

- ん患者の負担感に対する望ましいケア：J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡.
30. 大谷弘行, 森田達也, 他. 「抗がん剤治療の中止」を患者・家族へ説明する際の腫瘍医の負担. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡.
  31. 三條真紀子, 宮下光令, 森田達也, 志真泰夫, 他. ホスピス・緩和ケア病棟への入院を検討する時期の家族のつらさと望ましいケア：J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡.
  32. 三條真紀子, 森田達也, 宮下光令, 志真泰夫, 他. ホスピス・緩和ケア病棟に関する望ましい情報提供のあり方：J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡.
  33. 塩崎麻里子, 森田達也, 宮下光令, 志真泰夫, 他. 遺族の後悔に影響するホスピス・緩和ケア病棟への入院に関する意思決定要因の探索：J-HOPE Study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡.
  34. 福田かおり, 森田達也, 他. 看取りのパンフレットの作成と実施可能性. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡.
  35. 岩崎静乃, 森田達也, 他. ホスピス病棟入院患者の死亡前口腔内状況. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡.
  36. 中澤葉字子, 宮下光令, 森田達也, 他. 緩和ケアに対する医療者の知識・態度・困難度を評価する尺度の作成と信頼性・妥当性の検証. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡.
  37. 宮下光令, 森田達也, 他. 一般市民に対する緩和ケアに関する教育的介入の短期効果. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡.
  38. 宮下光令, 森田達也, 志真泰夫, 他. 遺族の評価による終末期がん患者のQOLを評価する尺度（GDI：Good Death Inventory）の信頼性と妥当性の検証. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡.
  39. 明智龍男, 森田達也. シンポジウム1 精神的苦悩を緩和する：日常臨床におけるケアと治療の実践. 第21回日本サイコオンコロジー学会総会. 2008.10, 東京.
  40. 吉田沙蘭, 森田達也, 宮下光令, 志真泰夫, 他. がん患者の家族に対する望ましい余命告知のあり方の探索. 第21回日本サイコオンコロジー学会総会. 2008.10, 東京.
  41. 赤澤輝和, 森田達也, 宮下光令, 他. 遺族調査から見る終末期がん患者の負担感：J-HOPE study. 第21回日本サイコオンコロジー学会総会. 2008.10, 東京.
  42. 三條真紀子, 森田達也, 宮下光令, 志真泰夫, 他. 終末期のがん患者を介護した遺族による介護経験の評価尺度の作成. 第21回日本サイコオンコロジー学会総会. 2008.10, 東京.
  43. 明智龍男, 森田達也. シンポジウム8 緩和医療の研究をいかに進めるか～実際に研究を進めるためのノウハウ～. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009.6.19～20 大阪
  44. 森田達也, 大野友久. モーニングセミナー2 緩和医療における口腔ケアの重要性. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009.6.19～20 大阪
  45. 森田達也, 井村千鶴, 野末よし子, 赤澤輝和, 古村和恵. 一般演題（口演5）「地域連携」緩和ケア普及のための地域介入プログラムの実施可能性と有効性：OPTIM 浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009.6.19～20 大阪
  46. 笹原朋代, 木澤義之, 森田達也, 岩満優美, 大滝純司, 尾藤誠司. 病院内緩和ケアコンサルテーションチームの基準の開発. 第14回日本緩和医療学会

- 総会. 2009. 6. 19~20 大阪
47. 安藤満代, 森田達也, 吉良晴子, 志真泰夫. 遺族のスピリチュアルケアとしてのビリーフメント・ライフレビュー. 第 14 回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪
  48. 宮下光令, 森田達也, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫. 全国のがん診療連携拠点病院、緩和ケア病棟、在宅ホスピスのがん患者の遺族 8,163 人によるがん終末期ケアの質の評価: J-HOPE study. 第 14 回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪
  49. 前堀直美, 水上有紀子, 出雲孝志, 安達三郎, 森田達也, 永江浩史. 保険薬局の電話モニタリングと受診前来局による症状緩和の評価: OPTIM 浜松. 第 14 回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪
  50. 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也, 鈴木雅夫. 一般市民に対する緩和ケアに関する教育的介入の長期効果. 第 14 回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪
  51. 松尾直樹, 森田達也, 岩瀬哲. ホスピス・緩和ケア病棟におけるコルチコステロイド使用の実態: 全国医師対象質問紙調査. 第 14 回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪
  52. 山岸暁美, 森田達也, 宮下光令, 田中(貴邑) 富久子. 外来化学療法中のがん患者の症状頻度と経時的フォローアップ. 第 14 回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪
  53. 吉田沙蘭, 平井啓, 森田達也, 宮下光令, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫. 生命予後告知に対する遺族の評価とその関連要因: J-HOPE Study. 第 14 回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪
  54. 白土明美, 井上聡, 井村千鶴, 清原恵美, 森田達也. ホスピスにおける在宅支援ベッド運用についての検討. 第 14 回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪
  55. 坂口幸弘, 森田達也, 宮下光令, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫. 遺族ケアサービスに対する遺族のニーズとバリア: J-HOPE study. 第 14 回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪
  56. 鄭陽, 井村千鶴, 野末よし子, 森田達也. 緩和ケア普及のための地域介入プログラムにおける緩和ケアセミナーの有用性: OPTIM 浜松. 第 14 回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪
  57. 清原恵美, 井上聡, 福田かおり, 井村千鶴, 森田達也. 地域緩和ケアを促進するための看護師に対するホスピス研修の有用性: OPTIM 浜松. 第 14 回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪
  58. 藤本亘史, 森田達也, 深澤貴子, 川口知香, 佐々木一義, 吉川陽子, 山田博英, 鷺津潤爾, 鈴木留美, 伊藤富士江. 地域医療者調査をもとに地域の課題を共有するための緩和ケア専門家によるフォーカスグループの試み: OPTIM 浜松. 第 14 回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪
  59. 井村千鶴, 藤本亘史, 細田修, 小野宏志, 森田達也. 地域緩和ケアチームによるアウトリーチの有用性: OPTIM 浜松. 第 14 回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪
  60. 赤澤輝和, 森田達也, 古村和恵, 井村千鶴, 野末よし子. 地域の緩和ケアサービスの情報共有方法はどのようにすればよいか?: OPTIM 浜松. 第 14 回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪
  61. 古村和恵, 佐久間由美, 鈴木小ゆり, 前堀直美, 野末よし子, 井村千鶴, 森田達也. がん患者の医療情報共有ツール「わたしのカルテ」の有用性に関する介入調査: OPTIM 浜松. 第 14 回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪

- 阪
62. 大木純子, 古村和恵, 野末よし子, 井村千鶴, 森田達也. がん患者に求められる支援・サポートについての地域でのフォーカスグループ:OPTIM 浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪
63. 野末よし子, 井村千鶴, 西尾かをる, 佐藤文恵, 松井順子, 森田達也. 浜松市におけるがん患者のケアマネジメントについての実態調査:OPTIM 浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪
64. 崔智恩, 宮下光令, 平井啓, 佐藤一樹, 森田達也, 恒藤暁, 志真泰夫. 在宅ホスピスを利用したがん患者の遺族の在宅療養と在宅死亡に対する意向とその関連要因に関する研究: J-HOPE study. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪
65. 安藤満代, 森田達也, 吉良晴子, 志真泰夫. 遺族のスピリチュアルケアとしてのビリーフメント・ライフレビュー. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6. 19~20 大阪
66. Ando M, Morita T, Kira H, Shima Y. Feelings of meaninglessness in terminally ill cancer patients: Effects of workshops on nurses using the Short Term Life Review. The 1<sup>st</sup> International Nursing Rresearch Conference of World Academy of Nursing Science. 2009. 9. 19-20 Kobe
67. 安藤満代, 森田達也, 明智龍男, 伊藤佐陽子, 井福ゆか, 中山和道, 田中将也. 治療中の日本人がん患者に対するマインドフルネスアプローチの心理面への効果. 日本サイコオンコロジー学会総会. 2009. 10. 1~2 広島
68. 安藤満代, 森田達也, 明智龍男, 椎原康史, 伊藤佐陽子. 治療中のがん患者に対するマインドフルネスアプローチが心理に及ぼす効果—質的分析による—. 日本サイコオンコロジー学会総会. 2009. 10. 1~2 広島
69. 森田達也, 山岸暁美, 秋山美紀, 木下寛也, 白髭豊, 江口研二. シンポジウム 21-2 緩和医療と精神腫瘍学—地域における緩和ケア: OPTIM プロジェクトから学んだこと—. 第68回日本癌学会学術総会. 2009. 10. 3 横浜
70. 木澤義之, 山本亮, 橋爪隆弘, 森田達也, 志真泰夫. シンポジウム 21-3 緩和医療と精神腫瘍学—我が国における緩和ケアの教育の現状—. 第68回日本癌学会学術総会. 2009. 10. 3 横浜
71. 森田達也. シンポジウム 17-5 緩和医療による生活の質向上を求めて—基礎から臨床まで 根拠を踏まえた情報提供のありかたを探る—「緩和医学を理解するために知っておきたい EBM の知識」. 第19回日本医療薬学会年会. 2009. 10. 25 長崎
72. 森田達也. 教育セミナーL14 がん性疼痛マネジメントのコツ 突出痛の対応, フェンタニルの上手な使い方, 神経ブロック併用のタイミング. 日本臨床麻酔学会第29回大会. 2009. 10. 30 浜松
73. 森田達也. 教育講演 2 緩和治療の最新のエビデンスと実践. 第8回日本臨床腫瘍学会学術集会. 2010. 3. 18~19 東京

#### 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  
特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金 (がん臨床研究事業)  
(総合) 分担研究報告書

新規抗がん剤第一相臨床試験に関する患者心理の研究

研究分担者 和田 信 埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科

**研究要旨** 新規抗がん剤第一相臨床試験に関する患者心理を明らかにするために、臨床試験開始時と終了ないし中断時に、質問票および面接を用いた調査を行った。また、第一相臨床試験に関する説明を受けたが断った患者にも、質問票および面接を用いて調査を行った。質問票による調査では、「可能性があれば、積極的に治療したい」、「担当医から勧められた」、「医師を信頼している」、「希望や心の支えになる」などが、第一相臨床試験を受ける理由として多くあげられた。面接調査から、第一相臨床試験における抗がん剤の治療効果を期待している一方、それが期待した効果をあげなかった場合のことは、極力考えないでおこうとする心理的傾向が明らかになった。参加していた第一相臨床試験が途中で中断となった場合でも、第一相臨床試験に参加したことを後悔している患者は、今回の調査では見られなかった。第一相臨床試験の説明を受けたが、臨床試験に参加しなかった患者では、「副作用が心配だから」、「効果のはっきりしない治療は受けたくない」、「入院したくない」が主な理由であり、適切な緩和医療・緩和ケアの希望や民間療法についての関心が見られた。

**A. 研究目的**

新規抗がん剤第一相臨床試験は、薬剤開発に欠かせない重要な臨床試験であるが、これに参加する患者の数は少ないことが我が国でも問題となっている。第一相臨床試験の主たる目的は薬剤の毒性試験であり、対象となる患者は、適応となる標準治療が存在しないか、標準治療を実施したが治療効果を得られなかった場合である。したがって、第一相臨床試験に参加する患者の心情は、治療効果に強く期待をかける半面、強い不安も抱えていることが、先行研究および臨床経験から示唆されている。治療にかける期待と不安、緩和医療に対する気持ちなど、一般の治療と緩和医療との間でもみられ患者心理が、第一相臨床試験では特に先鋭化して現れていると予想される。こうした背景から、本研究では、新規抗がん剤第一相臨床試験に関する患者心理を明らかにすることを目的とした。

**B. 研究方法**

臨床試験開始時と終了ないし中断時に、質問票および面接を用いた調査を行った。

また、第一相臨床試験に関する説明を受けたが断った患者にも、質問票および面接を用いて調査を実施した。

質問票 (I) では、第一相臨床試験を受ける (受けない) ことにした理由、第一相臨床試験への期待、新規薬剤の副作用に関するとらえ方について、選択式回答の質問を行った。また、質問票 (II) として、EORTC QLQ C30 (QOL 評価尺度)、HADS (不安・抑うつ評価尺度)、SCNS-SF34 (癌患者のニード評価尺度) による調査を行った。

面接では、臨床試験に参加する動機、臨床試験への期待、臨床試験の目的に関する理解、臨床試験に関する心情、臨床試験終了後の見通し、緩和医療・緩和ケアについての知識と見通しについて、半構造化面接を行った。臨床試験に参加しないことにした患者でも、同じ内容の面接調査を行った。面接内容は文字起こし、内容分析を行った。

第一相臨床試験中断ないし終了時にも、質問票と面接を用いた調査を行った。質問票 (III) では、臨床試験への期待がどの程度かなえられたか、機会があれば別の第一相臨床試験を受けてみたいと思うか、今後

の治療についての考え、今後の気がかりについて、選択式回答で質問した。また、面接では、臨床試験が終了ないし中断した心情、当初の期待はかなえられたか、今後の医療と生活に関する気持ち、緩和医療・緩和ケアについての知識と気持ちについて、可能なら再び第一層試験を受けたいと思うか、治験の実施方法についての感想、希望や心の支えのために医療者に何ができるか、について半構造化面接を行った。

(倫理面への配慮)

質問票と面接の結果は、診療にあたる担当医・看護師等には伝わらないこととし、結果の公表に際しては、集計および個人が特定されない形での発表を行うこととした。また、本調査に参加しなくても、通常の診療および第一相臨床試験に関して患者の不利利益はないこととした。以上を文書で説明し、文書による同意をもって本調査への協力の同意とした。なお、本調査は、埼玉医科大学国際医療センターIRBの承認を得て実施された。

### C. 研究結果

平成22年3月末までに、16名の患者が第一相臨床試験開始となり、全員に質問票(I)および面接での調査を行った。そのうち14名から質問票(II)の結果を得た。第一相臨床試験に関する説明を受けたが参加を断った患者2名から、質問票(I)(II)および面接による結果を得た。うち2名から、質問票(II)の結果を得た。

臨床試験開始後、調査期間中に中断となった患者が5名あり、うち3名から、質問票(III)および面接による結果を得た。更に、そのうち2名から質問票(II)の結果を得た。

臨床試験開始時、質問票(I)による主な結果は次の通りであった。第一相臨床試験を受けることにした主たる理由としては、「可能性があれば、積極的に治療したいから」を選択した患者が14名中6名で最多であった。次に多かったのは、「医

師を信頼しているから」(2名)。その他、「希望や心の支えになるから」(1名)、「担当医から勧められたから」(1名)、「抗がん剤の治療を受けたいから」(1名)、「新しい薬を試したいから」(1名)、「効果のはっきりしない治療でも試したいから」(1名)、「他の人のためになるかもしれないから」(1名)が挙げられた。

第一相臨床試験を受けることにした理由の複数選択可での回答としては、「可能性があれば、積極的に治療したいから」が16名で最多。続いて、「希望や心の支えになるから」(11名)、「担当医から勧められたから」(9名)、「抗がん剤の治療を受けたいから」(7名)、「何らかの治療をしたいから」(7名)、「この病院を信頼しているから」(7名)、「他の人のためになるかもしれないから」(7名)、「医師を信頼しているから」(6名)、「効果のはっきりしない治療でも試したいから」(5名)が上位に挙げられた。

臨床試験の治療的効果に関しては、「たぶん効いて治ると思う」と「治らないが、少しでも長く生きられる効果があると思う」が各5名で最多。続いて「必ず効いて治ると思う」4名、「治らないが、少しでも長く生きられる効果があると思う」3名、「長く生きられる効果はないかもしれないが、症状を軽くするかもしれないと思う」1名、「効かないかもしれない」1名、「その他(よくわからない)1名であった。

副作用については、「少しは副作用があるかもしれないと思う」10名、「ほとんど副作用はないと思う」3名、「かなり副作用が起きるかもしれないと思う」1名、「重大な副作用が起きるかもしれないと思う」1名、「わからない」1名であった。

なお、以前第一相臨床試験を受けた経験のある患者はいなかった。

臨床試験開始時の面接では、第一相臨床試験の治験薬による治療的効果を強く期待している患者の心情が明らかになった。また、第一相臨床試験の主目的が治療のためでないことを理解し、治験薬の毒性に関す

る説明を聞いて理解していても、治療的効果の可能性に強く期待をかけて賭けようとする患者の心理的特性がみられた。一方、緩和ケア・緩和医療については、知識としてある程度知っている場合にも、具体的に考えている患者は無く、緩和ケア・緩和医療に関して考えることを避ける傾向が強くみられた。

第一相臨床試験に関する説明を受けたが、参加しないことにした患者2名では、「副作用が心配だから」1名、「入院したくないから」1名が、臨床試験に参加しない主な理由であった。複数選択可では、「副作用が心配だから」(2名)、「効果のはっきりしない治療は受けたくないから」(2名)が多かった。また、仮に第一相臨床試験に参加した場合の治療的効果の予測は、「効かないかもしれない」2名であり、治療効果に関する期待が低かった。また、参加した場合の副作用についても、「かなり副作用が起きるかもしれないと思う」(2名)と、副作用の心配も比較的強かった。

第一相臨床試験に参加しないことを選んだ患者の面接では、副作用の可能性と第一相臨床試験の目的に対する懸念と、入院したくない気持ちが、参加しないことを選択した主な理由として挙げられた。また、今後、痛みや息苦しさなどの苦しい症状がないようにしてほしいとの希望、体力が衰えないような形で治療したいとの希望があった。

臨床試験が中断となった患者4名での質問票(Ⅲ)による結果では、4名全員が「期待はかなえられなかった」とし、中断後の調査時点では、3名が今後何らかの治療を受けることについて「どちらとも言えない」と答えている。同じ3名は、今後の治療についてどの治療施設で、どのような治療を受けることを検討しているかも、「まだ決めていない」が3名であり、「緩和ケア」を同時に考慮として挙げた者は、1名にすぎなかった。今後の治療について、1名のみが治療を受けることを積極的に考えており、

ひきつづき抗がん剤による何らかの治療を望んでいた。また、今後の懸念として、2名が「病気」「体のつらさ」、「気持ちのつらさ」、「家族のこと」、「生活や治療などお金の面」を挙げている。抗がん剤による治療を更に続けることを望んだ1名のみが、今後の懸念として「病気」のみを選択している。

臨床試験が中断となった際の面接では、患者は当惑していて、今後の見通しを具体的に持てない場合が多かった。何らかの薬を使っていることが気持ちの支えになると考える者、今後のことはまだ考えていないという者、日々を過ごす気持ちについて思いを巡らす者、があった。また、見捨てずに緩和ケアを行ってほしいという希望も見られた。臨床試験に参加したことを後悔している患者はなかった。

第一相臨床試験開始時の EORTC QLQ C30 の各機能領域の平均スコアは、身体 89.0、役割 81.0、認知 84.5、感情 79.2、社会 64.9、全般 QOL63.1 であった。また、HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) の平均評点は、不安 6.3、抑うつ 6.1、合計 12.4 であった。SCNS-SF34 において各領域における何らかの援助が必要(リカートスケール 3 以上)との回答があった平均項目数は、医療システムおよび情報 5.5 (11 項目中)、心理 6.1 (10 項目中)、身体と日常生活 1.3 (5 項目中)、ケアと援助 1.1 (5 項目中)、性 0.8 (3 項目中) であった。

これら EORTC QLQ C30, HADS, SCNS-SF34 の結果から、第一相臨床試験開始時には身体および日常生活機能は比較的良好であるにもかかわらず、社会領域の QOL および全般的 QOL は高くないこと、不安・抑うつが比較的強く、心理的援助と医療システム・情報に関して多くの援助が必要だと感じている傾向が示された。

第一相臨床試験中断時 2 名の EORTC QLQ C30 の各機能領域の平均スコアは、身体 83.3、役割 66.7、認知 66.7、感情 66.7、社会 70.8、全般 QOL58.3。HADS (Hospital

Anxiety and Depression Scale)の平均評点は、不安 6.5、抑うつ 6.0、合計 12.5。SCNS-SF34 において各領域における何らかの援助が必要（リカートスケール 3 以上）との回答があった平均項目数は、医療システムおよび情報 8 (11 項目中)、心理 5.5 (10 項目中)、身体と日常生活 2.5 (5 項目中)、ケアと援助 1.5 (5 項目中)、性 0.0 (3 項目中)であった。

第一相臨床試験の説明を受けたが断った患者 2 名の EORTC QLQ C30 の各機能領域の平均スコアは、身体 80.0、役割 66.7、認知 66.7、感情 58.3、社会 58.3、全般 QOL 66.7。HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)の平均評点は、不安 7.0、抑うつ 7.0、合計 14.0。SCNS-SF34 において各領域における何らかの援助が必要（リカートスケール 3 以上）との回答があった平均項目数は、医療システムおよび情報 5.5 (11 項目中)、心理 8.5 (10 項目中)、身体と日常生活 3.0 (5 項目中)、ケアと援助 3.0 (5 項目中)、性 0.0 (3 項目中)であった。

#### D. 考察

上記の結果から、新規抗がん剤第一相臨床試験に参加する患者では、治験薬の治療効果に強い期待をかけていることが示された。その他、医師に対する信頼や、何らかの治療を行っていることによる希望や心の支え、他人のためになるかもしれないという副次的理由等、臨床試験に参加する動機としてあげられた。治験薬の治療効果の可能性や副作用の可能性について、一般的説明を理解していても、自分自身に関しては楽観的な期待をもって臨床試験に参加している傾向がみられる。また、期待した効果が得られなかった場合のことについて考えることを避ける傾向が強く認められ、緩和医療・緩和ケアについて具体的に考えることも避ける傾向が見られた。

第一相臨床試験が中断となった場合、患者は少なからず当惑しており、その後の展望を描きにくい心理状況にあった。何らかの

治療の可能性をなお模索しようとしたり、日々を過ごす心持について思いを巡らしたり、緩和ケアにつなげてもらいたいと希望したりと、さまざまな心理状態が生じていた。この時期にはとりわけ、適切な緩和医療・緩和ケアにつなげてゆくことが必要とされていると考えられる。

#### E. 結論

新規抗がん剤第一相臨床試験に参加する患者では、治験薬の効果に対する期待が強い。一方、期待した治療効果の得られない場合について考えることを回避しようとする心理傾向が認められ、緩和医療・緩和ケアについても具体的に考えることは回避する傾向が認められた。

第一相臨床試験が中断した時、患者は当惑し、その後の展望を具体的に考えにくい心理状況にあり、適切な緩和医療・緩和ケアの提供が必要であると考えられる。

#### F. 健康危険情報

特記すべき情報は得られなかった。

#### G. 研究結果発表

論文発表

1. Chiaki K, Hideki O, Daiji K, Ikuko K, Taku F, Makoto W, Yoshio H. Unexpectedly high prevalence of akathisia in cancer patients. *Palliative & Supportive Care*. 2007; 5: 351-4.
2. Hideki O, Wataru Y, Makoto W, Tomomi N, Mei W, Yu S, Toshimichi M, Chiaki K, Masaru N, Yasutsuna S. Detection and treatment of akathisia in advanced cancer patients during adjuvant analgesic therapy with tricyclic antidepressants. *Palliative & Supportive Care*. 2007; 5: 411-4.
3. Tomomi N, Makoto W, Mei W, Hiroshi I, Masaru N, Hideki O. Activation

- syndrome caused by paroxetine in a cancer patient. Palliative & Supportive Care (in press)
4. Yu S, Hideki O, Makoto W, Tomomi N, Mei W, Kazuhiro A, Hisashi E, Fumio N, Wataru I, Toshimichi M, Masaru N, Yasutsuna S. A case report of respiratory akathisia in cancer patient. Palliative & Supportive Care. 2008; 6: 79-81.
  5. 和田信. うつ病の概念, 定義. 日本臨牀. 2007; 65: 1563-8.
  6. 和田信. 埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科の取り組み(精神科医の立場から) 精神医学. 2007; 49: 939-42.
  7. Nishida T, Wada M, et al. Activation syndrome caused by paroxetine in a cancer patient. Palliative and Supportive Care. 2008; 6: 183-5.
  8. 和田信. がん患者の心と身体. 身体 of 病と心理臨床. 創元社. 2008; 66-77.
  9. 大西秀樹, 西田知未, 和田芽衣, 和田信. 緩和医療における家族ケアの基本. 緩和医療学. 2008; 10: 347-51.
  10. 大西秀樹, 西田知未, 和田芽衣, 石田真弓, 和田信. グリーフケア. 緩和医療学. 2008; 10: 196-7.
  11. 大西秀樹, 西田知未, 和田芽衣, 和田信. 精神腫瘍外来. 精神科治療学. 2008; 23: 1097-102.
  12. 大西秀樹, 西田知未, 和田芽衣, 石田真弓, 和田信. 遺族ケアの実際. 総合病院精神医学. 2008; 20: 149-55.
  13. 大西秀樹, 西田知未, 和田芽衣, 和田信. サイコオンコロジーの臨床. 精神科. 2008; 13: 94-8.
  14. 西田知未, 和田信, 和田芽衣, 大西秀樹. 精神腫瘍医の考える薬物療法. 家族ケア. 2008; 6-4: 16-8.
  15. 大西秀樹, 西田知未, 和田芽衣, 石田真弓, 和田信. 遺族ケア. 家族ケア. 2008; 6-6: 16-9.
  16. 大西秀樹, 西田知未, 和田芽衣, 和田信, 石田真弓. 遺族ケアの実際と課題. がんけあナビ. 2008; 1: 48-51.
  17. 大西秀樹, 西田知未, 和田芽衣, 石田真弓, 和田信. がん患者の家族の相互理解(コミュニケーション)を促す援助. 家族看護. 2008; 6-2: 103-8.
  18. 大西秀樹, 西田知未, 和田芽衣, 和田信. 癌患者の精神症状. Cancer Treatment Navigator. メディカルレビュー社. 2008; 274-5.
  19. Wada T, Wada M, Wada M, Onishi H. Characteristics, interventions, and outcomes of misdiagnosed delirium in cancer patients. Palliat. Support. Care 2010; 23:1-7.
  20. 日本癌治療学会編. (和田信: 日本癌治療学会制吐薬適正使用ガイドライン作成ワーキンググループ委員)
  21. 和田信. 制吐薬適正使用ガイドライン 2010年5月[第一版]. 金原出版株式会社, 東京, 2010
- 学会発表
1. Matsuda M, Wada M, Mizuno M. Effectiveness of psychotherapy for At Risk Mental State (ARMS) in preventing full blown psychosis. 6<sup>th</sup> International Conference on Early Psychosis. Melbourne, Oct. 21<sup>st</sup> 2008.
  2. 和田信. うつ病と適応障害. 第14回日本緩和医療学会学術大会 パネルディスカッション「いかに精神症状に対応するか」平成21年6月大阪(パネリスト)
  3. Ishida M, Wada M, et al. Psychiatric disorders of the bereaved who lost family members due to cancer: Experiences of outpatient services for bereaved families in an cancer center hospital in Japan. IPOS 11<sup>th</sup> World Congress of Psycho-oncology 平成21年6月Vienna(Austria)
  4. Ishida M, Wada M et al. Bereavement



Dream? - A Case of a Japanese woman suffering from unpleasant dream. IPOS 11<sup>th</sup> World Congress of a Psycho-oncology 平成 21 年 6 月 Vienna (Austria)

5. 和田信. 癌患者の精神病理学試論. 日本精神病理・精神療法学会 第 32 回大会 平成 21 年 9 月盛岡
6. 和田信. 精神科領域から考える制吐剤の適応. 第 47 回日本癌治療学会学術大会 制吐剤ガイドラインコンセンサスミーティング 平成 21 年 10 月横浜 (シンポジスト)

#### 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  
特記すべきことなし。

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

筋・筋膜性の腰背部痛を生じたがんに対するリハビリテーション介入の有効性の評価

研究協力者 早乙女貴子・太田麻美子

東京大学医学部附属病院リハビリテーション部 臨床登録医・理学療法士

**研究要旨** がん治療と疾患経過中に筋・筋膜性の腰背部痛を生じたがんに対し、リハビリテーションの一部門である理学療法を実施し、患者の主観による疼痛の評価を用いて、前後比較により効果を検証した。研究デザインは一群の前後比較研究とした。対象患者は進行がん及びその合併症の治療目的で当院に入院し、腰背部痛を有する患者で、骨転移の有無は問わず、トリガーポイントブロックにて腰背部痛が軽減する者とした。対象患者は5名であった。BPI-Jを用いた理学療法実施前後での腰背部痛の変化は、3点以上の増減を有意な変化と解釈したが、いずれの項目も疼痛の程度に著明な変化は認めなかった。EORTC-QLQ-C30によるQOLの評価では3点以上の増減を有意な変化ととらえた結果、5例中4例で点数が上がった。リハビリテーション満足度は5例全例が10点満点中7点以上であった。

**A. 研究目的**

がん患者が経験し、愁訴となる「痛み」の1つに腰痛・背部痛があるが、これに対するリハビリテーションの影響や効果に関する研究報告はない。がん治療と疾患経過中に筋・筋膜性の腰背部痛を生じたがんに対し、リハビリテーションの一部門である理学療法を実施し、患者の主観による疼痛の評価を用いて、前後比較により効果を検証した。

**B. 研究方法**

研究デザインは一群の前後比較研究とした。対象患者は進行がん及びその合併症の治療目的で当院に入院し、腰背部痛を有する患者で、骨転移の有無は問わず、トリガーポイントブロックにて腰背部痛が軽減する者とした。

主な評価項目は、Japan Brief Pain Inventoryの項目3・4・5を用いた質問紙を作成し、理学療法実施前後の患者自身の主観による腰背部痛の評価を行うこととした。副次的な評価項目は理学療法実施前後の患者のEORTC-QLQ-C30の項目30を質問しQOLがどのように変化するかと、理学療法実施後

のリハビリテーション満足度を10点満点で評価を行うこととした。対象患者に対し、文書を用いてインフォームドコンセントを得た。研究参加への同意を得た後に、調査者が患者に痛みとQOL評価の質問紙表への記入を依頼した。調査担当者は、基本情報と評価用紙を別途記録した。医師が理学療法士にリハビリテーション処方を示し、翌日以降から理学療法士が対象患者に理学療法を実施した。理学療法開始1週間後と2週間後に、調査担当者が患者に質問紙表への記入を依頼し、理学療法実施前後で計3回主要な評価項目（腰背部痛）と副次的評価項目（QOL評価、リハ満足度）を調査した。調査票は東京大学医学部附属病院の個人情報保護に関する基本方針に従い管理した。

**C. 研究結果**

調査期間は平成21年2月から12月までであった。その間に同意を得た対象患者は9名であった。9名中2名は調査期間内に死亡し、2名は主科判断で退院となったため、本調査を最後まで終了できたのは5名であった。

BPI-Jを用いた理学療法実施前後での腰

背部痛の変化は、3点以上の増減を有意な変化と解釈した。その結果、項目3・4・5いずれも疼痛の程度に著明な変化は認めなかった。

EORTC-QLQ-C30によるQOLの評価でも3点以上の増減を有意な変化ととらえた結果、5例中4例で点数が上がった。

リハビリテーション満足度は5例全例が10点満点中7点以上であった。

#### **D. 考察**

調査期間を2週間と設定したこと、質問紙による評価のため対象となる患者が限定されたことより、症例数が増やせず、統計学的評価を行うことはできなかった。今後症例数を増やして更なる検討が必要である。

#### **E. 結論**

理学療法実施による腰背部痛自体の緩和は得られなくても、原疾患の治療と緩和ケアと並行して理学療法を実施することにより患者のQOLは向上する傾向が示された。

#### **F. 健康危険情報**

特記すべきことなし。

#### **G. 研究結果発表**

学会発表

第47回日本リハビリテーション医学会  
学術集会（2010年5月19-21日）にて発表の予定

#### **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

特記すべきことなし。

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

無作為化クロスオーバー試験による進行期がん患者の倦怠感に対する  
リフレクソロジーの有効性の検討

研究協力者 宮内貴子

山口大学医学部付属病院(元独立行政法人国立病院機構岩国医療センター)

研究協力者 山口拓洋 東京大学医学部附属病院臨床試験データ管理学講座

**研究要旨** 進行期がん患者の倦怠感に対するリフレクソロジーの有効性について検討した。一般病棟入院患者に対し20分間のリフレクソロジーを実施した。介入の前後で倦怠感評価尺度を測定する介入群と、介入を行わず測定のみを行う対照群を設定した。倦怠感評価尺度は、Cancer Fatigue Scale (CFS)と Fatigue Numerical scale (FNS)、POMS 短縮版疲労項目を使用した。対象を1日目に介入なし、2日目に介入を行うグループと、1日目に介入、2日目に介入を行わないグループに無作為に振り分けた。介入効果をウィルコクソンの符号付順位和検定で評価した。その結果、リフレクソロジーにより CFS の総合的倦怠感、身体的倦怠感、精神的倦怠感と FNS が有意に改善し、進行期がん患者の倦怠感に対するリフレクソロジーの有効性が認められた。介入の一般化を保証するために、今後他施設試験などにより検討を行う必要がある。

**A. 研究目的**

進行期がん患者の倦怠感に対するリフレクソロジーの有効性について検討する。

**B. 研究方法**

対象は国立岩国医療センター一般病棟入院患者で、介入は20分間のリフレクソロジーである。介入を実施せず倦怠感評価尺度の測定のみを行う対照群と、介入前後で測定する介入群を設定し、両群で倦怠感の軽減率を比較した。倦怠感評価尺度は Cancer Fatigue Scale (CFS)と Fatigue Numerical scale (FNS)、POMS 短縮版疲労項目を使用した。対象を1日目に介入なし、2日目にリフレクソロジーを行うグループと、1日目にリフレクソロジー、2日目に介入なしのグループに無作為に振り分けた。介入効果をウィルコクソンの符号付順位和検定で評価した。

(倫理面への配慮)

本研究は国立岩国医療センターの倫理審査を受け、文書による説明同意を得て実施した。

**C. 研究結果**

8例が登録された。男性1名、女性7名で平均年齢は64.3(52~82)歳であった。CFSの総合的倦怠感得点の平均は介入群が介入前後で-8.7点であり、非介入群では-0.5点であった(P=0.0008)。身体的倦怠感は介入群が-3.6点、非介入群は-0.3点であった(P=0.0064)。精神的倦怠感は介入群が-4.3点、非介入群は+0点であった(P=0.0007)。FNSは介入群が-1.13点、非介入群は+0.25点であった(P=0.0043)。認知的倦怠感とPOMSでは統計学的な有意差は認められなかった。

**D. 考察**

リフレクソロジーにより CFS の総合的倦怠感、身体的倦怠感、精神的倦怠感と FNS が有意に改善し、進行期がん患者の倦怠感に対するリフレクソロジーの有効性が認められた。しかし今回は症例数が少なく十分な結論が出ているとは言い難いため、介入の一般化を保証するために、今後他施設試験などにより検討を行う必要がある。

#### **E. 結論**

進行期がん患者の倦怠感に対するリフレクソロジーの有効性が認められ、治癒困難な進行期がん患者の倦怠感に対し有効な看護援助になりうる可能性が示唆された。

#### **F. 健康危険情報**

特記すべき情報は得られなかった。

#### **G. 研究発表**

学会発表

第 15 回日本緩和医療学会学術大会にて発表予定。

#### **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  
特記すべきことなし。

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

外来化学療法患者の倦怠感に対するECAM (Energy Conservation and Activity Management)の有効性の検討

研究協力者 平井和恵 横浜市立大学医学部看護学科

**研究要旨** 外来化学療法患者の倦怠感マネジメントのための日本版 ECAM 介入を開発し、介入群（10 名）に実施した。対象者からは介入内容、受け入れやすさへの肯定的な評価が得られた。また、day1. 5. 8. 15. 22. における倦怠感の推移パターンが明らかとなった。今後引き続き症例数を増やし、対照群の倦怠感パターンとの比較により有効性を検討していく必要がある。

**A. 研究目的**

外来で化学療法を受けるがん患者に対する日本版ECAM (Energy Conservation and Activity Management) を開発し、その有効性を検証すること。

**B. 研究方法**

1. 研究デザイン：準実験研究
2. 対象：3 週間に 1 日、外来化学療法を受けている 20 歳以上の乳がん患者で、前回治療から今回治療までの間に、NRS3 以上の倦怠感を経験していたこと。
3. 日本版 ECAM 介入とその評価：外来化学療法当日、倦怠感の一般的知識に関する情報提供、この間の倦怠感パターンの振り返りを日・週単位で行う。また、生活の中で優先度の高い/低い事柄を明確化し、エネルギー配分の調整を計画する。次回化学療法日まで 3 回の電話介入を行い、day1. 5. 8. 15. 22. には BFI を用いて倦怠感を評価する。

（倫理的配慮）

研究計画については、データ収集施設（山口赤十字病院）倫理審査委員会より実施の承認を得た。対象者に対しては文書を用いて説明し、同意書への署名を得た。

**C. 研究結果** (H21. 6-12月までの結果)

1. 外来化学療法患者を対象とする日本版 ECAM プログラムおよび教育ツールを開発、完成させた。

2. NRS で中等度以上(平均 5.7)の倦怠感を経験していた 10 名 (56.1±9.0 歳) の患者に対し ECAM 介入を行った結果、BFI を用いて測定した倦怠感（強さ・生活への支障）は、Day1 (1.4・0.83)、Day5 (3.48・1.97)、Day8 (2.57・1.53)、Day15 (1.7・1.07)、Day22 (1.33・0.77) であった。また、参加者全員が ECAM 実践に負担感はなく今後も活用していきたいと回答、「生活上、工夫できることを認識できた」など肯定的な反応を示した。

介入群の結果からは、日本版 ECAM 介入は高い feasibility が期待できる。現在引き続き介入群のデータ収集を継続中であり、今後対照群についてもデータ収集を開始、両者の比較により有効性の検討を行う予定である。

**F. 健康危険情報**

特記すべき情報は得られなかった。

**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  
特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
（総合）分担研究報告書

頭頸部がん患者における不安・抑うつとその関連要因

研究協力者 田代三恵 昭和大学歯科病院総合歯科  
研究協力者 出野美那子 慶應義塾大学先端研究センター 研究員

**研究要旨** 頭頸部がん患者における身体的状況（疼痛、嚥下、知覚、言語、社会的摂食、社会的接触、性的関心）、ソーシャルサポート（質的、量的）、主治医とのコミュニケーション（手術後に予想される障害に関する主治医からの説明、術後障害の予測）が不安、抑うつにどのような役割を果たすのかを検討した。調査は2008年9月から2009年3月に、無記名による自記式質問紙にて行った。首都圏の6施設7診療科（口腔外科、耳鼻科）において、頭頸部悪性腫瘍既往歴を持つ、経過観察中・外来通院中の成人患者225名が対象となった。頭頸部に傷を持つ頭頸部がん患者において、ソーシャルサポートはサポート源によって異なる直接効果を持つこと、自己効力感は社会的苦痛とうつ・不安の関連における強い緩衝要因であることが明らかとなった。

**A. 研究目的**

1. 頭頸部がん患者における身体的状況（疼痛、嚥下、知覚、言語、社会的摂食、社会的接触、性的関心）、ソーシャルサポート（質的、量的）、主治医とのコミュニケーション（手術後に予想される障害に関する主治医からの説明、術後障害の予測）が不安、抑うつにどのような役割を果たすのかを検討する。
2. 頭頸部がん患者における、社会的苦痛尺度を作成する。
3. 頭頸部がん患者における、社会的苦痛がうつ・不安へ及ぼす影響の緩衝要因として、ソーシャルサポート、自己効力感の影響を検討する。

**B. 研究方法**

**調査方法** 調査は2008年9月から2009年3月に、無記名による自記式質問紙にて行った。研究協力施設のプライバシーが守られる場所にて、研究担当者により本研究の趣旨を対象者に直接説明を行い、質問紙への回答を依頼した。自宅にて回答する場合は、調査事務局へ返送、あるいは次回来院日に持参することを依頼した。

**調査対象** 首都圏の6施設7診療科（口腔外科、耳鼻科）において、頭頸部悪性腫瘍既往歴を持つ、経過観察中・外来通

院中の成人患者225名（うち頭頸部に傷を持つ者129名（平均年齢63.88歳±12.48）、持たない者93名、無回答3名）。  
**調査内容** EORTC QLQ-H&N35 日本語版 (Toth et al., 2005) 35項目。社会的苦痛 (Deno et al., submitting) : 「社会的活動の回避」4項目, 「容貌に関する苦痛」5項目から成る計9項目。うつ・不安 (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; 北村, 1993) 14項目, ソーシャルサポート (岡林他, 1997) 5項目, 自己効力感 (平井他, 2001) 18項目。対象者の医学的情報, 社会統計学的情報。

（倫理への配慮）

東京大学医学系研究科倫理審査委員会、及び各研究協力施設倫理審査委員会における審査を経た。各対象者へ、インフォームドコンセントを行い、同意書への署名を求めた。

**C. 研究結果**

1. 上記要因のうち、有意差が認められた疼痛、社会的接触、ソーシャルサポート（質的）、主治医とのコミュニケーション（術後障害の予測）を不安、抑うつに対する影響要因として最終的に回帰分析を行った。抑うつに関してはソーシャルサポート ( $\beta = -.39$ )、社会的接触 ( $\beta = .19$ )、疼痛 ( $\beta = .18$ )

が有意であり、また抑うつに関しては社会的接触 ( $\beta = .33$ )、ソーシャルサポート ( $\beta = -.25$ )、疼痛 ( $\beta = .20$ ) が有意であった。

2. 「社会的活動の回避」と「容貌に関する苦痛」の2因子からなる、頭頸部がん患者の社会的苦痛尺度を作成した。項目作成の際の手続きによって内容的妥当性を保証し、高い信頼性 (Cronbach の  $\alpha$  係数; 0.87, 0.86) と収束的妥当性 (EORTC QLQ H&N35 の下位因子 "social contact" との相関係数; 0.767, 0.595) を確認した。
3. 社会的苦痛がうつ・不安へ及ぼす影響の緩衝要因 (ソーシャルサポート, 自己効力感) の影響について仮説モデルを立て、共分散構造分析を行った。頭頸部に傷を持つ129名について分析を行ったところ、本データにおけるモデルの当てはまりは非常に良好であった ( $\chi^2(7) = 9.147$ ,  $p = .242$ , GFI = .981, AGFI = .922, CFI = .993, RMSEA = .049)。社会的苦痛, 友人/家族からのソーシャルサポートのうつ・不安への標準化間接効果得点はいずれも有意であった (順に 0.281 ( $p < .01$ ), -0.228 ( $p < .01$ ), -0.157 ( $p < .05$ ))。

#### D. 考察

1. 頭頸部がん患者の不安、抑うつに対してソーシャルサポートと社会的接触が重要な影響要因であることが明らかとなった。さらに、ソーシャルサポートに関しては、その人数よりもむしろどの程度傾聴し、いたわりをもつかということが重要であることが明らかとなった。したがって、身体的状況 (疼痛コントロール) を改善していくと同時に頭頸部がん患者が社会的接触をもてるようにソーシャルサポートを行っていくことが頭頸部患者の不安、抑うつを軽減するものと考えられる。

2. 海外の先行研究、本邦の臨床的知見に基づいた、信頼性、妥当性の確認された頭頸部がん患者の社会的苦痛尺度が作成された。これにより、頭頸部がん患者の社会的苦痛が心理的症状に及ぼす悪影響を緩衝する要因を検討する基礎的研究が可能になるとと思われる。
3. 先行研究では、社会的苦痛がうつ・不安へ及ぼす影響において、ソーシャルサポートが緩衝していることが報告されていたものの、本研究では、自己効力感を通じた、友人からのソーシャルサポートの間接効果は、うつ・不安を緩衝していたが、友人からのソーシャルサポートの直接効果は、うつ・不安を高めていることが明らかとなった。一方で、社会的苦痛, うつ・不安と家族からのソーシャルサポートの直接的な関連は見られなかったものの、自己効力感を通じた、家族からのソーシャルサポートの間接効果はうつ・不安を軽減していた。

#### E. 結論

頭頸部に傷を持つ頭頸部がん患者において、ソーシャルサポートはサポート源によって異なる直接効果を持つこと、自己効力感は社会的苦痛とうつ・不安の関連における強い緩衝要因であることが明らかとなった。

#### F. 健康危険情報

特記すべき情報は得られなかった。

#### G. 研究発表

論文発表

1. Deno, M., Tashiro, M. Miyashita, M., Asakage T., Takahashi, K., Saito, K., Busujima, Y., Mori, Y., Saito, H. and Ichikawa, Y. (submitting). The Development and Validation of the Perception of Facial Disfigurement and Social Distress Scale in Head and



Neck Cancer Outpatients in Japan.  
Psycho-Oncology.

2. Deno, M., Tashiro, M. Miyashita, M.,  
Asakage T., Takahashi, K., Saito, K.,  
Busujima, Y., Mori, Y., Saito, H. and  
Ichikawa, Y. (submitted) The  
Mediating effect of Social Support  
and Self-efficacy to the  
Relationship between Social  
Distress and Emotional Distress of  
Head and Neck Cancer Outpatients  
with Facial Disfigurement.  
Psycho-Oncology.
3. 出野美那子. (2010). 頭頸部がん患者  
における社会的苦痛を緩衝する要因-  
ソーシャルサポート, 自己効力感-. 日  
本心理臨床学会第 29 回大会発表論文  
集, 宮城.

**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  
特記すべきことなし。

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍（日本語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
恒藤 暁.	緩和ケア系統看護学講座別巻10	恒藤 暁 内布敦子	緩和ケア系統看護学講座別巻10	医学書院	東京	2007	1-289
高久文麿, 監修. 堀 正二, ほか編集. 志真泰夫.	オピオイドー癌疼痛治療に用いるオピオイド	堀 正二, 他.	治療薬ハンドブック	じほう		2008	985-1003
宮下光令(翻訳協力). 小島操子, 佐藤禮子(監訳)	がん看護コアカリキュラム	小島操子, 佐藤禮子	がん看護コアカリキュラム	医学書院	東京	2007	
森田達也, 木澤義之, 戸谷美紀	緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方	森田達也, 木澤義之, 戸谷美紀.	緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方	青海社	東京	2008	
森田達也, 藤本亘史, 難波美貴, 福本直子, 伊藤智子, 山田智香, 大場有沙, 葛西英二, 高田知孝, 井村千鶴.	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.	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2007」編集委員会	ホスピス緩和ケア白書2007	財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団	大阪	2007	17-23
森田達也, 内富庸介, 藤森麻衣子	終末期がんの場合 1. 輸液.	内富庸介, 藤森麻衣子	がん医療におけるコミュニケーション・スキル	医学書院	東京	2007	58-63
森田達也, 内富庸介, 藤森麻衣子	終末期がんの場合 2. 鎮静.	内富庸介, 藤森麻衣子	がん医療におけるコミュニケーション・スキル	医学書院	東京	2007	64-69
森田達也, 福島雅典 柳原一広	緩和治療とは何か	福島雅典, 柳原一広	がん化学療法と患者ケア改訂第2版	医学芸術社	東京	2007	232-234
緩和ケア編集委員会編. 企画担当 恒藤暁, 企画協力 宮下光令, 河正子.	臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール	緩和ケア編集委員会	臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール	青海社	東京	2008	
恒藤暁, 岡本禎晃.	緩和医療総論	日本緩和医療薬学会	臨床緩和医療薬学	真興交易	東京	2008	1-4

恒藤暁.	疼痛以外の症状の緩和	日野原重明, 井村裕夫.	看護のための最新医学講座 [第2版]第24巻. 腫瘍の臨床	中山書店	東京	2008	282-295
恒藤暁.	がんをどう治すか	谷口直之, 杉山治夫, 松浦成昭, 三善英和.	緩和医療	中山書店	東京	2008	235-250
恒藤暁, 岡本禎晃.	緩和ケアエッセンシャルドラッグ	恒藤 暁, 岡本禎晃.	緩和ケアエッセンシャルドラッグ	医学書院	東京	2008	1-210
松岡洋人, 恒藤暁, 大野由美子, 他.	緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方	大阪大学医学部附属病院. 森田達也, 木澤義之, 戸谷美紀.	緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方	青海社	東京	2008	10-11
ガレス・リー, 的場元弘, 橋本貴夫			がん-お医者に行く前にまず読む本-	一灯舎	東京	2008	
的場元弘, 他	3 薬物療法 2 : 応用 : 胸水, 腹水.		臨床権和医療薬学	真興交易	東京	2008	62-67
工藤翔二, 土屋了介, 金沢実, 大田賢, 的場元弘.	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	東京	2008	248-253
森田達也, (編), 他.		森田達也, 木澤義之, 戸谷美紀.	緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方	青海社	東京	2008	
社団法人日本医師会(監), 的場元弘, 森田達也(編), 他.		社団法人日本医師会(監)	がん性疼痛治療のエッセンス	青海社	東京	2008	
社団法人日本医師会(監), 森田達也(編), 他.		社団法人日本医師会(監)	がん緩和ケアガイドブック 2008年版	青海社	東京	2008	
森田達也.	緩和医療(終末期医療、在宅ケア)	中川和彦(編集), 勝俣範之, 西尾和人, 畠清彦, 朴成和(共同編集)	NAVIGATOR Cancer Treatment Navigator	メディカルレビュー社	東京	2008	278-279
和田 信.	がん患者の心と身体	伊藤良子, 大山泰宏,	身体の病と心理臨床	創元社	大阪	2009	66-77