

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

がん医療における緩和医療および精神腫瘍学の共通データベースの作成とその普及に関する研究；がん患者に対する簡便な精神症状スクリーニングの臨床的有用性に関する研究

分担研究者 内富庸介 国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部

研究要旨 平成15年7月下旬から3ヶ月間、適応障害および大うつ病を合併したがん患者の精神科紹介率を改善することを目的に、国立がんセンター東病院5B病棟（化学療法科）の全入院患者を対象とした簡便な精神症状スクリーニングとしてつらさの寒暖計を実施した。つらさの寒暖計の得点が閾値以上の場合、看護師より患者に精神科受診を推奨した。つらさの寒暖計は、全入院患者157人のうち135人に対し実施された（実施率86%）。期間中計18人が大うつ病または適応障害の診断にて精神科に紹介され（紹介率11.5%）、平成14年1年間の同病棟における紹介率に比べて有意に高かった。この結果、がん専門病院における実地臨床、つらさの寒暖計が実施可能であること、および有用であることが示唆された。

A. 研究目的

本研究では効果的医療技術の確立推進臨床研究の主旨に則り、研究成果の全国的な均てんを目指すため、精神腫瘍学の学問的な体系化と普及を目的とする。

精神科に紹介受診されるがん患者を対象に、精神症状の全国調査を前年度に行ったが、大うつ病、適応障害の紹介受診が多いものの、疫学的調査から推測すると、極めて少ないことが推測された。これらの精神症状は患者、家族のQOLを顕著に阻害するため、適切な精神的介入を行うことが望ましいとされているにもかかわらず、医療者によって容易に見逃されてしまうことが繰り返し報告されている。さらに、プライマリケアの領域においては、大うつ病をはじめとして、患者の精神症状をスクリーニングしたのみでは、患者の転帰に影響を与えないことも示されている。

このように、がん患者にみられる精神症状を早期に発見し、治療への迅速な導入を行う方法を確立することは、がん患者のQOLを向上するために不可欠である。平成15年度は特に、適応障害および大うつ病を合併したがん患者の精神科受診率を改善する介入法の有用性を予備的に検討することを目的として、がん患者に対する簡便な精神症状スクリーニングおよび看護師による補助的な介入の実施可能性を検討した。

B. 研究方法

平成15年7月28日から3ヶ月間、国立がんセンター東病院5B病棟（化学療法科）の全入院患者を対象とし、つらさの寒暖計を入院時に実施した。つらさの寒暖計の得点が閾値以上（つらさ4点以上かつ支障3点以上）の場合、看護師より患者に精神科受診が推奨された。患者が受診を承諾した場合は、最終的に精神科医が主治医より受診依頼を受けた。精神症状の有無はDSM-IVに準拠して評価した。つらさの寒暖計の実施可能性の指標として、全対象のうち、つらさの寒暖計が施行可能であった患者の割合（実施率）を評価した。つらさの寒暖計の有用性の予備的な検討を全対象のうち精神科に依頼され、新たに大うつ病および適応障害の診断を受けた入院患者の割合（紹介率）をhistorical control（平成14年の紹介率）と比較して行った。

（倫理面への配慮）

本研究は、実地臨床上の試みに関して後方視的な検討を行ったものであり、施設内倫理委員会による承認および患者からの書面による同意取得は不要であると判断した。またデータ収集にあたっては患者を特定可能とするような情報は収集していない。

C. 研究結果

研究期間である平成 15 年 7 月 28 日から 3 ヶ月間に国立がんセンター東病院 5B 病棟(化学療法科)に入院となった患者は計 157 人であった。患者背景を表 1 に示した。

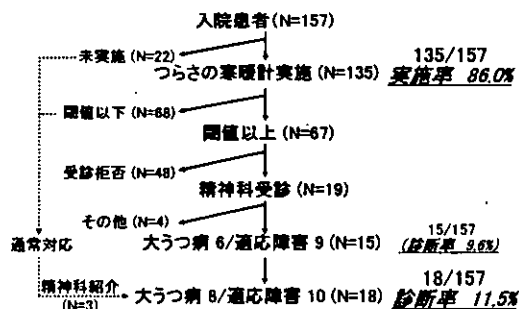
表 1 全入院患者の背景 (N = 157)

	平均 ± SD	N (%)
年齢(歳)	56 ± 13	
性別		男性 71 (45)
がんの種類		悪性リンパ腫 56 (36) 頭頸部がん 37 (24) 乳がん 30 (19) 原発不明 12 (8) その他 22 (14)
Stage		ⅤⅢ 29 (16) Ⅳおよび再発 102 (65) 原発不明 12 (8) 精査中 14 (10)
PS		0 68 (43) 1 60 (38) 2 14 (9) 3 8 (5) 4 7 (5)

つらさの寒暖計は、入院患者 157 人のうちの 135 人に対し実施された(実施率 86%, 135/157)。実施されなかった理由は、スクリーニングが施行されても精神科受診へと至らないことが想定された極めて短期の入院(10人)、重篤な身体状況(3人)、患者の拒否(2人)、せん妄(1人)、不明(6人)であった。

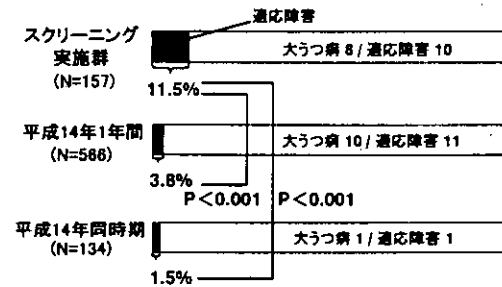
全入院患者のうち、つらさの寒暖計の得点が閾値以上であった患者は 65 人(65/157, 41%)であり、そのうち 19 人(19/65, 26%)が精神科受診を承諾し、残りの 48 人(48/65, 74%)は受診を拒否した。精神科受診を承諾した 19 人のうち、15 人が大うつ病(6人)または適応障害(9人)と診断され、スクリーニング以外での紹介(大うつ病 2人/適応障害 1人)とあわせ、今回の研究期間中に計 18 人が大うつ病(8人)または適応障害(10人)の診断にて精神科紹介となっていた(紹介率 11.5%, 18/157)。

表 2 スクリーニングの実施率と大うつ病/適応障害の紹介率



これは、平成 14 年 1 年間の大うつ病および適応障害の紹介率(21/566, 3.8%, $p < 0.001$)および、平成 14 年 7 月 28 日から 3 ヶ月間の大うつ病および適応障害の紹介率(2/134, 1.5%, $p < 0.001$)に比べて有意に高かった。

表 3 大うつ病/適応障害 診断率の比較



D. 考察

本結果から、がん患者に対する簡便な精神症状スクリーニングであるつらさの寒暖計に加え、看護師による補助的な介入を併用することの臨床的実施可能性、および有用である可能性が示された。

サイコオンコロジーの領域において、患者の精神症状をスクリーニングする有用な方法は確立していない。従って、今回の結果は、患者の QOL 向上を念頭においた精神症状のスクリーニング法を確立する上で大きな意義を有するものと考えられた。また、欧米に比して、がん患者の精神症状緩和の専門家としての臨床心理士などのスタッフが極めて乏しいわが国の現状を鑑みても、既存の精神科部門を利用する本介入方法は、わが国における現在の医療システムを前提としたスクリーニングモデルとして均てん化の上で意義深いと考えられた。

今後は本介入方法が、実際ががん患者の経験する精神的苦痛を減少させるかを検討する必要がある。精神症状のスクリーニング法を含めた適応障害と大うつ病に対する治療法であるがん患者支援プログラムを現在開発中であるが、これにより精神腫瘍学の体系化と普及が進むと予想される。

一方で、今回つらさの寒暖計で閾値以上となった 65 人のうち、精神科受診を拒否する患者が 74%にものぼっている。精神的な苦痛があっても臨床介入を望まない患者の割合が高いことが明らかになり、今後は精神科受診を希望しないことに関する患者側の背景を明らかにしていく必要がある。

E. 結論

がん患者に対する簡便な精神症状スクリーニングであるつらさの寒暖計は臨床的に実施可能であり、予備的ではあるが有用である可能性が示された。

F. 健康危険情報

特記すべきものなし。

G. 研究発表

論文発表

①外国語論文

1. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Psychiatric evaluation of competency in cancer patients. *Int J Psychiatry Clin Pract* 7:101-106, 2003
2. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatics* 44:244-248, 2003
3. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma; authors' reply. *Cancer* 97:3129, 2003
4. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: A traumatized oncology nurse after a patient suicide. *Psychosomatics* 44:522-523, 2003
5. Akizuki N, Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* 97:2605-2613, 2003
6. Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Communication skills training for Japanese oncologists on how to break bad news. *J Cancer Educ* 18:194-201, 2003
7. 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* 30:823-830, 2003
8. Kagaya A, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Mood disturbance and neurosteroids in women with breast cancer. *Stress and Health* 19:227-231, 2003
9. Kohara H, Uchitomi Y, et al: Effect of nebulized furosemide in terminally ill cancer patients with dyspnea. *J Pain Symptom Manage* 26:962-967, 2003
10. Matsuoka Y, Akechi T, Uchitomi Y, et al: A volumetric study of amygdala in cancer survivors with intrusive recollections. *Biol Psychiatry* 54:736-743, 2003
11. Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Similarity and difference among standard medical care, palliative sedation therapy, and euthanasia: a multidimensional scaling analysis on physicians' and general population's opinion. *J Pain Symptom Manage* 25:357-362, 2003
12. Okamura H, Uchitomi Y, et al: Psychoeducational intervention and patient satisfaction with information. *Breast Cancer Res Treat* 80:331-338, 2003
13. 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
14. Okuyama T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Japanese version of the M. D. Anderson Symptom Inventory; a validation study. *J Pain Symptom Manage* 26:1093-1104, 2003
15. 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* 11:465-471, 2003
16. Taniguchi K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Lack of marital support and poor psychological responses in male cancer patients. *Support Care Cancer* 11:604-610, 2003
17. Uchitomi Y, Akechi T, et al: Mental adjustment after surgery for non-small cell lung cancer. *Palliat Supportive Care* 1:61-70, 2003
18. 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
19. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer; prevalence, patient perceptions, contributing factors, and longitudinal changes. *Cancer* 100:183-191, 2004
 20. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Post traumatic symptoms experienced by a nurse after a patient suicide. *Jpn J Gen Hosp Psychiatry* 16:49-54, 2004
 21. Morita T, Honke Y, Kohara H, Kizawa Y, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Support Care Cancer* 12:137-140, 2004
 22. Suzuki S, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Daily omega-3 fatty acid intake and depression in Japanese patients with newly diagnosed lung cancer. *Br J Cancer* 90:787-793, 2004
 23. Morita T, Adachi I, Kizawa Y, Honke Y, Kohara H, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, in press
 24. Okuyama T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Adequacy of Cancer pain management in a Japanese Cancer Hospital. *Jpn J Clin Oncol*, in press

②日本語論文

1. 秋月伸哉, 中野智仁, 内富庸介: スクリーニング・プラクティスガイドライン. *癌治療と宿主* 15:285-293, 2003
2. 秋月伸哉, 内富庸介: がん患者の精神症状とその早期発見. *医学のあゆみ* 205:898-902, 2003
3. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 進行・終末期がん患者の不安、抑うつに対する精神療法の state of the art; 統計的レビューによる検討. *精神科治療学* 18:571-577, 2003
4. 内富庸介: 緩和ケア診療加算の導入に当たって. *Depression Frontier* 1:81-85, 2003
5. 内富庸介: インフォームド・コンセントと心(知・情・意). *がん看護* 8:393, 2003
6. 内富庸介: 治癒切除を受けた非小細胞肺癌患者の抑うつとストレスの術後1年の経過および予測因子の検討. *血液・腫瘍科* 47:361-365, 2003
7. 大庭章, 明智龍男, 内富庸介, 他: コミュニケーション技術訓練. *癌治療と宿主* 15:383-389, 2003
8. 岡村優子, 明智龍男, 内富庸介: せん妄への対処. *癌治療と宿主* 15:177-184, 2003
9. 松岡豊, 中野智仁, 内富庸介, 他: 高解像度 MRI 画像を用いた海馬・扁桃体の体積計測のためのトレーシングガイドライン. *脳と神経* 55:690-697, 2003
10. 秋月伸哉, 中野智仁, 明智龍男, 内富庸介, 他: 薬物療法. *Depression Frontier* 2:21-25, 2004
11. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介: 緩和医療における精神症状への対応. *臨牀消化器内科* 19:59-66, 2004

学会発表

①国際学会

1. Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y, et al: Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. 50th Annual Meeting Academy of Psychosomatic Medicine. Paper Session. 2003. November, Coronado, USA
2. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable non-small cell lung carcinoma; a longitudinal study. 6h World Congress of Psycho-Oncology. Poster Session. 2003. April, Banff, Canada
3. 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. 6h World Congress of Psycho-Oncology. Poster Session. 2003. April, Banff, Canada
4. Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Communication skills training for Japanese oncologists on how to break

- bad news; a preliminary report: 6h World Congress of Psycho-Oncology. Poster Session. 2003. April, Banff, Canada
5. Tashiro M, Uchitomi Y, et al: Impacts of morphological and functional neuroimaging in psycho-oncology. 6h World Congress of Psycho-Oncology. Workshop. 2003. April, Banff, Canada
 6. 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. 6h World Congress of Psycho-Oncology. Poster Session. 2003. April, Banff, Canada
 7. Uchitomi Y, Nakano T, Akechi T, et al: Relationship between distressing cancer-related recollections and hippocampal volume in cancer survivors. 6h World Congress of Psycho-Oncology. Paper Session. 2003. April, Banff, Canada
- ②国内学会
1. 内富庸介, 三上一郎, 明智龍男, 他: 肺がん術後1年の抑うつとストレスの経過及び予測因子の検討. 第16回日本サイコオンコロジー学会総会. パネルディスカッション2. 2003. 6, 相模原
 2. 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実施可能性に関する研究. 第16回日本サイコオンコロジー学会総会. パネルディスカッション1. 2003. 6, 相模原
 3. 明智龍男, 中野智仁, 内富庸介, 他: 進行・終末期がん患者の不安、抑うつに対する精神療法の state of the art. 第8回緩和医療学会総会. ワークショップ. 2003. 6, 千葉
 4. 内富庸介: がん医療における心のケア; サイコオンコロジー第4回千葉県医師会医学会学術大会. 学術講演. 2003. 11, 千葉
 5. 内富庸介: がん医療における心の医学; サイコオンコロジー最前線. 文部科学省科学技術振興調整費産学官共同研究の効果的推進事業公開シンポジウム. シンポジウム. 2003. 11, 徳島
 6. 稲垣正俊, 中野智仁, 明智龍男, 内富庸介, 他: 海馬、扁桃体、大脳半球体積と神経症性傾向の関連についての検討. 第25回日本生物学的精神医学会. 一般演題. 2003. 4, 金沢
 7. 鈴木志麻子, 明智龍男, 内富庸介, 他: がん患者の抑うつとn-3多価不飽和脂肪酸摂取量の関連. 第25回日本生物学的精神医学会. 一般演題. 2003. 4, 金沢
 8. 鈴木志麻子, 明智龍男, 内富庸介, 他: がん患者の抑うつとn-3系多価不飽和脂肪酸摂取量の関連. 第16回日本サイコオンコロジー学会総会. 一般演題3. 2003. 6, 相模原
 9. 内富庸介: 肺がん術後1年の抑うつとストレスの経過及び予測因子の検討. 第41回日本癌治療学会総会. 一般演題. 2003. 10, 札幌
 10. 奥山徹, 明智龍男, 内富庸介, 他: がん患者において、精神症状は日常生活活動に大きな支障をもたらす. 第16回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題. 2003. 11, 京都
 11. 松岡豊, 中野智仁, 内富庸介, 他: 頭部MRI画像を用いた海馬と扁桃体の体積計測法の開発. 第16回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題. 2003. 11, 京都
- 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。

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 東北大学病院緩和医療部副部長

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。アンケート結果より、学生は緩和ケア病棟の患者との面談を通じ、「環境のよさ・精神的安定からもたらされる患者の満足感」「家族・友人の重要性」「スピリチュアルな面の重要性」「告知の難しさ」を感じとり、「貴重な話を聞いた・教訓を得た」と振り返った。患者は医学生との面談を「医学生にとってだけでなく、患者自身にとっても意義がある」と考えている。学生と患者が対話を行う機会がほとんどない現状の中で、緩和ケア病棟での面談実習は、医の倫理を考える貴重な契機となりうると考えられる。

A. 研究目的

大学病院での卒前緩和医療教育としての、緩和ケア病棟での面談実習の有用性を評価する。特に今回は学生と共にインタビューに参加し、学生サイド、患者サイドからの評価を調査し面談実習の意義を確認する。

B. 研究方法

対象は、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120名と、面談に応じた緩和ケアセンター入院患者28名。調査期間は平成14年5月22日より平成15年10月29日まで。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し、面談を行なう。前回報告の中の「面談の主旨・目的をはっきりさせたほうがよい」

という患者からの指摘を考慮し、面談方法は、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で開始し、途中で学生も自由に発言することを許可する、というスタイルとした。患者の選定は、①学生との面談に応じてもよいという承諾をもらえること②病名・病状を告知済みであること③入棟後1週間以上経過していること④身体症状が安定しており、最低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。面談時の主な話題は、「がんと診断されたときの状況について」「告知のあり方が受け入れやすいものであったかどうか」「緩和ケア病棟を勧められたときの気持ちについて」「一般病棟と緩和ケア病棟との違い」などとした。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 91%、患者の満足感を感じた（環境に対して 78%、精神的症状コントロールに対して 73%、スタッフに対して 69%、肉体的症状コントロールに対して 49%）、患者からの何らかの不満を感じた（特に前医への不満 42%）、スピリチュアルな面の重要性 68%、家族・友人の重要性 64%、緩和ケアの重要性の認識 63%、緩和医療の重要性の認識 62%、告知の難しさ 50%、コミュニケーションの難しさ 39%、精神的症状コントロールの難しさ 33%、などがみられた。一方、学生の感想には、学生の態度に関しては、大変よい 43%、よい 36%、ふつう 21%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 7%で、長かったとするものは 11%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 93%に上り、一方患者自身にとって意義がないとしたものは 7%に過ぎなかった。

D. 考察

学生と患者が対話を行う機会がほとんどない卒前医学教育の現状の中で、緩和ケア病棟での面談実習は、医の倫理を考える貴重な契機となりうると考えられる。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

とも注目すべき結果であり、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、という思いを持っていただける可能性があるといえる。

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. 山本庸子, 中保利通, 他: 在宅療養移行症例における神経ブロック療法の有用性. 緩和医療学 5: 257-261, 2003
2. 島田哲, 中保利通, 他: 高 Ca 血症治療フローチャート作成の試み. 癌と化学療法 30: 2145-2153, 2003
3. Takahashi M, Nakaho T, et al: The oral-to-intravenous equianalgesic ratio of morphine based on plasma concentrations of morphine and metabolites in advanced cancer patients receiving chronic morphine treatment. Palliative Medicine 17:673-678, 2003.
4. Takahashi M, Nakaho T, et al: Silent gastric perforation in a pancreatic cancer patient treated with neurolytic celiac plexus block. Journal of Anesthesia 17:196-198, 2003

学会発表

1. Ohara T, Nakaho T, et al : The Effects of Non-pharmacological Analgesic Interventions on Cancer Pain Management in a Hospital-Based Palliative Setting. 第5回アジア太平洋ホスピスカンファレンス. 2003. 3, 大阪
2. Toraiwa S, Nakaho T, et al : The Trans-intervertebral Disc Approach for Educational Practice of the Neurolytic Celiac Plexus Block. 第5回アジア太平洋ホスピスカンファレンス. 2003. 3, 大阪
3. Yoshida A, Nakaho T, et al : Silent Gastric Perforation after Neurolytic Celiac Plexus Block:A Case Report. 第5回アジア太平洋ホスピスカンファレンス. 2003. 3, 大阪
4. Takahashi M, Nakaho T, et al : Efficacy of Percutaneous Vertebroplasty in Metastatic Vertebral Compression Fractures:Clinical Experiences and Follow-up Results. 第5回アジア太平洋ホスピスカンファレンス. 2003. 3, 大阪
5. 島田哲, 中保利通, 他 : 高Ca血症フローチャート作製の試み(第二報). 第8回日本緩和医療学会総会. 2003. 6, 千葉
6. 矢崎謙, 中保利通, 他 : 当センターでよく使用される鎮静法—ケタミンミダゾラム持続注入法—. 第8回日本緩和医療学会総会. 2003. 6, 千葉
7. 中保利通, 他 : 大学病院における卒前緩和医療教育. 第27回日本死の臨床研究会.

2003. 11, 徳島

8. 櫛引亜矢子, 中保利通, 他 : 終末期における過活動型せん妄患者のかかわりを通して学んだこと. 第7回東北緩和医療研究会総会. 2003. 11, 福島

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

がん医療における緩和医療のあり方とその普及に関する研究

分担研究者 木澤義之 筑波大学 臨床医学系 講師

研究要旨（目的）我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・家族のニーズに対して疫学調査を行うとともに、緩和医療の介入によって様々な症状や患者家族の状態が改善するか否かを検討した。（方法）専門家討議によりデータシートを作成し、24施設で多施設共同研究を行った。データシートは初診時と1週間後に医師、看護師によって記載された。（結果）（結論）380例が集積され、緩和医療を受診する患者・家族のニーズが明らかとなった。緩和医療の介入によって身体症状はおおむね改善されるが、うつ状態の改善は有意でなく、せん妄は増加した。

A. 研究目的

- 1) 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・家族の包括的な初診時評価方法および継続的評価方法を確立する。
- 2) わが国の緩和医療における患者の症状やニーズに関する疫学調査を行う。
- 3) 初診時と1週間後の対象患者における各症状やニーズの頻度や強さを比較検討することにより、緩和医療の有効性について検証する。

B. 研究方法

全国のホスピス・緩和ケアを提供する24施設において2003年9月から2004年1月までに新たにホスピス・緩和ケア病棟に入院した患者、在宅緩和医療を開始した患者、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を各施設20名まで連続的にサンプリングした。医師および担当看護師により初診当日に定められた初診時データシートへの記入を行うい、初診日より数えて第8～10病日に継続時データシートに記入を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は日常診療の一部として行われ患者家族に肉体的、心理的苦痛を生じることが予測されない。研究班としては口頭同意を原則としたが、最終的に患者もしくは代理人の文書による同意が必要か否かは当該研究参加施設の施設長および倫理委員会の判断に委ねた。

C. 研究結果

380例のデータが集積された。患者の平均年齢は68.5歳（標準偏差12.4）、であった。診療形態は83.9%がホスピス・緩和ケア病棟、9.2%がコンサルテーションおよび一般病棟、在宅が6.9%であった。ステージはStageIVと再発をあわせ85.4%を占めた。自分の意志で緩和医療を選択した患者は58.7%であった。患者の47.4%は在宅療養の希望を持っていた。

頻度が高かった身体症状は、食欲不振（75.4%）、疼痛（74.4%）、全身倦怠感（70.0%）、便秘（53.6%）、口渴（40.4%）呼吸困難（36.7%）、であり、精神症状は不安（77.5%）、不眠（58.4%）、うつ状態（43.4%）、せん妄（24.2%）であった。せん妄のうち57.6%が低活動性せん妄であった。実存的問題としては身体的コントロール感の喪失が67.2%、負担をかけている思いが52.2%、将来のコントロール感の喪失が44.2%、楽しみの喪失が39.8%、役割の喪失が32.8%と高率にみられた。

初診時の症状と1週間後の身体症状、精神症状の差をとり、ウィルコクソンマッチドペア符号付き順位和検定を行ったところ、食欲不振（0.27, $P < 0.001$ ）、疼痛（0.19, $P < 0.001$ ）、全身倦怠感（0.19, $P < 0.009$ ）、しびれ（0.19, $P < 0.001$ ）、便秘（0.25, $P < 0.001$ ）、嘔気（0.25, $P < 0.001$ ）嘔

吐(0.13, $P < 0.003$)呼吸困難(0.19, $P < 0.001$)せき(0.19, $P < 0.001$)腹部膨満感(0.19, $P < 0.001$)等の症状は有意に改善していたが、たん(0.06, $P = 0.25$)口渇(0.02, $P = 0.68$)下痢(0.06, $P = 0.057$)発熱($P = 0.45$)は改善するも有意ではなかった。自発的コミュニケーション能力は有意に低下した。(-0.31, $P < 0.001$)また、初診時症状群のみを同様に検討するとすべての身体症状は1週間で有意に改善していた。($P < 0.001$)

精神症状については不眠(0.22, $P < 0.001$)不安(0.13, $P = 0.017$)は有意に改善された。うつ状態(0.05, $P = 0.27$)は改善するものの統計学的に有意でなく、せん妄は有意に増悪(-0.22, $P < 0.001$)した。初診時症状群のみを同様に検討すると不眠、不安、うつ状態とも症状は1週間で有意に改善していた。($P < 0.001$)せん妄も改善するものの統計学的に有意ではなかった。(0.4, $P = 0.078$)。

D. 考察

緩和医療を受診する患者の約4割は自らの主体的意志にかかわらず医療を受けていることが明らかとなった。今後積極的治療から緩和医療への移行、コンサルテーションのあり方、コミュニケーションのあり方を考えていくべきであろう。また、緩和医療を受診する患者は多彩な身体、精神症状を高率に持つことが明らかとなった。これらの症状のうちほとんどの身体症状は1週間の緩和医療の介入によって有意に改善したが精神的問題の中でもうつ状態は有意に改善せず、せん妄は増悪した。初診時に有症状だった患者の症状が改善していることを考慮すると、うつ状態が改善しないのは、初診時にうつが認知されず経過中に明らかになる可能性、治療介入による効果判定があまりに短期であることがその原因として推定される。またせん妄が増悪する原因として、オピオイドをはじめとする各種薬剤の併用、全身状態の悪化がその原因として推定される。また、これら症状とともに患者家族は社会的、実存的問題も高率に抱えていることが明らかとなり多職種チームによる多面的アプローチが重要と考えられた。

E. 結論

緩和医療初診時および継続時の標準的評価方法が確立された。緩和医療を受診する患者は必ずしも主体的に医療を受けているとはいえず、今後これを改善するべく積極的治療から緩和医療への移行、コンサルテーションのあり方、コミュニケーションのあり方を考えていく必要がある。緩和医療を受診する患者は多彩な身体、精神症状、社会的、実存的問題を高率に持つことが明らかとなり、多職種チームによる多面的アプローチが必要と考えられる。これら症状のうちほとんどの身体症状は1週間の緩和医療の介入によって有意に改善したが精神的問題の中でもうつ状態やせん妄は改善が難しく、せん妄はむしろ新しく発生した。今後は緩和医療初診時のうつ状態のスクリーニング、せん妄予防に対する方略を探索し、確立するべきであろう。

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. 木澤義之. Whole Patient Assessment○緩和医療初診時の包括的評価. ギアチェンジ-緩和医療を学ぶ JIM. Vol. 14 No. 1: 56-61 2004
2. 木澤義之. 緩和ケア病棟(ホスピス)での治療. (2)ターミナルケア. 在宅医療 第II部総合的分野. より良いインフォームドコンセントのために. Pp105-109:日本内科学会. 東京. 2003
3. 木澤義之, 久永貴之. 緩和医療の現状と将来. 医学のあゆみ vol. 205, no. 12: 911-914: 2004
4. 木澤義之, 吉津みさき. 持続皮下注射. 癌緩和ケアマニュアル-疼痛の緩和ケアの実践/モルヒネ Modern Physician vol. 23, no. 3:339-341:2003

学会発表

1. 木澤義之, 久永貴之. 緩和医療専門医教育-自己学習プログラムの開発(第1報)一. 第27回日本死の臨床研究会年次大会. 2003年11月16日, 徳島
2. 木澤義之. シンポジウム. ホスピス・緩和ケアにおける研究と教育. 全国ホスピス緩和ケア病棟連絡協議会. 2003.
3. 木澤義之. 緩和ケア病棟におけるケア. パネルディスカッション. 第12回茨城がん学会. 2003.

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。

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部長

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2000床を超えてきたが、全国的に稼働率は7割り弱と低く緩和医療が十分に行き渡っていない。一因はがんの進行経過に伴う患者への説明不十分とサポート体制の不備がある、また緩和医療者からの一般住民への教育・啓発活動が不足している点などが指摘できる。そこで、今年度はがん告知をめぐる問題の認識と告知後のサポート体制について検討した結果について報告する。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る共同調査研究の計画書が完成され、現在倫理審査過程にある。

A. 研究目的

1990年に医療保険で定額の緩和ケア病棟入院料の支給がなされ、更に2002年4月からは緩和ケア施設以外に入院している患者へ広く緩和医療が提供されるように、緩和ケアサポートチームの医療加算がつくようになるなど保険政策によって、緩和ケア認定施設が急速に増え、病床数も2200床以上となった。しかしがん医療の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7割り程度と高くない。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発活動が不足していること、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不十分であること、また告知後のサポート体制が不十分であることなどが指摘できる。3) さらに緩和専門医療者の不足と、緩和専門施設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段階に至るまでの身体的、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ことなどが考えられる。

静岡がんセンターは2002年9月に新設され、21世紀の理想的な地域がん医療を追求できるように、施設面や人的サポート面が考慮されてきた。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からもよりよいがん緩和医療ができるように配慮されている。

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。しかし、一地域での調査研究では不十分でことが指摘されて全国的な調査研究を施行できるように、宮下、森田班員らが中心となり、「一般人口・遺族からみた望ましい死と終末期医療の希望に関する態度」の計画書が完成されて、現在当センター倫理委員会に審査を依頼している。審査終了後に一般地域住民向けアンケート調査とがん患者遺族へのアンケート調査が本年から正式にスタートすることとなっている。

B. 研究方法

1) 当センターに勤務する看護師と医師らを対象にバットニュースの伝え方のアンケート調査を行った。今年度は外来看護師47名を対象に予備調査を行った。2) 今後看護師への教育プログラムと連携し、フォーカスグループを開催し問題点の抽出とニーズの把握を行った。

（倫理面への配慮）

今回のアンケート調査は職員のみが対

象とされたので施設長の許可をとって行われた。

C. 研究結果

1) 回答者の背景:

前段階の調査として○外来看護師47名に行い22名から有効回答を得た、うち25名は告知の現場に同席する機会がなかったので未回答であった。年齢は25歳から49歳、平均34.9才、臨床経験年数は1年未満から23年、平均17.6年。がん臨床経験年数は1年から21年、平均4.0年であった。

2) アンケート結果:(1)「告知の場で困難を感じたことがある」に対して、「ある」が36%、「ない」が23%、「立ち会う経験がない」が41%であった。(2)「告知の場面でコミュニケーションに困難を感じる時」の質問に対して、「転移・再発告知時」が43%、「緩和ケアへの移行時と予後告知時」が19%、「治療の無効時」が13%、「初診時」が6%の順序であった。一方中堅看護師においては、「緩和への移行時」が30%、「手術結果などの病状説明時」が25%、「初発診断時」が19%、「初診診断時と予後告知時」が13%であった。(3)「看護師からみた医師の告知への行為に対する問題点」の質問に対して、「前もって看護師と打ち合わせをしない」が25%、「説明時に看護師の同席を求めない」が38%、「説明の際に電話などの邪魔が入らないような配慮がない」が33%、「患者家族に対してどの位詳しく聞きたいかを確認しないこと」が29%、他に「説明用紙を用いての説明」、「説明前に患者に認識内容を確認しない」、「具体的な目標をはっきり説明しない」、「今後の予測経過について十分に説明しない」などの点が指摘されていた。(4)「今後告知の際に、どのような点に関して配慮してゆきたいか」の質問に対して、病期においては、「再発や転移が認められた時」、「外科的治療から内科的治療へ移行した時」、「緩和医療科へ移行する時」、またハイリスクとして注意すべき患者と家族の特性としては、「告知を希望しない」、「患者と家族に告知の食い違い」、「非現実的な期待感をもっている」、「感情表出が乏しい場合」、「ショック、悲嘆や不安などの感情表出が強い場合」、などであった。医療者からの情報提供が不十分であったことが指摘されるのは、「患者が治療方針に迷っている場合」、「患者と家族とで告知内容が異なる場合」、「患者から病状や予後について

尋ねられる場合」などであった。(5)看護師自身が力量不足を感じる点は、「バットニュースを伝えられた後の支援の仕方」、「コミュニケーションの方法がよく体得していない」、「告知後の患者がどの程度理解しているのかを確認の仕方に困惑する」、「ハイリスク患者へのアセスメントが判らない」、「告知のメリットとデメリットをどのように説明するのか判らない」、などであった。

D. 考察

がん医療の現場ではチーム医療が大切とされてきている。特に看護師と医師はチームのコア的存在であるし、患者や家族に、「がんの病名、病態、進行がんであること、不治であること、再発であること、余命が短いこと」などのバットニュースを直接伝える立場にある。その場合、相手に心情をどのように理解し、共感しうることが大切であるので、熟練したコミュニケーションスキルが必要となる。

今回の看護師を対象としたアンケート調査からは、医師に対して指摘された点は、1) 医師が患者家族に対して行われる種々の告知が不十分であることが判明した。2) またチーム医療のパートナーとしての看護職への理解がないことが多く、告知を協働して行う姿勢が欠如していることなどチーム医療がまだ成熟していないことが伺い得た。一方、看護師自身にいてもバットニュースをどのように伝えるべきか、どのようにフォローすべきかなどのコミュニケーションスキルが熟練されていない点などが認められた。

今後の課題としては、1) 医師を対象とした「バットニュースの伝え方や告知後のサポート」についてのアンケート調査を行い、実態をさらに明らかにする。また医師を対象としたコミュニケーションスキル・トレーニングを実施してゆく。2) 看護師に対しても難しい事例の検討会、ワークショップ、コミュニケーションスキルアップのためのロールプレイを行う。3) 教育プログラム、告知後のサポートに受け皿などの医療向けのサポートシステムを構築する。4) 患者・家族に対しても告知に関する満足度調査などを行ってゆく。

E. 結論

看護師を対象とした「がん医療における告知をめぐる問題認識と告知後のサポート体

制」についてのアンケート調査を行った結果、1) 医師の告知のやり方に種々の問題が存在していること、告知が不十分であることが明らかにされた。2) 看護師にとっても告知後のサポートをどのように行うべきかのスキルが不十分であることが解った。3) 今後今回の調査結果を踏まえて告知へのサポートシステムを構築してゆくことの重要性が明らかとなった。

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. 安達勇:第7回日本緩和医療学会印象記.
緩和医療学. 緩和医療学
5(2):107-108, 2003
2. 安達勇:緩和医療における漢方の位置づけ.
緩和医療学. 5(3):17-22, 2003
3. 西崎久純, 安達勇:癌治療における終末期医療のあり方. 日本臨牀.
61(6):1039-1044, 2003
4. 辻哲也, 安達勇:緩和ケア病棟においてリハビリテーションに期待すること.
総合リハビリテーション.
31(12):1133-1140, 2003
5. 安達勇:高齢者における緩和医療. がん看護. 9(1):39-43, 2004

学会発表

1. 志真泰夫, 安達勇 他:終末期がん患者の輸液に関する全国調査. 輸液治療に関する医師の態度と考え方. 第8回日本緩和医療学会総会. パネルディスカッション. 2003. 6. 千葉市
2. 宮下光令, 安達勇 他:終末期がん患者の輸液に関する看護師の認識. 第8回日本緩和医療学会総会. パネルディスカッション. 2003. 6. 千葉市
3. 森田達也, 安達勇:終末期癌患者に対す

る輸液治療の身体症状に対する影響 多施設向き観察的研究. Japan Palliative Oncology Study Group. 第8回日本緩和医療学会総会. パネルディスカッション. 2003. 6. 千葉市

4. 兵頭一之介, 安達勇, 森田達也, 他:終末期がん患者の予後予測研究. 第8回日本緩和医療学会総会. 一般演題. 2003. 6. 千葉市
5. 横山智子, 安達勇 他:静岡県立静岡がんセンターの新しい試み その2 2つの緩和ケア病棟の特徴と今後の課題. 第8回日本緩和医療学会総会. 一般演題. 2003. 6. 千葉市

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

がん医療における緩和医療及び精神腫瘍学の在り方とその普及に関する研究

分担研究者 聖隷三方原病院ホスピス

森田達也

研究要旨 ホスピス・緩和ケア病棟施設9施設において、2002年1月から12月までに死亡退院したがん患者の遺族を対象として、緩和ケアに移行した時期の適切さの遺族の評価、緩和ケアへの移行に関するコミュニケーションについての評価、および、それらを決定する要因を明らかにするための質問紙調査を行なった。592名中318名から回答を得た。49%の遺族が緩和ケアへ移行した時期がおそく、より早期に移行したかったと考えていた。また、緩和ケアへの移行に関するコミュニケーションについて、70%が精神的苦痛を、20%が改善が必要であると回答した。遺族の評価に関係する要因から考えて、適切な時期へ緩和ケアへの移行を可能にするためには、1) 緩和ケアについての適切な情報の提供、2) 早期からの医師との相談、3) 悲嘆への精神的支援が重要であることが示唆された。また、「もうすることは何もありません」と言わない、予後は希望に沿って幅をもたせ不確実なものとして伝える、治療目的を具体的に伝える、こころの準備にあわせて説明するなどの推奨されているコミュニケーションスキルを身につけることが重要であると考えられた。

A. 研究目的

1 緩和ケアに移行した時期の適切さの遺族の評価、および、評価を決定する要因を明らかにする

2 緩和ケアへの移行に関するコミュニケーションについての遺族の評価した改善の必要度と主観的つらさ、および、それらを決定する要因を明らかにする

B. 研究方法

【対象】ホスピス・緩和ケア病棟施設9施設において、2002年1月から12月までに死亡退院したがん患者の遺族。患者630名のうち、38名を除外。592名を適格とした。

【方法】郵送による質問紙調査。

(倫理面への配慮)

倫理委員会での承認を得た。

C. 研究結果

318名から有効な回答を得た(回収率67%)。

I) 緩和ケアに移行した時期の適切さ

①遺族の評価

「もっと遅く受診すればよかった」(19%)、
「もう少し遅く受診すればよかった」(30%)、
「ちょうどよかった」(47%)、
「もう少しはやく受診すればよかった」(2%)、

「もっとはやく受診すればよかった」(2%)であった。

②評価に関与する要因(多変量解析)

緩和ケア受診前に「緩和ケアを受けると寿命がちじまる」と考えているもの、先々のことを主治医とあらかじめ相談できなかった家族、病院での入院、気持ちがついて行けないと報告した家族では、「緩和ケアに移行した時機が有意に遅かった。「緩和ケアを受けると寿命がちじまる」という考えは、緩和ケア受診後には有意に減少した。

II) 緩和ケアへの移行に関するコミュニケーション

①遺族の評価

改善の必要性は、「改善は必要ない」(42%)、「改善な点が少しある」(39%)、「改善が必要な点がかかなりある」(13%)、「改善が必要な点が非常にある」(6%)であった。

つらさは、「つらくなかった」(4%)、「あまりつらくなかった」(7%)、「ややつらかった」(20%)、「つらかった」(31%)、「とてもつらかった」(38%)であった。

②評価に関与する要因(多変量解析)

コミュニケーションに改善が必要である

と述べた家族では、「もうすることは何もありませんと言われた」、予後をもたせずに限定的に伝えること、治療目的を具体的に話さないこと、家族のこころの準備にあわせて説明しないことの比率が高かった。

D. 考察

本研究より、緩和ケア病棟の遺族の半数は、緩和ケアへ移行した時期がおそく、より早期に移行したかったと考えていることが示唆される。緩和ケアへの移行に関するコミュニケーションについては、70%が精神的苦痛を、20%が改善が必要であると回答している。

遺族の評価に関係する要因から考えて、適切な時期へ緩和ケアへの移行を可能にするためには、1) 緩和ケアについての適切な情報の提供、2) 早期からの医師との相談、3) 悲嘆への精神的支援が重要である。また、コミュニケーションについては、もうすることは「何もありません」と言わない、予後は希望に沿って幅をもたせ不確実なものとして伝える、治療目的を具体的に伝える、こころの準備にあわせて説明するなどの推奨されているコミュニケーションスキルを身につけることが重要であると考えられた。

E. 結論

適切な時期に緩和ケアへ移行すること、緩和ケアへの移行を伝えるコミュニケーションについて改善が必要である。

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. Morita T., et al: To the editor. *Ann Intern Med.* www.annals.org E-1015
2. Morita T., et al: Ethical validity of palliative sedation therapy. *J Pain Symptom Manage* 25:103-105, 2003
3. Morita T., et al: Agitated terminal delirium and association with partial opioid substitution and hydration. *J Palliat Med* 6:557-563, 2003
4. Morita T., et al: Treatable complications of cancer patients referred to an in-patient hospice. *Am J Hosp Palliat Care* 20:389-391, 2003
5. Hirai K., Morita T., et al: Professionally perceived effectiveness of psychosocial interventions for existential suffering of terminally ill cancer patients. *Palliat Med* 17:688-694, 2003
6. Morita T., et al: Correlation of the dose of midazolam for symptom control with administration periods: the possibility of tolerance. *J Pain Symptom Manage* 25:369-375, 2003
7. 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* 25:357-362, 2003
8. 平井啓, 森田達也: Good death concept. *緩和医療学* 5:86-87, 2003
9. 鄭陽, 森田達也: チーム医療と緩和ケアチーム. 聖隷三方原病院における緩和ケアチーム. *ターミナルケア* 13:289-290, 2003
10. 森田達也: 苦痛緩和のための鎮静: 全国実態調査(速報). *ターミナルケア* 13:437-442, 2003
11. 森田達也: 苦痛緩和のための鎮静の考え方へのまとめと国際的な潮流. *ターミナルケア* 13:470-472, 2003
12. 森田達也: 苦痛緩和のための鎮静: わが国における臨床腫瘍医と緩和ケア医の態度. *血液・腫瘍科* 46:182-187, 2003
13. 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* 26:827-834, 2003
14. Morita T., Hirai K., Shima Y., et al: Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage* 27:44-52, 2004
15. Morita T., Hirai K., et al: Family-perceived distress about appetite loss and bronchial secretion in the terminal phase. *J Pain Symptom Manage* (in press)
16. Morita T., Hirai K., et al: Family-perceived distress about

- delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. Psychosomatics (in press)
17. Morita T, Hirai K, et al: Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspectives. J Pain Symptom Manage (in press)
 18. Morita T, et al: Existential concern of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. Support Care Cancer (in press)
 19. Morita T, et al: Incidence and underlying etiologies of bronchial secretion in terminally ill cancer patients: a multi-center prospective observation study. J Pain Symptom Manage (in press)
 20. Morita T, Miyashita M, Adachi I, et al: Physician- and nurse-reported effects of intravenous hydration therapy on symptoms of terminally ill cancer patients. J Palliat Med (in press)
 21. Morita T, Miyashita M, Adachi I, et al: Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. Palliat Med (in press)
 22. Morita T: Differences in physician-reported practice in palliative sedation therapy. Support Care Cancer (in press)
 23. Morita T, et al: Chlorpheniramine maleate as an alternative to antiemetic cyclizine. J Pain Symptom Manage (in press)
4. 森田達也, 他: オピオイドローテーションが過活動型せん妄の頻度に与える影響. 第8回日本緩和医療学会総会, 2003, 千葉
 5. 森田達也: サイコオンコロジーと緩和医学の現状と将来. 緩和医学からサイコオンコロジーへの期待: 緩和医学における未解決の精神医学的問題. 第99回日本精神神経学会総会, 2003, 東京
 6. 兵頭一之介, 安達勇, 森田達也, 他: 終末期がん患者の予後予測研究. 第8回日本緩和医療学会総会, 2003, 千葉
 7. 平井啓, 森田達也: 終末期がん患者への実存的苦痛に対する心理・社会的介入の有効性に関する専門家調査. 第8回日本緩和医療学会総会, 2003, 千葉
- 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。

学会発表

1. 志真泰夫, 森田達也, 安達勇: 終末期がん患者の輸液に関する全国調査: 輸液治療に関する医師の態度と考え方. 第8回日本緩和医療学会総会, 2003, 千葉
2. 宮下光令, 森田達也, 安達勇, 他: 終末期がん患者の輸液に関する看護師の認識. 第8回日本緩和医療学会総会, 2003, 千葉
3. 森田達也, 安達勇: 終末期癌患者に対する輸液治療の身体症状に対する影響: 多施設前向き観察的研究 Japan Palliative Oncology Study Group. 第8回日本緩和医

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

緩和医療の医師卒前教育に関する研究

分担研究者 本家好文 県立広島病院緩和ケア科部長

研究要旨 わが国の医師卒前教育においては緩和医療を系統的に教育するプログラムは、決して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。平成 15 年度には、これまで調査内容について検討してきた結果に基づいて作成したアンケート調査用紙を用いて、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について調査を行い、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、広く医学生に理解されるための提言をする。

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 15 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を生じることはない。

C. 研究結果

平成 15 年 4 月 10 日に全国 80 大学に対してアンケート調査用紙を送付した。その結果、5 月 30 日までに 49 大学からの回答を得た (回答率 60.1%)。その後、回答のなかった大学に対して再度調査用紙を送付して回答を促した。

その結果、16 大学から追加の回答があり、総計 65 大学 (81.3%) の回収率となった。回答結果は、緩和医療 (緩和ケア) に関する講義は 61 大学 (93.9%) で実践されていた。講義名称は「ターミナルケア」が最も多く、以下「緩和医療」「緩和ケア」「ペインクリニック」という順であった。講義時期は入学した後の早い時期と臨床実習開始ころである 4 年生、そして卒業直前の 6 年生の 3 つにピークが認められた。講義時間数は 1 単位から 15 単位と大きな開きがあったが、平均すると 4.5 単位という結果であった。講義を実施している診療科は、疼痛治療が講義の中心をなしているためか麻酔科が圧倒的に多かった。

「疼痛治療」以外の「痛み以外の身体的症状の緩和」「精神的ケア」「チーム医療」「がん告知」「家族ケア」「在宅ケア」といった緩和医療 (緩和ケア) における重要な項目について、講義が実施されていない大学も数多く認められた。講義方法も講義方式が圧倒的に多く、ロールプレイやグループワークといった実践的な方法を実施している大学は少数だった。また近隣ホスピスとの連携についても、実際に学生が施設に訪問して見学させている大学はごく少数であった。

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

全国の医学部においても疼痛治療を中心とした緩和医療に関する講義は大半の大学で実践されていることが分かった。痛みの治療に関する講義が中心であった。緩和医療や緩和ケアに関連した講義項目としては、痛み以外の身体的症状の緩和や精神的ケア、家族ケア、チーム医療、コミュニケーション技術、インフォームド・コンセント、悪い知らせを伝える方法などが必要と考えられる。

現在、講義に盛り込むべき緩和ケアカリキュラムの内容については、今後はそれらの講義内容だけでなく、講義形式だけでなくロールプレイやグループワークなどを用いたり、緩和ケア病棟での実践を通じた学習方法などについても検討する必要がある。

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:骨転移に伴う病態を見逃してはいけない治療 35:209-211,2003
2. 本家好文:骨転移 Modern Physician 23:347-349,2003
3. 本家好文:がんを伝えることはなぜ大切か。ターミナルケア 13:186-189,2003
4. 本家好文:この痛みを何とかして。シミュレーション内科 呼吸器疾患を探る(腫瘍編) 永井書店、大阪:186-189,2003
5. 本家好文:どうする?在宅ターミナルケアは? Medical Rehabilitation 34(増大号):117-121,2003
6. 本家好文:オピオイド鎮痛薬に鎮痛補助薬を併用すべきとき~神経因性の痛みに視点を置いて~:がん患者と対症療法 14:54-59,2003

学会発表

1. 本家好文:今こそモルヒネ!~モルヒネの副作用と代替オピオイド.第37回日本ペインクリニック学会.2003.7.仙台

2. 本家好文:今、死の臨床の「場」を問う ~ 一般病院、ホスピス、在宅~2003.11.徳島

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 緩和ケア病棟

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を対象にした代理評価の有用性はまだ確立しておらず、我が国においても検討がなされていない。緩和病棟に入院された患者・家族に信頼性、妥当性が確認された症状評価表（MDASI-J）を用いて代理評価の実施可能性を検討した。対象症例142例中患者・家族とも実施できたのは40例（28%）で、高齢者、PS不良症例では自己記入式調査の実施が困難であった。患者自身が強い苦痛と評価した症状は、家族も強い苦痛と感じていたが、各症状毎の一致度は低い結果であった。今後調査項目を再検討し、自己評価が困難な終末期がん患者の症状評価方法を模索する必要がある。

A. 研究目的

ホスピス・緩和ケア病棟では、患者の病状・苦痛となる症状の正確な評価を速やかに行うことが必要となるが、全身状態不良例や意識障害を認める場合は、患者本人の自己評価が困難な場合が多い。現在代理評価の有効性が検討されているが、評価方法が異なることや対象が異なることなどから、まだ有効性の評価は定まっていない。そこでMDアンダーソンがんセンターで開発され、日本語版の信頼性・妥当性が確認されている質問紙MDASI-Jを用いて代理評価の有効性を検討した。

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。2003年3月末までに142名の登録患者のうち、実施可能であったのは40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4割を占めていた。調査可能であった40例の年齢中央値は59歳で、PS2/3が34例であった。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、痛み、眠気、息切れ、しびれ、不眠、嘔気、嘔吐で、各々6.2±2.7, 5.9±2.7, 5.6±3.1, 5.4±3.4, 5.1±3.4, 5.1±3.2, 4.7±2.6, 3.9±3.1, 3.7±3.3, 3.6±3.3, 3.0±3.3, 3.0±3.1, 2.2±3.0であった。家族の評価では、平均値の高い順に倦怠感、不安、抑うつ、痛み、眠気、食欲不振、口渇、不眠、息切れ、しびれ、嘔気、記憶力障害、嘔吐で、各々6.7±2.3, 5.9±3.6, 5.9±2.7, 5.9±2.7, 5.8±3.0, 5.6±3.6, 4.8±3.2, 4.7±3.4, 4.0±3.4, 3.7±3.3, 3.6±3.6, 3.2±3.5, 2.5±2.6であった。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5項目に挙がっていたが、Cohen's κ 係数を用いた各症状の一致度の検討では、0.03-0.19でpoor-slight agreementの結果であった。

D. 考察

本研究は、対象症例の3割弱しか調査が実