

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合事業）
総括研究報告書

急性期病院における認知症患者の入院・外来実態把握と
医療者の負担軽減を目指した支援プログラムの開発に関する研究

研究代表者 小川朝生 国立がん研究センター先端医療開発センター
精神腫瘍学開発分野 分野長

研究要旨 高齢化社会を迎え、急性期病院においては認知機能障害を持ちつつ身体治療を受ける患者が増加している。認知機能障害にあわせて身体合併症がみられた場合でも適切な治療を受けることができるよう体制を整備する必要があり、現状の把握と対策の立案が急務である。海外を含め、急性期病院は、精神症状・ケアへの対応（認知症ならびにせん妄への対応）、認知機能障害を持つ患者の身体管理への対応（特に疼痛管理）、地域との連携（退院支援）の課題が指摘されている。本研究班は、急性期病院における認知症患者の救急外来受診、ならびに急性期病院入院後の医療・ケアの実態を全国規模の調査で把握するとともに、医療従事者の負担を軽減する簡便な支援プログラムを開発し、その実施可能性を検証することを目的に、調査・研究を進めた。

**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**

小川朝生	国立研究開発法人国立がん研究センター 先端医療開発センター 精神腫瘍学開発分野 分野長
明智龍男	公立大学法人名古屋市立大学大学院医学研究科 教授
井上真一郎	岡山大学病院精神科神経科 助教
上村恵一	市立札幌病院精神医療センター 副医長
金子真理子	東京医療保健大学 精神看護学 教授
木澤義之	神戸大学大学院医学研究科内科系講座先端緩和医療学分野 特命教授
近藤伸介	東京大学医学部附属病院精神神経科 助教
清水 研	国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科 科長
谷向 仁	京都大学 特定准教授
平井 啓	大阪大学未来戦略機構 准教授

A. 研究目的

わが国では2013年に高齢化率が25%を越える未曾有の超高齢社会を迎えた。近代医療の発展期である1900年代の高齢者比率は1%であること、近代ホスピスが展開しだした1950年代の英国でも10%であり、わが国の高齢者をめぐる現状は従来とは全く異なる次元に入っている。欧米では、高齢化率が今後20%を越えることを危惧し、国家戦略を立てている。わが国の現状は、まったく猶予のない段階である。

わが国では、認知症に対するアプローチとして、主に老年精神医学からは精神疾患として、介護領域からは生活支援が取り上げられることが多い。精神疾患として認知症を取り上げた場合には、診断と治療が話題の中心となり、老年症候群として認知症が取り上げられた場合には、介護支援の話題となる。どちらも認知症への対応を考える上で避けて通れない面である。

一方、認知症は老年症候群の一面であり、身体合併症を併存することは非常に多い。身体管理を担当する急性期病院では、認知症患者の行動・心理症状(BPSD)管理に不慣れな上に、せん妄のハイリスク状態であること、

疼痛管理に難渋すること、調整に時間を要し、入院期間が長期化すること、退院支援が適切でないために本来であれば避けることのできた再入院を招いている問題が指摘されている。さらにプライマリケアチームが認知症を見落としがちであり、適切な評価がおこなわれにくいなどの課題も指摘されている。

海外では、治療開始時から多職種がチームを作り、総合的なアセスメントを実施し、予防的なコーディネートをおこない、長期入院を予防するとともに医療従事者の負担を軽減するマネジメントの取り組みがおこなわれている(Harari 2007, Marcantonio 2001)。このようなチーム医療を支援するツールとして、高齢者総合機能評価(CGA:Comprehensive Geriatric Assessment)がある。CGAは高齢者のリスク評価と、身体機能予備力を引き出す診療支援のために開発されたが、マネジメントのみならず認知症で問題となる意思決定支援にも応用されている(Finlsy, Am J Med 2001)。わが国においても、急性期病院において簡便に使用できる支援方法を開発し、早急に課題を解決する必要がある。

本研究班においては、上記の現状を踏まえ、急性期病院における認知症患者の救急外来受診、ならびに急性期病院入院後の医療・ケアの実態を全国規模の調査で把握するとともに、医療従事者の負担を軽減する簡便な支援プログラムを開発し、その実施可能性を検証することを目的に、調査・研究を進めた。

B. 研究方法

本研究を遂行するために、以下のように急性期病院の認知症ケアについて問題となる領域を設定し、調査研究を計画した。

1. 認知症患者の救急外来受診の実態調査

認知症患者が一般病院を救急受診する背景には、通常の身体疾患の問題に加え、セルフケアが困難なことによる重症化ならびに外傷の問題が大きい(Pace 2011)。また、救急をめぐっては身体管理とあわせて、後方連携や福祉との調整、退院支援など受け入れ後の調整に時間を要する課題がある。

平成 25-26 年度にかけて、市立札幌病院救命救急センターに入院し、精神科にコンサルトされた患者 371 名のうち認知症と診断され

ていた、もしくは入院後認知症と診断された患者 52 名について診療録を後方視的に調査をおこなった。調査した患者背景は、年齢、性別、身体科診断、精神科診断、入院日数、入院後転帰について調査をおこなった。

平成 27 年度は高度救命救急センターが存在する、もしくは精神科救急をおこなっている総合病院 18 施設に対して認知症患者の救命救急センターへの搬送状況(全例入院もしくは死亡)について郵送にて調査を施行した。

2. 急性期病院入院中の認知症患者の医療・ケアの全国調査

a. がん専門病院における認知症への対応の実態

全国調査の基礎資料として、がん専門病院における認知症への対応の実態を知ることが目的に研究をおこなった。2015 年 1 月から 12 月までの期間において、国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科に紹介となり、認知症あるいは軽度認知機能障害の診断にて介入が開始された症例について、臨床データベースを後方視的に解析することにより検討した。

b. 認知症看護に関するインターネット調査

先行研究をもとに、看護師 2,386 名を対象に認知症看護の知識、アセスメント、実践、倫理的葛藤など 87 項目についてインターネット調査をおこなった。

c. 専門看護師・認定看護師を対象としたフォーカスグループ(FG)

老人看護専門看護師 3 名・精神看護専門看護師 2 名、認知症看護認定看護師 1 名の計 6 名を対象に、認知症看護における臨床・教育上の課題について FG を実施した。FG では、本研究班の研究者ら 4 名が参加し、インタビューの内容分析をおこなった。

d. 急性期病院の認知症対応の現状調査

急性期病院における認知症ケアの実態を明らかにすること、急性期病院における認知症ケアに関する教育的取り組みの実態を明らかにすることを目的に、全国の急性期病院を対象に、認知症対応の現状調査を開始した。

[研究デザイン]

質問票（郵送）を用いた横断観察研究

[対象]

全国のDPC対象病院 1585施設（内、全日本病院との重複のぞく 1082施設）、全日本病院協会会員施設 1813施設

[調査項目]

英国ならびにフィンランドのaudit調査をもとに、行政職とコンサルテーション・リエゾン精神科医、精神看護専門看護師、心理職、医療ソーシャルワーカーにより、わが国の医療体制に即した表現、項目に修正することを目的とした討議を経て作成した。急性期病院における病院組織の取り組みに関する質問項目、病棟に関する質問項目、療養環境に関する質問項目、入退院調整に関する質問項目、救急病棟での取り組みに関する質問項目が含まれる。

- ・病院組織の取り組みに関する質問項目：
先行調査の質問票をもとに、認知症患者の療養・退院支援に関するマニュアルや委員会の有無、医療安全委員会での把握の有無、院内の連携体制、院内コンサルテーション体制、アセスメントの実施状況、退院支援、情報収集に関する支援、教育体制に関する評価をおこなった。
- ・病棟に関する質問項目：
先行調査の質問票をもとに、わが国の医療体制にあわせて項目を修正した。病棟スタッフの配置や病棟カンファレンス、コンサルテーション体制、病棟における情報提供体制、栄養管理、スタッフ間の連携に関する評価をおこなった。
- ・療養環境に関する質問項目：
先行調査の質問票をもとに、病棟内の案内表示や床、ベッド、トイレ、セルフケア支援に関する評価をおこなった。
- ・入退院調整に関する質問項目：
先行調査をもとに、わが国の医療体制を踏まえて項目を修正した。身体治療を目的

にして入院する認知症患者の入院のバリエーション、入院・退院時の調整依頼の内容、時期、転帰、在宅調整時に生じる問題、精神科病院転院の状況を評価した。

- ・救急病棟での取り組みに関する質問項目
先行調査の質問票をもとに、病棟の構造、スタッフへのサポート体制、認知症患者への対応方法、多職種へのコンサルト、スタッフ間での情報共有と連携を評価した。

[調査方法]

平成26年4月時点でのDPC対象施設については、平成26年4月時点で厚生局が公開している資料をもとにリストを作成した。あわせて全日本病院協会の協力を得た。対象施設に対して、施設管理者、看護部、医療連携室宛に依頼状ならびに趣旨説明文書、調査票一式を郵送し、回答を依頼した。調査票は任意にて提出を依頼した。初回発送後の1ヶ月後に、返送のない施設を対象に、再度依頼をおこなった。

[解析]

プライマリ・エンドポイント：

各調査項目の単純記述統計

解析方法：

項目ごとに単純記述統計をおこない、95%信頼区間を算出した。自由記載項目は、記載内容をもとに内容分析をおこなった。

e. 認知症における痛みの評価法と精神症状・行動障害に及ぼす影響の解明

高齢者の多くが痛みを抱えることは広く知られているが、認知症の人では痛みの表出に困難が生じてくるため、周囲が痛みを認識しにくい。このため適切な疼痛ケアがなされなかったり、苦痛の表出である不穏に対して疼痛と気づかれずに、BPSD（認知症の精神症状・行動障害）と捉えられて向精神薬が処方されたりしている可能性がある。こうした問題意識からこれまで認知症の人の痛みを客観的に評価するスケールは各種開発されてきているが、実際の臨床現場では根付いていない。

そこで、われわれは、認知症ケアの現場において適切な疼痛ケアが根付くために、療養

型病院・入所施設・通所・居宅など異なる設定の認知症のある利用者、および施設スタッフ、施設管理者に対してインタビューをおこない、疼痛への気づきおよび対処法についての質的調査をおこなうことで、認知症者に適した痛みの評価法、痛みが精神症状・行動障害に及ぼす影響、をそれぞれ同定し、さらに介護現場に適した疼痛管理方法の開発を目指すことで、認知症高齢者のウェルビーイングを高めることに寄与することを目的に実施した。

方法は認知症ケアを提供している事業所（萩・曲尾グループホーム [アザレアンさなだ・長野県]；特別養護老人ホーム・サンビレッジ大垣 [新生会・岐阜県]）を訪問し、施設管理者2名、直接ケアに当たるスタッフ4名、認知症のある利用者2名を対象に疼痛の実態についてインタビューを実施した。インタビューでは対象者によって以下のようなポイントを含む半構造化面接を実施した。面接は1人60分以内（認知症の当事者は30分以内）を目安とし、のちほど詳細に内容分析できるように本人または代諾者の書面同意を得た上で録音をおこなった。

[利用者（認知症当事者）] 苦痛の有無、痛みの有無、痛みの場所、対処法

[ケアにあたるスタッフ] 認知症の人の痛みについての意識、痛みサイン、他の苦痛との弁別、対処法、薬剤使用の有無、痛みスケールの有用性

[施設管理者] 認知症の人の痛みについての意識、施設ケア基準の有無、痛みサイン、対処法、薬剤使用の有無、研修の有無、痛みスケールの有用性

インタビューは、研究責任者を含む研究従事者が訪問調査をおこない、インタビューガイドに沿って実施した。インタビューの録音データから逐語録を作成し、それをもとに質的分析、結果の統合などの作業をおこなった。

3. 認知症合併患者の周術期管理に関する検討

認知症患者はせん妄の発症リスクが高いことが従来から指摘されており、また治療に関する意思決定への影響が懸念されるなど、周術期において多くの問題が存在している。

岡山大学病院では、2008年より周術期管理センターを立ち上げ、周術期の患者支援を目的として組織横断的な活動をおこなっている。そこで、術前患者における認知症の有無について、専門・認定看護師が適切な評価をおこなっているかについての実態把握をおこなった。さらに、周術期支援体制として認知症患者のせん妄発症予防対策などが可能かどうかを検証した。

平成25-26年度には岡山大学病院に肺がん・食道がん手術を目的として入院した患者を対象として、術前に看護師がおこなった認知機能低下に関する主観的評価の正確性について検討した。

平成27年度には岡山大学病院の肝・胆・膵外科において手術目的に入院した患者を対象として、患者の入院時に認知機能障害の有無やその重症度、ならびに飲酒歴、薬歴、併存疾患を評価し、さらに術後せん妄の発症や重症度との相関について検討した。

4. 医療従事者の負担軽減に資する認知症ケアの支援体制の構築

a. 総合的機能評価法の確立に向けた研究

わが国の人口の急速な高齢化に伴い、身体疾患を有する高齢患者に対して適切な医療・介護を提供する体制の構築が喫緊の課題となっている。一方、高齢者は、身体的、精神・認知機能的に幅広い多様性を有するため、個々にとっての最適な医療・ケアを提供するために、高齢者総合機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment、以下CGA)を導入し、個別的な医療を提供することの重要性が示されている。中でも治療関連死など身体的な負荷が極めて強いがん化学療法などが必要な高齢がん患者に対してはCGAの施行とそれに基づいた治療・ケアプランの作成は極めて重要な課題である。しかしCGAの施行には時間的・人的資源を必要とするため、多忙な臨床現場において全症例にCGAを実施することは困難である。

以上のような背景を受け、初発高齢血液がん患者を対象として、

1. 我が国の高齢がん患者の脆弱性スクリーニングに有用な方法を開発すること

2. 治療開始時の認知機能障害の頻度とその関連因子を明らかにすることを目的として調査をおこなった。

対象は、名古屋市立大学病院に入院となった、新規に悪性リンパ腫または多発性骨髄腫と診断された65歳以上のがん患者とした。対象に対して、抗がん治療開始前にVES-13を実施し、併せて認知機能障害、身体的機能(日常生活動作、手続き的日常生活動作)、合併症、栄養状態、抑うつ、多剤併用の7領域を含むCGAを実施した。

b. 認知症に対する包括的支援のための介入プログラムの開発に関する研究

急性期病院では、入院患者の約50%に認知機能障害を認め、周術期を中心にせん妄や疼痛管理、行動心理症状(BPSD)への対応が不十分なために、入院期間の長期化、再入院の増加などの問題を生じているが、我が国では支援体制が十分に整備されていない。

そこで、急性期病院の医療従事者を対象に、認知行動療法・学習理論に基づいた認知症に対する包括的支援のための介入プログラムの開発をおこなった。

1) 教育目標、コンテンツの骨格の制定
他の分担研究者のおこなった専門看護師・認定看護師を対象としたフォーカスグループインタビューの結果を元に教育プログラムの対象、教育目標とそのコンテンツの骨格について開発をおこなった。

2) 認知症に対する包括的支援のための介入プログラムの開発
上記において制定された教育目標やコンテンツの骨格を基にして行動科学の手法に基づいて行動変容を促す教育コンテンツと運用プロトコルを開発した。

3) 教育プログラムの実施と効果および実践への有用性の検討

時期：2015年10月～2016年2月

対象：1) 施設：関東近郊の約1000床の大学病院1施設および急性期の約400床の病院1施設の計2施設で実施した。2) 対象者：本研究プログラムについて案内シラ

シを配布し、希望者を募り実施した。参加者は看護師71名であった。

調査内容・方法：教育プログラム前後、3か月後に調査を実施した。

5. 認知症を併存したがん患者のエンド・オブ・ライフ・ケアに関する研究

高齢化が進む中、認知症を併存したがん患者が増加している。認知症患者が持つ、認知機能の低下、周辺症状などのため、患者・家族が望んだ場所で療養生活を送ることが難しい状況にある。

今回われわれは、わが国における認知症を併存したがん患者のエンド・オブ・ライフ・ケアを明らかにするための一つの基礎資料として、認知症併がん患者の緩和ケア病棟の受け入れ状況について調査を実施した。

a. 認知症併がん患者の緩和ケア病棟の受け入れ状況に関する調査

[対象]2013年7月時点で日本ホスピス緩和ケア協会に加盟する緩和ケア病棟251か所の責任医師

[方法]郵送法。アンケート項目はホスピス・緩和ケア病棟への認知症併存患者の入院受け入れに関することであり、入院が可能な程度を4件法で尋ねた。質問項目は専門家討議により決定した。

b. アドバンスケアプランニング(ACP)のコミュニケーションプログラムの開発とその教育効果の検証

[対象]2014年度兵庫県緩和ケアフォローアップ研修会の参加者37名。

[方法]前後比較研究。ACPと臨床倫理に関する550分の参加型研修会を開催した。プログラムはACPと臨床倫理に関する550分(講義230分、ロールプレイ320分)にわたる参加型研修会とし、国立長寿医療センターで開催された、平成26年度人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会(Education For Implementing End-of-Life Discussion: 以下E-FIELDと略)を一部改編して用いた。研修の実施前に参加者の背景情報とACPの実践に関する自信を、研修会前後で、エンド・オブ・ライフ(End-of-Life: 以下EOLと略)コ

コミュニケーションに関する困難感、死にゆく患者に対する医療者のケア態度、ACP と臨床倫理に関する知識を評価した。

C. 研究結果

1. 認知症患者の救急外来受診の実態調査

平成 25-26 年度に施行した市立札幌病院での調査では、自殺企図認知症患者の 62%がレビー小体型認知症 (DLB) であった。認知症患者の精神科への介入は、せん妄の発症時と、自殺企図症例が約 9 割をしめていた。救急救命センター平均在所日数は 34 ± 106 日で、その後、当科転科が 13%、当院他科転科が 38% であった。当科転科後と他科転科後入院平均日数に有意な差は認めなかった。

平成 27 年度に全国規模でおこなった調査では、65 歳以上の搬送者の 48%に認知症の可能性があると診断され、呼吸不全が原因での搬送が 4 割を占めた。また自殺企図者の 52%が DLB であった。

2. 急性期病院入院中の認知症患者の医療・ケアの全国調査

a. がん専門病院における認知症への対応の実態

期間内に紹介となった認知症患者は 29 名、軽度認知機能障害が 6 名であり、合計 35 名であった。外来診療中の患者 6 名、入院治療中の患者 29 名であった。認知症の病型については、特定不能が最も多く 26 名であり、アルツハイマー型認知症が 1 名、脳血管性認知症が 1 名、脳腫瘍に伴う認知症が 1 名であった。年齢の平均値は 67.0、がん腫は最も多かったのが肺がん 7 名、続いて大腸がん 5 名であった。身体活動度については、PS0 が 7 名、PS1 が 13 名、PS2 以上が 15 名であった。

b. 認知症看護に関するインターネット調査

看護師 2,386 名中、有効回答は 1,311 名 (54.9%) であった。過去 5 年間に認知症看護の経験のある看護師は 805 名 (61.4%) であり、施設の内訳は、急性期病院が 38.9%、長期療養型が 16.9%、急性期高齢者専門病院が 1.8%、その他が 45.2% であった。

知識について、認知症の病態に関する十分な知識をもっているかについては、「そう思

わない」が 45.8%、認知症患者のコミュニケーションの特徴と対応の留意点について十分な知識をもっているかについては、「そう思わない」が 42.9%、意思決定できない場合の対応について十分に知識をもっているについては、「そう思わない」が 51.7%であり、半数程度が十分な知識をもっているとは認識していないことが明らかになった。

一方、アセスメントについて、認知症であることをふまえた栄養状態のアセスメントをしていたかについては、「はい」が 55.8%、食事介助が必要な場合の認知症症状や個別のアセスメントをしていたかでは「はい」が 64.5%、認知症であることをふまえ痛みを訴えられない事をふまえたアセスメントを実施していたか「はい」が 47.7%であった。

ストレスを引き起こす要因を最小限にするアセスメントをしていたかは「はい」が 34% であった。転倒転落しないための工夫は、4 段階で「非常に」「かなり」「少し」を併せると 96.7%が工夫をしていたと回答した。多職種連携の時間があつたかは、上記同様の回答様式で 85.6%があつたと回答した。介護者との連携についても 81.7%がしていたと回答した。

c. 専門看護師・認定看護師を対象としたフォーカスグループ (FG)

専門看護師・認定看護師ら 6 名を対象に実施した。その結果、【看護のコアとなる態度】として、認知症患者の体験している世界を理解し、患者を意志ある存在として対応を基盤とし、下記を強化した教育が必要であることが示唆された。

【認知症のアセスメント】(病態, BPSD の重症度, せん妄との鑑別, 身体症状・ADL)

【包括的・個別的アセスメント】(どのような人だったのか, 表情・行動・症状の観察と記録等)

【ケアの工夫】(認知機能の維持や薬に頼らないケア, 早期退院を考えたケア等)

【意思決定支援】(言語だけでなく複数回確認する等)

d. 急性期病院の認知症対応の現状調査

送付できた 2893 施設の内、1291 施設より

回答を得た。特に、DPC 対象施設に関しては、1578 施設に送付をし、その内 848 施設より回答を得た。回答率は 53.7%であった。

病院組織の取り組みでは、入院中の認知症患者の療養・退院支援に関するマニュアルを整備している施設は 6.2%、BPSD への対応マニュアルを整備している施設は 7.1%、せん妄への対応マニュアルを整備している施設は 12.4%であった。

病棟の取り組みでは、認知症患者の対応について認知症の専門家と連携を図っている施設は 65.9%、認知症の症状やケアについて患者・介護者と情報共有システムが整備されている施設が 45%、認知症看護において、「全くそう思わない」「思わない」「あまり思わない」の合計で「認知症の基本的な病態(種類、症状、治療等)について知識を十分にもっている」が 59.8%、「認知症の重症度について、知識を十分にもっている」が 70.7%、「認知症患者の疼痛評価を十分におこなっている」が 60.1%であった。

療養環境では、認知症患者が理解しやすいように病棟の案内表示や地図を明示している施設が 25.4%、患者のベッドから時計が見える位置に設置している施設が 22.8%、カレンダーでは 24.3%であった。

入退院調整に関して、精神科、神経内科、老年科の常勤医および非常勤医がいない施設はそれぞれ、46%、37%であった。また、老年看護、精神看護、認知症看護の専門/認定看護師および認知症/老年精神医学専門医のいない施設は、それぞれ 94%、93%、83%、70%と高率であった。認知症患者の入院依頼のうち、認知機能障害あるいは精神症状が理由で、それぞれ 31.6%、40.1%が入院できていなかった。その精神症状の内訳は、不穏・興奮(18.4%)、徘徊(14%)、大声(13.6%)、幻覚(9.4%)の順に多かった。また、患者が入院中に連携室に依頼された全相談のうち、29.8%が在宅調整であったのに対し、28.4%が転院調整、12.9%が施設入所調整であった。転院調整の内訳では、療養病棟が 40.5%と最も多かった。単科精神科病院は 4.5%であった。在宅に帰せない理由としては、介護力の問題が 28.8%と最も多く、精神症状(21%)、入院後の ADL 低下(16.9%)が続いた。精神

症状の内訳としては、不穏・興奮(14.1%)、徘徊(12%)、大声(9.9%)、食欲不振(9.6%)の順で多かった。

救急病棟の取り組みでは、認知症患者へのマニュアルを整備している施設は 9.9%、身体拘束や鎮静の手順書を作成している施設は 55.7%、地域包括ケア病棟と連携を図っている施設は 31.7%であった。

e. 認知症における痛みの評価法と精神症状・行動障害に及ぼす影響の解明

インタビューから得られたコーディングを提示する。

痛みのもつ個人的意味

利用者 A「ここがちくちくする」

利用者 B「別に今、痛いところはない。ここの痛みはいろいろあります」

介護者 C「お腹が痛いという場合でも、本当に腹痛なのか、心理的な側面で構ってほしいとか、隣の人がいやだからその場を離れるために訴えているのか」

管理者 D「痛みという捉え方をからだの痛みだけで捉えていない。ここの痛みでも捉えている。社会関係による痛みも捉えている。関係性を分断された痛み。人間関係や社会環境からの分断」

いつもと違うことの気づき

介護者 E「いつもと様子が違うということから推測していく。その中に痛み、苦痛も含まれる」

介護者 F「普段と違うということ」

痛みの見極め

介護者 E「消去法ですね」「今そのその様子が何かをすることで緩和されれば、別に追及しなくてもいいということです」

介護者 F「いろんな原因とか症状とか、情報収集して。観察からスタートする。本人にも聞いてみる」

痛みスケールの限界

介護者 E「痛みには行きつかないと思います。紐解くきっかけにはなりうる」

介護者 F「大規模な施設だと使える。共有することで重要性がわかる。何かしないと気付かれないままになってしまう」

管理者 D「これは現状の評価。その先がない。実際はその場で対応していっちゃう」

スキルの獲得

介護者 E「先輩職員の方に教えてもらったり。やってみて失敗して、それを何回も繰り返し返して、それを積み重ねて観察力が身に着いたのじゃないかと思います」

介護者 F「いいケアを見ている。教科書じゃない。目の前でお手本を見せてくれる先輩がいたから、技が引き継げる」

経験の共有

介護者 C「共通基盤を作って、お互いにオープンになりながら、ああかもしれない、こうかもしれない、とお互いに注意や意見を言い合う」

介護者 E「話し合える場も作って、情報を交換し新人さんにもわかりやすいように伝えていく」

3. 認知症患者の受け入れ適正化を目指した周術期支援体制の検討

平成 25・26 年度

認知症の有無については HDS-R のカットオフ値を 20 点としたところ、感度 0.56、特異度 0.91、陽性的中率 0.42、陰性的中率 0.94 という結果が得られ、看護師は認知症を有する患者を正確に認識出来ていない可能性が示された。

平成 27 年度

平成 27 年 4 月から研究を開始し、同年 12 月 16 日時点で 121 例に実施した。現在症例集積中である。

4. 医療従事者の負担軽減に資する認知症ケアの支援体制の構築

a. 総合的機能評価法の確立に向けた研究

1. VES-13 の有用性

106 名(適格例の 85%)の患者より有効データを得た。50%の患者が脆弱性の定義に相当した。VES-13 による脆弱性群のスクリーニング能力は、カットオフポイント 2/3 点において AUC 0.85、感度 72%、特異度 79%、陰性的中率 72%であった。「興味・喜びの低下」による第二段階スクリーニングを加えた場合、AUC 0.83、感度 90%、特異度 76%、陰性的中率 88%

であった。

2. 認知機能障害

145 名(適格例の 74%)の患者より有効回答を得た。MMSE が 23 点以下であったのは 29 名で、全体の 20%を占めた。多重ロジスティック回帰分析の結果、教育経験が短いこと(オッズ比:4.9 95%CI:1.78-13.27)と IADL 障害があること(オッズ比:3.7 95%CI:1.25-11.23)が有意な変数であることが示された。

b. 包括的支援のための教育プログラムの開発に関する研究

1) 教育目標、コンテンツの骨格の制定

フォーカスグループインタビューで抽出された要素について専門家による検討を経て構造化をおこなった結果、以下のような項目が本研究で開発する教育プログラムの対象・教育目標・コンテンツの骨格になる要素が明らかとなった。

<教育プログラムの対象・教育目標・骨格>

[対象]

- ・管理者・ベテランの学び直し
- ・専門・認定看護師がファシリテーターとして教育することができる

[教育目標]

- ・認知症患者の見える・聞こえている世界を理解し、それに基づいてケアを行なうことができる
- ・患者に対する基本的な見方を変えることで、成功体験を持つ

[コンテンツの骨格]

基本となる知識

- ・高齢者に対する理解・老人看護の知識
- ・認知症患者が理解できること

基本となる態度

- ・倫理(自律の尊重)的感受性・意志ある存在であること
- ・患者の体験を想像する力・患者目線での理解を絶えず意識する
- ・複数回の意思確認する
- ・安易な「認知症」ラベリングをしない

- ・最初にしっかりアセスメント・関わる
- ・患者は尊厳のない対応に傷ついたり、恐怖を感じたりすること
- ・ゼロリスクで考えない
- ・自らのラベリング・過大評価・過小評価に気づくことができる

認知症アセスメント

- ・認知症の病態の重症度
- ・BPSDの重症度
- ・せん妄（低活動）との鑑別
- ・身体症状・ADL

包括的・個別的なアセスメント

- ・もともとどんな人だったか？
- ・病前の生活はどうだったか？
- ・気分・意識にムラがあること
- ・表情・行動・症状の観察と記録・退院後考えたケア
- ・分かっているか、どうかを確認する
- ・観察できる

ケアの工夫

- ・カレンダー・時計などの認知機能を補完する環境整備
- ・ADLを維持するための定期的な運動（リハビリテーション）
- ・重症患者への薬物療法

意思決定支援

- ・言語だけでない、意思確認の方法を複数試す
- ・オープンアンサーではなく、Yes/No アンサーで答えられるようにする
- ・気分の変動に対応できるようにおなじ質問を複数回聞く
- ・質問のレポーターを予め複数用意しておく

レビュー・評価

- ・自分自身でケアの意味付けができる

2) 認知症に対する包括的支援のための介入プログラムの開発と研修の実施

上記のように制定された教育目標やコンテンツの骨格を基にして行動科学の手法に基づ

いて行動変容を促す教育コンテンツと運用プロトコルを開発した。

各教育資料については添付資料を参照されたい

教育プログラム

看護師や薬剤師、医師を対象にした職種ごとの講義と事例検討の90分で構成されている。

（内容）

認知症の病態と原因、予防、治療法、ケアについて系統立てた解説が含まれている。具体的な内容は、

- 1) 認知症の概要、2) 認知症のリスク評価、3) 認知症の症状、4) 動画で見る認知症の症状（解説編、解説編）5) 認知症への対応

行動科学の手法を用いて、患者の入院時点でのせん妄のリスク確認からアセスメント方法、リスクに応じた対応方法までの流れを図示したアセスメントシートを用意し、シートの利用方法を解説する。講義に引き続き、アセスメントシートを実際に用いた事例検討をおこない、習得を促進する構成になっている。

運用プロトコル

内科・外科両者に対応できる形で組まれた一般病棟の入院患者に対する認知症対応のコンポーネントをまとめたプログラムとなっている。

（内容）

本プログラムの実際の流れは以下の手順で進める

- 1) 患者の入院
 - 70歳以上の入院
 - 治療、ケアを進めるうえでの課題の発生
- 2) せん妄の確認
- 3) 認知症の診断の有無
- 4) 認知症症状の確認
(記憶、実行機能、社会的認知、IADLなど)
- 5) 身体の苦痛の確認
- 6) 認知機能障害への配慮
- 7) 評価の共有
- 8) 連携・退院支援

3) 教育プログラムの教育効果および実践への有用性の検討

介入前・直後において t 検定をおこなった結果、31 項目中、1%水準で有意であったのは 10 項目であった(表 1)。その主な内容は有病率、せん妄やうつ病との鑑別、中核症状について、疼痛のアセスメント、認知症におこりうる機能障害について、BPSD の原因について、せん妄についてであった。5%水準で有意差があったのは 1 項目で、「認知症が脳に何らかの障害が起こることにより発症する」についての正答を問うものであった。

	解答	正答率		
		介入前	介入後	P
1 認知症は、65歳以上の高齢者人口の15%にみられる	○	67%	89%	**
2 認知症は、脳に何らかの障害が起きることにより発症する	○	79%	91%	*
3 認知症の診断基準として、認知機能障害、IADLの障害が挙げられ、せん妄とうつ病も含まれる	×	72%	93%	**
4 全ての認知症患者に中核症状がみられる	○	25%	79%	**
5 認知症患者は、予測が立てられない、段取りを組むことができない	○	91%	100%	**
6 認知症患者は、形態や模様の認識が障害されるが、物体との距離	×	56%	92%	**
7 認知症患者の疼痛は過大評価されている	×	85%	99%	**
8 認知症患者は、緊急時の対応がとれない	○	93%	100%	**
9 認知症患者は、治療同意能力が低いので、家族の意向を優先にする	×	85%	94%	**
10 BPSD(随伴症状/周辺症状)の原因に苦痛や不快感がある	○	88%	100%	**
11 せん妄は、意識障害である	○	75%	91%	**
** p<0.1				
*p<0.05				

一方、有意差がなかったのは 20 項目であり(表 2)、介入前に既に 60~100%の知識があった。主な内容は急性期病院における認知症患者の重症度の割合、痛みや苦痛の評価と患者の行動との関連、身体拘束と BPSD のケア等、多職種連携の必要性等であった(表 2)。

	解答	正答率	
		介入前	介入直後
急性期病院では、医療依存度の高い高齢者が多く、軽度の認知症に比べ重度の認知症が多い	×	61%	61%
認知症は、急速に進行する	×	76%	83%
認知症は、患者にとって精神・心理的な苦痛を伴うものである		90%	96%
認知症は、アルツハイマー型認知症が最も多い		76%	88%
認知症による物忘れと加齢によるもの忘れは一緒である	×	100%	100%
認知症患者の食欲低下の要因として、失行や注意障害がある		91%	97%
認知症患者の痛みや苦痛の評価は、患者の行動からも評価することが重要である		99%	99%
認知症患者は、服薬の自己管理が難しくなる		100%	100%
認知症患者は、意思決定の障害として、記憶ができないこと、BPSD(随伴症状/周辺症状)は、中核症状による環境への	×	62%	52%
BPSD(随伴症状/周辺症状)の中で、徘徊が最も多い	×	59%	55%
身体拘束は、BPSDのケアの一つである	×	82%	73%
身体拘束は、安全を確保するためやむを得ず実施する場合は、誤嚥や深部静脈血栓の予防に努める		97%	96%
せん妄の薬物療法として、抗精神病薬が推奨されており、副作用としてアカシジアに注意する必要がある		91%	94%
認知症患者の家族は、介護負担、スティグマ、意思決定代理などに伴う苦痛を感じている		96%	99%
認知症患者の家族への支援として、情緒的サポートと情報提供が重要である		100%	100%
認知症患者の退院調整は、治療が終了してから行う	×	100%	100%
認知症患者の治療やケアの方針について、看護師間、多職種間で情報を共有する		100%	100%
地域包括支援センターは、認知症の診断から身体の病気も含めた診療など、地域における支援体制を構築する機関である	×	19%	16%

・認知症看護に関する自信について

認知症看護に関する自信について、介入前、直後において 16 項目すべてにおいて 1%水準で有意差がみられた(表 3)。

表 3. 認知症看護における自信

	介入前	介入後
ルート類やチューブ類の自己抜去の予防	6.1	7.0
転倒・転落の予防	6.1	7.1
患者合わせ、1日のスケジュールを決めて書く	5.3	6.8
患者合わせ、考えの流れを注目し、細かい言葉にこだわらない	5.6	6.9
視野に入って声をかけるようする	6.2	7.6
会話はゆっくりはっきりと話すようにする	6.8	7.6
低栄養や脱水について、食事量や飲水量、体重変化の確認	5.7	7.0
便秘について、腹部の張りや圧痛、排便のリズムなどを確認	6.2	7.1
睡眠について、日中の活動状況や眠気の確認	6.1	6.9
痛みについて、表情や行動、自律神経症状の確認	4.6	6.7
視空間認知障害(方向や距離感)の確認	4.4	6.6
自分のおかれている状況を正しく理解できているか確認する	4.6	6.6
実行機能障害の確認(今まで出来ていたことが出来ているか)	4.7	6.5
記憶障害の確認(入院理由・治療スケジュール)	5.6	6.8
認知症とせん妄の鑑別	4.3	5.7
入院時に認知症に気づく	4.8	5.9

・プログラムの評価について

プログラムの評価について、表 4 に示す。介入直後に「明日からの臨床に役立つ」の項目において 5 段階評価のうち 4 と 5 に回答したものをあわせると 59 名(88%)であった。

表4.プログラムの評価(後調査)

	n (%)	Low				
		1	2	3	4	High 5
自分が期待していたものと一致していた※	0(0)	4(6)	11(16.4)	29(43.3)	23(34.3)	
情報量は適切だった€	0(0)	2(3)	52(77.6)	13(19.4)	0(0)	
内容の難易度¶	0(0)	4(6)	58(86.6)	5(7.5)	0(0)	
明日からの臨床に役立つ§	0(0)	1(1.5)	7(10.4)	22(32.8)	37(55.2)	

※ 1: 一致していなかった~の1: 一致していた
 € 1: 少なすぎた~の5: 多すぎた
 ¶ 1: 簡単だった~の5: 難しかった
 § 1: 役立たない~の5: 役立ちそう

5. 認知症を併存したがん患者のエンド・オブ・ライフ・ケアに関する研究

a. 認知症合併がん患者の緩和ケア病棟の受け入れ状況に関する調査

2014 年 2 月 7 日時点で 155 施設(62%)が回答した。以下の状態の患者の入院が可能である、もしくは状態・事情によるが原則可能である、と回答した施設は以下の割合であった。

1)自分で身の回りのことができないなどの中程度以上の認知症(92.2%) 2)認知症があり、幻覚・妄想・興奮・徘徊など認知症の周辺症状(BPSD)を認める(72.8%) 3)過活動型のせん妄がある(認知症を除く)(87.7%) 4)活動性の低下など低活動性のせん妄がある(98%)

5)意思決定能力がない(92.2%)

b. アドバンスケアプランニングのコミュニケーションプログラムの開発とその教育効果の検証

37名が研修会に参加し、うち全日程参加した34名を解析対象とした。ACPに関する自信については「やや自信がある」「自信がある」「とても自信がある」と答えた参加者の合計は9名(26%,95%信頼区間12-41%)であった。29点満点のACPに関する知識テストの結果は前後で有意に改善した(前18.1点,後23.9点, $p<0.0001$,対応のあるt検定)。

また、終末期のコミュニケーションの困難感については、13項目中7項目で困難感が有意に改善し($p<0.05$,Wilcoxonの順位和検定)その項目は、「十分に病名告知や病状告知をされていない患者とのコミュニケーションが困難である($p=0.0172$)」、「せん妄や意識レベルの低下などで本人の意思が不明な患者への対応に困難を感じる($p=0.007$)」、「十分に病名告知や病状告知をされていない家族とのコミュニケーションが困難である($p=0.0015$)」、「病状や予後など悪い知らせを伝えられた後の家族への対応が難しい($p=0.0028$)」、「家族と十分に話をする時間がとれない($p=0.0309$)」、「家族から不安や心配を表出された場合の対応に困難を感じる($p=0.0215$)」、「家族から死に関する話題を出された場合の対応に困難を感じる($p=0.0033$)」であった。

死にゆく患者に対する医療者のケア態度の変化についてはFATCOD-Form-J短縮版の合計点は研修前後で変化しなかった(研修前22.3点,研修後22.3点, $p=1.00$)。

D. 考察

1. 認知症患者の救急外来受診の実態調査

身体的重症認知症患者において、認知症に伴う「精神症状」が問題で在院日数が長くなっているわけではなく、「身体疾患」重症例が在院日数を長くしている可能性が考えられた。身体治療を優先する病棟において精神科医のリエゾン介入を密に在宅移行を支援することが望まれる。

またDLB患者は自殺企図へ繋がる頻度が高

く、希死念慮に対しては、家や周囲からの注意深い観察と早期受診が勧奨される。

救命救急センターや精神科救急に搬送される65歳以上のうち48%が認知症の可能性のあることは注目すべき割合である。搬送患者は、入院が必要な身体疾患を発症しているか増悪していることが大多数である。日中の適切な受診が得られていないことや、自覚症状に乏しくバイタルに問題が生じたショックなどの状態で搬送になっている症例が多いことが推察される。認知症の可能性のある患者が身体疾患に罹患している場合や、通院中の認知症患者の場合訴えにくい自覚症状の確認や、バイタルサインの把握がより重要になると思われる。

2. 急性期病院入院中の認知症患者の医療・ケアの全国調査

a. がん専門病院における認知症への対応の実態

調査施設において治療を受ける患者は比較的若年のものが多く、認知症患者の割合が他の病院に比べて少ないのかもしれないが、介入された患者数は実際の有病率に比べると少ないと思われる。

b. 認知症看護に関するインターネット調査

インターネット調査では、病態やコミュニケーション、意思決定支援について半数程度が十分に知識を持っているとは言えないと回答されたことから、認知症看護に関する知識への強化が示唆された。

c. 専門看護師・認定看護師を対象としたフォーカスグループ(FG)

認知症看護において、安全面の工夫や看護師・介護者を含めたケア方法や対応の連携はおこなわれているものの、病態やせん妄との鑑別等の知識やアセスメント、個別的・包括的アセスメント、ケアの工夫や意思決定支援については十分とは言えない現状であることが明らかになった。急性期病院においては、治療や療養の場の意思決定等の対応をふまえ、知識とアセスメントを、効果的なケアにつなげられる実践的教育プログラムの開発と評価が必要である。

d. 急性期病院の認知症対応の現状調査

わが国において初めて、急性期病院における認知症ケア・対応の実態に関する全国規模の包括的調査を実施した。認知症・せん妄に関する対応マニュアルの整備は救急病棟も含めほとんどなされておらず、院内での情報共有のための体制、地域との連携についても、認知症に関する情報共有体制が整備されていない。それらの背景として、急性期病院では認知症の知識や情報が不足している可能性が推察されるため、基本的な認知症ケアや支援体制に関する普及/啓発が必要である。特に、認知症患者のケアを中心的に担う看護師に対し、認知症看護の質の向上に資する教育が重要である。

入退院の調整に際しては、認知機能障害あるいは精神症状が理由で急性期病院への入院が困難となる例が約30%~40%にのぼることが明らかとなった。また、受け入れが困難な精神症状では、不穏・興奮の頻度が最も高かった。一方、精神症状を含む認知症診療やケアをおこなう専門医や専門/認定看護師の急性期病院への配置は圧倒的に少なく、このことが認知症患者の受け入れ状況に影響している可能性が考えられた。

また、治療後自宅への退院が困難なケースが約40%あり、その理由として精神症状以外にも、介護力の問題、入院中のADL低下などが大きなウェイトを占めることが示された。これらの結果は、急性期病院における認知症診療専門医ならびに専門/認定看護師の充足の必要性、一般医療者に対する認知症医療・ケアの教育の充実、そして入院早期からの多職種連携による精神症状のマネジメント、ADL低下の防止、ソーシャルサポートの拡充などに努めていく必要があることを示していると考えられた。

e. 認知症における痛みの評価法と精神症状・行動障害に及ぼす影響の解明

痛みのもつ個人的意味、いつもと違うことの気づき、痛みの見分け方、既存スケールの限界、モデリングによるスキルの獲得などの概念が抽出された。現場の設定では、発見と介入が同時進行していること、良質のケアス

キルの獲得は試行錯誤・モデリング・経験共有によってなされること、良質のケアの根底には共感と関わりに基づく観察と介入があることが示唆された。

3. 認知症患者の受け入れ適正化を目指した周術期支援体制の検討

専門・認定看護師が用いることのできるスクリーニングツールの必要性が示唆された。今後、周術期管理体制の構築について検討が必要と思われる。

4. 医療従事者の負担軽減に資する認知症ケアの支援体制の構築

a. 総合的機能評価法の確立に向けた研究

1. VES-13の有用性

本研究結果は、日本語版 VES-13 が海外での報告とほぼ同程度のスクリーニング能力を有していることを示しているが、これは VES-13 単独では臨床的には十分なスクリーニング能力を有しているとはいえないことを意味している。一方、VES-13 と「興味・喜びの低下」による二段階スクリーニング方法は、既存の方法よりも優れたスクリーニング方法であることが示唆された。

本研究では、横断的観察研究データを用いて、事後的に二段階スクリーニングの有用性を検討したため、今後はより大規模な前向視的研究において、その有用性を検証する必要がある。

2. 認知機能障害

高齢の初発血液がん患者において、認知機能障害の頻度は約20%と低いことが示された。CGA などにおいて、認知機能障害がルーティンに評価されることの重要性が示唆された。

しかし認知機能障害については、一般の医療においては気付かれにくい問題であることが繰り返し示唆されている。本研究で示された教育経験が低いこと、IADL 障害があるという認知機能障害関連因子は、認知機能障害に関する詳細な評価を要する患者を同定することに有用であろう。

b. 認知症に対する包括的支援のための教育プログラムの開発に関する研究

急性期病院の医療従事者を対象に、認知行動療法・学習理論に基づく行動観察・評価法に関する認知症・認知機能障害に関する教育プログラムの対象・教育目標・その骨格を検討したところ、管理者やベテラン看護師を対象として、「認知症患者の見える・聞こえている世界を理解し、それに基づいてケアを行なうことができる」、「患者に対する基本的な見方を変えることで、成功体験を持つ」という教育目標を設定したプログラムを開発することが必要であることが明らかとなった。

これらに基づいて教育目標・コンテンツの骨格が制定され介入プログラムを作成した。2015年9月および10月に一般病院2施設で教育プログラムを実施した。

本プログラムにおける認知症看護の知識について、31項目中26項目(83.9%)は60%以上の正答率であったことから、本研究の参加者において、認知症看護の知識は習得されていたといえよう。その背景として、本研究の対象者は大学卒が半数以上を占めていたことや、自主的に研修会に参加していたことから学習に主体的な対象群であったことが考えられる。その一方で、認知症看護に対する自信についてはすべての項目で介入直後に有意差がみられたことより、もちあわせている知識と実践のつながりに十分に自信が持てていない状況であることが示唆された。その要因の1つには急性期病院における認知症患者の位置づけは、経験的には既往や合併症であることが多く、認知症そのものについての看護師の意識や認知症ケアへの動機づけの優先順位が低いことも考えられる。

一方、BPSDや中核症状、認知症によって生じる機能障害、地域包括支援センターとの連携等については、介入前の知識が6割以下であり、介入直後でもBPSDにおける徘徊の頻度については55%、地域包括支援センターについては16%と正答率の割合が低かった。これらの要因として、急性期病院では在院日数の短縮化や認知症そのものが急性期では中心的な治療の対象とはならないことが多いため、教育と実践知が結びつきにくいことが考えられる。しかし、急性期病院の認知症ケアにお

いては、退院後の支援システムもふまえ、ケアを計画・していくことが必要であり、知識と実践をつなげるための教育プログラムが必要である。

5. 認知症を併存したがん患者のエンド・オブ・ライフ・ケアに関する研究

a. 認知症合併がん患者の大多数は、そのエンド・オブ・ライフにおいて、緩和ケア病棟に入院が可能であることが明らかとなった。その一方で、BPSDを認める患者においては約4分の1の施設で入院が難しいことが明らかとなり、緩和ケア病棟に対する教育啓発活動、並びに精神症状のマネジメント技術の向上などが、その受入れの改善に有用な可能性が示唆された。

b. ACPに関する研修会の実施によって、医療従事者の知識は向上し、EOLコミュニケーションの困難感は部分的に改善した。困難感が改善した主たる部分として、病状告知が十分にされていない患者への対応、並びに家族とのコミュニケーションが挙げられた。

E. 結論

急性期病院における認知症対応の現状調査を中心に、認知症を持つ人の身体合併症治療の状況を検討した。

わが国では、2015年(平成27年)1月に、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)において、「本人主体の医療・介護等を基本に据えて医療・介護等有機的に連携し、認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく提供されることで、認知症の人が、住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるようにする」ことを目標と定めた。本目標を達成するためには、「身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される」必要があり、急性期病院においても認知症対応のための院内体制を整備する必要がある。本研究を通し、急性期病院における認知症への対応の方向性について、以下にまとめる。

1. 急性期病院において、認知症が及ぼす影響

1) 急性期病院において、認知症は複数の領域に影響を及ぼす。

治療成績の低下

(ア)事故の増加(転倒・転落、ルートト
ラブル)

(イ)合併症の増加

(ウ)身体機能の低下

(エ)死亡率の増加

せん妄の発症

(ア)事故の増加

(イ)身体機能の低下

(ウ)認知症の進行

(エ)再入院の増加

(オ)死亡率の増加

施設入所の増加

退院後の介護負担の増加

在院日数の延長

医療コストの増大

がある。認知症に対する体制を整備することは、安全で効果的な治療を提供する上でも重要である。

2) 認知症は身体機能の低下を来しやすい

一般病院においては、認知症と身体機能低下のリスク状態(フレイル)を別と認識しがちである。しかし、認知症も転倒転落や日常生活能力低下に直結する病態であり、寝たきりや死亡のリスク状態であることを認識に、対応をする必要がある。

3) 一般病院における認知症の特徴

診断を受けていないことが多い

治療を開始して、治療アドヒアランス・コンプライアンスが低いことで初めて認知症を合併していることに気づかれることがある。

事故や治療上の問題で初めて気づかれる

せん妄や脱水、低栄養など治療上のトラブルの形で認知機能障害が顕在化する

軽度から中等度の認知症が多い

診断を受けていることが少ない軽度認知機能障害、軽度認知症においても、服薬管理や

食事の準備、など IADL に障害を来し、身体管理や医療安全上のリスクがある。

せん妄の合併が多い

治療中、身体的な負荷が加わり、容易にせん妄を発症する。せん妄を発症すると認知機能低下を促進する。

2. 急性期病院に求められる認知症対応

急性期病院では、身体合併症の治療を確実に遂行することが役割である。入院中に身体機能が低下したり、認知症が進行することのないように身体治療を確実に進め、退院支援(退院前カンファレンス)や地域連携を積極的に進めることを通して、医療機関から円滑な在宅復帰ができるよう支援をし、確実に地域の医療・介護に引き継ぐことを意識した体制を構築する必要がある。

したがって、認知症への対応を全体的に俯瞰すると、以下の役割が求められる。

認知症の発見に努めること

認知症が身体合併症治療に影響することを踏まえ、安全で確実に身体合併症治療を進めるための対応を取ること

入院中に認知症を進行させないための対応をおこなうこと

初めて認知症が疑われた場合には、患者・家族に対し、初期の支援を提供すること

地域の支援に確実に引き継ぐこと

認知症の人の自立を支援するために、治療同意等適切な支援と配慮をおこなうこと

一般診療においては、運動を推奨する、血管性認知症の場合は再梗塞発症を予防する、糖尿病などの生活習慣病に対する適切な患者教育・支援を提供すること

3. 急性期病院において求められる体制整備 施設の療養支援や退院支援の質の担保を 図るために、認知症の人の療養生活や退 院調整に関する対応マニュアルを整備す る

認知症に対応するためのコンサルテーシ
ョン体制を確保する

認知症患者の治療や退院支援について責
任者を明確にする

認知症が身体治療上の種々のリスクとな
ることを認識し、以下の施設内の情報を
集約・共有・検討し、現場の対応の改善
に生かすフィードバック体制を組織する

1. 転倒・転落、事故の件数と内容の把握、
分析
2. 転院や退院調整が遅れたり、時間を要し
ている事例の把握と分析。早期退院を阻
害する要因の検討と退院支援・連携クリ
ティカルパスの作成と改善
3. 退院直後の再入院事例、緊急入院事例
4. 患者・家族の相談窓口で認知症が疑われ
る事例
5. 苦情・要望窓口での事例
6. 医療福祉相談窓口で認知症が疑われる
事例
7. 脱水や低栄養状態などNSTにてリスクと
判断される事例
8. リハビリテーションが進まず、ADL の低
下している事例
9. 認知症が疑われ、精査を必要と判断され
ている患者（入院・外来）
10. 地域からの相談事例
11. ケアに人員を要し、配置が不適切な場
合の報告

せん妄の予防・早期対応のための施設レ
ベルでの取り組みをおこなう

1. 入院時にせん妄のリスク確認をおこな
い、リスクが高い症例に対しては、せん
妄の予防的な取り組みと、定期的なせん
妄症状のモニタリングをおこなう体制
を整備する

2. 入院中の患者でせん妄が合併している
件数や重症度を常に把握し、管理者や医
療安全担当者が把握をする体制を整備
する
3. せん妄の予防的な取り組みや、早期発見、
初期対応、疼痛管理、家族への支援、向
精神薬の適正な使用法に関するマニユ
アルを定める

認知機能障害に配慮をした環境調整や
BPSD への対応

1. 認知機能障害に配慮をした環境整備を
おこなう
 2. 認知機能障害に配慮をしたケアをおこ
ない、積極的な苦痛の緩和をおこない、
BPSD の予防に努める
- 認知症の諸症状や合併症治療のリスクを
見逃すことのないよう、チェックリストや
アセスメントシートを取り入れた効果的
なプログラムを整備し、ケアの質の担保を
図る。アセスメントや発見時の対応、療養
支援についてガイドラインを整備する

身体合併症の治療場面においては、痛みに
気づかれず、その苦痛の表現が行動・心理症
状(BPSD)と誤解をされ、不適切な向精神薬投
与がおこなわれる危険がある。落ち着かない
状態を、すぐに行動・心理症状(BPSD)と決
めつけず、痛みや脱水、便秘などの身体的苦
痛の見落としがないか、積極的に評価をする。
評価は手順等を示し、実践で常に使える形で
整備をする。

[BPSD への対応]

・アパシー、抑うつ

認知症の初期からアパシーを伴うことが
多いが、問題として顕在化しにくいため見
落とされる。アパシーを見逃すと、筋力低
下や低栄養状態を招き、治療合併症の増加
や退院時の介護負担増加、施設入所増加な
ど転帰の不良につながる。アパシー、抑う
つの両者とも、脱水や感染などの身体疾患、
低活動型せん妄などの丁寧な鑑別をすること
が、身体合併症の転帰を改善させること
につながる。治療開始前にアセスメントを
おこない、治療前段階での対応に努める。

・幻覚・妄想、不安、焦燥、多動、興奮など

急性期病院においては、特に痛みや身体的苦痛（脱水、便秘、悪心など）がきっかけに生じる場合が多い。BPSD として環境調整や薬物療法を開始する前に、十分に身体的要因や薬剤性の要因を検索・除外する。

病棟・外来でのアセスメントを実施する

- 1.入院時に認知機能の評価をおこなうなど早期発見・早期の支援導入をおこなう
- 2.高齢者が入院する場合に、認知機能評価をおこなう。加えて IADL や ADL, 抑うつ、栄養状態、社会経済の状態、介護者の状態や療養環境などを含む高齢者総合的機能評価を実施する。

退院支援

- 1.入院時に認知機能や生活への支障に関する評価をおこない、早期からの退院支援を計画・実施する。
- 2.認知症が疑われる場合には、認知症を踏まえた退院支援をおこなう。必要な支援や医療・介護の資源について情報を提供する。
- 3.退院時の看護サマリーや診療情報提供には、入院中の認知症やせん妄の有無や重症度、実施した対応、介護者の状況、退院後にも引き続き必要となる対応について記載をし、地域の医療・介護に確実に情報を提供する。
- 4.認知機能障害に配慮をした退院支援をおこなう。

認知症の人は、実行機能障害から、緊急時（たとえば熱発や疼痛が増悪した場合など）に臨機応変の対応したり判断することが難しくなる場合がある。身体合併症の治療においては、今後起こりうることを予想し、症状が急に増悪する場合などには、本人が判断できるかどうかを想定し、必要に応じて見守り体制を要請するなど、治療上の安全に配慮をする。

家族等に関しては、認知症の病態や経過を説明し、認知症の人の世界や苦痛を家族が理解できるように支援をする。家族向けの認知

症介護教室等の取組を紹介する、退院後の生活をみすえた介護サービス等の導入を入院時から考慮する、などの取り組みを考慮する。

患者の認知機能の状態や支援についてスタッフが情報を共有する方法を定める

- 1.患者の認知機能の状態について、情報共有の手順を定めマニュアル化する
- 2.情報の中には、介護者のニーズや退院後の支援に関する希望、介護者へどのように説明をしたかなど、介護に関する情報も記載をする。

倫理的な問題

高齢者の治療を開始する際の治療同意能力の評価について

認知症の人は、認知症の進行度によって、自らの認知機能や生活活動能力を正しく把握できなくなることや、自分の意向を適切に表現出来ない場合がある。認知症が疑われるから、という理由で身体疾患に対する治療の機会が失われることがないように、認知症医療の専門家とも相談しながら治療同意能力を評価し、家族や介護者とともに本人の意向に沿った治療を提供する。

社会的支援の提供

- 1.認知症の患者・家族に対して、地域の医療・介護資源についての情報提供をおこなうためにマップを作成する
- 2.身体合併症治療が終了した後も退院ができなくなる、調整に時間を要することのないよう、後方病院や専門医療機関、クリニック、診療所、介護事業所等との連携体制を構築する
- 3.退院調整が、不必要な入院を防ぐことができているか、支援内容とその結果を分析し、必要に応じて見直すための検討する場所を用意する
- 4.退院支援について、スタッフに対して指導・教育をおこなう
- 5.認知症の人の介護者に対しておこなう支援を定める
支援の中には、
 - 1)患者・家族への情緒的なサポート
 - 2)介護者の心身の健康度の評価、介護負

担の評価をおこない、心理・社会的の問題の把握と解決を支援する

- 3) 医療・介護に関する基本的な情報提供
- 4) 介護の方法に関する助言(食事介助の方法など)
- 5) 介護者がうまくストレスと付き合うための方法
- 6) 地域の専門的な支援への確実な引継ぎ(たとえば、地域包括支援センターへの紹介、家族会の紹介など)

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表(外国語論文)

1. Kondo K, Ogawa A, et al: Characteristics associated with empathic behavior in Japanese oncologists. Patient Educ Couns, 93(2):350-3,2013
2. 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
3. Asai M, Shimizu K, Ogawa A, Akechi T, Uchitomi Y, et al.: Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. Psychooncology 22:995-1001, 2013
4. 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
5. 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 67:139-47, 2013
6. 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 21:2097-106, 2013
7. 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 9:267-75, 2013
8. Nakaguchi T, Akechi T, et al.: Oncology nurses' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients undergoing chemotherapy. Jpn J Clin Oncol 43:369-76, 2013
9. 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
10. Tanimukai H, et al: An Observational Study of Insomnia and Nightmare Treated With Trazodone in Patients With Advanced Cancer. Am J Hosp Palliat Care, 30(4): 359 - 362, 2013
11. Okamoto Y, Tanimukai H, et al: Can Gradual Dose Titration of Ketamine for Management of Neuropathic Pain Prevent Psychotomimetic Effects in Patients With Advanced Cancer? Am J Hosp Palliat Care, 30(5): 450-454, 2013
12. Tanimukai H, et al: Paclitaxel induces neurotoxicity through endoplasmic reticulum stress. Biochem Biophys Res Commun, 437(1):151-155, 2013
13. Sakagami Y, Tanimukai H, et al: Involvement of endoplasmic reticulum stress in tauopathy. Biochem Biophys Res Commun, 430(2):500-504, 2013
14. Takahashi H, Tanimukai H, et al: The AKT1 gene is associated with attention and brain morphology in schizophrenia. World J Biol Psychiatry. 14(2):100-13, 2013
15. Nakajima S, Tanimukai H, et al: Two advanced cancer patients in whom

- escitalopram was useful for depression. *Palliative Care Research*, 8(2) : 548-553, 2013
16. Kaneko M, Nursing Roles and Issues in Psycho-oncology :An investigation using supportive interview and cognitive behavioral therapy , *Journal of clinical Trials*, doi. org/10.4172/2167-0870,S1-002 , 2013 .
 17. Kaneko M,et al , Current Status and Issues in Nurses'Roles in Counseling Cancer Patient-Perception of Certified Nurse Specialists in Cancer Nursing . *Journal of Tokyo Women's Medical University* , 83(2) , 79 - 85 , 2013.
 18. Kaneko M,et al , Requirements with regard to nursing consultation by mental health consultation liaison nurses and suggestions for their intervention ,*Journal of Nursing & Care* , doi:10,4172/2167-0870 , 2013 .
 19. Hirai K, Harada K, Seki A, Nagatsuka M, Arai H, Hazama A, et al. Structural equation modeling for implementation intentions, cancer worry, and stages of mammography adoption. *Psychooncology*. 2013 May 10. doi: 10.1002/pon.3293.
 20. Shimizu K:Effects of Integrated Psychosocial Care for Distress in Cancer Patients. *Jpn J Clin Oncol*.43(5): 451-457,2013
 21. Kizawa Y, Morita T, Hamano J, Nagaoka H, Miyashita M, Tsuneto S. Specialized palliative care services in Japan: a nationwide survey of resources and utilization by patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013 Sep;30(6):552-5.
 22. Akechi T, Okuyama T, Uchida M, Sugano K, Kubota Y, Ito Y, Sakamoto N, Kizawa Y. Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument. *Palliat Support Care*. 2013 Oct 21:1-5.
 23. Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, Morita T. The palliative care knowledge questionnaire for PEACE: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among physicians. *J Palliat Med*. 2013 Nov;16(11):1423-8.
 24. Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Akiyama M, Akizuki N, Hirai K, Imura C, Kato M, Kizawa Y, Shirahige Y, Yamaguchi T, Eguchi K. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. *Lancet Oncol*. 2013 Jun;14(7):638-46.
 25. Morita T, Kizawa Y. Palliative care in Japan: a review focusing on care delivery system. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2013 Jun;7(2):207-15.
 26. Iwamitsu Y, Oba A, Hirai K, Asai M, Murakami N, Matsubara M, Kizawa Y. Troubles and hardships faced by psychologists in cancer care. *Jpn J Clin Oncol*. 2013 Mar;43(3):286-93.
 27. Hamano J, Maeno T, Kizawa Y, Shima Y, Maeno T. Usefulness of Palliative Prognostic Index for patient with advanced cancer in home care setting. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013 May;30(3):264-7.
 28. Nakanotani.T, Akechi.T, Ogawa.A. et al:Characteristics of elderly cancer patients' concerns and their quality of life in Japan: a Web-based survey. *Jpn J Clin Oncol*. 2014;44(5):448-55.
 29. Yokoo.M,Akechi.T, Ogawa.A. et al:Comprehensive assessment of cancer patients' concerns and the association with quality of life. *Jpn J Clin Oncol*. 2014 Jul;44(7):670-6.
 30. Shibayama.O, Akechi.T, Ogawa.A. et al:Association between adjuvant regional radiotherapy and cognitive function in breast cancer patients treated with conservation therapy. *Cancer Medicine*. 2014;3(3):702-9.
 31. 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
32. 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
 33. 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
 34. 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
 35. 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
 36. 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
 37. Morita T, Akechi T, et al: Symptom burden and achievement of good death of elderly cancer patients. *J Palliat Med* 17:887-93, 2014
 38. 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
 39. Reese JB, Akechi T, et al: Cancer patients' function, symptoms and supportive care needs: a latent class analysis across cultures. *Qual Life Res*, 2014
 40. Shibayama O, 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
 41. 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
 42. 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
 43. 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
 44. 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
 45. 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
 46. Yokoo M, 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
 47. Shiraishi N, Akechi T, et al: Contribution of repeated weight-loss dieting to violent behavior in female adolescents. *PLOS ONE*, 9(9):e107744, 2014
 48. 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*, 26(4):E4-5,2014
49. Tanimukai H, et al: Sleep problems and psychological distress in family members of patients with hematological malignancies in the Japanese population. *Ann Hematol.* 93(12):2067-75, 2014
 50. Omi T, Tanimukai H, et al: Fluvoxamine alleviates ER stress via induction of Sigma-1 receptor. *Cell Death Dis.* 5:e1332, 2014
 51. Yoshida S, Amano K, Ohta H, Kusuki S, Morita T, Ogata A, Hirai K. A Comprehensive Study of the Distressing Experiences and Support Needs of Parents of Children with Intractable Cancer. *Jpn J Clin Oncol.* 2014.
 52. Tanimukai H, Hirai K, Adachi H, Kishi A. Sleep problems and psychological distress in family members of patients with hematological malignancies in the Japanese population. *Annals of hematology.* 2014.
 53. Takei Y, Ogata A, Ozawa M, Moritake H, Hirai K, et al. Psychosocial difficulties in adolescent and young adult survivors of childhood cancer. *Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society.* 2014.
 54. Shinjo T, Morita T, Hirai K, et al. Why People Accept Opioids: Role of General Attitudes Toward Drugs, Experience as a Bereaved Family, Information From Medical Professionals, and Personal Beliefs Regarding a Good Death. *J Pain Symptom Manage.* 2014.
 55. Nakajima K, Iwamitsu Y, Matsubara M, Oba A, Hirai K, et al. Psychologists involved in cancer palliative care in Japan: A nationwide survey. *Palliative & supportive care.* 2014:1-8.
 56. Kuroda Y, Iwamitsu Y, Miyashita M, Hirai K, et al. Views on death with regard to end-of-life care preferences among cancer patients at a Japanese university hospital. *Palliative & supportive care.* 2014:1-11.
 57. Hamano J, Kizawa Y, Maeno T, Nagaoka H, Shima Y, Maeno T. Prospective clarification of the utility of the palliative prognostic index for patients with advanced cancer in the home care setting. *Am J Hosp Palliat Care.* 31(8):820-4, 2014.
 58. Ise Y, Morita T, Katayama S, Kizawa Y. The activity of palliative care team pharmacists in designated cancer hospitals: a nationwide survey in Japan. *J Pain Symptom Manage.* 47(3):588-93, 2014.
 59. Maeda I, Tsuneto S, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Motoyama M, Kizawa Y, et al. Progressive development and enhancement of palliative care services in Japan: nationwide surveys of designated cancer care hospitals for three consecutive years. *J Pain Symptom Manage.* 48(3):364-73, 2014.
 60. Morita T, Sato K, Miyashita M, Yamagishi A, Kizawa Y, Shima Y, et al. Does a regional comprehensive palliative care program improve pain in outpatient cancer patients? *Support Care Cancer.* 22(9):2445-55, 2014
 61. Nakajima K, Iwamitsu Y, Matsubara M, Oba A, Hirai K, Morita T, Kizawa Y, et al. Psychologists involved in cancer palliative care in Japan: A nationwide survey. *Palliat Support Care.* 1-8, 2014.
 62. Nakazawa K, Kizawa Y, Maeno T, Takayashiki A, Abe Y, Hamano J, et al. Palliative care physicians' practices and attitudes regarding advance care planning in palliative care units in Japan: a nationwide survey. *Am J Hosp Palliat Care.* 31(7):699-709,2014.
 63. Nakazawa Y, Kizawa Y, Hashizume T, Morita T, Sasahara T, Miyashita M. One-year follow-up of an educational

- intervention for palliative care consultation teams. Japanese journal of clinical oncology. 44(2):172-9,2014.
64. Yamagishi A, Sato K, Miyashita M, Shima Y, Kizawa Y, Umeda M, et al. Changes in Quality of Care and Quality of Life of Outpatients With Advanced Cancer After a Regional Palliative Care Intervention Program. *J Pain Symptom Manage*. 48(4):602-10,2014
 65. Sakashita A, Kishino M, Nakazawa Y, Yotani N, Yamaguchi T, Kizawa Y. How to Manage Hospital-Based Palliative Care Teams Without Full-Time Palliative Care Physicians in Designated Cancer Care Hospitals: A Qualitative Study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015, Epub ahead of the print.
 66. Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, Ohde S, Tetsumi S, Miyashita M. Outcome evaluation of the palliative care emphasis program on symptom management and assessment for continuous medical education: nationwide physician education project for primary palliative care in Japan. *J Palliat Med*. 18(1):45-9, 2015.
 67. Umezawa S, Ogawa A, et al. Prevalence, associated factors and source of support concerning supportive care needs among Japanese cancer survivors. *Psychooncology*. 2015;24(6):635-42.
 68. Yokomichi N, Ogawa A, et al. Validation of the Japanese Version of Edmonton Symptom Assessment System-Revised. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015.
 69. Mori M, Ogawa A, et al. A National Survey to Systematically Identify Factors Associated With Oncologists' Attitudes Toward End-of-Life Discussions: What Determines Timing of End-of-Life Discussions?. *Oncologist*. 2015;20(11):1304-11.
 70. Shimizu K, Akechi T, Ogawa A, et al. Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors. *Jpn J Clin Oncol*. 2015 May;45(5):456-63.
 71. Akechi T, Uchida M, Nakaguchi T, Okuyama T, Sakamoto N, Toyama T, Yamashita H: Difference of patient's perceived need in breast cancer patients after diagnosis. *Jpn J Clin Oncol* 45: 75-80, 2015
 72. Akechi T, Momino K, Miyashita M, Sakamoto N, Yamashita H, Toyama T: Anxiety in disease free breast cancer patients might be alleviated by provision of psychological support, not of information *Jpn J Clin Oncol* 45: 929-933, 2015
 73. Akechi T, Momino K, Iwata H: Brief screening of patients with distressing fear of recurrence in breast cancer survivors *Breast Cancer Res Treat*, 153: 475-476, 2015
 74. Okuyama T, Sugano K, Iida S, Ishida T, Kusumoto S, Akechi T: Screening Performance for Frailty Among Older Patients With Cancer:A Cross-Sectional Observational Study of Two Approaches. *J Natl Compr Canc Netw*. 2015 ;13:1525-31
 75. Yonemoto N, Tanaka S, Furukawa TA, Kato T, Mantani A, Ogawa Y, Tajika A, Takeshima N, Hayasaka Y, Shinohara K, Miki K, Inagaki M, Shimodera S, Akechi T, Yamada M, Watanabe N, Guyatt GH: Strategic use of new generation antidepressants for depression: SUN(^_^) D protocol update and statistical analysis plan *Trials* 16: 459, 2015
 76. Watanabe N, Horikoshi M, Yamada M, Shimodera S, Akechi T, Miki K, Inagaki M, Yonemoto N, Imai H, Tajika A, Ogawa Y, Takeshima N, Hayasaka Y, Furukawa TA: Adding smartphone-based cognitive-behavior therapy to pharmacotherapy for major depression (FLATT project): study protocol for a randomized controlled trial *Trials* 16: 293, 2015

77. Wada S, Shimizu K, Inoguchi H, Shimoda H, Yoshiuchi K, Akechi T, Uchida M, Ogawa A, Fujisawa D, Inoue S, Uchitomi Y, Matsushima E: The Association Between Depressive Symptoms and Age in Cancer Patients: A Multicenter Cross-Sectional Study *J Pain Symptom Manage*, 2015
78. Takeuchi H, Saeki T, Aiba K, Tamura K, Aogi K, Eguchi K, Okita K, Kagami Y, Tanaka R, Nakagawa K, Fujii H, Boku N, Wada M, Akechi T, Udagawa Y, Okawa Y, Onozawa Y, Sasaki H, Shima Y, Shimoyama N, Takeda M, Nishidate T, Yamamoto A, Ikeda T, Hirata K: Japanese Society of Clinical Oncology clinical practice guidelines 2010 for antiemesis in oncology: executive summary *Int J Clin Oncol*, 2015
79. Sugano K, Okuyama T, Iida S, Komatsu H, Ishida T, Kusumoto S, Uchida M, Nakaguchi T, Kubota Y, Ito Y, Takahashi K, Akechi T: Medical Decision-Making Incapacity among Newly Diagnosed Older Patients with Hematological Malignancy Receiving First Line Chemotherapy: A Cross-Sectional Study of Patients and Physicians *PLoS One* 10: e0136163, 2015
80. Shimizu K, Nakaya N, Saito-Nakaya K, Akechi T, Ogawa A, Fujisawa D, Sone T, Yoshiuchi K, Goto K, Iwasaki M, Tsugane S, Uchitomi Y: Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors *Jpn J Clin Oncol* 45: 456-463, 2015
81. Onishi H, Ishida M, Toyama H, Tanahashi I, Ikebuchi K, Taji Y, Fujiwara K, Akechi T: Early detection and successful treatment of Wernicke encephalopathy in a patient with advanced carcinoma of the external genitalia during chemotherapy *Palliat Support Care*: 1-5, 2015
82. Okuyama T, Sugano K, Iida S, Ishida T, Kusumoto S, Akechi T: Screening Performance for Frailty Among Older Patients With Cancer: A Cross-Sectional Observational Study of Two Approaches *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* : JNCCN 13: 1525-1531, 2015
83. Kubota Y, Okuyama T, Uchida M, Umezawa S, Nakaguchi T, Sugano K, Ito Y, Katsuki F, Nakano Y, Nishiyama T, Katayama Y, Akechi T: Effectiveness of a psycho-oncology training program for oncology nurses: a randomized controlled trial *Psychooncology*, 2015
84. Kondo M, Kiyomizu K, Goto F, Kitahara T, Imai T, Hashimoto M, Shimogori H, Ikezono T, Nakayama M, Watanabe N, Akechi T: Analysis of vestibular-balance symptoms according to symptom duration: dimensionality of the Vertigo Symptom Scale-short form *Health Qual Life Outcomes* 13: 4, 2015
85. Ito Y, Okuyama T, Ito Y, Kamei M, Nakaguchi T, Sugano K, Kubota Y, Sakamoto N, Saitoh S, Akechi T: Good death for children with cancer: a qualitative study *Jpn J Clin Oncol* 45: 349-355, 2015
86. Fujisawa D, Inoguchi H, Shimoda H, Yoshiuchi K, Inoue S, Ogawa A, Okuyama T, Akechi T, Mimura M, Shimizu K, Uchitomi Y: Impact of depression on health utility value in cancer patients *Psychooncology*, 2015
87. Akechi T, Uchitomi Y: Depression/Anxiety. In: Bruera E, Higginson I, C FvG (eds) *Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care*. CRC Press, New York, pp. 691-702, 2015
88. 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 Mental Health*;18:28,2015
89. Hara S, Tanimukai H, et al: An audit of transmucosal immediate-release Fentanyl prescribing at an university hospital. *Palliative Care Research*, 10(1):107-12, 2015
90. Tanimukai H, et al. Association between

- depressive symptoms and changes in sleep condition in the grieving process. *Support Care Cancer* 23(7):1925-31, 2015.
91. Tanimukai H, et al. Novel therapeutic strategies for delirium in patients with cancer: A preliminary study. *Am J Hosp Palliat Care* 10(1): 107-112, 2015.
 92. Tanimukai H, et al. Fluvoxamine alleviates paclitaxel-induced neurotoxicity. *Biochem Biophys Res Commun*, 4, 202-206, 2015
 93. Hara S, Tanimukai H, et al. An audit of transmucosal immediate-release Fentanyl prescribing at an university hospital. *Palliative Care Research*, 10 (1) :107- 12, 2015
 94. Kaneko M, Shuhei R, Koyama M, Kakehi R. Perspectives and Challenges in the Psychological Care of Cancer Patients and in Stress Management for Oncology Nurses: an Online Survey among Japanese Nurses, *International Archives of Nursing and Health Care*, Vol 2(1):2469-5823, 2016.
 95. Kaneko M, Kakehi R, Difficulties with Stress Management Faced by Nurse Managers: A Survey of Nurse Managers at a University Hospital, *International Archives of Nursing and Health Care*, 1(3):2469-5823. 2015
 96. Akiyama M, Hirai K, Takebayashi T, Morita T, Miyashita M, Takeuchi A, et al. The effects of community-wide dissemination of information on perceptions of palliative care, knowledge about opioids, and sense of security among cancer patients, their families, and the general public. *Supportive Care in Cancer*, , 24(1): 347-56, 2016.
 97. Tanimukai H, Adachi H, Hirai K, Matsui T, Shimizu M, Miyashita M, Tsuneto S, Shima Y. Association between depressive symptoms and changes in sleep condition in the grieving process. *Support Care Cancer* 23:1925-31, 2015.
 98. Takei Y, Ogata A, Ozawa M, Moritake H, Hirai K, Manabe A, Suzuki S. Psychosocial difficulties in adolescent and young adult survivors of childhood cancer. *Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society* 57:239-46, 2015.
 99. Shinjo T, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Shimizu M, Tsuneto S, Shima Y. Why people accept opioids: role of general attitudes toward drugs, experience as a bereaved family, information from medical professionals, and personal beliefs regarding a good death. *J Pain Symptom Manage* 49:45-54, 2015.
 100. Nakazawa Y, Kizawa Y. Population-Based Quality Indicators for Palliative Care Programs for Cancer Patients in Japan: A Delphi Study. *J Pain Symptom Manage*. 2015 Dec 8. [Epub ahead ofprint]
 101. Akechi T, Kizawa Y. Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument. *Palliat Support Care*. 13(6):1529-33, 2015.
 102. Kizawa Y, Morita T. Improvements in Physicians' Knowledge, Difficulties, and Self-Reported Practice After a Regional Palliative Care Program. *J Pain Symptom Manage*, 50(2):232-40, 2015.
 103. Takase N, Kizawa Y. Methadone for Patients with Malignant Psoas Syndrome: Case Series of Three Patients. *J Palliat Med*, 18(7):645-52, 2015.
 104. Nakajima K, Kizawa Y. Psychologists involved in cancer palliative care in Japan: A nationwide survey. *Palliat Support Care*. 13(2) : 327-34, 2015.
- 論文発表（日本語論文）
1. 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
2. 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):422-6, 2013
 3. 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):196-9, 2013
 4. 小川朝生: 高齢がん患者のこころのケア. 精神科, 23(3):283-7, 2013
 5. 小川朝生: がん患者の終末期のせん妄. 精神科治療学, 28(9):1157-62, 2013
 6. 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):123-30, 2013
 7. 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
 8. 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
 9. 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
 10. 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
 11. 明智龍男: がんこころのケア-サイコオンコロジー. 精神科 23:271-275, 2013
 12. 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
 13. 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
 14. 明智龍男: 緩和医療とせん妄. 臨床精神医学 42:307-312, 2013
 15. 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
 16. 明智龍男: 術後せん妄. 消化器外科 36:1643-1646, 2013
 17. 明智龍男: 抑うつとがん. レジデントノート 15:2440-2443, 2013
 18. 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
 19. 井上真一郎: 色々な不眠への対処~こんなときどうする? 薬剤に依存的な場合 内科医のための不眠診療 はじめの一步, 小川朝生, 谷口充孝 編集, 羊土社, 161-163, 2013
 20. 井上真一郎: 色々な不眠への対処~こんなときどうする? 内科医のための不眠診療 はじめの一步, 小川朝生, 谷口充孝 編集, 羊土社, 164-165, 2013
 21. 井上真一郎: 色々な不眠への対処~こんなときどうする? 睡眠中にパニック発作を起こした場合 内科医のための不眠診療 はじめの一步, 小川朝生, 谷口充孝 編集, 羊土社, 172-174, 2013
 22. 井上真一郎, 他: せん妄の要因と予防, 臨床精神医学 42(3):289-297, 2013
 23. 井上真一郎: 認知症・せん妄・うつ病の違いを知ろう 病態の違い, 看護技術 59(5):19-28, 2013
 24. 井上真一郎, 他: 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
 25. 井上真一郎, 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
 26. 井上真一郎: 誤解から学ぶうつ病, 岡山県警察機関誌「後楽」68(9):43-45, 2013
 27. 谷向 仁, 他: 悲嘆を経験する遺族の睡眠障害の事態調査. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2 (J-HOPE2), 32-36, 2013
 28. 谷向 仁: 認知症のマネジメント -BPSD に対する薬物療法と非薬物療法-. 緩和ケア, 23(3):201-204, 2013
 29. 谷向 仁: 一般病棟における認知症・せん妄・うつ病患者へのケア ~治療薬の違い~. 看護技術, 59(5):54-60, 2013
 30. 谷向 仁: がん患者の精神症状へのアプローチ:がん患者にみられる不眠. 月刊薬事, 55(12):31-35, 2013
 31. 原 伸輔, 谷向 仁, 他: がん疼痛治療におけるメサドン導入に際しての地域がん診療連携拠点病院の取り組み. 緩和ケア, 23(6):469-471, 2013
 32. 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
33. 小川朝生. がんとうつ病の関係. 看護技術. 2014;60(1):21-4.
34. 小川朝生. 精神科医療と緩和ケア. 2014;56(2):113-22.
35. 小川朝生. 高齢がん患者のサイコオンコロジー. 腫瘍内科. 2014;13(2):186-92.
36. 小川朝生. 患者・家族へのがん告知をどう行うか. 消化器の臨床. 2014;17(3):205-9.
37. 小川朝生. DSM-5. プロフェッショナルがんナーシング. 2014;4(4):402.
38. 小川朝生. CAM. プロフェッショナルがんナーシング. 2014;4(4):403.
39. 小川朝生. HADS. プロフェッショナルがんナーシング. 2014;4(4):404-5.
40. 小川朝生. いまや、がんは治る病気. 健康365. 2014;10:118-20.
41. 小川朝生. 急性期病棟における認知症・せん妄の現状と問題点. 看護師長の実践! ナースマネージャー. 2014;16(6):48-52.
42. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(1). CBnews management. 2014.
43. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(2). CBnews management. 2014.
44. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(3). CBnews management. 2014.
45. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(4). CBnews management. 2014.
46. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(5). CBnews management. 2014.
47. 小川朝生. 認知症患者のがん診療. 癌と化学療法. 2014;41(9):1051-6.
48. 比嘉謙介, 小川朝生. 肝癌に対する栄養療法と精神腫瘍学. 臨床栄養. 2014;125(2):182-5.
49. 小川朝生. 高齢者を中心としたがん患者の大規模対面調査の実施-その意義と課題について. 月刊新医療. 2014;41(12):22-5.
50. 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
51. 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
52. 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
53. 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
54. 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
55. 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
56. 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
57. 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
58. 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
59. 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
60. 明智龍男: 支持的精神療法, 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
61. 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
62. 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
63. 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
64. 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
65. 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
66. 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
67. 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
68. 井上真一郎: クロザピンの副作用への対応 漿膜炎が生じると聞きました クロザピン100のQ&A 治療抵抗性への挑戦, 藤井康男編集, 星和書店, 229-232, 2014
69. 井上真一郎: A 進行再発・転移乳癌の薬物療法 B 随伴症状を有する患者に対する乳癌薬物療法 5.精神症状(うつ・不眠)各領域専門医にきく 乳癌薬物療法ケースファイル, 佐伯俊昭編集, 南江堂, 2014
70. 上村 恵一: 終末期せん妄 終末期における治療抵抗性のせん妄への対応, 精神科治療学 29(4):495-500.2014.
71. 谷向 仁他: 認知機能改善薬. 臨床精神薬理学テキスト 改訂第3版, 日本臨床精神薬理学会専門医制度委員会(編), 276-289, 星和書店, 2014
72. 金子真理子: 血液・造血器疾患を持つ成人を理解するために. 新体系 看護学全書 成人看護学 血液・造血器. 溝口秀昭, 泉二登志子, 川野良子(編). メジカルフレンド社: 2-9, 2014.
73. 金子真理子: 血液・送血器疾患が患者に及ぼす影響と看護の役割. 新体系 看護学全書 成人看護学 血液・造血器. 溝口秀昭, 泉二登志子, 川野良子(編). メジカルフレンド社: 174-180, 2014.
74. 金子真理子: がん看護概論. 看護実践のためのがん看護. 林和彦(監修). 医学映像社, DVD, 2014.
75. 古賀晴美, 塩崎麻里子, 鈴木伸一, 三條真紀子, 下阪典子, 平井 啓. 女性がん患者の男性配偶者が感じる夫婦間コミュニケーションにおける困難: 乳がん患者に関する検討. 心身医学 54(8) 786-795, 2014.
76. 吉津紀久子, 東井申雄, 平井 啓. がん医療において心理士に求められる介入のあり方について 大阪大学医学部附属病院心のケアチームの臨床実践データから. 心身医学 54(3) 274-283, 2014.
77. 木村洋輔, 木澤義之. 食欲不振と終末期における輸液. 第3章緩和医療学. 在宅医療バイブル. p324-333, 川越正平編. 日本医事新報社. 2014年2月.
78. 木澤義之, 荒尾晴恵. 1. 教育, 第4章教育・研究. 専門家をめざす人のための緩和医療学. p330-336. 特定非営利法人日本緩和医療学会編. 南江堂, 2014年7月.
79. 阿部泰之, 木澤義之. アドバンス・ケア・プランニングと臨床倫理. 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア, p38-44, 長江弘子編, 日本看護協会出版会, 2014年3月.
80. 浜野 淳, 木澤 義之. 日本における Primary Palliative Care プライマリ・ケア医による Primary Palliative Care の普及と発展. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 37(3):268-272, 2014.
81. 坂下 明大, 久保 百合奈, 太田垣 加奈子, 岸野 恵, 山口 崇, 木澤 義之. 呼吸困難のマネジメント. 死が近づいた時の症状マネジメント-質の高いエンドオブライフ・ケアを実現するために. 緩和ケア 24(4):261-268, 2014.
82. 杉原 有希, 木澤 義之. がん性疼痛治療薬の使い方. よく使う日常治療薬の正しい使い方. レジデントノート 16(7):1361-1365, 2014.
83. 小川朝生, 他. 実習お役立ちカード 精神. 看護学生. 2015;62(12):巻末付録.
84. 小川朝生. トータルペインの視点に基づ

- く治療抵抗性疼痛へのアプローチ-医師の立場より-. がん治療と対処療法. 2015 2015/8/31;26(1):39-43.
85. 小川朝生. 高齢がん患者のメンタルサポート 地域のかかりつけ医、精神科医の貢献を期待. Medical Tribune. 2015 2015/8/20;48(34):20.
 86. 小川朝生. 認知症の緩和ケア - 総合病院の精神科医が果たす役割 -. 総合病院精神医学. 2015 2015/4/15;27(2):115-22.
 87. 小川朝生. -9 認知症治療薬・抗うつ薬・統合失調症に対する抗精神病薬など既存の精神疾患に対する治療薬. 緩和ケア. 2015;25(suppl):37-42.
 88. 小川朝生. せん妄を知る. がん看護. 2015 2015/7/20;20(5):499-502.
 89. 小川朝生. がん患者の心理・社会的支援 総論. 臨床栄養. 2015 2015/7/1;127(1):71-6.
 90. 小川朝生. 高齢がん患者の心のケア. 加仁. 2015;42:13-6.
 91. 小川朝生. がんと「こころ」 -患者さんとご家族のために、病气や心、暮らしのことまでも一緒に考えていきます. 「がん治療」新時代. 2015;7:23-5.
 92. 小川朝生. 認知症患者の意思決定支援. 緩和ケア. 2015;25(3):187-91.
 93. 小川朝生. 現場の取り組みで学ぶ 発達障害と職場適応に向けたかかわり方 発達障害の総論. 看護人材育成. 2015 2015/4/30;12(1):98-102.
 94. 小川朝生. 高齢がん患者のケア～高齢がん患者の認知機能の特徴とアセスメントと対応～. がん看護. 2015:239-43.
 95. 小川朝生. 精神的苦痛から解放されるには-精神腫瘍科医の役割とメンタルケアの必要性. がんサポート. 2015;142(1):20-5.
 96. 佐々木千幸、上田淳子、小川朝生. 現場の取り組みで学ぶ 発達障害と職場適応に向けたかかわり方. 看護人材育成. 2015 2015/8/31;12(3):123-7.
 97. 金子真理子、小川朝生、佐々木千幸、小山千加代. 急性期病院の認知症看護における現任教育に求められていること～認知症看護に携わる看護師へのインタビュー結果からの一考. 月刊ナースマネジャー. 2015;16(12):41-5.
 98. 小川朝生. 患者を支える家族が危ない! 家族は「第二の患者」. やましん 暮らしの知恵. 2015 2015/10;435:1-5.
 99. 佐々木千幸、小川朝生、他. 現場の取り組みで学ぶ 発達障害と職場適応に向けたかかわり方 何度教えても覚えられない! 看護人材育成. 2015 2015/8/31;12(3):123-7.
 100. 明智龍男: サイコオンコロジー: 佐藤隆美, 藤原康弘, 古瀬純司, 大山優 (eds) がん治療エッセンシャルガイド改訂3版 What's New in Oncology. 南山堂, 東京, pp. 198-203, 2015
 101. 明智龍男: 癌に伴う精神医学的問題: 金澤一郎, 永井良三 (eds) 今日の診断指針第7版. 医学書院, 東京, pp. 159-160, 2015
 102. 明智龍男: コンサルテーション・リエゾン精神医学: 尾崎紀夫, 朝田隆, 村井俊哉 (eds) 標準精神医学. 医学書院, 東京, pp. 177-188, 2015
 103. 明智龍男: 患者の自殺を経験した医療スタッフのケア(ポストベンション) 臨床栄養 127: 618-619, 2015
 104. 明智龍男: 現代のがん医療院におけるサイコオンコロジーの役割-がんと共に生きる時代を背景に Depression Strategy 5: 1-4, 2015
 105. 明智龍男: 身体疾患とうつ病 精神科 26: 409-412, 2015
 106. 明智龍男: がん患者に対する自殺予防の実践 精神科治療学 30: 485-489, 2015
 107. 明智龍男: 特定の場面におけるうつ状態への対応 内科 115: 241-244, 2015
 108. 明智龍男: 仕事人の楽屋裏 緩和ケア 25: 74-75, 2015
 109. 稲垣正俊, 明智龍男: がん患者のうつ病・うつ状態の病態 総合病院精神医学 27: 2-7, 2015
 110. 井上真一郎: せん妄に対するプロナセリンの有用性に関する検討. 精神医学 57(3): 219-224, 2015
 111. 井上真一郎, 他: せん妄の原因, メカニズム. 精神科 27(1): 52-57, 2015

112. 上村恵一: 生活することを阻害する心の変化とケア 眠ることを阻害する症状 睡眠障害のメカニズムと治療, *がん看護* 20(2)182-187, 2015
113. 上村恵一: 精神科医だからこそできる鑑別できる「身の置き所のなさ」, *緩和ケア* 25(2), 99-102, 2015
114. 上村恵一; 特集・せん妄の診断・治療 update
115. いつまで治療を続けるか - 抗精神病薬の中止基準-, *精神科* 27(1) 88-91, 2015
116. 上村恵一: がん緩和ケアに応用できる認知症の薬物療法, *緩和ケア* 25(4), 279-284, 2015
117. 上村恵一: 誰も教えてくれなかった緩和医療- 最新知識と実践, *臨床泌尿器科* 69(9), 766-769 2015
118. 谷向 仁. がん患者に認められる様々な認知機能障害 ~これまでの知見と今後の課題~. *精神神経学雑誌* 117(8): 585-600, 2015.
119. 金子真理子, 小川朝生, 佐々木千幸, 小山千加. 性期病院の認知症看護における現任教育に求められていること-認知症看護に携わる看護師 へのインタビュー結果からの一考, *ナースマネージャー*, 2月号, 41-45, 2015.
120. 金子真理子. がん看護におけるコミュニケーション, *がん患者指導管理料の導入と今, がん看護に求められること*, *Oncology NURSE*, 77-82, 2015.
121. 金子真理子. がん医療におけるコミュニケーションプログラムの開発と評価, *文部省科学研究費基盤研究(C) 報告書*, 2015.
122. 岸野 恵, 木澤 義之. 大学病院入院中のがん患者の突出痛の頻度に関する予備調査. *Palliative Care Research*, 10 巻 3号:155-160, 2015.
123. 田中 祐子, 木澤 義之, 坂下 明大. アドバンス・ケア・プランニングと臨床倫理に関する研修会の実施とその評価. *Palliative Care Research* 10 巻 3号: 310-314, 2015
124. 白土 明美, 木澤 義之. ホスピス・緩和ケア病棟の入院予約と外来機能に関する全国実態調査. *癌と化学療法* 42 巻 9号:1087-1089, 2015.
125. 山本 亮, 木澤 義之. PEACE 緩和ケア研修会を受講したことによる変化と今後の課題 フォーカスグループ・インタビューの結果から. *Palliative Care Research*. 10 巻 1号:101-106, 2015.
126. 山口 崇, 木澤 義之. 【悪性消化管閉塞にどう対応する? どうケアする?】悪性消化管閉塞とオクトレオチド これからの議論のための背景知識. *緩和ケア*. 25 巻 5号:366-370, 2015.
127. 木澤 義之, 山口 崇, 余谷暢之. 【緩和医療の今】包括的アセスメント これからのことを話し合う アドバンス・ケア・プランニング. *ペインクリニック*. 36 巻 別冊秋, S613-S618, 2015.
128. 長谷川 貴昭, 木澤 義之. 急性期病棟での看取りにおける信念対立 終末期せん妄を発症したがん患者と家族への医療スタッフの関わり. *死の臨床*. 38 巻 1号 :115-116, 2015.
129. 木澤 義之. 【誰も教えてくれなかった緩和医療-最新知識と実践】 *がん緩和医療 症状緩和とエンド・オブ・ライフケア*. *臨床泌尿器科*, 69 巻 9号: 706-709, 2015.
130. 木澤 義之. アドバンス・ケア・プランニング "もしもの時"に備え, "人生の終わり"について話し合いを始める. *ホスピスケアと在宅ケア* . 23 巻 1号: 49-62, 2015.
131. 木澤 義之. 【現場で活用できる意思決定支援のわざ】 アドバンス・ケア・プランニングと意思決定支援を行うためのコツ. *緩和ケア*. 25 巻 3号:174-177, 2015.

学会発表 (海外学会)

1. 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
2. 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
3. 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
 4. Sakagami Y, Tanimukai H, et al: Involvement of endoplasmic reticulum stress in tauopathy, 11th World Congress of Biological Psychiatry, Kyoto, 2013/6/24, 共同演者
 5. Tanimukai H, et al: BiP inducer X attenuates paclitaxel induced endoplasmic reticulum stress related neurotoxicity, 11th World Congress of Biological Psychiatry, Kyoto, 2013/6/25, 演者
 6. Omi T, Tanimukai H, et al: Fluvoxamine alleviates ER stress via induction of Sigma-1 receptors (Sig-1Rs), 11th World Congress of Biological Psychiatry, Kyoto, 2013/6/27, 共同演者
 7. 清水 研: 「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, 2013/6/7, 韓国
 8. Shimizu K: Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors, 15th. IPOS, 2013/11/6, ロッテルダム (オランダ)
 9. 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
 10. 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
 11. 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
 12. 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
 13. 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
 14. 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
 15. 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
 16. Uchida, M., C. Sugie, M. Yoshimura, E. Suzuki, Y. Shibamoto, M. Hiraoka and T. Akechi (2015 Nov). The experiences and preferences of shared decision making and their associated factors among cancer patients undergoing radiation therapy. 42th Annual Scientific

Meeting of Clinical Oncology Society of Australia. Hobart.

17. Ogawa, S., M. Kondo, J. Okazaki, R. Imai, K. Ino, T. A. Furukawa and T. Akechi (2015 Nov). Catastrophic cognitions and comorbid psychological symptoms in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. Association for behavioral and cognitive therapies 49th annual convention. Chicago.
18. Kondo S: "On dementia and pain: preliminary report of a qualitative study from long-term care facilities of good practice in Japan." The 4th BESETO International Psychiatry Conference. (20150905). Seoul, South Korea.

学会発表（国内学会）

19. 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, 2013/3/7, シンポジウム演者
20. 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, 2013/5/19, シンポジウム座長
21. 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, 2013/6/21, シンポジウム演者
22. 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, 2013/6/22, フォーラム演者
23. 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, 2013/6/22, 特別企画演者
24. 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, 2013/7/19, シンポジウム演者
25. 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, 2013/8/29, 一般口演
26. 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, 2013/8/29, 一般口演

27. 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, 2013/8/31, 合同シンポジウム司会
28. 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, 2013/9/20, ランチョンセミナー演者
29. 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, 2013/9/20, ポスターセッション
30. 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, 2013/9/20, 合同シンポジウム司会
31. 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, 2013/9/20, シンポジウム
32. 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, 2013/9/21, 特別企画演者
33. 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, 2013/10/24, ポスター発表
34. 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☺ study: メガトリ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
35. 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
36. 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
37. 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
38. 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
 39. 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
 40. 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
 41. 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
 42. 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
 43. 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
 44. 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
 45. 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
 46. 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
 47. 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
 48. 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
 49. 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
 50. 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
 51. 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
 52. 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
 53. 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
 54. 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
 55. 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
 56. 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
 57. 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
 58. 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
 59. 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
 60. 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
61. 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
 62. 井上真一郎, 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
岡市, 2013. 5. 23-25, ポスター発表
 63. 井上真一郎, 他: うつ状態の復職困難者の
アプローチに家族歴が参考となった一例
~ 産業医の立場から ~, 日本産業衛生
学会 第 23 回産業医・産業看護全国協議
会, 名古屋市, 2013. 9. 26-28, ポスター発
表
 64. 井上真一郎, 他: レストレスレッグス症
候群の治療によりせん妄が改善した一例,
第 54 回 中国・四国精神神経学会, 高松市,
2013. 12. 5-6, 一般演題発表
 65. 菊地未紗子, 上村恵一 他: 救命救急セン
ターに搬送される認知症患者の背景と転
帰, 第 16 回 日本救急医学会総会・学術
集会, 東京都, 2013/10/21~23, 一般演題
 66. 松田陽一, 谷向 仁 他: がん疼痛症候群
患者のオピオイドに関する異常薬物関連
行動, 第 18 回 日本緩和医療学会学術大
会, 横浜市, 2013/6/22, 共同演者
 67. 谷向 仁 他: 悲嘆を経験する遺族の睡
眠障害の実態調査, 第 18 回 日本緩和医
療学会学術大会, 横浜市, 2013/6/22, 演
者
 68. 谷向 仁: サイコオンコロジー領域にお
ける精神症状の生物学的脳内基盤 ~ せん
妄の病態生理とその介入について考える
~, 第 26 回 日本サイコオンコロジー学
会総会, 大阪市, 2013/9/20, 座長
 69. 谷向 仁: せん妄の多施設研究紹介 ~
高次機能障害からみた薬剤選択を考える
~, 第 26 回 日本サイコオンコロジー学
会総会, 大阪市, 2013/9/20, 演者
 70. 谷向 仁 他: 医療者はがん患者の抑うつ
症状をどのように捉えているか?, 第 26
回 日本サイコオンコロジー学会総会,
大阪市, 2013/9/20, 演者
 71. 谷向 仁: 老年期に見られる精神症状と
その問題 ~ 認知症とせん妄を中心に ~,
西宮精神科医学会学術講演会, 西宮市,
2013/12/19, 演者
 72. 嵐弘美, 金子真理子 他, 3 施設のリエゾ
ンナースの連携の取り組みの成果と課題,
第 9 回東京女子医科大学学会学術集
会, 2013・10/6,
 73. 異議田はづき, 金子真理子 他, リエゾ
ンナースによる看護師のメンタルヘルス相
談における実態報告 ~ 新人看護師と新人
以外の看護師の相談の特徴, 第 9 回東京
女子医科大学学会学術集会, 2013・10/6,
 74. 山崎千草, 金子真理子 他, 専門看護師連
絡会の活動と今後への示唆, 第 9 回東京
女子医科大学学会学術集会, 2013・10/6
 75. 平井 啓, 原田和弘: 乳がん検診の受診
率向上のためのティラード介入の効果な
らびに費用対効果 - 地域における乳がん
検診受診ノン・アドヒアラーに対する無
作為化比較試験 日本健康心理学会第 26
回大会 2013. 9
 76. 平井 啓, 石川善樹, 原田和弘, 斉藤博,
渋谷大助: 乳癌検診の受診率向上のため
のティラードメッセージ介入の有効性と
費用対効果に関する無作為化比較試験
第 26 回日本サイコオンコロジー学会総
会 2013. 9
 77. 清水 研: がん患者に合併する抑うつに
関する最新の知見と臨床の実際, 第 19 回
日本行動医学会学術総会, 2013/3/8, 東京
 78. 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, 2013/5/22, 福岡
 79. 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, 2013/7/19, 福岡
 80. 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, 2013/9/21, 大阪
 81. 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, 2013/11/29, 京都
 82. 小川朝生: ICT による高齢がん患者外来
支援システムの開発. 第 5 2 回日本癌治
療学会学術集会, 横浜市, 2014/8/30, ポス

- ター.
83. 小川朝生: がん診療連携拠点病院の新要求 傾向と対策. 第19回日本緩和医療学会学術大会, 神戸市, 2014/9/20, 緩和ケアチームフォーラム演者.
 84. 小川朝生: 認知症の緩和ケア 総合病院の精神科医が果たす役割. 第27回日本総合病院精神医学会総会茨城県つくば市, 2014/11/28, ワークショップ.
 85. 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
 86. 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
 87. 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
 88. 明智龍男: シンポジウム「高齢者ががん治療のエッセンス」 高齢者ががん治療の問題点-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
 89. 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
 90. 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
 91. 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
 92. 明智龍男: がん患者・家族の精神的ケア. アルメイダ病院緩和医療研修会 特別講演, 大分, 2014年11月
 93. 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
 94. 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
 95. 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
 96. 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
 97. 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
 98. 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
 99. 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
 100. 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
 101. 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
 102. 渡辺範雄, 明智龍男, et al: 新世代抗うつ薬の最適使用戦略 実践的メカニズム SUND study. 第110回日本精神神経学会, 横浜, 2014年6月
 103. 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
 104. 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

105. 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
106. 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
107. 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
108. 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
109. 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 第1回精神腫瘍学を学ぶ会 特別講演, 名古屋, 2014年2月
110. 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
111. 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
112. 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
113. 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
114. 井上真一郎: 在宅医療におけるがん患者・家族の精神心理的ケア, 第16回日本在宅医学会大会, 浜松, 2014.3.1
115. 井上真一郎: 終末期におけるせん妄マネジメント, 第19回日本緩和医療学会学術大会, 神戸, 2014.6.20
116. 井上真一郎: 多職種チームによる術後せん妄の予防的介入が無効であった症例の検討, 第110回日本精神神経学会 横浜, 2014.6.27
117. 井上真一郎: せん妄に対するチームアプローチ, 第27回サイコオンコロジー学会, 船橋, 2014.10.4
118. 井上真一郎: プロナンセリンによるせん妄薬物治療の一考察, 第55回中国・四国精神神経学会, 山口, 2014.10.24
119. 井上真一郎: 特別講演「精神医学と緩和医学の接点の研究について」, 第14回中国地区GHP研究会, 広島, 2014.11.1
120. 井上真一郎: がん専門病院、大学病院、総合病院における精神腫瘍医 ~それぞれの立場で果たすべき役割の違いとは~ , 第27回日本総合病院精神医学会, つくば, 2014.11.29
121. 上村恵一: 公立総合病院における精神科救急合併症病棟の役割. 第22回日本精神科救急学会学術総会. 旭川市. 2014/9/6, シンポジウム
122. 谷向 仁: 認知機能に配慮したコミュニケーションを考える, 第16回 日本緩和医療学会教育セミナー 博多市, 2014/1/11, 演者
123. 谷向 仁: 新規睡眠薬を使いこなす - 従来薬との違いを含めて, 第19回 日本緩和医療学会学術大会 神戸市, 2014/6/21, 演者
124. 谷向 仁: せん妄の診断、治療、チームアプローチに際してぜひ若手精神科医に知っておいて欲しい必須知識, 第110回日本精神神経学会学術大会 横浜市, 2014/6/27, 演者
125. 平井啓, 谷向 仁他: メンタルヘルス受療行動の適正化に有用なメッセージ開発, 日本心理学会 第78回大会, 京都市, 2014/9/12, 共同演者
126. 佐々木淳, 谷向 仁他: メンタルヘルスの専門機関の利用と心理的問題の原因認知の変化, 第14回 日本認知療法学会, 大阪市, 2014/9/12-9/14, 共同演者
127. 中村菜々子, 谷向 仁他: メンタルヘルス受療行動を実行した者の特徴: 受療を決めた理由の質的分類, 第14回 日本認知療法学会, 大阪市, 2014/9/12-9/14, 共同演者
128. 谷向 仁: がん患者にみられるせん妄に対する新たな薬物療法アルゴリズム作成に関する検討, 第27回 日本サイコオン

- コロジエ学会総会，東京，2014/10/4，
演者
130. 谷向 仁：精神科医として緩和ケアチームに参加して学んだこと、感じたこと、
131. 西宮市精神科医会学術講演会 芦屋市，
2014/11/13，演者
132. 長坂育代，眞島智子，金子眞理子他，チ
ーム医療を促進する専門看護師の臨床判
断，第 34 回日本看護科学学会学術集会、
名古屋.2014/11/30.ポスター.
133. 金子眞理子，小川朝生他，急性期病院に
おける認知症看護の現状と課題，第 27
回総合病院精神医学会総会，
S-170,2014/11/28.ポスター.
134. 金子眞理子，急性期病院における認知症
ケアの現状と今，求められていることー
看護の立場から，第 27 回日本サイコオン
コロジエ学会総会 2014/10/4.シンポジ
ウム
135. 嵐弘美，山内典子，金子眞理子他，3 施
設のリエゾンナースによる看護職へのメ
ンタルヘルス支援の実態と課題，第 10
回東京女子医科大学学会学術集会
2014/10/4.
136. 平井 啓，原田和弘：乳がん検診の受診
率向上のためのテラード介入の効果なら
びに費用対効果 - 地域における乳がん
検診受診ノン・アドヒアラーに対する無
作為化比較試験 日本健康心理学会第 26
回大会 2013.9
137. 平井 啓，石川善樹，原田和弘，斉藤博，
渋谷大助：乳癌検診の受診率向上のため
のテラードメッセージ介入の有効性と
費用対効果に関する無作為化比較試験
第 26 回日本サイコオンコロジエ学会総
会 2013.9
138. 平井 啓：がん検診受診率向上のための
行動変容アプローチ.シンポジウム「ヘ
ルスプロモーション最前線ー行動医学お
よび認知行動療法の貢献ー」第 21 回日
本行動医学会学術総会シンポジウム
2014.11.22. 所沢
139. 平井 啓：実行意図と計画意図の形成と
行動変容：乳癌検診の受診行動への介入
研究からの示唆.日本社会心理学会第 55
回大会 2014.7.27 札幌
140. 平井 啓：問題解決のための交渉学.シ
ンポジウム「緩和ケアの現場で起こる意
見の違い・対立をどう克服するか」第
19 回日本緩和医療学会学術大会
2014.6.20 神戸
141. 近藤伸介：認知症国家戦略と精神医療
第 29 回日本老年精神医学会大会，東京，
2014/6/13 演者
142. 近藤伸介：認知症 疫学から政策、コミュ
ニティ支援、社会的包摂まで WPA
Section on Epidemiology and Public
Health 2014 Meeting, 奈良, 2014/10/16
座長
143. 小川朝生，不眠へのアプローチ. 第 28
回日本サイコオンコロジエ学会総会；
2015/9/18；広島県広島市.シンポジウム
144. 小川朝生，高齢がん患者への支援 高齢
者総合機能評価. 日本外科代謝栄養学会
第 52 回学術集会；2015/7/3；東京都品川
区.シンポジウム
145. 小川朝生，認知症の緩和ケア. 第 65 回日
本病院学会；2015/6/18；長野県北佐久郡
軽井沢町.ワークショップ
146. 小川朝生，がん医療における意思決定ー
サイコオンコロジエの立場からー. 第 29
回日本がん看護学会学術会；2015/2/28；
神奈川県横浜市.教育講演
147. 藤澤大介，小川朝生，他. がん患者の不
安症状に対する短期認知行動療法の開発.
第 28 回日本総合病院精神医学会総会；
2015/11/28；徳島県徳島市.ポスター.
148. 小川朝生，他. がん患者への ICT を用い
た在宅支援. 第 28 回日本総合病院精神
医学会総会；2015/11/27；徳島県徳島市.
シンポジウム.
149. 小川朝生，平井啓，他. 多職種によるせ
ん妄対応プログラムの開発. 第 28 回日
本総合病院精神医学会総会；
2015/11/27；徳島県徳島市.ポスター.
150. 小川朝生，高齢者機能評価スクリーニ
ングツール G8 日本語版の評価. 第 13 回
日本臨床腫瘍学会学術集会；2015/7/16；
札幌市.ポスター.
151. 小川朝生，ICT を用いた高齢がん患者に
対する外来診療支援システムの実施可能
性の検討. 第 53 回日本癌治療学会学術
集会；2015/10/30；京都市.ポスター.

152. 小川朝生, 精神疾患を持つ患者の意思決定をサポートする. 第53回日本癌治療学会学術集会; 2015/10/30; 京都市. シンポジウム.
153. 小川朝生, 高齢者機能評価. 第28回日本内視鏡外科学会総会; 2015/12/10; 大阪市. シンポジウム.
154. 小川朝生, 認知症をもつがん患者の治療に関する主治医・緩和ケアチームの意向調査. 第20回日本緩和医療学会学術大会; 2015/6/20; 横浜市. ポスター.
155. 明智龍男 (2015年6月). シンポジウム 死にゆく患者/遺族に対する精神療法的接近 ころの中に安易に踏み込んではいけないこともある:「否認」をケアすることの大切さ. 第111回日本精神神経学会総会. 大阪市.
156. 明智龍男 (2015年6月). シンポジウム 「がん患者の希死念慮と自殺:プリベンション、インターベンション、そしてポストベンション」 自殺後のポストベンション(事後対応):特にスタッフのケアを中心に. 第20回日本緩和医療学会総会. 横浜.
157. 明智龍男 (2015年7月). シンポジウム 「医師が考える「抗がん薬」の止め時と患者サポート」 抗がん治療中止に際しての患者心理. 第13回日本臨床腫瘍学会総会. 札幌.
158. 明智龍男 (2015年10月). ワークショップ 他分野からの提言 精神病理学への提言-サイコオンコロジーの立場から. 第38回日本精神病理学会総会. 名古屋.
159. 明智龍男 (2015年10月). 特別講演 がん医療におけるころの医学:サイコオンコロジー. 日本肺癌学会北海道支部会. 札幌.
160. 明智龍男 (2015年11月). シンポジウム サイコオンコロジー領域における介入法開発の最前線 がん患者の再発不安・恐怖に対する Information and communication technology (ICT) 技術の活用. 第28回 日本総合病院精神医学会総会. 徳島市.
161. 明智龍男 (2015年11月). メディカルスタッフシンポジウム 医療スタッフのケア:燃え尽きないためのセルフケアに焦点をあてて. 第56回 日本肺癌学会総会. 横浜市.
162. 明智龍男 (2015年11月). ランチョンセミナー がん患者の精神症状の評価とマネジメント:総合病院の精神科医/心理士が知っておきたい一歩先のスキル. 第28回 日本総合病院精神医学会総会. 徳島市.
163. 奥山徹, 明智龍男 (2015年6月). シンポジウム 医学生と研修医が魅力を感じる講義と実習-精神医療を発展させる後継者を育てる 名古屋市立大学の取り組み. 第111回 日本精神神経学会総会. 大阪市.
164. 中口智博, 奥山徹, 伊藤嘉則, 内田恵, 明智龍男 (2015年9月). シンポジウム ストレスは病気に影響するのか? がん化学療法における条件付けが関与した有害事象. 第28回 日本サイコオンコロジー学会総会. 広島市.
165. 東英樹, 明智龍男 (2015年11月). 電気けいれん療法でみられる発作時生理学的指標としての脳波、心拍、筋電図の時系列進展とそれらの脳波電極部位による差異の検討. 第45回日本臨床神経生理学会. 大阪.
166. 内田恵, 杉江愛生, 吉村道央, 鈴木栄治, L. J. Makenzie, 芝本雄太., 平岡真寛, 戸井雅和, 明智龍男 (2015年9月). 雇用状況が医師との予後についての話し合いの意向に関連する. 第28回 日本サイコオンコロジー学会総会. 広島市.
167. 川口彰子, 根本清貴, 仲秋秀太郎, 橋本伸彦, 山田峻寛, 川口毅恒, 西垣誠, 東英樹, 明智龍男 (2015年9月). 電気けいれん療法後の agitation の予測因子に関する脳画像研究. 第37回日本生物学的精神医学会. 東京.
168. 小川成, 近藤真前, 井野敬子, 伊井俊貴, 今井理紗, 岡崎純弥, 古川壽亮, 明智龍男 (2015年7月). パニック症の認知行動療法における身体感覚過敏と併存精神症状との関係. 第15回日本認知療法学会. 東京.
169. 井上真一郎:在宅医療継続の障壁となりうる「せん妄」に関する教育プログラムの有用性について. 第17回日本在宅医

- 療学会もりおか大会，盛岡
2015.4.25-26
170. 井上真一郎，他：せん妄に対するプロナ
ンセリンの有用性について - 好適症例の
検討 - . 第 111 回日本精神神経学会学術
総会，大阪 2015.6.4-6
171. 井上真一郎，他：終末期がん患者の在宅
医療継続の障壁となりうる「せん妄」に
関する教育プログラムの有用性について .
第 20 回日本緩和医療学会学術大会，横浜
2015.6.18-20
172. 井上真一郎，他：呼吸器外科・消化器外
科の手術予定患者を対象とした看護師に
よる認知機能評価に関する後方視的観察
研究 第 20 回日本緩和医療学会学術大会，
横浜 2015.6.18-20
173. 井上真一郎：地域精神医療：地域におけ
る精神科と身体科 第 15 回外来精神医療
学会，東京 2015.7.4-5
174. 井上真一郎，他：せん妄患者における紹
介病名についての後方視的研究 . 第 35
回日本精神科診断学会，札幌
2015.8.6-7
175. 井上真一郎：最先端のせん妄治療戦略
「せん妄薬物療法の増強療法としての非
薬物療法」. 第 25 回日本臨床精神神経薬
理学会，東京 2015.10.29-30
176. 井上真一郎，他：岡山大学病院において
一般病棟や救急病棟から精神科病棟へ転
棟となった複数のケースについての検討
- 精神科リエゾンチームの果たす役割 - .
第 56 回中国・四国精神神経学会，倉敷
2015.11.12-13
177. 井上真一郎：サイコオンコロジー領域に
おける介入法開発の最前線 「術後せん
妄予防のためのチーム医療」. 第 28 回日
本総合病院精神医学会総会，徳島
2015.11.27-28
178. 谷向 仁 . がん治療中と治療後のメンタ
ルヘルス ~自分たちでできること、医
師に相談すべきこと~ . 第 8 回乳がんシ
ンポジウム@ ニューヨーク，NYC，
2015.4.24
179. 谷向 仁 . せん妄のワークショップ：
Overview . 第 111 回日本精神神経学会学
術大会 大阪市，2015.6.4
180. 谷向 仁 . 総合病院でのサイコオンコロ
ジーの魅力 ~ 困難をやりがいに変える
ことができるか? ~ . 第 18 回 有床総合
病院精神科フォーラム 札幌市，
2015.7.11
181. 谷向 仁，松井智子 . 乳がん患者におけ
る化学療法による認知機能障害と不安/
抑うつとの関係に関する検討 . 第 28 回
日本サイコオンコロジー学会 広島市，
2015.9.18
182. 松井智子，谷向 仁 . 乳がん患者におけ
る心理社会的サポートサービスの利用の
実態 .
183. 第 28 回 日本サイコオンコロジー学会
広島市，2015.9.18
184. 金子真理子，柳修平，小山美樹：がん看護
における心理面の対応および看護師自身
のストレスマネジメントに関する認識と
課題，第 34 回日本看護科学学会学術集会，
(於広島)2015，12 .
185. 岡田佳詠，金子真理子：ストレスを吹き
とばそう，ナースのための認知療法活用
術，第 34 回日本看護科学学会学術集会交
流集会，(於広島)2015，12 .
186. 金子真理子：コミュニケーション技術は
スタッフ間に応用できるか，第 56 回日本
肺癌学会シンポジウム(於 横浜)，2015，
11 .
187. 金子真理子，小川朝生，小山美樹：がん
患者の精神心理面のアセスメントとコミ
ュニケーションに関する看護師の認識，
日本サイコオンコロジー学会 (於 広
島)，2015，9 .
188. 山崎千草，栗田直央子，小泉雅子，金子
真理子他：A 大学病院における専門看護
師の活用およびニーズに関する実態調査，
東京女子医科大学看護学会，2015.10
189. 平井 啓：まず身に付けたいスキル：マ
イクロカウンセリングと問題解決技法 .
シンポジウム「がん患者相談面接を行う
看護師に求められるカウンセリングスキ
ル」第 20 回日本緩和医療学会学術大
会，2015.6.19 横浜
190. 平井 啓：アウトリーチとしての心理コ
ンサルティング活動 . シンポジウム「緩
和ケアのアウトリーチはどこまで進んだ
か」第 20 回日本緩和医療学会学術大
会，2015.6.20 横浜

191. 平井 啓：心理コンサルテーションの観点から．シンポジウム「総合病院でのサイオンロジーの魅力」2015.7.11 総合病院精神医学会有床フォーラム 札幌
192. 平井 啓：がん患者の意思決定支援のための認知行動的アプローチ - 行動経済学との融合によるさらなる発展を目指して- ．日本認知行動療法学会第41回大会,2015.10.3 仙台

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。