

グ・ウイル等) や同居している家族等、患者の生き方・考え方等を良く知る者による患者の意思の推測等もその確認の有力な手がかりとなる」とした点は評価できる。そして、その探求にもかかわらず真意が不明であれば、「疑わしきは生命の利益に」の原則に則り、患者の生命保護を優先させるべきである。もっとも、第2審判決のようにこのような自己決定権のアプローチに疑問を抱く見解もなお根強く、それを克服する理論的努力を積み重ねる必要がある。

(がん患者における尊厳ある生へのサポートシステムに関する研究：竹中文良)

本来、病死を含む自然死であれば人間は尊厳を保ったまま死にゆくことができるはずである。しかし今日の医療の発達によって延命技術が進歩したため、死を迎える段階でただ「生かされている」だけの状態となってしまうことが多くなった。こうした状態で死に臨むことを望まない立場から、「尊厳死」の概念が発生し広まってきた。尊厳死を保つための手段として、苦痛から解放されるためにペインコントロール技術の活用および無意味な延命行為の拒否が挙げられる。しかし、いずれも死を望むものではなく、「人間らしく生きる」ことを前提としている。したがって、ジャパン・ウェルネスでは、尊厳死を「尊厳ある生」の延長上にあるプロセスと考えている。そして、尊厳ある生とは、自分のことは自分で決めていくことができること、いわゆる「自分らしさ」に支えられていると考えている。そして、その「自分らしさ」はスピリチュアリティの概念における他者、時間および世界との関係性のなかに認識されるものである。しかし、がんは、医学の進歩とともに治癒率が向上しているとはいうものの、未だ死を連想させ、生との決別に伴う「絶望」、家族との断絶といった「無用の孤立」などの様々な「関係性」の喪失を意味し、すなわち「私らしさ(主体性)」の喪失、QOLの低下を伴う。逝去者を対象とした調査から逝去前3か月となった状況におかれてもなおサポートプログラムに参加されていた対象者の身体的状況は、医学的に極めて厳しい下にあり、現疾患の治療を続けながら緩和ケアとを平行して通院していた。そのような状況において、逝去前3か月以内の期間にサポートプログラムに参加されていた対象者が希望し、参加していたプログラムは、セカンド・オピニオンなどの医療

情報よりも同一部位のがん患者同士との交流を求めていたことが明らかになった。

近い将来に訪れるであろう死を意識する状況下で、ジャパン・ウェルネスのサポートプログラムに参加した予後の限られたがん患者うち、その死から目を逸らすことなく死を受容し、自分の内面を見つめながら自分の納得する生き方を模索し、他者と関わりながら前向きに生活をされることを希望していた患者は、サポートプログラムに参加することによって他者との関係性を保ち、最後まで「自分らしさ」を維持させ、QOLを高く保ち、については尊厳ある生の全うに影響を及ぼしていることが示唆された。また、予後の限られたがん患者うち、医療情報を求めていた者と同病者同士の交流を求めていた者が逝去前3か月を基点として「医療情報>同病者間交流」から「医療情報<同病者間交流」へと変化していたこともわかった。これは、逝去前3か月で積極的な治療から緩和ケアへギア・チェンジしたことによるものと考えられる。

プログラムに参加した患者を対象としたアンケート調査からサポートグループに参加しようと思った理由(複数回答)に関して「同じ病気の人との体験を聞いて参考にしたり、励ましあったりする」(80.4%)、「がんという病気をどのような気持ちで受け止めるか学ぶ」

(56.3%)、「普段言えない気持ちや体験を話せる」(53.8%)といった他者との関係性に関わる事項をがん患者が強く求めていることが明らかになった。

がん患者の多くが直面する「絶望」「無用の孤立」「主体性の喪失」を乗り越えるためのジャパン・ウェルネスのプログラムにおいて、サポートグループに関しては「満足している」

「大体満足している」を合わせて81.3%の結果を得ており、とくに前述の「同じ病気の人との体験を聞いて参考にしたり、励ましあったりする」ことについて、72.8%が満足している点として挙げている。また、サポートグループに参加して自分が変わったと思えるところとして情報量の増大(「がんに関する情報が増えた」(57.0%))の他に「生き方が前向きになった」(41.1%)、「落ち着いた気持ちで生活できるようになった」(37.3%)と回答しており、サポートグループに参加することによって、がんとの向き合い方が前向きとなり、QOLが向上していると考えられる。

これらのことからサポートグループに参加することによって「絶望」「無用の孤立」「主体

性の喪失」といったことから開放されていることが示唆された。また、セカンド・オピニオンに関しても「満足している」「大体満足している」を合わせて83.3%の結果を得ている。また、セカンド・オピニオンを受けた後の行動について、「助言に従った」患者が58.3%と約6割を占め、セカンド・オピニオン後は同病者間交流である「サポートグループに参加した」患者さんが16.5%となっており、7割の方が継続してジャパン・ウェルネスのプログラムに参加していることから患者に対する満足度は充足されていたものと考えられる。このようにジャパン・ウェルネスが提供するプログラムに参加することによって他者との関係性を維持し、「尊厳ある生」を充足させていることが示唆された。

（終末期がん患者の療養場の選択における現状と課題：田村里子）

「緩和ケアサポートネットワークの現状と課題」から、がん患者のQOLを柱にした保健・医療・福祉のマネジメントの前提として、有機的なネットワーク、既存の社会資源を有機的に結びつける地域サポートシステムが、手を伸ばせば届くものには、至っていない。ネットワークが、量、質共に充実して行くことが望まれる。現状の中でサポートネットワーク資源を増やすために、ネットワークの中心性をどこに置き、いかにネットワーキングしていくかが、重要な課題であると考えられた。

「療養場の選択における患者の自己決定をめぐる現状」には、選択に関する検討に際する問題として本人の意向確認・コミュニケーションの不足があり、選択と自己決定を担保するための前提となる患者本人への情報開示の不足、そこから生じる患者本人と家族の現状理解のずれが生じている。さらに、早い時期からの療養場の選択肢への情報提供不足、また緩和ケア施設不足の状況がある。ことに在宅生活に関しては、医師により病態的に在宅が可能と判断された場合でも、在宅サービスに関する制度の活用に時間を要すことや家族支援や在宅医療資源の不足など、サポートシステムの不十分さも、患者本人の意思が充分反映された決定・選択を困難にしていることが考察された。

「患者と家族の意向の相違からみた終末期がん患者の意思決定」では、患者と家族の意向の相違のなかで「病状説明についての意向の相違」が生じている背景には、「家族と本人の情報量の差の大きさ」「本人へのサポート不

安」が要因として考えられる。またこうした相違は、「最期についての会話や共有が病前よりない」といった従来からの患者家族の関係性、また「発病によって最期についての会話や共有ができなくなった」という現在の患者家族の関係性、にも起因していることが考察された。

（認知症高齢者の終末期医療に関する家族の意識調査：平澤秀人）

終末期に関するアンケートを入院患者家族と外来患者家族に行い結果を比較した。どちらも「自然の経過で」を希望することが多く、大きな違いは見られなかった。

今回のアンケートは回収率も高く、認知症患者の家族は終末期や尊厳死について、関心を持っていると考えられる。しかし、家族との話し合いを持っている例は約半数に留まり、自由意見の中には、「本人の意志がしっかりしているうちに話し合っておくべき」「（アンケートが）話し合いのいい機会になった」なども多く、本人の意志が表明されている例は少ないと考えられる。

（一般病院における緩和医療の実態：松島英介）

1. 一般病棟における緩和医療：全ての病期を含むがん患者本人への情報提供については、病名告知65.9%、積極的な抗がん治療から緩和医療への移行など治療方針の確認63.9%、延命処置の希望確認53.9%、余命告知30.1%と、提供内容が重いほど実施率が下がることがわかった。これらの実施率は、一般の世論調査でみる国民の告知希望と比べると低い値を示しており、まだ十分患者の意向に答えられていないことがわかった。また、病名告知、治療方針の確認、余命告知は病床数の少ない病院ほど低くなることがわかり、中・小規模の病院ではとくに情報提供のあり方が問題となろう。一方で、延命処置の希望確認は病床数が多くなるほど低い傾向がみられた。これは、大きな病院ほど救急患者をはじめ病態の非常に重い患者が多く、本人に延命処置の確認ができないまま治療に入らざるを得ないことを反映しているのではないかと考えられる。終末期の治療方針の確認について、患者本人の意思が確認できる場合でも、「患者の意思決定だけで十分で、家族の意向は確認しない」という病院はわずかに0.8%であった。それに対して、「患者の意思は確認するが、家族の意向も必ず確認する」という病院は48.6%、さらに「先に家族に状況を説明し、家族の意

向を確認する」という病院が 46.6%もあり、わが国における家族重視の実態が明らかになった。とくに病床数の少ない病院ほど、また終末期患者の割合が高い病院ほど家族重視の傾向が認められ、これは情報提供の充実とともに今後の大きな課題である。

緩和医療への対応については、身体面が優先されているのに対して、心理社会面は不十分であった。また、これらの対応の実施については、病院の規模とは関係がないことがわかり、今後心理社会面での対応の充実が必要とされていることが浮き彫りになった。

緩和医療の対応が十分で、患者も家族もまた医療者も含めて「尊厳ある死」が迎えられたと思われる患者の割合は 4 割以下で、過半数を占めることがわかり、なかでも「本人への精神的サポート」が一番の理由として挙げられたことは、前項の緩和医療への対応とともに注目されるべき事実である。

2. 一般病棟における告知：がん患者に悪い情報を伝えるとき、「面接の最後に、質問がないか、必ず患者に確認する」「できるだけ専門用語を使わず、わかりやすく説明する」「主治医として精一杯がんばる旨を伝える」「患者の理解度を確認しながら話を進める」「患者の心理的な反応を確認しながら、話を進める」といった望ましい告知法が、3/4 から少なくとも半数以上の臨床医においてルーチンに行われていた。一方、「悪い情報は少しずつ段階的に伝える」「患者が希望を持てるよう、楽観的な見方も妥当な範囲で内容に加える」「不確実な情報も含めて、提供する情報量はできるだけ多くする」については、3 割強から 2 割強の医師がルーチンに実施しており、その率は若干低くなった。さらに、告知後の対応では、「身体状態、特に睡眠状況や食事摂取などを、直接患者本人もしくは、他のスタッフから確認する」「不安や抑うつの有無を、患者本人から直接、もしくは他のスタッフから確認する」という対応が 4 割前後の医師において常時行われていたが、「患者が告知の内容を正しく理解しているか否か、患者本人もしくは他のスタッフから直接確認する」という対応は、常時実施している医師が 2 割にとどまった。以上より、全般的に、告知の際の望ましい面接法はある程度ルーチン化されているものの、告知後の対応は十分といえないこと、したがって、今後は告知の際の面接方法のみならず、告知後の対応にも配慮していく必要があること、そのためのスタッフ教育や体制づくりに

着眼する重要性、また、そうした方策により、告知時の対応については、現状よりもかなり望ましくなり得る可能性があること等が示唆された。

（尊厳ある生と死－ホスピス緩和ケアの視点から考える－：松島たつ子）

1) ホスピス緩和ケアの普及－教育的視点から考える－

調査結果から各職場でのホスピス緩和ケアの普及はまだ十分な段階には至っておらず、ホスピス緩和ケアを広めていく上で、基本的な学びやスタッフの共通理解の重要性が確認された。実践のレベルや経験年数があがると質的な問題への意識、運営や管理的な側面への意識が高まっていることが伺えた。

今後のホスピス緩和ケアの教育として、症状マネジメントや心理的な問題を基本テーマとして取上げるとともに、実践の程度や経験年数に応じて、スピリチュアルケア、家族・遺族のケア、倫理的課題など、テーマを広げるとともに、講座形式だけでなく、事例検討やワークショップを導入するなど、学習形態の工夫の必要性が示唆された。

緩和医療研究会を通して地域における緩和ケアネットワークを進めることの可能性が視え、教育の場を通してケアのネットワーク化を充実させ、地域全体の緩和ケアの質を向上させていくことが期待できると考える。

今後の緩和ケアの普及のためには、専門職のレベルアップとともに、患者・家族に十分な情報が提供され、医療者・患者・家族が協働していくことの重要性、広く一般社会への教育啓蒙活動の重要性が確認された。

2) 緩和ケア病棟において看護師の直面する倫理的問題に関する調査

今回の調査結果から、緩和ケア病棟の看護師は、日常の業務を振返って、患者を自律した存在として尊重し、症状マネジメントや精神的な支援を行い、患者の人間としての尊厳を尊重したケアを提供できていると自己評価しており、緩和ケア病棟において、尊厳ある生、そして死を迎える過程へのケアの実践の努力がなされていることが確認された。中でも、看護経験の長い者、緩和ケア病棟認可からの期間が長い施設に所属する者において、症状マネジメントができていると評価する者が多いことから、経験を積むことの重要性が確認された。

しかし、具体的なケアの場面、例えば、鎮静の時期、終末期の栄養補給の問題、転倒の危

陰性がある時に患者の行動を制限すべきかなど、看護師が悩み、葛藤することは多い。看護の経験や緩和ケアの経験の少ない者に悩む者が多い傾向がみられ、経験の重要性も確認されたが、経験を積むだけでは解決しない問題も多く、緩和ケア実践において共通する倫理的葛藤があると思われる。鎮静や終末期における栄養補給の問題など、経験だけでは解決できない問題について、緩和医療学会などを通してガイドラインを作成することは対策の一つと考える。鎮静についてはすでにガイドラインが作成されており、今後、臨床でこのガイドラインが活用されることによって、鎮静に関する悩みが改善されるかどうか検証していくことも必要であると考え。

倫理的問題に直面し、悩む時の対処法として、また、スタッフの支援体制として、チームミーティングが大きな役割を果たしていることが確認された。チームケアが患者や家族へのケア提供の面だけでなく、スタッフのケアにおいても重要な鍵になると考える。しかし、チームメンバーとして、カウンセラー、宗教家、精神科医などが参加しているところは少なく、スタッフの支援という面からも多職種参加が期待される。

緩和ケアの実践において、倫理的問題に遭遇することが多く、スタッフの葛藤も多い。臨床で遭遇する倫理的課題について専門的に話合う場(倫理委員会)が各施設に設置され、医療者以外に法律家を初め、生命倫理の専門家もメンバーに加わることが期待される。しかし、倫理委員会が設置されている施設はまだあまり多くはなく、構成メンバーも限られている。また、現状の倫理委員会が日常の課題への対応に役立っていると評価したものは6割にとどまった。こうした点から、各施設がそれぞれ独自に倫理委員会を運営することには、人材確保、委員会の質的レベルなど限界があると思われる。一施設での対応ではなく、地域ネットワークを構築し、多施設が参加した倫理委員会の運営など、広い視野で検討していく必要があると考える。

3) 終末期における患者の意思決定に関する調査

ホスピス緩和ケア病棟において、医師は、病状や予後についての説明、また、病状安定期に終末期の治療方針や代理意志決定などについて話し合う姿勢を持っているが、患者からの質問がなければあえて触れないという傾向がみられた。また、そのことでケアに支障は

ないという意見も多かった。このことには、全てを言語化することを必要とせず、非言語によるコミュニケーションを尊重したケアを実践していこうという姿勢がみられる。

患者の側から終末期の治療について希望を伝える者はいるが、自己の意思を明確に伝える者や代理意思決定者を指定する者は多くなく、終末期の治療の決定において、患者の身近な家族との話し合いが重視されている。一方、医師が臨床の場で抱く葛藤として、家族の意思が優先され患者の意思と一致していないのではないかと悩むことがあるがあげられている。ホスピス緩和ケアにおける家族の存在の重要性を確認するとともに、患者個人の問題と家族との関係をどのように捉えていくべきか、明確化することの難しさがうかがえる。今後、わが国における、尊厳ある生そして死への過程を支援するケアの実践ということを考える時、全てを言語化する必要性や患者の意思を必ず明確化しようとする必要性はないであろう。しかし、患者からの質問を待つだけでなく、もう一步踏み込んだコミュニケーションをとることにより、患者自身が自己決定していく過程を支援していくことができるのではないかと考える。また、家族が患者への病名告知を反対する理由として患者が精神的に不安定になることを心配しており、家族の希望に添うだけでなく、家族の心理の理解とその支援も重要と考える。

治療方針の決定が難しい時、チームによる話し合いを繰返し行っている。看護師の倫理的な葛藤に関する調査結果と同様、ホスピス緩和ケアの実践においてチームケアの重要性が再確認された。しかし、チームメンバーとして、心理的側面のケアを専門とする者は多いとはいえ、患者・家族との一步踏み込んだコミュニケーションをとっていくためにも、チームケアの充実が今後の課題と考える。

(自宅で最期まで過ごすことについて：和田忠志)

1. がん自宅死亡者

在宅医療を受けて死亡したがん患者では、基本的に「末期」の判定基準として「予後6ヵ月以内」と判断された患者が導入されているが、その予後予測はほぼ正しいものと考えられた。医師が疼痛緩和に積極的に対応しても、麻薬使用率は5割強であり、病棟医療に比較して、在宅医療における緩和ケアでの麻薬使用率は低いと考えられた。医療処置では在宅酸素療法が、頻度が高く使用されており、緩

和ケア目的で在宅酸素療法が行われていることが推測された。輸液は末梢輸液、中心静脈ルートからの輸液をあわせて四割以下の患者に実施されているのみであった。

2. 非がん自宅死亡者

非がん疾患では、死亡に関しても、予後予測が困難であり、ターミナルステージであるかどうかの判断が、がんに比べて非常に困難であることが明確であった。このことが非がんの緩和ケアを困難にしている要因であることが予想されていたが、私たちのデータでもその予想を裏づける結果が得られた。最期の一週間に緩和すべき症状の第一は痛みよりは、呼吸困難感が優位であった。また、呼吸困難感は呼吸器疾患、神経難病、心不全、腎不全、脳血管障害などの多くの疾患の末期患者で高頻度にみられた。

E. 結 論

(患者の求める尊厳死に沿った緩和ケア病棟の役割に関する研究：池永昌之)

死に関する講演会に参加した一般市民を対象に、尊厳死に関する考え方の調査を行った。様々な状況における個々の希望は様々な場合が多く、できる限り患者本人に事前に確認することが臨床現場では重要と考えられた。緩和ケア病棟の運営の実態を明らかにし、今後の課題を示すために、近畿の緩和ケア病棟認可施設を対象に、郵送法による質問紙調査を行った。緩和ケア病棟の運営においては、一部の状況において施設間の相違が認められた。①緩和ケア病棟の担当医師の多くは、在宅での末期がん患者の受け入れは重要と考えているが、実際のケアを在宅で行うことは難しいと考えている。そして、実際の医療行為の提供(在宅中心静脈栄養や在宅での看取りなど)については、診療所においてフォローアップされるべきと考えていた。また、家族の介護力不足による長期入院患者への対応にも、ジレンマを感じている可能性が示された。②保険適応外治療、民間療法、経口抗腫瘍薬の緩和ケア病棟における施行に関しては、各施設においての態度に差が認められた。緩和ケア病棟という施設で支えることの現実のなかで、患者の抱く希望をできるだけ支えていくことの難しさが示された。③その他の緩和ケアに関する問題(安全や転倒防止、喫煙、病名認知、病状認知など)においても、その対応は各施設の考え方や方針によって差があった。今後、緩和ケアの基本となるガイドラインが

作成され、ケアの質が確保されることは、緩和ケア病棟を全国に普及させるためには不可欠なことと考えられた。

(難治がん患者の抑うつに関する研究：内富庸介)

1) 本研究により、抗がん治療対象の肺癌患者の抑うつ有病率は11-15%、1ヶ月発症率は14%であり、強い悲嘆、低いperformance status、近親者のがん死亡体験が発症を予測することが示唆された。抑うつによる尊厳の低下を防ぐためには、抑うつの早期発見、早期治療導入が必要であると思われる。

2) 本研究により、わが国のがん医療における悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向とその関連要因が明らかとなった。

(尊厳死問題と法的・倫理的ルール化：甲斐克則)

患者の事前指示(アドバンス・ディレクティブ)ないしリビング・ウィル(書面による生前の意思表示)については、患者の意思を尊重するにせよ、立法というハードな方式ではなく、選択肢としては、書面に限らず多様な方式を採用するガイドライン方式のような柔軟な対応をする方が妥当ではないかと思われる。なぜなら、立法化は、技術的にかんがりの困難を伴い、必ずや拡張解釈が繰り返されるだろうからである。もちろん、ガイドラインの場合でも、患者の意思の確認には慎重さが要求され、意思確認を繰り返し行う必要がある。しかし、課題として、家族・後見人の意思をどの程度考慮すべきか、という問題は残る。ということは、患者本人が明確な意思表示または何らかの手がかりとなる意思表示をしていない以上、現段階では問題点の解決にはならないということであろうか。さらに検討を要する。後見人制度を絡ませる場合には、立法論議が出てくるであろう。最後に、暫定的ながら、尊厳死問題についてのガイドライン要綱を示しておく。1) 尊厳死問題の中心となる人工延命治療の差控え・中断に際しては、原則として患者の現実の意思表明または事前の意思表明(2年以内のもの)を中心に考えるべきである。また、患者の延命拒否の意思を合理的に推定できる証拠があれば、患者の病状の推移を見極めて予後が絶望的な場合にかぎり、人工延命治療の差控え・中断を認めることができる。2) 患者の事前の意思表明については、文書(リビング・ウィルやアドバンス・ディレクティブ)のみならず多

様な形式を採用すべきである。ただし、口頭の場合には、家族および担当医・看護師を含め、複数人の確認を要する。いずれの場合も、最終的には、病院の倫理委員会またはそれに準じる委員会で確認することを要する。3) 人工延命治療の差控え・中断の対象患者および対象治療については、複数のスタッフが患者の病状を多角的に検討しつつ、個別的に慎重に判断すべきである。4) 人工延命治療の差控え・中断に際しては、家族等の近親者に十分な情報提供と説明を行い、同意を得ておくことを要する。5) 人工延命治療の差控え・中断に際しては、原則として最低限度水分の補給を維持しつつ、「人間の尊厳」を侵害しないよう段階的に解除することが望ましい。その際、致死薬投与等の積極的な生命終結行為を行ってはならない。

*以上の基本的公的ガイドラインを踏まえ、病態ごとの4種類程度の繊細なガイドラインを専門医学会で作る。今後の課題としては、医療現場でのコミュニケーション・スキルの向上、終末期医療体制・緩和医療体制の整備を忘れてはならない。

(がん患者における尊厳ある生へのサポートシステムに関する研究：竹中文良)

現状では積極的な治療から緩和ケアへの円滑なギア・チェンジが行われることは困難であるが、逝去前3か月を基点として予後の限られたがん患者が求めるプログラムが医療情報から同病者間交流へシフトしていることから、その基点に関わるサポートシステムの意義の分析の必要性があることがわかった。また、医療情報を求める患者よりも同病者間交流を求める患者がより逝去前直近までサポートプログラムに積極的に参加され、QOLあるいは尊厳ある生を維持していたことがわかった。がん患者の多くは、自身と同様の環境下にある他者との関係を求めており、その他者との関係の充足が「尊厳ある生」への援助において重要であることがわかった。ジャパン・ウェルネスのプログラムに積極的に参加している状況は、尊厳ある死へ向うプロセスであり、そのプロセスにおいて満足度が高いことは、「尊厳ある生」を維持していたと考えられる。このことからジャパン・ウェルネスのサポートプログラムは発展途上にあるが、こうしたサポートシステムをさらに充実していくことが望まれていることが今回の調査からわかった。

(終末期がん患者の療養場の選択における現

状と課題：田村里子)

「緩和ケアサポートネットワークの現状と課題」から、がん患者・家族のためのサポートネットワークは、まだまだ発展途上であるが、自己決定に導かれる尊厳ある療養生活と尊厳死が可能となるためには、保健・医療・福祉のネットワークすなわち地域資源の総合支援体制の拡充が、不可欠である。選択を保証するネットワーク形成には、例検討会などを通じた価値の共有、ケアの方法論の伝達などが尊厳ある療養生活と尊厳死のためのネットワークづくりの糸口となることが示唆された。そして、「療養場の選択における患者の自己決定をめぐる現状」からは、本人の意思決定の意向を明確にし具体的に実現に向かうためのために、本人と家族への情報開示による方向選択に関する合意形成プロセスのあり方の改善整備、選択肢が保障されるためには、社会制度システムの整備の必要が明らかとなった。また、「患者と家族の意向の相違からみた終末期がん患者の意思決定」からは、患者本人の意思決定プロセスを保障する上で、患者と家族の意向の相違、ことに「病状説明についての意向の相違」に関しては、「患者・家族の両者の持っている情報量の差」そこに起因する「家族自身の患者本人へのサポート不安」へ、いかに介入するかが鍵となる事が示された。

(認知症高齢者の終末期医療に関する家族の意識調査：平澤秀人)

認知症は慢性の経過をたどり、その症状や介護に意識が集中する。そのため、終末期について直接考え、判断する機会が少ない。しかし、認知症では理解・判断能力が低下していくことを考えると病初期までには終末期について話し合う必要がある。認知症と限らず高齢者では、何らかの形で終末期について話し合う機会を持つことが重要と考えられる。

(一般病院における緩和医療の実態：松島英介)

がん患者本人への病名告知や緩和医療への移行確認は、病院の規模(病床数)で相違があり、病床数の少ない病院ほど低いことがわかった。逆に、延命処置の確認は病床数の多い病院で低い傾向にあった。終末期の医療方針の確認については、患者本人の意思が確認できる場合でも、家族の意向が尊重され、とくに病床数の少ない病院ほど、また終末期患者の割合が高い病院ほど家族重視の傾向が認められた。「尊厳ある死」が迎えられたがん患者は半数以下で、なかでも本人への精神的サポ

一トは病院の規模（病床数）に関係なく不十分であることがわかった。告知の際の望ましい面接法はある程度ルーチン化されているものの、告知後の対応は十分といえないこと、告知方法および告知後の対応は医師個人によってある程度一貫していることが明らかにされた。

（尊厳ある生と死—ホスピス緩和ケアの視点から考える—：松島たつ子）

尊厳ある死の問題におけるホスピス緩和ケアの果たす役割を考え、その普及について教育的視点から検討し、教育の果たす役割の大きさが確認された。同時に、今回の調査結果を受けて、「尊厳ある生、尊厳ある死」は、医療者がその重要性を訴えるというより、広く人々の意識の中に芽生え、人々の日常生活の中で育まれることによって、医療の質の向上へと繋がっていくことが望ましい姿ではないだろうか。そのような意味で、ホスピス緩和ケア教育は、診断・治療・終末期という病気のプロセスの中だけでなく、より広く予防医療から始まり、健康という概念の中で展開していくことが期待されていると考える。

緩和ケア教育の中でも特に臨床現場で継続的に取り組んでいくべき課題である倫理に関する問題について、緩和ケア病棟に勤務する看護師が、臨床現場で遭遇する倫理的な問題や葛藤、緩和ケア病棟における倫理的課題への取り組み状況などについて調査を実施した結果からは次のような点が明らかになった。

緩和ケアの実践において倫理的な課題に遭遇することは多く、ケアに臨むスタッフはチームミーティングなど、一緒に働く仲間同士で問題の共有、相互支援をしており、チームワークの重要性が再確認された。しかし、緩和ケアの現場で遭遇する倫理的課題は多く、医学的側面からの検討だけでは限界がある。広い視野に立った検討の場、倫理的葛藤を持つスタッフへの支援体制など、一施設を超えた多施設の協働による体制作りが期待される。緩和ケアの臨床現場における倫理的課題の中で、患者の意思の尊重に関する問題が重要なテーマであり、また、スタッフの倫理的な葛藤になっている問題であることから、緩和ケア病棟における患者とのコミュニケーションや患者の意思決定に関する調査を実施した。その結果、患者との非言語的コミュニケーションの尊重や家族との対話の重視などが伺えた。しかし、患者が自己決定をしていく過程

をいかに支援していくのか、更なる検討が必要であることが明らかとなった。倫理的課題への対応、スタッフケア、そして、患者の意思決定、いずれにおいても、チームの果たす役割が大きく、その充実は今後の緩和ケアの重要な課題であると考えられる。

（自宅以最期まで過ごすことについて：和田忠志）

超高齢社会を迎え、在宅医療が推進されている。最期まで診療する在宅医療をどう推進するかが重要な課題である。がん患者の場合、在宅医療のインフラストラクチャーが整備されるだけで、多くのがん患者が自宅で死亡可能と考えられる。また、自宅のほうが病院よりも苦痛が少ない可能性が高い。一方、非がん疾患の場合には、在宅医療のインフラストラクチャーが整備されるだけでは不十分で、予後予測の困難性や、呼吸困難感への対応などの技術的な問題を解決する必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

内富

1. Akechi 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
2. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Major depression adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients; associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 22:1957-1965, 2004
3. Akechi 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
4. Inagaki M, Uchitomi Y, et al: Hippocampal volume and first major depressive episode after cancer diagnosis in breast cancer survivors. *Am J Psychiatry* 161:2263-2270, 2004
5. Morita T, Ikenaga M, Uchitomi Y, et al: Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care. *Ann Oncol* 15:1551-1557, 2004
6. Morita 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
7. Morita T, Ikenaga M, Uchitomi Y, et al: Concerns of family members of patients receiving palliative sedation therapy. *Support Care Cancer* 12:885-889, 2004
 8. Morita T, Ikenaga M, Uchitomi Y, et al: Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 28:557-565, 2004
 9. Murakami Y, Uchitomi Y, et al: Psychological distress after disclosure of genetic test results regarding hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma; a preliminary report. *Cancer* 101:395-403, 2004
 10. Okuyama T, Uchitomi Y, et al: Adequacy of cancer pain management in a Japanese cancer hospital. *Jpn J Clin Oncol* 34:37-42, 2004
 11. Suzuki S, 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
 12. Akizuki N, Uchitomi Y, et al: Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 29:91-99, 2005
 13. Fujimori M, Uchitomi Y, et al: Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. *Psycho-Oncology* 14:1043-1051, 2005
 14. Fukui T, Uchitomi Y, et al: Clinical effectiveness of evidence-based guidelines for pain management of terminal cancer patients in Japan. *JMAJ* 48:216-223, 2005
 15. Iwasaki M, Uchitomi Y, et al: Cigarette smoking and completed suicide among middle-aged men; a population-based cohort study in Japan. *Ann Epidemiol* 15:286-292, 2005
 16. Kobayakawa M, Uchitomi Y, et al: Levels of omega-3 fatty acid in serum phospholipids and depression in patients with lung cancer. *Br J Cancer* 93:1329-1333, 2005
 17. Kumano H, Uchitomi Y, et al: Harmony-seeking and the risk of prostate cancer; a prebiotic study. *J Psychosom Res* 59:167-174, 2005
 18. Matsuoka Y, Uchitomi Y, et al: Biomedical and psychosocial determinants of posttraumatic intrusive recollections in breast cancer survivors. *Psychosomatics* 46:203-211, 2005
 19. Morita T, Uchitomi Y, et al: Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 23:2637-2644, 2005
 20. Morita T, Uchitomi Y, et al: Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. *J Palliat Med* 8:716-729, 2005
 21. Morita T, Uchitomi Y, et al: Ethical validity of palliative sedation therapy; a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* 30:308-319, 2005
 22. Morita T, Uchitomi Y, et al: Efficacy and safety of palliative sedation therapy; a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* 30:320-328, 2005
 23. Morita T, Uchitomi Y, et al: Opioid rotation from morphine to fentanyl in delirious cancer patients; an open-label trial. *J Pain Symptom Manage* 30:96-103, 2005
 24. Nakaya N, Uchitomi Y, et al: Twenty-four-hour urinary cortisol levels before complete resection of non-small cell lung cancer and survival. *Acta Oncol* 44:399-405, 2005
 25. Nakaya N, Uchitomi Y, et al: Personality and cancer survival; the Miyagi cohort study. *Br J Cancer* 92:2089-2094, 2005
 26. Okamura M, Uchitomi Y, et al: Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence; prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Jpn J Clin Oncol* 35:302-309, 2005
 27. Shimizu K, Uchitomi Y, et al: Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral. *Cancer* 103:1949-1956, 2005
 28. Sugawara Y, Uchitomi Y, et al: Occurrence of fatigue and associated factors in disease-free breast cancer patients without depression. *Support Care Cancer* 13:628-636, 2005
 29. Yoshikawa E, Uchitomi Y, et al: No adverse effects of adjuvant chemotherapy on memory function and hippocampal volume in Japanese breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat* 92:81-84, 2005
 30. Yoshikawa E, Uchitomi Y, et al.: Prefrontal Cortex and Amygdala Volume in First Minor or Major Depressive Episode After Cancer Diagnosis. *Biol Psychiatry*, 59:707-712, 2005
 31. Nakaya N, Uchitomi Y, et al. : Personality traits and cancer survival: a Danish cohort study. *Br J Cancer*. 95:146-152, 2006

32. Saito-Nakaya K, Uchitomi Y, et al. : Marital status, social support and survival after curative resection in non-small-cell lung cancer. *Cancer Sci*, 97:206-213,2006
33. Nakaya N, Uchitomi Y, et al. : The Lung Cancer Database Project at the National Cancer Center, Japan: Study Design, Corresponding Rate and Profiles of Cohort, *Jpn J Clin Oncol*, 36:280-284,2006
34. Akechi T, Uchitomi Y, et al. : Psychological Distress Experienced by Families of Cancer Patients: Preliminary Findings from Psychiatric Consultation of a Cancer Center Hospital, *Jpn J Clin Oncol*, 36:329-332, 2006
35. Akechi T, Uchitomi Y, et al. : Alcohol consumption and suicide among middle-aged men in Japan, *Br J Psychiatry*, 188:231-236,2006
36. Morita T, Uchitomi Y, et al. : Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan, *Neurosci Res*, 56:344-346,2006
37. Hirai K, Uchitomi Y, et al. : Good Death in Japanese Cancer Care: A Qualitative Study, *J Pain Symptom Manage.*, 31:140-147,2006
38. Akechi T, Uchitomi Y, et al. : Screening for depression in terminally ill cancer patients in Japan., *J Pain Symptom Manage*, 31:5-12,2006
39. Nakaya N, Uchitomi Y, et al. : Depression and survival in patients with non-small cell lung cancer after curative resection: a preliminary study, *Cancer Sci*, 97:199-205,2006
40. Akechi T, Uchitomi Y, et al. : Course of psychological distress and its predictors in advanced non-small cell lung cancer patients, *Psychooncology*, 15:463-473,2006
41. Matsuoka Y, Uchitomi Y, et al. : Cavum septi pellucidi and intrusive recollections in cancer survivors. *Neurosci Res*, 56:344-346,2006
42. Morita T, Uchitomi Y, et al. : Artificial hydration therapy, laboratory findings, and fluid balance in terminally ill patients with abdominal malignancies. *J Pain Symptom Manage*. 31:130-139,2006
43. Matsuoka Y, Uchitomi Y, et al. : Intrusion in women with breast cancer. In: Kato N., Kawata M., Pitman RK. (Eds.) *PTSD: Brain Mechanism and Clinical Implications*, pp 169-178, Springer-Verlag, Tokyo, 2006
44. Fujimori M, Uchitomi Y, et al. : Psychometric properties of the Japanese version of the quality of life-Cancer Survivors Instrument. *Quality of Life Research*.15:1633-1638,2006
45. 梅澤志乃、内富庸介、他 : Bad news (悪い知らせ) が伝えられた患者のケア. *がん看護* 11 : 767-770、2006
 ンド社. 84-92、2006
46. 藤森麻衣子、内富庸介 : がん医療におけるコミュニケーション ; 自分らしくがんと上手に取り組むために. *JIM* 16 : 302-307、2006
47. 清水研、内内富庸介、清水研、他 : 精神科医によるメンタルケア ; 多職種チームのための周期術マニュアル 4 / 頭頸部癌. *メヂカルフレ* 富庸介、他 : 成人病・生活習慣病とうつ病—誤診と見逃しを避けるために 悪性腫瘍とうつ病. *成人病と生活習慣病* 36 : 268-272、2006
- 甲斐
1. 甲斐克則 : 「尊厳死・安楽死をめぐる法と倫理」 *麻酔* 55 巻増刊号 (2006) pp. 93-99
 2. 甲斐克則 : 「「官僚の不作为と刑事過失責任——薬害エイズ事件厚生省ルート」 宇都木伸・町野朔・平林勝政・甲斐克則編『医事法判例百選』 (pp. 62-64) (有斐閣・2006)
 3. 甲斐克則 : 「「遺伝情報と法の関わり」 甲斐克則編『遺伝情報と法政策』序章 (pp. 1-5) (成文堂・2007)
 4. 甲斐克則 : 「ドイツにおける遺伝情報の法的保護——『連邦議会審議会答申』を中心に——」 甲斐克則編『遺伝情報と法政策』第7章 (pp. 199-229) (成文堂・2007)
- 竹中
1. 吉田みつ子、遠藤公久、守田美奈子、朝倉隆司、奥原秀盛、福井里美、竹中文良 : がん患者のための地域開放型サポートグループ・プログラムの効果検討. *心身医学* 44 (2) : 133-140, 2004.
 2. 竹中文良 : 患者が医療に求めるもの. *病院* 63 (1) : 18-23, 2004.
 3. 竹中文良 : がん患者支援と NPO. *緩和医療学* 6 (3) : 51-55, 2004.
 4. 竹中文良 : がん患者自助グループの活動と支援技術. *MB Med Reha* No. 60:69-74, 2005.
- 田村
1. 田村里子 : ターミナルステージで心理社会的側面をどう支えるか : 終末期におけるステージ別のケアとらえ方と実践,

- 緩和ケア, 16 (5) 406-410, 2006
- 平澤
1. 木田次朗、平澤秀人：高齢者の睡眠の特徴とその障害. *Aging and Health* (2003), 25, 18-21.
 2. 井川真理子、平澤秀人：高齢者のせん妄対策. *総合臨床* (2003), 52, 3281-3282.
- 松島
1. 松下年子、松島英介：癌患者のコーピング. *精神科* 4(2)：123-128, 2004.
 2. 松島英介：がん患者のうつ病 1. 疫学. *Depression Frontier* 2: 8-14, 2004.
 3. 松島英介：がん患者のうつ病—その1. *精神科* 4(4)：266-271, 2004.
 4. 野口海、上木雅人、松島英介：鎮痛補助薬としての向精神薬. *精神科* 4(6)：405-411, 2004.
 5. 松島英介：がん患者のうつ病—その2. *精神科* 5(2)：137-141, 2004.
 6. 野口海、松島英介：終末期におけるコミュニケーションスキル. *緩和医療学* 6(4)：53-56, 2004.
 7. 野口海、松島英介：がん患者のスピリチュアリティ (Spirituality). *臨床精神医学* 33(5)：567-572, 2004.
 8. 松下年子、松島英介：がん患者の QOL (Quality of Life). *臨床精神医学* 33(5)：541-545, 2004.
 9. 松島英介：がん患者のせん妄. *臨床精神医学* 33(5)：533-539, 2004.
 10. 松島英介、松島雅子：患者への情報提供—がん告知を中心に—. *精神科治療学* 19 増刊号「精神科リエゾンガイドライン」(精神科治療学編集委員会編), 星和書店, 東京, pp. 109-114, 2004.
 11. 野口海、松島英介：緩和医療における「緩和ケアチーム」と大学病院の役割. *精神科* 5(4)：265-267, 2004.
 12. 野口海、松島英介：精神疾患患者に対する緩和ケア. *精神科* 6(1)：48-51, 2005.
 13. 野口海、赤澤輝和、松島英介：がん患者のスピリチュアルケア. *緩和医療学* 7(2)：48-55, 2005.
 14. 松下年子、松島英介：癌患者のQOLの軌道—自記式質問紙 (EORTC QLQ) を用いた癌患者のQOL調査から— (その1). *精神科* 6(3)：272-276, 2005.
 15. 松下年子、松島英介：癌患者のQOLの軌道—自記式質問紙 (EORTC QLQ) を用いた癌患者のQOL調査から— (その2). *精神科* 6(4)：389-395, 2005.
 16. 赤澤輝和、松島英介：緩和ケアにおける終末期がん患者の希死念慮. *精神科* 6(5)：489-492, 2005.
 17. 小林未果、松島英介：頭頸部がん患者のQOLにおける心理社会的側面の重要性. *精神科* 7(3)：240-243, 2005.
 18. 松島英介：緩和医療でみる精神疾患とその対応. *精神科必修ハンドブック* (堀川直史、野村総一郎編集). 羊土社, 東京, pp. 163-164, 2005.
 19. 松島英介：尊厳死と安楽死について. *精神科—専門医にきく最新の臨床* (保坂隆編集). 中外医学社, 東京, pp. 235-238, 2005.
 20. 野口海、松島英介：終末期患者との会話で困ったときに. *精神科—専門医にきく最新の臨床* (保坂隆編集). 中外医学社, 東京, pp. 239-240, 2005
 21. 野口海、松島英介：がん患者の症状緩和—倦怠感. *緩和医療学* 8(1)：83-86, 2006.
 22. 野口海、松島英介：緩和医療におけるスピリチュアルケア. *医学のあゆみ* 216(2)：153-157, 2006.
 23. 野口海、松島英介：緩和医療における精神療法. *精神科* 8(2)：127-131, 2006.
 24. 木村元紀、松島英介：総合病院におけるせん妄診療の現状. *精神科* 8(3)：

- 229-233, 2006.
26. 野口 海、松島英介：悪性腫瘍患者に対する向精神薬の使用. これから始める向精神薬療法スペシャルテクニック (保坂隆編集). 診断と治療社, 東京, pp. 169-176, 2006.
 27. 河野裕太、松島英介：腫瘍学における自己効力感理論. 精神科 8(5)：404-407, 2006.
 28. 中嶋陽子、松島英介：化学療法を受ける造血管腫瘍患者の QOL. 精神科 9(1)：57-61, 2006.
 29. 松島英介：癌患者への告知について. 治療 88(10)：2599-2601, 2006.
 30. 小泉 文、松島英介：口腔癌患者の治療と
 31. QOL. 精神科 9(3)：255-258, 2006.
 32. 小池眞規子、松島英介：がん患者のためのサポート・プログラム. 精神科 9(5)：430-434, 2006.
 33. 松下年子、野口 海、小林未果、松田彩子、松島英介：医師のがん告知におけるコミュニケーション. 緩和医療学 9(1)：47-53, 2007.
 34. 松田彩子、松島英介：放射線治療を受ける癌患者の精神的苦痛. 精神科 10(1)：80-84, 2007.
 35. 松下年子、野口 海、小林未果、松田彩子、松島英介：中・小規模の一般病院におけるがん告知の実態調査. 総合病院精神医学 19(1)：61-71, 2007.
 36. Matsushita T, Murata H, Matsushima E, Sakata Y, Miyasaka N, Aso T: Emotional state and coping style among gynecologic patients undergoing surgery. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 61(1): 84-93, 2007.
- 松島たつ子
1. 岩本貴子, 長澤裕子, 二見典子, 松島たつ子, 西立野研二：ホスピスにおける倫理的課題への取組み スタッフへの意識調査の結果から, 死の臨床 28 (1)：80-86, 2005
 2. 松島たつ子：がん緩和医療の教育プログラム 多職種教育のあり方, 緩和医療学, 8 (1) 7-13, 2006
 3. 松島たつ子：ホスピスにおける遺族ケア、家族看護 4(2)：85-90, 2006
2. 学会発表
内富
1. Fujimori M, Uchitomi Y, et al: Japanese cancer patients' preferences for physicians' communication style when receiving bad news. International College of Geriatric Psychoneuropharmacology 6th Annual Scientific Meeting. Poster Session. 2006. 10, Hiroshima, Japan
 2. Asai M, Uchitomi Y: Burnout and Psychiatric morbidity among Physicians engaged in End-of-life Care for Cancer Patients. International College of Geriatric Psychoneuropharmacology 6th Annual Scientific Meeting. Poster Session. 2006. 10, Hiroshima, Japan
 3. Uchitomi Y, et al: Psycho-Oncology of Bereavement: Cancer Incidence and Survival. International College of Geriatric Psychoneuropharmacology 6th Annual Scientific Meeting. Oral Session. 2006. 10, Hiroshima, Japan
 4. 内富庸介：がん告知、再発、終末期におけるメンタルケア. 第 106 回日本外科学会定期学術集会. 一般演題. 2006. 3, 東京
 5. 岡村優子、内富庸介, 他：乳がん初再発後の精神疾患、関連因子、生活の質との関係. 第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会. 一般演題. 2006. 6, 京都
 6. 浅井真理子、内富庸介, 他：がん患者の終末期ケアにかかわる医師のバーンアウトと精神医学的障害：全国横断調査. 第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会. 一般演題. 2006. 6, 京都
 7. 秋月伸哉、内富庸介, 他：がん患者の適応障害と大うつ病の簡便なスクリーニングの開発：つらさと支障の寒暖計. 第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会. 一般演題. 2006. 6, 京都
 8. 清水研、内富庸介, 他：看護師と精神科による抑うつ発見、治療の取り組みー有用性、実施可能性の検討. 第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会. 一般演題. 2006. 6, 京都
 9. 明智龍男、内富庸介, 他：終末期がん患者の抑うつ状態のスクリーニング：簡易面接法の有用性
 10. 藤森麻衣子、内富庸介, 他：悪い知らせを伝える際の望ましいコミュニケーション：患者に対する面接調査による予備的検討. 第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会. 一般演題. 2006. 6, 京都
 11. 秋月伸哉、内富庸介, 他：緩和ケアチー

ムにおける精神科医の役割：現状と今後。
第 19 回日本サイコオンコロジー学会総
会。一般演題。2006.6, 京都

12. 平井啓、内富庸介、他：乳がん患者の心
配評価尺度作成に関する研究。第 19 回
日本サイコオンコロジー学会総会。一般
演題。2006.6, 京都
13. 清水研、内富庸介：頭頸部がんの
Post-radical neck dissection pain に
Panic Attack が合併した 2 例。第 19 回
日本総合病院精神医学会総会。一般演題。
2006.12, 栃木
14. 明智龍男、内富庸介、他：終末期がん患
者の抑うつ状態のスクリーニング：簡易
面接法の有用性。第 19 回日本総合病院
精神医学会総会。一般演題。2006.12,
栃木

甲斐

1. 甲斐克則「医療事故の届出義務と医療事故
防止」医療事故問題研究会 10 周年記念
大会（2006 年 5 月 27 日・於ウィル愛知）
甲斐克則「PT/OT の「医行為」の将来展望
と教育への提言」2006 年度理学療法士作業
療法士連絡協議会（2006 年 6 月 3 日・於首
都大学東京保健福祉学部）
2. 甲斐克則：「尊厳死・安楽死をめぐる法と
倫理」日本麻酔科学会第 53 回学術集会シ
ンポジウム「尊厳死・安楽死」（2006 年 6
月 1 日，神戸ポートピアホテル）
3. 甲斐克則：「医療事故の届出義務と医療事
故防止——21 条の問題点と法改正への提
言——」第 112 回日本産科婦人科学会関東
連合地方部会 2006 年 10 月 29 日，横浜
パシフィコ）
4. 甲斐克則：「医療情報と刑事法」第 36 回日
本医事法学会（2006 年 11 月 26 日，國學
院大學）

田村

1. 症状緩和中心への医療へのギアチェンジ
への援助—ソーシャルワーカーの立場か
ら
第 10 回日本緩和医療学会，第 18 回日本サ
イコオンコロジー学会合同学会，横浜，
2005 年 6 月 30 日
2. 養場の選択における患者の意思決定をめぐ
る現状
第 11 回日本緩和医療学会，神戸，2006 年，
6 月 23 日
3. がん患者の療養の場をめぐる自己決定の
現状と課題

第 12 回 日本臨床死生学会，川越，2006
年 11 月 25 日

4. 第 12 回 日本緩和医療学会，岡山，2007
年 6 月

平澤

1. 木田次朗、宗岡克政、井川真理子、内田直、
平澤秀人：初老期に発症した笑い発作の 1
例。第 70 回東京精神医学会、2004, 3, 6 (東
京)
2. 木田次朗、朝山健太郎、宗岡克政、井川真
真理子、内田直、平澤秀人：ロキソプロフェ
ンによりリチウム中毒を呈した老人躁う
つ病の 1 例。第 72 回東京精神医学会、
2004, 11, 13 (東京)
3. 井川真理子、木田次朗、宗岡克政、平澤秀
人、上田諭、小山恵子：経過中幻覚・妄想
が顕著となりせん妄や痴呆との鑑別を要
した 2 症例。第 19 回日本老年精神医学会、
2004.6.25 (松本)。
4. 秋山英恵、桐谷優子、渋谷陽子、平澤秀人；
第 48 回日本老年医学会学術集会、「認知症
高齢者の終末期医療に関する家族の意識
調査—認知症病棟入院患者について—」，平
成 18 年 6 月 9 日（金沢）
5. 秋山英恵、桐谷優子、渋谷陽子、平澤秀人；
第 44 回埼玉医学会、「認知症高齢者の終末
期医療に関する家族の意識調査—入院・外
来患者について—」，平成 19 年 2 月 18 日（浦
和）

松島

シンポジウム・特別（教育）講演

1. がん患者と心のケア。第 74 回千葉東部
ターミナルケア研究会，旭，2004
年 5 月 8 日。
2. 松島英介：がん治療と心の問題，その解
決法。日本放射線腫瘍学会第 17 回年次学
術集会，千葉，2004 年 11 月 18 日
—20 日。
3. 松島英介：緩和医療—がん治療と心の
問題。第 58 回日本産科婦人科学会学術
講演会，横浜，2006 年 4 月 25 日。
4. 松島英介：尊厳ある死について考える。
平成 18 年度厚生労働科学研究終末期医
療に関する研究班総合討論会「いま終末
期医療をどう考えるか？」。東京，20
07 年 2 月 25 日。

5. 松島英介：リエゾンにおける薬物療法 -
がん患者の精神症状とその対応 - . 第 5
回精神科領域薬剤師養成講習会，東京，
2007年3月17日.

松島たつ子

1. 志村靖雄，北川輝子，松島たつ子，西立野研二：ホスピスにおけるボランティア活動 11 年間の入退会状況から考える. 第 28 回日本死の臨床研究会，つくば，2004 年 11 月
2. 平野真澄，中武さやか，松島たつ子，西立野研二：終末期における統合的栄養ケアへの試み. 第 28 回日本死の臨床研究会，つくば，2004 年 11 月
3. 岩本貴子，長澤裕子，二見典子，松島たつ子，西立野研二：ホスピスにおける倫理的課題 - スタッフへの意識調査結果と今後の取組み - . 第 28 回日本死の臨床研究会，つくば，2004 年 11 月
4. 田尻明美，志村靖雄，松島たつ子，西立野研二：ボランティアの心の体験と継続を支えるもの. 第 28 回日本死の臨床研究会，つくば，2004 年 11 月
5. 松島たつ子，加藤雅志，西立野研二：ホスピス緩和ケアの普及 - 教育的視点から考える - ，第 10 回日本緩和医療学会総会・第 18 回日本サイコオンコロジー学会総会合同大会，横浜，2005 年 7 月
6. 岩本貴子，長澤裕子，二見典子，松島たつ子，西立野研二：ホスピスにおける倫理的課題 2 - 委員会活動から考えるスタッフ参加の意義 - ，第 29 回死の臨床研究会，山口，2005 年 11 月
7. 松島たつ子，加藤雅志，鶴若麻理，西立野研二：終末期ケアにおいて看護師の直面する倫理的問題に関する調査，第 11 回日本緩和医療学会総会，神戸，2006 年 6 月
8. 岩本貴子，長澤裕子，二見典子，松島たつ子，西立野研二：ホスピスにおける倫理的課題 3，第 30 回日本死の臨床研究会，大阪，2006 年 11 月
9. 瀬戸ひとみ，原田啓子，志村靖雄，松島たつ子，西立野研二：ホスピスにおけるアートプログラムの実際，第 30 回日本死の臨床研究会，大阪，2006 年 11 月
10. 張修子，新原真由子，二見典子，西立野研二，松島たつ子：在宅ホスピスにおける地域医療連携の実際，第 30 回日本死の臨床研究会，大阪，2006 年 11 月

一般演題
竹中

1. 大井賢一，中神百合子，渥美隆之，柳澤博，竹中文良：がん患者における尊厳ある生への援助. 第 11 回日本臨床死生学会・第 30 回日本自殺予防学会合同大会，2005. 11. 26. (東京)

松島

1. 松下年子，松島英介，森尾友宏，水谷修紀，角田由美子，有江典子：長期入院治療を要する悪性疾患患児を抱えた母親の心理 (I). 第 17 回日本サイコオンコロジー学会総会. 福岡，2004 年 5 月 13 日，14 日.
2. 松下年子，村田比奈子，松島英介，麻生武志：婦人科主要患者の心理特性. 第 17 回日本サイコオンコロジー学会総会. 福岡，2004 年 5 月 13 日，14 日.
3. 村田比奈子，松下年子，松島英介，麻生武志：婦人科腫瘍患者の QOL. 第 17 回日本サイコオンコロジー学会総会. 福岡，2004 年 5 月 13 日，14 日.
4. 野口 海，大野達也，森田智視，相原興彦，辻井博彦，下妻晃二郎，松島英介：がん患者の Spirituality とフランクルの実存分析 (ロゴセラピー) の可能性 - FACIT-Sp・PIL test・WHO-SUBI の関連. 第 9 回日本緩和医療学会総会，札幌，2004 年 6 月 17-18 日.
5. 藤枝政継，石丸昌彦，松島英介，上木雅人：看護師の悲嘆に影響を及ぼす諸要因について - ホスピス・緩和ケア病棟の現場から - . 第 9 回日本緩和医療学会総会. 札幌，2004 年 6 月 17-18 日.
6. 河野裕太，松下年子，松島英介，丸山道生：消化器がん患者の退院後の心理特性と自己効力感. 第 3 回文京緩和医療研究会，東京，2004 年 8 月 28 日.

7. 松下年子、松島英介：癌患者の心理特性とSOC (Sense of Coherence). 第24回日本看護科学学会学術集会, 東京2004年1月4-5日.
8. 野口 海、大野達也、森田智視、相原興彦、辻井博彦、下妻晃二郎、松島英介：がん患者の Spirituality と Logotherapy を用いた Spiritual Care (精神療法) の可能性. 第17回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2004年11月26-27日.
9. 松下年子、大木友美、濱島 央、松島英介：外科的治療を受ける患者の SOC(Sense of Coherence). 第17回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2004年11月26-27日.
10. 小林未果、松下年子、濱島 央、松島英介：消化器系がん患者の入院時・退院時におけるQOLと心理特性. 第17回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2004年11月26-27日.
11. 野口 海、三上明彦、永井英明、松島英介：緩和ケア病棟に入院した乳がんを合併した統合失調症患者—精神疾患患者の意思決定能力と緩和ケアの求める「患者本人の同意と希望」—. 第28回日本死の臨床研究会. つくば, 2004年11月27-28日.
12. 松下年子、松島英介：がん患者の心理特性とSOC(Sense of Coherence). 第24回日本看護科学学会学術集会, 東京, 2004年12月4-5日.
13. 小林未果、松島英介、小村 健、天笠光雄：口腔がん患者の入院時・退院時におけるQOLと心理特性. 第23回日本口腔腫瘍学会総会・学術大会, 東京, 2005年2月3-4日.
14. 赤澤輝和、野口 海、永井英明、松島英介：終末期がん患者における自尊感情の関連要因. 第10回日本緩和医療学会総会. 第18回日本サイコオンコロジー学会総会. 合同大会. 2005年6月30日-7月2日.
15. 河野裕太、丸山道生、松岡 豊、松下年子、松島英介：消化器がん患者の退院後の心理的苦痛とセルフ・エフィカシー. 第10回日本緩和医療学会総会. 第18回日本サイコオンコロジー学会総会. 合同大会. 2005年6月30日-7月2日.
16. 松下年子、小林未果、松島英介、森尾友宏、水谷修紀、角田由美子、有江典子：長期入院治療を要する悪性疾患患児を抱えた母親のQOL. 第10回日本緩和医療学会総会. 第18回日本サイコオンコロジー学会総会. 合同大会. 2005年6月30日-7月2日.
17. 小林未果、松島英介、野口 海、松下年子、秋山英恵、桐谷優子、平澤秀人：特別養護老人ホームにおける尊厳死に関する研究. 第29回日本死の臨床研究会. 山口, 2005年11月12-13日.
18. 野口 海、松下年子、小林未果、松島英介：中・小規模の一般病院における尊厳死についての意識調査. 第29回日本死の臨床研究会. 山口, 2005年11月12-13日.
19. 小林未果、野口 海、松下年子、松島英介：わが国の特別養護老人ホームにおける尊厳死に関する研究. 第25回日本社会精神医学会. 東京, 2006年2月23-24日.
20. 野口 海、松下年子、小林未果、松島英介：全国一般病院（50床以上300床未満）における尊厳死についての意識調査. 第25回日本社会精神医学会. 東京, 2006年2月23-24日.
21. 松下年子、野口 海、小林未果、松田彩

- 子、松島英介：わが国におけるがん告知の実態調査. 第11回日本緩和医療学会総会. 神戸, 2006年6月23-24日.
22. 崔 敬愛、麻生佳津子、松島英介、舛田昭夫、村井邦彦、横山和明、白澤 円、池田大輔、今泉義虎、槇田浩史：慢性疼痛患者の心理特性と対処方法. 日本ペインクリニック学会第40回大会. 神戸, 2006年7月15日.
23. 小林未果、松島英介：頭頸部がん患者の手術前・後におけるQOLと心理特性について. 第5回文京緩和医療研究会. 東京, 2006年8月26日.
24. Kobayashi M, Ono T, Noguchi W, Matsuda A, Matsushima E: A longitudinal study on quality of life (QOL) in advanced gynaecologic cancer patients treated with radiation therapy alone or concurrent chemo-radiation therapy. 8th World Congress of Psycho-Oncology. Venice, 2006.10.20.
25. Kobayashi M, Matsushima E, Sugimoto T, Kishimoto S, Tsunoda A: A longitudinal study on self-esteem and quality of life (QOL) in head and neck cancer patients. 8th World Congress of Psycho-Oncology. Venice, 2006. 10. 20.
26. Matsushita T, Kobayashi M, Matsuda A, Matsushima E: A survey of physicians' attitudes for cancer disclosure in Japan. 8th World Congress of Psycho-Oncology. Venice, 2006. 10. 20.
27. 中嶋陽子、新井文子、松島英介、三浦修：造血器腫瘍患者のQOLと心理特性. 第19回日本総合病院精神医学会総会. 宇都宮, 2006年12月1日.
28. 小林未果、松田彩子、松島英介、杉本太郎、角田篤信、岸本誠司：頭頸部がん患者の手術前・後におけるQOLと心理特性について. 第19回日本総合病院精神医学会総会. 宇都宮, 2006年12月1日.
29. 松田彩子、大野達也、小林未果、野口 海、松島英介、加藤真吾、辻井博彦：放射線治療を受ける婦人科系がん患者のQOLの推移. 第19回日本総合病院精神医学会総会. 宇都宮, 2006年12月1-2日.
30. 松下年子、野口 海、小林未果、松田彩子、松島英介：一般病院臨床医におけるがん告知に関する意識調査. 第19回日本総合病院精神医学会総会. 宇都宮, 2006年12月1-2日.
31. 崔 敬愛、松島英介、麻生佳津子、舛田昭夫、横山和明、白澤 円、森川朋子、池田大輔、今泉義虎、槇田浩史：慢性疼痛患者の心理特性と対処方法. 第19回日本総合病院精神医学会総会. 宇都宮, 2006年12月1-2日.

著書
甲斐

1. 甲斐克則：『医事刑法への旅 I (新版)』(イウス出版, 東京, 2006年6月)
2. 甲斐克則：『医事法判例百選』(有斐閣, 東京, 2006年9月) (共編)
3. 甲斐克則：『尊厳死を考える』(中央法規, 東京, 2006年11月) (医療教育情報センター編・共著)
4. 甲斐克則：『遺伝情報と法政策』(成文堂, 東京, 2007年1月) (編著)
5. 甲斐克則：『生命倫理百科事典』(丸善, 東京, 2007年1月) (共編訳・編集幹事)

松島

1. 野口海, 上木雅人, 松島英介：『がん疼痛緩和ハンドブック』(中外医学社, 東京, 2007年4月1日)

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
なし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍（外国語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
Matsuoka Y, Uchitomi Y, et al	Intrusion in women with breast cancer	Kato N, Kawata M, Pitoman RK	PTSD; Brain mechanisms and clinical implications	Springer	Tokyo	2006	169-178

書籍（日本語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
清水研, 内 富庸介, 他	いろいろな症状に対す る緩和ケア; その他の 書状の緩和ケア	小川道雄	一般病棟にお ける緩和ケア マニュアル	へるす出 版	東京	2005	174-181
甲斐克則	官僚の不作为と刑事過 失責任-薬害エイズ事 件厚生省ルート	宇都木伸, 町野朔, 平 林勝政, 甲 斐克則	医事法判例百 選	有斐閣	東京	2006	62-64
甲斐克則	遺伝情報と法の関わり	甲斐克則	遺伝情報と法 政策	成文堂	東京	2007	1-5
甲斐克則	ドイツにおける遺伝情 報の法的保護-『連邦議 会審議会答申』を中心 に-	甲斐克則	遺伝情報と法 政策	成文堂	東京	2007	199-229
甲斐克則			医事刑法への 旅 I (新版)	イウス出 版	東京	2006	
甲斐克則			医事法判例百 選	有斐閣	東京	2006	
甲斐克則		医療教育情 報センター	尊厳死を考え る	中央法規	東京	2006	
甲斐克則			遺伝情報と法	成文堂	東京	2007	

			政策				
甲斐克則			生命倫理百科 事典	丸善	東京	2007	
野口海, 松島 英介	悪性腫瘍患者に対する 向精神薬の使用	保坂隆	これから始め る向精神薬療 法スペシャル テクニック	診断と治 療社			169-176
松島英介	緩和医療でみる精神疾 患とその対応	堀川直史, 野村総一郎	精神科必修ハ ンドブック)	羊土社	東京	2005	163-164
松島英介	尊厳死と安楽死につい て	保坂隆	精神科－専門 医にきく最新 の臨床	中外医学 社	東京	2005	235-238
野口海, 松島 英介	終末期患者との会話で 困ったときに	保坂隆	精神科－専門 医にきく最新 の臨床	中外医学 社	東京	2005	239-240
野口海, 上木 雅人, 松島英 介	鎮痛補助薬		がん疼痛緩和 ハンドブック	中外医学 社	東京	2007	56-63

雑誌 (外国語)

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Akechi 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
Akechi T, Uchitomi Y, et al	Major depression adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients; associated and	J Clin Oncol	22	1957-19 65	2004

	predictive factors.				
Akechi 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
Inagaki M, Uchitomi Y, et al	Hippocampal volume and first major depressive episode after cancer diagnosis in breast cancer survivors.	Am J Psychiatry	161	2263-2270	2004
Morita T, Uchitomi Y, et al	Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care	Ann Oncol	15	1551-1557	2004
Morita 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
Morita T, Uchitomi Y, et al	Concerns of family members of patients receiving palliative sedation therapy.	Support Care Cancer	12	885-889	2004
Morita T, Uchitomi Y, et al	Concerns of family members of patients receiving palliative sedation therapy.	Support Care Cancer	12	885-889	2004
Morita T, Uchitomi Y, et al	Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients.	J Pain Symptom Manage	28	557-565	2004
Murakami Y, Uchitomi Y, et al	Psychological distress after disclosure of genetic test results regarding hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma; a preliminary report.	Cancer	101	395-403	2004

Okuyama T, Uchitomi Y, et al	Adequacy of cancer pain management in a Japanese cancer hospital.	Jpn J Clin Oncol	34	37-42	2004
Suzuki S, 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
Akizuki N, Uchitomi Y, et al	Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients	J Pain Symptom Manage	29	91-99	2005
Fujimori M, Uchitomi Y, et al	Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan	Psycho-Oncology	14	1043-1051	2005
Fukui T, Uchitomi Y, et al	Clinical effectiveness of evidence-based guidelines for pain management of terminal cancer patients in Japan	JMAJ	48	216-223	2005
Iwasaki M, Uchitomi Y, et al	Cigarette smoking and completed suicide among middle-aged men; a population-based cohort study in Japan	Ann Epidemiol	15	286-292	2005
Kobayakawa M, Uchitomi Y, et al	Levels of omega-3 fatty acid in serum phospholipids and depression in patients with lung cancer	Br J Cancer	93	1329-1333	2005

Kumano H, Uchitomi Y, et al	Harmony-seeking and the risk of prostate cancer; a prebiotic study	J Psychosom Res	59	167-174	2005
Matsuoka Y, Uchitomi Y, et al	Biomedical and psychosocial determinants of posttraumatic intrusive recollections in breast cancer survivors	Psychosomatics	46	203-211	2005
Morita T, Uchitomi Y, et al	Late referrals to specialized palliative care service in Japan	J Clin Oncol	23	2637-2644	2005
Morita T, Uchitomi Y, et al	Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method	J Palliat Med	8	716-729	2005
Morita T, Uchitomi Y, et al	Ethical validity of palliative sedation therapy; a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan	J Pain Symptom Manage	30	308-319	2005
Morita T, Uchitomi Y, et al	Efficacy and safety of palliative sedation therapy; a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan	J Pain Symptom Manage	30	320-328	2005
Morita T, Uchitomi Y, et al	Opioid rotation from morphine to fentanyl in delirious cancer patients; an open-label trial	J Pain Symptom Manage	30	96-103	
Nakaya N, Uchitomi Y, et al	Twenty-four-hour urinary cortisol levels before complete resection of non-small cell lung cancer and survival	Acta Oncol	44	399-405	2005
Nakaya N, Uchitomi Y, et al	Personality and cancer survival; the Miyagi cohort study	Br J Cancer	92	2089-2094	2005