

説明書を調査票とあわせて送付した。さらに、調査への回答は自由であること、回答しない場合でも不利益を被ることはないこと、個別の看護協会が特定されない形で公表することを明記した。

C. 研究結果

1. 回収状況および回答者背景

配布数 47 通のうち、回収数は 41 通 (87%) であった。そのうち、緩和ケア教育の担当者がいない、緩和ケア限定の研修を行っていないなどの理由により回答を得られなかったものを除いた有効回答数は 37 通 (79%) であった。

看護師としての臨床経験年数は半数以上が 20 年以上であり、4 割近くにがん領域での臨床経験がなかった。看護協会の教育担当者としての経験年数は、7 割近くが 4 年未満であった。教育担当者の人数は、常勤が中央値で 2 名 (範囲 0-7 名)、非常勤が 1 名 (0-4 名) であった。

2. 緩和ケアプログラムの有無と内容

緩和ケアに関する教育プログラムを実施していると回答した協会は 34 (92%) であった。

1) 緩和ケアプログラムの概要

緩和ケアプログラムの時間数の中央値は 15 時間 (範囲 3-86 時間)、継続教育全体に占める割合は中央値で 4% (0.05-16.6%) であった。プログラム形態は、毎年独立したプログラムとして (68%)、対象は特定せずに (74%) 実施しているところが多かった。

2) 緩和ケアプログラムの詳細

各テーマの実施時間数は「疼痛マネジメント」が最も多く (中央値 5 時間、範囲 0-20 時間)、次いで「倫理的問題」 (中央値 2 時間、範囲 0-5 時間)、「看取りのケア」 (中央値 2 時間、範囲 0-13 時間)、「家族ケア」 (中央値 2 時間、範囲 0-9.2 時間)、「緩和ケアの理念」 (中央値 2 時間、範囲 0-10 時間) であった。

担当講師は、認定看護師が最も多く (21~81%)、次いで専門看護師 (6~38%)、医師 (5~28%) の順であった。「看取りのケア」および「家族ケア」の約 4 割は、その他の職種が担当していた。

授業形態は、講義が全てのテーマで行われており (60~100%)、事例検討は 0~37%、討議は 0~25% のテーマで行われていた。

3. 緩和ケアの継続教育に関する困難感と望むサポート

緩和ケアの継続教育に関して、「とても困難」「困難」と回答した割合が高かった上位 3 項目は、「系統的なカリキュラムがないこと」 (67%)、「準備や実施に必要な時間を確保できないこと」 (53%)、「スーパーバイザーがいないこと」 (47%) であった。

緩和ケアの継続教育に関して望むサポートは、「系統的なプログラムの提供」 (32%)、「教育者のための研修会の実施」 (29%)、「教育内容・方法について相談できる人・機関の紹介」 (26%) の順が多かった。

D. 考察

1. 回答者背景

緩和ケアに関する継続教育担当者の特徴として、看護師としての臨床経験年数は長いものの、がん・緩和ケア領域での臨床経験は少ないことが明らかとなった。常勤の教育担当者人数から明らかなように、教育担当者は全体の教育を担っているため、がん・緩和ケア領域での経験が豊富な担当者を配置できないのは致し方ないと考えられる。

2. 緩和ケアに関する継続教育の有無と内容

今回、回答があった看護協会の約 9 割が緩和ケアに関する教育プログラムを実施しており、回答のなかった都道府県を含め全国で見ると約 7 割にあたる。緩和ケアプログラムの時間数は中央値 15 時間であった。範囲が 3~86 時間とばらつきが大きく、緩和ケアの教育を熱心に行っている協会とそうでない協会があることがうかがえる。また多くのプログラムは、対象を限定しない緩和ケアの研修として行われていた。都道府県看護協会は、各医療施設とともに看護師の継続教育の一翼を担っている。しかし、今回の調査で明らかになった緩和ケアに関する教育プログラムの実施率や時間数が十分か否かは、基準がないため判断できない。各都道府県看護協会が質・量ともに十分な緩和ケアの継続教育を行うためには、緩和ケアに関する知識・技術をジェネラリストの看護師にとってどの程度必要か明確にされるが必要あるだろう。

プログラムのテーマは、「疼痛マネジメント」「倫理的問題」「看取りのケア」の順に時間数が多かった。これらのテーマは、看護職

が現場で実際に困難を抱えている問題であるため取り上げられることが多かったと考えられる。

各テーマを担当している講師は、いずれのテーマにおいても認定看護師が最も多かった。これは認定看護師の人数が多いことが大きな理由と考えられ、認定看護師は各都道府県看護協会における緩和ケアの継続教育の重要な担い手であるといえることができる。

授業形態は、いずれのテーマにおいても講義が主であり、その他の形態はあまり使われていなかった。成人学習者にとって効果的な学習は、講義などの受動的な方法とグループ討論などの能動的な方法の組み合わせであると言われている。米国では、多様な学習方法を取り入れた **End-of-life Care** に関する看護師教育プログラム **End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC)** が開発され、一定の効果を挙げている。そして、2007年には、その日本語版である **ELNEC-J** が開発され、指導者養成プログラムが日本緩和医療学会の研修事業の一環として実施されるようになった。より効果的な授業を行うために、都道府県看護協会の緩和ケア教育に携わる認定看護師や教育担当者は、このようなプログラムに積極的に参加・活用することも可能であろう。

3. 緩和ケアの継続教育に関する困難感と望むサポート

緩和ケアの継続教育に関して教育担当者が最も困難に感じていたことは「系統的なカリキュラムがないこと」であり、もっとも望むサポートも「系統的なカリキュラムの提供」であった。前述の **ELNEC-J** は、**End-of-Life Care** に関する看護を包括的かつ系統的に教育できる、わが国では唯一のツールである。内容が日本の状況に合致していない箇所があることや **ELNEC-J** 指導者養成プログラムの効果は検証中などの課題はあるものの、今後の普及が望まれる。

本調査の限界として、看護師の緩和ケアに関する継続教育は各医療施設や関連団体によっても実施されているため、今回の結果はあくまでわが国の緩和ケアに関する継続教育の一部であるという点が挙げられる。そのため今後は、対象を広げるとともに継続的に現状を把握し、緩和ケアに関するより系統的な継続教育が実施されるよう対策を講じていくことが必要である。

全国の都道府県看護協会の教育担当者を対

象として、緩和ケアに関する継続教育の実態について調査した。緩和ケアに関する教育プログラムを実施していると回答した協会は **34 (92%)** であったが、プログラムの内容についてはばらつきが大きかった。今後は、系統的な緩和ケア教育プログラムの活用が期待される。

E. 結論

緩和ケアに関する教育プログラムを実施している協会は多かったものの、プログラムの内容についてはばらつきが大きかった。今後、包括的かつ系統的な緩和ケア教育プログラムの活用が期待される。

F. 健康危険情報 特になし。

G. 研究発表 論文発表

1. 笹原朋代, 高橋美賀子, 木澤義之: 都道府県看護協会における緩和ケアの継続教育の実態, 日本がん看護学会学術誌投稿中。

学会発表
なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
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

緩和ケアチームの基準の明確化に関する研究

分担研究者 笹原朋代 筑波大学大学院人間総合科学研究科 講師

研究要旨：本研究の目的は、院内でコンサルテーション活動をする緩和ケアチームの基準を作成することである。デルファイ変法による質問紙調査およびパネルミーティングを行った。院内緩和ケアコンサルテーションチームで十分な経験を有すると考えられる医師・看護師および緩和ケアに関わる団体の代表に呼びかけ、多職種からなる27名が参加した。はじめに文献検討と研究者の意見を基にドナベディアンモデルを用いて最初の基準案を作成し、質問紙調査（2回）とパネルミーティング（1回）により各項目の「適切性」について検討し、改訂を行った。その結果、最初の基準案は33項目になった。第1回目の質問紙調査とパネルミーティングにより項目の追加・削除・修正を行い、37項目に改訂した。次に第2回目の質問紙調査により更に修正し、最終版として37項目を作成した。これらの項目は、「理念・基本方針」「ケアの提供体制」「活動内容」「ケアの質の評価と改善」の4領域に区分された。本基準は、院内緩和ケアコンサルテーションチームの活動指針になるとともに、活動の評価にも利用可能である。今後は、この基準の具体的な利用方法や有効性の検討が課題である。

A. 研究目的

わが国では、2005年に策定された第3次対がん10か年総合戦略に基づき、がん医療の均てん化を目指してがん連携診療拠点病院が指定されており、その数は2007年1月現在で286施設にのぼる。がん連携診療拠点病院の指定要件として、一般病棟で緩和医療を提供する体制の整備が含まれ、これは主として緩和ケアチームがその機能を担うとされている。そのような背景から、がん診療連携拠点病院の増加に伴い、緩和ケアチームの数も急激に増加している。

わが国での緩和ケアチームの活動は、いくつかの先駆的な施設はあったものの、2002年の緩和ケア診療加算の新設を機に本格的に始まったばかりである。緩和ケア診療加算では、施設や構成員などの体制に関する要件を規定しているが、緩和ケアチームがどのような活動をするのかに関する具体的な指針はない。つまり、がん診療連携拠点病院の増加に伴い新たに設置された緩和ケアチームの多くは、明確な指針がないまま活動を余儀なくされているのが現状である。そこで、院内でコンサルテーション活動をする緩和ケアチームの基準を作成することを目的として、本研究を行った。

B. 研究方法

デルファイ変法を用いて行った。

1) 緩和ケアチーム基準項目の作成

まず、国内外の緩和ケアに関する基準のレビューおよび当該分野における先行研究の知見の整理、本研究メンバーでの検討により、緩和ケアチーム基準案（以下基準案）を作成した。

2) 対象者の選定と文献レビューの依頼

対象は、緩和ケアチームで一定の活動経験のある者および各緩和ケア関連団体からの代表からなる計27名の多職種とした。調査に先立ち、緩和ケアチームに関する国内外の文献28本のレビューを依頼した。

3) 1回目の調査

基準案をもとに質問紙を作成し、郵送法により1回目の調査を行った。各項目が緩和ケアチームの基準としてどの程度適切かを「適切でない(1)～適切である(9)」の9件法でたずねた。1～6と回答した場合は、その理由を自由記載として求めた。また、性・年齢等の対象者背景に関する情報もたずねた。

分析方法は、各項目の中央値、最大値、最小値を算出し、中央値8以上、最大値と最小値の差が4以下の場合、その項目について合意が得られたものとした。

4) パネルミーティング

1回目の調査を受け、合意が得られなかった項目について、対象者および本研究メンバ

一内でメーリングリスト上にて議論し、論点を明確にした上でパネルミーティングを行った。パネルミーティングでの議論を踏まえた上で、再度基準案を修正した。

5) 2回目の調査

修正した基準案をもとに質問紙を作成し、1回目と同様に調査を行った。分析方法も、1回目と同様とした。

(倫理面への配慮)

本研究は、筑波大学大学院人間総合科学研究科倫理委員会の承認を得て実施した(記番号552)。

C. 研究結果

1回目の調査では、27名から返答があった(回収率100%)。33項目中15項目で合意が得られなかった。パネルミーティングには17名が参加した(参加率63%)。メーリングリスト上およびパネルミーティングでの議論を踏まえ、合意が得られなかった15項目について削除、別の項目と合体等の修正を加えた結果、基準案は37項目となった。

2回目の調査でも、27名から返答があった(回収率100%)。合意が得られなかったのは3項目であった。合意していなかったのは各項目について1名の対象者であったこと、項目あるいは基準の前提の不十分な理解が考えられたことから、各対象者にコンタクトを取ったうえその旨説明をし、最終的に合意を得た。さらに、合意の得られた項目でも、表現などの微細なコメントがあった項目については、研究者間で検討したうえ修正した。以上により、「理念・基本方針」「ケアの提供体制」「活動内容」「ケアの質の評価と改善」の4領域37項目からなる緩和ケアチームの基準が完成した。(別添1)

D. 考察

院内でコンサルテーション活動をする緩和ケアチームの基準をデルファイ変法を用いて作成した。本基準は、院内緩和ケアコンサルテーションチームの活動指針になるとともに、活動の評価にも利用可能である。

海外の緩和ケアチームの基準に比べ、本基準はより一般的な内容となった。その理由として、緩和ケアの重要要素であるスピリチュアルケアや遺族ケアなどが含まれなかったこと、欧米では既知とされるコンサルテーションの具体的なプロセスを含んだことなどが考えられる。今後、わが国での緩和ケア実践が発

展していくのに合わせ、この基準内容を見直していく必要があるだろう。

E. 結論

院内でコンサルテーション活動をする緩和ケアチームの基準をデルファイ変法を用いて作成した。本基準は、院内緩和ケアコンサルテーションチームの活動指針になるとともに、活動の評価にも利用可能である。今後は、この基準の具体的な利用方法や有効性の検討が課題である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. 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. *Palliative and Supportive Care*. (in press)
2. Sasahara T, Kizawa Y, Morita T, Iwamitsu Y, Otaki J, Okamura H, Takahashi M, Takenouchi S, Bito S. Development of a Standard for Hospital-based Palliative Care Consultation Teams Using a Modified Delphi Method. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38(4): 496-504.
3. 笹原朋代, 三條真紀子, 梅田恵, 樋口比登実, 篠田淳子, 柴山大賀, 宮下光令, 河正子, 数間恵子. 大学病院で活動する緩和ケアチームの支援内容 -参加観察の結果から-. *日本がん看護学会誌* 2008; 22(1): 12-22.
4. 宮下光令, 笹原朋代. 【臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール】QOL 包括的な緩和ケアの代理評価尺度 (STAS-J). *緩和ケア* 2008; 18(10): 71-4.
5. 笹原朋代. 【臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール】医療者のケア態度、困難感、満足度 -一般病棟の看護師の終末期がん患者のケアに対する困難感尺度. *緩和ケア* 2008; 18(10): 114-7.
6. 笹原朋代. 【臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール】医療者のケア

態度、困難感、満足度 緩和ケアチーム活動上のバリア・アセスメントツール. 緩和ケア 2008; 18(10): 118-20.

学会発表

笹原朋代, 木澤義之, 森田達也, 岩満優美, 大滝純司, 尾藤誠司. 病院内緩和ケアコンサルテーションチームの基準の開発. 第14回日本緩和医療学会学術大会, 大阪, 2009

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

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

緩和ケアチームの基準

◆本基準は、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。

◆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。

◆本基準は、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。

<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。

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。
- 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。
- 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。
- 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。

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
- 2) 精神症状の緩和に習熟した医師
- 3) 緩和ケア領域での専門／認定資格を持つ看護師
- 4) 緩和ケアに習熟した薬剤師
- 5) 医療ソーシャルワーカー
- 6) 心理士
- 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)
- 8) 管理栄養士
- 9) その他、患者・家族の QOL 向上に資する職種

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。
- 2) 病院内に緩和ケアチームの理念・基本方針を開示する。
- 3) 緩和ケアチームの体制(病院内での位置づけ、構成要員、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。
- 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。
- 5) 依頼に迅速に対応できる体制を取る。

<プロセス>

Ⅲ. 活動内容

1. 臨床活動

- 1) 主として症状緩和、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、終末期の諸問題への対応、医療従事者の支援を行う。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 9) 定期的にか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。

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。
- 2) 病院内に緩和ケアマニュアルを整備する。
- 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。

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。
- 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。
- 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。

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。
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。
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。

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

研究分担者 竹之内 沙弥香 京都大学大学院医学研究科 医学専攻 社会健康医学系
医療倫理学分野 博士課程

研究要旨 本年度は本研究では、平成 19 年度に開発された End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) のコアカリキュラムである、ELNEC-Core の日本語版、ELNEC Japan (ELNEC-J) 指導者養成プログラムを評価する、エンド・オブ・ライフ・ケアの教育についてのアンケート調査、End-of-Life Nursing Education Questionnaire (ELNEQ) を開発し、調査票の質問項目を確定した。本年度実施された ELNEC-J 指導者養成プログラムの参加者を対象とした調査から、ELNEC-J 指導者養成プログラムは参加者に教育的効果をもたらすことが明らかになった。

A. 研究目的

日本の看護師に対する緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケア（以下「EOL ケア」とする）に関する教育の現状をふまえ、看護基礎教育・看護継続教育の双方の教育の場において、緩和ケアや EOL ケアを適切に提供できる看護師育成に関する教育方法の再検討は重要な課題である。また、患者に様々な場面において切れ目のない緩和ケアを実施するには、各地域における緩和ケアや EOL ケアの現状や課題を認識した上で、それらのケアに携わる看護師に対する教育を地域単位で企画・運営し、体系化された教育プログラムを実践することが最も効果的であると考えられる。そのため、まず各地域で緩和ケアや EOL ケア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を養成することが急務である。

そこで、本研究では平成 19 年度に、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したコンソーシアムである、End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) のコアカリキュラムである、ELNEC-Core の日本語版、ELNEC Japan (ELNEC-J) 指導者養成プログラム（以下「本プログラム」とする）を開発した。また、の予備調査を実施した。本年度は、本プログラムの効果を測定するため独自に尺度開発を進めている、エンド・オブ・ライフ・ケアの教育についてのアンケート調査、End-of-Life Nursing Education Questionnaire (ELNEQ)

の信頼性と妥当性を検討するとともに、本プログラムを評価する。

B. 研究方法

平成 20 年 7 月から 11 月までに 2 回開催された、本プログラムに参加した看護師を対象として、本プログラム参加 3 週間前、本プログラム開始時と終了直後に質問紙調査を実施し、信頼性・妥当性を検証した。

(倫理面への配慮)

本研究は臨床研究に関する倫理指針に沿って実施され、京都大学の医の倫理委員会の承認のもと実施した。

C. 研究結果

対象者数は 145 名であった。計量心理学的な検討を経て、「教育の方法」、「教育への意欲」、「教育の参加者への影響」、「教育に対する自信」、「質の高い End-of-Life ケアの達成への意欲」の、5 つのドメインからなる計 20 項目の尺度が開発された。因子分析の結果、昨年度実施した予備調査と同様の因子構造や性質が見られた。内的整合性は、 $\alpha=0.84-0.98$ で、test-retest 信頼性は 0.62-0.76 だった。感度は「教育への意欲」を除いて有意であった。

D. 考察

内的整合性や、test-retest 信頼性の値が十分に認められたことや、因子妥当性が認められたことにより、看護師に対する End-of-Life ケアの教育に関する指導者講習会の評価において、高い信頼性と妥当性を持

つ尺度が開発されたといえる。

ELNEQ を用いた調査の結果から、本プログラムは参加した看護師の、EOL ケアの教育に対する自信を高め、質の高い EOL ケアの達成への意欲を高めることが明らかになった。また、本プログラムに参加することにより、看護師は効果的な教育技法を身につけることができ、参加者は自身の施設や地域において教育を実施する際に、その参加者に何らかの影響を及ぼすことができると感じていることがわかった。このように、本プログラムは緩和ケアや EOL ケアに携わる看護師に教育的効果をもたらすことができる、指導者講習会であるといえる。本プログラム参加前後の、教育への意欲の得点には有意差が認められなかったが、自施設や地域における緩和ケアや EOL ケア教育の普及を目指し、教育に対する意欲が非常に高い看護師が本プログラムに参加していることが要因となり、天井効果が現れたためであると考えられる。

E. 結論

看護師に対する End-of-Life ケアの教育に関する指導者講習会の評価において、高い信頼性と妥当性を持つ尺度が開発された。また、ELNEQ を用いた調査から、本プログラムは参加者に教育的効果をもたらす指導者講習会であることが明らかになった。

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. Takenouchi, S., Tamura, K. Palliative Care in Japan. Oxford Textbook of Palliative Nursing. (B. R. Ferrell & N. Coyle, Ed.). New York: Oxford University

Press. In submission.

2. 竹之内沙弥香, 田村恵子. End-of-Life Nursing Education Consortium Japan 指導者養成プログラム. ホスピス・緩和ケア白書 2009 : p38-42. 青海社. 東京, 2009.
3. 竹之内沙弥香. 緩和ケアをともに学ぶ、教える 伝えようとするスタッフのために. わが国における緩和ケアの研修・プログラムを知る、学ぶ ELNEC-J 指導者養成プログラム 地域・施設における質の高いエンド・オブ・ライフ・ケアの達成を目指して. 緩和ケア. 19 : p139-142. 青海社. 東京, 2009.
4. 竹之内沙弥香. 緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアに携わる看護師のための教育プログラム End-of-Life Nursing Education Consortium Japan (ELNEC-J). 看護管理 : p782-785. 医学書院. 東京, 2009.

学会発表

1. 竹之内沙弥香. シンポジウム 5. 「緩和医療の教育・研修の現状と課題～何をいかに教え学ぶか～」. 看護師に対する緩和ケアの教育・研修の現状と課題 -ELNEC-J 指導者養成プログラム-. 第 14 回日本緩和医療学会総会. 2009 年 7 月 19 日. 大阪国際会議場 (グランキューブ大阪)

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む.)

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

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

緩和医療に携わる心理士の育成に関する研究
－がん医療に携わる心理士の実態調査－

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 がん医療で働く心理士を対象に、この領域で働くために必要な知識や技術、他職種から求められる仕事内容、活動の困難度などについて実態調査を行い、心理士自身が必要であると感じている知識やスキルなどについて検討した。がん診療連携拠点病院およびそれ以外の臨床研修指定病院および大学病院 1185 施設を対象に、質問紙を二重封筒法により送付した。その結果、403 施設から返信があり（返信率 34%）、そのうち、がん医療に携わる心理士は 267 施設であり、490 人の心理士が勤務していた。最終的に質問紙の返信があった 401 名を対象に、データ分析を行った。その結果、心理士は、院内で他職種との連携をとりながら、患者を中心に心理的援助の実施が望まれていることがわかった。心理士としての教育プログラムを作成の際には、精神医学の知識とスキル、臨床心理学の知識とスキル、がん特有な心理・社会的問題の知識とその対応、医学およびがん医療の知識を中心に構成する必要があることが示唆された。特に、精神科医が不在、あるいは非常勤の勤務である場合、心理士の精神医学の知識とスキルの必要性は高まると考えられる。

A. 研究目的

これまで、がん医療に携わる心理士の教育プログラムを作成することを目的に、以下の2点について行ってきた：(1) がん診療連携拠点病院において緩和ケアチームで一定の活動経験のある医師、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実施し、心理士に求める知識やスキル、心理士に望む業務内容などについて検討した。(2) がん医療の心理士に関する先行研究の literature review およびがん医療での臨床経験が5年以上の心理士、精神腫瘍学経験者や研究者との意見交換から、「がん医療で働く心理士に必要な知識やスキル」「がん医療で働く心理士に求められる仕事内容」について検討した。

そこで、本研究では、がん医療領域で働く心理士を対象に、この領域で働くために必要な知識や技術、他職種から求められる仕事内容、活動の困難度などについて実態調査を行い、心理士自身が必要であると感じている知識やスキルなどについて検討した。

B. 研究方法

対象者

対象者は、がん診療連携拠点病院およびそれ以外の臨床研修指定病院および大学病院でがん医療に携わる心理士であった。ただし、

上記の心理士を特定することができないため、351 施設のがん拠点病院、834 施設のそれ以外の臨床研修指定病院および大学病院の計 1185 施設に質問紙を送付し、各々の施設の心理士の所属先と人数を尋ねた。その結果、403 施設から返信があり（返信率 34%）、そのうち、がん医療に携わる心理士は 267 施設であった。267 施設において、326 人の常勤心理士と 164 人の非常勤心理士、計 490 人の心理士ががん医療に携わっていた。最終的に質問紙の返信があった 401 名を対象に、データ分析を行った（男性：89 名、女性 310 名、不明：2 名、平均年齢±SD=37.2±9.5）。

質問紙（心理士対象）

がん医療に携わる心理士を対象とした質問紙は、Literature review およびがん医療での臨床経験が5年以上の心理士、精神腫瘍学経験者や研究者との意見交換により、主に5領域に分けて作成した。

基本属性：性別、年齢、最終学歴、臨床経験年数、現在の職場、心理士や精神科医の有無、心理臨床の資格、年収などから構成されている。

がん領域に関する知識やスキルについて：項

目は 28 項目から構成され、心理士にとっての必要度を 4 件法（“0 = 必要でない” から “3 = 必要である”）で、自身の教育ニーズについて 4 件法（“0 = 必要でない” から “3 = 必要である”）で尋ねた。

がん領域に関する仕事内容について：項目は 22 項目から構成され、現在の職場からの要望の程度を 4 件法（“0 = 求められていない” から “3 = 求められている”）で、自身の実行の程度を 4 件法（“0 = 十分である” から “3 = 不十分である”）で尋ねた。

現在の職場でのがん医療に関する仕事状況について：過去 1 年間のがん医療の仕事を占める割合、事例総数と対象者や内容の内訳について尋ねた。

がん医療で働く心理士が抱える問題点について：実際にがん医療で働いて困ったことやわからなかったことについて、自由筆記にて回答を求めた。

手続き

質問紙の送付は、二重封筒法により行われた。1185 施設を対象に、①代表者用アンケートを（がん医療に携わる心理士の所属の有無など）1 部と②がん医療に携わる心理士用の質問紙（心理士対象の質問紙参照）を 5 部同封し、郵送した。代表者はがん医療に携わる心理士の所属の有無や人数について答え返信すると同時に、心理士に②の質問紙を配布するよう依頼した。②の質問紙を受け取った心理士は、それぞれ無記名にて記入し、返信するよう依頼した。研究については代表者およびがん医療に携わる心理士ともに書面にて説明し、返信をもって同意とみなした。なお、本研究は北里大学医学部倫理委員会の承認を得ている。

（倫理面への配慮）

本研究の参加は自由意志であること、記入は無記名で行うこと、質問紙の返信をもって研究の同意とみなすことを書面にて説明した。

C. 研究結果

対象者の最終学歴は、学士が 86 名、修士が 263 名、博士が 21 名、不明が 11 名であった。心理臨床に関する資格については臨床心理士が 311 名、その他の資格が 33 名、不明が 57 名であった。臨床経験年数は平均 \pm SD = 10.9 \pm 9.0 年、医療での臨床経験年数は平均 \pm SD = 9.6 \pm 8.8 年、がん医療での臨床経験年数は平均 \pm SD = 3.2 \pm 3.6 年であった。緩和ケア病棟のある施設は 81 人（20%）であるが、緩

和ケアチームのある施設は 341 人（85%）であった。実際に緩和ケアチームに参加している心理士は 257 人（64%）であった。勤務形態については、常勤が 288 人（72%）、非常勤が 104 名（26%）であった。

がん領域に関する知識やスキルにおいて、“必要である”と答えた項目は、頻度の多い順に、がん患者の精神症状、がん患者の一般的心理状態、家族・遺族の心理学的諸問題、緩和医療の基礎知識、各腫瘍の特有の心理社会的問題、心理アセスメント、精神科疾患の症状と病態、医療倫理、心理療法の知識とスキル、がん関連医療者のストレスであった（すべて 80% 以上）。一方、これらの自身の教育ニーズについては、“必要である”と答えた項目は、頻度の多い順に、家族・遺族の心理学的諸問題、がん患者の一般的心理状態（80% 以上）、がん患者の精神症状、各腫瘍の特有の心理社会的問題、緩和医療の基礎知識、医療倫理、心理アセスメント、精神科疾患の症状と病態、心理療法の知識とスキル（70% 以上）であった。

がん領域に関する仕事内容においては、現在の職場から“求められている”と答えた項目は、頻度の多い順に、院内の他職種との連携（63%）、心理的援助が望ましい患者への対応（56%）、患者の精神状態の評価（43%）、精神疾患患者への対応（42%）であった。“求められていない”と答えた項目は、頻度の多い順に、院外との連携、患者や家族への教育的介入、精神疾患の遺族への対応、集団的介入の実施、患者、家族、医療者への自殺後の対応、遺族の精神状態の評価（40% 以上）であった。一方、これらの自身の実行の程度については、“不十分である”と答えた項目は、頻度の多い順に、集団的介入の実施（52%）、患者や家族への教育的介入（50%）、院外との連携（49%）、患者、家族、医療者への自殺への対応（48%）、遺族の精神状態の評価（48%）、精神疾患の遺族への対応（48%）心理的援助が望ましい遺族への対応（45%）であった。

D. 考察

がん医療に携わる心理士を対象に実態調査を行った。その結果、まず、がん医療での臨床経験が平均で約 3 年と浅く、医療での臨床経験はありながらも、がん医療での臨床経験が少ないことがわかった。平成 20 年のがん対策基本法により、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、緩和ケアチー

ムに協力する医療心理に携わる者を配置することが望ましいとされており、今後ますますがん医療での心理士の増員が予想され、さらにはがん医療での臨床経験の少ない心理士の増加が推測される。

がん領域に関する知識とスキルの必要度や教育ニーズについては、これらを必要であると答えた項目はほぼ一致しており、がん患者の精神症状、精神科疾患の症状と病態といった精神医学の知識、心理アセスメント、心理療法の知識とスキルといった心理士としての知識とスキル、がん患者の一般的心理状態、家族・遺族の心理学的諸問題、各腫瘍の特有の心理社会的問題、がん関連医療者のストレスであった。以上より、精神医学をも含めた心理士としての知識とスキルのみならず、がん特有の心理的援助の知識とスキル、最後に、緩和医療の基礎知識、医療倫理といった医学的知識であった。

がん医療に求められている仕事内容としては、院内の他職種との連携といったチーム医療のかけはしとなる役割や、患者を中心とした心理・精神状態を評価し対応するといった心理士本来の役割を求められていた。一方、実行の程度が不十分であると感じている仕事としては、個別の介入ではなく、がん領域に特徴的な集団あるいは教育的介入、患者のみならず家族や遺族に対する心理・精神状態の評価および対応であった。しかし、これら実行の程度が不十分であると感じている仕事内容は、もともと求められていない仕事の上位に挙がっており、それと対応していた。

以上より、心理士は、院内で他職種との連携をとりながら、現段階では、患者を中心に心理的援助の実施が望まれていることがわかった。心理士としての教育プログラムを作成の際には、精神医学の知識とスキル、臨床心理学の知識とスキル、がん特有な心理・社会的問題の知識とその対応、医学およびがん医療の知識を中心に構成する必要があることが示唆された。特に、精神科医が不在、あるいは非常勤の勤務である場合、心理士の精神医学の知識とスキルの必要性は高まる。

E. 結論

がん医療に携わる 401 名の心理士を対象に郵送調査を行った結果、心理士は、院内で他職種との連携をとりながら、患者を中心に心理的援助の実施が望まれていることが明らかになった。心理士としての教育プログラムを

作成の際には、精神医学の知識とスキル、臨床心理学の知識とスキル、がん特有な心理・社会的問題の知識とその対応、医学、およびがん医療の知識を中心に構成する必要があることが示唆された。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Okazaki S, Iwamitsu Y, Kuranami M, Todoroki K, Suzuki S, Yamamoto M, Watanabe M, Miyaoka H: Psychological responses of outpatient breast cancer patients before and during first medical consultation. *Palliative and Supportive Care*, 2009 7:307-314.
2. 岩満優美, 平井 啓, 大庭 章, 塩崎麻里子, 浅井真理子, 尾形明子, 笹原朋代, 岡崎賀美, 木澤義之: 緩和ケアチームが求める心理士の役割に関する研究—フォーカスグループインタビューを用いて—. *日本緩和医療学会誌*. 2009 4(2):228-234.
3. Ando N, Iwamitsu Y, Kuranami M, Okazaki S, Wada M, Yamamoto K, Todoroki K, Watanabe M, Miyaoka H.: Psychological characteristics and subjective symptoms as determinants of psychological distress in patients prior to breast cancer diagnosis. *Support Care Cancer*. 2009 17:1361-70.
4. Sasahara S, Kizawa Y, Morita T, Iwamitsu Y, Otaki J, Okamura H, Takahashi M, Takenouchi S, Bito S.: Development of a standard of hospital-based palliative care consultation team using a modified Delphi Method. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2009 38(4):496-504.
5. Okazaki S, Iwamitsu Y, Kuranami M, Hagino M, Todoroki K, Yasuda H, Ando N, Yamamoto K, Watanabe M, Miyaoka H.: Trait anxiety and emotional response before and after breast cancer diagnosis. *Japanese Bulletin of Social Psychiatry*, 2009 17(3): 245-256.
6. Ando N, Iwamitsu Y, Kuranami M, Okazaki S, Nakatani Y, Yamamoto K, Watanabe M, Miyaoka H.: Predictors of psychological

distress after diagnosis in breast cancer patients and patients with benign breast problems. Psychosomatics. (in press)

7. 岩満優美: 適応障害の理解とケアー適応障害患者に対する心理療法ー。緩和ケア。2009 19(3):210-212.

学会発表

1. 笹原朋代, 木澤義之, 森田達也, 岩満優美, 大滝純司, 尾藤誠司. 病院内緩和ケアコンサルテーションチームの基準の開発. 第14回日本緩和医療学会学術大会. 2009年6月19-20日. 大阪.
2. 黒田佑次朗, 岩瀬 哲, 岩満優美, 山本大悟, 梅田 恵, 南雲吉則. 乳癌患者の更年期症状がQuality of Lifeに与える影響. 第17回日本乳癌学会学術総会. 2009年7月3-4日. 東京.
3. 射場典子, 和田恵美子, 阿部恭子, 井沢知子, 岩満優美, 大野真司, 長瀬慈村, 矢形寛, 脇田和幸. 乳がん患者の語りデータベース化の試み(第二報). 第17回日本乳癌学会学術総会. 2009年7月3-4日. 東京.
4. 安藤記子, 岩満優美, 蔵並 勝, 岡崎賀美, 安田裕恵, 中谷有希, 山本賢司, 宮岡 等, 渡邊昌彦. 化学療法が乳癌患者の認知機能に与える影響に関する検討. 第17回日本乳癌学会学術総会. 2009年7月3-4日. 東京.
5. 安藤記子, 岩満優美, 岡崎賀美, 蔵並 勝, 中谷有希, 山本賢司, 宮岡 等 7月3-4日. 乳腺外来受診患者における確定診断後の気分状態に関連する要因について. 日本心理学会第73回大会7月3-4日. 2009年8月26-38日. 京都.
6. 岩満優美. 研究論文の執筆(運営準備委員会企画ワークショップ 健康心理学における社会的インパクトのある研究を実現するためには?). 日本健康心理学会第22回大会. 2009年9月7-8日. 東京.
7. 中谷有希, 岩満優美, 岡崎賀美, 蔵並 勝, 安藤記子, 山本賢司, 渡邊昌彦, 宮岡 等. 乳がん患者の感情抑制傾向と退院3ヶ月後の心理的反応について. 第22回日本サイコロロジー学会総会. 2009年10月1-2日. 広島.
8. 中谷有希, 岩満優美, 岡崎賀美, 安藤記子, 山本賢司, 宮岡 等. 乳がん患者の感情抑

制傾向と退院後の心理的反応について. 第25回日本ストレス学会学術総会・第27回日本青年期精神療法学会総会合同大会. 2009年12月4-5日. 横浜.

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

緩和ケアに携わる薬剤師の育成方法に関する研究（保険薬局薬剤師に対するがん患者へのコミュニケーションに関する研修会の開催とその評価）

研究分担者 塩川満 聖路加国際病院薬剤部

研究要旨：我々は昨年度、保険薬局に対してアンケート調査を行い、保険薬局の在宅緩和ケア推進の障壁となる原因について検討を行った。その結果、様々な原因が挙げられたが、その一つとして「死を前にしたがん患者にどのように対応したら良いのか分からない」等、患者とのコミュニケーションに関することが緩和ケア推進の障壁となっている可能性が考えられた。そこで本年度は、主に調剤薬局の薬剤師を対象としてがん患者に求められるコミュニケーションスキルに関する研修会を開催し、その有用性について検討を行った。なお、研修会は講義とロールプレイを組み合わせで開催した。48人のアンケート結果より、参加者による評価は非常に高く、今後もこのような研修会が開催された場合 100%の参加者が「参加する」と回答していた。今後も研修会を開催／評価を行い、薬剤師が緩和ケアを勉強する上での教育プログラムを立案できればと考えている。

A. 研究目的

近年、緩和医療の分野において、入院医療と同時に在宅がん患者に対する緩和医療のニーズが高まっており、そのため在宅緩和ケアの基盤整備が急務となっている。しかしながら、在宅緩和ケア推進において重要な役割を担う保険薬局の業務の実態、緩和ケアに関する意識や問題点等を検討した全国規模の調査はこれまでなかった。そこで本研究班では昨年度アンケート調査を行い、保険薬局の在宅緩和ケア推進の障壁となる原因について検討を行った。その結果、様々な原因が挙げられたが、その一つとして「死を前にしたがん患者にどのように対応したら良いのか分からない」等、コミュニケーションに関する原因が挙げられた。そこで本研究班では、主に調剤薬局の薬剤師を対象として、がん患者に求められるコミュニケーションスキルに関する研修会を開催し、その有用性について検討を行った。

B. 研究方法

1. 研修プログラムについて

研修会は平成 21 年 11 月 21 日（土）16 時 30 分～20 時 15 分、日本医科大学付属病院臨床講堂にて、表 1 に示すプログラムに

基づき行われた。

表 1 本研修会プログラム

内容	時間
本研究班の概要／研修会開催の経緯について	15 分
薬剤師に求められるがん患者とのコミュニケーションスキル（講義）	120 分
服薬指導時のコミュニケーションスキルを学ぶ（ロールプレイ）	100 分
アンケート記載	10 分

以下に、プログラム内容について簡単に述べる

1) 本研究班の概要／研修会開催の経緯について

本研究班の概要ならびに今回このような研修会を開催するに至った経緯について説明を行った。

2) 薬剤師に求められるがん患者とのコミュニケーションスキル（講義）

2名の講師（心理士ならびに精神科医）より、薬剤師ががん患者と円滑にコミュニケーションスキルをとるための方法論について講義してもらった。

3) 服薬指導時のコミュニケーションスキルを学ぶ（ロールプレイ）

3人1組となり、それぞれ患者役、薬剤師

役、観察者となり、実際にオピオイドが開始された患者に服薬指導するという場面を想定してロールプレイを行った。

2. 研修会の評価

研修会終了後に参加者全員を対象とし、質問紙による調査を行った。

(倫理面への配慮)

調査は調査用紙を記載する薬剤師の自由意志で決められること、回答内容は個人ならびに施設が特定されない形で処理することを文書にて報告した。

C. 研究結果

参加者は48名(薬局薬剤師33人、病院薬剤師15人)であり、調査票の回収は44名(回収率91.7%)であった。

I 調査票を記入した薬剤師の背景

男女比は男16%、女84%、実務年数は平均13.2年であった。1年間に服薬指導を行ったがん患者の実数は、0人:25%、1-10人:27.5%、11-30人:17.5%、31-50人:7.5%、51人以上:22.5%であった。

II 本研修会の有用性

1) 本研究班の概要/研修会開催の経緯について

「すごく役立った」と回答した参加者は54.8%であり、「まあ役立った」を含めると95.2%であった。

2) 薬剤師に求められるがん患者とのコミュニケーションスキル(講義)

「すごく役立った」と回答した参加者は73.8%であり、「まあ役立った」を含めると100%であった。

3) 服薬指導時のコミュニケーションスキルを学ぶ(ロールプレイ)

「すごく役立った」と回答した参加者は76.5%であり、「まあ役立った」を含めると100%であった。

また今後もこのような研修会が開催されれば参加したいか、との問いに100%の参加者が「はい」と回答していた。

III 今後の研修会について

今後研修会を行うにあたり、どのようなプログラムがあればよいかを質問したところ、症例検討が25.7%、身体症状薬物療法19.3%、精神症状薬物療法23.8%、家族ケア9.2%、地域連携9.2%、コミュニケーションスキル11.9%、その他0.9%であった。

IV 自由記載の内容

肯定的内容は、「知識の習得と実践を通

して、理解の深まる研修会」、「コミュニケーションの基本から事例などもお話いただき、すぐに薬局現場で役立つ研修だった」、「ロールプレイは大変勉強になった。もっと多くの時間をかけて実践したいと思った」、「ロールプレイを経験豊富な先生の指導のもとで体験することができ、よかった」、「研究会の流れが勉強したことをすぐ試せるような形式で非常によかった」、「終末期の患者に接したときいつも不安だったが、今回の講演はとても参考になった」等があった。一方、否定的内容は、

「開催は、日曜日午後ぐらいのほうが参加しやすい」、「何回かの連続でテーマをおったものを希望します」等があった。

D. 考察

薬剤師、特に薬局薬剤師のコミュニケーションスキルを高める目的で、本研修会を企画、開催した。参加者のアンケート結果をみる限り、参加者は本研修会に非常に満足されていた。そのため、本プログラムは薬剤師のコミュニケーションスキルを高める上で非常に有用であると考えられた。一方、参加者はコミュニケーションに関する内容以外の研修、特に症例検討のような研修も受けたいと考えていること、さらには連続した研修会を希望していることも分かった。今後は他のテーマで連続した研修会を実施し、評価を行うことで薬剤師が緩和ケアを勉強する上での教育プログラムの土台を構築できればと考えている。

E. 結論

本研究班では、主に調剤薬局の薬剤師を対象として、がん患者に求められるコミュニケーションスキルに関する研修会を開催し、その有用性について検討を行った。アンケート結果より、参加者による評価は非常に高く、今後もこのような研修会が開催された場合100%の参加者が「参加する」と回答していた。

今後も研修会を開催/評価を行い、薬剤師が緩和ケアを勉強する上での教育プログラムを立案できればと考えている。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

論文発表

1. Ise Y, Morita T, Maehori N, Kutsuwa M, Shiokawa M, Kizawa Y: Role of the community pharmacy in palliative care: A nationwide survey in Japan. J Palliat Med. 2010 in press.
2. 塩川満: ケーススタディ. 緩和薬物療法認定薬剤師のための緩和医療実践問題集, 日本緩和医療薬学会監修, じほう, 東京, 2009.
3. 塩川満: こんな訴えがあった時, 考えられること・できること--眠気. 調剤と情報 15(10): 1154-1158, 2009.
4. 塩川満: 緩和医療における薬薬連携の現状と課題. 緩和ケア 19(2): 127-129, 2009.
5. 塩川満: 【これからの薬剤師】がん患者に対して薬剤師ができること. からだの科学増刊: 89, 2009.

学会発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

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

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

がん医療に携わる薬剤師の育成に関する研究（お薬手帳に添付された医療用麻薬に関する「薬剤情報提供書」の有用性についての調査研究）

分担研究者 伊勢雄也 日本医科大学付属病院薬剤部

研究要旨 我々は昨年度、保険薬局（薬局）に対してアンケート調査を行い、薬局の在宅緩和ケア推進の障壁となる原因について検討を行った。その結果、様々な原因が挙げられたがその1つとして、薬局では処方医による医療用麻薬の説明状況、レスキュー（疼痛時臨時内服）の選択、使用回数の指示状況等が分からないため、現状では医療用麻薬の服薬指導を適切に行うことが難しいことが明らかとなった。そこで本年度は、医療用麻薬を処方された患者のお薬手帳に情報提供書を添付し、その実用性と有効性に関するパイロット研究を行った。新規に医療用麻薬を処方された患者のお薬手帳に医療用麻薬に関する情報提供書を添付した。その際、患者に薬局への手紙、調査票ならびに返信用封筒が入った封筒を手渡し、処方せん、お薬手帳と共に薬局の薬剤師へ渡すよう促した。9施設より回答を得た。調査票に回答したほとんどの薬局が、医師が麻薬と説明したか否か、レスキュー（疼痛時臨時内服）の選択、使用回数の指示状況等患者情報を把握できずにいた。しかし、本情報提供書によりこれらの患者情報が把握でき、本書が安全で適正な服薬指導を行うことにつながると回答していた。以上の結果より、本情報提供書は薬局薬剤師が患者への服薬指導を行う上で有用である可能性が示唆された。

A. 研究目的

近年、緩和医療の分野において、入院医療と同時に在宅がん患者に対する緩和医療のニーズが高まっており、そのため在宅緩和ケアの基盤整備が急務となっている。しかしながら、在宅緩和ケア推進において重要な役割を担う保険薬局（薬局）の業務の実態、緩和ケアに関する意識や問題点等を検討した全国規模の調査はこれまでなかった。そこで本研究班では昨年度アンケート調査を行い、薬局の在宅緩和ケア推進の障壁となる原因について検討を行った。その結果、様々な原因が挙げられたが、その1つとして薬局では処方医による医療用麻薬の説明状況、レスキュー（疼痛時臨時内服）の選択、使用回数の指示状況等が分からないため、現状では医療用麻薬の服薬指導を適切に行うことが難しいことが明らかとなった。そこで本年度は、医療用麻薬を処方された患者のお薬手帳に情報提供書を添付し、その実用性と有効性に関するパイロット研究を行った。

B. 研究方法

研究代表者ならびに研究分担者の施設（筑波大学附属病院、市立秋田総合病院、聖路加国際病院、日本医科大学付属病院）において、新規に医療用麻薬を処方された患者（原則として外来患者）のお薬手帳に医療用麻薬に関する情報提供書（下記参照）を添付した。

「痛み止め」に関する説明内容

1) 痛み止めについて

_____ : 痛み止め（医療用麻薬）
_____ : 痛み止め（NSAIDs）

2) レスキューの選択、使用回数の指示状況

疼痛時：薬剤名： _____
用量/用法： _____ / 回 以上あけて1日 _____ 回

3) 医療用麻薬の副作用対策の薬剤

便秘対策： _____
吐き気/嘔吐対策： _____
その他（ _____ ）対策： _____

4) 鎮痛補助薬として使用している薬剤

5) その他の薬剤

他、この情報提供書/患者さんの痛みについて、ご相談等ございましたら _____
（電話： _____）までご相談ください。

その際、患者に薬局への手紙、調査票ならびに返信用封筒が入った封筒を手渡し、処方せん、お薬手帳と共に薬局の薬剤師へ渡すよう促した。なお、調査票は、現在の状況(1. 医師が患者に医療用麻薬と説明したか分かる、2. レスキュー(屯用)の選択、使用間隔、使用回数が指示されている、3. 副作用の対処について指示がある、4. 保険適応外の薬剤使用に関する情報が分かる、5. 処方に疑問がある時に医師に確認できる)をあてはまらない、あてはまる、の2段階で、また、上記事項における本情報提供書の有用性について、有用ではない、どちらでもない、有用であった、極めて有用であった、の4段階で評価を行った。さらに、この情報提供書が安全で適正な服薬指導を行うことにつながると思うかについては、つながらない、あまりつながらない、どちらでもない、ややつながる、つながる、の5段階で評価を行った。なお、本調査は平成21年8月～平成22年2月の間に行われた。(倫理面への配慮)

調査協力は調査用紙を記載する薬剤師の自由意志で決められること、回答内容は個人ならびに施設が特定されない形で処理することを文書にて報告した。

C. 研究結果

9施設より回答を得た。回答者の性別は、男性3人、女性6人、実務年数14.4年であった。

I. 薬局の現在の状況

1. 医師が患者に医療用麻薬と説明したか分かる、2. レスキュー(屯用)の選択、使用間隔、使用回数が指示されている、3. 副作用の対処について指示があると回答した薬局はそれぞれ1施設(11.1%)、であった。また、4. 保険適応外の薬剤使用に関する情報が分かると回答した薬局は3施設(33.3%)、5. 処方に疑問がある時に医師に確認できると回答した施設は7施設(77.8%)であった。

II. 本情報提供書の有用性

次に、本情報提供書が上記の情報を得る上で有用であるかについて調査を行った。1の項目について、9施設全ての施設が有用と回答していた。また、2の項目については8施設(88.9%)、3の項目については7施設(77.8%)、4の項目については5施設(55.6%)、5の項目については6施設(66.7%)が有用である回答していた。さらに、9施設全ての施設がこの情報提供書が安全で適正な

服薬指導を行うことにつながると回答していた。

D. 考察

回答した施設数が少ないため、更なる検討が必要と考えるが、ほとんどの薬局は医療用麻薬の説明状況、レスキュー(疼痛時臨時内服)の選択、使用回数の指示状況等患者情報を把握できずにいた。そのため、本情報提供書はこれらの患者情報を得る上で有用であると考えられた。また、全施設がこの情報提供書は安全で適正な服薬指導を行うことにつながると回答していた。従って、本情報提供書は薬局薬剤師が患者への服薬指導を行う上で有用である可能性が示唆された。

E. 結論

本研究では、医療用麻薬を処方された患者のお薬手帳に情報提供書を添付し、その実用性と有効性の検討を行った。調査票に回答したほとんどの薬局が、医師が医療用麻薬と説明したか否か、レスキュー(疼痛時臨時内服)の選択、使用回数の指示状況等患者情報を把握できずにいたが、本情報提供書によりこれらの患者情報が把握でき、この情報提供書が安全で適正な服薬指導を行うことにつながると回答していた。以上の結果より、本情報提供書は薬局薬剤師が患者への服薬指導を行う上で有用である可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. 伊勢雄也, 輪湖哲也, 三浦義彦, 片山志郎, 清水久範: モルヒネ徐放錠からフェンタニル貼付剤(マトリックスタイプ)またはオキシコドン徐放錠へローテーションした際の費用対効果分析～. 癌と化学療法, 2009, Dec;36(13):2599-2603.
2. 伊勢雄也: ケーススタディ. 緩和薬物療法認定薬剤師のための緩和医療実践問題集, p11-25, 日本緩和医療薬学会監修, じほう, 東京, 2009.
3. Ise Y, Morita T, Maehori N, Kutsuwa M, Shiokawa M, Kizawa Y: Role of the community pharmacy in palliative care: A nationwide survey in Japan. J Palliat Med. 2010 in press.

4. 輪湖哲也, 伊勢雄也, 片山志郎: 緩和医療の「困った」に答えるー化学療法と緩和医療で使う薬剤の関係がわからない. 月刊薬事, 2009, 51 (5) :629-635.
5. 須賀理絵, 伊勢雄也, 片山志郎: 緩和医療の「困った」に答えるーオピオイドの副作用がうまく防げない. 月刊薬事, 2009, 51 (5) :637-642.
6. 加藤あゆみ, 伊勢雄也, 片山志郎: 緩和医療の「困った」に答えるー対応困難な症例にどうアプローチすればいいのか. 月刊薬事, 2009, 51 (5) :643-647.
7. 伊勢雄也, 片山志郎, 木澤義之: 緩和医療の「困った」に答えるー緩和医療の勉強の仕方がわからない. 月刊薬事, 2009, 51 (5) :695-699.
8. 須賀理絵, 伊勢雄也, 片山志郎: 緩和医療学講座ABC 服薬指導, 2009, 緩和医療学 11 (3) :269-273.

学会発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。