

200721038A

厚生労働科学研究費補助金
がん臨床研究事業

地域に根ざしたがん医療システムの展開に関する研究
平成19年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 秋月 伸哉
平成20（2008）年 3月

目 次

I. 総括研究報告書	
地域に根ざしたがん医療システムの展開に関する研究	3
秋月伸哉	
II. 分担研究報告書	
1. 地域がん医療システムの構築及び実態調査	13
秋月伸哉	
2. 地域での緩和ケアの質を評価するためのQuality Indicator作成に関する研究	18
森田達也	
3. 地域がん医療システムの構築	22
山崎彰美	
4. 患者情報共有のための記録フォーマットの開発	24
木澤義之	
5. 患者情報共有フォーマットを用いた縦断調査	26
木下寛也	
6. 外来がん患者の抑うつスクリーニングに関する研究	29
清水 研	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	33
IV. 添付資料	39

I. 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
総括研究報告書

地域に根ざしたがん医療システムの展開に関する研究

主任研究者 秋月伸哉 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部室長

研究要旨 本研究では、地域の医療福祉機関のネットワークによる地域がん緩和医療連携モデルを構築し、その臨床介入による地域緩和医療の質に対する効果を前後比較で検討する。柏市、我孫子市、流山市を介入対象地区とした。初年度に引き続き、地域医療福祉機関のネットワーク作り、地域医療者や地域住民に対する教育活動を行い、新たに地域緩和ケアチームを開発した。また地域緩和医療の質調査として、在宅死亡率、専門的緩和医療利用数、在宅支援診療所数、麻薬処方量を経年的に調査し、増加傾向を認めた。次年度以降の介入内容として、精神的負担のスクリーニングプログラム、患者情報共有のためのデータベースの開発を行った。

分担研究者氏名及び所属施設

研究者氏名	所属施設名及び職名
秋月伸哉	国立がんセンター東病院 臨床開発センター 精神腫瘍学開発部 室長
森田達也	聖隷三方原病院緩和支援療法科 部長
山崎彰美	千葉県柏健康福祉センター長
木澤義之	筑波大学大学院講師 人間総合科学研究科 講師
木下寛也	国立がんセンター東病院 緩和医療科 医長
清水研	国立がんセンター中央病院 精神科 医員

ある。しかし患者家族相談室は一部の病院にしか存在せず、ホスピス利用は全がん死亡の5%程度で、2002年に加算が認められた緩和ケアチームは高い人員要求水準などから現在50施設程度、在宅ホスピスも非常に数が少ないなど、緩和ケアを必要とする患者が必要に応じて緩和ケアを利用できる状況はまだ達成されていないと考えるべきであろう。

国際的には、カナダのエドモントン地区、スペインのカタルーニャ地方、オーストラリア、イギリスなどで、特定の地区を対象とした緩和ケアの均てんを目的としたプログラムが報告されているが、医療保険制度、医療行政、一般医の位置づけ、医療機関へのアクセス、医療文化、地理条件などの違いから、欧米のモデルをそのまま柏地区に応用することは困難である。

本研究班では、柏市、我孫子市、流山市を対象地区とし、緩和ケアを均てんするための地域モデルを構築する。介入の前後で地域の緩和医療の質を比較することで介入有効性を確認する。本研究の結果は同じような背景を持った地区で地域がん緩和医療連携モデルを作る際に一般化できることを想定している。

A. 研究目的

現在日本では、2人に一人はがんに罹患する。長期生存者にとっては、後遺症対策や社会復帰、進行終末期患者にとっては症状緩和、療養場所の調整、また患者のみならず介護する家族の負担など、がん患者・家族は状況ごとに多様なニーズを抱えている。特に、入院期間の短縮、がん治療の外来化、多くの患者が在宅療養を望んでいることなどから、外来や在宅患者の支援体制が新たに必要とされている。

現在日本国内には、相談窓口としての患者家族相談室（がん診療連携拠点病院のみ）、専門的緩和ケアを提供する緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、在宅ホスピスが

B. 研究方法

研究に当たり、研究班では地域がん緩和医療連携のモデルの理念を以下のように設定した。

①がん診断から終末期まで、いつでも困ったことを相談でき、必要に応じて専門的緩和

医療が提供できる

- ②どこで療養していても、困ったことを相談でき、必要に応じて専門的緩和医療が提供できる

これらを達成するための課題を以下のように設定した。

- 1) 地域がん緩和医療の実態把握とネットワークの構築
- 2) 一般市民、患者向け緩和ケア教育
- 3) 医療者を対象とした一次緩和ケア教育
- 4) 外来、入院、往診機能を持つ二次緩和ケア資源の開発
- 5) スクリーニングなどを用いた二次緩和ケア資源へのアクセス改善
- 6) 家族ケアシステムの開発

以上を介入として随時実行、開発していくこととした。

これらの介入により地域の緩和医療の質が変化することが想定される。国際的にも本邦で使用可能な地域緩和医療の質評価項目のコンセンサスは存在しない。そのため当研究班では、研究者感の話し合いを元に、以下のパラメータを地域緩和医療の室評価指標として用いることとした。

- ・在宅死亡率
- ・専門的緩和医療資源数と利用数
- ・在宅支援診療所数
- ・麻薬処方量

以上の項目を本研究班実施前の平成 17 年をベースラインとして、平成 20 年を介入後の結果として前後比較する予定である。

(倫理面への配慮)

原則的に本研究で行われる介入は通常の臨床介入で行われる範囲のものであり、個別の介入に対して研究としての患者の同意を要しない。地域の緩和医療の質の評価は、医療機関、行政機関などで入手可能な個人情報に伴わない情報であるため、前後比較試験にあたり倫理審査委員会での承認、患者の同意を要しないと判断した。

C. 研究結果

- 1) 地域がん緩和医療の実態把握とネットワークの構築

柏健康福祉センターにおいて、2 ヶ月に 1 回、訪問看護師、開業医、介護職、保健師を対象とした症例検討会を実施し、地域で緩和ケアを推進するために必要な問題について話し合った。平成 19 年 4 月～平成 20 年 3 月までに 5 回 (6 症例) の症例検討を開催し、の

べ 393 名が参加した (看護師 180 名、保健師 40 名、医師 48 名、ボランティア 16 名、薬剤師 22 名、介護支援専門員 37 名、医療ソーシャルワーカー 35 名、その他 14 名)。

また地域の医療機関間の情報共有のための方法として、平成 18 年度に作成した地域で使用できる緩和ケアデータセット電子版 Ver1.0 およびコンサルテーション返信シート (案) を単施設で利用し修正が加えられた。今後複数施設での利用に関する実施可能性の検討を行う予定である。

- 2) 一般市民、患者向け緩和ケア教育

一般市民向け緩和ケア教育として、平成 19 年 10 月 27 日に国立がんセンター東病院講堂において市民公開講座を行った。126 名が参加した (背景: 男性 34%、50-60 代 69%)。今後の教育内容に関するニーズでは、「こころのケア」が 42% と最も高く、ついで「緩和ケア」41%、「在宅療養」35%であった。

- 3) 医療者を対象とした一次緩和ケア教育

1) で記述した平成 19 年 4 月～平成 20 年 3 月までに開催した 5 回の症例検討会において、5 回のミニレクチャー (「痛みと持続皮下注について」、「痛みとレスキュードーズについて」、「嘔気・嘔吐について」「せん妄を見つけよう」「リンパ浮腫」) を開催した。参加人数は 1) の報告と同じである。

また、平成 18 年 12 月より国立がんセンター東病院で毎月行っている緩和ケア勉強会を地域に公開している。平成 19 年 4 月から平成 20 年 3 月までに 6 回開催され、30 名の地域医療福祉職が参加した。

- 4) 外来、入院、往診機能を持つ二次緩和ケア資源の開発

往診機能を持つ二次緩和ケアサービスとして、地域緩和ケアチーム活動モデルを実験的に開始した。個別の症例に対する診察を伴わない相談 (FAX・メール相談)、個別の症例に対する診察も可能な相談 (出張コンサルテーション)、個別の症例ではない総論的な相談・教育活動 (訪問研修) の 3 つのレベルの活動を提案し、それぞれ 11 件、5 件、2 件の利用があった。特に出張コンサルテーションに関しては、依頼から出張までの日数、1 件あたりに必要な時間が課題であった。

- 5) スクリーニングなどを用いた二次緩和ケア資源へのアクセス改善

外来がん患者を対象として「つらさと支障の寒暖計」を用いた精神的負担のスクリーニングを用いて精神腫瘍科への受診をアウトカ

ムとした多施設研究の研究計画書を作成した。本プログラムは入院患者対象のスクリーニングプログラムである Nurse-Assisted Screening and Psychiatric Referral Program (NASPRP) を基にして、外来で利用可能なものに改編したものである。

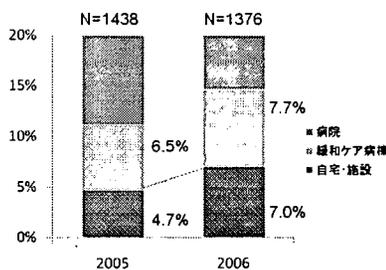
また同じく外来患者を対象とした「生活のしやすさに関する問診表」を用いた包括的症候スクリーニングの実施可能性評価をタン施設で行い、実施可能であるとの結論を得た。

地域緩和医療の質のベースライン調査として、以下の調査を行った。

・在宅死亡率

柏保健所管内（柏市、流山市、我孫子市）に住居を有する住民のうち、平成 18 年 1 月 1 日から平成 18 年 12 月 31 日までに死亡したがん患者について、死亡小票を用いて死亡場所を調査した。がん死亡は、死亡小票の死亡の原因 I 欄のいずれかに悪性腫瘍病名が記載されているものと定義した。平成 18 年のがん死亡数は 1376 名であり、死亡症例の背景は、平均年齢 71.2（標準偏差 13、範囲 0-100 歳）で、男性が 865 例（61%）であった。死亡場所は、病院 91.8%、自宅 6.3%、診療所 1.1%、施設 0.7%、その他 0.1%であった。平成 17 年からの年次推移を下図に示す。

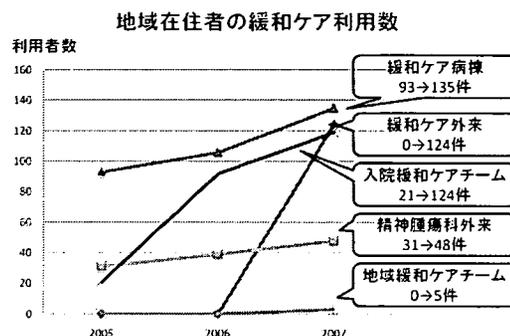
柏市、我孫子市、流山市におけるがん患者の死亡場所の推移



・専門的緩和医療資源数と利用数

専門的緩和医療資源を、相談窓口、緩和ケア外来、緩和ケア入院施設、精神腫瘍科外来、精神腫瘍科入院施設、緩和ケアチームに分けてそれぞれ定義し、診療データベースから平成 18 年、平成 19 年の柏市、我孫子市、流山市住民のがん患者利用数を調査した。平成 19 年に緩和ケアチーム、緩和ケア外来が 1 施設ずつ新設された。平成 19 年の各専門的緩和医療資源の地域住民利用数は、緩和ケア外来 124 件、精神腫瘍科外来 48 件、緩和ケア病棟 135 件、入院緩和ケアチーム 124 件、地域緩和ケ

アチーム 5 件であった。平成 17 年からの年次推移を下図に示す。



・在宅支援診療所数

千葉県社会保険事務局にて、千葉県内の在宅療養支援診療所の診療所名、その住所に関する情報を閲覧した。平成 19 年 10 月 1 日現在、柏市、流山市、我孫子市、それぞれの在宅療養支援診療所数は 11、4、2 であった。

・麻薬処方量

千葉県に対して麻薬所有（譲受・譲渡等を含む）に関する年間届け出の個人情報開示請求を行った。平成 17 年度の柏管区における市ごとに、小売業者、麻薬管理者の麻薬払い出し量を経口モルヒネ換算にて集計を行った。柏市、流山市、我孫子市で譲渡された、経口モルヒネ換算量は、それぞれ、11901 g、1760 g、503 g であった。

D. 考察

研究班 2 年目として、初年度に構築した地域ネットワーク活動の継続し、教育活動を合わせて行った。初年度の参加者がのべ 225 名だったのに対し、本年度は 393 名が参加していることから、地域ネットワーク活動が徐々に定着しつつあると考えられる。参加職種も医師、看護師のみならず、ケアマネージャー、ボランティア、ソーシャルワーカー、行政職など幅広い背景をもった方が意見交換を行っている。

新たな介入として地域緩和ケアチームの活動を始めた。個別の症例に対する診察を伴わない相談（FAX・メール相談）、個別の症例に対する診察も可能な相談（出張コンサルテーション）、個別の症例ではない総論的な相談・教育活動（訪問研修）の 3 つのレベルの活動を開始した。限定的な活動であり少数例の経験のみであるが、依頼から出張までの日数など、特に出張・往診活動における問題点が明らかになった。

次年度は、病院間患者情報共有ツールの運用、スクリーニングプログラムの実施を行う予定である。

地域緩和医療に関する質調査から、平成17年から18年にかけて在宅がん死亡の割合が4.7%から7%に増加した。この解釈には次年度以降の傾向と、在宅支援診療所の看取り数調査をもとにした診療所ごとの活動実態の解析が必要であると考えられる。また専門的緩和ケアの利用に関しては、平成19年度に緩和ケア外来、地域緩和ケアチームが新設されたことにより、どこで療養していても必要に応じて専門的緩和医療が提供できる体制に近付いている。それぞれの部門の利用数も増加傾向にある。今後、往診機能の充実が必要と考えられる。

E. 結論

柏市、我孫子市、流山市における地域がん緩和医療連携事業として、地域ネットワーク構築、教育活動、地域緩和ケアチームの開発を行った。

地域緩和医療の質評価のための経年調査を行った。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Morita T, Akizuki N, et al : Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a validation study and nurse education intervention trial. *J Pain Symptom Manage*.34:160-170,2007.
2. Shimizu K, Akizuki N, at al : Can psychiatric intervention improve major depression in very near end-of-life cancer patients? : *Palliat Support Care*. 5 : 3-9,2007.
3. Akechi T, Akizuki N, Shimizu K, et al : Associated and predictive factors of sleep disturbance in advanced cancer patients. : *Psychooncology* 16 : 888-894,2007.
4. Fujimori M, Morita T, Akizuki N, et al: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news : *Psychooncology* 16 : 573-581,2007
5. Asai M, Morita T, Akizuki N, et al : Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan.: *Psychooncology*

16:421-428,2007

6. Namba M, Morita T, et al: Terminal delirium: families' experience. *Palliat Med* 21:587-594, 2007.
7. Morita T, et al: Development of national clinical guideline for artificial hydration therapy for terminally ill patients with cancer. *J Palliat Med* 10:770-780, 2007.
8. Matsuo N, Morita T: Physician-reported practice of the use of methylphenidate in Japanese palliative care units. *J Pain Symptom Manage* 33:655-656, 2007.
9. Osaka I, Morita T, et al: Palliative care philosophies of Japanese certified palliative care units: a nationwide survey. *J Pain Symptom Manage* 33:9-12, 2007.
10. Ando M, Morita T, et al: Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 15:225-231, 2007.
11. Miyashita M, Morita T, Kizawa Y, et al: Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: A nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med* 10:390-399, 2007.
12. Miyashita M, Morita T, et al: Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18:1090-1097, 2007.
13. Sanjo M, Morita T, et al: Preferences regarding end-of-life cancer and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 18:1539-1547, 2007.
14. Ando M, Morita T, et al: Primary concerns of advanced cancer patients identified through the structured life review process: A qualitative study using a text mining technique. *Palliat Support Care* 5:265-271, 2007.
15. Matsuo N, Morita T :Efficacy, safety, and cost effectiveness of intravenous midazolam and flunitrazepam for primary insomnia in terminally ill patients with cancer: a retrospective multicenter audit study. *J Palliat Med* 10:1054-1062, 2007.
16. Morita T, et al: Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences. *J Pain Symptom Manage*

- 34:579-589, 2007.
17. Miyashita M, Morita T, et al: Physician and nurse attitudes toward artificial hydration for terminally ill cancer patients in Japan: results of 2 nationwide surveys. *Am J Hosp Palliat Med* 24:383-389, 2007.
 18. Miyashita M, Morita T, et al: Nurse views of the adequacy of decision making and nurse distress regarding artificial hydration for terminal ill cancer patients: a nationwide survey. *Am J Hosp Palliat Care* 24:463-469, 2007.
 19. Miyashita M, Morita T, et al: Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis. *Support Care Cancer* Feb 21:[Epub ahead of print], 2007.
 20. Miyashita M, Morita T, et al: Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* Nov 9: [Epub ahead of print], 2007.
 21. Ando M, Morita T, et al: One-week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psychooncology* Nov 29: [Epub ahead of print], 2007.
 22. Shiozaki M, Morita T, et al: Measuring the regret of bereaved family members regarding the decision to admit cancer patients to palliative care units. *Psychooncology* Dec 21: [Epub ahead of print], 2007.
 23. Shimizu K, Kinoshita H, et al: First Panic Attack Episodes in Head and Neck Cancer Patients Who Have Undergone Radical Neck Surgery. *Journal of Pain and Symptom Management* 34:575-578,2007
 24. Miyashita M, Kizawa Y, et al: Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med.* 2007 Apr;10(2):390-9.
 25. 秋月伸哉, 他: うつ病への対応. *がん医療におけるコミュニケーション・スキル 悪い知らせをどう伝えるか*. 医学書院 東京 76-82, 2007
 26. 清水研, 秋月伸哉, 他: 婦人科がんにおける心理的問題と精神疾患 *総合病院精神医学* 19: 174-179, 2007
 27. 秋月伸哉: 精神科医の立場から 緩和ケアチームのための講習会アンケート結果より. *精神医学* 49: 901-905
 28. 森田達也, 他: 緩和ケアチームの活動ー聖隷三方原病院の場合ー. *日本臨床* 65:128-137, 2007.
 29. 森田達也: 緩和ケアにおけるクリニカルパス.ー序ー *緩和医療学* 9:1, 2007.
 30. 森田達也, 他: STAS-Jを用いた苦痛のスクリーニングシステム. *緩和医療学* 9:159-162, 2007.
 31. 森田達也, 他: 緩和ケアにおけるコンサルテーション活動の専門性. 緩和ケアチームの活動の現況と展望ー聖隷三方原病院の場合. *ホスピス緩和ケア白書* 2007, p17-23, 2007.
 32. 安達勇, 森田達也: 終末期がん患者に対する輸液ガイドライン: 概念的枠組み. *緩和ケア* 17:186-188, 2007.
 33. 山田理恵, 森田達也, 他: 末梢静脈からのガイドワイヤーを用いた中心静脈カテーテルの挿入. *緩和ケア* 17:223-224, 2007.
 34. 明智龍男, 森田達也, 他: 看取りの症状緩和パス: せん妄. *緩和医療学* 9:245-251, 2007.
 35. 八代英子, 森田達也, 他: 看取りの症状緩和パス: 嘔気・嘔吐. *緩和医療学* 9:259-264, 2007.
 36. 森田達也: 終末期の輸液管理. *消化器外科 Nursing* 12:965-974, 2007.
 37. 森田達也: 緩和ケアへの紹介のタイミング: 概念から実行のとき. *腫瘍内科* 1:364-371, 2007.
 38. 森田達也: 終末期がんの場合 1. 輸液. *がん医療におけるコミュニケーション・スキル* 医学書院 58-63, 2007.
 39. 森田達也: 終末期がんの場合 2. 鎮静. *がん医療におけるコミュニケーション・スキル* 医学書院 64-69, 2007.
 40. 森田達也: 緩和治療とは何か. *医学芸術社. がん化学療法と患者ケア 改訂第 2*

版 232-234, 2007.

41. 木澤義之【がん疼痛治療をめぐる薬物療法の最近の話題】オピオイド導入時のノウハウ：MEDICO(0288-8114)38 巻 4 号 P101-104, 2007.
42. 木澤義之IV. 緩和ケアにおける各職種の専門性 1. 医師の専門性と緩和ケア. ホスピス緩和ケア白書 2007 : p43-46 : ホスピス緩和ケア白書編集委員会編. (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団. 大阪, 2007.
43. 木澤義之II. 緩和ケアにおける各職種の専門性 1. 緩和ケアチームの経緯と活動、筑波大学附属病院. 緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方. ホスピス緩和ケア白書 2007 : p12-13 : 森田達也, 木澤義之, 戸谷美紀編. 青海社. 東京, 2008.
44. 木下寛也 : 緩和医療とコンサルテーション・リエゾン精神医療. 臨床精神医学 36 : 737-742, 2007.

学会発表

1. Kizawa Y. Education for Palliative Care Team (E-PCT) project -A first step of the nationwide project in Japan. Poster Presentation. Hospice Palliative Care: At a Crossroads Toronto, Ontario, Canada 4-7/Nov, 2007.
2. 浅井真理子, 森田達也, 他 : がん医療に関わる医師のバーンアウトとコミュニケーションスキルトレーニング. シンポジウム「外傷的出来事に職業的に関わる人々のストレスケア」. 日本トラウマティック・ストレス学会. 2007. 3, 東京
3. 森田達也 : 臨床と研究における腫瘍学と緩和医学の共同作業. 第 4 回日本臨床腫瘍学会総会. 2007. 3, 大阪
4. 秋月伸哉, 木澤義之, 木下寛也, 森田達也, 他 : 緩和ケアチームのための講習会プログラム. 国立がんセンター東病院支持療法・緩和ケアチーム 厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「地域に根ざしたがん医療システムの展開に関する研究」班. 2007. 3, 柏市
5. 清原恵美, 森田達也, 他 : STAS を用いた苦痛のスクリーニングシステムについて : pilot study. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
6. 佐々木直子, 森田達也, 他 : 化学療法施行患者の患者自記式緩和ケアニーズスクリーニングシステム. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
7. 松尾直樹, 森田達也, 他 : ホスピス・緩和ケア病棟におけるメチルフェニデート (リタリン) 使用の実態 : 全国医師対象質問紙調査. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
8. 八代英子, 森田達也, 他 : 神経因性疼痛にギャバペンチンが有効であった 8 症例. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
9. 鄭陽, 森田達也, 他 : 日本の緩和ケア専門施設における神経ブロックの治療効果 : 多施設調査. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
10. 山田理恵, 森田達也, 他 : 難治性消化器症状に対し薬物療法が奏効した 4 例. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
11. 難波美貴, 森田達也, 他 : 立ち上げ 5 年目の緩和ケアチーム専従看護師の実践内容の分析と役割の検討. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
12. 新城拓也, 森田達也, 他 : 終末期せん妄に関する、家族の経験についての質問紙調査. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
13. 赤澤輝和, 森田達也, 他 : 終末期がん患者における精神的苦悩の予測因子に関する検討. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
14. 安藤満代, 森田達也, 他 : 1 週間の短期回想療法は終末期がん患者の Spiritual well-being を向上させるかもしれない. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
15. 岩崎静乃, 森田達也, 他 : ホスピス病棟入院患者の口腔内状況と歯科介入の必要性. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
16. 池永昌之, 森田達也, 他 : 症状緩和のための鎮静 (Palliative Sedation Therapy) の効果と安全性、倫理的妥当性の検討 :

- 緩和ケア専門病棟における多施設前向き観察的研究. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
17. 小原弘之, 森田達也, 他: がん患者の呼吸困難に対するフロセミド吸入療法の効果の検討. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
18. 宮下光令, 森田達也, 他: 診療記録から抽出する緩和ケアの質の指標 (Quality Indicator) の同定: デルファイ変法による検討. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
19. 森田達也: 終末期医療・緩和ケアにおける薬物療法の倫理—とくに鎮静について. 第20回日本サイコオンコロジー学会総会. 第20回日本総合病院精神医学会総会. 2007. 11, 札幌
20. 藤森麻衣子, 森田達也, 秋月伸哉, 他: 患者が望む悪い知らせのコミュニケーション その2. 第20回日本サイコオンコロジー学会総会. 2007. 11, 札幌
21. 木澤義之. 緩和医療の卒後教育. シンポジウム 1. 日本独自の緩和医療教育のカリキュラム開発. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007年6月22-23日. 岡山
22. 木澤義之, 志真泰夫, 長岡広香, 寺本量子, 馬場玲子, 久永貴之. EPEC-O 日本語版の開発とその教育効果の検討. ワークショップ5. 緩和医療教育. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007年6月22-23日. 岡山.
23. 木澤義之, 久永貴之, 志真泰夫. 緩和ケア専従医のための自己学習プログラムの開発と普及. ポスターセッション. 緩和医療教育(2). 第12回日本緩和医療学会総会. 2007年6月22-23日. 岡山.
24. 木澤義之. 緩和ケアチームの立ち上げの実際: 緩和ケア医の視点から. シンポジウム緩和ケアチームの立ち上げをめぐる. 第20回日本サイコオンコロジー学会, 2007年11月29日, 30日, 札幌.
25. 木澤義之. 地域におけるがん医療の展開と緩和ケア. 第17回茨城がん学会, 2008年2月3日, 水戸.
26. 木下寛也: 緩和ケアで使う向精神薬・精神科医が知っておきたいオピオイドの使い方. 第20回日本サイコオンコロジー学会総会. JP05 サイコオンコロジー研修会. 2007. 11, 札幌
- 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。

Ⅱ. 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

地域がん医療システムの構築及び実態調査

分担研究者 秋月伸哉 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部室長

研究要旨 柏市、我孫子市、流山市における地域がん緩和医療連携のための臨床介入として 1) 地域がん緩和医療ネットワークの構築、2) 地域緩和ケアチーム活動、3) 教育事業を行った。また介入効果の前後比較のためのベースライン調査の一つとして、専門的緩和医療資源とその利用数調査を行った。昨年度に比べネットワークや教育活動への参加者が増加し、これらの活動の地域への定着が示唆された。地域緩和ケアチーム活動については、FAX・メールでの相談、出張コンサルテーション、訪問研修などいくつかの活動スタイルを試みた。活動にかかる時間の問題など運用面での問題がいくつか明らかになった。

また地域の緩和ケアの質の指標として対象地区における専門的緩和ケア医療資源の利用数を調査した。平成 17 年に比べ、緩和ケア外来、精神腫瘍科外来、緩和ケア病棟、緩和ケアチームいずれも利用者数は増加していた。

A. 研究目的

現在日本では、2 人に一人はがんに罹患する。長期生存者にとっては、後遺症対策や社会復帰、進行終末期患者にとっては症状緩和、療養場所の調整、また患者のみならず介護する家族の負担など、がん患者・家族は状況ごとに多様なニーズを抱えている。特に、入院期間の短縮、がん治療の外来化、多くの患者が在宅療養を望んでいることなどから、外来や在宅患者の支援体制が新たに必要とされている。

本研究では、国立がんセンター東病院を拠点とし、柏市、我孫子市、流山市を対象地区として、がん診断後どのステージでも、どこで治療・療養を受けていても必要な専門的緩和ケアを利用できることを理念として介入事業を行い、介入効果を前後比較研究として調査する。地域レベルで緩和医療の質を評価する方法は国際的にも確立していないが、本研究では在宅死亡率、麻薬消費量、専門的緩和医療資源数と利用数を利用する。

今年度は介入事業の一部として、以下を行った。

1) 地域ネットワークの構築

顔が見える関係作りのため、定期的ながん緩和ケアに関する勉強会を行い、地域のネットワークを強化する。

2) 地域緩和ケアチームの運用

緩和ケア病棟、入院緩和ケアチーム加算など現行の保険診療による緩和ケア提供体制では、緩和ケアチームを持たない病院の入院患者、在宅療養中の患者に専門的緩和ケアが関与することができない。これらの対象に専門的緩和ケアを提供するため、FAX・メール相談、出張緩和ケアコンサルテーションを行う。

3) 教育事業

地域がん医療連携のためには、3-1) 地域の一般住民、3-2) 地域医療者のそれぞれの意識変化、技術向上を目的とする。

前後比較研究の一部として、以下を実施した。

4) 専門的緩和医療資源とその利用数のベースライン調査

地域における緩和医療の質の指標の一つとして、地域のがん患者による専門的緩和医療資源の利用数を明らかにし、介入ごとの比較資料とする。

また、今後緩和ケアをより有効に行うための方法の模索として、以下の予備調査を行った。

5) がん医療における精神医療連携についてのアンケート

よりよい緩和ケアの提供には精神保健の専

門家の関与が必要である。すべての医療機関に精神保健の専門家を配置することができない現状で、どのような医療連携が望まれるかを明らかにする。

B. 研究方法

1) 地域ネットワークの構築

柏健康福祉センターにおいて、2ヶ月に1回、訪問看護師、開業医、介護職、保健師を対象とした症例検討会を実施し、地域で緩和ケアを推進するために必要な問題について話し合った。議事をまとめ、柏健康福祉センターが主催し、地域のオピニオンリーダーが参加する「在宅緩和ケアネットワーク運営事業調整会議」に報告する。

2) 地域緩和ケアチームの運用

2-1) FAX・メール相談

平成19年7月からFAX・メールによる緩和ケア相談を開始した。相談者は対象地域内の医療従事者とし、回答は国立がんセンター東病院支持療法チームのスタッフが行う。相談件数と内容を記録する。

2-2) 出張コンサルテーション

平成19年10月から地域支持療法チーム活動を開始した。活動は、特定の症例に関する相談を行う出張コンサルテーションと、総論的な教育・研修活動を行う訪問研修の両方をおこなった。相談者は対象地域内の医療従事者とする。相談内容、出張にかかるコストを記録する。

3) 地域住民・地域医療福祉関係者への教育事業

3-1) 地域一般住民対象

市民公開講座を行った。開催に際し、市民新聞への広報、市のホームページへの広報、地域医療機関へのチラシの配布を行った。

参加者に対し、アンケート票を用いて今後の教育ニーズの調査を行った。

3-2) 地域医療者対象

柏健康福祉センターにおいて、2ヶ月に1回、訪問看護師、開業医、介護職、保健師を対象とした講習会を実施した。

また国立がんセンター東病院で毎月行っている緩和ケア勉強会を地域医療者に公開し、1)で構築した地域医療者への連絡ネットワークを用いてアナウンスした。

4) 専門的緩和医療資源・利用数調査

研究者間での話し合いをもとに、専門的緩和医療資源を、緩和ケア外来、精神腫瘍科外来、緩和ケア入院施設、入院緩和ケアチーム、地域緩和ケアチームに分類し、同定された緩和医療資源について、各施設の診療データベースから平成18年、平成19年の柏市、我孫子市、流山市住民のがん患者利用数を調査した。

5) がん医療における精神医療連携に関するアンケート調査

平成20年2月13日に千葉県精神神経科診療所協会で開催されたサイコオンコロジー講習会に参加した13名の精神科医を対象に、がん医療連携に関するアンケート調査を行った。(倫理面への配慮)

研究3)に関しては、通常臨床の範囲で行われる情報のレトロスペクティブな観察調査であり、施設内倫理委員会による承認及び患者からの同意取得は不要であると判断した。データ収集に当たり患者を特定可能とする情報は収集していない。

研究5)に関しては、調査への参加は自由意志であること、個人を同定しない形で研究発表に利用されることを文書で示したうえで、同意した参加者のみからアンケートを回収した。

C. 研究結果

1) 地域がん緩和医療ネットワークの構築

平成19年4月～平成20年3月までに5回(6症例)の症例検討を開催し、のべ393名が参加した(看護師180名、保健師40名、医師48名、ボランティア16名、薬剤師22名、介護支援専門員37名、医療ソーシャルワーカー35名、その他14名)。

症例検討を通じて議論されたテーマは以下のとおりである。

発表者	問題点	対応策
訪問看護	患者ががん治療継続を望み、終末期の調整が困難。 不適切な麻薬処方。 大病院は医師に連絡取れない	医療機関間の事前の役割分担。連携になれた施設で調整。 医療者教育。 セカンドオピニオンの利用。 病院連携部門にある程度医学的な問題も理解できる職員が必要。

訪問看護	24時間対応できない。 難治性の疼痛。	日中の必要な対応や説明。 メール・FAX相談を開始。 緩和ケア病棟の短期入院。
訪問看護 緩和ケア病棟	在宅持続鎮静。 家族の疲労、医療機関への不信。	可能だが、家族の認識や差し替えの問題。 療養施設を利用できないか。
訪問看護 病院連携室	在宅でのCV管理とXP確認。	CVポート、PICCカテーテルを利用する。 レントゲン機器の貸し出しができないか。
病院連携室	病院MSWの生活背景情報が在宅医に伝わらなかった。	退院前カンファでの医療者間情報提供
訪問看護	短期間で在宅療養の調整が必要。 患者の「まだいいです」にどう対応？ 在宅看取り時の救急隊連絡	ケアマネ、看護、医師の密な連携が必要。 施設内のセンター化。 駆け込み症例にも対応できる在宅施設、体制 家族への繰り返し説明、死亡時のファーストコール徹底などの対応が必要。

2) 地域緩和ケアチームの運用

2-1) FAX・メール相談

平成19年7月から平成20年3月までの間に、11件の相談があった。相談経路は電子メール6件、FAX4件、電話1件、相談者は病院医師5名、診療所医師1名、訪問看護師3名、診療所看護師1名、病院MSW1名であった。相談内容は、疼痛・麻薬の使用法5件、自壊腫瘍の処置2件、不安1件、その他の身体症状1件、制度に関する問い合わせ1件、病状の伝え方1件であった。

2-2) 出張コンサルテーション

平成19年10月から平成20年3月までの間に、5件(6回の訪問)の出張コンサルテーシ

ョン、2件の訪問研修があった。依頼から出張コンサルテーション間での日数は6.8日(0-11日)で、1件当たりの出張コンサルテーションには平均79分を要した。コンサルテーションの内訳を下に示す。

ID	原発部位	相談内容	関与レベル
1	大腸	病状告知 不安、抑うつ 倦怠感	検討会参加
2	大腸	不安、否認 麻薬の使用法	検討会参加
3	肝臓	希望の喪失 家族の精神的 支援	診察同伴
4	食道	せん妄	診察同伴
5	間質性肺炎	不安、抑うつ	診察同伴

また特定の症例に基づかない地域緩和ケアチームの教育・研修活動として、野田保健所での緩和ケア講習会、東葛病院院内症例検討会の参加を行った。

3) 地域住民・地域医療福祉関係者への教育事業

3-1) 地域一般住民対象

「がんになっても安心して暮らせるまちづくり - 外来・在宅でのサポート-」と題して、平成19年10月27日に国立がんセンター東病院講堂において市民公開講座を行った。がん治療医、通院治療センター看護師、外来化学療法体験者、在宅医、緩和ケア医がスピーカーとしてそれぞれの取り組みを報告した。126名が参加した(背景:男性34%、50-60代69%)。今後の教育内容に関するニーズでは、「こころのケア」が42%と最も高く、ついで「緩和ケア」41%、「在宅療養」35%であった。

3-2) 地域医療者対象

1) で記述した平成19年4月～平成20年3月までに開催した5回の症例検討会において、5回のミニレクチャー(「痛みと持続皮下注について」、「痛みとレスキュードーズについて」、「嘔気・嘔吐について」「せん妄を見つけよう」「リンパ浮腫」)を開催した。参加人数は1)の報告と同じである。

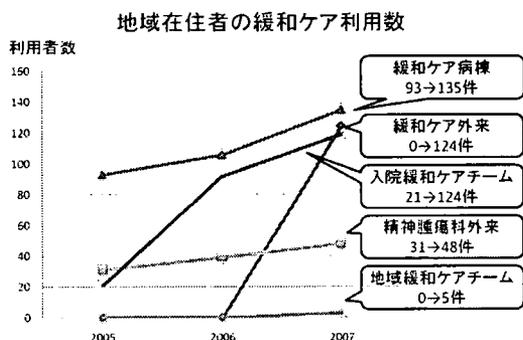
また、平成18年12月より国立がんセンター東病院で毎月行っている緩和ケア勉強会を地域に公開している。平成19年4月から平成20年3月までに6回開催され、30名の地域医

療福祉職が参加した。

4) 専門的緩和医療資源・利用数調査

平成 17 年から平成 19 年にかけて柏市、我孫子市、流山市における専門的緩和医療資源として、平成 17 年に存在しなかった緩和ケア外来が平成 19 年に国立がんセンター東病院開設された。精神腫瘍科外来と緩和ケア病棟は国立がんセンター東病院に 1 つ、平成 17 年に 1 つだった入院緩和ケアチームが平成 19 年に慈恵医科大学附属病院に新設され 2 施設に増加した。また平成 19 年から地域緩和ケアチーム活動が国立がんセンター東病院で開始された。

平成 19 年の各専門的緩和医療資源の地域住民利用数は、緩和ケア外来 124 件、精神腫瘍科外来 48 件、緩和ケア病棟 135 件、入院緩和ケアチーム 124 件、地域緩和ケアチーム 5 件であった。



5) がん医療における精神医療連携に関するアンケート調査

回収率 100%。回答者の背景は精神科医 92%、臨床経験年数中央値 30 年（範囲 20-42 年）、診療所勤務 92%であった。この 1 年間のがん患者の診療件数は 1-4 名、5-10 名、10-20 名と答えた精神科医がいずれも 31%、がん患者の家族・遺族の診療件数も 1-4 名、5-10 名、10-20 名と答えた精神科医がいずれも 31%であった。がん患者の精神ケアに関して身体科医師からのコンサルテーションを受けた件数は 1-4 名、5-10 名がいずれも 46%であった。精神科をもたない近隣病院との連携の方法としては、紹介状などによる外来受診 77%、全く連携がない 23%、電話などでの問い合わせに応じる 15%、紹介元の病院や病棟に赴き診療や助言を行う 15%であった。がん患者・家族の精神・心理ケアに対する考えとして、「興味があるが現在のところ行えて

いない」と答えた精神科医が 62%、「興味があり現在行っている」が 23%、「精神科医の仕事だが個人的に興味がない」が 8%であった。精神科を持たない病院との連携に際しての問題点として、精神科医不足・業務負担 69%、心理士など精神科医以外の職種の不足 23%、コンサルテーション活動への経済的裏付けがないこと 54%、患者や主治医による精神医療の理解不足 46%、精神科医によるがん医療や緩和ケアの理解不足 39%、精神科医ががん患者・家族のケアに興味を持っていないこと 15%であった。

D. 考察

1) 地域がん緩和医療ネットワークの構築

平成 18 年の参加者がのべ 225 名だったのに対し、本年度は 393 名が参加していることから、地域ネットワーク活動が徐々に定着しつつあると考えられる。参加職種も医師、看護師のみならず、ケアマネージャー、ボランティア、ソーシャルワーカー、行政職など幅広い背景をもった方が意見交換を行っている。テーマとしては、緩和ケアの技術のみならず、地域で充実した在宅ケアを行うための制度の提言などが行われた。なかでも地域緩和ケアチームの FAX・メール相談活動はすでに地域内で実現している。

2) 地域緩和ケアチームの運用

国内ではほとんどおこなわれていない地域緩和ケアチーム活動の取り組みを実験的に開始した。活動は特定の症例に対する相談である FAX・メール相談、出張コンサルテーションと、総論的な教育活動である訪問研修を含んでいる。診察を伴わない FAX・メール相談は疼痛や麻薬処方に関する相談が多いのに対し、診察を行える出張コンサルテーションでは心理的な問題を含む複雑な症例が目立った。また 1 件当たり 1 時間以上必要とすること、診察のタイミングを主治医と合わせるために依頼から訪問までの時間がかかること、などいくつかの問題も明らかになった。今年度はいずれも施設を限定した活動であり利用数も少ないため、次年度は広く活動して地域緩和ケアチーム活動の実施可能性を評価することが課題である。

3) 地域住民・地域医療福祉関係者への教育事業

3-1) 地域一般住民対象

緩和医療全体の教育ニーズが高く、特に「このころのケア」や「在宅療養」についての要望

が高いことが明らかになった。

3-2) 地域医療者対象

保健所で行われたミニレクチャーは1)と参加者が共通して多くが参加した。地域医療者向けの教育活動として実施可能であるとかんがえられた。今後は、体系的な教育プログラムの開発、各参加者が所属施設内で伝達講習を行えるような資料の作成、地域でコアとなるようなスタッフの育成が課題である。

4) 専門的緩和医療資源・利用数調査

平成17年の柏市、我孫子市、流山市に置ける専門的緩和医療資源が緩和ケア病棟1施設、精神腫瘍科外来1施設、入院緩和ケアチーム1施設のみであったが、平成19年には緩和ケア外来1施設、精神腫瘍科外来1施設、緩和ケア病棟1施設、入院緩和ケアチーム2施設、地域緩和ケアチーム1施設と増加していた。また緩和ケア病棟など既存の施設も利用者数を増やしている。

5) がん医療における精神医療連携に関するアンケート調査

診療所の精神科医にとって、外来紹介などをつうじてがん患者や家族の心理・精神的ケアにかかわる機会はずでにあり、活動に興味を持っている物の十分に取り組めていないと考えている実情が明らかになった。精神科を有さない病院にとって、診療所精神科医との連携の可能性が示されたが、マンパワーの充実、施設を越えたコンサルテーション活動に対する経済的な裏付けなどが必要であることが示唆された。

E. 結論

柏市、我孫子市、流山市における地域がん緩和医療連携のため、地域医療福祉者のネットワーク作り、教育事業に加え、地域緩和ケアチーム活動を開始した。

平成17年度から専門的緩和医療資源の数、利用数は徐々に増加している。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Morita T, Akizuki N, et al : Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a validation study and nurse education intervention trial. J Pain Symptom Manage.34:160-170,2007.

2. Shimizu K, Akizuki N, et al : Can psychiatric intervention improve major depression in very near end-of-life cancer patients? : Palliat Support Care. 5:3-9,2007.
3. Akechi T, Akizuki N, Shimizu K, et al : Associated and predictive factors of sleep disturbance in advanced cancer patients. : Psychooncology 16 : 888-894,2007.
4. Fujimori M, Morita T, Akizuki N, et al: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news : Psychooncology 16 : 573-581,2007
5. Asai M, Morita T, Akizuki N, et al : Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan.: Psychooncology 16:421-428,2007
6. 秋月伸哉、他：うつ病への対応。がん医療におけるコミュニケーション・スキル 悪い知らせをどう伝えるか。医学書院 東京 76-82, 2007
7. 清水研、秋月伸哉、他：婦人科がんにおける心理的問題と精神疾患 総合病院精神医学 19 : 174-179, 2007
8. 秋月伸哉：精神科医の立場から 緩和ケアチームのための講習会アンケート結果より。精神医学 49 : 901-905, 2007
9. 秋月伸哉：癌患者にみられる代表的な精神症状とその対策(2)うつ病 コンセンサス癌治療 7 : 10-13, 2008

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

地域での緩和ケアの質を評価するための Quality Indicator 作成に関する研究

分担研究者 森田達也 聖隷三方原病院緩和支援治療科部長

研究要旨 わが国には地域で共有するための症状評価表がない。本研究の目的は、地域で共有するための症状評価表として作成された「生活のしやすさの問診表」の、外来化学療法を受けている患者における実施可能性をあきらかにし、症状頻度を明らかにすることである。【方法】聖隷三方原病院にて外来化学療法を受けている患者 472 名を対象に、「生活のしやすさに関する問診表」を受診ごとに配布した。【結果】462 名（98%）から 4,000 名の調査票を回収した。頻度の高かった症状は、口腔の問題（21%）、不眠（19%）、気持ちのつらさ（15%）、意思決定の支援（14%）、倦怠感（8.2%）、食不振（6.3%）であった。【結論】「生活のしやすさに関する問診表」は簡便で実施可能な症状評価手段であると考えられる。2009 年度は地域全体での実施可能性について検討する。

A. 研究目的

わが国には地域で共有するための症状評価表がない。本研究の目的は、地域で共有するための症状評価表として作成された「生活のしやすさの問診表」の、外来化学療法を受けている患者における実施可能性をあきらかにし、症状頻度を明らかにすることである。

B. 研究方法

聖隷三方原病院にて外来化学療法を受けている患者 472 名を対象に、「生活のしやすさに関する問診表」を受診ごとに配布した。（倫理面への配慮）

通常の臨床活動の一環として行った結果を解析した

C. 研究結果

462 名（98%）から 4,000 名の調査票を回収した。頻度の高かった症状は、口腔の問題（21%）、不眠（19%）、気持ちのつらさ（15%）、意思決定の支援（14%）、倦怠感（8.2%）、食不振（6.3%）であった。

D. 考察

「生活のしやすさに関する問診表」は簡便で実施可能な症状評価手段であると考えられる。外来化学療法を受ける患者では、1) 栄養・消化器症状（口腔の問題・食不振）、2) 精神的問題、3) 倦怠感にたいする緩和ケア

が必要である。

E. 結論

「生活のしやすさに関する問診表」は簡便で実施可能な症状評価手段であると考えられる。2009 年度は地域全体での実施可能性について検討する。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Namba M, Morita T, et al: Terminal delirium: families' experience. Palliat Med 21:587-594, 2007.
2. Morita T, et al: Development of national clinical guideline for artificial hydration therapy for terminally ill patients with cancer. J Palliat Med 10:770-780, 2007.
3. Matsuo N, Morita T: Physician-reported practice of the use of methylphenidate in Japanese palliative care units. J Pain Symptom Manage 33:655-656, 2007.
4. Osaka I, Morita T, et al: Palliative care philosophies of Japanese certified palliative care units: a nationwide

- survey. *J Pain Symptom Manage* 33:9-12, 2007.
5. Ando M, Morita T, et al: Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 15:225-231, 2007.
 6. Miyashita M, Morita T, Kizawa Y, et al: Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: A nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med* 10:390-399, 2007.
 7. Asai M, Morita T, Akizuki N, et al: Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: A cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psycho-Oncology* 16:421-428, 2007.
 8. Miyashita M, Morita T, et al: Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18:1090-1097, 2007.
 9. Fujimori M, Morita T, Akizuki N, et al: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psycho-Oncology* 16:573-581, 2007.
 10. Morita T, Akizuki N, et al: Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a validation study and nurse education intervention trial. *J Pain Symptom Manage* 34:160-170, 2007.
 11. Sanjo M, Morita T, et al: Preferences regarding end-of-life cancer and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 18:1539-1547, 2007.
 12. Ando M, Morita T, et al: Primary concerns of advanced cancer patients identified through the structured life review process: A qualitative study using a text mining technique. *Palliat Support Care* 5:265-271, 2007.
 13. Matsuo N, Morita T: Efficacy, safety, and cost effectiveness of intravenous midazolam and flunitrazepam for primary insomnia in terminally ill patients with cancer: a retrospective multicenter audit study. *J Palliat Med* 10:1054-1062, 2007.
 14. Morita T, et al: Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences. *J Pain Symptom Manage* 34:579-589, 2007.
 15. Miyashita M, Morita T, et al: Physician and nurse attitudes toward artificial hydration for terminally ill cancer patients in Japan: results of 2 nationwide surveys. *Am J Hosp Palliat Med* 24:383-389, 2007.
 16. Miyashita M, Morita T, et al: Nurse views of the adequacy of decision making and nurse distress regarding artificial hydration for terminal ill cancer patients: a nationwide survey. *Am J Hosp Palliat Care* 24:463-469, 2007.
 17. Miyashita M, Morita T, et al: Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis. *Support Care Cancer* Feb 21:[Epub ahead of print], 2007.
 18. Miyashita M, Morita T, et al: Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* Nov 9: [Epub ahead of print], 2007.
 19. Ando M, Morita T, et al: One-week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psychooncology* Nov 29: [Epub ahead of print], 2007.
 20. Shiozaki M, Morita T, et al: Measuring the regret of bereaved family members regarding the decision to admit cancer patients to palliative care units. *Psychooncology* Dec 21: [Epub ahead of print], 2007.
 21. 森田達也, 他: 緩和ケアチームの活動－聖隷三方原病院の場合－. *日本臨床* 65:128-137, 2007.
 22. 森田達也: 緩和ケアにおけるクリニカルパス. 一序－ *緩和医療学* 9:1, 2007.
 23. 森田達也, 他: STAS-Jを用いた苦痛のスクリーニングシステム. *緩和医療学* 9:159-162, 2007.
 24. 森田達也, 他: 緩和ケアにおけるコンサルテーション活動の専門性. 緩和ケアチームの活動の現況と展望－聖隷三方原病院の場合. *ホスピス緩和ケア白書* 2007,

- p17-23, 2007.
25. 安達勇, 森田達也: 終末期がん患者に対する輸液ガイドライン: 概念的枠組み. 緩和ケア 17:186-188, 2007.
 26. 山田理恵, 森田達也, 他: 末梢静脈からのガイドワイヤーを用いた中心静脈カテーテルの挿入. 緩和ケア 17:223-224, 2007.
 27. 明智龍男, 森田達也, 他: 看取りの症状緩和パス: せん妄. 緩和医療学 9:245-251, 2007.
 28. 八代英子, 森田達也, 他: 看取りの症状緩和パス: 嘔気・嘔吐. 緩和医療学 9:259-264, 2007.
 29. 森田達也: 終末期の輸液管理. 消化器外科 Nursing 12:965-974, 2007.
 30. 森田達也: 緩和ケアへの紹介のタイミング: 概念から実行のとき. 腫瘍内科 1:364-371, 2007.
 31. 森田達也: 終末期がんの場合 1. 輸液. がん医療におけるコミュニケーション・スキル 医学書院 58-63, 2007.
 32. 森田達也: 終末期がんの場合 2. 鎮静. がん医療におけるコミュニケーション・スキル 医学書院 64-69, 2007.
 33. 森田達也: 緩和治療とは何か. 医学芸術社. がん化学療法と患者ケア 改訂第2版 232-234, 2007.
- 学会発表
1. 浅井真理子, 森田達也, 他: がん医療に関わる医師のバーンアウトとコミュニケーションスキルトレーニング. シンポジウム「外傷の出来事に職業的に関わる人々のストレスケア」. 日本トラウマティック・ストレス学会. 2007.3, 東京
 2. 森田達也: 臨床と研究における腫瘍学と緩和医学の共同作業. 第4回日本臨床腫瘍学会総会. 2007.3, 大阪
 3. 秋月伸哉, 木澤義之, 木下寛也, 森田達也, 他: 緩和ケアチームのための講習会プログラム. 国立がんセンター東病院支持療法・緩和ケアチーム 厚生労働科学研究費補助がん臨床研究事業「地域に根ざしたがん医療システムの展開に関する研究」班. 2007.3, 柏市
 4. 清原恵美, 森田達也, 他: STASを用いた苦痛のスクリーニングシステムについて: pilot study. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 5. 佐々木直子, 森田達也, 他: 化学療法施行患者の患者自記式緩和ケアニーズスクリーニングシステム. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 6. 松尾直樹, 森田達也, 他: ホスピス・緩和ケア病棟におけるメチルフェニデート(リタリン)使用の実態: 全国医師対象質問紙調査. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 7. 八代英子, 森田達也, 他: 神経因性疼痛にギャバペンチンが有効であった8症例. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 8. 鄭陽, 森田達也, 他: 日本の緩和ケア専門施設における神経ブロックの治療効果: 多施設調査. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 9. 山田理恵, 森田達也, 他: 難治性消化器症状に対し薬物療法が奏効した4例. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 10. 難波美貴, 森田達也, 他: 立ち上げ5年目の緩和ケアチーム専従看護師の実践内容の分析と役割の検討. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 11. 新城拓也, 森田達也, 他: 終末期せん妄に関する、家族の経験についての質問紙調査. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 12. 赤澤輝和, 森田達也, 他: 終末期がん患者における精神的苦悩の予測因子に関する検討. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 13. 安藤満代, 森田達也, 他: 1週間の短期回想療法は終末期がん患者のSpiritual well-beingを向上させるかもしれない. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 14. 岩崎静乃, 森田達也, 他: ホスピス病棟入院患者の口腔内状況と歯科介入の必要性. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 15. 池永昌之, 森田達也, 他: 症状緩和のための鎮静(Palliative Sedation Therapy)の効果と安全性、倫理的妥当性の検討: 緩和ケア専門病棟における多施設前向き観察的研究. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
 16. 小原弘之, 森田達也, 他: がん患者の呼吸困難に対するフロセミド吸入療法の効果の検討. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山

17. 宮下光令, 森田達也, 他: 診療記録から抽出する緩和ケアの質の指標 (Quality Indicator) の同定: デルファイ変法による検討. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007. 6, 岡山
18. 森田達也: 終末期医療・緩和ケアにおける薬物療法の倫理—とくに鎮静について. 第 20 回日本サイコオンコロジー学会総会. 第 20 回日本総合病院精神医学会総会. 2007. 11, 札幌
19. 藤森麻衣子, 森田達也, 秋月伸哉, 他: 患者が望む悪い知らせのコミュニケーション その 2. 第 20 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2007. 11, 札幌

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。