

覚的健康度 1 項目、受けている医療に対する満足度 5 項目、医師からの説明に対する理解度 1 項目)、各項目の重要度、対象者背景とした。加えて受けている医療に対する満足度については、補問として、“ふつう”との回答の場合は“どちらかという満足/不満足”のどちらかをたずね、“その他”との回答の場合にはその回答理由を自由記述にてたずねた。

3. 外来がん患者及び入院がん患者へのインタビュー調査

東北大学病院腫瘍内科の外来を受診した患者及び入院中の患者を対象に実施した。調査の依頼説明および文書による同意取得後、調査票の記入及びその後のインタビュー調査を実施した。調査票の項目は、療養生活についての質問票のうち、現在の心身の状態に関する 3 項目(からだの苦痛がある、痛みがある、きもちがづらい)、自覚的健康度 1 項目(ふだんの自分の健康をどのように思いますか)、及び対象者背景とした。その後インタビューにて、現在の心身の状態に関する 3 項目及び自覚的健康度の想起時期や、「ふだんの自分の健康」についてどのようなことを考え評価したかをたずねた。

(倫理面への配慮)

受療行動調査項目妥当性・信頼性検討：外来がん患者調査・入院がん患者調査は、疫学研究の倫理指針に基づき計画し、国立がん研究センター東病院倫理審査委員会の承認を得て実施した。

インターネットを使用したがん患者へのモニター調査及び外来がん患者及び入院がん患者へのインタビュー調査は、疫学研究の倫理指針に基づき計画し、東北大学大学院医学系研究科倫理審査委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1. 受療行動調査項目妥当性・信頼性検討

外来調査では、本調査協力同意取得数 332 人、本調査有効回答数 326 人(98%)、再調査同意取得数 265 人、再調査有効回答数 210 人(79%)であった。入院調査では、調査票配布数 264 人、本調査有効回答数 236 人(89%)、再調査有効回答数 195 人(74%)であった。

対象者背景を表 1 に示した。FACT 合計点は、外来患者 70.2±14.6、入院患者 65.6±14.8 であった。

現在の心身の状態に関する 5 項目のうち特にがん患者の療養生活の質の指標となると考えられる 3 項目(からだの苦痛がある、痛みがある、きもちがづらい)、自覚的健康度、受けている医療に対する満足度 5 項目の回答割合を、図 1~3 に示した。体の苦痛が“ある”との回答は、外来患者で 39%、入院患者 53%、痛みが“ある”との回答は、外来患者 35%入院患者 45%、気持ちが“づらい”との回答は、外来患者 32%入院患者 46%であった。自覚的健康度について“よい”との回答は外来患者 25%、入院患者 39%であった。受けている医療に対する満足度は、“不満足”との回答は、外来患者、入院患者ともにどの項目についても 20%以下であった。

現在の心身の状態に関する 3 項目および自覚的健康度と、FACT との相関を表 2 に示した。外来調査、入院調査ともに“からだの苦痛がある”および“痛みがある”は FACT の【身体面】のサブスケールと、“気持ちがづらい”は FACT の【心理面】のサブスケールと有意な $r=0.5$ 以上の相関を示した。自覚的健康度については、特に入院患者では、FACT のどのサブスケールとも相関が 0.4 未満であった。

受けている医療に対する満足度 5 項目と CCES のサブスケールとの相関を表 3 に示した。“医師による診療・治療の内容”、“医師との対話”は CCES の【医師との関係】【医師の対応・医師からの説明】と、“医師以外の病院スタッフの対応”は【看護師との関係】【看護師の対応】【精神的配慮】【スタッフの連携】と、“痛みなどのからだの症状をやわらげる対応”は【医師との関係】【医師の対応】【スタッフの連携】と、“精神的ケア”は【医師との関係】【医師の対応】【看護師の対応】【精神的配慮】【スタッフの連携】と 0.4 以上の有意な相関がみられた。

再テスト信頼性の指標となる各項目の ICC を表 4 に示した。本調査と再調査で体調が変わらなかった患者では、外来調査での ICC は 0.47~0.65、入院調査での ICC は、0.61~0.83 であった。

2. インターネットを使用したがん患者へのモニター調査

療養生活についての質問票の各項目について、重要度をたずねた結果、すべての項目で 95%以上の回答者が重要であるとの回答であった。

現在の心身の状態に関する 3 項目、自覚的健康度、受けている医療に対する満足度 5 項目の回答分布を図 4~6 に示した。受けている医療に対する満足度の各項目について、“ふつう”との回答者に、“どちらかといえば満足/不満足”かについて尋ねた結果を図 7 に示した。各項目について、“ふつう”との回答者の 70%以上が“どちらかといえば満足”との回答であった。

また、受けている医療に対する満足度について、“その他”との回答理由についての自由記述一覧を表 5 に示した。“その他”の回答が多かった項目は、“痛みなどのからだの症状をやわらげる対応”と“精神的ケア”の 2 項目であり、その回答理由の多くは、痛みへの対応や精神的ケアへの対応が必要ではないというものであった。

3. 入院がん患者及び外来がん患者へのインタビュー調査

東北大学病院腫瘍内科に入院中の患者 17 名、外来通院中の患者 18 名へのインタビューを実施した。対象者の背景を表 6 に示した。自覚的健康度（ふだんの自分の健康をどのように思いますか）についてすべての患者が、がんと診断されて以降のことについて想起をしていた。外来患者では、定期的な外来を含めてのすべての生活における自覚的な健康を評価していた。入院患者では、入院中であるその時現在も含めて自覚的な健康を評価している者、入院中は含めず、自宅にいるときの自覚的な健康を評価している者がいた。

自覚的健康とは何かについてインタビューより得られた内容の一覧を表 7 に示した。からだのつらさ、痛み、気持ちのつらさがない場合にも、「がん」であること自体で自覚的健康度を“よくない”と回答する患者、がんで治癒不能であるが、症状がなく「今は元気である」ので自覚的健康度は良いなどの返答が得られた。

D. 考察

1. 受療行動調査項目妥当性・信頼性検討

各項目の回答分布について、現在の心身の状態に関する 3 項目では、外来患者の方が入院患者よりも良い結果であり、既知集団妥当性のある項目であると考えられる。一方、自覚的健康度では、“よい”との回答割合が外来患者の方が少なく、自覚的健康度の既知集団妥当性には疑問が残る結果となった。また、受けている医療に対する満足度では、どの項目でも“不満足”との回答が非常に少なく、天井効果がみられる可能性が示された。しかし、いずれの項目も“ふつう”という回答割合が最も多いことから、全国的な経時的な評価指標としては、“やや満足”“非常に満足”の増減をモニタリングすることが有用である可能性が考えられる。

現在の心身の状態に関する 3 項目について、FACT のサブスケールとの適切な相関から、同時的妥当性も示された。受けている医療に対する満足度についても、CCES のサブスケールとの適切な相関があり、同時的妥当性が示された。しかし、自覚的健康度は、FACT との相関が安定していないことから、自覚的健康度がどのような状態を評価する項目であるかを再検討する必要性が示された。

療養生活についての質問票の各項目について、ICC を算出した結果、再テスト信頼性も許容できることが示された。外来患者では、入院患者よりも ICC がやや低かったが、これは、本調査と再調査の間隔が 2 週間あったこと、本調査実施は病院で再調査は自宅で実施したことが関連していると考えられる。

2. インターネットを使用したがん患者へのモニター調査

療養生活についての質問票の各項目は、がん患者の療養生活を評価する上で、患者にとって重要な項目であることが示された。

受けている医療に対する満足度について、“ふつう”との回答は、7 割以上が“どちらかといえば満足”でありほぼ満足と解釈できる可能性が示された。また“その他”との回答は、その項目が回答者に該当しない項目であることを示していることが示唆された。

3. 入院がん患者及び外来がん患者へのイ

インタビュー調査

自覚的健康度には、心身の状態以外にも、併存疾患の有無、過去の状態、生活状況、治療状況が関連しており、それに加えて各個人の人生観、価値観、性格によりその状況をどのように各個人が総合してとらえるかにより、自覚的健康度の評価が大きく違うことが示唆された。自覚的健康度は各個人間で単純に比較することが困難な項目である可能性が示唆された。

E. 結論

受療行動調査においてがん患者の療養生活の質を評価しようと考える項目に関して、現在の心身の状態に関する3項目（からだの苦痛がある、痛みがある、気持ちがづらい）、受けている医療に対する満足度5項目（医師による診療・治療の内容、医師との対話、医師以外の病院スタッフの対応、痛みなどのからだの症状をやわらげる対応、精神的ケア）は、がん患者の療養生活を経時的に評価していくうえで、信頼性・妥当性のある項目であり、結果の解釈も可能であることが示唆された。自覚的健康度に関しては、結果の解釈の難しい項目である可能性が示唆された。今後、22年に実施された受療行動調査のデータを実際に解析し、今回得られた知見をもとに結果を検討することにより、がん患者の療養生活の質の評価を実施できると考えられる。

F. 健康危険情報

特記すべき情報は得られなかった

G. 研究発表

論文発表

なし

学会発表

1. 清水恵, 宮下光令. がん患者の療養生活の質の評価: モニター調査の結果より. 第16回東北緩和医療研究会, 2012 Oct 13, 26, 仙台.
2. 宮下光令, 加藤雅志, 清水恵, 佐藤一樹, 藤澤大介, 森田達也. 受療行動調査を用いて全国のがん患者の療養生活の質 (QOL) を測定するシステム

の開発. 第50回日本癌治療学会学術集会, 2012 Oct 25-27, 1036, 横浜.

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

表 1a 外来患者調査背景

			N	%	平均±SD				N	%	平均±SD
年齢					64.8±12.1	再発・転移の有無					
性別	男性		183	57		あり	117	37			
	女性		140	43		なし	196	63			
年間世帯収入(万円)	0~199		35	12		治療告知					
	200~399		116	38		あり	89	29			
	400~599		77	25		なし	215	71			
	600~799		37	12		治療状況					
	800以上		39	13		抗がん治療	124	39			
婚姻状況	既婚		253	79		症状緩和	49	16			
	未婚		22	7		次回治療までの待機期間	34	11			
	離別		17	5		治療後の経過観察	86	27			
	死別		28	9		その他	23	7			
就労状況	フルタイム		60	19		入院					
	パートタイム		32	10		無	58	19			
	休職中		20	6		3か月未満	66	21			
	無職		210	65		3か月以上5年未満	153	49			
罹患後の転職	あり		184	77		5年以上	35	11			
	なし		54	23		手術					
罹患後の就労状況変化(複数回答)	就労時間減		47	14		無	144	46			
	休職		47	14		3か月未満	21	7			
	退職		75	23		3か月以上5年未満	101	33			
罹患後の収入変化	なし		119	51		5年以上	44	14			
	減収		109	47		抗がん剤治療					
	増収		4	2		無	90	29			
がん部位	肺		129	40		3か月未満	90	29			
	胃・食道		17	5		3か月以上5年未満	113	36			
	肝・胆・膵		16	5		5年以上	17	5			
	大腸・直腸		8	2		ホルモン療法					
	乳		59	19		無	255	84			
	前立腺		10	3		3か月未満	21	7			
	その他		80	23		3か月以上5年未満	24	8			
診断からの経過期間	6か月未満		73	23		5年以上	5	2			
	6か月以上1年未満		43	13		放射線治療					
	1年以上2年未満		50	16		無	203	66			
	2年以上5年未満		91	28		3か月未満	20	7			
	5年以上		63	20		3か月以上5年未満	64	21			
						5年以上	20	7			
						疼痛治療(複数回答)					
						無	229	70			
						麻薬以外の鎮痛薬	40	12			
						麻薬	19	6			
						その他の治療	19	6			
						PS					
						0	118	38			
						1	149	48			
						2	29	9			
						3	11	4			
						4	1	0			
						FACT。					
						身体面			20.4±5.6		
						社会・家族面			16.4±6.8		
						心理			15.9±4.9		
						機能			17.2±6.4		
						合計			70.2±14.9		

a. 得点が高いほど QOL 低い

表 1b 入院患者調査背景

	N=	%	平均±SD		N=	%	平均±SD
年齢			63.4±4	再発・転移の有無			
性別				あり	99	46	
男性	165	73		なし	117	54	
女性	61	27		入院の理由			
年間世帯収入(万円)				抗がん治療	165	75	
0~199	33	16		症状緩和	38	17	
200~399	56	27		診断のための検査入院	7	3	
400~599	61	29		その他	9	4	
600~799	32	15		手術歴			
800以上	26	13		無	100	43	
婚姻状況				3か月未満	69	30	
既婚	183	81		3か月以上5年未満	48	21	
未婚	21	9		5年以上	14	6	
離別	10	4		抗がん剤治療			
死別	12	5		無	92	40	
入院原因がん部位				3か月未満	89	39	
診断未確定	4	2		3か月以上5年未満	41	18	
肺	40	18		5年以上	7	3	
胃・食道	48	22		ホルモン療法			
肝・胆・膵	39	17		無	219	96	
大腸・直腸	23	10		3か月未満	1	0	
乳	7	3		3か月以上5年未満	4	2	
血液	9	4		5年以上	3	1	
頭頸	31	14		放射線治療			
その他	22	9		無	158	69	
診断からの経過期間				3か月未満	41	18	
6か月未満	129	58		3か月以上5年未満	23	10	
6か月以上1年未満	35	16		5年以上	6	3	
1年以上2年未満	22	10		疼痛治療(複数回答)			
2年以上5年未満	25	11		無	139	58	
5年以上	13	6		麻薬以外の鎮痛薬	48	20	
				麻薬	37	16	
				その他の治療	18	8	
				PS			
				0	51	23	
				1	89	40	
				2	38	17	
				3	27	12	
				4	16	7	
				K6得点			6.9±5.1
				≤9	150	71	
				10~14	44	21	
				15≤	18	9	
				FACT _a			
				身体面			16.6±6.3
				社会・家族面			18.9±5.6
				心理			14.9±5.02
				機能			14.9±6.3
				合計			65.6±14.8

a. 得点が高いほど QOL 低い

図 1a 現在の心身の状態回答割合
(外来調査)

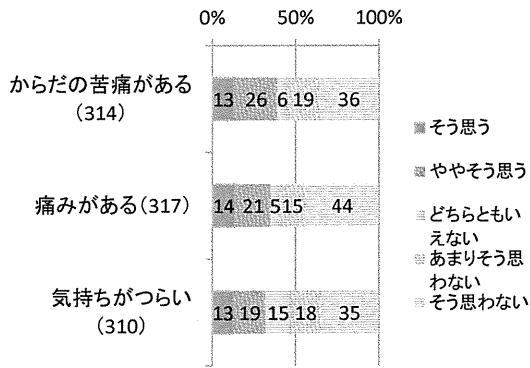


図 1b 現在の心身の状態回答割合
(入院調査)

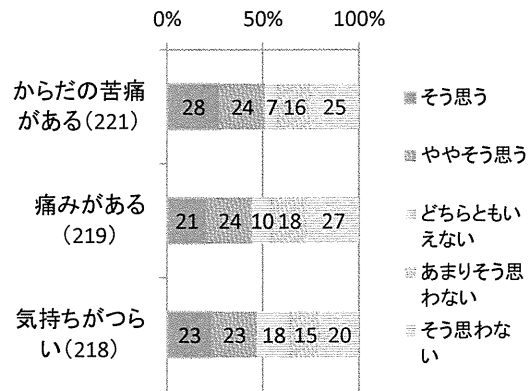


図 2a 自覚的健康度回答割合 (外来調査)

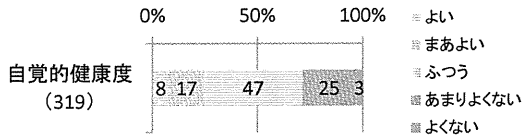


図 2b 自覚的健康度回答割合 (入院調査)

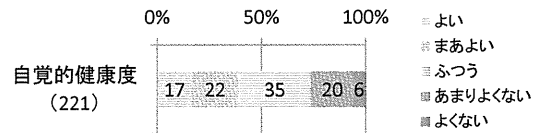


図 3a 受けている医療に対する満足度回答割合 (外来調査)

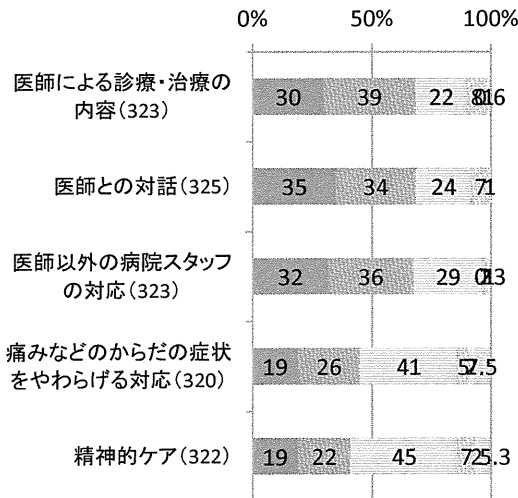


図 3b 受けている医療に対する満足度回答割合 (入院調査)

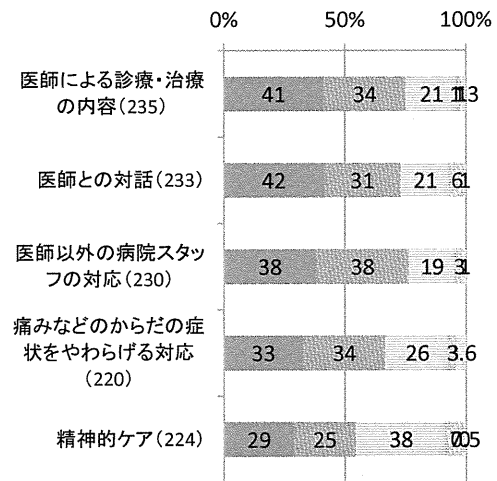


表 2a 現在の心身の状態と FACT との相関 (外来調査)

外来調査	FACT 得点		
	身体面	心理面	機能面
からだの苦痛がある	0.61	0.38	0.33
痛みがある	0.56	0.30	0.24
気持ちがづらい	0.54	0.67	0.43
自覚的健康度	-0.48	-0.31	-0.39

表 2b 現在の心身の状態と FACT との相関 (入院調査)

入院調査	FACT 得点		
	身体面	心理面	機能面
からだの苦痛がある	0.67	0.37	0.42
痛みがある	0.58	0.35	0.39
気持ちがづらい	0.42	0.55	0.29
自覚的健康度	-0.36	-0.25	-0.30

表 3a 受けている医療に対する満足度と CCES との相関 (外来調査)

	医師との関係	看護師との関係	医師の対応	看護師の対応	精神的配慮	医師からの説明	スタッフの連携	医師の対応 (がん治療関連)	看護師の対応 (がん治療関連)	全般的満足度
医師による診療・治療の内容	0.61	0.38	0.56	0.36	0.38	0.49	0.38	0.51	0.41	0.54
医師との対話	0.66	0.43	0.59	0.39	0.38	0.52	0.44	0.56	0.41	0.57
医師以外の病院スタッフの対応	0.46	0.47	0.42	0.55	0.47	0.37	0.47	0.48	0.55	0.47
痛みなどのからだの症状をやわらげる対応	0.49	0.37	0.48	0.39	0.41	0.44	0.40	0.47	0.40	0.40
精神的ケア	0.54	0.33	0.51	0.41	0.46	0.47	0.44	0.47	0.41	0.52

表 3b 受けている医療に対する満足度と CCES との相関 (入院調査)

	医師との関係	看護師との関係	医師の対応	看護師の対応	精神的配慮	医師からの説明	スタッフの連携	医師の対応 (がん治療関連)	看護師の対応 (がん治療関連)	全般的満足度 ^{a)}
医師による診療・治療の内容	0.44	0.20	0.38	0.28	0.30	0.42	0.42	0.44	0.29	0.47
医師との対話	0.50	0.20	0.47	0.33	0.31	0.48	0.44	0.45	0.32	0.49
医師以外の病院スタッフの対応	0.31	0.53	0.35	0.54	0.46	0.28	0.50	0.41	0.48	0.44
痛みなどのからだの症状をやわらげる対応	0.34	0.30	0.36	0.37	0.35	0.33	0.44	0.41	0.42	0.46
精神的ケア	0.38	0.32	0.41	0.37	0.37	0.30	0.43	0.37	0.39	0.41

表 4a 再テスト信頼性(級内相関係数 ICC)(外来調査)

項目	再調査	体調“変わらない”との回答のみ
	全有効回答(n=210)	(n=137)
苦痛がある	0.60	0.59
痛みがある	0.70	0.65
きもちがづらい	0.68	0.65
自覚的健康度	0.52	0.47
医師による診療・治療の内容	0.58	0.50
医師との対話	0.56	0.50
医師以外の病院スタッフの対応	0.63	0.62
痛みなどのからだの症状をやわらげる対応	0.53	0.52
精神的ケア	0.59	0.62
全体的な満足度	0.69	0.63
医師からの説明に対する理解度	0.63	0.64

表 4b 再テスト信頼性(級内相関係数 ICC)(入院調査)

項目	再調査	体調“変わらない”との回答のみ
	全有効回答(n=195)	(n=114)
苦痛がある	0.79	0.83
痛みがある	0.79	0.81
きもちがづらい	0.75	0.80
自覚的健康度	0.81	0.83
医師による診療・治療の内容	0.72	0.77
医師との対話	0.77	0.77
医師以外の病院スタッフの対応	0.67	0.73
痛みなどのからだの症状をやわらげる対応	0.61	0.64
精神的ケア	0.64	0.69
全体的な満足度	0.68	0.73
医師からの説明に対する理解度	0.56	0.61

図 4 現在の心身の状態回答割合 (モニター調査)

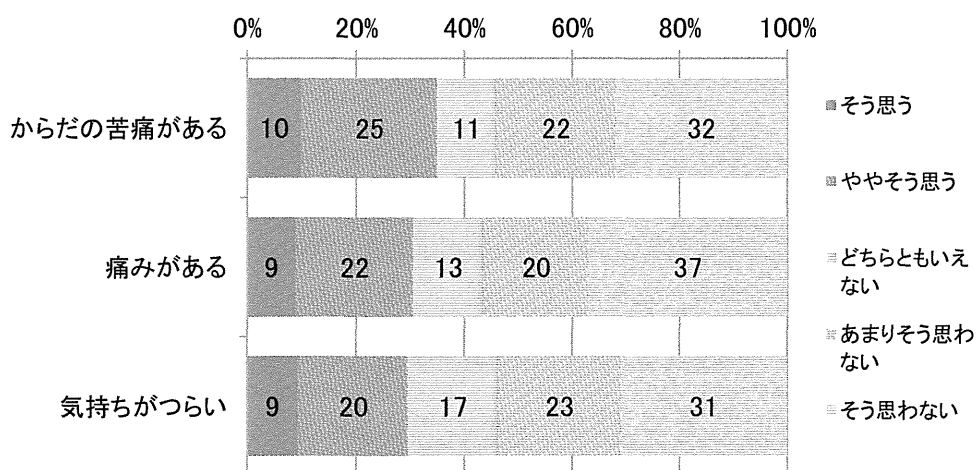


図5 自覚的健康度回答割合（モニター調査）

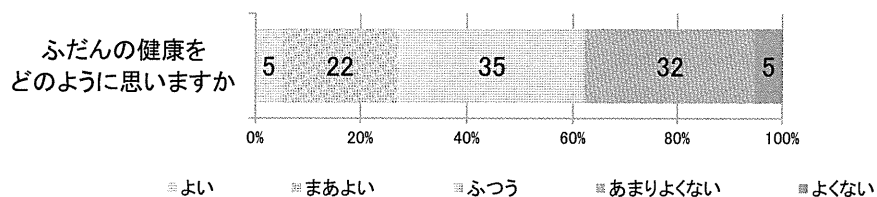


図6 受けている医療に対する満足度回答割合（モニター調査）

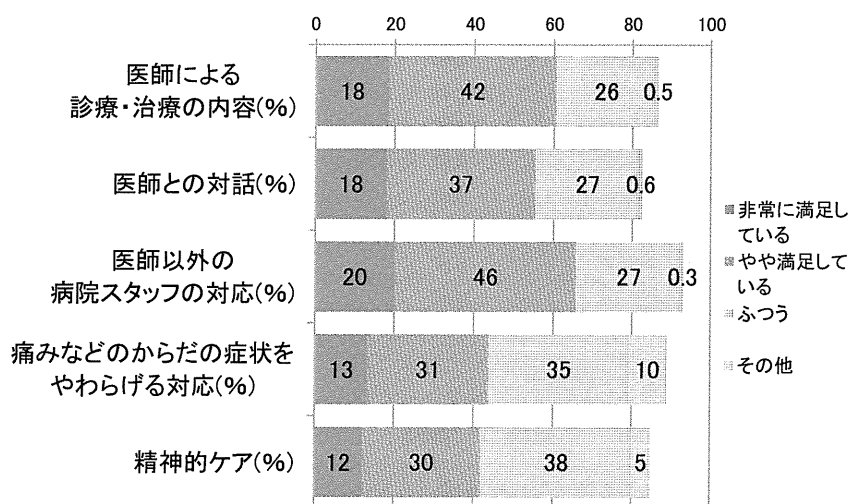


図7 “ふつう”は“どちらかといえば満足/不満足”か

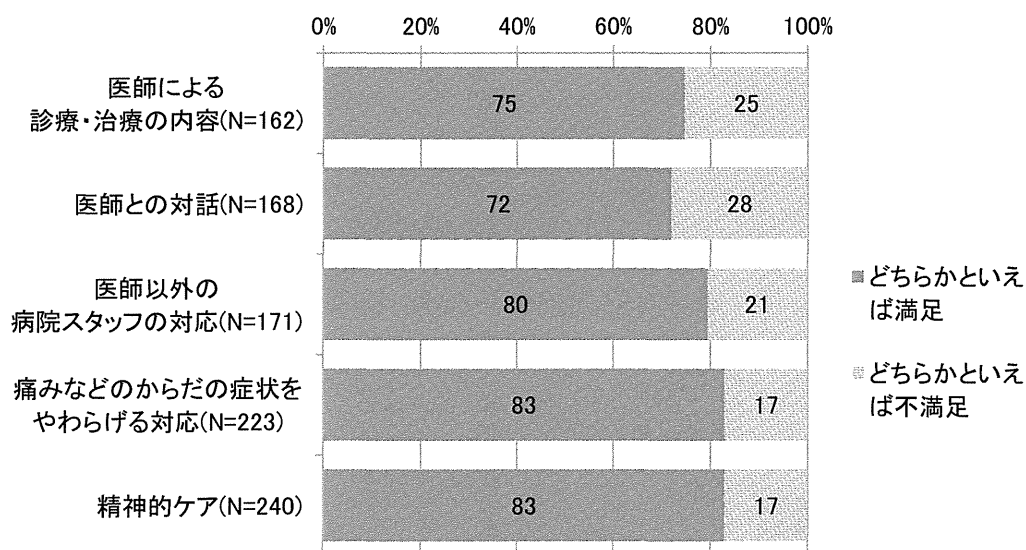


表5 “その他”との回答の理由一覧

項目	“その他”との回答理由	回答数
医師の治療・診療の内容	特になし	1
	病院に通院していない	2
医師との対話	病院に通院していない	
	複数の病院を受診しており、病院により異なる	
医師以外の病院スタッフの対応	病院に通院していない	2
	病院に通院していない	
痛みなどへの対応	痛みなし	48
	痛みによる治療を受けていない	8
	術後の痛みはしょうがない	1
	手のしびれなどの痛みについて相談していない	1
	必要としていない/ケアを受けていない	27
精神的ケア	医療者により異なる	1
	自分がどのような精神的ケアが必要かわからない	1

表 6 対象者背景(インタビュー調査)

	入院			外来		
	N=	%	平均±SD 65.1±13.6	N=	%	平均±SD 63.9±9.6
年齢						
性別						
	男性	10	91	14	78	
	女性	1	9	4	22	
年間世帯収入(万円)						
	0~199	0	0	1	9	
	200~399	7	64	4	36	
	400~599	2	18	2	18	
	600~799	0	0	1	9	
	800 以上	2	18	3	27	
婚姻状況						
	既婚	11	100	14	78	
	未婚			3	17	
	離別			1	6	
	死別					
入院原因がん部位						
	肺	2	18	1	6	
	胃・食道	5	45	6	33	
	肝・胆・膵			4	22	
	大腸・直腸	1	9	7	39	
	その他	3	27			
診断からの経過期間						
	6か月未満	4	36	3	17	
	6か月以上1年未満	2	18	4	22	
	1年以上2年未満	0	0	4	22	
	2年以上5年未満	3	27	7	39	
	5年以上	2	18	0	0	
再発・転移の有無						
	あり	8	73	10	56	
	なし	3	27	8	44	
治療状況						
	抗がん治療	9	82	8	44	
	症状緩和	2	18	4	22	
	次の治療との間			2	11	
	治った後のフォローアップ			4	22	
入院歴						
	無			4	22	
	3か月未満			6	33	
	3か月以上5年未満			8	44	
手術歴						
	無	5	50	12	67	
	3か月未満	2	20	1	6	
	3か月以上5年未満	1	10	5	28	
	5年以上	2	20	0	0	
抗がん剤治療						
	無	1	9	1	6	
	3か月未満	9	82	10	56	
	3か月以上5年未満	1	9	7	39	
放射線治療						
	無	7	64	14	78	
	3か月未満	2	18	2	11	
	3か月以上5年未満	1	9	2	11	
	5年以上	1	9	0	0	
疼痛治療 (複数回答)						
	無	9	82	12	67	
	麻薬以外の鎮痛薬	1	9	4	22	
	麻薬	1	9	2	11	
	その他の治療					
PS						
	0	3	30	6	38	
	1	6	60	9	56	
	2	1	10	0	0	
	3	0	0	1	6	

表 7 自覚的健康度に関連すること

自覚的健康度が“よいこと”に関連すること	
からだの苦痛がない	現在の心身の状態に関する項目の内容
痛みがない	
気持ちがつらくない	
歩くことができる	
身の回りのことは何でもできる	
仕事ができる	
朝起きられる	
夜眠れる	
散歩など日々の生活が楽しめる	
痛みがある場合でも薬により軽減する	
今は元気だと感じている	
以前の体調と比較すると現在はよい	
がんと診断されたが予想していたよりも体調が良い	
日々の生活に支障がない	
自覚的健康度が“よくない”ことに関連すること	
からだの苦痛がある	現在の心身の状態に関する項目の内容
痛みがある	
気持ちがつらい	
身の回りの介助が必要である	
がんであること自体で健康ではない	
がんが治癒不能である	
通院していることが苦痛	
現在治療中である	
仕事が以前よりもつらい	
治療の副作用がある	
併存疾患がある	

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

分担研究報告書

治療期における療養生活の質の評価方法に関する研究

研究分担者 森田達也 聖隷三方原病院 緩和支援治療科

研究協力者 山口 崇 手稲溪仁会病院 総合内科/感染症科・緩和ケアチーム

研究要旨

外来化学療法を受ける患者が増加し、身体的・精神的のみならず様々なニーズの存在が指摘されている。前年までに、聖隷三方原病院において外来化学療法を受けたがん患者 464 例に対して改定した自己記入式質問票（生活のしやすさ質問票 第 3 版）の記入を依頼し、身体症状・気持ちのつらさの頻度を調査した。質問票のスクリーニングで約 20%程度の緩和ケアニーズをすくい上げることができ、1 施設での実施可能性が示唆された。今年度において、このプログラムの実施方法について手順書を作成し、複数施設での実施可能性を検討した。すべての施設で運用はスムーズには行えなかった。理由を質的に分析したところ、「患者の希望を知るきっかけになる」「患者の症状が客観的にわかる」という意見と「施設側の人員が不足している」や「患者自身の記入の希望や自記が難しい」など運用の困難さが明らかになった。

A. 研究目的

本研究の目的は、外来化学療法を受けるがん患者の緩和ケアニーズをスクリーニングする自己記入式質問票（生活のしやすさ質問票 第 3 版）の多施設における実施可能性を明らかにすることである。

B. 研究方法

手順書を作成し、複数施設での実施が可能なかを検討する。運用後に医師、看護師など多職種によるフォーカスグループを行い、利点と運用の問題を抽出する。

（倫理面への配慮）

質問紙の患者への配布は、通常診療の一環として行われた。医療従事者へのインタビュー調査は、参加者の匿名性に配慮して、参加者の自由意思に基づいて行われた。

C. 研究結果

手順書を作成し、複数施設での実施可能性を検討した。

異なる 3 つの病院で導入したが、スムーズな導入には至らなかった。

スクリーニングの有用性としては、「患者に声をかけるときのきっかけになる」

「多職種チームが関わるきっかけになる」などの意見があった。一方、運用が困難な理由としては「医師だけでは『何もしてくれなかった』となるので、看護師・薬剤師などのサポートがほしい」「外来の看護師配置が十分でないため、運用する余裕がない」「高齢の患者は書けない・気持ちのつらさが書きにくい」などの意見があった。

D. 考察・まとめ

患者自記式の緩和ケアのスクリーニングを継続して行うためには、人員配置、患者のプライバシーの確保、患者の意識が必要である。現時点でのスクリーニングの導入は実務上の課題が多いと考えられる。

E. 健康危険情報

特記すべきことなし。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, 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, Miyashita M, Matoba M, 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, Miyashita M, 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, Miyashita M, Morita T, 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, Miyashita M, 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, Miyashita M, 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, Miyashita M, 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, Miyashita M, Matoba M, 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, Miyashita M, 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, 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, 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. 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.
17. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, 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.
 18. 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.
 19. Yamaguchi T, Morita T, Matoba M, 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.
 20. 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.
 21. Yoshida S, Morita T, et al: Practices and evaluations of prognostic disclosure for Japanese cancer patients and their families from the family's point of view. *Palliat Support Care*. 2012 Aug 23:1-6. [Epub ahead of print]
 22. Kizawa Y, Morita T, Miyashita M, et al: Specialized palliative care services in Japan: a nationwide survey of resources and utilization by patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012 Sep 3. [Epub ahead of print]
 23. Kunieda K, Morita T, et al: Reliability and validity of a tool to measure the severity of dysphagia: The food intake LEVEL scale. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Nov 12. [Epub ahead of print]
 24. Shirado A, Morita T, Miyashita M, et al: Both maintaining hope and preparing for death: Effects of physicians' and nurses' behaviors from bereaved family members' perspectives. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Nov 15. [Epub ahead of print]
 25. Amano K, Morita T, et al: Effect of nutritional support on terminally ill patients with cancer in a palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012 Dec 12. [Epub ahead of print]
 26. 古村和恵, 的場元弘, 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.
 27. 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.
 28. 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.
 29. 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.
 30. 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.
 31. 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.
 32. 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.
 33. 森田達也: 緩和ケアチームの活動とOPTIMの成果. *Credentials* 44:9-11, 2012.
 34. 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.

35. 森田達也, 宮下光令, 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.
36. 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.
37. 市原香織, 宮下光令, 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.
38. 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.
39. 森田達也, 宮下光令, 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.
40. 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.
41. 山田博英, 宮下光令, 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.
42. 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.
43. 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.
44. 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.
45. 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.
46. 田村恵子, 森田達也 (編集), 他: 看護に活かすスピリチュアルケアの手引き. 青海社. 東京. 2012. 7.
47. 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.
48. 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.
49. 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.
50. 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.
51. 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.
52. 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.
53. 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.
54. 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. 東京. 673-682, 2012. 12.
55. 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.

56. 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『看取りのパフレット』の有用性: 多施設研究. Palliat Care Res 7(2):192-201, 2012.
57. 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.
58. 木下寛也, 宮下光令, 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.
59. 森田達也, 宮下光令, 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.
60. 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.
61. 白髭豊, 宮下光令, 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.
62. 森田達也, 宮下光令, 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.
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. 22～23 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. 22～23 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. 22～23 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. 22～23 神戸
8. 佐藤一樹, 宮下光令, 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. 22～23 神戸
9. 佐藤一樹, 宮下光令, 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. 22～23 神戸
10. 山口崇, 森田達也, 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. 22～23 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. 22～23 神戸
12. 宮下光令, 森田達也, 加藤雅志, 他: 日本の医師の緩和ケアに関する知識に関

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. 22～23 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. 22～23 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

- 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. 22～23 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. 22～23 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. 22～23 神戸
15. 厨芽衣子, 森田達也, 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. 22～23 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. 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. 8 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. 27 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. 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. 5 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. 22 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. 6 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. 3 福島

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

がん長期サバイバーの QOL に関する研究

研究分担者 藤澤大介 国立がん研究センター東病院精神腫瘍科 病棟外来医長

研究協力者 藤森麻衣子 国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科
梅澤志乃 東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野
丹下-馬崎亜土 国立がん研究センター東病院精神腫瘍学開発部

研究要旨

インターネットモニター調査により、628 名のサバイバーを対象に、がんの長期生存者の QOL を評価するために開発された Quality of Life for Cancer Survivor (QOL-CS) とニーズ、健康関連行動(社会活動への参加、喫煙率、危険飲酒率)、サバイバーが体験しているスティグマ・社会生活上の差別・不利を調査した。健康関連行動と関連因子が明らかになった。15.3%ががん罹患後も喫煙しており、健康関連行動に関する指導を受けたことがない率が 33.3~79.0%であった。サバイバーの約 60%がスティグマ・社会生活上の差別・不利を体験している。がんサバイバーが経験するスティグマ・社会生活上の差別が概念化された。

A. 研究目的

長期サバイバーの療養生活の質の評価方法を確立し、その実態と関連要因を明らかにする。

(倫理面への配慮)

研究に先立ち、東北大学倫理審査委員会にて承認を得た。また、本研究の対象者は自発的に登録しているインターネットモニターであり、参加者の自由意思により回答を得た。

B. 研究方法

約 130 万人が登録しているインターネットモニター調査を利用して、628 名のがんサバイバーを対象に下記の調査を行った。「がんと診断されてからの期間が 10 年未満」と回答した 2,059 人のうち、890 人を無作為に抽出して調査を依頼した。

調査内容は、がんの長期生存者の QOL を評価するために開発された自己記入式質問票である Quality of Life for Cancer Survivor (QOL-CS) 日本語版とニーズ (Zebrack G, Supportive Care in Cancer, 2009 の質問による)、健康関連行動(社会活動への参加、喫煙、飲酒:国民生活基礎調査の項目を応用して利用)、がんサバイバーが体験しているスティグマ・社会的差別であった。スティグマ・社会的差別は自由回答を内容分析し、がん医療・福祉領域の多職種エキスパート・パネルにより概念化した。

C. 研究結果

628 名から回答を得た(70.6%)。

参加者背景は、年齢 56±11.8 歳 (20-84 歳)、男女各 314 名、既婚 502 名 (79.9%)、子供あり 464 名(73.9%)、単身者 70 名(11.1%)、収入 600 万円以下 386 名 (61.5%)、がん種(肺 23(3.7%)、胃 44(3.7%) : 食道 25(4%)、肝胆膵 17(2.7%)、大腸 77(12.3%)、乳 165(26.5%)、泌尿器 126(20.1%)、婦人科 44(7%)、血液 22(3.5%)、その他 85(13.5%)、がん初診後 2 年未満 211(33.6%)、2-5 年 208(33.1%)、5-10 年 209(33.3%)、受けた治療は手術 530 名(84.4%)、放射線 194 名(30.9%)、化学療法 248 名(39.5%)、ホルモン療法 201 名(32.0%)であった。

QOL

QOL-CS は下記の通りであった（参考として、国立がん研究センター東病院の切除術後5年の肺がんサバイバーの結果を併記）。

	Web調査		がんセンター呼吸器調査	
	N=628		N=117	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
QOL-Physical	7.1	1.8	8.2	1.5
QOL-Psychological	5.2	1.7	6.8	1.6
QOL-Social	6	1.9	7.4	1.5
QOL-Spiritual	4.2	1.4	4.8	1.6
QOL-Total	5.6	1.4	6.9	1.2

表 1. QOL-CS 各因子の平均値、標準偏差

非充足ニーズ Unmet needs

Zebrack G, Supportive Care in Cancer, 2009 の基準に基づいて評価したがんサバイバーの非充足ニーズ unmet needs は、表2の通りであった。

Needs項目	Unmet need	
	N	%
経済的負担	112	17.8
再発の心配	109	17.4
職業の支障	91	14.5
対人的・社会的問題	85	13.5
病気や治療の悩み	81	12.9
こころの問題	76	12.1
家族の悩み	75	11.9
性的問題	63	10
孤独感	63	10
月経・生殖の問題	56	8.9
家族活動の支障	55	8.8
睡眠問題	51	8.1
身体の問題	44	7
周囲からのサポート	42	6.7
人間関係の支障	42	6.7
宗教的・精神的問題	29	4.6

表 2. Unmet need の頻度 (%)

健康関連行動

①運動習慣

調査対象者のうち、416名（66.2%）が、がんと診断された後も習慣的に運動をしていた。がん診断後に運動習慣を中止したのは42名（6.7%）であった。医療者から運動に関する指導を受けたのは251名（40.0%）のみであった。

②社会活動

調査対象者のうち、何らかの社会活動に参加していたのは462名（73.6%）であった。

社会活動に関する指導を医療者から受けいたのは298名（47.5%）のみであった。

③喫煙

調査対象者のうち、168名（26.8%）ががん診断時に喫煙していた。その中96名（57.1%）が調査時点でも喫煙しており、73名（43.5%）が習慣的に喫煙していた。現在喫煙している96人中、「やめたい」「減らしたい」と考えている人が67名（69.8%）であった。禁煙指導を医療者から受けていたのは77名（45.8%）のみであった。

④飲酒

調査対象者のうち、410名（65.3%）ががん診断時に習慣的に飲酒していた。その中341名（83.2%）が調査時点でも習慣的に飲酒しており、136名（33.2%）が連日飲酒しており、35名（8.5%）が1日平均3合以上の飲酒をしていた。「やめたい」「減らしたい」と考えている人が59名（17.3%）であった。飲酒に関する指導を医療者から受けていたのは132名（がん診断時の飲酒者の32.2%）のみであった。

スティグマ・社会的差別

「がん患者・経験者に対する世の中の人のマイナスのイメージや差別・偏見（スティグマ）があると感じる？」という質問に対して、回答は以下の分布であった。

- 1.まったくそう思わない 241名（38.4%）
- 2.少しそう思う 296名（47.1%）
- 3.かなりそう思う 64名（10.2%）
- 4.完全にそう思う 27名（4.3%）

そのように考える理由を自由回答で尋ねたところ、387名から492項目の回答を得た。2名の独立した研究者によって78カテゴリーに分類し、がん治療医・緩和ケア医、精神腫瘍医、看護師、臨床心理士、ソーシャルワーカー、社会心理学者、社会精神医学者からなるパネルによって概念化したところ、個人的な認識（図の左列）～社会制度的な問題（図の右列）にいたるまでのスペクトラムとして概念化された（図1）。