

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

分担研究者 山崎彰美 千葉県柏健康福祉センター長

研究要旨 本邦では90%を超えるがん患者が病院で最後を迎えている。一方で国民の6割は最期の時間を可能な限り家で過ごすことを希望し、1割は最期まで家で過ごすことを希望しており、療養場所に関する患者の希望と現実にはギャップがあることが知られている。在宅がん療養体制の構築には、地域ごとの特性に応じた計画が必要であるが、これまで地域の在宅がん死亡率は調査されてこなかった。本調査により2006年の死亡小票を用いた調査により、柏保健所管内のがん死亡数は1376名であり、在宅死亡（施設を含む）はそのうち7.0%であることを明らかにした。今後、在宅がん緩和医療体制整備の指標の一つとして継続的に調査を行っていくことが重要である。

A. 研究目的

治癒を望めないがん患者の療養において、患者の望む場所で療養でき、最期を迎えることができることは重要なテーマであり、終末期のQOLの構成要素の一つである。地域レベルで緩和医療の質を評価する際にも、在宅でのがん死亡率は複数の研究で用いられている。

厚生労働省が2005年の終末期医療に関する調査等検討委員会で行った調査によると、痛みを伴い、治る見込みがなく死期が迫っている場合の療養場所として、60%が可能な限り自宅に在ることを望み、11%は最期まで自宅で過ごすことを希望している。しかし同年の人口動態統計によると、がん患者の在宅死亡は5.7%と、がん患者の療養場所についての希望は達成されていない実状が示唆される。

在宅がん死亡率は、家族構成、地域医療福祉資源の均てん、地域の医療分化により左右され、地域差が予想されるため、本研究班の介入対象地区である柏保健所管内におけるがん患者の死亡場所調査を2005年のから経年的に行っている。今後のがん患者の保健計画の基礎資料とすることを目的として、2006年の柏保健所管内におけるがん患者の死亡場所を調査した。

B. 研究方法

柏保健所管内（柏市、流山市、我孫子市）に住民票を有する住民のうち、2006年1月1日から2006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。

（倫理面への配慮）

本調査は保健所における保健所管内住民の健康推進事業の一環として行った。情報を集計した上で、個人を特定できない形で研究班に集計結果を提供した。

C. 研究結果

調査期間内の全死亡数は4267名であった。全死因での死亡場所は、病院83.4%、自宅11.4%、施設2.1%、診療所0.9%、その他2.2%であった。4267名のうち、がん死亡と判断されたのは1376名（32.2%）であった。

1376名のがん死亡症例の背景は、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。

D. 考察

柏保健所管内における在宅がん死亡率を明らかにした。柏保健所管内の自宅・施設におけるがん死亡率は2005年に4.7%、2006年は7.0%であった。人口動態統計による全国の自宅・施設におけるがん死亡率は2005年に6.4%、2006年に7.0%であった。2年の調査であり確定的なことは言い難いが、管内の在宅がん看取りを行う施設が増えてきた可能性がある。一方で2005年の厚生労働省の調査に

よると11%が最後まで自宅で過ごすことを希望していることから、がん患者の療養先の希望が十分達成されていない現状が示唆された。

異なるデータベースからの参考資料ではあるが、柏保健所管内の唯一の緩和ケア病棟である国立がんセンター東病院緩和ケア病棟における同年の柏保健所管内民の死亡数が106名であることから、緩和ケア病棟利用率は全体の7.7%であることが推測できる。欧米と異なり、最後まで自宅で過ごすことを希望する人の割合が少ないわが国では、施設や緩和ケア病棟で最期を迎えることができる体制を整備することも重要であると考えられる。

今後、地域のがん緩和医療体制の整備を行い、その指標として継続してがん患者の死亡場所を調査する予定である。

E. 結論

2006年の柏保健所管内における自宅・施設がん死亡数は7.0%と前年より増加し、全国平均と並ぶものとなった。

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

なし。

学会発表

なし。

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

地域に根ざしたがん医療システムの展開に関する研究

分担研究者 木澤 義之 筑波大学大学院人間総合科学研究科

研究要旨 地域に根ざした緩和医療の展開のためには、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅医療の緊密な連携が必要である。本研究では、切れ目のない医療の提供のために必要な、病院や診療所、施設を含めた多施設において使用でき、かつ患者の情報が共有できるデータベースの開発を行うとともに、地域の診療所、訪問看護ステーション、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟が一同に会し、連携を深めるための連絡会議（つくば緩和ケアカンファレンス）を茨城県南地域で行った。

今後は、データベースの共用、合同カンファレンスを重ねること、地域コンサルテーション、学習会などの実施を通じて知識の向上と医療の標準化を行うことなどが大きな課題としてあげられる。

A. 研究目的

わが国の緩和医療は、緩和ケア病棟の発達とともに普及し発展してきた。しかしながら緩和ケア病棟利用者の全がん死亡に占める割合は約5%にしかすぎない。また、緩和ケアチームによるコンサルテーション診療も徐々に発達しつつある。しかしながら、これらの施設で診療している患者数は多く見積もっても全がん患者の10%程度であり、かつ多くの場合亡くなる前の数ヶ月の診療を行っているにすぎない。全ての生命の危険のある病気に罹患した患者とその家族が、いつでも、どこでも緩和医療が享受できるためには緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、診療所、病院、訪問看護ステーションの緊密な連携が必要不可欠である。

以上のような認識から、本研究は次の目的で行われた。

(1) 地域に根ざした緩和医療のシステムを展開するために必要な、病院や診療所、施設を含めた多施設において使用でき、かつ患者の情報が共有できるデータベースの開発を行いその運用を行う。

(2) 緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、診療所、病院、訪問看護ステーションの緊密な連携をはかるため、地域に地域緩和医療の普及のための会議を開催し、地域緩和ケア実践の課題を明らかにする。

B. 研究方法

(1) 平成13年度厚生労働科学研究費緩和医療の初診時評価と継続評価に関する研究で作成された緩和医療初診時および継続時評価表をもとに、地域で使用できる緩和ケアデータセット電子版を作製した。平成19年度は、平成18年度に作成された緩和ケアデータセット電子版を使用して、院内コンサルテーションおよび地域との連携に使用した。

(2) 緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、診療所、病院、訪問看護ステーションの緊密な連携をはかるため、茨城県南地域の上記機関に依頼し、地域緩和医療の普及のための会議（以下つくば緩和ケアカンファレンス）を計4回開催した。第5回目のカンファレンスを3月12日に予定している。また上記会議を有効に行うために運営会議を2回開催し、カンファレンスの有効性や実施性について話し合いを持った。

（倫理面への配慮）

特記すべきことなし

C. 研究結果

(1) 緩和ケアデータセット電子版 Ver1.0 が作成され同データベースを用いて患者情報の共有、集計を行うシステムが開発された。同データベースを筑波大学附属病院において使用し、その実施性を検証し、データベースの修正を行った。

(2) 以下の日程でつくば緩和ケアカンファレンスを開催した。第1回カンファレンス：7月11日「緩和ケア病棟からの訪問診療と地域連携」：約60名参加、第2回カンファレンス：9月12日「在宅ケース事例検討」：146名参加、第3回カンファレンス：11月14日「在宅療養の事例、最近困っている事例」：参加者105名、第4回カンファレンス：1月16日：約100名参加。次回3月12日に第5回カンファレンスを開催予定である。第2-4回のアンケートの結果、参加の職種は医師、看護師、ケアマネージャー、薬剤師、ソーシャルワーカーなど幅広く、看護師が毎回40%前後を占めた。また、参加者は茨城県南、県西地区17市町村から集まっており、その勤務場所は診療所、訪問看護ステ

ーション、調剤薬局、病院と幅広いが診療所と訪問看護ステーションで毎回30-50%を占めた。カンファレンスの満足度に関しては毎回90%前後の医療者が「役に立った」「とても役に立った」と回答した。

また、運営会議の討論で今後多施設でのデータベースの共用および専門緩和ケアサービスによる地域コンサルテーションによる診療所と訪問看護ステーションの支援と連携について話し合われた。(添付資料参照 P39~P44)

D. 考察

(1) 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)が作成され、筑波大学において実地使用され、実施性の検討及びデータベースの修正が行われた。今後筑波大学附属病院、大和クリニック、筑波メディカルセンター病院を中心に共同利用を開始し、データを集積予定である。

(2) 茨城県南西部において地域緩和ケア会議「つくば緩和ケアカンファレンス」を計4回開催した。参加者は職種、居住地ともに幅広く集まっており、カンファレンスに対する参加者の意見は非常に肯定的であった。看護師の参加は非常に多いが医師の参加、特に病院からの、がん治療医の参加が少ないため今後地域のがん診療拠点病院等にも呼びかけ、治療医の参加を呼び掛けていくとともに、在宅支援診療所を中心とした診療所への広報も併せて行っていきたい。

(3) さらに地域緩和ケアの充実を図るために、専門緩和ケアサービスによる地域コンサルテーションを行い、それを通じて診療所と訪問看護ステーションの支援と連携を行っていくのが今後の大きな課題である。

E. 結論

(1) 緩和ケアデータセット電子版Ver1.0の実施性が検証されデータベースの修正が行われた。

(2) 地域緩和ケア会議「つくば緩和ケアカンファレンス」を計4回開催された。カンファレンスに対する参加者の意見は非常に肯定的であった。

(3) さらに地域緩和ケアの充実を図るために、専門緩和ケアサービスによる地域コンサルテーションを行い、それを通じて診療所と訪問看護ステーションの支援と連携を行っていくのが今後の大きな課題である。

G. 研究発表

論文発表

1. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Kizawa Y, Shima Y, Shimoyama N, Tsuneto S, Hiraga K, Sato K, Uchitomi Y. : 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

学会発表

1. Kizawa Y. Education for Palliative Care Team (E-PCT) project -A first step of the nation wide project in Japan. Poster Presentation. Hospice Palliative Care: At a Crossroads Toronto, Ontario, Canada 4-7/Nov,2007.
2. 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.
3. 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-0 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.
4. 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.
5. 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回日本サイコロジ学会, 2007年11月29日, 30日, 札幌.
6. 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.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

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

地域緩和ケアに関する実態調査及びその推進プログラムの開発

分担研究者 木下寛也 国立がんセンター東病院緩和ケア病棟医長

研究要旨 地域緩和ケアシステムの充実のために緩和ケア病棟の機能を明確化し、緩和医療科外来の充実を図った。この結果、利用者数の増加、死亡退院率の減少、入院待機期間の短縮の可能性が示唆された。

また地域緩和ケアの中心となることが期待される在宅療養支援診療所の調査を行った。在宅療養支援診療所は地域格差、施設間格差があることが推測された。

緩和ケアの普及の一指標と考えられる麻薬消費量の調査を行った。

A. 研究目的

地域においてより多くのがん患者が適切な緩和ケアを受けることが出来るためには、より多くの医療者が基本的な緩和ケアの知識・技術を身につけること、地域で緩和ケアに利用できる医療資源が存在し有効に利用されることなどがあげられる。

我が国においては他の医療が病院での入院治療を中心に発達してきたのと同様、緩和ケアも緩和ケア病棟を中心に発達してきた。しかし、緩和ケア病棟を利用できる患者は、全がん患者死亡数の約5%だけが緩和ケア病棟で死亡していることを考えると、ごく少数に過ぎないと予測される。

このような現状のなか、緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所が診療報酬改訂においてあらたに緩和ケアを提供する医療資源として点数化されてきた。しかし、いずれのリソースもまだ発展途上にあり、十分に機能していないと考えるべきであろう。特に在宅療養支援診療所は在宅緩和ケアを提供することを期待されて2006年4月に生まれた制度であるが、その評価は今後の課題である。

本研究では地域緩和ケアにおける様々な医療資源の有効利用について考える。

B. 研究方法

本研究においては地域緩和ケアモデルとして地域を柏管区(柏市、流山市、我孫子市：人口合計約60万人)に設定した。

1) 今年度は、介入事業として国立がんセンター東病院緩和医療科の改変を行い、前後

比較を行った。改変の内容としては、ア)緩和ケア病棟の入院手順・基準を見直し、登録制度を廃止し、在宅療養の障害となる身体的・精神的症状が生じた場合に可能な限り速やかに入院する。イ)症状がコントロール際には原則退院となる旨の周知徹底(表1：添付資料P45)

2)在宅療養支援診療所の地域における実態調査を目的に、千葉県社会保険事務局に在宅療養支援診療所に関する情報開示請求を行った。

3)本研究班全体における緩和ケアの質の評価指標の一つである麻薬消費量の一つとして、麻薬消費量調査を行うために、千葉県に情報開示請求を行った。

(倫理面への配慮)

1)に関しては、通常臨床の範囲で行われる情報の後方観察調査であり、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必要ないと判断した。患者個人を特定できる情報の収集は行っていない。

2, 3)に関してはいずれも個人情報開示請求により開示された情報を、個人を特定できない形で地域別に集計を行った。

C. 研究結果

1-1) 緩和ケア病棟

2007年1月1日から同年12月31日までの総入院患者は359名で、柏管区では柏市、流山市、我孫子市、それぞれ75、22、20名であった。入院申し込みから入院までの期間は平均3.7日、中央値は2日であった。

退院患者数は371名であった。柏市、流山市、我孫子市、それぞれ78、22、18名であった。うち死亡退院患者数は315名(84.9%)であった。柏市、流山市、我孫子市、それぞれ70、21、14名であった。表2(添付資料P45)に2006年度との比較を示す。年間入院患者の増加、死亡退院率はわずかながら低下したことは、緩和ケア病棟の運営の見直しが一定の効果があったものと考えられる。また、過去との比較は出来ないが、入院待機期間は比較的短いといえよう。

1-2) 緩和医療科外来

2007年1月1日から同年12月31日までの新規受診患者数は397名で、うち81名(20.4%)が化学療法中あるいは手術後の経過観察中であった。柏市、流山市、我孫子市の新規受診患者はそれぞれ77、27、20名であった。

2) 在宅療養支援診療所に関するデータは情報開示請求が認められ、情報開示された。2007年10月1日の時点で届出された診療所数の診療所数は、柏市、流山市、我孫子市でそれぞれ、11、4、2であり、人口10万人あたりではそれぞれ、2.87、2.59、1.50であった。千葉県全体では人口10万人あたり3.39であり、柏管区は千葉県の平均水準以下である。昨年度の調査、2006年8月13日時点で診療所数はそれぞれ9、2、2であった。2006年7月1日から2007年6月30日までの新規訪問診療患者数、は柏市、流山市、我孫子市の診療所でそれぞれ300、424、40名。また自宅看取り数はそれぞれ14、69、1名であった。(表3:添付資料P45)

これらの数字はいずれもがん患者を対象としたものではないことがこの調査の限界である。ただし、この結果からは流山市の在宅療養支援診療所が機能している可能性が示唆された。

3) 麻薬消費量

千葉県に情報開示請求を行い、情報開示された。2004年10月1日から2005年9月30日(2004年度)および2005年10月1日から2006年9月30日(2005年度)の期間に小売業、麻薬管理者が払い出した麻薬量を集計した。最終的に経口モルヒネに等価換算を行い比較した。換算は経口モルヒネ30mg=座薬モルモルヒネ30mg=モルヒネ注射60mg=経口オキシ

コドン20mg=フェンタニル300μgとした。柏市、流山市、我孫子市、それぞれ2004年度は、11,901g、1760g、503g(柏管区合計14,170g)、2005年度は13,789g、909g、633g(柏管区合計15,330g)であった。(表4:添付資料P46)

D. 考察

地域緩和ケアの充実を目指して、専門的緩和ケアを提供できる体制の構築を目標に国立がんセンター東病院の緩和医療科の体制を整えた。特に緩和ケア病棟においては症状緩和のための専門病棟という位置づけのもと、在宅療養の支援を目指した。その結果、利用者数の増加、死亡退院率の減少を認めた。入院待機期間は過去との比較が不可能であるが、短時間で入院を受け入れることが可能であること示す結果であった。

在宅療養支援診療所に関しては、地域格差および診療所間の格差が示唆される結果であった。

地域麻薬消費量に関しては、柏管区全体では増加を認めた。

E. 結論

地域緩和ケアの充実を目標に、緩和ケア病棟の機能を明確にし、緩和医療科外来の充実を図った。また地域緩和ケアの評価のために専門的緩和ケア利用者数、在宅療養支援診療所数、麻薬消費量等の調査を行った。

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. Shimizu K, Kinoshita H, et al. First panic attack episodes in head and neck cancer patients who have undergone radical neck surgery. J Pain Symptom Manage, 34(6): 575-8, 2007

2. 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. 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. JPOS 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 | 2. 実用新案登録 |
| なし | なし |
| | 3. その他 |
| | なし |

分担研究報告書

外来がん患者の抑うつに対するスクリーニングに関する研究

分担研究者 清水 研 国立がんセンター中央病院精神科

研究要旨 昨年度までにがん患者の抑うつは国立がんセンターにおいて、わが国の実地臨床にあった介入法として、「つらさと支障の寒暖計の実施と精神科受診の推奨を組み合わせたプログラム」（以降プログラムと略）を開発した。本研究には、全国多施設におけるプログラムの実施可能性と有用性の確認した上で、地域に根ざした介入法を明らかにするために、各医療機関における特性を明らかにすることを目的とする。本年度においては研究実施施設が、国立がんセンター中央病院、国立がんセンター東病院、慶応大学病院、大阪北野病院、広島大学病院の5施設に決定した。国立がんセンター東病院、広島大学病院では、既に施設内倫理委員会による承認が終了し、研究が開始されている。

A. 研究目的

がん患者に認められる精神症状で頻度が高いものは適応障害と大うつ病であるが、看過されやすい症状であるため、NCCNのガイドラインでは、定期的な精神症状のスクリーニングを実施し、スクリーニングで陽性となる患者に対しては、精神科医などの専門家が積極的に関与することを推奨している。

国立がんセンターにおいて、わが国の実地臨床にあった介入法として、「つらさと支障の寒暖計の実施と精神科受診の推奨を組み合わせたプログラム」（以降プログラムと略）を開発した。今後は全国への早期均てん化が望まれ、現時点で本プログラムを全国多施設にベストプラクティスとして導入する予定である。本研究においては、全国多施設において、プログラムを臨床導入する際に実態調査を行い、現行のわが国の実地がん臨床において、プログラムの実施可能性と有用性の確認を目的とする。

B. 研究方法

次の基準を満たす施設を、多施設共同研究の参加施設とした。①外来がん患者に対して、「つらさと支障の寒暖計の実施と精神科受診の推奨を組み合わせたプログラム」を導入す

る。②有用性の指標として、精神科受診率（適応障害、大うつ病で精神科受診となった患者の割合）を評価する。③実施可能性の指標としてつらさと支障の寒暖計の実施率（つらさと支障の寒暖計を実施した患者の全プログラム対象患者に対する割合を）を評価した上で、各医療機関での差異を明らかにすることである。

（倫理面への配慮）

研究実施に先立ち、各施設において施設内倫理委員会による承認を得る。本プログラムは、既にガイドライン等で臨床実践を行うことが推奨されているものであり、データ収集に関しては通常の臨床にて得られる範囲のものにとどまっているため、患者からの書面による同意取得に関しては、不要であると判断した。また、データ収集にあたっては患者を特定可能とするような情報は収集していない。

C. 研究結果

研究実施施設が、国立がんセンター中央病院、国立がんセンター東病院、慶応大学病院、大阪北野病院、広島大学病院の5施設に決定した。国立がんセンター東病院、広島大学病院では、既に施設内倫理委員会による承認が

終了し、研究が開始されている。

D. 考察

がん専門病院、大学病院、一般総合病院の参加が得られたことにより、様々な臨床場面での本プログラムの有用性、実施可能性が明らかになることが期待される。

E. 結論

本多施設共同研究の枠組みが決定し、一部の施設において介入が開始された。

F. 健康危険情報

特記すべきものなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Akechi T, Shimizu K, Akizuki N, et al. Associated and predictive factors of sleep disturbance in advanced cancer patients. *Psycho-Oncology* 16: 888-894, 2007
2. Shimizu K, Akizuki N, et al. Can psychiatric intervention improve major depression in very near end-of-life cancer patients? *Palliative and Supportive Care* 5: 3-9, 2007
3. Shimizu K, 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
4. 清水 研, 他 婦人科がんにおける心理的問題と精神疾患. 19: 174-179, 2007

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。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍（日本語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
秋月伸哉、他	うつ病への対応	内富庸介 藤森麻衣子	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	2007	76-82
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.	(財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団『ホスピス緩和ケア白書2007』編集委員会	ホスピス緩和ケア白書2007	財団法人日本ホスピス緩和ケア研究振興財団	大阪	2007	43-46

雑誌（日本語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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	1 9	174-179	2,007
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	4 9	901-905	2007
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
森田達也	緩和ケアにおけるクリニカルパス。－序－	緩和医療学	9	1	2007
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
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		17-23	2007
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
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

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
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
森田達也	終末期の輸液管理	消化器外科 Nursing	12	965-974	2007
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
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
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
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
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	38巻4号	101-104	2007
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

別紙 4

雑誌 (外国語)

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<u>Morita T, Akizuki N,</u> et al	Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a validation study and nurse education intervention trial.	J Pain Symptom Manage	34	160-170	2007
<u>Shimizu K, Akizuki N,</u> et al	Can psychiatric intervention improve major depression in very near end-of-life cancer patients?	Palliat Support Care	5	3-9	2007
Akechi T, <u>Akizuki N,</u> <u>Shimizu K,</u> et al	Associated and predictive factors of sleep disturbance in advanced cancer patients.	Psychooncology	16	888-894	2007
Fujimori M, <u>Morita T,</u> <u>Akizuki N,</u> et al	Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news	Psychooncology	16	573-581	2007
Asai M, <u>Morita T,</u> <u>Akizuki N,</u> 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
Namba M, <u>Morita T,</u> et al	Terminal delirium: families' experience.	Palliat Med	21	587-594	2007
<u>Morita T,</u> et al	Development of national clinical guideline for artificial hydration therapy for terminally ill patients with cancer.	J Palliat Med	10	770-780	2007
Matsuo N, <u>Morita T</u>	Physician-reported practice of the use of methylphenidate in Japanese palliative care units.	J Pain Symptom Manage	33	655-656	2007
Osaka I, <u>Morita T,</u> et al	Palliative care philosophies of Japanese certified palliative care units: a nationwide survey.	J Pain Symptom Manage	33	9-12	2007

Ando M, <u>Morita T</u> , et al	Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients.	Support Care Cancer	15	225-231	2007
Miyashita M, <u>Morita T</u> , <u>Kizawa Y</u> , 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
Miyashita M, <u>Morita T</u> , et al	Good death in cancer care: a nationwide quantitative study.	Ann Oncol	18	1090-1097	2007
Sanjo M, <u>Morita T</u> , 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
Ando M, <u>Morita T</u> , 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
Matsuo N, <u>Morita T</u>	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
<u>Morita T</u> , et al	Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences.	J Pain Symptom Manage	34	579-589	2007
Miyashita M, <u>Morita T</u> , 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
Miyashita M, <u>Morita T</u> , 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
<u>Shimizu K</u> , <u>Kinoshita H</u> , 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

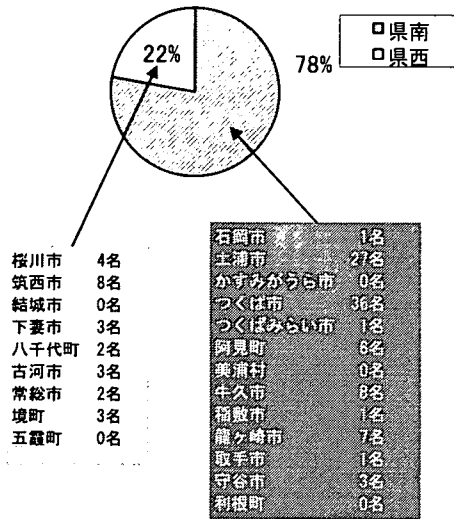
IV. 添付資料

第2回つくば緩和ケアカンファレンス参加者アンケート集計結果

第2回つくば緩和ケアカンファレンス 参加人数 146名
アンケート回答者 118名

I 本日はどの地域からお越しですか。

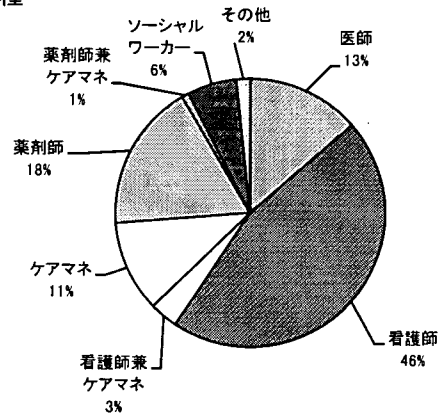
参加地域	人数
県南	91
県西	26



II 貴方の職種は何ですか。

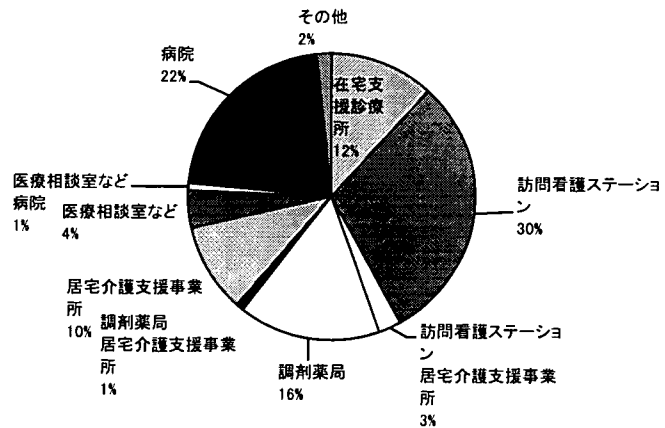
職種	人数
医師	16
看護師	54
看護師兼ケアマネ	4
ケアマネ	13
薬剤師	21
薬剤師兼ケアマネ	1
ソーシャルワーカー	7
その他	2

職種



III 勤務場所について

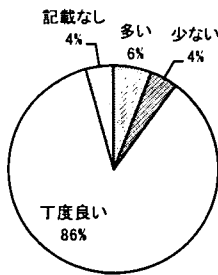
勤務場所	人数
在宅支援診療所	14
訪問看護ステーション	36
訪問看護ステーション	3
居宅介護支援事業所	3
調剤薬局	19
調剤薬局	1
居宅介護支援事業所	1
居宅介護支援事業所	12
医療相談室など	5
医療相談室など	1
病院	1
病院	26
その他	2



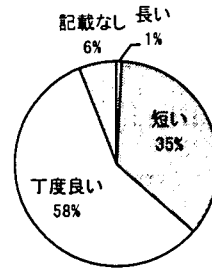
第2回つくば緩和ケアカンファレンス参加者アンケート集計結果

IV 会の進め方について

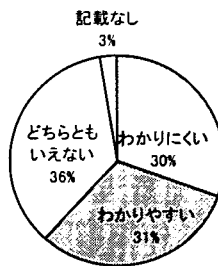
グループワークの人数



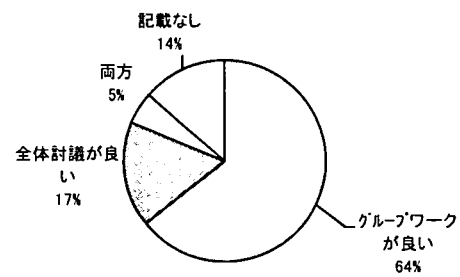
グループワークの時間



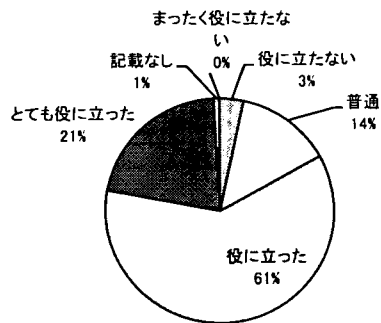
事例の提示の方法



事例検討の方法



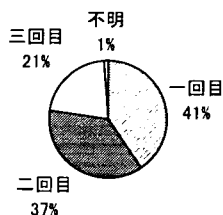
VI 今回のつくば緩和ケアカンファレンスに参加した感想はいかがですか



第3回つくば緩和ケアカンファレンス参加者アンケート集計結果

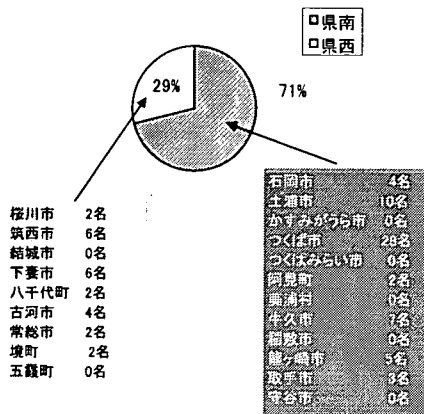
第3回つくば緩和ケアカンファレンス 参加人数 105名
アンケート回答者 84名

I つくば緩和ケアカンファレンスへの参加は何回目ですか



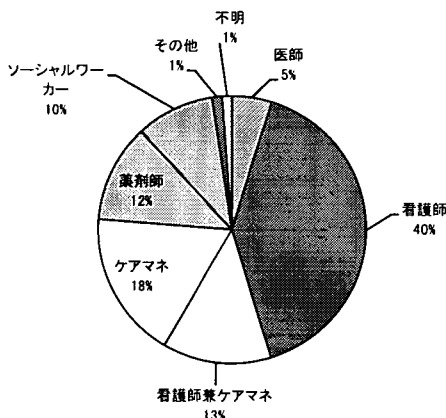
II 貴方の勤務地はどの地域にありますか

参加地域	人数
県南	59
県西	24
不明	1



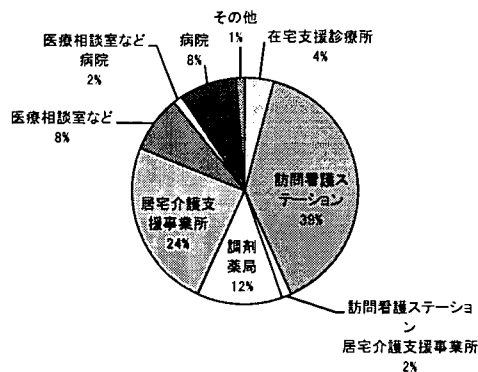
III 貴方の職種は何ですか。

職種	人数
医師	4
看護師	34
看護師兼ケアマネ	11
ケアマネ	15
薬剤師	10
ソーシャルワーカー	8
その他	1
不明	1



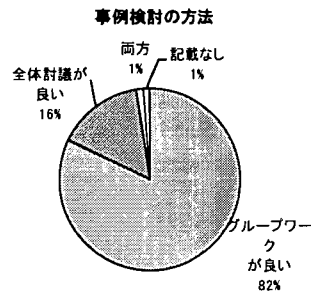
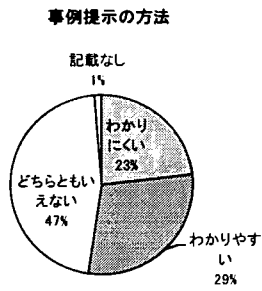
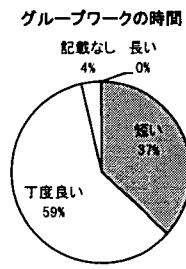
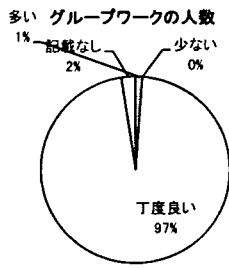
IV 勤務場所について

勤務場所	人数
在宅支援診療所	3
訪問看護ステーション	29
訪問看護ステーション 居宅介護支援事業所	1
調剤薬局	9
居宅介護支援事業所	18
医療相談室など	6
医療相談室など	1
病院	6
病院	6
その他	1

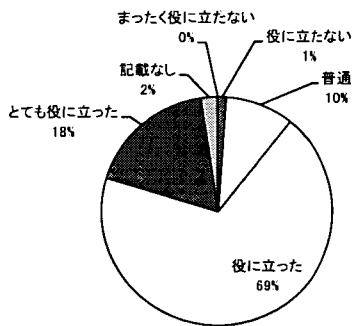


第3回つくば緩和ケアカンファレンス参加者アンケート集計結果

V 会の進め方について



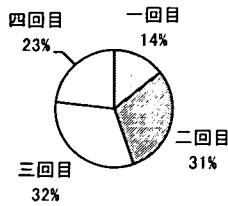
VI 今回のつくば緩和ケアカンファレンスに参加した感想はいかがですか



第4回つくば緩和ケアカンファレンス参加者アンケート集計結果

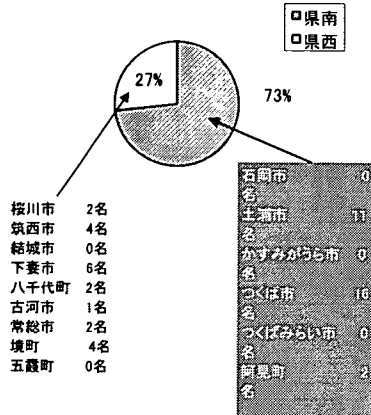
第4回つくば緩和ケアカンファレンス 参加人数 名
アンケート回答者 57名

I つくば緩和ケアカンファレンスへの参加は何回目ですか



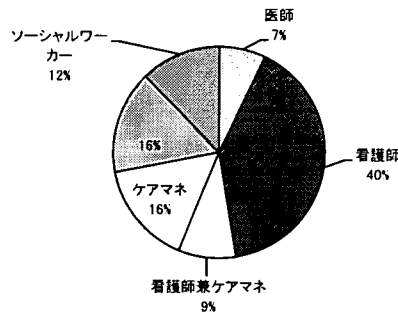
II 貴方の勤務地はどの地域にありますか

参加地域	人数
県南	41
県西	15
不明	1



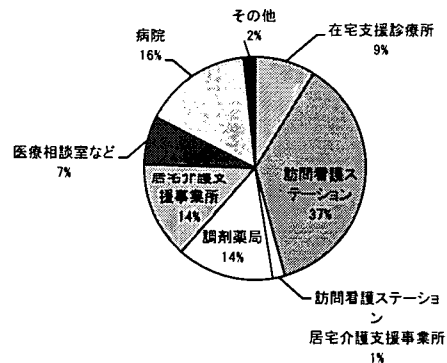
III 貴方の職種は何ですか。

職種	人数
医師	4
看護師	23
看護師兼ケアマネ	5
ケアマネ	9
薬剤師	9
ソーシャルワーカー	7



IV 勤務場所について

勤務場所	人数
在宅支援診療所	5
訪問看護ステーション	21
訪問看護ステーション	1
調剤薬局	8
居宅介護支援事業所	8
医療相談室など	4
病院	9
その他	1



V 会の進め方について