

200721042A

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる
医療従事者の育成に関する研究

平成 19 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 木澤 義之

平成 20 年 (2008) 3 月

目次

I. 総括研究報告書

- がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究……1
木澤義之、笹原朋代

II. 分担研究報告書

1. 緩和医療に携わる医師の育成方法に関する研究（緩和ケアチームの基準の明確化に関する研究、緩和医療に携わる緩和医療専門医の育成に関する研究、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームに対するワークショップの開催とその評価）……9
木澤義之、笹原朋代
2. 緩和医療に携わる緩和医療専門家医の育成に関する研究
－緩和ケアチーム活動上のバリアに関するアセスメントツールの開発－……30
森田達也
3. 緩和ケアに携わる精神科医の育成方法に関する研究……34
大西秀樹
4. 緩和ケアに携わる看護師の育成方法に関する研究……37
高橋美賀子
5. 緩和医療に携わる心理士の育成に関する研究
－フォーカスグループインタビューを用いて－……46
岩満優美
6. 緩和医療に携わる理学療法士・作業療法士の育成に関する研究……49
岡村仁
7. 医師の教育目標の記述方法に関する研究……53
大滝純司
8. 緩和医療に携わる看護師の育成とその教育方法に関する研究……55
竹之内沙弥香

III. 研究成果の刊行に関する一覧表……59

IV. 研究協力者氏名一覧……65

I .総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
総括研究報告書

がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究

主任研究者 木澤義之 筑波大学大学院人間総合科学研究科 講師
リサーチレジデント 笹原朋代 筑波大学大学院人間総合科学研究科

研究要旨:本研究は、がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者を育成するため、下記の3つの目的で行われた。1つ目は、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの教育に必要な緩和ケアチームの基準を作成すること、2つ目が、がん診療連携拠点病院を中心とした緩和ケアチームおよび緩和ケアチームを構成する医療従事者（医師、看護師、心理士、理学療法士等）に対する教育プログラムを開発・実践しその効果的な育成方法を検討すること、3つ目が、緩和ケアチームが緩和医療を病院や地域に啓発普及するためのマテリアルを開発することである。

本年度の成果は以下のとおりである。①緩和ケアチームの基準がデルファイ変法により行われ現在暫定案が作成された。②緩和ケアチームに関わる緩和医療専門医、精神腫瘍医、看護師の教育目標を作成した。③緩和ケアチームに対する教育プログラムを作成し、がん診療拠点病院等の緩和ケアチームを対象にワークショップを全国4か所で開催した。④緩和医療において心理士および理学/作業療法士に求められることを明らかとなった。⑤緩和ケアチームが緩和医療を病院や地域に啓発普及するためのマテリアルとして、米国で看護師に対する終末期看護教育プログラムとして開発された ELNEC (End-of-Life Nursing Education Consortium) の日本語版、ELNEC-J (ELNEC Japan) が開発されパイロットスタディが行われ、ELNEC-Jを用いた教育プログラムの内容・運営に関する問題点が明らかとなった。ELNEC-Jはわが国において十分実施可能と考えられた。⑥すべてのがん診療に携わる医師に対する緩和ケアの研修プログラムおよびその教育マテリアルの開発を開始した。今後は、これらの問題点を修正したうえでプログラムを普及していくことが大きな課題である。

分担研究者氏名及び所属施設

研究者氏名	所属施設名及び職名
森田 達也	聖隷三方原病院 緩和支援治療科 部長
大西 秀樹	埼玉医科大学 精神腫瘍科教授
岡村 仁	広島大学大学院保健学研究科 教授
大滝 純司	東京医科大学 総合診療 医学・医学教育学 教授
高橋美賀子	聖路加国際病院 看護師
岩満 優美	北里大学大学院医療系研究科 准教授
竹之内沙弥香	京都大学大学院医学研究科 博士課程

A. 研究目的

本研究の目的は、以下の3点である。

1. がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの教育に必要な緩和ケアチームの基準を作成すること、
2. がん診療連携拠点病院を中心とし

た緩和ケアチームおよび緩和ケアチームを構成する医療従事者（医師、看護師、心理士、理学療法士等）に対する教育プログラムを開発・実践しその効果的な育成方法を検討すること、

3. 緩和ケアチームが緩和医療を病院や地域に啓発普及するためのマテリアルを開発すること

B. 研究方法

1. デルファイ変法を用いて、緩和ケアチームの基準を作成する（木澤、笹原）。2.1) 文献レビュー・および専門家間の討議により、緩和ケアチームを構成する緩和医療専門医・精神腫瘍医・看護師の教育目標を作成する（木澤、大西、高橋）。2) 緩和ケアチームに関わるコメディカルの教育目標を作成するにあたり、緩和ケア領域で心理士および理学/作業療法士に何が求められているかを、フォーカスグループインタビューにより明らかにする（岡村、岩満）。3) 緩和ケアチームの質の向上をはかるため、緩和ケアチームに関わる多職種を対象としたワークショップを開催し、

その評価を行う（木澤、笹原）。4) 緩和ケアチームが活動する上でのバリアを同定するためのツールを開発する（森田）。3.1) 緩和医療に携わる看護師を育成するための教育プログラムを開発する（竹之内）。2) 緩和医療に携わる医師を育成するための教育プログラムを開発する（木澤）。

C. 研究結果

1. まず、国内外の文献のレビューおよび研究メンバー間の討議により緩和ケアチームの基準（案）を作成した。次に緩和ケアチームの基準としての適切性について、一定の基準より専門家と同定した対象者 27 名を対象として 1 回目の質問紙郵送調査を行った。その調査結果とパネルミーティングでの討議により緩和ケアチーム基準（案）を修正した。

2.1) 緩和ケアチームで活動する緩和医療専門医、精神腫瘍医、看護師の具体的な教育目標が作成された。2) 心理士については「心理士に求める知識」として 4 項目、「心理士に行ってほしいこと・望むこと」として 3 項目が抽出された。理学/作業療法士については、理学/作業療法士を必要とする場面や期待する内容 3 項目、理学/作業療法士に求める知識・技術 4 項目、理学/作業療法士への教育に必要なこと 2 項目が抽出された。3) 研究者間の討議により 6 つのセッションからなるワークショッププログラムを作成し、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームを対象とし、東京、大阪、浜松、福岡の 4 地域にてワークショップを実施した。各地域でのワークショップには、毎回 16 施設前後、60 名前後の緩和ケアチームメンバーが参加した。ワークショップ終了後に行った参加者を対象としたアンケート調査の結果、ワークショップに対する評価は非常に高く、本ワークショップのプログラム内容概ね有用と考えられた。4) 緩和ケアチームで活動する医師・看護師 159 名を対象に質問紙調査を行い、106 名より返送があった（回収率 57%）。質問紙では、各項目（19 項目）が緩和ケアチームの活動上の障害になっているかどうかを 5 段階でたずねた。因子分析の結果 7 ドメインが得られた。信頼性の検討の結果、ドメイン毎のクロンバック α 係数は 0.74~0.86 であった。再現性の検討の結果、完全一致は 24~64%、 ± 1 での一致は 27~100% であった。重み付き κ 係数は 0.06~0.73 であった。

3.1) 米国で看護師に対する終末期看護教育プ

ログラムとして開発された ELNEC

（End-of-Life Nursing Education

Consortium）の日本語版である ELNEC-J（ELNEC Japan）を開発し、わが国の緩和医療に携わる看護師に対する効果的な教育法について検討するとともに、ELNEC-J 独自のファシリテーターマニュアルを作成した。さらに、ELNEC-J の実施可能性を検討するために、1 施設の看護師 20 名を対象として 2 日間のパイロットスタディを実施した。2) がん診療に携わる医師を対象とする教育プログラムおよびその教育マテリアルの作成を開始した。

D. 考察

1. 修正した緩和ケアチーム基準（案）をもとに再度質問紙を作成し、現在 2 回目の調査中である。

2.1) 緩和ケアチームで中心的に活動する職種のエデュケーション目標が具体的に明らかになったことにより、緩和ケアチームで活動する職種に対しより系統的な教育が行われ、緩和ケアチームの質の向上に貢献できると思われる。2) 緩和ケア領域において心理士および理学/作業療法士に求められていることが明らかとなった。これをもとに、緩和ケアチームに関わる心理士および理学/作業療法士の教育目標の作成および教育プログラムの開発を進めていく必要がある。3) アンケート調査の結果、本ワークショップのプログラム内容概ね有用と考えられた。今後は、プログラム内容を更に充実させるとともに、ワークショップが緩和ケアチームの質の向上のどのような側面にどの程度貢献しているのかを明らかにすることが、大きな課題となる。4) 今回開発したツールの十分な因子妥当性および内的一貫性は確認できたものの、十分な再現性は得られなかった。今後、再現性を再確認したうえでツールを確定させる必要がある。

3.1) パイロットスタディの結果、ELNEC-J を用いた教育プログラムの内容・運営に関する問題点はいくつか挙げられたものの、ELNEC-J はわが国において十分実施可能と考えられた。今後は、今回明らかとなった問題点を修正したうえで本教育プログラムを普及していくことが大きな課題である。2) 医師に対する緩和医療の研修は各都道府県を中心として行われる予定であり、今後早急に各都道府県で行われる同研修のプログラムとそのマテリアルのひな型を作成し、均てん化を図ることが大きな課題である。

E. 結論

がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの教育に必要な緩和ケアチームの基準の暫定案が作成された。がん診療連携拠点病院を中心とした緩和ケアチームおよび緩和ケアチームを構成する医療従事者（医師、看護師、心理士、理学療法士等）に対する教育プログラムを開発・実践していくために、各職種の教育目標を作成するとともに、教育目標作成に必要な資料を得た。また、緩和ケアチームが緩和医療を病院や地域に啓発普及するためのマテリアルとして、看護師を対象としたELNEC-J教育プログラムが開発され、医師に対するプログラムとマテリアルの作成が開始された。今後これらマテリアルやプログラムの確定とさらなる発展が望まれる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

① 外国語論文

- Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Kizawa Y, Shima Y, Shimoyama N, Tsuneto S, Hiraga K, Sato K, Uchitomi Y: Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med* 10(2):390-399, 2007.
- Namba M, Morita T, et al: Terminal delirium: families' experience. *Palliat Med* 21:587-594, 2007.
- Morita T, et al: Development of national clinical guideline for artificial hydration therapy for terminally ill patients with cancer. *J Palliat Med* 10:770-780, 2007.
- Matsuo N, Morita T: Physician-reported practice of the use of methylphenidate in Japanese palliative care units. *J Pain Symptom Manage* 33:655-656, 2007.
- Osaka I, Morita T, et al: Palliative care philosophies of Japanese certified palliative care units: a nationwide survey. *J Pain Symptom Manage* 33:9-12, 2007.
- Ando M, Morita T, et al: Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 15:225-231, 2007.
- Asai M, Morita T, et al: Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: A cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psycho-Oncology* 16:421-428, 2007.
- Miyashita M, Morita T, et al: Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18:1090-1097, 2007.
- Fujimori M, Morita T, et al: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psycho-Oncology* 16:573-581, 2007.
- Morita T, Ohnishi H, et al: Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a validation study and nurse education intervention trial. *J Pain Symptom Manage* 34:160-170, 2007.
- Sanjo M, Morita T, et al: Preferences regarding end-of-life cancer and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 18:1539-1547, 2007.
- Ando M, Morita T, et al: Primary concerns of advanced cancer patients identified through the structured life review process: A qualitative study using a text mining technique. *Palliat Support Care* 5:265-271, 2007.
- Matsuo N, Morita T: Efficacy, safety, and cost effectiveness of intravenous midazolam and flunitrazepam for primary insomnia in terminally ill patients with cancer: a retrospective multicenter audit study. *J Palliat Med* 10:1054-1062, 2007.
- Morita T, et al: Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences. *J Pain Symptom Manage* 34:579-589, 2007.
- Miyashita M, Morita T, Takahashi M, et al: Physician and nurse attitudes toward artificial hydration for terminally ill cancer patients in Japan: results of 2 nationwide surveys. *Am J Hosp Palliat Med* 24:383-389, 2007.
- Miyashita M, Morita T, Takahashi M, et al: Nurse views of the adequacy of decision making and nurse distress regarding artificial hydration for terminal ill cancer patients: a

- nationwide survey. *Am J Hosp Palliat Care* 24:463-469, 2007.
17. Miyashita M, Morita T, et al: Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis. *Support Care Cancer* 21:[Epub ahead of print], 2007.
 18. Miyashita M, Morita T, et al: Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* Nov 9: [Epub ahead of print], 2007.
 19. Ando M, Morita T, et al: One-week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psychooncology* Nov 29: [Epub ahead of print], 2007.
 20. Shiozaki M, Morita T, et al: Measuring the regret of bereaved family members regarding the decision to admit cancer patients to palliative care units. *Psychooncology* Dec 21: [Epub ahead of print], 2007.
 21. Kawanishi C, Onishi H, et al: Unexpectedly high prevalence of akathisia in cancer patients. *Palliat Support* 5: 351-354, 2007.
 22. Onishi H, Yamamoto W, et al: Detection and treatment of akathisia in advanced cancer patients during adjuvant analgesic therapy with tricyclic antidepressants. *Palliat Support Care* 5: 411-414, 2007.
 23. Sunakawa Y, Onishi H, et al: A case report of respiratory akathisia in cancer patient, *Palliat Support Care* 6:79-81, 2008.
 24. Shigemoto K, Abe K, Kaneko F, Okamura H: Assessment of degree of satisfaction of cancer patients and their families with rehabilitation and factors associated with it – results of a Japanese population. *Disabil Rehabil* 29: 437-444, 2007.
 25. Ozono S, Saeki T, Mantani T, Ogata A, Okamura H, et al: Factors related to posttraumatic stress in adolescent survivors of childhood cancer and their parents. *Support Care Cancer* 15: 309-317, 2007.
 26. Mantani T, Saeki T, Inoue S, Okamura H, et al: Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands: role of alexithymia and family functioning. *Support Care Cancer* 15: 859-868, 2007.
 27. Watanabe Y, Kaneko F, Hanaoka H, Okamura H: Depression and associated factors in residents of a health care institution for the elderly. *Phys Occup Ther Geriatr* 26: 29-41, 2007.
 28. Nawate Y, Kaneko F, Hanaoka H, Okamura H: Efficacy of group reminiscence therapy for elderly dementia patients residing at home: a preliminary report. *Phys Occup Ther Geriatr* 26: 57-68, 2008.
 29. Shingu N, Fujita S, Okamura H: Factors associated with the somatic sensation of inpatients with schizophrenia. *Occup Ther Ment Health* (in press)
 30. Hamaguchi T, Okamura H, et al: Survey of the current status of cancer rehabilitation in Japan. *Disabil Rehabil* (in press)
 31. Okuyama T, Akechi T, Shima Y, Sugahara Y, Okamura H, et al: A longitudinal study. *J Pain Symptom Manage* (in press)
 32. Akechi T, Okamura H, et al: Psychosocial factors and survival after diagnosis of inoperable non-small cell lung cancer. *Psycho-Oncology* (in press)
- ② 日本語論文
1. 木澤義之: 【がん疼痛治療をめぐる薬物療法の最近の話題】 オピオイド導入時のノウハウ: *MEDICO*(0288-8114) 38(4): 101-104,2007.
 2. 木澤義之: IV.緩和ケアにおける各職種の専門性 1.医師の専門性と緩和ケア. *ホスピス緩和ケア白書* 2007: p43-46: ホスピス緩和ケア白書編集委員会編. (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団. 大阪, 2007.
 3. 木澤義之: II.緩和ケアにおける各職種の専門性 1.緩和ケアチームの経緯と活動、筑波大学附属病院.緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方. *ホスピス緩和ケア白書* 2007: p12-13: 森田達也, 木澤義之, 戸谷美紀編. 青海社. 東京, 2008.

4. 森田達也, 他: 緩和ケアチームの活動—聖隷三方原病院の場合—. 日本臨床 65: 128-137, 2007.
5. 森田達也: 緩和ケアにおけるクリニカルパス—序—. 緩和医療学 9:1, 2007.
6. 森田達也, 他: STAS-J を用いた苦痛のスクリーニングシステム. 緩和医療学 9:59-162, 2007.
7. 森田達也, 他: 緩和ケアにおけるコンサルテーション活動の専門性. 緩和ケアチームの活動の現況と展望—聖隷三方原病院の場合. ホスピス緩和ケア白書 2007, p17-23, ホスピス緩和ケア白書編集委員会編. (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団. 大阪, 2007.
8. 安達勇, 森田達也: 終末期がん患者に対する輸液ガイドライン:概念的枠組み. 緩和ケア 17:186-188, 2007.
9. 山田理恵, 森田達也, 他: 末梢静脈からのガイドワイヤーを用いた中心静脈カテーテルの挿入. 緩和ケア 17:223-224, 2007.
10. 明智龍男, 森田達也, 他: 看取りの症状緩和パス:せん妄. 緩和医療学 9:245-251, 2007.
11. 八代英子, 森田達也, 他: 看取りの症状緩和パス:嘔気・嘔吐. 緩和医療学 9:259-264, 2007.
12. 森田達也: 終末期の輸液管理. 消化器外科 Nursing 12:965-974, 2007.
13. 森田達也: 緩和ケアへの紹介のタイミング:概念から実行のとき. 腫瘍内科 1:364-371, 2007.
14. 森田達也: 終末期がんの場合 1.輸液. がん医療におけるコミュニケーション・スキル 医学書院 58-63, 2007.
15. 森田達也: 終末期がんの場合 2.鎮静. がん医療におけるコミュニケーション・スキル 医学書院 64-69, 2007.
16. 森田達也: 緩和治療とは何か. 医学芸術社. がん化学療法と患者ケア 改訂第2版 232-234, 2007.
17. 大西秀樹: 「緩和ケアチーム」精神科医ができること、何が期待されているのか? 精神医学 49:897-899, 2007.
18. 大西秀樹, 和田芽衣, 他: 各職種におけるサイコオンコロジーへの関与 コンセンサスがん治療 (印刷中)
19. 高橋美賀子, 梅田忠, 熊谷靖代: ナースによるナースのためのがん患者のペインマネジメント新版 Evidence-based Nursing の探求. 日本看護協会出版会. 東京, 2007.
20. 高橋美賀子: 質問 Box フェンタニルパッチの貼付部位について. 泌尿器ケア 13(3) :63-64, 2008.
21. 武田文和, 高橋美賀子, 石田有紀: がんの痛みよさようなら—こうすればとれる「がんの痛み」, 金原出版. 東京, 2008.
22. 高橋美賀子: 「がんと共にゆったり生きる会」の活動の活動と課題. 日本がん看護学会誌 21(2) :118 - 120, 2007.
23. 岩満優美, 他: 緩和医療におけるコミュニケーション—臨床心理士の立場から. 緩和医療学 9: 8-13, 2007
24. 岩満優美: 各職種におけるサイコオンコロジーへの関与 (5) 心理の立場から. コンセンサス癌治療, 印刷中
25. 藤野成美, 岡村 仁: 精神障害者の家族介護者における介護の肯定的認識とその関連要因. 臨床精神医学 36: 781-788, 2007.
26. 藤野成美, 脇崎裕子, 岡村仁: 精神科における長期入院患者の苦悩. 日本看護研究学会雑誌 30: 87-95, 2007.
27. 大谷道明, 岡村仁: 高齢者の運動療法の効果と限界:高齢者の認知機能と運動療法. PT ジャーナル 41: 47-52, 2007.
28. 大谷道明, 岡村仁, 他: 慢性期脳卒中者の認知症に対するアプローチ. PT ジャーナル 41: 269-275, 2007.
29. 岡村仁: がん患者のリハビリテーション. 腫瘍内科 1: 420-426, 2007.
30. 岡村仁: 悪性腫瘍の遠隔効果 “paraneoplastic syndrome” に関する最近の知見. 総合病院精神医学 19: 348-352, 2007.
31. 坂本沙弥香, 浅井篤, 他: 「日本の終末期医療に携わる臨床看護師による終末期看護教育コンソーシアム (ELNEC: End-of-Life Nursing Education Consortium) の教育プログラムを用いた終末期看護倫理教育法の評価」熊本大学 先端倫理研究 2: 54-65, 2007.

学会発表

① 国際学会

1. Kizawa Y: Education for Palliative Care Team (E-PCT) project -A first step of the nation wide project in Japan. Poster Presentation. Hospice Palliative Care: At a Crossroads Toronto, Ontario, Canada 4-7, 2007.

② 国内学会

1. 木澤義之: 緩和医療の卒後教育. シンポジウム 1. 日本独自の緩和医療教育のカリキュラム開発. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
2. 木澤義之, 志真泰夫, 長岡広香, 寺本量子, 馬場玲子, 久永貴之: EPEC-O 日本語版の開発とその教育効果の検討. ワークショップ 5. 緩和医療教育. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
3. 木澤義之, 久永貴之, 志真泰夫: 緩和ケア専従医のための自己学習プログラムの開発と普及. 緩和医療教育(2). 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
4. 木澤義之: 緩和ケアチームの立ち上げの実際: 緩和ケア医の視点から. シンポジウム 緩和ケアチームの立ち上げをめぐる. 第 20 回日本サイコオンコロジー学会. 2007.11, 札幌
5. 木澤義之: 地域におけるがん医療の展開と緩和ケア. 第 17 回茨城がん学会. 2008.2, 水戸
6. 浅井真理子, 森田達也, 他: がん医療に関わる医師のバーンアウトとコミュニケーションスキルトレーニング. シンポジウム「外傷的出来事に職業的に関わる人々のストレスケア」. 日本トラウマティック・ストレス学会. 2007.3, 東京
7. 森田達也: 臨床と研究における腫瘍学と緩和医学の共同作業. 第 4 回日本臨床腫瘍学会総会. 2007.3, 大阪
8. 秋月伸哉, 大西秀樹, 木澤義之, 森田達也, 他: 緩和ケアチームのための講習会プログラム. 国立がんセンター東病院支持療法・緩和ケアチーム 厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「地域に根ざしたがん医療システムの展開に関する研究」班. 2007.3, 柏
9. 清原恵美, 森田達也, 他: STAS を用いた苦痛のスクリーニングシステムについて: pilot study. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
10. 佐々木直子, 森田達也, 他: 化学療法施行患者の患者自記式緩和ケアニーズスクリーニングシステム. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
11. 松尾直樹, 森田達也, 他: ホスピス・緩和ケア病棟におけるメチルフェニデート (リタリン) 使用の実態: 全国医師対象質問紙調査. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
12. 八代英子, 森田達也, 他: 神経因性疼痛にギャバペンチンが有効であった 8 症例. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
13. 鄭陽, 森田達也, 他: 日本の緩和ケア専門施設における神経ブロックの治療効果: 多施設調査. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
14. 山田理恵, 森田達也, 他: 難治性消化器症状に対し薬物療法が奏効した 4 例. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
15. 難波美貴, 森田達也, 他: 立ち上げ 5 年目の緩和ケアチーム専従看護師の実践内容の分析と役割の検討. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
16. 新城拓也, 森田達也, 他: 終末期せん妄に関する、家族の経験についての質問紙調査. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
17. 赤澤輝和, 森田達也, 他: 終末期がん患者における精神的苦悩の予測因子に関する検討. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
18. 安藤満代, 森田達也, 他: 1 週間の短期回想療法は終末期がん患者の Spiritual well-being を向上させるかもしれない. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
19. 岩崎静乃, 森田達也, 他: ホスピス病棟入院患者の口腔内状況と歯科介入の必要性. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
20. 池永昌之, 森田達也, 他: 症状緩和のための鎮静 (Palliative Sedation Therapy) の効果と安全性、倫理的妥当性の検討: 緩和ケア専門病棟における多施設前向き観察的研究. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
21. 小原弘之, 森田達也, 他: がん患者の呼吸困難に対するフロセミド吸入療法の効果の検討. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
22. 宮下光令, 森田達也, 他: 診療記録から抽出する緩和ケアの質の指標 (Quality Indicator) の同定: デルファイ変法による検討. 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
23. 森田達也: 終末期医療・緩和ケアにおける薬物療法の倫理—とくに鎮静について. 第 20 回日本サイコオンコロジー学会総会.

- 第 20 回日本総合病院精神医学会総会。
2007.11, 札幌
24. 藤森麻衣子, 森田達也, 他: 患者が望む悪い知らせのコミュニケーション その 2. 第 20 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2007.11, 札幌
25. 荒木和浩, 河原香織, 根岸晴美, 砂川優, 児玉圭司, 遠藤久之, 市川度, 宮敏路, 大西秀樹, 他: 腫瘍内外来での緩和医療と第 1 相試験の現状. 第 12 回日本緩和医療学会. 2007.6, 岡山
26. 奈良林至, 塩井厚子, 大西秀樹, 他: 大学病院における緩和ケアチームの現状と診療上の問題点. 第 12 回日本緩和医療学会. 2007.6, 岡山
27. 和田芽衣, 岩満優美, 他: 緩和ケア病棟勤務看護師のバーンアウトについて—患者・家族への転院説明とその理解度との関連から. 第 26 回日本社会精神医学会. 2007.3, 横浜
28. 岩満優美, 他: 乳がん患者の心理的ストレスとコーピングについて—心理特性と自覚症状との関係から—. 第 15 回日本乳がん学会学術総会. 2007.6, 横浜
29. 岩満優美: がん患者のストレスと感情—乳腺外来初診時の患者の感情反応について—. 日本社会心理学会第 48 回大会 2007.9, 東京
30. 平山賀美, 岩満優美, 他: 乳がん確定診断前後の心理的反応について—特性不安との関係から—. 日本社会心理学会第 48 回大会. 2007.9, 東京
31. 岩満優美, 他: 乳がん確定診断を受ける患者の心理的反応と特性不安について. 第 20 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2007.11, 札幌
32. 黒田祐次郎, 岩満優美, 他: 入院患者と家族の緩和ケア病棟に対する印象の質的検討. 第 20 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2007.11, 札幌
33. 坂本沙弥香: 「日本の終末期医療に携わる臨床看護師による ELNEC(End-of-Life Nursing Education Consortium)の教育プログラムを用いた終末期看護倫理教育法の評価」 第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

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

Ⅱ.分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

緩和医療に携わる医師の育成方法に関する研究
（緩和ケアチームの基準の明確化に関する研究、緩和医療に携わる
緩和医療専門医の育成に関する研究、がん診療連携拠点病院等の
緩和ケアチームに対するワークショップの開催とその評価）

分担研究者 木澤義之 筑波大学大学院人間総合科学研究科 講師
リサーチレジデント 笹原朋代 筑波大学大学院人間総合科学研究科

研究要旨:本研究の目的は、1) 院内で活動する緩和ケアチームの基準を作成すること、2) 緩和ケアチームの医師の学習目標（到達目標）を明らかにすること 3) 緩和ケアチームワークショップのプログラムを作成し、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームを主に対象として開催してその評価を明らかにすること、4) がん診療に携わる医師に対する緩和医療の教育プログラムを作成することである。本年度の研究成果は各々以下のとおりである。

1) デルファイ変法を用いて緩和ケアチームの基準の作成を行った。まず、文献のビューと研究者間の討議により緩和ケアチームの基準案（以下基準案）を作成しそれをもとに調査票を作成。各項目について第1回目の調査後パネルミーティングにより合意が得られなかった項目について討議を行ったのち基準案を修正した。それをもとに再度質問紙を作成し、現在第2回目の質問紙を配布し回収中である。2) 研究者間の討議により緩和ケアチームの医師の学習目標（到達目標）が作成された。3) 研究者間の討議により6つのセッションからなるワークショッププログラムを作成し、がん診療連携拠点病院等の緩和ケアチームを対象とし浜松で独自にワークショップを開催、また、東京、大阪、福岡の3地域にて国立がんセンターがん対策情報センターと協力してワークショップを実施した。各地域でのワークショップには、毎回16施設、60名前後の緩和ケアチームメンバーが参加した。参加者のワークショップに対する評価は非常に高く、プログラム内容は概ね有用と考えられた。今後は内容の充実を図るとともにその効果を測定することが課題である。4) 研究者間の討議によりがん診療に携わる医師に対する緩和医療研修のモデルプログラム及びその教育マテリアルの開発が開始された。

A. 研究目的

わが国では、2005年に策定された第3次対がん10か年総合戦略に基づき、がん医療の均てん化を目指してがん連携診療拠点病院が指定されており、その数は2007年1月現在で286施設にのぼる。がん連携診療拠点病院の指定要件として、一般病棟で緩和医療を提供する体制の整備が含まれ、これは主として緩和ケアチームがその機能を担うとされている。そのような背景から、がん診療連携拠点病院の増加に伴い、緩和ケアチームの数も急激に増加している。

わが国での緩和ケアチームの活動は、いくつかの先駆的な施設はあったものの、2002年の緩和ケア診療加算の新設を機に本格的に始まったばかりである。緩和ケア診療加算では、施設や構成員などの体制に関する要件を規定しているが、緩和ケアチームがどのような活動をするのかに関する具体的な指針はない。

つまり、がん診療連携拠点病院の増加に伴い新たに設置された緩和ケアチームの多くは、明確な指針がないまま活動を余儀なくされているのが現状である。

緩和ケアチームの量的拡充が図られつつある今、今後は緩和ケアチームの活動の質を保証していくことが大きな課題となっている。

また、各拠点病院には、都道府県のがん対策推進基本計画に基づきがん診療に携わるすべての医師に対して緩和医療の基本的な研修を行うこと、とされており課題となっている。

以上の状況に鑑み、以下を目的として本研究を行った。

1. 院内で活動する緩和ケアチームの基準を作成すること、2. 緩和ケアチームの医師の学習目標（到達目標）を作成すること 3. 緩和ケアチームの質の向上のため、緩和ケアチームワークショップのプログラムを作成し、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームを主に対

象として開催してその評価を明らかにすること、4. すべてのがん診療に携わる医師を対象とした緩和医療の教育プログラムを作成すること

B. 研究方法

1. 緩和ケアチームの基準の明確化に関する研究

デルファイ変法を用いて行った。

1) 緩和ケアチーム基準項目の作成

まず、国内外の緩和ケアに関する基準のレビューおよび当該分野における先行研究の知見の整理、本研究メンバーでの検討により、緩和ケアチーム基準案（以下基準案）を作成した。

2) 対象者の選定と文献レビューの依頼

対象は、緩和ケアチームで一定の活動経験のある者および各緩和ケア関連団体からの代表計 27 名とした。調査に先立ち、緩和ケアチームに関する国内外の文献 30 本のレビューを依頼した。

3) 1 回目の調査

基準案をもとに質問紙を作成し、郵送法により 1 回目の調査を行った。各項目が緩和ケアチームの基準としてどの程度適切かを「適切でない (1) ~ 適切である (9)」の 9 件法でたずねた。1~6 と回答した場合は、その理由を自由記載として求めた。また、性・年齢等の対象者背景に関する情報もたずねた。

分析方法は、各項目の中央値、最大値、最小値を算出し、中央値 8 以上、最大値と最小値の差が 4 以下の場合、その項目について合意が得られたものとした。

4) パネルミーティング

1 回目の調査を受け、合意が得られなかった項目について、対象者および本研究メンバー内でメーリングリスト上にて議論し、論点を明確にした上でパネルミーティングを行った。パネルミーティングでの議論を踏まえた上で、再度基準案を修正した。

5) 2 回目の調査

修正した基準案をもとに質問紙を作成し、1 回目と同様に調査を行った。

本年度実施した内容は上記までである。現在、調査票を配布し、回収している段階である。

2. 専門家間の討議により、日本緩和医療学会の緩和医療カリキュラム（医師用）をひな形として討議が行われ、緩和ケアチームの主に

身体症状を担当する医師の学習目標（到達目標）を作成した。

3. 緩和ケアチームの教育方法に関する研究

1) ワークショップのプログラムの開発

表 1

プログラム内容	時間
Key Note Speech	15 分
アイスブレイキング	30 分
緩和ケアチームの抱える問題点 (グループワーク)	95 分
困難なコンサルテーションへの対応 (グループワーク・ロールプレイ)	110 分
緩和ケアチーム:活動の実際 (レクチャー)	40 分
緩和ケアチーム明日への課題 (グループワーク)	100 分

以下に、プログラム内容（表 1）について簡単に述べる。

(1) Key Note Speech

ワークショップ全体の説明およびファシリテーターの紹介を行う。

(2) アイスブレイキング

参加者同士親睦を図り、各参加施設の概要を理解するため、他己紹介および施設紹介を行う。

(3) 緩和ケアチームの抱える問題点

緩和ケアチームが院内で発展し、質の高い緩和ケアを提供するうえでの問題点を明らかにすることを目的とする。方法は、7、8 名の小グループに分かれ、各個人がカードに緩和ケアチームの問題点を記入する。KJ 法を用い、そのカードを類似性に従ってまとまりを作り、そのまとまりを代表するような名前をつける。その後、各小グループで互いに発表し討論する。

(4) 困難なコンサルテーションへの対応

コンサルテーションのプロセスで困った場合の対応の仕方およびコンサルテーション診療の基本を学習することを目的とする。方法は、まず困難なコンサルテーション場面に関するシナリオを見ながらトリガービデオを視聴する。シナリオの問題点を小グループで話合ったうえで緩和ケアチームの対応をどう修

正するかを検討し、新しいシナリオを作成する。新しいシナリオに基づき小グループ単位でロールプレイを行い、フィードバックを行う。

(5) 緩和ケアチーム:活動の実際

緩和ケアチームの実際の活動状況を理解することを目的とする。具体的には、ファシリテーター2名が、「緩和ケアチームの立ち上げ方」や「緩和ケアチームにおける薬剤師の役割」など、特定のトピックについて講義を行う。

(6) 緩和ケアチーム明日への課題

各緩和ケアチームの課題と目標を明らかにするとともに、目標達成のための具体的な行動計画を検討することを目的とする。方法は、各緩和ケアチームが今後2年で達成したい目標を立て、それをどのように実行するかを検討する。2つの緩和ケアチームがペアになり、それぞれの目標と行動計画について意見交換後、模造紙に清書する。互いに目標と行動計画を発表し、討論する。

ワークショップは、参加者を4つのグループに分け、それぞれのグループにファシリテーターが2、3名入るようにした。

2) ワークショップの評価

ワークショップ終了後、参加者全員を対象とし、アンケート調査を行った。調査内容は、各セッションやワークショップ全体、ファシリテーターの有用性などに関する8項目をたずねた。さらに、職種や臨床経験年数などに関する個人背景5項目もたずねた。最後に、ワークショップに関する意見および感想を自由記載にて求めた。

4. がん診療に携わる医師に対する緩和医療の教育に関する研究

1) 研究者間の討議により、緩和医療の研修会のモデルプログラムを開発した。

2) 研究者間の討議によりプログラムに基づいた教育マテリアルの開発を開始した。

(倫理面への配慮)

本研究のうち緩和ケアチームの基準の明確化に関する研究は、筑波大学大学院人間総合科学研究科倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1. 緩和ケアチームの基準の明確化に関する研究

緩和ケアチーム基準項目の作成、対象者の

選定と文献レビュー、1回目の調査、パネルミーティングでの議論を踏まえた上で、再度基準案が作成された(別添1)。修正した基準案をもとに質問紙を作成し、1回目と同様に第2回目の調査を施行中で現在調査票の配布が終了し、回収を行っている段階である。

2. 緩和ケアチームの医師の学習目標(到達目標)の作成

専門家間の討議により、日本緩和医療学会の緩和医療カリキュラム(医師用)をひな形として討議が行われ、緩和ケアチームの主に身体症状を担当する医師の学習目標(到達目標)が作成された。本目標は症状マネジメント、腫瘍学、心理社会的側面、自分自身およびスタッフの心理的ケア、スピリチュアルな側面、倫理的側面、チームワークとマネジメント、研究・教育の8項目から構成された。(別添2)

3. 緩和ケアチームの教育方法に関する研究

1) 緩和ケアチームワークショップの開催

本年度は浜松において研究班独自に、東京、大阪、福岡において国立がんセンターがん対策情報センターとの共催により計4回開催した。

(1) 東京でのワークショップ

平成19年11月18日(日)に厚生労働省講堂において開催した。参加者は15施設60名であった。参加職種の内訳は、医師22名、看護師16名、薬剤師14名、心理士5名であった。参加者全体の臨床経験年数は中央値16年(範囲0.7-30年)、緩和ケアチームでの活動経験年数は中央値1.3(0.7年)であった。緩和ケアチームでの活動形態は、専従5名、専任46名、活動前6名であった。

(2) 大阪でのワークショップ

平成20年1月13日(日)天満研修センターにて開催した。参加者は14施設56名であった。参加職種の内訳は、医師25名、看護師13名、薬剤師14名、心理士3名であった。参加者全体の臨床経験年数は中央値15年(範囲0.9-40年)、緩和ケアチームでの活動経験年数は中央値1.5(0.5-5.2年)であった。緩和ケアチームでの活動形態は、専従6名、専任45名、活動前4名であった。

(3) 浜松でのワークショップ

平成20年2月17日(日)に浜松医科大

学講義実習棟にて開催した。参加者は15施設58名であった。参加職種の内訳は、医師16名、看護師21名、薬剤師12名、心理士9名であった。参加者全体の臨床経験年数は中央値16年（範囲2-30年）、緩和ケアチームでの活動経験年数は中央値1.7（0-6年）であった。緩和ケアチームでの活動形態は、専従5名、専任41名、活動前10名であった。

(4) 福岡でのワークショップ

平成20年2月24日（日）にももちパレスにて開催した。参加者は14施設56名であった。参加職種の内訳は、医師25名、看護師14名、薬剤師14名、心理士3名であった。参加者全体の臨床経験年数は中央値16年（範囲1-32年）、緩和ケアチームでの活動経験年数は中央値1.4（0-5年）であった。緩和ケアチームでの活動形態は、専従8名、専任45名、活動前2名であった。

2) ワークショップの評価（別添3）

(1) 東京でのワークショップ評価

回収数57（回収率95%）であった。ワークショップ全体の評価として、「すごく役立つ」と回答した者は28名（49%）であり、「まあ役立つ」も含めると56名（98%）であった。また、ワークショップに「満足」と回答した者は33名（58%）であり、「まあ満足」も含めると、55名（96%）であった。

(2) 大阪でのワークショップ評価

回収数55（回収率98%）であった。ワークショップ全体の評価として、「すごく役立つ」と回答した者は26名（47%）であり、「まあ役立つ」も含めると53名（96%）であった。また、ワークショップに「満足」と回答した者は31名（56%）であり、「まあ満足」も含めると、52名（94%）であった。

(3) 浜松でのワークショップ評価

回収数58（回収率100%）であった。ワークショップ全体の評価として、「すごく役立つ」と回答した者は32名（55%）であり、「まあ役立つ」も含めると57名（98%）であった。また、ワークショップに「満足」と回答した者は37名（64%）であり、「まあ満足」も含めると、56名（98%）であった。

(4) 福岡でのワークショップ評価

回収数56（回収率100%）であった。ワークショップ全体の評価として、「すごく役

立つ」と回答した者は35名（66%）であり、「まあ役立つ」も含めると52名（98%）であった。また、ワークショップに「満足」と回答した者は35名（65%）であり、「まあ満足」も含めると、52名（96%）であった。

(5) 共通してみられた自由記載の内容

肯定的な内容としては、「参加型だったため、楽しく深く学ぶことができた」「実践に役立つような内容だった」「普段、緩和ケアチームのメンバー同士で向き合っていてじっくり話し合うことがないため、よい機会となった」「他施設の状況が理解できた」「他施設の人と交流を図ることができた」などがあつた。否定的な内容としては、「全体的に時間が足りない」「他施設の具体的な活動状況をもっと知りたかった」「職種ごとに問題点を話し合えるとよい」「緩和ケアチームの具体的な活動の仕方を、症例を通して学びたかった」などがあつた。

4. がん診療に携わる医師に対する緩和医療の教育に関する研究

- 1) 研究者間の討議により、計12時間の緩和医療の研修会のモデルプログラムを開発した。開催者の事情に合わせて2日間の集中型プログラムと何日間かに分けて行う単位型のプログラムを作成した。プログラムの内容は参加型、体験型学習を基本にし、がん性疼痛、身体症状の緩和、精神症状の緩和、コミュニケーション、地域緩和ケアを中心とするものとなった。（別添4）
- 2) 研究者間の討議により上記のプログラムに基づいた教材の開発が開始された。

D. 考察

1. 緩和ケアチームの基準の明確化に関する研究

今回作成された基準案をもとに第2回の調査を現在実施中である。この調査結果をもとに来年度緩和ケアチームの基準を確定する予定である。

2. 緩和ケアチームの医師の学習目標（到達目標）の作成

緩和ケアチームの主に身体症状の緩和を担当する医師の学習目標（到達目標）が明らかとなった。これにより、緩和ケア担当医師に必要な医師の要件が明らかとなり、習得しなければいけない能力が明確になったことで医師の自己学習に対する一つの目安となること

が期待される。

3. 緩和ケアチームの教育方法に関する研究

緩和ケアチームの質向上を目的としたワークショッププログラムを開発するとともに、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームを主な対象としてワークショップを開催した。

参加者によるワークショップの評価は、非常に高かった。そのため、プログラム内容や運営方法など、本ワークショップは概ね有用であると考えられる。しかし、自由記載にあるように、時間配分やプログラム内容には改善の余地があり、今後更なる検討が必要である。また、参加者自身による評価が高かったからといって、本ワークショップが緩和ケアチームの質の向上に実際に役立っているとは言えない。今後は、ワークショップ参加前後での参加者あるいは緩和ケアチームの行動変化等を測定し、本ワークショップが質向上のどのような側面にどの程度貢献しているのかを明らかにすることが、大きな課題である。

4. がん診療に携わる医師に対する緩和医療の教育に関する研究

計 12 時間の緩和医療の研修会のモデルプログラムが開発された。今後は本プログラムに基づいた教材の開発を行うとともに、均てん化のために指導者養成講習会の実施、プログラムの有効性の測定が必要であると考えられる。

E. 結論

1. 緩和ケアチームの基準の明確化に関する研究

院内で活動する緩和ケアチームの基準をデルファイ変法を用いて作成した。本年度は第 1 回目の調査とパネルミーティングを行い、基準案が作成された。

2. 緩和ケアチームの医師の学習目標（到達目標）の作成

緩和ケアチームの主に身体症状の緩和を担当する医師の学習目標（到達目標）が明らかとなった。これにより、緩和ケア担当医師に望ましい臨床能力が明らかとなった。

3. 緩和ケアチームの教育方法に関する研究

緩和ケアチームの質向上を目的としたワークショッププログラムを開発するとともに、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームを主な対象としてワークショップを開催した。参

加者によるワークショップの評価は、非常に高かった。今後は、プログラム内容を更に充実させ実践するとともに、ワークショップが緩和ケアチームの質の向上のどのような側面にどの程度貢献しているのかを明らかにすることが、大きな課題である。

4. がん診療に携わる医師に対する緩和医療の教育に関する研究

計 12 時間の緩和医療の研修会のモデルプログラムが開発され、その教育マテリアルの開発が開始された。今後は教材のさらなる開発と指導者養成講習会の実施、プログラムの有効性の測定が課題となる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Kizawa Y, et al: Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med.* 2007 Apr;10(2):390-9.
2. 木澤義之: 【がん疼痛治療をめぐる薬物療法の最近の話題】 オピオイド導入時のノウハウ: *MEDICO*(0288-8114) 38(4);101-104, 2007.
3. 木澤義之: IV. 緩和ケアにおける各職種の専門性 1. 医師の専門性と緩和ケア. *ホスピス緩和ケア白書 2007*: p43-46: ホスピス緩和ケア白書編集委員会編. (財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団. 大阪, 2007.
4. 木澤義之: II. 緩和ケアにおける各職種の専門性 1. 緩和ケアチームの経緯と活動、筑波大学附属病院. 緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方. *ホスピス緩和ケア白書 2007*: p12-13: 森田達也, 木澤義之, 戸谷美紀編. 青海社. 東京, 2008.

学会発表

2. Kizawa Y: Education for Palliative Care Team (E-PCT) project - A first step of the nation wide project in Japan. Poster Presentation. *Hospice Palliative Care At a Crossroads Toronto, Ontario, Canada* 4-7, 2007.
3. 木澤義之: 緩和医療の卒後教育. シンポジウム 1. 日本独自の緩和医療教育のカリキュ

ラム開発.第 12 回日本緩和医療学会総会.
2007.6, 岡山

4. 木澤義之, 志真泰夫, 他: EPEC-O 日本語版の開発とその教育効果の検討.ワークショップ 5.緩和医療教育.第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
5. 木澤義之, 久永貴之, 他: 緩和ケア専従医のための自己学習プログラムの開発と普及.ポスターセッション.緩和医療教育(2).第 12 回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山
6. 木澤義之: 緩和ケアチームの立ち上げの実際: 緩和ケア医の視点から.シンポジウム 緩和ケアチームの立ち上げをめぐる.第 20 回日本サイコオンコロジー学会. 2007.11, 札幌
7. 木澤義之: 地域におけるがん医療の展開と緩和ケア. 第 17 回茨城がん学会. 2008.2, 水戸

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

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

別添 1

緩和ケアチームの基準（暫定案）

<前文>

- ◆本基準は、わが国の病院内で活動する緩和ケアチームの目指すべきものを示す。
- ◆緩和ケアは、本来がん患者のみでなく、すべての生命が脅かされる疾患を持つ患者が対象であるが、本基準はわが国の現状に鑑み、がん患者を中心に対応する緩和ケアチームを想定して作成した。しかしながら、がん以外の患者の緩和ケアを行う緩和ケアチームに適用することを妨げるものではない。
- ◆本基準は、緩和ケアチームが病院内で行うコンサルテーション活動に限定し、地域で行うコンサルテーション活動については言及しないこととした。なぜなら、今後わが国では緩和ケアにおける地域コンサルテーションが行われていくものと推測されるが、現地域コンサルテーションが活発に行われている地域や地域コンサルテーションに精通した者がほとんどいないこと、病院内と地域でのコンサルテーション活動ではその内容が異なると予測されることから、その2つを含めた基準の作成は難しいと考えられたためである。

<本基準における用語の定義>

緩和ケア:

生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族の生活の質（QOL）を改善するための方策で、疼痛および身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題の早期かつ確実な診断・早期治療によって、苦痛の予防と軽減を図ることを目標とする。（WHO の定義）

緩和ケアチームによるコンサルテーション:

病院内に勤務する医療従事者が抱えている緩和ケアに関する困難な問題を、日常業務の中でより効果的に解決できるようにするために、緩和ケアチームが病院内に勤務する医療従事者に対して行う支援のこと。

直接ケア:

緩和ケアチームが直接患者・家族と会い、診療・ケア等を行うこと。

<構造>

I.理念・基本方針

1. 理念

緩和ケアチームは、緩和ケアに関する専門的な臨床知識・技術による病院内の医療従事者への教育・支援および患者・家族への直接ケアを通じて、患者・家族のQOLを向上させる。

2.基本方針

- 1) 病院内で勤務する医療従事者を対象としたコンサルテーションを行う。
- 2) 依頼元の医療従事者と合意のうえ、必要に応じて患者・家族に直接ケアを行う。
- 3) 患者・家族だけでなく、病院の特性や医療従事者のニーズに合わせて活動する。
- 4) 緩和ケアチーム内および依頼元の医療従事者と話し合いのうえ、患者・家族のケア方針を決定する。

II.ケアの提供体制

1. 職種の配置

以下の職種を含むか、必要に応じて協働できる体制が望ましい。

- 1) 身体症状の緩和に習熟した医師
- 2) 精神症状の緩和に習熟した医師
- 3) 緩和ケア領域での専門/認定資格を持つ看護師
- 4) 緩和ケアに習熟した薬剤師
- 5) 医療ソーシャルワーカー
- 6) 心理士
- 7) リハビリテーションに関する医療従事者（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など）
- 8) 管理栄養士
- 9) その他患者・家族のQOL向上に資する職種（音楽療法士、チャプレン、鍼灸師など）

2. 活動体制の整備

- 1) 病院内で緩和ケアチームが組織上、明確に位置づけられるようにする。
- 2) 病院内に緩和ケアチームの理念・基本方針を開示する。
- 3) 緩和ケアチームの体制（病院内での位置づけ、構成要員、活動時間、活動内容など）について、病院内の医療従事者および患者・家族に周知する。
- 4) 緩和ケアチームへの依頼方法（依頼できる職種、手段など）について、病院内の医療従事者に周知する。
- 5) 依頼に迅速に対応できる体制を取る。

<プロセス>

Ⅲ.活動内容

1. 臨床活動

- 1) 主として症状緩和、精神的支援、意思決定の支援、療養場所の調整、家族への支援、終末期の諸問題への対応、医療従事者の支援を行う。
- 2) 依頼元の医療従事者からの情報、患者の診察、家族との面談、診療録、種々の検査結果などに基づいて患者・家族を多面的にアセスメントする。
- 3) アセスメントは、可能な限り標準化されたツールを用いて行う。
- 4) 推奨および直接ケアは、可能な限り診療ガイドラインに基づいて行う。
- 5) アセスメント／推奨／直接ケアの内容は、診療録等に記載する。
- 6) 推奨／直接ケアの結果についてフォローアップし、見直しを行う。
- 7) 直接ケアを行う場合、その内容について患者・家族に説明し同意を得る。
- 8) 必要に応じて、依頼元の医療従事者とカンファレンスを持つ。
- 9) 定期的にカンファレンスを行うなど、緩和ケアチーム内でのコミュニケーションを図る。

2.リソースの整備

- 1) 必要に応じて外来および病棟に、その外来あるいは病棟の緩和ケアを担当する看護師を置く。
- 2) 病院内に緩和ケアマニュアルを整備する。
- 3) 地域の緩和ケア関連機関（緩和ケア病棟、診療所、訪問看護ステーション、薬局など）との関係を構築し、協働できる体制を整備する。

3.教育活動

- 1) 病院内の医療従事者に対し、日々の臨床活動を通して教育を行う。
- 2) 病院内の医療従事者に対し、勉強会・講習会等を定期的に行う。
- 3) 入院・外来通院中の患者・家族に対し、教育・啓発活動を行う。

Ⅳ.ケアの質の評価と改善

1. 緩和ケアチーム内で定期的に症例検討・カンファレンスを行い、依頼された患者に対する活動を評価・改善する。
2. 依頼された患者および緩和ケアチームの活動に関する情報（疾患名、依頼理由、依頼数など）を収集・分析し、緩和ケアチームの活動を評価する。
3. 緩和ケアチームのメンバーは、最新の緩和ケアに関する学習を積極的に行う。