

分担研究報告書

緩和医療患者における患者・家族の心のケアに関する研究

分担研究者 田中 方士 旭中央病院 緩和ケア科 部長

研究要旨

わが国のがん罹患者数は、年々増加しており、2015年にピークに達した後、2050年まではほぼ横ばいの状況が続くと予想されている。1999年の時点で298万人と推定されるがん生存者は、2015年には533万人に達するとみられている。

本研究では、患者や家族が経験する身体的、精神的あるいは社会的な悩み、苦しみを把握することを目的にするが、今回われわれは末期患者の苦痛緩和の手段としての鎮静に対する家族と医療者との思いに関する意識調査をアンケート方式で行った。家族と医療者とは、鎮静中の時間の感じ方と鎮静中の辛さの程度に相違を認めた。この相違を念頭に置いて、今後家族との関わりを持ってゆく必要性があると思われた。

A. 研究目的

鎮静についての家族と医療者との意識の違いについて調査を行い、家族ケアのあり方を考える上での資料とする。

B. 研究方法

平成12年4月から平成14年3月までに旭中央病院で鎮静を行った患者家族39名に、郵送によるアンケート調査を行った。

（倫理面への配慮）

- ①開始前に対象者に目的、方法の説明を行ない、同意書に署名してもらう。
- ②情報は、研究以外の目的には使用しない。
- ③秘密厳守、プライバシーの保護に努める。
- ④対象者は何時でも研究への参加を拒否でき、それにより不利益を被ることは無い旨を保障する。
- ⑤研究データは終了時に破棄し、他者へ公表しない。

C. 研究結果

アンケートの回収率は38%であった。家族と医療者の思いが異なった項目は、時間の感

じ方、鎮静中の辛さの感じ方の強さの違いであった。

D. 考察

家族と医療者との間には、今回鎮静時間の長さでは家族の方が医療者より長く感じられている傾向であり、また、鎮静中の辛さにおいても家族の方が辛く感じている傾向がみられた。このことは、鎮静の段階ではより家族にストレスがかかっていることの現われでもあると考えられた。

E. 結論

家族と医療者では、鎮静中の思いでは、時間の長さや辛さとの程度に違いがみられた。このことを念頭に入れて、今後家族との関わりを持つ必要性があると考えられた。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

田中 方士 第8回日本緩和医療学会 2004年6月28日 千葉幕張有通性骨転移およ

び神経圧迫症状に対する放射線照射の効果

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

分担研究報告書

緩和ケア病棟を持たない急性期病院における癌診療の問題点

分担研究者 渡辺 洋一 岡山赤十字病院 第一内科部長

研究要旨

わが国における癌患者の増加と医療における癌診療の重要性を考慮し当院では1988年に院内癌センター検討委員会を発足し、1989年癌センター運営委員会の発足にこぎつけた。癌センター設立の目的は、診断・治療が各科にまたがる悪性腫瘍患者に対して各専門分野の医療従事者が協力、連携し癌患者の診療において集学的対処ができることを目指したものである。当委員会の事業としては癌診療向上の基礎となる癌診療実体の把握を目的とした癌登録事業、職員研修会、職員相互間での勉強会の企画、実施などが主なものである。こうした努力の一方で、当院は救命救急センターを有する急性期病院としての性格が強く、緩和ケア病棟も有していない。こうした環境の中で癌の診断、根本治療から進行期の緩和ケアまで医療の一貫性を保ちながら医療のあるべき姿を追求する上では種々の問題が存在する。これらの点につき当院の現状を踏まえ考察したい。

A. 研究目的

医療においては個々の医療機関がその特性を発揮し、医療機関相互の関係を密にして地域におけるチーム医療を実現して行くことは一般の医療と同様に癌診療においても極めて重要である。しかしながら癌患者個々の立場で考えるとき、可能な限り同一医療機関、同一主治医の元での医療の一貫性が保たれることも求められて当然であると考えられる。こうした問題を当院の癌診療の現状を踏まえ、かつ当院がもつ医療資源の十分な活用と他の医療機関との連携の問題を念頭におきながら考察する。

B. 研究方法

当院の癌診療の実態、特徴を把握すると同時に、医療社会事業部に寄せられた癌診療における医療相談、他の医療施設への転院症例などの実態を調査し考察する。

C. 研究結果

当院は岡山市中央部に位置する500床のベッドを有する総合病院である。赤十字病院として赤十字精神に基づく社会的使命の他に、救命救急センターをもつ急性期病院としての性格を色濃くもつ医療機関である。また、当院は以前より癌診療

の重要性は強く認識しており、1989年には癌センター運営委員会を発足し、診断、治療が各科にまたがる特徴をもつ悪性腫瘍患者に対して各専門分野の医療従事者が協力、連携して癌患者の診療に当たることを目指して種々の活動を行っている。また、当委員会発足のもう一つの理由は、中国四国地方では、広島県の「国立病院呉医療センター・中国地方がんセンター」、愛媛県の「国立病院四国がんセンター」があるのみで岡山県においても癌診療の専門病院が存在することの必要性、重要性を意識してのものであった。当委員会は癌診療向上の基礎となる癌診療実態の把握を目的として、1989年より院内癌登録を開始し、1992年からは地域癌登録にも参画、かつ1989年より2000年までのデータをもとに5年生存率も算出し当院癌診療の評価に役立てている。当委員会のその他の事業としては院外より講師を招いての研修会、院内職員相互間での癌診療に関わる勉強会などを積極的に企画、実行している。当院における2002年の悪性腫瘍入院患者数は1487名であり、岡山県内のそれ以前の5年間の悪性腫瘍患者施設別登録数を臓器別に見てみると、中枢神経は県内1位を、甲状腺、胆嚢、胆管、膵臓は3位を、肺、胃、子宮、卵巣は4位を占めている。こうした癌診療の充実を図る努力の一方で当院

は救命救急センター機能を持ち、急性期入院加算の基準も満たしている市中の急性期病院としての性格を色濃くもつ。こうした急性期病院の性格を基本とする総合病院の診療の中で根本治療の適応とならない、緩和医療の対象となる癌患者を如何なる診療形態で対処していくかという問題は当院にとって大きな課題である。当院は緩和ケア病棟を持っていないが、2002年の1年間に緩和ケア病棟を有する病院に紹介、転院して頂いたケースは僅か8例であった。その他の患者は、①当院での入院を継続し緩和医療を含む診療を実施、②訪問看護を併用し終末期医療を在宅の形で実施、③患者の居住地の近隣の受け入れ医療機関へ紹介し緩和医療を実施するなどの選択をしていた。

当院では医療社会事業部の医療社会事業課に所属する4名の医療ソーシャルワーカーが入院、外来患者の種々の医療相談に応じている。2003年12月から2004年2月の3ヵ月間をサンプルとして抽出してみると同課には1750件の医療相談が寄せられた。その内癌患者に関わる医療相談は36件(2.1%)であり、その内訳は経済的問題が17/36件(47.2%)と最も多く、次いで介護保険制度、身体障害者制度などの社会資源の活用に関する相談が11/36件(30.6%)、緩和ケア病棟、ホスピスなどへの転院に関する相談が5/36件(13.9%)、心理的支援に関する相談が3/36(8.3%)などであった。

D. 考察

当院は急性期病院としての性格を色濃くもつ市中の総合病院であるが、以前から癌診療の重要性を認識し、癌診療の充実に力を注いできた。癌の診断、癌の根本療法としての手術療法、放射線療法、化学療法などはそれぞれの専門医を中心として充実した癌診療がなされていると考える。しかしながらこれらの根本療法にもかかわらず治癒が得られず、しかもこれ以上の根本療法が身体的、年齢的理由などにより行えなくなった患者への対応を如何に行っていくかという問題は、緩和ケア病棟をもたない当院においては大きな問題

であると考えられる。こうした患者の大半は、広義の緩和医療の対象者であると考えられるが、緩和ケア病棟の存在を理解し、見学に行き説明を受け、緩和ケア病棟をもつ医療機関へ転院していった患者は2002年を例にとると癌による入院患者1487例中わずか8例(0.5%)のみであった。こうした現状には以下に挙げる幾つかの原因が存在していると考えられる。即ち、①緩和医療に対する患者側の認識不足、医療者側の啓蒙不足②緩和ケア施設の絶対数の不足③同一医療機関、主治医のもとで医療継続して受けたいという患者側、医療者側の要望などである。不幸にして根本治療を行うことが無理となった癌患者の緩和ケアを中心とした医療は、充実した設備と専門のスタッフをもつ緩和ケア病棟をもつ医療機関で、または“かかりつけ医”との連携のもとで訪問看護制度などを活用しながら在宅で行われることが理想であると思われる。しかしながら、こうした時期の癌患者の多くが当院のごとく緩和ケア病棟をもたない急性期病院で診療を受けているのが現実である。この理想と現実のギャップは、日本人の文化、死生観、医療制度など根源的な原因に根ざしている部分が多くその解決は容易ではない。しかしながら現在考える具体的解決策、努力目標としては、①癌の告知の重要性の啓蒙、告知の徹底②緩和医療の重要性の啓蒙③緩和ケア施設、ホスピスの増床④緩和ケア医療スタッフの増員⑤緩和医療に対する経済的支援⑥在宅医療を可能とする人的支援の充実などが考えられる。これらのことが具体的に実施され癌診療の現場に携わる医療スタッフ、患者家族、患者が様々な状況の中で充実した緩和医療を受けやすくすることが治癒困難と考えられる癌患者に福音をもたらすものと思われる。

E. 結論

緩和ケア病棟をもたない急性期病院である当院においては、根本的治療が困難な時期に至った患者に対して充実した緩和医療を提供する上で幾つかの問題が存在する。これらの問題点の解決策を考察した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

分担研究報告書

胃癌生存者と緩和医療対象胃癌患者の心理的障害の研究

分担研究者 川浦 幸光 石川県済生会金沢病院 副院長

研究要旨

わが国のがん罹患患者数は年々増加している。癌の治療を受けながら、社会で暮らしている癌生存者も大幅に増加し、2015年には533万人に達すると予想されている。患者個人の悩みが十分に把握されていない現状にある。

本研究では患者や家族が経験する身体的、精神的、社会的悩み、苦しみを把握する目的でアンケート調査を実施した。

当院における胃がん5年以内の生存者と家族ならびに終末期にある患者および家族に対してアンケート調査を実施した。十分な調査数はまだ得られていないが、生存患者および家族とも再発に対する不安ならびに再発した場合の生活に対する不安が強かった。終末期にある患者では残されることとなる家族に対する心配が大きな悩みとなっていた。

A. 研究目的

本研究では、我が国におけるがん生存者の実態を知り、“生きることの質”を高めるため、がん生存者の社会復帰・社会適応の過程を分析し、それを妨げる要因について解決方法を探ることを目的とした。第一は、がん患者、家族を対象に、調査研究を進め、その悩みや苦しみを明らかにするため、がん患者や、患者会の会員を対象に、全国的な規模でアンケート調査を実施する計画を進めている。その内容は、外来通院中のがん生存者と家族とを対象とし、調査項目としては、身体的な苦痛、精神的な悩み、家族に対する悩み、仕事に対する悩み、経済的不安、夫婦関係の変化、等について問うこととした。第二は、全国の高度がん専門医療機関や患者会、患者支援団体を対象に、患者・家族支援技術、相談室、電話相談等、具体的な方法についての情報を収集し、患者、家族支援のためのツールを開発することである。初回の治療終了から、再発例では終末期にいたるまでの心理的変化の推移

についても検討した。

B. 研究方法

1) 実数把握と将来予測

本邦におけるがん罹患患者数、地域がん登録のデータを用いて推測した、長期がん生存者（診断後5年以上、25年未満）及び5年未満がん生存者（診断後、5年未満）の実数、がんの種類、及び将来予測のデータを各分担研究者に提供し、専門別に、将来、がん診療において生じうる問題点についての検討を進めた。

2) 患者、家族についてのアンケート調査の準備

分担研究者の所属する施設を中心に、5000名以上のがん生存者の回答を目指し、全国的規模で実施するアンケート調査

3) 医療技術者、患者会、支援団体を対象とした支援ツールの調査

本調査研究の分担研究者あるいは患者会、支援団体を対象に、患者や家族のための支援ツールの収集に努めた。得られた支援ツ

ールについては、有用性について評価を進めた。治療終了後、経過観察期間中、再発時、終末期に患者と家族にアンケート調査も行った。

(倫理面への配慮)

がん生存者及び家族へのアンケート調査においては、研究計画について施設の倫理審査委員会の承認を得、研究参加者の自由意思での同意を得たうえで実施することを原則とし、内容を考えた。

C. 研究結果

1) 実数把握と将来予測

1999年末の時点で、長期がん生存者数は161万人、5年未満がん生存者数は137万人、あわせて298万人のがん生存者が存在し、2015年においては、長期がん生存者及び5年未満がん生存者の実数はほぼ倍増し、長期生存者が308万人、5年未満生存者が225万人、合計533万人に達するものと予測されている。この結果、患者や家族は、医療技術者の予想以上に、再発・転移への不安、こころの問題、医療者とのコミュニケーション不足、退院後の孤独、医療費や生命保険・住宅ローンなどの経済的問題、家族の一員ががんに罹患したことによる家族内関係の変化、代替療法、結婚・子ども・セクシュアリティ、など多様な問題を抱えていることが明らかになった。

長期がん生存者、5年未満がん生存者の悩み、苦しみの解消、軽減に役立つツールの実態調査、収集を行った。その結果、医療相談、セカンド・オピニオン、ホームページによる医療情報の提供、ブックレット・パンフレットなどに関する情報を収集

することができたが、コンテンツの偏りや不足、相談・支援に関する人材配置の問題、院内・院外での情報の共有化の問題、支援がシステム化されていないことなど、問題点を明らかにすることができた。

D. 考察

今回の調査結果により、患者、家族の悩み、苦しみが明らかにされるとともに、それを克服するためのツール類が収集されることは、全国のがん生存者にとって大きな福音となる。がん生存者の期待する医療相談のあり方や情報提供の必要な項目が整理でき、がん医療機関が協働でコンテンツとシステムを整備し、多専門職種連携支援ネットワークを構築していくことで、身体面だけではなくがんに関するあらゆる問題に対しての新しいがん体験者支援につなげることが可能となるからである。また現在は、様々な手段で、豊富な医療情報を入手することが可能である。しかし、インターネットをとってみても、ネット上で情報が氾濫するなかで、正確な情報・欲しい情報を確実に入手することは困難を極めている。本研究によって、信頼できる医療情報とその提供技術の整備が可能になるものと考えられる。さらに、われわれの調査では初回治療から再発し、終末期に移行する段階の心理的变化の一端を明らかにできたが、今後、患者、家族がどんな情報をどの時期に必要としているも検討すべきである。

E. 結論

がん生存者を対象にしたアンケート用紙が完成し、患者、家族支援のツールの一端を明らかにすることができた。

F. 健康危険情報

現時点では、患者、家族ともに健康危険情報はない。

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Junzou Shimizu, Yoshinari Ishida, Akira Takehara, Takahiro Kinoshita, Yukimitsu Kawaura, Isao Matsumoto, Miwa Imai, Salvage surgery for primary non-Hodgkin' s lymphoma of the thyroid gland with histopathological complete response to radio-chemotherapy: Report of a case. Surgery Today 33: 45-48, 2003.
2. 平能康充、清水淳三、木下静一、龍沢泰彦、川浦幸光、高橋志郎：右胃大網動脈を使用した冠動脈バイパス術後胃癌の1切除例。北陸外科学会誌 22(1): 71-73, 2003.
3. 清水淳三、平能康充、石田善敬、木下静一、龍沢泰彦、川浦幸光、小川晴彦、高橋志郎、湯浅幸吉：左房浸潤肺癌に対し、自動縫合器を使用して肺全摘・左房合併切除を施行しえた2例。北陸外科学会誌 22(1): 25-29, 2003.
4. 龍沢泰彦、寺田卓郎、石田善敬、清水淳三、川浦幸光：腫瘍口側で腸間膜内に穿通した直腸癌による閉塞性大腸炎の1例。日臨外誌 64(11) :2816-2820, 2003.
5. 川浦幸光、龍沢泰彦、石田善敬、平能康充、清水淳三：原発性肝癌における骨転移例の経過と疼痛緩和。臨外 59(1): 71-74, 2004

分担研究報告書

緩和医療を要する患者・家族のケアのあり方に関する研究

分担研究者 白川 和豊 三豊総合病院緩和ケア病棟部長

研究要旨

三豊総合病院は、対象人口約15万人の地域中核病院であり、地域のがん診療需要の6割以上を担っている。平成15年には、がん関連死亡が約250名あり、がんの初回診療数は600余例であった。がん生存者数の正確な数値は不明であるが、定期の経過観察や、補助療法のために通院している患者数は1000名以上である。がん生存者が持つ心理的な悩みや、社会的な悩みへの対応はこれまで組織だてでなされてこなかった。平成12年に緩和ケア病棟を開設し、緩和ケア外来および病棟で、緩和ケアを要する患者や家族の相談業務を行ってきた。ほとんどは入院が可能かという相談であるが、切実で深刻な悩みも少なくなかった。これらの経験から、現在、がん診療に関する相談窓口のあり方の検討、とくに緩和ケアを要する患者や家族に医療情報や心理的支援を提供する地域内での体制づくりが重要と考えるにいたった。まだ端緒についたばかりであるが、取り組みの一部を報告する。

A. 研究目的

短期がん生存者は、心理的、社会的にいろいろな悩みを抱えていると想像される。これらの悩みに関する系統的な研究は本邦ではこれまで少なく、それらの悩みに対して組織的な対応は不十分であった。今のところ、主として、主治医や、看護師等の直接治療に関わった医療者が相談に応じているのが実情であるが、一方がん診療に関わるすべての医師が相談に応じる能力を持っているわけではない。短期がん生存者およびその家族は、再発や再燃への不安、社会復帰に関すること、経済的なやみなどを抱えていると考えられるが、特に、治癒が望めない、これ以上治癒を目指した医療が意味がない状況にあるターミナル期の患者の悩みは深刻であり、その支援は主治医のみで対応できるものではない。がんの治療をやめてホスピスや緩和ケア病棟を利用する患者や家族の心の悩みや、社会的苦痛をどのように把握し、医療提供側がどのような支援が可能かを検討する目的で、これまでの、当院の緩和ケア相談記録内容の検討と、患者および遺族アンケート調査などの検討を行い、緩和医療相談窓口のあり方、当院が提供している緩和ケアの内容へのフィードバックを図る。

B. 研究方法

平成12年4月に三豊総合病院に緩和ケア病棟を開設した。同時に、週一回であるが、緩和ケア外来を開き、緩和ケアに限らず、がん診療にかかる医療相談に応じてきた。対応者は、医師、緩和ケア病棟看護師、退職した病棟婦長（嘱託看護師として）、ソーシャルワーカーの4者。ほとんどは緩和ケア病棟への入院相談であるが、一人一人個別の背景を持っており、対応方法も個別的でなければならなかった。その分析を行い、患者・家族のニーズを把握する。

以下の方法については、現在研究途上にあり成果は出ていない。取り組み始めたばかりの領域といふべきかも知れないが、これまでも行ってきたのであるが、その調査結果をフィードバックするにいたらなかった。今回はフィードバックできる調査内容の開発に重点をおいて研究中である。

緩和ケア病棟開設以来、平成15年1月末までに320名の利用者があったが、ほとんどの方は亡くなっている。そのご遺族に、病棟でのケアの満足度調査を行い、提供すべきケアの改善点を探る。

緩和ケア病棟入院時、入院後1週目の、QOL調査と満足度調査を行い、どのようなニーズがあるかを調査する。

地域保健婦に対し「がん診療に関する相談の窓口」についての広報を依頼し、がん患者およびその家族の悩みの掘り起こしを行い、それをテーマに地域で啓蒙活動を行う。同時に、医師会活動も通じて、地域内にはがん診療に関する患者支援ネットワークを構築する。緩和医療の領域では、在宅緩和ケアの重要性、必要性はよくわかっており、当院だけでなく、香川県内全体でネットワークの構築に取り組んでおり（香川在宅ケアネットワーク；緩和医療分科会）、われわれもそのメンバーの一員である。現在、病院、診療所、訪問看護ステーション、薬局などの連携システム作り中である。しかし、基本はやはり二次医療圏内のネットワークの充実であり、がん診療拠点病院に指定されたのを機に地域内でのネットワークづくりに努力したい。

これらの取り組みの成果をどう評価するかが悩ましい。エンドポイントは、地域住民ががんになっても、最大限の支援を受けられる包括的なケアシステムの構築にあるだろう。とすれば、地域住民からの評価にゆだねたい。利用者だけでなく、健康人にもアンケート調査などが必要であろう。

（倫理的事項）アンケート調査の中身が、患者や家族のプライバシーの侵害や、倫理的配慮を満たしているか、院内倫理委員会で審査申請中である。当院の倫理委員会は毎月一回開かれて折、4月度の審査予定である。本報告に間に合わなかったため、満足度調査については、研究協力者と、この満足度調査なら問題ないという範囲を協議した上で行った。

C. 研究結果

緩和ケア病棟での相談は、院外から27件、緩和ケア外来での相談受付は6件、平成16年2月はじめから病院の総合相談窓口内にはがん診療相談窓口を併設したが、今のところ1件のみである。緩和ケア外来での診療例は含んでいない。計34件（無料相談）のうち27例は、他病院にかかっている方であり、全例が入院可能かという内容を含んでいたが、それぞれに、多様な、個別の悩みを抱えていた。医療者とのコミュニケーション不

足、代替療法の是非、心の問題などであるが、その悩みを受け止めてくれるところがこれまでなかったという声があった。また、当地域には、患者会（他の疾患に関してはあるが）はないが、そのような団体を紹介してほしい、あるいはどのようにすれば作れるかという相談がそれぞれ一件あった。

一方、緩和ケア外来を受診（有料）された方についても、それぞれ種々の悩みを抱えていた。ほとんどすべての患者さんの受診理由は療養の場としての緩和ケア病棟の利用の可否を問うものであった。それぞれの方が、身体的のみならず、心理的な問題を抱えていたが、それを表出される方は少なかった。入院しなかった、あるいはその適応でなかった患者の悩みは、主として、主治医とのコミュニケーション不足、セカンドオピニオンであった。

ご遺族に対する緩和ケア病棟利用の満足度調査については、平成13年に全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会が行った調査に参加し、総合的には比較的高い評価であったと考えているが、当院独自の調査は現在進行中である。

入院中患者のQOL調査、満足度調査も進行中であり、集計するにいたっていない。インタビュー方式で行っているが、これまでの印象では、症状緩和の面では少し問題あり、療養環境面では良好、心のケアという面では？、社会的支援という面では可というところである。

地域ネットワーク作りの一環として、地域保健師を対象に、「がん患者・家族の悩み」について、患者や家族が地域の保健師に相談する実態があるかどうかについて調査した。ほとんどのがん患者は、病院や、かかりつけ医にすでにかかっていることである。当地域には34名の保健師が地域の自治体に属しているが、そのうち29名から回答を得た。患者からの直接の相談は19名、家族からは20名の保健師が相談を受けた経験があり、医療内容に関する質問が多かった。緩和ケアに関する相談経験は5人であった。現在かかっている医療機関が対応すべきと思われる内容

について、地域の保健師に、より相談しやすい面もあるらしい。医療に関する相談窓口を設けているところもあり、そこががん生存者の悩みにも対応していた。保険活動の現場では、がんに関する相談に対応が困難な内容もあり、専門的な病院の中に相談窓口があるべきだという意見があった。特に、医療内容については、的確な指導教育ができるのは専門家でなければ困難である。29名中27名が相談窓口の必要性ありと答えた。

D. 考察

緩和ケアを要する患者・家族のケアのあり方を問うとき、問題は心理的な問題にどう対処するかが問われている。

地域、特に、当院の位置するような田舎では、これまでがん患者・家族が心理的悩みを医療者に訴えることは少なかった。社会にそれらを受け止めるシステムがないし、あってもきわめて不十分であったからである。一方、日本人には、これらの悩みは、自身で解決すべき、個人の負うべき問題であるとする考え方が根強くある。心のケアが必要と叫ばれても、田舎にはそれを担う専門家は少ない。家族や友人、医療者がそれぞれの立場でそれに類したケアを提供してきた。

さまざまな心理的な悩みを支援する体制は、今、あるいは今後どの程度必要なのだろうか。アンケート調査や、われわれの経験からも必要性は高いと実感できる。一方、支援する組織としては、人、時間、経費などが発生する。それが確保されなければ、継続的に機能しない。地域によっては、どのような支援体制ができるかには、主として、人材の確保という面で困難を抱えている。心のケアに関わる資質を有したリーダーとなる人材を確保するのは容易でない。結局医師やMSW、看護師長といった医療者がその役を引き受けざるを得ない。そのような背景の中で、当地域で取り組みうる方法について考えてみた。

がん医療に関わる医療機関内の相談窓口体制のあり方、特に人的・空間的な場、患者のための情報室、患者会の構築などが今後取り組むべき具体的対策となりうると考えられる。相談窓口はた

くさんあったほうがよい。地域の病院・診療所と連携しネットワークを作る。心理的な悩みを抱えている患者については、情報は、患者のプライバシーを考慮したうえで、かかりつけ医が把握している社会的情報、心理的情報を提供できる方法を、がん診療医は、それに対してどう配慮しているか、説明や心理的支援の具体的内容を紹介医に報告するなどができればよい。地域の保健師に参加してもらうのも悪くない。そのような考えで、当地域のネットワークを作り始めたい、というより、すでにあるのだが有効に機能させ始めたいと考えている。患者のための情報室は心のケアに有効と考えている。患者のための図書、患者同士の情報交換手段、などが病院内あるいは地域内にあれば、心理的悩みの解消に大きな役割を果たすだろう。ぜひ作りたい。患者会は、医療者主導で作ることは問題が残る。やはり、患者や家族が中心にしなければなるまい。田舎にはそういう人材がなかなか出現しない。

がん生存者の中で、これ以上がんに対する積極的な治療をしても意味がないとされた、緩和ケア主体の医療が必要とされる患者や家族の心のケアということになると、緩和ケアを専門とする医療チームが担うのがよいとする考えもあるが、心のケアは、身体的なケアと異なり、医療関係者だけのチームで背負えるものではない。コミュニティ全体の問題として、取り組むべきだろうと思う。地域の中で、医療特にながの診療に関わるものとして、そのコミュニティの一員という自覚を持って参加する、そのリーダーとなる必要がある。そう考えると、「心のケアのあり方」というテーマは遠大過ぎるが、当面、先にあげた課題から取り組んでいくほかない。

E. 結論

地域の中で、緩和ケアを要する患者、家族のケアのあり方について検討中である。相談窓口、地域ネットワークから情報を得て、今後取り組みたい方向について考察した。結論を述べる段階にいたっていない。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

なし。

H. その他

なし。

はじめに

抗癌化学療法はその endpoint を生存期間の延長におくが、その延命自体は抗癌剤毒性を克服し得た担癌宿主による精神的肉体的歴戦の結果でもある。我々も数十年化学療法を実施し特に効果を求めた抗癌入院化学療法や外来化学療法を実践してきた。またその評価を患者家族へのアンケート調査から解析したこともあった。その結果、最も苦痛であったのは有害反応への不安、食欲低下や悪心嘔吐、脱毛などが中心で、それらは完全ではないものの担当医を中心とした医療チームとの連携や家族支援で QOL を緩和させ得るとの結論でもあった。また過去の抗癌直接反応のみならず化学療法による患者 QOL を比較して抗癌剤の組み合わせの中でもより QOL に配慮したものを求めようと云う基盤も研究された。しかしながら、これらは抗癌治療を受けた患者家族の全生存期間の軌跡の中で生存の質を患者自らが評価したものではなかった。

今回の山口班の研究結果(平成 14 年度総括報告)は医療側の判断や思惑と異なり、多くの患者では何年経っても再発転移への不安に覆われてそれが繰り返し形を変えて湧き出てくる事が示されていた。そしてこの結果の意義は、主として対象となった外来通院乃至術後 5 年以上を経過した患者群に限られたものとは云え、医療側の予測、早期癌患者が多い集

団での解析ですらこのような長期間の不安を抱えていることが表出されたことにあるだろう。換言すれば疾患としての医師の癌と自己の問題としての患者の癌との差であるともいえる。それ故通常の前進行癌状態で延命のための戦いを自ら決めた患者群での心の変化を調査し医療側の論理で進められることの多い進行癌治療への改善に資するものを抽出できるであろうか、そしてそれらは個別対応の中でどう適応が進められるべきか考えてみ留必要があるのではないかと考えている。

B. 研究方法

当院腫瘍科において抗癌化学療法がなされた患者と家族(代表者)から、患者が受けた癌治療全体、その期間に考えたことおよび抗癌化学療法に対する関連した評価を社会的、精神的、肉体的項目に分け設問票に従って治療前、そして化学療法開始 1 コース後、所謂終末期の 3 時期に亘って答えて貰う。それらを経時的に多変量因子分析によって解析しどの時点でどのような医療側および家族側の介入が主要因子なるかを探索する。この間医療側のチーム医療記録も一定方式の QOL 評価を継続集積する。患者背景は癌病期分類、PS、年齢などによる後分類はするが登録時の化学療法の内容や期間での前層別はしない。各種精神心理テストを用いた分類も実施する。なお、

登録に際しては患者家族には予め研究の方法と内容の保護について説明し同意を得る。

(倫理面への配慮)

院内倫理委員会での審査を受け承認された上で実施する。また発表に際しては個人の情報に関して秘守義務を遵守する。

C. 研究結果

研究途上のためなし

D. 考案

現在の抗癌化学療法において、奏効率が高くなってきたとはいえ未だ殆どが難治癌であり進行癌での治癒率は低い。換言すれば何れは死を迎えねばならないことである。癌に限らず死を迎えると云うが実は迎えるものではなくいつも死と背中合わせという状態を意識しなければならないことは当然であるが、日常健常な人は殆どが永続して意識していないであろう。先ず、進行癌患者達はどのような考え方をしながら闘病生活をしていくのであろうか。特に中高年でPSが良好で社会や家族の中で支柱的存在である患者達が何を考え何を望み何を求めて抗癌化学療法を受けるのか。一方高齢者でも高感受性腫瘍への適応も広がり化学療法を受ける場合が少なからずあるが、高齢者が治療に何を求めているのか。仮に苦痛の少ない死(所謂尊厳死や安楽死ではない意味で)を求めている場合でも、どのような哲学的背景を持っているのだろうか。そして、それらは時期的にどう変化していくのか腫瘍精神医学的興味をいだかせる課題である。こ

れまでに受容という概念で示される患者家族の精神反応の過程に関与する各種背景因子を探索してみると、この受容過程には医療側が大きい関与を求められていそうだが、むしろ患者が自己解決できるよう少しの関与で済んでいるとも考えている。

結局癌終末期において患者が自己の病態を繰り返し理解すると云うことは、遅かれ早かれ、意識的にせよ無意識にせよ自己生命存続の危機、死を直感できることではないかと思われる。そしてその直感は、その時までの身体的、精神的苦痛の解除を予感させ救いのように現れる奇妙な解放感ではないだろうか。この受容の表現型に関与する緩和医療の内容を考察してみたい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

- 1)腫瘍循環病態研究会第18回勉強会総括. 腫瘍循環病態研究会誌 18:2003
- 2)腫瘍循環病態研究会第19回勉強会総括. 腫瘍循環病態研究会誌 19:2004

H. 知的財産の出願・登録情報

なし

分担研究報告書

「肺癌術後の QOL の回復に関する調査研究」

分担研究者 由佐 俊和 労働福祉事業団 千葉労災病院呼吸器外科 部長

研究要旨

肺癌手術後の QOL(Quality of Life)に対する影響の程度とその回復過程の実態を知ることが目的として、肺癌手術例を対象とし、術後疼痛、食事量、日常生活、身体活動のそれぞれの回復程度につきアンケート調査を行った。疼痛は、6 ヶ月後には 7 割の症例でほぼ消失した。食事量、日常生活は 6 ヶ月までにはほぼ術前の程度までの回復がみられた。身体活動はおよそ 90%までの回復には 2 年以上の長期を要した。その低下の程度は術後残存肺活量との間に有意な関連が見られた。これらの結果は、手術侵襲が、術後長期にわたって身体的活動能力に影響していることを示しており、肺癌手術後のケアのあり方を考える上で有益な基礎的資料となるものと考えられる。

A. 研究目的

近年、悪性腫瘍に対する診断・治療法の進歩によって、癌は不治の病から治癒し得る疾患となりつつあり、治療後長期に生存する症例が増加している。そのような症例は一方で、治療に起因する身体的障害や、癌再発に対する恐れなどの精神的苦痛など様々な問題をかかえており、身体的・精神的ケアの重要性が高まっている。

肺癌罹患数は、高齢者人口の増加に伴い年々増加している。肺癌の外科治療成績は、比較的早期例では良好であり（I 期症例の 5 生率は 70～80%）、手術後長期的にみた身体的・精神的ケアが重要な課題となつてこよう。本研究では、肺癌手術後の疼痛や呼吸機能の低下などによる術後 QOL(Quality of Life)に対する影響の程度とその回復過程の実態を長期的な観点から知ることが目的として、手術患者に対してアンケート調査を行った。また、術後 QOL に影響する因子につき検討した。

B. 研究方法

当院にて、1995 年から 2001 年までの期間に手術を行った肺癌症例のうち、術前に肺癌に起因すると思われる症状がなく、調査時に癌の再発を認めない 75 例を対象とした。その内訳は、男性 52 例、女性 23 例で、平均年齢は 63.1 歳。術後 TNM

病期分類では I 期 50 例、II 期 9 例、III 期 15 例、IV 期 1 例である。

アンケート調査は、術後 1 ヶ月、3 ヶ月、6 ヶ月、12 ヶ月、24 ヶ月、36 ヶ月の時点での状態につき、1)術後疼痛、2)食事摂取量、3)日常動作、4)身体活動能力の 4 項目について行った。術後疼痛については、その程度を I 度（痛みは全く無い）から V 度（痛みのため不眠、食欲不振など日常生活に支障をきたす）の 5 段階に分類し、その程度を質問した。また、後 3 者については、手術前の状態を 100%とし、その時点での程度を 0%から 100%までのうち、10%きざみで何%になるかを質問した（アンケート調査用紙参照）。アンケートは、術後 1 ヶ月のものは主治医による対面方式で、3 ヶ月以降のものは患者自身による記入方式によっておこなった。

アンケート調査の結果と手術侵襲の程度や残存肺活量との関連について検討した。統計学的有意差は t 検定にて行い、 $p < 0.05$ を有意差ありと判定した。

C. 研究結果

アンケート調査を施行しえた患者数は、術後 1 ヶ月では 75 名、3 ヶ月で 73 名、6 ヶ月で 67 名、12 ヶ月で 58 名、24 ヶ月で 41 名、36 ヶ月で 27 名であった。

1) 術後疼痛

術後1ヶ月での疼痛の程度別にみた患者の頻度は、I度39%、II度33%、III度16%、IV度7%、V度5%であった。I度とII度を合わせた症例の割合は術後1ヶ月で72%、3ヶ月で86%、6ヶ月で91%、12ヶ月で94%、24ヶ月で96%、36ヶ月で100%であった。(図1)

2) 食事摂取量および日常動作

調査各時点での全症例の平均値(%)をみると、両者は術後1ヶ月で約80%、6ヶ月で約90%となり、24~36ヶ月ではほぼ術前の状態まで回復した。(図2、図3)

3) 身体活動能力

術後1ヶ月で53%へ低下した。術後3ヶ月では71%となり、およそ80%までの回復に6~12ヶ月、90%までの回復に24~36ヶ月を要した。(図4)

4) 残存肺活量と身体活動能力

術後6~12ヶ月に測定した残存肺活量が術前肺活量の75%以上であった例(44例)と、75%未満であった例(23例)に分けた。後者は前者に比べ、術後6ヶ月を除く1~36ヶ月で身体活動能力の低下の程度が有意に大きかった。(図5)

D. 考察

一般に、QOLは身体的、心理的、社会的因子など生活上のさまざまな因子を総合して評価され、種々の疾患とその治療に伴うQOL評価の有用性について議論されている。これまでに、それぞれの疾患、治療に関するQOL評価法が作成され、多くの報告が見られるが、肺癌に対する外科治療にかかわるQOL評価に関する報告は、われわれの知る限り無い。

本研究では、肺癌手術後の生存者に対するケアのありかたを考えるための基礎的資料として役立つべく、肺切除術後のQOLについて、特に身体的因子に焦点をあて、経時的な推移につき調査した。肺切除術そのものだけの影響をみるために、調査対象を、術前に肺癌による症状がなく、術後調査時に肺癌再発を認めない症例に限った。アンケートは術後疼痛、食事摂取量、日常動作、身体活動能力の4項目について、同一の質問を術後1

ヶ月から36ヶ月までの一定時点で経時的に行った。アンケートの作成にあたっては、簡便で、質問の内容がわかりやすいよう心がけた。また、回答が容易であるように、術後疼痛については選択式とし、それ以外の項目については各患者の術前の状態を基準(100%)として、各調査時点での状態を相対的に評価できるような質問とした。また、この質問形式により、個々の患者の術前の状態を基準とした経時的な推移を把握できるものと考えた。

術後疼痛は、開胸術に伴う愁訴として主なものの一つである。今回の調査では、何らかの鎮痛剤投与を要するIII度以上の例が、12~24ヶ月でも少数ながら存在した。このことは、更なる疼痛対策が望まれることを示しているものと考えられる。

基礎的生活能力としての食事摂取量と日常動作は、手術による影響は小さく、6ヶ月程度でほぼ術前に近い状態に回復することがわかった。一方、身体活動の能力は、術後1ヶ月で平均53%に低下し、その後回復がみられるものの、およそ90%までの回復には2年以上の長期を要することがわかった。また、その低下の程度は術後残存肺活量との間に有意な関連が見られた。これらの結果は、手術侵襲が、術後長期にわたって身体的活動能力に影響していることを示している。

E. 結論

今回の調査結果は、肺癌手術後の身体的、精神的ケアを行う上においての基礎的資料として有益である。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録

なし。

分担研究報告書

胃癌治療における腹腔鏡下手術の役割：QOL および根治性の検討班

分担研究者 加納 宣康 亀田メディカルセンター
特命院長補佐、主任外科部長、内視鏡下手術センター長

研究要旨

胃癌治療における腹腔鏡下手術の応用につき、手術成績および患者の意識調査から、その効用を明らかにする。腹腔鏡下手術は胃癌の進行度に応じて症例を選んで施行すれば、予後を損なうことなく、胃癌患者の術後 QOL の改善に有効であると考えられる。

A. 研究目的

低侵襲手術の概念が普及し、その実現のため腹腔鏡下手術は不可欠のものとなってきた。胃癌治療においても腹腔鏡下手術の導入が進んでいる。胃癌の腹腔鏡下手術には、lesion-lifting 法による局所切除術、胃内手術による粘膜切除術、開腹下胃内手術、腹腔鏡補助下幽門側胃切除術などがある。これら腹腔鏡下胃癌手術の短期 QOL および癌の根治性について検討する。

B. 研究方法

腹腔鏡下手術を施行した胃癌患者の追跡調査、アンケート調査を行い、短期の術後 QOL の評価、術後再発率および生存率を検討して、本術式のメリット、デメリットを明らかにする。

（倫理面への配慮） がん生存者及び家族へのアンケート調査においては、研究計画について当院の倫理審査委員会の承認を得、研究参加者の自由意思での同意を得たうえで実施することを原則とし、内容を考えた。

C. 研究結果

以下は、すでに発表した論文の要旨である。これにさらに症例を追加し、調査を加える予定である。

1997年末までは、術前診断で粘膜癌と考えられるもののみが腹腔鏡下胃手術の対象となっていたが、腹腔鏡補助下幽門側胃切除術を導入した1998年からはsm1までの症例も含めて腹腔鏡下胃手術

の対象とした。

施行した術式はlesion lifting法による胃部分切除術（楔状切除）が16例、胃内手術による粘膜切除術が4例、開腹下胃内手術による粘膜下切除術が4例、腹腔鏡補助下幽門側胃切除術が10例、腹膜播種を疑う進行癌に対する腹腔鏡下観察が8例であった。

予定した腹腔鏡下胃手術は全例完遂できたが、このうち胃部分切除術を施行した2例で術中迅速組織診断にて深達度がsm以深、および断端に癌陽性と診断されたため、それぞれ開腹胃切除術を追加した。

開腹下胃内手術は、残胃癌症例と、臍頭十二指腸切除術を予定した臍腫瘍症例に合併した噴門部早期癌例に施行した。

術中偶発症は2例経験した。胃内手術を施行した1例でフィブリン糊を機械的に噴霧したところ、圧による胃の破裂を来した。部分切除をした1例では、切除に際して胃内のmarking clipに鉗があたり、強引に切ったところ鉗が破損し、断片が腹腔内へ飛んだ。いずれも腹腔鏡下胃手術中に解決できた。

術後合併症としては、胃部分切除の2例で術後一時、狭窄による通過障害を来したが、保存的治療にて軽快した。

幽門側胃切除例では1群+⑦番のリンパ節郭清がなされた。

46例中、75歳以上の高齢者は7例で全症例の15%を占めた。さらにそのうち2例が80歳以上

で最高齢は 88 歳であった。全例術後経過良好である。全例が第 1 病日より通常歩行が可能となり、楔状切除を施行した 2 例は第 2 病日から経口摂取を開始した。胃内粘膜切除を施行した症例 1 は第 3 病日から経口摂取を開始したが、症例 3 は術中に胃破裂を来して術中に胃内操作にて縫合した例であり、念のため 7 日間絶食とした。幽門側胃切除術を施行した 2 例は第 4 および第 5 病日に経口摂取を開始した。

D. 考察

従来、胃癌と診断がつけばたとえ早期癌であっても第 2 群までの郭清を伴う胃切除術がなされてきた。しかし近年、早期癌でのリンパ節転移は粘膜癌(m癌)では 2.4%、浸潤が粘膜下層までにとどまる sm 癌では 16.8% で、かつ m 癌のうちリンパ節転移を認める例は腫瘍長径が 25mm 以上の大きなものに限られることが明らかにされ、早期癌に対する縮小手術が模索されるようになった。

また一方で最近の腹腔鏡下手術の発展は胃手術にも革命的な変化をもたらした。lesion lifting 法による胃部分切除術に始まり、胃内手術、幽門側胃切除術、へと適応が拡大されて、最近では胃全摘や噴門側切除術への応用も試みられている。

当院での胃癌患者の診断過程を見ると、まず全例が消化器内科で精査を受け、その結果(所見)に基づいて治療方針が決定されている。

進行癌が開腹手術の適応とされることは従来通りであるが、現在では直径 3 cm 以下の m 癌で生理的食塩水の注入で浮き上がるものは全例消化器内科で EMR が施行されている。このためこの段階にとどまる症例が外科医の目に触れることはない。以下に挙げる症例が外科治療の対象になる。

m 癌と診断されるが生理的食塩水を注入してみて浮きが不十分な例は、胃壁の全層切除による正確な深達度診断を要するため、lesion lifting 法による楔状切除の対象となる。

また粘膜切除(MR)の適応例であるが、病変が食道胃粘膜接合部近傍にあって EMR が困難と考えられる例では、腹腔鏡下胃内手術による粘膜切除がなされる。

次に、範囲が広い m 癌、小さい m 癌であるが分化度が低い例、m 癌よりは深達度は深そうだが sm1 程度と考えられ郭清が D1+⑦くらいで十分な症例には、腹腔鏡補助下幽門側胃切除術が適応される。本法では小開腹を併用するため、小開腹下にさらに⑧の郭清を追加することもできる。

残胃に発生した m 癌では胃が小さくかつ癒着も高度のため通常の腹腔鏡下胃手術は困難である。そのため当科では開腹下に胃内にバルーン付きトロカールを留置して腹腔鏡下胃内手術を施行している。残胃 m 癌のほか、前庭部の進行癌に合併した高位の m 癌症例では、まず開腹下腹腔鏡下胃手術にて高位の癌を粘膜切除にて処理し、その後、通常の胃悪性腫瘍手術を施行して胃全摘を避ける工夫をしている。また胃高位の m 癌に脾頭部腫瘍を合併した例では、開腹下に腹腔鏡下胃内手術にて早期癌を処理して、その後脾頭十二指腸切除術を施行することにより胃全摘を避けている。

以上の適応から外れる症例はすべて従来通りの開腹下胃切除術を施行している。

自験例では 75 歳以上の高齢者症例でも術後の回復は極めて順調で、75 歳以下の症例と比較して、術後合併症、経口摂取の開始までの日数、入院期間いずれをとっても遜色のない結果であった。

胃癌治療の合理化および QOL の改善という点において、腹腔鏡下胃手術は画期的な効果をもたらすものであり、入院期間の短縮、通常生活および職場への早期復帰など医療経済的な観点からも、今後ますますの普及が望まれる。

E. 結論

胃癌治療の合理化および QOL の改善という点において、腹腔鏡下胃手術は画期的な効果をもたらすものであり、入院期間の短縮、通常生活および職場への早期復帰など医療経済的な観点からも、今後ますますの普及が望まれる。なし

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. N. Kano, H. Kusanagi, K. Kasama, S. Yamada, C. Uchida, Y. Watarai, N. Ohata, K. Khaiavi, and C. Dimeo — Laparoscopic Surgery for Stomach Cancer 7th World Congress of ENDOSCOPIC SURGERY — Monduzzi Editore Bologna Italy : p367-371 2000.06
2. 山田成寿, 加納宣康, 笠間和典 — 胃癌腹膜播腫によるイレウス症例の検討 — 日本外科系連合学会誌 : p723-726 2000.10
3. 加納宣康, 武士昭彦, 笠間和典, 渡井有, 草薙洋, 山田成寿, 佐久間隆, 増野智彦, 内田千博 — 保険診療における内視鏡下手術に関する診療報酬の矛盾点とその対策 — 日本外科系連合学会誌 : p169-172 1998.4.25
4. 加納宣康, 草薙洋, 山田成寿, 竹内賢 — 術中の問題点と遇発性およびその対策 — 早期胃癌の内視鏡下手術 : p47-54 2001.4.10
5. 加納宣康 — 腹腔鏡下胃局所切除術 — 腹腔鏡下手術テクニックマニュアル : p35-41 2001
6. 加納宣康 — 腹腔鏡下胃内手術 (粘膜炎切除術) — 腹腔鏡下手術テクニックマニュアル : p42-51 2001
7. 加納宣康 — 開腹下胃内腹腔鏡下手術 — 腹腔鏡下手術テクニックマニュアル : p52-54 2001
8. 加納宣康 — 腹腔鏡補助下幽門側胃切除術 (LADG) 腹腔鏡下手術テクニックマニュアル : p55-60 2001

2. 学会発表

1. 加納宣康, 草薙洋, 笠間和典, 山田成寿, 内田千博, 尾本健一郎, 大畑賀央, 杉山彰英, 渡井有, 黒木基夫, 武士昭彦, 大戸浩峰, 上月稔幸 — 胃癌に対する腹腔鏡下手術〜とくに腹腔鏡下胃内手術の有用性について〜 — 第12回日本内視鏡外科学会総会 1999.12.1~2
2. N. Kano — Laparoscopic Surgery for Gastric Cancer and other GI Neoplasms — Indian Association of Gastrointestinal Endosurgeons, Chennai India 2002.2.25~27
3. 加納宣康, 草薙洋, 笠間和典, 山田成寿, 内田千

博, 尾本健一郎, 大畑賀央, 杉山彰英, 渡井有, 武士昭彦, 黒木基夫 — 胃癌に対する腹腔鏡下手術の現況と今後の展望 — 第100回日本外科学会総会 2000.4.12~14

4. 山田成寿, 加納宣康, 笠間和典, 内田千博, 大畑賀央, 小川太志, 杉山彰英, 渡井有, 草薙洋, 黒木基夫, 武士昭彦, 飯島恒司 — 胃癌手術後イレウス症例の検討 — 第55回日本消化器外科学会総会 2000.7.20~22
 5. N. Kano, H. Kusanagi, K. Kasama, C. Uchida, F. Oga — Evolution of Laparoscopic Surgery For Stomach Cancer — The 17th World Congress of the International Society for Digestive Surgery Hamburg 2000.9.6~9
 6. 加納宣康, 草薙洋, 笠間和典, 山田成寿, 内田千博, 大畑賀央, 渡井有, 小川太志, 杉山彰英, 武士昭彦, 黒木基夫, 福間英祐 — 胃癌に対する従来手術と腹腔鏡下手術の使い分け — 第62回日本臨床外科学会総会 2000.11.16~18
 7. 草薙洋, 加納宣康, 深澤基児, 比嘉国基, 小川太志, 玉木雅人, 太田篤, 山田成寿, 渡井有, 黒木基夫, 福間英祐, 武士昭彦 — 当院における胃癌に対する内視鏡下手術の現状と展望 — 第14回日本内視鏡外科学会総会 2001.9.20~21
 8. 加納宣康, 草薙洋, 山田成寿, 深澤基児, 呉海松, 小川太志, 太田篤, 比嘉国基, 玉木雅人, 渡井有, 黒木基夫, 福間英祐, 武士昭彦, 飯島恒司 — 胃癌に対する腹腔鏡下手術〜適応を限定する立場から〜 — 第102回日本外科学会定期学術集会 2002.4.11~13
 9. 草薙洋, 加納宣康, 渡邊理江, 田邊晴山, 比嘉国基, 大原一規, 玉木雅人, 山田成寿, 和田守憲二, 渡井有, 黒木基夫, 福間英祐, 武士昭彦 — 胃癌に対する腹腔鏡補助下幽門側胃切除術 (LADG) の検討 — 第64回日本臨床外科学会総会 2002.11.13~15
 10. 草薙洋, 加納宣康 — 胃癌ガイドラインからみた腹腔鏡補助下幽門側胃切除術 (LADG) の検討 — 第18回千葉胃癌研究会 2003.5.231.
- H. 知的財産権の出願・登録状況 : なし

分担研究報告書

消化器がん生存者の治療と病状把握との実態に関する研究

分担研究者 高橋 郁雄 国立療養所福岡東病院外科 外科医長

研究要旨

我が国では、毎年44万人ががんと診断されている。その4割は、治療を受け、治癒するが、残りの6割は、再発に対する治療や緩和ケアを受けつつ、命を落とす。治癒した患者も、命を失う患者も、さらにはその家族も、様々な身体的あるいは精神的障害、社会的な問題を抱えて日々を過ごす。がんを体験し、がんという疾病を強く意識しながら生きている人々の数は、高齢化社会の訪れに伴うがん罹患率増に加え、がん医療におけるインフォームド・コンセントの定着により、増加の一途をたどっている。しかし、現状では、がん生存者に対するケアを、体系的、全人的に実施するための学術的・医療的基盤は十分に整備されているとはいえない。

消化器悪性腫瘍のなかで胃癌は、死亡率としては日本人において第2位、罹患率では数的減少傾向はあるものの依然として第1位を占める重要な疾患である。胃癌の治療は、切除がその中心であり、近年、外科領域では内視鏡手術の導入により胃癌に対しても腹腔鏡補助下胃切除が全国的に普及しつつあり患者家族のQOLが術後も大きく変化していることが想定される。また切除不能、再発、非治癒切除術後の病態については、近年TS-1, taxol, taxotere, CPT-11などの新しく開発された抗癌剤が胃癌臨床に応用され始め、より少ない副作用で従来と同様或はそれ以上の効果が認められるようになった。治療の場も入院治療から外来治療に移行しており、患者を取り巻く治療環境自体が大きく変化している。また、胃癌の化学療法は、腫瘍縮小による症状緩和が治療の目的であり治癒が難しいという現実があり、最終的に全ての患者さんが時期の差はあれターミナルステージに移行する。当院は、福岡県粕屋宗像医療圏での中核的病院であり、平成15年度に新たに地域がん診療拠点病院に認定されたが、がん生存者に対する身体的精神的な支援を行う上で、外科治療並びに化学療法の実態を把握することが基本となる。

本研究では、このような背景に基づき胃悪性腫瘍の外科手術および化学療法の実態調査をおこなった。国立療養所福岡東病院での胃癌外科手術としては平成15年度より新たに早期癌を対象にして腹腔鏡補助下胃切除が導入されており全例早期の退院が可能であった。進行再発胃癌に対する化学療法は、新規抗癌剤が認可になって以後の症例に関して、内服剤TS-1を主体にした治療が施行されて、治療初期を除き外来で施行されていること、また一次或は二次治療で化学療法に対する反応が認められた患者群は、反応が認められなかった群に比べ長期生存する実態が明らかとなった。また、原発性胃悪性リンパ腫に関しては、リンパ節転移を認めない症例に対する外科治療の成績が良好であることが再確認されたが、リンパ節転移陽性患者に対する治療は、治療手段が多様であり手術治療の意義も含め再検討すべき課題であることが明らかとなった。今後、治癒手術を受けられた患者さんに対しては、長期フォローの中での生活に質的变化を明らかにして術式特異性があるかを検証することが求められる。進行再発胃癌に対する患者さんは、残された家族に対してのアンケート調査を中心に、治療の効果副作用、治療効果の認識やターミナル期の症状管理など、家族の受け止めと医療者との受け止めの意識乖離がないか明らかにしていく必要があると考えられる。

A. 研究目的

我が国では、毎年44万人ががんと診断されている。その4割は、治療を受け、治癒するが、残りの6割は、再発に対する治療や緩和ケアを受けつつ、命を落とす。治癒した患者も、命を失う患者も、さらにはその家族も、様々な身体的あるい

は精神的障害、社会的な問題を抱えて日々を過ごす。がんを体験し、がんという疾病を強く意識しながら生きている人々の数は、高齢化社会の訪れに伴うがん罹患率増に加え、がん医療におけるインフォームド・コンセントの定着により、増加の一途をたどっている。しかし、現状では、がん生