**厚生労働科学研究費補助金**
**がん対策推進総合研究事業**

# 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

**平成 29 年度　総括・分担研究報告書**

**研究代表者　松本　禎久**

**平成 30（2018）年　3 月**

# 目　次

I.  総括研究報告

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　・・・・・・・・・・・・・・3
松本禎久


II.  分担研究報告

1.　看護師によるスクリーニング・トリアージプログラムの無作為化比較試験に関する研究　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29
松本禎久・清水研・里見絵理子

2.　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の計画と実施に関する研究　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・33
木澤義之

3.　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の有用性の検討　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・37
明智龍男・木澤義之・森田達也・松本禎久

4.　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　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・47
森田達也

5.　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　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・55
大谷弘行

6.　PRO を用いたスクリーニングシステムの開発　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・61
小川朝生

III.  研究成果の刊行に関する一覧表　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・65

# Ⅰ.総括研究報告書

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

# 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　緩和支持治療科　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、抑うつの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（Mitchel 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**

__①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。

__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__

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。

__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__

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

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

①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、専門サービスに受診しない、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。

②PRO-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、①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）、②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、③対応する時間が十分に確保されていない、④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、⑤PROMs 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、⑥ガイドラインの整備、⑦症状を自動的に解析しフラグを立てる簡便化、⑧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

①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。

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

聖隷三方原病院では、患者の苦痛症状を $5^{th}$ 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。

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
◆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
①『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
①『自ら今後の事を考えるきっかけとなった』
②『医療者との話し合いのきっかけとなった』
③『家族と今後の事を話すきっかけとなった』
④『自分の意向が尊重されると思う』
⑤『医療者との信頼関係が深まると思う』
⑥『不安を高め負担となると思う』
⑦『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を保護した。

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

①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 X３）、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、①スクリーニングに関する知識、②スクリーニングに関する考え、③スクリーニングに関する経験、④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も質問した。
【直後アンケート】
ワークショップ参加者に、上記①、②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③、④とワークショック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。

②PRO-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て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**

①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。

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
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。

**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**

「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**

**①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<br>(標準偏差3.2) | |
| スクリーニング経験歴 | 平均 2.2年<br>(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 | 6.0–9.0 | <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)･IntegratedPAlliative Care Outcome Scale(IPOS)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 Assesment System(ESAS)について知っている | 1 | 1.0–5.0 | 6 | 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 | 6 | 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 | 6 | 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 | 0.008 |

Wilcoxonの符合付順位検定

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=4 7)　　(1点：全くそう思わない～1 0点とてもそう思う)

| | 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･関心があがった | 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に役立つ内容だった | 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、その解決法を聞きたかった・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がった。

【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。

②PRO-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

①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いると考えられ、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。

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

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。

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

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ものと思われる。
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・トリアージプログラムを全国に普及するための研究

①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。

②PRO-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**

**①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**

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。

**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**

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。

**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**

「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**

**①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。

**②PRO-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 Mange. 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 Participantsand 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.PsychosomRes.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 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.
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 Mange. 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らない

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①「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. 日本がんサポーティブケア学会（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㈱．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. 塩﨑麻里子，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. 20177:35(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. サイコオン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. サイコオンコロジー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》②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 回日本膵臓学会大会. 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. 2017.10　品川
19. 松本禎久. 高齢がん患者の治療をめぐって－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用性-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 回広精協学会　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　ランチョンセミナー;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. <u>小川朝生</u>，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. <u>小川朝生</u>，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. <u>小川朝生</u>，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. <u>小川朝生</u>，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. <u>小川朝生</u>，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. <u>小川朝生</u>，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。

# Ⅱ.分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金　（がん対策推進総合研究事業）

分担研究報告書

# 看護師によるスクリーニング・トリアージプログラムの無作為化比較試験に関する研究

研究分担者：松本　禎久　　　国立がん研究センター東病院　　緩和医療科
清水　研　　　国立がん研究センター中央病院　精神腫瘍科
里見絵理子　　　国立がん研究センター中央病院　緩和医療科

**研究要旨**
多くのがん患者は多様な苦痛や悩みを有しており、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、スクリーニング自体の効果やスクリーニング後の介入の効果については、世界的にエビデンスは拮抗し、結論は出ていない。
本研究では、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。本年度は症例登録を行い、患者および看護師へのインタビュー調査も実施した。

## A．研究目的

多くのがん患者は多様な苦痛や悩みを有しており、わが国ではがん対策推進基本計画等により、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。しかし、スクリーニング自体の効果やスクリーニング後の介入の効果については、世界的にエビデンスは拮抗し、結論は出ていない。また、早期からの専門的緩和ケアの提供に関しても、効果および提供体制・方法については未だ確立しておらず、同様のモデルを再現するには問題が多く存在する。

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。

## B．研究方法

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。

## C．研究結果

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。

## D．考察

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いると考えられ、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。

## E．結論

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。

## 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: 1442-1452, 2017.
5. 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
6. 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

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，荒尾晴惠，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 回日本膵臓学会大会．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．2017.10　品川
19. 松本禎久．高齢がん患者の治療をめぐって－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 回総合病院精神医会総会．2017.11　富山

**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。

厚生労働科学研究費補助金　（がん対策推進総合研究事業）

分担研究報告書

# 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の計画と実施に関する研究

研究分担者　木澤義之　神戸大学大学院医学研究科先端緩和医療学分野　特命教授

**研究要旨**　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。

本研究では、スクリーニングをどうすれば効果的、効率的に導入・運用し、患者・家族のために役立てることができるかについて、ワークショップ形式で学ぶ研修会を計画し、実施したので報告する。

## A．研究目的

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奥山らによって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、専門サービスに受診しない、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」を計画し実施することとした。

## B．研究方法

### 1、対象・方法

◆デザイン、設定、参加者

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

◆日時
　2017年11月3日（金・祝）
◆場所
フクラシア東京ステーション　会議室L
〒100-0004 東京都千代田区大手町2丁目6-1

（倫理面への配慮）
　本研究は、研修会の計画と実施であり特に倫理的な配慮はしなかった。研修会の効果に関す研究については別項に譲る。

## C．結果

◆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。

◆プログラム
10:00～10:15　開場、アンケート記入
10:15～10:40　イントロダクション・作業方法の説明
10:40～11:10　講義：苦痛のスクリーニングに関する基本と現在までの知見
11:10～12:15　セッション１：テーマ１：スクリーニングをするのに必要な時間・人員がいない、テーマ２：がん患者の特定方法（スクリーニング対象患者）がわからない、テーマ３：スクリーニング実施について病院の医師の理解を得られない
12:15～12:55　昼食
12:55～14:00　セッション２：テーマ４：どのスクリーニングを使うのが良いかわからない（使用しているアセスメントツールのメリットデメリット）、テーマ５：スクリーニングのツールの説明に時間を要する・記入方法が難しい、テーマ６：スクリーニング結果などのデータ集計の方法がわからない
14:00～14:20　休憩
14:20～15:25　セッション３：テーマ：７　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がわからない、テーマ：８　トリガーされた患者を専門の外来に紹介しても患者が受診しない。テーマ：９　スクリーニングで見つかった問題に有効な解決方法がない
15:25～16:00　まとめ・全体討論

それぞれのグループワークは以下の手順で行った。
（ア）司会：ファシリテーターが担当
（イ）書記兼発表者を決める
（ウ）5分の最初の30分で、課題となっていることの現状、実際どのようなことで困っているかを具体的に共有し合い
（エ）後半20分でどのように解決したら良いかを提案しあう
（オ）最後15分で全体でシェアする

## D．考察

　本研究は、苦痛のスクリーニングに関する全国実態調査で明らかとなったスクリーニングの困難やバリアに対して具体的な解決方法を検討し習得するための世界初の試みである。
　本研究には以下の独自性がある。１）実態調査に基づいてディスカッションのテーマを選定していること、２）成人学習理論に基づいた酸化型のプログラムであること、３）先行施設の工事例を聞く機会が得られること、４）参加者間の分かち合いやネットワーキングができること。
　今後は、参加者のアンケートや研修ご調査の結果を見て、研修会の開催方法の改善を行っていきたい。

## E．結論

　スクリーニングに関する全国実態調査の結果に基づいた、スクリーニングをどうすれば効果的、効率的に導入・運用し、患者・家族のために役立てることができるかに関する研修会を計画し、実施した。

## F．健康危険情報

　なし。

## G．研究発表

論文発表
1. 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.
2. Aoyama M, Kizawa Y, et.al. The Japan HOspice and Palliative Care Evaluation Study 3: Study Design, Characteristics of Participantsand Participating Institutions, and Response Rates.
Am Hosp Palliat Care.
34(7):654-664, 2017.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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 .
15. 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.
16. 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.
17. 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

18. 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.PsychosomRes.103(12): 127-132, 2017.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. Aoyama M, Kizawa Y, et.al. Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. Psycho-Oncology, 1-7, 2017.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. 木澤義之.意思決定支援. 日本医師会雑誌 146 巻 5 号:965, 2017.
33. 木澤義之.【心疾患・COPD・神経疾患の緩和ケア　がんと何が同じで、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.
34. 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.
35. 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.

**学会発表**
なし。

**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。

厚生労働科学研究費補助金　（がん対策推進総合研究事業）

分担研究報告書

# 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の有用性の検討

研究分担者

明智　龍男[1,2]　内田 恵[1,2]　奥山　徹[1,2]　森田　達也[3]
木澤　義之[4]　木下　寛也[5]　松本　禎久[6]

1．　名古屋市立大学大学院医学研究科　精神・認知・行動医学
2．　名古屋市立大学病院　緩和ケア部
3．　聖隷三方原病院　支持緩和医療科
4．　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
5．　東葛病院　緩和ケア科
6．　国立がん研究センター東病院　緩和医療科

研究要旨
本研究の目的はがん患者の苦痛のスクリーニングを患者・家族のために効果的に運用する為のワークショップの有用性について検討することである。ワークショップ直前・直後アンケートでは参加者 98 名全員から回答を得た。スクリーニングに関する知識は参加直後で有意に改善していた。3 ヶ月後の web アンケートにも 67%が回答し、そのうち 3 ヶ月以内に学んだ内容を実践に移した参加者は 24%であった。スクリーニングの実践における妨げは 3 ヶ月後では有意に減少していた。スクリーニングに関する知識はスクリーニング経験歴等と有意に正に相関を示し、スクリーニングに関する考えは所属施設のがん患者数等と負に相関した。本研究で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が示唆された。対象者は、スクリーニングの経験が少なく、がん患者数が比較的少ないがん診療連携拠点病院の医療者が適している可能性が示唆された。

## A．研究目的

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の要件の中に、緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備することが挙げられている。そこで

2017 年度には、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。

**B．研究方法**

ワークショップにおいては、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 X３）、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（スクリーニングをするのに必要な時間・人員がいない、がん患者の特定方法<スクリーニング対象患者>がわからない、スクリーニング実施について病院の医師の理解が得られない、どのスクリーニングを使うのが良いのかわからない<使用しているアセスメントツールのメリットでメリット>、スクリーニングツールの説明に時間を要する・記入方法が難しい、スクリーニングの結果等のデータ集計の方法がわからない、スクリーニングでトリアージされた患者のフォローアップ方法がわからない、スクリーニングでトリアージされた患者のフォローアップ方法がわからない、トリアージされた患者を専門の外来に紹介しても患者が受診しない、スクリーニングで見つかった問題に有効な解決方法が無い）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。

ワークショップ直前・直後・3 ヶ月後のアンケート調査について

【直前アンケート】
ワークショップ参加者を対象に、①スクリーニングに関する知識（スクリーニングに適切な時期を知っている・生活のしやすさに関する質問票について知っている・Support Team Assessment Schedule (STAS) について知っている・Palliative care Outcome Scale (POS)/Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) について知っている・MD Anderson Symptom Inventory(MDASI)について知っている・Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)について知っている・スクリーニングの質問紙のカットオフ値を知っている・スクリーニング結果等データの集積方法を知っている）、②スクリーニングに関する考え（スクリーニングの対象患者がわからない・スクリーニングのツールの説明には時間がかかる・スクリーニングのツールの記入方法は難しい・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）、③スクリーニングに関する経験（スクリーニング陽性の患者に社会資源サービスを紹介しても受診しない・スクリーニング陽性の患者に緩和ケアチームを紹介しても受診しない・スクリーニング陽性の患者に精神科/心療内科を紹介しても受診しない・スクリーニングされた結果が、倦怠感や再発不安など、有効な対応方法がない問題のことがある）、④スクリーニング実施の妨げ（スクリーニングの為の人員が不足していることが妨げとなっている・外来でがん患者を同定することが難しいなど、スクリーニング対象患者を選ぶことが難しいことが妨げになっている・診療科・主治医の理解が得られないことが妨げになっている・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ないことが妨げとなっている）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も質問した。

【直後アンケート】
ワークショップ参加者に、上記①、②に加えてワークショップに関する感想（スクリーニングに対する興味・関心があがった・スクリーニングに対する意識が変わった・スクリーニングに関して困っていることが解決できた・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・自施設のスクリーニングの充実に自信をつけた・ワークショップの内容を十分に理解できた・ワークショップは今後に役立つ内容だった・このようなワークショップは必要である・ワークショップの内容に満足できた・同僚にこのようなワークショップの参加を勧めたい・今後の自施設のスクリーニングの実施が変わる・ファシリテーターは議論を促進した）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を用いて質問した。加えてワークショップの時間（長過ぎる・やや長い・適切・やや短い・短すぎる）と自由記載によるワークショップで特に役立った点・改善の余地がある点について質問した。

【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③、④とワークショック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尋ねた。

それ以外の背景情報として、参加者の所属施設情報（年間新入院がん患者数・年間新外来患者数・病床総数・緩和ケアチーム（PCT）による年間新規症例数・院内がん登録数）についても情報収集をした。

（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。

## C．研究結果

### 第2回ワークショップの結果

【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<br>(標準偏差3.2) | |
| スクリーニング経験歴 | 平均 2.2年<br>(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 | 6.0–9.0 | <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)•IntegratedPAlliative Care Outcome Scale(IPOS)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 Assesment System(ESAS)について知っている | 1 | 1.0–5.0 | 6 | 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 | 6 | 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 | 6 | 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 | 0.008 |

Wilcoxonの符合付順位検定

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：全くそう思わない～10点とてもそう思う)

| | 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・関心があがった | 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に役立つ内容だった | 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、その解決法を聞きたかった・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がった。

【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。

**第1回・第2回ワークショップを合計した結果**

**【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 98 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4）

表.4 参加者背景 (n=98)

| | | n |
|---|---|---|
| 専門領域 | 身体症状緩和医 | 16 |
| | 看護師 | 80 |
| | 薬剤師 | 2 |
| 自施設の外来患者対象のスクリーニング | 有 | 67 |
| 自施設の入院患者対象のスクリーニング | 有 | 83 |
| 緩和ケアチーム経験歴 | 平均 4.7年 (標準偏差3.2) | |
| スクリーニング経験歴 | 平均 1.8年 (標準偏差1.2) | |

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、考えにおいてもスクリーニングの対象者がわからない以外の全ての項目において有意差が認められた。（表5）

表5. 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＝98（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 | 5.0−7.0 | 8 | 6.0−9.0 | <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 | 5.0−8.0 | 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 | 0.002 |
| Support Team Assessment Schedule(STAS)について知っている | 8 | 6.0−9.0 | 9 | 8.0−9.0 | <0.001 |
| Palliative Care Outcome Scale(POS)・IntegratedPAlliative Care Outcome Scale(IPOS)について知っている | 1 | 1.0−4.0 | 4 | 2.0−6.0 | <0.001 |
| MD Anderson Symptom Inventory（MDASI)を知っている | 2 | 1.0−5.0 | 4 | 2.0−6.0 | <0.001 |
| Edmonton Symptom Assesment System(ESAS)について知っている | 2 | 1.0−5.0 | 6 | 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 | 3 | 1.0−5.0 | 7 | 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 | 3 | 1.0−5.0 | 6 | 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 | 2.0−6.0 | 3 | 2.0−5.0 | 0.111 |
| 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 | 0.001 |
| スクリーニングツールの記入方法は難しい | 5 | 3.0−7.0 | 5 | 3.0−6.0 | 0.022 |
| 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 | 3.0−8.0 | 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 | <0.001 |

Wilcoxonの符合付順位検定

四分位範囲：25−75%

ワークショップに関する感想は全ての項目において7点を超えるものが 5 割を超えていた。（表3）また、ワークショックの時間に関してはやや長い（3人）・適切（84人）・やや短い(8人)・短い（1人）との回答が得られた。

表6. ワークショップの感想　(n=98)　　　　(1点：全くそう思わない～10点とてもそう思う)

| | 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･関心があがった | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | 14 | 23 | 21 | 33 |
| スクリーニングに対する意識が変わった | 0 | 0 | 1 | 1 | 9 | 5 | 20 | 22 | 21 | 19 |
| 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 | 2 | 17 | 20 | 24 | 24 | 7 | 2 |
| 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 | 2 | 8 | 5 | 23 | 18 | 7 | 2 |
| 自施設のスクリーニングの実施に自信をつけた | 1 | 4 | 1 | 6 | 22 | 13 | 23 | 18 | 7 | 2 |
| ワークショップの内容を十分に理解できた | 0 | 0 | 2 | 1 | 10 | 6 | 16 | 28 | 18 | 17 |
| ワークショップは今後に役立つ内容だった | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 | 14 | 31 | 21 | 24 |
| このようなワークショップは必要である | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 9 | 20 | 23 | 41 |
| ワークショップの内容に満足できた | 0 | 0 | 1 | 0 | 7 | 5 | 16 | 17 | 24 | 28 |
| 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 | 2 | 13 | 6 | 13 | 16 | 16 | 32 |
| 今後自施設のスクリーニングの実施が変わる | 1 | 2 | 1 | 4 | 14 | 11 | 16 | 24 | 14 | 10 |
| ファシリテーターは議論を促進した | 0 | 2 | 1 | 1 | 5 | 2 | 7 | 19 | 18 | 43 |

**【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 98 名のうち 68 名（67%）が web アンケートに回答した。回答者のうち 16 名（24%）がワークショップの内容を実践に生かしたと回答した。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以下の通りであった。(表 6)

表6.　研修会前と研修会３ヶ月後のスクリーニング実施時の経験と妨げの変化　(研修会前　n=98 研修会３ヶ月後後　n=68)

| | 項目<br>＜0点：そう思わない～10点：そう思う＞ | 実施前 中央値 | 実施前 四分位範囲 | 実施３ヶ月後 中央値 | 実施３ヶ月後 四分位範囲 | p値* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 経験 | スクリーニング陽性の患者に社会資源サービスを紹介しても受診しない | 5 | 3~7 | 6 | 4~6 | 0.29 |
| | スクリーニング陽性の患者に緩和ケアチームを紹介しても受診しない | 5 | 4~7 | 6 | 4~8 | 0.47 |
| | スクリーニング陽性の患者に精神科・心療内科を紹介しても受診しない | 6 | 5~8 | 7 | 6~8 | 0.01# |
| | スクリーニングされた結果が、倦怠感や再発不安など、有効な対応方法がない問題のことがある | 7 | 5~9 | 8 | 6~8 | 0.385 |
| 妨げ | スクリーニングの為の人員が不足していることが妨げとなっている | 9 | 7~10 | 6 | 5~9 | <0.001# |
| | 外来でがん患者を同定することが難しいなど、スクリーニング対象患者を選ぶことが難しいことが妨げになっている | 8 | 6~10 | 6 | 4~8 | <0.001# |
| | 診療科・主治医の理解が得られないことが妨げになっている | 7 | 4~9 | 5 | 3~6 | 0.05# |
| | 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ないことが妨げとなっている | 8 | 6~9 | 6 | 4~6 | 0.001# |

*Wilcoxonの符合付順位検定　四分位範囲：25-75%

# p<0.05

**適切な対象者についての検討**

参加者の背景とワークショップ直前の知識・考えとの関連を調べ、ワークショップの適切な対象者について検討した。(表 7) ワークショップ直前のスクリーニングに関する知識（スクリーニングに適切な時期を知っている・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・生活のしやすさに関する質問票について知っている・POS/IPOS を知っている・スクリーニングの質問紙のカットオフ値を知っている）は参加施設のがん患者登録数・症例数・スクリーニング経験歴等と正の相関があり経験があることで知識が増え、またワークショップ直前のスクリーニングに関する考え（スクリーニングのツールに時間がかかる・スクリーニングのツールの記入方法が難しい）は参加者の施設における病床数やがん患者数や症例数と負の相関にあり、患者数が多いとスクリーニングに関する困難さが減少する傾向にあった。

表7.　参加者の背景とワークショップ直前の知識・考えとの関連 (n=98)

Spearmanの相関係数 / 参加者の背景

| | | PCT経験歴 | スクリーニング経験歴 | 職種 | 外来患者対象のスクリーニングの有無 | 入院患者対象のスクリーニングの有無 | 年間新入院がん患者数 | 年間新外来がん患者数 | 病床総数 | PCTによる年間新規症例数 | 院内がん登録数 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 知識 | スクリーニングに適切な時期を知っている | 0.12 | 0.17 | 0.06 | -0.003 | -0.16 | 0.08 | 0.1 | 0.17 | 0.2 | ***0.24*** |
| | 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 | 0.13 | 0.18 | 0.008 | -0.2 | -0.14 | 0.16 | ***0.29*** | ***0.21*** | ***0.32*** | ***0.24*** |
| | 生活のしやすさに関する質問票について知っている | 0.13 | ***0.3*** | 0.18 | 0.05 | -0.18 | -0.02 | 0.06 | -0.04 | 0.05 | 0.15 |
| | Support Team Assessment Schedule(STAS)について知っている | 0.12 | 0.02 | 0.14 | -0.08 | -0.11 | 0.05 | 0.005 | -0.07 | 0.04 | 0.02 |
| | Palliative care Outcome Scale (POS)・Integrated PAlliative care Outcome Scale (IPOS)について知っている | -0.18 | -0.12 | -0.11 | -0.12 | -0.06 | 0.02 | -0.08 | -0.06 | -0.001 | -0.03 |
| | MD　Anderson Symptom Inventory(MDASI)について知っている | -0.05 | 0.03 | -0.14 | -0.02 | -0.07 | -0.05 | -0.05 | -0.05 | 0.05 | -0.005 |
| | Edmonton Symptom Assessment System(ESAS)　について知っている | 0.13 | 0.05 | -0.16 | -0.18 | -0.03 | 0.05 | -0.04 | -0.05 | 0.04 | 0.05 |
| | スクリーニングの質問紙のカットオフ値を知っている | 0.16 | 0.03 | -0.03 | ***-0.2*** | 0.09 | ***0.21*** | 0.13 | 0.07 | 0.11 | ***0.27*** |
| | スクリーニング結果等データの集積方法を知っている | 0.12 | ***0.24*** | 0.06 | -0.16 | -0.14 | 0.05 | 0.11 | 0.08 | 0.12 | 0.19 |
| 考え | スクリーニングの対象患者がわからない | 0.06 | -0.1 | -0.02 | 0.14 | 0.18 | -0.07 | -0.11 | -0.16 | ***-0.26*** | -0.06 |
| | スクリーニングのツールの説明には時間がかかる | ***0.29*** | 0.008 | 0.03 | 0.11 | -0.01 | ***-0.28*** | ***-0.25*** | ***-0.27*** | -0.13 | ***-0.3*** |
| | スクリーニングのツールの記入方法は難しい | 0.17 | -0.04 | -0.05 | 0.16 | -0.09 | ***-0.23*** | -0.13 | ***-0.23*** | -0.21 | ***-0.31*** |
| | 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 | -0.03 | 0.08 | 0.06 | -0.19 | -0.07 | ***0.24*** | ***0.22*** | ***0.2*** | 0.19 | ***0.32*** |
| | スクリーニングの有用性は高い | 0.05 | -0.03 | -0.07 | -0.12 | 0.09 | 0.006 | 0.03 | 0.04 | 0.06 | 0.11 |

***P<0.05***

## D．考察

2 回のワークショップの結果を合計しても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。3ヶ月後の web アンケートにおいてはスクリーニングに何する妨げ 4 項目が全て有意に軽減していた。

## E．結論

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。

## F．健康危険情報

なし

## G．研究発表

**1．論文発表**

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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
8. 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
9. 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
10. 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
11. 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
12. 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
13. 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
14. 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
15. 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
16. 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

２．学会発表

1．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．
2．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．
3．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．
4．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．
5．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．
6．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．
7．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用性-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．
8．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．
9．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．
10．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，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．
11．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．
12．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．
13．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．
14．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，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．
15．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．
16．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．
17．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．

18. 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回広精協学会 特別講演，広島市．
19. 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．

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

厚生労働科学研究費補助金　（がん対策推進総合研究事業）

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　緩和支持治療科　副院長

研究協力者　内藤明美　聖隷三方原病院　ホスピス科

研究要旨

電子カルテ上に記録された苦痛STASを用い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、STAS を電子カルテ上の体温表に記入している。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。STAS 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。

## 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。

## 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

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。

## E．結論

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。

## F．健康危険情報

なし。

## G．研究発表

### 1．論文発表

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Morita T, et al. Author's reply to rady and verheijde. J Pain Symptom Manage 53(6):e12-e13,2017.
14. Morita T, et al. Author's reply to twycross. J Pain Symptom Manage 53(6):e15-e16,2017.
15. 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.
16. 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.
17. Matsuoka H, Kizawa Y, Morita T, et al. Study protocol for a multi-institutional, randomized, 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.
18. 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.

19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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 Mange. 2017 Dec 14. [Epub ahead of print]
29. 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]
30. 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]
31. 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]
32. 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]
33. 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]
34. 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]
35. 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]
36. 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]
37. 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.
38. 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.
39. 森田達也. 終末期の苦痛がなくならない時、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.
40. 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.
41. 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.
42. 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.
43. 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.
44. 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.
45. 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.
46. 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.
47. 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.
48. 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
49. 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①「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.
50. 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.
51. 日本がんサポーティブケア学会（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㈱. 東京. 2017.10
52. 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.
53. 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.
54. 塩﨑麻里子, 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.
55. 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.

56. 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.
57. 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.
58. 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.

２．学会発表

1. 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
2. 森田達也. ランンチョンセミナー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
3. 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
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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
8. 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
9. 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
10. 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
11. 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
12. 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
13. 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
14. 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
15. 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
16. 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
17. 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

18. 横道直佑, 森田達也, 他. がん性腹水に対する腹水濾過濃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
19. 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
20. 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
21. 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
22. 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
23. 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
24. 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
25. 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
26. 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
27. 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
28. 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

## 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。

厚生労働科学研究費補助金　（がん対策推進総合研究事業）

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**
「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（特に意思決定支援の強化が必要な患者）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」を行った。これらの介入により、終末期ケアの質指標の一つである「亡くなる前 30 日以内の化学療法の施行率」(Lancet Oncol, 2016; JAMA Oncol, 2016)が、毎年 16.4%/年→12.1% /年→11.1%/年と低下し、施設全体の終末期ケアの質が向上したことが明らかになった。

90%以上の患者が『アドバンスケアプランニング(ACP)介入プログラムは、闘病生活の中で役に立つ』と回答し、その理由として、『自らの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。

本研究で大きな役割を果たした「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 ACP 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 ACP コミュニケーションの促進のきっかけとなり、施設全体の終末期ケアの質が向上したと考えられる。

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可能性について確認する必要がある。

## 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、「意思決定能力を有する人が、自身の価値観に基づき、重篤な疾患の経過の意味と結果を反映し、将来の治療とケアの目標と希望を明らかにし、家族や医療者と共に話し合うことである。そして、これらは、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな領域にわたる個人の懸念に対処し、代理意思決定者を同定し、いかなる希望も記録し定期的に見直すことが推奨され、ある時点で意

思決定能力が失われた場合はこの希望が考慮されうる。」とされている（Lancet Oncol., 2017）。すなわち、アドバンス・ケア・プランニングの本質は、患者自身の価値観、人生目標、今後の医療に対する希望を理解・共有することを支援する「計画過程」であることを意味する（J Pain Symptom Manage., 2017）。

患者が今後の診療方針・健康管理の決定をしていくにあたって（アドバンス・ケア・プランニングの本質である計画過程）、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。さらに、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）。

＊　　　＊　　　＊

2015 年度の本研究班の分担研究において、将来の医療上の意思決定能力の低下に備えて、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」で取得されたデータの後ろ向き解析を行い報告した。

スクリーニング結果が陽性患者、すなわち『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』進行がん患者は 55%いた。その背景として、身体症状の NRS の良さが要因に挙がった。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示唆された。

＊　　　＊　　　＊

そこで、我々はこれらの結果をもとに、2016 年度の本研究班の分担研究において、このような「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」で陽性となった患者に、特に、意思決定支援強化を行うことによって、施設全体の終末期ケア質が向上するかどうか探索を行った。すなわち、単施設のがん専門病院において、スクリーニングで同定された意思決定支援を必要とする患者・家族を対象とし、教育的介入、及びコミュニケーション継続の介入プログラムを計画実施した。

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

詳細は、以下のホームページに紹介されている。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/gan/gan_kanwa.html

内の最下方の

緩和ケアスクリーニングに関する事例集

（九州がんセンター）

http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000122405.pdf

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

これらの意思決定支援強化よって、終末期ケアの質指標の一つである「亡くなる前 30 日以内の化学療法の施行率」(Lancet Oncol, 2016; JAMA Oncol, 2016)が、毎年 16.4%/年→12.1%/年→11.1%/年と低下し、施設全体の終末期ケア質が向上したことが明らかになった。

＊　　　＊　　　＊

アドバンス・ケア・プランニング実施の質のアウトカム指標として、段階ごと分けた評価も提案されているが（J Pain Symptom Manage., 2017）、「亡くなる前 30 日以内の化学療法の施行率」は、そのうちの最終段階のアウトカム指標の一つである。アドバンス・ケア・プランニングの本質は、患者自身の価値観、人生目標、今後の医療に対する希望を理解・共有することを支援する「計画過程」であることから（J Pain Symptom Manage., 2017）、施設全体の終末期ケア質の向上するに至った「患者の心理過程」、

「最終段階のアウトカム」に至った理由を探索することが、アドバンス・ケア・プランニング介入プログラム実施の本質を評価するにあたって重要である。

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」に対する患者の認識を明らかにすることである。

**B．研究方法**

**対象・方法**

・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

①『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

①『自ら今後の事を考えるきっかけとなった』
②『医療者との話し合いのきっかけとなった』
③『家族と今後の事を話すきっかけとなった』
④『自分の意向が尊重されると思う』
⑤『医療者との信頼関係が深まると思う』
⑥『不安を高め負担となると思う』
⑦『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を保護した。

**C．研究結果**

「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。

**D．考察**

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ものと思われる。

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。

## E．結論

「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（「死亡前 30 日間の化学療法施行率」が低下した）。

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の質が向上したものと思われる。

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。

## F．健康危険情報

なし。

## G．研究発表

論文発表

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.

5. Hatano Y, Otani H, et al. Physician behavior toward death pronouncement in palliative care units. Journal of Palliative Medicine. 2017 in press.
5. 大谷弘行 . 終末期の意思決定の考え方. 精神科 2017;31:302-306.
6. 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.

学会発表

１. 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
２. 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
３. 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
４. 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
５. 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
６. 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

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。

厚生労働科学研究費補助金　（がん対策推進総合研究事業）

分担研究報告書

# PRO を用いたスクリーニングシステムの開発

研究分担者　小川　朝生　国立研究開発法人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

研究要旨
　がん医療では、診断から治療、復帰、再発のおのおのの段階において、患者はさまざまな問題に直面する。この問題に対して、がん患者の 30-50%が身体的・精神心理的苦痛を経験する一方、1/3 から 1/2 の患者の苦痛は見落とされていることから、がん治療と一体となった症状マネジメントの重要性が指摘されてきた。
　わが国においては、がん対策のグランドデザインであるがん対策推進基本計画において、苦痛のスクリーニングの実施ががん診療連携拠点病院に義務付けられている。しかし、スクリーニングの施行は部分的に留まっているのが現状である。その背景に、スクリーニングの施行並びに評価の負担が大きいことがある。そこで、患者ならびに医療者の負担を軽減し、かつ効果的に苦痛を評価し、検討する機会を確保することを目的に、PRO を用いたモニタリングを行うシステムを開発することを目的に、検討を行った。本年は、システム開発を進めた。

## A．研究目的

　がん医療では、診断から治療、復帰、再発のおのおのの段階において、患者はさまざまな問題に直面する。この問題に対して、がん患者の 30-50%が身体的・精神心理的苦痛を経験する一方、1/3 から 1/2 の患者の苦痛は見落とされていることから、がん治療と一体となった症状マネジメントの重要性が指摘されてきた。

　わが国においては、がん対策のグランドデザインであるがん対策推進基本計画において、苦痛のスクリーニングの実施ががん診療連携拠点病院に義務付けられている。スクリーニングはカナダで提唱され、その後米国で政策主導で導入されてきた。スクリーニングの効果については、

1.　有用性はセッティングの影響が大きい。スクリーニング単独では効果は上がらず、スクリーニングの後の対応（トリアージ・プログラム）が効果を決める。問題が抽出され対応されれば効果があがるが、対応されないと効果がないばかりか、負担のみ増す結果となる。

2.　実施上の課題に、時間・人的負担とアセスメント・トリアージの教育の 2 点がある。スクリーニング実施に時間を要し、通常のケアにかける時間が減れば費用対効果で効果が相殺さ

れる。また、アセスメント・トリアージは人が行うため、スクリーニングでは代用が効かないことが報告されている。わが国では、臨床上の効果（患者・家族の苦痛の軽減にどのような効果があるのか）、医療経済的影響について評価はまだされていない。スクリーニングシステムがわが国の医療体制上有用であるかどうかを評価し、システムの有用性、あり方について検討が必要である。

スクリーニングが意図する目的は、大きく2つ、すなわち①症状を評価し、診療で取り扱う機会を作ること、②苦痛を同定し、専門家につなぐ、ことがある。がん対策推進基本計画が推進するスクリーニングは、その対象がすべてのがん患者であり、かつ実施時期が診断時からと述べられていることを踏まえると、そのスクリーニングが意図することは、症状を診療の場面で取り上げ、具体的な対応方法を話し合う機会を作ることに主眼が置かれていることが想定できる。

症状を定期的に評価する手法はモニタリングと総称される。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、

①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）

②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、

③対応する時間が十分に確保されていない

④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

⑤PROMs 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、

⑥ガイドラインの整備

⑦症状を自動的に解析しフラグを立てる簡便化

⑧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**

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て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**

タブレット端末上に、PRO-CTCAE12項目を配置した入力用システムを作成した。

入力用システムから、サーバーへのデータに送出することを確認した。

**D．考察**

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**

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. 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.
2. 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.
3. 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. 20177:35 (2) :211-217. Jan 01:1049909117703358. PubMed PMID: 28393544.
4. 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.
5. 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.
6. 小川朝生. サイコオンコロジストの立場から. 日本医師会雑誌. 2017;146(5):937-40.
7. 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.
8. 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.
9. 小川朝生. サイコオンコロジーの意義と診療の実際. 新薬と臨牀. 2017;66(5):66-9.
10. 小川朝生. 《がんサポートのいま》②がんサバイバー支援とピアサポート. Modern Physician. 2017;37(10):1032-5.
11. 小川朝生. 認知症・せん妄の緩和ケア. 精神科. 2017;31(4):295-301.
12. 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. Ogawa A, editor A collaborative educational intervention to prevent delirium. Focus issues in Psychosomatic Medicine : Research and Clinical Practice; 2017/6/9; Seoul.
2. 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）.
3. 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）
4. 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　ランチョンセミナー;2017/10/20 品川区（きゅりあん）.
5. 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）.
6. 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）.
7. 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）.
8. 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）.
9. 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）.
10. 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）.

11. <u>小川朝生</u>, 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）.
12. <u>小川朝生</u>, 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**

# 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

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 松本禎久 | | | 新版がん緩和ケアガイドブック | 青海社 | 東京 | 2017 | |
| 木澤義之他 | 小児緩和ケアの現状と展望 | 志真泰夫<br>恒藤　暁<br>細川豊史<br>宮下光令<br>山崎章郎 | ホスピス緩和ケア白書2017 | 青海社 | 東京都 | 2017年 | 34-37 |
| 井上順一朗,木澤義之他 | 緩和医療の実際 | 井上順一朗<br>神津　玲 | 理学療法MOOK21<br>がんの理学療法 | 三輪書店 | 東京都 | 2017年 | 93-98 |
| 木澤義之他 | 緩和医療ピットフォールファイル | 森田達也<br>濱口恵子 | 緩和医療ピットフォールファイル | 南江堂 | 東京都 | 2017年 | 6-78 |
| 木澤義之他 | 緩和医療と終末期（エンド・オブ・ライフ）ケア | 矢﨑義雄他 | 内科学 | 朝倉書店 | 東京都 | 2017年 | 186-188 |
| 木澤義之他 | 人生の最終段階を見据えたアドバンス・ケア・プランニング | 長江弘子 | 「生きる」を考える | 日本看護協会出版会 | 東京都 | 2017年 | 186-196 |
| 木澤義之他 | わが国の政策と診療報酬の動向 | 木澤義之<br>矢野和美 | 心疾患 COPD 神経疾患の緩和ケア | 青海社 | 東京都 | 2017年 | 8-11 |
| 木澤義之他 | エンド・オブ・ライフケア | 小川朝生<br>木澤義之<br>山本　亮 | 新版　がん緩和ケアガイドブック | 青海社 | 東京都 | 2017年 | 95-105 |
| 木澤義之他 | 患者と家族の意向が異なるとき | 木澤義之<br>山本　亮<br>浜野　淳 | いのちの終わりにどうかかわるか | 医学書院 | 東京都 | 2017年 | 68-73 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 木澤義之他 | | 木澤義之<br>山本　亮<br>浜野　淳 | いのちの終わりにどうかかわるか | 医学書院 | 東京都 | 2017年 | 全項 |
| 木澤義之他 | | 日本頭頸部癌学会 | 頭頸部癌診療ガイドライン | 金原出版株式会社 | 東京都 | 2017年 | |
| 明智龍男 | 「本人が不安を感じています」は本当？ | 森田達也、濱口恵子 | 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 | 136-137 |
| 明智龍男 | リスペリドン少量で傾眠と誤嚥性肺炎発生 | 森田達也、濱口恵子 | 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 | 72 |
| 明智龍男 | 適応障害 | 鈴木直、宮城悦子、藤村正樹、東口高志 | 婦人科がん領域における緩和医療の実践 | 金原出版株式会社 | 東京 | 2017 | 158-165 |
| 明智龍男 | せん妄、手術後精神障害（ICU）症候群. | 福井次矢、高木誠、小室一成 | 今日の治療指針 | 医学書院 | 東京 | 2017 | 99 |
| 明智龍男 | :認知行動療法. | 福井次矢、高木誠、小室一成 | 今日の治療指針 | 医学書院 | 東京 | 2018 | 998-999 |
| 森田達也 | | 森田達也 | 終末期の苦痛がなくならない時、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 | |
| | | 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 | |
| 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 | メディカル・サイエンス・インターナシ | 東京 | 2017 | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Pallium Palliative Pocketbook Second Edition | ョナル | | | |
| | | 日本がんサポーティブケア学会（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㈱ | 東京 | 2017 | |
| 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 | 森田達也 濱口恵子 | 緩和医療ピットフォール | 南江堂 | 東京 | 2017 | 45-47 |
| 小川朝生、木澤義之、濵野淳、山本亮、飯島勝矢、平井啓、道永麻里、他 | | 小川朝生 木澤義之 山本亮 | 新版　がん緩和ケアガイドブック | 青海社 | 東京 | 2017 | |
| 小川朝生 | （3）精神的ケア | 大江裕一郎、鈴木健司 | インフォームドコンセントのための図説シリーズ　肺がん　改訂5版 | 大阪市中央区 | 株式会社医薬ジャーナル社 | 2017 | 212-6 |
| 小川朝生 | あなたの患者さん、認知症かもしれません | 小川朝生 | あなたの患者さん、認知症かもしれません | 東京都文京区 | 医学書院 | 2017 | 2017 |

雑誌

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 Oncologists | Cancer | 123(8) | 1442-1452 | 2017 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| 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(4) | 1169-1181 | 2017 |
| Wada S, Inoguchi H, Hirayama T, Matsuoka YJ, Uchitomi Y, Ochiai H, Tsukamoto S, Shida D, Kanemitsu Y, Shimizu K. | Yokukansan for the treatment of preoperative anxiety and postoperative delirium in colorectal cancer patients: a retrospective study | Jpn J Clin Oncol. | 1;47(9) | 844-848. doi | 2017 Sep |
| 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 |
| 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 J Hosp Palliat Care. | 34(7) | 654-664 | 2017 |
| Mori M, Kizawa Y,et al | Talking about death with terminally-ill cancer patients: What contributes to the regret of bereaved family members? | JPain Symptom Manage | | Epub ahead of print | 2017 |
| 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 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| 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 |
| 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 July |
| 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 July |
| 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 |
| 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 | | | 2017 Jan |
| 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 Feb |
| 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 May |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Yotani N, Kizawa Y,et al | Differences between Pediatricians and Internists in Advance Care Planning for Adolescents with Cancer. | J Pediatr. | 182 | 356-362 | 2017 Mar |
| 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 Jan |
| Yotani N, Kizawa Y,et al | Advance care planning for adolescent patients with life-threatening neurological conditions: a survey ofJapanese paediatric neurologists | BMJ Pediatrics Open | | Epub ahead of print | 2017 |
| 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 |
| 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 |
| 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. | J Psychosom Res. | 103 | 127-132 | 2017 Dec |
| 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 |
| Hamano J, Kizawa Y,et al | A nationwide survey about palliative sedation involving Japanese palliative care specialists: Intentions and key factors | J Pain Symptom Manage. | | Epub ahead of print | 2017 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | used to determine sedation as proportionally appropriate. | | | | |
| 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 Oct |
| 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 |
| 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 Aug |
| 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 Jun |
| 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 Jan |
| Aoyama M, Kizawa Y,et al | Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders | Psycho‐Oncology | | 1-7 | 2017 Dec |
| Onishi H、Akechi T、et al | Subclinical thiamine deficiency in patients with abdominal cancer | Palliat Support Care | | | in press |
| Ogawa S 、Akechi T et al | Fear of Fear and Broad Dimensions of Psychopathology over the | East Asian Archives of Psychiatry | | | in press |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Course of Cognitive Behavioural Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia in Japan | | | | |
| Kato T、Akechi1 T、et al | Optimising first- and second-line treatment strategies for major depressive disorder: a pragmatic, multi-centre, assessor-blinded two-step randomised controlled trial | PLOS Med | | | in press |
| Furukawa TA、Akechi T、et al | 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 |
| Sakamoto N、Akechi T、et al | 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 |
| Onishi H、Akechi T、et al | Wernicke encephalopathy without delirium in patients with cancer | Palliat Support Care | | 1-4 | 2017 |
| Okuyama T、Akechi T、et al | Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis | Cancer Treat Rev | 56 | 16-27 | 2017 |
| Ogawa S、Akechi T、et al | The relationships between symptoms and quality of life over the course of cognitive-behavioral therapy for panic disorder in Japan | Asia-Pacific psychiatry | 9 | | 2017 |
| Ogawa S、Akechi T、et al | 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 | 27 | 150-155 | 2017 |
| Ogawa S、Akechi T、et al | The Mechanisms Underlying Changes in Broad Dimensions of Psychopathology During | Journal of Clinical Medicine Research | 9 | 1019-1021 | 2017 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder | | | | |
| Momino K、Akechi T、et al | 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 |
| Ino K 、Akechi T、et al | Anxiety sensitivity as a predictor of broad dimensions of psychopathology after cognitive behavioral therapy for panic disorder | Neuropsychiatr Dis Treat | 13 | 1835-1840 | 2017 |
| Akechi T、et al | Different pharmacological responses in late-life depression with subsequent dementia: a case supporting the reserve threshold theory | Psychogeriatrics | | | ,2017 |
| *Akechi T*、et al | Does cognitive decline decrease health utility value in older adult patients with cancer? | Psychogeriatrics | 17 | 149-154 | 2017 |
| Aiki S 、Akechi T、at al | Cognitive dysfunction among newly diagnosed older patients with hematological malignancy: frequency, clinical indicators and predictors | Jpn J Clin Oncol | 1-7 | | 2017 |
| 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 |
| 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 |
| 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 | BMC Palliat Care | 16(1) | 8 | 2017 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | evaluate the structure and process of palliative care for cancer patient. | | | | |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| Morita T, et al | Author's reply to rady and verheijde. | J Pain Symptom Manage | 53(6) | e12-e13 | 2017 |
| Morita T, et al | Author's reply to twycross. | J Pain Symptom Manage | 53(6) | e15-e16 | 2017 |
| 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 |
| 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 |
| Matsuoka H, Kizawa Y, Morita T, et al | Study protocol for a multi-institutional, randomized, 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 |
| 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 |
| 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 |
| Aoyama M, Morita T Kizawa Y, et al | The Japan Hospice and Palliative Care Evaluation Study 3: Study design, characteristics of participants and | Am J Hosp Palliat Care | 34(7) | 654-664 | 2017 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | participating institutions and response rates. | | | | |
| 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 patient. | J Pain Symptom Manage | 54(3) | 273-279 | 2017 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 Mang | Dec 14 | [Epub ahead of print] | 2017 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Aoyama M, Morita T, Kizawa Y, et al | Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. | Psychooncology | Dec 16 | [Epub ahead of print] | 2017 |
| 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 | Dec 14 | [Epub ahead of print] | 2017 |
| 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 | Nov 22 | [Epub ahead of print] | 2017 |
| 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 | Nov 20 | [Epub ahead of print] | 2017 |
| 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 | Nov 8 | [Epub ahead of print] | 2017 |
| 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 | Oct 19 | [Epub ahead of print] | 2017 |
| 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 | Oct 16 | [Epub ahead of print] | 2017 |
| Hatano Y, Morita T, Otani H, et al | Physician behavior toward death pronouncement in palliative care units. | J Palliat Med | Sep 25 | [Epub ahead of print] | 2017 |
| 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. | 54 | 1442-1452 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 Supportive & Palliative Care. | | | In press |
| Yamada T, Otani H, et al | A prospective multicenter cohort study to validate a simple, performance status based, survival prediction system for oncologists | Cancer. | 123 | 1442-1452 | |
| Hirooka K, Otani H, et al | End-of-life experiences of family caregivers of deceased patients with cancer: A nation-wide survey | Psycho-Oncology. | | | In press |
| Hatano Y, Otani H, et al | Physician behavior toward death pronouncement in palliative care units | Journal of Palliative Medicine. | | | In press |
| Nakanishi M, OkumuraY, Ogawa A. | Physical restraint to patients with dementia in acute physical care settings: effect of the financial incentive to acute care hospitals. | International Psychogeriatrics | | | inpres s |
| 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 | 26(12) | 2168-2174 | 2017 |
| 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 | 35(2) | 211-217 | 2018 |

**日本語雑誌**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| 木澤義之,坂下明 | 緩和ケアとエンド・ | 肺癌 | 57巻 | 720-722 | 2017 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 大他 | オブ・ライフ（終末期ケア） | | | | |
| 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<br>死の達成度が高い理由ー全国のホスピス・<br>緩和ケア病棟127 施設の遺族調査の結果からー | Palliative Care Research | 12巻2号 | 211-220 | 2017 |
| 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 |
| 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 |
| 木澤義之 | 意思決定支援 | 日本医師会雑誌 | 146 巻 5 号 | 965 | 2017 |
| 木澤義之 | 【心疾患・COPD・神経疾患の緩和ケア がんと何が同じで、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 |
| 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 |
| 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・<br>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 |
| 明智　龍男 | チーム医療において心理職が知っておく基礎知識 | 精神療法 | 43 | 527-831 | 2017 |
| 明智　龍男 | 高齢発症の適応障害 | 精神科治療学 | 32 | 350-353 | 2017 |
| 明智　龍男 | がん患者の不安・うつと自殺 | 精神科 | 31 | 286-289 | 2017 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 明智　龍男 | 死にゆく患者に対して私たちはなにができるのだろうか？ | 老年精神医学雑誌 | 28: | 830-831 | 2017 |
| 明智　龍男 | がん患者の精神症状の特徴とその評価 | 薬局 | 68 | 51-54 | 2017 |
| 明智　龍男 | がん患者にはどのように接すればよいのでしょうか | medicina | 54 | 1204-1207 | 2017 |
| 明智　龍男 | がん患者・家族へのbad newsの伝え方 | 血液内科 | 74 | 557-561 | 2017 |
| 明智　龍男 | 乳癌診療を支える医療-サイコオンコロジー | 乳癌学 | 75 | 434-437 | 2017 |
| 明智　龍男 | なぜせん妄は防ぐことがむずかしいのか | Modern Physician | 37 | 329-332 | 2017 |
| 明智　龍男 | がん患者の不安・抑うつ・せん妄とがん性疼痛に対する精神医学的アプローチ | 臨床精神薬理 | 20 | 429-436, | 2017 |
| 今井必生，明智龍男，他 | スマートフォンを用いた認知行動療法 | 精神科 | 30 | 431-435 | 2017 |
| 岸野恵，<u>木澤義之</u>，<u>森田達也</u>，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 |
| <u>森田達也</u> | 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 |
| <u>森田達也</u> | 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 |
| 五十嵐尚子，<u>森田達也</u>，<u>木澤義之</u>，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 |
| 日下部明彦，<u>森田達也</u>，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 | Palliat Care Res | 12(1) | 906-910 | 2017 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | ブック」の医学教育に用いた報告. | | | | |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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① 「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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 塩﨑麻里子, 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 | Palliat Care Res | 12(4) | 753-760 | 2017 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 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？ | | | | |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 大谷弘行 | 終末期の意思決定の考え方 | 精神科 | 31 | 302-306 | 2017 |
| 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 | 15(2) | 45-49 | 2017 |
| 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 | 68(8) | 30-35 | 2017 |
| 小川朝生 | サイコオンコロジストの立場から | 日本医師会雑誌 | 146(5) | 937-40 | 2017 |
| 小川朝生 | 医療における意思決定能力の評価 | 緩和ケア | 27(4) | 263 | 2017 |
| 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 | 27(4) | 241-245 | 2017 |
| 小川朝生 | サイコオンコロジーの意義と診療の実際 | 新薬と臨牀 | 66(5) | 66-69 | 2017 |
| 小川朝生 | 《がんサポートのい | Modern Physician | 37(10) | 1032-5 | 2017 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **ま》②がんサバイバー支援とピアサポート** | | | | |
| **<u>小川朝生</u>** | **認知症・せん妄の緩和ケア** | **精神科** | 31(4) | 295-301 | 2017 |
| **<u>小川朝生</u>** | **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** | 33(12) | 51-7 | 2017 |