

200925076A (1/2)

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

成人がん患者と小児がん患者の家族に対する
望ましい心理社会的支援のあり方に関する研究

平成 21 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 平井 啓

平成 22 (2010) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

- 成人がん患者と小児がん患者の家族に対する望ましい心理社会的支援のあり方に関する研究……………3
平井 啓

II. 分担研究報告書

1. 治療中止時の患者と家族の意思決定に関する研究……………23
平井 啓
2. がん患者と家族への補完医療のあり方に関する研究……………27
伊藤壽記
3. がん患者の家族の治療法選択・治療中止の意思決定に関する研究……………33
森田達也
4. がん患者の家族の QOL の概念化に関する研究……………40
宮下光令
5. 治療終了後の小児がん患者の親の QOL に関する研究……………46
盛武 浩
6. 小児がん患者の家族の心理的苦痛の解明と家族支援方法の開発に関する研究……………50
尾形明子
7. 骨髄移植患者の同胞の意思決定に関する研究……………55
太田秀明
8. 終末期における小児がん患者の家族の意思決定に関する研究……………59
天野功二

III. 研究成果の刊行に関する一覧表……………65

I . 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
総括研究報告書

成人がん患者と小児がん患者の家族に対する
望ましい心理社会的支援のあり方に関する研究

主任研究者 平井 啓

大阪大学コミュニケーション・デザイン・センター/大阪大学大学院医学系研究科
生体機能補完医学講座/大阪大学大学院人間科学研究科人間行動学講座

研究要旨 本研究では、成人がん患者と小児がん患者の家族を対象とし、意思決定場面での望ましい心理社会的支援のあり方、QOLの実態を明らかにし、がん患者と家族への心理ツールを作成することを目的とした。本年度は、ホスピス・緩和ケアを利用した成人がん患者の遺族を対象とした3つのテーマについての面接調査の解析を実施し、家族のQOLの概念構造を明確化し、支援ツールの原案を作成した。小児がん患者の家族については、医療者、遺族を対象とした面接調査を実施した。その結果、患者にケアを提供するのと同時に、ケアを受ける立場でもある家族への望ましいケアのあり方について、遺族や家族の視点から詳細な資料が得られたことは意義がある。来年度は、面接調査と解析の継続を行い、研究成果について論文化を行う。また、これまでの研究成果を用いて1)医療従事者対象の支援ツール（リーフレット・Webサイト）作成、2)がん患者の家族への心理社会的支援プログラム開発、3)がん医療を補完する患者-家族を包括する望ましい医療支援体制のあり方について提言を行い、最終年度のまとめとする。

分担研究者氏名および所属施設	太田秀明 大阪大学大学院医学系研究科小児 発達医学 講師
平井啓 大阪大学コミュニケーション・デザイン・センター/大阪大学大学院 医学系研究科 生体機能補完医学 講座/大阪大学大学院人間科学研 究科人間行動学講座 助教	天野功二 聖隷三方原病院臨床検査科 部長
伊藤壽記 大阪大学大学院医学系研究科 生体機能補完医学講座 教授	A. 研究目的 わが国のがん対策として、がん対策基本法及びがん対策基本計画が策定され、がん対策基本計画には「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」の実現が掲げられている。しかし、実証的な検討は始まったばかりであり、患者と家族の両者を含めたQOLと意思決定に関する研究が必要である。
森田達也 聖隷三方原病院緩和支援治療科 部長	本研究では、すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上を目標とした相談支援や情報提供等のため
宮下光令 東北大学大学院医学系研究科保健 学専攻緩和ケア看護学分野 教授	
盛武浩 宮崎大学医学部生殖発達医学講座 小児科学分野 講師	
尾形明子 宮崎大学教育文化学部 講師	

の実態把握を行うことを目的とする。特に本計画にある「働き盛りや子育て世代のがん患者やがん経験者、小児がんの子供を持つ家族を支援する体制の在り方」と、「患者や家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上ための治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を円滑にするための意思決定支援に焦点を当て、がん患者の家族がより高い QOL を実現できるような、望ましい心理社会的支援のあり方と指針を得、がん患者と家族への意思決定支援ツールを作成することを目的とする。

本年度は、まず 1) 治療中止時における予後告知に関する家族の意思決定の支援ツールを開発すること、2) 治療法選択・治療中止の意思決定における家族の心理と望ましい医療者の関わりを明らかにすることを目的に、面接調査のまとめを行った。また、3) がん患者の家族に対する家族ケアの目標を定めるために、がん患者の家族にとっての QOL の構成要素と概念構造を明らかにすることを目的に、面接調査のまとめと質問紙調査を実施した。また、4) 働き盛りや子育て世代のがん患者と家族への補完医療としての心理社会的支援の在り方を検討するために、専門家によるフォーカスグループ面接を実施した。

さらに、小児がんの子どもを持つ家族に対する支援体制を検討するための実態調査として、5) 小児がんの骨髄移植時の家族、特に同胞ドナーの意思決定における心理的過程を明らかにすること、6) 終末期の小児がん患児の家族の意思決定時の実態と課題を明らかにすることを目的とした面接調査を実施した。また、がん経験者の家族に対する支援体制を検討するための実態調査として、7) 小児がん患者の親が治療終了後に遭遇する子育てにおける困難を明らかにすること、8) 小児がん患者

の親が治療終了後に抱える心理的苦痛を明らかにすることを目的とした面接調査を実施した。

B. 研究方法

1) 治療中止時の患者と家族の意思決定に関する研究

関東と関西のホスピス・緩和ケア病棟で家族を亡くした遺族 60 名を対象に面接調査を実施した。主な質問項目は、①対象者自身および患者に対する予後告知の概要、②予後告知を受ける／受けないことについて決定したのが対象者であった場合その理由、③予後告知を受けた／受けなかったこと、および患者に予後告知をおこなった／おこなわなかったことの長所と短所、④予後告知に対する現在の評価、の 4 点とした。分析には内容分析を用いた。調査結果をもとに、心理学研究者、緩和ケア医、マーケティング専門家で討議を重ね、冊子の配布対象、スタンス、内容、使用方法について原案を作成した。

倫理的配慮として、研究計画を対象施設の倫理委員会に申請し、承認を得たうえで実施した。また、依頼文書中に、研究参加は自由意思によるものであること、調査のすべての過程でプライバシーが守られること、すべての個人情報匿名化され、病院ならびに回答者が特定できないかたちで公表することを明記し、連絡票の返送をもって研究参加の同意を得たこととした。また面接の際に上記倫理事項について再度説明をおこなった。

2) がん患者の治療法選択・治療中止の意思決定に関する研究

関東と関西のホスピス・緩和ケア病棟で家族を亡くした遺族 60 名を対象に面接調査を

実施した。ケアが難しいとされる「積極的治療の中断/中止」「療養場所の変更」の両時期に着目し、この時期の家族の心理と医療者のかかわりに関する質問を行った。分析には内容分析を用いた。

倫理的配慮として、研究計画を対象施設の倫理委員会に申請し、承認を得たうえで実施した。また、依頼文書中に、研究参加は自由意思によるものであること、調査のすべての過程でプライバシーが守られること、すべての個人情報は匿名化され、病院ならびに回答者が特定できないかたちで公表することを明記し、連絡票の返送をもって研究参加の同意を得たこととした。また面接の際に上記倫理事項について再度説明をおこなった。

3) がん患者の家族の QOL の概念化に関する研究

本研究は、面接調査と質問紙調査の 2 段階で構成された。

[面接調査]

関東のホスピス・緩和ケア病棟で家族を亡くした遺族 32 名および関東と関西において在宅ホスピスを利用して家族を亡くした遺族 7 名、また関東のホスピス・緩和ケア病棟に入院中の患者の家族 10 名を対象とし、がん患者の家族の QOL の概念化に関する面接調査を実施した。面接は面接ガイドラインに基づき、対象者の個人属性および終末期がん患者の家族の QOL の構成要素を「患者様との療養生活において、あなたが大切にしたいと思っている/思っていたことはなんですか?」「病気が進行していく場合に、あなたはどのように患者様と過ごしていきたいと思えますか/思っていましたか」とたずねた。分析には内容分析を用いた。

倫理的配慮として、研究計画を対象施設の倫理委員会に申請し、承認を得たうえで実施した。また、依頼文書中に、研究参加は自由意思によるものであること、調査のすべての過程でプライバシーが守られること、すべての個人情報は匿名化され、病院ならびに回答者が特定できないかたちで公表することを明記し、連絡票の返送をもって研究参加の同意を得たこととした。また面接の際に上記倫理事項について再度説明をおこなった

[質問紙調査]

郵送調査の対象は、47 都道府県に居住する 40-79 歳の男女 5000 名とし、層化二段階無作為抽出を行い質問紙を郵送にて配布した。質問紙では、対象者の家族の一人ががんで治る見込みのない状態になった場合を想定してもらおうようシナリオを設定した。その上で、面接調査の結果抽出された 45 構成要素について、その人と一緒に過ごす上で大切に思う程度を「まったく重要でない」～「絶対に重要である」の 6 件法でたずねた。同時に、対象者の背景情報および想定した家族の続柄を尋ねた。分析では、各項目の記述統計量を算出した後、各構成要素を概念化するために因子分析を行った。

倫理的配慮として、質問紙調査は分担研究者の所属する大学の倫理委員会の承認を受けて実施した。質問紙を郵送する際に、調査への参加は自由であること、質問紙は無記名であり、調査のすべての過程でプライバシーが守られること、データは匿名化され、回答者が特定できないかたちで公表することなどを明記した依頼書・主意書を用いて説明し、対象者が抽出された仕組みについても十分説明を行った。対象者にかかる負担を減らすため、同意書の同封は行わず、質問紙の返送を得て

同意を得たと判断した。

4) がん患者と家族への補完医療のあり方に関する研究

現行のがん医療のさらなる質の向上のために、患者だけでなく患者 - 家族を一つのユニットとして包括する補完医療システムの在り方について、特に働き盛り世代のがん患者への支援を含めて検討することは意義のあることと考える。そこで今年度は、がん医療に関わっているコメディカルのうち心理職を対象にして、フォーカスグループインタビューを行いがん患者と家族に対する望ましい心理社会的支援のあり方について検討を行った。がん医療に関わる心理職者計 15 名を対象にフォーカスグループインタビューを実施した。

倫理的配慮としては、発言内容については個人が特定されないよう解析を行うことを説明し、対象者には書面にて同意を得た。

5) 骨髄移植患者の同胞の意思決定に関する研究

小児造血幹細胞移植患者の同胞ドナーの心理的過程を多角的に検討することを目的に、面接調査を実施した。対象者は、小児血液腫瘍患者の造血幹細胞移植ドナーとなった同胞、その親、患者と、親子間造血幹細胞移植のドナーとなった親とした。

調査手順としては、関西圏の病院 2 施設において、過去に同胞間造血幹細胞移植を行った家族、及び親子間造血幹細胞移植を行った家族に対して、郵送で調査依頼を行った。調査協力の承諾が得られた家族に対して、電話連絡にて面接場所・時間の設定を行った。面接時間は 60 分～90 分とし、面接場所は対象者の希望に沿って設定することとした。面接

実施時には、説明文書にて改めて調査の概要を説明し、文書で同意を得た。また、面接内容は、対象者の了承を得て録音することとした。

同胞ドナー及びドナーの親に対する面接内容は、HLA 型の検査時及びドナー決定時における、説明者・説明内容・話し合いの形態といった意思決定の状況、および HLA 検査前・ドナー決定時・移植前・移植後・現在における、対象者自身の心理的反応に関する質問から構成された。レシピエントに対する面接内容は、移植前・移植後・現在における、移植やドナーへの心理的反応に関する質問から構成された。親ドナーに対する面接内容は、HLA 検査前・ドナー決定時・移植前・移植後・現在における、対象者自身の心理的反応に関する質問から構成された。

倫理的配慮としては、調査への協力は自由意思によるものであること、同意後でも同意の撤回が可能であること、調査のすべての過程でプライバシーが守られることを明記し、書面にて研究参加の同意を得た。

6) 終末期における小児がん患者の家族の意思決定に関する研究

難治性小児がん患児の家族にとって支援の必要な課題を探索することを目的に、小児がん治療に従事する医療者 14 名(医師 6 名、看護師 8 名)に計 3 回のフォーカスグループインタビューを、遺族 5 名を対象に面接調査を行った。

医療者対象のフォーカスグループインタビューの主な調査内容は、①患児の終末期において家族が困難を感じると思われる課題、②患児の終末期における家族支援にあたって医療者自身が困難と感じる課題、③小児がん患

児の終末期において期待される家族への心理社会的な支援、の3点とした。

小児がんで子どもを亡くした経験のある遺族(親)には、1時間～2時間の面接調査をおこなった。遺族会をとおして依頼書を送付した21家族のうち、同意書の返送が得られた5家族(母親4名、父親2名)に対して、面接を実施した(応諾率:24%)。主な質問項目は、①患児の終末期において困難と感じた課題、②特に医療者からの支援が必要と感じた課題、③困難を感じた際に役に立った/立たなかった/ほしかった医療者からの支援、の3点とした。

倫理的配慮として、依頼文書中に、研究参加は自由意思によるものであること、調査のすべての過程でプライバシーが守られること、すべての個人情報には匿名化され、病院ならびに回答者が特定できないかたちで公表することを明記し、書面にて研究参加の同意を得た。

7) 治療終了後の小児がん患者の親のQOLに関する研究

治療終了後の小児がん患者の親のQOLを考えるうえで重要な問題と考えられる、再発不安に焦点を当てて検討することを目的として、先行研究から得られた知見をもとに、外来通院中の小児がん患者の母親30名を対象とした面接調査を実施した。調査手順としては、小児科外来を受診した、入院治療が終了している小児がん患者の母親に、研究の趣旨を説明し、面接調査および質問紙調査の協力への同意を得た。同意が得られたら、対象者の希望に沿って面接の日時を決定した。面接は、個人のプライバシーが保たれる静かで落ち着いた場所で行われた。質問紙調査は、面接調査終了後に実施した。調査内容は、対象者お

よび患児の属性、再発不安が高まる状況や再発不安によって生じる支障、再発不安への対処方法、SF36の各項目とした。

倫理的配慮として、依頼文書中に、研究参加は自由意思によるものであること、調査のすべての過程でプライバシーが守られること、データは匿名化され、病院ならびに回答者が特定できないかたちで公表することを明記した。倫理的配慮として、研究計画を対象施設の倫理委員会に申請し、承認を得たうえで実施した。

8) 小児がん患者の家族の心理的苦痛の解明と家族支援方法の開発

治療終了後の小児がん患者の親の心理的苦痛を明らかにすることを目的とし、外来通院中の小児がん患者の母親32名を対象とした面接調査を実施した。調査手順としては、小児科外来を受診した入院治療が終了している小児がん患者の母親に、研究の趣旨を説明し、面接調査および質問紙調査の協力への同意を得た。同意が得られたら、対象者の希望に沿って面接の日時を決定した。面接は、個人のプライバシーが保たれる静かで落ち着いた場所で行われた。質問紙調査は、面接調査終了後に実施した。調査内容は、対象者および患児の属性、治療終了後に母親が抱えた心理社会的問題に関する項目、SF36の各項目とした。

倫理的配慮として、依頼文書中に、研究参加は自由意思によるものであること、調査のすべての過程でプライバシーが守られること、データは匿名化され、病院ならびに回答者が特定できないかたちで公表することを明記した。研究計画を対象施設の倫理委員会に申請し、承認を得たうえで実施した。

C. 研究結果および考察

1) 治療中止時の患者と家族の意思決定に関する研究

患者に対する告知は、治らないという予後に関しては4割、具体的な数値を含めた余命に関しては2割にとどまっており、ホスピス・緩和ケア病棟利用者の場合であっても、消極的な傾向にあることが明らかとなった。また、患者にどのように予後を伝えるかということに関する選択は、家族がおこなったという回答が半数を占めた。

患者に余命を伝えると決めた理由としては、「ごまかしや嘘の限界」「治療法や療養場所を決めるために必要だった」など7つのカテゴリーが得られた。反対に患者に余命を告知しないと決めた理由としては、「患者の希望や前向きな気持ちを維持したかった」「死が近いことを患者が自覚していた」など13のカテゴリーが抽出された。

患者に余命を伝えた場合、「看取り前後のことについて患者と相談できた」など6つの長所があげられたが、「患者に付き添うことがつらかった」といった3つの短所についても言及された。最後に、患者に余命を伝えなかったことについては、「患者の希望を維持できた」といった3つのメリットの一方で、「患者に隠すこと自体が負担だった」などの5つのデメリットについても言及されていた。意思決定後の時間的な経過を加味すると、告知をおこなった場合、告知直後にデメリットを実感するが、死別に向けて徐々にメリットを認識していく傾向にあった。反対に告知をおこなわなかった場合、告知にともなう直接的なデメリットは回避できるが、経過が長くなるにつれて負担が増加する傾向がみとめられた。

最終的に患者に対して予後を伝えた場合でも伝えなかった場合でも、半数の遺族はその選択について肯定的な評価も否定的な評価もしていなかった。残り半数について、患者に告知した遺族の場合、4割が決定に納得を示しており、1割が疑問を抱いていた。一方、患者に余命を伝えなかった場合、肯定的な評価をしている遺族と、疑問や後悔を抱いている遺族がほぼ同数であった。

選択結果に関わらず、肯定的、否定的双方の評価が生じるという結果から、支援冊子は一方の選択肢を推奨することはなく、中立的な立場からの情報提供というスタンスで作成することとした。その上で、双方の選択肢の影響を十分に理解し、検討することを可能にするために、調査より得られたメリット、デメリットを提示することとした。さらに、選択後に留意すべき点についても、調査結果をふまえて情報提供をおこなうこととした。

患者への予後告知の実態から、告知に関する意思決定において、家族の担う役割が大きいものと考えられた。患者に予後を伝えるという決定は比較的消極的になされ、反対に予後を伝えないという決定は積極的になされている傾向がうかがえた。

患者への告知は家族にとって、①患者に心理的苦痛をおわせたという否定的な心情をもたらす一方で、②患者との関係を維持し、③患者と一緒に死に備えたり、④さまざまな意思決定をおこなったりすることを可能にするものであることが示された。このように予後告知はメリットとデメリットをともなうため、意思決定支援に際しては、いずれかの選択肢を推奨するのではなく、十分な検討に必要な情報を提供することが有用であると考えられた。

2) がん患者の治療法選択・治療中止の意思決定に関する研究

2-1) 積極的治療の中止

インタビューデータから、意思決定当時における後悔を述べていた14名、現在になってからの後悔を述べていた8名、その両時点における後悔を述べていた7名の29名(54.7%)に関して、後悔の内容をカテゴリーに分類した。その結果、当時の後悔の内容としては、「治療について(20名)」と「決め方について(5名)」に分けられた。また、現在の後悔の内容としては、「決め方について(11名)」、「他の選択肢について(9名)」、「治療について(6名)」の3つに分けられた。当時の後悔(2カテゴリー3下位カテゴリー)に比べて、現在になってからの後悔(3カテゴリー7下位カテゴリー)は多岐にわたっていた。また、当時も現在も共通している後悔の内容と、現在になって生じる後悔の内容が具体的に明らかになった。

前年度分類した「心理的対処」に関しては、新たに意思決定前にみられるか、後にみられるかといった視点で再解析を行った。その結果、後悔を未然に防ぐために意思決定前に行っていた心理的対処としては、『決定焦点型』の決定の質を高める、決定の正当性を高める、責任を転嫁すると、『代替選択肢焦点型』の決定のやり直しが効くようにする、他の選択肢の質を再評価する、他の選択肢を選んだ場合の結果を考えない、『感情焦点型』の最悪の事態を予測し覚悟するが用いられていた。また、後悔を緩和するための死別後の心理的対処としては、『決定焦点型』の決定の正当性を高める、責任を転嫁すると、『代替選択肢焦点型』は、他の選択肢の質を再評価する、他の選択肢を選んだ場合の結果を考えない、『感情焦点

型』の後悔を抑圧する、最悪の事態を予測し覚悟する、心理的回復作用が用いられていることが示された。

これまでに、意思決定当時のみに後悔を感じている遺族や現在にのみ後悔を感じている遺族の存在が報告されたことで、遺族の気持ちは時間を経ることで変化することが明らかとなった。さらに今回の結果によって、意思決定当時の後悔の内容と現在の後悔の内容では、共通のものと、それぞれの時点で独自のものが存在することが明らかとなった。このことから、後悔の内容も時間を経て変化することが示唆された。具体的内容が明らかになったことで、意思決定時には、多くの家族が迷いや未練を抱えながら慌ただしく意思決定を行っていることと、死別後に新たに生じる後悔が存在することに対する理解の必要性が示唆された。また、死別後に生じる後悔として具体的に明らかとなった、他の選択肢に対して無知であったことに対する後悔や、もっと早く治療をやめればよかったと感じることなどに関する予防的支援の重要性が示唆された。

心理的対処に関しては、未然に後悔を防ぐための意思決定当時の心理的対処方略と、経験した後悔を軽減するための死別後の心理的対処方略が具体的に明らかとなった。本研究では、遺族が実際に用いていると考えられる心理的対処方略は明らかになったものの、それらの対処方略が後悔を低減させるかどうかは検討していない。今後、実際に効果的な対処方略を実証する研究を積み重ね、また、これまでの心理学的研究により明らかになっている、やり直しのきく選択は後からの満足度が低いこと(Gilbert et al., 2002)や、後から他の選択肢の質を再評価することは後悔

を導きやすい特徴であること (Schwartz et al., 2002)、否定的感情の抑圧は認知的処理を阻害すること (Devine et al., 2003) などを考慮した上で、家族に対する意思決定支援を検討していく必要がある。

2-2) 療養場所の変更

60名を対象としたインタビューデータから、「移行期の大変さ・つらさ」、「求められる家族へのケア」に関するカテゴリーを作成した。カテゴリー全体の一致度は80.4%、 κ は0.49であった。

「移行期の大変さ・つらさ」は25カテゴリーに分類された。緩和ケア病棟入院検討中、入院予約から入院までの期間、入院後の3時点に注目して、出現頻度の推移を明らかにした。25カテゴリーは『緩和ケア病棟入院予約後および入院後の両方で軽減する大変さ・つらさ』(例「PCU入院の見通しが立たないこと」42%, 35%, 0% 等)『入院予約で軽減するが入院後は変わらない大変さ・つらさ』(例「医療者から良いケアを受けられないこと」61%, 33%, 34% 等)『入院予約で軽減し、入院後に増加する大変さ・つらさ』(例「入院中の家族の負担があること」39%, 20%, 64% 等)『3時点で変わらない大変さ・つらさ』(例「患者の病状の悪化を認識すること」27%, 26%, 27% 等)『一時点でのみ存在する大変さ・つらさ』(例「入院日の融通が効かないこと」0%, 19%, 0% 等)と少数意見に分けられた。

「求められる家族へのケア」は20カテゴリーに分類され、最も多くあげられたのは『患者へのケアを十分に行うこと』(N=46, 78%)であり、患者への気遣いや十分な身体的ケアを望む意見が多く聞かれた。他のカテゴリーのうち、過半数の遺族が、家族ケアとして重要で

あると回答したのは、『家族への関心を示すこと』(N=35, 58%),『ホスピス・緩和ケア病棟について十分に情報提供を行うこと』(N=34, 57%)であった。

本研究は、緩和ケア病棟の入院に伴う家族の体験を明らかにする上で、検討期間だけではなく、入院待機中や入院後という期間に注目した初めての研究であり、緩和ケア病棟への入院・利用を決意し、予約した後や、入院した後も継続している大変さ・つらさがあることが初めて示された。療養場所の移行を支援する医療者、そして入院してくる患者家族を支援する医療者は、入院予約によって移行期に感じている大変さ・つらさが消滅するわけではなく、継続した支援が必要であることを念頭において関わる必要がある。

家族が求める家族ケアとして、上位10カテゴリーのうち、5カテゴリーが『患者へのケアを十分に行うこと』(N=46, 78% 再掲)などの、移行時期に特異的ではない、普遍的な家族ケアであることは注目に値する。積極的治療を中止し、ホスピス・緩和ケアへの移行を検討する時期の家族ケアに苦慮している医療従事者に対し、家族が望んでいることは特別なケアの実施ではなく今までどおりのケアの継続であることを示すことは、どのようなケアを提供してよいか悩む医療者への支援につながると考えられる。

3) がん患者の家族のQOLの概念化に関する研究

緩和ケア病棟および在宅緩和ケア施設を利用して死亡した患者の遺族40名、緩和ケア病棟に入院中の患者の家族10名を対象とした面接調査の結果から、45の構成要素が抽出された。これらの45構成要素を用いた質問紙調

査では、1975名(有効回収率40%)から回答を得、1143名(58%)の対象者が10年以内の死別経験を有していた。45構成要素のうち、重視するという回答が最も多かったものは、「患者さまがおだやかな気持ちで過ごせる」(97%)であり、最も少なかったものは「心よりどころや信仰がある」(61%)であった。

探索的因子分析により検討した結果、「介護の負担が少ない」「患者がおだやかに過ごせる」「患者の介護を十分にする」「患者と一緒に過ごす」「患者の受けているケアに満足している」「患者と楽しく過ごす」「患者との絆の深まりを感じられる」「患者の死に対する準備をする」「信頼できる医療者がいる」「気軽に相談できる医療者がいる」「誰かの負担にならない」「病気や介護以外の心配をしないでいられる」の12領域に概念化された。

本研究の結果によるわが国のがん患者の家族にとってのQOLの概念化によって、わが国の終末期がん患者の家族ケアの目標がはじめて明確になった。今回明らかになった12の領域は、今後の日本の家族ケアの質の評価指標として用いることが出来ると考えられた。

4) がん患者と家族への補完医療のあり方に関する研究

心理職が提供できるものを関わる対象ごとに挙げられた。その中で、依頼経路の複雑さや、依頼内容が複雑・多様であることや、医療従事者や患者、家族に「心理士とは何か」をマーケティングすることの困難さについて検討した。そして、心理職の支援的コミュニケーションの前提として目標が示された。その結果、心理士の考える心理士に求められる3つの能力が挙げられた。本研究で明らかにされた望ましい心理社会的支援方法は、がん医

療に関する幅広い知識をもとに、他職種と十分にコミュニケーションをとりながら、専門性を活かし、がん患者とその家族に望ましい心理社会的支援をおこなうことであった。

5) 骨髄移植患者の同胞の意思決定に関する研究

今年度は、43名の対象者に対して、半構造化面接による面接調査を行った。対象者の内訳は、同胞ドナー12名、ドナーの親19名、レシピエント5名、親子間で造血幹細胞移植を行った親ドナー7名であった。面接調査は未だ継続中であるが、これまでの面接内容から、以下のような示唆が得られている。

面接の逐語録から、HLA検査時及びドナー決定時における、ドナーへの説明者と説明内容、話し合いの形態といった意思決定に関する発言と、移植前から現在における心理的過程・反応に関する発言を抽出した。その結果、ドナー決定時における意思決定のパターンには、親の説明態度との関連から、ドナーになる選択権をドナー本人に与える「話し合い型」、ドナーになることや移植が必要である説明とともに、ドナーの意思の確認が比較的軽めに行われる「説明型」、ドナーになることへの強制力が強い「指示型」の3つに分類された。また、ドナー決定時において、多くの対象者は迷いなくドナーになることを決めていたが、移植時や前処置時の痛みに対する恐れや、「他の同胞ではなく、なぜ自分がドナーにならなければならないのか」といった、ネガティブな心理的反応が一時的に生じた対象者もいた。ドナーになることに躊躇がなかったという対象者からは、その理由として、「レシピエントの病気を治すため」、「親にやりなさいと言われたから」、「移植が簡単に済むと

思っていたから」といった回答が得られた。これらの回答から、ドナー決定時の意思決定の中には、受動的な意思決定と能動的な意思決定があることが示唆された。また、移植後においては、レシピエントが生存しているケースでは大きな問題は見られなかったが、再発・死別したケースでは、「自分の骨髄では、病気をうまく治してあげることができなかった」という罪責感が生じていたほか、移植後の合併症が深刻だったケースでも罪責感があったことが報告された。患者が死亡した対象者の中には、現在も罪責感が残っているという者もいた。しかしその一方で、ドナーになったことに対しては、対象者全員が「よい選択であった」と感じていることが報告された。

調査は現在も継続中であるが、これまでの調査結果から、ドナー決定時における意思決定の実態が明らかにされてきている。また、ドナーとなった経験を通じて、大きな問題が語られなかった対象者も多くいた。しかし、特にレシピエントが再発・死亡したドナーは移植後にネガティブな心理的反応を持ちやすい可能性があることが示唆された。来年度は、同胞ドナーとその家族に対する面接調査を継続して行った後、調査結果の解析を行う。また、解析した結果をもとに論文化を進め、学術誌への投稿を行う。同胞の意思決定の実態および移植前後の心理的過程が明らかになることにより、ドナーに対する心理社会的な支援方法を検討するための資料が得られると考える。

6) 終末期における小児がん患者の家族の意思決定に関する研究

6-1) 患児の遺族を対象とした面接調査 治癒が望めないと診断されて以降に困難と

感じた課題として、「死別後の心理的苦痛」「きょうだいとの関係」「治療やケアに関わる意思決定」「不十分な病状説明」などの9カテゴリーが得られた。もっとも多くの遺族から発言が得られたのは、「死別後の心理的苦痛」であり、5家族中4家族が言及していた。また、医療者に期待される支援としては、「死別後のケア」「きょうだいのケア」「意思決定支援」などの9カテゴリーが得られた。もっとも多くの遺族から発言が得られたのは、「死別後のケア」で、特に死別後1年間のケアに対する要望が多かった。

6-2) 医療者を対象とした面接調査

終末期の患児家族が経験すると考えられる課題として、「死に向けたギアチェンジ」「治療やケアに関する意思決定」などの7カテゴリーが得られた。また、困難を増大させるリスクファクターとして、「夫婦間のコミュニケーション不足」「サポート資源の不足」などがあげられた。終末期に期待される家族支援としては、「病状説明の工夫」「多職種での支援」などの7カテゴリーが得られた。

患児の治癒が望めなくなってからの時期における家族の課題として、あわせて15のテーマが得られた。このうち、「治療やケアの意思決定」「患児への告知」「患児との関係」「在宅療養」「死別後の心理的苦痛」といったテーマは、家族支援の中心的な領域となるものと考えられる。中でも「治療やケアの意思決定」や「死別後の心理的苦痛」に関しては多くの家族に共通する問題であることがうかがえた。特に、面接時に「治癒が困難と診断されてから看取りまでの期間における困難」について質問したにも関わらず、遺族を対象とした調査において、死別後のことについてもっとも多くの発言が得られたことは注目に値する。

この結果から、患児の死別後が家族にとって特に支援ニーズの高まる時期であると考えられる。一方、「付き添いの長時間化」など家族自身の負担については、医療者を対象とした調査においてのみ言及されており、家族自身には自覚されにくいものと考えられる。しかし、付き添いによる精神的・身体的負担はバーンアウトとも関連することが指摘されており、対応が必要となるものと考えられる。

このように、難治性小児がん患児の家族は、多様な困難を経験していることが明らかとなったが、そうした困難に対して医療者に期待する支援として、あわせて10のテーマが得られた。上述の課題のうち特に、「治療やケアの意思決定」「死別後の心理的苦痛」「病状の受け入れ」「きょうだい児との関係」「医療者との関係」といった課題について、医療者からの支援が期待されることが明らかとなった。今後これらのテーマに関して優先的に支援体制を検討することが有用といえる。また、遺族が意思決定や告知といった課題に際する支援を求める一方で、医療者は、家族自身の心理的、身体的負担を軽減する関わりを役立つと評価しており、支援を受ける側と提供する側では、重点の置き方が異なっている可能性がうかがえた。マンパワーの不足が指摘される現在の日本の小児医療において、両者の認識の齟齬を軽減し、より有効な支援を提供することが重要であると考えられる。

7) 治療終了後の小児がん患者の親のQOLに関する研究

今年度は、面接調査を実施し、退院後の小児がんの母親の再発不安の特徴、生起要因、再発不安によって影響される要因について概念化を行った。

対象者は外来通院中の小児がん者の母親30名(39.42±3.21歳)であり、再発不安の生起要因としては、①患者の体調の変化:「頭が痛いと訴える」「食事が少ない」「初発時と同様の身体的訴えをする」「朝、元気がない」、②検査や診察:「検査結果を待っている」「病院に行く予定がある」、③マスメディアによる情報:「小児がんを扱っているテレビ番組」「小児がんをテーマにした雑誌や本」、④その他:「同じ病気の子どもが亡くなったことをしったとき、が挙げられた。また、再発不安による心理面行動面への影響としては、「不安状態が続く」「医師に電話する」「子どもに優しくしてしまう」といった内容が挙げられた。

再発不安を緩和する要因としては、①医学的情報:「医師からの保証」「病気に関する知識」、②回避的な対処:「考えないようにする」「どうしようもないので不安なままでいる」、③視点を変える:「現在の子どもの状態に目を向ける」「目の前の子どもの世話に集中する」といったことが挙げられた。

現在までの面接の分析では、母親は、常に高い再発不安を抱えているというわけではなく、患者の体調変化や病院での検査、小児がんに関する情報との接触という外的手がかりによって再発不安を高めていることが多かった。さらに、再発不安への対処方法としては、医師や本など信頼できる情報源によって再発の可能性の低さを確認することや、現在の子どもの元気な状態を意識するという積極的な方法と、「考えないようにする」「対処しない」といった消極的な方法がみられた。また、再発不安は主に母親を不安状態にさせ、来院行動の増加や養育態度の変化に関連している傾向がみられた。これらの点から、Lee-Johnsら(1997)を参考とした小児がん患者の母親の

再発不安に関するモデルが構築できる可能性がある。

ただし、再発不安には、疾患の種類や退院後の経過年数などが大きく影響していると考えられ、今後、疾患関連要因との関係について検討する必要がある。また、再発不安が子どもへの関わり方や子どもに対する見方も変えている可能性があり、母子の相互作用にも影響していることが推測される。そのため、厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）「働き盛りや子育て世代のがん患者やがん経験者、小児がんの患者を持つ家族の支援の在り方についての研究（主任研究者：真部淳）」における小児がん患者を対象とした研究との共同研究によって、母子の相互関係についても検討していくことを予定している。来年度は、上記のような調査結果の概念化をもとに、そのカテゴリーの信頼性の検討および、再発不安の生起要因や関連要因、さらには再発不安が母親と患児に及ぼす影響について分析をすすめ、明らかにしていくこととする。

8) 小児がん患者の家族の心理的苦痛の解明と家族支援方法の開発

今年度は、面接調査を実施し、退院後の小児がん患児の母親が抱える心理社会的問題の内容についてカテゴリーの抽出を行った。

対象者は外来通院中の小児がん者の母親 32名（ 40.38 ± 4.36 歳）であり、母親が抱える心理社会的問題については、19の構成要素が得られ（一致率 96.1%，Kappa 係数 0.85）、その上位カテゴリーとして、「不確実性」「子どもの身体マネジメントにおける困難」「養育における困難」「子どもの身体的・心理的問題に関する心配」「母親自身の身体的・心理的問題」「周囲との関係における困難」の5カテ

グリーにまとめられた。「不確実性」の構成要素としては、「再発不安（ $n=26, 81.3\%$ ）」「死への不安（ $n=15, 46.9\%$ ）」が抽出された。「子どもの身体的マネジメントにおける困難」の構成要素としては、「子どもの体調変化への過敏な反応（ $n=26, 81.3\%$ ）」「判断や選択における困難（ $n=12, 37.5\%$ ）」「通院に関する問題（ $n=6, 18.8\%$ ）」が挙げられた。

「養育における困難」としては、「小児がんの経験を意識した養育態度（ $n=24, 75.0\%$ ）」「養育方針における葛藤（ $n=10, 31.3\%$ ）」「病気に関するコミュニケーションでの困難（ $n=9, 28.1\%$ ）」が挙げられた。「子どもの身体的・心理的問題に関する心配」としては、「体力低下や易感染の心配（ $n=25, 78.1\%$ ）」「晩期障害の心配（ $n=12, 37.5\%$ ）」「子どもの学校適応の心配（ $n=25, 78.1\%$ ）」「子どもの心理状態の心配（ $n=11, 34.4\%$ ）」が抽出された。「母親自身の身体的・心理的問題」としては、「生活制限（ $n=14, 43.8\%$ ）」「心理的苦痛（ $n=19, 59.4\%$ ）」「身体的問題（ $n=6, 18.8\%$ ）」が抽出された。最後に、「周囲との関係における困難」の構成要素としては、「夫婦関係（ $n=6, 18.8\%$ ）」「きょうだい児との関係（ $n=21, 65.6\%$ ）」「親戚との関係（ $n=8, 25.0\%$ ）」「地域社会との関係（ $n=15, 46.9\%$ ）」が挙げられた。今後、各カテゴリーの信頼性、妥当性についてさらに検討していく予定であるが、本研究により、小児がん患者の母親は退院後も長期的に様々な心理社会的問題を抱えていることが明らかとなった。その内容は、母親自身の問題、患者の身体的マネジメント、患者の心理社会的問題、親子関係、家族や地域との関係など多岐にわたっており、母親にはあらゆる種類の心理社会的問題への対処が要求されているといえる。特に、心理社会的問

題として、「再発不安」「子どもの体調変化への過敏な反応」を挙げる母親が多く、常に患者の体調に関する不安を抱えながら生活していることが伺える。また、子どもの養育に困難さを抱えていたり、子どもの学校生活に関する心配も大きかったりすることから、患者の身体的側面のみならず、心理的適応状態や発達過程を考慮した支援が必要であり、医療のみならず、学校や地域など多様な支援体制が必要であろう。

また、今年度は、心理社会的問題の内容は明らかにしたが、今後、さらに、人口統計学的変数および患児の疾患や退院後の経過年数などの疾患関連要因によって母親が抱える心理社会的問題が異なるかどうか、また母親の抱える心理社会的問題の内容と母親自身のQOLとの関連などについての分析を行う予定としている。

D. 結論

ホスピス・緩和ケアを利用した成人がん患者の遺族を対象とした3つのテーマについての面接調査を行い、家族のQOLの構成概念を明らかにした。小児がん患者とその家族を対象とした面接調査に関しては、患者にケアを提供すると同時にケアを受ける立場でもある家族への望ましいケアのあり方についての遺族や家族の視点からの詳細な資料が得られたことは意義がある。来年度は、面接調査と解析の継続を行い、研究成果について論文化を行う。

また、これまでの研究成果を用いて1)医療従事者対象の支援ツール(リーフレット・Webサイト)作成, 2)がん患者の家族への心理社会的支援プログラム開発, 3)がん医療を補完する患者-家族を包括する望ましい医療支援体

制のあり方について提言を行う。

E. 健康危険情報

特記すべきことなし

F. 研究発表

論文発表(外国語論文)

1. Hirai K, et al: Self-efficacy, psychological adjustment and decisional-balance regarding decision making for outpatient chemotherapy in Japanese advanced lung cancer. *Psychology and Health* 24 (2): 149-160, 2009
2. Yoshida S, Otani H, Hirai K, et al: A qualitative study of decision-making by breast cancer patients about telling their children about their illness. *Support Care Cancer* 18: 439-447, 2010
3. Choi JE, Miyashita M, Hirai K, et al: Preference of place for end-of-life cancer care and death among bereaved Japanese families who experienced home hospice care and death of a loved one. *Support Care Cancer*. Epub ahead of print, 2009
4. Miyashita M, Morita T, Hirai K: 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
5. Ando M, Kawamura R, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Okamoto T, Shima Y: Value of religious care for relief of psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients: the perspective of bereaved family members.

- Psychooncology. Epub ahead of print, 2009
6. Okamoto T, Ando M, Morita T, Hirai K, Kawamura R, Miyashita M, Sato K, Shima Y : Religious Care Required for Japanese Terminally Ill Patients With Cancer From the Perspective of Bereaved Family Members. *Am J Hosp Palliat Care*: 50–54, 2010
 7. Miyashita M, Morita T, Ichikawa T, Sato K, Shima Y, Uchitomi Y: Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. *J Pain Symptom Manage* 37(6): 1019–1026, 2009
 8. Sato K, Miyashita M, Morita T, Suzuki M: The Long-term effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life prolongation treatment, knowledge about palliative care. *J Palliat Care*. 25(3): 206–212, 2009
 9. Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, Sato K, Shima Y: 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(2): 191–196, 2009
 10. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Kimura F: Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. *J Pain Symptom Manage* 37(5): 823–830, 2009
 11. Morita T, Murata H, Kishi E, Miyashita M, Yamaguchi T, Uchitomi Y: Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study. *J Pain Symptom Manage* 37(4): 649–658, 2009
 12. Sanjo M, Morita T, Miyashita M, Hirai K, et al: Caregiving consequences inventory: a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* 18(6): 657–666, 2009
 13. Yamagishi A, Morita T, et al: Artificial hydration therapy for terminally ill cancer patients: a nurse-education intervention. *J Pain Symptom Manage* 38(3): 358–364, 2009
 14. Sasahara T, Morita T, et al: Development of a standard for hospital-based palliative care consultation teams using a modified Delphi method. *J Pain Symptom Manage* 38(4): 496–504, 2009
 15. 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(3): 349–355, 2009
 16. Ando M, Morita T, et al: The efficacy of mindfulness-based meditation therapy on anxiety, depression, and spirituality in Japanese patients with cancer. *J Palliat Med* 12(12): 1091–1094, 2009
 17. Nakazawa Y, Miyashita M, 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(8): 754–766, 2009
 18. Tarumi Y, Morita T, et al: Cancer pain-progress and ongoing issues in Japan. *Pain Res Manage* 14(5): 357–358, 2009

19. Shinjo T, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y: Care for Imminently Dying Cancer Patients: Family Members' Experiences and Recommendations. *J Clin Oncol* 28(1): 142-148, 2010
20. Shinjo T, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y: Care for the Bodies of Deceased Cancer Inpatients in Japanese Palliative Care Units. *J Palliat Med* 13(1): 27-31, 2010
21. Miyashita M, Arai K, Yamada Y, Owada M, Sasahara T, Kawa M, Mukaiyama T: Discharge from a palliative care unit: prevalence and related factors from a retrospective study in Japan. *J Palliat Med* 12(2): 142-149, 2009
22. Miyashita M, Narita Y, Sakamoto A, Kawada N, Akiyama M, Kayama M, Suzukamo Y, Fukuhara S: Care burden and depression in caregivers caring for patients with intractable neurological diseases at home in Japan. *J Neurol Sci* 276: 148-152, 2009
23. Misawa T, Miyashita M, Kawa M, Abe K, Abe M, Nakayama Y, Given CW: Validity and reliability of the Japanese version of the Caregiver Reaction Assessment Scale (CRA-J) for community-dwelling cancer patients. *Am J Hosp Palliat Med* 26(5): 334-340, 2009
24. Okishiro N, Miyashita M, Tsuneto S, Shima Y: The Japan Hospice and Palliative care Evaluation study (J-HOPE study): views about legalization of death with dignity and euthanasia among the bereaved whose family member died at palliative care units. *Am J Hosp Palliat Med* 26(2): 98-104, 2009
25. Kusajima E, Kawa M, Miyashita M, Kazuma K, Okabe T: Prospective evaluation of transition to specialized home palliative care in Japan. *Am J Hosp Palliat Med* 26(3): 172-179, 2009
26. Fisher CL, Ohta H, et al: Loss-of-function Additional sex combs like 1 mutations disrupt hematopoiesis but do not cause severe myelodysplasia or leukemia. *Blood* 115(1): 38-46, 2010
27. Hashii Y, Ohta H, et al: Hemophagocytosis after bone marrow transplantation for JAK3-deficient severe combined immunodeficiency. *Pediatr Transplant*. Epub ahead of print, 2009
28. Araya K, Ohta H, et al: Localized donor cells in brain of a Hunter disease patient after cord blood stem cell transplantation. *Mol Genet Metabol* 98: 255-263, 2009
29. Ohta H, et al: Pediatric post-transplant lymphoproliferative disorder after cardiac transplantation. *Int J Hematol* 90: 127-136, 2009
30. Kusuki S, Ohta H, et al: Antifungal prophylaxis with micafungin in patients treated for childhood cancer. *Pediatr Blood Cancer* 53: 605-609, 2009
31. Kusuki S, Ohta H, et al: Pediatric post-transplant diffuse large B cell lymphoma after cardiac transplantation. *Int J Hematol* 89: 209-213, 2009
32. Ohta H, et al: WT1 (Wilms' tumor 1) peptide immunotherapy for childhood rhabdomyosarcoma: a case report. *Pediatr Hematol Oncol* 26: 74-83, 2009
33. Moritake H, et al: Cytomegalovirus infection mimicking juvenile myelomonocytic leukemia showing hypersensitivity to granulocyte-macrophage colony stimulating factor.

論文発表（日本語論文）

1. 森田達也: 緩和支援治療の量と質の充実と普及をめざす先進的な取り組み. 漢方医学 33(1): 295-298, 2009
2. 森田達也: スピリチュアルケアガイドの作成—プロジェクトの背景—. 緩和ケア 19(1): 16-21, 2009
3. 草島悦子, 森田達也, 他: 緩和ケアとスピリチュアルケア. 緩和ケア 19(1): 43-48, 2009
4. 森田達也, 他: すべての病期を通じての緩和ケアチームの活動例. 治療学 43(4): 459-464, 2009
5. 森田達也: 緩和ケアチームと麻酔科のコラボレーション: 緩和ケア医の立場から. LiSA 16: 40-49, 2009
6. 森田達也: 緩和ケアチームの活動とリハビリテーション. MB Med Reha 111: 45-50, 2009
7. 鄭陽, 森田達也, 他: 地域における講義とグループディスカッションを複合した多職種セミナーの有用性. ペインクリニック 30(11): 1553-1563, 2009
8. 森田達也: 30年間のホスピスの歴史が緩和ケアチームの基盤となっていた. Cross Cancer Research 1(2): 12-13, 2009
9. 吉田沙蘭, 天野功二, 森田達也, 尾形明子, 平井 啓: 難治性小児がん患児の家族が経験する困難の探索. 小児がん: 印刷中
10. 前堀直美, 森田達也, 他: 薬剤師からみた地域連携 保険薬局の抱える現状と課題. 緩和ケア 19(2): 130-136, 2009
11. 森田達也: 終末期がん患者に対する輸液治療. 外科治療 101(2): 149-158, 2009
12. 宮下光令: がん診療連携拠点病院における緩和ケアの提供体制の調査と緩和ケアの質の評価に関する研究について. 緩和医療学 11(4): 356-366, 2009
13. 真志田直希, 尾形明子, 他: 小児抑うつ尺度 (Children's Depression Inventory) 日本語版作成の試み. 行動療法研究 35(3): 219-232, 2009
14. 藤目文子, 尾形明子, 他: 1型糖尿病患児を対象としたキャンプがセルフエフィカシー, 病気に関する知識, ストレス反応, HbA1cに及ぼす影響. 行動療法研究 35(2): 167-175, 2009
15. 在原理沙, 古澤裕美, 堂谷知香子, 田所健児, 尾形明子, 他: 小学校における集団社会的スキル訓練が対人的自己効力感と学校生活満足度に及ぼす影響. 行動療法研究 35(2): 177-188, 2009
16. 尾形明子: 病気の子どもに対する心理的支援. 育療 5(3): 印刷中
17. 伊藤壽記, 千代豪昭, 黒田研二: 学生のための医療概論 (第3版) 現代医療の新たな領域、補完代替医療から統合医療—さらなる医療の質の向上を求めて. 医学書院 東京 212-224, 2009
18. 宮下光令 緩和ケアの質評価・実態調査. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス・緩和ケア白書」編集委員会 ホスピス緩和ケア白書 (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 大阪 62-75, 2009
19. 尾形明子, 玉瀬耕治, 佐藤容子: 臨床心理学 (心理学のポイント・シリーズ). 第8章事例研究による概念化. 学文社 東京 135-153, 2009

学会発表 (国外)

1. Itoh T: Part 1.: Clinical efficacy of a polysaccharides rich extract from mashroom, AHCC, in alleviation of chemotoxicity in cancer patients & improvement of QOL. Part 2.: Preclinical evaluation of Oligonol, an anti-oxidant rich extract from lychee fruits., ASPEN (Clinical Nutrition Week 2009)

学会発表 (国内)

1. 吉田沙蘭, 平井啓, 森田達也, 宮下光令, 他: 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. 緩和医療学会. 2009, 6. 大阪
2. 吉田沙蘭, 平井啓, 他: がん患者の終末期における余命告知が家族におよぼす影響の探索. 日本心理学会. 2009, 8. 京都
3. 吉田沙蘭, 平井啓, 森田達也, 他: 終末期がん患者への生命予後告知に関する家族の認識—緩和ケア病棟利用遺族を対象とした探索的検討—. 日本サイコオンコロジー学会. 2009, 10. 広島
4. 伊藤壽記 (2009). シンポジウム: 今後の展望 膵臓移植 vs 膵島移植「大阪大学における膵臓移植の経験, 第 36 回 膵・膵島移植研究会
5. 伊藤壽記 (2009). シンポジウム 7: 1 型糖尿病移植治療の現況と展望 膵移植 vs 膵島移植「本邦における脳死 (心停止) 下、膵移植の現況と問題点, 第 109 回 日本外科学会
6. 伊藤壽記 (2009). Featured Symposium 2. 「A New Era of Treatment for Type 1 Diabetes」 「Present Status &

Perspectives of Pancreas

- Transplantation in Japan, 第 52 回 日本糖尿病学会
7. 伊藤壽記 (2009). シンポジウム「移植膵血栓の機序とその対策」イントロダクション (司会), 第 45 回 日本移植学会
 8. 塩崎麻里子, 三條真紀子, 吉田沙蘭, 平井啓, 森田達也, 他: 積極的治療中止に関する遺族の後悔制御方略—緩和ケア病棟を利用した遺族を対象とした探索的検討—. 第 22 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2009. 10, 広島
 9. 尾形明子, 武井優子, 盛武浩, 他 (2009). 退院後の小児がん患者の母親が抱える心理的苦痛の内容, 第 51 回日本小児血液学会大会.
 10. 尾形明子他 (2009). 骨髄移植後合併症により無理力状態に陥った青年に対する認知行動的アプローチ, 第 9 回日本認知療法学会大会
 11. 尾形明子他 (2009). 退院後の小児がん患者の母親が抱える心理的苦痛の内容, 第 51 回日本小児血液学会大会.
 12. 武井優子, 尾形明子, 他 (2009). 小児がん患者が退院後に抱える病気や体調面に関する困難の検討, 第 51 回日本小児血液学会大会.
 13. 岡田紫甫, 太田秀明, 平井啓, 他: 小児がん患者の造血幹細胞移植の同胞ドナー及び家族に対するインタビュー調査. 小児がん学会. 2009. 11, 千葉
 14. 吉田沙蘭, 天野功二, 森田達也, 平井啓: 難治性小児がん患児の家族が経験する課題の探索. 日本小児がん学会. 2009, 11. 千葉