

201221008A

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

高齢がん患者の治療開始および中止における意思決定能力の評価

およびその支援に関する研究

平成 24 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 明智 龍男

平成 25 (2013) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

高齢がん患者の治療開始および中止における意思決定能力の評価

およびその支援に関する研究 3

明智 龍男

II. 分担研究報告書

1. がん患者の意思決定能力の評価法に関する研究 25

内富 庸介

2. 高齢がん患者のリハビリテーションに関する研究 29

岡村 仁

3. 高齢がん患者のニードをもとにした身体症状緩和プログラムに関する研究 33

森田 達也

4. がん患者の意思決定能力の評価法に関する研究 39

小川 朝生

5. 高齢がん患者における心身の状態の包括的評価方法に関する研究 44

奥山 徹

6. 研究成果の刊行に関する一覧表 49

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

高齢がん患者の治療開始および中止における意思決定能力の評価および
その支援に関する研究

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 教授

研究要旨 本研究では、来るべき超高齢化社会に向けて、患者、家族が、がん治療に際して納得のいく意思決定を行い、かつ質の高い療養を受けることが可能となるような支援プログラムの開発やガイドラインの作成を目的とする。本年度は以下の結果を得た。1) 認知症高齢者の意思決定能力を評価するための評価法を作成し、その実施可能性と信頼性を検討した。さらに、認知症高齢者と正常高齢者対象として調査を行い、認知症高齢者は正常高齢者と比べて理解、認識、思考の領域において障害が目立つことを明らかにした。2) 高齢者の認知機能改善を目的としたリハビリテーションシステム「速度フィードバック療法」の有効性を高齢がん患者を対象とした無作為化比較試験で示した。3) 意思決定能力のない高齢がん患者の意思決定支援ツール BEST : Best interest for Elderly incompetent patient Support Tool を作成し、運用した。BEST : Best interest for Elderly incompetent patient Support Tool は、高齢がん患者の意思決定支援に有用な可能性がある。今後の開発・実証研究が有望である。4) 114 名のがん患者を対象として治療方針決定時において、MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment を実施し、意思決定能力の障害頻度を検討した結果、意思決定能力の障害を 27 名に認め、本障害は、教育歴と認知機能と関連していた。5) VES-13 が我が国の高齢がん患者の脆弱性スクリーニングに有用な方法であるかどうかを検討し、海外での報告と同程度のスクリーニング能力を有していることが示唆されたが、より精度高いスクリーニングのためには、他の評価方法と組み合わせて使用する方法が推奨された。

研究分担者 明智 龍男
名古屋市立大学大学院
教授
内富 庸介
岡山大学大学院
教授
岡村 仁
広島大学大学院
教授
森田 達也
聖隷三方原病院
部長

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
ユニット長
奥山 徹
名古屋市立大学大学院
病院准教授

A. 研究目的

わが国の超高齢化を背景に、今後も高齢がん患者の数は増加の一途を辿ることが推測される。一方では、高齢者においては、がん診断の心理的衝撃に加え、他の身体的合併症や加齢に基づく認知機能障害の合併などで、がん治療の開始および中止の双方における意思決定が複雑になることが多い。本研究では、来るべき超高齢化社会に向けて、患者、家族が、がん治療に際して納得のいく意思決定を行い、かつ質の高い療養を受けることが可能となるような支援プログラムの開発やガイドラインの作成を目的とする。

本年度に行った各々の研究毎に概要を記した。

1) がん患者の意思決定能力の評価法に関する研究

A. 研究目的

本研究の目的は認知症高齢者の意思決定能力（治療同意能力）を評価し、援助の方策についても検討することである。具体的には、正常対照群との比較を行い、障害されている領域を特定し、自己決定を援助するための方策を考えることを目的とする。

B. 研究方法

岡山大学病院もの忘れ外来を受診した認知症高齢者とその家族を対象として、治療同意能力を評価するための面接である MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T) と幾つかの心理検査を施行する。

本年度は、昨年度に作成した MacCAT-T の信頼性を検討し、さらに MacCAT-T を用いて抗認知症薬開始時点における治療同意能力を、患者群と正常対照群とで評価し、結果の比較を行った。

(倫理面への配慮)

- ①研究プロトコルを倫理委員会に提出し、研究開始の許可を得た。
- ②対象者全例に研究の主旨を説明し、書面による同意を得ている。
- ③データは匿名化し、外部へは持ち出さない。

C. 研究結果

評価スケールである MacCAT-T について、Interrater reliability は 0.735-0.910 (級内相関係数)、Test-retest reliability は 0.730-0.845 (相

関係数) であった。

患者群 (n=36) と正常対照群 (n=27) との比較からは、意思決定能力を更生する 4 領域 (理解・認識・思考・意思表示) のうち、理解、認識、思考の領域で 2 群間に有意差を認めた (理解: 患者群 2.8 ± 1.3 点, 対照群 4.4 ± 0.9 点, $p < 0.001$) (認識: 患者群 3.0 ± 1.4 点, 対照群 3.8 ± 0.7 点, $p = 0.005$) (思考: 患者群 5.1 ± 2.4 点, 対照群 6.9 ± 1.2 点, $p < 0.001$)

D. 考察

抗認知症薬開始時点における治療同意能力を評価するためのスケールとして MacCAT-T の信頼性は良好であった。患者群で治療同意能力の低下が認められた。障害が目立つ領域は理解、思考、認識である可能性が示唆された。海外における今までの報告では、思考は障害を受けにくいとされるものもあれば、意思の表明のみが障害されにくいとされる報告もあるが、我々の結果と傾向は一致していた。今後は、今回の結果を用いて、意思決定の援助方策を検討する。

認知症高齢者を対象として治療同意能力を評価した研究は、本邦では、本研究が初めてである。

E. 結論

認知症高齢者を対象とした、治療同意能力の評価法を作成し、高い信頼性を明らかにした。認知症高齢者と正常高齢者対象として抗認知症薬開始時点における治療同意能力の調査を行い、患者群では正常高齢者と比べて、治療同意能力の中でも理解、認識、思考の領域において障害が目立つことを明らかにした。

2) 高齢がん患者のリハビリテーションに関する研究

A. 研究目的

高齢がん患者の意思決定能力に影響する大きな要因として、認知機能障害があげられる。しかし、がん患者の認知機能障害には様々な要因があり、その評価は難しいともいわれている。本研究は、高齢がん患者の認知機能障害を改善し、高齢がん患者を適切な意思決定に導くためのリハビリテーションシステムを構築することを目的とした。そのために、我々が現在開発を進めている高齢者の認知機能改

善を目指したりハビリテーションシステム「速度フィードバック療法」を高年齢がん患者に適用し、FABを用いて、無作為化比較試験によりその有効性を検証することを試みた。

B. 研究方法

1) 対象者

対象者は、広島大学病院に通院している乳がん、または前立腺がん患者で、同意取得時の年齢が65歳以上でありPerformance Statusが0または1であり、歩行が自立しているものとした。骨転移が認められるものや、全脳照射を受けたことがあるもの、心疾患や呼吸器疾患により内科的リスク管理が必要なものや、整形外科的疾患や中枢神経麻痺によりエルゴメーター駆動能力に支障をきたすものは除外した。

2) 目標対象者数の設定

先行研究を参考に、介入群の有効率（ベースライン時と終了時のFAB得点の変化量）を10%（2点）、標準偏差を2.6点とし、これをもとに両側検定（有意水準5%）で検出力80%を保持するのに必要な標本の大きさを算出すると、各群28例が必要となる。脱落を10%と予測し、各群31例、計62例を目標対象者数とした。

3) 介入方法

介入群に対する介入方法として、ミルゴメーター[®]を用いた速度フィードバック療法を実施した。ミルゴメーター[®]とは、自転車エルゴメーターとPCとを接続したトレーニングマシンで、実施者はPC画面で指示された駆動速度に従ってエルゴメーターを駆動するものである。本研究では、運動負荷20wattで最高回転数80rpmに設定し、1回あたりの駆動時間を5分間とした。これを週1回で4週間、合計4回実施した。速度フィードバック療法終了前後には、バイタルチェックと健康状態の確認を行った。

対照群については、普段通りに4週間過ごすよう依頼した。

4) 評価項目と評価時期

社会医学的項目として、年齢、性別、教育年数、がんの原発部位、診断日、治療歴、既往歴を調査した。認知機能評価として、高年齢

がん患者の認知機能評価としての有用性が報告されているFrontal Assessment Battery (FAB)を実施した。FABは我々の先行研究において、高年齢がん患者の認知機能評価としての有用性が高いことが確認されている。日常生活活動能力評価としてBarthel Index (BI)、LawtonとBrodyのInstrumental Activities of Daily Living (IADL)を、感情状態尺度としてHospital Anxiety and Depression Scale (HADS)を、倦怠感尺度としてCancer Fatigue Scale (CFS)を、QOL尺度としてFunctional Assessment of Cancer Therapy-General ver. 4 (FACT-G)を実施した。

5) 統計学的解析

ベースラインにおける全対象者の概要を明らかにするため、対象者の背景や各評価尺度の得点について、記述統計学的分析を行った。次に、各評価尺度間の相関関係について検討するためにKolmogorov-Smirnovの正規性の検定を行った後にSpearman-rank correlation coefficientを評価した。更に、ベースラインにおける対象者の背景などの変数や、各評価尺度得点について両群間の比較を行うためにMann-Whitney U-testあるいは χ^2 -testを行った。また、ベースライン時、終了時の各評価尺度得点変化における両群間の差を検討するため、各評価尺度の得点を従属変数とした二元配置（対応のある因子と対応のない因子）の分散分析を行った。

全ての検定におけるP値は両側であり、 $p < 0.05$ を有意とした。また、全ての統計解析は、IBM SPSS Statistics ver. 20.0を用いて行った。

（倫理面への配慮）

本研究では、世界医師会による「ヘルシンキ宣言」及び厚生労働省「臨床研究に関する倫理指針」を遵守して行った。また、本研究は広島大学臨床研究倫理審査委員会の承認を得た後に実施した。

C. 研究結果

1) 対象者の参加状況と概要

適格者146名のうち、研究参加への同意が得られたのは80名であった。この80名に対して無作為割り付けを行ったところ、介入群

38名と対照群42名に割り付けられた。対照群においてはその後、ベースラインから終了時評価までの4週間に、状態悪化により1名、家族の反対により1名が脱落したため、最終評価対象者は40名となった。介入群においては脱落した者がいなかったため、最終評価対象者は38名となった。

なお、リクルート時に同意が得られなかった65名の理由としては、「自宅が病院から遠い」「多忙」「体調不良」の他に、「関心なし」や「病気のことを忘れたい」「認知機能に問題を感じていない」との回答があった。

2) ベースラインにおける介入群と対照群の比較

介入群と対照群では、年齢、性別、がんの原発部位、職業の有無、運動習慣、教育年数、診断からの期間、各評価尺度と総得点及び下位項目得点において、有意差は見られなかった。しかし、治療経験（重複回答あり）のうち、放射線療法を受けたことのある患者数にのみ有意差（ $p=0.001$ ）が見られた。

3) 各評価尺度の得点変化における介入群と対照群の比較

各評価尺度の得点について二元配置分散分析を行った結果、FAB得点についてのみ交互作用（ $p=0.006$ 、 $\text{partial } \eta^2=0.094$ ）、主効果（時間： $p<0.001$ 、 $\text{partial } \eta^2=0.247$ ・グループ： $p=0.003$ 、 $\text{partial } \eta^2=0.109$ ）ともに2群間に有意差が見られた。しかし、その他の評価尺度および各尺度の下位項目については、いずれも2群間に有意差は認められなかった。

D. 考察

高齢がん患者に対する速度フィードバック療法の有効性について無作為化比較試験を用いて検討した結果、FABの得点変化において介入群と対照群との間に有意差が認められた。このことより、速度フィードバック療法は、高齢がん患者のFAB得点で示される認知機能の改善に有効であることが示唆された。

速度フィードバック療法がどのような機序で認知機能改善をもたらすのかについてOotaniらは、注意の持続と集中を促すことが対象者の注意機能向上をもたらす、認知機能向上につながったと推論している。Roweは、運動注意課題時の脳活動をfMRIで測定した

ところ、運動注意課題時の脳活動は運動課題時より有意に増大したと報告しており、注意持続の要素を含む速度フィードバック療法は高齢がん患者の認知機能改善にも有効であったと思われる。また化学療法による脳への影響を研究しているWinocurらは、注意に焦点を当てたりハビリテーションによって高齢がん患者に見られる認知機能の低下が回復する可能性があるとして述べており、これは速度フィードバック療法が持つ注意持続という要素が高齢がん患者の認知機能改善をもたらしたとする今回の仮説を支持するものである。

しかし一方で、今回の研究ではIADL、CFS、HADS、FACT-Gについては有効性が示されなかった。この要因のひとつとして考えられるのが、対象症例数の問題である。本研究では、FABの得点変化を基にサンプルサイズを算出したために、その他の評価尺度において有意差が検出されるにはサンプルサイズが不十分であった可能性がある。また、もうひとつの要因として、対象者の機能状態が比較的良好であったことが考えられる。本研究では、対象者の機能レベルをPSI以上としたため、ベースラインにおけるBIとIADLの平均は99.87（SD 1.13）と9.35（SD 1.34）と、ほぼ満点であった。そのため、天井効果が働き、有意な変化が見られなかったものと考えられる。

E. 結論

高齢がん患者の認知機能低下に対する速度フィードバック療法の有効性を検証することを目的として無作為化比較試験を実施した。その結果、FAB得点変化について介入群と対照群との間に有意な差が見られた。また、速度フィードバック療法は高齢がん患者に適用した場合においても、有害事象が生じることはなく安全に実施できることが確認された。以上の結果から、速度フィードバック療法は、高齢がん患者の認知機能改善に有効であることが示唆された。

3) 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

A. 研究目的

我が国の高齢化を背景に、今後も高齢がん患者は増加の一途を辿ることが予測される。高齢者の緩和ケアでは、複雑な身体・心理・

社会的背景から、意思決定支援が困難な場合がある。しかし、高齢がん患者の意思決定支援を支援するプログラムについて、実証研究は国際的にもほとんどなく、国内の研究はないのが実情である。

本研究の目的は意思決定能力のない高齢がん患者の意思決定支援ツールを作成し、実施可能性・有用性を評価することである。

B. 研究方法

腫瘍学、精神医学、緩和医学、生命倫理学を専門とする4名で討議を行い、高齢者の意思決定支援ツール BEST: Best interest for Elderly incompetent patient Support Tool を作成した。

本ツールは、高齢がん患者の診療にあたる医師・看護師が5つのステップにしたがって質問に回答するかたちで記載をすると、カンファレンスで意思決定を行う上で必要な医学的事項、心理社会的事項、倫理的事項が検討されるように設計されている(図)。

1つのがん診療連携拠点病院で診療を受けている高齢がん患者5名を対象として実際に意思決定支援ツールを使用し、実施可能性、有用性を記述した。

(倫理面への配慮)

臨床上得られたデータの後ろ向き解析のため、包括同意に基づき匿名性に配慮して行なった。

C. 研究結果

がん治療において生じた5つの意思決定(抗がん治療を実施するか、療養場所をどこにするか、消化管閉塞のために胃瘻を作成するか・経鼻胃管を利用するか・薬物療法のみで症状緩和を行うかなど)についてBESTが利用された。

いずれの事例でも、BESTを利用したカンファレンスを行うことで、意思決定を行うことが可能であった。利用した医師・看護師を対象とした聞き取り調査では、構造化されているのでわかりやすい、何を情報として聴取する必要があるかがわかるとの意見があった一方、診療記録との二重記録となるため手間がかかるとの意見があった。

D. 考察

高齢者の意思決定支援ツール BEST: Best interest for Elderly incompetent patient Support Tool は、高齢がん患者の意思決定支援に有用な可能性がある。

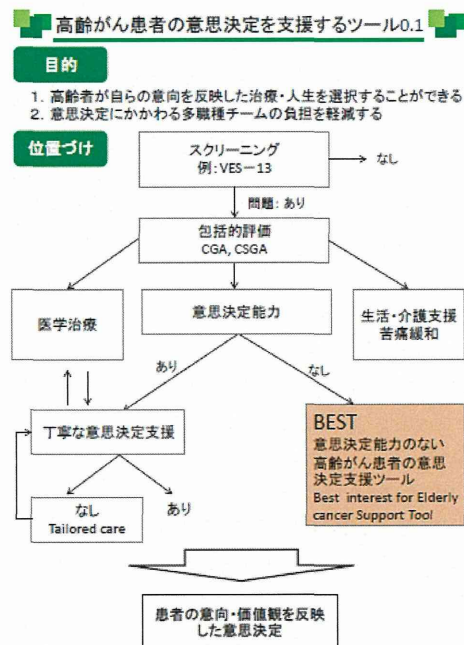
E. 結論

高齢者の意思決定支援ツール BEST: Best interest for Elderly incompetent patient Support Tool に関する今後の開発・実証研究が有望である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

図 BEST: Best interest for Elderly incompetent patient Support Tool



1. MacArthur Competence Assessment Tool - Treatment (MacCAT-T)

MacCAT-Tは精神科入院や外来治療、身体治療、臨床試験などさまざまな場面での使用を想定して作成された患者の治療同意能力を評価する半構造化面接であり、世界的に標準的な治療同意能力評価方法として用いられている (Grisso, et al., Psychiatric Service 1997)。本面接で、同意・不同意の選択の表示、期待できる利益の理解、予測できる危険の理解、代替手段に関する理解、無治療の場合の利益などの理解を評価し、医師のおこなった説明と照らし合わせながら回答を評価する。各項目2点で評価し、すべて2点であればほとんどの治療について同意能力はであると判定される。所要時間は20分ほどである。

MacCAT-Tは、もともとは精神疾患患者の治療同意能力を評価する場面で使用することを中心に構成されており、担当医が患者に対して、症状および社会的状況を判断できるかどうかを面接する内容になる。しかし、今回評価するのは身体治療の治療内容を理解しているかどうかを判断することが目的であるため、海外の先行研究に習い、担当医以外の別の評価者が質問を行う形式に改め、質問の内容に関しても精神症状に伴う社会的関係の問題を評価する内容は省略して実施する。評価に当たっては面接内容を記録し、その記録に基づいて精神科専門医2名が独立して評価する。

2. Mini Mental State Examination 日本語版 (MMSE-J)

MMSE-Jは、認知機能障害の重症度を評価する質問票である。注意力、見当識、短期記憶、空間認知能力等で構成される。日本語版の信頼性・妥当性も確立している。所要時間は10分ほどである。

3. Frontal Assessment Battery 日本語版 (FAB)

FABはベッドサイドで簡便に前頭葉機能検査を評価する目的で開発されたテストバッテリーで、6つの下位検査から構成される (Dubois, et al., Neurology 2000)。実施時間は10分程度であり、被験者への負担も少ないことから、高齢者やデイ・ケアでの経時的評価にも用いられる。日本語版も作成され、信頼性、妥当性が確認されている (川島隆太ら、2006)。

4. Vulnerable Elders Survey (VES-13)

VES-13は高齢者の包括的アセスメントを目的とした自記式質問票であり、日常生活の活動

度を評価する (Saliba, et al., J Am Geriatr Soc 2000)。本質問票は海外において包括的アセスメントの代用指標としての有効性が示され、欧米のがん診療ガイドラインにも採用されている (NCCN 2010)。わが国のがん患者における信頼性、妥当性は検討されていないが、高齢者の包括的アセスメントの重要性を鑑みて、用いることとした。

5. Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)
PHQ-9は、うつ病のスクリーニング、重症度評価のための自記式質問票である (Kroenke, et al., J Gen Intern Med 2001)。うつ病の症状を尋ねる9項目と日常生活の支障度を問う1項目からなり、日本語版の信頼性についても確立している (Muramatsu et al., Psychol Rep 2007)。

6. 臨床背景 : 以下の治療状況、人口統計学的情報を診療録より得る。

原発部位、臨床病期、治療歴、既往歴、内服薬、全般的身体状況、合併症・併存症、一般検血、血液生化学、栄養状態、家族歴、教育歴、ADL、IADL

7. 担当医による患者の理解度の評価

MacCAT-Tの項目に沿って、同意・不同意の選択の表示、期待できる利益の理解、予測できる危険の理解、代替手段に関する理解、無治療の場合の利益それぞれについて、「理解できている・具体的に提示できる」、「一部理解している、理解できていると言うが具体的には提示できない」、「理解していない」の3段階で評定をつける。

8. 患者による理解度の評価

MacCAT-Tの項目に沿って、同意・不同意の選択の表示、期待できる利益の理解、予測できる危険の理解、代替手段に関する理解、無治療の場合の利益それぞれについて、「理解できている・具体的に提示できる」、「一部理解している」、「分からない、理解できない」の3段階で返答を得る。

(倫理面への配慮)

調査に先立ち文書にて人権の擁護に関する十分な説明を行う。すなわち、研究への参加および参加辞退は自由意思であり不参加によるいかなる不利益も受けないこと、また同意後も随時撤回が可能であること、人権擁護に十分配慮した上で個人情報には完全に保護されること、等を説明する。研究成果の公表の際には、個人情報は完全に匿名化し、参加者が特定されることはないよう

に対応する。

C. 研究結果

2010年11月に施設内の倫理審査委員会に研究許可の申請を諮り、2011年3月に承認を受け、同年7月より調査を開始し、2012年7月まで実施した。期間中入院した173名にリクルートを行い、適格基準に該当する者は135名、そのうち122名より同意を得た。そのうち、体調不良により脱落した7名、調査前に退院しコンタクトできなくなった者1名を除く114名が解析対象となった。

(表1)

項目	Patients without capacity (n = 27)	Patients with Capacity (n = 87)	P
年齢(歳)	68.0 ± 8.0	63.9 ± 9.8	0.048
教育歴(年)	9.9 ± 4.2	12.1 ± 3.6	0.01
婚姻			0.57
未婚	1 (3.7%)	3 (3.5%)	
既婚	22 (81.5%)	78 (89.7%)	
離別	2 (7.4%)	2 (2.3%)	
死別	2 (7.4%)	4 (4.7%)	
NSCLC	3 (11.1%)	11 (12.6%)	1.0
Stage			0.37
I	2 (7.4%)	5 (5.7%)	
II	0 (0%)	8 (9.2%)	
III	7 (25.9%)	26 (29.9%)	
IV	18 (66.7%)	48 (55.2%)	
Performance Status			0.056
0	6 (22.2%)	37 (43.0%)	
1	17 (63.0%)	45 (52.3%)	
2	4 (14.8%)	4 (4.7%)	

【背景】114名のうち、男性は88名、女性は26名であった。年齢は64.9歳±9.6歳であった。病期はstageIが7名、stageIIが7名、stageIIIが33名、stageIVが67名であった。脳転移がある者は16名であった。組織型はNSCLCが90名、SCLCが24名であった。ECOG

Performance Statusは0が42名、1が64名、2が8名であった。治療内容は、化学療法単独が72名、化学放射線療法が33名、術後補助化学療法7名であった。

【意思決定能力】MacCAT-Tを用いた精神科医1名による簡易判定の結果、意思決定能力の障害（部分的、全能力を含む）を27名(24%, 95%CI: 16-31%)に認めた。

意思決定能力の障害の有無で2群に分け、性別、病期、転移の有無に関して χ^2 乗検定を実施し、性別および教育歴に関して有意差を認めた(表1、2)。

(表2)

項目	Patients without capacity (n = 27)	Patients with capacity (n = 87)	P
脳転移 (CT or MRI)	5 (18.5%)	11 (12.6%)	0.53
オピオイド内服	9 (33.3%)	17 (19.5%)	0.19
面談			
面接時間(分)	29.1 ± 10.6	29.7 ± 11.2	0.82
家族の同席(人)	27 (100%)	81 (93.1%)	0.33

また、FAB、MMSE、serial7、VES-13、PHQ-9に関して、独立2群のt検定を実施したところ、FAB、MMSE、VES-13について有意差を認めた(表3)。

(表 3)

項目	Patients without capacity (n = 27)	Patients with capacity (n = 87)	P
VES-13 (平均)	3.1 ± 2.9	1.5 ± 1.5	0.002
4 点以上	8 (29.6%)	5 (5.7%)	
3 点以下	19 (70.4%)	82 (94.3%)	
PHQ-9	6.19	6.22	0.97
MMSE-J	25.0 ± 4.6	27.5 ± 2.4	0.01
27-30	12 (44.4%)	62 (71.3%)	0.018
21-26	13 (48.1%)	24 (27.6%)	
0-20	2 (7.4%)	1 (1.1%)	
FAB	12.3 ± 3.3	14.7 ± 2.5	0.03

治療同意能力障害との関連要因を、 $P < 0.2$ の関連要因を強制投入して検討したところ、教育歴と全般性認知機能 (MMSE) の関連を認められた。

(表 4)

項目	OR	P
教育歴 高卒未満	3.15 (1.09-9.10)	0.034
高卒以上	1.0	
Performance Status ≥ 1	1.58 (0.51-4.86)	0.43
0	1.0	
オピオイド 有	1.74 (0.55-5.51)	0.35
無	1.0	
MMSE ≤ 23	5.03 (1.23-20.7)	0.025
≥ 24	1.0	

治療同意能力障害の有無について、MacCAT-T の評価結果を求めたところ、理解と認識、論理的思考において有意差を認めた。

D. 考察

がん患者の治療方針決定時において、患者の治療同意能力を構造化面接で評価をする計画を立てた。解析の結果、24%に何らかの意思決定能力の障害を認めた。障害は、全般性認知機能 (MMSE) および教育歴との関連を認めた。

治療同意能力の障害は、脳転移や Performance Status、stage との関連は認めなかった。また、脳器質疾患との関連では、転移性脳腫瘍の有無とも関連はなく、また精神症状としては抑うつとは関係を認めなかった。上記結果より、臨床において、治療同意能力の評価を考慮に入れる場合、全般性認知機能検査を実施することは障害の有無を推測するのに有用である示唆を得た。

E. 結論

がん患者の治療方針決定時において、患者の治療同意能力を評価した。治療方針決定時にすでに障害を認めるケースを24%に認めた。今後、障害がある場合でも意思決定が可能となる支援技法の開発を検討する必要がある。

5) 高齢がん患者における心身の状態の包括的評価方法に関する研究

A. 研究目的

高齢がん患者の急増にも関わらず、高齢がん患者に相応しい医療やケアのあり方に関する知見は乏しい。高齢者は抗がん治療の副作用などに脆弱であることも多いことから、身体機能、精神・認知機能などに関する包括的評価を行うことで、そのような脆弱性を有する患者を同定する試みがされるようになってきているが、そのような複雑な評価を日常臨床で実施することは困難を伴う。Vulnerable Elders Survey (VES-13) は、そのような患者のスクリーニングツールのひとつである。海外ではその有用性が実証されており、高齢者治療ガイドラインなどでもその使用が推奨されている。本研究の目的は、VES-13 がわが国の高齢がん患者の脆弱性スクリーニングに有用な評価方法であるかどうかを検討することである。

B. 研究方法

名古屋市立大学病院に入院となった、新規に悪性リンパ腫または多発性骨髄腫と診断された65歳以上のがん患者とする。研究対象候補者を連続的にサンプリングして適格評価を行い、適格患者に対して、抗がん治療開始前に VES-13 を実施し、併せて身体的機能、抑う

つ、認知機能障害などに関する包括的評価を行った。

・Vulnerable Elders Survey (VES-13)

VES-13は、高齢者における脆弱性を評価するために開発された13項目からなる自記式の質問票である。海外の研究では2/3点が脆弱性スクリーニングのためのカットオフポイントとされている。本研究においてForward-backward translation法を用いて日本語版を作成した。

・日常生活動作(ADL)、手段的日常生活動作(IADL)

Barthel IndexによってADLを、Lawton IndexによってIADLを評価した。Barthel Indexでは90点以下、Lawton Indexでは3点以下を障害ありとした。

・合併症

Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G)という尺度を用いて評価を行った。14領域について5段階で各領域の重症度を評価するもので、総得点を問題が存在していた領域の数で除した値を重症度指数とし、2点以上を障害ありとした。

・栄養状態

Body Mass Index 18.5未満または25以上を障害ありとした。

・抑うつ

Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)という自記式質問票を用いて評価した。

本尺度は、うつ病のスクリーニング及び重症度評価を行うための自記式質問票であり、抑うつ症状を尋ねる9項目と、気持ちの問題による日常生活への支障を問う1項目からなる。各症状について直近2週間にどの程度の頻度で症状が出現するかを問うており、「半分以上」または「ほとんど毎日」という回答が5項目以上であった場合を障害ありとした。

・認知機能障害

Mini Mental Status Examination (MMSE)という他者評価尺度を用いた。見当識、短期及び長期記憶、計算、語想起、空間認識などを問う質問からなり、5-10分程度で実施可能である。低得点ほど認知機能障害が重篤であることを示す。24点未満を障害ありとした。

・脆弱性

ADL・IADL、合併症、栄養状態、身体的機能、抑うつ気分、認知機能障害の6項目のうち2項目以上で障害がある場合を脆弱性ありと定義した。

(倫理面への配慮)

本研究は当院倫理審査委員会の承認を得て行った。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を、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。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からの署名を得た。また同意能力がないと判断される場合は、患者から口頭での同意と代諾者からの文書による同意を得た。

C. 研究結果

2012年12月末までに106名の適格性評価を行い、26名が不適格、8名が拒否であり、72名(68%)より有効データを得た。平均年齢は74歳、男性42名(58%)、診断は悪性リンパ腫が54名(75%)、多発性骨髄腫が18名(25%)であった。診断時のECOG PSが2または3である患者は20名(28%)であった。

包括的評価の結果、40%の患者が脆弱性群の定義に相当した。VES-13による脆弱性スクリーニング能力は、2/3点において感度0.87、特異度0.68、陽性尤度比6.0(95%CI: 2.5-14.7)、ROC曲線下面積0.88であった。

D. 考察

65歳以上の診断直後の悪性リンパ腫、多発性骨髄腫患者において、脆弱性の定義に相当する患者は40%と高頻度であった。

脆弱性を有する高齢がん患者のスクリーニングに関する系統的レビューによると、海外でのVES-13のスクリーニング能力は感度の中央値68%、特異度の中央値78%であった。よって本研究結果は、日本語版VES-13が海外での報告とほぼ同程度のスクリーニング能力を有していることを示している。一方で、臨床的には十分なスクリーニング能力を有しているとはいいがたく、今後データをより詳細に検証し、さらに有用性を高めるために他の評価方法と組み合わせて使用することなどの検討も必要と思われる。

E. 結論

日本語版VES-13は、脆弱性評価を要するような高齢がん患者のスクリーニングについて、海外での報告と同程度のスクリーニング能力を有していることが示唆された。さらに有用性を高めるために他の評価方法と組み合わせて使用することなどの検討も必要と考えた。

(以下、全体共通)

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, Okuyama 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
2. Akechi T, Okuyama 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. Psychotherapy for depression among patients with advanced cancer Jpn J Clin Oncol 42: 1113-1119, 2012
4. Akechi T, Morita T, Okuyama 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, Okuyama T, et al: Clinical Indicators of Depression among Ambulatory Cancer Patients Undergoing Chemotherapy Jpn J Clin Oncol 42: 1175-1180, 2012
6. 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: 1973-1979, 2012
7. 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
8. 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
9. Watanabe N, Akechi T, et al : Help-seeking behavior among Japanese school students who self-harm: results from a self-report survey of 18,104 adolescents. Neuropsychiatr Dis Treat. 2012;8:561-569.
10. Yamada A, Akechi T, et al: Quality of life of parents raising children with pervasive developmental disorders BMC Psychiatry 12: 119, 2012
11. 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: 1-8, 2012
12. Asai M, Ogawa A, Akechi T, Uchitomi Y, et al : Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients Psychooncology 2012
13. Hirai K, Okuyama T, 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
14. 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
15. Terada S, Uchitomi Y. : School refusal by patients with gender identity disorder. Gen Hosp Psychiatry, 34(3):299-303, 2012
16. 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
17. 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
18. Oshima E, Uchitomi Y, et al : Frontal assessment battery and brain perfusion imaging in Alzheimer's disease. Int Psychogeriatr, 24(6):994-1001, 2012
19. 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*, 42(1):42-52, 2012
20. Ishida M, 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
 21. 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
 22. 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
 23. 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
 24. Yokoi T, Okamura H, et al: Conditions associated with wandering in people with dementia from the viewpoint of self-awareness: Five case reports. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 27: 162-170, 2012
 25. Yokoi T, Okamura H, et al: Investigation of eating actions of people with dementia from the viewpoint of self-awareness. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 27: 228-237, 2012
 26. Niiyama E, Okamura H: Effects of group therapy focused on the cognitions of new female nurses who experienced violent language and violent acts in the workplace. *インターナショナル Nurs Care Res* 11: 33-42, 2012
 27. Niiyama E, Okamura H: Effects of group therapy focused on the coping strategies of new female nurses who experienced violent language and violent acts from patients. *インターナショナル Nurs Care Res* 11: 43-52, 2012
 28. Niiyama E, Okamura H: Effects of group therapy focused on the cognitions of new female nurses who experienced violent language and violent acts by patients. *インターナショナル Nurs Care Res* 11: 83-92, 2012
 29. Niiyama E, Okamura H: Relationship between adult children property and self esteem of nursing students. *インターナショナル Nurs Care Res* 11: 93-99, 2012
 30. Abe K, Okamura H, et al: Systematic review of rehabilitation intervention in palliative care for cancer patients. *J Palliat Care Med* 2:131. doi:10.4172/2165-7386.1000131, 2012
 31. Yokoi T, Okamura H: Why do dementia patients become unable to lead a daily life with decreasing cognitive function? *Dementia* (in press)
 32. Miki E, Okamura H, et al: Clinical usefulness of the Frontal Assessment Battery at bedside (FAB) for elderly cancer patients. *Support Care Cancer* (in press)
 33. Yamagishi A, Morita T, et al: Providing palliative care for cancer patients: The views and exposure of community general practitioners and district nurses in Japan. *J Pain Symptom Manage* 43(1): 59-67, 2012.
 34. Morita T, et al: A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care* 11(1): 2, 2012.
 35. Igarashi A, Morita T, et al: A scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan: A potential new endpoint of cancer care. *J Pain Symptom Manage* 43(2): 218-225, 2012.
 36. Yamaguchi T, Morita T, et al: Longitudinal follow-up study using the distress and impact thermometer in an outpatient chemotherapy setting. *J Pain Symptom Manage* 43(2): 236-243, 2012.
 37. Yamagishi A, Morita T, et al: Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in

- outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey. *J Pain Symptom Manage* 43(3): 503-514, 2012.
38. Nakazawa Y, Morita T, et al: The current status and issues regarding hospital-based specialized palliative care service in Japanese regional cancer centers: A nationwide questionnaire survey. *Jpn J Clin Oncol* 42(5): 432-441, 2012.
 39. Sato K, Morita T, et al: Family member perspectives of deceased relatives' end-of-life options on admission to a palliative care unit in Japan. *Support Care Cancer* 20(5): 893-900, 2012.
 40. Akiyama M, Morita T, et al: Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. *Support Care Cancer* 20(5): 923-931, 2012.
 41. Choi JE, Morita T, et al: Making the decision for home hospice: perspectives of bereaved Japanese families who had loved ones in home hospice. *Jpn J Clin Oncol* 42(6): 498-505, 2012.
 42. 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): 1001-1012, 2012.
 43. Kizawa Y, Morita T, et al: Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: A modified Delphi method. *Palliat Med* 26(5): 744-752, 2012.
 44. Matsuo N, Morita T, et al: Physician-reported corticosteroid therapy practices in certified palliative care units in Japan: A nationwide survey. *J Palliat Med* 15(9): 1011-1016, 2012.
 45. Kaneishi K, Morita T, et al: Olanzapine for the relief of nausea in patients with advanced cancer and incomplete bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage* 44(4): 604-607, 2012.
 46. Yamagishi A, Morita T, et al: Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan. *Support Care Cancer* 20(10): 2575-2582, 2012.
 47. Yoshida S, Morita T, et al: Pros and cons of prognostic disclosure to Japanese cancer patients and their families from the family's point of view. *J Palliat Med* 15(12): 1342-1349, 2012.
 48. Yamaguchi T, Morita T, et al: Recent developments in the management of cancer pain in Japan: Education, clinical guidelines and basic research. *Jpn J Clin Oncol* 42(12): 1120-1127, 2012.
 49. Ando M, Morita T: How to Conduct the Short-Term Life Review Interview for Terminally Ill Patients. Editor by Lancaster AJ, Sharpe O. *Psychotherapy New Research*. NOVA Science Publishers, US, pp.101-108, 2012.
 50. 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*. 21(7): 706-13, 2012
 51. Kishi Y, Okuyama T, et al. Treatment of delirium with risperidone in cancer patients. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012 Aug;66(5):411-7
 52. Furukawa TA, Akechi T, et al : CBT modifies the naturalistic course of social anxiety disorder: Findings from an ABA design study in the routine clinical practices *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, in press
 53. Kawaguchi A, Akechi T, et al: A case of schizophrenia accompanied with lissencephaly *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, in press
 54. 明智龍男: メメント・モリ. *精神医学* 54: 232-233, 2012

55. 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
56. 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
57. 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
58. 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
59. 明智龍男: がん患者の自殺、希死念慮. 内富庸介, 小川朝生. (編) 精神腫瘍学クリニカルエッセンス. 創造出版, 東京, pp. 75-87, 2012
60. 明智龍男: 精神療法. 内富庸介, 小川朝生(編) 精神腫瘍学クリニカルエッセンス. 創造出版, 東京, pp. 167-184, 2012
61. 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
62. 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
63. 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
64. 内富庸介: がん医療においてサイコオンコロジスト築いてほしい心のケア体制. CLINICIAN, 59: 26-32, 2012
65. 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
66. 内富庸介: 新規抗うつ薬. CLINICIAN, 59(8): 14-17, 2012
67. 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
68. 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
69. 内富庸介: 悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・スキル SHARE プロトコール. PSYCHIATRIST, 17: 5-22, 2012
70. 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.
71. 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.
72. 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
73. 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. 槇野博史(編), 南山堂, 167-168, 2012.
74. 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.
75. 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-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
76. 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
77. 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
78. 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.
79. 福本和彦, 森田達也, 他: オピオイド新規導入タイトルセッ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.
80. 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.
81. 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.
82. 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.
83. 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.
 84. 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.
 85. 森田達也: 緩和ケアチームの活動とOPTIMの成果. Credentials 44: 9-11, 2012.
 86. 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 stepIIオピオイド: 弱オピオイドの使用、WHO stepIIIオピオイド: オピオイドの第1選択. 緩和ケア 22(3): 241-244, 2012.
 87. 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.
 88. 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—遺族への質的調査からの示唆. Palliat Care Res 7(1): 142-148, 2012.
 89. 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—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.
 90. 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.
 91. 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.
 92. 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.
 93. 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.
 94. 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.
 95. 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.
 96. 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.
 97. 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.
 98. 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.
 99. 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.
 100. 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.
 101. 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.
 102. 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.
 103. 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.
 104. 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.
 105. 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.

106. 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.
107. 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.
108. 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.
109. 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.
110. 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.
111. 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.
112. 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.
113. 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.
114. 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.
115. 上山栄子, 小川朝生, 他: 反復経頭蓋磁気刺激によるラット海馬における神経細胞新生の増加. 精神神経学雑誌, 114(9): 1018-1022, 2012
116. 松本禎久, 小川朝生, がん患者の症状緩和. Modern Physician. 32(9): 1109-1112, 2012
117. 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
118. 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
119. 小川朝生, 悪性腫瘍(がん). 精神看護. 15(4): 76-79, 2012

学会発表

1. Akechi T, Morita T, Okuyama 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, et al :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, 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. 14th World Congress of Psycho-Oncology. Brisbane; 2012
6. Sugano K, Okuyama T, Akechi T, et al : Experience of death conference at general hospital setting in Japan In: 14th World Congress of Psycho-Oncology. Brisbane; 2012
7. 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
8. Snyder C, Okuyama T, Akechi T, et al :

- Carducci AW: 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
9. 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
 10. 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
 11. 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
 12. 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,
 13. 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
 14. 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
 15. 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
 16. 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
 17. 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
 18. 馬庭真理子、河田敏明、藤原雅樹、小田幸治、高木学、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
 19. 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
 20. 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
 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
 22. 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
 23. 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
 24. 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
 25. 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
 26. 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
 27. 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