

別添2

医師の学習目標

目的

悪性腫瘍をはじめとする生命を脅かす疾患に罹患している患者・家族のQOLの向上のために、緩和医療を実践し、さらに同分野の教育や臨床研究を行うことができる能力を身につける。

個別目標

1. 症状マネジメント

- 1) 患者の苦痛を全人的苦痛(total pain)として理解し、身体的だけではなく、心理的、社会的、靈的(spiritual)に把握することができる
- 2) 症状マネジメントは患者・家族と医療チームによる共同作業であるということを理解することができる
- 3) 自らの力量の限界を認識し、自分の対応できない問題について、適切な時期に専門家に助言を求めることができる
- 4) 病歴聴取(発症時期、発症様式、苦痛の部位、性質、程度、持続期間、推移、増悪・軽快因子など)を適切にすることができる
- 5) 身体所見を適切にとることができる
- 6) 症状を適切に評価することができる
- 7) 鎮痛薬(オピオイド、非オピオイド)や鎮痛補助薬を正しく理解し、処方することができる
- 8) 薬物の経口投与や非経口投与(持続皮下注法や持続静脈注射法など)を正しく行うことができる
- 9) オピオイドをはじめとする症状マネジメントに必要な薬剤の副作用に対して、適切に予防、処置を行うことができる
- 10) 非薬物療法(放射線療法、外科的療法、神経ブロックなど)の適応について考慮することができ、適切に施行するか、もしくは各分野の専門家に相談および紹介することができる
- 11) 患者のADLを正確に把握し、ADLの維持、改善をリハビリテーションスタッフらとともに行うことができる
- 12) 終末期の輸液について十分な知識を持ち、適切に施行することができる
- 13) 以下の疾患および症状、状態に適切に対処できる

①疼痛

- がん性疼痛
- 侵害受容性疼痛
- 神経因性疼痛
- 非がん性疼痛

②消化器系

- 食欲不振
- 嘔気
- 嘔吐

便秘
下痢
消化管閉塞
腹部膨満感
腹痛
吃逆
嚥下困難
口腔・食道カンジダ症
口内炎
黄疸
肝不全
肝硬変

③呼吸器系

咳
痰
呼吸困難
死前喘鳴
胸痛
誤嚥性肺炎
難治性の肺疾患

④皮膚の問題

褥瘡
ストマケア
皮膚潰瘍
皮膚掻痒症

⑤腎・尿路系

血尿
尿失禁
排尿困難
膀胱部痛
水腎症（腎瘻の適応を含む）
慢性腎不全

⑥中枢神経系

原発性・転移性脳腫瘍
頭蓋内圧亢進症
けいれん発作
四肢および体幹の麻痺
神経筋疾患
腫瘍随伴症候群

⑦精神症状

抑うつ
適応障害
不安
不眠
せん妄
怒り
恐怖

⑧胸水、腹水、心嚢水

⑨後天性免疫不全症候群(AIDS)

⑩難治性の心不全

⑪その他

悪液質

倦怠感

リンパ浮腫

14) 以下の腫瘍学的緊急症に適切に対応できる

高カルシウム血症

上大静脈症候群

大量出血（吐血、下血、喀血など）

脊髄圧迫

15) 患者と家族に説明し、必要時に適切なセデーションを行うことができる

16) 痛みの定義について述べるができる

17) 痛みをはじめとする諸症状の成因やそのメカニズムについて述べるができる

18) 症状のアセスメントについて具体的に説明することができる WHO 方式がん疼痛治療法について具体的に説明できる（鎮痛薬の使い方5原則、モルヒネの至適濃度の説明を含む）

19) 神経因性疼痛について、その原因と痛みの性状について述べ、治療法を説明することができる

20) 症状マネジメントに必要な薬物の作用機序およびその薬理学的特徴について述べるができる

21) 様々な症状の非薬物療法について述べるができる

22) セデーションの適応と限界、その問題点について述べるができる

2.腫瘍学

1) 常に最新の基本的な腫瘍学に関する知識を身につける

2) 各種悪性腫瘍の基本的な治療方法を具体的に述べるができる

3) 外科療法（外科・整形外科的治療）の適応とその方法について述べるができる

4) 放射線療法の適応とその方法について述べるができる

5) 化学療法の適応とその方法について述べるができる

6) わが国におけるがん医療の現況について述べるができる

3.心理社会的側面

心理的反応

- 1) 喪失反応が色々な場面で、様々な形で現れることを理解し、それが悲しみを癒すための重要なプロセスであることに配慮する
- 2) 希望を持つことの重要性について知り、場合によってはその希望の成就が、病気の治癒に代わる治療目標となりうることを理解する
- 3) 喪失体験や悪い知らせを聞いた後の以下のような心理的反応を認識し、適切に対応できる
 - ① 怒り
 - ② 罪責感
 - ③ 否認
 - ④ 沈黙
 - ⑤ 悲嘆
- 4) 病的悲嘆をきたしやすい条件 (risk factor) を具体的に述べることができる

コミュニケーション

- 1) 患者の人格を尊重し、傾聴することができる
- 2) 患者が病状をどのように把握しているかを聞き、評価することができる
- 3) 患者および家族に病気の診断や見通し、治療方針について(特に悪い知らせを)適切に伝えることができる
- 4) 困難な質問や感情の表出に対応できる

社会的経済的問題の理解と援助

- 1) 患者や家族のおかれた社会的、経済的問題に配慮することができる
- 2) 患者・家族の社会的、経済的援助のための社会資源を適切に紹介、利用することができる

家族のケア

- 1) 家族の構成員がそれぞれ病状や予後に対して異なる考えや見通しを持っていることに配慮できる
- 2) 家族の構成員が持つコミュニケーションスタイルやコーピングスタイルを理解し適切に対応、
- 3) 援助をすることができる
- 4) 家族の援助を行うために適切な社会資源を利用することができる

死別による悲嘆反応

- 1) 以下のことを行うことができる
 - ① 予期悲嘆に対する対処
 - ② 死別を体験した人のサポート
 - ③ 家族に対して死別の準備を促す
 - ④ 複雑な悲嘆反応を予期し、サポートする
 - ⑤ 抑うつを早期に発見し、専門家に紹介する
- 2) 主な死別による悲嘆反応のパターンについて述べるができる

4.自分自身およびスタッフの心理的ケア

- 1) チームメンバーや自分の心理的ストレスを認識することができる
- 2) 自分自信の個人的な意見や死に対する考え方が患者およびスタッフに影響を与えることを認識する
- 3) ケアの提供にあたって体験する自分の死別体験、喪失体験の重要性を認識する
- 4) ケアが不十分だったのではないかという自分、および他のスタッフの罪責感をチーム内で話し合い、乗り越えることができる
- 5) スタッフサポートの方法論を知り、実践することができる
- 6) スタッフが常に死や喪失体験と向き合っているということを理解し、正常の心理反応といわゆる燃え尽き反応を区別することができる

5.スピリチュアルな側面

- 1) 診療にあたり患者・家族の信念や価値観を尊重することができる
- 2) 患者や家族、医療者の死生観がスピリチュアルペインに及ぼす影響と重要性を認識する
- 3) スピリチュアルペイン、および宗教的、文化的背景が患者のQOLに大きな影響をもたらすことを認識する
- 4) 患者・家族の持つ宗教による死のとらえ方を尊重することができる
- 5) 患者のスピリチュアルペインを正しく理解し、適切な援助をすることができる
- 6) スピリチュアルペインのカテゴリーを列挙することができる

6.倫理的側面

- 1) 患者や家族の治療に対する考えや意志を尊重し、配慮することができる
- 2) 患者が治療を拒否する権利や他の治療についての情報を得る権利を尊重できる
- 3) 尊厳死や安楽死の希望に対して、適切に対応することができる
- 4) 個々の倫理的問題を所属機関の倫理委員会に提出することができる
- 5) 医療における基本的な倫理原則について述べるることができる

7.チームワークとマネジメント

- 1) 他職種のスタッフおよびボランティアについて理解し、お互いに尊重し合うことができる
- 2) チーム医療の重要性と難しさを理解し、チームの一員として働くことができる
- 3) リーダーシップの重要性について理解し、チーム構成員の能力の向上に配慮できる
- 4) 他領域の専門医に対して緩和医療のコンサルタントとして適切な助言を行い、協力して医療を提供する事ができる
- 5) 他領域の専門医に対して適切にアドバイスを求め、療養に関する幅広い選択肢を患者・家族に提供し、互いに協力して医療を提供する事ができる
- 6) 自分が所属する組織の地域における役割を述べ、周囲の医療機関と協力して適切に医療を提供することができる
- 7) チームにおいて各職種およびボランティアの果たす役割を述べる事ができる
- 8) 基本的なグループダイナミクスとその重要性について述べる事ができる

- 9) 緩和ケア病棟、緩和ケアチームおよび在宅緩和ケアについてそれぞれの役割について述べることができる
- 10) 緩和ケア病棟、緩和ケアチームおよび在宅緩和ケアに関する医療保険・介護保険制度について具体的に述べることができる

8.研究、教育

- 1) 臨床現場で起こる日常の疑問について、常に最新の知識を得るよう心がける
- 2) 臨床研究の重要性を知り、緩和医療に関する未解決な問題に対して行われる臨床研究に参加することができる
- 3) 医学的論文の批判的吟味を行うことができる
- 4) Medline や医学中央雑誌などの医学文献データベースを利用し体系的文献検索を行うことができる
- 5) 二次資料（Uptodate や cochrane library など）を適切に利用することができる
- 6) 教育の基本的な手法について知り、実践することができる
- 7) 所属する各機関およびその地域に於いて緩和医療の教育・啓発・普及活動を行うことができる
- 8) 緩和医療に関する学会・研修会等に積極的に参加し、診療・研究業績を発表することができる
- 9) 医学統計および医学判断学の基本を述べることができる
- 10) 成人学習の原則について述べることができる

別添3

緩和ケアチームワークショップの評価

東京でのワークショップ		回収数57票(95%)	
質問項目		n	(%)
職種	医師	22	(39)
	看護師	16	(28)
	薬剤師	14	(25)
	心理士	5	(9)
臨床経験年数(年)	中央値(範囲)	16(0.7-30)	
緩和ケアチームでの活動経験年数(年)	中央値(範囲)	1.3(0-7)	
緩和ケアチームでの活動状況	専従	5	(9)
	専任	46	(81)
	活動前	6	(11)
全業務における緩和ケアチームの業務割合	0~19%	33	(58)
	20~39%	9	(16)
	40~59%	5	(9)
	60~79%	3	(5)
	80~100%	7	(12)
ワークショップの評価			
セッションⅡ:緩和ケアチームの抱える問題点	すごく役立つ	21	(37)
	まあ役立つ	34	(60)
	あまり役立たない	2	(4)
	役立たない	0	(0)
セッションⅢ:緩和ケアチームの立ち上げ方	すごく役立つ	21	(37)
	まあ役立つ	33	(58)
	あまり役立たない	3	(5)
	役立たない	0	(0)
セッションⅣ:困難なコンサルティにどう対応するか	すごく役立つ	26	(46)
	まあ役立つ	31	(54)
	あまり役立たない	0	(0)
	役立たない	0	(0)
セッションⅤ:緩和ケアチーム 明日への課題	すごく役立つ	29	(51)
	まあ役立つ	26	(46)
	あまり役立たない	2	(4)
	役立たない	0	(0)
ワークショップ全体	すごく役立つ	28	(49)
	まあ役立つ	28	(49)
	あまり役立たない	1	(2)
	役立たない	0	(0)
ファシリテーターやスタッフの働き	非常によかった	43	(75)
	まあよかった	12	(21)
	あまりよくなかった	2	(4)
	よくなかった	0	(0)
同じ立場の人にこのワークショップを勧めるか	必ず勧める	32	(56)
	まあ勧める	23	(40)
	あまり勧めない	2	(4)
	すすめない	0	(0)
ワークショップ全体の満足度	満足	33	(58)
	まあ満足	22	(39)
	あまり満足していない	2	(4)
	不満足	0	(0)

大阪でのワークショップ

回収数55票(98%)

質問項目	n	(%)
職種		
医師	25	(45)
看護師	13	(24)
薬剤師	14	(25)
心理士	3	(5)
臨床経験年数(年)	中央値(範囲)	15(0.9-40)
緩和ケアチームでの活動経験年数(年)	中央値(範囲)	1.5(0-5.2)
緩和ケアチームでの活動状況		
専従	6	(11)
専任	45	(82)
活動前	4	(7)
全業務における緩和ケアチームの業務割合		
0~19%	30	(55)
20~39%	11	(20)
40~59%	5	(9)
60~79%	2	(4)
80~100%	7	(13)
ワークショップの評価		
セッションⅡ:緩和ケアチームの抱える問題点		
すごく役立つ	17	(31)
まあ役立つ	36	(65)
あまり役立たない	2	(4)
役立たない	0	(0)
セッションⅢ:困難なコンサルティにどう対応するか		
すごく役立つ	24	(44)
まあ役立つ	30	(55)
あまり役立たない	1	(2)
役立たない	0	(0)
セッションⅣ:緩和ケアチームの立ち上げ方		
すごく役立つ	19	(35)
まあ役立つ	30	(55)
あまり役立たない	5	(9)
役立たない	0	(0)
セッションⅤ:緩和ケアチーム 明日への課題		
すごく役立つ	29	(53)
まあ役立つ	23	(42)
あまり役立たない	2	(4)
役立たない	0	(0)
ワークショップ全体		
すごく役立つ	26	(47)
まあ役立つ	27	(49)
あまり役立たない	2	(4)
役立たない	0	(0)
ファシリテーターやスタッフの働き		
非常によかった	36	(65)
まあよかった	19	(35)
あまりよくなかった	0	(0)
よくなかった	0	(0)
同じ立場の人にこのワークショップを勧めるか		
必ず勧める	31	(56)
まあ勧める	22	(40)
あまり勧めない	2	(4)
すすめない	0	(0)
ワークショップ全体の満足度		
満足	31	(56)
まあ満足	21	(38)
あまり満足していない	1	(2)
不満足	2	(4)

浜松でのワークショップ

回収数58票(100%)

質問項目	n	(%)
職種		
医師	16	(28)
看護師	21	(36)
薬剤師	12	(21)
心理士	9	(16)
臨床経験年数(年)	中央値(範囲)	16(2-30)
緩和ケアチームでの活動経験年数(年)	中央値(範囲)	1.7(0-6)
緩和ケアチームでの活動状況		
専従	5	(9)
専任	41	(71)
活動前	10	(17)
全業務における緩和ケアチームの業務割合		
0~19%	36	(62)
20~39%	10	(17)
40~59%	1	(2)
60~79%	3	(5)
80~100%	8	(14)
ワークショップの評価		
セッションⅡ:緩和ケアチームの抱える問題点		
すごく役立つ	28	(48)
まあ役立つ	28	(48)
あまり役立たない	1	(2)
役立たない	0	(0)
セッションⅢ:困難なコンサルティにどう対応するか		
すごく役立つ	32	(55)
まあ役立つ	24	(41)
あまり役立たない	2	(3)
役立たない	0	(0)
セッションⅣ:緩和ケアチームの立ち上げ方		
すごく役立つ	20	(34)
まあ役立つ	35	(60)
あまり役立たない	3	(5)
役立たない	0	(0)
セッションⅤ:緩和ケアチーム 明日への課題		
すごく役立つ	36	(62)
まあ役立つ	18	(31)
あまり役立たない	1	(2)
役立たない	0	(0)
ワークショップ全体		
すごく役立つ	32	(55)
まあ役立つ	25	(43)
あまり役立たない	0	(0)
役立たない	0	(0)
ファシリテーターやスタッフの働き		
非常によかった	37	(64)
まあよかった	20	(34)
あまりよくなかった	0	(0)
よくなかった	0	(0)
同じ立場の人にこのワークショップを勧めるか		
必ず勧める	31	(53)
まあ勧める	25	(43)
あまり勧めない	0	(0)
すすめない	1	(2)
ワークショップ全体の満足度		
満足	37	(64)
まあ満足	19	(33)
あまり満足していない	1	(2)
不満足	0	(0)

福岡でのワークショップ

回収数56票(100%)

質問項目	n	(%)
職種		
医師	25	(45)
看護師	14	(25)
薬剤師	14	(25)
心理士	3	(5)
臨床経験年数(年)	中央値(範囲)	16(1-32)
緩和ケアチームでの活動経験年数(年)	中央値(範囲)	1.4(0-5)
緩和ケアチームでの活動状況		
専従	8	(14)
専任	45	(80)
活動前	2	(4)
全業務における緩和ケアチームの業務割合		
0~19%	32	(57)
20~39%	10	(18)
40~59%	2	(4)
60~79%	3	(5)
80~100%	9	(16)
ワークショップの評価		(0)
セッションⅢ:緩和ケアチームの抱える問題点		
すごく役立つ	30	(54)
まあ役立つ	24	(43)
あまり役立たない	2	(4)
役立たない	0	(0)
セッションⅣ:困難なコンサルティにどう対応するか		
すごく役立つ	34	(61)
まあ役立つ	22	(39)
あまり役立たない	0	(0)
役立たない	0	(0)
セッションⅤ:緩和ケアチームの立ち上げ方		
すごく役立つ	20	(36)
まあ役立つ	34	(61)
あまり役立たない	1	(2)
役立たない	1	(2)
セッションⅥ:緩和ケアチーム 明日への課題		
すごく役立つ	28	(50)
まあ役立つ	23	(41)
あまり役立たない	1	(2)
役立たない	0	(0)
ワークショップ全体		
すごく役立つ	35	(63)
まあ役立つ	17	(30)
あまり役立たない	1	(2)
役立たない	0	(0)
ファシリテーターやスタッフの働き		
非常によかった	40	(71)
まあよかった	14	(25)
あまりよくなかった	0	(0)
よくなかった	0	(0)
同じ立場の人にこのワークショップを勧めるか		
必ず勧める	32	(57)
まあ勧める	19	(34)
あまり勧めない	3	(5)
すすめない	0	(0)
ワークショップ全体の満足度		
満足	35	(63)
まあ満足	17	(30)
あまり満足していない	2	(4)
不満足	0	(0)

別添 4

緩和医療の研修会のモデルプログラム

一般型研修会 1日目(土曜日)

時間	分	項目	詳細
09:30~10:00	30	受付開始	
10:00~10:20	20	プレテスト	<ul style="list-style-type: none"> ・がん性疼痛の機序、評価及びWHO方式がん性疼痛治療法の概略について ・がん性疼痛の治療法の実際について
10:20~11:20	60	開会 概論、プレテスト解説	全人的緩和ケアについての要点、がん性疼痛の機序、評価及びWHO方式がん性疼痛治療法の概略、放射線療法や神経ブロックの適応も含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点
11:20~12:00	40	アイスブレーキング ワークショップ	実際の診療で困っていることの出と共有
12:00~13:00	60	(昼食)	
13:00~14:00	60	ワークショップ (疼痛の評価)	グループ演習による症例検討① ・がん性疼痛を持つ患者の評価及び治療
14:00~15:00	60	ワークショップ (疼痛の評価)	グループ演習による症例検討② ・がん性疼痛に対する治療と処方箋の実際の記載 ・NSAIDs、オピオイド処方
15:00~15:30	30	(休憩)	
15:30~16:30	60	ロールプレイ (オピオイド処方の説明 レスキューの使い方)	ロールプレイングによる医療用麻薬を処方するときの患者への説明 についての演習 ・「医療用麻薬の誤解を解く」 ・「医療用麻薬の副作用と対策の説明を行う」
16:30~17:00	30	療養場所の選択と地域 連携、レクチャー	在宅を含め望んだ療養場所で療養できるような環境を整えるためにはどうするかを学ぶ
17:00~17:30	30	ポストテスト、解説	

一般型研修会 2日目(日曜日)

時間	分	内容	詳細
09:40~10:00	20	プレテスト	・呼吸困難、消化器症状等の身体症状に対する緩和ケアについて ・不安、抑うつ及びせん妄等の精神症状に対する緩和ケアについて ・コミュニケーションについて
10:00~11:00	60	レクチャー (その他の身体症状)	・呼吸困難、消化器症状等の身体症状に対する緩和ケアについて
11:00~12:30	90	講義とワークショップ (精神症状)	・不安、抑うつ及びせん妄等の精神症状の基本的な評価と対処法を身につけた上で、「何か変だ(対処困難な精神症状)」と思ったときに、確実に精神保健の専門家(SW,認定看護師,心理,精神科医)につなげる方策を立てる
12:30~13:30	60	(昼食)	
13:30~14:40	70	講義とビデオ	がん医療に必要なコミュニケーションの基本を講義で確認し、悪い例をビデオで見ながら、どのようにしたら良いコミュニケーションになるかを話し合う
14:40~15:00	20	(休憩)	
15:00~16:30	90	ワークショップ	・ロールプレイによる患者への悪い知らせの伝え方についての演習(医師役、患者役、家族役の3人一組):悪い知らせの伝え方のみならず、患者・家族に身を置いてコミュニケーションの重要性を体験する
16:30~17:10	40	グループワーク	・初日に出した実際の診療で困ったことがこの研修で解決できたか振り返りを行い、明日からどう行動するかをグループで考える
17:10~17:30	30	ポストテスト 解説	

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

緩和医療に携わる緩和医療専門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－

分担研究者 森田達也 聖隷三方原病院 緩和支援治療科部長

研究要旨: 本研究の目的は、院内で活動する緩和ケアチームの活動上のバリアをアセスメントするためのツールを開発することである。緩和ケアチーム講習会に参加した医療従事者を対象とし、質問紙郵送調査により「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（案）」19項目について、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「なっていない（1）～とてもなっている（5）」の5段階でたずねた。また、23名にリテストを行った。調査は、平成19年5月～7月に実施した。

159名に質問紙を配布し106名より返送があった（回収率57%）。対象者の背景は、医師47名（44%）、看護師51名（48%）、臨床経験年数は中央値18年（範囲2-35年）であった。因子分析の結果7ドメインが得られ、それぞれく役割の保証＜院内での普及・連携＞＜患者・家族の理解＞＜緩和ケアチームのスキル・連携＞＜緩和ケアチームのサポート体制＞＜地域での活動＞＜ホスピス・緩和ケア病棟との連携＞と命名した。

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。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。

A. 究目的

院内で活動する緩和ケアチームの活動上のバリアをアセスメントするためのツールを開発すること。

B. 研究方法

対象は、平成19年3月に行われた緩和ケアチーム講習会に参加した医療従事者159名とした。緩和ケアチーム講習会後のフォローアップとして行われた郵送法による質問紙調査の中で、「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（案）」19項目をたずねた。各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「なっていない（1）～とてもなっている（5）」の5段階でたずねた。

調査に回答のあった者のうちリテストの調査協力が得られた23名に、調査から4週間後に郵送法による質問紙調査を行い、同様の項目をたずねた。

調査は、平成19年5月～7月に実施した。

解析は、各項目について記述統計を行った。因子妥当性を検討するため、1回目の回答を用いて探索的因子分析（主因子法、Promax回転）を行った。さらに信頼性を検討するために、ドメイン毎のクロンバックの α 係数、1回目と再調査の回答を用いた一致割合および一致度算出した。

（倫理面への配慮）

回答した内容は、個人情報特定されない形で処理することを文書にて説明した。

C. 研究結果

159名に質問紙を配布し、106名より返送があった（回収率57%）。対象者の背景は、医師47名（44%）、看護師51名（48%）で大半を占め、臨床経験年数は中央値18年（範囲2-35年）であった。緩和ケアチームとしての活動形態は、専従19名（19%）、専任74名（73%）、緩和ケアチームとして活動していない9名（9%）であった。

因子分析の結果7ドメインが得られ、それ

それ<役割の保証><院内での普及・連携>
<患者・家族の理解><緩和ケアチームのスキル・連携><緩和ケアチームのサポート体制><地域での活動><ホスピス・緩和ケア病棟との連携>と命名した。

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。

D. 考察

因子分析の結果得られた 7 ドメインは、事前の想定とほぼ合致していた。先行研究において、緩和ケアチームは病院内全体、病棟、患者・家族、緩和ケアチーム自体に対し役割があることが明らかとなっており、今回得られたドメインはそれらの内容を含んでいることから、因子妥当性は確保できていると考えられる。

信頼性の検討の結果、各ドメインの内的一貫性は十分にあると考えられる。再現性の検討の結果、一致割合は概ね高かった。しかし、重み付き κ 係数の値が低い項目がいくつかあり、特に<院内での普及・連携><患者・家族の理解><地域での活動>のドメインで見られた。重み付き κ 係数が低かった理由としては、項目の表現が曖昧だった点が考えられる。今後、重み付き κ 係数が低かった項目を修正した上で、再現性を再確認する必要がある。

E. 結論

院内で活動する緩和ケアチームの活動上のバリアをアセスメントするためのツールを開発した。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。

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. Namba M, Morita T, et al: Terminal delirium: families' experience. *Palliat Med* 21:587-594, 2007.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Miyashita M, Morita T, 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* 10:390-399, 2007.
7. 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.
8. Miyashita M, Morita T, et al: Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18:1090-1097, 2007.
9. Fujimori M, Morita T, et al: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psycho-Oncology* 16:573-581, 2007.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Morita T, et al: Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences. *J Pain Symptom Manage* 34:579-589, 2007.
 15. 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.
 16. 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* Feb 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. 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.
 22. 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.
 23. 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* 9:159-162, 2007.
 24. 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, 2007.
 25. 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.
 26. 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.
 27. 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.
 28. 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.
 29. 森田達也: 終末期の輸液管理. *消化器外科 Nursing* 12:965-974, 2007.
 30. 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.
 31. 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.
 32. 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.
 33. 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.
- 学会発表
1. 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
 2. 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
 3. 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
 4. 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
 5. 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
6. 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
 7. 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
 8. 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
 9. 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
 10. 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
 11. 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
 12. 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
 13. 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
 14. 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
 15. 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
 16. 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
 17. 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
 18. 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
 19. 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
- H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)
1. 特許取得
なし。
 2. 実用新案登録
なし。
 3. その他
特記すべきことなし。

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

緩和ケアに携わる精神科医の育成方法に関する研究

分担研究者 大西秀樹 埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科 教授

研究要旨 【目的】近年の緩和ケアへ関心が高まっているが、心のケアも行うことが医療者側の責務となっている。しかしながら、緩和ケアに携わる精神科医の数は少なく、問題となっている。その原因として教育が行き届いていないことが挙げられる。今回、緩和ケアに携わる精神科医の育成方法について検討を行ない、今後のプログラム作成の基本となるような意見を集約した。【方法】精神腫瘍学に関する先行研究の literature review および精神腫瘍学経験者との意見交換から緩和ケアに携わる精神科医の育成方法についての検討をおこなった。【結果】一般目標として患者・家族・遺族へのケア、スタッフのケア、他の医療従事者への助言、医療従事者に対する適切な情報提供があげられ、学習目標としては一般目標を達成するための項目が検討された。【考察】精神腫瘍医の育成方法に関して検討し、一般目標および学習目標を作成した。今後は、検討項目が十分か、新しく項目はないか検討する必要があると思われる。

A. 研究目的

近年緩和ケアへの関心が高まっているが、その中で心のケアも行うことが医療者側の責務となっている。しかしながら、緩和ケアに携わる精神科医の数は少なく、問題となっているが、その原因として教育が行き届いていないためにどのようにしてよいのか分からないということがあげられる。したがって、教育プログラムを充実させることは今後の緩和ケアの発展に欠かすことの出来ない事項である。しかしながら、そのプログラムは出来ていないのが実情であるため、その作成は急務である。今回、緩和ケアに携わる精神科医の育成方法について検討を行ない、今後のプログラム作成の基本となるような意見を集約した。

B. 研究方法

精神腫瘍学に関する先行研究の literature review および精神腫瘍学経験者との意見交換から緩和ケアに携わる精神科医の育成方法についての検討をおこなった。

その上で教育方法について、一般目標および学習目標を作成した。

（倫理面への配慮）

本研究は literature review および有識者との意見交換である。

C. 研究結果

上記の literature review および精神腫瘍学経験者との意見交換から緩和ケアに携わる精神科医の学ぶべき一般目標と学習目標は以下の通りである。

（一般目標）（表1）

患者・家族および遺族に対し適切な精神的ケアがおこなえるようにする。スタッフへのケアを行なうことが出来る。他の医療従事者への適切な情報提供および助言ができる。医療従事者にメンタルケアに関する教育をすることが出来る。

（学習目標）（表2）

学習目標としては、一般目標を参考にして、大項目として①精神症状の評価および対処、②家族および遺族に対する精神的ケア、③医療従事者の支援、④医療従事者に対する教育があげられ、各々の項目に対する個別の内容（表2）が必要であると判明した。

また、上記の学習目標に到達するためには、自己学習のみでは限界があり、講習会への出席、専門病院での実地指導などが必要であると考えられた。

D. 考察

がん医療において心のケアが必要なことは明らかであるが、従事する精神科医が少ない。

その原因の一つとして教育が行き届いていないことが挙げられる。それを解消する第一歩として教育プログラムの作成を考えた。

緩和ケアで出会うことの多い精神疾患はうつ病、適応障害、せん妄であるが一般の精神科医療で遭遇することの多い統合失調症、パニック障害などで併診を受けることは少ないことなどを知ることが大切である。疾病構造の違いに対する理解を深め、スタッフに教育することも求められてくるだろう。

また、緩和ケアでは身体疾患が基本にあることを知らなければならないので、身体疾患の病態、治療に対する最低限の知識の習得が求められる。

緩和ケアに従事するスタッフは熱心さのあまりに燃え尽きてしまうことがあるので、それらへの対処。精神科では頻度の少ない身体疾患による死への対処などが必要と思われる。

E. 結論

精神腫瘍医の育成方法に関して、literature review および有識者との意見交換から検討した。今後は、検討項目が十分か、新しく項目はないか検討する必要があると思われる。

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. Kawanishi C, Onishi H, et al:
Unexpectedly high prevalence of akathisia in cancer patients Palliat Support Care 5: 351-354, 2007.
2. Onishi H, Yamamoto W, et al. Palliat Support Care 5: 411-414, 2007.
3. Sunakawa Y, Onishi H, et al: A case report of respiratory akathisia in cancer patient, Palliat Support Care 6:79-81, 2008.
4. 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
5. 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)

学会発表

1. 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

2. 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

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

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

表1 精神腫瘍医の一般目標

-
- 患者・家族および遺族に対し適切な精神的ケアができる。
 - スタッフへのケアを行なうことができる。
 - 他の医療従事者への適切な情報提供および助言ができる。
 - 医療従事者にメンタルケアに関する教育をすることができる。
-

表2 精神腫瘍医の学習目標

-
- (1) 精神症状の評価および対処
 - 適応障害、うつ病、せん妄を早期に発見し、その対処ができる。
 - その他の精神疾患に対してもその評価と対処ができる。
 - 自殺の危険性の評価、希死念慮を有する患者へ対応ができる。
 - 治療に際しての意思決定能力の評価と対応ができる。
 - 患者の全身状態を把握した上で適切な薬物療法ができる。
 - 他の職種に対して評価、対処を適切に伝達し、指示することができる。
 - (2) 家族および遺族に対する精神的ケア
 - 家族間の問題を明らかにし、家族全体に適切な介入ができる。
 - 遺族の精神状態の評価、対処ができる。
 - 他の職種と相談して方針を立て、その方針を円滑に進めることができる。
 - (3) 医療従事者の支援
 - 医療従事者の精神状態に配慮ができる。
 - 医療従事者に対して適切な介入、支援を提供できる。
 - (4) 医療従事者に対する教育
 - 医療従事者に対して、精神症状に関する継続的で適切な教育的活動を行う。
-

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

緩和ケアに携わる看護師の育成方法に関する研究

分担研究者 高橋美賀子 聖路加国際病院 看護師

研究要旨 緩和ケアの均てん化において、緩和ケアチームの活動は非常に重要である。とりわけ、看護師はその中心的な役割を果たすと考えられるが、緩和ケアチームの看護師がどのような教育を受ければよいかは検討されていない。本研究の目的は、緩和ケアチームに携わる看護師の教育プログラム作成の土台とするために、教育目標を作成することである。緩和ケアおよび緩和ケアチームに関する先行研究の literature review と、緩和ケア領域の看護師および研究者との意見交換から、緩和ケアチームに携わる看護師の教育目標についての検討をおこなった。

その結果、ひとつの目標と 9 つの大項目からなる個別目標が作成された。今後は、これらの項目の適切性および網羅性をさらに検討するとともに、教育形態や時間配分などの具体的なプログラムを考える必要がある。

A. 研究目的

近年、緩和ケアはがん医療の一部と位置づけられ、緩和ケアの均てん化が大きな課題となっている。緩和ケアを均てん化していくためには、一般病棟で活動する緩和ケアチームが中心的役割を担うと考えられ、緩和ケアチームおよび緩和ケアチームを構成する職種の育成は急務である。特に看護師はその専門性から、緩和ケアチームにおいて重要な役割を果たすものと考えられる。しかし、緩和ケアチームに携わる看護師が効果的・効率的に活動するために、どのような教育を受ければよいかは検討されていない。今回緩和ケアチームに携わる看護師の教育プログラム作成の土台とするために、教育目標を作成した。

B. 研究方法

緩和ケアおよび緩和ケアチームに関する先行研究の literature review と、緩和ケア領域の看護師および研究者との意見交換から、緩和ケアチームに携わる看護師の教育目標についての検討をおこなった。

その上で教育方法について、目標および個別目標を作成した。

(倫理面への配慮)

本研究は literature review および有識者との意見交換である。

C. 研究結果

上記の literature review および緩和ケア領域の看護師・研究者との意見交換から、緩和ケアチームに携わる看護師の学ぶべき目標と個別目標が以下のように挙げられた(別添1)。

<目標>

緩和ケアコンサルテーションチームの看護師として、悪性腫瘍をはじめとする生命を脅かす疾患に罹患している患者とその家族の苦痛や負担を質の高いケアを持って軽減し、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルなニーズを支援することができる能力を身につける。さらに、関連分野の教育や臨床研究の実践を目指す。

<個別目標>

大項目として、1.症状マネジメント、2.腫瘍学、3.心理社会的側面、4.質の高い緩和ケアの達成、5.自分自身およびスタッフの心理的ケア、6.スピリチュアルな側面、7.倫理的側面、8. チームワークとマネジメント、9.研究・教育の 9 項目が挙げられた。

D. D. 考察

緩和ケアチームに携わる看護師の教育プログラム作成の土台とするための、具体的な教育目標が作成された。

個別目標の大項目として 9 つが挙げられた。