

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。

2. 緩和ケアチームの活動評価尺度の作成

評価尺度暫定案の信頼性・妥当性について検証し、緩和ケアチームの活動の指標となる評価尺度を確定する予定である。

F. 結論

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。

2. 緩和ケアチームの活動評価尺度の作成

緩和ケアチームの活動指標となる評価尺度暫定案が作成された。

I. 健康危険情報

特記すべきことなし。

J. 研究発表

1. 林昇甫【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】事例から学ぶコンサルテーションのコツ コンサルティをどう支えるか：緩和ケア 18 巻 6 号, 472-474, 2008.

K. 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

緩和ケアチーム研修会の評価

第3回大阪開催

N=64 (回収率 100%)

参加者背景				研修会の評価			
		n	%			n	%
職種	身体医師	16	25	緩和ケア概論(講義)	すごく役立つ	26	41
	精神医師	16	25		まあ役立つ	35	55
	看護師	14	22		あまり役立たない	1	2
	薬剤師	16	25		役立たない	0	0
臨床経験年数	1-4	2	3	緩和ケアチームの抱える問題点	すごく役立つ	32	50
	5-9	12	19		まあ役立つ	29	45
	10-19	32	50		あまり役立たない	1	2
	20-29	12	19		役立たない	0	0
	30以上	2	3		分科会	すごく役立つ	40
緩和ケアチームでの活動年数	0	0	0	まあ役立つ		19	30
	2未満	33	52	あまり役立たない		2	3
	2-4未満	17	27	役立たない		0	0
	4-6未満	9	14	コンサルテーションを見直してみよう	すごく役立つ	42	66
6以上	3	5	まあ役立つ		20	31	
緩和ケアチームでの活動体制	専従	7	11		あまり役立たない	1	2
	専任	5	8		役立たない	0	0
	兼任	50	78	緩和ケアを地域で展開するために	すごく役立つ	28	44
活動前	0	0	まあ役立つ		34	53	
全業務における緩和ケアチームの業務割合	0	0	0		あまり役立たない	1	2
	1-25	42	66		役立たない	0	0
	26-50	13	20	緩和ケアチーム 明日への課題	すごく役立つ	39	61
	51-75	2	3		まあ役立つ	21	33
76-100	5	8	あまり役立たない		1	2	
			役立たない		0	0	
				セッション全体として	すごく役立つ	45	70
					まあ役立つ	16	25
					あまり役立たない	1	2
					役立たない	0	0
				ファシリテーターの働き	非常に良かった	52	81
					まあ良かった	11	17
					あまりよくなかった	0	0
					よくなかった	0	0
				同じ立場の人に研修会を勧めるかどうか	必ず勧める	41	64
					まあ勧める	20	31
					あまり勧めない	2	3
					勧めない	0	0
				総合評価	満足	47	73
					まあ満足	15	23
					あまり満足していない	1	2

第4回広島開催

N=62 (回収率 97%)

参加者背景	n	%
職種	身体医師	15 24
	精神医師	15 24
	看護師	15 24
	薬剤師	16 26
臨床経験年数	1-4	3 5
	5-9	11 18
	10-19	21 34
	20-29	23 37
	30以上	3 5
緩和ケアチームでの活動年数	0	2 3
	2未満	30 48
	2-4未満	26 42
	4-6未満	4 6
	6以上	0 0
緩和ケアチームでの活動体制	専従	9 15
	専任	12 19
	兼任	39 63
	活動前	2 3
全業務における緩和ケアチームの業務割合	0	3 5
	1-25	35 56
	26-50	13 21
	51-75	2 3
	76-100	9 15

研修会の評価	n	%
緩和ケア概論(講義)	すごく役立つ	13 21
	まあ役立つ	46 74
	あまり役立たない	1 2
	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	25 40
	まあ役立つ	35 56
	あまり役立たない	0 0
	役立たない	1 2
分科会	すごく役立つ	31 50
	まあ役立つ	26 42
	あまり役立たない	3 5
	役立たない	1 2
コンサルテーションを見直してみよう	すごく役立つ	38 61
	まあ役立つ	20 32
	あまり役立たない	3 5
緩和ケアを地域で展開するために	役立たない	0 0
	すごく役立つ	30 48
	まあ役立つ	28 45
緩和ケアチーム 明日への課題	あまり役立たない	3 5
	役立たない	0 0
	すごく役立つ	35 56
セッション全体として	まあ役立つ	20 32
	あまり役立たない	2 3
	役立たない	0 0
ファシリテーターの働き	すごく役立つ	37 60
	まあ役立つ	22 35
	あまり役立たない	0 0
	役立たない	0 0
同じ立場の人に研修会を勧めるかどうか	非常に良かった	44 71
	まあ良かった	17 27
	あまりよくなかった	0 0
	よくなかった	0 0
総合評価	必ず勧める	37 60
	まあ勧める	22 35
	あまり勧めない	2 3
	勧めない	0 0
満足度	満足	39 63
	まあ満足	20 32
	あまり満足していない	2 3
	不満足	0 0

卒前教育・卒後初期臨床研修における緩和医療の教育に関する研究

分担研究者 大滝純司 東京医科大学 教授

研究要旨：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を推進する方策を検討する一環として、医師になる全ての者が学ぶ卒前の医学教育や卒後初期臨床研修における、緩和医療教育の位置づけや内容に関して検討した。「医学教育モデル・コア・カリキュラム」や「新医師臨床研修制度」を基に、緩和医療部門の拡充と共に、そうした部門のない機関での教育を支援する必要がある。

A. 研究目的

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を推進する方策を検討する一環として、医師になる全ての者が学ぶ卒前の医学教育や卒後初期臨床研修における、緩和医療教育の位置づけや内容に関して検討する。

(注：臨床実習を開始するにあたって必要な項目を示す。ただし、△は卒業時までの到達目標として提示したものである。)

B. 研究方法

研究班の会合で議論すると共に、関連する文献などの資料を調査し検討した。特に、全国で統一的に普及している医学教育に関する指針として、卒前教育では「医学教育モデル・コア・カリキュラム」が、卒後教育では「新医師臨床研修制度」について重点的に検討した。

新医師臨床研修制度では、「Ⅱ 経験目標 C 特定の医療現場の経験」の(6)として緩和・終末期医療が位置づけられている。その目標の内容を示す。

C. 研究結果

「医学教育モデル・コア・カリキュラム」では、「E 診療の基本 2 基本的診療知識」の(13)として緩和医療が位置づけられている。その一般目標と到達目標を示す。

一般目標：

緩和医療の基本を学ぶ

到達目標：

- 1) 緩和医療を概説できる。
- 2) 癌性疼痛コントロールの適応と問題点を説明できる。
- △3) 緩和医療における患者・家族の心理を説明できる。

緩和・終末期医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

- 1) 心理社会的側面への配慮ができる。
- 2) 基本的な緩和ケア(WHO方式がん疼痛治療法を含む。)ができる。
- 3) 告知をめぐる諸問題への配慮ができる。
- 4) 死生観・宗教観などへの配慮ができる。

必須項目

臨終の立ち会いを経験すること

いずれも、その具体的な内容はほとんど示されていない。

前者では「学習者が具体的にどの程度のレベルまで修得しなければならないかの指標であり、その程度(深さ)は、各大学の教育理念に基づいて設定されるべきものである」と記されている。

後者については、指導する側に向けての参考として「新医師臨床研修制度における指導ガイドライン」が厚労科の研修班からweb page(<http://www.niph.go.jp/soshiki/jinzai/kenshu-gl/index.html>)に示されている。そこには、緩和ケア病棟や緩和ケアチームにローテーションして研修する場合と、そのような場がない場合とに分けて、前者については、研修のスケジュールや具体的な指導方法が例示されている。また、後者については、採用時のオリエンテーション、院内の勉強会、症例検討会などを利用することを勧めている。

D. 考察

今回検討した資料の範囲では、我が国の緩和医療教育は、緩和ケア病棟や緩和ケアチームのある機関で、体系的な教育活動がようやく始まりつつある段階にあると言えよう。日本緩和医療学会の専門医制度も始まり、こうした緩和医療部門のある教育機関が今後さらに拡充されることが期待できる。

一方、緩和医療部門のない教育機関で、学生や初期研修医に、当面の緩和医療教育をどのように行うのかは、当研究班の活動にも関係する大きな課題である。緩和医療部門の拡充を図ると共に、それ以外の部門にも緩和医療の知識や経験を持つ医療スタッフを増やすこと、緩和医療に関する、施設を越えたコンサルテーションや実習・研修の促進などが、望まれる。

E. 結論

卒前の医学教育や卒後初期臨床研修において緩和医療教育は「医学教育モデル・コア・カリキュラム」や「新医師臨床研修制度」に組み込まれ、必要なものとして位置づけられている。しかし、その体系的な実践は、ようやく始まったばかりである。今後は、緩和医療部門の拡充と共に、そうした部門のない機関での教育を支援する必要がある。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

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。

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

分担研究者 岡村 仁 広島大学大学院保健学研究科教授

研究要旨 末期がん患者の QOL 向上を目指した作業療法実践が報告されているが、その効果を包括的に測り得る評価尺度が明確ではないために、介入効果に関する研究は十分に行われていない。そのため、作業療法教育においても、緩和医療において作業療法が果たす役割を十分に説明できないという現状がある。そこで、作業療法士が患者のどのような変化を効果として捉えているかを明らかにするため、半構成的面接を行い質的に分析した。その結果、患者の変化として 7 カテゴリー、家族の変化として 3 カテゴリー、人的環境の変化として 2 カテゴリーが得られ、カテゴリーは相互作用により患者の生活に良循環を起こすことが示唆された。得られたカテゴリーは作業療法士がアウトカムとして認識したものであり、末期がん患者に対する作業療法の効果を計る指標として利用できると考えられた。

A. 研究目的

作業療法士が、末期がん患者と家族のどのような変化を作業療法の効果として認識しているのかを明らかにし、そこから作業療法効果の指標となる要素を探索することであった。

B. 研究方法

(1) 研究対象者

内容分析において作業療法効果の全体像を把握するに足る情報量、かつ分析可能な量として、臨床経験 5 年以上の作業療法士 20 名を研究対象とした。

(2) データ収集方法

半構成的面接により実施した。面接では、研究対象者がより効果的な介入が行えたと考える末期がん患者についてカルテ等の記録を基に想起してもらい、面接ガイドに沿って open-ended question を行うことで新たな内容が出なくなるまで作業療法効果と捉えた患者や家族の変化について尋ねた。なお本研究では「末期がん患者」を、積極的治療の効果を考慮しても生命予後が 6 カ月以内と主治医が診断したがん患者と定義した。

(3) 分析方法

面接内容を研究対象者の許可を得て録音

し、面接後に録音した内容を逐語録にした。データの分析は内容分析の手法を用いた。はじめに逐語録されたデータの中で患者、家族の変化に関する内容について、その意味を読み取り、概念をコード化した。抽出したコードを類似性により 3 段階に渡ってカテゴリ化した。データの信頼性を高めるため、事前に別の作業療法士に面接を行い、面接ガイドが論題全体をカバーできるかを点検した。データ解釈の妥当性を高めるため、対象者全員に各々の逐語録と作成したコード及び分析内容を提示し、分析が妥当であるかの確認を行った。データ解釈の信頼性を高めるため、身体障害領域における研究、教育経験豊富な作業療法士 1 名、質的研究経験のある作業療法士 1 名によるスーパーバイズを受けながら分析を行った。

(倫理面への配慮)

研究趣旨、データの取り扱い、研究対象者の人権擁護、プライバシーの保護に関する項目を、面接開始前に文書と口頭で説明し、文書で同意を得た。

C. 研究結果

(1) 対象者の概要

対象者は男性 6 名 (30%)、女性 14 名 (70%)、

勤務施設は、訪問リハビリテーション 8 名 (40%)、一般病棟 6 名 (30%)、緩和ケア病棟 (以下、PCU と略す) 6 名 (30%) であった。1 人当たりの面接時間は 17 分～76 分 (平均 58 分) であった。

(2) 作業療法士が作業療法効果として捉えた変化

作業療法効果として抽出された 3 次カテゴリを 1) 患者の変化、2) 家族の変化、3) 人的環境の変化に分け『』で示した。

1) 患者の変化

- ①『自己価値観の向上』
- ②『自己効力感の向上』
- ③『生活能力の向上』
- ④『心理的苦痛の軽減と安心感』
- ⑤『生活の自己コントロール』
- ⑥『余暇活動・役割活動・社会的活動への参加』

⑥『自己存在や人生を肯定し生きた証と感謝を形に残し伝える』

2) 家族の変化

- ①『患者に対する認識の向上』
- ②『主体的な介護参加と安心感』
- ③『介護者、家族としての満足感』

3) 人的環境の変化

- ①『家族としての絆の再確認』
- ②『医療職との協働』

D. 考察

本研究から得られた結果より、以下の 2 点について考察した。

1) 末期がん患者に対する作業療法の効果

作業療法士が捉えた作業療法効果として、患者の変化 7 カテゴリ、家族の変化 3 カテゴリ、人的環境の変化 2 カテゴリが抽出されたが、このうち『自己効力感の向上』『自己存在と人生の肯定的振り返り』『家族の患者に対する認識の向上』『医療職との協働』は先行研究の中で報告されておらず、今回新たに見出された概念であった。しかし本結果より、これらも末期がん患者に対する作業療法効果の指標として利用できる可能性があると考えられる。

2) 変化の相互作用

自己価値観はそれを低下させる問題への対処能力に影響され、自己価値観が向上すると自己表現と意思決定の能力が向上し、ストレスに対する優れた自己管理が行えるといわれる。加えて、生活技能の向上や定着は高い自己価値観によって保証され、逆

に生活能力の向上は自己価値観を高め、自己価値観と自己効力感には相関があるといわれる。これらより、『生活の自己コントロール』『自己価値観の向上』『自己効力感の向上』の相互作用により生み出され、それを基盤として患者の興味関心や生活範囲が拡大し『余暇活動・役割活動・社会的活動への参加』が可能となったと考えられる。一方、自己価値観は他者からの受容に影響を受けるといわれ、『家族としての絆の再確認』『医療職との協働』は、患者の『自己価値観の向上』や『自己存在と人生の肯定』という変化につながったと考えられる。また、患者・家族関係の質は患者の症状認識や症状に対する自己効力感と関連があることから、『家族としての絆の再確認』は『生活能力の向上』『自己効力感の向上』と相互に影響したと考えられる。さらに、患者・家族間の身体的問題についての認識の相違は、患者・家族の心理的苦痛、介護負担感と相関があるといわれることから、患者・家族・医療者の共通認識は患者・家族の心理的苦痛の軽減や自己価値観の向上に影響を与えると予想され、『医療職との協働』は患者の『心理的苦痛の軽減と安心感』『自己価値観の向上』や、家族の『介護負担軽減』に影響を与えた可能性があると考えられる。

以上より、各種の作業行動理論の中で人と環境が相互作用により変化するといわれるように、患者の変化・家族の変化・人的環境の変化は作業をきっかけとして起こり、それらが互いに強化・保証するなど相互に影響し作用することで更なる変化につながり患者の生活に良循環を起こしたと考えられた。これらより、作業療法は作業を提供・支援することで患者の生活全般に変化をもたらし、これにより得られる効果は包括的に評価する必要があることが示唆された。

E. 結論

作業療法士が末期がん患者に対する作業療法の効果として捉えた変化を明らかにするために、半構成的面接を行い、その内容を質的に分析した。その結果、患者の変化として 7、家族の変化として 3、人的環境の変化として 2 のカテゴリが得られ、これらは作業療法効果の指標として利用できる可能性があると考えられた。またカテゴリは相互作用により患者の生活に良循環を起こ

すと考えられたことから、作業療法効果は患者および環境に焦点を当て多面的に捉える必要があることが示唆された。

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. 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

2. Hamaguchi T, Okamura H, Nakaya N, Abe K, Abe Y, Umezawa S, Kurihara M, Nakaya K, Yomiya K, Uchitomi Y: Survey of the current status of cancer rehabilitation in Japan. *Disabil Rehabil* 30: 559-564, 2008

3. Shingu N, Fujita S, Okamura H: Factors associated with the somatic sensation of inpatients with schizophrenia. *Occup Ther Ment Health* 24: 31-45, 2008

4. Okuyama, T, Akechi, T, Shima, Y, Sugahara Y, Okamura H, Hosaka T, Furukawa TA, Uchitomi Y: Factors correlated with fatigue in terminally ill cancer patients: A longitudinal study. *J Pain Symptom Manage* 35: 515-523, 2008

5. 山下真裕子, 岡村 仁: うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. *臨床精神医学* 37: 1045-1052, 2008

6. Ishikawa Y, Okamura H: Factors that impede the discharge of long-term schizophrenic inpatients. *Scand J Occup Ther* 15: 230-235, 2008

7. Yamashita, M, Okamura H, Murakami Y, Sugano K, Yoshida T, Uchitomi Y: Psychological impact and associated factors after disclosure of genetic test results concerning hereditary nonpolyposis colorectal cancer. *Stress Health* 24: 407-412, 2008

8. 花岡秀明, 村木敏明, 岡村 仁: 在宅高齢者に対する転倒・認知症予防プログラムの予備的研究. *作業療法ジャーナル* 42: 1254-1260, 2008

9. 横井輝夫, 岡村 仁: 認知症者のBPSDの解釈モデルについての検討. *老年精神医*

学雑誌 19: 997-1008, 2008

10. 小野ミツ, 小西美智子, 岡村 仁: 介護者が高齢者にとる位置と向きへの分析. *日本看護科学会誌* 28: 46-54, 2008

11. 岸本光代, 岡村 仁: 入学時における医療系学生の Sense of Coherence (SOC) に関連する要因の検討. *保健医療社会学論集* 19: 82-93, 2008

12. 岡村 仁: サイコソコロジーの理解と実践を目指して. *コンセンサス癌治療* 7: 2-3, 2008

13. 岡村 仁: がんチーム医療とリハビリテーション. *腫瘍内科* 2: 343-347, 2008

14. Akechi T, Okamura H, Okuyama T, Furukawa T, Nishiwaki Y, Uchitomi Y: Psychosocial factors and survival after diagnosis of inoperable non-small cell lung cancer. *Psycho-Oncology* 18: 23-29, 2009

15. Fujino N, Okamura H: Factors affecting the sense of burden felt by family members caring for mentally ill patients. *Arch Psychiatr Nurs* (in press)

16. Niiyama E, Okamura H, Kohama A, Taniguchi T, Sounohara M, Nagao M: A survey of nurses who experienced trauma in the workplace: influence of coping strategies on traumatic stress. *Stress Health* (in press)

17. 三木恵美, 清水 一, 岡村 仁: 末期がん患者に対する作業療法の効果～作業療法士の語りの質的内容分析～. *作業療法* (印刷中)

18. Akechi T, Ietsugu T, Sukigara M, Okamura H, Nakano T, Akizuki N, Okamura M, Shimizu K, Okuyama T, Furukawa TA, Uchitomi Y: Symptom indicator of severity of depression in cancer patients: a comparison of the DSM-IV criteria with alternative diagnostic criteria. *Gen Hosp Psychiatry* (in press)

H. 知的財産権の出願・登録状況

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

一般看護師に対する緩和ケア教育の現状と課題に関する研究

分担研究者 高橋美賀子 聖路加国際病院 がん看護専門看護師

研究要旨 緩和ケアの均てん化において、一般看護師に対する緩和ケア教育は非常に重要である。しかしながら、一般看護師に対する緩和ケア教育は、一定のプログラムはなく、各都道府県看護協会や各施設に任せられており、その現状は明らかになっていない。本研究の目的は、一般看護師の継続教育の中心的役割を果たしている各都道府県看護協会での緩和ケア教育の現状と課題を明らかにすることである。各都道府県看護協会で行なわれている緩和ケア教育の内容とニーズに関する質問紙を作成し、現在郵送準備中である。

A. 研究目的

看護師は緩和医療において病院、在宅いずれにおいても重要な役割を担っており、専門看護師や認定看護師などのスペシャリストの育成は整備されつつある。しかしながら、一般看護師に対する緩和ケア教育については、一定のプログラムはなく、いまだ十分に整備されていない。緩和ケアの均てん化のためには、一般看護師に対する緩和ケア教育の推進も急務である。一般看護師に対する緩和ケア教育は各都道府県看護協会や各施設に任せられており、その現状は明らかになっていない。今回、一般看護師に対する継続教育の中心的役割を果たしている全国都道府県看護協会の緩和ケア教育の現状と課題を明らかにするため、独自の質問紙を作成した。

B. 研究方法

全国 47 都道府県看護協会の継続教育部門を対象に、緩和ケア教育プログラムの内容や緩和ケア教育に関するニーズに関する選択式および自記式質問紙を作成する。質問紙を郵送し、郵送法で回収する。依頼文を同封し、返送をもって同意を得たとみなし、文書での同意は得ない。

（倫理面への配慮）

回答しない場合でも不利益にならないことを明記する。公表の際には各都道府県名が特定されないように配慮する。

C. 研究結果

現在、質問内容が確定し、発送準備中である。

D. 考察

本調査は、各都道府県における看護師の緩和ケアに関する現任教育の実態調査である。本研究を行うことにより、各都道府県の看護における緩和ケア教育の現状を把握し、今後有効な教育プログラム作成のための一助としたい。

A. 結論

各都道府県における看護師の緩和ケアに関する現任教育の実態調査の調査用紙が作成された。今後調査を郵送法で実施し、各都道府県の看護における緩和ケア教育の現状を把握し、今後有効な教育プログラム作成のための一助とした。

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. 高橋美賀子：予後予測、濱口恵子、小迫富美恵、千崎美登子、高橋美賀子、大谷木靖子編著：一般病棟でできる！がん患者の看取りのケア、あなたの疑問にがん看護専門看護師が答えます、日本看護協会出版会、26-33、2008

2. 高橋美賀子：日本におけるがん患者のサポートグループ，その実情と今後の発展に向けて「がんと共にゆったり生きる会」の活動と課題，日本がん看護学会誌，21(2)，118-120，2008
 3. 武田文和，高橋美賀子，石田有紀：がんの痛みよ，さようなら！，金原出版，初版，2008
 4. 高橋美賀子：エキスパート直伝いつものケアにプラスひとワザー痛みのアセスメント，臥床痛と骨転移による痛みを見分ける，消化器外科 Nursing13(5)，416-417，2008
 5. 高橋美賀子：リレーエッセイー痛みの周辺からー痛みの意味，がん患者と対症療法，19(1)，66-67，2008
 6. 高橋美賀子：がん疼痛ケアの実際ー患者・家族の指導と援助，Nusing Mook50，101-108，2008
 7. 佐藤春香，高橋美賀子：Q&A 集ー患者が鎮痛薬の使用に抵抗感を持っている，Nursing Today，24(2)，30-31，2009
- 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。

緩和ケアチームの基準の明確化に関する研究

分担研究者 笹原朋代 筑波大学大学院人間総合科学研究科 講師

研究要旨：本研究の目的は、院内でコンサルテーション活動をする緩和ケアチームの基準を作成することである。デルファイ変法による質問紙調査およびパネルミーティングを行った。院内緩和ケアコンサルテーションチームで十分な経験を有すると考えられる医師・看護師および緩和ケアに関わる団体の代表に呼びかけ、多職種からなる27名が参加した。はじめに文献検討と研究者の意見を基にドナベディアンモデルを用いて最初の基準案を作成し、質問紙調査（2回）とパネルミーティング（1回）により各項目の「適切性」について検討し、改訂を行った。その結果、最初の基準案は33項目になった。第1回目の質問紙調査とパネルミーティングにより項目の追加・削除・修正を行い、37項目に改訂した。次に第2回目の質問紙調査により更に修正し、最終版として37項目を作成した。これらの項目は、「理念・基本方針」「ケアの提供体制」「活動内容」「ケアの質の評価と改善」の4領域に区分された。本基準は、院内緩和ケアコンサルテーションチームの活動指針になるとともに、活動の評価にも利用可能である。今後は、この基準の具体的な利用方法や有効性の検討が課題である。

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。そこで、院内でコンサルテーション活動をする緩和ケアチームの基準を作成することを目的として、本研究を行った。

B. 研究方法

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からなる計27名の多職種とした。調査に先立ち、緩和ケアチームに関する国内外の文献28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

一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。分析方法も、1回目と同様とした。

(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。

H. 研究結果

1回目の調査では、27名から返答があった(回収率100%)。33項目中15項目で合意が得られなかった。パネルミーティングには17名が参加した(参加率63%)。メーリングリスト上およびパネルミーティングでの議論を踏まえ、合意が得られなかった15項目について削除、別の項目と合体等の修正を加えた結果、基準案は37項目となった。

2回目の調査でも、27名から返答があった(回収率100%)。合意が得られなかったのは3項目であった。合意していなかったのは各項目について1名の対象者であったこと、項目あるいは基準の前提の不十分な理解が考えられたことから、各対象者にコンタクトを取ったうえでその旨説明をし、最終的に合意を得た。さらに、合意の得られた項目でも、表現などの微細なコメントがあった項目については、研究者間で検討したうえで修正した。以上により、「理念・基本方針」「ケアの提供体制」「活動内容」「ケアの質の評価と改善」の4領域37項目からなる緩和ケアチームの基準が完成した。(別添1)

D. 考察

院内でコンサルテーション活動を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。本基準は、院内緩和ケアコンサルテーションチームの活動指針になるとともに、活動の評価にも利用可能である。

海外の緩和ケアチームの基準に比べ、本基準はより一般的な内容となった。その理由として、緩和ケアの重要要素であるスピリチュアルケアや遺族ケアなどが含まれなかったこと、欧米では既知とされるコンサルテーションの具体的プロセスを含んだことなどが考え

られる。今後、わが国での緩和ケア実践が発展していくのに合わせ、この基準内容を見直ししていく必要があるだろう。

E. 結論

院内でコンサルテーション活動を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。本基準は、院内緩和ケアコンサルテーションチームの活動指針になるとともに、活動の評価にも利用可能である。今後は、この基準の具体的な利用方法や有効性の検討が課題である。

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. Sasahara T, Kizawa Y, Morita T, Iwamitsu Y, Otaki J, Okamura H, Takahashi M, Takenouchi S, Bito S. Development of a Standard for Hospital-based Palliative Care Consultation Teams Using a Modified Delphi Method. *J Pain Symptom Manage* (in press).
2. 笹原朋代, 三條真紀子, 梅田恵, 樋口比登実, 篠田淳子, 柴山大賀, 宮下光令, 河正子, 数間恵子. 大学病院で活動する緩和ケアチームの支援内容 -参加観察の結果から-. *日本がん看護学会誌* 2008; 22(1): 12-22.
3. 宮下光令, 笹原朋代. 【臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール】QOL 包括的な緩和ケアの代理評価尺度 (STAS-J). *緩和ケア* 2008; 18(10): 71-4.
4. 笹原朋代. 【臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール】医療者のケア態度、困難感、満足度 -一般病棟の看護師の終末期がん患者のケアに対する困難感尺度. *緩和ケア* 2008; 18(10): 114-7.
5. 笹原朋代. 【臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール】医療者のケア態度、困難感、満足度 -緩和ケアチーム活動上のバリア・アセスメントツール. *緩和ケア* 2008; 18(10): 118-20.

学会発表

なし

II. 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

- ◆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、現在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、患者・家族の QOL を向上させるために、緩和ケアに関する専門的な臨床知識・技術により、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行う。

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

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し、推奨および直接ケアを行う。
- 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患者・家族の個別性に配慮し、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) 定期的にか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緩和ケアに関する教育を行う。
- 2) 病院内の医療従事者に対し、緩和ケアに関する勉強会・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、緩和ケアに関する教育・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。
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。

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

緩和医療に携わる心理士の育成に関する研究
—心理士の実態調査に向けて—

分担研究者 岩満優美 北里大学大学院医療系研究科 准教授

研究要旨 緩和医療で働く心理士の役割を明らかにし、教育プログラムを作成することを目的に、literature review およびがん医療での臨床経験が5年以上の心理士、精神腫瘍学経験者や研究者の意見をもとに、がん医療に携わる心理士に必要な知識やスキル、がん医療で働く心理士に求められる仕事内容について検討した。その結果、心理士に必要な知識やスキルは主に、①腫瘍学と緩和医療学②精神医学③心理学④その他の関連領域の4領域に分類された。心理士に求める仕事内容については、①患者に対して②家族に対して③遺族に対して④患者と家族の両者に対して⑤医療者に対して⑥その他の6領域に分類された。本研究の結果は、がん医療に携わる心理士を対象に、上記に挙げられた項目をもとに調査を行うための基礎資料である。今後、心理士自身が実際に必要としている知識やスキル、教育の必要性、現在、職場で求められている仕事内容とその実行の程度を質問紙調査によって明らかにし、さらなる検討を加えてうえで、緩和医療に携わる心理士の教育プログラムを作成する必要がある。

A. 研究目的

平成19年4月1日に施行されたがん対策基本法に基づき、二次診療圏単位で設置されたがん診療連携拠点病院では、心理臨床に携わるものが相談支援業務に加わることが必須とされた。そのため、がん医療、緩和医療における心理士が大いに活躍することが期待されている。しかし、日本においてがん医療において心理士に求める役割は明らかではなく、心理士自身も自分の役割がいまのままに仕事を行うことも少なくない。

これまでわれわれは、がん医療、特に緩和ケアチームが心理士に求める役割を明らかにすることを目的に、がん診療連携拠点病院において緩和ケアチームで一定の活動経験のある医師、看護師を対象としたフォーカスグループインタビューを実施した。そこでは、第1に、心理士に求める知識について尋ね、がん医療で働く心理士が有していなければならない知識やスキルについて明らかにした。第2に、心理士に行ってほしいこと・望むこと、あるいは心理士に望んでいないことについて尋ね、心理士の業務内容や心理士の態度について検討した。

そこで、本研究では、がん医療に携わる心理士を対象とした調査を行うための質問項目を作成するために、がん医療に携わる心理士に必要な知識やスキル、がん医療で働く心理士に求められる仕事内容について検討を行った。本研究は、最終的には、緩和医療で働く心理士の役割を明らかにし、教育プロ

ラムを作成するための基礎資料である。

B. 研究方法

がん医療の心理士に関する先行研究のliterature review およびがん医療での臨床経験が5年以上の心理士、精神腫瘍学経験者や研究者との意見交換から、「がん医療で働く心理士に必要な知識やスキル」「がん医療で働く心理士に求められる仕事内容」について検討を行った。

(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 およびがん医療で働く心理士、精神腫瘍学経験者や研究者との意見交換から、「がん医療で働く心理士に必要な知識やスキル」「がん医療で働く心理士に求められる仕事内容」は以下の通りである。

「心理士に必要な知識やスキル」

合計28項目の知識やスキルに集約された。それらをさらに大きく分けると、①腫瘍学と緩和医療学②精神医学③心理学④その他の関連領域の4領域に分類できる。腫瘍学と緩和医療学では、がんに関する基礎知識、腫瘍各論、がん診療に用いる検査の基礎知識、がん治療の基礎知識、がん治療の過程で起こりうる緊急処置が必要な病態に関する知識、緩

和医療の基礎知識、がん性疼痛と対症療法、疼痛以外の身体症状と対症療法の8項目が含まれていた。精神医学では、睡眠障害と対症療法、がん患者にみられる不安やうつなどの精神症状、基本的な精神疾患の症状・病態、基本的な精神疾患の診断方法、精神疾患の薬物療法の5項目を含んでいた。心理学では、発がんに関連のある心理学的・行動学的要因、がん患者の一般的な心理状態、各腫瘍に特有の心理社会的問題、がん患者の家族あるいは遺族の心理学的諸問題、心理アセスメント、心理検査に関する知識とスキル、心理療法に関する知識とスキルといった7項目を含んでいた。その他の関連領域では、がん医療に携わる医療者のストレス、医療の安全、Evidence-based Medicineと臨床試験、医療倫理、サイコオンコロジーにおける研究方法論および世界各国、がん対策基本法などがんに関する政策といった8項目を含んでいた。

「心理士に求められる仕事内容」

合計19項目の仕事内容に集約された。大きく分けると、①患者に対して②家族に対して③遺族に対して④患者と家族の両者に対して⑤医療者に対して⑥その他の6つに分類された。患者、家族、および遺族に対しては、精神症状、感情状態の評価や対応といった計6項目が含まれていた。その他、患者に対しては、患者の基本情報の把握、患者の病気にに対する認識の把握、患者の身体症状の評価や対応の3項目が追加された。患者と家族の両者に対しては、家族関係の調整、患者や家族の問題点や必要なケアを具体的に抽出する、教育的介入、悪い知らせを伝える前後での患者や家族への対応、集団的介入といった5項目が含まれていた。医療者に対しては、メンタルヘルスの対応の1項目が、患者、家族、および医療者に対しては、患者、家族、または医療者が自殺した後の対応の1項目が含まれていた。その他の活動としては、院内の他職種あるいは院外との連携、学術活動といった3項目が含まれていた。

D. 考察

本研究では、がん医療および緩和医療に携わる心理士の教育プログラムを作成するために、「心理士に必要な知識やスキル」「心理士に求められる仕事内容」について検討を行った。その結果、知識やスキルは28項目に集約され、さらに4領域に分類された。求められている仕事内容については、19項目に集約され、さらに6領域に分類された。

心理士は、心理学という自身の専門領域に精通していることはもちろんのこと、がん医療、緩和医療といった医学的知識、精神医学

の知識を必要とされていると考えられる。また、現在、求められている仕事内容も多岐にわたっており、患者、家族、および遺族の精神症状、感情状態の評価や対応のみならず、医療者に対するメンタルヘルスへの対応、さらには、他職種との連携などと幅広く、こころに関連するさまざまな仕事を求められる可能性が高いと考えられる。

今後は、がん医療で働く心理士が、①実際に、どのような知識やスキルを必要としているか、②今後それぞれの知識やスキルに対して、心理士自身がどの程度、教育を受けたいと思っているか、③現在、職場からどの程度それぞれの仕事を求められているか、④どの程度、求められているそれぞれの仕事を実際に実行できているかといった点を詳細に検討する必要がある。そのため、がん医療で働く心理士に、上記の項目を含めた質問紙を作成し、さらに検討を重ねたうえで、心理士の教育プログラムを作成していきたい。

E. 結論

緩和医療で働く心理士の役割を明らかにし、教育プログラムを作成することを目的に、literature review および有識者との意見交換から、がん医療に携わる心理士に必要な知識やスキル、がん医療で働く心理士に求められる仕事内容について検討した。今後は、がん医療に携わる心理士を対象に、実態調査を行い、さらなる検討を加えたうえで、心理士の教育プログラムを作成する必要がある。

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. Okazaki S, Iwamitsu Y, Kuranami M, Todoroki K, Suzuki S, Yamamoto M, Watanabe M, Miyaoka H : Psychological responses of outpatient breast cancer patients before and during first medical consultation. Palliative and Supportive Care, (in press)
2. Okazaki S, Iwamitsu Y, Kuranami M, Hagino M, Todoroki K, Yasuda H, Ando N, Yamamoto K, Watanabe M, Miyaoka H : Trait anxiety and emotional response before and after breast cancer diagnosis. Japanese Bulletin of Social Psychiatry, (in press)
3. Ando N, Iwamitsu Y, Kuranami M, Okazaki S, Wada M, Yamamoto K, Todoroki K, Watanabe M, Miyaoka H : Psychological characteristics and

subjective symptoms as determinants of psychological distress in patients prior to breast cancer diagnosis. *Supportive Care in Cancer*, (in press)

4. 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、2008 7(1):34-5.

学会発表

1. Ando N, Iwatmitsu Y, Kuranami M, Okazaki S, Wada M, Yamamoto K, Todoroki K, Watanabe M, Miyaoka H. Analysis of factors associated with increased psychological distress in new outpatients at the breast clinic. 31st San Antonio Breast Cancer Symposium. 2008. Dec. 10-14. San Antonio
2. 安藤記子、岩満優美、岡崎賀美、藏並 勝、和田芽衣、山本賢司、宮岡 等. 乳腺外来受診患者における遺伝に関する意識と心理特性. 日本心理学会第72回大会 2008年9月19-21日. 札幌.
3. 中谷有希、岩満優美、藏並 勝、岡崎賀美、安田裕恵、山本賢司、宮岡 等、渡邊昌彦. 乳がん確定診断後の心理的反応と感情抑制傾向について. 第16回日本乳がん学会学術総会. 2008年9月26-27日. 大阪.
4. 安藤記子、岩満優美、岡崎賀美、藏並 勝、和田芽衣、安田裕恵、山本賢司、宮岡 等. 乳がん家族歴と気分状態の関連性につ

いて. 第21回日本サイコオンコロジー学会学術総会. 2008年10月9-10日. 東京.

5. 岩満優美、岡崎賀美、藏並 勝、中谷有希、安藤記子、轟 慶子、山本賢司、宮岡 等. 感情抑制者の乳がん確定診断前後の心理的变化について. 第21回日本サイコオンコロジー学会学術総会. 2008年10月9-10日. 東京.
6. 中谷有希、岩満優美、岡崎賀美、安田裕恵、安藤記子、山本賢司、宮岡 等. 乳がん確定診断時の心理的反応と感情抑制傾向について. 第24回日本ストレス学会学術総会. 2008年10月31日-11月1日. 大阪.

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
記すべきことなし。

緩和ケアに携わる薬剤師の育成方法に関する研究

分担研究者 塩川満 聖路加国際病院 薬剤部

研究要旨 平成20年の診療報酬改定において、施設における緩和ケアチーム加算を算定するためにはチーム内に薬剤師の存在が不可欠となった。このことは、緩和ケアチームにおける薬剤師の役割が社会的に一定の評価を得たためと考える。しかしながら、緩和ケアチームに携わる薬剤師が効果的/効率的に活動するためにはどのような教育を、どのような方法で行えばよいかについてはこれまで検討されてこなかった。本研究の目的は、緩和ケアチームに携わる薬剤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薬剤師の学ぶべき教育目標についての検討を行った。その結果、1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共に、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

平成20年の診療報酬改定において、施設における緩和ケアチーム加算を算定するためにはチーム内に薬剤師の存在が不可欠となった。このことは、緩和ケアチームにおける薬剤師の役割が社会的に一定の評価を得たためと考える。しかしながら、緩和ケアチームに携わる薬剤師が効果的/効率的に活動するためにはどのような教育を、どのような方法で行えばよいかについてはこれまで議論されてこなかった。そこで本研究では、緩和ケアチームに携わる薬剤師の教育プログラムを立案するため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、緩和ケア領域に携わる薬剤師との意見交換から、緩和ケアチームに携わる薬剤師の教育目標についての検討を行った。その上で教育目標について、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

領域の薬剤師との意見交換から、緩和ケアチームに携わる薬剤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。

<目標>

緩和ケアコンサルテーションチームの薬剤師として、薬学的な知識を生かすことにより悪性腫瘍をはじめとする疾患に罹患している患者・家族のQOLの向上に寄与する。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>

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

D. 考察

緩和ケアチームに携わる薬剤師の教育プログラム作成の土台とするための、具体的な個別目標が作成された。

個別目標の大項目として9つが挙げられた。緩和ケアチームに依頼される患者は抗がん剤治療中の患者も多く含まれるため、「腫瘍学」の基本および最新知識について学ぶことは非常に重要と考えられる。また、薬剤師ならで