

<特集「医療安全文化の醸成」>

## 緩和ケアとインフォームド・コンセント

上野 博司<sup>\*1,2</sup>, 藤本早和子<sup>2</sup>, 細川 豊史<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>京都府立医科大学大学院医学研究科疼痛・緩和医療学

<sup>2</sup>京都府立医科大学附属病院疼痛緩和医療部

### Informed Consent in Palliative Care

Hiroshi Ueno<sup>1,2</sup>, Sawako Fujimoto<sup>2</sup> and Toyoshi Hosokawa<sup>1,2</sup>

*<sup>1</sup>Department of Pain Management & Palliative Care Medicine,*

*Kyoto Prefectural University of Medicine Graduate School of Medical Science*

*<sup>2</sup>Pain Management & Palliative Care Unit, University Hospital,*

*Kyoto Prefectural University of Medicine*

### 抄 録

インフォームド・コンセントとは、「患者が必要かつ十分な説明を受け、理解したうえでの自主的な選択・同意・拒否」と定義される。現在では医療行為を行う際にインフォームド・コンセントを取得することは必須となっている。緩和ケアにおいて、インフォームド・コンセントは、医療者が患者とその家族に対して、疾患の悪化に伴うさまざまな悪い知らせを伝え、その後の方針について、納得のいく意思決定ができるように支援することである。医師は、悪い知らせを患者・家族に的確に伝える役割を担い、そのために有効なコミュニケーション技術を習得しなければならない。また、看護師は、患者の価値観や死生観を共有し、患者の知る権利を護るための支援者としての役割（アドボカシー）を担い、医師からの説明が円滑に行われるように配慮する必要がある。そして、患者・家族とともに医療者全体で、悪い知らせを聞いた後の心理的苦痛の緩和と意志決定支援を行うことが重要である。

キーワード：インフォームド・コンセント，緩和ケア，コミュニケーション技術，アドボカシー。

### Abstract

Informed consent is defined as “A patient makes an autonomous choice, consent, or refusal with an understanding of medical procedures by receiving necessary and sufficient explanation”. Currently, it is required to obtain informed consent for medical practice. In palliative care, informed consent means that a medical professional delivers various unpleasant notices with aggravated sickness to a patient and his/her family, and supports them to make a satisfactory decision for a subsequent treatment policy. Physician plays a role as accurately communicating with a patient and his/her family for unpleasant notices and also should learn an effective communication skill for it. In addition, nurse needs to give

---

平成28年7月5日受付

\*連絡先 上野博司 〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町465番地  
hueno@koto.kpu-m.ac.jp

consideration to smooth explanation by physician while sharing value and view of life and death with patient and playing a role as a supporter for patient advocacy to protect his/her right to know. Then it is important to provide a support for relieving psychological distress and decision-making by the entire medical professional together with patient/family after receiving unpleasant notices.

**Key Words:** Informed consent, Palliative care, Communication skill, Patient advocacy.

## はじめに

インフォームド・コンセントとは、「患者が必要かつ十分な説明を受け、理解したうえでの自主的な選択・同意・拒否」であり、これは、基本的人権の1つである自己決定権に基づくものである。また、医療法（平成12年改正）第1条の4第2項の中には「医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得よう努めなければならない」という記載があり、我が国のインフォームド・コンセントの法的根拠となっている。京都府立医科大学附属病院では平成18年に「インフォームド・コンセントに関するガイドライン」が作成され、緩和ケアの各部門もそれを基盤に日々の診療を行っている。

日本緩和医療学会は「緩和ケアとは、重い病を抱える患者やその家族一人一人の身体や心などの様々なつらさをやわらげ、より豊かな人生を送ることができるように支えていくケア」と提言している。また、厚生労働省は、第2期「がん対策推進基本計画」（2012年6月）の中で、「緩和ケアはがんと診断されたときから開始されるべき」としている。

緩和ケアにおいてインフォームド・コンセントを考える上で、特に留意すべき点は、①インフォームド・コンセントの対象を、緩和ケアの対象と同様に、患者とその家族と捉えること、②「がんの告知」に始まる様々な悪い知らせをどのように伝えるかということ、③伝えた後の患者・家族の心理的苦痛をどう支援していくかである。

端的に言うと、緩和ケアにおけるインフォームド・コンセントでは、医師は患者・家族に説明・伝達する役割を担う。そして、看護師は医

師からの説明が円滑に行われるように配慮し、患者・家族の意思決定において、患者の権利の代弁者（アドボカシー）としての役割を担う。

本稿では緩和ケアにおけるインフォームド・コンセントでの医師の役割、看護師の役割について、京都府立医科大学附属病院緩和ケア病棟での実際の取り組みを交えて解説する。

## 緩和ケアにおけるインフォームド・コンセント：医師の役割

### 1. 悪い知らせを伝える

がんと診断されたときから緩和ケアが提供されると考えると、悪い知らせとは、「がんの告知」から始まり、「再発の告知」、「治療の継続困難」、「緩和ケア病棟への転棟」、「病状の悪化」、「予後の告知」など多岐にわたる。緩和ケアの現場では、医師はこれらの悪い知らせを患者・家族に伝えていかなければならない。これは医師にとって非常にストレスのかかる作業であるが、緩和ケア、終末期医療をうまく進めていくための必須課題である。

一昔前までは「がんの告知」を患者自身にするべきかどうか議論されていた。しかし、最近では、がんの治療成績の向上と、インフォームド・コンセントの考え方が広く普及したことにより、患者自身に「がんの告知」をすることは前提となり、それよりも伝えた後の患者の心理的苦痛をどう支援していくか、その後の治療方針の決定を医療者と患者が情報を共有して行っていくこと（Shared Decision Making）に焦点が当てられるようになってきている。

### 2. 悪い知らせを伝えるコミュニケーション技術

悪い知らせを円滑に伝えるためには、医師・患者間の良好なコミュニケーションを構築する

必要がある。現在、悪い知らせを伝えるのに特化した効果的なコミュニケーション技術がいくつか提唱されており、医師はこうした技術を習得することが重要である。

患者に悪い知らせを伝えるためには、①患者から情報を得て、②患者の要望に応じてわかりやすく情報を伝達し、③悪い知らせを聞いた患者を支援し、④患者の協力を得て治療計画の指針を立てることが重要な課題である。これらを達成するためにトロント大学の腫瘍内科医である Buckman らによって提唱されたコミュニケーション技術が「SPIKES」であり、Setting (場の設定)、Perception (病状認識)、Invitation (患者からの招待)、Knowledge (情報の共有)、Emotions (感情への対応)、Strategy and Summary (戦略と要約) の頭文字をとったものである<sup>2)</sup>。「SPIKES」の具体的内容を表1に示す。

日本では、欧米とは異なる独自の文化、コミュニケーションがある。そこで、日本人のがん患者、がん治療医を対象とした面接調査、アンケートをもとにして、悪い知らせを伝える技

術が考案された。調査結果から、我が国では悪い知らせを受けるときにがん患者は医師に対して、① Supportive environment (支持的な環境設定)、② How to deliver the bad news (悪い知らせの伝え方)、③ Additional information (付加的情報)、④ Reassurance and Emotional support (再保証と情緒的サポート) の4つを望んでいることがわかり、これらの頭文字をとって SHARE と名付けられた<sup>3)</sup>。SHARE の詳細を表2に示す。SHARE は日本緩和医療学会と日本サイコオンコロジー学会が普及を推進しており、我が国で最も多く用いられているコミュニケーション技術である。現在、「がん診療に携わる医師のための緩和ケア研修会」では、コミュニケーション技術として、この SHARE を用いて教育が行われている。

### 3. 終末期における問題点

緩和ケアの現場では、全身状態の悪化やせん妄などの意識障害のために、患者自身が意思表示や判断・同意する能力に乏しいと考えられる状況に数多く遭遇する。こうした場合は、患者

表1 SPIKES

Spikes: Setting (場の設定)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 環境を整える</li> <li>• タイミングをはかる</li> <li>• 患者の話を聞く技術を働かせる</li> </ul>
sPikes: Perception (病状認識)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 患者の病状認識を知る</li> </ul>
spikes: Invitation (患者からの招待)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 患者がどの程度知りたいかを確認し、患者からの招待を受ける</li> </ul>
spiKees: Knowledge (情報の共有)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 伝える内容(診断・治療計画・予後・援助)を決定する</li> <li>• 患者の病状認識、理解度に応じて始める</li> <li>• 情報を共有する               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 情報を少しずつ伝える</li> <li>2. 医学用語を日常語に翻訳しながら説明する</li> <li>3. 図を描いたり、小冊子を利用する</li> <li>4. 患者の理解度を何度も確認する</li> <li>5. 患者の言葉に耳を傾ける</li> </ol> </li> </ul>
spikEs: Emotions (感情への対応)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 患者の感情に気づき、思いやりを示す</li> </ul>
spikeS: Strategy and Summary (戦略と要約)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 今後の計画を立てる</li> <li>• 面談のまとめを行い、質問がないか尋ねる</li> <li>• 今後の約束をし、面談を完了する</li> </ul>

表2 SHARE

---

Supportive environment (支持的な環境設定)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 十分な時間を設定する</li> <li>• プライバシーが保たれた、落ち着いた環境を設定する</li> <li>• 面談が中断しないように配慮する</li> <li>• 家族の同席を求める</li> </ul>
How to deliver the bad news (悪い知らせを伝える)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 正直に、わかりやすく、丁寧に伝える</li> <li>• 患者の納得が得られるように説明をする</li> <li>• はっきりと伝えるが「がん」という言葉を繰り返し用いない</li> <li>• 言葉は注意深く選択し、適切に婉曲的な表現を用いる</li> <li>• 質問を促し、その質問に答える</li> </ul>
Additional information (付加的な情報を提供する)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 今後の治療方針を話し合う</li> <li>• 患者個人の日常生活への病気の影響について話し合う</li> <li>• 患者が相談や気がかりを話すように促す</li> <li>• 患者の希望があれば、代替療法やセカンド・オピニオン、余命などの話題を取り上げる</li> </ul>
Reassurance and Emotional support (安心感と情緒的サポートを提供する)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 優しさと思いやりを示す</li> <li>• 患者に感情表出を促し、患者が感情を表出したら受け止める</li> <li>• 家族に対しても患者同様に配慮する</li> <li>• 患者の希望を維持する</li> <li>• 「一緒に取り組みましょうね」と言葉をかける</li> </ul>

---

文献3)より引用

自身からインフォームド・コンセントを得ることは困難であり、家族などのキーパーソンに代理意思決定を求めるのが妥当であると考えられる。

また終末期では、患者・家族にとって残された時間が非常に少なくなるため、インフォームド・コンセントという概念に加えて「合意形成」による意思決定という概念が重要になってくる。合意形成による意思決定が有効になる場面は、患者の意向が不明確であるときや患者・家族・医療従事者の意見が一致していないときなどである<sup>1)</sup>。インフォームド・コンセントは、医師の説明に患者が理解し納得した上で同意することに対して、合意形成では、医療者と患者・家族の間で医学的判断だけでなく、患者の人生の事情や価値観・死生観などの情報共有が行われる中で、医学的判断を患者・家族の人生の物語に組み込み、患者の人生にとっての最善とは何かという観点から判断される。同意というよりも、互いに合意という形でなされるものである。

#### 4. 緩和ケア病棟におけるインフォームド・コンセントの実践

##### ①緩和ケア病棟についての説明

現在の病状やこれまでの経過から判断して、今後、緩和ケア病棟での療養が必要と考えられる場合、希望に応じて患者・家族に対して緩和ケア病棟での療養内容の説明と施設見学を行っている。医療者側は緩和ケア病棟の医師とがん看護専門看護師あるいはがん性疼痛看護認定看護師、患者側は患者本人と家族の同席を必須条件としている。説明内容は、緩和ケア病棟では原疾患の治療ではなく苦痛症状の緩和に限定して診療を行うこと、DNAR (do not attempt resuscitation) の確認などである。このとき患者・家族の理解度や反応を注意深く観察しておく。また、患者と家族にそれぞれあらかじめ問診票を記載していただき、死生観、価値観、説明をどこまで受けたいかの希望などを調査している。緩和ケア病棟に入院となった場合、特に終末期の場面では、問診票で提示された意向に沿う形で、医療・ケアを提供するように努力し

ている。

### ②緩和ケア病棟での悪い知らせの伝え方

緩和ケア病棟で伝えなければならない悪い知らせとは、「病状の悪化」と「予測される予後の告知」である。上記の間診票で得た情報を参考にして、あらかじめ患者自身にどれだけ情報を伝えるかを医療者間で検討してから、患者・家族へのインフォームド・コンセントに臨む。実際に説明する場合は、医師単独で行うことはせず、必ず看護師の同席の元に行っている。説明には上述の「SHARE」を用いて行い、説明後の情緒的サポートを看護師と共同で行うように努めている。現状として、緩和ケア病棟では患者の状態悪化により、明確な意思決定が不可能と思われるケースが多く、家族からのみインフォームド・コンセントを得る場合が多い。

なお、「予後の告知」については、不確実な情報であるため、原則的に家族のみに行い、患者自身に対しては行っていない。しかし、患者が知りたいという強い意志を提示している場合は、不確実であることを含めて予測される予後を告知している。

### ③持続鎮静

緩和ケア病棟では、原疾患の進行などにより全身状態が悪化し、意識下での苦痛緩和が困難となった場合、持続鎮静も考慮される。この場合、当院では日本緩和医療学会の「苦痛緩和の鎮静に関するガイドライン」に準拠して、持続鎮静の適応について判断している。具体的には、深い持続的鎮静を行う場合に、治療抵抗性の耐えがたい苦痛の存在、本人及び家族の希望、数日以下の予後という条件を満たす必要がある。このうち、本人の意向に関しては、アドバンス・ケア・プランニング（患者が将来判断能力を失ったときにも患者の意向に沿った治療やケアが行われるように事前に話し合っておくこと）を行うことが重要であり、我々は患者と関わる早期の段階から実施するように心がけている。

## 緩和ケアにおけるインフォームド・コンセント：看護師の役割

### 1. インフォームド・コンセントにおける看護師の役割

前述のように、インフォームド・コンセントにおいて看護師は、患者の価値や人生観を共有し、患者の知る権利を護るために積極的に働きかけ、その上で十分な意思決定ができるようにサポートする役割を担っている。つまり、アドボカシーとしての役割が重要である。

### 2. 緩和ケア病棟におけるインフォームド・コンセント：看護師の役割の実践

本院の緩和ケア病棟では、基本方針である「患者・家族が、それぞれ独自の価値観、考え方、信念を持っていることを理解し尊重する」ことを念頭におき、ケアを提供している。インフォームド・コンセントにおける看護師の役割について、インフォームド・コンセント前・中・後に分けて、以下に具体的に述べる。

#### 1) インフォームド・コンセント前の看護師の役割

##### ① 医療者カンファレンスの開催

開催日時や参加メンバーの調整は看護師が行う。参加メンバーは、患者・家族に関わる医師・看護師をはじめ、必要時には薬剤師や栄養士、歯科衛生士などのメディカルスタッフも参加する。終末期では倫理的な問題が生じやすいため、説明の前には必ず医療チームでどのような内容をどのように情報提供するのか、患者・家族の意思決定の妨げになる事柄は何か、意思決定後の患者・家族が陥る状況について想定し、その後の具体的なサポート等も含めて話し合う。さらに、倫理的側面の問題が複雑である場合は、専門看護師やHEC（臨床倫理専門委員会）などの専門家にコンサルテーションを行う。

##### ② 患者・家族の心理的準備の支援

###### (i) 患者・家族の体調を整える。

患者が身体的・精神的に安定した状態で話し合いの場に臨めるよう全人的苦痛に対する症状マネジメントを行う。また、家族の身体的・精神的な側面も観察し必要時に介入する。

## (ii) 環境調整を行う

話す場所や時間について、患者・家族が落ち着いて安心できる環境を調整する。具体的には、話を一緒に聞いてもらいたい者が他にいるか確認することや、患者・家族にとって辛い話し合いとなる場合は、その後の患者・家族の心理的動揺に対する支援体制等を考慮し、可能な限り日中に行うように調整している。話し合いの際の患者・家族が座る場所も考慮する（看護師は医師と並んで座らず、患者・家族のそばに同席するようにしている）。

## (iii) 看護師が同席することを患者・家族に説明し承諾を得る。

大切な情報を聞き共有したいこと、話の中で不明瞭なところを補足説明したいこと、患者・家族が伝えたい内容を発言できるように支援し、その後も共に悩んでいきたいことなどを説明する。患者の権利を護れるように配慮する役割としてそばにいたいことを伝え、同席することについて了解を得る。

## (iv) 事前の準備を共に行う。

質問がある場合は、話し合いの場で質問することが可能であることについて伝え、共に質問事項を事前に準備するなどの支援を行う。

## (v) 患者・家族との信頼関係の構築

意思決定支援のサポートを行うには、患者・家族と医療者の信頼関係の構築が何よりも重要である。緩和ケア病棟では、残された時間が少ない患者が多いため、短時間で信頼関係を構築できるスキルが看護師に求められる。基本的なコミュニケーションスキル（表1）を意識しながら、患者・家族が大切にしている人生観や価値観を理解する努力をするなかで「その人らしさ」を支えられるような日常生活動作のケアを立案し、丁寧かつ謙虚に関わる。これらのケアの積み重ねが、信頼関係の構築につながる。

## 2) インフォームド・コンセント中の看護師の役割

## ① アドボカシーとしての役割を意識し寄り添う。

(i) 医師の説明が患者や家族に正しく伝わり認識できているか確認する。

患者・家族の表情や言動を観察し、感情の揺れや認識の程度の把握に努める。感情の発露が見られた場合は、タッチングなどを行いながら寄り添い、引き続き話し合いが継続できるのか患者・家族に確認するなどのケアを行う。

(ii) 患者や家族が医師に質問しやすいように支援する。

話の途中で時々「わからないところはありますか？質問は遠慮せずに行ってください。」などの声をかけ、質問しやすい雰囲気をつくる。

(iii) 適切な情報が十分に患者や家族に提示され、不足はないか確認する。

医師は必要な情報をわかりやすく、かつ漏れることのないように伝えようと懸命になり過ぎ余裕がなくなる場合も多い。医師の心理的な側面にも配慮しながら、伝えるべき情報に不足はないか支援する。

## 3) インフォームド・コンセント後の看護師の役割

## ① 患者・家族の意思決定のプロセスを支援する

(i) 辛い話を最後まで聞いたことについてねぎらい、その努力を支持する。

(ii) 感情の揺れが強い場合は、落ち着くまでそばにいる。必要時、専門家にコンサルトし、抗不安薬等も考慮する。

(iii) 医師の説明が患者や家族に正しく伝わっているか確認する。認知不足があれば、わかりやすい言葉や表現で説明する。「理解はしているが、感情がついていかず、わかりたくない」などの心理的な対処規制がはたらいっている場合もあるので注意する。

(iv) 意思決定について葛藤がある場合は、その原因や影響について確認する。患者と家族が持っている価値観とその背景を共に再確認し、最も重要な価値は何か、メリット・デメリットも含めて問題点を言語化し整理する支援を行う。

(v) 説明を受けた患者と家族が十分に話し合えるように支援する。患者と家族の意思の相違がある場合は、相違をなくすための支援を行う。

(vi) 家族の中でも意見の相違がないか確認する。

(vii) 患者・家族が勇気をもって決定した決断

表3 基本的なコミュニケーション技術

1.	<p>聞くための準備をする</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 礼儀正しい態度で接する</li> <li>・ 身だしなみを整える</li> <li>・ 挨拶をする</li> <li>・ 自己紹介をする</li> <li>・ まずは自分が落ち着く</li> <li>・ 静かで快適なプライバシーが保たれた場所を設定する</li> <li>・ 座る位置に配慮する(患者が話しやすい距離)</li> <li>・ 目や顔を見る</li> <li>・ 視線は同じ高さに保つ</li> <li>・ 時間を守る</li> <li>・ 患者の希望に合わせる</li> <li>・ 情報共有の希望は確認する</li> <li>・ 家族の同席の希望について確認する</li> <li>・ 患者の知りたくないという気持ちを尊重する</li> </ul>
2.	<p>現状の理解を確認、問題点の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者が現状についてどのように理解しているのかを確認する</li> <li>・ 認識の確認</li> <li>・ 誤解の有無を知る</li> <li>・ 病気だけでなく患者自身への関心を示す</li> <li>・ 話し方や様子に注目する</li> </ul>
3.	<p>効果的に傾聴する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 感情の表出を促し、その内容について批判や解釈を与えることなく傾聴する</li> </ul>
4.	<p>応答するスキル</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者が言いたいことを探索し理解する</li> <li>・ 相槌を打つ</li> <li>・ 患者のいう事を自分の言葉で言い換えるなどして理解したことを伝える</li> </ul>
5.	<p>共感するスキル</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者の気持ちを探索し理解する</li> <li>・ 沈黙を積極的に使う</li> <li>・ 患者の言葉を繰り返す</li> </ul>

文献4)より引用

は、最善の決断であることを認め、支持する。事前に医療チームでカンファレンスした「情報提供後の支援」について実践し継続していく。

## ②よりよいチーム医療の構築

チーム医療の中で、チームメンバーは互いを尊重しあい、各自の責務を遂行する。情報提供後の患者・家族の支援について、看護師もチームの中で最大限努力し、責務を遂行していく事を各チーム員に伝える。チーム員それぞれの役割を認識しながら、看護師の責務を遂行する。

## 3. 本院のインフォームド・コンセントにおける看護実践力向上に対する取り組み

インフォームド・コンセントにおいて、看護師の役割を遂行するにあたり、コミュニケーション技術、倫理的思考力を持つことは重要である。本院では、コミュニケーションスキルについて、定期的開催しているがん看護講座の中で、基本的なコミュニケーション技術(表1)を講義している。また、コミュニケーション力を

身につけるために、ロールプレイの実践的な学習ができるモジュールが組み込まれたELNEC-J (End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan)の受講を勧めている。倫理的思考力の向上については、倫理的ジレンマに早期に気付くことのできる感性を持ち、倫理的問題を医療チームに勇気をもって提示できる力をつけることを目的に、キャリア開発プログラムの中で、本院附属大学教員や看護専門看護師らが中心となり、看護倫理教育を行っている。また、専門看護師が、臨床での倫理的問題についてコンサルテーションを行い、共に悩み、解決するプロセスを通しながら、倫理的思考力の向上を目指している。今後は、コミュニケーション技術や看護倫理教育について、系統的な教育プログラムを確立していくことが課題である。

細川豊史(共著者)はファイザー(株)より講演料を受領している。

## 文 献

- 1) 恒藤 暁, 内布敦子, 明智龍男, 安達美樹, 荒尾晴恵, 江藤美和子, 大内紗也子, 川崎優子, 河 正子, 栗原幸江, 桑田美代子, 小迫富美恵, 田村恵子, 西谷葉子, 濱口恵子, 二見典子, 丸光 恵, 吉岡とも子. 系統看護学講座別巻緩和ケア. 恒藤 暁, 内布敦子編集. 東京: 医学書院 2015; 55-56.
- 2) Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5: 302-311.
- 3) Fujimori M, Akechi T, Morita T, Inagaki M, Akizuki N, Sakano Y, Uchitomi Y. Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology* 2007; 16: 573-581.
- 4) 小松浩子, 金井久子, 川崎優子, 田村恵子, 遠藤久美, 菅野かおり, 渡邊眞理, 森 文子. 厚生労働省委託がん医療に携わる看護研修事業看護師に対する緩和ケア教育テキスト (改訂版). 社団法人日本看護協会 2015; 14-29.



## 著者プロフィール



## 上野 博司 Hiroshi Ueno

所属・職：京都府立医科大学大学院医学研究科疼痛・緩和医療学講座・講師

略歴：1997年3月 京都府立医科大学医学部 卒業  
 1997年4月 京都府立医科大学麻酔学教室  
 1997年10月 大阪府済生会吹田病院麻酔科  
 2000年4月 京都府立医科大学大学院医学研究科  
 2004年4月 京都府立与謝の海病院麻酔科勤務  
 2006年12月 医学博士（京都府立医科大学 甲第1030号）  
 2009年4月 京都府立医科大学麻酔科学教室助教  
 2013年7月 アメリカ合衆国マサチューセッツ総合病院へ留学  
 2015年4月～現職

専門分野：緩和医療学、ペインクリニック、麻酔科学

- 主な業績：1. Kooguchi K, Kobayashi A, Kitamura Y, Ueno H, Urata Y, Onodera H, Hashimoto S: Elevated expressions of iNOS and inflammatory cytokines in the alveolar macrophages after esophagectomy. *Crit Care Med*, 30(1), 71-76, 2002.
2. Kasai T, Nakajima Y, Matsukawa T, Ueno H, Sunaguchi M, Mizobe T: Effect of preoperative amino acid infusion on thermoregulatory response during spinal anaesthesia. *Br J Anaesth* 90: 58-61, 2003.
3. Ueno H, Matsuda T, Hashimoto S, Amaya F, Kitamura Y, Tanaka M, Kobayashi A, Maruyama I, Yamada S, Hasegawa N, Soejima J, Koh H, Ishizaka A: Contributions of High Mobility Group Box Protein in Experimental and Clinical Acute Lung Injury. *Am J Respir Crit Care Med*: 170: 1310-1316, 2004.
4. Nakajima Y, Takamata A, Matsukawa T, Sessler DI, Kitamura Y, Ueno H, Tanaka Y, Mizobe T: Effect of amino acid infusion on central thermoregulatory control in humans. *Anesthesiology*, 100: 634-639, 2004.
5. Mizobe T, Nakajima Y, Sunaguchi M, Ueno H, Sessler DI. Clonidine produces a dose-dependent impairment of baroreflex-mediated thermoregulatory responses to positive end-expiratory pressure in anaesthetized humans. *Br J Anaesth* 94: 536-541, 2005.
6. Mizobe T, Nakajima Y, Ueno H, Sessler DI. Fructose administration increases intraoperative core temperature by augmenting both metabolic rate and the vasoconstriction threshold. *Anesthesiology* 104: 1124-1130, 2006.
7. Ogawa EN, Ishizaka A, Tasaka S, Koh H, Ueno H, Amaya F, Ebina M, Yamada S, Funakoshi Y, Soejima J, Moriyama K, Kotani T, Hashimoto S, Morisaki H, Abraham E, Takeda J. Contribution of High Mobility Group Box-1 to the Development of Ventilator-induced Lung Injury. *Am J Respir Crit Care Med* 174: 400-407, 2006.
8. Hosokawa K, Nakajima Y, Umenai T, Ueno H, Taniguchi S, Matsukawa T, Mizobe T. Predictors of atrial fibrillation after off-pump coronary artery bypass graft surgery. *Br J Anaesth* 98: 575-580, 2007.
9. Hashimoto S, Amaya F, Matsuyama H, Ueno H, Kikuchi S, Tanaka M, Watanabe Y, Ebina M, Ishizaka A, Tsukita S, Hashimoto S. Dysregulation of lung injury and repair in moesin-deficient mice treated with intratracheal bleomycin. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol* 295: 566-574, 2008.
10. Matsuyama H, Amaya F, Hashimoto S, Ueno H, Beppu S, Mizuta M, Shime N, Ishizaka A, Hashimoto S. Acute lung inflammation and ventilator-induced lung injury caused by ATP via the P2Y receptors: an experimental study. *Respir Res* 9: 79-91, 2008.
11. Izumi Y, Amaya F, Hosokawa K, Ueno H, Hosokawa T, Hashimoto S, Tanaka Y. Five-day pain management regimen using patient-controlled analgesia facilitates early ambulation after cardiac surgery. *J Anesth* 24: 187-191, 2010.
12. Shibasaki M, Sasaki M, Miura M, Mizukoshi K, Ueno H, Hashimoto S, Tanaka Y, Amaya F. Induction of high mobility group box-1 in dorsal root ganglion contributes to pain hypersensitivity after peripheral nerve injury. *Pain* 149: 514-521, 2010.
13. Kanbayashi Y, Onishi K, Fukazawa K, Okamoto K, Ueno H, Takagi T, Hosokawa T. Predictive factors for postherpetic neuralgia using ordered logistic regression analysis. *Clin J Pain* 28: 712-714, 2012.
14. Fukazawa K, Matsuki Y, Ueno H, Hosokawa T, Hirose M. Risk factors related to accidental intravascular injection during caudal anesthesia. *J Anesth*. 2014 Dec; 28(6): 940-3.