

201221003B

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 22～24 年度 総合研究報告書

研究代表者 木澤 義之

平成 25 (2013) 年 3 月

目 次

I. 総合研究報告

緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究・・・・・・・・・・・・・5
木澤義之

資料1：緩和ケアチーム全国調査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	17
資料2：緩和ケアチームに対する教育・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	24
資料3：緩和ケアチームに所属する精神腫瘍医の教育・・・・・・・・・・	36
資料4：専門緩和ケアサービス（緩和ケアチーム・病棟）地域緩和ケア研修会・・	40
資料5：がん医療に携わる医師に対する緩和ケア教育（PEACE）・・・・・・・・	47
資料6：小児科医に対する緩和ケア教育（CLIC）・・・・・・・・・・・・	59
資料7：看護師に対する緩和ケア教育（ELNEC-J）・・・・・・・・・・・・	69
資料8：理学療法士・作業療法士に対する緩和ケア教育・・・・・・・・・・	74
資料9：心理士に対する緩和ケア教育・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	79
資料10：薬剤師に対する緩和ケア教育・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	88
資料11：がん医療における意思決定支援に関する教育・・・・・・・・・・	90

II. 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 105

III. 研究成果刊行物・別刷・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 別冊

I. 総合研究報告

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 本研究班では、専門的緩和ケアに関して、1) 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。2) 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が作成され、3) 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。また、4) 緩和ケアチームで働く精神腫瘍医に必要とされる臨床能力が明確化された。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。また、基本的緩和ケアに関しては、わが国初となる、全国展開が可能な5) 医師、6) 小児科医、7) 看護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。加えて、8) 理学療法士・作業療法士、9) 心理士、10) 薬剤師の緩和ケア教育に関する実態調査が実施され、11) 意思決定支援の教育のための基礎調査が行われた。今後、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や、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。

分担研究者氏名及び所属施設	永山 淳	ピースクリニック中井 院長
研究者氏名 所属施設名及び職名	多田羅 竜平	大阪市立総合医療センター緩和医療科兼小児内科 医長
森田 達也 聖隷三方原病院 緩和支援治療科 部長	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
岡村 仁 広島大学大学院保健学研究科 教授	高橋美賀子	聖路加国際病院 がん専門看護師
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 教授	笹原 朋代	筑波大学大学院人間総合科学研究科 助教
佐藤 哲観 弘前大学医学部附属病院麻酔科・緩和ケア診療室 講師	中澤葉宇子	国立がん研究センター中央病院臨床試験・治療開発部
小川 朝生 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部心理社会学室 室長	岩満 優美	北里大学大学院医療系研究科 教授
山本 亮 佐久総合病院総合診療科 部長	伊勢 雄也	日本医科大学付属病院薬剤部 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。

3 年間を通じて、専門緩和ケアサービスに対する教育として 1) 緩和ケアチームの活動実態調査（木澤分担分）、2) 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し、その研修会の教育効果を測定すると同時に、緩和ケアチームが効果的に活動するための指針とチェックリストを作成（中澤分担分）、3) 緩和ケアチームで活動する精神腫瘍医に求められる能力の明確化（小川分担分）、4) 専門緩和ケアをより効果的に提供するための地域緩和ケア研修会の実施とその評価（RCT の実施、木澤分担分）を行ってきた。

また、基本的な緩和ケアの普及のために必要な、5) 医師（PEACE: Palliative care Emphasis program on Assessment and management for Continuous medical Education、大滝、佐藤、山本分担分）、6) 小児科医師（CLIC: Care for Life-threatening Illness in Childhood、多田羅、永山分担分）、7) 看護師（ELNEC-J: End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan、笹原、高橋、宮下分担分）に対する教育プログラムを作成・実施するとともに、その教育効果の評価尺度を作成し、介入研究を実施した。また、緩和ケアの実践に必要な不可欠な、がん診療に携わる 8) 理学療法士・作業療法士（岡村担当分）、9) 心理士（岩満分担分）、10) 薬剤師（伊勢分担分）の育成について、それぞれ教育に必要な調査を実施し、教育プログラム作成の基礎資料を作成した。また、医師の教育の中で必要にもかかわらず、作成が進んでいない意思決定支援の教育プログラム作成のために、全国の緩和ケア病棟を対象に、緩和ケア病棟におけるアドバンスケアプランニングの実態調査（木澤分担分）を実施した。

B. 研究方法（詳細はそれぞれ該当する番号の資料を参照）

専門的緩和ケアの教育

1) 緩和ケアチームの活動実態調査（資料 1）

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。調査対象施設は（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 568 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。調査期間は 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。

2)-①緩和ケアチーム研修会の開催と教育効果の測定（資料 2）

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。

2)-②緩和ケアチームが効果的に活動するための指針とチェックリストの作成（資料 2）

前述の緩和ケアチーム実態調査と緩和ケアの基準（Sasahara, Kizawa 2009）をもとにチ

チェックリストを作成した。

3) 緩和ケアチームで活動する精神腫瘍医に求められる能力の明確化 (資料 3)

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、精神腫瘍医に求められる必須能力を明らかにした。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。

4) 地域緩和ケア研修会の実施とその評価 (RCTの実施) (資料 4)

平成 22-23 年度に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、ウエイティング・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。

基本的な緩和ケアの教育

5) 医師に対する緩和ケア教育プログラム (PEACE) の作成とその評価 (資料 5)

当研究班で開発し、日本緩和医療学会が厚生労働省委託事業として実施している PEACE の教育効果を測定するために、平成 22-23 年度に、まず緩和ケアに関する医師の知識を測定する知識テストである PEACE-Q33 を開発した。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。

6) 小児科医に対する緩和ケア教育プログラム (CLIC) の作成とその評価 (資料 6)

平成 22, 23 年度に当研究班で 2 日間の集中的な教育プログラムの開発、改訂を行い、パイロット研修会を実施した。平成 24 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 (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。また、第 2 期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対象の小児緩和ケアに関する研修会

(CLIC-T : CLIC for palliative care Team) を前年度までに開発したプログラムの CLIC をもとに開発し、実施した。

7) 看護師に対する緩和ケア教育プログラム (ELNEC-J) の作成とその評価 (資料 7)

平成 22-23 年度に本研究班で開発・改訂した 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、ウエイティング・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。

8) がん診療に携わる理学療法士・作業療法士の育成に関する研究 (資料 8)

<研究 1>学部教育に関して：緩和医療におけるリハビリテーションについて、その知識や期待される内容を明らかにし教育の余地や必要性を探ることを目的に、作業療法学専攻 4 年生 30 名、理学療法学専攻 4 年生 27 名、医学専攻 4 年生 30 名、非医療系学生 1~4 年生 29 名の 4 群にアンケート調査を行った。

<研究 2>

療法士教育に関して：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、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 名のグループを編成し、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。

9) がん診療に携わる心理士の育成に関する研究 (資料 9)

第 1 に、がん医療で働く心理士の必要な知識やスキルとその教育ニーズ、他職種からの仕事の要望およびその実行度について、常勤で精神科医が勤務しているか否かの 2 群に心理士を分け比較検討した。第 2 に、他職種からの仕事の要望およびその実行度について、職場から“求められている”と回答した人のみを対象に、その実行の程度について検討した。最後に、実際に困ったことや辛かったことについて、質的分析を実施した。

10) がん診療に携わる薬剤師の育成に関する研究 (資料 10)

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。

11) 緩和ケア病棟におけるアドバンスケアプランニングの実態調査 (資料 11)

平成 22 年 8 月 1 日時点で日本ホスピス緩和ケア協会に加盟しているホスピス緩和ケア病棟 203 施設を対象とし、後ろ向きによるカルテ調査。及び施設代表者の医師に対する質問紙調査をおこなった。調査対象者は対象施設で死亡したがん患者のうち、平成 22 年 11 月 30 日からさかのぼって直近 3 名の患者計 609 名、ならびに施設代表者の医師 203 名とした。カルテ調査者は対象施設の研究実施責任者とし、各研究対象施設に所属する医師 1 名を調査責任者として各施設の研究承諾取得時に特定した。調査項目は対象患者の死亡時年齢、性別、入院日、死亡退院日、原発部位、緩和ケア初診以前の ACP (①心肺蘇生 ②人工呼吸器の使用 ③経管栄養 ④抗菌薬の使用 ⑤医療に関する代理意思決定者) の有無、緩和ケア初診時の意思決定能力、緩和ケア病棟の入院を誰が決定したか、緩和ケア病棟入院から死亡までの ACP (上記 5 項目) の有無およびその決定日、DNAR を誰から聴取したか、緩和ケア病棟担当医師の ACP および AD に関する行動と態度 (Davidson, et al. JAMA1989, Hirschman JPM 2010, Hu et al. Soc Sci Med 2010 より一部修正引用) とした。

(倫理面への配慮)

すべての研究は臨床研究・疫学研究の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

専門的緩和ケアの教育

1) 緩和ケアチームの活動実態調査 (資料 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。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。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。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。

2)-① 緩和ケアチーム研修会の開催と教育効果の測定 (資料 2)

調査の結果、対象者背景は、約 40% が緩和ケアチームメンバーとしての活動年数 2 年未満であった。研修会前後の比較の結果、平成 21 年度・平成 22 年度の参加者の活動に有意な変化が認められたが、平成 23 年度の参加者の活動には変化は認められなかった。今後は、研修プログラムの改善や評価方法の、見直しが課題である。

2)-② 緩和ケアチームが効果的に活動するための指針とチェックリストの作成 (資料 2)

前述の緩和ケアチーム実態調査と緩和ケアの基準 (Sasahara, Kizawa 2009) をもとにチェックリストを作成した。本年度子のチェックリストを用いた緩和ケアチームのピアレビューを加藤班と合同で企画している。

3) 緩和ケアチームで活動する精神腫瘍医に求められる能力の明確化 (資料 3)

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。詳細は資料3を参照のこと

4) 地域緩和ケア研修会の実施とその評価 (RCTの実施) (資料4)

尺度開発：331名より返送があった。調査対象者の背景は、平均年齢44.7歳、平均臨床経験年数20.5年、平均緩和ケア経験年数6.5年、女性(56%)、医師53%、看護師46%であった。24項目の探索的因子分析では、【緩和ケアの質の向上の機会】、【患者の紹介時の連携】、【地域の専門的緩和ケアサービスに関する知識】、【専門緩和ケアサービス同士のサポート】の4つのドメインが抽出され、それぞれのドメインについて3項目、計12項目の質問項目が選択された。確認的因子分析を行ったところGFI:0.950, AGFI:0.919, CFI:0.978, RMSEA:0.063という結果が得られ、構成概念妥当性は良好であった。尺度の妥当性を検証するために、各ドメインの合計点数を地域カンファレンスをしている群としていない群で比較したところ、各因子の合計点数は地域カンファレンスをしている群で優位に高く、尺度の妥当性が証明された(表2)。また、尺度の信頼性については、各ドメインのCronbach α は0.87-0.91、級内相関係数は0.37-0.47と良好であった。

研修会の効果の検証：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。

基本的な緩和ケアの教育

5) 医師に対する緩和ケア教育プログラム (PEACE) の作成とその評価 (資料5)

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。

6) 小児科医に対する緩和ケア教育プログラム (CLIC) の作成とその評価 (資料6)

1) 研修会の開催実績について：平成23年度までにCLICを計5回、平成24年度中にCLICを2回、CLIC-Tを1回実施した。小児緩和ケアの(i)知識(ii)態度と自信に関する調査票(CLIC questionnaire; CLIC-Q)を開発し、平成24年7月開催の研修会にて、研修会の前後で試験的に使用した。研修会前後で緩和ケアに関する知識、態度、自信が向上することが示唆された。

7) 看護師に対する緩和ケア教育プログラム (ELNEC-J) の作成とその評価 (資料7)

平成22-23年度研究では評価尺度であるELNEC-CQを開発し、その信頼性・妥当性を確認した。ELNEC-CQの開発は10施設1745人の看護師に対し自記式質問紙調査を実施し、有効回収数は762人(44%)、再調査122人であった。調査結果を解析することにより、ELNEC-Jの効果を知識・態度の面から測定する100項目からなる調査票であるELNEC-CQを確立した。平成24年度はELNEC-Jプログラムの有効性を検証するために(1)Weighting-list Controlを用いた無作為化比較試験、(2)コホート研究を計画した。エンドポイントは平成23年度に本研究班で開発したELNEC-J CQである。調査は研修会前後および6ヶ月後に実施した。本研究は東北大学大学院医学系研究科の倫理委員会の承認を得て、対象のリクルートが行われた。無作為化比較試験では宮城県開催プログラムでは第1

回研修会 66 名、第 2 回 63 名に割りつけられた。大阪府開催プログラムでは第 1 回研修会 32 名、第 2 回 33 名に割りつけられた。コホート研究には 11 プログラム 410 名が登録された。今後、無作為化試験、コホート研究の遂行と追跡により ELNEC-J プログラムの有効性が明らかになる予定である。

8) がん診療に携わる理学療法士・作業療法士の育成に関する研究 (資料 8)

<研究 1> 学生に対する緩和医療およびがん・緩和医療におけるリハビリテーションに関する両面からの教育の必要性が示唆された。
<研究 2>

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。

9) がん診療に携わる心理士の育成に関する研究 (資料 9)

第 1 に、精神科医が常勤で働いている施設と働いていない施設の心理士の教育ニーズ、職場からの仕事の要請とその実行についてその頻度に違いがあることがわかった。第 2 に、70% 以上の心理士が職場から要望されている仕事は、その頻度の多い順に、「院内の他職種との連携」「心理的援助が望ましい患者への対応」「患者の精神状態の評価」「精神疾患の患者への対応」「心理的援助が望ましい家族への対応」であった。その実行度は、「院内の他職種との連携」では、約 4 割、「心理的援助が望ましい患者への対応」では約 5 割強、「患者の精神状態の評価」および「精神疾患の患者への対応」で第 3 に、実際に困ったことや辛かったことについては、質的分析の結果、『病院システム』『他職種協働』『心理士の役割と専門性』『心理士としての専門的援助』『心理士のストレス』の 5 つのカテゴリーが得られた。以上より、医学的知識はもちろんのこと、他職種との連携および協働に対する教育の必要性が明らかになった。

10) がん診療に携わる薬剤師の育成に関する研究 (資料 10)

299 施設より回答が得られた (回収率

75.3%)。オピオイド製剤の服薬指導、チームスタッフへの情報提供をたいてい～常に行なっていると回答していた薬剤師は全体の約 2 割であった。また、約 2 割の薬剤師が自分自身の活動が緩和ケアチームに貢献できていないと回答していた。その理由として、マンパワーがない、時間がないと回答していた薬剤師が多かった。以上、薬剤師は医師や看護師と異なり、施設において緩和ケアチーム業務を行なう十分な時間や人数を確保できていないため、十分な活動が行なわれていない可能性が考えられた。

11) 緩和ケア病棟におけるアドバンスケアプランニングの実態調査 (資料 11)

203 施設に調査票を送付し、99 施設から回答を得た。(返送率 49%) また、各施設の患者カルテ 3 名ずつ、合計計 297 名の患者のカルテが調査され、各施設の医師 1 名、合計 99 名より調査票の返送があった。調査結果により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が明らかとなった。

D. 考察

本研究班では、専門的緩和ケアに関して、1) 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。2) 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が作成され、3) 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。また、4) 緩和ケアチームで働く精神腫瘍医に必要とされる臨床能力が明確化された。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。

また、基本的緩和ケアに関しては、わが国初となる、全国展開が可能な 5) 医師、6) 小児科医、7) 看護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。

加えて、8) 理学療法士・作業療法士、9) 心理士、10) 薬剤師の緩和ケア教育に関する実態調査が実施され、11) 意思決定支援の教育のための基礎調査が行われた。今後、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や、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) 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、2) 地域における緩和ケア専門家の自己評価・同僚評価・改善を介入とした研修プログラム、3) 医師 (PEACE)、4) 小児科医 (CLIC)、5) 看護師 (ELNEC-J) に対する基本的な緩和ケアの教育プログラムと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。意思決定支援教育プログラムや他のメディカルスタッフに対するプログラムの作成が課題である。また、現行の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. 木澤義之. 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, ホスピス緩和ケア白書 2012, 青海社, 東京, 2012, 28-29.

2. 木澤義之. 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, ホスピス緩和ケア白書 2012, 青海社, 東京, 2012, 1-5.
3. 山本亮. 緩和ケアに関する教育 2. 医師に対する緩和ケア教育-PEACEプロジェクト - 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, ホスピス緩和ケア白書 2012, 青海社, 東京, 2012.
4. 小川朝生. 精神腫瘍学コンサルテーションこれだけは、不穏、せん妄、認知症、神経症状, 緩和ケアチーム. 小川朝生、内富庸介編. 精神腫瘍学クリニカルエッセンス, 社会福祉法人新樹会創造出版, 東京, 2012, 21-28, 71-74, 88-104, 105-112, 145-55, 262-274.
5. 小川朝生. がん診療連携拠点病院緩和ケアチームに携わる精神症状緩和担当医師の現状調査, (公財)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, ホスピス緩和ケア白書 2012, (公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 東京, 2012, 46-51.
6. 小川朝生. がん等による慢性疼痛時のうつ病診察のコツと処方例, 中尾睦宏、伊藤弘人編, 日常診療におけるうつ病治療指針, 医薬ジャーナル社, 東京, 2012, 135-148.
7. 木澤義之. がん対策基本法後の緩和ケア教育-PEACEプロジェクトの実践を通して, 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, ホスピス緩和ケア白書 2011, 青海社, 東京, 2011, 19-23.
8. 森田達也, 木澤義之, 新城拓也. エビデンスで解決! 緩和医療ケースファイル, 森田達也, 木澤義之, 新城拓也編, エビデンスで解決! 緩和医療ケースファイル, 南江堂, 東京, 2011.
9. 岡村仁. がん患者のリハビリテーションと心理的問題, 清水研 編, がん医療に携わるすべての医師のための心のケアガイド, 真興交易 (株) 医書出版部, 東京, 2011, 206-209.
10. 岡村仁. リハビリテーション, 小川朝生, 内富庸介編, 精神腫瘍学, 医学書院, 東京, 2011, 191-194.
11. 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か変わったか
緩和ケアチーム研修会からみえる課題。
(公財)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,ホスピス緩和ケア白書 2011,(公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団,大阪,2011,37-41.
12. 志真泰夫, 木澤義之, 阿部泰之, 黒岩ゆかり, 小林奈美, 坂本雅樹, 佐藤哲観, 清水わか子, 松原貴子, 山本亮, 日本緩和医療学会委託事業委員会編,がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会ハンドブック 2009 年度版,日本緩和医療学会,大阪,2010.
 13. 木澤義之. 緩和医療教育,日本医学教育学会編,医学教育白書 2010 年版,篠原出版新社,東京,2010,221-225.
 14. 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. Jan 7[Epub ahead of print] 2013.
 15. Kizawa Y, Tsuneto S, Hamano J, et al. 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. 26(5), 744 – 752, 2012 .
 16. 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. Sep 3[Epub ahead of print],2012 .
 17. 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. 42(12), 1120-7, 2012.
 18. 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, 26(5), 744-752, 2012.
 19. 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 42(5) 432-441 2012
 20. 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, 21,706-13,2012.
 21. 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, 42-52, 2012.
 22. 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, 1973-9, 2012.
 23. Abe K, Okamura H, et al. Systematic review of rehabilitation intervention in palliative care for cancer patients. Jpn J Clin Oncol, in press.
 24. Takenouchi S, Miyashita M, Tamura K, Kizawa Y, Kosugi S. Evaluation of the End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan faculty development program: validity and reliability of the 'End-of-Life Nursing Education Questionnaire. J Hospice and Palliative Nursing, in press.
 25. Otani H, Morita T, et al. Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment. Jpn J Clin Oncol, 41(8), 999-1006, 2011.
 26. Okamura H. Importance of rehabilitation in cancer treatment and palliative medicine. Jpn J Clin Oncol, 41, 733-738, 2011.
 27. Ohnishi N, Okamura H, et al. Relationships between roles and mental

- states and role functional QOL in breast cancer outpatients. Jpn J Clin Oncol, 41, 1112-1118, 2011.
28. Ise Y, Morita T, Kizawa Y, et al. Role of the community pharmacy in palliative care: a nationwide survey in Japan. J Palliat Med, 13, 733-737, 2010.
 29. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The Palliative Care Self-reported Practices Scale (PCPS) and the Palliative Care Difficulties Scale (PCDS): reliability and validity of 2 scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. J Palliat Med, 13(4), 427-437, 2010.
 30. Sugiura M, Miyashita M, Sato K, Morita T, Tsuneto S, Matoba M, Sano M, Shima Y. Analysis of factors related to the use of opioid analgesics in regional cancer centers in Japan. J Palliat Med, 13(7), 841-846, 2010.
 31. Sasahara T, Miyashita M, Umeda M, Higuchi H, Shinoda J, Kawa M, Kazuma K. Multiple evaluation of a hospital-based palliative care consultation team in a university hospital: Activities, patient outcome, and referring staff's view. Palliat Support Care., 18, 1-9, 2010.
 32. 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
 33. 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.
 34. 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しておいたらどうなるか? 緩和ケア 22(5), 399-402, 2012.
 35. 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, 10(3), 185-195, 2012.
 36. 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.
 37. 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.
 38. 多田羅竜平. 子どもたちのための緩和ケア. 日本小児科学会雑誌;116(11), 1666-1675, 2012
 39. 市原香織, 宮下光令, 福田かおり, 茅根義和, 清原恵美, 森田達也, 田村恵子, 葉山有香, 大石ふみ子. 看取りのケアにおけるLiverpool Care Pathway日本語版の意義と導入可能性: 緩和ケア病棟2施設におけるパイロットスタディ. Palliat Care Res., 7(1), 149-162, 2012.
 40. 中村めぐみ, 高橋美賀子. がん看護専門看護師による緩和ケアに関する相談外来の現状報告, 聖路加看護大学紀要, (38), 25-28, 2012.
 41. 高橋美賀子. オピオイドに対して抵抗感を示す患者さん, リレーエッセイ-痛み周辺の周辺から, がん患者と対症療法, 23(1), 114-115, 2012.
 42. 岩満優美. がん患者・家族の不安, ストレス科学, 27(1), 18-24, 2012.
 43. 中島香澄, 岩満優美. 他精神医療において期待される心理士の役割-精神科医・心療内科医を対象としたアンケート調査, 日本社会精神医学会雑誌, 21, 278-287, 2012.
 44. 鶴川百合, 伊勢雄也, 片山志郎. がん治療と緩和ケア (2): 臨床現場で期待されるプロバイオティクスの役割. 日本医科大学医学会雑誌, 8, 174-178, 2012.
 45. 阿部泰之, 山本亮, 木澤義之. がん対策基本法に基づく緩和ケア研修会の企画・運営および学習資料の問題点, Palliative Care Research, 6(2), 143-149, 2011.
 46. 津川律子・岩満優美. 臨床心理学キーワード・チーム医療/多職種協働/臨床心理士の役割と専門性, 臨床心理学, 11(5), 762-765, 2011.
 47. 木澤義之. PEACEプロジェクトとは, Run&Up, 7(1), 2-5, 2011.
 48. 森田達也, 他. 特集 がん疼痛治療の最新情報 早期緩和ケア導入によるがん治療の影響と効果, Progress in Medicine,

- 31(5), 1189-1193, 2011.
49. 伊勢雄也, 片山志郎. がん治療と緩和ケア(1):在宅緩和医療の推進に障壁となっていることは?~薬剤師の視点から~. 日本医科大学医学会雑誌, 7, 156-161, 2011.
 50. 津川律子・岩満優美. 臨床心理学キーワード・チーム医療/多職種協働/臨床心理士の役割と専門性, 臨床心理学, 11(5), 762-765, 2011.
 51. 三木恵美, 岡村仁, 他. 末期がん患者に対する作業療法士の関わり~作業療法士の語りの質的内容分析~. 作業療法, 30, 284-294, 2011.
 52. 岡村仁. 外来精神医療と緩和ケア:がん患者にみられる精神症状とその対応, 外来精神医療, 11, 20-24, 2011.
 53. 杉浦宗敏, 宮下光令, 佐藤一樹, 森田達也, 佐野元彦, 的場元弘, 恒藤暁, 志真泰夫. がん診療連携拠点病院における緩和ケア提供体制と薬剤業務の困難感, 日本緩和医療薬学雑誌, 4(4), 103-109, 2011.
 54. 杉浦宗敏, 宮下光令, 佐藤一樹, 森田達也, 佐野元彦, 的場元弘, 恒藤暁, 志真泰夫. がん診療連携拠点病院における緩和ケア提供に関する薬剤業務等の全国調査. 日本緩和医療薬学雑誌, 4(1), 23-30, 2011.
 55. 宮下光令. 緩和ケアの質の評価. 東北医誌, 122, 167-169, 2010
 56. 宮下光令, 佐藤一樹, 清水恵. 緩和ケアの質の評価, 東北大医保健学科紀要, 19(2), 63-71, 2010.
 57. 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変わったか 研修会から見える課題. 緩和ケア, 20(1), 23-27, 2010.
 58. 伊勢雄也, 森田達也, 前堀直美, 嚮基治, 塩川満, 木澤義之. 麻薬小売業者間譲渡許可免許に関する調査研究, Palliative Care Research, 5(2), 213-218, 2010.
 59. 馬場玲子, 笹原朋代, 北岡和代, 梅内美保子, 木澤義之. 緩和ケア認定看護師の職務満足度およびバーンアウトの実態と関連要因 Palliative Care Research, 5(1), 127-136, 2010.
 60. 木澤義之. 【がん対策基本法の前と後-何が変わり、何が変わらないか】がん対策基本法後の緩和ケア教育, PEACEプロジェクトの実践を通して, 緩和ケア, 20(1), 18-22, 2010.
 61. 井村千鶴, 森田達也, 他. 緩和ケアチームによる診療所へのアウトリーチプログラムの有用性. 癌と化学療法, 37, 863-870, 2010.
 62. 繁本梢, 岡村仁. がんサバイバーシップのリハビリテーション. 腫瘍内科, 5, 151-155, 2010.
 63. 岡村仁. がん医療に携わる心のケア従事者への教育. 精神神経学雑誌, 112, 1024-1027, 2010.

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.
3. Yoshiyuki Kizawa, Satoru Tsuneto, Yasuo Shima. Current status of Advance Care Planning in Hospice Palliative Care Units in Japan - a nationwide survey, 2nd International Society of International Advance Care Planning Conference, 2011, London, UK.
4. Yoshiyuki Kizawa, Tatsuya Morita, Mitsunori Miyashita, Satoru Tsuneto. Current status of palliative care consultation teams in Japan. a nationwide survey, 9th Asia pacific hospice conference, 2011. Penang, Malaysia
5. Yoshiyuki Kizawa, Yasushi Abe., Current status of Advance Care Planning in Japan, Inaugural

- International Advance Care Planning Conference, 2010, Melbourne, Australia.
6. Yoshiyuki Kizawa, Satoru Tsuneto, Kaichiro Tamba, Yusuke Takamiya, Tatsuya Morita, Seiji Bito, Junji Otaki, Development of a consensus syllabus for under graduate palliative medicine in Japan using a modified Delphi method, 18th International Congress on Palliative Care, 2010, Montreal, Canada.
 7. 木澤義之, 医師のための基本的な緩和ケア教育 PEACE プロジェクト—その開発と運用の実際. シンポジウム 3 「痛み治療の教育」, 日本ペインクリニック学会第 46 回大会, 2012, 松江.
 8. 木澤義之, 卒前における緩和ケア教育～Overview とカリキュラムの開発～, シンポジウム 3 医学生への緩和医療教育, 第 17 回日本緩和医療学会学術大会, 2012, 神戸.
 9. 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, 神戸.
 10. 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, 福島.
 11. 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 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012 年 9 月 21 日. 福岡市.
 12. 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.
 13. 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.
 14. 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総会. 2012 年 6 月 22-23 日. 神戸.
 15. 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.
 16. 岩満優美 臨床心理士へのサイコオンコロジー教育—がん医療で働く心理士が感じる困難さから—. シンポジウム 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 年 9 月 21 日. 福岡.
 17. 森田達也, 他: 死亡 60 日以前より緩和ケアチームが介入した症例の検討～早期介入によって何がもたらされるか～. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011. 7, 札幌.
 18. 木澤義之, 専門的緩和ケアの現状と課題, 日本における 30 年の軌跡をたどって, シンポジウム 16 緩和医療と精神腫瘍学の役割: 予防から終末期ケアまで (Current status of specialist palliative care and its education: follow the tracks of 30 years in Japan), 第 70 回日本癌学会総会, 2011.
 19. 木澤義之, 医師における緩和医療の卒前教育の現状と課題, パネルディスカッション 4, 緩和医療の卒前教育の現状と今後の課題, 第 16 回日本緩和医療学会学術大会, 2011, 札幌.
 20. 伊勢雄也. 緩和医療とファーマコエコノミクス～緩和医療の質と効率の両立を目指して～. シンポジウム 16. 緩和医療における薬剤経済学の具体例. 第 5 回日本緩和医療薬学会年会. 2011 年 9 月 24-25 日. 千葉.
 21. 佐藤哲観, 蝦名正子, 遠瀬龍二, 高田典和, 和田盛人, 廣田和美. 当院における最近 6 年間のオピオイド消費量に関する検討. 日本ペインクリニック学会第 45 回大会. 2011 年 7 月 22-23 日. 松山.
 22. 浅利三和子, 佐藤哲観, 蝦名正子, 齋藤淳一, 工藤恵子, 菊池淳宏, 照井一史, 野戸結花. 当院緩和ケアチームが介入した患者の背景因子の変化. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011 年 7 月 29-30 日. 札幌.
 23. 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. 日本緩和医療学会学術大会. 2010.
 24. 橋爪隆弘, 木澤義之, 小川朝生, 中澤葉宇子. 研修会から見える緩和ケアチームの課題と今後の展望. 日本癌治療学会学

術集会. 2010.6, 東京.

25. 岩満優美 がん医療における心理士の役割について. ワークショップーサイコオンコロジー7ー心理士の役割と教育プログラムについて. 日本心理学会第74回大会, 2010年9月20-22日. 大阪.
26. 岡村仁: がん医療において精神科医に期待されるもの: がん医療に携わる心のケア従事者への教育. 第106回日本精神神経学会学術総会, 2010年5月, 広島市
27. 中澤葉宇子, 木澤義之, 森田達也, 笹原朋代, 宮下光令, 橋爪隆弘, 他: 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に関する実態調査. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京.
28. 川口知香, 森田達也, 他: 緩和ケアチーム看護師の専従化が緩和ケアチームの活動に及ぼす効果: OPTIM浜松. 第15回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6, 東京
29. 伊勢雄也, 塩川満, 橋爪隆弘, 木澤義之. 在宅緩和医療を推進するための方策とその評価ーお薬手帳に添付された薬剤情報提供書の有用性ならびにコミュニケーションに関する研修会の開催とその評価. 第4回日本緩和医療薬学会年会. 2010年9月25-26日. 鹿児島.

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。

I. 緩和ケアチームの動向と現状

1. 緩和ケアチームの全国調査

木澤 義之

(筑波大学 医学医療系臨床医学域)

背景

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(2007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ひと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、がん診療拠点病医院のすべてに緩和ケアチームの設置が義務づけられた。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、患者の背景などが明らかとなっていない。

調査方法

2010年10月～2011年1月に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。下記の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。

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の所属する施設

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かけた。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および聞き取りを行い、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。

調査結果

① 概要

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(表1)

緩和ケアチームがあると回答した541施設のうち、がん診療連携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)。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。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

表1 緩和ケアチームがあると回答した施設の概要

項目		n=541	割合 (%)
施設の種別	がん診療拠点病院	265	49.0
	大学病院	81	15.0
	その他の病院	213	39.4
	診療所	5	1.0
	その他	2	0.4
緩和ケアチーム加算の算定	あり	150	27.7
	なし	391	72.3
緩和ケア病棟の有無	あり	107	19.8
	なし	434	80.2

表2 緩和ケアチームの概要とスタッフの配置

項目	総数 n=541	コンサルテーション数		p
		年間100例以下 n=337	年間100例以上 n=178	
緩和ケアチームのスタッフ配置				
専従の医師がいる	214 (39.6)	81 (24.2)	125 (70.6)	<0.001 ***
専従の看護師がいる	374 (69.1)	206 (61.3)	154 (87.0)	<0.001 ***
がん専門看護師がいる	120 (22.2)	65 (19.3)	48 (27.1)	0.043 *
緩和ケア/がん性疼痛認定看護師がいる	402 (74.3)	235 (69.7)	152 (86.4)	<0.001 ***
常勤の精神科医がいる	321 (59.3)	168 (50.1)	138 (77.5)	<0.001 ***
薬剤師がいる	526 (97.2)	327 (97.0)	175 (98.3)	0.378
ソーシャルワーカーがいる	418 (77.3)	266 (79.4)	134 (75.3)	0.284
緩和ケアチームの体制				
緩和ケア外来の存在, n (%)	409 (75.6)	237 (70.3)	154 (86.5)	<0.001 ***
地域緩和ケアチームの有無, n (%)	74 (13.7)	39 (11.6)	32 (18.0)	0.046 *
緩和ケアチームの活動が明文化されている	489 (90.4)	304 (90.7)	166 (93.8)	0.309
緩和ケアチームへの紹介方法が周知されている	502 (92.8)	283 (84.0)	170 (98.3)	0.004 **
平日日中はいつでもコンサルテーションを受けられる体制がある	369 (68.2)	206 (61.3)	155 (85.5)	<0.001 ***
週1回以上カンファレンスが行われている	492 (90.9)	296 (88.1)	176 (98.9)	<0.001 ***

欠損値のためにいくつかの項目で合計値が100%未満となっている。*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

を算定している施設が99施設あった。

③ 緩和ケアチームにおける専従スタッフの配置 (表2上段)

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(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指す)。緩和ケアチームに認定看護師(緩和ケアもしくはがん性疼痛認定看護師)は402施設

(74.3%)、がん専門看護師が配置されている施設は120施設(22.2%)、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、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指す)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

表3 わが国における緩和ケアチーム (PCT: Palliative Care Team) の活動

項目	全PCT n=541	保険算定基準 を満たしたPCT n=150	保険算定基準を 満たさないPCT n=388	p
年間新規診療患者実数 (n, 平均±SD, 中央値)	51,014, 99.1±104.2,70	169.3±139.2	71.2±69.6	<0.001*
年間新規診療患者数の分布 (n)	n (%)			
≤49	186 (34.4)	22 (14.7)	163 (42.0)	
50~99	151 (27.9)	25 (16.7)	126 (32.5)	
100~149	74 (13.7)	30 (20.0)	43 (11.1)	
150~199	41 (7.6)	22 (14.7)	19 (4.9)	
200~249	24 (4.4)	18 (12.0)	5 (1.3)	
250~299	12 (2.2)	6 (4.0)	6 (1.5)	
300≤	27 (5.0)	22 (14.7)	5 (1.3)	

欠損値のためにいくつかの項目で合計値が100%未満となっている。SD：標準偏差，*p<0.001

(8.7%)であった。そして、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%)みられた。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。

専従医師、専従看護師、認定看護師、常勤の精神科医が配置されている施設の割合は、年間100件以上の新規コンサルテーション患者がいるチームで有意に高かった。

④ 緩和ケアチームの体制 (表2下段)

緩和ケアチームの体制としては、緩和ケア外来診療機能をもつ施設が409施設(75.6%)、地域緩和ケアチーム診療機能をもつ施設が74施設(13.7%)であった。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、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施設の割

合は、年間新規コンサルテーション数が100例以上の施設で、それ以下の施設に比べて有意に高かった。

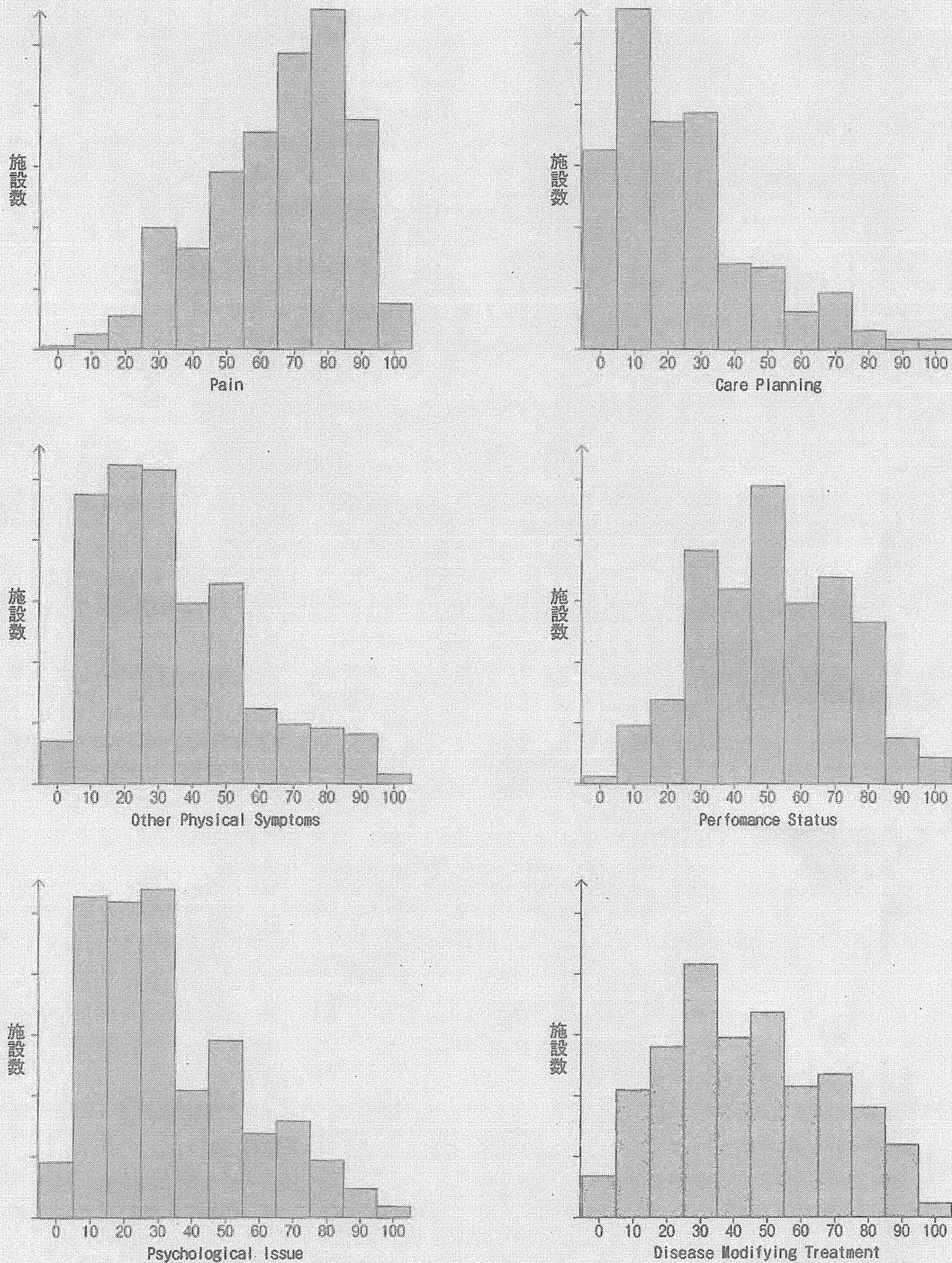
⑤ 緩和ケアチームが診療を担当した患者数 (表3)

緩和ケアチームが新規に診療を行った実患者数は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51,014名(平均99.1名、中央値70名)、入院で新規に診療を行った患者数は43,716名(平均86.1名、中央値62名)、外来で新規に診療を行った患者数は10,216名(366施設、平均26.7名、中央値9名)、地域緩和ケアチームで診療を行った患者数は519名(63施設、平均6.9名、中央値2名)であった。新規コンサルテーション数は、総数、入院、外来、地域ともに保険算定基準を満たした緩和ケアチームで有意に多かった。

⑥ 緩和ケアチームにコンサルテーションがあった患者の背景 (図1)

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

資料1：緩和ケアチーム実態調査



依頼内容：全依頼患者のうち、当該事項を依頼理由としたコンサルテーションの割合、依頼患者の状況：疼痛、その他の身体症状、精神症状、治療・療養の場の調整／Performance Status (PS)、Disease Modifying Treatmentを受けている人の割合

図1 コンサルテーションの依頼内容と依頼患者の状況

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(全身状態)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および放射線治療(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%を超えたとした施設は222施設(41.0%)あった。

このデータからいえること

本調査は、われわれの知るかぎり、わが国の緩和ケアチームの実数、診療患者数、依頼理由、緩和ケアチームのスタッフの配置を全国調査した初めてのものである。この調査から、専門的緩和ケアサービスのひとつである緩和ケアチームの利用率は、緩和ケアチームの診療した新規患者数51,014名を2009年度のがん死亡者数344,105名で割ると、14.8%と推計される。正確なデータは明らかとなっていないが、2000年前後にはわず

かな数しか活動していなかった緩和ケアチームとそのチームが診療している患者数は急激に増加したことが推察される。

緩和ケアチームのスタッフの配置をみると、専門的緩和ケアサービスとして十分ではないチームもみられ、また新規コンサルテーション数が多い施設は、スタッフの配置がより充実していた。絶対的な医師・看護師不足という社会的背景もあり、緩和ケアチーム診療加算の算定が難しいという現状もあることから断言することは難しいが、今後は緩和ケアチームの質の向上、スタッフの配置を促進するような政策的工夫が必要であると考えられる。

また、緩和ケアチームの活動内容をみると、疼痛をはじめとする身体症状の緩和が最も多いが、精神症状の緩和や治療療養の場の調整などを行っているチームもみられた。また、disease modifying treatmentと並行して緩和ケアのコンサルテーションを受けている患者の割合が50%を超えたとした施設が4割を超え、より早期から緩和ケアが提供される体制が整備されつつあることが明らかとなった。