

2009 2500 7A (1/3)

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

がん患者に対するリエゾンの介入や認知行動療法的アプローチ等の

精神医学的な介入の有用性に関する研究

平成 21 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 明智 龍男

平成 22 (2010) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

- がん患者に対するリエゾンの介入や認知行動療法的アプローチ等の
精神医学的な介入の有用性に関する研究 3
明智 龍男

II. 分担研究報告書

1. がん患者の精神症状に対する有効な精神医学的介入法の開発 23
明智 龍男
2. 外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング介入システムの開発 27
内富 庸介
3. 外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング介入システムの開発 31
清水 研
4. 外来化学療法中のがん患者の QOL の評価法および患者への介入 33
松島 英介
5. 進行がん患者の抑うつ・不安症状に対する精神科アプローチの有効性の研究 36
引地 孝俊
6. がん患者への認知行動療法に基づく介入プログラム開発に関する研究 38
平井 啓
7. がん患者のせん妄に関する病態解明とそれに基づく早期発見介入パッケージの開発 . . . 42
奥山 徹
8. 終末期せん妄を体験する家族に対するケアプログラムの開発 44
森田 達也
9. がん患者における意識障害の原因としてのチアミン欠乏症の検討 49
大西 秀樹

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 53

I. 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
総括研究報告書

がん患者に対するリエゾンの介入や認知行動療法的アプローチ等の精神医学的
な介入の有用性に関する研究

研究者代表者 明智龍男 名古屋市立大学大学院医学研究科 准教授

研究要旨 がん患者の療養生活の維持向上を図るために、本研究では、わが国のがん患者に頻度の高い精神症状（抑うつ、不安、せん妄）および有効な介入法が確立していない精神症状（再発不安）に対する効果的な精神医学的介入の開発を目的に研究を行い、以下の結果を得た。1) がん患者の中等度の「大うつ病の存在を予測する項目として、”医学的ケアに参加しない”および”社会的ひきこもり”という2項目が有用であることが示された。2) 外来化学療法を開始、施行するがん患者に対する“適応障害・うつ病スクリーニングプログラム（修正後）”は、実施可能であるが、受診率・診断率の向上にはつながらなかった。3) がん患者の抑うつのスクリーニングプログラム“つらさと支障の寒暖計の実施と精神科受診の推奨を組み合わせたプログラム”の有用性が示唆された一方で、スクリーニング陽性となっても、精神科受診を希望しない患者が多く、これらの患者への対応が今後の課題として残った。4) 外来化学療法室で治療を受ける肺がん患者においては、身体面、機能面、肺がんの副作用といった臨床面の改善の有無が QOL 全体と感情面の改善に影響を与えていた。5) がん患者に対する問題解決療法プログラムを開発し、がん患者を対象に実施した結果、不安・抑うつが改善し、本プログラムの有用性が示された。6) せん妄ハイリスク（高齢でかつ身体状況が不良）のがん患者を対象とした精神科リエゾンの介入の有用性を検討するための臨床試験を開始した。7) 終末期せん妄を体験する家族の苦痛を軽減するための家族支援リーフレットを作成し、その有用性を示した。8) 外来通院中の約半数のがん患者でビタミン血清 B1 レベルの低下していることがあきらかになった。9) 担がん患者の抑うつ・不安症状に対して、精神科医・臨床心理士の介入は効果的である可能性が示唆された。

研究分担者 明智 龍男
名古屋市立大学大学院
准教授
内富 庸介
国立がんセンター東病院
臨床開発センター
部長
清水 研
国立がんセンター中央病院
医員
松島 英介
東京医科歯科大学大学院
准教授
引地孝俊
大分大学病院
講師
平井 啓
大阪大学大学院

助教
奥山 徹
名古屋市立大学大学院
講師
森田 達也
聖隷三方原病院
緩和支援治療科
部長
大西 秀樹
埼玉医科大学
精神腫瘍科
教授

A. 研究目的

がん患者の 30-40%にケアが必要な精神症状が認められる一方で、多くの精神症状は医療現場で看過されており、また、有効な介入

法も限られている。がん患者の療養生活の維持向上を図るために、本研究では、わが国のがん患者に頻度の高い精神症状（抑うつ、不安、せん妄）および有効な介入法が確立していない精神症状（再発不安、予期嘔吐、実存的苦痛）に対する効果的な精神医学的介入を開発することを目的とする。

本年度に行った各々の研究の目的を以下に記した。

1) がん患者の精神症状に対する有効な精神医学的介入法の開発

大うつ病に対しての治療法の柱は精神療法と薬物療法であるが、中でも重症のうつ病に対しては薬物療法が第一選択となる。一方で、がん患者の大うつ病に関しては、大うつ病の診断基準に身体症状項目（睡眠障害、食欲低下など）が含まれているために、大うつ病の診断そのものが困難であることに加え、重症度の評価も難しいことが知られている。従って、がん患者の大うつ病の重症度を予測することができれば、治療、中でも抗うつ薬の投与を考慮するうえで有用な指標になる。

今回は、がん患者の大うつ病の重症度を予測するうえでの各種診断項目の有用性を検討した。

2) 外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング介入システムの開発

昨年度において、スクリーニングプログラムを通しての精神腫瘍科受診率ならびに適応障害・うつ病診断率が低値にとどまったことを受け、本年度は精神腫瘍科医師が直接通院治療センターに往診するシステムに変更した。また薬剤師のスクリーニングおよび受診推奨スキルを底上げすることを目的としてコミュニケーション技術研修会の実施可能性を検討した。薬剤師4名に対してパイロット的にコミュニケーション技術訓練を実施し、実行可能性を検討した。

3) 外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング介入システムの開発

国立がんセンターにおいて、わが国の実地臨床にあった抑うつのスクリーニング法として、「つらさと支障の寒暖計の実施と精神科受診の推奨を組み合わせたプログラム」（以降プログラムと略）を開発した。今回は化学療法の主体の外来への移行にあわせ、外来のシステムに即したプログラムへの改変を行い、

実地臨床における実施可能性と有用性の確認を行うことを目的とした。

4) 外来化学療法を受けるがん患者のQOLの評価法および患者への介入

本研究は外来化学療法室で治療を受ける肺がん患者のQOL全体について、その実態を把握し、化学療法前との違いを明らかにすることを目的とした。

5) がん患者への認知行動療法に基づく介入プログラム開発に関する研究

本研究では、我が国のがん医療の臨床で均てん化可能な問題解決療法プログラムの開発を目的とした。今年度は、昨年度開発した「日本人がん患者に対する問題解決療法（Problem-Solving Therapy for the Japanese cancer: PST-JC）」を用いて、心理的苦痛のある術後補助化学療法を終了した乳癌患者を対象に個別介入を実施し、その実施可能性と有効性の検討を行うことを目的とした。

6) がん患者のせん妄に関する病態解明と、それに基づく早期発見・介入パッケージの開発

本研究の目的は、せん妄ハイリスクの進行がん患者に対する精神科リエゾン的介入がせん妄の重症度を軽減させ、ひいては医療アクシデントを減少させることに有用であるかどうかを検討することを目的とする。

7) 終末期せん妄を体験する家族に対するケアプログラムの開発

本研究に先だって行われた質的研究・量的調査で、終末期せん妄を体験する家族の苦痛を軽減するための有効と思われる介入が明らかになった。すなわち、1) 医療者が家族の身体的・精神的負担に配慮すること、2) 医療者がせん妄の原因について適時・適切に説明すること、3) 今後起こりうる症状の説明について、適時・適切に説明すること、4) 医療者が家族とともにいること、5) 医療者が患者の主観的な世界を大切にされた対応すること、6) 医療者が家族の身体的・精神的負担に配慮することである。本研究の目的は、これらの知見をもとに作成された家族支援リーフレット「看取りのパamフレット」の有用性を評価することである。

8) がん患者における意識障害の原因としてのチアミン欠乏症の検討

vit B1 欠乏症はがん患者のせん妄の原因として想定されるが、その頻度などは明らかでない。今回の研究では外来がん患者においてチアミンがどの程度低下しているのか、また、どのような患者で低下しやすいのか検討を行なうことにした。

9) 進行がん患者の抑うつ・不安症状に対する精神科アプローチの有効性の研究

本研究は、どのような精神科治療が癌患者の抑うつ症状に有効かを検証することを目的にしている。

B. 研究方法

1) がん患者の精神症状に対する有効な精神医学的介入法の開発

【対象】国立がんセンター精神科のデータベースを利用した。1996年から2003年間に国立がんセンター中央病院および東病院精神科に紹介されたがん患者のうち、DSM-IVのinclusive クライテリアにより大うつ病と診断されたがん患者のデータを用いた。

【方法】本データベースには、DSM-IVの9つの大うつ病診断基準項目に加え、Cavanaughの提唱する診断基準項目1項目(Not participating in medical care in spite of ability to do so, not progressing despite improving medical condition and/or in functioning at a lower level than the medical condition warrants: 以下、“医学的ケアに参加しない”)およびEndicottの提唱する診断基準項目4項目(1. Fearfulness or depressed appearance in face or body posture: 以下、“悲しそうな表情”、2. Social withdrawal or decreased talkativeness: 以下、“社会的ひきこもり”、3. Brooding, self-pity, or pessimism: 以下、“悲観的”、4. Cannot be cheered up, doesn't smile, no response to good news or funny situations: 以下、“よい知らせにも反応がみられない”)の有無が含まれている。なお、Cavanaughの提唱する診断基準項目は身体疾患を有する患者の大うつ病を、Endicottの提唱する診断基準項目はがん患者の大うつ病を診断する際に有用性が示唆されているものである。

項目反応理論を用いて、DSM-IVの9つの大うつ病診断基準項目に加え、Cavanaughの提唱する診断基準項目1項目およびEndicottの提唱する診断基準項目4項目を含めた全14項目のどの項目が、がん患者の大うつ病の重症

度を予測する上で有用かを検討した。

2) 外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング介入システムの開発

【対象】2008年4月1日から2009年9月30日の6ヶ月間に国立がんセンター東病院通院治療センターにおいて外来化学療法を開始したがん患者全例を対象とした。

【方法】適格基準を満たしている患者が通院治療センターを受診し、薬剤指導を受ける際に、薬剤師が患者に対し、抑うつに対するスクリーニング(つらさと支障の寒暖計)を施行する。その結果、適応障害・うつ病が疑われる患者(陽性例)に対しては、その場で患者に結果をフィードバックし、精神的ストレスに関して概説したパンフレットを配付すると同時に精神腫瘍科受診を推奨する。患者の同意が得られた場合は、当日あるいは後日に精神腫瘍科外来の予約を入れる。なお、初診に限って精神腫瘍科医が直接通院治療センターにて診察することも併せておこなった。

なお、スクリーニングおよび受診推奨スキルを底上げすることを目的に、2009年9月25日、薬剤師向けコミュニケーション技術訓練のパイロットを薬剤師4名に対し実施した。

【調査項目】

以下は全て国立がんセンター東病院の診療オーダーリングデータ、臨床データ、診療録より後方視的に調査した。

1. 実施状況

1) 適格症例中のスクリーニング実施率

2) スクリーニング実施患者のスクリーニング得点及び陽性率

2. 精神腫瘍科受診率

2009年4月1日から2009年9月30日の間に通院治療センターにおいて初回化学療法を受けた全患者のうち、3ヶ月以内に精神腫瘍科を受診し、適応障害またはうつ病と診断された患者の割合。

3. 適応障害・うつ病診断率

2009年4月1日から9月30日の間に通院治療センターにおいて初回化学療法を施行した全患者のうち、3ヶ月以内に精神腫瘍科を受診し、適応障害またはうつ病と診断された患者の割合。

4. 初回化学療法から精神腫瘍科受診までの日数

2009年4月1日から9月30日までの間に通院治療センターにおいて初回化学療法を施行した全患者のうち、3ヶ月以内に精神腫瘍

科を受診した患者、適応障害またはうつ病と診断された患者の初回化学療法日から精神腫瘍科受診日までの日数。

3) 外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング介入システムの開発

【対象】2009年9月1日より12月11日までの30日間、慶應義塾大学病院乳腺外科を受診する乳がん患者を対象とした。

【方法】受診患者にはつらさと支障の寒暖計を主治医が配布し、その後看護師が詳細な説明を行ったうえで記入してもらった。寒暖計が所定のカットオフ値（つらさ4点以上かつ支障3点以上）を超える場合は、患者に対して精神科外来受診の推奨を行った。

4) 外来化学療法を受けるがん患者のQOLの評価法および患者への介入

【対象】2008年6月から2010年1月の期間において、東京医科歯科大学医学部附属病院呼吸器内科病棟に入院中の肺がん患者のうち、適格条件①20歳以上、②肺がんと病名を告知されている、③検査時、他の悪性腫瘍に罹患していない、④外来化学療法が予定されている、⑤調査に耐えうる身体状況である、⑥重篤な認知障害がない、⑦精神障害の既往歴・現病歴がない、を満たす患者を連続的にサンプリングした。

【方法】対象に、研究の趣旨を十分に説明し、文書にて同意を得たうえで、調査を実施した。調査項目は、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) を用いて心理特性を、Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung (FACT-L) を用いてQOLを調べ、これらを計2回〔化学療法前(入院中)、外来化学療法2回目(外来化学療法中)〕行った。

5) がん患者への認知行動療法に基づく介入プログラム開発に関する研究

【対象】以下の適格基準及び除外基準を満たす乳癌患者(術後約1ヵ月後)12名であった。対象者の平均年齢は50.08歳(SD=11.69)であった。

(適格基準)①乳癌の診断が臨床的もしくは組織学的、病理学的に確認された患者②手術を受け、その後術後補助化学療法を受けた患者③がんの診断について説明がされている患者④年齢20歳以上(70歳以下)であること⑤ECOG PSが0または1であり、外来通院、軽度の身体活動が可能であること⑥「つらさと

支障の寒暖計」でつらさ得点3点以上かつ支障得点1点以上であること、又は「Hospital Anxiety and Depression scale 日本語版」の合計得点が11点以上であること

(除外基準)①希死念慮を伴ううつ病が疑われるなど精神科医による対応が必要であると主治医が判断する患者②せん妄、認知症などの認知障害か統合失調症などの精神疾患を認める患者、③抗うつ薬・抗精神病薬・抗不安薬による薬物療法を受けている患者④認知機能障害のある患者⑤日本語の読み書きが困難な患者

【方法】前後比較研究(Phase I/II)で行った。

<手続き>

①近畿圏の某中核病院において、主治医に術後補助化学療法を終了した乳癌患者の紹介を依頼した。②主治医から紹介を受けた患者の内、適格基準・除外基準を満たす参加希望者に対して、本研究の説明の実施及び同意書への署名を得た。③質問紙への回答を依頼した(baseline assessment)。④5セッションからなる問題解決プログラムを実施した。⑤介入終了直後(posttreatment assessment)：質問紙への回答を依頼した。⑥介入終了から3ヵ月後に問題解決療法全体のレビューとフォローアップを実施した。⑦介入終了から半年後(follow-up assessment)に郵送(電話)にて質問紙への回答を依頼した。

<測定内容>

①精神的苦痛：つらさの寒暖計②不安・抑うつ：Hospital Anxiety and Depression scale(HADS)日本語版③QOL評価：EORTC-QLQ-C30日本語版④セルフエフィカシー：進行がん患者のためのセルフ・エフィカシー尺度⑤がん患者の心配評価尺度(Hirai et al., 2008)⑥再発不安：The Concerns About Recurrence Scale (CARS)⑦Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC)日本語版⑧問題の困難度・プログラム及び治療者に対する期待度や満足度等に関する項目(11項目)⑨患者属性：年齢・性別・教育歴・経済状態<日本人がん患者に対する問題解決療法PST-JC>

PST-JCは、精神科医・看護師・臨床心理士・心理学者によるフォーカスグループにおいて開発したものであった。介入の際に用いる患者用ワークシート及び介入者用マニュアルの開発は問題解決療法を専門とする臨床心理士及び心理学者を中心として行った。

PST-JCは個人面接で1回1時間の5セッションにより構成されており、問題解決のための5つのステップ(ステップ1:問題・心配の把握;ステップ2:問題の明確化と達成可能な目標設定;ステップ3:解決策の産出;ステップ4:解決策の選択と決定;ステップ5:解決策の実行と評価)に基づいて開発された問題解決療法ワークシートに従って実施された。各セッションの内容をTable 1に示した。

Table 1 各セッションの内容

1	参加者が自身の問題を話す時間を設ける、問題解決療法の紹介、問題の整理を宿題
2	問題の整理(ステップ1)、目標設定(ステップ2)、解決策の産出を宿題
3	解決策の産出(ステップ3)、解決策の選択(ステップ4)、計画実行を宿題
4	実行の評価(ステップ5)、新たな目標設定、解決策の産出、解決策の決定、計画実行を宿題
5	実行の評価、まとめ

6) がん患者のせん妄に関する病態解明と、それに基づく早期発見・介入パッケージの開発

【対象】名古屋市立大学病院へ入院した、せん妄のハイリスクがん患者を対象とした。せん妄ハイリスクは65歳以上であること、治療不能がんであること、ECOG PS2以上であることと定義した。

【方法】研究前半群は通常ケアを提供し、入院時及び2週間後の評価のみを行う。研究後半群はこれらの評価に加え、精神科リエゾン介入を行う。リエゾン介入は、電子カルテ診察、薬物療法プラン作成、せん妄回診などから構成される。

介入のアウトカムは入院2週間後における中等度以上のせん妄の頻度とする。せん妄の重症度はDelirium Rating Scale-revised 98を用いて評価することとした。

7) 終末期せん妄を体験する家族に対するケアプログラムの開発

【対象と方法】単施設のホスピス病棟で、パンフレット提示のための医師・看護師への教育(スライド)を行った。その後、死亡が近いと考えられる患者の家族の面談の時に主治医から「看取りのパンフレット」を用いた説明を行い、死亡後~6か月の遺族に「看取りの

パンフレット」の有用性と体験について質問紙調査を実施した。

8) がん患者における意識障害の原因としてのチアミン欠乏症の検討

【対象】埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科外来受診患者のうち、1) 20歳以上、2) 確定された悪性腫瘍患者、3) 文書により同意の得られる者。除外基準: 1) 1ヶ月以内に経口または点滴にてチアミン製剤の投与の既往、2) その他、不相当と判断されたもの。

【方法】上記の患者について採血を行い、血中チアミン濃度測定を行なう。同時に患者背景、臨床所見、食事摂取状況についての調査を行なった。

9) 進行がん患者の抑うつ・不安症状に対する精神科アプローチの有効性の研究

がん患者の抑うつ状態の有病率やQOLの低下に関しての実態を調べ、それに影響を与える要因を検証した。精神科治療群間の比較および各群の治療前後での精神症状の比較を行う。すなわち通常診療群(Treatment As Usual)と専門的精神療法を加味した群の2群を設定して群間の比較を行った。

(倫理面への配慮)

本研究への協力は個人の自由意思によるものとし、本研究に同意した後でも随時撤回可能であり、不参加・撤回による不利益は生じないことを文書にて説明した。また、得られた結果は統計学的な処理に使用されるもので、個人のプライバシーは厳重に守られる旨を文書にて説明した。また、本研究においては、精神症状に対する非身体的な介入が大多数を占めると考えられるため、有害事象としての身体的な問題はほとんど生じないと考えられる。一方で、心理的側面に対する調査等に際して不快感を経験する可能性が存在するので、これらに関しては常に十分な配慮を行うとともに、可能な限りその負担の軽減に努めることとした。なお、本研究は、各実施施設の倫理委員会が研究実施計画が承認された後に実施した。既存の臨床データなどを利用した後方視的検討にあたっては、疫学研究に関する倫理指針に基づきすすめた。

C. 研究結果

1) がん患者の精神症状に対する有効な精神医学的介入法の開発

総数 5431 件の精神科コンサルテーションのうち、大うつ病と診断された 728 名 (12.8%) のデータが抽出された。

項目反応理論に基づく解析から得られた項目特性曲線から、大うつ病の重症度の予測能力を検討すると、DSM-IV の 9 つの大うつ病診断基準項目は、無価値観、希死念慮を含めたいずれの項目もがん患者の大うつ病の重症度を予測するうえでは有用性が乏しいことが示唆された。また、中等度の大うつ病の存在を予測する項目としては、“医学的ケアに参加しない (Cavanaugh の提唱する診断基準項目)” および “社会的ひきこもり” (Endicott の提唱する診断基準項目) という 2 項目が有用であることが示された。また、軽症の大うつ病の予測については、“悲しそうな表情” (Endicott の提唱する診断基準項目) と “悲観的” (Endicott の提唱する診断基準項目) が、重症の大うつ病の予測には “よい知らせにも反応がみられない” (Endicott の提唱する診断基準項目) という項目が有用であることが示された。

2) 外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング介入システムの開発

2009 年 4 月 1 日から 9 月 30 日までに選択基準を満たした患者は 648 名であり、スクリーニング実施率は 76.7% (497 名) であった。つらさと支障の寒暖計の得点 (平均±SD) は、つらさ 2.1 ± 2.5 点、支障 1.3 ± 2.2 点であり、スクリーニング陽性率は 16.7% (83 名) であった。精神腫瘍科受診率は 1.7% (11 名)、適応障害・うつ病診断率は 0.9% (8 名) であり、そのうち、精神腫瘍科医師が出向いて診察した患者は 10 名であった。また、初回化学療法施行日から精神腫瘍科受診日までの日数は 27.2 ± 18.4 日であった。

なお、スクリーニング陰性者もしくはスクリーニング対象者外においても、薬剤師または看護師により精神腫瘍科受診の希望がある場合には、精神腫瘍科医師が通院治療センターに出向き診察を行った。その結果、精神腫瘍科医師が出向いて診察をしたものは 10 名であり、そのうち適応障害・うつ病と診断されたものは 8 名であった。

薬剤師のスクリーニングおよび推奨スキルの向上を目的として、薬剤師向けコミュニケーション技術訓練を試験的に実施した。技術訓練は 2009 年 9 月 25 日に 5 時間に渡りおこなった。内容は薬剤師による薬剤師導場面を

想定し、医師向けの訓練で一般的に用いられている SHARE プロトコールに準じたロールプレイ形式で実施した。参加者は薬剤師 4 名 (臨床経験 3.5-17.5 年、がん臨床経験 3.5-10.3 年) であり、ファシリテーター 2 名、サポーター 3 名、模擬患者 1 名であった。参加者からは、患者とのコミュニケーションに関する自信の向上、満足との回答 (自由記載) があった。薬剤師に対する基本的なコミュニケーション技術を習得する研修会の実現可能性が示唆された。

3) 外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング介入システムの開発

介入対象となった患者は 150 名であり、女性が 150 名 (100%)、男性が 0 名であり、平均年齢は 57.2 ± 10.5 歳であった。Stage は 0~III が 112 名 (69.2%)、IV 期・再発が 37 名 (22.8%) であり、精査中が 1 名 (0.6%) であった。介入対象全員にスクリーニングは実施され、そのうち 51 名 (34.0%) がスクリーニング陽性であった。陽性となった患者全員に看護師より精神科受診の推奨が行われ、うち 5 名 (9.8%) が実際に精神科を受診した。精神医学的診断の内訳は、4 名が適応障害、1 名が診断なしであり、全対象に対する適応障害にて精神科受診を行った患者の割合は 2.7% であった。

4) 外来化学療法を受けるがん患者の QOL の評価および患者への介入

2010 年 1 月現在、対象者 48 名のうち調査拒否者が 1 名いたため、47 名にアンケートを実施した。そのうち、現時点で計 2 回の調査ができた患者は 28 名【平均年齢 64.0 歳 (標準偏差 8.9)、男性 24 名、女性 2 名】だった。28 名を QOL 評価項目の Trial Outcome Index 【TOI: 身体面、機能面、肺がんの特異的な項目 (Lung Cancer Subscale: LCS) の 3 項目の合計得点】の外来化学療法中から化学療法前の得点をひいた変化量によって、改善有群 (6 点以上) と改善無群 (6 点未満) の 2 群に分けた。TOI 改善有群 8 名と改善無群 20 名の 2 群において、QOL 全体の FACT-L、QOL の下位尺度の感情面と HADS の項目の不安、抑うつの各項目について、外来化学療法中から化学療法前の得点を引いた変化量に違いがあるかどうかをみるために、Wilcoxon の順位和検定を実施した。FACT-L ($W=213.00$, 漸近有意確率 < 0.0001) と感情面 ($W=237.50$, 漸近有意確

率 $0.007 < 0.05$) は TOI の改善の有無によって有意差があらわれた。一方、不安 ($W=213.00$, 漸近有意確率 $0.326 > 0.05$)、抑うつ ($W=100.00$, 漸近有意確率 $0.405 > 0.05$) の変化は TOI の改善の有無による有意差は示されなかった。

5) がん患者への認知行動療法に基づく介入プログラム開発に関する研究

HADS の合計得点の平均値は、baseline が 14.08 ($SD=6.34$)、posttreatment が 9.67 ($SD=5.29$) であった。1 要因(時期(2; baseline, posttreatment))の反復測定分散分析の結果、時期の主効果は有意であった ($F(1, 11) = 7.26$, $p = .02$, $\eta^2 = .39$)。

対象者のプログラムへの評価は、プログラム参加への満足度(5 件法: 1. 全く満足できなかった・5. 非常に満足した)の平均値が 4.67 ($SD=0.49$) であった。プログラム内容が日常生活でどの程度役に立つかの評定(5 件法: 1. 全く役に立たない・5. 非常に役に立つ)の平均値は 4.33 ($SD=0.65$) であった。プログラム内容が自分でどの程度使えるかの評定(5 件法: 1. 全く使うことができない・5. 非常に使うことができる)の平均値は 4.33 ($SD=0.49$) であった。

6) がん患者のせん妄に関する病態解明と、それに基づく早期発見・介入パッケージの開発

2008 年 10 月より研究を開始し、現在 23 名が調査完遂した。この 23 名において、第一回、第二回各評価における中等度以上のせん妄の頻度は、それぞれ 35%、43% であった。

7) 終末期せん妄を体験する家族に対するケアプログラムの開発

死亡者 149 名のうち、死亡前に家族支援リーフレットを用いた家族介入を行った遺族 90 名に質問紙を送付し、62 名から回答を得た。93% の遺族が「看取りのパフレット」が「役に立った」または、「とても役に立った」と答えた。遺族の体験として、「この先どのような変化があるのかの目安になる(86%)」、「家族ができることやしても良いことが分かる(83%)」、「他の家族に状況を伝えるために利用できる(75%)」、「患者さまの状況と照らし合わせて現状を理解するのに役に立つ(75%)」、「不安や心配が和らぐ(75%)」が見られた。

8) がん患者における意識障害の原因としてのチアミン欠乏症の検討

対象期間中 44 名の患者に対して採血をお

こなった。平均年齢 59 ± 12 才、うち女性 37 名。原発は乳腺 21 名、大腸 5 名、肺、血液各 4 名、他部位 7 名であった。ビタミン B1 平均値は 29.6 ± 8.0 ng/ml ($17 \sim 53$ ng/ml)。わが国で定めているビタミン B1 正常下限 28 ng/ml 以下の患者は 21 名(47.7%) であった。

9) 進行がん患者の抑うつ・不安症状に対する精神科アプローチの有効性の研究

平成 21 年度より研究参加後、具体的な計画を立案し、研究方法の決定、人的物的資源の準備の上、平成 21 年 7 月より開始した。現在まで 7 例に介入を行っている(2 名死亡)。精神科医 2 名、臨床心理士 3 名が介入を行った結果、身体症状が進行する中で、スクリーニングにて陽性であり、HADS(hospital anxiety and depression scale) および European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ C-30) において抑うつ状態で QOL の低下した患者において、精神科治療を施行した患者では、症状の悪化が見られたものが少なかった。

D. 考察

1) がん患者の精神症状に対する有効な精神医学的介入法の開発

本研究から、DSM-IV の大うつ病診断基準項目は、身体症状項目のみならず、無価値観、希死念慮など先行研究でがんを含めた身体疾患を有する患者の大うつ病診断の際に有用性が示唆されていた項目も、がん患者の大うつ病の重症度を予測するうえでは有用性が乏しいことが示唆された。

一方、Cavanaugh および Endicott の提唱する診断基準項目については、いずれもがん患者の大うつ病の重症度を予測するうえで有用であることが示唆された。中でも、「医学的ケアに参加しない(Cavanaugh の提唱する診断基準項目)」および「社会的ひきこもり」

(Endicott の提唱する診断基準項目) といった症状の存在は、大うつ病が中等度以上であることを示唆するため、治療選択の際に有用な情報になり得ることが示された。

2) 外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング介入システムの開発

スクリーニング実施率は 70% 台を維持しており、実施可能性を十分示唆する値である。しかし、スクリーニング陽性率は昨年度の 20% 台から 10% 台へと減少した。また、受診

に関するバリアとして患者の時間的・空間的負担が疑われている。そのバリアを取り除く工夫のひとつとして、精神腫瘍科医師が出向いて診察をする設定を取り入れたあとも精神腫瘍科受診率は1%台、適応障害・うつ病診断率は1%未満にとどまった。

受診率、診断率が向上しない原因として、以下が考えられる。第一に、通院治療センターにおいて外来化学療法を受ける患者は、身体状況が良く、適応障害やうつ病も少ないことが予想される。そのため、そもそも有病率が低い患者群であるかあるいは軽症で留まり自然軽快する症例が多いこともある。第二に何らかの支障は自覚はしているが、適応障害やうつ病と自覚をしていない患者が多いこと、また精神科での専門的治療の必要性を感じていないことも考えられる。第三に、精神科医師が出向くことによって、時間的・空間的負担を取り除いたとしても、精神科受診行動に対するバリアが取り除かれていない可能性もある。

うつ病のスクリーニングに関しては、プライマリ・ケア領域を含めた身体疾患患者のメンタル・ケアの重要課題の一つである。米国予防医療サービス専門作業部会では、うつ病スクリーニングに関するガイドラインを提示している。そこには、スクリーニングの効果として、うつ病患者に対しての有益性は示されているが、対象とする患者群全体では有益性は示されていないこと、その原因として閾値下うつ病や軽症うつ病では自然寛解も多く、専門的介入までを必要としない例の存在、重症うつ病はあえてスクリーニングをしなくても見つけられる機会が多いことをあげている。今後、がん患者に対して外来スクリーニングを実施するにあたり、通院治療センターで治療する患者の経過の評価とそれに合わせたスクリーニング、患者のニーズを反映させた対応方法の検討が必要である。また、つらさと支障の寒暖計により、うつ病の重症例や慢性・遷延化症例をスクリーニングするためには、実地場所や実施するタイミング、対象の検討が必要である。

3) 外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング介入システムの開発

本介入により、ある一定の割合で、精神症状を持つがん患者が専門的介入を受けるようになり、その有用性が示唆された。一方で、スクリーニング陽性となっても、精神科受診

を希望しない患者が多く、これらの患者への対応が今後の課題として残った。

4) 外来化学療法を受けるがん患者のQOLの評価法および患者への介入

身体面、機能面、肺がんの副作用といった臨床面(TOI)の改善は、QOL全体の上昇に影響を与えた【TOI改善有群:中央値13.8(25%点;9.6,75%点;22.3),TOI改善無群:中央値-6.1(25%点;-12.9,75%点;2.7)】。また、臨床面の改善は、感情面全般を反映するQOL項目の上昇には関係があった【TOI改善有群:中央値3.5(25%点;3.0,75%点;4.8),TOI改善無群:中央値-1.8(25%点;-1.0,75%点;3.0)】が、一方で、不安や抑うつといった特化した項目では差はあられなかった。これらの結果をふまえて、臨床面の改善がみられない患者は、感情面も悪く、感情面のフォローも必要であることが伺えた。

5) がん患者への認知行動療法に基づく介入プログラム開発に関する研究

本研究は昨年度に開発を行ったPST-JCを用いて、心理的苦痛のある術後補助化学療法を終了した乳癌患者を対象に個別介入を実施し、その実施可能性と有効性の検討を行った。その結果、HADS得点は介入前よりも介入後に有意に減少することが明らかとなり、PST-JCの有効性が示された。また、対象者はPST-JCに対する満足度も高く、日常生活でも役に立ち、プログラムで学んだことを自分で使うことができることと評価することも明らかとなった。

6) がん患者のせん妄に関する病態解明と、それに基づく早期発見・介入パッケージの開発

本研究における適格基準を満たす患者におけるせん妄の出現頻度は高く、リエゾン介入のような新規介入が必要な一群であることが示唆された。

入院時よりせん妄を呈している患者が多かったことから、入院時のせん妄スクリーニングとそれに基づく早期介入が有用であると考えられた。

7) 終末期せん妄を体験する家族に対するケアプログラムの開発

「看取りのパンフレット」は多くの家族にとって有用であり、家族に対する知識の有効な提供や家族間の情報共有に役立ち、家族のせん妄によるつらさを和らげることが示唆され

た。

8) がん患者における意識障害の原因としてのチアミン欠乏症の検討

外来レベルにおいて、半数近くの患者でビタミン血清 B1 レベルの低下していることがあきらかになった。ビタミン B1 は体内合成ができないため、外部からの摂取に頼る必要があるが、食欲低下などで低下している可能性がある。

9) 進行がん患者の抑うつ・不安症状に対する精神科アプローチの有効性の研究

今回の研究では、薬物療法に精神科医の精神療法と臨床心理士の専門的な心理療法を総合的に施行した結果となったが、いずれの症例でも有効性が示唆されたと考えられる。今後例数を増やしていき、結果に影響を与える因子の分析を行っていく。現時点では、担がん状態の患者も、非担がん患者と同様に、その呈した精神症状は、精神科治療で改善が期待できることが予想された。

E. 結論

1) がん患者の精神症状に対する有効な精神医学的介入法の開発

DSM-IV の 9 つの大うつ病診断基準項目は、いずれもがん患者の大うつ病の重症度を予測するうえでは有用性が乏しい一方、Cavanaugh および Endicott の提唱する診断基準項目については、いずれもがん患者の大うつ病の重症度を予測するうえでは有用であることが示唆された。

2) 外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング介入システムの開発

国立がんセンター東病院通院治療センターでの適応障害・うつ病スクリーニングプログラムを実施し、その状況を報告した。スクリーニング実施率は維持したが、精神腫瘍科受診率、適応障害・うつ病診断率は低値を示していた。今後、実効性を高めるためには介入システムを含めた包括的な支援体制の一環として検討する必要がある。

3) 外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング介入システムの開発

「つらさと支障の寒暖計の実施と精神科受診の推奨を組み合わせたプログラム」は有用であるが、今後のプログラムの改変の必要性

が示唆された。

4) 外来化学療法を受けるがん患者の QOL の評価法および患者への介入

外来化学療法期間中に、臨床面だけでなく、感情面のフォローをすることは、患者の QOL のさらなる改善につながることを示唆された。

5) がん患者への認知行動療法に基づく介入プログラム開発に関する研究

昨年度開発した日本人がん患者に対する問題解決療法 (Problem-Solving Therapy for the Japanese cancer: PST-JC) は実行可能であり、対象者のプログラムに対する評価も高く、受容可能なものであることが明らかとなった。また、術後乳癌患者のうつや不安などの心理的苦痛の低減に有効である可能性が示唆された。

6) がん患者のせん妄に関する病態解明と、それに基づく早期発見・介入パッケージの開発

せん妄ハイリスクが高いがん患者において、その頻度は入院 2 週間後においては 43% を非常に高く、本研究を遂行する意義が確認できた。

7) 終末期せん妄を体験する家族に対するケアプログラムの開発

終末期せん妄を体験する家族の苦痛を軽減するための有効と思われる介入法が明らかにした。この指針に基づき、具体的支援策を含んだ教育ツールを作成し、有用性が明らかになった。今後、全国への普及を目指したい。

8) がん患者における意識障害の原因としてのチアミン欠乏症の検討

外来がん患者で血清ビタミン B1 が欠乏ないし、低下している患者のいることを念頭において治療を行わなければならない。

9) 進行がん患者の抑うつ・不安症状に対する精神科アプローチの有効性の研究

担がん患者の抑うつ・不安に対する精神科医療は、有効で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. Okuyama T, Akechi T, et al: Reliability and validity of the Japanese version of the Short-form Supportive Care Needs Survey questionnaire (SCNS-SF34-J) *Psychooncology* 18: 1003-1010, 2009
2. Okuyama T, Akechi T, et al: Cancer patients' reluctance to discuss psychological distress with their physicians was not associated with underrecognition of depression by physicians: a preliminary study *Palliat Support Care* 7: 229-233, 2009
3. Omori IM, Akechi T, et al: Efficacy, tolerability and side-effect profile of fluvoxamine for major depression: meta-analysis *J Psychopharmacol* 23: 539-550, 2009
4. Akechi T, Shimizu K, Okuyama T, Uchitomi Y, et al: Symptom indicator of severity of depression in cancer patients: a comparison of the DSM-IV criteria with alternative diagnostic criteria. *Gen Hosp Psychiatry* 31:225-32, 2009
5. Akechi T, Okuyama T, Uchitomi Y, et al: Psychosocial factors and survival after diagnosis of inoperable non-small cell lung cancer. *Psychooncology* 18:23-9, 2009
6. Sagawa R, Akechi T, Okuyama T, et al : Etiologies of delirium and their relationship to reversibility and motor subtype in cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 39:175-82, 2009
7. Yamanishi T, Akechi T, et al: Changes after behavior therapy among responsive and nonresponsive patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 172:242-50, 2009
8. Nakaya N, Uchitomi Y, et al: Mental vulnerability and survival after cancer. *Epidemiology* 20: 916-20, 2009
9. Morita T, Uchitomi Y, et al: Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study. *J Pain Symptom Manage* 37: 649-58, 2009
10. Fujimori M, Uchitomi Y, et al: Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. *Jpn J Clin Oncol* 39: 201-16, 2009
11. Mochizuki Y, Matsushima E, et al: Perioperative assessment of psychological state and quality of life of head and neck cancer patients undergoing surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg* 38: 151-159, 2009.
12. Kobayashi M, Matsushima E, et al: Psychological distress and quality of life in cervical cancer survivors after radiotherapy. *Int J Gynecol Cancer* 19: 00-00, 2009.
13. Sanjo M, Morita T, Hirai K, et al: Caregiving Consequences Inventory: a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology*, 18 (6): 657-66, 2009.
14. Hirai K, et al: Self-efficacy, psychological adjustment and decisional-balance regarding decision making for outpatient chemotherapy in Japanese advanced lung cancer. *Psychology and Health* 24 (2): 149- 60, 2009.
15. Miyashita M, Morita T, Hirai K, et al: J-HOPE study: Evaluation of End-of-Life Cancer Care in Japan from the Perspective of Bereaved Family Members. *J Clin Oncol* 27:502s, 2009 (suppl; abst 9577)
16. Yamagishi A, Morita T, et al: Symptom Prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. *J Pain Symptom Manage* 37:823-830, 2009
17. Miyashita M, Morita T, Uchitomi Y, et al: Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. *J Pain Symptom Manage* 37:1019-1026, 2009
18. Morita T, et al: Late referrals to palliative care units in Japan: Nationwide follow-up survey and effects of palliative care team involvement after the cancer control act. *J Pain Symptom Manage* 38:191-196, 2009

19. Yamagishi A, Morita T, et al: Artificial hydration therapy for terminally ill cancer patients: a nurse-education intervention. *J Pain Symptom Manage* 38:358-364, 2009
20. Ando M, Morita T, et al: International comparison study on the primary concerns of terminally ill cancer patients in short-term life review interviews among Japanese, Koreans, and Americans. *Palliat Support Care* 7:349-355, 2009
21. Tarumi Y, Morita T, et al: Cancer pain-progress and ongoing issues in Japan. *Pain Res Manag* 14:357-358, 2009
22. Sasahara T, Morita T, et al: Development of a standard for hospital-based palliative care consultation teams using a modified Delphi method. *J Pain Symptom Manage* 38:496-504, 2009
23. Fukuhori H, Morita T, et al: Administrators' perspectives on end-of-life care for cancer patients in Japanese long-term care facilities. *Support Care Cancer* 17:1247-1254, 2009
24. Sato K, Morita T, et al: The long-term effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolongation treatment, and knowledge about palliative care. *J Palliat Care* 25:206-212, 2009
25. Nakazawa Y, Morita T, et al: The Palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med* 23:754-766, 2009
26. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: The efficacy of mindfulness-based meditation therapy on anxiety, depression, and spirituality in Japanese patients with cancer. *J Palliat Med* 12:1091-1094, 2009
27. Morita T, Uchitomi Y, et al: Meaninglessness in terminally ill cancer patients: A randomized controlled study. *J Pain Symptom Manage* 37:649-658, 2009
28. Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y, et al: Caregiving consequences inventory: a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* 18:657-666, 2009
29. Sasahara T, Morita T, et al: Development of a standard for hospital-based palliative care consultation teams using a modified Delphi method. *J Pain Symptom Manage* 38:496-504, 2009
30. Fukuhori H, Morita T, et al: Administrators' perspectives on end-of-life care for cancer patients in Japanese long-term care facilities. *Support Care Cancer* 17:1247-1254, 2009
31. Sato K, Morita T, et al: The long-term effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolongation treatment, and knowledge about palliative care. *J Palliat Care* 25:206-212, 2009
32. Nakazawa Y, Morita T, et al: The Palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med* 23:754-766, 2009
33. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: The efficacy of mindfulness-based meditation therapy on anxiety, depression, and spirituality in Japanese patients with cancer. *J Palliat Med* 12:1091-1094, 2009
34. Matsumoto Y, Uchitomi Y, Shimizu K, et al: Suicide Associated with Corticosteroid Use During Chemotherapy: Case Report. *Jpn J Clin Oncol* 40:174-76, 2010
35. Ando M, Morita T, Hirai K, et al: Value of religious care for relief of psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients: the perspective of bereaved family members. *Psychooncology* (in press)
36. Shinjo T, Morita T, Hirai K, et al: Care for Imminently Dying Cancer Patients:

- Family Members' Experiences and Recommendations. *J Clin Oncol.* (in press)
37. Okamoto T, Morita T, Hirai K, et al: Religious Care Required for Japanese Terminally Ill Patients With Cancer From the Perspective of Bereaved Family Members. (in press)
 38. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y, et al: Bereavement Dream? - Successful antidepressant treatment for bereavement-related distressing dreams in patients with major depression *Palliative & Supportive Care* (in press)
 39. Wada T, Onishi H, et al: Characteristics, interventions, and outcomes of misdiagnosed delirium in cancer patients. *Palliative & Supportive Care* (in press)
 40. Akechi T, Okuyama T, et al: Delirium training program for nurses. *Psychosomatics* (in press)
 41. Akechi T, Shimizu K, Okuyama T, Uchitomi Y, et al: Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology* (in press)
 42. Katsumata R, Akechi T, Okuyama T, et al: A case with malignant lymphoma and front-temporal lobular degeneration (FTLD)-like dementia facilitated by chemotherapy. *Jpn J Clin Oncol* (in press)
 43. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: Efficacy of Short-Term Life Review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients *J Pain Symptom Manage* (in press)
 44. Azuma H, Akechi T, et al: Paroxysmal nonkinesigenic dyskinesia with depression treated by bilateral electroconvulsive therapy. *J Neuropsychiat Clin Neurosci* (in press)
 45. Azuma H, Akechi T, et al: Neural correlates of memory in depression measured by brain perfusion SPECT at rest. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* (in press)
 46. Shimizu K, Uchitomi Y, et al: Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice. *Psychooncology*, (in press)
 47. Kohno Y, Matsushima E, et al: Relationship of psychological characteristics and self-efficacy in gastrointestinal cancer survivors. *Psycho-oncology* (in press)
 48. Yoshida S, Hirai K, et al: A qualitative study of decision-making by breast cancer patients about telling their children about their illness. *Support Care Cancer* (in press)
 49. Choi JE, Hirai K, et al: Preference of place for end-of-life cancer care and death among bereaved Japanese families who experienced home hospice care and death of a loved one. *Support Care Cancer*. (in press)
 50. Arai H, Hirai K, et al: Physical activity and psychological adjustment in Japanese advanced lung cancer patients in chemotherapy: The feasibility of intervention. *International Journal of Sport and Health Science*. (in press)
 51. Akazawa T, Akechi T, Morita T, et al: Self-perceived burden in terminally ill cancer patients: A categorization of care strategies based on bereaved family members' perspective. *J Pain Symptom Manage* (in press)
 52. 明智龍男: がん患者の抑うつと自殺. *日本精神科病院協会雑誌* 2009; 28: 13-16.
 53. 明智龍男: 非専門家がうつ病患者を見つけたとき、専門家につなげる一言. *Depression Frontier* 2009; 7: 77-81.
 54. 明智龍男: がん患者に対する精神医学的な介入に関する研究について. *緩和医療学* 2009; 11: 73-77.
 55. 明智龍男: がん患者と家族の心のケア (サイコオンコロジー). *治療* 2009; 91: 2419-2423.
 56. 明智龍男: 癌患者の精神症状緩和-サイコオンコロジー. *臨床泌尿器科* 2009; 63: 513-519.
 57. 明智龍男: がん医療における適応障害と精神療法緩和ケア 2009; 19: 205-209.

58. 明智龍男 : がん患者の精神症状. 治療学 2009; 43: 44-48.
59. 明智龍男 : がん患者に対する精神療法. 精神神経学雑誌 2009; 111: 68-72.
60. 白井由紀, 内富庸介, 他: 症状緩和 8 コミュニケーション. 治療学 43: 397-403, 2009
61. 内富庸介, 他: SHARE—癌医療におけるコミュニケーション技術. Trends in Hematological Malignancies 1: 34-38, 2009
62. 内富庸介: がん医療における家族への配慮. ナース専科 29: 92-95, 2009
63. 内富庸介: コミュニケーション. 緩和医療 43: 49-55, 2009
64. 内富庸介: サイコオンコロジー総論. 日本精神科病院協会雑誌 28: 6-12, 2009
65. 藤森麻衣子, 内富庸介: がん医療におけるコミュニケーション. 日本精神科病院協会雑誌 28: 41-46, 2009
66. 清水研, 内富庸介: サイコオンコロジー. MedicamentNews 1997: 17-18, 2009
67. 小川朝生, 内富庸介: サイコオンコロジーの役割. 日本臨床 67: 521-527, 2009
68. 小川朝生, 内富庸介: 緩和ケアチームが機能するための課題. 癌の臨床 55: 441-446, 2009
69. 小川朝生, 内富庸介: 高齢者の精神腫瘍学. 腫瘍内科 3: 505-511, 2009
70. 小川朝生, 内富庸介: 精神腫瘍学クイックリファレンスの作成について. 緩和医療学 11: 20-25, 2009
71. 山田祐, 内富庸介, 他: コミュニケーション・スキル(SHARE). CANCER BOARD 乳癌 2: 67-70, 2009
72. 山田祐, 内富庸介, 他: 医師のコミュニケーション技術の向上を図るためのコミュニケーション技術研修会について. 緩和医療学 11: 26-30, 2009
73. 山田祐, 内富庸介, 他: 急性白血病患者に対するコミュニケーション・スキル. Trends in Hematological Malignancies 1: 36-40, 2009
74. 野口 海, 松島英介: 精神療法. 講義録腫瘍学(高橋和久編). メジカルビュー社, 東京, pp. 76-77, 2009.
75. 松島英介, 野口 海: がん患者における尊厳. 精神神経学雑誌 111(1): 73-78, 2009.
76. 松島英介: がん医療と患者の心のケア—現状と問題点. 日本医事新報 No. 4434(2009年4月18日): 74-75, 2009.
77. 松島英介: 高齢がん患者の尊厳と包括的QOL. 腫瘍内科 3(5): 497-504, 2009.
78. 松島英介: 現代精神科臨床と死生観. 臨床精神医学 38(7): 905-913, 2009.
79. 松島英介: 終末期医療における意思決定の実態調査報告. 年報医事法学 24: 45-54, 2009.
80. 野口 海, 松島英介: 緩和医療におけるリスクマネジメント. 総合病院精神医学 21(2): 151-154, 2009.
81. 小林真理子, 松島英介: がん患者の症状緩和 不安. 緩和医療学 11(4): 392-395, 2009.
82. 松下年子, 松島英介: 告知 がん告知. 在宅医療辞典(井部俊子, 開原成允, 京極高宣, 前沢政次編). 中央法規, 東京, pp. 99, 2009.
83. 松島英介: がん患者の包括的QOLと尊厳. 日精協誌 28(12): 17-23, 2009.
84. 望月裕美, 小村 健, 松島英介: 口腔がんの手術が施行される患者の心理特性と生活の質の経時的変化. 口腔病学会雑誌 76(1): 16-24, 2009.
85. 長塚美和, 平井啓, 他: 健康診査・検診受診行動に関する行動の変容ステージと意思決定のバランス. 行動医学研究 15: 61-68, 2009
86. 平井啓, 他: 膵腎同時移植・腎移植・移植待機中の1型糖尿病患者の健康関連QOLと心理状態の比較検討. 糖尿病 52(8): 727-733, 2009.
87. 岩満優美, 平井啓, 他: 緩和ケアチームが求める心理士の役割に関する研究—フォーカスグループインタビューを用いて— Palliative Care Research, 4: 228-234, 2009.
88. 森田達也: 緩和支援治療の量と質の充実と普及をめざす先進的な取り組み. 漢方医学 33: 295-298, 2009
89. 森田達也: スピリチュアルケアガイドの作成プロジェクトの背景. 緩和ケア 19: 16-21, 2009
90. 草島悦子, 森田達也, 他: 緩和ケアとスピリチュアルケア. 緩和ケア 19: 43-48, 2009
91. 前堀直美, 森田達也, 他: 薬剤師からみた地域連携 保険薬局の抱える現状と課

- 題. 緩和ケア 19:130-136, 2009
92. 森田達也, 他: がん性疼痛治療におけるフェンタニル貼付剤の意義と今後の展望. *Pharma Medica* 27:61-68, 2009
 93. 森田達也: 症状緩和 終末期における輸液治療. *治療学* 43:377-382, 2009
 94. 森田達也, 他: すべての病状を通じての緩和ケアチームの活動例. *治療学* 43:459-464, 2009
 95. 森田達也: 維持輸液、栄養輸液、経腸栄養 終末期がん患者に対する輸液治療. *総合臨床* 58(増刊):1110-1118, 2009
 96. 森田達也: 緩和ケアチームと麻酔科のコラボレーション 緩和ケア医の立場から. *LiSA* 16(別冊'09):40-49, 2009
 97. 森田達也: 終末期がん患者に対する輸液治療. *外科治療* 101:149-158, 2009
 98. 森田達也: 30年間のホスピスの歴史が緩和ケアチームの基盤となっていた. *Cross Cancer Research* 1:12-13, 2009
 99. 森田達也: 第3部がん化学療法中に施行する栄養管理. 5. 終末期がん患者に対する輸液治療. *がん患者の栄養管理 がん化学療法チームハンドブック*. 南山堂 262-271, 2009
 100. 森田達也: 緩和ケアチームの活動とリハビリテーション. *MB Med Reha* 111:45-50, 2009
 101. 天野功二, 森田達也: 第II章消化器癌化学療法の実際. 消化器癌化学療法施行時の栄養管理と消化器癌患者に対する緩和医療. 消化器癌患者に対する緩和医療. 久保田哲朗, 大村健二 編. 消化器癌化学療法 改訂2版. 南山堂. 359-374, 2009
 102. 鄭陽, 森田達也, 他: 地域における講義とグループディスカッションを複合した多職種セミナーの有用性. *ペインクリニック* 30:1553-1563, 2009
 103. 大西秀樹: サイコオンコロジーの基本的知識 診断と治療 11: 54-59, 2009
 104. 吉田沙蘭, 森田達也, 平井 啓, 他: 難治性小児がん患児の家族が経験する困難の探索 小児がん, 2010 (印刷中)
- 学会発表
1. Akechi T, Shimizu K, Okuyama T, Uchitomi Y, et al: Symptom indicator of severity of depression in cancer patients: a comparison of the DSM-IV criteria with alternative diagnostic criteria. In 11th World Congress of Psycho-Oncology: Vienna, 2009 June.
 2. Akechi T, Shimizu K, Okuyama T, Uchitomi Y, et al: Symptom indicator of severity of depression in cancer patients: a comparison of the DSM-IV criteria with alternative diagnostic criteria. In 56th Psychosomatic Medicine: Las Vegas, 2009 Nov.
 3. Ito N, Hirai K, et al: Development of cancer worry impact inventory (CWII) in Japanese cancer patients. 43rd Annual Convention of Association for behavioral and Cognitive Therapies. Poster Session. 2009. 11, New York, USA
 4. Ishida M, Onishi H, et al: Bereavement Dream? - Case of a Japanese women suffering from unpleasant dream. International Psycho-Oncology Society. Vienna, Austria. June, 2009.
 5. Onishi H, et al: Psychiatric disorders of the bereaved who lost family members due to cancer: Experiences of outpatient services for bereaved families in a cancer center hospital in Japan. International Psycho-Oncology Society. Vienna, Austria. June, 2009
 6. 安藤満代, 森田達也, 明智龍男, 他: 治療中の日本人がん患者に対するマインドフルネスアプローチの心理面への効果. 第22回日本サイコオンコロジー学会総会: 2009.10, 広島
 7. 安藤満代, 森田達也, 明智龍男, 他: 治療中のがん患者に対するマインドフルネスアプローチが心理に及ぼす効果-質的分析. 第22回日本サイコオンコロジー学会総会: 2009.10, 広島
 8. 吉田愛子, 明智龍男, 奥山 徹, 他: バクロフェン髄腔内投与により精神症状を来した一例. 第22回日本総合病院精神医学会総会: 2009.11, 大阪
 9. 金井菜穂子, 平井 啓, 明智龍男, 他: がん患者へのグループ問題解決療法に関する研究. 第22回日本サイコオンコロジー学会総会: 2009.10, 広島
 10. 内富庸介: がん患者の心理的反応に配慮したがん診療. 第97回日本泌尿器科学会総会. 講演. 2009. 4, 岡山県
 11. 内富庸介: 緩和ケアで求められる心理士の役割. 日本心理臨床学会第28回大会.

- ワークショップ. 2009. 5, 東京都
12. 内富庸介: がん医療における心療内科の役割. 第1回日本心身医学5学会合同集会. シンポジウム座長. 2009. 6, 東京都
 13. 内富庸介: がん患者の心理的反応に配慮したコミュニケーション. 第48回日本消化器がん検診学会総会. 講演. 2009. 6, 北海道
 14. 内富庸介: がん患者の心の反応とその変調への対応. 第9回臨床医のための心身医療東京フォーラム. シンポジウム座長. 2009. 7, 東京都
 15. 内富庸介: がん患者の心理的反応に配慮したコミュニケーション. 第42回日本整形外科学会 骨・軟部腫瘍学術集会. 教育研修講演. 2009. 7, 神奈川県
 16. 内富庸介, 他: コミュニケーション技術研修. 第22回日本サイコオンコロジー学会総会. 座長. 2009. 10, 広島県
 17. 内富庸介: サイコオンコロジー: 概観、医学心理学. 第47回日本癌治療学会学術集会. 教育シンポジウム1: 司会. 2009. 10, 神奈川県
 18. 内富庸介: 緩和医療とサイコオンコロジー. 第68回日本癌学会学術総会. 一般演題 (ポスター). 2009. 10, 神奈川県
 19. 内富庸介: 緩和医療と精神腫瘍学. 第68回日本癌学会学術総会. 座長. 2009. 10, 神奈川県
 20. 伊藤達彦, 内富庸介, 他: 外来化学療法を施行するがん患者に対する適応障害・うつ病スクリーニングプログラム. 第22回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題 (ポスター). 2009. 11, 大阪府
 21. 清水研, 内富庸介, 他: 外来がん患者に対する精神症状スクリーニングプログラム: 実施可能性と有用性の検討. 第22回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題 (ポスター). 2009. 11, 大阪府
 22. 内富庸介: リエゾン精神医学における精神療法のエッセンス. 第22回日本総合病院精神医学会総会. 教育講演座長. 2009. 11, 大阪府
 23. 内富庸介: 緩和ケアと精神腫瘍学の目指すもの. 第22回日本総合病院精神医学会総会. シンポジウム座長. 2009. 11, 大阪府
 24. 内富庸介: 緩和ケアと精神腫瘍学の目指すもの. 第22回日本総合病院精神医学会総会. 演者. 2009. 11, 大阪府
 25. 清水研, 明智龍男, 他: シームレスな心のサポート: がん告知から終末期まで. 第22回日本サイコオンコロジー学会総会. シンポジウム. 2009. 10, 広島
 26. 清水研, 他: 緩和医療の均てん化と専門化に向けての取り組み. 第47回日本癌治療学会学術集会. シンポジウム. 2009. 1, 横浜
 27. 松島英介: サイコオンコロジー総論. 明日から役立つがん患者精神科コンサルテーションのコツ. 第105回日本精神神経学会学術総会. シンポジウム. 2009. 8, 神戸
 28. 野口 海, 松島英介: 統合失調症患者への緩和ケア～具体的ケースから考える～. 第22回日本サイコオンコロジー学会総会. シンポジウム. 2009. 10, 広島
 29. 松島英介: 治療に反応せず、遷延化した低活動型せん妄を通じて. 第22回日本サイコオンコロジー学会総会. シンポジウム. 2009. 10, 広島
 30. 松島英介: がん患者における尊厳とは. 第31回日本造血細胞移植学会総会. 特別講演. 2009. 2, 札幌,
 31. 松島英介: がん患者の尊厳と精神的ケア. 第5回埼玉サイコオンコロジー研究会. 特別講演. 2009. 2, さいたま
 32. 松島英介: 緩和ケアにおける心の問題とその対応-サイコオンコロジーの理解-. 平成20年度 第2回岩手県立病院薬剤師会 自主研修会. 特別講演. 2009. 2, 盛岡
 33. 松島英介: サイコオンコロジー概観. JPOSサイコオンコロジー研修会 (精神腫瘍医コース). 特別講演. 2009. 9, 広島
 34. 松島英介: サイコオンコロジー総論. GHP精神腫瘍学研修会. 特別講演. 2009. 1, 大阪
 35. 松下年子, 松島英介, 他: 医療者によるがん患者へのこころのケア・サポーターがん患者およびサバイバーを対象としたインターネット調査より一. 第28回日本社会精神医学会. ポスター. 2009. 2, 宇都宮
 36. 松下年子, 松島英介, 他: がん患者が院内医療従事者に求める情報提供とこころのケア～がん患者とサバイバーを対象としたインターネット調査結果～. 第14回日本緩和医療学会学術大会. ポスター. 2009. 6, 大阪

37. 小林未果、松島英介、他：がん患者に対する告知の現状～がん患者の遺族を対象としたインターネット調査より～. 第14回日本緩和医療学会学術大会. ポスター. 2009. 6, 大阪
38. 久村和穂、松島英介、他：緩和ケアを受けるがん患者とその家族による患者のQOL評価の一致度とその予測要因に関する研究. 第14回日本緩和医療学会学術大会. ポスター. 2009. 6, 大阪
39. 松田彩子、松島英介、他：入院から外来化学療法に移行する悪性リンパ腫患者のQOL. 第14回日本緩和医療学会学術大会. ポスター. 2009. 6, 大阪
40. 小林未果、松島英介、他：がん患者に対する告知の現状 患者家族に対する「心のケア・サポート」の実態～がん患者遺族を対象としたインターネット調査より～. 第22回日本サイコオンコロジー学会総会. ポスター. 2009. 10, 広島
41. 久村和穂、松島英介、他：緩和ケアを受けるがん患者とその家族による患者のQOL評価の一致度とその予測要因の検討. 第22回日本サイコオンコロジー学会総会. ポスター. 2009. 10, 広島
42. 松田彩子、松島英介、他：がん治療中の心のケア・サポート～家族を対象としたインターネット調査より～. 第22回日本サイコオンコロジー学会総会. ポスター. 2009. 10, 広島
43. 松田彩子、松島英介、他：外来化学療法期間中の悪性リンパ腫患者のQOL. 第22回日本サイコオンコロジー学会総会. ポスター. 2009. 10, 広島
44. 野口 海、松島英介、他：がん治療中の心のケア・サポートについてのインターネット調査～患者と家族の意識の違いとサポートの有無. 第22回日本サイコオンコロジー学会総会. ポスター. 2009. 10, 広島
45. 織田健司、松島英介：東京医科歯科大学医学部附属病院における心身医療科のサイコオンコロジーへの取り組み. 第22回日本サイコオンコロジー学会総会. ポスター. 2009. 10, 広島
46. 織田健司、松島英介：東京医科歯科大学医学部附属病院 心身医療科のコンサルテーション・リエゾン活動. 第22回日本総合病院精神医学会総会. 口演. 2009. 11, 大阪
47. 小林未果、松島英介、他：がん患者遺族を対象とした「心のケア・サポート」に関するインターネット調査. 第22回日本総合病院精神医学会総会. ポスター. 2009. 11, 大阪
48. 平井啓：行動医学とサイコオンコロジー. 第15回日本行動医学会学術総会 小講演 2009. 2, 大阪.
49. 平井啓：望ましいQOLを実現するための心理的援助とは 第14回日本緩和医療学会学術大会 シンポジウム 2009. 6, 大阪.
50. 平井啓：サイコオンコロジー (6)－がん患者、遺族、および医療者の感情反応と精神的健康－日本心理学会 第73回大会 ワークショップ 指定討論者 2009. 8, 京都.
51. 平井啓：健康心理学における多様な研究方法－多施設協働研究への展開－ 日本健康心理学会第22回大会シンポジウム話題提供者 2009. 9. 7, 東京.
52. 平井啓：健康心理学における社会的インパクトのある研究を実現するためには？－研究の方法論とロジスティックスについて学ぶ－ 日本健康心理学会第22回大会ワークショップ 話題提供者 2009. 9. 8, 東京.
53. 平井啓：『シームレスな心のサポート：がん告知から終末期まで』サバイバーシップを支える：心理士による問題解決療法 第22回日本サイコオンコロジー学会. シンポジウム. 2009.10, 広島.
54. 平井啓：サイコオンコロジーの最前線へ貢献する教育体制のあり方「心理士への教育をどうするか？心理士に期待される役割に関する実態調査の結果から」第5回関西サイコオンコロジー研究会. 話題提供者. 2009.11, 広島
55. 明智龍男、森田達也：緩和医療の研究をいかに進めるか～実際に研究を進めるためのノウハウ～. 第14回日本緩和医療学会総会. シンポジウム 8. 2009. 6, 大阪
56. 森田達也、他：緩和医療における口腔ケアの重要性. 第14回日本緩和医療学会総会. モーニングセミナー2. 2009. 6, 大阪
57. 森田達也、他：緩和ケア普及のための地域介入プログラムの実施可能性と有効性：OPTIM 浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 一般演題 (口演5)「地域連携」

2009. 6, 大阪
58. 笹原朋代, 森田達也, 他: 病院内緩和ケアコンサルテーションチームの基準の開発. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 59. 安藤満代, 森田達也, 他: 遺族のスピリチュアルケアとしてのビリーフメント・ライフレビュー. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 60. 宮下光令, 森田達也, 他: 全国のがん診療連携拠点病院、緩和ケア病棟、在宅ホスピスのがん患者の遺族8,163人によるがん終末期ケアの質の評価: J-HOPE study. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 61. 前堀直美, 森田達也, 他: 保険薬局の電話モニタリングと受診前薬局による症状緩和の評価: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 62. 佐藤一樹, 森田達也, 他: 一般市民に対する緩和ケアに関する教育的介入の長期効果. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 63. 松尾直樹, 森田達也, 他: ホスピス・緩和ケア病棟におけるコルチコステロイド使用の実態: 全国医師対象質問紙調査. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 64. 山岸暁美, 森田達也, 他: 外来化学療法中のがん患者の症状頻度と経時的フォローアップ. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 65. 吉田沙蘭, 平井啓, 森田達也, 他: 生命予後告知に対する遺族の評価とその関連要因: J-HOPE Study. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 66. 白土明美, 森田達也, 他: ホスピスにおける在宅支援ベッド運用についての検討. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 67. 坂口幸弘, 森田達也, 他: 遺族ケアサービスに対する遺族のニーズとバリア: J-HOPE study. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 68. 鄭陽, 森田達也, 他: 緩和ケア普及のための地域介入プログラムにおける緩和ケアセミナーの有用性: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 69. 清原恵美, 森田達也, 他: 地域緩和ケアを促進するための看護師に対するホスピス研修の有用性: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 70. 藤本亘史, 森田達也, 他: 地域医療者調査をもとに地域の課題を共有するための緩和ケア専門家によるフォーカスグループの試み: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 71. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域緩和ケアチームによるアウトリーチの有用性: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 72. 赤澤輝和, 森田達也, 他: 地域の緩和ケアサービスの情報共有方法はどのようにすればよいか?: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 73. 古村和恵, 森田達也, 他: がん患者の医療情報共有ツール「わたしのカルテ」の有用性に関する介入調査: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 74. 大木純子, 森田達也, 他: がん患者に求められる支援・サポートについての地域でのフォーカスグループ: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 75. 野末よし子, 森田達也, 他: 浜松市におけるがん患者のケアマネジメントについての実態調査: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 76. 崔智恩, 平井啓, 森田達也, 他: 在宅ホスピスを利用したがん患者の遺族の在宅療養と在宅死亡に対する意向とその関連要因に関する研究: J-HOPE study. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
 77. 森田達也, 他: 緩和医療と精神腫瘍学—地域における緩和ケア: OPTIMプロジェクトから学んだこと—. 第68回日本癌学会学術総会. シンポジウム 21-2. 2009. 10, 横浜
 78. 木澤義之, 森田達也, 他: 緩和医療と精神腫瘍学—我が国における緩和ケアの教育の現状—. 第68回日本癌学会学術総会. シンポジウム 21-3. 2009. 10, 横浜
 79. 森田達也: 緩和医療による生活の質向上を求めて—基礎から臨床まで 根拠を踏まえた情報提供のありかたを探る—「緩和医学を理解するために知っておきたいEBMの知識」. 第19回日本医療薬学会年会. シンポジウム 17-5. 2009. 10, 長崎
 80. 森田達也: がん性疼痛マネジメントのコ