

- comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project. 14th World Congress of Psycho-Oncology. Brisbane; 2012
6. Sugano K, Akechi T, et al: Experience of death conference at general hospital setting in Japan In: 14th World Congress of Psycho-Oncology. Brisbane; 2012
  7. Uchida M, Akechi T, et al: Prevalence, associated factors and course of delirium in advanced cancer patients. 14th World Congress of Psycho-Oncology. Brisbane; 2012
  8. Snyder C, Akechi T, et al. Thanks for the Score Report -- But What Does It Mean? Helping Clinicians Interpret Patient-Reported Outcome(PRO) Scores by Identifying Cut-offs Representing Unmet Needs. International Society for Quality of Life Research meeting. Budapest; 2012
  9. 小川成, 明智龍男, 他: 広場恐怖を伴うパニック障害患者の回避行動がQOLに及ぼす影響, 第4回日本不安障害学会. 2012年2月、東京
  10. 明智龍男: シンポジウム 緩和ケアにおける精神的ケアのエッセンス, 第13回日本サイコセラピー学会, 2012年3月、大阪
  11. 近藤真前, 明智龍男, 他: 慢性めまいに対する集団認知行動療法の開発, 第108回日本精神神経学会学術総会. 札幌, 2012年5月、札幌
  12. 川口彰子, 明智龍男, 他: 全般型社交不安障害に対する集団認知行動療法-長期予後と治療効果予測因子の検討, 第108回日本精神神経学会学術総会. 2012年5月、札幌
  13. 伊藤嘉規, 明智龍男, 他: 小児における緩和ケア-家族ケアの重要性, 第17回日本緩和医療学会総会. 2012年6月、神戸
  14. 坂本雅樹, 明智龍男, 他: 黄疸による皮膚搔痒感に牛車腎気丸が有効であった2例, in 第17回日本緩和医療学会総会. 2012年6月、神戸
  15. 厨芽衣子, 森田達也, 明智龍男, 他: 高齢がん患者のニーズをもとにした身体症状緩和プログラムに関する研究, 第17回日本緩和医療学会総会. 2012年6月、神戸
  16. 明智龍男: シンポジウム「緩和ケア」を伝える難しさ 日本サイコオンコロジー学会の立場から, 第17回日本緩和医療学会総会. 2012年6月、神戸
  17. 明智龍男: パネルディスカッション「臨床現場で活かせるカウンセリング・スキル」 否認を受け止める, 第17回日本緩和医療学会総会. 2012年6月、神戸
  18. 明智龍男: シンポジウム「がん対策基本法後の緩和ケアの進歩と今後の方向性」患者・家族とのコミュニケーションとこころのケア: よりよいがん医療を提供するためのサイコオンコロジーの役割, 第10回日本臨床腫瘍学会総会. 2012年7月、大阪
  19. 清水研, 明智龍男, 内富庸介, 他: 肺がん患者に合併する抑うつ危険因子について: 身体・心理・社会面の包括的検討, 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012年9月、福岡
  20. 内田恵, 明智龍男, 他: 進行がん患者におけるせん妄の頻度、関連因子、経過, in 第25回 日本総合病院精神医学会総会. 2012年11月、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（第3次対がん総合戦略研究事業）  
分担研究報告書

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

研究分担者 清水 研 国立がん研究センター中央病院  
精神腫瘍科 科長

研究要旨 危機的な状況に暴露されることによる精神心理面における正の側面として「外傷後成長（Post Traumatic Growth, PTG）」が存在することが指摘されている。昨年度までの知見から、日本人のがん患者における PTG は、他のストレスや文化圏におけるものとは異なる可能性が示唆された。そこで今回我々は日本人のがん患者における PTG を明らかにするための質的研究を開始し、目標 20 症例のうち 19 例の集積を終了した。

#### A. 研究目的

がん罹患はすなわち生命の危機を意味するため、破滅的な恐怖体験をもたらし、その結果として多くの患者がうつ病、適応障害などの精神疾患に罹患することが示され、がん罹患の精神心理面における負の側面が明らかにされてきた。一方で、危機的な状況に暴露されることによる精神心理面における正の側面として「危機的な出来事や困難な経験との精神的なもがき・闘いの結果生ずるポジティブな心理的変容の体験」と定義される、「外傷後成長（Post Traumatic Growth, PTG）」が存在することが指摘されている。我々は PTG を媒介した日本人のがん患者に対する心理的介入法を確立し、心理的苦痛の軽減を最終的な目標としているが、がん体験を他のトラウマと同一視することが可能なのか、また、日本人における PTG は欧米人におけるそれとの異動はないのかという疑問が生じる。そこで我々は、既存の PTG と、日本人のがん患者における PTG に異動が存在するか否かを予備的に検討することを目的に、既存の研究のレビューを行ったところ、その内容が異なることが示唆されたため、実際に日本人のがん患者を対象とした質的研究を実施することとした。

#### B. 研究方法

がん患者 20 名を対象に、質的研究を行う。具体的には、「がんに罹患したことはあなたの人生観を揺るがすような体験でしたか？」という質問を用いて、がん体験が患者にとって人生観をゆるがすようなトラウマ体験であったかを確認した後、「がんに罹患して良かった

と思えたり、成長できたと思えたり、良い変化が起きたと感じることがありましたか？」という質問を用いて、外傷後成長の抽出を行った。さらに、「成長したと思えるきっかけとなる出来事がありましたか？」、「成長の助けになったことがあれば教えてください」という質問を用いて、外傷後成長の促進要因を抽出する。インタビュー結果は内容分析を行う。

#### （倫理面への配慮）

本研究は国立がん研究センター倫理審査委員会の承認をもとに開始された。対象者には書面での説明と同意を行った。

#### C. 研究結果

平成 25 年 1 月 31 日現在、目標 20 例中 19 例の集積を終了した。

#### D. 考察

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結果が得られることが期待される。

#### E. 結論

日本人のがん患者における PTG を明らかにするために、質的研究を開始し、症例集積が進捗している。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

#### G. 研究発表

1. 論文発表
1. Shimizu K, Akechi T, Ogawa A, Uchitomi Y, et al : Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis. Annals of Oncology . 21(5), 2012
2. Ogawa A, Shimizu K, Uchitomi Y. et al: Availability of psychiatric consultation-liaison services as an integral component of palliative care. Jpn J Clin Oncol. 42(1), 42-52, 2012
3. 清水 研: QOLを低下させる心の病。早期治療で改善を。がんサポート, 112, 50-53, 2012
4. 清水 研: 緩和ケアにおいて心身医学はどのような貢献ができるか? 心身医学, 52, 617-622, 2012

## 2. 学会発表

1. Shimizu K: Clinical bio-psycho-social risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project. EAPON 3rd, 2012. 9. 7, Beijing
2. Shimizu K: Clinical bio-psycho-social risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project. IPOS14th, 2012. 11, Brisbane
3. 清水 研: 腫瘍内科医、看護師との協働によるストレス早期発見・対応プログラム。第10回日本臨床腫瘍学会 2012. 7, 大阪
4. 清水 研: 早期からの緩和ケアを実現するために。第25回日本総合病院精神医学会 2012. 11, 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（第3次対がん総合戦略研究事業）  
分担研究報告書

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

研究分担者	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 精神腫瘍学開発分野 ユニット長
研究協力者	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
	藤澤大介	国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科 外来・病棟医長
	稲垣正俊	国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター適応障害研究室 室長
	武井宣之	国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科 がん専門修練医
	能野淳子	国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科 心理療法士
	古賀晴美	国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科 心理療法士
	横尾実乃里	国立がん研究センター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発分野 リサーチ・レジデント
	柴山 修	国立がん研究センター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発分野 任意研修生
	中野谷貴子	国立がん研究センター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発分野 任意研修生

研究要旨 がん患者の精神症状緩和を図り、療養生活の質の向上を目指すためにはその病態に基づいた介入が重要である。本研究では、薬物療法が困難ながん患者のうつ病に対して、有害事象の危険性の低い反復経頭蓋磁気刺激ならびに経頭蓋直流電気刺激の臨床応用を目指し、その有用性の評価と治療効果の発現機序の検討を計画した。平成24年度は、(1)抗うつ薬が使用できない際の抑うつ状態に対する反復経頭蓋磁気刺激の有用性の予備的検討を継続し、(2)機能的磁気共鳴画像を用いた経頭蓋直流電流の作用機序の基礎的検討を行った。

A. 研究目的

がん体験は、心理的身体的に非常に強いストレスであり、がん患者の多くに抑うつ症状を認め、自殺やQOLの全般的な低下など深刻な弊害をもたらす。特に終末期がん患者において抑うつ症状の出現率は上昇し、患者及び家族に与える負担も大きいことから、積極的な介入が望まれる。しかし、がん患者におけるうつ病の病態は明らかになっておらず、身体的制約から抗うつ薬など一般的な治療的介入が困難であることが多い。がん患者の病態に基づいた新しい抗うつ療法の開発が望まれており、本研究では、うつ病における前頭

前野と辺縁系のネットワーク異常に直接作用すると考えられる以下の二つの治療法に着目した。

反復経頭蓋磁気刺激 (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation、以下 rTMS) は、頭皮上に置いたコイルに電流を流したときに生じる磁場により脳内で発生する渦電流で、脳皮質を局所的に痛みを伴わず刺激するものである。米国では、抗うつ薬による治療効果の乏しい難治性うつ病の治療デバイスとして FDA に認可されており、適応を広げた場合の有効性・安全性の報告もある。しかし、がん患者のうつ病への使用はまだ検討

されていない。

経頭蓋直流電気刺激(transcranial Direct Current Stimulation、以下 tDCS)は経皮経頭蓋的に 1mA 程度の弱い直流電流を大脳皮質に通電させることで、安全かつ簡便に電極の極性に依存した皮質の神経活動興奮を局所的にもたらすものであり、うつ病を含む多様な臨床症状を改善する報告もある。しかし、がん患者のうつ病への使用ははまだ検討されていない。

そこで、薬物療法が困難ながん患者のうつ病に対する新規治療法の開発、がん患者のうつ病の病態メカニズムの解明を目的とし、以下の二つの研究を実施している。

(1) 抗うつ薬が使用できない際の抑うつ状態に対する反復経頭蓋磁気刺激の有用性の予備的検討

(2) 機能的磁気共鳴画像を用いた経頭蓋直流電流の作用機序の基礎的検討

## B. 研究方法

(1) 国立がん研究センター東病院の 20 歳以上のがん患者における薬物療法が困難な抑うつ状態を対象とした、rTMS の有効性・安全性を検証するためのオープン試験である。目標症例数は、予後 4 週以内の患者において抗うつ薬が有効である報告がないため、予後 4 週以内と 4 週以上に分けてそれぞれ 10 名とする。

rTMS による治療は、国内で行われた薬物抵抗性うつ病に対する刺激パラメーターを参考に、左背外側前頭前野(以下 DLPFC)に対し、高頻度磁気刺激を 1 日 2 セッション、平日 10 日間で行う。

判定効果については、薬物療法の判定と同じく、ハミルトンうつ病評価尺度(Hamilton Rating Scale for depression、以下 HAM-D)得点が 50%以上改善したものを有効とし、予後が 4 週以上の群においては、薬物療法と同等の 30%の有効率を、また予後 4 週以内の群においては、有効であったという報告が認められないため、有効例があれば有効とする。

(2) 20 歳以上 40 歳未満の健常成人 20 名を対象とした背外側前頭前野(DLPFC)への tDCS が前頭葉機能に及ぼす影響を検討するための単盲検クロスオーバー偽刺激対照比較試験を行う。前頭葉機能の指標として言語的作業記憶課題である n-back 課題を用い、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、左 DLPFC に対して tDCS 実刺激あるいは偽刺激を行う。tDCS 実刺激では、直流電流を 1mA、20 分間通電する。偽刺激では、5 秒間通電後、5 秒かけて漸減して通電終了し、そのまま 20 分間保つようにする。刺激直後に n-back 課題(実課題として 3-back 課題、コントロール課題として 0-back 課題)を 10 分間呈示し、その間、3 テスラ MRI を用いて機能的磁気共鳴画像(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 n-back 課題施行時の成績および fMRI の BOLD 信号の変化、さらには作業記憶に関わる領域間の機能結合の変化を検討するために、以下の解析を行う。はじめに、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、関心領域を全脳レベル、あるいは左 DLPFC に設定して、Statistical Parametric Mapping (SPM)法を用いて tDCS 実刺激直後と偽刺激直後と比較する。さらに実課題時とコントロール課題時の作業記憶に関わる領域間の機能結合変化を、dynamic causal modeling(DCM)法を用いて tDCS 実刺激直後と偽刺激直後と比較する。そして刺激間における脳機能データの変化を独立変数とし、刺激間における n-back 課題の成績あるいは POMS の変化を従属変数とする回帰分析を行い、行動データの変化と脳機能データ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。

### (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ように努める。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。

### C. 研究結果

(1) 高度医療申請等に関する厚生労働省との相談を経て、有効性・安全性のデータの蓄積を先行する方向となり、治療技術の習得及び実施体制を整え、平成 23 年 4 月からリクルートを開始した。

(2) 健常成人 18 名(うち脳機能データまで解析可能 17 名)を解析対象とした。3-back 課題の正答率(実刺激 vs. 偽刺激:  $0.863 \pm 0.094$  vs.  $0.870 \pm 0.103$ ,  $p=0.83$ )、誤答率(実刺激 vs. 偽刺激:  $0.021 \pm 0.028$  vs.  $0.012 \pm 0.015$ ,  $p=0.20$ )、および平均反応時間(実刺激 vs. 偽刺激:  $0.658 \pm 0.134$  vs.  $0.635 \pm 0.110$ ,  $p=0.40$ )、さらには POMS 得点すべてにおいて、刺激間で有意な差異は認められなかった。また 3-back 課題>0-back 課題における BOLD 信号の差についても、全脳レベル、左 DLPFC 関心領域いずれも刺激間で有意な結果は得られなかった。しかし、3-back 課題>0-back 課題における作業記憶に関わる領域間の機能結合については、実刺激は偽刺激と比べ、固有の結合としては前帯状皮質(ACC)→左 DLPFC の結合が有意により負の方向にはたらき( $p=0.022$ )左縁上回→左 DLPFC の結合が有意に正に強まり( $p=0.039$ )、左 DLPFC の自己結合の negative feedback が弱まる傾向( $p=0.076$ )および左 DLPFC→左縁上回の結合がより負の方向にはたらく傾向( $p=0.084$ )があり、3-back 課題による modulation では左 DLPFC→左縁上回の結合が 3-back 課題時において有意に強まった( $p=0.009$ )。行動データと脳機能データとの間には、関連を見いだせなかった。なお、重篤な有害事象は認められなかった。

### D. 考察

(1) rTMS については、有効性・安全性に関するデータの蓄積を継続する。

(2) tDCS については、左 DLPFC 直上に陽極を置いた tDCS は、健常成人に対して安全に施行可能であり、作業記憶中の作業記憶に関わる脳領域間の機能的結合のいくつかに変化をもたらすことが示され、これは左 DLPFC の作業記憶に関わる脳領域との関連が、tDCS によって強まると考えて矛盾はないと思われる。

### E. 結論

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 rTMS 及び tDCS に着目し、その有用性の評価と治療効果の発現機序の検討を開始し、あるいは行った。

rTMS は、先行研究において、薬物療法と併用することで症状改善の立ち上がりを促進する報告もあり、今後は広くがん患者のうつ病に適応を拡大し、症例の蓄積とともに高度医療の申請へつなげていく。さらに、神経障害性疼痛等、うつ病以外への適応も期待される。

tDCS については、基礎的検討から左 DLPFC への tDCS が前頭葉機能を増強する可能性が示唆されたため、今後は終末期を含むがん患者のうつ病に対する臨床試験を計画、実行する予定である。

### 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 (英語論文)

1. Shirai Y, Ogawa A, Uchitomi Y, et al: Patients' perception of the usefulness of a question prompt sheet for advanced cancer patients when deciding the initial treatment: a randomized, controlled trial. *Psychooncology*. 21(7): 706-13, 2012
2. Ogawa A, Uchitomi Y, et al: Availability of Psychiatric Consultation-liaison Services as an Integral Component of Palliative Care Programs at Japanese Cancer Hospitals. *Jpn J Clin Oncol*. 42(1): 42-52, 2012
3. Shimizu K, Akechi T, Ogawa A, Uchitomi Y, et al: Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project. *Ann Oncol*. 23(8): 1973-9, 2012

論文発表 (日本語論文)

1. 上山栄子, 小川朝生, 他: 反復経頭蓋磁気刺激によるラット海馬における神経細胞新生の増加. *精神神経学雑誌*, 114(9): 1018-1022. 2012
2. 松本禎久, 小川朝生: がん患者の症状緩和. *Modern Physician*. 32(9): 1109-1112, 2012

3. 小川朝生: がん患者の精神心理的ケアの最大の問題点. がん患者ケア. 5(3): 55, 2012
  4. 小川朝生: がん患者に見られるせん妄の特徴と知っておきたい知識. がん患者ケア. 5(3):56-60, 2012
  5. 小川朝生: 悪性腫瘍(がん). 精神看護. 15(4): 76-79, 2012
2. 実用新案登録なし。
  3. その他特記すべきことなし。

#### 学会発表

1. 小川朝生: 医療者育成. 第25回日本総合病院精神医学会総会. 2012. 11. 大田区 (シンポジウム演者)
2. 小川朝生: がん患者の有症率・相談支援のニーズとバリアに関する多施設調査. 第50回日本癌治療学会学術集会. 2012. 10. 25. 横浜 (ポスター)
3. 小川朝生: がん診療におけるせん妄. 第6回日本緩和医療薬学会年会. 2012. 10. 7. 神戸市 (シンポジウム演者)
4. 小川朝生: Cancer Specific Geriatric Assessment (CSGA) 日本語版の開発. 第77回大腸がん研究会. 2012. 7. 6. 港区 (口演演者)
5. 小川朝生: 緩和ケアチームが精神心理的ケアを提供する工夫. in 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 神戸市. (シンポジウム座長)
6. 小川朝生: 緩和ケアにおける介入エビデンス. in 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 神戸市. (シンポジウム演者)
7. 小川朝生: 患者が意思決定できないときの対応. in 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 神戸市. (パネルディスカッション演者)
8. 小川朝生: 臨床心理士へのサイコオンコロジー教育. in 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012. 福岡市. (シンポジウム座長)
9. 小川朝生: 高齢者のサイコオンコロジー. in 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012. 福岡市. (シンポジウム演者)
10. 小川朝生: がん相談支援センターとサイコオンコロジーとの連携. in 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012. 福岡市. (シンポジウム座長)

#### 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。

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）  
分担研究報告書

がんリハビリテーションプログラムの開発

分担研究者	岡村 仁	広島大学大学院医歯薬保健学研究院 教授
研究協力者	安部能成	千葉県立保健医療大学 准教授
	阿部 靖	日本リハビリテーション専門学校 講師
	梅澤志乃	東京医科歯科大学大学院 看護師
	大庭 章	群馬県立がんセンター 臨床心理士
	木村浩彰	広島大学病院リハビリテーション部 教授
	栗原美穂	国立がん研究センター東病院 副看護部長
	酒井太一	順天堂大学保健看護学部 講師
	佐藤大介	千葉県立保健医療大学 講師
	鈴木牧子	国立がん研究センター中央病院 副看護部長
	曾根稔雅	東北福祉大学健康科学部 助教
	中谷直樹	東北大学メディカル・マネジメント機構 講師
	永田友美	トヨタ記念病院 理学療法士
	並木あかね	国立がん研究センター中央病院 看護部長
	濱口豊太	埼玉県立大学保健医療福祉学部 准教授
	村松直子	名古屋市立大学病院 リハビリテーション部技師長
	吉原広和	埼玉県立がんセンター リハビリテーション科主任
	余宮きのみ	埼玉県立がんセンター 医長

研究要旨 がん患者・家族のリハビリテーションニーズ調査、わが国の医療機関に対するがんリハビリテーションの実態調査の結果をもとに作成された、進行がん患者に対するリハビリテーションマニュアル『進行がん患者に対する「起坐・起立・歩行」のためのリハビリテーションマニュアル』の改訂を行い、最終版を作成した。併せて療法士を対象に、マニュアルの中の特にコミュニケーションスキルの部分に焦点を当てた1日研修会を実施し、研修会の前後、終了3ヵ月後の3時点において、confidence, burn-out, attitudeに関する質問紙調査を行った。

A. 研究目的

がんリハビリテーションの概念を確立するとともに、がんリハビリテーションプログラムの開発を目指すことを最終目標とする。本年度は、これまでのニーズ調査や実態調査の結果などをもとに作成した『進行がん患者に対する「起坐・起立・歩行」のためのリハビリテーションマニュアル』の改訂を行い、最終版を作成するとともに、マニュアルを用いた研修会を実施し、研修会前後の研修会参加者の変化を調査した。

B. 研究方法

マニュアルの改訂に関しては、研究協力者が一堂に会し、これまで得られた専門家の指

摘や臨床現場からの意見などに基づき、項目一つひとつについてチェックを行い修正を繰り返した。

研修会の対象は、がん医療に携わる療法士（理学療法士、作業療法士）とした。開催場所は神奈川県川崎市の専門学校で、参加費は無料、参加資格は進行がん患者のリハビリテーションに関わっている療法士、実施日時は臨床現場の療法士が参加しやすく、また日帰り参加の可能な日曜日の13:00～17:00とした。

内容については、まずコミュニケーションに関する約30分の講義の後、3～4名の参加者にファシリテーター1名、患者役1名を加えた計5～6名のグループ（計5グループ）を



編成し、各部屋に分かれてロール・プレイによるコミュニケーションスキル・トレーニングを実施した。なお、患者役は研究協力者が務め、ファシリテーターについては1名の研究協力者と4名の外部講師が担当した。ロール・プレイで用いたシナリオの一部を示す。

氏名	
年齢 性別	
疾患	脳腫瘍再発
診断	橋神経こう腫・グレードⅡ（初診時）
現在までの経過	約1年半前、複視と右上下肢脱力感の精査の結果脳腫瘍と診断。化学療法、放射線療法を実施し、治療開始一カ月後からリハビリ開始。住宅改修を実施し、約1ヵ月後、自宅退院。以後は身体機能維持、日常生活活動の支援目的で外来リハビリ実施していた。退院4ヶ月後から復職し、短時間勤務開始。退院1年後、左上肢のしびれを自覚。画像上変化なし。3ヵ月後、筋力低下、倦怠感などが生じ、画像上で脳腫瘍再発を指摘される。再発後徐々に四肢麻痺が進行。
身体症状	複視、筋力低下、左上肢のしびれ、時折むせる。
治療内容	初回入院時、TMZ化学療法実施。退院後、外来テモダール化学療法を継続。再発後、アバスチン開始。
告知	あり。

評価にあたっては、研修会の前後、研修会終了3ヵ月後の計3回、基本属性とともに以下の項目について質問紙調査を行った。

#### 1. Confidence

質問項目は

- 1) 「起き上がりたい、立って歩きたい」と訴えられるような進行期のがん患者さんと、

あなたはどの程度自信をもってコミュニケーションをすることができますか？（1項目）

- 2) コミュニケーションに関する質問です。各項目について現在どれくらい自信をもって行うことができますか？（18項目）であり、選択式での回答を求めた。

#### 2. Burn-out

Maslach Burn-out Inventory (MBI) 日本語版を用いた。

#### 3. Attitude

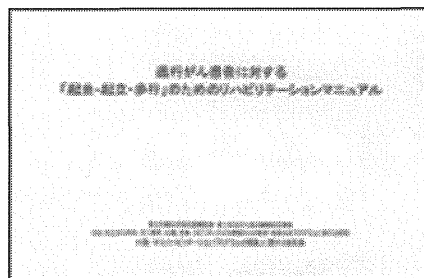
『進行期のがんの患者さんから「本当に歩けるようになるのですか？」と尋ねられたとき、どのような気持ちになりますか』に関する7項目について、「全くそうは思わない」～「とてもそう思う」の7件法で回答を求めた。

（倫理面への配慮）

研修会への参加は自由意思によるものとした。調査票の記載にあたっては、対象者に対して、本研究の目的、方法、内容、プライバシーは厳重に保護されること等を調査票に明記し、調査票の返送をもって研究協力への同意を得るものとした。

#### C. 研究結果

マニュアルについては、項目ごとに討論を重ね、現時点での最終版を完成させた(下図)。



研修会については、募集人数最大20名に対し、計16名から参加申し込みがあり、16名全員が研修会に参加し、前後評価を行った。参加者の内訳は、理学療法士が7名、作業療法士が9名であり、男性5名、女性11名であった。

質問紙調査は、研修会前後の2回実施し、終了3ヵ月後調査は平成25年2月に郵送法により

行い、結果の集計は3回の調査が完了した時点で  
行う予定である。研修会参加の感想としては、  
これまであまり経験がなく、勉強になったとい  
う声が多数聞かれるなど、その有用性が確認  
された。

#### D. 考察

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、特に進  
行がん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。これまで改訂を重ね、昨年度までに第3  
版を作成したが、さらに緩和ケアあるいはリ  
ハビリテーションの専門家に意見を求めると  
ともに、本マニュアルを実際に使用した臨床  
現場の療法士からの指摘を踏まえさらに検討  
を重ね、今回、最終版を完成させることがで  
きた。今後は、本マニュアルをどのように活  
用していくかが課題である。

研修会については、昨年同様、参加者から  
概ね高い評価が得られた。本年度の3ヵ月後  
のデータが収集できた時点で、昨年度のデー  
タと併せ、マニュアルと本研修会の有用性を  
検討していきたいと考えている。がん患者に  
対するリハビリテーションに関心が向けられ  
ている中、これまで療法士を対象として専門  
的な知識を提供する場はなかった。このた  
め、がん医療に携わる療法士は、がんとい  
う病気の理解やがん患者とどのように接す  
ればよいのかについて、十分に学習する機  
会がなかったといえる。今回の試みから、  
本マニュアル

や研修会は進行がん患者にリハビリテーシ  
ョンを行っていくうえでの一つの指針となる  
可能性が示唆された。

#### E. 結論

進行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、マニュアルに基づいた  
研修会を、がん医療に携わる療法士を対象  
に実施し、概ね好評な結果が得られた。今  
後は、本研修会の効果を客観的に評価して  
いくとともに、マニュアルの活用方法を検  
討していくことが必要である。

#### 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

1. Yokoi T, Okamura H, et al: Conditions associated with wandering in people with dementia from the viewpoint of self-awareness: Five case reports. Am J Alzheimers Dis Other Demen 27: 162-170, 2012
2. Yokoi T, Okamura H, et al: Investigation of eating actions of people with dementia from the viewpoint of self-awareness. Am J Alzheimers Dis Other Demen 27: 228-237, 2012
3. Niiyama E, Okamura H: Effects of group therapy focused on the cognitions of new female nurses who experienced violent language and violent acts in the workplace. *国際ナースケア研究* 11: 33-42, 2012
4. Niiyama E, Okamura H: Effects of group therapy focused on the coping strategies of new female nurses who experienced violent language and violent acts from patients. *国際ナースケア研究* 11: 43-52, 2012
5. Niiyama E, Okamura H: Effects of group therapy focused on the cognitions of new female nurses who experienced violent language and violent acts by patients. *国際ナースケア研究* 11: 83-92, 2012

6. Niiyama E, Okamura H: Relationship between adult children property and self esteem of nursing students. *インターナショナル Nurs Care Res* 11: 93-99, 2012
7. Abe K, Nakaya N, Sone T, Hamaguchi T, Sakai T, Sato D, Okamura H: Systematic review of rehabilitation intervention in palliative care for cancer patients. *J Palliat Care Med* 2:131. doi:10.4172/2165-7386.1000131, 2012
8. 岡村 仁: がんのリハビリテーションチームで行う緩和ケア: 心のケアとリハビリテーション. *MEDICAL REHABILITATION* 140: 37-41, 2012
9. 岡村 仁: がん患者のリハビリテーション: 心のケアとリハビリテーション. *がん看護* 17: 751-753, 2012
10. 花岡秀明, 岡村 仁, 他: 地域ボランティア活動の有効性に関する予備的検討ー回想法グループへの参加を通して. *作業療法ジャーナル* 46: 292-296, 2012

#### 学会発表

1. 岡村 仁: リハビリテーションにおける心のケアの重要性. シンポジウム 3. リハビリテーションとこころのケア. 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012年9月21日. 福岡市
  2. 岡村 仁: 特別講演. がん患者に対するリハビリテーション. 第30回日本リハビリテーション医学会 中国・四国地方会. 2012年12月2日. 広島市
  3. Niiyama E, Okamura H: Effective of cognitive behavior on reducing trauma from verbal abuse and violence in newly hired women nurses. The 2nd. Asia-Pacific Conference on Health Promotion and Education. May 4-6, 2012. Taiwan, China
  4. Ueno K, Okamura H: Reminiscence therapy for cancer patients with recurrence. MASCC/ISOO 2012 International Symposium. June 28-30, 2012. New York, USA
  5. Hanaoka H, Okamura H, et al: Medium-term effects of reminiscence therapy using odor stimulation in community-dwelling older adults. International Psychogeriatric Association International Meeting 2012. September 7-11, 2012. Cairns, Australia
  6. Miki E, Okamura H: The effectiveness of the speed feedback therapy system in elderly cancer patients: Progress report. International Psychogeriatric Association International Meeting 2012. September 7-11, 2012. Cairns, Australia
  7. Ueno K, Okamura H, et al: Effect of reminiscence therapy for psychosocial support in cancer patients with recurrence. 17th International Conference on Cancer Nursing. September 9-13, 2012. Praha, Czechoslovakia
  8. Nosaka M, Okamura H, et al: A study of integrated yoga program as a stress management in Japanese university freshmen. 6th International Conference of World Council for Psychotherapy. September 24-26, 2012. New Delhi, India
  9. Kaneko F, Okamura H, et al: Psychosocial support provided by occupational therapists for convalescent patients with cerebrovascular accidents. 11th World Congress of World Association for Psychosocial Rehabilitation. November 10-12, 2012. Milano, Italy
  10. Funaki Y, Okamura H: A study on effect of reminiscence therapy on frontal lobe function. 11th World Congress of World Association for Psychosocial Rehabilitation. November 10-12, 2012. Milano, Italy
- 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（第3次対がん総合戦略研究事業）  
分担研究報告書

がん患者家族の支援プログラムの開発

分担研究者 大西秀樹 埼玉医科大学国際医療センター  
精神腫瘍科 教授  
研究協力者 石田真弓 埼玉医科大学国際医療センター  
精神腫瘍科 臨床心理士

研究要旨（目的）がん患者の家族・遺族は、患者と同様に心理社会的な負荷を受け、支援の対象だがそのプログラムは未開発である。よって、本研究では支援プログラムを開発する。（方法）遺族・医療従事者に聞き取り調査を行い、遺族ケアに必要な因子を抽出し分析。集団精神療法による遺族ケアプログラムを作成し、適切な対象・介入時期を探索。また、周囲からの適切なサポートを提案。（結果）遺族の経時的な気分状態の変化を質問紙調査で把握。また、全国調査により周囲からのサポートの是非を確認。（結語）がん患者遺族の苦悩に対応した支援プログラムの導入に適切な対象・介入時期についてのデータを蓄積する一方で、周囲からのサポートについても提案した。

A. 研究目的

がん患者の家族は、患者と同様に心理社会的な負荷を受け、その程度は患者と同程度かそれ以上といわれている。死別後、遺族が受ける心理社会的および身体的な負荷も大きい。家族・遺族の実情に基づいたケアを考えるため、遺族および医療従事者から聞き取り調査を行い、家族ケアに必要な因子を抽出し分析する。さらに、その結果を踏まえ介入プログラムを作成し、より適切な対象・介入時期について検討する。また、遺族に対する周囲からのサポートについて全国調査を実施し、その結果からサポートを提案する。

B. 研究方法

①がん患者遺族として、医学的援助をもとめた者（埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科遺族外来を受診した者）を対象に作成した、集団精神療法による遺族ケアプログラムの適切な実施対象・介入時期について、対象者に自記式質問紙への回答を求めることでその変化を経時的に把握する。  
②遺族外来受診者やその他の遺族らに対する聞き取り調査に基づいて作成した調査用紙を用い、遺族に対する周囲からの具体的なサポートの現状とその是非について全国調査を実施し、その内容から周囲からの適切なサポートを提案する。

（倫理面への配慮）

埼玉医科大学国際医療センターIRBの承認を受け、研究を実施した。

C. 研究結果

①遺族外来初診時から経時的に実施された気分状態を中心とした自記式質問紙調査の結果から、初診時は抑うつ気分が非常に高いが、介入が進むにつれて緩やかに改善する可能性が示唆された。  
②前年度までの研究結果から、遺族の苦悩として抽出された「周囲からの Unhelpful support（役に立たない援助）」が遺族支援を考える際に問題点であることが明らかになった。そこで、遺族が周囲から受けた援助の是非について全国調査を実施した。その結果、興味本位の言葉かけ、よい面を取り上げた言葉かけ、安易な励ましが Unhelpful support として多く提供されている実態が明らかになった。

D. 考察

本研究結果から、医学的援助を求める遺族に対する支援プログラムとして、がん患者特有の苦悩に対応した集団精神療法プログラムの適切な対象・介入時期について気分状態の変化から経時的に検討することができた。ま

た、これまでの研究結果から明らかになってきた遺族に対する Unhelpful support の実態と、具体的なサポートの是非について明らかにすることが出来た。

#### E. 結論

本研究では、家族ケアの中でも特に遺族へのケアに焦点を当て、その現状の把握、分析、適切な援助の検討、介入の提案、実施を行い、より適切なプログラムの開発を進めている。

また、医療者から提供する援助と並行して、周囲からの援助に対しても検討を加えることで家族支援プログラムとして多くの視点を踏まえており、今後もさらなる効果の確認と臨床的適用性の確認、多方面からの家族・遺族ケアの普及について検討する必要がある。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y, et al: Psychological distress of the bereaved seeking medical counseling at a cancer center. *Jpn J Clin Oncol*, 42, 506-12, 2012
2. Matsunaga M, Onishi H, et al: Hypomanic episode during recurrent gastric cancer treatment: report of a rare case and literature review. *Jpn J Clin Oncol*, 42, 961-4, 2012
3. Tada Y, Onishi H, et al: Psychiatric disorders in cancer patients at a university hospital in Japan: descriptive analysis of 765 psychiatric referrals. *Jpn J Clin Oncol*, 42, 183-8, 2012
4. Tada Y, Onishi H, et al: Dissociative stupor mimicking consciousness disorder in an advanced lung cancer patient. *Jpn J Clin Oncol*, 42, 548-51, 2012

##### 2. 学会発表

1. Onishi H, Ishida M: Is thiamine deficiency rare in referred cancer patients with delirium? East Asia Psycho-Oncology Society 3 Meeting, Beijing, 6-7 September, 2012.

2. Ishida M, Onishi M, Uchitomi Y et al: Psychological Distress of the Bereaved Seeking Medical Counseling at Cancer Center. International Psycho-Oncology Society. Brisbane, Australia. November, 2012.
3. 伊東洋, 大西秀樹, 他: フェンタニル不応性の痛みに対し、抗不安薬が奏功した急性リンパ性白血病の一例(08-10). 抄録集 pp.298. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6. 神戸
4. 多田幸雄, 大西秀樹, 他: がん患者における精神障害 : がんセンターと大学病院の比較より. (P67). プログラム・抄録集 pp.125. 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012.9. 福岡
5. 石田真弓, 大西秀樹, 他: 遺族外来受診患者における集団精神療法プログラムの検討. (P106). プログラム・抄録集 pp.144. 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012.9. 福岡

#### 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（第3次対がん総合戦略研究事業）  
分担研究報告書

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

分担研究者	森田達也	聖隷三方原病院 緩和支援治療科 部長
研究協力者	田村恵子	淀川キリスト教病院 ホスピス
	井村千鶴	聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター
	市原香織	淀川キリスト教病院 ホスピス
	河 正子	NPO 法人緩和ケアサポートグループ 理事長
	草島悦子	ピースハウス病院 看護部
	坂井さゆり	新潟大学 医学部保健学科 看護学専攻成人・老年・看護学講座 助教授

研究要旨 平成21年度までにQOLの構成要件に含まれる心理・社会・スピリチュアルな要素として、「意味や役割を感じられること」「希望をもって生きること」「他者の負担にならないこと」などのスピリチュアルな苦痛に対するケアのプログラムを開発するための基盤研究として、評価法（SpiPas）の開発、ケア方法の収集、教育方法の実証を行った。平成22～24年度では、これらを統合したスピリチュアルケアの教育プログラムを作成し、効果を、無作為化比較試験で実証する。平成23年度は、概念枠組み、評価法、ケア法からなるテキストブックを作成した。平成24年度は、看護師を対象としたスピリチュアルケアのセミナーの無作為化比較試験を行った。合計84名の看護師を対象とした。介入群では、対照群に比較して、自信（3.6→4.5 vs. 3.9→4.0,  $P=0.002$ ,  $ES=0.75$ ）、知識（2.3→2.8 vs. 2.5→2.5,  $P=0.018$ ,  $ES=0.48$ ）、無力感（4.2→3.5 vs. 3.9→3.8,  $P=0.023$ ,  $ES=0.33$ ）などで改善が認められた。わが国で初めての実証的な知見に基づいて作成されたスピリチュアルケアの教育プログラムを検証した。プログラムの開発から実施までを本領域のオピニオンリーダーである看護専門家と共同開発・共同研究を行ったため、今後の普及として、看護師対象の終末期ケア教育として行われているELNECや緩和ケア認定看護師のフォローアップ研修など多くの場面で利用することにより、全国への普及が期待される。

#### A. 研究目的

平成16～18年度までに、終末期がん患者のQOL（Quality of Life）をあきらかにした。QOLの構成要件には、心理・社会・スピリチュアルな要素が多くをしめていることが分かった。QOLの構成要件に含まれる心理・社会・スピリチュアルな要素とは、「意味や役割を感じられること」「希望をもって生きること」「他者の負担にならないこと」「家族との良好な関係」「自立していること」「人として尊重されること」「人生を全うしたと感じられること」「信仰に支えられること」「死を意識しないで過ごすこと」「自尊心を保つこと」「他者に感謝し心の準備ができること」であった。

平成19～21年度には、スピリチュアルな苦

悩に対するケアのプログラムを開発するための基盤研究として、1）評価法を開発する、2）患者から見て役に立つケア方法を収集する、3）医療者対象の教育方法の有効性を実証することを行った。評価法の開発では、患者のスピリチュアルな苦痛をアセスメントできる評価方法であるSpiPasをがん患者で施行して評価した。終末期がん患者253症例のうち、98%（248例）で実施可能であった。所要時間は24±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。189例からスピリチュアルペインを支えるものが抽出できた。

ケア法の収集では、終末期がん患者69名を

含むがん患者 89 名に構造化面接を行い、「スピリチュアルな苦痛を和らげることに役立つこと」を収集し内容分析を行った。すべての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」、「伝えてのこしたい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る」など 38 の特異的な方策が抽出された。また、スピリチュアルケアの専門家 45 名に面接し、100 事例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。どの苦悩にも共通するケアのカテゴリーとして、コミュニケーションに関わる内容があがった。また、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」等のカテゴリーが示された。

教育法では、41 名の看護師を対象とした waiting list control による無作為化比較試験を行い、教育プログラム群で、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、総合的な燃え尽きなどが有意に改善した。

平成 23 年度には、収集したスピリチュアルケアに関する知見を集約し、わが国ではじめての、実証研究に基づいたスピリチュアルケアのテキストブックを作成した。

本年度は、テキストを用いた看護意を対象としたスピリチュアルケアのセミナーを行い、効果を評価した。

## B. 研究方法

全国の緩和ケアに関わる看護師を対象とした 2 日間のインタラクティブワークショップの効果を評価する waiting list control を用いた無作為化比較試験を行った。

看護師の適格基準は、1) 看護経験が 3 年以上、2) 年間にケアする終末期がん患者が 50 名以上、3) 病棟で勤務しているもの、とした。

ワークショップは、講義、グループワーク、ロールプレイを含む参加型の構成として、14 名のファシリテーターがファシリテーターマ

ニユアルを作成して行った。

研究開始前、2 か月後、4 か月後に調査票を送付して回収した。調査項目は、先行研究で信頼性、妥当性、介入に対する感度が確認されている、自信、Self-reported practice scales、態度：助けようとする意志 Willingness to help、前向きな評価 Positive appraisal、無力感)、総合的な燃え尽きを評価した。

(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。

## C. 結果

申し込みのあった 406 名から適格基準をみたす看護師を無作為に選択し合計 84 名の看護師を対象とした。無作為に 42 名ずつ 2 群に割り付けた。2 名が 1 回目のセミナーを 6 名が 2 回目のセミナーを欠席したため合計 76 名を解析対象とした。

介入群では、対照群に比較して、自信 (3.6 → 4.5 vs. 3.9 → 4.0,  $P=0.002$ ,  $ES=0.75$ )、知識 (2.3 → 2.8 vs. 2.5 → 2.5,  $P=0.018$ ,  $ES=0.48$ )、無力感 (4.2 → 3.5 vs. 3.9 → 3.8,  $P=0.023$ ,  $ES=0.33$ ) などで改善が認められた。

## D. 考察

看護師を対象とした実証研究に基づくスピリチュアルケアセミナーは看護師の自信、知識、無力感の改善に有用であることが示唆された。

## E. 結論

わが国で初めての実証的な知見に基づいて作成されたスピリチュアルケアの教育プログラムを検証した。

プログラムの開発から実施までを本領域のオピニオンリーダーである看護専門家と共同開発・共同研究を行ったため、今後の普及として、看護師対象の終末期ケア教育として行われている ELNEC や緩和ケア認定看護師のフォローアップ研修など多くの場面で利用することにより、全国への普及が期待される。

## F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1. Yamagishi A, Morita T, et al: Providing

- palliative care for cancer patients: The views and exposure of community general practitioners and district nurses in Japan. *J Pain Symptom Manage* 43(1): 59-67, 2012.
2. Morita T, et al: A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care* 11(1): 2, 2012.
  3. Igarashi A, Morita T, et al: A scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan: A potential new endpoint of cancer care. *J Pain Symptom Manage* 43(2): 218-225, 2012.
  4. Yamaguchi T, Morita T, et al: Longitudinal follow-up study using the distress and impact thermometer in an outpatient chemotherapy setting. *J Pain Symptom Manage* 43(2): 236-243, 2012.
  5. Akechi T, Morita T, Uchitomi Y, et al: Good death in elderly adults with cancer in Japan based on perspectives of the general population. *J Am Geriatr Soc* 60(2): 271-276, 2012.
  6. Yamagishi A, Morita T, et al: Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey. *J Pain Symptom Manage* 43(3): 503-514, 2012.
  7. Nakazawa Y, Morita T, et al: The current status and issues regarding hospital-based specialized palliative care service in Japanese regional cancer centers: A nationwide questionnaire survey. *Jpn J Clin Oncol* 42(5): 432-441, 2012.
  8. Sato K, Morita T, et al: Family member perspectives of deceased relatives' end-of-life options on admission to a palliative care unit in Japan. *Support Care Cancer* 20(5): 893-900, 2012.
  9. Akiyama M, Morita T, et al: Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. *Support Care Cancer* 20(5): 923-931, 2012.
  10. Choi JE, Morita T, et al: Making the decision for home hospice: perspectives of bereaved Japanese families who had loved ones in home hospice. *Jpn J Clin Oncol* 42(6): 498-505, 2012.
  11. Yamaguchi T, Morita T, Uchitomi Y, et al: Effect of parenteral hydration therapy based on the Japanese national clinical guideline on quality of life, discomfort, and symptom intensity in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 43(6): 1001-1012, 2012.
  12. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: Factors in narratives to questions in the short-term life review interviews of terminally ill cancer patients and utility of the questions. *Palliat Support Care* 10(2): 83-90, 2012.
  13. Kizawa Y, Morita T, et al: Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: A modified Delphi method. *Palliat Med* 26(5): 744-752, 2012.
  14. Akechi T, Morita T, et al: Dignity therapy: Preliminary cross-cultural findings regarding implementation among Japanese advanced cancer patients. *Palliat Med* 26(5): 768-769, 2012.
  15. Matsuo N, Morita T, et al: Physician-reported corticosteroid therapy practices in certified palliative care units in Japan: A nationwide survey. *J Palliat Med* 15(9): 1011-1016, 2012.
  16. Ando M, Morita T, Akechi T: Factors in the short-term life review that affect spiritual well-being in terminally ill cancer patients. *J Hosp Palliat Nurs* 12(5): 305-311, 2012.
  17. Kaneishi K, Morita T, et al: Olanzapine for the relief of nausea in patients with advanced cancer and incomplete bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage* 44(4): 604-607, 2012.



18. Yamagishi A, Morita T, et al: Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan. *Support Care Cancer* 20(10): 2575-2582, 2012.
19. Yoshida S, Morita T, et al: Pros and cons of prognostic disclosure to Japanese cancer patients and their families from the family's point of view. *J Palliat Med* 15(12): 1342-1349, 2012.
20. Yamaguchi T, Morita T, et al: Recent developments in the management of cancer pain in Japan: Education, clinical guidelines and basic research. *Jpn J Clin Oncol* 42(12): 1120-1127, 2012.
21. Ando M, Morita T: How to Conduct the Short-Term Life Review Interview for Terminally Ill Patients. Editor by Lancaster AJ, Sharpe O. *Psychotherapy New Research*. NOVA Science Publishers, US, pp.101-108, 2012.
22. 古村和恵, 森田達也, 他: 市民の緩和ケアに対するイメージの変化. *緩和ケア* 22(1): 79-83, 2012.
23. 福本和彦, 森田達也, 他: オピオイド新規導入タイトレーションパスががん疼痛緩和治療に与える影響. *癌と化学療法* 39(1): 81-84, 2012.
24. 佐藤泉, 森田達也, 他: 在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーションの遺族評価. *訪問看護と介護* 17(2): 155-159, 2012.
25. 井村千鶴, 森田達也, 他: 患者・遺族調査の結果に基づいた緩和ケアセミナーの有用性. *ペインクリニック* 33(2): 241-250, 2012.
26. 森田達也: 医療羅針盤 私の提言 (第50回) 地域緩和ケアを進めるためには「顔の見える関係」を作ることが大切である. *新医療* 39(3): 18-23, 2012.
27. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域で行うデスカンファレンスの有用性と体験. *緩和ケア* 22(2): 189-194, 2012.
28. 森田達也: がん性疼痛に対する鎮静薬の副作用対策. *コンセンサス癌治療* 10(4): 192-195, 2012.
29. 森田達也: 緩和ケアチームの活動とOPTIMの成果. *Credentials* 44: 9-11, 2012.
30. 鄭陽, 森田達也: EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第1回 WHO step II オピオイド: 弱オピオイドの使用、WHO step III オピオイド: オピオイドの第1選択. *緩和ケア* 22(3): 241-244, 2012.
31. 森田達也, 他: 地域対象の緩和ケアプログラムによる医療福祉従事者の自覚する変化: OPTIM-study. *Palliat Care Res* 7(1): 121-135, 2012.
32. 古村和恵, 森田達也, 他: 迷惑をかけてつらいと訴える終末期がん患者への緩和ケア—遺族への質的調査からの示唆. *Palliat Care Res* 7(1): 142-148, 2012.
33. 市原香織, 森田達也, 他: 看取りのケアにおける Liverpool Care Pathway 日本語版の意義と導入可能性—緩和ケア病棟2施設におけるパイロットスタディ. *Palliat Care Res* 7(1): 149-162, 2012.
34. 森田達也, 他: 地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が地域連携のために同職種・他職種に勧めること. *Palliat Care Res* 7(1): 163-171, 2012.
35. 森田達也, 他: 在宅緩和ケアを担う診療所として在宅特化型診療所とドクターネットは相互に排他的か?. *Palliat Care Res* 7(1): 317-322, 2012.
36. 森田達也, 他: 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か?. *Palliat Care Res* 7(1): 323-333, 2012.
37. 山田博英, 森田達也, 他: 患者・遺族調査から作成した医療者向け冊子「がん患者さん・ご家族の声」. *Palliat Care Res* 7(1): 342-347, 2012.
38. 前堀直美, 森田達也, 他: 外来患者のがん疼痛に対する保険薬局薬剤師の電話モニタリング・受診前アセスメントの効果. *ペインクリニック* 33(6): 817-824, 2012.
39. 森田達也: 臨床診断より優れた進行がん患者の予後予測モデル 開発予測モデルの再現性は未確認. *MMJ* 8(2): 102-103, 2012.
40. 森田達也: 日本ホスピス緩和ケア協会北海道支部第10回年次大会から. 緩和ケア地域介入研究<OPTIM-study>が明らかにしたこと: 明日への示唆. *Best Nurse* 23(7): 6-15, 2012.
41. 岩崎静乃, 森田達也, 他: 終末期がん患

- 者の口腔合併症の前向き観察研究. 緩和ケア 22(4): 369-373, 2012.
42. 田村恵子, 森田達也, 他 (編集): 看護に活かすスピリチュアルケアの手引き. 青海社, 2012.
  43. 小田切拓也, 森田達也: EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第2回オピオイドのタイトレーション オピオイドの経皮製剤の役割. 緩和ケア 22(4): 346-349, 2012.
  44. 大野友久, 森田達也, 他: 入院患者における口腔カンジダ症に対する抗真菌薬の臨床効果に関する研究. 癌と化学療法 39(8): 1233-1238, 2012.
  45. 今井堅吾, 森田達也: EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第3回 1 オピオイドによる嘔気・嘔吐に対する治療, 2 オピオイドによる便秘に対する治療, 3 オピオイドによる中枢神経症状に対する治療. 緩和ケア 22(5): 428-431, 2012.
  46. 森田達也: 緩和ケア領域における臨床研究: 過去、現在、未来. 腫瘍内科 10(3): 185-195, 2012.
  47. 木下寛也, 森田達也, 他: がん専門病院が地域緩和ケアの向上のために取り組んでいることと課題. 癌と化学療法 39(10): 1527-1532, 2012.
  48. 森田達也: クローズアップ・がん治療施設(28)聖隷三方原病院 腫瘍センター・緩和ケア部門. 臨床腫瘍プラクティス 8(4): 415-417, 2012.
  49. 鄭陽, 森田達也: EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第4回 1. アセトアミノフェンとNSAIDsの役割. 2. 鎮痛補助薬の役割. 3. 腎機能障害のある患者へのオピオイドの使用. 緩和ケア 22(6): 522-525, 2012.
  50. 森田達也: 55 緩和医療 1. 疼痛緩和と終末期医療. 新臨床腫瘍学 改訂第3版. 日本臨床腫瘍学会 編. 南江堂, 673-682, 2012.
  51. 木澤義之, 森田達也, 他: 地域で統一した緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートの評価: OPTIM-study. Palliat Care Res 7(2): 172-184, 2012.
  52. 山本亮, 森田達也, 他: 看取りの時期が近づいた患者の家族への説明に用いる『看取りのパンフレット』の有用性: 多施設研究. Palliat Care Res 7(2): 192-201, 2012.
  53. 森田達也, 他: 地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が最も大きいと体験すること: OPTIM-study. Palliat Care Res 7(2): 209-217, 2012.
  54. 木下寛也, 森田達也, 他: がん専門病院緩和ケア病棟の運営方針が地域の自宅がん死亡率に及ぼす影響. Palliat Care Res 7(2): 348-353, 2012.
  55. 森田達也, 他: 異なる算出方法による地域での専門緩和ケアサービス利用数の比較. Palliat Care Res 7(2): 374-381, 2012.
  56. 森田達也, 他: 患者所持型情報共有ツール「わたしのカルテ」の評価: OPTIM-study. Palliat Care Res 7(2): 382-388, 2012.
  57. 白髭豊, 森田達也, 他: OPTIM プロジェクト前後での病院から在宅診療への移行率と病院医師・看護師の在宅の視点の変化. Palliat Care Res 7(2): 389-394, 2012.
  58. 森田達也, 他: 遺族調査に基づく自宅死亡を希望していると推定されるがん患者数. Palliat Care Res 7(2): 403-407, 2012.
2. 学会発表
    1. 森田達也: シンポジウム 12 地域緩和ケア介入研究<OPTIM study>が明らかにしたこと～明日への示唆～ S12-1 OPTIM-study は何を明らかにしたのか?: 5年間の総括. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6, 神戸
    2. 森田達也: シンポジウム 16 緩和ケアにおける介入研究のエビデンス～飛躍のために～ S16-1 緩和ケア領域における介入研究: 最近のレビューと日本の将来. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6, 神戸
    3. 森雅紀, 森田達也, 他: シンポジウム 19 緩和ケアにおける倫理的問題 S19-5 医師はどのように・なぜがん患者に予後を伝える・伝えないのか?. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6, 神戸
    4. 加藤亜沙代, 森田達也, 他: パネルディスカッション7 がんと診断された時からの緩和ケアの実践のために～がん治療と緩和ケアの両立～ PD7-6 質問紙による

- スクリーニングを臨床に組み込んだ化学療法室での緩和ケア：5年間の経験. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
5. 藤本亘史, 森田達也, 他: フォーラム 1 緩和ケアチームフォーラム F1-4 緩和ケアチームを高める (活動評価): 緩和ケアチームの多施設活動記録調査の結果から. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
  6. 森田達也: 日本緩和医療学会企画1 アクセプトされる論文の書き方～Best of Palliative Care Research 2011～「緩和ケア領域の研究の進め方・論文の仕上げ方」. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
  7. 笹原朋代, 森田達也, 他: 緩和ケアチームへの依頼内容と活動実態に対する多施設調査. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
  8. 佐藤一樹, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟で提供される終末期がん医療の施設間差と施設背景の関連: 多施設診療記録調査. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
  9. 佐藤一樹, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟で提供される終末期がん医療の施設間差による緩和ケアの質評価への影響. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
  10. 山口崇, 森田達也, 内富庸介, 他: ガイドラインに基づいた進行がん患者に対する輸液療法の影響に関する観察研究. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
  11. 秋月伸哉, 森田達也, 他: OPTIM 介入前後での緩和ケアチーム活動の変化. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
  12. 宮下光令, 森田達也, 他: 日本の医師の緩和ケアに関する知識に関連する要因: 多変量解析による検討. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
  13. 小田切拓也, 森田達也, 他: 後ろ向き研究による、ホスピス入院患者における腫瘍熱と感染の鑑別に寄与する因子の同定. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
  14. 秋月伸哉, 森田達也, 他: 地域緩和ケアチーム活動の実態報告 OPTIM 研究. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
  15. 厨芽衣子, 森田達也, 明智龍男, 他: 高齢がん患者のニードをもとにした身体症状緩和プログラムに関する研究. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
  16. Morita T: Research topics in challenging areas: how to find better practice? Taiwan Academy of Hospice Palliative Medicine, 2012 International Academic Research workshop. 2012.7, Taiwan
  17. Morita T: Development of clinical guidelines in Japan: interpreting evidence meaningfully to clinical practice. 台湾安寧緩和醫學學會. 2012.7, 台湾
  18. 森田達也: がん対策基本法後の緩和ケアの進歩と今後の方向性. 地域単位の緩和ケアを向上するために私たちが次にすべきこと: OPTIM-study からの示唆. 第10回日本臨床腫瘍学会学術集会. 2012.7, 大阪
  19. 森田達也: 招待講演 2 緩和医学における最近の知見と臨床疫学の基礎. 第6回日本緩和医療薬学会年会. 2012.6, 神戸
  20. 大坂巖, 森田達也, 他. パス討論 緩和医療連携. 第19回日本医療マネジメント学会静岡支部学術集会. 2012.8, 沼津
  21. 森田達也: 緩和ケアをつなぐ革新的実践と研究について～大型研究プロジェクト (OPTIM) の経験から～. 第17回聖路加看護学会学術大会. 2012.9, 東京
  22. 森田達也: 招待講演 2 緩和医学における最近の知見と臨床疫学の基礎. 第6回日本緩和医療薬学会年会. 2012.10, 神戸
  23. 森田達也: 招請講演 12 緩和治療の最新のエビデンスと実践. 日本臨床麻酔学会第32回大会. 2012.11, 福島
- 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（第3次対がん総合戦略研究事業）  
分担研究報告書

心理社会的要因と発がん・生存に関する研究

研究分担者 中谷直樹 東北大学東北メディカル・メガバンク機構 講師

研究要旨 心理的特徴ががんを発症・進展させる可能性は古くから指摘されている。本研究では、①パーソナリティとがん発症リスク、②抑うつとがん発症リスク、③がん発症後のパーソナリティと生命予後、④乳がん発症後の抑うつと生命予後、⑤肺がん発症後の抑うつと生命予後について系統的レビューを実施した。論文は2012年8月までにPubMedに掲載された論文を検索した。その結果、①②④に関して、「関連なし」とする研究が多かった。一方、③⑤に関して、一致しない結果を示した。本研究では心理社会的要因（特に、パーソナリティ・抑うつ）とがん発症/予後の関連について系統的レビューを実施した結果、概ね両者の関連はない、あるいはあったとしても両者の関連は小さい可能性がある。更なるエビデンスを構築することにより、さらに関連が明確になると考える。

A. 研究目的

心理的特徴ががんを発症・進展させる可能性は古くから指摘されている。古代ギリシアのガレヌスは、『腫瘍論 (De Tumoribus)』において「黒胆汁質」の女性は「多血質」の女性に比しがんに罹患しやすいと記述している。また、がんの発生や進展に関連すると考えられている心理的特徴は、(a) 情動表現の抑制及び強い情動反応の否定、(b) ストレスにうまく対処できないこと及び絶望感や無力感といったあきらめの反応であり、タイプCパーソナリティと呼ばれている。しかし、現在までタイプCパーソナリティとがん発症や予後に関する一致した結果は得られていない。

本研究では、①パーソナリティとがん発症リスク、②抑うつとがん発症リスク、③がん発症後のパーソナリティと生命予後、④乳がん発症後の抑うつと生命予後、⑤肺がん発症後の抑うつと生命予後について系統的レビューを実施した。

B. 研究方法

上記①-⑤に関するレビュー論文は2012年8月までにPubMedに掲載された論文のうち、前向きコホート研究デザインのものに限定する。(1) 著者・発表年数、(2) 対象の詳細、(3) パーソナリティ・抑うつ曝露指標、(4) 追跡期間、(5) イベント数、(6) 結果の詳細等について系統的にレビューを行った。

本研究は系統的レビューに関する研究なので倫理的に問題になるような事項はない。

で倫理的に問題になるような事項はない。

C. 研究結果

下表に心理社会的要因（パーソナリティ・抑うつ）とアウトカム（がん発症・予後）の関連を検討した①-⑤に関する系統的レビューの結果の論文数を示した。

表. 系統的レビューの結果 (単位: 件)		
論文数	関連なし	関連あり
① パーソナリティとがん発症リスク		
10	9	1
② がん発症後のパーソナリティと生命予後		
10	6	4
③ 抑うつ (抑うつ症状、うつ病、抑うつ気分) とがん発症リスク		
15	10	5
④ 乳がん罹患後の抑うつと生命予後		
11	7	3 悪化、1 改善
⑤ 肺がん罹患後の抑うつと生命予後		
8	4	4 悪化

① パーソナリティとがん発症リスク  
= 両者の関連なし