

パンフレットの使い方のポイント

- 患者さんやご家族に「経過が長期に渡るとこのようなことが起こるかもしれない」、ということをおあらかじめ認識してもらうことで、安心感やせん妄の予防につながります。
- 身体的なことが原因で起こるものであり、“急に認知症になってしまった”わけではないということをご理解いただくことが大切です。
- 日付や場所の確認や簡単な計算などはふだんからご家族で行ってもらいと、実際にせん妄の発症が疑われた場合のスクリーニングにも有用です（普段の状態からの変化がわかりやすくなるため）。
- ご家族に「いつもと様子が違う気がする」など些細なことでも遠慮なく相談してもらえるようにお伝えしておくことで、安心感やせん妄の早期発見につながります。

DVD シナリオ ロールプレイ1

夜間急に興奮し制止する奥さんに怒鳴ったりベッドから出て行こうとした。看護師が臨時訪問して対応。看護師が話しかけると興奮治まり横になってウトウト始めたため看護師は帰宅。1時間程度するとまた起き上がりゴソゴソ・・・一晩中奥さんが起きて付き添っていた。覚醒後はブツブツ言いながらも興奮はなく静かに過ごしてはいる。話しかけると辻褄は合わない。

看護師が夜間の状況を医師に報告。翌日、医師の診察後—

Dr：昨日の様子を看護師から聞きました。お疲れだったでしょう。

妻：本当に疲れました。主人はまったく寝てないんです。私もずっとそばにいたんですが、心配で心配で・・・急に主人があんなふうになってすごく不安なんです。もう怖くて、家で見るのは・・・入院できないんでしょうか。

Ns：本当に大変でしたよね。奥さん、よく頑張りましたよね。

【家族のつらさを理解し言葉をかける】

Dr：奥さんもお休みになれなかったんですね。本当によく看病されましたね。どうしてもというときには、もちろん入院も必要だと思うんですけども、まずは先ほど診察したご主人の様子について説明させていただいてもいいですか？

妻：はい、お願いします。

① せん妄について説明する

Dr：今のご主人の状態は「せん妄」と呼ばれるものです。「せん妄」という言葉は聞かれたことがありますか？

妻：いいえ、知りません。

Dr：わかりました。今日パンフレットをお持ちしましたので、このパンフレットを使って説明させていただきますね。

【必要に応じてパンフレットを用いる】

妻：はい。

Dr：せん妄というのはですね、例えて言うと強い寝ぼけのような状態です。その状態になるとですね、このように話していることにつじつまが合わなかったり、夜眠れなくなって落ち着きがなく興奮してしまったり、ときにはありもしないものが見えたりします。このようにいろいろな症状が出るんですね。

妻：うちの主人も突然おかしいことを言いましたんですよ。

Ns：部屋の隅を指さして何か言っていましたよね。あれはこの幻覚の症状が出てたんだと思います。

妻：へえ・・・(パンフレットを指さして)あ、そう、これだわ。

② せん妄の原因について説明する

Dr：そうですね。ではもう少し説明を続けさせていただきますね。このせん妄はですね、様々な原因で起こるんですけども、体の状態が悪いとよく起こります。他にも薬のせいでも起こることもあるんです。ただ、今回のご主人のせん妄の原因については、今日血液検査の結果を持ってきたんですが、これで説明させていただきます。

【必要に応じて検査データを用いる】

ここにカルシウムという項目があるんですが、この数値を見ていくと、だんだんだんだん上がってきています。前回はかったときにはもうすでに正常範囲の上限を超えています。たぶん昨日になってせん妄が起こったんですが、カルシウムの値がもっと高くなっているんだろうと思います。今回はこの血液中のカルシウムの値が高いことが、原因ではないかと思えます。

ここまでよろしいでしょうか。

【家族に理解度を確認する】

妻：はい。あの、なぜカルシウムの濃度が上がってるんですか。

Dr：はい、カルシウムが上がったのはですね、実はご主人の骨に転移したがんが骨を壊してしまっているんですね。その壊れて溶けだしたカルシウムが血液中の値が高くなってしまった原因だと思われます。

妻：そうなんですか。薬のせいじゃなかったんですね。

Dr：薬といえますと？

Ns：奥さん、このあいだ痛みどめ使い続けること、心配されてましたよね？

妻：ええ。あの、痛みどめの薬って、先生、麻薬って言われましたよね。あの薬を飲み始めてから主人がおかしくなったような気がするんですけど・・・

Dr：そうですか。痛みどめのお薬のことが気がかりだったんですね。

【家族の気がかりに理解を示す】

確かに、医療用の麻薬が原因でせん妄が起こることもあります。けれども今回ご主人の場合は、痛みどめは10日ほど前から使っています。このお薬が原因でせん妄が起こるとすると、もっと早くから起きていたと思います。10日ほど経ってから起きたので、今回の原因はお薬ではなくて、先ほども説明させていただきましたけれども、カルシウムの濃度が上がったことが原因だというように考えています。【誤解があれば丁寧に説明する】

妻：はい。

③せん妄の治療可能性が高いことを説明する

Dr：せん妄は回復が難しい場合もあるんですけども、今回の場合には、このカルシウムの濃度を下げるような治療をしていけば、せん妄もたぶんおさまるのではないかと思います。

妻：そうですか。ちょっと安心しました。すぐよくなるんでしょうか？

④せん妄からの回復を目的とした治療について説明する

Dr：そうですね、ご心配だと思うんですけども、カルシウムの濃度を下げる治療は点滴を使って行います。ただ、点滴の治療をして、カルシウムの濃度が下がるまで2、3日かかるんですね。その間、同じようなせん妄の症状が続くと困るので、夜ぐっすり休んでいただけるようにお薬を処方しようと思います。

妻：睡眠薬ですか？眠ってほしいのはもちろんですけど、癖になったり、ほけたりはしないんですか？

Dr：ご心配ですよ。今回処方するお薬はせん妄を治療するためのお薬です。眠れるような作用ももちろんあるんですけども、体に障らないように、そして癖にならないお薬を出します。

妻：そうですか。ではお願いします・・・主人はもちろん苦しいでしょうが、正直私もつらくて。

Dr：奥様もおつらいですよ。

【家族にねぎらいの言葉をかける】

お薬を上手に使いながら、治療を進めていきましょう。

Ns：ご家族にも疲れがたまらないようにするのが大切ですから、少しでもせん妄がよくなるように、私たちもお手伝いしますよ。

妻：ありがとうございます・・・あの一、主人がちょっとおかしいことを言うんです。「おばけが出た」って。私が「そんなことはないよ」って言うと、すごく怒り出してもう手が付けられないこともあるんです。どうしたらいいでしょうか。

⑤家族の関わり方について説明する

Dr：そうですね。奥様からご主人が安心できるような言葉をかけていただいて、それでおさまればいいんですけども、ときにはですね、そういう風に言われても怒り出してしまう方もおられます。そんなときには、「あら、そうなの」とか「そんな風に見えるの」と言う風に聞き流していただいたり、あるいはお気持ちを考えて「気持ち悪いね」とか「つらいね」と言っていたり、全く別の話に話を変えてしまったり、そんな風に対応していただけたらと思います。

妻：適当に話を合せても大丈夫なんでしょうか？

Ns：お化けが見えてるっていうのは、本人にとっては本当のことなので、否定されると腹が立つのも当然かもしれません。注意がすごくいろんなところに向いている状態なので、他の話に変えてあげた方が本人にとっても楽かもしれませんよ。

妻：そうですか。聞き流してもいいんですね。でも、できるかしら・・・

Ns：正直、こうしたら良いという絶対的なものはないんです。実際にやってみないとわからないことも多いですから、今度そういうことがあれば、一緒にやってみましょう。

【家族の気持ちを支える言葉をかける】

妻：ええ、それなら心強いです。お願いします。

DVD シナリオ ロールプレイ2

ここ数日、起きている時はほとんど辻褃が合わず、興奮すると一人で起き上がって動き出そうとすることが多い。顔をしかめて何かを訴えていることが多く、痛みやその他の身体症状をたずねるが評価困難な状況。様々なケアを行うが苦痛表情は変わらず症状緩和は乏しい。夕方にNsが訪問し不穏時指示の点滴を使用するものの効果は乏しく、夜間不眠は強まってきている状態。

Dr: 最近のご主人の様子をNsからも聞いているんですけども、大変でしたよね。

妻: お世話をおかけします。

Ns: 落ち着かないときには、薬も使ったりもしてるんですけど、なかなか効果がなくて。息子さんも協力してくれてるんですよね？

妻: そうなんです。でも先生、最近昼も夜も外に出ようとして、息子も止められないくらい暴れまして…

Dr: お困りですね。 【家族にねぎらいの言葉をかける】

妻: 前に先生が言われていたように、つじつまの合わないことを言われても、話を合わせていたんですよ。なのに、イライラして怒ったり、ふりきってどこかに行こうとしたりして。全くよくなりません。どうしたらいいんでしょうか。

Ns: ご家族の方もずいぶんお疲れになっているようで。

Dr: なかなかよくなりませんのもご心配ですよね。 【家族のつらさを理解し言葉をかける】

妻: 前は点滴でよくなったんですが、今回はしないんですか？

Dr: ええ、今回の検査データを見るとですね、カルシウムの値は正常範囲なんです。それなので、カルシウムを下げる点滴はしません。

妻: そうなんですか。

① せん妄の原因について説明する

Dr: 今回のせん妄の原因は、本来の病氣、がんそのものの進行によるものと考えられます。

② せん妄の治療可能性が低いことについて説明する

Dr: 残念な結果なんですけれども、 【心の準備のための言葉をかける】
今の状態からの回復は難しいように思います。

妻: せん妄は治らないんですか？もうよくなりませんか？これから、ひどくなっていくんでしょうか？

Ns: 本当にご心配ですよね。

妻: あんなに苦しそうな主人をみてられません。息子だって、イライラしてくるし、私も気持ちに余裕がなくて。どうすることもできません。入院できないんでしょうか？

Dr: こんな大変な状態だと、入院についてお考えになるのも仕方ないことだと思います。今の状態が少しでも改善するように、入院治療も含めてどうするのが良いのか一緒に考えていきましょう。 【家族の気持ちを支える言葉をかける】

妻: 今、家でできるようなことがあるんですか？

③ せん妄の部分症状の緩和を目的とした治療について説明する

Dr: 他の医療スタッフとも話し合ったのですが、今のこの状態からの改善は難しいと思いますので、ここからはご主人が眠れるようなお薬を点滴して、眠らせてあげるのがいいんじゃないかと考えています。 【治療に対する医療者の意図を伝える】

妻: 点滴で眠らせるんですか。それは入院してということでしょうか？

Ns: ここでも対応可能ですよ。私たちは、ご主人ができるだけおうちで過ごせるようにお手伝いしていきたいと思っています。奥さんはどう思われますか？

【鎮静に対する家族の意思をたずねる】

妻: 主人はできる限り家で過ごしたいと思っていることは、私たちもわかっているつもり

です。その気持ちが強かったからこそ、これまでなんとか見てきたんです。家でできるんだったら、それでもいいですけど…

Dr：何か気になることがあれば、どうぞおっしゃって下さい。

【家族の気がかりについてたずねる】

妻：寝かせてあげられるのなら、主人も苦しまなくて済むと思うんですけど、やっぱりそれでいいのかなと思うんです。私たちの都合で、しんどいことから逃げているようで…

Ns：とても難しい決断ですよ。でもご主人はよく最期は苦しまないようにしてくれっておっしゃってましたから。ご主人のご意向でもあると思うんですが、どう思われますか？

【鎮静に対する患者の意思を共有する】

妻：確かに、主人はそう言ってました。その時が来たということでしょうか？

Dr：私たちは今のご主人の状態を考えると、寝かせてあげて、苦痛を取り除いてあげるのが一番いいことじゃないかと考えています。

妻：そうですか。よくわかりました。主人が楽になるなら、私もそうしていただきたいと思えます。

【鎮静に対する家族の意思を共有する】

Dr：はい。具体的なお薬の話は、息子さんがおられるときに私の方から説明させていただこうと思います。

妻：わかりました。ありがとうございます。よろしくお願い致します。

[企画・編集・執筆]

井上真一郎（岡山大学病院精神科リエゾンチーム・精神科医師）

矢野智宣（同上）

岡部伸幸（同上）

川田清宏（同上）

小田幸治（同上）

内富庸介（同上）

馬場華奈己（同上・リエゾン精神看護専門看護師）

土山璃沙（同上・臨床心理士）

大柳貴恵（同上）

嶋本恵（同上）

[協力]（五十音順）

小川朝生（国立がん研究センター東病院）

木下寛也（同上）

堀田知光（国立がん研究センター）

森田達也（聖隷三方原病院）

[連絡先]

〒700-8558 岡山県岡山市北区鹿田町2-5-1

岡山大学病院 精神科神経科

精神科リエゾンチーム 井上真一郎

TEL：086-235-7242／FAX：086-235-7246

HP：http://www.okayama-u.ac.jp/user/hos/liaison.html

事前アンケートとテスト

ご記入いただく用紙は全部で5ページあります

よろしくお願いいたします

氏名	ふりがな

欠損値チェック者サイン

--	--

■以下の項目につきまして、ご記入ください■

(1) 年齢 : ____ 歳

(2) 性別 : 男・女 (いずれかに○をしてください)

(3) 職種:(以下、該当するものに○をしてください)

- | | | |
|-----------------------------|--------------|------|
| ①医師(研修医含む) | ②看護師(准看護師含む) | ③薬剤師 |
| ④栄養士(管理栄養士含む) | ⑤介護職 | |
| ⑥リハビリ職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士など) | | |
| ⑦その他(____) | | |

(4) 臨床経験年数 :約 ____ 年

※臨床経験年数とは、実際に患者と関わった年数のことです

(5) 在宅医療に携わってからの年数 :約 ____ 年

(6) 直近1年間の中で、在宅医療で診ているがん患者は何名ですか？

該当するものに○、数字を記入してください。

① 0名 → (8)へ進んでください

② 約(____)名 → (7)へ進んでください

(7) 直近1年間で在宅医療で診ているがん患者の内、せん妄になったと思われる患者は何名いましたか？

該当するものに○、数字を記入してください。

① 0名

② 約(____)名

→その内、せん妄と思われる症状が原因で在宅医療を中断したのは何名ですか？

i) 0名 ii) 約(____)名

(8) せん妄に関する研修会(内容の一部にせん妄が入っているものも含む)への参加回数

該当するものに○、数字を記入してください。

① 初回

② (____)回目

(9) (8)で②とお答えした方にお尋ねします。最後に参加したのはいつですか。該当するものに○を記入して下さい。

① 3カ月以内 ② ~6カ月前 ③ ~1年前 ④ ~2年前 ⑤ 2年以上前

■各質問を読んで、あてはまる番号に○をつけてください■

(1) せん妄の症状を評価することに、どのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

(2) せん妄のサブタイプ(過活動型せん妄、低活動型せん妄、混合型せん妄)を評価することに、どのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

(3) せん妄の準備因子(せん妄が起りやすい素因となるもの)を評価することに、どのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

(4) せん妄の直接因子(せん妄を引き起こす直接的原因となるもの)を評価することに、どのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

(5) せん妄の促進因子(せん妄を悪化させたり長引かせたりするもの)を評価することに、どのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

(6) せん妄の治療可能性(治療可能なせん妄の例:電解質異常によるせん妄/治療不可能なせん妄の例:肝不全によるせん妄)を評価することに、どのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

—患者の家族に対する説明について、お尋ねします—

(7) せん妄の症状について説明することに、どのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(8) せん妄が治療可能な場合、せん妄の原因について説明することにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(9) せん妄が治療可能な場合、せん妄の治療可能性が高いことを説明することにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(10) せん妄が治療可能な場合、ケアや治療の実際について説明することにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(11) せん妄が治療可能な場合、家族のかかわり方について説明することにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(12) せん妄が治療可能な場合、家族の感情を理解し共感を示すことにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(13) せん妄が治療可能な場合、せん妄により在宅での介護に不安を表出する家族に対して、患者が本来希望していた在宅治療を継続するようにすすめることにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

(14)せん妄が治療不可能な場合、せん妄の原因について説明することにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(15)せん妄が治療不可能な場合、せん妄の治療可能性が低いことを説明することにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(16)せん妄が治療不可能な場合、ケアや治療の実際について説明することにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(17)せん妄が治療不可能な場合、家族のかかわり方について説明することにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(18)せん妄が治療不可能な場合、家族の感情を理解し共感を示すことにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(19)せん妄が治療不可能な場合、せん妄により在宅での介護に不安を表出する家族に対して、患者が本来希望していた在宅治療を継続するようにすすめることにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

■せん妄に関して、正しいと思うものには○を、間違っていると思うものには×をおつけください■

- 1) せん妄では意識障害が認められる。 []
- 2) 便秘・尿閉などは、せん妄の準備因子である。 []
- 3) がん医療における薬剤性のせん妄では、ステロイドによるものが最も多い。 []
- 4) せん妄の治療可能性について、終末期であれば改善は望めないことがほとんどである。 []
- 5) 高カルシウム血症によるせん妄は治療可能性が低い。 []
- 6) せん妄の治療可能性が低い場合、薬物療法として抗精神病薬に加えて適宜ベンゾジアゼピン系薬剤の併用を行う。 []
- 7) リスベリドン(リスパダール)やクエチアピン(セロクエル)をせん妄に対して使用した場合、保険適応はない。 []
- 8) せん妄患者のケアとして、夜はできるだけ暗くして日中とのメリハリをつける。 []
- 9) がん患者においては過活動型せん妄(不穏が目立つせん妄)が大半であり、低活動型せん妄(ボーっとして不活発になるせん妄)は少ない。 []
- 10) 睡眠薬がせん妄発現の直接因子となることはない。 []
- 11) 過去にせん妄のエピソードがあっても、せん妄が起りやすいわけではない。 []
- 12) 緩和医療におけるせん妄の原因は単一であることが多い。 []
- 13) せん妄の治療については、抗精神病薬などの薬物療法がメインである。 []
- 14) 終末期において患者に激しいせん妄がみられ、鎮静が選択肢に挙げられる場合、患者には意思決定が困難であるため医療者で鎮静の判断を行う。 []
- 15) 入院や転棟など、環境の変化はせん妄の直接因子である。 []

以上でアンケートとテストは終了です。お疲れさまでした。

付録4

事後アンケートとテスト

ご記入いただく用紙は全部で6ページあります

よろしくお願いいたします

氏名	ふりがな

欠損値チェック者サイン

--	--

■各質問を読んで、あてはまる番号に○をつけてください■

(1) せん妄の症状を評価することに、どのくらい自信がありますか？

全く自信がない とても自信がある

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(2) せん妄のサブタイプ(過活動型せん妄、低活動型せん妄、混合型せん妄)を評価することに、どのくらい自信がありますか？

全く自信がない とても自信がある

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(3) せん妄の準備因子(せん妄が起こりやすい素因となるもの)を評価することに、どのくらい自信がありますか？

全く自信がない とても自信がある

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(4) せん妄の直接因子(せん妄を引き起こす直接的原因となるもの)を評価することに、どのくらい自信がありますか？

全く自信がない とても自信がある

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(5) せん妄の促進因子(せん妄を悪化させたり長引かせたりするもの)を評価することに、どのくらい自信がありますか？

全く自信がない とても自信がある

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(6) せん妄の治療可能性(治療可能なせん妄の例:電解質異常によるせん妄/治療不可能なせん妄の例:肝不全によるせん妄)を評価することに、どのくらい自信がありますか？

全く自信がない とても自信がある

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

—患者の家族に対する説明について、お尋ねします—

(7) せん妄の症状について説明することに、どのくらい自信がありますか？

全く自信がない とても自信がある

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない とても頻繁にある

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(8) せん妄が治療可能な場合、せん妄の原因について説明することにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(9) せん妄が治療可能な場合、せん妄の治療可能性が高いことを説明することにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(10) せん妄が治療可能な場合、ケアや治療の実際について説明することにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(11) せん妄が治療可能な場合、家族のかかわり方について説明することにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(12) せん妄が治療可能な場合、家族の感情を理解し共感を示すことにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(13) せん妄が治療可能な場合、せん妄により在宅での介護に不安を表出する家族に対して、患者が本来希望していた在宅治療を継続するようにすすめることにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

(14) せん妄が治療不可能な場合、せん妄の原因について説明することにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(15) せん妄が治療不可能な場合、せん妄の治療可能性が低いことを説明することにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(16) せん妄が治療不可能な場合、ケアや治療の実際について説明することにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(17) せん妄が治療不可能な場合、家族のかかわり方について説明することにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(18) せん妄が治療不可能な場合、家族の感情を理解し共感を示すことにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

実際に説明することはどのくらい頻繁にありますか？

全くない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても頻繁にある

(19) せん妄が治療不可能な場合、せん妄により在宅での介護に不安を表出する家族に対して、患者が本来希望していた在宅治療を継続するようにすすめることにどのくらい自信がありますか？

全く自信がない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とても自信がある

■ 各質問を読んで、あてはまる番号に○をつけてください ■

□ 本日の講義を評価して、最もあてはまる数字に○をつけて下さい

(1) 自分が期待していたものと一致していましたか？

一致していなかった											一致していた
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

(2) 興味のあるものでしたか？

興味のないものだった											興味のあるものだった
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

(3) 情報量は適切でしたか？

少なかった											多かった
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

(4) 内容は難しかったですか？

簡単だった											難しかった
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

(5) 実際の診療に役立ちそうですか？

役立たない											役立つ
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

□ 本日のロールプレイを評価して、最もあてはまる数字に○をつけて下さい

(1) 自分が期待していたものと一致していましたか？

一致していなかった											一致していた
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

(2) 興味のあるものでしたか？

興味のないものだった											興味のあるものだった
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

(3) 情報量は適切でしたか？

少なかった											多かった
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

(4) 内容は難しかったですか？

簡単だった											難しかった
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

(5) 実際の診療に役立ちそうですか？

役立たない											役立つ
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

その他、ご意見やご感想などがございましたらご自由にお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。

■せん妄に関して、正しいと思うものには○を、間違っていると思うものには×をおつけください■

- 1) せん妄では意識障害が認められる。 []
- 2) 便秘・尿閉などは、せん妄の準備因子である。 []
- 3) がん医療における薬剤性のせん妄では、ステロイドによるものが最も多い。 []
- 4) せん妄の治療可能性について、終末期であれば改善は望めないことがほとんどである。 []
- 5) 高カルシウム血症によるせん妄は治療可能性が低い。 []
- 6) せん妄の治療可能性が低い場合、薬物療法として抗精神病薬に加えて適宜ベンゾジアゼピン系薬剤の併用を行う。 []
- 7) リスペリドン(リスパダール)やクエチアピン(セロクエル)をせん妄に対して使用した場合、保険適応はない。 []
- 8) せん妄患者のケアとして、夜はできるだけ暗くして日中とのメリハリをつける。 []
- 9) がん患者においては過活動型せん妄(不穏が目立つせん妄)が大半であり、低活動型せん妄(ボーっとして不活発になるせん妄)は少ない。 []
- 10) 睡眠薬がせん妄発現の直接因子となることはない。 []
- 11) 過去にせん妄のエピソードがあっても、せん妄が起こりやすいわけではない。 []
- 12) 緩和医療におけるせん妄の原因は単一であることが多い。 []
- 13) せん妄の治療については、抗精神病薬などの薬物療法がメインである。 []
- 14) 終末期において患者に激しいせん妄がみられ、鎮静が選択肢に挙げられる場合、患者には意思決定が困難であるため医療者で鎮静の判断を行う。 []
- 15) 入院や転棟など、環境の変化はせん妄の直接因子である。 []

以上でアンケートとテストは終了です。お疲れさまでした。

分担研究報告書

在宅医療における精神症状緩和推進研究
在宅医療スタッフのためのこころのケア教育プログラムの開発

研究分担者 明智 龍男 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野 教授

研究協力者 久保田 陽介 (名古屋市立大学病院)
奥山 徹 (名古屋市立大学病院)

研究要旨

質の高い在宅医療の推進は我が国の喫緊の課題であり、これは東日本大震災の被災地においても例外ではない。本研究では、在宅医療スタッフを対象とした、精神心理的苦痛を有する患者のケア向上に資する教育プログラムの開発を行うとともに、そのプログラムの有用性を検討することを主たる目的とした。研修会事前のインターネットを用いた講義 30 分間と、ロールプレイを中心とする 4 時間 30 分の研修会からなるプログラムを開発し、21 名の訪問看護師に対して実施した。実施前後で精神心理的苦痛を有するがん患者へのケアの自信、知識に関する自記式質問票を施行し、プログラムの有用性を検討した結果、本教育プログラムが、ケアに関する自信を改善しうることを予備的に示した。

A. 研究目的

質の高い在宅医療の推進は我が国の喫緊の課題であり、これは東日本大震災の被災地においても例外ではない。中でも、在宅医療においても精神症状緩和を含む緩和医療が求められるが、在宅医療スタッフは患者の精神心理的苦痛の評価や、それを有する患者に対するケアに困難を感じている。

本研究では、在宅医療スタッフを対象とした、精神心理的苦痛を有する患者のケア向上に資する教育プログラムの開発を行うとともに、そのプログラムの有用性を検討することを主たる目的とした。

B. 研究方法

[教育プログラムの開発]

我々は本研究に先立ち、がんに関する専門・

認定看護師を対象とした精神症状教育プログラムを開発・実施し、その過程のなかで、1. 専門あるいは認定資格を有した看護師にとっても精神的側面に関するコミュニケーションは難易度が高いこと、2. コミュニケーションスキルを改善するうえでは、講義形式の坐学ではなくロールプレイが有用であること、3. 連続した二日間の長時間のプログラムは参加者にとって負担が大きいこと、などを経験した。

そこで、これらの経験を踏まえて、本教育プログラムでは、従来のプログラムを改訂し、以下の3つの要素を重点的に取り入れることとした。1. 在宅医療スタッフが、患者の精神心理的苦痛に注意し、感情に焦点を当てた会話をを用いて、支持的なコミュニケーションをすることができることをゴールとすること、2. ロールプレイを中心とする研修内容とし、その理解を深めるために、コミュニケーションの実例を

盛り込んだ DVD を作成すること、3. 均てん化を考慮し、開催および実施可能性を高める工夫を取り入れること。

昨年度の本研究班の成果として、インターネットを用いた講義 30 分間と、ロールプレイを中心とする 4 時間 30 分の研修会からなるプログラムを開発した。DVD に関しては、在宅医療の現場を想定し、「患者と支持的コミュニケーションを行う」「家族と支持的コミュニケーションを行う」という 2 つのパターンを収録し、1. 気持ちについて尋ねる、2. 感情を同定する、3. 感情の背景を尋ねる、4. 理解したことを自分で伝える、という支持的コミュニケーションの実際を解説した内容とした。

開催実施可能性を高める工夫としては、1. 講義を研修会前にインターネットで行うこと、2. 研修会所要時間を半日程度とすること、3. プログラムにおけるファシリテーターは特に精神腫瘍学や緩和ケアの経験を有しない心理学部大学院生 10 名が行うこと、とした。なお心理学部大学院生に対しては、プログラム実施に先立ち、半日のファシリテーター研修会を開催した。

[教育プログラムの効果の検討]

対象：在宅医療に関わるスタッフ、特に訪問看護師を対象とした。

介入：前述の教育プログラムを実施した。

評価項目：実施前後で、我々が先行研究においてデルファイ法を用いて開発した「通常の心理反応へのケア」に関する自信、知識に関する自記式質問票を施行した。主要評価項目である自信は 0-10 の Numerical Rating Scale 3 項目から構成され、総合スコアは 0-30 点の範囲でスコアリングされ、高得点がより自信があることを意味する。副次評価項目である知識は、正誤を問う質問 4 項目から構成され、総合スコアは 0-4 点に分布し、高得点がより正しい知識を有していることを意味する。また実施終了後、自由記載での感想を求めた。

統計解析：一群前後比較(対応のある t 検定)を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は医療従事者を対象とした教育に関する研究であり、有害事象などもほとんど生じないと考えられることから、文書により研究協力の依頼を行い、調査票への回答をもって協力

の同意とみなした。

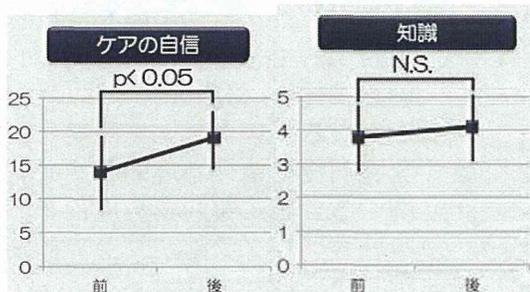
C. 研究結果

[教育プログラムの効果検討]

今年度は、新たに 10 名の看護師を対象に本プログラムを実施し、昨年度の参加者と合わせ、計 21 名から有効回答を得た。

参加者の背景は、平均年齢 50 歳、看護師としての経験年数は平均 26 年、14 名が介護支援専門員の資格を有していた。

統計解析の結果、がん患者へのケアに関する自信は統計学的に有意に改善した(介入前:14.0±5.7、介入後:19.1±4.6、 $p<0.05$)。ケアの知識については有意な改善を認めなかった(介入前:3.8±1.0、介入後:4.2±1.1、 $p=0.17$)。



自由記載での感想では、「気持ちについて尋ねるための時間を持つことが大切と感じた」など、気持ちに関するコミュニケーションの重要性への気付きに関する感想が得られたほか、「ロールプレイを通して、患者や家族の想いに配慮する重要性を再認識し、どう対応したら満足あるいは想いを引き出すことができるのかわかった」など、ロールプレイ学習が有効であったとの回答が得られた。

精神心理的苦痛の訴えなど、参加者への有害事象は認めなかった。

D. 考察

在宅医療スタッフを念頭においた、精神心理的苦痛を有する患者のケア向上に資する半日の簡便な教育プログラムを開発するとともに、本教育プログラムによって、訪問看護師のこころのケアに関する自信を改善しうることを示した。一方、知識については有意な改善が得ら

れなかったが、これはプログラム実施前スコアがすでに高得点であることから、天井効果によるものの可能性が考えられた。これは参加者の知識レベルが高かった可能性あるいは知識を問う項目が容易すぎた可能性等が考えられ、今後同種の研究を実施するうえで設問内容の工夫が必要であることが示唆された。

本結果が、1. インターネット学習採用、2. 研修会の短時間化、3. 心理学部大学院生によるファシリテーションによる開催に伴う人的資源削減、などの実施可能性を高める工夫を採用したプログラムによって得られたものであることに特筆すべき意義があると考えられる。

本研究で扱ったところのケアは、通常の心理反応と言われるごく軽度の精神心理的苦痛を念頭においたものであり、本プログラムの修了のみで、うつ病・適応障害といったより重篤な精神心理的苦痛に対処できるようになるわけではないことに留意が必要である。一方でこのような重篤な精神心理的苦痛を有する患者こそ支援が必要であることから、今後、本プログラムの開発で得られた知見を活かして、本プログラム修了者が次段階として重篤な精神心理的苦痛について学ぶことができるプログラムの開発が必要と考える。

E. 結論

簡便でかつ実施可能性が高い在宅医療スタッフのためのところのケア教育プログラムを開発し、それが訪問看護師のケアに関する自信を高めることに有用であることを示した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Akechi T, et al: Contribution of problem-solving skills to fear of recurrence in breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat* 145:205-10, 2014
2. Azuma H, Akechi T: What domains of quality of life are risk factors for depression in patients with epilepsy? *Austin journal of psychiatry and behavioral sciences* 1:4, 2014
3. Azuma H, Akechi T: Effects of psychosocial functioning, depression, seizure frequency, and employment on quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav* 41:18-20, 2014
4. Banno K, Akechi T, et al: Neural basis of three dimensions of agitated behaviors in patients with Alzheimer disease. *Neuropsychiatr Dis Treat* 10:339-48, 2014
5. Katsuki F, Akechi T, et al: Multifamily psychoeducation for improvement of mental health among relatives of patients with major depressive disorder lasting more than one year: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 15:320, 2014
6. Momino K, Akechi T, et al: Psychometric Properties of the Japanese Version of the Concerns About Recurrence Scale (CARS-J). *Jpn J Clin Oncol* 44:456-62, 2014
7. Morita T, Miyashita M, Akechi T, et al: Symptom burden and achievement of good death of elderly cancer patients. *J Palliat Med* 17:887-93, 2014
8. Nakanotani T, Akechi T, et al: Characteristics of elderly cancer patients' concerns and their quality of life in Japan: a Web-based survey. *Jpn J Clin Oncol* 44:448-55, 2014
9. Reese JB, Akechi T, et al: Cancer patients' function, symptoms and supportive care needs: a latent class analysis across cultures. *Qual Life Res*, 2014
10. Shibayama O, Uchitomi Y, Akechi T, et al: Association between adjuvant regional radiotherapy and cognitive function in breast cancer patients treated with conservation therapy. *Cancer Med* 3:702-9, 2014
11. Shiraishi N, Akechi T, et al: Relationship between Violent Behavior

- and Repeated Weight-Loss Dieting among Female Adolescents in Japan. *Evid Based Ment Health* 9:e107744, 2014
12. Shiraishi N, Akechi T, et al: Brief psychoeducation for schizophrenia primarily intended to change the cognition of auditory hallucinations: an exploratory study. *J Nerv Ment Dis* 202:35-9, 2014
 13. Suzuki M, Akechi T, et al: A failure to confirm the effectiveness of a brief group psychoeducational program for mothers of children with high-functioning pervasive developmental disorders: a randomized controlled pilot trial. *Neuropsychiatr Dis Treat* 10:1141-53, 2014
 14. Yamauchi T, Akechi T, et al: Death by suicide and other externally caused injuries after stroke in Japan (1990-2010): the Japan Public Health Center-based prospective study. *Psychosom Med* 76:452-9, 2014
 15. Yamauchi T, Akechi T, et al: Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Psychooncology* 23:1034-41, 2014
 16. Yokoo M, Ogawa A, Akechi T, et al: Comprehensive assessment of cancer patients' concerns and the association with quality of life. *Jpn J Clin Oncol* 44:670-6, 2014
 17. Shiraishi N, Akechi T, et al: Contribution of repeated weight-loss dieting to violent behavior in female adolescents. *PLOS ONE*, in press
 18. Kondo M, Akechi T, et al: Analysis of vestibular-balance symptoms according to symptom duration: dimensionality of the Vertigo Symptom Scale-short form. *Health and Quality of Life Outcomes*, in press
 19. Kawaguchi A, Akechi T, et al: Hippocampal volume increased after cognitive behavioral therapy in a patient with social anxiety disorder: a case report *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, in press
 20. Ito Y, Akechi T, et al: Good death for children with cancer: a qualitative Study. *Jpn J Clin Oncol*, in press
 21. Akechi T, et al: Depressed with cancer can respond to antidepressants, but further research is needed to confirm and expand on these findings. *Evid Based Ment Health*, in press
 22. Akechi T, et al: Difference of patient's perceived need in breast cancer patients after diagnosis. *Jpn J Clin Oncol*, in press
 23. 黒田純子, 明智龍男, et al: 新規制吐剤の使用開始前後における外来がん患者の予期性悪心の検討. *医療薬学* 40:165-173, 2014
 24. 明智龍男: 大学病院で総合病院精神科医を育てる. *総合病院精神医学* 26:1, 2014
 25. 明智龍男: 総合病院における精神科医のがん医療 (サイコオンコロジー). *臨床精神医学* 43:859-864, 2014
 26. 明智龍男: 精神腫瘍学の進歩. 最新がん薬物療法学 72:597-600, 2014
 27. 明智龍男: サイコオンコロジー—うつ病、うつ状態の薬物療法・心理療法. *心身医学* 54:29-36, 2014
 28. 古川壽亮, 明智龍男, et al: 臨床現場の自然史的データから治療効果を検証する: 名古屋市立大学における社交不安障害の認知行動療法. *精神神経学雑誌* 116:799-804, 2014
 29. 古川壽亮, 明智龍男, et al: SUND 大うつ病に対する新規抗うつ剤の最適使用戦略を確立するための大規模無作為割り付け比較試験. *精神医学* 56:477-489, 2014
 30. 明智龍男: 精神症状の基本, in 小川朝生, 内富庸介 (eds): 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア. 東京, 創造出版, 2014, pp 53-60
 31. 明智龍男: 精神症状 (抑うつ・不安、せん妄), in 川越正平 (ed): 在宅医療バイブル. 東京, 日本医事新報社, 2014, pp 340-346

32. 明智龍男: 危機介入, in 堀川直史, 吉野相英, 野村総一郎 (eds): これだけは知っておきたい 精神科の診かた、考え方. 東京, 羊土社, 2014, pp 145-146
 33. 明智龍男: 支持的な精神療法, in 堀川直史, 吉野相英, 野村総一郎 (eds): これだけは知っておきたい 精神科の診かた、考え方. 東京, 羊土社, 2014, pp 142-144
 34. 明智龍男: 主要な精神症状のマネジメントとケア, in 恒藤暁, 内布敦子 (eds): 系統看護学講座別巻 緩和ケア. 東京, 医学書院, 2014, pp 210-232
 35. 平井啓, 小川朝生, 明智龍男, et al: 医療従事者の心理的ケア, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 2014, pp 322-327
 36. 大谷弘行, 明智龍男, et al: 心理的反応, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 2014, pp 278-285
 37. 石田真弓, 明智龍男, et al: 家族ケアと遺族ケア, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 2014, pp 313-321
 38. 清水研, 小川朝生, 明智龍男, et al: うつ病と適応障害, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 2014, pp 235-243
 39. 吉内一浩, 明智龍男, et al: コミュニケーション, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 2014, pp 286-294
 40. 奥山徹, 明智龍男, et al: 睡眠障害, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 2014, pp 254-258
2. 学会発表
 1. Ogawa S, Akechi T, et al: Comorbidity and anxiety sensitivity among patients with panic disorder who have received cognitive behavioral therapy. The Association for behavioral and cognitive therapies 48th annual convention, Philadelphia, 2014 Nov
 2. Uchida M, Akechi T, et al: Prevalence of fatigue among cancer patients undergoing radiation therapy and its associated factors. The 41th Annual Scientific Meeting of Clinical Oncology Society of Australia, Melbourne, 2014 Dec
 3. Uchida M, Akechi T, et al: Factors associated with preference of communication about life expectancy with physicians among cancer patients undergoing radiation therapy. The 41th Annual Scientific Meeting of Clinical Oncology Society of Australia, Melbourne, 2014 Dec
 4. Sugano K, Akechi T, et al: Prevalence and predictors of medical decision-making incapacity amongst newly diagnosed older cancer patients: A cross-sectional study. The 4th Asia Pacific Psycho-oncology Network, Taipei, 2014
 5. Sugano K, Akechi T, et al: Prevalence and predictors of medical decision-making incapacity amongst newly diagnosed older cancer patients: A cross-sectional study. The 16th World Congress of Psycho-Oncology, Lisbon, 2014
 6. Shibayama O, Akechi T, et al: Radiotherapy and Cognitive Function in Breast Cancer Patients Treated with Conservation Therapy. The 16th World Congress of Psycho-Oncology, Lisbon, 2014
 7. Akechi T, Miyashita M, et al: Anxiety and underlying patients' needs in disease free breast cancer survivors. The 4th Asia Pacific Psycho-oncology Network, Taipei, 2014
 8. 明智龍男: シンポジウム がん患者の心をどう捉えるか: Psycho-Oncologyの科学的基盤 がん患者のうつ病・うつ状態の病態. 第27回 日本総合病院精神医学会総会, つくば市, 2014年11月

9. 明智龍男: ミート・ザ・エキスパート 自分たちのケア、どうしていますか? 第27回日本サイコオンコロジー学会総会, 東京, 2014年10月
10. 明智龍男: シンポジウム「精神腫瘍医がいないところで、こころのケアをどうするか」 日本サイコオンコロジー学会および大学医学部講座の立場から、対策・解決策を考える. 第27回日本サイコオンコロジー学会総会, 東京, 2014年10月
11. 明智龍男: シンポジウム「高齢者がん治療のエッセンス」 高齢者がん治療の問題点-精神症状の観点から. 第52回日本癌治療学会学術集会, 横浜, 2014年8月
12. 明智龍男: シンポジウム「がん患者の治療意思決定支援」 がん患者の意思決定能力の判断. 第12回日本臨床腫瘍学会総会, 福岡, 2014年7月
13. 明智龍男: シンポジウム「がん患者・家族のうつ病治療再考」 がん患者の精神症状緩和のためのコラボレイティブケアの試み. 第11回 日本うつ病学会総会, 広島市, 2014年7月
14. 明智龍男: シンポジウム「がん患者・家族との良好なコミュニケーション」 希死念慮を理解し対応する. 第19回日本緩和医療学会総会, 神戸, 2014年6月
15. 明智龍男: がん患者・家族の精神的ケア. Presented at the アルメイダ病院緩和医療研修会 特別講演, 大分, 2014年11月
16. 川口彰子, 明智龍男, et al: 大うつ病エピソードに対する電気けいれん療法後の agitation の予測因子に関する観察研究. 第27回日本総合病院精神医学会, 筑波, 2014年11月
17. 三木有希, 明智龍男, et al: 妊娠中に希死念慮を伴ううつ病の再燃を認めた妊婦への多職種介入. 第11回日本周産期メンタルヘルス研究会, 大宮, 2014年11月
18. 東英樹, 明智龍男: うつ病、心理社会機能と発作頻度はてんかん患者のQOLに影響する. 第48回日本てんかん学会, 東京, 2014年10月
19. 中野谷貴子, 明智龍男, et al: 日本の高齢がん患者の問題とQOLとの関係: Web調査. 第27回日本サイコオンコロジー学会総会, 東京, 2014年10月
20. 久保田陽介, 明智龍男: がん診療に関わる看護師に向け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. 第27回 日本サイコオンコロジー学会総会, 東京, 2014年10月
21. 明智龍男: がんところのケア-がんになっても自分らしく過ごすために. 愛知県医師会健康教育講座, 名古屋, 2014年9月
22. 明智龍男: がん (肺がん) 患者とのコミュニケーション. 肺がんチーム医療推進フォーラム 特別講演, 福岡, 2014年9月
23. 小川成, 明智龍男, et al: 社交不安障害患者における併存症に対する認知行動療法の効果予測因子. 第14回日本認知療法学会, 大阪, 2014年9月
24. 鈴木真佐子, 明智龍男, et al: 高機能広汎性発達障害児の母親に対する短期集団母親心理教育プログラムの効果: 無作為化比較試験. 第158回名古屋市立大学医学会総会, 名古屋, 2014年6月
25. 渡辺範雄, 明智龍男, et al: 新世代抗うつ薬の最適使用戦略 実践的カブトライアル SUND study. 第110回日本精神神経学会, 横浜, 2014年6月
26. 小川朝生, 明智龍男, et al: がん患者の意思決定能力評価. 第19回日本緩和医療学会, 神戸, 2014年6月
27. 小川成, 明智龍男, et al: 認知行動療法終了後のパニック障害患者における併存精神症状と不安感受性. 第110回日本精神神経学会, 横浜, 2014年6月
28. 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2回奈良メンタルヘルス研究会 特別講演, 奈良, 2014年5月
29. 明智龍男: がん患者の精神症状の評価とマネジメント. 第10回備後サイコオンコロジー研究会 特別講演, 福山, 2014年5月
30. 明智龍男: がん患者の精神症状の評価とマネジメント. 第3回緩和ケア勉強会in半田 特別講演, 半田, 2014年4月
31. 東英樹, 明智龍男, et al: 態の治療経過で発症した複雑部分発作重積の1例. 第68回名古屋臨床脳波検討会, 名古屋, 2014年4月
32. 明智龍男: がん患者の精神症状の評価とマネジメント. 愛知キャンサーネットワーク

- ク 第1回精神腫瘍学を学ぶ会 特別講演,
名古屋, 2014年2月
33. 明智龍男: がん患者の精神症状のケア. 在宅医療緩和推進プロジェクト第2回研修会 特別講演, 名古屋, 2014年2月
 34. 川口彰子, 明智龍男, et al: 社交不安障害患者における自己意識関連情動の神経基盤: 機能的MRIによる解析. 第5回日本不安障害学会学術大会, 札幌, 2014年2月
 35. 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172回東海精神神経学会 特別講演, 名古屋, 2014年1月
 36. 佐藤博文, 明智龍男, et al: フルボキサミンにアリピプラゾールを併用し奏功した強迫性障害の1例. 第172回東海精神神経学会, 名古屋, 2014年1月

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
特記事項なし。

分担研究報告書

がん診療地域連携クリティカルパスを利用したがん診療在宅支援システムの構築に関する研究

研究分担者 佐々木治一郎 北里大学医学部附属新世紀医療開発センター・部長・教授

研究要旨

患者の希望する療養の場で最適のがん治療が継続できるように、がんパスを利用した新しい在宅システムの構築を目指す。第一段階として、がん患者が真に希望する療養の場を、初診の段階で把握し、その後の治療選択を対話によりの確にサポートする必要がある。平成24年度「薬物治療を受ける進行肺がん患者に対する意思決定サポート介入の認容性および在宅支援導入改善効果に関する前向き調査研究」を計画し、倫理委員会の承諾を得たので患者登録を開始した。この観察研究では、介入自体の認容性とその介入による在宅支援導入の増加を前向きに検証する。平成26年年12月に、症例登録予定60例中41例の登録が終了した時点で、登録終了としプロトコールに規定される観察期間に移行した。登録に時間を要していたことと各群20例でも十分解析できることなどが登録終了の理由である。今年度は昨年度に引き続き、大規模災害時のがんに関する診療情報の重要性を市民がどの程度認識しているか、その情報をどのように共有するかを問うアンケート調査を、ピアサポート活動の講演会に付随して神奈川県相模原市、熊本県上天草市で行った。上天草市では病院幹部に災害時の対応に関するインタビューを行った。

A. 研究目的

1. 薬物治療を受ける進行肺がん患者に対する意思決定サポート介入の認容性および在宅支援導入改善効果に関する前向き調査研究

（1）薬物治療の適応となる進行非小細胞肺がんの患者に対して、初回入院時から治療中定期的に療養の場や終末期診療のあり方を含む意思決定サポートを行い、地域連携や在宅支援などの導入率が向上するかを検討する。

（2）意思決定サポートが不安や抑うつを悪化させるかどうかを調べる。

（3）がん診療地域連携クリティカルパス使用の有無別に QOL、不安抑うつに差があるかどうかを検討する。

2. 災害時のがん診療に関するアンケート
治療中のがん患者さんの医療情報を、災害に強い形で保存する方法について明らかにする。

3. 地域のがん診療中核病院に対する災害時がん診療連携に関するインタビューがん診療連携拠点病院ではないが、がん診療も担う地域中核病院において、災害時のがん診療連携について、どのような備えがなされているかを明らかにする。

B. 研究方法

1. 薬物治療を受ける進行肺がん患者に対する