

〔様式3〕

2013年 2月 15日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団
理事長 紀伊國 献三 殿

所属機関・職 聖路加看護大学 国際看護学
准教授
研究代表者氏名 長松 康子



2012年度研究助成に係る 研究報告書の提出について

標記について、下記のとおり報告いたします。

記

1 研究課題 重篤な症状が累積しやすい胸膜中皮腫患者のQOL向上を目的とする
看護師むけ緩和ケア教育ワークショップ開催と評価

2 研究期間 2012年 4月 1日 ~ 2013年 2月 15日

3 研究報告書 別紙のとおり

〔様式3-別紙(A)〕

2013年 2月 15日

2012年度笹川記念保健協力財団

研究報告書

研究課題

重篤な症状が累積しやすい胸膜中皮腫患者のQOL向上を目的とする
看護師むけ緩和ケア教育ワークショップ開催と評価

所属機関・職

聖路加看護大学 国際看護学

准教授

研究代表者氏名

長松 康子



重篤な症状が累積しやすい胸膜中皮腫患者の QOL 向上を目的とする
看護師むけ緩和ケア教育ワークショップの開催と評価

Impact of an Educational Workshop about Palliative Nursing Care
to elevate Quality of Life of Patients with Pleural Mesothelioma



研究代表者： 長松 康子（聖路加看護大学 看護学部）

I. 研究の目的・方法

1. 研究の背景

胸膜中皮腫は、多様な疼痛、呼吸困難、寝汗、倦怠感、食欲不振などの重篤な症状がいくつも出現する上、進行が速いことから症状コントロールが非常に困難である（名取、2003；名取、2006；Ahmedzai, S. H. & Clayson, H., 2006）。胸膜中皮腫の症状コントロールとQOLの維持には、発症時からの緩和ケア導入が重要だが、胸膜中皮腫患者と家族が受け入れられずにいるうちに病状が進行してしまい、導入が遅れがちである（秋山、2006；長松ら、2011）。我が国の胸膜中皮腫に対する治療は、積極的治療の遂行に重点が置かれがちで、緩和ケアが十分に実施されていない。そのため、看護師は胸膜中皮腫患者の症状コントロールにおいて困難に直面している（長松ら、2012）。英国では、緩和ケアを中心とする胸膜中皮腫ケアガイドラインに基き、外科療法や効果が明らかでない化学療法は行わずに、緩和ケア医、がん看護師、中皮腫ナースらによる緩和ケアが実施されている（Department of Health, 2007；長松 2012）。我が国における胸膜中皮腫患者への緩和ケア導入が遅れがちなのは、医療従事者の胸膜中皮腫に関する緩和ケアに関する知識と経験が不足していることによるものと考えられた（長松、2012）。2011年度に実施した看護師向け胸膜中皮腫ケア教育プログラムの参加者より、薬剤処方を含めたより具体的な症状マネジメント方法を学びたいという要望が多かった（長松、未発表）。

そこで本研究は、英国で胸膜中皮腫の緩和ケアを専門として研究を行い、胸膜中皮腫患者会設立やホスピス所長の任に携わってきた Helen. Clayson 医師の指導と、胸膜中皮腫患者の治療・ケアに従事してきた呼吸器内科医師及びがん専門看護師の協力のもと、少人数制の事例検討を中心としたワークショップを開催し、看護師の胸膜中皮腫に対する緩和ケアについての困難感低減への効果を評価することを目的とした。

2. 研究の目的

研究目的は、本邦初となる胸膜中皮腫に関する看護師向け緩和ケアワークショップの有用性を評価することである。胸膜中皮腫は、石綿によっておこり、完治が難しく、平均15ヶ月で死亡する悪性疾患である。我が国ではこの10年間で急増し、今後40年で10万人が死亡すると予測されている。本研究で開発する看護師向け胸膜中皮腫ケア教育プログラムは、日本全国の胸膜中皮腫患者に対する看護ケアの質の向上に資するものと考える。また、本研究成果は、胸膜に転移しやすい腹膜、心膜、精巣鞘膜の中皮腫の看護ケアにも応用が可能である。さらに、胸膜中皮腫の2倍の発生率で起こる石綿性肺がんや、その他の肺がん及び肺移植など、重症な呼吸器疾患の看護にも汎用可能である。

3. 研究方法

1) ワークショップ参加対象者とリクルート

臨床経験が2年程度以上有し、これまでに胸膜中皮腫患者のケア経験がある、あるいは今後かかるわる可

能性がある者を対象とした。看護師のケアスキル向上を実現するために少人数のグループワークを取り入れ、定員を30名とした。

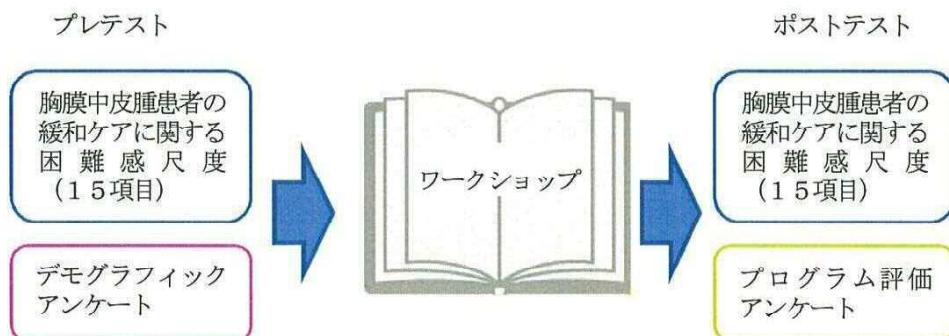
全国のがん拠点病院、労災病院、大学病院の看護部長宛に、ワークショップの案内文を送付し、看護師への紹介を依頼した。また、中皮腫看護研究会のウェブサイトでも参加者を募集した。

2) ワークショップ・プログラムと尺度の開発

本プログラムは、インストラクションによって学習者が、胸膜中皮腫患者のケアに関する知識、スキル及び望ましい態度を身につけ、それらを実際に用いるようになることを目指した。そこで、学習者のニーズに基づいて、学習者の望ましいパフォーマンス達成を意図してインストラクションを設計するインストラクショナル・システムデザイン(Gagné et al., 2005)を参考に、①ゴール設定、②パフォーマンス目標の設定、③教授法の選択、④教材開発、⑤測定用具の開発のステップに沿って中皮腫緩和ケアワークショッププログラムを開発した。

3) 評価分析方法

独自に開発した「胸膜中皮腫患者の緩和ケアにおける困難感尺度」の得点をワークショップ前後でt検定を用いて比較するとともに「プログラム評価アンケート」を用いて効果を測定した。



4) 倫理的配慮

ワークショップ当日に、参加者に研究の趣旨と倫理的配慮を文書と口頭で説明し、質問紙への回答をもって研究協力の承諾とした。なお、本研究は、聖路加看護大学研究倫理審査委員会の審査を受けた（承認番号12-043）。

II. 研究の内容・実施経過

1. ワークショップ・プログラムの開発（2012年6月から10月）

「胸膜中皮腫患者のケアにおける看護師の困難（長松、2012）」の結果得られた看護師の困難のうち、緩和ケアに関する困難と、2012年度の実施した看護師向け胸膜中皮腫ケア教育プログラムの参加者からのコメント及び要望（長松、未発表）をもとに、ワークショップ・プログラムを開発した。

ステップ1：ニーズに基づく教育ゴール設定

- ① 胸膜中皮腫患者の疼痛と呼吸困難に対して、具体的な軽減策を実施することができる。
- ② 胸膜中皮腫患者と家族が直面する困難な決断を支援することができる。
- ③ 早期の緩和ケアの導入をコーディネートすることができる。
- ④ 胸膜中皮腫患者の緩和ケアにおける無力感をマネジメントできる。



ステップ2：パフォーマンス目標の設定

- ① 胸膜中皮腫患者の疼痛と呼吸困難に対して、具体的な軽減策を実施することができる。
知 識： 胸膜中皮腫の疼痛と呼吸困難の多面的な緩和方法を説明できる
胸膜中皮腫の疼痛の種類と緩和のための薬剤を挙げることができる
胸膜中皮腫の呼吸困難に対する薬剤を挙げることができる
- ② 胸膜中皮腫患者と家族が直面する困難な決断を支援することができる。
ス キル： 患者や家族の本当のニーズを引き出すコミュニケーションスキル
気持ちに寄り添うコミュニケーションスキル
態 度： 患者がどんな選択をしても支援し続ける
- ③ 早期の緩和ケアの導入をコーディネートすることができる。
知 識： 胸膜中皮腫の予後予測方法
態 度： 患者の希望を受け止めながらも、緩和ケアを勧める
- ④ 胸膜中皮腫患者の緩和ケアにおける無力感をマネジメントできる。
態 度： 意思決定の中心は患者である



ステップ3：教授方法の選択

胸膜中皮腫患者の症状に対する多面的アプローチや薬剤処方については講義形式を選択した。「困難な決断の支援」「早期の緩和ケア導入」「無力感のマネジメント」については、困難事例をもとにグループワークを行った。なお、グループワークについては学習効果を高めるために、5~6人のグループごとにファシリテーターを配置する少人数制を導入した。



ステップ4：教材の開発

臨床現場で役立つ内容とするため、参加者よりワークショップで検討したい困難事例を募集した。



ステップ5. 評価尺度の開発

中皮腫患者の緩和ケアにおける看護師の困難感尺度は未開発であったため、先行研究「胸膜中皮腫患者のケアにおける看護師の困難（長松、2012）」の結果得られた看護師の困難のうち、緩和ケアにおける困難に関する困難を参考に独自の尺度を開発した。

2. 胸膜中皮腫に関する看護師向け緩和ケアワークショップの実施（2012年11月25日）

上記のプロセスを経て開発されたプログラムを実施した。

プログラム

講演「英国のホスピスと緩和ケア—中皮腫に焦点をあてて—」（講師：Helen Clayson 医師）

講義「胸膜中皮腫の症状に対する多面的マネジメント」（講師：Helen Clayson 医師）

講義「胸膜中皮腫の症状に対する緩和ケア」（講師：中山佑紀子がん専門看護師）

グループワーク① 「治療を希望するも副作用が強く、動搖する患者」

グループワーク② 「症状緩和が困難な腹膜中皮腫患者」

3. ワークショップの効果分析と尺度の評価（2012年12月）

4. 胸膜中皮腫緩和ケアハンドブックの作成（2012年12月から2013年2月）

「胸膜中皮腫の症状に対する多面的マネジメント」の講義内容を翻訳し、日本の医療従事者に理解しやすいよう、内容を加筆修正して、「胸膜中皮腫緩和ケアハンドブック」を作成した。ハンドブックは、中皮腫外来を有する全国の医療機関に配布するとともに、「中皮腫看護研究会」のホームページでダウンロードできるようにした。



III. 研究の成果

1. 胸膜中皮腫緩和ケアワークショップの有用性

1) 参加者の特性

取得免許は、看護師 27 名、保健師 5 名、薬剤師 1 名であった。薬剤師を除く看護職の臨床経験は、1 ~40 年で平均 14.4 ± 10.5 年、勤務場所は、呼吸器病棟 19 名、訪問看護ステーション・訪問看護部 2 名、アスペスト外来 1 名、がん相談室 2 名、一般外来 1 名、緩和病棟 1 名、ペインクリニック 1 名であった。

2) 看護師の困難感への効果

15 項目のうち 12 項目で、プレテストに比べポストテストの困難感得点の平均値が低く、合計点はプレテストに比べてポストテストで有意に低かった。これにより、本ワークショップは、看護師の中皮腫患者の緩和ケアにおける困難感を軽減する効果のあることが示された。

表1. ワークショップ前後の中皮腫ケアにおける看護師の困難感 (n=27)

	プレ テスト	ポスト テスト	t 値	有意確率
患者の望む場所で最期を迎えること	4.00	3.30	4.441	0.000 ***
胸膜中皮腫の痛みや呼吸困難をコントロールすること	4.07	3.33	4.481	0.000 ***
患者と家族に症状コントロールを保証すること	3.93	3.37	2.658	0.013 ***
最後まで積極的治療を望む患者の症状を抑えること	4.37	3.11	6.339	0.000 ***
QOL を維持すること	3.93	3.15	4.328	0.000 ***
患者の本当の気持ちを引き出すこと	3.56	3.19	1.676	0.106
家族の気持ちをくみ取ること	3.59	2.89	3.547	0.002 **
家族間の意向のずれを調整すること	3.85	4.26	-0.340	0.736
「死にたくない」と訴える患者に声を掛けること	3.52	3.15	1.914	0.067
患者の精神的・社会的・霊的苦痛を取り除くこと	4.07	3.37	4.208	0.000 ***
患者の希望を取り入れるために関連機関と連携すること	3.15	2.44	3.836	0.001 **
医療チームで共通の目標をもってケアにあたること	3.15	2.67	2.301	0.030 *
緩和ケア導入に消極的な医師に働きかけること	3.63	2.70	4.825	0.000 ***
石綿被害による無念感を軽減すること	4.00	3.26	4.734	0.000 ***
治りたいのに治療法がない絶望感を和らげること	4.26	3.48	5.029	0.000 ***
合計点	57.01	47.67	4.029	0.000 ***

2) ワークショップに参加した看護師によるプログラム評価

「全くそうは思わない」1 点、「そう思わない」2 点、「どちらともいえない」3 点、「そう思う」2 点、「非常にそう思う」5 点で回答してもらった。それぞれの項目の得点平均値は、「内容は期待するものにあっていた」 4.61 ± 0.497 点、「理解しやすい内容であった」 4.61 ± 0.497 点、「内容はこれから臨床活動で役立つ」 4.61 ± 0.497 点、「ファシリテーターの対応は適切だった」 4.61 ± 0.497 点と、いずれも高得点であった。

4) 講演会参加者の感想

一般公開した講演会「英国のホスピスと緩和ケアー中皮腫に焦点をあてて」には、140名の医療従事者、がん患者、家族、遺族、一般市民が参加した。このうち57名よりアンケートを回収した。抜粋をゴシック体で示す。

(1) 緩和ケア

- ・肺がんの場合、化学療法が繰り返し行われ、緩和ケアを導入することは少ない。症状が現れる前から治療と並行して行うことの重要性を学んだ。
- ・徐通ピラミッドの考え方方が勉強になった。薬学でも取り入れたい。
- ・患者と家族へのケアを心理面も含めて緩和ケアをチームで行う英國がすばらしい。
- ・呼吸困難に扇風機が有効だということをはじめて知った。やってみたい。
- ・医学生や看護学生に対する緩和ケア教育をもっと行ってほしい。
- ・緩和と聞くと患者だけに気が向くが、家族のケアにも気を配る必要があり、視野を広くした援助が必要と分かった。
- ・患者が帰りたくても、家族が無理といえば叶わないことが多い。家族へのケアが必要だが、英國ではどんな支援をしているのか知りたい。
- ・家で最期を過ごしたいという患者の希望を叶えるには、在宅での緩和ケアが必要だが、在宅でオピオイドを使用してくれるところが少ない。また、家族の負担を如何に軽減するかが課題だ。

(2) コミュニケーション・スキル

- ・最期をどこで迎えたいか、誰に付き添ってもらいたいかを今まで質問したことがなく、状態が悪化すると病院で亡くなる方が多かった。患者と家族のQOL向上のために、コミュニケーションを今以上に行おうと思った。
- ・本人に告知して、それから家族に告知するのはとても納得いった。医師の負担が減るだけでなく、患者本人が望む最期を迎えられるようにできると思う。

(3) 中皮腫ケア

- ・中皮腫が、がんの中でも症状が重症だときいてショックを受けた。
- ・以前に担当した中皮腫患者は、痛みと苦しみの中亡くなった。もっと中皮腫の看護や緩和ケアが一般的になればよいと思う。

(4) 市民からの要望

- ・日本でもセント・メアリーズ・ホスピスのようなホスピスができるよう希望する。
- ・この街で、自分の家で死ぬにはどうしたらよいかずっと考えてきた。それを支えてくれる人たちがいることを知り心強く思った。
- ・自分が死ぬ時は痛みや苦しみを最小限にしてもらい、自分らしく暮らしたい。その時、自分がどのように行動するかを考えていこうと思う。
- ・日本でも緩和ケアが一般的に受けられるようになることを望む。

(5) その他

- ・具体的でわかりやすい内容だった。

3) 困難事例グループワークにおける発表内容

事例① 治療を希望するも副作用が強く、動搖する患者

- ・患者や家族は病状悪化に気持ちがついていけない。マンパワーが少ない家族への支援として、治療や病気について早い段階からわかりやすく伝えることが大切
- ・「1年がんばりたい」という本人の希望を掘り下げて考える必要がある
- ・患者に、今どのように思っていて何を考えているのか、何を心地よいと思っているのかを看護師が丁寧にベッドサイドで聞くことがとても重要だ
- ・どんな小さな希望であっても支援していく姿勢を医療者が持ちたい
- ・患者と家族が何に困っていて、先々どのような希望があるのか丁寧に聞いていくことが大切であるそのためには、症状をコントロールしつつ、目に見える形で希望を育んでいくことができるとよい
- ・看護師も早い経過に葛藤する

事例② 症状緩和が困難な腹膜中皮腫患者

(1) 患者の気持ちについて

- ・患者の心理については、本人と家族が死をどのようにとらえているかを掘り下げる必要。
- ・余命宣告された期間を過ぎ、毎日処刑台に上っている気持ちを抱く患者もいるであろうし、プレゼントと考える患者もいる。緩和ケアの考え方の導入によって変わってくる。患者の気持ちに寄り添い、気持ちを十分聞いていく姿勢を持ちたい。
- ・病棟の看護師に言えないことを PCT のメンバーに話すことがある。それをチームで共有するとよいだろう。ただし、緩和ケアという言葉に抵抗をもつ患者もいるので、慎重に言葉を選び、患者の気持ちを尊重しながら緩和ケアの導入を進める。
- ・患者の誇りやプライドを取り戻すことを含めたライフレビューをしてみる。

(2) 看護師の無力感について

- ・ケアが十分できていた事例でも、看護師は無力感を抱きがちである。カンファレンスに PCT (緩和ケアチーム) に入つてもらい客観的評価をしてもらう、カンファレンスでやれたことを共有する、病棟長や主任などの上司から評価してもらうなどが可能。
- ・看護師が何かをしなければいけないという強迫観念にとらわれるのではなく、患者家族に寄り添っていく姿勢が評価されてもよいのではないか。家族に対して申し訳ないと思う患者の気持ちを聞く場をつくり、患者の代弁者となった看護師は役割を果たした。
- ・入院中のケアがグリーフケアとなった。

(3) 事例提供者からのコメント :

できるだけ症状が取れるように努力をしてきたが、腹部膨満感を訴えてきてもどうにもしてあげられず、その場の空気がシーンとなることがあった。今日の意見をスタッフに伝えていきたい。

2. 困難感尺度の評価

1) 信頼性の検討

IT 相関は相関係数 0.597～0.898 と非常に高かった。また、クロンバッック α 係数はプレテスト 0.940、ポストテスト 0.795 であった。

2) 妥当性

主成分分析の結果 1 因子が抽出され、各因子の因子負荷量は、すべて正の値で 0.594 から 0.900 であった。次いで探索的因子分析を行ったところ 3 因子が抽出された。第1因子を「症状コントロール」第2因子を「患者と家族への支援」、第3因子を「ケア・コーディネーション」と命名した。因子間の相関係数は、第1因子と第2因子は 0.522、第1因子と第3因子は 0.668、第2因子と第3因子は 0.607 であった。

指標	第1因子 症状コントロール	第2因子 患者と家族への支援	第3因子 ケア・コーディネーション
家族の気持ちをくみ取ること	0.850		
患者の本当の気持ちを引き出すこと	0.847		
家族間の意向のずれを調整すること	0.819		
患者の望む場所で最期を迎えること	0.735		
医療チームで共通の目標をもってケアにあたること	0.723		
患者の希望を取り入れるために関連機関と連携すること	0.687		
「死にたくない」と訴える患者に声を掛けること	0.668		
胸膜中皮腫の痛みや呼吸困難をコントロールすること		0.891	
最後まで積極的治療を望む患者の症状を抑えること		0.823	
患者と家族に症状コントロールを保証すること		0.714	
QOL を維持すること		0.490	
治りたいのに治療法がない絶望感を和らげること			0.830
石綿被害による無念感を軽減すること			0.702
患者の精神的・社会的・靈的苦痛を取り除くこと			0.679
緩和ケア導入に消極的な医師に働きかけること			0.591

3. 医療従事者向け講演会(山口)

胸膜中皮腫に対する胸膜肺全摘出術を多く実施している山口宇部医療センターで、Clayson 医師による胸膜中皮腫に対する緩和ケア講演会を実施した。140 名の医師、看護師と数名の中皮腫患者が参加した。胸水穿刺用の留置カテーテルや呼吸困難に対する酸素の適用などについて質問があった。中皮腫患者からは、全人的な痛みを客観的に測定する方法を開発してほしいという要望があった。

IV. 今後の課題

1. 胸膜中皮腫患者への緩和ケアにおける看護師への支援

困難感が有意に下がらなかった「患者の本当の気持ちを引き出すこと」「家族間の意向のずれを調整すること」「『死にたくない』と訴える患者に声を掛けること」への支援が課題である。

事例検討によって、困難事例では看護師の無力感が大きいことがあらためて示された。困難事例についてのグループワークは、ケアについての学習効果があるばかりでなく、無力感を抱く看護師のエンパワメントにもなることが判ったことから、看護師同士が支援し合える場を作ることが必要と考えられた。

2. ターミナルケアにおけるコミュニケーションスキルのプログラム

Clayson 医師の講演の感想では、患者、医療従事者とともに「終末期の患者とのコミュニケーションスキル」が好評であった。これは、ターミナルケアの医療現場におけるコミュニケーションスキルプログラムのニーズが潜在することを示唆するものと思われ、ロールプレイや患者家族のナラティブを取り入れた医療者向けプログラムなどの支援策が望まれる。

V. 研究成果の公表予定

- ・ヒューマンケア心理学会学術集会第 15 回大会にて発表予定
- ・聖路加看護大学紀要第 40 号に投稿予定
- ・ワークショップの成果を「中皮腫看護研究会」のホームページで公開中。<http://meso-n.umin.jp/>

文献一覧

- Ahmedzai, S. H., Clayson, H. (2006). Supportive and Palliative Care in mesothelioma.
- 秋山正子(2006) . 患者と家族のケアについて 医療関係者のためのアスベスト講座「石綿関連疾患—診断・ケア・予防—」. 78-91.
- Darlison, L. (2010) . Role of Clinical Nurse Specialist (CNS) in Malignant Pleural Mesothelioma. Mesothelioma UK Mesothelioma: A Good Practice Guide. 22P
- De Bore M., Planting, A., Van Der Burg, M., Stoter, G. & Verweij, J. (1993). Nursing care adaptations during clinical trials with weekly high-dose cisplatin: evaluation of process plan. European Journal of Cancer Care, 2(1), 10-15.
- Department of Health. Clinical Programs(2007). Mesothelioma Framework Advice for the NHS on how to organize services for Malignant Pleural Mesothelioma (MPM) patients to improve quality of care across the country. [27 February 2007]
- 羽鳥裕美子 (2011). 一般病棟の看護師の終末期がん患者のケアに対する困難感の明確化と課題. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会プログラム・抄録集, 513.
- Gagne, R. M., Wager, W. W., Golas, K. C. & Keller, J. M. (2005). インストラクショナルデザインの原理. 鈴木克明、岩崎信 (監訳) (2007). 北大路書店. 2-20.
- Hussar, D. A. (2005). New Drugs 05: part1. Nursing. Journal of Palliative Nursing, 14(2), 66-71.
- 岩瀬 紫, 森田達也, 笹岡郷子(2002). 終末期医療に携わる看護婦の患者ケアに対する満足度. 誌の臨床, 12(1), 70-77.
- Knudsen, N. (1989) . Malignant Pleural mesothelioma. Oncology Nursing Forum, 16(6), 845-851.
- 長松康子、堀内成子、名取雄司 (2012a). 胸膜中皮腫患者のたどる経過と直面する困難. ヒューマンケア研究, 12(2), 69-81.
- 長松康子、堀内成子、名取雄司 (2012b). 胸膜中皮腫患者のケアにおける看護師の困難. ヒューマンケア研究, 13(1), 40-52.
- 長松康子 (2012c). 英国と米国の中皮腫ケア—St. Mary's Hospice とBrigham and Women's Hospital での経験—. 聖路加看護大学紀要, 38, 58-62.
- 中澤 葉字子 (2010) 緩和ケアに関する医療者の態度・困難感を評価する尺度の信頼性と妥当性. 日本緩和医療学会ニュースレター, 49.
- http://www.jspm.ne.jp/newsletter/nl_49/nl490906.html. 08/15/2012.
- 名取雄司、平野敏夫、春田明朗(2003). 悪性胸膜中皮腫のターミナルケア. 死の臨床, 26(2), 178.
- 名取雄司 (2006). アスベスト関連疾患患者とその家族へのケア体制. 看護技術, 1, 58-63.
- Sasahara, T., Miyashita, M., Kawa, M., & Kazuma, K. (2003). Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan, Palliative Medicine, 17, 520-526.



ナースのための

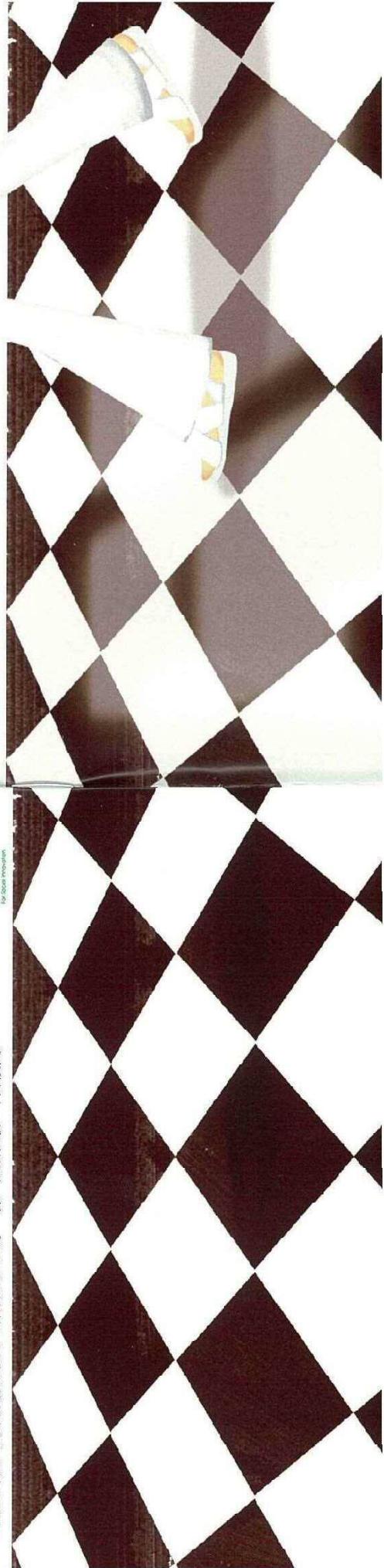
胸膜中皮腫緩和ケアハンドブック

ハンドブック

2013年1月24日 初版第1刷

著者：
Helen Clayton
長松康子
監訳：
中山裕絵子

発行：
胸膜中皮腫看護研究会
代表 長松康子
〒104-0045 東京都中央区築地3-8-5
聖路加看護大学



この冊子は、公益財團法人笛川記念保健協力財團の2012年度才スビス緩和ケアにおけるQOL
の向上に関する研究助成を受けて作成しました。（無制限版・不許複製）



胸膜中皮腫の症状



目 次	症状マネジメントの基本 3ステップ	胸膜中皮腫の症状	胸膜中皮腫の呼吸困難とマネジメント	胸膜中皮腫のその他の症状のマネジメント	胸膜中皮腫患者とのよいコミュニケーションのとりかた
2	3	4	7	11	12

1) Clayson H : The Experience of Mesothelioma in Northern England, 2007

表1. 胸膜中皮腫患者が経験する症状

呼吸困難	96%
痛み	91%
咳	41%
体重減少	41%
不安	31%
食欲不振	25%
うつ	19%
寝汗	18%
感情的混乱	16%

吐き気	14%
倦怠感	13%
嘔下障害	11%
精神障害	10%
便秘	8%
腹水	8%
嘔吐	5%
疼痛性転移	5%

表2. 胸膜中皮腫と肺がんの症狀比較

中皮腫	肺がん
呼吸困難	96% 65~73%
痛み	91% 28~51%
咳	41% 65~75%

この冊子は、2012年11月に行なった「胸膜中皮腫緩和ケアワークショップ」でHelenClayson医師が行なった講義内容をもとに、Amedzai S H, Clayson H(2006). Supportive and Palliative Care in mesothelioma. In: O'Byrne K, Rush V, eds. Malignant Pleural Mesothelioma : Oxford University Press, 2006; 403~433を参考にして作成しました。

症状マネジメントの基本3ステップ

胸膜中皮腫の呼吸困難とマネジメント

Step 1：症状の意味を理解する

医学的所見に関わらず、患者があるといえど、症状は存在します。症状を和らげるためには、症状がどうして起るのか、その意味を理解する必要があります。患者の話をよく聞くことから始めましょう。「医療従事者が患者の訴えを聞くことで患者は安心し、それだけで症状が軽減することもあります。



Step 2：あらゆる身体的な原因に対して対処する

胸膜中皮腫の症状はいくつかの要因が複雑にかかわって起ることが一般的です。原因は一つとは限りません。あらゆる原因を検討し、改善を図ります。原因がわかつていても自身の改善が難しい時は、薬剤や外科療法などで症状を緩和します。



Step 3：症状の認知を和らげる

人が感じている痛みとは、実際で起こっている痛みなどの信号が神経経路で処理され、過去の経験などをもとに、脳が推理した意味づけです（認知）。症状の原因そのものを改善することが難しい場合は、情報や支援を提供したり、患者のコントロール感を向上させたり、補完療法などを行なうことにより、患者に症状を感じにくくすることができます。

Atul Gawande, The itch. The New Yorker 30, 6, 2008

胸膜中皮腫患者が語る呼吸困難¹⁾

「必要な息をする。はめはあるする。漏れしているみたい。窒息死しそう。」
（患者）
「夜になるとひどくなる。外に出でていられないくなる。もっと空気が欲しいくて。」
（患者）
「父が胸膜中皮腫でひどく苦しんだ。だから私も同じようになると覚悟している。」
（患者）
「見ているのが辛かった。自分が投げだと思った。」
（家族）
1) Clayton H : The Experience of Mesothelioma in Northern England, 2007

患者にとっての呼吸困難の意味

呼吸困難は迫りくる死への恐怖を引き起します。それにもかかわらず、患者と家族は、助けを求めるることを躊躇し、重篤になるまで我慢する傾向があります。また、息苦しい様子を他人に見られるのを嫌がる患者もいます。息苦しさと移動の困難が、患者の活動を妨げます。

胸膜中皮腫が呼吸困難を起こす原因

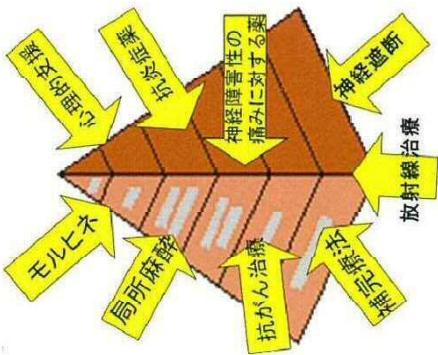
胸膜中皮腫の呼吸困難は複雑です。いくつもの原因が重なりあって起こり、身体的な問題以外によっても起こります。一般的には、胸水、肺活量の低下、肺の適着、心のう液体貯留、貧血、心不全、その他の病気の合併、不安などで起こります。ターミナル患者のうち呼吸困難が起こるのは 12~74%ですが、胸膜中皮腫では 96%に上りますので、必ず起こるものとしてあらかじめケアプランをたてましょう。

呼吸困難の感じ方と検査データ

患者が感じる呼吸困難の程度は、血液酸素濃度や呼吸数と関係ありませんし、生理性な検査データとも関係ありません。患者が苦しいといえば、呼吸困難なのです。

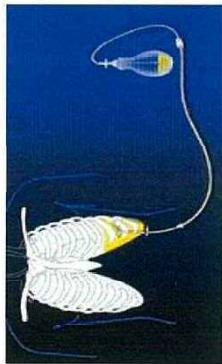
呼吸困難の緩和

呼吸困難は、身体的な原因に、さまざまな心理社会的原因が増悪因子となつて起ころう。多面的な対策を行うことが重要です。胸水に対する胸膜瘻着術や胸水穿刺、扇風機の導入などを行います。呼吸困難は不安や緊張と深く関わるので、患者の不安や希望をよくきいて、家族の支援を得られるようになります。抗不覚剤や補完療法なども有効です。これらの対策がよい患者に対するリハビリテーションも有効です。これらの対策を重視になる前に行なうことが重要です。参考：酸素療法は、英国では費用がかかることと、一度開始するとやめることができないことがあります。



留置胸ドレーン

胸水瘻着術が効かない患者に対しては、カテーテルを留置して胸水を除去するこが有効です。その結果、肺が膨らんできたり、胸膜が癒着することもあります。カテーテルは一度挿入すれば、患者と家族が自宅で管理することができ、ディスクボーラーの陰圧ボトルを接続することができます。胸水を抜くことが可能です。胸水を抜いたら、右の写真のようにカテーテルを防水シートで覆い、入浴できます。



携帯扇風機

扇風機の風を顔に当てることで呼吸困難を軽減することができます^{3) 4)}。顔に風が当たる刺激が三叉神経に働いて、呼吸困難の認知を和らげます。携帯式の扇風機の方が、患者は自由に使用できるので、固定式のものより好まれます。



呼吸困難に対するオピオイドの効果

オピオイドの受容体は、肺胞、気管支、気管に集中しています。特にモルヒネは、呼吸困難に有効で、気管支の分泌物を抑制し、呼吸数と換気量を落として毎分換気量を減らします。気管支拡張剤を併用すると呼吸困難に対する認知を和らげます。患者が自分で管理できる経口モルヒネ水素を4時間ごとに投与することから始めましょう。ガイドライン通りの使用であれば、オピオイドによる呼吸抑制はまず起こらないと考えられています²⁾。

- 2) Jennings AL, Davis AN, Gibbs JSR, Broadley KE: A systematic review of the opioids in the management of dyspnea. Thorax 2002;57: 939~44
- 3) Schwartzstein RM, Lahive K, Rose A, Weinberger SE, Weiss JW. Cold facial stimulation reduces breathlessness induced in normal subjects. American Review of Respiratory Disease, 1987;136(1): 58~61
- 4) Galbraith S, Fagan P, Perkins P, Lynch A, Booth S. Does the use of a handheld fan improve intractable breathlessness? Journal of Pain & Symptom Management 2009

ターミナルの呼吸困難に対して

モルヒネ注射液を投与し、それでも呼吸困難が改善しない場合は、患者と家族と話し合いでセデーショントを検討します。

胸膜中皮腫の痛みとマネジメント

胸膜中皮腫患者が語る痛み¹⁾

「ひくした、激痛なんだ。最初は1日で無くなつたが、2週間してまた始まつた。私が長椅子の上でねばねたするので、妻が『医者に行きなさい』といつんだ。私は『よくなるよ』といつたんだ。夫が、よくなるよ。」といつたが、妻は『医者に行きなさい』といつたんだ。

(患者)

「痛みはずっとある。ある程度は薬でコントロールできる。日ごとに痛みが進つて、背中がひきつれるかと思うと、前が突張る、胸水穿刺をしたあたりが引きつれる」と冗談なんだけだ。」

(患者)

1) Clayton H : The Experience of Mesothelioma in Northern England, 2007

胸膜中皮腫が起こす痛み

胸膜中皮腫は、炎症による痛み、組織が破壊されることによる痛み、神経障害性の痛み、骨の痛みなどが同時に起こって複雑な痛みを形成します。大きく分けると、侵害受容性の痛みと神経障害性の痛みに分類できます。

侵害受容性の痛み：アスペストによって胸膜、心膜・心筋、腹膜、腹壁・腸管器が炎症を起こすと、発瘤物質が出来て痛みが起ります。また、骨(肋骨や椎体)は、中皮腫による骨膜への刺激、浸潤に伴う炎症、中皮腫が破壊した骨への加重や運動などによつて痛むことがあります。

神経障害性の痛み：中皮腫が浸潤して神経細胞を破壊したり、神経を圧迫することで、周围神経、脊髄、脊椎神経根、腰神経叢などに痛みを起します。中皮腫が腹下神経を侵すと患者が上腕全体の痛みを感じるようになります。損傷を受けた神経の支配領域には痛みや感覺異常が発生します。刺激を受けないのに焼けるような痛みやピリピリする痛みを感じる、ごく弱い刺激にも痛みを感じる、痛みに飴感になるなどの症状が起ります。患者は痛みのある部分を手で抑えるのが特徴です。

手術による痛み

中皮腫によって生じる痛みのほかに、検査や外科的治療によって起くる痛みもあります。外科操作は、胸郭、胸壁、胸膜、胸腔内臓器を損なうことがあります。特に胸膜肺全的術(EPP)は、大きく切開し、患側の胸膜を胸壁から剥離して、肺、心のう膜、横隔膜を含めて切除するため、胸部から腹部全体に痛みを生じます。EPP後の痛みを「重い鉄板が胸に入つたようだ」と表現する患者もいます。術直後から激しい痛みが出現しますので、あらかじめ疼痛対策を講じて、十分な疼痛緩和を行います。

胸水穿刺や胸腔鏡検査の穿刺部位の皮膚に中皮腫が痛みを伴う腫瘍を形成することがあるが、これに対しては放熱線療法が有効です。

以上のような様々な原因によって胸膜中皮腫患者が経験する痛みには、肺がんに比べて、ペインスコアが高いと報告されています⁵⁾。このような身体的な痛みに、心理的な痛みが加わり、全人的な痛みへと発展します。
5) Nowak A, Stockler MR, Byrne MJ: Assessing quality of life during chemotherapy for pleural mesothelioma: feasibility, validity, and results of using the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire and Lung Cancer Module. Journal of Clinical Oncology 2004;22:3172-80.

胸膜中皮腫の痛みをコントロールするために

痛みを過少評価しない：胸膜中皮腫は他のがんに比べて多くの症状が起こり、重症になりやすい疾患です。痛みを軽視しないよう注意してください。

先を見越したケアプラン：胸膜中皮腫の症状は、出現すると一気に重症化します。胸膜中皮腫に対する早期からの緩和ケアを奨励している英國でさえ、実際に専門的な緩和治療を受けているのは半数です。症状は起るものと考えて、あらかじめケアを準備することが重要です。

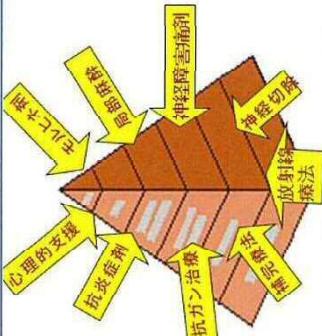
専門家による適切な治療：胸膜中皮腫の痛みは、複数の原因が複雑に関連しあつて起るので、通常、大量のオピオイドと鎮痛補助薬を併用します。緩和ケアの専門家を含む多職種チームによる治療を実施してください。

心理的苦痛の緩和：多くの胸膜中皮腫患者は診断前から「胸膜中皮腫だつたらどうしよう」と心配した挙句に、診断でそれが現実となります。病気や今後の症状に対する不安や恐れを抱いて情報を探しても、胸膜中皮腫に関する情報は少なく、医療従事者の知識も限られたことを覚えます。闘病しながら社会保障制度の申請などの面倒な手続きを行うのも負担です。アスペストによって病氣になつたことを無念に思い、作業着等から家族にも吸わせてしまったことをしませんなど感じます。以前のように人生を楽しめなくなったり(ダモクレス症候群)、病氣になつたことを何がせいにすることもあります。このような心理的な苦しみは、身体的な症状を増悪させるばかりでなく、放置するとトータルペインとなつて、複雑な問題に発展します⁷⁾。

7) Saunders C: The Management of Terminal Illness. London: Edward Arnold, 1967

胸膜中皮腫の絶対痛

中皮腫の痛みより、組織破壊、炎症、神経障害などが複雑に関連して発生するので、あるいは身体的原因に対して緩和を試みます。不安や悩みは痛みを増悪させるので、患者と家族への心理的支援も重要です。具体的な胸膜中皮腫における除痛モデルを図で示します。



胸膜中皮腫患者の除痛モデル



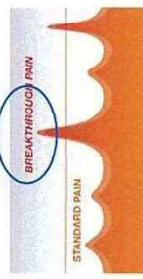
最初はステップ1から始めます。痛みが最大限緩和するように、ステップ内の薬剤を重ねて段階的に調整を行います。
*ステップ5の神経切除術は英国では実施されますが、日本では一般的ではありません。

モルヒネの使い方

1. 低用量から始める。：経口モルヒネ水素を4時間毎。
2. 痛みがなくなるまで3日毎に增量する。
3. 持続的なモルヒネカプセルへの移行準備。
4. 副作用が起きた場合は、
 - ① 量が多いすぎないか？
 - ② 他のオピオイドを検討する。
 - ③ 神経障害性の痛みでないか患者と話し合う。

その他オピオイド：
**オキシコドン、フェンタニル
メサドン、ケタミン……** 専門家の指示が必要

突出痛



ブレイクスルーペイン(突出痛)への処方

いつもは鎮痛薬で抑えられているのに、突然起きる痛みのことです。持続的にモルヒネを服用する患者の突出痛には、1日のモルヒネ総投与量の6分の1を準備します。

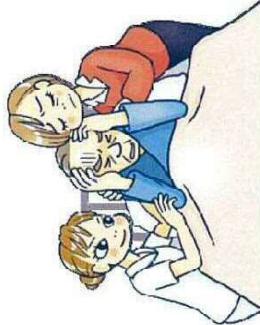
例) モルヒネ徐放性製薬60mgを1日2回服用する患者には、20mgのモルヒネを突出痛に使用します。

神経障害性の痛みへの処方

胸膜中皮腫によって、神経細胞が圧迫されたり、損なわれることによって、神経の支配領域に痛みや感覺異常が起こります。切り傷や打撲の痛みと異なり、焼けるよう、冷たい、ひりひりする、電気ショック、しびれ、かゆみ、びりびりするなどと感じます。刺激過敏（アロデニア）や異常感覚も起こします。起こり方は、発作的あるいは持続的で、患者は神経障害性の痛みのある部分を手で押さえます。このような神経障害性の痛みに対しては、抗うつ剤（アミトリプチリン）、抗けいれん剤（ガバペピンチオン）、NMDA受容体拮抗薬（メサドン、ケタミン）、局所麻酔剤（リドカイン）等を用います。

胸膜中皮腫患者とのよいコミュニケーションのとりかた

胸膜中皮腫患者と家族に接する時は、患者と家族が直面している苦しみを理解することが重要です。苦しみは、痛みや呼吸困難などの身体的状況によるものばかりではなく、心理的問題によっても起ります。また、死を宣告されながら、検査や治療を行ななくてはならないことは患者にとって大きな負担です。胸膜中皮腫の進行は速く、多くの患者が1年で亡くなります。胸膜中皮腫患者と共にあって、その苦しみを理解し、彼らが体験する恐怖などを態度で示す。また、患者と家族を尊重することを保証します。胸膜中皮腫患者のために支援を借りることを保証します。患者とともに同側の横隔膜麻痺、運動障害、構音障害を起こすことがあります。



胸膜中皮不の他の症状のマネジメント

経皮部コードトミー

英国では、片側の胸部痛に対して、脊髄鏡床路を切除する手術を行うことがあります。鎖骨より下の痛みが対象です。痛む部位や、術操作による反応を患者に確かめながら行うので、患者は1時間ほど動かさずに臥床できる必要があります。患者の47%に長期間の効果⁶⁾があるという研究報告があります。合併症として、まれに同側の横隔膜麻痺、運動障害、構音障害を起こすことがあります。

6) Jackson MB, Pancer PC, Mathews AW, Neville E. Percutaneous cervical cordotomy for the control of pain in patients with pleural mesothelioma. Thorax 1999; 54:238-41.

なぜ患者への告知が必要なのか？

患者は、自分の状態をすべて正しく教えてもらう権利があります。患者に重大な危険が及ばない限り、意思決定に必要な情報を隠してはいけません。患者は動搖するでしょうが、告知されてはじめて、家族と腹を割つて話し合い、愛する人に別れを告げ、死の準備をすることができます。患者は死を告げられることで絶望しますが、多くの患者は、嘘をつかれたり、悪化する理由をあわこれに配するよりも、現実を告げられることがあります。告知は、患者のためにどうしても必要なことなのです。死を告知されて動搖しない人はいません。しかし、絶望から這い上がる力を人は持っていますし、実際にほとんどの人は治療や延命について自分なりの決定を行うことがあります。自分自身で治療や人生の過ごし方を決めるることは、不要な緊張を和らげ、患者自身のコントロール感を蘇らせ、人間関係を向上させ、よいエンドオブライフアを可能にします。英国では、家族への告知も、患者の同意を得て初めて行います。精神的機能を有する患者の代わりに家族が意思決定することはできません。なぜなら、患者ためを思って家族が望むことは、実際にには患者の意向と異なることが多いからです。患者がどうしてほしいかは、結局のところ、患者本人にしかわからないのです。



④ キサメタゾン、ガノペンチン、フルオキセチン
*術後の激しい咳には、気管支塞を疑う。

④ シメチジン

④ 短期間のステロイド
*リハビリテーション、生活のペース調整を行う。

④ メトクロラミド、ハロペリドール
④ ステロイド (レボメプロマジンマレイイン酸塩を併用することもある)

④ うつがあればミルタザビン
*誠実で共感的な支援、患者支援グループの紹介、補完療法なども行う。

不安

コミュニケーションスキルの重要性

告知は重要ですが、ただ事実を突きつけるだけでは、患者は絶望するばかりです。特に辛い事実を知らせる時やターミナルケアについて話し合う時には、患者と家族に対して困難な事実を伝えるための、感受性豊かで、誠実なコミュニケーションスキルが必要です。

悪い知らせを上手に伝える

胸膜中皮腫は治療をしても完治することがほとんどない病気ですが、適切な緩和ケアによつて、心と体におこる様々な痛みを軽減することは可能です。それなのに、多くの医師が患者に「(胸膜中皮腫を治すために)できることはあります」と告げるため、患者と家族は、「医療従事者からしてもらえることはない。見捨てられた。」と感じます。「あなたの病気は治りません。しかし、進行を遅らせたり、症状を抑えさるさまざまな治療方法があります。あなたがどの治療方法を選ぼうとも、私たちはそれを尊重し、支援をやめることはありません。」と言つたがどのが治療方法を選ぼうとも、患者と家族はずつと心強いのです。優れたコミュニケーションスキルは、難しい任務の遂行を助け、医療従事者のストレスを軽減し、患者と家族に支援されていることを実感させるのです。

患者の反応は様々であることを理解する

患者(時として家族も)は、痛みや苦しみなどの症状が出現して、状況が明らかに悪化しても、それを「認めたくない」、「よくなるかもしれない」と信じたい」という気持ちを持ちます。また、「家族にこれ以上心配をかけたくない」、「これ以上の困難には耐えられない」という思いから、具合の悪いことを家族や医療従事者に言えず、我慢して元気なふりをするかもしません。このように「適応しているふり」をすることで、患者はコントロール感覚や自尊心を回復し、なんとか質問や感情をぶちまけないで済んでいます。しかし、問題が解決されたわけではありません。患者は誰にも助けを求めることができず、事情がわからぬ家族や医療スタッフの意見に妥協せざるを得なくなります。患者の真のニーズを引き出すことが必要です。患者や家族が「うまくやっています」と適応しているふりをしていると感じた時は、「何についてうまくできているのですか?」とたずねることで症状や問題を突き止めることができます。

胸膜中皮腫は進行が速いので、苦しみがたて続けにやってきて、患者が余裕をもつて考えたり、決めたりする時間を奪います。せっかく問題を解決して前へ進もうと努力してきたのに、非情にも次の問題がやってきて、初めの問題を解決できなくなる事態が起ころかかもしれません。このような経験は患者にとってショックなことですし、問題へと立ち向かう力を損ないます。胸膜中皮腫はそんなことが次から次へと起こる病気なのです。患者が問題について話せるようなら、どの問題の優先度が高いかを尋ねて、解決の糸口を探るのもよいでしょう。解決できる問題ばかりとは限りませんが、医療従事者が一緒に問題を解決しようとすることで、患者の負担感が軽減するかもしません。

もっと深刻になると、心や体に抱えた問題が大きすぎるために、心も体も身動きが取れなくなってしまいます。問題に素直に向き合えなかつたり、頑固に一つのことに固執して貴重な時間を浪費したり、大切な決断の時に不本意な選択をしてしまうことがあります。そんな時に医療従事者は、「もっと、こうすればいいのに」があるかもしれません。そんな時に、患者とともにどかしく思うものです。しかし、患者は、苦しみに絡め取られた挙句、そうすることしかできない位、ぎりぎりな状況にあるのです。そして、それを一番不本意に思っているのは患者自身に違ひありません。このような状況では、患者の態度や判断を責めるような言動は避けべきです。どんな場合でも支援をし続けるという態度が患者を支えます。

