

合の対処としては、他部門や他施設との連携も重要であることが示唆された。

E. 結論

緩和ケアを専門とする医師がいないがん診療拠点病院で緩和ケアチームを効率的、効果的に運用するには、専従看護師が緩和ケアチームをマネジメントしていくことが重要である。緩和ケアチームの運用には多職種の有機的な連携が必須である。

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

なし。

学会発表

1. 坂下明大, 太田垣加奈子, 永富宏明, 他.
大学病院の医師は地域連携で何を困難に

感じているのか. 第18回日本緩和医療学会学術大会. 2013年6月21-22日. 横浜.

2. 坂下明大, 太田垣加奈子, 池垣淳一, 他.
兵庫県における緩和ケアチーム活動の均てん化とネットワーク作りへの取り組み(第2回) 兵庫県緩和ケアチーム研修会の開催報告. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2013年6月22-23日. 神戸.

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 25 年度（総括（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 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）コホート研究を行った。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 とした。ELNEC-J の有効性を検証するための無作為化比較試験では、参加者は介入群 89 名、Weighting-list Control 群 96 名に無作為に割り付けられた。

ELNEC-J CQ の知識に関しては介入群の 4 時点の点数は 63.9 ± 10.7 、 78.4 ± 5.5 、 77.2 ± 6.9 、 77.8 ± 7.4 、Weighting-list Control 群では 63.6 ± 12.7 、 65.6 ± 14.3 、 79.1 ± 6.1 、 76.5 ± 7.8 であり、統計学的に有意な介入効果が見られた（ $P < 0.0001$ ）。ELNEC-J CQ の態度に関しても同様に介入群の 4 時点の点数は 28.7 ± 5.4 、 35.7 ± 4.8 、 35.2 ± 4.3 、 35.5 ± 5.5 、Weighting-list Control 群では 29.6 ± 6.0 、 29.0 ± 6.7 、 36.5 ± 4.8 、 34.9 ± 5.1 であり、統計学的に有意な介入結果が見られた（ $P < 0.0001$ ）。（２）ELNEC-J の有効性を検証するためのコホート研究には 10 プログラム 320 名が参加した。ELNEC-J CQ の知識に関しては 3 時点の点数は 61.6 ± 12.5 、 77.1 ± 7.2 、 74.5 ± 8.6 であり、統計学的に有意な介入効果が見られた（ $P < 0.0001$ ）。ELNEC-J CQ の態度に関しても同様に 3 時点の点数は 29.7 ± 5.9 、 36.6 ± 4.7 、 35.4 ± 4.2 であり、統計学的に有意な介入結果が見られた（ $P < 0.0001$ ）。これらの結果より、ELNEC-J プログラムの有効性が参加者の知識・態度の側面から検証された。

A. 研究目的

（１）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。

（２）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-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とした。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無作為化法により割り付けた。

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した。

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 とした。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、自信・実践・意欲の 3 つの領域で計 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回研修会後、第2回研修会後、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した。

(2) 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した。

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であり、それらによる違いを探索するためにも講師やプログラムの進行は統一しなかった。

エンドポイントはELNEC-J CQとした。

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か月後とした。それぞれ郵送法にてアンケートを実施した。

(倫理面への配慮)

東北大学大学院倫理委員会の承認後に実施した。文書による説明を行い、自署による研究参加の同意を得た。

C. 研究結果

(1) ELNEC-Jの有効性を検証するための無作為化比較試験

参加者は介入群89名、Weighting-list Control群96名に無作為に割り付けられた。

ELNEC-J CQの知識に関しては介入群の4時点の点数は 63.9 ± 10.7 、 78.4 ± 5.5 、 77.2 ± 6.9 、 77.8 ± 7.4 、Weighting-list Control群では 63.6 ± 12.7 、 65.6 ± 14.3 、 79.1 ± 6.1 、 76.5 ± 7.8 であり、統計学的に有意な介入効果が見られた($P < 0.0001$)。この結果はそれぞれのモジュールごとの分析でも全て $P < 0.0001$ と有意であった。

ELNEC-J CQの態度に関しても同様に介入群の4時点の点数は 28.7 ± 5.4 、 35.7 ± 4.8 、 35.2 ± 4.3 、 35.5 ± 5.5 、Weighting-list Control群では 29.6 ± 6.0 、 29.0 ± 6.7 、 36.5 ± 4.8 、 34.9 ± 5.1 であり、統計学的に有意な介入効果が見られた($P < 0.0001$)。この結果は自信・実践の領域ごとの分析でも $P < 0.0001$ と有意であったが、意欲では有意でなかった($P = 0.15$)。

(2) 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10プログラム320名が参加した。

ELNEC-J CQの知識に関しては3時点の点数は 61.6 ± 12.5 、 77.1 ± 7.2 、 74.5 ± 8.6 であり、統計学的に有意な介入効果が見られた($P < 0.0001$)。この結果はそれぞれのモジュールごとの分析でも全て $P < 0.0001$ と有意であった。また、10のプログラム間の点数の推移の違いはほとんどなかった。

ELNEC-J CQの態度に関しても同様に3時点の点数は 29.7 ± 5.9 、 36.6 ± 4.7 、 35.4 ± 4.2 であり、統計学的に有意な介入結果が見られた($P < 0.0001$)。この結果は自信・実践の領域ごとの分析でも $P < 0.0001$ と有意であったが、意欲では有意でなかった($P = 0.19$)。また、10のプログラム間の点数の推移の違いはほとんどなかった。

D. 考察

(1) ELNEC-Jの有効性を検証するための無作為化比較試験

無作為化比較試験の結果、介入効果は有意であり、ELNEC-Jの有効性が知識・態度の2つの側面で示された。また、それらが6か月後まで維持されることも示された。全てのモジュールの知識および態度の自信・実践で高度に有意な結果であったことから、ELNEC-Jは全てのモジュールで求められる望ましい効果を示すものであると考えられた。意欲が有意でなかった理由は介入前から参加者の意欲の平均点数が非常に高く、天井効果によるものである。

(2) ELNEC-Jの有効性を検証するためのコホート研究

コホート研究の結果、介入効果は有意であり、ELNEC-Jの有効性が知識・態度の2つの側面で示された。また、それらが6か月後まで維持されることも示された。全てのモジュールの知識および態度の自信・実践で高度に有意な結果であったことから、ELNEC-Jは全てのモジュールで求められる望ましい効果を示すものであると考えられた。意欲が有意でなかった理由は介入前から参加者の意欲の平均点数が非常に高く、天井効果によるものである。

コホート研究では10のプログラムがそれぞれ異なった形式や講師によって行われたに

も関わらず、同様の結果であった。これは ELNEC-J 指導者養成プログラムが適切に行われ、講義スライドや開催マニュアルなどが整備されていることが理由と考えられる。ELNEC-J の有効性は一般化可能性が高いものと考えられた。

(3) 本研究の限界

本研究の限界はエンドポイントが知識と自己申告による態度のみであることである。本来は ELNEC-J 受講による行動変容や患者・家族に対する影響をエンドポイントに設定することが望ましい。しかし、行動変容を測定する方法は確立しておらず、患者・家族に対する影響は特定の看護師の ELNEC-J 受講以外の様々な要因が関連するため非常に難しい。

また、今回のコホート研究ではプログラムによらず同様の結果であったが、今回参加したプログラムの開催には全て日本緩和医療学会教育・研修委員会 ELNEC-J WG のメンバーが 1 人は関与しているため、比較的質が高く均一化されたプログラムであった可能性がある。

E. 結論

Weighting-List Control による無作為化試験およびコホート研究により、ELNEC-J プログラムの有効性が参加者の知識・態度の側面から検証された。

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

学会発表

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 25 年度（総括・分担）研究報告書

看護師に対する効果的な緩和ケア教育のあり方に関する研究

研究分担者 笹原朋代 国立大学法人筑波大学医学医療系保健医療学域

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 コアカリキュラム指導者用ガイド 2011 を改訂することにより、ガイドの内容妥当性を高めることを目的とした。その結果、最新データへのアップデート、ケーススタディの充実、在宅に関する情報の追加、補助教材の目的や使用方法の充実を図ることができた。今後は、改訂したガイドの内容妥当性や使いやすさなどについて検証していくことが課題である。

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。さらに、平成 22～23 年厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）「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 日本語版をより日本の実情に合わせて改訂した

「ELNEC-J コアカリキュラム指導者用ガイド 2011（以下ガイド 2011）」が作成された。

これらに基づく ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラム（以下指導者養成プログラム）が実施され、これまでに 852 名の指導者が修了している。さらに、ELNEC-J 指導者がガイド 2011 を使ってスタッフレベルのナースを対象に行う研修である「ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム（以下看護師教育プログラム）」が広く開催されるようになってきており、現在までに約 3000 人が受講している。

このように、ガイド 2011 が完成してから 2

年が経過し、ガイド 2011 が広く使われるようになってきた。それに伴い、データの老朽化や内容についての改善点などが指摘されている。

そこで本研究では、ガイド 2011 の改訂を行い、ガイドの内容妥当性を高めることを目的とした。

B. 研究方法

ガイド 2011 の改善点を明らかにするために、「1. ガイド 2011 の使用経験のある ELNEC-J 指導者へのアンケート調査」

「2. ELNEC-J 講師からのヒアリング」「指導者養成プログラム後に聴取された意見」の 3 つを元に、改訂を行った。

1. ガイド 2011 の使用経験のある ELNEC-J 指導者へのアンケート調査

2012 年 4 月から 2013 年 3 月までの 1 年間に、看護師教育プログラム開催に関わった ELNEC-J 指導者を対象として、アンケートを行った。日本緩和医療学会内の ELNEC-J 事務局に看護師教育プログラムの開催報告をした ELNEC-J 指導者に、e メールにて調査票を送付し返送を依頼した。調査内容は、モジュールごとにスライドや指導者用アウトラインの使いやすさなどについて、「5. 大変そう思う～1. 全くそう思わない」の 5 段階でたずねた。

2. ELNEC-J 講師からのヒアリング

2013 年 3 月に、指導者養成プログラムで各モジュールを担当している ELNEC-J 講師を対象に、モジュールごとに全体構成、スライド、指導者用アウトライン、

ケーススタディ、補助教材についての意見を、所定のファイルを用意しメールにて求めた。

3. 指導者養成プログラム後に聴取された意見

ガイド2011を使って開催された過去5回の指導者養成プログラムの反省会議事録を見直し、改善点を抽出した。

1～3の方法で整理された意見をまとめた上で、ELNEC-J講師が会議にて話し合い、具体的な修正点を確定した。その修正点に基づき、改訂を行った。

C. 研究結果

全モジュールに共通して挙げられた修正点は、最新データへのアップデート、ケーススタディの充実、補助教材への目的・使用方法の追加、在宅に関する情報の追加であった。これら以外の主な修正点をモジュールごとに示す。

1. モジュール1：エンド・オブ・ライフ・ケアにおける看護
補助教材に含まれている視聴覚教材を整理し、説明を加えた。
2. モジュール2：痛みのマネジメント
・痛みの閾値に関わる因子について修正した。
・痛みの伝わり方の図をわかりやすいものに変更した。
・海外渡航時の医療用麻薬の取り扱いについて追記した。
3. モジュール3：症状マネジメント
・過活動型せん妄と低活動型せん妄の違い、せん妄と認知症の違い、口腔ケアなどに関するスライドを追加した。
4. モジュール4：エンド・オブ・ライフ・ケアにおける倫理的問題
・価値観とは何かについてのスライドを追加した。
・種々の具体例をわかりやすいものに変更した。
5. モジュール5：エンド・オブ・ライフ・ケアにおける文化的配慮
・指導者用アウトラインに、エンド・オブ・ライフ・ケアにおいて、文化的な理解や配慮がなぜ必要かの説明を追加した。
6. モジュール6：コミュニケーション－患者の意思決定を支えるために－
・エンド・オブ・ライフ・ケアにおいてなぜコミュニケーションが重要かに関す

るスライドの説明を修正した。

・「悪い知らせが患者に与える衝撃」のスライドの図をわかりやすくした。

・アサーティブネスに関する具体例のスライドを追加した。

7. モジュール7：喪失・悲嘆・死別
・喪失・悲嘆・死別・服喪の関係性を整理しなおした。

・スライドの順番を入れ替え、よりわかりやすい流れにした。

・悲嘆・死別に対するケア内容を整理した。

8. モジュール8：臨死期のケア

・終末期の輸液療法やその考え方についてのスライドを追加した。

・看取りに関する情報を補足スライドとして追加した。

9. モジュール9：高齢者のエンド・オブ・ライフ・ケア

・高齢者の悲嘆のケアに関する説明の順序を、モジュール7と同様にした。

10. モジュール10：質の高いエンド・オブ・ライフ・ケアの達成

・質の高いエンド・オブ・ライフ・ケアを達成するためのステップを簡略化した。

・質を改善するプロセスの具体例を1つに減らした。

D. 考察

本研究では、ガイド2011の使用経験のあるELNEC-J指導者へのアンケート調査、ELNEC-J講師からのヒアリング、指導者養成プログラム後に聴取された意見の3つの方法を元に、ガイド2011を改訂した。その結果、最新データへのアップデート、ケーススタディの充実、在宅に関する情報の追加、補助教材の目的や使用方法の充実を図った、ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2014が完成した。

今後は、ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2014を用いた指導者養成プログラムおよび看護師教育プログラムの実施に関わったELNEC-J指導者からのヒアリングやアンケート調査などにより、ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2014の内容妥当性や使いやすさなどについて検証していくことが課題である。

E. 結論

本研究では、ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2011を改訂した。その結果、

ELNEC-J コアカリキュラム指導者用ガイド 2014 が完成した。

今後は、ELNEC-J コアカリキュラム指導者用ガイド 2014 の内容妥当性や使いやすさなどについて検証していくことが課題である。

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, Watakabe A, Aruga E, Fujimoto K, Higashi K, Hisahara K, Hori N, Ikenaga M, Izawa T, Kanai Y, Kinoshita H, Kobayakawa M, Kobayashi K, Kohara H, Namba M, Nozaki-Taguchi N, Osaka I, Saito M, Sekine R, Shinjo T, Suga A, Tokuno Y, Yamamoto R, Yomiya K, Morita T. Assessment of Reasons for Referral and Activities of Hospital Palliative Care Teams Using a Standard Format: A Multicenter 1000 Case Description: J Pain Symptom Manage. 2013 (in press)
2. Maeda I, Tsuneto S, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Motoyama M, Kosako F, Hama Y, Kizawa Y, Sasahara T, Eguchi K. Progressive Development and Enhancement of Palliative Care Services in Japan:

Nationwide Surveys of Designated Cancer Care Hospitals for Three Consecutive Years. J Pain Symptom Manage. 2014 (in press)

3. Nakazawa Y, Kizawa Y, Hashizume T, Morita T, Sasahara T, Miyashita M. One-year Follow-up of an Educational Intervention for Palliative Care Consultation Teams. Jpn J Clin Oncol. 2014 (in press)

学会発表

4. 中澤葉字子, 木澤義之, 橋爪隆弘, 森田達也, 笹原朋代, 宮下光令. がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会の評価 研修後追跡調査結果, 第 18 回日本緩和医療学会学術大会, 2013 年 6 月, 横浜.

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 25 年度（総括（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 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、国立がん研究センターと研究班で共催した平成 25 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム基礎研修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 年度に本研究班で開発した活動評価指標を使用し、緩和ケアチームの活動状況を問う 17 項目と活動に対する自信を問う 6 項目、対象者背景 10 項目、研修会前、研修会直後に実施した。対象者は平成 25 年度のがん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修に参加した医師・看護師・薬剤師 73 名（21 チーム）であった。調査の結果、研修前 73 名（回収率 100%）、研修直後 70 名（回収率 96%）、から回答を得た。対象者背景は、33%が緩和ケアチームメンバーとしての活動年数 2 年未満であった。研修前と研修直後で比較の結果、緩和ケアチームの一員として活動することに自信がないと回答した割合は 35%から 14%に変化した。今後は研修約 12 カ月後の活動の変化について追跡評価することが課題である。

A. 研究目的

第 2 期がん対策推進基本計画においても重点的に取り組むべき課題として「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」がうたわれ、緩和ケアチームの機能強化が求められている。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設置された。しかしながら、施設によっては、緩和ケアチームが十分機能していないことが課題となっている。

国立がん研究センターと研究班では、緩和ケアチームの活動の質を向上することを目的に、緩和ケアチーム研修を共催で開催している。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把握し、研修の有効性を評価することが重要である。

本研究では、平成 25 年度がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム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 25 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 73 名（21 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

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

4) 研修会の満足度

4. 調査期間

調査実施時点と調査項目は以下のとおりである。

	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

対象者の背景については記述統計，前後比較については対応のあるt検定を行った。

6. 倫理的配慮

本研究は、疫学研究に関する倫理指針に基づき倫理的配慮をもって実施した。

C. 研究結果

1. 回答率

研修前 73 名（回収率 100 %）、研修直後 73 名（回収率 94%）から回答を得た。

2. 対象者背景

表 1 に示した。

3. 緩和ケアチームの活動

研修前の活動状況について表 2 に示した。夜間・休日の緊急時対応ができる体制がある緩和ケアチームは 19% だった。また、地域の施設と顔の見える関係になるための機会を設けているチームは 26% だった。

4. 緩和ケアチームの活動に対する自信

研修変化を表 3 に示した。前後比較の結果、緩和ケアチームの一員として活動することに自信がないと回答した割合は 35% から 14% に変化した。6 項目の合計得点（range5-30）の平均値は研修前 16.6、研修直後では 16.9 であり有意差は認められなかった（ $p=0.329$ ）。

5. 研修満足度

研修への満足度については表 4 に示した。

D. 考察

本研究では、研修の有効性を評価するため、研修前後に緩和ケアチームの活動、活動に対する自信、研修満足度を評価した。活動については、地域に向けた取り組みが十分に行えてないチームが多く、これらの取り組みを促進するための研修プログラムを開発することが必要である。また、評価内容はチーム形成に項目が主であるため、専門的緩和ケアチームとしての活動を評価することも必要である。研修前後の自信の変化については、チーム内のコミュニケーションやチームの一員としての活動について自信が増加しており、研修の効果が示唆された。研修満足度については非

常に高く、なお、研修 12 カ月後の調査については、現在調査中であり、変化を確認する予定である。

E. 結論

研修が概ね有効であることが示唆された。

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. Nakazawa Y, Kizawa Y, Hashizume T, Morita T, Sasahara T, Miyashita M. One-year follow up of an educational intervention for palliative care consultation team. Jpn J Clin Oncol. 2014 Feb;44(2):172-9.

学会発表

1. 中澤葉宇子，木澤義之，橋爪隆弘，森田達也，笹原朋代，宮下光令．がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会の評価 研修後追跡調査結果 第 18 回日本緩和医療学会学術大会（2013 年 6 月 21 日，22 日），横浜

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。

表1 対象者背景

1. 性別	人数	6. 緩和ケアチームでの活動体制	人数
男	37	専従	15
女	36	専任	10
		兼任	44
		まだ活動を始めていない	4
2. 年齢	人数	7. 業務の約何%を緩和ケアチームの仕事にあてているか	人数
20-29歳	4	0	4
30-39歳	30	1-25%	41
40-49歳	22	26%-50%	9
50-59歳	13	51-75%	6
60歳以上	4	76-100%	13
3. 職種	人数	8. 過去1年間に緩和ケアチームの一員として診療した件数	人数
1) 身体症状担当医師	20	0件	6
2) 精神症状担当医師	11	1-9件	9
3) 看護師	21	10-49件	23
4) 薬剤師	18	50-99件	18
4. 臨床経験年数	人数	100件以上	12
1-4年	3	9. 過去に緩和ケアに関する研修会に参加した回数	人数
5-9年	12	0回	1
10-19年	29	1-4回	38
20-29年	25	5-9回	16
30年以上	4	10回以上	18
5. 緩和ケアチームの一員としての活動年数	人数	10. 最終学歴	人数
0	6	専門学校	13
2年未満	27	短期大学	2
2-4年未満	13	大学	35
4-6年未満	16	大学院	23
6-8年未満	4		
8-10年未満	6		
10年以上	1		

表2 緩和ケアチームの活動 研修前評価

N=73(回答率100%)

	「ややあてはまる」, 「あてはまる」と 回答した割合(%)
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	
役割分担についてメンバーで話し合いをしている	73
チームの課題や方針についてメンバーで議論をしている	70
メンバー間で意見が異なるときは議論をしている	56
依頼者のニーズや意図を確認している	79
依頼者が実践可能なことを推奨している	78
推奨時は複数の選択肢を示している	66
地域・緊急時のサポートについて	
地域の施設と退院カンファレンスなどで情報交換を行っている	36
地域の施設と顔の見える関係になるための機会を設けている	26
地域の医療者を対象に研修会を開催している	85
地域の医療者からの相談に対応している	41
夜間・休日の緊急時対応ができる体制である	19
コンサルテーションによる臨床活動について	
週1回以上患者を直接診療をしている	88
平日は常時診療可能な体制である	68
複雑な依頼のときは、毎日診療している	60
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	
外来等に緩和ケアのパンフレットを置いている	64
PCTの受診方法を広報している	51
PCTの活動について広報している	59

回答方法は「1. あてはまらない, 2. あまりあてはまらない, 3. どちらともいえない, 4. ややあてはまる, 5. あてはまる」から選択

表3 緩和ケアチームの活動に対する自信 研修前後評価

n=70

	研修前	研修直後	P-value†
	平均*		
チーム内で円滑にコミュニケーションがとれている自信がある	3.2	3.4	0.013
依頼者と円滑にコミュニケーションがとれている自信がある	2.9	2.8	0.427
地域および緊急時のサポート体制がとれている自信がある	2.1	2.1	0.885
コンサルテーション活動がしっかり行えている自信がある	2.7	2.8	0.267
患者・家族に分かりやすく紹介する体制がとれている自信がある	2.8	2.7	0.573
チームの一員として活動することに自信がある	2.9	3.1	0.038
合計	16.6	16.9	0.329

*回答方法は「1. 全くそう思わない, 2. あまりそう思わない, 3. ある程度そう思う, 4. かなりそう思う, 5. 非常にそう思う」から選択

†Paired t test

表4 研修満足度

	人数	割合(%)
1. 各セッションについて		
セッションⅡ. 緩和ケアチームの機能と役割（講義）		
役立たない	0	0.00
あまり役立たない	1	0.01
まあ役立つ	32	0.46
すごく役立つ	37	0.53
		0.00
セッションⅣ. 緩和ケアチームの抱える問題点（グループワーク）		
役立たない	0	0.00
あまり役立たない	1	0.01
まあ役立つ	23	0.33
すごく役立つ	46	0.66
		0.00
セッションⅤ. 各職種の役割①：身体症状担当医師（講義）		
役立たない	0	0.00
あまり役立たない	5	0.07
まあ役立つ	39	0.56
すごく役立つ	26	0.37
		0.00
セッションⅤ. 各職種の役割②：精神症状担当医師（講義）		
役立たない	0	0.00
あまり役立たない	3	0.04
まあ役立つ	40	0.57
すごく役立つ	27	0.39
		0.00
セッションⅤ. 各職種の役割③：看護師（講義）		
役立たない	0	0.00
あまり役立たない	0	0.00
まあ役立つ	30	0.43
すごく役立つ	40	0.57
		0.00
セッションⅤ. 各職種の役割④：薬剤師（講義）		
役立たない	0	0.00
あまり役立たない	0	0.00
まあ役立つ	29	0.41
すごく役立つ	41	0.59
		0.00

	人数	割合(%)
セッションⅥ. コンサルテーションを見直してみよう（講義）		
役立たない	0	0.00
あまり役立たない	0	0.00
まあ役立つ	24	0.34
すごく役立つ	46	0.66
		0.00
セッションⅦ. 自分たちのチームの活動を見直してみよう（グループワーク）		
役立たない	0	0.00
あまり役立たない	0	0.00
まあ役立つ	9	0.13
すごく役立つ	61	0.87
		0.00
セッションⅧ. 緩和ケアチームの課題の解決策を検討してみよう（グループワーク）		
役立たない	0	0.00
あまり役立たない	0	0.00
まあ役立つ	10	0.14
すごく役立つ	60	0.86
		0.00
2. セッション全体として		
役立たない	0	0.00
あまり役立たない	0	0.00
まあ役立つ	15	0.21
すごく役立つ	53	0.76
		0.00
3. ファシリテーターやスタッフの働き		
よくなかった	0	0.00
あまりよくなかった	0	0.00
まあよかった	11	0.16
非常によかった	59	0.84
		0.00
4. 同様の研修会が開催された場合、同じ立場の人に参加を勧めるか		
勧めない	0	0.00
あまり勧めない	0	0.00
まあ勧める	24	0.34
必ず勧める	46	0.66
		0.00
5. 研修会に全体としてどれくらい満足しているか		
不満足	0	0.00
あまり満足していない	0	0.00
まあ満足	11	0.16
満足	51	0.73

緩和ケアチーム内で円滑にコミュニケーションがとれている自信がある

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
平成 25 年度（総括・分担）研究報告書

緩和ケアチームを構成する心理士の教育に関する研究
—実態調査と“心理士と他職種を結ぶ冊子”の作成—

研究分担者 北里大学大学院医療系研究科 岩満優美

研究要旨 本研究の目的は、第 1 に、がん医療や緩和医療に携わる心理士の仕事状況について把握し、心理士の教育プログラム作りのための基礎資料を得ることであった。その結果、過去 1 年間にがん医療に関わった仕事の割合は全体平均では約 3 割であるが、がん診療連携拠点病院がん専門病院に勤務しているか否かで、がん医療に関わる割合はかなり異なっていることがわかった。また、過去 1 年間にがん医療に関わった仕事の割合は、それぞれの施設や個人によっても異なることが示唆された。過去 1 年間に関わったがん医療の事例総数も同様の傾向が認められた。がん医療に携わる心理士の教育を考える場合、個人によって異なる臨床経験の質を考慮する必要がある、がん医療での臨床経験に応じた教育プログラムの構築が必須であることが示唆された。第 2 に、心理士と他職種との連携や協働を円滑にするための冊子を作成し、がん診療連携拠点病院を中心に 421 施設に配布した。この冊子は、「がん医療で心理士と一緒に働く医療者へ」と「がん医療で働く心理士へ」の 2 つから構成されており、それぞれ理解を深めることができるようになっている。

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。しかし、実際にがん医療に関する仕事の状況についての分析は行っていない。そこで、第 1 に、がん医療や緩和医療に携わる心理士の仕事状況について分析を行い、こ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る。第 2 に、これまでの研究結果から、他職種との連携の重要性が挙がってきたことを考慮し、心理士と他職種との連携や協働を円滑にするための冊子を作成し、それをがん診療連携拠点病院に配布することにした。

B. 研究方法

1. 実態調査

対象者と手続き

研究実施時（2009 年 6 月）において、315 施設のがん診療連携拠点病院および 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：実際にがん医療で働いて困ったことや、わからな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

第1に、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年間にかかわったがん医療の仕事に占める割合、過去1年間にかかわったがん医療に関する事例総数、過去1年間に関わった事例件数、過去1年間に関わったがん医療に関する内容について、それぞれ平均（SD）を算出した。

第2に、過去1年間にかかわったがん医療

の仕事に占める割合、過去1年間にかかわったがん医療に関する事例総数については、現在の職場を、がん診療連携拠点病院のがん専門病院（以下、がん拠点がん専門病院とする）、がん診療連携拠点病院でがん専門以外の診療・治療も行う病院（以下、その他のがん拠点病院とする）、およびがん診療連携拠点病院でない大学病院や総合病院3つに分け、それぞれの項目について平均（SD）を算出した。

第3に、それぞれの項目について、以下のように%や件数を分けたうえで、それぞれ頻度を算出した。過去1年間にかかわったがん医療の仕事に占める割合については、0から25%、26から50%、51から75%、76から100%の4つに分けた。総事例件数および患者の事例件数については、0から10件、11から20件、21から30件、31件から40件、41件から50件、51件以上の6つに、家族の事例件数については、0件、1から5件、6から10件、11件以上の4つに分けた。個人面接件数については、0から10件、11から20件、21から30件、31から40件、41件以上の5つに、集団介入、心理検査、およびコンサルテーションについては、0件、1から5件、6件以上の3つに分けた。

第4に、過去1年間にかかわったがん医療の仕事に占める割合と、過去1年間の総事例件数については、現在の職場を3つ（がん拠点がん専門病院、その他のがん拠点病院、その他の大学・総合病院）に分け、それぞれ頻度を算出した。

（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。

2. 冊子の作成

がん医療で働く医療者と心理士に対する冊子を作成し、がん診療連携拠点病院を中心に配布することを目的に、以下のことを行った。

がん医療の心理士に関する先行研究のliterature review およびがん医療での臨床経験が5年以上の心理士、精神腫瘍学経験者や研究者との意見交換から、「がん医療で働く医療者に対して、心理士を理解するための情報」と「がん医療で働く心理士が最低限必要な知識」について検討した。

（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に基づくものである。

C. 研究結果

1. 実態調査

現在の職場で過去1年間に関わったがん医療に関する仕事の割合の平均は(回答者 372人)、27.7% (SD=31.1%)であった。職場別にみると、がん拠点がん専門病院では(回答者 19人) 69.2% (SD=37.4%)、その他のがん拠点病院では(回答者 201人) 29.0% (SD=29.5%)、その他の大学・総合病院では(回答者 139人) 21.4% (SD=28.7%)であった。

過去1年間に関わったがん医療の事例総数の平均は(回答者 357人) 25.4例 (SD=43.3例)であった。そのうち、患者の事例件数の平均が(回答者 362人) 22.0件 (SD=36.0件)、家族の事例件数の平均が(回答者 249人) 4.7件 (SD=9.3件)であった。職場別にみると、がん医療の時勢総数の平均は、がん拠点がん専門病院で(回答者 16人) 66.8例 (SD=107.8例)、その他のがん拠点病院で(回答者 191人) 22.9例 (SD=28.4例)、その他の大学・総合病院で(回答者 138人) 25.4例 (SD=47.1例)であった。

過去1年間に関わったがん医療の内容ごとの平均件数は、個人心理面接が(回答者 355人) 19.9件 (SD=40.2件)、集団的介入が(回答者 353人) 1.4件 (SD=6.2件)、心理検査が(回答者 353人) 1.3件 (SD=5.8件)、コンサルテーションが(回答者 353人) 4.3件 (SD=9.3件)であった。

過去1年間に関わったがん医療の仕事を占める割合については(回答者 359人)、0から25%が63.5% (228人)、26から50%が15.6% (56人)、51から75%が7.0% (25人)、76から100%が13.9% (50人)であった。職場別にみると、がん拠点がん専門病院 (19人)では、0から25%が21.1% (4人)、26から50%が10.5% (2人)、51から75%が15.8% (3人)、76から100%が52.6% (10人)で、その他のがん拠点病院 (201人)では、0から25%が61.2% (123人)、26から50%が18.4% (37人)、51から75%が8.5% (17人)、76から100%が11.9% (24人)で、その他の大学・総合病院 (139人)では、0から25%が72.7% (101人)、26から50%が12.2% (17人)、51から75%が3.6% (5人)、76から100%が11.5% (16人)であった。

過去1年間に関わったがん医療の事例総数については(回答者 345人)、0から10件が55.1% (190人)、11から20件が10.4% (36人)、21から30件が9.3% (32人)、31件から40件

が6.1% (21人)、41件から50件が6.1% (21件)、51件以上が13.0% (45人)であった。職場別にみると、がん拠点がん専門病院 (16人)では、0から10件が25.0% (4人)、11から20件が12.5% (2人)、21から30件が6.3% (1人)、31件から40件が6.3% (1人)、41件から50件が18.8% (3件)、51件以上が31.3% (5人)であった。その他のがん拠点病院 (191人)では、0から10件が52.4% (100人)、11から20件が11.0% (21人)、21から30件が11.5% (22人)、31件から40件が7.3% (14人)、41件から50件が6.3% (12件)、51件以上が11.5% (22人)であった。その他の大学・総合病院 (138人)では、0から10件が62.3% (86人)、11から20件が9.4% (13人)、21から30件が6.5% (9人)、31件から40件が4.3% (6件)、41件から50件が4.3% (6件)、51件以上が13.0% (18人)であった。

過去1年間に関わった総事例のうち、患者については(回答者 350人)、0から10件が58.0% (203人)、11から20件が10.9% (38人)、21から30件が9.7% (34人)、31件から40件が5.7% (20件)、41件から50件が4.0% (14件)、51件以上が11.7% (41人)であった。過去1年間に関わった事例のうち、家族については(回答者 242人)、0件が30.6% (74人)、1から5件が48.3% (117人)、6から10件が12.0% (29人)、11件以上が9.1% (22件)であった。

過去1年間に関わったがん医療でのそれぞれ仕事内容においては、個人面接件数については(回答者 343人)、0から10件が51.6% (177人)、11から20件が13.1% (45人)、21から30件が5.0% (17人)、31から40件が3.5% (12人)、41件以上が26.8% (92人)であった。集団介入については(回答者 341人)、0件が85.9% (293人)、1から5件が7.9% (27人)、6件以上が6.2% (21人)であった。心理検査 (回答者 341人)については、0件が82.1% (280人)、1から5件が12.9% (44人)、6件以上が5.0% (17人)であった。コンサルテーションについては(回答者 342人)、0件が56.7% (194人)、1から5件が25.4% (87人)、6件以上が17.8% (61人)であった。

2. 冊子の作成

内容

上記の literature review およびがん医療で働く心理士、精神腫瘍学経験者や研究者と

の意見交換から、「がん医療で心理士と一緒に働く医療者へ」と「がん医療で働く心理士へ」の2つに分け、冊子を作成した。冊子の内容は以下の通りである。

「がん医療で心理士と一緒に働く医療者へ」

はじめにと目次を含み、11ページで構成されており、8章に分かれている（括弧内の氏名は、担当者を示す。敬称略）：1心理士を目指す人が受けている教育・資格制度（帝京平成大学大学院臨床心理学研究科 浅井真理子）、2心理士はどんなところで働いている？（北里大学大学院医療系研究科 岩満優美）、3心理士が主に行うこと（群馬県立がんセンター精神腫瘍科・総合相談支援センター 渡辺詩織・大庭 章）、4心理士ができないこと・苦手なこと（群馬県立がんセンター精神腫瘍科・総合相談支援センター 板垣佳苗・大庭 章）、5心理士と一緒に働く医療者へのアドバイス（1）（九州がんセンター緩和医療科 大谷弘行・聖隷三方原病院緩和支援治療科 森田達也）、6心理士の研究活動・他職種へのサポートなど（帝京平成大学大学院臨床心理学研究科 浅井真理子）、7心理士と一緒に働く医療者へのアドバイス（2）（国立がん研究センター東病院臨床開発センター 小川朝生）、8参考文献。

「がん医療で働く心理士へ」

はじめにと目次を含み、11ページで構成されており、8章に分かれている（括弧内の氏名は、担当者を示す。敬称略）：1がん医療で働く前に知っておくこと（名古屋市立大学病院 三木有希）、2がん医療関連の病院（東大和病院がん相談支援センター 岡崎賀美）、3がん医療で働く医療者について（広島大学大学院教育学研究科 尾形明子）、4がん医療を支えるシステム（名古屋市立大学病院 伊藤嘉規）、5がん医療で働く心理士へのアドバイス（群馬県立がんセンター精神腫瘍科・総合相談支援センター 大庭 章、東大和病院がん相談支援センター 岡崎賀美）。

送付先

冊子の送付先は、がん診療連携拠点病院396施設、小児がん拠点病院15施設、および東京都認定がん診療病院10施設の合計421施設であった。各施設に3部ずつ送付した。

D. 考察

1. 実態調査

過去1年間にがん医療に関わった仕事の割合の平均をみると、27.7%と約3割であるものの、標準偏差が31.1%と大きいことから、個人差が大きいことがわかった。そこで、職場別にごがん医療に関わった仕事の割合をみたところ、がん医療の仕事の割合が、がん拠点がん専門病院では69.2%を占めているのに対して、その他のがん拠点病院およびその他の大学・総合病院では約3割であった。すなわち、職場ががん診療連携拠点病院であるか否かというよりも、がん専門病院であるか否かにより、がん医療の仕事が占める割合は異なっていた。また、過去1年間に関わったがん医療の仕事の割合が0から25%の人が約6割近くおり、全体的にはがん医療の仕事が占める割合は低い人が多いことがわかる。当然ながら、がん拠点ががん専門病院では約半数の人が全仕事の75%以上をがん医療に関わっていると答えている。一方、その他のがん拠点病院およびその他の大学・総合病院の人は、75%以上をがん医療に関わっていると答えている頻度は、約1割にすぎず、0から25%の関わりしかない人が、それぞれ約6割、約7割と多い。このように、がん医療が仕事に占める割合は、職場ががん専門病院であるか否かに大きく依存すると考えられる。

過去1年間に関わったがん医療の事例総数についても同様である。全体としては、10件以下が約55%と多いものの、51件以上の人も13%いる。そのため、過去1年間に関わったがん医療の事例総数も個人差が大きいことがわかる。その内訳も圧倒的に患者へのかかわりが多いものとなっている。

関わった事例の内容についてみると、個人面接が10件以下の人が約半数であるのに対して、41件以上の人が約26%と、かなり個人差がある。その他の内容についても同様であるが、関わりとしては個人面接が多いことがわかる。

このような状況を踏まえて、がん医療に携わる心理士の教育を考える場合、かなり個人によってその臨床経験の質が異なることを考慮する必要がある。特に、職場ががん拠点ががん専門病院であるか否かであるが、がん拠点ががん専門病院で働く心理士の人数は、本研究の回答者では19人とかなり少なく、一般にはその他のがん拠点病院あるいはその他の大学・総合病院での勤務が多い。しかし、その中でも仕事内容にはかなりばらつきがあると

考えられる。ただ、がん医療の仕事に関わる割合が低かったとしても、がん医療に関わる限り、必要な知識やスキルは習得し、心理士として十分に力を発揮することが重要である。そのため、がん医療での臨床経験に応じた教育プログラムの構築が必須である。

2. 冊子の作成

「がん医療で働く医療者に対して、心理士を理解するための情報」と「がん医療で働く心理士が最低限必要な知識」の内容について検討した。その結果、作成した冊子は、「がん医療で心理士と一緒に働く医療者へ」と「がん医療で働く心理士へ」と題し、両者がそれぞれ理解を深めることができるように構成されている。

「がん医療で心理士と一緒に働く医療者へ」については、第1に、がん医療の心理士は医療のなかで働いているとはいえ、心理学系の学部も多くは文学部にあることや、医療の教育は受けてはいるものの、他職種に比較するとその教育量は少ないこと、心理士は医療以外の多くの領域で働いていることなどを、まずは医療者に伝えることとした。そこで、「心理士を目指す人が受けている教育・資格制度」では、心理士になるための大学や大学院での教育、心理士の資格制度について、「心理士はどんなところで働いている？」では、医療・保健、教育、福祉、司法・矯正、労働・産業、私設心理相談、大学・研究所といった7つの領域に分けて概説した。また、他職種は十分に心理士の専門性を理解していないというこれまでの結果から、心理士の専門性について記載した。「心理士が主に行うこと」では、心理療法、臨床心理アセスメント、臨床心理的地域援助、調査・研究といった心理士の4つの専門業務について説明した。一方、「心理士ができないこと・苦手なこと」では、気もちのつらさをすぐになくすこと、精神科医・心療内科医としての役割を期待されること、依頼背景が不明瞭なまま心理面接をすることなどを通して説明した。「心理士の研究活動・他職種へのサポートなど」では、心理士の研究活動や心理士による他職種へのサポートについても説明を加えた。さらに、「心理士と一緒に働く医療者へのアドバイス」として緩和ケア医と精神科医より、具体的なアドバイスを掲載した。

「がん医療で働く心理士へ」については、医療、あるいはがん医療ではじめて働く心理

士を対象に作成した。心理士が受けてきた教育の中心は臨床心理学である。そのため、病院という組織や医療システムを十分に把握していない場合や、がん医療で働く他職種の専門性についても熟知していない場合がある。また、がん患者の心理的援助を行う際のポイントもおさえておく必要がある。そこで、「がん医療で働く前に知っておくこと」では、がん治療の流れ、病院で働く上でのマナー、カルテ、コンサルテーションの基本、がんと心、心のケア、精神症状の治療、サイコオンコロジーと緩和ケアについて概説した。「がん医療関連の病院」では、1次医療、2次医療、3次医療、がん診療連携拠点病院、緩和ケア病棟・ホスピス、相談支援センターについて説明した。「がん医療で働く医療者について」では、医師、看護師、その他の医療者に分けて説明し、「がん医療を支えるシステム」では、緩和ケアチーム、在宅医療について説明した。さらに、「がん医療で働く心理士へのアドバイス」としてがん医療に携わっている心理士より、具体的なアドバイスを掲載した。

E. 結論

1. 実態調査

過去1年間にがん医療に関わった仕事の割合は全体平均では約3割であるが、がん診療連携拠点病院がん専門病院に勤務しているか否かで、がん医療に関わる割合はかなり異なっていることがわかった。また、過去1年間にがん医療に関わった仕事の割合は、それぞれの施設や個人によっても異なることが示唆された。過去1年間に関わったがん医療の事例総数も同様の傾向が認められ、全体としては、10件以下が約55%と多いものの、51件以上の人も13%いる。このような状況を踏まえて、がん医療に携わる心理士の教育を考える場合、かなり個人によってその臨床経験の質が異なることを考慮する必要がある。以上より、がん医療での臨床経験に応じた教育プログラムの構築が必須である。

2. 冊子作成

心理士と他職種との連携や協働を円滑にするための冊子を作成し、がん診療連携拠点病院396施設、小児がん拠点病院15施設、および東京都認定がん診療病院10施設の合計421施設に、それぞれ3部ずつ送付した。

冊子は、「がん医療で心理士と一緒に働く医療者へ」と「がん医療で働く心理士へ」とで

構成されており、両者がそれぞれ理解を深めることができるようになっている。

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. Nakajima K, Iwamitsu Y, Matsubara M, Oba A, Hirai K, Morita T, Kizawa Y. Psychologists in cancer palliative care in Japan: a nationwide survey. Palliative and Supportive Care, (in press).
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. 2013 43(3):286-93.
3. 岩満優美 特集 最後までよい人生を支えるには. 第5章多職種で終末期を支えるにはー臨床心理士. 内科. 112 (6):1256-9, 2013.

4. 山田祐司、平方眞、轟 慶子、岡崎賀美、石黒理加、延藤麻子、松原芽衣、小坂麻利、羽田かおり、岩満優美：緩和ケア病棟入院前後に患者・家族がもつ情報の程度や理解状況ー看護師による評価から. Palliat Care Res. 8(2):361-70, 2013.

学会発表

1. 岩満優美、大庭 章、平井 啓、浅井真理子、村上尚美、松原芽衣、木澤義之 がん医療で働く心理士が抱える問題・課題についてー心理士が感じる困難さから. 一般演題. 教育. 第18回日本緩和医療学会. 2013年6月21-22日. 横浜.

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 25 年度（総括・分担）研究報告書

がん診療拠点病院の施設背景が緩和ケア診療加算件数に及ぼす影響

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 がん診療拠点病院の施設背景が緩和ケア診療加算件数に及ぼす影響について検討をおこなった。緩和ケア診療加算を算定していた施設を対象として、施設背景と算定件数との相関について解析を行なったところ、各職種の専従人数と緩和ケア診療加算との間に相関関係を認めた。以上より、緩和ケア診療加算件数を上昇させるためには、他の業務とは独立した形で各職種の医療スタッフを配置することが重要である可能性が示唆された。

A. 研究目的

2002 年 4 月の診療報酬改定で「緩和ケア診療加算」が新設され、全国で緩和ケアチーム活動が開始されて約 10 年が経過した。現在でもその数は増え続けており、緩和ケアチーム活動に関する学会発表や報告が数多くなされている。しかし、緩和ケアチーム活動に関する報告が数多くなされているものの、各施設の背景が緩和ケア診療加算件数に影響しているかについて検討した調査はまだない。施設のどのような因子が緩和ケア診療加算件数に影響しているか調査することは、緩和ケアチーム業務を評価するだけでなく、病院経営的な側面からも非常に重要と考えられた。そこで本研究では、がん診療拠点病院の施設背景が緩和ケア診療加算件数に及ぼす影響について検討をおこなった。

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。

本研究では、各施設の概要（病床数、2012 年度のがん患者入院数、総入院数、平均在院日数、緩和ケアチーム活動開始時期、1 年間のコンサルテーション依頼件数、1 ヶ月間（6 月）の緩和ケア診療加算（+400 又は+200 点）算定施設数（各病院の集計の手間を考慮し、日本病院薬剤師会の調査等でも対象となっている 6 月 1 ヶ月を対象月とした）、算定件数および各職種の人数（専従人数）について調査を行った。また、緩和ケア診療加算を算定していた施設を対象として、施設背景と算定

件数との相関について解析を行なった。チーム活動期間が長ければ、それだけチーム内業務が標準化され、その結果として加算件数が上昇する可能性も考えられたため、活動期間と加算件数の相関についても合わせて検討を行なった。

（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した。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後、実施された（受付番号:24-01-209）。

C. 研究結果

304 施設より回答を得た（回収率 77%）。アンケート回答者の男女比は男：49.7%、女：50.3%であり、病院での実務年数は平均 14.1 年、緩和ケアチームにおける実務年数は平均 4.6 年であった。平均病床数は 595 床、平均在院日数は 14.6 日、緩和ケアチーム活動開始時期は 2003～2007 年が最も多く 67%であった。また、緩和ケア診療加算算定件数は 118 施設、算定施設の 1 ヶ月の平均加算件数は 195.4 件であった。

施設背景が算定件数に与える影響については、304 施設の中から緩和ケア診療加算を算定していた 118 施設を対象とし、解析を行なった。直線回帰分析を用いて検定を行なった結果、病床数、入院がん患者数、総入院患者

数、在院日数、活動期間および各職種の所属人数と緩和ケア診療加算との間に相関は認められなかったが、コンサルテーション依頼件数、ならびに各職種の専従人数と緩和ケア診療加算との間に相関関係を認めた。また、Kendall の順位相関係数を用いて各職種の専従人数と緩和ケア診療加算検定を行なったところ、専従身体担当医師数および専従薬剤師数と緩和ケア診療加算との間に相関関係を認めた（専従身体担当医師；相関係数：2.372 $P=0.018$ 、専従薬剤師；相関係数：2.097 $P=0.036$ ）が、専従精神担当医師数および専従看護師数と緩和ケア診療加算との間には相関関係を認めなかった（専従精神担当医師；相関係数：0.690 $P=0.490$ 、専従看護師；相関係数：1.654 $P=0.098$ ）。

D. 考察

本研究は、我々の知る限り、施設背景と緩和ケア診療加算件数の関連性を検討した最初の研究である。この研究で最も重要な点は、単なる緩和ケアチームスタッフ数ではなく、専従スタッフ数と加算件数が相関を示した点である。すなわち、緩和ケア診療加算件数を上昇させるためには、各職種の専従スタッフ数を充実させることが重要であることが示唆された。専従スタッフ数が多ければ早急に事例に対応でき、その結果として加算件数が上昇すると考える。しかし、専従薬剤師数以外の職種と加算件数は弱い相関であったため、ノンパラメトリックな検定も行なったところ、身体症状担当医師および薬剤師と加算件数との間にのみ相関が認められたことから、特に身体症状担当医師および薬剤師のスタッフ数の充実が重要である可能性が考えられた。次に重要な点は、加算件数と施設の病床数や入院患者数、在院日数およびチーム活動期間に相関がないことが分かった点である。すなわち、加算件数とこれらの因子に関連性はないことが示唆された。施設の規模が大きいほど、コンサルテーションチーム活動にマンパワーを投入できる可能性があるため、加算件数は多くなると思われたが、そのような関連性はなかったことが明らかとなった。一方、本研究の限界として以下の点が挙げられる。今回は調査票をがん診療連携拠点病院にしか郵送しておらず、全ての算定病院を対象としなかった。全ての算定病院を対象とした場合、異なった結果となったかもしれない。また、本研究では各職種の経験年数を調査しなかつ

た。チームスタッフの経験が豊富なほど効率的に業務が遂行できるため、このような因子も算定件数に影響した可能性がある。また、全ての緩和ケアチームには、身体症状担当医師、精神症状担当医師、看護師および薬剤師が含まれているため、構成メンバーの差は本結果に影響していないと考える。以上、本研究では緩和ケアチーム専従スタッフ数と緩和ケア診療加算件数との間に相関が認められた。言い換えると緩和ケア診療加算件数を上昇させるためには、他の業務とは独立した形で各職種の医療スタッフを配置し、緩和ケアチーム業務を行うことが重要である可能性が示唆された。特に、専従薬剤師数との関連が最も強かったことから、緩和ケア診療加算件数を増加させるには専従薬剤師のスタッフを増員させることが重要となるかもしれない。薬剤師が患者の薬物治療の支援（事前のカルテ調査や処方変更後の痛みの評価等）により時間を費やすことができればチームラウンドがより標準化、迅速化され、その結果として加算件数が上昇する可能性が考えられた。

今後、全国的に緩和ケアチームを更に普及・活性化させるためには、このように、チームと診療報酬をリンクさせて評価することが重要と考えられる。

E. 結論

がん診療拠点病院の施設背景が緩和ケア診療加算件数に及ぼす影響について検討をおこなった。緩和ケア診療加算を算定していた施設を対象として、施設背景と算定件数との相関について解析を行なったところ、各職種の専従人数と緩和ケア診療加算との間に相関関係を認めた。以上より、緩和ケア診療加算件数を上昇させるためには、他の業務とは独立した形で各職種の医療スタッフを配置することが重要である可能性が示唆された。なお、本研究結果は、前年度に報告した「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」結果と合わせ、報告書としてがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームに配布した。

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. Ise Y, Morita T, Katayama S, Kizawa Y. :