

5<sup>th</sup> International Symposium of Hiroshima Academy of Health Sciences

## 第5回国際シンポジウム

保健学科棟 203講義室 (2F)

テーマ：「進行がん患者と家族を支える緩和ケア」

シンポジスト：

MDアンダーソンがんセンターの緩和ケアとチームにおける看護師の役割

Patricia Ewert Flannagan (M.D.Anderson Cancer Center)

進行がん患者・家族に対する心理社会的ケアの実際

佐伯 俊成 (広島大学病院)

緩和ケアにおけるリハビリテーション—作業療法的アプローチ—

安部 能成 (千葉県がんセンター)

司 会：森山美知子／宮口 英樹 (広島大学大学院保健学研究科)

## Palliative care at The University of Texas MD Anderson Cancer Center and the role of the nurse in the interdisciplinary team

Patricia Ewert Flannagan  
RN, MSN, ARNP, BC, CNS  
M.D. Anderson Cancer Center  
Acute Palliative Care Unit



Palliative care at M.D. Anderson Cancer Center involves the use of an interdisciplinary team. Members of the team include physicians, advanced nurse practitioners, fellows, a psychiatric clinical nurse specialist, a chaplain, a social worker, a pharmacist, occupational and physical therapists, music and massage therapists, a case manager, a nutritionist, and nurses specially trained in palliative care. Care is provided in three settings: a twelve-bed inpatient unit, an outpatient clinic, and a consulting service. The team members are modified on the consult service and in the outpatient clinic setting, with the core interdisciplinary team members being the physicians, fellows, advanced nurse practitioners, and a psychiatric clinical nurse counselor. Patients seen in the outpatient clinic setting are also seen by nurses and a social worker specially trained in the area of palliative care.

Approximately three days after admission to the inpatient unit, a family meeting is held. The family meeting is coordinated by the social worker. The meeting begins with a member of the medical team discussing the patient's diagnosis, treatment (s), the patient's and/or family's understanding of the patient's prognosis, the patient's/family's hopes for the future, and plans for discharge. The patient and family are given ample time to have their questions answered. The social worker then discusses discharge care options. The case manager discusses community resources that are available and provides appropriate care referrals in accordance with a discussed and agreed upon discharge plan.

Patients are discharged from the Palliative Care inpatient unit to a variety of settings: home to follow-up with the primary service and/or the Supportive Care clinic, home with home health, a skilled nursing facility, an inpatient rehabilitation unit, a long term acute care setting, another tertiary hospital, or inpatient versus home hospice.

Those patients followed on the consulting service can be co-managed with their primary service, or care can be transitioned to the Palliative Care service for management of symptoms, plus given the emotional, spiritual, social, and psychological support needed when coping with a chronic, life threatening illness.

**EDUCATION:**

- 1997 – 1999 Adult Nurse Practitioner Program, Texas Women's University, Branch at Houston, Post masters studies (ANP)
- 1989 – 1991 University of Texas Health Science Center at Houston, Masters of Science in Nursing (MSN), Oncology Nurse Specialist
- 1980 – 1982 Briar Cliff College, Sioux City, Iowa, Bachelors of Science in Nursing (BSN) , Graduated Cum Laude
- 1974 – 1976 Adams State College, Alamosa, Co, Bachelor of Arts in General Science & Sociology with emphasis on gerontology (BA) , Graduated Cum Laude
- 1966 – 1970 The University of South Dakota, Vermillion, SD, Associate of Arts in Nursing (AD)

**EMPLOYMENT HISTORY:**

- 2003 – present Clinical Nurse Specialist Acute Palliative Care Inpatient unit University of Texas M.D Anderson Cancer Center
- 2000 – 2003 Advanced practice nurse on Symptom Control and Palliative Care medical team University of Texas M.D Anderson Cancer Center
- 1999 – 2000 Advanced practice nurse in Gastroenterology clinic, Kelsey-Seybold Clinic. Performing screening flexible sigmoidoscopies.
- 1996 – 1999 Nurse Endoscopist (performed < 350 procedures) , University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, The Division of Cancer Prevention, The Department for Clinical Cancer Prevention, Professional Education for Prevention and Early Detection Section, Houston, Texas
- 1997 – present Adjunct Faculty, University of Texas School of Nursing. Non-monetary compensation position.
- 1995 – 1999 Advanced Practice Health Care Provider, The University of Texas M.D. Anderson Cancer, Center Cancer Screening and Detection Center
- 1993 – 1999 Cancer Prevention and Detection Specialist, Professional Education for Prevention and Early Detection University of Texas M.D. Anderson Cancer, Center, Houston, Texas
- 1991 – 1993 Radiation Oncology Nurse Specialist, University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, Houston, Texas

Prior to coming to the University of Texas M.D. Anderson Cancer Center in November of 1988. Patricia was employed as a nurse in the international arena for 10 years.

**CREDENTIALS:**

- 05/01/2001 – 04/30/2011 American Nurses Credentialing Center, board certification as an Adult Nurse Practitioner (APRN,BC)
- 02/1993 - present Advanced Practice Nurse: Oncology CNS, Board of Nurse Examiners for the State of Texas, Austin, TX
- 08/1982 - present Texas RN Licensure # 465065, Board of Nurse Examiners for the State of Texas, Austin, TX

**PRESCRIPTIVE AUTHORITY:**

- 12/1998 Granted by the Board of Nurse Examiners for the State of Texas and The Texas State Board of Medical Examiners, Rx # 02291

Patricia has written numerous articles, presented at national and international conferences on various cancer subjects and co edited and was one of the chapter authors of Caring for Life, M.D. Anderson's Guide to Palliative Care for Nurses. She has produced numerous booklets and educational materials for the Acute Palliative Care inpatient unit.

Patricia serves on many nursing and institutional committees at the University of Texas MD Anderson M.D. Anderson Cancer Center. She is a mentor and a collaborator for the institutional nursing Evidence Based Practice Program. Patricia is mentoring 4 research projects at this time and is P. I. on another.

## 進行がん患者・家族に対する心理社会的ケアの実際

佐伯 俊成

広島大学病院 医系総合診療科 准教授



がんに罹患するという体験が患者にとって衝撃的であることはいうまでもないが、その患者を一員とする家族も同様に心身両面において大きな影響をこうむる。

すでに欧米諸国では、がん患者本人の良好な心理社会的適応にとって、その家族における心理状態、夫婦関係、家族機能といった要因が重要な役割を果たしていることが繰り返し指摘され、がん医療のシステムに患者のみならず家族をも対象とした心理社会的介入プログラムが盛り込まれて、その有効性の実証研究が精力的に続けられている。

他方、日本のがん医療においては、家族は患者支援の重要な担い手として位置づけられている場合がまだ多く、家族の被る心理的苦痛は見過ごされ、過小評価されやすいため、家族のストレスに関する実証研究も非常に乏しい。

われわれは、外来通院中の術後乳がん患者のうち、書面で調査への同意が得られた20歳以上の患者74名とその同居家族（12歳以上）115名を対象として、Zung Self-rating Depression Scale（SDS）にて被験者の自覚的抑うつを、Zung Self-rating Anxiety Scale（SAS）にて被験者の自覚的不安の評価を行った。その結果、軽度の抑うつが患者の35%、夫の37%、子の46%に、重度の抑うつがそれぞれの5%、4%、9%に認められた。また明らかな不安が患者の13%、夫の11%、子の22%に認められた。

苦悩する患者と家族を目前にしたとき、われわれには、患者を含めた家族全体のQOLを向上するべく、実証的根拠に基づいた質の高いサポートを提供していく責務がある。

ここでは、進行がん患者・家族に関する内外の知見を紹介しながら、実地臨床における進行がん患者と家族へのわれわれの対応の実際例を提示する。

## 略 歴

佐伯 俊成 (さえき としなり)

広島大学病院 医系総合診療科 准教授・広島大学病院 総合治療病棟 病棟医長

### <職歴>

昭和60年3月 広島大学医学部卒業

昭和60年4月 広島大学医学部 神経精神医学講座 医員(研修医)

昭和61年4月～ 以後10年間、5ヶ所の総合病院でリエゾン精神科医として勤務

厚生連 吉田総合病院(2年) ⇒ 社会保険 広島市民病院(1年) ⇒ 労働福祉事業団 中国  
労災病院(1年) ⇒ 広島市立 安佐市民病院(2年半) ⇒ 東京都立 墨東病院(3年半)

平成8年4月 広島大学医学部 神経精神医学講座 助手・外来医長

平成9年4月 広島大学医学部附属病院 リエゾン精神医療チーム・リーダー

平成10年4月 広島大学医学部 神経精神医学講座 医局長

平成14年10月 広島大学医学部附属病院 精神科神経科 講師

平成16年4月 広島大学病院 医系総合診療科 助教授

平成17年4月 広島大学病院 総合治療病棟 病棟医長(兼務)

広島大学病院 リエゾン心療チーム・リーダー(～平成18年3月)

平成18年4月 広島大学病院 緩和ケアチーム・アドバイザー

平成19年4月 広島大学病院 医系総合診療科 准教授

現在に至る

### <兼務職>

国家公務員共済組合連合会 吉島病院 メンタルヘルス嘱託医(平成13年6月～)

医療法人社団曙会 シムラ病院 緩和ケア病棟アドバイザー(平成16年10月～)

### <専門領域>

リエゾン精神医学—身体疾患患者と家族への精神的ケア

精神腫瘍学(サイコオンコロジー)—がん患者と家族への精神的ケア

家族精神医学—家族療法、家族機能の評価

### <所属学会>

日本総合病院精神医学会(評議員、専門医、指導医)、日本心身医学会(認定医)、日本サイコ  
オンコロジー学会(世話人)、日本緩和医療学会(会員)

### <最近の主な出版物(和文)>

1. 佐伯俊成: 軽症うつ病. 気分障害(上島国利ほか編), pp. 534-538, 医学書院, 東京, 2008
2. 佐伯俊成: 精神医療における電子メールコミュニケーションの実際. 精神科治療学 23: 549-554, 2008
3. 尾形明子, 佐伯俊成: 小児がん患者と家族に対する心理的ケア. 総合病院精神医学20: 26-32, 2008
4. 佐伯俊成ほか: がん緩和ケアにおける非定型抗精神病薬の役割. 総合病院精神医学19: 311-316, 2007
5. 佐伯俊成ほか: 希死念慮のあるがん患者への対応. 緩和ケア16: 324-328, 2006
6. 佐伯俊成: 不安障害の症状と社会機能障害. 治療87: 521-525, 2005

### <最近の主な出版物(英文)>

1. Mantani T, Saeki T, Inoue S, et al: Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands: role of alexithymia and family functioning. Support Care Cancer 15, 859-868, 2007
2. Ozono S, Saeki T, Mantani T, et al: Factors related to post-traumatic stress in adolescent survivors of childhood cancer and their parents. Support Care Cancer 15, 309-317, 2007
3. Ozono S, Saeki T, Inoue S, et al: Family functioning and psychological distress among Japanese breast cancer patients and families. Support Care Cancer 13: 1044-1050, 2005
4. Inoue S, Saeki T, Mantani T, et al: Related factors of patients' mental adjustment to breast cancer: patient characteristics and family functioning. Support Care Cancer 11, 178-184, 2002

### Symposium-3

Is there any role in rehabilitation intervention at acute palliative care for the patient with cancer?

Kazunari Abe

Senior specialist of rehabilitation oncology

Department of orthopedic surgery and rehabilitation oncology

Chiba Cancer Centre



We have taken over twelve years of experience for rehabilitation interventions for the patient with cancer at Chiba Cancer Centre. Most of them, more than fifteen hundred of newcomer, were in advanced or far advanced stage at any primary tumours or malignant neoplasm. What is the hope of the patients with cancer from rehabilitation intervention at the time, especially in acute phase of the care. About half of the patients expect walking again or recovering any function of mobilizing. One patient said during rehabilitation intervention in acute phase that when I was not able to walk it's just like a vegetable. If I were a human being I was able to walk around because any creatures have ability to walk. It is the real feature at least in the level of animal that they could walk! Although only fifteen percent of the patients finished rehabilitation intervention to recover walking, when they walk again independently, another expectation took place. One of the main purposes of rehabilitation intervention of oncology settings such as cancer centre were from increasing activities of daily living at starting point to any level of quality of life as supportive care. They hope to restore not only physical but also psychological or social function, in addition emotional or spiritual level that should be in their life.

## 略 歴

安部 能成 (あべ かずなり)

千葉県がんセンター整形外科 上席専門員

### <学歴>

1984年作業療法士国家資格取得、1987-1988年信州大学医学部研究生、1999年淑徳大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程満期終了、2003年英国短期留学 (St. Christopher's Hospice)。

現在、日本看護協会、及び、社会保険船橋看護研修所の認定看護師コース非常勤講師。厚生労働省委託事業 (ライフプランニングセンター実施) がんリハビリテーション研修会企画委員兼非常勤講師。東京農業大学園芸療法コース非常勤講師。

### <職歴>

1984年4月：青梅市立総合病院、1987年1月：村井病院、1989年1月：長谷川病院、1991年4月：千葉県医療技術大学校、1995年4月より千葉県がんセンター整形外科に勤務、現在に至る。

### <所属学会>

日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床死生学会、日本緩和医療学会 (ニューズレター編集長、OJ誌Palliative Care Research副編集委員長)、日本サイコオンコロジー学会、

APHN (Asia Pacific Hospice Network), EAPC (European Association Palliative Care), ACPOPC (The Association of Chartered Physiotherapists in Oncology and Palliative Care)

### <研究員、研究協力者>

厚生労働省がん関連班研究 ①内富班「がん患者のQOL向上に関する研究」岡村小班②吉田班「がん患者の緩和医療 (支持療法) の評価開発に関する研究」斎藤小班③下山班「がん治療の副作用軽減に関する研究」

### <専門分野>

緩和医療学、リハビリテーション・オンコロジー、社会福祉学

### <最近の主要文献>

- 1) 癌緩和医療におけるリハビリテーション医学、癌の臨床51 (3), 181-187, 2005
- 2) がん患者の倦怠感に対するリハビリテーション、看護技術51 (7), 34-38, 2005
- 3) 疼痛マネジメントとリハビリテーション、M. B. Medical Rehabilitation .60, 1-8, 2005
- 4) リハビリテーション医学におけるがん緩和医療教育の現状と課題、緩和医療学8 (1), 34-44, 2006
- 5) Shigemoto, K., Abe, K., Kaneko, F., Okamura, H., Assessment of degree of satisfaction of cancer patients and their families with rehabilitation and factors associated with it - results of a Japanese population, Disability and Rehabilitation 29 (6), 437-444, 2007
- 6) Toyohiro Hamaguchi, Hitoshi Okamura, Naoki Nakaya, Kazunari Abe, et al., Survey of the current status of cancer rehabilitation in Japan, Disability and Rehabilitation.30 (7), 559-564, 2008