

科学研究費助成事業 研究成果報告書

令和 6 年 6 月 12 日現在

機関番号：33303

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2018～2023

課題番号：18K02128

研究課題名(和文) 独居等で療養生活を支える家族のいない中高年がん患者の心理社会的支援に関する研究

研究課題名(英文) Research on psychosocial support for middle-aged and elderly cancer patients who live alone and have no family to support their lives with medical treatment

研究代表者

久村 和穂(石川和穂)(HISAMURA-ISHIKAWA, Kazuho)

金沢医科大学・医学部・非常勤講師

研究者番号：00326993

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,400,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的は、療養生活を支える家族のいない独居高年がん患者が経験する心理社会的苦痛の特徴を混合研究法によって明らかにし、有効な支援モデルを検討することにある。中高年独居進行がん患者とその支援関係者を対象に実施したインタビュー調査に基づき調査項目を作成し、独居・非独居のがん患者各200名を対象にWEB調査を実施した。データ解析の結果、独居者は心理的苦痛が有意に高く、治療・ケアの意思決定に関する支援ニーズが高いこと等、独居がん患者に特有の心理社会的苦痛や支援ニーズが明らかになった。患者本人への直接支援の充実と共に、様々な組織・社会レベルでの社会環境の改善を目指す支援モデルの必要性が示唆された。

研究成果の学術的意義や社会的意義

本研究により本邦の独居進行がん患者が経験している心理社会的苦痛の特徴が明らかになった。特に独居者は非独居者と比較して深刻な就労・経済的問題を抱えている可能性が高く、がん治療・ケアに関する将来の見通しや事前指示、治療法の意味決定に関する支援ニーズが高いこと、身元保証人不在による療養場所の制約や孤独死の心配等の家族がいないために生じる不利益による社会的苦痛を経験している可能性が示唆された。独居進行がん患者が尊厳を持って安心して暮らすには、患者・家族等への直接支援と共に、組織・地域・制度レベルでの社会環境の改善に取り組む重層的な心理社会的支援モデルの構築が必要であることの科学的根拠を示した。

研究成果の概要(英文)：This study aimed to elucidate the features of psychosocial distress amongst middle-aged and elderly cancer patients residing alone, lacking familial support during treatment, and to probe effective support models through a mixed research approach. 200 each of solitary and non-solitary cancer patients were surveyed through web-based methods, using items derived from interviews of middle-aged and elderly, advanced cancer patients and their support personnel. Solitary cancer patients experience unique psychosocial challenges including more psychological distress and increased support needs for decision making. The findings indicate a need for a comprehensive support model integrating social improvements at multiple organizational and social levels, as well as direct patient support.

研究分野：オンコロジーソーシャルワーク

キーワード：がん患者 社会的苦痛 心理社会的ケア

1. 研究開始当初の背景

がん患者にとって「自分が望む場所で過ごすこと」は最も重要な希望の1つである。末期がんで回復の見込みがない場合、一般市民の6割が自宅療養や自宅死を希望している。末期がん患者が在宅で療養できるか否かは、家族の介護力や同居者の存在に依存する部分が少なくないため、がん患者の家族は心理社会的ケアの対象となる「第2の患者」として、緩和ケアやサイコオンコロジー（精神腫瘍学）等の分野で多くの研究が行われてきた。

一方、家族介護者のいないがん患者の支援に関する研究は、国内外を問わず極めて少ない。近年先進諸国では独居高齢者が増加しており、本邦でも65歳以上の者のいる世帯のうち単独世帯は27.1%、夫婦のみの世帯が31.1%、親と未婚の子のみの世帯が20.7%を占める（国民生活基礎調査2016）。中年層の単身世帯も増加しつつあり、2030年には生涯未婚率が男性28%、女性19%に達すると推計されている。また、現在日本では男性64%、女性47%が一生のうちにがんになり、概ね3人に1人ががんで死亡している（国立がん研究センター2017）。外来治療の普及や在宅医療の推進により、今後単身で自宅療養するがん患者は見過ごすことのできない人口になると予想される。

同居者や配偶者の不在は、がんによる苦痛の増強因子であることが海外の先行研究で報告されている。家族介護者と同居するがん患者と比較して、独居がん患者の在宅死は少なく¹、死に対する心理的苦痛が強く²、生活の様々な側面で満たされないニーズが多い³にも関わらず、訪問者や心理社会的サービスの利用は少ない⁴。また、がん患者は健常者や他疾患の患者と比較して配偶者不在と心理的苦痛との関連が強く⁵、特に中年患者は配偶者不在が臨床域の苦痛増加のリスクと関連していた⁶。一方で、緩和ケアを早期に利用した進行がん患者は、配偶者も家族介護者もない独居者が非独居者よりも有意に長期間生存したことを報告した研究もある⁷。

これらの研究結果は、独居がん患者は特有の心理社会的苦痛を経験し、これに対処していることを示唆している。がん患者は身体機能が低下しても認知能力は最期まで保たれることが少なくないため、死に対する不安・恐怖を抱えながら、日常生活の維持、家族や周囲の人々との関係、就労・経済的問題、治療内容や療養の場に関する意思決定等、生活全般に関わる困難を経験する⁸。療養生活を支える家族のいない独居がん患者は様々な心理社会的問題に一人で直面せざるを得ない状況にあり、今後増加が予想される独居者の心理社会的ケアの在り方が問われている。

2. 研究の目的

本研究の目的は、独居等で療養生活を支える家族のいない中高年がん患者が経験する心理社会的苦痛の特徴を混合研究法によって明らかにし、独居がん患者が最期まで尊厳を持って安心して暮らすために有効な心理社会的支援モデルを検討することにある。

3. 研究の方法

(1) 中高年独居進行がん患者と支援関係者へのインタビュー調査

患者対象インタビュー調査

- ・ 対象者：40歳以上の独居進行がん患者（注：がん診断当時の病期がⅠ～Ⅲ期の者）
- ・ 調査内容：独居であるためにどのような心理社会的問題を経験し、その問題にどう対処したか。また、今後どのようなことが心配で、どのような支援を希望するか。
- ・ 実施方法：A病院腫瘍内科と院外がんサロンにて40歳以上で独居進行がん患者を連続的にサンプリングした。インタビューガイドに沿って半構造化面接を行った。面談は対面またはオンラインで実施し、音声を録画した。

キーインフォーマント（支援関係者対象）・インタビュー調査

- ・ 対象者：独居進行がん患者の療養支援に関わる見識や経験のある医療福祉関係者、社会保険労務士、ファイナンシャル・プランナー、患者支援団体代表者等
- ・ 調査内容：独居進行がん患者の支援にあたりどのような課題を経験し、それにどのように対処したか。今後どのような心理社会的支援や社会制度・資源が必要か。
- ・ 実施方法：患者対象インタビュー調査の内容に基づき、独居進行がん患者の支援関係者を研究者間で協議して選出した。対面・電話・WEBのいずれかの方法で、個人またはグループにてインタビューガイドに沿った半構造化面接を行い、音声を録音した。
- ・ 分析方法：全ての面談の逐語録を作成し、質的・混合研究法データ解析ソフトウェアMAXQDA2018 ver.2を使用し、多職種（SW、看護師、がん治療医、精神科医、法学者）による研究チームで分析した。
- ・ 倫理審査：金沢医科大学医学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：I350）

(2) 患者対象インターネット調査

- ・ 対象者：5年以内に医療機関でがんの診断を受けた40歳以上の者
- ・ 実施方法：WEB調査会社(株)マクロミルはモニタ登録者約3万人を無作為に抽出し、

- 19,089人にスクリーニング調査を実施した。適格条件を満たした者を男女1:1、独居者/非独居者1:1で割付けてサンプリングを行い、771名に本調査への協力を依頼した。
- 調査内容：精神的苦痛（Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9）⁹、がんに対するコーピング様式（Mental Adjustment to Cancer: MAC尺度¹⁰）、ソーシャル・サポート尺度¹¹（Zimet Social Support Scale）、がん患者の支持的ケア・ニーズ（Supportive Care Needs Survey-Short Form-34: SCNS-SF34）¹²、独居がん患者の社会的問題、社会資源・社会制度の活用状況（注：～は海外で標準化された評価尺度の日本語版、は(1)のインタビュー調査のデータから抽出された独居進行がん患者に特徴的な社会的問題に関する独自の調査項目）。
- 解析方法：SPSS for Windows, ver.28を使用し、独居群・非独居群間の差を解析した。
- 倫理審査：金沢医科大学医学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：C063）。

4. 研究成果

(1) 中高年独居進行がん患者と支援関係者へのインタビュー調査

独居進行がん患者20名（男性7名、女性13名：40-59歳9名、60歳以上11名：年齢平均61.05歳、範囲47-89歳）から協力を得た。面談時間は平均67.6分（範囲43-125分）だった。支援者18名（医師、訪問看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、ホームヘルパー、ファイナンシャル・プランナー、社会保険労務士、患者支援団体関係者、身元保証団体職員）から協力を得て面談を実施した。面談時間は平均63.2分（範囲52-95分）だった。

インタビューデータの分析から、独居進行がん患者に特徴的な社会的苦痛として以下の9カテゴリーを抽出し、インターネット調査で独居群・非独居群間の有意差を検証するための25の調査項目を作成した。日常生活関連問題（例：食事、外出） 家族との関係（例：家族間コミュニケーション） 社会的孤立（例：相談相手の存在、地域での役割、孤独死の不安） 医療関連問題（例：治療・ケアに関する意思決定、医療へのアクセス、家族同意の要請） 就労・経済的問題、 社会的不利益・差別（例：身元保証人不在、差別的対応） 人生の最期に向けた準備（例：財産管理、葬儀） 緊急時対応（例：体調急変時、災害時） 社会資源の活用（例：申請手続き）。また、独居者・非独居者の社会資源・制度の活用状況の違いを探索するため社会資源リスト（民間サービスを含む）25項目を作成した。

(2) 患者対象インターネット調査

独居者200名、非独居者200名から回答を得た（有効回答率：51.9%）。回答者の基本属性を【表1】に示した。解析の結果、独居群・非独居群には下記の点で統計的に有意差が認められた。

精神状態

独居群はPHQ得点が有意に高く（ $p<.000$, t 検定）中等度～重度の抑うつ症状のある者は独居群21.0%、非独居群10.0%で有意差が認められた（【図1】参照）。また、女性（ $p=.004$ ）中年層（40-59歳、 $p<.000$ ）子どもがいない者（ $p<.000$ ）経済面の心配がある者（ $p<.000$ ）は、PHQ-9得点が有意に高かった。進行がん群（診断時の病期～期）および、診断後2年以内群では、PHQ-9得点が有意に高い傾向が認められた（ $p<.0058$, $p<.0051$ ）。特に独居群において「いざという時に駆けつけてくれる家族」不在/不明群は、そのような家族がいる群と比較して、PHQ得点が有意に高かった（ $p<.021$ ）。

独居・非独居群×進行がん・非進行がん群の4群間比較（ANOVAを実施）では、独居進行がん群は非独居非進行がん群よりもPHQ9得点が有意に高かったが（ $p<.003$ ）独居非進行がん群、非独居進行がん群とは有意差がなかった。性別との関連では、非独居男性は独居男性・女性、非独居女性と比べてPHQ9得点が有意に低かったが、3群間で有意差はなかった。

がんに関するコーピング様式

t 検定の結果、独居群は非独居群よりもがんに対して前向きな対処方法をとらず（Fighting Spirit; $p<.000$ ）、悲観的/絶望的な対処方法をとる傾向が認められた（Helplessness/Hopelessness, $p<.002$ ）。不安（Anxiety Preoccupation）諦め（Fatalism）回避（Avoidance）のコーピング様式には有意差が認められなかった。

ソーシャル・サポート

t 検定の結果、総合得点（ $p<.001$ ）と全てのサブスケール（家族、友人、大切な人のサポート）において（いずれも $p<.001$ ）独居群は非独居群よりもソーシャル・サポート得点が有意に低かった。

がん患者の支持的ケア・ニーズ

t 検定の結果、全サブスケール（Psychological needs, Health system & information needs, Physical & daily living needs, Patient care & support, Sexuality needs）において2群間に有意差は認められなかった。各項目の回答についてMann-Whitney U検定を実施した結果、項目11（将来の見通しが立たないこと）のみ有意差が認められ、独居群の支援ニーズが有意に高かった（ $p=.026$ ）。項目26（治療選択前の治療に関する説明）項目30（専門家によるカウンセリング）には2群間の差に有意な傾向が認められ（ $p=.090$, $p=.066$ ）いずれも独居群の支援ニーズが高かった。

独居がん患者の社会的問題（【表2】参照）

独居群は家族の世話（項目3）や家族とのコミュニケーション（項目4）に関する困難感是非独居群よりも有意に低かった。一方、就労問題（項目11）、身元保証人不在（項目14）、医療・ケアに関する事前指示（項目15）、家族不在による不利益・差別（項目16）、支援の要請（項目17）、感情の共有（項目19）、孤独死の不安（項目25）に関する困難感是非独居群よりも有意に高かった。

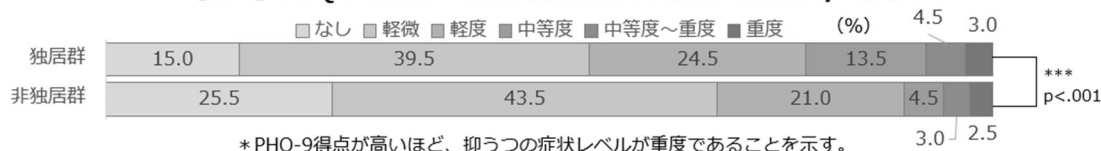
社会制度・社会資源の活用状況

生活保護制度のみ有意差があり（ $p < .001$, χ^2 分析）独居群は生活保護制度を利用する者が多かった（独居群 14 名：非独居群 1 名）。独居群は訪問看護の利用が有意に多い傾向があった（ $p = .061$ ）。がん相談支援センター等の医療機関の相談窓口、患者会等の相談窓口、ピアサポート、介護保険制度、地域包括支援センター、任意後見制度、民生委員、民間会社による身元保証サービス等の活用状況には有意差はなかった。

【表1】回答者の基本属性

基本属性		独居群 n=200	(%)	非独居群 n=200	(%)	基本属性		独居群 n=200	(%)	非独居群 n=200	(%)
性別	男性	100	(50.0)	100	(50.0)	診断時の 病期	0期	27	(13.5)	34	(17.0)
	女性	100	(50.0)	100	(50.0)		I期	66	(33.0)	58	(29.0)
年齢	平均 (SD)	63.00	(±9.85)	63.85	(±9.93)		II期	37	(18.5)	38	(19.0)
	40-59歳	71	(35.5)	66	(33.0)		III期	32	(16.0)	28	(14.0)
	60歳以上	129	(64.5)	134	(67.0)		IV期	12	(6.0)	18	(9.0)
がんの 原発部位	呼吸器	17	(8.5)	18	(9.0)		不明	26	(13.0)	24	(12.0)
	乳房	40	(20.0)	39	(19.5)	婚姻関係	未婚	77	(38.5)	12	(6.0)
	消化器	69	(34.5)	56	(28.0)		既婚	14	(7.0)	173	(86.5)
	泌尿器・前立腺	30	(15.0)	47	(23.5)		離別	77	(38.5)	11	(5.5)
	血液・リンパ腫	8	(4.0)	10	(5.0)		死別	32	(16.0)	4	(2.0)
	婦人科	17	(8.5)	15	(7.5)	子ども	いる	85	(42.5)	160	(80.0)
	頭頸部・口腔	13	(6.5)	12	(6.0)		いない	115	(57.5)	40	(20.0)
	皮膚	3	(1.5)	0	(0.0)	就労状況	有職	135	(67.5)	143	(71.5)
	脳	1	(0.5)	0	(0.0)		無職	65	(32.5)	57	(28.5)
	その他	2	(1.0)	3	(1.5)	PS	0	150	(75.0)	156	(78.0)
診断からの 経過期間	平均月数 (SD)	26.71	(±19.72)	30.86	(±19.18)		1	45	(22.5)	39	(19.5)
	2年未満	98	(49.0)	81	(40.5)		2-3	5	(2.5)	5	(2.5)
暮らし 向き	2年以上	102	(51.0)	119	(59.5)	いざという時に 連絡がとれる家族	いる	172	(86.0)	—	—
	ゆとりあり、心配なし	31	(15.5)	36	(18.0)		いない	23	(11.5)	—	—
	ゆとりなし、心配なし	77	(38.5)	103	(51.5)		不明	5	(2.5)	—	—
	ゆとりなし、多少心配あり	54	(27.0)	47	(23.5)	いざという時に 駆けつけてくれる家族	いる	133	(66.5)	—	—
家族あり、非難心配	35	(17.5)	13	(6.5)	いない		38	(19.0)	—	—	
わからない	3	(1.5)	1	(0.5)	不明	29	(14.5)	—	—		

【図1】PHQ-9 症状レベルの2群間比較：Mann-Whitney U検定



【表2】がん患者の社会的問題に関する2群間比較：Mann-Whitney U検定

項目	平均ランク		Z値	P	項目	平均ランク		Z値	P
	独居群	非独居群				独居群	非独居群		
1 食事に関すること	205.88	195.13	-0.991	0.322	14 入院時（または、施設等に入居する際）に身元保証人等を頼める人がいないこと	222.91	178.09	-4.181	<.001
2 外出や移動に関すること	203.93	197.08	-0.634	0.526	15 自分が意思表明できなくなった時に備えて、自分の医療・ケアに関する希望を周囲に伝えていないこと	219.95	181.05	-3.544	<.001
3 家族の世話（例：介護、看病、子育て）に関すること	181.54	219.46	-3.551	<.001	16 身近に頼れる家族がいないことで、不利益を受けたり差別的に扱われること	221.46	179.54	-3.875	<.001
4 家族とのコミュニケーションに関すること	177.74	223.26	-4.265	<.001	17 必要な時に、誰かに助けを求めることができないこと	218.90	182.10	-3.380	<.001
5 困り事や心配事について相談できる人や場所がないこと	208.60	192.41	-1.484	0.138	18 必要な時に、自分の意見や希望を聞いてもらえないこと	209.19	191.81	-1.610	0.107
6 趣味・娯楽・社会的活動が楽しめないこと	199.36	201.64	-0.210	0.834	19 必要な時に、感情を分かち合う相手がいらないこと	212.53	188.47	-2.188	0.029
7 友人や周囲の人々との関係やコミュニケーションに関すること	199.76	201.24	-0.137	0.891	20 入院中にペットの世話を頼める人がいないこと	196.71	204.29	-0.764	0.445
8 治療方法や療養場所を選んだり、決めたりすること	203.27	197.74	-0.517	0.605	21 地域での役割を担うこと（例：町内会、PTA活動）	192.01	208.99	-1.669	0.095
9 体調が悪化した時の対応に関すること	202.75	198.26	-0.412	0.680	22 様々な社会制度・サービスの申請や利用の手続きが難しいこと	206.82	194.18	-1.156	0.248
10 災害・事故等の緊急時の対応に関すること	206.55	194.46	-1.103	0.270	23 自分や家族の財産管理や相続に関すること	207.33	193.67	-1.256	0.209
11 就労の継続や復職に関すること	213.13	187.87	-2.322	0.020	24 葬儀・お墓に関すること	208.00	193.00	-1.382	0.167
12 通院の送迎や付き添いを頼める人がいないこと	206.87	194.13	-1.184	0.237	25 誰にも看取られることなく、亡くなった後に発見されること	233.54	167.47	-5.997	<.001
13 医療者があなたの治療・病状等について話をする際に、家族の同意や同席を求められること	206.82	194.18	-1.164	0.244					

* 「あなたはこの1カ月間に以下のようなことで困った（または、心配していた）ことはありましたか」と質問し、各項目について「非常に困って（心配して）いた」～「全く困って（心配して）いなかった」の5件法で生活課題の困難度を評価。

(3) 独居進行がん患者の心理社会的支援モデルの検討

中高年独居がん患者が経験する心理社会的苦痛には次のような特徴があることが示唆された。

独居者（特に男性、進行がんの場合）は心理的苦痛が高く、がんに対して悲観的に対処する傾向がある、家族からの支援だけではなく、友人や大切な人々からの支援も少ない傾向がある、必要な時に感情を共有したり、助けを求められる相手がいない可能性が高い、深刻な就労・経済的問題を経験する者が多い、がん治療・ケアに関する将来の見通しや事前指示、治療法の意味決定に関する支援ニーズが高い、家族不在による社会的不利や差別的扱いによる社会的苦痛を経験している可能性がある。また、独居者の33.5%は「いざという時にすぐに駆けつけてくれる家族等」が不在又は不明、14.0%は「いざという時に連絡がとれる家族等」が不在又は不明と回答しており、社会的支援が脆弱でより深刻な心理社会的苦痛を経験している可能性がある。

独居進行がん患者が尊厳を持って安心して生活するためには、患者等へ直接的支援の充実と共に、以下のような様々なレベルで重層的な心理社会的ケアを展開する支援モデルの必要性が示唆された。

ミクロ（個人・家族等）レベル

ピアサポートを含む精神心理的ケアや就労・経済的支援の充実、アドバンス・ケア・プランニングを含むがん治療・支持的ケアに関する意思決定支援の促進

メゾ（組織・地域社会）レベル

医療機関における苦痛のスクリーニング等による支援ニーズ発見のための積極的取組み、家族・身元保証人不在の患者への対応に関する医療者教育、地域における独居者のための生活支援・相談窓口の整備

マクロ（社会制度・政策）レベル

家族・身元保証人不在による社会的不利（例：療養場所の制限）、社会的孤立・孤独死の不安を軽減するための制度・体制整備（例：独居者のための生活支援・相談窓口の整備）

< 引用文献 >

1. Cohen J et al. Dying at home or in an institution: Using death certificates to explore the factors associated with place of death. *Health Policy* 2006;78:319-329.
2. Chibnall JT, et al. Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with lifethreatening medical conditions. *Palliat Med* 2002;16:331-338.
3. Aoun S, et al. A qualitative investigation of the palliative care needs of terminally ill people who live alone. *Collegian* 2008;15:3-9.
4. Currow DC, et al. Do terminally ill people who live alone miss out on home oxygen treatment? An hypothesis generating study. *J Palliat Med* 2008;11:1015-1022.
5. Kaiser NC, et al. Toward a cancer-specific model of psychological distress: population data from the 2003-2005 National Health Interview Surveys. *J Cancer Surv.* 2010;4:291-302.
6. Tuinman MA, et al. Distress, problems and referral wish of cancer patients: differences according to relationship status and life phase. *Psycho-Oncology* 2015;24:699-704.
7. Dionne-Odom JN, et al. Association between advanced cancer patients' survival and family caregiver presence and burden. *Cancer Med* 2016;5(5):853-862.
8. Hisamura K, Matsushima E, Tsukayama S, Murakami S, Motoo Y. An exploratory study of social problems experienced by ambulatory cancer patients in Japan: Frequency and association with perceived need for help. *Psychooncology* 2018;27(7):1704-1710.
9. Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K, et al. *Psychological Reports* 2007. 101; 952-950.
10. Akechi T, Fukue-Saeki M, Kugaya A, et al. Psychometric properties of the Japanese version of the Mental Adjustment to Cancer scale. *Psycho-Oncology* 9: 395-401, 2000.
11. 岩佐一、権藤恭之、日本語版「ソーシャル・サポート尺度」の信頼性ならびに妥当性: 中高年者を対象とした検討. *厚生学* 2007;54(6):26-33.
12. Okuyama T, Akechi T, Yamashita H, Toyama T, Endo C, Sagawa R, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Short-form Supportive Care Needs Survey questionnaire (SCNS-SF34-J). *Psychooncology* 2009;18:1003-10.

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計4件（うち査読付論文 3件 / うち国際共著 0件 / うちオープンアクセス 0件）

〔学会発表〕 計15件（うち招待講演 2件 / うち国際学会 1件）

1. 発表者名 久村和穂
2. 発表標題 がんサバイバーが抱える社会的問題と支援ニーズ
3. 学会等名 第35回日本サイコオンコロジー学会学術集会
4. 発表年 2022年

1. 発表者名 久村和穂
2. 発表標題 がん領域におけるソーシャルワーカーの役割
3. 学会等名 第34回日本サイコオンコロジー学会（招待講演）
4. 発表年 2021年

1. 発表者名 久村和穂、木村美代、福井里美、棟居徳子、葛西傑、松島英介、安本和生、元雄良治
2. 発表標題 一人暮らしの中高年進行がん患者が抱える心理社会的苦痛と有効な支援に関する質的研究
3. 学会等名 緩和・支持・心のケア合同学術大会2020
4. 発表年 2020年

1. 発表者名 久村 和穂
2. 発表標題 がん患者の社会的苦痛とその支援ニーズ:サイレント・ニーズを捉える
3. 学会等名 第17回日本臨床腫瘍学会学術集会（招待講演）
4. 発表年 2019年

1. 発表者名 久村和穂
2. 発表標題 第4期都道府県がん対策推進計画への期待:「誰一人取り残さない」緩和ケアの実現を目指して
3. 学会等名 第28回日本緩和医療学会学術集会
4. 発表年 2023年

〔図書〕 計2件

〔産業財産権〕

〔その他〕

-

6. 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
研究分担者	福井 里美 (FUKUI Satomi) (20436885)	東京都立大学・人間健康科学研究科・准教授 (22604)	
研究分担者	棟居 徳子 (MUNESUME Tokuko) (50449526)	早稲田大学・社会科学総合学院・教授 (32689)	
研究分担者	元雄 良治 (MOTOO Yoshiharu) (80210095)	金沢医科大学・医学部・教授 (33303)	2020年度まで

7. 科研費を使用して開催した国際研究集会

〔国際研究集会〕 計0件

8. 本研究に関連して実施した国際共同研究の実施状況

共同研究相手国	相手方研究機関
---------	---------