

200824025B

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18年度～20年度 総合研究報告書

研究代表者 秋月 伸哉  
平成21（2009）年3月

## 目 次

I. 総合研究報告	
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. 研究成果の刊行に関する一覧表	21

# I. 総合研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
総合研究報告書

地域に根ざしたがん医療システムの展開に関する研究

研究代表者 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、2006年から柏市、流山市、我孫子市を対象地区とした地域がん緩和医療連携モデルを立案し、その実施に向けた各種のプログラムを実践した。その臨床介入による地域緩和医療の質の変化を測定するため、毎年地域緩和医療の質の指標を調査した。地域がん緩和医療連携モデルのプログラムとして、1)医療ネットワークの構築、2)市民啓発、3)緩和医療技術の均てん、4)専門緩和医療資源の効率的な運用（緩和ケア外来、急性期緩和ケア病棟、地域緩和ケアチーム）、5)相談窓口の整備を随時行った。地域緩和医療の質指標として1)がん患者の在宅・施設死亡率、2)専門緩和医療資源の数と利用数、3)在宅療養支援診療所の数、4)麻薬処方量、5)相談窓口の数と利用数を利用した。介入前の2005年と介入後の2008年で、1)がん患者の在宅・施設死亡率が4.7%から7.8%に、2)専門緩和医療資源利用数は、緩和ケア外来が0から149名、精神腫瘍科外来が31から60名に、入院緩和ケアチームは21から166名に、地域緩和ケアチームは0から8名に、緩和ケア病棟は93名から153名にそれぞれ増加した。3)在宅療養支援診療所についても13施設から19施設に、麻薬処方量も14171gから17615gに増加した。

また、併せて地域がん緩和医療連携モデルのためのプログラムとして、地域緩和ケアチーム、外来がん患者の抑うつスクリーニング、患者情報共有のためのデータベース、スピリチュアルケアガイド、遺族の心理ケアプログラムに関する開発も行った。

研究分担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
山崎彰美	柏市保健所 所長
木下寛也	国立がんセンター東病院 緩和医療科 医長
森田達也	聖隷三方原病院緩和と支持療法科 部長
木澤義之	筑波大学大学院 人間総合科学研究科 講師
清水研	国立がんセンター中央病院 精神科 医員

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80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日本に適用することは困難である。

本研究班では、柏市、流山市、我孫子市を対象地区とし、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。

## B. 研究方法

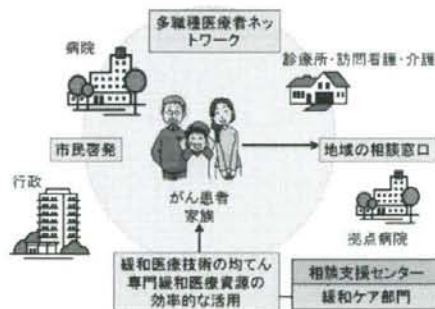
### 地域がん緩和医療連携モデルの立案

研究班では地域がん緩和医療連携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

初年度、対象地区の医療従事者に対する聞き取り調査、専門家間の話し合いを通じ、上記の理念とあわせ、「がんになっても安心して暮らせるまちづくり」をキーワードとし地域がん緩和医療連携モデル（図1）を作成した。

図1. 地域がん緩和医療連携モデル  
「がん担っても安心して暮らせるまちづくり」



この地域がん緩和医療連携モデルは、以下の課題への取り組みを重点に置いたものであ

る。

- 1) 誰でも利用できる地域のがん相談窓口
- 2) 緩和医療技術の均てんと、専門緩和医療資源の有効活用
- 3) 病院・外来・在宅をつなぐ地域がん緩和医療ネットワークの構築
- 4) 市民啓発

### 地域介入プログラム

計画した地域がん緩和医療連携モデルを達成するために、2006年から以下の介入を随時行った。

#### ①地域がん緩和医療ネットワークの構築

2005年まで非定期に柏保健所主催で行われていた「在宅がん患者緩和ケアネットワーク事業」による症例検討会をベースとし、2ヶ月に1回、多職種が参加する症例検討会を行った。2007年までは柏保健所会議室を利用し、2008年からは参加者が増えたため国立がんセンター東病院や慈恵医大附属柏病院など当該地域のがん診療連携拠点病院の講堂で行った。1回の症例検討会は2時間で、内容は様々な職種からの症例提示と議論を中心とするが、参加者のニーズに応じ症状緩和のミニレクチャー、小グループディスカッション、発言機会の少ない職種の業務紹介などの内容を設けた。

#### ②一般市民、患者向け緩和ケア教育

2006年から毎年1回、国立がんセンター東病院で市民公開講座を行った。一般市民が参加できるよう、病院内の告知のみならず、市報、地域新聞、ホームページなどで開催告知、広報活動を行った。

#### ③地域医療従事者のための緩和医療勉強会

2006年から国立がんセンター東病院内で行われる緩和ケア勉強会を原則的に地域医療従事者に公開した。

#### ④専門緩和医療資源の効率的な活用

##### ④-1) 外来機能の強化

がん診療の外来化に対応するため、これまで国立がんセンター東病院緩和ケア病棟の登録外来として運用してきた外来（週2回）を、症状緩和のための外来として2007年1月から毎日開設した。

##### ④-2) 急性期緩和ケア病棟運営の実施

人口67万人、年間がん死亡1400人を数える当該地域には周辺地域を含めても緩和ケア病棟が国立がんセンター東病院に25床のみであった。そのためより多くの症状緩和を必要とする患者が緩和ケア病棟を利用できるよう、緩和ケア病棟の入院手順・基準を見直した。2007年1月から登録制度を廃止し、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し、症状がコントロールできた際には原則退院となる旨を紹介元の医療者、患者に一貫して伝えた。

#### ④—3) 地域緩和ケアチームの開発

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やメールで症状緩和の相談ができる窓口を設置し(2007年7月)、診察や密な打ち合わせが必要な場合は緩和ケアチームが出張してコンサルテーションを行える地域緩和ケアチームを国立がんセンター東病院において(2007年10月)。既存の保険診療サービスにこれに相当する臨床活動の定義がないため、拠点病院の周辺医療機関の教育業務としてこれを実施し、診療上の責任や診療録の記載については個別の医療機関の事情に合わせて対応した。またコンサルテーションにかかるコスト(時間)の記録を行った。

#### 評価方法の開発

前述のプログラムにより地域全体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。また地域全体への介入を個々の患者の症状変化でとらえることは困難である。そのため当研究班では、医療システムの評価ポイントの内、患者アウトカムではなく、構造(サービスを提供する仕組み)、プロセス(サービス提供の状況)を中心に評価することとし、以下のパラメータを地域緩和医療の質評価指標として用いた。

・がん患者の自宅・施設内死亡率  
2007年まで柏市保健所、2008年は柏市保健所、松戸保健所にて集計。

・専門的緩和医療資源数と利用者数

専門的緩和医療資源を以下と定義した。

緩和ケア外来：緩和ケアを明記し、症状

緩和を主たる臨床活動とする外来

精神腫瘍外来：がん患者の精神症状緩和を主たる臨床活動とする外来。

入院緩和ケアチーム：緩和ケア診療加算の有無に関わらず、入院患者の症状緩和に関するコンサルテーション業務を主たる臨床活動とする部門。

地域緩和ケアチーム：他施設の患者の症状緩和に関するコンサルテーション業

務を主たる臨床活動とする部門。

緩和ケア入院施設：緩和ケア病棟入院料届出施設。

以上のサービスの有無を地域の医療機関に確認し、同定されたサービスについて各医療機関の診療データベースから当該地域住民の利用者数を集計した。

・在宅支援診療所数

医療依存度の高いがん患者が在宅医療を受ける際の重要な医療資源であり、2006年に設置された。2007年まで千葉県社会保険事務局、2008年は厚生局に情報開示請求を行い集計した。

・相談窓口の数と利用者数

地域に公開されたがんに関する相談窓口としてがん診療連携拠点病院の相談支援センターがある。相談支援センターの数と利用者数を集計する。

・麻薬処方量

国内では疼痛治療に十分な医療用麻薬が使用されていないことが報告されている。当該地域の医療機関による医療用麻薬の処方量を千葉県に情報開示請求し、集計した。

以上の項目を本研究班実施前の2005年をベースラインとして、毎年調査した。

(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。

#### 新規地域介入プログラムの開発

今後地域がん緩和医療連携モデルに取り込める可能性のあるいくつかのプログラムとして以下の開発を行った。

(1) 外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング

2003年に開発した看護師による入院がん患者の精神症状スクリーニングと精神科受診の推奨プログラムの長期経過の評価を行い、それを元に外来がん患者の抑うつに対するスクリーニングプログラムを開発する。

(2) 患者情報共有のためのデータベース

緩和医療部門初診時および継続評価のための評価票をもとに、地域で使用できる緩和ケアデータセットを作成する。完成したデータセットを筑波大学附属病院に導入し、周辺医療機関との連携に使用し、それぞれの機関へのデータベースの共用、共通データベースサーバーの設置を依頼する。

### C. 研究結果

#### 地域介入プログラムの実施

##### ①地域がん緩和医療ネットワークの構築

2006年4月から2009年3月までに15回の症例検討会を開催した。年度ごとのべ参加者数は、225名(2006年)、393名(2007年)、777名(2008年)と年々増加していった。症例検討会参加者の背景を表1に示す。

表1. 地域がん医療ネットワーク症例検討会参加者内訳

	2006	2007	2008
総のべ参加者数	225	393	777
看護師	66	180	289
薬剤師	12	22	123
医師	51	48	95
介護支援専門員	10	37	85
ソーシャルワーカー	9	35	67
保健師	52	40	48

##### ②一般市民、患者向け緩和ケア教育

「がんになっても安心して暮らせるまちづくり」を共通タイトルとして2006年から毎年市民公開講座を国立がんセンター東病院講堂で行った。2006年は地域がん緩和ケア、2007年は外来でのがん治療とサポート、2008年はがん予防・検診・食事・相談をテーマに開催し、それぞれ146名、126名、130名が参加した。参加者の今後の講座に対するニーズには、心理支援、緩和ケアなどが高かった。

##### ③地域医療従事者のための緩和医療勉強会

国立がんセンター東病院内で定期的に行う緩和ケア勉強会を解放したところ2006年に14名、2007年に30名が参加した。2008年から緩和ケア勉強会中止し、前述の症例検討会にレクチャーなどを盛り込んだ。また、180名の登録した地域医療従事者を対象に、年5回の系統的なレクチャーを開始した。

2006年には「緩和ケアチームのための講習会」を開催し全国の緩和ケアチームの現状把握や意見交換を行った。

##### ④-2)急性期緩和ケア病棟運営の実施

2006年12月まで行っていた入院のための登録を廃止し、2007年1月より運営を急性期緩和ケア病棟に変更した。経年の入院患者数、死亡退院率を表2に示す。急性期運用が定着するにつれ、入院患者数が増加し、死亡退院率が減少した。

表2. 急性期緩和ケア病棟の入院患者数、死亡退院率の経年推移

	2006	2007	2008
入院患者数	265	359	377
対象地域住民の入院患者数	106	117	153
死亡退院率	90.7	84.7	78.5

##### ④-3)地域緩和ケアチームの開発

2007年10月から2009年3月までの間に、12件の出張コンサルテーションがあった。依頼日から訪問日までのタイムラグは平均3日(0~11日)、患者の治療場所は入院7件、在宅3件、外来2件、訪問回数は9件が1回のみ、3件が2回、1回の訪問に要した時間は平均101分(うち移動時間34分)、地域緩和ケアチームへの依頼理由を表3に示す。12件のコンサルテーションの内、11件が精神症状に関するものであった。

表3. 地域緩和ケアチームへのコンサルテーション内容

ID	場所	依頼理由
1	外来	不安、病名告知
2	外来	不安、倦怠感
3	在宅	抑うつ、家族の精神的支援
4	入院	せん妄
5	入院	抑うつ
6	在宅	不安
7	入院	頭痛、せん妄
8	入院	抑うつ
9	入院	認知機能障害
10	在宅	呼吸困難
11	入院	抑うつ
12	入院	せん妄

#### 地域がん緩和ケアの質の推移

##### ・在宅死亡率

介入前(2005年)、介入後(2006、2007年)の柏、流山、我孫子市民の全死亡数は年間約4200名であり、全死亡における自宅・施設に

おける死亡率は 13.5% (13.4-13.6%) であった。

がんによる死亡は約 33% (32.2-34.4%) であり、年間がん死亡数はそれぞれ、1429 例、1376 例、1392 例であった。がん患者の自宅・施設での死亡数 (%) は、67(4.7)、96(7.0)、110(7.9) であった。3年間の推移を表 4 に示す。

表 4. がんて死亡した柏、流山、我孫子市民の死亡場所の推移 実数 (%)

	2005	2006	2007
がん死亡数	1429	1376	1392
病院・診療所	1360 (95.2%)	1278 (92.8%)	1276 (91.7%)
自宅・施設	67 (4.7%)	96 (7.0%)	110 (7.9%)

・専門的緩和医療資源数と利用数

2006 年から 2008 年において柏、流山、我孫子市内の専門緩和医療資源の数、利用した市民の数を表 5 に示す。緩和ケア外来は国立がんセンター東病院に 2007 年 1 月に開設、入院緩和ケアチームは国立がんセンター東病院に 2005 年 10 月、慈恵医科大学附属柏病院に 2007 年 6 月、東葛病院に 2008 年 9 月に開設、地域緩和ケアチームは国立がんセンター東病院に 2007 年 10 月に開設した。

表 5. 柏、流山、我孫子の専門緩和医療資源数と、市民の利用数

	2005	2006	2007	2008
緩和ケア外来				
施設数	0	0	1	1
利用数	-	-	124	149
精神腫瘍科外来				
施設数	1	1	1	1
利用数	31	39	48	60
入院緩和ケアチーム				
施設数	1	1	2	3
利用数	21	92	132	166
地域緩和ケアチーム				
施設数	0	0	1	1
利用数	-	-	3	8
緩和ケア病棟				
施設数	1	1	1	1
利用数	93	106	117	153

・在宅療養支援診療所数

2006 年に制度化された在宅療養支援診療所

数の推移を表 6 に示す。

表 6. 柏、流山、我孫子市の在宅療養支援診療所数

	2006	2007	2008
在宅療養支援診療所			
施設数	13	17	19

・相談窓口の数と利用者数

2006 年 10 月に国立がんセンター東病院内に相談支援センターが開設されたが、利用者データの収集法が確立しておらず、利用者実数のデータが得られなかった。2007 年 6 月には慈恵医科大学附属柏病院内に相談支援センターが、2008 年 8 月には国立がんセンター東病院が病院内の敷地外に相談支援センターを設立した。2008 年の相談支援センター利用者数は、国立がんセンター東病院内 2997 件、国立がんセンター東病院外 384 件、慈恵医科大学附属柏病院内 280 件であった。相談支援センターの利用者数は対象地域住民以外の集計も含んでいる。

・麻薬処方量

2004 年度から年度ごとの麻薬処方量の推移を表 7 に示す。

表 7. 柏、流山、我孫子市の麻薬処方量

	2004	2005	2006
処方量(g)	14171	15330	17615

新規地域介入プログラムの開発

(1) 外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング

入院患者での経験を元に外来用のプログラムを開発した。2008 年 6 月 23 日から 7 月 4 日の 2 週間、国立がんセンター中央病院乳腺内科を受診する患者を対象に、つらさと支障の寒暖計を看護師が待合室で配布し、患者に記入の上、主治医に渡すように促した。閾値を超える場合、主治医は精神科受診の推奨を行った。

対象患者は 491 名 (女性 462 名、平均年齢 58 歳) 中 451 名につらさと支障の寒暖計が実施され、そのうち 167 名がスクリーニング陽性であった。167 名中、推奨され精神科を受診したのは 39 名 (25%) であった。

(2) 患者情報共有のためのデータベース



筑波大学附属病院において緩和ケアデータセットを使用し、筑波メディカルセンター緩和ケア病棟、大和クリニック、つくばセントラル病院緩和ケア病棟、周辺訪問看護ステーションとの連携に使用した。しかしながら、複数回にわたる会議の実施と呼びかけにもかかわらず、すでに存在するデータベースとの互換性、電子データベースの限界、利用者の事務負担増加等の理由から、データベースを採用できる医療機関は見つからず、地域での普及には至らなかった。

#### D. 考察

地域がん緩和医療連携モデルとして、地域ネットワーク、市民広報、専門的緩和医療の効率的な運用など複数のプログラムからなる介入を実施し、介入期間内の地域緩和ケアの質の変化を評価するため、介入前のデータもふくめ経年的に地域緩和ケアの質指標を調査した。介入プログラムの利用者は毎年増加し、プログラムが地域に受け入れられたと考えられた。また調査により時期がずれるものの、地域緩和ケアの質の指標であると考えられる在宅死亡率、専門的緩和医療資源と利用者、在宅療養支援診療所、麻薬処方量は毎年増加したため、介入期間に地域の緩和ケアの質が向上したと考える。

個々のプログラムについては、地域ネットワークのための多職種症例検討会は年々参加者が増え、一応の成功を収めている。症例に関する議論では地域で取り組むべき課題が抽出されるが、このような会では課題への具体的な対策にまで至らないのが現在の問題である。医師会、行政などオピニオンリーダーにこれらの意見をフィードバックする、より少人数のプロジェクトグループを作るなどの方法を検討しており、現在市のがん対策部会への参加や、症例検討会後の分科会などを始めている。

また、地域緩和ケアチームの運用モデルも当研究班で新たに開発したものである。本研究では約1年半に12症例のコンサルテーション活動を行った。これは入院緩和ケアチームの活動と比べ、遙かに少ない症例数である。地域緩和ケアチームの存在自体を知らないこと、他施設のスタッフに相談する心理的抵抗、院内緩和ケアチームのない施設には緩和ケアチームに依頼する文化がないことなどが依頼数の少ない要因として考えられる。院内緩和ケアチームではコンサルテーション症例を増やすために積極的な病棟回診や個別の医師へ

のアプローチなど様々な方法がとられるが、施設を越えた活動である地域緩和ケアチームではこれらのノウハウが利用できない。また1件あたりに必要とする時間が平均100分を越えており、最大訪問回数が2回と何度も診察をすることが非常に困難である。仮に依頼数が増えたとして、臨床サービスとして成り立つような運営ができるかどうか、どの程度の人口規模にたいして提供すべきサービスなのかなど、今後多くの課題が一般化の前に残されている。

本研究の限界として、対照群を置く比較研究ではないため、地域緩和ケアの質の変化が介入プログラムの因果関係が証明できないことがある。一例として、在宅死亡率は同時期の全国調査（厚生労働省人口動態統計）でも6.4%から7.6%に増加している。ただ地域内ではがん患者の在宅看取り実数が67から110に増加していること、元々全国水準より低い水準だった割合が全国水準をわずかに超える水準まで増加したことは地域レベルでは大きな変化であると考えられる。またこのタイプの介入で比較対照群をおくためには多数の均質な介入地域を設定したクラスター無作為化比較試験が必要となるが、実施可能性が非常に低い。もう一つの限界として、地域緩和医療の質の評価法が確立していないことがあげられる。例えば、本調査で用いられた在宅死亡率にはかかりつけ医がいない状態での検死も含まれてしまうため、必ずしも質の高い在宅ケアを評価しているわけではない。残念ながら現段階で我が国には、実施可能で適切に地域緩和ケアを包括的に評価する方法は確立していない。これは国際的にも同様である。

新たに行う介入プログラムとして、抑うつスクリーニングプログラム、緩和ケアデータセットを開発した。外来がん患者の抑うつに対するスクリーニングの実施率は高かったが、スクリーニング陽性にもかかわらず受診率が25%に過ぎないなど、受診率を上昇させる取り組みが必要である。また、緩和ケアデータセットは単施設において実施可能であったが、既存のデータベースとの互換性、電子データベースの限界、利用者の事務負担増加等の理由から、他の機関に広めることはできなかった。これらのプログラムを地域に導入するにはさらなる工夫が必要である。

#### E. 結論

2006年から3年間、複合的なプログラムからなる地域がん緩和医療連携モデル介入を行

った。その期間に地域緩和ケアの質指標が毎年向上した。

F. 研究発表  
論文発表

1. Saito-Nakaya K, Akizuki N, et al. Marital status, social support and survival after curative resection in non-small-cell lung cancer. *Cancer Sci*, 97:206-213, 2006
2. Akechi T, Akizuki N, Shimizu K, et al. Psychological distress experienced by families of cancer patients: preliminary findings from psychiatric consultation of a cancer center hospital. *Jpn J Clin Oncol* 36:329-332, 2006.
3. Yoshikawa E, Akizuki N, et al. Prefrontal Cortex and Amygdala Volume in First Minor or Major Depressive Episode After Cancer Diagnosis. *Biol Psychiatry*, 59:707-712, 2006
4. Nakaya N, Akizuki N, et al. Depression and survival in patients with non-small cell lung cancer after curative resection: a preliminary study. *Cancer Sci*, 97:199-205, 2006
5. Akechi T, Akizuki N, et al. Course of psychological distress and its predictors in advanced non-small cell lung cancer patients. *Psychooncology*, 15:463-473, 2006
6. 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.
7. 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.
8. Akechi T, Akizuki N, Shimizu K, et al : Associated and predictive factors of sleep disturbance in advanced cancer patients. : *Psychooncology* 16 : 888-894, 2007.
9. Fujimori M, Morita T, Akizuki N, et al: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news : *Psychooncology* 16 : 573-581, 2007
10. 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
11. Namba M, Morita T, et al: Terminal delirium: families' experience. *Palliat Med* 21:587-594, 2007.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. Miyashita M, Morita T, et al: Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18:1090-1097, 2007.

18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Morita T, et al: Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences. *J Pain Symptom Manage* 34:579-589, 2007.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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
29. 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.
30. 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.*
31. Morita T, et al: Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy: an audit of a clinical screening project. *Support Care Cancer* 16:101-107, 2008.
32. Sato K, Morita T, et al: Quality of end-of-life treatment for cancer patients in general wards and the palliative care unit at a regional cancer center in Japan: a retrospective chart review. *Support Care Cancer* 16:113-122, 2008.
33. Morita T, et al: Screening for discomfort as the fifth vital sign using an electronic medical recording system: a feasibility study. *J Pain*

- Symptom Manage 35:430-436, 2008.
34. Sanjo M, Morita T, et al: Perceptions of specialized inpatient palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage* 35:275-282, 2008.
  35. Miyashita M, Morita T, et al: Identification of quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review using a modified Delphi method in Japan. *Am J Hosp Palliat Med* 25:33-38, 2008.
  36. 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* 16:217-222, 2008.
  37. Miyashita M, Morita T, et al: Good death inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 35:486-498, 2008.
  38. Miyashita M, Morita T, et al: Effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolonging treatment and knowledge about palliative care. *Palliat Med* 22:376-382, 2008.
  39. Miyashita M, Morita T, et al: The Japan hospice and palliative care evaluation study (J-HOPE Study): study design and characteristics of participating institutions. *Am J Hosp Palliat Med* 25:223-232, 2008.
  40. Miyashita M, Morita T, et al: Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psycho-Oncology* 17:612-620, 2008.
  41. Sato K, Morita T, et al: Reliability assessment and findings of a newly developed quality measurement instrument: Quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review at a Japanese regional cancer center. *J Palliat Med* 11:729-737, 2008.
  42. Miyashita M, Morita T, et al: Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: The Japanese experience. *J Clin Oncol* 26:3845-3852, 2008.
  43. Akechi T, Morita T, et al: Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008 Apr 16:CD005537.
  44. Ando M, Morita T, et al: One-week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology* 17:885-890, 2008.
  45. Tei Y, Morita T, et al: Treatment efficacy of neural blockade in specialized palliative care services in Japan: a multicenter audit survey. *J Pain Symptom Manage* 36:461-467, 2008.
  46. Ando M, Morita T, et al: A pilot study of transformation, attributed meanings to the illness, and spiritual well-being for terminally ill cancer patients. *Palliat Support Care* 6:335-340, 2008.
  47. Morita T, et al: Palliative care in Japan: shifting from the stage of disease to the intensity of suffering. *J Pain Symptom Manage* 36:e6-e7, 2008.
  48. Yamagishi A, Morita T, Akizuki N, Kizawa Y, et al: Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care* 25:412-418, 2008.
  49. 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* 17:926-931, 2008.
  50. Morita T, et al: Meaninglessness in terminally ill cancer patients: A

- randomized controlled study. J Pain Symptom Manage Sep 30: [Epub ahead of print], 2008.
51. Yamagishi A, Morita T, et al: Symptom Prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. J Pain Symptom Manage Sep 18: [Epub ahead of print], 2008.
  52. Sanjo M, Morita T, et al: Caregiving consequences inventory: a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. Psychooncology Nov 24: [Epub ahead of print], 2008.
  53. 清水 研, 秋月伸哉, 他: 誤診と見逃しを避けるために 成人病と生活習慣病 36:268-272 2006
  54. 木澤義之, 【がん緩和医療教育の現状と課題】 EPEC-O日本版の実施について: 緩和医療学(1345-5575)8巻1号 Page3-6, 2006.
  55. 木澤義之, (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団『ホスピス緩和ケア専従医のための自己学習プログラム編集委員会』編, ホスピス・緩和ケア専従医のための自己学習プログラム, 財団法人日本ホスピス緩和ケア研究振興財団、大阪、2006
  56. 木澤義之, (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2006』編集委員会編, 緩和ケアにおける医師の卒後研修の現状と展望, ホスピス緩和ケア白書2006, 緩和ケアにおける教育と人材の育成, 財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団、12-16、大阪、2006.
  57. 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
  58. 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
  59. 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
  60. 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.
  61. 森田達也: 緩和ケアにおけるクリニカルパス, 一序ー 緩和医療学 9:1, 2007.
  62. 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.
  63. 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状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.
  64. 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.
  65. 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.
  66. 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.
  67. 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.
  68. 森田達也: 終末期の輸液管理, 消化器外科Nursing 12:965-974, 2007.
  69. 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.
  70. 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.
  71. 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.
  72. 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.
  73. 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.

74. 木澤義之IV. 緩和ケアにおける各職種の専門性I. 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.
75. 木澤義之II. 緩和ケアにおける各職種の専門性I. 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.
76. 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
77. 藤本亘史, 森田達也：疼痛マネジメントをするための系統的・継続的評価. 月間ナーシング 28:90-94, 2008.
78. 森田達也, 木澤義之(編) 秋月伸哉, 他：緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方. 青海社. 東京, 2008.
79. 森田達也：緩和ケアの現在と将来— Introduction for psychiatrists—. 臨床精神薬理 11:777-786, 2008.
80. 山岸暁美, 森田達也：緩和ケア普及のための地域プロジェクト—がん対策のための戦略研究「OPTIMプロジェクト」. 緩和ケア 18:248-250, 2008.
81. 森田達也：終末期癌患者における輸液治療—日本緩和医療学会ガイドラインの概要—. 日本医事新報 4390:68-74, 2008.
82. 社団法人日本医師会(監), 木澤義之, 森田達也(編), 他：がん性疼痛治療のエッセンス. 青海社. 東京, 2008.
83. 社団法人日本医師会(監), 木澤義之, 森田達也(編)：がん緩和ケアガイドブック2008年版. 青海社. 東京, 2008.
84. 山岸暁美, 森田達也, 他：研究プロジェクト①地域介入研究(戦略研究). 緩和医療学 10:215-222, 2008.
85. 河正子, 森田達也：研究プロジェクト⑧

スピリチュアルケア. 緩和医療学  
10(3)：256-262, 2008.

86. 安藤満代, 森田達也：終末期がん患者へのライフレビュー—その現状と展望—. 看護技術 54:65-69, 2008.
87. 安藤満代, 森田達也：終末期がん患者へのスピリチュアルケアとしての短期回想法の実践. 看護技術54:69-73, 2008.
88. 森田達也：医療連携と緩和医療；OPTIMプロジェクトによる地域介入研究の紹介. コンセンサス癌治療 7:123-125, 2008.
89. 森田達也：緩和医療(終末期医療、在宅ケア). 中川和彦(編集), 勝俣範之, 西尾和人, 畠清彦, 朴成和(共同編集) NAVIGATOR Cancer Treatment Navigator 278-279, 2008.
90. 森田達也, 他：臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール II. 身体症状 4. 緩和ケアニードのスクリーニングツール. 緩和ケア 18(Suppl)：15-19, 2008.
91. 森田達也：臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール IX. 患者・家族における臨床ツール 4. 症状評価のためのツール. 緩和ケア 18(Suppl)：129-131, 2008.
92. 藤本亘史, 森田達也：臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール X. その他の評価とツール 5. 緩和ケアチーム初期評価表. 緩和ケア 18(Suppl)：157-160, 2008.
93. 木下寛也. 緩和医療と家族ケア 家族の症状理解を促すアプローチ. 緩和医療学 10(4)：366-369, 2008
94. 星野奈月, 木下寛也. がんのチーム医療 抗がん治療中からの緩和ケア医の参加. 隔月刊腫瘍内科 2(4)：314-321, 2008
95. 木下寛也. 座談会 がん患者の在宅医療を考える—現状と問題点の解決—. Pharma Medica 26(11)：153-162, 2008

学会発表

1. 秋月伸哉, 明智龍男, 他：がん患者の適応

- 障害と大うつ病の簡便なスクリーニングの開発：つらさと支障の寒暖計：第19回日本サイコオンコロジー学会総会，2006. 6，京都
2. 清水研，秋月伸哉，他：看護師と精神科による抑うつ早期発見、治療の取り組み-有用性、実施可能：第19回日本サイコオンコロジー学会総会，2006. 6，京都
  3. 浅井真理子，秋月伸哉，他：がん患者の終末期ケアに関わる医師のバーンアウトと精神医学的障害：全国横断調査。第19回日本サイコオンコロジー学会総会，2006. 6，京都
  4. 岡村優子，清水研，秋月伸哉，他：乳がん初再発後の精神疾患、関連因子、生活の質との関係。第19回日本サイコオンコロジー学会総会，2006. 6，京都
  5. 秋月伸哉：緩和ケアチームにおける精神科医の役割：現状と今後。第19回日本サイコオンコロジー学会総会，2006. 6，京都
  6. 藤森麻衣子，秋月伸哉，他：悪い知らせを伝える際の望ましいコミュニケーション：患者に対する面接調査による予備的検討：第19回日本サイコオンコロジー学会総会，2006. 6，京都
  7. 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
  8. 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
  9. 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
  10. 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
  11. 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
  12. 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
  13. 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
  14. 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
  15. 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
  16. 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
  17. 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
  18. 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
  19. 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
  20. 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
  21. 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

22. 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
23. 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
24. 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
25. 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
26. 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
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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
32. 秋月伸哉, 本田晶子, 木下寛也, 柏地区における地域支持療法チーム活動の経験. 第13回日本緩和医療学会総会. ポスター. 2008年7月4-5
33. 志真泰夫, 森田達也: シンポジウム6 終末期医療における臨床倫理: こんな時どう考える? 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
34. 岡村仁, 森田達也, 他: ランチョンセミナー8 エビデンスに基づいた終末期せん妄の家族へのケア. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
35. 佐藤一樹, 森田達也, 他: がん診療連携拠点病院1施設の一般病棟と緩和ケア病棟での死亡前48時間以内に実施された医療の実態調査. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
36. 佐藤一樹, 森田達也, 他: 診療記録から抽出する終末期がん医療の質指標による一般病棟での終末期がん医療の質の評価. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
37. 深堀浩樹, 森田達也, 秋月伸哉, 他: 高齢者施設におけるがん患者への緩和ケアの実態 OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
38. 平井啓, 森田達也, 秋月伸哉, 他: 地域住民の緩和ケアの利用に対する準備性と各種メディアに対する信頼性 OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
39. 宮下光令, 森田達也, 秋月伸哉, 他: 一般市民のがん医療に対する安心感および医療用麻薬・緩和ケア病棟に対する認識 OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
40. 宮下光令, 森田達也, 秋月伸哉, 他: 地域の医師・看護師の緩和医療の提供に関する地震及び困難感 OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡



41. 杉浦宗敏, 森田達也, 他: がん診療連携拠点病院の緩和ケア提供機能に関する薬剤業務の実態調査(1). 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
42. 佐野元彦, 森田達也, 他: がん診療連携拠点病院の緩和ケア提供機能に関する薬剤業務の実態調査(2). 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
43. 吉田沙蘭, 森田達也, 秋月伸哉, 他: 一般市民がもつ緩和ケアの整備に対する認識 OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
44. 山岸暁美, 森田達也, 秋月伸哉, 他: 一般市民および地域在住がん患者の療養死亡場所の希望: OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
45. 新城拓也, 森田達也, 他: 遺族調査から見る臨終前後の家族の経験と望ましいケア: J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
46. 天野功二, 森田達也, 他: 聖隷ホスピスにおける造血器悪性腫瘍患者に対する緩和医療. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
47. 宮下光令, 森田達也, 他: J-HOPE study (The Japan Hospice and Palliative care Evaluation study): 研究デザインおよび参加施設の概要. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
48. 山岸暁美, 森田達也, 秋月伸哉, 他: がん患者における在宅療養継続の阻害要因および在宅診療提供体制 OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
49. 古村和恵, 森田達也, 秋月伸哉, 他: がん患者と医療者の情報共有ツール「わたしのカルテ」の必要性に関する質問紙調査: OPTIM STUDY. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
50. 赤澤輝和, 森田達也, 秋月伸哉, 他: がん医療における相談記録シートの作成と実施可能性の検討: OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
51. 大木純子, 森田達也, 他: がん患者に今求められる支援・サポートとは～地域医療者のブレインストーミングの結果から～: OPTIM STUDY. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
52. 前堀直美, 森田達也, 他: 浜松市保険薬局薬剤師に対してのがん緩和医療に関するアンケート調査. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
53. 藤本亘史, 森田達也, 他: 遺族調査の結果からみた緩和ケアチームの介入時期と有用性: J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
54. 三澤知代, 森田達也, 他: がん診療連携拠点病院における緩和ケアチームメンバーの緩和ケア提供に対する自己評価の実態. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
55. 宮下光令, 森田達也, 他: 全国のがん診療連携拠点病院における緩和ケアチーム(PCT)の実態調査. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
56. 前堀直美, 森田達也, 他: 外来緩和ケア患者のがん性疼痛に対する保険薬局の新しい取り組み～疼痛評価・電話モニタリング・受診前アセスメントの初期経験～. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
57. 永江浩史, 森田達也, 他: 緊急入院した新興前立腺癌緩和ケア患者の入院前外来ケア内容にみられた課題. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
58. 久永貴之, 森田達也, 木澤義之, 他: がんによる消化管閉塞に対する酢酸オクトレオチドの治療効果(主観的指標)に関する研究. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
59. 山田理恵, 森田達也, 他: 末梢静脈から挿入する中心静脈カテーテルの患者による評価. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡

60. 山岸暁美, 森田達也, 他: 経口摂取が低下した終末期がん患者の家族に対する望ましいケア J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会, 2008.7, 静岡
61. 赤澤輝和, 森田達也, 他: 遺族調査から見る終末期がん患者の負担感に対する望ましいケア: J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会, 2008.7, 静岡
62. 大谷弘行, 森田達也, 他: 「抗がん剤治療の中止」を患者・家族へ説明する際の腫瘍医の負担. 第13回日本緩和医療学会総会, 2008.7, 静岡
63. 三條真紀子, 森田達也, 他: ホスピス・緩和ケア病棟への入院を検討する時期の家族のつらさと望ましいケア: J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会, 2008.7, 静岡
64. 三條真紀子, 森田達也, 他: ホスピス・緩和ケア病棟に関する望ましい情報提供のあり方: J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会, 2008.7, 静岡
65. 塩崎麻里子, 森田達也, 他: 遺族の後悔に影響するホスピス・緩和ケア病棟への入院に関する意思決定要因の探索: J-HOPE Study. 第13回日本緩和医療学会総会, 2008.7, 静岡
66. 福田かおり, 森田達也, 他: 看取りのパンフレットの作成と実施可能性. 第13回日本緩和医療学会総会, 2008.7, 静岡
67. 岩崎静乃, 森田達也, 他: ホスピス病棟入院患者の死亡前口腔内状況. 第13回日本緩和医療学会総会, 2008.7, 静岡
68. 中澤葉宇子, 森田達也, 他: 緩和ケアに対する医療者の知識・態度・困難度を評価する尺度の作成と信頼性・妥当性の検証. 第13回日本緩和医療学会総会, 2008.7, 静岡
69. 宮下光令, 森田達也, 他: 一般市民に対する緩和ケアに関する教育的介入の短期効果. 第13回日本緩和医療学会総会, 2008.7, 静岡
70. 宮下光令, 森田達也, 他: 遺族の評価による終末期がん患者のQOLを評価する尺度(GDI: Good Death Inventory)の信頼性と妥当性の検証. 第13回日本緩和医療学会総会, 2008.7, 静岡
71. 明智龍男, 森田達也: シンポジウム1 精神的苦悩を緩和する: 日常臨床におけるケアと治療の実践. 第21回日本サイコオンコロジー学会総会, 2008.10, 東京
72. 吉田沙蘭, 森田達也, 他: がん患者の家族に対する望ましい余命告知のあり方の探索. 第21回日本サイコオンコロジー学会総会, 2008.10, 東京
73. 赤澤輝和, 森田達也, 他: 遺族調査から見る終末期がん患者の負担感: J-HOPE study. 第21回日本サイコオンコロジー学会総会, 2008.10, 東京
74. 三條真紀子, 森田達也, 他: 終末期のがん患者を介護した遺族による介護経験の評価尺度の作成. 第21回日本サイコオンコロジー学会総会, 2008.10, 東京
- G. 知的所有権の取得状況
1. 特許取得  
特記すべきことなし。
  2. 実用新案登録  
特記すべきことなし。
  3. その他  
特記すべきことなし。

## Ⅱ．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

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
清水 研	精神科医によるメンタルケア	鬼塚哲郎	他職種チームのための周術期マニュアル 4 頭頸部癌	ジ・カルフレット社	東京	2006	84-92
木澤義之	ホスピス・緩和ケア専従医のための自己学習プログラム	木澤義之、ホスピス緩和ケア専従医のための自己学習プログラム編集委員会	ホスピス・緩和ケア専従医のための自己学習プログラム	財団法人日本ホスピス緩和ケア研究振興財団	大阪	2006	1-263
木澤義之	緩和ケアにおける医師の卒後研修の現状と展望。	(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2006』編集委員会	ホスピス緩和ケア白書 2006 緩和ケアにおける教育と人材の育成。	財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団	大阪	2006	12-16
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
森田達也、木澤義之、秋月伸哉、他		森田達也、木澤義之、戸谷美紀	緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方	青海社	東京	2008	
木澤義之、森田達也(編)、他		社団法人日本医師会(監)	がん性疼痛治療のエッセンス	青海社	東京	2008	
木澤義之、森田達也(編)		社団法人日本医師会(監)	がん緩和ケアガイドブック2008年版	青海社	東京	2008	