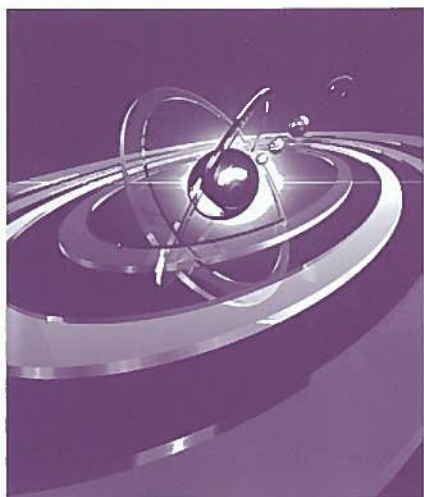


MONTHLY REPORT



VOL.22
2009. DECEMBER

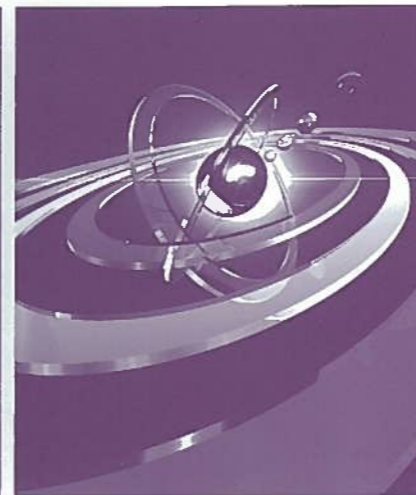
- COLUMN
- MINI REVIEW
- INTENSIVE SEMINAR REPORT
- ENTRANCE EXAM SCHEDULE
- SEMINAR INFORMATION

Mid-West Japan
Cancer Professional Education Consortium
中国・四国広域がんプロ養成コンソーシアム



MONTHLY REPORT

MANAGING OFFICE
2-5-1, SHIKATA-CHO, KITA-KU
OKAYAMA 700-8558 JAPAN
PHONE:086-235-7023 FAX:086-235-7045
<http://www.chushiganpro.jp/>



VOL.22
2009. DECEMBER

- COLUM
- MINI REVIEW
- INTENSIVE SEMINAR REPOR
- ENTRANCE EXAM SCHEDUL
- SEMINAR INFORMATIO



愛媛大学
愛媛大学大学院医学系研究科
学務室大学院チーム
TEL(089)960-5868

岡山大学
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科等
学務課大学院係
TEL(086)235-7986

香川大学
香川大学医学部学務室
(入試担当)
TEL(087)891-2074

川崎医科大学
川崎医科大学学務課
教務係
TEL(086)464-1012

高知女子大学
高知女子大学学生課
大学院担当
TEL(088)873-2157

高知大学
高知大学学務部岡豊学務課
大学院教育担当
TEL(088)880-2263

徳島大学
徳島大学医学・歯学・薬学部等
事務部学務課大学院係
TEL(088)633-9649

山口大学
山口大学医学部学務課
大学院教務係
TEL(0836)22-2058

四国がんセンター
TEL(089)999-1111



● Consortium参加がん診療連携拠点病院
● 参加大学・がんセンター

趣旨・組織

がんは、わが国の死亡率第1位の疾患ですが、がんを横断的・集学的に診療できる専門家が全国的に少なく、その養成が急務とされています。また、近年の高度化したがん医療の推進は、がん医療に習熟した医師、薬剤師、看護師、その他の医療技術者等(コメディカル)の各種専門家が参画し、チームとして機能することが何より重要です。そのため、がん医療の担い手となる高度な知識・技術を持つがん専門医師及びがん医療に携わるコメディカルなど、がんに特化した医療人の養成を行うため、大学院等との有機的かつ円滑な連携のもとに行われる大学院のプログラムが「がんプロフェッショナル養成プラン」です。

ごあいさつ

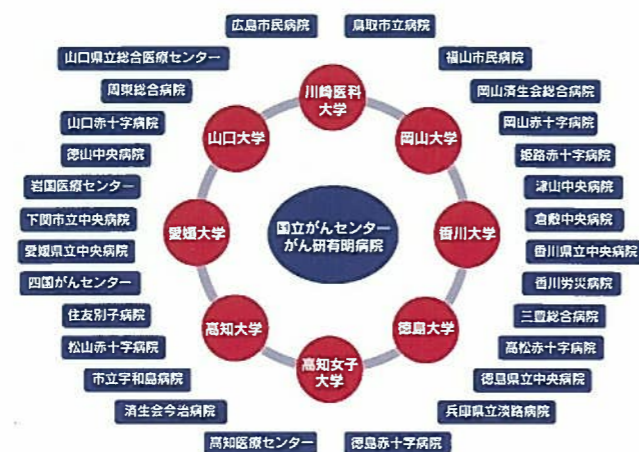
本プランは、中国・四国地域に位置する8大学が一つのコンソーシアムを作り、各大学院にメディカル、コメディカルを含む多職種のがん専門医療人養成のためのコースワークを整備し、これに地域の28のがん診療連携拠点病院が連携することにより、広い地域にムラなくがん専門医療人を送り出すことを目的としたプログラムです。がんに関わる多職種の専門医療人が有機的に連携し、チームとしてがん診療ならびに研究にあたることができるよう職種間共通コアカリキュラムの履修を出発点として教育研修を行います。また、国内外のがんセンターと連携し指導的ながん専門医療人養成のためのファカルティ・ディベロップメント(FD)を運動させ、大学院教員の教育能力を強化します。こうして専門的臨床能力、チーム医療や臨床研究の能力をともに身につけたがん専門医療人が数多く排出されることにより、中国・四国地域におけるがん治療の均てん化、標準化が期待されるとともに、臨床研究の活性化が期待されます。

当コンソーシアム事務局では、講演会、海外研修学生募集などの情報を広く発信することを目的としたマンスリーレポートを発行しています。

本誌をきっかけに、大学院入学や各種セミナーへの参加等をご検討いただければ幸甚に存じます。

中国・四国広域がんプロ養成コンソーシアム事務局

中国・四国全域に広がる拠点病院
組織的・効率的ながん治療の均てん化の実行組織 ●:コンソーシアム参加がん診療連携拠点病院



Column

がんプロ大学院のあり方

徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部 消化器内科学
教授 高山 哲治(がんプロコーディネーター)



徳島大学では、毎年20~30名のがんプロ大学院生が入学しています。これは、当初の予想を上回る入学者数であると言われています。ちなみに、当科(消化器内科)には現在6名の大学院生がいますが、このうち5名ががんプロの大学院生です。最近、大学院は従来のように基礎研究を中心に行なう大学院に加え、臨床研究を主体とする臨床系大学院(生)が増え、注目されています。この点では、がんプロの制度はこのような時代の流れに沿ったものであり、臨床腫瘍学を追求する大学院として理にかなっていると思います。

ただし、がんプロ大学院も臨床だけに特化したものではありませんので、中には基礎研究を中心に行ない卒業する院生も少なからずいると思います。当科の大学院生も臨床のみならず、基礎研究をしている人が少なくありません。

がんプロ以外の大学院との違いは、講義時間が多いことであり、このことに学生からときどき不満の声が聞こえてきます。また、「がんプロ大学院に入学することのメリットは何かあるのか?」といった声も聞かれます。講義については、できるだけflexibleに対応していくべきであると思っています。例えば、徳島大学では、がん関連の講演会があるときには、ポスターに「〇〇講演会に参加すると、〇〇講義の1コマ分に相当します」と明記し、実際に単位として認めています。講演会には、しばしば御高名な先生が講師として来られますので、学生には学ぶべきことが多いと思います。また、講師の先生にとっても、大学院生を含む多くの聴衆がいることは良いことであると思います。多くの学生は日中仕事をしている社会人大学院生ですので、土日に講演会が開かれれば参加しやすいという利点もあります。

それでは、「がんプロ大学院のメリット」は何か? たとえば、「日本臨床腫瘍学会の専門医が認定される」こ

とが規定されていればもっとも良いかもしれません。しかし、現状ではこのような規定は無く、がんプロ大学院を卒業しても他の医師と同様に専門医試験を受けなければなりません。また、がんプロ大学院に入らなくても専門医試験を受けることはできます。但し、専門医を受けるためには最低3領域(臓器)にまたがるがんの症例を合計30症例まとめて提出する必要がありますが、がんプロ大学院生については、各大学でこの3領域をカバーできるように何らかの工夫をしていることと思います。また、がんプロの制度では東京の国立がんセンターや癌研有明病院に数ヶ月間研修に行くことができますが、当学ではその研修時間も単位認定するようにしています。

このように、がんプロ大学院生には何らかのインセンティブを与えるようにして、がんプロ大学院、臨床腫瘍学を魅力あるものにしていく必要があると思います。「がんプロのあり方」は、今後さらに活発に議論して良いものにして行く必要があります。いずれにしても、がんプロ大学院生の数を増やし、いわゆる臨床腫瘍医を多く育成することは、将来この地域のがん治療の質の向上、質の高いがん治療の均てん化に繋がると思います。

早期非小細胞肺癌に対する集学的治療の現状と展望

川崎医科大学 胸部心臓血管外科
教授 中田 昌男(がんプロコーディネーター)



早期非小細胞肺癌に対する術後補助化学療法の変遷

我が国における早期非小細胞肺癌切除例の5年生存率は、IA期(T1N0M0)83.3%、IB期(T2N0M0)66.4%、IIA期(T1N1M0)60.1%、IIB期(T2-3N1M0)47.2%と報告されており、IA期ではまずまずの成績が得られているもののIB期以上では満足できる数字ではない。IB期以上の術後初発再発部位は、局所が10%台であるのに対し遠隔転移は30~40%を占めることからわかるように、これらの病期における治療成績の向上には遠隔転移の制御が必要である。術後補助化学療法は1970年代から様々な薬剤を用いて試験が行われてきた。しかし、1995年に発表された9387例のmeta-analysis¹⁾によると、CDDPを含む術後補助化学療法は5年生存率を約5%改善するものの有意差には至らなかった(p=0.08)ため、2003年版の肺癌診療ガイドラインには、「術後補助化学療法は標準療法として行うよう勧めるだけの根拠が明確でない」と記載されている。しかし、2003年以降、大きなパラダイムシフトを迎えることになった。まず2003年のASCOで発表されたIALT試験²⁾では、術後病期I~II期1867例をCDDP-baseの術後化学療法群と経過観察群に無作為化割付し、補助化学療法群が全生存率で有意に上回る(HR=0.86、p<0.03)結果となった。続く2004年にはJBR.10試験³⁾の結果が報告され、IB・II期完全切除後482例の無作為化比較試験で術後CDDP+Vinorelbine 4コース投与群が経過観察群より5年生存率で15%上回った(HR=0.70、p=0.012)と発表された。同年日本からはI期肺腺がん完全切除例に対するUFTの有用性が報告された⁴⁾(HR=0.71、p=0.04)。2005年に報告されたANITA試験⁵⁾においても、IB・II・IIIA期完全切除例に対するCDDP+Vinorelbineの有用性が再度確認され(HR=0.76、p=0.002)、2005年版肺癌診療ガイドラインには、「術後IB・II・IIIA期非小細胞肺癌完全切除症例に対しては術後化学療法を行うよう勧められる(グレードB)」という記載に急遽訂正された。新しいエビデンスによって標準的治療が短期間に180度転換した良い一例であろう。いまや、術後補助化学療法の有効性は広く認識され、実地診療において標準的に行われている。現在、岡山大学を中心とする瀬戸内肺癌研究会では術後補助化学療法の新たなエビデンスを発信すべく、CBDCA+PTXとUFTの多施設共同比較試験を進行中であり、登録症例はすでに目標症例数400例の半数を超えた。この試験の結果で、術後補助化学療法に最も有用な薬剤は何か明らかになると期待される。

術後補助放射線療法の意義

非小細胞肺癌完全切除後の補助放射線療法の効果について、最もインパクトの大きなデータは1998年に発表されたmeta-analysis⁶⁾の結果である。過去の9つの無作為化比較試験を解析し、術後放射線療法は死亡リスクを21%増加させることが報告された。特にI・II期の症例において予後の悪化が著しく、放射線療法による有害事象がbenefitを大きく上回るためと解釈されている。一方、N2 IIIA期の症例では放射線療法の有無で予後に差は見られなかった。これらの結果から、現在では術後補助放射線療法は標準治療として認められておらず、むしろ施行しないよう勧められている。しかし、このmeta-analysisに用いられた比較試験は古いものが多く、最近の放射線治療の進歩を考慮に入れると、いつまでもこのmeta-analysisの結果を信用するのにも問題があると指摘されている。実際、欧米では実地診療としてN2症例に対する術後放射線療法もしばしば行われている。新たなエビデンスを構築する必要があるが、術後化学療法の有用性が明らかになった現在、倫理的側面から、放射線療法の意義を検証する大規模臨床試験を計画することは困難な状況にある。

術前化学療法の位置づけ

1990年代に入ってN2 IIIA期に対する術前化学療法の良好な成績が相次いで発表された。M.D.Anderson⁷⁾とSpainのグループ⁸⁾では、それぞれ化学療法の内容は異なるものの、手術単独と比較して術前化学療法群は有意に予後が良好であることが示され、一躍大きな期待が寄せられた。しかし、これらの臨床試験はどちらも症例数が60例と少数であること、手術単独群の予後がきわめて悪いことなどの問題点が指摘されており、その後355例で行われたFranceの追試⁹⁾では有意差は認められなかった。日本ではJCOGが同様な無作為化比較試験を始めたが、症例集積が悪く60例の時点で中止となり、また予後に差は見られなかった¹⁰⁾。現在のところ、真に有用な治療戦略かどうかは結論が出ておらず、根治的放射線療法との比較が議論されているところである。

一方、I・II期症例に対する術前化学療法の有用性に関しては、この病期に限定した比較試験が行われていないため、これも結論が出ていない。Depierreら⁹⁾は188例のI・II期症例を含む355例での比較試験で、I・II期に限定したsubgroup解析では術前化学療法群は有意に予後が良好であった(HR=0.68、p=0.027)と報告した。しかし、EORTCの最近の多施設共同試験¹¹⁾では、全519例中約90%がI・II期の症例群での比較

早期非小細胞肺癌に対する集学的治療の現状と展望

で両群間に差は見られなかった。切除可能な早期肺癌症例に術前治療を行うことのdemerit、すなわち有害事象によって外科治療が不可能になる危険性や術後合併症の増加、と術後化学療法の有用性に関する数々のエビデンスを考慮すると、この病期での術前化学療法は実地医療には適さないように思われる。これに関連して、EORTCの最終レポートでは、前述したN2 IIIA期に対する臨床試験を含む過去の8つの無作為化比較試験をmeta-analysisし、術前化学療法群がmarginalではあるけれども予後良好であり(HR=0.88、p=0.07)、この相対危険度0.88はIALTにおける術後補助化学療法群の相対危険度0.86とほぼ同等であることから、化学療法を術前に施行するのと術後に行うのに差はなさそうだという結論を導いているが、強引に過ぎる感は否めない。

今後の展望

これまで見てきたように過去に様々な治療法が試みられ、未だ決定的なものは存在しない。治療法の選択には自然と流行があり、90年代前半に術前化学療法の良好な成績が発表された頃には、盛んに術前療法の有用性を検討する比較試験が計画されていたが、術後補助化学療法の有用性を示すエビデンスが明らかとなった現在では術前治療の研究は下火であり、むしろ術後に用いる抗がん剤を如何にして個別化できるかに興味が生じているようだ。しかし、術前治療と術後治療の優劣や最適な化学療法の選択など、まだまだ解決すべき問題も多く残されており、我々は今後ひとつひとつ確実にエビデンスを構築していく必要がある。

参考文献

- 1) Non-small Cell Lung Cancer Collaborative Group. Chemotherapy in non-small cell lung cancer: a meta-analysis using updated data on individual patients from 52 randomised clinical trials. *BMJ* 311:899-909, 1995
- 2) The International Adjuvant Lung Cancer Trial Collaborative Group. Cisplatin-based adjuvant chemotherapy in patients with completely resected non-small cell lung cancer. *N Engl J Med* 350:351-60, 2004
- 3) Winton T, Livingston R, Johnson D, et al. Vinorelbine plus cisplatin vs. observation in resected non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 352:2589-97, 2005
- 4) Kato H, Ichinose Y, Ohta M, et al. A randomized

trial of adjuvant chemotherapy with uracil-tegafur for adenocarcinoma of the lung. *N Engl J Med* 350: 1713-21, 2004

- 5) Douillard J-Y, Rosell R, Lena M, et al. Adjuvant vinorelbine plus cisplatin versus observation in patients with completely resected stage IB-III A non-small-cell lung cancer: a randomized controlled trial. *Lancet Oncol* 7:719-27, 2006
- 6) PORT Meta-analysis Trialists Group. Postoperative radiotherapy in non-small-cell lung cancer: systematic review and meta-analysis of individual patient data from nine randomised controlled trials. *Lancet* 352:257-63, 1998
- 7) Roth JA, Fossella F, Komaki R, et al. A randomized trial comparing perioperative chemotherapy and surgery with surgery alone in resectable stage III A non-small-cell lung cancer. *J Natl Cancer Inst* 86:673-80, 1994
- 8) Rosell R, Gomez-Codina J, Camps C, et al. A randomized trial comparing preoperative chemotherapy plus surgery with surgery alone in patients with non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 330:153-8, 1994
- 9) Depierre A, Milleron B, Moro-Sibilot D, et al. Preoperative chemotherapy followed by surgery compared with primary surgery in respectable stage I (except T1N0)II, and III A non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 20:247-53, 2002
- 10) Nagai K, Tsushiya R, Mori T, et al. A randomized trial comparing induction chemotherapy followed by surgery with surgery alone for patients with stage III A N2 non-small-cell lung cancer (JCOG9209). *J Thorac Cardiovasc Surg* 125:254-60, 2003
- 11) Gilligan D, Nicolson M, Smith I, et al. Preoperative chemotherapy in patients with resectable non-small-cell lung cancer: results of the MRC LU22/NVALT 2/EORTC 08012 multicentre randomized trial and update of systematic review. *Lancet* 369:1929-37, 2007

インテンシブコース・講習会報告

第3回がん看護専門看護師コースWG講演会(岡山)

平成21年10月24日(土)、岡山大学医学部保健学棟301教室において、中国・四国広域がんプロフェッショナル養成コンソーシアム第3回がん看護専門看護師コースWG講演会が行われました。緩和ケアチーム活動、緩和ケア病棟の運用、研修に関わるがん看護のスペシャリストでいらっしゃる小迫富美恵さんにお越しいただき、講演をしていただきました。

小迫先生は、2001年のがん看護専門看護師の認定を受けられたがん看護のスペシャリストでいらっしゃいます。現在、横浜市立市民病院オンコロジー担当課長として、緩和ケアチーム活動、緩和ケア病棟の運用、研修、がん看護専門看護師教育課程の実習指導・調整など、実に多くの役割を担っておられます。小迫先生は、聖路加看護大学大学院を修了されていますが、がん看護専門看

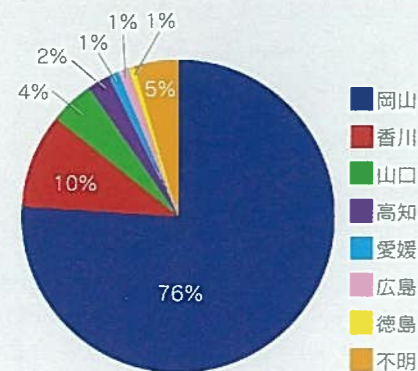
プログラム

13:30	開会の挨拶(岡山大学大学院保健学研究科 秋元 典子)
13:40~15:50	講演: 緩和ケアにおける看護師の役割 講師: 小迫 富美恵氏 横浜市立市民病院オンコロジー担当課長 がん看護専門看護師
16:00~16:30	質疑応答

[参加者内訳]

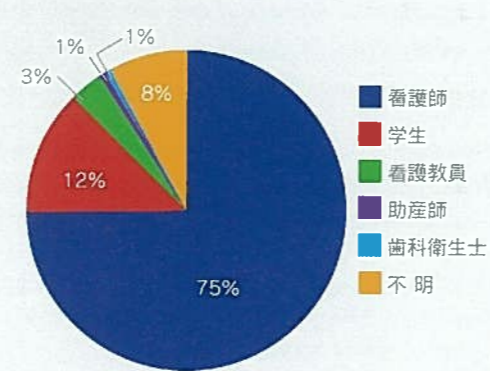
1. 現在、勤務または通学している都道府県

都道府県	人数	%
岡山	133	76
香川	17	9.7
山口	8	4.6
高知	4	2.3
愛媛	2	1.1
広島	2	1.1
徳島	1	0.6
不明	8	4.6
合計	175	100



2. 現在の職種

職種	人数	%
看護師	131	74.8
学生	22	12.6
看護教員	6	3.4
助産師	1	0.6
歯科衛生士	1	0.6
不明	14	8
合計	175	100



第3回がん看護専門看護師コースWG講演会(岡山)

看護師認定を受けるために北里大学大学院においてさらに科目履修をされ、その後「がん看護専門看護師」認定を受けられました。高知女子大学家政学部看護学科をご卒業後、直ちに神奈川県立がんセンターに看護職として就職されたときから、小迫先生のがん看護専門看護師への道はスタートしていたと言っても過言ではないほど、豊かながん看護実践にあふれたお話でした。

当日の参加者は175名、その内訳は図1および2に示した通りですが、看護職の参加が圧倒的に多いことは、看護師のがん看護、中でも緩和ケアに対する関心の高さの表れといえるでしょう。同時にこの関心の高さは、緩和ケアの実践に日々苦悩している看護師が多いことを示しているとも推察できます。



「いつでも、どこでも、とぎれなく、緩和ケアが行われなくてはならない」。小迫先生の第一声でした。つづいて、緩和ケアを「積極的で全人的なケアであり、痛みや他の症状のコントロール、心理的苦痛・社会的問題・霊的(スピリチュアル)な問題のケアである」と定義づけられました。さらに、「緩和ケアは早い病期から始まるのであって、終末期になって始まるケアではない」ことを確認され、「緩和ケアとは何かかわからなくなったり理解が混乱したときに、いつも戻っていける原点をお話ししましょう」と六つのことを教えてくださいました。すなわち、①生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れることとして、死にゆく過程にも敬意を払う、②死を早めることにも死を遅らせることにも手を貸さない、③痛みのコントロー

ルと同時に痛み以外の苦しい諸症状のコントロールを行う、④心理面のケアや霊的(スピリチュアル)面のケアも行う、⑤死が訪れるまで患者が積極的に生きていけるよう支援する体制をとる、⑥患者が病気に苦しんでいる間も患者と死別した後も家族の苦難への対処を支援する体制をとる、の六つ、要は緩和ケアとは「生きることを支援する」ことであると強調されました。

このように、講演は「緩和ケアとは何か」から始まりました。昨年の講演会の講師としてお招きした淀川キリスト教病院の田村恵子さんも、「緩和ケアというと、医学的治療方法がなにもなくなってしまった人へのケア、というイメージをもたらしやすいが、それは間違っている」と指摘されました。今回の参加者の中には昨年も参加した方もあると思われるので、記憶に残っている方も多かったかと思います。キャリアを積まれた2人のがん看護専門看護師がそろって「緩和ケアは診断と同時に始まるケアである」と強調されたことは、私たち看護職者がまずこのことを正しく理解しなければ、緩和ケアにおける看護師の役割を果たすことなどできようがないことを伝えてくださったのだと思います。早期から「生きることを支援する」からこそ、患者さんとそのご家族のクオリティ・オブ・ライフを向上させることにつながるのだと思います。

次に先生は、「積極的で全人的なケアであり、痛みや他の症状のコントロール、心理的苦痛・社会的問題・霊的(スピリチュアル)な問題のケアである」という緩和ケアの定義にたち返り、緩和ケアを実践する上で踏まえておかなければならない人間の身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛すなわち「トータルペイン」の解説を始められました。そして、ここは重要な内容なので時間をかけて話すと言われました。小手先の方法論ではなく、緩和ケアを創造していくための基盤となる理念が重要であるとのメッセージだったと受け止めました。最初は身体的苦痛への緩和ケアです。おそらく多くの

方が、小迫先生のお話を聞きながら、看護学基礎教育を受けた頃にひもといたであろうナイチンゲールの「看護覚え書」を思い起こしたのではないのでしょうか。なぜかという、身体的苦痛への緩和ケアの一つは「日常生活を整えるケアである」とのフレーズが出てきたからです。

ナイチンゲール(Florence Nightingale)は、近代看護の祖といわれる人物です。1854年に勃発したクリミア戦争(1854~56)において、38名からなる看護団を結成し、クリミア半島の対岸、スクタリにあるイギリス軍の野戦病院へ向かいました。それまでは軍人らが傷病兵の世話をしていたのですが、そのときの負傷兵の死亡率42.7%がナイチンゲールたちの活動によって2.2%にまで激減したといわれています。スクタリから帰国後、ナイチンゲールはクリミア戦争での体験をもとに「看護覚え書」(Notes on Nursing :What it is and What it is not、1859年初版、1860年増補改訂版)を著しました。多くの皆さんが手に取られた本だと思います。ナイチンゲールは以下のように述べています。「看護がなすべきことというのは、自然が患者に働きかけるのに最も良い状態に患者をおくことです」、「看護とは、新鮮な空気や光、暖かさ、清潔、静けさを適正に保ち、食事を適切に選び管理する—これらすべてを患者にとって生命力の消耗が最小になるように行うこと」と。そして第11章「身体の清潔」では見事な論を展開しています。詳細は省きますが、要は日常生活「食事」、「排泄」、「清潔」、「睡眠」、「環境調整」などを整えることで、患者さんの生きる力が引き出される、わいてくると言っています。小迫先生はナイチンゲールの仮説を受け継ぎ、時代と国を超えた原理として、検証的実践を重ねておられる21世紀の看護師であるといっても過言ではないとさえ感じられました。

21世紀の今を生きる小迫先生はこのように提言されました。「日常生活を整えることの意味を緩和ケアの視点から捉え直す必要がある」と。この提言は含蓄に富み、そして看護職者の独自性と強み、役割と責任を再確認さ

せるメッセージであり、看護職者の希望に繋がるものでした。看護職者は診断したり治療したり処方箋を出したりするのではなく、徹底的に「食事」、「排泄」、「清潔」、「睡眠」、「環境調整」などの日々の暮らしを整える役割と責任があるのです。食べることは、単に栄養摂取ではなく「生きていく自分、生きている自分」を実感させてくれます。「排泄」は、自立と尊厳に結びつく生活行動ゆえ、それらを保つ配慮が不可欠なのです。「睡眠」は、一日のリズムを創り出す大切な時間ですが、逆に眠ってしまうことがもたらす不安や恐怖への配慮を必要とします。「清潔」は、快適さや自己イメージの保持になくてはならない生活行動です。身だしなみの乱れは自己イメージの喪失に繋がるため、「清潔」への援助は喪失のプロセスの回避となります。「環境調整」は、物理的な快適さや安全を保障するとともにパーソナルスペースを確保することになります。そして、これら日常生活行動への援助を患者さんのセルフケア能力に合わせた個別的なケアに仕立て直して提供するのだと、先生は強調されました。

なんらかの理由によって自分だけでは日常生活行動ができなくなった人の日常生活を援助するのは専門家でなくてはいけないことについてヘンダーソン(Virginia Henderson)は、What is good for him?と自問自答することを看護師に求めています。またオレム(Dorothea E. Orem)は、Is it right for patient?とヘンダーソンの主張に倫理的要素を加えて判断し、実践するよう提唱しています。この提言は、患者の日常生活を援助するには相手の日常生活を知ることが始まりであり、それを出発点にしてその人にふさわしい援助を判断したうえで行うことが必要であることを意味していて、「知る」力や「判断する」力が求められるからこそ、日常生活の援助が専門家(看護師)の行うべき援助となるのです。小迫先生が、「これら日常生活行動への援助を、セルフケア能力に合わせた個別的なケアに仕立て直して提供する」といわれたことは、まさにヘンダーソンやオレムの提言に通じる

ものでした。

眠れない患者さんのお話をうかがうと「死なないように自分を見張ってるんだよ」との答えがかえってきたことがあったそうです。眠れないのではなく眠らないのです。「なぜ眠れないのだろうか」と看護師がアセスメントしてこそ得られる患者さん固有の事実である」とのコメントには、はっとさせられるものがありました。また、パーソナルスペースを脅かしているのは医療者自身であるとの厳しいご指摘にも、はっとさせられました。

次はスピリチュアルな苦痛の緩和ケアです。人が自分の存在の意味を問われる痛み、それまで築いてきた人生が根幹から揺さぶられる苦悩をスピリチュアルな苦痛、それらをスピリチュアルペインと称しています。

存在を根底から揺さぶられるような苦悩をかかえる患者さんに対する緩和ケア…それは私たちが何かしてあげよう、私たちが何かすることで変容していただく、ましてや「死を受容」していただくなどというのではなく、「あなたは一人ではない、一緒にここにあります」というメッセージを出しながら患者さんの苦悩の表出を促し、どうしてそう感じるのか、その理由について一緒に考える過程で、患者さんはライフレビューをすることができるのです。そして、ライフレビューをすることで自分が生きてきた証を実感でき、自分の価値を再確認し、スピリチュアルペインから解放されるのではないかと話されました。

ここで小迫先生は、社会的苦痛と関連させて「看護師に見えている患者さんやご家族の姿はほんの一部である。私たちにはほんの一部しか見えていないのです」と強調されました。死を受容させるなどというのは「傲慢だ」と言い切られました。全くその通りだと思いました。

最後に先生は、ご自身のこれまでの臨床での実践の一端をご紹介されながら、私たち聴衆を多くの患者さんやご家族に出会わせてくださいました。そしてこのようにまとめられました。

『人間は、いつも生産的である事に価値を起きやすい存在です。だからこそ人の世話にならざるを得なくなると自己尊厳が傷つくのです。けれど「与え与えられる存在」、「自分が役に立っている存在である」、「まだまだ私にもできることがある」、こう感じられたとき患者さんは、何らかの形で存在の価値を生み出す体験をされ、それがスピリチュアルペインの緩和に繋がるのです。』

『病状が進み、自分で自分の身の回りのことができなくなった人であっても、「こんな時、何を、どのような方法でケアして欲しい」と自分で決め、それを他者に委ねることはまぎれもなく自己決定なのです。他者に上手に依存できる人は自律性が高い人なのです。「今日のこの一日を大切にしよう」との発想を持ってスピリチュアルペインに苦しむ患者さんとそのご家族に向き合ってください。大きさに構えなくてもいいのです。何気ない日常生活の一つ一つをしっかりと丁寧に援助するのです。それが臨床の第一線で、しかも多くは一般病棟で働く私たちだからこそできる緩和ケアであり、看護職者の強みなのです。この一見なんでもないような日常生活の援助こそが、患者さんの「生きることを支援する」ことであり、それによって、患者さんご自身の中に生きていこうとする意欲やそのための行動がおきるのです。』

がん患者さんやそのご家族の緩和ケアに携わっている方、あるいはこれから携わろうとされている方、緩和ケアについて学ぼうとされている方など、がん看護における緩和ケアに関心をお持ちの方が、がん患者さんとそのご家族の様々な苦痛を理解しようとすることに、そしてそれらの苦痛を緩和するための看護実践に本日の講演会を活用していただけることを期待しています。

文責: 岡山大学大学院保健学研究科 看護学分野
教授 秋元 典子

平成22年度 学生募集スケジュール

Entrance Exam Schedule

大学名	コース名1	コース名2	出願期間	試験日	合格発表	問合せ
愛媛大学	専門医師養成コース	腫瘍内科系専門医養成コース	21.12.11(金)~22.1.6(水)	22.1.19(火)	22.2.22(月)	医学系研究科学務室 大学院チーム (089)960-5868
		腫瘍外科系専門医養成コース				
		放射線腫瘍医コース				
岡山大学	専門医師養成コース	腫瘍内科系専門医養成コース	第2回 22.1.8(金)~22.1.15(金)	第2回 22.1.27(水)	第2回 22.2.22(月)	医歯薬学総合研究科等 学務課大学院係 (086)235-7986
		腫瘍外科系専門医養成コース				
		放射線治療専門医養成コース				
	コメディカル養成コース	がん専門薬剤師養成コース	第二次 22.1.28(木)~22.1.29(金)	22.2.15(月)	22.3.3(水)	医歯薬学総合研究科等 薬学系事務室教務学生係 (086)251-7923
		CNS(がん専門看護師)コース 医学物理士・放射線治療 品質管理士養成コース	平成22年度募集は終了しました			医歯薬学総合研究科等 学務課教務第二係 (086)235-7984
香川大学	専門医師養成コース	腫瘍内科系専門医養成コース	第二次 22.1.4(月)~22.1.8(金)	第二次 22.2.10(水)	第二次 22.3.9(火)	医学部総務課学務室 大学院入学試験係 (087)891-2074
		緩和医療専門医養成コース				
		腫瘍外科系専門医養成コース				
川崎医科大学	専門医師養成コース	腫瘍内科系専門医養成コース	21.12.1(火)~21.12.12(土)12時	21.12.22(火)	22.1.13(水)	学務課教務係 (086)464-1012
		腫瘍外科系専門医養成コース				
高知大学	専門医師養成コース	臨床腫瘍医内科系コース	第二次 22.1.5(火)~22.1.8(金)	第二次 22.2.12(金)	第二次 22.3.8(月)	医学部同僚学務課 大学院教育担当 (088)880-2263
		放射線治療専門医コース				
	臨床腫瘍医外科系コース					
	がん専門薬剤師養成コース					
コメディカル養成コース	医学物理士養成コース	平成22年度募集は終了しました				
高知女子大学	コメディカル養成コース	CNS(がん看護専門看護師)コース	第二次 22.1.12(火)~22.1.21(木)	第二次 22.2.6(土,7日)	第二次 22.2.19(金)	学生課大学院担当 (088)873-2157
		*但し、第一次学生募集で定員に達しな かった場合にのみ第二次募集をします				
徳島大学	専門医師養成コース	がん薬物療法専門医コース	第二次 21.11.16(月)~21.11.30(月)	第二次 21.12.8(火)	第二次 21.12.25(金)	医学・歯学・薬学部等 事務部学務課大学院係 (088)633-9649
		放射線治療専門医コース				
		緩和療法医コース				
	コメディカル養成コース	がん専門薬剤師コース	第二次 22.1.4(月)~22.1.8(金)	第二次 22.1.24(日)	第二次 22.2.19(金)	医学・歯学・薬学部等 事務部学務課第二教務係 (086)633-7247
		がん専門栄養士コース	第2回 21.11.18(水)~21.11.27(金)	第2回 21.12.15(火)	第2回 21.12.24(木)	医学・歯学・薬学部等 事務部学務課大学院係 (088)633-9649
医学物理士コース	平成22年度募集は終了しました				医学・歯学・薬学部等 事務部学務課第四教務係 (088)633-9009	
山口大学	専門医師養成コース	臨床腫瘍専門医コース	博士前期課程	博士前期課程	博士前期課程	医学部学務課大学院教務係 (0836)22-2058
		放射線治療専門医コース	博士後期課程	博士後期課程	博士後期課程	
		腫瘍外科専門医コース	医学博士課程	医学博士課程	医学博士課程	
		共に	共に	共に		
		第2回	第2回	第2回		
		22.1.5(火)~22.1.8(金)	22.1.19(火)	22.2.15(月)		

*平成22年度の学生募集は現在上記の通りですが、変更される可能性があるため、詳細につきましては各大学にお問い合わせください。

インテンシブコース・講習会のご案内

Seminar information

<http://www.chushiganpro.jp>

中国・四国広域がんプロ養成コンソーシアムでは生涯学習の一環として、がん医療に関する最新の情報を提供するなど、がんの診断・治療・研究に必要な高度先進的な知識と技術を習得していただくために各種セミナーを開催しております。
講演会・セミナーの詳細はホームページでご確認ください。

インテンシブ生涯教育コース 川崎医科大学附属病院がんセンター 第6回Cancer Seminar合同講演会 がん分子標的治療の理論と実際 —免疫療法を含む

日時 平成22年1月16日(土) 13:30-16:00

場所 川崎医科大学校舎棟 7階 M-702教室

担当 川崎医科大学 学務課庶務係



第2回徳島コミュニケーション技術 研修会(CST)

日時 平成22年2月6日(土) 10:00~18:00
2月7日(日) 9:00~16:00

場所 徳島大学医学部会議室及びスキルスラボ

担当 徳島大学大学院
医学・歯学・薬学部等学務課 大学院係



中国・四国広域がんプロ養成コンソーシアム Vol.22

- 編集兼発行者
中国・四国広域がんプロ養成コンソーシアム事務局
TEL 086-235-7023 info@chushi.ganpro.jp
- 印刷所
有限会社 ファーストプラン