

つ 50%以上の専門家が必須であると回答した目標である	目標である
-----------------------------	-------

【作成過程】

デルファイ変法は、Fitch らによるマニュアル[7]、Peas (2008) によるカリキュラムの作成手順、笹原らによる緩和ケアチームの基準の作成手順を参考とする。[8, 9]

1) 準備段階：情報の収集と学習到達目標のカテゴリー作成およびアイテムプール

- ① 国内外の緩和ケア卒前カリキュラムのレビューおよび当該分野における先行研究の知見を整理し、文献レビューに基づいて、研究者によって緩和ケア卒前カリキュラムの構造、カテゴリー、各カテゴリーの項目（目標）数を暫定的に決定。研究者とデルファイメンバーのうち選定された 8 名でブレインストーミングを行い各カテゴリーのアイテム（学習到達目標）を起案し、緩和ケア卒前学習到達目標（案）を作成した。
- ② 全国 80 大学医学部の緩和ケア教育担当者に対して①で作成された大学医学部・医科大学卒前教育における緩和ケアの学習到達目標（案）を送付しその適切性と難易度を評価していただくとともに、意見、追加項目がないかを確認し、61 大学から返送があった。
- ③ ②の結果から学習到達目標の再吟味を行い、大学医学部・医科大学卒前教育における緩和ケアの学習到達目標（案）および調査票をリバイスし、第 1 回デルファイ調査案を作成した。

2) 第 1 段階：同意の程度の測定

(1) 対象

以下の 32 名を対象とした。医学部における緩和ケア教育実践者の意見を含める必要性を考え、①医学部における緩和ケア教育責任者（50%）、②各関連団体からの代表（25%）（日本サイコオンコロジー学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本家庭医療学会、日本老年医学会、日本がん看護学会、日本ホスピス緩和ケア協会、日本医学教育学会）③日本緩和医療学会により選出された緩和ケアのエキスパート（12.5%）④医学生および患者団体からの代表を対象者（12.5%）とする。

(2) データ収集

郵送法にて調査票を配布した。各項目の内容の適切性を必須—望ましい—やや不要—不要の 4 段階で、項目修正の参考としてその難易度をやさしすぎる—適切—やや難しい—難しすぎるの 4 段階で評価した。

(3) 分析方法

各項目の値の分布を算出した。それぞれの項目が 75%以上の一致が見られたときに、その項目についての合意が得られたものとした。またそれぞれ 50～75%の一致が見られ

たものは斜体で記載した。

#### (4) パネルミーティング

- ・第1段階で得られた全体の回答および個々の回答、自由記載の内容、討論点を記載した資料を配布し、不一致が見られた点や難易度が高いと評価された点について討論した。当日参加できない対象者には、事前に上記と同様の資料を郵送またはメールで配布し、討論点について自由記載を求めることとした。パネルミーティングでの議論内容をもとに研究グループ内で討議し、項目の修正を行った。

#### 3) 同意の程度の確認 (2回目)

同様の同意の程度の確認のための調査を行った。合意が得られない項目については、研究グループで討議のうえ、削除または両論併記とした。

## 学習到達目標

### 1. 基本的概念

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ WHO の『緩和ケアの定義』を述べる</li> <li>・ WHO の『緩和ケアの目指すもの』(9項目)を述べる</li> <li>・ 患者・家族にチームでアプローチすることの重要性を述べる</li> <li>・ 緩和ケアは終末期に限定したものでないことを説明する</li> <li>・ がん対策基本法の理念を述べる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾患の経過に応じた緩和ケアの内容とその適応が説明できる一特に治療と並行して行う緩和ケアや治療・療養場所の選択に関する支援など</li> <li>・ 緩和ケア病棟、在宅緩和ケア、緩和ケアチームにおけるケアの特徴とその役割を述べる</li> </ul>

### 2. 疾患の経過と包括的評価

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者の全人的苦痛の多面的かつ包括的な評価を主治医・チームとともに行う</li> <li>・ 疾患の経過にしたがって、患者・家族と現実的な目標について話し合うことの重要性を述べる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生命予後が限られた以下の疾患の病態、自然経過、基本的な治療と進行について具体的に説明する(悪性疾患、神経疾患、認知症、呼吸器疾患、心疾患、腎疾患など)</li> <li>・ 初期評価だけでなく、再評価の必要性や疾患の進行に応じたマネジメントの見直しが必要であることを意見として示す</li> <li>・ 緩和ケアにおける生命予後を推定することの重要性を述べる</li> </ul>

### 3. 症状マネジメント

#### (1) 基本的概念

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 症状マネジメントに必要な病歴聴取と適切な診察を実演する</li> <li>・ 効果的に症状をマネジメントするためにまずその病態を明らかにすることを習慣にする</li> <li>・ 症状が病気、治療、併発疾患によって生じうることを述べる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 症状マネジメントのための計画、評価、見直しの重要性を述べる</li> <li>・ 緩和ケアにおける以下の治療の役割を述べるー外科療法、化学療法、放射線療法、ホルモン療法、理学療法、免疫療法、代替療法</li> <li>・ 症状マネジメントの目標について指導医やチームとともに患者・家族と話し合い、その目標を共有する</li> <li>・ 症状マネジメントに用いる主な薬剤の薬理学的特徴を述べる</li> <li>・ 症状マネジメントで用いられる持続皮下注射や持続静脈注射による薬物投与の適応を述べる</li> </ul>

(2) 上記に加えて学生は下記の症状・病態のマネジメントのための計画を作成することができる

#### (2) -A. 痛み

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ がん性疼痛</li> <li>・ 痛みのアセスメント</li> <li>・ WHO 方式がん性疼痛治療</li> <li>・ 痛みの分類：侵害受容性疼痛（体性痛、内臓痛）、神経障害性疼痛、突出痛</li> <li>・ 非オピオイド</li> <li>・ 痛みに影響する要因ー身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな要因</li> <li>・ オピオイドー薬理学的特徴、タイトレーション、副作用とその対策</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 鎮痛補助薬</li> <li>・ オピオイド・ローテーション</li> <li>・ 以下の鎮痛法の適応ー放射線療法、神経ブロック、外科的療法</li> </ul>

(2) -B. 呼吸器症状

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
<ul style="list-style-type: none"><li>呼吸困難</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>咳</li><li>胸水</li><li>血痰</li><li>心のう水</li><li>気道分泌亢進</li></ul>

(2) -C. 消化器症状

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
<ul style="list-style-type: none"><li>悪心・嘔吐</li><li>便秘</li><li>腹水</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>嚥下困難</li><li>下痢</li><li>消化管閉塞</li><li>黄疸</li></ul>

(2) -D. 神経症状

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
	<ul style="list-style-type: none"><li>頭蓋内圧亢進症状</li><li>末梢神経障害</li><li>転移性脳腫瘍</li><li>痙攣発作</li><li>意識障害</li><li>腫瘍随伴症候群</li></ul>

(2) -E. 泌尿器症状

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
	<ul style="list-style-type: none"><li>排尿障害</li><li>水腎症</li></ul>

(2) -F. 精神症状

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
<ul style="list-style-type: none"><li>不安</li><li>抑うつ</li><li>希死念慮</li><li>せん妄</li><li>不眠</li></ul>	

(2) -G. 緊急対応が必要な症状

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上大静脈症候群</li> <li>・ 脊髄圧迫</li> <li>・ 高カルシウム血症</li> <li>・ 大量出血</li> </ul>

(2) -H. その他

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 倦怠感</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食欲不振</li> <li>・ 悪液質</li> <li>・ 緩和困難な症状（鎮静など）</li> <li>・ リンパ浮腫</li> <li>・ 褥瘡と創傷</li> <li>・ 悪性潰瘍</li> <li>・ 口腔内病変とその予防</li> </ul>

(3) 死が近づいたとき※

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 意識が低下した状態においても患者の尊厳に配慮して接する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 死にゆく過程でみられる身体の兆候を具体的に述べる</li> <li>・ 終末期患者によくみられる症状と徴候を列挙する</li> <li>・ 患者の全身状態の変化に則した治療・ケアを行うことの重要性を述べることができる（特に輸液・栄養、薬剤の調整など）</li> </ul>

※本到達目標案では『死が近づいたとき』とは、最後の 1 週間を想定した上で各目標の設定を行った

(4) リハビリテーション

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 緩和ケアにおけるリハビリテーションの役割を述べる</li> </ul>

## 4. 心理社会的ケア

### (1) 心理的反応

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾病の経過の中で、つらい出来事が生じたときに患者・家族が体験する一般的な心理的反応を述べる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者・家族のもつ恐れ、罪悪感、怒り、悲しみ、絶望などの心理的反応や感情を受け止め、区別することの重要性を述べる</li> <li>・ 悲しみと抑うつとの相違を述べる</li> <li>・ 症状が患者・家族に与える心理的影響を述べる</li> <li>・ 心理的反応としての否認とその基本的な対応について述べる</li> </ul>

### (2) 患者・家族とのコミュニケーション

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者・家族に対して支持的に接する</li> <li>・ 患者・家族に対して共感的な態度で傾聴する</li> <li>・ 患者・家族が一貫したメッセージを受け取ることができるようにするためにチームメンバーとよいコミュニケーションをとることがなぜ重要であるかを述べる</li> <li>・ すべてのチームメンバーが患者・家族と良いコミュニケーションを保つために、自らが患者・家族に話したことを記述することを習慣にする</li> <li>・ 療養場所が変化する際に患者・家族の様々なニーズについて紹介先の医療機関と円滑な連携を行うことがなぜ重要かを述べる</li> <li>・ 悪い知らせの伝え方が患者・家族に与える影響を述べる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾患の経過の中で患者とその家族が喪失体験を重ねていることを理解した上で対応する</li> <li>・ 身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな領域にわたる患者・家族の『気がかり』を聴きだす</li> <li>・ 悪い知らせを適切に伝える能力を示す（ロールプレイ・OSCEなどで）</li> <li>・ 意思決定において患者の自律性に配慮する</li> </ul>

### (3) 家族ケア

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族図の記入などを通じて患者の家族背景を理解することを習慣にする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族やケア提供者とコミュニケーションを図るうえで、家族やケア提供者との密談をできる限り避け、患者の同意を得ながら対応することの重要性を説明する</li> <li>・ 疾患が与える家族、仕事、社会的環境への影響を列挙する</li> <li>・ 家族・ケア提供者のニーズを意識してケアにあたることを習慣にする</li> </ul>

### (4) 社会的問題

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者・家族の持つ経済的問題に気づき、その重要性を理解する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾患がボディーイメージ、セクシュアリティ、社会的役割に与える影響を述べる</li> <li>・ 患者・家族に希望する治療・療養とその希望する提供場所を主治医・チームとともに尋ね、計画を立てる</li> <li>・ 緩和ケアにおける退院支援の重要性について述べる</li> <li>・ 在宅緩和ケアを行う上で介護保険が果たす役割を具体的に説明する</li> <li>・ がん体験者の心情、生活の変化、苦悩などを理解する</li> <li>・ がん患者支援の社会的資源(がん患者会やがんサロン、ピアサポートなど)の役割とその重要性を述べる</li> </ul>



(5) 喪失と悲嘆

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 死別前後で死別を体験する（している）人の支援方法を述べる</li> <li>・ 患者の苦痛や症状が家族などの悲嘆のプロセスに影響を与えることを理解する</li> <li>・ 死別、悲嘆のプロセス、喪失への適応に関する理論を例示する</li> </ul>

(6) セルフケアとストレスマネジメント

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者・家族や医療従事者が、それぞれ多様な死生観を持っていることを意見として示す</li> <li>・ 自分の限界を認識し、必要な助けを求め方策について説明できる</li> </ul>

5. スピリチュアリティと文化・宗教的領域

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者・家族の価値観、信念、文化、宗教などに配慮することを習慣にする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自分自身およびチームメンバーの価値観や信念を患者・家族に強要しないことの重要性を説明する</li> <li>・ スピリチュアルペインの重要性を理解する</li> </ul>

## 6. 倫理的領域

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
<ul style="list-style-type: none"> <li>以下の倫理原則にしたがって問題に対応する能力を示す—自律尊重の原則（患者を尊重する）、善行の原則（治療によって得られる利益と負担を比較考慮する）、無危害の原則（すべての判断において利益に対して害を評価する）、公平性の原則（個人の権利と社会の権利のバランスをとる）</li> <li>以下の緩和ケアに関する主要な倫理的課題について述べる—インフォームド・コンセント</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>以下の緩和ケアに関する主要な倫理的課題について述べる—意思決定能力の判断、代理意思決定、治療の中止と差し控え、安楽死の要望、心肺蘇生の有無の決定</li> </ul>

## 7. 法的領域

到達することが必須である目標	到達することが望ましい目標
<ul style="list-style-type: none"> <li>リビングウィルや事前指示がどのようなものか具体的に述べる</li> <li>死亡確認の方法を具体的に述べる</li> <li>死亡診断書の書き方を述べる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>死別直後の家族への対応の要点を述べる</li> <li>終末期ケアのガイドラインの要点を述べる※</li> </ul>

※2010年2月の時点においては厚生労働省終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会から『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』が公表されているのみである

## 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

緩和ケアチーム研修会の評価に関する研究

研究分担者 志真泰夫 筑波メディカルセンター病院 緩和医療科  
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、国立がんセンターが主催した平成 21 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会・基礎研修会の有効性を確認するため、研修会参加前の緩和ケアチームの具体的な活動を評価することである。平成 20 年度に開発した活動評価指標を使用し、緩和ケアチームの活動を問う 17 項目と活動に対する自信を問う 6 項目、対象者背景について、研修会前に質問紙調査を実施した。調査は平成 21 年度のがん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会参加者 249 名（62 チームの医師・看護師・薬剤師）を対象とした。

調査の結果、247 名（回収率 99%）から回答を得た。対象者背景は、緩和ケアチーム活動年数 2 年未満が全体の 44%、緩和ケアチームの活動体制が専従 49%、専任 29%であり、過去 1 年間にメンバーとして診療に加わった件数は、50 件未満が 62%であった。緩和ケアチームの活動に関する質問では、「チームの役割分担についてメンバーで話し合いをしている」について、あてはまるもしくは、あてはまると回答した割合は 71%、「地域の施設と退院カンファレンスなどで情報交換を行っている」について、あてはまるもしくは、あてはまると回答した割合は 43%であった。また、「チームの一員として活動することに自信がある」という問いについて、かなりそう思うもしくは、非常にそう思うと回答した割合は 29%であった。

コンサルテーション活動は実施しているが、地域のサポートや緊急時のサポート体制が整備されていないことや、緩和ケアチームの活動に対する自信が不足していることが明らかになった。研修会参加前の緩和ケアチームの活動実態を評価することができた。今後は、追跡調査を実施し、研修会参加後の活動の変化を評価することが課題である。

#### A. 研究目的

本邦では平成 19 年 6 月のがん対策推進基本計画が策定され、重点的に取り組むべき課題として緩和ケアの提供体制の整備が掲げられた。専門的な緩和ケアを提供することを目的に、がん診療連携拠点病院には緩和ケアチームが新設され、緩和ケアチームの量的拡充が図られつつある。しかしながら、本邦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おり、緩和ケアチームの活動の質を向上していくことが課題となっている。

緩和ケアチームの活動の質を向上するため、平成 19 年度から国立がんセンター主催によ

る緩和ケアチーム研修会が実施されている。効果的な研修会を実施するためには、研修会参加前の緩和ケアチームの具体的な活動状況を把握することや、研修会後の活動の変化を評価することによって、研修会の有効性を評価することが重要である。

本研究の目的は、平成 21 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会に参加した、緩和ケアチームの研修会前の活動を評価することである。

#### B. 研究方法

##### 1. 方法

自記式質問紙調査法を用いて、横断調査を実施した。調査は、平成 21 年 8 月～平成 22 年 1 月に開催したがん診療連携拠点病院緩和

ケアチーム研修会・基礎研修会直前に実施した。

## 2. 対象者

平成 21 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会・基礎研修会の参加者 249 名（62 チームの身体症状担当医師・精神症状担当医師・看護師・薬剤師）を対象とした。

## 3. 調査項目

平成 20 年度に開発した緩和ケアチームの活動評価指標を用いて以下の項目について調査を実施した。

### 1) 緩和ケアチームの活動を問う 4 ドメイン 17 項目

- 「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について」6 項目
- 「地域・緊急時のサポートについて」4 項目
- 「コンサルテーションによる臨床活動について」3 項目
- 「患者・家族に緩和ケアを分かりやすく紹介することについて」3 項目

なお、回答方法は、「1.あてはまらない」～「5.あてはまる」の 5 段階評価法を用いた。

### 2) 緩和ケアチームの活動に対する自信を問う 6 項目

なお、回答方法は「1.全くそう思わない」～「5.非常にそう思う」の 5 段階評価法を用いた。

### 3) 対象者背景 10 項目

- 緩和ケアチーム活動年数
- 緩和ケアチーム活動体制
- 過去 1 年間にチームのメンバーとして診療に加わった件数・ など

## C. 研究結果

### 1. 対象者背景

回答者数は 247 名（回答率 99%）であった。対象者背景は、緩和ケアチーム活動年数 2 年未満が全体の 44%、緩和ケアチームの活動体制が専従 49%、専任 29%であり、過去 1 年間にメンバーとして診療に加わった件数は、50 件未満が 62%であった（別添 1）。

### 2. 緩和ケアチームの活動について

活動評価尺度の各項目について、ややあてはまると回答した割合を別添 2 に示した。

「チームの役割分担についてメンバーで話し合いをしている」について、あてはまるもしくは、あてはまると回答した割合は 71%、「地域の施設と退院カンファレンスなどで情報交換を行っている」について、あてはまる

もしくは、あてはまると回答した割合は 43%であった。

### 3. 緩和ケアチームの活動に対する自信について

活動に対する自信評価尺度の各項目について、かなりそう思うもしくは、非常にそう思うと回答した割合を別添 2 に示した。

## D. 考察

本研究では、がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会・基礎研修会前の緩和ケアチームの活動状況を評価した。コンサルテーション活動は実施しているが、地域のサポートや緊急時のサポート体制が整備されていないことや、緩和ケアチームの活動に対する自信が不足していることが明確になった。今後は、追跡調査を実施し、研修会参加後の活動の変化を評価することが課題である。

## E. 結論

本研究では、がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会・基礎研修会前の緩和ケアチームの活動状況を評価することができた。

## F. 健康危険情報

なし。

## G. 研究発表

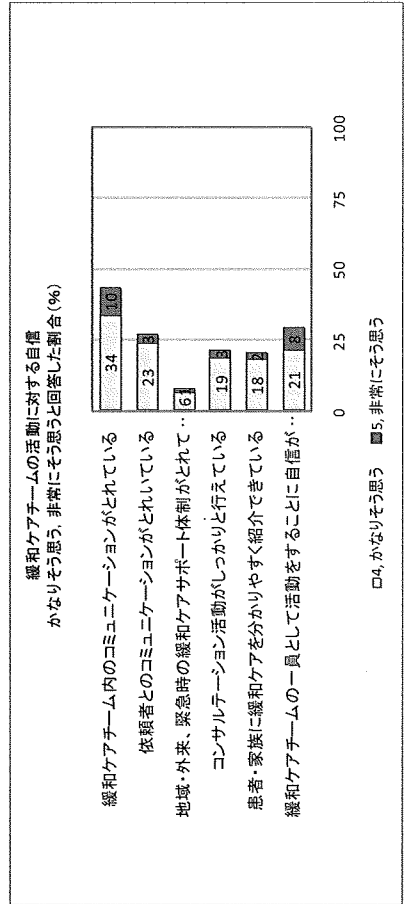
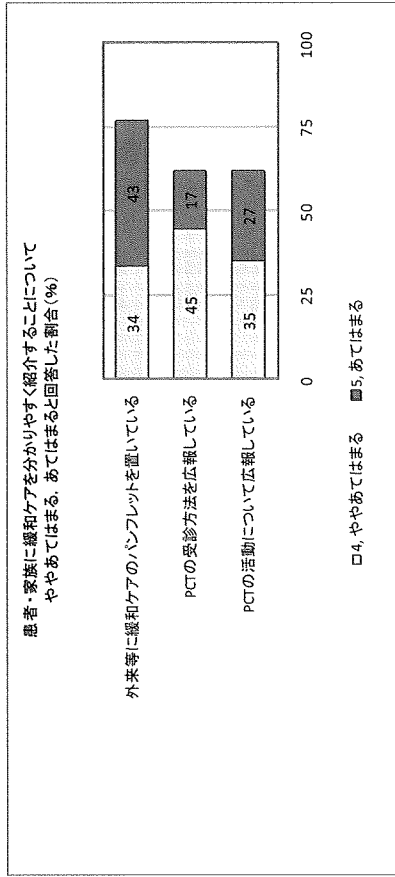
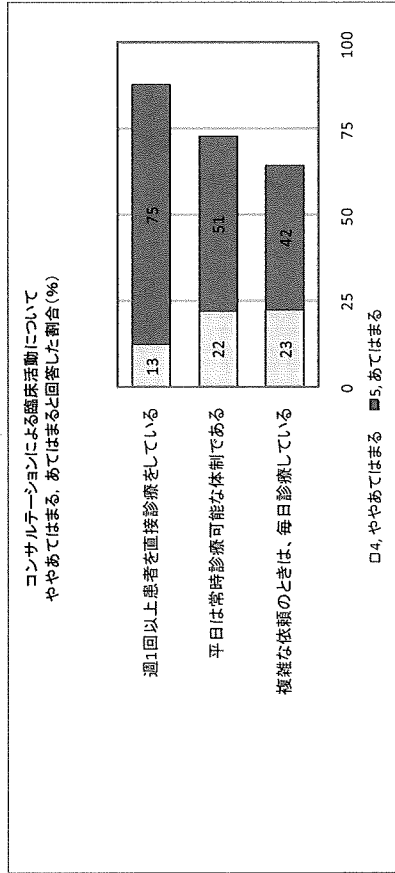
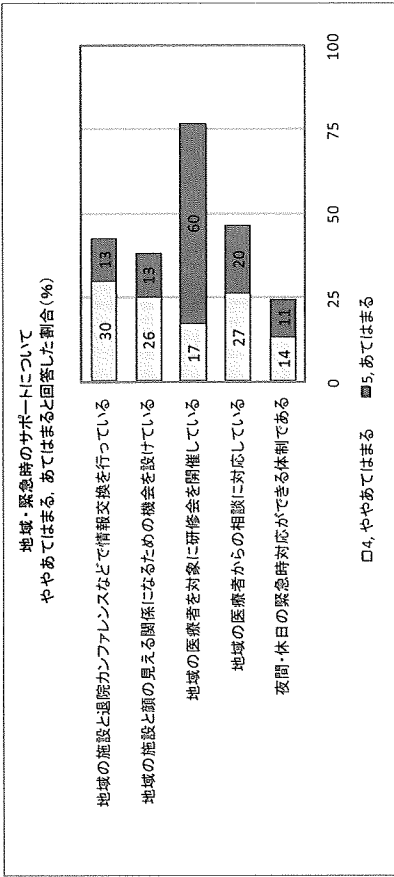
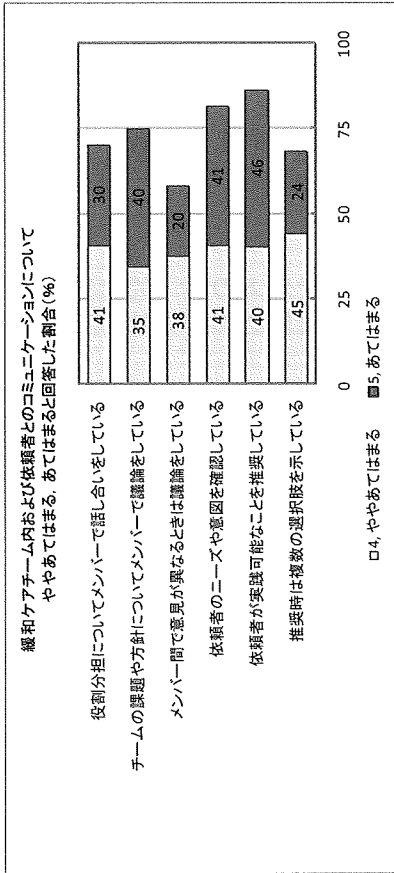
### 論文発表

1. Sanjo M, Morita T, Miyashita M, Shiozaki M, Sato K, Hirai K, Shima Y, Uchitomi Y. Caregiving Consequences Inventory: a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology*. 2009 ;18(6):657-66.
2. Miyashita M, Morita T, Ichikawa T, Sato K, Shima Y, Uchitomi Y. Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 2009 Jun; 37(6):1019-26.
3. Okishiro N, Miyashita M, Tsuneto S, Sato K, Shima Y. The Japan HOspice and Palliative Care Evaluation Study (J-HOPE Study): views about

- legalization of death with dignity and euthanasia among the bereaved whose family member died at palliative care units. *Am J Hosp Palliat Care*. 2009 Apr-May;26(2):98-104.
4. Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, Sato K, Shima Y. Late referrals to palliative care units in Japan: nationwide follow-up survey and effects of palliative care team involvement after the Cancer Control Act. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38(2):191-6.
  5. Miyashita M, Yasuda M, Baba R, Iwase S, Teramoto R, Nakagawa K, Kizawa Y, Shima Y. Inter-rater reliability of proxy simple symptom assessment scale between physician and nurse: a hospital-based palliative care team setting. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2010 Jan 1;19(1):124-30.
  6. Okamoto T, Ando M, Morita T, Hirai K, Kawamura R, Mitsunori M, Sato K, Shima Y. Religious care required for Japanese terminally ill patients with cancer from the perspective of bereaved family members. *Am J Hosp Palliat Care*. 2010Feb;27(1):50-4.
  7. Ando M, Kawamura R, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Okamoto T, Shima Y. Value of religious care for relief of Psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients: the perspective of bereaved family members. *Psychooncology*. Epub. 2009 Sep 25.
  8. 木内大佑, 山口崇\*, 大石律子, 大関令奈, 神谷浩平, 久永貴之, 東健二郎, 志真泰夫. がん性疼痛の評価と治療-基本的知識と処方のコツ-. 外科治療, 101(2) : 113-122, 2009.
  9. 志真泰夫. 緩和ケアにおける教育プログラム-基本教育と専門教育. 緩和ケア 19 (10 増刊号) :114-118 .2009
  10. 志真泰夫. 緩和ケアと地域連携. 岡田晋吾・谷水正人編 : パスでできる! がん診療の地域連携と患者サポート, 101-106, 医学書院、東京、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。

別添 1

対象者背景		人数		割合(%)		人数		割合(%)	
						N=247(回答率99%)			
性別									
	男	125	( 51 )			専従	49	( 20 )	
	女	122	( 49 )			専任	29	( 12 )	
年齢						兼任	161	( 65 )	
	20代	20	( 8 )			未活動	5	( 2 )	
	30代	101	( 41 )			業務全体に占める緩和ケアチームの業務割合(%)			
	40代	86	( 35 )			0	4	( 2 )	
	50代	38	( 15 )			1-25	142	( 57 )	
	60以上	2	1			26-50	38	( 15 )	
職種						51-75	17	( 7 )	
	身体医師	62	( 25 )			76-100	43	( 17 )	
	精神医師	61	( 25 )			過去1年間にメンバーとして診療に加わった件数(件)			
	看護師	63	( 26 )			0	7	( 3 )	
	薬剤師	61	( 25 )			1-9	50	( 20 )	
臨床経験年数(年)						10-49	97	( 39 )	
	1-4	13	( 5 )			50-99	50	( 20 )	
	5-9	48	( 19 )			100以上	38	( 15 )	
	10-19	103	( 42 )			緩和ケアに関する研修会参加回数(回)			
	20-29	71	( 29 )			0	35	( 14 )	
	30以上	10	( 4 )			1-4	110	( 45 )	
PCT活動年数(年)						5-9	44	( 18 )	
	2未満	108	( 44 )			10以上	56	( 23 )	
	2-4	107	( 43 )			最終学歴			
	4-6	21	( 9 )			専門学校	40	( 16 )	
	6-8	6	( 2 )			短期大学	9	( 4 )	
	8以上	4	( 2 )			大学	136	( 55 )	
						大学院	62	( 25 )	





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に関する研究  
（緩和ケアチームの活動評価）

研究分担者 森田達也 聖隷三方原病院 緩和支援治療科  
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、国立がんセンターが主催した平成 20 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会に参加した、緩和ケアチームの活動の変化を測定し、研修会の有効性を確認することである。緩和ケアチームの活動を評価するため、平成 20 年度に開発した活動評価指標を使用し、緩和ケアチームの活動を問う 17 項目と活動に対する自信を問う 6 項目、対象者背景について、研修会前後に質問紙調査を実施した。調査は平成 20 年度のがん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会に参加した医師・看護師・薬剤師 188 名（47 チーム）を対象とし、研修会前、研修会直後、研修会 3 カ月後、6 カ月後、12 カ月後の計 5 回実施した。

調査の結果、研修会前 185 名（回収率 98%）、研修会直後 177 名（回収率 94%）、研修会 3 カ月後 144 名（77%）、研修会 6 カ月後 149 名（79%）、研修会 12 カ月後 133 名（71%）から回答を得た。対象者背景は医師 48%、看護師 26%、薬剤師 26%であり、緩和ケアチーム活動年数 2 年未満が全体の 55%であった。研修会前と研修会后 12 カ月の比較では、地域や緊急時のサポート体制 ( $p < 0.001$ , effect size=0.70) や、患者・家族への緩和ケアの広報 ( $p < 0.001$ , effect size=0.43) に関する活動に大きな増加が認められた。また、研修会前と研修会后 12 カ月後で比較して、活動に対する自信についても向上が認められ、概ね緩和ケアチーム研修会が有効であることが確認された。

今後は、研修会参加者の緩和ケアに関する専門的知識や技術の向上や患者アウトカムを評価することが課題である。

#### A. 研究目的

本邦では平成 19 年 6 月のがん対策推進基本計画が策定され、重点的に取り組むべき課題として緩和ケアの提供体制の整備が掲げられた。専門的な緩和ケアを提供することを目的に、がん診療連携拠点病院には緩和ケアチームが新設され、緩和ケアチームの量的拡充が図られつつある。しかしながら、本邦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おり、緩和ケアチームの活動の質を向上していくことが課題となっている。

緩和ケアチームの活動の質を向上するため、平成 19 年度から国立がんセンター主催による緩和ケアチーム研修会が実施されている。効果的な研修会を実施するためには、研修会

に参加した緩和ケアチームの具体的な活動状況の変化を測定し、研修会の有効性を評価することが重要である。

本研究では、平成 20 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会に参加した、緩和ケアチームの研修会前後の活動を把握し、研修会の有効性を評価することである。

#### B. 研究方法

##### 1. 方法

自記式質問紙調査法を用いて、単群前後比較調査を実施した。

##### 2. 対象者

平成 20 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会参加者 188 名（47 チームの身体症状担当医師・精神症状担当医師・看護師・薬剤師）

##### 3. 調査項目

平成 20 年度に開発した緩和ケアチームの活動評価指標を用いて以下の項目について調査を実施した。

- 1) 緩和ケアチームの活動を問う 4 ドメイン 17 項目
  - 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について 6 項目
  - 地域・緊急時のサポートについて 4 項目
  - コンサルテーションによる臨床活動について 3 項目
  - 患者・家族に緩和ケアを分かりやすく紹介することについて 3 項目
- 2) 緩和ケアチームの活動に対する自信を問う 6 項目
- 3) 対象者背景 10 項目
  - 緩和ケアチーム活動年数
  - 緩和ケアチーム活動体制
  - 過去 1 年間にチームのメンバーとして診療に加わった件数 など

4. 調査実施期間  
調査実施期間と実施プロセスは表 1 に示した。

表1

	研修会前 (H20.11~H21.1)	研修会直後	研修会後 3カ月 (H21.3~4)	研修会後 6カ月 (H21.6~7)	研修会後 12カ月 (H21.12~H22.1)
活動	○		○	○	○
自信	○	○	○	○	○

## 5. 分析方法

研修会前後の活動の変量効果について、一般線型混合モデルを用いて推定した。また、研修会前と研修会後 12 カ月の活動評価項目の各ドメイン合計得点の平均値の差について効果量 (effect size) を算出した。

(倫理面への配慮)

なお、調査は対象者に文書により調査の説明と協力依頼をしたうえ、回答をもって調査協力の同意を得たものとし、匿名で実施した。

## C. 研究結果

### 1. 回答率

各調査の回答者数と回答率 (%) は表 2 に示した。

表2

研修会前 (H20.12~ H21.1)	研修会直後	研修会後 3カ月 (H21.3~4)	研修会後 6カ月 (H21.6~7)	研修会後 12カ月 (H21.12~H22.1)
185 (98%)	177 (94%)	144 (77%)	149 (79%)	133 (71%)

### 2. 対象者背景

表3

	研修会前(n=185)		
	人数	割合(%)	
性別	男	103	56
	女	80	43
年齢	20代	6	3
	30代	73	39
	40代	75	41
	50代	25	14
	60以上	3	2
職種	医師	89	48
	看護師	47	25
	薬剤師	47	25
臨床経験年数(年)	1-4	6	3
	5-9	34	18
	10-19	78	42
	20-29	55	30
	30以上	8	4
PCT活動年数(年)	0	4	2
	2未満	100	54
	2-4	51	28
	4-6	20	11
	6-8	6	3

対象者背景を表 3 に示す。

研修会前後の活動体制・業務全体に占める緩和ケアチームの割合・過去 1 年間にメンバーとしてチームの診療に関わった件数の変化については別添 1 に示した。

### 3. 緩和ケアチームの活動について

活動の経時的変化については別添 2 に示した。

「チーム内および依頼者とのコミュニケーションについて」の 6 項目合計得点

(range5-30) の平均値は研修会前 25.3、研修会後 12 カ月では 25.2 であり、研修会前後の時間的変化には有意差は認められなかった (p=0.072, effect size=0.21)。「地域・緊急時のサポートについて」の 4 項目合計得点

(range5-20) の平均値は研修会前 14.3、研修会後 12 カ月では 17.4 であり、研修会前後の時間的変化に有意差が認められた

(p<0.001, effect size=0.70)。「コンサルテーションによる臨床活動について」の 3 項目合計得点 (range5-15) の平均値は研修会前 12.3、研修会後 12 カ月では 13.0 であり、研修会前後の時間的変化に有意差が認められた

(p=0.006, effect size=0.27)。「患者・家族に緩和ケアを分かりやすく紹介することについて」の 3 項目合計得点 (range5-15) の平均値は研修会前 10.9、研修会後 12 カ月では 12.2

であり、研修会前後の時間的変化に有意差が認められた ( $p < 0.001$ , effect size=0.43)。

#### 4. 緩和ケアチームの活動に対する自信について

活動に対する自信の経時的変化については別添2に示した。

活動に対する自信を問う6項目の合計得点 (range5-30) の平均値は研修会前18.24、研修会後12カ月では19.38であり、研修会前後の時間的変化には有意差が認められた ( $p = 0.002$ , effect size=0.36)。

#### D. 考察

本研究では、がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会の前後に緩和ケアチームの活動を評価し、研修会の有効性を評価した。研修会前と研修会後12カ月後の活動の比較では、「チーム内および依頼者とのコミュニケーションについて」の項目以外で活動の増加が認められた。また、活動に対する自信についても向上が認められ、概ね緩和ケアチーム研修会の有効性が確認された。

現在、本邦ではがん対策推進基本計画に基づき、がん診療連携拠点病院を中心として重点的に緩和ケアの整備が進められており、本研究の限界として、結果の解釈には、そういった社会的背景による影響を配慮する必要がある。

今後は、研修会に参加した緩和ケアチームの緩和ケアに関する専門的知識や技術の向上や患者アウトカムを評価することが課題である。

#### E. 結論

本研究では、研修会前後比較調査によって、緩和ケアチームの活動の増加と活動に対する自信の向上が認められ、緩和ケアチーム研修会の有効性が確認された。

#### 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. Morita T, et al: Meaninglessness in terminally ill cancer patients: A randomized controlled study. J Pain Symptom Manage 37:649-658, 2009
2. Yamagishi A, Morita T, et al: Symptom Prevalence and longitudinal follow-up

in cancer outpatients receiving chemotherapy. J Pain Symptom Manage 37:823-830, 2009

3. Sanjo M, Morita T, Shima Y, et al: Caregiving consequences inventory: a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. Psychooncology 18:657-666, 2009
4. Miyashita M, Morita T, Shima Y, et al: Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. J Pain Symptom Manage 37:1019-1026, 2009
5. Morita T, Shima Y, et al: Late referrals to palliative care units in Japan: Nationwide follow-up survey and effects of palliative care team involvement after the cancer control act. J Pain Symptom Manage 38:191-196, 2009
6. Yamagishi A, Morita T, et al: Artificial hydration therapy for terminally ill cancer patients: a nurse-education intervention. J Pain Symptom Manage 38:358-364, 2009
7. Ando M, Morita T, et al: International comparison study on the primary concerns of terminally ill cancer patients in short-term life review interviews among Japanese, Koreans, and Americans. Palliat Support Care 7:349-355, 2009
8. Tarumi Y, Morita T, et al: Cancer pain-progress and ongoing issues in Japan. Pain Res Manag 14:357-358, 2009
9. Sasahara T, Kizawa Y, Morita T, Iwamitsu Y, Otaki J, Okamura H, Takahashi M, Takenouchi S, et al: Development of a standard for hospital-based palliative care consultation teams using a modified Delphi method. J Pain Symptom Manage 38:496-504, 2009
10. Fukuhori H, Morita T, et al: Administrators' perspectives on end-of-life care for cancer patients in Japanese long-term care facilities. Support Care Cancer 17:1247-1254, 2009
11. Sato K, Morita T, et al: The long-term effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care,

- life-prolongation treatment, and knowledge about palliative care. *J Palliat Care* 25:206-212, 2009
12. Nakazawa Y, Morita T, et al: The Palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med* 23:754-766, 2009
  13. Ando M, Morita T, et al: The efficacy of mindfulness-based meditation therapy on anxiety, depression, and spirituality in Japanese patients with cancer. *J Palliat Med* 12:1091-1094, 2009
  14. Miyashita M, Morita T, Shima Y, et al: J-HOPE study: Evaluation of End-of-Life Cancer Care in Japan from the Perspective of Bereaved Family Members. *J Clin Oncol* 27:502s, 2009 (suppl; abst 9577)
  15. Ando M, Morita T, Shima Y, et al: Value of religious care for relief of psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients: the perspective of bereaved family members. *Psychooncology* Sep 25:[Epub ahead of print], 2009
  16. Okamoto T, Morita T, Shima Y, et al: Religious care required for Japanese terminally ill patients with cancer from the perspective of bereaved family members. *Am J Hosp Palliat Care* Sep 15:[Epub ahead of print], 2009
  17. Choi J, Morita T, Shima Y, et al: Preference of place for end-of-life cancer care and death among bereaved Japanese families who experienced home hospice care and death of a loved one. *Support Care Cancer* Oct 27:[epub ahead of print], 2009
  18. 森田達也: 緩和支援治療の量と質の充実と普及をめざす先進的な取り組み. *漢方医学* 33:295-298, 2009
  19. 森田達也: スピリチュアルケアガイドの作成プロジェクトの背景. *緩和ケア* 19:16-21, 2009
  20. 草島悦子, 森田達也, 他: 緩和ケアとスピリチュアルケア. *緩和ケア* 19:43-48, 2009
  21. 前堀直美, 森田達也, 他: 薬剤師からみた地域連携 保険薬局の抱える現状と課題. *緩和ケア* 19:130-136, 2009
  22. 森田達也, 他: がん性疼痛治療におけるフェンタニル貼付剤の意義と今後の展望. *Pharma Medica* 27:61-68, 2009
  23. 森田達也: 症状緩和 終末期における輸液治療. *治療学* 43:377-382, 2009
  24. 森田達也, 他: すべての病状を通じての緩和ケアチームの活動例. *治療学* 43:459-464, 2009
  25. 森田達也: 維持輸液、栄養輸液、経腸栄養 終末期がん患者に対する輸液治療. *総合臨床* 58(増刊):1110-1118, 2009
  26. 森田達也: 緩和ケアチームと麻酔科のコラボレーション 緩和ケア医の立場から. *LiSA* 16(別冊'09):40-49, 2009
  27. 森田達也: 終末期がん患者に対する輸液治療. *外科治療* 101:149-158, 2009
  28. 森田達也: 30年間のホスピスの歴史が緩和ケアチームの基盤となっていた. *Cross Cancer Research* 1:12-13, 2009
  29. 森田達也: 第3部がん化学療法中に施行する栄養管理. 5. 終末期がん患者に対する輸液治療. *がん患者の栄養管理 がん化学療法チームハンドブック*. 南山堂 262-271, 2009
  30. 森田達也: 緩和ケアチームの活動とリハビリテーション. *MB Med Reha* 111:45-50, 2009
  31. 天野功二, 森田達也: 第II章 消化器癌化学療法の実際. 消化器癌化学療法施行時の栄養管理と消化器癌患者に対する緩和医療. 消化器癌患者に対する緩和医療. 久保田哲朗, 大村健二 編. *消化器癌化学療法 改訂2版*. 南山堂. 359-374, 2009
  32. 鄭陽, 森田達也, 他: 地域における講義とグループディスカッションを複合した多職種セミナーの有用性. *ペインクリニック* 30:1553-1563, 2009
- 学会発表
1. 明智龍男, 森田達也: 緩和医療の研究をいかに進めるか～実際に研究を進めるためのノウハウ～. 第14回日本緩和医療学会総会. シンポジウム8. 2009. 6, 大阪
  2. 森田達也, 他: 緩和医療における口腔ケアの重要性. 第14回日本緩和医療学会総会. モーニングセミナー2. 2009. 6, 大阪