

⑦の40%となっていた。

非医療系学生群では、OT群と同様に⑦の69%が最も高く、次いで③の55%、④と⑥の45%であった。4群とも共通して③、⑥、⑦を選択する割合が高かったが、OT群と非医療系学生群が⑦を最も重視しているのに対して、Dr群では③を重視するという違いが見られた。他に特徴的なこととして、「②歩行能力・下肢機能の維持・改善」に関してはOT群で選択していた人は無く、0%であった。また、「⑧患者の満足度を満たす」を選択した割合は、Dr群のみ1桁の3%であり、他の3群と比較して選択された割合が低かった。

## 6. 自由記述

緩和ケアにおけるリハビリについて期待していること、イメージについて。その他がんに対するリハビリについての考えや意見などについて。

結果は以下のようにまとめられた。

### 1. リハビリに対するイメージ

- ・患者が望んだ時にリハビリを行うというイメージがあり、望まなければ行う必要はない(OT、PT)。
- ・患者に加えて家族もケアされるものだというイメージがある(非医療系学生)。

### 2. リハビリに対する考え、期待すること

- ・同じような状態の人たちと一緒に過ごす、気持ちが落ち着くのではないかと(OT)。
- ・最後を迎える直前まで自分の意志で動くことができることは、精神衛生上とてもいい影響を与えるのではないかと思う(Dr)。
- ・これから先におこることに納得できるようにサポートがあればいいと思う(非医療系学生)。

## D. 考察

### 1. 回答者4群の比較検討

本研究では、広島大学に所属する作業療法学生(以下OT)、理学療法学生(以下PT)、医学科生(以下Dr)、非医療系学生、計116名の4群を対象にアンケート調査を行い、緩和ケアにおけるリハビリに抱くイメージについて、各群で比較検討した。またその結果を踏まえて、がん患者に対するリハビリに関して、作業療法士が関わる余地を探ることを目的とした。

その結果、「緩和ケア」の認知度としては、医療系学生3群では6~8割の回答者が、何らかの形で認知していたが、非医療系学生群では「全く知らない」との回答が66%と過半

数を超えており、認知度の低さがみられた。これは学生を対象としたアンケートであるが、実際社会でも、本人や親類など身近な人が緩和ケアに関わって初めて知ることが多いことが予測され、医療者側の情報提示の重要性が示唆された。

緩和ケアにおいて、リハビリを処方されるがん患者はどのような身体状態だと考えるかという質問では、Dr群、非医療系学生群で「全く動けない」終末期の患者に対してリハビリを行うと回答した割合が低かった。実際には、がん患者に対するリハビリを実施している施設では、終末期の患者に対してリハビリが処方される割合は約8割との報告があり、高い確率で実施されている。

がん患者に対するリハビリの必要性を答える質問では、4群全体で95%が「必要」と回答しており、各群とも大多数が必要と考えていることが示された。実際のがん患者に対するリハビリの実施状況は82.7%と、決して低くはないが、更なる普及は必要であると考えられる。反対に「必要でない」との回答は全体で5%と低かったが、内訳としては5%のうち3%がPT群であり、最も多かった。しかし、実際の現場でがん患者に対するリハビリを最も多く行っているのは理学療法士であり、PT群の考えと実際の現場との差が明らかとなった。「必要でない」と考える理由として「その他」の欄で挙げられたものに、「リハビリテーションという語感には社会復帰を表しており、緩和ケアにはふさわしくない」(Dr)という意見があった。これは本来のリハビリの概念とは異なる考え方であり、そのような考え方の存在が、がん患者に対するリハビリの普及を妨げている原因となっているのではないかと思われる。

リハビリが「必要」と回答した者に対して、緩和ケアにおけるリハビリに何を期待するかを回答してもらったところ、4群が共通して上位に選んだ選択肢は、「③日常生活能力の維持・改善」「⑥痛みの軽減・コントロール」「⑦心理サポート」であった。興味深いものとして、心理サポートを最も重視していたのはOT群、非医療系学生群で、反対に「日常生活能力の維持・改善」を最も重視していたのはDr群であった。この結果から、Dr群は心理面のサポートよりも、日常生活能力の維持・向上を重視している傾向があることが明らかとなった。しかし、4群共通して心理サポートを期待する回答が多いのに対して、現実には患者の精神・心理面に焦点を当てた

リハビリは 30%ほどしか実施されておらず、今後は心理的サポートも重視したリハビリを充実させていく必要性があると考えられる。さらに自由記述欄では、家族へのケアも行っていて欲しいという意見が多数見られ、患者だけでなく、家族に対するケアの必要性が示唆された。

## 2. 作業療法士が関わる余地

作業療法士ががんのリハビリに関わることは少なく、理学療法士が中心となって身体面へのアプローチを主に行っているのが現状である。しかし、今回の研究から分かるように、緩和ケアにおけるリハビリに対して非医療系学生群が最も期待しているものは心理サポートであり、不安の軽減や残りの期間をどう生きるのかといったことを重視していることが示された。作業を用いたリハビリや、精神面に対するアプローチを行うことを専門とする作業療法士にとって、心理面のサポートに対してリハビリを提供できる可能性は大いにあると考える。自由に身体を動かすことが困難になった患者に対しても、最後まで充実した生活を送ることができるようにサポートすることにおいて、作業療法士はその専門性を発揮できると考えられる。

## E. 結論

本研究により、作業療法士は心理サポート面を中心に、がん患者に対するリハビリに関わる余地が十分にあることが示唆された。作業療法士は、今後積極的にがん患者のリハビリに取り組み、本領域における作業療法士の専門性を確立していくことが重要であると考える。

## 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. 繁本 梢, 岡村 仁: がんサバイバーシップのリハビリテーション. 腫瘍内科 5: 151-155, 2010
2. 岡村 仁: がん医療に携わる心のケア従事者への教育. 精神神経学雑誌 112: 1024-1027, 2010
3. 三木恵美, 岡村 仁, 他: 末期がん患者に対する作業療法士の関わり～作業療法士の語りの質的内容分析～. 作業療法 (印刷中)

## 学会発表

1. 岡村 仁: がん医療において精神科医に期待されるもの: がん医療に携わる心のケア従事者への教育. 第106回日本精神神経学会学術総会, 2010年5月, 広島市

## 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 本研究では、米国で開発された系統的なEnd-of-Life Careに携わる看護師のための教育プログラムであるELNEC-Coreの日本語版ELNEC-Jを、より日本の文化的背景や実情に合致させるために、ガイドを改訂すること、ガイドの表面妥当性・内容妥当性を検討することを目的とした。エンド・オブ・ライフ・ケアに携わるELNEC-J指導者による改訂作業およびエンド・オブ・ライフ・ケアの有識者による外部レビューにより、改訂したガイドの十分な表面妥当性および内容妥当性が認められた。今後は、ガイドの実施可能性を検討することが課題である。

#### A. 研究目的

End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) は、質の高いエンド・オブ・ライフ・ケアの提供を目的として米国の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) が共同して開発した看護師教育プログラムである。

わが国でも、平成 19～21 年厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）「がん医療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」班において、ELNEC の日本語版が開発された。そしてそれに基づく ELNEC-J 指導者養成プログラムが実施され、これまでに 349 名の指導者が修了している。

このように ELNEC-J の指導者の育成が進む一方、問題点が浮かび上がってきた。それは、現在の ELNEC-J 指導者用ガイドが米国のガイドを翻訳したものであり、内容が日本の文化的背景や実情に合致していないことである。そのため、ELNEC-J 指導者は、各医療機関や地域において ELNEC-J を用いた教育をすぐに実施することができない現状にある。

そこで本研究では、ELNEC-J の普及

に向け、より日本の実情を反映させ、ELNEC-J 指導者が使いやすいものにするためにガイドを改訂するとともに、改訂したガイドの表面妥当性および内容妥当性を検討することを目的とした。

#### B. 研究方法

##### 1. 改訂内容の検討

指導者用ガイドは、10 個のモジュールから構成され、各モジュールに、モジュールの概要、受講者用アウトライン、講師が使用する指導者用アウトライン、補助教材、スライドが含まれる。指導者ガイドの改訂に際して、まずコアメンバー 8 名で改訂の基本方針およびガイドの構成等について検討を行った。次に、これまでの ELNEC-J 指導者の中から改訂に協力して欲しい人に依頼をし、承諾を得た。そして、それぞれのモジュール担当者およびアドバイザーを決定し、改訂案の作成を依頼した。

##### 2. ピアレビューの実施

コアメンバーおよびモジュール作成担当者が集まり、各モジュールの改訂案について 1 回目のピアレビューを行った。具体的には、2 モジュールずつペアになり、スライドのプレゼンテーションを通して内容を検討した。そして 3 週間後に 2 回目のピアレビューを行った。2 回目のピアレビューで

は、2グループに分かれて作業を進めた。モジュール担当者がスライドを用いて各モジュールの講義を実際に行い、その後内容を検討した。検討時間が十分に取れないことが予想されたため、レビューフォーマットを作成し、意見を収集した。レビューフォーマットの内容は、モジュールの目的・講義内容・スライドの適切性やわかりやすさ、再度レビューする必要性、追加した方がよい内容、削除した方がよい内容、引用文献の適切性それぞれの有無とその理由、想定する対象者にとっての難易度および全体的な意見などとした。レビューフォーマットで収集した結果は、集計した後各モジュール担当者にフィードバックし、修正に役立ててもらおうようにした。

### 3. 外部レビューの実施

2回のピアレビューを受けて修正した改訂案について、エンド・オブ・ライフ・ケアに関する有識者21名に外部レビューを依頼した。外部レビューは、各レビューワーに必ずレビューして欲しいモジュールを1つ割り当て、余裕があればそれ以外にもレビューしてもらうよう依頼した。レビューの方法は、レビューフォーマットを作成し、追加した方がよい内容、削除した方がよい内容、引用文献の適切性それぞれの有無とその理由、および全体的な意見をたずねた。

## C. 研究結果

### 1. 改訂内容の検討

コアメンバーでガイドの構成を検討した結果、ガイド全体およびモジュールの構造はそのままとし、内容をできるだけ日本のデータに置き換えること、できるだけわかりやすい端的な表現にすることが方針として決定した。さらに、日本が急速な高齢化社会に進んでいる状況を鑑み、「高齢者におけるエンド・オブ・ライフ・ケア」のモジュールを追加することとした。

その方針をモジュール担当者に伝え、各モジュールの概要・キーメッセージ・目標・受講者アウトラインの案を作成してもらった。それらをコアメンバーで検討・修正したのち、その結

果に基づいてモジュール担当者はスライドを作成した。さらに、事例と補助教材についても作成作業を進めた。

### 2. ピアレビューの実施

1回目のピアレビューには32名が参加した。全体としては、「エンド・オブ・ライフ・ケア」の定義や位置づけ、事例の難易度や模範回答の有無などについて整理・検討する必要性が明らかとなった。

2回目のピアレビューには30名が参加した。その結果、「エンド・オブ・ライフ・ケア」の定義・考え方を明確化する必要性、チーム医療に関する説明の追加、モジュール間で重複する内容を調整する必要性、スライド枚数を調整する必要性などが明らかとなった。

### 3. 外部レビューの実施

依頼・承諾した21名のレビューワーのうち、20名から回答を得た。全モジュールに関わるものとして、

「ELNEC開発者らが重要視しているCognitive、Affective、Cognitive and Affective、Psychomotor Domainが、各モジュール内容にどのように含まれているのか明確でない」というコメントがあった。外部レビューを受けて開催したコアメンバー会議での話し合いにおいて、上記コメントへの対応として、できるだけ事例に分析の視点を入れること、補助教材に使用目的や使い方を明記することとした。それ以外では、細かな指摘は数多くあったものの、内容を大きく変更しなければならないような意見はなく、レビューコメントに沿う方向で修正していくことで合意した。

## D. 考察

本研究では、ガイドの改訂作業を、ELNEC-J指導者であり、かつエンド・オブ・ライフ・ケアに携わる看護師および大学教員に依頼した。さらに個別に作業を進めるのではなく、互いに相談しながら作業を進めることができよう、各モジュール担当を複数名とした。さらにコアメンバーが各モジュール間の整合性や全体の用語の統一を図るための作業・調整を適宜行った。

これらの過程により、改訂したガイドの表面妥当性は十分保証されたと考える。

本研究では、有識者による外部レビューも行った。有識者は専門看護師や大学教員を中心に依頼した。また、症状に関するモジュールについては、医師にもレビューを依頼した。その結果、細かな指摘は数多くあったものの、内容を大きく変更しなければならないような意見はなかった。これにより、改訂したガイドの内容妥当性は十分保証されたと考える。

#### E. 結論

ELNEC-Jの普及に向け、より日本の実情を反映させ、ELNEC-J指導者が使いやすいものにするために、ELNEC-J指導者ガイドを改訂するとともに、改訂したガイドの表面妥当性および内容妥当性を検討した。

エンド・オブ・ライフ・ケアに携わる看護師による改訂作業と外部レビューの結果から、改訂したELNEC-J指導者ガイドは、十分な表面妥当性および内容妥当性があると認められた。今後は、ガイドの実施可能性を検討することが課題である。

#### 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. Palliat Support Care. 2010; 8, 49-57.

学会発表

1. 笹原朋代、森田達也、新城拓也、渡壁晃子、難波美貴、藤本亘史. 標準化した緩和ケアチームの活動記録フォーマットの実施可能性に関する多施設共同研究～パイロットスタディの結果～. 第15回日本緩和医療学会学術大会, 東京, 2010
2. 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. 第15回日本緩和医療学会学術大会, 東京, 2010

#### 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

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に関する研究  
(ELNEC-Jの実施性の検証に関する研究)

分担研究者 高橋 美賀子 聖路加国際病院 がん看護専門看護師

研究要旨 本研究では、米国で開発されたEnd-of-Life Careに携わる看護師のための系統的な教育プログラムであるELNEC-Coreの日本語版ELNEC-Jを、より日本の文化的背景や実情に合致させるために改訂したガイドの実施可能性を検証することを目的とした。改訂したガイドを教材として用いた研修会を開催し、受講者、講師、参加観察者の3つの視点から評価を得た。その結果、ガイドの有用性や使いやすさ等についてそれぞれ高い評価が得られ、改訂したガイドの実施可能性が認められた。今後は、今回明らかとなった改善すべき点を踏まえてさらに修正を加え、改訂したガイドを完成させ、普及していく必要がある。

A. 研究目的

米国で開発された End-of-Life Care に携わる看護師のための系統的な教育プログラムである End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) - Core を翻訳した ELNEC-J (End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan) の指導者用ガイドを、より日本の文化的背景や実情に合致させ、ELNEC-J 指導者にとってより使いやすいものにするために、緩和医療に携わる看護師の育成に関する研究（分担研究者：笹原朋代）の一環として、指導者用ガイド（以下：ガイド）の改訂が行われた。この改訂されたガイドは、すでに先に挙げた研究において、ピアレビューや有識者による外部レビューを受け、表面妥当性および内容妥当性が認められている。

そこで本研究では、この改訂されたガイドを教材として用いた研修会を開催し、その実施可能性について検証することを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象者

- 1) 都内にある A 病院に勤務し、エンド・オブ・ライフ・ケアに関心がある一般看護師 30 名
- 2) 研修会で実際に改訂されたガイドを教材として使用して講義を行う講師 10 名

- 3) 参加観察者：ガイドの改訂に携わったコアメンバー、各モジュール作成担当者、および担当講義以外の講師 24 名

2. 調査期間

平成 23 年 2 月 5 日～2 月 6 日

3. 調査方法

改訂されたガイドを教材として使用した研修会を 2 日間開催し、実際に講義（10 コマ）とグループワーク（2 コマ）を行った。受講者は、事前に A 病院の看護部長の許可を得て、募集のポスターを院内に掲示し、直接担当者へ応募する形式とした。講師は、ELNEC-J 指導者であり、講義経験がある人を事前にコアメンバーで選び、了承が得られた人に依頼した。

調査用紙については、受講者、講師、参加観察者の 3 者の視点からガイドの実施可能性について評価を得るため、3 種類（受講者用、講師用、参加観察者用）の調査用紙を作成し、それぞれ回答を依頼した。回答形式は、5 段階評価（大変そう思う～全くそう思わない）とし、具体的な改善点やよかった点、意見等は自由記載とした。

調査項目については、受講者には、改訂したガイドを教材として使用した講義を実際に受講したうえで、講義内容のわかりやすさ、教材の見やすさ、有用性について

の評価を依頼した。講師には、講義を行ううえで実際に改訂されたガイドを使用してもらい、講義をする立場からガイドの有用性や使いやすさについての評価を依頼した。そして、実際にガイドの改訂に携わったコアメンバーやモジュール作成担当者、および担当講義以外の講師には、参加観察者として研修会に参加してもらい、参加観察者としての立場から、ガイドの有用性や使いやすさについての評価を依頼した。調査用紙は、1日目と2日目のプログラム終了時にそれぞれ留め置き法にて回収した。

さらに、1日目と2日目のプログラム終了後に、講師と参加観察者とで振り返りの時間（1時間半）を設け、その日に講義したガイドの内容について意見交換を行い、記録に残した。

#### 4. 分析方法

まず、記述統計を行い、評価の傾向について分析した。次に、質的データについて、その内容を吟味し、具体的に修正すべき点や追加すべき点について検討した。その際、研修会終了後に行った振り返りの記録の内容をふまえて、検討した。

#### 5. 倫理的配慮

受講者には、研修会の募集時に、改訂されたガイドを評価する目的があることを紙面に明記し、調査協力を依頼した。そして、了承する場合にのみ応募してほしい旨を明記した。また、研修会の冒頭において、調査用紙は無記名とし、今回の目的以外では使用しないこと等を口頭で説明し、プライバシーの保護に十分配慮した。講師と参加観察者に対しては、事前に改訂されたガイドの評価について調査協力を依頼した。そして、受講者と同様に、調査用紙は無記名とし、今回の目的以外では使用しないこと等を口頭で説明し、了承を得たうえで調査を行った。

#### C. 研究結果

本研究の結果、受講者29名、講師10名、参加観察者24名から回答を得た。まず、受講者の各モジュールに対する評価については、全体的に高い評価が得られた。全体を通しては、「エンド・オブ・ライフ・ケアの重要性が理解できたか」という質問に対

して、受講者の77%が「5. 大変そう思う」、23%が「4. ややそう思う」と回答しており、講義、グループワークを通して、エンド・オブ・ライフ・ケアの重要性を認識していた。また「研修会のプログラムに満足したか」という質問に対しても、約90%が「5. 大変満足した」「4. やや満足した」と回答し、自由記載においても講義内容がわかりやすかったという意見が多く見られた。また、誰が実施しても同じように講義できるようにするためには、講義の展開方法について、例えば「この部分を説明する際に、受講者にどのような投げかけを行い、受講者が考える時間をつくる」など、さらに詳細な指示内容を明記しておく必要があることが明らかとなった。さらに、講師・参加観察者の評価においても、ガイドの有用性や使いやすさにおいて、全体的に高い評価が得られた。一方で、各モジュールについて講義するうえで説明する順番を入れ替える必要がある部分や講義内容の分量を調整すること等、実際に使用するうえでさらに改善すべき点がより具体的に明らかとなった。

#### D. 考察

本研究では、受講者、講師、参加観察者の3つの視点から評価を行い、実施可能性を検証したが、研修会もスムーズに終わることができ、内容を大きく変更しなればならないような意見は見られなかった。これにより、改訂したガイドの実施可能性が高いことが十分保証されたと考える。また、本研究で開催した研修会のプログラムは、教材として使用したガイドの実施可能性を検証する目的が主目的であり、1つ1つのモジュールの内容について検証する必要があったため、講義が中心となったが、もっとグループワークを取り入れてほしいという意見も多く聞かれ、実際にこのガイドを使用してプログラムを組む際は、グループワークを組み合わせ、よりインタラクティブに展開することの重要性が確認された。

さらに、1日目と2日目のプログラム終了後に意見交換の時間を設けたことで、生の反応や意見の確認をふまえて、評価することができ、より具体的に改善すべき点について明らかにすることができた。

#### E. 結論

ELNEC-Jの普及に向け、より日本の実情を反映させ、ELNEC-J指導者が使いやすいものにするために、改訂されたELNEC-J指導者ガイドについて、その実施可能性を検討するため、研修会を開催し、受講者、講師、参加観察者の3者の立場から、評価を得た。その結果、改訂したガイドは実施可能性が十分認められた。今後は、今回明らかとなったさらに改善すべき点を踏まえて、修正を行い、よりニーズに合ったガイドとして完成させ、普及していく必要がある。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし

#### G. 研究発表

##### 論文発表

1. 高橋美賀子. オピオイド服用患者の便通のモニターとマネジメント. がん患者と対症療法 2010; 21(1): 34-41.
2. 高橋美賀子. 心の痛み. がん患者と対症療法 2010; 21(1): 82-83.
3. 高橋美賀子. 第2章 がん性疼痛アセスメント「痛みのアセスメントとは」. 林彰敏, 中村めぐみ, 高橋美賀子編. がん性疼痛ケア完全ガイド. 照林社, 東京, 2010; 38-49.
4. 高橋美賀子. 第5章 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」. 林彰敏, 中村めぐみ, 高橋美賀子編. がん性疼痛ケア完全ガイド. 照林社, 東京, 2010; 246-255.
5. 高橋美賀子. Q17 痛みの訴えがはっきりとせず評価が困難な時、どうすれば良いのでしょうか? 堀夏樹, 小澤桂子編集. 一般病棟でできる緩和ケア Q&A 改訂版. 総合医学社, 東京, 2010; 36-37.
6. 高橋美賀子. Q98 外来での緩和ケアは、どのようなことができますか? 堀夏樹, 小澤桂子 編集. 一般病棟でできる緩和ケア Q&A 改訂版. 総合医学社, 東京, 2010; 212-213.

##### 学会発表

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. 第15回日本緩和医療学会学術大会, 東京, 2010

2. 後藤朝香, 高橋美賀子、櫻井宏樹他: 転倒・転落防止にせん妄スクリーニング・ツールは有用である、第15回日本緩和医療学会学術大会, 東京, 2010
- 3.

#### 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

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

看護師の育成の評価に関する研究

分担研究者 宮下光令 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野

研究要旨 本研究の目的は緩和医療に携わる看護師に対する教育プログラムである ELNEC-J (End-of-Life Nursing Education Consortium) の効果を検証する方法を開発することである。平成 22 年度研究では ELNEC-J の 9 のモジュールにおいて、それぞれ 20 問、合計 180 問の評価項目のプールを作成した。予備的検討として医学・看護学的な妥当性および ELNEC-J の評価項目としての適切性を検討し、表現や内容の修正を行い項目プールが確定した。

A. 研究目的

本研究の目的は緩和医療に携わる看護師に対する教育プログラムである ELNEC-J (End-of-Life Nursing Education Consortium) の効果を検証する方法を開発することである。平成 22 年度は臨床看護師向けの教育カリキュラムに準じた評価項目の予備的検討を行うことが目的である。

B. 研究方法

ELNEC-J の臨床看護師向けの教育カリキュラムの 8 のモジュールと高齢者モジュールに関して、それぞれのモジュールの講師用ガイド改訂メンバーに各 20 問の評価項目（知識を問うテスト）の作成を依頼した。提出された評価項目について医学・看護学的な妥当性および ELNEC-J の評価項目としての適切性を 12 人の研究者により確認した。

（倫理面への配慮）

今年度は人を対象とした研究は実施していないため、特記すべきことはない。

C. 研究結果

合計 9 のモジュールにおいて、それぞれ 20 問、合計 180 問の評価項目が提出された。全ての項目について医学・看護学的な妥当性および ELNEC-J の評価項目としての適切性を検討し、表現や内容の修正を行った。これにより、次年度以降の評価項目の確立のための項目のプールが作成された。

D. 考察

平成 23 年度研究では平成 22 年度研究でプールされた 180 項目を 500～1000 人程度の看

護師に対して調査し、項目反応理論などのテスト理論を用いて各モジュール 10 問、合計 90 問の評価項目を確定する。また、それらの計量心理学的な信頼性・妥当性の検討を行う予定である。平成 24 年度研究では実際に実施されている ELNEC-J プログラムにそれらを適用し、有効性を検証する予定である。

E. 結論

ELNEC-J の効果を検証するための評価項目のプールが作成され、予備的検討を実施した。平成 23 年度以降に評価項目の確定と看護師教育プログラムの有効性の検討を行う。

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, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The Palliative Care Self-reported Practices Scale (PCPS) and the Palliative Care Difficulties Scale (PCDS): reliability and validity of 2 scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. J Palliat Med. 2010; 13(4): 427-37.

学会発表

1. 宮下光令, 森田達也, 内田健夫, 加藤雅志, 江口研二. 日本の医師 97,961 人に対する緩和ケアに関する知識の実態調査. 第 15

回日本緩和医療学会学術集会 2010 年 6 月  
18-19 日、東京。

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

がん医療に携わる心理士の教育プログラムに向けた実態調査  
－精神科医との関係から－

分担研究者 岩満優美 北里大学大学院医療系研究科 教授

研究要旨 がん医療で働く心理士を対象に、この領域に携わる心理士の必要な知識やスキルとその教育ニーズ、他職種からの仕事の要請およびその実行度について質問紙調査を実施し、常勤で精神科医が勤務しているか否かの2群に心理士を分け比較検討した。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、精神科医が常勤で働いていない施設の心理士は、がん医療やがん治療に関する知識が必要であると考えられる頻度が高く、精神科医が不在であることから必要に迫られる精神症状や心理学的諸問題に関する教育ニーズが高かった。精神科医が常勤で働いていない施設で働く心理士は、患者のみならず家族に対しても同様に心理的援助に関する仕事や医療者のメンタルヘルスへの対応が求められる頻度が高く、幅広い仕事が求められていた。その実行度は、精神科医が不在なことから、上記の心理士は、精神疾患の診断が付いた患者への対応や精神状態の評価など、精神科医としての役割をも担う頻度が高いことがわかった。以上より、精神科医が常勤で働いている施設と働いていない施設の心理士の教育ニーズ、職場からの仕事の要請とその実行についてその頻度に違いがあることがわかった。今後は、上記の点について、心理士全体としての頻度と比較検討しながら、他の要因も考慮しながら教育プログラムについて考えていきたい。

A. 研究目的

がん医療や緩和医療に携わる心理士は、年々増えてきているものの、その教育は未だ不十分である。そこで、がん医療や緩和医療に携わる心理士にとって必要な知識やスキルを自身がどのようにとらえ、その教育ニーズをどの程度感じているか、あるいは、他職種からはどのように仕事を求められており、実際に実践しているかなどについて、これらの領域で働く心理士を対象に質問紙調査を実施した。その際、常勤で精神科医が勤務しているか否かの2群に心理士を分け、検討を行った。最終的には、これらの調査より、がん医療や緩和医療に携わる心理士に対する教育システムを考えることを目的としている。

B. 研究方法

対象者と手続き

研究実施時（2009年6月）において、315施設のがん拠点病院および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施設のなかで、がん医療に携わる心理士を対象とした。ただし、上記の心理士を特定することができないため、二重封筒法を用いた。すなわち、1185施設に対して、代表者様宛てに、「代表者用アンケート用紙、研究依頼書、および研究説明書」を1部、心理士宛てに「がん医療に携わる心理士に対する質問紙、研究依頼書、および研究説明書」の5部を郵送した。

まず、代表者には、各々の施設の心理士の所属と人数、心理士宛ての質問紙等を実際に配布した人数とその所属先（代表者用アンケート用紙）を記入するよう依頼した。1185施設のうち、「代表者用アンケート用紙」の返信のあった施設は403施設であった（返信率は

34%)。403 施設のうち、心理士が全く勤務していない施設が 136 施設、心理士が非常勤を含めて勤務する施設が 267 施設であった。この心理士が勤務する 267 施設のうち、常勤の心理士は 326 人、非常勤の心理士は 164 人、計 490 人の心理士が勤務していた。

さらに、心理士が勤務する 267 施設のうち、がん医療に携わると考えられ、実際に心理士に「がん医療に携わる心理士の質問紙」を配布した人数は 419 人であった。この質問紙を受け取った心理士には、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、返信をもって研究の同意とみなした。質問紙を配布された 419 人の心理士のうち、401 名が質問紙を返信した(返信率 95.7%)。最終的にこの 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 $\pm$ SD=37.2 $\pm$ 9.5 歳)。

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。

#### 質問紙

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。

①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。

②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。

③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。

④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に占める割合、事例総数と対象者や内容の内訳について尋ねた。

⑤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つらかったことについて、自由筆記にて回答

を求めた。

#### 分析の概略

精神科医が常勤で働いている群(以下、常勤あり群とする)と精神科医が常勤で働いていない群(以下、常勤なし群)の 2 群に分け、質問紙の主に①②③について比較検討した。その際、①については、それぞれの項目について群における  $t$  検定を実施した。②の項目については、“0=必要でない”と“1=あまり必要でない”とを合わせて、“2=やや必要である”と“3=必要である”とを合わせて、それぞれ群ごとに頻度を算出し、 $\chi^2$  検定あるいは Fisher の直接法を行った。③の項目についても同様に、“0”と“1”を合わせて、から“2”と“3”を合わせて、それぞれ群ごとに頻度を算出し、 $\chi^2$  検定を行った。

#### (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

### 基本属性

年齢 $\pm$ SD は、常勤あり群で 36.98 $\pm$ 9.30 歳、常勤なし群で 37 $\pm$ 9.58 歳、臨床経験年数 $\pm$ SD は、常勤あり群で 11 $\pm$ 9.02 歳、常勤なし群で 10.26 $\pm$ 9.21 歳、医療における臨床心理経験年数 $\pm$ SD は、常勤あり群で 9.73 $\pm$ 8.60 歳、常勤なし群で 8.80 $\pm$ 8.91 歳、がん医療での臨床心理経験年数 $\pm$ SD は、常勤あり群で 2.99 $\pm$ 3.26 歳、常勤なし群で 3.49 $\pm$ 4.17 歳、過去 1 年間にかかわった患者が亡くなった人数 $\pm$ SD は、常勤あり群で 10.5 $\pm$ 22.27 人、常勤なし群で 15.37 $\pm$ 36.51 人であり、 $t$  検定を行った結果、両群に違いは認められなかった。一方、現在の職場での臨床心理経験年数については、常勤あり群が常勤なし群と比べて長い傾向が認められた( $t=1.675, p < .10$ )。

### がん領域に関する知識やスキルについて

がん領域に関する知識やスキルの必要度において、それぞれの項目の頻度に対して、2 群(常勤あり群・常勤なし群)  $\times$  2 必要度(必要でない・必要である)の  $\chi^2$  検定あるいは Fisher の直接法を行った結果、5%水準において頻度に偏りが認められた項目は、「がん治療の基礎知識」「がん治療の過程で起こりうる緊急処置が必要な病態に関する知識」「安全管理の知識」であった。「がん治療の基礎知識」では、常勤あり群では約 94.2%、常

勤なし群で約99.2%が必要であると答えていた。「がん治療の過程で起こりうる緊急処置が必要な病態に関する知識」では、常勤あり群が76%、常勤なし群が86.9%であり、「安全管理の知識」では、常勤あり群が85.8%、常勤なし群が94.6%であった。

がん領域に関する知識やスキルに対する自身の教育ニーズについても同様に、それぞれの項目の頻度に対して、2群（常勤あり群・常勤なし群）×2必要度（必要でない・必要である）の $\chi^2$ 検定あるいはFishherの直接法を行った。その結果、5%水準において頻度に偏りが認められた項目は、「がん治療の過程で起こりうる緊急処置が必要な病態に関する知識」「がん患者にみられる精神症状」「がん患者の家族あるいは遺族の心理学的諸問題」であった。「がん治療の過程で起こりうる緊急処置が必要な病態に関する知識」では、常勤あり群では71.3%、常勤なし群で80.6%が教育が必要であると答えており、「がん患者の家族あるいは遺族の心理学的諸問題」では、常勤あり群が99.2%、常勤なし群が94.9%が教育が必要であると答えていた。その他、「精神疾患の症状・病態」において、常勤なし群（94.6%）は常勤あり群（89.1%）と比べて教育ニーズの高い傾向が認められた（ $p < .10$ ）。

#### がん領域に関する仕事内容について

現在の職場からの要望の程度において、それぞれの項目の頻度に対して、2群（常勤あり群・常勤なし群）×2必要度（必要でない・必要である）の $\chi^2$ 検定を行った。その結果、5%水準において頻度の偏りの認められた項目は、「患者の精神状態の評価（常勤あり群：73%、常勤なし群：84.5%）」、「精神疾患の有無にかかわらず、心理的援助が望ましい患者への対応（常勤あり群：78.2%、常勤なし群：88.5%）」、「家族の病気に対する認識の把握（常勤あり群：44.5%、常勤なし群：55.4%）」、「患者の身体症状の評価や対応（常勤あり群：18%、常勤なし群：30%）」、「精神疾患の有無にかかわらず、心理的援助が望ましい家族への対応（常勤あり群：65.6%、常勤なし群：79.2%）」、「家族関係の調整（常勤あり群：38.4%、常勤なし群：54.3%）」、「患者や家族の問題点や必要なケアを具体的に抽出する（常勤あり群：57.3%、常勤なし群：70%）」、「院外との連携（常勤あり群：18.8%、常勤なし群：31.8%）」であった（ $\chi^2 \geq 4.068$ ）。その他、「家族の精神状態の評価」では、常勤なし群（66.9%）が常勤あり群（57.8%）と比べて、

「患者や家族対象の教育的介入」では、常勤なし群（32.6%）が常勤あり群（23.9%）と比べて、職場からの要請が多い傾向が認められた（ $\chi^2 \geq 3.005$ ,  $p < .10$ ）。

実際の実行の程度において、それぞれの項目の頻度に対して、2群（常勤あり群・常勤なし群）×2必要度（必要でない・必要である）の $\chi^2$ 検定を行った。その結果、「患者の精神状態の評価（常勤あり群：45.6%、常勤なし群：59.8%）」、「精神疾患の診断が付いた患者への対応（常勤あり群：44.7%、常勤なし群：63%）」、「患者の基本情報の把握（常勤あり群：48.8%、常勤なし群：59.5%）」、「家族の病気に対する認識の把握（常勤あり群：63.6%、常勤なし群：77.3%）」、「精神疾患の診断が付いた家族への対応（常勤あり群：63.2%、常勤なし群：75.2%）」、「遺族の精神状態の評価（常勤あり群：71.5%、常勤なし群：84%）」、「精神疾患の診断が付いた遺族への対応（常勤あり群：73.7%、常勤なし群：83.9%）」、「患者や家族対象の教育的介入（常勤あり群：72.1%、常勤なし群：82.5%）」、「集団的介入の実施（常勤あり群：69.9%、常勤なし群：86.7%）」、「患者、家族または医療者が自殺した後の対応（常勤あり群：73.9%、常勤なし群：87%）」において常勤なし群は常勤あり群と比べて実際の実行の頻度が高かった（ $\chi^2 \geq 3.869$ ）。その他、「家族の精神状態の評価」では、常勤なし群（57.8）が常勤あり群（67.5%）と比べて、「精神疾患の有無にかかわらず、心理的援助が望ましい家族への対応では、常勤なし群（82.5%）は常勤あり群（74.1%）と比べて、「院外との連携」では、常勤なし群（80.3%）は常勤あり群（71.3%）と比べて、実際の実行の程度が高い傾向が認められた（ $\chi^2 \geq 3.005$ ,  $p < .10$ ）。

#### D. 考察

精神科医が常勤で働いている施設の心理士と、そうでない施設の心理士の年齢、臨床経験等については差が認められなかった。

がん領域に関する知識やスキルについては、精神科医が常勤で働いていない施設の心理士は、常勤で働いている施設の心理士と比べて、「がん治療の基礎知識」「がん治療の過程で起こりうる緊急処置が必要な病態に関する知識」「安全管理の知識」が、がん医療で働く心理士には必要であると考えた頻度が高かった。特に、精神科医が同じ施設にいない場合には、がん医療、がん治療に関する知識を心理士自

身が習得している必要性を感じていると考えられる。

教育ニードについては、精神科医が常勤で働いていない施設の心理士は、常勤で働いている施設の心理士と比べて、「がん治療の過程で起こりうる緊急処置が必要な病態に関する知識」「がん患者にみられる精神症状」「がん患者の家族あるいは遺族の心理学的諸問題」について、より一層教育を受ける必要性を自身が感じている頻度が高かった。すなわち、精神科医がいない施設の心理士は、精神科医が不在であることから、その代わりとしての役割も担っており、がん患者や家族の精神症状や心理的諸問題について1人で対応することとなるため、これらの知識についての習得の必要性をより一層感じていた。そのため、がん医療で働く心理士の教育を考える場合、精神科医が常勤で働いている施設とそうでない施設とで、若干その教育ニードは変わってくると思われる。

がん領域で働く心理士の仕事内容については、2群で頻度の偏りが多く認められたが、いずれにしろ、精神科医が常勤で働いていない施設の心理士は、精神科医が常勤で働いている施設の心理士と比べて、それぞれの職場から求められている仕事の頻度がそれぞれ高く、実行の程度の頻度も高かった。職場から求められている仕事内容で頻度の偏りが認められた項目は、その2群の差が大きい順に「家族関係の調整」「精神疾患の有無にかかわらず、心理的援助が望ましい家族への対応」「院外との連携」「患者や家族の問題点や必要なケアを具体的に抽出する」「医療者のメンタルヘルス」であった。実際の実行の程度において仕事内容で頻度の偏りが認められた項目は、その2群の差が大きい順に、「精神疾患の診断が付いた患者への対応」「集団的介入の実施」「患者の精神状態の評価」「家族の病気に対する認識の把握」「患者、家族または医療者が自殺した後の対応」であった。精神科医が常勤で働いていない施設で働く心理士はそうでない心理士と比べて、職場からは、患者のみならず家族に対しても同様に、精神疾患の有無にかかわらず心理的援助に向けたアプローチに関する仕事や、医療者のメンタルヘルスへの対応が求められる頻度が高く、幅広い仕事を求められていることが示唆された。一方、実際に行っている仕事については、精神科医が不在なことから、精神科医が常勤で働いていない施設の心理士は、精神疾患の診

断が付いた患者への対応や精神状態の評価など、精神科医としての役割をも担う頻度が高いことがわかった。さらには、集団的介入の実施の頻度も高かった。

## E. 結論

がん医療や緩和医療に携わる心理士にとって必要な知識やスキルを自身がどのようにとらえ、教育ニードを感じているか、あるいは、他職種からはどのように仕事を求められ、実践しているかなど、質問紙調査を実施し、常勤で精神科医が勤務しているか否かの2群に心理士を分け、上記の点の違いについてのみ検討を行った。

その結果、精神科医が常勤で働いていない施設の心理士は精神科医が常勤で働いている施設の心理士と比べて、がん医療やがん治療に関する知識が必要であると考えられる頻度が高く、精神科医が不在であることから必要に迫られる精神症状や自身の専門でもある心理学的諸問題に関する教育ニードが高かった。

精神科医が常勤で働いていない施設で働く心理士はそうでない心理士と比べて、職場からは、患者や家族に対する心理的援助や医療者のメンタルヘルスへの対応が求められる頻度が高く、幅広い仕事を求められていることが示唆された。一方、実際に行っている仕事については、精神科医が不在なことから、精神科医が常勤で働いていない施設の心理士は、精神疾患の診断が付いた患者への対応や精神状態の評価など、精神科医としての役割をも担う頻度が高いことがわかった。

以上より、精神科医が常勤で働いている施設と働いていない施設の心理士において、教育ニード、職場からの仕事の要請とその実行についてその頻度に違いがあることがわかった。今後は、上記の点について、心理士全体としての頻度と比較検討しながら、さらには、他の要因も考慮しながら教育プログラムについて考えていきたい。

## F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

## G. 研究発表

学会発表

1. 岩満優美. がん医療における心理士の役割について. ワークショップーサイコオンコロジー7ー心理士の役割と教育プログラムについて. 日本心理学会第74回大

会, 2010年9月20-22日. 大阪.

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

「病院薬剤師における緩和医療に関する教育の必要性に関する調査」  
～薬剤師のスキルや知識が客観的に評価できる調査票の作成～

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 現在、緩和医療の分野においては薬剤師が医療チームの一員として薬物療法等の分野で評価を得つつある。しかし、医師、看護師には緩和医療に関する教育プログラムがあるにもかかわらず、緩和医療に携わる薬剤師の教育プログラムはまだない。そこで本研究では、緩和医療に携わる薬剤師の教育プログラムを構築するための基礎資料を作成する上で、現在緩和医療の現場で働いている薬剤師の知識やスキルの程度ならびにその必要性が客観的に評価できる質問表を作成することとした。Literature review および緩和ケアに携わる薬剤師の意見交換から、緩和ケアに携わる薬剤師が学ぶべき教育目標がたてられ、それをもとに調査用紙が作成された。上記記載の通り、本調査用紙は緩和ケアに携わる薬剤師の意見交換等に基づき作成されているため、本用紙を用いて調査を行なうことにより現在の薬剤師の緩和に対するスキルや修得度を客観的に把握／評価できると考える。今後は本調査用紙を用いて実際に調査を行なっていきたい。

A. 研究目的

現在、緩和医療の分野においては薬剤師が医療チームの一員として薬物療法等の分野で評価を得つつある。また、このような活動の重要性が正式に認められ、平成 18 年より緩和ケアチームにおける診療報酬加算を得るためは薬剤師の参加が必須となった。しかし、医師、看護師には緩和医療に関する教育プログラムがあるにもかかわらず（医師：Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education: PEACE、Care for Life-threatening Illnesses in Childhood: CLIC、看護師：End-of-Life Nursing Education Consortium:ELNEC-J）緩和医療に携わる薬剤師の教育プログラムはまだない。そこで本研究ではまず、緩和医療に携わる薬剤師の教育プログラムを構築するための基礎資料を作成する上で、現在緩和医療の現場で働いている薬剤師の知識やスキルの程度ならびにその必要性が客観的に評価できる質問表を作成することとした。

B. 研究方法

緩和ケアおよび緩和ケアチームに関する先行研究の literature review や、緩和ケアに

携わる薬剤師の意見交換から、緩和ケアに携わる薬剤師が学ぶべき教育目標が立案された。それをもとに質問表の作成を行なった。

（倫理面への配慮）

本研究は literature review および有識者との意見交換である。

C. 研究結果

上記の literature review および緩和ケアに携わる薬剤師の意見交換から、緩和ケアに携わる薬剤師が学ぶべき教育目標がたてられ、それをもとに調査用紙が作成された。

D. 考察

本調査用紙は、緩和ケアおよび緩和ケアチームに関する先行研究の literature review や、緩和ケアに携わる薬剤師の意見交換に基づき作成されているため、本用紙を用いて調査を行なうことにより現在の薬剤師の緩和に対するスキルや修得度を客観的に把握／評価できると考える。今後は本調査用紙を用いて実際に調査を行なっていきたい。

E. 結論

本研究では、現在緩和医療の現場で働いている薬剤師の知識やスキルの程度ならびにそ

の必要性が客観的に評価できる質問表の作成を行なった。literature review および緩和ケアに携わる薬剤師の意見交換から、緩和ケアに携わる薬剤師が学ぶべき教育目標がたてられ、それをもとに調査用紙が作成された。上記に記載の通り、本調査用紙は緩和ケアに携わる薬剤師の意見交換等に基づき作成されているため、本用紙を用いて調査を行なうことにより現在の薬剤師の緩和に対するスキルや修得度を客観的に把握／評価できると考える。今後は本調査用紙を用いて実際に調査を行なっていきたい。

#### 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. 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 Jun;13(6):733-737.
2. 伊勢雄也, 森田達也, 前堀直美, 轡基治, 塩川満, 木澤義之: 麻薬小売業者間譲渡許可免許の有用性に関する調査研究. Palliative Care Research, 2010 5(2): 213-218.

##### 学会発表

1. 伊勢雄也, 塩川満, 橋爪隆弘, 木澤義之. 在宅緩和医療を推進するための方策とその評価～お薬手帳に添付された薬剤情報提供書の有用性ならびにコミュニケーションに関する研修会の開催とその評価. 第4回日本緩和医療薬学会年会. 2010年9月25-26日. 鹿児島.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

##### 1. 特許取得

「なし。」

##### 2. 実用新案登録

「なし。」

##### 3. その他

「特記すべきことなし。」

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍（外国語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

書籍（日本語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
小川朝生	心のケアの考え方 精神心理的苦痛のアセスメント	小川朝生, 内富庸介	精神腫瘍学ポケットガイド これだけは知っておきたい がん医療における心のケア	創造出版	東京	2010	36-52
小川朝生	せん妄への対応	小川朝生, 内富庸介	精神腫瘍学ポケットガイド これだけは知っておきたい がん医療における心のケア	創造出版	東京	2010	61-80
小川朝生	認知症への対応	小川朝生, 内富庸介	精神腫瘍学ポケットガイド これだけは知っておきたい がん医療における心のケア	創造出版	東京	2010	81-90
小川朝生	コンサルテーションの基本	大西秀樹	専門医のための精神科臨床 リュミエール24 サイコオンコロジー	中山書店	東京	2010	13-25
志真泰夫、木澤義之、阿部泰之、黒岩ゆかり、小林奈美、坂本雅樹、佐藤哲観、清水わか子、松原貴子、山本亮	がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会開催ハンドブック 2009年度版	志真泰夫、 木澤義之	がん診療にたずさわる医師に対する緩和ケア研修会開催ハンドブック 2009年度版	日本緩和医療学会	つくば	2010	1-75
佐藤哲観	緩和ケア概論	奥山明彦	日本泌尿器科学会2010年卒業教育テキスト	日本泌尿器科学会	東京	2010	182-188
佐藤哲観	がん性疼痛	奥山明彦	日本泌尿器科学会2010年卒業教育テキスト	日本泌尿器科学会	東京	2010	189-196

高橋美賀子	第2章 がん性疼痛アセスメント「痛みのアセスメントとは」	林章敏, 中村めぐみ, 高橋美賀子 編	がん性疼痛ケア完全ガイド	照林社	東京	2010	38-49
高橋美賀子	第5章 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	がん性疼痛ケア完全ガイド	照林社	東京	2010	246-255
高橋美賀子	Q17 痛みの訴えがはっきりとせず評価が困難な時、どうすれば良いでしょうか?	堀夏樹, 小澤桂子 編集	一般病棟でできる緩和ケア Q&A改訂版	総合医学社	東京	2010	36-37
高橋美賀子	Q98 外来での緩和ケアは、どのようなことができますか?	堀夏樹, 小澤桂子 編集	一般病棟でできる緩和ケア Q&A改訂版	総合医学社	東京	2010	212-213

雑誌 (外国語)

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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.	13(6)	733-7	2010
Shimizu, K., Ogawa, A., et al	Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice	Psychooncology	19	718-725	2010
Asai, M., Ogawa, A., et al	Psychiatric disorders and stress factors experienced by staff members in cancer hospitals: a preliminary finding from psychiatric consultation service at National Cancer Center Hospitals in Japan	Palliat Support Care	8	291-295	2010
Ogawa, A., et al	Involvement of a psychiatric consultation service in a palliative care team at the Japanese cancer center hospital	Jpn J Clin Oncol	40	1139-1146	2010
Sasahara T, Miyashita M, Umeda M, Higuchi H, Shinoda J, Kawa M, Kazuma K.	Multiple evaluation of a hospital-based palliative care consultation team in a university hospital: Activities, patient outcome, and referring staff's view.	Palliat Support Care	8	49- 57	2010
Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T.	The Palliative Care Self-reported Practices Scale (PCPS) and the Palliative Care Difficulties Scale (PCDS): reliability and validity of 2 scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals.	J Palliat Med	13(4)	427-37	2010