(1) 高度医療申請等に関する厚生労働省との相談を経て、有効性・安全性のデータの蓄積を先行する方向となり、治療技術の習得及び実施体制を整え、平成23年4月からリクルートを開始した。
(2)健常成人10名について観察終了した。中間解析においては、3-back 課題の正答率(実刺激 vs.偽刺激：0.843±0.067 vs. 0.837±0.118, p=0.96)、誤答率(実刺激 vs.偽刺激：0.017±0.024 vs. 0.017±0.016, p=0.94)、および平均反応時間(実刺激 vs.偽刺激:0.700±0.146 vs. 0.660±0.130, p=0.39)、さらにはPOMS得点すべてにおいて、刺激間で有意な差異は認められなかった。また 3-back 課題>0-back 課題におけるBOLD信号の差についても、全脳レベル、左 DLPFC 関心領域いずれも刺激間で有意な結果は得られなかった。さらに、左 DLPFC 関心領域における 3-back 課題>0-back 課題のBOLD信号差の両刺激間の差と両刺激間の 3-back 課題成績差との関連についても、有意な相関は見られなかった(正答率について Pearson 相関係数-0.49, p=0.16)。
なお、観察終了した10名いずれにも重篤な有害事象は認められなかった。

D. 考察
(1)rTMS については、有効性・安全性に関するデータの蓄積を継続する。
(2)tDCS については、症例数を増やして解析を継続する。また、関心領域の見直し等解析方法を再検討する。

E. 結論
従来の抗うつ療法の適応が難しい終末期を含むがん患者のうつ病治療として、安全かつ簡便に施行可能と思われる rTMS 及び tDCS に着目し、その有用性の評価と治療効果の発現機序の検討を開始した。
rTMS は、先行研究において、薬物療法と併用することで症状改善の立ち上がりを促進する報告もあり、今後は広くがん患者のうつ病に適応を拡大し、症例の蓄積とともに高度医療の申請へつなげていく。さらに、神経障害性疼痛等、うつ病以外への適応も期待される。
tDCS は、基礎的検
討を継続し、その結果を踏まえて終末期を含むがん患者のうつ病に対する臨床試験へつなげる予定である。
F. 健康危険情報
特記すべきことなし。

G. 研究発表
論文発表（英語論文）
1. Ito,T.,Ogawa,A., Uchitomi,Y.,et al, Usefulness of pharmacist-assisted screening and psychiatric referral program for outpatients with cancer undergoing chemotherapy, Psychooncology, 2011, 20(6): 647-654
2. Ogawa,A., Uchitomi,Y.,et al, Availability of Psychiatric Consultation-Liaison Services as an Integral Component of Palliative Care Programs at Japanese Cancer Hospitals, Jpn J Clin Oncol, ：2011, [Epub ahead of print]
3. Ueyama,E., Ogawa,A., et al, Chronic repetitive transcranial magnetic stimulation increases hippocampal neurogenesis in rats. Psychiatry Clin Neurosci ,2011,65: 77-81
4. Shirai, Y., Ogawa, A., Uchitomi, Y., et al,Patients' perception of the usefulness of a question prompt sheet for advanced cancer patients when deciding the initial treatment: a randomized, controlled trial. Psychooncology: 2011, [Epub ahead of print]

論文発表（日本語論文）
1. 小川朝生, (Q)transcranial magnetic stimulation(TMS)の実施状況. 日本医事新報, 2011,55-56
2. 小川朝生, 「怒る」患者－隠れているせん妄をみつける. 看護技術, 2011, 57: 70-73
3. 小川朝生, せん妄を家族に説明する. 看護技術 , 2011, 57: 172-175
4. 小川朝生, せん妄と認知症の症状の見分け方. 看護技術,2011,57: 250-253
5. 小川朝生, レスキューが効かない痛み. 看護技術, 2011, 57: 337-340
6. 小川朝生, せん妄患者への声のかけ方. 看護技術 ,2011, 57: 565-568
7. 小川朝生, あなたみたいな若い人にはわからないわよ. 看護技術, 2011, 57: 668-671
8. 小川朝生, 患者だけではなく家族も不安. 看護技術, 2011, 57: 741-744

9. 小川朝生，告知の後に患者さんが泣いています．看護技術，2011，57：846-849
10. 小川朝生，傾聴で解決できること、できないこと．看護技術，2011，57：932-935
11. 小川朝生，予期悲嘆は起こさなければならないのか．看護技術，2011，57：1023-1025
12. 小川朝生，患者さんのことを主治医に相談しても話になりません．看護技術，2011，57：1252-1255
13. 小川朝生，あなたは大丈夫？．看護技術，2011，57：1356-1359
14. 小川朝生，終末期がん患者における精神刺激薬の使用．精神科治療学，2011，26：857-864
15. 小川朝生，SHAREを用いた化学療法中止の伝え方．がん患者ケア，2011，5：3-7
16. 小川朝生，新しい向精神薬を活用する．緩和ケア，2011，21：606-610
17. 小川朝生，がん患者における医療用麻薬および向精神薬の実態調査．医療薬学，2011，37：437-441
18. 小川朝生，ガイドラインの分かりやすい解説．緩和ケア，2011，21：132-133
19. 小川朝生，臨床への適用と私の使い方．緩和ケア，2011，21：134-135
20. 小川朝生，特集にあたって．レジデントノート，2011，13：1194-1195
21. 小川朝生，入院患者の不眠とせん妄を鑑別するポイントを教えてください．レジデントノート，2011，13：1215-1219
22. 小川朝生，統合失調症．看護学生,2011,58:26-30
23. 小川朝生，がん専門病院の立場から．外来精神医療,2011,11:17-19
24. 小川朝生，家族の心理状態について．ホスピスケア,2011,22:30-55
25. 小川朝生，平成22年度厚生労働科学研究がん臨床研究成果発表会．Medical Tribune，2011，44：22
26. 小川朝生，Cancer-brainとうつ病．Depression Frontier 9：85-92，2011

学会発表

1. 小川朝生，せん妄の治療指針改訂に向けて,第24回日本総合病院精神医学会総会,ワークショップ,福岡市,2011.11
2. 小川朝生，精神腫瘍学の見地からーがん医療におけるコミュニケーションについて,第17回日本死の臨床研究会近畿支部大会,特別講演1,奈良県橿原市,2011.2
3. 小川朝生，疼痛緩和とせん妄に対するアプローチ：Treatment of Delirium，第9回日本臨床腫瘍学会学術集会，シンポジウム12-6，神奈川県横浜市，2011.7
4. 小川朝生，がん相談支援センターにおけるサイコオンコロジーー今後の展望，第24回日本サイコオンコロジー学会，フォーラム，埼玉県さいたま市，2011
5. 能野淳子，小川朝生，他，がん患者を対象とした禁煙外来の取り組み,第24回日本サイコオンコロジー学会，ポスターセッション，埼玉県さいたま市，2011
6. 寺田千幸，小川朝生，他，多職種によるテレフォンフォローの試み,第24回日本サイコオンコロジー学会，ポスターセッション，埼玉県さいたま市，2011

H.知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得
なし。

2. 実用新案登録
なし。

3. その他
特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（第３次対がん総合戦略研究事業）
分担研究報告書

がんリハビリテーションプログラムの開発

研究分担者　岡村　仁　広島大学大学院保健学研究科　教授
研究協力者　安部能成　千葉県立保健医療大学　准教授
阿部　靖　日本リハビリテーション専門学校　講師
梅澤志乃　東京医科歯科大学大学院　看護師
大庭　章　群馬県立がんセンター　臨床心理士
木村浩彰　広島大学病院リハビリテーション部　教授
栗原美穂　国立がん研究センター東病院　副看護部長
酒井太一　久留米大学医学部看護学科　講師
佐藤大介　千葉県立保健医療大学　講師
鈴木牧子　国立がん研究センター中央病院　副看護師長
曽根稔雅　東北福祉大学健康科学部　助教
豊田瑶子　特別養護老人ホームときわの杜　作業療法士
中谷直樹　鎌倉女子大学　講師
永田友美　トヨタ記念病院　理学療法士
並木あかね　千葉医療センター　看護師長
長谷川真紀　群馬県立がんセンター　臨床心理士
濱口豊太　埼玉県立大学保健医療福祉学部　准教授
村松直子　名古屋市立大学病院　ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ部技師長
吉原広和　埼玉県立がんセンター　ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科主任
余宮きのみ　埼玉県立がんセンター　医長

研究要旨　がん患者・家族のリハビリテーションニーズ調査，わが国の医療機関に対するがんリハビリテーションの実態調査の結果をもとに，進行がん患者に対するリハビリテーションマニュアル『進行がん患者に対する「起坐・起立・歩行」のためのリハビリテーションマニュアル』の骨子を作成した。本年度は作成したマニュアルを用い，療法士を対象とした1日研修会を行い，参加した24名に対して，マニュアルや研修会に対する意見を求めるとともに，研修会の前後，終了3ヵ月後の3時点において，confidence，burn-out，attitudeに関する質問紙調査を行った。

A. 研究目的

がんリハビリテーションの概念を確立するとともに，がんリハビリテーションプログラムの開発を目指すことを最終目標とする。本年度は，これまでのニーズ調査や実態調査の結果などをもとに作成した『進行がん患者に対する「起坐・起立・歩行」のためのリハビリテーションマニュアル』を用いた研修会を実施し，マニュアルの評価や研修会前後の研修会参加者の変化を調査し，マニュアルのさらなるブラッシュアップや研修会の有効性を検討することを目的とした。

B. 研究方法

対象は中・四国の９県，大阪府，兵庫県，福岡県の計 12 県のがん診療拠点病院 90 施設の療法士（理学療法士，作業療法士，言語聴覚士）とした。各施設のリハビリテーション部宛に参加案内を郵送し，各施設ごとの人数制限は設けず参加者を募った。

開催場所は広島大学大学院保健学研究科棟内，参加費は無料，参加資格は進行がん患者のリハビリテーションに関わっている療法士，実施日時は臨床現場の療法士が参加しやすく，また日帰り参加の可能な日曜日の 9：30～16：30 とした。

プログラムの概要は以下のとおりである。

9：30～12：00	全体説明 講義:起き上がれない原因として何を考えるか
12：00～13：00	昼食
13：00～16：30	コミュニケーション 講義＋ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝｽｷﾙ・ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ（ﾛｰﾙ･ﾌﾟﾚｲ） まとめ

講義については，『進行がん患者に対する「起坐・起立・歩行」のためのリハビリテーションマニュアル』の内容に沿い，マニュアルの各項目（全身状態，身体症状，骨転移麻痺，廃用性の障害，環境面，精神機能面）の執筆を担当した研究協力者により進められた。

コミュニケーションについては,約30分の講義の後，4名の参加者にファシリテーター1名，患者役1名，記録者1名を加えた計7名のグループ（計6グループ）を編成し，各部屋に分かれてロール・プレイによるコミュニケーションスキル･トレーニングを実施した。なお，患者役と記録者は研究協力者が務め，ファシリテーターについては2名の研究協力者と4名の外部講師が担当した。

評価にあたっては、マニュアルや研修会の内容について意見を求めるとともに，研修会の前後，研修会終了3ヵ月後の計3回，基本属性とともに以下の項目について質問紙調査を行った。

1. Confidence

質問項目は

1) 進行期のがん患者さんが「起き上がれない，あるいは立って移動できない」主要な原因として考えられる以下の各項目について，あなたはどの程度自信をもって評価や対応を行うことができますか？（12項目）
2) 「起き上がりたい、立って歩きたい」と訴えられるような進行期のがん患者さんと，あなたはどの程度自信をもってコミュニケーションをすることができますか？（1項目）
3) コミュニケーションに関する質問です。各項目について現在どれくらい自信をもって行うことができますか？（18項目）

などであり，選択式での回答を求めた。

2. Burn-out

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

3. Attitude

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

評価時期と評価項目は，以下の図のとおりである。

	前	後	3ヶ月後
基本属性	○		
Confidence	○	○	○
Burn-out	○		○
Attitude	○	○	○
研修会の評価		○	○
マニュアルの評価		○	○

C. 研究結果

参加依頼を行った結果，9県，14施設，計26名から参加申し込みがあった。このうち勤務の都合と体調不良により参加ができなかった2名を除いた24名が研修会に参加し,前後評価を行った。参加者の内訳は，理学療法士が17名，作業療法士が6名，言語聴覚士が1名であり，男性9名，女性15名であった。

質問紙調査は，研修会前後の2回実施し，終了3ヶ月後調査は平成24年2月に郵送法により行い,結果の集計は3回の調査が完了した時点で行う予定である。

マニュアルについて，その内容に対してはあまり意見が聞かれなかったが，ボリュームをもっと増やしても良いのではないか，字が詰まりすぎて見にくいといった感想が聞かれた。

研修会については概ね好評な感想が得られ,特に午後のコミュニケーションスキル・トレーニングについては，これまでにあまり経験がなく，勉強になったという声が多数聞かれた。午前中の講義については，もう少し時間を増やしてほしいという意見が何人からか出された。

D. 考察

これまで実施してきたがん患者・家族に対するニーズ調査，緩和ケア病棟ならびに一般病棟におけるがんリハビリテーションの実態調査，および現場の医師・看護師を対象としたインタビュー調査から，がん患者，特に進行がん患者に対してリハビリテーションが担うことのできる役割は大きく，患者や家族，さらには医療従事者のリハビリテーションニーズも高いことが明らかになった。しかし同時に，リハビリテーションを行っていく上での指針がないことによるリハビリテーション実践の立ち遅れや，リハビリテーションに携わる医療者に対するコミュニケーション能力を含めた教育の必要性も示された。以上のことを踏まえ，医師，看護師，理学／作業療法士，心理療法士等の多職種間で繰り返し検討した結果，PS3～4の進行がん患者を対象とした，起立，歩行，移動に焦点を当てた実践可能なリハビリテーションマニュアルを作成した。

今回，本マニュアルを用い，療法士を対象とした初めての研修会を実施した。その結果，近隣の9県，14施設，計26名から参加申し込みがあり，本領域に対する療法士の関心の高さがうかがえた。また，マニュアルや研修会の効果については今後の解析になるが，参加者の感想からはマニュアル，研修会とも概ね高い評価が得られた。がん患者に対するリハビリテーションに関心が向けられている中，これまで療法士を対象として，今回のように専門的な知識を提供する場はなかった。このため，がん医療に携わる療法士は，がんという病気の理解やがん患者とどのように接すればよいのかについて，十分に学習する機会がなかったといえる。今回の試みから，本マニュアルや研修会は進行がん患者にリハビリテーションを行っていくうえでの一つの指針となる可能性が示唆された。

E. 結論

進行がん患者に対するリハビリテーションマニュアルを作成し，マニュアルに基づいた研修会を，がん医療に携わる療法士を対象に実施し，概ね好評な結果が得られた。今後は，本研修会の効果を客観的に評価していくとともに，マニュアルのさらなるブラッシュアップが必要と考えている。

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. Okamura H: Importance of rehabilitation in cancer treatment and palliative medicine. Jpn J Clin Oncol 41: 733-738, 2011
2. Inoue S, Okamura H, et al: Assessment of the efficacy of foot baths as a means of improving the mental health of nurses: a preliminary report. J Health Sci Hiroshima Univ 9: 27-30, 2011
3. Inoue M, Okamura H, et al: Evaluation of the effectiveness of a group intervention approach for nurses exposed to violent speech or violence caused by patients: a randomized controlled trial. ISRN Nursing. Volume 2011, Article ID 325614, 8 pages, 2011
4. Ohnishi N, Okamura H, et al: Relationships between roles and mental states and role functional QOL in breast cancer outpatients. Jpn J Clin Oncol 41: 1112-1118, 2011
5. Chujo M, Okamura H, et al: Psychological factors and characteristics of recurrent breast cancer patients with or without psychosocial group therapy intervention. Yonago Acta medica 54; 65-74, 2011
6. Yamashita M, Okamura H: Association between efficacy of self-management to prevent recurrences of depression and actual episodes of recurrence: a preliminary study. Int J Psychol Stud 2: 217-226, 2011
7. 對東真帆子，岡村　仁：ドイツ連邦共和国Ａ市在住の邦人駐在員配偶者のメンタルヘルスと生活状況との関連．日本看護学会論文集　地域看護 41: 28-30, 2011
8. 花岡秀明，岡村　仁，他：高齢者の回想に関連する要因の検討 - 回想の質と量に着目して - ．作業療法ジャーナル 45: 497-503, 2011
9. 新山悦子，岡村　仁：職場における心的外傷の想起が看護師の精神的健康に及ぼす影響．看護・保健科学研究誌 11: 21-30, 2011
10. 岡村　仁，新山悦子：看護師の職場における心的外傷の収集と分類．看護・保健

科学研究誌 11: 48-54, 2011
11. 新山悦子, 岡村　仁：看護職の職場における心的外傷の実態および外傷反応と共感性との関連. 看護・保健科学研究誌 11: 55-64, 2011
12. 田邊智美, 岡村　仁: 看護師の離職意向に関連する要因の検討－緩和ケア病棟における調査結果をもとに. Palliative Care Research 6: 126-132, 2011
13. 三木恵美, 岡村　仁, 他: 末期がん患者に対する作業療法士の関わり～作業療法士の語りの質的内容分析～. 作業療法 30: 284-294, 2011
14. 林　麗奈, 岡村　仁, 他: 統合失調症患者のセルフスティグマに関する研究－セルフエフィカシー, QOL, 差別体験との関連について－. 総合リハビリテーション 39: 777-783, 2011
15. 藤野成美, 岡村　仁：長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討. 日本看護研究学会誌 34: 55-63, 2011
16. 花岡秀明, 岡村　仁, 他：匂い刺激を用いた回想法の中期的効果の予備的研究－地域在宅高齢者に焦点化して－. 医学と生物学 155: 929-936, 2011
17. 小早川誠, 岡村　仁, 他：外来化学療法中のがん患者に対する看護師による精神症状スクリーニングの実施可能性の検討. 総合病院精神医学 23: 52-59, 2011
18. 岡村　仁: うつ病のメカニズム. バイオメカニズム 35: 3-8, 2011
19. 岡村　仁: 外来精神医療と緩和ケア：がん患者にみられる精神症状とその対応. 外来精神医療 11: 20-24, 2011
20. 岡村　仁: がんで不安なあなたへ　心のケアの道しるべ, メディカルトリビューン, 東京, 2011
21. 岡村　仁: がん患者のリハビリテーションと心理的問題. がん医療に携わるすべての医師のための心のケアガイド（清水研編）, 真興交易（株）医書出版部, 東京, pp. 206-209, 2011
22. 岡村　仁: 乳癌発症リスクに関連する心理社会的要因はあるか. 科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン　②疫学・診断編（日本乳癌学会編）, 金原出版株式会社, 東京, pp. 46-48, 2011
23. 岡村　仁: 心理社会的介入は乳癌患者に有用か. 科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン　②疫学・診断編（日本乳癌学会編）, 金原出版株式会社, 東京, pp. 103-105, 2011
24. 岡村　仁: リハビリテーション. 精神腫瘍学（内富庸介, 小川朝生編）, 医学書院, 東京, pp. 191-194, 2011
25. 岡村　仁: 家族性腫瘍. 精神腫瘍学（内富庸介, 小川朝生編）, 医学書院, 東京, pp. 347-352, 2011

学会発表
1. 藤野成美, 岡村　仁, 他：精神科看護師における看護アセスメントに関する実態調査. 第37回日本看護研究学会学術集会, 2011年8月, 横浜市
2. 岡村　仁：がんリハビリテーション：適応とエビデンス（ワークショップ）：心のケアとリハビリテーション. 第15回日本緩和医療学会学術大会, 2011年10月, 名古屋市
3. 上野和美, 岡村　仁, 他：再発がん患者の心理的側面に対する回想法の有効性. 第31回日本看護科学学会学術集会, 2011年12月, 高知市

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。

厚生労働科学研究費補助金（第３次対がん総合戦略研究事業）
分担研究報告書

がん患者家族の支援プログラムの開発

研究分担者　大西秀樹　埼玉医科大学国際医療センター
精神腫瘍科 教授
研究協力者　石田真弓　早稲田大学大学院人間科学研究科

研究要旨　（目的）がん患者の家族は、患者と同様に心理社会的な負荷を受け、その程度は患者と同程度かそれ以上といわれているため、家族の実情に基づいたケアが必要とされる。そのためのプログラムを開発する。（方法）遺族および医療従事者から聞き取り調査を行い、遺族ケアに必要とされる因子を抽出し分析。集団精神療法による遺族ケアプログラムを作成し、介入、効果検討を行う。（結果）遺族の QOL や気分状態が改善し、集団精神療法プログラムの実施可能性と臨床的適用性が確認された。（結語）がん患者遺族の苦悩に対応した集団精神療法プログラムがその介入前後において効果的な結果を得たことを明らかにした。

A. 研究目的

がん患者の家族は、患者と同様に心理社会的な負荷を受け、その程度は患者と同程度かそれ以上といわれている。死別後、遺族が受ける心理社会的および身体的な負荷も大きい。家族・遺族の実情に基づいたケアを考えるため、遺族および医療従事者から聞き取り調査を行い、家族ケアに必要とされる因子を抽出し分析する。さらに、その結果を踏まえ介入プログラムを作成し、効果検討を実施する。

B. 研究方法

①がん患者遺族として、医学的援助をもとめた者（埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科遺族外来を受診した者）を対象にその苦悩について、診療録を用いた後方視的な調査を実施し、内容分析の手法を用いてその特徴を明らかにする。
②①で明らかにした苦悩の特徴と、聞き取り調査によって得られた遺族ケアに必要とされる因子をあわせて検討し、集団精神療法による遺族ケアプログラムを作成する。
③作成した遺族ケアプログラムを用いた介入を実施し、介入前後で効果を確認する。

（倫理面への配慮）
埼玉医科大学国際医療センターIRB の承認を受け、研究を実施した。

C. 研究結果

①内容分析の結果、患者の苦悩は「後悔」「怒り」「記憶の想起」「孤独感」「不安感」「絶望感」の６つのテーマに大別された。
②①の結果と遺族および医療従事者への聞き取り調査の結果を踏まえ、集団精神療法に認知行動的技法を用いたプログラム（月１回、5回で１クール）を作成した。
③集団精神療法プログラムの介入前後で QOL や気分状態としての抑うつ、怒り・敵意、不安感が改善し、最も高頻度に認められた苦悩である「後悔」が軽減する結果を得た。

D. 考察

本研究結果は、医学的援助を求める遺族に対し、がん患者特有の苦悩に対応した集団精神療法プログラムがその介入前後において効果的な結果を得たことを明らかにした。

E. 結論

本研究は、家族ケアの中でも特に遺族へのケアに焦点を当て、その現状の把握、分析、適切な援助の検討、介入の提案、実施を行い、効果的な結果を得ることができた。今後の課題として、さらなる効果確認と臨床的適用性の確認、このような遺族ケアの普及について検討する必要がある。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y. et al: "Psychiatric disorders in patients who lost family members to cancer and asked for medical help: descriptive analysis of outpatient services for bereaved families at Japanese cancer center hospital". Japanese Journal of Clinical Oncology 41. 380-385, 2011.
2. Wada M, Onishi H, et al: "Drug-induced akathisia as a cause of distress in spouse caregivers of cancer patients." Palliative and Supportive Care Vol 9(2). 209-212, 2011.
3. 大西秀樹、石田真弓, 他: がん医療における心の問題とその対応. ペインクリニック, 32(5): 701-711, 2011
4. 大西秀樹、石田真弓, 他: 「がん生存者」の心理・精神症状—理解とその臨床的有用性— (特集—サイコオンコロジーの現場からⅡ—心理・精神医学的問題—). 精神科治療学, 26(8): 1007-1011, 2011
5. 大西秀樹: 意識の障害 (せん妄) 「患者さんがベッドの柵を乗りこえようとします」. がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる 16 事例, 内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生(編), 文光堂, 48-55, 2011
6. 大西秀樹: 意識の障害 (せん妄) 「あの患者さん, ちょっとキャラが変わったみたい」. がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる 16 事例, 内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生(編), 文光堂, 56-62, 2011
7. 大西秀樹: うつ病「眠剤を 3 回飲んでも寝られないんです」, ちょっとキャラが変わったみたい」. がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる 16 事例, 内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生(編), 文光堂, 63-70, 2011
8. 大西秀樹: 家族とのかかわり「患者さんの家族が泣いています」. がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる 16 事例, 内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生(編), 文光堂, 95-101, 2011
9. 大西秀樹: 家族とのかかわり 「家族が怒っています」. がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる 16 事例, 内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生(編), 文光堂, 110-116, 2011

2. 学会発表

1. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y. et al: Bereavement Reaction or Major Depression?. The 21st World Congress on Psychosomatic Medicine. Seoul, Korea. August 25-28. P02-72. pp203, 2011.
2. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y. et al: Distress of Bereaved Who Lost Family Members with Cancer, and Asked for Medical Help. International Psycho-Oncology Society. Antalya, Turkey. October, 2011. Pp106-107. Psycho-Oncology 20(Supple. 2):105-300 (2011) P1-3 presented at 18th October.

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

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

厚生労働科学研究費補助金（第３次対がん総合戦略研究事業）
分担研究報告書

がん患者のQOLを向上させるための緩和ケアプログラムの開発

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

研究要旨　平成21年度までにQOLの構成要件に含まれる心理・社会･スピリチュアルな要素として、「意味や役割を感じられること」「希望をもって生きること」「他者の負担にならないこと」などのスピリチュアルな苦痛に対するケアのプログラムを開発するための基盤研究として、１）評価法（SpiPas）の開発、２）ケア方法の収集、３）教育方法の実証を行った。平成22～24年度では、これらを統合したスピリチュアルケアの教育プルグラムを作成し、効果を、無作為化比較試験で実証する。本年度は、概念枠組み、評価法、ケア法からなるテキストブックを作成した。来年度、プログラムを実施する準備ができた。

A. 研究目的

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

平成19～21年度には、スピリチュアルな苦悩に対するケアのプログラムを開発するための基盤研究として、１）評価法を開発する、２）患者から見て役に立つケア方法を収集する、３）医療者対象の教育方法の有効性を実証することを行った。評価法の開発では、患者のスピリチュアルな苦痛をアセスメントできる評価方法であるSpiPasをがん患者で施行して評価した。終末期がん患者253症例のうち、98%（248例）で実施可能であった。所要時間は24±14分で、看護師から見た有用性は「とても役に立つ・役に立つ・少し役に立つ」87%、負担は「全く負担にならない・負担にならない･あまり負担にならない」77%であった。189例からスピリチュアルペインを支えるものが抽出できた。

ケア法の収集では、終末期がん患者69名を含むがん患者89名に構造化面接を行い、「スピリチュアルな苦痛を和らげることに役立つこと」を収集し内容分析を行った。すべての精神的苦悩に共通する５つの方策に加えて、8つの苦悩それぞれに対して、「理由を見出して受け入れる」、「宗教・人間を超えたものに支えを見出す」、「生命の長さではなくどう生きるかに焦点を当てる」、「伝えてのこしたいことをのこしておく」、「実現可能な新しい目標を見つける」、「先のことは考えずに今のことに集中する」、「できることではなく自分の存在に価値があると考える」など38の特異的な方策が抽出された。また、スピリチュアルケアの専門家45名に面接し、100事例のケア経験を収集した。苦悩の内容別のケアは、「苦悩をもつ患者へのケア提供者の意識の向け方」と「患者やその環境に働きかける行為」の２カテゴリに分けられた。どの苦悩にも共通するケアのカテゴリとして、コミュニケーションに関わる内容があがった。また、ケア

提供者の基本的態度・考え方として「人間への信頼と敬意」「医療者本位への自戒」「尊厳ある日常生活の保持」「自律性の尊重」等のカテゴリが示された。

教育法では、41 名の看護師を対象とした waiting list control による無作為化比較試験を行い、教育プログラム群で、自信、Self-reported practice scales、助けようとする意志（Willingness to help)、前向きな評価（Positive appraisal)、無力感、総合的な燃え尽きなどが有意に改善した。

平成 22～24 年度には、以上の知見を統合して臨床に益するものとするために、平成 22 年度にテキストの作成、23 年度に教育プログラムの実施、24 年度に解析と修正、既存の ELNEC プログラムへの統合を行う。

B. 研究方法

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

C. 結果

スピリチュアルケアのテキストブックが作成された。項目は、概念、評価法、ケア法、事例、援助的コミュニケーションなどからなる

D. 考察

本年度作成したテキストブックをもとに介入プログラムを実施する。

（倫理面への配慮）

全ての研究において、ヘルシンキ宣言にのっとり倫理委員会の承認を得て実施された。

E. 結論

わが国で初めての実証的な知見に基づくスピリチュアルケアの教育プログラムを検証する基盤が整えられた。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Yoshida S, Morita T, et al: Experience with prognostic disclosure of families of Japanese patients with cancer. J Pain Symptom Manage 41(3): 594-603, 2011.
2. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: Development of a Japanese benefit finding scale (JBFS) for patients with cancer. Am J Hosp Palliat Care 28(3): 171-175, 2011.
3. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: A qualitative study of mindfulness-based meditation therapy in Japanese cancer patients. Support Care Cancer 19(7): 929-933, 2011.
4. Matsuo N, Morita T, et al: Efficacy and undesirable effects of corticosteroid therapy experienced by palliative care specialists in Japan: A nationwide survey. J Palliat Med 14(7): 840-845, 2011.
5. Hirai K, Morita T, et al: Public awareness, knowledge of availability, and readiness for ancer palliative care services: A population-based survey across four regions in Japan. J Palliat Med 14(8): 918-922, 2011.
6. Otani H, Morita T, et al: Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment. Jpn J Clin Oncol 41(8): 999-1006, 2011.
7. Ando M, Morita T, et al: Factors that influence the efficacy of bereavement life review therapy for spiritual well-being: a qualitative analysis. Support Care Cancer 19(2): 309-314, 2011.
8. Morita T. Nutrition and hydration in palliative care: Japanese perspectives. Diet and Nutrition in Palliative Care. Edited by Victor R. Preedy, CRC, 105-119, 2011.
9. 森田達也: 経験したことを伝えていこう 研究論文の書き方 第 4 回 「結果・考察」を書く. 緩和ケア 21(1): 55-60, 2011.
10. 井村千鶴, 森田達也, 他: がん患者に対する介護保険手続きの迅速化の効果. 緩和ケア 21(1):102-107, 2011.
11. 森田達也: せん妄. 支持・緩和薬物療法マスター がん治療の副作用対策. 江口研二, 他（編）, メジカルビュー社, 146-148, 2011.

12. 厨芽衣子，森田達也，他：論文を読み、理解する―Early palliative care forpatients with metastatic non-small-cell lung cancer― 緩和ケア 21(2)：170-178，2011.
13. 赤澤輝和，森田達也，他：緩和ケアの啓発用冊子を病院内のどこに置いたらよいか？ 緩和ケア 21(2)：221-225，2011.
14. 森田達也：緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM-study）の経過と今後の課題．ホスピス緩和ケア白書 2011，(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会(編)，(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団，24-41，2011.
15. 杉浦宗敏，森田達也，他：がん診療連携拠点病院における緩和ケア提供に関する薬剤業務等の全国調査．日本緩和医療薬学雑誌 4(1)：23-30，2011.
16. 森田達也：泌尿器系難治症状の緩和 がん性疼痛ガイドラインのエッセンス 緩和医療学会がん疼痛ガイドラインのエッセンス．日本泌尿器科学会雑誌 102(2)：205，2011.
17. 森田達也：緩和ケア普及のための地域プロジェクト―浜松地域のあゆみと今後の課題―．大阪保険医雑誌 39(533)：10-17，2011.
18. 井村千鶴，森田達也，他：病院と地域とで行う連携ノウハウ共有会とデスカンファレンスの参加者の体験．緩和ケア 21(3)：335-342，2011.
19. 森田達也，他：特集 がん疼痛治療の最新情報 早期緩和ケア導入によるがん治療の影響と効果．Progress in Medicine 31(5)：1189-1193，2011.
20. 高田知季，森田達也，他：基幹病院における緩和医療．麻酔科医出身のペインクリニシャンが関わる緩和医療．ペインクリニック 32(6)：845-856，2011.
21. 清原恵美，森田達也，他：地域における緩和ケア病棟の役割―緩和ケア病棟における地域の看護師を対象とした研修の評価―．死の臨床 34(1)：110-115，2011.
22. 森田達也，他：〈秘伝〉臨床が変わる緩和ケアのちょっとしたコツ．青海社，2011.
23. 森田達也，他：臨床現場が必要とする緩和ケアを提供するために院内外“ゆるやかなネットワーク”づくりに力を注ぐ．Watches 5：7-9，2011.
24. 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会（編集）．がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン 2011 年版．金原出版，2011.
25. 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会（編集）．がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン 2011 年版．金原出版，2011.
26. 山岸暁美，森田達也，他：在宅緩和ケアに関する望ましいリソースデータベースとは何か？－多地域多職種を対象とした質的研究．緩和ケア 21(4)：443-448，2011.
27. 小田切拓也，森田達也：Ⅲ．ケアの実際 Q24．予後予測．特集 やさしく学べる 最新緩和医療 Q&A．江口研二，余宮きのみ（編集）．がん治療レクチャー 2(3)：589-593，2011.
28. 森田達也，他：第Ⅱ部 がん疼痛ガイドラインについてのわたしの本音 1．がん疼痛ガイドラインを現場ではこう実践しています【医師編】．解説 がん疼痛ガイドライン－現場で活きるわたしの工夫－．緩和ケア 21（8 月増刊号）：154-174，2011.
29. 森田達也：ガイドラインを読むために知っておきたい臨床疫学の知識 2．緩和ケア領域の臨床研究の読み方．解説 がん疼痛ガイドライン－現場で活きるわたしの工夫－．緩和ケア 21（8 月増刊号）：191-192，2011.
30. 森田達也：臨床をしながらできる国際水準の研究のまとめ方－がん緩和ケアではこうする－．青海社，2011.
31. 末田千恵，森田達也，他：どのような緩和ケアセミナーが求められているか：4,188 名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因．ペインクリニック 32(8)：1215-1222，2011.
32. 村上敏史，森田達也，他：がん疼痛ガイドラインの分かりやすい解説と枚ルールオピオイドの導入の仕方 オピオイドを投与する時に何をどう選ぶか？．緩和ケア 21(8 月増刊)：25-35，2011.
33. 森田達也，他：多施設との医療連携の現状：緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM-study）浜松地域のあゆみと今後の課題．最新精神医学 16(5)：563-572，2011.

34. 井村千鶴，森田達也，他：在宅死亡したがん患者の遺族による退院前カンファレンス・退院前訪問の評価．緩和ケア 21(5)：533-541，2011.
35. 鈴木留美，森田達也，他：「生活のしやすさ質問票 第3版」を用いた外来化学療法患者の症状頻度・ニードおよび専門サービス相談希望の調査．緩和ケア 21(5)：542-548，2011.
36. 小田切拓也，森田達也，他：原因不明の神経症状と疼痛で緩和ケアチームに紹介された患者の疼痛の原因と転帰．ペインクリニック 32(9)：1423-1426，2011.
37. 鄭陽，森田達也，他：難治性の膀胱症状に対して上下腹神経叢ブロックが有効であった一症例．日本ペインクリニック学会誌 18(4)：404，2011.
38. 川口知香，森田達也，他：呼吸器内科病棟における肺癌患者の呼吸困難に対するケアの現状．日本癌治療学会誌 46(2)：890，2011.
39. 天野功二，森田達也：B実践編 2．身体症状マネジメントをめぐる問題．精神腫瘍学．内富庸介，小川朝生(編)，医学書院，65-88，2011.
40. 森田達也，他：エビデンスで解決！緩和医療ケースファイル．南江堂，2011.
41. 森田達也：緩和ケアの地域関連 OPTIM プロジェクト浜松 地域リソースの「オプティマイズ＝最大活用」と網目のようなネットワークが緩和ケア普及の鍵．Medical Partnering 56：1-5，2011.
42. 森田達也：地域連携のさまざまなスタイルを発見 医師の「地域連携力」を鍛える．Doctor's Career Monthly 31： 21，2011.
43. 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．消化器癌化学療法．改訂3版．大村健二，他(編)，南山堂，360-375，2011.
44. 古村和恵，森田達也，他：進行がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望—821 名の自由記述からの示唆．Palliat Care Res 6(2)：237-245，2011.
45. 森田達也：グッドデス概念って何？．緩和ケア 21(6)：632-635，2011.
46. 小野宏志，森田達也，他：地域の多職種で作成した調査票を用いた在宅死亡がん患者の遺族による多機関多職種の評価．緩和ケア 21(6)：655-663，2011.
47. 山岸暁美，森田達也，他：地域のがん緩和ケアの課題と解決策の抽出—OPTIM-Study による複数地域・多職種による評価—．癌と化学療法 38(11)：1889-1895，2011.

2. 学会発表

1. 森田達也：フロンティア企画 4「泌尿器系難治症状の緩和」4-1 がん性疼痛ガイドラインのエッセンス：緩和医療学会がん疼痛ガイドラインのエッセンス．第 99 回日本泌尿器科学会総会．2011.4，名古屋
2. 森田達也：在宅緩和ケアセミナーin名古屋 2011 在宅における緩和ケアのエッセンス．身体症状緩和．第 22 回日本在宅医療学会学術集会．2011.6，名古屋
3. 川口知香，森田達也，他：死亡 60 日以前より緩和ケアチームが介入した症例の検討～早期介入によって何がもたらされるか～．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
4. 宮下光令，森田達也，他：緩和ケア病棟の遺族の「医療用麻薬」「緩和ケア」「緩和ケア病棟」に対する認識の関連要因：J-HOPE study．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
5. 宮下光令，森田達也，他：J-HOPE study における遺族による緩和ケアの質評価とそれに関連する施設要因．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
6. 山本亮，森田達也，他：「看取りのパンフレット」を用いた家族への介入の遺族から見た評価：OPTIM-study．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
7. 大谷弘行，森田達也，他：「看取りのパンフレット」を用いた終末期せん妄のケアに対する遺族評価：OPTIM-study．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
8. 新城拓也，森田達也，他：主治医による死亡確認や臨終の立ち会いが、家族の心理に及ぼす影響についての調査研究．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
9. 佐藤一樹，森田達也，他：緩和ケア病棟で提供された終末期鎮静の関連要因と遺族による緩和ケアの質評価への影響．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

10. 山口崇，森田達也，他：外来化学療法患者におけるつらさと支障の寒暖計の系時的変化と精神症状スクリーニングツールとしての有用性の検討．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7,札幌
11. 小田切拓也，森田達也，他：ホスピス病棟における、撓骨動脈拍動の定量的評価の信頼性と、収縮期血圧に対する妥当性．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7,札幌
12. 永江浩史，森田達也，他：終末期前立腺がん患者の在宅療養維持率の検討．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7,札幌
13. 宮下光令，森田達也，他：緩和ケア病棟の遺族による質の評価は死亡後の経過期間の影響を受けるか？J-HOPE study．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7,札幌
14. 市原香織，森田達也，他：緩和ケア病棟看護師による Liverpool Care Pathway 日本語版の有用性評価：緩和ケア病棟 2 施設におけるパイロットスタディからの検討．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
15. 森田達也，他：どのような緩和ケアセミナーが求められているか：4188 名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因：OPTIM-study．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
16. 鄭陽，森田達也，他：患者・遺族調査の結果をもとにした緩和ケアセミナーの有用性：OPTIM 浜松．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
17. 藤本亘史，森田達也，他：早期からの緩和ケアは実現されている：OPTIM 浜松 3 年間の経験．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
18. 井村千鶴，森田達也，他：退院前カンファレンス・退院前訪問の遺族から見た評価：OPTIM 浜松．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
19. 井村千鶴，森田達也，他：浜松市におけるがん患者の自宅死亡率の推移：OPTIM 浜松．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
20. 井村千鶴，森田達也，他：地域で行う困難事例カンファレンスの評価：OPTIM 浜松．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
21. 前堀直美，森田達也，他：遺族から見た保険薬局の評価：OPTIM 浜松．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
22. 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　OPTIM 浜松．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
23. 小野宏志，森田達也，他：地域の多職種で作成した「今、遺族に聞きたいこと」からみた在宅ホスピスの評価：OPTIM 浜松．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
24. 山内敏宏，森田達也，他：地域におけるホスピスの役割：ホスピスの利用を考える会の評価：OPTIM 浜松．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
25. 古村和恵，森田達也，他：市民公開講座を受講した前後の緩和ケアに対するイメージの変化：OPTIM study．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
26. 福本和彦，森田達也，他：がん患者リハビリテーションにおける適切な目標設定への試み．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
27. 森田達也：JSCO University2. Palliative Care. Recent research about palliative care in Japan．第 49 回日本癌治療学会学術集会．2011.10，名古屋

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
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
Morita T	Nutrition and hydration in palliative care: Japanese perspectives. Edited by Victor R. Preedy.	Preedy VR	Diet and Nutrition in Palliative Care.	CRC	UK	2011	105-119

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
内富庸介	サイコオンコロジーの心身医学－がん患者の心のケア	石津　宏	専門医のための精神科臨床リュミエール27　精神科領域からみた心身症,	中山書店	東京	2011	175-82
馬場華奈己, 内富庸介	◎がん患者の心の反応「昨日,膵臓がんだと告げられまし た」,と打ち明けられました	内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生	がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる16事例	文光堂	東京	2011	1-8
馬場華奈己, 内富庸介	◎がん患者の心の反応「再発したらしいのですが･･･」	内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生	がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる16事例	文光堂	東京	2011	9-16
馬場華奈己, 内富庸介	◎コミュニケーションスキル「もう治療がないと言われたのですが」	内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生	がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる16事例	文光堂	東京	2011	17-22
柚木三由起, 内富庸介, 他	コミュニケーションスキル「ポータブルトイレを使いたくないです」	内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生	がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあな	文光堂	東京	2011	23-28

	、		たへ一歩進んだケアにつながる16事例				
馬場華奈己, 内富庸介	うつ病「消えてなくなりたい･･･と言われたのです.	内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生	がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる16事例	文光堂	東京	2011	80-86
内富庸介	第１章悪性腫瘍	日本総合病院精神医学会　治療戦略検討委員会	向精神薬・身体疾患治療薬の相互作用に関する指針 日本総合病院精神医学会治療指針５	星和書店	東京	2011	1-13
明智龍男	かかりつけ医が理解すべきがん患者のこころの変化-診断から終末期まで	池田健一郎	患者・家族の相談に応えるがん診療サポートガイド	南山堂	東京	2011	777-781
明智龍男	がん患者の精神医学的話題	山口徹, 北原光夫, 福井次矢	今日の治療指針	医学書院	東京	2011	882
明智龍男	がん治療における精神的ケアと薬物療法	古瀬純司	消化器がん化学療法ハンドブック	中外医学社	東京	2011	83-90
明智龍男	緩和ケアにおける精神科	永井良三	精神科研修ノート	診断と治療社	東京	2011	73-76
明智龍男	癌患者における幻覚妄想	堀口淳	脳とこころのプライマリケア　6巻　幻覚と妄想	シナジー	東京	2011	327-333
明智龍男	希死念慮	清水研	がん診療に携わるすべての医師のための心のケアガイド	真興交易（株）医書出版部	東京	2011	61-65
明智龍男	希死念慮、自殺企図、自殺	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	108-116
明智龍男	自殺企図	大江裕一郎，新海哲, 高橋俊二	がん救急マニュアル	メジカルレビュー社	東京	2011	192-196
明智龍男	心理社会的介入	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	194-201
清水　研	がん医療に携わるすべての医師のための心のケアガイド			真興交易出版,	東京	2011	

清水　研	うつ病、適応障害	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院		2011	96-107
清水　研	不安障害	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院		2011	116-119
清水　研	サイバーシップ	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院		2011	318-322
小川朝生	コンサルテーションとアセスメント	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	52-64
小川朝生	せん妄	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	120-132
小川朝生	認知症	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	133-136
小川朝生	発達障害	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	142-145
小川朝生	薬物間相互作用	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	185-190
小川朝生	高齢者腫瘍学	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	309-317
小川朝生	意思決定能力	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	365-372
小川朝生	ガイドライン作成と各地域での取り組み	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	383-386
小川朝生	悪性腫瘍	日本総合病院精神医学会治療戦略検討委員会	向精神薬・身体疾患治療薬の相互作用に関する指針	株式会社星和書店	東京	2011	1-13
小川朝生	患者さんが「治療を受けたくない」と言っています。	内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生	がん患者の心のケア　こんなときどうする？:サイコオンコロジーを学びたいあなたへ	文光堂	東京	2011	29-38
小川朝生	「身の置きどころがないのです」	内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生	がん患者の心のケア　こんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ	文光堂	東京	2011	39-47
小川朝生	化学療法が終わっても「何だかだるい」	内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生	がん患者の心のケア　こんなときどうす	文光堂	東京	2011	71-79

			る？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ				
小川朝生	「胸苦しさが治まりません…」	内富庸介，大西秀樹，小川朝生	がん患者の心のケア　こんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ	文光堂	東京	2011	87-94
小川朝生	患者さんが怒っています	内富庸介，大西秀樹，小川朝生	がん患者の心のケア　こんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ	文光堂	東京	2011	102-109
小川朝生	主治医はメンタルをわかっていないみたいです。	内富庸介，大西秀樹，小川朝生	こんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ	文光堂	東京	2011	117-124
小川朝生	海外各国の精神腫瘍学の取り組みーガイドラインの作成と各地域での取り組み	内富庸介，小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	383-385
小川朝生	認知症・せん妄	清水研	がん診療に携わるすべての医師のための心のケアガイド	新興交易㈱医書出版部	東京	2011	50-56
小川朝生	緩和ケアチームとの連携	清水研	がん診療に携わるすべての医師のための心のケアガイド	新興交易㈱医書出版部	東京	2011	75-79
岡村　仁	心理社会的介入は乳癌患者に有用か	日本乳癌学会	科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン　②疫学・診断編	金原出版株式会社	東京	2011	103-105
岡村　仁	リハビリテーション	内富庸介，小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	191-194
岡村　仁	家族性腫瘍	内富庸介，小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	347-352
大西秀樹	意識の障害（せん妄）「患者さんがベッドの柵を乗りこえようとします」	内富庸介，大西秀樹，小川朝生	がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進ん	文光堂		2011	48-55

			だケアにつながる16事例				
大西秀樹	意識の障害（せん妄）「あの患者さん，ちょっとキャラが変わったみたい」	内富庸介，大西秀樹，小川朝生	がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる16事例，	文光堂		2011	56-62
大西秀樹	うつ病「眠剤を３回飲んでも寝られないんです」	内富庸介，大西秀樹，小川朝生	がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる16事例	文光堂		2011	63-70
大西秀樹	家族とのかかわり「患者さんの家族が泣いています」	内富庸介，大西秀樹，小川朝生	がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる16事例	文光堂		2011	95-101
大西秀樹	家族とのかかわり「家族が怒っています」	内富庸介，大西秀樹，小川朝生	がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる16事例	文光堂		2011	110-116
森田達也	せん妄.	江口研二，他	支持・緩和薬物療法マスター　がん治療の副作用対策.	メジカルビュー社	東京	2011	146-148
森田達也	緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM-study）の経過と今後の課題.	（財）日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会	ホスピス緩和ケア白書 2011.	（財）日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団	東京	2011	24-41

森田達也		森田達也	〈秘伝〉臨床が変わる緩和ケアのちょっとしたコツ.	青海社	東京	2011	
		日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会	がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン2011年版.	金原出版	東京	2011	
		日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会	がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン2011年版.	金原出版	東京	2011	
森田達也		森田達也	臨床をしながらできる国際水準の研究のまとめ方ーがん緩和ケアではこうするー.	青海社	東京	2011	
天野功二, 森田達也:	B実践編 2.身体症状マネジメントをめぐる問題.	内富庸介, 小川朝生.	精神腫瘍学.	医学書院	東京	2011	65-88
森田達也, 他		森田達也, 他	エビデンスで解決！緩和医療ケースファイル.	南江堂	東京	2011	
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.	大村健二, 他	消化器癌化学療法. 改訂3版.	南山堂	東京	2011	360-375

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
Shimizu K, Ogawa A, Uchitomi Y, et al	Treatment response to psychiatric intervention and predictors of response among cancer patients with adjustment disorders.	J Pain Symptom Manage	41(4)	684-691	2011
Haraguchi T, Uchitomi Y, et al	Coexistence of TDP-43 and tau pathology in neurodegeneration with brain iron accumulation type 1 (NBIA-1, formerly Hallervorden-Spatz syndrome).	Neuropathology	31(5)	531-539	2011
Ito T, Shimizu K, Ogawa A, Uchitomi Y, et al	Usefulness of pharmacist-assisted screening and psychiatric referral program for outpatients with cancer undergoing chemotherapy.	Psychooncology	20(6)	647-654	2011