

200721033A

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

緩和ケアのガイドライン作成に関する
システム構築に関する研究

平成19年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 下山 直人

平成20（2008）年4月

目 次

I. 総括研究報告書	
緩和ケアのガイドライン作成に関するシステム構築に関する研究 -----	1
下山直人	
II. 分担研究報告書	
1. (総括) がん患者の身体症状緩和ガイドライン作成、がん疼痛治療関連学会との連携に関する研究 -----	11
下山直人	
2. 緩和ケア関連施設（在宅、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟）毎、対象（医療者、患者、家族）毎に適した緩和ケアガイドラインの普及に関する研究 -----	14
的場元弘	
3. がん医療における精神的ケアに対するニーズに関する研究 -----	16
佐伯俊成	
4. がん患者の末期を含めたリハビリテーションに関する研究－疼痛緩和に対する運動療法の効果 -----	20
辻哲也	
5. 末期医療の倫理的な要素を含む問題点への対応に関する研究、緩和医療のグランドビジョン作成に関する研究 -----	26
森田達也	
(資料1) がん疼痛ガイドラインに関する中間報告 -----	31
(資料2) 鎮痛補助薬ガイドライン（案） -----	161
(資料3) 放射線治療ガイドライン（案） -----	175
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	185
IV. 研究協力者氏名一覧 -----	195

I . 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
総括研究報告書

緩和ケアのガイドライン作成に関するシステム構築に関する研究

主任研究者 下山直人 国立がんセンター中央病院 手術部

研究要旨：緩和ケアに関するエビデンスに基づくガイドラインを作成し、医療者に対する（緩和ケアの専門でない医師、緩和ケアの専門医）症状緩和の正しい情報提供、ガイドライン作成に当たってのシステム作りを行った。また、それを利用して、がん緩和ケアの均質化にあたっての教育ツールとすること、エビデンスレベルの低い領域に関しての臨床治験、その裏付けとなる基礎研究の推進に役立てる事を目標とした。項目としては、Ⅰ. がん疼痛治療、Ⅱ. 精神的なサポート、Ⅲ. 緩和ケアにおけるリハビリテーションについて、Ⅳ. 緩和ケアのグランドデザインについて、の4項目に分けて緩和ケア領域をカバーするガイドラインを作る。また、その過程でのシステム作り、臨床研究、基礎研究に基づくエビデンスを高めしていく方法に関して検討する。

Ⅰ. がん疼痛治療に関しては、1. がん疼痛治療を専門としない医療者対象、2. がん疼痛治療を専門に行う医療者対象のものと分けて作成した。

それぞれの項目内においてクリニカルクエスチョン（CQ）を作成し、それに関する文献検索の後、構造化抄録を作成し、それぞれのCQに関しての推奨レベルを決定した。

がん疼痛治療においては、がん疼痛治療専門医以外の領域ではエビデンスが高いもの（オピオイドなど）があり、順調にガイドライン作成作業が進んでいるが、その他の領域ではエビデンスレベルが低いものも多く、パネルコンセンサスなどをへて行われた。

精神的サポートについては、患者・家族からのニーズ、医療者からのニーズの中でともに臨床心理士のニーズが高かったため、傾聴を含めた高いカウンセリング技術を有する心理カウンセラーに対してがん医療の基本を習得できるような啓発プログラムの必要性を強調した。がん末期を含めたリハビリテーションに関する研究の1簡として、疼痛緩和に対する運動療法の効果についての文献検索による検討を行った。運動療法は薬物療法では得ることができない多面的なアプローチが可能であり、患者のQOL向上に重要な役割を果たす。治療の性質上エビデンスを明確にしにくい場合もあるが、今後新たなエビデンスの確立のために、さらに研究方法を模索していく必要があることを述べた。来年度中にすべての項目を公開する予定である。

分担研究者氏名及び所属施設

研究者氏名	所属施設名及び職名		
下山 直人	国立がんセンター中央病院 手術部 部長	佐伯 俊成	広島大学病院 医系総合診療科 准教授
的場 元弘	国立がんセンター がん対策 情報センター がん情報・統計部 がん医療情報サービス室長	辻 哲也	慶応義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 専任講師
		森田 達也	聖隷三方原病院 緩和支援治療科 部長

A. 研究目的

緩和ケアに関するエビデンスに基づくガイドラインを作成し、医療者に対する（緩和ケアの専門でない医師、緩和ケアの専門医）症状緩和の正しい情報提供、ガイドライン作成に当たってのシステム作りを行う。また、それを利用して、がん緩和ケアの均霑化にあたっての教育ツールとすること、エビデンスレベルの低い領域に関する臨床治験、その裏付けとなる基礎研究の推進に役立てる。

B. 研究方法

大項目として、Ⅰ. がん疼痛治療、Ⅱ. 精神的なサポート、Ⅲ. 緩和ケアにおけるリハビリテーションについて、Ⅳ. 緩和ケアのグランドデザインについて、の4項目に分けて緩和ケア領域をカバーするガイドラインを作る。また、その過程でのシステム作り、臨床研究、基礎研究に基づくエビデンスを高めていく方法に関して検討する。

Ⅰ. がん疼痛治療に関しては、1. がん疼痛治療を専門としない医療者対象、2. がん疼痛治療を専門に行う医療者対象のものと分けて作成した。

Ⅰ-1：ガイドラインの作成に当たって、1) がん疼痛のメカニズムと診断、2) 非オピオイド鎮痛薬、3) オピオイド鎮痛薬、4) 薬物療法における副作用対策、5) 相互作用、6) がん疼痛における服薬指導、7) オピオイドの依存と耐性（的場、他）、8) 鎮痛補助薬（下山、高橋）とし、Ⅰ-2：1) 放射線療法、2) 看護師の患者教育、3) 神経ブロック、4) 小児がん性疼痛、他に分け、本年は特にⅠ-1に焦点をあてて作成した。

Ⅱ. 精神的なサポートに関しては（佐伯）、患者・家族、医療者の緩和ケアのニーズの調査を行った。これによりそれらのニーズに対応可能な精神的ケアシステムの構築を行った。まず、全国18カ所で行われた緩和ケア講習会において、精神的ケアのニーズに関するアンケート調査を行った。

Ⅲ. リハビリテーションにおいては（辻）、がん性疼痛に対する運動療法の効果について、文献検索を行いそれらのエビデンスレベルを分析、検討した。運動療法としては、疼痛回避体位、関節可動域訓練、筋力増強

のための運動、有酸素運動、痛みを軽減させるための動作やセルフケアの手段とした。

Ⅳ. グランドデザイングループは（森田）、すでに発行されている鎮静のためのガイドラインの改訂のために、使用者側の意見を集積するために全国の緩和ケアチーム担当者（245施設）に対して、郵送による質問紙調査を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は患者を対象とした介入は行わない。また、個人情報も扱わないため、医学的な倫理面での有害事象は考えられない。

C. 研究結果

Ⅰ. それぞれにおいてクリニカルクエスチョン（CQ）を作成し、それに関する文献検索の後、構造化抄録を作成し、それぞれのCQに関しての推奨レベルを決定した（添付資料1）。また、Ⅰ-1とⅠ-1）、4）に関しては、草稿ができあがり、緩和医療学会の代議員約200名と作成者に送付しレビューを行う段階にきている。

Ⅱ. 全国18都市から3,296名から有効回答が得られた。緩和ケアにおける精神的ケアに期待することとして「傾聴」（91.4%）があげられた。また、精神的なケアの担い手としては、患者・家族からは、主治医（36.4%）、心理カウンセラーを39.4%、看護師21.5%、MSWを19.2%となったが、精神科医は11.6%に過ぎなかった。医療者側としては、主治医44.1%、心理カウンセラー35.7%、精神科医35.7%、看護師33.2%の順であり、患者側と医療者側で精神的なケアの担い手の認識に違いがあった。

Ⅲ. 1. 運動療法としてのポジショニングと関節可動域の訓練、2. 筋力増強のための運動、3. 全身持久力向上のための運動（有酸素運動）、4. 痛みを軽減させる動作やセルフケアの手段に関してのうち、2および3においては比較的エビデンスレベルの高いものが散見されたが、それ以外ではまだ研究の余地が大きい。

Ⅳ. 245施設中、127施設において回答を得た。回答率は51.8%であった。1. ガイドラインの利用度と有用性、2. 使用者の限定について、3. 各項目への評価、4. ガイドラインの改訂・追加、5. 追加すべき鎮静薬について検討することができた。

D. 考察

I. がん疼痛治療専門医以外の領域ではエビデンスが高いもの（オピオイドなど）があり、順調にガイドライン作成作業が進んでいるが、その他の領域ではエビデンスレベルが低いものも多く、パネルコンセンサスなどをへて行われている。

II. 患者・家族からのニーズ、医療者からのニーズの中でともに臨床心理士のニーズが高い。従って、傾聴を含めた高いカウンセリング技術を有する心理カウンセラーが、がん医療の基本を習得できるような啓発プログラムも必要である。さらには家族に対する精神的ケアを積極的に医療者側から提供できるように、可能な限り心理カウンセラーを廃した家族ケアプログラムの整備と拡充を行うことが重要である。医療者側からのアンケートから、臨床心理のカウンセリング技術に大きな期待が集まっていることがわかったため、ソーシャルワーカーとともに国家資格についても検討すべきであると考えられた。

III. がん末期を含めたリハビリテーションに関する研究の1簡として、疼痛緩和に対する運動療法の効果についての文献検索による検討をおこなったが、エビデンスレベルの高い文献はごく限られたものしかなかった。運動療法は薬物療法では得ることができない多面的なアプローチが可能であり、患者のQOL向上に重要な役割を果たす。治療の性質上エビデンスを明確にしにくい場合もあるが、今後新たなエビデンスの確立のために、さらに研究方法を模索していく必要がある。

IV. ガイドライン全般に関しては8割の施設で有用と判断しているが、利用度に関しては鎮静に対する理解が不十分であり6割程度にとどまっていた。一般の診療科のスタッフに対するガイドラインの普及が重要であると考えられた。各項目の評価についても概ね良好であった。

E. 結論

I. 現時点で作成されている草稿をレビューする段階であり、がん疼痛治療専門医以外を対象とした部分は早期に頒布することが可能と考えられる。その他の部分に関

しては来年度一杯に完成させる予定である。

II. がん医療に置ける精神的ケアの内容は「傾聴」を旨とし、家族へのケアも必要である。その担い手として、主治医、看護師はもとより、MSW、臨床心理士を積極的に登用し、患者および家族への精神的ケアをよりいっそう充実させていくことが急務である。

III. 非薬物療法に分類される運動療法は、必要十分な薬物での鎮痛が行われていることが基本となる。その上で物理療法を併用することによって、薬物効果の増強や薬物量の減少が可能となる。今後新たなエビデンスの確立の確立のため、さらに研究方法を模索していく必要がある。

IV. 鎮静ガイドラインの作成に当たって、使用者の立場から緩和ケアチームの意見を全国調査した。以上の意見をふまえ、多職種にて追加・検討を行った上で2007年版ガイドラインを作成する予定である。

F. 健康危険情報

特記すべきことはなし。

G. 研究発表

論文発表

①外国語論文

1. M Shimoyama, N Shimoyama et al, The mu-opioid peptide [Dmt1]DALDA acts predominantly in the spinal cord to produce analgesia in rats, Submitted to *Anesthesia & Analgesia*
2. M Miyashita, N Shimoyama, et al, Barriers to Providing Palliative Care and Priorities for Future Actions to Advance Palliative Care in Japan: A Nationwide Expert Opinion Survey10(2):390-399,2007
3. Hideya Kokubun, Motohiro Matoba et al: Pharmacokinetics and Variation in the Clearance of Oxycodone and Hydrocotarnine in Patients with Cancer Pain. *Biol.Pharm.Bull.*,30(11),2173-2177,2007
4. Hideya Kokubun, Motohiro Matoba, et al:Relationship between fentanyl and transdermal fentanyl concentration and transdermal fentanyl dosage, and intraindividual variability of fentanyl

- concentration after transdermal application in patients with cancer pain. *Jpn. J. Pharm Care Sci.*,33(3)200-205,2007
5. Mantani T, Saeki T, et al: Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands: role of alexithymia and family functioning. *Support Care Cancer* 15, 859-868, 2007
 6. Ozono S, Saeki T, et al : Factors related to post-traumatic stress in adolescent survivors of childhood cancer and their parents. *Support Care Cancer* 15, 309-317, 2007
 7. Namba M, Morita T, et al: Terminal delirium: families' experience. *Palliat Med* 21:587-594, 2007.
 8. Morita T, et al: Development of national clinical guideline for artificial hydration therapy for terminally ill patients with cancer. *J Palliat Med* 10:770-780, 2007.
 9. Matsuo N, Morita T: Physician-reported practice of the use of methylphenidate in Japanese palliative care units. *J Pain Symptom Manage* 33:655-656, 2007.
 10. Osaka I, Morita T, et al: Palliative care philosophies of Japanese certified palliative care units: a nationwide survey. *J Pain Symptom Manage* 33:9-12, 2007.
 11. Ando M, Morita T, et al: Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 15:225-231, 2007.
 12. Miyashita M, Morita T, Shimoyama N, et al: Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: A nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med* 10:390-399, 2007.
 13. Asai M, Morita T, et al: Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: A cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psycho-Oncology* 16:421-428, 2007.
 14. Miyashita M, Morita T, et al: Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18:1090-1097, 2007.
 15. Fujimori M, Morita T, et al: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psycho-Oncology* 16:573-581, 2007.
 16. Morita T, et al: Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a validation study and nurse education intervention trial. *J Pain Symptom Manage* 34:160-170, 2007.
 17. Sanjo M, Morita T, et al: Preferences regarding end-of-life cancer and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 18:1539-1547, 2007.
 18. Ando M, Morita T, et al: Primary concerns of advanced cancer patients identified through the structured life review process: A qualitative study using a text mining technique. *Palliat Support Care* 5:265-271, 2007.
 19. Matsuo N, Morita T: Efficacy, safety, and cost effectiveness of intravenous midazolam and flunitrazepam for primary insomnia in terminally ill patients with cancer: a retrospective multicenter audit study. *J Palliat Med* 10:1054-1062, 2007.
 20. Morita T, et al: Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences. *J Pain Symptom Manage* 34:579-589, 2007.
 21. Miyashita M, Morita T, et al: Physician and nurse attitudes toward artificial hydration for terminally ill cancer patients in Japan: results of 2 nationwide surveys. *Am J Hosp Palliat Med* 24:383-389, 2007.
 22. Miyashita M, Morita T, et al: Nurse views of the adequacy of decision making and nurse distress regarding artificial hydration for terminal ill cancer patients: a nationwide survey. *Am J Hosp Palliat Care* 24:463-469, 2007.
 23. Miyashita M, Morita T, et al: Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis. *Support Care Cancer* Feb 21:[Epub ahead of print], 2007.
 24. Miyashita M, Morita T, et al: Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* Nov 9: [Epub ahead of print], 2007.
 25. Ando M, Morita T, et al: One-week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psychooncology* Nov 29: [Epub ahead of print], 2007.
 26. Shiozaki M, Morita T, et al: Measuring the regret of bereaved family members regarding the decision to admit cancer patients to palliative care units. *Psychooncology* Dec 21: [Epub ahead of

print], 2007.

②日本語論文

1. 下山直人、他：疼痛のメカニズム、癌緩和ケア（東原正明編著）、振興医学出版社、p 6-9、2008
2. 片山博文、下山直人：緩和療法の実際、がん看護実践シリーズ3肺がん（田村友秀編）、メヂカルフレンド社、p 146-154、2007
3. 大澤美佳、下山直人、他：ターミナル期にある患者の支援、がん看護実践シリーズ8乳がん（藤原康弘編）、メヂカルフレンド社、p 197-212、2007
4. 下山直人：緩和医療におけるインフォームド・コンセント、医をめぐる自己決定—倫理・看護・医療・法の視座—（五十子敬子編）、イウス出版、p 147-161、2007
5. 下山恵美、下山直人：緩和医療1. オピオイドの使い方は？、EBM 呼吸器疾患の治療（永井厚志、吉澤靖之、大田健、江口研二編集）、中外医学社、p 405-408、2007
6. 下山直人：医療用麻薬（オピオイド鎮痛薬）の種類と特徴、インフォームドコンセントのための図説シリーズ がん性疼痛（下山直人編）、医薬ジャーナル社、p 34-39、2007
7. 高橋秀徳、下山直人：II. 緩和ケアにおけるコンサルテーション活動の専門性2. 緩和ケアチームで活躍する医師の役割と実際—1）緩和ケア担当医の立場から、ホスピス緩和ケア白書2007（（財）日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会編集）、（財）日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団、p24-27、2007
8. 下山直人：がん患者の苦痛に対する鍼灸の効果、統合医療 基礎と臨床（日本統合医療学会、渥美和彦編集）、株式会社ゾディアック、p66-73、2007
9. 下山恵美、下山直人、他：経口オピオイド鎮痛薬の重要性とオキシコドンが果たす臨床的役割、がん患者と対症療法 18(2)、6-10、2007
10. 下山直人：科学的知見に基づくオピオイドに関する知識の再確認、がん患者と対症療法 18(2)、85-87、2007
11. 中山理加、下山直人、他：疼痛コントロール、内科 100(6)：1037-1045、2007
12. 片山博文、下山直人、他：腎障害を伴うがん患者の痛み治療におけるオキシコドンの有用性—モルヒネからの切り替え事例を経験して、がん患者と対症療法 18(2)：40-42、2007
13. 下山直人：緩和治療・痛みのケア、別冊暮らしの手帖 がん安心読本：76-81、2007
14. 下山直人：緩和ケア療法における鎮痛薬の使い方、日本耳鼻咽喉科学会専門医通信 92：12-13、2007
15. 中山理加、下山直人、他：癌性疼痛、臨牀と研究 84(6)：57-61、2007
16. 下山直人：緩和医療はここまで進んだ、東京女子医科大学雑誌 77(4)：182-186、2007
17. 服部政治、下山直人、他：オピオイドローテーション、緩和医療学 9(2)：79-85、2007
18. 中山理加、下山直人、他：QOL維持のための疼痛管理、からだの科学、253：178-182、2007
19. 木俣有美子、下山直人、他：肺がんの合併症対策1）がん性疼痛の管理、呼吸器科、11(2)：156-163、2007
20. 門田和気、下山直人、他：新しく導入される可能性の高いオピオイドとその意義、がん看護、12(2)：180-183、2007
21. 中山理加、下山直人、他：鎮痛補助薬、日本臨牀、65(1)：57-62、2007
22. 橋爪隆弘、的場元弘、他：フェンタニルパッチ導入において添付文書が推奨する先行オピオイド最低用量の妥当性：日本における他施設の専門医処方調査。がんと科学療法 34(6) 897-902、2007
23. 富安志郎、的場元弘、他：内服モルヒネレスキュードーズ簡略化の妥当性：5mg単位での鎮痛効果と副作用の多施設調査。ペインクリニック；28(2) 209-215、2007
24. 中村和代、的場元弘、他：がん性疼痛患者におけるオキシコドン除放錠の薬物動態についての検討。癌と化学療法、

- 34(9)、1449-1453, 2007
25. 的場元弘、他：WHO 方式がん疼痛ガイドラインの推奨量によるアセトアミノフェン：日本における有効性と安全性の多施設処方調査 ペインクリニック 28 1131-1139, 2007
 26. 的場元弘、他：経口オピオイド鎮痛薬の重要性とオキシコドンの副作用とその対策. がん患者と対症療法. 18 (2)、11-17、2007
 27. 工藤翔二、的場元弘、他：IV治療の進歩、医療用麻薬の新しい管理法：呼吸器 Annual Review 2008 中外医学社 248-253, 2008
 28. 佐伯俊成、他：がん患者の家族に対する精神的ケア. コンセンサス癌治療 7, 2008 (印刷中)
 29. 尾形明子、佐伯俊成：小児がん患者と家族に対する心理的ケア. 総合病院精神医学 20 : 26-32, 2008
 30. 佐伯俊成、他：がん緩和ケアにおける非定型抗精神病薬の役割. 総合病院精神医学 19 : 311-316, 2007
 31. 佐伯俊成、他：研修医のための精神科講座(せん妄・不定愁訴・うつ病). DVD シリーズ「カンファレンス方式による精神疾患治療の実践講座」. 30分×3話, ケアネット, 東京, 2007
 32. 辻哲也：【肺がんの合併症対策】呼吸困難に対する管理. 呼吸器科 11(2) : 164-171, 2007.
 33. 辻哲也：内部障害のリハビリテーション. リハビリテーション(里宇明元、佐藤禮子編), 日本放送出版協会, 174-200, 2007 4月
 34. 辻哲也：がんのリハビリテーションの概要. 実践！がんのリハビリテーション(辻哲也編), メジカルフレンド社, 2-8. 2007.
 35. 辻哲也：アセスメントの基本とリハビリテーションプログラムの立て方. 実践！がんのリハビリテーション(辻哲也編), メジカルフレンド社, 9-16. 2007.
 36. 辻哲也：リハビリテーションを行なう上でのリスク管理. 実践！がんのリハビリテーション(辻哲也編), メジカルフレンド社, 17-22. 2007.
 37. 辻哲也, 田尻寿子, 市川るみ子：頭頸部がん患者に対する周術期リハビリテーション. 実践！がんのリハビリテーション(辻哲也編), メジカルフレンド社, 38-44. 2007.
 38. 辻哲也、他：頸部郭清術後のリハビリテーション. 実践！がんのリハビリテーション(辻哲也編), メジカルフレンド社, 45-51. 2007.
 39. 辻哲也：緩和ケアにおけるリハビリテーション. 実践！がんのリハビリテーション(辻哲也編), メジカルフレンド社, 156-162. 2007.
 40. 辻哲也：呼吸困難に対する呼吸理学療法. 実践！がんのリハビリテーション(辻哲也編), メジカルフレンド社, 196-202. 2007.
 41. 辻哲也：がん治療におけるリハビリテーション：将来と今後の課題. 実践！がんのリハビリテーション(辻哲也編), メジカルフレンド社, 223-225. 2007.
 42. 石井建, 辻哲也：肺がん患者に対する周術期リハビリテーション. 実践！がんのリハビリテーション(辻哲也編), メジカルフレンド社, 52-59. 2007.
 43. 岡山太郎, 辻哲也：消化器系がん患者に対する周術期リハビリテーション—食道がんを中心に—. 実践！がんのリハビリテーション(辻哲也編), メジカルフレンド社, 60-66. 2007.
 44. 田尻寿子, 辻哲也、他：乳がん患者に対する周術期リハビリテーション. 実践！がんのリハビリテーション(辻哲也編), メジカルフレンド社, 72-78. 2007.
 45. 田尻寿子, 辻哲也、他：婦人科がん患者に対する周術期リハビリテーション. 実践！がんのリハビリテーション(辻哲也編), メジカルフレンド社, 79-83. 2007.
 46. 安藤牧子, 辻哲也：摂食嚥下リハビリテーション. 実践！がんのリハビリテーション(辻哲也編), メジカルフレンド社, 86-95. 2007.
 47. 古橋玲子, 辻哲也、他：高次脳機能障害に対するリハビリテーション. 実践！がんのリハビリテーション(辻哲也編), メジカルフレンド社, 102-108.

- 2007.
48. 青木朝子, 辻哲也: リンパ浮腫のリハビリテーション. 実践!がんのリハビリテーション (辻哲也編), メジカルフレンド社, 109-115. 2007.
 49. 松本真以子, 辻哲也, 他: 四肢切断術後のリハビリテーション. 実践!がんのリハビリテーション (辻哲也編), メジカルフレンド社, 116-125. 2007.
 50. 田沼明, 辻哲也: 廃用症候群・体力消耗状態・がん悪液質症候群への対応. 実践!がんのリハビリテーション (辻哲也編), メジカルフレンド社, 163-169. 2007.
 51. 松本真以子, 辻哲也: がん疼痛に対する物理療法. 実践!がんのリハビリテーション (辻哲也編), メジカルフレンド社, 170-175. 2007.
 52. 田尻寿子, 辻哲也, 他: 日常生活動作や生活関連動作に対するアプローチセルフケアを中心に. 実践!がんのリハビリテーション (辻哲也編), メジカルフレンド社, 188-195. 2007.
 53. 山下亜依子, 辻哲也, 他: がん終末期の栄養管理と摂食・嚥下障害への対応. 実践!がんのリハビリテーション (辻哲也編), メジカルフレンド社, 207-211. 2007.
 54. 田尻寿子, 辻哲也, 他: 進行がん患者に対する「こころのケアとしてのリハビリテーション」. 実践!がんのリハビリテーション (辻哲也編), メジカルフレンド社, 216-221. 2007
 55. 森田達也, 他: 緩和ケアチームの活動ー聖隷三方原病院の場合ー. 日本臨床 65:128-137, 2007.
 56. 森田達也: 緩和ケアにおけるクリニカルパス. ー序ー 緩和医療学 9:1, 2007.
 57. 森田達也, 他: STAS-Jを用いた苦痛のスクリーニングシステム. 緩和医療学 9:159-162, 2007.
 58. 森田達也, 他: 緩和ケアにおけるコンサルテーション活動の専門性. 緩和ケアチームの活動の現況と展望ー聖隷三方原病院の場合. ホスピス緩和ケア白書 2007, p17-23, 2007.
 59. 安達勇, 森田達也: 終末期がん患者に対する輸液ガイドライン: 概念的枠組み. 緩和ケア 17:186-188, 2007.
 60. 山田理恵, 森田達也, 他: 末梢静脈からのガイドワイヤーを用いた中心静脈カテーテルの挿入. 緩和ケア 17:223-224, 2007.
 61. 明智龍男, 森田達也, 他: 看取りの症状緩和パス: せん妄. 緩和医療学 9:245-251, 2007.
 62. 八代英子, 森田達也, 他: 看取りの症状緩和パス: 嘔気・嘔吐. 緩和医療学 9:259-264, 2007.
 63. 森田達也: 終末期の輸液管理. 消化器外科 Nursing 12:965-974, 2007.
 64. 森田達也: 緩和ケアへの紹介のタイミング: 概念から実行のとき. 腫瘍内科 1:364-371, 2007.
 65. 森田達也: 終末期がんの場合 1. 輸液. がん医療におけるコミュニケーション・スキル 医学書院 58-63, 2007.
 66. 森田達也: 終末期がんの場合 2. 鎮静. がん医療におけるコミュニケーション・スキル 医学書院 64-69, 2007.
 67. 森田達也: 緩和治療とは何か. 医学芸術社. がん化学療法と患者ケア 改訂第2版 232-234, 2007.
- 学会発表
- ①国際学会
1. Saeki T, et al: Relationship between Family Functioning and Psychological Distress in Breast Cancer Survivors: a 3-year Prospective Study. 8th World Psychiatric Association Regional Conference, Shanghai, China, 2007
 2. Tsuji T, et al. Shoulder-arm morbidity following neck dissection in head and neck cancer patient. 4th World congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine. Seoul, Korea, 2007
- ②国内学会
1. 下山直人: シンポジウム『関連領域で活躍している麻酔医』「麻酔科医にとつての緩和医療の意義」: 日本麻酔科学会東京・関東甲信越支部合同学術集会、2007. 9. 22、栃木
 2. 下山直人: パネルディスカッション

- (1) 緩和医療と麻酔科「緩和医療卒業研修における麻酔科の役割」：日本臨床麻酔学会第27回大会、2007.10.25、東京
3. 下山直人：シンポジウム『疼痛治療による「前向き」医療の科学的根拠』「がん性疼痛の緩和による延命効果について」：第1回日本緩和医療薬学会年会、2007.10.21、東京
 4. 下山直人：教育セッション15「がん治療 update：緩和医療」：第45回日本癌治療学会総会、2007.10.26、京都
 5. 下山直人：シンポジウム『がん性疼痛 TDDS (フェンタニルパッチ) の臨床的意義』：TDDS 世界シンポジウム、2007.12.1、東京
 6. 下山直人：シンポジウム『がん性疼痛患者の心をさぐる』「がん性疼痛患者へのチームによる全人的緩和医療」：第37回日本慢性疼痛学会、2008.2.23、栃木
 7. 佐伯俊成：薬剤師が知っておくべき精神的ケアの ABC—コミュニケーションと向精神薬処方—のあり方。第1回日本緩和医療薬学会第1回年会ランチョンセミナー、東京、2007
 8. 佐伯俊成：医療スタッフなら知っておきたい精神的ケアの基本技術—コミュニケーションと薬物療法のポイント—。第45回日本癌治療学会ランチョンセミナー、京都、2007
 9. 佐伯俊成：緩和ケアチームにおける精神科医のミッション—身体科スタッフが精神科医に望むものとは—。第20回日本サイコロジ学会イブニングセミナー、札幌、2007
 10. 佐伯俊成：IT (Information Technology) を援用した精神医療の可能性。第26回日本社会精神医学会シンポジウム、横浜、2007
 11. 辻哲也 講演：リハビリテーション 第2回日本緩和医療学会教育セミナー 東京 1月13日 2007
 12. 辻哲也 講演：がん性疼痛を有する患者のリハビリテーション 認定看護師がん性疼痛看護コース 東京 1月17日 2007
 13. 辻哲也 講演：新たな領域への挑戦 がんのリハビリテーション 第32回 日本リハビリテーション医学会近畿地方会 専門医・認定臨床生涯教育研修会 7月7日 大津 2007
 14. 辻哲也 講演：緩和医療のリハビリテーション 進行がん患者の浮腫への対応を中心に 川崎緩和医療勉強会 7月30日 川崎 2007
 15. 辻哲也 シンポジウム：摂食・嚥下リハビリテーションと口腔ケア 摂食・嚥下リハビリテーションが口腔ケアへ考える期待—がんセンターにおける取り組みから— 第13回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術集会 9月14日 大宮 2007
 16. 辻哲也 講演：医学の立場から；がんのリハビリテーション最前線 第16回高度先進リハビリテーション医学研究会 2月23日 東京 2008
 17. 辻哲也，他 悪性腫瘍のリハビリテーション—がんセンターと大学病院における実態比較 第12回日本緩和医療学会 2007年6月 岡山
 18. 宮田知恵子，辻哲也，他 大学病院におけるリンパ浮腫外来の実態と介入効果の検討 第44回日本リハビリテーション医学会学術集会 2007年6月
 19. 田沼明，辻哲也，他 頭頸部癌に対する放射線療法後の嚥下障害 第44回日本リハビリテーション医学会学術集会 2007年6月
 20. 宮田知恵子，辻哲也，他 大学病院におけるリンパ浮腫外来の取り組み 第12回日本緩和医療学会 2007年6月 岡山
 21. 満田恵，辻哲也，他 下肢リンパ浮腫が歩行能力に与える影響 第43回日本理学療法学会 2007年
 22. 前田陽子，辻哲也，他 上肢周径測定における信頼性の検討 第41回作業療法学術集会 2007年
 23. 辻哲也 講演：がん性疼痛を有する患者のリハビリテーション 認定看護師がん性疼痛看護コース 東京 1月16日 2008
 24. 辻哲也 講演：医学の立場から；がんのリハビリテーション最前線 第16回高度先進リハビリテーション医学研究会 2月23日 東京 2008

25. 辻哲也 講演：がん医療の変革とリハビリテーション－患者のニーズに応える医療の実現のために－ 講演会（がん医療変革の時代 QOL と尊厳を支えるリハビリテーション） 3月2日 東京 2008
 26. 浅井真理子, 森田達也, 他：がん医療に関わる医師のバーンアウトとコミュニケーションスキルトレーニング. シンポジウム「外傷的出来事に職業的に関わる人々のストレスケア」. 日本トラウマティック・ストレス学会. 2007.3, 東京
 27. 森田達也：臨床と研究における腫瘍学と緩和医学の共同作業. 第4回日本臨床腫瘍学会総会. 2007.3, 大阪
 28. 秋月伸哉, 下山直人, 森田達也, 他：緩和ケアチームのための講習会プログラム. 国立がんセンター東病院支持療法・緩和ケアチーム 厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「地域に根ざしたがん医療システムの展開に関する研究」班. 2007.3, 柏市
 29. 清原恵美, 森田達也, 他：STASを用いた苦痛のスクリーニングシステムについて：pilot study. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 30. 佐々木直子, 森田達也, 他：化学療法施行患者の患者自記式緩和ケアニーズスクリーニングシステム. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 31. 松尾直樹, 森田達也, 他：ホスピス・緩和ケア病棟におけるメチルフェニデート（リタリン）使用の実態：全国医師対象質問紙調査. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 32. 八代英子, 森田達也, 他：神経因性疼痛にギャバペンチンが有効であった8症例. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 33. 鄭陽, 下山直人, 森田達也, 他：日本の緩和ケア専門施設における神経ブロックの治療効果：多施設調査. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 34. 山田理恵, 森田達也, 他：難治性消化器症状に対し薬物療法が奏効した4例. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 35. 難波美貴, 森田達也, 他：立ち上げ5年目の緩和ケアチーム専従看護師の実践内容の分析と役割の検討. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 36. 新城拓也, 森田達也, 他：終末期せん妄に関する、家族の経験についての質問紙調査. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 37. 赤澤輝和, 森田達也, 他：終末期がん患者における精神的苦悩の予測因子に関する検討. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 38. 安藤満代, 森田達也, 他：1週間の短期回想療法は終末期がん患者のSpiritual well-beingを向上させるかもしれない. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 39. 岩崎静乃, 森田達也, 他：ホスピス病棟入院患者の口腔内状況と歯科介入の必要性. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 40. 池永昌之, 森田達也, 他：症状緩和のための鎮静（Palliative Sedation Therapy）の効果と安全性、倫理的妥当性の検討：緩和ケア専門病棟における多施設前向き観察的研究. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 41. 小原弘之, 森田達也, 他：がん患者の呼吸困難に対するフロセミド吸入療法の効果の検討. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 42. 宮下光令, 森田達也, 他：診療記録から抽出する緩和ケアの質の指標（Quality Indicator）の同定：デルファイ変法による検討. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 43. 森田達也：終末期医療・緩和ケアにおける薬物療法の倫理－とくに鎮静について. 第20回日本サイコオンコロジー学会総会. 第20回日本総合病院精神医学会総会. 2007.11, 札幌
 44. 藤森麻衣子, 森田達也, 他：患者が望む悪い知らせのコミュニケーションその2. 第20回日本サイコオンコロジー学会総会. 2007.11, 札幌
- 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。

Ⅱ. 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

（総括）がん患者の身体症状緩和ガイドライン作成、がん疼痛治療関連学会との連携に関する研究

分担研究者 下山直人 国立がんセンター中央病院 手術部

研究要旨：がん性神経障害性疼痛は難治性であり、通常の鎮痛薬としてのオピオイドが効きにくい痛みとして問題となっている。それに対して臨床的には、鎮痛補助薬療法が推奨され効果を上げているが臨床治験はほとんど行われておらず、がん以外の神経障害性疼痛、動物実験のデータをもとに経験的に使用されているのが現状である。本ガイドライン作成で特に鎮痛補助薬の項目では、抗けいれん薬、抗うつ薬、抗不整脈薬、NMDA受容体拮抗薬に神経障害性疼痛に対する有効性に関するエビデンスレベルの評価を、がん性神経障害性疼痛とがん性で内ものも含めて行った。また、日本でも3種類のオピオイドが使用できるが、オキシコドンなどオピオイドの中でも神経障害性疼痛に対する有効性ががん性疼痛以外でも報告されているため、オピオイドにおけるエビデンスレベルの評価を行った。鎮痛補助薬同士での鎮痛効果の相加、相乗作用についての検討も行った。これによって現状でのエビデンスレベルを評価し、足りない領域に関しては臨床治験を勧めるきっかけを作ることを考えている。また、現在は多職種による緩和ケアチームの中での共通の認識を持つことが重要であり、正しい情報のもとに医療、教育を行うためにも、ガイドラインは有効であると思われる。

A. 研究目的

抗けいれん薬、抗うつ薬、抗不整脈薬、NMDA受容体拮抗薬などの鎮痛補助薬の神経障害性疼痛に対する有効性に関するエビデンスレベルの評価を、がん性神経障害性疼痛と非がん性も含めて行う。

B. 研究方法

がん性神経障害性疼痛の治療に関して、PECO形式に従って、クリニカルクエスチョン(CQ)を作成した。文献の検索はMEDLINEで行い、1950-2007年の期間で抽出した。がん性疼痛における鎮痛補助薬の臨床研究は少ないため、出来る限りCQは単純化されたものを作成した。文献検索はまずCancer and Pain and Neuropathicとした。448件が抽出された。そのうちがん性神経障害性疼痛に対する薬物療法に関する原著論文、レビュー、メタアナリシス、ガイドラインで英文もしくは日本語のものを採用した。現状でわが国で使用できない薬物について

の文献に関しては除外した。各CQに対する文献のエビデンスレベルを評価し、推奨のレベルを設定した(A, B, C)。

（倫理面への配慮）

本研究は患者を対象とした介入は行わない。また、個人情報も扱わないため、医学的な倫理面での有害事象は考えられない。

C. 研究結果

（添付資料2）：抗けいれん薬においてはギャバペンチン(A)、他の抗けいれん薬に関しては(B)であり、唯一ギャバペンチンにおいてエビデンスレベルが高いことが判明した。抗うつ薬、抗不整脈薬、NMDA受容体拮抗薬に関してのエビデンスは不十分であり、それらの臨床治験での裏付けが必要であることが判明した。オピオイドに関しては、一般の認識とは異なり、ある種の神経障害性疼痛に関してはエビデンスレベルが不十分ながら示されていることが判明した。

D. 考察

鎮痛補助薬に関しては、がん性神経障害性疼痛に対する有用性に関するエビデンスレベルはまだ不十分と言わざるをえない。ギャバペンチンのみが推奨される領域に達しているが、日本においてはその他の鎮痛補助薬も含め保険適応ががん性疼痛に対してなく、臨床の現場では問題となっている。ガバペンチンに関しては、がん性疼痛に関する臨床治験のもとに適応拡大が図られることが望ましい。

E. 結論

がん性神経障害性疼痛に対する鎮痛補助薬に関するエビデンスレベルはギャバペンチンにのみが十分なものであった。がん患者のQOLの向上のために、適応外使用に関しての指針の作成、臨床治験による適応拡大など、検討していくべきである。

F. 健康危険情報

特記すべきことはなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Megumi Shimoyama, Naohito Shimoyama et al, The mu-opioid peptide [Dmt1]DALDA acts predominantly in the spinal cord to produce analgesia in rats, Submitted to Anesthesia & Analgesia
2. Mitsunori Miyashita, Naohito Shimoyama, M.D., Ph.D., Yosuke Uchitomi, M.D., Ph.D., et al: Barreirs to Providing Palliative Care and Priorities for Future Actions to Advance Palliative Care in Japan: A Nationwide Expert Opinion Survey 10(2):390-399, 2007
3. 下山直人、他：疼痛のメカニズム、癌緩和ケア（東原正明編著）、振興医学出版社、p 6-9、2008
4. 片山博文、下山直人：緩和療法の実際、がん看護実践シリーズ3肺がん（田村友秀編）、メヂカルフレンド社、p 146-154、2007
5. 大澤美佳、下山直人、他：ターミナル期にある患者の支援、がん看護実践シ

リーズ8乳がん（藤原康弘編）、メヂカルフレンド社、p 197-212、2007

6. 下山直人：緩和医療におけるインフォームド・コンセント、医をめぐる自己決定—倫理・看護・医療・法の視座—（五十子敬子編）、イウス出版、p 147-161、2007
7. 下山恵美、下山直人：緩和医療1. オピオイドの使い方は？、EBM 呼吸器疾患の治療（永井厚志、吉澤靖之、大田健、江口研二編集）、中外医学社、p 405-408、2007
8. 下山直人：医療用麻薬（オピオイド鎮痛薬）の種類と特徴、インフォームドコンセントのための図説シリーズ がん性疼痛（下山直人編）、医薬ジャーナル社、p 34-39、2007
9. 高橋秀徳、下山直人：II. 緩和ケアにおけるコンサルテーション活動の専門性2. 緩和ケアチームで活躍する医師の役割と実際—1）緩和ケア担当医の立場から、ホスピス緩和ケア白書2007（（財）日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会編集）、（財）日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団、p24-27、2007
10. 下山直人：がん患者の苦痛に対する鍼灸の効果、統合医療 基礎と臨床（日本統合医療学会、渥美和彦編集）、株式会社ゾディアック、p66-73、2007
11. 下山恵美、下山直人、他：経口オピオイド鎮痛薬の重要性とオキシコドンが果たす臨床的役割、がん患者と対症療法 18(2)、6-10、2007
12. 下山直人：科学的知見に基づくオピオイドに関する知識の再確認、がん患者と対症療法 18(2)、85-87、2007
13. 中山理加、下山直人、他：疼痛コントロール、内科 100(6)：1037-1045、2007
14. 片山博文、下山直人、他：腎障害を伴うがん患者の痛み治療におけるオキシコドンの有用性—モルヒネからの切り替え事例を経験して、がん患者と対症療法 18(2)：40-42、2007
15. 下山直人：緩和治療・痛みのケア、別冊暮らしの手帖 がん安心読本：76-81、2007

16. 下山直人：緩和ケア療法における鎮痛薬の使い方、日本耳鼻咽喉科学会専門医通信 92：12-13、2007
17. 中山理加、下山直人、他：癌性疼痛、臨牀と研究 84(6)：57-61、2007
18. 下山直人：緩和医療はここまで進んだ、東京女子医科大学雑誌 77(4)：182-186、2007
19. 服部政治、下山直人、他：オピオイドローテーション、緩和医療学 9(2)：79-85、2007
20. 中山理加、下山直人、他：QOL維持のための疼痛管理、からだの科学、253：178-182、2007
21. 木俣有美子、下山直人、他：肺がんの合併症対策 1) がん性疼痛の管理、呼吸器科、11(2)：156-163、2007
22. 門田和気、下山直人、他：新しく導入される可能性の高いオピオイドとその意義、がん看護、12(2)：180-183、2007
23. 中山理加、下山直人、他：鎮痛補助薬、日本臨牀、65(1)：57-62、2007

37 回日本慢性疼痛学会、2008. 2. 23、
栃木

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。

2. 学会発表

1. 下山直人：シンポジウム『関連領域で活躍している麻酔医』「麻酔科医にとっての緩和医療の意義」：日本麻酔科学会東京・関東甲信越支部合同学術集会、2007. 9. 22、栃木
2. 下山直人：パネルディスカッション（1）緩和医療と麻酔科「緩和医療卒業研修における麻酔科の役割」：日本臨牀麻酔学会第27回大会、2007. 10. 25、東京
3. 下山直人：シンポジウム『疼痛治療による「前向き」医療の科学的根拠』「がん性疼痛の緩和による延命効果について」：第1回日本緩和医療薬学会年会、2007. 10. 21、東京
4. 下山直人：教育セッション15「がん治療 update：緩和医療」：第45回日本癌治療学会総会、2007. 10. 26、京都
5. 下山直人：シンポジウム『がん性疼痛 TDDS (フェンタニルパッチ) の臨床的意義』：TDDS 世界シンポジウム、2007. 12. 1、東京
6. 下山直人：シンポジウム『がん性疼痛患者の心をさぐる』「がん性疼痛患者へのチームによる全人的緩和医療」：第

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

緩和ケア関連施設（在宅、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟）毎、対象（医療者、患者、家族）毎に適した緩和ケアガイドラインの普及に関する研究

分担研究者 的場元弘 国立がんセンター がん対策情報センター
がん情報・統計部がん医療情報サービス室 室長

研究要旨：米国では、すでに公的ながん性疼痛に対する clinical practice guideline が出されており、定期的に更新されている。日本における緩和医療のガイドラインは、緩和医療学会を中心に疼痛、呼吸困難、うつ、せん妄、鎮静、輸液などの基本的な症状緩和に関するガイドラインがすでに作成されているが、組織的な更新システムの構築がなく、刊行後一定期間が経過すると、薬剤や治療法の進歩にリアルタイムに対応することが困難である。今年度は緩和医療学会で個別に作成してきたがん疼痛ガイドラインを全面改訂し、臨床現場での問題解決に応用できるガイドラインの作成を念頭に、ガイドラインに盛り込むべき内容のうち、がん疼痛の基本的治療薬を中心に各項目別のクリニカルクエッションの作成と、エビデンスレベルの高い論文の検索作業と、抽出された文献の構造化抄録の作成を実施した。

A. 研究目的

わが国におけるがん疼痛のガイドラインとして、がん治療医および緩和ケア医、薬剤師、看護師が、臨床現場での問題解決に応用できるガイドラインであることと同時に、ガイドラインの作成や改訂作業がシステムとして定着することを目的にした。

B. 研究方法

今回の研究では、がん疼痛ガイドラインの作成のため、がん疼痛の関連項目を、①がん疼痛のメカニズムと診断、②非オピオイド鎮痛薬、③オピオイド鎮痛薬、④薬物療法における副作用対策、⑤相互作用、⑥がん疼痛における服薬指導、⑦オピオイドの依存と耐性に分類した。鎮痛補助薬、及び放射線治療、患者教育については、今回の対象からは除外した。がん疼痛ガイドラインは、疼痛治療に対して専門性の高くない医師や薬剤師、看護師を含めて対象としているため、がん治療の現場において求められる知識と技術という視点でクリニカルクエッションの作成と文献検索、及び構造化抄録の作成を行った。作業には、緩和医療領域の若手を中心に人

選し、ガイドライン作成のプロセスを体験することによって今後のシステム化の検討が継続できるように配慮した。

（倫理面への配慮）

現段階では臨床への応用段階ではないため、具体的な患者等に対する個別の倫理的配慮についての検討はない。しかし、ガイドラインの作成に当たって、がん患者が不当に適切な治療を受けられないことがないように、全国的な普及が可能なことを念頭にガイドラインを作成中である。

C. 研究結果

クリニカルクエッションは、①がん疼痛のメカニズムと診断 9 問、②非オピオイド鎮痛薬 3 問、③オピオイド鎮痛薬 16 問、④薬物療法における副作用対策 17 問、⑤相互作用 7 問、⑥がん疼痛における服薬指導 6 問、⑦オピオイドの依存と耐性 3 問をさくせいした。

解答作成のために構造化抄録は①がん疼痛のメカニズムと診断 16 編、②非オピオイド鎮痛薬 46 編、③オピオイド鎮痛薬 117 編、④薬物療法における副作用対策 37 編、⑤相互作用 20 編、⑥がん疼痛における服薬指導

12 編、⑦オピオイドの依存と耐性 22 編について構造化抄録の作成を行った。

D. 考察

がん治療医が知っているべき知識と、実施すべき疼痛治療について、一定の目標を設定したが、今後は緩和ケアの専門医とがん治療医双方によるレビューを経て、がん治療にかかわる広い範囲の医師によって有用なものとしなければならない。また、今回別途検討を行っている、鎮痛補助薬、及び放射線治療、患者教育を加えた投稿作業が必要である。

E. 結論

次年度は本ガイドラインの素案についてのレビューと追加項目を合わせた形での完成を目指す必要がある。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

論文発表

1. 的場元弘：がん疼痛のレシピ（2007年版）. 春秋者、2006-11
2. 橋爪隆弘、的場元弘、他：フェンタニルパッチ導入において添付文書が推奨する先行オピオイド最低用量の妥当性：日本における他施設の専門医処方調査. *がんと科学療法* 34（6）897-902, 2007
3. 富安志郎、的場元弘、他：内服モルヒネレスキュードーズ簡略化の妥当性：5 mg 単位での鎮痛効果と副作用の多施設調査. *ペインクリニック* ; 28（2）209-215, 2007
4. Hideya Kokubun, Motohiro Matoba et al: Pharmacokinetics and Variation in the Clearance of Oxycodone and Hydrocotarnine in Patients with Cancer Pain. *Biol. Pharm. Bull.* , 30(11), 2173-2177(2007)
5. Hideya Kokubun, Motohiro Matoba, et al: Relationship between fentanyl and transdermal fentanyl concentration and transdermal fentanyl dosage, and

intraindividual variability of fentanyl concentration after transdermal application in patients with cancer pain. *Jpn. J. Pharm Care Sci.* , 33(3) 200-205 (2007)

6. 中村和代、的場元弘、他：がん性疼痛患者におけるオキシコドン除放錠の薬物動態についての検討. *癌と化学療法*, 34(9)、1449-1453 (2007)
7. 的場元弘、他：WHO 方式がん疼痛ガイドラインの推奨量によるアセトアミノフェン：日本における有効性と安全性の多施設処方調査 *ペインクリニック* 28 1131-1139
8. 的場元弘、他：経口オピオイド鎮痛薬の重要性とオキシコドンの副作用とその対策. *がん患者と対症療法*. 18（2）、11-17、(2007)
9. 工藤翔二、的場元弘、他：IV治療の進歩、医療用麻薬の新しい管理法：呼吸器 *Annual Review 2008* 中外医学社 248-253 (2008)
10. 国分秀也、的場元弘、他、がん疼痛患者におけるフェンタニルパッチ 2.5mg 製剤片面貼付の検討、*YAKUGAKU ZASSI*、128(3)、447-450、2008

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
特になし。
2. 実用新案登録
特になし
3. その他
特になし

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

がん医療における精神的ケアに対するニーズに関する研究

分担研究者 佐伯俊成 広島大学病院 医系総合診療科 准教授

研究要旨：がん緩和ケアの大きな柱の一つである精神的ケアについて、その期待する内容とは何か、およびその担い手になるべきは誰か、といった基本的なニーズについて、無記名アンケート調査を実施した。対象は、全国 18 都市で緩和ケアに関する講演会に参加した計 3,296 名（医療ユーザー1,016 名、医療従事者 2,280 名）で、精神的ケアとして期待する内容としては、68.1%が「傾聴」、91.4%が「家族にも必要」と回答し、「向精神薬の処方」は 25.8%、「精神面のアドバイス」は 24.5%にとどまった。精神的ケアの担い手としては、43.3%が「主治医」を、43.1%が「心理カウンセラー」を、39.4%が「看護師」を挙げ、「心療内科医」は 20.2%、「精神科医」は 17.9%にとどまった。がん医療における精神的ケアについては、主治医、看護師、心理カウンセラーによる傾聴、および家族へのケアに大きなニーズがあることが明らかになった。

A. 研究目的

がん医療における緩和ケアの充実に図ることが急務とされる昨今、緩和ケアの二本柱の一つである身体症状緩和、特に疼痛緩和については、本来身体的治療に包含されるものであることから、主治医ないしペインクリニック担当の麻酔科医が中心的な担い手となり、両者の連携がこれまでも比較的円滑に行われてきた経緯がある。

他方、緩和ケアのもう一つの柱である精神症状緩和については、その専門性をどういった職種に求めるべきかについて、医療者の間にも、またがん患者や家族の間にも、未だ十分な共通認識があるとはいいがたい状況にある。

本来であれば、精神科医や心療内科医にその専門性があるのが当然なのであるが、がん医療における精神的ケアを扱う精神腫瘍学（サイコオンコロジー）がわが国で本格的に展開され始めたのはわずかここ 10 年ばかりのことであり、当の精神科医や心療内科医にとっても未だ十分に確立された領域になっていないのが現状である。

そこで本研究では、がん医療において未だ発展途上にあるといわざるを得ない

精神的ケアに関して、がん医療のユーザー（患者、家族など）、さらには医療従事者を対象として、がん医療における精神的ケアに対するニーズを広く調査し、その傾向を詳細に把握・検討することによって、より多くの利用者および医療従事者のニーズに対応可能な精神的ケアシステムを構築するための根拠を確立することを目的とする。

B. 研究方法

全国 18 都市（札幌市、秋田市、仙台市、名古屋市、岐阜市、松本市、京都市、大阪市、姫路市、岡山市、広島市、岩国市、島根市、松山市、北九州市、福岡市、佐世保市、宮崎市）で開催された緩和ケアに関する講演会の参加者を対象として、精神的ケアに対するニーズに関する独自のアンケート調査を行った。

アンケート調査においては、年齢、性別、立場（がん患者、家族、専門職種など）については選択枝回答形式とした。

精神的ケアに期待する内容の選択枝としては、

1. 精神的ケアとは、自分の精神状態を診