

5. 松井智子, 谷向 仁. 乳がん患者における心理社会的サポートサービスの利用の実態.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
特記すべき事項なし。
2. 実用新案登録  
特記すべき事項なし。
3. その他  
特記すべき事項なし。

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）  
分担研究報告書

急性期病院における認知症ケアの質の向上に関する検討

研究分担者 金子真理子 東京医療保健大学東が丘・立川看護学部 精神看護学教授  
国立がん研究センター東病院 看護部  
小川朝生 国立がん研究センター先端医療開発センター  
精神腫瘍学開発分野 分野長

研究協力者

菅野雄介<sup>1,2)</sup> 河野佐代子<sup>3)</sup> 木野美和子<sup>4)</sup> 田中久美<sup>4)</sup> 佐々木千幸<sup>5)</sup>

岩田愛雄<sup>1)</sup> 野畑宏之<sup>1)</sup> 田中弘子<sup>1)</sup> 西村知子<sup>1)</sup> 柿沼里奈<sup>1)</sup>

1) 国立がん研究センター先端医療開発センター精神腫瘍学開発分野

2) 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野

3) 慶應義塾大学病院 看護部

4) 筑波メディカルセンター病院 看護部

5) 国立がん研究センター東病院 看護部

**研究要旨** 本研究の目的は、認知症ケアの質の向上に向けて、教育プログラムの開発と評価を行うことである。看護師を対象としたインターネット調査および専門看護師を対象としたフォーカスグループインタビューの結果から、急性期病院の認知症看護に関する包括的教育プログラムを作成し、急性期病院 2 施設を対象にプログラム実施前、直後、3 か月後に看護師の知識、自信、教育プログラムについて評価した。現在、データ収集中であるため、今回の報告書ではプログラム実施（以下介入と略記載）直前直後の分析までを報告する。有効回答は 67（94.3%）であった。介入直前直後の結果から、急性期病院における看護師の認知症看護への知識は 31 項目中 11 項目において介入直後に有意に知識の改善が認められ、自信については 16 項目すべてに有意に改善が認められた。尚、知識について 30 項目中 26 項目は 60%以上の正答率が得られたものの、看護師自身が自信をもていない状況にあった。今後、急性期病院において、認知症を合併する患者が増加することを鑑み、知識と実践をつなげ、看護師自身が自信をもってケアに取り組めるような新任教育を実施し、急性期病院における認知症ケアの質の向上につなげることが必要である。

## A. 研究目的

本研究の目的は、急性期病院において、看護師を対象とした認知症教育プログラムを実施し、看護師の認知症看護に関する知識および自信に関する教育効果および実践への有用性について検討することである。

1) 施設：関東近郊の約 1000 床の大学病院と 1 施設および急性期の約 400 床の病院 1 施設の計 2 施設で実施した。

2) 対象者：本研究プログラムについて案内チラシを配布し、希望者を募り実施した。参加者は看護師 71 名であった。

3. 調査内容・方法：教育プログラム前後、3 か月後に調査を実施した。

## B. 研究方法

1. 時期：2015 年 10 月～2016 年 2 月

2. 対象

1) 教育プログラムについて：

主に認知症の病態、セルフケアが必要な事柄に対するケアの工夫に関する 90 分の講義およびアセスメントの視点をシートにした「認

知症アセスメントシート」をもとにDVDを視聴し、アセスメントを行う90分の演習トレーニングでの計180分からなるプログラムであった。

2) 調査用紙の構成：文献レビューならびに研究者間の協議により認知症に関する知識(30項目)・認知症看護に関する自信(31項目)、教育プログラムの評価4項目の合計65項目を設定した。知識については、主に認知症有病率、病態、認知症から生じる機能障害、アセスメント・評価の視点、患者の体験、多職種連携の必要性、地域支援体制に関する必要性に関するものであった。

(倫理面への配慮)

研究参加は対象者の自由意思をもとに行った。2014年東京女子医科大学倫理委員会の承認ならびに協力施設の許可を受け実施した。

## C. 研究結果

### 1) 対象者の特性

有効回答は67(94.3%)であった。性別は女性58名(86.6%)、男性8名(11.9%)であった。年代についてもっとも多かったのは29歳以下が37名(55.2%)、次に30歳代が21名(21%)、40歳代が6名(9%)、50歳代が3名(4.5%)であった。経験年数は1~4年および5~9年が各23名でそれぞれ34.3%であり、これらをあわせると10年未満が68.6%であった。10~14年は11名(16.4%)であった。最終学歴は大学卒が37名(55.2%)、専門学校卒が20名(29.9%)、短大卒が10名(14.9%)であった。勤務場所の経験として最も多かったのは混合病棟で29名

(43.3%)、他に、内科病棟が12名(17.9%)、外科病棟が11名(16.4%)その他(ICU・外来、精神科、緩和ケア病棟)は14名(20.9%)であった。

### 2) 認知症看護の知識について

介入前の正答率の割合について、100%の正答率は5項目、80%以上のものは13項目、60%以上の正答率があったのは31項目中26項目(83.9%)であった。一方、正答率が60%未満だったのは4項目であり、<BPSD(随伴症状/周辺症状)の中で、徘徊が最も多い>が59%、<認知症患者は、形態や模様の認識が障害されるが、物体との距離について判断することは可能である>が56%、<全ての認知症患者に中核症状がみられる>が25%、<地域包括

支援センターは、認知症の診断から身体の病気も含めた診療など、地域における支援体制を構築する機関である>については19%であった。

介入前・直後においてt検定を行った結果、31項目中、1%水準で有意であったのは10項目であった(表1)。その主な内容は有病率、せん妄やうつ病との鑑別、中核症状について、疼痛のアセスメント、認知症におこりうる機能障害について、BPSDの原因について、せん妄についてであった。5%水準で有意差があったのは1項目で、<認知症が脳に何らかの障害が起こることにより発症する>についての正答を問うものであった。

項目	解答	正答率		P
		介入前	介入後	
1 認知症は、65歳以上の高齢者人口の15%にみられる	○	67%	89%	**
2 認知症は、脳に何らかの障害が起きることにより発症する	○	79%	91%	*
3 認知症の診断基準として、認知機能障害、IADLの障害が挙げられ、せん妄やうつ病も含まれる	×	72%	93%	**
4 全ての認知症患者に中核症状がみられる	○	25%	79%	**
5 認知症患者は、予測が立てられない、取扱いを相むことができない	○	91%	100%	**
6 認知症患者は、形態や模様の認識が障害されるが、物体との距離	×	56%	92%	**
7 認知症患者の疼痛は過大評価されている	×	85%	99%	**
8 認知症患者は、緊急時の対応がとれなくなる	○	93%	100%	**
9 認知症患者は、治療同意能力が無いため、家族の意向を優先にする	×	85%	94%	**
10 BPSD(随伴症状/周辺症状)の原因に苦痛や不快感がある	○	88%	100%	**
11 せん妄は、意識障害である	○	75%	91%	**

\*\* p<.01

\*p<.05

一方、有意差がなかったのは20項目であり(表2)、介入前に既に60~100%の知識があった。主な内容は急性期病院における認知症患者の重症度の割合、痛みや苦痛の評価と患者の行動との関連、身体拘束とBPSDのケア等、多職種連携の必要性等であった(表2)。

項目	解答	正答率	
		介入前	介入直後
急性期病院では、医療依存度の高い高齢者が多く、軽度の認知症に比べ重度の認知症が多い	×	61%	61%
認知症は、急速に進行する	×	76%	83%
認知症は、患者にとって精神的な苦痛を伴うものである	○	90%	96%
認知症は、アルツハイマー型認知症が最も多い	○	76%	88%
認知症による物忘れと加齢によるもの忘れは一緒である	×	100%	100%
認知症患者の食欲低下の要因として、失行や注意障害がある	○	91%	97%
認知症患者の痛みや苦痛の評価は、患者の行動からも評価することが重要である	○	99%	99%
認知症患者は、服薬の自己管理が難しくなる	○	100%	100%
認知症患者は、意思決定の障害として、記憶ができないこと、BPSD(随伴症状/周辺症状)は、中核症状による環境への	×	62%	52%
BPSD(随伴症状/周辺症状)の中で、徘徊が最も多い	×	59%	55%
身体拘束は、BPSDのケアの1つである	×	82%	73%
せん妄の薬物療法として、抗精神病薬が推奨されており、副作用としてアタキアに注意する必要がある	○	91%	94%
認知症患者の家族は、介護負担、スティグマ、意思決定代理などに伴う苦痛を感じている	○	96%	99%
認知症患者の家族への支援として、情緒的サポートと情報提供が重要である	○	100%	100%
認知症患者の退院調整は、治療が終了してから行う	×	100%	100%
認知症患者の治療やケアの方針について、看護師間、多職種間で情報を共有する	○	100%	100%
地域包括支援センターは、認知症の診断から身体の病気も含めた診療など、地域における支援体制を構築する機関である	×	19%	16%

### 3) 認知症看護に関する自信について

認知症看護に関する自信について、介入前、直後において16項目すべてにおいて1%水準で有意差がみられた(表3)。

表3. 認知症看護における自信

	介入前	介入後
ルート類やチューブ類の自己抜去の予防	6.1	7.0
転倒・転落の予防	6.1	7.1
患者合わせ、1日のスケジュールを決めて書く	5.3	6.8
患者合わせ、考えの流れを注目し、細かい言葉にこだわらない	5.6	6.9
視野に入って声をかけようとする	6.2	7.6
会話はゆっくりはっきりと話すようにする	6.8	7.6
低栄養や脱水について、食事量や飲水量、体重変化の確認	5.7	7.0
便秘について、腹部の張りや圧痛、排便のリズムなどを確認	6.2	7.1
睡眠について、日中の活動状況や眠気の確認	6.1	6.9
痛みについて、表情や行動、自律神経症状の確認	4.6	6.7
視空間認知障害(方向や距離感)の確認	4.4	6.6
自分のおかれている状況を正しく理解できているか確認する	4.6	6.6
実行機能障害の確認(今まで出来ていたことが出来ているか)	4.7	6.5
記憶障害の確認(入院理由・治療スケジュール)	5.6	6.8
認知症とせん妄の鑑別	4.3	5.7
入院時に認知症に気づく	4.8	5.9

### 4) プログラムの評価について

プログラムの評価について、表4に示す。介入直後に「明日からの臨床に役立つ」と回答したものは5段階評価のうち4と5に回答したものをあわせると59名(88%)であった。

表4. プログラムの評価(後調査)

	Low		Moderate		High
	1	2	3	4	5
自分が期待していたものと一致していた※	n (%) 0(0)	4(6)	11(16.4)	29(43.3)	23(34.3)
情報量は適切だった€	n (%) 0(0)	2(3)	52(77.6)	13(19.4)	0(0)
内容の難易度¶	n (%) 0(0)	4(6)	58(86.6)	5(7.5)	0(0)
明日からの臨床に役立つ§	n (%) 0(0)	1(1.5)	7(10.4)	22(32.8)	37(55.2)

※ 1:一致していた〜5:一致していた

€ 1:少なすぎた〜5:多すぎた

¶ 1:簡単だった〜5:難しかった

§ 1:役に立たない〜5:役立ちそう

## D. 考察

本プログラムにおける認知症看護の知識について、31項目中26項目(83.9%)は60%以上の正答率であったことから、本研究の参加者において、認知症看護の知識には習得されていたといえよう。その背景として、本研究の対象者は大学卒が半数以上を占めていたことや、自主的に研修会に参加していたことから学習に主体的な対象群であったことが考えられる。その一方で、認知症看護に対する自信についてはすべての項目で介入直後に有意差がみられたことより、もちあわせている知識と実践のつながりに十分に自信が持っていない状況であることが示唆された。その要因の1つには急性期病院における認知症患者の位置づけは、経験的には既往や合併症であることが多く、認知症そのものについての看護師の意識や認知症ケアへの動機づけの優先順位が低いことも考えられる。

一方、BPSDや中核症状、認知症によって生じる機能障害、地域包括支援センターとの連携等については、介入前の知識が6割以下であり、介入直後でもBPSDにおける徘徊の頻度については55%、地域包括支援センターについては16%と正答率の割合が低かった。これらの要因として、急性期病院では在院日数の短縮化や認知症そのものが急性期では中心的な治療の対象とはならないことが多いこと、教育と実践知が結びつきにくいことが考えられる。しかし、急性期病院の認知症ケアにおいては、退院後の支援システムもふまえて、ケアを計画・していくことが必要であり、知識と実践をつなげるための教育プログラムが必要である。

本研究の限界は、2施設のみの実施であったことと、3か月後の結果についてはまだデータ収集中であるため、縦断的な評価ができていないことがある。

今後は多施設でプログラムの評価を行い、急性期における認知症看護の質の向上と看護師自身が自信を持って認知症看護に取り組める教育プログラムを実施し、評価していくことが課題である。

## E. 結論

本研究において、急性期病院における看護師の認知症看護への知識はあるものの、看護師自身が自信を持っていない状況にあった。今後、急性期病院において、認知症を合併する患者が増加することを鑑み、知識と実践をつなげ、看護師自身が自信をもってケアに取り組めるような現認教育を実施し、拡大していくことが必要である。特に、認知症看護BPSDや中核症状、認知症によって生じる機能障害、地域包括支援センターとの連携等については本プログラムにおいて特に知識を強化する点である

## 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. Kaneko M, Shuhei R, Koyama M, Kakehi R. Perspectives and Challenges in the Psychological Care of Cancer Patients

- and in Stress Management for Oncology Nurses: an Online Survey among Japanese Nurses, International Archives of Nursing and Health Care, Vol 2(1):2469-5823, 2016.
2. Kaneko M, Kakehi R, Difficulties with Stress Management Faced by Nurse Managers: A Survey of Nurse Managers at a University Hospital, International Archives of Nursing and Health Care, 1(3):2469-5823. 2015
  3. 金子真理子, 小川朝生, 佐々木千幸, 小山千加. 性期病院の認知症看護における現任教育に求められていることー認知症看護に携わる看護師 へのインタビュー結果からの一考, ナースマネージャー, 2月号, 41-45, 2015.
  4. 金子真理子. がん看護におけるコミュニケーション, がん患者指導管理料の導入と今, がん看護に求められること, Oncology NURSE, 77-82, 2015.
  5. 金子真理子. がん医療におけるコミュニケーションプログラムの開発と評価, 文部省科学研究費基盤研究 (C) 報告書, 2015.

#### 学会発表

1. 金子真理子, 柳修平, 小山美樹: がん看護における心理面の対応および看護師自身のストレスマネジメントに関する認識と課題, 第34回日本看護科学学会学術集会, (於広島)2015, 12.
2. 岡田佳詠, 金子真理子: ストレスを吹きとばそう, ナースのための認知療法活用術, 第34回日本看護科学学会学術集会交流集会, (於広島)2015, 12.
3. 金子真理子: コミュニケーション技術はスタッフ間に応用できるか, 第56回日本肺癌学会シンポジウム (於 横浜), 2015, 11.
4. 金子真理子, 小川朝生, 小山美樹: がん患者の精神心理面のアセスメントとコミュニケーションに関する看護師の認識, 日本サイコオンコロジー学会 (於 広島), 2015, 9.
5. 山崎千草, 栗田直央子, 小泉雅子, 金子真理子他: A 大学病院における専門看護師の活用およびニーズに関する実態調査, 東京女子医科大学看護学会, 2015. 10

#### 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（認知症対策総合研究事業）  
分担研究報告書

認知症に対する包括的支援のための教育プログラムの開発に関する研究

研究分担者 平井 啓 大阪大学未来戦略機構 准教授  
医学系研究科生体機能補完医学講座  
研究協力者 金子真理子 東京女子医科大学看護学部  
小川 朝生 国立がん研究センター先端医療開発センター  
精神腫瘍学開発分野 分野長  
佐々木千幸 国立がん研究センター東病院

**研究要旨** 本研究では、急性期病院の医療従事者を対象に、認知行動療法・学習理論に基づく行動観察・評価法に関する認知症・認知機能障害に関する教育プログラムを開発することを目的としている。専門家による検討・フォーカスグループインタビューの結果、急性期病院における認知症ケアに関する看護師を対象とした教育プログラムに関して、その主たる対象、教育目標、含めるべきコンテンツの骨格が明らかとなり、それに基づいてプログラムが作成された。

#### A. 研究目的

急性期病院では、入院患者の約50%に認知機能障害を認め、周術期を中心にせん妄や疼痛管理、行動心理症状（BPSD）への対応が不十分なために、入院期間の長期化、再入院の増加などの問題を生じている。海外では治療開始期から多職種がチームを作り、BPSDや身体・疼痛管理に予防的なコーディネートをを行い受療従事者の負担を軽減する取組が行われているが、我が国の医療体制では十分に検討されていない。

そこで、本研究では、急性期病院の医療従事者を対象に、認知行動療法・学習理論に基づく行動観察・評価法に関する認知症・認知機能障害に関する教育プログラムを開発する。学習理論と呼ばれる理論的枠組では、特定の場面における人間の行動を、先行条件（Antecedents）・行動（Behavior）・結果（Consequences）の3つに分類し、一つの行動にまつわるエピソード全体の情報を得ることができるようになる。このモデルを用いて認知症・認知機能障害の疑われる患者の行動とその状況に関する情報抽出が行えるようなスキルの習得が可能な教育プログラムを開発する。

#### B. 研究方法

認知症・認知機能障害を題材とした行動観察法を中心とする教育プログラムを開発する。急性期病院の医療従事者を対象とし、開発した教育プログラムを実施する。本年度は本研究の他の分担研究者の行った専門看護師・認定看護師を対象としたフォーカスグループインタビューの結果を元に教育プログラムの対象、教育目標とそのコンテンツの骨格について開発を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は教育プログラムを開発する事が目的であり、そのためのインタビュー調査においては直接身体的・精神的影響はなく、有害事象としての不利益は直接生じない。しかしながら、インタビュー時に得られる可能性のある個人情報については回答内容と連結せず匿名化して管理することとした。

#### C. 研究結果

昨年度の研究で明らかにされた教育プログラムの対象・教育目標・コンテンツの骨格になる要素をもとに教育プログラムが作成された。作成されたプログラムに関して、教材の校正などについて助言を行った。

## D. 考察

急性期病院の医療従事者を対象に、認知行動療法・学習理論に基づく行動観察・評価法に関する認知症・認知機能障害に関する教育プログラムの対象・教育目標・その骨格を検討したところ、管理者やベテラン看護師を対象として、「認知症患者の見えている・聞こえている世界を理解し、それに基づいてケアを行なうことができる」・「患者に対する基本的な見方を変えることで、成功体験を持つ」という教育目標を設定したプログラムを開発することが必要であることが明らかとなった。これらの教育目標に従い、教育プログラムが作成された。

## E. 結論

急性期病院の医療従事者を対象に、認知行動療法・学習理論に基づく行動観察・評価法に関する認知症・認知機能障害に関する効果的な教育プログラムを開発するためにプログラムの対象・教育目標・その骨格を検討し、急性期病院における認知症ケアに関する看護師を対象とした教育プログラムに関して、その主たる対象、教育目標、含めるべきコンテンツの骨格に従った、教育プログラムが作成された。

## 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. Akiyama M, Hirai K, Takebayashi T, Morita T, Miyashita M, Takeuchi A, et al. The effects of community-wide dissemination of information on perceptions of palliative care, knowledge about opioids, and sense of security among cancer patients, their families, and the general public. *Supportive Care in Cancer*, , 24(1): 347-56, 2016.
2. Tanimukai H, Adachi H, Hirai K, Matsui T, Shimizu M, Miyashita M, Tsuneto S, Shima Y. Association between depressive symptoms and changes in sleep condition in the grieving

process. *Support Care Cancer* 23:1925-31, 2015.

3. Takei Y, Ogata A, Ozawa M, Moritake H, Hirai K, Manabe A, Suzuki S. Psychosocial difficulties in adolescent and young adult survivors of childhood cancer. *Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society* 57:239-46, 2015.
4. Shinjo T, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Shimizu M, Tsuneto S, Shima Y. Why people accept opioids: role of general attitudes toward drugs, experience as a bereaved family, information from medical professionals, and personal beliefs regarding a good death. *J Pain Symptom Manage* 49:45-54, 2015.

### 学会発表

1. 平井 啓：まず身に付けたいスキル：マイクロカウンセリングと問題解決技法。シンポジウム「がん患者相談面接を行う看護師に求められるカウンセリングスキル」第20回日本緩和医療学会学術大会, 2015. 6. 19 横浜
2. 平井 啓：アウトリーチとしての心理コンサルティング活動。シンポジウム「緩和ケアのアウトリーチはどこまで進んだか」第20回日本緩和医療学会学術大会, 2015. 6. 20 横浜
3. 平井 啓：心理コンサルテーションの観点から。シンポジウム「総合病院でのサイオンコロジーの魅力」2015. 7. 11 総合病院精神医学会有床フォーラム 札幌
4. 平井 啓：がん患者の意思決定支援のための認知行動的アプローチ - 行動経済学との融合によるさらなる発展を目指して- . 日本認知行動療法学会第41回大会, 2015. 10. 3 仙台

## 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（認知症対策総合研究事業）  
分担研究報告書

認知症に対する包括的支援プログラムの開発

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长

**研究要旨** 我が国のさまざまな病院における認知症の実態を明らかにする必要がある、来年度以降本研究班において全国調査が予定されている。全国調査の基礎資料として、がん専門病院における認知症への対応の実態を知るために、国立がん研究センター中央病院において認知症の診断にて介入が開始された症例について、臨床データベースを後方視的に解析することにより検討した。期間内に紹介となった認知症患者は29名、軽度認知機能障害が6名であり、合計35名であった。外来診療中の患者6名、入院治療中の患者29名であった。認知症の病型については、特定不能が最も多く26名であり、アルツハイマー型認知症が1名、脳血管性認知症が1名、脳腫瘍に伴う認知症が1名であった。

#### A. 研究目的

我が国のさまざまな病院における認知症の実態を明らかにする必要がある、来年度以降本研究班において全国調査が予定されている。全国調査の基礎資料として、がん専門病院における認知症への対応の実態を知ることが目的に研究を行った。

#### B. 研究方法

2015年1月1日から12月31日までの期間において、国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科に紹介となり、認知症あるいは軽度認知機能障害の診断にて介入が開始された症例について、臨床データベースを後方視的に解析することにより検討した。

（倫理面への配慮）

本研究は既存のデータベースの後方視的検討であり、患者に対する侵襲はなく、個人が特定されるような情報は用いていない。

#### C. 研究結果

期間内に紹介となった認知症患者は29名、軽度認知機能障害が6名であり、合計35名であった。外来診療中の患者6名、入院治療中の患者29名であった。認知症の病型について

は、特定不能が最も多く26名であり、アルツハイマー型認知症が1名、脳血管性認知症が1名、脳腫瘍に伴う認知症が1名であった。年齢の平均値は67.0、がん腫は最も多かったのが肺癌7名、続いて大腸がん5名であった。身体活動度については、PS0が7名、PS1が13名、PS2以上が15名であった。

#### D. 考察

当院において治療を受ける患者は比較的若年のものが多く、認知症患者の割合が他の病院に比べて少ないのかもしれないが、介入された患者数は実際の有病率に比べると少ないと思われる。

#### E. 結論

当院において認知症に対して介入された症例は少数にとどまった。認知症が見落とされている事例も多いと推測され、認知症を適切にスクリーニングして対応する必要性が示唆される。

#### 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

本研究に関してはなし。

### 学会発表

本研究に関してはなし。

## 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（認知症対策総合研究事業）  
分担研究報告書

認知症を併存したがん患者のエンド・オブ・ライフ・ケアに関する研究

研究分担者 木澤義之 神戸大学大学院 医学研究科  
内科系講座 先端緩和医療学分野

**研究要旨** 高齢化が進む中、認知症を併存したがん患者が増加している。認知症患者が持つ、認知機能の低下、周辺症状などのため、患者・家族が望んだ場所で療養生活を送ることが難しい状況にある。今回われわれは、意思決定能力の低下に備えてあらかじめ、医療・ケアについて話し合う、アドバンスケアプランニングのコミュニケーションプログラムの開発を行い、その教育効果の検証を行った。37名が参加し、全日程参加した34名を解析対象とした。知識テストは研修実施後有意に改善し、（前 18.1 点、後 23.9 点、 $p < 0.0001$ ）。コミュニケーションの困難感は、13 項目中 7 項目で有意に改善した。E-FIELD を用いた ACP と臨床倫理に関する研修会は、医療従事者の ACP に関する知識と EOL コミュニケーションの困難感を改善する可能性があることが示唆された。

#### A. 研究目的

高齢化が進む中、認知症を併存したがん患者が増加している。認知症患者が持つ、認知機能の低下、周辺症状などのため、患者・家族が望んだ場所で療養生活を送ることが難しい状況にある。今回われわれは、意思決定能力の低下に備えてあらかじめ、医療・ケアについて話し合う、アドバンスケアプランニングのコミュニケーションプログラムの開発を行い、その教育効果の検証を行った。

#### B. 研究方法

【対象】がん医療に携わる医師のための緩和ケア研修会（通称 PEACE プログラム）を修了した医療従事者を対象として行われた、2014 年度兵庫県緩和ケアフォローアップ研修会の参加者 37 名。

【方法】前後比較研究。2014 年 12 月神戸市において、ACP と臨床倫理に関する 550 分の参加型研修会を開催した。プログラムは ACP と臨床倫理に関する 550 分（講義 230 分、ロールプレイ 320 分）にわたる参加型研修会とし、国立長寿医療センターで開発された、平成 26 年度人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会（Education For Implementing End-of-Life Discussion：以下 E-FIELD と略）を一部改編して用いた。

研修の実施前に参加者の背景情報（年齢、性別、勤務先の類型、臨床経験年数、昨年 1 年間で経験したがん患者の看取り数）と ACP の実践に関する自信を、研修会前後で、エンド・オブ・ライフ（End-of-Life：以下 EOL と略）コミュニケーションに関する困難感、死にゆく患者に対する医療者のケア態度、ACP と臨床倫理に関する知識を評価した。ACP の実践に関する自信は、E-FIELD 相談員研修事業のために専門家討議により作成され、「人生が限られていることを自覚している患者さんと、これからの治療・ケアについて話し合うことについて、あなたはどの程度自信を持って実践することができますか？」について、まったく自信がない、自信がない、やや自信がない、どちらとも言えない、やや自信がある、自信がある、とても自信がある、の 7 段階のリッカート尺度である。表面妥当性とテスト再テスト信頼性が緩和ケアを専門とする看護師 26 名で確認した（unpublished data, 級内相関係数 0.93（95%信頼区間 0.86-0.97））。EOL コミュニケーションの困難感は、E-FIELD 相談員研修事業のために、専門家討議と研修会参加者のフォーカスグループインタビューを通じて開発された 13 項目の 6 段階リッカート尺度（全くそう思わない—そう思わない—あまりそう思わない—ややそう思う—そう思う—非常にそう思う）で

ある。表面妥当性を 10 名の緩和ケア専門家によって確認した。ACP と臨床倫理に関する知識については、E-FIELD 相談員研修事業のために、専門家討議によって作成された 29 項目の知識テストを用いた。知識テストについては表面妥当性を 26 名の緩和ケアを専門とする看護師により確認した。死にゆく患者に対する医療者のケア態度に関しては、妥当性と信頼性が確認された Frommelt のターミナルケア態度尺度日本語版の短縮版を用いた。

統計解析：対象者の背景と ACP に関する自信についてその度数と割合を記述した。ACP に関する困難感の変化については、各質問項目の値について Wilcoxon の順位和検定を行った。研修会前後の ACP と臨床倫理に関する知識の変化については作成したテスト各項目が正解だった場合を 1 点としてその合計点を、死にゆく患者に対する医療者のケア態度の変化については FATCOD-Form-J 短縮版の合計点について、対応のある t 検定を行った。統計解析は統計ソフトである JMP11, 2, 1 SAS Institute Inc. 2013 を用いて行った。

(倫理面への配慮)

研究の実施については、研修会参加者に口頭および文書にて説明し、質問票の提出を持って研究の同意とみなした。研究は、ヘルシンキ宣言並びに厚生労働省の疫学研究に関する倫理指針に則って実施した。

### C. 研究結果

37 名が研修会に参加し、うち全日程参加した 34 名を解析対象とした。参加者は医師 16 名、看護師 14 名、その他 4 名、年齢は 39 歳 (37.3-43.9) (中央値, 95%信頼区間)、臨床経験年数は 13.5 年 (12.4-18.4)、昨年 1 年間の看取り患者数は 20 名 (22.7-76.4) であった。ACP に関する自信については、やや自信がある、自信がある、とても自信があると答えた参加者の合計は 9 名 (26%, 95%信頼区間 12-41%) であった。29 点満点の ACP に関する知識テストの結果は前後で有意に改善した (前 18.1 点, 後 23.9 点,  $P < 0.0001$ , 対応のある t 検定)。また、終末期のコミュニケーションの困難感については、13 項目中 7 項目で困難感が有意に改善し ( $p < 0.05$ , Wilcoxon の順位和検定)、その項目は、「十分に病名告知や病状告知をされていない患者とのコミュニケーションが困難

である ( $P = 0.0172$ )」、「せん妄や意識レベルの低下などで本人の意思が不明な患者への対応に困難を感じる ( $P = 0.007$ )」、「十分に病名告知や病状告知をされていない家族とのコミュニケーションが困難である ( $P = 0.0015$ )」、「病状や予後など悪い知らせを伝えられた後の家族への対応が難しい ( $P = 0.0028$ )」、「家族と十分に話をする時間がとれない ( $P = 0.0309$ )」、「家族から不安や心配を表出された場合の対応に困難を感じる ( $P = 0.0215$ )」、「家族から死に関する話題を出された場合の対応に困難を感じる ( $P = 0.0033$ )」であった。死にゆく患者に対する医療者のケア態度の変化については FATCOD-Form-J 短縮版の合計点は研修前後で変化しなかった (研修前 22.3 点, 研修後 22.3 点,  $P = 1.00$ )。

### D. 考察

本研究は、わが国で開発された ACP と臨床倫理に関する系統的な相談員養成プログラムである E-FIELD を用いた集合型研修会の医療従事者に対する学習効果を評価した本邦初の研究である。550 分の研修会の実施によって、医療従事者の知識は向上し、EOL コミュニケーションの困難感は部分的に改善した。困難感が改善した主たる部分として、病状告知が十分にされていない患者への対応、並びに家族とのコミュニケーションが挙げられた。しかしながら、本来 ACP は、自律尊重を第一としており、この結果は研修会の意図するところと乖離がみられる。今後プログラムの改善を図り、より患者本人とどのように、ACP のプロセスを進めるかについて重点を置いた研修を実施する必要があるかもしれない。また、研修会は医療従事者の死にゆく人への態度に変化を与えなかった。しかしながら、FATCOD-B-J のスコアが高値であること、研修会参加者が緩和ケアの経験が豊かで、看取り経験が多い医療従事者であったことから、医療従事者の死にゆく人への態度については前後で変化しえなかったと解釈できる。本研究の限界として以下の 3 点があげられる； 1) 困難感並びに知識を測定した尺度が十分な信頼性と妥当性を検証したものではないこと、2) 対象者が少数で、かつ緩和ケアの経験がある医療従事者であることから、結果の一般化が難しいこと、3) 医療従事者のアウトカムを調査したものであり、患者・家族のアウトカムを改善するかは不明であるこ

と。しかしながら、本研究会の実施によって、経験豊富な医療従事者においても ACP や臨床倫理の知識や困難感が改善することが明らかになったことから、E-FIELD プログラムは ACP の実践と普及に有用な可能性がある。今後さらにプログラムの改善を図るとともに、知識・困難感に関する尺度開発を進め、より大規模な医療従事者に対する研修効果の調査を行うことが望まれる。

## E. 結論

意思決定能力の低下に備えてあらかじめ、医療・ケアについて話し合う、アドバンスケアプランニングのコミュニケーションプログラムの開発を行い、その教育効果の検証を行った。E-FIELD プログラムを用いた ACP と臨床倫理に関する集合型研修会は、医療従事者の ACP と臨床倫理に関する知識を改善し、EOL コミュニケーションの困難感を改善する可能性があることが示唆された。

## 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. 木澤義之他. 緩和ケアの定義, 緩和ケアを開始する時期. 木澤義之, 齊藤洋司, 丹波嘉一郎編. 緩和ケアの基本 66 とアドバンス 44, 2-5. 南江堂, 東京都 2015.
2. 木澤義之他. 入院患者の痛みの診かた. 木澤義之編. レジデントノート, 672-739. 羊土社, 東京都, 2015.
3. Nakazawa Y, Kizawa Y. Population-Based Quality Indicators for Palliative Care Programs for Cancer Patients in Japan: A Delphi Study. J Pain Symptom Manage. 2015 Dec 8. [Epub ahead ofprint]
4. Akechi T, Kizawa Y. Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument. Palliat Support Care. 13(6):1529-33, 2015.
5. Kizawa Y, Morita T. Improvements in Physicians' Knowledge, Difficulties, and Self-Reported Practice After a Regional Palliative Care Program. J Pain Symptom Manage, 50(2):232-40, 2015.
6. Takase N, Kizawa Y. Methadone for Patients with Malignant Psoriasis Syndrome: Case Series of Three Patients. J Palliat Med, 18(7):645-52, 2015.
7. Nakajima K, Kizawa Y. Psychologists involved in cancer palliative care in Japan: A nationwide survey. Palliat Support Care. 13(2) : 327-34, 2015.
8. 岸野 恵, 木澤 義之. 大学病院入院中のがん患者の突出痛の頻度に関する予備調査. Palliative Care Research, 10 巻 3 号:155-160, 2015.
9. 田中 祐子, 木澤 義之, 坂下 明大. アドバンス・ケア・プランニングと臨床倫理に関する研修会の実施とその評価. Palliative Care Research 10 巻 3 号: 310-314, 2015
10. 白土 明美, 木澤 義之. ホスピス・緩和ケア病棟の入院予約と外来機能に関する全国実態調査. 癌と化学療法 42 巻 9 号:1087-1089, 2015.
11. 山本 亮, 木澤 義之. PEACE 緩和ケア研修会を受講したことによる変化と今後の課題 フォーカスグループ・インタビューの結果から .Palliative Care Research. 10 巻 1 号:101-106, 2015.
12. 山口 崇, 木澤 義之. 【悪性消化管閉塞にどう対応する? どうケアする?】 悪性消化管閉塞とオクトレオチド これからの議論のための背景知識. 緩和ケア. 25 巻 5 号:366-370, 2015.
13. 木澤 義之, 山口 崇, 余谷暢之. 【緩和医療の今】 包括的アセスメント これからのことを話し合う アドバンス・ケア・プランニング. ペインクリニック. 36 巻 別冊秋, S613-S618, 2015.
14. 長谷川 貴昭, 木澤 義之. 急性期病棟での看取りにおける信念対立 終末期せん妄を発症したがん患者と家族への医療スタッフの関わり. 死の臨床. 38 巻 1 号 :115-116, 2015.
15. 木澤 義之. 【誰も教えてくれなかった緩和医療-最新知識と実践】 がん緩和医療 症状緩和とエンド・オブ・ライフケア. 臨床泌尿器科, 69 巻 9 号: 706-709, 2015.

16. 木澤 義之. アドバンス・ケア・プランニング “もしもの時”に備え、“人生の終わり”について話し合いを始める. ホスピスケアと在宅ケア. 23 巻 1 号: 49-62, 2015.
17. 木澤 義之. 【現場で活用できる意思決定支援のわざ】 アドバンス・ケア・プランニングと意思決定支援を行うためのコツ. 緩和ケア. 25 巻 3 号:174-177, 2015.

学会発表  
なし。

#### 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（認知症対策総合研究事業）  
分担研究報告書

認知症における痛みの評価法と精神症状・行動障害に及ぼす影響の解明

研究分担者 近藤伸介 東京大学医学部附属病院精神神経科

研究協力者 堀田聡子 独立行政法人労働政策研究・研修機構  
高井ゆかり 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻  
山本則子 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻  
佐渡充洋 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室

**研究要旨** 認知症ケアの現場において適切な疼痛ケアが根付くために、入所施設・通所・居宅など異なる設定の認知症のある利用者、および施設スタッフ、施設管理者に対してインタビューを行い、疼痛への気づきおよび対処法についての質的調査を行った。2施設にて認知症当事者、介護職員、施設管理者の計8名とそれぞれインタビューを実施した。痛みはBPSDの原因となりうるが、介護現場では原因の同定は介入と同時進行で試行錯誤しながら行われていた。異変に気づき、即座に対処するには、ふだんの様子を把握して、共感と関わりに基づく観察と介入が基盤となる。

## A. 研究目的

高齢者の多くが痛みを抱えることは広く知られているが、認知症の人では痛みの表出に困難が生じてくるため、周囲が痛みを認識しにくい。このため適切な疼痛ケアがなされなかったり、苦痛の表出である不穏に対して疼痛と気づかれずに、BPSD（認知症の精神症状・行動障害）と捉えられて向精神薬が処方されたりしている可能性がある。こうした問題意識からこれまで認知症の人の痛みを客観的に評価するスケールは各種開発されてきているが、実際の臨床現場では根付いていない。そこで、われわれは、認知症ケアの現場において適切な疼痛ケアが根付くために、入所施設・通所・居宅など異なる設定の認知症のある利用者、および施設スタッフ、施設管理者に対してインタビューを行い、疼痛への気づきおよび対処法についての質的調査を行うことで、①認知症者に適した痛みの評価法、②痛みが精神症状・行動障害に及ぼす影響、をそれぞれ同定し、さらに③介護現場に適した疼痛管理方法の開発、を目指すことで、認知症高齢者のウェルビーイングを高めることに寄与したい。

## B. 研究方法

認知症ケアを提供している事業所（萩・曲尾グループホーム [アザレアンさなだ・長野県]；特別養護老人ホーム・サンビレッジ大垣 [新生会・岐阜県]）を訪問し、施設管理者2名、直接ケアに当たるスタッフ4名、認知症のある利用者2名を対象に疼痛の実態についてインタビューを実施した。インタビューでは対象者によって以下のようなポイントを含む半構造化面接を実施する。面接は1人60分以内（認知症の当事者は30分以内）を目安とし、のちほど詳細に内容分析できるように本人または代諾者の書面同意を得た上で録音を行った。

【利用者（認知症当事者）】苦痛の有無、痛みの有無、痛みの場所、対処法

【ケアにあたるスタッフ】認知症の人の痛みについての意識、痛みサイン、他の苦痛との弁別、対処法、薬剤使用の有無、痛みスケールの有用性

【施設管理者】認知症の人の痛みについての意識、施設ケア基準の有無、痛みサイン、対処法、薬剤使用の有無、研修の有無、痛みスケールの有用性

インタビューは、研究責任者を含む研究従事者が訪問調査を行い、インタビューガイドに沿って実施した。インタビューの録音データから逐語録を作成し、それをもとに質的分析、結果の統合などの作業を行った。

#### (倫理面への配慮)

研究参加者に対して説明文書を用いて説明した。研究参加者から同意を受ける場合は、同意書および同意撤回書を用いた。本人が研究参加の説明文書および同意が困難な場合は、代諾者である家族から書面でインフォームド・コンセントを受けた。研究内容を学会、論文、書籍等で発表する場合は、匿名性を保ち、個別の症例を提示する場合も個人の同定が不可能なように配慮した。録音した音声データは速やかに逐語録を作成した。作成後は音声データは消去し、逐語録には符号を付与して氏名との対応表を別に作成し、連結可能匿名化した。

### C. 研究結果

インタビューから得られたコーディングを提示する。

#### 《痛みのもつ個人的意味》

利用者 A「ここがちくちくする」

利用者 B「別に今、痛いところはない。こころの痛みはいろいろあります」

介護者 C「お腹が痛いという場合でも、本当に腹痛なのか、心理的な側面で構ってほしいとか、隣の人がいやだからその場を離れるために訴えているのか。」

管理者 D「痛みという捉え方をからだの痛みだけで捉えていない。こころの痛みでも捉えている。社会関係による痛みも捉えている。関係性を分断された痛み。人間関係や社会環境からの分断。」

#### 《いつもと違うことの気づき》

介護者 E「いつもと様子が違うということから推測していく。その中に痛み、苦痛も含まれる。」

介護者 F「普段と違うということ。」

#### 《痛みの見極め》

介護者 E「消去法ですね」「今そこのその様子が何かをすることで緩和されれば、別に追及しなくてもいいということです。」

介護者 F「いろんな原因とか症状とか、情報収集して。観察からスタートする。本人にも聞いてみる。」

#### 《痛みスケールの限界》

介護者 E「痛みには行きつかないと思います。紐解くきっかけにはなりうる。」

介護者 F「大規模な施設だと使える。共有することで重要性がわかる。何かしないと気付かれないままになってしまう。」

管理者 D「これは現状の評価。その先がない。実際はその場で対応していっちゃう。」

#### 《スキルの獲得》

介護者 E「先輩職員の方に教えてもらったり。やってみて失敗して、それを何回も繰り返して、それを積み重ねて観察力が身に着いたのじゃないかと思います。」

介護者 F「いいケアを見てる。教科書じゃない。目の前でお手本を見せてくれる先輩がいたから、技が引き継げる。」

#### 《経験の共有》

介護者 C「共通基盤を作って、お互いにオープンになりながら、ああかもしれない、こうかもしれない、とお互いに注意や意見を言い合う」

介護者 E「話し合える場も作って、情報を交換し新人さんにもわかりやすいように伝えていく。」

### D. 考察

痛みのもつ個人的意味、いつもと違うことの気づき、痛みの見極め、既存スケールの限界、モデリングによるスキルの獲得、経験の共有などの概念が抽出された。現場の設定では、発見と介入が同時進行していること、良質のケアスキルの獲得は試行錯誤・モデリング・経験共有によってなされること、良質のケアの根底には共感と関わりに基づく観察と介入があることが示唆された。

### E. 結論

痛みは BPSD の原因となりうるが、介護現場では苦痛の原因の同定は介入のために介入と同時に進んで行われていた。既存のスケールは啓発には有用である可能性はあるが、介護現場での実用性には疑問がある。異変に気づき、即座に対処するには、ふだんの様子を把握して、共感と関わりに基づく観察と介入が基盤となる。

## F. 健康危険情報

なし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし。

### 2. 学会発表

1. Kondo S: “On dementia and pain: preliminary report of a qualitative study from long-term care facilities of good practice in Japan.” The 4th BESETO International Psychiatry Conference. (20150905). Seoul, South Korea.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし。

### 2. 実用新案登録

なし。

### 3. その他

特記すべきことなし。



### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍（外国語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
Ogawa A	Long-term cognitive function.	Eduardo Bruera IH, Charles F von Gunten, Tatsuya Morita	Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care, Second Edition.	CRC Press	New York	2015	1269-75
Akechi T, et al	Depression/Anxiety	Eduardo Bruera IH, Charles F von Gunten, Tatsuya Morita	Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care, Second Edition.	CRC Press	New York	2015	691-702

書籍（日本語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
小川朝生	2-1 チームとしてどうアセスメントするかー特にがん治療医と緩和ケア医に必要なアセスメント	上村恵一、小川朝生、谷向仁、船橋英樹	がん患者の精神症状はこう診る 向精神薬はこう使う	じほう	東京	2015	7-14
小川朝生	基本30 希死念慮	木澤義之、齊藤洋司、丹波嘉一郎	緩和ケアの基本66とアドバンス44ー学生・研修医・これから学ぶあなたのために	南江堂	東京	2015	112-14
小川朝生	基本31 せん妄	木澤義之、齊藤洋司、丹波嘉一郎	緩和ケアの基本66とアドバンス44ー学生・研修医・これから学ぶあなたのために	南江堂	東京	2015	115-17
小川朝生	がんと不安への対応	公益財団法人長寿科学振興財団	高齢者の不安とその対策ー経済・健康・孤独ー	公益財団法人長寿科学振興財団	愛知	2015	75-83
小川朝生	CHAPRER5 緩和ケアの概要	小川朝生、篠崎和弘	認知症の緩和ケア 診断時から始まる患者と家族の支援	新興医学出版社	東京	2015	98-110

小川朝生	CHAPRER6 認知症の苦痛	小川朝生、 篠崎和弘	認知症の緩和 ケア 診断時 から始まる患 者と家族の支 援	新興医学 出版社	東京	2015	111-116
小川朝生	CHAPRER7 認知症にお ける身体症状の評価に 関する原則	小川朝生、 篠崎和弘	認知症の緩和 ケア 診断時 から始まる患 者と家族の支 援	新興医学 出版社	東京	2015	117-138
小川朝生	CHAPRER18 選択、意思 決定能力、ケア及び法 律	小川朝生、 篠崎和弘	認知症の緩和 ケア 診断時 から始まる患 者と家族の支 援	新興医学 出版社	東京	2015	437-462
小川朝生 他	巻末付録	小川朝生、 篠崎和弘	認知症の緩和 ケア 診断時 から始まる患 者と家族の支 援	新興医学 出版社	東京	2015	575-593
明智龍男	サイコオンコロジー	佐藤隆美、 藤原康弘、 古瀬純司、 大山優	がん治療エッ センシャルガ イド改訂3版	南山堂	東京	2015	198-203
明智龍男	コンサルテーション・ リエゾン精神医学	尾崎紀夫、 朝田隆、 村井俊哉	標準精神医学	医学書院	東京	2015	177-188
上村恵一	手術後・ICU 症候群・ 透析移植後関連症候群	福井次夫 高木誠 小室一成	今日の治療指 針 2015	医学書院	東京	2015	955-956
上村恵一	チームメンバーとの情 報共有/チームメンバ ーとのよいコミュニケ ーションの重要性	木澤義之 齋藤洋司 丹波嘉一郎	緩和ケアの基 本66とアドバ ンス44	南江堂	東京	2015	174-175
上村恵一	移植後の精神科での対 応	原田浩 後藤憲彦	腎移植の病診 連携	医薬ジャ ーナル社	東京	2015	150-151
上村恵一	がん患者の精神症状 はこう診る、向精神薬 はこう使う	上村恵一 小川朝生 谷向仁 船橋英樹	がん患者の精 神症状はこう 診る、向精神 薬はこう使う	じほう	東京	2015	2-6
谷向 仁	適切なケアの提供	武田 雅 俊 (監修)、 篠崎和弘、 小川朝生 (編集)、	認知症の緩和 ケア 診断時 から始まる患 者と家族の支 援	新興医学 出版社	東京	2015	481-515
谷向 仁	日本語版EuroQol(日本 語版EQ-5D)	山内俊雄、 鹿島晴雄 (総編)	精神・心理機 能評価ハンド ブック	中山書店	東京	2015	472-473
谷向 仁	抗精神病薬	上村恵一、 小川朝生、 谷向 仁、船 橋英樹 (編)	がん患者の精 神症状はこう 診る、向精神 薬はこう使う	じほう	東京	2015	155-165
金子真理子	リエゾン精神看護	森 千 鶴、 田中留伊	これからの精 神看護学	ピラール プレイス	東京	2015	134-143

金子真理子	精神症状のアセスメントと看護援助	金子真理子 原案・監修	看護実践のためのがん看護	医学映像 教育センター	東京	2015	DVD版
金子真理子	チーム医療におけるがん看護と倫理的課題	金子真理子 原案・監修	看護実践のためのがん看護	医学映像 教育センター	東京	2015	DVD版
清水 研	うつ病・適応障害	上村恵一・ 小川朝生・ 谷向仁・ 船橋英樹	がん患者の精神症状はこう診る向精神薬はこう使う	じほう	東京	2015	30-45
清水 研	スピリチュアルに生かす posttraumatic growth (外傷後成長)の視点	森田達也・ 木澤義之・ 新城拓也	続 エビデンスで解決！緩和医療ケースファイル	南江堂	東京	2016	142-146
木澤義之他	はじめてのがん疼痛ケア	木澤義之	はじめてのがん疼痛ケア	メディカ出版	大阪	2015	全項
木澤義之他	緩和ケアの定義 緩和ケアを開始する時期	木澤義之 齊藤洋司 丹波嘉一郎	緩和ケアの基本66とアドバンス44	南江堂	東京	2015	2-5
木澤義之他	入院患者の痛みの診かた	木澤義之	レジデントノート	羊土社	東京	2015	672-739

雑誌 (外国語)

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Umezawa S, <u>Ogawa A</u> , et al	Prevalence, associated factors and source of support concerning supportive care needs among Japanese cancer survivors.	Psychooncology	24(6)	635-42	2015
Yokomichi N, <u>Ogawa A</u> , et al.	Validation of the Japanese Version of Edmonton Symptom Assessment System-Revised	Journal of Pain and Symptom Management	50 (5)	718-723	2015
Mori M, Shimizu C, <u>Ogawa A</u> , et al	A National Survey to Systematically Identify Factors Associated With Oncologists' Attitudes Toward End-of-Life Discussions: What Determines Timing of End-of-Life Discussions?	Oncologist	20(11)	1304-11	2015
Fujisawa D, <u>Ogawa A</u> , Okuyama T, <u>Akechi T</u> , Shimizu K, et al	Impact of depression on health utility value in cancer patients.	Psychooncology			2015
<u>Shimizu K</u> , <u>Akechi T</u> , <u>Ogawa A</u> , et al	Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors.	Jpn J Clin Oncol	45(5)	456-63	2015
<u>Akechi T</u> , et al	Difference of patient's perceived need in breast cancer patients after diagnosis	Jpn J Clin Oncol	45 (1)	75-80	2015