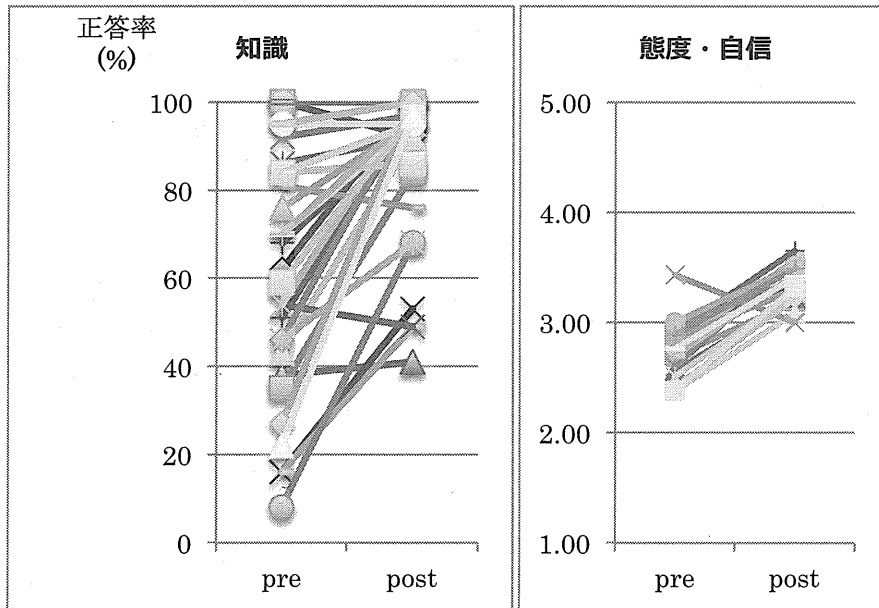


Table 1. CLIC/CLIC-T の開催実績・予定

開催実績	会場	修了者	開催予定	会場
CLIC		228	CLIC	
平成 22 年 5 月 29-30 日	大阪	35	平成 25 年 1 月 13-14 日	東京
平成 22 年 10 月 16-17 日	東京	33	平成 25 年 2 月 9-10 日	福岡
平成 23 年 7 月 2-3 日	大阪	35		
平成 24 年 1 月 14-15 日	東京	48	CLIC-T	
平成 24 年 7 月 15-16 日	大阪	37	平成 24 年 11 月 18 日	大阪

Figure 1. CLIC-Q による評価：参加者への質問紙調査の研修会前後での結果比較



# Nationwide Paediatric Palliative Care Education Programme for Paediatricians in Japan

Nagayama J.<sup>1</sup>, Tatara R.<sup>2</sup>, Fukuda Y.<sup>3</sup>, Hirai K.<sup>4</sup>, Matsuoka M.<sup>5</sup>, Ogata A.<sup>6</sup>, Okazaki S.<sup>2</sup>, Park M.-J.<sup>7</sup>, Sasazuki M.<sup>8</sup>, Yokosuka T.<sup>9</sup>, Yoshida S.<sup>10</sup>, Kizawa Y.<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Life Planning Center, Peace Clinic Nakai, Nakai, Japan, <sup>2</sup>Osaka City General Hospital, Osaka, Japan, <sup>3</sup>Machi-no-Nurse-Station Yachiyo, Yachiyo, Japan, <sup>4</sup>Osaka University, Center for the Study of Communication-Design, Osaka, Japan, <sup>5</sup>Kagawa National Children's Hospital, Zentsuji, Japan, <sup>6</sup>Hiroshima University, Graduate School of Education, Higashihiroshima, Japan, <sup>7</sup>Gunma Children's Medical Center, Shibukawa, Japan, <sup>8</sup>Fukuoka-Higashi Medical Center, Koga, Japan, <sup>9</sup>Yokohama City University, School of Medicine, Yokohama, Japan, <sup>10</sup>National Cancer Center Hospital, Tokyo, Japan, <sup>11</sup>University of Tsukuba, Faculty of Medicine, Division of Clinical Medicine, Tsukuba, Japan

## Background

Recently, the importance of palliative care for children with life-threatening illnesses (LTI) is increasing (1-3). Despite the need for palliative care for children with LTI, paediatricians in Japan lack sufficient palliative care knowledge and appropriate behavior in palliative care settings. Thus, children with LTI and their families in Japan do not benefit as much as they should from palliative care.

## Purpose

To improve the knowledge and attitude of paediatricians towards paediatric palliative care (PPC), a nationwide education programme on PPC, the Care for Life-threatening Illnesses in Childhood (CLIC) programme, was developed and implemented.

## Procedures

### *Developing Education Programme*

With support from a Health Labour Sciences Research Grant provided by the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare, the CLIC programme was developed in 2009 and workshops were implemented. The project team, which consisted of paediatric palliative care specialists, adult

palliative care specialists, paediatric oncologists, paediatric neurologists, psychologists and paediatric nurse specialists, had a profound knowledge of PPC and LTI in childhood. The curriculum and programme contents were selected through discussion among members of the project team. The workshop programme, which was designed as an educational workshop, comprised four components: interactive lecture, small group discussion, role play and video learning.

The programme focuses on important elements of PPC, as shown in **TABLE 1**.

#### *Nationwide workshops*

Since 2010, we have held the CLIC workshop twice a year. We contacted paediatricians from all over Japan who engage in medical practice for children with LTI to participate in the workshop.

## **Results**

#### *Workshops and Participants*

Since 2010, 2-day workshops have been conducted five times and have included 228 participants from institutions all over the nation. The subspecialties of the participants were as diverse, including oncology, neurology, neonatology, cardiology, and emergency medicine. The details are illustrated in **TABLE 2**.

#### *Measuring the efficacy of the CLIC programme*

To demonstrate the efficacy of the programme, we also developed a questionnaire for participants, designated as the CLIC-Q, which measures their knowledge of and confidence regarding PPC (partially extracted in **TABLE 3**). All 20 items on attitudes were rated on a 5-point Likert scale ('strongly disagree' to 'strongly agree'). The PPC knowledge questionnaire was a 30-item measure examining knowledge of the topics covered by the workshop. Item-response formats were designed as true/false. The validity of the CLIC-Q was evaluated by experts. To assess the efficacy of programme, the participants answered the CLIC-Q before the workshops and were re-assessed immediately afterwards.

Thirty-seven participants in the fifth workshop took the CLIC-Q. The preliminary data are shown in **FIGURE 1**. Both the participants' knowledge and attitudes had a tendency to improve as a result of the workshop.

## Discussion

In 2010, Knapp et al. reported on PPC provision around the world. In this systematic review, Japan was designated as a level-2 country in the Observatory on End of Life Care (OELC), although many well-developed countries were level-3 or higher (4). According to the OELC categories, level-2 implies that PPC capacity building is still ongoing; however, the activity is restrictive and lacks both in quality and quantity.

To improve the current level of PPC in Japan, we developed the CLIC programme and conducted the 2-day workshops. The CLIC-Q questionnaire test was also developed to evaluate the efficacy of the workshop in advancing participants' knowledge and attitudes in PPC settings.

In previous reports, PPC educational curricula were developed (5-7). Each curriculum has an immediate educational effect; however, the sustainability of the knowledge and the confidence and attitudes of the participants are also important.

## Conclusions

The CLIC education programme is the first nationwide trial aimed at improving paediatricians' understanding of PPC in Japan. CLIC workshops will be conducted on a regular basis. In spite of preliminary data, the programme and workshop may influence the participants' affinity to PPC.

To demonstrate the efficacy of the CLIC programme, we should continue to measure participants' knowledge of and attitude towards providing PPC. In addition, sustainability of educational influence should be examined.

## References

1. Feudtner C, Kang TI, Hexem KR, et al. Pediatric palliative care patients: a prospective multicenter cohort study. *Pediatrics* 2011;127:1094-101.
2. Hain R, Heckford E & McCulloch R. Paediatric palliative medicine in the UK: past, present, future. *Arch Dis Child* 2012;97:381-4.
3. Himmelstein BP, Hilden JM, Boldt AM & Weissman D. Pediatric Palliative Care. *N Engl J Med* 2004;350:1752-62.
4. Knapp C, Woodworth L, Wright M, et al. Pediatric palliative care provision around the world: a systematic review. *Pediatr Blood Cancer* 2011;57:361-8.

5. Michelson KN, Ryan AD, Jovanovic B & Frader J. Pediatric residents' and fellows' perspectives on palliative care education. *J Palliat Med* 2009;12:451-7.
6. Sahler OJ, Frager G, Levetown M, Cohn FG & Lipson MA. Medical education about end-of-life care in the pediatric setting: principles, challenges, and opportunities. *Pediatrics* 2000;105:575-84.
7. Schiffman JD, Chamberlain LJ, Palmer L, Contro N, Sourkes B & Sectish TC. Introduction of a pediatric palliative care curriculum for pediatric residents. *J Palliat Med* 2008;11:164-70.

TABLE 1. Workshop Overview

Module title	Format	Topics covered
<b>Day 1</b>		
1 Outline of PPC	IL	Definition of PPC, Concept of total pain, Classification of LTI Epidemiology of PPC, Difference between adult palliative care and PPC
2 Basic communication in PPC settings	IL RP	Protocol for communicating bad news including roleplays Children's perception of disease and death
3 Pain assessment and management in children	IL	Pain assessment in children How to use analgesics for persisting pain in children with introducing WHO guidelines
4 Management of children's distress during medical procedures	IL VL	Introducing preparation and distraction
5 Paediatric advance care planning	IL SGD	Care planning for an incurable neuroblastoma case
6 Ethical issues in PPC	IL SGC	Withholding and withdrawing life-sustaining treatment
7 Free talking with facilitators and co-participants		
<b>Day 2</b>		
8 Complicated Communication in PPC settings	IL RP	Breaking bad news of chromosomal abnormality to parents Parents' desire to protect their children by not telling them about the cancer diagnosis How to answer existential question of adolescent with Duchenne muscular dystrophy
9 Care and symptom management in terminal phase	IL SGD	Care and symptom management in a terminal neuroblastoma case
10 Breaking bad news in paediatric emergency settings	IL SGD RP	Conversation with parents whose children are in the final stage of serious acute influenza-associated encephalopathy
11 Self and team stress management	IL	Stress management for oneself and colleagues

PPC: paediatric palliative care, LTI: life-threatening illnesses, IL: interactive lecture, RP: role-play, VL: video learning, SGD: small group discussion

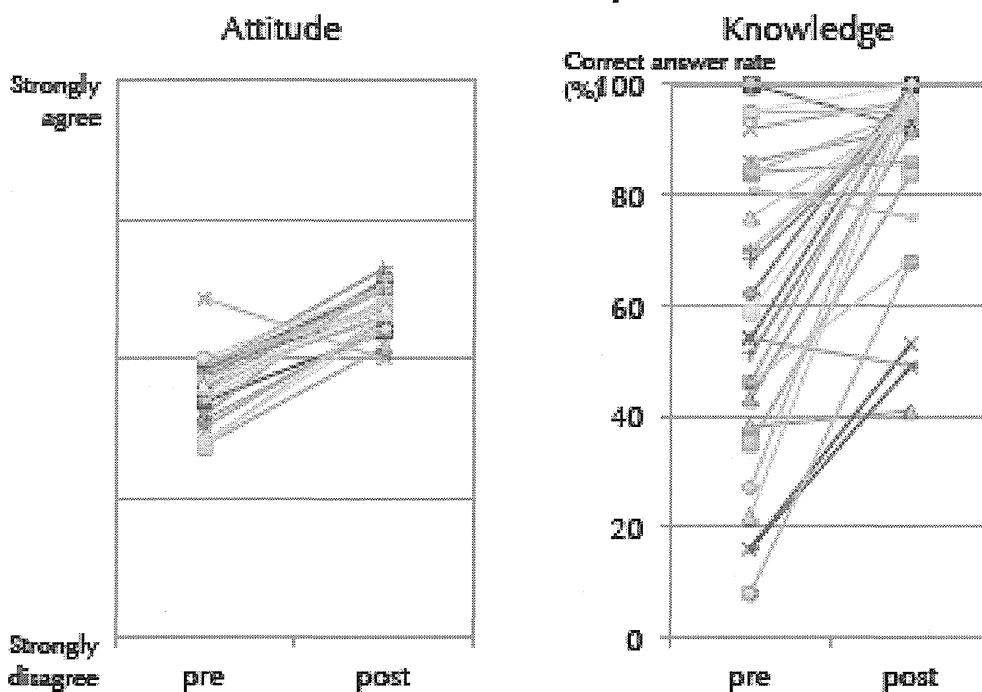
TABLE 2. Characteristics of participants

Characteristics	No.	(%)
All participants	188	
<b>Workshop</b>		
1st May 2010 Osaka	35	
2nd Nov. 2010 Tokyo	33	
3rd July 2011 Osaka	35	
4th Jan. 2012 Tokyo	48	
5th July 2012 Osaka	37	
<b>Gender</b>		
Male	94	(50.0)
Female	86	(45.7)
Missing	8	(4.3)
<b>Age</b>		
Range (median)	27-67	(37)
<b>Years in practice</b>		
<15	108	(57.4)
≥15	71	(37.8)
Missing	9	(4.8)
<b>Subspecialties</b>		
Oncology/Haematology	90	(47.9)
Neurology	25	(13.3)
Cardiology	18	(9.6)
Immunology	10	(5.3)
Emergency/intensive care	3	(1.6)
Surgery	3	(1.6)
Others: Internak medicine, Family medicine, etc	4	(2.1)
Missing	33	(17.6)

TABLE 3. CLIC-Q questionnaire

<b>Concept of PPC</b>	<b>Ethical issues</b>
1. I can notice and handle physical problems in children with LTI.	I can discuss ethical issues that arise in PPC situations: such as palliative sedation or withdrawal of life-sustaining treatment.
2. I can notice psycho-mental suffering in children and their families.	<b>Paediatric advance care planning</b>
3. I can notice and handle social issues in children and their families.	15. I can discuss with children and their families as to how to implement their wishes of care and treatment.
<b>Pain management</b>	<b>Care and symptom management in the terminal phase</b>
4. I can notice pain in children with LTI and assess them appropriately.	16. In a terminal case, I can discuss with medical team about re-planning treatment and care according to appropriate prognostic prediction.
5. I can use analgesics for pain in children appropriately.	17. I can handle symptoms in dying children.
6. I can handle side effects of opioid appropriately.	18. I can discuss with parents their children's unexpected deterioration with consideration of their feelings.
<b>Children's distress during medical procedures</b>	19. I can help bereaved parents cope up with the death of their children.
7. I can discuss with medical team members about children's distress during medical procedures.	<b>Self and team stress management</b>
8. I can secure parents' involvement at time of medical procedure to ease children's distress.	20. I am appropriately aware of personal stress and that of my co-workers.
<b>Communication in PPC settings</b>	
9. I can discuss with parents about their children's advanced disease considering their feelings.	
10. I can discuss with children about their advanced disease considering their understanding and perception.	
11. I can break bad news to parents: such as disease recurrence or withholding treatment.	
12. I can break bad news to children: such as disease recurrence or withholding treatment.	
13. I can handle sensitive questions from children that are difficult to answer: such as disease progression or child's death.	

FIGURE 1. Results of CLIC-Q questionnaire



## 看護師に対する緩和ケア研修プログラム (ELNEC-J) の開発と評価

- 米国で実施されているELNEC (End-of-Life Nursing Education Consortium) の日本版ELNEC-Jの開発、教育効果の測定
- 2日間、14時間のプログラム
- 日本緩和医療学会が研究班の成果をもとに、事業として指導者研修と全国での研修会の開催支援を組織的に展開

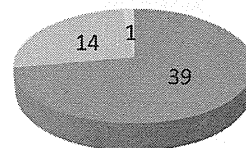
**ELNEC**

Advancing End-of-Life Nursing Care  
END-OF-LIFE NURSING EDUCATION CONSORTIUM

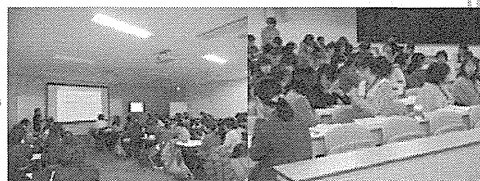
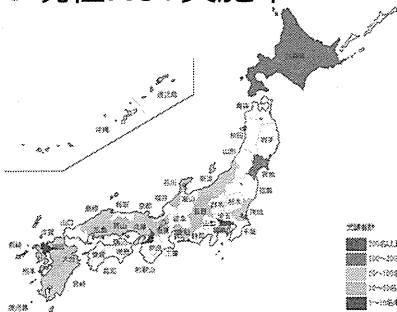
## ELNEC-Jの状況 (2013年1月現在)

- 6年間で612名の指導者を養成
- 全国で2011年度は29回、2012年度は58回の研修会が開催され、計2472名が修了
- 現在RCT実施中

臨床実践への  
有用性



(n=54) ■ とても役に立つ  
■ 役に立つ  
■ 少し役に立つ





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、実際に検証を行うことである。平成 22-23 年度研究では評価尺度である ELNEC-CQ を開発し、その信頼性・妥当性を確認した。ELNEC CQ の開発は 10 施設 1745 人の看護師に対し自記式質問紙調査を実施し、有効回収数は 762 人（44%）、再調査 122 人であった。調査結果を解析することにより、ELNEC-J の効果を知識・態度の面から測定する 100 項目からなる調査票である ELNEC-CQ を確立した。

平成 24 年度は ELNEC-J プログラムの有効性を検証するために（1）Weighting list Control を用いた無作為化比較試験、（2）コホート研究を計画した。エンドポイントは平成 23 年度に本研究班で開発した ELNEC J CQ である。調査は研修会前後および 6 ヶ月後に実施する。本研究は東北大学大学院医学系研究科の倫理委員会の承認を得て、対象のリクルートが行われた。無作為化比較試験では宮城県開催プログラムでは第 1 回研修会 66 名、第 2 回 63 名に割りつけられた。大阪府開催プログラムでは第 1 回研修会 32 名、第 2 回 33 名に割りつけられた。コホート研究には 11 プログラム 410 名が登録された。今後、無作為化試験、コホート研究の遂行と追跡により ELNEC-J プログラムの有効性が明らかになる予定である

A. 研究目的

（1）ELNEC CQ の作成と信頼性・妥当性の検証

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）効果を検証するための質問紙 ELNEC CQ を開発することである。平成 22 年度作臨床看護師向けの教育カリキュラム成し、それに準じた予備評価項目を用いて調査票の信頼性・妥当性を確認し、ELNEC CQ を確定する。

（2）ELNEC-J の有効性を検証するための無作為化比較試験

Weighting list Control を用いた無作為化比較試験により、看護師に対する緩和ケアや End of Life (EOL) ケアの教育プログラムである ELNEC-J プログラムの有効性について、看護師の緩和ケアや EOL ケアに関する知識と態度に焦点を当て検証する。

（3）ELNEC-J の有効性を検証するためのコホート研究

ELNEC-J プログラム参加者に対するコホート研究を実施し、ELNEC-J プログラムの有効性について、ELNEC-J プログラムの有効性について、看護師の緩和ケアや EOL ケアに関する知識と態度に焦点を当て検証するとともに、ELNEC-J プログラムの有効な開催方法について検討する。

B. 研究方法

（1）ELNEC CQ の作成と信頼性・妥当性の検証

調査対象は研究協力が得られた全国の 10 の病院において、がん看護に携わる看護師 1745 名である。

調査方法は自記式質問紙調査である。施設内で調査票を配布し、施設内もしくは郵送にて回収した。初回調査の回収者のうち 200 名を対象とし、信頼性を確認するための再調査を実施した。

調査項目：ELNEC-J の臨床看護師向けの教

育カリキュラムの9のモジュール(「エンド・オブ・ライフ・ケアにおける看護」「痛みのマネジメント」「症状マネジメント」「エンド・オブ・ライフ・ケアにおける倫理的配慮」「エンド・オブ・ライフ・ケアにおける文化への配慮」「コミュニケーション」「喪失・死別・悲嘆」「臨死期のケア」「高齢者のエンド・オブ・ライフ・ケア」)におけると高齢者モジュールに関して各20問の知識を問う予備調査項目を「正しい」「間違っている」「わからない」の選択肢で回答を求めた。

また、モジュール10の評価のためにエンド・オブ・ライフ・ケアに対する態度に関して「質の高いエンド・オブ・ライフ・ケアの達成に対する意欲」「エンド・オブ・ライフ・ケアの質を向上させるための取り組みに対する理解」「エンド・オブ・ライフ・ケアの質を向上させるための取り組みに対する自信」「エンド・オブ・ライフ・ケアの質を提供することに対する自信」「現在提供している

エンド・オブ・ライフ・ケアに対する満足感」について合計26項目を「とてもそう思う」～「全くそう思わない」の5段階で尋ねた。

最後に対象者背景として性、年齢、臨床経験、がん看護の経験、エンド・オブ・ライフ・ケアの経験、教育歴などについて尋ねた。

なお、本調査の前に2回の予備調査を実施し、調査項目を研究者の合議によって修正した。

## (2) ELNEC-Jの有効性を検証するための無作為化比較試験

対象は宮城県、大阪府で開催されるELNEC-Jプログラムの研修会参加応募者である。それぞれの研修会参加者を平成25年1月、3月のELNEC-Jプログラムに臨床経験年数や緩和ケア病棟の勤務経験などで層別層別無作為化により割り付ける。

目標症例数は宮城県120例、大阪府60例とする。

ELNEC-Jプログラムは宮城県、大阪府開催のそれぞれ2回(計4回)すべて2日間の短期開催とし、講師やプログラムの進行は宮城県開催、大阪府開催それぞれの中で統一する。

エンドポイントは平成23年度に本研究班で作成したELNEC-J CQである。このスケールは、ELNEC-J教育プログラムのモジュール1～モジュール9に関する知識について(1モジュール各10問、合計90問)、「正しい」「間違っている」「わからない」の3段階から回答

するものと、モジュール10に関しては、エンド・オブ・ライフ・ケアに関する態度について(10問)、5段階のリッカートスケールで回答するものから構成され、すでに信頼性・妥当性が検証されている。

調査時期はすべての対象に研修会応募時、第1回研修会后、第2回研修会后、研修会6か月後である。それぞれ郵送法にてアンケートを実施する。

## (3) ELNEC-Jの有効性を検証するためのコホート研究

対象は全国で開催されるELNEC-Jプログラムの研修会参加応募者である。それぞれの研修会参加者をコホートとし、長期的にELNEC-Jプログラムの効果を追跡する。

目標症例数は全国で10プログラム400名とする。

参加するELNEC-Jプログラムは2日間短期開催からモジュール形式の長期開催など多様なプログラムを準備する講師やプログラムの進行は統一しない。

エンドポイントはELNEC-J CQである。

調査時期はすべての対象にELNEC-Jプログラム実施前、実施後(各モジュール実施後)、6か月後である。それぞれ郵送法にてアンケートを実施する。

## (倫理面への配慮)

本研究は東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認後に実施した。対象者には調査の目的、方法、参加しなくても不利益はないこと、参加後撤回できること、プライバシー保護について書面にて説明し、回答をもって同意とみなした。無作為化比較試験、コホート研究では自署による研究参加の同意を得た。

## C. 研究結果

### (1) ELNEC-CQの作成と信頼性・妥当性の検証

初回調査では1745人の看護師に調査票を配布し、回収数は778人(45%)であった。そのうち有効回収数は762人(44%)であった。再調査は200人に調査票を配布し、有効回収数は122人(61%)であった。

項目分析、探索的因子分析、項目反応理論による分析により各モジュールを20項目から10項目に削減し、合計100項目からなるELNEC-CQを確定した。multi-trait scaling分析、既知集団妥当性分析、信頼性の分析に

より尺度の信頼性・妥当性が確認された。

(2) ELNEC-J の有効性を検証するための無作為化比較試験

研究参加者は宮城県開催プログラムでは第1回研修会 66名、第2回 63名に割りつけられた。大阪府開催プログラムでは第1回研修会 32名、第2回 33名に割りつけられた。

(3) ELNEC-J の有効性を検証するためのコホート研究

コホート研究には11プログラム410名が登録された。

#### D. 考察

(1) ELNEC-CQ の作成と信頼性・妥当性の検証

計量心理学的分析によりエンド・オブ・ライフ・ケアに対する知識や態度を測定する尺度である ELNEC-CQ を確定し、ELNEC-CQ が十分な信頼性・妥当性を有することが確認された。この尺度は平成24年度に実施している無作為化比較試験、コホート研究のエンドポイントとして利用されている。また、この尺度を用いて今後、全国で実施される ELNEC-J プログラムの評価を行い、個々のプログラムの効果の検証や改善点の同定などを行うことができる。さらに、この尺度は ELNEC-J 以外の緩和ケアや終末期ケアに関わる実態調査、教育的介入の検証などに汎用的に用いられることが期待される。

(2) ELNEC-J の有効性を検証するための無作為化比較試験

平成25年1月、3月にプログラムが開催され、6か月の追跡が行われることにより、ELNEC-J プログラムの有効性が明らかになる予定である。

(3) ELNEC-J の有効性を検証するためのコホート研究

登録された対象をプログラム終了後6か月追跡することにより ELNEC-J プログラムの有効性とどのようなプログラム構成にすることがより効果的であるかが明らかになる予定である。

#### E. 結論

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 の効果

を検証するための信頼性・妥当性を有す尺度である ELNEC-CQ が作成された。

ELNEC-J プログラムの有効性を検証するために Weighting-List Control による無作為化試験およびコホート研究を計画し、無作為化比較試験には194名、コホート研究には410名が登録された。

#### 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. Kizawa Y, Morita T, Hamano J, Nagaoka H, Miyashita M, Tsuneto S. Specialized palliative care services in Japan: A nationwide survey of resources and utilization by cancer patients. *Am J Hospice Palliat Med.* (in press)
2. Takenouchi S, Miyashita M, Tamura K, Kizawa Y, 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)
3. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Misawa T, Tsuneto S, Shima Y. 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.* 2012; 42(5): 432-441.
4. Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Akizuki N, Kizawa Y, Shirahige Y, Akiyama M, Hirai K, Matoba M, Yamada M, Matsumoto T, Yamaguchi T, Eguchi K. A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care.* 2012;11(1):2.
5. 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. 2012; 7(1): 149-162.
6. 杉浦宗敏, 宮下光令, 佐藤一樹, 森田達也, 佐野元彦, 的場元弘, 恒藤暁, 志真泰夫. がん診療連携拠点病院における緩和ケア提供体制と薬剤業務の困難感. 日本緩和医療薬学雑誌. 2011 ; 4(4): 103-109.
7. 杉浦宗敏, 宮下光令, 佐藤一樹, 森田達也, 佐野元彦, 的場元弘, 恒藤暁, 志真泰夫. がん診療連携拠点病院における緩和ケア提供に関する薬剤業務等の全国調査. 日本緩和医療薬学雑誌. 2011 ;4(1): 23-30.
8. Miyashita M, Yasuda M, Baba R, Iwase S, Teramoto R, Nakagawa K, Kizawa Y, Shima Y. Inter-rater reliability of proxy simple symptom assessment scale between physician and nurse: A hospital-based palliative care team setting. Eur J Cancer Care. 2010; 19: 124-130.
9. 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): 427-437.
10. Sugiura M, Miyashita M, Sato K, Morita T, Tsuneto S, Matoba M, Sano M, Shima Y. Analysis of factors related to the use of opioid analgesics in regional cancer centers in Japan. J Palliat Med. J Palliat Med. 2010; 13(7): 841-846.
11. 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; 18: 1-9.
- 研究報告・解説記事
- 宮下光令. 緩和ケアの質の評価. 東北医誌. 2010; 122: 167-169.
- 宮下光令, 佐藤一樹, 清水恵. 緩和ケアの質の評価. 東北大学保健学科紀要. 2010; 19(2): 63-71.
- 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。

緩和医療に携わる理学療法士・作業療法士の育成に関する研究

研究分担者 岡村 仁 広島大学大学院医歯薬保健学研究院教授

研究要旨 学部教育、および療法士教育の 2 つの側面から検討を行った。  
<研究 1>学部教育に関して：緩和医療におけるリハビリテーションについて、その知識や期待される内容を明らかにし教育の余地や必要性を探ることを目的に、作業療法学専攻 4 年生 30 名、理学療法学専攻 4 年生 27 名、医学専攻 4 年生 30 名、非医療系学生 1~4 年生 29 名の 4 群にアンケート調査を行った。その結果、学生に対する緩和医療およびがん・緩和医療におけるリハビリテーションに関する両面からの教育の必要性が示唆された。<研究 2>療法士教区に関して：コミュニケーションスキルの向上を目的に理学療法士・作業療法士を対象としたコミュニケーションスキル技術研修会を実施した。対象は、理学療法士 7 名、作業療法士 9 名の計 16 名であり、3~4 名の参加者にファシリテーター 1 名、患者役 1 名を加えた計 5~6 名のグループを編成し、ロール・プレイによるコミュニケーションスキル・トレーニングを計 3 セット実施した。今後、研修会終了 3 ヶ月後に調査を行い、トレーニングの効果を検証する予定である。

<研究 1：学部教育に関して>

A. 研究目的

作業療学科のようなリハビリテーションを専攻する学生と、医学科のような医学を専攻する学生、その他の学部・学科生（歯・薬除く）間で、緩和ケアに対する理解、あるいは緩和ケアにおいてリハビリテーションに求めるものに差異があるのかどうかを明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

1. 対象

広島大学に所属する学生、計 116 名（女性 63 名、男性 53 名）を対象とした。内訳は以下のとおりである。

- ①作業療法学生 (OT) 4 年 30 名（女性 23 名、男性 7 名）
- ②理学療法学生 (PT) 3 年 27 名（女性 13 名、男性 14 名）
- ③医学科生 (Dr) 4 年 30 名（女性 10 名、男性 20 名）
- ④非医療系学生 1~4 年 29 名（女性 17 名、男性 12 名）

平均年齢は 21.8 歳であった。

2. 調査方法

質問紙表によるアンケート調査を実施した。アンケート実施に際しては広島大学大学院心身機能制御科学講座の倫理審査委員会の承認を受けた上で、協力者から同意を得て行った。

所属学部・学科・専攻、学年、年齢、性別の記入後、結果に示す A~E の質問に対して選択回答を行ってもらった。質問 A、C では、選択肢の中から当てはまるものを一つ選択し、質問 B、D では、選択肢の中から当てはまるものすべてを選択回答してもらう方法で行った。また E では、選択肢の中からあてはまるもののうち上位 3 つを選択回答してもらった。さらに選択回答に加え、緩和ケアにおけるリハビリのイメージや期待することなどについて、自由記述の回答を求めた。各質問内容は結果にて詳細に述べる。

（倫理面への配慮）

本研究は広島大学大学院保健学研究科の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1. 緩和ケアについて知っているか。

緩和ケアについて、医療系学生 3 群では、「②詳しくはないが少し知っている」との回答が最も多く（OT 80%、PT 59%、Dr 70%）、次

いで OT, PT では、「③言葉だけ聞いたことがある」(OT 17%、PT 41%)が多く、Dr では「①よく知っている」との回答が多かった(Dr 23%)。「④全く知らない」との回答は、医療系学生では3群とも0%であったが、非医療系学生の群では66%と最も多く、過半数を超えていた。

## 2. 緩和ケアにおいて、リハビリテーションを処方されるがん患者の身体状態はどの程度であると考えるか。

4群ともに共通して、選択肢「①全く問題なく活動できる。…」のがん早期の患者と、「⑤全く動けない。…」のがん終末期の患者が、リハビリの対象となる意識は低く、それぞれ①に関しては OT 16.7%、PT 11.1%、Dr 13.3%、非医療系学生 13.8%で、⑤に関しては OT 50%、PT 40.7%、Dr 26.7%、非医療系学生 20.7%であり、Dr 群、非医療系学生群で特に意識が低かった。これに対して、5項目の中で4群平均してリハビリを行う対象として意識が高かったのは、「④限られた自分の身の周りのことしかできない」患者に対してで、OT 63.3%、PT 70.3%、Dr 63.3%、非医療系学生 48.3%であった。

## 3. (緩和ケアに対するWHOの定義の読後に) 緩和ケアにおけるリハビリテーションは必要か、必要でないか。

OT 群では、100%が「必要」と回答したが、他群では少数ではあるが「必要でない」との回答がみられた。各群では、PT 15%、Dr 3%、非医療系学生 3%が「必要でない」と回答しており(図3)、全体では5%が「必要でない」と回答していたが、95%の大多数は「必要」と回答していた。

## 4. (Cで「必要でない」と回答した方について) 緩和ケアにおけるリハビリテーションは「必要でない」と考える理由

4群全体を通して、「④がん患者にはリハビリテーションよりも優先すべきことがあるから」と回答した者が最も多く、3名であった。そのほか、「⑥その他」と回答した者が2名、①～③、⑤と回答した者がそれぞれ1名ずつであった。その他の理由としては、「リハビリにより苦痛を与えてしまうから」「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。やるなら別の言葉で」などが挙げられた。

## 5. (Cで「必要」と回答した方について) 緩和ケアにおけるリハビリテーションに対して、何を期待するか。

OT 群で選択された割合が最も高かったのは「⑦心理サポート」(87%)で、次いで「③日常生活能力の維持・改善」(50%)、「⑥痛みの軽減・コントロール」(47%)であった。PT 群で選択された割合が高かったものは③、⑥、⑦で、いずれも48%であった。Dr 群では③が70%と最も高く、次いで⑥の53%、④と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。

## D. 考察

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た。

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。

#### 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える。

#### <研究 2：療法士教育に関して>

##### A. 研究目的

緩和医療に携わる理学療法士・作業療法士の育成に必要な教育目標のひとつとして、コミュニケーションスキルの向上があげられる。今回、スキルの向上を目的に理学療法士・作業療法士を対象としたコミュニケーションスキル技術研修会を実施し、その有効性を検討した。

##### B. 研究方法

対象は、理学療法士 7 名、作業療法士 9 名の計 16 名であり、祭日の 13:00~17:00 に開催した。内容は、約 30 分の講義の後、3~4 名の参加者にファシリテーター 1 名、患者役 1 名を加えた計 5~6 名のグループ(計 5 グループ)を編成し、各部屋に分かれてロール・プレイによるコミュニケーションスキル・トレーニングを計 3 セット(リハニーズを明確化することを目指すシナリオ 2 つと、「もう歩けないですよ?」と質問された場合のコミュニケーションを考えるシナリオ 1 つ)実施した。なお、患者役とファシリテーターについては外部講師に依頼し、同日の 10:00 から細かな打ち合わせを行った。

評価にあたっては、マニュアルや研修会の内容について意見を求めるとともに、研修会の前後、研修会終了 3 ヶ月後の計 3 回、基本属性とともに次の項目について質問紙調査を行った。

##### 1. Confidence

質問項目は

- 1) 「起き上がりたい、立って歩きたい」と訴えられるような進行期のがん患者さんと、あなたはどの程度自信をもってコミュニケーションをすることができますか? (1 項目)
  - 2) コミュニケーションに関する質問です。各項目について現在どれくらい自信をもって行うことができますか? (18 項目)
- であり、選択式での回答を求めた。

## 2. Burn-out

Maslach Burn-out Inventory (MBI)日本語版を用いた。

## 3. Attitude

『進行期のがんの患者さんから「本当に歩けるようになるのですか？」と尋ねられたとき、どのような気持ちになりますか』に関する7項目について、「全くそうは思わない」～「とてもそう思う」の7件法で回答を求めた。

## C. 研究結果

質問紙調査は、研修会前後の2回実施し、終了3ヶ月後調査は平成25年2月に郵送法により行い、結果の集計は3回の調査が完了した時点で行う予定である。

研修会については概ね好評な感想が得られ、コミュニケーションスキル・トレーニングについては、これまでにあまり経験がなく、勉強になったという声が多数聞かれた。

## D. 考察

近年、緩和医療においても療法士の関わりが増加してきている。したがって、療法士に対してもコミュニケーションスキルが求められてきている。そこで今回、スキルの向上を目的に理学療法士・作業療法士を対象としたコミュニケーションスキル技術研修会を実施した。その結果、短期間での募集にもかかわらず、定員をすぐに満たすなど、本領域に対する療法士の関心の高さがうかがえた。研修会の効果については今後の解析になるが、参加者の感想からは概ね高い評価が得られた。がん患者に対するリハビリテーションに関心が向けられている中、これまで療法士を対象として、今回のように専門的な知識を提供する場はなかった。このため、がん医療に携わる療法士は、がん患者とのコミュニケーションについて、十分に学習する機会がなかったといえる。今回の試みから、研修会は緩和医療においてリハビリテーションを行っていくうえでの一つの指針となる可能性が示唆された。

## E. 結論

緩和医療に携わる療法士を対象にコミュニケーションスキル技術研修会実施し、概ね好評な結果が得られた。今後は、本研修会の効果を客観的に評価していくとともに、技術研修会を広く普及させていくことが必要と考え

ている。

## F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

## G. 研究発表

### 論文発表

1. 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 30: 284-294, 2011
4. Okamura H: Importance of rehabilitation in cancer treatment and palliative medicine. Jpn J Clin Oncol 41: 733-738, 2011
5. 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
6. 岡村 仁: 外来精神医療と緩和ケア: がん患者にみられる精神症状とその対応. 外来精神医療 11: 20-24, 2011
7. 岡村 仁: がん患者のリハビリテーションと心理的問題. 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 (清水 研編), 真興交易 (株) 医学出版部, 東京, pp. 206-209, 2011
8. 岡村 仁: リハビリテーション. 精神腫瘍学 (内富庸介, 小川朝生編), 医学書院, 東京, pp. 191-194, 2011
9. 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
10. 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
11. Miki E, Kataoka T, Okamura H: Clinical usefulness of the Frontal Assessment Battery at bedside (FAB) for elderly cancer patients. Support Care Cancer (in press)
12. Abe K, Nakaya N, Sone T, Hamaguchi T,



Sakai T, Sato D, Okamura H: Systematic review of rehabilitation intervention in palliative care for cancer patients. J Palliat Care Med (in press)

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
2. 岡村 仁：リハビリテーションにおける心のケアの重要性. シンポジウム 3. リハビリテーションとこころのケア. 第 25 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012年9月21日. 福岡市.
3. 岡村 仁：特別講演. がん患者に対するリハビリテーション. 第 30 回日本リハビリテーション医学会 中国・四国地方会. 2012年12月2日. 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。

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、緩和医療およびがん医療に携わる心理士の実態を調査し、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、がん医療で働く心理士の必要な知識やスキルとその教育ニード、他職種からの仕事の要望およびその実行度について、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。第2に、他職種からの仕事の要望およびその実行度について、職場から“求められている”と回答した人のみを対象に、その実行の程度について検討した。最後に、実際に困ったことや辛かったことについて、質的分析を実施した。その結果、第1に、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。第2に、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。その実行度は、「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」で第3に、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実施した。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 $\pm$  = 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：実際が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

まず、「②がん領域に関する知識やスキルについて」および「③がん領域に関する仕事内容について」、精神科医が常勤で働いている群（以下、常勤なり群とする）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”を合わせて、必要でない”頻度とし、“2 = やや必要である”と“3 = 必要である”を合わせて“必要である”頻度として、それぞれ群ごとに算出し、 $\chi^2$  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、また“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。

つぎに、「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、「実際が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 名の分析者、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

#### がん領域に関する知識やスキルについて

年齢±SDは、常勤あり群で36.98±9.30歳、常勤なし群で37±9.58歳、臨床経験年数±SDは、常勤あり群で11±9.02歳、常勤なし群で10.26±9.21歳、医療における臨床心理経験年数±SDは、常勤あり群で9.73±8.60歳、常勤なし群で8.80±8.91歳、がん医療での臨床心理経験年数±SDは、常勤あり群で2.99±3.26歳、常勤なし群で3.49±4.17歳、過去1年間にかかわった患者が亡くなった人数±SDは、常勤あり群で10.5±22.27人、常勤なし群で15.37±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)×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: