

総括研究報告書

汎用性のある系統的な苦痛のスクリーニング手法の確立とスクリーニング結果に基づいたトリアージ体制の構築と普及に関する研究

研究代表者 松本禎久 国立がん研究センター東病院 緩和医療科 医長

研究要旨

【背景】政策では、がん対策推進基本計画等で、がんと診断された時からの緩和ケアや苦痛のスクリーニングが勧められているが、国際的にエビデンスは拮抗し、実臨床での実施に関しては様々な議論がある。わが国においてもスクリーニング・トリアージの有用性を検証することが必要である。

【目的】本研究班全体では、スクリーニング・トリアージの有用性を検証し普及することを目的とし、1)がん診断された時からの苦痛のスクリーニング等の有用性の検証および2)苦痛のスクリーニング・トリアージプログラムを全国に普及するための研究を行う。

【方法】1)がん診断された時からの苦痛のスクリーニング等の有用性の検証および2)苦痛のスクリーニング・トリアージプログラムを全国に普及するための研究としては、具体的に以下のような各々の研究を行った。1)看護師によるスクリーニング・トリアージの有用性を検証するためのランダム化比較試験をわが国で初めて実施した。さらに、2)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と3)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、の2つのスクリーニングの有用性の検証をコホート研究により行った。また、スクリーニングについて全国の拠点病院を対象とした、本研究班で行ったわが国初の調査に基づく課題と解決策を検討するワークショップを開催し、効果の検証を行った。また、従来にない、抗がん剤の副作用モニタリングと併行して実施できるスクリーニングシステムの開発を行った。

【結果】看護師によるスクリーニング・トリアージプログラムのランダム化比較試験では85例（目標症例数206名の41.3%）の症例登録が行われ、ランダム化比較試験は問題なく実施可能であることが確認された。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では、苦痛STAS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と考えられた。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では、「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」でスクリーニング陽性となった患者を中心に、施設単位で「アドバンスケアプランニング(ACP)介入プログラム」を行うことで、施設全体の終末期ケアの質が向上した。スクリーニング・トリアージプログラムを全国に普及するための研究では、ワークショップによる好ましい効果が認められ、参加者からも好評であり、その有用性が示唆された。PRO-CTCAE日本語版による苦痛のスクリーニングシステムの開発では、わが国のがん診療連携拠点病院での実装を目指したPROMsシステムの開発を行った。

研究分担者氏名・所属研究機関名及び
所属研究機関における職名

清水 研 国立がん研究センター中央病院
精神腫瘍科 科長
里見絵里子 国立がん研究センター中央病院
緩和医療科 科長
木澤 義之 神戸大学大学院医学研究科内科系
講座先端緩和医療学分野
特任教授
明智 龍男 名古屋市立大学大学院
精神腫瘍学 教授
森田 達也 聖隷三方原病院
副院長 緩和支援治療科 部長
大谷 弘行 国立病院機構九州がんセンター
緩和医療科 医師
小川 朝生 国立がん研究センター
先端医療開発センター
精神腫瘍学開発分野 分野長

A. 研究目的

政策では、がん対策推進基本計画等で、がんと診断された時からの緩和ケアや苦痛のスクリーニングが勧められているが、国際的にエビデンスは拮抗し、実臨床での実施に関しては様々な議論がある。

進行がん患者への診断時からの緩和ケアチームの全例介入による、QOL、症状、抑うつ改善効果が明らかとなった(Temel JS, N Engl J Med, 2010; Zimmermann C, Lancet, 2014)。しかし、効果量と介入に係る人的資源から、実臨床での普及に困難があり、全例介入ではなく、効果のある患者を同定し介入する必要がある(Block S, Lancet, 2014)。

一方、がん患者の苦痛のスクリーニングの有効性に関するエビデンスは拮抗している。米国National Cancer Networkでスクリーニングを推進してきたCarlsonらはスクリーニングとスクリーニング+トリアージの比較試験を行い、後者で患者の苦痛を軽減することを示し、スクリーニングに基づいたトリアージの重要性を示した(Carlson LE, J Clin Oncol, 2014)。しかし、実臨床においてスクリーニングの労力にみあう成果が得られないため、臨床家の半分以上がスクリーニングは有用でないとする米国の調査結果もある(Mitchell AJ, Cancer 2012)。英国NIHの研究では、患者の

症状・QOL・費用対効果の全てで効果を認めず、国策としてスクリーニングを勧めてきたが、患者への効果は期待できないと結論づけた(Holligworth W, J Clin Oncol, 2013)。以上より、わが国においてもスクリーニング・トリアージの有用性を検証することが必要である。

本研究全体では、スクリーニング・トリアージの有用性を検証することを目的とする。各々の研究としては、看護師によるスクリーニング・トリアージの有用性を検証するためのランダム化比較試験をわが国で初めて行う。さらに、異なる2つのスクリーニングの有用性の検証をコホート研究により行う。また、スクリーニングについて全国の拠点病院を対象としたわが国初の調査を行い、現状と課題を明らかにする。調査に基づく課題と解決策を検討するワークショップを開催し、質的分析および効果の検証を行い、わが国初のスクリーニングに関するガイドを作成する。また、従来にない、抗がん剤の副作用モニタリングと併行して実施できるスクリーニングシステムの開発を行う。

1 がん診断された時からの苦痛のスクリーニング等の有用性の検証

看護師によるスクリーニング・トリアージプログラムのランダム化比較試験

本研究では、すでに我々が完遂した実施可能性試験の結果をふまえて、わが国で実施可能と考えられるスクリーニングを組み合わせた看護師主導による治療早期からの専門的緩和ケアサービスの包括的介入プログラムを作成し、その臨床的有用性を標準治療である通常ケアとのランダム化比較試験にて検証し、スクリーニング・トリアージプログラムの実際の介入を評価することを目的とする。

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

電子カルテ上の体温表に、看護師によって記録された苦痛の STAS を用いた、スクリーニングの有用性について検討する。

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

本研究の目的は、施設全体の終末期ケア質の向上するに至った理由を探索するために、「アドバンスケアプランニング(ACP)介入プログラム」に

に対する患者の認識を明らかにすることである。

2) 苦痛のスクリーニング・トリアージプログラムを全国に普及するための研究

スクリーニング・トリアージプログラムを全国に普及するための研究

がん対策推進基本計画で診断時からの緩和ケア、すなわち、病気の時期や場所にかかわらず、必要な患者・家族に緩和ケアを提供することがその重点項目として掲げられた。その一環として、平成 27 年度から、がん診療拠点病院等に苦痛のスクリーニングの実施が義務付けられた。

しかしながら、本研究に先行して本研究班で行われた実態調査では、スクリーニングは約 8 割の施設で導入されているが、全面的に導入されている施設は僅かであり、以下のような困難やバリアを抱えていることが明らかとなった。1) 人員の不足(コンサルテーションに応じるのが精いっぱい) 集計、フォロー、臨床対応できない、方法の説明、2) 患者側の課題：記入が面倒・困難、遠慮、専門サービスを受診しない、認知症、3) エビデンス不十分：苦痛に対応方法ない、安定したスクリーニング方法が不明、4) 実践上のノウハウ：患者の選択、無理のない運用方法。

これらの中で解決が可能な課題を見出し、話し合いを通じて具体的な解決法を見出すために、本研究では、昨年に引き続きスクリーニングに困難を感じているがん拠点病院の医師・看護師・薬剤師を対象に、スクリーニングをどうすれば効果的・効率的に導入・運用できるか、患者・家族のために役立てることができるかを学ぶワークショップの第 2 回目を開催した。

本研究の目的は苦痛のスクリーニングを効果的に運用する為のワークショップの有用性とその適切な対象者について検討することである。

PRO-CTCAE 日本語版による苦痛のスクリーニングシステムの開発

近年では、自己記入式評価尺度を用いて、患者より健康状態や治療状況について直接情報を収集することにより、患者の身体症状や治療毒性、心理的問題、療養生活の質を評価し、治療の最適化を目指す Patient Reported Outcome Measures (PROMs) の可能性が注目されている。PROMs は、

臨床上の必要性が高いこと(短時間で確実に症状を評価する必要性)、コミュニケーションの向上を図る可能性、が指摘される一方、対応する時間が十分に確保されていない、症状を評価

し、活用する知識・技術が十分に開発されていない、PROMs という負担をかけるだけの価値があるかどうかは費用対効果にかかっている、点が指摘されている。PROMs の位置づけを明確にし、効果的なスクリーニング方法を明らかにするためには、ガイドラインの整備、症状を自動的に解析しフラグを立てる簡便化、縦断的に情報を収集するシステムの開発が求められる。

そこで、われわれは、わが国の臨床に即した PROMs を開発することを目的に、検討を行った。

B. 研究方法

1) がん診断された時からの苦痛のスクリーニング等の有用性の検証

看護師によるスクリーニング・トリアージプログラムのランダム化比較試験

進行肺がん(非小細胞肺がん IV 期または小細胞肺がん進展型)と診断され、初回化学療法を受ける 20 歳以上の患者を対象とし、呼吸器内科担当医および病棟・外来看護師が提供する緩和ケアを行う対照群(通常ケア群)と常のケアに加えて、スクリーニングを組み合わせた看護師主導による専門的緩和ケア介入プログラムを実施する介入群(早期緩和ケア群)の 2 群に群分けを行う。介入群では、看護師のトリアージにより他の専門職の介入を行う。

ベースライン、3 カ月後、5 カ月後に、自己記入式評価指標によって、患者の quality of life や精神心理的苦痛などを評価する。また、研究終了後には同意が得られた患者へのインタビュー調査も行う。また、介入した職種の実際の介入内容や患者の診療に要した時間などを評価する。

(倫理面への配慮)

本試験に関係するすべての研究者はヘルシンキ宣言および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(平成 26 年文部科学省・厚生労働省告示第 3 号)に従って本研究を実施する。個人情報および診療情報などのプライバシーに関する情報は、個人の人格尊重の理念の下厳重に保護され慎重に取り扱われるべきものと認識して必要な管理対策を講じ、プライバシー保護に務める。

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

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

テ上の体温表に記載している。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定された患者について、緩和ケアチームがカルテを確認し、実際に患者には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する治療を記載する。

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。

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

デザイン、設定、参加者

2014年から2016年まで、通常臨床として、単施設がん専門病院の「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」を用いて意思決定支援を受けた患者に対して、質問紙調査を行った。

評価と測定

患者自己記入ツール Patient-reported outcomes (PROs)に関わる先行研究をもとに、主要評価項目として、「アドバンスケアプランニング(ACP)介入プログラム」の有用性(1項目4段階 Likert)、副次評価項目として、その理由(7項目4段階 Likert)の質問項目を作成した。すなわち、

主要評価項目

「ACP介入プログラム」は

『闘病生活の中で全体的に役に立つと思う』

副次評価項目

「ACP介入プログラム」によって

『自ら今後の事を考えるきっかけとなった』

『医療者との話し合いのきっかけとなった』

『家族と今後の事を話すきっかけとなった』

『自分の意向が尊重されると思う』

『医療者との信頼関係が深まると思う』

『不安を高め負担となると思う』

『今後のことを考えること自体苦痛となる』

を「思わない」「あまり思わない」「思う」「とても思う」の4段階 Likert で尋ねた。

(倫理面への配慮)

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した。

2)苦痛のスクリーニング・トリアージプログラムを全国に普及するための研究

スクリーニング・トリアージプログラムを全国に普及するための研究

前年度に引き続き2017年11月3日に「緩和ケアスクリーニングに関する困難とその解決方法に関するワークショップ」を計画し実施した。

ワークショップ対象者

以下の条件を満たす医療従事者

1)苦痛のスクリーニングに困難を感じている緩和ケアチームを対象とする

2)具体的な対象者はがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームに所属する医師、看護師、薬剤師のうちいずれか。ただし参加者は各施設3名以下とする。

ワークショップの内容

緩和ケアスクリーニングの課題と展望についての講義(30分)、9つのテーマに関するグループディスカッション(65分×3)、緩和ケアスクリーニングの運用の実際と課題に関する講義(20分)が行われた。9つのテーマは初年度に本研究班で実施した先行研究の中で、緩和ケアスクリーニングを実施中に経験する困難やその阻害因子として頻度の高かったものから抽出した。参加者は7-8人のグループごとに、各テーマについて、その現状、実際どのような事で困っているのか、どのように解決したら良いのかを話し合った。

アンケート調査

ワークショップ直前・直後・3ヶ月後にアンケ

ート調査を行った。

【直前アンケート】

ワークショップ参加者を対象に、スクリーニングに関する知識、スクリーニングに関する考え、スクリーニングに関する経験、スクリーニング実施の妨げ、に関して1点(全くそう思わない)～10点(とてもそう思う)のリカートスケールを用いて質問した。加えて背景情報として緩和ケアチーム経験歴・スクリーニング経験歴・職種・自施設での外来患者対象のスクリーニングの有無・自施設での入院患者対象のスクリーニングの有無に関して質問した。

【直後アンケート】

ワークショップ参加者に、上記、に加えてワークショップに関する感想を1点(全くそう思わない)～10点(とてもそう思う)のリカートスケールおよび自由記載を用いて質問した。

【3ヶ月後のwebアンケート】

ワークショップ参加者のうち、webアンケートへの参加を希望した対象者に上記、とワークショップで学んだ内容を実践に生かしたかどうか、生かしたとしたらどのような内容を生かしたかについて質問した。

統計解析

直前・直後の考えと知識に関する変化と直前・3ヶ月後のスクリーニング実施時の経験と妨げの変化は、Wilcoxonの符号付き順位検定にて解析した。ワークショップ直前の考えや知識と参加者の背景情報と、ワークショップの内容を3ヶ月後に実践に取り入れたか否かと3ヶ月後のスクリーニングに関する経験とスクリーニング実施の妨げの関連に関してはSpearmanの順位相関係数を計算した。

(倫理面への配慮)

本研究への協力は個人の自由意志によるものとし、本研究に同意をした後でも随時撤回可能であり、不参加・撤回による不利益は生じないことを説明した。また得られた結果は統計学的な処理に利用されるもので、個人のプライバシーは厳重に守られる旨を説明した。

PRO-CTCAE 日本語版による苦痛のスクリーニングシステムの開発

本年度は、PROMsの現状を踏まえ、PRO-CTCAE日本語版をもとに、タブレット端末への実装をおこなった。

PRO-CTCAE自体は、80項目からなる尺度である。

しかし、臨床上全項目を評価することは、患者・医療者の負担を考えると困難であることから、そのうちの主要12項目(食欲不振、咳、呼吸困難、便秘、下痢、吐き気、嘔吐、排尿障害、倦怠感、ホットフラッシュ、痛み、しびれ)を抽出し、基本的な画面構成を組み、タブレットの実施可能性を検討する方向とした。

(倫理面への配慮)

本研究の実施にあたっては、倫理審査委員会の審査を受け、研究内容の妥当性、人権および利益の保護の取り扱い、対策、措置方法について承認を受けることとする。インフォームド・コンセントには十分に配慮し、参加もしくは不参加による不利益は生じないことや研究への参加は自由意思に基づくこと、参加の意思はいつでも撤回可能であること、プライバシーを含む情報は厳重に保護されることを明記し、書面を用いて協力者に説明し、書面にて同意を得る

C. 研究結果

1) がん診断された時からの苦痛のスクリーニング等の有用性の検証

看護師によるスクリーニング・トリアージプログラムのランダム化比較試験

本年度は、主に患者登録を行った。また当初国立がん研究センター東病院単施設で開始していたが、2017年11月より国立がん研究センター中央病院での登録を開始し、多施設研究となった。

平成28年12月に研究倫理審査委員会の承認を得て、平成29年1月に第1例目の登録が行われた。平成30年3月末までに1011名の患者の適格性を評価し、うち104名の患者が対象と判断され、85例(目標症例数206名の41.3%)の症例登録が完了した。同意取得率は81.7%であった。

早期緩和ケア群の患者42名のうち16名に対して、平成30年3月末までに看護師による介入に関するインタビュー調査を完遂し、記録された実際の介入内容と合わせた質的分析を開始している。また、介入した看護師に対するインタビュー調査も実施した。

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

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。

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

「アドバンスケアプランニング(ACP)介入プログラム」は『闘病生活の中で全体的に役に立つと思う』では、64%の患者が「思う」、34%の患者が「とても思う」と回答した。副次評価項目では、「アドバンスケアプランニング(ACP)介入プログラム」によって、『自ら今後の事を考えるきっかけとなった』に対し、63%の患者が「思う」、35%の患者が「とても思う」と回答し、『医療者との話し合いのきっかけとなった』に対し、63%の患者が「思う」、35%の患者が「とても思う」と回答し、『家族と今後の事を話すきっかけとなった』に対し、65%の患者が「思う」、29%の患者が「とても思う」と回答し、『自分の意向が尊重されると思う』に対し、68%の患者が「思う」、27%の患者が「とても思う」と回答し、『医療者との信頼関係が深まると思う』に対し、63%の患者が「思う」、31%の患者が「とても思う」と回答し、『不安を高め負担となると思う』に対し、17%の患者が「思う」、4%の患者が「とても思う」と回答し、『今後のことを考えること自体苦痛となる』に対し、15%の患者が「思う」、4%の患者が「とても思う」と回答した。

2) 苦痛のスクリーニング・トリアージプログラムを全国に普及するための研究

スクリーニング・トリアージプログラムを全国に普及するための研究

研修会申し込みは 113 名あり、当日の参加者は 47 名、ファシリテーターが 9 名であった。

【直前・直後アンケートについて】

ワークショップに参加した 47 名全員から回答

を得た。参加者の背景は以下の通りであった。(表 1)

表.1 参加者背景 (n=47)

		n
専門領域	身体症状緩和医	8
	看護師	39
自施設の外来患者対象のスクリーニング	有	30
自施設の入院患者対象のスクリーニング	有	43
緩和ケアチーム経験歴	平均 5.6年 (標準偏差3.2)	
スクリーニング経験歴	平均 2.2年 (標準偏差1.4)	

ワークショップ直前・直後のスクリーニングに関する知識と考えの変化に関しては、ワークショップ直前と直後の知識は全ての項目で、考えにおいては、スクリーニングの結果を担当医にフィードバックする方法を知っている・スクリーニングの有用性は高い、の 2 項目において有意差が認められた。(表 2)

表2 第2回ワークショップ前後のスクリーニングに関する知識と考えの変化 n=47 (点数が高いほどそのように思っている)

項目	実施前		実施後		p値
	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	
スクリーニングに適切な時期を知っている	6	5.0-8.0	8	8.0-9.0	<0.001
今使用しているスクリーニングツールのメリットとデメリットを知っている	6	4.0-7.0	8	7.0-9.0	<0.001
生活のしやすさに関する質問票について知っている	8	7.0-10.0	9	8.0-10.0	0.016
Support Team Assessment Schedule(STAS)について知っている	8	6.0-9.0	9	8.0-10.0	0.001
Palliative Care Outcome Scale(POS)-Integrated/Palliative Care Outcome Scale(POS)について知っている	3	1.0-2.0	3	2.0-6.0	<0.001
MD Anderson Symptom Inventory(MDASI)を知っている	2	1.0-3.0	3	2.0-5.0	<0.001
Edmonton Symptom Assessment System(ESAS)について知っている	1	1.0-5.0	8	3.0-8.0	<0.001
スクリーニングの質問紙のカットオフ値を知っている	2	1.0-5.0	8	5.0-8.0	<0.001
スクリーニングの結果等データの集積方法を知っている	2	1.0-5.0	8	5.0-8.0	<0.001
スクリーニングの対象患者がわからない	5	2.0-5.0	2	2.0-5.0	0.058
スクリーニングのツールの説明には時間がかかる	6	5.0-8.0	5	3.0-7.0	0.185
スクリーニングツールの記入方法は難しい	5	4.0-7.0	5	4.0-7.0	0.471
スクリーニングの結果を担当医にフィードバックする方法を知っている	5	3.0-7.0	7	5.0-8.0	<0.001
スクリーニングの有用性は高い	6	5.0-8.0	7	6.0-8.0	0.068

Wilcoxonの符号付順位検定
四分位範囲: 25-75%

ワークショップに関する感想は、スクリーニングの実施に関する自信に関しては 7 点以上が 3 割弱であったが、それ以外の項目においては 7 点を超えるものが 5 割を超えていた。(表 3) また、ワークショップの時間に関してはやや長い(2 人)・適切(40 人)・やや短い(5 人)との回答が得られた。

表3 ワークショップの感想 (n=47) (1点:全く思わない~10点:とても思う)

	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点
スクリーニングに対する興味・関心があった	0	0	0	0	1	3	7	12	8	16
スクリーニングに対する意識が変わった	0	0	0	1	3	4	8	13	10	8
スクリーニングに関して困っている事が解決できた	1	0	1	0	10	6	11	16	2	0
今後自施設でスクリーニングに関する指導をするのに役立つ	0	0	0	0	4	2	11	14	8	7
自施設のスクリーニングの実施に自信をつけた	0	4	0	3	10	6	11	9	2	1
ワークショップの内容を十分に理解できた	0	0	2	1	6	2	4	14	10	8
ワークショップは今後役立つ内容だった	0	0	0	0	1	3	6	16	9	12
このようなワークショップは必要である	0	0	0	0	1	0	5	10	10	21
ワークショップの内容に満足できた	0	0	0	0	2	3	7	11	12	12
同僚にこのようなワークショップの参加を勧めたい	0	0	0	0	6	2	8	11	5	15
今後自施設のスクリーニングの実施が変わる	0	2	1	3	4	8	7	13	3	5
ファシリテーターは議論を促進した	0	0	0	0	3	1	3	12	6	22

自由記載においては特に役立った点として、他施設の実際/工夫/方法/解決策/対策/考え方を知ることができた・自施設の問題/課題や解決策が明らかになった・自施設の特徴や良いところを確認できた・病棟スタッフに実施してもらえる方法を知ることができた・リンクナースの活用について学べた・他の職種の巻き込み方がわかった・困難感や悩みを共有できた・ツールについて理解が深まった・スクリーニングのタイミングがわかった・集計データの活用について検討できた等が、改善点としては、失敗例を上げ、その解決法を聞き取った・もう少し、成功例、失敗例の報告を聞きたい・全体でシェアする時間をもう少し長く取れると良い・時間が短い・時間が長い・医師の参加者を増やすべき・もう少し募集人数が多いとうれしい等が挙げられた。

【3ヶ月後のwebアンケートについて】

ワークショップの参加者 47 名のうち 30 名 (64%) が web アンケートに回答した。4 名 (13%) がワークショップの内容を実践に生かしたと回答した。実際に生かした内容として自由記載に、スクリーニングの用紙・運用の見直し、スクリーニングのシステムの構築、リンクナースによるスクリーニング結果のチェック等が挙げられた。

ワークショップ直前と 3 ヶ月後のスクリーニングに関する経験とスクリーニング実施の妨げの変化は全ての項目において有意差が出なかった。

3 ヶ月後の web アンケートでワークショップの内容を実践に取り入れたか否かが、スクリーニング実施の妨げ(スクリーニング陽性だった患者をフォローアップする体制が無い事が妨げになっている) $r=0.426(p=0.02)$ と関連していた。

PRO-CTCAE 日本語版による苦痛のスクリーニングシステムの開発

がん診療連携拠点病院での実装を目指して、ESAS-r ならびに PRO-CTCAE を実装したモデル開発を開始した。端末、サーバーのシステム開発は完了し、電子カルテと連動する前段階までは完成した。

D. 考察

1) がん診断された時からの苦痛のスクリーニング等の有用性の検証

看護師によるスクリーニング・トリアージプログラムのランダム化比較試験

本研究の第 1 例目の症例登録が、平成 29 年 1 月に行われ、その後は比較的順調に症例登録が進んでおけると考えられ、その他大きな問題は生じていない。平成 29 年 11 月からは、研究実施施設を 1 施設から 2 施設に拡大し、症例登録が推進された。

記録された介入内容と患者および看護師に対するインタビュー調査などから、本研究における介入の実際が明らかになると考えられる。また、本研究の結果と合わせて、本研究開始にあたって作成された介入方法の改良が可能となると考えられる。

本研究が完遂し結果が解析されることにより、わが国における看護師によるスクリーニング・トリアージプログラムの提供体制が確立すると考えられる。

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証

看護師によって記録された苦痛 STAS 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) 苦痛 STAS 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、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、苦痛 STAS 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。

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

本調査は、「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」を用いて意思決定支援強化を行った結果、施設全体の終末期ケア質の向上に至った理由を探索するために、「アドバンスケアプランニング(ACP)介入プログラム」に対する患者の認識を明らかにした初めての研究である。

98%の患者が『ACP 介入プログラムは、闘病生活の中で全体的に役に立つ』と回答し、その理由として、『自ら今後の事を考えるきっかけ』『医療者・家族との話し合いのきっかけ』となったこと、『自分の意向が尊重される』と思ったことなどを挙げていた。

本介入プログラムでは、話し合いのきっかけ促進、患者意向の尊重の向上の背景として、自己記入式問診票 Patient-reported outcomes (PROs) としての「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」が大きな役割を果たしていたと思われる。

すなわち、最新の先行研究において、自己記入式問診票 Patient-reported outcomes(PROs)の有用性の系統的レビューがされており(Nat Rev Clin Oncol., 2017;Support Care Cancer. 2018)、それによると、自己記入式問診票 Patient-reported outcomes(PROs)は、医療者

は患者の価値観を取違えずれ生じている可能性があるが、自己記入式問診票 Patient-reported outcomes(PROs)で「はじめて患者の本音を引き出せる可能性」が示唆され(JAMA., 2000;J Palliat Med., 2012 ;JAMA Oncol., 2016)、「自らのことを考えるきっかけとなる」(JAMA Intern Med., 2015)とともに、「アドバンスケアプランニング(ACP)の議論開始のタイミングを捉えられる可能性」が示唆されている(J Palliat Med., 2016)。

本研究で行われた「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」はスクリーニング用紙ではあるが、患者が、この『自己記入式問診票 Patient-reported outcomes(PROs)』に回答することで、患者自身で「今後の自らのことを考えるきっかけになり」、また、医療者と患者の間で価値観のずれがあったとしても、「患者の本音を引き出す」ことが可能となり、患者と医療者間のコミュニケーションが深まり、さらには、患者・家族間、医療者間のコミュニケーションの促進のきっかけとなり(Support Care Cancer. 2018)、施設全体の終末期ケア質が向上したと思われる。

本研究の限界として、単施設のがん専門病院で行われたことである。このため、これらの結果を一般化することはできない。今後、多施設介入を行うことによって、これらの複合的介入の有用性を確認する必要がある。

2) 苦痛のスクリーニング・トライアルプログラムを全国に普及するための研究

スクリーニング・トライアルプログラムを全国に普及するための研究

ワークショップへの参加で、スクリーニングに関する知識 9 項目の全てが参加直後で改善し、ワークショップの有用性が示唆された。スクリーニングに関する考えにおいてはスクリーニングの有用性が再認識され、結果を担当医にフィードバックする方法への認識が改善された。

PRO-CTCAE 日本語版による苦痛のスクリーニングシステムの開発

がん診療連携拠点病院での実装を目指して、ESAS-r ならびに PRO-CTCAE を実装したモデル開発を開始した。端末、サーバーのシステム開発は

完了し、電子カルテと連動する前段階までは完成した。

E . 結論

1)がん診断された時からの苦痛のスクリーニング等の有用性の検証

看護師によるスクリーニング・トリアージプログラム

平成 29 年度は、ランダム化比較試験の症例登録を中心に行い、85 例 (目標症例数 206 名の 41.3%) の症例登録を行った。ランダム化比較試験は問題なく実施可能であることが確認された。

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

苦痛 STAS 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。

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

「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」でスクリーニング陽性となった患者(特に意思決定支援強化が必要な患者)を中心に、施設単位で「アドバンスケアプランニング(ACP)介入プログラム」を行うことで、施設全体の終末期ケアの質が向上した。

今後、自己記入式問診票 Patient-reported outcomes (PROs) としての「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」の有効性につき、多施設研究を行い一般化が可能か確認する必要がある。

2)苦痛のスクリーニング・トリアージプログラムを全国に普及するための研究

スクリーニング・トリアージプログラムを全国に普及するための研究

ワークショップによる好ましい効果が認められ、参加者からも好評であり、その有用性が示唆された。

PRO-CTCAE 日本語版による苦痛のスクリーニングシステムの開発

わが国のがん診療連携拠点病院での実装を目

指した PROMs システムの開発を行った。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

1 . 論文発表

1. Matsuo N, Morita T, Matsuda Y, Okamoto K, Matsumoto Y, Kaneishi K, Odagiri T, Sakurai H, Katayama H, Mori I, Yamada H, Watanabe H, Yokoyama T, Yamaguchi T, Nishi T, Shirado A, Hiramoto S, Watanabe T, Kohara H, Shimoyama S, Aruga E, Baba M, Sumita K, Iwase S. Predictors of responses to corticosteroids for anorexia in advanced cancer patients: a multicenter prospective observational study. Support Care Cancer, 25: 41-50, 2017.
2. Matsuo N, Morita T, Matsuda Y, Okamoto K, Matsumoto Y, Kaneishi K, Odagiri T, Sakurai H, Katayama H, Mori I, Yamada H, Watanabe H, Yokoyama T, Yamaguchi T, Nishi T, Shirado A, Hiramoto S, Watanabe T, Kohara H, Shimoyama S, Aruga E, Baba M, Sumita K, Iwase S. Predictors of delirium in corticosteroid-treated patients with advanced cancer: An exploratory, multicenter, prospective, observational study. J Palliat Med. 20: 352-359, 2017.
3. Mori M, Shirado AN, Morita T, Okamoto K, Matsuda Y, Matsumoto Y, Yamada H, Sakurai H, Aruga E, Kaneishi K, Watanabe H, Yamaguchi T, Odagiri T, Hiramoto S, Kohara H, Matsuo N, Katayama H, Nishi T, Matsui T, Iwase S. Predictors of response to corticosteroids for dyspnea in advanced cancer patients: a preliminary multicenter prospective observational study. Support Care Cancer. 25: 1169-1181, 2017.
4. Yamada T, Morita T, Maeda I, Inoue S, Ikenaga M, Matsumoto Y, Baba M, Sekine R, Yamaguchi T, Hirohashi T, Tajima T, Tatara R, Watanabe H, Otani

- H, Takigawa C, Matsuda Y, Ono S, Ozawa T, Yamamoto R, Shishido H, Yamamoto N. A prospective, multicenter cohort study to validate a simple performance status-based survival prediction system for oncologists. *Cancer*. 123:, 2017.
5. Watanabe YS, Matsumoto Y, Morita T, et al. Comparison of indicators for achievement of pain control with a personalized pain goal in comprehensive cancer center. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Dec 14. [Epub ahead of print]
 6. 松本禎久. がん患者への早期からの緩和ケア提供. *千葉県医師会雑誌* 2017 ; 69 : 468-469
 7. 松本禎久. 早期からの緩和ケア コトハジメ 日本での実証研究の今. *緩和ケア* 28 (1) : 38-41 , 2018
 8. 五十嵐尚子, 木澤義之他. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する多施設遺族調査における結果のフィードバックの活用状況. *Palliative Care Research*. (ア) 12 巻 1 号:131-139, 2017.
 9. 木澤義之, 坂下明大他. 緩和ケアとエンド・オブ・ライフ(終末期ケア). *肺癌*, 57 巻: 720-722, 2017.
 10. 青山真帆, 木澤義之他. 宗教的背景のある施設において患者の望ましい死の達成度が高い理由—全国のホスピス・緩和ケア病棟 127 施設の遺族調査の結果から—. *Palliative Care Research*. 12 巻 2 号: 211-220, 2017.
 11. 木澤義之, 長岡広香. 早期緩和ケア介入の意義とアドバンス・ケア・プランニングの実践ポイント. *薬局*, 68 巻 8 号:2786-2791, 2017.
 12. 木澤義之, 山本亮. 緩和ケア研修会 PEACE プロジェクトの成果と展望. *癌と化学療法* 44 巻 7 号:541-544, 2017.
 13. 木澤義之. 意思決定支援. *日本医師会雑誌* 146 巻 5 号:965, 2017.
 14. 木澤義之. 【心疾患・COPD・神経疾患の緩和ケア がんとは何が同じで、どこがちがうか】わが国の政策と診療報酬の動向. *緩和ケア*, 27 巻 6 月増刊:8-11, 2017.
 15. 岸野 恵, 木澤義之他. がん患者が答えやすい痛みの尺度-鎮痛水準測定法開発のための予備調査. *ペインクリニック*, 38 巻 1 号:93-98, 2017.
 16. 長岡広香, 木澤義之他. がん診療連携拠点病院のソーシャルワーカー・退院調整看護師から見た緩和ケア病棟転院の障壁. *Palliative Care Research*. 12 巻 4 号, 789-799, 2017.
 17. Yamashita R, Kizawa Y, et.al. Unfinished Business in Families of Terminally Ill With Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage*. 54(6):861-869, 2017.
 18. Aoyama M, Kizawa Y, et.al. The Japan HOspice and Palliative Care Evaluation Study 3: Study Design, Characteristics of Participants and Participating Institutions, and Response Rates. *Am Hosp Palliat Care*. 34(7):654-664, 2017.
 19. Mori M, Kizawa Y, et.al. Talking about death with terminally-ill cancer patients: What contributes to the regret of bereaved family members? *J Pain Symptom Manage*. Epub ahead of print, 2017.
 20. Hamano J, Kizawa Y, et.al. Trust in Physicians, Continuity and Coordination of Care, and Quality of Death in Patients with Advanced Cancer. *J Palliat Med*. 20(11):1252-1259, 2017.
 21. Hirooka K, Kizawa Y, et.al. End-of-life experiences of family caregivers of deceased patients with cancer: A nation-wide survey *Psycho Oncology*. Epub ahead of print, 2017.
 22. Momo K, Kizawa Y, et.al. Assessment of indomethacin oral spray for the treatment of oropharyngeal mucositis-induced pain during anticancer therapy. *Supportive Care in Cancer*. Epub ahead of print, 2017.
 23. Otani H, Kizawa Y, et.al. Meaningful Communication Before Death, but Not Present at the Time of Death Itself, is Associated with Better Outcomes on Measures of Depression and Complicated Grief Among Bereaved Family Members of Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage*. 54(3):273-279,

- 2017.
24. Yamaguchi T, Kizawa Y, et.al. Effects of End-of-Life Discussions on the Mental Health of Bereaved Family Members and Quality of Patient Death and Care. *J Pain Symptom Manage.* 54 (1) :17-26, 2017.
 25. Hatano Y, Kizawa Y, et.al. The relationship between cancer patients' place of death and bereaved caregivers' mental health status. *Psycho Oncology*, 26(11):1959-1964, 2017.
 26. Kanoh A, Kizawa Y, et.al. End-of-life care and discussions in Japanese geriatric health service facilities: A nationwide survey of managing directors' viewpoints *American Journal of Hospice and Palliative Medicine.* Epub ahead of print, 2017.
 27. Miura H, Kizawa Y, et.al. Benefits of the Japanese version of the advance care planning facilitators education program. *Geriatr Gerontol Int.* 350-352, 2017.
 28. Yamamoto S, Kizawa Y, et.al. Decision Making Regarding the Place of End-of-Life Cancer Care: The Burden on Bereaved Families and Related Factors *J Pain Symptom Manage.* 53 (5) :862-870, 2017.
 29. Yotani N, Kizawa Y, et.al. Differences between Pediatricians and Internists in Advance Care Planning for Adolescents with Cancer. *J Pediatr.* 182(3): 356-362, 2017.
 30. Morita T, Kizawa Y, et.al. Continuous Deep Sedation: A Proposal for Performing More Rigorous Empirical Research. *J Pain Symptom Manage.* 53 (1) :146-152, 2017 .
 31. Yotani N, Kizawa Y, et.al. Advance care planning for adolescent patients with life-threatening neurological conditions: a survey of Japanese paediatric neurologists. *BMJ Pediatrics Open.* Epub ahead of print, 2017.
 32. Sakashita A, Kizawa Y, et.al. Which research questions are important for the bereaved families of palliative care cancer patients? A nationwide survey. *J Pain Symptom Manage.* Epub ahead of print, 2017.
 33. Shinjo T, Kizawa Y, et.al. Japanese physicians' experiences of terminally ill patients voluntarily stopping eating and drinking: a national survey. *BMJ Support Palliative Care.* Epub ahead of print, 2017
 34. Kobayakawa M, Kizawa Y, et.al. Psychological and psychiatric symptoms of terminally ill patients with cancer and their family caregivers in the home-care setting: A nation-wide survey from the perspective of bereaved family Members in Japan. *Psychosom Res.* 103(12): 127-132, 2017.
 35. Mori M, Kizawa Y, et.al. "What I Did for My Loved One Is More Important than Whether We Talked About Death": A Nationwide Survey of Bereaved Family Members. *J Palliat Med.* Epub ahead of print, 2017.
 36. Hamano J, Kizawa Y, et.al. A nationwide survey about palliative sedation involving Japanese palliative care specialists: Intentions and key factors used to determine sedation as proportionally appropriate. *J Pain Symptom Manage.* Epub ahead of print, 2017.
 37. Kakutani K, Kizawa Y, et.al. Prospective Cohort Study of Performance Status and Activities of Daily Living After Surgery for Spinal Metastasis. *Clin Spine Surg.* 30(8):E1026-E1032, 2017.
 38. Nakazawa Y, Kizawa Y, et.al. Changes in nurses' knowledge, difficulties, and self-reported practices toward palliative care for cancer patients in Japan: an analysis of two nationwide representative surveys in 2008 and 2015. *J Pain Symptom Manage.* Epub ahead of print, 2017.
 39. Matsuoka H, Kizawa Y, et.al. Study protocol for a multi-institutional, randomised, double-blinded, placebo-controlled phase III trial investigating additive efficacy of duloxetine for neuropathic cancer pain

- refractory to opioids and gabapentinoids: the DIRECT study. *BMJ Open*. 7(8):e017280, 2017.
40. Miyazaki S, Kizawa Y, et.al. Quality of life and cost-utility of surgical treatment for patients with spinal metastases: prospective cohort study. *Int Orthop*. 41(6):1265-1271, 2017.
 41. Morita T, Kizawa Y, et.al. Continuous Deep Sedation: A Proposal for Performing More Rigorous Empirical Research. *J Pain Symptom Manage*. 53(1):146-152, 2017.
 42. Aoyama M, Kizawa Y, et.al. Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. *Psycho-Oncology*, 1-7, 2017.
 43. 五十嵐尚子, 木澤義之他. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する多施設遺族調査における結果のフィードバックの活用状況. *Palliative Care Research*. 12 巻 1 号:131-139, 2017.
 44. 木澤義之, 坂下明大他. 緩和ケアとエンド・オブ・ライフ(終末期ケア). *肺癌*, 57 巻: 720-722, 2017.
 45. 青山真帆, 木澤義之他. 宗教的背景のある施設において患者の望ましい死の達成度が高い理由—全国のホスピス・緩和ケア病棟 127 施設の遺族調査の結果から—. *Palliative Care Research*. 12 巻 2 号: 211-220, 2017.
 46. 木澤義之, 長岡広香. 早期緩和ケア介入の意義とアドバンス・ケア・プランニングの実践ポイント. *薬局*, 68 巻 8 号:2786-2791, 2017.
 47. 木澤義之, 山本亮. 緩和ケア研修会 PEACE プロジェクトの成果と展望. *癌と化学療法* 44 巻 7 号:541-544, 2017.
 48. 木澤義之. 意思決定支援. *日本医師会雑誌* 146 巻 5 号:965, 2017.
 49. 木澤義之. 【心疾患・COPD・神経疾患の緩和ケア がんとは何が同じで、どこがちがうか】わが国の政策と診療報酬の動向. *緩和ケア*, 27 巻 6 月増刊:8-11, 2017.
 50. 岸野 恵, 木澤義之他. がん患者が答えやすい痛みの尺度-鎮痛水準測定法開発のための予備調査. *ペインクリニック*, 38 巻 1 号:93-98, 2017.
 51. 長岡広香, 木澤義之他. がん診療連携拠点病院のソーシャルワーカー・退院調整看護師から見た緩和ケア病棟転院の障壁. *Palliative Care Research*. 12 巻 4 号, 789-799, 2017.
 52. Onishi H, Ishida M, Tanahashi I, Takahashi T, Taji Y, Ikebuchi K, Furuya D, Akechi T: Subclinical thiamine deficiency in patients with abdominal cancer Palliat Support Care, in press
 53. Ogawa S, Kondo M, Ino K, Ii T, Imai R, Furukawa TA, Akechi T: Fear of Fear and Broad Dimensions of Psychopathology over the Course of Cognitive Behavioural Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia in Japan *East Asian Archives of Psychiatry*, in press
 54. Furukawa TA, Horikoshi M, Fujita H, Tsujino N, Jinnin R, Kato Y, Ogawa S, Sato H, Kitagawa N, Sinagawa Y, Ikeda Y, Imai H, Tajika A, Ogawa Y, Takeshima N, Akechi T, Yamada M, Shimodera S, Watanabe N, Inagaki M, Hasasegawa A, Investigators ff: How do people use and benefit from smartphone CBT? Content analyses of completed cognitive and behavioral skills exercises with Kokoro-app *Journal of Medical Internet Research*, in press
 55. Sugiyama Y, Kataoka T, Tasaki Y, Kondo Y, Sato N, Naiki T, Sakamoto N, Akechi T, Kimura K: Efficacy of tapentadol for first-line opioid-resistant neuropathic pain in Japan *Jpn J Clin Oncol*, 2018
 56. Onishi H, Ishida M, Tanahashi I, Takahashi T, Ikebuchi K, Taji Y, Kato H, Akechi T: Early detection and successful treatment of Wernicke's encephalopathy in outpatients without the complete classic triad of symptoms who attended a psycho-oncology clinic *Palliat Support Care*: 1-4, 2018
 57. Sakamoto N, Takiguchi S, Komatsu H, Okuyama T, Nakaguchi T, Kubota Y, Ito Y, Sugano K, Wada M, Akechi T: Supportive care needs and psychological distress and/or quality of life in ambulatory advanced colorectal cancer

- patients receiving chemotherapy: a cross-sectional study *Jpn J Clin Oncol*: 1-5, 2017
58. Onishi H, Ishida M, Tanahashi I, Takahashi T, Taji Y, Ikebuchi K, Furuya D, Akechi T: Wernicke encephalopathy without delirium in patients with cancer *Palliat Support Care*: 1-4, 2017
 59. Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, Furukawa TA: Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis *Cancer Treat Rev* 56: 16-27, 2017
 60. Ogawa S, Kondo M, Okazaki J, Imai R, Ino K, Furukawa TA, Akechi T: The relationships between symptoms and quality of life over the course of cognitive-behavioral therapy for panic disorder in Japan *Asia-Pacific psychiatry : official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists* 9, 2017
 61. Ogawa S, Kondo M, Ino K, Ii T, Imai R, Furukawa TA, Akechi T: Fear of Fear and Broad Dimensions of Psychopathology over the Course of Cognitive Behavioural Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia in Japan *East Asian archives of psychiatry : official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya jing shen ke xue zhi : Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan* 27: 150-155, 2017
 62. Ogawa S, Imai R, Suzuki M, Furukawa TA, Akechi T: The Mechanisms Underlying Changes in Broad Dimensions of Psychopathology During Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder *Journal of clinical medicine research* 9: 1019-1021, 2017
 63. Momino K, Mitsunori M, Yamashita H, Toyama T, Sugiura H, Yoshimoto N, Hirai K, Akechi T: Collaborative care intervention for the perceived care needs of women with breast cancer undergoing adjuvant therapy after surgery: a feasibility study *Jpn J Clin Oncol* 47: 213-220, 2017
 64. Ino K, Ogawa S, Kondo M, Imai R, Ii T, Furukawa TA, Akechi T: Anxiety sensitivity as a predictor of broad dimensions of psychopathology after cognitive behavioral therapy for panic disorder *Neuropsychiatr Dis Treat* 13: 1835-1840, 2017
 65. Akechi T, Suzuki M, Hashimoto N, Yamada T, Yamada A, Nakaaki S: Different pharmacological responses in late-life depression with subsequent dementia: a case supporting the reserve threshold theory *Psychogeriatrics*, 2017
 66. Akechi T, Aiki S, Sugano K, Uchida M, Yamada A, Komatsu H, Ishida T, Kusumoto S, Iida S, Okuyama T: Does cognitive decline decrease health utility value in older adult patients with cancer? *Psychogeriatrics* 17: 149-154, 2017
 67. Aiki S, Okuyama T, Sugano K, Kubota Y, Imai F, Nishioka M, Ito Y, Iida S, Komatsu H, Ishida T, Kusumoto S, Akechi T: Cognitive dysfunction among newly diagnosed older patients with hematological malignancy: frequency, clinical indicators and predictors *Jpn J Clin Oncol*: 1-7, 2017
 68. Morita T, Kizawa Y, et al. Continuous deep sedation: A proposal for performing more rigorous empirical research. *J Pain Symptom Manage* 53(1):146-152,2017.
 69. Matsuo N, Morita T, Matsumoto Y, et al. Predictors of responses to corticosteroids for anorexia in advanced cancer patients: a multicenter prospective observational study. *Support Care Cancer* 25(1):41-50,2017.
 70. Miyashita M, Morita T, et al. Development the care evaluation scale version 2.0: a modified version of a measure for bereaved family members to evaluate the structure and process of palliative care for cancer patient. *BMC Palliat Care* 16(1):8,2017.
 71. Fujii A, Morita T, et al. Longitudinal assessment of pain management with the pain management index in cancer outpatients receiving chemotherapy. *Support Care Cancer* 25(3):925-932,2017.

72. Yamaguchi T, Morita T, et al. Palliative care development in the Asia-Pacific region: an international survey from the Asia Pacific Hospice Palliative Care Network (APHN). *BMJ Support Palliat Care* 7(1):23-31,2017.
73. Hamano J, Morita T, et al. Adding items that assess changes in activities of daily living does not improve the predictive accuracy of the palliative prognostic index. *Palliat Med* 31(3):258-266,2017.
74. Okamoto Y, Morita T, et al. Desirable information of opioids for families of patients with terminal cancer: The bereaved family members' experiences and recommendations. *Am J Hosp Palliat Care* 34(3):248-253,2017.
75. Mori M, Morita T, Matsumoto Y, et al. Predictors of response to corticosteroids for dyspnea in advanced cancer patients: a preliminary multicenter prospective observational study. *Support Care Cancer* 25(4):1169-1181,2017.
76. Matsuo N, Morita T, Matsumoto Y, et al. Predictors of delirium in corticosteroid-treated patients with advanced cancer: An exploratory, multicenter, prospective, observational study. *J Palliat Med* 20(4):352-359,2017.
77. Yamada T, Morita T, Matsumoto Y, Otani H, et al. A prospective, multicenter cohort study to validate a simple performance status-based survival prediction system for oncologist. *Cancer* 123(8):1442-1452,2017.
78. Yamamoto S, Morita T, Kizawa Y, et al. Decision making regarding the place of end-of-life cancer care: The burden on bereaved families and related factors. *J Pain Symptom Manage* 53(5):862-870,2017.
79. Naito AS, Morita T, et al. Screening using the fifth vital sign in the electronic medical recording system. *Jpn J Clin Oncol* 47(5):430-433,2017.
80. Morita T, et al. Author's reply to rady and verheijde. *J Pain Symptom Manage* 53(6):e12-e13,2017.
81. Morita T, et al. Author's reply to twycross. *J Pain Symptom Manage* 53(6):e15-e16,2017.
82. Amano K, Morita T, et al. C-reactive protein, symptoms and activity of daily living in patients with advanced cancer receiving palliative care. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 8(3):457-465,2017.
83. Yamaguchi T, Kizawa Y, Morita T, et al. Effects of end-of-life discussions on the mental health of bereaved family members and quality of patient death and care. *J Pain Symptom Manage* 54(1):17-26,2017.
84. Matsuoka H, Kizawa Y, Morita T, et al. Study protocol for a multi-institutional, randomized, double-blinded, placebo-controlled phase trial investigating additive efficacy of duloxetine for neuropathic cancer pain refractory to opioids and gabapentinoids: the DIRECT study. *BMJ Open* 7(8):e017280,2017.
85. Uneno Y, Morita T, et al. Development and validation of a set of six adaptable prognosis prediction (SAP) models based on time-series real-world big data analysis for patients with cancer receiving chemotherapy: A multicenter case crossover study. *PLoS One* 12(8):e0183291,2017.
86. Shimizu M, Morita T, et al. Validation study for the brief measure of quality of life and quality of care: A questionnaire for the national random sampling hospital survey. *Am J Hosp Palliat Care* 34(7):622-631,2017.
87. Aoyama M, Morita T, Kizawa Y, et al. The Japan Hospice and Palliative Care Evaluation Study 3: Study design, characteristics of participants and participating institutions and response rates. *Am J Hosp Palliat Care* 34(7):654-664,2017.
88. Otani H, Morita T, Kizawa Y, et al. Meaningful communication before death, but not preset at the time of death itself, is associated with better outcomes on measures of depression and complicated grief among bereaved family members of cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 54(3):273-279,2017.

89. Takahashi R, Morita T, et al. Variations in denominators and cut-off points of pain intensity in the pain management index: A methodological systematic review. *J Pain Symptom Manage* 54(5):e1-e4,2017.
90. Hamano J, Morita T, et al. Trust in physicians, continuity and coordination of care and quality of death in patients with advanced cancer. *J Palliat Med* 20(11):1252-1259,2017.
91. Hatano Y, Morita T, Kizawa Y, et al. The relationship between cancer patients' place of death and bereaved caregivers' mental health status. *Psychooncology* 26(11):1959-1964,2017.
92. Kobayakawa M, Morita T, Kizawa Y, et al. Psychological and psychiatric symptoms of terminally ill patients with cancer and their family caregivers in the home-care setting: A nation-wide survey from the perspective of bereaved family members in Japan. *J Psychosomatic Research* 103:127-132,2017.
93. Yamashita R, Morita T, Kizawa Y, et al. Unfinished business in families of terminally ill with cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 54(6):861-869,2017.
94. Mori M, Morita T, Kizawa Y, et al. Talking about death with terminally-ill cancer patients: What contributes to the regret of bereaved family members? *J Pain Symptom Manage* 54(6):853-860,2017.
95. Watanabe YS, Matsumoto Y, Morita T, et al. Comparison of indicators for achievement of pain control with a personalized pain goal in comprehensive cancer center. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Dec 14. [Epub ahead of print]
96. Aoyama M, Morita T, Kizawa Y, et al. Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. *Psychooncology*. 2017 Dec 16. [Epub ahead of print]
97. Imai K, Morita T, et al. Efficacy of two types of palliative sedation therapy defined using intervention protocols: proportional vs. deep sedation. *Support Care Cancer*. 2017 Dec 14. [Epub ahead of print]
98. Hanada R, Morita T, et al. Efficacy and safety of reinfusion of concentrated ascetic fluid for malignant ascites: a concept-proof study. *Support Care Cancer*. 2017 Nov 22. [Epub ahead of print]
99. Mori M, Morita T, Kizawa Y, et al. "What I did for my loved one is more important than whether we talked about death": A nationwide survey of bereaved family members. *J Palliat Med*. 2017 Nov 20. [Epub ahead of print]
100. Shinjo T, Morita T, Kizawa Y, et al. Japanese physicians' experiences of terminally ill patients voluntarily stopping eating and drinking: a national survey. *BMJ Support Palliat Care*. 2017 Nov 8. [Epub ahead of print]
101. Hamano J, Morita T, Kizawa Y, et al. A nationwide survey about palliative sedation involving Japanese palliative care specialists: Intentions and key factors used to determine sedation as proportionally appropriate. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Oct 19. [Epub ahead of print]
102. Tsukuura H, Morita T, et al. Efficacy of prophylactic treatment for oxycodone-induced nausea and vomiting among patients with cancer pain (POINT): A randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *Oncologist*. 2017 Oct 16. [Epub ahead of print]
103. Hatano Y, Morita T, Otani H, et al. Physician behavior toward death pronouncement in palliative care units. *J Palliat Med*. 2017 Sep 25. [Epub ahead of print]
104. 岸野恵, 木澤義之, 森田達也, 他. がん患者が答えやすい痛みの尺度 鎮痛水準測定方法開発のための予備調査 . *ペインクリニック* 38(1):93-98,2017.
105. 森田達也. 落としてはいけない Key article 第 13 回治療効果を測定するのは NRS の変化でいいのか? . *緩和ケア* 27(1):53-57,2017.
106. 森田達也. 終末期の苦痛がなくなる

- 時、何が選択できるのか？ - 苦痛緩和のための鎮静〔セデーション〕. 医学書院. 東京. 2017.2.
107. 森田達也. 落としてはいけない Key article 第14回メサドンは神経障害性疼痛に初回治療として経皮フェンタニルよりも有効らしい. 緩和ケア 27(2):125-129,2017.
108. 五十嵐尚子, 森田達也, 木澤義之, 他. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する多施設遺族調査における結果のフィードバックの活用状況. Palliat Care Res 12(1):131-139,2017.
109. 日下部明彦, 森田達也, 他. 「地域の多職種でつくった死亡診断時の医師の立ち居振る舞いについてのガイドブック」の医学教育に用いた報告. Palliat Care Res 12(1):906-910,2017.
110. 森田達也. 落としてはいけない Key article 第15回終末期せん妄に抗精神病薬は無効で、生命予後も短くする?. 緩和ケア 27(3):196-202,2017.
111. 小田切拓也, 森田達也, 他. ホスピス・緩和ケア病棟から存命退院した患者の退院後の療養場所と死亡確認場所に関する全国調査. 癌の臨床 63(2):159-165,2017.
112. 青山真帆, 森田達也, 木澤義之, 他. 宗教的背景のある施設において患者の望ましい死の達成度が高い理由 全国のホスピス・緩和ケア病棟 127 施設の遺族調査の結果から. Palliat Care Res 12(2):211-220,2017.
113. 森田達也, 他 (編集者). 苦い経験から学ぶ! 緩和医療ピットフォールファイル. 南江堂. 東京. 2017.6.
114. 森田達也. 落としてはいけない Key article 第16回死前喘鳴の薬物療法を考える. 緩和ケア 27(4):270-275,2017.
115. José L. Pereira (著者), 丹波嘉一郎, 他 (監訳). Pallium Canada 緩和ケアポケットブック Pallium Palliative Pocketbook Second Edition. メディカル・サイエンス・インターナショナル. 東京. 2017.8
116. 佐久間由美, 森田達也. 外来緩和ケアのマネジメントのコツ 「緩和ケア外来」というより、「外来の緩和ケアチーム」. 緩和ケア 27(5):306-313,2017.
117. 森田達也. 落としてはいけない Key article 第17回モルヒネはがんの進行を促進するが、メチルナルトレキソンは抑制する?. 緩和ケア 27(5):344-347,2017.
118. 日本がんサポーターシップケア学会 (編). がん薬物療法に伴う抹消神経障害マネジメントの手引き 2017 年版. 金原出版(株). 東京. 2017.10
119. 児玉麻衣子, 森田達也, 他. Good Death Scale (GDS) 日本語版訳の作成と言語的妥当性の検討. Palliat Care Res 12(4):311-316,2017.
120. 鈴木梢, 森田達也, 他. 緩和ケア病棟で亡くなったがん患者における補完代替医療の使用実態と家族の体験. Palliat Care Res 12(4):731-738,2017.
121. 塩崎麻里子, 森田達也, 他. がん患者遺族の終末期における治療中止の意思決定に対する後悔と心理的対処: 家族は治療中止の何に、どのような理由で後悔しているのか? Palliat Care Res 12(4):753-760,2017.
122. 山口崇, 森田達也 (企画担当). 呼吸困難 ~エビデンスはそうだけど、実際はこれもいいよね. 特集にあたって. 緩和ケア 27(6):376,2017.
123. 森田達也, 他. 落としてはいけない Key article 第18回非劣性試験って何? 粘膜吸収性フェンタニル vs. モルヒネ皮下注射. 緩和ケア 27(6):424-428,2017.
124. 伊藤怜子, 森田達也, 他. Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)を使用した日本における一般市民を対象とした身体症状・精神症状の有症率と強度、苦痛の程度の現状. Palliat Care Res 12(4):761-770,2017.
125. 山口健也, 森田達也, 他. 経胃的にドレナージし症状緩和を得た卵巣癌に伴う被包化腹水の1例. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 40(4):186-188,2017.
126. Otani H, et al. Meaningful communication prior to death, but not presence at the time of death itself, is associated with better outcomes on measures of depression and complicated grief among bereaved family members of

- cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2017;54:273-279.
127. Otani H, et al. The death of terminal cancer patients: The distress experienced by their children and medical professionals who provide the children with support care. *BMJ Support Palliat Care.* 2017 in press.
 128. Yamada T, Otani H, et al. A prospective multicenter cohort study to validate a simple, performance status based, survival prediction system for oncologists. *Cancer.* 2017;123:1442-1452.
 129. Hirooka K, Otani H, et al. End-of-life experiences of family caregivers of deceased patients with cancer: A nation-wide survey. *Psycho-Oncology.* 2017 in press.
 130. Hatano Y, Otani H, et al. Physician behavior toward death pronouncement in palliative care units. *Journal of Palliative Medicine.* 2017 in press.
 131. 大谷弘行 . 終末期の意思決定の考え方. *精神科* 2017;31:302-306.
 132. 大谷弘行. 苦い経験から学ぶ! 緩和医療ピットフォール ファイル 南江堂 東京 2017 p45-47.
 133. Nakanishi M, Okumura Y, Ogawa A. Physical restraint to patients with dementia in acute physical care settings: effect of the financial incentive to acute care hospitals. *International Psychogeriatrics.* inpress.
 134. Hirooka K, Fukahori H, Taku K, Togari T, Ogawa A. Quality of death, rumination, and posttraumatic growth among bereaved family members of cancer patients in home palliative care. *Psychooncology.* 2017;26(12):2168-2174. Apr 22. PubMed PMID: 28432854.
 135. Hirooka K, Fukahori H, Taku K, Togari T, Ogawa A. Examining Posttraumatic Growth Among Bereaved Family Members of Patients With Cancer Who Received Palliative Care at Home. *Am J Hosp Palliat Care.* 2017;35(2):211-217. Jan 01:1049909117703358. PubMed PMID: 28393544.
 136. 小川朝生. せん妄 適確にアセスメントをし、せん妄を予防する. *看護科学研究.* 2017;15(2):45-9.
 137. 小川朝生. がん患者の包括的アセスメントとチーム医療の実践. *薬局.* 2017;68(8):30-5.
 138. 小川朝生. サイコオネコロジストの立場から. *日本医師会雑誌.* 2017;146(5):937-40.
 139. 小川朝生. 医療における意思決定能力の評価. *緩和ケア.* 2017;27(4):263.
 140. 小川朝生. 寝かしたほうがよい不眠、寝かさなくてよい不眠 閾値下せん妄を見つける. *緩和ケア.* 2017;27(4):241-5.
 141. 小川朝生. サイコオネコロジの意義と診療の実際. *新薬と臨牀.* 2017;66(5):66-9.
 142. 小川朝生. 《がんサポートのいま》 がんサバイバー支援とピアサポート. *Modern Physician.* 2017;37(10):1032-5.
 143. 小川朝生. 認知症・せん妄の緩和ケア. *精神科.* 2017;31(4):295-301.
 144. 小川朝生. せん妄対策が変わってきた! 「DELTA プログラム」ってどんなもの?. *エキスパートナース.* 2017;33(12):51-7.
- 2 . 学会発表
1. Okizaki A, Miura T, Morita T, Tagami K, Fujimori M, Matsumoto Y, Watanabe Y, Handa S, Kato Y, Kinoshita H. Opioid Analgesics Medication Adherence in Japanese Outpatients with Cancer Pain at a Comprehensive Cancer Center: A Survey of Opioid Analgesics Medication Adherence in Clinical Practice (SOAP). 15th World Congress of the European Association for Palliative Care, Madrid, May 2017.
 2. Mori M, Morita T, Matsuda Y, Yamada H, Kaneishi K, Matsumoto Y, Matsuo N, Odagiri T, Aruga E, Kuchiba A, Yamaguchi T, Iwase S., J-FIND Study Group. Changes in Communication Capacity of Terminally-Ill Cancer Patients with Refractory Dyspnea: A Multicenter Prospective Observation Study . 15th World Congress of the

- European Association for Palliative Care, Madrid, May 2017.
3. Miura T, Okizaki A, Tagami K, Watanabe Y, Uehara Y, Matsumoto Y, Kawaguchi T, Morita T. Personalized Symptom Goals in Comprehensive Cancer Center in Japan . 15th World Congress of the European Association for Palliative Care, Madrid, May 2017.
 4. Tagami K, Okizaki A, Miura T, Watanabe Y, Matsumoto Y, Morita T, Uehara Y, Fujimori M, Kinoshita H. Characteristics of Breakthrough Cancer Pain at a Comprehensive Cancer Center in Japan. 15th World Congress of the European Association for Palliative Care, Madrid, May 2017.
 5. Matsumoto Y, Fujisawa D, Morita T, Yamaguchi T, Umemura S, Miyaji T, Mashiko T, Kobayashi N, Okizaki A, Mori M, Kinoshita H, Uchitomi Y. Nurse-led, screening-triggered early specialized palliative care intervention program for advanced lung cancer patients : randomized controlled trial. PaCCSC 9th Annual Research Forum , Sydney, February 2018
 6. 上原優子, 松本禎久, 三浦智史, 他. がんの痛みに対する硬膜外鎮痛法の実態調査: 高度がん専門病院にける後方視的検討. 第 22 回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 7. 小林成光, 三浦智史, 松本禎久, 他. 高度がん専門病院における緩和医療科外来初診患者の経時的変化. 第 22 回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 8. 田上恵太, 三浦智史, 松本禎久, 他. 本邦における患者個別の症状緩和の目標となる、Personalized Symptom Goal の特徴. 第 22 回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 9. 藤城法子, 三浦智史, 松本禎久, 他. 患者遺族からみた自宅における医療用麻薬の管理に関する実態調査. 第 22 回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 10. 小川朝生, 上杉英生, 松本禎久, 他. ICT を用いた包括的症状スクリーニング・システムの開発. 第 22 回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 11. 南口陽子, 荒尾晴恵, 松本禎久, 他. 苦痛のスクリーニングでトリガーされた患者のフォローアップ方法における課題と対策. 第 22 回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 12. 松本禎久, 上原優子, 田上恵太. 硬膜外鎮痛が有効であったメサドン無効例の検討. 日本ペインクリニック学会第 51 回大会. 2017.7 岐阜
 13. 上原優子, 田上恵太, 松本禎久, 他. がん疼痛の軽減を目的とした放射線治療に硬膜外鎮痛を併用した症例の後方視的検討. 日本ペインクリニック学会第 51 回大会. 2017.7 岐阜
 14. 馬場美華, 白川 透, 松本禎久, 他. がん患者のオピオイドに対するケミカルコーピングの頻度および関連因子についての前向きコホート研究. 日本ペインクリニック学会第 51 回大会. 2017.7 岐阜
 15. 三浦智史, 松本禎久. 高度がん専門病院の緩和医療科外来受診患者に関する検討. 第 15 回日本臨床腫瘍学会学術集会. 2017.7 神戸
 16. 坂本はと恵, 飯田 洋子, 松本禎久, 他. がん教室開催を通じた全人的ケア提供の試み. 第 48 回日本臓器学会大会. 2017.7 京都
 17. 三浦智史, 松本禎久. 高度がん専門病院における消化器がん患者の緩和医療科外来受診患者に関する検討. 第 59 回日本消化器病学会大会. 2017.10 福岡
 18. 内田恵, 奥山徹, 松本禎久, 他. がん患者の苦痛に関するスクリーニング・トリージプログラムを普及するためのワークショップの有用性. 第 30 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2017.10 品川
 19. 松本禎久. 高齢がん患者の治療をめぐる - 意向の異なる患者と家族の支援を緩和医療科医師がいかに行うか. 第 30 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2017.10 品川
 20. 松本禎久. 早期からの緩和ケア提供におけるチームアプローチ. 第 30 回総合病院精神医学会総会. 2017.11 富山
 21. 明智龍男. (2017年6月). シンポジウム「エンドオブライフからみた老年精神医学」

- 死にゆく終末期がん患者に対する新たなアプローチ：ディグニティセラピーから学んだこと。第32回日本老年精神医学会，名古屋。
22. 明智龍男. (2017年6月). 教育講演 高齢がん患者の精神症状の評価とマネジメント：老年精神科医が知っておきたいエッセンス. 第32回日本老年精神医学会，名古屋.
 23. 明智龍男. (2017年8月). 特別講演 精神科医になるということ. 札幌医科大学医学部神経精神医学講座夏季セミナー，札幌.
 24. 明智龍男. (2017年9月). 市民公開講座「一人ひとりのがん 予防・治療・共生」がんとこころのケア 治療とその後の気持ちの持ち方. 第76回日本癌学会総会，横浜.
 25. 明智龍男. (2017年10月). シンポジウムエキスパートに学ぶ！がん医療におけるせん妄対策で重要なポイントとは せん妄対策のエッセンス-医師（精神科医、心療内科医として）. 第30回日本サイコオンコロジー学会総会，東京.
 26. 明智龍男. (2017年10月). セミナー がん患者の不安・抑うつ：全ての医療者が知っておきたいアセスメントとマネジメントの必須ポイント 不安・抑うつへのマネジメント. 第30回日本サイコオンコロジー学会総会，東京.
 27. 明智龍男. (2017年11月). シンポジウム臨床の難課題に答える がん患者のうつ病、うつ状態に対する抗うつ薬の有効性-系統的レビューの知見を中心に. 第27回日本臨床精神神経薬理学会総会，松江.
 28. 明智龍男, 益子友恵, 宮路天平, & 山口拓洋. (2018年2月). シンポジウム「新しいIT技術にもとづく臨床研究」 がん患者の精神症状に対するスマートフォンアプリケーションの有用性に関する臨床研究：特にeConsentとePROについて. 第9回日本臨床試験学会，仙台.
 29. 奥山徹, 明智龍男, Mackenzie, L., & 古川壽亮. (2017年10月). 進行がん患者における抑うつに対する精神療法の有用性：系統的レビュー&メタアナリシス. 第30回日本サイコオンコロジー学会総会，東京.
 30. 山田峻寛, 仲秋秀太郎, 佐藤順子, 阪野公一, 田里久美子, 色本涼, 明智龍男, 三村將. (2017年6月). アルツハイマー型認知症患者のQOLの神経基盤-脳血流SPECTによる検討. 第32回日本老年精神医学会，名古屋.
 31. 小島菜々子, 伊藤嘉規, 三木有希, 亀井美智, 伊藤康彦, 奥山徹, 明智龍男. (2017年10月). 名古屋市立大学病院における小児遺族会の経験-4年間の変遷と継続的運営の課題. 第30回日本サイコオンコロジー学会総会，東京.
 32. 小澤太嗣, 久保田陽介, 松永由美子, 明智龍男. (2017年6月). 多彩な精神症状の再発を繰り返した神経 Sweet 病による精神病性障害の1例. 第113回日本精神神経学会，名古屋.
 33. 石田京子, 森田達也, 内田恵, 明智龍男, 安藤詳子, 小松弘和, 宮下光令. (2017年6月). 原発不明がん患者の闘病に寄り添った家族の思い：J-HOPE2016 調査自由回答から得られたこと. 第22回日本緩和医療学会，横浜.
 34. 仲秋秀太郎, 佐藤順子, 山田峻寛, 阪野公一, 田里久美子, 色本涼, 明智龍男, 三村將. (2017年6月). 日本語版QOL-ADの因子構造に関する検討. 第32回日本老年精神医学会，名古屋.
 35. 津村明美, 伊藤嘉規, 奥山徹, 近藤真前, 亀井美智, 伊藤康彦, 明智龍男. (2017年6月). 小児がん患者・家族のためのPsychosocial Assessment Tool (PAT)日本語版の開発：表面妥当性の検討. 第22回日本緩和医療学会，横浜.
 36. 東英樹, 明智龍男. (2017年11月). ECTの経時的発作時脳波により、うつ状態の治療効果予測は可能か？ 第47回日本臨床神経生理学会，横浜.
 37. 内田恵, 明智龍男, 森田達也, 木澤義之, 奥山徹, 木下寛也, 松本禎久. (2017年10月). がん患者の苦痛に関するスクリーニング・トリアージプログラムを普及するためのワークショップの有用性. 第30回日本サイコオンコロジー学会総会，東京.
 38. 明智龍男. (2017年6月). 身体疾患患者の抑うつ状態の発現メカニズム、評価そしてマネジメント：特にがんに焦点をあてて.

- 第7回広協学会 特別講演, 広島市.
39. 木下貴文, 久保田陽介, 中口智博, 明智龍男. (2017年6月). カフェイン大量服薬による救急搬送後に精神科入院となった若年患者3例. 第113回日本精神神経学会, 名古屋.
 40. 森田達也, 明智龍男(座長). シンポジウム 19 緩和ケア研究における連携と展望 ~日本の強みを生かす~. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 41. 森田達也. ランチョンセミナー6 緩和領域における腹水濾過濃縮再静注法(CART)の役割. LS6 CARTのエビデンスを構築するために必要なことを考えてみる. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 42. 鈴木梢, 森田達也, 他. がん患者における補完代替医療(1)~使用実態~. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 43. 鈴木梢, 森田達也, 他. がん患者における補完代替医療(2)~保管代替医療使用の関連要因についての検討~. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 44. 南口陽子, 松本禎久, 木澤義之, 明智龍男, 森田達也, 他. 苦痛のスクリーニングでトリガーされた患者のフォローアップ方法における課題と対策. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 45. 青山真帆, 森田達也, 他. がん治療における経済的負担が治療の中止・変更に与える影響 - 全国遺族調査(J-HOPE2016研究). 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 46. 木内大佑, 里見絵理子, 森田達也, 他. 苦痛緩和のための鎮静の実態と鎮静に対する在宅医の考え方に関する調査. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 47. 五十嵐尚子, 森田達也, 他. がん患者の遺族における複数性悲嘆のスクリーニング尺度である Brief Grief Questionnaire (BGQ)と Inventory of Complicated Grief (ICG)の比較(J-HOPE2016研究). 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 48. 田上恵太, 松本禎久, 森田達也, 他. 本邦における患者個別の症状緩和の目標となる、Personalized Symptom Goalの特徴. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 49. 藤城法子, 松本禎久, 森田達也, 他. 患者遺族からみた自宅における医療用麻薬の管理に関する実態調査. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 50. 横道直佑, 森田達也, 他. ホスピスでメサドンによる致死性不整脈が起きたらどこまでするか. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 51. 赤堀初音, 森田達也, 木澤義之, 他. 全国大規模遺族調査に基づく緩和ケア病棟入院後1週間未満で死亡した患者の特徴. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 52. 日下部明彦, 森田達也, 他. 『地域の多職種でつくった死亡診断時の医師の立ち居振る舞いについてのガイドブック』の教育的効果の検証. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 53. 青山真帆, 森田達也, 他. 死別後の経済状況と遺族の複雑性悲嘆・うつとの関連 - 全国遺族調査(J-HOPE2016研究). 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 54. 浜野淳, 森田達也, 他. 家族内葛藤が遺族の抑うつ、複雑性悲嘆に与える影響: J-HOPE2016付帯研究. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 55. 市原香織, 森田達也, 他. 進行がん患者に対するSpiPasを用いたスピリチュアルケアの有効性: 前後比較2相試験. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 56. 十九浦宏明, 森田達也, 他. がん患者におけるオキシコドン誘発性の悪心・嘔吐に対するプロクロルペラジンの予防効果: 無作為化プラセボ対照二重盲比較試験. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 57. 横道直佑, 森田達也, 他. がん性腹水に対する腹水濾過凝縮再静注法の効果予測因子. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 58. 松田能宣, 森田達也, 他. 間質性肺疾患の呼吸困難に対するモルヒネの安全性に関する第1相試験: JORTC-PAL05. 第22

- 回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
59. 角甲純, 森田達也, 他. 進行がん患者の呼吸困難に対する送風の効果と三叉神経第2~3枝領域の温度変化について. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 60. 大谷弘行, 森田達也, 他. 「家」で過ごす意味、「緩和ケア病棟」で過ごす意味: J-HOPE2016. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 61. 高橋理里, 森田達也, 他. Pain Management Index×頻度計算時における分母と痛みのカットオフ値の多様性がNegative PMIのアウトカムに及ぼす影響. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 62. 馬場美華, 森田達也, 他. 進行がん患者における、血液データのみを用いた生命予後の予測指標の妥当性と有用性の比較 - 多施設前向きコホート研究 (J-ProVal). 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 63. 内田恵, 明智龍男, 森田達也, 他. 終末期せん妄による苦痛の評価尺度の開発と妥当性の検証. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 64. 石田京子, 森田達也, 明智龍男, 他. 原発不明がん患者の闘病に寄り添った家族の思い - J-HOPE2016 調査自由回答から得られたこと -. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6., 横浜
 65. 木村安貴, 森田達也, 他. 進行がん患者の終末期の話し合いにおけるバリアと医療職種の役割認識に関する実態調査. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017.6, 横浜
 66. 藤森麻衣子, 大谷弘行, 森田達也, 他. 抗がん剤治療中止を伝えられる際の説明に対するがん患者の意向. 第30回日本サイコオンコロジー学会. 2017.10, 品川
 67. 森田達也. 緩和ケアとメンタル支援: 実証研究から患者家族の望むことを解き明かす. 患者・家族メンタル支援学会第3回学術総会. 2017.10, 名古屋
 68. Aiko Maejima, Otani H, et al. Preference of end-of-life discussion at diagnosis in patients with advanced/recurrent cancer. June 2017 ASCO Annual Meeting
 69. 大谷弘行: 死亡前14日間・30日間の化学療法施行率の低下(年次変化)~何が影響したのか?~. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017年6月, 横浜
 70. 大谷弘行: 高齢者・認知症患者のがん治療に関する医師・看護師の困難感:342名への質問紙調査~がん治療の判断、ケアの対策を立てるにあたって~. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017年6月, 横浜
 71. 大谷弘行: 「緩和ケア病棟」における「個室」や「大部屋」で過ごす影響: J-HOPE 2016. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017年6月, 横浜
 72. 大谷弘行: 「家」で過ごす意味、「緩和ケア病棟」で過ごす意味: J-HOPE 2016. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017年6月, 横浜
 73. 大谷弘行: 緩和ケア UP TO DATE. 第22回日本緩和医療学会学術大会. 2017年6月, 横浜
 74. Ogawa A, editor A collaborative educational intervention to prevent delirium. Focus issues in Psychosomatic Medicine: Research and Clinical Practice; 2017/6/9; Seoul.
 75. 小川朝生, 臨床現場での活用(高齢がん患者向けツールとして). 第16回日本メディカルライター協会 シンポジウム; 2017/10/30文京区(東京大学).
 76. 小川朝生, がんになっても心穏やかに生きる知恵. 第32回日本がん看護学会学術集会 市民公開講座; 2018/2/4 千葉市(ホテルニューオータニ幕張)
 77. 小川朝生, チームで行うがん患者におけるうつ病・うつ状態への対応. 第30回日本サイコオンコロジー学会総会 第23回日本臨床死生学会総会合同大会 ランチオンセミナー; 2017/10/20 品川区(きゅりあん).
 78. 小川朝生, 日本のがん緩和ケアへの取り組み. 第5回日本医師会・米国研究製薬工業共催シンポジウム; 2017/10/20 千代田区(ザ・ペニンシュラ東京).
 79. 小川朝生, 認知症を持つがん患者のケア. 第55回日本癌治療学会学術集会共催セミナーLS13; 2017/10/20 横浜市(パシフィコ

横浜).

80. 小川朝生, 抗がん治療薬の解決できない有害事象を脳科学の切り口から考える～薬剤師研究による QOL 改善への突破口～. 第 27 回日本医療薬学会年会;2017/11/3 千葉市(東京ベイ幕張ホール).
81. 小川朝生, せん妄への対応 知ると役立つコツ. 平成 29 年度宮城県整形外科勤務医会学術講演会;2017/7/29 仙台市(大正薬品北日本支店).
82. 小川朝生, ピアサポートについて. 第 55 回日本癌治療学会学術集会;2017/10/22 横浜市(パシフィコ横浜).
83. 小川朝生, 高齢者のがん治療～サイコオンコロジーの観点から～. 第 15 回日本臨床腫瘍学会学術集会;2017/7/28 神戸市(神戸国際会議場).
84. 小川朝生, 認知症を持つがん患者のケア. 第 22 回日本緩和医療学会学術大会 共催セミナーLS15;2017/6/24 横浜(パシフィコ横浜).
85. 小川朝生, 新たながん対策において求められるサイコオンコロジーの潮流. 第 58 回日本心身医学会総会ならびに学術講演会;2017/6/17; 札幌(札幌コンベンションセンター).

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。