

別添2：緩和ケア研修会タイムスケジュール

土曜日の朝からの2日間のタイムテーブル(案)

第1日

開始時間	終了時間	所要時間	内容	会場	対応する開催指針の形式	対応する開催指針の項目
9:30	10:00	30	受付			
10:00	10:20	20	プレテスト	全体会場	プレテスト	
10:20	10:45	25	緩和ケア研修会の開催にあたって	全体会場	講義	
10:45	11:30	45	緩和ケア概論	全体会場	講義	全人的な緩和ケアについての要点
11:30	11:40	10	休憩			
11:40	13:10	90	がん性疼痛	全体会場	講義	がん性疼痛の機序、評価及びWHO方式の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 放射線療法や神経ブロックの適応を含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点
13:10	14:00	50	昼食			
14:00	14:20	20	アイスブレーキング	グループ室	アイスブレーキング	
14:20	15:50	90	がん性疼痛事例検討	グループ室	グループ演習/ワークセッション	がん性疼痛を持つ患者の評価及び治療 がん性疼痛に対する治療と処方箋の実際の記載
15:50	16:00	10	休憩			
16:00	17:30	90	オピオイドを開始するとき	全体会場	ロールプレイ/ワークセッション	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
17:30	17:40	10	休憩			
17:40	19:25	45	呼吸困難	全体会場	講義	呼吸困難、消化器症状等の身体症状に対する緩和
第2日						
9:00	9:45	45	消化器症状	全体会場	講義	呼吸困難、消化器症状等の身体症状に対する緩和
9:45	10:00	15	休憩			
10:00	11:30	90	精神症状	全体会場	講義	不安、抑うつ及びびせん妄等の精神症状に対する緩和ケア
11:30	12:30	60	昼食			
12:30	14:30	120	コミュニケーションロールプレイ	全体会場	ロールプレイ	患者への悪い知らせの伝え方についての検討及び演習
14:30	14:40	10	休憩			
14:40	15:40	60	コミュニケーション講義	全体会場	講義	がん医療におけるコミュニケーション技術
15:40	15:50	10	休憩			
15:50	16:50	60	地域連携と治療・療養の場の選択	全体会場	講義/グループ演習/ワークセッション	がん患者の療養場所の選択及び地域連携についての要点 在宅における緩和ケア
16:50	17:10	20	ふりかえり	全体会場	プレテストの解説	

土曜日の昼から2日間のタイムテーブル(案)

第1日

開始時間	終了時間	所要時間	内容	会場	対応する開催指針の形式	対応する開催指針の項目
13:30	14:00	30	受付			
14:00	14:20	20	プレテスト	全体会場	プレテスト	
14:20	14:45	25	緩和ケア研修会の開催にあたって	全体会場	講義	
14:45	15:30	45	緩和ケア概論	全体会場	講義	全人的な緩和ケアについての要点
15:30	15:40	10	休憩			
15:40	17:10	90	がん性疼痛	全体会場	講義	がん性疼痛の機序、評価及びWHO方式の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践について 放射線療法や神経ブロックの適応を含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点
17:10	17:20	10	休憩			
17:20	17:40	20	アイスブレーキング	グループ室	アイスブレーキング	
17:40	19:10	90	がん性疼痛事例検討	グループ室	グループ演習/ワークショップ	がん性疼痛を持つ患者の評価及び治療 がん性疼痛に対する治療と処方箋の実際の記載
19:10	20:00	50	夕食			
20:00	21:30	90	オピオイドを開始するとき	全体会場	ロールプレイ/ワークショップ	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
第2日						
9:00	9:45	45	呼吸困難	全体会場	講義	呼吸困難、消化器症状等の身体症状に対する緩和ケア
9:45	9:55	10	休憩			
9:55	10:40	45	消化器症状	全体会場	講義	呼吸困難、消化器症状等の身体症状に対する緩和ケア
10:40	10:50	10	休憩			
10:50	12:20	90	精神症状	全体会場	講義	不安、抑うつ及びびせん妄等の精神症状に対する緩和ケア
12:20	13:00	40	昼食			
13:00	15:00	120	コミュニケーションロールプレイ	全体会場	ロールプレイ	患者への悪い知らせの伝え方についての検討及び演習
15:00	15:10	10	休憩			
15:10	16:10	60	コミュニケーション講義	全体会場	講義	がん医療におけるコミュニケーション技術
16:10	16:20	10	休憩			
16:20	17:20	60	地域連携と治療・療養の場の選択	全体会場	講義/グループ演習/ワークショップ	がん患者の療養場所の選択及び地域連携についての要点 在宅における緩和ケア
17:20	17:40	20	ふりかえり	全体会場	プレテストの解説	

別添1：緩和ケア基本教育のための指導者研修会タイムスケジュール

緩和ケア基本教育のための指導者研修会 1日目（金曜日）

時間	分	項目	詳細
9:00-9:30	30	受付開始	
9:30-10:30	60	Opening Remark/指導者研修会とは	PEACEprojectの概要、指導者研修会について概説する
10:30-10:50	20	プレテスト	
10:50-11:50	60	Opening Remark/緩和ケア概論	全人的緩和ケアについての要点、PEACEproject概要
11:50-12:00	10	質疑応答	教育技法や運営についての質疑応答
12:00-13:00	60	(昼食)	
13:00-14:30	90	疼痛講義	がん性疼痛の機序、評価及びWHO方式の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など
14:30-14:40	10	質疑応答	教育技法や運営についての質疑応答
14:40-14:50	10	(休憩)	
14:50-15:10	20	アイスブレイキング	
15:10-16:40	90	ワークショップ（疼痛症例）	がん性疼痛および全人的苦痛に関するグループ演習による症例検討
16:40-16:50	10	質疑応答	教育技法や運営についての質疑応答
16:50-17:05	15	(休憩)	
17:05-18:35	90	ロールプレイ (オピオイド処方説明 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」
18:35-18:45	10	質疑応答	教育技法や運営についての質疑応答
18:45-19:45	60	(夕食)	
19:45-20:30	45	呼吸器症状	呼吸困難についてのインタラクティブティーチング
20:30-20:40	10	質疑応答	教育技法や運営についての質疑応答
21:00		(懇親会)	

	エンドユーザー研修を体験する時間
	指導法を学ぶ時間
	休憩・食事
	その他

緩和ケア基本教育のための指導者研修会 2日目（土曜日）

時間	分	項目	詳細
8:00-8:45	45	消化器症状	嘔気・嘔吐に関する緩和ケアについて学ぶ
8:45-8:55	10	質疑応答	教育技法や運営についての質疑応答
8:55-9:55	60	地域連携と治療・療養場所の選択	事例を通じて地域連携と治療・療養の場所の選択について学ぶ
9:55-10:05	10	質疑応答	教育技法や運営についての質疑応答
10:05-10:20	15	(休憩)	
10:20-11:20	60	教育技法	ファシリテーターとしての心構え、インタラクティブティーチング、ロールプレイ、グループ演習、アイスブレイキングの仕方について学ぶ
11:20-12:00	40	まとめとふりかえり	いままでのふりかえり、参加者から指導法についてフィードバックをもらう、指導法に関する質疑応答、ここからのセッションの役割分担
12:00-13:00	60	(昼食)	
13:00-15:00	120	セッション打ち合わせ	2日目午後、及び3日目のセッションを分担、各々打ち合わせを行う。2日目は16グループにわけ、一人1セッションずつ担当。3日目は8グループにわけ3セッションを担当。各グループに1名ずつファシリテーターをつける
15:00-16:30	90	教育の実践 1ーロールプレイ(オピオイドを開始するとき)	ロールプレイを用いた疼痛の教育について学ぶ、参加者から指導法についてフィードバックをもらう、指導法に関する質疑応答
16:30-16:40	10	(休憩)	
16:40-17:25	45	呼吸器症状	インタラクティブティーチングについて学ぶ、参加者から指導法についてフィードバックをもらう、指導法に関する質疑応答
17:25-17:35	10	(休憩)	
17:35-18:35	60	Opening Remark/緩和ケア概論	緩和ケア概論の教育法について学ぶ、参加者から指導法についてフィードバックをもらう、指導法に関する質疑応答
18:35-19:30	55	(夕食)	
19:30-20:30	60	地域連携と治療・療養場所の選択	治療・療養場所の選択及び地域連携、在宅における緩和ケアに関する教育について学ぶ、参加者から指導法についてフィードバックをもらう、指導法に関する質疑応答
20:30-21:00	30	運営・明日の課題発表	研修会の運営、会場設定方法、受付の仕方、など詳細について学ぶ、指導法に関する質疑応答
21:00		(懇親会)	

	エンドユーザー研修を体験する時間
	指導法を学ぶ時間
	休憩・食事
	その他

緩和ケア基本教育のための指導者研修会 3日目（日曜日）

時間	分	項目	詳細
7:40-7:50	10	あいさつ、オリエンテーション、質疑応答	・当日のオリエンテーション ・指導法に関する質疑応答
7:50-8:40	50	講義（精神症状）	・緩和ケアFD（Faculty Development:指導者研修会）受講生に対して講義 ・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（精神科医、医療心理技術者等）につなげる方策を立てる
8:40-8:50	10	質疑応答	・コミュニケーション講義とビデオの指導に関して緩和ケアFD受講生からフィードバックをもらう、指導法に関する質疑応答
8:50-9:00	10	（休憩）	
9:00-11:00	120	ワークショップ	・ロールプレイによる①基本のコミュニケーション、②悪い知らせの伝え方の演習（医師役、患者役、家族役の3人組） ・緩和ケアFD受講生からフィードバックをもらう、指導法に関する質疑応答
11:00-11:50	50	コミュニケーション講義とビデオ	・精神腫瘍学FD受講生が緩和ケアFD受講生に対して講義 ・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
11:50-12:00	10	質疑応答	・緩和ケアFD受講生からフィードバックをもらう ・指導法に関する質疑応答
12:00-12:40	40	（昼食）	
12:40-14:10	90	がん性疼痛	緩和ケアFD受講生が精神腫瘍学FD受講生に疼痛の講義を行う、精神腫瘍学FD受講生からフィードバックをもらう、指導法に関する質疑応答
14:10-14:20	10	（休憩）	
14:20-15:50	90	疼痛事例	緩和ケアFD受講生が精神腫瘍学FD受講生に対してグループワークを行う ①（がん性疼痛を持つ患者の評価）、精神腫瘍学FD受講生からフィードバックをもらう、指導法に関する質疑応答
15:50-16:00	10	（休憩）	
16:00-16:45	45	消化器症状	緩和ケアFD受講生が精神腫瘍学FD受講生に対してインタラクティブティーチングを行う（嘔気嘔吐）、精神腫瘍学FD受講生からフィードバックをもらう、指導法に関する質疑応答
16:45-16:55	10	（休憩）	
16:55-18:00	65	質疑応答・ふりかえり	全体を通しての振り返り・質疑応答/交通の都合で17:00以降は帰宅可能

パターンA、緩和ケアおよび精神腫瘍学の受講生を30人ずつに分ける

	エンドユーザー研修を体験する時間
	指導法を学ぶ時間
	休憩・食事
	その他

7:40-7:50	10	あいさつ、オリエンテーション、質疑応答	・当日のオリエンテーション ・指導法に関する質疑応答
7:50-9:20	90	がん性疼痛	緩和ケアFD受講生が精神腫瘍学FD受講生に疼痛の講義を行う、精神腫瘍学FD受講生からフィードバックをもらう、指導法に関する質疑応答
9:20-9:30	10	（休憩）	
9:30-11:00	90	疼痛事例検討	緩和ケアFD受講生が精神腫瘍学FD受講生に対してグループワークを行う ①（がん性疼痛に関する事例検討）、精神腫瘍学FD受講生からフィードバックをもらう、指導法に関する質疑応答
11:00-11:10	10	（休憩）	
11:10-11:55	45	消化器症状	緩和ケアFD受講生が精神腫瘍学FD受講生に対してインタラクティブティーチングを行う（嘔気嘔吐）、精神腫瘍学FD受講生からフィードバックをもらう、指導法に関する質疑応答
11:55-12:40	45	（昼食）	
12:40-13:30	50	講義（精神症状）	・緩和ケアFD（Faculty Development:指導者研修会）受講生に対して講義 ・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（精神科医、医療心理技術者等）につなげる方策を立てる
13:30-13:40	10	質疑応答	・コミュニケーション講義とビデオの指導に関して緩和ケアFD受講生からフィードバックをもらう、指導法に関する質疑応答
13:40-13:50	10	（休憩）	
13:50-15:50	120	ワークショップ	・ロールプレイによる①基本のコミュニケーション、②悪い知らせの伝え方の演習（医師役、患者役、家族役の3人組） ・緩和ケアFD受講生からフィードバックをもらう、指導法に関する質疑応答
15:50-16:40	50	コミュニケーション講義とビデオ	・精神腫瘍学FD受講生が緩和ケアFD受講生に対して講義 ・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
16:40-16:50	10	質疑応答	・緩和ケアFD受講生からフィードバックをもらう ・指導法に関する質疑応答
16:50-16:55	5	移動	
16:55-18:00	65	質疑応答・ふりかえり	全体を通しての振り返り・質疑応答/交通の都合で17:00以降は帰宅可能

パターンB

	エンドユーザー研修を体験する時間
	指導法を学ぶ時間
	休憩・食事
	その他

緩和医療に携わる医師の育成に関する研究

研究分担者 森田達也 聖隷三方原病院緩和支援治療科部長

研究要旨 本研究の目的は、緩和ケアチームの活動指標となる評価尺度を作成することである。尺度開発のため、緩和ケアチーム研修会に参加した医療従事者を対象とし、質問紙調査を実施した。緩和ケアチームの活動評価候補 46 項目について、対象者が所属する緩和ケアチームがどの程度行っているかどうかを「あてはまらない(1)～あてはまる(5)」の 5 段階でたずね、評価尺度案を作成した。さらに、信頼性・妥当性検討のため評価尺度案について、質問紙調査を実施した。尺度開発のための調査は H20 年 10 月～H20 年 11 月、信頼性・妥当性検討のための調査は H20 年 11 月～H21 年 1 月に実施した。

尺度開発のための調査では 255 名に質問紙を配布し 180 名より返答が得られた（回収率 71%）。対象者の背景は医師 72 名（40%）、看護師 44 名（24%）、薬剤師 52 名（29%）、心理士 10 名（6%）であった。信頼性・妥当性検討のための調査では、188 名に質問紙を配布し 185 名より回答が得られた（回収率 98%）。対象者の背景は医師 89 名（48%）、看護師 47 名（25%）、薬剤師 47 名（25%）であった。

探索的因子分析の結果、4 ドメイン〈緩和ケアチーム内および依頼者とのコミュニケーション〉〈緊急時・地域のサポート〉〈コンサルテーションによる臨床活動〉〈患者・家族への緩和ケアの紹介〉で構成される 17 項目が選定された。信頼性検討の結果、各ドメインのクロンバック α 係数は 0.78～0.88 であった。再現性検討の結果、各ドメインの級内相関係数は 0.73～0.84 であった。また、検証的因子分析により尺度の適合度を検討した結果、GFI が 0.87、AGFI が 0.83 であった。十分な信頼性・妥当性が得られた評価尺度が確定した。

A. 研究目的

緩和ケアチームの活動指標となる評価尺度を作成することである。

B. 研究方法

表 2

尺度開発のプロセス
1. 評価項目候補の作成
2. 予備評価項目の選択
3. 評価尺度開発の調査
4. 信頼性・妥当性検討の調査
5. 評価尺度の確定

以下、尺度開発のプロセス（表 2）について簡単に述べる。

1. 評価項目候補の作成

H19 年度の緩和ケアチームワークショップに参加した緩和ケアチームのメンバーの 21 人と、緩和ケアチームのメンバーとして現在活動中、または活動経験のある緩和ケアの専門家 6 人を対象としたフォーカスグループインタビューと、文献検索に基づき、緩和ケアチームの活動を評価するための指標となる項目候補を作成した。

2. 予備評価項目の選択

デルファイ変法（1 phase）を用いて、緩和ケアチームで活動されている、または活動経験のある緩和ケアの専門家 10 名により、項目候補の適切性について 9 段階で判定を実施した。その結果に基づき、予備評価項目選定のため、本研究メンバーで検討

した。

3. 評価尺度作成のための調査

H 19 年度の緩和ケアチームワークショップ参加者 195 名に郵送法と H20 年度第 1 回目の緩和ケアチーム研修会参加者 60 名に研修会会場で調査法を配布し、計 255 名を対象として予備評価項目について調査を行った。項目分析と因子分析の結果に基づき、評価尺度案を作成するため、本研究メンバーで検討した。

4. 信頼性・妥当性検討の調査

H20 年度第 2~4 回目の緩和ケアチーム研修会参加者 188 名を対象に、研修会会場で調査票を配布し、評価尺度暫定案について調査を行い、信頼性・妥当性について検討した。

5. 評価尺度の確定

信頼性・妥当性検討のための調査結果に基づき、評価尺度を確定した。

C. 研究結果

1. 評価項目候補の作成

フォーカスグループインタビューと文献検索の結果、101 項目の評価指標候補が作成された。

2. 予備評価項目の選択

デルファイ変法の結果に基づき、予備評価項目として 46 項目に選定された。

3. 評価尺度案作成のための調査

255 名に質問紙を配布し 180 名より返答が得られた (回収率 71%)。対象者の背景は医師 72 名 (40%)、看護師 44 名 (24%)、薬剤師 52 名 (29%)、心理士 10 名 (6%)であった。

項目分析と因子分析の結果に基づき、17 項目 4 ドメインの評価尺度案が作成され、それぞれ<緩和ケアチーム内および依頼者とのコミュニケーション><地域・緊急時のサポート><コンサルテーションによる臨床活動><患者・家族への緩和ケアの紹介>と命名された (別添 1)。

4. 評価尺度の信頼性・妥当性検討の調査

188 名に質問紙を配布し 185 名より返答が得られた (回収率 98%)

信頼性検討の結果、各ドメインのクロンバック α 係数は 0.78~0.88 であった。再現性検討の結果、各ドメインの級内相関係数は 0.73~0.84 であった。また、確証的因子分析により尺度の適合度を検討した結果、GFI が 0.87、AGFI が 0.83 であった。

D. 考察

2. 緩和ケアチームの活動評価尺度の作成

十分な信頼性と妥当性が得られた緩和ケアチームの活動指標となる評価尺度が作成された。今後は、この尺度を用いて緩和ケアチームを対象とした研修会の有効性を評価することや、緩和ケアチームが活動を行う際の指標とすることが可能である。

E. 結論

緩和ケアチームの活動評価尺度を作成した。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. Morita T, et al: Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy: an audit of a clinical screening project. Support Care Cancer 16:101-107,2008.

2. Sato K, Morita T, et al: Quality of end-of-life treatment for cancer patients in general wards and the palliative care unit at a regional cancer center in Japan: a retrospective chart review. Support Care Cancer 16:113-122,2008.

3. Morita T, et al: Screening for discomfort as the fifth vital sign using an electronic medical recording system: a feasibility study. J Pain Symptom Manage 35:430-436,2008.

4. Sanjo M, Morita T, et al: Perceptions of specialized inpatient palliative care: a population-based survey in Japan. J Pain Symptom Manage 35:275-282,2008.

5. Miyashita M, Morita T, et al: Identification of quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review using a modified Delphi method in Japan. Am J Hosp Palliat Med 25:33-38,2008.

6. 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 16:217-222,2008.

7. Miyashita M, Morita T, et al: Good death inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. J Pain Symptom Manage 35:486-498,2008.

8. Miyashita M, Morita T, et al: Effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolonging treatment and knowledge about palliative care. *Palliat Med* 22:376-382,2008.
9. Miyashita M, Morita T, et al: The Japan hospice and palliative care evaluation study (J-HOPE Study): study design and characteristics of participating institutions. *Am J Hosp Palliat Med* 25:223-232,2008.
10. Miyashita M, Morita T, et al: Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psycho-Oncology* 17:612-620,2008.
11. Sato K, Morita T, et al: Reliability assessment and findings of a newly developed quality measurement instrument: Quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review at a Japanese regional cancer center. *J Palliat Med* 11:729-737,2008.
12. Miyashita M, Morita T, et al: Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: The Japanese experience. *J Clin Oncol* 26:3845-3852,2008.
13. Akechi T, Morita T, et al: Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16:CD005537.
14. Ando M, Morita T, et al: One-week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology* 17:885-890,2008.
15. Tei Y, Morita T, et al: Treatment efficacy of neural blockade in specialized palliative care services in Japan: a multicenter audit survey. *J Pain Symptom Manage* 36:461-467,2008.
16. Ando M, Morita T, et al: A pilot study of transformation, attributed meanings to the illness, and spiritual well-being for terminally ill cancer patients. *Palliat Support Care* 6:335-340,2008.
17. Morita T, et al: Palliative care in Japan: shifting from the stage of disease to the intensity of suffering. *J Pain Symptom Manage* 36:e6-e7,2008.
18. Yamagishi A, Morita T, Kizawa Y, et al: Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care* 25:412-418,2008.
19. 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* 17:926-931,2008.
20. Morita T, et al: Meaninglessness in terminally ill cancer patients: A randomized controlled study. *J Pain Symptom Manage* Sep 30: [Epub ahead of print],2008.
21. Yamagishi A, Morita T, et al: Symptom Prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. *J Pain Symptom Manage* Sep 18: [Epub ahead of print],2008.
22. Sanjo M, Morita T, et al: Caregiving consequences inventory: a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* Nov 24: [Epub ahead of print],2008.
23. 藤本直史, 森田達也: 疼痛マネジメントをするための系統的・継続的評価. *月間ナーシング* 28:90-94, 2008.
24. 森田達也, 木澤義之 (編), 他: 緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方. 青海社. 東京. 2008.
25. 森田達也: 緩和ケアの現在と将来— Introduction for psychiatrists—. *臨床精神薬理* 11:777-786, 2008.
26. 山岸暁美, 森田達也: 緩和ケア普及のための地域プロジェクト—がん対策のための戦略研究「OPTIMプロジェクト」—. *緩和ケア* 18:248-250, 2008.
27. 森田達也: 終末期患者における輸液治療—日本緩和医療学会ガイドラインの概要—. *日本医事新報* 4390:68-74, 2008.
28. 社団法人日本医師会 (監), 木澤義之, 森田達也 (編), 他: がん性疼痛治療のエッセンス. 青海社. 東京. 2008.
29. 社団法人日本医師会 (監), 木澤義之, 森田達也 (編), 他: がん緩和ケアガイドブック 2008年版. 青海社. 東京. 2008.
30. 山岸暁美, 森田達也, 他: 研究プロジ

- エクト①地域介入研究(戦略研究)、緩和医療学 10:215-222, 2008.
31. 河正子, **森田達也**: 研究プロジェクト⑧スピリチュアルケア. 緩和医療学 10(3):256-262, 2008.
 32. 安藤満代, **森田達也**: 終末期がん患者へのライフレビュー —その現状と展望—. 看護技術 54:65-69, 2008.
 33. 安藤満代, **森田達也**: 終末期がん患者へのスピリチュアルケアとしての短期回想法の実践. 看護技術 54:69-73, 2008.
 34. **森田達也**: 医療連携と緩和医療; OPTIMプロジェクトによる地域介入研究の紹介. コンセンサス癌治療 7:123-125, 2008.
 35. **森田達也**: 緩和医療(終末期医療、在宅ケア). 中川和彦(編集), 勝保範之, 西尾和人, 島清彦, 朴成和(共同編集) NAVIGATOR Cancer Treatment Navigator 278-279, 2008.
 36. **森田達也**, 他: 臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール II. 身体症状 4. 緩和ケアニードのスクリーニングツール. 緩和ケア 18(Suppl):15-19, 2008.
 37. **森田達也**: 臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール IX. 患者・家族における臨床ツール 4. 症状評価のためのツール. 緩和ケア 18(Suppl):129-131, 2008.
 38. 藤本亘史, **森田達也**: 臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール X. その他の評価とツール 5. 緩和ケアチーム初期評価表. 緩和ケア 18(Suppl):157-160, 2008.
- 学会発表
1. 志真泰夫, **森田達也**: シンポジウム6 終末期医療における臨床倫理: こんな時どう考える? 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
 2. 岡村仁, **森田達也**, 他: ランチョンセミナー8 エビデンスに基づいた終末期せん妄の家族へのケア. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
 3. 佐藤一樹, **森田達也**, 他: がん診療連携拠点病院1施設の一般病棟と緩和ケア病棟での死亡前48時間以内に実施された医療の実態調査. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
 4. 佐藤一樹, **森田達也**, 他: 診療記録から抽出する終末期がん医療の質指標による一般病棟での終末期がん医療の質の評価. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
 5. 深堀浩樹, **森田達也**, 他: 高齢者施設におけるがん患者への緩和ケアの実態 OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
 6. 平井啓, **森田達也**, 他: 地域住民の緩和ケアの利用に対する準備性と各種メディアに対する信頼性 OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
 7. 宮下光令, **森田達也**, 他: 一般市民のがん医療に対する安心感および医療用麻薬・緩和ケア病棟に対する認識 OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
 8. 宮下光令, **森田達也**, 他: 地域の医師・看護師の緩和医療の提供に関する地震及び困難感 OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
 9. 杉浦宗敏, **森田達也**, 他: がん診療連携拠点病院の緩和ケア提供機能に関する薬剤業務の実態調査(1). 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
 10. 佐野元彦, **森田達也**, 他: がん診療連携拠点病院の緩和ケア提供機能に関する薬剤業務の実態調査(2). 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
 11. 吉田沙蘭, **森田達也**, 他: 一般市民がもつ緩和ケアの整備に対する認識 OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
 12. 山岸暁美, **森田達也**, 他: 一般市民および地域在住がん患者の療養死亡場所の希望: OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
 13. 新城拓也, **森田達也**, 他: 遺族調査から見る臨終前後の家族の経験と望ましいケア: J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
 14. 天野功二, **森田達也**, 他: 聖隷ホスピスにおける造血管悪性腫瘍患者に対する緩和医療. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
 15. 宮下光令, **森田達也**, 他: J-HOPE study (The Japan Hospice and Palliative care Evaluation study): 研究デザインおよび参加施設の概要. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡

16. 山岸暁美, 森田達也, 他: がん患者における在宅療養継続の阻害要因および在宅診療提供体制 OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
17. 古村和恵, 森田達也, 他: がん患者と医療者の情報共有ツール「わたしのカルテ」の必要性に関する質問紙調査: OPTIM STUDY. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
18. 赤澤輝和, 森田達也, 他: がん医療における相談記録シートの作成と実施可能性の検討: OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
19. 大木純子, 森田達也, 他: がん患者に今求められる支援・サポートとは～地域医療者のブレインストーミングの結果から～: OPTIM STUDY. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
20. 前堀直美, 森田達也, 他: 浜松市保険薬局薬剤師に対してのがん緩和医療に関するアンケート調査. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
21. 藤本亘史, 森田達也, 他: 遺族調査の結果からみた緩和ケアチームの介入時期と有用性: J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
22. 三澤知代, 森田達也, 他: がん診療連携拠点病院における緩和ケアチームメンバーの緩和ケア提供に対する自己評価の実態. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
23. 宮下光令, 森田達也, 他: 全国のがん診療連携拠点病院における緩和ケアチーム (PCT) の実態調査. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
24. 前堀直美, 森田達也, 他: 外来緩和ケア患者のがん性疼痛に対する保険薬局の新しい取り組み～疼痛評価・電話モニタリング・受診前アセスメントの初期経験～. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
25. 永江浩史, 森田達也, 他: 緊急入院した新興前立腺癌緩和ケア患者の入院前外来ケア内容にみられた課題. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
26. 久永貴之, 森田達也, 木澤義之, 他: がんによる消化管閉塞に対する酢酸オクトレオチドの治療効果 (主観的指標) に関する研究. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
27. 山田理恵, 森田達也, 他: 末梢静脈から挿入する中心静脈カテーテルの患者による評価. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
28. 山岸暁美, 森田達也, 他: 経口摂取が低下した終末期がん患者の家族に対する望ましいケア J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
29. 赤澤輝和, 森田達也, 他: 遺族調査から見る終末期がん患者の負担感に対する望ましいケア: J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
30. 大谷弘行, 森田達也, 他: 「抗がん剤治療の中止」を患者・家族へ説明する際の腫瘍医の負担. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
31. 三條真紀子, 森田達也, 他: ホスピス・緩和ケア病棟への入院を検討する時期の家族のつらさと望ましいケア: J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
32. 三條真紀子, 森田達也, 他: ホスピス・緩和ケア病棟に関する望ましい情報提供のあり方: J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
33. 塩崎麻里子, 森田達也, 他: 遺族の後悔に影響するホスピス・緩和ケア病棟への入院に関する意思決定要因の探索: J-HOPE Study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
34. 福田かおり, 森田達也, 他: 看取りのパンフレットの作成と実施可能性. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
35. 岩崎静乃, 森田達也, 他: ホスピス病棟入院患者の死亡前口腔内状況. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
36. 中澤葉宇子, 森田達也, 他: 緩和ケアに対する医療者の知識・態度・困難度を評価する尺度の作成と信頼性・妥当性の検証. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
37. 宮下光令, 森田達也, 他: 一般市民に対する緩和ケアに関する教育的介入の短期効果. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
38. 宮下光令, 森田達也, 他: 遺族の評価による終末期がん患者のQOLを評価する尺度 (GDI: Good Death Inventory) の信頼性と妥当性の検証. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
39. 明智龍男, 森田達也: シンポジウム1

- 精神的苦悩を緩和する：日常臨床における
ケアと治療の実践. 第21回日本サイコ
ンコロジー学会総会. 2008.10, 東京
40. 吉田沙蘭, 森田達也, 他: がん患者の
家族に対する望ましい余命告知のあり方
の探索. 第21回日本サイコオンコロジー
学会総会. 2008.10, 東京
41. 赤澤輝和, 森田達也, 他: 遺族調査か
ら見る終末期がん患者の負担感: J-HOPE
study. 第21回日本サイコオンコロジー学
会総会. 2008.10, 東京
42. 三條真紀子, 森田達也, 他: 終末期の
がん患者を介護した遺族による介護経験
の評価尺度の作成. 第21回日本サイコ
ンコロジー学会総会. 2008.10, 東京
- 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

緩和医療に携わる医療従事者および緩和ケアチーム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研修会の開催とその評価）

分担研究者 橋爪隆弘 秋田市立総合病院 外科
研究協力者 中澤葉宇子 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻

研究要旨：本研究の目的は、緩和ケアチーム研修会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対象とする研修会を開催・評価することである。本年度の研究成果は各々以下のとおりである。

昨年度に開催した緩和ケアチームワークショップをもとに、研究者間の討議により職種別分科会を含めた8つのセッションから構成される、講義とワークショップを組み合わせた研修会プログラムを作成し、東京（2回）、大阪、広島の3地域にて計4回開催した。第1、2回目の研修会の結果を報告する。2回の研修会参加者は30施設、120名の緩和ケアチームメンバーが参加した。参加者からの研修会に対する評価は非常に高く、プログラムの内容は概ね有用であると考えられた。今後は、プログラム内容の充実を図るとともに、研修会の効果を測定することが課題である。なお、研修会は国立がんセンターがん対策情報センターと共催で実施した。

A. 研究目的

わが国では、がん医療の均てん化を戦略目標とする「第3次対がん10か年総合戦略」

（2004～2013）に基づき、がん診療連携拠点病院の整備が進められており、2008年4月1日現在、353病院（みなし拠点を含む）が指定されている。がん診療連携拠点病院の指定要件として、一般病棟で緩和ケアを提供する体制の整備が含まれており、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。そのような背景により、がん診療連携拠点病院が増加し、それ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を除き、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。緩和ケア診療加算の基準では、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、緩和ケアチームの活動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。わが国のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームを対象とした実態調査では、緩和ケアチームメンバ

ーの緩和ケア提供に関する自己評価が低く、活動上の困難感が高いことが報告されている。

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。以上の状況に鑑み、以下を目的として本研究を行った。

1. 緩和ケアチームの質の向上のため、緩和ケアチーム研修会のプログラムを作成し、主としてがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームを対象に開催し、その評価を行うこと。
2. 緩和ケアチーム研修会の効果を測定するため、緩和ケアチームの活動指標尺度を作成すること。

B. 研究方法

1. 研修会プログラムの開発
- 2 日間で構成する研修会プログラムは表1のとおりである。

表1

プログラム内容	時間
1日目	
Key Note Speech	10分
緩和ケア概論（講義）	40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
職種別分科会 (講義・討論・グループワーク)	150分
2日目	
コンサルテーションを見直してみよう (グループワーク・ロールプレイ)	150分
緩和ケアを地域で展開するために (講義)	50分
緩和ケアチーム 明日への課題 (グループワーク)	120分

以下に、プログラム内容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) 緩和ケア概論

緩和ケアの概論について理解することを目的とする。具体的には「我が国の方針」と「臨床現場での緩和ケア」について、ファシリテーター2名がそれぞれ講義を行う。

3) アイスブレイキング

参加者同士の親睦を図り、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。

4) 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8名ごとのグループに分かれ、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法を用いてカードの類似性に従いまとまりを作り、まとまりごとに代表する名前をつける。その後、各小グループで互いに発表し、問題点について討論する。

5) 職種別分科会

職種別にプログラムを構成し、分科会を行う。

① 身体症状担当医師

緩和ケアチームの身体症状を担当する医師として、緩和ケアチームの診療にあたって困難を感じていることについて、討論を通じて共

有し、知見を得ることを目的とする。方法は、まず日頃の活動で困難と感じていることについて、3人ごとのグループで話し合ったうえで、全体で3~4つのテーマを決定する。次に、テーマごとに5~6人のグループに分かれ、問題解決の具体的方法について討論する。

② 精神症状担当医師

緩和ケアチームの精神症状担当医師として、1. 身体症状緩和への関わり方を学習すること、2. 緩和ケアチームでの役割を理解し、緩和ケアチームの活動への関わり方を学習することを目的とする。方法は、まず「医療用麻薬の使用法」についてファシリテーター1名が講義を行った後、5~6人ごとに分かれてグループワークを行い、身体症状緩和への具体的な関わり方について討論する。次に、「緩和ケアチームの立ち上げと精神科医の役割」についてファシリテーター1名が講義を行った後、再びグループワークを行い、活動上で生じる問題や戸惑いについて意見交換を行い、具体的な対応方法について討論する。

③ 看護師

緩和ケアチームの看護師としての役割を再考し、課題や目標への示唆を得ることを目的とする。方法は、まず5~6人ごとにグループワークを行い、看護師の役割として果たしていること、果たせていないことについて意見を出した後、全体で討論する。次に、看護師として果たすべき役割や期待されていることについて、再びグループワークで意見を出した後、全体で討論する。最後に、緩和ケアチームで活動する上での疑問点について、Q&A形式で全体討論する。

④ 薬剤師

緩和ケアチームの薬剤師の役割について理解し、役割を担うための具体的な行動について再考することを目的とする。まず7~8人ごとにグループワークを行い、緩和ケアチームの薬剤師の役割について意見を出した後、全体で討論する。次に、薬剤師の役割を担うための具体策について、再度グループワークで意見を出した後、全体討論をする。

6) コンサルテーションを見直してみよう

コンサルテーションのプロセスで困った場面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の場面について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4人ごと

のグループに分かれて話し合い、緩和ケアチームとしての対応をどう修正するか検討し、新しいシナリオを作成する。作成したシナリオについてグループごとにロールプレイを行い、フィードバックを行う。

7) 緩和ケアを地域で展開するために

地域連携を行うための具体的方法について学習し、各施設の課題や問題点を認識することを目的とする。具体的には、ファシリテーター1名が地域連携について、実際施設で行われている活動を講義する。

8) 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について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年間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、それぞれの目標について意見交換を行った後、緩和ケアチームごとに模造紙に記入した目標と行動計画を発表し、討論する。

2. 研修会の評価

研修会終了直後に、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、各セッションや研修会全体、ファシリテーターの有用性などに関する10項目をたずねた。さらに、職種や臨床経験に関する個人背景5項目をたずねた。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。

C. 研究結果

1. 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

本年度は東京(2回)、大阪、広島において、国立がんセンターとの共催により各2日間で計4回開催した。

(1) 第1回目東京開催

平成20年11月2日(日)・3日(祝)に国立がんセンター中央病院管理棟において開催した。参加者は15施設60名(身体症状担当医師・精神症状担当医師・看護師・薬剤師各15名)であった。参加者全体の臨床経験年数は中央値18年(範囲2.5-36年)、緩和ケアチームでの活動経験年数は中央値2年

(0-5.5年)、緩和ケアチームでの活動形態は、専従3名、専任26名、兼任27名、活動前1名であった。

(2) 第2回東京開催

平成20年11月23日(日)・24日(祝)に国立がんセンター中央病院管理棟において開

催した。参加者は15施設60名(身体症状担当医師・精神症状担当医師・看護師・薬剤師各15名)であった。参加者全体の臨床経験年数は中央値13.5年(範囲5-33年)、緩和ケアチームでの活動経験年数は中央値2年(0-9.8年)、緩和ケアチームでの活動形態は、専従10名、専任9名、兼任36名、活動前3名であった。

2. 研修会の評価(別添1)

(1) 第1回東京開催の評価

アンケートの回収数は58(回収率97%)であった。研修会プログラムのセッション全体の評価として、「すごく役立つ」と回答した者は27名(47%)であり、「まあ役立つ」も含めると56名(97%)であった。研修会全体の総合評価では「満足」と回答したものは27名(47%)であり、「まあ満足」も含めると、58名(100%)であった。

(2) 第2回東京開催の評価

アンケートの回収数は59(回収率98%)であった。研修会プログラムのセッション全体の評価として、「すごく役立つ」と回答した者は26名(44%)であり、「まあ役立つ」も含めると55名(93%)であった。研修会全体の総合評価では「満足」と回答したものは29名(49%)であり、「まあ満足」も含めると、26名(93%)であった。

(3) 自由記載の内容

肯定的内容は、「今後のチームの在り方、自分の役割について考えることができた」「チーム内で問題点や目標を共有することができた」「他施設の状況が理解できた」「コンサルテーション活動の困難さに適した内容だった」「プログラム構成のバランスがよい」などがあつた。否定的な内容は、「症例検討の時間が欲しかった」「他施設の実際の活動状況を知りたかった」「職種別の研修がもう少し欲しい」「背景が異なると一緒に議論することが難しい」「金・土もしくは平日開催にしてほしい」などがあつた。

D. 考察

緩和ケアチームの質向上を目的とした2日間の研修会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対象として研修会を開催した。参加者による研修会の評価は、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、本研修会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、プログラム内容や開催日程については改善の余地があり、今後更なる検討が必要である。また、参加者による研修会への評価が高いことが、緩和ケアチームの質向上にどのように反映されるのか不明確である。今後は研修会前後での参加者または緩和ケアチームの活動の変化を測定し、本研修会が緩和ケアチームの質向上のどのような側面にどの程度影響しているのかを明確にすることが課題である。

E. 結論

緩和ケアチームの質向上を目的とした研修会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対象として研修会を開催した。参加者による研修会の評価は、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、研修会が緩和ケアチームの質の向上にどのように影響するのかを明確にすることが課題である。

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. 橋爪隆弘,【癌終末期の心のケアと鎮痛剤の使い方】癌患者とのコミュニケーションと精神的ケア,外科治療 99 巻 6 号, 553-556, 2008.
2. 宮下光令, 志真泰夫, 橋爪隆弘【緩和ケア・コンサルテーション 悩み多きコンサルテーションとその対応】緩和ケア・コンサルテーションの現状と課題,緩和ケア 18 巻 6 号, 494-500, 2008.
3. 橋爪隆弘:緩和ケアチーム教育のためのワークショップ,ホスピス緩和ケア白書 2009 緩和ケアの教育と研修,東京青海社 2009 (in press)

学会発表

なし

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。

第1回東京開催

N=58 (回収率 97%)

参加者背景	n	%	
職種	身体医師	14	24
	精神医師	14	24
	看護師	15	26
	薬剤師	15	26
臨床経験年数	1-4	3	5
	5-9	7	12
	10-19	24	41
	20-29	17	29
	30以上	7	12
緩和ケアチームでの活動年数	0	2	3
	2未満	22	38
	2-4未満	25	43
	4-6未満	8	14
	6以上	0	0
緩和ケアチームでの活動体制	専従	3	5
	専任	26	45
	兼任	27	47
	活動前	1	2
全業務における緩和ケアチームの業務割合	0	1	2
	1-25	42	72
	26-50	8	14
	51-75	1	2
76-100	4	7	

研修会の評価	n	%	
緩和ケア概論(講義)	すごく役立つ	16	28
	まあ役立つ	35	60
	あまり役立たない	7	12
	役立たない	0	0
緩和ケアチームの抱える問題点	すごく役立つ	26	45
	まあ役立つ	29	50
	あまり役立たない	3	5
	役立たない	0	0
分科会	すごく役立つ	25	43
	まあ役立つ	30	52
緩和ケアを地域で展開するために	あまり役立たない	2	3
	役立たない	0	0
	すごく役立つ	27	47
困難なコンサルテーションにどう対応する	まあ役立つ	28	48
	すごく役立つ	3	5
緩和ケアチーム 明日への課題	役立たない	0	0
	すごく役立つ	27	47
	まあ役立つ	26	45
セッション全体として	あまり役立たない	1	2
	役立たない	0	0
	すごく役立つ	29	50
	まあ役立つ	23	40
ファシリテーターの働き	あまり役立たない	0	0
	役立たない	0	0
	すごく役立つ	27	47
	まあ役立つ	29	50
同じ立場の人に研修会を勧めるかどうか	あまり役立たない	0	0
	役立たない	0	0
	すごく役立つ	35	60
	まあよかった	22	38
総合評価	あまりよくなかった	0	0
	よくなかった	0	0
	必ず勧める	23	40
	まあ勧める	33	57
総合評価	あまり勧めない	2	3
	勧めない	0	0
	満足	27	47
	まあ満足	31	53
総合評価	あまり満足していない	0	0
	不満足	0	0

第2回東京開催

N=59 (回収率 98%)

参加者背景	n	%
職種	身体医師	15 25
	精神医師	14 24
	看護師	15 25
	薬剤師	15 25
臨床経験年数	1-4	0 0
	5-9	13 22
	10-19	26 44
	20-29	16 27
	30以上	3 5
緩和ケアチームでの活動年数	0	2 3
	2未満	27 46
	2-4未満	15 25
	4-6未満	9 15
	6以上	5 8
緩和ケアチームでの活動体制	専従	10 17
	専任	9 15
	兼任	36 61
	活動前	3 5
全業務における緩和ケアチームの業務割合	0	3 5
	1-25	32 54
	26-50	9 15
	51-75	4 7
	76-100	10 17

研修会の評価	n	%
緩和ケア概論(講義)	すごく役立つ	8 14
	まあ役立つ	41 69
	あまり役立たない	7 12
	役立たない	1 2
緩和ケアチームの抱える問題点	すごく役立つ	21 36
	まあ役立つ	31 53
	あまり役立たない	5 8
	役立たない	1 2
分科会	すごく役立つ	30 51
	まあ役立つ	26 44
	あまり役立たない	1 2
	役立たない	1 2
困難なコンサルテーションにどう対応するか	すごく役立つ	27 46
	まあ役立つ	29 49
	あまり役立たない	0 0
緩和ケアを地域で展開するために	すごく役立つ	14 24
	まあ役立つ	35 59
	あまり役立たない	7 12
緩和ケアチーム 明日への課題	役立たない	2 3
	すごく役立つ	27 46
	まあ役立つ	25 42
セッション全体として	あまり役立たない	4 7
	役立たない	0 0
	すごく役立つ	26 44
ファシリテーターの働き	まあ役立つ	29 49
	あまり役立たない	2 3
	役立たない	0 0
	非常によかった	33 56
	まあよかった	23 39
同じ立場の人に研修会を勧めるかどうか	あまりよくなかった	2 3
	よくなかった	0 0
	必ず勧める	29 49
	まあ勧める	26 44
	あまり勧めない	2 3
総合評価	勧めない	1 2
	満足	29 49
	まあ満足	26 44
	あまり満足していない	2 3
	不満足	1 2

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療従事者および緩和ケアチーム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研修会の開催とその評価、
緩和ケアチームの活動評価尺度の作成）

分担研究者 林昇甫 市立豊中病院 外科
研究協力者 中澤葉宇子 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻

研究要旨：本研究の目的は、1) 緩和ケアチーム研修会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対象とする研修会を開催・評価することである。本年度の研究成果は各々以下のとおりである。

昨年度に開催した緩和ケアチームワークショップをもとに、研究者間の討議により8つのセクションセッションから構成される、講義とワークショップを組み合わせた研修会プログラムを作成し、東京（2回）、大阪、広島の3地域にて計4回開催した。研修会参加者は15～16施設、60～64名の緩和ケアチームメンバーであった。参加者の研修会に対する評価は非常に高く、プログラムの内容は概ね有用であると考えられた。今後は、プログラム内容の充実を図るとともに、研修会の効果を測定することが課題である。なお、研修会は国立がんセンターがん対策情報センターと共催で実施した。

A. 研究目的

わが国では、がん医療の均てん化を戦略目標とする「第3次対がん10か年総合戦略」（2004～2013）に基づき、がん診療連携拠点病院の整備が進められており、2008年4月1日現在、353病院（みなし拠点を含む）が指定されている。がん診療連携拠点病院の指定要件として、一般病棟で緩和ケアを提供する体制の整備が含まれており、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。そのような背景により、がん診療連携拠点病院が増加し、それ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を除き、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。緩和ケア診療加算の基準では、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、緩和ケアチームの活動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。わが国のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームを対象とした実態調査では、緩和ケアチームメンバーの緩和ケア提供に関する自己評価が低く、活動上の困難感が高いことが報告されている。

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。

以上の状況に鑑み、以下を目的として本研究を行った。

1. 緩和ケアチームの質の向上のため、緩和ケアチーム研修会のプログラムを作成し、主としてがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームを対象に開催し、その評価を行うこと。
2. 緩和ケアチーム研修会の効果を測定するため、緩和ケアチームの活動指標尺度を作成すること。

B. 研究方法

1. 緩和ケアチームの教育方法に関する研究

1) 研修会プログラムの開発

以下のように、2日間にわたるプログラムの開発を行った。

表1

プログラム内容	時間
1日目	
Key Note Speech	10分
緩和ケア概論（講義）	40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
職種別分科会 (講義・討論・グループワーク)	150分
2日目	
コンサルテーションを見直してみよう (グループワーク・ロールプレイ)	150分
緩和ケアを地域で展開するために (講義)	50分
緩和ケアチーム 明日への課題 (グループワーク)	120分

以下に、2日間で構成するプログラム内容(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) 緩和ケア概論

緩和ケアの概論について理解することを目的とする。具体的には「我が国の方針」と「臨床現場での緩和ケア」について、ファシリテーター2名がそれぞれ講義を行う。

(3) アイスブレイキング

参加者同士の親睦を図り、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。

(4) 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8名ごとのグループに分かれ、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法を用いてカードの類似性に従いまとまりを作り、まとまりごとに代表する名前をつける。その後、各小グループで互いに発表し、問題点について討論する。

(5) 職種別分科会

職種別にプログラムを構成し、分科会を行う。

① 身体症状担当医師

緩和ケアチームの身体症状を担当する医師として、緩和ケアチームの診療にあたって困難を感じていることについて、討論を通じて共有し、知見を得ることを目的とする。方法

は、まず日頃の活動で困難と感じていることについて、3人ごとのグループで話し合ったうえ、全体で3~4つのテーマを決定する。次に、テーマごとに5~6人のグループに分かれ、問題解決の具体的方法について討論する。

② 精神症状担当医師

緩和ケアチームの精神症状担当医師として、1. 身体症状緩和への関わり方を学習すること、2. 緩和ケアチームでの役割を理解し、緩和ケアチームの活動への関わり方を学習することを目的とする。方法は、まず「医療用麻薬の使用法」についてファシリテーター1名が講義を行った後、5~6人ごとに分かれてグループワークを行い、身体症状緩和への具体的な関わり方について討論する。次に、「緩和ケアチームの立ち上げと精神科医の役割」についてファシリテーター1名が講義を行った後、再びグループワークを行い、活動上で生じる問題や戸惑いについて意見交換を行い、具体的な対応方法について討論する。

③ 看護師

緩和ケアチームの看護師としての役割を再考し、課題や目標への示唆を得ることを目的とする。方法は、まず5~6人ごとにグループワークを行い、看護師の役割として果たしていること、果たせていないことについて意見を出した後、全体で討論する。次に、看護師として果たすべき役割や期待されていることについて、再びグループワークで意見を出した後、全体で討論する。最後に、緩和ケアチームで活動する上での疑問点について、Q&A形式で全体討論する。

④ 薬剤師

緩和ケアチームの薬剤師の役割について理解し、役割を担うための具体的な行動について再考することを目的とする。まず7~8人ごとにグループワークを行い、緩和ケアチームの薬剤師の役割について意見を出した後、全体で討論する。次に、薬剤師の役割を担うための具体策について、再度グループワークで意見を出した後、全体討論をする。

(6) コンサルテーションを見直してみよう

コンサルテーションのプロセスで困った場面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の場面について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4人ごとのグループに分かれて話し合い、緩和ケアチームとしての対応をどう修正するか検討し、

新しいシナリオを作成する。作成したシナリオについてグループごとにロールプレイを行い、フィードバックを行う。

(7) 緩和ケアを地域で展開するために

地域連携を行うための具体的方法について学習し、各施設の課題や問題点を認識することを目的とする。具体的には、ファシリテーター1名が地域連携について、実際施設で行われている活動を講義する。

(8) 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について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年間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、それぞれの目標について意見交換を行った後、緩和ケアチームごとに模造紙に記入した目標と行動計画を発表し、討論する。

2) 研修会の評価

研修会終了直後に、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、各セッションや研修会全体、ファシリテーターの有用性などに関する10項目をたずねた。さらに、職種や臨床経験に関する個人背景5項目をたずねた。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。

C. 研究結果

1. 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

本年度は東京(2回)、大阪、広島において、国立がんセンターとの共催により各2日間で計4回開催した。3回目、4回目の結果について報告する。

(1) 第3回大阪開催

平成20年12月6日(土)・7日(日)に天満研修センターにおいて開催した。参加者は16施設64名(身体症状担当医師・精神症状担当医師・看護師・薬剤師 各16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2.6-36年)、緩和ケアチームでの活動経験年数は中央値1.7年(0.25-8年)、緩和ケアチームでの活動形態は、専従7名、専任5名、兼任50名、活動前0名であった。

(2) 第4回広島開催

平成21年度1月12日(日)・13日(祝)にRCC文化センターにおいて開催した。参加

者は16施設64名(身体症状担当医師・精神症状担当医師・看護師・薬剤師 各16名)であった。参加者全体の臨床経験年数は中央値17年(範囲1-37年)、緩和ケアチームでの活動経験年数は中央値1.8年(0-4.7年)、緩和ケアチームでの活動形態は、専従9名、専任12名、兼任39、活動前2名であった。

2) 研修会の評価(別添1)

(3) 第3回大阪開催の評価

アンケートの回収数は64(回収率100%)であった。研修会プログラムのセッション全体の評価として、「すごく役立つ」と回答した者は45名(70%)であり、「まあ役立つ」も含めると61名(95%)であった。研修会全体の総合評価では「満足」と回答したものは47名(73%)であり、「まあ満足」も含めると、62名(96%)であった。

(4) 第4回広島開催の評価

アンケートの回収数は62(回収率97%)であった。研修会プログラムのセッション全体の評価として、「すごく役立つ」と回答したものは37名(60%)であり、「まあ役立つ」も含めると59名(95%)であった。研修会全体の総合評価では「満足」と回答したものは39名(63%)であり、「まあ満足」も含めると、59名(95%)であった。

(5) 共通してみられた自由記載の内容

肯定的内容は、「今後のチームの在り方、自分の役割について考えることができた」「チーム内で問題点や目標を共有することができた」「他施設の状況が理解できた」「コンサルテーション活動の困難さに適した内容だった」「プログラム構成のバランスがよい」などがあった。否定的な内容は、「症例検討の時間が欲しかった」「他施設の実際の活動状況を知りたかった」「職種別の研修がもう少し欲しい」「背景が異なると一緒に議論することが難しい」「金・土もしくは平日開催にしてほしい」などがあった。

D. 考察

1. 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2日間の研修会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対象として研修会を開催した。参加者による研修会の評価は、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、本研修会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、プログラム内容や開催日