

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
22～24年度 総合 分担研究報告書

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

主任研究者 宮下光令  
東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野  
研究分担者 加藤雅志  
国立がん研究センター がん対策情報センターがん医療支援研究部  
研究協力者 清水 恵  
東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野

### 研究要旨

本研究班の目的は「がん対策推進基本計画」で定められた全体目標の一つである「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」の達成状況の把握に資するよう、がん患者の療養生活の質の評価方法を確立することである。本研究では、がん患者の療養生活の質を継続的かつ全国的に評価していくための実現可能な方法として、政府統計である受療行動調査を利用する方法を開発した。まず、厚生労働省との協働により、平成23年度に行う受療行動調査において、新しく、がん患者のQOL指標として、現在の心身の状態に関する5項目（からだの苦痛がある、痛みがある、気持ちがつらい、歩くのが大変だ、身の回りのことをするのに介助が必要だ）の5項目及び、自覚的健康度（現在の自分の健康をどのように思いますか）を追加した。このことにより、がん患者の療養生活の質の評価を行う上で必要不可欠であるQOLについて、受療行動調査を実施する事で評価できる仕組みができた。また、受療行動調査の過去のデータを解析することにより、受療行動調査の対象となったがん患者が全国のがん患者の代表性のあるサンプルであることが示唆された。国立がん研究センター東病院での患者調査、がん患者へのモニター調査及び東北大学病院腫瘍内科での患者へのインタビュー調査により、新しく追加されたQOLに関する項目を含めた受療行動調査におけるがん患者の療養生活の質を評価しうると考えられる項目（以下、療養生活についての質問票）：現在の心身の状態に関する項目、自覚的健康度、受けている医療に対する満足度は、がん患者の療養生活の質を評価する上で妥当性・信頼性があり、結果の解釈も可能であることが明らかになった。以上より、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。

### A. 研究目的

本研究班の目的は「がん対策推進基本計画」で定められた全体目標の一つである「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」の達成状況の把握に資するよう、がん患者の療養生活の質の評価方法を確立することである。わが国において、がん対策の指標として活用可能な代表性のあるがん患者のQOLに関する指標の測定方法は確立しておらず、喫緊の取り組むべき課題である。

がん患者に関する療養生活の質の評価指標であるQOL評価尺度については、EORTCやFACTなど国内外で数多く開発されている。しかしながら、わが国全体でがん患者のQOLを定期的かつ継続的に測定していくことを

仮定し、国内外で開発された尺度の活用を併せて検討した場合、既存の尺度の評価内容や項目数の多さや管理方法を考慮すると、がん患者の療養生活の質を全国的にモニタリングするためには、現実的な実行可能性に限界がある。また、全国的かつ経時的に一貫性のある大規模調査を確実に実施するためのシステムを新たに構築することも不可能と考えられる。

そのため、本研究班では、既存の政府統計である受療行動調査を利用し、がん患者の療養生活の質を全国的かつ経時的にモニタリングする方法を開発し、その妥当性を科学的に検証し、確立することを目的とした。

受療行動調査は、3年に1度実施される患

者を対象とした質問紙調査であり、同時に実施される患者調査とのデータリンケージにより、がん患者の同定が可能である。

## B. 研究方法

### 1. 受療行動調査へのQOL項目の追加

がん患者の療養生活の質を全国的にモニタリングしていくための方法として、平成23年度に行う受療行動調査において、既存の調査項目に加えて、新たな項目を追加することを、政府に対して提案した。具体的には、心身の状態を尋ねる項目として以下の項目を追加するよう提案を行った。

#### 1) アウトカム評価項目

「痛みが無い」「体の苦痛が無い」「おだやかな気持ちだ」

#### 2) プロセス評価項目

「医療従事者は、あなたのつらい症状にすみやかに対処している」「あなたの不安や心配をやわらげるように、医療従事者は努めている」

### 2. 受療行動調査の過去データの解析

過去3年度分（平成14・17・20年度）の患者調査・受療行動調査のリンケージデータについて厚生労働省への目的外利用申請を行い、がん患者のQOLや受けている医療に対する満足度に関連すると考えられる項目を抽出し、データががん患者のデータとして代表制のあるデータであるか、また、継続的な測定が可能かどうかについて検討した。取得項目は以下の通りとした。

#### 1) 背景

受療の状況、主傷病名（傷病コード）、調査票の記入者、性別、生年月日

#### 2) QOLに関連すると考えられる項目

外来票：病院選択の理由、病院選択時に欲しい情報、診療待ち時間、診療時間、病状についての説明の有無、病状説明の理解度、満足度

入院票：病院選択の理由、病院選択時に必要な情報、説明の有無、説明の理解度、今後の療養方針、在宅療養の見通し、在宅療養の条件、満足度

### 3. 23年度受療行動調査実施の現地調査及びアンケート調査

東京都内の大病院に電話連絡により、23年度受療行動調査実施施設に該当するか否かを確認し、該当施設に対し、受療行動調

査実施日の現地見学の依頼を行った。了承した3施設に対し10月の受療行動調査当日に当該施設にて実施状況調査を行った。続いて、現地見学を行った3施設以外で、23年度受療行動調査実施施設であることが確認できた8施設へ受療行動調査実施状況についてのアンケートを送付した。調査内容は、調査票配布状況、実施日当日の外来患者数及び入院患者数、調査員の職種や配置人員、調査票配布及び回収法である。その他、実施時に参加者より出た疑問・質問、受療行動調査実施に関する意見・感想を自由記述により収集した。

### 4. 受療行動調査項目妥当性・信頼性検討

#### 1) 外来がん患者調査

国立がん研究センター東病院外来通院中の患者を対象とした、自記式質問紙調査を実施した。本調査は、調査期間に外来窓口で再診手続きを行った患者に対し手渡しにて調査票を配布し、文書による同意取得後、調査票への記入を依頼した。再調査への同意のあった患者に対しては、2週間後に再調査票を郵送し回答を得た。調査項目は、受療行動調査におけるがん患者の療養生活の質を評価しうると考えられる項目：以下療養生活についての質問票（現在の心身の状態に関する5項目、自覚的健康度1項目、受けている医療に対する満足度5項目、医師からの説明に対する理解度1項目）、The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement system of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) ver. 4.0日本語版、Cancer Care Evaluation Scale 患者短縮版(CCES)、人口統計的背景、治療歴とした。

#### 2) 入院がん患者調査

国立がん研究センター東病院に入院中の患者を対象とし、本調査の翌日に再調査を実施した。調査票の配布は看護師長が行い、回収ボックスにより回収した。調査項目は、外来がん患者調査で含めた項目に追加し、精神疾患のスクリーニングに用いる尺度であるK6を使用した。

### 5. インターネットを使用したがん患者へのモニター調査

インターネット調査会社（プラメド）に登録されているがん患者630名を対象にインターネット上でのアンケート調査を実施し

た。調査項目は、療養生活についての質問票（現在の心身の状態に関する 5 項目、自覚的健康度 1 項目、受けている医療に対する満足度 5 項目、医師からの説明に対する理解度 1 項目）、各項目の重要度、対象者背景とした。加えて受けている医療に対する満足度については、補問として、“ふつう”との回答の場合は“どちらかという満足/不満足”のどちらかをたずね、“その他”との回答の場合にはその回答理由を自由記述にてたずねた。

#### 6. 外来がん患者及び入院がん患者へのインタビュー調査

東北大学病院腫瘍内科の外来を受診した患者及び入院中の患者を対象に実施した。調査の依頼説明および文書による同意取得後、調査票の記入及びその後のインタビュー調査を実施した。調査票の項目は、療養生活についての質問票のうち、現在の心身の状態に関する 3 項目（からだの苦痛がある、痛みがある、きもちがづらい）、自覚的健康度 1 項目（ふだんの自分の健康をどのように思いますか）、及び対象者背景とした。その後インタビューにて、現在の心身の状態に関する 3 項目及び自覚的健康度の想起時期や、「ふだんの自分の健康」についてどのようなことを考え評価したかをたずねた。

##### （倫理的配慮）

政府統計データは、厚生労働省の指示のもと、厳重に管理し、解析を実施した。各調査は、疫学研究の倫理指針に沿って計画及び実施した。特に、受療行動調査項目妥当性・信頼性検討：外来がん患者調査・入院がん患者調査は、疫学研究の倫理指針に基づき計画し、国立がん研究センター東病院倫理審査委員会の承認を得て実施した。

また、インターネットを使用したがん患者へのモニター調査及び外来がん患者及び入院がん患者へのインタビュー調査は、疫学研究の倫理指針に基づき計画し、東北大学大学院医学系研究科倫理審査委員会の承認を得て実施した。

## C. 研究結果

### 1. 受療行動調査への QOL 項目の追加

厚生労働省との協働により、23 年度受療行動調査より以下の項目を追加することとなった。

#### 1) 現在の心身の状態に関する 5 項目

「からだの苦痛がある」「痛みがある」「気持ちがつらい」「歩くのが大変だ」「身の回りのことをするのに介助が必要だ」

#### 2) 自覚的健康度

「ふだんの自分の健康をどのように思いますか」

### 2. 受療行動調査の過去データの解析

平成 14・17・20 年度のリンケージ可能な受療行動調査の回答における悪性新生物患者の数を表 1 に示した。平成 20 年度受療行動調査は全国から無作為に抽出された 484 施設で実施され、患者調査とのデータリンケージが可能であったがん患者数は外来 3,744 人、入院 5,145 人、総数 8,922 人であった。平成 20 年度データにおける、外来・入院別の対象者背景について男女別に表 2 に示した。外来患者の分布は全国のがん罹患データの分布に近く、入院患者の分布は全国のがん死亡データに近いものであった。受けている医療に対する満足度と対象者背景の関連について、表 3 に示した。年齢やがん部位で満足度と有意な関連が見られた。

### 3. 23 年度受療行動調査実施の現地調査及びアンケート調査

受療行動調査実施施設では、厚生労働省及び管轄保健所の指示に従い、病院事務部が中心となり、計画的に調査が実施されていた。

現地調査を行った 3 施設において、外来調査では、事務職が調査員となり、主に再診自動受付機の前、初診受付窓口にて、連続サンプリングにて調査票の配布していた。回収箱及び調査員への手渡しにて調査票の回収を行っていた。入院調査では、入院患者への調査票配布・回収は師長が中心となり実施していた。配布対象者は、自己記入可能または家族による補助にて回答が可能な患者について、病棟スタッフの話し合いにて適格除外を決定していた。

実施後のアンケート調査には、4 施設からの回答を得た。すべての施設にて、外来調査では事務職が調査員として、正面玄関または再診自動受付機前にて調査票の配布をし、回収箱及び調査員への手渡しによる回収を行っていた。入院調査では、調査票

の配布回収は、看護師長または看護師であった施設が3施設、事務職が実施していた施設が1施設であった。

配布率は、外来調査では30%~60%程度、入院調査は20%~65%程度と施設によりばらつきがあった。

#### 4. 受療行動調査項目妥当性・信頼性検討

外来調査では、本調査協力同意取得数332人、本調査有効回答数326人(98%)、再調査同意取得数265人、再調査有効回答数210人(79%)であった。入院調査では、調査票配布数264人、本調査有効回答数236人(89%)、再調査有効回答数195人(74%)であった。

対象者背景を表4に示した。FACT合計点は、外来患者70.2±14.6、入院患者65.6±14.8であった。

現在の心身の状態に関する5項目のうち特にがん患者の療養生活の質の指標となると考えられる3項目(からだの苦痛がある、痛みがある、きもちがづらい)、自覚的健康度、受けている医療に対する満足度5項目の回答割合を、図1~3に示した。体の苦痛が“ある”との回答は、外来患者で39%、入院患者53%、痛みが“ある”との回答は、外来患者35%入院患者45%、気持ちが“づらい”との回答は、外来患者32%入院患者46%であった。自覚的健康度について“よい”との回答は外来患者25%、入院患者39%であった。受けている医療に対する満足度は、“不満足”との回答は、外来患者、入院患者ともにどの項目についても20%以下であった。

現在の心身の状態に関する3項目および自覚的健康度と、FACTとの相関を表5に示した。外来調査、入院調査ともに“からだの苦痛がある”および“痛みがある”はFACTの【身体面】のサブスケールと、“気持ちがづらい”はFACTの【心理面】のサブスケールと有意な $r=0.5$ 以上の相関を示した。自覚的健康度については、特に入院患者では、FACTのどのサブスケールとも相関が0.4未満であった。

受けている医療に対する満足度5項目とCCESのサブスケールとの相関を表6に示した。“医師による診療・治療の内容”、“医師との対話”はCCESの【医師との関係】【医師の対応・医師からの説明】と、“医師

以外の病院スタッフの対応”は【看護師との関係】【看護師の対応】【精神的配慮】【スタッフの連携】と、“痛みなどのからだの症状をやわらげる対応”は【医師との関係】【医師の対応】【スタッフの連携】と、“精神的ケア”は【医師との関係】【医師の対応】【看護師の対応】【精神的配慮】【スタッフの連携】と0.4以上の有意な相関がみられた。

再テスト信頼性の指標となる各項目のICCを表7に示した。本調査と再調査で体調が変わらなかった患者では、外来調査でのICCは0.47~0.65、入院調査でのICCは、0.61~0.83であった。

#### 5. インターネットを使用したがん患者へのモニター調査

療養生活のついての質問票の各項目について、重要度をたずねた結果、すべての項目で95%以上の回答者が重要であるとの回答であった。

現在の心身の状態に関する3項目、自覚的健康度、受けている医療に対する満足度5項目の回答分布を図4~6に示した。受けている医療に対する満足度の各項目について、“ふつう”との回答者に、“どちらかといえば満足/不満足”かについて尋ねた結果を図7に示した。各項目について、“ふつう”との回答者の70%以上が“どちらかといえば満足”との回答であった。

また、受けている医療に対する満足度について、“その他”との回答理由についての自由記述一覧を表8に示した。“その他との回答が多かった項目は、“痛みなどのからだの症状をやわらげる対応”と“精神的ケア”の2項目であり、その回答理由の多くは、痛みへの対応や精神的ケアへの対応が必要ではないというものであった。

#### 6. 入院がん患者及び外来がん患者へのインタビュー調査

東北大学病院腫瘍内科に入院中の患者17名、外来通院中の患者18名へのインタビューを実施した。対象者の背景を表9に示した。自覚的健康度(ふだんの自分の健康をどのように思いますか)についてすべての患者が、がんと診断されて以降のことについて想起をしていた。外来患者では、定期的な外来を含めてのすべての生活における自覚的な健康を評価していた。入院患者で

は、入院中であるその時現在も含めて自覚的な健康を評価している者、入院中は含めず、自宅にいるときの自覚的な健康を評価している者がいた。

自覚的健康とは何かについてインタビューより得られた内容の一覧を表 10 に示した。

からだのつらさ、痛み、気持ちのつらさがない場合にも、「がん」であること自体で自覚的健康度を“よくない”と回答する患者、がんで治癒不能であるが、症状がなく「今は元気である」ので自覚的健康度は良いなどの返答が得られた。

#### D. 考察

受療行動調査の既存の項目である受けている医療に対する満足度の項目に新たに QOL に関する項目を追加することにより、がん患者の療養生活の質を多面的に代表性を有する対象で測定することが可能となった。

受療行動調査の過去データの解析より、受療行動調査データが、全国の外来がん患者、入院がん患者の代表性のあるデータと考えられた。また、受療行動調査の実際の実施状況の調査では、大規模施設では、マニュアルを参考に体系的に実施しているであろうことが示唆された。この実施状況調査では、小規模施設への見学、調査は実施しなかったが、がん患者の療養生活の拠点となるのは、がん診療連携拠点病院のような大規模施設であると考えられるため、がん患者への受療行動調査は多くが体系的に実施されていると考えられる。

また、国立がん研究センター東病院での外来、入院がん患者調査により、受療行動調査内の項目である療養生活についての質問票が、真にがん患者の療養生活の質を評価しうる項目であるという妥当性・信頼性が明らかとなった。

また、がん患者へのモニター調査やインタビュー調査を行うことにより、受けている医療に対する満足度の結果の解釈可能性および、自覚的健康度の結果の解釈時に留意すべき点が明らかになった。

#### E. 結論

既存の政府統計である受療行動調査を利

用してがん患者の療養生活の質を全国的かつ継続的に評価する方法を確立することができた。特に 23 年度受療行動調査より新しく追加された QOL に関する項目は、23 年度調査の結果を詳しく解析し、その性質について再度検討するとともに、今後がん患者の療養生活の質の評価指標としてモニタリングを続けていくことが重要である。

#### F. 健康危険情報

特記すべき情報は得られなかった

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

##### 2. 学会発表

75. 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.
76. 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.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

特記すべきことなし

表 1 リンケージ可能であった受療行動調査の客体数

調査年度		有効回答数 (A)	関連集計 可能客体数 (B)	悪性新生物患 者回答数 (C)	(B)÷(A)	(C)÷(B)
平成 14 年度	総数	115,907	39,227	5,238	0.34	0.13
	外来	73,370	23,455	1,733	0.32	0.07
	入院	42,537	15,772	3,505	0.37	0.22
平成 17 年度	総数	172,809	56,398	8,483	0.33	0.15
	外来	112,719	35,328	3,386	0.31	0.1
	入院	60,090	21,070	5,097	0.35	0.24
平成 20 年度	総数	154,185	50,431	8,922	0.33	0.18
	外来	100,946	31,509	3,777	0.31	0.12
	入院	53,239	18,922	5,145	0.36	0.27

表 2. 20 年度受療行動調査におけるがん患者の対象者背景

	外来票男子				全国罹患数 割合男性 (平成 18 年)	入院票男子			全国死亡数 割合男性 (平成 21 年)
	平成 14	平成 17	平成 20	平成 14		平成 17	平成 20		
	N=	908	1778	2039	399,635(58%)	1993	3025	3084	206,056(60%)
		%	%	%	%	%	%	%	%
年齢	20-49	7.8	6.5	5.7	0.4	9.1	7.1	7.4	0.2
	50-59	19.4	14.5	12.9	13.5	19.0	17.3	15.5	8.9
	60-69	35.4	28.9	32.5	26.5	31.8	32.6	33.0	22.1
	70-79	31.8	38.9	35.6	36.3	32.7	34.2	33.4	36.0
	80-high	5.6	11.1	13.3	19.0	7.4	8.8	10.6	30.6
部位	食道	4.3	3.5	3.4	4.0	7.7	6.9	6.5	4.9
	胃	16.7	15.1	15.7	19.9	12.0	12.4	12.0	16.0
	大腸	16.4	14.5	14.0	15.7	8.6	9.8	11.3	11.4
	肝臓	8.0	5.5	4.9	7.2	10.7	9.4	8.7	10.8
	胆嚢・胆管	0.6	1.5	1.9	2.4	2.0	2.1	2.9	4.0
	膵臓	1.4	1.8	2.2	3.4	2.5	2.4	3.3	6.6
	肺	10.6	11.3	12.9	15.0	17.1	19.2	17.2	23.6
	前立腺	12.6	18.2	19.3	10.6	4.5	5.6	4.8	4.8
	悪性リンパ腫	4.2	3.9	4.0	2.4	6.0	5.9	7.0	2.6
	白血病	2.0	1.9	1.6	1.3	3.8	3.7	3.9	2.2
	その他	23.3	22.9	20.2	11.6	25.0	22.6	22.5	13.0

	外来票女子割合				全国罹患人数 割合、女性 (平成 18 年)	入院票女子割合			全国死亡数割合、女性 (平成 21 年)
	平成 14	平成 17	平成 20	平成 14		平成 17	平成 20		
	N=	825	1608	1738	292,274(42%)	1512	2072	2061	136,410(40%)
		%	%	%	%	%	%	%	%
年齢	20-49	24.9	20.8	17.7	1.7	16.7	13.5	14.3	0.3
	50-59	23.2	23.5	22.5	16.0	24.5	21.3	20.7	9.2
	60-69	26.2	25.6	28.8	19.8	26.3	28.8	28.3	16.1
	70-79	20.7	22.2	23.2	25.4	23.2	25.1	25.5	26.9
	80-high	5.1	8.0	7.8	24.6	9.3	11.3	11.2	43.5
部位	食道	1.1	0.6	0.9	1.0	1.1	1.5	2.2	1.3
	胃	7.5	7.8	9.0	12.8	9.1	7.8	7.3	12.6
	大腸	10.5	9.9	10.2	15.4	8.2	10.4	11.9	14.5
	肝臓	2.9	2.6	2.5	4.8	6.4	5.3	5.6	8.3
	胆嚢・胆管	1.0	1.2	0.7	3.5	2.7	2.7	2.5	6.6
	膵臓	1.9	1.8	1.4	4.0	2.9	2.6	3.6	9.0
	肺	4.7	7.8	7.8	8.7	9.3	10.5	11.3	13.4
	乳房 *1	29.9	29.5	33.3	18.4	9.5	12.1	10.2	8.6
	子宮 *1	11.0	10.7	10.8	8.8	10.8	9.6	9.6	4.2
	卵巣	4.1	5.0	3.6	2.7	8.4	7.6	6.9	3.4
	悪性リンパ腫	4.6	3.9	4.3	3.0	6.2	6.4	6.8	3.0
	白血病	2.7	1.4	1.1	1.2	4.1	4.3	4.1	2.2
	その他	17.9	17.8	14.3	10.0	21.3	19.3	19.0	12.9

\* 1 上皮がんも含む

※全国罹患人数割合は地域がん登録全国推計値、全国死亡数割合は人口動態統計のデータ（ともに出典は国立がん研究センターがん対策情報センター）を使用し算出

表 3a. 受けている医療に対する満足度と背景の関連：外来票

		診療・治療内容		医師との対話		痛みなどの症状への対応		精神的なケア	
		平均±SD	P=	平均±SD	P=	平均±SD	P=	平均±SD	P=
記入者	本人	2.0±0.9	-	2.2±1.0	-	2.3±0.9	-	2.4±1.0	-
	家族	2.2±1.0	0.013*	2.3±0.9	0.043*	2.4±1.0	0.0045**	2.6±1.0	0.0001**
性別	男性	2.0±0.9	-	2.2±1.0	-	2.3±0.9	-	2.4±1.0	-
	女性	2.0±0.9	0.72	2.2±1.0	0.27	2.3±1.0	0.32	2.4±1.0	0.22
年齢	20-49	2.1±0.9	-	2.4±1.0	-	2.4±1.0	-	2.6±1.1	-
	50-59	2.1±0.9	0.75	2.3±1.0	0.46	2.3±0.9	0.75	2.5±1.0	0.44
	60-69	2.1±0.9	0.83	2.3±1.0	0.10	2.3±0.9	0.05	2.4±1.0	0.0031**
	70-79	1.9±0.9	0.029**	2.1±1.0	<.0001**	2.2±0.9	0.0091**	2.3±0.9	<.0001**
	80-high	1.9±0.9	0.48	2.1±1.0	0.07	2.3±1.0	0.70	2.4±1.0	0.58
がんの部位	胃	1.9±0.9	-	2.1±0.9	-	2.1±0.9	-	2.3±0.9	-
	食道	1.9±0.9	0.33	2.1±0.9	0.18	2.3±0.9	0.08	2.3±1.0	0.61
	大腸	2.0±0.9	0.28	2.2±0.9	0.28	2.1±0.9	0.037*	2.4±1.0	0.79
	肝臓	2.1±1.0	0.54	2.3±1.1	0.79	2.2±0.9	0.26	2.5±1.1	0.24
	胆嚢・胆管	2.0±1.0	0.60	2.2±1.0	0.62	2.1±0.9	0.25	2.2±1.0	0.68
	膵臓	2.4±1.0	0.14	2.5±1.1	0.08	2.4±0.9	0.71	2.7±1.0	0.31
	肺	2.0±0.9	0.49	2.2±1.0	0.54	2.2±0.9	0.27	2.4±1.0	0.66
	乳房 *1	2.0±0.9	0.26	2.3±1.0	0.31	2.4±0.9	0.049*	2.4±1.0	0.34
	子宮 *1	2.0±0.9	0.73	2.2±1.0	0.96	2.2±0.9	0.73	2.4±1.0	0.94
	卵巣	2.0±1.0	0.86	2.2±0.9	0.85	2.3±1.0	0.70	2.4±1.0	0.85
	悪性リンパ腫	2.1±1.0	0.48	2.3±1.0	0.09	2.3±1.0	0.84	2.5±1.0	0.61
	白血病	2.1±0.9	0.08	2.3±1.0	0.04*	2.4±0.9	0.57	2.6±1.0	0.09
	その他	2.1±0.9	0.05	2.3±1.0	0.09	2.3±1.0	0.85	2.4±1.0	0.41

※満足度は1.非常に満足～5.非常に不満足で回答

表 3b. 受けている医療に対する満足度と背景の関連：入院票

		診療・治療内容		医師との対話		痛みなどの症状への対応		精神的なケア	
		平均±SD	P=	平均±SD	P=	平均±SD	P=	平均±SD	P=
記入者	本人	1.6±0.8	-	1.7±0.9	-	1.8±0.9	-	2.0±1.0	-
	家族	1.9±0.9	<.0001**	1.9±1.0	<.0001**	2.0±1.0	<.0001**	2.2±1.0	<.0001**
性別	男性	1.7±0.8	-	1.7±0.9	-	1.8±0.9	-	2.1±1.0	-
	女性	1.7±0.8	0.83	1.7±0.9	0.99	1.8±0.9	0.07	2.0±1.0	0.0011**
年齢	20-49	1.7±0.9	-	1.9±1.0	-	1.9±0.9	-	2.2±1.1	-
	50-59	1.7±0.8	0.50	1.8±0.9	0.28	1.8±0.9	0.95	2.1±1.0	0.41
	60-69	1.7±0.8	0.47	1.7±0.9	0.0037**	1.8±0.9	0.36	2.0±1.0	0.0486*
	70-79	1.6±0.8	0.18	1.7±0.9	0.0002**	1.8±0.9	0.24	2.0±1.0	0.0042**
	80-high	1.6±0.8	0.23	1.6±0.9	0.005**	1.8±0.9	0.59	1.9±0.9	0.020*
がんの部位	胃	1.6±0.8	-	1.7±0.9	-	1.8±0.9	-	2.0±1.0	-
	食道	1.7±0.8	0.17	1.7±0.9	0.49	1.9±0.9	0.10	2.1±1.0	0.22
	大腸	1.7±0.8	0.20	1.8±0.9	0.25	1.9±0.9	0.20	2.1±1.0	0.25
	肝臓	1.6±0.8	0.72	1.6±0.9	0.33	1.7±0.9	0.46	1.9±1.0	0.12
	胆嚢・胆管	1.6±0.8	0.30	1.6±0.8	0.41	1.7±0.9	0.21	1.9±1.0	0.38
	膵臓	1.8±0.9	0.0018**	1.9±1.0	0.0008**	1.9±0.9	0.33	2.1±1.0	0.16
	肺	1.7±0.9	0.07	1.8±0.9	0.08	1.8±0.9	0.90	2.0±1.0	0.98
	乳房 *1	1.6±0.8	0.34	1.8±0.9	0.10	1.9±0.9	0.87	2.0±0.9	0.85
	子宮 *1	1.6±0.8	0.64	1.7±0.9	0.96	1.9±0.9	0.90	2.1±1.0	0.59
	卵巣	1.6±0.9	0.60	1.8±0.9	0.23	1.9±0.9	0.10	2.2±1.0	0.09
	悪性リンパ腫	1.5±0.7	0.55	1.7±0.9	0.97	1.6±0.8	0.04	1.8±0.9	0.039*
	白血病	1.6±0.7	0.65	1.7±0.8	0.39	1.7±0.8	0.15	1.8±0.9	0.0083*
	その他	1.7±0.8	0.044*	1.8±0.9	0.07	1.8±0.9	0.22	2.1±1.0	0.13



表 4a 外来患者調査背景

		N	%	平均±SD			N	%	平均±SD
年齢				64.8±12.1	再発・転移の有無				
性別	男性	183	57		あり	117	37		
	女性	140	43		なし	196	63		
年間世帯収入 (万円)	0～199	35	12		治癒告知				
	200～399	116	38		あり	89	29		
	400～599	77	25		なし	215	71		
	600～799	37	12		治療状況				
	800以上	39	13		抗がん治療	124	39		
婚姻状況	既婚	253	79		症状緩和	49	16		
	未婚	22	7		次回治療までの待機期間	34	11		
	離別	17	5		治癒後の経過観察	86	27		
	死別	28	9		その他	23	7		
就労状況	フルタイム	60	19		入院				
	パートタイム	32	10		無	58	19		
	休職中	20	6		3か月未満	66	21		
	無職	210	65		3か月以上5年未満	153	49		
罹患後の転職	あり	184	77		5年以上	35	11		
	なし	54	23		手術				
罹患後の就労状況変化(複数回答)	就労時間減	47	14		無	144	46		
	休職	47	14		3か月未満	21	7		
	退職	75	23		3か月以上5年未満	101	33		
罹患後の収入変化	なし	119	51		5年以上	44	14		
	減収	109	47		抗がん剤治療				
	増収	4	2		無	90	29		
がん部位	肺	129	40		3か月未満	90	29		
	胃・食道	17	5		3か月以上5年未満	113	36		
	肝・胆・膵	16	5		5年以上	17	5		
	大腸・直腸	8	2		ホルモン療法				
	乳	59	19		無	255	84		
	前立腺	10	3		3か月未満	21	7		
	その他	80	23		3か月以上5年未満	24	8		
診断からの経過期間	6か月未満	73	23		年未満				
	6か月以上1年未満	43	13		5年以上	5	2		
	1年以上2年未満	50	16		放射線治療				
	2年以上5年未満	91	28		無	203	66		
	5年以上	63	20		3か月未満	20	7		
					3か月以上5年未満	64	21		
					5年以上	20	7		
					疼痛治療(複数回答)				
					無	229	70		
					麻薬以外の鎮痛薬	40	12		
					麻薬	19	6		
					その他の治療	19	6		
					PS				
					0	118	38		
					1	149	48		
					2	29	9		
					3	11	4		
					4	1	0		
					FACTa				
					身体面			20.4±5.6	
					社会・家族面			16.4±6.8	
					心理			15.9±4.9	
					機能			17.2±6.4	
					合計			70.2±14.9	

a. 得点が高いほど QOL 低い

表 4b 入院患者調査背景

	N=	%	平均±SD		N=	%	平均±SD
年齢			63.4±4	再発・転移の有無			
性別				あり	99	46	
男性	165	73		なし	117	54	
女性	61	27		入院の理由			
年間世帯収入(万円)				抗がん治療	165	75	
0~199	33	16		症状緩和	38	17	
200~399	56	27		診断のための検査入院	7	3	
400~599	61	29		その他	9	4	
600~799	32	15		手術歴			
800以上	26	13		無	100	43	
婚姻状況				3か月未満	69	30	
既婚	183	81		3か月以上5年未満	48	21	
未婚	21	9		5年以上	14	6	
離別	10	4		抗がん剤治療			
死別	12	5		無	92	40	
入院原因がん部位				3か月未満	89	39	
診断未確定	4	2		3か月以上5年未満	41	18	
肺	40	18		5年以上	7	3	
胃・食道	48	22		ホルモン療法			
肝・胆・膵	39	17		無	219	96	
大腸・直腸	23	10		3か月未満	1	0	
乳	7	3		3か月以上5年未満	4	2	
血液	9	4		5年以上	3	1	
頭頸	31	14		放射線治療			
その他	22	9		無	158	69	
診断からの経過期間				3か月未満	41	18	
6か月未満	129	58		3か月以上5年未満	23	10	
6か月以上1年未満	35	16		5年以上	6	3	
1年以上2年未満	22	10		疼痛治療(複数回答)			
2年以上5年未満	25	11		無	139	58	
5年以上	13	6		麻薬以外の鎮痛薬	48	20	
				麻薬	37	16	
				その他の治療	18	8	
				PS			
				0	51	23	
				1	89	40	
				2	38	17	
				3	27	12	
				4	16	7	
				K6得点			6.9±5.1
				≤9	150	71	
				10~14	44	21	
				15≤	18	9	
				FACT <sub>a</sub>			
				身体面			16.6±6.3
				社会・家族面			18.9±5.6
				心理			14.9±5.02
				機能			14.9±6.3
				合計			65.6±14.8

a. 得点が高いほど QOL 低い

図 1a 現在の心身の状態回答割合  
(外来調査)

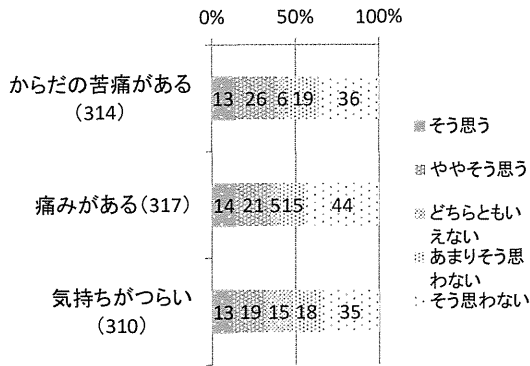


図 1b 現在の心身の状態回答割合  
(入院調査)

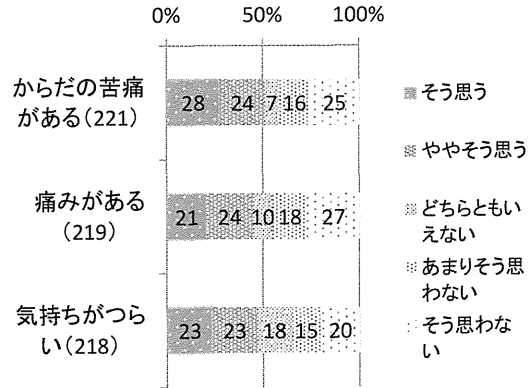


図 2a 自覚的健康度回答割合 (外来調査)

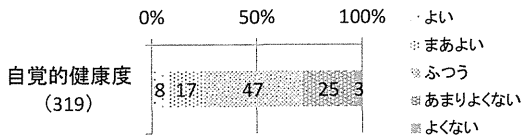


図 2b 自覚的健康度回答割合 (入院調査)

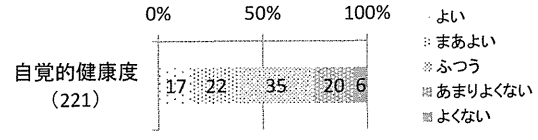


図 3a 受けている医療に対する満足度回答割合 (外来調査)

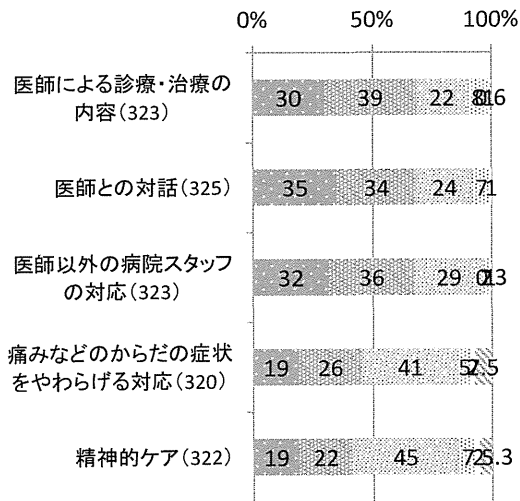


図 3b 受けている医療に対する満足度回答割合 (入院調査)

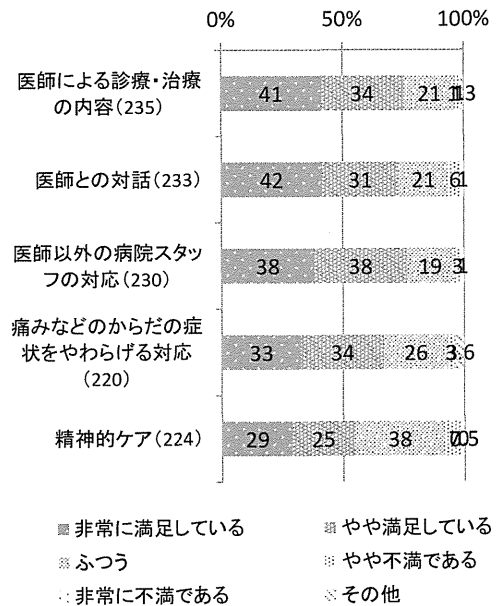


表 5a 現在の心身の状態と FACT との相関 (外来調査)

外来調査	FACT 得点		
	身体面	心理面	機能面
からだの苦痛がある	0.61	0.38	0.33
痛みがある	0.56	0.30	0.24
気持ちがづらい	0.54	0.67	0.43
自覚的健康度	-0.48	-0.31	-0.39

表 5b 現在の心身の状態と FACT との相関 (入院調査)

入院調査	FACT 得点		
	身体面	心理面	機能面
からだの苦痛がある	0.67	0.37	0.42
痛みがある	0.58	0.35	0.39
気持ちがづらい	0.42	0.55	0.29
自覚的健康度	-0.36	-0.25	-0.30

表 6a 受けている医療に対する満足度と CCES との相関 (外来調査)

	医師との関係	看護師との関係	医師の対応	看護師の対応	精神的配慮	医師からの説明	スタッフの連携	医師の対応 (がん治療関連)	看護師の対応 (がん治療関連)	全般的満足度
医師による診療・治療の内容	0.61	0.38	0.56	0.36	0.38	0.49	0.38	0.51	0.41	0.54
医師との対話	0.66	0.43	0.59	0.39	0.38	0.52	0.44	0.56	0.41	0.57
医師以外の病院スタッフの対応	0.46	0.47	0.42	0.55	0.47	0.37	0.47	0.48	0.55	0.47
痛みなどのからだの症状をやわらげる対応	0.49	0.37	0.48	0.39	0.41	0.44	0.40	0.47	0.40	0.40
精神的ケア	0.54	0.33	0.51	0.41	0.46	0.47	0.44	0.47	0.41	0.52

表 6b 受けている医療に対する満足度と CCES との相関 (入院調査)

	医師との関係	看護師との関係	医師の対応	看護師の対応	精神的配慮	医師からの説明	スタッフの連携	医師の対応 (がん治療関連)	看護師の対応 (がん治療関連)	全般的満足度
医師による診療・治療の内容	0.44	0.20	0.38	0.28	0.30	0.42	0.42	0.44	0.29	0.47
医師との対話	0.50	0.20	0.47	0.33	0.31	0.48	0.44	0.45	0.32	0.49
医師以外の病院スタッフの対応	0.31	0.53	0.35	0.54	0.46	0.28	0.50	0.41	0.48	0.44
痛みなどのからだの症状をやわらげる対応	0.34	0.30	0.36	0.37	0.35	0.33	0.44	0.41	0.42	0.46
精神的ケア	0.38	0.32	0.41	0.37	0.37	0.30	0.43	0.37	0.39	0.41

表 7a 再テスト信頼性（級内相関係数 ICC）（外来調査）

ICC	再調査	体調“変わらない”との回答のみ	
	全有効回答(n=210)	(n=137)	
	苦痛がある	0.60	0.59
	痛みがある	0.70	0.65
	きもちがづらい	0.68	0.65
	自覚的健康度	0.52	0.47
	医師による診療・治療の内容	0.58	0.50
	医師との対話	0.56	0.50
	医師以外の病院スタッフの対応	0.63	0.62
	痛みなどのからだの症状をやわらげる対応	0.53	0.52
	精神的ケア	0.59	0.62
	全体的な満足度	0.69	0.63
	医師からの説明に対する理解度	0.63	0.64

表 7b 再テスト信頼性（級内相関係数 ICC）（入院調査）

ICC	再調査	体調“変わらない”との回答のみ	
	全有効回答(n=195)	(n=114)	
	苦痛がある	0.79	0.83
	痛みがある	0.79	0.81
	きもちがづらい	0.75	0.80
	自覚的健康度	0.81	0.83
	医師による診療・治療の内容	0.72	0.77
	医師との対話	0.77	0.77
	医師以外の病院スタッフの対応	0.67	0.73
	痛みなどのからだの症状をやわらげる対応	0.61	0.64
	精神的ケア	0.64	0.69
	全体的な満足度	0.68	0.73
	医師からの説明に対する理解度	0.56	0.61

図4 現在の心身の状態回答割合（モニター調査）

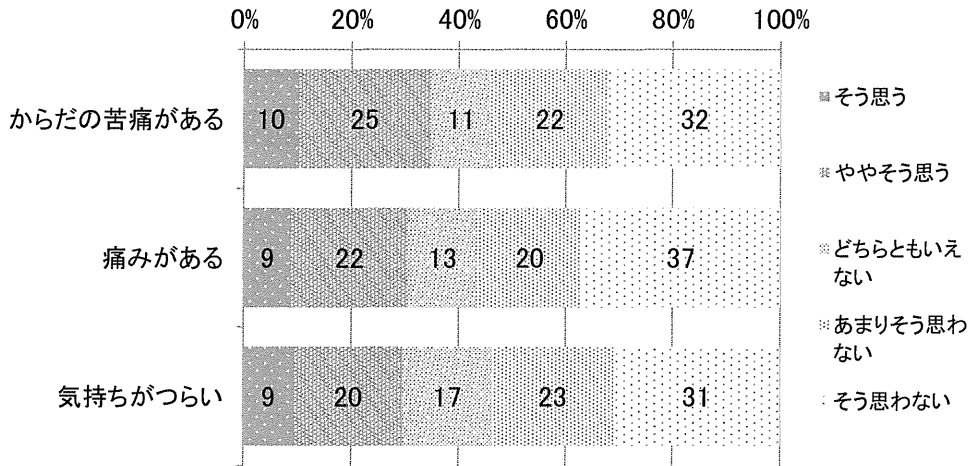


図5 自覚的健康度回答割合（モニター調査）

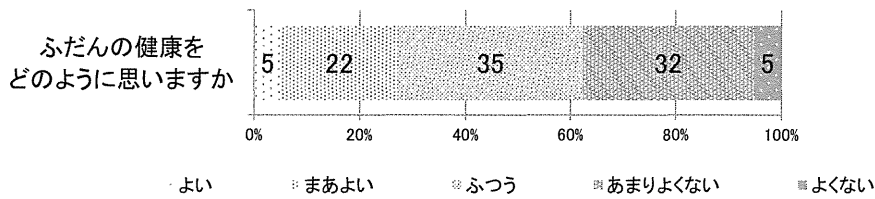


図6 受けている医療に対する満足度回答割合（モニター調査）

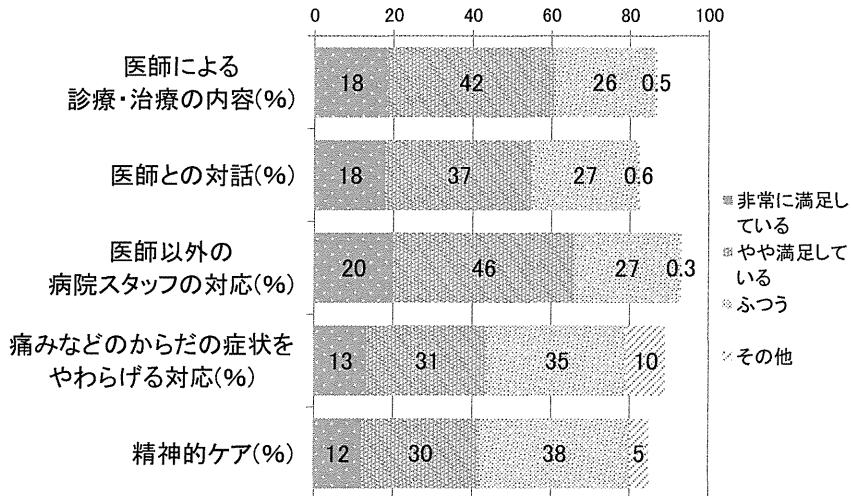


図7 “ふつう”は“どちらかといえば満足/不満足”か

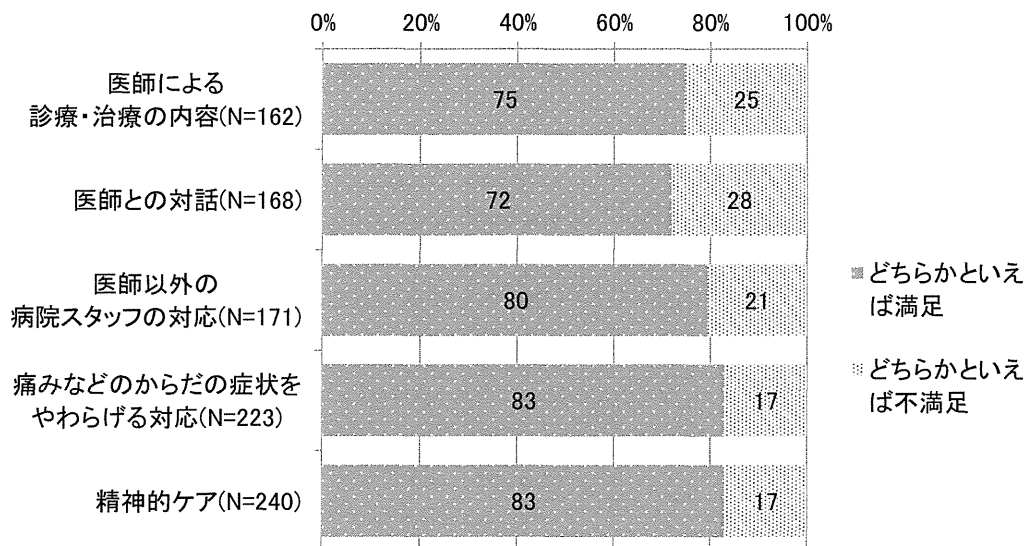


表8 “その他”との回答の理由一覧

項目	“その他”との回答理由	回答数
医師の治療・診療の内容	特になし	1
	病院に通院していない	2
医師との対話	病院に通院していない	
	複数の病院を受診しており、病院により異なる	
医師以外の病院スタッフの対応	病院に通院していない	2
	痛みなどへの対応	
精神的ケア	痛みなし	48
	痛みによる治療を受けていない	8
	術後の痛みはしょうがない	1
	手のしびれなどの痛みについて相談していない	1
	必要としていない/ケアを受けていない	27
	医療者により異なる	1
	自分がどのような精神的ケアが必要かわからない	1

表 8 対象者背景 (インタビュー調査)

	入院				外来			
	N=	%	平均±SD	N=	%	平均±SD		
年齢			65.1±13.6			63.9±9.6		
性別								
	男性	10	91	14	78			
	女性	1	9	4	22			
年間世帯収入(万円)								
	0~199	0	0	1	9			
	200~399	7	64	4	36			
	400~599	2	18	2	18			
	600~799	0	0	1	9			
	800以上	2	18	3	27			
婚姻状況								
	既婚	11	100	14	78			
	未婚			3	17			
	離別			1	6			
	死別							
入院原因ががん部位								
	肺	2	18	1	6			
	胃・食道	5	45	6	33			
	肝・胆・膵			4	22			
	大腸・直腸	1	9	7	39			
	その他	3	27					
診断からの経過期間								
	6か月未満	4	36	3	17			
	6か月以上1年未満	2	18	4	22			
	1年以上2年未満	0	0	4	22			
	2年以上5年未満	3	27	7	39			
	5年以上	2	18	0	0			
再発・転移の有無								
	あり	8	73	10	56			
	なし	3	27	8	44			
治療状況								
	抗がん治療	9	82	8	44			
	症状緩和	2	18	4	22			
	次の治療との間			2	11			
	治った後のフォローアップ			4	22			
入院歴								
	無			4	22			
	3か月未満			6	33			
	3か月以上5年未満			8	44			
手術歴								
	無	5	50	12	67			
	3か月未満	2	20	1	6			
	3か月以上5年未満	1	10	5	28			
	5年以上	2	20	0	0			
抗がん剤治療								
	無	1	9	1	6			
	3か月未満	9	82	10	56			
	3か月以上5年未満	1	9	7	39			
放射線治療								
	無	7	64	14	78			
	3か月未満	2	18	2	11			
	3か月以上5年未満	1	9	2	11			
	5年以上	1	9	0	0			
疼痛治療(複数回答)								
	無	9	82	12	67			
	麻薬以外の鎮痛薬	1	9	4	22			
	麻薬	1	9	2	11			
	その他の治療							
PS								
		0	3	30	6	38		
		1	6	60	9	56		
		2	1	10	0	0		
		3	0	0	1	6		



表 9 自覚的健康度に関連すること

自覚的健康度が“よいこと”に関連すること	
からだの苦痛がない	現在の心身の状態に関する項目の内容
痛みがない	
気持ちがつかくない	
歩くことができる	
身の回りのことは何でもできる	
仕事ができる	
朝起きられる	
夜眠れる	
散歩など日々の生活が楽しめる	
痛みがある場合でも薬により軽減する	
今は元気だと感じている	
以前の体調と比較すると現在はよい	
がんと診断されたが予想していたよりも体調が良い	
日々の生活に支障がない	
自覚的健康度が“よくない”ことに関連すること	
からだの苦痛がある	現在の心身の状態に関する項目の内容
痛みがある	
気持ちがつらい	
身の回りの介助が必要である	
がんであること自体で健康ではない	
がんが治癒不能である	
通院していることが苦痛	
現在治療中である	
仕事が以前よりもつらい	
治療の副作用がある	
併存疾患がある	

厚生科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
22～24 年度 総合 分担研究報告書

治療期における療養生活の質の評価方法に関する研究

研究分担者 森田達也 聖隷三方原病院 緩和支援治療科 部長  
研究協力者 山口 崇 手稲溪仁会病院 総合内科/感染症科・緩和ケアチーム

研究要旨

近年外来化学療法を受ける患者が増加し、身体的・精神的のみならず様々なニーズの存在が指摘されている。本研究では、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を目的とした。

最初に、1つの地域がん診療連携拠点病院において、がん患者の症状頻度およびニーズを包括的に知ることのできる自己記入式質問票（生活のしやすさ質問票 第3版）を運用した。聖隷三方原病院において外来化学療法を受けたがん患者 464 例に対して生活のしやすさ質問票 第3版の記入を依頼し、身体症状・気持ちのつらさの頻度を調査した。質問票は実施可能であり、質問票によるスクリーニングで約 20%程度の緩和ケアニーズをすくい上げることができ、1施設での実施可能性が示唆された。次に、実施方法について手順書を作成し、複数施設での実施可能性を検討したが、スムーズな運用はできなかった。その理由をフォーカスグループで明らかにしたところ、「施設側の人員が不足している」、「患者自身の記入の希望や自記が難しい」など運用の困難さが明らかになった。患者の意識と運用するための人員が確保できたならば、患者の緩和ケアニーズをスクリーニングする調査票と運用方法が開発された。

A. 研究目的

本研究の目的は、外来化学療法を受けるがん患者の症状頻度およびニーズに関して改定した自己記入式質問票（生活のしやすさ質問票 第3版：資料）を用いて、身体症状・気持ちのつらさの頻度を明らかにする。また、質問票の運用マニュアルを作成し、多施設における実施可能性を明らかにすることである。最終的な目的は、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を確立することである。

B. 研究方法

1) 1施設での検討

聖隷三方原病院において外来化学療法を新規に開始された全てのがん患者を連続的に

対象とし、自己記入式質問票を記入するよう依頼した。

疼痛・しびれ・眠気・倦怠感・呼吸困難・食欲・嘔気の各身体症状の強さは、MDASI-Jに基づいた 0-10 のスケールで評価を行い、4-6 を中等度、7-10 を重度とした。嘔吐・口腔内症状は CTCAEv3.0 に基づいた 0-3 の4段階スケールで評価を行い、2 を中等度、3 を重度とした。気持ちのつらさはつらさの寒暖計で評価を行い、5 以上を「つらさあり」とした。

2) 複数施設での実施可能性の検討

手順書を作成し、複数施設での実施が可能かをフォーカスグループで検討した。

（倫理面への配慮）

質問紙の患者への配布は、通常診療の一環として行われた。医療従事者へのインタビュー調査は、参加者の匿名性に配慮して、参加者の自由意思に基づいて行われた。

## C. 研究結果

### 1 1 施設での検討

調査票は実施可能であった。

中等度以上の頻度が高い症状としては、疼痛（17.4%）、倦怠感（15.5%）であった。気持ちのつらさが「あり」と判断されたのは15.6%であった。その他の症状の頻度は、しびれ 8.9%、眠気 9.2%、呼吸困難 7.2%、食欲 9.0%、嘔気 3.7%、嘔吐 1.4%、口腔内症状 4.6%、であった。

疼痛は若年者、男性、消化器がんで有意に多く、呼吸困難は肺がんで有意に多かった。また、しびれは消化器がん・乳がんで有意に多かった。

### 2 複数施設での実施可能性の検討

手順書を作成した（資料）。

異なる3つの病院で導入したが、スムーズな導入には至らなかった。

スクリーニングの有用性としては、「患者に声をかけるときのきっかけになる」「多職種チームが関わるきっかけになる」などの意見があった。

一方、運用が困難な理由としては「医師だけでは『何もしてくれなかった』となるので、看護師・薬剤師などのサポートがほしい」「外来の看護師配置が十分でないため、運用する余裕がない」「高齢の患者は書けない・気持ちのつらさが書きにくい」、医師だけの運用では「何もしてくれなかった」となるので看護師・薬剤師などでのサポートが必要、化学療法室の看護師の人員不足でチェックができない、外来看護師の人員不

足、記載時のプライバシーの保持ができない高齢の患者は書けない・気持ちのつらさが書きにくい、書いても医師が対応できなければ、患者ががっかりする、看護師の関わりがないと医師だけでは対応しきれない、書くこと自体が面倒であったり、医師に遠慮して本当の気持ちを書けない、ことが挙げられた。

## D. E. 考察・結論

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。

## 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. 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.
  15. 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.
  16. 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.
  17. 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.
  18. 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.
  19. 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.
  20. 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.
  21. 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.
  22. 森田達也. 緩和ケア普及のための地域