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）
（総合）研究報告書

QOL 向上のための、主に精神、心理、社会、スピリチュアルな側面からの患者・家族支援プログラムに関する研究

研究代表者　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

研究要旨　QOL 向上のための、主に精神、心理、社会、スピリチュアルな側面からの患者・家族支援プログラムを作成するために、以下の研究を行った。

1) 患者－医療者間の望ましいコミュニケーションを促進することを目的として、患者への質問促進パンフレットを開発し，無作為化比較試験により有用性を示した。また、 患者の心理的痛みに対する医師の共感反応と精神生理反応との関連，および学習可能性を検討し、共感的行動が多い医師は少ない医師と比して SCL が高いこを示した。

1-2) 配偶者をがんで亡くした遺族の“絆の保持焦点型”対処行動を標的とした介入の必要性を明らかとした。

2) 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、看護師と精神科医との協働介入モデルを開発し、無作為化比較試を実施したが有用性は示されなかった。

3) わが国のがん患者に生じる外傷後成長に関して、質的研究を行った結果、既存の PTG と異なり、がん特有、日本人特有のものが抽出された。

4) 薬物療法が困難ながん患者のうつ病に対して、(1)抗うつ薬が使用できない際の抑うつ状態に対する反復経頭蓋磁気刺激の有用性の検討、(2)機能的磁気共鳴画像を用いた経頭蓋直流電流の作用機序の基礎的検討、(3) 経頭蓋直流電流の作用機序の基礎的検討を行った。

5)『進行がん患者に対する「起坐・起立・歩行」のためのリハビリテーションマニュアル』を作成し、その実施可能性・有用性の検討を行った。セラピストが起坐・起立・歩行が困難ながん患者を評価する際、その状態を見落としなく網羅的に評価するのに有用であることが示唆された。

6) がん患者家族の支援プログラムの開発を目指し、遺族・医療従事者に聞き取り調査を行った。結果、がん患者特有の苦悩に対応した集団精神療法プログラムの適切な対象・介入時期について気分状態の変化から経時的に検討することができた。また、社会一般を対象とした啓発活動の必要性とその具体的な方針が見出された。

7) がん患者のＱＯＬを向上させるための緩和ケアプログラムとして、スピリチュアルケアの教育プルグラムを作成し、効果を、無作為化比較試験で実証し、看護師の自信、無力感の改善に有用であることが示唆された。

8) パーソナリティ、抑うつとがん発症、予後リスク系統的レビューを実施した。その結果、概ね両者の関連はない、あるいはあったとしても小さい可能性があるという結論が得られた。

研究分担者氏名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名

内富庸介　岡山大学大学院医歯薬学総合研究科　教授

明智龍男　名古屋市立大学大学院医学研究科　教授

清水　研　国立がん研究センター中央病院　精神腫瘍科　科長

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　分野長
岡村　仁　広島大学大学院保健学研究科
教授
大西秀樹　埼玉医科大学国際医療センター
教授
森田達也　聖隷三方原病院　部長
中谷直樹　鎌倉女子大学　講師
東北大学東北メディカル・メガバンク機構　講師

A. 研究目的

<u>がん患者に対する包括的支援システムの開発</u>

(1) 患者－医療者間のコミュニケーションは患者の満足度や心理的な苦痛の軽減，治療アドヒアランスに関連し，必要不可欠な要素である。そこで本研究では，患者－医療者間の望ましいコミュニケーションを促進するために，以下の二点を目的とする。①患者への質問促進パンフレットを開発する。②患者の心理的痛みに対する医師の共感反応と精神生理反応の関連を検討する。

(2)高齢者においては配偶者との死別が抑うつの最大の危険因子であり，がん患者の介護者においては死別後の大うつ病の発症リスクは配偶者が最大である。一方，対処行動は心理状態の規定要因であり，かつ介入による変容が可能である。わが国では年間約 20 万人が配偶者をがんで亡くしているものの実態調査が少なく，心理状態と対処行動の概念要素および両者の関連は国による文化差が指摘されてきた。そこで本研究では，わが国における配偶者をがんで亡くした遺族を対象に精神的健康度，心理状態，対処行動の実態を調査することによって，遺族支援プログラムを開発することを目的とする。

<u>がん患者の精神症状に対する心理社会的介入法の開発</u>

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ド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ドを把握し、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、看護師と精神科医との協働介入モデル（冊子による情報提供、看護師による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、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ドを改善することを示した（研究方法の部分で詳述）。

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。

<u>がん告知後の心的外傷対処プロセスの解明に基づいた 介入法の開発</u>

がん罹患はすなわち生命の危機を意味するため、破滅的な恐怖体験をもたらし、その結果として多くの患者がうつ病、適応障害などの精神疾患に罹患することが示され、がん罹患の精神心理面における負の側面が明らかにされてきた。一方で、危機的な状況に暴露されることによる精神心理面における正の側面として「危機的な出来事や困難な経験との精神的なもがき・闘いの結果生ずるポジティブな心理的変容の体験」と定義される、「外傷後成長（Post Traumatic Growth, PTG)」が存在することが指摘されて、海外の研究においてがん患者においても PTG が出現することが示唆されているが、日本人のがん患者における PTG に関しては、知見に乏しい。

そこで我々は質的研究により、わが国のがん患者に生じる外傷後成長に関して、質的研究を行い、質問紙の項目を抽出する。将来的には量的調査を行い、日本人のがん患者における外傷的成長の実態をあきらかにする。さらに、外傷的成長を促進する要因を明らかにした上で、介入法の開発までを行う予定である。

<u>がん患者の難治精神症状に対する病態解明に基づいた介入法の開発</u>

がん体験は、心理的身体的に非常に強いストレッサーであり、がん患者の多くに抑うつ症状を認め、自殺や QOL の全般的な低下など深刻な弊害をもたらす。特に終末期がん患者において抑うつ症状の出現率は上昇し、患者及び家族に与える負担も大きいことから、積

極的な介入が望まれる。しかし、がん患者におけるうつ病の病態は明らかになっておらず、身体的制約から抗うつ薬など一般的な治療的介入が困難であることが多い。がん患者の病態に基づいた新しい抗うつ療法の開発が望まれており、本研究では、うつ病における前頭前野と辺縁系のネットワーク異常に直接作用すると考えられる以下の二つの治療法に着目した。

反復経頭蓋磁気刺激(repetitive Transcranial Magnetic Stimulation、以下 rTMS)は、頭皮上に置いたコイルに電流を流したときに生じる磁場により脳内で発生する渦電流で、脳皮質を局所的に痛みを伴わず刺激するものである。米国では、抗うつ薬による治療効果の乏しい難治性うつ病の治療デバイスとして FDA に認可されており、適応を広げた場合の有効性・安全性の報告もある。しかし、がん患者のうつ病への使用はまだ検討されていない。

経頭蓋直流電気刺激(transcranial Direct Current Stimulation、以下 tDCS)は経皮経頭蓋的に 1mA 程度の弱い直流電流を大脳皮質に通電させることで、安全かつ簡便に電極の極性に依存した皮質の神経活動興奮を局所的にもたらすものであり、うつ病を含む多様な臨床症状を改善する報告もある。しかし、がん患者のうつ病への使用ははまだ検討されていない。

そこで、薬物療法が困難ながん患者のうつ病に対する新規治療法の開発、がん患者のうつ病の病態メカニズムの解明を目的とし、以下の二つの研究を実施した。

(1)抗うつ薬が使用できない際の抑うつ状態に対する反復経頭蓋磁気刺激の有用性の予備的検討

(2)機能的磁気共鳴画像を用いた経頭蓋直流電流の作用機序の基礎的検討

<u>がんリハビリテーションプログラムの開発</u>

がんリハビリテーションの概念を確立するとともに，がんリハビリテーションプログラムの開発を目指すことを最終目標とする。そのために，ニーズ調査や実態調査の結果などをもとに『進行がん患者に対する「起坐・起立・歩行」のためのリハビリテーションマニュアル』の作成を行うとともに，マニュアルを用いた研修会を実施し，研修会前後の研修会参加者の変化を調査した。併せて，本マニュアルを臨床現場に導入し，その実施可能性・有用性について検討を行った。

<u>がん患者家族の支援プログラムの開発</u>

がん患者の家族は、患者と同様に心理社会的な負荷を受け、その程度は患者と同程度かそれ以上といわれている。死別後、遺族が受ける心理社会的および身体的な負荷も大きい。家族・遺族の実情に基づいたケアを考えるため、遺族および医療従事者から聞き取り調査を行い、家族ケアに必要とされる因子を抽出し分析する。さらに、その結果を踏まえ介入プログラムを作成し、より適切な対象・介入時期について検討する。また、遺族に対する周囲からのサポートについて全国調査を実施し、その結果からサポートを提案する。

<u>がん患者のＱＯＬを向上させるための緩和ケアプログラムの開発</u>

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

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

ケア法の収集では、終末期がん患者 69 名を含むがん患者 89 名に構造化面接を行い、「ス

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

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

平成 23 年度には、収集したスピリチュアルケアに関する知見を集約し、わが国ではじめての、実証研究に基づいたスピリチュアルケアのテキストブックを作成した。

本年度は、テキストを用いた看護師を対象としたスピリチュアルケアのセミナーを行い、効果を評価した。

<u>心理社会的要因と発がん・生存に関する研究</u>

心理的特徴ががんを発症・進展させる可能性は古くから指摘されている。古代ギリシアのガレヌスは、『腫瘍論（De Tumoribus)』 において「黒胆汁質」の女性は「多血質」の女性に比しがんに罹患しやすいと記述している。また、がんの発生や進展に関連すると考えられている心理的特徴は、(a) 情動表現の抑制及び強い情動反応の否定、(b) ストレスにうまく対処できないこと及び絶望感や無力感といったあきらめの反応であり、タイプ C パーソナリティと呼ばれている。しかし、現在までタイプ C パーソナリティとがん発症や予後に関する一致した結果は得られていない。
本研究では①パーソナリティとがん発症リスク、②パーソナリティとがん予後リスク、③抑うつとがん発症リスク、④抑うつとがん予後リスクについて系統的レビューを実施した。

その後、得られたエビデンスを国立がん研究センターのホームページ上に分かりやすく紹介することを目的とした。

B. 研究方法

<u>がん患者に対する包括的支援システムの開発</u>

(1)①質問促進パンフレットとは、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ものである。先行研究、およびがん患者への面接調査から診断について、病状について、症状について、検査について、治療について、生活について、家族のこと、こころのこと、この先のこと、その他に関する 53 項目からなる質問促進パンフレットを作成した。国立がん研究センター東病院呼吸器内科、消化器内科において進行がん初回治療の説明を聞くがん患者 63 名を対象に、事前に質問促進パンフレットを渡される介入群と東病院に入院する患者全員に配布される病院紹介パンフレットのみを配布される統制群のどちらかに無作為に割り付け、面談後に、質問のしやすさ、パンフレットの有用性、パンフレットを今後活用するかの３点について、10 件法（0:全くどう思わない - 10：とてもそう思う）で評価し、介入群と統制群で t 検定にて比較した。②患者の心理的痛みに対する医師の共感反応と精神生理反応の関連を検討する。
②国立がん研究センター東病院に勤務する医師 20 名を対象とした生理実験を行った。参加者は、診察室の作りの室温を一定に保たれた防音実験室にて、10 分間の閉眼安静後、模擬患者に対して(i)難治がんの診断を伝える、(ii)早期がんの診断を伝える模擬面接を行うことを求められた。3 つの刺激課題として、面談中に患者が死ぬんですか、治らないんですか、あとどれくらい生きられますかと強く感情を表出した。面談はビデオで録画し、面談後第 3 者による行動評定を行い、面談中の皮膚電気抵抗と心拍を測定した。行動評定による共感行動得点から、参加者を高共感群 10 名、低共感群 10 名に分け、3 課題中の皮膚電

気抵抗レベル（Skin Conductance Level：SCL）、心拍変動（LH/HF）について、群との 2 つの面談を要因とする 2 要因の分散分析を行った。
(2) 2006 年に配偶者をがんで亡くした遺族 24 名を対象とした面接調査を実施し，①心理状態と対処行動の構成要素を内容分析で同定した。また 2009 年に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 821 名を対象とした質問紙調査を実施し，②心理状態と対処行動の構成概念を探索的因子分析で同定し，心理状態に寄与する要因を階層的重回帰分析で探索した。③心理状態と対処行動の尺度を作成し，健康的または不健康的な対処行動パターンを非階層的クラスター分析，一元配置分散分析，χ二乗分析で同定した。④精神医学的障害の有症率を精神健康調査票（GHQ28）で同定し，死別前のリスクファクターを多変量ロジスティック回帰分析で探索した。

（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。

<u>がん患者の精神症状に対する心理社会的介入法の開発</u>
（介入方法の有用性に関する予備的検討）
無作為化比較試験の実施前に、今回開発した介入方法の有用性を予備的に検討する目的で以下の研究を実施した。
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）。
看護介入：看護介入の内容は、１．標準化された質問紙（The short-form Supportive Care Needs Survey ：SCNS-SF34）を用いたニードの把握、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ド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ドのフィードバック、４．専門部署への受診コーディネーションとした。
名古屋市立大学病院で加療中の乳がん患者 418 名（2007 年 7 月以降に初発乳がんで、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 191 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 59 名（31%）であり、そのうち 40 名（68%）が研究参加に同意した。研究参加に同意が得られた 40 名のうち 37 名が介入に参加し（ベースライン調査返送なし 1 名、同意撤回 1 名、家族の体調悪化 1 名により 3 名が不参加となった）、37 名がフォローアップ調査を終了した。
この 37 名の患者背景は、平均年齢 54 歳（標準偏差 10）、既婚 78%、高校以上の教育経験を有する者 89%、臨床病期 0/I/II/III 期が各々5%/46%/43%/5%、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62%、11%、60%（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、つらさの寒暖計が 5 点、支障の寒暖計が 3 点であった。
実際に行われた介入の中で扱われた問題で最も頻度が高かったものが再発不安の 51%、以下、治療の副作用 24%、家族との関係 22%、痛み 22%、がんやがん治療に関する情報 14%、仕事に関すること 14%と続いていた。
介入前後において、プライマリーエンドポイントである POMS TMD については有意な変化はみられなかった（ベースライン：41.4+25.0[平均±標準偏差]、介入後：33.3+29.8、P=0.10）。POMS の下位尺度については、Vigor と Confusion が有意な改善を示した（各 P=0.01、P<0.01）。セカンダリーアウトカムである SCNS-SF34 においては、満たされていないニードの合計数が有意に改善していた（ベースライン：18.5±8.0、介入後：13.1±9.8、P<0.01）他、身体的側面と心理的側面に対するニードが有意に改善していた（各々P<0.01、P=0.01）。EORTC QLQC-30 の Global Health Status、再発脅威、医療に対する満足度については有意な変化はみられなかった（各々P=0.23、P=0.44、P=0.14）。
なお、参加者のうち 5 名が POMS TMD の著しい悪化を示していた。
本結果から、適格患者のうち約 70%が研究に参加しており、本研究、ひいては今回開発

した看護介入モデルの実施可能性が高いこと、および SCNS 尺度の有意な改善が示されたことから、本介入の有用性が示唆された。

従って、本介入の有用性を以下に示す方法で検証することとした。

なお、以下の記述は全て平成 23 年度から実施した無作為化比較試験についての内容である。

（平成 23 年度から実施した無作為化比較試験）

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った（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ドに基づいた協働ケアを提供し、その効果を待機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 カ月後）と 6 か月後（介入終了から約 3 カ月後）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。

看護師と精神科医との協働介入：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）を用いたニードの把握、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ド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ドのフィードバック、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った。

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

SCNS-SF34 は、がん患者のニード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 つの次元のニード（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ド）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、不安や抑うつの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 か月後（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、再発恐怖を評価した。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）、α＝0.05、β＝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した。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（ベースラインデータを調整するため）を用いて比較した。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 カ月後、6 カ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た（Intention to treat 解析）。解析ソフトは、SPSS for Windows 18.0 を用いた。

中間解析：中間解析は行わないこととしたが、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こととした。

（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）。

<u>がん告知後の心的外傷対処プロセスの解明に基づいた 介入法の開発</u>

国立がん研究センター中央病院に通院中 20 名を対象とする。身体状態・精神状態が重篤であり、面接調査の実施が困難である患者、及び日本語の会話や読み書きに支障があり、面接調査の解析が困難であると調査者が判断した患者は除外する。「癌を体験した結果として、あなたの生き方や考え方に前向きな変化が生じることはありましたか？」という質問に始まるオープンエンドの面接調査を行い、結果は内容分析にて解析する。

（倫理面への配慮）
本研究は国立がん研究センター倫理審査委員会の承認をもとに開始された。対象者には書面での説明と同意を行った。

<u>がん患者の難治精神症状に対する病態解明に基づいた介入法の開発</u>

(1)国立がん研究センター東病院の 20 歳以上のがん患者における薬物療法が困難な抑うつ状態を対象とした、rTMS の有効性・安全性を検証するためのオープン試験である。目標症例数は、予後 4 週以内の患者において抗うつ薬が有効である報告がないため、予後 4 週以内と 4 週以上に分けてそれぞれ 10 名とする。

rTMS による治療は、国内で行われた薬物抵抗性うつ病に対する刺激パラメーターを参考に、左背外側前頭前野(以下 DLPFC)に対し、高頻度磁気刺激を 1 日 2 セッション、平日 10 日間で行う。

判定効果については、薬物療法の判定と同じく、ハミルトンうつ病評価尺度(Hamilton Rating Scale for depression、以下 HAM-D)得点が 50%以上改善したものを有効とし、予後が 4 週以上の群においては、薬物療法と同等の 30%の有効率を、また予後 4 週以内の群においては、有効であったという報告が認められないため、有効例があれば有効とする。

(2)20 歳以上 40 歳未満の健常成人 20 名を対象とした背外側前頭前野(DLPFC)への tDCS が前頭葉機能に及ぼす影響を検討するための単盲検クロスオーバー偽刺激対照比較試験を行う。前頭葉機能の指標として言語的作業記憶課題である n-back 課題を用い、実刺激と偽刺激の順序はランダム化する。

Profile of Mood States(以下 POMS)による気分評価および十分な言語的作業記憶課題の練習の後、左 DLPFC に対して tDCS 実刺激ある

いは偽刺激を行う。tDCS 実刺激では、直流電流を 1mA、20 分間通電する。偽刺激では、5 秒間通電後、5 秒かけて漸減して通電終了し、そのまま 20 分間保つようにする。刺激直後に n-back 課題(実課題として 3-back 課題、コントロール課題として 0-back 課題)を 10 分間呈示し、その間、3 テスラ MRI を用いて機能的磁気共鳴画像(fMRI)を撮像する。その後再度 POMS を行い、有害事象を聴取する。

2 週間後、同様に POMS と課題練習を行った後、前回行わなかった方の刺激を行い、課題中の fMRI 撮像を行い、POMS と有害事象聴取を行う。

tDCS による n-back 課題施行時の成績および fMRI の BOLD 信号の変化、さらには作業記憶に関わる領域間の機能結合の変化を検討するために、以下の解析を行う。はじめに、tDCS 直後と偽刺激直後の課題成績を対応のある t 検定(あるいはウイルコクソンマッチドペア符号付き順位和検定)にて検定する。次に実課題時とコントロール課題時の BOLD 信号の差をブロックデザインにて、関心領域を全脳レベル、あるいは左 DLPFC に設定して、Statistical Parametric Mapping(SPM)法を用いて tDCS 実刺激直後と偽刺激直後で比較する。さらに実課題時とコントロール課題時の作業記憶に関わる領域間の機能結合変化を、dynamic causal modeling(DCM)法を用いて tDCS 実刺激直後と偽刺激直後で比較する。そして刺激間における脳機能データの変化を独立変数とし、刺激間における n-back 課題の成績あるいは POMS の変化を従属変数とする回帰分析を行い、行動データの変化と脳機能データ変化との関係を調べる。最後に tDCS 施行時と偽刺激施行時とで有害事象の種類および頻度を比較するため、生じた有害事象すべてについてマクネマー検定を行う。

（倫理面への配慮）

研究への参加は個人の自由意思によるものとし、研究に同意し参加した後でも随時撤回が可能であること、研究に参加しない場合でも何ら不利益は受けないこと、個人のプライバシーは遵守されることを開示文書にて示し説明する。調査中に生じる身体・精神的負担についてはできるだけ軽減するように努める。本研究は実施施設の倫理委員会にて審議を受け、研究実施計画の承認を得た後に実施する。参加者には開示文書を用いて研究の目的・内容に関して十分に説明し、参加者本人から文書にて同意を得られた後におこなわれる。

<u>がんリハビリテーションプログラムの開発</u>

マニュアルの作成に関しては，これまで行ってきたがん患者・家族に対するリハビリテーションに関するニーズ調査(Disabil Rehabil 29: 437, 2007)，わが国の緩和ケア病棟ならびに一般病棟におけるがんリハビリテーションの実態調査(Disabil Rehabil 30: 559, 2008)，ならびに緩和ケアにおけるリハビリテーション介入研究に関する系統レビュー（J Palliat Care Med 2:131. doi:10. 4172/2165-7386.1000131, 2012）の結果をもとに，がんリハビリテーションに携わる多職種からなるメンバーで，アプローチ法，評価法，課題について検討を重ねた。メンバーの構成は，医師 3 名(精神科医，リハビリテーション医，緩和ケア医が各 1 名)，作業療法士 4 名，理学療法士 4 名，看護師 5 名，心理療法士 1 名，疫学者 1 名であった。さらに，研究協力者が本マニュアルを実際の臨床現場で利用したうえで改善点を提出し，修正を繰り返した後に最終版を完成させた。

研修会の対象は，がん医療に携わる療法士（理学療法士，作業療法士，言語聴覚士）とした。参加費は無料，参加資格は進行がん患者のリハビリテーションに関わっている療法士，実施日時は臨床現場の療法士が参加しやすく，また日帰り参加の可能な日曜日とした。

内容については，まずコミュニケーションに関する約 30 分の講義の後，3～4 名の参加者にファシリテーター1 名，患者役 1 名を加えた計 5～6 名のグループを編成し，各部屋に分かれてロール・プレイによるコミュニケーションスキル・トレーニングを実施した。なお，患者役は研究協力者が務め，ファシリテーターについては研究協力者と外部講師が担当した。ロール・プレイで用いたシナリオの一部を示す。

氏名	
年齢 性別	
疾患	脳腫瘍再発
診断	橋神経こう腫・グレードⅡ（初診時）
現在までの経過	約１年半前、複視と右上下肢脱力感の精査の結果脳腫瘍と診断。化学療法、放射線療法を実施し、治療開始一カ月後からリハビリ開始。住宅改修を実施し、約１ヵ月後、自宅退院。以後は身体機能維持、日常生活活動の支援目的で外来リハビリ実施していた。退院４ヶ月後から復職し、短時間勤務開始。退院１年後、左上肢のしびれを自覚。画像上変化なし。3 カ月後、筋力低下、倦怠感などが生じ、画像上で脳腫瘍再発を指摘される。再発後徐々に四肢麻痺が進行。
身体症状	複視、筋力低下、左上肢のしびれ、時折むせる。
治療内容	初回入院時、TMZ 化学療法実施。退院後、外来テモダール化学療法を継続。 再発後、アバスチン開始。
告知	あり。

評価にあたっては、研修会の前後，研修会終了 3 か月後の計 3 回，基本属性とともに以下の項目について質問紙調査を行った。

1. Confidence

質問項目は

1)「起き上がりたい、立って歩きたい」と訴えられるような進行期のがん患者さんと，あなたはどの程度自信をもってコミュニケーションをすることができますか？（1 項目）

2) コミュニケーションに関する質問です。各項目について現在どれくらい自信をもって行うことができますか？（18 項目）

であり，選択式での回答を求めた。

2. Burn-out

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

3. Attitude

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

併せて，作成されたマニュアルの最終版を臨床現場に導入し，その実施可能性・有用性の検討を行うために，広島大学病院に入院中でリハビリテーション処方のあったがん患者のうち，PS が 3～4 の患者 10 名を対象に本マニュアルを導入し，マニュアルを使用したセラピストに感想を求めた。

（倫理面への配慮）

研修会への参加は自由意思によるものとした。調査票の記載にあたっては，対象者に対して，本研究の目的，方法，内容，プライバシーは厳重に保護されること等を調査票に明記し，調査票の返送をもって研究協力への同意を得るものとした。

<u>がん患者家族の支援プログラムの開発</u>

①がん患者遺族として、医学的援助をもとめた者（埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科遺族外来を受診した者）を対象に作成した、集団精神療法による遺族ケアプログラムの適切な実施対象・介入時期について、対象者に自記式質問紙への回答を求めることでその変化を経時的に把握する。

②遺族外来受診者やその他の遺族らに対する聞き取り調査に基づいて作成した調査用紙を用い、遺族に対する周囲からの具体的なサポートの現状とその是非について全国調査を実施し、その内容から周囲からの適切なサポートを提案する。

（倫理面への配慮）

埼玉医科大学国際医療センターIRB の承認を受け、研究を実施した。

<u>がん患者のＱＯＬを向上させるための緩和ケアプログラムの開発</u>

全国の緩和ケアに関わる看護師を対象とした 2 日間のインタラクティブワークショップの効果を評価する waiting list control を用いた無作為化比較試験を行った。

看護師の適格基準は、１）看護経験が 3 年以上、２）年間にケアする終末期がん患者が 50 名以上、３）病棟で勤務しているもの、とした。

ワークショップは、講義、グループワーク、ロールプレイを含む参加型の構成として、14 名のファシリテーターがファシリテーターマニュアルを作成して行った。

研究開始前、2 か月後、4 か月後に調査票を送付して回収した。調査項目は、先行研究で信頼性、妥当性、介入に対する感度が確認されている、自信、Self-reported practice scales、態度：助けようとする意志 Willingness to help、前向きな評価 Positive

appraisal、無力感)、総合的な燃え尽きを評価した。

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

心理社会的要因と発がん・生存に関する研究
上記①－④に関するレビュー論文は 2012 年 8 月までに PubMed に掲載された論文のうち、前向きコホート研究デザインのみに限定する。(1)著者・発表年数、(2)対象の詳細、(3)パーソナリティ・抑うつ曝露指標、(4)追跡期間、(5)イベント数、(6)結果の詳細等について系統的にレビューを行った。
本研究は系統的レビューに関する研究なので倫理的に問題になるような事項はない。

C. 研究結果
がん患者に対する包括的支援システムの開発
(1)①介入群は 32 名、年齢 63.5（52-83）歳、男性 21 名（65.6%）、がんの部位は肺 20 名（62.5%）、消化管 3 名（12.5%）、大腸 3 名（9.4%）、食道 5 名（15.6%）、病期Ⅱ期 2 名（6.3%）、Ⅲ期 10 名（31.3%）、Ⅳ期 19 名（59.4%）、再発 1 名（3.1%）、治療は化学療法のみ 23 名（71.9%）、放射線化学療法 5 名（15.6%）、その他 4 名（12.5%）であった。統制群は 31 名、年齢 64.0（28-83）歳、男性 21 名(67.7%)、がんの部位は肺 19 名(61.3%)、消化管 3 名（9.7%）、大腸 4 名（12.9%）、食道 5 名（16.1%）、病期Ⅱ期 0 名（0%）、Ⅲ期 11 名（35.5%）、Ⅳ期 18 名（58.1%）、再発 2 名（6.5%）、治療は化学療法のみ 13 名（41.9%）、放射線化学療法 12 名（38.7%）、その他 6 名（19.4%）であった。すべてにおいて、群間に有意な差は認められなかった。面談前にパンフレットに目を通したものは、介入群 24 名(75.0%)、統制群 23 名(74.2%)、質問を準備していたものは、介入群 14 名（43.8%）、統制群 7 名（22.6%）、質問を書き込んだものは、介入群 2 名（6.3%）、統制群 0 名（0%）、面談中にパンフレットを見たものは、介入群 1 名(3.1%)、統制群 0 名(0%)、医師の説明をパンフレットで確認したものは、介入群 1 名（3.1%）、統制群 0 名（0%）、面談中に質問をしたもの、介入群 6 名(18.8%)、統制群 1 名(3.2%)であり、いずれも統計的に有意な群間差は認められなかった。パンフレットによる質問のしやすさは、介入群 4.4±3.6 点、統制群 2.7±2.8 点（p＝0.033）、パンフレットの有用性は、介入群 4.9±3.6 点、統制群 3.3±2.8 点（p＝0.051）、今後パンフレットを活用するかは、介入群 5.3±3.8 点、統制群 2.8±2.8 点（p＝0.006）であった。一方で、面談への全般的な満足感は、介入群 7.9±2.6 点、統制群 7.8±2.8 点（p＝0.847）であった。
②参加者は、男性 16 名、女性 4 名、年齢は 31(28－36)歳、臨床経験 6(3－10)年、化学療法科 5 名、消化管内科 5 名、肝胆膵内科 3 名、肝胆膵外科 3 名、呼吸器内科 3 名、大腸骨盤外科 1 名であった。SCL は、交互作用が有意であり（F=7.36、p＜0.05）、難治がん面談で高共感群（0.81±0.66）が低共感群（0.39±0.71）よりも有意に高かった（F=5.06、p＜0.05）が、早期がん面談では、群間（高共感群 0.35±0.87、低共感群 0.47±0.50）に有意な差は認められなかった。一方で、高共感群では早期がん（0.35±0.87）よりも難治がん面談（0.81±0.66）で有意に高い値を示したが、低共感群では面談(難治がん 0.39±0.71、早期がん 0.47±0.50）で有意な差は認められなかった。また、LF/HF では、群間と面談の交互作用、主効果ともに有意な差は認められなかった。
(2)①対象者 24 名は，男性 7 名，女性 17 名で
あった。心理状態に関する 784 の意味内容と 42 のカテゴリーが同定され，「不安」「思慕」「怒り」「抑うつ」「受容」「未来志向」の 6 テーマに集約された。対処行動に関しては，559 の意味内容と 33 のカテゴリーが同定され，「回避」「気晴らし」「感情表出」「援助要請」「絆の保持」「再構築」の 6 テーマに集約された。②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。③死別後の対処行動パターンは“気そらし焦点型”（クラスター1，n=215），“絆の保持焦点型”（クラスター2，n=219），“全般対処型”（クラスター3，n=215）であった。精神的健康障害のリスクが高いパターンは“絆の保持焦点型”のみであった。④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。

<u>がん患者の精神症状に対する心理社会的介入法の開発</u>

名古屋市立大学病院で加療中の乳がん患者342名（2010年10月以降に初発乳がんで、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146名であったが、そのうち5名は研究参加を辞退した。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70名（50%）であり、そのうち60名（86%）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59名は、介入群31例、対照群28例に割りつけられた。2013年10月で全症例のフォローアップ調査を終了した。

介入群31名の患者背景は、平均年齢52歳（標準偏差12）、既婚74%、短大以上の教育経験を有する者39%、臨床病期0/I/II期が各々6%/52%/42%、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55%、16%、74%（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28名の患者背景は、平均年齢56歳（標準偏差13）、既婚86%、短大以上の教育経験を有する者32%、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54%、11%、64%（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。両群の背景においては特に重要な差異はみられなかった。

（介入の効果）

プライマリーエンドポイントであるSCNS-SF34に関して、ベースラインのSCNS-SF34スコアを共変量として投入したANCOVAを行った結果、介入群と対照群の間でSCNS-SF34の総スコアおよび5つの次元のニード（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ド）いずれに関しても有意な差は観察されなかった。

セカンダリーエンドポイントであるProfile of Mood States (POMS)のtotal mood disturbance (TMD)を、EORTC QLQ-C30、再発恐怖に関しても同様の結果であった。

<u>がん告知後の心的外傷対処プロセスの解明に基づいた 介入法の開発</u>

先行研究のレビューを行った後、研究プロトコルを作成し、2012年1月に国立がん研究センター倫理審査委員会承認を受けた。2012年2月より調査開始を開始、2013年1月に合計19例　症例集積し、内容が飽和したために終了した。内容分析の結果、次のとおり5テーマ、26カテゴリーを抽出した。

テーマ1　他者との関係
- 周りの人に支えられていることに気づいた
- 人の痛みや苦しみがわかるようになった
- 人の温かさに気づいた
- 相手の立場に立って考えられるようになった
- 人との絆を大切にするようになった

テーマ2　人生への感謝
- 一日一日を大切にするようになった
- 今までの人生を肯定的にとらえるようになった
- 生きていることに感謝するようになった
- 普通に生活できることが幸せだと感じるようになった

テーマ3　人間としての強さ
- 生きることに積極的になった
- 人の強さに気づいた
- 人生に終わりがあることを受け入れられるようになった
- 些細なことを気にしなくなった
- 物事を前向きにとらえるようになった
- 他人の評価を気にしなくなった
- 自分の気持ちに素直になれた

テーマ4　新たな視点

- 社会に貢献したいと考えるようになった
- 自分自身の理解が深まった
- 生きがいについて考えるようになった
- 人生において大切なことが変わった
- 人生の終わり方について考えるようになった
- 健康に気を配るようになった

テーマ５　精神的変容
- 超越的な力を感じるようになった
- 宗教への理解が深まった
- 死後の世界について考えるようになった
- 自然に対する感性が鋭敏になった

<u>がん患者の難治精神症状に対する病態解明に基づいた介入法の開発</u>

(1) 高度医療申請等に関する厚生労働省との相談を経て、有効性・安全性のデータの蓄積を先行する方向となり、治療技術の習得及び実施体制を整え、平成23年4月からリクルートを開始した。

(2)健常成人 18 名(うち脳機能データまで解析可能17名)を解析対象とした。3-back課題の正答率(実刺激vs.偽刺激：0.863±0.094 vs. 0.870±0.103, p=0.83)、誤答率(実刺激vs.偽刺激：0.021±0.028 vs. 0.012±0.015, p=0.20)、および平均反応時間(実刺激 vs.偽刺激：0.658±0.134 vs. 0.635±0.110, p=0.40)、さらにはPOMS得点すべてにおいて、刺激間で有意な差異は認められなかった。また3-back課題>0-back課題におけるBOLD信号の差についても、全脳レベル、左DLPFC関心領域いずれも刺激間で有意な結果は得られなかった。しかし、3-back課題>0-back課題における作業記憶に関わる領域間の機能結合については、実刺激は偽刺激と比べ、固有の結合としては前帯状皮質(ACC)→左DLPFCの結合が有意により負の方向にはたらき(p=0.022)左縁上回→左DLPFCの結合が有意に正に強まり(p=0.039)、左DLPFCの自己結合のnegative feedbackが弱まる傾向(p=0.076)および左DLPFC→左縁上回の結合がより負の方向にはたらく傾向(p=0.084)があり、3-back課題によるmodulationでは左DLPFC→左縁上回の結合が3-back課題時において有意に強まった(p=0.009)。なお、重篤な有害事象は認められなかった。

<u>がんリハビリテーションプログラムの開発</u>

マニュアルについては，項目ごとに討論を重ね,25ページからなる最終版を完成させた。

研修会については，合計で39名が参加した。平均年齢は 34.2±8.6 歳（24～56 歳，中央値：33歳），性別は男性16名，女性 23名，職種は理学療法士が 23 名，作業療法士が 15名，言語聴覚士が 1 名，臨床経験の平均は126.9±106.5 か月（7～414 か月，中央値：83 か月），関与がん患者数の平均は5.2±7.0人（0～30 人，中央値：3 人）であった。

3か月後調査まで実施できたのは26名であり，結果，「Confidence」についてはいずれの質問内容においても研修前後で有意に得点が上昇し，それは終了3か月後まで維持されていた。「Burn-out」と「Attitude」については，有意な変化は認められなかった。

さらに本マニュアルの臨床応用への可能性を探るために，マニュアルの内容を広島大学病院リハビリテーション部で使用している患者評価シートに組み込み，PS が 3～4 のがん患者10名に適用した。その結果，本マニュアルを使用したセラピストの感想として，
- セラピストが起坐・起立・歩行が困難ながん患者を評価する際，その状態を見落としなく網羅的に評価できる。
- ただし，得られた情報をどのように統合し，実際のアプローチにつなげていくかについては，今後の課題である。

があげられた。

<u>がん患者家族の支援プログラムの開発</u>

①遺族外来初診時から経時的に実施された気分状態を中心とした自記式質問紙調査の結果から、初診時は抑うつ気分が非常に高いが、介入が進むにつれて緩やかに改善する可能性が示唆された。

②前年度までの研究結果から、遺族の苦悩として抽出された「周囲からの Unhelpful support（役に立たない援助）」が遺族支援を考える際に問題点であることが明らかになった。そこで、遺族が周囲から受けた援助の是非について全国調査を実施した。その結果、興味本位の言葉かけ、よい面を取り上げた言葉かけ、安易な励ましが Unhelpful support として多く提供されている実態が明らかになった。

<u>がん患者のＱＯＬを向上させるための緩和ケアプログラムの開発</u>

申し込みのあった406名から適格基準をみたす看護師を無作為に選択し合計 84 名の看

護師を対象とした。無作為に 42 名ずつ 2 群に割り付けた。2 名が 1 回目のセミナーを 6 名が 2 回目のセミナーを欠席したため合計 76 名を解析対象とした。

介入群では、対照群に比較して、自信（P<0.003, ES=1.0）、無力感（P=.067, ES=0.35）の改善が認められた。

心理社会的要因と発がん・生存に関する研究

下表に①～④に関する系統的レビューの結果を示した。論文数と心理社会的要因（パーソナリティ・抑うつ）とアウトカム（がん発症・がん予後）の関連の有無に関する論文数を示した。

①パーソナリティとがん発症リスク

これまで 10 件の前向きコホート研究が行われており、多くの研究でその関連が否定されている。日本のデータから、宮城県内 14 町村に居住する 40 歳から 64 歳の男女(29,606 人）に対する 7 年間の追跡調査の結果、パーソナリティ指標とがん発症リスクとの関連はなかった。一方、神経症傾向とがん発症リスクに関して、先行研究（後ろ向きデザイン、前向きデザイン）の結果を因果の逆転により説明できる可能性が示された。また、最新の研究では、スウェーデン・フィンランドの双生児男女 59,548 人を対象とした 30 年間の追跡調査の結果、両者の関連が示されなかった。

②パーソナリティとがん予後リスク

これまで 10 件の前向きコホート研究が行われており、多くの研究でその関連が否定されている。

一般地域住民を対象とした最近の大規模な研究（日本、スウェーデン・フィンランド、デンマーク等）においても、両者の関連は示さ

表．系統的レビューの結果（単位：件）

論文数	関連なし	関連あり
①パーソナリティとがん発症リスク		
10	9	1
②パーソナリティとがん予後リスク		
10	6	4
③抑うつ（抑うつ症状、うつ病、抑うつ気分）とがん発症リスク		
15	10	5
④抑うつ（抑うつ症状、うつ病、抑うつ気分）とがん予後		
42	22	19 悪化、1 改善
(1) 乳がん		
13	9	3 悪化、1 改善
(2) 肺がん		
9	5	4 悪化
(3) 血液関連がん		
9	4	5 悪化
(4) Mixed がん		
11	4	7 悪化

れなかった。国立がん研究センター東病院肺がん患者におけるデータを用いた研究においてもパーソナリティとがん予後の関連は示されなかった。

③抑うつ（抑うつ症状、うつ病、抑うつ気分）とがん発症リスク

これまで 10 件の前向きコホート研究が行われており、多くの研究でその関連が否定されている。最近研究において、これまでの研究を統合した解析（メタ分析）が実施され、両者には関連を認めなかった。しかし、乳がん発症リスクに絞に絞った、長期間の追跡調査を有する研究を統合した場合、抑うつを有する者は乳がん発症リスクが高くなる結果が示された。

④抑うつ（抑うつ症状、うつ病、抑うつ気分）とがん予後リスク

(1)乳がん

これまで 13 件の前向きコホート研究が行われており、多くの研究でその関連が否定されている。最近の研究では、オーストラリアの乳がん罹患者を平均 8.2 年追跡した結果、両者の関連は示されなかった。

(2)肺がん

これまで 9 件の前向きコホート研究が行われている。結果として、一致する結果は得られていない。国立がん研究センター東病院肺がん患者におけるデータを用いた研究では、肺がん診断後の抑うつと生命予後の関連は示されず、両者の関連において、臨床症状が重大な交絡要因となっていることが示された。多くの研究において、研究対象者が少ない、交絡要因の補正が不十分などの問題がある。

(3)血液関連がん

これまで 9 件の前向きコホート研究が行われている。がん種は白血病、骨髄移植患者など多岐にわたる。結果として、一致する結果は得られていない。多くの研究において、交絡要因の補正が十分おこなわれているが、対象者数が 200 人弱と小規模なデータでの検討にとどまっている。

(4)Mixed がん

これまで 11 件の前向きコホート研究が行われている。Mixed がんとは、複数のがん種を含んでいる。結果として、一致する結果は得られていないものの、悪化すると報告する研究数が多かった。多くの研究において、研究対象者が少ないという問題がある。さらに、がん種が複数であるので十分な交絡要因の補正が必要となるが、不十分な研究が多く問題がある。

参考文献（レビュー）リスト

＜パーソナリティとがん発症リスク＞

1. Persky VW, et al. Psychosom Med. 1987 Sep-Oct; 49(5): 435-49.
2. Grossarth-Maticek R, et al. J Psychosom Res. 1985; 29(2): 167-76.
3. Hahn RC, et al. Cancer. 1988 Feb 15; 61(4): 845-8.
4. 4 Bleiker EM, et al. J Natl Cancer Inst. 2008 Feb 6; 100(3): 213-8.
5. Everson SA, et al. Psychosom Med. 1996 Mar-Apr; 58(2): 113-21.
6. 6 Schapiro IR, et al. Am J Epidemiol. 2001 Apr 15; 153(8): 757-63.
7. 7 Lillberg K, et al. Int J Cancer. 2002 Jul 20;100(3):361-6.
8. 8 Nakaya N, et al. J Natl Cancer Inst. 2003 Jun 4;95(11):799-805.
9. 9 Hansen PE, et al. Cancer. 2005 Mar 1;103(5):1082-91.
10. 10 Nakaya N, et al. Am J Epidemiol. 2010 Aug 15;172(4):377-85.

＜パーソナリティとがん予後リスク＞

1. Greer S, et al. Lancet 1979; i: 931-32.
2. Hislop TG, et al. J Clin Epidemiol 1987; 40: 729-35.
3. Dean C, et al. J Psychosom Res 1989; 33: 561-69.
4. Ratcliffe MA, et al. Psychooncology 1995; 4: 39-45.
5. Nakaya N, et al. Br J Cancer 2005; 92: 2089-94.
6. Nakaya N, et al. Br J Cancer 2006; 95: 146-152.
7. Nakaya N, Psychooncology 2008; 17: 466-73.
8. Nakaya N, Epidemiology. 2009 Nov; 20(6): 916-20.
9. Nakaya N, Am J Epidemiol. 2010 Aug 15; 172(4): 377-85.
10. Novotny P, et al. J Thorac Oncol. 2010 Mar; 5(3): 326-32.

＜抑うつとがん発症リスク＞

1. Persky VW, et al. Psychosom Med. 1987 Sep-Oct; 49(5): 435-49.
2. Kaplan GA, et al. Behav Med. 1988 Feb; 11(1): 1-13.
3. Hahn RC, et al. Cancer. 1988 Feb 15; 61(4): 845-8.
4. Zonderman AB, et al. JAMA. 1989 Sep 1; 262(9): 1191-5.
5. Linkins RW, et al. Am J Epidemiol. 1990 Nov; 132(5): 962-72.
6. Vogt T, et al. Am J Public Health. 1994 Feb; 84(2): 227-31.
7. Knekt P, et al. Am J Epidemiol. 1996 Dec 15; 144(12): 1096-103.
8. Everson SA, et al. Psychosom Med. 1996 Mar-Apr; 58(2): 113-21.
9. Penninx BW, et al. J Natl Cancer Inst. 1998 Dec 16; 90(24): 1888-93.
10. Gallo JJ, et al. Cancer Causes Control. 2000 Sep; 11(8): 751-8
11. Dalton SO, et al. Am J Epidemiol. 2002 Jun 15; 155(12): 1088-95.
12. Nyklícek I, et al. Psychol Med. 2003 Aug; 33(6): 1111-7.
13. Aro AR, et al. Psychol Med. 2005 Oct; 35(10): 1515-21.
14. Gross AL, et al. Cancer Causes Control. 2010 Feb; 21(2): 191-9.
15. Chen YH, et al. J Affect Disord. 2011 Jun; 131(1-3): 200-6.

＜抑うつとがん予後リスク＞

[乳がん]

1. Derogatis LR, et al. JAMA 1979; 242: 1504-8.
2. Jamison RN, et al. J Clin Oncol 1987;

5: 768-72.
3. Hislop TG, et al. J Clin Epidemiol 1987; 40: 729-35.
4. Gilbar O. et al. Gen Hosp Psychiat 1996; 18: 266-70.
5. Watson M, et al. Lancet 1999; 354: 1331-6. (Watson M, et al. Eur J Cancer. 2005 Aug; 41(12): 1710-4.)
6. Hjerl K, et al. Psychosomatics 2003; 44: 24-30.
7. Goodwin JS, et al. J Am Geriatr Soc 2004; 52: 106-11.
8. Osborne RH, et al. Psychooncology 2004; 13: 199-210.
9. Goodwin PJ, et al. J Clin Oncol 2004; 22: 4184-92.
10. Onitilo AA, et al. Gen Hosp Psychiatry. 2006 Sep-Oct;28(5):396-402.
11. Groenvold M, et al. Breast Cancer Res Treat. 2007 Oct; 105(2): 209-19.
12. Phillips KA, et al. J Clin Oncol. 2008 Oct 1; 26(28): 4666-71.

[肺がん]
1. Cody M, et al. Psychooncology. 1994; 3: 141.
2. Buccheri G, et al. Eur Respirat J. 1998; 11: 173-8.
3. Faller H, et al. Archives of General Psychiatry. 1999; 56: 756- 762.
4. Faller H, et al. Psychooncology. 2004; 13: 359-63.
5. Onitilo AA, et al. Gen Hosp Psychiatry. 2006 Sep-Oct; 28(5): 396-402.
6. Nakaya N, et al. Cancer Science. 2006; 97: 199-205.
7. Nakaya N, et al. Psychooncology. 2008; 17: 466-73.
8. Akechi T, et al. Psychooncology. 2009; 18: 23-9.
9. Pirl WF, et al. J Clin Oncol. 2012 Apr 20; 30(12): 1310-5.

[血液関連がん]
1. Richardson JL, et al. J Psychosom Res. 1990; 34(2): 189-201.
2. Andrykowski MA, et al. Psychosom Med. 1994 Sep-Oct; 56(5): 432-9.
3. Ratcliffe MA, et al. Psychooncology. 1995; 4: 39-45.
4. Murphy KC, et al. Bone Marrow Transplant. 1996 Jul; 18(1): 199-201.
5. Broers S, et al. J Psychosom Res. 1998 Oct; 45(4): 341-51.
6. Loberiza FR Jr, et al. J Clin Oncol. 2002 Apr 15; 20(8): 2118-26.
7. Chang G, et al. Psychosomatics. 2004 Sep-Oct; 45(5): 378-85.
8. Prieto JM, et al. J Clin Oncol. 2005 Sep 1; 23(25): 6063-71.
9. Grulke N, et al. et al. Psychooncology. 2008 May; 17(5): 480-7.

10. [Mixed がん]
1. Leigh H, et al. Psychother Psychosom. 1987; 47(2): 65-73.
2. Ringdal GI, et al. Br J Cancer. 1996 June; 73(12): 1594-9.
3. Schulz R, et al. Psychol Aging. 1996 Jun; 11(2): 304-9.
4. Viganó A, et al. Arch Intern Med. 2000 Mar 27; 160(6): 861-8.
5. Stommel M, et al. Cancer. 2002 May 15; 94(10): 2719-27.
6. Brown KW, et al. Psychosom Med. 2003 Jul-Aug; 65(4): 636-43.
7. Onitilo AA, et al. Gen Hosp Psychiatry. 2006 Sep-Oct; 28(5): 396-402.
8. Beresford TP, et al. Psychosomatics. 2006 May-Jun; 47(3): 247-53.
9. Gripp S, et al. J Clin Oncol. 2007 Aug 1; 25(22): 3313-20.
10. Lam PT, et al. Hong Kong Med J. 2007 Dec; 13(6): 453-9.
11. Lloyd-Williams M, et al. J Affect Disord. 2009 Feb; 113(1-2): 127-32.

D. 考察

<u>がん患者に対する包括的支援システムの開発</u>

(1)①本研究の結果から、パンフレットを配布されたもののうち約75%が面談前に目を通し、約半数が質問を準備していた。また、質問促進パンフレットを渡されたものは、病院紹介パンフレットを渡されたものと比して、より面談時に質問をしやすくなり、今後も活用したいと評価した。しかしながら実際に面談中に質問をしたものは 20%程度にとどまり、統制群との差も認められず、実際に質問を促進しなかった。しかしながら、今後活用したいという評価が高いこと、調査後の聞き取りに

より、「治療説明の面談時には医師からの説明を理解することに主眼を置き、日を改めて質問したい」という患者の意見が複数あったことから、長期的な評価が必要であると考えられた。また、満足感にも有意な差が認められなかったことから、医師に対するコミュニケーション技術研修会を組み合わせることによりに面談中の患者の質問を促進し、満足感を高められるか否かを検討することが求められる。

②本研究の結果から、医師の皮膚電気抵抗は、患者のネガティブな情動表出時に高くなることが示唆された。この時の皮膚電気抵抗は、共感行動の多い医師の方が少ない医師よりも高いことが示唆された。一方で、心拍変動は患者のネガティブな情動表出、共感行動の多少による差は見いだされなかった。その理由としては、心拍変動解析は、アーチファクトにより20名から6名のデータが除外されたため、統計的なパワーが不足していた可能性がある。また、皮膚電気抵抗は交感神経のみを反映した指標であるのに対して、心拍変動の各成分は、交感神経、副交感神経両方を反映した指標であるという違いが影響している可能性が示唆される。すなわち、他者のネガティブな情動への共感行動は、交感神経が関与している可能性が考えられる。

(2)①本研究で新しく得られた構成要素は，「受容」として「周囲からの援助に感謝している，故人に感謝している」，「未来志向」として「故人を安心させたい，故人を供養したい」，および「再構築」として「これからの自分の生きがいを探す，死別体験を他人の役に立てようとする」であった。②心理状態および対処行動は，いずれも 3 因子構造であった。対処行動は，心理状態を規定する第一要因であった。③死別後の対処行動パターンは“気そらし焦点型”,“絆の保持焦点型”,“全般対処型”の三つであった。不健康的な対処行動パターンである“絆の保持焦点型”に対しては，健康的な“気そらし焦点型”を目標として,“気そらし”を増やし“絆の保持”を減らす，あるいは概ね健康的な“全般対処型”を目標として,“気そらし”と併せて“社会共有・再構築”を増やすという二つの介入方針が示唆された。④精神医学的障害は全体平均が 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。

<u>がん患者の精神症状に対する心理社会的介入法の開発</u>

予備研究で開発した新たな多職種介入法である看護師と精神科医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）の有用性は示されなかった。

認知行動療法や問題解決療法などのがん患者に対する有用性はメタ解析等で示されていることから、今回有用性がみられなかった最大の理由は費用対効果を重視して介入を低強度なものにしたことが挙げられる。

患者数の多さに比較して、利用できる医療資源が限られていることを考えると介入の簡便性は重要な要素ではあるが、今後、患者アウトカムへの効果とのバランスを考慮した介入法を開発することが望まれると考えられた。

なお今回の無作為化比較試験の実施状況からは、適格患者のうち 86%が研究に参加しており、本研究の実施可能性が高いことは示されたため、スクリーニング後に協働ケアを提供とするという枠組みは、実際の医療現場でも導入しやすいものと考えられた。

<u>がん告知後の心的外傷対処プロセスの解明に基づいた 介入法の開発</u>

既存の PTG に比較して、今回はがん患者特有のカテゴリー、日本人特有のカテゴリーが明らかになった。

以下の２つは、苦しみを共有することによる、がん患者特有のカテゴリーであり、先行研究で示されている Compassion to Others という概念に一致すると考えられる。

・人の痛みや苦しみがわかるようになった
・相手の立場に立って考えられるようになった

以下の健康に対する配慮も、身体疾患独特の内容と考えられる。

・健康に気を配るようになった。

また、がん体験に特有の継続する脅威・死に

対する不安から生起するカテゴリーと考えられる。
・人生の終わり方について考えるようになった
・人生に終わりがあることを受け入れられるようになった

また、既存の PTG においては、「新たな可能性」というテーマが抽出されているが、日本人の場合は、東洋文化特有の相互協調的な自己観があり、下記のようにより内省的な内容が含まれている。よって、テーマ名も新たな可能性ではなく、「新たな視点」とした。
・自分自身の理解が深まった
・生きがいについて考えるようになった
・人生において大切なことが変わった

<u>がん患者の難治精神症状に対する病態解明に基づいた介入法の開発</u>

tDCS については、左 DLPFC 直上に陽極を置いた tDCS は、健常成人に対して安全に施行可能であり、作業記憶中の作業記憶に関わる脳領域間の機能的結合のいくつかに変化をもたらすことが示され、これは左 DLPFC の作業記憶に関わる脳領域との関連が、tDCS によって強まると考えて矛盾はない。

tDCS の直接の効果を評価するために、今後近赤外分光スペクトロスコピー(near-infrared spectroscopy: NIRS)を用いた脳神経活動量評価をおこない、ネットワーク結合度の評価を進める必要がある。

<u>がんリハビリテーションプログラムの開発</u>

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

本マニュアルに基づいたコミュニケーションスキルに関する研修会については，参加者から概ね高い評価が得られた。有効性については, confidence が研修前後で有意に上昇し，それは終了 3 か月後まで維持されていた。がん患者に対するリハビリテーションに関心が向けられている中，これまで療法士を対象として，今回のように専門的な知識を提供する場はなかった。このため，がん医療に携わる療法士は，がん患者とのコミュニケーションについて，十分に学習する機会がなかったといえる。今回の試みから，研修会は緩和医療においてリハビリテーションを行っていくうえでの一つの指針となる可能性が示唆された。

今後は，本マニュアルをどのように臨床現場に活用していくかが課題であるが，今回はまずパイロット的に，本マニュアルを PS が 3～4 のがん患者 10 名に導入し，マニュアルを使用したセラピストに感想を求めることで，その実施可能性・有用性の検討を行った。その結果，本マニュアルはセラピストが起坐・起立・歩行が困難ながん患者を評価する際、その状態を見落としなく網羅的に評価するのに有用であることが示唆されたが，次のステップとして得られた情報をどのように統合し，実際のアプローチにつなげていくかについての検討が必要なことも明らかとなった。

<u>がん患者家族の支援プログラムの開発</u>

本研究結果から、医学的援助を求める遺族に対する支援プログラムとして、がん患者特有の苦悩に対応した集団精神療法プログラムの適切な対象・介入時期について気分状態の変化から経時的に検討することができた。また、がん患者遺族に対する Unhelpful support の実態と、具体的なサポートの是非が明らかになったことにより、社会一般を対象とした啓発活動の必要性とその具体的な方針が見出された。

<u>がん患者のＱＯＬを向上させるための緩和ケアプログラムの開発</u>

看護師を対象とした実証研究に基づくスピリチュアルケアセミナーは看護師の自信、無力感の改善に有用であることが示唆された。

心理社会的要因と発がん・生存に関する研究

本研究では、①パーソナリティとがん発症リスク、②パーソナリティとがん予後リスク、③抑うつとがん発症リスク、④抑うつとがん予後リスクについて系統的レビューを実施した。その結果、①②③に関して、関連なしとする研究が多かった。一方、④に関して結果は一致していなかった。心理社会的要因（特に、パーソナリティ・抑うつ）とがん発症/がん予後の関連について系統的レビューを実施した結果、概ね両者の関連はない、あるいはあったとしても小さい可能性があるという結論が得られた。心理社会的要因ががん発症/がん予後に及ぼす影響はない、あるいはあったとしても小さいということが世界的知見となっている。今回系統的レビューを実施し①－④の研究テーマ別にまとめると、

①パーソナリティとがん発症リスク
＝両者の関連なし
②パーソナリティとがん予後リスク
＝両者の関連なし
③抑うつとがん発症リスク
＝両者の関連なし
④抑うつとがん予後リスク
(1)乳がん
＝両者の関連なし
(2)肺がん
＝明確な関連が得られていない
(3)血液関連がん
＝明確な関連が得られていない
(4)Mixed がん
＝明確な関連が得られていない

となり、明らかに有意な関連がみられる結果はなかった。④(2)(3)(4)に関しては、研究結果が一致せず、明確な関連が得られていなかった。その理由として、研究規模が小さい、交絡要因が不十分、追跡期間が短い等方法的に限界を有する研究も多く存在していたことが考えられる。更なるエビデンスを構築することにより、両者の関連が明確になると考える。

E. 結論

がん患者に対する包括的支援システムの開発

(1)①患者医療者間のコミュニケーションを促進することを目的として開発された質問促進パンフレットは有用であることが示された。②皮膚電気抵抗は、患者の感情表出に対する医師の共感行動と関連すること、一方で心拍変動は関連しないことが示唆された。

(2) 配偶者をがんで亡くした遺族の対処行動は心理状態を規定する第一要因であり介入標的であった。また， 不健康的な対処行動パターンは“絆の保持焦点型”のみであり，健康的な“気そらし焦点型”を目標として，“気そらし”を増やし“絆の保持”を減らす，あるいは概ね健康的な“全般対処型”を目標として，“気そらし”と併せて“ 社会共有・再構築”を増やすという二つの介入方針が示唆された。併せて，遺族の約半数が精神医学的障害を呈していたことから，配偶者をがんで亡くした遺族の“絆の保持焦点型”対処行動を標的とした介入の必要性が示唆された。

がん患者の精神症状に対する心理社会的介入法の開発

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、その有用性を無作為化比較試験で検証したが、有用性は示されなかった。

がん告知後の心的外傷対処プロセスの解明に基づいた 介入法の開発

わが国のがん患者に生じる外傷後成長に関して、質的研究を行い、質問紙の項目となる26カテゴリーを抽出した。内容は、既存のPTGと異なり、がん特有、日本人特有のものが抽出された。

がん患者の難治精神症状に対する病態解明に基づいた介入法の開発

従来の抗うつ療法の適応が難しい終末期を含むがん患者のうつ病治療として、安全かつ簡便に施行可能と思われるrTMS及びtDCSに着目し、その有用性の評価と治療効果の発現機序の検討を開始し、あるいは行った。

rTMSは、先行研究において、薬物療法と併用することで症状改善の立ち上がりを促進する報告もあり、今後は広くがん患者のうつ病に適応を拡大し、症例の蓄積とともに高度医

療の申請へつなげていく。さらに、神経障害性疼痛等、うつ病以外への適応も期待される。
tDCS については、基礎的検討から左 DLPFC への tDCS が前頭葉機能を増強する可能性が示唆されたため、今後作用機序の検討に加え、臨床試験を計画する

がんリハビリテーションプログラムの開発
進行がん患者に対するリハビリテーションマニュアルを作成し，マニュアルに基づいた研修会を実施するとともに，マニュアルを実際に臨床現場に導入し，その実施可能性・有用性について検討を行った。その結果，概ね良好な結果が得られたことから，今後はマニュアルの活用方法をさらに検討していくとともに，その有効性を多施設研究などにより明らかにしていくことが必要である。

がん患者家族の支援プログラムの開発
本研究では、家族ケアの中でも特に遺族へのケアに焦点を当て、その現状の把握、分析、適切な援助の検討、介入の提案、実施を行い、より適切なプログラムを開発した。
また、医療者から提供する援助と並行して、周囲からの援助に対しても検討を加えたことにより、家族支援プログラムとして多くの視点を踏まえることができた。
本研究全体を通して、家族・遺族支援に対する精神医学的側面・社会的側面の両面からの検討は、これまでにない取り組みであり本研究成果の社会への還元は有意義といえる。

がん患者のＱＯＬを向上させるための緩和ケアプログラムの開発
わが国で初めての実証的な知見に基いて作成されたスピリチュアルケアの教育プログラムを検証した。
プログラムの開発から実施までを本領域のオピニオンリーダーである看護専門家と共同開発・共同研究を行ったため、今後の普及として、看護師対象の終末期ケア教育として行われている ELNEC や緩和ケア認定看護師のフォローアップ研修など多くの場面で利用うることにより、全国への普及が期待される。

心理社会的要因と発がん・生存に関する研究
心理社会的要因（特に、パーソナリティ・抑うつ）とがん発症/がん予後の関連について検討したが、両者の関連はない、あるいはあったとしても小さい可能性があるという結論が得られた。④(2)(3)(4)に関し研究結果が一致していない理由として、研究規模が小さい、追跡期間が短い等方法的に限界を有する研究が多く存在する点が考えられる。更なるエビデンスを構築することにより、両者の関連が明確になると考える。

F. 健康危険情報
特記すべきことなし。

G. 研究発表
1.論文発表

1. Akechi T, Okamura H, Shimizu K , Uchitomi Y, et al : Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. Psychooncology 19:384-389, 2010
2. Asai M, Akechi T, Shimizu K, Ogawa A, Uchitomi Y, et al: Psychiatric disorders and stress factors experienced by staff members in cancer hospitals: a preliminary finding from psychiatric consultation service at National Cancer Center Hospitals in Japan Palliat Support Care 8: 291-295, 2010
3. Asai M, Uchitomi Y, et al : Psychological states and coping strategies after bereavement among the spouses of cancer patients: a qualitative study. Psychooncology 19:38-45, 2010
4. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y, et al : Bereavement dream? Successful antidepressant treatment for bereavement-related distressing dreams in patients with major depression. Palliat Support Care 8:95-98, 2010
5. Kishimoto Y, Uchitomi Y, et al : Kana Pick-out Test and brain perfusion imaging in Alzheimer's disease. Palliat Support Care 1-8, 2010
6. Matsumoto Y, Shimizu K, Uchitomi Y, et al : Suicide associated with corticosteroid use during chemotherapy: case report. Jpn J Clin Oncol 40:174-176, 2010

7. Nakaya N, Uchitomi Y, et al : Personality traits and cancer risk and survival based on Finnish and Swedish registry data. Am J Epidemiol 172:377-385, 2010
8. Nakaya N, Uchitomi Y, et al : Increased risk of severe depression in male partners of women with breast cancer. Cancer 116:5527-5534, 2010
9. Ogawa A, Shimizu K, Uchitomi Y, et al : Involvement of a psychiatric consultation service in a palliative care team at the Japanese cancer center hospital. Jpn J Clin Oncol 40:1139-1146, 2010
10. Shimizu K, Uchitomi Y, et al : Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice. Psychooncology 19:718-725, 2010
11. Akechi T, et al: Delirium training program for nurses Psychosomatics 51: 106-111, 2010
12. Akechi T, et al: Anticipatory nausea among ambulatory cancer patients undergoing chemotherapy: prevalence, associated factors, and impact on quality of life Cancer Sci 101: 2596-2600, 2010
13. Katsumata R, Akechi T, et al: A case with Hodgkin lymphoma and fronto-temporal lobular degeneration (FTLD)-like dementia facilitated by chemotherapy Jpn J Clin Oncol 40: 365-368, 2010
14. Ando M, Morita T, Akechi T: Factors in the Short-Term Life Review that affect spiritual well-being in patients The Journal of Hospice and Palliative Nursing 12: 305-311, 2010
15. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: Development of a Japanese Benefit Finding Scale (JBFS) for Patients With Cancer Am J Hosp Palliat Care 28: 171-175, 2010
16. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients J Pain Symptom Manage 39: 993-1002, 2010
17. Akazawa T, Akechi T, Morita T, et al: Self-perceived burden in terminally ill cancer patients: a categorization of care strategies based on bereaved family members' perspectives J Pain Symptom Manage 40: 224-234, 2010
18. Azuma H, Akechi T, et al: Paroxysmal nonkinesigenic dyskinesia with depression treated by bilateral electroconvulsive therapy J Neuropsychiatry Clin Neurosci 22: 352d e356-352 e356, 2010
19. Ozono S, Okamura H, et al: Psychological distress related to patterns of family functioning among Japanese childhood cancer survivors and their parents. Psycho-Oncology 19: 545-552, 2010
20. Funaki Y, Okamura H, et al: Effect of exercise on a speed feedback therapy system in elderly persons. Phys Occup Ther Geriatr 28: 131-143, 2010
21. Hanaoka H, Okamura H, et al: Psychosocial factors that influence the effects of obesity improvement programs. J Rural Med 5: 175-183, 2010
22. Wada T, Onishi H, et al: Characteristics, interventions, and outcomes of misdiagnosed delirium in cancer patients. Palliat Support Care 8(2): 125-131, 2010
23. Onishi H, et al: Diagnosis and treatment of akathisia in a cancer patient who cannot stand up or sit down, because of poor performance status: factors that make the diagnosis of akathisia difficult, and diagnosis clues. Palliat Support Care 8(4): 477-480, 2010
24. Shinjo T, Morita T, et al: Care for the Bodies of Deceased Cancer Inpatients in Japanese Palliative Care Units. J Palliat Med 13:27-31, 2010
25. Shinjo T, Morita T, et al: Care for imminently dying cancer patients: family members' experiences and recommendations. J Clin Oncol 28:142-148, 2010
26. Okamoto T, Morita T, et al: Religious

care required for Japanese terminally ill patients with cancer from the perspective of bereaved family members. Am J Hosp Palliat Med 27:50-54, 2010
27. Nakazawa Y, Morita T, et al: The palliative care self-reported practices scale and the palliative care difficulties scale: reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. J Palliat Med 13:427-437, 2010
28. Hyodo I, Morita T, et al: Development of a predicting tool for survival of terminally ill cancer patients. Jpn J Clin Oncol 40:442-448, 2010
29. Ise Y, Morita T, et al: Role of the community pharmacy in palliative care: a nationwide survey in Japan. J Palliat Med 13:733-737, 2010
30. Ando M, Morita T, et al: Value of religious care for relief of psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients: the perspective of bereaved family members. Psychooncology 19:750-755, 2010
31. Yamada R, Morita T, et al: Patient-reported usefulness of peripherally inserted central venous catheters in terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 40:60-66, 2010
32. Hisanaga T, Morita T, et al: Multicenter prospective study on efficacy and safety of octreotide for inoperable malignant bowel obstruction. Jpn J Clin Oncol 40:739-745, 2010
33. Igarashi A, Morita T, et al: Changes in medical and nursing care after admission to palliative care units: a potential method for improving regional palliative care. Support Care Cancer 18:1107-1113, 2010
34. Ando M, Morita T, et al: Effects of bereavement life review on spiritual well-being and depression. J Pain Symptom Manage 40:453-459, 2010
35. Choi J, Morita T, et al: Preference of place for end-of-life cancer care and death among bereaved Japanese families who experienced home hospice care and death of a loved one. Support Care Cancer 18:1445-1453, 2010
36. Yamagishi A, Morita T, et al: The care strategy for families of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: Recommendations from a nationwide survey of bereaved family members' experiences. J Pain Symptom Manage 40:671-683, 2010
37. Sugiyama K, Nakaya N, et al: Coffee consumption and mortality due to all causes, cardiovascular disease, and cancer in Japanese women. J Nutr 140(5):1007-1013, 2010
38. Shimizu K, Nakaya N, Ogawa A, Uchitomi Y, et al: Treatment response to psychiatric intervention and predictors of response among cancer patients with adjustment disorders. J Pain Symptom Manage, 41(4): 684-691, 2011
39. Haraguchi T, Uchitomi Y, et al: Coexistence of TDP-43 and tau pathology in neurodegeneration with brain iron accumulation type 1 (NBIA-1, formerly Hallervorden-Spatz syndrome). Neuropathology, 31(5):531-539, 2011
40. Ito T, Shimizu K, Ogawa A, Uchitomi Y, et al: Usefulness of pharmacist-assisted screening and psychiatric referral program for outpatients with cancer undergoing chemotherapy. Psychooncology, 20(6) : 647-654, 2011
41. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y, et al: Psychiatric disorders in patients who lost family members to cancer and asked for medical help: descriptive analysis of outpatient services for bereaved families at Japanese cancer center hospital. Jpn J Clin Oncol, 41(3): 380-385, 2011
42. Terada S, Uchitomi Y, et al: Suicidal ideation among patients with gender

identity disorder. Psychiatry Res, 190(1): 159-162, 2011
43. Kishimoto Y, Uchitomi Y, et al: Kana Pick-out Test and brain perfusion imaging in Alzheimer's disease. Int Psychogeriatr, 23(4): 546-553, 2011
44. Terada S, Uchitomi Y, et al: Perseverative errors on the Wisconsin Card Sorting Test and brain perfusion imaging in mild Alzheimer's disease. Int Psychogeriatr,23(10):1552-1559, 2011
45. Kobayakawa M, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Serum Brain-derived Neurotrophic Factor and Antidepressant-naive Major Depression After Lung Cancer Diagnosis. Jpn J Clin Oncol, 41(10): 1233-1237, 2011
46. Akechi T, et al: Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan Psychooncology 20: 497-505, 2011
47. Akechi T, et al: Social anxiety disorder as a hidden psychiatric comorbidity among cancer patients Palliat Support Care 9: 103-105, 2011
48. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: Development of a Japanese benefit finding scale (JBFS) for patients with cancer. Am J Hosp Palliat Care 28(3): 171-175, 2011.
49. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: A qualitative study of mindfulness-based meditation therapy in Japanese cancer patients Support Care Cancer 19(7): 929-933, 2011
50. Furukawa TA, Akechi T, et al: Strategic use of new generation antidepressants for depression: SUND study protocol Trials 12: 116, 2011
51. Furukawa TA, Akechi T, et al: Relative indices of treatment effect may be constant across different definitions of response in schizophrenia trials Schizophr Res 126: 212-219, 2011
52. Kinoshita Y, Akechi T, et al: Psychotic-like experiences are associated with violent behavior in adolescents Schizophr Res 126: 245-251, 2011
53. Okuyama T, Akechi T, et al: Oncologists' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients in a breast cancer outpatient consultation Jpn J Clin Oncol 41: 1251-1258, 2011
54. Sagawa R, Akechi T, et al: Case of intrathecal baclofen-induced psychotic symptoms Psychiatry Clin Neurosci 65: 300-301, 2011
55. Torii K, Akechi T, et al: Reliability and validity of the Japanese version of the Agitated Behaviour in Dementia Scale in Alzheimer's disease: three dimensions of agitated behaviour in dementia Psychogeriatrics 11: 212-220, 2011
56. Uchida M, Akechi T, et al: Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan Jpn J Clin Oncol 41: 530-536, 2011
57. Ueyama E, Ogawa A, et al: Chronic repetitive transcranial magnetic stimulation increases hippocampal neurogenesis in rats. Psychiatry Clin Neurosci 65(1): 77-81, 2011
58. Okamura H: Importance of rehabilitation in cancer treatment and palliative medicine. Jpn J Clin Oncol 41: 733-738, 2011
59. Inoue S, Okamura H, et al: Assessment of the efficacy of foot baths as a means of improving the mental health of nurses: a preliminary report. J Health Sci Hiroshima Univ 9: 27-30, 2011
60. Inoue M, Okamura H, et al: Evaluation of the effectiveness of a group intervention approach for nurses exposed to violent speech or violence caused by patients: a randomized controlled trial. ISRN Nursing. Volume 2011, Article ID 325614, 8 , 2011
61. Ohnishi N, Okamura H, et al: Relationships between roles and mental states and role functional QOL in breast cancer outpatients. Jpn J Clin

Oncol 41: 1112-1118, 2011
62. Chujo M, Okamura H, et al: Psychological factors and characteristics of recurrent breast cancer patients with or without psychosocial group therapy intervention. Yonago Acta medica 54;65-74, 2011
63. Yamashita M, Okamura H: Association between efficacy of self-management to prevent recurrences of depression and actual episodes of recurrence: a preliminary study. Int J Psychol Stud 2: 217-226, 2011
64. Wada M, Onishi H, et al: Drug-induced akathisia as a cause of distress in spouse caregivers of cancer patients. Palliative and Supportive Care 9(2): 209-212, 2011
65. Yoshida S, Morita T, et al: Experience with prognostic disclosure of families of Japanese patients with cancer. J Pain Symptom Manage 41(3): 594-603, 2011
66. Matsuo N, Morita T, et al: Efficacy and undesirable effects of corticosteroid therapy experienced by palliative care specialists in Japan: A nationwide survey. J Palliat Med 14(7): 840-845, 2011
67. Hirai K, Morita T, et al: Public awareness, knowledge of availability, and readiness for ancer palliative care services: A population-based survey across four regions in Japan. J Palliat Med 14(8): 918-922, 2011
68. Otani H, Morita T, et al: Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment. Jpn J Clin Oncol 41(8): 999-1006, 2011
69. Ando M, Morita T, et al: Factors that influence the efficacy of bereavement life review therapy for spiritual well-being: a qualitative analysis. Support Care Cancer 19(2):309-314, 2011
70. Morita T：Nutrition and hydration in palliative care: Japanese perspectives. Diet and Nutrition in Palliative Care. Edited by Victor R. Preedy, CRC, 105-119, 2011
71. Terada S, Uchitomi Y ：School refusal by patients with gender identity disorder. Gen Hosp Psychiatry, 34(3):299-303, 2012
72. 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):108-116, 2012
73. Saito-Nakaya K, Nakaya N, Uchitomi Y, et al :Stress and survival after cancer: a prospective study of a Finnish population-based cohort. Cancer Epidemiol, 36(2):230-235, 2012
74. Oshima E, Uchitomi Y, et al ：Frontal assessment battery and brain perfusion imaging in Alzheimer's disease. Int Psychogeriatr, 24(6):994-1001, 2012
75. 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
76. 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):3189-3203, 2012
77. 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
78. 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):1403-1406, 2012
79. 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: 706-713, 2012
80. 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
81. Shimizu K, Nakaya N, Akechi T, Ogawa A, Uchitomi Y, et al : Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis. Annals of Oncology . 23(8): 1973-1979, 2012
82. 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
83. 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.
84. Akechi T: Psychotherapy for depression among patients with advanced cancer. Jpn J Clin Oncol 42:1113-1119, 2012
85. 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
86. Akechi T, et al: Perceived needs, psychological distress and quality of life of elderly cancer patients. Jpn J Clin Oncol 42: 704-710, 2012
87. Akechi T, et al: Clinical Indicators of Depression among Ambulatory Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. Jpn J Clin Oncol 42: 1175-1180, 2012
88. 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
89. 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
90. 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
91. 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
92. 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
93. Yamada A, Akechi T, et al: Quality of life of parents raising children with pervasive developmental disorders. BMC Psychiatry 12: 119, 2012
94. 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
95. 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
96. 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
97. 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
98. 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
99. 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
100. 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
101. Tada Y, Onishi H, et al: Psychiatric disorders in cancer patients at a university hospital in Japan: descriptive analysis of 765 psychiatric referrals. Jpn J Clin Oncol 42(3): 183-188, 2012
102. Tada Y , Onishi H, et al: Dissociative stupor mimicking consciousness disorder in an advanced lung cancer patient. Jpn J Clin Oncol 42(6): 548-551, 2012
103. Matsunaga M, Onishi H, et al: Hypomanic episode during recurrent gastric cancer treatment: report of a rare case and literature review. Jpn J Clin Oncol 42(10): 961-964, 2012
104. 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
105. 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
106. 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
107. 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
108. 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
109. 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
110. Sato K, Morita T, et al: Family member perspectives of deceased relatives' end-of-life options on admission to a palliative are unit in Japan. Support Care Cancer 20(5): 893-900, 2012
111. 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
112. 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
113. 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
114. 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
115. 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
116. 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
117. 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
118. 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
119. 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
120. Abe K, Nakaya N, et al: Systematic review of rehabilitation intervention in palliative care for cancer patients. Plliat Care Med 2(131), 2012
121. Nakaya N, Uchitomi Y, et al: All-cause mortality among men whose cohabiting partner has been diagnosed with cancer.Epidemiology 24(1):96-99,2013
122. Asai M, Simizu K, Ogawa A, Akechi T, Uchitomi Y, et al：Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. Psychooncology 22(5):995-1001,2013
123. Terada S, Uchitomi Y, et al：Person-centered care and quality of life of patients with dementia in long-term care facilities.Psychiatry Res 30;205(1-2):103-108,2013
124. Kishimoto Y, Uchitomi Y, et al：Abuse of people with cognitive impairment by family caregivers in Japan (a cross-sectional study). Psychiatry Res 209(3):699-704,2013
125. Inagaki M, Akechi T, Uchitomi Y, et al：Associations of interleukin-6 with vegetative but not affective depressive symptoms in terminally ill cancer patients. Support Care Cancer 21(8):2097-2106,2013
126. Nagao S, Uchitomi Y, et al：Progressive supranuclear palsy presenting as primary lateral sclerosis. J Neurol Sci 329(1-2):70-71,2013
127. Oshima E, Uchitomi Y, et al：Accelerated Tau Aggregation, Apoptosis and Neurological Dysfunction Caused by Chronic Oral Administration of Aluminum in a Mouse Model of Tauopathies. Brain Pathol 23(6):633-644,2013
128. Hayashi S, Uchitomi Y, et al: Burden of caregivers for patients with mild cognitive impairment in Japan. Int Psychogeriatr 25(8):1357-1363,2013
129. Shindo A, Uchitomi Y, et al：Trail making test part a and brain perfusion imaging in mild Alzheimer's disease. Dement Geriatr Cogn Dis Extra 3(1):202-211,2013
130. Sakamoto S, Uchitomi Y, et al：Adjunctive yokukansan treatment improved cognitive functions in a patient with schizophrenia. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 25(3):E39-40,2013
131. Kondo K, Ogawa A, Uchitomi Y, et al：Characteristics associated with empathic behavior in Japanese oncologists. Patient Educ Couns 93(2):350-353,2013
132. Terada S, Uchitomi Y, et al：Trail Making Test B and brain perfusion imaging in mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. Psychiatry Res 213(3):249-255,2013
133. Fujimori M, Uchitomi Y, et al：Development and preliminary evaluation of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communicating bad news. Palliat Support Care. 2013 Nov 4:1-8. [Epub ahead of print]

134. Nagao S, Uchitomi Y, et al : Argyrophilic grain disease as a neurodegenerative substrate in late-onset schizophrenia and delusional disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2013 Nov 23. [Epub ahead of print]
135. Terada S, Uchitomi Y, et al : Depressive symptoms and regional cerebral blood flow in Alzheimer's disease. Psychiatry Res. 2014 Jan 30;221(1):86-91. doi: 10.1016/j.pscychresns.2013.11.002. Epub 2013 Nov 15.
136. Sakamoto S, Uchitomi Y, et al : Association Study of FYN Gene Polymorphism and Methamphetamine Use Disorder, Journal of Drug and Alcohol Research vol. 2 (2013) 2013.10.17 Research Article
137. Fujimori M, Uchitomi Y, et al: Communication between Cancer Patients and Oncologists in Japan. In "New Challenges in Communication with Cancer Patients", ed. A. Surbone, M. Zwitter, M. Rajer, and R. Stiefel, pp301-313, Springer, New York, 2013
138. Okahisa Y, Uchitomi Y, et al : Association Study of Dopamine β-Hydroxylase Gene with Methamphetamine Psychosis,Journal of Drug and Alcohol Research (In press)2013
139. Akechi T, et al: Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument. Palliat Support Care: 1-5, 2013
140. Fielding R, Akechi T, et al: Attributing Variance in Supportive Care Needs during Cancer: Culture-Service, and Individual Differences, before Clinical Factors. PLOS ONE 8: e65099, 2013
141. Furukawa TA, Akechi T, et al: Cognitive-behavioral therapy modifies the naturalistic course of social anxiety disorder: Findings from an ABA design study in routine clinical practices. Psychiatry Clin Neurosci 67: 139-147, 2013
142. Kawaguchi A, Akechi T, et al: Group cognitive behavioral therapy for patients with generalized social anxiety disorder in Japan: outcomes at 1-year follow up and outcome predictors. Neuropsychiatr Dis Treat 9: 267-275, 2013
143. Nakaguchi T, Akechi T, et al: Oncology nurses' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients undergoing chemotherapy. Jpn J Clin Oncol 43: 369-376, 2013
144. Nakano Y, Akechi T, et al: Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage. Psychol Res Behav Manag 6: 37-43, 2013
145. Shimizu K, et al : Effects of Integrated Psychosocial Care for Distress in Cancer Patients. Jpn J Clin Oncol 43(5): 451-457, 2013
146. Miki E, Okamura H, et al: Clinical usefulness of the Frontal Assessment Battery at bedside (FAB) for elderly cancer patients. Support Care Cancer 21 : 857-862, 2013
147. Okamura H, et al: Prevalence of dementia in Japan: a systematic review. Dement Geriatr Cogn Disord 36: 111-118, 2013
148. Yokoi T, Okamura H: Why do dementia patients become unable to lead a daily life with decreasing cognitive function? Dementia 12: 551-568, 2013
149. Endo K, Okamura H, et al: Dynamic exercise improves cognitive function in association with increased prefrontal oxygenation. J Physiol Sci 63: 287-298, 2013
150. Uchimoto K, Okamura H, et al: Investigation of toilet activities in elderly with dementia from the viewpoint of motivation and self-awareness. Am J Alzheimers Dis Other Demen 28: 459-468, 2013
151. Nakajima N, Onishi H, et al: The evaluation of the relationship between the level of disclosure of cancer in

terminally ill patients with cancer and the quality of terminal care in these patients and their families using the Support Team Assessment Schedule. Am J Hosp Palliat Care 30(4): 370-376, 2013
152. Komura K, Morita T, et al: Patient-perceived usefulness and practical obstacles of patient-held records for cancer patients in Japan: OPTIM study. Palliat Med 27(2): 179-184, 2013
153. Otani H, Morita T, et al: Usefulness of the leaflet-based intervention for family members of terminally ill cancer patients with delirium. J Palliat Med 16(4): 419-22, 2013
154. 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 45(5): 848-858, 2013
155. Morita T, et al: Palliative care in Japan: a review focusing on care delivery system. Curr Opin Support Palliat Care 7(2): 207-215, 2013
156. Morita T, et al: Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. Lancet Oncol 14(7): 638-646, 2013
157. 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 46(2): 201-206, 2013
158. 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 30(6): 552-555, 2013
159. Yamaguchi T, Morita T, et al: Clinical guideline for pharmacological management of cancer pain: the Japanese society of palliative medicine recommendations. Jpn J Clin Oncol 43(9): 896-909, 2013
160. Kanbayashi Y, Morita T, et al: Predictive factors for agitation severity of hyperactive delirium in terminally ill cancer patients in a general hospital using ordered logistic regression analysis. J Palliat Med 16(9): 1020-1025, 2013
161. 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 11(5): 383-388, 2013
162. Imai K, Morita T, et al: Sublingually administered scopolamine for nausea in terminally ill cancer patients. Support Care Cancer 21(10): 2777-2781, 2013
163. Yamamoto R, Morita T, et al: The palliative care knowledge questionnaire for PEACE: Reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among physicians. J Palliat Med 16(11): 1423-1428, 2013
164. 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 30(7): 730-733, 2013
165. Morita T, et al: Exploring the perceived changes and the reasons why expected outcomes were not obtained in individual levels in a successful regional palliative care intervention trial: an analysis for interpretations. Support Care Cancer 21(12): 3393-3402, 2013
166. 高橋真由美,小川朝生,内富庸介, 他:【うつを診る】各領域におけるうつ病診療とその対策の実際　緩和ケア領域におけるうつ病. 綜合臨床 59: 1224-1230, 2010
167. 大谷恭平, 小川朝生, 内富庸介, 他: サバイバーにおける認知機能障害. 腫瘍内科 5: 202-210, 2010
168. 内富庸介 ：精神腫瘍学概論. 岡山医学会雑誌 122: 119-124, 2010
169. 内富庸介, 他 ：がん患者の心理的反応に配慮したコミュニケーション. 日本整形外科学会雑誌 84: 331-337, 2010

170. 白井由紀，小川朝生，内富庸介，他：がん治療中の患者の精神症状．エビデンスにもとづいた OncologyNursing 総集編：163-167，2010
171. 明智龍男，内富庸介：がん患者の抑うつ症状緩和-最近の話題，別冊・医学のあゆみ　最新-うつ病のすべて，　樋口輝彦(編)，医師薬出版株式会社，160-164，2010
172. 森田達也，内富庸介，他：がん患者が望む「スピリチュアルケア」89 名のインタビュー調査．精神医学 52：1057-1072，2010.
173. 明智龍男：希死念慮・自殺，専門医のための精神科臨床リュミエール24　サイコオンコロジー，　大西秀樹（編），中山書店，69-74，2010
174. 明智龍男：精神症状の基本，これだけは知っておきたいがん医療における心のケア，　小川朝生.，内富庸介(編)，創造出版，53-60，2010
175. 明智龍男：せん妄なのか、アカシジアなのか分からない時の対応，緩和ケアのちょっとしたコツ，　森田達也，新城拓也，林ゑり子(編)，青海社，238-240，2010
176. 明智龍男：がんにまつわるこころと脳，こころの科学 150：27-31，2010
177. 明智龍男：がん患者が死を考えるとき，現代のエスプリ 517：88-96，2010
178. 明智龍男：がん患者さんの「せん妄」にどう対応する？，エキスパートナース 26：57-69，2010
179. 明智龍男：がん患者の希死念慮と自殺，臨床精神薬理 13:1341-1345，2010
180. 明智龍男：がん患者の心を支えるコミュニケーション，看護学雑誌 74：34-39，2010
181. 明智龍男：がん患者の精神症状に対する支持療法，臨床腫瘍プラクティス 6：311-314，2010
182. 明智龍男：がん患者家族のサポート，こころの科学 155：75-78，2010
183. 明智龍男：サイコオンコロジー，がん治療レクチャー 1：235-240，2010
184. 明智龍男：サバイバーの心理的問題（不安、抑うつ），腫瘍内科 5：116-121，2010
185. 明智龍男：緩和ケアにおける精神的ケアのエッセンス，　精神神経学雑誌 112：1029-1035，2010
186. 明智龍男：自殺事例に対するデスカンファレンスの実践，看護技術 56：72-75，2010
187. 明智龍男：精神療法，臨床精神医学 39：897-901，2010
188. 清水研：がん患者の精神症状とそのスクリーニング，臨床精神薬理，13：1287-1294，2010
189. 清水研：サバイバーとサバイバーシップ，腫瘍内科，5：95-99，2010
190. 小川朝生：精神科医への期待　いま進められている事業から．精神神経学雑誌，112(10)：1010-1017，2010
191. 小川朝生：【がんの告知と看護師の役割 看護師のコミュニケーション技術】医療者間のコミュニケーション．がん看護 15(1)：50-52，2010
192. 小川朝生 :がんチーム医療におけるコミュニケーション・スキル．Oncology Nursing 1(1)：22-25，2010
193. 石橋照子，岡村仁，他：糖尿病を合併する統合失調症患者の治療の実態と血糖コントロール困難の要因．島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要 4：1-8，2010
194. 繁本梢，岡村仁:リハビリテーション部門における遺族ケア．臨床看護 臨時増刊号 36：567-572，2010
195. 繁本梢，岡村仁：がんサバイバーシップのリハビリテーション．腫瘍内科 5：151-155，2010
196. 小早川誠，岡村仁，他：日本における緩和医療の現状と展望．臨床精神薬理 13：1279-1285，2010
197. 岡村仁：がん医療に携わる心のケア従事者への教育．精神神経学雑誌 112：1024-1027，2010
198. 荻野和功，森田達也：がん医療はどう変わったのか「がん対策基本法」施行から 2 年半．浜松地域のリーダーとして現場のニーズを常に念頭に入れがんになっても安心な環境づくりに取り組む．medi.magazine 冬号 通巻 04 号：20-24，2010
199. 井村千鶴，森田達也，他：浜松市のがん患者に対するケアマネジメントの実態調査．緩和ケア 20：92-98，2010
200. 森田達也：シリーズ「がん」 緩和ケア、普通の暮らしを願って．朝日新聞社 http://www.asahi.com/health/essay/TK

Y201001280383.html, 2010
201. 森田達也, 他: 特集 進歩するがん診療鼎談②緩和ケアの最前線. 日本医事新報 4475: 45-55, 2010
202. 森田達也, 他: 末期がんだけではない「緩和ケア」は、ここまで進化した. ナーシングカレッジ 14: 44-50, 2010
203. 森田達也: 13.輸液・栄養補給 Q66 終末期の輸液の考え方を教えてください. 一般病棟でできる緩和ケア Q&A 改訂版(編) 堀夏樹, 小澤桂子 総合医学社. ナーシングケア Q&A 第 32 号: 146-147, 2010
204. 森田達也: 18.鎮静（セデーション） Q83 鎮静とは何ですか？. 一般病棟でできる緩和ケア Q&A 改訂版（編）堀夏樹, 小澤桂子 総合医学社. ナーシングケア Q&A 第 32 号: 182-183, 2010
205. 森田達也: 18.鎮静（セデーション） Q85 鎮静に使われる薬剤の使い方を教えてください. 一般病棟でできる緩和ケア Q&A 改訂版（編）堀夏樹, 小澤桂子 総合医学社. ナーシングケア Q&A 第 32 号: 186-187, 2010
206. 吉田沙蘭, 森田達也, 他: 難治性小児がん患者の家族が経験する困難の探索. 小児がん 47: 91-97, 2010
207. 森田達也: 緩和医療　緩和ケアチームと緩和ケア病棟. 臨床麻酔 34 臨時増刊号: 431-443, 2010
208. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み－フォーカスグループの有用性. 緩和ケア 20: 204-209, 2010
209. 社団法人日本医師会(監), 森田達也(編), 他: がん緩和ケアガイドブック. 青海社. 東京. 2010
210. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み－フォーカスグループの有用性 2. 緩和ケア 20: 308-312, 2010
211. 井村千鶴, 森田達也, 他: 緩和ケアチームによる診療所へのアウトリーチプログラムの有用性. 癌と化学療法 37: 863-870, 2010
212. 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会（編集）: がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2010 年版. 金原出版株式会社. 東京. 2010
213. 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会（編集）: 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン 2010 年版. 金原出版株式会社. 東京. 2010
214. 森田達也: 末期肺癌の緩和ケア(Q&A). 日本医事新報 4497 号: 79-80, 2010
215. 森田達也: 経験したことを伝えていこう 研究論文の書き方 第 1 回 論文を書く、その前に―原著論文の査読システムを知る― . 緩和ケア 20: 379-383, 2010
216. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み－フォーカスグループの有用性 3. 緩和ケア 20: 417-422, 2010
217. 森田達也: がん性疼痛治療　がん性疼痛ガイドラインの作成. Mebio 27: 24-28, 2010
218. 森田達也: Ⅳ.緩和医療 1.緩和医療概論. （編集）大西秀樹 中山書店. 専門医のための精神科臨床リュミエール 24 サイコオンコロジー: 150-163, 2010
219. 森田達也: 経験したことを伝えていこう 研究論文の書き方 第 2 回 「はじめに」を書く. 緩和ケア 20: 513-516, 2010
220. 森田達也: 在宅の視点をもった緩和ケアチーム. 地域緩和ケアリンク 10 月号: 2, 2010
221. 小田切拓也, 森田達也: そこが知りたい！緩和ケアにおける服薬指導 第Ⅰ部 緩和ケアにおいて服薬指導に何が求められるか. 緩和ケア 20 巻 10 月増刊号: 2-5, 2010
222. 伊藤富士江, 森田達也, 他: がん在宅緩和医療の課題と解決策に関する診療所医師を対象とした訪問調査. 緩和ケア 20: 641-647, 2010
223. 余宮きのみ, 森田達也: がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2010 年版を読み解く　オピオイド鎮痛薬を中心に. ペインクリニック 31: 1477-1483, 2010
224. 森田達也: 経験したことを伝えて行こう 研究論文の書き方 第 3 回「対象・方法」を書く. 緩和ケア 20: 605-610, 2010
225. 新城拓也, 森田達也, 他: 主治医による死亡確認や臨終の立ち会いが, 家族の心理に及ぼす影響についての調査研究. Palliat Car Res 5: 162-170, 2010
226. 赤澤輝和, 森田達也, 他: 緩和ケアについての市民・患者対象の啓発介入の実態調査. Palliat Car Res 5: 171-174, 2010
227. 中谷直樹, 他: 心理社会的要因とがん発生/生存. 大西秀樹（編）. 専門医のため

の精神科臨床リュミエール 24, サイコオンコロジー. 中山書店, 東京, 26-37, 2010

228. 中谷直樹, 他: がん患者のサバイバーシップ；社会的問題（退職・未就労リスク及び離婚リスク）, 腫瘍内科, 5, 122-130, 2010

229. 内富庸介: がんを抱えたときの心構え. おかやま　こころの健康, 53: 4-13, 2011

230. 井上真一郎, 内富庸介: せん妄の要因と診断. がん患者と対象療法, 22(1) : 6-11,2011

231. 内富庸介: 高齢者がん医療にもっと心の医療を. 週刊日本医事新報, 4545: 1, 2011

232. 内富庸介: ホスピスケアと家族－その抑うつと自殺について－. アディクションと家族, 27(4): 315-322, 2011

233. 井上真一郎, 内富庸介, 他: 高齢者うつ病に mirtazapine 使用後、せん妄を来した 4 例. 臨床精神薬理, 14(6): 1057-1062, 2011

234. 内富庸介: コンサルテーション・リエゾン精神医学研究の将来展望. 学術の動向, 16(7): 42-45, 2011

235. 白井由紀, 内富庸介: がん患者・家族の意思決定補助ツールとしての質問促進パンフレット. 腫瘍内科, 8(1): 57-64, 2011

236. 内富庸介: メンタルケアはますます重要になる. がんから身を守る予防と検診, 31: 142-152, 2011

237. 内富庸介: がん医療における心のケア. 社団法人　広島県病院協会会報, 89: 35-45, 2011

238. 武田雅俊, 内富庸介, 他: 症状性を含む器質性精神障害の症例. 臨床精神医学, 40(10): 1249-1265, 2011

239. 内富庸介: 災害とうつ病およびその関連疾患. Depression Frontier, 9(2): 7-10, 2011

240. 内富庸介: サイコオンコロジーの心身医学－がん患者の心のケア. 専門医のための精神科臨床リュミエール 27　精神科領域からみた心身症, 石津　宏(編), 中山書店, 175-182, 2011

241. 馬場華奈己, 内富庸介: ◎がん患者の心の反応「昨日,膵臓がんだと告げられました」,と打ち明けられました. がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる 16 事例, 内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生(編), 文光堂, 1-8, 2011

242. 馬場華奈己,内富庸介: ◎がん患者の心の反応「再発したらしいのですが･･･」. がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる 16 事例, 内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生(編), 文光堂, 9-16, 2011

243. 馬場華奈己,内富庸介: ◎コミュニケーションスキル「もう治療がないと言われたのですが」. がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる 16 事例, 内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生(編), 文光堂, 17-22, 2011

244. 柚木三由起, 内富庸介, 他: コミュニケーションスキル「ポータブルトイレを使いたくないです」. がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる 16 事例, 内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生(編), 文光堂, 23-28, 2011

245. 馬場華奈己, 内富庸介: うつ病「消えてなくなりたい･･･と言われたのです. がん患者の心のケアこんなときどうする？サイコオンコロジーを学びたいあなたへ一歩進んだケアにつながる 16 事例, 内富庸介,大西秀樹,小川朝生(編), 文光堂, 80-86,2011

246. 内富庸介: 第１章悪性腫瘍. 向精神薬・身体疾患治療薬の相互作用に関する指針日本総合病院精神医学会治療指針５, 日本総合病院精神医学会　治療戦略検討委員会(編), 星和書店, 1-13, 2011

247. 明智龍男: かかりつけ医が理解すべきがん患者のこころの変化-診断から終末期まで, 患者・家族の相談に応えるがん診療サポートガイド, 池田健一郎(編), 南山堂, 777-781, 2011

248. 明智龍男: がん患者の精神医学的話題, 今日の治療指針, 山口徹, 北原光夫, 福井次矢(編), 医学書院, 882, 2011

249. 明智龍男: がん治療における精神的ケアと薬物療法, 消化器がん化学療法ハンドブック, 古瀬純司(編), 中外医学社, 83-90, 2011

250. 明智龍男: 緩和ケアにおける精神科，精神科研修ノート， 永井良三(編)，診断と治療社，73-76，2011
251. 明智龍男: 癌患者における幻覚妄想，脳とこころのプライマリケア　6巻　幻覚と妄想， 堀口淳(編)，シナジー，327-333，2011
252. 明智龍男: 希死念慮，がん診療に携わるすべての医師のための心のケアガイド，清水研(編)，真興交易（株）医書出版部，61-65，2011
253. 明智龍男: 希死念慮、自殺企図、自殺，精神腫瘍学， 内富庸介，小川朝生(編)，医学書院，108-116，2011
254. 明智龍男: 自殺企図，がん救急マニュアル， 大江裕一郎，新海哲，高橋俊二(編)，メジカルビュー社，192-196，2011
255. 明智龍男: 心理社会的介入，精神腫瘍学，内富庸介，小川朝生(編)，医学書院，194-201，2011
256. 奥山徹，明智龍男: 高齢がん患者において頻度の高い精神疾患とそのマネージメント，腫瘍内科 8: 270-275，2011
257. 明智龍男: かかりつけ医が理解すべきがん患者のこころの変化-診断から終末期まで-，治療 93: 777-781，2011
258. 明智龍男: がんの部位と進行度別にみた精神症状の特徴とそれに応じた対応，精神科治療学 26: 937-942，2011
259. 明智龍男: がん患者のサバイバーシップ，medicina 48:2011-2012，2011
260. 明智龍男: がん緩和ケア-精神的ケア，medicina 48: 2134-2136，2011
261. 明智龍男: 悪性腫瘍に罹患した患者の精神症状に対する向精神薬の使用法，日本臨牀 70: 126-129，2011
262. 明智龍男: 緩和ケアを受けるがん患者の実存的苦痛の精神療法-構造をもった精神療法，精神科治療学 26: 821-827，2011
263. 明智龍男: 気持ちのつらさ，がん治療レクチャー 2: 578-582，2011
264. 清水研:（編）がん医療に携わるすべての医師のための心のケアガイド，真興交易出版，2011
265. 清水研: うつ病・適応障害，内富庸介，小川朝生（編） 精神腫瘍学,医学書院，96-107，2011
266. 清水研: 不安障害，内富庸介,小川朝生（編） 精神腫瘍学，医学書院,116-119，2011
267. 清水研: サバイバーシップ，内富庸介，小川朝生（編） 精神腫瘍学,医学書院，318-322，2011
268. 清水研: がん患者に合併する抑うつ-臨床の実際,分子精神医学，11: 81-83，2011
269. 小川朝生: (Q)transcranial magnetic stimulation(TMS)の実施状況．日本医事新報，4541: 55-56，2011
270. 小川朝生: 「怒る」患者－隠れているせん妄をみつける．看護技術，57(1): 70-73，2011
271. 小川朝生: せん妄を家族に説明する．看護技術，57(2): 172-175，2011
272. 小川朝生: せん妄と認知症の症状の見分け方．看護技術,57(3): 250-253，2011
273. 小川朝生: レスキューが効かない痛み．看護技術,57(4): 337-340，2011
274. 小川朝生: せん妄患者への声のかけ方．看護技術，57(6): 565-568，2011
275. 小川朝生: あなたみたいな若い人にはわからないわよ．看護技術,57(7): 668-671，2011
276. 小川朝生: 患者だけではなく家族も不安．看護技術，57(8): 741-744，2011
277. 小川朝生: 告知の後に患者さんが泣いています．看護技術，57(9): 846-849,2011
278. 小川朝生: 傾聴で解決できること、できないこと．看護技術,57(10): 932-935，2011
279. 小川朝生: 予期悲嘆は起こさなければならないのか．看護技術，57(11): 1023-1025，2011
280. 小川朝生: 患者さんのことを主治医に相談しても話になりません．看護技術，57(13): 1252-1255,2011
281. 小川朝生: あなたは大丈夫？．看護技術，57(14): 1356-1359，2011
282. 小川朝生: 終末期がん患者における精神刺激薬の使用．精神科治療学，26(7): 857-864，2011
283. 小川朝生: SHARE を用いた化学療法中止の伝え方．がん患者ケア，5(1): 3-7，2011
284. 小川朝生: 新しい向精神薬を活用する．緩和ケア，21(6): 606-610，2011
285. 小川朝生: がん患者における医療用麻薬および向精神薬の実態調査．医療薬学，37(7): 437-441，2011

286. 小川朝生: ガイドラインの分かりやすい解説．緩和ケア，21(Suppl): 132-133, 2011
287. 小川朝生: 臨床への適用と私の使い方．緩和ケア，21(Suppl): 134-135, 2011
288. 小川朝生: 特集にあたって．レジデントノート，13(7): 1194-1195, 2011
289. 小川朝生: 入院患者の不眠とせん妄を鑑別するポイントを教えてください．レジデントノート，13(7): 1215-1219, 2011
290. 小川朝生: 統合失調症．看護学生,58(13): 26-30, 2011
291. 小川朝生: がん専門病院の立場から．外来精神医療,11(1): 17-19, 2011
292. 小川朝生: 家族の心理状態について．ホスピスケア,22(1): 30-55, 2011
293. 小川朝生: 平成22年度厚生労働科学研究がん臨床研究成果発表会．Medical Tribune, 44(19): 22, 2011
294. 小川朝生: Cancer-brain とうつ病．Depression Frontier 9(1): 85-92, 2011
295. 對東真帆子，岡村仁：ドイツ連邦共和国Ａ市在住の邦人駐在員配偶者のメンタルヘルスと生活状況との関連．日本看護学会論文集　地域看護 41: 28-30, 2011
296. 花岡秀明，岡村仁，他：高齢者の回想に関連する要因の検討‐回想の質と量に着目して‐．作業療法ジャーナル 45: 497-503, 2011
297. 新山悦子，岡村仁：職場における心的外傷の想起が看護師の精神的健康に及ぼす影響．看護・保健科学研究誌 11: 21-30, 2011
298. 岡村仁，新山悦子：看護師の職場における心的外傷の収集と分類．看護・保健科学研究誌 11: 48-54, 2011
299. 新山悦子，岡村仁：看護職の職場における心的外傷の実態および外傷反応と共感性との関連．看護・保健科学研究誌 11: 55-64, 2011
300. 田邊智美，岡村仁: 看護師の離職意向に関連する要因の検討－緩和ケア病棟における調査結果をもとに．Palliative Care Research 6: 126-132, 2011
301. 三木恵美，岡村仁，他: 末期がん患者に対する作業療法士の関わり～作業療法士の語りの質的内容分析～．作業療法 30: 284-294, 2011
302. 林麗奈，岡村仁，他: 統合失調症患者のセルフスティグマに関する研究－セルフエフィカシー，QOL，差別体験との関連について－．総合リハビリテーション 39: 777-783, 2011
303. 藤野成美，岡村仁：長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討．日本看護研究学会誌 34: 55-63, 2011
304. 花岡秀明，岡村仁，他：匂い刺激を用いた回想法の中期的効果の予備的研究－地域在宅高齢者に焦点化して－．医学と生物学 155: 929-936, 2011
305. 小早川誠，岡村仁，他：外来化学療法中のがん患者に対する看護師による精神症状スクリーニングの実施可能性の検討．総合病院精神医学 23: 52-59, 2011
306. 岡村仁: うつ病のメカニズム．バイオメカニズム 35: 3-8, 2011
307. 岡村仁: 外来精神医療と緩和ケア：がん患者にみられる精神症状とその対応．外来精神医療 11: 20-24, 2011
308. 森田達也: 経験したことを伝えていこう 研究論文の書き方 第４回 「結果・考察」を書く．緩和ケア 21(1): 55-60, 2011
309. 井村千鶴，森田達也，他: がん患者に対する介護保険手続きの迅速化の効果．緩和ケア 21(1):102-107, 2011
310. 森田達也: せん妄．支持・緩和薬物療法マスター　がん治療の副作用対策．江口研二，他（編），メジカルビュー社，146-148, 2011
311. 厨芽衣子，森田達也，他: 論文を読み、理解する－Early palliative care forpatients with metastatic non-small-cell lung cancer－ 緩和ケア 21(2): 170-178, 2011
312. 赤澤輝和，森田達也，他: 緩和ケアの啓発用冊子を病院内のどこに置いたらよいか？ 緩和ケア 21(2): 221-225, 2011
313. 森田達也: 緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM-study）の経過と今後の課題．ホスピス緩和ケア白書 2011, (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会(編)，(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団，24-41, 2011
314. 杉浦宗敏，森田達也，他: がん診療連携拠点病院における緩和ケア提供に関する薬剤業務等の全国調査．日本緩和医療薬学雑誌 4(1): 23-30, 2011
315. 森田達也: 泌尿器系難治症状の緩和 が

ん性疼痛ガイドラインのエッセンス 緩和医療学会がん疼痛ガイドラインのエッセンス．日本泌尿器科学会雑誌 102(2): 205，2011
316. 森田達也: 緩和ケア普及のための地域プロジェクト―浜松地域のあゆみと今後の課題―．大阪保険医雑誌 39(533): 10-17，2011
317. 井村千鶴，森田達也，他: 病院と地域とで行う連携ノウハウ共有会とデスカンファレンスの参加者の体験．緩和ケア 21(3): 335-342，2011
318. 森田達也，他: 特集 がん疼痛治療の最新情報　早期緩和ケア導入によるがん治療の影響と効果．Progress in Medicine 31(5): 1189-1193，2011
319. 高田知季，森田達也，他: 基幹病院における緩和医療．麻酔科医出身のペインクリニシャンが関わる緩和医療．ペインクリニック 32(6): 845-856，2011
320. 清原恵美,森田達也，他: 地域における緩和ケア病棟の役割―緩和ケア病棟における地域の看護師を対象とした研修の評価―．死の臨床 34(1): 110-115，2011
321. 森田達也，他: 〈秘伝〉臨床が変わる緩和ケアのちょっとしたコツ．青海社，2011
322. 森田達也，他: 臨床現場が必要とする緩和ケアを提供するために院内外“ゆるやかなネットワーク”づくりに力を注ぐ．Watches 5: 7-9，2011
323. 森田達也:日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会（編集）．がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン 2011 年版．金原出版，2011
324. 森田達也:日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会（編集）．がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン 2011 年版．金原出版，2011.
325. 山岸暁美，森田達也，他: 在宅緩和ケアに関する望ましいリソースデータベースとは何か？―多地域多職種を対象とした質的研究．緩和ケア 21(4): 443-448，2011
326. 小田切拓也，森田達也: Ⅲ. ケアの実際 Q24. 予後予測．特集 やさしく学べる 最新緩和医療 Q&A．江口研二，余宮きのみ（編集）．がん治療レクチャー 2(3): 589-593，2011
327. 森田達也，他: 第Ⅱ部　がん疼痛ガイドラインについてのわたしの本音 1．がん疼痛ガイドラインを現場ではこう実践しています【医師編】．解説 がん疼痛ガイドライン―現場で活きるわたしの工夫―．緩和ケア 21（8 月増刊号）: 154-174，2011
328. 森田達也: ガイドラインを読むために知っておきたい臨床疫学の知識 2．緩和ケア領域の臨床研究の読み方．解説 がん疼痛ガイドライン―現場で活きるわたしの工夫―．緩和ケア 21（8 月増刊号）: 191-192，2011
329. 森田達也: 臨床をしながらできる国際水準の研究のまとめ方―がん緩和ケアではこうする―．青海社，2011
330. 末田千恵，森田達也，他: どのような緩和ケアセミナーが求められているか：4,188 名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因．ペインクリニック 32(8): 1215-1222，2011
331. 村上敏史，森田達也，他: がん疼痛ガイドラインの分かりやすい解説と枚ルールオピオイドの導入の仕方 オピオイドを投与する時に何をどう選ぶか？．緩和ケア 21(8 月増刊): 25-35，2011
332. 森田達也，他: 多施設との医療連携の現状：緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM-study）浜松地域のあゆみと今後の課題．最新精神医学 16(5): 563-572，2011
333. 井村千鶴，森田達也，他: 在宅死亡したがん患者の遺族による退院前カンファレンス・退院前訪問の評価．緩和ケア 21(5): 533-541，2011
334. 鈴木留美，森田達也，他: 「生活のしやすさ質問票 第 3 版」を用いた外来化学療法患者の症状頻度・ニードおよび専門サービス相談希望の調査．緩和ケア 21(5): 542-548，2011
335. 小田切拓也，森田達也，他: 原因不明の神経症状と疼痛で緩和ケアチームに紹介された患者の疼痛の原因と転帰．ペインクリニック 32(9): 1423-1426，2011
336. 鄭陽，森田達也，他: 難治性の膀胱症状に対して上下腹神経叢ブロックが有効であった―症例．日本ペインクリニック学会誌 18(4): 404，2011
337. 川口知香，森田達也，他: 呼吸器内科病棟における肺癌患者の呼吸困難に対するケアの現状．日本癌治療学会誌 46(2):

890, 2011
338. 天野功二, 森田達也: B実践編 2. 身体症状マネジメントをめぐる問題. 精神腫瘍学. 内富庸介, 小川朝生(編), 医学書院, 65-88, 2011
339. 森田達也, 他: エビデンスで解決！緩和医療ケースファイル. 南江堂, 2011
340. 森田達也: 緩和ケアの地域関連 OPTIM プロジェクト浜松 地域リソースの「オプティマイズ＝最大活用」と網目のようなネットワークが緩和ケア普及の鍵. Medical Partnering 56: 1-5, 2011
341. 森田達也: 地域連携のさまざまなスタイルを発見　医師の「地域連携力」を鍛える. Doctor's Career Monthly 31: 21, 2011
342. 天野功二, 森田達也: 第Ⅱ章消化器癌化学療法の実際. 消化器癌化学療法施行時の栄養管理と消化器癌患者に対する緩和医療. 消化器癌患者に対する緩和医療. 消化器癌化学療法. 改訂 3 版. 大村健二, 他(編), 南山堂, 360-375, 2011
343. 古村和恵, 森田達也, 他: 進行がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望―821 名の自由記述からの示唆. Palliat Care Res 6(2): 237-245, 2011
344. 森田達也: グッドデス概念って何？. 緩和ケア 21(6): 632-635, 2011
345. 小野宏志, 森田達也, 他: 地域の多職種で作成した調査票を用いた在宅死亡がん患者の遺族による多機関多職種の評価. 緩和ケア 21(6): 655-663, 2011
346. 山岸暁美, 森田達也, 他: 地域のがん緩和ケアの課題と解決策の抽出―OPTIM-Study による複数地域・多職種による評価―. 癌と化学療法 38(11): 1889-1895, 2011
347. 中谷直樹: 罹患・生存と心理社会的問題. 内富庸介、小川朝生 (編). 臨床精神腫瘍学. 医学書院, 東京, 25-38, 2011
348. 中谷直樹: 心理的要因ががん発症・がん予後に与える影響. がん医療に携わるすべての医師のための心のケアガイド. 真興交易㈱医書出版部, 東京, 211-218,2011
349. 中谷直樹, 他: デンマークにおける保健医療データベースに関する調査研究. 公衆衛生, 75(2), 医学書院, 160-163, 2011
350. 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
351. 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
352. 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
353. 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
354. 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
355. 内富庸介: がん患者の意思決定を支援する. Nurshing Today, 27(5): 50-53, 2012
356. 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.
357. 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.
358. 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
359. 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.
360. 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.
361. 明智龍男: 精神療法, 精神腫瘍学クリニカルエッセンス, 内富庸介, 小川朝生(編), 創造出版, 167-184, 2012
362. 明智龍男: がん患者の自殺、希死念慮, 精神腫瘍学クリニカルエッセンス, 内富庸介, 小川朝生(編), 創造出版, 75-87, 2012
363. 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, 100-110, 2012

364. 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，71-73，2012
365. 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
366. 明智龍男: メメント・モリ，精神医学 54: 232-233，2012
367. 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，気分障害の治療ガイドライン，「精神科治療学」編集委員会(編)，星和書店，258-262，2012
368. 明智龍男: 緩和ケアにおける精神的ケアのエッセンス，日本サイコセラピー学会雑誌 13: 45-50，2012
369. 清水研: ＱＯＬを低下させる心の病。早期治療で改善を，がんサポート，112: 50-53，2012
370. 清水研: 緩和ケアにおいて心身医学はどのような貢献ができるか？，心身医学，52: 617-622,07，2012
371. 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
372. 松本禎久，小川朝生: がん患者の症状緩和．Modern Physician. 32(9): 1109-1112，2012
373. 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
374. 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
375. 小川朝生: 悪性腫瘍（がん）. 精神看護. 15(4): 76-79，2012
376. 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
377. 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
378. 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
379. 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
380. 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ん疼痛緩和治療に与える影響. 癌と化学療法 39(1): 81-84，2012
381. 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
382. 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
383. 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
384. 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
385. 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
386. 森田達也: 緩和ケアチームの活動とOPTIM の成果. Credentials 44: 9-11，2012
387. 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
388. 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
389. 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
390. 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
391. 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
392. 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除的か？. Palliat Care Res 7(1): 317-322, 2012

393. 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

394. 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

395. 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

396. 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

397. 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

398. 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

399. 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

400. 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

401. 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

402. 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

403. 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

404. 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

405. 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

406. 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

407. 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

408. 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

409. 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

410. 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

411. 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.

412. 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

413. 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

414. 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

415. 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
416. 内富庸介: がん患者の抑うつ対策 医療者が積極的に抑うつの症状を聞くことが重要. Clinic magazine 524:18-21,2013
417. 井上真一郎, 内富庸介: せん妄の要因と予防. 臨床精神医学 42(3):289-297,2013
418. 井上真一郎, 内富庸介: がん診断早期から行うべき緩和薬物療法の実際－精神的ストレスの観点から－, Mebio 30(7):23-29,2013
419. 井上真一郎, 内富庸介, 他: せん妄を見逃さないための注意点. 精神科治療学 28(8):1011-1017,2013
420. 浅井真理子, 内富庸介, 他: 配偶者をがんで亡くした遺族の対処行動パターン. 心理学研究 84(5):498-507,2013
421. 竹中文良/内富庸介(監訳):がん患者・家族のためのウェルネスガイド. がんと診断されてもあなたらしく生きるために, パレード,大阪,2013
422. 明智龍男: がん患者の抑うつの評価と治療, NAGOYA MEDICAL JOURNAL 53: 51-55, 2013
423. 明智龍男: 一般身体疾患による気分障害, 今日の治療指針, 山口徹, 北原光夫, 福井次矢(編), 医学書院, 868, 2013
424. 明智龍男: 精神症状マネジメント概論, 緩和医療薬学, 日本緩和医療薬学会(編), 南江堂, 79, 2013
425. 伊藤嘉規, 奥山徹, 中口智博, 明智龍男: 小児がん患者とその家族のこころのケア, 精神科 23: 288-292, 2013
426. 明智龍男: がんとこころのケア-サイコオンコロジー. 精神科 23: 271-275, 2013
427. 明智龍男: がん患者の自殺に関する最新データ, 緩和ケア 23: 195, 2013
428. 明智龍男: せん妄の向精神薬による対症療法と処方計画, 精神科治療学 28: 1041-1047, 2013
429. 明智龍男: 緩和医療とせん妄, 臨床精神医学 42:307-312, 2013
430. 明智龍男: 希死念慮を有する患者のアセスメントとケア, 緩和ケア 23: 200, 2013
431. 明智龍男: 術後せん妄, 消化器外科 36: 1643-1646, 2013
432. 明智龍男: 抑うつとがん, レジデントノート 15: 2440-2443, 2013
433. 明智龍男, 森田達也: 臨床で役立つサイコオンコロジーの最新エビデンス-特集にあたって, 緩和ケア 23: 191, 2013
434. 清水研: ナショナルセンターとしてのあり方, 総合病院精神医学,25（2）: 151-155, 2013
435. 小川朝生: がん領域における精神疾患と緩和ケアチームの役割. PSYCHIATRIST,18: 54-61, 2013
436. 小川朝生: 一般病棟における精神的ケアの現状. 看護技術,59(5): 422-426, 2013
437. 小川朝生: せん妄の予防-BPSD に対する薬物療法と非薬物療法-. 緩和ケア,23(3): 196-199, 2013
438. 小川朝生: 高齢がん患者のこころのケア. 精神科,23(3): 283-287, 2013
439. 小川朝生: がん患者の終末期のせん妄. 精神科治療学,28(9): 1157-1162, 2013
440. 小川朝生: がん領域における精神心理的ケアの連携. 日本社会精神医学会雑誌,22(2): 123-130, 2013
441. 岡村仁: サイコオンコロジー総論. 心身医学 53: 386-391, 2013
442. 岡村仁: 心のケアとリハビリテーション・コミュニケーションスキル. リハビリナース 6: 375-379, 2013
443. 宮下光令（編集）, 森田達也（医学監修）, 他: ナーシング・グラフィカ成人看護学⑦ 緩和ケア. メディカ出版, 2013.
444. 森田達也: せん妄マネジメントの実際とケアの具体策 がんによる「せん妄」の原因と出現するメカニズム. がん患者ケア 6(3): 62-66, 2013
445. 森田達也: せん妄マネジメントの実際とケアの具体策 「せん妄」の薬物治療とケアの注意点. がん患者ケア 6(3): 67-72, 2013
446. 山内敏宏, 森田達也: EAPC（European Association of Palliative Care）疼痛ガイドラインを読む. 第 5 回代替全身投与経路 2 突出痛に対するオピオイド. 緩和ケア 23(1): 61-63, 2013
447. 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会（編集）, 森田達也: 終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン 2013 年版. 金原出版株式会社, 2013
448. 森田達也: 社会の力を最大化する「顔の見える関係」緩和ケアプログラムの地域介入研究（OPTIM-study）を終えて. 週刊医学界新聞 第 3019 号: 4, 2013

449.厨芽衣子，森田達也：EAPC（European Association of Palliative Care）疼痛ガイドラインを読む．最終回　1 オピオイドスイッチング，2 オピオイド力価．緩和ケア 23(2)：161-162，2013
450.森田達也：緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM-study.）から得られたものをどう生かすか．ホスピス緩和ケア白書 2013，(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会（編），(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団，28-37，2013
451.佐藤一樹，森田達也，他：地域における緩和ケア（在宅緩和ケア） 緩和ケア普及のための地域プロジェクト（１）緩和ケア普及のための地域プロジェクトで使用した評価尺度．保健の科学 55(4)：230-235，2013
452.森田達也：地域における緩和ケア（在宅緩和ケア）緩和ケア普及のための地域プロジェクト（２）地域プロジェクト（OPTIM-study）の効果．保健の科学 55(4)：236-241，2013
453.森田達也，他：「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」の開発．Palliat Care Res 8(1)：116-126，2013
454.木澤義之，森田達也，他：3 ステップ実践緩和ケア．青海社．2013
455.森田達也:日本アプライド・セラピューティクス学会（編集）：2 ページで理解する標準薬物治療ファイル．南江堂．2013
456.森田達也，他：がん患者のこころのケアと地域ネットワーク―OPTIM-study の知見から―．精神科 23(3)：307-314，2013
457.森田達也：苦痛緩和のための鎮静．medicina 50(11 増刊号)：527-531，2013
458.森田達也，他：患者・遺族の緩和ケアの質評価・quality of life,医師・看護師の困難感と施設要因との関連．緩和ケア 23(6)：497-501，2013
459.中谷直樹：心理社会的要因とがん発症・生存に関する最新データ．緩和ケア，23，217，2013

2.学会発表

1. Uchida M, Akechi T, et al: Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan. Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan, 57th Psychosomatic Medicine, 2010 Nov
2. Nakaguchi T, Akechi T, et al: Usefulness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for psychological nausea, vomiting and learned food aversion experienced by cancer patients receiving repeated chemotherapy: a case series. Book Usefulness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for psychological nausea, vomiting and learned food aversion experienced by cancer patients receiving repeated chemotherapy: a case series, 57th Psychosomatic Medicine, 2010 Nov
3. Akechi T, et al: Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. Book Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan, 57th Psychosomatic Medicine, 2010 Nov
4. Okuyama T, Akechi T, et al: Nurses in outpatient chemotherapy center may have difficulty in assessing their patients' symptoms and supportive care needs. Nurses in outpatient chemotherapy center may have difficulty in assessing their patients' symptoms and supportive care needs, 12th World Congress of Psycho-Oncology, 2010 May
5. Akechi T, et al: Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. Book Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan, 12th World Congress of Psycho-Oncology, 2010 May
6. Ishida M, Onishi H, et al: Psychiatric disorders of the bereaved who lost family members due to cancer: Experiences of outpatient services for

bereaved families in a cancer center hospital-the second report. International Psycho-Oncology Society.Quebec, Canada. May, 2010

7. Onishi H, Uchitomi Y, et al : Psychiatric disorders of bereaved who have lost family members owing to cancer: Experiences of outpatient services for bereaved families at a hospital cancer center. East Asia Psycho-Oncology Society 2 Meeting, Hong Kong, 23rd 24rd August, 2010
8. Uchitomi Y :Development of Psycho-oncology in Japan.70th Annual Meeting of the Japanese Cancer Association.2011.10, Japan
9. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y, et al: Bereavement Reaction or Major Depression?. The 21st World Congress on Psychosomatic Medicine. Seoul, Korea. August 25-28. P02-72. pp203, 2011
10. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y, et al:Distress of Bereaved Who Lost Family Members with Cancer, and Asked for Medical Help. International Psycho-Oncology Society.Antalya, Turkey. October, 2011. Pp106-107. Psycho-Oncology 20(Supple. 2):105-300 (2011) P1-3 presented at 18th October.
11. Akechi T: associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients, 3rd Taiwan Psycho-oncology conference, 2011 Sep
12. Akechi T: Panel discussion, Akechi T, 3rd Taiwan Psycho-oncology conference, 2011 Sep
13. Akechi T: Suicidality among Japanese cancer patients, 3rd Taiwan Psycho-oncology conference, 2011 Sep
14. Akechi T, et al: Anticipatory nausea among ambulatory cancer patients undergoing chemotherapy: prevalence, associated factors, and impact on quality of life 13th World Congress of Psycho-Oncology, 2011 Oct
15. Okuyama T, Akechi T, et al: Competency to consent to initial chemotherapy among elderly patients with hematological malignancies, 13th World Congress of Psycho-Oncology, 2011 Oct
16. Sagawa R, Aekchi T, et al: The anger and its underlying factors in patients with cancer, 13th World Congress of Psycho-Oncology, 2011 Oct
17. 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
18. Shimizu K, Nakaya N, 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
19. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y, et al : Psychological Distress of the Bereaved Seeking Medical Counseling at Cancer Center. International Psycho-Oncology Society. Brisbane, Australia. November, 2012
20. 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
21. 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; in International Society for Quality of Life Research meeting. Budapest, 2012 Oct
22. 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
23. 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

24. 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
25. 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
26. 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
27. 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", The 3rd.EAPON, 2012.9, 北京（中国）
28. 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
29. Ueno K, Okamura H: Reminiscence therapy for cancer patients with recurrence. MASCC/ISOO 2012 International Symposium. June 28-30, 2012 New York, USA
30. 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
31. 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
32. 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
33. 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
34. Kaneko F, Okamura H, et al: Psychosocial support provided by occupational therapists for convalescent patients with cerebrovascular accidents11th World Congess of World Association for Psychosocial Rehabilitation. November 10-12, 2012 Milano, Italy
35. Funaki Y, Okamura H: A study on effect of reminiscence therapy on frontal lobe function. 11th World Congess of World Association for Psychosocial Rehabilitation. November 10-12, 2012. Milano, Italy
36. Onishi H , et al : Is thiamine deficiency rare in referred cancer patients with delirium? East Asia Psycho-Oncology Society 3 Meeting, Beijing, 2012
37. 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
38. 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

39. Okahisa Y, Uchitomi Y, et al : Association study of dopamine β-hydroxylase gene with methamphetamine dependence , 4th International Drug Abuse Research Society, Mexico City, Mexico 2013.4.15-19
40. Sakamoto S, Uchitomi Y, et al : Association between the Fyn kinase gene and patients with methamphetamine dependence , 4th International Drug Abuse Research Society, Mexico City, Mexico 2013.04.15-19
41. Sakamoto S, Uchitomi Y, et al : Association study between the EAAT2 gene polymorphisms and methamphetamine dependence, 11th World Congress of Biological Psychiatry, Kyoto, 2013.06.23-27
42. Mizuki Y, Uchitomi Y, et al : The functional analysis of the human rho guanine nucleotide exchange factor 11 which is a risk for the paranoid subtype of schizophrenia, 11th World Congress of Biological Psychiatry, Kyoto, 2013.06.23-27
43. Okahisa Y, Uchitomi Y, et al : Association study of the CYP19 gene and gender identity disorder,World Psychiatric Association International Congress 2013, Vienna, Austria, 2013.10.27-30
44. Oshima E, Uchitomi Y, et al : Accelerated tau aggregation, apotosis, and neurological dysfunction due to chronic oral administration of aluminum in a mouse model of tauopathies,World Psychiatric Association International Congress 2013, Vienna, Austria, 2013.10.27-30
45. Kishimoto Y, Uchitomi Y, et al : White matter hyperintensities and brain perfusion imaging in Alzheimer's disease,World Psychiatric Association International Congress 2013, Vienna, Austria, 2013.10.27-30
46. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y, et al : Psychiatric Disorders of the Bereaved Who Lost Family Members With Cancer: Experiences of Outpatient Services for Bereaved Families in a Cancer Center Hospital – The Third Report. American Psychosocial Oncology Society. 10th Annual Conference. Huntington Beach, California, USA, 2013.2.14-16
47. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y, et al : Group psychotherapy for patients with advanced or recurrent cancer: Preliminary study. International College of Psychosomatic Medicine (ICPM), 2013
48. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y, et al : Psychiatric disorders and background characteristics of the bereaved seeking medical counseling at a cancer center. 15th International Psycho-Oncology Society, 2013.11.4-8
49. Nagashima F, Akechi T, et al: Successive comprehensive geriatric assessment (CGA) can be prognostic factors of elderly cancer patients; in 13th Conference of the International Society of Geriatric Oncology. Copenhagen, 2013 Oct
50. Yamada M, Akechi T, et al: A pragmatic megatrial to optimise the first- and second-line treatments for patients with major depression: SUN(^_^)D study protocol and initial results; in American Society of Clinical Psychopharmacology. Hollywood, FL, 2013 May
51. Kawaguchi A, Akechi T, et al: Hippocampal volume increased after cognitive behavioral therapy (CBT) in patients with social anxiety disorder (SAD): A case report; in The 4th Asian Cognitive Behavior Therapy (CBT) Conference. Tokyo, 2013 Aug
52. 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", 韓国心身医学会, 2013.6, 韓国
53. Shimizu K: Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent

than other factors,15th.IPOS, 2013.11,ロッテルダム（オランダ）

54. Nosaka M, Okamura H, et al: Integrated yoga therapy in a single session as a stress management technique in comparison with other techniques. Symposium on Yoga Research 2013. June 11-13, 2013. Boston, USA
55. Muraki S, Okamura H: Assessment of factors associated with return to gambling among participants of gamblers. World Psychiatric Association International Congress 2013. October 27-30, 2013. Vienna, Austria
56. Okazaki T, Okamura H, et al: Relationship between social cognition and interpersonal skills in patients with schizophrenia. World Psychiatric Association International Congress 2013. October 27-30, 2013. Vienna, Austria
57. Ohnishi K, Okamura H, et al: Usefulness of reminiscence for patients with schizophrenia utilizing day care or day-night care. World Psychiatric Association International Congress 2013. October 27-30, 2013. Vienna, Austria

58. 内富庸介 ： サイコオンコロジー―その歴史と展望―. 第15回日本緩和医療　学会学術大会. 特別講演. 2010. 6, 東京
59. 宮下光令, 森田達也, 内富庸介, 他: 「緩和ケアの質の臨床指標（Quality Indicator)」は遺族から見て妥当なのか？緩和ケア病棟の遺族に対する質問紙調査から. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
60. 内富庸介 ： 乳がん治療における心のケア：特にコミュニケーションの重要性. 第18回日本乳癌学会学術総会. パネルディスカッション. 2010. 6, 北海道
61. 内富庸介 ： 難治がんを伝える：サイコオンコロジーの臨床応用. 第24回中国四 国脳腫瘍研究会. 特別講演. 2010. 9, 岡山
62. 鈴木真也, 小川朝生, 内富庸介, 他 ： せん妄をきたしたがん患者における非定型抗精神病薬の高血糖, 第48回日本癌治療学会学術集会, 京都市, 2010/10, ポスター
63. 明智龍男: 夏季セミナー　サイコオンコロジー：がん医療における心の医学, 第12回日本放射線腫瘍学会, 2010年8月
64. 明智龍男: 教育セミナー　サイコオンコロジー：がん医療における心の医学, 第16回日本臨床腫瘍学会教育セミナーAセッション, 2010年8月
65. 明智龍男: がん患者とのコミュニケーション：基礎から応用まで, 第9回日本緩和医療学会教育セミナー, 2010年6月
66. 中口智博, 明智龍男, 他: 化学療法に起因した予期性悪心嘔吐、食物嫌悪に奏功した短期心理療法-EMDR, 第15回日本緩和医療学会総会, 2010年6月
67. 安藤満代, 明智龍男, 森田達也, 他: 終末期患者のスピリチュアルケアとしての短期回想法の内容分析, 第15回日本緩和医療学会総会, 2010年6月
68. 安藤満代, 明智龍男,森田達也, 他: 病気の体験に意味を見出すJAPAN Benefit Finding Scale開発の試み, 第15回日本緩和医療学会総会, 2010年6月
69. 明智龍男: シンポジウム「がん医療において精神科医に期待されるもの」　緩和ケアにおける精神的ケアのエッセンス, 第106回日本精神神経学会総会, 2010年5月
70. 明智龍男: 教育講演　がん患者の心の持ち方を支えるコツ, 第24回日本がん看護学会, 2010年2月
71. 小川朝生: 精神科医への期待　いま進められている事業から, 第106回日本精神神経学会学術総会, 広島市, 2010/5, シンポジウム
72. 小川朝生: がん患者におけるコンサルテーションの実際, 第23回日本総合病院精神医学会総会, 千代田区, 2010/11, GHP精神腫瘍学研修会
73. 小川朝生: 心理士のアセスメント・介入, 第23回日本サイコオンコロジー学会, 名古屋市, 2010/9, 研修セミナー
74. 小川朝生: 患者の意向に沿った治療を考える（意思決定能力), 第23回日本サイコオンコロジー学会, 名古屋市, 2010/9, シンポジウム
75. 小川朝生: 緩和ケアチーム・フォーラムよりよい活動のために－成熟期への道しるべ－, 第15回日本緩和医療学会学術

大会，千代田区，2010/6，フォーラム座長

76. 岡村仁：がん医療において精神科医に期待されるもの：がん医療に携わる心のケア従事者への教育．第 106 回日本精神神経学会学術総会，2010 年 5 月，広島市
77. 上野和美，岡村仁：再発がん患者に対る回想法の有効性について．第 15 回日本緩和医療学会学術大会，2010 年 6 月，東京都
78. 岡村仁：緩和医療学，精神腫瘍学を基礎から学ぶ：精神腫瘍学概論（総論，正常反応）．第 16 回日本癌治療学会教育セミナー，2010 年 10 月，京都市
79. 和田信，森田達也，大西秀樹，他：EORTC-QLQ-C15PAL 日本語版の信頼性と妥当性の検討．第 15 回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
80. 和田信，森田達也，大西秀樹，他：新規抗がん薬第一相臨床試験に関する患者心理の研究．第 15 回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
81. 石田真弓，大西秀樹，他：一過性解離性健忘症状を呈したがん患者遺族の症例．第 23 回日本サイコオンコロジー学会・第 10 回日本認知療法学会合同大会プログラム，2010 年
82. 和田芽衣，大西秀樹，他：“第２の患者”への配慮：妻のアカシジアに気付き、実現できたこととは？．第 23 回日本サイコオンコロジー学会・第 10 回日本認知療法学会合同大会プログラム，2010 年
83. 石田真弓，大西秀樹，他：医学的援助を求める遺族の現状.プログラム・抄録集 Pp.37．第 16 回日本臨床死生学会，2010 年
84. 松原芽衣，大西秀樹，他：患者から家族、家族から患者へ－円滑に介入を行うための因子を探る－　第 16 回日本臨床死生学会，2010 年
85. 内田みどり，大西秀樹，他.：がん医療に携わる急性期病院医師のストレス要因とコーピングとの関連．　第 16 回日本臨床死生学会，2010 年
86. 多田幸雄，大西秀樹，他：リエゾン精神医学における終末期のケア．　第 16 回日本臨床死生学会，2010 年
87. 森田達也：教育講演２　緩和治療の最新のエビデンスと実践．第 8 回日本臨床腫瘍学会学術集会．2010.3，東京
88. 森田達也：シンポジウム 1-1 がん疼痛治療を見直してみる―新しい「がん疼痛ガイドライン」をめぐって―．「疼痛ガイドライン」を読むために必要な臨床疫学の知識．第 15 回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
89. 森田達也：シンポジウム 2-3 遺族による緩和ケアの質の評価―J-HOPE 研究から見えてくるもの―．遺族研究から見た「望ましいケア」：家族の声をしっかりと聞く．第 15 回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
90. 森田達也：パネルディスカッション 5-1 実証研究から見るスピリチュアルケアの方向性．患者自身が望む「スピリチュアルケア」：89 名のインタビュー調査から．第 15 回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
91. 森田達也：臨床研究ワークショップ 1-1 臨床家が知っておくべき臨床研究の知識と緩和ケアの臨床研究の基本．臨床家が知っておくべき臨床研究の知識と緩和ケアの臨床研究の基本．第 15 回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
92. 森田達也：ランチョンセミナー1 「がん疼痛ガイドライン」を臨床で役立てる：実践．第 15 回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
93. 三條真紀子，森田達也，他：「終末期がん患者の家族が大事にしたいと思うこと」の概念化：一般集団・遺族 1975 名を対象とした全国調査の結果から．第 15 回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
94. 大谷弘行，森田達也，他：「看取りのパンフレット」を用いた家族への介入研究：OPTIM 浜松．第 15 回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
95. 山岸暁美，森田達也，他：外来進行がん患者の疼痛と Quality of Life に関する多施設調査：OPTIM-study．第 15 回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
96. 宮下光令，森田達也，他：地域の病院（一般病棟、緩和ケア病棟）、診療所のがん患者の遺族による緩和ケアの質の評価：OPTIM-study．第 15 回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
97. 宮下光令，森田達也，他：がん医療に対する安心感尺度の作成と関連要因：OPTIM-study．第 15 回日本緩和医療学会

学術大会．2010.6，東京
98．鈴木留美，森田達也，他：外来で実施可能な緩和ケアのニードを把握する問診票：「生活のしやすさの質問票」第3版を使用した2000件の実践：OPTIM浜松．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
99．福本和彦，森田達也，他：麻薬導入タイトレーションパス作成の効果：OPTIM 浜松．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
100．赤澤輝和，森田達也，他：病院内のどこにどんな緩和ケアの冊子をおいたらいいのか？：OPTIM浜松．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
101．前堀直美，森田達也，他：保険薬局薬剤師の電話モニタリングによる症状緩和の評価：OPTIM浜松．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
102．末田千恵，森田達也，他：がん患者の遺族は、どのくらい介護負担感を感じているのか？：OPTIM-study による多施設調査．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
103．山田博英，森田達也，他：地域のがん患者・遺族調査の自由記述の内容分析に基づく病院医師向け緩和ケアリーフレット作成：OPTIM浜松．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
104．野末よし子，森田達也，他：地域における介護保険の迅速化介入のフォローアップ調査：OPTIM浜松．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6.18～19 東京
105．平井啓，森田達也，他：がん患者と遺族の緩和ケアに対する認識と準備性 OPTIM study．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
106．笹原朋代，森田達也，他：標準化した緩和ケアチームの活動記録フォーマットの実施可能性に関する多施設共同研究～パイロットスタディの結果～．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
107．小田切拓也，森田達也，他：原因不明の神経症状と疼痛で緩和ケアチームに紹介された患者の原因と転帰．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
108．白土明美，森田達也，他：「希望をもちながらも、同時にこころ残りのないように準備しておく」ために医師や看護師は何ができるのか：J-HOPE study．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
109．清水陽一，森田達也，他：遺族からみた死前喘鳴に対する望ましいケア：J-HOPE STUDY．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
110．佐藤一樹，森田達也，他：緩和ケア病棟で提供された終末期がん医療の実態に関する多施設診療記録調査：J-HOPE study．第 15 回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
111．三條真紀子，森田達也，他：家族の視点から見た望ましい緩和ケアシステム：J-HOPE Study．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
112．三條真紀子，森田達也，他：終末期のがん患者を介護した遺族の介護経験の評価及び健康関連 QOL：7994 名の全国調査 J-HOPE Study．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
113．宮下光令，森田達也，他：がん患者に対する緩和ケアの構造・プロセスを評価する尺度（患者版 Care Evaluation Scale）の信頼性と妥当性の検討．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
114．宮下光令，森田達也，他：がん患者に対する包括的 QOL を測定する尺度の信頼性と妥当性の検討．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
115．宮下光令，森田達也，他：日本の医師 97,961 人に対する緩和ケアに関する知識の実態調査．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
116．五十嵐歩，森田達也，他：終末期がん患者における死亡場所と死亡前の療養場所の特徴：OPTIM-study．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
117．秋山美紀，森田達也，他：地域で療養生活を送ることに関する患者、家族の安心感とその要因：OPTIM-study．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
118．伊藤富士江，森田達也，他：理論サンプリングに基づく診療所訪問による在宅緩和医療の課題と解決策の抽出：OPTIM 浜松．第15回日本緩和医療学会学術大会．2010.6，東京
119．青木茂，森田達也，他：地域緩和ケアプログラムによる在宅死亡数の変化と、同一地域における在宅・ホスピス・病院死亡患者の遺族の評価の差：OPTIM浜松．第

15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

120. 古村和恵, 森田達也, 他: 進行がん患者および遺族は在宅療養について「急な変化や夜間に対応できない」「病院と同じように苦痛を和らげられる」と思っているか？：OPTIM study による多施設調査. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

121. 宮下光令, 森田達也, 他: 在宅ホスピスケアを受けたがん患者の遺族の在宅療養開始時の意思決定過程:J-HOPE study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

122. 佐々木一義, 森田達也, 他: 地域緩和ケアプログラムによる専門緩和ケアサービスの利用状況の変化：OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

123. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域における緩和ケアの連携を促進するための地域多職種カンファレンスの有用性：OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

124. 細田修, 森田達也, 他: 診療所における地域緩和ケアカンファレンスの有用性の質的分析：OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

125. 古村和恵, 森田達也, 他: 「わたしのカルテ」の運用課題と有用性に関する多地域・多施設インタビュー調査：OPTIM study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

126. 山岸暁美, 森田達也, 他: 地域で緩和ケアを普及させるために取り組むべき課題は何か？：OPTIM study －介入 4 地域の医療福祉従事者によるフォーカスグループからの課題抽出と意見交換会の評価－. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

127. 坂井さゆり, 森田達也, 他: スピリチュアルケアにおけるケア提供者の基本的態度・考え方の構造―緩和ケア熟練専門職の語りから―. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

128. 吉田沙蘭, 森田達也, 他: 患者に対する予後告知が家族に及ぼす影響の探索－遺族への面接調査の結果から－. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

129. 三條真紀子, 森田達也, 他: 「終末期がん患者の家族が大事にしたいと思うこと」の構成要素：家族と遺族を対象とした面接調査の結果から. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

130. 三條真紀子, 森田達也, 他: ホスピス・緩和ケア病棟への入院検討時の家族のつらさと望ましい支援に関する質的研究：遺族への面接調査の結果から. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

131. 牟田理恵子, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟の遺族は追悼会や死別後の手紙をどうとらえているか？：44 名のインタビュー調査. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

132. 福田かおり, 森田達也, 他: 「看取りのパンフレット」を用いた遺族の体験に関する質的研究：OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

133. 木澤義之, 森田達也, 他: 地域の医療機関に勤務する医師の緩和ケアに関する知識・実践・困難感は？がん対策のための戦略研究『緩和ケア普及のための地域プロジェクト』介入前調査から：OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

134. 赤澤輝和, 森田達也, 他: 地域に一斉配布した緩和ケアの啓発マテリアルはどうなっているのか？OPTIM 浜松からの全数実態調査. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

135. 武林亨, 森田達也, 他: 緩和ケア・医療用麻薬に関する患者、家族の知識とケアの質評価尺度および緩和ケアの準備状態との関連：OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

136. 宮下光令, 森田達也, 他: 診療記録から抽出する緩和ケアにおける診療の質の管理評価指標群（Quality Indicator）の作成と測定. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

137. 中澤葉宇子, 森田達也, 他: がん診療連携拠点病院緩和ケアチームのコンサルテーション活動に関する実態調査. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

138. 川口知香, 森田達也, 他: 緩和ケアチーム看護師の専従化が緩和ケアチームの活動に及ぼす効果：OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

139. 堀江良樹, 森田達也, 他: Second opioid

の有効性に関するケースシリーズ. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

140. 鄭陽, 森田達也, 他: 難治性の肛門症状に対する不対神経節ブロックの有効性. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京

141. 森田達也: 教育講演 3　終末期せん妄を有する患者家族のケア. 第23回日本サイコオンコロジー学会・第 10 回日本認知療法学会. 2010.9, 愛知

142. 前堀直美, 森田達也, 他: 保険薬局薬剤師の電話モニタリングによる症状緩和の評価： OPTIM 浜松. 第 4 回緩和医療薬学会年会. 2010.9, 鹿児島

143. 森田達也: 学術セミナー23　緩和治療の最新のエビデンスと実践―がん疼痛ガイドラインを中心に― 第 48 回日本癌治療学会学術集会. 2010.10, 京都

144. 内富庸介：がん医療における心のケア. 第 36 回広島県病院学会. 特別講演.2011.2, 広島

145. 内富庸介：がん患者と向き合うためのコミュニケーション. 精神腫瘍学の臨床実践. 第 286 回日本泌尿器科学会岡山地方会. 特別講演. 2011.2,岡山

146. 内富庸介：がん患者で見られる抑うつの評価と対応法. 第 8 回日本うつ病学会総会　現代うつ病の輪郭－いま求められる対応－. 教育セミナー1. 2011.7, 大阪

147. 内富庸介：がんと向き合う、生命に向き合う. 第24回日本サイコオンコロジー学会総会. 教育講演. 2011.9,埼玉

148. 石田真弓, 大西秀樹, 内富庸介, 他: がんによる死別を経験した遺族の苦悩-遺族外来受診者を対象とした探索的検討-. 第 24 回日本サイコオンコロジー学会総会, 2011 年.

149. 内富庸介：がん患者の抑うつ：精神腫瘍学の臨床実践から. 第21回日本臨床精神神経薬理学会・第 41 回日本神経精神薬理学会. シンポジウム. 2011.10, 東京

150. 内富庸介：レビー小体型認知症. 第 39 回臨床神経病理懇話会・第 2 回日本神経病理学会中国・四国地方会. 一般講演の座長. 2011.10, 岡山

151. 内富庸介：生命に向き合うリエゾン精神医学. 第24回日本総合病院精神医学会総会. ランチョンセミナー12. 2011.11,福岡

152. 岡部伸幸, 内富庸介, 他：コンサルテーション外来を用いた摂食障害外来治療の工夫.　第 24 回日本総合病院精神医学会総会.一般 講演.2011.11,福岡

153. 馬場華奈己, 内富庸介, 他: リエゾン精神看護専門看護師によるコンサルテーション・リエゾン活動の現状と課題. 第 24 回日本総合病院精神医学会総会. ポスター.　2011.11,福岡

154. 伊藤達彦, 清水研, 内富庸介: 外来がん患者に対する適応障害・うつ病スクリーニングの臨床的有用性に関する検討. 第 24 回日本総合病院精神医学会総会. ポスター.　2011.11,福岡

155. 井上真一郎, 内富庸介:　岡山大学病院におけるせん妄対策センターの立ち上げについて. 第24回日本総合病院精神医学会総会. ポスター.　2011.11,福岡

156. 内富庸介: ワンステップ上のコンサルテーションリエゾン精神医療を目指して～院内スタッフとの協働による身体疾患患者の精神症状マネジメント～. 第24回日本総合病院精神医学会総会. シンポジウムの座長.　2011.11,福岡

157. 内富庸介: 悪性腫瘍・緩和ケア. 第 24 回日本総合病院精神医学会総会. 座長. 2011.11,福岡

158. 山田光彦, 明智龍男, 他: 実践的精神科薬物治療研究プロジェクト：Japan Trialists Organization in Psychiatry, J-TOP の試み, 第32回日本臨床薬理学会, 2011年12月

159. 明智龍男: JSCO University　本邦における治療ガイドライン：サイコオンコロジー, 第49回日本癌治療学会, 2011年10月

160. 明智龍男: ランチョンセミナー　がん患者の抑うつの評価とマネージメント, 第24回日本サイコオンコロジー学会総会, 2011年9月

161. 樅野香苗, 明智龍男, 他: 乳がん患者のニードに基づいた看護師と 精神腫瘍医の協働ケア介入の実行可能性と有用性の予備的検討, 第24回日本サイコオンコロジー学会総会, 2011年9月

162. 佐川竜一, 明智龍男, 他: がん患者の看護師に対する「怒り」表出についての関連要因の検討, 第16回日本緩和医療学会総会, 2011年7月

163. 坂本雅樹, 明智龍男, 他: 腹水濾過濃縮

再静注法10例の合併症の検討，第16回日本緩和医療学会総会，2011年7月
164. 鳥井勝義，明智龍男，他：Agitation Behavior in Dementia Scale (ABID)の標準化の検討，第26回日本老年精神医学会，2011年6月
165. 明智龍男：サイコオンコロジー-がん医療におけるこころの医学，平成23年度 独立行政法人国立病院機構　良質な医師を育てる研修　特別講演，2011年6月
166. 明智龍男：シンポジウム　泌尿器系難治症状の緩和：がん患者の精神症状のマネージメント，第99回日本泌尿器科学会総会，2011年4月
167. 明智龍男：教育セミナー　サイコオンコロジー:がん医療におけるこころの医学，第17回日本臨床腫瘍学会教育セミナーAセッション，2011年3月
168. 内田恵，明智龍男，他：進行乳がん患者におけるニードと心理的負担，第169回東海精神神経学会，2011年2月
169. 平野道生，明智龍男，他：精神科介入により身体治療を円滑に行うことができたクッシング症候群の一症例，第169回東海精神神経学会，2011年2月
170. 清水研：シンポジウム：緩和医療における精神医学的アプローチの基礎と臨床：「精神腫瘍学と医療チームによる臨床の実際」,第 5 回日本緩和医療薬学会年会，2011.9，千葉
171. 清水研：シンポジウム：緩和医療と精神腫瘍学の役割:予防から終末期ケアまで-「精神的苦痛の早期発見と早期治療」，第 70 回日本癌学会学術総会，2011.10，名古屋
172. 小川朝生：せん妄の治療指針改訂に向けて，第24回日本総合病院精神医学会総会，福岡市，2011/11，ワークショップ
173. 小川朝生：精神腫瘍学の見地から－がん医療におけるコミュニケーションについて，第17回日本死の臨床研究会近畿支部大会，橿原市，2011/2，特別講演
174. 小川朝生：疼痛緩和とせん妄に対するアプローチ：Treatment of Delirium，第9回日本臨床腫瘍学会学術集会，横浜市，2011/7，シンポジウム
175. 小川朝生：がん相談支援センターにおけるサイコオンコロジー－今後の展望，第24回日本サイコオンコロジー学会，さいたま市，2011/9，フォーラム
176. 能野淳子，小川朝生，他：がん患者を対象とした禁煙外来の取り組み，第24回日本サイコオンコロジー学会，さいたま市，2011/9，ポスター
177. 寺田千幸，小川朝生，他：多職種によるテレフォンフォローの試み，第24回日本サイコオンコロジー学会，さいたま市，2011/9，フォーラム
178. 藤野成美，岡村仁，他：精神科看護師における看護アセスメントに関する実態調査．第37回日本看護研究学会学術集会，2011年8月，横浜市
179. 岡村仁：がんリハビリテーション：適応とエビデンス（ワークショップ）：心のケアとリハビリテーション．第15回日本緩和医療学会学術大会，2011年10月，名古屋市
180. 上野和美，岡村仁，他：再発がん患者の心理的側面に対する回想法の有効性．第31回日本看護科学学会学術集会，2011年12月，高知市
181. 内田みどり，大西秀樹，他：がん医療に携わる医師が抱く葛藤と苦悩の要因とコーピングとの関連．　第16回日本緩和医療学会学術大会，2011年
182. 森田達也：フロンティア企画 4「泌尿器系難治症状の緩和」4-1 がん性疼痛ガイドラインのエッセンス：緩和医療学会がん疼痛ガイドラインのエッセンス．第99回日本泌尿器科学会総会．2011.4，名古屋
183. 森田達也：在宅緩和ケアセミナーin名古屋 2011 在宅における緩和ケアのエッセンス．身体症状緩和．第22回日本在宅医療学会学術集会．2011.6，名古屋
184. 川口知香，森田達也，他：死亡60日以前より緩和ケアチームが介入した症例の検討～早期介入によって何がもたらされるか～．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
185. 宮下光令，森田達也，他：緩和ケア病棟の遺族の「医療用麻薬」「緩和ケア」「緩和ケア病棟」に対する認識の関連要因：J-HOPE study．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
186. 宮下光令，森田達也，他：J-HOPE study における遺族による緩和ケアの質評価とそれに関連する施設要因．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌
187. 山本亮，森田達也，他：「看取りのパン

フレット」を用いた家族への介入の遺族から見た評価：OPTIM-study．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

188. 大谷弘行，森田達也，他：「看取りのパンフレット」を用いた終末期せん妄のケアに対する遺族評価：OPTIM-study．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

189. 新城拓也，森田達也，他：主治医による死亡確認や臨終の立ち会いが、家族の心理に及ぼす影響についての調査研究．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

190. 佐藤一樹，森田達也，他：緩和ケア病棟で提供された終末期鎮静の関連要因と遺族による緩和ケアの質評価への影響．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

191. 山口崇，森田達也，他：外来化学療法患者におけるつらさと支障の寒暖計の系時的変化と精神症状スクリーニングツールとしての有用性の検討．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7,札幌

192. 小田切拓也，森田達也，他：ホスピス病棟における、撓骨動脈拍動の定量的評価の信頼性と、収縮期血圧に対する妥当性．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7,札幌

193. 永江浩史，森田達也，他：終末期前立腺がん患者の在宅療養維持率の検討．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

194. 宮下光令，森田達也，他：緩和ケア病棟の遺族による質の評価は死亡後の経過期間の影響を受けるか？J-HOPE study．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

195. 市原香織，森田達也，他：緩和ケア病棟看護師による Liverpool Care Pathway 日本語版の有用性評価：緩和ケア病棟 2 施設におけるパイロットスタディからの検討．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

196. 森田達也，他：どのような緩和ケアセミナーが求められているか：4188 名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因：OPTIM-study．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

197. 鄭陽，森田達也，他：患者・遺族調査の結果をもとにした緩和ケアセミナーの有用性：OPTIM 浜松．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

198. 藤本亘史，森田達也，他：早期からの緩和ケアは実現されている：OPTIM 浜松 3 年間の経験．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

199. 井村千鶴，森田達也，他：退院前カンファレンス・退院前訪問の遺族から見た評価：OPTIM 浜松．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

200. 井村千鶴，森田達也，他：浜松市におけるがん患者の自宅死亡率の推移：OPTIM 浜松．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

201. 井村千鶴，森田達也，他：地域で行う困難事例カンファレンスの評価：OPTIM 浜松．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

202. 前堀直美，森田達也，他：遺族から見た保険薬局の評価：OPTIM 浜松．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

203. 佐藤泉，森田達也，他：在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーションの遺族評価　OPTIM 浜松．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

204. 小野宏志，森田達也，他：地域の多職種で作成した「今、遺族に聞きたいこと」からみた在宅ホスピスの評価：OPTIM 浜松．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

205. 山内敏宏，森田達也，他：地域におけるホスピスの役割：ホスピスの利用を考える会の評価：OPTIM 浜松．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

206. 古村和恵，森田達也，他：市民公開講座を受講した前後の緩和ケアに対するイメージの変化：OPTIM study．第 16 回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

207. 福本和彦，森田達也，他：がん患者リハビリテーションにおける適切な目標設定への試み．第16回日本緩和医療学会学術大会．2011.7，札幌

208. 森田達也：JSCO University2. Palliative Care. Recent research about palliative care in Japan．第 49 回日本癌治療学会学術集会．2011.10，名古屋

209. 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

210. 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，
211. 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
212. 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
213. 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
214. 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
215. 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
216. 馬庭真利子，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ﾊﾟﾘﾍﾟﾘﾄﾞ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
217. 千田真友子，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
218. 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
219. 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
220. 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
221. 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
222. 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
223. 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
224. 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
225. 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，ﾎﾟｽﾀｰ
226. 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，ﾎﾟｽﾀｰ
227. 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，ﾎﾟｽﾀｰ
228. 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
229. 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年9月、福岡
230. 石田真弓，大西秀樹， 内富庸介，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． 第25回日本サイコオンコロジー学会総会，2012年．
231. 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

232. 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

233. 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

234. 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, 2012年5月、札幌

235. 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

236. 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

237. 坂本雅樹, 明智龍男, 他: 黄疸による皮膚掻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

238. 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

239. 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

240. 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

241. 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

242. 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

243. 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学術集会, 2012.7, 大阪

244. 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総会, 2012.11, 東京

245. 小川朝生: 患者が意思決定できないときの対応, 第 17 回日本緩和医療学会学術大会,神戸市,2012/6,パネルディスカッション

246. 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, 第 17 回日本緩和医療学会学術大会, 神戸市, 2012/6, シンポジウム

247. 小川朝生: 緩和ケアにおける介入エビデンス, 第 17 回日本緩和医療学会学術大会, 神戸市, 2012/6, シンポジウム

248. 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, 港区, 2012/7, 口演

249. 小川朝生: 臨床心理士へのサイコオンコロジー教育, 第 25 回日本サイコオンコロジー学会総会, 福岡市, 2012/9, シンポジウム

250. 小川朝生: 高齢者のサイコオンコロジー, 第 25 回日本サイコオンコロジー学会総会, 福岡市,2012/9, シンポジウム

251. 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, 第 25 回日本サイコオンコロジー学会総会, 福岡市, 2012/9, シンポジウム

252. 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, 横浜市, 2012/10, ポスター

253. 小川朝生: がん診療におけるせん妄, 第 6 回日本緩和医療薬学会年会, 神戸市, 2012/10, シンポジウム

254. 小川朝生: 医療者の育成, 第 25 回日本総合病院精神医学会総会, 大田区, 2012/11, シンポジウム

255. 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

256. 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

257. 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. 第17回日本緩和医療学会学術大会, 2012年.

258. 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. 第25回日本サイコオンコロジー学会総会, 2012年.

259. 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

260. 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

261. 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

262. 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

263. 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

264. 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

265. 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

266. 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

267. 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

268. 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

269. 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

270. 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

271. 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

272. 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るべきこと：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

273. 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

274. 大坂巌, 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

275. 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

276. 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

277. 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

278. 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, 東京, 2012

279. 内富庸介: がん患者の心のケア：心理学、精神医学、コミュニケーションの配合加減，日本音楽療法学会九州・沖縄支部 2012 年度大会,福岡,2013.1.20,演者
280. 内富庸介:心の痛み－がんと上手に取り組む－，日本臨床腫瘍薬学会学術大会，東京 2013.3.17,演者
281. 内富庸介: がん医療における精神科医への期待:精神医学、心理学、コミュニケーション,第 109 回日本精神神経学会学術総会,福岡,2013.5.23,演者
282. 井上真一郎,内富庸介，他: 岡山大学病院精神科リエゾンチーム－独自性の高い活動内容－,第 109 回日本精神神経学会学術総会,福岡,2013.5.23
283. 内富庸介: 患者、家族の否認、怒りを理解するための必須コミュニケーション，第 18 回日本緩和医療学会学術大会,神奈川,2013.6.21,座長
284. 内富庸介: サイコオンコロジー入門,第 18 回日本緩和医療学会学術大会,神奈川,2013.6.22,座長
285. 内富庸介: がん緩和ケアにおけるうつ病対策:疫学と薬物療法,第 10 回日本うつ病学会総会,福岡， 2013.7.19
286. 内富庸介：がん患者の心の反応とコミュニケーション技術の基本，第 23 回日本医療薬学会年会,宮城,2013.9.22,シンポジスト
287. 内富庸介：骨転移診療における緩和医療とリハビリテーション医療の融合，第 51 回日本癌治療学会学術集会,京都,2013.10.25,シンポジスト
288. 内富庸介：がん/がん疼痛に伴う抑うつ，第 23 回日本臨床精神神経薬理学会/第 43 回日本神経精神薬理学会，沖縄,2013.10.25,シンポジスト
289. 石田真弓，大西秀樹，内富庸介: がん患者遺族への Unhelpful Support - A nationwide survey-. 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会，大阪,2013.9.20-21
290. 石田真弓,大西秀樹,内富庸介，他: がん患者遺族に対する「不用意な言葉かけ」は何か？－全国調査から－. 第 123 回日本心身医学会関東地方会，東京,2013.11.16
291. 山田光彦,明智龍男,他: 抗うつ薬の最適使用戦略を確立するための実践的多施設共同ランダム化比較試験 SUN☺ D study：メガトライアル実践のための工夫と挑戦，第34回日本臨床薬理学会，2013年12月，東京
292. 明智龍男: がんと心のケア-がんになっても自分らしく過ごすために，第27回日本泌尿器内視鏡学会総会市民公開講座，2013年11月，名古屋
293. 明智龍男: がん患者の精神症状のマネジメント-特に前立腺がんを念頭に，第27回日本泌尿器内視鏡学会総会ランチョンセミナー，2013年11月，名古屋
294. 明智龍男: サイコオンコロジー-がん医療におけるこころの医学，平成25年度東海オンコロジー応用セミナー2「緩和ケア」　特別講演，2013年11月，名古屋
295. 明智龍男: 精神腫瘍学（サイコオンコロジー），2013年度　がん治療認定医　教育セミナー，2013年11月，幕張
296. 伊藤嘉規，明智龍男，他: シンポジウム小児がん患者とその家族への心理社会的支援の在り方を考える　小児がん患者におけるgood death，第26回日本サイコオンコロジー学会総会，2013年9月，大阪
297. 久保田陽介，明智龍男，他: がん看護の専門性を有する看護師を対象としたがん患者の精神心理的苦痛に対応するための教育プログラムの有用性：無作為化比較試験，第26回日本サイコオンコロジー学会総会，2013年9月，大阪
298. 菅野康二，明智龍男，他: 高齢がん患者における治療に関する意思決定能力障害の頻度と関連因子の検討，第26回日本サイコオンコロジー学会総会，2013年9月，大阪
299. 内田恵，明智龍男，他: 放射線治療中のがん患者における倦怠感と抑うつ・不安の関連，第26回日本サイコオンコロジー学会総会，2013年9月，大阪
300. 平井啓，明智龍男，他：術後早期乳癌患者に対する問題解決療法の有効性に関する前後比較，第26回日本サイコオンコロジー学会総会，2013年9月，大阪
301. 北村浩，明智龍男，他: 継続的な高齢者総合機能評価は高齢がん患者の予後予測因子となりうる，第26回日本サイコオンコロジー学会総会，2013年9月，大阪
302. 明智龍男: サイコオンコロジー入門「がん患者・家族との良好なコミュニケーションのために」，第26回日本サイコオンコロジー学会総会，2013年9月，大阪

303. 明智龍男: 特別企画　サイコオンコロジー入門「がん患者・家族との良好なコミュニケーションのために」, 第26回日本サイコオンコロジー学会総会, 2013年9月, 大阪
304. 近藤真前, 明智龍男, 他: 慢性めまいに対する前庭リハビリテーションと内部感覚曝露, 第13回日本認知療法学会学術総会, 2013年8月, 東京
305. 小川成, 明智龍男,他: 認知行動療法によるパニック障害の症状変化が社会機能やQOLに及ぼす影響, 第13回日本認知療法学会, 2013年8月, 東京
306. 明智龍男: サイコオンコロジー-がん医療におけるこころの医学, Psycho Oncology Seminar　特別講演, 2013年8月, 京都
307. 明智龍男: 身体疾患の不安・抑うつ-特にがん患者に焦点をあてて. 第8回不安・抑うつ精神科ネットワーク　特別講演, 2013年8月, 松江
308. 明智龍男: シンポジウム　がん緩和ケアにおけるうつ病対策-がん患者に対する精神療法, 第10回日本うつ病学会総会, 2013年7月, 北九州市
309. 伊藤嘉規, 明智龍男, 他: 小児緩和ケアにおける家族の心理的負担, 第18回日本緩和医療学会総会, 2013年6月, 横浜
310. 中口智博, 明智龍男,他: 化学療法中のがん患者のニードと心身の症状に関する看護師の認識度, 第157回名古屋市立大学医学会, 2013年6月, 名古屋
311. 明智龍男: がんサバイバーに対する精神的ケア, 第62回東海ストーマ・排泄リハビリテーション研究会　特別講演, 2013年6月, 名古屋
312. 明智龍男: サイコオンコロジー-がん医療におけるこころの医学, 第6回南区メンタルフォーラム　特別講演, 2013年6月, 名古屋
313. 明智龍男: 特別企画　サイコオンコロジー入門「がん患者・家族との良好なコミュニケーションのために」, 第18回日本緩和医療学会総会, 2013年6月, 横浜
314. 明智龍男: 乳がん患者に対するこころのケア-特に再発後に焦点をあてて, 第21回日本乳癌学会　モーニングセミナー, 2013年6月, 浜松
315. 川口彰子, 明智龍男, 他: 薬物治療抵抗性うつ病への電気けいれん療法の反応性と海馬体積の関連の検討, 第109回日本精神神経学会学術総会, 2013年5月, 福岡
316. 白石直, 明智龍男, 他: 青年期の女性の体重とその認知、ダイエット行動は、暴力行為と関連するか？, 第109回日本精神神経学会学術総会, 2013年5月, 福岡
317. 明智龍男: がんの患者さんのこころを支援する:心理療法的アプローチを中心に, 第4回北海道がん医療心身ネットワーク研究会・講演会　特別講演, 2013年2月, 札幌
318. 中口智博, 明智龍男, 他: 化学療法に伴う予期性悪心嘔吐と学習性食物嫌悪, 第3回東海乳癌チーム医療研究会, 2013年1月, 名古屋
319. 清水研: 精神腫瘍医の自身の経験を振り返って, 第 109 回日本精神神経学会学術総会, 2013.5, 福岡
320. 清水研: うつ状態の早期発見、早期治療への取り組み, 第 10 回日本うつ病学会総会, 2013.7, 福岡
321. 清水研: 精神腫瘍医が担っていく役割（精神症状のスクリーニングについて）, 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 2013.9, 大阪
322. 清水研: 精神科医がサイコオンコロジーを始めるときの苦労, 第 26 回日本総合病院精神医学学会総会, 2013.11, 京都
323. 小川朝生: 高齢がん患者のこころを支える, 第 32 回日本社会精神医学会, 熊本市, 2013/3,　シンポジウム
324. 小川朝生: 震災後のがん緩和ケア・精神心理的ケアの在宅連携, 第 4 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会,仙台市, 2013/5, シンポジウム
325. 小川朝生: がん治療中のせん妄の発症・重症化を予防する効果的な介入プログラムの開発, 第 18 回日本緩和医療学会学術大会, 横浜市, 2013/6, シンポジウム
326. 小川朝生: 各職種の役割　精神症状担当医師, 第 18 回日本緩和医療学会学術大会, 横浜市, 2013/6, フォーラム
327. 小川朝生: 不眠 意外に対応に困る症状, 第 18 回日本緩和医療学会学術大会, 横浜市, 2013/6, 特別企画演者
328. 小川朝生: がん領域における取り組み, 第 10 回日本うつ病学会総会, 北九州市, 2013/7, シンポジウム
329. 小川朝生: Cancer Specific Geriatric Assessment 日本語版の開発, 第 11 回日

本臨床腫瘍学会学術集会,仙台市,2013/8,一般口演
330. 小川朝生: がん患者の有症率・相談支援ニーズとバリアに関する多施設調査,第11回日本臨床腫瘍学会学術集会,仙台市,2013/8,一般口演
331. 小川朝生: チーム医療による診断時からの緩和ケア, 第11回日本臨床腫瘍学会学術集会,仙台市,2013/8,合同シンポジウム
332. 小川朝生: がん治療と不眠,第26回日本サイコオンコロジー学会総会,大阪市,2013/9,ランチョンセミナー
333. 小川朝生: 緩和ケアチーム専従看護師を対象とした精神腫瘍学教育プログラムの開発,第26回日本サイコオンコロジー学会総会,大阪市,2013/9,ポスターセッション
334. 小川朝生: 個別化治療時代のサイコオンコロジーを再考する,第26回日本サイコオンコロジー学会総会,大阪市,2013/9,合同シンポジウム
335. 小川朝生: 高齢がん患者と家族のサポート:サイコオンコロジーに求められるもの,第26回日本サイコオンコロジー学会総会,大阪市,2013/9,シンポジウム
336. 小川朝生: サイコオンコロジー入門,第26回日本サイコオンコロジー学会総会,大阪市,2013/9,特別企画演者
337. 小川朝生: がん患者に対する外来診療を支援する予防的コーディネーションプログラムの開発, 第51回日本癌治療学会学術集会,京都市,2013/10,ポスター
338. 岡村仁: 骨転移診療における緩和医療とリハビリテーション医療の融合:終末期のリハビリテーション;歩けない時のコミュニケーション.第51回日本癌治療学会総会.2013年10月25日,京都市
339. 田中直次郎,岡村仁,他: 回復期リハビリテーション病棟退院後脳血管障害患者の健康関連QOLの経時的変化.第48回日本理学療法学術大会.2013年5月25日,名古屋市
340. 新井正美,岡村仁,他: 乳癌診療ガイドライン(2013年度版)における遺伝性乳癌卵巣癌のマネジメントに対する評価と課題.第19回日本家族性腫瘍学会学術集会.2013年7月27日, 別府市
341. 石田真弓,大西秀樹,他: 不機嫌を主症状としたアカシジアの診断と治療について.第10回埼玉サイコオンコロジー研究会,2013年.
342. 川田聡,大西秀樹,他: 膵がんの治療経過中に亜昏迷状態を呈した1例.第26回日本サイコオンコロジー学会総会,2013年.
343. 遠山啓亮,大西秀樹,他: 『先生、みえないし、きこえない』 ～コミュニケーション手段を失っていった乳がん患者の一例～.第26回日本サイコオンコロジー学会総会,2013年.
344. 森田達也: シンポジウム2 せん妄のケア、マネジメントの進歩と問題点 S2-1 終末期せん妄の最新の知見.第18回日本緩和医療学会学術大会.2013.6,横浜
345. 笹尾佐喜美,森田達也,他: パネルディスカッション4 在宅移行を考える PD4-5 一般訪問看護ステーションの在宅緩和ケアにおける在宅看取り率に関する検討.第18回日本緩和医療学会学術大会.2013.6,横浜
346. 西智弘,森田達也,他: ワークショップ4 卒後教育の果たす役割 WS4-5 緩和ケア医を志す若手医師の教育・研修に関連したニーズ:質的研究の結果から.第18回日本緩和医療学会学術大会.2013.6,横浜
347. 雨宮陽子,森田達也,他: ワークショップ7 緩和ケアチームの光の影 WS7-4 アウトリーチと地域連携パスを用いた緩和ケアチーム活動の在宅移行の影響.第18回日本緩和医療学会学術大会.2013.6,横浜
348. 今井堅吾,森田達也,他: 終末期がん患者の難治性嘔気に関するオンダンセトロンの効果.第18回日本緩和医療学会学術大会.2013.6,横浜
349. 閏間愛,森田達也,他: 客観的身体機能と主観的QOLはリハビリ介入前後でどのように相関するか:J-REACT.第18回日本緩和医療学会学術大会.2013.6,横浜
350. 緒方政美,森田達也,他: 進行がん患者の廃用症候群に対するリハビリテーションはQOLの維持に貢献している可能性がある:J-REACT.第18回日本緩和医療学会学術大会.2013.6,横浜
351. 中里和弘,森田達也,他: 緩和ケア病棟入院中に患者と家族が交わす思いと言葉に関する量的研究(J-HOPE2)～果たして思いは言葉にしないと伝わらないのか?

～．第 18 回日本緩和医療学会学術大会．2013.6，横浜

352. 村上望，森田達也，他：「在宅に行くと寿命が短くなる」のか？，第 18 回日本緩和医療学会学術大会．2013.6，横浜

353. 山脇道晴，森田達也，他：ご遺体へのケアを看護師が家族と一緒に行うことについての家族の体験・評価．第 18 回日本緩和医療学会学術大会．2013.6，横浜

354. 五十嵐美幸，森田達也，他：がん患者の死亡場所に関する要因 死亡票の分析．第 18 回日本緩和医療学会学術大会．2013.6，横浜

355. 青木茂，森田達也，他：遺族調査による当院の自宅看取りへの評価，第 18 回日本緩和医療学会学術大会．2013.6，横浜

356. 田辺公一，森田達也，他：在宅緩和ケア地域連携パスの有用性検証を目的としたインタビュー調査．第 18 回日本緩和医療学会学術大会．2013.6，横浜

357. 大木純子，森田達也，他：保険薬局の現状より在宅がん患者の医療用麻薬導入時に病院の医療従事者としてできること．第 18 回日本緩和医療学会学術大会．2013.6，横浜

358. 中澤葉宇子，森田達也，他：がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会の評価～研修後追跡調査結果～，第 18 回日本緩和医療学会学術大会．2013.6，横浜

359. 新城拓也，森田達也，他：医療用麻薬の使用に対する遺族の体験に基づいた知識と意向．第 18 回日本緩和医療学会学術大会．2013.6，横浜

360. 中谷直樹：心理社会的因子とがん発症・がん予後に関する疫学研究及び今後の展開．日本サイコオンコロジー学会総会，大阪，9 月，2013

361. 中谷直樹：がんに影響を及ぼす心理社会的要因の検討．日本疫学会総会，大阪，2013

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。