



医療法人東札幌病院 理事長
石谷 邦彦

ご挨拶

第5回Sapporo Conference for Palliative and Supportive Care in Cancer (SCPSC)は、本年7月に開催される運びとなりました。本会議は「新しい時代を迎えようとしているがん緩和ケア」を主題とし、緩和ケアの新たな科学的展開とその価値枠組みの検討を試みるものです。ここに、登壇される演者・座長の皆様、そして趣旨に賛同し参加されるすべての皆様に感謝いたします。

本会議では、幫助死(安楽死、医師による自殺幫助[VAD/MAID])と緩和ケアの関係が改めて取り上げられます。この問題は、制度的・法的な論争にとどまらず、緩和ケアの根底にある規範的基盤そのものを問い直す契機となっています。

前号の、窓123号に掲載した前稿では、この幫助死問題を一つの転機として、QOL中心主義に代わりうる医療エピステーメ(医療における知の構造・制度的枠組み)の可能性を検討し、カント的「人間の尊厳」概念、とりわけ自律性の倫理的視座が新たな規範的枠組みとなりうることを論じました。

本稿ではさらに一歩進め、その「人間の尊厳」概念が医療実践の現場においていかに実装可能であるかを検討いたします。尊厳を抽象的理念にとどめるのではなく、臨床の構造の中にもどのように位置づけ得るのか—その理論的条件と実践的射程を明らかにすることを試みます。

「人間の尊厳」概念はがん緩和ケアにおける 近未来のエピステーメとなり得るか？

— 第5章「人間の尊厳 (Human Dignity)」概念の倫理的視座 —

2 医療実践における 「人間の尊厳」概念の実装可能性

2.1 序

前稿「1. 尊厳概念の歴史的系譜とカント的基盤」¹⁾では、歴史的展開を経て多義的に使用されてきた「人間の尊厳」概念を整理し、その倫理的根拠としてカントが提示した自律性 (autonomy) を再検討した。カントによれば、人間は理性的存在として自己の思考と判断の能力 (自律) を有し、自己の価値を外的条件に依存せず、内在的な道徳法則に基づき行為する存在である²⁾³⁾。

しかし現代医療では、この自律概念はしばしば「意思決定能力の有無」という手続き的基準へと還元され、その結果、人間が本来他者との関係性の中で尊厳を形成し発揮する存在であるとの理解が十分に反映されていないことが指摘されてきた⁴⁾⁵⁾⁶⁾。

本稿ではこの点を踏まえ、カント的尊厳概念が臨床現場にいかにも実装され得るかを検討する。特に、Dignity Therapy (尊厳療法) および Epistemic Justice (認識的不正義への配慮) の観点から、尊厳の回復と保持に向けた医療的試みの可能性と課題を明らかにする。

2.2 緩和ケアにおける Dignity Therapy (尊厳療法)

カナダの精神科医 ハーベイ・チョチノブ (Harvey Chochinov) によって提唱された Dignity Therapy は、終末期患者の尊厳の保持を目的とした心理社会的介入である⁷⁾。本療法は、患者が自身の価値、人生の意味、伝えたいメッセージ等を語り、それを文書化する過程を通じて「自己物語の再構築」を促す点に特徴がある。患者と家族に共有される「Generativity Document (遺す言葉)」の作成を通じて存在価値の承認が行われることが本介入の中核である。多くの肯定的評価が報告されている⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾。Chochinov の近著「Dignity in Care: The Human Side of Medicine」¹¹⁾では、本稿と方向性を同じくする思想的成熟が認められる。すなわち、カント的尊厳概念の臨床的適用 (philosophical-clinical translation) と解することができる。

(1) 理論的基盤

- 自己物語化による尊厳感の回復: 自身の人生を意味のある物語として語り直すことにより尊厳感が回復される。
- 社会的承認: その語りが家族等に共有されることで、患者の人格価値が他者によって承認される。
- 死を含む人間存在の肯定: 終末期という極限状態においても、人間性の肯定的経験が形成され得る。

(2) 限界と課題

- 尊厳の心理化の問題: Dignity Therapy は尊厳を主観的心理経験に傾斜させる傾向があるが、カント的には尊厳は個人の内的感覚に依存しない普遍的な道徳的価値である。したがって、患者が尊厳感を喪失しても、その尊厳そのものが失われるわけではない。
- 専門職による解釈の権力性: 患者の語りを再構成する過程で医療者の解釈が主導的となる場合、患者の自律性・他者性が損なわれる危険がある。これは「語りの臨床的編集に伴う権力構造」の問題に通底する。
- 文化的普遍性の制限: Dignity Therapy は、一般に個人主義的・物語論的な自己理解を前提とするため、関係主義的・共同体志向の文化では適合性に制約が生じると指摘される。しかし、カント的尊厳概念を念頭に置けば、この指摘は必ずしも妥当とは言えない。

Chochinov 自身、近著¹¹⁾で「尊厳の臨床的接近は対話としての相互性によって成立する」と指摘しており、従来の精神医学的介入モデルから、より倫理的な関係性 (moral relationality) を基盤とする Dignity Therapy への移行が試みられている。これは単なる心理的技法を超えて、尊厳を関係性の中で再生する方向への成熟であると理解できる。

2.3 精神保健分野における Epistemic Justice (認識論的正義)

近年、精神医療や社会医学の領域で注目される Epistemic Justice という概念はイギリスの哲学者ミランダ・フリッカー (Miranda Fricker) により提唱された¹²⁾。Epistemic Justice は、知識形成における不公正を是正しようとする試みであ

る。患者の声が専門知によって軽視される構造を指摘し、医療における権力の偏りを可視化した点で大きな意義がある。Epistemic Justiceは、「知識主体としての人間の尊厳」を守ることを基本としている¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾。

精神保健サービスの現場では、患者の自己報告や経験的知識が生物医学的知識と対等に扱われることが稀である。Epistemic Justiceのアプローチは、患者を単なる治療の対象ではなく、自らの状態についての知識を有する主体として承認することを目指す。これは、カント的尊厳における自律性としての理性的判断能力の尊重と接点を持ち、より本質的に尊厳の回復を志向する。患者が医療決定に参加することは単に「患者の選択を聞く」ことではなく、患者の認識的権威性を認めることである。しかし、Epistemic Justiceは時に「知る側の倫理」として機能することがある。すなわち、知識を有する者が当事者の声を尊重することで正義を回復しようとする、上からの承認構造を含む場合がある。Frickerの理論は知識権力の非対称性を前提としていると言える。

(1) 理論的基盤

- a. Testimonial Justice (証言の正義) : 患者の経験や価値観を医療専門知と対等な認識的価値を持つものとして受け入れること。
- b. Hermeneutical Justice (解釈の正義) : 患者が自らの経験を理解し表現するための概念的・言語的資源を保証すること。

(2) 限界と課題¹⁶⁾¹⁷⁾

- a. 支援が過度に介入的になるリスク: 患者の語りを補完しようとする医療者の意図が強くなるほど、意図せず解釈の主導権が医療者側に傾き、患者の主体性が再び置き換えられてしまう可能性がある。
- b. 関係性の不均衡: 医療者と患者との間にある役割的・構造的な非対称性により、支援が導きや操作へと変容する危険を常に孕む。
- c. 教育的課題: Epistemic Justiceの臨床応用には、医療者も患者も互いに語る主体としての成熟 (thinking capacity) が必要とされる。

カントによれば、人格は「目的それ自体」であり、いかなる状況においても単なる手段として扱われてはならない。ここでいう人格の価値は、人間が自律的に思考し判断する能力の尊重を前提とする。この観点から、患者の語りや経験を不当に軽視するEpistemic Injusticeは、単なる知識形成の問題で

はなく、患者を自己目的として扱わないという尊厳侵害の倫理的問題として理解される。したがって、Epistemic Justiceは、尊厳をめぐる臨床実践において、患者の語りが正当に成立されるための認識論的条件を提示する。一方で、その条件の欠如は同時に倫理的侵害を意味する。この意味において、Epistemic Justiceは尊厳倫理の外部に位置する補助概念ではなく、尊厳が臨床実践の中で具体化される過程そのものに深く関与している。

(3) 倫理と認識の交錯としての尊厳

尊厳とは意思決定能力の有無に還元されない、倫理的かつ認識論的価値を含む概念である。Dignity Therapyが「語りを生み出す倫理実践」であるのに対し、Epistemic Justiceは「語りを正当な知として扱う認識論的正義」である。尊厳とは、この両者が臨床実践の中で交差する地点において立ち現れる価値概念である。一般に倫理学と認識論は異なる領域とされてきたが、医療の現場では、倫理的問題が同時に認識の問題であることが少なくない。患者の尊厳が損なわれる場面は多くは、その語りが正当な「知」として扱われない状況である。したがって、尊厳の保持とは、語り得ること(表現)と語りを受け入れられること(承認)の双方が成立することであり、そのための実践的枠組みとしてDignity TherapyとEpistemic Justiceの統合的活用が期待される¹⁸⁾¹⁹⁾。

2.4 尊厳概念を志向するその他の実践と理論的課題

Narrative medicine²⁰⁾、Relationship-centered care²¹⁾、Compassionate communities²²⁾といった近年の臨床実践は、いずれも患者の尊厳を支える「善きケア (good care)」として実践性を有している。しかしこれらの理念は、しばしば哲学的根拠が十分に明示されないまま普及することがある。共感的態度、患者の語りへの傾聴、意思決定支援、家族との協働などは現代の臨床現場で重視されているが、その背後にある「なぜそれらが倫理的に良いのか」「いかなる価値を促進しているのか」「尊厳概念とどのような整合性を持つのか」といった根源的な問いは必ずしも十分に理論化されていない²³⁾²⁴⁾²⁵⁾。この問いが未整理であれば、「善きケア」は、活動報告や経験的効果の提示に留まり、倫理的・哲学的正当性を欠く“実践概念”として扱われる危険を孕んでいる。平易に言えば、変容し続ける社会的・文化的価値観に対応しうる普遍性を獲得できないおそれがある²⁶⁾。したがって、これらの実践を人間の尊厳概念と倫理的整合性を備えた理論体系として再構築することが求められる。

2.5 小括：関係性こそが尊厳の場である

人間の尊厳とは、ある特定のケアの技法によって回復されるものではなく、人が語り、理解され、認識主体として扱われる関係そのものの中で、常に前提されるべき価値である。なお、本稿で用いた「医療エピステーメ」という理論的枠組みの思想史的位置づけについては、補遺において簡潔に整理する。

(補遺) 本稿の理論的枠組み

構造主義からポスト構造主義への系譜は、本稿の「医療エピステーメ」論を理論的に裏づける。レヴィ=ストロース (Lévi-Strauss C.) が文化的実践の背後にある深層構造を明らかにしたのに対し、フーコーは知の条件——何が語られ得るか、何が真とされるか——を規定するエピステーメの歴史性を示した。さらに、深層構造は単一の普遍内容を押しつけるのではなく、差異が多様に現れるための変換規則(言

わば生成文法的な枠組み)として理解でき、普遍性と多様性は構造と表象の水準差として両立しうる。医療領域においても、1990年代以降QOLが支配的な言説体系として制度化され、診断・評価・政策に深く浸透してきたことは、まさにエピステーメ的変容の一表現である。しかし測定化と運用化に伴う還元主義は、終末期における人格の規範的価値を見落としがちである。そこで本稿は、カント的な「人間の尊厳」をエピステーメ変換の候補として再提示する。カントは人格を目的そのものとして規定し、測定や効用の論理とは質的に異なる規範性を与える。それゆえ尊厳概念が、QOLに代わりうるより根源的な医療エピステーメとして、臨床と倫理の再編に資しうる理論的根拠を提示する。

脚注:Lévi-Strauss C. *Structural Anthropology*. Basic Books, 1963.(レヴィ=ストロース『構造人類学』みすず書房, 2023)

(次号に続く)

参考文献

1. Ishitani K. 尊厳概念の歴史的系譜とカント的基盤. *IRS-SCPSC Newsletter-Winter 2026*. <https://irs-scpsc.com/newsletter-winter2026/English.html>
2. Kant I. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. 1785. In: Gregor M.(trans), *Practical Philosophy*, Cambridge University Press, 1996(御子柴善之訳「道徳形而上学の基礎づけ」人文書院, 2022)
3. Kant I. *Kritik der Praktischen Vernunft*. 1788. (篠田英雄訳「実践理性批判」岩波文庫, 1961)
4. O' Neill O. *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge University Press, 2002
5. Mackenzie C. Stoljar N, eds. *Relational Autonomy: Feminist Perspective on Autonomy, Agency, and the Social Self*. Oxford University Press, 2000
6. Donchin A. Understanding autonomy relationally: toward a reconfiguration of bioethical principles. *J Med Philos*. 2001;26(4):365-386. doi: 10.1076/jmep.26.4.365.3012
7. Chochinov HM, et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*. 2005;23(24):5520-5525. doi :10.1200/JCO.2005.08.391
8. Hall S, et al. Feasibility, acceptability and potential effectiveness of dignity therapy for older peoples in care homes: a phase II randomized controlled trial of a brief palliative care psychotherapy. *Palliat Med*. 2012;26(5). 703-712. doi: 10.1177/0269216311418145
9. Xiao J, et al. How patients with cancer experience dignity: An integrative review. *Psycho-Oncology*. 2021;30:1220-1231. doi : 10.1002/pon.5687
10. Yanez RJV, et al. Use of dignity therapy in palliative care: a comprehensive scoping review. *BMC Palliat Care*. 2025;24(1):177. doi:10.1186/s12904-025-01812-4
11. Chochinov HM. *Dignity in Care: The Human Side of Medicine*. Oxford University Press, 2022. doi:10.1093/med/9780199380428.001.0001
12. Fricker M. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press, 2007.
13. Medina J. *The Epistemology of Resistance*. Oxford University Press, 2013.
14. Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Med Health Care Philos*. 2014;17(4):529-540. doi:10.1007/s11019-014-9560-2
15. Dotson K. Tracking epistemic violence, tracking practices of silencing. *Hypatia*. 2011;26(2):236-257. <https://www.jstor.org/stable/23016544>
16. Byskov MF. What makes epistemic injustice an "injustice"? *J Soc Philos*. 2020;52(2):1-18. doi:10.1111/josp.12348
17. Neelsen KM et al. Fundamental issues in epistemic injustice in healthcare. *Med Health Care Philos*. 2025;28(2):291-301. doi:10.1007/s11019-025-10259-6
18. Leget C. Analyzing dignity: a perspective for clinical ethics. *Med Health Care Philos*. 2013;16(4):945-952. doi:10.1007/s11019-012-9427-3.
19. Grim K, Ramon S. Working towards successfully centering dignity and epistemic justice in mental health practice. *Acad Ment Health Well-Being*. 2025;2:1-10. doi:10.20935/MHealthWellB7930
20. Charon R. Narrative Medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*. 2001;286(15):1897-1902. doi:10.1001/jama.286.15.1897
21. Beach MC, et al. Relationship-centered care. A constructive reframing. *J Gen Intern Med*. 2006;21 Suppl1:53-58. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00302.x
22. Kellehear A. Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. *QJM*. 2013;106(12):1071-1075. doi:10.1093/qjmed/hct200.
23. Woods A. The limits of narrative: provocations for the medical humanities. *Med Humanit*. 2011;37(2):73-78. doi:10.1136/medhum-2011-010045
24. Soklaridis S, et al. Relationship-centered care in health: 20-year scoping review. *Patient Experience Journal*. 2016;3(1):130-145. doi:10.35680/2372-0247.1111
25. Abel J, Kellehear A. Palliative care reimagined: a needed shift. *BMJ Support Palliat Care*. 2016;6(1):21-26. doi:10.1136/bmjspcare-2015-001009
26. Mol A. *The Logic of Care: Health and the problem of patient choice*. Routledge, 2008.

新任医師紹介

2026年4月に当院に着任した2名の医師を紹介します。



顧問
高山 哲治

4月1日付で着任いたしました高山哲治と申します。

私は1986年に札幌医科大学を卒業後、第4内科(現・腫瘍内科)に入局し、約22年間勤務いたしました。その後、2007年より徳島大学消化器内科(第2内科)に勤務し、腫瘍内科学分野も併任してまいりましたが、本年3月に定年退職となり、このたび東札幌病院に勤務させていただくこととなりました。

徳島での約20年間は、気候や文化の違いの中で多くの貴重な経験を積む機会となりました。20年ぶりに札幌へ戻り、新しい環境に少しずつ慣れていくところです。

徳島大学では、診療・研究・教育の三本柱に力を入れてまいりました。教育面では、医学部学生を中心に、歯学部・薬学部・保健医療学科など幅広く講義を担当し、さらに「がんプロ」大学院生の授業や実習にも携わってまいりました。診療面では、消化器内科としての専門診療に加え、各種悪性腫瘍に対する薬物療法に取り組んでまいりました。また、がん遺伝子パネル検査の立ち上げにも関わり、報告書作成からエキスパートパネルの運営まで一貫した体制の構築を行ってまいりました。研究面では、がんのバイオマーカー研究や、新規治療薬・診断薬の開発に従事してまいりました。

なお、一部の研究は現在も継続しており、今後しばらくの間、Web会議や徳島大学への出張を行う予定です。ご迷惑をおかけすることもあるかと存じますが、ご理解のほどお願い申し上げます。

これまでの経験を生かし、いろいろな形で少しでも東札幌病院のために貢献できればと考えております。何卒よろしくお願い申し上げます。



放射線科 部長
堀 正和

皆様、こんにちは。この度、2026年4月付で放射線科に赴任いたしました堀 正和と申します。私は2024年3月まで当院に勤務しておりましたので、2年ぶりに東札幌病院の一員として戻ってまいりました。

勤務初日、久しぶりに屋上の「ソルガーデン」へ足を運びました。南郷通りの街路樹や遠く手稲山を望む空間に、心が癒される思いがいたしました。

専門は放射線治療で、主に東棟地下の診察室にあります。当部門では引き続き、安全な運用とエビデンスに基づいた治療を行ってまいります。本年6月には、日本放射線腫瘍学会より「がんによる症状の緩和のための放射線治療ガイドライン」が発刊される予定です。こうした最新の知見を取り入れながら、質の高い医療を提供したいと思います。

また、同じフロアにはCTやMRIの検査部門も隣接しております。放射線技師や看護師の皆様が、より円滑かつ安心して業務ができるよう、現場をサポートしてまいります。

放射線治療、放射線業務全般で何かございましたら、いつでもお声がけください(メールでも構いません、horimasa@hsh.or.jp)。

以前からお世話になっている方も、初めてお会いする方も、今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

REPORT 学会報告

日本臨床腫瘍薬学会 学術大会2026 (JASPO2026)に参加して

医療技術部薬剤課 嘉代 愛弓

この度、「ペムプロリズマブを含む乳がん周術期薬物療法中にirAEが3臓器に同時発症した1例」と題してポスター発表を行いました。本症例を通して、irAEが複数臓器に同時期に発症し得ること、またそのような場合には適切なタイミングで他科へコンサルテーションを行うことが迅速な診断と治療介入において非常に重要であることを学びました。症例を改めて振り返ることで、当時は気づかなかった細かな変化や疑問点を客観的に整理することができ、病態への理解をより深める貴重な機会となりました。こうした症例を共有することは、同様のケースに直面した際の判断の助けとなり、日々の診療の質向上にもつながると感じます。

また本学会では、「AIを活用した文書作成」、「PBPMの取り組み」など、トレンドに沿った演題が多くみられました。中でも、AIを活用して化学療法レジメンの説明文書を作成する取り組みは、多忙な中でも質の高い医療を提供できるツールとして活用されており、患者さんへのわかりやすい情報提供と業務効率化の両立が期待されているため特に印象に残っています。当院でもこのような取り組みを取り入れることで、より質の高い医療の提供につながるのではないかと感じました。

今回の経験を今後の日常業務に活かし、より安全で質の高い薬物療法を提供できるよう努めていきたいと思えます。最後に、このような貴重な学びの機会を与えてくださった関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

医療技術部薬剤課 小笹 美依

今回「セツキシマブによるInfusion Related Reaction発現後の再投与を可能にした薬学的介入の一例」と題してポスター発表を行いました。セツキシマブによるIRR発現後、適切な薬学的介入を行うことで、安全に治療を継続し患者の状態改善に寄与できた症例を報告しました。この発表での質疑応答やディスカッションを通じ、各施設におけるIRR発現時の具体的な対応について情報共有を行うことができ、新たな学びになったとともに、自施設での対応が適切であることを再確認することができたと感じています。今回の発表は、日々の臨床業務を学術的に整理する貴重な機会となりました。今回の発表を通じて得た知識や経験を今後の病棟業務での患者ケアに還元していきたいと考えています。

また、今回の学会では緩和ケアおよびがん薬物療法に関する、「オピオイドとエンコラフェニブの相互作用」についての発表と「がん悪液質」についてのセッションが特に有益であったと感じています。前者は実際に両剤を使用している患者と関わることも多く、新たな知識や気づきとしてインプットすることができました。後者は、がん悪液質に対する薬剤師の介入のあり方について聴講することができ、特に治療薬（アナモレリン等）の適切な開始時期や、中止を検討すべきタイミングなど、臨床現場で即座に活かせる具体的な判断指標を学ぶことができました。

今回このような貴重な機会を与えていただきありがとうございました。臨床での実体験を学術的に昇華させることの重要性を強く実感いたしました。今回の学びを糧に、今後も患者ケアの質向上に努めてまいります。



第5回がん緩和ケアに関する 国際会議：

5th Sapporo Conference for Palliative and
Supportive Care in Cancer (SCPSC)の
プログラム

事前参加登録

Webサイトにて
受付中

2026. **7.10** Fri.

シンポジウム1
08:00-12:00

がん疼痛に対するオピオイド：新たな科学とベストプラクティス

座長： **David Hui** (University of Texas MD Anderson Cancer Center, USA)
Russell Portenoy (Albert Einstein College of Medicine, USA)

パネル 1

序論：オピオイド応答の新たな科学

David Hui (University of Texas MD Anderson Cancer Center, USA)
Russell Portenoy (Albert Einstein College of Medicine, USA)

オピオイド応答のゲノム-ワイド関連解析：がん疼痛管理への意義

西澤 大輔 (国立精神・神経医療研究センター)

疼痛管理を目的としたオピオイド療法の薬理遺伝学

Todd Skaar (Indiana University School of Medicine, USA)

がん疼痛における神経炎症：

オピオイド療法に対する反応における腫瘍微小環境の役割

Angela Santoni (Sapienza University of Rome, Italy)

Edoardo Arcuri (National Cancer Institute, Rome, Italy)

パネル 2

序論：がん疼痛に対するオピオイド使用の臨床アップデート

David Hui (University of Texas MD Anderson Cancer Center, USA)
Russell Portenoy (Albert Einstein College of Medicine, USA)

がん疼痛治療におけるブプレノルフィンとメサドン

Russell Portenoy (Albert Einstein College of Medicine, USA)

オピオイドが免疫応答と内分泌機能に与える影響

Jason Boland (Hull York Medical School, UK)

強化／報酬系に対するオピオイドの影響：乱用のリスクとリスク軽減戦略

Joseph A. Arthur (University of Texas MD Anderson Cancer Center, USA)

ランチョンセミナー1
12:00-13:00

医学、ナチズム、ホロコーストに関するランセット委員会：
歴史的エビデンス、今日における意味合い、明日に向けた教育

Herwig Czech (Medical University of Vienna, Austria)

座長： Declan Walsh (Levine Cancer Institute, USA)

シンポジウム2
13:00-17:00

がん患者への個別化された緩和ケアとサポーターティブ・ケアの時代： 進歩と革新

座長： **Areej El-Jawahri** (Massachusetts General Hospital, USA)
中川 俊一 (Columbia University, USA)

※本セッションでは、終末期における化学療法、放射線治療、免疫療法、標的療法、緩和手術などの緩和治療の妥当性について議論する

進行固形がん患者に対する緩和ケア提供のイノベーション

Joseph A. Greer (Harvard Medical School; Massachusetts General Brigham Cancer Institute, USA)

ギャップを埋める：血液がんにおける包括的な緩和ケアとサポーターティブ・ケア

Areej El-Jawahri (Massachusetts General Hospital, USA)

新規治療と個別化医療の時代における緩和ケア：
非小細胞肺癌(NSCLC)を一つの視点として

Jessica R. Bauman (Fox Chase Cancer Center, USA)

腫瘍外科における緩和ケア：最近の進展と今後の展望

Ana Berlin (Columbia University Irving Medical Center, USA)

イブニングセミナー
17:00-18:00

欧州の視点：緩和ケアにおけるフューチャー・ケア・プランニング

Mark Taubert (Velindre University NHS Trust & Cardiff University School of Medicine, UK)
座長：高田 弘一 (札幌医科大学)

2026. **7.11** Sat.

シンポジウム3
8:00-12:00

緩和ケアにおける患者と臨床医の出会いに対する精神力動的視点

座長： **Friedrich Stiefel** (University of Lausanne, Switzerland)
Sarah Dauchy (Maison Médicale Jeanne Garnier, Paris, France)

緩和ケアにおける精神力動的視点

Friedrich Stiefel (University of Lausanne, Switzerland)

緩和ケアに携わる臨床医の精神力動的視点

Sarah Dauchy (Maison Médicale Jeanne Garnier, Paris, France)

症状に対する考え方における精神力動的影響の歴史

James Levenson (Virginia Commonwealth University, USA)

心理療法的アプローチと緩和ケアはいかにしてがん診療に統合できるか？

Camilla Zimmermann (Princess Margaret Cancer Centre, Toronto, Canada)

緩和ケア臨床において欠くことができない力動的視点

清水 研 (がん研究会有明病院)



ランチョンセミナー 2
12:00-13:00

苦悩の解明：
重篤疾患における感情的苦悩、心理的苦悩、実存的苦悩、スピリチュアルな苦悩

Karen Steinhauer (Duke University, USA)

座長：小西 達也(武蔵野大学)

シンポジウム4
13:00-16:30

幫助死(安楽死、VAD、MAID)と緩和ケア：表裏一体か？

座長：**Luc Deliens** (Vrije Universiteit Brussel & Ghent University, Belgium)

David Currow (Flinders University, Australia)

第1部 世界における幫助死の実践と経験

世界における幫助死法制と実践の進展

Luc Deliens (Vrije Universiteit Brussel & Ghent University, Belgium)

世界各地における緩和ケア、および幫助死(AD)を選択する人々の
社会人口学的特性に関する実証的エビデンス

James Downar (University of Ottawa, Canada)

幫助死(安楽死、VAD、MAID)と緩和ケア：同じコインの表と裏か？

David Currow (Flinders University, Australia)

緩和ケアと幫助死：境界の再考、実践の再構築

Claudia Gamondi (Palliative Care and Support Service at CHUV; UNIL, Switzerland)

第2部 映画上映

“Last Flight Home”の紹介 **Ondi Timoner**

“Last Flight Home”

監督：**Ondi Timoner**

1982年7月、イーライ・ティモナーは突然の脳卒中で左半身不随となり、53歳でエア・フロリダのCEOを辞任せざるを得なくなった。当時、彼は1日2マイルを走り、テニスをし、健康的な食生活を維持していたのだが、その後は、歩行が不安定なまま生涯を終えた。

イーライ・ティモナーは2021年1月、呼吸困難で入院。我々は、イーライ・ティモナーの最期の日々、素晴らしい功績、悲劇的な喪失、そして何よりも永続的な愛に満ちた比類なき人生を目の当たりにする。「Last Flight Home」は、彼の最後の旅路を、彼の勇気ある家族が最後まで見守るという、感動的な社会体験を描いた作品である。

この映画は、米国ユタ州パークシティで開催された2022年サンダンス映画祭で最優秀ドキュメンタリー賞を受賞した。

※この映画の予告編はYouTubeで見ることができます。Luc Deliensがアメリカの学会でこの映画全編をレビューしたところ、幫助死における緩和ケアの重要性と複雑さを示す非常によくできた作品であった。プロデューサーのMark Barger (New York city, USA)は、約1時間30分のドキュメンタリーを、日本語字幕を含めて45分に短縮することに同意した。



第5回 がん緩和ケアに関する国際会議

完全同時通訳

主催 医療法人 東札幌病院 大会長 小船 雅義(札幌医科大学)

会期 2026年7月10日(金)・11日(土)

会場 札幌パークホテル

〒064-8589 札幌市中央区南10条西3丁目
TEL 011-511-3131 <https://park1964.com/access>

事務局 医療法人 東札幌病院

〒003-8585 北海道札幌市白石区東札幌3条3丁目7番35号
TEL 011-812-2311(代表) FAX 011-823-9552
E-mail: office@sapporoconference.com
ホームページ: <https://www.sapporoconference.com>



「第5回がん緩和ケアに関する国際会議(SCPSC)」の SNSを立ち上げました

プログラムに関することや、開催時期の札幌市内の情報などを幅広く投稿する予定です。

是非、下記SNSを閲覧していただき、フォロー・いいね👍を宜しくお願いいたします!

Facebook



Instagram



アカウント名
SCPSC2026

SCPSC実行委員会 SNSチーム



外来医師スケジュール

★救急対応

(2026年4月1日～)

	診療時間		月	火	水	木	金
午前	9:00～12:00	1診 (内科初診)	担当医	日下部	担当医	担当医	担当医
		2診	石谷 (一般内科)	石谷 (一般内科)	石谷 (一般内科)	三原 (一般/腫瘍内科)	三原 (一般/腫瘍内科)
		3診 (消化器内科)	日下部	長岡	渡邊	伊藤	日下部
		4診 (循環器内科)	高木	岡林	高木	秋津	秋津
		5診	梅田 (呼吸器内科)	宇野 (整形外科)	出張医 (呼吸器内科)	藤田 (一般/血液内科)	松永 (一般/血液内科)
		6診 (一般外科)	石井	久慈	石井	久慈	石井
		7診	久村 (心療内科)	★ (乳腺外科)	前田 (乳腺外科)	大村 (乳腺・甲状腺外科)	照井 (一般/糖尿病内科)
		8診					
		歯科・ 歯科口腔外科	水越/太子 大内/石谷	水越/太子 大内/石谷	水越/太子 大内/石谷	水越/太子 大内/石谷	水越/太子 大内/石谷

	診療時間		月	火	水	木	金
午後	14:00～17:00	1診(13:30～) (内科初診/再診)	三谷	出張医	出張医	須釜★	三谷
		2診	藤田 (一般/血液内科)	松永 (一般/血液内科)	町野★ (一般/緩和ケア内科)	町野 (一般/緩和ケア内科)	須釜 (一般/血液内科)
		3診	佐賀★ (消化器内科)	伊藤★ (消化器内科)	渡邊 (消化器内科)	照井 (一般/糖尿病内科)	長岡★ (一般/消化器内科)
		4診	秋津 (循環器内科)	偶数週 久野 (循環器内科)	照井 (一般/糖尿病内科)	高木 (循環器内科)	出張医 (脳神経内科)
		5診		梅田 (呼吸器内科)	井須 (整形外科)	梅田 (呼吸器内科)	
		6診	担当医 (一般外科)	担当医 (一般外科)	担当医 (一般外科)		担当医 (一般外科)
		7診	中村 (乳腺外科)	大村 (乳腺・甲状腺外科)	大村 (乳腺・甲状腺外科)		
		8診					
		内視鏡室				頭頸部外科出張医	
		歯科・ 歯科口腔外科	水越/太子 大内/石谷	水越/太子 大内/石谷	水越/太子 大内/石谷	水越/太子 大内/石谷	水越/太子 大内/石谷

※外来受付時間 午前の外来 月～金曜日 11:30まで 午後の外来 月～金曜日 16:30まで

※石谷外来 火曜日9:00～11:00

※6診午後の外科外来は、手術等により診療時間が変更となる場合があります。

※緊急対応等に備え、内科医師1名は13:30から待機いたします。

※放射線治療外来は、地下1階診察室です。

※当院では、待ち時間短縮のために予約制を導入しております。予約外診療も行っておりますので、詳細は受付にお問い合わせください。

※病をよく識る外来、セカンドオピニオン外来は予約制です。



医療法人東札幌病院は、公益財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価（一般病院2 3rdG: Ver.2.0）の認定を受けています。

■認定期間
2020年9月26日～2025年9月25日



日本医療機能評価機構
認定第 JC669 号

一般病院2 3rdG:Ver.2.0



●交通のご案内
地下鉄東西線「東札幌駅」より
徒歩5分

駐車場について

当院の駐車場はゲート式になっております。駐車場ご利用の方は、受付または事務室にて駐車券をご提示ください。ご利用料金は以下の通りです。

ご利用料金

外来受診・お見舞いなど、当院ご利用の方は、3時間無料です（以後30分50円）。

Higashi Sapporo Hospital

医療法人 東札幌病院

〒003-8585
札幌市白石区東札幌3条3丁目7-35
電話 011-812-2311 (代表)
FAX 011-823-9552
E-mail: info@hsh.or.jp
HP: <https://www.hsh.or.jp>

東札幌病院は皆様に次のような権利があることを認め尊重致します。

1. 医療を受けるにあたって、大切な一人の人間として尊重されます。
2. 受診される方の個人情報やプライバシーが守られます。
3. 病状や病名・検査結果、受ける処置やケアの内容等について十分な説明を受けられます。
4. 適切な説明のもとに受診される方の意志が尊重され、最良の治療やケアが選択できるように支援されます。
5. 身体的なことだけでなく、必要に応じて社会的・心理的な事柄に関しても支援されます。
6. 療養の経過すべてにわたって、ご希望されれば複数の医師の意見を求めることができます。
7. 最善で安全な医療と必要な健康教育をうけることができます。
8. 医学研究等に参加をお願いすることがありますが、拒否することによって不利益を被ることはありません。

東札幌病院を受診される皆様に御協力いただきたいこと

1. 心身の健康に関する情報について担当者にお伝え下さい。
2. 医療者の説明が不十分な時には、十分理解できるまで質問して下さい。
3. 治療やケアの方針を決めるときには、ご遠慮なく医療者と話し合ってください。
4. 医療者と共につくった治療やケアの計画に積極的に参加して下さい。
5. 院内では常識的な社会人として行動して下さいようお願いいたします。
6. 東札幌病院は全館禁煙です。ご理解とご協力をお願いいたします。
7. 東札幌病院では各階に提案箱を設置しております。ご意見やご要望がありましたらご遠慮なくご利用下さい。