

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）  
総括研究報告書

抗がん剤治療中止時の医療従事者によるがん患者の意思決定支援プログラムの開発

研究代表者	内富庸介	国立がん研究センター	支持療法開発部門
研究分担者	藤森麻衣子 森雅紀	国立がん研究センター 聖隷三方原病院	社会と健康研究センターコホート連携研究部 臨床検査科
研究協力者	朴成和 山口拓洋 佐藤綾子 猪股尚美 梅橋海歩人 上野絵 小島麻子 神野彩香 畑琴音 宮路天平 益子友恵 坏京子	国立がん研究センター 国立がん研究センター 国立がん研究センター 国立がん研究センター 国立がん研究センター 国立がん研究センター 国立がん研究センター 国立がん研究センター 国立がん研究センター 国立がん研究センター 国立がん研究センター 国立がん研究センター	中央病院消化管内科・消化管内科長（副院長 兼任） 中央病院支持療法開発部門・特任研究員 社会と健康研究センター健康支援研究部・特任研究員 社会と健康研究センター健康支援研究部・特任研究補助員 社会と健康研究センター健康支援研究部・特任研究補助員 社会と健康研究センター健康支援研究部・特任研究補助員 社会と健康研究センター健康支援研究部・特任研究補助員 社会と健康研究センター健康支援研究部・特任研究補助員 社会と健康研究センター健康支援研究部・特任研究補助員 社会と健康研究センター健康支援研究部・特任研究員 社会と健康研究センター健康支援研究部・外来研究員 社会と健康研究センター健康支援研究部・特任研究補助員

研究要旨 我が国において、がん罹患者のうち大腸がんの罹患者は13万人を超え、がん種別にみると第2位であり、死亡数は5万人を超え（第2位）女性では第1位である。進行・再発期の大腸がんは、他のがん同様、根治不可能であり、治療の目標は生存期間の延長やQOLの維持になる。医師は患者にこのような状況を整理して説明を十分行い、理解を確認し、患者自らの自由意思に基づいた治療選択を求める必要があるが、多くの患者は大きなストレスを抱えており、同時にそれらを行うことは困難な場合がある。そこで、研究1では抗がん剤治療中止後の療養に関する患者と医師の話し合いの際に使用する教育資料である質問促進リスト（QPL）を作成する。研究2では、QPLを用いたコミュニケーションを促進するための介入方法（教育方法）を開発する。研究3では、抗がん剤治療中止時に行われる終末期についての話し合い（End-of-life discussions: EOLd）に関するがん患者の意向調査を行うこととした。

その結果、研究1では教育資料であるQPLを冊子形式で作成し、研究2では教育方法であるQPLを使った介入マニュアルを作成した。研究3では抗がん剤治療中止時に行われる終末期についての話し合い（End-of-life discussions: EOLd）に関する調査を行い、予後告知の際には予測される期間に広い幅を付けた台詞や「最善を望みながらも、備えはしておく」ことを添えた台詞を好むことが明らかにした。また、DNRの説明の際には苦痛緩和に努めると添えた台詞、ホスピスへ紹介する際には紹介の目標を明確にしつつ切れ目のないケアや「見捨てないこと」を保証する台詞を好むなど、Positive statementを追加する効果を明らかにした。

A. 研究目的

H26-28年度厚生労働科学研究費補助金がん政策研究事業における患者意向調査結果（Umezawa, Uchitomi, Cancer, 2015）を踏まえ、抗がん剤治療中止を伝える医師と患者双方の負担軽減を目指し、医療従事者によるがん患者の意思決定支援プログラムを開発することを目的とする。

研究1

医師の共感的コミュニケーション（言動）は患者のストレスや前向きさに好影響を及ぼす（Uchitomi et al., Cancer, 2000; Moore et al., Cochrane

Database Syst Rev, 2013）など、患者-医療者間のコミュニケーションは必須である。患者が治療選択や今後の方針を医師と話し合う際に、自らの考えや医師に聞きたいことを整理し、面談の際に質問を促し、話し合いの内容の理解を促すための具体的質問集（Question asking Prompt List: QPL）が開発され、その有効性が系統的レビューにおいて示されている（Brandes et al., Psychooncology, 2015）。我が国においても、申請者らが難治がんの診断を受けた初診患者を対象に、初回治療に関する説明の際に用いるQPLを開発し、無作為化比較試験により有用性を示した（Shirai et al., Psychooncology, 2012）。

しかし抗がん剤治療中止時に使用する QPL は存在しない。

そこで本研究では、抗がん剤治療中止後の療養に関する患者と医師の話し合いの際に使用する QPL を作成する。

## 研究2

本研究では、H26-28 年度厚生労働科学研究費補助金がん政策研究事業における患者意向調査結果 (Umezawa, Uchitomi, Cancer, 2015) を踏まえ、抗がん剤治療中止を伝える医師と患者双方の負担軽減を目指し、医療従事者によるがん患者の意思決定支援プログラムを開発することを目的とする。

## 研究3

主目的は、腫瘍医あるいは緩和ケア医が予後告知、心肺停止時の心肺蘇生、ホスピスへの紹介について説明する時にどのような伝え方が望ましいかに関する患者の意向を系統的に探索することである。

## B. 研究方法

### 研究1

1年目である平成29年度は、文献レビュー、インタビュー調査を行い、教育資料であるQPLを作成する。

#### 1) 文献レビュー

文献の系統的レビューでは、抗がん剤治療中止時の意思決定に寄与する情報提供のあり方に関する患者の意向調査 (Umezawa et al., 2015) に加え、当該領域の専門家により、文献検索エンジン (PubMed, PsychInfo など) を用いて、該当論文を系統的にレビューし、QPL の項目の内容を検討する。

#### 2) フォーカスグループインタビュー (FGI)

QPL を作成するにあたり、フォーカスグループインタビュー (Focus Group Interview: FGI) を行う。対象者は、がん医療に携わり、抗がん剤治療中止を伝えた経験のある医師、医療に携わり、抗がん剤治療中止を伝えられた患者と接した経験のある医療者及び支援者、がん治療を受けた方とする。予定する調査対象者数は、10名程度とし、1グループ4-6人程度で、フォーカスグループを実施可能な数として設定する。調査対象者には、事前に調査内容、倫理事項に関する説明を十分に行い、書面にて同意を得る。司会者は FGI について経験のある研究者1-2名が担当する。1回120分程度の FGI を予定する。FGI の内容は先行研究 (Clayton et al., 2003) に基づき、ア. 抗がん剤治療を中止するというこの意味、イ. 抗がん剤治療中止時に直面した患者から尋ねられた経験のある質問、ウ. 抗がん剤治療中止時に直面した患者が尋ねたほうが良いと思う質問、エ. 抗がん剤治療中止の話し合いの際に患者にとって重要だと思える情報、オ. 抗がん剤治療中止の話し合いの際に患者や家族から尋ねられる一般的な質問、カ. QPL を冊子化した際の活用の

仕方、キ. 先行研究に挙げられている質問項目の必要、不要を聞くといった内容のインタビューガイドに基づいて実施する。

調査開始に際して自己紹介を行い、司会者から FGI の目的と背景、方法、記録、タイムスケジュールなどの説明を行った後に、FGI を開始する。ア. から順で実施し、まずオープンなディスカッションを行う。想定されたテーマがオープンなディスカッションで話題に上がらない場合、インタビューガイドに沿って追加の質問を行う。FGI は、対象者に承諾を得た上で会話を IC レコーダーで録音する。

データの解析については、IC レコーダーの記録をもとに、逐語録を作成し、意味の最小単位に切片化する。そのデータをカテゴリーにまとめ、3人のがん専門スタッフがそのカテゴリーに名前を付け、内容分析を行う。

#### (倫理面への配慮)

本研究は国立がん研究センター研究倫理審査委員会において承認された。

この研究への協力は個人の自由意思によるものとし、研究同意後も随時撤回が可能であること、不参加や同意撤回による不利益は生じないこと、個人のプライバシーは厳重に守られることを文書で説明して同意を得る。

また、インタビューの内容は、心的外傷に触れる質問ではなく、リスクは少ないと考える。しかし万が一負担等影響があった場合には負担軽減に努め、さらに精神腫瘍科と連携する体制をとるようにする。現時点で特に連携の必要性がある事象は発生していない。

## 研究2

1年目である平成29年度は、文献レビュー、インタビュー調査を行い、教育方法を検討する。すなわち、医療従事者が支援する、がん患者に対する意思決定支援プログラムを作成する。

#### 1) 文献レビュー

文献の系統的レビューでは、抗がん剤治療中止時の意思決定に寄与する情報提供のあり方に関する患者の意向調査 (Umezawa et al., 2015) に加え、当該領域の専門家2名により、文献検索エンジン (PubMed, PsychInfo など) を用いて、該当論文を系統的にレビューし、患者支援プログラム及び、医療従事者への指導者講習の構造および内容を検討する。

#### 2) フォーカスグループインタビュー (FGI)

教育方法作成のために、FGI を行う。対象者は、がん医療に携わり、抗がん剤治療中止を伝えた経験のある医師、医療に携わり、抗がん剤治療中止を伝えられた患者と接した経験のある医療者及び支援者、がん治療を受けた方とする。予定する調査対象者数は、10名程度とし、1グループ4-6人程度で、フォーカス

グループを実施可能な数として設定する。事前に調査内容、倫理事項に関する説明を行い、書面で同意を得る。司介者はFGIについて経験のある研究者1-2名が担当する。インタビューガイドに基づき1回120分程度実施する。最初はオープンなディスカッション形式で行い、想定された話題があがらない場合に司会者がインタビューガイドにそって質問する。その内容は、先行研究(Clinton et al., 2003)に基づき、ア. 抗がん剤を中止するというこの意味、イ. 抗がん剤治療中止時に直面した患者から尋ねられたことのある質問、ウ. 抗がん剤治療中止時に直面した患者が尋ねた方が良いと思う質問、エ. 抗がん剤治療中止の話し合いの際に患者にとって重要だと思う情報、オ. 抗がん剤治療中止の話し合いの際に患者や家族から尋ねられる一般的な質問とする。また、対象者に許可を得た上でICレコーダーで録音する。

分析方法は、ICレコーダーの記録をもとに逐語録を作成し、意味の最小単位に切片化する。それを3人のがん専門スタッフが内容分析を行う。FGIで、特に教育法を作成するために必要ながん患者の抗がん剤治療中止時の意思決定、望まれる支援法等についての検討を行う。上記で得られた結果を当該領域専門家5名によりデルファイ法を用いてコンセンサスを得て医療従事者指導者講習及び患者支援プログラムを確定する。

#### (倫理面への配慮)

本研究は国立がん研究センター研究倫理審査委員会において承認された。

この研究への協力は個人の自由意思によるものとし、研究同意後も随時撤回が可能であること、不参加や同意撤回による不利益は生じないこと、個人のプライバシーは厳重に守られることを文書で説明して同意を得る。

また、インタビューの内容は、心的外傷に触れる質問ではなく、リスクは少ないと考える。しかし万が一負担等影響があった場合には負担軽減に努め、さらに精神腫瘍科と連携する体制をとるようにする。現時点で特に連携の必要性がある事象は発生していない。

#### 研究3

1) 先行研究、10名のがん治療医・緩和ケア医を対象にしたフォーカスグループ、研究者間の議論を通じて調査票を作成する。EOLdに関する台詞は、各台詞で伝えたい概念を明確にする(結果の【】に詳述)

2) がんサバイバー4名を対象としたパイロット調査を行い、調査票の文言を修正する。

3) 現在がんのために通院中の20歳以上の患者を対象に、Web調査を実施する。

4) 研究者らの先行する調査において、台詞への意向に関して「どちらでもない」という選択肢を入れたところ、この選択肢を回答する患者が多く結

果の解釈が困難であったことから、本研究では「どちらでもない」を除き、「全く好ましくない～非常に好ましい」の6件法で回答を求める。

5) 解析は記述統計を行い、意向の回答に関しては平均値(1~6)を求める。

#### (倫理面への配慮)

2018年2月 聖隷三方原病院の倫理委員会で本研究が承認された。

#### C. 研究結果

##### 研究1

FGIをがん患者5名、家族4名、遺族3名、腫瘍医6名の18名で行った。

インタビューから、抗がん剤治療中止やその後の療養について話し合う際に用いるQPLの項目は、ア. 今後について、イ. 治療について、ウ. 生活について、エ. 症状について、オ. 緩和ケアについて、カ. 診断について、キ. 家族について、ク. 表記方法について、ケ. 精神面/心理面、コ. 主治医について、カテゴリーに分けた。その分けられたリストから先行研究の質問項目を参考に項目を選びだし冊子の形式とした。選び出した質問項目は、患者、腫瘍医(5名)が内容を確認した。ア. 診断、イ. 治療、ウ. 症状、エ. 生活、オ. 標準的な抗がん治療の後、カ. 家族、キ. ころ、ク. 価値観の8つの構成要素で冊子を作成するに至った。

##### 研究2

FGIはがん患者5名、家族4名、遺族3名、腫瘍医6名の18名で行った。

QPLを用いた介入方法に関して、ア. QPLを渡す時期、イ. QPLの体裁、ウ. 誰からQPLを渡すか、エ. 誰にQPLを渡すか、オ. QPLに必要な項目、カ. QPLを用いたコミュニケーションを促進するための介入方法の6つのカテゴリーが抽出された。それらをもとに、ア. 患者・家族への介入時期、イ. 介入の時間と場所、ウ. 介入の面談内容、エ. 介入に際しての注意点を検討し介入マニュアル(教育方法)を作成した。

##### 研究3

2018年2月に調査を行い、計412人が回答した。平均年齢は61歳、女性が156名(38%)、再発・転移を有する患者は110名(27%)だった。

#### 1) 予後告知(余命2年程度)の際の台詞 生存期間の伝え方

【具体的な数値を言う、予測の不確かさや幅には触れない】台詞(「あなたと同じ状況の平均的な患者さんを考えると、2年くらいだと思います」: 3.19)と【具体的な確率を言う、予測の不確かさや幅には触れない】台詞(「あなたと同じ状況の平均的な患者さんを考えると、2年後も生きておられる確率は50%だと思います」: 3.19)は意向には差が見られなかつ

た。

具体的な数値に加えて、【具体的な数値と典型的な幅を言う】台詞(「あなたと同じ状況の平均的な患者さんを考えると、2年くらいだと思います。平均的な方は、1年から4年くらいの経過と考えて頂いたらよいと思います。」:3.44)はより好まれ、さらに【具体的な数値と典型的な幅、非常に良い場合/良くない場合を言う】台詞(「あなたと同じ状況の平均的な患者さんを考えると、2年くらいだと思います。最も良い場合としては、6年以上は大丈夫な方も10%程度います。しかし、厳しい場合として、6ヶ月という場合もないとは言えないことが10%程度あります。平均的な方は、その間をとって1年から4年くらいの経過と考えて頂いたらよいと思います」:3.75)はさらに好まれた。

一方、曖昧な表現についての意向を調べてみたところ、【具体的な数値を使わずに大まかな期間を伝え、予測の不確かさや幅には触れない】台詞(「あなたと同じ状況の平均的な患者さんを考えると、年の単位だと思います」:2.78)や【具体的な数値ではなく、いつという時期を具体的に言う】(「あなたと同じ状況の平均的な患者さんを考えると、再来年の桜をみられるかどうか(年を越せるかどうか)だと思います」:2.62)は、具体的な数値を伝える台詞より好まれなかった。さらに、【全く答えられないという態度を示す】台詞(「こればかりはわかりません」:2.47)は意向の平均値の中で最も好まれなかった。

### 不確実性や「最善を望みながらも、備えはしておく」ことを加える伝え方

上述の「2年」と言う【具体的な数値を言う、予測の不確かさや幅には触れない】台詞に対して、【具体的な数値と不確かさを言う】台詞(「あなたと同じ状況の平均的な患者さんを考えると、2年くらいだと思いますが、ひとにもよりますので正確には分かりません」:3.29)は、わずかながらより好まれる傾向があった。さらに、【具体的な数値と不確かさを言う、最善を望みながらも、備えはしておくことを提案する】台詞(「あなたと同じ状況の平均的な患者さんを考えると、2年くらいだと思いますが、ひとにもよりますので正確には分かりません。平均よりあなたが元気であるように全力を尽くします。並行して、もし平均的な進み方をしたときよりも急なことがあった場合にも備えておくことも考えておくといいと思います」:3.71)はより好まれた。同様の傾向は、【具体的な数値、典型的な幅】に、不確実性やメッセージを順次足していく場合にもみとめられた。

### 全く分からない場合の伝え方

予後の予測が困難で分からない旨を伝える際に、その理由を添えたり、患者が予後を尋ねる背景を尋ねたりする台詞についてのがん患者の意向を調べた。上述の【全く答えられないという態度を示す】台詞に対して、【全く答えられないという態度を理由と共に

示す】台詞(「こればかりはわかりません。たしかにあなたと同じ状況の平均的な患者さんについてのデータはあります。でもあなたがどうなるかがわかるわけではないのです」:2.67)や【全く答えられないという態度を理由と共に示し、一人一人のやっておきたいこと、気がかりなことに合わせて個別に一緒に考えていくことに繋げる】台詞(「こればかりはわかりません。たしかにあなたと同じ状況の平均的な患者さんについてのデータはあります。でもあなたがどうなるかがわかるわけではないのです。そのようにお尋ねになられるには、いろいろな理由があると思うのですけれども、教えていただけますか」:2.85)は段階的により好まれる傾向にあった。

### 2) 心肺停止時の心肺蘇生を行わないこと(DNR)を伝える際の台詞

DNRに関して【医師がいいと思う方法を提示する】台詞(「心臓マッサージなどの延命処置は行わないほうがよいと思いますので、そのようにしたいと思いますがいかがでしょうか」:3.14)に対して、より患者にとって有益と思われる苦痛緩和に言及する言い方に対するがん患者の意向を調べた。その結果、【医師がいいと思う方法を提示し、苦痛が和らぐようにする説明を追加する】台詞(「心臓マッサージなどの延命処置を行わず、苦しくないように対応させていただくのがよいと思いますので、そのようにしたいと思いますがいかがでしょうか」:3.86)はより好まれる傾向にあった。

### 3) ホスピスへの紹介を伝える際の台詞

ホスピスを紹介する旨を単に伝える場合に対して、現在の病院では何もできないことを伝える場合、そして、より患者にとって有益と思われる内容を段階的に追加していく場合についてのがん患者の意向を調べた。

【紹介することを言うが、目的や切れ目のないケアについては触れない】台詞(「緩和ケア病棟(ホスピス)が在宅ケアをご紹介しますと思います」:3.37)に対して、【紹介すること、何もできないことを言う。目的や切れ目のないケアについては触れない】台詞(「緩和ケア病棟(ホスピス)が在宅ケアをご紹介しますと思います。この病院は治療を担当する病院なので、うちに来て何もできないかと思っています」:2.77)はより好まれなかった傾向にあった。一方、上述の【紹介することを言うが、目的や切れ目のないケアについては触れない】台詞に対して、【紹介することを目的と共に言う。切れ目のないケアについては触れない】台詞(「緩和ケア病棟(ホスピス)が在宅ケアをご紹介しますと思います。これから起きる体調の変化や症状に、適切に対応していただけます」:3.92)【紹介することを目的と共に言う。切れ目のないケアについて伝える】(「緩和ケア病棟(ホスピス)が在宅ケアをご紹介しますと思います。これから起きる体調の変化や症状に、適切に対応していた

だけです。あなたのこれまでの治療や現在の病状について、ご紹介の先生にしっかりとお伝えしようと思います」:4.40)【紹介することを目的と共に言う。切れ目のないケアについて伝えた上で、治療医との関係性が途切れないことも伝える】台詞(「緩和ケア病棟(ホスピス)が在宅ケアをご紹介しようと思います。これから起きる体調の変化や症状に、適切に対応していただけます。あなたのこれまでの治療や現在の病状について、ご紹介の先生にしっかりとお伝えしようと思います。もし何かお困りのことがありましたら、これからもいつでもご連絡ください」:4.82)は、段階的により好まれる傾向にあった。

## D. 考察

### 研究1

今後は、本 QPL を用いて面談を行うことで患者から医師への質問が促進されるか否か検討する必要がある。

### 研究2

インタビューの結果から、患者が医師に求める情報の種類は多岐にわたり、患者ごとに知りたい情報が少しずつ違うということが分かった。今後は、作成された資料、教育方法の有用性を評価する必要がある。

### 研究3

これまで国内外で様々な EOLd の台詞が提案されてきたが、本研究はそれらに対する患者の意向を系統的に比較したことに新規性がある。本研究から明らかになった重要な知見は3つある。

最初に重要な知見は、予告告知の際には、数字に幅を加えるなど不確実性が具体的にイメージできるように伝えるのがよく、幅は広いほど好まれる(Best case, worst case を両方向に広く取る、本研究では先行研究に則って、生存曲線の 10%、90%をそれぞれ Worst case, best case とした)ということである。

これは、Best case を聞くことで患者が希望を維持することに繋がるためだと推測される。一方、「年の単位」「再来年の桜」等の曖昧な言い方は、「こればかりはわかりません」という言い方と大差はなく、好まれなかった。

次に重要な知見は、数字や幅による期間だけではなく、その中で「最善を望みながらも、備えはしておく」ことを提案する台詞が患者に好まれるということである。患者は医師に予後を尋ねる時、何らかの理由があって尋ねることが多い。予測される期間だけを伝えるのではなく、予測される予後を踏まえてどうすればよいかを患者の立場を考慮して考える姿勢が大切になると思われる。「Hope for the best, prepare for the worst」は欧米の実臨床で広く用いられている台詞であるが、本研究により、これが本邦の患者にも非常によく好まれることが明らかにされた。「Prepare for the worst」は「もしもの時

に備えて、予め必要なことをしておく」というアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の考え方を反映した台詞である。近年国際的に ACP の重要性が唱えられているが、様々な要因(患者・家族・医療者・システム面)で ACP を切り出すことは容易ではない。今回「Hope for the best, prepare for the worst」を取り入れた台詞が非常に好まれたことは、予後を伝えつつ、患者に強い陰性感情を抱かせることなく ACP についての話し合いを導入しうる点で臨床的に重要と考えられる。

最後に重要な知見は、EOLd を行う際は、患者にとって Positive な意味づけが伝わる言葉(positive statement)を加えるほど好ましい、ということである。予後に関しては「hope for the best, prepare for the worst」に関して上述した通りである。DNR に関しては、単に医師から DNR を勧めるだけではなく、苦しくないように対応するという positive statement の追加により好ましさが増した。また、ホスピスへの紹介に関しても、単に紹介する旨を伝えるだけではなく、今後の体調の変化や症状に対応する場所としてホスピスが最適であるという目的があること、切れ目のないケアが行われるように次の主治医にしっかりと引き継ぎを行うこと、さらに、もし困ったことがあればいつでも連絡をしてきて良い(「見捨てないこと(non-abandonment)」)、と治療医との関係性が途切れないことを保証すること、を段階的に追加することで、徐々に好ましさが増すことが明らかになった。台詞が長くなること自体により好ましさが増したわけではないことは、ホスピスの紹介に当たり「何もできないことを言う」ことを添えた台詞がより好まれなかった事実によっても説明がつく。

本研究の限界としては、モニター会社に登録された比較的若年で PS のよいがん患者が対象になったことである。また母集団の性質や回収率も不明瞭であるため、一般化可能性に限界はあると思われる。

## E. 結論

### 研究1

1年目である当該年度は、患者に配布する QPL(教育資料)を作成した。2年目では、プログラムの実施可能性と予備的に有用性を評価する必要があるため、パイロット試験を行う。

### 研究2

1年目である当該年度は、介入マニュアル(教育方法)を作成した。2年目では、プログラムの実施可能性と予備的に有用性を評価する必要があるため、パイロット試験を行う。

### 研究3

がん患者は、予告告知の際には予測される期間に広い幅を付けた台詞や「最善を望みながらも、備えはしておく」ことを添えた台詞を好むことが明らかになった。また、DNR の説明の際には苦痛緩和に努

めると添えた台詞、ホスピスへ紹介する際には紹介の目標を明確にしつつ切れ目のないケアや「見捨てないこと」を保証する台詞を好むなど、Positive statement を追加する効果が示唆された。本研究で取得した知見を基礎資料として、今後より検証的な実験心理学的研究を行うなど、抗がん剤治療中止時の医療従事者によるがん患者の意思決定支援プログラムの開発に資する研究が求められる。

#### F . 健康危険情報 特記すべきことなし

#### G . 研究発表

##### 1. 論文発表

1. Mori M, Fujimori M, Hamano J, Naito AS, Morita T. Which physicians' behaviors on death pronouncement affect family-perceived physician compassion? A randomized, scripted, video-vignette study. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Sep 5. pii: S0885-3924(17)30435-9. [Epub ahead of print]
2. Watanabe Y, Miura T, Okizaki A, Tagami K, Matsumoto Y, Fujimori M, Morita M, Kinoshita H: Comparison of indicators for achievement of pain control with personalized pain goal in a comprehensive cancer center. *J Pain Symptom Manage*(2017, in press)
3. Fujiwara M, Inagaki M, Nakaya N, Fujimori M, Higuchi Y, Kakeda K, Uchitomi Y, Yamada N. Association between serious psychological distress and nonparticipation in cancer screening and the modifying effect of socioeconomic status: Analysis of anonymized data from a national cross-sectional survey in Japan. *Cancer*. 2017, in press.
4. Fujiwara M, Inagaki M, Nakaya N, Fujimori M, Higuchi Y, Hayashibara C, So R, Kakeda K, Kodama M, Uchitomi Y, Yamada N: Cancer screening participation in schizophrenic outpatients and the influence of their functional disability on the screening rate: a cross-sectional study in Japan. *Psychi Clin Neurosci*. 2017, in press.
5. Hayashibara C, Inagaki M, Fujimori M, Higuchi Y, Fujiwara M, Terada S, Okamura H, Uchitomi Y, Yamada R: Confidence in communicating with patients with cancer mediates the relationship between rehabilitation therapists' autistic-like traits perceived difficulty in communication. *Palliat Support Care*. 2017, in press.
6. Fujimori M, Hikiji W, Tanifuji T, Suzuki H, Takeshima T, Matsumoto T, Yamauchi T, Kawano K, Fukunaga T. Characteristics of cancer patients who died by suicide in the Tokyo metropolitan area. *Jpn J Clin Oncol*. 2017; 47(5):458-62.
7. Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y. Factors associated with patient preferences for the communication of bad news. *Palliat Support Care*. 2017; 15(3):328-35.
8. Tang WR, Hong JH, Rau KM, Wang CH, Juang YY, Lai CH, Fujimori M, Fang CK. Truth telling in Taiwanese cancer care: patients' and families' preferences and their experiences of doctors' practices. *Psychooncology*. 2017; 26(7):999-1005.
9. Higuchi Y, Inagaki M, Koyama T, Kitamura Y, Sendo T, Fujimori M, Kataoka H, Hayashibara C, Uchitomi Y, Yamada N. Emotional Intelligence and its Effect on Pharmacist and Pharmacy Students with Autistic-like Traits. *Am J Pharm Educ*, 2017; 81(4):74.
10. Inagaki M, Fujiwara M, Nakaya N, Fujimori M, Higuchi Y, Hayashibara C, So R, Kakeda K, Kodama M, Uchitomi Y, Yamada N. Low Cancer Screening Rates among Japanese People with Schizophrenia: A Cross-Sectional Study. *Tohoku J Exp Med*. 2018 Mar;244(3):209-218
11. Hayashibara C, Inagaki M, Fujimori M, Higuchi Y, Fujiwara M, Terada S, Okamura H, Uchitomi Y, Yamada N. Confidence in communicating with patients with cancer mediates the relationship between rehabilitation therapists' autistic-like traits and perceived difficulty in communication. *Palliat Support Care*. 2018 Jan 21:1-9.
12. Fujiwara M, Inagaki M, Nakaya N, Fujimori M, Higuchi Y, Kakeda K, Uchitomi Y, Yamada N Association between serious psychological distress and nonparticipation in cancer screening and the modifying effect of socioeconomic status: Analysis of anonymized data from a national cross-sectional survey in Japan. *Cancer*. 2018 Feb 1;124(3):555-562.
13. Kako J, Morita T, Yamaguchi T, Sekimoto A, Kobayashi M, Kinoshita H, Ogawa A, Zenda S, Uchitomi Y, Inoguchi H, Matsushima E. Evaluation of the Appropriate Washout Period Following Fan Therapy for Dyspnea in Patients With Advanced Cancer: A Pilot Study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018 Feb;35(2):293-296.
14. Mori M, et al. Phase II trial of

- subcutaneous methylalantrexone in the treatment of severe opioid-induced constipation (OIC) in cancer patients: An exploratory study. *Int J Clin Oncol* 22:397-404,2017.
15. Morita T, Mori M, et al. Continuous deep sedation: A proposal for performing more rigorous empirical research. *J Pain Symptom Manage* 53:146-152,2017.
  16. Mori M, et al. Predictors of response to corticosteroids for dyspnea in advanced cancer patients: a preliminary multicenter prospective observational study. *Support Care Cancer* 25:1169-1181,2017.
  17. Yamaguchi T, Mori M, 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* 54:17-26,2017.
  18. Mori M, et al. Talking about death with terminally-ill cancer patients: What contributes to the regret of bereaved family members? *J Pain Symptom Manage* 54:853-860,2017.
  19. Mori M, 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]
  20. Imai K, Mori M, 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]
  21. 森雅紀. 進行がんによる症状とその緩和・支持療法について教えてください. *medicina* 54(8):1298-1302,2017.
  22. 森雅紀, 他(企画). 「眠れない!」みかたをかえて問いなおす 特集にあたって. *緩和ケア* 27(4):220,2017.
  23. 森雅紀. フェンタニルは突出的な呼吸困難に効果はあるの?. *緩和ケア* 27(6):390-392,2017.
  24. 森雅紀. 終末期がん患者と死を前提とした話や行動をしたか否かについての遺族の後悔に関する研究. *がん看護* 22(7):728-730,2017.
  25. 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.
  26. 日本がんサポーターズ協会(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. 金原出版株式会社, 東京, 2017.
  27. 森雅紀. 第6章フェローシップ1. 内科のフェローシップ ホスピス・緩和医療. 島田悠一(編著). *海外医学留学のすべて*. 日本医事新報社, 東京, p217-221, 2017.
2. 学会発表
    1. Fujimori M, Mori M, Ishiki H, Hamano J, Ohtani K, Uneno Y, Oba A, Nishi T, Morita T, Uchitomi Y: Patient preferred explanations in discussing cessation of chemotherapy. 19th World Congress in Psycho-Oncology, 2017 (Berlin), 2017/8/16-18.
    2. 藤森麻衣子: 悪い知らせを伝える際のコミュニケーション: 患者が望む伝え方. 第30回日本サイコオンコロジー学会総会. セミナー4 [「悪い知らせを伝える際の患者のきもちのつらさとコミュニケーション」~患者の気持ちと患者が望む伝え方を知って日常診療に役立てる~] 東京, 2017/10/14-15
    3. 藤森麻衣子, 森正紀, 石木寛人, 浜野淳, 大谷弘行, 采野優, 大庭章, 西智弘, 森田達也, 内富庸介: 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総会. ポスター発表. 東京, 2017/10/14-15
    4. 藤澤大介, 藤森麻衣子, 宮下光令: がんサバイバーが感じるスティグマの頻度と関連因子. 第30回日本サイコオンコロジー学会総会. ポスター発表. 東京, 2017/10/14-15
    5. 藤森麻衣子: がん医療における患者-医療者間のコミュニケーション. 第2回日本がんサポーターズ協会学会学術集会. 教育セッション サイコオンコロジー部会. 埼玉, 2017/10/27-28
    6. 内富庸介. シンポジウム: エビデンスを作る臨床試験体制の構築. 第11回日本緩和医療薬学会. 2017.6, 札幌
    7. 内富庸介. メディカルセミナー: がん患者のQOL向上を実現するコミュニケーション. 第11回日本緩和医療薬学会. 2017.6, 札幌
    8. 内富庸介. シンポジウム: 思いやりと共感を持って、がん患者に深刻な病状告知を行うためのスキルを育てる. 第2回がん緩和ケア国際学会. 2017.6, 札幌
    9. 内富庸介. 教育講演: 緩和医学、支持療法、精神腫瘍学の現状と展望. 第40回日本神経科学会. 2017.7, 幕張
    10. 内富庸介, 明智龍男. イブニングセミナー: がん医療のエッセンス コミュニケーションスキルがアートか. 第15回日本臨床腫瘍学会. 2017.7, 神戸
    11. 内富庸介. シンポジウム: がん支持療法の現状と展望. 第76回日本癌学会. 2017.9, 横浜
    12. 内富庸介. セッション: 我が国のがん対策におけ

- る緩和ケアとこころのケア：第三次がん対策推進基本計画案をふまえて.第 30 回日本サイコロジ学会.2017.10,東京
13. 内富庸介. 講演：がん患者・家族との良好なコミュニケーションのために.第 55 回日本癌治療学会.2017.10,横浜
  14. Uchitomi Y.Session：Depression in early state disease.ESMO Asia 2017.2017.11, Singapore
  15. 内富庸介. 講演：がん医療における自殺ならびに専門的・精神心理的ケアの実態把握.日本自殺総合対策学会.2018.3,東京
  16. 森雅紀. 会長特別企画シンポジウム 5：呼吸器疾患における看取り～苦痛緩和と QOL 向上をめざして. 第 57 回日本呼吸器学会学術講演会. 2017.4, 東京
  17. 森雅紀.ランチョンセッション：“Advance Care Planning (ACP)のエビデンスと実践～患者・家族共に幸せな終末期の支援に向けて” Evidence and practice of advance care planning (ACP): Supporting patients and families toward the end of life. ACPJC Annual Meeting 2017 (米国内科学会日本支部年次総会 2017). 2017.6, 京都
  18. 東光久, 森雅紀. “Hospitalists can manage cancer patients!” 「ホスピタリストなら、がん診療に向き合おう!」. ACPJC Annual Meeting 2017 米国内科学会日本支部年次総会 2017. 2017.6. 京都
  19. 森雅紀 (座長). 梅田恵, 他. ワークショップ 1: About a good coping method with feeling of abandonment in patients and their families at transfer to palliative care unit (PCU) ~Can you transfer to PCU with relieved and trust? 緩和ケア病棟転院時の患者・家族の見捨てられ感について～安心して転院できますか. 第 15 回日本臨床腫瘍学会学術集会. 2017.7, 神戸
  20. 森雅紀. セミプレナリーセッション: Preferred explanations in disclosing prognosis of 2 years to cancer patients: what determines their preferences? 「予後 2 年」の望ましい伝え方：どのようながん患者がどのような台詞を好むか?. 第 15 回日本臨床腫瘍学会学術集会. 2017.7, 神戸
  21. Mori M, Fujimori M, Uchitomi Y, et al. Semi-Plenary Session, “Preferred explanations in disclosing prognosis of 2 years to cancer patients: what determines their preferences?” (「予後 2 年」の望ましい伝え方：どのようながん患者がどのような台詞を好むか?), 第 15 回日本臨床腫瘍学会学術集会. 2017.7, 神戸
  22. 藤森麻衣子, 森雅紀, 内富庸介, 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 回日本サイコロジ学会. 2017.10. 東京
  23. 川原美紀, 藤森麻衣子, 森雅紀, 内富庸介, 他. タブレット端末を用いたがん患者への Patient Reported Outcome 調査の実施可能性. 第 30 回日本サイコロジ学会. 2017.10. 東京
  24. Mori M. “JSMO/KACO Joint Symposium: End of life care. Changing environment and policies for end of life care in Japan.” 10<sup>th</sup> Annual Autumn Meeting of Korean Association for Clinical Oncology. 2017,11. Korea,
- 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