

緩和医療に携わる看護師の育成とその評価に関する研究

ELNEC-J Train-the-Trainer Program
(End-of-Life Nursing Education Consortium Japan)

京都大学大学院医学研究科
医学専攻 社会健康医学系
医療倫理学分野 竹之内沙弥香

資料

ELNECの9つのModule

Module 1 Nursing Care at the End-of-Life

Module 2 Pain Management

Module 3 Symptom Management

Module 4 Ethical Issues in Palliative Care Nursing

Module 5 Cultural Considerations in End-of-Life Care

Module 6 Communication

Module 7 Loss, Grief, Bereavement

Module 8 Achieving Quality Care at the End-of-Life Care

Module 9 Preparation for and Care at the Time of Death

**ELNEC-Japan
指導者養成プログラム実施**

ELNEC Japan

**各地域における
ELNEC-Jトレーナーの育成****厚生労働行政への貢献**

- 緩和ケア看護の均てん化
- がん患者に対し質の高い適切な緩和ケア看護の提供
- 一般病棟のがん患者や、外来受診するがん患者への継続的な緩和ケア看護の提供

看護学的貢献

- 効果的な緩和ケア看護教育法の確立
- 緩和ケア看護教育指導者の養成
- 看護基礎教育における緩和ケア看護教育の充実
- 質の高い緩和ケア看護知識・技術の普及と実践

3

内容：ELNEC-J 指導者養成プログラム**● 対象：以下の条件を満たす臨床看護師**

1. 臨床でエンド・オブ・ライフ・ケアや緩和ケアに5年以上たずさわったことのある者
2. 自施設でELNEC-Jのカリキュラムを用いたエンド・オブ・ライフ・ケアや緩和ケアの教育を実施する意志があり、施設長もしくは看護部長の承諾・推薦書を得ることができる者
3. プログラム受講前・後のアンケート調査への協力が同意できる者

または、以下の条件を満たす看護教育者

1. 看護系短大/大学などの教育機関でエンド・オブ・ライフ・ケアや緩和ケアの教育に携わる教員
2. 自施設でELNEC-Jのカリキュラムを用いたエンド・オブ・ライフ・ケアや緩和ケアの教育を実施する意志があり、施設長もしくは学部(学科)長の承諾・推薦書を得ることができる者
3. プログラム受講前・後のアンケート調査への協力が同意できる者

4

進捗状況 ELNEQ

● 2008年

- 2月: 予備調査(アンケート調査とフォーカスグループインタビュー)
- 5月: 質問項目作成
- 10月: 質問紙の改訂
- 11月: パイロットスタディー(Dev. Phase)

● 2009年

- 1月: 調査票修正
- 2月: 京都大学IRB倫理審査提出(2009年4月9日承認)
- 7月: パイロットスタディー(Valid. phase)
- 11月: 再調査(調査票の確定)

5

進捗状況: ELNEC-J85クイズ

● 2008年

- 8月: 翻訳と翻訳チェック
- 9月: ELNEC-J87クイズ開発
- 項目の削減

● 2009年

- 3~5月: 翻訳チェック(日本語見直し)
⇒ELNEC-J85クイズに(85項目に削減)
- 7月: リクルーティング

6

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

緩和ケアチーム研修会の評価に関する研究

研究分担者 志真泰夫 筑波メディカルセンター病院 緩和医療科
研究協力者 中澤葉宇子 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻

研究要旨 本研究の目的は、国立がんセンターが主催した平成 21 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会・基礎研修会の有効性を確認するため、研修会参加前の緩和ケアチームの具体的な活動を評価することである。平成 20 年度に開発した活動評価指標を使用し、緩和ケアチームの活動を問う 17 項目と活動に対する自信を問う 6 項目、対象者背景について、研修会前に質問紙調査を実施した。調査は平成 21 年度のがん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会参加者 249 名（62 チームの医師・看護師・薬剤師）を対象とした。

調査の結果、247 名（回収率 99%）から回答を得た。対象者背景は、緩和ケアチーム活動年数 2 年未満が全体の 44%、緩和ケアチームの活動体制が専従 49%、専任 29%であり、過去 1 年間にメンバーとして診療に加わった件数は、50 件未満が 62%であった。緩和ケアチームの活動に関する質問では、「チームの役割分担についてメンバーで話し合いをしている」について、あてはまるもしくは、あてはまると回答した割合は 71%、「地域の施設と退院カンファレンスなどで情報交換を行っている」について、あてはまるもしくは、あてはまると回答した割合は 43%であった。また、「チームの一員として活動することに自信がある」という問いについて、かなりそう思うもしくは、非常にそう思うと回答した割合は 29%であった。

コンサルテーション活動は実施しているが、地域のサポートや緊急時のサポート体制が整備されていないことや、緩和ケアチームの活動に対する自信が不足していることが明らかになった。研修会参加前の緩和ケアチームの活動実態を評価することができた。今後は、追跡調査を実施し、研修会参加後の活動の変化を評価することが課題である。

A. 研究目的

本邦では平成 19 年 6 月のがん対策推進基本計画が策定され、重点的に取り組むべき課題として緩和ケアの提供体制の整備が掲げられた。専門的な緩和ケアを提供することを目的に、がん診療連携拠点病院には緩和ケアチームが新設され、緩和ケアチームの量的拡充が図られつつある。しかしながら、本邦のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームを対象とした実態調査では、緩和ケアチームメンバーの緩和ケア提供に関する自己評価が低く、活動上の困難感が高いことが報告されており、緩和ケアチームの活動の質を向上していくことが課題となっている。

緩和ケアチームの活動の質を向上するため、平成 19 年度から国立がんセンター主催によ

る緩和ケアチーム研修会が実施されている。効果的な研修会を実施するためには、研修会参加前の緩和ケアチームの具体的な活動状況を把握することや、研修会後の活動の変化を評価することによって、研修会の有効性を評価することが重要である。

本研究の目的は、平成 21 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会に参加した、緩和ケアチームの研修会前の活動を評価することである。

B. 研究方法

1. 方法

自記式質問紙調査法を用いて、横断調査を実施した。調査は、平成 21 年 8 月～平成 22 年 1 月に開催したがん診療連携拠点病院緩和

ケアチーム研修会・基礎研修会直前に実施した。

2. 対象者

平成 21 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会・基礎研修会の参加者 249 名（62 チームの身体症状担当医師・精神症状担当医師・看護師・薬剤師）を対象とした。

3. 調査項目

平成 20 年度に開発した緩和ケアチームの活動評価指標を用いて以下の項目について調査を実施した。

1) 緩和ケアチームの活動を問う 4 ドメイン 17 項目

- 「緩和ケアチーム内および依頼者とのコミュニケーションについて」6 項目
- 「地域・緊急時のサポートについて」4 項目
- 「コンサルテーションによる臨床活動について」3 項目
- 「患者・家族に緩和ケアを分かりやすく紹介することについて」3 項目

なお、回答方法は、「1.あてはまらない」～「5.あてはまる」の 5 段階評価法を用いた。

2) 緩和ケアチームの活動に対する自信を問う 6 項目

なお、回答方法は「1.全くそう思わない」～「5.非常にそう思う」の 5 段階評価法を用いた。

3) 対象者背景 10 項目

- 緩和ケアチーム活動年数
- 緩和ケアチーム活動体制
- 過去 1 年間にチームのメンバーとして診療に加わった件数 など

C. 研究結果

1. 対象者背景

回答者数は 247 名（回答率 99%）であった。対象者背景は、緩和ケアチーム活動年数 2 年未満が全体の 44%、緩和ケアチームの活動体制が専従 49%、専任 29%であり、過去 1 年間にメンバーとして診療に加わった件数は、50 件未満が 62%であった（別添 1）。

2. 緩和ケアチームの活動について

活動評価尺度の各項目について、ややあてはまると回答した割合を別添 2 に示した。

「チームの役割分担についてメンバーで話し合いをしている」について、あてはまるもしくは、あてはまると回答した割合は 71%、「地域の施設と退院カンファレンスなどで情報交換を行っている」について、あてはまる

もしくは、あてはまると回答した割合は 43%であった。

3. 緩和ケアチームの活動に対する自信について

活動に対する自信評価尺度の各項目について、かなりそう思うもしくは、非常にそう思うと回答した割合を別添 2 に示した。

D. 考察

本研究では、がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会・基礎研修会前の緩和ケアチームの活動状況を評価した。コンサルテーション活動は実施しているが、地域のサポートや緊急時のサポート体制が整備されていないことや、緩和ケアチームの活動に対する自信が不足していることが明確になった。今後は、追跡調査を実施し、研修会参加後の活動の変化を評価することが課題である。

E. 結論

本研究では、がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会・基礎研修会前の緩和ケアチームの活動状況を評価することができた。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

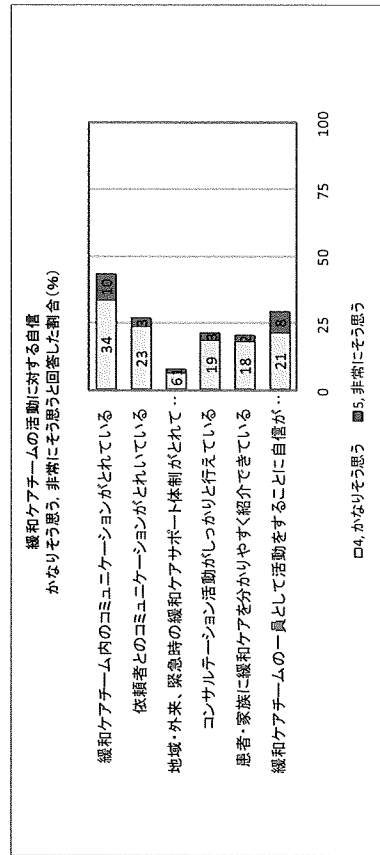
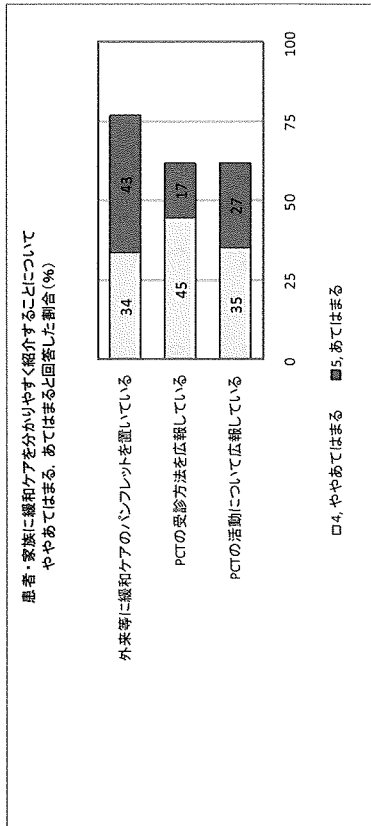
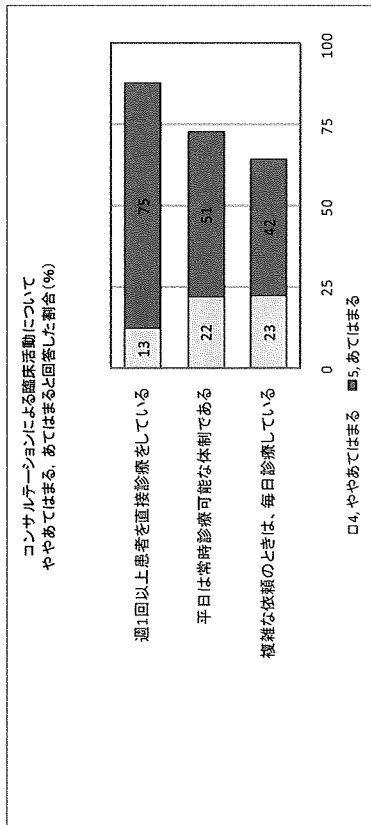
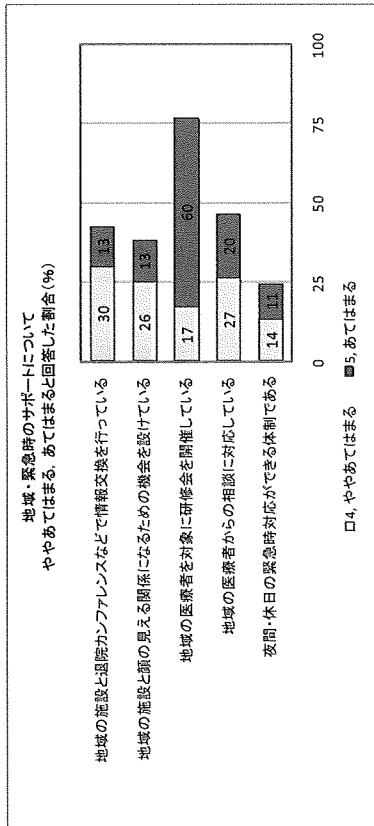
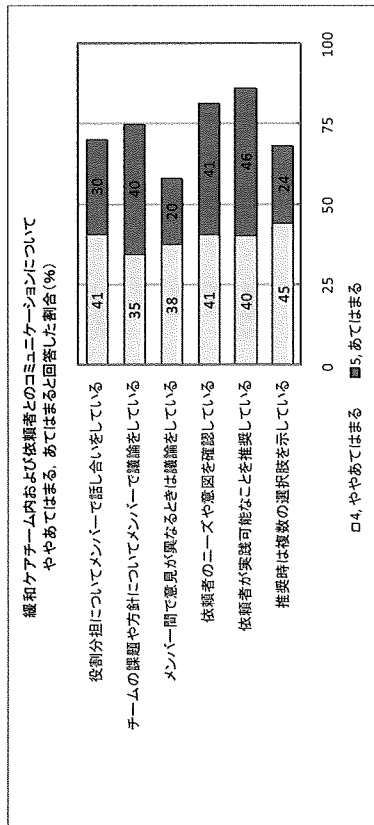
論文発表

1. Sanjo M, Morita T, Miyashita M, Shiozaki M, Sato K, Hirai K, Shima Y, Uchitomi Y. Caregiving Consequences Inventory: a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology*. 2009 ;18(6):657-66.
2. Miyashita M, Morita T, Ichikawa T, Sato K, Shima Y, Uchitomi Y. Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 2009 Jun; 37(6):1019-26.
3. Okishiro N, Miyashita M, Tsuneto S, Sato K, Shima Y. The Japan HOspice and Palliative Care Evaluation Study (J-HOPE Study): views about

- legalization of death with dignity and euthanasia among the bereaved whose family member died at palliative care units. *Am J Hosp Palliat Care*. 2009 Apr-May;26(2):98-104.
4. Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, Sato K, Shima Y. Late referrals to palliative care units in Japan: nationwide follow-up survey and effects of palliative care team involvement after the Cancer Control Act. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38(2):191-6.
 5. Miyashita M, Yasuda M, Baba R, Iwase S, Teramoto R, Nakagawa K, Kizawa Y, Shima Y. Inter-rater reliability of proxy simple symptom assessment scale between physician and nurse: a hospital-based palliative care team setting. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2010 Jan 1;19(1):124-30.
 6. Okamoto T, Ando M, Morita T, Hirai K, Kawamura R, Mitsunori M, Sato K, Shima Y. Religious care required for Japanese terminally ill patients with cancer from the perspective of bereaved family members. *Am J Hosp Palliat Care*. 2010Feb;27(1):50-4.
 7. Ando M, Kawamura R, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Okamoto T, Shima Y. Value of religious care for relief of Psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients: the perspective of bereaved family members. *Psychooncology*. Epub. 2009 Sep 25.
 8. 木内大佑, 山口崇*, 大石律子, 大関令奈, 神谷浩平, 久永貴之, 東健二郎, 志真泰夫. がん性疼痛の評価と治療-基本的知識と処方のコツ-. *外科治療*, 101(2) : 113-122, 2009.
 9. 志真泰夫. 緩和ケアにおける教育プログラム-基本教育と専門教育. *緩和ケア* 19 (10 増刊号) :114-118 .2009
 10. 志真泰夫. 緩和ケアと地域連携. 岡田晋吾・谷水正人編: *パスでできる! がん診療の地域連携と患者サポート*, 101-106, 医学書院、東京、2009
- 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。

別添 1

対象者背景		人数		割合(%)		人数		割合(%)	
性別									
	男	125	(51)			専従	49	(20)	
	女	122	(49)			専任	29	(12)	
年齢						兼任	161	(65)	
	20代	20	(8)			未活動	5	(2)	
	30代	101	(41)			業務全体に占める緩和ケアチームの業務割合(%)			
	40代	86	(35)			0	4	(2)	
	50代	38	(15)			1-25	142	(57)	
	60以上	2	1			26-50	38	(15)	
職種						51-75	17	(7)	
	身体医師	62	(25)			76-100	43	(17)	
	精神医師	61	(25)			過去1年間にメンバーとして診療に加わった件数(件)			
	看護師	63	(26)			0	7	(3)	
	薬剤師	61	(25)			1-9	50	(20)	
臨床経験年数(年)						10-49	97	(39)	
	1-4	13	(5)			50-99	50	(20)	
	5-9	48	(19)			100以上	38	(15)	
	10-19	103	(42)			緩和ケアに関する研修会参加回数(回)			
	20-29	71	(29)			0	35	(14)	
	30以上	10	(4)			1-4	110	(45)	
PCT活動年数(年)						5-9	44	(18)	
	2未満	108	(44)			10以上	56	(23)	
	2-4	107	(43)			最終学歴			
	4-6	21	(9)			専門学校	40	(16)	
	6-8	6	(2)			短期大学	9	(4)	
	8以上	4	(2)			大学	136	(55)	
						大学院	62	(25)	



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

緩和医療に携わる医師の育成に関する研究
（緩和ケアチームの評価尺度の開発と活動評価）

研究分担者 森田達也 聖隷三方原病院 緩和支援診療科
研究協力者 中澤葉宇子 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻

研究要旨 本研究の目的は、院内で活動する緩和ケアチームの活動指標となる評価尺度を開発し、国立がんセンターが主催したがん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会に参加した緩和ケアチームの活動を測定し、研修会の有効性を評価することである。評価尺度作成のため、平成 19 年度に評価尺度案（緩和ケアチーム活動上のバリアに関するアセスメントツール案）を作成し、それを基に平成 20 年度に活動評価尺度を開発した。開発した評価尺度を用いて、平成 21 年度には、平成 20 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会の参加者（47 チームの医師・看護師・薬剤師）を対象に、研修会前後の緩和ケアチームの活動の変化を測定した。

尺度の信頼性・妥当性検討の結果、活動評価尺度は 4 ドメイン〈緩和ケアチーム内および依頼者とのコミュニケーション〉〈緊急時・地域のサポート〉〈コンサルテーションによる臨床活動〉〈患者・家族への緩和ケアの紹介〉で構成される 17 項目が確定した。研修会前後比較調査の結果、研修会前 185 名（回収率 98%）、研修会直後 177 名（回収率 94%）、研修会 3 カ月後 144 名（77%）、研修会 6 カ月後 149 名（79%）、研修会 12 カ月後 133 名（71%）から回答を得た。研修会前と研修会后 12 カ月の比較では、地域や緊急時のサポート体制（ $p < 0.001$, effect size = 0.70）や、患者・家族への緩和ケアの広報（ $p < 0.001$, effect size = 0.43）に関する活動に大きな増加が認められた。また、研修会前と研修会后 12 カ月後で比較して、活動に対する自信についても向上が認められた。

今後は、研修会参加者の緩和ケアに関する専門的知識や技術の向上や患者アウトカムを評価することが課題である。

A. 研究目的

本邦では平成 19 年 6 月にがん対策推進基本計画が策定され、重点的に取り組むべき課題として緩和ケアの提供体制の整備が掲げられた。専門的な緩和ケアを提供することを目的に、がん診療連携拠点病院には緩和ケアチームが新設され、緩和ケアチームの量的拡充が図られつつある。しかしながら、本邦のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームを対象とした実態調査では、緩和ケアチームメンバーの緩和ケア提供に関する自己評価が低く、活動上の困難感が高いことが報告されており、緩和ケアチームの活動の質を向上していくことが課題となっている。

緩和ケアチームの活動の質を向上するため、平成 19 年度から国立がんセンター主催によ

る緩和ケアチーム研修会が実施されている。効果的な研修会を実施するためには、研修会に参加した緩和ケアチームの具体的な活動状況の変化を測定し、研修会の有効性を評価することが重要である。しかしながら、それらを適切に評価できる指標はない。

本研究の目的は、緩和ケアチームの活動を評価するための評価尺度を開発し、平成 20 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会に参加した、緩和ケアチームの研修会前後の活動を測定し、研修会の有効性を評価することである。

B. 研究方法

1. 緩和ケアチームの活動評価尺度の開発
評価尺度の開発プロセスは表 1 に示した。

表 1

尺度開発のプロセス

1. 評価項目候補の作成
2. 予備評価項目の選択
3. 評価尺度開発の調査
4. 信頼性・妥当性検討の調査
5. 評価尺度の確定

以下、各開発プロセスの概要について簡単に記述した。

まず、評価尺度項目の候補は、平成 19 年度に作成した緩和ケアチームの活動上のバリアに関するアセスメントツール案と文献検索、フォーカスグループインタビューに基づき作成した。次に、デルファイ変法 (1 phase) を用いて専門家 10 名による項目候補の適切性を検討し、評価尺度作成のための調査を 255 名 (平成 19 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチームワークショップと平成 20 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会に参加した医師・看護師・薬剤師・心理士) に実施した。最後に、項目分析と因子分析の結果に基づき、本研究メンバーで検討し、評価尺度案を作成したうえ、尺度の信頼性・妥当性を検討するための調査を 188 名 (平成 20 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会に参加した医師・看護師・薬剤師) で実施し、最終的に評価尺度を確定した。

2. 緩和ケアチームの活動評価

以下、活動評価の方法について簡単に記述した。

まず、自記式質問紙調査法を用いて、表 2 の通り単群前後比較調査を実施した。

表 2

	研修会前	研修会直後	研修会後 3カ月 (H21.3-4)	研修会後 6カ月 (H21.6-7)	研修会後 12カ月 (H21.12- H22.1)
活動	○		○	○	○
自信	○	○	○	○	○

調査は平成 20 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会参加者 188 名 (47 チームの身体症状担当医師・精神症状担当医師・看護師・薬剤師) を対象に、平成 20 年度に開発した緩和ケアチームの活動評価指標と活動に対する自信評価尺度を用いて、各項目について 5 段階評価法で実施した。

(倫理面への配慮)

なお、調査は対象者に文書により調査の説明と協力依頼をしたうえ、回答をもって調査協力の同意を得たものとし、匿名で実施した。

C. 研究結果

1. 緩和ケアチームの活動評価尺度

評価尺度の信頼性・妥当性検討の調査は、188 名に質問紙を配布し 185 名より回答が得られた (回収率 98%)。項目分析と因子分析の結果に基づき、17 項目 4 ドメインの評価尺度案が作成され、それぞれ<緩和ケアチーム内および依頼者とのコミュニケーション><地域・緊急時のサポート><コンサルテーションによる臨床活動><患者・家族への緩和ケアの紹介>と命名された。また、活動に対する自信を評価する尺度として、6 項目の尺度を作成した。活動評価尺度と活動に対する自信評価尺度については、別添 1 に示した。

活動尺度の信頼性・妥当性検討の結果、各ドメインのクロンバック α 係数は 0.78~0.88、級内相関係数は 0.73~0.84 であった。また、尺度の適合度は GFI=0.87、AGFI=0.83 であった。

2. 緩和ケアチームの活動評価

各調査の回答者数と回答率 (%) は表 3 に示した。

表 3

研修会前	研修会直後	研修会後 3カ月 (H21.3-4)	研修会後 6カ月 (H21.6-7)	研修会後 12カ月 (H21.12- H22.1)
185 (98%)	177 (94%)	144 (77%)	149 (79%)	133 (71%)

対象者背景を表 4 に示した。

表 4

	研修会前(n=185)		
	人数	割合(%)	
性別	男	103	56
	女	80	43
年齢	20代	6	3
	30代	73	39
	40代	75	41
	50代	25	14
	60以上	3	2
職種	医師	89	48
	看護師	47	25
	薬剤師	47	25
臨床経験年数(年)	1-4	6	3
	5-9	34	18
	10-19	78	42
	20-29	55	30
	30以上	8	4
PCT活動年数(年)	0	4	2
	2未満	100	54
	2-4	51	28
	4-6	20	11
	6-8	6	3

活動の経時的変化については別添2に示した。

D. 考察

本研究によって、十分な信頼性と妥当性が得られた緩和ケアチームの活動指標となる評価尺度が開発された。また、開発した尺度を用いて、がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会前後に緩和ケアチームの活動を評価し、研修会の有効性を評価した。研修会前と研修会后12カ月後の活動の比較では、「チーム内および依頼者とのコミュニケーションについて」の項目以外で活動の増加が認められた。また、活動に対する自信についても向上が認められ、概ね緩和ケアチーム研修会の有効性が確認された。

現在、本邦ではがん対策推進基本計画に基づき、がん診療連携拠点病院を中心として重点的に緩和ケアの整備が進められており、本研究の限界として、結果の解釈には、そういった社会的背景による影響を配慮する必要がある。

今後は、研修会に参加した緩和ケアチームの緩和ケアに関する専門的知識や技術の向上や患者アウトカムを評価することが課題である。

E. 結論

本研究によって、緩和ケアチームの活動を評価する尺度を開発し、緩和ケアチーム研修会の前後比較調査に使用することによって、研修会の有効性が確認された。

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. 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, 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, et al: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. Psycho-Oncology 16:573-581, 2007.
10. Morita T, Ohnishi H, 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, Takahashi M, 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, Takahashi M, 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. 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.
 18. 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.
 19. 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.
 20. 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.
 21. 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.
 22. 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.
 23. 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.
 24. 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.
 25. 森田達也: 終末期の輸液管理. 消化器外科Nursing 12:965-974, 2007.
 26. 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.
 27. 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.
 28. 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.
 29. 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.
 30. 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.
 31. 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.
 32. 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.
 33. 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.

34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. Akechi T, Morita T, et al: Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16:CD005537.
43. 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.
44. 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.
45. 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.
46. 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.
47. Yamagishi A, Morita T, 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.
48. 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.
49. 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.
50. 森田達也, 木澤義之 (編), 他: 緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方. 青海社. 東京. 2008.
51. 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.
52. 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.
53. 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.
54. 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.
 55. 社団法人日本医師会 (監), 木澤義之, 森田達也 (編), 他: がん緩和ケアガイドブック 2008 年版. 青海社. 東京. 2008.
 56. 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.
 57. 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.
 58. 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.
 59. 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.
 60. 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.
 61. 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.
 62. 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.
 63. 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.
 64. 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.
 65. Morita T, et al: Meaninglessness in terminally ill cancer patients: A randomized controlled study. J Pain Symptom Manage 37:649-658, 2009
 66. Yamagishi A, Morita T, et al: Symptom Prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. J Pain Symptom Manage 37:823-830, 2009
 67. Sanjo M, Morita T, Shima Y, et al: Caregiving consequences inventory: a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. Psychooncology 18:657-666, 2009
 68. Miyashita M, Morita T, Shima Y, et al: Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. J Pain Symptom Manage 37:1019-1026, 2009
 69. Morita T, Shima Y, et al: Late referrals to palliative care units in Japan: Nationwide follow-up survey and effects of palliative care team involvement after the cancer control act. J Pain Symptom Manage 38:191-196, 2009
 70. Yamagishi A, Morita T, et al: Artificial hydration therapy for terminally ill cancer patients: a nurse-education intervention. J Pain Symptom Manage 38:358-364, 2009
 71. Ando M, Morita T, et al: International comparison study on the primary concerns of terminally ill cancer patients in short-term life review interviews among Japanese, Koreans, and Americans. Palliat Support Care 7:349-355, 2009
 72. Tarumi Y, Morita T, et al: Cancer pain- progress and ongoing issues in Japan. Pain Res Manag 14:357-358, 2009
 73. Sasahara T, Kizawa Y, Morita T, Iwamitsu Y, Otaki J, Okamura H, Takahashi M, Takenouchi S, et al: Development of a standard for hospital-based palliative care consultation teams using a modified Delphi method. J Pain Symptom Manage 38:496-504, 2009
 74. Fukuhori H, Morita T, et al: Administrators' perspectives on end-of-life care for cancer patients in Japanese long-term care facilities. Support Care Cancer 17:1247-1254, 2009
 75. Sato K, Morita T, et al: The long-term effect of a population-based

- educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolongation treatment, and knowledge about palliative care. *J Palliat Care* 25:206-212, 2009
76. Nakazawa Y, Morita T, et al: The Palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med* 23:754-766, 2009
77. Ando M, Morita T, et al: The efficacy of mindfulness-based meditation therapy on anxiety, depression, and spirituality in Japanese patients with cancer. *J Palliat Med* 12:1091-1094, 2009
78. Miyashita M, Morita T, Shima Y, et al: J-HOPE study: Evaluation of End-of-Life Cancer Care in Japan from the Perspective of Bereaved Family Members. *J Clin Oncol* 27:502s, 2009 (suppl; abst 9577)
79. Ando M, Morita T, Shima Y, et al: Value of religious care for relief of psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients: the perspective of bereaved family members. *Psychooncology* Sep 25:[Epub ahead of print], 2009
80. Okamoto T, Morita T, Shima Y, et al: Religious care required for Japanese terminally ill patients with cancer from the perspective of bereaved family members. *Am J Hosp Palliat Care* Sep 15:[Epub ahead of print], 2009
81. Choi J, Morita T, Shima Y, et al: Preference of place for end-of-life cancer care and death among bereaved Japanese families who experienced home hospice care and death of a loved one. *Support Care Cancer* Oct 27:[epub ahead of print], 2009
82. 森田達也: 緩和支援治療の量と質の充実と普及をめざす先進的な取り組み. *漢方医学* 33:295-298, 2009
83. 森田達也: スピリチュアルケアガイドの作成プロジェクトの背景. *緩和ケア* 19:16-21, 2009
84. 草島悦子, 森田達也, 他: 緩和ケアとスピリチュアルケア. *緩和ケア* 19:43-48, 2009
85. 前堀直美, 森田達也, 他: 薬剤師からみた地域連携 保険薬局の抱える現状と課題. *緩和ケア* 19:130-136, 2009
86. 森田達也, 他: がん性疼痛治療におけるフェンタニル貼付剤の意義と今後の展望. *Pharma Medica* 27:61-68, 2009
87. 森田達也: 症状緩和 終末期における輸液治療. *治療学* 43:377-382, 2009
88. 森田達也, 他: すべての病状を通じての緩和ケアチームの活動例. *治療学* 43:459-464, 2009
89. 森田達也: 維持輸液、栄養輸液、経腸栄養 終末期がん患者に対する輸液治療. *総合臨床* 58(増刊):1110-1118, 2009
90. 森田達也: 緩和ケアチームと麻酔科のコラボレーション 緩和ケア医の立場から. *LiSA* 16(別冊'09):40-49, 2009
91. 森田達也: 終末期がん患者に対する輸液治療. *外科治療* 101:149-158, 2009
92. 森田達也: 30年間のホスピスの歴史が緩和ケアチームの基盤となっていた. *Cross Cancer Research* 1:12-13, 2009
93. 森田達也: 第3部がん化学療法中に施行する栄養管理. 5. 終末期がん患者に対する輸液治療. *がん患者の栄養管理 がん化学療法チームハンドブック*. 南山堂 262-271, 2009
94. 森田達也: 緩和ケアチームの活動とリハビリテーション. *MB Med Reha* 111:45-50, 2009
95. 天野功二, 森田達也: 第II章 消化器癌化学療法の実践. 消化器癌化学療法施行時の栄養管理と消化器癌患者に対する緩和医療. *消化器癌患者に対する緩和医療*. 久保田哲朗, 大村健二 編. 消化器癌化学療法 改訂2版. 南山堂. 359-374, 2009
96. 鄭陽, 森田達也, 他: 地域における講義とグループディスカッションを複合した多職種セミナーの有用性. *ペインクリニック* 30:1553-1563, 2009
- 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
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, 大西秀樹, 木澤義之, 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
 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, 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
 20. 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
 21. 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
 22. 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
 23. 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
 24. 深堀浩樹, 森田達也, 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
25. 平井啓, 森田達也, 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
 26. 宮下光令, 森田達也, 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
 27. 宮下光令, 森田達也, 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
 28. 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
 29. 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
 30. 吉田沙蘭, 森田達也, 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
 31. 山岸暁美, 森田達也, 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
 32. 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
 33. 天野功二, 森田達也, 他: 聖隷ホスピスにおける造血管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
 34. 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
 35. 山岸暁美, 森田達也, 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
 36. 古村和恵, 森田達也, 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
 37. 赤澤輝和, 森田達也, 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
 38. 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
 39. 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
 40. 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
 41. 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
 42. 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
 43. 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
 44. 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
 45. 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
 46. 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
 47. 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

- 和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
48. 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
49. 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
50. 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
51. 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
52. 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
53. 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
54. 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
55. 中澤葉字子, 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
56. 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
57. 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
58. 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
59. 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
60. 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
61. 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
62. 明智龍男, 森田達也: 緩和医療の研究をいかに進めるか〜実際に研究を進めるためのノウハウ〜. 第14回日本緩和医療学会総会. シンポジウム8. 2009. 6, 大阪
63. 森田達也, 他: 緩和医療における口腔ケアの重要性. 第14回日本緩和医療学会総会. モーニングセミナー2. 2009. 6, 大阪
64. 森田達也, 他: 緩和ケア普及のための地域介入プログラムの実施可能性と有効性: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 一般演題(口演5)「地域連携」2009. 6, 大阪
65. 笹原朋代, 木澤義之, 森田達也, 岩満優美, 大滝純司, 他: 病院内緩和ケアコンサルテーションチームの基準の開発. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
66. 安藤満代, 森田達也, 志真泰夫, 他: 遺族のスピリチュアルケアとしてのピリブメント・ライフレビュー. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
67. 宮下光令, 森田達也, 志真泰夫, 他: 全国のがん診療連携拠点病院、緩和ケア病棟、在宅ホスピスのがん患者の遺族8,163人によるがん終末期ケアの質の評価: J-HOPE study. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
68. 前堀直美, 森田達也, 他: 保険薬局の電話モニタリングと受診前来局による症状緩和の評価: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
69. 佐藤一樹, 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長期効果. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
70. 松尾直樹, 森田達也, 他: ホスピス・緩和ケア病棟におけるコルチコステロイド使用の実態: 全国医師対象質問紙調査. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪

71. 山岸暁美, 森田達也, 他: 外来化学療法中のがん患者の症状頻度と経時的フォローアップ. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
72. 吉田沙蘭, 森田達也, 志真泰夫, 他: 生命予後告知に対する遺族の評価とその関連要因: J-HOPE Study. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
73. 白土明美, 森田達也, 他: ホスピスにおける在宅支援ベッド運用についての検討. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
74. 坂口幸弘, 森田達也, 志真泰夫, 他: 遺族ケアサービスに対する遺族のニーズとバリア: J-HOPE study. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
75. 鄭陽, 森田達也, 他: 緩和ケア普及のための地域介入プログラムにおける緩和ケアセミナーの有用性: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
76. 清原恵美, 森田達也, 他: 地域緩和ケアを促進するための看護師に対するホスピス研修の有用性: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
77. 藤本亘史, 森田達也, 他: 地域医療者調査をもとに地域の課題を共有するための緩和ケア専門家によるフォーカスグループの試み: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
78. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域緩和ケアチームによるアウトリーチの有用性: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
79. 赤澤輝和, 森田達也, 他: 地域の緩和ケアサービスの情報共有方法はどのようにすればよいか?: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
80. 古村和恵, 森田達也, 他: がん患者の医療情報共有ツール「わたしのカルテ」の有用性に関する介入調査: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
81. 大木純子, 森田達也, 他: がん患者に求められる支援・サポートについての地域でのフォーカスグループ: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
82. 野末よし子, 森田達也, 他: 浜松市におけるがん患者のケアマネジメントについての実態調査: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
83. 崔智恩, 森田達也, 志真泰夫, 他: 在宅ホスピスを利用したがん患者の遺族の在宅療養と在宅死亡に対する意向とその関連要因に関する研究: J-HOPE study. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
84. 森田達也, 他: 緩和医療と精神腫瘍学—地域における緩和ケア: OPTIMプロジェクトから学んだこと—. 第68回日本癌学会学術総会. シンポジウム 21-2. 2009. 10, 横浜
85. 木澤義之, 橋爪隆弘, 森田達也, 志真泰夫, 他: 緩和医療と精神腫瘍学—我が国における緩和ケアの教育の現状—. 第68回日本癌学会学術総会. シンポジウム 21-3. 2009. 10, 横浜
86. 森田達也: 緩和医療による生活の質向上を求めて—基礎から臨床まで 根拠を踏まえた情報提供のありかたを探る—「緩和医学を理解するために知っておきたいEBMの知識」. 第19回日本医療薬学会年会. シンポジウム 17-5. 2009. 10, 長崎
87. 森田達也: がん性疼痛マネジメントのコツ 突出痛の対応, フェンタニルの上手な使い方, 神経ブロック併用のタイミング. 日本臨床麻酔学会第29回大会. 教育セミナーL14. 2009. 10, 浜松
- 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。

別添 1

1) 緩和ケアチームの活動評価尺度

あてはまらない	ない	あまりあてはまらない	い どちらともいえない	ややあてはまる	あてはまる
---------	----	------------	----------------	---------	-------

【緩和ケアチーム内および依頼者とのコミュニケーションについて】

○ 各メンバーの役割や仕事の分担について、緩和ケアチームのメンバーで話し合いをしている	1	2	3	4	5
○ 緩和ケアチームの課題や方針について、緩和ケアチームのメンバーで定期的に議論している	1	2	3	4	5
○ 緩和ケアチームのメンバー間で意見が異なったときは、納得するまで議論している	1	2	3	4	5
○ 緩和ケアチームで評価や推奨を行うときは、依頼者のニーズや意図を確認している	1	2	3	4	5
○ 緩和ケアチームで推奨を行うときは、主治医や病棟看護師が実践できることを目標としている	1	2	3	4	5
○ 症状緩和の方法を推奨するときは、主治医や病棟看護師に複数の選択肢を提示している	1	2	3	4	5

【地域・緊急時のサポートについて】

○ 地域の診療所や訪問看護ステーション・ホスピス・緩和ケア病棟などと、退院カンファレンスや電話連絡などで患者に関する情報交換を積極的に行っている	1	2	3	4	5
○ 地域の医療・福祉関係者（医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、MSWなど）を対象に、「顔の見える関係」になるための機会（合同カンファレンスなど）を設けている	1	2	3	4	5
○ 地域の医療者（医師、看護師、薬剤師など）を対象に、緩和ケアに関する勉強会やセミナー・研修会を年1回以上開催している	1	2	3	4	5
○ 地域の医療者からの緩和ケアに関する相談に対応している	1	2	3	4	5
○ 緊急時の連絡先や代行を決めるなど、夜間や休日などの緩和ケアに関する問題を解決できる体制にしている	1	2	3	4	5

【コンサルテーションによる臨床活動について】

○ 緩和ケアチームのメンバーの誰かが、週1回以上患者を直接診療している	1	2	3	4	5
○ 緩和ケアチームのメンバーの誰かが、平日の日勤帯はいつでも患者を直接診療できるようにしている	1	2	3	4	5
○ コンサルテーションの依頼内容や症状が複雑なときは、緩和ケアチームのメンバーの誰かが毎日直接診療を行っている	1	2	3	4	5