

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、期の早期がんと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 1 期の早期がん、

2 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て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(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。期と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なかった [$F(1,57)=7.36$, $p<0.05$.]。単純主効果の検定を行ったところ、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 [$F(1,57)=5.06$, $p<0.05$]のに対し、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 期に比べ 期の皮膚電気抵抗水準が有意に大きかった [$F(1,57)=11.76$, $p<0.05$]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

期の皮膚電気抵抗水準との間に有意な相関を示した ($r=0.53$, $p<0.05$)。「認知的共感」 ($r=0.53$, $p<0.05$) と「個人的苦痛」 ($r=0.47$, $p<0.05$) 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 ($r=0.335$, $P=0.033$) 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 (GHQ28-6) 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が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: 緩和医療におけるせん妄症例 B. 病棟・ICU で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回日本サイコロジ学会総会. 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ロ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
 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 - 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。