

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

緩和ケアに携わる看護師の育成に関する研究

研究分担者 聖路加国際病院 看護部 高橋美賀子

研究要旨 本研究は、わが国の都道府県看護協会における緩和ケアに関する継続教育の実態を明らかにすることを目的として行った。対象は、全国 47 都道府県の看護協会の緩和ケアに関する継続教育の担当者とし、自記式質問紙郵送調査により行った。調査内容は、緩和ケアプログラムの有無と内容、緩和ケアの継続教育に関する困難感と望むサポート、背景因子などであった。配布数 47 通のうち有効回答数は 37 通（79%）であった。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。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）であった。各テーマの実施時間数は「疼痛マネジメント」が最も多かった（中央値 5 時間、範囲 0-20 時間）。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%）であった。授業形態は、講義が全てのテーマで行われていたが（60~100%）、その他の形態はあまり使われていなかった（0~31%）。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。

A. 研究目的

平成 19 年に「がん対策基本法」を受けて策定された「がん対策推進基本計画」では、重点課題として緩和医療の充実が挙げられ、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医療従事者の育成が急務となっている。

わが国ではがん看護専門看護師、緩和ケアおよびがん性疼痛看護認定看護師など、緩和ケアに関するスペシャリストの育成が早くから行われ、現在では合わせて 1277 名が登録し活動している。しかし、患者・家族に質の高い緩和ケアを提供していくためには、スペシャリストだけでなく、臨床において看護の中核的な役割を果たしているジェネラリストの育成も合わせて行っていくことが必要である。

各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実施・推進、つまりジェネラリストの育成のために重要な役割を持つ。そのため各都道府県看護協会が、看護師に対し緩和ケアの教育をどのように行っているのかを把握することは重要である。看護師の緩和ケアの継続教育に関する現状が明らかになることで改善点を見出す

ことができ、緩和ケアの継続教育のよりよいあり方を検討することが可能となる。したがって本調査は、わが国の都道府県看護協会における緩和ケアに関する継続教育の実態を明らかにすることを目的として行った。

B. 研究方法

対象は全国 47 都道府県の看護協会の緩和ケアに関する継続教育の担当者とし、調査方法は、無記名の自記式質問紙郵送調査を行った。調査内容は 1) 緩和ケアプログラムの有無と内容、2) 緩和ケアプログラムの詳細、3) 緩和ケアの継続教育に関する困難感と望むサポート 4) 背景因子（看護師、がん看護領域、緩和ケア領域、教育担当者としての経験年数など）とした。調査趣旨に関する説明書および調査票を事務局から郵送し、事務局あてに返送を依頼した。期間は 2009 年 6~7 月であった。解析方法は各項目について記述統計を行った。

倫理的配慮については、調査主旨に関する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 割近くが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。教育担当者的人数は、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のように、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みると約 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。
2. 高橋美賀子. がん患者のペインマネジメントの必要性と看護師の役割 高橋美賀子、梅田恵、熊谷靖代編. 新版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、1-8
3. 高橋美賀子. 痛みの起こるメカニズム高橋美賀子、梅田恵、熊谷靖代編. 新版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、19-27.
4. 高橋美賀子. 痛みのアセスメント高橋美賀子、梅田恵、熊谷靖代編. 新版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、29-40.
5. 梅田恵, 高橋美賀子. ペインマネジメントに役立つ看護技術. 高橋美賀子、梅田恵、熊谷靖代編. 新版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、70-71, 76-80.
6. 高橋美賀子. 精神面・社会面・スピリチュ

- アルな側面の理解-痛みの意味 高橋美賀子、梅田恵、熊谷靖代編. 新版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、87.
7. 高橋美賀子. 予後予測濱口恵子, 小迫富美恵, 千崎美登子, 高橋美賀子, 大谷木靖子編. 一般病棟でできる!がん患者の看取りのケア, あなたの疑問にがん看護専門看護師が答えます. 日本看護協会出版会、東京、2008、26-33.
 8. 高橋美賀子. がん疼痛ケアの実際-患者・家族の指導と援助 林章敏編. Nursing Mook50 がん疼痛ケア. 学習研究社、東京、2008、101-108
 9. 武田文和, 高橋美賀子, 石田有紀編. がんの痛みよ, さようなら!、金原出版 東京 2008
 10. 高橋美賀子. 痛みのアセスメント 林 章敏, 中村めぐみ, 高橋美賀子編. がん性疼痛マネジメント完全ガイド. 照林社、東京 2009.
 11. 高橋美賀子. がん性疼痛の緩和に有効なケア「日常的ケアとして実施できるもの」 林 章敏, 中村めぐみ, 高橋美賀子編. がん性疼痛マネジメント完全ガイド. 照林社、東京 2009 .
 12. 高橋美賀子. がん性疼痛の緩和に有効なケア「マッサージ」. 林 章敏, 中村めぐみ, 高橋美賀子編. がん性疼痛マネジメント完全ガイド. 照林社、東京 2009.
 13. 高橋美賀子. 日本におけるがん患者のサポートグループ, その実情と今後の発展に向けて「がんと共にゆったり生きる会」の活動と課題. 日本がん看護学会誌 21(2) 118-120, 2008.
 14. 高橋美賀子. エキスパート直伝, いつものケアにプラスひとワザ-痛みのアセスメント, 臥床痛と骨転移による痛みを見分ける 消化器外科Nursing13(5), 416-417, 2008
 15. 高橋美賀子. リレーエッセイ, 痛みの周辺から-痛みの意味. がん患者と対症療法. 19(1), 66-67, 2008.
 16. 佐藤春香, 高橋美賀子. Q&A集患者が鎮痛薬の使用に抵抗感を持っている. Nursing Today, 24(2), 30-31, 2008.
- 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）
総合研究報告書

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でその旨説明をし、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で修正した。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）
総合研究報告書

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 本研究では、End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) のコアカリキュラムである、ELNEC-Core の日本語版である ELNEC Japan (ELNEC-J) 指導者養成プログラムを開発した。2度にわたるパイロットスタディーにより、参加者からの意見をもとに、プログラムの内容の改良を重ねた。また、同時に、ELNEC-J独自のファシリテーターマニュアルも改訂した。さらに、ELNEC-J 指導者養成プログラムの効果を測定するための尺度である、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)を独自に開発し、高い信頼性と妥当性が検証された。ELNEQを用いた調査により、ELNEC-J 指導者養成プログラムは、教育的効果のある指導者講習会である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エンド・オブ・ライフ・ケア（以下「EOL ケア」とする）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。そのためには、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。昨年度には、本プログラムのパイロットスタディーを2回実施し、本プログラムの改良を重ねた。また、

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) の予備調査を実施した。本年度は、ELNEQ の信頼性と妥当性を検討するとともに、End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan (ELNEC-J) 指導者養成プログラムを評価した。

B. 研究方法

1. ELNEC-Coreカリキュラムの翻訳チェック
昨年度に京都にて実施された本プログラムのパイロットスタディーにより、ELNEC-Coreを翻訳して作成された、ELNEC-Jの教育カリキュラムには、未だ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。その結果をもとに、各モジュールを担当する講師らによる再度の翻訳チェックと、講義に用いられる配布資料の修正が行われ、テキストや配布資料の再編成を実施した。

2. 本プログラム・ファシリテーターマニュアルの内容の再検討と改良
昨年度から今年度にかけて実施されたパイロットスタディーの際に回収されたアンケート調査の回答の集計の結果を受けて、パイロットスタディー開催後に検討会を開催し、本プログラムの内容や運営方法の改善を図った。また、それらに応じてファシリテータ

マニュアルも修正した。さらに、平成 20 年 5 月 18 日にはファシリテーター講習会を開催し、ファシリテーターの役割や各教育セッションの運営方法について検討した。

3. 本プログラム パイロットスタディーの実施

以下の内容で2回のパイロットスタディーを実施した。

第2回パイロットスタディー

日時:平成 20 年 6 月 14 日 (土) 午前 9 時～
6 月 15 日 (日) 午後 16 時

会場:大阪府 大阪アカデミア

定員:60 名

主催:平成 20 年度厚生科学研究費補助金がん臨床研究事業「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研究」班

第3回パイロットスタディー

日時:平成 20 年 11 月 1 日 (土) 午前 9 時～
午後 6 時

11 月 2 日 (日) 午前 8 時半～午後 4 時

会場:東京都港区 日本財団ビル

定員:60 名

主催:日本対がん協会

共催:平成 20 年度厚生科学研究費補助金がん臨床研究事業「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研究」班

後援:日本看護協会

本プログラムのパイロットスタディーへの参加資格は以下の通りとした。

参加資格:

▶ 以下の条件を満たす臨床看護師

- 臨床でエンド・オブ・ライフ・ケアや緩和ケアに 5 年以上携わり、緩和ケアやがん性疼痛などの実習を含んだ教育を 2 週間以上受けたことがあるもの
- 自施設で ELNEC-J を用いたエンド・オブ・ライフ・ケアや緩和ケアの教育を実施する意志があり、施設長もしくは看護部長の承諾・推薦書を得ることができるもの
- プログラム受講前・後のアンケート調査への協力に同意できるもの

または

▶ 以下の条件を満たす看護教育者

- 看護系短大/大学でエンド・オブ・ライフ・ケアや緩和ケアの教育に携わる教員で、エンド・オブ・ライフ・ケアの臨床経験を 5 年以上有するもの

- 自施設で ELNEC-J を用いたエンド・オブ・ライフ・ケアや緩和ケアの教育を実施する意志があり、施設長もしくは学部 (学科) 長の承諾・推薦書を得ることができるもの
- プログラム受講前・後のアンケート調査への協力に同意できるもの

パイロットスタディーでは、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、アンケート調査票 (ELNEQ) 等を含む別刷り資料も配布された。第 3 回パイロットスタディーでは、試験的にテキストやその他の配布資料を電子ファイルの形式で保存した、CD-ROM を配布した。今年度実施された本プログラムはパイロットスタディーであったことから、プログラム修了者を ELNEC-J トレーナーとして認めることはできなかったため、プログラム終了時、各参加者には修了書が手渡された。

4. ELNEQ 開発に向けた予備調査

昨年度実施された、尺度開発研究の予備調査の結果を受けて、心理尺度の開発や調査の専門家と共に、EOLケアの教育についてのアンケート調査、End-of-Life Nursing Education Questionnaire (ELNEQ) の質問紙を改訂した。新たに改訂された ELNEQ は、6 因子、全 40 項目から構成される自記式の質問紙として作成し、回答様式は 5 段階のリッカートスケールを用いた。基本属性を調査する Face Sheet は、本プログラムのパイロットスタディー開始前に配布した ELNEQ の質問紙の 1 ページ目に添付した。上記の質問紙を用いて、パイロットスタディー前後に、全参加者を対象に予備調査を実施した。アンケート調査への協力は本プログラムのパイロットスタディーへの参加条件であったため、全ての参加者から調査への同意が事前に得られていた。

5. ELNEQ の信頼性・妥当性の検証と本プログラムの評価

平成 20 年 7 月から 11 月までに 3 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。さらに、ELNEQ を用いて、平成 20 年 7 月と 11 月に東京にて開催された本プログラムの開始時と終了直後に質問紙調査を実施し、本プログラムが参加者にもたらす影響を評価した。

(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

1. ELNEC-Coreカリキュラムの翻訳チェック
昨年度、各モジュールの翻訳を担当し、今年度パイロットスタディーにおいて講義を担当する講師により、綿密な翻訳チェックが実施された。また、同時に講義に用いられるパワーポイントの配布資料の改変も実施した。テキストや配布資料の翻訳の変更点に関しては、米国のELNECプロジェクト本部より承認を得た。

2. 本プログラムのファシリテーターマニュアルの再検討と改良

平成20年6月に開催した第2回パイロットスタディーの参加者より得られたフィードバックをもとに、本プログラムの内容を改善した。平成20年11月に開催した第3回パイロットスタディーでは、参加者がより達成感を感じられるように、2日間にわたり実施される本プログラムを通して、達成可能である目標設定を行うこととした。また、今回よりテキストは電子ファイルの形式でCD-ROMを配布することとした。参加者に配布される教材やカリキュラムの使用法、ELNEC-Jの教育プログラムの企画や開催方法について、プログラムの最初にわかりやすく説明した。また、休憩時間の確保や、ディスカッションの時間の延長など、本プログラムの2日間のスケジュールにゆとりを持たせることとした。プログラム内容の変更に伴い、ファシリテーターマニュアルも改訂した。

また、平成20年5月には、パイロットスタディーに先がけてファシリテーター講習会を実施したことにより、本プログラムにおけるファシリテーターの役割が明確になり、各ファシリテーターの教育方法に関する理解が深まった。また、本プログラムのパイロットスタディーのグループワークの各セッションにおいて、それぞれのファシリテーターが円滑にセッションを運営することができた。

3. 本プログラムパイロットスタディーの実施

2日間にわたる本プログラムのパイロットスタディーでは、EOLケアや緩和ケアの教育に携わる参加者が、効果的な教育法について検討し、教育の企画や運営を体験した。2日間のプログラムは、参加者全員が大講義室に集合

し、インタラクティブティーチングの形式で進行される全体講義と、約15名ずつの小グループに分かれて小グループ単位で参加者主導型のディスカッションが行われる、グループワークで構成された。7つの講義はそれぞれ、ELNEC-Coreカリキュラムの翻訳に携わった各Moduleの担当者が講師となって行われ、4つのグループワークは、ELNEC-Jのスタッフである、ファシリテーターによってセッション運営された。

今年度2回にわたり開催されたパイロットスタディーには、合計113名の看護師が参加した。そのうち2名は男性で、111名は女性であった。各参加者の臨床における経験や職位は多岐にわたり、その中で専門看護師は参加者の約1割、認定看護師は約半数を占めた。プログラムの中で、参加者が特に興味をもって受講した講義は、Module2の疼痛マネジメントや、Module7の喪失、悲嘆、死別の講義であり、特に有用であると感じたグループワークは教育の実践のセッションであった。

<第2回パイロットスタディーの結果>

パイロットスタディー終了後に回収した評価シートへの自由回答から、効果的な教育法を伝え、指導者を育成することを目的とした本プログラムに参加したことにより、新たな教育技法の学びが有用だったという意見が多く得られた。

一方、限られた時間の中で、膨大な量のカリキュラムや綿密に組み込まれたプログラムを重荷に感じ、達成感が得られにくかったという意見もあった。

<第3回パイロットスタディーの結果>

パイロットスタディー終了後に回収した評価シートへの自由回答からは、参加者は本プログラムに参加したことにより、教育を実践する際、対象者をよく把握した上で、用いる教育技法を吟味することの重要性を学ぶことができたという意見が多く得られた。

その他に、様々な教育法を能動的に体験できただけでなく、各トピックスを教育・指導する際、効果的な教育法に関して能動的に検討し、教育を企画・運営した経験から、教育に対して自信がついたと、自信の向上を示唆する回答が多かった。さらに、参加者自身が所属する施設だけでなく、地域で本プログラムでの学びを活用した教育活動を展開したいというコメントから、参加者の意気込みが感じられた。

参加者に配布された教材に関する調査の結果、参加者からの意見として、多くのプログラムで配布されるパワーポイントのハンドアウト資料は、再度復習のために見直した際、応用しにくい場合が多いが、本プログラ

ムで配布された教材が掲載されているCD-ROMには、電子ファイルの形式で様々な有用なコンテンツが含まれていて良かった。プログラム終了後も楽しんで教育に活用したい。という意見が多く見られた。

また、改善を期待する点としては、グループワークの時間の延長に関してのコメントが主であった。グループワークのディスカッションやフィードバックに予定していたよりも長時間を必要であると感じた参加者が多かったようで、特に教育の実践のセッションでは、準備時間の確保のためにもう少しセッションを延長してほしいという意見が見られた。さらに、参加者からの今後の要望としては、ファシリテートの具体的方法について学ぶ機会の確保や、スタッフのストレスマネジメントについてのプログラム、さらに、本プログラムのフォローアップ研修を企画し、開催してほしいといった声も聞かれた。

4. ELNEQ開発に向けた予備調査

第2回パイロットスタディー開催時に同時に予備調査として実施した、EOLケアの教育についてのアンケート調査の因子分析の結果、因子構造が明確でなかったため、潜在因子を仮定しそれを反映するような項目設定を行い、調査票を修正した。そして、第3回パイロットスタディー開催時には、修正を加えた全40項目からなる質問紙を用いて、再度予備調査を実施した。その結果から、「教育の患者にもたらす影響」の因子を除き、残った質問項目から、他の因子と相関する質問項目も省き、因子分析をした結果、5因子各4項目の全20項目を抽出した。各項目の因子負荷量はいずれも0.6以上(0.91-0.62)で「教育に対する自信」、「教育への意欲」、「教育の方法」、「質の高いEOLケアの達成への意欲」、「教育の参加者への影響」の5因子が確認された。

5因子それぞれの内的整合性を検討するために、各因子の α 係数を算出したところ、教育に対する自信で0.85、教育への意欲で0.92、教育の方法で0.91、質の高いEOLケアの達成への意欲で0.85、教育の参加者への影響で0.92と、十分な内的整合性を持つことが示された。

第3回パイロットスタディー全参加者の、本プログラムのパイロットスタディー参加前後の下位尺度の得点の比較により、教育に対する自信、教育の方法、質の高いEOLケアの達成への意欲、教育の参加者への影響の4つの因子において、得点に有意な差が見られた(p 値は全て <0.0001)。しかし、教育への意欲でのみ得点に有意差が見られなかった。

5. ELNEQの信頼性・妥当性の検証と本プログラムの評価

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

本研究において、看護師に対するEOLケアの教育に関する指導者講習会である、本プログラムが開発された。また、本研究により独自に開発されたELNEQは、高い信頼性と妥当性を持つことが検証された。ELNEQは、看護師に対するEOLケアの教育に関する指導者講習会の評価において、非常に有用なツールであるといえる。

さらに、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ることがわかった。このように、本プログラムはEOLケアや緩和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であると考えられる。

また、本プログラムで参加者に配布された資料やCD-ROMに含まれる各Moduleの内容を網羅したテキスト、パワーポイントスライド、ケーススタディー用の事例集、添付資料などは、参加者の自施設や地域における質の高い教育の実践に大きく寄与するものと考えられる。

E. 結論

本研究において、看護師に対する EOL ケアの教育に関する ELNEC-J 指導者養成プログラムが開発された。研究期間に、本プログラムのテキストの翻訳チェックや、本プログラムのパイロットスタディー、ファシリテーター講習会を実施したことにより、本プログラムの内容や教材の改善を重ねることができた。また、看護師に対する EOL 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である ENLEQ が開発された。ELNEQ を用いた調査の結果、本プログラムが参加者に教育法を効果的に伝授することができる指導者講習会であることが明らかになった。さらに、調査の結果は、本プログラムは、参加者の教育に対する自信を高めるだけでなく、質の高い EOL ケアの達成への意欲も高め、参加者が自施設や地域で実施する教育の対象者に何らかの影響をもたらす可能性が高いことが示唆している。参加者から得られた貴重なデータや意見をもとに、今後も ELNEC-J のスタッフによる検討や審議を重ね、本プログラムにて提供する教育の質の向上を目指したい。

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. 坂本沙弥香・浅井篤・小杉真司 「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 2007 年、Vol. 2. pp54-65.
2. 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.
3. 竹之内沙弥香. 終末期医療における倫理的ジレンマと解決案 -ELNEC (End-of-Life Nursing Education Consortium) を用いた看護倫理教育- 緩和ケア、Vol. 18 No. 4 Jul. p.312-315、青海社. 東京, 2008.
4. 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、青海社. 東京, 2009. in submission.

5. 竹之内沙弥香. 患者の死生に寄り添える看護師を育てるために-質の高いエンド・オブ・ライフ・ケアを实践できる看護師の育成に向けて. 週刊医学界新聞. 第 2815 号(3)、医学書院. 東京, 2009.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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. 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. 岡山市デジタルミュージアム. 平成 19 年 6 月 23 日
2. Takenouchi Sayaka. ELNEC-Japan. ELNEC50. June 28, 2008 Chicago, United States.
3. 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 -ELNEC-J の概要とこれからの活動-. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008 年 7 月 4 日. 静岡.
4. 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）
総合研究報告書

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に必要な知識・スキルとその役割—

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 本研究の目的は、緩和医療およびがん医療に携わる心理士の役割を明らかにするために、主に2つの研究を実施し、心理士の教育プログラムを作成するための基礎資料とすることであった。第1に、がん診療連携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。第2に、がん医療領域で働く心理士を対象にがん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った。その結果、がん医療に携わる心理士は知識・スキルとその役割は以下の3点であった：①心理士としての専門性でもある臨床心理学の知識とスキルをもち、主に患者の心理的援助にあたること、②精神医学やがんを含む医学的知識をもち、その上で、がん医療に特有な心理・社会的問題を知り、対応できること、③他職種の役割や医療システムといった知識をもち、チーム医療を円滑に行うことを求められていた。これらの結果を踏まえ、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、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（がん対策基本法、平成20年）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、まず、緩和ケアチームの診療において心理士に求められる知識やスキル、さらには心理士の役割を明らかにすることを目的に、がん診療連携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（研究1）。

つぎに、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をもとに質問紙を作成し、がん医療領域で働く心理士を対象にがん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（研究2）。

B. 研究方法

研究1

対象者

この研究の参加に同意した対象者は、緩和ケアチーム（Palliative Care Team；以下PCTとする）で一定の活動経験がある、4名の身体症状担当医師、4名の身体症状担当医師、4名の看護師、1名の精神科医であった。最終的に参加できたのは、看護師の計7名であった（男性3名、女性4名、平均年齢±SD=39.39±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時間のフォーカスグループインタビューを半構成的に実施した。インタビューでは、イ

インタビューの説明とウォーミングアップの終了後、「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つのテーマについて議論した。最後に追加意見を求め、終了とした。なお、インタビュー内容は、参加者に同意を得た後、ビデオテープとICレコーダーにそれぞれ記録した。

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。

研究2

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。上記の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（326人の常勤の心理士と164人非常勤の心理士、計490人の心理士）。最終的に心理士対象の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、主に以下の5領域に分けて作成した。

- ①性別や年齢、臨床経験などの基本属性。
- ②がん領域に関する知識やスキル(28項目)。心理士にとっての必要度（“0＝必要でない”から“3＝必要である”の4件法）と自身の教育ニード（“0＝必要でない”から“3＝必要である”の4件法）。
- ③がん領域に関する仕事内容(22項目)。現在の職場からの要望の程度（“0＝求められていない”から“3＝求められている”の4件法）と自身の実行の程度（“0＝十分である”

から“3＝不十分である”の4件法）。

④現在の職場でのがん医療に関する仕事状況。

⑤がん医療で働く心理士が抱える問題点について、自由筆記。

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（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。研究の説明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行い、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）

研究1

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。

研究2

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

研究1

「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。

研究2

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±SD=10.9±9.0年、医療での臨床経験年数は平均±SD=9.6±8.8年、がん医療での臨床経験年数は平均±SD=3.2±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

研究1

フォーカスグループインタビューを行った結果、「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。

研究2

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う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、個別的介入ではなく、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、がんに関連した心理・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

研究1では、がん医療に携わる心理士に求められる知識は、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つを抽出した。他の医療者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。

研究2では、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、がんに関連した心理・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。

以上より、がん医療に携わる心理士は知識・スキルとその役割は以下の3点であった：①心理士としての専門性でもある臨床心理学の知識とスキルをもち、主に患者の心理的援助にあたること、②精神医学やがんを含む医学的知識をもち、その上で、がん医療に関連した心理・社会的問題を知り、対応できること、③他職種の役割や医療システムといった知識をもち、チーム医療を円滑に行うことを求められていた。これらの結果を踏まえ、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

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表