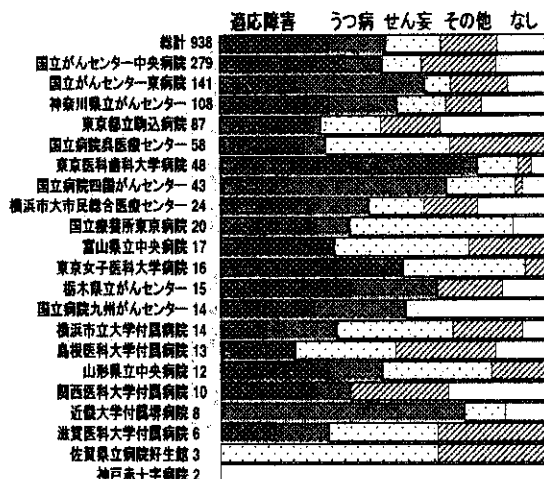


表 2. 紹介患者の精神医学的診断



D. 考察

本結果から、がん患者に認められる代表的な精神疾患は、適応障害、大うつ病、せん妄であることが示唆された。

またこのような精神疾患と関連のある医学的背景として、進行した病期、低いPS、痛みが重要であることが示唆された。病期が進行しPSの悪い患者に対する精神症状のモニタリングと痛みのコントロールが重要と考えられた。

全国のがん患者の精神症状の特徴の概略を把握したことは、評価を標準化し全国に成果を普及させる上で、貴重な意義を持つ。またデータベースの構築を進め、多施設のがん患者の実態把握を可能にしたことにより、治療法の開発を視野に入れた本研究の推進が可能になった。次年度、がん患者に頻度の高い適応障害とうつ病に対する治療法の開発により、精神腫瘍学の体系化と普及が進むと予想される。

E. 結論

精神科に紹介されたがん患者では、適応障害、大うつ病、せん妄が、代表的な精神症状と考えられた。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

①外国語論文

- Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation; a nationwide survey. *J Clin Oncol* 20:758-764, 2002
- Morita T, Akechi T, Uchitomi Y: Similarity and difference among standard medical care, palliative sedation therapy, and euthanasia: a multidimensional scaling analysis on physicians' and general population's opinions. *J Pain Symptom Manage*, (in press)
- Kohara H, Uchitomi Y, et al: Effect of nebulized furosemide in terminally ill cancer patients with dyspnea. *J Pain Symptom Manage*, (in press)
- Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Clinical factors associated with suicidality in cancer patients. *Jpn J Clin Oncol*, 32:506-511, 2002
- Akechi T, Uchitomi Y, et al: Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma; a 6 month follow-up study. *Cancer*, 95:1085-1093, 2002
- Akizuki N, Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Clinical experience of the pharmacological treatment algorithm for major depression in advanced cancer patients; a preliminary study. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 6:83-89, 2002
- Inagaki M, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Metyrapone for Cushing's syndrome. *Am J Psychiatry*, 159:1246, 2002
- Matsuoka Y, Nakano T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Cancer-related intrusive thoughts as an indicator of poor psychological adjustment at 3 or more years after breast surgery; a preliminary study. *Breast Cancer Res*

- Treat, 76:117-124, 2002
9. Nakanishi T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Psychological distress of family members with cancer patients in Japan. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 6:205-210, 2002
 10. Nakano T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Relationship between distressing cancer-related recollections and hippocampal volume in cancer survivors. *Am J Psychiatry*, 159:2087-2093, 2002
 11. Nishida A, Uchitomi Y, et al: Antidepressant drugs and cytokines in mood disorders. *Int Immunopharmacol*, 2:1619-1626, 2002
 12. Sugawara Y, Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Efficacy of methylphenidate for fatigue in advanced cancer patients; a preliminary study. *Palliat Med*, 16:261-263, 2002
 13. Tanaka K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Impact of dyspnea, pain and fatigue on daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. *J Pain Symptom Manage*, 23:417-423, 2002
 14. Tanaka K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Prevalence and screening of dyspnea interfering with daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. *J Pain Symptom Manage*, 23:484-489, 2002
 15. Tanaka K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Factors correlated with dyspnea in advanced lung cancer patients; organic causes and what else? *J Pain Symptom Manage*, 23:490-500, 2002
 16. Uchitomi Y, Akechi T, Nakano T, et al: Lack of association between suicidal ideation and enhanced platelet 5-HT_{2A} receptor-mediated calcium mobilization in cancer patients with depression. *Biol Psychiatry*, 52:1159-1165, 2002
 17. Uchitomi Y, Mikami I, Akechi T, et al: Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small cell lung cancer. *J Clin Oncol*, 21:69-77, 2003
 18. Okuyama T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Validation study of the Japanese version of the brief fatigue inventory. *J Pain Symptom Manage*, 25:106-117, 2003
 19. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Psychiatric evaluation of competency in cancer patients. *Int J Psychiatry Clin Pract*, (in press)
 20. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatics*, (in press)
 21. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Pain, depression, and suicide-related issues in cancer patients. *Cancer*, (in press)
 22. Akizuki N, Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in cancer patients. *Cancer*, (in press)
 23. Fukui S, Uchitomi Y, et al: The effect of a psychosocial group intervention on loneliness and social support for Japanese women with primary breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, (in press)
 24. Matsuoka Y, Akechi T, Uchitomi Y, et al: A volumetric study of amygdala in cancer survivors with intrusive recollections. *Biol Psychiatry*, (in press)
 25. Taniguchi K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Performance status 1 predicts psychological response in female, but not male, ambulatory cancer patients.

- Support Care Cancer. (in press)
26. Uchitomi Y, Akechi T, et al: Mental adjustment after surgery for non-small cell lung cancer. Palliat Supportive Care, (in press)
- ②日本語論文
1. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 神経精神疾患治療の EBM; エビデンスに基づく神経精神疾患の治療戦略. 脳の科学 24:791-797, 2002
 2. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介: がん患者のメンタルヘルス. Clinical Neuroscience 20:538-540, 2002
 3. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 進行肺癌患者の精神的ケア. 日本胸部臨床 61:955-968, 2002
 4. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: がんの抑うつ. モダンフィジシャン 22:1135-1138, 2002
 5. 稲垣正俊, 明智龍男, 内富庸介, 他: がん診断後の心理的負担. Journal of Clinical Rehabilitation 11:159, 2002
 6. 内富庸介: サイコオンコロジー (精神腫瘍学) の科学的基盤とその課題. 精神科治療学 17:1353-1359, 2002
 7. 内富庸介: がん患者の精神症状対策. 癌と化学療法 29:1306-1310, 2002
 8. 内富庸介: 総論: がん患者の心理的反応. 血液・腫瘍科 45:465-470, 2002
 9. 柏倉美和子, 明智龍男, 内富庸介, 他: がん と PTSD (Posttraumatic Stress Disorder). 臨床精神医学 増刊号:213-219, 2002
 10. 村上好恵, 内富庸介: サイコオンコロジーの科学的基盤. がん看護 7:455-460, 2002
2. 学会発表
- ①国際学会
1. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Psychiatric Disorders in Patients with Advanced Lung Cancer. XII World Congress of Psychiatry. Poster Session. 2002. August, Yokohama
 2. Uchitomi Y: Psychological Distress in Cancer Patients After the Disclosure of Diagnosis. XII World Congress of Psychiatry. Symposium. 2002. August, Yokohama
 3. Inagaki M, Nakano T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Does small hippocampus predispose to a first major depressive episode? 8th International Conference on Functional Mapping of the Human Brain. Poster. 2002. June, Sendai
 4. Matsuoka Y, Nakano T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Relationship between the amygdala volume and cancer-related intrusive thoughts. 8th International Conference on Functional Mapping of the Human Brain. Poster. 2002. June, Sendai
 5. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable non-small cell lung cancer: a longitudinal study. 49th Annual Meeting of the Academy of Psychosomatic Medicine. 2002. November, Tucson
- ②国内学会
1. 内富庸介: 肺がん患者の心理学的問題. 第 42 回日本呼吸器学会総会. シンポジウム. 2002. 4, 仙台
 2. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介: 治癒が望めない進行肺がん患者における希死念慮の頻度とその予測因子. 第 7 回日本緩和医療学会総会. ワークショップ. 2002. 6, 松山
 3. 内富庸介: がん体験後の PTSD 症状. 第 25 回日本神経科学大会公開シンポジウム. シンポジウム. 2002. 7, 東京
 4. 内富庸介: がん患者のうつ状態に対する薬物戦略. 第 12 回日本臨床精神神経薬理学会. ランチョンセミナー. 2002. 10, 新潟
 5. 内富庸介: サイコオンコロジーの現状と展望. 第 26 回日本心身医学会中国・四国地方会. 教育講演. 2002. 10, 広島
 6. 秋月伸哉, 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介: 治療を拒否し死に至ったがん患者; 医療と倫理の狭間で. 第 15 回日本総合病院精神医学会総会. ケースカンファレンス. 2002. 11, 東京
 7. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 終末期がん患者における希死念慮; その頻度および身体的・心理社会的関連要因. 第 15 回日本総合病院精神医学会総会. 金子賞受賞記念講演. 2002. 11, 東京
 8. 稲垣正俊, 中野智仁, 明智龍男, 内富庸

- 介, 他: 海馬体積と初発大うつ病の関連についての検討. 第24回日本生物学的精神医学会. 一般演題. 2002. 4, さいたま
9. 松岡豊, 中野智仁, 明智龍男, 内富庸介, 他: 侵入性想起と扁桃体体積との関係. 第24回日本生物学的精神医学会. 一般演題. 2002. 4, さいたま
 10. 村上好恵, 奈良林至, 安達勇, 明智龍男, 内富庸介, 他: 再発乳がん患者の精神的適応に関連する因子に関する研究. 第15回日本サイコオンコロジー学会総会. 一般演題. 2002. 5, 東京
 11. 稲垣正俊, 中野智仁, 明智龍男, 内富庸介, 他: がんに関連する Intrusive thought と海馬体積の関連についての横断研究. 第15回日本サイコオンコロジー学会総会. 一般演題. 2002. 5, 東京
 12. 松岡豊, 中野智仁, 明智龍男, 内富庸介, 他: Intrusive thought を有したがん治療後長期生存者における心理的負担とコピーング. 第15回日本サイコオンコロジー学会総会. 一般演題. 2002. 5, 東京
 13. 秋月伸哉, 中野智仁, 明智龍男, 内富庸介, 他: がん患者の適応障害・大うつ病に対する簡便なスクリーニング法の開発. 第15回日本サイコオンコロジー学会総会. 一般演題. 2002. 5, 東京
 14. 藤森麻衣子, 明智龍男, 内富庸介, 他: がん医療におけるコミュニケーションスキルトレーニング法の有用性に関する研究. 第15回日本サイコオンコロジー学会総会. 一般演題. 2002. 5, 東京
 15. 長谷目悦子, 内富庸介, 明智龍男, 中野智仁, 他: 生検前の前立腺癌患者のパーソナリティ特徴. 第43回日本心身医学会総会. 2002. 5, 東京
 16. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 乳がん患者の精神症状とそのケア. 第10回日本乳癌学会総会. 2002. 7, 名古屋
 17. 明智龍男, 内富庸介, 他: 進行肺がん患者における希死念慮の頻度およびその予測因子. 第40回日本癌治療学会総会. 2002. 10, 東京
 18. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 進行・終末期がん患者に対する精神療法の state of the art; 系統的レビューによる検討. 第15回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題. 2002. 11, 東京
 19. 中野智仁, 明智龍男, 内富庸介, 他: がん生存者における侵入性想起と海馬容積の関連. 第15回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題. 2002. 11, 東京
 20. 松岡豊, 中野智仁, 明智龍男, 内富庸介, 他: がん治療後長期生存者における侵入性想起の臨床的意義. 第15回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題. 2002. 11, 東京
 21. 大庭章, 明智龍男, 内富庸介, 他: 術後早期に実施する乳がん患者のグループ療法の有効性に関する研究. 第15回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題. 2002. 11, 東京
 22. 稲垣正俊, 明智龍男, 内富庸介, 他: 嗅神経芽細胞腫による精神症状を伴う Cushing 症候群に対し metyrapone が奏効した一症例. 第15回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題. 2002. 11, 東京
- H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)
1. 特許取得
なし。
 2. 実用新案登録
なし。
 3. その他
特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）
分担研究報告書

大学病院における卒前緩和医療教育に関する研究

分担研究者 中保利通 東北大学医学部附属病院緩和医療部

研究要旨 大学病院での卒前緩和医療教育としての、緩和ケア病棟での実習の有用性を評価した。学生からは、貴重な経験・教訓を得た 87%、患者の満足感の高さを感じた 98%、患者からの何らかの不満の表出を感じた 79%、緩和医療・緩和ケアの重要性を認識した 98%、緩和医療・緩和ケアの難しさを感じた 89%、などの感想が出た。一方、患者の感想からは、「面談が医学生にとって意義があると思う」という回答が 86%で、「患者自身にとって学生との面談は意義がない」と回答したのは 5%に過ぎなかった。以上より緩和ケア病棟での実習は、学生のみならず患者にとっても有用である可能性が示唆された。

A. 研究目的

大学病院での卒前緩和医療教育としての、緩和ケア病棟での実習の有用性を、単に学生への効果という観点だけでなく、患者にどのように受けとめられているかという点についても評価する。

B. 研究方法

緩和ケア病棟で Small Group Teaching (SGT; 1グループ3～5人)実習を行った東北大学医学部5年生85名と、面談に応じた緩和ケアセンター入院患者44名を対象とした。

実質3時間の緩和ケア病棟における実習時間中に、緩和医療・緩和ケアに関する概論講義の後、入院患者の病室を訪問させ、面談を行なわせる。面談内容は学生が患者に尋ねたいことを中心とする自由度の高いものとするが、指導教官の質問に答えていただく場面に学生が立ち会うという形式をとった場合も含めた。患者の選定は、学生との面談に応じてよいという承諾をもらえること、病名・病状を告知済みであること、入棟後1週間以上経過していること、身体精神症状が安定しており、30分間程度の会話に支障がないこと、などの基準に則った。終了後、学生・患者にアンケート記入を依頼し、その内容を検討した。

（倫理面への配慮）

医学生教育のための面談実習であることをあらかじめ患者に知らせ、断っても構わないこと、体調に応じ短く切り上げてよいことを説明した。

C. 研究結果

学生の感想には、貴重な経験・教訓を得た 87%、患者の満足感の高さ 98%（環境に対して 76%、スタッフに対して 71%、精神的症状コントロールに対して 61%、肉体的症状コントロールに対して 39%）、患者からの何らかの不満の表出 79%（特に前医への不満 38%）、緩和医療・緩和ケアの重要性の認識 98%、緩和医療・緩和ケアの難しさ 89%などがみられた。

一方、患者の感想には、学生の態度に関しては、大変よい 64%、よい 25%、ふつう 11%で、否定的印象を持ったという回答はなかった。面談の時間に関しては、短かく感じたという回答が 29%で、長かったとするものは 7%であった。面談が医学生にとって意義があると思うという回答が 86%に上った。一方患者自身にとって意義があると回答したのは 86%で、意義がないとしたものは 5%に過ぎなかった。

D. 考察

卒前緩和医療教育として、緩和ケア病棟で実習することは、学生にとって医療に対する新たな視点をもたらす貴重な機会となることが示され、患者側からもおおむね好意的に受けとめられていることがわかった。患者自身にとって意義がある、と回答した方々が多かったことより、終末期においても学生教育という分野で役に立つことができる、という思いを持っていただける可能性がある。

E. 結論

大学病院での卒前緩和医療教育としての、緩和ケア病棟での実習は、学生のみならず患者にとっても有用である可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. 中保利通, 他: がん疼痛治療の目標と実践. 臨床と薬物治療 21: 104-107, 2002
2. 中保利通: 医師の卒後教育に望むこと-体得すべきことを中心に. ターミナルケア 12: 203-204, 2002
3. 山室誠, 中保利通: 緩和医療に関する言葉について. 緩和医療学 4: 157-162, 2002
4. 小原健, 中保利通, 他: モルヒネ投与中の末期癌患者における末梢血リンパ球分画の検討. 日本ペインクリニック学会誌 9: 414-417, 2002
5. 伊藤洋介, 中保利通, 他: 前縦靭帯骨化症を合併し背部痛のコントロールに難渋した膵癌患者の1例. 日本ペインクリニック学会誌 9: 443-445, 2002

学会発表

1. 中保利通: 大学病院における緩和ケア病棟のあり方を探る. 第8回大学病院の緩和ケアを考える会. 2002. 6, 東京
2. 中保利通: 大学病院緩和ケア病棟における緩和医療の卒前教育. 第7回日本緩和医療学会総会. 2002. 6, 松山
3. 中保利通, 他: 緩和ケア病棟における患者と医学生との面談の意義-患者側からみた医学教育-. 第6回東北緩和医療研究会総会. 2002. 11, 秋田
4. 島田哲, 中保利通, 他: 膵ラ氏島腫瘍・悪性褐色細胞腫に合併した高Ca血症に対する高用量ビスホスホネート製剤の使用経験と治療フローチャート作成の試み(第一報). 第7回日本緩和医療学会総会. 2002. 6, 松山
5. 島田哲, 中保利通, 他: 緩和ケア病棟開棟時のストレスに関する研究~精神科医による介入試験の試み. 第7回日本緩和医療学会総会. 2002. 6, 松山
6. 島田哲, 中保利通, 他: 四肢脱力を主訴とした末期膵嚢胞腺癌に対して各種治療

を行った後、約50日間の症状改善を得られた一例~ランバートイートン症候群と多発性筋炎との鑑別診断を中心として. 第7回日本緩和医療学会総会. 2002. 6, 松山

7. 虎岩知志, 中保利通, 他: 腹腔神経叢ブロックを受けた膵癌患者の終末期におけるモルヒネ使用量. 第7回日本緩和医療学会総会. 2002. 6, 松山
 8. 山本庸子, 中保利通, 他: 当院緩和ケアセンターにおける在宅療養への移行症例の検討. 第7回日本緩和医療学会総会. 2002. 6, 松山
 9. 小原健, 中保利通, 他: Propofolによる終末期がん患者の鎮静. 第7回日本緩和医療学会総会. 2002. 6, 松山
 10. 高橋雅彦, 中保利通, 他: 転移性脊椎圧迫骨折に対する経皮的椎体形成術15症例の経験. 第36回日本ペインクリニック学会大会. 2002. 7, 宮崎
 11. 虎岩知志, 中保利通, 他: ぼくにもできた腹腔神経叢ブロック. 第36回日本ペインクリニック学会大会. 2002. 7, 宮崎
 12. 山本庸子, 中保利通, 他: Dry spinal tapのためにも膜下ブロックを断念した3症例. 第36回日本ペインクリニック学会大会. 2002. 7, 宮崎
 13. 吉田明子, 中保利通, 他: 腹腔神経叢ブロック施行患者に発生した無症候性胃穿孔. 第36回日本ペインクリニック学会大会. 2002. 7, 宮崎
 14. 小原健, 中保利通, 他: 転移性椎体圧迫骨折に対する経皮的椎体形成術の評価. 第27回日本ペインクリニック学会東北地方会. 2002. 9, 横手
 15. 渡邊秀和, 中保利通, 他: 末期癌患者に対する神経ブロックの鎮痛状態・ADLに与える影響. 第27回日本ペインクリニック学会東北地方会. 2002. 9, 横手
- ## H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)
1. 特許取得
なし。
 2. 実用新案登録
なし。
 3. その他
特記すべきことなし。

医療従事者の緩和医療に対する認識の研究

分担研究者 奈良林至 埼玉医科大学臨床腫瘍科

研究要旨 わが国における緩和医療は、一般に十分に理解されているとは言いがたい。それは、医療者側、患者側それぞれに問題があるからと考えられるが、今回は医療者、特にながん医療に携わる医師が緩和医療をどのように考えているかを質問紙調査するため、その前段階として面接調査による予備調査を行い、質問紙調査の内容を決定する際の資料とする。最終的には、質問紙調査の回答を検討することで現在の問題点を抽出し、わが国に終末期緩和医療を普及させていくための必要な取り組みを提言する。

A. 研究目的

がん医療に携わる医師が緩和医療をどのように考えているかを質問紙調査するため、その前段階として面接調査による予備調査を行い、質問紙調査の内容を決定する際の資料とする。最終的には、質問紙調査の回答を検討することで現在の問題点を抽出し、わが国に終末期緩和医療を普及させていくための必要な取り組みを提言することを目的とする。

B. 研究方法

面接調査は、当班の分担研究者との合同研究の形をとり、班員の所属する緩和ケア病棟のある病院5施設の一般診療科の医師2名、緩和ケア担当の医師1~2名を対象とした。方法は半構造化面接調査で、主たる調査項目は；

1. 「望ましい死、死への過程」に関する質問
2. 「望ましい死、死への過程」の実現を促進、阻害する要因に関する質問
3. 緩和ケア病棟の入院に対するバリアに関する質問

とした。

（倫理面への配慮）

回答した医師が特定されないよう、面接調査および回答の解析に十分注意する。

C. 研究結果

現在調査結果を集計中である。このデータを分析することにより、医師側の緩和ケアに対する認識がある程度明らかになり、そのあと予定している質問紙調査の項目を決定できると考えられる。

D. 考察

今回の医師に対する面接調査および今後実施される質問紙調査により、十分な緩和医療が提供されていない現状、すなわち障害となっている因子が同定されることが期待される。

E. 結論

わが国の終末期緩和医療の普及に障害となっている医師側の要因が特定され、それを改善するために必要な取り組みを提言する。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. 奈良林至：在宅におけるがん末期患者の呼吸困難感への対応、がん患者と対症療法 13 (1) : 35-39, 2002
2. 奈良林至、他：ホスピス・緩和ケア病棟における医師と看護師のための研修体制、ターミナルケア 12 (3) : 211-212, 2002
3. 奈良林至：倦怠感の緩和治療、がん看護 7 (4) : 277-282, 2002
4. Ando M, Narabayashi M, et al: Efficacy of docetaxel 60mg/m² in patients with metastatic breast cancer according to the status of anthracycline resistance. J Clin Oncol 19: 336-342, 2001

<前年度収録もれ>

学会発表

1. 奈良林至：がんの代替療法の科学的評価の

- 必要性と臨床試験. 第7回日本緩和医療学会総会. ワークショップ. 2002. 6, 松山
2. 兵頭一之介、奈良林至、中野智仁、他：我が国におけるがんの代替療法に関する患者アンケート調査. 第40回日本癌治療学会総会. ワークショップ. 2002. 10, 東京
 3. 奈良林至、他：我が国のがん代替療法の科学的評価について. 第40回日本癌治療学会総会. ワークショップ. 2002. 10, 東京

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）
分担研究報告書

わが国における緩和医療のあり方と普及に関する研究

分担研究者 木澤義之 筑波メディカルセンター病院総合診療科

研究要旨 【目的】わが国の緩和医療の現場における標準的で妥当性があり、かつ簡便な患者・家族の包括的な評価方法を確立し、緩和医療における患者・家族のニーズについて疫学調査を行う。【方法】横断的研究。2002年9月1日から2003年1月31日までに全国のホスピス・緩和ケア病棟施設4施設で新たに診療を開始した患者を対象に、研究施設の医師、看護師があらかじめ作成されたデータシート初診時にデータ記入を行い、その結果を集計した。【結果】患者の病状認識、頻度の高い身体的症状、精神症状、在宅医療のニーズなどについて有用な知見が得られた。今後この結果をもとにこれら症状の有効な治療手段の開発を行うことが望まれる。

A. 研究目的

緩和医療の実施、特に初診時に重要とされていることは、患者家族の症状評価をはじめとしたcurrent statusの評価とニーズのアセスメントである。欧米では複数のニーズサーベイやgood deathに関するサーベイをもとに、いくつかの妥当性のある患者評価方法が確立されているが、わが国では標準化された患者の評価方法はない。そこで本研究では、わが国の緩和医療の現場における標準的で妥当性があり、かつ簡便な患者・家族の包括的な評価方法を確立するとともに、多施設で利用できるデータシートを作成し、データシートを利用して、緩和医療における患者・家族のニーズについて疫学調査を行う。

B. 研究方法

2002年9月1日から2003年1月31日までに全国のホスピス・緩和ケア病棟施設4施設（国立病院呉医療センター緩和ケア病棟、国立療養所山陽病院内科、聖隷三方原病院ホスピス、筑波メディカルセンター病院総合診療科）において新たにホスピス・緩和ケア病棟に入院した患者および新たに緩和医療のコンサルテーションがあった患者全例を対象にして行った横断的研究。医師および担当看護師によりあらかじめ定められたデータシートへの記入を行った。データシートおよび調査項目はデータシートは体系的文献検索、先行研究、複数回にわたる専門家の討議をもとに作

成し、調査内容は患者背景、現病歴・既往歴、診療形態、依頼経路、依頼目的、人口統計学的因子、原発、がんの進行度、PS（ECOG）予測される予後、病状理解、身体症状、精神症状、医療に関わるニーズ、経済的状況・ニーズ、生活に関わる状況・ニーズ、実存的ニーズ、家族の状況・ニーズなどである。

（倫理面への配慮）

本研究の過程において個人名および施設名は特定されないようにコード化した。

C. 研究結果

研究期間中4施設において211症例が集積された。その内訳は、ホスピス・緩和ケア病棟が190名（90%）、コンサルテーションが21名（10%）であった。患者の平均年齢は66.3歳（標準偏差13.7、21-97）、性別は男性が67.2%を占めた。がんの原発部位は肺がん21.3%、胃がん16.1%、大腸がん14.2%、肝臓がん8.5%、乳がん5.7%、膵臓がん5.7%の順であった。患者のPS（Performance Status）はPS3、4をあわせて80.6%を占めた。患者の91.5%、家族の97.6%が病名を告知されており、患者の49.8%、家族の83.8%が病状の理解が良好であった。

患者の身体症状で頻度が高かったものは食欲不振（75.8%）、疼痛（71.6%）、全身倦怠感（67.3%）、呼吸困難（44.

1%)、咳(44.1%)、嘔気(39.8%)、腹満(39.8%)、便秘(37.4%)であり、患者の症状緩和ニードが高い症状は疼痛(47.9%)、食欲不振(32.7%)、全身倦怠感(26.5%)、呼吸困難(21.3%)、腹満(19.9%)、嘔気(17.5%)であった。また、精神症状で頻度が高かったものは不安(40.3%)、不眠(36.5%)、眠気(35.7%)、うつ(26.5%)、せん妄(24.2%)であり、症状緩和のニードの高い症状は不眠(19.9%)、不安(11.4%)、うつ(8.1%)、せん妄(8.1%)であった。また、その他のニードとして経済的問題が15.2%、在宅療養の希望が44.8%の患者でみられた。

D. 考察

患者のPSはPS3、4をあわせて80.6%を占めており、ホスピス緩和ケアが対象とする患者の多くが床上で多くの時間を過ごしていることが明らかとなった。また、患者の9割、家族のほとんどが病名を告知されているが、およそ半数の患者が病状を正確に認知していないことが明らかとなった。積極的治療から緩和医療への移行に際し、医療現場におけるコミュニケーションが不十分である可能性があると考えられる。

また、頻度が高い症状、患者の症状緩和のニードが高い症状は、身体症状では疼痛、食欲不振、全身倦怠感、呼吸困難感、腹満、嘔気であり、精神症状では不眠、不安、うつ、せん妄であることが明らかとなった。今後これらの症状を対象とした効果的な症状緩和の手段を開発することが望まれる。

また、在宅療養の希望が44.8%の患者でみられ、緩和ケアにおける在宅医療のニードの高さが示された。

E. 結論

本研究を通じて、わが国の緩和医療の現場において簡便で包括的な評価方法が確立できた。このデータシートを用いた横断的調査で、患者の病状認識、頻度の高い身体的症状、精神症状、在宅医療のニードなどについて有用な知見が得られた。今後このデータシートをさらに改善し、データを集積すると同時に、これら症状の有効な治療手段の開発を行うことが望まれる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Tetsuhiro Maeno, Yoshiyuki Kizawa, et al. Depression among primary care patients with complaints of headache and general fatigue. Primary Care Psychiatry 2002; 8:69-72
2. 木澤義之：緩和ケアにおけるくすりの選び方と使い方、オピオイドの使用方法. がん看護 7:140-144;2002
3. 木澤義之：オピオイドの投与経路とその選択. 緩和医療学 4:135-140;2002
4. 木澤義之：多職種カリキュラムのねらいと課題. ターミナルケア 12:177-182;2002
5. 木澤義之 症状マネジメントにおけるコミュニケーション技術. 看護技術 48(12); 37-40; 2002

学会発表

1. 木澤義之：緩和医療専門医の育成. 第7回日本緩和医療学会総会. ワークショップ. 2002. 6, 松山
2. 木澤義之：「緩和ケアチームの現状と将来」緩和ケア医の立場から. シンポジウム. 2002. 11, 東京

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）
分担研究報告書

緩和医療に対する理解、必要性と現状に関する研究

分担研究者 安達 勇 静岡がんセンター緩和医療科

研究要旨 本邦においても先進国並に緩和医療認定施設が増え病床数が2165床に達した。しかし全国的に稼働率は75%と低い。一因は緩和医療者からの一般住民への教育・啓蒙活動が不足している点、がんの進行経過に伴う患者への説明が不十分である点、また緩和医療者が緩和ケアの本質を理解していない点などが影響している。そこで、我々は静岡東部新設されたがんセンター内に設置された理想的な環境内で実施されている緩和ケアの内容を報告する。さらに周辺の住民に対して「住民の求める緩和医療とは」「よりよい死とは」へのニーズとバリアに影響する要因を明らかにすべき、昨年予備調査に続き本調査への準備研究を行った結果を報告する。

A. 研究目的

1990年に医療保険で定額の緩和ケア病床入院料の支給がなされてから、緩和医療施設が急速に増え2002年12月には全国で113施設、病床数も2165床となり、数のうえでは先進国に近付きつつあるが、緩和医療の質的な面では全体的に開発途上にあると認識されている。また医療現場では必ずしもがん患者は緩和医療施設への希望は多くなく、稼働率も平均75%と高くない。その要因として、1) 終末期医療の現状を医療者側から積極的な啓蒙活動が欠如している点がある。2) がん医療現場では病名の告知は普及してきているが、再発後、治癒困難となった時、終末期への移行時などにおいては患者家族へ説明は十分に行われていないことから、最後まで積極的治療への期待感を懐かしている。3) 緩和専門医療者の不足と、緩和専門使節では死の看取りに重点があかれ、いわゆるWHOのpalliative careの定義でも述べられているような、がん疾患の初期段階から終末期において身体的、心理社会的、そしてスピリチュアルに至るまでがん患者を包括的継続的にケアしていく、幅の広い緩和医療が実践されていない点が考えられる。

静岡がんセンターは2002年9月に新設され、最先端の陽子線、PETなど有し、各臓器診療科以外に癌診療を支援する診療科を含めて36の診療科と615の病床数を有する本邦最大の地域がん診療総合センターである。さらに地域における包括的、継続的がん医療

を目指すために緩和医療科に本院25床、別棟25床の計50病床を設けハード面で理想的な環境を提供されるように配慮されている。2002年9月に開設されてからの半年間における緩和医療の内容を見直し、患者家族がどのように理解し利用したかを検証する。

また、本研究班の緩和医療研究グループでは「よい緩和治療」の定義、ニーズ、バリアに関する研究を行うことが主題とされているので、我々は本年9月に開設される静岡県がんセンター地域をフィールドに「よい緩和医療とは」「よい死とは」の意識調査を行い、その影響する要因を明らかにすることを目標とした。昨年度は、その裏付けとなる調査内容をどのように同定すべきかの予備調査を行った。その結果を踏まえて地域住民への「ホスピス・緩和ケアに関する意識調査」のアンケート案を検討した。地域住民のがん緩和ケア医療に関する認識度と「より良い緩和医療」「よりよい死」に関する意識の実態の調査・分析を通して、地域特性と住民のニーズに合ったがん間輪医療を提供していくための整備を計ることを目的とした。

B. 研究方法

1、静岡がんセンター緩和医療科に、2002年9月～12月までに本棟と別棟へ入院した患者を対象とした。これら患者の原疾患、年齢、告知内容、選択理由、緩和症状、在院日数、転帰などについて検討した。

2、【地域住民向けのよりよい死の調査】

日本国内でも地域によって「死」に関する文化や認識も異なることが推測されるので、関東地域、中部地域や関西地域などの地方や都会で、同一調査を行い、比較することができればよいが、当対象は静岡がんセンターが新設された駿東郡長泉町に限定して調査することとした。長泉町は総人口は 34,208 人、うち男性 17,427 (50.9%)、女性 16,781 (49.1%)、20 才未満が 8350 (24.4%) で、20 才以上を対象とし、危険率 5% のサンプルサイズは 307 人となり、アンケート回収率 55% とすると 558 人が調査対象となる。これらを住民登録からランダムに抽出した方を調査対象とする。アンケートは返信用封筒をつけて郵送する。

【調査項目】は；

(A) 「緩和ケアやホスピスに関して、皆さま方がどのように思われている」のかをたずねる (10 項目)。

(B) 「あなたがもし病気になって治らない状態となったときに、あなたにとって「よりよい死」のために大切なことは何ですか」

B1: 身体的な苦痛緩和、身体的苦痛がないこと

B2: 精神的、実存的苦痛がないこと

B3: 緩和ケアの選択に関すること

B4: 死の場所を選択すること

B5: 介護者の安寧、苦痛緩和

B6: 経済的苦痛の緩和、安寧

B7: 普段のようによくすること

B8: 宗教に関すること

B9: 良い終末ケアを受けることなど (10 項目)。

(C) 個別属性などの基本情報、6 項目

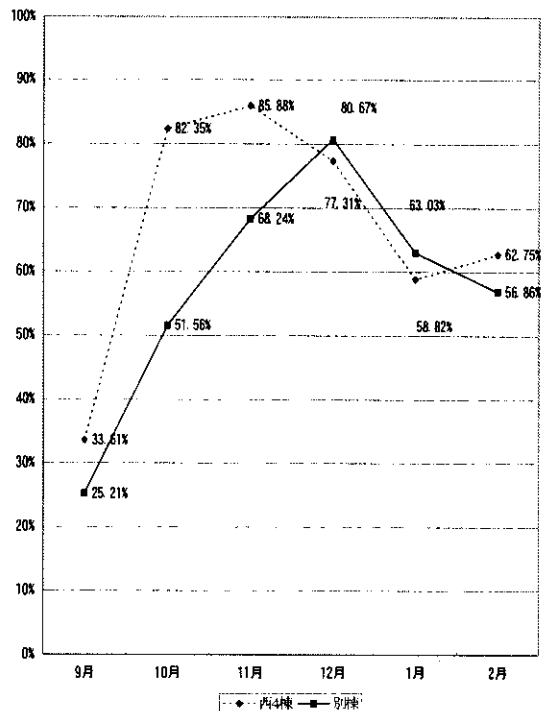
C. 研究結果

1、静岡がんセンター緩和医療科病棟の実態調査結果

1) 緩和医療科病棟の稼働率：

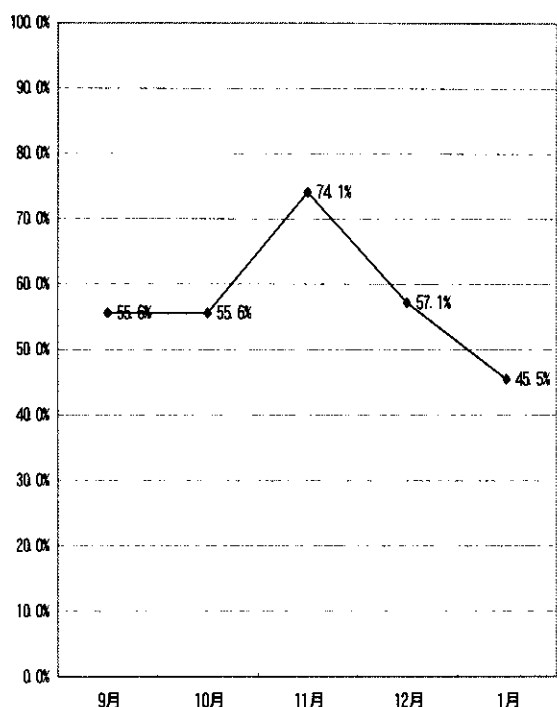
当センターは新設の地域がんセンターであることから、第 1 年度は全病床数の 50% の 313 床、緩和病棟は 34 床をオープンし、3 年がかりで全病棟を開設する計画であった。開設前の予測では、緩和ケア病棟がまず満床となることを予測されていたが、図 1 に示すように、むしろ積極的な治療が期待される外科系病棟から満床となり、緩和病棟は図 1 に示すように最高稼働率 86% 程度に留まった。

図 1：緩和病棟の経時的稼働率



一方、当センターで死亡した患者の看取りを図 2 にしめした。経時的に見ると全死亡患者の 50% 以上の患者が緩和医療病棟内で死亡していた。

図 2：緩和医療病棟の病院内死亡患者の比率



2) 背景:

本棟と別棟間では入院患者数、年齢、在院日数、転帰、在宅への移行率などには大きな差は認められなかった。告知率には大きな差はないが、予後告知率は本棟で多く認めた。疾患別では、本棟に頭頸部癌が多く、別棟では肺癌多かった。

2) 病棟選択理由と入院経路:

本棟では他科からの転棟が多く、別棟は他院から紹介患者が多く認めた。本棟は利便性と転棟の環境変化への不安、別棟へは距離や隔絶感などが選択理由となっていた。一方別棟では環境が最期を迎える場として適している。平屋であることから、庭への接近、家族との過ごし易さなどであった。従って本人家族が最後の看取りに場として選択する比率が高った。

2、「よりよい死」「よりよい緩和とは」の調査:

今年度は実態調査の内容を同定する準備と全国調査との摺り合わせを行った。

静岡がんセンターの設置された長泉町の住民への調査と、全国的にはがん患者遺族に対して認識度調査を中心行う準備をした。

1) 対象者: 20才以上の長泉町の一般住民と過去1年間の当センターで死亡された患者の遺族。

2) 調査項目; 希望する終末期医療、療養場所、病状説明、生命維持治療、苦痛緩和のための治療、

3) 希希望する終末期医療に関与する要因、受けた終末期医療の経験(遺族のみ)、死の過程についての認識、医療に対する信頼などの項目と質問様式の同定の基本案が検討された。現在、参加施設での検討を行っている。

(倫理面への配慮)

今回報告の研究内容は直接患者家族への介入ではないので、特に承諾書などの手続きはとっていない。患者の個別情報の取扱いには守秘義務を守り、プライバシーの保護に十分留意した。

D. 考察

地域がんセンターの緩和ケア施設としては、本邦で初めての試みとして二つの病棟を用意した。一つは他科の病棟と全く同じ環境下に本棟4階に全個室とした。さらに別棟に

自宅環境に近い雰囲気のある平屋病棟を用意した。両病棟の選択は患者家族の意志を優先して、選ばれるように配慮した。また緩和専門医や臨床心理療法士などコメディカルの人的配置は両病棟同一にした。4か月を経過した時点で延べ76人の入院患者について集計した。その結果、予想に反して緩和ケア施設への入院希望者は少なかった。

その要因について当センター緩和医療科病棟へ入院した患者について検討を加えた。患者の多くは、当初新設の先端医療を望んで来院し、最後まで積極的な治療に希望を託しており、緩和医療科への移行を受容していなかった。また担当医師は病態告知は行ったいるが、患者の病態の変化に伴い、治療の限界性や予後については最後まできちんとした説明がなされいなく、終末期を迎えていた。院内の各科の専門医師の緩和医療への認識不足もあった。

緩和医療施設設置の入院基準では、本人家族が癌であることを認識しており、積極的な治療、治癒的治療をしない終末期患者を対象とするとされている。当センターの緩和入院前のカンファレンスにおいても、この基準を遵守する傾向が強く、外来での患者・家族への説明にもこの点を強調したために、「緩和医療科はなにもしてくれない科」、「生きる希望を奪う科」として誤解される一面があった。他科の医師からも「積極的な治療を諦めないで、緩和へ受け入れてくれない」印象を与えた。WHOの緩和医療の定義には癌の診断から終末期に至るがんに伴う症状を含めて緩和ケアすることとされ、最近では苦痛を予測された場合には予防的治療介入も含むとされている。この視点から緩和医療はより柔軟性を持ち、がん患者が抱く種々の苦痛を緩和する幅広い活動が望まれる。

今後の方向性としては、1) 緩和医療者はがん患者が緩和医療になにを求め、望んでいるかの視点に立ち返り、がんに伴う全ての症状に対して緩和ケアを提供できるような柔軟性と種々のスキルを持つべきである。2) 緩和ケアチーム内では、自分達の基準で緩和医療を限定するのではなく、臨機応変に各々の患者の個別性、特殊性を考慮して対応すべきである。3) 緩和医療は限定された定義内での対応ではなく、目の前の如何なる患者に対しても最良のケアができるように、絶えずがん医療の変遷のなかで発展していくべき医療形態である。即ち、「これが緩和医療ですよ」

とした偏狭的なものであってはならない。

よりよい死への調査は、内富班としては全国を対象にした「一般人口・がん患者遺族からみた、望ましい死の構成要素と上位概念を明らかにする。そして、一般人口・がん患者遺族からみた終末期医療の希望と、希望に関与する要因を明らかにする」ことが新たに提案され、調査内容の同一化、全国規模の調査にすべきであるとされた。当初、静岡がんセンターが設置された長泉町の住民への「よりよい緩和医療、よりよい死」に対する意識調査を一時的に中断した。当センターは地域がんセンターのモデルとして、21世紀のがん医療のあるべき姿を追求していることから、この地域住民、がん経験者がどのような終末期医療を望んでいるかの視点で取り組み、地域医療へ直接還元することを志向している。がん遺族への調査と基本的に内容を同一にして、静岡東部地域住民を対象とした調査を今後実行していく考えである。

E. 結論

静岡県東部に新設された地域がんセンターの緩和医療科を受診した患者の検討結果から緩和医療に対する地域住民の認識度は低いことが推測された。今後、当地での緩和医療をより充実させる為には、1) 院内医療者が終末期へ移行する患者・家族へより適切な情報提供と病態への適格な説明を充実させるスキルの向上させるべきである。2) 地域住民の「よりよい死」「よりよい緩和」へのニーズの調査活動を行い、地域がんセンターの施設をよりよく利用できるように、がん医療者から積極的な働きかけが必要である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

- 1) Ando, M., Adachi, I., et al., Efficacy of Docetaxel 60 mg/m² in Patients With Metastatic Breast Cancer According to the Status of Anthracycline Resistance. *Journal of Clinical Oncology*. 19 (2) :336-342, 2001
- 2) Okano, Y., Adachi, I., et al., Mental adjustment to first recurrence and correlated factors in patients with breast cancer. *Breast Cancer Research*

and Treatment. 67:255-262, 2001

- 3) Morita T, Adachi I., Japan Palliative Oncology Study (J-POS) Group: Satisfaction with rehydration therapy for terminally ill cancer patients: concept construction, scale development, and identification of contributing factors. *Support Care Cancer* :10: 44-50, 2002
- 4) Morita T, Adachi I., et al., Attitudes of Japanese physicians toward terminal dehydration: a nationwide survey. *Journal of Clinical Oncology*. 20 (24) :4699-4704, 2002
- 5) 安達勇 緩和医療におけるチーム医療の重要性 *Pharma Medica* 20; 75-79, 2002

学会発表

- 1) 安達勇、田中桂子、大坂巖 他 よりよい緩和ケア・ホスピスケアの認識度に関する調査結果 第7回日本緩和医療学会総会 一般演題 2002年 松山市
- 2) 佐藤佳代子、安達勇 乳癌術後患者に対する徒手リンパドレナージ法の臨床効果 第7回日本緩和医療学会総会 一般演題 2002年 松山市
- 3) 小野智子、安達勇 他 悪性腫瘍手術後におけるリンパ浮腫に関する実態調査 第7回日本緩和医療学会総会 一般演題 2002年 松山市
- 4) 長岡波子 安達勇 他 原発乳癌手術後におけるリンパ浮腫に関する実態調査 第7回日本緩和医療学会総会 一般演題 2002年 松山市

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得
特記すべきことなし。
2. 実用新案登録
特記すべきことなし。
3. その他
特記すべきことなし。

がん患者の難治性身体症状の緩和方法の開発とその普及に関する研究

分担研究者 森田達也 聖隷三方原病院ホスピス

研究要旨 がん患者が受けた苦痛緩和のための鎮静に対する遺族の評価と、評価に関与する要因を明らかにするために、遺族を対象とした質問紙調査を行った。280名中196名から回答を得た（70%）。鎮静を受けた患者の遺族は80%が満足で時期は適切だったとしているが、30%は中程度以上の苦悩を感じている。家族の苦悩を緩和するためには、苦痛が緩和されているかを定期的に評価すること、説明を十分に行うこと、家族の気持ちを十分に汲み取ること、意思決定において家族と責任を共有すること、悲嘆を表現できる場を提供することが重要である。

A. 研究目的

がん患者が受けた苦痛緩和のための鎮静に対する遺族の評価と、評価に関与する要因を明らかにする。

B. 研究方法

郵送による質問紙調査。

ホスピス・緩和ケア病棟施設7施設において、2000年1月から11月までに鎮静を受けて死亡退院したがん患者の遺族。鎮静を受けた患者310名（41%：間欠的鎮静7.9%、持続的鎮静33%）のうち、30名を除外し、280名を適格とした。

（倫理面への配慮）

倫理委員会での審議。

C. 研究結果

280名中、196名から回答を得た（回収率70%）。

I) 鎮静に対する遺族の評価

- a) 治療効果：全く・ほとんど苦痛なし（52%）、ときに苦痛あり（28%）、しばしば・ずっと苦痛あり（10%）
- b) 鎮静前後における医師・看護婦の態度の変化：以前より丁寧（29%・39%）、かわりなし（66%・57%）
- c) 治療に対する満足度：満足（80%）、どちらともいえない（17%）、不満足（5%）
- d) 時期の適切さ：適切（80%）、はやすぎた（10%）、おそすぎた（10%）
- e) つらさ：つらくない（33%）、少しつらい（36%）、つらい・とてもつらい（30%）

- f) 意思決定過程：家族への説明あり（90%）、あらかじめの説明あり（84%）、患者への説明あり（64%）、説明から実施までの期間（1週以下67%）、家族内の意見の相違（13%）、スタッフとの意見の相違（6%）

g) 治療に伴う葛藤や不安

- 30%以上：話ができないことをつらさ、気持ちがついていかない
- 20%前後：自分にできることがまだある、責任を負うつらさ、一番いいことか自信ない、寿命が短くなった

II) 鎮静に対する評価に関与する要因

多変量解析の結果、苦痛が緩和されないこと、説明頻度が不十分であること、気持ちを汲み取ってもらえなかったと感じること、決定の責任を負うことが重荷だと感じる、気持ちがついていかないと感じる、遺族のつらさ、不満足の原因であった。

D. 考察・E. 結論

苦痛緩和のための鎮静を受けた遺族は80%が満足で時期は適切だったとしているが、30%は中程度以上の苦悩を感じている。家族の苦悩を緩和するためには、苦痛が緩和されているかを定期的に評価すること、説明を十分に行うこと、家族の気持ちを十分に汲み取ること、意思決定において家族と責任を共有すること、悲嘆を表現できる場を提供することが重要である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Morita T, Adachi I, Japan Palliative Oncology Study (J-POS) Group: Satisfaction with rehydration therapy for terminally ill cancer patients: concept construction, scale development, and identification of contributing factors. *Support Care Cancer* 10: 44-50, 2002
2. Morita T, et al: Increased plasma morphine metabolites in terminally ill cancer patients with delirium: an intra-individual comparison. *J Pain Symptom Manage* 23: 107-113, 2002
3. Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey. *J Clin Oncol* 20: 758-764, 2002
4. Morita T, et al: A scale to measure satisfaction of bereaved family receiving inpatient palliative care. *Palliat Med* 16: 141-150, 2002
5. 森田達也: 苦痛緩和のための鎮静. TECHNICAL TERM 緩和医療. 下山直人, 向山雄人, 山脇成人 (編著) 152-153, 2002, 先端医学社
6. Morita T, et al: Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan. *Palliat Med* 16: 185-193, 2002
7. Morita T, Hirai K, et al: Preferences for palliative sedation therapy in the Japanese general population. *J Palliat Med* 5: 375-385, 2002
8. 岩瀬紫, 森田達也, 他: 終末期医療に携わる看護婦の患者ケアに対する満足度. 死の臨床 39 日本死の臨床研究会 25: 70-77, 2002
9. Morita T, et al: Fluid status of terminally ill cancer patients with intestinal obstruction: an exploratory observational study. *Support Care Cancer* 10:474-479, 2002
10. 森田達也 (編集): 苦痛緩和のための鎮静 適切な使用のために. 緩和医療学 4: 273-332, 2002
11. 森田達也: 苦痛緩和のための鎮静 適切な使用のために 鎮静を考慮する前に おこなうべき治療—せん妄. 緩和医療学 4: 297-304, 2002
12. 鄭陽, 森田達也, 他: 緩和ケアにおけるステロイドの役割. 緩和ケアテキスト. 山室誠 (編著) 112-115, 2002, 中外医学社
13. 森田達也, 他: 終末期がん患者に対する輸液治療のガイドライン. 緩和ケアテキスト. 山室誠 (編著) 116-120, 2002, 中外医学社
14. 森田達也 (翻訳): 難治性症状に対する管理された鎮静. ASCO Curriculum-ASCO 公式カリキュラム がん症状緩和の実際 No. 2. 向山雄人, 内富庸介, 有吉寛 (日本語版監修) 2002, 株式会社ヘス コインターナショナル
15. Morita T, et al: Definition of sedation for symptom relief: A systematic literature review and a proposal of operational criteria. *J Pain Symptom Manage* 24: 447-453, 2002
16. Morita T, et al: Correlation of the dose of midazolam for symptom control with administration periods: the possibility of tolerance. *J Pain Symptom Manage*, in press
17. Morita T, Hirai K, Akechi T, Uchitomi Y: Similarity and difference among standard medical care, palliative sedation therapy, and euthanasia: a multidimensional scaling analysis on physicians' and general population's opinions. *J Pain Symptom Manage*, in press
18. Morita T, et al: Impaired communication capacity and agitated delirium in the final week of terminally ill cancer patients: prevalence and identification of research focus. *J Pain Symptom Manage*, in press
19. Morita T, et al: Ethical validity of palliative sedation therapy. *J Pain Symptom Manage*, in press
20. Morita T, et al: Agitated terminal delirium and association with partial opioid substitution and hydration. *J Palliat Med*, in press

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）
分担研究報告書

緩和医療のあり方と普及に関する研究
-医師卒前教育に関する研究-

分担研究者 本家好文 国立病院呉医療センター緩和ケア病棟

研究要旨 がん医療において良質な緩和医療を提供するには、身体的症状の緩和だけでなく、精神的・社会的苦痛などに対応する全人的な医療が必要とされる。がん病巣だけを診るのではなく、患者を全人的に捉える緩和医療の基本的な理念や、身体的・精神的苦痛を緩和するための知識や技術を習得することは、医師卒前教育においては極めて重要だと考えられる。わが国の医師卒前教育においては、こうした緩和医療を系統的に教育するプログラムは、十分機能しているとは言えない。医学部のコアカリキュラムが変化しているなかで、さまざまな取り組みが実践されている。本研究では、全国大学医学部の緩和医療に関する教育プログラムの実態をアンケート調査を行って把握することによって、わが国の医師卒前教育プログラムに適切な形で緩和医療が組み込まれ、広く医師の間で普及していくことが期待される。

A. 研究目的

わが国の大学医学部における卒前教育において、緩和医療に関する講義や実習が、どの程度組み込まれているかを明らかにして、現状を把握するとともに、医学部教育において適切な形で緩和医療に関する教育が行われ、すべての医師が緩和医療に理解を深めることができ、がん患者や家族が適切に援助され、良好な生活の質を維持できるようにすること。

B. 研究方法

平成 14 年度に大学医学部において緩和医療に関する講義や実習が、誰によって、どの時期に、どのような内容で、どのような形で実施されているかを調査するため、全国の医学部の教育担当教官に対して、アンケート用紙を送付した。回収したのちに諸外国の現状とも比較しながら、わが国における緩和医療に関する適切な教育プログラムのあり方について検討する。

（倫理面への配慮）

教育プログラムに関する研究であり、直接患者のプライバシーを侵害するような結果は生じることはない。

C. 研究結果

わが国において、これまでに行われてきた

医師卒前教育に関するアンケート調査の結果、大半の医学部で、何らかの形で緩和医療に関する講義や実習が実践されていることが分かった。問題点としては、教育実施時期、内容、担当教官などに大きなばらつきが見られたことである。これらの結果を参考にしながら、実態をさらに詳細に調査し、今後の緩和医療に関する医師卒前教育のあり方について提言する。

D. 考察

医学部における医師卒前教育、卒後教育のシステムは、大きな転換期を迎えている。緩和医療に関する卒前教育プログラムについても、各大学で適切な教育プログラムを模索しているのが現状である。わが国には緩和医療に関する専門講座がないため、卒前教育においては様々な講座の教官が、分担しながら行っているのが現状である。患者を全人的に捉えたうえで実践される緩和医療の理念を、医師卒前教育プログラムに適切に組み込むことは、将来医師になって医療を実践する際に極めて有用だと思われる。

E. 結論

これまで実施されたアンケート調査の結果、全国の医師卒前教育プログラムが、その内容や方法に大きな違いがあることが明らか

となった。現在、各大学で模索している緩和医療教育プログラムに対して、基本的な指針を提示して、適切に緩和医療に関する卒前教育が行われる必要がある。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. 本家好文: 真実を分かち合う。がん看護 7:58, 2002
2. 本家好文, 他: 緩和ケア; 現場からのレポート. 病院 61: 202-204, 2002
3. 本家好文: モルヒネは使われているが…。緩和医療学 4:251-253, 2002
4. Tanisada K, Honke Y, et al: Patterns of care study quantitative evaluation of quality of radiotherapy in Japan. Cancer:95164-171, 2002
5. 本家好文, 他: 婦人科系腫瘍 (膣がん) の緩和ケアにおいて難渋した事例. ターミナルケア 12:476-479, 2002
6. 本家好文, 他: 食欲不振の緩和医療. がん看護 7:362-365, 2002
7. 本家好文, 他: 転移性脳腫瘍に対する術中照射の経験: 55:797-800, 2002

学会発表

1. 本家好文: 地域に根ざしたホスピスケアを目指して. 第 3 回日本死の臨床研究会中国四国支部研究会. シンポジウム. 2002. 5, 倉吉
2. 本家好文: スピリチュアルペイン. 第 15 回日本サイコオンコロジー学会総会. 事例検討. 2002. 5, 東京
3. 本家好文他: 代替補完療法. 第 7 回日本緩和医療学会座長. 2002. 6, 松山

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）
分担研究報告書

緩和医療に対する理解、必要性と現状に関する研究

分担研究者 小原弘之 国立療養所山陽病院内科

研究要旨 ホスピス・緩和ケア病棟に入院される終末期がん患者で、患者自身が苦痛症状を直接訴えることが困難な場合は、家族からの情報をもとに評価を行うが、代理評価に関する有用性はわが国では検討されていない。そこで、緩和ケア病棟に入院された患者・家族に MD. anderson がんセンターで開発された症状評価表（MDASI-J）を用いて、代理評価の実施可能性を検討した。患者本人・家族ともに調査が行えたのは対象症例 100 例中、28 例（28%）にとどまり、高齢者、PS 不良例は調査を実施することが困難であった。各症状の検討では、患者自身が比較的強い苦痛と答えた症状は、口渇を除いて家族にも強い苦痛症状と映っていた。今後評価する症状の内容を再度検討し、患者自身の評価が困難な場合に対応した評価方法を確立していくことが必要である。

A. 研究目的

終末期がん患者を対象にすることが多いホスピス・緩和ケア病棟では、患者の病状・苦痛となる主症状を正しく評価することが重要である。患者の苦痛は、一般的に患者本人の自記評価が最も重要と考えられているが、全身状態や PS が不良な場合、患者本人ではなく家族の情報から、病状や苦痛症状を推測することが必要となる。現在代理評価の有効性に関しては、賛否両論の意見があり、まだ評価は定まっていない。そこで、MD. anderson がんセンターで開発された症状評価表の日本語版を用いて、患者家族に症状を評価してもらい、代理評価の有用性を検討した。

B. 研究方法

国立療養所山陽病院の緩和ケア病棟に入院された患者、家族に対して、入院一週間以内に自己記入式の症状評価表（MDASI-J）を記載して頂いた。記載は必ず患者、家族が別々になるように配慮された条件下で記入して頂いた。医学情報は、診療録を参考に、情報収集を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は、当院の倫理委員会で十分に検討され、承認を受けて行われている。患者家族に研究内容、研究趣旨を説明し、文書による同意が得られた後に行われている。プライバシーの保持について十分配慮し、情報は、研究者が厳重に管理している。

C. 研究結果

2002 年 5 月から入院患者を連続的に登録しているが、自己記入式の症状評価表を使用するため、全身状態が不良で、自己記入が困難な症例や、認知障害が認められる患者は除外された。2002 年 12 月末までに 100 名の登録患者のうち、実施可能であったのは 28 例（28%）であった。実施不能であった症例の年齢中央値は 76 歳で、PS4 の症例が約 6 割を占めていた。調査可能であった 28 例の年齢中央値は 58 歳で、PS2/3 が 26 例で大部分を占めていた。13 項目ある各症状の平均値±標準偏差は、高い順に口渇、倦怠感、食欲不振、不安、抑うつ、眠気、痛み、息切れ、しびれ、不眠、嘔気、嘔吐、記憶力障害で、各々 6.1 ± 2.7 , 5.7 ± 2.7 , 5.5 ± 3.4 , 5.4 ± 3.2 , 5.4 ± 3.4 , 4.6 ± 2.7 , 4.6 ± 2.7 , 3.6 ± 3.1 , 3.6 ± 3.0 , 3.5 ± 3.1 , 3.4 ± 3.5 , 2.6 ± 3.2 , 2.5 ± 3.2 であった。家族の評価では、平均値の高い順に倦怠感、眠気、不安、抑うつ、痛み、食欲不振、嘔気、しびれ、口渇、不眠、息切れ、嘔吐、しびれで、各々 6.6 ± 2.0 , 5.9 ± 3.0 , 5.8 ± 3.0 , 5.6 ± 2.7 , 5.6 ± 2.7 , 5.5 ± 3.8 , 4.7 ± 3.5 , 4.4 ± 3.6 , 4.3 ± 3.1 , 3.6 ± 3.3 , 3.5 ± 3.8 , 3.5 ± 3.6 , 2.4 ± 2.5 であった。各症状の一致度は十分な検討ができていないが、13 項目中で、患者が上位 6 項目にあげた症状は、家族の評価においても口渇を除いて上位 6 項目に挙がっていた。