

- 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.
23. 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カンファレンスの参加者の体験. 緩和ケア 21(3): 335-342, 2011.
 24. 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.
 25. 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シャンが関わる緩和医療. ペインクリニック 32(6): 845-856, 2011.
 26. 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.
 27. 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.
 28. 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.
 29. 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.
 30. 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.
 31. 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.
 32. 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.
 33. 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.
 34. 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.
 35. 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.
 36. 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.
 37. 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.
 38. 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.
 39. 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.
 40. 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.
 41. 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.
 42. 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.
 43. 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.
44. 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.
 45. 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.
 46. 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「オペティマイズ=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.
 47. 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.
 48. 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. 消化器癌化学療法. 改訂3版. 大村健二, 他(編), 南山堂, 360-375, 2011.
 49. 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.
 50. 森田達也. グッドデス概念って何?. 緩和ケア 21(6): 632-635, 2011.
 51. 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.
 52. 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.
 53. 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.
 54. 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.
 55. 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.
 56. 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.
 57. 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.
 58. 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.
 59. 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.
 60. 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.
 61. 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.
62. 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.
63. 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.
64. 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.
65. 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.
66. 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.
67. 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.
68. 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.
69. 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.
70. 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.
71. 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.
72. 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.
73. 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.
74. 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.
75. 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.
76. 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.
77. 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.
78. 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.
79. 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.
80. 森田達也: 緩和ケアチームの活動とOPTIMの成果. Credentials 44:9-11, 2012.
 81. 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.
 82. 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.
 83. 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.
 84. 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.
 85. 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.
 86. 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除的か? Palliat Care Res 7(1):317-322, 2012.
 87. 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.
 88. 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.
 89. 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.
 90. 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.
 91. 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.
 92. 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.
 93. 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.
 94. 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.
 95. 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.
 96. 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.
 97. 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.
 98. 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.
 99. 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.
 100. 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.
101. 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.
 102. 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.
 103. 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.
 104. 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.
 105. 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.
 106. 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.
 107. 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.
 108. 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.
 109. 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.
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的变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. 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
 29. 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
 30. 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
 31. 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
32. 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
 33. 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
 34. 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
 35. 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
 36. 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
 37. 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
 38. 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
 39. 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
 40. 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
 41. 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
 42. 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
 43. 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
 44. 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
 45. 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
 46. 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
 47. 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
 48. 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
 49. 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
 50. 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

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。

生活のしやすさに関する調査票の運用（化学療法外来）

目標（期待される結果および望ましい状態）

1. 疾患や治療から生じる身体的・精神的な苦痛について、患者自身に評価してもらい、患者と医療者が協力して、現在の治療に関する評価を行う
2. 患者の感じている苦痛を医療者が早期にわかり、患者と相談しながら症状の緩和に努め、患者が前向きに、がんの治療に向かうことができるようにする

必要備品

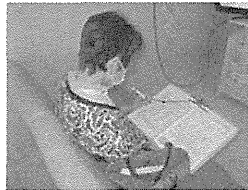
生活のしやすさに関する質問票(以下、質問票と略す)、A3クリップボード、筆記用具

行動の順序

1. 質問票の記入を依頼する患者は、外来（外科、消化器内科・外科、肝臓内科、呼吸器内科・外科、血液内科の一部）に受診中のがん患者で、化学療法を開始した患者（注射・内服を含む）、緩和ケアチームが介入が開始した患者を対象とする
ただし、1) 記入に同意を得られない、2) 自らの状態を評価し記入する能力がないと判断される場合、3) 病状の進行により記入困難な場合、は除外してもよい

2. 患者来院時：患者が所定の棚より、質問票を取り出し記入してもらう

質問票への記載は、基本的に全員に依頼しているが、記載したくない場合は記載しなくてもよい
記入後の質問票は、患者が持っている



〈質問票への記入〉

3. 新規対象患者が生じた場合は、外：に質問票の記入の仕方を説明する
必要時、説明用のマニュアルを利用する（資料1）

4. 看護師は、患者の診察前に記載された質問票をもとに問診を行い、患者の苦痛を確認し、必要事項を質問票に追記する

・専門チームへの相談希望でMSWの介入希望にチェックがある場合は、看護師からMSWに連絡する



〈看護師の問診〉

5. 問診後、質問票の情報を医師の診察前までに電子カルテに入力または、直接医師に情報提供する





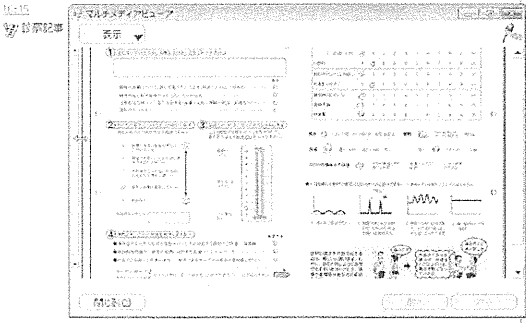
〈医師への情報提供〉

行動の判断基準（視点）

1. 質問票の記載を開始する対象患者は、化学療法が開始した患者全員と緩和ケアチームが介入している症状コントロールなどが難渋している患者とする

3. 説明時に今後外来通院の度に質問票を使用して、患者と医療者が一緒に状態の評価を行っていくことを伝える。質問票を通して、患者の苦痛を確認することが目的なので、外来毎の記入が負担となる場合は、患者・家族と相談しながら運用する

4. 看護師の問診は質問票に記載した全員の患者に行う

行動の順序	行動の判断基準（視点）
<p>6. 質問票は、医師が診察時確認できるように基本票ファイルにもどしておく</p>  <p>7. 医師は診察時に質問票に目を通し、適切に対処した上でカルテに記録を残す ・外来看護師は専門チームへの相談希望で、「症状への対応」と「サービスの相談」にチェックがある場合は医師と相談し、方針を決める</p>  <p style="text-align: center;">〈医師の診察〉</p> <p>8. 看護師は対処したことや調整した内容を、電子カルテの「生活のしやすさに関する質問票」の評価のテンプレートに記録する（資料2）</p> <p>9. 主科の診察後に外来化学療法室において治療がある患者の場合には、外来化学療法室の看護師が状態を把握できるように、医療事務は、患者基本票ファイルと一緒に質問票も患者に渡す</p> <p>10. 外来担当看護師や外来化学療法室看護師は、医師が適切な対処をしているのか確認し、もれなく対応がなされるように調整する</p> <p>11. すべての診察等が終了後、医療事務は質問票の2枚目を患者に渡し、1枚目をスキャナーセンターにまわし、電子カルテに保管する</p> 	<p>8. 電子カルテに記載する内容は、どのような状態で、どんな対応をしたか具体的に記載する 症状がない場合も「特に心配、苦痛なし」にチェックを入れる</p> <p>10. つらさのある患者への対応がもれなく行われていることを確認する</p>
<p>12. スキャナ取り込み後の質問票は、1週間分を緩和ケアチーム看護師が回収し、確認を行う。 からだの症状：3以上、専門チームへの相談の希望：ありにチェックがあった患者は、対応されているか電子カルテで確認し、対応の記載がない場合は外来看護師に連絡がいく</p>	

生活のしやすさに関する質問票の記入の仕方

生活のしやすさに関する質問票

体温 _____ °C	ID	1	2	3	4	5	6	7	8
脈拍 _____ 回/分	記入日	平成24年6月5日							
血圧 / _____ mmHg	氏名	平成 太郎							
SpO ₂ _____ %									
体重 _____ kg									

1 気になっていること、心配していることをご記入下さい

今日の診察で、
相談したいことをご記入ください。

まだ腰が痛いです

- | | | |
|--|----|-------------------------------------|
| 病状や治療について、詳しく知りたいことや、相談したいことがある…………… | あり | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 経済的な心配や制度で分からないことがある…………… | | <input type="checkbox"/> |
| 日常生活で困っていることがある(食事・入浴・移動・排尿・排便など)…………… | | <input type="checkbox"/> |
| 通院がたいへん…………… | | <input type="checkbox"/> |

2 からだの症状についておうかがいします

現在のからだの症状はどの程度ですか？

- | | |
|---------------------------|---|
| 4 我慢できない症状がずっとつづいている | 😡 |
| 3 我慢できないことがしばしばあり対応してほしい | ↑ |
| 2 それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい | ↕ |
| 1 現在の治療に満足している | ↓ |
| 0 症状なし | 😊 |

症状は何ですか？

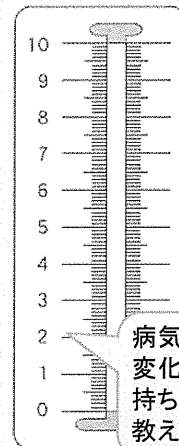
痛み

一番困っている
症状を教えてください。

3 気持ちのつらさについておうかがいします

この1週間の気持ちのつらさを平均して、最もあてはまる数字に○をつけて下さい。

- | | |
|----------|----|
| 最高につらい | 10 |
| | 9 |
| | 8 |
| | 7 |
| | 6 |
| 中くらいにつらい | 5 |
| | 4 |
| | 3 |
| | 2 |
| つらさはない | 1 |
| | 0 |



病気や治療、生活の変化などに対する気持ちのつらさについて教えてください。

4 専門のチームへの相談を希望しますか？

希望する

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ■ 痛みなどからだの症状や気持ちのつらさに対応する緩和ケア医師、看護師…………… | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ■ 経済的な問題や、制度の疑問に対応する医療ソーシャルワーカー…………… | <input type="checkbox"/> |
| ■ 自宅での生活がしやすいように、利用できるサービスがあるかを相談したい…………… | <input type="checkbox"/> |

患者さま・ご家族、どなたでも必要に応じて気軽に相談ください。

からだの症状が 2 以上のときは、詳しく症状をうかがうため右ページにご記入下さい。

※化学療法を受けている方は、症状がなくても右のページをご記入下さい。

■この1週間で、以下の症状が一番強いときは、どれくらいの強さでしたか？

	← 全く なかった											→ これ以上 考えられない ほどひどかった										
痛み(一番強いとき)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(一番弱いとき)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
しびれ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ねむけ(うとうとした感じ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
だるさ(つかれ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
息切れ(息苦しさ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

全く症状がない場合を0点、これ以上考えられないほどひどい症状の場合を10点としてください。

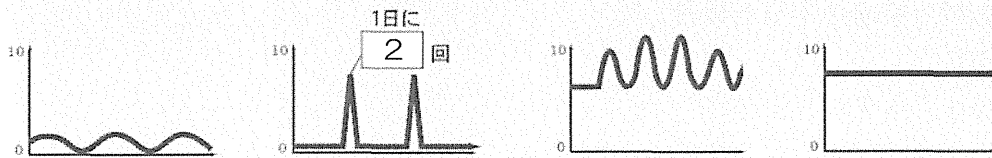
正解があるわけではありません。また、他の人と比べる必要もありません。あまり深く考えず、感じたままをお答えください。

嘔吐 なし 1日に1回 2~5回/日 6回/日以上 睡眠 よく眠れる 時々起きるが だいたい眠れる 眠れない

便秘 毎日 週4~6回 週1~3回 なし 硬い 普通 やわらかい 下痢

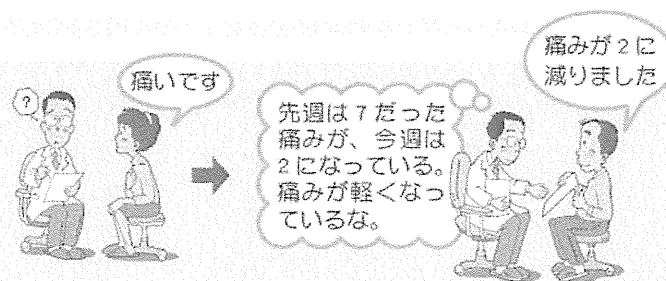
口の中の痛みや不快感 なし あるが普段どおり食べられる 食事の工夫が必要 十分に食事ができない

■1日を通して症状の変化はどのパターンに近いですか？(一番困っている症状についてご記入下さい)



1. ほとんど症状がない
2. 普段はほとんど症状がないが1日に、何回か強い症状がある
3. 普段から強い症状があり、1日の間に強くなったり弱くなったりする
4. 強い症状が、1日中続く

症状の強さを点数で伝えるのは、難しいと思います。しかし、血圧と同じように数字で伝えていただくことで、医師や看護師があなたの症状を理解しやすくなります。



生活のしやすさに関する質問票

体の症状

- 特に心配、苦痛なし
- 体の症状が2以上なので、患者の苦痛を確認し対処した

- この24時間で症状が一番強い時はどれくらいの強さでしたか?(NRS)
 - 【痛み】 7以上なので
 - 医師に報告し薬の調整について相談した
 - 緩和ケアチームに介入してもらうように調整した
 - その他（マッサージ、温罌法などの対処方法）
 - 【眠気】 7以上なので
 - 【だるさ】 7以上なので
 - 【食欲不振】 7以上なので
 - 【お腹の張り】 7以上なので
 - 【吐き気】 7以上なので
 - 【睡眠】 眠れないので
 - 心の状態『気持ちのつらさ』 5以上なので
 - 医師に報告し対応について相談した
 - 緩和ケアチームに介入してもらうように調整した
 - ソーシャルワーカーの介入を調整した
 - 看護師が患者の不安を傾聴した
 - その他
 - チームの介入を希望したので

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

がん長期サバイバーの QOL に関する研究

研究分担者 藤澤大介 国立がん研究センター東病院精神腫瘍科 病棟外来医長
研究協力者 内富庸介 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経病態学教室
藤森麻衣子 国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科
梅澤志乃 東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野
丹下-馬崎亜土 国立がん研究センター東病院精神腫瘍学開発部

研究要旨

- ①がんの長期生存者の QOL を評価するために開発された Quality of Life for Cancer Survivor (QOL-CS) の日本語版を作成し、術後 5 年を経過した非小細胞肺癌患者を対象に、SF-36 を外的基準として妥当性、信頼性、高い内的一貫性を確認した。
- ②国立がん研究センター東病院に受診した非小細胞肺癌患者のうち術後 1 カ月、3 か月後に心理的ストレスに関する調査研究に参加した者を対象に、術後 5 年後に再びリクルートを行い、121 名（年齢 67 ± 0 歳、男性 67%）を対象に QOL と関連要因を調査した。大うつ病は 2 名（1.7%）、小うつ病は 0 名（0%）であった。POMS 得点は、TMD： 20.9 ± 24.3 であった。QOL-CS-Total：6.9、SF36 各因子の偏差： $52.1-53.9$ であった。術後 5 年を経過した非小細胞肺癌患者の大うつ病の有病率は、一般人口の 12 か月期間有病率 2.2%（川上、2002）と、QOL においても、健常成人、乳がんの長期生存者（例えば Melissa et al., 2009）と同程度と考えられた。
- ③インターネットモニター調査により、628 名のサバイバーを対象に、QOL-CS とニーズ、健康関連行動（社会活動への参加、喫煙率、危険飲酒率）、サバイバーが体験しているスティグマ・社会生活上の差別・不利を調査した。健康関連行動と関連因子が明らかになった。15.3%ががん罹患後も喫煙しており、健康関連行動に関する指導を受けたことがない率が 33.3～79.0%であった。サバイバーの約 60%がスティグマ・社会生活上の差別・不利を体験している。がんサバイバーが経験するスティグマ・社会生活上の差別が概念化された。

A. 研究目的

長期サバイバーの療養生活の質の評価方法を確立し、その実態と関連要因を明らかにする。

B. 研究方法

大きく 2 つの方法を用いた。

研究 1

がんの長期生存者の QOL を評価するために開発された自己記入式質問票である Quality of Life for Cancer Survivor (QOL-CS) の日本語版を作成し、妥当性、信頼性を検討した。

さらに、術後 5 年を経過した非小細胞肺癌患者を対象に、QOL-CS や関連要因を評価した（ソーシャルサポート、DSM III-R、DSM IV-TR、Profile of Mood States (POMS) と Impact of Event Scale-revised (IES-R)、SF-36、Mental Adjustment to Cancer (MAC)

scale、Beck Hopelessness Inventory (BHI))。

（倫理面への配慮）

研究に先立ち、国立がん研究センターの倫理審査委員会にて承認を得た。また、本研究の対象者には、研究者が事前に書面を用いて、口頭で十分な説明を行い、同意書への署名をもって、本研究参加の同意を得た。

研究 2

約 130 万人が登録しているインターネットモニター調査を利用して、628 名のがんサバイバーを対象に、QOL-CS とニーズ（Zebrack G, Supportive Care in Cancer, 2009 の質問による）、健康関連行動（社会活動への参加、喫煙、飲酒：国民生活基礎調査の項目を応用して利用）、サバイバーが体験しているスティグマ・社会的差

別を調査した。スティグマ・社会的差別は自由回答を内容分析し、がん医療・福祉領域の多職種エキスパート・パネルにより概念化した。

(倫理面への配慮)

研究に先立ち、東北大学倫理審査委員会にて承認を得た。また、本研究の対象者は自発的に登録しているインターネットモニターであり、参加者の自由意思により回答を得た。

C. 研究結果

研究 1

171 名の研究対象者のうち、39 名が研究参加を拒否し、11 名はコンタクトできなかった。研究参加に同意した 121 名のうち、1 名がその後研究参加を拒否し、7 名が調査を完遂しなかった。したがって、113 名(参加率: 70.2%) が分析対象となった。

参加者背景は、年齢: 67±10 (39-89) 歳、男性: 67 名 (59.0%)、女性: 46 名 (41.0%)、教育経験年数: 12±3 (6-19) 年、既婚: 91 名 (81.0%)、未婚: 22 名 (19.0%)、独居: 14 名 (12.0%)、他者との同居: 99 名 (88.0%)、有職: 44 名 (39.0%)、無職: 69 名 (61.0%)、肺葉切除術: 106 名 (93.8%)、肺全摘出術: 7 名 (6.2%)、世帯収入 5,000,000 円以上: 39 名 (35.0%)、3,000,000 円以下: 4 名 (4.0%)、病理病期 IA 期: 69 名 (61.1%)、IB 期: 24 名 (21.2%)、IIA 期: 4 名 (3.5%)、IIB 期: 11 名 (9.7%)、IIIA 期: 4 名 (3.5%)、IIIB 期: 1 名 (0.9%) であった。Performance status 0: 85 名 (75.2%)、1 or 2: 28 名 (24.8%) 痛み有り: 62 名 (54.9%)、無し: 51 名 (45.1%)、倦怠感有り: 62 名 (54.9%)、無し: 50 名 (44.3%)、非喫煙: 53 名 (46.9%)、過去喫煙: 20 名 (17.7%)、禁煙: 32 名 (28.3%)、継続喫煙: 8 名 (7.1%)、再発有り: 2 名 (1.8%)、無し: 111 名 (99.2%)、他がん有り: 17 名 (15.0%)、無し: 96 名 (85.0%)、他疾患有り: 35 名 (31.0%)、無し: 73 名 (64.6%) であった。

参加者のうち、大うつ病は 2 名 (1.7%)、小うつ病は 0 名 (0%) であった。POMS 得

点は、TMD: 20.9±24.3 であった。MAC 得点は、Fighting spirit: 50.0±24.3、Helplessness/hopelessness: 8.7±2.8、Anxious preoccupation: 20.7±4.8、Fantasy: 21.1±4.8、Avoidance: 2.0±1.1 であった。QOL-CS-Total: 6.9、SF36 各因子の偏差: 52.1-53.9 であった。

研究 2

「がんと診断されてからの期間が 10 年未満」と回答した 2,059 人のうち、890 人を無作為に抽出して調査を依頼し、そのうち 628 名から回答を得た (70.6%)。

参加者背景は、年齢 56±11.8 歳 (20-84 歳)、男女各 314 名、既婚 502 名 (79.9%)、子供あり 464 名 (73.9%)、単身者 70 名 (11.1%)、収入 600 万円以下 386 名 (61.5%)、がん種 (肺 23(3.7%)、胃 44(3.7%)、食道 25(4%)、肝胆膵 17(2.7%)、大腸 77(12.3%)、乳 165(26.5%)、泌尿器 126(20.1%)、婦人科 44(7%)、血液 22(3.5%)、その他 85(13.5%))、がん初診後 2 年未満 211(33.6%)、2-5 年 208(33.1%)、5-10 年 209(33.3%)、受けた治療は手術 530 名 (84.4%)、放射線 194 名 (30.9%)、化学療法 248 名 (39.5%)、ホルモン療法 201 名 (32.0%) であった。

QOL

QOL-CS で測定した QOL の結果は下記の通りであった (研究 1 の結果と併記)。

	Web調査		がんセンター呼吸器調査	
	N=628		N=117	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
QOL-Physical	7.1	1.8	8.2	1.5
QOL-Psychological	5.2	1.7	6.8	1.6
QOL-Social	6	1.9	7.4	1.5
QOL-Spiritual	4.2	1.4	4.8	1.6
QOL-Total	5.6	1.4	6.9	1.2

表 1. QOL-CS 各因子の平均値、標準偏差

非充足ニーズ Unmet needs

Zebrack G, Supportive Care in Cancer, 2009 の基準に基づいて評価したがんサバイバーの非充足ニーズ unmet needs は、表 2 の通りであった。

Needs項目	Unmet need	
	N	%
経済的負担	112	17.8
再発の心配	109	17.4
職業の支障	91	14.5
対人的・社会的問題	85	13.5
病気や治療の悩み	81	12.9
こころの問題	76	12.1
家族の悩み	75	11.9
性的問題	63	10
孤独感	63	10
月経・生殖の問題	56	8.9
家族活動の支障	55	8.8
睡眠問題	51	8.1
身体の問題	44	7
周囲からのサポート	42	6.7
人間関係の支障	42	6.7
宗教的・精神的問題	29	4.6

表 2. Unmet need の頻度 (%)

健康関連行動

①運動習慣

調査対象者のうち、416名(66.2%)が、がんと診断された後も習慣的に運動をしていた。がん診断後に運動習慣を中止したのは42名(6.7%)であった。医療者から運動に関する指導を受けたのは251名(40.0%)のみであった。

②社会活動

調査対象者のうち、何らかの社会活動に参加していたのは462名(73.6%)であった。社会活動に関する指導を医療者から受けていたのは298名(47.5%)のみであった。

③喫煙

調査対象者のうち、168人(26.8%)ががん診断時に喫煙していた。その中96人(57.1%)が調査時点でも喫煙しており、73人(43.5%)が習慣的に喫煙していた。現在喫煙している96人中、「やめたい」「減らしたい」と考えている人が67人(69.8%)であった。禁煙指導を医療者から受けていたのは77名(45.8%)のみであった。

④飲酒

調査対象者のうち、410人(65.3%)ががん診断時に習慣的に飲酒していた。その中341人(83.2%)が調査時点でも習慣的に飲酒しており、136人(33.2%)が連日飲酒しており、35人(8.5%)が1日平均3合以上の飲酒をしていた。「やめたい」「減らしたい」と考えている人が59人(17.3%)であった。

飲酒に関する指導を医療者から受けていたのは132名(がん診断時の飲酒者の32.2%)のみであった。

スティグマ・社会的差別

「がん患者・経験者に対する世の中の人のマイナスのイメージや差別・偏見(スティグマ)があると感じる?」という質問に対して、回答は以下の分布であった。

- 1.まったくそう思わない 241人(38.4%)
- 2.少しそう思う 296人(47.1%)
- 3.かなりそう思う 64人(10.2%)
- 4.完全にそう思う 27人(4.3%)

そのように考える理由を自由回答で尋ねたところ、387人から492項目の回答を得た。2人の独立した研究者によって78カテゴリーに分類し、がん治療医・緩和ケア医、精神腫瘍医、看護師、臨床心理士、ソーシャルワーカー、社会心理学者、社会精神医学者からなるパネルによって概念化したところ、個人的な認識(図の左列)～社会制度的な問題(図の右列)にいたるまでのスペクトラムとして概念化された(図1)。

がん患者さんが感じるスティグマ・社会的差別

領域	個人内	周囲との関係	社会一般
内容	身体機能の低下		医療者の診療差別
		就業上の不利益(周囲の対応)	雇用・就業に関する制度不全
		就業以外の社会活動における役割の変化	不十分な公的サポート(福祉・経済補償など)
		周囲の態度 (家族・知人・職域・医療・・・) ・情動反応(驚きなど中立的も) ・病前からの変化 ・負の態度(侮辱、流言など)	
	インフォーマル・サポートの不足 自身の意向に合わない周囲の反応(ギャップ・無用な気遣いなど) 自分と周囲との距離から生じる感情(孤独感など)	周囲の病気の認識の問題 ・誤解 ・知識不足 ・ステレオタイプ化	健康が大切という 一般的イメージ
自分の中での負の感情・認識			
支援・対策	心理教育(本人)・カウンセリング・情報提供		
		家族教育	政策・制度整備・啓発
		教育・指導(職場や地域などへ)	

図1. がん患者さんが感じるスティグマ・社会的差別

D. 考察

術後5年を経過した非小細胞肺癌患者の大うつ病の有病率は1.7%であり、一般人口の12か月期間有病率2.2%(川上, 2002)と同程度であり、POMS得点も一般人口を対象とした調査と同程度であった。

QOLにおいても、健常成人、乳がんの長期生存者(例えば、Melissa et al., 2009)と同程度であった。今後、経時変化、および関連要因の検討が必要である。

インターネットモニターを利用したサバイバー調査においても同様であった。

がんサバイバーの非充足ニーズの上位5位は、経済的負担、再発不安、職業上の支障、対人・社会的問題、病気や治療の悩みであり、これらの領域に対する支援の強化が必要と考えられた。

インターネットモニターを利用した調査では、(先行研究でQOLと関連が示唆されている)がんサバイバーの社会活動、運動習慣、飲酒・喫煙習慣について、改善の余地が大きいこと、特にこれらに関する医療者による指導が不十分であることが示唆された。

がんサバイバーが経験するスティグマ・社会的差別は、調査対象者の61.6%が「少しそう思う」「かなりそう思う」「完全にそう思う」と認識していた。スティグマ・社会的差別は、個人的な認識(図の左列)～社会制度的な問題(図の右列)にいたるまでのスペクトラムが示唆され、それぞれの特性を考慮した支援を考案する必要があると考えられた。

E. 結論

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。

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

論文発表

1. 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
2. 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
3. 藤澤大介、内富庸介. 精神科・わたしの診察手順ーがん患者の抑うつ・不安. *臨床精神医学* 40(増刊号):199-201, 2011
4. 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
5. 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
6. 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

7. 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
8. 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
9. 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
10. 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
11. 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
12. 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
13. 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
14. 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
15. 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]
 16. 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)
 17. 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)
 18. 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)
- 学会発表
1. 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
 2. 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
 3. 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
 4. 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
 5. 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・看護師の抑うつの認識率. 日本サイコオンコロジー学会 (大宮) 2011.9
 6. 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
 7. 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
 8. 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
 9. 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
 10. 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
 11. 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
 12. 藤澤大介. 否認の理解と対応ー概論. 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
 13. 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

14. 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
15. 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
16. 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フォローの試み. 日本サイコオンコロジー学会(福岡) 2012. 9
17. 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
18. 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
19. 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

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