

緩和ケアチームに依頼される患者は抗がん治療中の者も多く含まれるため、「腫瘍学」の基本および最新知識について学ぶことは非常に重要と考えられる。また、緩和ケアチームはコンサルテーションという活動形態から、コンサルティの知識や実践能力を高めるような関わりが求められる。その点で、「チームワークとマネジメント」や「研究・教育」に関する項目は非常に重要であるといえる。

今後は、これらの項目の適切性および網羅性をさらに検討するとともに、教育形態や時間配分などの具体的なプログラムを考える必要がある。

E. 結論

緩和ケアチームで活動する看護師の教育目標を、literature review および有識者との意見交換から作成した。

今後は、これらの項目の適切性および網羅性をさらに検討するとともに、教育形態や時間配分などの具体的なプログラムを考える必要がある。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. Miyashita M, Morita T, Takahashi M, et al: Physician and nurse attitudes toward artificial hydration for terminally ill cancer patients in Japan: results of 2 nationwide surveys. *Am J Hosp Palliat Med* 24:383-389, 2007.
2. Miyashita M, Morita T, Takahashi M, et al: Nurse views of the adequacy of decision making and nurse distress regarding artificial hydration for terminal ill cancer patients: a nationwide survey. *Am J Hosp Palliat Care* 24:463-469, 2007.
3. 高橋美賀子, 梅田恵, 熊谷靖代: ナースによるナースのためのがん患者のペインマネジメント新版 *Evidence-based Nursing* の探求. 日本看護協会出版会. 東京, 2007.
4. 高橋美賀子: 質問 Box フェンタニルパッチの貼付部位について. *泌尿器ケア* 13(3) :63-64, 2008.
5. 武田文和, 高橋美賀子, 石田有紀; がんの痛みよさようなら—こうすればとれる「がんの痛み」. 金原出版. 東京, 2008.
6. 高橋美賀子: 「がんと共にゆったり生き

る会」の活動の活動と課題. *日本がん看護学会誌* 21(2) :118 - 120, 2007.

学会発表

特になし。

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。

看護師の教育目標

目的

緩和ケアコンサルテーションチームの看護師として、悪性腫瘍をはじめとする生命を脅かす疾患に罹患している患者とその家族の苦痛や負担を質の高いケアを持って軽減し、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルなニーズを支援することができる能力を身につける。さらに、関連分野の教育や臨床研究の実践を目指す

個別目標

1. 症状マネジメント

- 1) 患者の苦痛を全人的苦痛(total pain)として理解し、身体的だけではなく、心理的、社会的、霊的(spiritual)に把握することができる
- 2) 症状マネジメントは患者・家族と医療チームによる共同作業であるということを理解することができる
- 3) 自らの力量の限界を認識し、自分の対応できない問題について、適切な時期に専門家に助言を求めることができる
- 4) 病歴聴取(発症時期、発症様式、苦痛の部位、性質、程度、持続期間、推移、増悪・軽快因子など)を適切にすることができる
- 5) 身体所見を適切にとることができる
- 6) 症状を適切に評価することができる
- 7) 鎮痛薬(オピオイド、非オピオイド)や鎮痛補助薬を正しく理解できる
- 8) 薬物の経口投与や非経口投与(持続皮下注法や持続静脈注射法など)を正しく行うことができる
- 9) 緩和ケアにおける薬物療法の副作用に対して、適切に予防、処置を行うことができる
- 10) 非薬物療法(放射線療法、外科的療法、神経ブロックなど)の適応について考慮することができ、適切に施行するか、もしくは各分野の専門家に相談および紹介することができる
- 11) 患者の ADL を正確に把握し、ADL の維持、改善をリハビリテーションスタッフらとともに行うことができる
- 12) 終末期の輸液について十分な知識を持ち、適切に施行することができる
- 13) 以下の疾患および症状、状態に適切に対処できる

①疼痛

がん性疼痛

侵害受容性疼痛

神経因性疼痛

非がん性疼痛

②消化器系

食欲不振

嘔気

嘔吐

便秘

下痢

消化管閉塞

腹部膨満感

腹痛

吃逆

嚥下困難

口腔・食道カンジダ症

口内炎

黄疸

肝不全

肝硬変

③呼吸器系

咳

痰

呼吸困難

死前喘鳴

胸痛

誤嚥性肺炎

難治性の肺疾患

④皮膚の問題

褥瘡

ストマケア

皮膚潰瘍

皮膚搔痒症

⑤腎・尿路系

血尿

尿失禁

排尿困難

膀胱部痛
水腎症（腎瘻の適応を含む）
慢性腎不全

⑥中枢神経系

原発性・転移性脳腫瘍
頭蓋内圧亢進症
けいれん発作
四肢および体幹の麻痺
神経筋疾患
腫瘍随伴症候群

⑦精神症状

抑うつ
適応障害
不安
不眠
せん妄
怒り
恐怖

⑧胸水、腹水、心嚢水

⑨後天性免疫不全症候群(AIDS)

⑩難治性の心不全

⑪その他

悪液質
倦怠感
リンパ浮腫

14) 以下の症状に適切に対応できる

高カルシウム血症
上大静脈症候群
大量出血（吐血、下血、喀血など）
脊髄圧迫

15) 患者と家族に説明し、必要時に適切なセデーションを施行できる

16) 痛みの定義について述べることができる

17) 痛みをはじめとする諸症状の成因やそのメカニズムについて述べるができる

18) 症状のアセスメントについて具体的に説明することができる

19) WHO 方式がん疼痛治療法について具体的に説明できる（鎮痛薬の使い方 5 原則、モルヒネの至適濃度の説明を含む）

- 20) 神経因性疼痛について、その原因と痛みの性状について述べ、治療法を説明することができる
- 21) 症状マネジメントに必要な薬物の作用機序およびその薬理学的特徴について述べるることができる
- 22) 様々な症状の非薬物療法について述べるができる
- 23) セデーションの適応と限界、その問題点について述べるができる

2.腫瘍学

- 1) 常に最新の基本的な腫瘍学に関する知識を身につける
- 2) 各種悪性腫瘍の基本的な治療方法を述べるができる
- 3) 外科療法（外科・整形外科的治療）の適応と患者へのケアについて述べるができる
- 4) 放射線療法の適応と患者へのケアについて述べるができる
- 5) 化学療法の適応と患者へのケアについて述べるができる
- 6) わが国におけるがん患者と緩和ケアの現況について述べるができる

3.心理社会的側面

心理的反応

- 1) 喪失反応が色々な場面で、様々な形で現れることを理解し、それが悲しみを癒すための重要なプロセスであることに配慮する
- 2) 希望を持つことの重要性について知り、場合によってはその希望の成就が、病気の治癒に代わる治療目標となりうることを理解する
- 3) 喪失体験や悪い知らせを聞いた後の以下のような心理的反応を認識し、適切に対応できる
 - ①怒り
 - ②罪責感
 - ③否認
 - ④沈黙
 - ⑤悲嘆
- 4) 病的悲嘆をきたしやすい条件（risk factor）を具体的に述べるができる

コミュニケーション

- 1) 患者や家族の人格を尊重し、傾聴することができる
- 2) 患者や家族が病状をどのように把握しているかを聞き、評価することができる
- 3) 患者および家族に病気の診断や見通し、治療方針について(特に悪い知らせを)適切に伝えるための重要な要素を述べるができる
- 4) 患者や家族の様々なコミュニケーションのニーズを同定し、適切に対応することができる

る

社会的経済的問題の理解と援助

- 1) 患者や家族のおかれた社会的、経済的問題に配慮することができる
- 2) 患者・家族の社会的、経済的援助のための社会資源を適切に紹介、利用することができる

家族のケア

- 1) 家族の構成員がそれぞれ病状や予後に対して異なる考えや見通しを持っていることに配慮できる
- 2) 家族の構成員が持つコミュニケーションスタイルやコーピングスタイルを理解し適切に対応、援助をすることができる
- 3) 家族の援助を行うために適切な社会資源を利用することができる

死別による悲嘆反応

- 1) 以下のことを行うことができる
 - ① 予期悲嘆に対する対処
 - ② 死別を体験した人のサポート
 - ③ 家族に対して死別の準備を促す
 - ④ 複雑な悲嘆反応を予期し、サポートする
 - ⑤ 抑うつを早期に発見し、専門家に紹介する
- 2) 主な死別による悲嘆反応のパターンについて述べるができる

4. 質の高い緩和ケアの達成

- 1) 看護師は様々な医療の現場に緩和ケアの概念を組み込む能力を発揮する能力があることを認める
- 2) 緩和ケアへのアクセスの向上と、優れた緩和ケアの提供の普及に向けた改善策を話し合うことができる
- 3) 緩和ケアの質の改善と強化に向けて、看護師が担う役割を話し合うことができる

5. 自分自身およびスタッフの心理的ケア

- 1) チームメンバーや自分の心理的ストレスを認識することができる
- 2) 自分自信の個人的な意見や死に対する考え方が患者および他のスタッフに影響を与えることを認識する
- 3) ケアの提供にあたって体験する自分の死別体験、喪失体験の重要性を認識する
- 4) ケアが不十分だったのではないかと自分、および他のスタッフの罪責感をチーム内

で話し合い、乗り越えることができる

- 5) スタッフサポートの方法論を知り、実践することができる
- 6) スタッフが常に死や喪失体験と向き合っているということを理解し、正常の心理反応といわゆる燃え尽き反応を区別することができる

6.スピリチュアルな側面

- 1) 患者と家族の信念や価値観を尊重することができる
- 2) 患者や家族、医療者の死生観がスピリチュアルペインに及ぼす影響と重要性を認識する
- 3) スピリチュアルペイン、および宗教的、文化的背景が患者の QOL に大きな影響をもたらすことを認識する
- 4) 患者・家族の持つ宗教による死のとらえ方を尊重することができる
- 5) 患者のスピリチュアルペインを正しく理解し、適切な援助をすることができる
- 6) スピリチュアルペインのカテゴリーを列挙することができる

6.倫理的側面

- 1) 患者や家族の治療に対する考えや意志を尊重し、配慮することができる
- 2) 終末期及び緩和ケアの臨床における倫理問題に対応する際には倫理原則の適用や、事例検討モデルの採用、倫理委員会の利用ができる
- 3) 終末期及び緩和ケアの臨床で直面する倫理問題やジレンマに関して話し合うことができる
- 4) 医療における基本的な倫理原則について述べるができる
- 5) 倫理的意識決定における看護師の役割について述べるができる
- 6) 倫理問題が起こらないようにするために、アドバンス・ディレクティブとその役割について述べるができる

7. チームワークとマネジメント

- 1) 他職種のスタッフおよびボランティアについて理解し、お互いに尊重し合うことができる
- 2) チーム医療の重要性と難しさを理解し、チームの一員として働くことができる
- 3) リーダーシップの重要性について理解し、チーム構成員が最大限に能力を発揮できるように配慮できる
- 4) 他領域の看護師に対して緩和ケアのコンサルタントとして適切な助言を行い、協力して看護ケアを提供する事ができる
- 5) 多種職の専門家に適切にアドバイスを求め、療養に関する幅広い選択肢を患者・家族に提供し、互いに協力して医療を提供する事ができる
- 6) 自分が所属する組織の地域における役割を述べ、周囲の医療機関と協力して適切に医療を提供することができる

- 7) チームにおいて各職種およびボランティアの果たす役割を述べることができる
- 8) 基本的なグループダイナミクスとその重要性について述べることができる
- 9) 緩和ケア病棟、緩和ケアチームおよび在宅緩和ケアについてそれぞれの職種の役割について述べるができる
- 10) 緩和ケア病棟、緩和ケアチームおよび在宅緩和ケアに関する医療保険・介護保険制度について具体的に述べるができる

8.研究、教育

- 1) 臨床現場で起こる日常の疑問について、常に最新の知識を得るよう心がける臨床研究の重要性を知り、緩和医療に関する未解決な問題に対して行われる臨床研究に参加することができる
- 2) 医学的論文の批判的吟味を行うことができる
- 3) Medline や医学中央雑誌などの医学文献データベースを利用し体系的文献検索を行うことができる
- 4) 二次資料 (Uptodate や Cochrane Library など) を適切に利用することができる
- 5) 教育の基本的な手法について知り、実践することができる
- 6) 所属する各機関およびその地域に於いて緩和ケアの教育・啓発・普及活動を行うことができる
- 7) 緩和医療に関する学会・研修会等に積極的に参加し、研究業績を発表することができる
- 8) 医学統計および医学判断学の基本を述べることができる
- 9) 成人学習の原則について述べることができる

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

緩和医療に携わる心理士の育成に関する研究
－フォーカスグループインタビューを用いて－

分担研究者 岩満優美 北里大学大学院医療系研究科 准教授

研究要旨:緩和ケアチームの診療において心理士に求められる資質や能力を明らかにするために、がん診療拠点病院を中心とした活動性の高い緩和ケアチームの医師、看護師を対象に、「緩和ケアチームは心理士に何を求めているか」というテーマで、フォーカスグループインタビューを行った。その結果、「心理士に求める知識」では、心理学的知識、医学的知識、他職種の役割、医療システムが、「心理士に行ってほしいこと・望むこと」では、患者・家族への対応、チーム内での連携、医療者へのサポートが、「心理士に望まないこと」では、情報の抱え込み、守秘義務意識の乏しさ、事例の抱え込み、治療構造の曖昧さ、役割の不明確さが挙げられた。今後、この結果を踏まえて、緩和ケアに携わる心理士の教育プログラムを作成することが望まれる。

A. 研究目的

緩和ケアチームにおける診療は、がんの早期から終末期まで、またがん生存者のケアから遺族ケアに至るまで広範囲の問題を対象とする。そのため、身体症状のマネジメントにとどまらず、精神症状や心理的苦痛に対する心理的支援に対するニーズも高い。また、平成19年4月1日から施行されたがん対策基本法に基づき、二次診療圏単位で設置されたがん診療連携拠点病院では、心理臨床に携わるものが相談支援業務に加わることが必須とされており、今後、心理士が精神腫瘍医とともにがん医療、緩和医療に大きな役割を果たしていくことが期待されている。

しかしながら、緩和ケアチームの診療において心理士に求められる能力は明らかではなく、学習目標が明確となっていない。同時に、がん臨床に資する心理士の育成は十分に進んでいないのが現状である。

そこで、緩和ケアチームの診療において心理士に求められる資質や能力を明らかにすることを目的に、がん診療拠点病院を中心とした活動性の高い緩和ケアチームの医師、看護師を対象としたフォーカスグループインタビューを行った。

B. 研究方法

<参加者>

フォーカスグループインタビューに参加する対象者は、緩和ケアチーム(Palliative Care Team; 以下 PCT とする)で一定の活動経験のある者を選定した。まず、日本緩和医療学

会緩和ケアチーム登録データ(2006年12月)から、2005年12月までに緩和ケア診療加算を算定開始した施設を同定した。このうち、依頼件数が2006年度に50件以上の施設でPCTの一員として2年以上勤務する8名の身体症状担当医師、9名の看護師、4名の精神症状担当医師に、縁故法で郵送にて依頼した。その結果、4名の身体症状担当医師、4名の看護師、1名の精神科医が研究参加に同意した。最終的に参加できたのは、4名の医師、3名の看護師の計7名であった(男性3名、女性4名、平均年齢 \pm SD=39.39 \pm 5.97歳)。7名の対象者の臨床経験年数の平均は15.71年(SD=7.05)、PCTでの活動経験年数の平均は2.53年(SD=0.83)であった。

<フォーカスグループインタビューの方法>

研究開始時に、対象者全員に対し、調査および倫理事項に関する説明を行い研究参加の同意を書面にて得た。その後、2名のインタビュアー(臨床心理士、看護師)のもと、約2時間の予定でフォーカスグループインタビューを実施した。インタビューについては、別に定めるインタビューガイドを参照しながら、半構成的に実施した。なお、インタビュー内容は、対象者に同意を得た後、ビデオテープとICレコーダーにそれぞれ記録した。

<インタビューガイド>

インタビュアーの自己紹介、インタビュアーの立場、フォーカスグループインタビューの目的と背景、方法、発言方法、記録、タイムスケジュールなどの説明をインタビュアーが行った後、ウォーミングアップとして対象

者がそれぞれ自己紹介した。その後、3つのテーマインタビューに基づいて(「心理士に求める知識」、「心理士に行ってほしいこと・望むこと」、「心理士に望まないこと」)、グループインタビューを実施した。最後に、追加意見を求め、終了とした。

<分析の概略>

ICレコーダの記録をもとに、逐語録を作成し、その後、その逐語録を各参加者に配布し、内容の補足修正の有無を確認した。さらに、研究参加に同意はしたが、当日事情により参加できなかった他の2名にも逐語録を送付し、内容の補足を依頼した。

つぎに、逐語録の内容を3つのテーマインタビューごとに、2名の研究者が独立してそれぞれカテゴリーを作成した。その後、作成したカテゴリーの不一致および、それぞれ作成したカテゴリーの妥当性を得るため、8名の研究者(心理士4名、心理学関連の研究者2名、医師1名、看護師1名)の協議によって最終的にカテゴリーを決定した。

(倫理面への配慮)

本研究の参加は自由意志であること、グループインタビューでの発言内容は分析の際には匿名化し、個人のプライバシーは厳重に保護されることについて口頭で説明し、研究参加に書面にて同意を得た。

C. 研究結果

「心理士に求める知識」、「心理士に行ってほしいこと・望むこと」、「心理士に望まないこと」の3つのテーマインタビューごとに、それぞれ2名が独立してカテゴリーを決定した。作成したカテゴリーの意見の不一致および妥当性を得るため、その後、8名の分析者がカテゴリー名について最終的に協議し、決定した。

その結果、「心理士に求める知識」では、心理アセスメント、心理的介入(基礎)、心理的介入(応用)といった「心理学的知識」、精神医学、医学全般といった「医学的知識」、「他職種の役割」、「医療システム」といった4つのカテゴリーに分類された。「心理士に行ってほしいこと・望むこと」では、心理的支援が必要な患者の同定、心理的支援が必要な患者のケア、患者の心理療法に対する抵抗感に配慮した導入・段取りといった「患者・家族への対応」、精神科との連携、他職種との連携、心理士としての専門性といった「チーム内での連携」、

医療者の心のケア、医療者のコンサルテーションといった「医療者へのサポート」の3つのカテゴリーに分類された。「心理士に対して望まないこと」では、1人での情報の抱え込み、独自の情報管理、心理学の専門用語の使用、共通言語のなさといった「情報の抱え込み」、患者家族との守秘義務意識のなさ、医療者への情報提供といった「守秘義務意識の乏しさ」、1人での「事例の抱え込み」、過剰な専門性の保持、治療構造の配慮のなさ、患者・家族への感情移入といった「治療構造の曖昧さ」、役割の不明確さ、自己の能力の限界の提示のなさといった「役割の不明確さ」の5つのカテゴリーに分類された。

D. 考察

本研究では、緩和ケアに携わる心理士が、緩和ケアチームからどのような資質や能力を求められているかを明らかにするために、がん診療拠点病院を中心とした活動性の高い緩和ケアチームの医師、看護師を対象に、「緩和ケアチームは心理士に何を求めるか」というテーマのもと、フォーカスグループインタビューを行った。その結果、「心理士に求める知識」としては、まず、心理士としての専門性にも関連する心理学的知識が挙げられた。心理アセスメントや心理的介入は、緩和医療で働く心理士のみならず、医療保健関連施設に勤務する心理士として、最低限必要な知識であると考えられるが、緩和医療に携わる心理士にとっても同様に必要な知識として求められていた。つぎに、心理士は、精神医学や医学全般といった医学的知識を求められていたが、これも医師が一般に心理士に求めるものである。特に、ここでの医学的知識としては、がんに関連する知識や緩和医療に関する知識をより一層求められていることがわかった。また、他職種の役割や医療システムといった、医療現場で心理士がうまく機能していくために必要な知識も、医療全般に携わる心理士と同様に求められていた。

「心理士に行ってほしいこと・望むこと」は、患者・家族への対応、緩和ケアチーム内での連携、医療者へのサポートの3カテゴリーであった。患者・家族への対応では、心理的支援が必要な患者の状態を把握することや患者や家族の問題を整理することから始まり、実際に心理的支援を行うことが望まれていた。がん患者やその家族に対する心理的支援の際には、患者の病状や家族背景などを把握し、

心理アセスメントを適宜行ったうえで、適切な心理的介入の実施が望まれていることがわかった。すなわち、患者や家族に対して、心理士としての専門性をいかした対応が求められていることが明らかとなった。また、家族だけでなく遺族への心理的支援も求められており、さまざまな心理療法や心理アセスメントの技能を十分に習得しておくことが重要であることが示唆された。つぎに、緩和ケアチーム内での連携であるが、心理士として、精神科への橋渡しの役割や、他職種との連携が求められていた。これらは、「心理士に望まないこと」にもつながるが、他職種と情報を提供し共有し合い、また心理士としての専門性をもつことができるよう、十分に心理アセスメントや心理療法を習得し、そのうえで他職種との役割分担を明らかにしていくことが必要であると考えられた。さらに、医療者へのサポートも心理士に求められており、心理士には、コンサルテーションとしての役割も求められていた。

最後に、「心理士に望まないこと」は、情報の抱え込み、守秘義務意識の乏しさ、事例の抱え込み、治療構造の曖昧さ、役割の不明確さといった5カテゴリーであった。緩和ケアチームの一員として携わる場合、他の医療者に伝えてよい情報を明確にし、その伝え方に工夫し、また、心理士としての専門性をいかにしながら、その役割を明示することの重要性が示唆された。

E. 結論

緩和ケアチームの診療において心理士に求められる資質や能力を明らかにするために、がん診療拠点病院を中心とした活動性の高い緩和ケアチームの医師、看護師を対象としたフォーカスグループインタビューを行った。その結果、心理士に求める知識としては、心理学的知識、医学的知識、他職種の役割、医療システムの4つが抽出された。心理士に行ってほしいこと・望むことでは、患者・家族への対応、チーム内での連携、医療者へのサポートの3つが、一方、心理士に望まないことでは、情報の抱え込み、守秘義務意識の乏しさ、事例の抱え込み、治療構造の曖昧さ、役割の不明確さの5つが挙げられた。今後、この結果を踏まえて、緩和ケアに携わる心理士の教育プログラムを作成することが望まれる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

論文発表

1. 岩満優美, 他: 緩和医療におけるコミュニケーション-臨床心理士の立場から. 緩和医療学 9: 8-13, 2007
2. 岩満優美: 各職種におけるサイコオンコロジーへの関与(5) 心理の立場から. コンセンサス癌治療. 印刷中

学会発表

1. 和田芽衣, 岩満優美, 他: 緩和ケア病棟勤務看護師のバーンアウトについて-患者・家族への転院説明とその理解度との関連から. 第26回日本社会精神医学会. 2007.3, 横浜
2. 岩満優美, 他: 乳がん患者の心理的ストレスとコーピングについて-心理特性と自覚症状との関係から-. 第15回日本乳がん学会学術総会. 2007.6, 横浜
3. 岩満優美: がん患者のストレスと感情-乳腺外来初診時の患者の感情反応について-. 日本社会心理学会第48回大会. 2007.9, 東京
4. 平山賀美, 岩満優美, 他: 乳がん確定診断前後の心理的反応について-特性不安との関係から-. 日本社会心理学会第48回大会. 2007.9, 東京
5. 岩満優美, 他: 乳がん確定診断を受ける患者の心理的反応と特性不安について. 第20回日本サイコオンコロジー学会総会. 2007.11, 札幌
6. 黒田祐次郎, 岩満優美, 他: 入院患者と家族の緩和ケア病棟に対する印象の質的検討. 第20回日本サイコオンコロジー学会総会. 2007.11, 札幌

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

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

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床略研究事業）
分担研究報告書

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

分担研究者 岡村 仁 広島大学大学院保健学研究科 教授

研究要旨 緩和医療におけるリハビリテーションの役割を明らかにするとともに、理学療法士や作業療法士に求められる知識や教育内容を明らかにすることを目的に、緩和医療に携わっている医師 6 名、看護師 2 名の計 8 名を 1 グループとしたフォーカスグループインタビューを行った。インタビュー内容の逐語録を作成し、カテゴリ抽出を行ったところ、理学/作業療法士を必要とする場面や期待する内容として、①日常生活活動（ADL）の評価・維持、②終末期患者の QOL の維持・向上、③スムーズな在宅ケアへの移行の 3 項目が、理学/作業療法士に求める知識・技術として、①悪性腫瘍に関する基本的な知識、②緩和ケアの基本的・一般的な知識、③患者の心理的理解とサポート技術、④コミュニケーションスキルの向上の 4 項目が、3) 理学/作業療法士への教育に必要なこととして、①チーム入って一緒に活動できるプログラム②インターネットを活用した教育プログラムの 2 項目が抽出された。今後は本調査をもとに、がん患者に対するリハビリテーションプログラムの普及・開発に向けた戦略を検討するとともに、理学療法士や作業療法士に対する教育の整備を図る必要がある。

A. 研究目的

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

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

士に求められる能力を明らかにしたいと考えた。

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

B. 研究方法

1) 対象の選定

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

- ・日本緩和医療学会緩和ケアチーム登録データ（2006.12）から、2005 年 12 月までに緩和ケア診療加算を算定開始した施設を同定した。

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

2) フォーカスグループインタビューの方法

- ・職種を均等に配置した 8 名前後のグループを作成し、プライバシーの保たれた環境でフォーカスグループインタビューを行った。

- グループには 2 名のファシリテーターを配置した。
- ・インタビューは、別に定めるインタビューガイドを参照しながら以下の項目を中心に半構成的に実施した。
 - ①理学療法士や作業療法士を必要とする場面・状況
 - ②理学療法士や作業療法士に行ってほしいこと
 - ③理学療法士や作業療法士に求める知識
 - ④理学療法士や作業療法士に望むこと
 - ⑤理学療法士や作業療法士に望まないこと
- ・インタビュー時間は 90 分間とした。
- ・インタビューは IC レコーダーに記録した。

3) 分析の概略

- ・インタビューから逐語録を作成する。
- ・逐語録を各対象者に配布し、内容の補足修正の有無を確認する。
- ・逐語録の内容を上記の項目に沿って質的内容分析にて分析し、カテゴリーを作成する。
- ・以上の分析は、2 名の研究者が独立して行い、意見の不一致は合議によって解消する。

なお今回は、逐語録の作成とそれに基づいた大枠のカテゴリー抽出まで行った。

(倫理面への配慮)

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

C. 研究結果

参加募集を行った結果、所属の異なる施設より、医師 6 名、看護師 2 名の参加者があり、計 8 名を 1 グループとした。インタビュー実施時間は 100 分間であり、26,910 文字からなる逐語録が作成された。逐語録は、グループに参加していない医師 1 名、看護師 1 名の計 2 名の確認を受けた。分析から、結果は以下のように大きく 3 点にまとめられた。

- 1) 理学／作業療法士を必要とする場面や行ってほしいと思うこと
 - ①日常生活活動 (ADL) の評価・維持
 - ・トイレまで歩きたいという要求が患者からあった時のアプローチ
 - ・骨転移のある患者に対してどの程度の荷重をかけてよいかの評価、あるいはどのような動き方をすれば ADL を維持できるかについての示唆

- ・痛みや倦怠感といった身体症状に対する評価、リハビリテーションを利用した補助的アプローチ
- ②終末期患者の QOL の維持・向上
 - ・スピリチュアルケアをはじめとする精神的ケア
 - ・作業を用いた QOL 向上のためのリハビリテーションアプローチ
- ③スムーズな在宅ケアへの移行
 - ・在宅の構造や患者の評価
 - そのための、家族の意見や希望、家族の能力がどの程度あるかどうかの評価
 - ・ADL 介助のための評価

2) 理学／作業療法士に求める知識・技術

- ①悪性腫瘍に関する基本的な知識
 - ・基本的データの理解
 - ・死に対する理解、教育
- ②緩和ケアの基本的・全般的な知識
- ③悪性腫瘍を含めた致死性の疾患を抱えた患者の心理的理解とサポート技術
- ④コミュニケーションスキルの向上

3) 理学／作業療法士への教育に必要なこと

- ①チーム入って一緒に活動できる実践プログラム
- ②インターネットを活用した教育プログラム

D. 考察

本検討は、現在、緩和医療に携わっている現場の医師や看護師の直接的な意見に基づいている。その結果、緩和医療において理学療法や作業療法には、ADL の維持・向上、QOL の維持・向上、在宅ケアへのスムーズな移行が期待されていることが示された。これは、我々ががん患者に対するリハビリテーションの実態を知ることが目的に行った、全国 1045 施設を対象にした調査結果 (論文番号 13) とほぼ同様のものであった。これらの結果から、緩和医療において、リハビリテーションへの期待は大きいと思われる。

しかし、前述したように、リハビリテーションを提供するために不可欠である理学療法士や作業療法士が、がん医療の中で積極的な役割を果たしている施設はいまだ少なく、また緩和ケアにおいてそれら専門職種が具体的にどのような役割を担うのかは明らかになっていない。その理由として、理学療法士や作業療法士にどのような知識が必要で、どのような教育を行えばよいか明らかでないこと

があると考え、今回のグループインタビューの中でその話題を取り上げた。その結果、まず悪性腫瘍や緩和医療に対する基本的な知識を学ぶ必要性が示された。現在の理学療法士や作業療法士の卒前教育において、悪性腫瘍や緩和医療に対する授業科目を設けている施設は皆無といえる。しかし、臨床の現場で悪性腫瘍患者のリハビリテーションに関わる可能性は極めて高い。こうした現状を踏まえ、今回のインタビュー結果でも示されたように、卒後教育の中で、チーム入って一緒に活動できる実践プログラムや、インターネットを活用した教育プログラムの整備を早急に行っていく必要があると思われる。また、コミュニケーションスキルの向上や、患者の心理的理解やサポート技術を求められていることが明らかとなった。こうした技術はリハビリテーション領域のみで必要なものではないが、やはり理学療法士や作業療法士の卒前教育では不十分なこうした教育を、卒後の研修等に取り入れていくことが重要であると思われる。しかし今回の分析ではまだ不十分といえ、細かい内容の分類・分析についてはさらに検討を進めていく必要があると考えている。

E. 結論

緩和医療に携わっている医師や看護師を対象としたグループインタビューの結果から、緩和医療における理学療法や作業療法の必要性や有用性が明らかになるとともに、理学療法士や作業療法士に求められる知識、そのために必要な教育に関する示唆が得られた。本調査をもとに、がん患者に対するリハビリテーションプログラムの普及・開発に向けた戦略を検討するとともに、理学療法士や作業療法士に対する教育の整備を図る必要があると考えられた。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Shigemoto K, Abe K, Kaneko F, Okamura H: Assessment of degree of satisfaction of cancer patients and their families with rehabilitation and factors associated with it – results of a Japanese population. *Disabil Rehabil* 29: 437-444, 2007.
2. Ozono S, Saeki T, Mantani T, Ogata A,

- Okamura H, et al: Factors related to posttraumatic stress in adolescent survivors of childhood cancer and their parents. *Support Care Cancer* 15: 309-317, 2007.
3. 藤野成美, 岡村 仁: 精神障害者の家族介護者における介護の肯定的認識とその関連要因. *臨床精神医学* 36: 781-788, 2007.
 4. 藤野成美, 脇崎裕子, 岡村 仁: 精神科における長期入院患者の苦悩. *日本看護研究会雑誌* 30: 87-95, 2007.
 5. Mantani T, Saeki T, Inoue S, Okamura H, et al: Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands: role of alexithymia and family functioning. *Support Care Cancer* 15: 859-868, 2007.
 6. Watanabe Y, Kaneko F, Hanaoka H, Okamura H: Depression and associated factors in residents of a health care institution for the elderly. *Phys Occup Ther Geriatr* 26: 29-41, 2007.
 7. 大谷道明, 岡村 仁: 高齢者の運動療法の効果と限界: 高齢者の認知機能と運動療法. *PT ジャーナル* 41: 47-52, 2007.
 8. 大谷道明, 岡村 仁, 他: 慢性期脳卒中者の認知症に対するアプローチ. *PT ジャーナル* 41: 269-275, 2007.
 9. 岡村 仁: がん患者のリハビリテーション. *腫瘍内科* 1: 420-426, 2007.
 10. 岡村 仁: 悪性腫瘍の遠隔効果 “paraneoplastic syndrome”に関する最近の知見. *総合病院精神医学* 19: 348-352, 2007.
 11. Nawate Y, Kaneko F, Hanaoka H, Okamura H: Efficacy of group reminiscence therapy for elderly dementia patients residing at home: a preliminary report. *Phys Occup Ther Geriatr Phys Occup Ther Geriatr* 26: 57-68, 2008.
 12. Shingu N, Fujita S, Okamura H: Factors associated with the somatic sensation of inpatients with schizophrenia. *Occup Ther Ment Health* (in press)
 13. Hamaguchi T, Okamura H, et al: Survey of the current status of cancer rehabilitation in Japan. *Disabil Rehabil* (in press)
 14. Okuyama T, Akechi T, Shima Y, Sugahara Y, Okamura H, et al: Factors correlated with fatigue in terminally ill

- cancer patients: A longitudinal study. J
Pain Symptom Manage (in press)
15. Akechi T, Okamura H, et al:
Psychosocial factors and survival after
diagnosis of inoperable non-small cell
lung cancer. Psycho-Oncology (in press)
- H. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得
 - なし。
 2. 実用新案登録
なし。
 3. その他
特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床略研究事業）
分担研究報告書

医師の教育目標の記述方法に関する研究

分担研究者 大滝純司 東京医科大学 教授

研究要旨：がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成を推進する際に、その学習目標をどのような方法で記述するのが適切かを検討した。日本の医学教育で広く行われている、GIO/SBO、一般目標/行動目標という表現には問題があり、より柔軟で使いやすくわかりやすい表現を検討すべきである。

A. 研究目的

がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成を推進する際に、その学習目標としてどのような方法で記述するのが適切かを検討する。

B. 研究方法

研究班の会合で議論すると共に、関連する文献などの資料を調査し検討した。

C. 研究結果

日本の医学教育では、学習目標を GIO (General Instruction Objective) や SBO (Specific Behavioral Objectives) あるいは一般目標や行動目標という方法で表現することが多い。一方、国内の他の領域や、海外の医学教育では、こうした表現はほとんど使用されていない(詳細は論文投稿中)。

D. 考察

日本の医学教育で、学習目標を GIO/SBO、あるいは一般目標/行動目標と表現するのは、過去に欧米の医学教育が行動主義 (behaviorism) の影響を大きく受けた頃に日本の医学教育に導入されたものが、そのまま普及し継承されたものと思われる。

しかし、この行動主義にもとづく目標設定には限界があるため、教育学では、この考え方は古典的な過去のものとなっている。

行動主義で学習目標を設定するには、目標を全て観察可能で評価可能な、具体的な行動として事前に記述しなければならない。しかし、これは、具体的な行動として表現できない事項は目標に取り込めないことを意味する。このため、態度や価値観など、具体的な行動

として規定しにくい、内面的な成長を目標として設定することが困難になる。

行動主義による教育目標の設定には、このように理論面の問題が大きい上に、厳密に作成すると項目数が膨大になり、使いにくく改訂もしにくくなるという、実際の運用に関係した問題点も指摘されている。

そして、より現実的な問題としては、GIO/SBO、あるいは一般目標/行動目標という言葉が、他の領域や海外ではほとんど使われていないために、言葉の意味自体が理解されにくいという問題も生じている。

欧米の医学教育や日本の学校教育では、新たな考え方や理論に基づいた、さまざまな目標の設定や表現がなされている。今後は多様で柔軟な学習目標の設定とその表現を、本研究をはじめとする医学教育でも、積極的に取り入れていく必要がある。

E. 結論

行動主義にもとづいた、GIO/SBO、一般目標/行動目標という枠組みによる学習目標の設定や表現には問題点があり、がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する学習目標として用いることは推奨されない。より柔軟で使いやすくわかりやすい表現を検討すべきである。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

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

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

緩和医療に携わる看護師の育成とその教育方法に関する研究

分担研究者 竹之内 沙弥香 京都大学大学院医学研究科 博士課程

研究要旨：本研究では、米国の取り組みであるエンドオブライフ看護教育コンソーシアム（ELNEC：End-of-Life Nursing Education Consortium）の日本語版である ELNEC-J（ELNEC Japan）を開発し、わが国の緩和医療に携わる看護師に対する効果的な教育法について検討し、同時に ELNEC-J 独自のファシリテーターマニュアルを作成した。開発されたプログラムを用いて、パイロットスタディの実施し、ELNEC-J を用いた教育プログラムの編成に関する改善点が明らかになった。また、尺度開発に向けた予備調査の結果は、ELNEC-J が参加者にもたらす影響の手がかりとなる。

A. 研究目的

日本の看護師に対する緩和ケア教育の現状をふまえ、社会の変化やそれに伴う制度改革に呼応した医療看護サービスの効果的な提供を模索する中で、基礎看護教育・看護継続教育とともに、緩和ケアが適切に提供できるための人材育成としての教育方法の再検討とは重要な課題である。また、各地域に根付いた緩和ケアが、治療の初期段階から行われるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面において切れ目なく実施されるには、それらの緩和医療に携わる看護師に対する緩和ケアやエンドオブライフケアに関する教育がキーポイントとなる。その際、その教育を地域単位で企画・運営し、それぞれの地域における緩和ケアやエンドオブライフケアの現状や課題を認識したうえで体系化されたプログラムを展開することが最も効果的であると考えられ、その為には各地域でそれらの教育を適切な知識・技術・態度をもって提供できる指導者の養成が必要不可欠である。

以上のような現状をふまえ、本研究では、アメリカ看護大学協会（American Association of Colleges of Nursing: AACN）と City of Hope National Medical Center が、The Robert Wood Johnson Foundation と米国国立がん研究所（The National Cancer Institute）から助成を受けて作成された、エンドオブライフ看護教育コンソーシアム（ELNEC:End-of-Life Nursing Education Consortium）の日本

語版である ELNEC-J（ELNEC Japan）を開発し、わが国の緩和医療に携わる看護師に対する効果的な教育法について検討する。

B. 研究方法

1. ELNEC の翻訳と翻訳チェック

緩和医療に携わる看護師に対する教育プログラムの開発に際し、米国にて ELNEC Core Training Program を受講し、ELNEC のプログラムを用いた教育の実践ができる ELNEC Trainer の認定を得た。ELNEC 日本語版の作成に当たり、米国の ELNEC 事務局より許可を得て、ELNEC Core Training Program のテキストを翻訳し、翻訳チェックを実施した。その後第一回検討会において、テキストに用いる用語の統一や、翻訳チェックの際の注意点、ELNEC 日本語版作成に当たり不要と思われる箇所を検討した。さらに講師全員による翻訳チェックの見直しを経て ELNEC-J(End-of-Life Nursing Education Consortium- Japan)のテキストを作成した。

2. ELNEC-J Training Program の検討

検討会を開催し、日本の文化的背景や医療・看護の現状にふさわしいプログラムやそのタイムスケジュール、ファシリテーターマニュアルについて検討を行った。ELNEC-J では EPEC-O（Education for Palliative and End-of-life Care—Oncology）で用いられる教育法を教育するモジュールを導入することで、参加

者が効果的な教育法について考え、実践できるセッションを設けることとし、ELNEC事務局から了承を得た。また講義のセッションで用いる各モジュールのパワーポイントのプレゼンテーションに用いる配布資料の改変についても、ELNEC事務局から許可が得られた。

3. パイロットスタディの実施

京都市内大学病院において、がん看護に3年以上携わり、緩和ケアに興味のある看護師で本研究の趣旨に同意する者20名を対象に2日間（計14時間）にわたるパイロットスタディを実施した。パイロットスタディには6名の講師と6名のファシリテーターが教育を担当した。参加者にはELNEC-Jのテキストが配布され、パワーポイントのスライドのハンドアウトや各セッションの評価表、アンケート調査表（pre-test）を含む別刷り資料も配布された。本研究で実施したプログラムはパイロットスタディであったことから、プログラム修了者をELNECトレーナーとして認めることは出来なかったため、プログラム終了時、各参加者には修了書が手渡された。

4. 尺度開発にむけた予備調査

パイロットスタディに備えて、来年度実施予定である尺度開発研究の予備調査として、心理尺度の開発やそれをもちいた調査の専門家と共に、参加者の緩和ケアに関する知識、態度、自尊感情、Face sheetを含むアンケート調査表を作成した。また、パイロットスタディ終了から2週間後に全参加者を対象にアンケート調査表（post-test）を配布回収した。また同時期に、インタビュー当日の勤務状況から参加可能である、ELNEC-Jへのパイロットスタディ参加者8名を対象として、約30分のフォーカスグループインタビュー（FGI）を午前5名、午後3名に分けて合計2回実施した。

（倫理面への配慮）

研究対象者に本研究の内容について文書と口頭で説明を行い、研究内容の理解を得た上で調査対象者本人から個別に研究協力の確認を文書で得た。また、参加者のプライバシーが守られるよう、個人データの扱いには厳重な注意を払った。

C. 研究結果

1. ELNECの翻訳と翻訳チェック

ELNECの日本版であるELNEC-Jの作成において、ELNECのオリジナルでは日本の文化的背景や、医療の現状にそぐわない箇所があることが明らかになった。その結果、各モジュールを担当する講師による綿密な翻訳チェックと講義に用いられる配布資料の改変が必要であった。

2. ELNEC-J Training Programの検討

ファイシリテーターマニュアルを作成したことにより、トレーニングプログラムのグループワークのセッションにおいて、各グループのファシリテーターが円滑にセッションを進めることが出来た。また、ELNEC-Jの開発に当たりELNECのプログラム以外に新たに導入された、参加者により教育の実践を容易にするための教育法を教育するセッションは、参加者から「自信がついた」と好評価が得られた。

3. パイロットスタディの実施

本研究におけるパイロットスタディへの参加者は20名で、30代のものが最も多く、全て女性であった。参加者にはホスピスや緩和ケア病棟における勤務経験を有するものはなかったが、平均すると1年間に約50人のエンドオブライフ期の患者を経験し、約5件の看取りを経験していた。パイロットスタディ終了時に回収したELNEC-J Training Program 評価シートへの参加者の意見の項には「もっと講義を受けられると思っていた」のように、指導者養成型のプログラムに対する戸惑いを表すものが多かった。また、2日間のプログラムにおいて、参加者は宿泊をせず自宅から通う方式をとったが、研修施設付近で宿泊することにより、プログラムの各セッションにおけるフィードバックやグループディスカッションの時間の延長や、参加者が講師やファシリテーターと交流できる時間の確保を望む参加者が多かった。

4. 尺度開発にむけた予備調査

ELNEC-Jを用いた教育法が参加者にもたらす影響や効果を検討するために、今後尺度を開発する予定である。そのために、本研究では尺度開発に向けた予備調査（パイロットスタディ参加者に対する2度にわたるアンケート調査とフォーカスグループインタビュー）を実施した。現在回収したデータの整理と集計を行っている。

D. 考察

ELNEC-J Training Program 評価シートへの参加者の回答より、参加者は本プログラムのような指導者養成型の教育法に慣れておらず、講義型の教育法をイメージして受講していたことから、本プログラムのような参加型である教育プログラムの構成に対する戸惑いが大きく、それが効果的な学習を阻害した可能性がある。また、参加者は臨床の現場においてエンドオブライフ期の患者を受け持っているにもかかわらず、緩和ケアやエンドオブライフケアに関する教育または研修を十分に受けていないものが多く、講義を受けることによって、緩和ケアやエンドオブライフケアに関する基本的知識の習得を希望するものが多かった。地域における緩和ケアの普及を目指すうえで、緩和ケアに携わる看護師への効果的な教育の普及が早急に望まれる。そのためには効果的な教育法を身につけた教育者を育成することが先決であり、本研究により開発された教育プログラムは、緩和ケアの基礎的知識を習得しているものを対象に開催される必要があることが改めて明らかになった。また、教育効果を高めるためには、参加者がより集中して取り組める環境設定も重要であると考えられる。トレーニングプログラム開催は2日間宿泊を含め、連続した日程で計画されることが望ましい。パイロットスタディでELNEC-Jが参加者に及ぼした影響についてはアンケート調査やインタビュー調査において得られたデータをもとに考察し、ELNEC-Jのプログラム更新にあたり反映させていきたい。

E. 結論

ELNEC オリジナル版の翻訳を行い、ELNEC-J トレーニングプログラムが開発された。同時にファシリテーターマニュアルも作成した。パイロットスタディの実施により、ELNEC-Jを用いた教育プログラムの編成に関する改善点が明らかになった。また、尺度開発に向けた予備調査の結果は、ELNEC-Jが参加者にもたらす影響の手がかりとなる。

G. 研究発表

論文発表

1. 坂本沙弥香, 浅井篤, 他: 「日本の終末期医療に携わる臨床看護師による終末期看護教育コンソーシアム (ELNEC: End-of-Life Nursing Education Consortium) の教育プログラムを用いた終末期看護倫理教育法の評価」 熊本大学 先端倫理研究 2: pp54-65, 2007.

学会発表

1. 坂本沙弥香: 「日本の終末期医療に携わる臨床看護師による ELNEC(End-of-Life Nursing Education Consortium)の教育プログラムを用いた終末期看護倫理教育法の評価」. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6, 岡山

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし