

る研究であるため、様々な形での配慮が必要なことが明らかとなった。

また、「現在の大きい病性障害」の診断基準を満たす患者が0名などの結果となったが、当初サンプルサイズの見積もりを行った際よりも少ない結果であった。大きい病性障害が少ない傾向は他の施設も同様の結果であり、このことは、既に精神科受診をしている患者が除外されている等、種々の理由が考えられ、検討の余地がある。

#### E. 結論

適格基準を満たさなかった患者について、詳細に調査を行う必要があると考えられる。そのため、本研究を実施した施設での結果について、検討・解析を行う。

#### 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. Asai M, Shimizu K, Ogawa A, Akechi T, Uchitomi Y, et al : Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. Psychooncology. 2012.

- in press
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
  18. 内富庸介: がん医療においてサイコオンコロジストと築いてほしい心のケア体制. CLINICIAN, 59: 26-32, 2012
  19. 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
  20. 内富庸介: 新規抗うつ薬について. CLINICIAN, 59(8): 14-17, 2012
  21. 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
  22. 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
  23. 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 プロトコル. PSYCHIATRIST, 17: 5-22, 2012
  24. 井上真一郎, 内富庸介: B. サイコオンコロジー. 乳癌腫瘍学. 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. 槇野博史(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. 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, 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
    7. 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
    8. 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レ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

#### 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（がん臨床研究事業）  
分担研究報告書

血液がん患者におけるうつ病の早期発見、早期介入に関する研究

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 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  
奥山徹、内田恵、伊藤嘉規、菅野康二、久保田陽介)

研究要旨 本研究では、我が国の血液がん患者における抑うつスクリーニングプログラムを開発することを目的とした。当院に新規入院した病理学的に血液がんと診断された患者を対象として、適格患者を連続サンプリングし、文書による同意を得た上で、がん診断後かつ治療開始前に、「つらさと支障の寒暖計」（以下、DIT）の記入を依頼した。またその結果についてブラインドである面接者が、Composite International Diagnostic Interview (CIDI) を用いてうつ病の診断面接を行った。血液がん患者 20 名より有効なデータを得た。加えて、放射線治療中のがん患者を対象として同様の調査を実施し、両群合わせて 84 名より有効なデータを得た。構造化面接 (CIDI) によって診断された大うつ病、小うつ病の頻度は、血液がん患者でともに 0%、放射線治療中の患者で各々 0%/2% であった。うつ病診断を満たす患者が少なかったため、DIT のうつ病スクリーニング能力に関する詳細な検討は行わなかった。

A. 研究目的

血液の悪性腫瘍には悪性リンパ腫、白血病、骨髄腫などが含まれる。わが国における年間新規罹患者数はそれぞれ約 17500 名、9000 名、5000 名であり、これらを合わせるとわが国におけるがん罹患者総数の約 5% に相当する。血液がん患者においては、抑うつなどの精神症状の頻度が高いこと、自殺の危険度が高いことが示唆されている。本研究では、我が国の血液がん患者における抑うつスクリーニングプログラムを開発することを目的とした。

B. 研究方法

対象は、名古屋市立大学病院に入院となり、新規に病理学的に血液がんと診断された 20 歳以上、65 歳未満の患者とする。患者を連続サンプリングし、文書による同意を得た上で、がん診断後かつ治療開始前に、「つらさと支障の寒暖計」の記入を依頼した。「つらさと支障の寒暖計」の結果についてブラインドの面接者が、Composite International Diagnostic Interview (CIDI) を用いてうつ病診断面接を行った。

なお、血液内科での調査対象者数が少なかったことから、2012 年 8 月より放射線療法中

の外来がん患者においても実地調査を実施した。

「つらさと支障の寒暖計」によるうつ病診断を有する患者のスクリーニング能力を検討するために、「つらさの寒暖計」得点、「支障の寒暖計」得点の組み合わせた各スコアに関する感度及び特異度、ROC 曲線、層別尤度比などについて、統計学的に検討することとした。

(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で、個人のプライバシーは厳重に守られる旨を文書にて説明した。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。

C. 研究結果

【血液内科】

25 名の患者の適格性評価を行い、3 名が不

適格、2名が拒否であったため、20名(77%)より有効なデータを得た。CIDIによって大うつ病あるいは小うつ病と診断された患者は0名(0%)であった。

#### 【放射線科】

126名の患者の適格性評価を行い、9名が不適格、53名が拒否であったため、64名(55%)より有効なデータを得た。CIDIによって大うつ病、小うつ病と診断された患者はそれぞれ0名(0%)、1名(2%)であった。

うつ病の診断基準を満たす患者が少なかったため、DITのうつ病スクリーニング能力に関する統計解析は実施しなかった。

#### D. 考察

血液がん患者、放射線治療中のがん患者共いうつ病の頻度は低かった。血液がん患者における抑うつスクリーニングプログラムの開発には、さらなる症例集積が必要である。外来放射線療法中の患者においては拒否率が高く、この中にうつ病に罹患した患者が含まれていた可能性が否定出来ないと考えられた。

#### E. 結論

血液がん患者と放射線治療中の患者におけるうつ病の頻度は低く、つらさと支障の寒暖計による抑うつスクリーニング能力を統計学的に検討することは出来なかった。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

#### G. 研究発表

##### 論文発表

1. 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) 精神腫瘍学クリニカルエッセンス. 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) 精神腫瘍学クリニカルエッセンス. 創造出版, 東京, pp. 167-184, 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 comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project. 14th World Congress of Psycho-Oncology. Brisbane; 2012
6. 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
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, 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

#### 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
9. 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
10. 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
11. 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
12. 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
13. 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

14. 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
15. 厨芽衣子, 森田達也, 明智龍男, 他: 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, 第17回日本緩和医療学会総会. 2012年6月、神戸
16. 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
17. 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
18. 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
19. 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
20. 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

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

「コンピューター適応型の抑うつの新規重症度評価尺度の開発」に関する研究

分担研究者：吉内一浩 東京大学大学院医学系研究科ストレス防御・心身医学  
／医学部附属病院心療内科 准教授

研究要旨 がん患者は、終末期のみならず、治療の初期段階から抑うつ、不安などの精神症状を有し、著しい苦痛の原因となるのみならず、全般的な療養の質を低下させる。対策として、早期に適切に精神症状緩和を導入することが必要であることが、がん対策推進基本計画の目標としても掲げられているが、実施は不十分であることが報告されている。本研究では、早期からの緩和ケアとよりよいケアを実現するため、項目反応理論を用いたコンピューター適応型質問票の作成を行い、携帯端末上で動作するソフトウェアの開発を行った。

#### A. 研究目的

がん患者は、終末期のみならず、治療の初期段階から抑うつ、不安などの精神症状を有し、著しい苦痛の原因となるのみならず、全般的な療養の質を低下させる。対策として、早期に適切に精神症状緩和を導入することが必要であることが、がん対策推進基本計画の目標としても掲げられているが、実施は不十分であることが報告されている。従って、本研究においては、早期に介入するためのスクリーニングツールである「つらさと支障の寒暖計」の妥当性を検討することを本研究班全体の目的とする。また、抑うつを効率よく評価するために、項目反応理論を用いたコンピューターによる適応型質問票 (computerized adaptive test, CAT) の開発を分担研究者が中心となって行う研究の目的とする。

#### B. 研究方法

既存の精神症状のスクリーニング法である「つらさと支障の寒暖計」を多施設共同研究の枠組みの中で行い、妥当性の検討をする。また、精神疾患の診断のための構造化面接である Composite International Diagnostic Interview (CIDI) を並行して実施し、「つらさと支障の寒暖計」の得点の層別化による層別尤度比の算出を行い、スクリーニングのためより実用的なツールとする。さらに欧米で頻用されている「PHQ-9 (The Patient Health Questionnaire)」の妥当性検討を行い、つらさと支障の寒暖計と、PHQ-9 の性能の比較を行う。対象は、終末期を除くがん患者で、がんの部位は問わない。

また、がん患者の抑うつ重症度を評価す



るために、項目反応理論を応用した CAT の開発を行う。現在必要な項目プールの作成を行うために、デルファイ法を用いて、主任研究者および分担研究者を中心としたエキスパートによる項目の選定を行い、62 個の項目からなる項目プールの候補が作成されている。

### C. 結果

分担研究者らの施設においては、平成 23 年 12 月 19 日の研究倫理審査会で研究計画が承認され、平成 24 年 2 月から血液内科、呼吸器内科の協力を得て研究導入患者のリクルートを開始した結果、合計 84 名において調査を完了した。各施設のデータを合計すると 394 名の患者において項目プールの調査が実施された。

項目反応理論である段階反応モデルを用いて 62 個の各項目の項目母数（困難度と識別度）を推定した。各項目の項目特性曲線より不適切な項目を削除し、44 項目が選定された。これらの項目の Cronbach の  $\alpha$  係数は 0.97 と十分に高く、一次元性が確認された。

さらに、これらの項目を用いたコンピュータ適応型質問票のソフトウェアを Android OS で動作する携帯端末用に開発した。抑うつ症状の得点の推定方法は、先行研究に従って、ベイズ推定法のひとつである Maximum a posteriori (MAP) を用い、収束することが確認された。

### D. 考察

うつ病はがん患者における自殺の最大の原因であり、治療の決断や中止など意思決定の

問題をもたらし、家族全体の QOL の低下とも関連することが報告されている一方で、適切な薬物療法や精神療法により治癒可能な疾患である。従って、がん領域において、うつ病は大変重要な疾患である。

しかし、抑うつの重症度や治療効果の評価に関して、従来使用されてきた既存の質問票では、天井効果や床効果によって適切に評価することが難しいという問題点が存在するが、これを克服するため、天井効果や床効果の影響を受けず、より少ない項目数により実施可能な、項目反応理論を応用した CAT による新しい抑うつの重症度評価の尺度の開発を行った。

項目反応理論である段階反応モデルを用いて、各項目ごとの項目母数が推定されることが確認され、さらに、項目特性曲線により不適切な項目を除いた後、一次元性をつことが確認された。さらに、実際の端末用のソフトウェアの開発も行い、収束することが示された。

これらの試みは、本邦では初めてのものであり、今後、妥当性の検証を行うとともに、被験者集団による項目母数の違い等を検証することにより、より簡便で信頼性・妥当性の高い「標準的な」評価法となる可能性を持つと考えられ、この分野に大きく寄与することが期待される。

### E. 結論

本研究においては、項目反応理論を用いたコンピュータ適応型の新しい抑うつの重症度の評価法が開発され、今後の広まりが期待さ

れる。

#### 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. Ishikawa Y, Fukui S, Saito T, Fujita J, Watanabe M, Yoshiuchi K. Family preference for place of death mediates the relationship between patient preference and actual place of death: A nationwide retrospective cross-sectional study. PLoS ONE. In press
2. Fukui S, Fujita J, Yoshiuchi K. The associations with the Japanese people's preference for place of end-of-life care and their self-perceived burden/concern to family members. J Palliat Care. In press
3. Fukui M, Iwase S, Sakata N, Kuroda Y, Yoshiuchi K, Nakagawa K, Quinn K, Hudson PL. Effectiveness of using clinical guidelines for conducting palliative care family meetings in Japan. Supp Care Cancer. 21:53-58, 2013.
4. Grassi L, Watson M, on behalf of the IPOS Federation of psycho-oncology societies. Psychosocial care in cancer: national

cancer plans and psychosocial programmes in countries within the International Federation of Psycho-Oncology Societies. Psycho-Oncology. 21:1027-1033, 2012

5. Fukui S, Yoshiuchi K. Associations with the Japanese population's preferences for the place of end-of-life care and their need for receiving healthcare services. J Palliat Med. 15:1106-1112, 2012.

##### 学会発表

1. Berman AH, Yoshiuchi K, Kothe E, Sherman K. Education and training in behavioral medicine worldwide: results of an ISBM ongoing survey. 13th International Congress of Behavioral Medicine 2012. 8, Budapest, Hungary
2. Yoshiuchi K, Hachizuka M, Kikuchi H, Yamamoto Y, Akabayashi A. Application of a computerized ecological momentary assessment technique in cancer patients receiving home hospice care. 70th Scientific Annual Meeting of American Psychosomatic Society 2012. 3, Athens, Greece
3. Yoshiuchi K. Application of an ecological momentary assessment (EMA) to evaluate symptoms in cancer patients

with home hospice care. (Symposium 1: Psycho-oncology and optimizing assessment and decision-making in cancer care) The 3rd Meeting of East Asia Psycho-Oncology Network (EAPON). 2012.9, Beijing, China

4. Yoshiuchi K. Applications of computerized ecological momentary assessment (cEMA) in behavioral medicine research (Keynote Workshop). The 3rd Asia Pacific Expert Workshop on Psychosocial Factors at Work. 2012.8, Tokyo, Japan

#### 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。

## 包括的身体症状スクリーニング介入プログラムの開発に関する研究

研究分担者 松本 禎久 独立行政法人国立がん研究センター東病院  
緩和医療科 医員

研究要旨 わが国に適した包括的緩和ケアサービスの介入モデルの構築を図ることが重要と考えられる。本研究では、包括的介入プログラムによる介入効果に関する無作為化試験を念頭においた実施可能性試験を行うことを目的とし、予備的に有用性も検討する。本研究における包括的介入プログラムとは、①簡便な質問票による専門的緩和ケアサービスの介入促進、②看護師を中心とした多種専門職による包括的な専門的緩和ケアサービスの介入とする。本年度は、当該研究施設の研究倫理審査委員会の承認を得て症例の登録を開始した。15例の症例集積が行われた時点では、専門的緩和ケアサービスの介入率が70%以上となっており、治療初期から身体・精神心理・社会的なサポートを必要としている患者が多い可能性が推察される。

### A. 研究目的

進行肺がんに対する抗がん剤治療初期からの専門的緩和ケアサービスの包括的介入プログラムによる介入効果に関する無作為化試験を念頭においた、実施可能性試験を行うことを目的とし、予備的に有用性も検討する。

### B. 研究方法

本研究における介入プログラムとは、①簡便な質問票による専門的緩和ケアサービスの介入促進、②看護師を中心とした多種専門職による包括的な専門的緩和ケアサービスの介入とする。

非小細胞肺がんIV期と診断され、入院のうえ初回抗がん剤治療を行う患者を対象とする。対象者が自己記入式評価指標（FACT-L、PHQ-9、HADS）および簡便な質問票を記載し、簡便な質問票における身体尺度、精神尺度、社会的・経済的問題の尺度が基準値以上の場合に、専門的な緩和ケアサービスの介入を行う。現在および今後の病状や治療についての懸念事項に関する質問項目で陽性となった場合には、主治医および病棟看護師にフィードバックを行い、患者の希望がある場合には専門的な緩和ケアサービスが介入する。全ての項目で陰性であった場合には、専門的緩和ケアサービスの介入は行わないが、経過中に患者の希望または主治医からの依頼があった場合には、随時緩和ケアサービスの介入を開始する。緩

和ケアチームの看護師が一定のチェックリストに基づいて評価を行い、その評価にしたがって、緩和ケアチームの看護師、緩和医療科医師、精神腫瘍科医師（または心理士）、看護師、医療ソーシャルワーカー、薬剤師、栄養士のうち、必要と考えられる職種が関わる包括的な介入を開始する。緩和ケアチームの看護師および介入を開始した専門職の判断により、随時さらに他の専門職に相談を行い、必要時には更なる職種の介入を検討する。専門的緩和ケアサービスの介入が行われなかった症例には、化学療法2コース目以降の各コース開始前に再度簡便な質問票を記載し、陽性の場合には、化学療法1コース目と同様に専門的緩和ケアサービスの介入を開始する。専門的緩和ケアサービスの介入が一度行われた対象者は、最終調査まで介入を継続する。

介入期間は、化学療法ファーストライン終了までとし、FACT-L、HADS、PHQ-9は初回介入時、化学療法の各コース施行前、介入終了時（ファーストライン終了後初回外来またはセカンドライン施行予定入院時）に対象者全員に記載していただく。

目標症例集積数：60名

### （倫理面への配慮）

本研究は、ヘルシンキ宣言および臨床研究に関する倫理指針に従って実施する。施設内倫理審査委員会の承認を得られた説明文

書を用いて患者本人に十分に説明し、自発的同意を文書により取得する。データの取り扱いに関しては、直接個人が識別できる情報を用いず、データベースのセキュリティーを確保し、個人情報の保護を厳守する。

#### C. 研究結果

国立がん研究センター研究倫理審査委員会の承認を得て、平成24年8月より症例集積を開始した。平成25年2月末時点での研究に症例登録された対象者は15名であり、うち11名に緩和ケアチームが介入する結果となっている。現在引き続き症例集積を継続している。

#### D. 考察

15例の症例集積が行われた時点では、専門的緩和ケアサービスの介入率が70%以上となっており、治療初期から身体・精神心理・社会的なサポートを必要としている患者が多い可能性が推察される。

#### E. 結論

わが国に適した包括的緩和ケアサービスの介入モデルの構築を図ることを目的とし、本年度は専門的緩和ケアサービスの包括的介入プログラムによる効果に関する研究を開始し、平成25年2月末までに15例の症例集積が行われた。

本研究による介入プログラムの開発および予備的な有用性の検証により、更なる介入研究が予定され、わが国に適した包括的な緩和ケアサービスの介入モデルを構築することが可能となると考えられる。

#### 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

木下寛也, 松本禎久, 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. Palliative Care Research. 7(2): 348-53, 2012.

松本禎久, 小川朝生. がん患者の症状緩和—精神症状(せん妄, 抑うつ, 睡眠障害など)・倦怠感. Modern Physician. 32(9): 1109-1112, 2012.

松本禎久. 国立がん研究センター東病院における専門的緩和ケアサービスの活動. がん患者と対症療法. 23(2): 158-162, 2012.

##### 2. 学会発表

松本禎久: 緩和ケアチームが精神心理的ケアを提供する工夫 精神腫瘍科との連携 包括的で切れ目のないサポートを目指して. 第17回日本緩和医療学会学術大会. シンポジウム. 2012. 6, 神戸

林優美, 松本禎久, 他: 緩和ケア病棟転棟前後にせん妄と診断された患者の後方視的検討. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 一般演題. 2012. 6, 神戸

三浦智史, 松本禎久, 他: がんを家族にどう伝えどう支えるか「5歳の娘を主語にして話し合う」ことで、がん終末期の親が娘への病状告知を行うに至ったケース. 第17回日本緩和医療学会学術大会. パネルディスカッション. 2012. 6, 神戸

#### 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（がん臨床研究事業）  
分担研究報告書

包括的身体症状スクリーニング介入プログラムの開発に関する研究

研究分担者 森田達也 聖隷三方原病院 緩和支援治療科 部長  
研究協力者 山口 崇 手稲溪仁会病院 総合内科/感染症科・緩和ケアチーム

研究要旨 本研究の目的は、包括的に身体症状をスクリーニングする介入プログラムを開発することである。

まず、精神疾患のスクリーニングツールとして利用されている「つらさと支障の寒暖計」の身体症状での利用可能性を見た。外来化学療法患者 297 例を対象とし、初回および 2-3 週間後のフォローアップ評価時に 1) つらさの寒暖計 2) 支障の寒暖計 3) 7 つの身体症状の強度を自筆式の質問紙を用い調査した。初回評価時に適応障害・大うつ病を区別するつらさと支障の寒暖計の cut-off 値を上回っていた患者の約 45%で 2-3 週後のフォローアップ評価時に cut-off 値以下へ改善した。初回評価時に強度が重度の身体症状を持たない患者集団での解析でも、約 70%の患者でフォローアップ評価時につらさと支障の寒暖計は cut-off 値以下へ改善していた。つらさと支障の寒暖計は系時的に変化するため、一時点の評価のみで陽性例のすべてを紹介するのは適切でないことが明らかになった。

次に、身体症状緩和のニードを 1 項目の質問でスクリーニングすることの有用性を明らかにすることを目的とした。地域がん診療拠点病院の一施設における外来化学療法患者を 455 例に対して自筆式質問票を配布し記入を依頼し、のべ 2854 件の質問票を回収し、解析した。身体症状緩和ニードは、16.6%が「それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい」、5.6%が「我慢できないことがしばしばあり対応してほしい」、0.8%が「我慢できない症状がずっとつづいている」であった。身体症状緩和ニードの cut-off を「それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい」に設定した場合、重度以上の症状強度の有無に対する感度は 0.68、特異度は 0.82 であった。身体症状緩和ニードのスクリーニングのための一項目の質問を含む「生活のしやすさの質問票」が有用で実施可能なスクリーニング介入であることが明らかになった。

包括的に身体症状をスクリーニングする介入プログラムの実施可能性・有用性を確認できた。

A. 研究目的

- 1 本研究の目的は、外来化学療法患者における精神疾患併スクリーニングにおける気持のつらさと支障の寒暖計 (DIT) の時間的推移を明らかにすることである。
- 2 本研究の目的は、外来化学療法患者における身体症状緩和のニードを 1 項目の質問でスクリーニングすることの有用性を明らかにすることである。

B. 研究方法

- 1 地域がん診療連携拠点病院の一施設にお

いて、外来化学療法を施行される患者を連続的に対象とした。通常診療の一環として受診ごとに自筆式の質問票を配布し記入を求めた。質問紙は、1) つらさの寒暖計、2) 支障の寒暖計、3) 7 つの身体症状（最も強い痛み、しびれ、眠気、倦怠感、呼吸困難、食欲不振、嘔気）の強さの 11 段階評価（0:症状なし、10:これ以上考えられないくらい強い）を含んだ質問紙を用いた。DIT は、先行研究の結果より適応障害・大うつ病を合併する症例を区別するための cut-off 値を設定し、初回評価時に cut-off

値を上回った患者を同定し、2-3 週後のフォローアップ評価時に DIT の系時変化を調査した。また、各身体症状は先行研究の結果を基に、中等度・重度の基準を設け、身体症状が DIT の変化へ与える影響を分析した。

2 地域がん診療連携拠点病院の一施設において、外来化学療法を施行される患者を連続的に対象とした。通常診療の一環として受診ごとに自筆式の質問票を配布し記入を求めた。質問紙は、1) 身体症状緩和ニードに関する 5 段階評価 (0: 「症状なし」、1: 「現在の治療に満足している」、2: 「それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい」、3: 「我慢できないことがしばしばあり対応してほしい」、4: 「我慢できない症状がずっと続いている」) 2) 7 つの身体症状 (最も強い痛み、しびれ、眠気、倦怠感、呼吸困難、食欲不振、嘔気) の強さの 11 段階評価 (0: 症状なし、10: これ以上考えられないくらい強い) を含んだ質問紙を用いた。各身体症状は 4-6 を中等度、7-10 を重度とした。いずれかの身体症状の強さが中程度以上、または、重度以上を基準とし、「身体症状緩和ニードのスクリーニング質問」の感度・特異度を求めた。

#### (倫理面への配慮)

本研究は通常診療の一環として収集された質問票の解析である。研究にあたり、聖隷三方原病院 倫理委員会の承認を得た。

#### C. 研究結果

1 研究実施期間中に 297 例の外来化学療法患者から初回およびフォローアップ評価時の質問票が回収された。

初回評価時に 109 例が適応障害または大うつ病を区別する cut-off 値を上回る DIT 値を示していたが、そのうち 46.8%がフォローアップ評価時に cut-off 値以下へ改善していた。同様に初回評価時に大うつ病を区別する cut-off 値を上回る DIT 値を示していた 85 例のうち、43.5%がフォローアップ評価時に cut-off 値以下へ改善していた。

また、いずれの cut-off 値を用いた場合も、フォローアップ評価時に引き続き DIT 値が cut-off 値を上回っている症例では、DIT 値が改善した症例よりも、ほとんどの症状の強度がフォローアップ時に有意に強いことが示された。

症状強度が DIT の系時変化へ与える影響を

除去するため、初回評価時にいずれの症状も重度の症状強度を示さなかった集団のみで系時変化を追ったところ、いずれの cut-off 値に関しても、約 70%の例でフォローアップ評価時に cut-off 値以下へ改善を示した。

2 研究実施期間中に 464 例の新規外来化学療法開始があり、そのうち 455 例 (98%) の患者から質問票が回収された。のべ 2854 件の質問票が回収された。

身体症状緩和ニードは、16.6%が 2 (それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい)、5.6%が 3 (我慢できないことがしばしばあり対応してほしい)、0.8%が 4 (我慢できない症状がずっとつづいている) であった。

いずれかの身体症状の強さが中等度もしくは重度であることに対して、身体症状緩和ニードの強さの異なる cut-off 値で感度および特異度を検討した。Cut-off を 3 以上とした場合、中等度以上の症状の有無に対する感度・特異度は、それぞれ、0.21、1.00、重度以上の症状の有無に対する感度・特異度は、0.43・0.98 であった。一方、cut-off を 2 以上とした場合、中等度以上の症状の有無に対する感度・特異度は、0.53、0.90 であった。重度以上の症状の有無に対する感度は、0.68、0.82 であった。

#### D. 考察

#### E. 結論

つらさと支障の寒暖計は系時的に変化するため、一時点の評価のみで陽性例のすべてを紹介するのは適切でない。身体症状緩和ニードのスクリーニングのための一項目の質問を含む「生活のしやすさの質問票」は有用で実施可能なスクリーニング介入である

#### 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. 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.
2. 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.
3. 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.
  4. 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.
  5. 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):271-276, 2012.
  6. 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.
  7. 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.
  8. 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.
  9. 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.
  10. 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.
  11. 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.
  12. 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* 10(2):83-90, 2012.
  13. 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.
  14. Akechi T, Morita T, et al: Dignity therapy: Preliminary cross-cultural findings regarding implementation among Japanese advanced cancer patients. *Palliat Med* 26(5):768-769, 2012.
  15. 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.
  16. 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.
  17. 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.
  18. 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.
  19. 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.
20. 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.
  21. Yoshida S, Morita T, et al: Practices and evaluations of prognostic disclosure for Japanese cancer patients and their families from the family's point of view. *Palliat Support Care*. 2012 Aug 23:1-6. [Epub ahead of print]
  22. Kizawa Y, Morita T, et al: Specialized palliative care services in Japan: a nationwide survey of resources and utilization by patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012 Sep 3. [Epub ahead of print]
  23. Kunieda K, Morita T, et al: Reliability and validity of a tool to measure the severity of dysphagia: The food intake LEVEL scale. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Nov 12. [Epub ahead of print]
  24. Shirado A, Morita T, et al: Both maintaining hope and preparing for death: Effects of physicians' and nurses' behaviors from bereaved family members' perspectives. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Nov 15. [Epub ahead of print]
  25. Amano K, Morita T, et al: Effect of nutritional support on terminally ill patients with cancer in a palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012 Dec 12. [Epub ahead of print]
  26. 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.
  27. 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.
  28. 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.
  29. 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.
  30. 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.
  31. 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.
  32. 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.
  33. 森田達也: 緩和ケアチームの活動とOPTIMの成果. *Credentials* 44:9-11, 2012.
  34. 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.
  35. 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.
  36. 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.
  37. 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.
  38. 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・他職種に勤めること. *Palliat Care Res* 7(1):163-171, 2012.
  39. 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.
  40. 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.
  41. 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.
42. 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.
  43. 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.
  44. 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.
  45. 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.
  46. 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. 東京. 2012. 7.
  47. 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.
  48. 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.
  49. 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.
  50. 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.
  51. 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.
  52. 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.
  53. 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.
  54. 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. 東京. 673-682, 2012. 12.
  55. 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.
  56. 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.
  57. 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.
  58. 木下寛也, 松本禎久, 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.
  59. 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.
  60. 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.
  61. 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.
  62. 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.
- 学会発表
1. 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
2. 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
  3. 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
  4. 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
  5. 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
  6. 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
  7. 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
  8. 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
  9. 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
  10. 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
  11. 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
  12. 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
  13. 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
  14. 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
  15. 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学術大会. 2012. 6, 神戸
  16. 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
  17. Morita T: Development of clinical guidelines in Japan: interpreting evidence meaningfully to clinical practice. 台湾安寧緩和醫學學會. 2012. 7, 台湾
  18. 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
  19. 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
  20. 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
  21. 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
22. 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
  23. 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

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。