

201221005A

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

平成 24 年度 総括・分担研究 XXXXXXXXXX 報告書

研究代表者 木澤 義之

平成 25 (2013) 年 3 月

目 次

I. 総括研究年度終了報告	
緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究	3
木澤義之	
II. 分担研究年度終了報告	
1. 緩和医療の研究に携わる医師の育成に関する研究	9
森田達也	
2. 緩和医療に携わる理学療法士・作業療法士の育成に関する研究	11
岡村仁	
3. 緩和緩和ケア教育に e-learning を活用する際の課題に関する研究	13
大滝純司	
4. 緩和医療に従事する医師の育成に関する研究	15
佐藤哲観	
5. 緩和医療に携わる精神腫瘍医の育成に関する研究	17
小川朝生	
6. 緩和医療に従事する医師の育成と評価に関する研究	21
山本 亮	
7. 緩和医療に携わる小児科医の育成に関する研究	23
永山 淳	
8. 小児科領域における緩和医療の教育と普及に関する研究	31
多田羅竜平	
9. 看護師の育成の評価に関する研究	33
宮下光令	
10. 緩和医療に携わる看護師の育成に関する研究	35
高橋美賀子	
12. 緩和ケアチーム育成の評価に関する研究	37
中澤葉宇子	
13. 緩和医療に携わる臨床心理士の育成に関する研究	41
岩満優美	
14. 緩和医療に携わる薬剤師の育成に関する研究	48
伊勢雄也	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	53
IV. 研究成果刊行物・別刷	別冊

I. 総括研究年度終了報告

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
平成 24 年度（総括・分担）研究年度終了報告書

緩和医療に携わる医師の育成に関する研究

研究代表者 木澤 義之

国立大学法人神戸大学大学院医学研究科 内科系講座先端緩和医療学専攻 特命教授

研究要旨 本年度は本研究の 3 年計画の最終年度として研究を統括するほか、研究者として、地域の緩和ケア専門家を対象とし、昨年度開発した地域における緩和ケア専門家の連携尺度の変化をプライマリエンドポイント、地域緩和ケア研修会の実施を介入とした、クラスターランダム化比較試験を実施し、その解析を行った。自己評価、他者評価と改善を主介入とした地域緩和ケア研修会の実施は、地域緩和ケア専門家の連携を強化することが示唆された。また、研究分担者による研究により、医師、看護師、小児科医、緩和ケアチームに対する緩和ケアの教育プログラムが開発された。また、緩和ケアチーム、医師のプログラムに関しては教育効果の検証のための前後比較研究が実施され、その有効性が示唆された。また、看護師の教育プログラムである ELNEC-J においては、現在その教育効果の評価尺度を開発し、前後比較試験、ランダム化比較試験を実施、現在解析中である。来年度以降は行ってきた各種研究の結果を解析し、結果を公表するとともに教育プログラムを修正、改善しさらなる普及を図ってゆく必要がある。

研究分担者氏名・所属研究機関名および所属研究機関における職名

森田達也・聖隷三方原病院、緩和支持治療科・部長

岡村仁・広島大学大学院保健学研究科・教授
大滝純司北海道大学大学院医学研究科・教授
佐藤哲観・弘前大学医学部附属病院麻酔科、緩和ケア室・講師

小川朝生・国立がん研究センター東病院精神腫瘍学開発部心理社会科学室・室長

山本亮・佐久総合病院総合診療科、総合診療・緩和ケア・部長

永山 淳・ピースクリニック中井・院長
多田羅竜平大阪市立総合医療センター緩和医療科、小児科・医長

高橋美賀子聖路加国際病院看護部・がん専門看護師

宮下 光令東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野・教授

中澤葉宇子独立行政法人国立がん研究センター（中央病院臨床試験・治療開発部）・看護師
岩満 優美北里大学大学院医療系研究科・医療心理学・教授

伊勢 雄也日本医科大学付属病院薬剤部、緩和医療薬学・主任

A. 研究目的

本研究の目的は、わが国の緩和ケアの均てん化に資するため、全国のがん診療拠点病院等のがん診療を行っている病院において専門的な緩和ケア実践の核となっている緩和ケアチーム、緩和ケア病棟が 1) どのように活動すれば効果的に活動できるかその指針を作成し 2) 地域で効果的に活動するための教育プログラムを開発・実践し、その効果的な教育方法を明らかにすることである。加えて、緩和ケアチームと協働して基本的な緩和ケアを実践するがん診療に携わる医師、看護師、コメディカルスタッフ（リハビリスタッフ、心理療法士、薬剤師等）の教育方法についても検討を行う。

1 年目、2 年目（平成 22、23 年度）は、1) 国立がん研究センターと共同して緩和ケアチーム研修会を開催、2) 緩和ケアチームが効果的に活動するための指針（案）の作成、3) 基本的な緩和ケアを各地域や施設で実践するのに必要な、医師、小児科医師、看護師及びコメディカル等を対象とした緩和医療の教育プログラムの開発、4) 緩和ケアチームの活動実態調査、5) 緩和ケア研修会（PEACE プログラム）の指導者研修会の評価、6) ホスピス・緩和ケア病棟におけるアドバンスケア

プランニングの調査、7) 医師 (PEACE) に対する緩和ケア研修会の教育効果測定のための尺度の作成、同前後比較研究の実施、8) 看護師 (ELNEC-J) 教育プログラムの教育効果測定のための尺度開発、9) 地域緩和ケア研修会のプログラム開発、有効性検証のためのクラスターランダム化比較試験の実施、を行ってきた。

最終年度である本年度は、1) 地域緩和ケア研修会の実施とその評価、2) がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会 (PEACE 研修会) の評価、3) 看護師に対する緩和ケア教育プログラムの評価、4) 緩和ケアチーム研修会の開催とその評価、5) 小児科医に対する緩和ケア教育プログラムの評価と緩和ケアチームに対する小児緩和医療研修会の実施、6) 緩和ケアチームに配属されている薬剤師の業務内容に関する実態調査を行った。

(2) - 6) については重複の記述を避けるため概要のみの記載とした。詳細はそれぞれの分担研究者の記述を参考にされたい。

B. 研究方法

【地域緩和ケア研修会の実施とその評価】

当研究班で開発した地域緩和ケア研修会プログラムと、地域の専門的緩和ケアサービスの連携の強さを測定する尺度である「地域における緩和ケア専門家の連携尺度」を用いて、全国から選抜された 16 地域の緩和ケア専門家に対して、ウェイトリング・リストコントロールを用いたクラスターランダム化比較試験を実施した。介入前調査を 2011 年 8 月に実施し、前期介入を 2011 年 9-10 月、中間調査を 2012 年 2 月、後期介入を 2012 年 2-3 月、介入後調査を 2012 年 10 月に実施した。

【がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会 (PEACE 研修会) の評価】

前年度までに開発された緩和ケアの知識尺度である PEACE-Q33 を用いて、全国 13 地域 217 名の医師を対象として、研修会の教育効果を検証するための前後比較研究を実施した。

【看護師に対する緩和ケア教育プログラム (ELNEC-J) の評価】

昨年度までに本研究班で開発した ELNEC-J (End of Life Nursing Education Consortium-Japan) およびその知識テストである ELNEC-J CQ(Core Quiz)-100 を用いて、ELNEC-J プログラムの効果とその定着性を検証する前向きコホート試験を 300 名の看護師

を対象に実施した。また、同時に、ウェイトリング・リストコントロールを用いた無作為化比較試験を 188 名の看護師を対象に H25 年 1 月、3 月に実施した。

【緩和ケアチーム研修会の開催とその評価】

2007 年度より実施している全国のがん診療拠点病院を中心とした緩和ケアチームの研修会を、本年度も引き続き国立がん研究センターがん対策情報センターと共催して実施するとともに、その教育効果の検証を行った。班で開発した緩和ケアチームの活動の評価尺度を用いて評価した。

【小児科医に対する緩和ケア教育プログラムの評価】前年度までに当研究班でプログラムの開発、改訂を行い、本年度から厚生労働省からの委託を受け日本小児血液・がん学会で実施されている小児がん診療に携わる医師のための緩和ケア研修会 (CLIC: Care for Life-threatening Illness in Childhood) の教育効果の評価を、自記式評価表を用いて研修会前後で行った。

【緩和ケアチームに対する小児緩和医療研修会の実施】

がん対策推進基本計画に定められた、小児緩和ケアの充実のために、全国で活動する緩和ケアチームを対象に、小児緩和ケアに関する研修会を前年度までに開発したプログラムの CLIC をもとに実施した。

【緩和ケアチームに配属されている薬剤師の業務内容に関する実態調査】

全国のほとんどのがん診療拠点病院の緩和ケアチームに薬剤師が配属されているが、その活動内容はまちまちで、薬剤師の緩和ケアチームにおける役割は明確化されていない。薬剤師の役割を明確する手始めとして、がん診療連携拠点病院 (397 施設) の緩和ケアチームにおける薬剤師の活動の実態を明らかにするための調査 (郵送法による自記式質問紙調査) を 2012 年 12 月に実施した。

(倫理面への配慮)

すべての研究は臨床研究・疫学研究的指針に基づいて行われ、研究代表者・分担者施設の倫理審査委員会の承認後に実施した。

C. 研究結果

【地域緩和ケア研修会の実施とその評価】

研究に参加した医療者は 269 名 (119 名、150 名) で、前期介入群では、コントロール群である後期介入群と比べて、地域における

緩和ケア専門家の連携尺度の総得点が有意に上昇し (Two-way repeated measures ANOVA, $P < 0.001$, effect size=0.26)、4 つの下位尺度のうち、緩和ケアに関する医療機関の情報、紹介時の連携、医療機関同士のサポートの3つのドメインの得点も各々有意に上昇した。(それぞれ $P = 0.002$, effect size=0.19 ; $P = 0.028$, effect size=0.17 ; $P < 0.001$, effect size=0.22) 残りの下位尺度であるケアの向上の機会の得点はコントロール群に比して上昇したが有意ではなかった ($P = 0.068$, effect size=0.11)。地域研修会プログラムの実施によって地域緩和ケア専門家同士の連携が向上する可能性が示唆された。

【がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会 (PEACE 研修会) の評価】

研修会終了後の PEACE-Q33 の得点は研修会前に比べて有意に改善し、2 か月後も持続した (21.5 ± 5.1 vs. 29.5 ± 2.1 ; 29.5 ± 2.5 ; $P < 0.01$)。同様に、研修会実施前と修了2か月後を比較すると緩和ケア態度尺度の得点は有意に上昇し緩和ケア困難感尺度の得点は有意に減少した (62.4 ± 13.8 vs. 69.3 ± 9.9 [$P < 0.01$] 緩和ケア態度尺度; 44.2 ± 10.1 vs. 39.1 ± 10.5 [$P < 0.01$] 緩和ケア困難感尺度)。がん対策推進基本計画に則り実施されている PEACE プログラムに基づく緩和ケア研修会への参加によって、医師の緩和ケアに対する知識、態度が改善し、困難感が減少することが示唆された。

【看護師に対する緩和ケア教育プログラム (ELNEC-J) の評価】

現在介入が終了したところであり、現在結果解析中である。

【緩和ケアチーム研修会の開催とその評価】

研修会前と研修会后約1年で比較の結果、緩和ケアに関する地域や緊急時のサポート体制 ($p = 0.020$, effect size=0.20) に関する活動に変化が認められ、研修会の有効性が示唆された。

【小児科医に対する緩和ケア教育プログラムの評価】【緩和ケアチームに対する小児緩和医療研修会の実施】【緩和ケアチームに配属されている薬剤師の業務内容に関する実態調査】

現在介入が終了したところであり、現在結果解析中である。

D. 考察

本研究班では、わが国初となる、全国展開

が可能な1) 医師、2) 看護師、3) 小児科医師に対する基本的な緩和ケアの教育プログラムが開発され、その教育効果の評価尺度が開発され、介入研究が実施されその有効性が示唆された。緩和ケアに関する教育プログラムの組織的な開発と実施、ならびに教育評価の検証が行われている例は世界的に見てもまれであり、非常に意義が大きい。今後もさらに研究を継続し、教育の内容や方法による教育効果の差異を検証し、より良い緩和ケアの教育のあり方を検討する必要がある。

また、わが国初の緩和ケアチームの活動に関する全国調査が行われその活動の概要が明らかとなった。調査結果に基づき、緩和ケアチームの活動のチェックリスト、緩和ケアチームが、院内、地域で有効に機能することを目的とした「自己評価・同僚評価・改善」を主介入とする研修会のプログラムが作成され、その教育効果に関する介入研究が実施され、研修会の効果が明らかとなった。今後の課題として、病院内や地域で、限られた資源を有効に利用し、患者・家族のQOLを向上させるために、緩和ケアチームを始めとした地域の緩和ケア専門家が組織の枠を超えて協働できるような枠組みをつくることが求められる。

加えて、緩和ケアチームに対する意思決定支援のための教育プログラム、全国のがん診療拠点病院で活動する緩和ケアチームの薬剤師、心理士、リハビリスタッフ等に対する教育プログラムを作成する必要がある。また、今までに作成された各職種に対する教育プログラムの教育評価の検証に基づいたプログラムの改訂を行い、全国への普及を図る必要がある。

E. 結論

本研究班では、わが国初となる、全国展開が可能な1) 医師、2) 看護師、3) 小児科医師、に対する基本的な緩和ケアの教育プログラムが4) 緩和ケアチームに対する活動のチェックリストと教育プログラム、5) 地域における緩和ケア専門家の自己評価・同僚評価・改善を導入とした研修プログラムが開発され、その教育効果の評価尺度が開発され、それぞれ有効性が示唆された。今後プログラムの評価とさらなる改善により、緩和ケアの普及と質の向上、がん患者・家族のQOLの向上が期待できる。

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. Kizawa Y, Tsuneto S, Hamano J, Nagaoka H, Maeno T, Shima Y. Advance Directives and Do-Not-Resuscitate Orders Among Patients With Terminal Cancer in Palliative Care Units in Japan: A Nationwide Survey. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012 Oct 11. [Epub ahead of print]
2. Yamaguchi T, Narita M, Morita T, Kizawa Y, Matoba M. Recent developments in the management of cancer pain in Japan: education, clinical guidelines and basic research. *Jpn J Clin Oncol*. 2012 Dec;42(12):1120-7. Epub 2012 Sep 28.
3. Iwamitsu Y, Oba A, Hirai K, Asai M, Murakami N, Matsubara M, Kizawa Y. Troubles and Hardships Faced by Psychologists in Cancer Care. *Jpn J Clin Oncol*. 2013 Jan 7. [Epub ahead of print]
4. Akechi T, Okuyama T, Uchida M, Nakaguchi T, Sugano K, Kubota Y, Ito Y, Kizawa Y, Komatsu H. Clinical indicators of depression among ambulatory cancer patients undergoing chemotherapy. *Jpn J Clin Oncol*. 2012 Dec;42(12):1175-80. Epub 2012 Oct 15.
5. Hamano J, Maeno T, Kizawa Y, Shima Y, Maeno T. Usefulness of Palliative Prognostic Index for Patient With Advanced Cancer in Home Care Setting. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012 Jun 5. [Epub ahead of print]
6. Akechi T, Okuyama T, Uchida M, Nakaguchi T, Ito Y, Yamashita H, Toyama T, Komatsu H, Kizawa Y, Wada M. Perceived needs, psychological distress and quality of life of elderly cancer patients. *Jpn J Clin Oncol*. 2012 Aug;42(8):704-10. Epub 2012 May 11.
7. 木澤義之, 梅田恵, 新城拓也, 石ヶ森一枝, 奥山慎一郎, 木下寛也, 白髭豊, 井村千鶴, 野末よし子, 森田達也. 地域で統一した緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートの評価: OPTIM-study, *Palliative Care Research*, 7(2), 172-184, 2012.
8. 山本 亮, 阿部 泰之, 木澤 義之. 緩和ケア研修会を開催したことによる変化 指導者研修会修了者の視点から. *Palliative Care Research*. 7 (1) 301-305, 2012.
9. 木澤義之. ホスピス緩和ケア白書 2012, 緩和ケア外来の動向と現状, 日本ホスピス・緩和ケア・研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会編, 青海社, 28-29, 2012.
10. 木澤義之. ホスピス緩和ケア白書 2012, 緩和ケアチームの動向と現状, 日本ホスピス・緩和ケア・研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会編, 青海社, 1-5, 2012.
11. 木澤義之, 「緩和ケア」を考える. がん診療に携わる医療従事者が知っておきたい基本的な緩和ケアとは, *クレデンシャル*, (44), 6-8, 2012.
12. 濱野淳, 木澤義之, がん患者における予後予測. Prediction rule-診療に役立つ臨床予測ルール, *JIM: Journal of Integrated Medicine*, 22(6), 458-461, 2012.
13. 杉原有希, 木澤 義之. 【緩和医療のエビデンスと実際】 早期の緩和ケア導入に関するエビデンスと実践. *腫瘍内科* 10(3):196-202, 2012.
14. 木澤 義之. 【「もしも…」のことをあらかじめ話し合おう!-アドバンス・ケア・プランニングの実践】 「もしも…」のことをあらかじめ話し合っておいたらどうなるか? *緩和ケア* 22(5):399-402, 2012.

学会発表

1. Yoshiyuki Kizawa, Satoru Tsuneto, Yasuo Shima. The Practice and Attitudes of Physicians Towards Advance Care Planning in Hospice Palliative Care Units in Japan. International Society of Advance Care Planning and End-of-Life Care Conference, 31 May-2 June 2012, Chicago, USA
2. Yoshiyuki Kizawa, Tatsuya Morita. Development and Validation of the Collaboration of Palliative Care Specialist in the Community Scale. 19th International congress on Palliative Care 2012, Oct 9-12, 2012, Montreal, Canada.

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。

II. 分担研究年度終了報告

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
平成 24 年度（総括 分担）研究年度終了報告書

緩和医療の研究に携わる医師の育成に関する研究

研究分担者 森田達也 聖隷三方原病院 緩和支援診療科 部長

研究要旨 本研究の目的は、緩和ケア研究者を対象とした研究の方法論についてのセミナーを行い、セミナー終了後に質問紙調査を実施し、有用性を評価した。緩和ケア研究者を対象とした研究の方法論に関するセミナーは、「緩和ケア領域の研究の現状を知ること」「研究の方法論を知ること」「研究を行う上でのネットワークを得ること」の有用性が評価された。

A. 研究目的

本研究の目的は、緩和ケア研究者を対象とした、緩和ケア研究の方法論についてのセミナーを行い、その有用性を評価するものである。

B. 研究方法

緩和ケア研究者を対象として、「緩和ケア研究の方法論についてのセミナー」を講義と 3 つのテーマごとのグループディスカッションのプログラムで行い、セミナー終了後に受講者への質問紙調査を行った。質問紙調査では、セミナーの有用性として、1) 緩和医学領域の研究の現状を知ること 2) 緩和医学領域の研究の方法論を知ること 3) 緩和医学領域の研究を行う上でのネットワークを得ること について「役に立たなかった・あまり役に立たなかった」「少し役に立った」「役に立った」「とても役に立った」の 4 件法で尋ねた。また、今後扱うべきテーマ、希望する方法などについて、自由記述で回答を求めた。有用性は、度数分布での集計を行い、自由記述は内容分析を行った。

（倫理面への配慮）

調査は、無記名式の質問紙とし、アンケート調査への同意を紙面上にて確認した。調査の目的・方法・プライバシーの保護・参加しない場合の不利益の有無・回答は自発的意思に基づくものであることなどについて説明した。

C. 研究結果

セミナー参加者は医師 43 名、薬剤師 1 名、データマネージャー 5 名であった。参加医師 43 名中、32 名（74%）から回答を得た。セミナー

の有用性の評価は、1) 緩和医学領域の研究の現状を知ること 2) 緩和医学領域の研究の方法論を知ることについて、94%が「役に立った・とても役に立った」と回答し、3) 緩和医学領域の研究を行う上でのネットワークを得ることについては、75%が「役に立った・とても役に立った」と回答した。自由記述は、内容分析を行い 21 の意味単位に分けられ、5 つのカテゴリーに分類された。今後求められる教育プログラムは、「具体的なプロトコルの検討」「少人数でのより深いディスカッション」「薬物研究以外の研究について」などの回答が多かった。

D. 考察

本研究は、緩和ケア研究者を対象としたセミナーの有用性について洞察をもたらすものである。回答者の 94%が緩和ケア領域の研究の現状を知ること、研究の方法論を知ること、75%が研究を行う上でのネットワークを得ることに役に立ったと回答しており、セミナーの有用性が評価された。また、今後セミナーを行っていくにあたっては、具体的なプロトコルの検討や少人数でのより深いディスカッションを行うことで、有用性がさらに高まる可能性が示唆された。

E. 結論

緩和ケア研究者を対象とした研究の方法論に関するセミナーは、「緩和ケア領域の研究の現状を知ること」「研究の方法論を知ること」「研究を行う上でのネットワークを得ること」に有用である。さらに具体的なプロトコルの検討や少人数でのより深いディスカッションなどの改善を行い、有用性を評価し

ていく必要がある。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, et al. : The current status and issues regarding hospital-based specialized palliative care service in Japanese regional cancer centers: A nationwide questionnaire survey. Jpn J Clin Oncol. 2012; 42(5): 432-441.
2. Kizawa Y, Morita T, Bito S, Otaki J, et al. : Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: A modified Delphi method. Palliat Med. 2012; 26(5): 744-752.
3. Kizawa Y, Morita T, Miyashita M, et al. : Specialized palliative care services in Japan: a nationwide survey of resources and utilization by patients with cancer. Am J Hosp Palliat Care. 2012 Sep 3. [Epub ahead of print]
4. 森田達也: 緩和ケア領域における臨床研究: 過去、現在、未来. 腫瘍内科. 2012; 10(3): 185-195.

学会発表

1. 森田達也. 緩和医学における最近の知見と臨床疫学の基礎. 第6回日本緩和医療薬学会年会. 2012.10.6 神戸
1. 森田達也. 緩和治療の最新のエビデンスと実践. 日本臨床麻酔学会第32回大会. 2012.11.3 福島

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（がん臨床研究事業）
平成24年度（総括（分担））研究年度終了報告書

緩和医療に携わる理学療法士・作業療法士の育成に関する研究

研究分担者 岡村 仁 広島大学大学院医歯薬保健学研究院教授

研究要旨 コミュニケーションスキルの向上を目的に理学療法士・作業療法士を対象としたコミュニケーションスキル技術研修会を実施した。対象は、理学療法士7名、作業療法士9名の計16名であり、祭日の13:00~17:00に開催した。内容は、約30分の講義の後、3~4名の参加者にファシリテーター1名、患者役1名を加えた計5~6名のグループ（計5グループ）を編成し、各部屋に分かれてロール・プレイによるコミュニケーションスキル・トレーニングを計3セット実施した。評価にあたっては、研修会の内容について意見を求めるとともに、研修会の前後に基本属性とともに confidence、burn-out、attitude について質問紙調査を行った。今後、研修会終了3ヵ月後にも同様の調査を行い、トレーニングの効果を検証する予定である。

A. 研究目的

緩和医療に携わる理学療法士・作業療法士の育成に必要な教育目標のひとつとして、コミュニケーションスキルの向上があげられる。今回、スキルの向上を目的に理学療法士・作業療法士を対象としたコミュニケーションスキル技術研修会を実施し、その有効性を検討した。

B. 研究方法

対象は、理学療法士7名、作業療法士9名の計16名であり、祭日の13:00~17:00に開催した。内容は、約30分の講義の後、3~4名の参加者にファシリテーター1名、患者役1名を加えた計5~6名のグループ（計5グループ）を編成し、各部屋に分かれてロール・プレイによるコミュニケーションスキル・トレーニングを計3セット（リハニーズを明確化することを目指すシナリオ2つと、「もう歩けないですね？」と質問された場合のコミュニケーションを考えるシナリオ1つ）実施した。なお、患者役とファシリテーターについては外部講師に依頼し、同日の10:00から細かな打ち合わせを行った。

評価にあたっては、マニュアルや研修会の内容について意見を求めるとともに、研修会の前後、研修会終了3ヵ月後の計3回、基本属性とともに次の項目について質問紙調査を行った。

1. Confidence

質問項目は

- 1) 「起き上がりたい、立って歩きたい」と訴えられるような進行期のがん患者さんと、あなたはどの程度自信をもってコミュニケーションをすることができますか？（1項目）
- 2) コミュニケーションに関する質問です。各項目について現在どれくらい自信をもって行うことができますか？（18項目）
であり、選択式での回答を求めた。

2. Burn-out

Maslach Burn-out Inventory (MBI) 日本語版を用いた。

3. Attitude

『進行期のがんの患者さんから「本当に歩けるようになるのですか？」と尋ねられたとき、どのような気持ちになりますか』に関する7項目について、「全くそうは思わない」～「とてもそう思う」の7件法で回答を求めた。

C. 研究結果

質問紙調査は、研修会前後の2回実施し、終了3ヶ月後調査は平成25年2月に郵送法により行い、結果の集計は3回の調査が完了した時点で行う予定である。

研修会については概ね好評な感想が得られ、

コミュニケーションスキル・トレーニングについては、これまでにあまり経験がなく、勉強になったという声が多数聞かれた。

D. 考察

近年、緩和医療においても療法士の関わりが増加してきている。したがって、療法士に対してもコミュニケーションスキルが求められてきている。そこで今回、スキルの向上を目的に理学療法士・作業療法士を対象としたコミュニケーションスキル技術研修会を実施した。その結果、短期間での募集にもかかわらず、定員をすぐに満たすなど、本領域に対する療法士の関心の高さがうかがえた。研修会の効果については今後の解析になるが、参加者の感想からは概ね高い評価が得られた。がん患者に対するリハビリテーションに関心が向けられている中、これまで療法士を対象として、今回のように専門的な知識を提供する場はなかった。このため、がん医療に携わる療法士は、がん患者とのコミュニケーションについて、十分に学習する機会がなかったといえる。今回の試みから、研修会は緩和医療においてリハビリテーションを行っていくうえでの一つの指針となる可能性が示唆された。

E. 結論

緩和医療に携わる療法士を対象にコミュニケーションスキル技術研修会実施し、概ね好評な結果が得られた。今後は、本研修会の効果を客観的に評価していくとともに、技術研修会を広く普及させていくことが必要と考えている。

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. 岡村 仁：がんのリハビリテーションチームで行う緩和ケア：心のケアとリハビリテーション. MEDICAL REHABILITATION 140: 37-41, 2012
2. 岡村 仁：がん患者のリハビリテーション：心のケアとリハビリテーション. がん看護 17: 751-753, 2012

3. Miki E, Kataoka T, Okamura H: Clinical usefulness of the Frontal Assessment Battery at bedside (FAB) for elderly cancer patients. Support Care Cancer (in press)
4. Abe K, Nakaya N, Sone T, Hamaguchi T, Sakai T, Sato D, Okamura H: Systematic review of rehabilitation intervention in palliative care for cancer patients. J Palliat Care Med (in press)

学会発表

1. 岡村 仁：リハビリテーションにおける心のケアの重要性. シンポジウム 3. リハビリテーションとこころのケア. 第 25 回日本サイコロジ学会総会. 2012 年 9 月 21 日. 福岡市.
2. 岡村 仁：特別講演. がん患者に対するリハビリテーション. 第 30 回日本リハビリテーション医学会 中国・四国地方会. 2012 年 12 月 2 日. 広島市.

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
特記すべきことなし。

緩和ケア教育に e-learning を活用する際の課題に関する研究

研究分担者 大滝純司 国立大学法人北海道大学大学院医学研究科医学教育推進センター

研究要旨 緩和ケア教育を目的とした e-learning の開発と普及が始まろうとしている。緩和ケア教育を含むがん診療の均てん化に e-learning が重要であることは言うまでもない。しかし、e-learning における著作権やプライバシー保護は、特に医学領域では大きな課題になっており、その基盤を整備しないまま急速な拡大を図ることは危険でさえある。また、専門職大学院などの教育機関で e-learning を実施する場合の単位認定にも、検討すべき課題が残っている。そして、均てん化という目的から見た場合に、情報格差の問題も懸念される。本研究では、これらの諸点について検討した。

A. 研究目的

当研究班では緩和ケアの教育を目的に様々なプロジェクトに取り組んできた。近年の情報通信技術（ICT: Information and Communication Technology）の発達に伴い、このような緩和ケア教育の活動を普及させていく上で、e-learning の開発と普及が今後は重要な役割を担うと推測される。ここでは、緩和ケア教育に e-learning を活用する際の課題について当研究班で検討した内容を報告する。

B. 研究方法

緩和ケア教育に e-learning を導入し普及させる上での課題について、他の医学教育領域における状況に関する資料の検索・収集を行い、それらを参考にしつつ、研究班会議で議論した。

（倫理面への配慮）

特に問題なし。

C. 研究結果

医学教育の領域における e-learning として最も知られているのは、AAMC（全米医科大学協会）が運営している MedEdPORTAL である。これは、医学教育領域の e-learning 教材（英文）を募集し、研究論文と同様に専門家による審査や修正を経て許可されたものだけを掲載しているインターネットサービスであり、掲載されている教材は、公開と共同利用することを前提で作成されている。

日本の医学教育領域における e-learning

は、個別の大学におけるシステムの整備が始まり、それに用いる教材の開発も、教科書の切り貼りが多かった状況から脱却してオリジナル教材を作成することが重要であるという認識が普及しつつある。日本医学教育学会では、医学教育領域の教材の共同利用を進める端緒として、同学会のホームページの機能の一部という位置付けで医学教育情報館（MEAL）のサービスを提供し始めた。

著作権やプライバシー保護が重要であることは、e-learning 全般に該当するが、特に医療関係の e-learning では、個人情報や深刻なテーマを扱うことが多いために、より重要である。紙媒体の書籍や画像に関する著作権の判断基準は、e-learning などオンラインの情報の場合には適用されない。紙媒体のコピーとは異なり、デジタル情報であるために情報が劣化せずに不特定多数の者が閲覧することが可能であることから、より厳しい規制が求められている。しかし、その規制に関する具体的な基準は国内でも明確には統一されておらず、ICT の進歩に制度が追い付いていないのが現状である。

大学や大学院等において e-learning による学習機会を提供する場合の単位認定については、文部科学省は「告示第51号 大学が履修させることができる授業等について（平成13年3月30日）」において「面接授業に相当する教育効果を有すると認めたもの」として定めている。その条件としては、「同時かつ双方向」「設問解答・添削指導・質疑等で毎回指導」「学生の意見交換の機会が確保」が示さ

れている。

D. 考察

緩和ケアの教育において e-learning の開発と普及を進めて行くには、著作権やプライバシー保護に関する基盤を整備することが急務である。いわゆる「がんプロジェクト」の一環として e-learning の共同利用(クラウド化)が始まっており、その活動の中で著作権に関する自己規制の基準作りも進められているので、今後の展開に期待したい。

専門職大学院などの教育機関で e-learning を実施する場合の単位認定についても、その学習の質を担保すると共に学習活動を促進することに配慮した、国レベルでの基準や指針が求められる。現在の単位認定基準を満たすことは容易ではなく、e-learning の普及の妨げになる可能性があると考えられる。しかし安易な単位認定は学習自体の形骸化を招く恐れもあり、今後の ICT の進歩も踏まえつつ、効果的な運用やシステムの開発に向けて、検討を続ける必要がある。

e-learning に限らず、ICT が発達しインターネット社会になった現代社会において、ICT を利用しにくい立場の人たちが様々な不利益を被る状況が出現している。いわゆるデジタルデバイドの問題である。特に高齢者や経済的に困窮している人が弱者になりやすい。国際的な視野で見れば、発展途上国もデジタルデバイドにおける弱者である。緩和ケア教育は、最終的には医療者のためでなく患者や家族などが受益者になるべきものであり、この課題は今後より重要になることが予想される。たとえば MIT によるオープンコースウェア(オンラインで公開している教材)は、インターネット環境が不十分な国や地域でも利用が可能となるよう配慮されており、参考になるだろう。

E. 結論

これらの課題を解決し、将来的には、がん診療、そして医学教育全般の標準的な e-learning 教材が、全国で共同利用できるようになることが望まれる。

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。

緩和医療に従事する医師の育成に関する研究

研究分担者 弘前大学医学部附属病院麻酔科緩和ケア診療室 佐藤哲観

研究要旨 がん対策基本法及びがん対策推進基本計画に示された「がん患者の意向を十分尊重したがん医療提供体制の整備」、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を実現するにあたり、がん診療に携わる全ての医師に対して緩和ケアの基本的知識と技術を普及する目的に PEACE プロジェクトが展開されている。緩和ケアに関する基本教育の指導者を育成し全国各地で緩和ケア研修会を開催して、がん診療に携わるすべての医師に緩和ケアの基本教育を行っているが、その開催状況や参加者からのフィードバックを基礎資料として標準的緩和ケア教育方法の確立を目指す。

A. 研究目的

がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアに関する基本的な知識と技術を習得できる教育方法を確立する。

B. 研究方法

PEACE プロジェクトの教育マテリアルを用いて緩和ケアに関する基本教育を行う指導者を育成し、その指導者が全国各地で開催する緩和ケア研修会の開催状況、指導者としての意見、研修会参加者からのフィードバックをレビューし、これまでの成果と問題点を整理して今後の課題を検討する。

（倫理面への配慮）

データの解析や公表にあたっては、指導者研修会、全国各地での緩和ケア研修会それぞれの参加者の個人情報に十分配慮する。

C. 研究結果

平成 20 年から平成 22 年に行われた PEACE 指導者研修会の修了者を対象として、指導者研修会参加前後にアンケート調査を行ったところ、緩和ケア研修会参加者の構成や背景に適した教育方法を選択する自信、緩和ケアに関する講義・グループワークといったセッションの運営に関する自信、研修会参加者への配慮、研修会全体の企画・運営全般に関する自信、などについて大幅な改善が見られた。指導者研修会全体としては 84%、モジュールごとでもすべて 70%以上の修了者が有用であ

ると評価している。

D. 考察

がん診療に携わる全ての医師を対象として緩和ケア研修会を企画・運営するためには、多様な教育技法を用いてセッションを運営・進行することが求められるが、講義やグループワークの企画・運営には自信を得ているものの、ファシリテーターとしての個人的な技量に自信を得た修了者は約 70%にとどまっており、緩和ケア研修会の目的やその目的を達成するための研修会においてワークショップ形式を採用していることの意義についてさらに強調する必要があると考えられた。

E. 結論

PEACE 緩和ケア指導者研修会は、緩和ケア教育のための人材育成方法として、大多数の修了者から高い評価を受けている。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

学会発表

1. 佐藤哲観, 山本亮, 木澤義之. 緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会の実績と成果～PEACE プロジェクトによる緩和ケア教育活動の展開～. 第 15 回日本緩和医療学会総会. 2012 年 6 月 22-23 日. 神戸.
2. 佐藤哲観. がん患者の難治性疼痛 ペイン

クリニック専門医、緩和ケアチーム身体症状緩和担当医を対象としたアンケート調査より。第 15 回日本緩和医療学会学会総会。2012 年 6 月 22-23 日。神戸。

3. 佐藤哲観。難治性がん疼痛に対するペインクリニック専門医の認識と対応策。日本ペインクリニック学会第 46 回大会。2012 年 7 月 6-7 日。松江。

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（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

緩和医療に携わる精神腫瘍医の育成に関する研究

分担研究者 小川朝生 独立行政法人国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発分野

研究要旨 緩和ケアチームの技能の向上を図るために、一般コンサルテーション精神科医が緩和ケアチームと連携する上で必要な必須能力を明らかにし、その教育プログラムを作成することを目標に、まず精神腫瘍医に求められる必須能力を明らかにする研究に着手した。エキスパートのブレイン・ストーミングにより項目収集を行い、コンセンサス形成をおこない、医療者を対象としたアンケート調査を実施した。今後、精神腫瘍医の必須能力を明らかにした上で、一般コンサルテーション精神科医に求められる能力を検討する予定である。

A. 研究目的

がん患者には高頻度に精神症状が合併し、その比率は治療のどの段階においても 30-40% に及ぶ。早期から緩和ケアを提供し、患者・家族の療養生活の質の維持向上を図るために、各がん診療連携拠点病院においては、緩和ケアチームが設置された。その必須メンバーとして精神科医が配置されており、各施設において精神症状緩和の提供とともに、施設内外でのがん患者の精神心理的ケアの重要性の教育・啓発にあたることを求められている。しかし、精神腫瘍学を専門としない一般コンサルテーション・リエゾン精神科医が緩和ケアチームと連携する場合に求められる知識や技能が明らかになっていない。今後緩和ケアチームの技能の向上を図る上でも、一般コンサルテーション精神科医が緩和ケアチームと連携する上で必要な必須能力を明らかにし、その教育プログラムを作成する必要がある。

そこで本研究では、まず精神腫瘍医に求められる必須能力を明らかにした上で、一般コンサルテーション精神科医に求められる知識・技能を検討することを計画した。

B. 研究方法

研究方法

1. 各職種のエキスパートによる必須臨床能力に関する項目の収集

日本サイコオンコロジー学会から、精神科医・心療内科医のエキスパートについて 6 名を選抜し、ブレインストーミング（20 分の予

定）を行い、必須臨床能力に関する項目収集を行った。

2. 各職種の必須臨床能力に関する項目の整理と原案作成

1 の後、収集された必須臨床能力に関して、類似項目を整理して原案を作成した。

3. レビューアーによる原案のチェック

2 で作成された必須臨床能力の原案を、あらかじめ選抜されたレビューアー（3 名選抜する）にチェックしてもらい、妥当性を確認するとともに追加項目の推奨を依頼した。

4. 緩和ケアチームの構成メンバーに求められる必須臨床能力に関する項目の固定

以上のプロセスを得て、緩和ケアチームの構成メンバーに求められる必須臨床能力に関する項目を固定し、これらを含めた自己記入式のアンケート用紙を作成した。アンケートのアンカーポイントは、5 段階のリカー形式（1. 不要、2. どちらかといえば不要、3. どちらとも言えない、4. 望ましい、5. 必須）とした。

なお本アンケートについては、次のステップ 5 で調査を行うために、患者・家族、医師・看護師、エキスパート用の 3 つの様式を作成し、各々に適切な項目を含めることとした。

5. 患者・家族と医療者を対象としたサーベイランスの実施

1) 患者・家族：協力を得られる患者会を対象に上記のアンケート用紙への記入を依頼した。

2) 医師・看護師：同様に普段緩和ケアチームに依頼をしている医師、看護師を対象に同アンケートを施行する。本アンケートに関しては、協力を得られる医療機関（緩和ケアチームを有する機関）において、実際に緩和ケアチームに依頼があった際に、その依頼元の医師、看護師を対象にアンケートへの記入を依頼した。

6. 解析

アンケートの結果を記述的に解析した。

5. 研究の対象者および人数

サーベイランスについては下記を予定する。

1) 患者・家族：患者 200 例、家族 200 例

2) 依頼医師・看護師：各々 200 名

3) エキスパート：緩和ケア医、精神科医・心療内科医、緩和ケア看護師、薬剤師。

（倫理面への配慮）

研究の施行にあたり、国立がん研究センター倫理審査委員会の承認を得た。また、本研究への協力は個人の自由意志によるものとした。

C. 研究結果

エキスパートによる項目の収集を終了し、コンセンサスの形成をおこなうとともに、項目の整理をおこなった。作成の後に、エキスパート3名のレビューを受け、項目を確認したのち、関係職種、患者・家族からのコメントを受けて、2011年8月に調査票が完成した。2011年より、調査票を全国がん診療連携拠点病院388ヶ所の緩和ケアチームのコアメンバー、そのうちの10ヶ所では緩和ケアチームに依頼を出した医師・看護師、患者・家族200名に調査票を郵送した。

調査票の回収は、患者・家族対象では、230件送付をし、97件の回収（回収率42%）、依頼医師・看護師では200件依頼し、163件の回収（同81.5%）、緩和ケアチームでは1164件送付をし、726件（同62.4%）、精神科医・心療内科医では43件送付をし、27件であった。

各項目に対して、リカート形式で4以上を回答した比率は表1、2、3の通りである。

表1：診察前

項目	精神腫瘍医 (n=27)	担当医・ 担当看護師 (n=163)	緩和ケア チーム (n=726)	患者 (n=97)
担当医からの患者・ 家族への説明内容 を確認する	96.3	89.0	86.7	
精神症状の 原因となる可能性 のある薬剤や身体 状態の確認を行う	100	87.5	95.7	
担当医、 看護師の依頼理由 を直接・具体的に 確認する	96.3			
カルテ及び スタッフより家族に 関する情報を把握 する	96.3	96.3	91.3	
食欲、睡眠 状態の把握をする	96.3	94.5	93.1	96.9
担当医及び 看護師が問題と 考えた具体的な 症状や行動の 確認を行う	96.3	95.7	95.6	
がんの病 歴、治療 歴、現在の 治療目的・ 治療方針 を確認する	92.6	93.2	88.2	99
予後や今 後生じる 身体的状態 の変化に 関する、 担当医の 見立ての 確認を行う	85.2	90.8	84.3	
依頼の緊 急度の 確認を行う	92.5	89.1	84.7	88.7

表 2 : 診察時

項目	精神腫瘍医 (n=27)	担当医・担当看護師 (n=163)	緩和ケアチーム (n=726)	患者 (n=97)
がんの病状及び治療に対する理解度を患者に直接確認する	85.2	65.1	61.1	96.9
依頼理由にしばられず、新たな情報があれば聴取する	92.5	95.7	89.2	
身体症状、精神症状を包括的に把握する	96.3	97.6	95.6	99
痛みによる精神状態への影響の確認を行う	100	95.7	95.6	
抑うつの有無・程度の評価を行う	100	97.3	97.6	93.8
向精神薬を内服することに対する患者の気がかりを尋ねる	92.6	88.3	86.5	96.9
抑うつ以外の症状や疾患の確認を行う	100	98.8	97.6	
病室で話すときには、他患への影響にも配慮する	96.3			96.9

表 3 : 診察後

項目	精神腫瘍医 (n=27)	担当医・担当看護師 (n=163)	緩和ケアチーム (n=726)	患者 (n=97)
意思決定能力の評価を行う	88.9	84.7	84.8	93.8
薬物療法や心理社会的ケアとそのゴー	96.3	95.1	95.4	99

ルについて医療スタッフに具体的でわかりやすい推奨とその理由の説明を行い、カルテにも記載する				
緊急の対応が必要な対処策について、患者・担当医・看護師に説明する	96.3	89.5	90.9	93.8
薬物療法に際しては、必要性、選択理由、副作用とその評価方法について医療スタッフに伝える	88.1	94.5	95.2	

D. 考察

精神腫瘍医の必須能力確定後、コンサルテーション精神科医に求められる能力の検討について上記結果を指標に移行する予定である。

E. 結論

緩和ケアチーム精神科医の実態調査をもとに、精神腫瘍医の必須能力を明らかにし、緩和ケアチーム精神科医に求められるコンサルテーション活動の指針の作成を目標に計画を遂行した。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- Shirai, Y., Ogawa, A., Uchitomi, Y., et al., Patients' perception of the usefulness of a question prompt sheet for advanced cancer patients when deciding the initial treatment: a randomized, controlled trial.

- Psychooncology. 21(7): 706-13, 2012
2. Ogawa, A., Uchitomi, Y., et al., Availability of Psychiatric Consultation-liaison Services as an Integral Component of Palliative Care Programs at Japanese Cancer Hospitals. Jpn J Clin Oncol. 42(1): 42-52, 2012
 3. Shimizu, K., Ogawa, A., Uchitomi, Y., et al., Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project. Ann Oncol. 23(8): 1973-9, 2012
 4. 上山栄子、小川朝生、他、反復経頭蓋磁気刺激によるラット海馬における神経細胞新生の増加. 精神神経学雑誌, 114(9): 1018-1022, 2012
 5. 松本禎久、小川朝生, がん患者の症状緩和. Modern Physician. 32(9): 1109-1112, 2012
 6. 小川朝生, がん患者の精神心理的ケアの最大の問題点. がん患者ケア. 5(3): 55, 2012
 7. 小川朝生, がん患者に見られるせん妄の特徴と知っておきたい知識. がん患者ケア. 5(3): 56-60, 2012
 8. 小川朝生, 悪性腫瘍(がん). 精神看護. 15(4): 76-79, 2012
2. 学会発表
1. 小川朝生. 医療者育成. 第25回日本総合病院精神医学会総会. 2012. 11. 大田区(シンポジウム演者)
 2. 小川朝生. がん患者の有症率・相談支援のニーズとバリアに関する多施設調査. 第50回日本癌治療学会学術集会. 2012. 10. 25. 横浜(ポスター)
 3. 小川朝生. がん診療におけるせん妄. 第6回日本緩和医療薬学会年会. 2012. 10. 7. 神戸市(シンポジウム演者)
 4. 小川朝生. Cancer Specific Geriatric Assessment(CSGA)日本語版の開発. 第77回大腸がん研究会. 2012. 7. 6. 港区(口演演者)
 5. 小川朝生. 緩和ケアチームが精神心理的ケアを提供する工夫. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 神戸市.(シンポジウム座長)
 6. 小川朝生. 緩和ケアにおける介入エビデンス. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 神戸市.(シンポジウム演者)
 7. 小川朝生. 患者が意思決定できないときの対応. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 神戸市.(パネルディスカッション演者)
 8. 小川朝生. 臨床心理士へのサイコオンコロジー教育. 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012. 福岡市.(シンポジウム座長)
 9. 小川朝生. 高齢者のサイコオンコロジー. 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012. 福岡市.(シンポジウム演者)
 10. 小川朝生. がん相談支援センターとサイコオンコロジーとの連携. 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012. 福岡市.(シンポジウム座長)
- 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。