

## Ⅲ. 緩和ケア外来の動向と現状

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、がん診療連携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、緩和ケアを入院から外来まで途切れなく行うために、緩和ケア外来の設置が義務づけられている。しかしながら、緩和ケア外来の実態を調査した研究はなく、その活動の概要は明らかとなっていない。

### 調査方法

2010年10月～2011年1月に行われた緩和ケアチームの活動実態調査の一部として緩和ケア外来の調査が行われた（緩和ケアチームの活動実態調査の詳細については、I章「1. 緩和ケアチームの全国調査」を参照のこと）。

### 調査結果の概要

#### 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。541施設のうち緩和ケア外来を設置していると回答した施設は409施設（75.6%）であった。

表1 緩和ケア外来をもつ施設の概要

| 項目        |            | n=409 | 割合 (%) |
|-----------|------------|-------|--------|
| 施設の種別     | がん診療連携拠点病院 | 230   | 56.2   |
|           | 大学病院       | 62    | 15.2   |
|           | その他の病院     | 138   | 33.7   |
|           | 診療所        | 2     | 0.5    |
| 緩和ケア病棟の有無 | あり         | 79    | 19.3   |
|           | なし         | 328   | 80.2   |

#### ② 緩和ケア外来を設置していると回答した施設の背景（表1）

緩和ケア外来があると回答した409施設のうち、がん診療連携拠点病院である施設が230施設、大学病院が62施設、その他の病院が138施設、診療所が2施設であった（複数回答）。

#### ③ 緩和ケアチームのストラクチャー（表2、上段）

緩和ケア外来を設置していると答えた緩和ケアチームは設置していない施設と比較して、緩和ケアチーム加算を算定している（124施設、25.5%）、地域コンサルテーションを行っている（67施設、21.3%）、がん診療連携拠点病院の指定がある（230施設、56.2%）割合が有意に高かった。

#### ④ 緩和ケアチームのスタッフ配置（表2、中段）

緩和ケア外来を設置していると答えた緩和ケアチームは設置していない施設と比較して、①外来を設置していない施設と比較し専従医師が配置されている（178施設、43.6%）、②日本緩和医療学会の暫定指導医が配置されている（233施設、59%）、③専従の看護師が配置されている（306施設、75%）、④認定看護師が配置されている（318施設、77.9%）、⑤常勤の精神科医が配置されている（255施設、62.7%）、⑥薬剤師が配置されて

表2 緩和ケア外来がある病院とない病院の比較 (n=538)

| 項目   | 外来あり (409 施設) | 外来なし (129 施設) | p*        |
|--|---------------|---------------|-----------|
| 緩和ケアチーム加算の算定 (あり)                              | 124 (25.5%)   | 24 (18.6%)    | 0.009 **  |
| 緩和ケア病棟 (あり)                                    | 79 (19.4%)    | 29 (22.5%)    | 0.452     |
| 地域コンサルテーション (あり)                               | 67 (21.3%)    | 7 (5.4%)      | 0.001 **  |
| がん診療拠点病院の指定 (あり)                               | 230 (56.2%)   | 37 (28.7%)    | <0.001 ** |
| 緩和ケアチームのスタッフ配置                                 |               |               |           |
| 専従の医師がいる                                       | 178 (43.6%)   | 33 (26.2%)    | 0.001 **  |
| 学会暫定指導医がいる                                     | 233 (59.0%)   | 59 (48.4%)    | 0.047 *   |
| 専従の看護師がいる                                      | 306 (75.0%)   | 65 (50.8%)    | <0.001 ** |
| がん専門看護師がいる                                     | 92 (22.7%)    | 28 (21.7%)    | 0.904     |
| 認定看護師がいる                                       | 318 (77.9%)   | 82 (64.6%)    | 0.003 **  |
| 常勤の精神科医がいる                                     | 255 (62.7%)   | 63 (48.8%)    | 0.007 **  |
| 薬剤師がいる   | 400 (97.8%)   | 124 (96.1%)   | 0.34      |
| ソーシャルワーカーがいる                                   | 323 (79.4%)   | 92 (71.8%)    | 0.089     |
| 緩和ケアチームの体制                                     |               |               |           |
| 週1回以上患者を直接診療する機会がある                            | 370 (90.9%)   | 98 (76.6%)    | <0.001 ** |
| 週3回以上患者を直接診療し、かつ、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 | 299 (73.5%)   | 68 (53.1%)    | <0.001 ** |
| 週1回以上、定期的にカンファレンスを行っている                        | 382 (93.6%)   | 108 (83.7%)   | 0.001 **  |

\*フィッシャーの正確度テスト, \*p&lt;0.05, \*\*p&lt;0.01

いる (400 施設 (97.8%)), ⑦ソーシャルワーカーが配置されている (382 施設, 93.6%) 割合が有意に高かった。

#### ⑤ 緩和ケアチームの体制 (表2, 下段)

緩和ケア外来を設置していると答えた緩和ケアチームは設置していない施設と比較して, ①週1回以上患者を直接診療する機会がある (370 施設, 90.9%), ②週3回以上患者を直接診察し、かつ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 (299 施設, 73.5%), ③週1回以上定期的にカンファレンスを行っている (382 施設, 93.6%) 施設の割合が有意に高かった。

#### ⑥ 担当した新規患者数

緩和ケアチームが外来で診療を担当した新規の

患者数は 10,216 名 (平均 26.7 名, 中央値 9 名) であった。

#### 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、わが国の緩和ケア外来の診療患者数、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。緩和ケア外来を設置している緩和ケアチームは、がん診療連携拠点病院に多く、より充実したスタッフ配置がされており、新規診療患者数も多いことが明らかとなった。この調査は予備的で限定的なものであり、今後は外来の診療内容や診療担当者、診療時間などの詳しい調査が求められる。

## 緩和ケアチーム研修会の実施と評価

緩和ケアチームの活動の向上を目的に、急造された緩和ケアチームに対して研修会を実施

- 国立がん研究センターがん対策情報センターと共同開催、プログラムは研究班が作成
- 2日間14時間のプログラム
- 緩和ケアチームの立ち上げと活動の仕方に焦点  
6年間で1039名、がん診療拠点病院の397病院中232病院が参加（約60%）

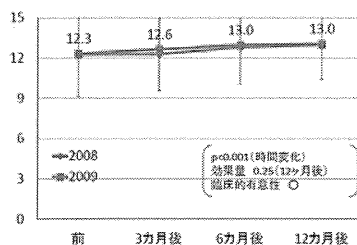


## 緩和ケアチーム研修会の実施と評価

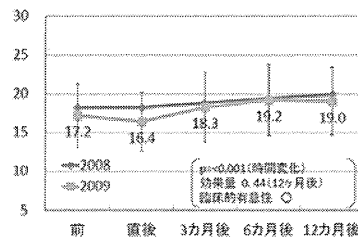
緩和ケアチーム研修会は緩和ケアチームの活動を向上させるか？

- 研修会参加によって臨床活動と自信が有意に向上 →有効性が示唆

コンサルテーションによる臨床活動



チームの活動に対する自信



Nakazawa Y, Kizawa Y, et al. in preparation

緩和ケアチームの評価に関する研究

研究分担者 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター 中澤葉宇子

研究要旨 本研究の目的は、国立がんセンターと研究班で共催した平成 21～23 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 年度に本研究班で開発した活動評価指標を使用し、緩和ケアチームの活動状況を問う 17 項目と活動に対する自信を問う 6 項目、対象者背景 10 項目について、研修会前後に調査を実施した。対象者は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・薬剤師であった。

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。

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。それに伴い、がん診療連携拠点病院には、専門的な緩和ケアを提供することを目的に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ている。しかしながら、平成 20 年度に実施したがん診療連携拠点病院の緩和ケアに関する医療水準調査では、平日の日勤務帯に緩和ケアに関するコンサルテーションに常時対応することができないチームが約 15%、年間の診療実績が 50 名以下の緩和ケアチームは約 35%あり、患者のニーズに沿ったケアが提供できているのかどうか、緩和ケアチームの質の保障が課題となっている。

B. 研究方法

1. 方法

自記式質問紙調査法を用い、単群前後比較調査を実施した。

2. 対象者

がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会参加者（身体症状担当医師・精神症状担当医師・看護師・薬剤師）

平成 21 年度 249 名（64 チーム）

平成 22 年度 195 名（49 チーム）

平成 23 年度 110 名（33 チーム）

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. 調査期間

平成 21 年度参加者

研修前・研修直後・研修 3 カ月後・研修 6 カ月後・研修 12 カ月後の計 5 回調査し、変化が出現する時期を確認した。

平成 22 年度・23 年度の参加者

研修前・研修直後・研修 12 カ月後の計 3 回調査した。(平成 21 年度の参加者の追跡調査で変化が大きかった 1 年後のみ調査した。)

#### 5. 分析方法

研修会前後の 2 回の調査の変化は対応のある t 検定を行った。また、研修会前後 3 回以上調査した変数の変量効果については、一般線型混合モデルを用いて推定した。また、緩和ケアチームの活動と活動に対する自信の評価項目について、研修会前と研修会后約 1 年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。

#### 6. 倫理的配慮

本研究は、疫学研究に関する倫理指針に基づき倫理的配慮を行い、独立行政法人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

各年度の調査結果については、別添 1-3 に示した。

#### 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基礎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。研修開催年度によって、参加者の緩和ケアチームの活動状況の変化に差異が認められた。研修前のベースラインの違いや、研修プログラムの内容を各年度にわたり微修正したことによる違いが影響したことも考えられる。

今後は、研修対象者の研修ニーズや社会情勢を考慮して研修プログラムを改善する必要がある。また、評価方法を見直し、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

本研究の結果、研修開催年度によって研修の効果に差異が認められた。継続的に評価を実施し、研修の効果を確認することや、より効果的な研修プログラムと評価方法の検討が必要である。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし

#### G. 研究発表

##### 論文発表

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. 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* 2010; 20(1): 23-27
3. 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. *ホスピス緩和ケア白書* 2011; 37-41, (公財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

##### 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. *日本緩和医療学会学術大会*. 2010.
2. 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.

#### 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。

別添 1

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 参加者背景

|            | 研修会前(n=247) |       | 研修会前(n=247) |                           |     |      |
|------------|-------------|-------|-------------|---------------------------|-----|------|
|            | 人数          | 割合(%) | 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         |                           |     |      |
|            |             |       |             | 活動体制                      |     |      |
|            |             |       |             | 専従                        | 49  | 19.8 |
|            |             |       |             | 専任                        | 29  | 11.7 |
|            |             |       |             | 兼任                        | 161 | 65.2 |
|            |             |       |             | 活動前                       | 5   | 2.0  |
|            |             |       |             | 業務全体に占める緩和ケアチームの業務割合(%)   |     |      |
|            |             |       |             | 0                         | 4   | 1.6  |
|            |             |       |             | 1-25                      | 142 | 57.5 |
|            |             |       |             | 26-50                     | 38  | 15.4 |
|            |             |       |             | 51-75                     | 17  | 6.9  |
|            |             |       |             | 76-100                    | 43  | 17.4 |
|            |             |       |             | 過去1年間にメンバーとして診療に加わった件数(件) |     |      |
|            |             |       |             | 0                         | 7   | 2.8  |
|            |             |       |             | 1-9                       | 50  | 20.2 |
|            |             |       |             | 10-49                     | 97  | 39.3 |
|            |             |       |             | 55-99                     | 50  | 20.2 |
|            |             |       |             | 100以上                     | 38  | 15.4 |
|            |             |       |             | 緩和ケアに関する研修会参加回数(回)        |     |      |
|            |             |       |             | 0                         | 35  | 14.2 |
|            |             |       |             | 1-4                       | 110 | 44.5 |
|            |             |       |             | 5-9                       | 44  | 17.8 |
|            |             |       |             | 10以上                      | 56  | 22.7 |
|            |             |       |             | 最終学歴                      |     |      |
|            |             |       |             | 専門学校                      | 40  | 16.2 |
|            |             |       |             | 短期大学                      | 9   | 3.6  |
|            |             |       |             | 大学                        | 137 | 55.5 |
|            |             |       |             | 大学院                       | 61  | 24.7 |

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 緩和ケアチームの活動に関する前後比較結果

|   | 研修会前(n=247) |     | 研修会3ヶ月後(n=199) |     |      | 研修会6ヶ月後(n=190) |     |    | 研修会12ヶ月後(n=194) |     |    | 時間変化(p値)* |
|---|-------------|-----|----------------|-----|------|----------------|-----|----|-----------------|-----|----|-----------|
|   | mean        | SD  | mean           | SD  | ES   | mean           | SD  | ES | mean            | SD  | ES |           |
| 緩和ケア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<br>(range 5-30) | 24.0        | 3.9 | 24.0           | 4.2 | 0.01 | 24.5           | 3.6 |    | 24.5            | 4.1 |    | 0.052     |
| 地域・緊急時のサポートについて<br>(range 5-25)               | 15.8        | 5.1 | 16.1           | 5.2 | 0.06 | 16.8           | 4.8 |    | 16.8            | 4.7 |    | 0.003     |
| コンサルテーションによる臨床活動について<br>(range 5-15)          | 12.3        | 3.2 | 12.6           | 3.1 | 0.10 | 13.0           | 2.9 |    | 13.0            | 2.6 |    | 0.000     |
| 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<br>(range 5-15)   | 11.3        | 3.0 | 11.6           | 2.8 | 0.10 | 12.1           | 2.6 |    | 12.2            | 2.5 |    | <.0001    |

\* General Linear Mixed Model

平成21年度緩和ケアチーム研修会・基礎研修会 緩和ケアチームの活動に関する自信の前後比較結果

|                    | 研修会前(n=247) |     | 研修会直後(n=246) |     |       | 研修会3ヶ月後(n=199) |     |      | 研修会6ヶ月後(n=190) |     |      | 研修会12ヶ月後(n=194) |     |      | 時間変化(p値)* |
|--------------------|-------------|-----|--------------|-----|-------|----------------|-----|------|----------------|-----|------|-----------------|-----|------|-----------|
|                    | mean        | SD  | mean         | SD  | ES    | mean           | SD  | ES   | mean           | SD  | ES   | mean            | SD  | ES   |           |
| 自信<br>(range 5-30) | 17.2        | 4.1 | 16.4         | 3.7 | -0.20 | 18.3           | 4.5 | 0.25 | 19.2           | 4.6 | 0.46 | 19.0            | 4.3 | 0.44 | <.0001    |

\* General Linear Mixed Model

別添 2

| 平成22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 参加者背景 |       |             |                           | N=192(回答率%) |           |
|--|-------|-------------|---------------------------|-------------|-----------|
|  | 人数    | 割合(%)       |                           | 人数          | 割合(%)     |
| 性別                                     | 男     | 98 ( 51 )   | 活動体制                      | 専従          | 42 ( 22 ) |
|  | 女     | 94 ( 49 )   |                           | 専任          | 27 ( 14 ) |
| 年齢                                     | 20代   | 8 ( 4 )     | 兼任                        | 117 ( 61 )  |           |
|  | 30代   | 93 ( 48 )   | 活動前                       | 6 ( 3 )     |           |
|  | 40代   | 72 ( 38 )   | 業務全体に占める緩和ケアチームの業務割合(%)   |             |           |
|  | 50代   | 15 ( 8 )    | 0                         | 3 ( 2 )     |           |
|  | 60以上  | 2 ( 1 )     | 1-25                      | 102 ( 53 )  |           |
| 職種                                     | 身体医師  | 48 ( 25 )   | 26-50                     | 35 ( 18 )   |           |
|  | 精神医師  | 49 ( 25.5 ) | 51-75                     | 17 ( 9 )    |           |
|  | 看護師   | 49 ( 25.5 ) | 76-100                    | 33 ( 17 )   |           |
|  | 薬剤師   | 46 ( 24 )   | 過去1年間にメンバーとして診療に加わった件数(件) |             |           |
|  |       |             | 0                         | 7 ( 3.7 )   |           |
| 臨床経験年数(年)                              | 1-4   | 8 ( 4.2 )   | 1-9                       | 20 ( 10.4 ) |           |
|  | 5-9   | 44 ( 22.9 ) | 10-49                     | 77 ( 40.1 ) |           |
|  | 10-19 | 93 ( 48.4 ) | 50-99                     | 45 ( 23.4 ) |           |
|  | 20-29 | 43 ( 22.4 ) | 100以上                     | 42 ( 21.9 ) |           |
|  | 30以上  | 3 ( 1.6 )   | 緩和ケアに関する研修会参加回数(回)        |             |           |
| PCT活動年数(年)                             | 活動前   | 8 ( 4.2 )   | 0                         | 24 ( 12.5 ) |           |
|  | 2未満   | 76 ( 39.6 ) | 1-4                       | 95 ( 49.5 ) |           |
|  | 2-4   | 56 ( 29.2 ) | 5-9                       | 32 ( 16.7 ) |           |
|  | 4-6   | 33 ( 17.2 ) | 10以上                      | 38 ( 19.8 ) |           |
|  | 6-8   | 12 ( 6.3 )  | 最終学歴                      |             |           |
|  | 8-10  | 3 ( 1.6 )   | 専門学校                      | 27 ( 14.1 ) |           |
|  | 10-   | 2 ( 1.0 )   | 短期大学                      | 7 ( 3.65 )  |           |
|  |       | 大学          | 100 ( 52.1 )              |             |           |
|  |       | 大学院         | 58 ( 30.2 )               |             |           |

平成22年度緩和ケアチーム研修会・基礎研修会 緩和ケアチームの活動に関する前後比較結果

|   | ドメインスコア平均(±SD) |     |                   |     | 効果量  | 前後比較<br>(P値) |
|---|----------------|-----|-------------------|-----|------|--------------|
|   | 研修前<br>(n=192) |     | 研修約1年後<br>(n=129) |     |      |              |
| 緩和ケア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<br>(range 5-30) | 24.3           | 3.3 | 24.3              | 3.6 | 0.00 | 1.000        |
| 地域・緊急時のサポートについて<br>(range 5-25)               | 15.0           | 4.3 | 15.9              | 4.5 | 0.20 | 0.020        |
| コンサルテーションによる臨床活動について<br>(range 5-15)          | 12.9           | 2.7 | 13.2              | 2.2 | 0.14 | 0.101        |
| 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<br>(range 5-15)   | 11.2           | 3.0 | 11.7              | 2.7 | 0.15 | 0.110        |

\*Paired t test

平成22年度緩和ケアチーム研修会・基礎研修会 緩和ケアチームの活動に関する前後比較結果

|                    | 合計スコア平均(±SD)   |     |                 |                   | 効果量* | 時間変化**<br>(P値) |      |       |
|--------------------|----------------|-----|-----------------|-------------------|------|----------------|------|-------|
|                    | 研修前<br>(n=192) |     | 研修直後<br>(n=195) | 研修約1年後<br>(n=129) |      |                |      |       |
| 自信<br>(range 5-30) | 17.9           | 3.9 | 17.5            | 3.7               | 18.1 | 3.9            | 0.07 | 0.135 |

\* 研修約1年後

\*\* General Linear Mixed Model

別添 3

| 平成23年度緩和ケアチーム基礎研修会 参加者背景 |           |             | N=109(回答率99%)             |             |
|--------------------------|-----------|-------------|---------------------------|-------------|
|                          | 人数        | 割合(%)       | 人数                        | 割合(%)       |
| 性別                       | 男         | 46 ( 41.8 ) | 専従                        | 18 ( 16.4 ) |
|                          | 女         | 61 ( 55.5 ) | 専任                        | 11 ( 10.0 ) |
| 年齢                       | 20代       | 9 ( 8.2 )   | 兼任                        | 75 ( 68.2 ) |
|                          | 30代       | 35 ( 31.8 ) | 活動前                       | 5 ( 4.5 )   |
|                          | 40代       | 47 ( 42.7 ) | 業務全体に占める緩和ケアチームの業務割合(%)   |             |
|                          | 50代       | 16 ( 14.5 ) | 0                         | 4 ( 3.6 )   |
|                          | 60以上      | 1 ( 0.9 )   | 1-25                      | 67 ( 60.9 ) |
| 職種                       | 身体医師      | 30 ( 27.3 ) | 26-50                     | 19 ( 17.3 ) |
|                          | 精神医師      | 15 ( 13.6 ) | 51-75                     | 6 ( 5.5 )   |
|                          | 看護師       | 33 ( 30.0 ) | 76-100                    | 13 ( 11.8 ) |
|                          | 薬剤師       | 31 ( 28.2 ) | 過去1年間にメンバーとして診療に加わった件数(件) |             |
|                          |           |             | 0                         | 9 ( 8.2 )   |
| 臨床経験年数(年)                | 1-4       | 8 ( 7.3 )   | 1-9                       | 18 ( 16.4 ) |
|                          | 5-9       | 18 ( 16.4 ) | 10-49                     | 50 ( 45.5 ) |
|                          | 10-19     | 48 ( 43.6 ) | 50-99                     | 17 ( 15.5 ) |
|                          | 20-29     | 31 ( 28.2 ) | 100以上                     | 13 ( 11.8 ) |
|                          | 30以上      | 4 ( 3.6 )   | 緩和ケアに関する研修への参加経験(回数)      |             |
| PCT活動年数(年)               | 活動前       | 3 ( 2.7 )   | 0                         | 9 ( 8.2 )   |
|                          | 2未満       | 41 ( 37.3 ) | 1-4                       | 55 ( 50.0 ) |
|                          | 2-4       | 37 ( 33.6 ) | 5-9                       | 15 ( 13.6 ) |
|                          | 4-6       | 19 ( 17.3 ) | 10以上                      | 29 ( 26.4 ) |
|                          | 6-8       | 6 ( 5.5 )   | 最終学歴                      |             |
| 8-10                     | 1 ( 0.9 ) | 専門学校        | 24 ( 21.8 )               |             |
| 10-                      | 1 ( 0.9 ) | 短期大学        | 5 ( 4.5 )                 |             |
|                          |           | 大学          | 48 ( 43.6 )               |             |
|                          |           | 大学院         | 32 ( 29.1 )               |             |

平成23年度緩和ケアチーム基礎研修会 緩和ケアチームの活動に関する前後比較

|   | ドメインスコア平均(±SD) |     |                  |     | 効果量  | 前後比較*(P値) |
|---|----------------|-----|------------------|-----|------|-----------|
|   | 研修前<br>(n=109) |     | 研修約1年後<br>(n=69) |     |      |           |
| 緩和ケア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<br>(range 5-30) | 23.1           | 3.7 | 23.9             | 3.7 | 0.22 | 0.118     |
| 地域・緊急時のサポートについて<br>(range 5-25)               | 15.1           | 4.8 | 15.5             | 5.0 | 0.06 | 0.515     |
| コンサルテーションによる臨床活動について<br>(range 5-15)          | 11.9           | 3.3 | 12.1             | 3.2 | 0.08 | 0.435     |
| 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<br>(range 5-15)   | 11.2           | 2.9 | 11.5             | 2.6 | 0.08 | 0.412     |

\*Paired t test

平成23年度緩和ケアチーム基礎研修会 緩和ケアチームの活動に対する自信前後比較

|                    | 合計スコア平均(±SD)   |                 |                  |     | 効果量* | 時間変化**(P値) |      |       |
|--------------------|----------------|-----------------|------------------|-----|------|------------|------|-------|
|                    | 研修前<br>(n=109) | 研修直後<br>(n=102) | 研修約1年後<br>(n=69) |     |      |            |      |       |
| 自信<br>(range 5-30) | 17.0           | 4.0             | 16.8             | 3.1 | 17.6 | 3.9        | 0.16 | 0.144 |

\* 研修約1年後

\*\* General Linear Mixed Model



## 「緩和ケアチームの基準」チェックリスト

◆「緩和ケアチームの基準」は、わが国の病院内で活動する緩和ケアチームの目指すべきものを示す。  
(日本緩和医療学会承認)

◆緩和ケアは、本来がん患者のみでなく、すべての生命が脅かされる疾患を持つ患者が対象であるが、本基準はわが国の現状に鑑み、がん患者を中心に対応する緩和ケアチームを想定して作成した。しかしながら、がん以外の患者の緩和ケアを行う緩和ケアチームに適用することを妨げるものではない。

◆「緩和ケアチームの基準」は、緩和ケアチームが病院内で行うコンサルテーション活動に限定し、地域で行うコンサルテーション活動については言及しないこととした。なぜなら、今後わが国では緩和ケアにおける地域コンサルテーションが行われていくものと推測されるが、現在地域コンサルテーションが活発に行われている地域や地域コンサルテーションに精通した者がほとんどいないこと、病院内と地域でのコンサルテーション活動ではその内容が異なると予測されることから、その2つを含めた基準の作成は難しいと考えられたためである。

### <本基準における用語の定義>

#### 緩和ケア：

生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族の生活の質（QOL）を改善するための方策で、疼痛および身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題の早期かつ確実な診断・早期治療によって、苦痛の予防と軽減を図ることを目標とする。（WHO の定義）

#### 緩和ケアチームによるコンサルテーション：

病院内に勤務する医療従事者が抱えている緩和ケアに関する困難な問題を、日常業務の中でより効果的に解決できるようにするために、緩和ケアチームが病院内に勤務する医療従事者に対して行う支援のこと。

#### 直接ケア：

緩和ケアチームが直接患者・家族と会い、診療・ケア等を行うこと。

### 【チェックリストの判定方法】

各項目について、a. b. c. の3段階で判定する。

- a. 適切に行われている、適切な形で存在する、積極的に行われている
- b. 中間
- c. 適切さに欠ける、存在しない、行われていない

b または c と判定した場合は、その理由を記載する。

| 施設名  | 評価者名 |   |   |                                     |  |       |  |                            |  |
|--|------|---|---|-------------------------------------|--|-------|--|----------------------------|--|
| 各項目について、a. b. c. の3段階で判定する。  |      |   |   |                                     |  |       |  |                            |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">a. 適切に行われている, 適切な形で存在する, 積極的に行われている</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">b. 中間</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">c. 適切さに欠ける, 存在しない, 行われていない</td> <td></td> </tr> </table> |      |   |   | a. 適切に行われている, 適切な形で存在する, 積極的に行われている |  | b. 中間 |  | c. 適切さに欠ける, 存在しない, 行われていない |  |
| a. 適切に行われている, 適切な形で存在する, 積極的に行われている  |      |   |   |                                     |  |       |  |                            |  |
| b. 中間  |      |   |   |                                     |  |       |  |                            |  |
| c. 適切さに欠ける, 存在しない, 行われていない   |      |   |   |                                     |  |       |  |                            |  |
| b または c と判定した場合は、その理由を記載する※。   |      |   |   |                                     |  |       |  |                            |  |
| <構造>   |      |   |   |                                     |  |       |  |                            |  |
| I. 理念・基本方針   |      |   |   |                                     |  |       |  |                            |  |
| 1. 理念  |      |   |   |                                     |  |       |  |                            |  |
| 緩和ケアチームは、患者・家族の QOL を向上させるために、緩和ケアに関する専門的な臨床知識・技術により、病院内の医療従事者への教育・支援および患者・家族への直接ケアを行う。  | a    | b | c |                                     |  |       |  |                            |  |
| 2. 基本方針  |      |   |   |                                     |  |       |  |                            |  |
| 1) 病院内で勤務する医療従事者を対象としたコンサルテーションを行う。  | a    | b | c |                                     |  |       |  |                            |  |
| 2) 依頼元の医療従事者と合意のうえ、必要に応じて患者・家族に直接ケアを行う。  | a    | b | c |                                     |  |       |  |                            |  |
| 3) 患者・家族だけでなく、病院の特性や医療従事者のニーズに合わせて活動する。  | a    | b | c |                                     |  |       |  |                            |  |
| 4) 緩和ケアチーム内および依頼元の医療従事者と話し合いのうえ、患者・家族のケア方針を決定する。   | a    | b | c |                                     |  |       |  |                            |  |
| <p>※上記項目について、「b. 中間」または「c. 適切さに欠ける, 存在しない, 行われていない」と判定した場合は、その理由を記載する。</p>   |      |   |   |                                     |  |       |  |                            |  |

| II. ケアの提供体制  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 1. 職種の配置   |   |   |   |
| 以下の職種を含むか、必要に応じて協働できる体制が望ましい。  |   |   |   |
| 1) 身体症状の緩和に習熟した医師  | a | b | c |
| 2) 精神症状の緩和に習熟した医師  | a | b | c |
| 3) 緩和ケアの領域での専門/認定資格を持つ看護師  | a | b | c |
| 4) 緩和ケアに習熟した薬剤師  | a | b | c |
| 5) 医療ソーシャルワーカー   | a | b | c |
| 6) 心理士   | a | b | c |
| 7) リハビリテーションに関する医療従事者（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など）   | a | b | c |
| 8) 管理栄養士   | a | b | c |
| 9) その他、患者・家族の QOL 向上に資する職種   | a | b | c |
| 2. 活動体制の整備   |   |   |   |
| 1) 病院内で緩和ケアチームが組織上、明確に位置づけられるようにする。<br>【組織図の確認】                                    | a | b | c |
| 2) 病院内に緩和ケアチームの理念・基本方針を開示する。<br>【開示情報の確認】  | a | b | c |
| 3) 緩和ケアチームの体制（病院内での位置づけ、構成要因、活動時間、活動内容など）について、病院内の医療従事者および患者・家族に周知する。<br>【周知内容の確認】 | a | b | c |
| 4) 緩和ケアチームへの依頼方法（依頼できる職種、手段など）について、病院内の医療従事者に周知する。<br>【周知内容の確認】                    | a | b | c |
| 5) 依頼に迅速に対応できる体制を取る。<br>【コンサルテーションの利用可能性の確認】                                       | a | b | c |
| ※上記項目について、「b. 中間」または「c. 適切さに欠ける、存在しない、行われていない」と判定した場合は、その理由を記載する。                  |   |   |   |

| ＜プロセス＞   |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Ⅲ. 活動内容  |   |   |   |
| 1. 臨床活動  |   |   |   |
| 1) 症状緩和、精神的支援、意思決定の支援、療養場所の調整、家族への支援、終末期諸問題への対応、医療従事者への支援を行う。                    |   |   |   |
| ① 症状緩和について   | a | b | c |
| (a) 疼痛   | a | b | c |
| (b) 消化器症状  | a | b | c |
| (c) 呼吸困難   | a | b | c |
| (d) 全身倦怠感  | a | b | c |
| ② 精神的支援について  | a | b | c |
| ③ 意思決定の支援について  | a | b | c |
| ④ 療養場所の調整について  | a | b | c |
| ⑤ 家族への支援について   | a | b | c |
| ⑥ 終末期諸問題への対応について   | a | b | c |
| ⑦ 医療従事者の支援について   | a | b | c |
| 2) 依頼元の医療従事者からの情報、患者の診察、家族との面談、診療録、種々の検査結果などに基づいて患者・家族を多面的にアセスメントし、推奨および直接ケアを行う。 | a | b | c |
| 3) アセスメントは、可能な限り標準化されたツールを用いて行う。<br>【具体的に何を使用しているかを確認】                           | a | b | c |
| 4) 推奨および直接ケアは患者・家族の個別性に配慮し、可能な限り診療ガイドラインに基づいて行う。<br>【使用しているガイドライン名を確認】           | a | b | c |
| 5) アセスメント／推奨／直接ケアの内容は、診療録等に記載する。   | a | b | c |
| 6) 推奨／直接ケアの結果についてフォローアップし、見直しを行う。<br>【見直しの頻度について確認】                              | a | b | c |
| 7) 直接ケアを行う場合、その内容について患者・家族に説明し同意を得る。   | a | b | c |
| 8) 必要に応じて、依頼元の医療従事者とカンファレンスを持つ。<br>【カンファレンスの開催回数や頻度を確認】                          | a | b | c |
| 9) 定期的にカンファレンスを行うなど、緩和ケアチーム内でのコミュニケーションを図る。<br>【カンファレンスの開催回数や頻度を確認】              | a | b | c |
| ※上記項目について、「b. 中間」または「c. 適切さに欠ける、存在しない、行われていない」と判定した場合は、その理由を記載する。                |   |   |   |

| ＜プロセス＞   |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Ⅲ. 活動内容  |   |   |   |
| 2. リソースの整備   |   |   |   |
| 1) 必要に応じて外来および病棟に、その外来あるいは病棟の緩和ケアを担当する看護師を置く。  | a | b | c |
| 2) 病院内に緩和ケアマニュアルを整備する。   | a | b | c |
| 3) 地域の緩和ケア関連機関（緩和ケア病棟、診療所、訪問看護ステーション、薬局など）との関係を構築し、協働できる体制を整備する。<br>【具体的にどのような関係が構築されているか確認】 | a | b | c |
| 4) 平日は外来患者のコンサルテーションに対応できる体制を整備する。   | a | b | c |
| 5) 地域の患者が自由に受診できる緩和ケア外来を整備する。  | a | b | c |
| 6) 地域の医療従事者のニーズに応じて、病院外のコンサルテーションに対応できる体制を整備する。  | a | b | c |
| ※上記項目について、「b. 中間」または「c. 適切さに欠ける、存在しない、行われていない」と判定した場合は、その理由を記載する。                            |   |   |   |
| 3. 教育活動  |   |   |   |
| 1) 病院内の医療従事者に対し、日々の臨床活動を通して緩和ケアに関する教育を行う。  | a | b | c |
| 2) 病院内の医療従事者に対し、緩和ケアに関する勉強会・講習会等を定期的に行う。<br>【開催回数や開催内容を確認】                                   | a | b | c |
| 3) 入院・外来通院中の患者・家族に対し、緩和ケアに関する教育・啓発活動を行う。<br>【活動内容を確認】  | a | b | c |
| 上記項目について、「b. 中間」または「c. 適切さに欠ける、存在しない、行われていない」と判定した場合は、その理由を記載する。                             |   |   |   |

<プロセス>

IV. ケアの質の評価と改善

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 1. 緩和ケアチーム内で定期的に症例検討・カンファレンスを行い、依頼された患者に対する活動を評価・改善する。<br>【具体的にどのように行っているか確認】                | a | b | c |
| 2. 依頼された患者および緩和ケアチームの活動に関する情報（疾患名、依頼理由、依頼数など）を収集・分析し、緩和ケアチームの活動を評価する。<br>【具体的にどのように行っているか確認】 | a | b | c |
| 3. 緩和ケアチームのメンバーは、最新の緩和ケアに関する学習を積極的に行う。【具体的にどのように行っているか確認】                                    | a | b | c |

※上記項目について、「b. 中間」または「c. 適切さに欠ける、存在しない、行われていない」と判定した場合は、その理由を記載する。

総合評価コメント

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・啓発にあたるのが求められている。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分の前

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

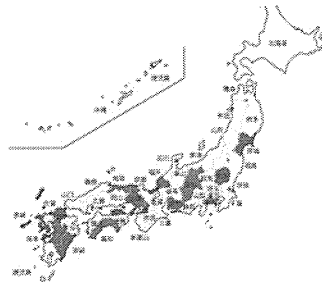
##### 1. 論文発表

- 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.

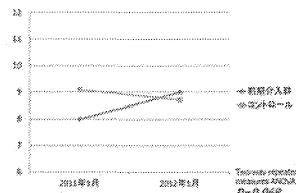
- Psychooncology. 21(7): 706-13, 2012
2. Ogawa, A., Uchitomi, Y., et al., Availability of Psychiatric Consultation-liaison Services as an Integral Component of Palliative Care Programs at Japanese Cancer Hospitals. Jpn J Clin Oncol. 42(1): 42-52, 2012
  3. Shimizu, K., Ogawa, A., Uchitomi, Y., et al., 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。

## 緩和ケアチームの育成 地域緩和ケア研修会の実施とその評価

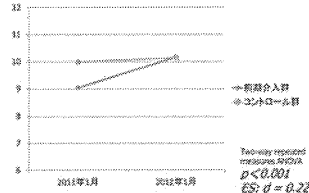
- 全国16地域を対象としたクラスターRCT
- 地域において専門的緩和ケアサービスに対してアウトリーチ型の研修を行い、ピアレビューを行うことで、
  - 地域連携が改善するか？
  - 各専門緩和ケアサービスの活動が向上するか？



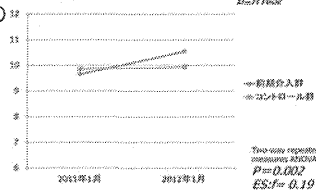
ケア向上の機会



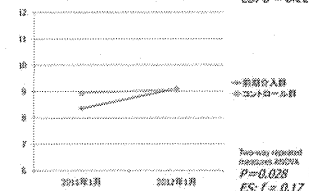
紹介時の連携



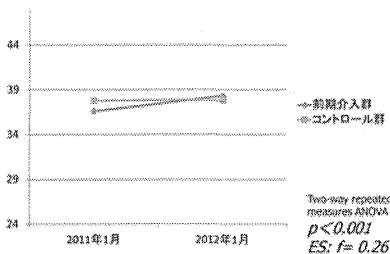
医療機関の情報



サービス同士のサポート



結果：CPCS (TOTAL)



研修会の開催によって  
専門緩和ケアサービス  
同士の連携がより強くなる可能性が示唆

## 地域緩和ケア研修会の教育効果の検証

### 1. 方法

16 地域を対象とした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。研修会参加希望者を無作為に 2 群に分け、研修会の前と 6 ヶ月後に参加施設及び個人を対象とした無記名質問紙調査を行った。

#### (1) 実施手順

1) 2011 年 6 月に郵送とホームページにて参加施設の募集を開始。

2) 研修会は原則的に参加地域近隣に講師・ファシリテーターが出向いてワークショップを実施するアウトリーチ型の研修を予定している。開催場所は参加者が決定したのちに話し合いによって決定する 例) 茨城県南の地域が応募した場合、茨城県つくば市 (A 病院) で開催など

#### 3) 開催日 (予定)

第 1 期: 平成 23 年 8 月,20 (土), 21 (日)、9 月 11 (日), 18 (日), 23 (祝),24 (土),25 日 (日)

第 2 期: 平成 24 年 2 月 18 (土), 19 (日), 3 月 3 (土), 4 (日), 10 (土), 11 日 (日)

#### 4) 開催時間

開催日が土曜日の場合は 13 時～19 時まで、日祝日の場合は 9 時 30 分～16 時 30 分を予定

5) 研修対象地域 ; 16 地域。以下の条件で対象地域 (者) を募集する①緩和ケアチームおよび緩和ケア病棟で専門的緩和ケアに従事する者である

②がん診療連携拠点病院等の緩和ケアチーム 1 施設以上と緩和ケア病棟 1 施設以上が同時に参加申し込みできること。ただし、交流が活発でなく同時に参加申し込みがむずかしい場合は、事後に参加を呼びかけてもよい。事後の参加の呼び掛けにあたっては研究班と関係諸団体が協力可能である③上記の施設が実際に医療上の連携が可能であること④各施設から医師、看護師、緩和ケアに関する地域連携担当者を含む 2 名以上で参加できること

⑤研修前後に計画している研修効果の評価に関する調査に協力できること⑥訪問看護ステーション、診療所等で専門的緩和ケアに従事する者も参加は可能であるが、緩和ケア病棟と緩和ケアチームの連携を強化することを念頭に置いた研修会であるため、緩和ケアチームと緩和ケア病棟の活動を改善するための研修会であることを理解したうえで参加してもらう。上記で選択された 16 地域を、専門緩和施設を一つのクラスターとして、16 介入地域を医学統計専門家によって無作為に 2 群に分けた。

6) 研修内容 : 以下のような内容を実施した。

0:00～1:00 自己紹介、それぞれの施設の現状と抱える課題を発表 (事前課題)

1:00～2:30 地域の緩和ケアの問題点 (グループワーク、意見交換)

2:30～2:45 休憩

2:45～4:15 地域の緩和ケアの問題点をどう解決するか (グループワーク)