

【全ての施設の方がお答えください】

2017年3月の時点で、貴施設のがんに関連する部門のうち、どの程度でスクリーニングが実施できていそうですか。おおよその見込みで結構ですのでお答え下さい。

外来がん患者について

- 全く実施できていないだろう
- 限られた少数(25%以下)の診療科/診療部門で行っているだろう
- 半数以下(26-50%)の診療科/診療部門で行っているだろう
- 半数以上(51-75%)の診療科/診療部門で行っているだろう
- 大多数(76-99%)の診療科/診療部門で行っているだろう
- すべて(100%)の診療科/診療部門で行っているだろう

入院がん患者について

- 限られた少数(25%以下)の診療科/診療部門/病棟で行っているだろう
- 半数以下(26-50%)の診療科/診療部門/病棟で行っているだろう
- 半数以上(51-75%)の診療科/診療部門/病棟で行っているだろう
- 大多数(76-99%)の診療科/診療部門/病棟で行っているだろう
- すべて(100%)の診療科/診療部門/病棟で行っているだろう

今後、本研究班でスクリーニングに関するデータベース構築を行う場合、データの収集にご協力いただけますか(現時点でお願いする作業内容は未定です。「協力したい」とお返事頂いた場合でも、後に作業内容を確認してキャンセルされても構いません)。

- 協力したい：担当者のお名前とご連絡先 E-mail アドレスを以下にご記入下さい。

お名前	先生/様	E-mail
-----	------	--------

- 協力しない

スクリーニングについて、希望することや必要と思うことなどがありましたらご記入下さい。

ご協力まことにありがとうございました。

分担研究報告書

電子カルテの 5th バイタルサインを用いたスクリーニングの有効性の検討に関する研究

研究分担者：森田達也 聖隷三方原病院 緩和支援治療科 副院長

研究協力者：内藤（白土）明美 聖隷三方原病院 臨床検査科

研究要旨

電子カルテの 5th バイタルサインを持ったスクリーニングの有用性について検討した。聖隷三方原病院では、入院患者全員について、看護師によるバイタルサイン測定時に患者の苦痛を評価し、苦痛 STAS を電子カルテに記入している。これをもとに、緩和ケアチームでは毎週 1 回がん患者を対象としたスクリーニングを行っている。STAS2 以上が、1 週間に 2 回以上記録されたものをスクリーニング陽性と定義した。スクリーニング陽性患者に対しては、緩和ケアチームがカルテを確認し、必要に応じて推奨される治療を記載した。主要評価項目はスクリーニング陽性患者のうち、実際に追加の緩和治療が必要と考えられた患者の割合とした。2427 人の患者がスクリーニング対象となり、このうち 223 人(9.1%)がスクリーニング陽性であった。スクリーニング陽性患者のうち、追加の緩和治療が必要と考えられた患者は 12 名(5.4%)であり、このうちの 6 名は 1 週間以内に緩和ケアチームに紹介された。追加の緩和治療の必要はないと考えられた 211 人のうち、100 人は適切な緩和治療を受けていた。68 名はすでに緩和ケアチームが介入しており、43 名は一過性の苦痛であった。5th バイタルサインによるスクリーニングで陽性であった患者のほとんどは、追加の緩和治療を必要としなかった。

A. 研究目的

電子カルテの 5th バイタルサインを用いた、スクリーニングの有用性について検討する。

B. 研究方法

聖隷三方原病院では、患者の苦痛症状を 5th バイタルサインとして STAS-J で評価し、電子カルテに記載している。本研究では前向きに収集したスクリーニングデータを用いて解析を行った。

電子カルテを用いたスクリーニングは週 1 回行われている。STAS2 以上が 1 週間に 2 回以上記録されたものをスクリーニング陽性と定義し、週 1 回コンピュータ上で自動的にスクリーニングが行われる。スクリーニング陽性と同意された患者について、緩和ケアチームがカルテを確認し、患者には実際に身体的苦痛があるかどうか、患者は適切な緩和治療を受けているかどうか、を判断する。患者の症状緩和に適切な追加の緩和治療があると考えられる場合は、緩和ケアチームが推奨を記載する。

本研究は、2014年5月から2015年4月に聖隷三方原病院に入院したがん患者を対象とした。スクリーニング陽性患者の診療録から、患者の年齢、性別、原発巣、苦痛症状(疼痛、呼吸困難、吐き気、倦怠感、便秘)、緩和ケアチーム介入の有無、適切な緩和治療が行われているかどうか、追加の緩和治療が必要であったか、実際に患者に行われた追加治療の内容、を取得した。

主要評価項目はスクリーニング陽性患者のうち、実際に追加の緩和治療が必要と考えられた患者の割合とした。

(倫理面への配慮)

本研究は、聖隷三方原病院倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

スクリーニング対象患者は2427人であった。このうち、スクリーニング陽性患者は223人(9.1%、95%信頼区間 8-10%)であった。スクリーニング陽性患者223人のうち、12人(5.4%、95%信頼区間 3-9%)が追加の緩和治療が必要であると考えられた。このうちの6人は1週間以内に緩和ケアチームに紹介、4人は緩和ケアチームから化学療法サポートチーム、口腔ケアチームに紹介した。2人に緩和ケアチームから推奨を記載した。追加の緩和治療の必要はないと考えられた211人のうち、100人は適切な緩和治療を受けていると判断された。68人はすでに緩和ケアチームが介入していた。43人は処置に伴う苦痛や化学療法の副作用、感染症などの、一過性の苦痛であった。

D. 考察

5th バイタルサインを用いたスクリーニングにてスクリーニング陽性となった患者の大多数はすでに適切な緩和治療を受けていることが明らかとなった。

本研究におけるスクリーニング陽性患者の割合は、他の研究結果と比較して低い。この理由としては 1)症状の強い患者を適切に同定できていない可能性 2)5th バイタルサインを記録することで看護師が患者の症状に注意を払うことにつながり、その結果はやめに症状に対処されている可能性、が考えられた。聖隷三方原病院では緩和ケアチームの活動が定着し

ており、症状の強い患者は比較的早く緩和ケアチームに紹介される傾向がある。

本研究の限界として、症状の評価が患者自身ではなく、医療者による代理評価であることがあげられる。本研究は、日常診療の一環として行われているスクリーニングデータの集積であるため、患者自身による症状の評価と、医療者の評価との比較は行わなかった。次に、5th バイタルサインの苦痛症状の中には精神症状は含まれていないため、精神的苦痛、社会的な問題については評価できていない。

今後、5th バイタルサインを用いた、さらに有用なスクリーニングプログラムの開発のためには、異なる施設(緩和ケアチームがない施設、緩和ケアチームの活動性が低い施設、スクリーニングをまだ行っていない施設など)でのスクリーニング陽性率を比較することが必要と考えられる。

E. 結論

5th バイタルサインを用いたスクリーニングは実行可能であるが、有用性に関しては緩和ケア提供体制の異なる施設においてさらに研究が必要である。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Shinjo T, Morita T, et al. Why people accept opioids: Role of general attitudes toward drugs, experience as a bereaved family, information from medical professionals, and personal beliefs regarding a good death. *J Pain Symptom Manage* 49(1):45-54, 2015.
2. Shimada A, Morita T, et al. Physicians' attitude toward recurrent hypercalcemia in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 23(1):177-183, 2015.
3. Edited by Bruera E, Morita T, et al. *Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care*, Second Edition. CRC Press. United Kingdom. 2015. 1.

4. Kinoshita H, Morita T, et al. Place of death and the differences in patient quality of death and dying and caregiver burden. *J Clin Oncol* 33(4):357-363, 2015.
5. Yamagishi A, Morita T, et al. Length of home hospice care, family-perceived timing of referrals, perceived quality of care, and quality of death and dying in terminally ill cancer patients who died at home. *Support Care Cancer* 23(2):491-499, 2015.
6. Tsai JS, Morita T, et al. Consciousness levels one week after admission to a palliative care unit improve survival prediction in advanced cancer patients. *J Palliat Med* 18(2):170-175, 2015.
7. Amano K, Morita T, et al. Association between early palliative care referrals, inpatient hospice utilization, and aggressiveness of care at the end of life. *J Palliat Med* 18(3):270-273, 2015.
8. Murakami N, Morita T, et al. Going back to home to die: does it make a difference to patient survival? *BMC Palliat Care* 14:7, 2015.
9. Nakajima K, Morita T, Kizawa Y, et al. Psychologists involved in cancer palliative care in Japan: A nationwide survey. *Palliat Support Care* 13(2):327-334, 2015.
10. Baba M, Morita T, et al. Independent validation of the modified prognosis palliative care study (PiPS) predictor models in three palliative care settings. *J Pain Symptom Manage* 49(5):853-860, 2015.
11. Miyashita M, Morita T, et al. Independent validation of the Japanese version of the EORTC QLQ-C15-PAL for patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 49(5):953-959, 2015.
12. Kaneishi K, Morita T, et al. Single-does subcutaneous benzodiazepines for insomnia in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 49(6):e1-2, 2015.
13. Hamano J, Morita T, Matsumoto Y, Otani H, Kinoshita H, et al. Surprise Questions for Survival Prediction in Patients With Advanced Cancer: A Multicenter Prospective Cohort Study. *Oncologist* 20(7):839-844, 2015.
14. Maeda I, Morita T, Kinoshita H. Reply to H. Nakayama et al. *J Clin Oncol* 33(19):2228-2229, 2015.
15. Miyashita M, Morita T, et al. A nationwide survey of quality of end-of-life cancer care in designated cancer centers, inpatient palliative care units and home hospice in Japan: The J-HOPE Study. *J Pain Symptom Manage* 50(1):38-47, 2015.
16. Baba M, Morita T, Matsumoto Y, Otani H, Kinoshita H, et al. Survival prediction for advanced cancer patients in the real world: A comparison of the Palliative Prognostic Score, Delirium-Palliative Prognostic Score, Palliative Prognostic Index and modified Prognosis in Palliative Care Study predictor model. *Eur J Cancer* 51(12):1618-1629, 2015.
17. Amano K, Morita T, et al. The accuracy of physicians' clinical predictions of survival in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 50(2):139-146, 2015.
18. Morita T, et al. Palliative care physicians' attitudes toward patient autonomy and a good death in East Asian Countries. *J Pain Symptom Manage* 50(2):190-199, 2015.
19. Kizawa Y, Morita T, Kinoshita H, et al. Improvements in physicians' knowledge, difficulties, and self-reported practice after a regional palliative care program. *J Pain Symptom Manage* 50(2):232-240, 2015.
20. Sasao S, Morita T, et al. Facility-related factors influencing the place of death and home care rates for end-stage cancer patients. *J Palliat Med* 18(8):691-696, 2015.

21. Hui D, Morita T, et al. Indicators of integration of oncology and palliative care programs: an international consensus. *Ann Oncol* 26(9):1953-1959, 2015.
22. Yoshida S, Morita T, et al. Strategies for development of palliative care from the perspectives of general population and health care professionals: A Japanese outreach palliative care trial of integrated regional model study. *Am J Hosp Palliat Care* 32(6):604-610, 2015.
23. Tanabe K, Morita T, et al. Evaluation of a novel information-sharing instrument for home-based palliative care: A feasibility study. *Am J Hosp Palliat Care* 32(6):611-619, 2015.
24. Amano K, Morita T, et al. Assessment of intervention by a palliative care team working in a Japanese general hospital: A retrospective study. *Am J Hosp Palliat Care* 32(6):600-603, 2015.
25. Chen SY, Morita T, et al. A cross-cultural study on behaviors when death is approaching in East Asian Countries. *Medicine* 94(39):e1573, 2015
26. Hamano J, Morita T, Kinoshita H, et al. Validation of the simplified palliative prognostic index using a single item from the communication capacity scale. *J Pain Symptom Manage* 50(4):542-547, 2015.
27. Yokomichi N, Morita T, et al. Validation of the Japanese version of Edmonton symptom assessment system-revised. *J Pain Symptom Manage* 50(5):718-723, 2015.
28. Sekine R, Morita T, et al. Changes in and associations among functional status and perceived quality of life of patients with metastatic/locally advanced cancer receiving rehabilitation for general disability. *Am J Hosp Palliat Care* 32(7):695-702, 2015.
29. Miura T, Matsumoto Y, Morita T, Kinoshita H, et al. Glasgow prognostic score predicts prognosis for cancer patients in palliative settings: a subanalysis of the Japan-prognostic assessment tools validation (J-ProVal) study. *Support Care Cancer* 23(11):3149-3156, 2015.
30. Mori M, Morita T, et al. A national survey to systematically identify factors associated with oncologists' attitudes toward end-of-life discussions: what determines timing of end-of-life discussions? *Oncologist* 20(11):1304-1311, 2015.
31. Lee YP, Morita T, et al. The relationship between pain management and psychospiritual distress in patients with advanced cancer following admission to a palliative care unit. *BMC Palliat Care* 14(1):69, 2015.
32. Amano K, Morita T, et al. Need for nutritional support, eating-related distress and experience of terminally ill patients with cancer: a survey in an inpatient hospice. *BMJ Support Palliat Care*. 2015 Jan 6. [Epub ahead of print]
33. Kinoshita S, Morita T, et al. Changes in perceptions of opioids before and after admission to palliative care units in Japan: Results of a nationwide bereaved family member survey. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015 Apr 9. [Epub ahead of print]
34. Kinoshita S, Morita T, et al. Japanese bereaved family members' perspectives of palliative care units and palliative care: J-HOPE study results. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015 Apr 7. [Epub ahead of print]
35. Kobayakawa M, Morita T, et al. Family caregivers require mental health specialists for end-of-life psychosocial problems at home: a nationwide survey in Japan. *Psychooncology*. 2015 Sep 14. [Epub ahead of print]
36. Yamaguchi T, Morita T, et al. Establishing cut-off points for defining symptom severity using the

- Edmonton symptom assessment system-revised Japanese version. J Pain Symptom Manage. 2015 Oct 24. [Epub ahead of print]
37. Miyashita M, Morita T, et al. Development of validation of the comprehensive quality of life outcome (CoQoLo) inventory for patients with advanced cancer. BMJ Support Palliat Care. 2015 Oct 22. [Epub ahead of print]
 38. Maeda I, Morita T, Matsumoto Y, Otani H, Kinoshita H, et al. Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer (J-Proval): a propensity score-weighted analysis of a prospective cohort study. Lancet Oncol. 2015 Nov 20. [Epub ahead of print]
 39. Hui D, Morita T, et al. Replay to the letter to the editor ‘Integration between oncology and palliative care: does one size fit all?’ by Verna et al. Ann Oncol. Nov 24. [Epub ahead of print]
 40. Nakazawa Y, Morita T, Kizawa Y, et al. Population-based quality indicators for palliative care programs for cancer patients in Japan: A Delphi study. J Pain Symptom Manage. 2015 Dec 7. [Epub ahead of print].
 41. 森田達也. レスキュー薬再考—しっかりとした知識をもとに—. 緩和ケア 25(1):12-17, 2015.
 42. 山口崇, 森田達也, 木澤義之. ちょっと待った!! 口腔粘膜吸収性フェンタニル製剤の“その使い方”. 緩和ケア 25(1):43-46, 2015.
 43. 森田達也. 落としてはいけない Key article 第1回ケタミンに関する最大規模の比較試験. 緩和ケア 25(1):54-57, 2015.
 44. 宮下光令(編集), 森田達也(医学監修), 他(薬剤監修、執筆). ナーシング・グラフィカ成人看護学⑥ 緩和ケア. メディカ出版. 大阪. 2015. 1.
 45. 荒尾晴恵, 森田達也(編集). 緩和・サポーティブケア最前線. がん看護 第20巻第2号(1・2増刊号). 南江堂. 東京. 2015. 2.
 46. 阿部泰之, 森田達也, 他. ケア・カフェが地域連携に与える影響—混合研究法を用いて—. Palliat Care Res 10(1):134-140, 2015.
 47. 森田達也. 「身の置き所のなさ」—概念とその変遷. 緩和ケア 25(2):90-95, 2015.
 48. 森田達也. 安楽死・医師による自殺幫助—緩和ケアの臨床家が知っておくべき知識. 緩和ケア 25(2):124-129, 2015.
 49. 森田達也, 他. 落としてはいけない Key article 第2回消化管閉塞に対するオクトレオチドの検証試験—有効性を示せず—. 緩和ケア 25(2):152-158, 2015.
 50. 森田達也. 特集 がん疼痛とオピオイド. 実践で使える投与設計と患者対応のスキル. 特集にあたって. 薬局 66(6):13, 2015.
 51. 山岸暁美, 森田達也, 他. 終末期がん患者に在宅療養移行を勧める時の望ましいコミュニケーション 多施設遺族研究. 癌と化学療法 42(3):327-333, 2015.
 52. 山岸暁美, 森田達也, 他. 「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度」の開発および信頼性・妥当性の検証. 看護管理 25(3):248-254, 2015.
 53. 志真泰夫, 森田達也, 他(編集). ホスピス緩和ケア白書 2015—ホスピス緩和ケアを支える専門家・サポーター—. 青海社. 東京. 2015. 4.
 54. 森田達也. 落としてはいけない Key article 第3回輸液の効果に関する20年にわたる積み重ねの比較試験. 緩和ケア 25(3):222-227, 2015.
 55. 森田達也. 第Ⅲ章症状マネジメント 3. 死が近づいたとき. 木澤義之, 他(編集). 緩和ケアの基本 66 とアドバンス 44—学生・研修医・これから学ぶあなたのために—. 南江堂. 東京. 148-153, 2015.
 56. 金石圭祐, 森田達也, 他. 終末期がん患者の不眠に対するフルニトラゼパム単回皮下投与の有効性について. Palliat Care Res 10(2):130-134, 2015.
 57. 森田達也, 木澤義之, 他(責任編集). 緩和ケア臨床 日々の悩む場面のコントラバーシー. 緩和ケア 25(6月増刊号). 青海社. 東京. 2015. 6.
 58. 山脇道晴, 森田達也, 他. ホスピス・緩

- 和ケア病棟におけるご遺体へのケアに関する遺族の評価と評価に対する要因. Palliat Care Res 10(2):101-107, 2015.
59. 森田達也. 第三章 臨床腫瘍学の実践
51. 緩和医療 1. 疼痛緩和と終末期医療. 日本臨床腫瘍学会(編集). 新臨床腫瘍学(改訂第4版)―がん薬物療法専門医のために―. 南江堂. 東京. 657-666, 2015.
60. 森田達也, 他. 特集にあたって 認知症のあるがん患者の緩和ケア. 緩和ケア 25(4):264-265, 2015.
61. 森田達也. 落としてはいけない Key article 第4回倦怠感に対する精神賦活薬の比較試験の積み重ねでみえてきた緩和ケアにおけるプラセボ効果・ノセボ効果の役割. 緩和ケア 25(4):318-323, 2015.
62. 岸野恵, 木澤義之, 森田達也, 他. 大学病院入院中のがん患者の突出痛の頻度に関する予備調査. Palliat Care Res 10(3):155-160, 2015.
63. 森田達也. 耳鼻咽喉科の疾患・症候別薬物療法 がん疼痛. JOHNS 31(9):1372-1374, 2015.
64. 森田達也. 落としてはいけない Key article 第5回「やめどき」研究 高脂血症治療薬はいつまで続けるべきなのかに関する大規模無作為化比較試験. 緩和ケア 25(5):434-438, 2015.
65. 白土明美, 森田達也, 木澤義之, 他. ホスピス・緩和ケア病棟の入院予約と外来機能に関する全国実態調査. 癌と化学療法 42(9):1087-1089, 2015.
66. 山脇道晴, 森田達也, 他. 遺体へのケアを看護師が家族と一緒にを行うことについての家族の体験と評価. がん看護 20(6):670-675, 2015.
67. 山脇道晴, 森田達也, 他. ホスピス・緩和ケア病棟で行われているご遺体へのケアに関する遺族の体験と評価―自由記述における内容分析―. Palliat Care Res 10(3):209-216, 2015.
68. 森田達也(プラン). 緩和ケア特集オピオイド疼痛管理 up-to-date. プロフェッショナルがんナーシング 5(5):39, 2015.
69. 森田達也, 他. 死亡直前と看取りのエビデンス. 医学書院. 東京. 2015.10.
70. 森田達也. 5. 緩和ケアの普及啓発・教育・研究 7) 緩和ケア領域における臨床研究の現状と課題. 細川豊史(編集). ペインクリニック 36(別冊秋号). 真興交易(株)医書出版部. 東京. S677-688, 2015.
71. 森田達也. 5. 緩和ケアの普及啓発・教育・研究 8) 国際的に最大規模の地域緩和ケア介入研究が明らかにしたもの: OPTIM-study の意義. 細川豊史(編集). ペインクリニック 36(別冊秋号). 真興交易(株)医書出版部. 東京. S689-700, 2015.
72. 清水恵, 森田達也, 他. 受療行動調査における療養生活の質の評価のための項目のがん患者における内容的妥当性と結果の解釈可能性に関する基礎的検討. Palliat Care Res 10(4):223-237, 2015.
73. 森田達也. 終末期患者の不眠に対する睡眠薬の経静脈投与: ロヒプノールとドルミカムの比較. 岩田健太郎(編集). 薬のデギュスタシオン―製薬メーカーに頼らずに薬を勉強するために―. 金芳堂. 京都. 282-286, 2015.
74. 森田達也. がん疼痛のベースライン鎮静に使用するオピオイドの比較: オキシコドンとフェンタニル貼付剤とモルヒネ. 岩田健太郎(編集). 薬のデギュスタシオン―製薬メーカーに頼らずに薬を勉強するために―. 金芳堂. 京都. 317-326, 2015.
75. 森田達也. がん疼痛のレスキュー薬として使用するオピオイドの比較: オキシコドンとモルヒネとフェンタニル口腔粘膜吸収薬. 岩田健太郎(編集). 薬のデギュスタシオン―製薬メーカーに頼らずに薬を勉強するために―. 金芳堂. 京都. 327-334, 2015.
76. 森田達也. がん疼痛に対する経口の鎮痛補助薬の比較: リリカとトリプタノールとサインバルタとテグレートとメキシチールと経口ケタミン. 岩田健太郎(編集). 薬のデギュスタシオン―製薬メーカーに頼らずに薬を勉強するために―. 金芳堂. 京都. 335-344, 2015.
77. 森田達也. がん疼痛に対する非経口の鎮痛補助薬の比較: ケタミンとキシロカイン. 岩田健太郎(編集). 薬のデギュスタシオン―製薬メーカーに頼らずに薬を勉強するために―. 金芳堂. 京都. 345-351, 2015.

78. 森田達也. 終末期患者の死前喘鳴(デスラットル)に対する抗コリン薬の比較:ハイスコとブスコパンとアトロピン. 岩田健太郎(編集). 薬のデギュスタシオン—製薬メーカーに頼らずに薬を勉強するために—. 金芳堂. 京都. 352-357, 2015.
79. 森田達也. 苦痛緩和のための鎮静と安楽死のグレーゾーン—国際的な議論、再び. 緩和ケア 25(6):504-512, 2015.
80. 森田達也. イベント前パルス療法. 緩和ケア 25(6):519-520, 2015.
81. 森田達也. 落としてはいけない Key article 第6回 Liverpool Care Pathway 騒動が警告するエビデンスの裏づけのない施策の危険性. 緩和ケア 25(5):526-531, 2015.
82. 日本アプライド・セラピューティクス学会(編集). 2 ページで理解する標準薬物治療ファイル改訂2版. 南山堂. 東京. 2015. 12.
83. 森田達也, 他. 抗がん剤治療期の緩和ケア 治療中止時期における意思決定支援. 消化器外科 38(13):1859-1868, 2015.
2. 学会発表
1. 森田達也, 松本禎久, 木下寛也, 他. シンポジウム 36 あとどの位ですか?と聞かれたら:どのように予後を予測し、どのように話し合うか SY36-1 生命予後予測指標の比較に関する世界最大規模のコホート研究:ProVal-study. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
2. 岸野恵, 木澤義之, 森田達也, 他. 大学病院入院中のがん患者の突出痛の頻度に関する予備調査. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
3. 木内大佑, 森田達也, 他. 難治性せん妄に対するクロルプロマジン持続皮下注射の有効性と安全性についての前後比較研究. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
4. 的場康徳, 森田達也, 他. 医師に対するスピリチュアルケア研修の評価:前後比較試験. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
5. 白土明美, 森田達也, 他. Advanced care planning に関する進行がん患者の希望. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
6. 岩淵正博, 森田達也, 木下寛也, 他. 終末期医療に関する意思決定者の違いの関連要因と受ける医療や Quality of Life への影響. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
7. 笹尾佐喜美, 森田達也, 他. がん終末期患者の看取り場所並びに自宅で過ごせた割合に影響する訪問看護ステーションの背景因子. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
8. 村上望, 森田達也, 他. 在宅緩和ケアを受けた患者の予後の比較調査~本当に「病院にいた方が長生きする」のか~. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
9. 村上望, 森田達也, 他. 在宅緩和ケアに関する地域連携パスの開発・運用と評価:実現可能性の調査研究. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
10. 高島留美, 森田達也, 他. 訪問看護師からみた病院緩和ケア認定看護師との同行訪問の有用性. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
11. 森田達也, 他. 大学病院入院中のがん患者の突出痛の頻度に関する予備調査. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
12. 上元洵子, 松本禎久, 木澤義之, 森田達也, 他. 若手医師の緩和研修に対するニーズには、何が影響するか:緩和ケア医を志す若手医師が感じる研修・自己研鑽のニーズと改善策に関する全国調査から. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
13. 阿部泰之, 森田達也. 「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
14. 佐藤一樹, 森田達也, 木下寛也, 他. 遺族の評価による終末期ケアの質評価尺度 Care Evaluation Scale と終末期患者のQOL 評価尺度 Good Death Inventory の非がん患者での信頼性・妥当性の検証. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
15. 佐藤一樹, 森田達也, 木下寛也, 他. 遺族による終末期患者の介護体験の評価 尺度 Caregiving Consequence Inventory の改訂と非がん患者遺族での

- 信頼性・妥当性の検証. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
16. 小川朝生, 木下寛也, 森田達也, 他. Edmonton Symptom Assessment System revised 日本語版 (ESAS-r-J) の開発. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
 17. 今井堅吾, 森田達也, 他. 脊髄麻痺に伴う麻痺性イレウスの苦痛症状に対しエリスロマイシンが有用であった 3 例. 第 20 回日本緩和医学会学術大会. 2015. 6, 横浜
 18. 松尾直樹, 松本禎久, 森田達也, 他. 終末期癌患者の倦怠感・食欲不振に対するコルチコステロイドの有効性の予測因子: 多施設観察的研究 (J-FIND3). 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
 19. 松尾直樹, 松本禎久, 森田達也, 他. 終末期癌患者のコルチコステロイド開始後のせん妄発症の予測因子: 多施設観察的研究 (J-FIND3). 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
 20. 小田切拓也, 森田達也, 他. 進行がん患者の感染症に対する抗菌薬治療効果の予測因子を探索する後ろ向き観察研究. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
 21. 馬場美華, 松本禎久, 森田達也, 他. 進行がん患者における生命予後の予測指針についての多施設前向きコホート研究: PaP score, D-PaP score, PPI, modified PiPS model の比較-J ProVal Study. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
 22. 大道雅英, 森田達也, 他. 進行癌患者における生物学的予後スコア第 3 版の開発と予測精度の前向き検証—Palliative Prognostic Index との比較—. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
 23. 池永昌之, 森田達也, 他. 苦痛緩和のための鎮静に関する家族への説明: ケアについての検討. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
 24. 小田切拓也, 森田達也, 松本禎久, 他. 腫瘍熱と感染を鑑別する因子を探索する多施設コホート研究: J-FIND4. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
 25. 田中優子, 松本禎久, 清水研, 森田達也, 木下寛也, 他. 専門的緩和ケアサービスが進行肺がん患者との面接に要した時間～化学療法を受ける肺がん患者に対する早期からの包括的緩和ケア介入プログラムの実施可能性試験から～. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
 26. 小林直子, 松本禎久, 清水研, 森田達也, 木下寛也, 他. 化学療法を受ける進行肺がん患者が抱える問題～化学療法を受ける肺がん患者に対する早期からの包括的緩和ケア介入プログラムに関する実施可能性試験から～. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
 27. 中澤葉宇子, 森田達也, 木澤義之, 他. 緩和ケア施策の達成度を評価するための指標の開発に関する研究. 第 20 回日本緩和医療学会学術大会. 2015. 6, 横浜
 28. 森田達也. 学術セミナー8 症状評価の重要性を示す臨床試験と最近国内で使用できるようになった症状評価尺度: 今何を言うべきか? 第 53 回日本癌治療学会学術集会. 2015. 10, 京都
 29. 森田達也. 基調講演 がん緩和ケアの将来展望—さらなる個別化に向けて—. 第 53 回日本癌治療学会学術集会. 2015. 10, 京都

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
なし。

分担研究報告書

アドバンスケアプランニングの希望に関するスクリーニングの有効性の検討に関する研究

研究分担者 大谷弘行 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター
緩和治療科医師

研究要旨

進行がん患者の生活の質の向上のために、患者の個々の価値観や意向に配慮したケア目標の共有は重要である。患者の個々の価値観や意向を捉え、将来の診療方針・健康管理の決定を経時的に話し合うにあたって、単施設がん専門病院の全入院患者の通常臨床として行われている「意思決定支援のための、アドバンスケアプランニングの希望に関するスクリーニング問診票」で取得されるデータの後ろ向き解析を行った。患者介入への示唆を得るために、スクリーニング結果が陽性患者（「進行がん患者の化学療法に対する『目的』を誤解をしている」、「標準的ながん治療終了後でも、がん治療を継続したい意向がある」）を同定し、そのスクリーニング陽性となった関連要因を探索した。多くの進行がん患者（78%）が、化学療法の目的を正しく理解をしているにも関わらず、55%の進行がん患者が『標準的ながん治療の継続が難しくなった場合でも、わずかでも効果が期待できる可能性があるなら、つらい副作用があっても、がん治療をしたい』と回答した。その背景として、身体症状のNRSが低さが要因に挙げられた。多くの終末期・進行がん患者が、がんを危機的な疾患と認識していたとしても、身体症状が乏しいため自身を終末期・進行がん実感できていない可能性がある。がん特有の病気軌跡(JAMA, 2003)（急に身体機能が低下する）などの患者・家族に対する教育的介入、及びコミュニケーション継続の必要性が示唆された。今後、具体的支援策を含め介入プログラムを作成する。

A. 研究目的

進行がん患者の生活の質の向上のために、患者の個々の価値観や意向に配慮したケア目標の共有は重要である。進行がん患者は、多種多様な価値観や意向をもっているが、限られた短い診療時間の中で抗がん治療や診療方針の決定が行われているため、患者の十分な意向の把握が困難なことがしばしばある。

アドバンスケアプランニングとは、「将来の医療上の意思決定能力の低下に備えて、患者が、医療提供者・家族・大切な他者との話し合いの上、自分の将来の健康管理についての決定を行

うプロセス」のことである（J Am Geriatr Soc, 1995）。すなわち、将来の診療方針・健康管理の決定を考える際に、全人的な観点から、例えば治療以外の生活上の気がかりや価値観についても考慮しながら話し合い決めていく計画過程のことをいう（Ann Intern Med, 2010）。

患者が将来の診療方針・健康管理の決定をするにあたって、自らの生命予後に関する情報や治療の目的についての知識、さらに自ら決定したこと事項によって起こりうる利点と欠点の理解についての話し合いの場は、終末期の意思

決定に不可欠である。しかし、患者の抗がん治療に対する過度の期待と誤った化学療法の目的認識 (N Engl J Med. 2012) や、悪いニュースの話し合いに対する医療者の負担とためらい (Jpn J Clin Oncol, 2011) (Cancer Manag Res, 2011) (JAMA Intern Med, 2015) などのため、意思決定支援が複雑化し患者との話し合いを難しくしている。進行がん患者は「治療の選択肢や予後」に関する問題を話し合うことなく終末期に達し (Palliat Med, 2009)、亡くなる直前まで化学療法を行うことが報告されている (J Clin Oncol, 2006)。

したがって、将来の診療方針・健康管理の決定を患者とともに考えるにあたって、早期からシステマティックに、意思決定に不可欠である「予後に関する情報や治療の目的」などの患者認識を把握しつつ、患者の個々の価値観や意向を捉え、経時的に話し合うプロセスが必要である。

本研究の目的は、患者の個々の価値観や意向を捉え、将来の診療方針・健康管理の決定を経時的に話し合うにあたって、単施設がん専門病院の全入院患者の通常臨床で取得されるデータの後ろ向きに探索し (retrospective analysis of prospectively-collected data as a part of routine clinical practice)、スクリーニング結果が陽性（「進行がん患者の化学療法に対する『目的』を誤解をしている」、「標準的ながん治療終了後でも、がん治療を継続したい意向がある」）患者を同定することである。さらに、スクリーニング結果が陽性である患者介入への示唆を得るために、そのスクリーニング陽性となった関連要因を探索する。

B. 研究方法

1. 対象・方法

既に、通常臨床として行われている単施設がん専門病院の全入院患者に入院時に配布している「意思決定支援のための問診票」の通常臨床で取得されるデータの後ろ向き解析である (retrospective analysis of prospectively-collected data as a part of routine)。全入院患者から進行がん (Stage IV) 患者を同定し探索を行った。スクリーニング結果が陽性（「進行がん患者の化学療法に対する『目的認識』を誤解している」、「標準的ながん治療終

了後でも、がん治療を継続したい意向がある」）患者を同定するとともに、その関連要因を検討した。

2. 調査項目

既存の「意思決定支援のための問診票」に回答された内容から、気になっていることの内容と気になっている程度 (0-5)、身体症状の NRS (0-10)、気持ちのつらさの寒暖計 (0-10)、good death 指標各項目の程度 (0-5)、「進行がん患者の化学療法に関する意向と目的認識」、「終末期の話し合いの希望の有無」、「代理意思決定者の表明の有無」を取得する。診療記録から年齢、性別、原疾患、Performance Status (PS)、コーピングスタイル、初期医療者の対応の有無、初期医療者の対応の内容などを取得した。

3. 解析

「意思決定支援のための問診票」質問票のうち、スクリーニング陽性率を算出する（「進行がん患者の化学療法に対する『目的認識』を誤解している」、「標準的ながん治療終了後でも、がん治療を継続したい意向がある」患者）。さらに、そのスクリーニング陽性となった関連要因を探索する。

（倫理面への配慮）

（1）医学研究及び医療行為の対象となる個人の人権の擁護：本研究は「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」にしたがって行う。患者情報は患者が特定される情報は各施設外にもちだされないことにより個人情報保護する。

（2）医学研究及び医療行為の対象となる個人への利益と不利益：本研究は観察、治療内容ともに通常診療の範囲で行なわれたものを解析する観察的研究である。日常診療の範囲を越えた診療とならないために、患者に与える治療上の不利益は生じない。

（3）医学研究及び医療行為の対象となる個人に理解を求め同意を得る方法：本研究に関するインフォームドコンセントについては、疫学研究の倫理指針に定める「インフォームドコンセントの簡略化などに関する細則」の条件にてらし、患者個別に同意を得る過程は必要ないと考え。すなわち、① 通常臨床として行われているスクリーニングの結果を解析するものであり、患者・家族への新しい調査・介入は行わ

れず、本研究の対象となることで患者自身に不利益をもたらすことは全くない、② 対象患者では文章による同意を得ることが形式的になりやすいにもかかわらず、同意を得る過程そのものが患者の負担となりうる、③ 国際的にも知見の少ない領域であるため研究の重要性が高い、と考えられる。したがって、患者個別の同意は取得せずに研究を実施する。

(4) データの取り扱い：研究用に新しくデータベースを作成する際には、研究用 ID を新しく作成する。データの解析時に個人が同定されることはない。データの扱いは九州がんセンター緩和治療科内に限定し、その保管に全責任を負う。研究対象者の個人情報、緩和治療科医師のみ利用するコンピューターに保存され、研究期間終了後にすべて破棄する。以上、研究実施に先立ち、研究計画を九州がんセンター倫理委員会に提出し、その科学性・倫理的妥当性について承認を得た。

C. 研究結果

単施設がん専門病院の連続した全入院患者 2586 名のうち、遠隔転移のあるがん成人患者 469 名を同定した。このうち、387 名から回答を得た（回答率 84%）。

同定された進行がん患者のうち、男性 52% (201 人)、平均年齢は 64 ± 10 歳、食道・胃・大腸 28% (111 人)、肺 25% (96 人) であった。また PS は、同定された進行がん患者の 75.7% (355 人) が PS0 あるいは 1 で、さらに PS0 の患者も 18% (88 人) いた。

スクリーニング結果が陽性であった患者は、以下の通りである。すなわち、13% (47 人) の進行がん患者が、化学療法の目的は、『がんを完全に除去すること（がんが完治すること）が目標』と誤った認識をしていた。また、55% (218 人) の進行がん患者が、『標準的ながん治療の継続が難しくなった場合でも、わずかでも効果が期待できる可能性があるなら、つらい副作用があっても、がん治療をしたい』と回答した。

スクリーニング結果が陽性であった要因として、『がんを完全に除去すること（がんが完治すること）が目標』と誤った認識をしていた要因として、診断からの日数が短い ($P=0.044$)、身体症状の NRS が低い ($P=0.051$) が挙げられた。『標準的ながん治療の継続が難しくなった場

合でも、わずかでも効果が期待できる可能性があるなら、つらい副作用があっても、がん治療をしたい』と回答した要因は、70 歳未満の患者 ($P=0.014$ 、身体症状の NRS が低い ($P<0.05$)) が挙げられた。

D. 考察

海外の報告 (N Eng J Med, 2012; Cancer, 2014) と比べ、多くの進行がん患者が化学療法の目的を正しく理解をしていた。すなわち、海外では化学療法の目的を正しく理解している進行がん患者は 20-30% 程であったが、本調査では 78% の進行がん患者であった。多くの進行がん患者が、化学療法の目的を正しく理解をしているにも関わらず、55% の進行がん患者が『標準的ながん治療の継続が難しくなった場合でも、わずかでも効果が期待できる可能性があるなら、つらい副作用があっても、がん治療をしたい』と回答した。その背景として、身体症状の NRS が低さが要因に挙げられた。多くの終末期・進行がん患者が、がんを危機的な疾患と認識していたとしても、身体症状が乏しいため自身を終末期・進行がんと実感できていない可能性がある。今後、がん特有の病気軌跡 (JAMA, 2003) (急に身体機能が低下する) などの患者・家族に対する教育的介入、及びコミュニケーション継続が必要かもしれない。

E. 結論

患者の個々の価値観や意向を捉え、将来の診療方針・健康管理の決定を経時的に話し合うにあたって、スクリーニング結果が陽性（「進行がん患者の化学療法に対する『目的』を誤解をしている」、「標準的ながん治療終了後でも、がん治療を継続したい意向がある」）患者を同定し、その要因が明らかになった。今後、この結果に基づき、具体的支援策を含め介入プログラムを作成する。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Otani H, et al: The death of patients with terminal cancer: the distress experienced by their children and medical professionals who provide the children with support care. BMJ Support Palliat Care. [Epub ahead of print]
2. Amano K, Otani H, et al: Clinical Implications of C-Reactive Protein as a Prognostic Marker in Advanced Cancer Patients in Palliative Care Settings. J Pain Symptom Manage. [Epub ahead of print]
3. Maeda I, Otani H, et al: Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer (J-Proval): a propensity score-weighted analysis of a prospective cohort study. Lancet Oncol. 17:115-122, 2015
4. Baba M, Otani H, et al: Survival prediction for advanced cancer patients in the real world: A comparison of the Palliative Prognostic Score, Delirium-Palliative Prognostic Score, Palliative Prognostic Index and modified Prognosis in Palliative Care Study predictor model. Eur J Cancer. 51:1618-1629, 2015
5. Hamano J, Otani H, et al: Surprise Questions for Survival Prediction in Patients With Advanced Cancer: A Multicenter Prospective Cohort Study. Oncologist. 20:839-844, 2015
6. 大谷弘行:病院あがての意思決定支援推進プロジェクト～医療者が困難を感じるポイントとは～. 看護管理 25:134-138, 2015
7. 大谷弘行:薬剤師が知っておきたいがん患者の心理. 薬局 66:98-102, 2015
8. 大谷弘行:FAST FACT<3> 怒り. 緩和ケア 25:56, 2015
9. 大谷弘行:がん患者へのケアのコツ 食べられない時のアセスメント 悪液質と

思ったらそうではなかった. 緩和ケア 25:300-303, 2015

10. 大谷弘行:がん患者の気持ちの変化(概説)とがん患者の気持ちを汲んだコミュニケーション(傾聴、共感、受容), 南江堂, 東京, PP. 215-218, 2015
11. 大谷弘行:患者・家族と現実的な目標について話し合う, 南江堂, 東京, PP. 24-25, 2015

2. 学会発表

1. 大谷弘行:闘う意向実態:進行がん患者の、標準的がん治療の継続が難しくなった場合のがん治療の意向の実態～臨床ベースの入院患者 2586 名全例調査(1)～. 第20回日本緩和医療学会学術大会、2015年6月、横浜
2. 大谷弘行:治療継続背景探索:進行がん患者は、果たして化学療法の目的を正しく認識しているか?～臨床ベースの入院患者 2586 名全例調査(2)～. 第20回日本緩和医療学会学術大会、2015年6月、横浜
3. 大谷弘行:治療継続背景探索:多くの進行がん患者が、自身を進行がん実感できない要因は?PSの実態～臨床ベースの入院患者 2586 名全例調査(3)～. 第20回日本緩和医療学会学術大会、2015年6月、横浜
4. 大谷弘行:患者支援の留意点:進行がん患者の価値観とコーピングの多様性の実態～臨床ベースの入院患者 2586 名全例調査(4)～. 第20回日本緩和医療学会学術大会、2015年6月、横浜
5. 大谷弘行:患者支援の留意点:進行がん患者の意思表示困難時の前もったケア計画の表明の実態～臨床ベースの入院患者 2586 名全例調査(5)～. 第20回日本緩和医療学会学術大会、2015年6月、横浜
6. 大谷弘行:患者支援の実践:意思決定支援のための『入院時毎の問診票』と『患者家族教室』の影響か?～最後のがん専門病院入院から緩和ケア専門病棟転院までの日数の有意な短縮～

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
特記すべきことなし。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍（外国語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
<u>Akechi T</u> , et al	Depression/Anxiety	Eduardo Bruera IH, Charles F von Gunten, Tatsuya Morita	Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care, Second Edition.	CRC Press	New York	2015	691-702
		Edited by Bruera E, <u>Morita T</u> , et al	Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care, Second Edition.	CRC Press	United Kingdom	2015	

書籍（日本語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
<u>松本禎久</u>	高度認知症における痛みと痛みのコントロール	武田雅俊監修、小川朝生・篠崎和弘編。	認知症の緩和ケア。	新興医学出版社	東京	2015	140-191
<u>清水 研</u>	うつ病・適応障害	上村恵一・小川朝生・谷向仁・船橋英樹	がん患者の精神症状はこう診る 向精神薬はこう使う	じほう	東京	2015	30-45
<u>清水 研</u>	スピリチュアルに生かす posttraumatic growth（外傷後成長）の視点	森田達也・木澤義之・新城拓也	続 エビデンスで解決！緩和医療ケースファイル	南江堂	東京	2016	142-146

<u>里見絵里子</u>	緩和医療	杉原健一	ガイドラインサ ポートハンド ブック大腸 癌 2014 年 版	医薬ジャー ナル	東京	2015	271-274
<u>明智龍男</u>	サイコオンコロ ジー	佐藤隆美, 藤原康弘, 古瀬純司, 大山優	がん治療 エッセン シャルガ イド改訂3 版	南山堂	東京	2015	198-203
<u>明智龍男</u>	コンサルテーシ ョン・リエゾン 精神医学	尾崎紀夫, 朝田隆, 村 井俊哉	標準精神 医学	医学書院	東京	2015	177-188
<u>木澤義之他</u>	はじめてのがん 疼痛ケア	木澤義之	はじめて のがん疼 痛ケア	メディカ 出版	大阪	2015	全項
<u>木澤義之他</u>	緩和ケアの定義 緩和ケアを開始 する時期	木澤義之 齊藤洋司 丹波嘉一郎	緩和ケア の基本 66 とアドバ ンス 44	南江堂	東京	2015	2-5
<u>木澤義之他</u>	入院患者の痛み の診かた	木澤義之	レジデント ノート	羊土社	東京	2015	672-739
		宮下光令 (編集), <u>森田達也</u> (医学監 修), 他(薬 剤監修、執 筆)	ナーシン グ・グラフ ィカ成人 看護学⑥ 緩和ケア	メディカ 出版	大阪	2015	
		<u>荒尾晴恵</u> , <u>森田達也</u> (編集)	緩和・サポ ーティブ ケア最前 線. がん 看護 第20 巻第2号 (1・2増刊 号)	南江堂	東京	2015	
		志真泰夫, <u>森田達也</u> , 他(編集)	ホスピス 緩和ケア 白書 2015 —ホスピ ス緩和ケ アを支え る専門 家・サポ ーター—	青海社	東京	2015	

森田達也	第Ⅲ章症状マネジメント 3. 死が近づいたとき	木澤義之, 他 (編集)	緩和ケアの基本 66とアドバンス 44—学生・研修医・これから学ぶあなたのために—	南江堂	東京	2015	148-153
		森田達也, 木澤義之, 他 (責任編集)	緩和ケア臨床 日々の悩む場面のコントラバシー. 緩和ケア 25(6月増刊号)	青海社	東京	2015	
森田達也	第Ⅲ章 臨床腫瘍学の実践 51. 緩和医療 1. 疼痛緩和と終末期医療	日本臨床腫瘍学会 (編集)	新臨床腫瘍学(改訂第4版)—がん薬物療法専門医のために—	南江堂	東京	2015	657-666
森田達也, 他			死亡直前と看取りのエビデンス	医学書院	東京	2015	
森田達也	5. 緩和ケアの普及啓発・教育・研究 7) 緩和ケア領域における臨床研究の現状と課題	細川豊史 (編集)	ペインクリニック 36(別冊秋号)	真興交易(株)医書出版部	東京	2015	677-688
森田達也	5. 緩和ケアの普及啓発・教育・研究 8) 国際的に最大規模の地域緩和ケア介入研究が明らかにしたもの: OPTIM-study の意義	細川豊史 (編集)	ペインクリニック 36(別冊秋号)	真興交易(株)医書出版部	東京	2015	689-700

森田達也	終末期患者の不眠に対する睡眠薬の経静脈投与：ロヒプノールとドルミカムの比較	岩田健太郎 (編集)	薬のデギュスタシオン製薬メーカーに頼らずに薬を勉強するために—	金芳堂	京都	2015	282-286
森田達也	がん疼痛のベスライン鎮静に使用するオピオイドの比較：オキシコドンとフェンタニル貼付剤とモルヒネ	岩田健太郎 (編集)	薬のデギュスタシオン製薬メーカーに頼らずに薬を勉強するために—	金芳堂	京都	2015	317-326
森田達也	がん疼痛のレスキュー薬として使用するオピオイドの比較：オキシコドンとモルヒネとフェンタニル口腔粘膜吸収薬	岩田健太郎 (編集)	薬のデギュスタシオン製薬メーカーに頼らずに薬を勉強するために—	金芳堂	京都	2015	327-334
森田達也	がん疼痛に対する経口の鎮痛補助薬の比較：リリカとトリプタノールとサインバルタとテグレトールとメキシチールと経口ケタミン	岩田健太郎 (編集)	薬のデギュスタシオン製薬メーカーに頼らずに薬を勉強するために—	金芳堂	京都	2015	335-344
森田達也	がん疼痛に対する非経口の鎮痛補助薬の比較：ケタミンとキシロカイン	岩田健太郎 (編集)	薬のデギュスタシオン製薬メーカーに頼らずに薬を勉強するために—	金芳堂	京都	2015	345-351

森田達也	終末期患者の死前喘鳴（デスラットル）に対する抗コリン薬の比較：ハイスコとブスコパンとアトロピン	岩田健太郎 （編集）	薬のデジ ュスタシ オンー製 薬メーカ ーに頼ら ずに薬を 勉強する ためにー	金芳堂	京都	2015	352-357
		日本アプラ イド・セラ ピューティ クス学会 （編集）	2 ページで 理解する 標準薬物 治療ファ イル改訂2 版	南山堂	東京	2015	
大谷弘行	がん患者の気持ちの変化（概説）とがん患者の気持ちを汲んだコミュニケーション（傾聴、共感、受容）	荒尾晴恵 森田達也	がん看護 1・2増刊 号 緩和・サポ ーティブ ケア 最 前線	南江堂	東京	2015	215-218
大谷弘行	患者・家族と現実的な目標について話し合う	木澤義之 齊藤洋司 丹波嘉一郎	緩和ケア の基本6 6とアド バンス4 4	南江堂	東京	2015	24-25