

- 1109-1112, 2012
23. 小川朝生: がん患者の精神心理的ケアの最大の問題点. がん患者ケア. 5(3): 55, 2012
 24. 小川朝生: がん患者に見られるせん妄の特徴と知っておきたい知識. がん患者ケア. 5(3): 56-60, 2012
 25. 小川朝生: 悪性腫瘍(がん). 精神看護. 15(4): 76-79, 2012
 26. 岡村 仁: がんのリハビリテーションチームで行う緩和ケア: 心のケアとリハビリテーション. MEDICAL REHABILITATION 140: 37-41, 2012
 27. 岡村 仁: がん患者のリハビリテーション: 心のケアとリハビリテーション. がん看護 17: 751-753, 2012
 28. 花岡秀明, 岡村 仁, 他: 地域ボランティア活動の有効性に関する予備的検討ー回想法グループへの参加を通して. 作業療法ジャーナル 46: 292-296, 2012
 29. 古村和恵, 森田達也, 他: 市民の緩和ケアに対するイメージの変化. 緩和ケア 22(1): 79-83, 2012.
 30. 福本和彦, 森田達也, 他: オピオイド新規導入タイトレーションパスががん疼痛緩和治療に与える影響. 癌と化学療法 39(1): 81-84, 2012.
 31. 佐藤泉, 森田達也, 他: 在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーションの遺族評価. 訪問看護と介護 17(2): 155-159, 2012.
 32. 井村千鶴, 森田達也, 他: 患者・遺族調査の結果に基づいた緩和ケアセミナーの有用性. ペインクリニック 33(2): 241-250, 2012.
 33. 森田達也: 医療羅針盤 私の提言(第50回) 地域緩和ケアを進めるためには「顔の見える関係」を作ることが大切である. 新医療 39(3): 18-23, 2012.
 34. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域で行うデスカンファレンスの有用性と体験. 緩和ケア 22(2): 189-194, 2012.
 35. 森田達也: がん性疼痛に対する鎮静薬の副作用対策. コンセンサス癌治療 10(4): 192-195, 2012.
 36. 森田達也: 緩和ケアチームの活動とOPTIMの成果. Credentials 44: 9-11, 2012.
 37. 鄭陽, 森田達也: EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第1回 WHO step II オピオイド: 弱オピオイドの使用, WHO step III オピオイド: オピオイドの第1選択. 緩和ケア 22(3): 241-244, 2012.
 38. 森田達也, 他: 地域対象の緩和ケアプログラムによる医療福祉従事者の自覚する変化: OPTIM-study. Palliat Care Res 7(1): 121-135, 2012.
 39. 古村和恵, 森田達也, 他: 迷惑をかけてつらいと訴える終末期がん患者への緩和ケアー遺族への質的調査からの示唆. Palliat Care Res 7(1): 142-148, 2012.
 40. 市原香織, 森田達也, 他: 看取りのケアにおける Liverpool Care Pathway 日本語版の意義と導入可能性ー緩和ケア病棟2施設におけるパイロットスタディ. Palliat Care Res 7(1): 149-162, 2012.
 41. 森田達也, 他: 地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が地域連携のために同職種・他職種に勧めること. Palliat Care Res 7(1): 163-171, 2012.
 42. 森田達也, 他: 在宅緩和ケアを担う診療所として在宅特化型診療所とドクターネットは相互に排他的か?. Palliat Care Res 7(1): 317-322, 2012.
 43. 森田達也, 他: 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か?. Palliat Care Res 7(1): 323-333, 2012.
 44. 山田博英, 森田達也, 他: 患者・遺族調査から作成した医療者向け冊子「がん患者さん・ご家族の声」. Palliat Care Res 7(1): 342-347, 2012.
 45. 前堀直美, 森田達也, 他: 外来患者のがん疼痛に対する保険薬局薬剤師の電話モニタリング・受診前アセスメントの効果. ペインクリニック 33(6): 817-824, 2012.
 46. 森田達也: 臨床診断より優れた進行がん患者の予後予測モデル 開発予測モデルの再現性は未確認. MMJ 8(2): 102-103, 2012.
 47. 森田達也: 日本ホスピス緩和ケア協会北海道支部第10回年次大会から. 緩和ケア地域介入研究<OPTIM-study>が明らかにしたこと: 明日への示唆. Best Nurse 23(7): 6-15, 2012.
 48. 岩崎静乃, 森田達也, 他: 終末期がん患者の口腔合併症の前向き観察研究. 緩和ケア 22(4): 369-373, 2012.
 49. 田村恵子, 森田達也, 他(編集): 看護

- に活かすスピリチュアルケアの手引き。青海社, 2012.
50. 小田切拓也, 森田達也: EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む。第2回オピオイドのタイトレーション オピオイドの経皮製剤の役割。緩和ケア 22(4): 346-349, 2012.
 51. 大野友久, 森田達也, 他: 入院患者における口腔カンジダ症に対する抗真菌薬の臨床効果に関する研究。癌と化学療法 39(8): 1233-1238, 2012.
 52. 今井堅吾, 森田達也: EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む。第3回 1 オピオイドによる嘔気・嘔吐に対する治療, 2 オピオイドによる便秘に対する治療, 3 オピオイドによる中枢神経症状に対する治療。緩和ケア 22(5): 428-431, 2012.
 53. 森田達也: 緩和ケア領域における臨床研究: 過去、現在、未来。腫瘍内科 10(3): 185-195, 2012.
 54. 木下寛也, 森田達也, 他: がん専門病院が地域緩和ケアの向上のために取り組んでいることと課題。癌と化学療法 39(10): 1527-1532, 2012.
 55. 森田達也: クローズアップ・がん治療施設(28) 聖隷三方原病院 腫瘍センター・緩和ケア部門。臨床腫瘍プラクティス 8(4): 415-417, 2012.
 56. 鄭陽, 森田達也: EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む。第4回 1. アセトアミノフェンとNSAIDsの役割。2. 鎮痛補助薬の役割。3. 腎機能障害のある患者へのオピオイドの使用。緩和ケア 22(6): 522-525, 2012.
 57. 森田達也: 55 緩和医療 1. 疼痛緩和と終末期医療。新臨床腫瘍学 改訂第3版。日本臨床腫瘍学会 編。南江堂, 673-682, 2012.
 58. 木澤義之, 森田達也, 他: 地域で統一した緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートの評価: OPTIM-study. Palliat Care Res 7(2): 172-184, 2012.
 59. 山本亮, 森田達也, 他: 看取りの時期が近づいた患者の家族への説明に用いる『看取りのパンフレット』の有用性: 多施設研究。Palliat Care Res 7(2): 192-201, 2012.
 60. 森田達也, 他: 地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が最も大きいと体験すること: OPTIM-study. Palliat Care Res 7(2): 209-217, 2012.
 61. 木下寛也, 森田達也, 他: がん専門病院緩和ケア病棟の運営方針が地域の自宅がん死亡率に及ぼす影響。Palliat Care Res 7(2): 348-353, 2012.
 62. 森田達也, 他: 異なる算出方法による地域での専門緩和ケアサービス利用数の比較。Palliat Care Res 7(2): 374-381, 2012.
 63. 森田達也, 他: 患者所持型情報共有ツール「わたしのカルテ」の評価: OPTIM-study. Palliat Care Res 7(2): 382-388, 2012.
 64. 白髭豊, 森田達也, 他: OPTIM プロジェクト前後での病院から在宅診療への移行率と病院医師・看護師の在宅の視点の変化。Palliat Care Res 7(2): 389-394, 2012.
 65. 森田達也, 他: 遺族調査に基づく自宅死亡を希望していると推定されるがん患者数。Palliat Care Res 7(2): 403-407, 2012.
 66. 曾根稔雅, 中谷直樹, 他: 介護予防サービス利用者における日常生活の過ごし方と要介護認定等の推移との関連。日本衛生雑誌 67, 401-407, 2012.
- 学会発表(国外学会)
1. Akechi T, Morita T, Uchitomi Y, et al: Good death in elderly adults with cancer in Japan based on perspectives of the general population. 14th World Congress of Psycho-Oncology. Brisbane; 2012
 2. Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y: An exploratory study on factors associated with patient preferences for communication. In: 14th World Congress of Psycho-Oncology. Brisbane; 2012
 3. Kawaguchi A, Akechi T, et al: Group cognitive psychotherapy for patients with generalized social anxiety disorder in Japan: Outcomes at a 1-year follow up and outcome predictors. Association for behavioral and cognitive therapies 46th annual convention. National Harbor; 2012

4. Ogawa S, Akechi T, et al: Quality of life and avoidance in patients with panic disorder with agoraphobia after cognitive behavioral therapy. Association for behavioral and cognitive therapies 46th annual convention. National Harbor; 2012
5. Sugano K, Akechi T, et al: Experience of death conference at general hospital setting in Japan In: 14th World Congress of Psycho-Oncology. Brisbane; 2012
6. Uchida M, Akechi T, et al: Prevalence, associated factors and course of delirium in advanced cancer patients. 14th World Congress of Psycho-Oncology. Brisbane; 2012
7. Snyder C, Akechi T, et al. Thanks for the Score Report -- But What Does It Mean? Helping Clinicians Interpret Patient-Reported Outcome (PRO) Scores by Identifying Cut-offs Representing Unmet Needs. International Society for Quality of Life Research meeting. Budapest; 2012
8. Shimizu K: Clinical bio-psycho-social risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project. EAPON 3rd, 2012. 9. 7, Beijing
9. Shimizu K: Clinical bio-psycho-social risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project. IPOS14th, 2012. 11, Brisbane
10. Niiyama E, Okamura H: Effective of cognitive behavior on reducing trauma from verbal abuse and violence in newly hired women nurses. The 2nd. Asia-Pacific Conference on Health Promotion and Education. May 4-6, 2012. Taiwan, China
11. Ueno K, Okamura H: Reminiscence therapy for cancer patients with recurrence. MASCC/ISOO 2012 International Symposium. June 28-30, 2012. New York, USA
12. Hanaoka H, Okamura H, et al: Mediun-term effects of reminiscence therapy using odor stimulation in community-dwelling older adults. International Psycho-geriatric Association International Meeting 2012. September 7-11, 2012. Cairns, Australia
13. Miki E, Okamura H: The effectiveness of the speed feedback therapy system in elderly cancer patients: Progress report. International Psychogeriatric Association International Meeting 2012. September 7-11, 2012. Cairns, Australia
14. Ueno K, Okamura H, et al: Effect of reminiscence therapy for psychosocial support in cancer patients with recurrence. 17th International Conference on Cancer Nursing. September 9-13, 2012. Praha, Czechoslovakia
15. Nosaka M, Okamura H, et al: A study of integrated yoga program as a stress management in Japanese university freshmen. 6th International Conference of World Council for Psychotherapy. September 24-26, 2012. New Delhi, India
16. Kaneko F, Okamura H, et al: Psychosocial support provided by occupational therapists for convalescent patients with cerebrovascular accidents 11th World Congress of World Association for Psychosocial Rehabilitation. November 10-12, 2012. Milano, Italy
17. Funaki Y, Okamura H: A study on effect of reminiscence therapy on frontal lobe function. 11th World Congress of World Association for Psychosocial Rehabilitation. November 10-12, 2012. Milano, Italy
18. Hideki Onishi, Mayumi Ishida. Is thiamine deficiency rare in referred cancer patients with delirium? East Asia Psycho-Oncology Society 3 Meeting, Beijing, 6-7 September, 2012.
19. Mayumi Ishida, Hideki Onishi, Yosuke Uchitomi et al. Psychological Distress of the Bereaved Seeking Medical

- Counseling at Cancer Center.
International Psycho-Oncology Society.
Brisbane, Australia. November, 2012.
20. Morita T: Research topics in challenging areas: how to find better practice? Taiwan Academy of Hospice Palliative Medicine, 2012
International Academic Research workshop. 2012.7, Taiwan
 21. Morita T: Development of clinical guidelines in Japan: interpreting evidence meaningfully to clinical practice. 台灣安寧緩和醫學學會. 2012.7, 台灣
- 学会発表(国内学会)
1. 内富庸介: 患者意向を重視したコミュニケーション技術研修(SHARE): 5年間の軌跡, 第10回日本臨床腫瘍学会学術集会, 大阪, 2012.7, 演者
 2. 白井由紀, 内富庸介: 治療を決める際のがん患者質問促進パンフレットの有用性について, 第10回日本臨床腫瘍学会学術集会, 大阪, 2012.7,
 3. 内富庸介: がん患者とのコミュニケーションを多職種で支える～チーム医療の新たなアプローチ～, 第50回日本癌治療学会学術集会, 横浜, 2012.10, 座長
 4. 内富庸介: 脳腫瘍患者・家族への心の支援: 精神腫瘍学の立場から, 第30回日本脳腫瘍学会学術集会, 広島, 2012.11, 教育セミナー
 5. 内富庸介: 統合失調症: 脳・生活・思春期発達の交点, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.15, 座長
 6. 大林芳明, 内富庸介, 他: うつ病患者に投与した mirtazapine がアカシジアを引き起こした2症例, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.15, 一般演題
 7. 板倉久和, 内富庸介, 他: 緊張状態を呈したこつば型心筋症を発症した Parkinson 病の一例, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.15, 一般演題
 8. 馬庭真理子, 内富庸介, 他: 内富庸介: 左後頭葉術後に出現した器質性精神障害に対してパリペリドンが有効であった一例, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.16, 一般演題
 9. 千田真由子, 内富庸介, 他: 非けいれん性てんかん発作重積を呈した一例, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.16, 一般演題
 10. 井上真一郎, 内富庸介, 他: 精神科医によりせん妄と診断された患者における身体科医からの紹介病名についての検討, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.16, 一般演題
 11. 小田幸治, 内富庸介, 他: 岡山大学病院における「精神科リエゾンチーム加算」の算定および運用方法について, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.16, 一般演題
 12. 光井祐子, 内富庸介, 他: 遷延した意識障害が体重増加と共に改善した神経性無食欲症の一例, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.16, 一般演題
 13. 内富庸介: 精神腫瘍学, 第25回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2012.11, 座長
 14. 内富庸介: がん患者の心のケア～精神医学と心理学の配合加減～, 第25回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2012.11, 座長
 15. 内富庸介: 英語論文を査読するときのポイント, 第25回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2012.12.1, 演者
 16. 内富庸介: 抗うつ薬の反応予測, そして奏効しない際の次の一手は, 第25回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2012.12, 座長
 17. 馬場華奈己, 内富庸介, 他: 岡山大学病院における術後せん妄対策の実際—周術期管理センター連携モデル—, 第25回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2012.11, ポスター
 18. 小田幸治, 内富庸介, 他: 岡山大学病院における「精神科リエゾンチーム加算」の算定及び運用方法について, 第25回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2012.11, ポスター
 19. 清水研, 明智龍男, 小川朝生, 内富庸介, 他: 肺がん患者に合併する抑うつ危険

- 因子について：身体・心理・社会面の包括的検討，第25回日本総合病院精神医学会総会，東京，2012.11，ポスター
20. 浅井真理子，清水研，小川朝生，明智龍男，内富庸介，他：配偶者をがんで亡くした遺族の精神医学的障害．第25回日本サイコオンコロジー学会総会ポスター．2012.9，福岡
 21. 小川成，明智龍男，他：広場恐怖を伴うパニック障害患者の回避行動がQOLに及ぼす影響，第4回日本不安障害学会．2012年2月，東京
 22. 明智龍男：シンポジウム「緩和ケアにおける精神的ケアのエッセンス」，第13回日本サイコセラピー学会，2012年3月，大阪
 23. 近藤真前，明智龍男，他：慢性めまいに対する集団認知行動療法の開発，第108回日本精神神経学会学術総会．札幌，2012年5月，札幌
 24. 川口彰子，明智龍男，他：全般型社交不安障害に対する集団認知行動療法-長期予後と治療効果予測因子の検討，第108回日本精神神経学会学術総会．2012年5月，札幌
 25. 伊藤嘉規，明智龍男，他：小児における緩和ケア-家族ケアの重要性，第17回日本緩和医療学会総会．2012年6月，神戸
 26. 坂本雅樹，明智龍男，他：黄疸による皮膚搔痒感に牛車腎気丸が有効であった2例，in 第17回日本緩和医療学会総会．2012年6月，神戸
 27. 厨芽衣子，森田達也，明智龍男，他：高齢がん患者のニーズをもとにした身体症状緩和プログラムに関する研究，第17回日本緩和医療学会総会．2012年6月，神戸
 28. 明智龍男：シンポジウム「緩和ケア」を伝える難しさ 日本サイコオンコロジー学会の立場から，第17回日本緩和医療学会総会．2012年6月，神戸
 29. 明智龍男：パネルディスカッション「臨床現場で活かせるカウンセリング・スキル」 否認を受け止める，第17回日本緩和医療学会総会．2012年6月，神戸
 30. 明智龍男：シンポジウム「がん対策基本法後の緩和ケアの進歩と今後の方向性」患者・家族とのコミュニケーションとこころのケア：よりよいがん医療を提供するためのサイコオンコロジーの役割，第10回日本臨床腫瘍学会総会．2012年7月，大阪
 31. 清水研，明智龍男，内富庸介，他：肺がん患者に合併する抑うつ危険因子について：身体・心理・社会面の包括的検討，第25回日本サイコオンコロジー学会総会．2012年9月，福岡
 32. 内田恵，明智龍男，他：進行がん患者におけるせん妄の頻度、関連因子、経過，in 第25回日本総合病院精神医学会総会．2012年11月，東京
 33. 清水研：腫瘍内科医、看護師との協働によるストレス早期発見・対応プログラム．第10回日本臨床腫瘍学会 2012.7，大阪
 34. 清水研：早期からの緩和ケアを実現するために．第25回日本総合病院精神医学会 2012.11，東京
 35. 小川朝生．医療者育成．第25回日本総合病院精神医学会総会．2012.11. 大田区（シンポジウム演者）
 36. 小川朝生．がん患者の有症率・相談支援のニーズとバリアに関する多施設調査．第50回日本癌治療学会学術集会．2012.10.25. 横浜（ポスター）
 37. 小川朝生．がん診療におけるせん妄．第6回日本緩和医療学会年会．2012.10.7. 神戸市（シンポジウム演者）
 38. 小川朝生．Cancer Specific Geriatric Assessment (CSGA) 日本語版の開発．第77回大腸がん研究会．2012.7.6. 港区（口演演者）
 39. 小川朝生．緩和ケアチームが精神心理的ケアを提供する工夫．in 第17回日本緩和医療学会学術大会．2012. 神戸市．（シンポジウム座長）
 40. 小川朝生．緩和ケアにおける介入エビデンス．in 第17回日本緩和医療学会学術大会．2012. 神戸市．（シンポジウム演者）
 41. 小川朝生．患者が意思決定できないときの対応．in 第17回日本緩和医療学会学術大会．2012. 神戸市．（パネルディスカッション演者）
 42. 小川朝生．臨床心理士へのサイコオンコロジー教育．in 第25回日本サイコオンコロジー学会総会．2012. 福岡市．（シンポジウム座長）
 43. 小川朝生．高齢者のサイコオンコロジー．in 第25回日本サイコオンコロジー学会総会．2012. 福岡市．（シンポジウム演者）
 44. 小川朝生．がん相談支援センターとサイコオンコロジーとの連携．in 第25回日

- 本サイコオンコロジー学会総会. 2012. 福岡市. (シンポジウム座長)
45. 岡村仁: リハビリテーションにおける心のケアの重要性. シンポジウム 3. リハビリテーションとこころのケア. 第 25 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012 年 9 月 21 日. 福岡市
 46. 岡村仁: 特別講演. がん患者に対するリハビリテーション. 第 30 回日本リハビリテーション医学会 中国・四国地方会. 2012 年 12 月 2 日. 広島市
 47. 伊東洋・大西秀樹 他. フェンタニル不応性の痛みに対し, 抗不安薬が奏功した急性リンパ性白血病の一例(08-10). 抄録集 pp. 298. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6. 神戸
 48. 多田幸雄・大西秀樹 他. がん患者における精神障害: がんセンターと大学病院の比較より. (P67). プログラム・抄録集 pp. 125. 第 25 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012. 9. 福岡
 49. 石田真弓・大西秀樹 他. 遺族外来受診患者における集団精神療法プログラムの検討. (P106). プログラム・抄録集 pp. 144. 第 25 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012. 9. 福岡
 50. 森田達也: シンポジウム 12 地域緩和ケア介入研究<OPTIM study>が明らかにしたこと~明日への示唆~ S12-1 OPTIM-study は何を明らかにしたのか?: 5年間の総括. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6, 神戸
 51. 森田達也: シンポジウム 16 緩和ケアにおける介入研究のエビデンス~飛躍のために~ S16-1 緩和ケア領域における介入研究: 最近のレビューと日本の将来. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6, 神戸
 52. 森雅紀, 森田達也, 他: シンポジウム 19 緩和ケアにおける倫理的問題 S19-5 医師はどのように・なぜがん患者に予後を伝える・伝えないのか?. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6, 神戸
 53. 加藤亜沙代, 森田達也, 他: パネルディスカッション 7 がんと診断された時からの緩和ケアの実践のために~がん治療と緩和ケアの両立~ PD7-6 質問紙によるスクリーニングを臨床に組み込んだ化学療法室での緩和ケア: 5年間の経験. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6, 神戸
 54. 藤本亘史, 森田達也, 他: フォーラム 1 緩和ケアチームフォーラム F1-4 緩和ケアチームを高める (活動評価): 緩和ケアチームの多施設活動記録調査の結果から. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6, 神戸
 55. 森田達也: 日本緩和医療学会企画 1 アクセプトされる論文の書き方~Best of Palliative Care Research 2011~ 「緩和ケア領域の研究の進め方・論文の仕上げ方」. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6, 神戸
 56. 笹原朋代, 森田達也, 他: 緩和ケアチームへの依頼内容と活動実態に対する多施設調査. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6, 神戸
 57. 佐藤一樹, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟で提供される終末期がん医療の施設間差と施設背景の関連: 多施設診療記録調査. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6, 神戸
 58. 佐藤一樹, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟で提供される終末期がん医療の施設間差による緩和ケアの質評価への影響. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6, 神戸
 59. 山口崇, 森田達也, 内富庸介, 他: ガイドラインに基づいた進行がん患者に対する輸液療法の影響に関する観察研究. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6, 神戸
 60. 秋月伸哉, 森田達也, 他: OPTIM 介入前後での緩和ケアチーム活動の変化. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6, 神戸
 61. 宮下光令, 森田達也, 他: 日本の医師の緩和ケアに関する知識に関連する要因: 多変量解析による検討. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6, 神戸
 62. 小田切拓也, 森田達也, 他: 後ろ向き研究による、ホスピス入院患者における腫瘍熱と感染の鑑別に寄与する因子の同定. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6, 神戸
 63. 秋月伸哉, 森田達也, 他: 地域緩和ケアチーム活動の実態報告 OPTIM 研究. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6, 神戸
 64. 厨芽衣子, 森田達也, 明智龍男, 他: 高

年齢がん患者のニーズをもとにした身体症状緩和プログラムに関する研究. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸

65. 森田達也: がん対策基本法後の緩和ケアの進歩と今後の方向性. 地域単位の緩和ケアを向上するために私たちが次にすべきこと: OPTIM-study からの示唆. 第10回日本臨床腫瘍学会学術集会. 2012.7, 大阪
66. 森田達也: 招待講演2 緩和医学における最近の知見と臨床疫学の基礎. 第6回日本緩和医療薬学会年会. 2012.6, 神戸
67. 大坂巖, 森田達也, 他. パス討論 緩和医療連携. 第19回日本医療マネジメント学会静岡支部学術集会. 2012.8, 沼津
68. 森田達也: 緩和ケアをつなぐ革新的実践と研究について~大型研究プロジェクト(OPTIM)の経験から~. 第17回聖路加看護学会学術大会. 2012.9, 東京
69. 森田達也: 招待講演2 緩和医学における最近の知見と臨床疫学の基礎. 第6回日本緩和医療薬学会年会. 2012.10, 神戸
70. 森田達也: 招請講演12 緩和治療の最新のエビデンスと実践. 日本臨床麻酔学会第32回大会. 2012.11, 福島
71. 中谷直樹, 他. 乳がん患者における男性パートナーのうつ病リスク. 第22回日本疫学会総会, ポスター発表. 2012.1, 東京.

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。

Ⅱ. 分担研究報告書

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

がん患者に対する包括的支援システムの開発
-医師・患者のコミュニケーションに関する研究-

研究分担者	内富庸介	岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経病態学教室 教授
研究協力者	藤森麻衣子	国立がん研究センター中央病院 精神腫瘍科 心理療法士
	浅井真理子	帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科 准教授
	小川朝生	国立がん研究センター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発分野 ユニット長
	藤澤大介	国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科 外来・病棟医長
	木下寛也	国立がん研究センター東病院 緩和医療科 科長
	白井由紀	東京大学大学院医学系研究科成人看護学/緩和ケ ア看護学、東京医療保健大学大学院
	山田祐	埼玉県立がんセンター 精神腫瘍科 医長
	横尾実乃里	国立がん研究センター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発分野 リサーチ・レジデント
	柴山修	国立がん研究センター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発分野 任意研修生
	近藤享子	国立がん研究センター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発分野 任意研修生
	上園保仁	国立がん研究センター研究所 がん患者病態生理研究分野 分野長
	稲垣正俊	国立精神・神経医療研究センター 室長
	小早川誠	広島大学病院緩和ケアチーム室 助教
	林優美	広島大学病院緩和ケアチーム室 医科診療医
	清水恵	東北大学大学院医学系研究科 大学院生
	寺田整司	岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経病態学教室 准教授
	井上真一郎	岡山大学病院 精神科神経科 助教
	大島悦子	岡山大学病院 精神科神経科 助教
	高田晴奈	岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経病態学教室 臨床心理士
	福島倫子	岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経病態学教室 臨床心理士

研究要旨 (1) 患者-医師間のコミュニケーションを解明するために、以下の4つの研究を実施している。(a) コミュニケーション技術研修 (CST) プログラムの有効性に関する研究：CST の受講が、がん告知の面談における医師の共感行動並びに患者の精神状態に及ぼす影響について無作為比較試験を行った結果、CST 参加医師では、患者が望むコミュニケーション行動が増加すること、CST 参加医師と面談した患者は心理的ストレスが低いことが示され、本CST プログラムが有効であることが示された。(b) 患者への質問促進パンフレ

ットの有効性に関する研究：進行がん患者が治療の意思決定を行う面談時に質問促進パンフレットを使用することの有用性を検討するために無作為化比較試験を行った結果、病院紹介パンフレットと比して、質問促進パンフレットの有用性の評定値が高いことから有用性が示された。(c) 心理的苦痛に対する共感反応に関する研究：国立がん研究センター東病院の医師 20 名を対象に、I 期の早期がんとIV期の進行がんの病名と病期を告知する模擬面接での患者の情動表出に対する医師の共感行動と自律神経反応(皮膚電気抵抗・心拍変動)との関連を検討した。共感行動を多く表出する医師は少ない医師と比較し、進行がん告知場面で、患者のネガティブな情動に対する交感神経反応が大きいことが示された。(d) 共感の関連要因に関する研究：医師の模擬患者へがん告知を行う面談での共感行動への関連要因に関する調査を行い、若年医師のほうが共感行動を多く示すことを確認した。

(2) H23 年度に報告した、配偶者をがんで亡くした死別後 7 年まで経過した 821 名の遺族を対象とした横断研究の結果を以下の三つの論文で発表した。(a) 心理状態と対処行動の概念構造を同定した。(b) 心理状態と対処行動を評価する尺度を用いて、心理社会的介入の仮説を得た。(c) 約半数が精神医学的障害に相当し、死別前の関連要因は患者の精神的苦痛、配偶者の精神疾患、配偶者の終末期ケアへの不満であった。

今後、上記の研究成果を踏まえ、医師の共感行動の機序を解明すると共に、縦断研究によって死別前の医師、患者、配偶者間のコミュニケーションの実態を調査し、がん医療におけるさらなるコミュニケーションの向上を目指す。

A. 研究目的

(1) インフォームド・コンセントを前提としたがん医療において、医師が患者に進行がんや再発の診断、積極的抗がん治療の中止といった悪い知らせを伝えることは避けられない。悪い知らせは患者やその家族にとって衝撃的であり、またその直後には重要な意思決定が必要とされることが多く、手厚い支援が必要である。一方、医師は、患者が悪い知らせを受けた後、患者の情動表出に対応することが難しいと考えている。

そこで本研究班では、本邦のがん患者のコミュニケーションに対する意向をもとに、がん医療に携わる医師のためのコミュニケーション技術研修プログラム(以下 CST プログラム)を開発し、がん医療における患者-医師間のコミュニケーションのさらなる向上を目的として、以下の 3 つの研究を行った。

- (a) CST プログラムの有効性に関する研究。
 - (b) 患者への質問促進パンフレットの有用性に関する研究。
 - (c) 心理的苦痛に対する共感反応に関する研究。
 - (d) 共感と関連要因に関する研究。
- (2) わが国では年間約 20 万人が配偶者をがんで亡くしており、配偶者との死別は高齢者の抑うつ最大の危険因子とされている。そこ

で、本研究班では遺族の実態把握を目的に質問紙による横断研究を実施し、以下の三点を検討した。

- (a) 配偶者をがんで亡くした遺族の心理状態と対処行動の概念構造を同定する。
- (b) 配偶者をがんで亡くした遺族の心理状態と対処行動を評価するための尺度を作成し、健康的な対処行動様式を同定することによって、心理社会的介入の仮説を得る。
- (c) 配偶者をがんで亡くした遺族の精神医学的障害の有症率を同定し、死別前の関連要因を探索する。

B. 研究方法

(1) (a) 国立がん研究センター東病院において、がん診療経験年数 3 年以上の医師 30 名及び研究参加医師の担当外来患者 601 名を対象に、待機群を設定した無作為化比較試験を実施した。介入群には、本研究班で開発した 2 日間の CST プログラム(2 時間の講義と 8 時間のロール・プレイからなる合計 10 時間のプログラム)を実施した。待機群の希望者には、研究終了後に同様の介入を実施した、主要評価項目は、模擬面接の印象評定であり、ビデオ録画された模擬面接は盲検化され、トレーニングを受けた独立した二者が評価した。副次評価項目は、研究参加医師の担当外来患者の心理

的ストレスとして、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) を評価した。

(b) 国立がん研究センター東病院の呼吸器内科、消化管内科を受診した進行がん患者 63 名を対象に、治療決定の面談前に質問促進パンフレットと病院紹介パンフレットを配布する介入群と病院紹介パンフレットのみを配布する対照群を設定した無作為化比較試験を実施した。質問促進パンフレットは病状や治療、治療中の生活などに関するよくある質問例を予め記載したものであり、患者は事前に尋ねたい質問に印をつけ、記載されていない質問を書き込むなどして面談に臨む。主要評価項目は、パンフレットの有用性の評価であった。

(c) 国立がん研究センター東病院のがん診療経験年数 3 年以上の医師 20 名を対象とした。対象者は、2 人の模擬患者に I 期の早期がん、IV 期の進行がんの病名と病期を告知する模擬面接を行い、患者から 3 つの情動刺激課題(例:「死ぬのですか」と悲しみを表出するなど)を提示した。面談はビデオ録画され、面接中に皮膚電気抵抗と脈拍が測定された。さらに対象者は共感を測定する自己記入式質問紙 Interpersonal Reactivity Index (以後 IRI) 日本語版への回答を求められた。面接中の共感行動は第三者による印象評定が行われた。また課題時の皮膚電気抵抗水準、反応、心拍変動が算出され、共感行動、IRI 各因子得点との関連を分散分析及び相関分析にて検討した。また、印象評定と IRI 各因子得点の相関分析を行った。

(d) 国立がん研究センター東病院のがん診療経験年数 3 年以上の医師 60 名を対象とした。対象者は模擬患者に難治がん告知の模擬面接を行った。面談はビデオ録画され、第三者による印象評定が行われた。共感行動と関連する要因を明らかにするために、評定された共感行動を独立変数、背景要因(年齢・性別・所属科・臨床経験年数)を従属変数とする単変量解析、および重回帰分析が行われた。

(2) (a) 国立がんセンター東病院において配偶者をがんで亡くした遺族を対象に、2009 年 3 月に郵送調査を実施した。質問紙は 2010 年度に報告した面接調査で得た心理状態(44 項目)と対処行動(38 項目)に関する項目を用いた。探索的因子分析により因子を同定し、標準化された尺度 (GHQ28、CISS) により妥当性を検討した。心理状態に寄与する要因は、階層的重回帰分析により探索した。

(b) (a) の探索的因子分析から得た 3 因子を最

適解として採用し尺度を作成した。得られた対処行動尺度の下位尺度に基づき K-means 法による非階層的クラスター分析を実施することにより、対処行動様式としてのクラスターを得た。さらに心理状態尺度の下位尺度および精神的健康 (GHQ28) の得点を従属変数、クラスターを要因とした一元配置分散分析を実施した。

(c) 精神医学的障害は精神健康調査票 (GHQ28) のカットオフ値以上 (≥ 6 、0-28 点) として有症率を同定した。また遺族の年齢 (4 群)、性別 (2 群)、死別後経過年数 (7 群) における各群の独立性は χ^2 検定で検証した。精神医学的障害の関連要因は、患者の個人属性、遺族の個人属性、終末期ケアの不満足 of 35 項目のうち、単回帰分析の結果 5% 水準で有意差であった 14 項目を独立変数として多変量ロジスティック回帰分析を実施した。

(倫理面への配慮)

研究参加は個人の自由意思によるものとし、研究への同意し参加した後でも随時撤回可能であり不参加による不利益は生じないこと、個人のプライバシーは厳密に守られることを文書にて説明し、対象者本人からインフォームド・コンセントを得た後に行った。

C. 研究結果

(1) (a) 参加者は介入群 15 名 [性別: 男性 13 名、年齢: 平均 39 (29-55) 歳、臨床経験: 平均 15 (4-25) 年、がん臨床経験: 平均 10 (2-25) 年、専門科: 外科 9 名、内科 5 名、診断 1 名]、待機群 15 名 [性別: 男性 13 名、年齢: 平均 42 (29-55) 歳、臨床経験: 平均 17 (4-25) 年、がん臨床経験: 平均 14 (2-25) 年、専門科: 外科 8 名、内科 5 名、診断 1 名、放射線科 1 名] であり、いずれも群間に有意差は認めなかった。模擬面接における印象評定の評価では、「場の設定」1/2 項目、「悪い知らせの伝え方」2/3 項目、「付加的情報の提供」2/4 項目、「情緒的サポートの提供」4/7 項目において、待機群と比して介入群の望ましい行動が介入後に有意に増加することが示唆された。また、介入群の医師と面談した患者 292 名 [性別: 男性 179 名、年齢平均 64 (32-73) 歳、がん種: 消化器 128 名、乳腺 69 名、頭頸部 49 名、その他 49 名、再発・転移あり 66 名]、待機群の医師と面談した患者 309 名 [性別: 男性 190 名、平均年齢 64 (29-78) 歳、がん種: 消化器 127 名、乳腺 26 名、頭頸部 62 名、そ

の他 95 名、再発・転移あり 87 名]であり、いずれも群間に有意差は認めなかった。面談後の HADS の不安因子得点は、介入群 4.8 ± 3.7 点、待機群 5.2 ± 3.4 点であり、群間に有意差は認められなかった ($t=1.14$, n. s.)。抑うつ因子得点は、介入群 4.6 ± 3.7 点、待機群 5.3 ± 4.0 点であり、介入群が待機群に比して有意に低かった ($t=2.24$, $p<.05$)。総合得点は、介入群 9.4 ± 6.9 点、統制群 10.5 ± 6.9 点であり、介入群が有意に低かった ($t=1.98$, $p<.05$)。

(b)参加者は介入群 32 名[性別：男性 21 名、平均年齢：63 (52-82) 歳、がん種：呼吸器 20 名、消化器 12 名]、対照群 31 名[性別：男性 21 名、平均年齢：64 (28-82) 歳、がん種：呼吸器 19 名、消化器 12 名]であり、いずれも群間に有意差は認めなかった。有用性の評価は、「質問をしやすくなった」[介入群 4.4 ± 3.6 、対照群 2.7 ± 2.8 ($p=.033$)]、「今後も利用する」[介入群 5.3 ± 3.8 、対照群 2.8 ± 3.8 ($p=.006$)]で有意に介入群が高い評価を得た。「役に立った」[介入群 4.9 ± 3.3 、対照群 3.3 ± 2.8 ($p=.051$)]は有意傾向を示した。

(c)対象者は、男性 16 名/女性 4 名であった。診療科の内訳は、内科系医師 16 名/外科系医師 4 名であった。年齢の中央値は 31 歳、臨床年数の中央値は 6 年であった。

対象者を印象評定の点数の中央値によって、共感高群、低群の 2 群にわけた。I 期と IV 期の面接中の各生理指標の平均値に相違があるか群を被験者間要因とし 2 つの面接を被験者内要因とする 2 元配置分散分析を行った。なお、心拍変動は 40 面接中アーチファクトにより 12 面接が除外された。皮膚電気抵抗水準に関しては、群間と病期に有意な交互作用を認めた [$F(1, 57)=7.36$, $p<.05$.]。単純主効果の検定を行ったところ、IV 期の面接において共感高群が低群に比べ有意に大きかった [$F(1, 57)=5.06$, $p<.05$] のに対し、I 期においては 2 群間で有意差を認めなかった。また共感高群において I 期にくらべ IV 期の皮膚電気抵抗水準が有意に大きかった [$F(1, 57)=11.76$, $p<.05$] のに対し、共感低群は両病期での有意差を認めなかった。心拍変動に関しては、群間と病期に有意な交互作用を認めなかった [$F(1, 26)=0.006$, n. s.]。IRI との変数との関連では、「個人的苦痛」得点と IV 期の皮膚電気抵抗水準との間に有意な相関を示した ($r=0.53$, $p<.05$)。「認知的共感」($r=0.53$, $p<.05$)と「個人的苦痛」($r=0.47$, $p<.05$)得点は共感行動と有意な正の相関を

示した。

(d)対象者は 60 名 (男性 50 名/女性 10 名、内科系医師 25 名/外科系医師 34 名/その他(放射線科医師 1 名)であった。また、平均年齢 37.2 歳、平均臨床年数 12.2 年であった。共感行動との単変量解析の結果、年齢は負の相関を示し、若い医師は共感行動を多く表出した ($r=-0.331$, $P=0.010$)。また診療科に関して、内科系医師は、内科系以外の医師より共感行動を多く示し ($U=240.0$, $P=0.027$)、性別に関しては、女性が男性より共感行動を多く示す傾向にあった ($U=171.0$, $P=0.117$)。さらに、重回帰分析の結果、年齢が共感行動と正の関連がある ($\beta=0.335$, $P=0.033$) ことが示唆された。

(2)821 名 (男性 242 名、女性 579 名) から回答を得た。回答者の平均年齢は 66 歳 (32~89 歳)、死別後の平均経過年数は 3 年 (7 ヶ月~7 年) であった。

(a)心理状態は「不安/抑うつ/怒り」、「思慕」、「受容/未来志向」の 3 因子であった。対処行動は「気そらし」、「絆の保持」、「社会共有/再構築」の 3 因子であった。心理状態の各因子に対して、対処行動の寄与率は 18%~34% であり、患者および遺族の個人属性の寄与率は 6% 以下であった。

(b)対処行動尺度を作成した結果、(a)で得た因子順位が入れ替わり、第 1 因子が「絆の保持」、第 2 因子が「気そらし」であった。対処行動様式として 3 つのクラスターを得た。第 1 クラスターには 65 歳未満、無職、精神科既往ありといった遺族が該当し、「絆の保持」が多く「気そらし」や「社会共有・再構築」が少なく、不健康的な対処行動様式であった。一方、第 2 クラスターには男性、介護経験が少ない、信仰なしといった遺族が該当しいずれの対処行動も少なく、また第 3 クラスターには女性、介護経験が多い、信仰ありといった遺族が該当しいずれの対処行動も多かったが、両者ともに健康的な対処行動様式であった。

(c)死別後 7 か月から 7 年までの 821 名の遺族の精神医学的障害の有症率 (GHQ28 \geq 6) は全体平均が 44% であった。配偶者が「55 歳未満」や「死別後 2 年」で有意に高かった。死別前の要因として「配偶者が精神疾患あり」、「患者が胃癌」、「患者が精神科受診あり」、「医師の身体症状ケアに不満あり」、「患者とのコミュニケーション時間に不満あり」が有意に関連した。

D. 考察

(1) (a) 患者の意向に基づいた CST プログラムの有効性を評価するために、無作為化比較試験を行った結果、CST に参加していない医師と比して、CST 参加医師は患者の意向に即した行動表出が増加すること、CST に参加していない医師と面談した患者と比して、CST 参加医師と面談した患者は心理的ストレスが低いことが示された。この結果から、本 CST プログラムは有効であることが示唆された。

(b) 質問促進パンフレットは、治療の意思決定を行う面談時に有用であることが示された。

(c) 皮膚電気抵抗水準は交感神経反応を反映しており、情動喚起の指標として用いられることが多い。今回の実験では、共感行動が多い医師が少ない医師と比較し、進行がんの病名や病期を告知する場面での、患者の負の情動に対する交感神経反応が大きいことが示された。また交感神経反応は「個人的苦痛」得点と正の相関関係があることも示された。すなわち医師の共感行動は認知的共感に加えて個人的苦痛を伴う交感神経反応と関連している可能性が示唆される。

(d) 共感行動と関連する医師の要因として、女性、内科系医師、また、特に若年であることが挙げられ、我が国でも欧米諸国の先行研究と同様の結果が認められた。本結果は医学教育に有用な基礎的情報として役立つと考えられる。

(2) (a) 対処行動は心理状態を規定する主要な要因であり、介入仮説として“「気そらし」と「社会共有・再構築」の促進および「絆の保持の抑制による肯定的な心理状態の促進」を得た（既公刊）。

(b) 65 歳未満、無職、精神科既往ありといった遺族が用いる対処行動は「絆の保持」が多い一方で「気そらし」や「社会共有・再構築」が少ないという傾向がみられ、精神的健康の障害を生じるリスクが高い可能性が示唆され、適切な対処行動への変容を促す必要が示唆された（審査中）。

(c) 障害は全体平均が 44% であり、健常者

(14%, Nakagawa et al, 1985) の約 3 倍であったことから、配偶者をがんで亡くした遺族への死別後の精神的支援の必要性が示唆された。‘患者が精神科受診あり’といった患者の精神的苦痛が強い場合には、それが配偶者の精神的苦痛を喚起している可能性を考慮して、配偶者に対しても早期評価することが望ましい（印刷中）。

E. 結論

(1) (a) 患者の意向に基づいたコミュニケーション技術研修プログラムは有効であることが示された。本プログラムを全国的に開催し、我が国のがん臨床に携わる医師に提供することが求められる。

(b) 患者への質問促進パンフレットは、意思決定を行うような重要な面談において、有用であることが示された。本パンフレットを全国の患者や医療者が活用できるよう公開することが求められる。

(c) 共感行動を多く表出する医師は少ない医師と比較し、進行がんの病名や病期を告知する場面での、患者のネガティブな情動に対する交感神経反応が大きいこと、また交感神経反応は IRI の個人的苦痛因子と正の相関関係あることが示された。医師の共感行動の表出には、自身の情動覚醒に伴う交感神経反応が関連している可能性が示唆される。今後は共感の機序解明を目標に、交感神経も含めた中枢神経機能が評価できるよう脳機能画像を用いた研究を開始している。

(d) 医師の共感行動の多さは年齢と負の相関関係があることが示された。本結果を踏まえて、効果的な教育法を検討する予定である。

(2) (a) 配偶者をがんで亡くした遺族の心理状態と対処行動はそれぞれ 3 因子からなる概念であった。

(b) 心理状態と対処行動を評価する尺度を用いて、心理社会的介入の仮説を得た。

(c) 精神医学的障害の有症率と死別前の関連要因を同定した。

今後は、縦断研究を実施し、肯定的な心理状態に寄与する適応的な対処行動を同定する。また死別前の医師、患者、配偶者間のコミュニケーションの実態も調査し、緩和ケア導入期から死別後まで継続した、死別後のうつ病が予防可能な配偶者支援プログラムを開発する予定である。

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

1. Akechi T, Morita T, Uchitomi Y, et al : Good death in elderly adults with cancer in Japan based on perspectives of the general population. J Am Geriatr Soc, 60(2):271-6, 2012

2. Terada S, Uchitomi Y. : School refusal by patients with gender identity disorder. *Gen Hosp Psychiatry*, 34(3):299-303, 2012
3. Takeda N, Uchitomi Y., et al : Creutzfeldt-Jakob disease with the M232R mutation in the prion protein gene in two cases showing different disease courses: a clinicopathological study. *J Neurol Sci*, 15:312(1-2):108-16, 2012
4. Shimizu K, Akechi T, Ogawa A, Uchitomi Y., et al: Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project. *Ann Oncol*, 23(8) : 1973-9, 2012
5. Saito-Nakaya K, Uchitomi Y., et al : Stress and survival after cancer: a prospective study of a Finnish population-based cohort. *Cancer Epidemiol*, 36(2):230-5, 2012
6. Oshima E, Uchitomi Y., et al : Frontal assessment battery and brain perfusion imaging in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*, 24(6):994-1001, 2012
7. Ogawa A, Shimizu K, 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*, 42(1):42-52, 2012
8. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y., et al : Psychological Distress of the Bereaved Seeking Medical Counseling at a Cancer Center. *Jpn J Clin Oncol*, 42(6):506-512, 2012
9. Asai M, Uchitomi Y., et al : Psychological states and coping strategies after bereavement among spouses of cancer patients: a quantitative study in Japan. *Support Care Cancer*, 20(12):3189-203, 2012
10. Yoshida, H. Uchitomi, Y., et al: Validation of the revised Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-R) for detecting mild cognitive impairment and dementia in a Japanese population. *Int Psychogeriatr*, 24(1): 28-37, 2012
11. Inoue S, Uchitomi Y., et al: A case of adult-onset adrenoleukodystrophy with frontal lobe dysfunction: a novel point mutation in the ABCD1 gene. *Intern Med*, 51(11):1403-6, 2012
12. Yamaguchi T, Morita T, Uchitomi Y., et al: Effect of parenteral hydration therapy based on the Japanese national clinical guideline on quality of life, discomfort, and symptom intensity in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 43(6): 1001-12, 2012
13. Fujimori, M. Uchitomi Y., et al: Communication between Cancer Patients and Oncologists in Japan. *New Challenges in Communication with Cancer Patients*. 301-313, 2012
14. Shirai Y, Fujimori M, Ogawa A, Yamada Y, 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* 21: 706-13, 2012
15. 矢野智宣, 内富庸介: 周術期のせん妄の診断と治療術前からリスク因子に対応し、必要に応じて薬物治療を. *Life Support and Anesthesia*, 19(2): 144-148, 2012
16. 藤原雅樹, 内富庸介, 他: うつ状態に対する lamotrigine の急性効果の検討. *臨床精神薬理*, 15(4): 551-559, 2012
17. 内富庸介: がん患者の抑うつと薬物治療. *臨床精神薬理*, 15(7): 1135-1143, 2012
20. 内富庸介: がん医療におけるコミュニケーションスキル. *造血細胞移植*, 24:2-3, 2012
21. 22. 矢野智宣, 内富庸介, 他: うつ病を伴う口腔灼熱感症候群に pregabalin が有効であった1例. *精神医学*, 54(6): 621-623, 2012
23. 内富庸介: がん患者の意思決定を支援する. *Nursing Today*, 27(5): 50-53, 2012
24. 井上真一郎, 内富庸介: B.サイコオンコロジー. *乳腺腫瘍学*. 日本乳癌学会(編), 金原出版株式会社, 325-330, 2012.
25. 内富庸介: サイコオンコロジー領域にお

- ける抗うつ薬の役割. Depression Strategy うつ病治療の新たなストラテジー. 小山司/監修, 先端医学社, 7-12, 2012.
26. 井上真一郎, 内富庸介: ⑥緩和医療におけるせん妄症例 B. 病棟・ICU で出会うせん妄に診かた. 八田耕太郎, 岸泰宏(編), 中外医学社, 153-167, 2012
27. 寺田整司, 内富庸介: 認知症を伴う糖尿病性腎症患者のケーススタディ. 糖尿病×CKD 診療ガイド Q&A. 榎野博史(編), 南山堂, 167-168, 2012.
28. 小川朝生/内富庸介(編): 精神腫瘍学クリニカルエッセンス. 日本総合病院精神医学会がん対策委員会(監修), 創造出版, 1-333, 2012.
2. 学会発表
1. Akechi T, Morita T, Uchitomi Y, et al: Good death in elderly adults with cancer in Japan based on perspectives of the general population. 14th World Congress of Psycho-Oncology. Brisbane; 2012
2. Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y: An exploratory study on factors associated with patient preferences for communication. In: 14th World Congress of Psycho-Oncology. Brisbane; 2012
3. 内富庸介: 患者意向を重視したコミュニケーション技術研修(SHARE): 5年間の軌跡, 第10回日本臨床腫瘍学会学術集会, 大阪, 2012.7, 演者
4. 白井由紀, 内富庸介: 治療を決める際のがん患者質問促進パンフレットの有用性について, 第10回日本臨床腫瘍学会学術集会, 大阪, 2012.7,
5. 清水研, 明智龍男, 内富庸介, 他: 肺がん患者に合併する抑うつの危険因子について: 身体・心理・社会面の包括的検討, 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012.9, 福岡
6. 内富庸介: がん患者とのコミュニケーションを多職種で支える～チーム医療の新たなアプローチ～, 第50回日本癌治療学会学術集会, 横浜, 2012.10, 座長
7. 内富庸介: 脳腫瘍患者・家族への心の支援: 精神腫瘍学の立場から, 第30回日本脳腫瘍学会学術集会, 広島, 2012.11, 教育セミナー
8. 内富庸介: 統合失調症: 脳・生活・思春期発達の交点, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.15, 座長
9. 大林芳明, 流王雄太, 高木学, 高橋茂, 内富庸介: うつ病患者に投与した mirtazapine がアカシジアを引き起こした2症例, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.15, 一般演題
10. 板倉久和, 内富庸介, 他: 緊張状態を呈し、たこつぼ型心筋症を発症した Parkinson 病の一例, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.15, 一般演題
11. 馬庭真理子, 内富庸介, 他: 左後頭葉術後に出現した器質性精神障害に対してパリドンを有効であった一例, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.16, 一般演題
12. 千田真由子, 内富庸介, 他: 非けいれん性てんかん発作重積を呈した一例, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.16, 一般演題
13. 井上真一郎, 内富庸介, 他: 精神科医によりせん妄と診断された患者における身体科医からの紹介病名についての検討, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.16, 一般演題
14. 小田幸治, 内富庸介, 他: 岡山大学病院における「精神科リエゾンチーム加算」の算定および運用方法について, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.16, 一般演題
15. 光井祐子, 内富庸介, 他: 遷延した意識障害が体重増加と共に改善した神経性無食欲症の一例, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.16, 一般演題
16. 内富庸介: 精神腫瘍学, 第25回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2012.11, 座長
17. 内富庸介: がん患者の心のケア～精神医学と心理学の配合加減～, 第25回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2012.11,

座長

18. 内富庸介:英語論文を査読するときのポイント, 第25回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2012. 12. 1, 演者
19. 内富庸介:抗うつ薬の反応予測, そして奏効しない際の次の一手は, 第25回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2012. 12, 座長
20. 馬場華奈己, 内富庸介, 他: 岡山大学病院における術後せん妄対策の実際一周術期管理センター連携モデル, 第25回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2012. 11, ポスター
21. 小田幸治, 内富庸介, 他: 岡山大学病院における「精神科リエゾンチーム加算」の算定及び運用方法について, 第25回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2012. 11, ポスター
22. 清水研, 明智龍男, 小川朝生, 内富庸介, 他: 肺がん患者に合併する抑うつの危険因子について: 身体・心理・社会面の包括的検討, 第25回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2012. 11, ポスター
23. 浅井真理子, 清水研, 小川朝生, 明智龍男, 内富庸介, 他: 配偶者をがんで亡くした遺族の精神医学的障害. 第25回日本サイコオンコロジー学会総会, 福岡, 2012. 9, ポスター

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

がん患者の心理社会的苦痛に対する介入法の開発

研究分担者 明智龍男 名古屋市立大学大学院医学研究科
精神・認知・行動医学分野 教授
研究協力者 樺野香苗 名古屋市立大学看護学部
香月富士日 名古屋市立大学看護学部

研究要旨 乳がんで術後補助療法を受けている女性の心理社会的苦痛を緩和するための新たな多職種介入法として、精神科医と看護師との協働介入モデル（冊子による情報提供、心理教育および問題解決療法、主治医や担当看護師へのニーズ情報のフィードバック、専門部署への受診コーディネートで構成）を開発した。平成22年度までに比較群を持たないsingle armの臨床試験にて予備的な検討を行い、高い実施可能性と患者の満たされていないニーズを改善することを示した。平成23年度から、本協働介入の有用性を検証するための無作為化比較試験を開始し、現時点までに目標症例数の77%にあたる46例（介入群23例、対照群23例）の患者の参加を得た。

A. 研究目的

がんの診断後、多くの患者にケアが望まれる不安・抑うつをはじめとした心理的苦痛が発現することが知られている。一方、我々の先行研究から、がん患者の経験する心理的苦痛とニーズに高い関連があることが示されたことから、苦痛を抱える患者に適切な介入を提供するうえで、患者の個別的なニーズを把握し、それに対応することの有用性が示唆された。

また患者の心理的な苦痛を軽減するための介入については、臨床応用、均てん化の観点から、有用であるのみならず、簡便でわが国の多くの施設でも実施可能な介入を開発することが求められる。

我々は平成22年度までに、精神科医と看護師との協働介入モデル（冊子による情報提供、心理教育および問題解決療法、主治医や担当看護師へのニーズ情報のフィードバック、専門部署への受診コーディネートで構成）を開発し、比較群を持たないsingle armの臨床試験にて予備的な検討を行い、高い実施可能性と患者の満たされていないニーズを改善することを示した。

本研究の目的は、今回開発した新たな協働介入モデルの有用性を無作為化比較にて検証することである。

B. 研究方法

対象は、乳がんに対する手術を受けた後、外来で補助療法（化学療法、ホルモン療法）を受けている女性のうち、精神的ストレスが一定以上存在する者である（つらさと支障の寒暖計で、つらさの寒暖計が3点以上、かつ支障の寒暖計が1点以上の者）。

対象者の登録と割り付け：参加者の登録は研究事務局にて行われた。登録された患者は、その患者背景に関して盲検化された者により、コンピューターを用いて無作為に割り付けられた。なお、この際、つらさと支障の寒暖計の支障のスコアを用いて層別割り付けを行うこととした（つらさの寒暖計3点以上かつ支障の寒暖計1点以上をstratumとする）。

試験デザイン：参加者に対してニーズに基づいた協働ケアを提供し、その効果を対照群と比較する無作為化比較対照試験である。

研究の手順：適格条件を満たす患者に対して、研究者が書面を用いて本研究について説明を行い、書面により同意を取得した。ベースライン時点の評価を行った後に、層別ブロック割り付けにより介入群と対照群を決定した。介入群には看護師による協働ケア（期間は概ね2カ月程度）を提供するとともに対照群には情報提供のための小冊子を提供した。ベースラインから約4ヶ月後（介入終了から約1ヶ月後）と6ヶ月後（介入終了から約3ヶ月後）に各エンドポイントを測定する各種

質問紙を郵送し調査を実施した。

精神科医と看護師との協働介入：直接的な介入は看護師が行うが、その内容は、1. 標準化された質問紙（The short-form Supportive Care Needs Survey : SCNS-SF34）を用いたニーズの把握、2. 看護師による介入（小冊子による情報提供、心理教育およびニーズ調査の結果を利用した簡易問題解決療法）、3. 主治医および外来看護師への患者ニーズのフィードバック、4. 専門部署への受診コーディネーションとした（SCNS-SF34および問題解決療法に関しては以下を参照）。なお、介入全般、特に問題解決療法の施行にあたって定期的に精神科医がスーパービジョンを行うこととした。

・ The short-form Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34)

SCNS-SF34 は、がん患者のニーズを評価するためにオーストラリアで開発された自己記入式の調査票であり、がんに関連して生じる5つの次元のニーズ（1. 心理的側面、2. 医学的な情報、3. 身体状態および日常生活、4. ケアや援助、5. 対人関係におけるコミュニケーションに対するニーズ）を測定可能である。本調査票の日本語版を作成した我々の先行研究で、わが国のがん患者に対しても良好な妥当性、信頼性を有することが示されている。

・ 問題解決療法

問題解決療法は、心理的苦痛の背景に存在するストレス状況（個人にとっての日常生活上の「問題」）を整理し、その優先順位や解決可能性を検討したうえで（第一段階）、その問題に対する達成可能で現実的な目標を設定し（第二段階）、さまざまな解決方法を列挙しながら（第三段階）、各々の解決方法についてメリット（Pros）とデメリット（Cons）を評価した後に、最良の解決方法を選択・計画し（第四段階）、実行およびその結果を検討する（第五段階）、といった段階的で構造化された簡便な治療技法である。本介入は、精神保健の専門家以外でも施行可能とされており、海外では、看護師やソーシャルワーカーなどが介入者となった場合でも、不安や抑うつ軽減において有効であることが示唆されている。本研究においては、わが国における均てん化を念頭に本治療法を介入の中心的な技法として選択した。

なお、介入は約2ヶ月間行い、面接を2回、電話を用いた介入を2回施行した。

対照群に対しては、上記のうち情報提供の

ための小冊子の提供のみを行った。なお、希望者には、研究終了後1カ月の時点で、介入群と同様の看護師による介入を提供した。

評価項目、評価時期：ベースライン時および、その約4ヶ月後（介入終了から約1カ月後）と6ヶ月後（介入終了から約3カ月後）に各エンドポイントを郵送し、記入後に返送してもらった。欠損値があった場合には研究者が電話にて補完した。主たる評価項目は以下とした。

評価法：本協働介入の効果を評価するために、介入前後において、プライマリーエンドポイントとして SCNS-SF34 を、セカンダリーエンドポイントとして Profile of Mood States (POMS) の total mood disturbance (TMD) を、EORTC QLQ-C30、再発脅威、医療に対する満足度を評価した。なお、セカンダリーエンドポイントの評価項目の詳細については省略した。

サンプルサイズの算定：我々が行った予備研究の結果から、本介入によって SCNS-SF34 の平均総スコアが17点減少する一方、対照群の同スコアの減少を3点、各々の標準偏差を18程度と見積もると（つまり効果量が0.78）、 $\alpha=0.05$ 、 $\beta=0.20$ のパワーのもとで、各群に26例の症例数が必要となる。約1割の身体状況の悪化による脱落例、追跡不能例、拒否例を想定し、目標症例数を各群30例とした。

解析項目、方法：無作為割り付けされた全ての患者を解析対象とする。プライマリーエンドポイントを含めた全ての連続変数評価項目は、介入群・対照群間で ANCOVA を用いて比較する。途中介入から脱落した場合であってもベースラインから4ヶ月後、6ヶ月後の評価を受けた患者では、そのデータをそのまま用いることとした（Intention to treat 解析）。同様の解析を ANCOVA（ベースラインデータを調整するため）でも行う。感度分析としては完遂者解析を行う。解析ソフトは、SPSS for Windows 18.0 を用いる。

中間解析：中間解析は行わないこととするが、班研究が開催される際に（概ね年に2回）進捗状況および安全性確認のために、エントリー率、脱落率、重篤な有害事象の発生頻度などをチェックした。一方、脱落が50%を超える場合や本研究への参加拒否が50%を超える場合、あるいはその他研究班が研究中止の勧告を行った場合には試験中止を検討する。

（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する。本研究への参加に同意が得られた場合は、同意書に参加者本人の署名をしていただいた。

なお、名古屋市立大学医学部 IRB で本研究計画の承認を受け、2010年10月から研究を開始した。なお本研究は臨床試験として登録されている (UMIN-R5172)。

C. 研究結果

名古屋市立大学病院で加療中の乳がん患者 288 名 (2010 年 10 月以降に初発乳がん、胸筋温存乳房切除術または乳房部分切除術を受けた患者) のうち精神的ストレス以外の適格基準を満たす患者は 112 名であった。適格患者に対し精神的ストレスのスクリーニングツールであるつらさと支障の寒暖計を実施したところ、適格基準を満たす精神的苦痛 (つらさの寒暖計 3 点以上かつ支障の寒暖計 1 点以上) を有した患者は 54 名 (48%) であり、そのうち 48 名 (89%) が研究参加に同意した (そのうち 1 名は同意後に研究参加を辞退)。

研究参加に同意が得られた 47 名のうち無作為割り付けが終了した対象者は 46 名であり、介入群 23 例、対照群 23 例に割りつけられた。現時点までに、計 30 名が 6 カ月後のフォローアップ調査を終了した。

介入群 23 名の患者背景は、平均年齢 54 歳 (標準偏差 13)、既婚 65%、短大以上の教育経験を有する者 26%、臨床病期 0/I/II 期が各々 9%/39%/52%、補助療法として抗がん剤、ハーセプチン、ホルモン療法を受けている者が各々 65%、17%、70% (重複回答あり)、Performance Status は全員が 0 であった。また、つらさと支障の寒暖計の中央値は、つらさの寒暖計、支障の寒暖計ともに 5 点であった。同様に、対照群 23 名の患者背景は、平均年齢 57 歳 (標準偏差 13)、既婚 87%、短大以上の教育経験を有する者 35%、臨床病期 0/I/II 期が各々 0%/43%/57%、補助療法として抗がん剤、ハーセプチン、ホルモン療法を受けている者が各々 70%、9%、61% (重複回答あり)、Performance Status は全員が 0 であった。また、つらさと支障の寒暖計の中央値は、つらさの寒暖計、支障の寒暖計とも

に 5 点であった。

D. 考察

無作為化比較試験の実施状況からは、適格患者 54 名のうち 87% が研究に参加しており、本研究の実施可能性が高いことが示唆された。

E. 結論

乳がんで術後補助療法を受けている女性の心理社会的苦痛を緩和するための新たな多職種介入法として、精神科医と看護師との協働介入モデル (冊子による情報提供、心理教育および問題解決療法、主治医や担当看護師へのニード情報のフィードバック、専門部署への受診コーディネーションで構成) を開発し、その有用性を検証するための無作為化比較試験を開始した。現時点までのところ、その実施可能性は高いことが示唆された。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1. [Akechi T](#), et al: Clinical Indicators of Depression among Ambulatory Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Jpn J Clin Oncol* 42: 1175-1180, 2012
2. [Akechi T](#), et al: Perceived needs, psychological distress and quality of life of elderly cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 42: 704-710, 2012
3. [Akechi T](#), [Morita T](#), [Uchitomi Y](#), et al: Good death in elderly adults with cancer in Japan based on perspectives of the general population. *J Am Geriatr Soc* 60: 271-276, 2012
4. [Akechi T](#), [Morita T](#), et al: Dignity therapy: Preliminary cross-cultural findings regarding implementation among Japanese advanced cancer patients. *Palliat Med* 26: 768-769, 2012
5. [Akechi T](#): Psychotherapy for depression among patients with advanced cancer. *Jpn J Clin Oncol* 42: 1113-1119, 2012
6. [Yamada A](#), [Akechi T](#), et al: Quality of life of parents raising children with pervasive developmental disorders.

- BMC Psychiatry Aug 20;12:119, 2012
7. Watanabe N, Akechi T, et al: Deliberate self-harm in adolescents aged 12-18: a cross-sectional survey of 18,104 students. *Suicide Life Threat Behav* 42: 550-560, 2012
 8. Shimodera S, Akechi T, et al: The first 100 patients in the SUN(^_^)D trial (strategic use of new generation antidepressants for depression): examination of feasibility and adherence during the pilot phase. *Trials* 13: 80, 2012
 9. Shimizu K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project. *Ann Oncol* 23: 1973-1979, 2012
 10. Kinoshita K, Akechi T, et al: Not only body weight perception but also body mass index is relevant to suicidal ideation and self-harming behavior in Japanese adolescents. *J Nerv Ment Dis* 200: 305-309, 2012
 11. Hirai K, Akechi T, et al: Problem-Solving Therapy for Psychological Distress in Japanese Early-stage Breast Cancer Patients. *Jpn J Clin Oncol* 42: 1168-1174, 2012
 12. Asai M, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. *Psychooncology* May 2, 2012
 13. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: Factors in narratives to questions in the short-term life review interviews of terminally ill cancer patients and utility of the questions. *Palliat Support Care*: Feb 24: 1-8, 2012
 14. 明智龍男: メメント・モリ. *精神医学* 54: 232-233, 2012
 15. 明智龍男: がん終末期の精神症状のケア. *コンセンサス癌治療* 10: 206-209, 2012
 16. 明智龍男: 緩和ケアと抑うつ-がん患者の抑うつの評価と治療. 「精神科治療学」編集委員会 (編) 気分障害の治療ガイドライン. 星和書店, 東京, pp. 258-262, 2012
 17. 明智龍男: がん患者の心のケア-サイコオンコロジーの役割. NHKラジオあさいちばん. NHKサービスセンター, 東京, pp. 100-110, 2012
 18. 明智龍男: 緩和ケアに関する学会などについての情報-日本サイコオンコロジー学会、日本総合病院精神医学会. *ホスピス緩和ケア白書2012*. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 東京, pp. 71-73, 2012
 19. 明智龍男: がん患者の自殺、希死念慮. 内富庸介, 小川朝生. (編) *精神腫瘍学クリニックエッセンス*. 創造出版, 東京, pp. 75-87, 2012
 20. 明智龍男: 精神療法. 内富庸介, 小川朝生 (編) *精神腫瘍学クリニックエッセンス*. 創造出版, 東京, pp. 167-184, 2012
2. 学会発表
1. Akechi T, Morita T, Uchitomi Y, et al. Good death in elderly adults with cancer in Japan based on perspectives of the general population. 14th World Congress of Psycho-Oncology. Brisbane; 2012
 2. Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y: An exploratory study on factors associated with patient preferences for communication. In: 14th World Congress of Psycho-Oncology. Brisbane; 2012
 3. Kawaguchi A, Akechi T, et al: Group cognitive psychotherapy for patients with generalized social anxiety disorder in Japan: Outcomes at a 1-year follow up and outcome predictors. Association for behavioral and cognitive therapies 46th annual convention. National Harbor; 2012
 4. Ogawa S, Akechi T, et al: Quality of life and avoidance in patients with panic disorder with agoraphobia after cognitive behavioral therapy. Association for behavioral and cognitive therapies 46th annual convention. National Harbor; 2012
 5. Shimizu K, Nakaya N, Saito-Nakaya K, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: a