

3. 森田達也, 他: 緩和ケア普及のための地域介入プログラムの実施可能性と有効性: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 一般演題(口演5)「地域連携」2009. 6, 大阪
4. 笹原朋代, 木澤義之, 森田達也, 岩満優美, 大滝純司, 他: 病院内緩和ケアコンサルテーションチームの基準の開発. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
5. 安藤満代, 森田達也, 志真泰夫, 他: 遺族のスピリチュアルケアとしてのビリーブメント・ライフレビュー. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
6. 宮下光令, 森田達也, 志真泰夫, 他: 全国のがん診療連携拠点病院、緩和ケア病棟、在宅ホスピスのがん患者の遺族8,163人によるがん終末期ケアの質の評価: J-HOPE study. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
7. 前堀直美, 森田達也, 他: 保険薬局の電話モニタリングと受診前来局による症状緩和の評価: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
8. 佐藤一樹, 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長期効果. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
9. 松尾直樹, 森田達也, 他: ホスピス・緩和ケア病棟におけるコルチコステロイド使用の実態: 全国医師対象質問紙調査. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
10. 山岸暁美, 森田達也, 他: 外来化学療法中のがん患者の症状頻度と経時的フォローアップ. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
11. 吉田沙蘭, 森田達也, 志真泰夫, 他: 生命予後告知に対する遺族の評価とその関連要因: J-HOPE Study. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
12. 白土明美, 森田達也, 他: ホスピスにおける在宅支援ベッド運用についての検討. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
13. 坂口幸弘, 森田達也, 志真泰夫, 他: 遺族ケアサービスに対する遺族のニーズとバリア: J-HOPE study. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
14. 鄭陽, 森田達也, 他: 緩和ケア普及のための地域介入プログラムにおける緩和ケアセミナーの有用性: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
15. 清原恵美, 森田達也, 他: 地域緩和ケアを促進するための看護師に対するホスピス研修の有用性: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
16. 藤本亘史, 森田達也, 他: 地域医療者調査をもとに地域の課題を共有するための緩和ケア専門家によるフォーカスグループの試み: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
17. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域緩和ケアチームによるアウトリーチの有用性: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
18. 赤澤輝和, 森田達也, 他: 地域の緩和ケアサービスの情報共有方法はどのようにすればよいか?: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
19. 古村和恵, 森田達也, 他: がん患者の医療情報共有ツール「わたしのカルテ」の有用性に関する介入調査: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
20. 大木純子, 森田達也, 他: がん患者に求められる支援・サポートについての地域でのフォーカスグループ: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
21. 野末よし子, 森田達也, 他: 浜松市におけるがん患者のケアマネジメントについての実態調査: OPTIM浜松. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
22. 崔智恩, 森田達也, 志真泰夫, 他: 在宅ホスピスを利用したがん患者の遺族の在宅療養と在宅死亡に対する意向とその関連要因に関する研究: J-HOPE study. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009. 6, 大阪
23. 森田達也, 他: 緩和医療と精神腫瘍学—地域における緩和ケア: OPTIMプロジェクトから学んだこと—. 第68回日本癌学会学術総会. シンポジウム21-2. 2009. 10, 横浜
24. 木澤義之, 橋爪隆弘, 森田達也, 志真泰夫, 他: 緩和医療と精神腫瘍学—我が国における緩和ケアの教育の現状—. 第68回日本癌学会学術総会. シンポジウム21-3. 2009. 10, 横浜
25. 森田達也: 緩和医療による生活の質向上を求めて—基礎から臨床まで 根

拠を踏まえた情報提供のありかたを探る
—「緩和医学を理解するために知っておきたいEBMの知識」. 第19回日本医療薬学会
年会. シンポジウム17-5. 2009. 10, 長崎

26. 森田達也: がん性疼痛マネジメントのコツ 突出痛の対応, フェンタニルの上手な使い方, 神経ブロック併用のタイミング. 日本臨床麻酔学会第29回大会. 教育セミナーL14. 2009. 10, 浜松

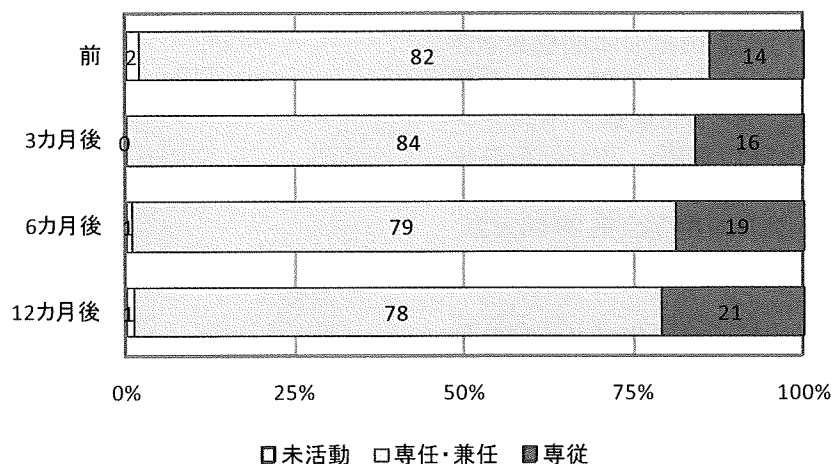
H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
なし。

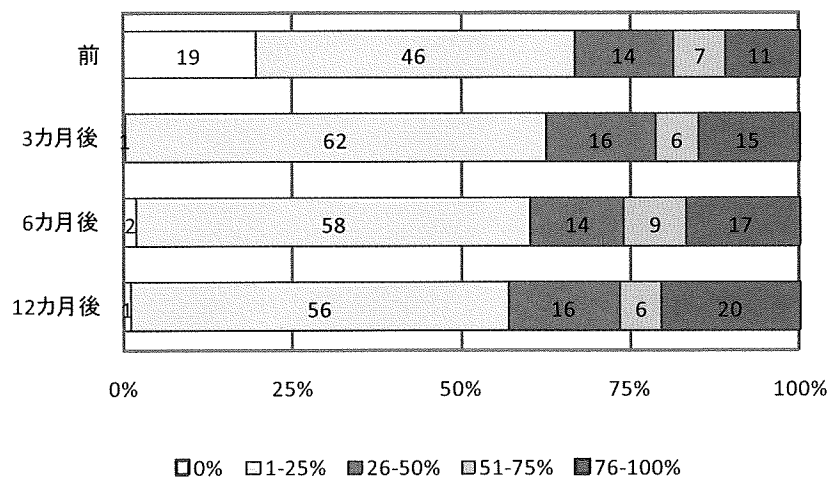
2. 実用新案登録
なし。

3. その他
特記すべきことなし。

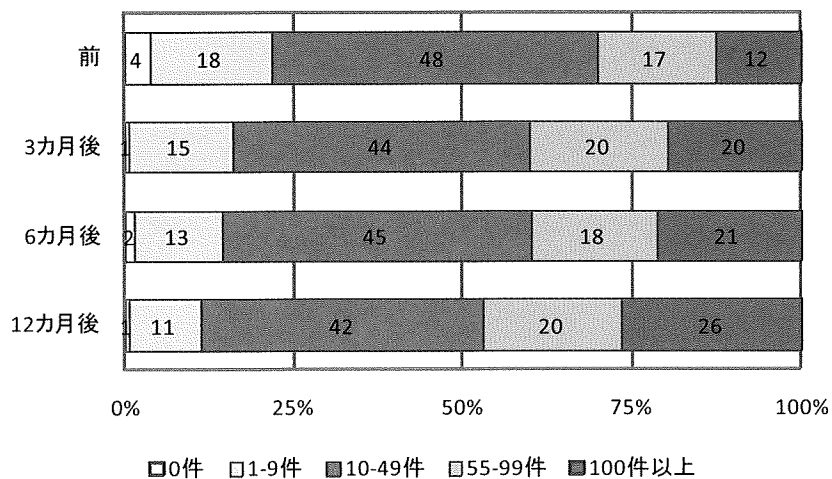
活動体制:経時的変化



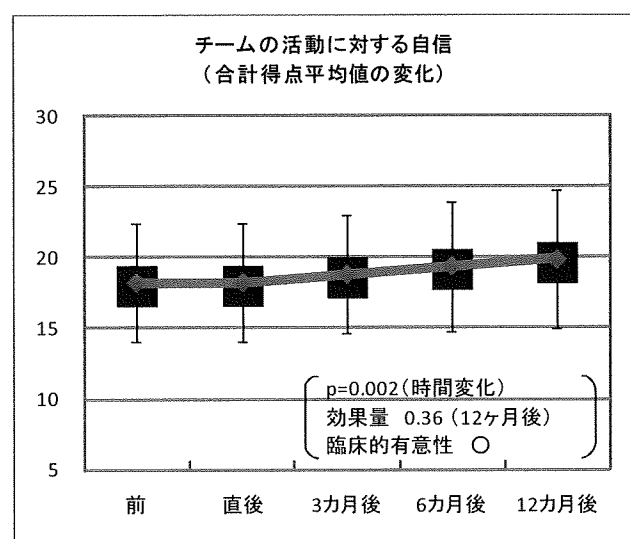
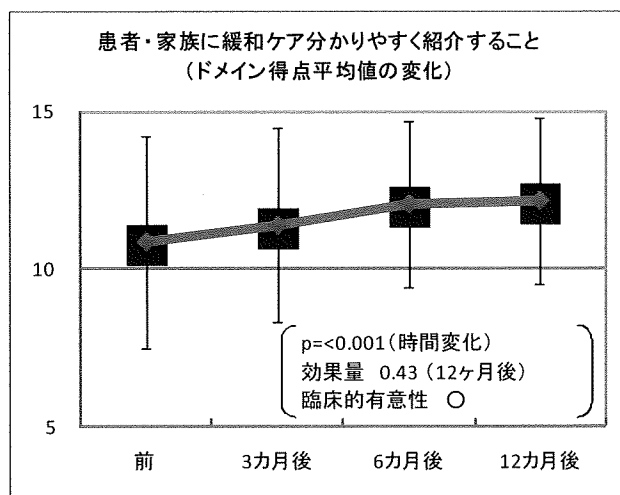
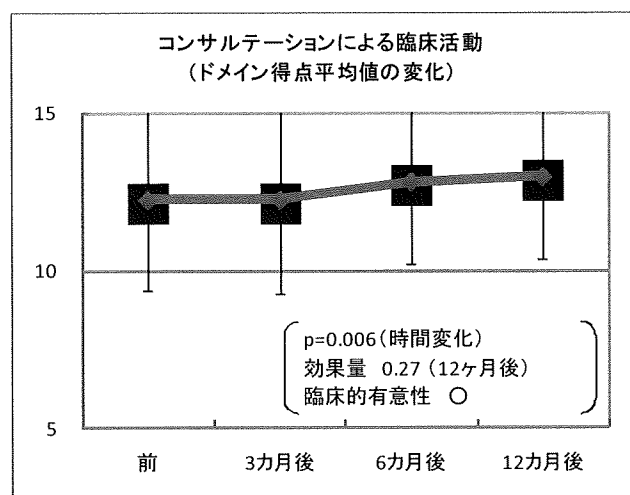
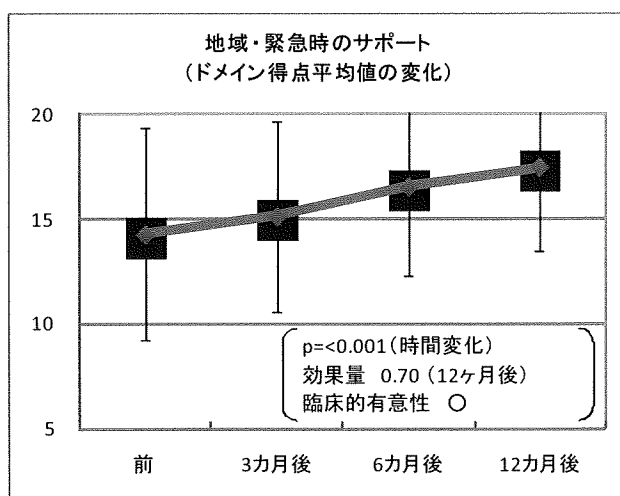
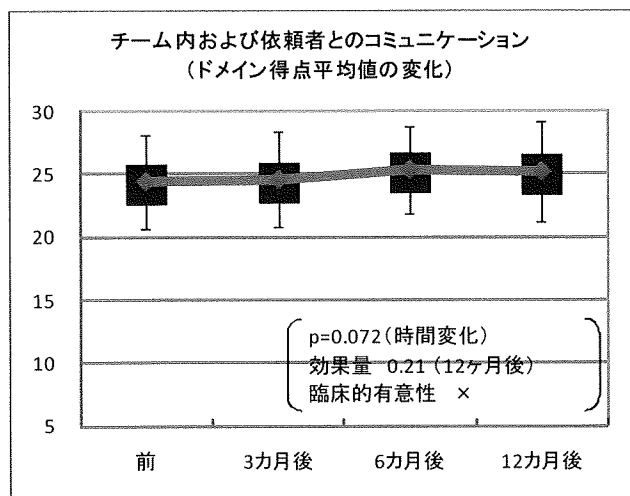
業務に占める緩和ケアチームの業務割合(%)
:経時的変化



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(件)
:経時的変化



別添 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プログラムの開発と評価）

研究分担者 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（中級）と緩和ケアチーム基礎研修会（初級）の研修プログラムを開発し、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームを対象にそれぞれ開催・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。

平成 20 年度に開催した緩和ケアチーム研修会をもとに、研究者間の討議により各研修会のプログラムを作成した。緩和ケアチーム研修会（中級）は講義とワークショップを組み合わせ、職種別分科会を含めた 8 セッションで構成し、東京で開催した。緩和ケアチーム基礎研修会（初級）は、緩和ケアチーム研修会（中級）同様、講義とワークショップを組み合わせ、包括的アセスメントを含めた 7 セッションで構成し、大阪・福岡・東京で計 3 回開催した。緩和ケアチーム研修会（中級）の参加者は、16 施設 64 名、各緩和ケアチーム基礎（初級）の参加者は、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満足度評価は非常に高く、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、参加者の研修ニーズを把握し、プログラム内容の充実を図ることや研修会の効果測定が課題である。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

本邦では、がん医療の均てん化を戦略目標とする「第 3 次対がん 10 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、2009 年 4 月 1 日現在、375 病院が指定されている。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。

本邦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。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. 緩和ケアチームの活動の質を向上するため、緩和ケアチーム研修会（中級）プログラムを開発し、主として年間コンサルテーション件数が 100 件以上の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、評価する。
2. 緩和ケアチームの活動の質を向上させるため緩和ケアチーム基礎研修会（初級）プログラムを開発し、主として活動開始まもない、あるいは活動が軌道に乗っていない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、評価する。

B. 研究方法

1. 緩和ケアチーム研修会（中級）プログラムの開発

平成20年度に開催した緩和ケアチーム研修会をもとに、研究者間で検討し、緩和ケアチーム研修会（中級）プログラムは2日間で構成され、内容は表1のとおりであった。

表1

プログラム内容	時間
1日目	
Key Note Speech	15分
緩和ケア概論（講義）	50分
アイスブレイキング	25分
緩和ケアチームの抱える問題点（グループワーク）	90分
職種別分科会（講義・討論・グループワーク）	120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）	165分
緩和ケアを地域で展開するために（講義）	60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、プログラム内容の概要について記述した。

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った。

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した。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った。

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った。

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した。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た。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した。

5) 職種別分科会

身体症状担当医師・精神症状担当医師・看護師・薬剤師の職種別にプログラムを構成し、分科会を行った。

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した。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、全体で3～4つのテーマを決定した。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した。

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した。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した。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した。

③ 看護師

緩和ケアチームの看護師として自己の課題を明確にし、改善策を見出すことを目的とした。方法は、まず5～6人ごとにグループワークを行い、参加者が抱えている課題や問題について意見を出した後、改善策について討論し、全体で討論した。

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行動を見出すことを目的とした。まず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、全体で討論した。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、全体で討論した。

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、まずコンサルテーション活動で生じやすい困難な場面について、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、所属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した。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、討論した。

2. 緩和ケアチーム基礎研修会（初級）プログラムの開発

緩和ケアチーム研修会（中級）プログラムをもとに、研究者間で検討し、緩和ケアチーム基礎研修会（初級）プログラムは2日間で開催され、内容は表2の通りであった。

表2

プログラム内容	時間
1日目	
Key Note Speech	30分
アイスブレイキング	25分
緩和ケアチームの立ち上げ方 (講義)	105分
職種別分科会 (講義・討論・グループワーク)	80分
包括的アセスメント (グループワーク)	100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)	180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、緩和ケアチーム研修会（中級）と異なるプログラム内容の概要について記述した。

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に加えて、「本邦の緩和ケア提供体制」と「緩和ケアチームの基準」についてファシリテーター1名が講義した。

2) 包括的アセスメント

包括的アセスメントについて理解し、緩和ケアチームで包括的なアセスメントを行えることを目的とした。方法は、包括的アセスメントについてファシリテーターが講義をした後、コンサルテーションの依頼があったことを想定し、1症例について4人ごとのグループでアセスメントを行い、全体で討論した。

3. 研修会の評価

各研修会終了直後に、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. 緩和ケアチーム研修会（中級）の開催

国立がんセンターとの共催により、平成21年8月3日（金）・4日（土）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。参加者の臨床経験年数は10-19年が44%、緩和ケアチームでの活動経験年数は2年未満が46%、緩和ケアチームでの活動形態は、専従24名、専任13名、兼任25名であった。

2. 緩和ケアチーム基礎研修会（初級）の開催

国立がんセンターとの共催により、大阪・福岡・東京で計3回開催した。

1) 第1回大阪開催

平成21年10月30日（金）・31日（土）に天満研修センターにおいて開催した。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。参加者の臨床経験年数は10-19年が38%、緩和ケアチームでの活動経験年数は2年未満が50%、緩和ケアチームでの活動形態は、専従5名、専任3名、兼任45名、活動

前3名であった。

2) 第2回福岡開催

平成21年12月12日(土)・13日(日)に福岡県中小企業振興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10-19年が37%、緩和ケアチームでの活動経験年数は2-4年60%、緩和ケアチームでの活動形態は、専従11名、専任9名、兼任41名であった。

3) 第3回東京開催

平成22年度1月22日(金)・23日(土)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10-19年が46%、緩和ケアチームでの活動経験年数は2年未満が38%、緩和ケアチームでの活動形態は、専従8名、専任4名、兼任48名、活動前1名であった。

3. 研修会の評価(別添1)

1) 緩和ケアチーム研修会(中級)の開催

アンケートの回収数は63(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33名(52%)であり、「まあ役立つ」も含めると57名(90%)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37名(59%)であり、「まあ満足」も含めると、62名(99%)であった。

2) 緩和ケアチーム基礎研修会(初級)の開催

(1) 第1回大阪開催の評価

アンケートの回収数は58(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33名(57%)であり、「まあ役立つ」も含めると57名(98%)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32名(55%)であり、「まあ満足」も含めると、58名(100%)であった(別添1)。

(2) 第2回福岡開催の評価

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」と回答した者は46名(74%)であり、「まあ役立つ」も含めると56名(90%)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(76%)であり、「まあ満足」も含めると、60名(97%)であった(別添2)。

と、60名(97%)であった(別添2)。

(3) 第3回東京開催の評価

アンケートの回収数は63(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41名(65%)であり、「まあ役立つ」も含めると58名(92%)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38名(60%)であり、「まあ満足」も含めると、62名(98%)であった(別添3)。

(5) 共通してみられた自由記載の内容

肯定的内容には、「チームの活動を見直す機会となり、課題が明確になった」「活動に対する自己のモチベーションへとつながった」「他施設の活動状況を知り、自己のチームの方向性を考えることができた」などがあつた。否定的な内容には、「時間が足りず、消化不良の部分があつた」「もっと他施設のチームと交流できるとよい」などがあつた(別添4)。

D. 考察

緩和ケアチームの質の向上を目的とし、参加者の活動状況に適応可能な、中級研修会と初級研修会の2日間の研修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各研修会を開催した。参加者による各研修会の評価は、非常に高かった。よって、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た。しかし、自由記載にあるように、プログラム内容や日程については改善の余地があり、今後は参加者の研修ニーズを把握したうえで、研修プログラムを更に充実することが必要である。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の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の向上に対して、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の向上を目的とした緩和ケアチーム研修会(中級)と緩和ケアチーム基礎研修会(初級)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 【緩和ケアの普及啓発・教育研修・臨床研究】Ⅱ緩和ケアの教育と研修 2、緩和ケアチームのためのワークショップ ホスピス緩和ケア白書 2009 19-23

2、橋爪隆弘、中澤葉宇子 緩和ケアに携わる医療者従事者の育成を目的とした緩和ケアチーム研修会について—がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会— 緩和医療学 10(3)310-315,2009

3、橋爪隆弘、石川千夏 緩和ケアを学ぶ、教える 緩和ケアチームで行われていること 緩和ケア(19) 188-192,209

4、橋爪隆弘、中澤葉宇子 がん対策基本法後に緩和ケアチームはどう変わったか—研修会から見える課題、 緩和ケア 20 (1)2010

学会発表

1、橋爪隆弘 シンポジウムS7 がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会の課題. 第14回日本緩和医療学会学術大会. 2009.6 大阪

2、橋爪隆弘、馬場玲子 「質の評価と向上に関するシンポジウムを受けて」 1) 緩和ケアチーム：基準とコンサルテーションの質の評価. 日本ホスピス緩和ケア協会 2009年度年次大会 2009.7 広島

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

特記すべきことなし。

2. 実用新案登録

特記すべきことなし。

3. その他

特記すべきことなし。

別添 1
 緩和ケアチーム研修会の評価
 参加者全体 N=63 (回収率98%)

背景	人数	割合 (%)
職種		
身体担当医師	16	25
精神担当医師	16	25
看護師	15	24
薬剤師	16	25
臨床経験年数		
1-4	4	6
5-9	13	21
10-19	28	44
20-29	14	22
30以上	2	3
PCTメンバーとしての活動年数		
0	2	3
2未満	27	43
2-4未満	21	33
4-6未満	8	13
6-8未満	2	3
8-10未満	1	2
PCTでの活動体制		
専従	24	38
専任	13	21
兼任	25	40
活動していない		
業務の何%をPCTの仕事にあてているか		
0	1	2
1-25	21	33
26-50	11	17
51-75	8	13
76-100	21	33

各セッションの評価	人数	割合 (%)
緩和ケア概論(講義)		
すごく役立つ	15	24
まあ役立つ	40	63
あまり役立たない	3	5
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	38	60
まあ役立つ	24	38
あまり役立たない	0	0
役立たない	0	0
分科会		
すごく役立つ	37	59
まあ役立つ	19	30
あまり役立たない	5	8
役立たない	0	0
コンサルテーションを見直してみよう		
すごく役立つ	37	59
まあ役立つ	25	40
あまり役立たない	1	2
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	26	41
まあ役立つ	32	51
あまり役立たない	4	6
役立たない	0	0
緩和ケアチーム 明日への課題		
すごく役立つ	36	57
まあ役立つ	24	38
あまり役立たない	2	3
役立たない	0	0

セッション全体の評価	人数	割合 (%)
セッション全体として		
すごく役立つ	33	52
まあ役立つ	24	38
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評価		
ファシリテーターの働き		
非常に良かった	53	84
まあよかった	10	16
あまりよくなかった	0	0
よくなかった	0	0
研修会全体の評価		
同じ立場の人にWSを勧めるかどうか		
必ず勧める	39	62
まあ勧める	23	37
あまり勧めない	1	2
勧めない	0	0
総合評価		
満足	37	59
まあ満足	25	40
あまり満足していない	1	2
不満足	0	0

別添 2
緩和ケアチーム基礎研修会の評価 第 1 回大阪開催

参加者全体 N=58 (回収率98%)

背景	人数	割合 (%)
職種		
身体担当医師	15	26
精神担当医師	14	24
看護師	14	24
薬剤師	15	26
臨床経験年数		
1-4	5	9
5-9	9	16
10-19	22	38
20-29	20	34
30以上	2	3
PCTメンバーとしての活動年数		
0	1	2
2未満	28	48
2-4未満	16	28
4-6未満	7	12
8-10未満	4	7
10以上	2	3
PCTでの活動体制		
専従	5	9
専任	3	5
兼任	45	78
活動していない	3	5
業務の何%をPCTの仕事にあてているか		
0	1	2
1-25	41	71
26-50	9	16
51-75	1	2
76-100	5	9

各セッションの評価	人数	割合 (%)
Key Note Speech (研修会説明)		
すごく役立つ	11	19
まあ役立つ	43	74
あまり役立たない	3	5
役立たない	0	0
緩和ケアチームの立ち上げ方		
すごく役立つ	13	22
まあ役立つ	41	71
あまり役立たない	4	7
役立たない	0	0
分科会		
すごく役立つ	28	48
まあ役立つ	28	48
あまり役立たない	2	3
役立たない	0	0
包括的アセスメント		
すごく役立つ	30	52
まあ役立つ	26	45
あまり役立たない	2	3
役立たない	0	0
コンサルテーションを見直してみよう		
すごく役立つ	41	71
まあ役立つ	17	29
あまり役立たない	0	0
役立たない	0	0
緩和ケアチーム 明日への課題		
すごく役立つ	41	71
まあ役立つ	17	29
あまり役立たない	0	0
役立たない	0	0

セッション全体の評価	人数	割合 (%)
セッション全体として		
すごく役立つ	33	57
まあ役立つ	24	41
あまり役立たない	0	0
役立たない	0	0
ファシリテーターの評価		
ファシリテーターの働き		
非常に良かった	44	76
まあ良かった	14	24
あまりよくなかった	0	0
よくなかった	0	0
研修会全体の評価		
同じ立場の人に同様の研修会を勧めるかどうか		
必ず勧める	24	41
まあ勧める	33	57
あまり勧めない	1	2
勧めない	0	0
総合評価		
満足	32	55
まあ満足	26	45
あまり満足していない	0	0
不満足	0	0

別添 3

緩和ケアチーム基礎研修会の評価 第 2 回福岡開催

参加者全体 N=62 (回収率97%)

背景	人数	割合 (%)	各セッションの評価 Key Note Speech (研修会説明)	人数	割合 (%)
職種					
身体担当医師	15	24	すごく役立つ	21	34
精神担当医師	16	26	まあ役立つ	39	63
看護師	16	26	あまり役立たない	2	3
薬剤師	15	24	役立たない	0	0
臨床経験年数			緩和ケアチームの立ち上げ方		
1-4	2	3	すごく役立つ	26	42
5-9	13	21	まあ役立つ	31	50
10-19	23	37	あまり役立たない	5	8
20-29	22	35	役立たない	0	0
30以上	2	3	分科会		
PCTメンバーとしての活動年数					
0	5	8	すごく役立つ	45	73
2未満	18	29	まあ役立つ	15	24
2-4未満	37	60	あまり役立たない	2	3
4-6未満	2	3	役立たない	0	0
6-8未満	0	0	包括的アセスメント		
8以上	0	0	すごく役立つ	48	77
PCTでの活動体制					
専従	11	18	まあ役立つ	12	19
専任	9	15	あまり役立たない	2	3
兼任	41	66	役立たない	0	0
活動していない	1	2	コンサルテーションを見直してみよう		
業務の何%をPCTの仕事にあてているか			すごく役立つ	46	74
0	1	2	まあ役立つ	14	23
1-25	36	58	あまり役立たない	1	2
26-50	8	13	役立たない	0	0
51-75	7	11	緩和ケアチーム 明日への課題		
76-100	9	15	すごく役立つ	50	81
			まあ役立つ	8	13
			あまり役立たない	0	0
			役立たない	0	0

セッション全体の評価	人数	割合 (%)
セッション全体として		
すごく役立つ	46	74
まあ役立つ	10	16
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評価	人数	割合 (%)
ファシリテーターの働き		
非常によかった	50	81
まあよかった	11	18
あまりよくなかった	1	2
よくなかった	0	0

研修会全体の評価	人数	割合 (%)
同じ立場の人に同様の研修会を勧めるかどうか		
必ず勧める	50	81
まあ勧める	11	18
あまり勧めない	1	2
勧めない	0	0
総合評価		
満足	47	76
まあ満足	13	21
あまり満足していない	1	2
不満足	1	2

別添 4

緩和ケアチーム基礎研修会の評価 第3回東京開催

参加者全体 N=63 (回収率100%)

背景	人数	割合 (%)
職種		
身体担当医師	16	25
精神担当医師	15	24
看護師	16	25
薬剤師	16	25
臨床経験年数		
1-4	2	3
5-9	11	17
10-19	29	46
20-29	15	24
30以上	4	6
PCTメンバーとしての活動年数		
0	2	3
2未満	22	35
2-4未満	33	52
4-6未満	4	6
6-8未満	1	2
8以上	0	0
PCTでの活動体制		
専従	8	13
専任	4	6
兼任	48	76
活動していない	1	2
業務の何%をPCTの仕事にあてているか		
0	1	2
1-25	42	67
26-50	10	16
51-75	1	2
76-100	7	11

各セッションの評価	人数	割合 (%)
Key Note Speech (研修会説明)		
すごく役立つ	16	25
まあ役立つ	44	70
あまり役立つたない	3	5
役にたない	0	0
緩和ケアチームの立ち上げ方		
すごく役立つ	29	46
まあ役立つ	31	49
あまり役立つたない	3	5
役にたない	0	0
分科会		
すごく役立つ	36	57
まあ役立つ	26	41
あまり役立つたない	0	0
役にたない	1	2
包括的アセスメント		
すごく役立つ	44	70
まあ役立つ	17	27
あまり役立つたない	2	3
役にたない	0	0
コンサルテーションを見直してみよう		
すごく役立つ	48	76
まあ役立つ	15	24
あまり役立つたない	0	0
役にたない	0	0
緩和ケアチーム 明日への課題		
すごく役立つ	44	70
まあ役立つ	15	24
あまり役立つたない	0	0
役にたない	0	0

セッション全体の評価	人数	割合 (%)
セッション全体として		
すごく役立つ	41	65
まあ役立つ	17	27
あまり役立つたない	0	0
役にたない	0	0
フィシリテーターの評価		
フィシリテーターの働き		
非常によかった	42	67
まあよかった	21	33
あまりよくなかった	0	0
よくなかった	0	0
研修会全体の評価		
同じ立場の人に同様の研修会を勧めるかどうか		
必ず勧める	35	56
まあ勧める	28	44
あまり勧めない	0	0
勧めない	0	0
総合評価		
満足	38	60
まあ満足	24	38
あまり満足していない	0	0
不満足	0	0

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

緩和ケアに携わる医師の教育法に関する研究

分担研究者 大滝純司 東京医科大学 医学教育学講座 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、医学教育の国際標準化の動向について検討した。情報化や EBM の考え方が普及し、また、医療者も患者も国境を越えて移動する現代において、がん医療の均てん化を含め、わが国の医療者教育の質を担保し高めていくには、医療者の教育に関するこうした国際標準化の動向にも注目していく必要があるだろう。国際標準化の視点から見ると、国際公用語としての英語ではなく日本語で医療専門職者を教育している我が国は、大きなハンディキャップを追っている。標準化の動きに我が国からも発信し、積極的に対応していくことが重要である。

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、医学教育の国際標準化の動向について検討する。

B. 研究方法

医学教育の国際標準化の動向について研究班の班員の間で議論すると共に、関連する文献などの資料を調査し検討した。特に、米国医科大学協会 (AAMC) や、欧州医学教育学会 (AMEE) からの資料について重点的に検討した。

C. 研究結果

医学教育の国際的な標準化の動きが活発になっている。基準を満たした国の医師資格が言わば「国際資格」として認められ、その他の国の医師の資格が「地域限定」として扱われる可能性も出てきている。ここでは特に注目すべきと思われる三つの動向について紹介する。

(1) IIME

IIME (International Institute for Medical Education) はニューヨークに本部のある医学教育領域の国際機関である。ロックフェラー財団から分離独立した China Medical Board という機関が母体となり 1999 年に設立された。

IIME は世界各国から医学教育の権威を集めて advisory board を組織し、Global Minimum Essential Requirements in Medical

Education を 2002 年に公表した。そこには、医学教育を通して習得すべき七つの能力 (competency) が示されている。また、この内容を中国のトップクラスの医学校 8 校に試験的に導入する IIME China Project を実施し、注目されている¹⁾。

(2) WFME

WFME (World Federation for Medical Education) はデンマークのコペンハーゲン大学に本部のある医学教育領域の国際機関である。1972 年に設立され、コペンハーゲン大学やスウェーデンのルンド大学、そして WHO や ECFMG からの支援により運営されている。下部組織として六つの地域別 association を持ち、中でも AMEE の年次集会は、医学教育領域最大の国際学術集会となっている。

WFME は 1997 年から医学教育の国際標準である WFME Global Standards Programme の策定を開始し、2003 年にその結果を公表した²⁾。特に EU や ECFMG との関係が深い機関であることから、この基準は今後の国際標準化の動きの中で重要な位置を占めるであろう。

私信であるが、米国の医師国家試験を海外の医学部・医科大学卒業生が受験する場合に、その出身校の教育が WFME の提唱する国際基準を満たしていることを前提条件にすることが検討されているという。

(3) Bologna Process と Tuning Project

EU は条約により、その加盟国域内での人の移動の自由を保障している。また、移動した先での就労ビザは不要で、待遇も差別しない

ことが原則となっている。

こうした環境の下、大学教育の質を保証し、その国際競争力を高めることを目的として、EUを中心に統一的な大学圏を作ることが1999年にイタリアのボローニャで開かれた会議で合意された。大学の学修課程を明示してBachelor（学士）課程とMaster（修士）課程の2段階とし、ヨーロッパ全体で同じ基準でこれらの学位を授与することを目指している。これがボローニャ・プロセス (Bologna Process) である。現在の参加国は46カ国である。

この合意に基づいて、参加国の大学のカリキュラムや履修単位等を調整するのがチューニング・プロジェクト (The Tuning Project) であり2000年に開始された。医学教育の標準化の検討は The Tuning Project (Medicine) として2004年から始まっている³⁾。

(参考資料)

- 1) <http://www.iime.org/>
- 2) <http://www2.sund.ku.dk/wfme/>
- 3) <http://www.tuning-medicine.com/>

D. 考察

国際標準化の視点から見ると、国際公用語としての英語ではなく日本語で医療専門職者を教育している我が国は、大きなハンディキャップを迫っている。

情報化やEBMの考え方が普及し、また、医療者も患者も国境を越えて移動する現代において、がん医療の均てん化を含め、わが国の医療者教育の質を担保し高めていくには、医療者の教育に関する国際標準化の動向に注目していく必要があるだろう。

E. 結論

がん医療の均てん化など、医療者教育の標準化を進めるにあたっては、これらの教育に関する国際標準化の動きに注目し、積極的に対応していくことが重要である。

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
なし

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
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（がん臨床略研究事業）
分担研究報告書

がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究

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 緩和医療に携わる作業療法士ならびに理学療法士の育成を考えていく場合、卒前の学部教育が重要な意味をもつと考えられる。そこで本年度は、作業療法学・理学療法学専攻の4年生に対して緩和医療に関するアンケート調査を実施し、卒前教育に必要なものが何かを知ることを目的に検討を行った。その結果、在学中に緩和医療について知る機会が少ない現状が明らかになり、今後、緩和医療におけるリハビリテーションについて知るきっかけとなる教育環境を整えていく必要があることが示唆された。

A. 研究目的

理学療法学、作業療法学を学んでいる学部学生（臨床実習を終了した4年生）に対してアンケート調査を実施し、緩和医療に関して学部教育で不足している知識・技術を明らかにすること。

B. 研究方法

広島大学医学部保健学科作業療法学・理学療法学専攻の4年生各30名のうち、同意が得られた学生を対象として、緩和医療に関するアンケート調査を実施した。アンケートには、選択式項目と自由記述式項目を用意した。

質問は、

- ①緩和医療を知っているか
 - ②緩和医療でリハビリテーションは必要であるか
 - ③緩和医療に必要なリハビリテーションには何が挙げられるか
 - ④緩和医療に関する授業は必要か
 - ⑤どのような授業があればよいと思うか
- といった内容が中心であった。

（倫理面への配慮）

本研究は広島大学大学院保健学研究科の倫理審査委員会の承認を得て実施した。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

アンケート回収率は理学療法専攻 43.47%、作業療法学専攻 76.67%で、全体としては62.26%であった。

1) 緩和医療を知っているかの有無

この質問に対しては、「知っている」という回答が51.51%、「言葉だけ知っている」が48.48%と半々程度で、「知らない」との回答はなかった。

2) 緩和医療におけるリハビリテーションの必要性の有無

この質問に対しては、81.8%の学生が、必要であると回答していた。その理由として、
①QOL維持、よりよい最期を迎えるため
②ADL維持、身体機能維持のため
③楽しみや気分転換が出来るため
④疼痛緩和、痛みのコントロールのため
などが、主な理由として挙げられた。

3) 必要と思われるリハビリテーションの内容

この質問で得られた回答内容としては、

- ①ADL維持、身体機能維持
 - ②心理的アプローチ、支援
 - ③趣味活動、楽しみ提供
- が多く挙げられていた。

なお、この質問では、ADL維持と心理的アプローチの回答が回答数全体の67.90%を占めていたが、作業療法学専攻と理学療法学専

攻で回答に少し違いがあった。すなわち作業療法学専攻の学生では、心理的アプローチが最も多く、その他にADL維持以外の回答として、QOL向上、家族支援など心理面へのアプローチ項目が多く挙がっていたが、理学療法学専攻の学生では、ADL維持が最も多く、その他に疼痛緩和、廃用予防など身体面に関する回答が多く見られた。

4) 緩和医療に理学療法士/作業療法士が携わることは難しいと思うかどうか

この質問に対しては「はい」34.38%、「どちらでもない」25.0%、「いいえ」40.63%となり、大きな差は出なかった。「はい」と回答した理由としては、

- ①緩和医療でのリハビリテーションの立場が確立されておらず、立場が弱そう
 - ②終末期でのリハビリテーションに理解を得ることが難しそう
 - ③アプローチに対しての効果が立証されていない
- などがあげられた。

5) 緩和医療に関する授業の必要性

この質問への回答は、70%以上の学生が必要であると回答した。その理由として、

- ①具体的に知らないため、知識として知っておいたほうが良いと思うから
 - ②リハビリテーションが関わっているため、働く上で必要になってくると思うから
 - ③需要が増加してくると思うから
- が多く挙げられ、具体的授業内容としては、
- ①緩和医療に携わっているスタッフの講義
 - ②基礎医学、緩和医療の概要について
 - ③患者や働いているスタッフの映像鑑賞が、上位に挙げられた。

アンケート全体を通じて、緩和医療＝終末期医療と捉えている学生が大半で、終末期ががんの患者を対象としている回答が多く見られた。

D. 考察

今回、広島大学の作業療法学・理学療法学専攻の4年生を対象にしたアンケート結果から、緩和医療に関して「緩和医療＝終末期がん患者を対象とした医療」「心理的支援が重要」という認識を持っている学生が多いことが明らかになった。確かに緩和ケア病棟では終末期がん患者を対象として、QOL向上や心

理的サポートが重点的に行われている。しかし、実際はがんが早期発見され退院していく患者、がんが進行期でもADL維持を目指している患者、進行しつつも自宅復帰を目指している患者など、さまざまながん患者がいるのが現状である。実際のリハビリテーションにおいては、「今の患者さんの状態とがんの状態はどの程度なのかをしっかりと把握する必要がある。時期と患者さんの状態に合わせたアプローチを行っていく必要がある」とあるように、がんが早期発見され自宅退院となれば、在宅復帰に向け福祉用具を利用した環境調整や歩行訓練を行うこともあり、また進行期ではADL維持を行うなど、学生がイメージしている終末期のリハビリテーションとは異なっている。

また、緩和ケア病棟やホスピスだけでなく、一般病棟にもがん患者はおり、リハビリテーションの処方も出ている。現在では一般の総合病院でがん患者に出会う確立は低くないが、学生のアンケート結果からは緩和医療に対して十分な理解が得られていないことが示された。この原因として考えられることは、現在の教育システムでは緩和医療に関する授業が実施されていないことが1つの原因として考えられる。広島大学では緩和医療に関する授業はなく、腫瘍学などがんの基礎医学についての講義もない。また臨床実習で担当する患者の疾患も脳血管障害、整形外科疾患、パーキンソン病などの脳・神経系疾患が多く、実習地もリハビリテーション病院など、実習や見学でがん患者にあう機会が少ない。これは広島大学だけでなく、全国的に見ても理学療法士/作業療法士の養成校では緩和医療の授業が十分でなく、現在の卒前の教育プログラムでは学生が緩和医療について知る機会が少ないのが現状である。

こうした現状を踏まえ、今後、理学療法士/作業療法士が緩和医療の領域で活躍し、役割を確立していくために、まず緩和医療を知るきっかけを養成校として提供することが必要になってくると思われる。そして、卒前教育として緩和医療についての概要、悪性腫瘍についての基礎知識を身につけられる環境を整えていくことが望まれる。そうすることで、緩和医療というものを知ることが出来、在学中に少しでも学んでおくことで、臨床に出てもがんという疾患に対してとりかかりやすくなるのではないと思われる。

しかし、今回の学生へのアンケート調査は広島大学でしか実施できていないため、他大学や専門学校の様子は分かっていない。今回の調査での不十分な部分については、今後さらに広範囲に養成校の教育プログラム状況を調査することで、緩和医療に関する教育状況を把握していく必要があると思われる。

E. 結論

緩和医療においてリハビリテーションに求められている役割や知識を明らかにし、卒前教育として何が必要であるのかを知ることを目的として、作業療法学・理学療法学専攻の学生を対象としたアンケート調査を実施した。その結果、緩和医療にリハビリテーションが必要であると感じている学生が 81.8%いるということが示され、また現在の教育環境では緩和医療について知る機会がないことも明らかとなった。今後、悪性腫瘍や緩和医療の概要について知ることが出来る教育環境を整備していく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. Akechi T, Okamura H, Uchitomi Y, et al: Psychosocial factors and survival after diagnosis of inoperable non-small cell lung cancer. *Psycho-Oncology* 18: 23-29, 2009
2. Fujino N, Okamura H: Factors affecting the sense of burden felt by family members caring for mentally ill patients. *Arch Psychiatr Nurs* 23: 128-137, 2009
3. Niiyama, E, Okamura H, et al: A survey of nurses who experienced trauma in the workplace: influence of coping strategies on traumatic stress. *Stress Health* 25: 3-9, 2009
4. Akechi T, Okamura H, Uchitomi Y, et al: Symptom indicator of severity of depression in cancer patients: a comparison of the DSM-IV criteria with alternative diagnostic criteria. *Gen Hosp Psychiatry* 31: 225-232, 2009
5. Sasahara T, Morita T, Okamura H, 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
6. Yamamoto T, Okamura H, et al: Relationship between awareness (EQS) and attention function (TMT) among patients with schizophrenia. *J Health Sci Hiroshima Univ* 8: 34-38, 2009
7. 三木恵美, 岡村 仁, 他: 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* 28: 48-59, 2009
8. 藤野成美, 岡村 仁, 他: 統合失調症患者の家族介護者における介護経験に伴う苦悩. *日本看護研究学会雑誌* 32: 35-43, 2009
9. 花岡秀明, 岡村 仁, 他: 中高年者における肥満と健康関連QOLの検討—男性と女性の相違に関する一考察. *総合リハ* 37: 1167-1173, 2009
10. 安東由佳子, 岡村 仁, 他: 神経難病患者をケアする看護師における仕事ストレス—尺度の作成—質問項目選定のための検討—. *広島大学保健学ジャーナル* 8: 1-6, 2009
11. 安東由佳子, 岡村 仁, 他: 神経難病患者をケアする看護師におけるバーンアウト因果モデルの作成と検証. *日本看護科学会誌* 29: 3-12, 2009
12. 岡村 仁: うつ病の理解とケア—うつ病に対する精神療法—. *緩和ケア* 19: 225-227, 2009
13. 繁本 梢, 岡村 仁: 高齢がん患者とリハビリテーション. *腫瘍内科* 3: 546-550, 2009
14. 岡村 仁: 病理医が患者さんと会うときに心得ておきたい基礎知識 A. がんと診断を患者に知らせるとき. *病理と臨床* 27: 675-677, 2009
15. 岡村 仁: がん患者のリハビリテーション. *日本精神科病院協会雑誌* 28: 31-35, 2009

学会発表

1. Funaki Y, Okamura H, et al: Effect of a speed feedback therapy system on the frontal cerebral blood flow of elderly persons. A near-infrared spectroscopy (NIRS) study. 6th International

- Congress on Vascular Dementia. Poster Session. 2009. 11, Barcelona, Spain
2. Hirasawa R, Okamura H, et al: Relationship between cognitive functions and balance performance in infirm elderly people. 6th International Congress on Vascular Dementia. Poster Session. 2009. 11, Barcelona, Spain
 3. Kaneko F, Okamura H, et al: Relationship between the response patterns of oxyhemoglobin concentration in the frontal cerebral area by a speed feedback therapy system and cognitive function. 6th International Congress on Vascular Dementia. Poster Session. 2009. 11, Barcelona, Spain

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

緩和ケアの看護教育に関する研究

分担研究者 聖路加国際病院 看護部 高橋美賀子
筑波大学大学院人間総合科学研究科 笹原朋代

研究要旨 本研究は、わが国の都道府県看護協会における緩和ケアに関する継続教育の実態を明らかにすることを目的として行った。対象は、全国 47 都道府県の看護協会の緩和ケアに関する継続教育の担当者とし、自記式質問紙郵送調査により行った。調査内容は、緩和ケアプログラムの有無と内容、緩和ケアの継続教育に関する困難感と望むサポート、背景因子などであった。配布数 47 通のうち有効回答数は 37 通（79%）であった。緩和ケアに関する教育プログラムを実施していると回答した協会は 34（92%）であった。緩和ケアプログラムの時間数の中央値は 15 時間（範囲 3-86 時間）であった。各テーマの実施時間数は「疼痛マネジメント」が最も多かった（中央値 5 時間、範囲 0-20 時間）。担当講師は、認定看護師が最も多く（21~81%）、次いで専門看護師（6~38%）であった。授業形態は、講義が全てのテーマで行われていたが（60~100%）、その他の形態はあまり使われていなかった（0~31%）。緩和ケアに関する教育プログラムを実施している協会は多かったものの、プログラムの内容についてはばらつきが大きかった。今後、包括的かつ系統的な緩和ケア教育プログラムの活用が期待される。

A. 研究目的

平成 19 年に「がん対策基本法」を受けて策定された「がん対策推進基本計画」では、重点課題として緩和医療の充実が挙げられ、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医療従事者の育成が急務となっている。

わが国ではがん看護専門看護師、緩和ケアおよびがん性疼痛看護認定看護師など、緩和ケアに関するスペシャリストの育成が早くから行われ、現在では合わせて 1277 名が登録し活動している。しかし、患者・家族に質の高い緩和ケアを提供していくためには、スペシャリストだけでなく、臨床において看護の中核的な役割を果たしているジェネラリストの育成も合わせて行うことが必要である。

各都道府県看護協会は各医療施設とともに、看護師の継続教育の実施・推進、つまりジェネラリストの育成のために重要な役割を持つ。そのため各都道府県看護協会が、看護師に対し緩和ケアの教育をどのように行っているのかを把握することは重要である。看護師の緩和ケアの継続教育に関する

現状が明らかになることで改善点を見出すことができ、緩和ケアの継続教育のよりよいあり方を検討することが可能となる。したがって本調査は、わが国の都道府県看護協会における緩和ケアに関する継続教育の実態を明らかにすることを目的として行った。

B. 研究方法

対象は全国 47 都道府県の看護協会の緩和ケアに関する継続教育の担当者とし、調査方法は、無記名の自記式質問紙郵送調査を行った。調査内容は 1) 緩和ケアプログラムの有無と内容、2) 緩和ケアプログラムの詳細、3) 緩和ケアの継続教育に関する困難感と望むサポート 4) 背景因子（看護師、がん看護領域、緩和ケア領域、教育担当者としての経験年数など）とした。調査趣旨に関する説明書および調査票を事務局から郵送し、事務局あてに返送を依頼した。期間は 2009 年 6~7 月であった。解析方法は各項目について記述統計を行った。

倫理的配慮については、調査主旨に関する