



日本サイコオンコロジー学会Homepage:
<http://www.jpos-society.org/>

国際サイコオンコロジー学会Homepage:
<http://www.jpos.org/>

日本サイコオンコロジー学会 ニュースレター 67

Dec 2011 no.

JAPAN PSYCHO-ONCOLOGY SOCIETY News Letter

日本サイコオンコロジー学会

〒112-0012 東京都文京区大塚5-3-13 小石川アーバン4F 一般財団法人 学会支援機構内
TEL:03-5981-6016 FAX:03-5981-6012
email:jpos@asas.or.jp

ご挨拶

JPOS 代表理事再任 にあたって



日本サイコオンコロジー学会代表理事
埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科
大西秀樹

このたび、JPOS 代表理事を引き続き務めさせていただくこととなりました。1200名の会員の皆様の代表として責任を果たすべく引き続き努力を重ねてまいります。

2年前に就任した時は法人化して初めての期間であり、運営面において様々なことが未経験で戸惑うことも多かったのですが、皆様の献身的なご協力のおかげで何とか無事に乗り切ることができました。心より御礼申し上げます。

私たち JPOS は患者さんやご家族が、がんに罹患しても心穏やかに過ごせるよう、臨床、教育そして研究を通じて地道な努力を重ねてまいりました。その成果は様々な形で社会に活かされており、将来を託せる優秀な人材も数多く育ってまいりました。臨床、教育、研究のあらゆる分野で真摯な活動を継続しているのが JPOS の文

化と言ってよいと思います。“メンタルケアの重要性が理解できるようになった”と外部の方からお誉めの言葉をいただくことも多くあります。JPOS 代表理事としてこれ以上の喜びはございません。

しかし、これで十分というわけではありません。JPOS の外に目を向けてみますと、メンタルケアの専門家が不足している、どこに行けば相談を受けることができるのか、果ては“相談に行っても、話を聞いてもらえない”などの意見が聞かれることも事実です。これらの点に関しましては調査を入れ、修正が必要なものに関しては迅速な対応をとっております。また、がん対策基本法から5年が経過し、国のがん対策も時々刻々と変化しつつあります。今後はそれに対応するだけの情報力、国にアドバイスができるような力量も学会に求められています。

今後も臨床、教育、研究の各分野で地道な活動を続け、その成果を社会に還元するという基本的な方針は守ってゆきたいと思っております。社会にもサイコオンコロジーの重要性を広めたいと思っております。さらに、心のケアにおいて国のがん対策の先導役を果たすべく、さらなる力をつけてゆきたいと思っております。達成のためには、皆様のご協力が欠かせません。今後ともご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

第24回日本サイコオンコロジー学会総会 第24回総会のご報告



埼玉医科大学総合医療センター精神医学教室
堀川直史

第24回総会は、平成23年9月29日と30日、さいたま市大宮区の大宮ソニックスシティで行われました。当科が担当させていただきましたが、今回は「サイコオンコロジーの臨床の現場」で特に重要だと思われることを取り上げたいと思われました。すなわち、さまざまな具体的事例性を重視し、それを出発点にして、私たちの臨床経験を、これまでに得られた実証的な知識や現在研究中の新しい所見などできるだけ明確に関係づけ、皆で話し合うことにしたいと考えました。

プログラム委員の皆さまと、委員以外の会員の皆さまからも多くのご意見をいただきました。プログラムは、これらのご意見に基づき、プログラム委員会で検討して作りましたが、私たちが日常臨床で出会うさまざまな問題の解決に示唆を与える重要な発表が多かったように思います。

数値的なことですが、プログラムは、教育講演2つ、シンポジウム8つ、ラウンドテーブルディスカッション

ン1つ、小フォーラム1つ、事例検討2題、そして一般演題106題でした。参加者数は749人でした。職種別の参加者数もぜひご報告したいのですが、職種の把握が難しい人が多く、はっきりした数字をお示しすることができません。

今回の議論に参加して、日頃考えていることなかで考えがかなりはっきりしたと感ずることがいくつかあります。そのうちの1つについて、少しだけ述べさせていただきます。それは、①リエゾン精神科医（サイコオンコロジーは、精神医学からいうと、リエゾン精神医学の一領域ということになります）が、約25年前に数十人で始めた頃に比べればずいぶん多くなりましたが、まだ不足していること（リエゾン精神医学を中心的に行っている日本の精神科医は現在1000人程度だろうと思います）、そして②この状態は、精神科を取り巻く医療環境、精神科に入局する人の数やその人たちが関心をもつ領域などからみて、今後もしばらくの間は続くだろうということです。

これに対して行うことですが、紙面の都合で詳しく述べることはできませんが、次のように思いました。すなわち、①職種間の連携をさらに深めるための努力とともに、②まだ主に拠点ごとに行われていることが多いサイコオンコロジーを「地域として行うサイコオンコロジー」に発展させること、およびそのための具体的な方法を工夫すること、そして③心理士が「サイコオンコロジーの臨床の現場」でさらに重要な役割を果たすことができるように医療環境を整備し、これまでもまして効果的な教育方法を工夫すること、などです。

最後になってしまいましたが、今回は本当に大勢の皆さまに多大なご支援とご協力をいただきました。心よりお礼を申し上げます。まことにありがとうございました。

第24回サイコオンコロジー学会総会・学会賞を受賞して

日本赤十字看護大学
福井小紀子

このたび、第24回サイコオンコロ

ジー学会総会において、学会賞を賜りました。身に余る賞をいただき感謝申し上げますとともに、今後の我が国におけるサイコオンコロジーの発展に看護の立場からも貢献するようにとの叱咤激励をいただいたものと、身の引き締まる思いでございます。

私は、1993年に東京大学医学部保健学科を卒業し、その後東大病院や訪問看護での実践を積んだ後、東京大学大学院の博士課程在籍中の1997～2000年の3年間、国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部に外来研究員として所属させていただきました。当時、看護師としてがん医療を中心とした実践経験を積む中で、がん患者への心のケア提供が不十分であると感じていたこと、また、大学院への進学を決めた修士課程1年次に、50代前半であった実父をがんで亡くし、日本の病院中心の医療提供体制という課題を家族として体験したこと、そして、その思いをもって米国に留学し、在宅医療の実践に触れたことから、私の生涯の役割は、看護学研究者として、地域を単位としたがん患者の心のケア体制の推進・構築に貢献するための研究知見を積み重ねることだと考えて参りました。

精神腫瘍学研究部に在籍中は、当時の部長であった内富先生のご指導のもと、初発乳がん患者を対象とした再発不安を軽減するためのグループ療法の効果は無作為化比較試験にて検証する研究に携わらせていただきました。そして、研究プロジェクトの動かし方、時流に乗った世界的なトピックスの捉え方、英語論文の書き方など、直接的なご指導をいただくことができました。加えて、間接的にも、当時在籍されていた諸先生方が日々最大限に頑張られている環境に身を置かせていただくことができたことが、何よりの学びとなり、今の自分の歩みの糧となっております。

学位取得後には、米国に留学し、在宅緩和ケア実践に携わり、ソーシャルワーカーやチャプレン等による終末期患者に対する心のケア体制が既に構築されていること、また、看護師がケアマネジメントを担い、心のケアの専門家やGP（かかりつけ医）や介護職と連携をとり、終末期患者を支えている状況が、病院でなく地域を中心に展開されていることを把握し、日本にも、このシステムを持ち帰って実現したいという認識をより深めました。そして、帰国後、在宅緩和ケアの推進を目

指し、在宅をフィールドとして調査を重ね、エビデンスの集積に励んでおります。さらに、現場のニーズを発端として、がん告知後のケアに関わるがん検診センターや病院の看護師を対象に、「悪い知らせを伝える際のコミュニケーションスキルトレーニング」の研修プログラムを日本の看護師向けに作成し、その効果の検証を行う研究も実施してまいりました。

以上、改めまして、今回の栄誉ある賞を賜り、ご推薦下さった東京大学の吉内先生ならびに選考委員の先生方をはじめ会員の皆さまに感謝申し上げます。本分野の発展のために看護の立場からさらに精進していく所存でございます。今後ともご指導ご鞭撻のほど、よろしくお願ひ申し上げます。

教育功労賞を受賞して

大阪大学医学部附属病院
オンコロジーセンター緩和ケア
大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室
谷向 仁

この度は、栄誉ある「教育功労賞」を賜り心から御礼申し上げます。

この賞は、「精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会」において、ファシリテーターとして参加させていただいていることに対して、今後の激励の意味も込めていただいたものであると理解し、益々気が引き締まる思いであります。

私は、平成20年9月に船橋にて行われました「日本緩和医療学会主催 第1回精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会」に、受講者として参加しました。今振り返りますと、この研修会には現在指導者研修会でファシリテーターとしてよく御一緒させていただいている、秋月伸哉先生、上村恵一先生、恵紙英昭先生、奥山徹先生、白波瀬丈一郎先生、藤井龍一先生、船橋英樹先生も参加しておられたように思います。

指導者研修会終了後、国立がん研究センター中央病院 清水研先生にお声掛けをいただき、ファシリテーターとして指導者研修会に参加させていただくようになりました。ファシリテーターの一員として精神腫瘍学分野の第一線で活躍されている諸先生方と共に仕事をさせていただく中で、受講生として研修会に参加した時以上に、こ

の研修会の意義、精神腫瘍学が担当するモジュールの真の意味や深さ、また研修会を開催するにあたっての様々な努力や苦勞などが理解できるようになりました。これまでに多くの指導者研修会を経験させていただいた今でも、毎回何か新しいことを得ているように思います。

指導者研修会を通じて感じることは多くありますが、いつも印象に残ることを一つ上げるとすると、それは研修会の流れの中での受講者の変化です。研修は2日かけて行われますが、研修開始後しばらくは受講者の全体的な雰囲気になんとなくどんよりしていることが少なからずあります。その背景としては、研修会を受けるモチベーションが多様であり、必ずしも自発的な参加ではなく、精神腫瘍学に特に興味・関心が高くない受講者もおられることが挙げられると思います。しかし研修が進み、精神腫瘍学受講者が、緩和ケア受講者を対象に教育の実践（コミュニケーションロールプレイ）を行うための準備段階まで来ると、受講者の研修への取り組み方が確実に変化してきているのがわかります。そして2日目終盤に行われる研修会の全体総括の場では、初日とは全く違った全体の雰囲気が生まれています。この変化が感じられた時、「今回もこの研修会に参加させてもらってよかった」と強く感じます。

この指導者研修会は、各地で行われる緩和ケア研修会においてファシリテーターとして活動するための「教育技法を学ぶ」ことが第1の目的であります。しかし別の大きな意義は、全国各地でまだまだ少なく、孤軍奮闘しているがん医療に携わる精神科医・心療内科医との出会い・交流の場となっているということです。この出会いは、臨床における様々な相談や意見交換が出来るネットワーク構築にもつながっています。

今後もこの指導者研修会を通して、精神腫瘍学を学び、実践していく意義を受講者と共有し、さらにはがん診療に携わる多くの医療者に伝えていけるよう精進したいと思います。そして同時に、共にファシリテーターとして協働していける仲間がますます増えていきますことを願っております。

教育功労賞を受賞して

国立病院機構 西群馬病院
精神腫瘍科・緩和ケアチーム
間島竹彦

このたび、第24回サイコオンコロジー学会総会において教育功労賞を受賞いたしました。立派な賞状をいただき、感無量でした。これまでの人生では個人で表彰された経験がなく、「賞状」らしきものをいただいたのは医師免許と学位記くらいでしたから、自分でも想像以上にうれしかったです。

今回の授賞理由は自分でもよくわからなかったのですが、どうやら、JPOS主催のがん医療に携わる医師のためのコミュニケーション技術研修会（CST）でのファシリテーター、さらに緩和ケア研修会（PEACE）におけるファシリテーター（精神腫瘍学）をやっていることからのようで、群馬県内では私のほかにも両方のファシリテーターをやっている西群馬病院緩和ケア科の小林剛先生、前橋赤十字病院消化器外科の田中俊行先生、精神科の小保方馨先生と一緒に受賞しました。

ファシリテーターは、何かを「教える」「教育する」のではなく、議論の進行役、まとめ役を意味するものと認識しております。CST、PEACE どちらの研修会においても、主役たる参加者の学習のお手伝いをする、グループワークでの議論を活性化できるように努める、ということをいつも考えるようにしています。できるだけしゃばらず、気づいたことすべてを指摘するのではなく、いくつかのポイントに絞って、なるべく参加者に「気づいてもらう」…。そのようにするにはどうしたらいいか、と考えるながらファシリテートするよう心がけているつもりです。自分の言いたいことをただストレートに言うのではなく、ときには我慢しながらじっと「待つ」ことが大事である、と考えます。しかし、そうは思ってもなかなかうまくいかないことの連続で、まだまだ勉強することがたくさんあるように感じております。

ファシリテーターの経験は、自分の日常の診療にも役立っていると感じています。緩和ケアチームやリエゾン活動の中では、自分が主治医として患者さんの診療をするわけではありませ

ず、主治医や病棟スタッフであります。その間をうまく取り持つよう、「教える」「指導する」のではなく、あまりでしゃばらず、「気づいてもらう」ことを意識して診療することが大事なのではないかと感じております。日ごろから総合病院の精神科医として「役に立つ」ことは何か、何をすると、身体科のドクターやスタッフ、患者さんやその家族の「役に立つ」のか、を考えながら仕事をしており、そのような考えに至ったのもファシリテーターの経験があったからこそ、と思います。また逆に、そう考えることで研修会のファシリテーターの意義も、また理解できるようになった気がします。私にとっては、このファシリテーターの経験はととても貴重です。これからもますます勉強してゆきたいと思いました。

教育功労賞を受賞して

岡山大学病院 消化器内科
那須淳一郎

このたび、第24回日本サイコオンコロジー学会総会において「教育功労賞」を賜り、たいへん光栄に思います。選考いただきました学会関係者の皆様に御礼申し上げます。私はがん医療に携わる医師に対するコミュニケーション技術研修会（以下CST）での活動を評価していただいたと伺っておりますので、僣越ながら私がCSTと関わるようになったきっかけを述べさせていただきます。

最初のきっかけは、2003年の日本家族性腫瘍学会のカウンセラー養成セミナーで、村上好恵先生にSPIKESを用いたロールプレイを教わったことでした。消化器内科医の私は松山の四国がんセンターに勤務しており、遺伝性腫瘍のカウンセリングの勉強をしていました。そのときRobert Buckman先生の著作How to break bad news - A Guide for Health Care Professionals-を知りました。恒藤暁先生が「悪い知らせの伝え方」ではなく「真実を伝える」という衝撃的な邦題をつけられています。我々医療者は真実を知っているが、その伝達者ではない。主役は患者なのだというメッセージが邦題から感じられます。

次の大きな転機はSHAREとの出会いでした。2008年にSHARE-CSTを

受講し、日本癌治療学会の内富先生が座長のがん医療におけるコミュニケーションのワークショップで、藤森麻衣子先生と一緒に発表をする機会がありました。大変緊張したことを記憶しています。このとき CST への関心を深め、ファシリテーター養成講習会を受講しました。10日間の研修ののち、同期18人とともに4期生として2009年2月に認定され、ファシリテーターをさせていただくようになりました。そして今回、賞を授与した大宮の学会の懇親会で村上先生と再会し、お礼を述べることができました。

CSTには苦勞もありますが、いつも何らかの学びがあります。学ぶことができるのは、ファシリテーターの皆さんのお陰です。がん医療は患者さんのためのものであり、今後も種々の支援の体制を拡充する必要があります。CSTはその一助を担う事業ですが、医療者が患者さんから元気をもらう、そんな素晴らしい副作用がCSTにはあります。さて、私は昨年異動しまして、数奇な巡り合わせで内富先生といっしょに岡山CSTの会場ファシリテーターを務めることになりました。本日11月5日無事終了したところです。ご協力いただきました皆様にこの場を借りてお礼申し上げます。CSTにおいては益々精進する所存ですので、今後とも諸先生方のご指導、ご鞭撻をお願いいたします。

ベストポスター賞を受賞して

名古屋市立大学病院 緩和ケア部

内田 恵

2011年9月29、30日に開催されました第24回日本サイコオンコロジー学会総会におきまして、「身体状況の重篤な高齢がん患者におけるせん妄の有病率とその関連要因」でベストポスター賞を頂き、ありがとうございました。発表内容は名古屋市立大学病院の一般病棟に入院した身体状況の重篤な高齢がん患者を対象に、2008年から2011年にかけて行った横断研究です。入院4日以内にせん妄の診断、せん妄のサブタイプ、せん妄関連因子等を調査し、せん妄の有病率とその関連要因について検討しました。今回58名から得られた結果として、①44.8% (26名) がせん妄の診断基準を満たす②せん妄のサ

ブタイプの分類としては低活動型25.9% (15名)、混合型1.7% (1名)、活動型1.7% (1名)、閾値下15.5% (9名) ③ステロイドが使用されていた人、低血糖の人ではせん妄になりやすい傾向にある、事が示されました。

約2年半にわたり連続サンプリングを行い適格患者を探しましたが、サンプリングのために行っていた毎日のカルテチェックに思っていた以上に時間がかかったこと、既にせん妄を発症している患者さんに説明/調査するのに苦戦し、そのような患者さんに調査をお願いするために御家族のいらっしゃる時間を見計らったり、比較的明るい時間に訪室するなど様々な工夫をしたこと等、始める前には予想できなかったことが多々あり、その都度毎週のリサーチミーティングで多々アドバイスを頂き、完遂に至りました。この結果より、今後は入院時にせん妄のスクリーニングを行い、せん妄の診断のつく方に早期からかかるような介入を検討することを考えています。

この場を貸して頂き、協力して下さった多くの方々にお礼を申し上げます。最初に、本研究に協力して下さった、名古屋市立大学病院の先生方(呼吸器内科：佐藤滋樹先生、宮崎幹則先生他、消化器一般外科：竹山廣光先生、坂本雅樹先生他、消化器代謝内科：城卓志先生、神谷武先生他)に感謝申し上げます。先生方の御協力なくしては本研究の実施はかないませんでした。研究実施に際しては、サンプリングで助けてくださいました研究助手の山下留美子さん/村山淳子さん、調査実施を助けて下さった臨床心理士の伊藤嘉規先生ありがとうございました。

最後に、名古屋市立大学病院緩和ケア部の奥山徹先生には、この研究の立案、立ち上げ、実施に至るまで丁寧に指導して頂き、くじけそうになった時には適切なアドバイスと精神的な支援も下さり、研究とはどのようなものかをじっくり学ぶことが出来ました。また、名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学の明智龍男先生からは、研修医の時から、特にご自身の臨床や研究に対する熱意と姿勢を通して、精神腫瘍学の臨床や研究に関して多くのことをご指導頂きました。両先生からの御指導に対して、日々の臨床や研究の継続で応えることが出来るよう精進してまいりたいと思います。

ベストポスター賞を受賞して

滋賀医科大学 精神医学講座

森田幸代

演題名：がん性疼痛を含む慢性疼痛に対する抗うつ薬の効果に関する研究

このたびは、このような名誉ある賞をいただきありがとうございます。

本研究はそもそも、私が緩和ケアの仕事をする中で他科の先生方と交流させていただくうちに持つようになった、「鎮痛補助薬としていろいろと処方されている抗うつ薬の量は、精神科で処方する量よりはるかに少ない」という気づきや、「抗うつ薬による痛みの改善は抑うつ症状が治ったからではないか」といった素朴な疑問から始まりました。

本研究の内容を簡単に説明いたしますと、100名のがん性疼痛を含む慢性疼痛患者で nortriptyline, paroxetine, milnacipran の3種の抗うつ薬を鎮痛補助薬として投与した際の、鎮痛効果をVASで、抑うつ症状をCES-Dで治療前後に評価したもので、現状のペインクリニック外来での治療にそって調査したものです。結果は治療前65%の慢性疼痛患者で抑うつがあると判定され、抑うつ状態の改善率と痛みの改善率に有意な相関(R=0.31)があるというものでした。また、抑うつ改善率が高い人の方が低い人と比較して、痛みも有意に改善するという結果でした。さらに、抗うつ薬治療の脱落率は40%と多く認められました。これらのことから、抑うつ状態のある慢性疼痛患者に対して、特にがん患者では早期の症状改善が望まれることから、早期からある程度の量の抗うつ薬を処方することで患者のQOLが改善するのではないか、抗うつ薬処方にあたっては、副作用による脱落例を減らすためにも、精神科で行なっているような副作用説明や管理を行うことでより効果的な治療につながるのではないかと、という考察を致しました。

緩和ケア領域で精神科医として診療を行う場合、精神科以外の医師やスタッフの中でどのような位置づけで動けばよいかなど悩むことも多い毎日ですが、今回の研究は精神科の日常臨床での薬物療法の技術を他科での治療に役立てていただくこともひとつの目標と考えて行いました。今後は、抗うつ

薬処方時の用量の調整や説明に関しての介入を行うことで、結果がどう変わっていくかについてみていくことも検討したいと思っています。

最後に、こころよく本研究に賛同していただいた滋賀医科大学ペインクリニックの先生方、発表前に何度もディスカッションしていただいた滋賀医科大学精神科山田尚登教授、また、私が研修医の頃から臨床研究の大切さを教えていただいた独協医科大学精神科下田和孝教授に感謝したいと思います。ありがとうございました。

ベストポスター賞を受賞して

市立札幌病院 精神科
上村恵一

この度は大宮総会においてベストポスター賞をいただきまして誠にありがとうございました。受賞の弁をということで投稿の機会を与えていただきましたので、研究内容をご紹介申し上げます。

今回のポスターは「精神科コンサルテーションによって発見された転移性脳腫瘍の検討」というテーマで、精神科コンサルテーション初診によって発見された転移性脳腫瘍の臨床特徴と、がん種、その後の転帰などについて後方視的に調査いたしました。

きっかけとなったのは、今年に入り数回続いて「抑うつ状態の疑い」という内容の診察以来のがん患者さんが「転移性脳腫瘍に起因する低活動型せん妄」だった経験をしたことから、「どのような臨床特徴の際に転移性脳

腫瘍を疑うことが妥当なのだろうか、がん患者さん全例に頭部造影MRIを撮像できるわけではない」という臨床疑問でした。

2006年～2010年の間で、身体科治療中に精神症状を理由に市立札幌病院精神科を初診し精査の結果、新たに転移性脳腫瘍が判明したがん患者26名について、性別、年齢、発見された時期、原発がん種、発生部位、治療方法、精神症状の種類、併存した身体症状について後方視的に調査しました。

調査結果としては、身体症状は、非特異的な症状であることが大半でした。精神症状は、気力の低下、活動性の低下のようにうつ病を疑われ初診した者が6割、もの忘れなどの認知症を疑われ初診した者が4割を占めています。臨床症状と転移部位における関連性は乏しく、精神科診断は全例で低活動型せん妄でした。

このことから、転移性脳腫瘍の精神症状は、抑うつ気分や精神運動抑制を伴う気分障害と誤りやすく、軽度の注意障害だけがみられる認知機能障害が多いと思われました。また興味深い結果としては、単純CT画像で見逃されていた転移性脳腫瘍が、ガドリニウムによる造影を行うことで検出した症例を散見しました。腎機能などの条件が許される場合においては、神経症状がなく精神症状のみがみられる場合においても、造影検査を施行することが妥当ではないかと考えられました。

今回の調査では、明確に転移性脳腫瘍を疑うべき臨床特徴を特定できたわけではないものの、身体症状、神経症状が目立たず精神症状のみが出現している転移性脳腫瘍が少なくないことがわかりました。がん治療医の先生方の臨床病期診断、それに基づく治療法の

選択の一助となれるよう、今後の啓蒙を含めて同研究を続けていこうと考えています。

ポスター会場では、精神科医、緩和ケアに携わる医師から多くの質問をいただきました。ご自分でも同様の症例を経験された先生方からの貴重なお話を聞けたことは、大変有意義な経験でした。最後になりましたが、稚拙な臨床研究にも関わらず、今回の受賞にお取りはからい下さいました堀川直史 大会長に心から御礼申し上げます。

第24回日本サイコオンコロジー学会総会・会長講演「リエゾン精神医学の重要な一領域としてのサイコオンコロジー」を拝聴して

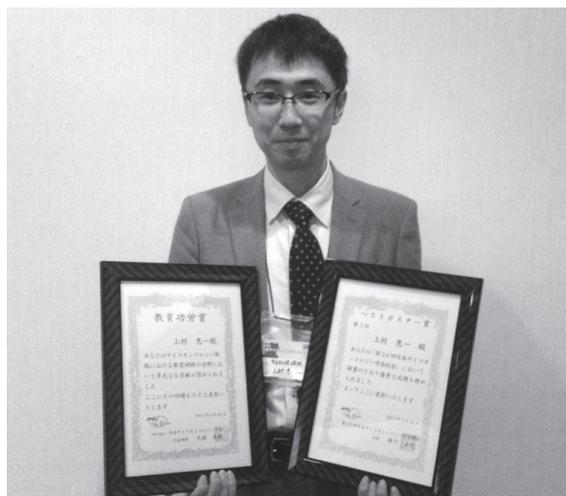
岡山大学大学院 精神神経病態学
内富庸介

長年にわたり、私たちを指導してきてくださった堀川直史先生が総会を開催された。参加者は700名を超え、演題数は108題、大成功である。臨床現場に即した課題、問題を多く取り上げたプログラム内容はまさに、先生が現場で患者、家族と一つ一つ問題に向き合ってきたであろう歴史そのものではないかとを思い浮かべながら、興味深く拝聴させていただいた。

先生のその眼差しから、今回の会長講演も示唆に富むものだった。一般的



ベストポスター賞 森田幸代先生



ベストポスター賞 上村恵一先生

に言って、リエゾン精神医学で身体疾患を持つ患者のセルフケアと目標は、糖尿病患者では食生活改善と血糖目標値（HbA1c）、腎不全患者の塩分制限と目標値（電解質）となる。これが、がん患者では実に頼りない、今のところ有効なセルフケアのエビデンスはないと言われる方もいるだろう。

そこに、エンパワメントアプローチ、すなわち医師からの説明を理解し、医療者と相談して自信をつけながらセルフケアを行っていく。これなら、一見寄り添えないがん患者にもあてはめられるという。すなわち、HbA1cや電解質の値はあくまでも代理の目標である。患者本来の真の意味での人生や生活の目標、quality of life (QOL) ではない。がん患者のセルフケアと目標となる日常生活の充実には、堀川先生ならではの豊富な経験と技術が活かされ、真の目標を患者と一緒に生涯を辿りながら見定め、患者の自己決定を支援していかれているんだな～と感じられた。一日も早く近づきたいものだと感じられた。まさに一級品の講演だった。

シンポジウム1 『がん患者のうつ病：診断・症状評価・薬物療法』を終えて

埼玉県立がんセンター 精神腫瘍科
和田 信

本シンポジウムではタイトルに示される通り、絞り込んだテーマが設定されていたため、各シンポジストがその筋に沿って発表し、全体として明快な流れができ、聴衆にも理解していただきやすかったのではないかと思います。

奥山先生は「うつ病診断の最先端」と題して、がん患者の実際の診療では（原因によらずうつ病症状を診断基準に算入する）包括的診断基準を基本にする考え方を示し、その上で「ケアに参加しない」、「社会的引きこもり」、「楽しいことへの無反応」などの代替診断基準がうつ病の重症度検討のために有用であるとの研究結果を紹介しました。ただし包括的診断基準のみを根拠として直ちにうつ病治療を開始するわけではなく、身体的・心理的・社会的側面を多角的に評価して対応する

必要があることに注意を促しました。また、がん患者におけるうつ病スクリーニングは臨床でのニーズが高く、多くのエビデンスが蓄積されているものの、残念ながら決定的方法は得られていないことを示しました。

清水先生の「うつ病の患者に薬物療法を開始する目安と薬物選択の考え方」では、がん患者において大うつ病を対象としたRCTでは抗うつ薬の有効性が確認されていること、うつ病でない軽度抑うつなどを対象としたRCTでは有効性が確認されなかったなどの研究が紹介されました。更に、予後1ヶ月に満たないと推定される場合には抗うつ薬による薬物療法は推奨されないことを自験例の調査から示しました。また、うつ病に対する薬物療法の開始にあたっては、疼痛などの身体症状緩和、家族関係の評価と対応、短期精神療法の実施、患者の側のニーズの把握が重要であることを強調し、うつ病の重症度による抗うつ薬治療開始の目安を紹介しています。

筆者は「うつ病に対する抗うつ薬療法－実際の使い方・効果と副作用」で、抗うつ薬を用いる場合には、主として有害事象などの特徴を考慮して各患者の事情に応じて抗うつ薬を選択するアプローチを示し、各抗うつ薬の特徴と、がん患者に投与する場合の薬剤選択と実際の投与方法について具体例を挙げて説明しました。また、薬物療法を行う場合にもあくまで環境調整と精神療法が重要なこと、本人と家族への説明の仕方、自殺リスクの扱い方について付加的に説明しました。

金井先生は「抑うつ気分を伴う適応障害に薬物療法は効果があるか」について、まず適応障害の診断を適切に行うことが一般に必ずしも容易でないことを指摘し、抑うつを見逃さないことの重要性を強調しました。そして、薬物療法としては不眠や不安に対する症状マネジメントに限定的効果が示されているにすぎず、（大うつ病でない）適応障害のうつ状態に対する抗うつ薬の効果に関するエビデンスは乏しいことを説明しました。その上で、精神療法の効果を支持する実証研究を紹介し、その重要性を強調しています。また最後に薬物療法として漢方治療の可能性についても言及されました。

総じて、がん患者のうつ病評価と診断および薬物療法に関する基本的考え方から薬物療法の開始時期や薬剤選択の具体的アプローチまで、臨床場面で有用な知見がまとめて提示されたシン

ポジウムであったと思います。ひょっとして、短時間のうちに密な情報を聴いて把握しきれなかった場合には、改めて成書などに当たっていただけますと幸いです。明確なラインを引いてくださった座長の大坪先生と馬場先生、そして現場の臨床とそれを支える考え方を大切にしようという大きな流れを提唱してくださった大会長の堀川先生に改めて感謝申し上げます。

シンポジウム2 『がん医療における家族・遺族ケア』のご報告

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科
心療・緩和医療学分野
博士課程
梅澤志乃

2011年9月29日（木）に開催された第24回日本サイコロジ学会総会でのシンポジウム「がん医療における家族・遺族ケア」について、ご紹介させていただきます。

本シンポジウムでは、家族・遺族ケアを日頃行っておられる緩和ケア医、臨床心理士、看護カウンセラーの各専門家と、遺族研究の研究者の発表および議論を通して、がん医療における家族・遺族ケアへの一助となることを目的としました。

当日は4人の演者を迎え、東京医科歯科大学大学院の松島英介先生と筆者で司会を担当しました。

緩和ケア医である木下寛也先生（国立がん研究センター東病院）からは、家族の負担の包括的評価、家族に生じる心理・精神医学的問題、我が国において家族支援を促進するための方策についてご発表がありました。その中で、チーム医療の重要性を強調されたことと、患者－家族間の翻訳者として医療者が存在するというお話が印象的でした。

臨床心理士である花村温子先生（埼玉社会保険病院）からは、事例を交えご家族に対する関わりのご発表がありました。家族介入へのポイントとして、アセスメントをしながら関わることの重要性を示されました。患者のがん罹患をきっかけに家族間葛藤が強まる可能性があることから、元々の家族関係や病前の患者パーソナリティの特

性を理解することの重要性について言及された点が印象的でした。

看護カウンセラーである広瀬寛子先生（戸田中央総合病院）からは、がん患者家族・遺族への実践的対応として、家族ケアの基本的姿勢を紹介していただきました。家族が十分に揺れたり葛藤したりできるように、寄り添う姿勢が医療者には求められているというご発表が深く印象に残りました。また遺族のグループ療法についても紹介いただきました。

遺族研究をされている浅井真理子先生（帝京平成大学大学院）からは、ご自身がされた配偶者をがんで亡くした遺族の心理状態と対処行動に関する研究の紹介がありました。男性配偶者の傾向として、「後悔」と「自責」の心理状態得点が高いこと、「一人でがんばる」という対処行動得点が高いことが印象に残りました。

フロアからは、遺族へのグループ療法に関する質問や、絆保持という対処行動に関する質問、男性配偶者へのサポートに関することなどについて活発な質問やご意見があり、とても有意義な議論になったのではないかと感じました。

演者の先生方、参加者の皆様に感謝してこの文章を終えたいと思います。

シンポジウム3『「対応困難な患者」の心理と精神病理の理解、それに基づく対応』を終えて

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科
精神行動医学分野
竹内 崇

臨床現場では、「対応困難な患者」と出会う機会はまれではない。患者に翻弄され、治療が計画通りに遂行されないことにより、医療スタッフには疲労の蓄積がもたらされるだけでなく、ときにはこころの傷を残す結果となる。がん医療の現場においても同様のことがいえるが、がんのもたらすイメージの影響や、近い将来においてその多くが死に向かっていく病である点で、患者側の背景にある問題がより複雑であり、その対応には多くの困難を要する。しかし、このような領域に対

する臨床研究はきわめて少ない。よって今回のシンポジウムでも、演者は自験例を呈示し、それぞれの立場から具体的な対応についての発表を行っていた。精神疾患に罹患した既往はないが、がんを発症したことにより問題が顕在化した症例、パーソナリティ障害や統合失調症に罹患しており、もともと精神科で加療を受けていた症例などについてである。

全演者の発表内容で共通していたのは、多職種が参加するカンファランスの重要性に関する指摘である。このカンファランスの主な目的は、「対応困難な患者」に直接接する機会が多いのは主治医や看護師であるが、コンサルテーション・リエゾン医もしくはサイコオンコロジストが、彼らに対してがん患者の医学的背景および心理的背景の理解の促進への支援を行っていくことや、彼らの我慢や傷つきを緩和することにある。

今回のシンポジウムを終え、「対応困難な患者」の心理と精神病理の理解や対応については、個々が経験を重ねていき、今回のように学会などで施設を越えた交流の機会を通じてその経験を共有していくことの必要性が感じられた。また、あらためてコンサルテーション・リエゾン医やサイコオンコロジストとしての役割について確認できたことは大きな意味があったものと思われ、今後も同様のテーマで学会や研究会において企画がなされることが強く望まれる。

シンポジウム3『「対応困難な患者」の心理と精神病理の理解、それに基づく対応』に参加して

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科
市倉加奈子

2011年9月29日（金）から30日（土）にかけて、大宮ソニックシティにて第24回サイコオンコロジ学会が開催されました。その中で29日（金）に行われましたシンポジウム『「対応困難な患者」の心理と精神病理の理解、それに基づく対応』に参加させていただきましたので、ご報告申し上げます。

座長は、堀川直史先生（埼玉医科大

学）、林田由美子先生（がん研究会有明病院）の2名、シンポジストは、山田了士先生（川崎医科大学）、西村勝治先生（東京女子医科大学）、竹内崇先生（東京医科歯科大学）、木村宏之先生（名古屋大学）の4名の先生方でした。全体を通して、「うんうん」とうなずく参加者の方々が多かったことが大変印象的でした。おそらく参加されている方は、直接「対応困難な患者」に直面されている看護師の方が多かったのではないかと思います。ディスカッションの時間に、座長の堀川先生から「現場で実際に困っている看護師さん、発言してください。」とのお言葉があった時の参加者の方々の反応からも、まさに日常診療に直結したシンポジウムであったと感じることができました。

具体的には、まず山田先生、西村先生から怒りや要求の高まった患者とその対応についてご紹介をいただきました。私自身が心理士としてコンサルテーションを受ける立場ということもあり、このようなケースの精神科コンサルテーションでは、本人だけでなく医療者の困難度が高まりやすいことがあると日頃より感じておりました。山田先生からは現場で困っている医師や看護師と連携して患者への対応を話し合っていた過程についてのお話があり、医療者の自尊心をどのように回復していくのかについてご示唆をいただきました。西村先生からは問題行動に対するプライマリケアでの対応のガイドライン（MGH guide to psychiatry in primary care）のご紹介があり、どこまでプライマリケアの中で見ていくのかを考える必要性についてご指導いただきました。お二人のご発表から、医療者それぞれの専門性の活かし方によって、チームとして効果的な対応を行えることを勉強させていただきました。続いて竹内先生、木村先生からは、より重度の精神的問題を抱える患者について専門的な対応のご示唆をいただきました。竹内先生からは統合失調症を併発した患者への対応についてご発表がありました。精神疾患患者のコンサルテーションについてお話を伺い、気分障害や統合失調症などのように自殺やアドヒアランス低下などの問題が生じる患者については、早期から適切な専門的ケアが必要となるため、個々の症例についてチームで十分に情報を共有することが重要であるとのことでした。木村先生からはパーソナリティ障害を併発した患者への対応

についてご発表がありました。患者と一定の関係性を保つ「リミット・セッティング」によって、患者の自傷他害を最小限におさえる手法を具体的に教えていただきました。

以上の先生方のお話の共通点は、多職種カンファレンスやリエゾン・コンサルテーションを有効に使うことの重要性であったと思います。対応が困難と感じる患者に対しても、チームで連携した対応をとることで対処可能であるとの希望を持つことができました。一方で、今回様々な病院での困難事例に対する対応について伺うことで、病院の形態、精神科医師やリエゾンチームの有無など様々な違いにより対応パターンもそれぞれであることを知ることができました。今後は精神的問題に対するチームの協働という視点から、臨床的な示唆や研究的な知見を蓄積していく必要があると考えさせられました。ご発表いただきました先生方、本当にありがとうございました。

シンポジウム5 『がん医療における情報提供と心理教育』の座長を務めて

東京大学医学部附属病院心療内科
吉内一浩

2011年9月29日、30日に、さいたま市の大宮ソニックシティで開催された「第24回日本サイコオンコロジー学会総会」のシンポジウム「がん医療における情報提供と心理教育」の座長をさせていただきましたので、ご報告したいと思います。

本シンポジウムは、もうひとりの座長でいらっしゃった都立駒込病院神経科の赤穂理絵先生が企画され実施されました。本シンポジウムでは、まず、企画・立案者の赤穂先生より、とても分かりやすいスライドで、「がん医療において、情報提供や心理教育がいかに重要であるか」ということが説明され、聴衆がスムーズに本シンポジウムに入っていけるための工夫が行われました。

シンポジウムは、様々なご専門の4名の先生方で構成されました。ひとり目の演者は、北里大学病院看護部の近藤まゆみ先生で、「患者や家族が自分にとって大切な情報を得ていく過程に

おける看護支援」という演題で、ご発表されました。近藤先生は看護の立場から、がん相談支援センターの専任相談員および前立腺がん看護外来での経験を通して、情報提供の大切さをご紹介いただきました。神田先生は、造血幹細胞移植を行う血液内科医の立場から「造血幹細胞移植患者の心理サポート」というタイトルで、ユーモアと対応困難であった事例を紹介しながら、移植治療における様々なステージで情報提供が重要であるということと、できれば全例を精神科医や心療内科医にサポートして欲しいという要望が語られました。3番目の演者は、放射線医学総合研究所重粒子医科学センター病の唐澤久美子先生で、放射線治療医の立場から、放射線治療そのものに対する誤解が大きいこと、そのため、情報提供や心理教育が治療の中で大きなウェイトを占めているということをご紹介いただきました。最後に、がん研究会薬剤部の濱敏弘先生が、薬剤師の立場から、化学療法の開始時には、情報提供だけではなく、患者の不安にも目を向け、対処していく必要性が、紹介され、心理的サポートも担われていることが印象的でした。残念ながら、総合討論の時間は十分に取ることができませんでしたが、通常の総会では、なかなかお伺いすることができない様々な分野の治療内容や活動を知ることができました。シンポジウム後に、フロアの何人かの先生からも「とても有意義なシンポジウムでした」というポジティブな反応を頂くことができました。この場をお借りして、シンポジウムの先生方ならびに、企画および座長をいただきました赤穂先生に謝意を表したいと存じます。

シンポジウム7 『精神療法の知識と技法を日常臨床に生かすために』を終えて

関西労災病院
相原病院乳腺科
リエゾン精神看護専門看護師

早川昌子

学会報告記のコーナーに寄稿をと依頼を受けたが、さて…と困惑して筆が進まない。筆者はシンポジウムとしてこのセッションに参加したが、こう

いったお役目が終わった後に毎回胸に去来する「もう少しこうすれば」といった自分のプレゼンテーション能力の低さの“反省”を述べる項でも、またこういったお役目を与えて下さった諸先生方にご迷惑をおかけしなかっただろうか、といった“心配”を述べる項でもないだろうと思うとさらに筆は進まない。

朝早いセッションにも関わらず会場には多くの方々のご参加を頂いており、参加された方はどのような感想をお持ちだったのだろうかと考えている。他のシンポジウムの先生方のご講演をお聞きして勉強になったのは勿論であるが、ディスカッション中に私が感じたのは「生兵法は大げがの元」、しかもこの場合何がをするのは、医療者側ではなく患者なのだから問題だよな、ということであった。研鑽を重ねるのは専門職として当然だが、アウトカムは常に患者にとってどうか、といった視点で自分達のケアを考えていなければならないし、なぜそのようなケアを行ったのか説明する責任を専門家は有していると思う。

今回のシンポジウムで筆者は、看護師が毎日行っているケアのなかにちりばめられている精神療法的な要素について話をさせていただいたが、このことを意識することはいわゆる“精神的なケア”提供の均填化につながるとも考えている。現実的にサイコオンコロジーがすべてのがん患者に精神的なケアを提供できる訳ではないし、頑張っただけでスクリーニングを行ったとしてもケアが必要な患者を十分網羅できるとは考えにくい。そもそも患者は癌診療のために治療施設を訪れているのだから、がん患者の精神的なケアだけを取り出して考えることはナンセンスであろうし、身体的治療・ケアと精神的なケアはすべての患者に並行して過不足なく行われるべきであると考えている。専門家が専門家としてやらなければならないこと、日々患者の側で治療やケアを行って癌治療の専門家と協力してなすべきことを考え、患者にとって必要なよりよいケアを探求し、“精神的なケア”提供の均填化に貢献できればいいなと考えている。

最後に、このような貴重な機会を与えていただきました第24回日本サイコオンコロジー学会会長の堀川直史先生、座長の労をおとりいただきました明智龍男先生、古城門靖子先生にお礼を申し上げます。

シンポジウム8『「最後までその人らしく生きる」援助のために、医療者は何ができるか』に参加して

自治医科大学緩和医療講座

岡島美朗

第24回日本サイコオンコロジー学会総会において、シンポジウム8『「最後までその人らしく生きる」援助のために、医療者は何ができるか』の司会、演者の大任をいただいた。このシンポジウムは、長年身体疾患患者のエンパワーメント・アプローチに取り組んでこられた堀川直史会長肝煎りの企画であり、バラエティに富んだテーマについて、その領域に精通したシンポジストが揃った豪華なものとなった。

まず私が、終末期に鮮明になる実存的苦痛を精神医学的に理解する一案を提示させていただいた。その手がかりとして、患者の意識の志向性からスピリチュアルペインに時間性、関係性、自律性の次元を想定する村田久行氏の理論を紹介した。さらに個のケアがもたらしうる変化として、個別の人生の意味を超える普遍的な意味可能性である「価値」を創造価値、体験価値、態度価値の3つのカテゴリーで捉えるフランクルの論考を参照した。

小森康永先生は、終末期に大切な人へのメッセージを作成する精神療法であるディグニティセラピー（DT）の実践で知られている。今回はDTの実際と研究の展開を紹介されたうえで、その位置づけや限界について語られた。「過去を思い出す」よりも「今できることをする」ことが大事だという患者さんの言葉を挙げ、DTは終末期における尊厳を守るケアの一部に過ぎないこと、DTを拒否した患者さんを“denial”と捉えず、その人の特別な文脈における何かを知るための行為なのではないか、と問題を提起された。

我が国におけるナラティブ・ベイスト・メディシンの代表的研究者である岸本寛史先生は、自律性の低下した患者へのエンパワーメント・アプローチについての講演のなかで、“パワー”という言葉に注目され、医療現場での意思決定の問題を取り上げられた。処方行動を例にとり、医師が意思決定の

自律性を奪ってしまうことを注意すると同時に、治療のなかで簡単には変わらないことが患者を守る枠組みになり得るのではないかと述べられた。

岡村仁先生は、近年盛んになりつつあるがん患者に対するリハビリテーションの研究で知られるが、今回は終末期におけるリハビリの重要な役割について講演された。がん患者のリハビリではADLの向上よりもQOLの維持・改善に注目すべきであることを指摘し、緩和ケア病棟では特に起立歩行、移動のニーズが高いという実態調査をもとにした、進行がんに対する起立歩行・歩行のためのリハビリテーションプログラムの開発を紹介された。

75分の時間では消化することが難しいほど充実した内容であったが、一緒に司会にあたってくださった松向寺真彩子先生の落ち着いた進行のおかげで、滞りなく終了することができた。エビデンスが重視される今日の医学の枠内では論じにくい領域であるが、臨床では避けられない問題でもあり、今後とも本学会で継続して取り上げられることを願っている。

ラウンドテーブル ディスカッションを 終えて

県立静岡がんセンター

田尻寿子

このたびはこのような機会を与えていただき、大変感謝致しております。また、会場にお集まりいただきました方々には、本当に温かく、多方面の視点から示唆に富んだご意見をいただきましたこと、この場をお借り致しまして心より御礼申し上げます。

今回提示させていただきました方は、私のがん医療に携わり始めてまだ間もないころに担当させていただきました子宮がん、傍大動脈リンパ節・肺転移などで闘病されていた女性です。30年に満たなかったけれども、前向きに丁寧に努力を重ねて人生を綴ってこられた方と感じていました。何より素晴らしいと感じたのは、「こころのうちにある苦しみ・つらさ」を素直に吐露し、私たち医療者に「何を求めているか」をわかりやすく表現してくださったことです。私は永眠されるまで

の約1か月の間、表現して下さる「苦痛」と、どのようにしたいかという「希望」に対して懸命に対応させていただきました。しかし、気分転換したり、ある種の苦痛を取り除くことはできるけれど、「目標を持ったり、生きがいを感じたりできるわけではない」とのこと。そのような思いを実現するにはどうしたらよいかを解決するすべを見つけれないまま、状態がどんどん悪化されました。「時間がない…」と私の気持ちは焦る一方で、今振り返れば私の視野はますます狭小化してしまっていたようでした。その後私は、「生きがいってなんだろう？」と首を傾げられた悲しそうな表情を折に触れて思い出し、どのように支援したらよかったのかと漠然と考えながら日々を過ごすこととなりました。

パネラーや会場にお集まりいただきました方より、「今まで生きてこられた中で大切な人や活動は？」「在宅への可能性はあったのか？」「看護師さんとして誇りを持っておられたとする、周りの看護師さんが一生懸命働いている姿はご本人にとって羨望の対象になってしまい、病棟に居づらかったのではないか？」「生きがいを見つけ続けること自体が生きがいであったのではないか？」「ディグニティセラピーを参考にしたらどうか」、「この方が作られた箸おき（プレゼントとして作成された陶芸の作品）がハートに見えた」などなどたくさんのご質問、ご意見をいただき、私は感激のあまりひそかに「涙」しておりました。（緊張して聞き逃してしまったことがあるかも知れず、また何か他にご意見があたりの方には、ぜひ今後ともご指導いただけましたら幸いに存じます。）そして、この方がわかりやすく表現してくださった「その時点での苦痛と希望」に対応していましたが、ご自身が気づいておられない、それまでの人生の歴史に基づいた「潜在的なニーズ」を検討するために必要な視点が欠けていたことに気が付きました。

私にとりまして、長年にわたる疑問を整理する機会として、多職種の方による多方面からのご意見とディスカッションの機会を与えていただいた場となり、大いに助けていただき今後の診療に生かしたいと思えました。本当にどうもありがとうございました。

ラウンドテーブル ディスカッションを 終えて

千葉県がんセンター精神腫瘍科

堂谷知香子

学会初日に行われた本ディスカッションは「心理士、薬剤師、理学療法士・作業療法士はがん医療にどのように関わるのか ―がんの終末期に『生き甲斐を感じたい』と希求した患者の事例を通して―」をタイトルとし、座長には臨床心理士である国立病院機構山口宇部医療センターの長友隆一郎先生、大分県厚生連鶴見病院の加藤真樹子先生を迎えました。発表は、まずコメディカルである各職種ががん医療にどう携わっているのかを紹介し、その後ひとつの症例を元にディスカッションを行いました。

最初に、東京女子医科大学の薬剤師である伊東俊雄先生が、薬に対する誤解の背景にある患者や家族の心情を理解し、薬剤師として適切な情報提供や支援を行う必要性について発表されました。「医療用麻薬を摂取することは人生初めてのことである」という言葉には、医療用麻薬の使用が浸透してきたからこそ医療従事者が意識しづらくなった面ではないかと気づかされました。

次に、心理士の立場から堂谷が発表しました。がん医療では心理的側面以外の評価も必要であること、患者だけではなく家族や他の医療者を含めた全体の関係性を俯瞰し、介入方法を調整していくことが必要であることなどをお話ししました。

静岡県立静岡がんセンターの理学療法士である岡山太郎先生は、リハビリを通じて現状認識や今後の目標設定を患者さんとすり合わせていく必要性や、他の医療従事者と情報共有する必要性をお話し下さいました。実際関わった症例の動画を見せていただきましたが、患者さんがとても生き生きとリハビリを行っていたことが印象的でした。

最後に静岡県立静岡がんセンターの作業療法士の田尻寿子先生から、作業療法では機能障害だけではなく、日常生活の活動やその人がもつ役割を果たせるようアプローチしていることが紹介されました。

その後、引き続き田尻先生が症例を提示されました。元医療従事者の若い患者さんに対し、様々な作業療法活動を行った症例でしたが、「生き甲斐を感じたい」という要望に十分に答えられなかったのではないかと、要望に応えるためにどうすればよかったかという検討点が挙げられました。フロアからは、これまでいくつもの作業療法ができたからこそ生じた問いだったのではないかと、元医療従事者ゆえに作業療法の部屋にいること・作業療法士と過ごすことの意味などについてコメントをいただきました。最後に座長の加藤先生から「生き甲斐は生涯をかけて探していくものであり、それを見つけていこうとする時間そのものに意味があったのでは」とコメントがあり、全体がまとまったように感じました。

今回、短い時間ではありましたが、それぞれの職種の専門性に触れることができたと同時に、どの職種であっても、表面的な問題だけではなく、患者・家族の背景に配慮し関わっている事が再認識でき大変勉強となりました。今後もこのような多職種によるセッションが学術大会で企画されることを期待しています。

フォーラム「がん相談支援センターにおけるサイコオンコロジー：今後の展望」

国立がんセンター

がん対策情報センター がん医療支援研究部

加藤雅志

「がん相談支援センター」が、現在、がん患者やその家族の心理社会的な側面の支援を行う機能として注目を集めている。平成23年11月現在、全国に388か所あるがん診療連携拠点病院には、相談支援センターの設置が義務付けられているが、がん診療連携拠点病院以外の医療機関や市中の施設にも設置が拡がり、がん患者がアクセスしやすい環境が整備されつつある。がん診療連携拠点病院の相談支援センターには、最低2名の一定の研修を修了したがん専門相談員の配置が定められている。がん専門相談員を担っている職種は、医療ソーシャルワーカーや看護師、心理職が多い。

相談支援センターは、がんに関する

あらゆる相談が持ち込まれる場所であり、がんについての一般的な情報や医療機関、社会資源に関することには始まり、個別的な治療や生活のことなど、さまざまな相談が行われている。そのような中で、がん患者や家族が、がんにもなると生じた不安や気持ちの落ち込みについて、相談支援センターで相談するケースも数多くある。

がん患者やその家族に対する精神心理的なケアの必要性が広く認識されるようになり、精神心理的なケアを必要とする方々へどのように適切に支援を行っていくかが、現在の課題の一つとなっている。その課題を解決していくうえで、相談支援センターは、重要な役割を果たすことができる可能性がある。

本フォーラムは、私が座長を務めさせていただいたが、これまでの日本サイコオンコロジー学会の総会で、がん相談支援センターについて、正式なプログラムとして取り扱われたのは、おそらく今回が初めてであろう。本フォーラムでは、がん相談支援センターが、がん医療における精神心理的なケアを充実させていくときに、どのような可能性があり得るのか議論が行われ、がん相談支援センターとサイコオンコロジーの今後の展望を示したものととなった。

まず、総合病院山口赤十字病院医療社会事業部／相談支援センターの橋直子先生から、相談支援センターで経験した心のケアを必要とするがん相談についての紹介があった。特に、精神科医が非常勤でしかいないという中で、医療スタッフが多職種でチームを作り、非常勤の精神科医とのつながりを大事にしながら、アドバイスをもらいつつ臨床を行っている取り組みについての紹介があった。

つづいて、聖路加国際病院医療連携相談室の橋本久美子先生より、相談支援センターから院内の精神腫瘍科に紹介を行った症例の紹介があり、相談支援センターと精神保健の専門家の密接な連携体制の構築の重要性が強調された。とくに、精神科医が診察をした後の相談支援センターへのフィードバックは、がん専門相談員が相談支援を行う上で重要な教育の場となっているとの報告があった。

3番目に、小松市民病院地域医療連携室・がん相談支援センターの久村和穂先生から、がん患者を対象に行われた社会的問題に関する実態調査からみえてきた精神心理的な支援のニーズに

ついでに紹介があった。社会的な問題についての悩みを抱えている患者において、一定の割合で抑うつ状態に陥っている可能性が示され、今後、さらなる研究を行い、相談支援センターにおけるサイコオンコロジーのニーズをより明らかにしていくとの報告があった。

最後に、国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部の小川朝生先生から、がん患者に必要な精神心理的ケアとして、情緒的サポート、適切な情報提供、精神症状への医学的支援の重要性が説明され、サイコオンコロジストが相談支援センターに関わっていくことの意義について整理して示された。

その後のディスカッションでは、精神腫瘍医に期待されることとして、精神医学的な側面からの相談支援センターへのスーパーバイズの実施、スムーズな紹介ができる連携体制の構築があげられ、精神腫瘍医からは、自分の臨床業務も大事にしつつ、施設の中で精神心理的なケアが適切に実施されていく体制についても配慮していく必要性が強調された。そして、医療従事者に対する心のケアについても期待したいとの声もあった。

今回のフォーラムでは、がん相談支援センターにおいて、潜在的に精神心理的ケアを必要とするがん患者や家族が多く来ているという実態が報告され、支援を必要とする者に対して、適切なケアを提供していくために、相談支援センターと精神科医との間の連携体制の構築の必要性が示された。ぜひ、多くのサイコオンコロジストの方々に、相談支援センターの活動に関心を持っていただきたいと考えている。そして、相談支援センターのがん専門相談員が、精神心理的なケアを必要とする方々に適切にかかわっていくことができる体制づくりにご協力いただきたいと願っている。

事例検討を終えて

目白大学人間学部心理カウンセリング学科

小池眞規子

第24回日本サイコオンコロジー学会総会第2日に行われた「事例検討」において、埼玉医科大学国際医療センターの奈良林至先生とともに座長を務めさせていただきました。

事例検討のセッションは、本学会においては初めての試みではなかったかと思えます。本学会総会会長の堀川先生を中心に、2007年よりこれまでに8回開催されている埼玉サイコオンコロジー研究会において発表された75事例の中から、チームによる関わり、多職種による関わりがあった2事例が選ばれました。本2事例は、埼玉サイコオンコロジー研究会において日々の臨床に大切なヒントを与えた事例であり、当時のフロアとのディスカッションを含めて改めて発表していただくことで、発表者も参加者も新たな学びが得られるのではないかと企画意図がありました。

1事例目は、さいたま赤十字病院緩和ケアチーム看護師安木薫先生による「『今の苦しい状況を話すことが辛い』と話す患者の苦しみと援助について」と題した40代女性についてのご発表でした。身体的な症状の緩和が困難になったとき、①自身の相反する希望の間を揺れる患者さんが、苦しい状況を話さなくなったことの苦痛をどのように理解し、②医療者は患者さんとともにどのように在るか（寄り添うか）、③緩和ケアチームが行うべきこととして、患者さんと家族の苦しみに対応するとともに、患者さん・家族の支援に苦慮する病棟スタッフの苦しみに対応することの主に3点についての検討がなされました。

2事例目は、「問題行動を繰り返す知的障がいをもつ患者に対する理学療法士の役割」と題した春日部中央総合病院理学療法士松本純一先生のご発表でした。軽度知的障がいを有し、さまざまな行動から病棟生活に問題を持っていた50代の男性患者さんに対して、問題行動に着目するのではなく、本人の希望、自信、素質や才能に着目し、本人の主体性を大切に関わった事例でした。「最後まで歩き続けること」という、人の生活の基本となる患者さんの希望を理学療法士が引き出し、「自立して生きる」ことをスタッフ全体の認識として、それぞれの関わりの中でのサポートを行っていったことが、患者さんの安定、スタッフの安定につながっていったように思います。

事例検討は、発表者にとっては事例を振り返り、まとめることで、より客観的な全体があらためてみえてきます。また、参加者にとっては、新たな知見が得られたり、同様の経験からの共感や共通の認識が得られることがあると思えます。なにより、ひとつの事

例についてさまざまな立場から、さまざまな意見が述べられることは、役に立つだけでなく、貴重な機会でもあります。一題についての時間は30分ほどでしたので、10分発表20分討論を予定しておりましたが、内容の濃さからなかなか時間通りには行かず、十分なまとめができなかったと少々心残りです。次の学会でも本セッションを続けていただけたらと思いますし、願わくはもう少し時間をいただけたらと思います。

公開シンポジウムを終えて

国立病院機構 九州がんセンター
サイコオンコロジー科

大島 彰

総会は2日間とも天気恵まれ会場も熱気に満ち暑いくらいでしたが、その熱気が冷めやらぬ2日目の夕方に公開シンポジウムが開かれました。座長を務めさせていただきましたので、代表してその模様をご報告させていただきます。

まず、堀川大会長から「医療者はがん患者、家族の心理をどのように考えているのか、どのように対処しているか、それは患者や家族の気持ちとずれていないかをみんなで考える場にしたい」とのご提案をいただきました。そこで、医療者、患者、家族が一堂に介して、それぞれの立場で改めて「がんところ」について考えてみようということで、「みんなで考えよう！ がんところ-サイコオンコロジーってなに？」というテーマで、発表、討論をしていただきました。参加人数は、事務局発表では学会総会参加者62名、一般参加者38名の計100名とのことでした。

演者として、精神腫瘍医の立場からということで秋田赤十字病院精神科の橋本 誠先生、腫瘍内科・緩和ケア医の立場からということで埼玉医科大学国際医療センター緩和医療科の奈良林至先生、がん患者の立場からということで乳がん患者会あけぼの福岡代表の深野百合子さん、がん患者家族の立場からということで隣がん患者・家族支援団体パンキャンジャパン事務局長の眞島喜幸さんら4名の方々にご登壇いただきました。

最初に、橋本先生からサイコオンコ

ロジー、サイコオンコロジストとはについて、ご自身が精神科医として歩んだコンサルテーション・リエゾン医の立ち位置、緩和ケアチームにおけるサイコオンコロジストのご経験から平易に解説していただきました。それを受けて奈良林先生からがん治療をスムーズに進めるためのサポーターとしての役割がサイコオンコロジストには求められている。上手く繋ぎたいが、現場ではサイコオンコロジストが少なくもっと増やして欲しいという要望が出されました。深野さんは、ご自身の乳がん闘病体験と患者会での相談を受ける中で、個々の患者の不安に寄り添う心のケアの重要性と医療者に向けて身体的、精神的な苦痛緩和を期待したいと述べられました。眞島さんは、妹さんが睥がんという難治がん罹患してからの家族の苦悩、そして大事な家族が亡くなった後の悲嘆の大きさに直面したことにより、家族も含め心の問題や社会的問題に対処してくれる医療が日常的に行われてほしいと願うが、サイコオンコロジストが少ないことや情報が少ないことで、上手く繋がっていない難しさがあるのではと問題提起されました。

当日はアンケート調査をさせていただきましたが、患者・家族等23名(男8名、女15名)、医療従事者53名(男9名、女44名)の計76名から回答が寄せられました。医療従事者の男性は全て医師でした。質問への回答では、1. 自分ががん患者になった場合、精神的サポートを誰にしてほしいかに対して、患者・家族等では、主治医8、看護師1、心のケアの専門家14、家族12、友人4、患者仲間4でした(重複

回答あり)。医療従事者では、主治医16、看護師21、心のケアの専門家38、家族30、友人16、患者仲間9という結果でした。医療従事者では、全てに支えられるだろう支えられたいという思いが多くみられました。2. あなたが精神的につらくなった場合、心のケアの専門家に相談したいかには、相談したい：患者・家族等18、医療従事者45、相談したくない：患者・家族等2、医療従事者2、わからない：患者・家族等2、医療従事者6という結果でした。3. がん医療に心のケアの専門家は必要だと感じたかに対しては、ぜひ必要：患者・家族等20、医療従事者43、ある程度必要：患者・家族等2、医療従事者7となっていて、専門的な立場からの支援に対する期待が寄せられていました。

自由記載では、サイコオンコロジーの認知度を高めるために患者会やメディアを利用したりして、もっと一般にもアピールしてほしい、ホームページ上で情報や相談窓口を公開することが必要などのご意見がみられました。

皆さんの発言を受け、堀川大会長が問題提起された、医療者は医療者なりに考えていても患者や家族との間に少しずつ乖離が生ずる点が明らかになった面とやはりまだ埋めきれない部分もあり、今後の課題として取り組み活かしていかなければいけないとさらに感じました。

今回、講師を快くお引き受けいただいた先生方やご参加いただいた皆さま、アンケートにて貴重なご意見を出して協力いただいた皆さまには紙面を借りて改めてお礼申し上げます。

Journal Club

進行癌患者のせん妄に対する抗精神病薬処方パターン

国立がん研究センター中央病院 精神腫瘍科
中野谷貴子

Neuroleptic Prescription Pattern for Delirium in Patients with Advanced Cancer

David Hui, Akhila Reddy, Shana Pala, and Eduardo Bruera

Journal of Palliative Care 27:2/2011;141-147

【背景】

せん妄は進行がん患者をケアする過程でしばしば遭遇する症候群であり、死前数週間では85%の患者に出現すると言われている。

ハロペリドール、オランザピン、クエチアピン、リスペリドンなどの抗精神病薬は、せん妄コントロールに使用されているが、これらの使用に関するエビデンスの多くは、術後や高齢者のせん妄のデータに基づいており、進行癌患者やそれ以外の原因によるせん妄のデータに基づくエビデンスは少ない。この研究では、進行がん患者に対して実際の臨床現場ではどのように薬物が使用されているかを明らかにするために、進行癌患者のせん妄に対する抗精神病薬1日量の中央値と処方パターンを検証している。

【方法】

急性期緩和ケア病棟に入院した進行癌患者200人を連続サンプリングし、うち100人がせん妄の診断基準を満たした。カルテをレトロスペクティブに閲覧し、ベースライン時の患者背景、せん妄の特徴、せん妄発症後5日間の抗精神病薬使用量を調査した。ハロペリドール以外にも、鎮静作用のある抗精神病薬(クロルプロマジン、オランザピン)とベンゾジアゼピン(ロラゼパム、ミダゾラム)の使用も記録した。

抗精神病薬の量は患者間で比較しやすいよう、1日量に値するハロペリドール(haloperidol equivalent daily dose: HEDD)で示された。

HEDD (mg) per day = haloperidol IV/SC/PO +



公開シンポジウム

[chlorpromazine IV ×8/100] +
[olanzapinePO ×8/10]

Validateされた評価尺度として、Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) と Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) が使用された。

【結果】

せん妄出現期間の中央値は6日で、せん妄発症後1日目のMDASの中央値は13/30点であった。せん妄をタイプ別に見ると、低活動型31%、混合型59%、過活動型5%で、混合型が一番多かった。ハロペリドール、オランザピン、クロロプロマジンの使用はそれぞれ、94人(94%)、8人(8%)、5人(5%)であった。またベンゾジアゼピンはこれらに追加する形で8人(8%)の患者に処方された。5日間の平均HEDDの中央値は、3.2mg(四分位範囲1.5-6.0mg)であった。平均HEDDはせん妄の下位分類以外のいかなる臨床的特徴とも関連しなかった。

1日に大量の抗精神病薬が必要であった31例のうち、9人(29%)は翌日定時の抗精神病薬が増量され、1人(3%)は新しい抗精神病薬が追加された。

4日以上せん妄が持続した73人のうち、49人(67%)は抗精神病薬の量が増え、2人(3%)は別の抗精神病薬が加えられた。

【結論】

この研究のHEDDは、がん患者を含むいくつかの先行研究で報告された量より少ない。がん患者のせん妄に対する抗精神病薬の安全で最適な量を決めるには、プロスペクティブな臨床試験が必要である。

【コメント】

緩和ケアにおけるせん妄の有病率は高く、コントロールに難渋するケースも多々ある。しかしながら、薬物療法に関しては有用性や有害事象に関するエビデンスはほとんどなく、本研究のような実態調査に関する報告が散見される程度であるため、今後さらなる実証的な研究が必要と考えられる。

EBMにもとづいた、 がん緩和ケアにおけるうつ病 マネジメントに関するガイド ライン

国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科
横尾実乃里

Lauren Rayner, Annabel Price, Matthew Hotopf, Irene J Higginson :

The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care.

European J Cancer 2011; 47 (5) : 702-12.

【背景・目的】

うつ病はがん患者においてよく認められ、うつ病を伴う患者の予後は悪く、診断や治療が難しいことは周知であるが、今回、European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC) が緩和ケアにおけるうつ病マネジメントに関するガイドラインを作成したので、その概略を説明する。

【方法】

ガイドライン作成グループ(EPCRC所属の専門家7人)と、エキスパートグループ(患者2人、うつ病と緩和ケアに精通している専門家29人)が、エビデンスにもとづき、NICEの方式にのっとりガイドラインを作成した。エビデンスの質や強さについてはグレード法を用い、エビデンスがない、あるいは決定的でないときはデルファイ法を用いて専門家の意見をまとめた。

【ガイドラインの内容】

予防、スクリーニング・診断・評価、治療の3部構成から成る。

予防としては、傾聴及びオープンで効果的なコミュニケーション、患者個人個人に合う適切な情報提供、最適な緩和ケア(身体症状の緩和、心理社会的サポート)、うつ病発症のリスクグループ(うつ病の既往、社会的サポートの欠乏、最近のストレス、慢性的な痛み、低いPSなど)の判別が推奨される。

スクリーニング・診断・評価については、DSM-IVあるいはICD-10の診

断基準を用いた疾患診断、HADS・HDRS・BDIといった心理尺度を用いた重症度診断を繰り返し行うことが推奨される。また、食欲の変化や倦怠感などの身体症状よりも、憂うつ気分、日々の活動への興味の喪失、希望がない、無価値感や罪責感、希死念慮といった抑うつキーとなる精神症状に着目すると良い。スクリーニングについては、その効果に関するエビデンスが混沌としており、強くは推奨されない。

治療は、うつ病の重症度や持続期間に応じて、心理療法、薬物療法、専門家への紹介などを組み合わせる。予後が迫っている場合は、せん妄や通常反応との鑑別が必要であり、治療に4~6週間必要であることを念頭に適応を考慮する。

心理療法としては、認知行動療法のほか、問題解決療法、対人関係療法、カップルセラピー、グループ療法、イメージ療法、マインドフルネス療法などが、緩和ケアにおけるうつ病に有効である可能性があるが、いずれもエビデンスは不足している。

抗うつ薬について、特定の薬剤が緩和ケア領域の患者に対して奏功するというエビデンスはない。しかし、最近のメタ分析によると、身体状況の良い患者において、いくつかの第2世代の抗うつ薬は、他の抗うつ薬よりわずかに有効性・忍容性に優れており、専門家よりミルタザピン、セルトラリン、シタロプラムなどが推奨された。アミトリプチンやその他の三環系抗うつ薬は、神経因性疼痛を持つ患者に有用と考えられる。なお、精神刺激薬については、有害事象が明らかな反面、有効性を示唆するエビデンスは乏しく、推奨されない。

なお、症状は2週間ごとに妥当性のあるツールで評価し、自殺のリスクのある患者においては1週間ごととする。

【考察】

緩和医療においては倫理的な問題、身体的に脆弱であるという問題、同意の問題、リクルートの問題、脱落やプロトコル遵守の問題などがあり、RCTが実施しにくく、質の高いエビデンスが得がたい。今後、スクリーニングの効果、特定の抗うつ薬の効果、心理療法の効果などに関するエビデンスが必要とされる。

自殺のリスクを評価することの影響：ランダム化比較試験

独立行政法人 国立がん研究センター東病院
精神腫瘍科

武井宣之

Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial

Mike J. Crawford, Lavanya Thana, Caroline Methuen, Pradip Ghosh, Sian V. Stanley, Juliette Ross, Fabiana Gordon, Grant Blair and Priya Bajaj

The British Journal of Psychiatry (2011) 198, 379-384.

【背景】

自殺は若年者の主な死因であり、世界中で年間100万人以上の自殺者がいる。これまでの研究の多くでは、プライマリケア医による早期の介入に焦点があてられているが、実際にはプライマリケア医によって、うつ病の兆候がある患者に対して自殺のリスクがアセスメントされることは少ない。それには背景に、自殺について質問することによって希死念慮や自殺関連行動が増えるのではないかとという怖れが一般医にはあることが分かっている。特に若者やパーソナリティ障害患者に対しては努力がいるようである。

【目的】

うつ病の兆候があるプライマリケアサービスを訪れた患者に、希死念慮について訊ねると、短期的に“生きる価値がないという感覚”が増えるかどうかを調べる。

【方法】

多施設、単盲検、無作為割付で、4人の一般医の患者443名を希死念慮のスクリーニング群と、健康や生活スタイルについての質問群とに割り付けた。プライマリアウトカムは、質問後の10-14日間の“生きる価値がないという思考”を測定し、セカンダリアウトカムは、希死念慮と自殺関連行動のその他の側面を測定することとした。

【結果】

443名の全患者は前期評価群(n=230)と後期評価群(n=213)に割り付けた。平均年齢は48.5歳(SD=18.4, range=16-92)で、137名(30.9%)が男性だった。追跡期間中、

“生きる価値がないという感覚”を経験した患者の後期評価群に比べた前期評価群の調整オッズ比は0.88(95%信頼区間0.66-1.18)であった。2群におけるセカンダリアウトカムに違いはみられなかった。前期評価群のうち、ベースラインで自殺を考えた患者は37名(22.3%)であり、24名(14.6%)は2週間後に自殺を考えた。

【結論】

自殺のリスクについて評価することで、“生きる価値がないという感覚”は強くなる。一般医は抑うつ兆候がある患者に自信を持って自殺のリスクを評価すべきである。

【コメント】

我々、精神科領域に携わるものにとって自殺の評価・防止はもっとも重要で興味のあるテーマであるが、実際の臨床では適切に評価し防止することには困難を伴うことが多い。困難にさせているもののひとつは、「希死念慮のことについて訊ねると、かえって自殺の危険性を高めてしまうのではないか」という通説であり、またこのような不安はコ・メディカルや一般診療医に多いようである。精神科領域に携わる人間は、希死念慮についてしっかりと聴取することは常識として教育されているが、それが実際に適切であるかどうかを検証した研究は少ない。この点において、当研究は臨床的に極めて意義のある研究である。

頭頸部がん患者に対する心理的問題を改善するための介入研究のエビデンス：文献の系統的レビュー

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科

市倉加奈子

Support Care Cancer. (2011) 19:871-881

Luckett, T., Britton, B., Clover, K., Rankin, M.

【背景】

頭頸部がんはアルコール摂取や喫煙と関連の強い疾患であるが、半数以上の患者は診断後もアルコール摂取や喫煙を続けている。このような行動には心理的問題が関連していると考えられ

ている。頭頸部がんやその治療により食事やコミュニケーション不良という特有のストレスが生じることで、うつ症状が臨床レベルにまで達する患者もいる。過去の展望論文においては、がん患者全体に対する心理的介入のエビデンスは蓄積されていたが、頭頸部がんに限定して介入のエビデンスを系統的に示した研究は存在しなかった。

【目的】

頭頸部がん患者に対して実施された心理的介入研究を系統的にレビューすることで、将来的に臨床や研究に活かされる情報を抽出する。

【方法】

頭頸部がんの治療中または治療後の患者を対象にした心理的介入を実施している研究をCENTRAL, Medline, Embase, PsychINFO, CINAHLを用いて検索した。検索時期は2009年12月であり、1名の著者がチェックリストを用いて選別した。適格基準に該当した研究については2名の著者が独立して情報収集を行い、終了後に一致の有無を確認した。

【結果】

収集された1358編の研究のうち最終的に適格基準に該当した研究は9編であり、RCTが2編、サンプルサイズが100を超える研究が2編であった。そのうち1編で内的妥当性が高く、4編で外的妥当性が高かった。また反応率は33~89%の間であった。精神的問題を抱えた対象に限定している研究はなかったが、1編でアルコール摂取や精神的問題のある患者を除外していた。本研究で収集された研究においては異質性が有意に高く(p<.10)、メタ分析を実施することができなかった。これらのうち6編の研究では、少なくとも1つのアウトカムで介入群と統制群に有意な差が見られていたが、十分な効果量が得られている研究はなかった(効果量が測定可能であった研究は4編)。

【結論】

頭頸部がん患者に対する心理的介入は実現可能なものであり、様々な介入が実施されている。しかしながら、先行研究の数が十分でないことや、方法的問題、研究間の比較可能性の低さなどの理由から、これまでの研究だけではエビデンスに限界がある。また今後の研究においては、臨床的な基準値を超えた精神的問題を抱える患者に焦点を当て、患者や医療者の気づきと介入への参加を促進させるために心理的

介入を日常診療に組み込んでいくことを目指した研究を実施していくことが求められている。

【コメント】

頭頸部がん領域においては、国際的にも心理的介入研究のエビデンスが十分得られていないと解釈することができる研究結果であると思う。今後はRCTを実施すること、十分な検定力を確保できるだけのサンプルサイズを用いることが課題となるであろう。また、研究問の異質性が高く、統合が困難であることも明らかにされた。特にアウトカムを心理的問題とすることで不明瞭になり、研究によって測定しているものが異なっている点が問題であると考えられる。そこで今後は「うつ病」などの1つの状態像に限定したうえで、国際的に推奨されている SCID や HAM-D といったような統一指標をアウトカムとして研究を進める必要があるだろう。

感情的苦痛の日常的スクリーニングに関するがん外来クリニックでの教育的介入：観察研究

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科

山下 礼

Educational intervention in cancer outpatient clinics on routine screening for emotional distress: an observational study

Psycho-Oncology 20 : 669-674 (2011)

Luigi Grassi et al.

【目的】

新たながんと診断され、サイコロジサービス (POS) に紹介された患者の、苦痛のスクリーニングにおけるオンコロジースタッフのための教育的モデルの影響を調べることにある (POS は、心理社会的ケアをがん患者に提供しているフェラーラ地域唯一の特定施設)。

【方法】

この研究は2期から成り立っていた。最初の期間 (Study 1 : 2年間) は通常のみであり、次の期間 (Study 2 : 1年間) は、オンコロジースタッフに対するがんの感情的苦痛へ

の教育的介入後に行われた。Study 1 では、医師と看護師は患者の苦痛に関して彼らの経験に基づく臨床判断によって、新しく診断されたがん患者を POS に紹介していた。Study 2 においては、教育的介入がなされたオンコロジースタッフにより、展開された。

本研究では、がん治療専門家がそれぞれの臨床判断により POS に紹介した、新たながんと診断された患者の苦痛や問題と、辛さの寒暖計 (Distress Thermometer: DT) や問題リスト (Problem List: PL) を用いる教育的介入を受けたオンコロジースタッフが紹介してきた患者の苦痛や問題との違いを調査し、その後、事例性を示すカットオフスコアを算出した (DT>4)。

【結果】

Study 1 では、2268人中153人 (6.7%) の新たな患者が POS に紹介され、どの患者の DT/PL も提出された。約三分の一の患者 (31%) は DT ケースではなく (スコア<4)、感情や関係性の問題はほとんどの DT ケースよりもより低いレベルを示した。Study 2 では、全ての新たながんと診断された患者 (n = 1107) の583人 (52.6%) が看護師より DT/PL を与えられた。結果として DT ケースの284人 (52.2%) は POS へ紹介された人で、133人 (全ての新たながんと診断された患者の12%、DT/PL を与えられた人の22.8% ; DT ケースの46.8%) は POS で診ていた。紹介されなかった群 (DT ではないケース) と紹介された患者 (DT ケース) の間には有意な差があった。

【結論】

オンコロジークリニックにおける苦痛のスクリーニングガイドラインの効果について検討したところ、がん治療専門家の臨床判断に関して、短いツールの使用がより多くの問題を提示し、苦痛を持っていて、心理社会的な介入を必要とする患者をより高い割合で識別するように思えた。

観察研究のため、結論は慎重に出さなければならないが、DT/PL の型通りの使用は、患者 (79% の増加) をより正確に紹介することができるように見えた。しかし、受け入れ率は高くなく、オンコロジーにおける最適な心理社会的ケアの実施には、より多くの努力が必要だということが確認された。

【コメント】

イタリアでのオンコロジースタッフの教育的介入の効果を調査した研究はこれが初めてということだった。簡便

なスクリーニングツールで、心理社会的介入が必要かどうか分かることはとても役に立つと感じたが、一方で、患者側からは必要ない、と思われてしまうことも多いのは他の研究でも同様であった。今後は、どういった患者に拒否されるのかについても分析した報告が必要と思われる。

終末期の患者のつらさとエンドオブライフの体験におけるディグニティセラピーの効果：RCT

独立行政法人国立がん研究センター中央病院

精神腫瘍科 心理療法士

馬場知子

【背景と目的】

ディグニティセラピーは終末期の患者のつらさを和らげ、自身にとって最も重要な、あるいは最も記憶に留めてほしいことを想起する機会を提供する、短期精神療法である。100名を対象にした phase 1 研究において、患者の9割がセラピーに満足し、実存的な問題に対する効果を得た。また家族の悲嘆を和らげる効果も認められた。そこで本研究ではディグニティセラピーを標準的緩和ケアやクライアント中心のケアと比較し、終末期患者のつらさの軽減に対する効果を検討した。

【方法】

医師に予後6か月以内と見積もられており、緩和ケアを受けている18歳以上の患者を対象とした。認知機能障害や身体症状の重い患者を除外し、1 : 1 : 1 の割合で前述の3つの治療群に無作為割り付けを行った。

ディグニティセラピーは、心理士、精神科医または緩和ケア看護師によって行われた。クライアント中心のケアは、今ここでの問題に焦点をあてた支持的な精神療法で、research nurse therapist によって行われた。どちらも3セッション行われ、上述の2群は介入終了後に、標準的緩和ケアでは割り付け後とその7~10日後にいくつかの質問紙への回答が求められた。Primary outcome を心理社会的 / スピリチュアルな / 実存的なつらさの治療前後の差異とし、Secondary outcome を介入がエンドオブライフ

の体験に与えた影響の程度とした。

【結果】

326名のデータが分析された。生存率、サバイバルタイム、年齢や性別、介入離脱率は3群間で差異はなかった。ベースラインにおいてつらさの得点が低く、介入前後のつらさの程度の変化には3群間で有意な差はなかった。体験への影響の程度については、3群間で差異がみられた。ディグニティセラピーを受けた群は、ほかの2群に比べて有意に治療によって助けが得られた/QOLが向上した/ディグニティの感覚が増した、と報告した。また、ディグニティセラピー群は家族にとっても有効であろう(あった)と報告した。

【考察】

Primary outcomeは、床効果によって明らかにならなかった。Phase 1では、つらさの程度に関わらずディグニティセラピーが有用であったため、本研究ではつらさの程度を取り込み基準には含まなかった。そのため、参加者のつらさが元々低く、介入による効果がみられなかった可能性がある。ディグニティセラピーは有益であるが、抑うつや希死念慮などに対する効果は証明されていない。より強くつらさを感じている患者を対象とした研究が待たれる。

Current Opinion

これからのサイコオ ンコロジストに期待 するもの

特定非営利活動法人
がんサポートコミュニティ 事務局長
大井賢一

サイコオンコロジーが確立した1980年代以降の20数年の間、がんの診断および治療の進歩には劇的なものがあった。多くの患者にとって、それらの進歩はがんを克服する機会を増し、予後を改善し、病状が進んだ患者についても長期生存を可能にしている。そして、がんに関する情報もそれ以前と比較して肯定的になってきている。

しかし、依然として患者は、がんという疾患から受ける絶望感、孤独感および自己コントロール感の喪失といった三つの共通の苦悩を引き受けなければ

ならない。こうした苦悩を引き受けている患者と共にがん向き合う“Escort runner”としてサイコオンコロジストに期待が寄せられ、2002年には精神科医を含む緩和ケアチームに対し緩和ケア診療加算が付与された。その後、患者の声を反映し2006年に成立したがん対策基本法に基づき、がん対策推進基本計画が策定され、患者が抱える精神心理的問題に早期からの援助の必要性が謳われた。

近年、がんは慢性疾患の一つであると言われるようになってきたが、日本人の死因第一位であり、依然として「死」を連想させる疾患である。実際に多くの患者およびその家族が診断あるいは治療のプロセスで混乱したり、動揺したりすることは多い。これらの課題にGatekeeperとして取り組む相談支援センターの設置は、都道府県/地域がん診療連携拠点病院の指定要件となっており、今日では看護師や社会福祉士等の資格を持つ複数人の相談員が配置されている。この相談支援にあつては、がんに関する一般的な知識と共に、患者が語る心理社会的課題についても理解を深める必要がある。しかし、こうした課題に対処する相談員に対する教育および支援体制は乏しい。今後より充実した相談支援体制を構築していくために、精神心理的問題のプロフェッションであるサイコオンコロジストには相談員に対する“Supper visor”としての役割が期待されている。

さらに、患者会を中心に活発化しているピア活動は、医療および社会福祉分野において、同じ疾患あるいは障害と共に生きる者同士の間で実践されてきた。ピア活動は、参加者が似たような経験や立場にあることから信頼性、説得性および受容性が高いことが特徴である。ピア活動は参加者が互いに話を重ねていく中で、「問題を抱えているのは自分一人ではない」ということに勇気づけられ、お互いを仲間として支え合う。一方で、ピア活動はその進行役が自分自身の治療から、ある程度時間が経過していない場合、参加者の役に立つことは難しい。また、がん治療を受けている参加者がピア活動で不安な気持ちを分かち合うことによって「他人のことまで心配したくない」と感じたり、同じ不安を抱える参加者を自分に置き換えることで落ち込んでしまうこともある。ピア活動は多くの患者にとって有効ではあるだろうが万能とは言えない。このようにピア活動に

不向きな患者を受け止めていく“Acceptor”としての役割が、今以上にサイコオンコロジストに期待として寄せられていくだろう。

最後に、サイコオンコロジストの育成途上にある今日において、その活躍の場を所属する医療機関内に留めることなく、地域へと広げ、地域の様々な主体が持ち味を出し合い、協働、支援し合う、地域におけるがん患者支援のためのサポートコミュニティを創造する“Coordinator”としての役割を果たすことにも期待が寄せられているのではないだろうか。

このようにサイコオンコロジストには、社会から多くの期待が寄せられていると思うが、今後の活躍に向け、サイコオンコロジストの間でもピア・スピリッツをもって取り組んでいくことを切に願ってやまない。

学会印象記

「若手医師・医学生のためのがん医療における心の医学セミナー」

国立がん研究センター東病院
藤澤大介

平成23年6月18日(土)に昭和大学にて行われた「若手医師・医学生のためのがん医療における心の医学セミナー」に参加された医学生から感想をいただきましたのでご紹介いたします。

次回のセミナーは、平成24年3月10日(土)に昭和大学旗の台キャンパスにて行います。詳細は学会ホームページをご参照ください。

「第五回若手医師・医学生のためのがん医療における心の医学セミナー」に参加して

名古屋市立大学 医学部6年
鈴木奈々

私は以前からがんに関わる医師になりたいと思っており、がん医療における心のケアに興味があります。今回、名古屋市立大学の先生が講演される

ということで、セミナーに初めて参加させていただきました。

<総論>

精神腫瘍学とは何かというお話をわかりやすく説明していただきました。内科医の立場から考えると、告知前というのは精神腫瘍科医は立ち入りにくい時期であると思います。そのため内科医は、特に告知前に患者の不安や負担について注意を払わなければいけないと感じました。

<臨床と研修の実体>

名古屋市立大学での研修のお話もありました。自分の大学でどのようなことが学べるか、どのように臨床がなされているかがわかり、また他院と比較できてよかったと思います。

<症例検討>

本例は「胃がんの肝転移した患者さんで余命わずかという方が、娘さんと外泊した後、急激に希死念慮が出たり怒りっぽくなったりした」というケースでした。私達のグループは、外泊時に何があったかを娘さんに聞くべきという意見にまとまりましたが、なかなか聞きにくい質問だと思います。また、今回はうつではなくてせん妄であったということですが、その見極めは難しいと感じました。何科になるにしても、患者さんに接する時にちゃんと見極めるように、精神科はしっかりと学ぶべきだと実感しました。

<悪い知らせを伝える際のコミュニケーション>

はじめてロールプレイングで医師役をしました。「大腸がんで肝転移しており、手術ができない32歳の患者さんに告知をする」というケースでしたが、説明中どの段階でがんを宣告するか、またどれくらい病気が進行しているか（治らないということ）を言うべきか、悩ましかったです。それに絶対的な答えはなく、患者ひとりひとりの価値観に合わせて話していかないといけないのでしょう。

<まとめ>

今回のセミナーを通して、大切なことは「いかに患者の気持ちを考えるか。またどれだけ考えて行動したとしても、自分が患者のことを理解していると思いがあってはいけない」ことだと感じました。患者の価値観は人それぞれなので、その方がどのような人間であって、何が生きがいで、などということも知った上で関わっていければいいと思います。ただそれをがん告知の前に知ることは難しいでしょう。それでも検査の時や初診の段階で読み取

ろうとすることはできると思うので、少しでも不安を取り除くために自分にできることを考えていかなければいけないと思います。

今回、学生として参加させていただいて、色々考え感じる事ができましたが、医師として参加したのであればまた違った視点で物事が見えたと思います。今回経験したことは大きな財産になるであろうし、また来年以降医師になってから再び参加させていただければと思います。そこで今回と違う何かが見えることを楽しみにしつつ、国試に向けて頑張りたいと思います。

第52回日本心身医学会総会シンポジウム「緩和ケアにおいて心身医学はどのような貢献ができるか？」を企画して

東京大学医学部附属病院心療内科
吉内一浩

2011年6月9日、10日に、横浜市のパシフィコ横浜で開催された「第52回日本心身医学会総会」のシンポジウム「緩和ケアにおいて心身医学はどのような貢献ができるか？」を企画し、当日の座長をさせていただきましたので、ご報告したいと思います。

本シンポジウムは、大会長の東邦大学医学部心療内科の坪井康次教授の「サイコオンコロジーは重要な分野である」という強い意向を受け、開催されました。もうひとりの座長は、近畿中央胸部疾患センター心療内科の所昭宏先生にお願いし、シンポジストとして、各分野からご活躍中の先生方にお願いしました。

まず、臨床心理士で大学病院の緩和ケアチームで活動している立場から、東邦大学医学部心療内科の小田原幸先生に「緩和ケアに求められるもの、チームとしてのあり方」という演題でご講演いただきました。次に、私の教室の富田裕一郎が心療内科医の立場から「緩和ケアにおける心療内科医の役割」という演題で、講演しました。3人目の演者として、国立がん研究センター精神腫瘍科の清水研先生に、精神科医の立場から「緩和ケアにおいて心身医学はどのような貢献ができるか？

—精神科医の立場から—」という演題で、ご講演いただきました。4人目の演者として、熊本中央病院緩和ケア内科の小林秀正先生に緩和ケア医の立場から「早期からの緩和ケアの充実を願って、心身医学の果たす役割」という演題でご講演いただき、5人目の演者として、日本赤十字看護大学地域看護学の福井早紀子先生に看護の立場から「緩和ケア推進のために心身医学と看護学が貢献できること、地域全体を捉えた緩和ケア提供体制のあり方」という演題でご講演いただきました。さらに、指定発言として、近畿大学医学部堺病院心療内科の小山敦子先生に、ご自身がサイコオンコロジーの分野にどのように進まれてきたのかというテーマでご講演いただき、若い医師にはキャリアパスのひとつのモデルが提示されました。

本シンポジウムでは、シンポジスト間の討論も活発に行われ、職種や立場が違っても、目指すものは同じであり、それぞれの得意な分野を活かしながら、協力することが重要であるという共通の認識を持つことができたと思われまます。早朝からのシンポジウムだったにも関わらず、大きな会場が満席となったことから、この分野に対する関心が大きいことを改めて確認することができたことも大きな収穫でした。日本心身医学会には、サイコオンコロジー委員会があり、今後、JPOSとの共催での研修会や、シンポジウムなども企画しており、心身医学会においても、より多くの方がこの分野で活躍して下さるよう努力していきたいと思えます。

第52回日本心身医学会総会ワークショップ「緩和ケアにおける心理士に必要な医学的知識—癌患者における精神症状の評価法・治療法—」の講師を務めて

東京大学医学部附属病院 心療内科
富田裕一郎

2011年6月9-10日にパシフィコ横浜で第52回日本心身医学会総会ならび

に学術講演会が開かれました。大会二日目に開かれた心理士向けのワークショップ「緩和ケアにおける心理士に必要な医学的知識－癌患者における精神症状の評価法・治療法－」の講師を務めさせていただきましたので、ご報告させていただきます。

日本心身医学会では、2004年に学会認定の「医療心理士」が誕生したこともあり、医療現場で活躍する心理士に向けた研修、教育に力を入れています。この第52回大会では、昨今の医療現場での「緩和ケア」への注目の高まりから、心理士の方々に「緩和ケアで知っておくべき医学的知識」を学んでいただくことを目的としたワークショップが開かれました。

司会は吉内一浩先生（東京大学大学院医学系研究科ストレス防御・心身医学）、松野俊夫先生（日本大学医学部心理学分野・板橋病院心療内科）の2人の先生が担当され、ファシリテーターには、大学病院の緩和ケアの第一線で働く心理士として、石風呂素子先生（日本大学医学部心理学分野・板橋病院心療内科）、小林清香先生（東京女子医科大学病院神経精神科・心身医療科）、小田原幸先生（東邦大学医療センター大森病院緩和ケアチーム・心療内科）の3人の先生が担当され、私がこのワークショップの症例提示と講演を担当いたしました。

当日申し込みで、かつ対象が心理士のみということで、ワークショップが始まるまでは何人集まるかわからない状態でしたが、実際には30人程度の心理士にご参加頂きワークショップとしては丁度良い人数でした。

症例提示では、「うつ状態を呈した進行癌の患者」という典型的なケースを選び、医療現場以外で働く心理士の参加も想定されることから医学的な用語については、わかりやすい言葉で補足するように心がけました。

参加者には、自分が緩和ケアチームに所属している心理士になったつもりで症例についてなるべく具体的に検討して頂き、「依頼者（主治医）からのニーズをどう理解するか」「患者に会う前にどのような準備が必要か」「患者をどう見立てるか」「実際にどう対応するか」「主治医や病棟看護師にどのようにフィードバックするか」などの具体的なテーマに沿ってグループごとに答えていただきました。このグループ討論には約2時間の時間をとっていたのですが、参加者からの積極的な質疑、応答のおかげで、時間はあ

という間に過ぎた印象です。その後「がん患者の精神症状の評価法と治療法」という内容で講義を30分ほど行ったところで予定時間になり、終了となりました。

緩和ケアという分野に対する心理士の関心の高さを実感することができたことは収穫でしたが、医師や看護師とは違った立場からの意見を聞くことができたことも私自身にとって良い経験になったと考えております。

JPOS 主催『サイコオンコロジーにおけるリエゾン精神看護師の会』の紹介

東京医科歯科大学大学院
歯学総合研究科心療・緩和医療学分野
博士課程
梅澤志乃

JPOS 事業の一つである『サイコオンコロジーにおけるリエゾン精神看護師の会』の活動を紹介させていただきます。

参加資格は、日本看護協会が定める精神看護専門看護師の資格取得に必要な教育課程を修了し、①現在リエゾン精神看護師としてサイコオンコロジー分野で活動している者もしくは今後活動する予定のある者、②日本サイコオンコロジー学会員である者としています。

活動目標は「サイコオンコロジー分野におけるリエゾン精神看護師の活動や役割発揮に必要な問題・課題を検討、相互の連携を強化する」「サイコオンコロジーに携わるリエゾン精神看護師自身の知識・技術の向上に貢献する」としています。

元々は2007年のJPOS札幌大会の際に、口コミでお知らせした10名の方々に、細々とした会を開催したことがきっかけでした。当時サイコオンコロジー分野で活動するリエゾン精神看護師が少なく、横のつながりを持つことで、互いにサポートしあえるような関係を作ることが会旗揚げのきっかけでした。

その後、本会の事務局を心よく引き受けてくださったメンバーの方々の呼びかけを中心に参加者は着実に増え、現在は登録者40数名の盛大な会になりました。

また、2010年からはJPOSの事業として承認いただき、事例検討会の参加者にはJPOS認定の参加証の発行と、参加者およびメーリングリストの管理をお願いするに至っております。

現在の活動ですが、大きく2つあります。1つ目は年3回開催されます事例検討会です。いつも感心するのですが、提供された事例に関して、開催時間内ほぼ途切れることなく参加者よりするどくかつサポート的なコメントがあり、事例提供者をはじめ参加者にとっては、とても学びになる会です。2つ目は、JPOS主催の研修セミナーとして行われる看護師対象の研修会（コミュニケーショントレーニングセミナー）のファシリテーター活動です。ファシリテーターを行っているメンバーは年々腕を上げ、自身のスキルアップはもちろんのこと、セミナーに参加された方々にとっても満足いただけていると思っております。

また、上記以外にもメールでのやりとりは気軽にされており、東日本大震災でのメンバー間の支援や、自殺者がでた際の対応に関する相談、役割開発の相談などが行われています。本会をリエゾン精神看護師としての活動の精神的支えとして位置付けてくれているメンバーもいます。

今後は、日本サイコオンコロジー学会をさらに盛り上げていくためにも、他学会への広報活動などを、本会で検討中です。

本会に興味のある方で参加資格を満たされる方は、ぜひJPOS事務局までお問い合わせください。

最後に、この会の活動に温かいご支援を送ってくださっている先生方に、この場をお借りして深く御礼申し上げます。

JPOS 看護師対象 研修セミナーのファシリテーターとして

がん研有明病院
リエゾン精神看護専門看護師
林田由美子

この度、第24回日本サイコオンコロジー学会主催の「看護師のためのがん患者とのコミュニケーション・スキル・トレーニング研修会」にファシリテーターとして参加させていただきました。

した。この研修会は2008年から本学会主催で実施されており、今年で4度目の開催で、今年は62名の方が参加されました。研修会の目的は、看護師ががん患者と自然かつ治療的なコミュニケーションができるようになることです。半日（約6時間）の研修で、1時間程度の講義以外はすべてグループワーク、ロールプレイにあて、参加者が実際に患者役や、看護師役となり、コミュニケーションを体験することを重視するプログラムになっています。

私は2008年から参加させていただいており、ファシリテーターは昨年に引き続き2度目でした。ファシリテーターは、参加者のロールプレイを観察し、参加者が患者役、看護師役それぞれの立場で、一つ一つの言葉にどんな気持ちになるかを丹念に聴き、会話がキャッチボール（患者の言葉を受け取り、感じたことや伝えたいことを言葉で患者に投げ返すこと）になっているかを確認します。また、それぞれの伝えたいメッセージが相手に伝わっていたかを確認するようにしています。私もそうでしたが、看護師は患者と接するとき、自分が感じたことや気持ちをうまく語れないように思います。患者にバッドニュースが伝えられた時、患者から死や予後の話をされた時など、患者の気持ちに寄り添いたい、力になりたいと思っているのに、どんな言葉を返せばいいかわからなかったり、患者に動揺した姿を見せないようにと、逆に不自然な対応をしてしまうことがあります。患者が深刻な状況にある時、看護師自身の不安や緊張も高く、患者との会話はなかなか自然に行えるものではないと思いますが、私たちには経験したことのない苦しみを語る患者の気持ちを知るためには、患者と会話を重ね、患者の言葉を通して気持ちを受け取ることしかなく、患者の反応に驚いたり、悲しんだり、一緒に考えたり、悩んだりといった、自然で温かみやとりが患者のケアにつながっていくことを感じてもらえたらと思っています。

参加者の方からは「自分のコミュニケーションの傾向に気づくことができた」「言葉一つ一つに重みがあることを学んだ」「また参加したい」など多くの肯定的な感想をいただきました。楽しみながら生き生きと参加されている姿を見て、コミュニケーション研修への意欲の高さをいつも感じます。ファシリテーターとしても、「患者の気持ちに焦点を当てる」という原点に

立ち返らせてくれる貴重な研修ですし、今後もこの研修会を継続できたらと思っています。

機会があればぜひ、多くの看護師の皆さんにこの研修会へ参加していただけると嬉しく思います。

JPOS看護師対象 研修セミナーのファ シリテーターとして

慶應義塾大学病院

リエゾン精神看護専門看護師

河野佐代子

2011年9月28日、看護師対象の研修セミナー「コミュニケーション・スキル・トレーニング」が開催された。このセミナーは、看護師ががん患者と自然かつ治療的なコミュニケーションができるようになることを目的としたものである。

セミナーは2部構成であり、第1部は講義、第2部はロールプレイである。第1部では、杏林大学部附属病院のリエゾン精神看護専門看護師である川名典子先生が講義をおこなった。講義内容は、「がん患者とコミュニケーションを図る上での、患者と看護師の関係の特徴について」であった。講義の内容を第2部のロールプレイで活かす構成になっている。

第2部では、1グループ10名に分かれ、シナリオを使ったロールプレイをおこなった。各グループには、1名のファシリテーターが配置されている。ロールプレイは、参加者が医療者役と患者役に分かれておこなった。第2部の前半では、会話内容がすべて決まっているシナリオを使ってロールプレイをおこなった。シナリオは、医師と患者の会話であったが、医師が患者のことは繰り返すカウンセリングの技法が使われていた。ロールプレイ後に患者役は、「もうダメなんじゃないかということばを医師に繰り返されるうちに、さらにつらくなった」と述懐した。ファシリテーターは、第1部の講義で取り上げた看護師のコミュニケーションはカウンセリングとは異なることを挙げ、患者がつらくなった理由を参加者に考えてもらった。カウンセリングの技法によって、患者は自己洞察を深めることができる。しかし、死が迫った患者が自己洞察を深めること

で、患者はかえってつらい感情を抱くことがある。患者のことは繰り返すのではなく、患者がダメだと思う理由を尋ねて、身体的な苦痛が理由である場合には、苦痛の緩和を図ることが重要である。

第2部の後半では、はじめの会話のみ決まっているシナリオを使って、ロールプレイをおこなった。参加者は、アドリブでコミュニケーションを展開したが、看護師のコミュニケーションの方法を活かすことが難しかった。ファシリテーターは、参加者がコミュニケーションの傾向を分析できるようにサポートし、「なぜそのことばを発したか」、「看護師役のことばを患者役はどう感じたか」を繰り返し参加者に確認した。参加者は、ロールプレイを繰り返すことで、患者のケアにつなげられるコミュニケーションの方法を習得した。

この研修の課題としては、人数に比べて参加者の人数が多く、全ての参加者のロールプレイにフィードバックができなかったことが挙げられる。今後、看護師対象のコミュニケーション・スキル・トレーニングを開催する際は、ファシリテーターと参加者の人数比率を検討したい。

看護師対象研修会に 参加して

がん研有明病院 看護師

井上久美代

現在私は、がん専門病院で病棟勤務をしています。日々多くの患者さんが入院治療をされており、患者さんの中にはがんと診断され間もない方や、長期に渡り治療を繰り返されている方など、置かれている環境は様々です。また仕事や家庭環境も違うため、抱えている問題・不安や悩みも多様にあります。そのような状態に直面している患者さんの対応について、難しさを感じていました。特に病気そのものを受け入れることが出来ず、怒りや否認などの症状が出現する患者さんに対しストレスから来ていると感じていても、どの様に対応して良いか理解が曖昧な状態でした。

そのような日々を送っていた中、今回サイコオンコロジー学会でのセミナーを受講させていただく機会となりました。

セミナーでは「看護師が、がん患者と自然かつ治療的なコミュニケーションができるようになる」という目標のもと、講義とコミュニケーション・トレーニングが行われました。

講義ではストレスは誰でも抱えているものであり、ストレスがそれぞれのもつ対処能力範囲外となると精神面での影響が引き起こされ、怒りや否認などの症状が出現すること・怒りや否認などの症状はストレスが原因の防衛機制・行動の変化であり、また無意識下で表出することもあることを詳しく教えて戴き、私が曖昧に思っていたことを理解することが出来ました。

ストレスに対する精神的ケアとしてはコミュニケーションが重要であり、その目的は、まずはお互いを理解する・ストレスや苦悩が何であるかを知るためには不可欠・傾聴するだけでなく言葉のキャッチボールが必要であることを知ることが出来ました。コミュニケーションを行って、本当に共感することは難しいですが、まず相手が自分のことを知ってもらえた・理解してもらえたと思うことが共感に繋がることを教わりました。

コミュニケーション・トレーニングでは、看護師役・患者役となり様々な事例をもとにしたロールプレイを行い、その後振り返りや意見交換を行うことでお互いに発した言葉の受け止められ方が様々であること、どのようにしたら自分の思いが伝わるのかを考えさせられました。

セミナー後、実際に病棟で、思うように治療の経過が進まず怒りを表出している患者さんに対して、今まではコミュニケーションを積極的に行えなかったのですが、ストレスにより引き起こされている症状であることを改めて感じ、そのストレスを少しでも軽減し、安定した精神状態に近づけられる様にケアが出来ればという見方に変化しました。そして、患者さんが何をストレスに感じているのかを知り、まずは理解しようというコミュニケーションのとり方に変化しました。

今回セミナーを受けて、改めてがん患者さんとのコミュニケーションについて考える機会となりました。セミナーでの学びを活かし、患者さんが少しでも安心・安楽に治療が行えるように、看護師として関わっていきたいと思っています。

CST 事業 地固め講習会に参加して…

名古屋医療センター 外科
下山理史

はじめてでしたが、二日目のみの参加となりました。きっと、皆さんは前夜にアイスブレイキングして、とても打ち解けておられるんだろうなと思いつつ、名古屋を出発しました。

雨のしとしとと降る中、高槻駅に降り立ちました。何せ初めての参加だったので、不安と緊張にさいなまれながら、来なきьяよかったと後悔をしながら、とほとほと大阪医科大学新講義実習棟の5階に向かいました。途中で二宮さんにお会いして、もう引き返せないなあと観念しました。会場に到着すると、アットホームな雰囲気のお部屋の中に、大庭さんや小室さんらファシリテーターの先生方をはじめ、参加者の皆さんがすでにお集まりでした。

講習会は、アイスブレイキングとともに、自分のファシリテートの仕方によりよくしたいことについての話し合いから始まりました。

私は、参加者が日常診療の際に疑問に思っているところを、グループの凝集性を高めながら議論するにはどうしたらよいかという点を挙げさせていただきました。話し合いが広がっていくうちに、皆さんなさっておられる様々な工夫が披露されて、それがとても参考になりました。特になるほどと思った点は、それぞれの参加者のニーズを上手に引き出す方法と問題点の明確化についてです。

一つ目に関しては、参加者の方々がロールプレイを通じて満足と気づきを得てくださってお帰りいただけるようにするためには、まずニーズを引き出すことだということでした。それをどのように上手に引き出すかが大切だとあらためて感じ、皆さんの工夫を学ばせていただきました。他己紹介や講義の後の昼食などの際に、さりげなくその参加者の考え方やニーズを引き出していくということが苦手なので、そのためには場の緊張をほぐしながら的確な質問をしていくといった、ファシリテーターとしての質問力と聴く力を向上する必要があるなと感じました。

二つ目は、フィードバックの際に参加者の意見を聴きながら、その問題点を明確にしつつ、グループの凝集性を

高めていくことが重要だということでした。あくまで参加者がSHAREの内容に則って一つでも気づきを得てそれを持ち帰っていただけるようにすることが大切になりますが、そのためには、講義の部分が実はとても重要で、ここでポイントを押さえていかに伝えるかということも話し合われました。

それ以外にも、疑問点がわいたときには、「迷ったら、ファシリテーター養成講習会テキスト2.0版に戻れ」といったところも大切なところだと思いました。このテキストはよく作られており、何か問題にぶつかった時には、テキストに戻って考え直すよいいことが再認識できました。これだけではなかなか語りつくせませんが、全体的にとっても充実した一日を過ごすことができました。

もしこの文章をお読みになって今後「地固め講習会は勉強になるから」と、参加していただける方が多くなれば幸いです。また、この機会を作ってくれた、会場ファシリテーターの二宮さんをはじめ、スタッフの方々、参加者の方々にはとてもお世話になりました。この場をお借りして、御礼申し上げます。

最後に、皆様には今後ともどうぞよろしくご指導賜りますようお願い申し上げます。私の拙文を終わりにさせていただきたいと存じます。

第24回日本サイコオンコロジー学会研修セミナー・心理士コースを受講して

大阪医科大学神経精神医学教室
二宮ひとみ

平成23年9月28日に開催された日本サイコオンコロジー学会研修セミナー・心理士コースを受講しましたので、ご報告させていただきます。

このセミナーでは、①「大腸がんの検査から治療まで」(埼玉医科大学国際医療センター 山口茂樹先生)②「がん疼痛の評価と治療」(国立がん研究センター東病院 木下寛也先生)③「がん臨床における認知行動療法」(国立がん研究センター東病院 藤澤大介先生、能野淳子先生)の3本立てで開催されました。

まず大腸がんに関しては、外科的治

療を中心に解説いただきました。中でも私が興味を持ちましたのは、腹腔鏡下手術の長所と短所についてです。腹腔鏡下手術は創が小さく、低侵襲であるため、世間的には良いイメージを持たれていますが、手術時間がかかること、国内での長期成績が出ていないことなど短所があることを初めて知り、とても驚きました。また人工肛門に関しては、作る方がQOLを高めることができる可能性があるという現状も非常に新鮮な話題でした。いずれにしても、主治医と患者が十分に話し合うことが重要であることが良くわかりました。

次ががん疼痛に関して最も印象に残ったのは、認知機能障害を有する患者の疼痛を非言語的な表現から評価することについてです。非言語的表現については職業柄、常に注意を払ってきたつもりですが、疼痛の評価の一助となることを十分に意識していませんでした。臨床の現場で、もっと疼痛に関心を持って非言語的表現に注目せねばならないと肝に銘じた次第です。

最後に認知行動療法については、実習を交えてくださったことでコラムの使い方を体験することができました。状況と気分と自動思考のセットを理解し、自然な面接の流れでこれら3つを患者と共に捉えていくことを教えていただきました。患者役をした時には、治療者役の支持的な態度も相まって、自然な面接の流れで自動思考を見出しやすくなることが体験でき、早く臨床に持ち帰って使いたい一心でおりました。

とにかく、1日中とても楽しく学ぶことができました。この研修会では、昨年お会いした遠隔地の先生方と久しぶりにお会いできるのが、おまけの楽しみです。研修会を企画してくださっている理事の先生方のご苦勞があってこそ、よく学びよく楽しめたと思います。講師の先生方、関係理事の先生方に心より感謝申し上げます。来年も楽しみにしております。

書評コーナー

「精神腫瘍学」

大阪府立成人病センター 心療・緩和科

柏木雄次郎

本書は内富庸介先生（岡山大学精神神経病態学教授、前・日本サイコオンコロジー学会代表理事）を中心として、サイコオンコロジーの臨床・研究の最前線で活躍されている先生方により執筆されている。

はじめに『イントロダクション』として、精神腫瘍学の歴史を振り返り、本邦における精神腫瘍学の今日的意義が明らかにされている。

『基本編』では、サイコオンコロジーにおいて必須とされる悪性腫瘍の基本的知識を簡潔に整理された「悪性腫瘍総論」、がんの疫学・予防医学の諸問題を整理された「罹患・生存と心理社会問題」、がん患者の心理過程と対応の基本的な部分をまとめられた「がんに対する通常の心理的反応とその基本的対応」などの各章があり、悪性腫瘍学とがん患者の心理過程の基本が理解できる内容となっている。

『実践編』では、包括的アセスメントの重要性を強調した上で、先ず「身体症状マネジメントをめぐる問題」として、がん患者にみられる身体的症状緩和と輸液・鎮静など緩和医療における問題点が述べられている。次に「精神医学をめぐる問題」として、がんによって生じた精神症状とがんに並存する精神疾患が簡潔にまとめられて、「介入方法」として、精神症状に対する薬物療法・リハビリテーション・心理社会的介入が取り上げられている。「福祉・介護に関する問題」では、福祉・介護概論だけではなく、緩和医療でしばしば遭遇する補完代替医療について概説し、さらに緩和医療全般について述べられている。「心理社会的問題」では、がん医療のアウトカムとして重要なQOL尺度や患者・家族が望むこと、ライフサイクルの理解、スピリチュアルケアを含む終末期の精神医学的問題について述べられ、「コミュニケーション」では、本邦において開発された悪い知らせを伝える技術であるSHAREを中心に詳述されている。「精神腫瘍学と連携」では、サイコオンコロジーを取り巻く多様な連携について述べられている。

『その他さまざまな課題』では、「疾患別」として、がん種ごとの各論とそれに伴う精神腫瘍学に関する問題点と対応が整理されている。また、「小児がん」と「高齢者腫瘍学」は独立した章として取り上げられている。次いで、「サバイバーシップ」、「家族・遺族」、「家族性腫瘍」の各章があるが、特に家族・遺族が「第2の患者」であるという位置付けから多くの紙数を割いて詳述されている。さらに、倫理的問題や法的问题の観点から、「医療倫理および関連する法律」と「意思決定能力」の各章があり、がん告知・終末期の倫理的問題、インフォームド・コンセント、意思決定能力などを中心に述べられている。

『教育、研修、研究』では、教育研修のレベルごとの説明がなされ、国際サイコオンコロジー学会と諸外国でのサイコオンコロジーの実情が紹介されている。最後に、精神腫瘍学の研究について、その歴史・研究手法・課題が述べられている。

以上のような各章によって構成されているが、がん患者の精神的諸問題の基礎となる悪性腫瘍学や身体症状が優先して記述され、またがん医療で必ず問題となる連携・チーム医療・倫理・法律などが広範に取り上げられている。サイコオンコロジーは精神医学の重要な一分野ではあるが、他の精神医学分野以上に包括的理解と多職種あるいは地域との協働・連携を要求される。本書はそれらの課題に十二分に答えられる内容となっている。サイコオンコロジー初学者の教科書に留まらず、サイコオンコロジーや緩和ケアの経験者にも、知識を整理して、がん医療の臨床現場でより確かな実践を行うために、本書の積極的な活用をお勧めしたい。



〔内富庸介、小川朝生編集 医学書院
2011年10月発行 8,400円〕

登録医制度委員会について

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 明智龍男

登録医制度委員会は、「日本サイコオンコロジー学会登録精神腫瘍医」の運用や審査等の役割を担っております。登録精神腫瘍医は、2009年の12月から制度の運用が始まり、現時点（2011年10月末現在）で13名の方が認定されております。学会の当該サイト（<http://jpos-society.org/activities/mental.php>）にアクセスいただきますと認定された先生方の施設への受診方法や一言プロフィールなどがご覧いただけます。

本制度がもうけられた最大の目的は、患者さんやご家族に安心して紹介できる、つまりある程度臨床経験を有し、サイコオンコロジーの臨床に対して高いモチベーションを持つ精神腫瘍医を育成することと、その情報を一般住民の方々に公開することにあります。今後も、news letter や学会ホームページなどを用いまして、登録状況などを随時お知らせしてゆきますので、一人でも多くの先生方のご協力を賜れますと幸いです。

最後に、本紙面をお借りして「日本サイコオンコロジー学会登録精神腫瘍医」の要件を下記にご紹介させていただきます（詳しくは学会ホームページをご覧ください）。

医師像：精神腫瘍医として、患者さん、ご家族の診療に積極的にあたる。具体的には、薬物療法一辺倒ではなく、病気に関わる悩みなどにきちんと耳を傾ける。また、ホームページへの掲載を了承し、患者さんやご家族が受診された場合には誠実に対応する。

評価基準：登録精神腫瘍医として相応しい熱意と臨床経験を有し、レポート審査を合格すること。

申請資格

1. がん医療に従事した経験を計3年以上（形態は問わない。例：週1度の非常勤でも可）有する、精神科医、心療内科医であること
2. 本学会の会員歴を3年以上有すること（過去の会員歴も有効とする）
3. 日本サイコオンコロジー学会主催の講習会に、最低1回は参加（2006年以降に開催されたものに参加していれば、これも認める。）したことがあること。
4. 患者、家族がアクセスしてきた場合には、きちんと対応するという意思表示として、原則、ホームページへの氏名、所属施設名の掲載を承諾すること
5. 精神腫瘍医として担当した患者または家族、計30症例のリストを提出すること
6. レポート審査

精神腫瘍医として担当したケースにつき、3例のレポート（診断、治療、がん治療における精神症状の位置づけについて等の記載）を提出する。

在り方委員会について

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 明智龍男

在り方委員会では、学会が優先的に取り組むべき課題や将来像等について多職種から構成される委員（医師8名、看護師3名、心理士1名）でメーリングリスト上や学会会期中の委員会等の場において、さまざまな話し合いをしております。これまでの話し合いでは、たとえば、学術総会において患者・家族・患者支援

者が参加できるプログラムを設けてはどうか、精神腫瘍に携わる医療者の必要性を社会に向けてもっとアピールしていくべきではないか、関連学会との連携の取り方をもっと考えるべきではないか、といった内容が話しあわれて参りました。重要な内容と思われるものは適宜、理事長や他の関連委員会などに伝えるようにしております。

学会の存在意義をより高めていくためにも「在り方委員会」では今後も活発な議論を展開して参りたいと思っております。「在り方委員会」で話し合うべきテーマなどがございましたら、ぜひ事務局までご意見をお寄せください。どうかよろしくお願ひ申し上げます。

第1回日本サイコオンコロジー学会 (JPOS) 代議員選挙ならびに理事および監事選挙開催について

広島大学病院 緩和ケアチーム室 小早川誠

平成23年度には JPOS として初めて代議員選挙ならびに理事および監事選挙が開催されました。私は若輩ながら選挙管理及び代議員推薦委員会の委員長を仰せつかり、手紙やはがきなどで名前が皆様の目に触れる機会が多かったのではと思います。初めてのこととはいえ、選挙の方法が分かりにくかった、案内が十分ではなかったなど、何かしらご迷惑をおかけしたかもしれません。今回のノウハウは次に生かしてまいりたいと考えております。簡略ではございますが、選挙の全容についてご報告いたします。

平成23年7月11日、JPOS 事務局におきまして第1回日本サイコオンコロジー学会代議員選挙がおこなわれました。定款第5条第2項に基づき正会員10名に対して1名の割合で代議員を選出することになっており、候補者の定員は119名でした。このたびの選挙では最初の締め切りまでの立候補者だけでは119名に達しなかったため、期間を延長し、また立候補をしていただくにふさわしい方を代議員推薦委員会委員が推薦し、JPOS 事務局よりより立候補のお願いをしました。最終的に119名の会員が立候補者となりました。7月11日の選挙当日、選挙管理および代議員推薦委員会委員の立会いで開票作業が行われました。投票は1名につき3票の記名式で、郵送にて JPOS 事務局で取りまとめを行う方法にしました。今回期間内に郵送された有効な投票数は415通×3票の計1245票でした。事務局と選挙管理委員会委員が総出で候補者毎の票数を数えました。このような経緯で119名すべての候補者が新規代議員に選出される運びとなりました。

次に上記119名の新規代議員候補者が選挙人、被選挙人となり、新規の理事及び監事を選出することになりました。平成23年8月末日の締め切りまでに、37名の立候補があり、9月7日に JPOS 事務局にて開票作業が行われました。108通×3票の計324票を候補者毎に並べ、得票数を数えました。このような経緯で32名の理事及び監事候補者が選出されました。

平成23年9月29日に行われました日本サイコオンコロジー学会総会におきまして、理事及び監事が正式に専任されております。こうして選挙管理及び代議員推薦委員会委員長としての私の仕事は終了となりました。

選挙の準備段階より JPOS 事務局の皆さま、選挙管理及び代議員推薦委員会の委員の皆さまにはお知恵と多大な労力と時間のご支援をいただきました。この場をかりてお礼申し上げます。

精神腫瘍学研修会追加開催（予定）のご案内

国立がん研究センター東病院 小川朝生

2011年11月19日に公益財団法人日本対がん協会の共催のもと、医師や看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカーの方々を対象に、がん医療の精神心理的ケアに関する研修会（精神腫瘍学研修会）を開催いたしました。多数の方にご参加いただき篤く御礼申し上げます。

今回、ご希望をいただきましたが用意の都合上お応えすることができませんでした方々より、追加開催のご要望を多数いただきましたことを受けまして、追加開催を下の予定で検討をしております。詳細につきましては、学会ホームページにてご案内をする予定です。

第2回精神腫瘍学研修会

日時：平成23年3月18日（日）10時30分から17時まで

場所：都内会場を予定

対象：がん医療、緩和ケアに携わる医師・看護師・薬剤師・医療ソーシャルワーカー

お問い合わせ：一般社団法人日本サイコオンコロジー学会事務局

〒112-0012 東京都文京区大塚5-3-13 一般社団法人学会支援機構内

TEL：03-5981-6016 FAX：03-5981-6012

e-mail でのお問い合わせは、日本サイコオンコロジー学会ホームページでの専用ページ (<http://jpos-society.org/contact>) からお願いいたします。

若手医師・医学生のためのがん医療における心の医学セミナー

国立がん研究センター東病院 藤澤大介

恒例の「若手医師・医学生のためのがん医療における心の医学セミナー」を、本年度も開催いたします。

内容は医学生や若手医師の方を想定していますが、ご興味があればあらゆる医師の方にご参加いただけます。（実際、例年幅広くご参加いただいております）。

講義のほか、さまざまな現場での臨床・教育の生の報告や、がん告知や症例アセスメントについてのグループワークなど、interactive で親しみやすい内容になっています。

日時： 2012年3月10日（土）13：00～18：00（18：00～懇親会）

会場： 昭和大学病院入院棟地下1階・臨床講堂

〒142-8555 東京都品川区旗の台1-5-8

プログラム（予定）

1. サイコオンコロジー総論—がんと向き合う、いのちに向き合う
内富庸介先生（岡山大学精神科 教授）

2. Psycho-oncologist へのキャリアパス

小早川誠先生（広島大学緩和ケアチーム）：リサーチレジデントの経験

武井宣之先生（がん研究センター東病院）：臨床レジデントの経験

宮脇佳世先生（東京大学心療内科）：外科医からの転身

3. がん患者さんとの上手なコミュニケーション：ロールプレイ演習

山田祐先生（がん研究センター中央病院）

4. グループ症例検討：

吉内一浩先生（東京大学心療内科 准教授）

（18:00～ 同会場で懇親会を予定しています）

ぜひ、周囲の先生方にお勧めください。学会ホームページ <http://jpos-society.org/seminar/> からオンライン登録できます。

（翌日の緩和医療学会主催の緩和ケアセミナーもあわせて受講することをお勧めします。詳細は日本緩和医療学会 HP をごらんください。）

海外文献Up Date

Antonio Terracciano

Neuroticism, Depressive Symptoms,
and Serum BDNF

Psychosomatic Medicine 2011;73:638-642

Niall Boyce

Suicide clusters: the undiscovered
country

The Lancet 2011;378:1452

Jimmie Holland

The IPOS New International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care

Psycho-Oncology 2011;20:677-680

Christine Shennan

What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care? A review

Psycho-Oncology 2011;20:681-697

Martin Dempster

Psychological distress among family carers of oesophageal cancer survivors: the role of illness cognitions and coping

Psycho-Oncology 2011;20:698-705

Samantha Serpentine

Psychological well-being outcomes in disease-free survivors of mid-low rectal cancer following curative surgery

Psycho-Oncology 2011;20:706-714

Yolanda I. Garces

Willingness of cancer patients to help family members to quit smoking

Psycho-Oncology 2011;20:724-729

Gea A. Huizinga

Family-oriented multilevel study on the psychological functioning of adolescent children having a mother with cancer

Psycho-Oncology 2011;20:730-737

Mateya Trinkaus

Spirituality and use of complementary therapies for cure in advanced cancer

Psycho-Oncology 2011;20:746-754

Youngmee Kim

Individual and dyadic relations between spiritual well-being and quality of life among cancer survivors and their spousal caregivers

Psycho-Oncology 2011;20:762-770

Donna M. Posluszny

Perceived threat and PTSD symptoms in women undergoing surgery for gynecologic cancer or benign conditions

Psycho-Oncology 2011;20:783-787

Michelle E. McDowell

Prospective predictors of psychosocial support service use after cancer

Psycho-Oncology 2011;20:788-791

Gisela Michel

Satisfaction with follow-up consultations among younger adults treated for cancer: the role of quality of life and psychological variables

Psycho-Oncology 2011;20:813-822

Marta Scrignaro

The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: a longitudinal study on cancer patients

Psycho-Oncology 2011;20:823-831

Joanne E. Stephen

Facilitating online support groups for cancer patients: the learning experience of psycho-oncology clinicians

Psycho-Oncology 2011;20:832-840

Augoustina Almyroudi

Decision-making preferences and information needs among Greek breast cancer patients

Psycho-Oncology 2011;20:871-879

Sandy D. Hutchison

A community-based approach to cancer counselling for patients and carers: a preliminary study

Psycho-Oncology 2011;20:897-901

Jonathan S. Comer

National Trends in the Antipsychotic Treatment of Psychiatric Outpatients With Anxiety Disorders

Am J Psychiatry 2011;168:1057-1065

Roseanne D. Dobkin

Cognitive-Behavioral Therapy for Depression in Parkinson's Disease: A Randomized, Controlled Trial

Am J Psychiatry 2011;168:1066-1074

Vanessa L. Beesley

Physical activity in women with ovarian cancer and its association with decreased distress and improved quality of life

Psycho-Oncology 2011;20:1161-1169

Yu-Wen Chiu

Bereaved females are more likely to suffer from mood problems even if they do not meet the criteria for prolonged grief

Psycho-Oncology 2011;20:1061-1068

Alex J. Mitchell

Identification of patient-reported distress by clinical nurse specialists in routine oncology practice: a multi-centre UK study

Psycho-Oncology 2011;20:1076-1083

Mark T. Hegel

Feasibility study of a randomized controlled trial of a telephone-delivered problem-solving-occupational therapy intervention to reduce participation restrictions in rural breast cancer survivors undergoing chemotherapy

Psycho-Oncology 2011;20:1092-1101

Inger Schou Bredal

Prognostic value of health-related quality-of-life parameters in early-stage breast cancer: an 8-year follow-up study

Psycho-Oncology 2011;20:1102-1107

Denice Kopchak Sheehan

Interaction patterns between parents with advanced cancer and their adolescent children

Psycho-Oncology 2011;20:1108-1115

Olga Horgan

Experiencing positive change after a diagnosis of breast cancer: a grounded theory analysis

Psycho-Oncology 2011;20:1116-1125

Liron Eliasov

A preliminary report on innovative

- group therapy in an oncology inpatient department: a patient-family-staff community meeting
Psycho-Oncology 2011;20:1126-1129
- Leslie R. Schover
Sisters Peer Counseling in Reproductive Issues After Treatment (SPIRIT)
Cancer 2011;117:4983-4992
- Cindy L. Carmack
Feasibility of an expressive-disclosure group intervention for post-treatment colorectal cancer patients
Cancer 2011;117:4993-5002
- Judith E. Nelson
Patients rate physician communication about lung cancer
Cancer 2011;117:5212-5220
- Anne C. Kirchhoff
Occupational outcomes of adult childhood cancer survivors
Cancer 2011;117:3033-3044
- Nancy L. Keating
Minimal social network effects evident in cancer screening behavior
Cancer 2011;117:3045-3052
- Ulrike Boehmer
Cancer survivorship and sexual orientation
Cancer 2011;117:3796-3804
- Dong Wook Shin
Knowledge, attitudes, risk perception, and cancer screening behaviors among cancer survivors
Cancer 2011;117:3850-3859
- Karen Sue Schaepe
Bad news and first impressions: Patient and family caregiver accounts of learning the cancer diagnosis
Social Science & Medicine 2011;73:912-921
- Rebecca Eileen Olson
Managing hope, denial or temporal anomie? Informal cancer carers' accounts of spouses' cancer diagnoses
Social Science & Medicine 2011;73:904-911
- Jacoba (Coby) de Boer
Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: A meta-analysis
Social Science & Medicine 2011;73:316-326
- George Dowswell
Men's experience of erectile dysfunction after treatment for colorectal cancer: qualitative interview study
BMJ 2011;343:d6366
- L J L Forbes
Breast cancer awareness and barriers to symptomatic presentation among women from different ethnic groups in East London
Br J Cancer 2011;105:1474-1479
- A Pronk
Physical activity and breast cancer risk in Chinese women
Br J Cancer 2011;105:1443-1450
- W-P Koh
Smoking as an independent risk factor for hepatocellular carcinoma: the Singapore Chinese Health Study
Br J Cancer 2011;105:1430-143
- Nicole M. Rankin
Views of psycho-oncology health professionals on priority psycho-oncology research questions
Support Care Cancer 2011;19:1133-1141
- Pandora Patterson
The initial development of an instrument to assess the psychosocial needs and unmet needs of young people who have a parent with cancer: piloting the offspring cancer needs instrument (OCNI)
Support Care Cancer 2011;19:1165-1174
- Heleen Maurice-Stam
Measuring perceived benefit and disease-related burden in young cancer survivors: validation of the Benefit and Burden Scale for Children (BBSC) in The Netherlands
Support Care Cancer 2011;19:1249-1253
- Patricia M. Davidson
Decisions for lung cancer chemotherapy: the influence of physician and patient factors
Support Care Cancer 2011;19:1261-1266
- Michaela Krohn
Depression, mood, stress, and Th1/Th2 immune balance in primary breast cancer patients undergoing classical massage therapy
Support Care Cancer 2011;19:1303-1311
- Ellen Karine Grov
Insomnia in elderly cancer survivors-a population-based controlled study of associations with lifestyle, morbidity, and psychosocial factors. Results from the Health Survey of North-Trondelag County (HUNT-2)
Support Care Cancer 2011;19:1319-1
- Catherine E. Mosher
Quality of life concerns and depression among hematopoietic stem cell transplant survivors
Support Care Cancer 2011;19:1357-1365
- Myung Kyung Lee
Social support and depressive mood 1 year after diagnosis of breast cancer compared with the general female population: a prospective cohort study
Support Care Cancer 2011;19:1379-1392
- Elena E. Takeuchi
Impact of Patient-Reported Outcomes in Oncology: A Longitudinal Analysis of Patient-Physician Communication
J Clin Oncol 2011;29:2910-2917
- Tanja Goelz
Specific training program improves oncologists' palliative care communication skills in a randomized controlled trial
J Clin Oncol 2011;29:3402-3407

学会予定 (2012年)

第26回日本がん看護学会学術集会

会期：2012年2月11日(土)～12日(日)
会場：くにびきメッセ(島根県松江市)
会長：松尾英子(島根県立中央病院)

第108回日本精神神経学会学術総会

会期：2012年5月24日(木)～26日(土)
会場：札幌コンベンションセンター
会長：齋藤利和(札幌医科大学医学部)

第53回日本心身医学会総会ならびに学術講演会

会期：2012年5月25日(金)～26日(土)
会場：かごしま県民交流センター
会長：乾 明夫(鹿児島大学大学院)

第17回日本緩和医療学会学術大会

会期：2012年6月22日(金)～23日(土)
会場：神戸国際展示場、神戸国際会議場、ポートピアホテル
会長：松岡順治(岡山大学大学院)

第20回日本乳癌学会学術総会

会期：2012年6月28日～30日(土)
会場：熊本市市民会館他
会長：西村令喜(熊本市立熊本市市民病院)

第10回日本臨床腫瘍学会学術集会

会期：2012年7月26日(木)～28日(土)
会場：大阪国際会議場
会長：中川和彦(近畿大学医学部)

第25回日本サイコオンコロジー学会総会

会期：2012年9月21日(金)～22日(土)
会場：九州大学医学部百年講堂
会長：大島 彰(九州がんセンター)

第50回日本癌治療学会学術集会

会期：2012年10月25日(木)～27日(土)
会場：パシフィコ横浜
会長：笹子三津留(兵庫医科大学外科)

第17回日本心療内科学会総会・学術大会

会期：2012年11月17日(土)～18日(日)
会場：九州大学医学部百年講堂
会長：久保千春(九州大学病院)

第25回日本総合病院精神医学会総会

会期：2012年11月30日(金)～12月1日(土)
会場：大田区産業プラザ
会長：保坂 隆(聖路加国際病院)

事務局だより

9月29日、30日の2日間にわたり、第24回日本サイコオンコロジー学会総会が、大宮ソニックシティで開催されました。今回は、「臨床」と「臨床研究」をテーマとして取り上げた総会であり、参加者数は750名と大変盛況な大会となりました。総会の企画・運営を進めて下さいました会長の堀川直史先生、本当にお疲れさまでございました。また、総会を開催するにあたり、本当に多くの方にご協力をいただきました。この場を借りて御礼申し上げたいと思います。誠にありがとうございました。

来年の第25回総会は、会長 大島彰先生(九州がんセンター サイコオンコロジー科)のもとで、平成24年9月21日(金)、22日(土)、九州大学医学部 百年講堂(福岡県福岡市)で開催を予定しています。来年も素晴らしい大会になるよう事務局も準備を進めていきたいと思っております。会員の皆様方には、今年と同様に、ご協力を賜ることができるよう何卒よろしくお願い申し上げます。

日本サイコオンコロジー学会ニューズレター No.67-2011年12月20日

発行者 堀川直史(第24回日本サイコオンコロジー学会総会当番世話人)

事務局 〒112-0012 東京都文京区5-3-13 小石川アーバン4F
一般社団法人 学会支援機構内
Phone:03-5981-6016 Fax:03-5981-6012
E-mail: jpos@asas.or.jp

編集委員 ◎松島英介、◎真壁玲子、◎秋月伸哉、明智龍男、岩満優美、内富庸介、梅澤志乃、大島 彰、大西秀樹、大庭 章、岡村 仁、小川朝生、奥山 徹、加藤雅志、河 正子、川名典子、黒丸尊治、小池真規子、清水 研、下山直人、白波瀬丈一郎、高橋 都、田村恵子、所 昭宏、中村めぐみ、平井 啓、藤澤大介、古川壽亮、堀川直史、松岡 豊、松下年子、宮岡 等、吉内一浩
(◎は委員長、○は副委員長)(敬称略:五十音順)