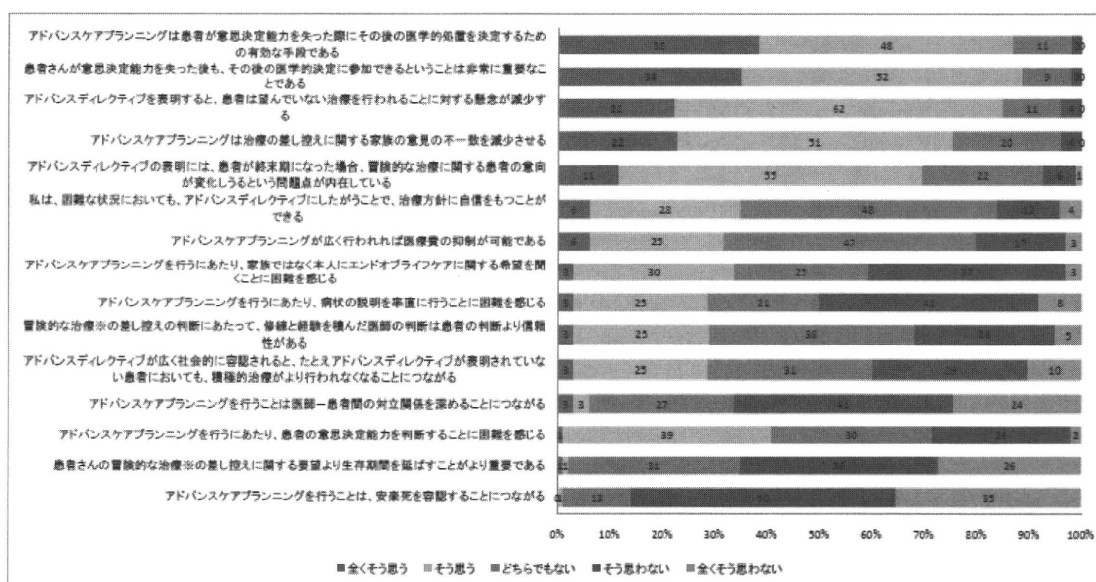


図6. ホスピス緩和ケア病棟に勤務する医師のアドバンスケアプランニングに関する認識



本研究によって明らかになったことは以下の4つである；①ホスピス・緩和ケア受診時の意思決定の状況、②ホスピス緩和ケア初診時およびホスピス・緩和ケア病棟における ACP の現状、③ホスピス・緩和ケア病棟における DNAR オーダーの状況、④ホスピス緩和ケア病棟に勤務する医師の ACP に関する行動および意向。各々に考察を述べる。

1) ホスピス・緩和ケア受診の意思決定の状況

ホスピス緩和ケア病棟の初診時に、患者の同意が得られていないケースが約 20%で見られ、また患者・家族間および患者・医療者間でケアの目標が共有できていないケースが 10-20%で見られた。本結果より、多くの患者は患者自身の同意のもとホスピス・緩和ケア病棟に入院するが、約 2 割の患者は、意思決定能力の低下などの理由により、家族や重要他者の意向によって緩和ケアを初診しているケースがあるものと考えられる。このような患者のケアについては、本人の意向に沿った医療が実施できていない可能性もあり、事前にどんなケアを受けたいかを聞いておくことにより、この問題は解決できる可能性がある。

2) ホスピス・緩和ケア初診時およびホスピス・緩和ケア病棟における ACP の現状

ホスピス緩和ケア病棟における ACP は十分に行われているとは言えず、ケアの目標の共有は約 60%、それぞれの医療行為や代理決定者の選定に対する AD の表明は 10-50%にとどまり、特に経管栄養の実施や抗菌薬の使用に関しては AD の表明がなされていなかった。これには、患者の意思決定能力が低下していることが影響している可能性がある。また、経管栄養の実施や抗菌薬の使用についてそのさし控えを相談することはわが国では一般的でないこともその一因として考えられる。

3) ホスピス・緩和ケア病棟における DNAR オーダーの状況

ホスピス・緩和ケア病棟入院した患者で DNAR オーダーがなされていたものは 72%であ

った。これは、いままでわが国で報告されているよりも低い。その理由には次のようなものが考えられる。①CPR が実施された可能性②施設の規則として心肺蘇生が行われなかった可能性③患者—家族—医療者間の暗黙の同意により CPR が行われなかった可能性。しかしながら、わが国では一般的に緩和ケア病棟では CPR は行われていないと考えられ、②、③の可能性が高いと考えられる。今後、さらに追加調査を行いその実態を明らかにする必要がある。

4) ホスピス緩和ケア病棟に勤務する医師の ACP に関する行動および意向

患者・家族の病状理解を確認する、患者、家族とケアのゴールを共有する、患者さんの希望する療養場所を確認する、などは医師が重要であると考えており、かつ実践もできている項目だが、「患者さんに、将来の意思決定能力の低下に備えて、医療に関する代理意思決定者を尋ねる」(重要；79%、実践；40%)、「患者さんに(既存の)アドバンスディレクティブがあるかを尋ねる」(重要；69%、実践；30%)、「患者さんにアドバンスディレクティブを表明するように奨める」(重要；63%、実践；35%)の3項目は、医師は重要と考えているが実践できていない項目と考えられた。また、「ACP は患者が意思決定能力を失った際にその後の医学的処置を決定するための有効な手段である」、「患者さんが意思決定能力を失った後も、その後の医学的決定に参加できるということは非常に重要なことである」「AD を表明すると、患者は望んでいない治療を行われることに対する懸念が減少する」「ACP は治療の差し控えに関する家族の意見の不一致を減少させる」など、医師は ACP に対してポジティブな意向を持っている一方で、「AD の表明には、患者が終末期になった場合、冒険的な治療に関する患者の意向が変化しうるという問題点が内在している」「AD が広く社会的に容認されると、たとえ AD が表明されていない患者においても、積極的治療がより行われなくなることにつながる」などの懸念や、「ACP を行うにあたり、家族ではなく本人にエンドオブライフケアに関する希望を聞くことに困難を感じる」「ACP を行うにあたり、病状の説明を率直に行うことに困難を感じる」「ACP を行うにあたり、患者の意思決定能力を判断することに困難を感じる」など、ACP のプロセスをどのようにおこなったらよいかに関する自信のなさを持っていることが明らかとなった。今後これらの、1) 重要と考えているが実践できていないこと、2) ACP に関する懸念、3) ACP を行うための困難な点を解決するための教育プログラムの作成と実践が求められる。

本研究にはいくつかの限界がある。まず一つ目は、返送率の低さである、返送率は 49% であり、必ずしもすべてのホスピス・緩和ケア病棟の実践を反映したものではない。二つ目は、調査項目に心肺蘇生をはじめとする各医療行為が実践されたかどうか、ACP や AD での意向が尊重されたか、などが調査されていないために、「患者さんが表明していた ACP が実際にどれくらい尊重されていたか」が不明であることである。3つ目に本研究は後ろ向きのカルテ調査であり、その結果に調査者バイアスやリコールバイアスが存在する可能性がある。また、本報告はあくまで単純集計のみの速報段階のものであり、今後クロス集計や細かななどを通して研究結果の解析を行い、今後の研究と臨床に生かしてゆきたいと

考えている。

謝辞：本研究へのご協力をいただいた患者さんとそのご家族の皆様、忙しい中で調査票の記入をしてくださったホスピス・緩和ケア病棟の意思の皆様、NPO 法人日本ホスピス緩和ケア協会の皆様に心から感謝いたします。

緩和ケアチームの活動の実態に関する全国調査報告書（速報）

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業
緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究
研究代表者 木澤 義之

1. 背景および目的：

2007 年に施行されたがん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画（平成 19 年 6 月 15 日閣議決定）において緩和ケアの推進がその重要な施策の一つとして位置づけられた。2009 年 4 月の時点で全国に 375 のがん診療連携拠点病院が整備され、がん診療拠点病院の全てに緩和ケアチームの設置が義務付けられた。また、日本ホスピス緩和ケア協会が各都道府県厚生局に対して行った調査によれば（回収率 100%）全国で 133 施設が、緩和ケア診療加算届出受理施設とされている。がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームのストラクチャーに関しては医療水準調査等で調査が行われその概要が明らかとなっているが、がん診療連携拠点病院のみの調査であり、加えて患者数、診療の場所、依頼内容、患者の背景等が明らかとなっていない。

本研究の目的は、わが国における緩和ケアチームの活動、即ち、日本全国で活動する緩和ケアチームの数を明らかにし、どのような患者さんを、どんな依頼理由で、どこで、何人診療しているかを明らかにすることである。わが国の緩和ケアチームの活動の実態が明らかになることによって、今後の緩和ケアに関する教育及び啓発、専門家育成のあり方を考える一助としたい。

2. 調査方法

郵送法による無記名質問紙調査および電話による聞き取り調査を行った。質問紙を郵送する前に、緩和ケア研修会修了者が登録しているメーリングリスト等を通して本調査の実施に対して事前および研究実施中に呼び掛けた。未返送施設にははがきで 1 回督促を行い、さらに返送のない施設には研究代表者が電話で督促及び聞き取りを行い、聞き取りにて緩和ケアチームがないと回答した施設は、緩和ケアチームなし、回答ありとして処理した。

【調査対象施設】

- (1) 2010 年 4 月 1 日時点におけるがん診療連携拠点病院
- (2) 2010 年 8 月 1 日時点における日本緩和医療学会評議員、または暫定指導医、または緩和医療専門医の所属施設
- (3) 2010 年 7 月 17 日時点における日本ホスピス緩和ケア協会加盟の緩和ケア病棟のある施設

(4) 2008年9月1日～2009年3月31日までに日本緩和医療学会主催緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会を修了した医師500名の所属する施設

上記の4条件に当てはまる828施設の緩和ケアチーム担当者もしくは緩和ケア担当者に依頼状と質問紙を郵送した。ひとつの施設には重複して郵送しないように1施設1通のみ質問紙を郵送することとした。

【調査時期】

2010年10月から2011年1月。メーリングリストおよび葉書によって未返送施設に督促を1回行った後に、12月中旬に全未返送施設に研究代表者が電話で督促を行い、緩和ケアチームの有無のみ聞き取りを行った。

5. 調査結果

(1) 828施設に調査票を送付し、785施設（郵送720施設、電話で回答65施設）から回答を得た。（返送率90.7%）返送施設のうち、緩和ケアチームがあると回答した施設は541施設（65.3%）であった。

(2) 緩和ケアチームがあると回答した施設の背景

緩和ケアチームがあると回答した541施設のうち、がん診療拠点病院である施設が265施設、大学病院が81施設、その他の病院が213施設、診療所が5施設、その他が2施設であった（複数回答）。また541施設のうち緩和ケア病棟を持っている施設が107施設（19.8%）あり、そのうち緩和ケア病棟入院料を算定している施設が99施設あった。また、緩和ケアチーム診療加算を算定している施設は150施設（27.7%）であった。

(3) 緩和ケアチームの機能

緩和ケアチームの機能としては、緩和ケア外来診療機能を持つ施設が409施設（75.6%）、地域緩和ケアチーム診療機能を持つ施設が74施設（13.7%）、緩和ケアチームが所属する施設の組織図上明確となっている施設が509施設（94.1%）であった。

(4) 緩和ケアチームにおける専従スタッフの配置

緩和ケアチームの人員配置は、専従医師が配置されているチームが214施設（39.6%）、専従看護師が配置されているチームは374施設（69.1%）であった。

※なお、ここでいう専従とは、勤務時間の80%以上を緩和ケアチームの業務にあてているものをさす

(5) 緩和ケアチームにおけるスタッフの配置

緩和ケアチームにがん専門看護師が配置されている施設は 120 施設 (22.2%)、認定看護師 (緩和ケアもしくはがん性疼痛認定看護師) は 402 施設 (74.3%)、常勤の精神症状の緩和に携わる医師は 321 施設 (59.3%)、薬剤師は 526 施設 (97.2%)、ソーシャルワーカーは 418 施設 (77.3%) で配置されていた。また緩和ケアチームに日本緩和医療学会の専門医もしくは暫定指導医が配置されている施設は 294 施設 (54.3%) であった。

緩和ケアチームにおいて専任以上 (ここでいう専任以上とは 50%以上の時間を緩和ケアチームの業務にあてているものをさす) の医師の配置をみると、0名である施設が 104 施設 (19.2%)、1名が 210 施設 (38.8%)、2名が 111 施設 (20.5%) であり、3名以上が配置されているとした施設は 47 施設 (8.7%) であった。また、専任以上の看護師の配置が 0名である施設が 69 施設 (12.8%)、1名が 333 施設 (61.6%)、2名が 59 施設 (13.1%)、3名以上が 34 施設 (7.5%) 見られた。同じく専任以上の薬剤師が配置されている施設が 226 施設 (50.1%) みられた。

(6) 緩和ケアチームの活動内容

緩和ケアチームの活動指針が明文化されている施設が 489 施設 (90.4%)、緩和ケアチームへの紹介 (コンサルテーション) を行う手順が明文化され周知されていると回答した施設が 502 施設 (92.8%) であった。緩和ケアチームが週 1 回以上患者を直接診療しており、かつ平日の日勤帯はいつでも緩和ケアチームのいずれかのメンバーが患者を直接診療できる体制にあると回答した施設が 470 施設 (86.9%)、緩和ケアチームのいずれかのメンバーが週 3 回以上直接患者を診療する活動を行っている施設が 369 施設 (68.2%)、緩和ケアチームのカンファレンスが週 1 回以上行われていると回答した施設は 492 施設 (90.9%) であった。

緩和ケアチームが入院で新規に診療を行った患者数は 2009 年 4 月 1 日から 2010 年 3 月 31 日までの 1 年間で、541 施設を合計して 43716 名 (平均 86.1 名)、外来で新規に診療を行った患者数は 10216 名 (平均 49.9 名)、地域緩和ケアチームで診療を行った患者数は 519 名であった。

緩和ケアチームに診療の依頼があった入院患者のうち依頼理由の中で疼痛の緩和の占める割合が 50%以上と回答した施設が 437 施設 (80.8%)、疼痛以外の身体症状が 30%以上と回答した施設は 146 施設 (27.0%)、精神症状の緩和や精神的支援が 30%以上と回答した施設は 296 施設 (54.7%)、治療療養の場の調整が占める割合が 30 パーセント以上と回答した施設は 173 施設 (32.0%) であった。また、緩和ケアチームに依頼があった時点で患者の PS が 3 以上である割合が 50%を超えると回答した施設が 285 施設 (52.7%) あり、依頼時にがん治療を目的とした化学療法及び放射線治療 (疼痛を伴う骨転移に対する緩和照射など症状緩和目的のものを除く) を受けている患者の割合が 50%を超えるとした施設は 222 施設 (41.0%) あった。

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 市立秋田総合病院 外科
中澤葉宇子 独）国立がん研究センター がん対策情報センター

研究要旨 本研究の目的は、独）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平成 22 年度緩和ケアチーム研修会（中級）・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。本研究成果は各々以下のとおりである。

平成 21 年度に開催した緩和ケアチーム研修会と研修会参加予定者への研修ニーズ調査の結果をもとに、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 7~9 セッションで構成し、東京で 2 回開催した。緩和ケアチーム基礎研修会（初級）は、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、札幌・大阪で開催した。緩和ケアチーム研修会（中級）の参加者は、計 30 施設（120 名）、緩和ケアチーム基礎（初級）の参加者は、計 19 施設（75 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、緩和ケアチーム研修会を 4 年間実施したうえで明らかになった本邦の現状を踏まえ、研修ニーズを把握し、プログラム内容の充実を図ることが課題である。

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、2010 年 4 月 1 日現在、377 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、緩和ケアの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が急激に増加した。

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 年に緩和ケア診療加算が算定対象となったことを機に開始されている。緩和ケア診療加算の算定基準では、施設や構成員などの活動体制に関する要件は規定しているが、緩和ケアチームの活動については「カンファレンスを週 1 回程度開催すること」や「がん患者へ

の必要な情報提供をすること」について規程されているのみである。つまり、がん診療連携拠点病院の増加に伴い、新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おり、緩和ケアチームに専任や専従として配置されている医師や看護師は、実態としては十分な活動ができていないことが課題となっている。また、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は進んだが、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。

以上より、本研究の目的は以下の 2 点である。

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するため、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. 緩和ケアチーム基礎研修会（初級）プログラムの開発

平成21年度に実施した緩和ケアチーム基礎研修会プログラムをもとに、研究者間で検討した。緩和ケアチーム基礎研修会（初級）プログラムは2日間で構成し、内容は表2の通りであった。

表2

第一日目	
13:00-13:30	I. Key Note Speech(研修会内容説明、講師紹介)
13:30-14:15	II. アイスブレイキング・施設紹介
14:15-14:55	III. 緩和ケアチームの立ち上げ方(講義)
14:55-15:10	休憩
15:10-16:30	IV. 職種別分科会(講義・グループワーク)
16:30-16:40	休憩
16:40-18:20	V. 包括的アセスメント(講義・グループワーク)
18:20-18:30	1日目のまとめ
第二日目	
9:00-12:00	VI. コンサルテーションを見直してみよう (講義・グループワーク・ロールプレイ)
12:00-13:00	休憩(昼食)
13:00-15:45	VII. 緩和ケアチーム 明日への課題(グループワーク)
15:45-16:00	VIII. 修了式

以下、中級研修会とは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

本邦のがん緩和ケア提供体制を理解すること、当研究班で作成した（分担研究者：笹原朋代）「緩和ケアチームの基準」を理解することを目的とし、「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) 緩和ケアチームの立ち上げ方

専従看護師・専従医師を核とした緩和ケアチームの立ち上げ方について理解することを目的とし、ファシリテーター1名が講義をおこなった。

3) 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な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。

4) 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1名が講義をした後、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

行った。

5) 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った。

2. 緩和ケアチーム研修会（中級）プログラムの開発

平成22年度の研修会参加予定者を対象に研修ニーズ調査を実施した。ニーズ調査結果は別添1に示した。

ニーズ調査結果と平成21年度の研修会をもとに、研究者間で検討したうえ、緩和ケアチーム研修会（中級）プログラムは2日間構成し、内容は表1のとおりであった。

表1

第一日目	
13:00-13:15	I. Key Note Speech(研修目的・概要説明)
13:15-13:45	II. アイスブレイキング
13:45-15:35	III. 自分たちのチーム活動を見直してみよう(グループワーク)
15:35-15:45	休憩
15:45-16:35	IV. 講義 1)コンサルテーションとは 2)疼痛のメカニズム
16:35-17:50	V. 職種別に抱える困難について解決策を見出そう (職種別分科会・グループワーク)
17:50-18:00	まとめ
第二日目	
09:00-10:00	VI. 倫理的ジレンマについて(講義)
10:00-10:10	休憩
10:10-12:10	VII. コンサルテーションへの対応(グループワーク)
12:10-13:10	休憩(昼食)
13:10-13:50	VIII. 緩和ケアチームの活動紹介(プレゼンテーション)
13:50-14:00	休憩
14:00-15:45	IX. 緩和ケアチーム 明日への課題(グループワーク)
15:45-16:00	修了式

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) 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。

3) 自分たちのチーム活動を見直してみよう

各チームの活動上の課題を明確化するため、平成20年度に当研究班(分担研究者:笹原朋代)で作成した「緩和ケアチームの基準」をもとにチェックリストを作成した。作成したチェックリストに基づき各チーム内でチェックしながら活動の振り返りを行ったうえ、自施設チームの課題に対する他施設チームから知見を得るため、4チーム合同のグループワークで意見交換を行った。

4) 講義

コンサルテーション診療の基本を振り返るため、コンサルテーションに関する講義と、緩和ケアチームへのコンサルテーション依頼の主テーマである、難治性疼痛管理について、ファシリテーター2名がそれぞれ講義を行った。

5) 職種別分科会

緩和ケアチームのメンバーとして、活動上で抱える困難についてグループワークを通して知見を得ることを目的とし、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。

事前課題として、参加者に活動上の困難を抽出してもらったうえ、抽出された主なテーマに関する対策や解決策について5~6名のグループワークで意見交換を行った。

6) 倫理的ジレンマについて

緩和ケアを提供する際に生じうる倫理的ジレンマについて、合理的に検討する方法を理解することを目的とし、ファシリテーター1名が参加者とインタラクティブに講義を行った。

7) コンサルテーションへの対応

倫理的ジレンマが伴うコンサルテーション依頼への対応方法について検討することを目的とした。まず、2症例提示したうえ、仮想チーム4名で1症例についてグループワークで検討した。グループワークでは、①倫理的問題の整理②対応方法の整理③推奨方法の整理の順に進めた。

8) 緩和ケアチームの活動紹介

緩和ケアチームの活動に関するプレゼンテーションをおして、各チームの活動がより円滑に行われるための知見を得ることを目的に2施設の活動紹介を行った。

9) 緩和ケアチーム 明日への課題

緩和ケアチームがより発展するための目標を設定し、目標達成のためのプロセスを検討することで行動計画を立案することを目的と

した。セッションⅢで明確になった課題と、2日間の研修会をとおして得られた知見もとに、今後2年間の具体的な行動を計画した。研修の成果物として、緩和ケアチームごとに目標と行動計画を模造紙に記入し、発表と意見交換を行った。

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てアンケート調査を行った。調査項目は、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9~10項目と職種や臨床経験に関する個人背景5項目、ワークショップに関する意見および感想に関する自由記載の質問で構成した。

C. 研究結果

1. 緩和ケアチーム基礎研修会（初級）の開催

1) 第1回札幌開催

平成22年8月6日（金）・7日（土）に札幌市教育文化会館において開催した。参加者は5施設20名（身体症状担当医師・精神症状担当医師・看護師・薬剤師 各5名）であった。参加者の臨床経験年数は10-19年が45%、緩和ケアチームでの活動経験年数は2年未満が85%、緩和ケアチームでの活動形態は、専従2名、兼任18名であった。

2) 第2回大阪開催

平成22年10月29日（金）・30日（土）に大坂天満研修センターにおいて開催した。参加者は14施設55名（身体症状担当医師・精神症状担当医師・看護師・薬剤師 各13-14名）であった。参加者の臨床経験年数は10-19年が30%、緩和ケアチームでの活動経験年数は2年未満が62%、緩和ケアチームでの活動形態は、専従9名、専任11名、兼任31名、活動前2名であった。

2. 緩和ケアチーム研修会（中級）の開催

独）国立がん研究センター築地キャンパスで計2回開催した。

1) 第1回福岡開催

平成21年12月3日（金）・4日（土）に開催した。参加者は15施設60名（身体症状担当医師・精神症状担当医師・看護師・薬剤師 各15名）であった。参加者全体の臨床経験年数は10-19年が26%、緩和ケアチームでの活動経験年数は2-4年28%、緩和ケアチームでの活動形態は、専従13名、専任8名、兼任

36名、活動前3名であった。

2) 第2回東京開催

平成23年度2月18日（金）・19日（土）に開催した。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。参加者背景は現在集計中である。

3. 研修会の評価

1) 緩和ケアチーム基礎研修会（初級）の開催

(1) 第1回札幌開催の評価（別添2）

アンケートの回収数は20（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12名（60%）であり、「まあ役立つ」も含めると19名（95%）であった。研修会全体の総合評価では「満足」と回答したものは12名（60%）であり、「まあ満足」も含めると、20名（100%）であった。

(2) 第2回大阪開催の評価（別添3）

アンケートの回収数は55（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37名（67%）であり、「まあ役立つ」も含めると53名（96%）であった。研修会全体の総合評価では「満足」と回答したものは39名（71%）であり、「まあ満足」も含めると、55名（100%）であった。

2) 緩和ケアチーム研修会（中級）の開催

(1) 第1回東京開催の評価（別添4）

アンケートの回収数は60（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29名（48%）であり、「まあ役立つ」も含めると名53（88%）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34名（57%）であり、「まあ満足」も含めると、58名（97%）であった。

(2) 第2回東京開催の評価

現在集計中である。

3) 共通してみられた自由記載の内容

肯定的内容には、「他施設の活動状況を知り、自己のチームを見直すことができた」「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」などがあつた。要望については、「もっと他施設のチームと交流できるとよ

い」「分科会の時間がもう少しあるとより」などがあった。

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。

これまで4年間研修会を実施してきた結果、専従医師の有無や緩和ケア病棟の併設の有無によってチームの活動の質と問題点が類型化できることが予測される。専従医師が不在で緩和ケア病棟が併設されていない緩和ケアチームの活動の質を向上することが必要である。

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。今後は現状を踏まえたうえで、プログラム内容を更に充実させ実践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

がん診療連携拠点病院における緩和ケアチームの課題 緩和ケアチーム研修会から見える問題点 第15回日本緩和医療学会学術大会 職種別フォーラム 平成22年6月18日 東京

研修会から見える緩和ケアチームの課題と今後の展望 第48回日本がん治療学会総会 パネルディスカッション 平成22年10月28日 京都

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 1-1

緩和ケアチーム研修会中級研修会のニーズ調査結果（全職種対象プログラムについて）

N=99 回答率 80%

回答者背景	n	割合	希望する研修プログラム内容(複数回答可)	n	割合	
身体症状担当医師	21	21%	1) 全職種の場合			
精神症状担当医師	24	24%		困難な症例への対応	68	69%
看護師	25	25%		医療者への教育活動	46	46%
薬剤師	29	29%		コンサルティとのコミュニケーション	39	39%
				家族・遺族ケア	39	39%
				チーム内コミュニケーション	34	34%
				スピリチュアルケア	30	30%
				倫理的ジレンマ	25	25%
				地域緩和ケアシステムの構築	25	25%
				地域コンサルテーション	20	20%
				外来コンサルテーション	18	18%
				地域の診療所・訪問看護ステーションとの連携	18	18%
				地域の緩和ケア病棟との連携	15	15%
				小児緩和ケア	18	18%
			その他*	17	17%	

*その他:内容

コンサルティとのコミュニケーション	<p>チームの推奨が主治医に受け入れられない事が多々あります。また、チームが推奨することで意見が合わないと言われ、それ以降依頼が頂けないことも一度ありました。とても難しさを感じています。また、リンクナースを通ずよりチームの医師や看護師が直接交渉するほうが受け入れがスムーズなことも感じています。</p> <p>緩和医療に対する意識の低いもしくは理解の浅い主治医の患者介入の仕方や関わり方。</p> <p>主治医とのコミュニケーション、患者さんにチームを受け入れてもらうには</p> <p>症例へのチームメンバーの関わり方。メンバー揃ってラウンドするのが良いのか？個々のメンバーが必要に応じてそれぞれ関わるのが良いのか？</p> <p>緩和ケアチームとして院内外問わず医療者と連携し、患者・家族の満足・納得のいく緩和ケアの提供を目指し、チームとしての機能をより発揮するべく研修に臨みたいと考えています。</p>
地域連携	<p>院内での緩和ケアチームの活動は軌道に乗ってきているが、地域連携については、まだまだ不十分であり、その面での活動について学べるものがあると思う</p> <p>緩和ケアチームもそれぞれの地域、組織、患者さん像などにより対応は様々であると思います。それぞれの、取り組みの共有は意味があると思いますが、これからの発展を考えると、地域での緩和ケアチームの在り方、地域との連携が重要な課題と考えます。</p>
自施設チームの評価方法	<p>はたして自分の施設のチームがどの程度のレベルにあるのか？評価もしていないし評価方法も知らない。</p>
スピリチュアルケアへの関わり方	<p>スピリチュアルケアには程遠い自分自身の対応をいつも感じています。精神科医であろうがなかるうが、このままでは関われないと閉口しています。</p>
ストレスマネジメント	<p>ストレスマネジメント</p>
チーム内コミュニケーション	<p>チーム内コミュニケーションに含まれると思いますが、カンファレンスのあり方について。兼任で緩和ケアチームカンファレンスに参加している方が多いと思いますが、効率よくカンファレンスを進めるには、他職種が集まるため内容を絞っておかないと毎週2時間かかっている現実を変えたい。週1なので長くなってしまうのか、主治医や病棟看護師が出席してカンファができるとう良いが、なかなかできていない。院内ラウンドをやっていないので、やっている施設の様子が知りたいです</p>
オピオイド依存の対応	<p>オピオイド依存(中毒)が生じたときの対応</p>
外来コンサルテーション	<p>緩和ケア専従医師がいないため、外来患者の依頼を受けた場合、限られた時間内での対応が難しい</p>
プライマリーチームとの連携	<p>緩和ケアチームと病棟との連携、リンクナースの活用について他の施設ではどのように効果的に行っているか知りたい</p>
コミュニケーションが難しい患者や、家族が未告知を希望する場合のチーム介入	<p>患者がコミュニケーションを取ろうとしない場合や家族が未告知を強く希望した場合のチームの介入の仕方。</p>
チーム内の役割について	<p>チーム内の役割について</p>
適応外使用薬品の取扱い	<p>適応外使用薬品の取扱い</p>

別添 1-2

緩和ケアチーム研修会中級研修会のニーズ調査結果（職種別プログラムについて）

希望する研修プログラム内容(複数回答可)			N=99 回答率 80%	
2) 職種別の場合*	n	割合	**職種別プログラム:困難な症例への対応(困難例)	
*職種別の内訳	職種別に抱える困難	73	74%	身体医師 腹部膨満の苦痛への対策 鎮静の適応となるような強い苦痛の症例 輸液減量のタイミングについて 身寄りのない方への対応 見守りが精一杯の症例 イレウス全般 精神医師 難治性のせん妄 オピオイド中毒が生じたときの対応 焦燥感が身体因か純粋に精神症状であるか判別困難な症例の対応 精神科介入を患者本人または家族から拒否された場合 自殺企図を繰り返す症例 看護師 意識障害がある患者の症状アセスメントや苦痛緩和の評価 鎮痛補助薬の効果が得られない神経因性疼痛 モルヒネの副作用が強い患者の呼吸困難 神経障害性疼痛への対応 病棟による温度差 身体的苦痛と精神的苦痛により怒りを表出する患者との関わり 主治医や医療者に不信感を抱いている、または怒りの対象になっている場合の 主治医が非協力的である 薬剤師 吐気 内服困難な患者の難治性疼痛 口腔内の疼痛 神経障害性のある抗がん剤投与中の疼痛コントロール オピオイドが効きにくい症例
	困難な症例への対応**	35	35%	
	その他***	28	28%	
身体症状担当医師	n= 21			
職種別に抱える困難	13	62%		
困難な症例への対応	8	38%		
その他	5	24%		
精神症状担当医師	n= 24			
職種別に抱える困難	18	75%		
困難な症例への対応	7	29%		
その他	7	29%		
看護師	n= 25			
職種別に抱える困難	18	72%		
困難な症例への対応	15	60%		
その他	9	36%		
薬剤師	n= 29			
職種別に抱える困難	24	83%		
困難な症例への対応	5	17%		
その他	7	24%		

***職種別プログラム:その他	
身体医師	病棟でのオピオイド管理の簡便化(ナースの労力が大変、内服したことを実際に確認したり、残数を毎日チェックしたり、膨大な作業がある) 上層部の理解と支援が得られるチームとは チームマネージメントの実際 活気あるチームの作り方 チーム内のメンバーすべてが達成感のある役割をはたすために、チームのリーダーとして行うべきことについて 腹水貯留による腹満感に対する対応 心理療法士や薬剤師の係わり方の工夫
精神医師	他病院の問題事例について(カンファレンス形式で議論する機会が欲しい) どの程度まで時間をかけ、関わりを持つか 緩和ケアチームでの精神科の役割 身体憎悪とともに出現する精神症状への対応の仕方 一般の精神科との違い 一般病棟の緩和ケアチームでは、精神症状緩和と担当であっても身体管理・疼痛管理を求められることは多く、担当役割がはっきりせず、仕事に集中できない場面がある。身体症状担当医師が他科と兼任の場合、チームでみている患者さんを十分にケアしてくれない時、どの程度の管理を精神症状担当が背負うべきかと困っています。 病院職員特に看護師対象に講義(緩和ケアとこころ)をして喜ばれ、役に立つ内容はどんなものですか？ 緩和ケア活動に参加するときに本来の精神科としての診療活動を切り捨てなければならぬのが苦痛である。 病名告知に抵抗を示す身体科主治医の説得、対応の仕方について
看護師	なかなか病棟看護師がレスキューを使わない病棟の風土を変える方法。 患者の苦痛や辛さについて傾聴するようアドバイスするが、説得力がない。お互いに経験から学ぶしかないでしょうか・・・。 看護師の視点からコンサルテーションの依頼があった患者さんの問題を見るときにアセスメントして他職種に介入の必要性を伝えることなど、特に医師との連携について困難さを感じている せん妄に関するアセスメントや対応が遅れがちになるため、院内の教育をどのようにしていくかが課題と考えています 受け持ち看護師、病棟担当薬剤師など緩和ケアチームと同じ職種のプライマリーチームスタッフとの連携について 病棟看護師との連携、コミュニケーション 緩和ケア記録について 疼痛コントロール不良患者の主治医が推奨を受け入れないときの対応 多職種との調整の仕方、連携方法
薬剤師	保険適応外使用の薬剤についての医療者へのインフォメーションとレセプトの対応について 緩和ケアチーム内での薬剤師の取り組み方、関わり方について他施設でのやり方を学びたい 疾患や画像診断なども少し学びたい 薬剤師は薬物療法を介してチームと関わりを主にもっています。でも薬に関して問題のない症例の場合、チームで診ている患者さんなのに自分たちはどうゆうアングルから介入していけばよいのか、悩むときがあります。そういう場合の薬剤師としての役割について教えて頂けたら幸いです。 最新の治療薬の情報や治療薬に関する情報(新しいオピオイドや鎮痛補助薬に関する情報) 医師や看護師の視点での係わり方のエッセンス(ラウンド時に看護師が同席していない時の対応法の参考になるような事例でも) 薬剤師にも麻薬・緩和ケアに対する理解に個人差がかなりあり、他職種への教育活動とともに課題 新規抗がん剤・麻薬などが次々と発売される中、抗がん剤レジメンシステムや麻薬の管理・運用について考え、薬剤師としての役割を果たす 抗がん剤による治療と並行してオピオイドや鎮痛補助薬を用いて疼痛コントロールを行う場合、代謝に影響を及ぼす薬剤があり、使用の是非について 薬剤師は薬物療法を介してチームと関わりを主にもっています。でも薬に関して問題のない症例の場合、チームで診ている患者さんなのに自分たちはどうゆうアングルから介入していけばよいのか、悩むときがあります。そういう場合の薬剤師としての役割について教えて頂けたら幸いです。 医師へのアプローチの方法、調剤薬局・地域間の知識格差

別添 2

第 1 回緩和ケアチーム基礎研修会（札幌）の研修会評価

参加者全体 N=20 (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	5	25	すごく役立つ	7	35	すごく役立つ	12	60
精神担当医師	5	25	まあ役立つ	12	60	まあ役立つ	7	35
看護師	5	25	あまり役立たない	0	0	あまり役立たない	0	0
薬剤師	5	25	役立たない	1	5	役立たない	1	5
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	0	0	すごく役立つ	8	40	セッション全体の評価		
5-9	8	40	まあ役立つ	10	50	セッション全体の評価		
10-19	9	45	あまり役立たない	1	5	セッション全体の評価		
20-29	2	10	役立たない	1	5	セッション全体の評価		
30以上	1	5	分科会			セッション全体の評価		
PCTメンバーとしての活動年数			すごく役立つ	12	60	セッション全体の評価		
0	0	0	まあ役立つ	6	30	セッション全体の評価		
2未満	17	85	あまり役立たない	1	5	セッション全体の評価		
2-4未満	2	10	役立たない	1	5	セッション全体の評価		
4-6未満	1	5	包括的アセスメント			セッション全体の評価		
8-10未満	0	0	すごく役立つ	8	40	セッション全体の評価		
10以上	0	0	まあ役立つ	10	50	セッション全体の評価		
PCTでの活動体制			あまり役立たない	1	5	セッション全体の評価		
専従	2	10	役立たない	1	5	セッション全体の評価		
専任	0	0	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		
兼任	18	90	すごく役立つ	15	75	セッション全体の評価		
活動していない	0	0	まあ役立つ	4	20	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			あまり役立たない	0	0	セッション全体の評価		
0	0	0	役立たない	1	5	セッション全体の評価		
1-25	15	75	緩和ケアチーム 明日への課題			セッション全体の評価		
26-50	4	20	すごく役立つ	13	65	セッション全体の評価		
51-75	0	0	まあ役立つ	6	30	セッション全体の評価		
76-100	1	5	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	1	5	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	12	60	セッション全体の評価		
			まあ満足	8	40	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

第2回緩和ケアチーム基礎研修会（大阪）の研修会評価

参加者全体 N=55 (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	13	24.5	すごく役立つ	13	23.6	すごく役立つ	37	67.3
精神担当医師	14	26.4	まあ役立つ	37	67.3	まあ役立つ	16	29.1
看護師	14	26.4	あまり役立たない	1	1.8	あまり役立たない	0	0.0
薬剤師	12	22.6	役立たない	1	1.8	役立たない	0	0.0
臨床経験年数			緩和ケアチームの立ち上げ方			セッション全体として		
1-4	4	7.6	すごく役立つ	26	47.3	セッション全体として		
5-9	11	20.8	まあ役立つ	27	49.1	セッション全体として		
10-19	30	56.6	あまり役立たない	2	3.6	セッション全体として		
20-29	8	15.1	役立たない	0	0.0	セッション全体として		
30以上	0	0.0	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			緩和专业者としての活動年数			セッション全体として		
0	3	5.7	すごく役立つ	31	56.4	セッション全体として		
2未満	30	56.6	まあ役立つ	21	38.2	セッション全体として		
2-4未満	10	18.9	あまり役立たない	2	3.6	セッション全体として		
4-6未満	8	15.1	役立たない	1	1.8	セッション全体として		
8-10未満	1	1.9	包括的アセスメント			セッション全体として		
10以上	1	1.9	すごく役立つ	39	70.9	セッション全体として		
PCTでの活動体制			まあ役立つ	15	27.3	セッション全体として		
専従	9	17.0	あまり役立たない	1	1.8	セッション全体として		
専任	11	20.8	役立たない	0	0.0	セッション全体として		
兼任	31	58.5	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		
活動していない	2	3.8	すごく役立つ	45	81.8	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			まあ役立つ	10	18.2	セッション全体として		
0	1	1.9	あまり役立たない	0	0.0	セッション全体として		
1-25	30	56.6	役立たない	0	0.0	セッション全体として		
26-50	9	17.0	緩和ケアチーム 明日への課題			セッション全体として		
51-75	6	11.3	すごく役立つ	44	80.0	セッション全体として		
76-100	7	13.2	まあ役立つ	9	16.4	セッション全体として		
			あまり役立たない	0	0.0	セッション全体として		
			役立たない	0	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	31	56.4	研修会全体の評価		
			まあ勧める	23	41.8	研修会全体の評価		
			あまり勧めない	1	1.8	研修会全体の評価		
			勧めない	0	0.0	研修会全体の評価		
			総合評価			総合評価		
			満足	39	70.9	総合評価		
			まあ満足	16	29.1	総合評価		
			あまり満足していない	0	0.0	総合評価		
			不満足	0	0.0	総合評価		

別添 4

第 1 回緩和ケアチーム研修会（東京）の研修会評価

参加者全体 N=60 (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			自分たちのチーム活動を見直してみよう			セッション全体として		
身体担当医師	15	25.0	すごく役立つ	28	46.7	すごく役立つ	29	48.3
精神担当医師	15	25.0	まあ役立つ	28	46.7	まあ役立つ	24	40.0
看護師	15	25.0	あまり役立たない	3	5.0	あまり役立たない	1	1.7
薬剤師	15	25.0	役立たない	0	0.0	役立たない	0	0.0
臨床経験年数			職種別分科会					
1-4	0	0.0	すごく役立つ	33	55.0			
5-9	12	20.0	まあ役立つ	21	35.0	ファシリテーターの評価		
10-19	26	43.3	あまり役立たない	5	8.3	ファシリテーターの働き		
20-29	21	35.0	役立たない	1	1.7	非常によかった	36	60.0
30以上	0	0.0	倫理的ジレンマについて検討してみよう			まあよかった	21	35.0
PCTメンバーとしての活動年数			すごく役立つ	21	35.0	あまりよくなかった	3	5.0
0	2	3.3	まあ役立つ	36	60.0	よくなかった	0	0.0
2未満	12	20.0	あまり役立たない	3	5.0			
2-4未満	17	28.3	役立たない	0	0.0			
4-6未満	16	26.7	緩和ケアチームの活動紹介(プレゼンテーション)					
6-8未満	8	13.3	すごく役立つ	29	48.3	研修会全体の評価		
8-10未満	2	3.3	まあ役立つ	29	48.3	同じ立場の人に同様の研修会を勧めるかどうか		
10以上	2	3.3	あまり役立たない	1	1.7	必ず勧める	33	55.0
PCTでの活動体制			役立たない	0	0.0	まあ勧める	24	40.0
専従	13	21.7	緩和ケアチーム 明日への課題			あまり勧めない	3	5.0
専任	8	13.3	すごく役立つ	29	48.3	勧めない	0	0.0
兼任	36	60.0	まあ役立つ	23	38.3	総合評価		
活動していない	3	5.0	あまり役立たない	1	1.7	満足	34	56.7
業務の何%をPCTの仕事にあてているか			役立たない	0	0.0	まあ満足	24	40.0
0	1	1.7				あまり満足していない	2	3.3
1-25	30	50.0				不満足	0	0.0
26-50	13	21.7						
51-75	5	8.3						
76-100	11	18.3						

緩和ケアチーム研修会の評価に関する研究

研究分担者 中澤葉宇子 独) 国立がん研究センター がん対策情報センター

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、研修会の有効性を検証することである。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、研修会直後、研修会 3 カ月後、6 カ月後の計 4 回実施した。対象者は平成 21 年度のがん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会に参加した医師・看護師・薬剤師 249 名（64 チーム）であった。

調査の結果、研修会前 247 名（回収率 99%）、研修会直後 246 名（回収率 99%）、研修会 3 カ月後 199 名（80%）、研修会 6 カ月後 190 名（76%）から回答を得た。対象者背景は身体症状担当医師、精神症状担当医師、看護師、薬剤師それぞれ 25%であり、緩和ケアチーム活動年数 2 年未満が全体の 44%であった。研修会前と研修会後 6 カ月の比較では、地域や緊急時のサポート体制 ($p < 0.01$, effect size = 0.22) や、患者・家族への緩和ケアの広報 ($p < 0.01$, effect size = 0.21) に関する活動に大きな増加が認められた。また、研修会前と研修会後 6 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た ($p < 0.001$, effect size = 0.28)、緩和ケアチームの活動の変化が確認された。

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

A. 研究目的

本邦では平成 19 年 6 月に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 21 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会・基礎研修会に参加した緩和ケアチームの研修会前後の活動を調査し、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 21 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 249 名（64 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

- 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	研修会直後	研修会後 3カ月	研修会後 6カ月
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 6 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。

なお、本調査は独) 国立がん研究センター倫理審査委員会の承認を得て実施した。

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	研修会直後	研修会後 3カ月	研修会後 6カ月
247 (99%)	246 (99%)	199 (80%)	190 (76%)

2. 対象者背景

対象者背景を表 3 に示した。

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。

表 3

	研修会前(n=247)		
	人数	割合 (%)	
性別	男	124	50.2
	女	123	49.8
年齢	20代	20	8.1
	30代	101	40.9
	40代	86	34.8
	50代	38	15.4
	60以上	2	0.8
職種	身体医師	62	25.1
	精神医師	61	24.7
	看護師	63	25.5
	薬剤師	61	24.7
臨床経験年数(年)	1-4	13	5.3
	5-9	48	19.4
	10-19	103	41.7
	20-29	71	28.7
	30以上	10	4.1
PCT活動年数(年)	0	11	4.5
	2未満	97	39.3
	2-4	107	43.3
	4-6	21	8.5
	6-8	6	2.4
	8-10	4	1.6
	10以上	0	0.0

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 24.0、研修会後 6 カ月では 24.5 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

($p=0.111$, effect size=0.13)。「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 15.8、研修会後 6 カ月では 16.8 であり、研修会前後の時間的変化に有意差が認められた ($p=0.002$, effect size=0.22)。「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 6 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 ($p=0.008$, effect size=0.21)。「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 11.3、研修会後 6 カ月では 12.1 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=0.28)。

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 17.2、研修会後 6 カ月では 19.2 であり、研修会前後の時間的变化には有意差が認められた ($p < 0.0001$, effect size=0.46)。

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 6 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、緩和ケアチーム研修会が概ね有効であることが認められた。

本研究の限界として、結果の解釈には、本邦で進められている、がん対策推進基本計画に基づく重点的な緩和ケアの整備や、それに伴う「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の実施など、他の要因による影響を配慮する必要がある。

今後は、研修会後約 1 年後の追跡評価や、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. 橋爪隆弘, 中澤葉宇子. がん対策基本法を受けて変わりつつあること 今後の緩和ケアを見つめて: 緩和ケアに携わる医療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 2009; 11(4): 310-315.
2. 橋爪隆弘, 中澤葉宇子. がん対策基本法の前と後 何が変わり、何が変わらな

いか がん対策基本法後に緩和ケアチームはどうかわったか 研修会から見える課題. 緩和ケア 2010; 20(1): 23-27

学会発表

1. 中澤葉宇子, 木澤義之, 森田達也, 笹原朋代, 橋爪隆弘, 宮下光令, 志真泰夫. がん診療連携拠点病院緩和ケアチームのコンサルテーション活動の実態. 日本緩和医療学会. 2010.
- 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。