

あてはまらない	ない	あまりあてはまらない	い どちらともいえない	ややあてはまる	あてはまる
---------	----	------------	----------------	---------	-------

【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】

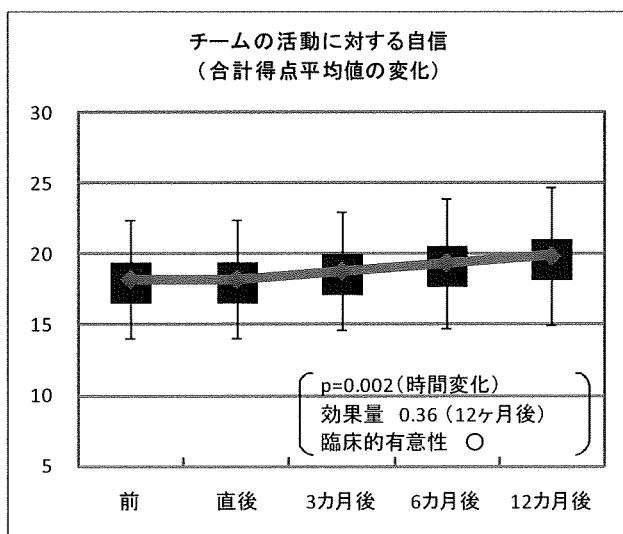
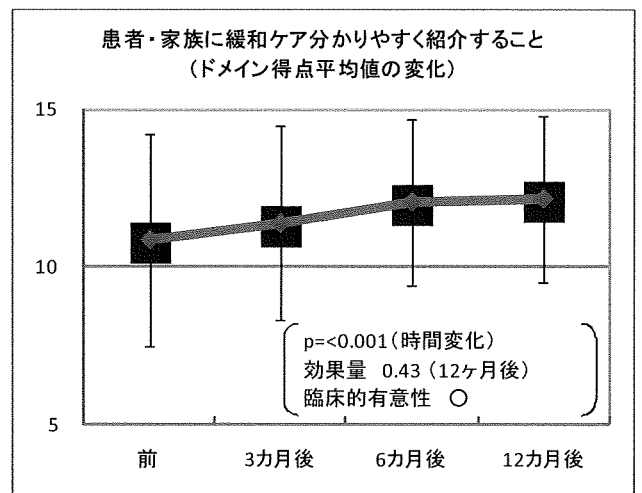
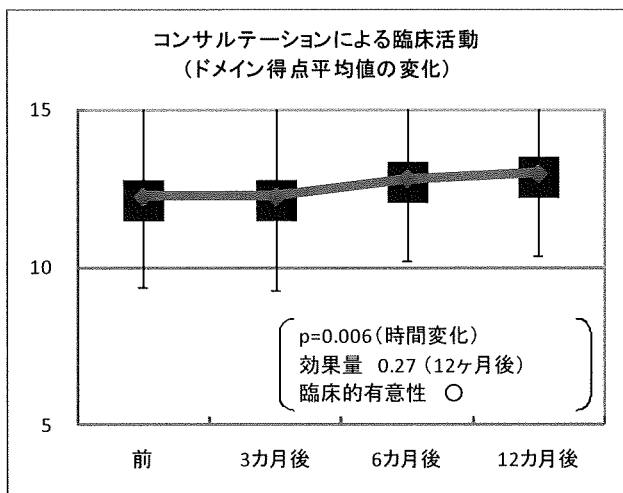
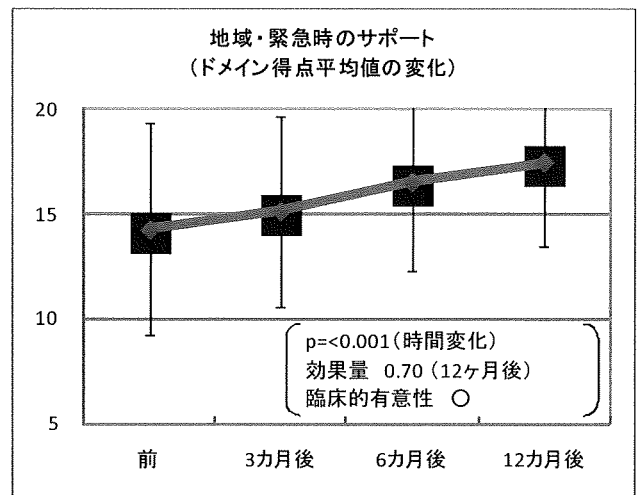
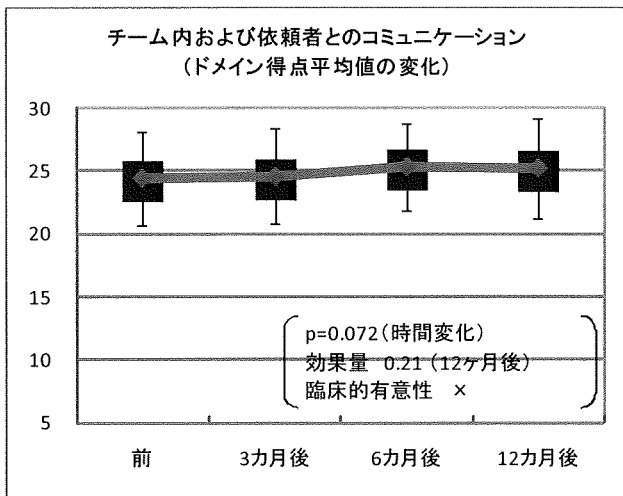
○ 外来や化学療法室などの患者の目に付きやすい場所に、緩和ケアに関するパンフレットなどを設置している	1	2	3	4	5
○ 緩和ケアチームの受診方法について、患者・家族に分かりやすく案内している	1	2	3	4	5
○ 緩和ケアチームの活動をパンフレットやポスター、ホームページなどで患者や家族に分かりやすく案内している	1	2	3	4	5

2) 緩和ケアチームの活動に対する自信評価尺度

全くそう思わない	い	あまりそう思わない	ある程度そう思う	かなりそう思う	非常にそう思う
----------	---	-----------	----------	---------	---------

○ 緩和ケアチーム内で円滑にコミュニケーションがとれている自信がある	1	2	3	4	5
○ 依頼者と円滑にコミュニケーションがとれている自信がある	1	2	3	4	5
○ 地域および、緊急時の緩和ケアについてサポートをする体制がとれている自信がある	1	2	3	4	5
○ コンサルテーションによる臨床活動をしっかりと行えている自信がある	1	2	3	4	5
○ 患者・家族に緩和ケアを分かりやすく紹介する体制がとれている自信がある	1	2	3	4	5
○ 緩和ケアチームの一員として活動することに自信がある	1	2	3	4	5

別添 2



厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
総合研究報告書

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。平成19年度から平成21年度の研究成果は各々以下のとおりである。

平成19年度に開催した緩和ケアチーム研修会をもとに、毎年研究者間の討議により各年度研修会のプログラムを更新した。緩和ケアチーム研修会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7～8セッションで構成し、年4回を東京、大阪などで開催した。平成21年度からは中級、初級にわけて開催した。毎回15～16施設60～64名のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームメンバーが参加した。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、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、平成19年度より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プログラムを開発する。
2. 全国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。

#### B. 研究方法

1. 緩和ケアチーム研修会プログラムの開発  
平成19年度は1日型のプログラムを開発した。（表1）

表1

プログラム内容	時間
Key Note Speech	15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

困難なコンサルテーションへの対応（グループワーク・ロールプレイ）	110分
緩和ケアチーム活動の実際（講義）	40分
緩和ケアチーム 明日への課題（グループワーク）	100分

平成20年度は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プログラムは2日間とした。平成21年度は、本プログラムを中級用とした。内容は表2のとおりであった。

表2

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

平成20年度の緩和ケアチーム研修会プログラムを中級とし、それをもとに、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日間で構成され、内容は表3の通りであった。

表3

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や職種や臨床経験に関する個人背景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、参加者は平成19年度230名、平成20年度248名、平成21年度252名が研修会に参加した。
- 2、国立がんセンターとの共催により、11回、研究班で1回（平成19年度）合計12回を開催した。

### 3、研修会の評価

平成 19 年度は、医師 78 名、看護師 64 名、薬剤師 54 名、心理士 20 名がアンケートに回答した。(回収率 98%) 緩和ケアチームでの活動割合は、通常業務の 8 割以上が 31 名 (13%) 4 割～7 割が 24 名 (11%) 2 割～4 割が 40 名 (18%)、2 割以下が 131 名 (58%) であった。研修会に対する満足度は、95% がやや満足もしくは、満足と回答していた。(別添 1)

平成 20 年度は、身体医師 60 名、精神医師 59 名、看護師 59 名、薬剤師 62 名がアンケートに回答した。(回収率 97%) 緩和ケアチームでの活動割合は、通常業務の 8 割以上が 28 名 (12%)、5 割から 8 割が 9 名 (3%)、4 分の 1 以下が 158 名 (66%) であった。研修会に対する満足度は、97% がやや満足もしくは満足と回答していた。(別添 2)

平成 21 年度は、身体医師 62 名、精神医師 61 名、看護師 61 名、薬剤師 62 名がアンケートに回答した。(回収率 98%) 緩和ケアチームでの活動割合は、通常業務の 8 割以上が中級研修会では、64 名中 21 名 (33%) であるのに対し、初級研修会では、246 名中 21 名 (11%) であった。研修会の満足度は、97% がやや満足もしくは満足と回答していた。(別添 3)

#### (5) 各年度ともに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

### D. 考察

緩和ケアチームの質の向上を目的とし、平成 19 年度から緩和ケアチーム研修会の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とした研修会を開催した。平成 21 年度には、参加者の活動状況に適應可能な、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に至つた。参加者による各研修会の評価は、非常に高かつた。よつて、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、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)の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、非常に高かつた。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
- 4、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
- 5、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、2009

6、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ー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 (%)	各セッションの評価	人数	割合 (%)	セッション全体の評価	人数	割合 (%)
職種			緩和ケア概論(講義)			セッション全体として		
身体担当医師	16	25	すごく役立つ	15	24	すごく役立つ	33	52
精神担当医師	16	25	まあ役立つ	40	63	まあ役立つ	24	38
看護師	15	24	あまり役立つたない	3	5	あまり役立つたない	2	3
薬剤師	16	25	役立つたない	0	0	役立つたない	0	0
臨床経験年数			緩和ケアチームの抱える問題点			セッション全体として		
1-4	4	6	すごく役立つ	38	60	セッション全体の評価		
5-9	13	21	まあ役立つ	24	38	セッション全体の評価		
10-19	28	44	あまり役立つたない	0	0	セッション全体の評価		
20-29	14	22	役立つたない	0	0	セッション全体の評価		
30以上	2	3	役立つたない	0	0	セッション全体の評価		
PCTメンバーとしての活動年数			分科会			セッション全体の評価		
0	2	3	すごく役立つ	37	59	セッション全体の評価		
2未満	27	43	まあ役立つ	19	30	セッション全体の評価		
2-4未満	21	33	あまり役立つたない	5	8	セッション全体の評価		
4-6未満	8	13	役立つたない	0	0	セッション全体の評価		
6-8未満	2	3	役立つたない	0	0	セッション全体の評価		
8-10未満	1	2	役立つたない	0	0	セッション全体の評価		
PCTでの活動体制			コンサルテーションを見直ししてみよう			セッション全体の評価		
専従	24	38	すごく役立つ	37	59	セッション全体の評価		
専任	13	21	まあ役立つ	25	40	セッション全体の評価		
兼任	25	40	あまり役立つたない	1	2	セッション全体の評価		
活動していない	0	0	役立つたない	0	0	セッション全体の評価		
業務の何%をPCTの仕事にあてているか			緩和ケアを地域で展開するために			セッション全体の評価		
0	1	2	すごく役立つ	26	41	セッション全体の評価		
1-25	21	33	まあ役立つ	32	51	セッション全体の評価		
26-50	11	17	あまり役立つたない	4	6	セッション全体の評価		
51-75	8	13	役立つたない	0	0	セッション全体の評価		
76-100	21	33	役立つたない	0	0	セッション全体の評価		
研修会全体の評価			研修会全体の評価			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	研修会全体の評価		
まあ勧める	23	37	まあ勧める	23	37	研修会全体の評価		
あまり勧めない	1	2	あまり勧めない	1	2	研修会全体の評価		
勧めない	0	0	勧めない	0	0	研修会全体の評価		
総合評価			満足	37	59	総合評価		
まあ満足	25	40	まあ満足	25	40	総合評価		
あまり満足していない	1	2	あまり満足していない	1	2	総合評価		
不満足	0	0	不満足	0	0	総合評価		



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 (%)	各セッションの評価 Key Note Speech (研修会説明)	人数	割合 (%)	セッション全体の評価 セッション全体として	人数	割合 (%)
職種								
身体担当医師	15	26	すごく役立つ	11	19	すごく役立つ	33	57
精神担当医師	14	24	まあ役立つ	43	74	まあ役立つ	24	41
看護師	14	24	あまり役立たない	3	5	あまり役立たない	0	0
薬剤師	15	26	役立たない	0	0	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	5	9	すごく役立つ	13	22	セッション全体の評価		
5-9	9	16	まあ役立つ	41	71	セッション全体の評価		
10-19	22	38	あまり役立たない	4	7	セッション全体の評価		
20-29	20	34	役立たない	0	0	セッション全体の評価		
30以上	2	3	役立たない			セッション全体の評価		
PCTメンバーとしての活動年数			分科会			セッション全体の評価		
0	1	2	すごく役立つ	28	48	セッション全体の評価		
2未満	28	48	まあ役立つ	28	48	セッション全体の評価		
2-4未満	16	28	あまり役立たない	2	3	セッション全体の評価		
4-6未満	7	12	役立たない	0	0	セッション全体の評価		
8-10未満	4	7	すごく役立つ			セッション全体の評価		
10以上	2	3	まあ役立つ			セッション全体の評価		
PCTでの活動体制			包括的アセスメント			セッション全体の評価		
専従	5	9	すごく役立つ	30	52	セッション全体の評価		
専任	3	5	まあ役立つ	26	45	セッション全体の評価		
兼任	45	78	あまり役立たない	2	3	セッション全体の評価		
活動していない	3	5	役立たない	0	0	セッション全体の評価		
業務の何%をPCTの仕事にあてているか			コンサルテーションを見直してみよう			セッション全体の評価		
0	1	2	すごく役立つ	41	71	セッション全体の評価		
1-25	41	71	まあ役立つ	17	29	セッション全体の評価		
26-50	9	16	あまり役立たない	0	0	セッション全体の評価		
51-75	1	2	役立たない	0	0	セッション全体の評価		
76-100	5	9	役立たない	0	0	セッション全体の評価		
			緩和ケアチーム 明日への課題			セッション全体の評価		
			すごく役立つ	41	71	セッション全体の評価		
			まあ役立つ	17	29	セッション全体の評価		
			あまり役立たない	0	0	セッション全体の評価		
			役立たない	0	0	セッション全体の評価		
			セッション全体の評価			セッション全体の評価		
			同じ立場の人に同様の研修会を勧めるかどうか			セッション全体の評価		
			必ず勧める	24	41	セッション全体の評価		
			まあ勧める	33	57	セッション全体の評価		
			あまり勧めない	1	2	セッション全体の評価		
			勧めない	0	0	セッション全体の評価		
			総合評価			セッション全体の評価		
			満足	32	55	セッション全体の評価		
			まあ満足	26	45	セッション全体の評価		
			あまり満足していない	0	0	セッション全体の評価		
			不満足	0	0	セッション全体の評価		

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 職種	人数	割合(%)
身体担当医師	15	24
精神担当医師	16	26
看護師	16	26
薬剤師	15	24
臨床経験年数		
1-4	2	3
5-9	13	21
10-19	23	37
20-29	22	35
30以上	2	3
PCTメンバーとしての活動年数		
0	5	8
2未満	18	29
2-4未満	37	60
4-6未満	2	3
6-8未満	0	0
8以上	0	0
PCTでの活動体制		
専従	11	18
専任	9	15
兼任	41	66
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	36	58
26-50	8	13
51-75	7	11
76-100	9	15

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	21	34
まあ役立つ	39	63
あまり役立たない	2	3
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	26	42
まあ役立つ	31	50
あまり役立たない	5	8
役立たない	0	0
分科会		
すごく役立つ	45	73
まあ役立つ	15	24
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	48	77
まあ役立つ	12	19
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	46	74
まあ役立つ	14	23
あまり役立たない	1	2
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	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		
非常に良かった	50	81
まあ良かった	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		
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(%)	各セッションの評価	人数	割合(%)	セッション全体の評価	人数	割合(%)
職種			Key Note Speech (研修会説明)			セッション全体として		
身体担当医師	16	25	すごく役立つ	16	25	すごく役立つ	41	65
精神担当医師	15	24	まあ役立つ	44	70	まあ役立つ	17	27
看護師	16	25	あまり役立たない	3	5	あまり役立たない	0	0
薬剤師	16	25	役立たない	0	0	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			セッション全体の評価		
1-4	2	3	すごく役立つ	29	46	セッション全体として		
5-9	11	17	まあ役立つ	31	49	セッション全体として		
10-19	29	46	あまり役立たない	3	5	セッション全体として		
20-29	15	24	役立たない	0	0	セッション全体として		
30以上	4	6	分科会			セッション全体として		
PCTメンバーとしての活動年数			すごく役立つ	36	57	セッション全体として		
0	2	3	まあ役立つ	26	41	セッション全体として		
2未満	22	35	あまり役立たない	0	0	セッション全体として		
2-4未満	33	52	役立たない	1	2	セッション全体として		
4-6未満	4	6	包括的アセスメント			セッション全体として		
6-8未満	1	2	すごく役立つ	44	70	セッション全体として		
8以上	0	0	まあ役立つ	17	27	セッション全体として		
PCTでの活動体制			あまり役立たない	2	3	セッション全体として		
専従	8	13	役立たない	0	0	セッション全体として		
専任	4	6	コンサルテーションを見直してみよう			セッション全体として		
兼任	48	76	すごく役立つ	48	76	セッション全体として		
活動していない	1	2	まあ役立つ	15	24	セッション全体として		
業務の何%をPCTの仕事にあてているか			あまり役立たない	0	0	セッション全体として		
0	1	2	役立たない	0	0	セッション全体として		
1-25	42	67	緩和ケアチーム 明日への課題			セッション全体として		
26-50	10	16	すごく役立つ	44	70	セッション全体として		
51-75	1	2	まあ役立つ	15	24	セッション全体として		
76-100	7	11	あまり役立たない	0	0	セッション全体として		
			役立たない	0	0	セッション全体として		
			研修会全体の評価			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			研修会全体の評価		
			必ず勧める	35	56	研修会全体の評価		
			まあ勧める	28	44	研修会全体の評価		
			あまり勧めない	0	0	研修会全体の評価		
			勧めない	0	0	研修会全体の評価		
			総合評価			総合評価		
			満足	38	60	総合評価		
			まあ満足	24	38	総合評価		
			あまり満足していない	0	0	総合評価		
			不満足	0	0	総合評価		

職種	東京			大阪			浜松			福岡		
医師	22	25	16	25	16	25	16	25	16	25	16	25
看護師	16	13	21	13	21	14	21	14	21	14	21	14
薬剤師	14	14	12	14	12	14	12	14	12	14	12	14
心理士	5	3	9	3	9	3	9	3	9	3	9	3
活動状況	80~100%	7	7	8	8	9	8	9	8	9	8	9
	60~79%	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	40~59%	5	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	20~39%	9	11	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	0~19%	33	30	36	36	32	36	32	36	32	36	32
満足度	満足	33	31	37	37	35	37	35	37	35	37	35
	まあ満足	22	21	19	19	17	19	17	19	17	19	17
	あまり満足していない	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2
	不満足	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0

職種	東京			大阪			広島			合計		
身体医師	14	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	60
精神医師	14	14	16	14	16	15	16	14	16	15	16	59
看護師	15	15	14	15	14	15	14	15	14	15	16	59
薬剤師	15	15	16	15	16	15	16	15	16	16	16	62
心理士												
活動状況	80~100%	4	10	5	5	9	5	9	5	9	9	28
	50~79%	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	9
	26~50%	8	9	13	13	13	13	13	13	13	13	43
	0~25%	43	35	42	42	38	42	38	42	38	42	158
満足度	満足	27	29	47	47	39	47	39	47	39	47	142
	まあ満足	31	26	15	15	20	15	20	15	20	15	92
	あまり満足していない	0	2	1	1	2	1	2	1	2	2	5
	不満足	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1

職種	東京(中級)			大阪(基礎)			福岡(基礎)			東京(基礎)		
身体医師	16	15	15	15	15	16	15	15	15	16	15	16
精神医師	16	14	16	14	16	15	16	14	16	15	16	15
看護師	15	14	16	14	16	16	16	14	16	16	16	16
薬剤師	16	15	15	15	15	16	15	15	15	16	15	16
心理士												
活動状況	80~100%	21	5	9	9	7	9	9	9	7	9	7
	50~79%	8	1	7	7	1	7	7	7	1	7	1
	26~50%	11	9	8	8	10	8	8	8	10	8	10
	0~25%	22	42	37	37	42	37	42	37	42	37	42
満足度	満足	37	32	47	47	38	47	38	47	38	47	38
	まあ満足	25	26	13	13	24	13	24	13	24	13	24
	あまり満足していない	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0
	不満足	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0

緩和ケアチームの教育に関する研究

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には、1990年代から顕著になった医学教育の改革の基礎にある、学習観・学習理論について認識しておくことが有用と思われる。教育の諸課題に対応するには、恣意的な解釈や経験だけでは不十分であり、また、理論ばかりで実践を伴わない評論家的な議論では、現場の問題を解決できない。教育学の理論や概念は、統一的な原理や原則に基づいているわけではなく、多様で時代とともに変化している。現場での困難や疑問をもとに理論や概念を検討する活動がますます重要になるだろう。

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、医学教育の改革の基礎にある学習観・学習理論について検討する。

B. 研究方法

医学教育の改革の基礎にある学習観・学習理論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。

C. 研究結果

最近の医学教育で注目され参考にされることの多い学習観や学習理論を列挙する。

(1) 構成主義的学習観

欧米で始まった医学教育の研究が日本にも輸入され始めたのは、1960年代である。当時は、主観的だった心理学に対する批判から、客観的に観察できる行動に焦点を当てた行動主義 (behaviorism) 的な心理学が提唱されていた。教育学の領域でも、学習を行動の変化であるとして、細分化した行動で学習目標を記述する行動主義的学習観が広まった。この学習感や学習目標の記述方法は、職業訓練的な学習が多い医学教育には適用しやすく、特に日本国内で広く用いられている<sup>1)</sup>。

その後、学習とは知識を取り入れて頭の中に貯蔵することではなく自ら再構成する過程であり、取り入れた情報はすでに獲得している知識と関連付けて解釈され理解される、という構成主義的 (constructivism) 学習観が広

まった。さらには、知識の再構成は、学習者個人で行うのではなく、社会的相互作用を通して行われるという、社会構成主義 (social constructivism) の概念が、学習観の主流になっている。<sup>2)</sup>

(2) 認知的徒弟制度

社会構成主義的な学習観に基づいた学習過程として認知徒弟制 (Cognitive Apprenticeship) が注目されている。これは、徒弟制の職人の見習い修業を研究して得られた、modeling, coaching, scaffolding, fading の四段階からなる学習と指導のモデルである。知識を実際に利用できるようになるためには、学校や教室という、現実から切り離された (脱文脈化された) 環境ではなく、実際の現場で学ぶこと (状況に埋め込まれた学習) が効果的であることが示されている。<sup>3)</sup>参加型臨床実習の重要性は、このような学習理論と関連付けると理解しやすい。また、PBL-tutorial や team-based learning など、シナリオや症例を教材に用いる学習の利点や限界を考える上でも参考になる視点である。

(3) 省察に基づく実践

専門職 (profession) という言葉はその語源において「神の宣託」(profess) を受けた者を意味しており、高度な教育を受けた医学、神学、法学の領域についてのみ用いられていた。そしてこの神の宣託による呪術を科学と技術に置き換えて登場したのが、近代の専門職である。それは「技術的合理性 (technical rationality)」を根本原理として成立している「技術的熟達者 (technical expert)」であ

り、その実践は科学技術の合理的適応であるという<sup>4)</sup>。

この近代の専門家像に対して、ドナルド・ショーンが提示した新たな現代の専門家像が、「反省的実践家 (reflective practitioner)」である。ショーンによれば、それはクライアントと共に格闘しながら「行為の中の省察 (reflection in action)」を繰り返すことにより複合的な問題に立ち向かうものである<sup>4)</sup>。

この専門家像が日本の医学教育関係者に広まりつつある<sup>5)</sup>。

(参考資料)

- 1) 日本医学教育学会 FD 小委員会：目標。医療プロフェッショナル ワークショップガイド 22-39, 篠原出版新社 (東京) 2008
- 2) 佐藤学：授業と学習＝意味と関係の再構築へ。教育方法学 63-79, 岩波書店 (東京) 1996
- 3) ジーン・レイブ、エティエンヌ・ウエンガー：正統的周辺参加。状況に埋め込まれた学習 1-20, 産業図書 (東京) 1993
- 4) 佐藤学：専門家像の転換-反省的実践家へ。専門家の知恵 1-11, ゆみる出版 (東京) 2001
- 5) 佐藤学：専門家教育における専門家像とカリキュラムの再構築-医学教育への提言-。医学教育 36(補冊):14, 2005

#### D. 考察

教育学の理論や概念は、統一的な原理や原則に基づいているわけではなく、多様で時代とともに変化している。

医学教育学は教育学の一分野であり、教育学の理論や手法の多くは、医療者教育にも適用可能で有用である。たとえば成人学習論(アンドラゴジー: Andragogy)などは、以前から医学教育でも他の領域の教育でも盛んに用いられている。

近年の医学教育改革の流れは、日本から始まったものではなく、海外では、更に大きな改革が進行している。こうした動向の背景には、大学に社会が求める役割の変化や、医学や医療の変化がある。

医療者教育の改革を進めるには、現場での困難や疑問をもとに理論や概念を検討する研究がますます重要になるだろう。

#### E. 結論

医学教育の改革の基礎にある学習観・学習

理論等についてを検討し、「構成主義的学習観」「認知的徒弟制度」「省察に基づく実践」について報告した。

#### 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  
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）  
総合研究報告書

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 緩和医療に携わる理学・作業療法士のための教育・育成プログラムを作成することを最終目標とし、①緩和医療におけるリハビリテーションの役割、および理学療法士や作業療法士に求められる知識や教育内容を明らかにすること、②卒前教育に必要なものが何かを知ることが目的に検討を行った。①については、緩和医療に携わっている医師6名、看護師2名の計8名を1グループとしたフォーカスグループインタビューを行った。インタビュー内容の逐語録を作成し、カテゴリー抽出を行ったところ、理学／作業療法士を必要とする場面や期待する内容として3項目、理学／作業療法士に求める知識・技術として4項目、理学／作業療法士への教育に必要なこととして2項目が抽出された。②については、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が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った。今後は本調査をもとに、がん患者に対するリハビリテーションプログラムの普及・開発に向けた戦略を検討するとともに、理学療法士や作業療法士に対する教育、さらには緩和医療に関する卒前教育の整備を図る必要があることが示唆された。

#### A. 研究目的

2004年、厚生労働省は「第三次対がん10ヵ年総合戦略」を開始し、重点項目として、「がん患者等の生活の質（QOL）の向上」をとりあげた。具体的には、1) 機能温存・機能再建療法の開発や緩和医療技術の開発を進め、がん患者の苦しみの軽減を目指す治療等の普及を図ること、2) 末期がん患者は精神的な面で支援が必要なことから、QOLの向上を図るため全国的に緩和医療の提供できる体制を整備することが重要課題となっている。したがって、心身機能を含めた病状からの回復、さらには終末期への対応として、リハビリテーションの重要性がますます高まってくると考えられる。

しかし、適切なリハビリテーションを提供するために不可欠である理学療法士や作業療法士などの専門職種が、がん医療の中で積極的な役割を果たしている施設はいまだ少なく、また緩和医療においてそれら専門職種が具体的にどのような役割を担うのかは明らかになっていない。そこで今回、がん診療拠点病院を中心とした活動性の高い緩和ケアチームの医師、看護師を対象としたフォーカスグループ

インタビューを行うことにより、緩和ケアチームの診療において理学療法士や作業療法士に求められる能力を明らかにしたいと考えた。さらに、理学療法士や作業療法士になるための卒前の学部教育も重要な意味をもつと考えられることから、現在の緩和医療に関する卒前教育の現状と問題点を明らかにすることを試みた。

本研究の目的は、①緩和ケアチームの医師・看護師が考える緩和医療におけるリハビリテーションの役割を知ること、さらに②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により、リハビリテーションプログラムに反映させることである。

#### B. 研究方法

##### 【目的①について】

##### 1) 対象の選定

緩和ケアチーム（Palliative Care Team：以下 PCT）で一定の活動経験のある者の中から、

・日本緩和医療学会緩和ケアチーム登録デー

タ(2006.12)から、2005年12月までに緩和ケア診療加算を算定開始した施設を同定した。

- ・このうち、依頼件数が2006年度に100件以上の施設を同定した。
- ・身体症状担当医師、看護師、精神症状担当医師については、該当する施設の中から、PCTでの活動年数が2年以上の協力してくれる者に縁故法にて依頼を行った。

### 2) フォーカスグループインタビューの方法

- ・インタビューは、別に定めるインタビューガイドを参照しながら以下の項目を中心に半構成的に実施した。
  - ①理学療法士や作業療法士を必要とする場面・状況
  - ②理学療法士や作業療法士に行ってほしいこと
  - ③理学療法士や作業療法士に求める知識
  - ④理学療法士や作業療法士に望むこと
  - ⑤理学療法士や作業療法士に望まないこと
- ・インタビュー時間は90分間とした。

### 3) 分析の概略

- ・インタビューから逐語録を作成した。
- ・逐語録を各対象者に配布し、内容の補足修正の有無を確認した。
- ・逐語録の内容を上記の項目に沿って質的内容分析にて分析し、カテゴリーを作成した。

#### (倫理面への配慮)

研究開始時に、参加者全員に対し調査および倫理事項に関する説明を行い研究参加の同意を書面にて得た。

#### 【目的②について】

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

#### 【目的①について】

1) 理学/作業療法士を必要とする場面や行ってほしいと思うこと

##### ①日常生活活動(ADL)の評価・維持

- ・トイレまで歩きたいという要求が患者からあった時のアプローチ
- ・骨転移のある患者に対してどの程度の荷重をかけてよいかの評価、あるいはどのような動き方をすればADLを維持できるかについての示唆
- ・痛みや倦怠感といった身体症状に対する評価、リハビリテーションを利用した補助的アプローチ

##### ②終末期患者のQOLの維持・向上

- ・スピリチュアルケアをはじめとする精神的ケア
- ・作業を用いたQOL向上のためのリハビリテーションアプローチ

##### ③スムーズな在宅ケアへの移行

- ・在宅の構造や患者の評価  
そのための、家族の意見や希望、家族の能力がどの程度あるかどうかの評価
- ・ADL介助のための評価

2) 理学/作業療法士に求める知識・技術

##### ①悪性腫瘍に関する基本的な知識

- ・基本的データの理解
- ・死に対する理解、教育

##### ②緩和ケアの基本的・全般的な知識

##### ③悪性腫瘍を含めた致命的疾患を抱えた患者の心理的理解とサポート技術

##### ④コミュニケーションスキルの向上

3) 理学/作業療法士への教育に必要なこと

##### ①チーム入って一緒に活動できる実践プログラム

##### ②インターネットを活用した教育プログラム



## 【目的②について】

### 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の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、終末期がんの患者を対象としている回答が多く見られた。

## D. 考察

本検討結果より、緩和医療において理学療法や作業療法には、ADLの維持・向上、QOLの維持・向上、在宅ケアへのスムーズな移行が期待されていることが示された。これは、我々ががん患者に対するリハビリテーションの実態を知ることが目的に行った、全国1045施設を対象にした調査結果とほぼ同様のものであった。これらの結果から、緩和医療において、リハビリテーションへの期待は大きいと思われる。しかし、リハビリテーションを提供するために不可欠である理学療法士や作業療法士が、がん医療の中で積極的な役割を果たしている施設はいまだ少なく、また緩和医療においてそれら専門職種が具体的にどのような役割を担うのかは明らかになっていない。その理由として、理学療法士や作業療法士にどのような知識が必要で、どのような教育を行えばよいか明らかでないことがあると考え、今回のグループインタビューの中でその話題を取り上げた。その結果、まず悪性腫瘍や緩和医療に対する基本的な知識を学ぶ必要性が示された。現在の理学療法士や作業療法士の卒前教育において、悪性腫瘍や緩和医療に対する授業科目を設けている施設は皆無といえる。しかし、臨床の現場で悪性腫瘍患者のリハビリテーションに関わる可能性は極めて高い。

こうした現状を踏まえ、今回のインタビュー結果でも示されたように、卒後教育の中で、チーム入って一緒に活動できる実践プログラムや、インターネットを活用した教育プログ

ラムの整備を早急に行っていく必要があると思われる。また、コミュニケーションスキルの向上や、患者の心理的理解やサポート技術を求められていることが明らかとなった。こうした技術はリハビリテーション領域のみで必要なものではないが、やはり理学療法士や作業療法士の卒前教育では不十分なこうした教育を、卒後の研修等に取り入れていくことが重要であると思われる。

一方、卒前の学部教育に関する調査を行った本結果から、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。しかし現実には、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率は低くないが、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。多くの大学では緩和医療に関しての授業はなく、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。このように、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かとと思われる。

#### E. 結論

緩和医療に携わっている医師や看護師を対象としたグループインタビューの結果から、緩和医療における理学療法や作業療法の必要

性や有用性が明らかになるとともに、理学療法士や作業療法士に求められる知識、そのために必要な教育に関する示唆が得られた。さらに、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%いるものの、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。本調査結果をもとに、がん患者に対するリハビリテーションプログラムの普及・開発に向けた戦略を検討するとともに、理学療法士や作業療法士に対する卒前・卒後の教育の整備を図る必要があると考えられた。

#### 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の検討ー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ー尺度の作成ー質問項目選定のための検討ー. 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ーうつ病に対する精神療法ー. 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. がんとという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
16. 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
17. 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
18. Shingu N, Fujita S, Okamura H: Factors associated with the somatic sensation of inpatients with schizophrenia. Occup Ther Ment Health 24: 31-45, 2008
19. 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
20. 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
21. Ishikawa Y, Okamura H: Factors that impede the discharge of long-term schizophrenic inpatients. Scand J Occup Ther 15: 230-235, 2008
22. 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
23. 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
24. 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
25. 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の分析. 日本看護科学会誌 28: 46-54, 2008
26. 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
27. 岡村 仁: サイコオン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
28. 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
29. Shigemoto K, Abe K, Kaneko F, Okamura H: Assessment of degree of satisfaction of cancer patients and their families with rehabilitation and factors associated with it - results of a Japanese population. Disabil Rehabil 29: 437-444, 2007
30. Ozono S, Saeki T, Mantani T, Ogata A, Okamura H, Yamawaki S: Factors

- related to posttraumatic stress in adolescent survivors of childhood cancer and their parents. Support Care Cancer 15: 309-317, 2007
31. 藤野成美, 岡村 仁: 精神障害者の家族介護者における介護の肯定的認識とその関連要因. 臨床精神医学 36: 781-788, 2007
  32. 藤野成美, 脇崎裕子, 岡村 仁: 精神科における長期入院患者の苦悩. 日本看護研究学会雑誌 30: 87-95, 2007
  33. Mantani T, Saeki T, Inoue S, Okamura H, Daino M, Kataoka T, Yamawaki S: Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands: role of alexithymia and family functioning. Support Care Cancer 15: 859-868, 2007
  34. Watanabe Y, Kaneko F, Hanaoka H, Okamura H: Depression and associated factors in residents of a health care institution for the elderly. Phys Occup Ther Geriatr 26: 29-41, 2007
  35. 大谷道明, 岡村 仁: 高齢者の運動療法の効果と限界: 高齢者の認知機能と運動療法. PTジャーナル 41: 47-52, 2007
  36. 大谷道明, 岡村 仁, 和久美恵, 大橋恭彦, 真名 将: 慢性期脳卒中者の認知症に対するアプローチ. PTジャーナル 41: 269-275, 2007
  37. 岡村 仁: がん患者のリハビリテーション. 腫瘍内科 1: 420-426, 2007
  38. 岡村 仁: 悪性腫瘍の遠隔効果“paraneoplastic syndrome”に関する最近の知見. 総合病院精神医学 19: 348-352, 2007
- 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. 6<sup>th</sup> International Congress on Vascular Dementia. Poster Session. 2009. 11, Barcelona, Spain
  4. Endo K, Okamura H, et al: Does acute dynamic exercise improve brain cognitive function in humans? San Diego, California. Poster Session. 2008. 4, San Diego, USA
  5. Ueno K, Okamura H: 10th World Congress of Psycho-Oncology. Differences of nurses' understanding of palliative care in hospitals. Poster Session. 2008. 6, Madrid, Spain
  6. Ozono S, Okamura H, et al: Psychological impact of hospitalization for parents of childhood cancer patients. 10th World Congress of Psycho-Oncology. Poster Session. 2008. 6, Madrid, 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。

#### 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. 6<sup>th</sup> 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. 6<sup>th</sup>