

200924030B

厚生労働科学研究費補助金  
第3次対がん総合戦略研究事業

QOLの向上のための各種患者支援プログラムの  
開発に関する研究

平成19年度～21年度 総合研究報告書

研究代表者 内富 庸介

平成22 (2010) 年 3月

## 目 次

I. 総合研究報告書	
QOLの向上のための各種患者支援プログラムの開発に関する研究	3
内富庸介	
II. 研究成果の刊行に関する一覧表	37

# I. 総合研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（第3次対がん総合戦略研究事業）  
（総合）分担研究報告書

QOL 向上のための各種患者支援プログラムの開発に関する研究

研究代表者 内富庸介 国立がんセンター東病院臨床開発センター  
精神腫瘍学開発部 部長

研究要旨 がん患者の QOL 低下によって生じる身体的・精神的負担に対する支持療法の開発を目的に研究を行い、以下の結果を得た。1) コミュニケーションに対する患者の意向の文化的特徴を検討した結果、わが国のがん患者は悪い知らせを伝えられる際に、明確な情報提供、質問の奨励、情緒的サポートを望んでいることが示唆された。またコミュニケーション技術研修プログラムの有効性の検討を行った。さらにコミュニケーション技術研修のファシリテーターの養成プログラムを作成した。加えて重要な面談に臨む進行がん患者に対する質問促進パンフレットを開発した。そしてコミュニケーション技術研修プログラム後に共感の認知的側面が向上するか検討すべく、質問紙調査を実施した。2) スピリチュアルな苦痛の評価法の開発、ケア方法の収集、ケアを行うための看護師への教育法の有用性の実証を行った。3) 乳がん術後補助療法を受けている女性に対して新たな看護介入モデルを開発し、高い実施可能性と有用性が示唆された。4) 終末期がん患者に対するリハビリテーションプログラムの骨子を作成した。また終末期がん患者に対するリハビリテーションの効果指標となる要素を抽出した。さらに緩和ケアにおけるリハビリテーション介入研究の実態について系統的レビューを行った。5) 薬物療法の適応が困難な終末期がん患者の抑うつを対象に、有害事象の危険性の低い反復経頭蓋磁気刺激法による治療の有効性を検討することを計画した。6) 医療従事者および遺族から聞き取り調査を行い、周囲の者が行なう家族ケアの中で家族にとって苦痛と感じられるものの存在が明らかになった。

研究分担者氏名及び所属施設

研究者氏名	所属施設名及び職名
内富庸介	国立がんセンター東病院 臨床開発センター 部長
下山直人*1	国立がんセンター中央病院 部長
森田達也	聖隷三方原病院 部長
明智龍男	名古屋市立大学大学院 医学研究科 准教授
岡村 仁	広島大学大学院保健学研究科 教授
小川朝生	国立がんセンター東病院 臨床開発センター 室長*2
大西秀樹	埼玉医科大学国際医療センター 教授

\*1: 研究期間

H19年4月1日～H21年3月31日

\*2: H21年6月30日まで医員

H21年7月1日より現職

A. 研究目的

わが国のがん医療において、治癒不能な難治がん患者を中心に対処困難な様々な次元のつらさが存在しているが、適切な患者支援を体系的に行うための評価法・治療法、ならびにガイドラインが存在しない。そこで、本研究では、わが国におけるがん患者の QOL の概念を明らかにし、QOL 向上のための各種患者支援プログラムを作成することを目的とする。これまでにを行った、日本人にとっての「望ましい生・死の過程・死」(終末期の QOL) の概念化研究の結果をもとに、QOL を構成している各概念を向上させるために必要なケアプログラムの提示を行う。また、がん患者のつらさ及びニーズに関して、身体・心理・社会・スピリチュアルの多次元から全人的な調査を行い、評価法を開発する。続いて各種患者支援プログラムを開発する。同時に、文献の系統的レビューによるガイドラインの作成を行

う。最終的に、QOL の概念と整合性を有する、4 つの次元に対する患者支援プログラムを体系化し、ガイドラインとあわせてがん患者包括的支援システムを開発し、全国的な普及を図る。以下分担研究項目ごとに、本 3 年度における成果を報告する。

## B. 研究方法

### 1) がん患者に対する包括的支援システムの開発

#### (1) わが国におけるがんに関する悪い知らせのコミュニケーションに対する患者の意向の文化的特徴の検討

わが国におけるがんに関する悪い知らせのコミュニケーションに対する患者の意向の文化的特徴を明らかにするために、国立がんセンター東病院に外来通院中のがん患者 529 名を対象に質問紙調査を実施した。コミュニケーションに対する患者の意向を尋ねる質問には、Parker らが開発した The Measure of Patients' Preferences の邦訳版を作成し使用した。得られた回答について因子分析を行い、米国の先行研究の結果と比較した。

#### (2) 医師ががんに関する悪い知らせを伝える際のコミュニケーションを学習するためのコミュニケーション技術研修プログラムの有効性の検討

コミュニケーション技術研修会参加者 16 名を対象に、コミュニケーション技術研修プログラムの予備的検討を実施した後、国立がんセンターの医師 30 名及び研究参加医師の担当外来患者 1139 名を対象に、待機群を設定した無作為化比較試験を実施した。介入群には 2 時間の講義と 8 時間のロール・プレイからなるプログラムを実施した。主要評価項目は、模擬面接の印象評定とした。30 時間のトレーニングを行った独立した二者が、撮影された模擬面接を盲検化した上で印象評定を行った。トレーニングでは、信頼性を確保するために、同一ビデオを評価者が一人で 2 度評定した際の相関係数、及び二者で評定した際の相関係数が算出された。一致率が 0.5 未満の場合には、改善点を話し合い、一致率が 0.5 を超えるまで同様の手順を繰り返した。副次評価項目は、参加者のコミュニケーションに対する自己効力感、患者のコミュニケーションに対する満足感、ストレス、医師によるプログラムの有用性評価とした。

#### (3) コミュニケーション技術研修プログラムを指導するファシリテーターの養成プログラ

#### ムの開発

平成 18 年度に作成したコミュニケーション技術研修プログラムを基に、がん医療における患者-医師間のコミュニケーションに関する研究に従事する精神科医 2 名、臨床心理士 3 名、臨床腫瘍医 2 名がディスカッションを行い、ファシリテーター養成プログラムを作成した。

#### (4) 重要な面談に臨む進行がん患者に対する質問促進パンフレットの開発とその有用性の検討

国立がんセンター東病院呼吸器科及び消化管内科を受診した初診の進行期がん患者を対象とした。治療方針に関する重要な面談の前に、介入群に対しては、先行研究及び国立がんセンター東病院の患者 14 名と医師 5 名へのインタビューを踏まえて開発した質問促進パンフレットと病院案内冊子を配布し、対照群に対しては病院案内冊子のみを配布する無作為化比較試験を行った。面談後に質問紙調査を実施した。主要評価項目は、パンフレットの有用性 (0-10 点) 3 項目とし、副次評価項目は (患者の自己申告による) 面談時の質問項目数とした。

#### (5) コミュニケーション技術研修プログラム後の共感の認知的側面の向上に関する検討

本研究班で開発した 2 日間 (10 時間) のコミュニケーション技術研修プログラムを受講したがん診療経験年数 3 年以上の医師 214 名を対象とした。プログラム受講前、および受講後 3 か月目に認知的共感を測定する Interpersonal Reactivity Index-Perspective taking (IRI-PT)、および燃え尽き尺度 (Maslach Burnout Inventor 日本語版) の質問紙調査を実施した。また受講前には人口統計学的項目に関しても回答を求めた。主要評価項目は受講後 3 か月目の IRI-PT の点数とし、受講前の点数と Wilcoxon 検定を用いて比較した。さらに受講前後の IRI-PT の点数変化を従属変数とし、受講前の IRI-PT の点数、および燃え尽き尺度の点数を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った。

#### (倫理面への配慮)

研究参加は個人の自由意思によるものとし、研究への同意参加後も随時撤回可能であり不参加による不利益は生じないこと、個人のプライバシーは厳密に守られることを文書にて説明し、患者本人からインフォームド・コンセントを得た後に行った。

#### 2) がん患者の QOL を向上させるための緩和ケ

## プログラムの開発

### (1) スピリチュアルペインアセスメントシート の開発

全国の緩和ケア病棟 14 施設の入院患者を対象として、日常臨床の看護師による入院時アセスメントの一環としてスピリチュアルペインアセスメントシートを参考にした入院時アセスメントを行った。患者の拒否、所要時間、看護師からみた有用性・負担感を調査した。また、抽出されたスピリチュアルペインを収集・分類した。

### (2) ケア法の収集

多施設の外来、入院している進行癌患者 89 名を対象とするインタビュー調査を行った。QOL の構成要件のうちスピリチュアルな要素について、精神的苦悩の概念的枠組みにしたがい関係性に由来する苦悩、身体的コントロール感の喪失、将来に対するコントロールの喪失、負担、役割・楽しみ・自分らしさの喪失、重要なことが未完成であること、希望のなさ、死の不安のそれぞれについての体験、助けになったとおもうことを構造化面接によって収集し、内容分析を行った。

### (3) 看護師に対するスピリチュアルケアの教育プログラムの開発

看護師を対象とした傾聴の教育プログラムが看護師の自信、無力感 (Helplessness) などを改善するかを評価するため、Waiting list を用いた単一介入者による 1 施設での無作為化比較試験を行った。介入として 4 ヶ月間に渡る 180 分間のセッション (講義や構造化されたアセスメントを用いた実習) を 8 回行い、3 ヶ月おきに Confidence and Self-reported practice scales, and the Attitudes toward caring for patients feeling meaningless scale (Willingness to help, Positive appraisal, and Helplessness)、Maslach burnout scale を評価した。

#### (倫理面への配慮)

全ての研究において、ヘルシンキ宣言にのっとり倫理委員会の承認を得て実施された。

### 3) がん患者の精神症状に対する心理社会的介入法の開発

対象は、乳がんに対する手術を受けた後、外来で補助療法 (化学療法、ホルモン療法) を受けている女性のうち、精神的ストレスが一定以上存在する者である (つらさと支障の寒暖計で、つらさの寒暖計が 3 点以上、かつ支障の寒暖計が 1 点以上の者)。

看護介入：看護介入の内容は、1. 標準化された質問紙 (The short-form Supportive Care Needs Survey : SCNS-SF34) を用いたニーズの把握、2. 看護師による介入 (小冊子による情報提供、心理教育およびニーズ調査の結果を利用した簡易問題解決療法)、3. 主治医および外来看護師への患者ニーズのフィードバック、4. 専門部署への受診コーディネーションとした。なお、介入は約 2 ヶ月間行い、面接を 2 回、電話を用いた介入を 2 回施行した。

評価法：看護介入の効果を評価するために、介入前後において、プライマリーエンドポイントとして Profile of Mood States (POMS) の total mood disturbance (TMD) を、セカンダリーエンドポイントとして SCNS-SF34、EORTC QLQ-C30、再発脅威、医療に対する満足度を評価した。

#### (倫理面への配慮)

本研究への協力は個人の自由意思によるものとし、本研究に同意した後でも随時撤回可能であり、不参加・撤回による不利益は生じないことを文書にて説明した。また、得られた結果は統計学的な処理に使用されるもので、個人のプライバシーは厳重に守られる旨を文書にて説明する。本研究への参加に同意が得られた場合は、同意書に参加者本人の署名をしていただいた。

### 4) がんリハビリテーションプログラムの開発

(1) PS 3-4 の患者を対象とした、起立・歩行・移動に焦点を当てた介入プログラムの骨子の作成

これまで行ってきたがん患者・家族に対するリハビリテーションに関するニーズ調査、わが国の緩和ケア病棟ならびに一般病棟におけるがんリハビリテーションの実態調査の結果をもとに、がんリハビリテーションに携わる多職種からなるメンバーで、アプローチ法、評価法、課題について検討を重ねた。メンバーの構成は、医師 3 名 (精神科医、リハビリテーション医、緩和ケア医が各 1 名)、作業療法士 4 名、理学療法士 4 名、看護師 3 名、心理療法士 1 名、疫学者 1 名であった。

### (2) 終末期がん患者に対するリハビリテーションの効果指標の検討

臨床経験 5 年以上で、終末期がん患者に対する作業療法実践に関して論文報告を行ったことのある作業療法士 20 名を対象に、面接ガイドに沿った半構成的面接を行い、作業療法の効果と捉えた患者や家族の変化を新たな内容が出なくなるまで尋ね、対象者の許可を得

て録音した。録音した内容を逐語録にしたのち、内容分析を行った。すなわち、患者・家族の変化に関する内容についてその意味を読み取り、概念をコード化した後、抽出したコードを類似性により3段階にわたってカテゴリ化した。さらに、対象者全員に分析内容を提示し、妥当であるかどうかを確認し修正をおこなった。

### (3) 緩和ケアにおけるリハビリテーション介入研究の実態調査

2009年8月17日午前9時の時点で、PubMedを利用し、「cancer」and「palliative care」and「rehabilitation」のキーワードで検索を行った。抽出された論文をもとに、『対象』『介入者の職種』『介入法』『対照群の有無』『評価項目』『介入結果』についてまとめた。（倫理面への配慮）

研究趣旨、データの取り扱い、研究対象者の人権擁護、プライバシーの保護に関する項目を、面接開始前に文書と口頭で説明し、文書で同意を得た。

### 5) がん患者の難治精神症状に対する病態解明に基づいた介入法の開発

国立がんセンター東病院に通院中のがん患者を対象とする。DSM-IVのうつ病性障害、小うつ病性障害の診断基準を満たし、かつ薬物治療が困難な症例（抗うつ薬の内服が困難、またはせん妄のリスクが高く薬物療法の適応にならないと判定された症例）に対して、左前頭前野背外側部を標的に110%MT高頻度磁気刺激(fast rTMS)を10Hz、6秒、トレイン間隔60秒、15トレインで2週間にわたり施行する。治療効果はハミルトンうつ評価尺度を用いて評価する。目標症例数は、予後4週以内と推測される症例10例、予後4週以上期待される症例10例とする。

（倫理面への配慮）

研究への参加は個人の自由意思によるものとし、研究に同意し参加した後でも随時撤回が可能であること、研究に参加しない場合でも何ら不利益は受けないこと、個人のプライバシーは遵守されることを開示文書にて示し説明する。調査中に生じる身体・精神的負担についてはできるだけ軽減することに努める。本研究は実施施設の倫理委員会にて審議を受け、研究実施計画の承認を得た後に実施する。参加者には開示文書を用いて研究の目的・内容に関して十分に説明し、参加者本人から文書にて同意を得られた後におこなわれる。

### 6) がん患者家族の支援プログラムの開発

対象：①埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科遺族外来受診患者およびがんで家族を亡くした遺族のうち、i)20歳以上、ii)死別後4ヶ月以上経過しているもの、iii)こども、配偶者または親を亡くしている者、iv)文書による同意が得られる者。②医療従事者で文書による同意が得られる者。③その他、調査に協力の得られる家族。

除外基準：医師により面接調査が不相当と判断されたもの。（例：うつ病などの精神疾患が寛解していない場合）

方法：ケアに必要な因子を明らかにするため、医療従事者、家族・遺族に対し質的調査を行なう。ここで得られた因子を分類・整理し、家族・遺族ケアに求められる因子を明らかにする。

（倫理面への配慮）

埼玉医科大学国際医療センター倫理委員会の承認を受けた。

### C. 研究結果

#### 1) がん患者に対する包括的支援システムの開発

(1) わが国におけるがんに関する悪い知らせのコミュニケーションに対する患者の意向の文化的特徴の検討

第一因子として、「医師は患者にその知らせを伝えられた後の気持ちを素直に話すように励ましてくれる」などの【情緒的サポート】が抽出された（寄与率14.5%）。米国における結果で「内容と伝え方」として抽出された因子は、【医学的情報】【明確な説明】という2つの因子として抽出された（寄与率11.8%、11.5%）。さらに、「医師は患者に質問があるか途中で確認する」「医師は患者に気にかかるような質問もできるように安心感を与える」といった【質問の奨励】が新たな因子として抽出された（寄与率9.9%）。

(2) 医師ががんに関する悪い知らせを伝える際のコミュニケーションを学習するためのコミュニケーション技術研修プログラムの有効性の検討

介入、データ収集、及びデータベースの作成を終了した。また、印象評定の評定者のトレーニングを終了した。その結果、4カテゴリ（サポート的な環境設定、伝え方、付加的情報、情緒的サポート）30項目中20項目で $r=0.54-1.00$ の相関が得られた。相関が低かった項目は、「電話が鳴らないように配慮する」、「書いた紙を渡す」など模擬面接では

評価が不可能な内容であり、不適切項目と判断された。現在、継続して解析を進めている。

### (3) コミュニケーション技術研修プログラムを指導するファシリテーターの養成プログラムの開発

ファシリテーター養成講習会の参加対象は、がん臨床経験 3 年以上の医師、臨床心理士、リエゾン看護師とした。参加前提として、講習会受講前に、オンコロジストは 2 日間のコミュニケーション技術研修会への参加、サイコオンコロジストは同研修会の見学を行うこととした。ファシリテーターの認定条件は、ファシリテーター養成講習会全日程への参加及びスーパーバイザー指導のもとでの 2 日間のコミュニケーション技術研修会でのファシリテーター経験、年一回以上の研修会でのファシリテーター経験と定めた。作成されたファシリテーター養成プログラムは、参加者 6~8 名、講師 1 名を 1 グループとし、講義とグループ・ワーク (6 日間、30 時間) で構成した (添付資料参照)。各単元のファシリテート目標を明示し、グループ内でロール・プレイを繰り返しながら学習する方式とした。

### (4) 重要な面談に臨む進行がん患者に対する質問促進パンフレットの開発とその有用性の検討

先行研究及び国立がんセンター東病院の患者 14 名と医師 5 名へのインタビューを踏まえて質問促進パンフレットを開発し、その後無作為化比較試験を実施した。データ収集期間中の調査対象候補者は 87 名であった。コンタクトができなかった 8 名を除く 79 名に調査説明を行った。16 名が拒否し (精神的負担 10 名、身体的負担 3 名、興味がない 3 名)、63 名が調査に参加した (参加率 63/87=72.4%)。調査を完遂したのは 59 名 (介入群 30 名、対照群 29 名、完遂率 59/63=93.4%) であった。Intention-To-Treat 解析に則り、脱落 4 名 (介入群 2 名、対照群 2 名) を含む 63 名を解析対象とした。対象者の年齢は中央値で介入群 63.5 歳、対照群 64 歳、疾患は肺がんが介入群 20 名 (62.5%)、対照群 19 名 (61.3%)、病期は IV 期が介入群 19 名 (59.4%)、対照群 18 名 (58.1%) と、有意差はなかった。パンフレットの利用状況では、「面談前にパンフレットを読んだ」との回答が介入群 24 名 (75.0%)、対照群 23 名 (74.2%) であった。主要評価項目であるパンフレットの有用性については、脱落 4 名及びパンフレット未使用者 10 名 (介入群 6 名、対照群 4 名) は 0 点と

して解析に含めた。「パンフレットを利用することで医師に質問をしやすくなった」「これからも医師との面談前にこのパンフレットを使用する」の 2 項目において、介入群では対照群に比べて有意に高く有用性が評価されていた。(順に、介入群  $4.4 \pm 3.6$ 、対照群  $2.7 \pm 2.8$ ;  $p=0.033$ 、介入群  $5.3 \pm 3.8$ 、対照群  $2.8 \pm 2.8$ ;  $p=0.006$ ) 「治療方針や治療内容を理解するうえで、パンフレットは役に立った」の項目では有意傾向がみられた (介入群  $4.9 \pm 3.6$ 、対照群  $3.3 \pm 2.8$ ;  $p=0.051$ )。副次評価項目である面談時の質問項目数については、介入群  $1.3 \pm 1.6$ 、対照群  $2.0 \pm 2.9$  と有意差はなかった。

### (5) コミュニケーション技術研修プログラム後の共感の認知的側面の向上に関する検討

コミュニケーション技術研修プログラムを受講した医師 214 名中、質問紙の不備により調査できなかった 16 名を除き、198 名に調査を実施した。そのうち、有効回答を得た受講者は 147 名 (回答率 74.2%) であり、背景は男性 120 名 (81.6%)、女性 27 名 (18.4%) で、臨床経験年数は  $16 \pm 6$  年 (平均  $\pm$  S.D.) であった。プログラム受講後 3 か月目の IRI-PT の点数は受講前の点数に比べ有意に向上していた (前  $16.1 \pm 3.7$  点、後  $16.9 \pm 4.2$  点、 $p < 0.05$ )。また、受講後 3 か月目の IRI-PT の点数が前の点数よりも 1 点以上向上した医師は 78 名、それ以外は 69 名であった。それぞれを向上群、不変・低下群の 2 群に分け比較したところ、向上群の受講前の IRI-PT の点数は不変・低下群の点数に比べ有意に低かったこと (向上群  $14.9 \pm 3.6$  点、不変・低下群  $17.4 \pm 3.3$  点、 $p < 0.01$ ) 以外、有意な差を認めなかった。受講後 3 か月目に IRI-PT の点数が 1 点以上向上することは、受講前の IRI-PT の点数と負に関連していた (オッズ比 = 0.79,  $p < 0.01$ , 95% 信頼区間, 0.72 to 0.90)。現在、継続して解析を進めている。

### 2) がん患者の QOL を向上させるための緩和ケアプログラムの開発

#### (1) スピリチュアルペインアセスメントシートの開発

253 症例のうち、98% (248 例) で実施可能であった。所要時間は  $24 \pm 14$  分で、看護師から見た有用性は「とても役に立つ・役に立つ・少し役に立つ」87%、負担は「全く負担にならない・負担にならない・あまり負担にならない」77%であった。また 189 例からスピリチュアルペイン、スピリチュアリティを支え



るものが抽出できた。

## (2) ケア法の収集

精神的苦悩に共通する 5 つの方策に加えて、8 つの苦悩それぞれに対して、「理由を見出して受け入れる」、「宗教・人間を超えたものに支えを見出す」、「生命の長さではなくどう生きるかに焦点を当てる」、「伝えてのこしたことをのこしておく」、「実現可能な新しい目標を見つける」、「先のことは考えずに今のことに集中する」、「できることではなく自分の存在に価値があると考ええる」など 38 の特異的な方策が抽出された。下記が、本研究によって患者自身が有効と考える精神的苦悩へのケア（「スピリチュアルケア」）であった。

### 表 患者自身からみて有用だと評価されたスピリチュアルケア

- 全ての精神的苦悩に関すること
  - 病気以外のこともよくきいてくれる (n = 58)
  - 関心を持っていることが伝わる (n = 17)
  - 気持ちを分かち合っていて一緒に考えてくれる (n = 36)
  - 患者の意思が一番尊重される (n = 19)
  - ほがらかで親切である (n = 41)
- 関係性に由来する苦悩
  - 家族と一緒に過ごす (n = 14)
  - 気持ちを分かち合う (n = 10)
  - 家族を悲しませないように死については触れず普段どおりにする (n = 7)
  - 家族や医療者のために生きる (n = 11)
  - 医療者が家族との気持ちの橋渡しをする・医療者に頼らず一人で解決する (n = 8)
  - 社会的なかわりを保つ (n = 10)
  - お見舞いの人や友人との関係を考え直す (n = 6)
- 身体的コントロール感の喪失
  - できそうにないことでも挑戦することを医療者が一緒に支えてくれる (n = 3)
  - 代わりになることを探す (n = 12)
  - 理由を探してできないことを受け入れる (n = 9)
  - 何かをすること (自立) から自分で決めること (自律) に価値を移す (n = 3)
- 将来に対するコントロールの喪失
  - 先のことは考えずに今のことに集中する (n = 19)
  - 先のことはわからなくても何か起きたらちゃんと対処してくれる (n = 6)
  - 予測されることと対処をあらかじめ詳細に知っておく (n = 6)

いいことを見つける (n = 1)

薬を飲む (n = 1)

### 負担

- 医療者がなげない日常生活の工夫をする (n = 19)
  - 負担にならないように自分でする (n = 8)
  - 負担にならないように頼む対象を自分で決める (n = 7)
  - 負担にならないように他人に頼る (n = 9)
  - できることではなく存在や今の状態に価値があると考ええる (n = 8)
  - 家族と気持ちを自然体で伝えあえる (n = 15)
  - 役割・楽しみ・自分らしさの喪失
    - 日々の生活の中に楽しみを努力して探していく (n = 11)
    - 家族や医療者が楽しみになることを実践することを支えてくれる (n = 17)
    - 自分らしくあるために人と会わない (n = 4)
  - 重要なことが未完成であること
    - 死後の実際のことを決めておく (n = 17)
    - 伝えてのこしたことをのこしておく (n = 11)
  - 希望のなさ
    - 理由を見出して希望が実現できないことを受け入れる (n = 4)
    - 実現可能な新しい目標を見つける (n = 5)
    - 事実と希望のバランスをとって病状の説明を受ける (n = 5)
    - 自分の希望に沿った目標を話し合う (n = 3)
  - 死の不安
    - 宗教・人間を超えたものに支えを見出す (n = 16)
    - 死後に希望を見出す (n = 3)
    - 理由を見出して受け入れる (n = 42)
    - 長さではなくどう生きるかに焦点を当てる (n = 34)
    - 死の不安があっても当然だと医療者に受け入れてもらえる (n = 6)
    - 苦しくないことを保証してくれる (n = 7)
    - ユーモアがある (n = 3)
- (3) 看護師に対するスピリチュアルケアの教育プログラムの開発
- 41 名の看護師が無作為に 3 グループに割り

振られた。ベースライン評価の前に1名の看護師が調査から外れ、残りの40名が調査を完了した。看護師はすべて女性で、平均年齢31±6.4歳、平均臨床経験8.9±5.5年であった。グループ間において看護師の背景に有意差はなかった。介入により、自信、Self-reported practice scales、助けようとする意志(Willingness to help)、前向きな評価(Positive appraisal)、無力感(Helplessness)、総合的な燃え尽き、感情的疲労(emotional exhaustion)、個人的な達成(personal accomplishment)、仕事に対する満足度(job satisfaction)、FACIT-Spにおいて、有意な介入効果があった。のプログラムを有益・とても有益と評価した看護師の割合は、85% (終末期がん患者の意味のなさをケアしていく上での概念校正を理解することに)、80% (看護師の個人の価値観を促進することに)、そして88%が(意味のなさをうったえる患者に対してどのようなケアを行うかを知ること)であった。

### 3) がん患者の精神症状に対する心理社会的介入法の開発

名古屋市立大学病院で加療中の乳がん患者225名(2007年7月以降に初発乳がん、胸筋温存乳房切除術または乳房部分切除術を受けた患者)のうち精神的ストレス以外の適格基準を満たす患者は120名であった。適格患者に対し精神的ストレスのスクリーニングツールであるつらさと支障の寒暖計を実施したところ、適格基準を満たす精神的苦痛(つらさの寒暖計3点以上かつ支障の寒暖計1点以上)を有した患者は35名(29%)であり、そのうち26名(74%)が研究参加に同意した。

研究参加に同意が得られた26名のうち、現時点までに25名がベースライン調査を終了した。25名のうち24名が介入に参加し(1名は家族に健康問題が生じたため急遽不参加となった)、現時点において22名が介入およびフォローアップ調査を終了した。

この22名の患者背景は、平均年齢54歳(標準偏差10)、既婚82%、高校以上の教育経験を有する者91%、臨床病期0/I/II/III期が各々9%/27%/59%/5%、補助療法として抗がん剤、ハーセプチン、ホルモン療法を受けている者が各々77%、14%、55%(重複回答あり)、Performance Statusは全員が0であった。また、つらさと支障の寒暖計の中央値は、つらさの寒暖計が5点、支障の寒暖計が3点であった。

実際に行われた介入の中で扱われた問題で最も頻度が高かったものが再発不安の44%、以下、家族との関係30%、痛み26%、がんやがん治療に関する情報17%、治療の副作用17%と続いていた。

介入前後において、プライマリーエンドポイントであるPOMS TMDについては有意な変化はみられなかった(ベースライン:39.5±25.1[平均±標準偏差]、介入後:33.6±35.6、P=0.43)。POMSの下位尺度については、VigorとConfusionが改善傾向を示した(各P=0.05、P=0.08)。セカンダリーアウトカムであるSCNS-SF34においては、満たされていないニードの合計数が有意に改善していた(ベースライン:18.1±7.3、介入後:11.7±9.7、P<0.01)他、心理的側面と医学的な情報に対するニードが有意に改善していた(各々P<0.01、P=0.03)。EORTC QLQC-30のGlobal Health Status、再発脅威、医療に対する満足度については有意な変化はみられなかった(各々P=0.93、P=0.14、P=0.23)。

なお、参加者のうち4名がPOMS TMDの著しい悪化を示していた。

### 4) がんリハビリテーションプログラムの開発 (1) PS 3-4の患者を対象とした、起立・歩行・移動に焦点を当てた介入プログラムの骨子の作成

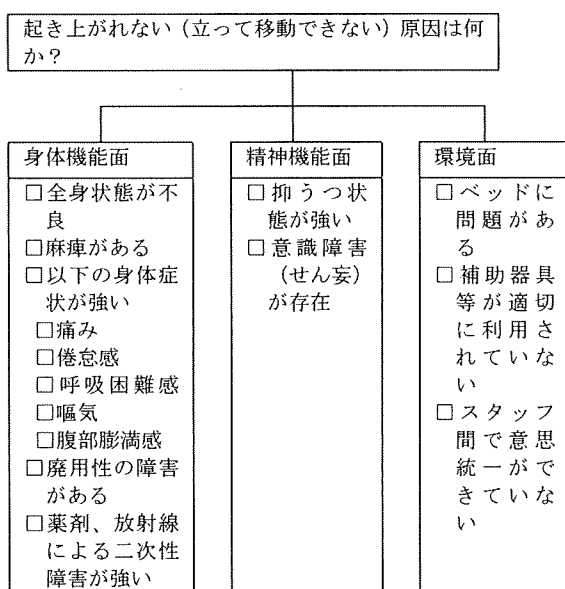
まず実態調査の結果については、以下のようまとめられた。

がん患者・家族ともリハビリテーションに期待を寄せており、リハビリテーションアプローチが身体面・精神面への効果として患者や家族に認識されていることが示された。さらに、患者・家族の満足度を高めるためには、患者および家族の感情状態の把握とケア、リハビリテーションの認識・意欲を高めるための十分な説明と積極的な関わりが重要であることが示唆された。さらに、がんリハビリテーションの実態調査からは、日本の医療機関におけるがんリハビリテーションの実施率は高く、その必要性が高いこと、ホスピス/緩和ケアにおいてもリハビリテーションニーズがあることが示されたが、反面、その実施体制は不十分で、がんに特化したプログラムも存在しないことが明らかとなった。

以上の結果をもとに、介入マニュアルの骨子を以下のように定めた。

①患者・家族のニーズ(何を望んでいるか)と、それに対して現在どの程度満足しているかを聞く。

②寝たきりの状態、動けない（起きあがれない）状態を引き起こしている原因を身体機能面、精神機能面、環境面からチェックでき、患者とのコミュニケーションのガイドラインを含めた「PS3～4のがん患者に対するリハビリテーションマニュアル」を作成した（下図に一部を示す）。



(2) 終末期がん患者に対するリハビリテーションの効果指標の検討

作業療法効果として、最終的に以下に示すカテゴリが抽出された。抽出された3次カテゴリを①患者の変化、②家族の変化、③人的環境の変化に分け『』で示す。

①患者の変化

- 『自己価値観の向上』
- 『自己効力感の向上』
- 『生活能力の向上』
- 『心理的苦痛の軽減と安心感』
- 『生活の自己コントロール』
- 『余暇活動・役割活動・社会的活動への参加』
- 『自己存在や人生を肯定し生きた証と感謝を形に残し伝える』

②家族の変化

- 『患者に対する認識の向上』
- 『主体的な介護参加と安心感』
- 『介護者、家族としての満足感』

③人的環境の変化

- 『家族としての絆の再確認』
- 『医療職との協働』

(3) 緩和ケアにおけるリハビリテーション介

入研究の実態調査

検索の結果、604件の論文が抽出された。その中から今回の条件を満たす論文を選択したところ、最終的に11件が該当した。そのうち、症例検討が3件、対照群を設定しない介入研究が5件、無作為化比較試験による効果検証が3件であった。

5) がん患者の難治精神症状に対する病態解明に基づいた介入法の開発

実施施設の倫理審査委員会にて審議を受け、研究実施計画の承認を得た。引き続き、「高度医療に係る申請等の取扱い及び実施上の留意事項について」（平成20年3月31日付け医政発第0331022号 厚生労働省医政局長通知）に則り、高度医療申請手続きを進めた。厚生労働省医政局研究開発振興課高度医療係に申請書類を提出し、3度の事前相談をおこない、海外での認可状況および国内での使用状況、現在得られている国内でのエビデンス、今後多施設での検討を考える上での対応、等について協議した。最終的に高度医療申請と同時に、実施施設において有効性・安全性に関するデータの蓄積を先行させることとなった。その方針を受けて、測定系の構築をおこない、実施体制を整えた。

6) がん患者家族の支援プログラムの開発

医療従事者および遺族からの聞き取り調査がほぼ終了し、因子分析を行っている。

家族ケアは医療者が行うもの、周囲の者が行なうものに分類されるが、周囲のものが行なうケアの中には家族を苦しめることになるケアの存在が明らかになった。

状況別では、化学療法時に行なわれる家族ケアの要素がほぼ固まりつつある。

D. 考察

1) がん患者に対する包括的支援システムの開発

(1) わが国におけるがんに関する悪い知らせのコミュニケーションに対する患者の意向の文化的特徴の検討

わが国のがん患者は悪い知らせを伝えられる際に、様々な医学的情報を明確に伝えられることを望むと同時に、質問を促し、その質問に対して十分に回答して欲しいという意向を有していること、また、情緒的サポートの提供を重視していることが示唆された。

(2) 医師ががんに関する悪い知らせを伝える際のコミュニケーションを学習するためのコミュニケーション技術研修プログラムの有効

## 性の検討

コミュニケーション技術研修プログラムの有効性が確認されれば、更なるプログラムの全国的な均てんを進める。このプログラムの内容には、患者に対して医師が情緒的なサポートを行うことが重要な因子として含まれており、現在情緒的なサポートを行うために必要な医師の共感能力に関する基礎的な研究に着手している。

### (3) コミュニケーション技術研修プログラムを指導するファシリテーターの養成プログラムの開発

本研究で開発したファシリテーター養成プログラムは、以前開発したコミュニケーション技術研修プログラム同様、ロール・プレイに重点を置いたプログラムとした。全国のがん拠点病院をはじめとしたがん医療現場でのコミュニケーション技術研修プログラム実施が可能となるよう、本プログラムを用いたファシリテーター養成を行い、コミュニケーション技術研修プログラムの普及のための基盤づくりを進めている。

### (4) 重要な面談に臨む進行がん患者に対する質問促進パンフレットの開発とその有用性の検討

わが国の進行期がん患者における、重要な面談の際の質問促進パンフレットの有用性が確認された。一方で、実際の質問行動には直結しなかったことから、面談場面での質問を躊躇しがちなわが国のがん患者に対しては、医師による質問奨励など、更なる介入の強化も必要と考えられた。結果を踏まえ、全国のがん診療連携拠点病院などで実際に患者・家族がパンフレットを使用できるような体制を作っていく。

### (5) コミュニケーション技術研修プログラム後の共感の認知的側面の向上に関する検討

本研究は、コミュニケーション技術研修プログラムが医師の認知的共感の向上に有効である可能性が示唆された初めての報告である。今回は認知的共感に関して自己記入式質問紙を用いて評価したが、今後、機能的磁気共鳴画像法(fMRI)を用いて客観的に評価する系を確立し、コミュニケーション技術研修プログラムによって医師の認知的共感が向上するか検証していく必要がある。

### 2) がん患者の QOL を向上させるための緩和ケアプログラムの開発

#### (1) スピリチュアルペインアセスメントシートの開発

スピリチュアルペインアセスメントシートは実施可能で有用である可能性が示唆された。

#### (2) ケア法の収集

我が国初めて、患者自身を対象として、患者自身から見て有用だと思われるスピリチュアルケアの概念的枠組みが抽出された。

#### (3) 看護師に対するスピリチュアルケアの教育プログラムの開発

看護師を対象とした教育プログラムによる有効性が示唆された。

#### 3) がん患者の精神症状に対する心理社会的介入法の開発

本研究の実施状況からは、適格患者のうち70%以上が研究に参加しており、本研究、ひいては今回開発した看護介入モデルの実施可能性が高いことが示唆された。また SCNS 尺度の有意な改善が示されたことから、本介入の有用性が示唆された。

なお、今回は精神的ストレスが高い一群をスクリーニングしたものの、ベースラインの POMS TMD のスコアが 40 点程度と低かったことは、現在の適格条件（特にスクリーニング方法）では、介入の必要を認めない患者群を多く含んでいる可能性が示唆され、今後対象の選択に関して工夫が求められることが示唆された（例：カットオフ値を高くする、あるいはスクリーニングを複数回実行し、高いストレスが持続している群のみを適格とするなど）。また、参加者のうち一群が POMS TMD の著しい悪化を示していたことは、介入の有用性を検討するうえでは比較群が必要であることが示唆された。

今後、これら問題点を改善したうえで、無作為化比較試験にて、本介入の有用性を検証する予定である。

#### 4) がんリハビリテーションプログラムの開発

これまで実施してきたがん患者・家族に対するニーズ調査、緩和ケア病棟ならびに一般病棟におけるがんリハビリテーションの実態調査、および今回実施した現場の医師・看護師を対象としたインタビュー調査から、がん患者、特に緩和ケアを必要とする患者に対してリハビリテーションが担うことのできる役割は大きく、患者や家族、さらには医療従事者のリハビリテーションニーズも高いことが明らかになった。しかし同時に、リハビリテーションを行っていく上での指針がないことによるリハビリテーション実践の立ち遅れや、リハビリテーションに携わる医療者に対するコミュニケーション能力を含めた教育の必要

性も示された。以上のことを踏まえ、医師、看護師、理学/作業療法士、心理療法士等の多職種間で繰り返し検討した結果、PS3~4の終末期がん患者を対象とした、起立・歩行・移動に焦点を当てた実践可能なリハビリテーションマニュアルの骨子を作成した。今後は本結果に基づき、がん患者に対するリハビリテーションプログラムの普及・開発に向けた具体的な戦略をすすめていく予定である。

今回、併せて緩和ケアにおいてリハビリテーション実践がどの程度行われており、またその目的や有効性がどの程度認められているかを知ることを目的に系統的レビューを行った。その結果、緩和ケアにおけるリハビリテーション研究は国内外を通してほとんどなく、したがって標準的なリハビリテーション介入法も確立されていないことが明らかとなった。本結果は、我々が目指しているリハビリテーションプログラムの開発を進めていく意義があることを示唆しているといえる。

さらに今回の検討で、介入効果をみるための評価尺度を作成するために、終末期がん患者に対するリハビリテーションの効果指標となる要素を抽出した。本結果より、患者の変化・家族の変化・人的環境の変化がリハビリテーションをきっかけとして起こり、それらが互いに強化・保証するなど相互に影響し作用することで更なる変化につながり患者の生活に良循環を起こすと考えられた。したがって、効果指標を作成するに当たっては、リハビリテーションにより得られる効果を包括的に評価する必要があることが示唆された。

5)がん患者の難治精神症状に対する病態解明に基づいた介入法の開発

薬物治療が困難ながん患者の抑うつに対して、反復経頭蓋磁気刺激法による治療計画を進め、実施体制を整えた。今後、有効性・安全性に関するデータの蓄積を開始し、その資料をもとに高度医療の申請手続きを進めていく予定である。

6)がん患者家族の支援プログラムの開発

今回の調査で、家族ケアは医療者ばかりでなく、周囲の援助も大切であることが明らかになったが、逆効果となる場合もある。家族ケアはまだ一般に周知されていないことから、その大切さを医療者ばかりではなく、一般にも広げることが家族ケアの充実に大切であることが判明した。

## E. 結論

1)がん患者に対する包括的支援システムの開発

(1)わが国におけるがんに関する悪い知らせのコミュニケーションに対する患者の意向の文化的特徴の検討

わが国のがん患者は悪い知らせを伝えられる際に、明確な情報提供、質問の奨励、情緒的サポートを望んでいることが示唆された。

(2)医師ががんに関する悪い知らせを伝える際のコミュニケーションを学習するためのコミュニケーション技術研修プログラムの有効性の検討

患者の意向に基づいたコミュニケーション技術研修プログラムの有効性を検討中である。有効性が確認されれば、今後、更なるプログラムの全国的な均てんを進めていく。

(3)コミュニケーション技術研修プログラムを指導するファシリテーターの養成プログラムの開発

以前開発したコミュニケーション技術研修プログラムを基に、ファシリテーター養成プログラムを開発した。現在本プログラムを用いたファシリテーター養成を行っており、コミュニケーション技術研修プログラムの普及のための基盤づくりを進めている。

(4)重要な面談に臨む進行がん患者に対する質問促進パンフレットの開発とその有用性の検討

面談に臨む進行がん患者に対する質問促進パンフレットを開発し、その有用性が確認された。今後は、全国のがん診療連携拠点病院などに配布し、実際に患者・家族が使用できるような体制の整備を行う。

(5)コミュニケーション技術研修プログラム後の共感の認知的側面の向上に関する検討

コミュニケーション技術研修プログラム後に医師の認知的共感に対する自己評価は、受講前に比べ有意に向上した。今後、機能的磁気共鳴画像法を用いて客観的に認知的共感を評価する系を確立し、コミュニケーション技術研修プログラムによって向上するか検証していく予定である。

2)がん患者のQOLを向上させるための緩和ケアプログラムの開発

具体的なスピリチュアルな苦痛に対するケアのプログラムを作るための基盤となる知識が整理された。来年度以降、基盤的な知見を整理し、いくつかの精神的苦悩(負担感、希望のなさ)を緩和するプログラムを作成し、効果を評価する。

3) がん患者の精神症状に対する心理社会的介入法の開発

がん患者の心理的苦痛を軽減するための、患者ニーズに基づく新たな看護介入のモデルを開発した。今後、更に症例を蓄積（目標症例数：30名）し、実施可能性と予備的な有効性を明らかにするとともに、有効性が示唆された場合は、無作為化比較試験にて本介入の有効性を検証する予定である。

4) がんリハビリテーションプログラムの開発

がん患者、特に緩和ケアを必要とする終末期患者に対するリハビリテーションプログラムの作成および効果検証にあたっての、ひとつの方向性が示された。

5) がん患者の難治精神症状に対する病態解明に基づいた介入法の開発

薬物治療が困難ながん患者の抑うつに対して、反復経頭蓋磁気刺激法による治療を計画した。測定系が整備され次第、臨床試験を開始する。

6) がん患者家族の支援プログラムの開発

家族ケアは医療者ばかりでなく、周囲の援助も大切である。しかしながら、ケアが逆効果となり、患者の苦悩が増強する場合もある。家族ケアの大切さ、およびその内容と方法を一般にも広げるための方策を検討することが今後の検討事項に挙げられる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表（外国語論文）

1. Inagaki M, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Smaller regional volumes of brain gray and white matter demonstrated in breast cancer survivors exposed to adjuvant chemotherapy. *Cancer* 109:146-156, 2007
2. Shimizu K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Can psychiatric intervention improve major depression in very near end-of-life cancer patients? *Palliat Support Care* 5:3-9, 2007
3. Miyashita M, Morita T, Shimoyama N, Uchitomi Y, 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
4. Inagaki M, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Regional cerebral glucose metabolism in patients with secondary depressive episodes after fatal pancreatic cancer diagnosis. *J Affect Disord* 99:231-236, 2007
5. Morita T, Uchitomi Y, et al: Development of a national clinical guideline for artificial hydration therapy for terminally ill patients with cancer. *J Palliat Med* 10:770-780, 2007
6. Miyashita M, Morita T, Uchitomi Y, et al: Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18:1090-1097, 2007
7. Asai M, Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psychooncology* 16:421-428, 2007
8. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Multifaceted psychosocial intervention program for breast cancer patients after first recurrence: feasibility study. *Psychooncology* 16:517-524, 2007
9. Fujimori M, Akechi T, Morita T, Uchitomi Y, et al: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology* 16:573-581, 2007
10. Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psychooncology* 16:617-625, 2007
11. Inagaki M, Uchitomi Y, Imoto S: Smaller regional volumes of brain gray and white matter demonstrated in breast cancer survivors exposed to adjuvant chemotherapy. Author reply. *Cancer* 110:225, 2007
12. Nagamine M, Uchitomi Y, et al: Relationship between heart rate and emotional memory in subjects with a past history of post-traumatic stress

- disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 61:441-443, 2007
13. Tsuchiya M, Uchitomi Y, et al: Breast Cancer in First-degree Relatives and Risk of Lung Cancer: Assessment of the Existence of Gene Sex Interactions. *Jpn J Clin Oncol* 37:419-423, 2007
  14. Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a validation study and nurse education intervention trial. *J Pain Symptom Manage* 34:160-170, 2007
  15. Matsuoka Y, Uchitomi Y, et al: Left hippocampal volume inversely correlates with enhanced emotional memory in healthy middle-aged women. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 19:335-338, 2007
  16. Nagamine M, Uchitomi Y, et al: Different emotional memory consolidation in cancer survivors with and those without a history of intrusive recollection. *J Trauma Stress* 20:727-736, 2007
  17. Sanjo M, Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 18:1539-1547, 2007
  18. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Associated and predictive factors of sleep disturbance in advanced cancer patients. *Psychooncology* 16:888-894, 2007
  19. Hakamata Y, Uchitomi Y, et al: Structure of orbitofrontal cortex and its longitudinal course in cancer-related post-traumatic stress disorder. *Neurosci Res* 59:383-389, 2007
  20. Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences. *J Pain Symptom Manage* 34:579-589, 2007
  21. Shimizu K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: First panic attack episodes in head and neck cancer patients who have undergone radical neck surgery. *J Pain Symptom Manage* 34:575-578, 2007
  22. Namba M, Morita T, et al: Terminal delirium: families' experience. *Palliat Med* 21:587-594, 2007
  23. 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
  24. 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
  25. 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
  26. 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
  27. 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
  28. 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
  29. 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
  30. Azuma H, Akechi T, et al: Ictal electro-encephalographic correlates of posttreatment neuropsychological changes in electroconvulsive therapy: a hypothesis-generation study. *J Ect* 23:163-168, 2007
  31. Azuma H, Akechi T, et al: Postictal cardiovascular response predicts therapeutic efficacy of

- electroconvulsive therapy for depression. *Psychiatry Clin Neurosci* 61:290-294, 2007
32. Azuma H, Akechi T, et al: Postictal suppression correlates with therapeutic efficacy for depression in bilateral sine and pulse wave electroconvulsive therapy. *Psychiatry Clin Neurosci* 61:168-173, 2007
  33. Azuma H, Akechi T, et al: Neuroleptic malignant syndrome-like state in an epileptic patient with organic brain comorbidity treated with zonisamide and carbamazepine. *Epilepsia* 48:1999-2001, 2007
  34. Furukawa TA, Akechi T, et al: Evidence-based guidelines for interpretation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Clin Psychopharmacol* 27:531-534, 2007
  35. Okuyama T, Akechi T, et al: Mental health literacy in Japanese cancer patients: ability to recognize depression and preferences of treatments-comparison with Japanese lay public. *Psychooncology* 16:834-842, 2007
  36. Omori I, Akechi T, et al: The differential impact of executive attention dysfunction on episodic memory in obsessive-compulsive disorder patients with checking symptoms vs. those with washing symptoms. *J Psychiatr Res* 41:776-784, 2007
  37. Sato J, Akechi T, et al: Two dimensions of anosognosia in patients with Alzheimer's disease: Reliability and validity of the Japanese version of the Anosognosia Questionnaire for Dementia (AQ-D). *Psychiatry Clin Neurosci* 61:672-677, 2007
  38. Tabuse H, Akechi T, et al: The new GRID Hamilton Rating Scale for Depression demonstrates excellent inter-rater reliability for inexperienced and experienced raters before and after training. *Psychiatry Res* 153:61-67, 2007
  39. Yamada A, Akechi T, et al: Emotional distress and its correlates among parents of children with pervasive developmental disorders. *Psychiatry Clin Neurosci* 61:651-657, 2007
  40. Shigemoto K, Okamura H, et al: Assessment of degree of satisfaction of cancer patients and their families with rehabilitation and factors associated with it - results of a Japanese population. *Disabil Rehabil* 29: 437-444, 2007
  41. Ozono S, Okamura H, et al: Factors related to posttraumatic stress in adolescent survivors of childhood cancer and their parents. *Support Care Cancer* 15: 309-317, 2007
  42. Mantani T, Okamura H, 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
  43. Watanabe Y, Okamura H: Depression and associated factors in residents of a health care institution for the elderly. *Phys Occup Ther Geriatr* 26: 29-41, 2007
  44. Asai M, Akechi T, Uchitomi Y et al: Psychiatric disorders and background characteristics of cancer patients' family members referred to psychiatric consultation service at national cancer center hospitals in Japan. *Palliat Support Care* 6:225-230, 2008
  45. Hamaguchi T, Okamura H, Uchitomi Y, et al: Survey of the current status of cancer rehabilitation in Japan. *Disabil Rehabil* 30: 559-564, 2008
  46. Hara E, Uchitomi Y, et al: Hippocampal and amygdalar volumes in breast cancer survivors with posttraumatic stress disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 20:302-8, 2008
  47. Hirai K, Uchitomi Y, et al: Discrimination between worry and anxiety among cancer patients: development of a brief cancer-related worry inventory. *Psychooncology* 17:1172-9, 2008
  48. Inagaki M, Akechi T, Uchitomi Y, et al:



- Plasma interleukin-6 and fatigue in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 35:153-161, 2008
49. Yamashita M, Okamura H, Uchitomi Y, et al: Psychological impact and associated factors after disclosure of genetic test results concerning hereditary nonpolyposis colorectal cancer. *Stress Health* 24: 407-412, 2008
  50. Miyashita M, Morita T, Uchitomi Y, et al: Good death inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 35:486-498, 2008
  51. Miyashita M, Morita T, Uchitomi Y, et al: Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* 17:612-620, 2008
  52. Miyashita M, Morita T, Uchitomi Y, et al: Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis. *Support Care Cancer* 16:217-222, 2008
  53. Motohashi N, Uchitomi Y, et al: Revised psychopharmacological algorithms for the treatment of mood disorders in Japan. *Int J Psychiat Clin Pract* 12: 11-8, 2008
  54. Nakaya N, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Negative psychological aspects and survival in lung cancer patients. *Psychooncology* 17:466-473, 2008
  55. Okamura M, Uchitomi Y, et al: Clinical experience of the use of a pharmacological treatment algorithm for major depressive disorder in patients with advanced cancer. *Psychooncology* 17: 154-60, 2008
  56. Okuyama T, Akechi T, Okamura H, Uchitomi Y, et al: Factors correlated with fatigue in terminally ill cancer patients: A longitudinal study. *J Pain Symptom Manage* 35:515-523, 2008
  57. Saito-Nakaya K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Marital status and non-small cell lung cancer survival: The lung cancer database project in Japan. *Psychooncology* 17:869-876, 2008
  58. Sanjo M, Morita T, Onishi H, Uchitomi Y, et al: Perceptions of specialized inpatient palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage* 35:275-282, 2008
  59. Sato K, Morita T, Uchitomi Y, et al: Reliability assessment and findings of a newly developed quality measurement instrument: Quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review at a Japanese regional cancer center. *J Palliat Med* 11:729-737, 2008
  60. Sato K, Morita T, Uchitomi Y, et al: Quality of end-of-life treatment for cancer patients in general wards and the palliative care unit at a regional cancer center in Japan: a retrospective chart review. *Support Care Cancer* 16:113-122, 2008
  61. Shimizu K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Clinical experience of the modified nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Palliat Support Care* 6:29-32, 2008
  62. Shiozaki M, Morita T, Uchitomi Y, et al: Measuring the regret of bereaved family members regarding the decision to admit cancer patients to palliative care units. *Psychooncology* 17:926-931, 2008
  63. Tei Y, Morita T, Shimoyama N, et al: Treatment efficacy of neural blockade in specialized palliative care services in Japan: a multicenter audit survey. *J Pain Symptom Manage* 36:461-467, 2008
  64. Nozaki-Taguchi N, Shimoyama N, et al: Potential utility of peripherally applied loperamide in oral chronic graft-versus-host disease related pain *Jap J Clin Oncol* 38(12):857-860, 2008
  65. Narabayashi M, Shimoyama N, et al: Opioid Rotation from Oral Morphine to Oral Oxycodone in Cancer Patients with Intolerable Adverse Effects: An Open-Level Trial, *Jpn J Clin Oncol* 38: 296-304, 2008

66. Morita T, et al: Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy: an audit of a clinical screening project. *Support Care Cancer* 16:101-107, 2008
67. Morita T, et al: Screening for discomfort as the fifth vital sign using an electronic medical recording system: a feasibility study. *J Pain Symptom Manage* 35:430-436, 2008
68. Miyashita M, Morita T, et al: Identification of quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review using a modified Delphi method in Japan. *Am J Hosp Palliat Med* 25:33-38, 2008
69. Miyashita M, Morita T, et al: Effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolonging treatment and knowledge about palliative care. *Palliat Med* 22:376-382, 2008
70. Miyashita M, Morita T, et al: The Japan hospice and palliative care evaluation study (J-HOPE Study): study design and characteristics of participating institutions. *Am J Hosp Palliat Med* 25:223-232, 2008
71. Miyashita M, Morita T, et al: Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: The Japanese experience. *J Clin Oncol* 26:3845-3852, 2008
72. Akechi T, Morita T, et al: Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 ; CD005537.
73. Ando M, Morita T, et al: One-week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psychooncology* 17:885-890, 2008
74. Ando M, Morita T, et al: A pilot study of transformation, attributed meanings to the illness, and spiritual well-being for terminally ill cancer patients. *Palliat Support Care* 6:335-340, 2008
75. Morita T, et al: Palliative care in Japan: shifting from the stage of disease to the intensity of suffering. *J Pain Symptom Manage* 36:e6-e7, 2008
76. Yamagishi A, Morita T, et al: Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care* 25:412-418, 2008
77. Akechi T, et al: Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese cancer patients: Preliminary clinical experience from psychiatric consultations. *Jpn J Clin Oncol* 38:867-870, 2008
78. Azuma H, Akechi T, et al: Absence status associated with focal activity and polydipsia-induced hyponatremia. *Neuropsychiatr Dis Tre* 4:495-498, 2008
79. Fujita A, Akechi T, et al: Adequacy of continuation and maintenance treatments for major depression in Japan. *J Psychopharmacol* 22:153-156, 2008
80. Okuyama T, Akechi T, et al: Cancer patients' reluctance to disclose their emotional distress to their physicians: A study of Japanese patients with lung cancer. *Psychooncology* 17:460-465, 2008
81. Endo C, Akechi T, et al: Patient-perceived barriers to the psychological care of Japanese patients with lung cancer. *Jpn J Clin Oncol* 38 : 653-660, 2008
82. Nawate Y, Okamura H, et al: Efficacy of group reminiscence therapy for elderly dementia patients residing at home: a preliminary report. *Phys Occup Ther Geriatr* 26: 57-68, 2008
83. Shingu N, Okamura H, et al: Factors associated with the somatic sensation of inpatients with schizophrenia. *Occup Ther Ment Health* 24: 31-45, 2008
84. Okuyama, T, Akechi T, Okamura H, Uchitomi Y, et al: Factors correlated with fatigue in terminally ill cancer patients: A longitudinal study. *J Pain*

- Symptom Manage 35: 515-523, 2008
85. Ishikawa Y, Okamura H: Factors that impede the discharge of long-term schizophrenic inpatients. *Scand J Occup Ther* 15: 230-235, 2008
  86. Sunakawa Y, Onishi H, et al: A case report of respiratory akathisia in cancer patient, *Palliative & Supportive Care* 6: 79-81, 2008
  87. Nishida T, Onishi H, et al: Activation syndrome caused by paroxetine in a cancer patient *Palliative & Supportive Care* 6: 183-185, 2008
  88. Sanjo M, Morita T, Uchitomi Y, et al: Caregiving consequences inventory: a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* 18:657-666, 2009
  89. Nakaya N., Uchitomi Y., et al: Mental vulnerability and survival after cancer. *Epidemiology* 20: 916-20, 2009
  90. Morita T, Uchitomi Y, et al: Meaninglessness in terminally ill cancer patients: A randomized controlled study. *J Pain Symptom Manage* 37:649-658, 2009
  91. Miyashita M, Morita T, Uchitomi Y, et al: Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. *J Pain Symptom Manage* 37:1019-1026, 2009
  92. Fujimori M., Uchitomi Y., et al: Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. *Jpn J Clin Oncol* 39: 201-16, 2009
  93. Akechi T, Okamura H, Uchitomi Y, et al: Psychosocial factors and survival after diagnosis of inoperable non-small cell lung cancer. *Psycho-Oncology* 18: 23-29, 2009
  94. Akechi T, Okamura H, Uchitomi Y, et al: Symptom indicator of severity of depression in cancer patients: a comparison of the DSM-IV criteria with alternative diagnostic criteria. *Gen Hosp Psychiatry* 31: 225-232, 2009
  95. Yamagishi A, Morita T, et al: Symptom Prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. *J Pain Symptom Manage* 37:823-830, 2009
  96. Morita T, et al: Late referrals to palliative care units in Japan: Nationwide follow-up survey and effects of palliative care team involvement after the cancer control act. *J Pain Symptom Manage* 38:191-196, 2009
  97. Yamagishi A, Morita T, et al: Artificial hydration therapy for terminally ill cancer patients: a nurse-education intervention. *J Pain Symptom Manage* 38:358-364, 2009
  98. Ando M, Morita T, et al: International comparison study on the primary concerns of terminally ill cancer patients in short-term life review interviews among Japanese, Koreans, and Americans. *Palliat Support Care* 7:349-355, 2009
  99. Tarumi Y, Morita T, et al: Cancer pain-progress and ongoing issues in Japan. *Pain Res Manag* 14:357-358, 2009
  100. Sasahara T, Morita T, Okamura H, et al: Development of a standard for hospital-based palliative care consultation teams using a modified Delphi method. *J Pain Symptom Manage* 38: 496-504, 2009
  101. Fukuhori H, Morita T, et al: Administrators' perspectives on end-of-life care for cancer patients in Japanese long-term care facilities. *Support Care Cancer* 17:1247-1254, 2009
  102. Sato K, Morita T, et al: The long-term effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolongation treatment, and knowledge about palliative care. *J Palliat Care* 25:206-212, 2009
  103. Nakazawa Y, Morita T, et al: The Palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med* 23:754-766, 2009
  104. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: The

- efficacy of mindfulness-based meditation therapy on anxiety, depression, and spirituality in Japanese patients with cancer. *J Palliat Med* 12:1091-1094, 2009
105. Miyashita M, Morita T, et al: J-HOPE study: Evaluation of End-of-Life Cancer Care in Japan from the Perspective of Bereaved Family Members. *J Clin Oncol* 27:502s, 2009 (suppl; abst 9577)
  106. Okuyama T, Akechi T, et al: Reliability and validity of the Japanese version of the Short-form Supportive Care Needs Survey questionnaire (SCNS-SF34-J) *Psychooncology* 18: 1003-1010, 2009
  107. Okuyama T, Akechi T, et al: Cancer patients' reluctance to discuss psychological distress with their physicians was not associated with underrecognition of depression by physicians: a preliminary study *Palliat Support Care* 7: 229-233, 2009
  108. Omori IM, Akechi T, et al: Efficacy, tolerability and side-effect profile of fluvoxamine for major depression: meta-analysis *J Psychopharmacol* 23: 539-550, 2009
  109. Sagawa R, Akechi T, et al : Etiologies of delirium and their relationship to reversibility and motor subtype in cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 39:175-82, 2009
  110. Yamanishi T, Akechi T, et al: Changes after behavior therapy among responsive and nonresponsive patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 172:242-50, 2009
  111. Fujino N, Okamura H: Factors affecting the sense of burden felt by family members caring for mentally ill patients. *Arch Psychiatr Nurs* 23: 128-137, 2009
  112. Niiyama, E, Okamura H, et al: A survey of nurses who experienced trauma in the workplace: influence of coping strategies on traumatic stress. *Stress Health* 25: 3-9, 2009
  113. Yamamoto T, Okamura H, et al: Relationship between awareness (EQS) and attention function (TMT) among patients with schizophrenia. *J Health Sci Hiroshima Univ* 8: 34-38, 2009
- 論文発表(日本語論文)
1. 藤森麻衣子、内富庸介、他: がん診断、再発、終末期の心の反応を理解する: がん医療におけるコミュニケーション・スキル 悪い知らせをどう伝えるか. 医学書院 p34-43, 2007
  2. 内富庸介: がんに対する通常の心理的反応. *腫瘍内科* 1:311-316, 2007
  3. 内富庸介: がん対策基本法. *精神医学* 49:564-565, 2007
  4. 浅井真理子、内富庸介: がん医療に関わる医師のバーンアウト(燃え尽き). *腫瘍内科* 1:351-356, 2007
  5. 清水研、内富庸介、他: 婦人科がんにおける心理的問題と精神疾患. *総合病院精神医学* 19:174-179, 2007
  6. 小川朝生、内富庸介、他: 緩和ケアについて. *精神科治療学* 22:1325-1331, 2007
  7. 藤森麻衣子、内富庸介: Breaking Bad News 一わが国における患者の意向 SHARE の紹介 -. *緩和医療学* 9:54-58, 2007
  8. 小川朝生、内富庸介: 終末期のうつに対する治療戦略: 即効性を期待して. *Depression Frontier* 5:56-62, 2007
  9. 小川朝生、内富庸介: 緩和ケアにおける抑うつ. *クリニカ* 34:290-294, 2007
  10. 伊藤達彦、内富庸介: ターミナルケアにおける向精神薬の使い方. *日医雑誌* 136:1530, 2007
  11. 内富庸介: 精神腫瘍学の臨床・教育経験から. *日本がん看護学会誌* 21:130-132, 2007
  12. 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 p146-154, 2007
  13. 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 p197-212, 2007
  14. 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 p147-161, 2007
  15. 下山恵美、下山直人: 緩和医療1. オビ