

- P120、日本看護協会出版会、2012.
3. 高橋美賀子:安楽に関する症状を示す対象者への看護、香春知永ほか編:系統看護学講座専門分野 1 臨床看護総論、238-253、医学書院、2011.

2. 実用新案登録  
なし。
3. その他  
特記すべきことなし。

学会発表

1. なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
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、前年度に確定したELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイドの内容や使いやすさ等について、質的な手法を用い、全般的に評価することを目的とした。その結果、「ガイド全般に関すること」と「各モジュールに関すること」の2つのカテゴリーに分類され、具体的な改善点が明らかとなった。今後は、次回の改訂に向け、これらの問題点に対する改善策を検討するとともに、実際に本ガイドを使用したELNEC-J指導者から、ガイドの内容や使いやすさなどに関する意見を収集していくことが大きな課題である。

#### 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、2010 年 3 月末までに 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は実施することができない現状にある。

そこで、ELNEC-J の普及に向け前年度は、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した。その後実施可能性を検討し、ガイドを確定した (ELNEC-J コアカリキュラム指導者用ガイド)。

本年度は、確定した ELNEC-J コアカリキュラム指導者用ガイドの内容や使いやすさ等について、質的な手法を用い、全般的に評価することを目的とした。

#### B. 研究方法

「1. ELNEC-J コアカリキュラム指導者用ガイドの使用経験のある ELNEC-J 指導者によるグループディスカッション」と「2. ガイド改訂担当者によるディスカッション」の 2 つの方法を用いて行った。

1. ELNEC-J コアカリキュラム指導者用ガイドを使用した ELNEC-J 指導者によるグループディスカッション

##### 1) 対象

2010 年 5 月に開催された ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラム (2 日間) に参加した講師・ファシリテーター 17 名

##### 2) 方法

ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラムの 1 日目と 2 日目

の終了後ミーティングの際に、ELNEC-J コアカリキュラム指導者用ガイドについての使いやすさや問題点などに関する意見を聴取し、記録した。

## 2. ガイド改訂担当者によるディスカッション

### 1) 対象

ガイド改訂に中心的に関わった緩和ケア看護の研究者 2 名

### 2) 方法

ELNEC-J コアカリキュラム指導者用ガイドを用いた ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラムに参加のうえ、ガイドの改訂作業を振り返ってもらった。そして、ELNEC-J コアカリキュラム指導者用ガイドの問題点や内容に関する意見を出してもらい、記録した。

## 3. 分析

1 と 2 によって得られたデータをまとめたい行った。具体的には、記録した内容を類似性に従って分類し、ガイド全般に関するものと各モジュールに関するものに分けて示した。

## C. 結果

### 1) ガイド全般に関すること

- ・暗くした部屋だと、見にくいスライドがあった。
- ・現在のスライド上の文献表記では、受講者が文献にたどりつくことができない。
- ・スライド・ガイドとも、文献を引用しているのか参考にしているのかの区別が明確でない。
- ・スライドで学習した内容を適用できるような事例・設問になっていない。
- ・受講者アウトラインの構成が分かりにくいモジュールがある。
- ・補助教材の目的や使用方法に関する記載が十分でない。

### 2) モジュール 5

- ・他のモジュールとの関連性が分かりにくい。

### 3) モジュール 6

- ・副題の「意思決定」に関する内容が薄い。

### 4) モジュール 7

- ・「死別」は本来死に別れの瞬間のことであり、スライドの図は正しくない。
- ・「Breavement」を「死別」と訳して使用することの妥当性を検討する必要がある。

### 5) モジュール 8

- ・スピリチュアルケアについての記載が重なっている部分がある。

## D. 考察

本研究では、ELNEC-J コアカリキュラム指導者用ガイドを、2 つの視点から評価した。その結果、スライドの体裁、文献表記の仕方、事例や補助教材の充実の必要性などガイド全般に関することに加え、モジュール毎の具体的な問題点が明らかとなった。今後、次回のガイド改訂に向け、これらの問題点に対する改善策を検討することが必要である。

また、ELNEC-J コアカリキュラム指導者用ガイドを作成したことによって、そのガイドを教材として用いた研修会が多く実施されるようになってきている。そのため、研修会を実施した ELNEC-J 指導者から、ガイドの内容や使いやすさなどに関する意見を収集し、次回のガイド改訂に反映させていくことも大きな課題である。

## E. 結論

確定した ELNEC-J コアカリキュラム指導者用ガイドを、2 つの視点から評価した。その結果、いくつかの問題点が明確になった。今後は、次回の改訂に向け、これらの問題点に対する改善策を検討することが課題である。

## G. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
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

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

緩和ケアチーム研修会の評価に関する研究

研究分担者 中澤葉宇子（独）国立がん研究センター がん対策情報センター

研究要旨 本研究の目的は、国立がんセンターが主催した平成 22 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会・基礎研修会に参加した、緩和ケアチームの活動の変化を測定し、研修会の有効性を検証することである。緩和ケアチームの活動を評価するため、平成 20 年度に開発した活動評価指標を使用し、緩和ケアチームの活動を問う 17 項目と活動に対する自信を問う 6 項目、対象者背景について、研修会前、研修会直後、研修会后約 1 年の計 3 回実施した。対象者は平成 22 年度のがん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会に参加した医師・看護師・薬剤師 195 名（49 チーム）であった。

調査の結果、研修会前 192 名（回収率 98%）、研修会直後 195 名（回収率 100%）、研修会后約 1 年 129 名（回収率 66%）から回答を得た。対象者背景は身体症状担当医師（25%）、精神症状担当医師（25.5%）、看護師（25.5%）、薬剤師（24%）であり、緩和ケアチーム活動年数 2 年未満が全体の 43.8%であった。研修会前と研修会后約 1 年で比較の結果、地域や緊急時のサポート体制（ $p=0.020$ , effect size=0.20）に関する活動に変化が認められた。活動に対する自信については、研修会前から研修会后約 1 年後の変化は僅かであった（ $p=0.135$ , effect size=0.07）。

今後は、研修会参加者の緩和ケアに関する専門的知識・技術や、患者アウトカムの評価が課題である。

#### A. 研究目的

本邦では平成 19 年 6 月のがん対策推進基本計画が策定され、重点的に取り組むべき課題として緩和ケアの提供体制の整備が掲げられた。それに伴い、がん診療連携拠点病院には、専門的な緩和ケアを提供することを目的に緩和ケアチームが新設され、緩和ケアチームの量的拡充が図られている。しかしながら、本邦のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームを対象とした実態調査では、緩和ケアチームメンバーの緩和ケア提供に関する自己評価が低く、活動上の困難感が高いことが報告されており、専門的な緩和ケアを提供するためには、緩和ケアチームの活動の質を向上していくことが課題となっている。

緩和ケアチームの活動の質を向上するため、平成 19 年度から独）国立がん研究センター主催による緩和ケアチーム研修会が実施されている。効果的な研修会を実施するためには、研修会に参加した緩和ケアチームの具体的な活動状況の変化を測定し、研修会の有効性を評価することが重要である。

本研究では、平成 22 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会・基礎研修会に参加した緩和ケアチームの研修会前後の活動を調査し、研修会の有効性を評価することである。

#### B. 研究方法

##### 1. 方法

自記式質問紙調査法を用い、単群前後比較調査を実施した。

##### 2. 対象者

平成 22 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会参加者 195 名（49 チームの身体症状担当医師・精神症状担当医師・看護師・薬剤師）

##### 3. 調査項目

平成 20 年度に開発した緩和ケアチームの活動評価指標を用いて以下の項目について調査を実施した。

##### 1) 緩和ケアチームの活動を問う 4 ドメイン 17 項目

- 緩和ケアチーム内および依頼者とのコミュニケーションについて 6 項目

- 地域・緊急時のサポートについて 4 項目
  - コンサルテーションによる臨床活動について 3 項目
  - 患者・家族に緩和ケアを分かりやすく紹介することについて 3 項目
- 2) 緩和ケアチームの活動に対する自信を問う 6 項目
- 3) 対象者背景 10 項目
- 緩和ケアチーム活動年数
  - 緩和ケアチーム活動体制
  - 過去 1 年間にチームのメンバーとして診療に加わった件数 など
4. 調査実施期間

調査実施期間と実施プロセスは表 1 に示した。

表 1

	研修会前	研修会直後	研修会後 12カ月
活動	○		○
自信	○	○	○

#### 5. 分析方法

研修会前後の緩和ケアチームの活動の変化は対応のある t 検定を行った。また、研修会前後の緩和ケアチームの活動に対する自信の変量効果については、一般線型混合モデルを用いて推定した。また、緩和ケアチームの活動の評価項目について、研修会前と研修会後約 1 年の各ドメイン合計得点の平均値の差について効果量 (effect size) を算出した。

なお、本調査は独) 国立がん研究センター倫理審査委員会の承認を得て実施した。

### C. 研究結果

#### 1. 回答率

研修会前 192 名 (回収率 98%)、研修会直後 195 名 (回収率 100%)、研修会後約 1 年 129 名 (回収率 66%) から回答を得た。

#### 2. 対象者背景

対象者背景を別添 1 に示した。

#### 3. 緩和ケアチームの活動について

活動の変化については別添 2 に示した。

「チーム内および依頼者とのコミュニケーションについて」の 6 項目合計得点

(range5-30) の平均値は研修会前 24.3、研修会約 1 年後も 24.3 であり、研修会前後比較では有意差は認められなかった (p=1.000,

effect size=0.0)。「地域・緊急時のサポートについて」の 5 項目合計得点 (range5-25) の平均値は研修会前 15.0、研修会約 1 年後では 15.9 であり、研修会前後の比較では有意差が認められた (p=0.020, effect size=0.20)。「コンサルテーションによる臨床活動について」の 3 項目合計得点 (range5-15) の平均値は研修会前 12.9、研修会約 1 年後では 13.2 であり、研修会前後の比較では有意差は認められなかった (p=0.101, effect size=0.14)。「患者・家族に緩和ケアを分かりやすく紹介することについて」の 3 項目合計得点 (range5-15) の平均値は研修会前 11.2、研修会約 1 年後では 11.7 であり、研修会前後の比較では有意差が認められなかった (p=0.110, effect size=0.15)。

#### 4. 緩和ケアチームの活動に対する自信について

活動に対する自信の時間変化については別添 2 に示した。

活動に対する自信を問う 6 項目の合計得点 (range5-30) の平均値は研修会前 17.9、研修会約 1 年後では 18.1 であり、研修会前後の時間的変化には有意差は認められなかった (p=0.135, effect size=0.07)。

### D. 考察

本研究では、がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会の前後に緩和ケアチームの活動を評価し、研修会の有効性を評価した。研修会前と研修会約 1 年後の活動の比較では、概ね活動の増加が認められ、特に「地域・緊急時のサポートについて」の活動の増加が大きかった。

本研究の限界として結果の解釈には、研修会約 1 年後の回収率が 66% であり、実際の変化との誤差や、本邦で進められている、がん対策推進基本計画に基づく重点的な緩和ケアの整備や、それに伴う「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の実施など、他の要因による影響を配慮する必要がある。

今後は、緩和ケアチームの緩和ケアに関する専門的知識や技術の向上や患者アウトカムを評価することが課題である。

### E. 結論

本研究では、研修会前後比較調査によって、概ね、緩和ケアチームの活動の増加と活動に対する自信の向上が認められ、緩和ケアチーム研修会の有効性が確認された。

## 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. 橋爪隆弘, 中澤葉宇子. がん対策基本法を受けて変わりつつあること 今後の緩和ケアを見つめて: 緩和ケアに携わる医療従事者の育成を目的とした緩和ケアチーム研修会について -がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会-. 緩和医療学 2009; 11(4): 310-315.
2. 橋爪隆弘, 中澤葉宇子. がん対策基本法の前後 何が変わり、何が変わらないか がん対策基本法後に緩和ケアチームはどうか変わったか 研修会から見える課題. 緩和ケア 2010; 20(1): 23-27
3. 橋爪隆弘, 中澤葉宇子. がん対策基本法後に緩和ケアチームはどうか変わったか 緩和ケアチーム研修会からみえる課題. (公財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会. ホスピス緩和ケア白書 2011; 37-41, (公財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

### 学会発表

1. 中澤葉宇子, 木澤義之, 森田達也, 笹原朋代, 橋爪隆弘, 宮下光令, 志真泰夫. がん診療連携拠点病院緩和ケアチームのコンサルテーション活動の実態. 日本緩和医療学会. 2010.
2. 橋爪隆弘, 木澤義之, 小川朝生, 中澤葉宇子. 研修会から見える緩和ケアチームの課題と今後の展望. 日本癌治療学会 学術集会. 2010.
- 3.

## H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

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

別添 1

対象者背景

	人数	割合(%)
性別		
男	98	( 51 )
女	94	( 49 )
年齢		
20代	8	( 4 )
30代	93	( 48 )
40代	72	( 38 )
50代	15	( 8 )
60以上	2	1
職種		
身体医師	48	( 25 )
精神医師	49	( 25.5 )
看護師	49	( 25.5 )
薬剤師	46	( 24 )
臨床経験年数(年)		
1-4	8	( 4.2 )
5-9	44	( 22.9 )
10-19	93	( 48.4 )
20-29	43	( 22.4 )
30以上	3	( 1.6 )
PCT活動年数(年)		
活動前	8	( 4.2 )
2未満	76	( 39.6 )
2-4	56	( 29.2 )
4-6	33	( 17.2 )
6-8	12	( 6.3 )
8-10	3	( 1.6 )
10-	2	( 1.0 )

N=192(回答率98%)

	人数	割合(%)
活動体制		
専従	42	( 22 )
専任	27	( 14 )
兼任	117	( 61 )
活動前	6	( 3 )
業務全体に占める緩和ケアチームの業務割合(%)		
0	3	( 2 )
1-25	102	( 53 )
26-50	35	( 18 )
51-75	17	( 9 )
76-100	33	( 17 )
過去1年間にメンバーとして診療に加わった件数(件)		
0	7	( 3.7 )
1-9	20	( 10.4 )
10-49	77	( 40.1 )
50-99	45	( 23.4 )
100以上	42	( 21.9 )
緩和ケアに関する研修会参加回数(回)		
0	24	( 12.5 )
1-4	95	( 49.5 )
5-9	32	( 16.7 )
10以上	38	( 19.8 )
最終学歴		
専門学校	27	( 14.1 )
短期大学	7	( 3.65 )
大学	100	( 52.1 )
大学院	58	( 30.2 )

別添 2

緩和ケアチームの活動:ドメインスコア平均の比較

	ドメインスコア平均(±SD)				効果量	前後比較 (P値)
	研修前 (n=192)	研修直後 (n=195)	研修約1年後 (n=129)	研修約1年後 (n=129)		
緩和ケアチーム内および依頼者とのコミュニケーションについて (range 5-30)	24.3	3.3	24.3	3.6	0.00	1.000
地域・緊急時のサポートについて (range 5-25)	15.0	4.3	15.9	4.5	0.20	0.020 *
コンサルテーションによる臨床活動について (range 5-15)	12.9	2.7	13.2	2.2	0.14	0.101
患者・家族に緩和ケアを分かりやすく紹介することについて (range 5-15)	11.2	3.0	11.7	2.7	0.15	0.110

Paired t test: \*P<0.05, \*\*P<0.01, \*\*\*P<0.001

緩和ケアチームの活動に対する自信:合計スコア平均の変化

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

\* 研修約1年後

\*\* General Linear Mixed Model



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

緩和ケアチームの教育に関する研究  
－がん医療に携わる心理士の教育プログラム作成に向けた実態調査－

分担研究者 岩満優美 北里大学大学院医療系研究科 教授

研究要旨 がん医療に携わる心理士を対象に、実際に困ったことや辛かったことについて自由筆記で回答を求め、その内容を質的に分析した。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、403 施設から返信があった（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。自由筆記を行っていた者は 294 名であり、自由筆記を行わなかった 107 名と基本属性について比較検討したところ、年齢、臨床経験（医療、がん医療など）の平均には 2 群において違いは認められなかった。一方、緩和ケアチームの有無、緩和ケアチームへの参加の頻度については、緩和ケアチームが施設にあり、実際に緩和ケアチームの一員として参加している心理士がより多く自由筆記を行っていた。自由筆記の内容を質的に分析した結果、『病院システムに関すること』『他職種との連携に関すること』『心理士としてのアイデンティティに関すること』『心理士としての不安』『心理的援助に関すること』『医療全般に対する知識不足』『心理士のメンタルヘルス・自己研鑽』『その他』といった 8 つのカテゴリーが抽出された。がん医療における心理士の教育プログラムを作成するには、E-Learning などの活用、経験年数に応じた研修会の開催、がん医療に携わる心理士間の情報交換の場を増やすこと、心理士のメンタル面へのケアなどを総合的に考えることが必要である。

A. 研究目的

これまで、がん医療や緩和医療に携わる心理士を対象に質問紙調査を実施し、これらの領域に携わる心理士に必要な知識やスキル等について検討してきた。今回は、その調査の際に同時に測定した、実際に困ったことや辛かったことについて具体的に記載した内容について分析した。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

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 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

「実際にがん医療で働いて困ったこと・つらかったこと」の自由筆記を行った者（以下、筆記あり群）と行わなかった者（以下、筆記なし群とする）とで基本属性に違いがあるか否かを調べるために、筆記なし群と筆記あり群の 2 群に分け、年齢、臨床経験年数などの平均 $\pm$ SD を群ごとに算出し、t 検定を行った。つぎに、筆記の有無が、性別（男性・女性）、勤務形態（非常勤・常勤）、緩和ケアチームの

有無（チームなし・チームあり）、および緩和ケアチームへの参加（参加なし・参加あり）に影響を受けているか否かを調べるために、それぞれ  $\chi^2$  検定を行った。

「実際にがん医療で働いて困ったこと・つらかったこと」の自由筆記については、Mayring (2004) の手法を参考に質的内容分析を行った。まず、2 名の分析者がそれぞれ重要な表現と内容の抽出を行い、抽出された表現と内容に名称（コード名）を付与し、類似する内容のコード化を実施した。それをもとに類似したコードを集約し、カテゴリーとし、カテゴリーの名称を付与した。それぞれが作成したコードおよびカテゴリーが不一致だった場合、それらが一致するまでその協議を繰り返し、その内容的妥当性を検討した。

（倫理面への配慮）

本研究の参加は自由意志であること、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

「実際にがん医療で働いて困ったこと・つらかったこと」の筆記なし群は 107 名（男性：28 名、女性 77 名、平均年齢 $\pm$ SD=39.4 $\pm$ 9.5 歳）、筆記あり群が 294 名（男性：61 名、女性 233 名、平均年齢 $\pm$ SD=36.3 $\pm$ 9.4 歳）であった。臨床経験年数の平均 $\pm$ SD は、筆記なし群が 13.1 $\pm$ 10.1 年、筆記あり群が 10.2 $\pm$ 8.8 年、医療経験年数の平均 $\pm$ SD は、筆記なし群が 11.2 $\pm$ 9.6 年、筆記あり群が 9.1 $\pm$ 8.5 年、がん医療経験年数の平均 $\pm$ SD は、筆記なし群が 3.4 $\pm$ 4.3 年、筆記あり群が 3.1 $\pm$ 3.3 年であり、それぞれの年数に対して t 検定を行った結果、2 群に違いは認められなかった。また、性別については、筆記（筆記なし群・筆記あり群） $\times$ 性別（男性・女性） $\chi^2$  検定を行ったが、頻度に偏りは認められなかった。勤務形態については、筆記（筆記なし群・筆記あり群） $\times$ 勤務形態（非常勤・常勤）の  $\chi^2$  検定の結果、筆記なし群では常勤が 75 人、非常勤が 30 人、筆記あり群では常勤が 213 人、非常勤が 74 人で、これらの頻度に偏りはなかった。緩和ケアチームの有無については、筆記なし群では緩和ケアチームなしが 27 人、緩和ケアチームありが 76 人、一方、筆記あり群では、緩和ケアチームなしが 25 人、緩和ケアチームありが 265 人であった。筆記（筆記

なし群・筆記あり群) ×緩和ケアチームの有無(チームなし群・あり群)の $\chi^2$ 検定の結果、頻度に偏りが認められ、筆記あり群では緩和ケアチームがある職場の頻度は約9割と高かったが、筆記なし群では緩和ケアチームがある職場の頻度は7割強と低かった( $p < .05$ )。同様に、緩和ケアチームへの参加については、筆記なし群では未参加が46人、参加が57人であり、一方、筆記あり群では、未参加が77人、参加が211人であった。筆記(筆記なし群・筆記あり群) ×緩和ケアチームへの参加(未参加群・参加群)の $\chi^2$ 検定の結果、頻度に偏りが認められ、筆記あり群では緩和ケアチームへの参加が約7割を超えているのに対して、筆記なし群では緩和ケアチームの参加は5割弱であった( $p < .05$ )。

#### 困ったこと・辛かったこと

自由筆記を質的に分析した結果、『病院システムに関すること』『他職種との連携に関すること』『心理士としてのアイデンティティに関すること』『心理士としての不安』『心理的援助に関すること』『医療全般に対する知識不足』『心理士のメンタルヘルス・自己研鑽』『その他』の8つのカテゴリーが得られた。

『病院システムに関すること』では、精神科医が非常勤である、マンパワー不足などの「病院組織の問題」、チームとして機能していないことや心理士がチームの一員となれていないといった「チーム医療に関する問題」、非常勤で勤務時間が少ないことや、精神科が主な勤務である、1人職場でがん医療に携わりにくいことなどの「心理士の勤務形態の問題」の3つのサブカテゴリーが抽出された。

『他職種との連携に関すること』では、心理士への依頼の際、医療者側と患者との認識やニーズのずれがあること、患者の意識レベルが低くなってからの依頼が多いなどの「心理士への依頼方法の問題」、看護師や医師とのコミュニケーションの取り方やそれらの不足、他職種との情報交換の難しさなどの「他職種との関係性」、医療者間の感情の対立などの「医療者間のコミュニケーションの問題」の3つのサブカテゴリーが抽出された。

『心理士としてのアイデンティティに関すること』では、心理士として過剰に期待されるが、一方で心理士の認知度が低いなど、他職種の心理士に求める役割にはかなりの個人差があるといった「心理士に求める役割の問題」、診療報酬がないことや待遇が不安定とい

った「心理士が国家資格ではない問題」、心理士自身も専門性がわからず他職種にアピールしにくいことや、他職種から見ても心理士の専門性がわかりにくいこと、心理士の立場や役割があいまいであるといった「心理士としての専門性の不明確さ」の3つのサブカテゴリーから構成された。

『心理士としての不安』では、1人職場であることから、相談できる人が身近にいないことやがん医療での他施設との交流が少ないこと、他職種からのサポートが得られにくいこと、心理士として仕事が評価されにくいこと、1人で実行することのプレッシャーといった「心理士の孤独感」、1人職場であり身近に相談する人がいないことから、仕事に不安や自信のなさを感じることで、援助方法の有効性を確かめる手段がないといった「心理士としての自信のなさ」、がん医療の経験の少なから他職種の期待にこたえられないこと、1人職場であることや業務の多忙さから多くの患者にかかわれないことなどの「心理士としての葛藤」の3つのサブカテゴリーが抽出された。

『心理的援助に関すること』では、面接動機が希薄な患者へのかかわり方や痛みが強い患者へのかかわり方、攻撃的な患者やターミナル期の患者へのかかわり方に難しさを感じているといった「がん患者・家族(遺族)へのかかわりの難しさ」、心理面接の構造化、場所の確保などの心理面接の枠組み設定の考え方、心理的介入のタイミング・目的・技法などがわからない、がん医療での心理的介入のスキルが足りないといった「がん医療における心理的援助方法の習得に関すること」の2つのサブカテゴリーが抽出された。

『医療全般に対する知識不足』では、カルテがわからない、医学用語がわからないといった「医学的・生物学的知識不足」、カンファレンスについていけない、各がんの治療法の種類や身体症状がわからないといった「がんの知識不足」、精神症状のアセスメントに自信がない、薬物療法がわからないといった「精神医学の知識不足」の3つのサブカテゴリーが抽出された。

『心理士のメンタルヘルス・自己研鑽』では、バーンアウトに対する予防が必要である、がん患者とのかかわりがつらいといった「心理士自身のメンタルヘルスの問題」、患者の死に対する無力感、失望感、および喪失感を感じるといった「患者の死への対処、医療やが

ん医療に対する勉強会や研修会が少ない、経済的・時間の問題から勉強会や研修会に参加できないといった「自己研鑽の問題」の3つのサブカテゴリーが抽出された。

『その他』として、医療者のメンタルヘルスマで行う時間がない、医療者が求める講義を行えないといった「医療者のメンタルヘルスなどの対応」、医療心理への根本的な啓発が必要であるという「医療心理全体の問題」が抽出された。

#### D. 考察

本研究では、がん医療に携わる心理士を対象に、「実際に困ったことやつらかったこと」を自由筆記で尋ね、その内容を質的に分析した結果、8つのカテゴリーが抽出された。心理士の教育プログラムを考えた場合、心理士の勤務形態や病院組織に関する問題など『病院システムに関すること』はすぐには解決できないと考えられるが、『他職種との連携に関すること』や『医療全般に対する知識不足』については、教育プログラムを作成する際の大きな柱になると考えられる。がん医療に限らず、心理士が医療で働くためには、医療全般に対する最低限の知識を習得しておく必要がある。また、がん医療においては、心理士は最低限のがんに関する知識を習得したうえで、がん患者や家族の心理的援助にあたることが大切である。そのため、がん医療に携わる心理士は、医療全般に対する研修会や勉強会などに参加し、これらの知識やスキルを習得することが望まれるが、『心理士のメンタルヘルス・自己研鑽』のカテゴリーからわかるように、心理士の研修会のあり方についても検討していく必要がある。たとえば、基本的な教育プログラムはE-Learningを作成し、各自が必要に応じてE-Learningで勉強することができるような環境を整えていくことも考えられよう。

つぎに、がん医療に携わる心理士は、がん医療という心理面接の枠組み設定が難しいなかで臨機応変な対応を求められる心理的援助方法に困難さを感じていることがわかった。『心理的援助に関すること』は、心理士の専門性やアイデンティティとも関連していることである。すなわち、心理士がその専門性をいかす、あるいは、他職種から心理士としての専門性を求められる領域であり、がん患者・家族に柔軟な心理的援助を実施することができなければ、心理士としてのアイデンテ

ィティを獲得することも難しいと考えられる。心理士のアイデンティティの主軸と考えられるこれらの領域については、医療での臨床経験、がん医療での臨床経験といったように、それぞれの経験年数に応じた教育プログラムの構築が必要であろう。

本研究では、1人職場の心理士が多いことや、がん医療で勤務する心理士が少ないことから、心理士が抱えている孤独感や自信のなさといったがん医療で勤務する『心理士の不安感』が抽出された。これらも『心理士としてのアイデンティティに関すること』と関連している。がん医療に携わる心理士は、他職種からも心理士の専門性を理解されにくく、心理士自身さえもその専門性に迷い苦しみ、心理士は十分に心理士としての門性を発揮できないことに1人で葛藤を抱えていると推察される。また、がん医療での心理士の役割もあいまいである。それらに加え、医療全般に対する知識のなさやがん医療での臨床心理の経験の乏しさ、症例検討などを含めたがん医療に携わる心理士間の情報交換の乏しさから、より一層、心理士自身もがん患者への心理的援助に自信が持てない状態であることが推察される。

最後に、心理士だけに限らないが、がん医療に携わる医療者を含めたメンタルヘルスの維持・向上の問題が浮かびあがった。

以上より、がん医療における心理士の教育プログラムを作成するには、E-Learningなどの活用、経験年数に応じた研修会の開催、がん医療に携わる心理士間の情報交換の場を設けること、心理士のメンタル面へのケアなどを総合的に考えていくことの必要性がわかった。

#### E. 結論

本研究では、がん医療に携わる心理士を対象に、「実際に困ったことやつらかったこと」を自由筆記で尋ね、その内容を質的に分析した。その結果、『病院システムに関すること』『他職種との連携に関すること』『心理士としてのアイデンティティに関すること』『心理士としての不安』『心理的援助に関すること』『医療全般に対する知識不足』『心理士のメンタルヘルス・自己研鑽』『その他』といった8つのカテゴリーが抽出された。

がん医療における心理士の教育プログラムを作成するには、E-Learningなどの活用、経験年数に応じた研修会の開催、がん医療に携

わる心理士間の情報交換の場を設けること、  
心理士のメンタル面へのケアなどを総合的に  
考えていくことが必要であることがわかった。

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

なし。

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

緩和ケアチームに所属している薬剤師の業務内容に関する実態調査  
～薬剤師の業務体制やその内容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 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には薬剤師の参加が必須となった。しかし、薬剤師が薬物療法のスペシャリストとしてどのような業務体制で実務を行っているかについては未だ明らかにされていない。そこで本研究では、緩和ケアチームに所属している薬剤師の業務体制やその内容が客観的に評価できる調査票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より、調査用紙が作成された。そのため、本用紙を用いて調査を行なうことにより緩和ケアチームに所属している薬剤師の業務体制やその内容が客観的に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

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には薬剤師の参加が必須となった。しかし、緩和ケアチームの中で医師や看護師の業務の実態を調査した研究はあるものの、薬剤師が薬物療法のスペシャリストとしてどのような業務体制で実務を行っているかについては未だ明らかにされていない。そこで本研究では、緩和ケアチームに所属している薬剤師の業務体制やその内容が客観的に評価できる調査票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 や緩和ケアチーム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をもとに 1、薬剤

師プロフィール、2、所属施設の概要や緩和ケアチームの活動状況、3、依頼された患者情報の入手方法、4、チーム内における臨床活動、5、チーム内における教育活動、6、チーム内における研究活動、の 6 項目からなる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、緩和ケアチーム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緩和ケアチームに所属している薬剤師の業務体制やその内容が客観的に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

研究では、緩和ケアチームに所属している薬剤師の業務体制やその内容が客観的に評価できる調査票の作成をおこなった。literature review および緩和ケアに携わる薬剤師の意見交換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チーム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緩和ケアチームに所属している薬剤師の業務体制やその内容が客観的

に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. 伊勢雄也, 片山志郎: がん治療と緩和ケア(1): 在宅緩和医療の推進に障壁となっていることは? ~薬剤師の視点から~. 日本医科大学医学会雑誌, 2011 Oct;7(4):156-61.

学会発表

1. 伊勢雄也. 緩和医療とファーマコエコノミクス~緩和医療の質と効率の両立を目指して~. シンポジウム 16. 緩和医療における薬剤経済学の具体例. 第5回日本緩和医療薬学会年会. 2011年9月24-25日. 千葉.

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。」

### 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
佐藤哲観	「緩和ケア」とは何か. がんの痛みの対処法. がんの痛みに対する鎮 痛薬の適切な使い方. 安楽死と尊厳死.	弘前大学大 学院医学研 究科	最新がん治療	朝日新聞 出版	東京	2011	224-234 250-253
森田達也, 木 澤義之, 新城 拓也	エビデンスで解決!緩和 医療ケースファイ ル.	森田達也, 木澤義之, 新城拓也	エビデンスで 解決!緩和医 療ケースファ イル.	南江堂	東京	2011	
岡村 仁	がん患者のリハビリテ ーションと心理的問題	清水 研	がん医療に携 わるすべての 医師のための 心のケアガイ ド	真興交易 (株) 医 書出版部	東京	2011	206-209
岡村 仁	リハビリテーション	小川朝生, 内富庸介	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	191-194
小川朝生	コンサルテーションと アセスメント	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	52-64
小川朝生	せん妄	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	120-132
小川朝生	認知症	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	133-136
小川朝生	発達障害	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	142-145
小川朝生	薬物間相互作用	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	185-190
小川朝生	高齢者腫瘍学	内富庸介, 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	309-317

小川朝生	意思決定能力	内富庸介、 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	365-372
小川朝生	ガイドライン作成と各 地域での取り組み	内富庸介、 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	383-386
小川朝生	悪性腫瘍	日本総合病 院精神医学 会治療戦略 検討委員会	向精神薬・身 体疾患治療薬 の相互作用に 関する指針	株式会社 星和書店	東京	2011	1-13
小川朝生	患者さんが「治療を受 けたくない」と言って います。	内富庸介、 大西秀樹、 小川朝生	がん患者の心 のケア こん なときどうす る？:サイコ オンコロジー を学びたいあ なたへ	文光堂	東京	2011	29-38
小川朝生	「身の置きどころがな いのです」	内富庸介、 大西秀樹、 小川朝生	がん患者の心 のケア こん なときどうす る？サイコオ ンコロジーを 学びたいあな たへ	文光堂	東京	2011	39-47
小川朝生	化学療法が終わっても 「何だかだるい」	内富庸介、 大西秀樹、 小川朝生	がん患者の心 のケア こん なときどうす る？サイコオ ンコロジーを 学びたいあな たへ	文光堂	東京	2011	71-79
小川朝生	「胸苦しさが治まりま せん…」	内富庸介、 大西秀樹、 小川朝生	がん患者の心 のケア こん なときどうす る？サイコオ ンコロジーを 学びたいあな たへ	文光堂	東京	2011	87-94
小川朝生	患者さんが怒っていま す	内富庸介、 大西秀樹、 小川朝生	がん患者の心 のケア こん なときどうす る？サイコオ ンコロジーを 学びたいあな たへ	文光堂	東京	2011	102-109
小川朝生	主治医はメンタルをわ かっていないみたいです。 す。	内富庸介、 大西秀樹、 小川朝生	こんなときど うする？サイ コオンコロジ ーを学びたい あなたへ	文光堂	東京	2011	117-124
小川朝生	海外各国の精神腫瘍学 の取り組みーガイドラ インの作成と各地域で の取り組み	内富庸介、 小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	383-385

小川朝生	認知症・せん妄	清水研	がん診療に携わるすべての医師のための心のケアガイド	新興交易(株)医書出版部	東京	2011	50-56
小川朝生	緩和ケアチームとの連携	清水研	がん診療に携わるすべての医師のための心のケアガイド	新興交易(株)医書出版部	東京	2011	75-79
高橋美賀子	疼痛マネジメントにおいて、薬物療法以外のケアにエビデンスはあるのか?	道又元裕	ケアの根拠—問後の疑問に答える180のエビデンス	日本看護協会出版会	東京	2011	120
高橋美賀子	安楽に関係する症状を示す対象者への看護、2011.	香春知永	系統看護学講座専門分野1臨床看護総論	医学書院	東京	2011	238-253
橋爪隆弘, 中澤葉宇子.	がん対策基本法後に緩和ケアチームはどうか わったか 緩和ケアチーム研修会からみえる課題.	(公財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会.	ホスピス緩和ケア白書2011	(公財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団	東京	2011	37-41

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
Kizawa Y, Tsuneto S, Tamba K, Takamiya Y, Morita T, Bito S, Otaki J.	Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: a modified Delphi method.	Palliat Med. 2011 Sep 15. [Epub ahead of print]			
Okamura H	Importance of rehabilitation in cancer treatment and palliative medicine.	Jpn J Clin Oncol	41	733-738	2011
Ohnishi N, Okamura H, et al	Relationships between roles and mental states and role functional QOL in breast cancer outpatients.	Jpn J Clin Oncol	41	1112-1118	2011
Ito, T., Ogawa, A., et al	Usefulness of pharmacist-assisted screening and psychiatric referral program for outpatients with cancer undergoing chemotherapy	Psychooncology	20 (6)	647-654	2011
Ogawa, A., et al	Availability of Psychiatric Consultation-Liaison Services as an Integral Component of	Jpn J Clin Oncol	In Press		2011

	Palliative Care Programs at Japanese Cancer Hospitals				
Ueyama, E., <u>Ogawa, A.</u> , et al	Chronic repetitive transcranial magnetic stimulation increases hippocampal neurogenesis in rats	Psychiatry Clin Neurosci	65	77-81	2011
Shirai, Y., <u>Ogawa, A.</u> , et al	Patients' perception of the usefulness of a question prompt sheet for advanced cancer patients when deciding the initial treatment: a randomized, controlled trial	Psychooncology	In Press		2011
Nakazawa Y, <u>Miyashita M.</u> , Morita T, et al	The current status and issues regarding hospital-based specialized palliative care service in Japanese regional cancer centers: a nationwide questionnaire survey.	Jpn J Clin Oncol. (in press)			
Takenouchi S, <u>Miyashita M.</u> , Tamura K, et al	Evaluation of the End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan Faculty Development Program: Validity and Reliability of the 'End-of-Life Nursing Education Questionnaire.	J Hospice Palliative Nursing (in press)			
Nakazawa Y, <u>Miyashita M.</u> , Morita T, et al	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)	427-437	2010
Sasahara T, <u>Miyashita M.</u> , Umeda M, et al	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.	18	1-9	2010
Otani H, <u>Morita T.</u> , Esaki T, Ariyama H, Tsukasa K, Oshima A, Shiraisi K.	Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment.	Jpn J Clin Oncol	41 (8)	999-1006	2011

雑誌（日本語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<u>山本 亮</u> , 阿部 泰之, <u>木澤 義之</u> .	緩和ケア研修会を開催したことによる変化—指導者研修会修了者の視点から .	Palliat Care Res	7	301-305	2012
阿部 泰之, <u>山本 亮</u> , <u>木澤 義之</u> .	がん対策基本法に基づく緩和ケア研修会の企画・運営および学習資料の問題点 .	Palliat Care Res	6	143-149	2011
末田千恵, 山岸暁美, 鈴木聡, 木下寛也, 鄭陽, 白髭豊, <u>木澤義之</u> , 森田	どのような緩和ケアセミナーが求められているのか 4188名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に	ペインクリニックb	32 (8)	1215-1222	2011