

指標の不適切さ」が臨床フィードバックとして理解されにくい、という問題点に着目した。そして平成23年度までに作成した疼痛アウトカム4指標との照合調査を行い解析した。

PMI<-1を不適切とする新しい鎮痛治療へのプロセス評価は、同じく新規表現であるリスク(オッズ)比において、PMI<0とする従来法より、妥当かつ臨床医・看護師へのフィードバックとしてより有用である可能性が示唆され、我々が行ったアウトカムとPMIプロセス評価の照合調査を多施設において同様の調査をより長期にわたって行うことが必要だと思われる。

また今後前向きに行う多施設の照合調査は、症例数を増やすことでより正確なリスク比を得ることだけでなく、症例背景に応じたリスク比(例えば、骨転移痛での不適切処方リスク評価)が明らかになるかもしれない。また看護師の過小評価の背景因子探索やPMIとの関連性を明らかにする研究も、臨床現場に有用な情報を提供できる(例えば、十分な症例数における過小評価リスクが高い症例の背景因子探索)ため重要性が高いであろう。

研究限界としては、単施設で症例数が少ないことに加えて、緩和ケアチームという完全に中立な調査者でなかったバイアスは考慮されるべきである。

(5) 緩和ケアの構造・プロセス、アウトカム評価における代理評価の信頼性の検証

ICCは連続変数の一致の指標であるが、Landis & Kochの基準を参考にすれば、以下のように解釈できる。

0-0.20 as slight, 0.21-0.40 as fair, 0.41-0.60 as moderate, 0.61-0.80 as substantial, 0.81-1 as almost perfect

患者-家族間の評価者間信頼性については一致の程度を視覚的に確認するため、CESとGDIの合計点について、散布図を作

成した。この手法では完全一致するデータは少ないものの、評価点数±1を許容した一致率であればかなり多くの組み合わせで一致していた。

また、完全一致率と評価点数±1を許容した一致率の平均(±標準偏差)を全ペアで算出してみると、CES平均値でそれぞれ43%、86%、中央値で41%、91%であった。GDI平均値で31%、66%、中央値で29%、68%であった。

これらの結果を総合的に判断すると、患者-家族間の一致度に関しては、高い一致率とはいえないものの決して低くはないと考えられた。

同様の手法で分析を加えることで、家族-遺族間の評価をICCで行うとmoderateとなり概ね一致していた。この結果は、評価の時期が異なることを考慮すれば決して低い相関ではないと考えられる。患者の代理評価にはなりえないものの、後ろ向き評価の妥当性を支持するひとつの知見といえよう。患者-遺族間の評価はほとんど一致しなかったため、遺族評価をもって患者の代理評価とするには無理があると考えられた。

付帯調査では、家族介護者の抑うつは家族が患者のQOLをどのように評価しているか、ということと関連していることがわかった。ただしQOLが低いために抑うつになりやすいのか、あるいは抑うつ状態であるためにQOLを低いと認識するのかは定かではなかった。家族に認識できる方法で患者のQOLを全人的な観点で向上させることが家族介護者の抑うつ気分の軽減につながる可能性が示唆された。

緩和ケア病棟で療養する終末期がん患者を介護する家族の不安と抑うつ有病率は

今回それぞれ 70%、65%であった。一般集団では不安 10-20%、抑うつ 10%程度であり、緩和ケアの場面でも不安 45%、抑うつ 47%といわれているので、既存の報告より高い結果であった。すなわち。緩和ケア病棟で十分なケアを受けたとしても、家族介護者の精神的問題は極めて大きいと言える。

(6) 患者によるがん医療の質の構造・プロセス評価尺度の開発

1. がん医療の構造・プロセス評価尺度開発

信頼性・妥当性が確認されわが国の緩和ケアの質評価の全国調査で採用されている緩和ケアの構造・プロセス尺度 Care Evaluation Scale に下位尺度を追加し新たに計量心理学的検討を行い、「がん医療に共通する 10 領域 30 項目」と抗がん治療中に用いるモジュール「抗がん治療時の 2 領域 6 項目」から成る包括的ながん医療の質の評価尺度 Cancer Care Evaluation Scale が開発され、高い信頼性・妥当性が示された。本研究では、項目作成過程から表面的妥当性、内容的妥当性が保証され、計量心理学的検討から因子妥当性、内的整合性、再テスト信頼性、収束的妥当性、弁別的妥当性が確認され、評価尺度として十分な質を有しているといえる。

既存のがん医療の質 (Quality of Care) の評価尺度は、評価スケールが満足度であることや構成概念に偏りがあることに限界があった。今回開発した CCES は、構成概念がより包括的であること、計量心理学的特性が十分であること、総合得点や短縮版による評価が利用でき利便性が高いことで優れている。CCES はがん医療で重要な事

柄を多面的かつ妥当な方法で患者により評価でき、例えば患者満足度調査などがん医療の質評価での採用が推奨される。

2. がん患者の QOL 評価尺度の検討

がん患者の QOL 評価尺度としての重要性・必要性・適切性のいずれ EORTC QLQ C-30 より FACT-G の肯定的回答が有意に多かったがその効果量は小さいため、EORTC QLQ C-30 と FACT-G いずれがより推奨されるかについては結論できなかった。EORTC QLQ C-30 と FACT-G ではドメイン構造が異なるため、評価したい概念構造が尺度選択の判断基準となるかもしれない。

PS が良好ながん患者では、QOL 評価尺度としての重要性・必要性・適切性のいずれ EORTC QLQ C-30 より FACT-G の肯定的回答が有意に多く、重要性での効果量は中程度であったことから、外来調査など PS が比較的良好な患者を対象とする場合では、FACT-G の使用がより推奨される。EORTC QLQ C-30 には FACT-G より症状に関する評価項目が多く含まれたことが PS が良好ながん患者での重要性の回答に影響したかもしれない。

(7) 受療行動調査の療養生活の質に関する項目の一般市民に対する調査

本調査によって受療行動調査の項目の一般市民による分布および一般市民の健康状態が明らかになった。

症状のなかでは痛みが 49%と多かった。痛みの部位に関しては腰、肩、膝や足の関節、首、手や腕などと多くの部位に分布していた。これのうち 1 年以上続く痛みは約半数であり、3 か月以内は 30%程度であった。痛みには慢性痛が占める割合が多い

ことが明らかになった。

症状のうち「あれこれ思い悩む」「気持ち不安定になる」「元気がでない」「いらいらしやすい」などの精神症状に関連する症状も多かった。これらは抑うつなどの精神疾患とは異なるが、一般市民も気持ちのつらさを抱える割合が高いことが明らかになった。

これらの結果を反映して、療養生活の質のそれぞれの項目は外来がん患者では一般市民と大きな違いはなかった。入院がん患者では一般市民より悪く、入院加療を必要とする患者は療養生活の質が一般市民より悪いが、外来通院がん患者ではあまり違いがないことが明らかになった。自覚的健康度は外来がん患者、入院がん患者ともに悪く、がん罹患していることや手術や化学療法を過去に受けた結果が自覚的健康度に反映している可能性が考えられた。外来通院がん患者が一般市民と大きな違いを示さなかったことは、実際に一般市民も多くの症状を抱えており、がん患者でも同様である可能性と、受療行動調査の調査項目ではがん患者特有の症状を十分に反映できない可能性がある。また、外来がん患者には過去にがんの治療を受けたが現在はフォローアップのみである患者も多く含まれており、そのような患者が全体の結果を一般市民に近づけたのかもしれない。受療行動調査の外来がん患者のデータを解釈する際にはこのような状況を認識すべきである。また、わが国のがん患者の療養生活の質を評価する際にはすべての外来がん患者を対象とした方法では十分にがん医療や緩和ケアの普及の政策的な進捗を反映できない可能性もあり、より適切な対象での評価を檢

討する必要があるかもしれない。痛みに関してがん患者のほうが一般市民より低かったことは、がん患者は通院により痛みの治療を受けやすい状況にあることが考えられた。自覚的健康度は外来がん患者、入院がん患者ともに一般市民より悪かったが、自覚的健康度は療養生活の質の指標との相関が低いことから参考値とすることが望ましいと考えられたことから、今後の検討が必要な項目である。

(8) がん患者の療養生活の質の評価としての国民生活基礎調査の利用可能性の検討

国民生活基礎調査は、政府統計として3年に1度全国で実施されている調査である。約75万人(未成人も含む)のうち、約42万人(約56%)の成人の回答が得られており、代表性にも優れていると考えられる。回答者のうち、がん患者との自己申告は、全回答の2004年0.6%、2007年0.7%、2010年0.9%であった。2010年の日本の人口推計が約1億人、継続して治療を受けているがん患者が約157万人(人口の訳1.6%)であることを考慮すると、2010年調査のがん患者の回答割合0.9%はやや少ないと考えられるが、入院中の患者が調査から除外されていることや、傷病を自己申告により同定している点を考えると、十分に許容できる割合のがん患者が同定できていると考えられる。症状についても、2007年、2010年でがん患者の症状の傾向は一貫しており、特に、がん患者に特徴的といわれている「体のだるさ」という症状が、本調査でも多い割合であることから、本調査は、がん患者の症状を経時的にモニタリングしていく有用な指標であると考えられる。悩み・ストレス

について、がん患者では、「自分の病気や介護」が最も気になる悩み・ストレスであり、がんであること自体が重大なストレスの要因であることが示された。この項目を経時的にモニタリングしていくことで、がん患者の全人的苦痛について、総合的な評価が可能であると考えられる。精神疾患のスクリーニングツールとして妥当性の示されている K6 の合計得点について、がん患者では 2004 年、2010 年ともにがん以外の傷病患者よりも高い値であったが、2007 年が 4.9 ± 5.0 、2010 年が 4.6 ± 5.0 とやや得点が低くなっており、がん患者の精神状態が平均的には改善されてきている可能性も考えられ、次回 2013 年の調査結果も評価することは有用であると考えられる。

(9) がん患者の家族の QOL に関する研究

本研究では、家族介護者の QOL を評価するための尺度として、CQOLC 日本語版の信頼性と妥当性の検証をした。「I. 心理的負担感 (10 項目)」、「II. 時間的拘束感 (8 項目)」、「III. 介護肯定感 (6 項目)」、「IV. 経済的負担感 (3 項目)」の 4 ドメイン、27 項目から構成される尺度を同定し、十分な信頼性・妥当性が示された。

CQOLC ドメイン作成のために探索的因子分析を行い、ドメイン項目の削減を行った。因子負荷量が 0.4 以下であった、「4. 性生活」、「18. 欲求不満」、「20. 病気が子どもや家族へ影響すること」、「23. 情報提供」、「34. 家族からの援助」、「1. 日課の変更」、「25. 患者さんへの治療による悪影響」、「2. 睡眠」についての項目が削除された。

CQOLC 尺度のオリジナルバージョンにはドメインは仮定されていないが、他国で行われた CQOLC を用いた研究では、ドメ

インが作成されているものも存在する。台湾で行われた研究では、5 つの因子に分けられ、それぞれ「I. 負担感(Burden)」、「II. 混乱(Disruptiveness)」、「III. 社会的支援(Social support)」、「IV. スピリチュアルウェルビーイング(Spiritual well-being)」、「V. 経済的関心事(Financial Concerns)」となり、本研究と類似していた。また因子負荷量が低い、「4. 性生活」、「5. 介護以外の興味」、「25. 患者さんへの治療による悪影響」、「27. 患者さんがよくなることに介護者の介護への焦点が合っている」の 4 項目が削除されていたが、本研究においても「4. 性生活」「25. 患者さんへの治療による悪影響」の項目は削除されており、これらの点でも類似していた。また、トルコの研究では 4 つの因子に分けられ、それぞれ「I. 精神的苦痛(Psychological distress)」、「II. 日常生活の混乱(Disruption in daily life)」、「III. 介護責任(Caregiving responsibility)」、「IV. 経済的関心事(Financial concerns)」となり、本研究との類似がみられた。これらより、CQOLC 日本語版は他国における先行研究との類似が見られ、このドメイン化は国際的にも共通性があるということが分かった。

妥当性の検証としては、Multi-trait scaling 分析による収束的妥当性と弁別的妥当性、SF36 との相関による同時的妥当性、介護度との相関による既知集団妥当性の検討を行ったが、収束的妥当性・弁別的妥当性は以外では弱い相関のみ見られるという結果となり、構成概念妥当性は有することが認められた。

信頼性の検証としては、Cronbach の α 係数を算出した。ドメイン別では 0.78~0.88 であり、尺度全体で 0.87 という値となった。

一般的に Cronbach の α 係数は 0.70 以上であれば許容しうる値であり、本研究で得られた CQOLC の内的整合性は、十分な値であると判断できる。

また、再テスト法を実施することにより得られた級内相関係数(ICC)はドメイン別に 0.66~0.75 であり、非常に高いとは言えないが、十分信頼性があるといえる数値となった。これらの結果より、CQOLC 日本語版が、信頼性、妥当性ともに十分有することが確認された。これによって、わが国でも CQOLC を用いて家族介護者の QOL を評価することが可能となった。

CQOLC は世界で最もよく使われている家族介護者の QOL 尺度であるため、世界的に標準的な尺度で日本の家族介護者の QOL 研究をすることが可能となった。これにより、がん患者の家族の QOL を向上させるための関連要因を検討し、QOL 向上のために活用できると考えられる。ドメインを作成したことにより、問題の特定が容易となると考えられる。また、心理的・時間的な負担感ばかりではなく、介護肯定感についての項目を含んでいることから、家族介護者の QOL に関して肯定的な面から捉えることも可能となっている。このように本尺度を活用することによって、がん患者の家族介護者の QOL が向上し、介護困難感が減少する方略を検討することが期待される。

今回の調査で、一般市民とがん患者家族の SF-36 の比較ではがん患者の家族の方が低く、がん患者の家族の方が QOL が低いことが示された。

ドメインごとに見てみると、PF(身体機能)、BP(体の痛み)では患者家族の方が平均点は低い結果だったが、統計的に有意な差

はなかった。SF-36 の身体面の項目が、過去 1 カ月の体の痛みや、身体的理由での日常生活動作・仕事・家事への妨げがどれくらいかという項目であり、家族本人の身体機能や日常生活動作が、患者の介護をすることで低くなるということはあまりないと考えられる。一方で、大きな差が見られたのは、VT(活力)、SF(社会生活機能)、MH(心の健康)などの精神的側面・役割・社会的側面であり、精神的・社会的に負担となっている可能性が考えられる。ノルウェイにおける緩和ケア患者の家族を対象とした同様の研究でも、男女とも家族の方が VT(活力)、SF(社会生活機能)、MH(心の健康)の項目において有意に得点が低いという結果になっており今回と同様であった。

また、腹膜透析患者の家族 QOL の研究や脳腫瘍患者の家族 QOL の研究においても SF(社会生活機能)が国民標準値と比較しても低く、精神的な健康度が低いことが明らかにされているが、今回の結果においても同様の結果が得られており、家族の QOL は身体的側面よりも精神的・社会的側面において低下する傾向があることが分かる。英国での研究で、QOL は障害や苦痛、機能喪失のほか社会において自分の役割を果たしたり、活動したりと個人の能力に関連しているということも示されている。SF-36 の精神・社会的側面に関する項目には、精神的な理由で人との付き合いや仕事へどれくらい影響したか、また家族本人の気分や疲れ、活気に関する項目などが含まれている。患者の介護や患者に付き添うことで、自分の趣味や仕事に費やす時間、個人の能力を發揮できる機会や活動、人との付き合いが減ってしまい、結果として精神的・社会機能

的項目で得点が低くなっている可能性が考えられる。また、がんにおいて精神的苦痛は患者と介護者の間に有意な相互関係があることが示されている。患者の状態が悪く、介助必要度が高いほど、家族介護者は介護に負担がかかり、精神的 QOL が低下すると考えられる。今回の調査でも、介助必要度が時々必要以上の人が 64%であったため、精神的 QOL が低かったと考えられる。これらより、看護師や援助者は家族に声をかけ、悩みや苦痛を聞いたり、患者会などへの家族の参加の働きかけなど積極的なかわりが求められる。また、家族のセルフケア能力を高めるため、他の家族からの協力や社会資源の調整なども必要であると考えられる。

本研究には限界がある。今回の調査ではインターネット調査のため、サンプルの代表性がはっきりしていない。また、インターネット利用者と非利用者では、年齢、学歴、収入などの社会的要因に違いがあると言われている。また、乳がん、前立腺がんの患者家族が多いという偏りがあるため、我が国のがん患者の家族を代表とする集団とは言えない可能性がある。

E. 結論

(1) 受療行動調査を利用した我が国のがん患者の療養生活の質を評価する方法の開発

受療行動調査によりがん患者の療養生活の質を患者の QOL、満足度という側面から評価できる方法を確立した。この方法は、調査の実施可能性、サンプルの代表性及び調査項目の妥当性・信頼性が高く、がん患者の療養生活の質を全国的かつ継続的に評

価していくうえで科学的に妥当な方法といえる。26年度以降も同項目を用いて調査を実施していくことで、我が国のがん患者の療養生活の質の評価を経時的に評価でき、我が国のがん政策に反映させていくことができると考えられる。

(2) 外来化学療法を受ける患者に対する緩和ケアスクリーニング方法の確立

外来化学療法患者の頻度の高い症状は、疼痛・倦怠感・気持ちのつらさである。これらをスクリーニングするための簡便な調査票と、実施手順を開発した。

一方、患者自記式の緩和ケアのスクリーニングを継続して行うためには、人員配置、患者のプライバシーの確保、患者の意識が必要である。現時点でのスクリーニングの導入は実務上の課題が多いと考えられる。

(3) がん長期サバイバーの QOL に関する研究

がんの長期生存者の QOL を評価する尺度が開発され、術後 5 年を経過した非小細胞肺癌患者（臨床サンプル）と、インターネットモニターを利用した一般住民サンプルを対象に測定が行われた。

がんサバイバーにおける非充足ニーズの領域、健康関連行動に関する課題の記述、スティグマと社会的差別に関する概念化が行われた。

(4) 疼痛の評価指標に関する研究

がん疼痛治療の成績を向上するための評価指標を探索・試作検証した。国際的に用いられる不適切処方プロセス評価である PMI 値を、新規解釈として < -1 カットオフとして、4 種アウトカム評価（除痛満足度および WHO ガイドライン 3 目標—睡眠確

保、安静除痛、動作時除痛)と照合して「鎮痛失敗のリスク」を解析した。この方法は、従来の PMI 評価より有用な臨床フィードバック指標となりうる可能性が示唆された。

(5) 緩和ケアの構造・プロセス、アウトカム評価における代理評価の信頼性の検証

1. 終末期がん患者の QOC と QOL 評価での患者・家族間の評価者間信頼性はそこそこある。
2. 評価者間信頼性の関連要因として、患者背景、家族背景に注目した結果では、穏やかに過ごしている(問題がない、QOL が高い)と患者と家族の評価が一致しやすい。
3. 家族-遺族間での QOC 評価と QOL 評価の評価者間信頼性に関しては、遺族の評価は後ろ向き評価ではあるものの、患者療養当時の評価と中程度に一致していた。
4. 緩和ケア病棟で療養する終末期がん患者を介護する家族の不安と抑うつ有病率はそれぞれ 70% (不安あり 38%+可能性あり 32%)、65% (抑うつあり 37%+可能性あり 28%) であった。これは既存の報告より高い。
5. 家族介護者の抑うつは、患者の QOL の評価と関連すると考えられるため、家族に認識できる方法で患者の QOL を全人的な側面で向上させることが、家族介護者の抑うつ気分の軽減につながる可能性が示唆された。

(6) 患者によるがん医療の質の構造・プロセス評価尺度の開発と QOL 評価尺度の検討

1. がん医療の構造・プロセス評価尺度開発
患者の視点によるがん医療の質の構造・

プロセス評価尺度として 12 領域 36 項目から成る CCES が開発され、高い信頼性・妥当性が示された。がん医療で重要な事柄を多面的かつ妥当な方法で患者により評価でき、例えば患者満足度調査などががん医療の質評価での採用が推奨される。

2. がん患者の QOL 評価尺度の検討

外来調査など PS が比較的良好な患者を対象とする場合には FACT-G の使用がより推奨されるが、進行期がん患者での調査や臨床試験で用いる場合には EORTC QLQ C-30 と FACT-G のいずれがより推奨されるかについては結論できなかった。

(7) 受療行動調査の療養生活の質に関する項目の一般市民に対する調査

本調査によって受療行動調査の項目の一般市民による分布および一般市民の健康状態が明らかになった。受療行動調査を用いてがん患者の療養生活の質を評価、解釈する場合や国として将来的な目標値を設定する場合には、この調査結果を考慮して検討する必要がある。

(8) がん患者の療養生活の質の評価としての国民生活基礎調査の利用可能性の検討

国民生活基礎調査は、がん患者の療養生活を評価する上で、代表性のある調査であり、症状や悩み・ストレスについて、がん患者の特徴を反映した結果が得られると考えられる。本研究班では、受療行動調査の項目によりがん患者の療養生活の質を評価する方法を開発したが、国民生活基礎調査も、がん患者の療養生活の質の評価として補完的な役割を十分に果たす指標となると考えられる。

(9) がん患者の家族のQOLに関する研究

CQOLC の日本語版として、「I. 心理的負担感 (10 項目)」「II. 時間的拘束感 (8 項目)」「III. 介護肯定感 (6 項目)」「IV. 経済的負担感 (3 項目)」の 4 ドメイン, 27 項目から構成される尺度が同定された。また, CQOLC 日本語版が十分な信頼性と妥当性を有することが確認された。

がん患者の家族の QOL は, 一般市民に比べて有意に低かった。また, 身体的側面よりも, 精神的・社会的側面において QOL が低く, 心理社会的援助が重要である。

F. 健康危険情報

特記すべき情報は得られなかった。

G. 研究結果発表

1. 論文発表

1. Yoshida S, Morita T, Miyashita M, et al. Experience with prognostic disclosure of families of Japanese patients with cancer. *J Pain Symptom Manage* 41(3): 594-603, 2011.
2. Ando M, Morita T, et al. Development of a Japanese benefit finding scale (JBFS) for patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Care* 28(3): 171-175, 2011.
3. Ando M, Morita T, et al. A qualitative study of mindfulness-based meditation therapy in Japanese cancer patients. *Support Care Cancer* 19(7): 929-933, 2011.
4. Matsuo N, Morita T, et al. Efficacy and undesirable effects of corticosteroid therapy experienced by palliative care specialists in Japan: A nationwide survey. *J Palliat Med* 14(7): 840-845, 2011.
5. Hirai K, Matoba M, Miyashita M, Morita T, et al. Public awareness, knowledge of availability, and readiness for cancer palliative care services: A population-based survey across four regions in Japan. *J Palliat Med* 14(8): 918-922, 2011.
6. Otani H, Morita T, et al. Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment. *Jpn J Clin Oncol* 41(8): 999-1006, 2011.
7. Ando M, Morita T, Miyashita M, et al. Factors that influence the efficacy of bereavement life review therapy for spiritual well-being: a qualitative analysis. *Support Care Cancer* 19(2): 309-314, 2011.
8. Morita T. Nutrition and hydration in palliative care: Japanese perspectives. *Diet and Nutrition in Palliative Care*. Edited by Victor R. Preedy, CRC, 105-119, 2011.
9. Kizawa Y, Morita T, et al. Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: a modified Delphi method. *Palliat Med*. 2011 Sep 15. [Epub ahead of print]
10. Akiyama M, Morita T, Miyashita M, Matoba M, et al. Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. *Support Care Cancer*. 2011 Jun 10. [Epub ahead of print]
11. Yamaguchi T, Morita T, et al. Longitudinal follow-up study using the distress and impact thermometer in an outpatient chemotherapy setting. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Jun 10. [Epub ahead of print]
12. Igarashi A, Miyashita M, Morita T, et al. A scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan: A potential new endpoint of cancer care. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Sep 23. [Epub ahead of print]
13. Komura K, Kato M, Morita T, et al. Patient-perceived usefulness and practical obstacles of patient-held

- records for cancer patients in Japan: OPTIM study. Palliat Med. 2011 Dec 16. [Epub ahead of print]
14. Deno M, Miyashita M, Fujisawa D, Nakajima S, Ito M. The relationships between complicated grief, depression, and alexithymia according to the seriousness of complicated grief in the Japanese general population. J Affect Disorders, 122-127, 2011
 15. Ken Shimizu, Nobuya Akizuki, Naoki Nakaya, Maiko Fujimori, Daisuke Fujisawa, Asao Ogawa, Yosuke Uchitomi. Treatment response to psychiatric intervention and predictors of response among cancer patients with adjustment disorders. J Pain Symptom Management 41(4):684-91, 2011
 16. 森田達也. 経験したことを伝えていこう 研究論文の書き方 第4回「結果・考察」を書く. 緩和ケア 21(1): 55-60, 2011.
 17. 井村千鶴, 森田達也, 他. がん患者に対する介護保険手続きの迅速化の効果. 緩和ケア 21(1):102-107, 2011.
 18. 森田達也. せん妄. 支持・緩和薬物療法マスター がん治療の副作用対策. 江口研二, 他(編), メジカルビュー社, 146-148, 2011.
 19. 厨芽衣子, 森田達也, 他. 論文を読み、理解する—Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer— 緩和ケア 21(2): 170-178, 2011.
 20. 赤澤輝和, 森田達也, 他. 緩和ケアの啓発用冊子を病院内のどこに置いたらよいか? 緩和ケア 21(2): 221-225, 2011.
 21. 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) の経過と今後の課題. ホスピス緩和ケア白書 2011, (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」編集委員会(編), (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 24-41, 2011.
 22. 杉浦宗敏, 宮下光令, 森田達也, 的場元弘, 他. がん診療連携拠点病院における緩和ケア提供に関する薬剤業務等の全国調査. 日本緩和医療薬学雑誌 4(1): 23-30, 2011.
 23. 森田達也. 泌尿器系難治症状の緩和がん性疼痛ガイドラインのエッセンス 緩和医療学会がん疼痛ガイドラインのエッセンス. 日本泌尿器科学会雑誌 102(2): 205, 2011.
 24. 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト—浜松地域のあゆみと今後の課題—. 大阪保険医雑誌 39(533): 10-17, 2011.
 25. 井村千鶴, 森田達也, 他. 病院と地域とで行う連携ノウハウ共有会とデスクカンファレンスの参加者の体験. 緩和ケア 21(3): 335-342, 2011.
 26. 森田達也, 他. 特集 がん疼痛治療の最新情報 早期緩和ケア導入によるがん治療の影響と効果. Progress in Medicine 31(5): 1189-1193, 2011.
 27. 高田知季, 森田達也, 他. 基幹病院における緩和医療. 麻酔科医出身のペインクリニックが関わる緩和医療. ペインクリニック 32(6): 845-856, 2011.
 28. 清原恵美, 森田達也, 他. 地域における緩和ケア病棟の役割—緩和ケア病棟における地域の看護師を対象とした研修の評価—. 死の臨床 34(1): 110-115, 2011.
 29. 森田達也, 他. 〈秘伝〉臨床が変わる緩和ケアのちょっとしたコツ. 青海社, 2011.
 30. 森田達也, 他. 臨床現場が必要とする緩和ケアを提供するために院内外“ゆるやかなネットワーク”づくりに力を注ぐ. Watches 5: 7-9, 2011.
 31. 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会(編集). がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン 2011年版. 金原出版, 2011.
 32. 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会(編集). がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン 2011年版. 金原出版, 2011.
 33. 山岸暁美, 森田達也, 他. 在宅緩和ケアに関する望ましいリソースデータベースとは何か?—多地域多職種を対象とした質的研究. 緩和ケア 21(4): 443-448,

- 2011.
34. 小田切拓也, 森田達也. III. ケアの実際 Q24. 予後予測. 特集 やさしく学べる最新緩和医療 Q&A. 江口研二, 他(編集). がん治療レクチャー 2(3): 589-593, 2011.
 35. 森田達也, 他. 第II部 がん疼痛ガイドラインについてのわたしの本音 1. がん疼痛ガイドラインを現場ではこう実践しています【医師編】. 解説 がん疼痛ガイドライン—現場で生きるわたしの工夫—. 緩和ケア 21(8月増刊号): 154-174, 2011.
 36. 森田達也. ガイドラインを読むために知っておきたい臨床疫学の知識 2. 緩和ケア領域の臨床研究の読み方. 解説 がん疼痛ガイドライン—現場で生きるわたしの工夫—. 緩和ケア 21(8月増刊号): 191-192, 2011.
 37. 森田達也. 臨床をしながらできる国際水準の研究のまとめ方—がん緩和ケアではこうする—. 青海社, 2011.
 38. 末田千恵, 森田達也, 他. どのような緩和ケアセミナーが求められているか: 4,188名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因. ペインクリニック 32(8): 1215-1222, 2011.
 39. 村上敏史, 的場元弘, 森田達也, 他. がん疼痛ガイドラインの分かりやすい解説と枚ルール オピオイドの導入の仕方 オピオイドを投与する時に何をどう選ぶか?. 緩和ケア 21(8月増刊): 25-35, 2011.
 40. 森田達也, 他. 多施設との医療連携の現状: 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM-study) 浜松地域のあゆみと今後の課題. 最新精神医学 16(5): 563-572, 2011.
 41. 井村千鶴, 森田達也, 他. 在宅死亡したがん患者の遺族による退院前カンファレンス・退院前訪問の評価. 緩和ケア 21(5): 533-541, 2011.
 42. 鈴木留美, 森田達也, 他. 「生活のしやすさ質問票 第3版」を用いた外来化学療法患者の症状頻度・ニードおよび専門サービス相談希望の調査. 緩和ケア 21(5): 542-548, 2011.
 43. 小田切拓也, 森田達也, 他. 原因不明の神経症状と疼痛で緩和ケアチームに紹介された患者の疼痛の原因と転帰. ペインクリニック 32(9): 1423-1426, 2011.
 44. 鄭陽, 森田達也, 他. 難治性の膀胱症状に対して上下腹神経叢ブロックが有効であった—症例—. 日本ペインクリニック学会誌 18(4): 404, 2011.
 45. 川口知香, 森田達也, 他. 呼吸器内科病棟における肺癌患者の呼吸困難に対するケアの現状. 日本癌治療学会誌 46(2): 890, 2011.
 46. 天野功二, 森田達也. B実践編 2. 身体症状マネジメントをめぐる問題. 精神腫瘍学. 内富庸介, 他(編), 医学書院, 65-88, 2011.
 47. 森田達也, 他. エビデンスで解決! 緩和医療ケースファイル. 南江堂, 2011.
 48. 森田達也. 緩和ケアの地域関連 OPTIMプロジェクト浜松 地域リソースの「オプティマイズ=最大活用」と網目のようなネットワークが緩和ケア普及の鍵. Medical Partnering 56: 1-5, 2011.
 49. 森田達也. 地域連携のさまざまなスタイルを発見 医師の「地域連携力」を鍛える. Doctor's Career Monthly 31: 21, 2011.
 50. 天野功二, 森田達也. 第II章 消化器癌化学療法の実際. 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. 消化器癌化学療法. 改訂3版. 大村健二, 他(編), 南山堂, 360-375, 2011.
 51. 古村和恵, 宮下光令, 的場元弘, 森田達也, 他. 進行がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望—821名の自由記述からの示唆. Palliat Care Res 6(2): 237-245, 2011.
 52. 森田達也. グッドデス概念って何?. 緩和ケア 21(6): 632-635, 2011.
 53. 小野宏志, 森田達也, 他. 地域の多職種で作成した調査票を用いた在宅死亡がん患者の遺族による多機関多職種の評価. 緩和ケア 21(6): 655-663, 2011.
 54. 山岸暁美, 森田達也, 加藤雅志, 他. 地域のがん緩和ケアの課題と解決策の抽出—OPTIM-Studyによる複数地域・多職種による評価—. 癌と化学療法 38(11): 1889-1895, 2011. 94.

55. 藤澤大介、内富庸介. 精神科・わたしの診察手順—がん患者の抑うつ・不安. 臨床精神医学 40(増刊号):199-201, 2011
56. 藤澤大介. うつ状態にあるがん患者のこころのケアのすすめかた. Medical Practice 28(10): 1779-1782, 2011
57. 藤澤大介. 卵巣がん患者への心のケアに関する現状と展望. がん看護 16(6):627-30, 2011
58. 鈴木真也、川澄賢司、市田泰彦、藤澤大介、小川朝生、渡邊好造、遠藤一司、内富庸介、和泉啓司郎. がん患者における医療用麻薬と向精神薬の実態調査. 医療薬学 37(7): 437-441, 2011
59. 藤澤大介. 不眠の患者さんへの指導のポイントを教えてください. レジデントノート 13(7): 1202-8, 2011
60. 藤澤大介. がん患者に対する認知行動療法. 総合病院精神医学 23(4), 370-377, 2011
61. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al: Providing palliative care for cancer patients: The views and exposure of community general practitioners and district nurses in Japan. J Pain Symptom Manage 43(1):59-67, 2012.
62. Morita T, Miyashita M, Matoba M, et al: A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. BMC Palliat Care 11(1):2, 2012.
63. Igarashi A, Miyashita M, Morita T, et al: A scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan: A potential new endpoint of cancer care. J Pain Symptom Manage 43(2):218-225, 2012.
64. Yamaguchi T, Morita T, et al: Longitudinal follow-up study using the distress and impact thermometer in an outpatient chemotherapy setting. J Pain Symptom Manage 43(2):236-243, 2012.
65. Akechi T, Miyashita M, Morita T, et al: Good death in elderly adults with cancer in Japan based on perspectives of the general population. J Am Geriatr Soc 60(2):271-276, 2012.
66. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al: Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey. J Pain Symptom Manage 43(3):503-514, 2012.
67. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, et al: The current status and issues regarding hospital-based specialized palliative care service in Japanese regional cancer centers: A nationwide questionnaire survey. Jpn J Clin Oncol 42(5):432-441, 2012.
68. Sato K, Miyashita M, Morita T, et al: Family member perspectives of deceased relatives' end-of-life options on admission to a palliative care unit in Japan. Support Care Cancer 20(5):893-900, 2012.
69. Akiyama M, Morita T, Miyashita M, Matoba M, et al: Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. Support Care Cancer 20(5):923-931, 2012.
70. Choi JE, Miyashita M, Morita T, et al: Making the decision for home hospice: perspectives of bereaved Japanese families who had loved ones in home hospice. Jpn J Clin Oncol 42(6):498-505, 2012.
71. Yamaguchi T, Morita T, et al: Effect of parenteral hydration therapy based on the Japanese national clinical guideline on quality of life, discomfort, and symptom intensity in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 43(6):1001-1012, 2012.
72. Ando M, Morita T, et al: Factors in

- narratives to questions in the short-term life review interviews of terminally ill cancer patients and utility of the questions. *Palliat Support Care* 10(2):83-90, 2012.
73. Kizawa Y, Morita T, et al: Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: A modified Delphi method. *Palliat Med* 26(5):744-752, 2012.
 74. Akechi T, Morita T, et al: Dignity therapy: Preliminary cross-cultural findings regarding implementation among Japanese advanced cancer patients. *Palliat Med* 26(5):768-769, 2012.
 75. Matsuo N, Morita T, et al: Physician-reported corticosteroid therapy practices in certified palliative care units in Japan: A nationwide survey. *J Palliat Med* 15(9):1011-1016, 2012.
 76. Kaneishi K, Morita T, et al: Olanzapine for the relief of nausea in patients with advanced cancer and incomplete bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage* 44(4):604-607, 2012.
 77. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al: Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan. *Support Care Cancer* 20(10):2575-2582, 2012.
 78. Yoshida S, Morita T, et al: Pros and cons of prognostic disclosure to Japanese cancer patients and their families from the family's point of view. *J Palliat Med* 15(12):1342-1349, 2012.
 79. Yamaguchi T, Morita T, Matoba M, et al: Recent developments in the management of cancer pain in Japan: Education, clinical guidelines and basic research. *Jpn J Clin Oncol* 42(12):1120-1127, 2012.
 80. Ando M, Morita T: How to Conduct the Short-Term Life Review Interview for Terminally Ill Patients. Editor by Lancaster AJ, Sharpe O. *Psychotherapy New Research*. NOVA Science Publishers, US, pp.101-108, 2012.
 81. Ito M, Nakajima, S., Fujisawa, D., Miyashita, M., Kim, Y., Shear, M. K., Ghesquiere, A., Wall, M. M. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PLoS One* 7(2):e31209, 2011
 82. Kagami M, Maruyama, T., Koizumi, T., Miyazaki, K., Nishikawa-Uchida, S., Oda, H., Uchida, H., Fujisawa, D., Ozawa, N., Schmidt, L., Yoshimura, Y. Psychological adjustment and psychosocial stress among Japanese couples with a history of recurrent pregnancy loss. *Hum Reprod* 27(3):787-94, 2012
 83. Ogawa A, Nouno J, Shirai Y, Shibayama O, Kondo K, Yokoo M, Takei H, Koga H, Fujisawa D, Shimizu K, Uchitomi Y. Availability of Psychiatric Consultation-liaison Services as an Integral Component of Palliative Care Programs at Japanese Cancer Hospitals. *Jpn J Clin Oncol*. 42(1):42-52, 2012
 84. 古村和恵, 的場元弘, 森田達也, 他: 市民の緩和ケアに対するイメージの変化. *緩和ケア* 22(1):79-83, 2012.
 85. 福本和彦, 森田達也, 他: オピオイド新規導入タイトレーションパスががん疼痛緩和治療に与える影響. *癌と化学療法* 39(1):81-84, 2012.
 86. 佐藤泉, 森田達也, 他: 在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーションの遺族評価. *訪問看護と介護* 17(2):155-159, 2012.
 87. 井村千鶴, 森田達也, 他: 患者・遺族調査の結果に基づいた緩和ケアセミナーの有用性. *ペインクリニック* 33(2):241-250, 2012.
 88. 森田達也: 医療羅針盤 私の提言 (第50回) 地域緩和ケアを進めるためには

- 「顔の見える関係」を作ることが大切である. 新医療 39(3):18-23, 2012.
89. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域で行うデスカンファレンスの有用性と体験. 緩和ケア 22(2):189-194, 2012.
 90. 森田達也: がん性疼痛に対する鎮静薬の副作用対策. コンセンサス癌治療 10(4):192-195, 2012.
 91. 森田達也: 緩和ケアチームの活動とOPTIMの成果. Credentials 44:9-11, 2012.
 92. 鄭陽, 森田達也: EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第1回 WHO step II オピオイド: 弱オピオイドの使用, WHO step III オピオイド: オピオイドの第1選択. 緩和ケア 22(3):241-244, 2012.
 93. 森田達也, 宮下光令, 他: 地域対象の緩和ケアプログラムによる医療福祉従事者の自覚する変化: OPTIM-study. Palliat Care Res 7(1):121-135, 2012.
 94. 古村和恵, 森田達也, 他: 迷惑をかけてつらいと訴える終末期がん患者への緩和ケア—遺族への質的調査からの示唆. Palliat Care Res 7(1):142-148, 2012.
 95. 市原香織, 宮下光令, 森田達也, 他: 看取りのケアにおけるLiverpool Care Pathway 日本語版の意義と導入可能性—緩和ケア病棟2施設におけるパイロットスタディ. Palliat Care Res 7(1):149-162, 2012.
 96. 森田達也, 他: 地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が地域連携のために同職種・他職種に勧めること. Palliat Care Res 7(1):163-171, 2012.
 97. 森田達也, 宮下光令, 他: 在宅緩和ケアを担う診療所として在宅特化型診療所とドクターネットは相互に排他的か?. Palliat Care Res 7(1):317-322, 2012.
 98. 森田達也, 他: 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か?. Palliat Care Res 7(1):323-333, 2012.
 99. 山田博英, 宮下光令, 森田達也, 他: 患者・遺族調査から作成した医療者向け冊子「がん患者さん・ご家族の声」. Palliat Care Res 7(1):342-347, 2012.
 100. 前堀直美, 森田達也, 他: 外来患者のがん疼痛に対する保険薬局薬剤師の電話モニタリング・受診前アセスメントの効果. ペインクリニック 33(6):817-824, 2012.
 101. 森田達也: 臨床診断より優れた進行がん患者の予後予測モデル 開発予測モデルの再現性は未確認. MMJ 8(2):102-103, 2012.
 102. 森田達也: 日本ホスピス緩和ケア協会北海道支部第10回年次大会から. 緩和ケア地域介入研究<OPTIM-study>が明らかにしたこと: 明日への示唆. Best Nurse 23(7):6-15, 2012.
 103. 岩崎静乃, 森田達也, 他: 終末期がん患者の口腔合併症の前向き観察研究. 緩和ケア 22(4):369-373, 2012.
 104. 田村恵子, 森田達也 (編集), 他: 看護に活かすスピリチュアルケアの手引き. 青海社. 東京. 2012. 7.
 105. 小田切拓也, 森田達也: EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第2回オピオイドのタイトレーション オピオイドの経皮製剤の役割. 緩和ケア 22(4):346-349, 2012.
 106. 大野友久, 森田達也, 他: 入院患者における口腔カンジダ症に対する抗真菌薬の臨床効果に関する研究. 癌と化学療法 39(8):1233-1238, 2012.
 107. 今井堅吾, 森田達也: EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第3回 1 オピオイドによる嘔気・嘔吐に対する治療, 2 オピオイドによる便秘に対する治療, 3 オピオイドによる中枢神経症状に対する治療. 緩和ケア 22(5):428-431, 2012.
 108. 森田達也: 緩和ケア領域における臨床研究: 過去、現在、未来. 腫瘍内科 10(3):185-195, 2012.
 109. 木下寛也, 森田達也, 他: がん専門病院が地域緩和ケアの向上のために取り組んでいることと課題. 癌と化学療法 39(10):1527-1532, 2012.
 110. 森田達也: クローズアップ・がん治療

- 施設(28)聖隷三方原病院 腫瘍センター・緩和ケア部門. 臨床腫瘍プラクティス 8(4):415-417, 2012.
111. 鄭陽, 森田達也: EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第4回1. アセトアミノフェンと NSAIDs の役割. 2. 鎮痛補助薬の役割. 3. 腎機能障害のある患者へのオピオイドの使用. 緩和ケア 22(6):522-525, 2012.
 112. 森田達也: 55 緩和医療 1. 疼痛緩和と終末期医療. 新臨床腫瘍学 改訂第3版. 日本臨床腫瘍学会 編. 南江堂. 東京. 673-682, 2012. 12.
 113. 木澤義之, 森田達也, 他: 地域で統一した緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートの評価:OPTIM-study. Palliat Care Res 7(2): 172-184, 2012.
 114. 山本亮, 森田達也, 他: 看取りの時期が近づいた患者の家族への説明に用いる『看取りのパンフレット』の有用性: 多施設研究. Palliat Care Res 7(2):192-201, 2012.
 115. 森田達也, 他: 地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が最も大きいと体験すること: OPTIM-study. Palliat Care Res 7(2):209-217, 2012.
 116. 木下寛也, 宮下光令, 森田達也, 他: がん専門病院緩和ケア病棟の運営方針が地域の自宅がん死亡率に及ぼす影響. Palliat Care Res 7(2):348-353, 2012.
 117. 森田達也, 宮下光令, 他: 異なる算出方法による地域での専門緩和ケアサービス利用数の比較. Palliat Care Res 7(2):374-381, 2012.
 118. 森田達也, 他: 患者所持型情報共有ツール「わたしのカルテ」の評価: OPTIM-study. Palliat Care Res 7(2):382-388, 2012.
 119. 白髭豊, 宮下光令, 森田達也, 他: OPTIM プロジェクト前後での病院から在宅診療への移行率と病院医師・看護師の在宅の視点の変化. Palliat Care Res 7(2):389-394, 2012.
 120. 森田達也, 宮下光令, 他: 遺族調査に基づく自宅死亡を希望していると推定されるがん患者数. Palliat Care Res 7(2):403-407, 2012.
 121. 藤澤大介, 能野淳子. がん患者さんへの認知行動療法ーレジリエンス向上にいかす症例の概念化と治療計画. 総合病院精神医学 24(1):10-17, 2012
 122. 能野淳子, 藤澤大介. がん領域における認知行動療法. 認知療法研究 5(2):157-165, 2012
 123. Umene-nakano W, A.Kato T., Kikuchi S., Tateno M., Fujisawa D., Hoshuyama T., Nakamura J. Nationwide Survey of Work Environment, Work-Life Balance and Burnout among Psychiatrists in Japan. PLoS One 8(2):e55189, 2013
 124. Miyajima K, Fujisawa D, Hashiguchi S, Shirahase J, Mimura M, Kashima H, Takeda J. Symptoms overlooked in hospitalized cancer patients: Impacts of concurrent symptoms on overlooking by nurses. Palliative & Supportive Care [in press]
 125. Fujisawa D, Suzuki Y, Kato T, Hashimoto N, Sato R, Aoyama-Uehara K, Fukasawa M, Tomita M, Watanabe K, Kashima H, Otsuka K. Suicide intervention skills among Japanese medical residents. Academic Psychiatry (in press)
 126. 能野淳子, 藤澤大介. がん領域における認知行動療法. 最新精神医学 (in press)
 127. 大野裕, 堀越勝, 新明一星, 藤澤大介. 認知行動療法が現代医療で果たす役割. 臨床心理学 (in press)
 128. 村上 敏史, 岩瀬 哲, 西川 満則, 的場 元弘. 在宅医療におけるがん疼痛治療の評価と治療の実態について. 日本緩和医療学会誌, in press.
2. 学会発表
 1. 森田達也: フロンティア企画 4「泌尿器系難治症状の緩和」4-1 がん性疼痛ガイドラインのエッセンス: 緩和医療学会がん疼痛ガイドラインのエッセンス. 第99回日本泌尿器科学会総会. 2011.4, 名古屋
 2. 森田達也: 在宅緩和ケアセミナーin名古屋 2011 在宅における緩和ケアのエ

- ッセンス. 身体症状緩和. 第 22 回日本在宅医療学会学術集会. 2011. 6, 名古屋
3. 川口知香, 森田達也, 他: 死亡 60 日以前より緩和ケアチームが介入した症例の検討～早期介入によって何がもたらされるか～. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 4. 宮下光令, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟の遺族の「医療用麻薬」「緩和ケア」「緩和ケア病棟」に対する認識の関連要因: J-HOPE study. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 5. 宮下光令, 森田達也, 他: J-HOPE study における遺族による緩和ケアの質評価とそれに関連する施設要因. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 6. 山本亮, 森田達也, 他: 「看取りのパンフレット」を用いた家族への介入の遺族から見た評価: OPTIM-study. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 7. 大谷弘行, 森田達也, 他: 「看取りのパンフレット」を用いた終末期せん妄のケアに対する遺族評価: OPTIM-study. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 8. 新城拓也, 森田達也, 宮下光令, 他: 主治医による死亡確認や臨終の立ち会いが、家族の心理に及ぼす影響についての調査研究. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 9. 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟で提供された終末期鎮静の関連要因と遺族による緩和ケアの質評価への影響. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 10. 山口崇, 森田達也, 他: 外来化学療法患者におけるつらさと支障の寒暖計の系時の変化と精神症状スクリーニングツールとしての有用性の検討. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 11. 小田切拓也, 森田達也, 他: ホスピス病棟における、撓骨動脈拍動の定量的評価の信頼性と、収縮期血圧に対する妥当性. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 12. 永江浩史, 森田達也, 他: 終末期前立腺がん患者の在宅療養維持率の検討. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 13. 宮下光令, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟の遺族による質の評価は死亡後の経過期間の影響を受けるか? J-HOPE study. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 14. 市原香織, 宮下光令, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟看護師による Liverpool Care Pathway 日本語版の有用性評価: 緩和ケア病棟 2 施設におけるパイロットスタディからの検討. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 15. 森田達也, 他: どのような緩和ケアセミナーが求められているか: 4188 名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因: OPTIM-study. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 16. 鄭陽, 森田達也, 他: 患者・遺族調査の結果をもとにした緩和ケアセミナーの有用性: OPTIM 浜松. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 17. 藤本亘史, 森田達也, 他: 早期からの緩和ケアは実現されている: OPTIM 浜松 3 年間の経験. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 18. 井村千鶴, 森田達也, 他: 退院前カンファレンス・退院前訪問の遺族から見た評価: OPTIM 浜松. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 19. 井村千鶴, 森田達也, 他: 浜松市におけるがん患者の自宅死亡率の推移: OPTIM 浜松. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 20. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域で行う困難事例カンファレンスの評価: OPTIM 浜松. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 21. 前堀直美, 森田達也, 他: 遺族から見た保険薬局の評価: OPTIM 浜松. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 22. 佐藤泉, 森田達也, 他: 在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーション

- の遺族評価 OPTIM 浜松. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
23. 小野宏志, 森田達也, 他: 地域の多職種で作成した「今、遺族に聞きたいこと」からみた在宅ホスピスの評価: OPTIM 浜松. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 24. 山内敏宏, 森田達也, 他: 地域におけるホスピスの役割: ホスピスの利用を考える会の評価: OPTIM 浜松. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 25. 古村和恵, 的場元弘, 森田達也, 他: 市民公開講座を受講した前後の緩和ケアに対するイメージの変化: OPTIM study. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 26. 福本和彦, 森田達也, 他: がん患者リハビリテーションにおける適切な目標設定への試み. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌
 27. 森田達也: JSCO University2. Palliative Care. Recent research about palliative care in Japan. 第 49 回日本癌治療学会学術集会. 2011. 10, 名古屋
 28. 藤澤大介, 鈴木友理子, 加藤隆弘, 橋本直樹, 佐藤玲子, 上原久美, 深澤舞子, 富田真幸, 渡邊衡一郎, 鹿島晴雄, 大塚耕太郎. 初期臨床研修医における、患者の自殺行動への対処スキル. 第 1 回メンタルヘルスリーダーシッププログラム (千葉) 2011. 1
 29. 伊藤正哉, 中島聡美, 藤澤大介, 宮下光令, 金吉晴. 日本版複雑性悲嘆スクリーニング尺度の信頼性と妥当性: 一般成人を対象とした検討. 日本トラウマティック・ストレス学会第 10 回大会 (大宮) 2011. 4
 30. 加藤健徳, 藤澤大介, 中川敦夫, 園田学, 早稲田正, 勝又隆太, 桜井昭夫, 岩下覚. 一般総合病院の緩和ケア患者における主治医・看護師の抑うつ認識. 第 16 回日本緩和医療学会 (札幌) 2011. 7
 31. 宮島加耶, 藤澤大介, 安達昌子, 坂田昌美, 竹内麻理, 木村理恵子, 須山郁子, 朴順禮, 橋口さおり, 白波瀬丈一
 - 郎, 鹿島晴雄. 緩和ケアチーム依頼症例において見落とされやすい症状とその特徴. 第 16 回日本緩和医療学会 (札幌) 2011. 7
 32. 加藤健徳, 藤澤大介, 中川敦夫, 園田学, 早稲田正, 勝又隆太, 桜井昭夫, 岩下覚. 緩和ケア患者における主治医・看護師の抑うつ認識率. 日本サイコオンコロジー学会 (大宮) 2011. 9
 33. 藤澤大介, 能野淳子. がん診療に認知行動療法をいかす. 第 24 回日本サイコオンコロジー学会シンポジウム (座長: 明智龍男, 古城門靖子, 演者: 早川昌子, 大庭章, 藤澤大介, 保坂隆) (大宮) 2011. 9
 34. 藤澤大介, 鈴木友理子, 加藤隆弘, 橋本直樹, 佐藤玲子, 上原久美, 深澤舞子, 富田真幸, 渡邊衡一郎, 鹿島晴雄, 大塚耕太郎. 初期臨床研修医における、患者の自殺行動への対処スキル. 第 107 回日本精神神経学会総会 (東京) 2011. 10
 35. 藤澤大介. レジリエンスに精神療法はなにができるか. 日本総合病院精神医学会シンポジウム (福岡) 2011. 12
 36. 森田達也: シンポジウム 12 地域緩和ケア介入研究<OPTIM study>が明らかにしたこと~明日への示唆~ S12-1 OPTIM-study は何を明らかにしたのか?: 5年間の総括. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6. 22~23 神戸
 37. 森田達也: シンポジウム 16 緩和ケアにおける介入研究のエビデンス~飛躍のために~ S16-1 緩和ケア領域における介入研究: 最近のレビューと日本の将来. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6. 22~23 神戸
 38. 森雅紀, 森田達也, 他: シンポジウム 19 緩和ケアにおける倫理的問題 S19-5 医師はどのように・なぜがん患者に予後を伝える・伝えないのか?. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 6. 22~23 神戸
 39. 加藤亜沙代, 森田達也, 他: パネルディスカッション7 がん診断された時からの緩和ケアの実践のために~がん治療と緩和ケアの両立~ PD7-6 質問

- 紙によるスクリーニングを臨床に組み込んだ化学療法室での緩和ケア：5年間の経験. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6.22~23 神戸
40. 藤本亘史, 森田達也, 他: フォーラム1 緩和ケアチームフォーラム F1-4 緩和ケアチームを高める(活動評価): 緩和ケアチームの多施設活動記録調査の結果から. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6.22~23 神戸
 41. 森田達也: 日本緩和医療学会企画1 アクセプトされる論文の書き方~Best of Palliative Care Research 2011~ 「緩和ケア領域の研究の進め方・論文の仕上げ方」. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6.22~23 神戸
 42. 笹原朋代, 森田達也, 他: 緩和ケアチームへの依頼内容と活動実態に対する多施設調査. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6.22~23 神戸
 43. 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟で提供される終末期がん医療の施設間差と施設背景の関連: 多施設診療記録調査. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6.22~23 神戸
 44. 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟で提供される終末期がん医療の施設間差による緩和ケアの質評価への影響. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6.22~23 神戸
 45. 山口崇, 森田達也, 他: ガイドラインに基づいた進行がん患者に対する輸液療法の影響に関する観察研究. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6.22~23 神戸
 46. 秋月伸哉, 森田達也, 他: OPTIM 介入前後での緩和ケアチーム活動の変化. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6.22~23 神戸
 47. 宮下光令, 森田達也, 加藤雅志, 他: 日本の医師の緩和ケアに関する知識に関連する要因: 多変量解析による検討. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6.22~23 神戸
 48. 小田切拓也, 森田達也, 他: 後ろ向き研究による、ホスピス入院患者における腫瘍熱と感染の鑑別に寄与する因子の同定. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6.22~23 神戸
 49. 秋月伸哉, 森田達也, 他: 地域緩和ケアチーム活動の実態報告 OPTIM 研究. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6.22~23 神戸
 50. 厨芽衣子, 森田達也, 他: 高齢がん患者のニーズをもとにした身体症状緩和プログラムに関する研究. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6.22~23 神戸
 51. Morita T: Research topics in challenging areas: how to find better practice? Taiwan Academy of Hospice Palliative Medicine, 2012 International Academic Research workshop. 2012.7.7 Taiwan
 52. Morita T: Development of clinical guidelines in Japan: interpreting evidence meaningfully to clinical practice. 台湾安寧緩和醫學學會. 2012.7.8 台湾
 53. 森田達也: がん対策基本法後の緩和ケアの進歩と今後の方向性. 地域単位の緩和ケアを向上するために私たちが次にすべきこと: OPTIM-study からの示唆. 第10回日本臨床腫瘍学会学術集会. 2012.7.27 大阪
 54. 森田達也: 招待講演2 緩和医学における最近の知見と臨床疫学の基礎. 第6回日本緩和医療薬学会年会. 2012.6.6 神戸
 55. 大坂巖, 森田達也, 他: パス討論 緩和医療連携. 第19回日本医療マネジメント学会静岡支部学術集会. 2012.8.5 沼津
 56. 森田達也: 緩和ケアをつなぐ革新的実践と研究について~大型研究プロジェクト(OPTIM)の経験から~. 第17回聖路加看護学会学術大会. 2012.9.22 東京
 57. 森田達也: 招待講演2 緩和医学における最近の知見と臨床疫学の基礎. 第6回日本緩和医療薬学会年会. 2012.10.6 神戸
 58. 清水恵, 宮下光令. がん患者の療養生活の質の評価: モニター調査の結果より. 第16回東北緩和医療研究会, 2012

- Oct 13, 26, 仙台.
59. 宮下光令, 加藤雅志, 清水恵, 佐藤一樹, 藤澤大介, 森田達也. 受療行動調査を用いて全国のがん患者の療養生活の質 (QOL) を測定するシステムの開発. 第 50 回日本癌治療学会学術集会, 2012 Oct 25-27, 1036, 横浜.
 60. 佐藤一樹, 清水恵, 宮下光令. がん患者の QOL 評価尺度として EORTC QLQ-C30 と FACT-G のいずれの使用が推奨されるか. 第 50 回日本癌治療学会学術集会, 2012 Oct 25-27, 1332, 横浜
 61. 森田達也: 招請講演 12 緩和治療の最新のエビデンスと実践. 日本臨床麻酔学会第 32 回大会. 2012. 11. 3 福島
 62. 藤澤大介. コンサルテーション・リエゾン領域における認知行動療法. 第 4 回日本不安障害学会シンポジウム (座長: 中嶋義文、樋山光敦、シンポジスト: 中嶋義文、赤穂理絵、藤澤大介、小川朝生) (東京) 2012. 2. 4
 63. 藤澤大介. 緩和医療に認知行動療法をいかす. 第 13 回日本サイコセラピー学会シンポジウム (座長: 内富庸介、米田博、シンポジスト: 安藤満代、藤澤大介、明智龍男、二宮ひとみ) (大阪) 2012. 3. 18
 64. 藤澤大介. コンサルテーション・リエゾン領域における認知行動療法. 第 4 回日本不安障害学会シンポジウム (座長: 中嶋義文、樋山光敦、シンポジスト: 中嶋義文、赤穂理絵、藤澤大介、小川朝生) (東京) 2012. 2
 65. 藤澤大介. 否認の理解と対応—概論. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会シンポジウム「否認する患者への対応」(神戸) 2012. 6
 66. 藤澤大介. チーム医療にいかせる認知行動療法. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会シンポジウム「チーム医療にいかせるカウンセリングスキル」(神戸) 2012. 6
 67. 藤澤大介. 生活習慣病としてのがんと認知行動療法. 第 7 回生活習慣病認知行動療法研究会シンポジウム「生活習慣病のトータルマネジメントに活かす認知行動療法」(東京) 2012. 7
 68. Fujisawa D, Miyashita M, Ito M, Nakajima S. Prevalence and Determinants of Complicated Grief in General Population in Japan. 3rd East Asia Psycho-oncology Network (Beijing, China) 2012. 9
 69. 寺田千幸、小川朝生、藤澤大介、武井宣之、能野淳子、中林友美. 精神腫瘍科外来におけるテレフォンプォローの試み. 日本サイコオンコロジー学会 (福岡) 2012. 9
 70. 宮下光令, 加藤雅志, 清水恵, 佐藤一樹, 藤澤大介, 森田達也. 受療行動調査を用いて全国のがん患者の療養生活の質 (QOL) を測定するシステムの開発. 日本癌治療学会 (横浜) 2012. 10
 71. 能野淳子、藤澤大介. がん・緩和ケア領域における認知行動療法とチーム医療. 第 12 回日本認知療法学会シンポジウム「一般身体疾患における認知療法とチーム医療」(企画: 藤澤大介、座長: 藤澤大介・鈴木伸一、演者: 巢黒慎太郎、新明一星/山田麻紀/堀越勝、中島恵子、能野淳子・藤澤大介) (東京) 2012. 11
 72. 藤澤大介. がん臨床に認知行動療法をいかす. 第 25 回日本総合病院精神医学会シンポジウム「身体疾患の心理療法」(東京) 2012. 12
 73. Yoshimoto T, Tomiyasu S, Tamaki T, Hashizume T, Murakami M, Murakami S, Iwase S, Saeki T, Matoba M; Symptom Control Research Group (SCORE-G). ALPHA (Algorithm with the Lists for Palliation by Helping Analgesia) for Palliative Care Team: A Consistency, Multicenter, Preliminary Study in Japan. EAPC. 2011. 5, Lisbon.
 74. Yoshimoto T, Matoba M, Symptom Control Research Group (SCORE-G). Cancer Pain Management in an Outpatient Chemotherapy Department of Japan: A Preliminary Report Used the Pain Management Index and the Substantial Pain. EAPC. 2012. 6, Trondheim.

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. 総合分担研究報告書