

201019053A

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 向上のための、主に精神、心理、社会、
スピリチュアルな側面からの
患者・家族支援プログラムに関する研究

平成 22 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 内富 庸介

平成 23 (2011) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書	
QOL向上のための、主に精神、心理、社会、スピリチュアルな側面からの患者・家族支援プログラムに関する研究	3
内富庸介	
II. 分担研究報告書	
1. がん患者に対する包括的支援システムの開発	21
内富庸介	
2. がん患者の心理社会的苦痛に対する介入法の開発	25
明智龍男	
3. がん告知後の心的外傷対処プロセスの解明に基づいた介入法の開発	29
清水 研	
4. 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	31
小川朝生	
5. がんリハビリテーションプログラムの開発	34
岡村 仁	
6. がん患者家族の支援プログラムの開発	38
大西秀樹	
7. 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	40
森田達也	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	49

I. 総括研究報告書

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）
総括研究報告書

QOL向上のための、主に精神、心理、社会、スピリチュアルな側面からの患者・家族支援プログラムに関する研究

研究代表者 内富庸介 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科
精神神経病態学教室 教授

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技術研修プログラムの有効性に関する研究、心理的苦痛に対する共感反応に関する研究、共感と関連要因に関する研究を行い、現在解析中である。また、配偶者をがんで亡くした遺族 24 名を対象に、心理状態と対処行動についての質的調査を行った。2) 我が国のがん患者の精神的苦悩に対するケア(スピリチュアルケア)を系統的に理解・実践するため、熟練専門職のケア経験から、スピリチュアルケアの要素として、「苦悩を持つ患者へのケア提供者の意識の向け方」と「患者やその環境に働きかける行為」の 2 カテゴリーが抽出された。3) 乳がんで術後補助療法を受けている女性 37 名を対象に、心理社会的苦痛を緩和するための看護介入を行い、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マニュアルを作成した。併せて、「cancer」「palliative care」「rehabilitation」をキーワードに系統的レビューを行い、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調査を行ったところ、本領域に関する研究報告は非常に少ないという実態が明らかとなった。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ならびに経頭蓋直流電流刺激の応用を目指し、臨床試験の準備、健常成人を対象とした作用機序の検討を計画し、測定系の整備を進めた。6) 医療従事者および遺族からの聞き取り調査を行い、がん患者家族に対する支援プログラムの開発し、効果検討を実施している。7) 我が国のがん患者における外傷後成長について検討するために、先行研究について調査を行った。

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	岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経病態学教室 教授
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	国立がん研究センター東病院 臨床開発センター 室長
大西秀樹	埼玉医科大学国際医療センター 教授
清水 研	国立がん研究センター中央病院 緩和医療科・精神腫瘍科 副科長

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。以下に分担研究項目ごとに本年度の成果を報告する。

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) (a) 国立がんセンター東病院のがん診療経験年数 3 年以上の医師 27 名、及び研究参加医師の担当外来患者 601 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、本研究班で開発した CST 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、副次評価項目は、研究参加医師の担当外来患者のコミュニケーションに対するストレスとした。

(b) 国立がんセンター東病院のがん診療経験年数 3 年以上の医師 20 名を対象とした。対象医師は、模擬患者を対象にがん告知を行う模擬面談を行ってもらい、この面談をビデオ録画した。この模擬面接の印象評定を独立した二者が行い、この印象評定を高低 2 群に分けた。面談中の医師の自律神経反応として、皮膚電気反応と心拍数を測定・記録し、印象評定との関連を調査した。

(c) がん診療経験年数 3 年以上の医師 60 名を対象とした。対象医師は、模擬患者を対象にがん告知を行う模擬面談を行ってもらい、この面談をビデオ録画した。この模擬面接の印象評定を独立した二者が行い、医師の関連要因(年齢・性別・所属科・臨床経験年数)との関連を調査した。

(2) 国立がんセンター東病院で死亡した患者の遺族で、10 年以内に配偶者をがんで亡くした遺族 24 名を対象とした。死別後の心理状態と対処行動に関して半構造化面接を行い、質的分析を行った。

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

臨床経験 5 年以上、終末期がん患者緩和ケア経験 3 年以上の専門職(医師、看護師、精神科医、MSW、臨床心理士、宗教家など)を対象に、精神的苦悩をもつ患者のケア経験について半構造化面接を実施した。逐語録から事例の苦悩の内容、ケアの経過を抽出し、スピ

リチュアル領域のケアを質的に分析、カテゴリ化した。

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。

看護介入：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、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。

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マニュアル作成

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(Disability and Rehabilitation 29: 437, 2007), 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(Disability and Rehabilitation 30: 559, 2008)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 5 名、理学療法士 4 名、看護師 4 名、心理療法士 2 名、疫学者 1 名であった。さらに、研究協力者が本マニュアルを実際の臨床現場で利用したうえで改善点を提出し、修正を繰り返した後に最終版を完成させた。

(2) 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。
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

健常成人 20 名を対象とし、前頭葉機能の指標として言語的作業記憶課題を用いる。デザインは単盲検クロスオーバー偽刺激対照化比較試験とし、実刺激と偽刺激の順序はランダム化する。

Profile of Mood States(以下 POMS)による気分評価および十分な言語的作業記憶課題の練習の後、経頭蓋直流電気刺激(transcranial direct current stimulation、以下 tDCS)あるいは偽刺激を行う。刺激直後に言語的作業記憶課題(実課題とコントロール課題を含む)を 10 分間呈示し、その間、3 テスラ MRI を用いて脳機能画像(fMRI)を撮像する。その後再度 POMS を行い、有害事象を聴取する。

2 週間後、同様に POMS と課題練習を行った後、前回は行わなかった方の刺激を行い、課題中の fMRI 撮像を行い、POMS と有害事象聴取を行う。

tDCS による言語的作業記憶課題施行時の成績および fMRI の BOLD 信号の変化を検討するために、以下の解析を行う。まず tDCS 直後と偽刺激直後の課題成績を対応のある t 検定(あるいはウイルコクソンマッチドペア符号付き順位和検定)にて検定する。次に実課題時とコントロール課題時の BOLD 信号の差をブロックデザインにて、全脳レベル、あるいは左 DLPFC に関心領域を設定して、Statistical Parametric Mapping (SPM)法を用いて tDCS 直後と偽刺激直後で比較する。そして刺激間における POMS の変化と上記 BOLD 信号変化を独立変数とし、刺激間における言語的作業記憶課題の成績の変化を従属変数とする重回帰分析を行い、POMS 変化を調整した後の課題成績の変化と BOLD 信号変化との関係を調べる。最後に tDCS 施行時と偽刺激施行時とで有害事象の種類および頻度を比較するため、生じた有害事象すべてについてマクネマー検定を行う。

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、1)20 歳以上、2)死別後 4 ヶ月以上経過しているもの、3)子ども、配偶者または親を亡くしている者、4)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。

7) がん告知後の心的外傷対処プロセスの解明に基づいた介入法の開発

Pub Med、医中誌、ハンドサーチにより、①がん患者特有の外傷後成長(Post Traumatic Growth、以下 PTG)、②日本人特有の PTG、のそれぞれについて検索を行った。

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) (a) データ収集及びデータベースの作成を終了した。模擬面接における印象評定の評価では、項目「沈黙して気持ちに配慮する」「感情を話題にする」「気持ちを支える言葉をかける」に関して、介入群では介入後に評価が上昇しており、待機群と比較し有意差も認められた。また、研究参加医師の担当外来患者に施行した自己記入式尺度評価において、介入群医師の担当外来患者は、待機群医師の担当患者と比較し、抑うつが有意に低下した。現在、詳細な解析を進めている。

(b) データ収集及びデータベースの作成を終了した。対象医師は 20 名で、男性が 16 名、女性 4 名であった。現在、継続して解析を進めている。

(c) 対象医師は 60 名で、男性が 50 名、女性 10 名であった。診療科の内訳は、内科系医師 25 名、外科系医師 34 名、その他(放射線科医師)1 名、平均年齢は 37.2 歳であった。それぞれの印象評定との関連を調査したところ、年齢と印象評定は負の相関を示し、若い医師ではより印象評定が高かった($r=-0.331$ 、 $P=0.010$)。また、診療科に関しては、内科系医師は、内科系以外の医師より印象評定が高く($U=240.0$ 、 $P=0.027$)、性別に関しては、女性医師では男性医師より印象評定が高い傾向にあった($U=171.0$ 、 $P=0.117$)。さらに、年齢・診療科・性別を共変量とし重回帰分析を行うと、年齢が印象評定に関連する($\beta=0.335$ 、 $P=0.033$)ことが示唆された。

(2) 対象者 24 名は、男性 7 名、女性 17 名で

あった。全ての対象者に半構造化面接を行い、心理状態に関する 784 の言葉が抽出された。これらは、42 カテゴリーに同定され、それぞれ「不安」「思慕」「怒り」「抑うつ」「受容」「未来志向」の 6 つのテーマに同定された。対処行動に関しては、559 の言葉が抽出され、構成要素として 33 カテゴリーに同定され、「回避」「気晴らし」「感情表出」「援助要請」「絆の保持」「再構築」の 6 つのテーマに同定された。「回避」「気晴らし」「感情表出」「援助要請」は一般的な対処行動であるのに対して、「絆の保持」と「再構築」は遺族特有の対処行動であった。さらに、現在、心理状態の規定要因の探索を調査中である。

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

面接実施 45 名から、100 事例 (10~90 歳代) のケア経験を収集した。苦悩の内容別のケアは、「苦悩をもつ患者へのケア提供者の意識の向け方」と「患者やその環境に働きかける行為」の 2 カテゴリーに分けられた。具体的には、死をめぐる不安や恐れを抱く患者への「意識の向け方」として、「生きるうえで大切に思うことに患者自身が気づけるように：患者の生き方を手がかりに患者が大事にしていることを意識する」等が、「働きかける行為」として、「最期まで苦痛症状の緩和を保証する」「死を受け止められない患者の気持ちをケア提供者が受け容れていることを示す」「死についての問いに、一個人として真摯に応答する」等があった。どの苦悩にも共通するケアのカテゴリとして、コミュニケーションに関わる「信頼関係を築く」「患者自身が気持ちを整理し明確化することを支える」「タイミングをはかり苦悩を受け止める」等があがった。ケア提供者の基本的態度・考え方として、「人間への信頼と敬意」「医療者本位への自戒」「尊厳ある日常生活の保持」「自律性の尊重」等のカテゴリが示された。

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

名古屋市立大学病院で加療中の乳がん患者 418 名のうち精神的ストレス以外の適格基準を満たす患者は 191 名であった。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 59 名 (31%) であり、そのうち 40 名 (68%) が研究参加に同意した。

研究参加に同意が得られた 40 名のうち 37 名が介入に参加し、37 名がフォローアップ調査を終了した。

この 37 名の患者背景は、平均年齢 54 歳 (標準偏差 10)、既婚 78%、高校以上の教育経験を有する者 89%、臨床病期 0/I/II/III 期が各々 5%/46%/43%/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 62%、11%、60% (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 51%、以下、治療の副作用 24%、家族との関係 22%、痛み 22%、がんやがん治療に関する情報 14%、仕事に関すること 14%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：41.4±25.0 [平均±標準偏差]、介入後：33.3±29.8、 $P=0.10$)。POMS の下位尺度については、Vigor と Confusion が有意な改善を示した (各 $P=0.01$ 、 $P<0.01$)。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：18.5±8.0、介入後：13.1±9.8、 $P<0.01$) 他、身体的側面と心理的側面に対するニードが有意に改善していた (各々 $P<0.01$ 、 $P=0.01$)。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 $P=0.23$ 、 $P=0.44$ 、 $P=0.14$)。

なお、参加者のうち 5 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) 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。

(2) 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 8 件が該当した。詳細は以下のとおりである。

①筆頭著者の国籍、ジャーナル、発表年代
対象となった論文の筆頭著者の国名は、米国 3、英国 2、豪州 2、中国（香港）1 であり、英語を母国語とする地域が大部分であった。発表年は、2008 年 2、2007 年 2、2005 年 2、2002 年 1、2000 年 1 であり、対象論文は全て調査時点から 10 年以内の発表であった。

②対象者数、がんの種類別、性別、年齢
対象者数は、1 文献のみ症例数が 9 と少なかったが、その他の論文は 24、36、42、82、109、261、327 症例（平均 111 症例/SD 119 症例）を集積していた。がんの種類別は、特定されていないものが 5 論文と多く、特定されているものでは乳がんが 3 論文と多かった。女性の割合（%）は、46、78、71、100、44、46、67、不明 1 で、明示されたものでは女性が多かった（平均 64.6/SD 20.8 症例）。年齢は、26～96 歳とばらついていた。

③研究デザイン

研究デザインでは、ランダム化比較試験は 3 論文のみであり、その他は、retrospective study, feasibility study, case-control study などであった。

④リハビリテーションチームの構成

リハビリテーションチームの職種構成は、職種の特定されないものを除くと、単独職種のものは看護師 2 論文、作業療法士 2 論文、理学療法士 1 論文であり、複数の専門職種から構成されるチーム医療の構造をもつものは 2 論文であった。すなわち、がん緩和ケアにおけるリハビリテーションにおいては、複数の専門職種によるチーム医療としての介入研究

は少ないといえる。

⑤介入方法、頻度、一日当たりの時間、期間
介入

今回の対象となった介入研究では集団活動を主体としており、個別の介入研究は少なかったといえる。介入の頻度では、毎日介入しているものは少なかった。また、研究期間も週単位のものが多かった。

⑥評価項目

評価項目は、痛み、機能状態、症状、倦怠感、睡眠状態、食事動作、満足度、心理的健康度、感情状態、QOL、健康関連の QOL などであり、身体的問題と精神的問題の両方を対象範囲に含んでいるものが多かった。身体的問題と精神的問題を相対的に比較すると、精神的問題の評価の方が多かった。旧来のリハビリテーション医学が取り上げているような、運動器、または、運動機能障害としての分析枠組みは余りみられなかった。

⑦主たる結果

主たる結果としては、総合的・包括的な痛みを除けば、不安・抑うつ・QOL などの精神・心理的問題の改善の報告が多かった。対照群を置いた研究では、グループ間で差異はないという報告もみられた。

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

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。tDCS の納品を完了し、パラメータ調整を行った。また作業記憶課題を作成し、MRI 環境下で呈示できるよう調整を行った。予備的に 4 名の健常成人を用いて fMRI の撮像を行い、現在予備解析中である。併行して被験者のリクルートに向け準備を進めている。

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た。

家族ケアにあたっては、化学療法時のケアが重要であることが明らかになった。さらに、家族ケア因子を踏まえた遺族ケアもプログラムに盛り込むことの可能性が検討された。

7) がん告知後の心的外傷対処プロセスの解明に基づいた介入法の開発

がん患者に特異的な PTG として、次の 5 つの側面が抽出された。①一般のトラウマに比べてがん体験はストレスとして複雑である。②ストレスの期限が内的性質である。③トラウマ体験は未来に続く可能性がある。④トラウマの始まりが同定できず、進行形で

ある。⑤トラウマを治療などによって自己コントロールを行うことが一部可能である。

日本人に特異的な PTG としては①忍耐、②自分の弱さを知る、③共同体との関係、④PTGを言語化することのためらい、が抽出された。

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) (a) 患者の意向に基づいたコミュニケーションプログラムの有効性を検討中である。

(b) 患者に対して医師が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として解析中である。さらなる研究として、自律神経機能のみならず、脳機能画像などと組み合わせた基礎的研究を立案中である。

(c) 印象評定が高くなる医師側の要因としては、性別(女性)、診療科(内科系医師)、年齢(若い医師)の可能性が挙げられ、我が国でも欧米諸国の先行研究と同様の結果が認められた。各要因の関連性を考慮すると、特に年齢が印象評定に関連することが示唆された。

(2) 我が国で初めて、配偶者をがんで亡くした遺族の心理状態と対処行動を同定した。いままでの遺族の先行研究では、心理状態の「受容」と「未来志向」抽出されていない前向きなテーマであり、また、対処行動の「再構築」も抽出されていないテーマで、心理状態の「未来志向」との関連が考えられる。

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

患者の苦悩は多様であり、スピリチュアルケアは個別性の高いケアではあるが、スピリチュアルな苦悩を抱える患者のケアに適用可能な要素を抽出することができた。今後、他の研究で行われている患者調査、遺族調査などの結果とあわせて、臨床ケアにあたる者の教育・研修に有用なスピリチュアルケアガイドを作成する基盤となる。

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

本年度の研究実施状況からは、適格患者のうち約 70%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、本結果を受けて、2010 年 10 月から、

本介入の有用性を検証するための無作為化比較試験を開始した。

4) がんリハビリテーションプログラムの開発

(1) 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 の進行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を作成した。今後は本マニュアルを用いた研修会の実施、および本マニュアルの有効性を明らかにするための介入研究を進めていく予定である。

(2) 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。

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

従来の抗うつ療法の適応が難しい終末期を含むがん患者のうつ病治療として、安全かつ簡便に施行可能と思われる tDCS に着目し、その作用機序と効果的な使用条件を探求するため、tDCS の前頭葉機能への影響を調べる neuroimaging 研究を計画し、実施体制を整えた。本研究を踏まえ、tDCS の刺激条件を調整して最適化を図り、最終的には終末期を含むがん患者のうつ病に対する新規治療に向け、臨床試験を行っていく。

経頭蓋磁気刺激 (rTMS) については、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

家族ケアに必要な因子を遺族ケアプログラムに組み込むことが、がん患者家族・遺族ケアにおいて大切であることが明らかになった。

7) がん告知後の心的外傷対処プロセスの解明に基づいた介入法の開発

がんという疾病の性質や、日本人の文化的背景から、日本人のがん患者における PTG は、先行研究における知見と異なる可能性が示唆された。

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) (a) 患者の意向に基づいたコミュニケーションプログラムの有効性を検討中で、更なるプログラムの改良を目指す。

(b) 患者に対して医師が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として解析中である。さらなる研究として、自律神経機能のみならず、脳機能画像などと組み合わせた基礎的研究を立案中である。

(c) 印象評定と医師の関連要因についての検討を行った。今後も検討を行い、CST プログラムなどの介入が有効な要因を検討する予定である。

(2) 心理状態と対処行動の質的分析を行った。今後は心理状態改善の作用機序の解明を行い、行動変容介入の実施可能性について検討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

熟練専門職のケアプロセスからスピリチュアルケアの要素を抽出した。

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

がん患者の心理的苦痛を軽減するための、患者ニードに基づく新たな看護介入のモデルを開発した。今後、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

がん患者、特に緩和ケアを必要とする進行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

tDCS の前頭葉機能への影響を調べる neuroimaging 研究を計画した。rTMS については実施体制を整えた。2011 年度には研究を開始、完了させ、その結果を踏まえて終末期を含むがん患者のうつ病に対する tDCS の臨床試験を行っていく。

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、周囲のものへ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。

7) がん告知後の心的外傷対処プロセスの解明に基づいた介入法の開発

日本人のがん患者における PTG を明らかにするために、仮設生成のための質的研究を行う必要がある。

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. [Akechi T](#), [Okamura H](#), [Uchitomi Y](#), et al : Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology* 19:384-389, 2010
2. [Asai M](#), [Akechi T](#), [Uchitomi Y](#), et al : Psychiatric disorders and stress factors experienced by staff members in cancer hospitals: a preliminary finding from psychiatric consultation service at National Cancer Center Hospitals in Japan. 8:291-295, 2010
3. [Asai M](#), [Uchitomi Y](#), et al : Psychological states and coping strategies after bereavement among the spouses of cancer patients: a qualitative study. *Psychooncology* 19:38-45, 2010
4. [Ishida M](#), [Uchitomi Y](#), et al : Psychiatric Disorders in Patients Who Lost Family Members to Cancer and Asked for Medical Help : Descriptive Analysis of Outpatient Services for Bereaved Families at Japanese Cancer Center

- Hospital. *Jpn J Clin Oncol*, 2010
5. Ishida M, Uchitomi Y, et al : Bereavement dream? Successful antidepressant treatment for bereavement-related distressing dreams in patients with major depression. *Palliat Support Care* 8:95-98, 2010
 6. Kishimoto Y, Uchitomi Y, et al : Kana Pick-out Test and brain perfusion imaging in Alzheimer's disease. *Palliat Support Care* 1-8, 2010
 7. Matsumoto Y, Uchitomi Y, et al : Suicide associated with corticosteroid use during chemotherapy: case report. *Jpn J Clin Oncol* 40:174-176, 2010
 8. Nakaya N, Uchitomi Y, et al : Personality traits and cancer risk and survival based on Finnish and Swedish registry data. *Am J Epidemiol* 172:377-385, 2010
 9. Nakaya N, Uchitomi Y, et al : Increased risk of severe depression in male partners of women with breast cancer. *Cancer* 116:5527-5534, 2010
 10. Ogawa A, Uchitomi Y, et al : Involvement of a psychiatric consultation service in a palliative care team at the Japanese cancer center hospital. *Jpn J Clin Oncol* 40:1139-1146, 2010
 11. Shimizu K, Uchitomi Y, et al : Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice. *Psychooncology* 19:718-725, 2010
 12. Akechi T, et al. : Anticipatory nausea among ambulatory cancer patients undergoing chemotherapy: Prevalence, associated factors, and impact on quality of life. *Cancer Sci*, 101:2596-600, 2010
 13. Akechi T, et al. : Delirium training program for nurses. *Psychosomatics* 51:106-11, 2010
 14. Uchida M, Akechi T, et al. : Patients' Supportive Care Needs and Psychological Distress in Advanced Breast Cancer Patients in Japan. *Jpn J Clin Oncol* 2010 Dec 23.
 15. Katsumata R, Akechi T, et al. : A case with Hodgkin lymphoma and fronto-temporal lobular degeneration (FTLD)-like dementia facilitated by chemotherapy. *Jpn J Clin Oncol* 40:365-8, 2010
 16. Azuma H, Akechi T, et al. : Paroxysmal nonkinesigenic dyskinesia with depression treated by bilateral electroconvulsive therapy. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 22:352d e6-352 e6, 2010
 17. Ando M, Morita T, Akechi T, et al. : Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 39:993-1002, 2010
 18. Akazawa T, Akechi T, Morita T, et al. : Self-perceived burden in terminally ill cancer patients: a categorization of care strategies based on bereaved family members' perspectives. *J Pain Symptom Manage* 40:224-34, 2010
 19. Ozono S, Okamura H, et al: Psychological distress related to patterns of family functioning among Japanese childhood cancer survivors and their parents. *Psycho-Oncology* 19: 545-552, 2010
 20. Funaki Y, Okamura H, et al: Effect of exercise on a speed feedback therapy system in elderly persons. *Phys Occup Ther Geriatr* 28: 131-143, 2010
 21. Hanaoka H, Okamura H, et al: Psychosocial factors that influence the effects of obesity improvement programs. *J Rural Med* 5: 175-183, 2010
 22. Ishida M, Onishi H, et al, Bereavement Dream? - Successful antidepressant treatment for bereavement-related distressing dreams in patients with major depression. *Palliative and Supportive Care* 8. 95-98, 2010.
 23. Shinjo T, Morita T, et al: Care for the Bodies of Deceased Cancer Inpatients in Japanese Palliative Care Units. *J Palliat Med* 13:27-31, 2010.
 24. Shinjo T, Morita T, et al: Care for imminently dying cancer patients: family members' experiences and recommendations. *J Clin Oncol* 28:142-148, 2010.

25. Okamoto T, Morita T, et al: Religious care required for Japanese terminally ill patients with cancer from the perspective of bereaved family members. *Am J Hosp Palliat Med* 27:50-54, 2010.
 26. Ando M, Morita T, et al: Factors that influence the efficacy of bereavement life review therapy for spiritual well-being: a qualitative analysis. *Support Care Cancer* 19:309-314, 2010.
 27. Nakazawa Y, Morita T, et al: The palliative care self-reported practices scale and the palliative care difficulties scale: reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. *J Palliat Med* 13:427-437, 2010.
 28. Hyodo I, Morita T, et al: Development of a predicting tool for survival of terminally ill cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 40:442-448, 2010.
 29. Ise Y, Morita T, et al: Role of the community pharmacy in palliative care: a nationwide survey in Japan. *J Palliat Med* 13:733-737, 2010.
 30. Ando M, Morita T, et al: Value of religious care for relief of psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients: the perspective of bereaved family members. *Psychooncology* 19:750-755, 2010.
 31. Yamada R, Morita T, et al: Patient-reported usefulness of peripherally inserted central venous catheters in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 40:60-66, 2010.
 32. Hisanaga T, Morita T, et al: Multicenter prospective study on efficacy and safety of octreotide for inoperable malignant bowel obstruction. *Jpn J Clin Oncol* 40:739-745, 2010.
 33. Igarashi A, Morita T, et al: Changes in medical and nursing care after admission to palliative care units: a potential method for improving regional palliative care. *Support Care Cancer* 18:1107-1113, 2010.
 34. Ando M, Morita T, et al: Effects of bereavement life review on spiritual well-being and depression. *J Pain Symptom Manage* 40:453-459, 2010.
 35. Choi J, Morita T, 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* 18:1445-1453, 2010.
 36. Yamagishi A, Morita T, et al: The care strategy for families of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: Recommendations from a nationwide survey of bereaved family members' experiences. *J Pain Symptom Manage* 40:671-683, 2010.
 37. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: A qualitative study of mindfulness-based meditation therapy in Japanese cancer patients. *Support Care Cancer*. 2010 May 16. [Epub ahead of print]
 38. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: Development of a Japanese benefit finding scale (JBFS) for patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 2010 Sep 8. [Epub ahead of print]
 39. Yoshida S, Morita T, et al: Experience of families of Japanese patients with cancer for prognostic disclosure. *J Pain Symptom Manage*. 2010 Dec 9. [Epub ahead of print]
- 論文発表(日本語論文)
1. 高橋真由美, 小川朝生, 内富庸介, 他: 【うつを診る】各領域におけるうつ病診療とその対策の実際 緩和ケア領域におけるうつ病. *総合臨床* 59: 1224-1230, 2010
 2. 大谷恭平, 小川朝生, 内富庸介, 他: サバイバーにおける認知機能障害. *腫瘍内科* 5: 202-210, 2010
 3. 内富庸介: 精神腫瘍学概論. *岡山医学会雑誌* 122: 119-124, 2010
 4. 内富庸介, 他: がん患者の心理的反応に配慮したコミュニケーション. *日本整形外科学会雑誌* 84: 331-337, 2010

5. 白井由紀, 小川朝生, 内富庸介, 他: がん治療中の患者の精神症状. エビデンスにもとづいた OncologyNursing 総集編: 163-167, 2010
6. 内富庸介, 他: がん患者の心理的反応に配慮したコミュニケーション. 日本整形外科学会雑誌 84: 331-337, 2010
7. 明智龍男, 内富庸介: がん患者の抑うつ症状緩和-最近の話題, 別冊・医学のあゆみ最新-うつ病のすべて, 樋口輝彦 (編), 医師薬出版株式会社, 160-164, 2010
8. 明智龍男: せん妄なのか、アカシジアなのか分からない時の対応, 緩和ケアのちょっとしたコツ, 森田達也, 新城拓也, 林めぐみ (編), 青海社, 238-240, 2010
9. 明智龍男: 希死念慮・自殺, 専門医のための精神科臨床リュミエール24 サイコオンコロジー, 大西秀樹 (編), 中山書店, 69-74, 2010
10. 明智龍男: 精神症状の基本, これだけは知っておきたいがん医療における心のケア, 小川朝生, 内富庸介. (編), 創造出版, 53-60, 2010
11. 清水 研: がん患者の精神症状とそのスクリーニング. 臨床精神薬理. 13: 1287-1294, 2010
12. 清水 研: サバイバーとサバイバーシップ腫瘍内科 5: 95-99, 2010
13. 小川朝生: 精神科医への期待 いま進められている事業から. 精神神経学雑誌 112: 1010-1017, 2010
14. 小川朝生: 在宅ケア各論 第5回. 温 第5号: 13-15, 2010
15. 小川朝生: 【がんの告知と看護師の役割 看護師のコミュニケーション技術】医療者間のコミュニケーション. がん看護 15: 50-52, 2010
16. 繁本 梢, 岡村 仁: リハビリテーション部門における遺族ケア. 臨床看護 臨時増刊号 36: 567-572, 2010
17. 繁本 梢, 岡村 仁: がんサバイバーシップのリハビリテーション. 腫瘍内科 5: 151-155, 2010
18. 小早川 誠, 岡村 仁, 他: 日本における緩和医療の現状と展望. 臨床精神薬理 13: 1279-1285, 2010
19. 岡村 仁: がん医療に携わる心のケア従事者への教育. 精神神経学雑誌 112: 1024-1027, 2010
20. 大西秀樹, 他: がん患者の遺族ケア 現代のエスプリ 517号 185-193, 2010
21. 大西秀樹, 他: 家族心理 臨床精神医学 39(7): 879-996, 2010
22. 大西秀樹: 遺族との対話 健康 2010年秋号 30-31.
23. 荻野和功, 森田達也: がん医療はどう変わったのか「がん対策基本法」施行から2年半. 浜松地域のリーダーとして現場のニーズを常に念頭に入れがんになっても安心な環境づくりに取り組む. medi.magazine 冬号 通巻 04号:20-24, 2010.
24. 井村千鶴, 森田達也, 他: 浜松市のがん患者に対するケアマネジメントの実態調査. 緩和ケア 20:92-98, 2010.
25. 森田達也: シリーズ「がん」緩和ケア、普通の暮らしを願って. 朝日新聞社 <http://www.asahi.com/health/essay/TKY201001280383.html>, 2010.
26. 森田達也, 他: 特集 進歩するがん診療 鼎談②緩和ケアの最前線. 日本医事新報 4475:45-55, 2010.
27. 森田達也, 他: 末期がんだけではない「緩和ケア」は、ここまで進化した. ナーシングカレッジ 14:44-50, 2010.
28. 森田達也: 13. 輸液・栄養補給 Q66 終末期の輸液の考え方を教えてください. 一般病棟でできる緩和ケア Q&A 改訂版 (編) 堀夏樹, 小澤桂子 総合医学社. ナーシングケア Q&A 第32号:146-147, 2010.
29. 森田達也: 18. 鎮静 (セデーション) Q83 鎮静とは何ですか?. 一般病棟でできる緩和ケア Q&A 改訂版 (編) 堀夏樹, 小澤桂子 総合医学社. ナーシングケア Q&A 第32号:182-183, 2010.
30. 森田達也: 18. 鎮静 (セデーション) Q85 鎮静に使われる薬剤の使い方を教えてください. 一般病棟でできる緩和ケア Q&A 改訂版 (編) 堀夏樹, 小澤桂子 総合医学社. ナーシングケア Q&A 第32号:186-187, 2010.
31. 吉田沙蘭, 森田達也, 他: 難治性小児がん患者の家族が経験する困難の探索. 小児がん 47:91-97, 2010.
32. 森田達也: 緩和医療 緩和ケアチームと緩和ケア病棟. 臨床麻酔 34 臨時増刊号:431-443, 2010.
33. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域における緩和ケアの連携を促進する取り組みフォーカスグループの有用性. 緩和ケア

- 20:204-209, 2010.
34. 社団法人日本医師会(監), 森田達也(編), 他: がん緩和ケアガイドブック. 青海社. 東京. 2010. 4.
 35. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み—フォーカスグループの有用性 2. 緩和ケア 20:308-312, 2010.
 36. 井村千鶴, 森田達也, 他: 緩和ケアチームによる診療所へのアウトリーチプログラムの有用性. 癌と化学療法 37:863-870, 2010.
 37. 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会(編集): がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2010 年版. 金原出版株式会社. 東京. 2010. 6.
 38. 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会(編集): 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン 2010 年版. 金原出版株式会社. 東京. 2010. 6.
 39. 森田達也: 末期肺癌の緩和ケア(Q&A). 日本医事新報 4497号:79-80, 2010.
 40. 森田達也: 経験したことを伝えていこう 研究論文の書き方 第1回 論文を書く、その前に—原著論文の査読システムを知る—. 緩和ケア 20:379-383, 2010.
 41. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み—フォーカスグループの有用性 3. 緩和ケア 20:417-422, 2010.
 42. 森田達也: がん性疼痛治療 がん性疼痛ガイドラインの作成. Mebio 27:24-28, 2010.
 43. 森田達也: IV. 緩和医療 1. 緩和医療概論. (編集) 大西秀樹 中山書店. 専門医のための精神科臨床リュミエール 24 サイコオンコロジー:150-163, 2010.
 44. 森田達也: 経験したことを伝えていこう 研究論文の書き方 第2回 「はじめに」を書く. 緩和ケア 20:513-516, 2010.
 45. 森田達也: 在宅の視点をもった緩和ケアチーム. 地域緩和ケアリンク 10月号: 2, 2010.
 46. 小田切拓也, 森田達也: そこが知りたい! 緩和ケアにおける服薬指導 第I部 緩和ケアにおいて服薬指導に何が求められるか. 緩和ケア 20 巻10月増刊号: 2-5, 2010.
 47. 森田達也, 内富庸介, 他: がん患者が望む「スピリチュアルケア」89名のインタビュー調査. 精神医学 52: 1057-1072, 2010.
 48. 伊藤富士江, 森田達也, 他: がん在宅緩和医療の課題と解決策に関する診療所医師を対象とした訪問調査. 緩和ケア 20:641-647, 2010.
 49. 余宮きのみ, 森田達也: がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2010 年版を読み解く オピオイド鎮痛薬を中心に. ペインクリニック 31:1477-1483, 2010.
 50. 森田達也: 経験したことを伝えていこう 研究論文の書き方 第3回 「対象・方法」を書く. 緩和ケア 20:605-610, 2010.
 51. 新城拓也, 森田達也, 他: 主治医による死亡確認や臨終の立ち会いが, 家族の心理に及ぼす影響についての調査研究. Palliat Car Res 5:162-170, 2010.
 52. 赤澤輝和, 森田達也, 他: 緩和ケアについての市民・患者対象の啓発介入の実態調査. Palliat Car Res 5:171-174, 2010.
- 学会発表(国外学会)
1. Uchida M, Akechi T, et al. Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan. Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan, 57th Psychosomatic Medicine, 2010 Nov
 2. Nakaguchi T, Akechi T, et al. Usefulness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for psychological nausea, vomiting and learned food aversion experienced by cancer patients receiving repeated chemotherapy: a case series. Book Usefulness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for psychological nausea, vomiting and learned food aversion experienced by cancer patients receiving repeated chemotherapy: a case series, 57th Psychosomatic Medicine, 2010 Nov
 3. Akechi T, et al. Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. Book

Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan, 57th Psychosomatic Medicine, 2010 Nov

4. Okuyama T, Akechi T, et al. Nurses in outpatient chemotherapy center may have difficulty in assessing their patients' symptoms and supportive care needs. Nurses in outpatient chemotherapy center may have difficulty in assessing their patients' symptoms and supportive care needs, 12th World Congress of Psycho-Oncology, 2010 May
5. Akechi T, et al. Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. Book Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan, 12th World Congress of Psycho-Oncology, 2010 May
6. Ishida M, Onishi H, et al, Psychiatric disorders of the bereaved who lost family members due to cancer: Experiences of outpatient services for bereaved families in a cancer center hospital-the second report. International Psycho-Oncology Society. Quebec, Canada. May, 2010.
7. Onishi H, et al, Psychiatric disorders of bereaved who have lost family members owing to cancer: Experiences of outpatient services for bereaved families at a hospital cancer center. East Asia Psycho-Oncology Society 2; 2010 Meeting 23rd 24rd August, 2010.

学会発表(国内学会)

1. 内富庸介 : サイコオンコロジー—その歴史と展望— 第 15 回日本緩和医療 学会 学術大会. 特別講演. 2010. 6, 東京
2. 内富庸介 : 乳がん治療における心のケア: 特にコミュニケーションの重要性. 第 18 回日本乳癌学会学術総会. パネルディスカッション. 2010. 6, 北海道
3. 内富庸介 : 難治がんを伝える:サイコ

ンコロジーの臨床応用. 第 24 回中国四国脳腫瘍研究会. 特別講演. 2010. 9, 岡山

4. 明智龍男 : 夏季セミナー サイコオンコロジー:がん医療における心の医学, 第 12 回日本放射線腫瘍学会, 2010 年 8 月
5. 明智龍男 : 教育セミナー サイコオンコロジー:がん医療における心の医学, 第 16 回日本臨床腫瘍学会教育セミナーAセッション, 2010年8月
6. 明智龍男 : がん患者とのコミュニケーション:基礎から応用まで, 第9回日本緩和医療学会教育セミナー, 2010年6月
7. 中口智博, 明智龍男, 他: 化学療法に起因した予期性悪心嘔吐、食物嫌悪に奏功した短期心理療法-EMDR, 第15回日本緩和医療学会総会, 2010年6月
8. 安藤満代, 明智龍男, 森田達也, 他: 終末期患者のスピリチュアルケアとしての短期回想法の内容分析, 第15回日本緩和医療学会総会, 2010年6月
9. 安藤満代, 明智龍男, 森田達也, 他: 病気の体験に意味を見出すJAPAN Benefit Finding Scale開発の試み, 第15回日本緩和医療学会総会, 2010年6月
10. 明智龍男 : シンポジウム「がん医療において精神科医に期待されるもの」 緩和ケアにおける精神的ケアのエッセンス, 第106回日本精神神経学会総会, 2010年5月
11. 明智龍男 : 教育講演 がん患者の心の持ち方を支えるコツ, 第24回日本がん看護学会, 2010年2月
12. 小川朝生 : 精神科医への期待 いま進められている事業から, 第 106 回日本精神神経学会学術総会, 広島県広島市, 2010, シンポジウム 21
13. 小川朝生 : がん患者におけるコンサルテーションの実際, 第 2 3 回日本総合病院精神医学会総会, 東京都千代田区, 2010, GHP 精神腫瘍学研修会
14. 小川朝生 : 心理士のアセスメント・介入, 第 2 3 回日本サイコオンコロジー学会研修セミナー, 愛知県名古屋市, 2010,
15. 小川朝生 : 患者の意向に沿った治療を考える (意思決定能力), 第 2 3 回日本サイコオンコロジー学会, 愛知県名古屋市, 2010, JPOS シンポジウム 6
16. 小川朝生 : 緩和ケアチーム・フォーラム よりよい活動のために—成熟期への道し

- るべし、第 15 回日本緩和医療学会学術大会、東京都千代田区、2010、職種別フォーラム 4 座長
17. 岡村 仁：がん医療において精神科医に期待されるもの：がん医療に携わる心のケア従事者への教育。第106回日本精神神経学会学術総会、2010年5月、広島市
 18. 上野和美, 岡村 仁：再発がん患者に対する回想法の有効性について。第15回日本緩和医療学会学術大会、2010年6月、東京都
 19. 岡村 仁：緩和医療学、精神腫瘍学を基礎から学ぶ：精神腫瘍学概論（総論、正常反応）。第16回日本癌治療学会教育セミナー、2010年10月、京都市
 20. 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, 東京
 21. 森田達也：シンポジウム 1-1 がん疼痛治療を見直してみる—新しい「がん疼痛ガイドライン」をめぐって—。「疼痛ガイドライン」を読むために必要な臨床疫学の知識。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
 22. 森田達也：シンポジウム 2-3 遺族による緩和ケアの質の評価—J-HOPE 研究から見えてくるもの—。遺族研究から見た「望ましいケア」：家族の声をしっかりと聞く。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
 23. 森田達也：パネルディスカッション 5-1 実証研究から見るスピリチュアルケアの方向性。患者自身が望む「スピリチュアルケア」：89 名のインタビュー調査から。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
 24. 森田達也：臨床研究ワークショップ 1-1 臨床家が知っておくべき臨床研究の知識と緩和ケアの臨床研究の基本。臨床家が知っておくべき臨床研究の知識と緩和ケアの臨床研究の基本。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
 25. 森田達也：ランチョンセミナー1 「がん疼痛ガイドライン」を臨床で役立てる：実践。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
 26. 三條真紀子, 森田達也, 他：「終末期がん患者の家族が大事にしたいと思うこと」の概念化：一般集団・遺族 1975 名を対象とした全国調査の結果から。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
 27. 大谷弘行, 森田達也, 他：「看取りのパンフレット」を用いた家族への介入研究：OPTIM 浜松。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
 28. 山岸暁美, 森田達也, 他：外来進行がん患者の疼痛と Quality of Life に関する多施設調査：OPTIM-study。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
 29. 宮下光令, 森田達也, 他：地域の病院（一般病棟、緩和ケア病棟）、診療所のがん患者の遺族による緩和ケアの質の評価：OPTIM-study。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
 30. 宮下光令, 森田達也, 他：がん医療に対する安心感尺度の作成と関連要因：OPTIM-study。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
 31. 鈴木留美, 森田達也, 他：外来で実施可能な緩和ケアのニーズを把握する問診票：「生活のしやすさの質問票」第 3 版を使用した 2000 件の実践：OPTIM 浜松。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
 32. 福本和彦, 森田達也, 他：麻薬導入タイトレーションパス作成の効果：OPTIM 浜松。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
 33. 赤澤輝和, 森田達也, 他：病院内のどこにどんな緩和ケアの冊子をおいたらいいのか？：OPTIM 浜松。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
 34. 前堀直美, 森田達也, 他：保険薬局薬剤師の電話モニタリングによる症状緩和の評価：OPTIM 浜松。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
 35. 末田千恵, 森田達也, 他：がん患者の遺族は、どのくらい介護負担感を感じているのか？：OPTIM-study による多施設調査。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
 36. 山田博英, 森田達也, 他：地域のがん患者・遺族調査の自由記述の内容分析に基づく病院医師向け緩和ケアリーフレット作成：OPTIM 浜松。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
 37. 野末よし子, 森田達也, 他：地域における介護保険の迅速化介入のフォローアップ調査：OPTIM 浜松。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6. 18~19 東京

38. 平井啓, 森田達也, 他: がん患者と遺族の緩和ケアに対する認識と準備性 OPTIM study. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
39. 笹原朋代, 森田達也, 他: 標準化した緩和ケアチームの活動記録フォーマットの実施可能性に関する多施設共同研究～パイロットスタディの結果～. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
40. 小田切拓也, 森田達也, 他: 原因不明の神経症状と疼痛で緩和ケアチームに紹介された患者の原因と転帰. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
41. 白土明美, 森田達也, 他: 「希望をもちながらも、同時にこころ残りのないように準備しておく」ために医師や看護師は何ができるのか: J-HOPE study. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
42. 清水陽一, 森田達也, 他: 遺族からみた死前喘鳴に対する望ましいケア: J-HOPE STUDY. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
43. 佐藤一樹, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟で提供された終末期がん医療の実態に関する多施設診療記録調査: J-HOPE study. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
44. 三條真紀子, 森田達也, 他: 家族の視点から見た望ましい緩和ケアシステム: J-HOPE Study. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
45. 三條真紀子, 森田達也, 他: 終末期のがん患者を介護した遺族の介護経験の評価及び健康関連 QOL: 7994名の全国調査 J-HOPE Study. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
46. 安藤満代, 森田達也, 明智龍男, 他: 病気の体験に意味を見出す Japan Benefit Finding Scale 開発の試み. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
47. 和田信, 森田達也, 大西秀樹, 他: EORTC-QLQ-C15PAL 日本語版の信頼性と妥当性の検討. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
48. 宮下光令, 森田達也, 他: がん患者に対する緩和ケアの構造・プロセスを評価する尺度(患者版 Care Evaluation Scale)の信頼性と妥当性の検討. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
49. 宮下光令, 森田達也, 他: がん患者に対する包括的 QOL を測定する尺度の信頼性と妥当性の検討. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
50. 宮下光令, 森田達也, 内富庸介, 他: 「緩和ケアの質の臨床指標 (Quality Indicator)」は遺族から見て妥当なのか? 緩和ケア病棟の遺族に対する質問紙調査から. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
51. 宮下光令, 森田達也, 他: 日本の医師 97,961 人に対する緩和ケアに関する知識の実態調査. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
52. 五十嵐歩, 森田達也, 他: 終末期がん患者における死亡場所と死亡前の療養場所の特徴: OPTIM-study. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
53. 秋山美紀, 森田達也, 他: 地域で療養生活を送ることに関する患者、家族の安心感とその要因: OPTIM-study. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
54. 伊藤富士江, 森田達也, 他: 理論サンプリングに基づく診療所訪問による在宅緩和医療の課題と解決策の抽出: OPTIM 浜松. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
55. 青木茂, 森田達也, 他: 地域緩和ケアプログラムによる在宅死亡数の変化と、同一地域における在宅・ホスピス・病院死亡患者の遺族の評価の差: OPTIM 浜松. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
56. 古村和恵, 森田達也, 他: 進行がん患者および遺族は在宅療養について「急な変化や夜間に対応できない」「病院と同じように苦痛を和らげられる」と思っているか?: OPTIM study による多施設調査. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
57. 宮下光令, 森田達也, 他: 在宅ホスピスケアを受けたがん患者の遺族の在宅療養開始時の意思決定過程: J-HOPE study. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
58. 佐々木一義, 森田達也, 他: 地域緩和ケアプログラムによる専門緩和ケアサービスの利用状況の変化: OPTIM 浜松. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
59. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域における緩和ケアの連携を促進するための地域多職種カンファレンスの有用性: OPTIM 浜松. 第15回日本緩和医療学会学術大会.

2010. 6, 東京
60. 細田修, 森田達也, 他: 診療所における地域緩和ケアカンファレンスの有用性の質的分析: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 61. 古村和恵, 森田達也, 他: 「わたしのカルテ」の運用課題と有用性に関する多地域・多施設インタビュー調査: OPTIM study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 62. 山岸暁美, 森田達也, 他: 地域で緩和ケアを普及させるために取り組むべき課題は何か?: OPTIM study 一介入 4 地域の医療福祉従事者によるフォーカスグループからの課題抽出と意見交換会の評価一. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 63. 安藤満代, 森田達也, 明智龍男: 終末期患者のスピリチュアルケアとしての短期回想法における語りの内容分析. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 64. 坂井さゆり, 森田達也, 他: スピリチュアルケアにおけるケア提供者の基本的態度・考え方の構造—緩和ケア熟練専門職の語りから—. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 65. 吉田沙蘭, 森田達也, 他: 患者に対する予後告知が家族に及ぼす影響の探索—遺族への面接調査の結果から—. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 66. 三條真紀子, 森田達也, 他: 「終末期がん患者の家族が大事にしたいと思うこと」の構成要素: 家族と遺族を対象とした面接調査の結果から. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 67. 三條真紀子, 森田達也, 他: ホスピス・緩和ケア病棟への入院検討時の家族のつらさと望ましい支援に関する質的研究: 遺族への面接調査の結果から. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 68. 牟田理恵子, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟の遺族は追悼会や死別後の手紙をどうとらえているか?: 44 名のインタビュー調査. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 69. 福田かおり, 森田達也, 他: 「看取りのパンフレット」を用いた遺族の体験に関する質的研究: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 70. 木澤義之, 森田達也, 他: 地域の医療機関に勤務する医師の緩和ケアに関する知識・実践・困難感は? がん対策のための戦略研究『緩和ケア普及のための地域プロジェクト』介入前調査から: OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 71. 赤澤輝和, 森田達也, 他: 地域に一斉配布した緩和ケアの啓発マテリアルはどうなっているのか? OPTIM 浜松からの全数実態調査. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 72. 武林亨, 森田達也, 他: 緩和ケア・医療用麻薬に関する患者、家族の知識とケアの質評価尺度および緩和ケアの準備状態との関連: OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 73. 宮下光令, 森田達也, 他: 診療記録から抽出する緩和ケアにおける診療の質の管理評価指標群 (Quality Indicator) の作成と測定. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 74. 中澤葉宇子, 森田達也, 他: がん診療連携拠点病院緩和ケアチームのコンサルテーション活動に関する実態調査. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 75. 川口知香, 森田達也, 他: 緩和ケアチーム看護師の専従化が緩和ケアチームの活動に及ぼす効果: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 76. 堀江良樹, 森田達也, 他: Second opioid の有効性に関するケースシリーズ. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 77. 鄭陽, 森田達也, 他: 難治性の肛門症状に対する不對神経節ブロックの有効性. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 78. 和田信, 森田達也, 大西秀樹, 他: 新規抗がん薬第一相臨床試験に関する患者心理の研究. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010. 6, 東京
 79. 森田達也: 教育講演 3 終末期せん妄を有する患者家族のケア. 第 23 回日本サイコオンコロジー学会・第 10 回日本認知療法学会. 2010. 9, 愛知
 80. 前堀直美, 森田達也, 他: 保険薬局薬剤師の電話モニタリングによる症状緩和の評価: OPTIM 浜松. 第 4 回緩和医療薬学会年会. 2010. 9, 鹿児島
 81. 森田達也: 学術セミナー 23 緩和治療の

最新のエビデンスと実践—がん疼痛ガイドラインを中心に— 第 48 回日本癌治療学会学術集会. 2010. 10, 京都

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。

Ⅱ. 分担研究報告書