

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
平成 24 年度（総括 分担）研究年度終了報告書

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実態調査とその教育プログラム作成について

研究分担者 岩満優美 北里大学大学院医療系研究科 教授

研究要旨 本研究の目的は、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の教育プログラムづくりのための基礎資料を得ることであった。第 1 に、現在の職場からの要望が多かった人のみを抽出し、どの程度、その要望に応えられているかについて、再度検討を加えた。第 2 に、実際に困ったことや辛かったことについての質的分析を再検討した。その結果、70%以上の心理士が職場から要望されている仕事は、その頻度の多い順に、「院内の他職種との連携」「心理的援助が望ましい患者への対応」「患者の精神状態の評価」「精神疾患の患者への対応」「心理的援助が望ましい家族への対応」であった。実際に実行できていると答えた心理士は、「院内の他職種との連携」では、約 4 割、「心理的援助が望ましい患者への対応」では約 5 割強、「患者の精神状態の評価」および「精神疾患の患者への対応」では約 5 割、「心理的援助が望ましい家族への対応」では約 6 割強であった。一方、実際に困ったことや辛かったことについては、質的分析の結果、『病院システム』『他職種協働』『心理士の役割と専門性』『心理士としての専門的援助』『心理士のストレス』の 5 つのカテゴリーが得られた。以上より、医学的知識はもちろんのこと、他職種との連携および協働に対する教育の必要性が明らかになった。他職種を理解し、がん医療に特化した、具体的な症例を通したトレーニングを実施することができる教育プログラムの開発が望まれる。

#### 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。また、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も分析してきた。今回は、これまで行ってきた結果を踏まえ、再度以下の点について分析を行った：①現在の職場からの要望に、どの程度応えているかについて検討を新たに加えた。②実際に困ったことや辛かったことについての質的分析を再検討した。以上より、がん医療や緩和医療に携わる心理士に対する教育について検討を行った。

#### 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をおよぼす割合、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

「③がん領域に関する仕事内容について」の 22 項目に対して下記のように分析を行っ

た。まず、現在の職場からの要望に関する項目については、4 段階評定の“3 = 少し求められている”“4 = 求められている”と答えた頻度をあわせて“求められている”頻度とし、“1 = 求められていない”“2 = あまり求められていない”と答えた頻度をあわせて“求められていない”頻度として質問項目ごとに算出した。つぎに、“求められている”という回答のうち、4 段階評定の“3 = やや不十分である”“4 = 不十分である”と答えた頻度をあわせて“不十分である”頻度とし、“1 = 十分である”“2 = やや十分である”と答えた頻度をあわせて“十分である”頻度とし、質問項目ごとに算出した。

最後に、「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 192 名分ずつ、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。2 人の分析者、1 人の心理学研究者、および 2 名の臨床心理士が、作成したコードおよびカテゴリーについて確認および協議し、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）

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

##### がん領域に関する仕事に対する要望とその実行の程度

対象者の平均年齢は平均 $\pm$ SD=37.2 $\pm$ 9.5 歳、性別は男性が 89 名、女性が 310 名、不明が 2 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 名（20.2%）であるが、緩和ケアチームのある施設は 341 名（85.0%）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 名（64.0%）であった。

現在の職場から要望されている業務内容は、

頻度の高い順に「院内の他職種との連携 (85.8%)」「心理的援助が望ましい患者への対応 (81.7%)」「患者の精神状態の評価 (76.9%)」「精神疾患の患者への対応 (72.4%)」「心理的援助が望ましい家族への対応 (70.2%)」「医療者のメンタルヘルス対応 (66.9%)」「患者の病気に対する認識の把握 (61.9%)」「患者や家族の問題点やケアの具体化 (61.6%)」「家族の精神状態の評価 (60.9%)」であった。

これらの項目について実行が十分であると回答した頻度は、「院内の他職種との連携 (37.6%)」「心理的援助が望ましい患者への対応 (54.2%)」「患者の精神状態の評価 (49.2%)」「精神疾患の患者への対応 (48.4%)」「心理的援助が望ましい家族への対応 (63.3%)」「医療者のメンタルヘルス対応 (61.0%)」「患者の病気に対する認識の把握 (51.5%)」「患者や家族の問題点やケアの具体化 (58.9%)」「家族の精神状態の評価 (57.0%)」であり、70%以上の対象者が「実行が十分である」と回答した項目は認められなかった。

実行が十分であると 70%以上の対象者が回答した項目は、「患者、家族、医療者の自殺後の対応 (77.2%)」「精神疾患の遺族への対応 (73.5%)」「心理的援助が望ましい遺族への対応 (72.9%)」であり、これらの項目が現在の職場から要望されている程度は、「患者、家族、医療者の自殺後の対応 (33.2%)」「精神疾患の遺族への対応 (24.7%)」「心理的援助が望ましい遺族への対応 (36.6%)」であった。

がん医療で働いて困ったこと・辛かったこと

「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。

自由筆記を質的に分析した結果、『病院システム』『他職種協働』『心理士の役割と専門性』『心理士としての専門的援助』『心理士の

ストレス』の 5 つのカテゴリーが得られた。

『病院システム』では、①病院・組織の問題 (病院の組織が大きすぎず、マンパワーが足りない、病院の経営状態が悪い、チーム医療が認知されていない、常勤の精神科医がない、心理士として所属する適切な部署がない)、②勤務形態の問題 (非常勤のため、心理士として十分に仕事ができない、職場では心理士が 1 人のため、心理士として行う業務に限界がある、がん医療以外の業務に追われている、経済的に自立できない)の 2 つのサブカテゴリーが抽出された。

『他職種協働』では、①心理士への依頼方法の問題 (心理士への依頼が少ない、患者の身体症状や意識状態が悪くなってから、心理士に依頼する)、②緩和ケアチームに関する問題 (緩和ケアチーム内でのコミュニケーションが不足している、緩和ケアチームとして十分に活動していない、緩和ケアチームの中で心理士として活動できていない、看護師とうまく連携できない)、③病院内コンサルテーション・リエゾン業務の問題 (他職種と十分にコミュニケーションがとれない、病棟スタッフとの関係性をうまくとれない、他職種が心理士の立場や役割を十分に理解していない、心理士のスキル不足で、患者の情報提供をうまく行うことができない、精神科医との関係性が不十分である)、④医療者間のコミュニケーションの問題 (心理士以外の医療者間のコミュニケーションが不足している)の 4 つのサブカテゴリーが抽出された。

『心理士の役割と専門性』では、①心理士に求める役割の不明確さ (他職種が心理士を認知していない、他職種が心理士の専門性を理解していない、医療者個人によって、心理士に求める役割が異なる、他職種が心理士に精神科医と同じ役割を求める、他職種が心理士過剰に期待する)、②心理士が国家資格でないことによる問題 (心理士の行う業務には診療報酬がなく、心理士への業務に制限がかかる、心理士の待遇が不安定である)、③心理士としての専門性の不明確さ (がん医療での心理士としての専門性がわからない、心理士として、自身の専門性を他職種にどのようにアピールしてよいかわからない、心理士の業務は看護師の業務と重なることがある、他職種から、心理士の活動成果を評価されにくい)の 3 つのサブカテゴリーが抽出された。

『心理士としての専門的援助』では、①患者・家族へのかかわりの難しさ (患者・家族

の攻撃的・不満感情に対する対応が難しい、患者・家族の面接に対する抵抗に苦慮する、身体的痛みが強い患者への関わりが難しい)、②がん医療における心理的援助方法の習得不足(心理学的介入の時期がわからない、心理学的介入の方法がわからない、がん医療での介入の形態がわからない、介入の目的やゴールを設定しにくい、がん患者の親をもつ子どもに対する関わり方がわからない、疼痛の強いがん患者、終末期のがん患者への介入方法がわからない、がん患者の心理的変化の知識が少ない)、③デスケアの問題(患者の死に対して精神的ショックを受ける、デスケアが不十分である)、④医学的知識不足(カルテ記載方法がわからない、医学用語がわからない、各がんの治療方法などがわからない)、⑤精神医学の知識不足(薬物療法の知識が足りない、精神症状の知識が足りない(精神症状のアセスメントもできない)の5つのサブカテゴリーが抽出された。

『心理士のストレス』では、①心理士の孤独・不安感(職場には心理士が1人のため、近くに相談できる人がいない、心理士として1人で実行することに対する負担が大きい、他職種からのサポートが少ない、心理士として行っていることに確信がもてない、心理療法のエビデンスがない)、②心理士としての葛藤(転院・退院した患者のフォローができない、多くの患者に関われない、遺族へのグリーフケアができない、患者からの攻撃的・不満感情に苦慮する、他の業務との関係で、がん医療に十分に関われない)、③心理士のバーンアウト・無力感(他職種から認められず、無力感を感じる、苦しんでいる患者に対して何もできずに無力感を感じる、患者との関わりに苦しさを感じる)、④心理士の自己研鑽(勉強会や研修会を地方でも開催してほしい、参加者のレベルにあわせて、初心者、アドバンスといった講習会を開いてほしい、がん領域の事例検討を行う場がほしい、がん医療でスーパーバイザーを受けたい、がん医療における心理士の役割などに関する文献が増えてほしい、心理士間での情報の場がほしい)の4つのサブカテゴリーが抽出された。

#### D. 考察

*がん領域に関する仕事に対する要望とその実行の程度*

現在の職場から60%以上の頻度で要望されている業務内容として、「院内の他職種と

の連携」「心理的援助が望ましい患者への対応」「患者の精神状態の評価」「精神疾患の患者への対応」「心理的援助が望ましい家族への対応」「医療者のメンタルヘルス対応」「患者の病気に対する認識の把握」「患者や家族の問題点やケアの具体化」「家族の精神状態の評価」があげられた。しかしこれらの業務を「実行が十分である」と回答した対象者は、37.6%~63.3%にとどまり、70%に達しなかった。とくに現在の職場からの要望が85.8%と最も高かった「院内の他職種との連携」は、実行が十分であると回答した対象者は37.6%と最も低い値を示していた。この結果は、心理士が緩和ケアチームの中で他職種とうまく連携がとれず、結果として十分に機能できていないことを示唆するものである。今回の調査では、どのような要因が影響して、他職種との連携が困難になっているかは扱っていないが、こうした問題はがん医療領域に限ったことではなく、精神医療でも指摘されており、その原因として心理士の医療・医学的な知識不足や他職種協働のためのトレーニング不足が考えられる。

そのほか60%以上の職場からの要望があるにも関わらず「実行が十分である」あるいは「実行が不十分である」との回答が50%台にとどまり、心理士の力量に課題があると思われる業務内容は、職場からの要望の高い順に「心理的援助の望ましい患者への対応」「患者の精神状態の評価」「精神疾患の患者への対応」「患者の病気に対する認識の把握」「患者や家族の問題点やケアの具体化」「家族の精神状態の評価」であった。これらの業務は、がん患者やその家族特有の精神症状や心理状態、その他の問題点の把握とそれへの対応に関するものである。がん患者の場合、患者の心理的問題には病気に関連することが多く含まれているため、心理士はがん、がん治療、治療の副作用などが緩和ケアに関連する医学的知識をもったうえで心理的支援を行うことが望ましいと指摘されているが、本調査の結果は、がん医療・緩和医療領域に特有の問題(疼痛に苦しむ患者とどのように関わるか、心理的介入の目的やゴールを何に設定するかなど)のために心理的援助を行うことの難しさを反映した結果と考えられる。

なお今回、60%以上の対象者が職場からの要望があると回答した業務内容について、「実行が十分である」と回答した対象者が多

かったものは、「心理的援助が望ましい家族への対応 (63.3%)」と「医療者のメンタルヘルス対応 (61.0%)」であった。心理士が機能している指標として「実行が十分である」と回答する頻度をどの程度に設定するか明確な基準はないが、少なくとも70%、できれば80%以上の心理士が実行できていると回答していなければ、心理士ががん医療・緩和医療領域で「十分に」機能できているとは言えないものと思われる。そのように考えると、今回の結果は職場からの要望に応じられていない心理士が多いことが示唆される。また「実行が十分である」との回答が多かった「患者、家族、医療者の自殺後の対応 (77.2%)」「精神疾患の遺族への対応 (73.5%)」「心理的援助が望ましい遺族への対応 (72.9%)」も80%に届かなかった。これらの業務は職場からの要望が少なかったとはいえ (それぞれ、33.2%、24.7%、36.6%)、心理士には、がん領域で働くうえで業務全般のスキルアップが必要であることが示唆された。

#### がん医療で働いて困ったこと・辛かったこと

心理士が直面した困ったことや辛かったことについて質的に分析した結果、『病院システム』『心理士の役割と専門性』『他職種との協働』『心理士としての専門的援助』『心理士のストレス』の5つのカテゴリーが抽出された。これらの問題について考察を加え、心理士の教育プログラムについて検討していく。

まず、『病院システム』としては、非常勤であることや1人職場であるといった「心理士の勤務形態」やマンパワー不足や常勤の精神科医の不在といった「病院組織に関する問題」などが挙げられていた。一方、『心理士の役割と専門性』については、心理士は他職種に認知されていない、心理士に求める役割が、医療者個人によって異なるなど、「心理士に求める役割の不明確さ」、心理士の待遇が不安定であるといった「国家資格でない問題」、がん医療での心理士としての専門性がわからない、他職種にどのように心理士としての専門性をアピールしてよいかわからないといった「心理士としての専門性の不明確さ」などが挙げられた。この中で、心理士が国家資格でない問題は、心理士の教育体制の不備とともに以前より問題視され、議論されている。心理士が国家資格でないことも影響を受け、医療領域で働く心理士の関与は、診療報酬に算定され

ない。それゆえに、医療領域で働く心理士の勤務形態は不安定となりやすく、国家資格をもっていない心理士の専門性はより一層他職種から理解されにくいと考えられる。一方、心理士も自身の専門性を十分に理解できていないことがわかった。心理士自身がその専門性を理解していなければ、他職種への理解を求めることはできない。この点については、『心理士としての専門的援助』とも関連しており、心理士としての専門的援助が確立することが、この問題の解決につながると考えられる。

『他職種との協働』では、患者の身体症状や意識状態が悪くなってから心理士に依頼するといった「心理士の依頼方法の問題」、緩和ケアチーム内でのコミュニケーション不足といった「緩和ケアチームに関する問題」、他職種と十分にコミュニケーションがとれないといった「病院内コンサルテーション・リエゾン業務の問題」、医療者間のコミュニケーション不足といった「医療者間のコミュニケーションの問題」が挙げられている。医療でのコミュニケーションについて考えた場合、第1に、他職種と共通言語を用いるための知識が心理士には必要である。共通言語がなければ、コミュニケーションは成立しない。また、心理士の医学的知識の乏しさは以前から多くの医師によって指摘されていることでもある。他職種との会話内容やカルテ記載内容を理解できなければ、他職種が行っていることを理解することもできない。一方、心理士が心理学独自の枠組みにこだわることによって生じる弊害もある。たとえば、がん医療の心理士は1人で情報を抱え込む、事例を抱え込むといった情報提供に問題があることが、緩和ケアチームの他職種から指摘されている。そのため、心理士は密室で何を行っているかわからない人というイメージを他職種から持たれかねない。心理士は、まずは医学的知識、がん医療の知識を最低限習得し、そのうえで、他職種とうまく協働するために、具体的な症例を通してのトレーニングが必要となってくるであろう。

『心理士としての専門的援助』については攻撃的・不満感情への対応、身体的痛みが強い患者への対応など「患者・家族へのかかわりの難しさ」、がん医療での心理学的介入の時期や方法がわからない、介入の目的やゴールを設定しにくいといった「がん医療における心理的援助方法の習得不足」、患者の死に対す

る「デスクアの問題」、「医学的知識不足」、「精神医学の知識不足」が挙げられた。「医学的知識不足」、「精神医学の知識不足」については、前述した『他職種との協働』のコミュニケーションの問題にも通じていることであるが、心理士としての専門的援助を行ううえでの基本でもある。これら基本的な医学的知識、がん医療の知識、精神医学の知識について習得していることは、がん医療の心理士にとって必須要件であり、がん医療の心理士の教育プログラムの大前提でもある。

一方、「患者・家族へのかかわりの難しさ」「がん医療における心理的援助方法の習得不足」「デスクアの問題」は、がん医療に特化した心理的援助に関する内容である。また、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た。この点については、「心理士の役割と専門性」とも関連がある。他職種が心理士を理解していないといった心理士に求める心理士としての役割や専門性を確立していることは、心理士ががん医療に特化した心理的援助を十分に行うことができること意味する。そのため、がん医療に特化した心理的援助について、心理士自身がより一層自己研鑽を積むことによって、同時に、この教育体制を充実させることが早急の課題であると考えられる。

最後に、『心理士のストレス』については、相談できる人がいない、他職種からのサポートがないといった「心理士の孤独・不安感」、多くの患者に関われない、他職種からの要望にこたえられないといった「心理士としての葛藤」、他職種から認められずに無力感を感じる、患者との関わりに苦しさを感じるといった「心理士のバーンアウト・無力感」、がん領域の事例検討を行う場がほしい、勉強会や研修会をもっと開催してほしい、心理士間での情報交換の場がほしいといった「心理士の自己研鑽」が挙げられた。「心理士の孤独・不安感」「心理士のバーンアウト・無力感」については、「心理士に求める役割の不明確さ」「心理士としての専門性の不明確さ」ともつながる。すなわち、これらの点は、がん医療での心理士としての専門性が明確でなく、他職種からも心理士の専門性が理解されにくいため生じていると考えられる。最後に、心理士自身が勉強会や研修会の開催をより多くの場所で望むなど、自己研鑽を積むことの必要性を感じ

ていることがわかった。ただ、基本的な教育プログラムについては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が实际的であろう。

## E. 結論

「がん領域に関する仕事に対する要望とその実行の程度」と「がん医療で働いて困ったこと・辛かったこと」についてそれぞれ分析した結果、心理士は、他職種との協働を十分に実施できていないことが明らかになった。他職種と協働するためには、医学的知識はもちろんのこと、がん医療に特化した心理的援助について、症例などを通して具体的なトレーニングを行うことが重要であると考えられる。これまでがん医療で働く心理士は、がん医療に特化した研修を受ける機会は少なかったが、がん医療の心理士の教育プログラムにおいて、症例などを通して具体的なトレーニングは中心的教育内容であると考えられる。場合によっては、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。その他、がん医療、精神医療に関する基本的な医学的知識については、E-learningを活用するなど、自己学習できるような環境作りが望まれる。

## 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

1. 岩満優美 がん患者・家族の不安. ストレス科学. 2012, 27(1):18-24.
2. Iwamitsu Y, Oba A, Hirai K, Asai M, Murakami N, Matsubara M, Kizawa Y. Troubles and hardships faced by psychologists in cancer care. Jpn J Clin Oncol. (in press).
3. 中島香澄, 岩満優美, 大石 智, 村上尚美, 宮岡 等 精神医療において期待される心理士の役割-精神科医・心療内科医を対象としたアンケート調査. 日本社会精神医学会雑誌. 2012, 21:278-287.

### 学会発表

1. 岩満優美 臨床心理士へのサイコオンコロジー教育-がん医療で働く心理士が感じる困難さから-. シンポジウム 臨床心理士

へのサイコオンコロジー教育. 第 25 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012 年 9 月 21 日. 福岡.

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）  
平成 24 年度（総括（分担））研究年度終了報告書

「緩和ケアチームに配属されている薬剤師の業務内容に関する実態調査」

研究分担者 伊勢雄也 日本医科大学付属病院 薬剤部

研究要旨 緩和ケアチームに配属されている薬剤師の業務内容に関する実態調査を行なった。がん診療連携拠点病院（397 施設）の緩和ケアチームに配属されている薬剤師に自記式質問紙調査票を郵送し、一定期間後に回収した。299 施設より回答が得られた（回収率 75.3%）。オピオイド製剤の服薬指導、チームスタッフへの情報提供をたいいてい～常に行なっていると回答していた薬剤師は全体の約 2 割であった。また、約 2 割の薬剤師が自分自身の活動が緩和ケアチームに貢献できていないと回答していた。その理由として、マンパワーがない、時間がないと回答していた薬剤師が多かった。以上、薬剤師は医師や看護師と異なり、施設において緩和ケアチーム業務を行なう十分な時間や人数を確保できていないため、十分な活動が行なわれていない可能性が考えられた。

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、緩和ケアチームに配属されている薬剤師の業務体制やその内容に関する調査を行うことにより、緩和ケアチームにおける薬剤師の実態を明らかにし、緩和ケアチームにおける望ましい薬剤師像と現状とのギャップを明らかにして、そのギャップをうめる教育のあり方を検討することとした。

B. 研究方法

がん診療連携拠点病院（397 施設）の緩和ケアチームに配属されている薬剤師を対象とした。各施設に自記式質問紙調査票を郵送し、一定期間後に返信してもらうこととした。

（倫理面への配慮）

本調査票は調査票記載者／施設を特定できる情報を含んでいない。調査協力は調査票に記載する薬剤師の自由意志で決められる。心理的負担を受けた調査票項目は回答しなくても良いこと／もしくは調査票に回答した

くない場合、調査票を破棄してもかまわないこと、本調査は無記名の調査研究であることを説明書内に明記する。また、本調査は日本医科大学付属病院の倫理委員会において承認された。

C. 研究結果

299 施設より回答が得られた（回収率 75.3%）。回答薬剤師の 98%が緩和ケアチームに配属されていた。緩和ケアチームにおける所属年数は平均 4.6 年であり、約 2 割の薬剤師が日本医療薬学会緩和薬物療法認定薬剤師の資格を有していた。約 9 割の施設の薬剤師が緩和ケアチームカンファレンスに参加しており、また、約 8 割の施設の薬剤師が緩和ケアチームラウンドに参加していた。

1) 薬剤師の臨床業務について

オピオイド製剤の服薬指導、チームスタッフへの情報提供をたいいてい～常に行なっていると回答していた薬剤師は全体の約 2 割であった。

2) 薬剤師の教育活動について

約 9 割の薬剤師が緩和医療に関連した勉強会を院内、院外の医療スタッフを対象に開催していると回答していた。

3) 薬剤師の研究活動について

約 6 割の薬剤師が緩和医療に関する研究結果を学会や研究会に発表していると回答していた。



#### 4) 緩和ケアチームにおける薬剤師の貢献度について

約 7 割の薬剤師が、自分自身の活動が緩和ケアチームに貢献していると回答していた。しかし、約 2 割の薬剤師が、貢献できていないと回答していた。その理由として、マンパワーがない、時間がないと回答していた薬剤師が多かった。

#### D. 考察

約 9 割の薬剤師が緩和ケアチームカンファレンスに参加しており、また、約 8 割の薬剤師が緩和ケアチームラウンドに参加していると回答していたものの、オピオイド製剤の服薬指導、チームスタッフへの情報提供をたいへん常に行なっていると回答していた薬剤師は全体の約 2 割にすぎなかった。この背景として、薬剤師は医師や看護師と異なり、業務を行なう十分な時間や人数を確保できていない可能性が考えられた。

#### E. 結論

緩和ケアチームに配属されている薬剤師の業務内容に関する実態調査を行なった。がん診療連携拠点病院（397 施設）の緩和ケアチームに配属されている薬剤師に自記式質問紙調査票を郵送し、一定期間後に回収した。299 施設より回答が得られた（回収率 75.3%）。

オピオイド製剤の服薬指導、チームスタッフへの情報提供をたいへん常に行なっていると回答していた薬剤師は全体の約 2 割であった。また、約 2 割の薬剤師が自分自身の活動が緩和ケアチームに貢献できていないと回答していた。その理由として、マンパワーがない、時間がないと回答していた薬剤師が多かった。以上、薬剤師は医師や看護師と異なり、施設において緩和ケアチーム業務を行なう十分な時間や人数を確保できていないため、十分な活動が行なわれていない可能性が考えられた。

#### F. 健康危険情報

「特記すべきことなし。」

#### G. 研究発表

##### 論文発表

1. 鶴川百合, 伊勢雄也, 片山志郎: がん治療と緩和ケア (2): 医療現場で期待されるブ

ロバリオティクスの役割～化学療法中の小児に対する臨床応用例を中心に～. 日本医科大学医学会雑誌, 2012 8(2):174-178.

2. 中村博子, 伊勢雄也, 片山志郎: がん治療と緩和ケア (3): がん患者の食欲不振におけるオランザピンの効果. 日本医科大学医学会雑誌, 2012 8(3):195-198.

3. Ise Y, Mori T, Katayama S, Nagase H, Suzuki T :Rewarding effects of ethanol combined with low doses of morphine through dopamine D1 receptors. J Nippon Med. Sch. in press

#### 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（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
<u>木澤義之</u>	緩和ケア外来の動向と現状	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2012	青海社	東京	2012	28-29
<u>木澤義之</u>	緩和ケアチームの動向と現状	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2012	青海社	東京	2012	1-5
<u>小川朝生</u>	精神腫瘍学コンサルテーションこれだけは、不穩, せん妄, 認知症, 神経症状, 緩和ケアチーム	<u>小川朝生</u> , <u>内富庸介</u>	精神腫瘍学クリニックエッセンス	社会福祉法人新樹会創造出版	東京	2012	21-28, 71-74, 88-104, 105-112, 145-55, 262-274, 46-51.
<u>小川朝生</u>	がん診療連携拠点病院緩和ケアチームに携わる精神症状緩和担当医師の現状調査	(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2012	(公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団	東京	2012	46-51
<u>小川朝生</u>	がん等による慢性疼痛時のうつ病診察のコツと処方例	中尾睦宏、伊藤弘人	日常診療におけるうつ病治療指針	医薬ジャーナル社	東京	2012	135-148

雑誌

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>Kizawa Y</u> , <u>Tsuneto S</u> , <u>Hamano J</u> , et al	Advance Directives and Do-Not-Resuscitate Orders Among Patients With Terminal Cancer in Palliative Care Units in Japan: A Nationwide Survey.	Am J Hosp Palliat Care.	26(5)	744-752	2012 Oct 11.
<u>Kizawa Y</u> , <u>Morita T</u> , <u>Miyashita M</u> , et al.	Specialized palliative care services in Japan: a nationwide survey of resources and utilization by patients with cancer.	Am J Hosp Palliat Care	Sep 3	[Epub ahead of print]	2012
<u>Kizawa Y</u> , <u>Morita T</u> , <u>Bito S</u> , <u>Otaki J</u> , et al.	Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate	Palliat Med	26(5)	744-752	2012

	medical education in Japan: A modified Delphi method.				
Yamaguchi T, Narita M, <u>Morita T</u> , <u>Kizawa Y</u> , Matoba M	Recent developments in the management of cancer pain in Japan: education, clinical guidelines and basic research.	Jpn J Clin Oncol.	42(12)	1120-7	2012
<u>Iwamitsu Y</u> , Oba A, Hirai K, Asai M, Murakami N, Matsubara M, <u>Kizawa Y</u> .	Troubles and Hardships Faced by Psychologists in Cancer Care.	Jpn J Clin Oncol.	Jan 7	[Epub ahead of print]	2013.
<u>Nakazawa Y</u> , <u>Miyashita M</u> , <u>Morita T</u> , 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	42(5)	432-441	2012
Miki E, <u>Okamura H</u> , et al	Clinical usefulness of the Frontal Assessment Battery at bedside (FAB) for elderly cancer patients.	Support Care Cancer			in press
Abe K, <u>Okamura H</u> , et al	Systematic review of rehabilitation intervention in palliative care for cancer patients.	Jpn J Clin Oncol			in press
Shirai, Y., <u>Ogawa, A.</u> , Uchitomi, Y., 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	21	706-13	2012
<u>Ogawa, A.</u> , Uchitomi, Y., et al	Availability of Psychiatric Consultation-liaison Services as an Integral Component of Palliative Care Programs at Japanese Cancer Hospitals.	Jpn J Clin Oncol	42	42-52	2012
Shimizu K., <u>Ogawa, A.</u> , Uchitomi, Y., et al	Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project.	Ann Oncol	23	1973-9	2012
Takenouchi S, <u>Miyashita M</u> , Tamura K, <u>Kizawa Y</u> , Kosugi S.	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 and Palliative Nursing.			in press
<u>Ise Y</u> , Mori T, Katayama S, Nagase H, Suzuki T	Rewarding effects of ethanol combined with low doses of morphine through dopamine D1 receptors	J Nippon Med Sch	in press		
<u>山本 亮</u> , <u>阿部 泰之</u> , <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.	Palliative Care Research	7 (1)	301-305	2012

木澤 義之.	【「もしも…」のことをあらかじめ話し合おう!-アドバンス・ケア・プランニングの実践】 「もしも…」のことをあらかじめ話しておいたらどうなるか?	緩和ケア	22(5).	399-402	2012
森田達也	緩和ケア領域における臨床研究:過去、現在、未来.	腫瘍内科	10(3)	185-195	2012
岡村 仁	がんのリハビリテーション-チームで行う緩和ケア-:心のケアとリハビリテーション.	MEDICAL REHABILITATION	140	37-41	2012
岡村 仁	がん患者のリハビリテーション:心のケアとリハビリテーション.	がん看護	17	751-753	2012
多田羅竜平	子どもたちのための緩和ケア.	日本小児科学会雑誌年;	116(11)	1666-1675	2012
市原香織, 宮下光令, 福田かおり, 茅根義和, 清原恵美, 森田達也, 田村恵子, 葉山有香, 大石ふみ子.	看取りのケアにおけるLiverpool Care Pathway日本語版の意義と導入可能性:緩和ケア病棟2施設におけるパイロットスタディ.	Palliat Care Res.	7(1)	149-162	2012
中村めぐみ, 高橋美賀子	がん看護専門看護師による緩和ケアに関する相談外来の現状報告	聖路加看護大学紀要,	(38)	25-28	2012
高橋美賀子	オピオイドに対して抵抗感を示す患者さん, リレーエッセイ-痛みの周辺から	がん患者と対症療法	23(1)	114-115	2012
津川律子・岩満優美	臨床心理学キーワード・チーム医療/多職種協働/臨床心理士の役割と専門性	臨床心理学	11(5)	762-765	2011
岩満優美	がん患者・家族の不安.	ストレス科学	27(1)	18-24	2012
中島香澄, 岩満優美 他	精神医療において期待される心理士の役割-精神科医・心療内科医を対象としたアンケート調査.	日本社会精神医学会雑誌	21	278-287	2012
鶴川 百合, 伊勢 雄也, 片山 志郎	がん治療と緩和ケア (2):臨床現場で期待されるプロバイオティクスの役割.	日本医科大学医学会雑誌	8	174-178	2012
中村 博子, 伊勢 雄也, 片山 志郎	がん治療と緩和ケア (3):がん患者の食欲不振におけるオランザピンの効果.	日本医科大学医学会雑誌	8	195-198	2012

