

笹川記念保健協力財団 研究助成

助成番号：2018A-001

(西暦) 2019年 2月 8日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団

会長 喜多悦子 殿

2018年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研究報告書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

がん終末期における患者のセクシャリティについての医療者の対応

所属機関・職名 横浜市立大学医学部医学科総合診療医学

氏名 日下部 明彦

I 研究の目的

【研究目的】

緩和ケアの目標はがん患者・家族の理想の生活を支えることであるが、1) 医療者は目の前のがん患者のニーズをすべて聞き取れているとは限らない。がん患者の様々な苦痛は相手や場面を選んで表出される。そして、隠された苦悩の代表的なものはセクシュアリティの問題である。2) がん患者のセクシュアリティの苦悩はふさわしい相手がいなければ表出されることはないと予想される。医療者はそのような問題に対して準備をしているだろうか？我々は、患者のセクシュアリティの問題に対して医療者はどのような認識・感情を持ち、対応をしているかを明らかにするためにこの研究を行う。

【研究背景】

国民の健康的な生活の一部に性の問題は包含されていると思われる。今回、我々はがん終末期にも存在すると思われる性的な苦悩の問題を取り上げたい。性は人間の営みと切り離せないものであり、どの年代においても性の問題は存在する。高齢者や障がい者の性の問題がメディアで取り上げられることはある。また若年がん患者の妊孕性の観点からの性の問題は数多くの検討がなされている。しかし終末期がん患者の性の問題に焦点を当てた研究はない。私たちは終末期がん患者のセクシュアリティの問題を調査し、過剰な拒否反応や、苦笑いで受け流す以外の医療者の対応の仕方を示したい。

II 研究の内容・実施経過

1. 緩和ケア病棟に従事する医師、看護師へのインタビュー

緩和ケア病棟に勤務する医療従事者（医師・看護師）に対して、入院中のがん患者におけるセクシュアリティの困りごとについて半構造化インタビューを行った。

2. アンケート作成

先行研究、研究者の議論、緩和ケア病棟従事者の意見を参考に、調査項目を決定し、質問票を作成した。尚、アンケート作成には、横浜南共済病院 馬渡弘典氏、がん研有明病院 平野和恵氏、聖隷三方原病院 森田達也氏、国立がんセンター 高橋都氏の協力を得た。

3. 緩和ケア病棟看護師に対するアンケート調査

神奈川県内緩和ケア病棟に勤務する看護師に対して入院中の終末期がん患者のセクシュアリティについてのアンケート調査を行った。20 病院 200 人の回答を目標とし、1セット20分程度で可能なアンケートを作成した。アンケート調査協力への同意は各施設の看護部長または緩和ケア病棟師長から得た。各施設への研究概要

の説明、同意の取得は横浜市立大学医学部看護学科渡邊眞理氏、神奈川県立がんセンター看護局久保田顕子氏の協力を得た。最終的に 18 施設 313 人に配布し、165 名から回答を得た。

4. データ分析

平成 30 年 12 月に行った神奈川県内緩和ケア病棟に勤務する看護師を対象としたアンケート調査に対して、返信のあった調査票を分析した。尚、データ収集・分析には、聖隷三方原病院 森田達也氏、名城大学 田辺公一氏の協力を得た。

5. 倫理的配慮

看護部長から協力の同意を得た各施設の緩和ケア病棟看護師には緩和ケア病棟の責任者より A 4 版の封筒を配布して貰った。A 4 版の封筒には①研究協力依頼文 ②アンケート③返信用封筒が封入されている。研究協力依頼文では、研究の概要、結果の匿名性、参加の任意性を説明し、アンケート調査票の返信をもって同意したこととした。回収、データ入力は株式会社インフォームが行った。

本研究は横浜市立大学医学部倫理委員会の承認を得て実施された。

(許可番号 B180900020)

6. 学会報告

第 29 回 日本在宅医療学会学術集会 (2018 年 11 月 横浜) において、『終末期がん患者のセクシュアリティの苦悩に医療者は備えているか?』の発表を行い、笹川記念保健財団助成事業として、終末期がん患者のセクシュアリティの問題に対する緩和ケア病棟看護師の意識や支援の調査を行っていることを述べた。またこの発表について『癌と化学療法』に論文投稿を行った。

また 2019 年 6 月に開催される第 24 回日本緩和医療学会に、笹川記念保健財団助成事業であることを明記し『終末期がん患者の「パートナーとの愛を育む時間」に対する支援～多施設緩和ケア病棟看護師を対象とした質問紙による調査～』のタイトルで抄録を登録している。

Ⅲ 研究の成果

1. 緩和ケア病棟勤務の医師へのインタビュー

研究の概要を説明した上で、3名（3施設）の緩和ケア医、緩和ケア病棟勤務経験を有する看護師2名（2施設）に対して半構造化インタビューを行った。平均医師経験年数34年（26–40年）、平均緩和ケア医歴12年（6–15年）平均看護師経験年数35年。

質問項目

① 終末期がん患者にもセクシャリティについての苦悩が存在すると思うか？

思う・・・5名

思わない・・・0名

- ・研究の内容を聞くと、トータルペインの一部としてあるかもしれないと思った。
- ・思う。気晴らしにバカな話ができないというのは辛いことだと思う。

② ・セクシュアリティについての苦悩も全人的苦痛の構成要素になり得ると考えるか？

なり得る・・・5名

なり得ない・・・0名

- ・特に若年者はなり得る。
- ・生殖可能年齢においては結婚やパートナーを見つけるにおいてハンディキャップであろう。

ただし終末期がん患者においては治療の対象という意味では優先度は低いと思う。

③ 終末期がん患者および家族のセクシャリティに関する支援が必要だと思うか？

（医療者も行うべき支援と考えるか？）

必要な患者はいる・・・5名

- ・なかには、必要とする人もいると思った。必要な人の選別は難しい。
- ・対応する医療者によっても違う。
- ・マニュアルやツールのような決まったものがあつたほうが医療者は助かると思う。
- ・何らかの支援は必要。具体的に考えたことはなかった。
- ・夫婦の時間の確保の手助けは必要。
- ・臨床心理士が相応しいかもしれない。
- ・方法としては傾聴を行うくらい。

・医療者が適しているかはわからない。ピアサポートの方の方が適しているかもしれない。

④ 個人的経験としての終末期がん患者へのセクシャリティ介入状況について

i 患者本人または家族からセクシャリティに関する話が出たことがあったか？

あり⇒その際の対応は？

・外科医の時代、70代の女性の患者さんの大腸癌開腹手術後に、いつからセックスができるのか？と尋ねられたことがある。傷がよくなれば大丈夫と答えた

・バイアグラの処方頼まれたことがある

・外科医時代には術後の性機能の話はよく出ていた

・男の人で性器の大きさの話になった。自分としては自慢をしたいのだと捉えた。

ii 患者本人へまたは家族へセクシャリティに関する話題を持ちかけたことがあったか？

・なし・・・5名

⑤ 病棟内での共通認識やルール

i カンファレンスで患者のセクシュアリティに関する苦悩が話し合われることがあるか？

ii セクシュアリティについての勉強会や事例検討が行われているか？

iii セクシャルハラスメントと患者の表出するセクシュアリティについての苦悩との違いについて病棟で検討されたことがあるか

・いずれもなし・・・5名

(セクハラに近い問題として、困った患者として情報共有することはある)

iv PCU 個室に鍵があるか？

v PCU 個室の鍵は患者や家族が自由にかけることができるか？

vi 部屋の鍵についての運用ルールがあるか？あればどのようなものか？

・なし・・・5名

入室禁止の札はあるが、疲れるから本人が面会をしたくないという時に用いられている
なし

⑥ セクシャルハラスメントとの線引き

・性の話題が出た場合に、医療者の認識や経験、捉え方、患者との関係性等で、不快に感じることもあるものと思われるが、セクシャルハラスメントについてのカンファレンスやルール作りは行われているか？

- ・なし・・・5名
- ・身体を触ってくる患者の情報共有は行われるが、看護師はセクハラと捉えているわけではないと思われる。また性的な辛さとも捉えてはいないと思われる。
- ・病院のセクハラマニュアルは職員同士によるものに主眼が置かれているものという認識をしている。
- ・セクハラのマニュアルは主に職員同士の問題を前提につくられたものである
- ・男性医師が女性患者に性的な困りごとがあるか？と尋ねるのはセクハラととられるかもしれないし、男性患者が女性医療スタッフに性的な困りごとを打ち明けたらセクハラととられるかもしれない。と思う。

⑦ その他

今回の調研究において、調査を希望する項目は？

- ・そのような話題が出たときにカルテに記載すべきなのか？
- ・病院や病棟の案内に、部屋のプライバシーが保たれることを約束するような文言を掲示しているか？
- ・夫婦が使っていていいような部屋（鍵付き）を設定している施設はあるのか？
- ・性の問題が患者から出たときにカルテに記載するものかどうか？そのようなことはスタッフの裁量に任せることでよいのだろうか？
- ・患者からのセクハラを防ぐための院内掲示等は他施設ではどうしているのだろうか？

【結果】

緩和ケア病棟においてセクシュアリティについての問題は、医療チームとしては検討されることが殆どないがそれぞれの、医療者が、セクシュアリティの問題も全人的な苦痛の一つになり得、潜在的なニーズはあると考えていることが伺われた。総じて、終末期がん患者に関わる医療スタッフが見逃してきた問題であり、他施設のセクシュアリティの問題への対応を知りたく、調査に値する課題であるという意見であった。しかし、がん患者の性機能の問題と比べた場合の優先度は低いという意見もあった。

2. アンケート調査について

がん患者のセクシュアリティについての研究は、AYA世代の生殖機能の領域では盛んに行われている。我々の研究は、生殖機能の問題とは一線を画すために、終末期がん患者、それも予後が短めの数か月の患者を主に看護していることが想定される緩和ケア病棟看護師に対する調査とした。高齢者の性問題への看護師の意識・感情・支援への考え方を調査

した先行研究3)、またがん患者および家族(パートナー)のセクシュアリティに関する医療者の認識と支援の実態を調査した先行研究4)を基に、緩和終末期がん患者への緩和ケア病棟看護師の意識・感情・支援への考え方・経験の調査を行うこととした。

先行研究、共同研究者の議論、スーパーバイザーからの助言、緩和ケア病棟従事者の意見を参考に、調査項目を決定し、質問票を作成した。

多施設の緩和ケア病棟看護師の状況の調査をするにあたり、テーマとしての新規性が高く、個人的な感情も影響しやすいことも予想され、容易に協力が得られないことが予想された。そのため、実際の地域連携や人員の交流がある神奈川県内施設を対象とすることにした。20病院200人の回答を目標とした。神奈川県内全21施設の看護部長に電話またはメールで趣旨説明を行い、研究計画書、横浜市立大学医学部倫理委員会研究許可書を書面で送った。それぞれの相手方の施設の規定に従い、必要であれば、相手方施設の倫理委員会の承諾を得た。神奈川県内緩和ケア病棟18施設から協力が得られた。2018年12月に18施設313人に配布し、165名から回答を得た(52.7%)。

【評価・解析】

緩和ケア病棟勤務の看護師の終末期がん患者に対するセクシュアリティについての意識、感情、支援への考え方、経験について調査した。(参考資料として、質問紙を添付する)解析は名城大学 田辺公一氏の協力を得た。

【結果】

1 背景

313名に質問紙配布を行い、165名から回答を得た(52.7%)看護師の年齢は20代22名(13.2%)、30代51名(30.9%)、40代59名(35.8%)、50代27名(16.4%)60代3名(1.8%)であった。男性6名(3.6%)女性158名(95.2%)無回答1名(0.6%)であった。

看護師としての臨床経験年数は15.5(8.4)(Mean, SD)、緩和ケア病棟経験年数は3.4(3.4)(Mean, SD)、がん患者との同居経験あり50人(31.3%)、セクシュアリティに関する看護教育経験あり25人(15.9%)であった。(表1)

「セクシュアリティ」に対する印象と入院中の患者に対応するにあたって問題化し得るセクシュアリティの項目について選択肢をあげて尋ねた。

「セクシュアリティ」という言葉の印象として、半数以上が、性別(生物学的性)ジェンダー・アイデンティティ(性自認)、性行動の項目を上げた。入院患者の問題となり得るセクシュアリティの問題として、パートナーとの関係性が最も多く回答された(78人(47.3%)) (表2)

2 緩和ケア病棟に入院中のがん患者さんのセクシュアリティに関する認識

「疾患の種類と程度によっては、性行動がとれなくなる」についての肯定群（そう思う＋ややそう思うと回答した群）は157人（95.2%）「性行動が減少する」152人（92.1%）「性欲が低下する」136人（82.4%）の回答が上位にあり、終末期がん患者は性行動や性欲は減少すると考えている看護師が多かった。一方で、「性行為がなくても夫婦の信頼関係は変わらない」と考えている看護師は多い（160人 97.0%：そう思う＋ややそう思うと回答した群）ということが示された。（図1）

3 緩和ケア病棟に入院中のがん患者さんのセクシュアリティに関する感情

「人間味があってよいと思う」に対する肯定群（そう思う＋ややそう思うと回答した群）は85人（51.5%）であった。「いやな感じがする」「不潔な感じがする」「みじめな感じがする」に対する肯定群はそれぞれ、12人（7.2%）、3人（1.8%）、4人（2.4%）であり、否定的な感情は少ないことが示された。一方で「話題にしてはいけない感じがする」と回答したのは69人（41.8%）であった。（図2）

4 緩和ケア病棟に入院中のがん患者さんのセクシュアリティに関する支援・関わりに対する考え方

「がん患者さんの性を否定するような言動はしたくない」についての肯定群（そう思う＋ややそう思うと回答した群）は164人（99.4%）であった。

また「自分のがん患者さんの性について勉強する必要がある」についての肯定群は127人（77.0%）であった。

一方で「支援した経験が無いので自信がない」「性について関与していいのかわからない」「知識がないのに支援できない」の肯定群（そう思う＋ややそう思うと回答した群）はそれぞれ、147人（89.0%）、118人（71.5%）、119人（72.1%）と積極的な関わりは難しいと考える回答者が多数を占めた。（図3）

5 緩和ケア病棟に入院中のがん患者さんのセクシュアリティに関する経験

がん患者さん本人または家族へ「パートナーとの愛を育む時間」に関する具体的な支援をしたことがあると回答したのは82人（49.7%）であった。

具体的な支援の内容は「スキンシップ（手を握る、顔に触れるなど）を勧める」71人（43.0%）、「パートナーによる清拭の希望があるか本人・パートナーに尋ねる」58人（35.2%）、「パートナーによる入浴介助の希望があるか本人・パートナーに尋ねる」54人（32.7%）、「傾聴」44人（26.7%）、「ハグ（相手を抱きしめる）を勧める」42人（25.4%）、「入室の際に、ノックや声掛け後に返事を待つなど、十分な時間をとる」41人（24.8%）「添い寝を勧める」34

人（20.6%）、「医療者が訪室しない時間を作ることができることを伝える」30人（18.2%）、「入室禁止などの掛け札の使用」20人（12.1%）「お二人での入浴の希望があるか本人・パートナーに尋ねる」9人（5.4%）、「がんと性に関する本や冊子の紹介」2人（1.2%）であった。患者が亡くなってからの支援として「エンゼルケアへの参加を勧める」、「亡くなった時に本人・パートナーのみの時間を作る」、「亡くなった時にハグの機会を作る」はそれぞれ、79人（47.9%）、74人（44.8%）、54人（32.7%）であった。（図4）（図5）

がん患者の「パートナーとの愛を育む時間」について支援すべき問題としてカンファレンスを行った経験を持つのは11人（7%）、がん患者の「パートナーとの愛を育む時間」について困った問題としてカンファレンスを行った経験を持つのは2人（1.2%）であった。「患者さんからの「パートナーとの愛を育む時間」についての言動をセクシャルハラスメントと捉えたことがあるか？」にあると回答したのは1人（0.6%）であった。（図4）

考察

背景より平均で15年程度の看護師経験を持ち、3年程度の緩和ケア病棟勤務歴を持つ30代40代の女性看護師を多く含む集団に対する調査であったことがわかる。セクシュアリティに関する看護教育経験を有する看護師は25人（15.9%）と少数であった。

セクシュアリティについての言葉の印象として、性別（生物学的性）ジェンダー・アイデンティティ（性自認）、性行動、性欲、性的嗜好が上位に上がったが、緩和ケア病棟で問題となり易い問題としては、パートナーとの関係性や情緒的愛着・親密さであるという認識が多かった。これは緩和ケア病棟を利用する対象患者は性行動や性欲等の性行為に関連した狭義の性愛ではなく、他者との親密性を含んだ広義の性愛と捉えていることがうかがわれた。

緩和ケア病棟に入院中のがん患者さんのセクシュアリティに関する認識については、「疾患の種類と程度によっては、性行動がとれなくなる」「性行動が減少する」「性欲が減る」の回答が上位にある一方で、「性行為がなくても夫婦の信頼関係は変わらない」と考えている看護師は多く、狭義の性行為なくともパートナーとの関係性・親密性は保たれると考えている看護師が多いことがうかがわれた。

緩和ケア病棟に入院中のがん患者さんのセクシュアリティに関する感情については、「人間味があってよいと思う」等の肯定する回答が多く、終末期がん患者においてもセクシュアリティの問題は人間として「あるもの」であるという認識はあるが、患者のセクシュアリティの問題に積極的に関わりたいという感情を持つ看護師は少ないことが示唆された。

緩和ケア病棟に入院中のがん患者さんのセクシュアリティに関する経験については、約半数の看護師が、がん患者さん本人または家族へ「パートナーとの愛を育む時間」に関する具体的な支援をしたことがあると回答した。具体的な支援内容として多く上がったのは、「エンゼルケアへの参加を勧める」、「亡くなった時に本人・パートナーのみの時間を作る」、「亡

くなった時にハグの機会を作る」はそれぞれ、79人(47.9%)、74人(44.8%)、54人(32.7%)であったが、これらは患者が亡くなってからの支援であり、「パートナーとの愛を育む時間」ではあるが、パートナー同士の愛を育む時間ではない。患者存命時の支援とは別のものと扱うべきだったかもしれない。

患者存命時のパートナー同士の愛を育む時間の支援として、比較的多く上げられたのは、「スキンシップ(手を握る、顔に触れるなど)を勧める」71人(43.0%)、「パートナーによる清拭の希望があるか本人・パートナーに尋ねる」58人(35.2%)、「パートナーによる入浴介助の希望があるか本人・パートナーに尋ねる」54人(32.7%)、「傾聴」44人(26.7%)、「ハグ(相手を抱きしめる)を勧める」であり、あまり行われていない支援は「入室禁止などの掛け札の使用」20人(12.1%)「お二人での入浴の希望があるか本人・パートナーに尋ねる」9人(5.4%)、「がんと性に関する本や冊子の紹介」2人(1.2%)であった。

現在何らかの支援を行っているとは回答した者のなかで、現在は行っていないが今後行ってみたい支援として、「パートナーの愛を育む時間についての希望を本人に橋渡しする」「がんと性に関する本や冊子の紹介」「腕枕を勧める」「医療者が訪室しない時間を作ることができることを伝える」等が多く上げられた。

以上より、多くの緩和ケア病棟看護師は、患者・家族のセクシュアリティの問題に対して拒否感はないが、現状は積極的な支援をする心持ちではないことがうかがえる。

しかし、積極的でない理由としては支援の方法がわからないと考えており、学習や経験が必要と考えている。セクシュアリティの問題も全人的苦痛に含まれていると認識しながらも、患者のセクシュアリティの問題は病棟カンファレンスで話し合われることはほとんどなく、個人的な対応がなされている。

今回の調査を通して、現状は、終末期がん患者にもセクシュアリティの問題は存在するという認識を医療者の中で共有する段階であると考えた。

表 1 回答者背景

項目	値 (n=165) ^{a)}
年代 (n, 20/30/40/50/60)	22/51/59/27/3
性別 (n, 男性/女性)	6/158
看護師としての臨床経験年数 (Mean, SD)	15.5 (8.4)
緩和ケア病棟経験年数 (Mean, SD)	3.4 (3.4)
がん患者との同居経験あり (n, %)	50 (31.3)
セクシュアリティに関する看護教育経験あり (n, %)	25 (15.9)

a) 各項目は欠損値を除いて集計したため、必ずしも 100%にはならない。

表2) 「セクシュアリティ」に対する印象と問題化可能性 (n=165)

項目	印象 ^{a)} (n, %)	問題となる可能性 ^{a)} (n, %)	P 値 ^{b)}
性別 (生物学的性)	127 (77.0)	23 (13.9)	<0.001
ジェンダー・アイデンティティ (性自認)	101 (61.2)	19 (11.5)	<0.001
性行動	84 (50.9)	26 (15.8)	<0.001
パートナーとの関係性	72 (43.6)	78 (47.3)	0.51
性欲	68 (41.2)	36 (21.8)	<0.001
性的指向・性的嗜好	63 (38.2)	22 (13.3)	<0.001
生殖 (子供をもつこと)	63 (38.2)	30 (18.2)	<0.001
性機能	62 (37.6)	16 (9.7)	<0.001
ジェンダー・ロール (性役割)	57 (34.5)	23 (13.9)	<0.001
情緒的愛着・親密さ	25 (15.2)	44 (26.7)	0.01
エロティシズム	15 (9.1)	10 (6.1)	0.30
その他	3 (1.8)	4 (2.4)	1.00

a) 「はい」または「ある」と答えた人数。

b) カイ二乗検定または Fisher の正確確率検定。

図2 「緩和ケア病棟に入院中のがん患者さんのセクシュアリティ」に関する感情について (n=165)

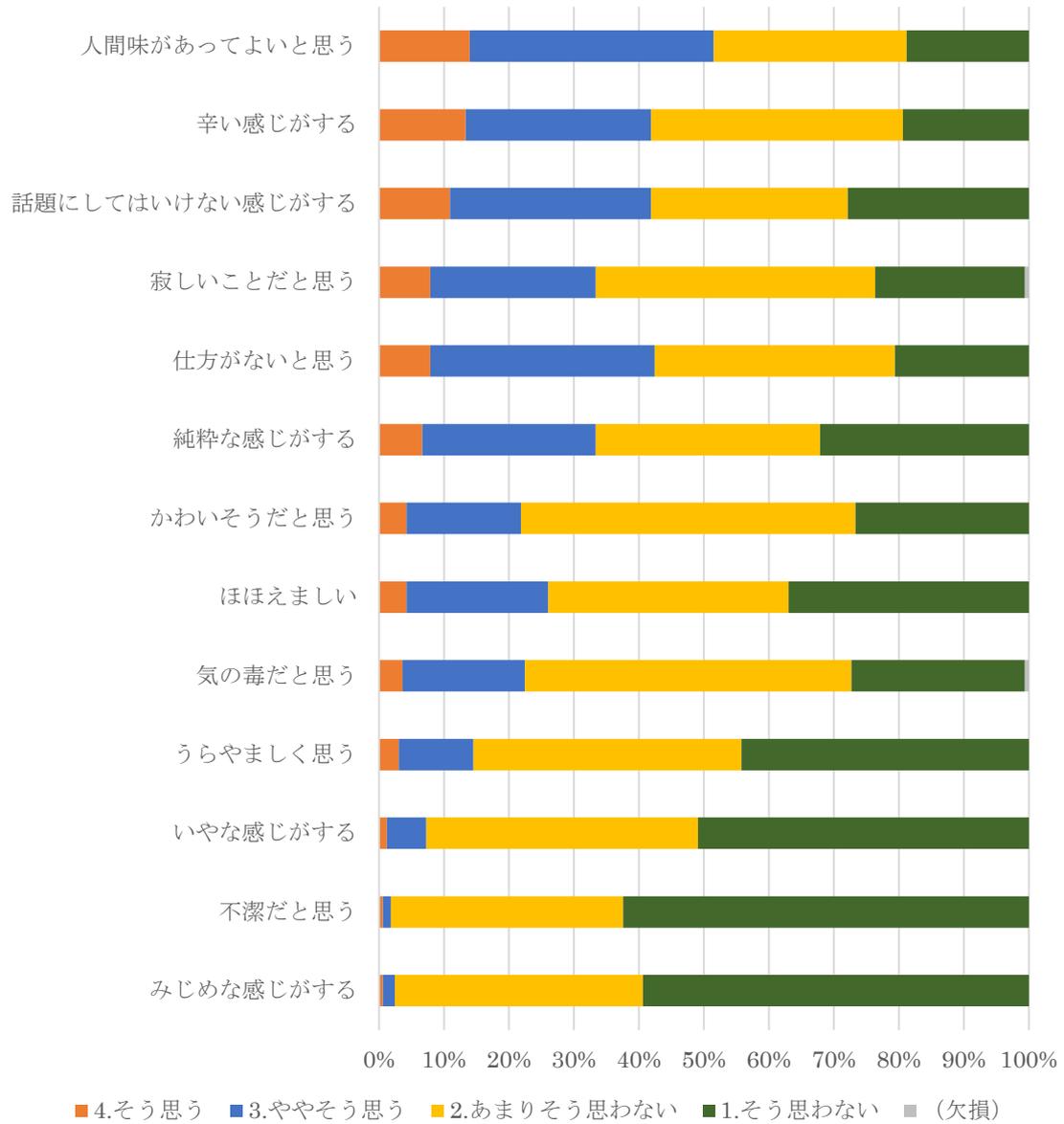


図3 「緩和ケア病棟に入院中のがん患者さんのセクシュアリティ」に関する支援・関わりに対する考え方 (n=165)

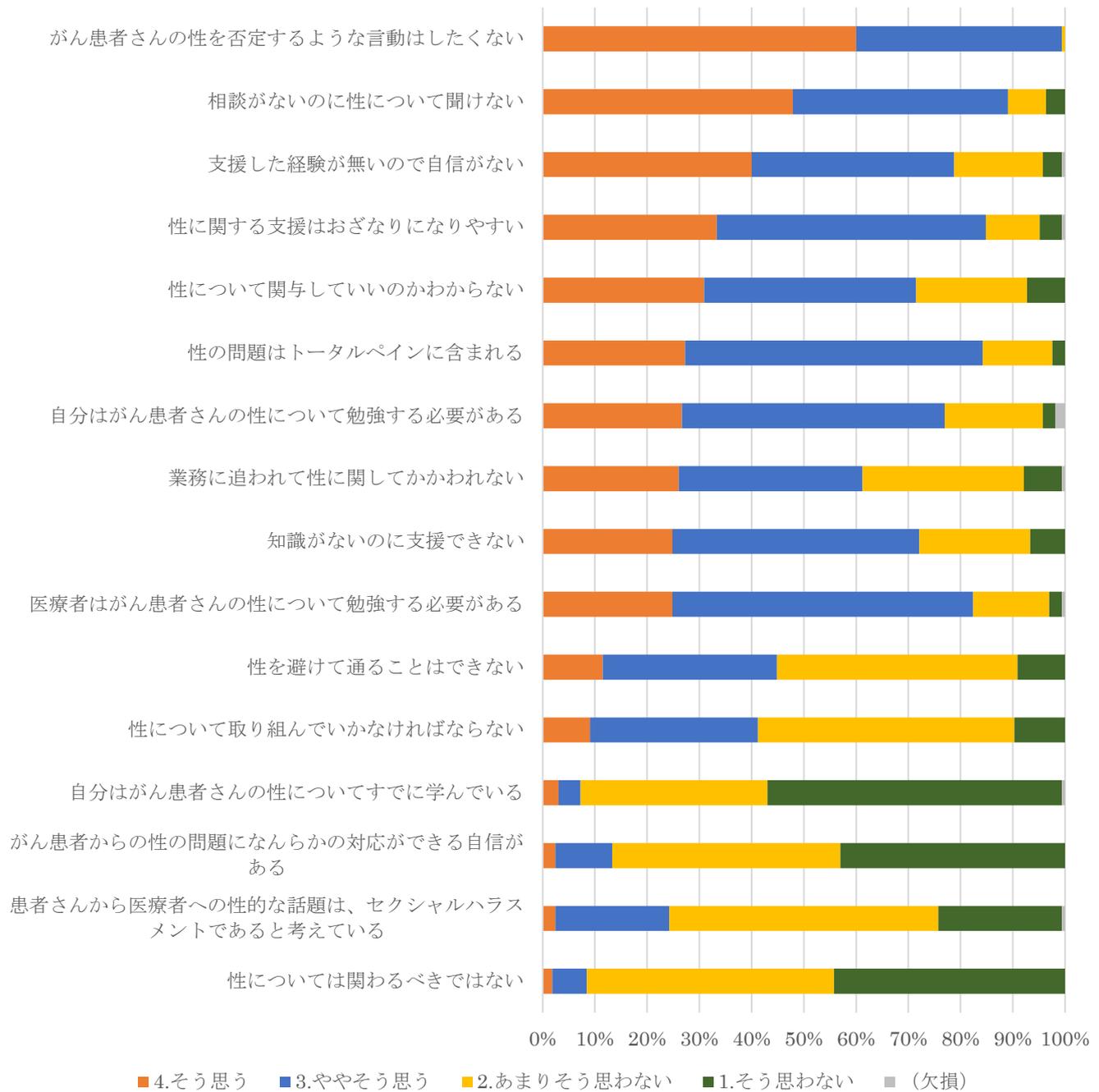


図4 「緩和ケア病棟に入院中のがん患者さんのセクシュアリティ」に関する経験について
(n=165)

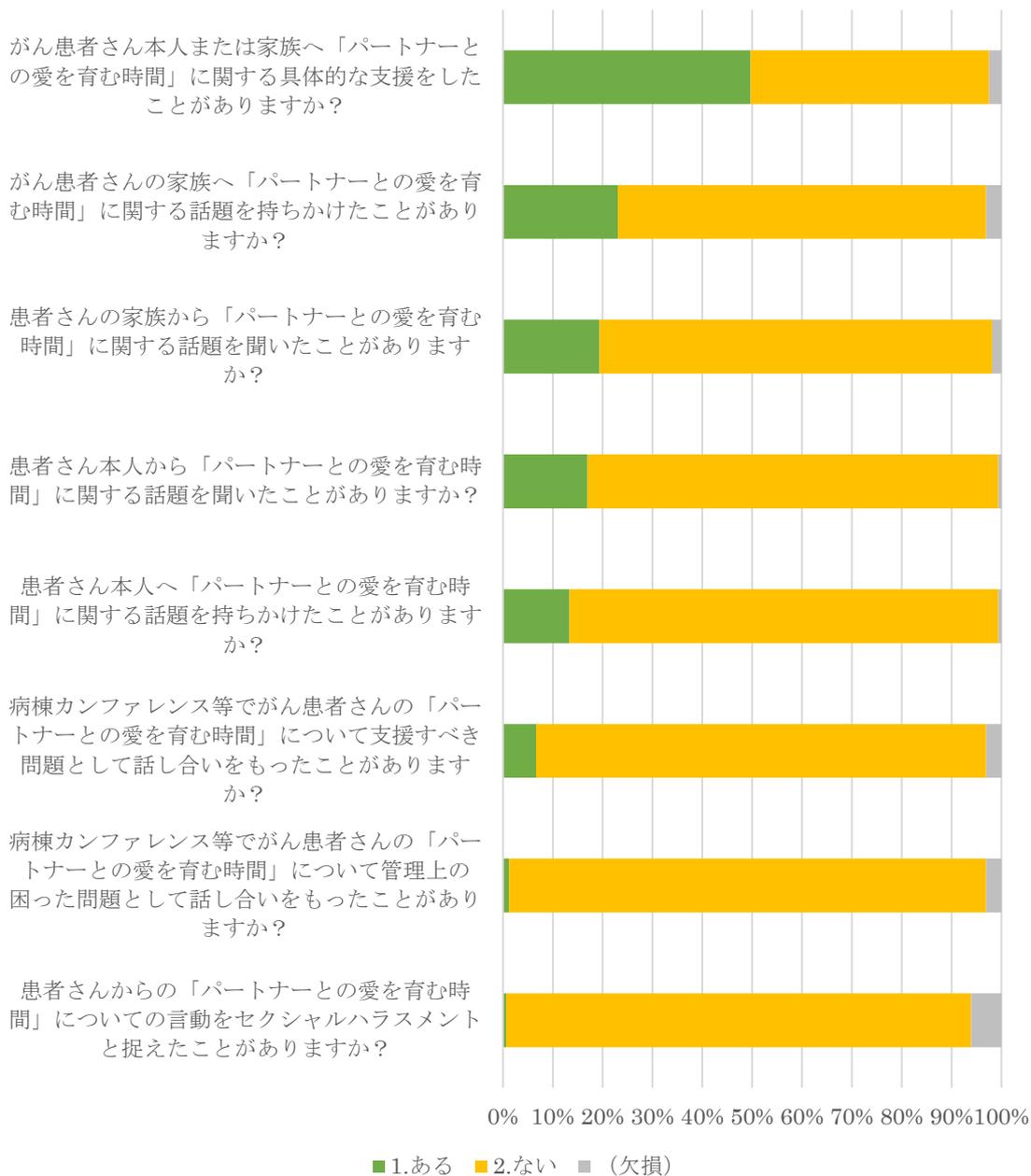
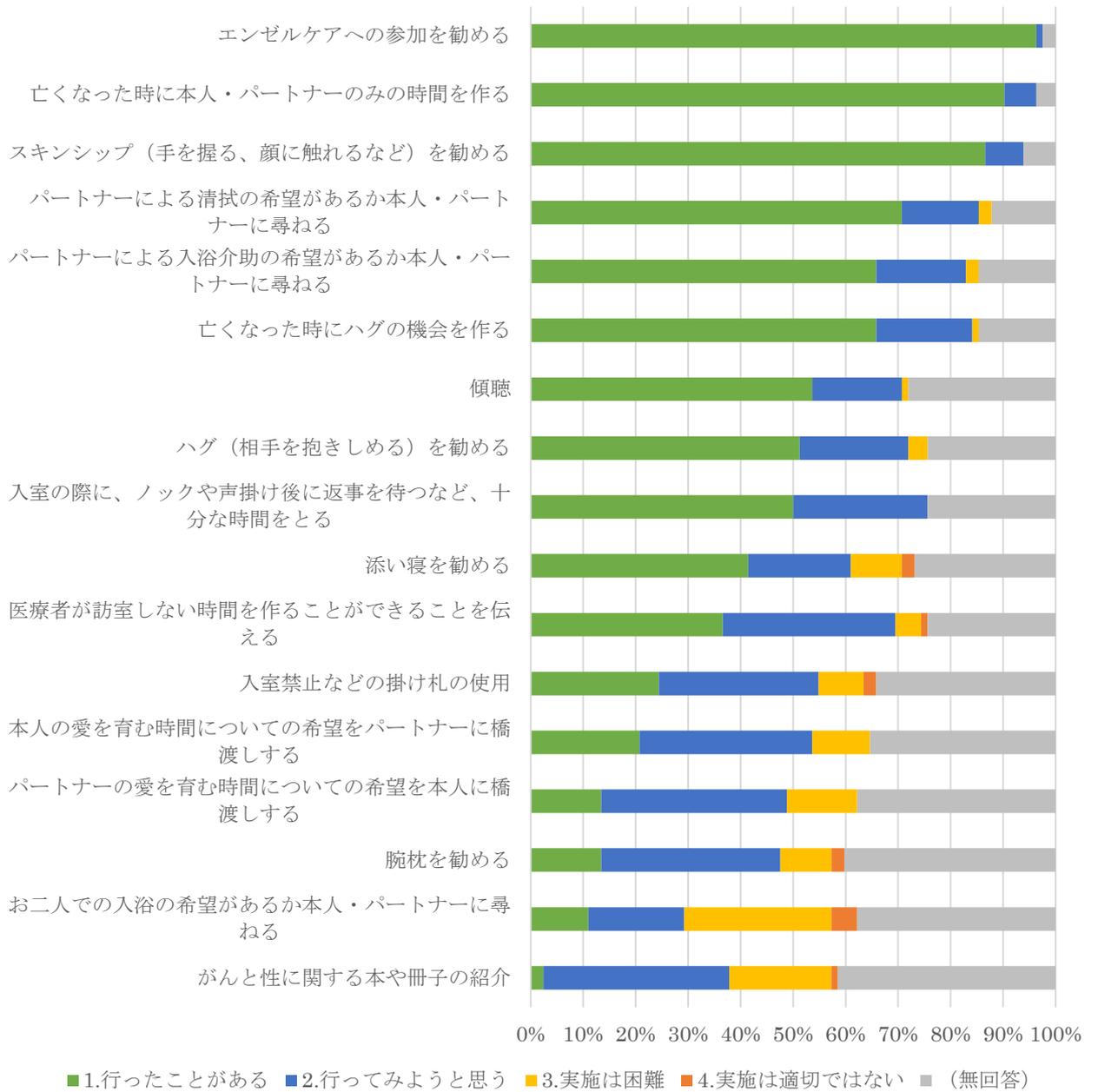


図5 がん患者さん本人または家族に対する「パートナーとの愛を育む時間」に関する具体的な支援の内容
複数回答可 (n=82)



IV 今後の課題

1. データ解析

アンケート用紙の作成、配布、回収が当初の予定よりも遅れたために、終末期がん患者のセクシュアリティについての緩和ケア病棟看護師の意識、感情が、支援の考え方、実際の支援経験にいかに関与しているかが本報告書では解析できていない。引き続き解析作業を続けていく。

2. ガイドブックの作成

終末期がん患者のセクシュアリティに対しての支援の必要性を医療者が個人的に感じていることが本研究で予測されたが、そのような潜在的なニーズをとらえることの重要性や、標準的な支援方法を示すための冊子や教材が必要と考えられる。作成を検討したい。

V 研究の成果等の公表予定（学会、雑誌）

国内外の学会、学術誌にて発表予定である。

【引用文献】

- 1) World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care .
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>（最終アクセス 2019/02/08）
- 2) Pan American Health Organization, World Health Organization, 松本清一, 宮原忍 日本語版監修. Promotion of Sexual Health Recommendations for action セクシュアル・ヘルスの推進—行動のための提言. 日本性教育協会, 東京, 2003; 12.
- 3) 慢性病をもつ高齢者の性に関する看護師の認識、感情と援助への行動意図との関係
小松浩子、野村美香、伊藤恵美子ら 老年看護学、V o l 7 N o 2 , P 83~92 2 0 0 3
- 4) がん患者および家族（パートナー）のセクシュアリティに関する医療者の認識と支援の実態 清藤 佐知子, 宮内 一恵, 池辺 琴映ら Palliative Care Research 2017 年 12 巻 4 号 p. 739-746

笹川記念保健協力財団 研究助成
助成番号：2018A-002

(西暦) 2019年1月28日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団
会長 喜多悦子殿

2018年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成
研究報告書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

日本の安楽死、治療中止、緩和ケアに関する現状と課題の分析—世界の安楽死の動向との比較を通して—

所属機関・職名 日本医師会総合政策研究機構 主任研究員

氏名 田中 美穂

1. 研究の目的・方法

オランダやベルギー、米オレゴン州が安楽死・医師自殺補助法を施行しておよそ 20 年。これまで倫理学・法学・社会学等さまざまな分野で議論が展開され、実証的なデータも蓄積されてきた。

本研究の目的は、1) 日本における終末期医療の問題、特に安楽死、生命維持治療の差し控え・中止、人生の終末期における緩和ケアに関する議論を詳細に分析して現状と法政策的・倫理的課題を整理すること、そのうえで、2) 日本の現状をオランダやベルギーが安楽死を法制化して以降の世界の安楽死の動向と比較することである。

本研究の方法は、主に系統的な文献調査によって、日本における安楽死、生命維持治療の中止、終末期の持続的な深い鎮静といった緩和ケアに関する議論を分析して現状と課題を洗い出す。そのうえで、オランダ・ベルギー以降の世界の安楽死の動向との比較法的考察を試みる。

2. 研究の実施経過

安楽死に関する倫理的議論を整理するため、医療倫理に関する議論を提供するさまざまなインターネットサイトや新聞記事、書籍、論文、報告書等を抽出し精査した。そのうえで、米国国立医学図書館内の国立生物科学情報センターが作成しているデータベース PubMed を使って文献を抽出した(2018 年 7 月 24 日最終検索)。これらの英語文献および Hand Search によって抽出した文献を分析した(詳細は研究成果)。

研究報告時の具体的な研究成果は以下の通りである。

① CAPE レポート

世界の安楽死・治療中止に関する法律概観 <http://www.cape.bun.kyoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/2018/05/34346740c880a4b7c77b16f46518c83e.pdf>, 台湾・韓国の法律 <http://www.cape.bun.kyoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/2018/05/cc176617b0905231564bca58e1756ffb.pdf>

共同研究者が所属する京都大学大学院文学研究科 応用哲学・倫理学教育研究センター(CAPE)のホームページ上に、安楽死とは何か、主な国・地域で使われている「医師自殺補助」を指す言葉、安楽死および治療中止に関する法律を制定している国や地域がどこか、安楽死および治療中止に関する法律の例、日本における安楽死・治療中止をめぐる状況などをまとめ公表した。また、台湾の「安寧緩和医療法」および「患者自主権利法」のポイント、韓国のホスピス・緩和医療および終末期患者の延命医療の決定に関する法律のポイントを明記した。

② 米国のオピオイド禍と日本への教訓(<https://synodos.jp/international/21894>)

日本ではあまり報道されていない、米国内のオピオイドの過剰摂取問題を取り上げ、研究者やジャーナリストらが論考を公表している「シノドス」(<https://synodos.jp/>, <https://synodos.jp/about>)に投稿した。

③ 朝日新聞 WEBRONZA 「こどもホスピスを知ろう」

(<https://webronza.asahi.com/politics/articles/2018100400004.html>)

日本でも、こどもの緩和ケアが少しずつ広がっている。しかし、市民に十分に理解され提供体制が整えられているとは言えない。一方、世界的に見ても最高水準にある英国では、各地に緩和ケアを提供するこどもホスピスが作られ、こどもとその家族を中心に、こどもの緩和ケア専門チーム、病院の小児科医・専門医や看護師、地域の GP（家庭医）・小児科医や子ども専門の訪問看護師、こどもホスピス、地方自治体の社会福祉サービス、学校、慈善団体などが連携し、こどもとその家族を支援する体制が整えられている。本稿では、主にイングランドの制度や取り組みを概観し、日本が学べることは何かを考えた。

④ 「安楽死を巡る主な論拠の提示とその応答の整理—近年の倫理的課題調査から—」

京都生命倫理研究会 12 月例会にて本研究の概要をテーマとする標記の研究発表を行い、議論を行った。

⑤ カナダ・豪ピクトリア州の安楽死法の紹介

カナダ連邦や豪ピクトリア州の積極的安楽死と医師等自殺幫助を容認する法律には、猶予期間を置くといったセーフガードや監視・評価制度を作り透明性の確保策を講じるといった共通点も見られる。このような国や地域はほんの一部だが、自国で禁じられた安楽死を求めて外国へ渡る事案も確認されている。日本において国は、諸外国の動きを注視し、その法制度や制度の運用状況を正確に把握する必要があると考え、本稿を査読誌である「医療事故・紛争対応研究会誌」(No.12)に採用された (2018; 12: 39-46.)。

3. 研究成果

本研究成果は査読誌への投稿を検討しており、論文公表前に本報告書にて引用文献を網羅して掲載することを差し控えることをご了解いただきたくお願い申し上げます。

■ 安楽死議論の動向

まず、安楽死に関する近年の倫理的議論の動向を探るため、PubMed で(“*ethanasia*” OR “*aid in dying*” OR “*physician assisted suicide*”) AND “*debate*” AND (“*ethics*” OR “*ethical*”)) という検索用語を用いて、5 年以内・英語・人間を対象とした研究というフィルターをかけて 50 件を抽出した(2018 年 7 月 24 日検索)。抽出した文献のアブストラクトはすべて読み関連のない 1 文献を除外し、ハンドサーチ文献 23 件を加え、計 72 件を分析した。

安楽死賛否に関する従来議論の重要な論点に対し、近年、どのような応答が行われているか、①実証的論点と②哲学的論点にわけて検討した。以下が従来議論の重要な論点である。

従来議論の重要な論点^{1, 2, 3}

¹ 伊藤潔志「安楽死」酒井明夫他編『新版増補 生命倫理事典』太陽出版. 2010 年.

² Hope T, Savulescu J, Hendrick J. *Medical Ethics and Law: The Core Curriculum 2nd Edition*. Churchill Livingstone. 2008.

³ 生命倫理百科事典「自殺」「死ぬ権利」丸善. 2007 年.

主な安楽死反対論

- 「滑りやすい坂」拡大適用され乱用につながる
- 自己決定権は制限しうる
- 「死ぬ権利」を認めれば「死なせる義務」が生じる
- 殺すことは道徳的に不正
- 医師の役割や義務の否定につながる
- 緩和ケアが発展した現在、安楽死は必要ない

主な安楽死賛成論

- 自己決定権(IC)からの原則に基づき安楽死を容認
- 「死ぬ権利」自分の命は自分のもの
- 最善の緩和ケアを受けても耐え難い苦痛が避けられず、苦痛による害悪が生き続ける利益を上回る
- 安楽死の禁止によって不公平が生じる

本稿では、主な安楽死反対論で用いられてきた「滑りやすい坂」と、緩和ケアをめぐる安楽死賛否論「緩和ケアが発展した現在、安楽死は必要ない」「最善の緩和ケアを受けても避けられない苦痛がある」について検討した。

• 安楽死反対論「滑りやすい坂」

滑りやすい坂とは、「ある事柄(A)は、それ自体は望ましいものであるか、少なくとも道徳的に不正とは言えない。しかし、A を認めると道徳的に不正なこと(B)まで認めざるを得なくなる。ゆえに A を認めることはできない」という論法で⁴、安楽死に関して用いられる議論の一つである。つまり、安楽死を法制化すれば、本来は法が対象としない社会的弱者に安楽死を強いることになりかねないため、ゆえに安楽死は容認できないということである。

① 実証的論点

滑りやすい坂が起きているリスクがあるとの応答として、オランダやベルギーにおいて患者からの明確な要請のない安楽死が行われているという指摘があった^{5, 6, 7}。これらは国の年次報告書および全国規模の調査結果によるデータを報告したものである。オランダでは1990年に0.8%、1995年に0.7%、2010年0.2%、2015年に0.3%であった。ベルギーでは、1998年に3.2%だったのが、2013年には1.7%となった。いずれも減少傾向にはある。

また、安楽死が過少申告されているとの指摘もあった^{8, 9}。ベルギーの研究は¹⁰、死亡診断書による申告数は質問紙調査結果の16.2%(2013年)であることを示した。

⁴ 児玉聡「第1章 倫理学の基礎」赤林朗編『改訂版 入門・医療倫理 I』勁草書房. 2017年2月.

⁵ van der Heide A, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD. End-of-Life Decisions in the Netherlands over 25 Years. *N Engl J Med*. 2017; 377(5): 492-494.

⁶ Rhee JY, Callaghan KA, Allen P, Stahl A, Brown MT, Tsoi A, McInerney G, Dumitru AG. A Medical Student Perspective on Physician-Assisted Suicide. *Chest*. 2017; 152(3): 475-477.

⁷ Cohen-Almagor R. First do no harm: intentionally shortening lives of patients without their explicit request in Belgium. *J Med Ethics*. 2015; 41(8): 625-629.

⁸ ADF International. Euthanasia – a new lifestyle choice? 8 March 2017.

⁹ Jones DA. 14 Euthanasia and Assisted Suicide in Belgium: Bringing an End to Interminable Discussion. In Jones DA, Gastmans C, Mackellar C. *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium*. Cambridge University Press. 2017.

¹⁰ Cohen J, Dierickx S, Penders YWH, Deliens L, Chambaere K. How accurately is euthanasia reported on death certificates in a country with legal euthanasia: a population-based study. *Eur J Epidemiol*. 2018; 33(7): 689-693.

一方、リスクがあるとは言えないという応答として、貧困・低学歴・無保険者・緩和ケアにアクセスできないといった指標を検討した結果、いずれもリスクが高まっているとは言えないという見解があった¹¹。米国オレゴン州の20年にわたるデータによれば、男女比はほぼ同じで、白人が95%以上、高校未満の人は6%未満であり、9割近くがホスピスに登録、無保険者は1%程度であった¹²。

② 哲学的論点

滑りやすい坂が起きているリスクがあるとの応答として、安楽死を法制化した国・していない国から共通して、乱用や誤用に対するセーフガードが不十分である^{13, 14}、外圧によらない選択かどうか評価が難しい¹⁵、許容要件が不適切に拡大する恐れがある^{16, 17}、といった見解が見られた。これらは将来起こりうる危険性を警告したものであった⁹。

一方、リスクがあるとは言えないという応答として、濫用されうる裁量を根拠とする議論は安楽死には適用できないとの指摘があった¹⁸。予想される数の人々が誤って殺されることが、予想される数の人たちが誤って生かされることよりも大きな害をもたらすだろうということを示せない、ということである。

• 緩和ケア

安楽死反対論「緩和ケアが発展した現在、安楽死は必要ない」

① 実証的論点

緩和ケアがあるため安楽死が必要ないという応答として、持続的な深い鎮静という手段が難治性の痛みや症状に対応可能である^{19, 20}、緩和的鎮静は死期が近い患者の死を早めない^{21, 22}、といった見解があった。緩和的鎮静が提供されるのは死の直前であり、ベルギーでは

¹¹ Hedberg K, New C. Oregon's Death With Dignity Act: 20 Years of Experience to Inform the Debate. *Ann Intern Med.* 2017; 167(8): 579-583.

¹² Oregon Health Authority. Oregon Death with Dignity Act 2017 Data Summary. 9 February 2018. <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year20.pdf>

¹³ Cuman G, Gastmans C. Minors and euthanasia: a systematic review of argument-based ethics literature. *Eur J Pediatr.* 2017; 176(7): 837-847.

¹⁴ Terkamo-Moisio A, Kvist T, Laitila T, Kangasniemi M, Rynänen OP, Pietilä AM. The Traditional Model Does Not Explain Attitudes Toward Euthanasia: A Web-Based Survey of the General Public in Finland. *Omega (Westport).* 2017; 75(3): 266-283.

¹⁵ Gather J, Vollmann J. Physician-assisted suicide of patients with dementia. A medical ethical analysis with a special focus on patient autonomy. *Int J Law Psychiatry.* 2013; 36(5-6): 444-453.

¹⁶ MacKellar C. 13 Some Possible Consequences Arising from the Normalisation of Euthanasia in Belgium. In Jones DA, Gastmans C, Mackellar C. *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium.* Cambridge University Press. 2017.

¹⁷ Raijmakers NJ, van der Heide A, Kouwenhoven PS, van Thiel GJ, van Delden JJ, Rietjens JA. Assistance in dying for older people without a serious medical condition who have a wish to die: a national cross-sectional survey. *J Med Ethics.* 2015; 41(2): 145-150.

¹⁸ ファインバーグ J「第15章 『死ぬ権利』への見込みの薄いアプローチ」嶋津格, 飯田亘之編集・監訳『倫理学と法学の架け橋 ファインバーグ論文選』東信堂. 2018年.

¹⁹ 田中美穂, 児玉聡「第七章 積極的安楽死は是か非か」『終の選択 終末期医療を考える』勁草書房. 2017年.

²⁰ Daher M. Ethical issues in the geriatric patient with advanced cancer 'living to the end'. *Ann Oncol.* 2013; 24(Suppl 7): vii55-58.

²¹ ten Have H, Welie JV. Palliative sedation versus euthanasia: an ethical assessment. *J Pain Symptom Manage.* 2014; 47(1): 123-136.

²² 森田達也. 苦痛緩和のための鎮静と安楽死のグレーゾーン—国際的な議論、再び、緩和ケア. 2015; 25(6): 504-512.

平均で死の 2.5 日前、メタ・アナリシスでは 1 日から 3.5 日前であった。日本の研究では、緩和的鎮静の有無で生存期間に有意差は見られないとの結果が報告された²³。

② 哲学的論点

緩和ケアがあるため安楽死が必要ないという応答として、安楽死は緩和ケアでもその一部でもなく緩和ケア提供施設における死の介助は問題である²⁴、適切な緩和ケアが提供されれば安楽死の必要性はない²⁰、との見解があった。

これに対し、従来の議論でも「最善の緩和ケアでも避けられない苦痛がある」との指摘があった。

安楽死賛成論「最善の緩和ケアを受けても避けられない苦痛がある」

① 実証的論点

最善の緩和ケアでも避けることのできない苦痛があるとの応答として、緩和ケアを用いても全ての痛みや症状を緩和できない²⁵、緩和的鎮静にも様々な課題がある、といった見解が見られた。具体的には、治療しがたい極度の苦痛は一割ほど存在するというオランダの指摘もある²⁶。また、緩和的鎮静の課題として、患者からインフォームド・コンセントを得たのかどうか不透明²⁷、実態がよくわからない、といった臨床上の不確かさが挙げられた。

② 哲学的論点

最善の緩和ケアでも避けることのできない苦痛があるとの応答として、苦痛緩和は最も重要な医師の義務である、安楽死ではなく鎮静による無意識を望む必要があるのかどうか²⁸、といった見解が見られた。また、緩和的鎮静の課題として、普遍的に合意された定義がない²⁹、多様な用語が用いられる³⁰、患者の意識を死ぬまで減じたりなくしたりすることは重大な害である、といった指摘がなされた。

■ 日本の終末期医療の議論

次に、日本における終末期医療の議論の動向を探るため、総合文献データベース CiNii で、

- ①「終末期医療」AND「倫理」AND「日本」、
- ②「安楽死」AND「倫理」AND「日本」、
- ③「緩和ケア」AND「終末期」AND「倫理」AND「日本」の検索用語を用いて文献を抽出

²³ Maeda I, Morita T, Yamaguchi T, Inoue S, Ikenaga M, Matsumoto Y, Sekine R, Yamaguchi T, Hirohashi T, Tajima T, Tatara R, Watanabe H, Otani H, Takigawa C, Matsuda Y, Nagaoka H, Mori M, Tei Y, Kikuchi A, Baba M, Kinoshita H. Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer (J-Proval): a propensity score-weighted analysis of a prospective cohort study. *Lancet Oncol*. 2016; 17(1): 115-122.

²⁴ Lars Johan Materstvedt. Palliative care ethics: The problems of combining palliation and assisted dying. *Progress in Palliative Care*. 2013; 21(3): 158-164.

²⁵ Goligher EC, Ely EW, Sulmasy DP, Bakker J, Raphael J, Volandes AE, Patel BM, Payne K, Hosie A, Churchill L, White DB, Downar J. Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the ICU: A Dialogue on Core Ethical Issues. *Crit Care Med*. 2017; 45(2): 149-155.

²⁶ 盛永審一郎「4 ベネルクス 3 国の安楽死法—比較と課題」『安楽死法: ベネルクス 3 国の比較と資料』東信堂, 2016 年。

²⁷ Catto G, Finlay IG. Assisted death: a basic right or a threat to the principal purpose of medicine? *J R Coll Physicians Edinb*. 2014; 44(2): 134-138.

²⁸ Varelius J. Physician-assisted dying and two senses of an incurable condition. *J Med Ethics*. 2016; 42(9): 601-604.

²⁹ Keown J. Chapter 7 'Palliative Sedation', Ethics and the Law: An Overview of the 'Sanctity of Life', 'Best Interests' and 'Autonomy'. In Taboada P. *Sedation at the End-of-life: An Interdisciplinary Approach*. Springer. 2015.

³⁰ 例えば、持続的鎮静、深い鎮静、臨終期の難治性苦痛に対する鎮静、全薬理学的鎮静、鎮静が誘発する睡眠、終末期鎮静、緩和的鎮静、制御された鎮静、死に至るターミナル鎮静などである。

した。さらに、医学系文献データベース医中誌で、「終末期医療」AND（「安楽死」OR「緩和ケア」OR（「治療の差し控え」OR「治療中止」））AND「倫理」AND「議論」AND「日本」の検索用語を用いて文献を抽出した。いずれも過去5年の期限を設定した。その結果、29件の文献を抽出した。

日本では、安楽死法制化の是非に関する議論はほとんど見られなかった。これは、東海大医学部付属病院事件の横浜地裁判決（1995年）以降、安楽死は事実上不可能であり議論は治療中止の是非に移ったという刑法学者らの見方と一致する^{31, 32}。その一方、生命維持治療の差し控え・中止に関する倫理的・法政策的な論点について議論が展開された。

倫理的論点

① 臨死期の人工栄養・水分補給の是非

終末期における人工栄養・水分補給の是非をめぐっては、さまざまな倫理的課題が指摘された。具体的には、不開始・中止は同等とされるが臨床において心理的抵抗感が異なること³³、人工栄養・水分補給の導入に際しては本人意思の確認と家族や医療従事者・医療・ケアチーム等関係者間で話し合い³⁴、共通理解をしたうえで課題解決を図る必要があること³⁵、こうした話し合いは医療機関の間で差があること³⁶、などが示された。

② 患者の自律的な決定

主な安楽死賛成論で用いられる患者の自律的な決定の重視については、疑問が呈された。人が死にゆく過程において重要なのは、自律よりもむしろ、死にゆく人と看取る人が苦悩を共にすることとする指摘があった³⁷。死による苦悩を安楽死や治療中止によって回避することを「権利」とすることで、これに対応する「義務」を他者に追わせることになるという。

また、日本では、医療選択について患者が意向を表明する試みは限られたものであり³⁸、事前に終末期医療の医師の完成させない背景要因として加齢に伴う思いを記述する機会の減少や書字機能の低下の影響がある³⁹、との指摘もあった。患者の自己決定に影響を与える要因について、例えば、社会的圧力・医学的情報の不足・個人よりも家族や集団を重視しあいまいさや他律・協調性を重視する文化・臨床現場では家族の意向が考慮されることが多い、

³¹ 町野朔. 「東海大学安楽死判決」覚書. *ジュリスト*. 1995; (1072): 106-115.

³² 辰井聡子. 20 安楽死. 別冊ジュリスト 刑法判例百選Ⅰ総論 第7版. 2014; (220): 42-43.

³³ 小野沢滋. 【あなたも名医!在宅「看取り」最期を支える!多死社会に備える!】(4章)倫理的問題 死が近づいたときの栄養をどう考えるか. *jmed mook*. 2015; (39): 135-139.

³⁴ 後藤田卓志, 草野央, 山田暢夫, 橋本正治, 森安史典. 高齢者における経皮内視鏡的胃瘻造設術 (PEG) の検討. *日本消化器内視鏡学会雑誌*. 2014; 56(3): 484-489.

³⁵ 小西徹夫, 児玉佳之, 長岡康裕, 吉田晴恒. 減圧目的の経皮内視鏡的胃瘻造設術により QOL 改善を認めた終末期膵がんの1例. *Palliat Care Res*. 2014; 9(2): 501-505.

³⁶ 渡邊千春. 終末期がん患者への輸液療法に対する看護の実態調査(第1報)看護師の観察・アセスメントに焦点を当てて. *新潟医学会雑誌*. 2015; 129(3): 113-123.

³⁷ 寿台順誠. 自律から共苦へ: 日本における「安楽死・尊厳死」裁判の再検討. *生命倫理*. 2014; 24(1): 116-125.

³⁸ 有田健一. 終末期の医療選択と倫理的諸問題. *日呼ケアリハ学誌*. 2014; 24(2): 167-174.

³⁹ 島田千穂, 中里和弘, 荒井和子, 会田薫子, 清水哲郎, 鶴若麻理, 石崎達郎, 高橋龍太郎. 終末期医療に関する事前の希望伝達の実態とその背景. *日老医誌*. 2015; 52(1): 79-85.

といった要因に配慮する必要性が示された⁴⁰。

③ 「滑りやすい坂」

前述の安楽死議論において展開された「滑りやすい坂」の懸念が、治療中止に関して見られた⁴¹。これは、日本で 2012 年に超党派の国会議員連盟によって公表されたいわゆる「尊厳死」法案がなぜ国会提出されないのか、という問いに答えようとしたものである。つまり、本来は法が対象としない社会的弱者の治療中止につながりかねない、という指摘であった。

法政策的論点

① 終末期の治療方針の決定に関する関連法の必要性

前述の横浜地裁判決で治療中止や積極的安楽死の許容要件が示されたものの、下級審の参考意見に過ぎないため、現場に立つ医師はどの程度まで地裁の判断に従っているのか困惑する⁴¹、法による裏付けがない以上、救命を本分とするものが不作為を選択することには後ろめたさが残るため、治療中止について法律で明確に規定するよう求める機運が高まっている、との見解があった。これは、日本では生命維持治療に関する自己決定権の行使に法的な裏付けがなく、「尊厳死」の定義や遂行の条件等を定めた法律は未整備なため、医療者が法的責任を問われる可能性があるという指摘と類似している⁴⁰。また、意思決定を要する高齢者の 7 割が終末期に自分で意思決定できないことを鑑みると事前指示や意思伝達がどのような場合に有効か、法的・制度的基準が必要という指摘があった⁴²。人生の終末期にどのような治療を受けたいか、受けたくないかといった治療方針を明確にしておくリビング・ウィルを法制化するべきとの見解もみられた⁴³。超党派の国会議員連盟が 2012 年に公表したいわゆる「尊厳死」法案については、いくつかの問題点があるものの、国会の場での開かれた議論の必要性が指摘された⁴⁴。

一方、これまでの事案を分析すると、本人や家族の同意がない場合を除いて、捜査当局が医師の治療中止行為に対して殺人罪の適用を行わないという姿勢を示しているように思われ、暗黙の社会的合意点を認めるべきかもしれない、との指摘もあった⁴⁵。このような見解は、法学者の見解や職能団体の報告書等にも示されていた^{46, 47}。

② 緩和ケアを充実させる必要性

昨今、がん以外の疾患においても緩和ケアを提供することが重要であるということが知

⁴⁰ 藤倉恵美, 大内雄太, 宮崎真理子, 伊藤貞嘉. 患者本人が決断した維持血液透析の見合わせについて, 「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」を運用するうえでの課題. 日本透析医学会雑誌. 2015; 48(12): 705-712.

⁴¹ 古牧徳生. なぜやはり安楽死なのか. 名寄市立大学紀要. 2018; 12: 23-61.

⁴² 牧信行, 小杉一江, 永嶋智香, 中村美鈴. 終末期の延命治療に対する代理意思決定: 高齢者の認識と課題. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2016; 39(3): 150-156.

⁴³ 金森修. 招請講演 死・臨死を巡るアメリカ生命倫理学の歴史 (日本麻酔科学会第 61 回学術集会講演特集号). 麻酔. 2014; 63(増刊): S119-128.

⁴⁴ 田中美穂, 児玉聡. 川崎協同病院事件判決・決定に関する評釈の論点整理. 生命倫理. 2016; 26(1): 107-114.

⁴⁵ 村上陽一郎. 尊厳死・安楽死・PAD. 人文科学研究: キリスト教と文化: Christianity and culture. 2015; (46): 149-167.

⁴⁶ 樋口範雄. 終末期医療と法. 医療と社会. 2015; 25(1): 21-34.

⁴⁷ 日本医師会 生命倫理想談会. 第 XV 次生命倫理想談会 答申 超高齢社会と終末期医療. 2017 年 11 月. pp. 8-9. http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20171206_1.pdf

られている。しかし、緩和ケアに関する診療加算の算定は、2018年4月から末期心不全も対象となったものの⁴⁸、がんや後天性免疫不全症候群(AIDS)が中心であるとする行政面の課題を指摘する見解があった⁴⁹。また、すべてのがん診療連携拠点病院で専門的な緩和ケアを十分に提供する体制が確保されているとはいいがたいという現状が指摘された。拠点病院以外での緩和ケアを充実させること、AYA（思春期・若年成人）世代の緩和ケア提供体制の整備、医療用麻薬に関する正しい知識の普及啓発の必要性についても言及された。

■ 世界の安楽死議論と日本の終末期医療の比較から

日本における議論を発展させるためには、主に次の2点が重要である。

一つは、終末期医療に関する体系的なデータ蓄積の必要性である。日本では、終末期医療、特に治療差し控え・中止に関する全国的な実態調査は行われておらず、具体的なデータはない。治療中止に関する法制度がないため、全国的なデータを収集し公表することは難しいものと考えられる。一方、諸外国では、法的に積極的安楽死や医師等自殺幫助を実施することに対して透明性を確保するため、公的機関によるデータの公開を行っている。治療中止や緩和的鎮静についても実態を明らかにしている国もあった。

もう一つは、諸外国の安楽死議論を吟味する必要性である。文献調査からは、近年は日本において安楽死に関する議論があまり見られなかった。だからといって他の国で起きていることと他人事でもいられないと考える。緩和ケアを受けても取り切れない痛みや苦痛があるという指摘にどう応答するのか、よく検討する必要があるからだ。また、すでに外国人の医師等自殺幫助も受け入れているスイスにおいて、自殺幫助支援団体を通して日本人が死亡したことが明らかになっているからだ⁵⁰。このような自殺幫助支援団体には日本人の会員も複数いる。日本国内では医師に限らず自殺を幫助した者は違法だが、スイス国内で発生した事案については渡航を手助けした人が刑事訴追されるのかどうか不明瞭である。このような点も含め、すでに安楽死を法制化した国や地域のみならず、日本のように安楽死が違法な国においてどのような議論がなされているのかを学び、十分に議論する必要があるのではないかと考える。

4. 今後の課題

日本における終末期医療の問題、特に安楽死・生命維持治療の差し控え・中止、緩和ケアに関する議論については、論文検索のみでは把握しきれなかった可能性がある。というのも、昨今、一般的に話題になるのは、著名人の著書や文芸誌への投稿記事、新聞やテレビニュース、SNSによる発信などが目立つためである。近年は終末期医療が社会的・法的に問題にされた事件や事案があまりなく、研究者の間で活発な議論が行われているとはいいがたい

⁴⁸ 厚生労働省。平成30年度診療報酬改定について 平成30年厚生労働省告示第43号。

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000196287.pdf>

⁴⁹ 志真泰夫、恒藤暁、細川豊史、宮下光令、山崎章郎編『ホスピス緩和ケア白書2018 がん対策基本法—これまでの10年 これからの10年』青海社、東京、2018年。

⁵⁰ DIGNITAS. Statistics.

http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=32&Itemid=72&lang=en

状況でもある。今後は、データベースを使った新聞記事調査等も行い、より現実を反映した調査を行う必要があると考える。

さらに、これらの文献調査を踏まえて、終末期医療・安楽死・緩和ケア等に関する一般の意識調査を行うことも必要である。

5. 研究の公表予定

本研究に基づき、前述の実施経過に示したもののほかに、以下の口頭発表3件、論文発表1件等を予定している。

① The Current State of End-of-Life Care Policies in Japan

共同研究者である京都大学准教授・児玉聡氏が研究代表者を務める科研費研究で、台湾・台北市で開かれるワークショップ”Roundtable on Ethical Issues in End-of-Life Care”(2019年2月15日)において英語での研究発表を行う予定である。

② An Analysis of Euthanasia Statistics in Various Countries

The 3rd International Conference on End-of-Life Law, Ethics, Policy, and Practice (ICEL3, <https://icel3.org/>)という終末期医療に関する国際学会(2019年3月7-9日、ベルギー・ゲント)に応募した抄録が採択され、英語による口頭発表予定である。

③ 日本の終末期医療関連政策について

英国グラスゴー大学において、2019年3月28-29日、日英看取りプロジェクト(ESRC-AHRC UK-Japan SSH Connections grants)キックオフミーティングが開催され、本ミーティングにおいて英語による研究発表を行う予定。

④ Forgoing Life-Sustaining Treatment – A Comparative Analysis of Regulations in Korea, Taiwan, Japan, and England

標記のテーマで日本、韓国、台湾、英国の研究者らと執筆し、BMC Medical Ethics (<https://bmcmedethics.biomedcentral.com/>)に投稿する予定である。現在、論文を書き上げ英文校正に出した後、共著者と細部について議論しているところである。

⑤ 世界の終末期医療関連法ファクトブック

標記のテーマで2019年度中を目途に、助成申請者の所属機関である日本医師会総合政策研究機構のワーキングペーパー (<http://www.jmari.med.or.jp/research/working/index-0.html>)を作成し公表する予定である。

笹川記念保健協力財団 研究助成

助成番号：2018A-003

(西暦) 2019年2月12日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団

会長 喜多悦子 殿

2018年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研究報告書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

外来通院中のがん患者との End-of-life discussions における看護と個人的要因・環境的要因との関連

所属機関・職名 聖路加国際大学大学院博士後期課程

氏名 門脇 緑

I. 研究の目的

本研究の目的は外来通院中のがん患者との EOLd における看護と看護師の「個人的要因」・「組織/環境的要因」との関連を明らかにすることである。

II. 研究の内容・実施経過

1. 研究デザイン

本研究は、自己記入式質問紙法を用いた量的探索的研究である。

2. 対象

がん診療連携拠点病院の化学療法室・放射線治療室・一般外来に勤務する看護師経験年数 3 年以上の看護師を対象とした。質問紙は無記名で自己記載し同封した封筒を用いて各自で投函してもらった。

3. データ収集期間

2018 年 4 月 25 日から 2018 年 7 月 30 日

4. 測定用具

「がん患者との EOLd における看護 (34 項目)」と個人的要因 (「看護師の道徳的感性尺度 (J-MSQ) (9 項目)」「看護師の専門職的自立性測定尺度(47 項目)」)、環境的要因 (「医師と看護師の協働関係の程度(9 項目)」「看護師の職業性ストレスチェック尺度(17 項目)」) と、対象特性(16 項目)の計 132 項目を用いた。

5. 分析方法

「がん患者との EOLd における看護」と、「個人的要因」の各変数および「組織/環境的要因」の各変数を用いて Pearson の積率相関係数を用いて関連を検討した。また、個人的要因内・組織/環境的要因内での変数の関連を検討した。さらに、目的変数を「がん患者との EOLd における看護」全体および、「がん患者との EOLd における看護」の各下位尺度とし、説明変数に「個人的要因」の各変数および「組織/環境的要因」の各変数を用いて強制投入法による重回帰分析を行った(図 8)。「がん患者との EOLd における看護に関する質問紙」の信頼性を検討するために、Cronbach α 信頼性係数を算出した。また、構成概念妥当性を検討するために探索的因子分析と確認的因子分析を行い適合度指数の検証を行った。解析は統計パッケージ SPSS24 Version,24 を用いた。

6. 倫理的配慮

聖路加国際大学倫理委員会の承認を得て実施し、文書による説明を実施し、調査用紙への回答をもって同意を得た。

III. 研究の成果

1. 調査施設及び回収率

全国の地域がん診療連携拠点病院 350 施設に研究協力の依頼を行い調査協力の得られた 148 施設(42.0%)において、1954 名に調査を依頼し、787 名から回答を得た(回収率 40.2%)。そのうち、尺度への回答に不備のあった 59 部を除外し、さらに所属部署が病棟と答えた 17 名と看護経験年数が 3 年未満の 2 名を除外した結果、有効回答者は 709 名(有効回収率

36.2%)であった。

2. 対象者の属性

1) 個人的属性

性別は女性 700 名(98.7%)、男性 9 名(1.3%)であり女性が 9 割を占めていた。年齢は 24-64 歳の範囲で、平均 42.89 歳(SD = 7.3)であった。看護職としての就業年数は 3 年-43 年で平均 19.6 年(SD = 7.4)であった。がん看護経験年数は 0-41 年で平均 12.06 年(SD = 7.4)であった。職位は管理職ではないスタッフ看護師が 488 名(68.8%)であった。看護師教育背景は、専門学校が 507 名(71.5%)であった。資格は、特になしが 516 名(71.8%)、認定看護師 143 名(20.3%)、専門看護師 17 名(2.5%)、その他 33 名(5.4%)であった。現在の勤務先は化学療法室が 269 名(37.9%)、放射線療法室が 60 名(8.5%)、一般外来が 316 名(44.6%)、化学療法室と放射線療法室の併任が 1 名(0.1%)、放射線療法室と一般外来の併任が 5 名(0.7%)、その他が 57 名(8.0%)であった。その他のうち、緩和ケアチームに在籍している者が 18 名、がん相談支援センター 7 名が含まれていた。研究や研修会への参加の有無は有りが 566 名(79.8%)、無しが 143 名(20.2%)であった(表 1)。

2) 組織/環境的属性

緩和ケアチームの有無は有りが 619 名(87.3%)、無しが 89 名(12.6%)であった。緩和ケア外来の有無は有りが 551 名(77.7%)、無しが 156 名(22.0%)であった。緩和ケア病棟の有無は有りが 243 名(34.4%)、無しが 442 名(62.3%)であった。ユニット内での専門看護師・認定看護師の有無は有りが 567 名(80.0%)、無しが 121 名(17.1%)であった。看護外来の有無は有りが 493 名(69.5%)、無しが 195 名(27.5%)であった。EOLd が必要な患者数/月は 0 人が 39 名(5.5%)、1 人から 5 人が 311 名(43.9%)、6 人から 10 人が 92 名(13.0%)、10 人以上が 169 名(23.8%)であった。合同カンファレンスの有無は有りが 516 名(72.8%)、無しが 193 名(27.2%)であった。有りの内、参加職種については看護師 500 名、医師 434 名、薬剤師 333 名、社会福祉士 328 名、栄養士 202 名、その他 171 名であった。その他の職種としてケアマネージャー、訪問看護師、作業療法士、理学療法士、臨床心理士、放射線技師、宗教家が参加していた(表 1)。

3. 測定用具の概要

1) がん患者との EOLd における看護

本尺度は、第 1 因子「治療や療養の選択に伴う意思決定支援」、第 2 因子「医学的ニーズのアセスメント」、第 3 因子「End-of-life を見据えた在宅療養支援」、第 4 因子「医師との協働」、第 5 因子「社会的ニーズのアセスメント」、第 6 因子「継続看護」の 6 因子から成り 34 項目(34-136)で構成されている。

平均得点は 99.99(SD=17.2, 39-136)であった。また、下位尺度では、医学的ニーズのアセスメント(5 項目)は 15.65(SD=2.59, 5-20)、社会的ニーズのアセスメント(5 項目)は平均値 15.25(SD=2.96, 5-20)、治療や療養の場の選択に伴う意思決定支援(12 項目)は平均値

35.35(SD=6.78, 12-48)、End-of-life を見据えた在宅療養支援(5項目)は平均値 13.46(SD=3.46, 5-20)、継続看護(2項目)は平均値 6.09(SD=1.35, 2-8)、医師との協働(5項目)は平均値 14.16(SD=2.91, 5-20)であった。すべての項目について天井効果及びフロア効果のみられる項目がないことを確認した。また、全体及び各下位尺度の項目別得点の平均値は全体 2.94(SD=0.51)、医学的ニーズのアセスメント 3.13(SD=0.52)、社会的ニーズのアセスメント 3.05(SD=0.59)、治療や療養の選択に伴う意思決定支援 2.95(SD=0.57)、End-of-life を見据えた在宅療養支援 2.69(SD=0.69)、継続看護 3.05(SD=0.68)、医師との協働 2.83(SD=0.58)であった。Cronbach's α 係数は質問紙全 34 項目で $\alpha = 0.97$ であった。さらに因子ごとの α 係数は第 1 因子「治療や療養の選択に伴う意思決定支援」 $\alpha = 0.94$ 、第 2 因子「医学的ニーズのアセスメント」 $\alpha = 0.87$ 、第 3 因子「End-of-life を見据えた在宅療養支援」 $\alpha = 0.92$ 、第 4 因子「医師との協働」 $\alpha = 0.88$ 、第 5 因子「社会的ニーズのアセスメント」 $\alpha = 0.89$ 、第 6 因子「継続看護」 $\alpha = 0.84$ であり、すべての因子が 0.8 移乗を示しており信頼性が確保された。(表 3)。

また、相関分析により、全体得点と項目得点の相関を確認した結果、「治療や療養の場の選択に関する意思決定支援」と最も相関が高く強い相関があった(IT 相関: .685~.938)(表 2)。

(1) Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性

Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性は 34 項目で基準値は .969 であった。

(2) 確認的因子分析

適合度の評価には、説明力の程度の指標として、Goodness of Fit Index(以下、GFI)、安定性の程度の指標として、Adjusted Good of Fit Index(以下、AGFI)、モデルのデータの近似性の評価の指標として Root Mean Square Error of Approximation(以下、RMSEA)、モデルとデータの乖離度の改善の程度の指標として Comparative Fit Index(以下、CFI)を採用した。また、 χ^2 値は帰無仮説を「構成されたモデルが適合的である」とし、帰無仮説が受容されることによって、モデルが受容される。さらに、標準化係数の有意性は検定統計量で判断した。項目 34 項目を本尺度の作成時の概念を基に AMOS を用いた構造方程式モデリングによる適合度指標を算出した。結果として、 χ^2 値=2118.712, df= 512, p=.00, RMSEA: 0.067, GFI: 0.836, AGFI: 0.809, CFI: 0.911(図 1)となり、構成概念妥当性が確保された。

2) 看護師の道徳的感受性尺度(J-MSQ)

本尺度は Moral Strength(道徳的強さ、以下 MS) 3 項目、Sense of Moral Burden(=道徳的な気づき、以下 SMB) 4 項目、Moral Responsibility(=道徳的責任感、以下 MR) 2 項目の 3 つの潜在因子から成り、9 項目で構成されている(9-54)。本研究の対象者における Cronbach の α 係数は $\alpha = 0.806$ であり、第 1 因子(MS)が $\alpha = 0.886$ 、第 2 因子(SMB)が $\alpha = 0.658$ 、第 3 因子 MR が $\alpha = 0.261$ であった。平均得点 は 35.22 (SD = 5.77, 9-54)であった(表 3)。天井効果及びフロア効果のみられる項目がないことを確認した。開発時、本研究

においても第3因子である道徳的責任感(MR)の信頼性係数が低かったことから、開発者と
 同じ手順で尺度の妥当性を検証した。最尤法、プロマックス回転を行った結果、開発時と同
 様に3因子が抽出されたが項目に違いが見られた。また、共通性において Q7(0.063)と Q9
 (0.040)が低い値を示した。Q9は先行研究においても表現の曖昧さにより回答の方向性が異
 なる可能性が示唆されていた。そのため、Q7とQ9を削除し再度分析を行った。その結果、
 2因子が抽出された。第1因子は既存尺度と同様の3項目から構成されていた。第2因子は
 既存尺度の第2因子 SMBの3項目と第3因子 MRの1項目が含まれていた。尺度全体の
 共通性は 0.307~0.782 であり、Q8において共通性が 0.4 を下回った。因子負荷量は全項
 目において 0.4 以上を示した。

それぞれの項目の所属も明確で解釈も可能であるため、7項目2因子のがん患者を対象とし
 た外来看護師の修正版道徳的感受性尺度にて以降の信頼性の検討を行った。抽出された項
 目の属性は前田(2015)の報告と異なるため第1因子「道徳的強さ」第2因子「道徳的自覚」
 と命名した。「道徳的自覚」とは J-MSQ の道徳的気づきと道徳的責任感の項目が含まれて
 いる。道徳的気づきとは道徳的価値観を含む問題や状況により惹き起される道徳的負担に
 対する感覚と定義されており、道徳的責任感は一義的には規則や制度に従って働くための
 道徳的義務およびその目的を見抜く力、さらには個々の患者視点から何が道徳的問題なの
 かを知ることであると定義されている。そのため、本研究における「道徳的自覚」は道徳的
 価値観を含む問題や状況に惹き起される道徳的負担に対する感覚や道徳的義務および目的
 を見抜く力と定義した。

道徳的尺度全体の Cronbach の α 係数は 0.863、第1因子は 0.886、第2因子は 0.797 と全
 体的に高い値を示した。

3) 看護師の専門職的自律性測定尺度

「認知能力」「実践能力」「具体的判断能力」「抽象的判断能力」「自立的判断能力」の 5 つ
 の因子から成り、47項目で構成されている(47-235)。本研究の対象者における Cronbach の
 α 係数は $\alpha = 0.973$ であった。また、第1因子「認知能力」が $\alpha = 0.934$ 、第2因子「実践能
 力」が $\alpha = 0.942$ 、第2因子「具体的判断能力」が $\alpha = 0.909$ 、第3因子「抽象的判断能力」
 が $\alpha = 0.913$ 、第4因子「自立的判断能力」が $\alpha = 0.893$ であり信頼性が確保された。平均
 得点は 168.87(SD = 23.72, 86-234)であった(表 3)。さらに、項目別得点の平均値は
 3.41(SD=0.45)であった。天井効果及びフロア効果のみられる項目がないことを確認した。

4) Collaboration and Satisfaction About Care Decision

Collaboration and Satisfaction About Care Decision (以下 CSACD)について、小澤(2012)
 が日本語版を開発した尺度から、質問紙の文言を一部修正しているため、開発者と同じ手順
 で尺度の妥当性と信頼性を検証した。協働の臨床的要素を測定する質問 6 項目にて回転の
 ない主成分分析を行った結果、先行研究と同様に 1 因子が抽出された。次に、基準関連妥当
 性として、尺度全体と協働の臨床的要素(項目 1 から 6)の合計得点との相関係数を算出し

$r=0.97(p<.001)$ と強い相関を示し、先行研究と同様の結果を得た。さらに、構成概念妥当性として協働の臨床的要素の合計得点と意思決定における満足度の合計得点との相関係数を算出し、 $r=0.84(p<.001)$ と強い相関を示し、既存尺度と同様の結果を得た。以上から妥当性が確保できた。

本研究の対象者における Cronbach の α 係数は $\alpha=0.93$ であり、協働に関する 7 項目(7-49 点)は $\alpha=0.922$ 、平均得点は 31 点($SD=7.15, 7-49$)であった。協働についての満足に関する 2 項目(2-14)は $\alpha=0.917$ 、平均得点は 8.0 点($SD=2.33, 2-14$)であり信頼性が確保された。尺度全体 9 項目(9-63)の平均得点は 39.2($SD=9.02, 9-63$)であった(表 3)。天井効果及びフロア効果のみられる項目がないことを確認した。

5) 看護師の職業性ストレスチェック尺度

看護師の職業性ストレスチェック尺度 17 項目について、本研究の対象者における Cronbach の α 係数は $\alpha=0.741$ であり、平均値は 47.7 点($SD=4.4, 34-61$)であった。天井効果及びフロア効果のみられる項目がないことを確認した。得点の解釈には尺度開発者が作成した尺度の得点がストレスの高低を意味するように採点する素点換算表を用いた。この換算表は量的仕事の負担、質的仕事の負担、自覚的な身体的負担、対人関係でのストレスは得点の高い方がストレスが高いことを意味し、仕事のコントロール、技能の活用度、仕事の適性度、働きがいは得点の低い方がストレスが高いこと意味し、低い/少ない、やや低い/やや少ない、普通、やや高い/やや多い、高い/多いの 5 段階評価である。量的負担は平均値 9.6($SD=9.64$)、中央値 10.0 であり普通からやや多く、質的負担は平均値 10.15($SD=1.57$)、中央値 10.0 でありやや多かった(表 3)。

4. 「がん患者との EOLd における看護」と個人的要因・組織/環境的要因の各変数との重回帰分析

1)がん患者との EOLd における看護と個人的要因との重回帰分析

目的変数「がん患者との EOLd における看護」と説明変数を「個人的要因」の各変数とし、強制投入法により重回帰分析を行った。分析対象は、がん患者との EOLd における看護および各尺度と個人的要因、組織/環境的要因のすべての変数において欠損値のない 579 名とした。579 名の属性は 709 名の属性とほぼ同様であった(表 51)。

がん患者との EOLd における看護を目的変数とし、個人的要因から単変量の結果や臨床での重要性を踏まえて変数を選択し年齢、職位、最終学歴、研究や研修への参加の有無、看護師経験年数、がん看護経験年数、看護師の道徳的感受性尺度、看護師の専門職的自律性尺度、を説明変数として強制投入法を用いて分析を行った。その結果、がん看護経験年数($\beta=0.20, p<.001$)、看護師の道徳的感受性尺度($\beta=0.106, p=.020$)、看護師の専門職的自律性尺度($\beta=0.411, p<.001$)が有意な関連を示した(調整済み $R^2=0.307$)。

次に、関連を示さなかった変数について検討し、職位、最終学歴、年齢、看護師経験年数は EOLd における看護の得点において線形性を示さなかったため除外した。また、研究や研修

への参加の有無は有意な値でなかったため除外した。がん看護経験年数、看護師の道徳的感受性尺度、看護師の専門職的自律性尺度を説明変数として投入し、結果としてがん看護経験年数($\beta=0.110, p=.003$)、がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度($\beta=0.091, p=.061$)、看護師の専門職的自律性尺度($\beta=0.409, p<.001$)が有意な関連を示した(調整済み $R^2=0.266$)(表 5)。

2) がん患者との EOLd における看護と組織/環境的要因

目的変数「がん患者との EOLd における看護」と説明変数を「組織/環境的要因」の各変数とし、強制投入法により重回帰分析を行った。分析対象は、がん患者との EOLd における看護および各尺度と個人的要因、組織/環境的要因のすべての変数において欠損値のない 579 名とした。579 名の属性は 709 名の属性とほぼ同様であった。

がん患者との EOLd における看護を目的変数、単変量の結果や臨床での重要性を踏まえて変数を選択し、緩和ケアチームの有無、緩和ケア外来の有無、合同カンファレンスの有無、EOLd の必要な患者数、Collaboration and Satisfaction About Care Decision、職業性ストレス尺度の下位尺度である仕事の適正度、働きがい説明変数とし強制投入法で分析した。その結果、EOLd の必要な患者数($\beta=0.113, p=.004$)、Collaboration and Satisfaction About Care Decision ($\beta=0.364, p<.001$)、仕事の適性度($\beta=0.127, p=0.012$)が有意に関連していた(調整済み $R^2=0.180$)(表 6)。

3) がん患者との EOLd における看護と個人的要因と環境/組織的要因との重回帰分析

がん患者との EOLd における看護と個人的要因と環境/組織的要因の重回帰分析において有意な値を示した、がん看護経験年数、看護師の専門職的自律性尺度、がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度、EOLd の必要な患者数、仕事の適性度、Collaboration and Satisfaction About Care Decision(CSACD)を説明変数として強制投入法にて分析を行った。その結果、がん看護経験年数($\beta=.104, p=.004$)、看護師の専門職的自律性尺度($\beta=.310, p<.001$)、がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度($\beta=.108, p=.024$)、CSACD ($\beta=.274, p<.001$)が関連を示した(調整済み $R^2=0.332$)。EOLd の必要な患者数と仕事の適性度は有意な値を示さなかったため、二つの変数を除外し分析を行った結果、がん看護経験年数($\beta=.110, p=.002$)、看護師の専門職的自律性尺度($\beta=.313, p<.001$)、がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度($\beta=.113, p=.015$)、CSACD ($\beta=.270, p<.001$)が関連を示し(調整済み $R^2=0.332$)(表 7)、このモデルを最終モデルとして採択した。

5. 考察

外来看護師ががんに関する専門的な知識や実践力を向上し、専門職的自律性や道徳的感受性を高め、医師と協働することでがん患者との EOLd における看護が促進する可能性が示唆された。

IV. 今後の課題

本研究は全国のがん診療連携拠点病院から協力同意の得られた 148 施設を対象にした調査であり、がん医療の水準が高い集団での調査であった。そのため、指定されていない一般病院との差異が生じている可能性があげられる。さらに、がん診療連携拠点病院の施設の特性に関する調査を行っていないため、がん専門病院と総合病院との違いについて検討することができなかった。また、Collaboration and Satisfaction About Care Decision については看護師からの一側面評価であり、医師からの評価も必要であると考え。さらに、国内外におい Collaboration and Satisfaction About Care Decision を用いて外来看護師と医師との協働を測定した先行研究がないため、他の研究の比較することができなかった。

さらに、看護師の道徳的感受性尺度の信頼性が得られなかったため、本研究の結果から「がん患者と対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度」を作成し分析に用いており、尺度の妥当性に課題が残る。

加えて、がん患者との EOLd における看護と患者アウトカムとの関連について今後検討していくことが必要である。

V. 研究の成果等の公表予定（学会、雑誌）

聖路加国際大学博士論文として提出し、がん看護学会で公表する予定である。

表 1 対象者の属性

N=709

項目	人数 (人)	%	平均	標準偏差
性別	男性	9	1.3	
	女性	700	98.7	
年齢	全体		42.89	7.3
	21-29	19	2.7	
	30-39	215	30.3	
	40-49	331	46.7	
	50-59	132	18.6	
	60-64	10	1.4	
	無回答	2	0.3	
	全体			19.6
看護師経験年数	3年-10年	77	10.9	
	11年-20年	338	47.7	
	21年-30年	238	33.6	
	31年以上	56	7.9	
	全体			12.06
がん看護経験年数	0年-5年	157	22.1	
	6年-10年	187	26.4	
	11年-20年	271	38.2	
	21年以上	90	12.7	
	無回答	4	0.6	
職位	管理職	30	4.2	
	中間管理職	191	26.9	
	スタッフ	488	68.8	
	化学療法室	269	37.9	
	放射線療法室	60	8.5	
配属部署	一般外来	316	44.6	
	化学療法室/放射線療法室	1	0.1	
	化学療法室/一般外来	5	0.7	
	その他	57	8	
	無回答	1	0.1	
資格の有無	なし	516	71.8	
	認定看護師	143	20.3	
	専門看護師	17	2.5	
	その他	33	5.4	
最終学歴	専門学校	507	71.5	
	短期大学	79	11.1	
	大学	95	13.4	
研究や研修会等への参加の有無	大学院	28	3.9	
	あり	566	79.8	
	なし	143	20.2	
緩和ケアチームの有無	あり	619	87.3	
	なし	89	12.6	
	無回答	1	0.1	
緩和ケア外来の有無	あり	551	77.7	
	なし	156	22	
	無回答	2	0.3	
緩和ケア病棟の有無	あり	243	34.3	
	なし	442	62.3	
	無回答	24	3.4	
専門看護師・認定看護師の有無	あり	567	80	
	なし	121	17.1	
	無回答	21	3	
看護外来の有無	あり	493	69.5	
	なし	195	27.5	
	無回答	21	3	
EOL d が必要な患者数/月	0人	39	5.5	
	1人~5人	311	43.9	
	6人~10人	92	13	
	10人以上	169	23.8	
	無回答	98	13.8	
合同カンファレンスの有無	あり	516	72.8	
	なし	193	27.2	
	看護師	500		
職種 (重複あり)	医師	434		
	薬剤師	333		
	SW	328		
	栄養士	202		
	その他	171		

表 2 がん患者との EOLd における看護と各下位尺度間相関

	がん患者と のEOLdにお ける看護	医学的ニ ーズのアセ スメント	社会的ニ ーズのアセ スメント	治療や療 養の選択に 伴う意思決 定支援	EOLを見据 えた在宅療 養支援	継続看護
医学的ニーズのアセスメント(5)	.814**					
社会的ニーズのアセスメント(5)	.851**	.746**				
治療や療養の選択に伴う意思決定支援(12)	.938**	.718**	.718**			
EOLを見据えた在宅療養支援(5)	.828**	.543**	.703**	.693**		
継続看護(2)	.685**	.546**	.561**	.561**	.561**	
医師との協働(5)	.824**	.583**	.576**	.755**	.628**	.547**

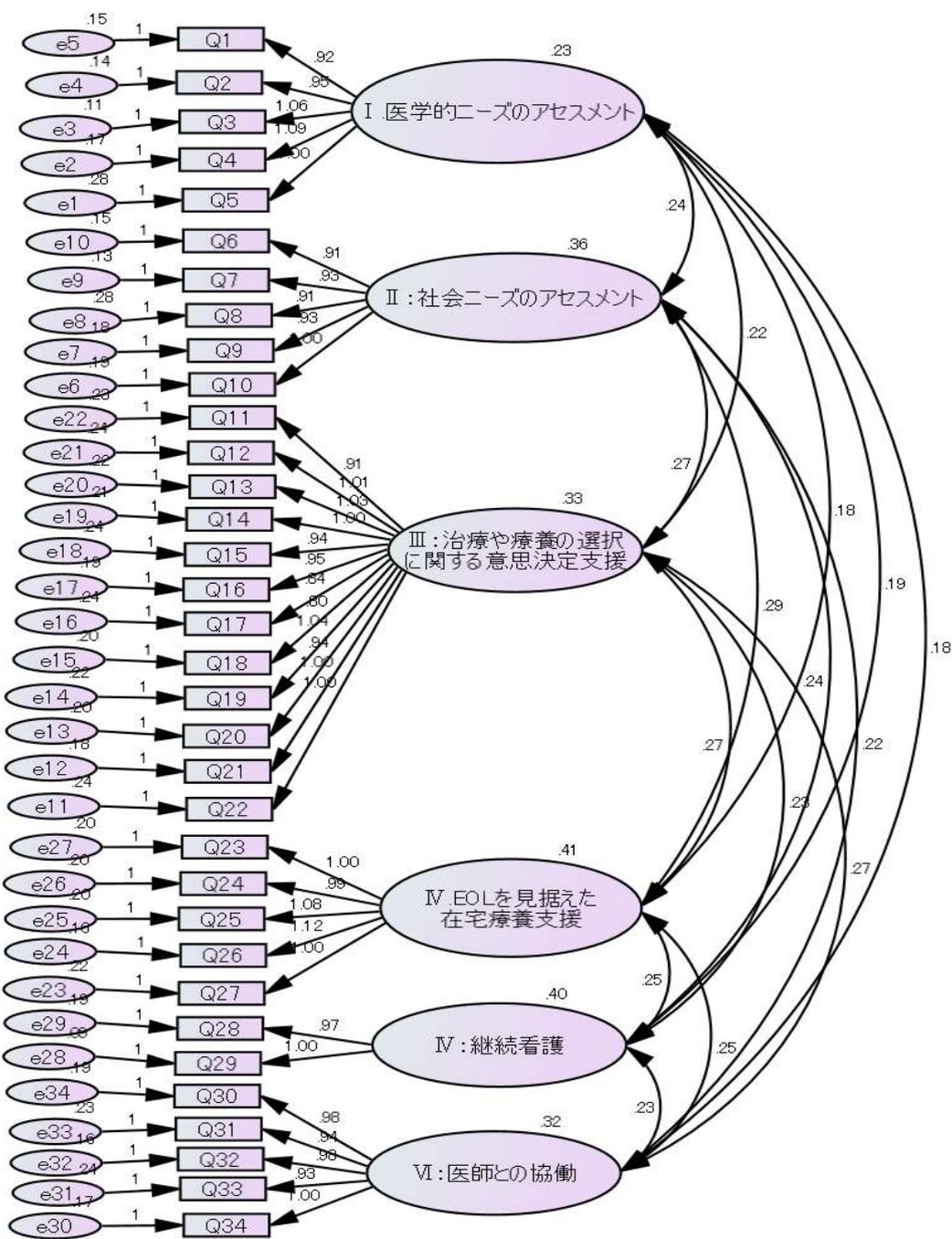


図1 がん患者との EOLd における看護の構造

表 3 測定用具の概要

N=709							
尺度および下位尺度	項目数	最小値	最大値	平均	SD	項目別平均得点	α
がん患者とのEOLdにおける看護	34	39	136	100	17.2	2.94(±0.51)	0.97
Ⅰ. 治療や療養の選択に伴う意思決定支援	12	12	48	35.4	6.8	2.95(±0.57)	0.94
Ⅱ. 医学的ニーズのアセスメント	5	5	20	15.7	2.6	3.13(±0.52)	0.87
Ⅲ. End-of-lifeを見据えた在宅療養支援	5	5	20	13.5	3.5	2.69(±0.69)	0.92
Ⅳ. 医師との協働	5	5	20	14.2	2.9	2.83(±0.58)	0.88
Ⅴ. 社会的ニーズのアセスメント	5	5	20	15.3	3.0	3.05(±0.59)	0.89
Ⅵ. 継続看護	2	2	8	6.1	1.4	3.05(±0.68)	0.84
看護師の道徳的感性尺度(J-MSQ)	9	14	50	35.9	5.3		0.82
Ⅰ. 道徳的強さ	3	3	18	11.3	2.7		0.88
Ⅱ. 道徳的気づき	4	4	24	16.3	3.0		0.66
Ⅲ. 道徳的責任感	2	2	12	7.8	1.5		0.26
修正版看護師の道徳的感性尺度	7	7	42	28.7	5.1		0.86
Ⅰ. 道徳的強さ	3	3	18	11.3	2.7		0.88
Ⅱ. 道徳的自覚	4	4	24	17.3	3.2		0.72
看護師の専門職的自律性測定尺度	47	86	234	168.9	23.7		0.97
Ⅰ. 認知能力	14	14	70	51.3	7.3		0.93
Ⅱ. 実践能力	14	21	70	49.6	8.2		0.94
Ⅲ. 具体的判断能力	7	8	35	25.7	4.2		0.91
Ⅳ. 抽象的判断能力	7	8	35	23.1	4.7		0.91
Ⅴ. 自立的判断能力	5	5	25	19.1	3.2		0.89
Collaboration and Satisfaction about care decision	9	9	63	39.2	8.9		0.93
Ⅰ. 協働の程度に関する項目	7	7	49	31	7.2		0.92
Ⅱ. 協働の満足度に関する項目	2	2	14	8	2.3		0.92
看護師の職業性ストレスチェック尺度	17	34	61	47.7	4.4		0.74
Ⅰ. 量的負担	3	4	12	9.64	1.7		
Ⅱ. 質的負担	3	5	12	10.15	1.6		
Ⅲ. 身体的負担度	1	1	4	2.98	0.8		
Ⅳ. 職場の対人関係によるストレス	3	3	12	6.07	1.8		
Ⅴ. 職場環境によるストレス	1	1	4	2.12	0.9		
Ⅵ. 仕事のコントロール	3	3	12	7.20	1.8		
Ⅶ. 技能の活用度	1	1	4	3.20	0.7		
Ⅷ. 仕事の適正度	1	1	4	3.04	0.7		
Ⅸ. 働きがい	1	1	4	3.29	0.7		

表 4 測定用具間の関連

	がん患者と のEOLdに おける看護	看護師の専 門職的自律 性尺度	修正版道徳 的感受性尺 度
看護師の専門職的自律性尺度	.507**		
修正版道徳的感受性尺度	.395**	.691**	
CSACD	.394**	.316**	.184**

Pearson の積率相関係数 **p<.01

表 5 がん患者との EOLd における看護と個人的要因との重回帰分析

変数	B	β	t	p
がん看護経験年数	0.257	0.11	2.947	0.003
看護師の専門職的自律性尺度	0.303	0.409	8.309	0.000
修正版道徳的感受性尺度	0.308	0.091	1.877	0.061
R ²	0.27			
調整済みR ²	0.266			
F値	70.866			

N=579

表 6 がん患者との EOLd における看護と組織/環境的要因との重回帰分析

変数	B	β	t	p
EOLdの必要な患者数	2.013	0.113	2.925	0.004
合同カンファレンスの有無	1.811	0.046	1.184	0.237
緩和ケアチームの有無	2.546	0.048	1.252	0.211
Collaboration and Satisfaction About Care Decision	0.704	0.364	9.426	0.000
仕事の適性度	3.064	0.127	2.519	0.012
働きがい	0.040	0.002	0.032	0.975
R ²	0.190			
調整済みR ²	0.180			
F値	22.429			

N=579

表 7 がん患者との EOLd における看護と個人的要因・環境/組織的要因との重回帰分析

変数	B	β	t	p
がん看護経験年数	0.257	0.110	3.086	0.002
看護師の専門職的自律性尺度	0.232	0.313	6.443	0.000
修正版道徳的感受性尺度	0.382	0.113	2.433	0.015
Collaboration and Satisfaction About Care Decision	0.522	0.270	7.576	0.000
R ²	0.336			
調整済みR ²	0.332			
F	72.71			

N=579

笹川記念保健協力財団 研究助成

助成番号：2018A-004

(西暦) 2019年 2月 14日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団

会長 喜多悦子 殿

2018年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研究報告書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

緩和ケアにおける倦怠感に対する接触鍼治療効果の検討

所属機関・職名 金沢大学附属病院漢方医科・特任准教授

氏名 小川 恵子

I 研究の目的

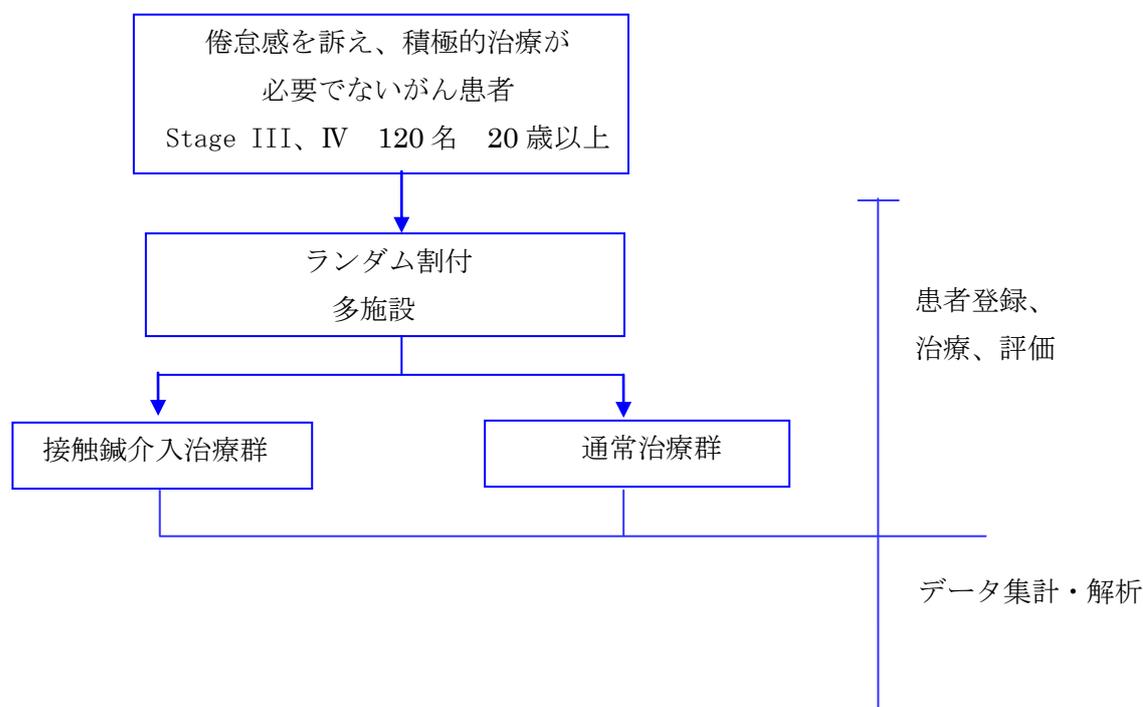
【研究の目的】

がんに伴う倦怠感とは、最近の活動に合致しない、日常生活機能の妨げとなるほどの、がんまたはがん治療に関する、つらく持続する主観的な感覚で、身体的、感情的かつ／または認知的倦怠感または消耗感をいう。このがんに伴い出現する倦怠感に対し、通常身体症状に対する治療に加えて鍼治療（接触鍼）を用いることにより、症状の改善、QOL（生活の質）の改善に結び付くかどうかを検討する目的で、鍼治療を行い、その臨床的有効性と安全性について、患者の自覚症状と他覚的な評価を指標として、前向きに検討する。

II 研究の内容・実施経過

【研究の内容】

シエーマ



試験デザインは、多施設 前向きランダム化一重盲検比較試験となる。

患者群をランダムに通常治療群と接触鍼介入治療群に分けて比較し、鍼治療の臨床的有効性と安全性について、患者の自覚症状と他覚的な評価を指標として、前向きに検討する。

【研究の方法】

通常治療群、接触鍼介入治療群、共に患者登録開始から治療・評価まで行う。

接触鍼介入治療群は、通常治療に（WHOの基準に沿った疼痛治療、その他の身体症状緩和のために、当院及び関連病院緩和ケア病棟で標準として行われている薬物治療）に加えて、鍼治療を併用する。

接触鍼治療は、長柄鍼1番（アサヒディスポ銀鍼8分×8分・1番）を用いて、小野文恵考案の接触鍼法本治療を施行する。

詳細な内容としては、個々の症例の診断によって決定するが、使用穴は下記に示す経穴の中から全例に中脘（CV12）、関元（CV4）、天枢（ST25）、曲泉（LR8）、太白（SP3）、太淵（LU9）、復溜（K17）、を使用し、証に応じて期門（LR14）、章門（LR13）、中府（LU1）、京門（GB25）、大陵（PC7）、ダン中（CV17）、気海（CV6）、足三里（ST36）を使用する予定である。治療は1週に1回、問診等を含めて15分～30分程度で行う。

なお、接触鍼治療は国家資格を所有する鍼灸師が行う。

通常治療群は、接触鍼施行群とほぼ同様の動作を行いますが、鍼先が皮膚に当たらないように押手のみで圧を加えて実際には治療を行わない方法を用い、どちらの群か分からないようする。

評価方法は以下の3つの評価用紙へ記入とする。

- ・ Cancer Fatigue Scale (CFS) …倦怠感の程度の評価
- ・ 疼痛 (Numerical Rating Scale (NRS)) …痛みの評価
- ・ 倦怠感 (Numerical Rating Scale (NRS)) …怠さの評価

また、血液検査や唾液の測定も行い、倦怠感の程度を評価する。

血液検査は原則的に通常の治療の中で行われる採血（1回で6ml採血）からの結果を使用。

唾液測定は、「ニプロ唾液アミラーゼモニター」を使用し、唾液中に含まれる消化酵素のひとつの唾液アミラーゼ(唾液中の α -アミラーゼ)を非侵襲で簡単に測定し評価する。

【研究の経過】

- ・ 5月21日班会議開催
- ・ 6月11日鍼灸師打合せ
- ・ 8月2日第1例目のエントリー、登録がスタート
- ・ 8月6日班会議・鍼灸師打合せ開催
- ・ 10月18日班会議開催

【倫理審査委員会承認済み施設】

金沢大学附属病院、厚生連高岡病院、石川県済生会病院、富山県立中央病院

【登録状況】

施設名	……………(1月登録数)……………	【総数[参加・拒否・中止]
厚生連高岡病院	……………(1人)……………	[21人・0人・17人]
金沢大学附属病院	……………(0人)……………	[3人・0人・2人]
富山県立中央病院	……………(3人)……………	[4人・0人・0人]
石川県済生会金沢病院	……………(0人)……………	[0人・0人・0人]

2019年1月31現在

合計……………(4人)…………… [28人・0人・19人]

(web割付の合計は5人です)

→参加同意者数には中止者を含みます。

2018年12月報告分に下記の重篤な有害事象が2例報告されました。

・死亡 (2例)

原疾患の悪化のため

Ⅲ研究の成果

現在は「研究の内容・実施経過」の項でお示したように、研究計画の遅れから現在までの所、試験による成果が導き出せていない状態である。

しかし、期待される研究の成果としては、化学療法後の倦怠感に対して鍼治療が効果的であったとする **phase II study** の報告もあることから、積極的治療が必要でない（終了した）とされるがん患者においても、接触鍼治療が倦怠感を改善することが予想される。また、鍼治療は、化学療法に伴う末梢神経障害や肩こり、腰痛などの疼痛を改善することはすでに知られていることから、疼痛のある患者の場合、疼痛改善による倦怠感の改善も予想される。さらに、鍼刺激がサイトカイン・ホルモン系に影響を与えることが報告されていることから、様々なストレスに対する反応としての倦怠感が改善すると予想されるが、その指標としての唾液アミラーゼ活性も改善すると予想される。倦怠感が改善することにより、PPI、PPSの改善も見込まれると期待している。

Ⅳ今後の課題

当初は、限られた施設で研究を開始する予定であったが、協力施設の増加に伴ってより早期に症例集積が可能になった反面、割付やデータ管理を研究代表者施設で行うことは不可能と判断し、一括してデータセンターに委託することにした。これによって症例集積は以前よりは容易になったものの、患者登録を順調に進めることが一番の課題である。

また、1人1人を丁寧に診察・治療・評価しながら1例ずつ症例を積み重ねる接触鍼が、倦怠感改善という結果に結び付けられれば、がんに伴う倦怠感で苦しんでいるがん患者の方々や、ご家族含め周囲にいる医療従事者の1つの手段として、今後この治療法が選択される可能性が広がると考えられる。

Ⅴ研究の成果等の公表予定（学会、雑誌）

研究の成果等の公表場所としては、全日本鍼灸学会、日本東洋医学会、日本緩和医療学会等の学会での発表及び関連雑誌への論文の投稿を予定している。

また、その他成果を発表できる場があれば積極的に公表し、認識を広めていければよいと考える。

笹川記念保健協力財団 研究助成
助成番号：2018A-006

(西暦) 2019 年 2 月 10 日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団
会長 喜 多 悦 子 殿

2018 年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研 究 報 告 書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

親ががん患者である子供への支援プログラムの有効性に関する研究

所属機関・職名 国立病院機構 四国がんセンター 心理療法士

氏名 井上 実穂

I 研究の意義・目的・背景

近年子育て世代の成人がん患者は増加しており、National Cancer Instituteによれば、がん患者の約24%には18歳未満の子供がいると報告されている(Reis L, et al. 2006)。2015年11月に国立がん研究センターは、がんの親をもつ子供は国内で年間約8万7千人発生し、小学生以下の子供が63%を占めるとの推計値を初めて明らかにした(Izumi I et al, 2015)。海外の先行研究では、親のがんは長期に渡って子供の心理社会的適応に重大な影響を及ぼすことが明らかになっている。親ががん診断を受けた子供の20-25%が行動面・情緒面で臨床域の問題があり(Visser A, et al. 2007)、21-45%の子供に心的外傷後ストレス症状があったとの報告がある(Huizinga GA, et al. 2005; Vannatta K, et al. 2010)。国内の研究によれば、心的外傷後ストレス症状について、親が重い病気に罹患した子供の21-31%は臨床域にあり、親の発病から子供が親の病気を告知された時期が遅い程、子供のPTSSが重度であった(小澤, 2014)。また、がんの親をもつ子供の約52%は自身の情緒面・行動面について問題があると認識していた一方、その親である患者の認識は約15%と乖離していた(真部, 2011)。

そうしたがんの親を持つ子供への支援について、米国では20年程前からサポート・グループ・プログラム、CLIMB (Children's Lives Include Moments of Bravery「子供はいざというとき勇気を出す」)が開発され、多数のがん専門病院で導入されている。国内では2010年から厚生労働科学研究助成事業によるパイロット・スタディ(真部, 2011)や日本版の開発を経て(小澤, 2014)、一部の医療機関でCLIMB日本版が導入された。本邦におけるCLIMBプログラムの効果測定については、参加した子供の心的外傷後ストレス症状は有意に減少し、その親であるがん患者の生活の質は、身体面を除く社会面・感情面・機能面・スピリチュアリティの全てにおいて顕著な改善が認められている(小林, 2014; Kobayashi M, et al. 2017)。しかしながら、CLIMBプログラムは週1回2時間のセッションを6週間連続で行うために、継続して実施するには医療者、参加者双方にとって容易ではない現状がある。

そこで、四国がんセンターでは、CLIMBプログラムの内容を取り入れた1日プログラム「キッズ探検隊」を2012年から実施しており(井上, 2014)、その効果に関しても検証済みである(井上, 2013)。本プログラムについては、CLIMBに比して容易に実施できることから、全国の施設で広がりを見せており、そのうち金沢医科大学病院では2015年から実施し、当院と同様、参加者から高い評価を得ている。

本研究の目的は、子供支援プログラム「キッズ探検隊」の全国普及に向け、プログラムの有効性を四国がんセンター及び、金沢医科大学の2施設において検証することにある。複数の施設においてプログラムの有効性を実証することで、再現性を確認し、信頼できるプログラムとして期待されるものである。

II 研究方法

(1) 対象者の選択

親ががん患者である子供の支援プログラム「四国がんセンター キッズ探検隊」「金沢医科大学病院 キッズ探検隊」(以下「探検隊」)に参加する小学生の子どもとその保護者
参加条件：両親のうちどちらかががんの診断を受け、子供がその旨を知っていること

(2) 予定研究対象数 30例 (各施設15例)

(3) データ収集項目

- ・ 「探検隊」に参加した子供の年齢、性別及び参加前、3 か月後の「子供の気持ち・行動に関する質問票」
- ・ 「探検隊」に参加した子供の保護者の年齢、性別及び参加前、3 か月後の「子供の気持ち・行動に関する質問票」

(4) 検討内容

- ・ 参加前後（参加前、3 か月後）の子供自身が評価した子供の気持ちと行動の変化、及び保護者が評価した子供の気持ちと行動の変化。
- ・ 子供の気持ちと行動に関する子供評価と保護者評価の一致度。

(5) 実際の研究手順

- ① 「探検隊」プログラムへの参加者を募集する。チラシ兼申込書を県内でがん診療を行っている施設に配布する。
- ② 申込書に基づき、保護者に研究内容の説明し、保護者、子供の参加同意を確認する。その上で、開始前までに、保護者、子どもから同意書に記入してもらう。
- ③ 申込順に ID 番号を付与し、匿名化する。
- ④ 「探検隊」開始前までに、1 回目「子供の気持ち・行動に関する質問票」を子供、保護者に記入してもらう。
- ⑤ 「探検隊」終了3 か月後、2 回目「子供の気持ち・行動に関する質問票」を保護者、子供それぞれに郵送し、返信用封筒で返送してもらう。

(6) 質問票について

<子供用> 「子供の気持ち・行動に関する質問票（子供用）」： 20 項目

・ Stuber ら（1991）が作成した病弱児用 Post-traumatic stress disorder reaction index（PTSD-RI）を使用する。日本版は小泉（2008）によって 18 項目に再編成され、信頼性・妥当性が検証されている。質問項目に対する回答は、PTSD 症状の出現頻度を 4 段階で評価し、全項目の総合得点で PTSD の重症度を評価する。心的外傷の内容は「親が病気になったこと」として質問項目を編集する。

・ PTSD-RI 日本版（18 項目）に外傷後成長尺度日本版を参考に作成した 2 項目を追加し、全 20 項目とする。

<保護者用>（*が患者である親とは限らない）

子供に用いた「子供の気持ち・行動と家族に関する質問票」を保護者用に編集し、保護者が子供の様子を評価する。

(7) 研究の科学的合理性の根拠

得られたデータは、統計的検定を用いて検証する。なお、全ての検定における有意水準は $p<.05$ とする。

(8) 期待される効果

子供は「探検隊」に参加することで、親の病気に対するストレスが軽減することが期待される。

なお、本研究は実施にあたり、金沢医科大学医学研究倫理審査委員会（2017年5月17日付）、国立病院四国がんセンター倫理審査委員会（2017年8月2日付）の承認を得ている。

Ⅲ 実施日時 参加者人数 プログラム内容

(1) 実施日時

- ・ 金沢医科大学 2018年7月28日（土）10:00～15:00
- ・ 四国がんセンター 2018年8月2日（木）10:30～15:30

(2) 参加者人数

各12名 計24名

(3) プログラム内容

1. はじめの会 ・ 自己紹介

- ・ スタッフと一緒にミニゲーム

目的：同じ立場の仲間を作る。緊張感を和らげる。

2. がん教育と病院探検 講義「がんってなんだろう？」

- ・ アクティビティー①：キワニス・ドール作りと点滴実習
- ・ アクティビティー②：手術室、集学的がん治療センター、薬剤部、放射線治療室、リハビリテーションセンターを見学し、がん治療について学ぶ。

目的：がんやその治療についての理解を深める。医療現場で働く人の役割を知る。

仲間と一緒に学ぶ。

3. 昼食/休憩 ・ 栄養士から患者に提供している病院食の説明を聞き一緒に昼食をとる。

目的：医療現場で働く人の役割を知る。病院食を体験する。

4. 心のプログラム

A: 子ども用

- ・ アクティビティー③：工作を通して自分の感情（例：怒り、不安、悲しみ）を表現し対処する方法を学ぶ。お互いの作品について話し合う。

目的：行動、感情、考えの関連について理解する。ストレスへの対処方法を学ぶ。

B: 保護者用（*自由参加）

- ・ 茶話会：親同士が交流する。

5. おわりの会 ・ アクティビティー④：親へのお見舞いカードの作成。

- ・ 子供への修了証書の授与。スタッフと一緒に記念撮影

目的：親に対する自分の感情・考えを表現する。親子間のコミュニケーションを促進する。

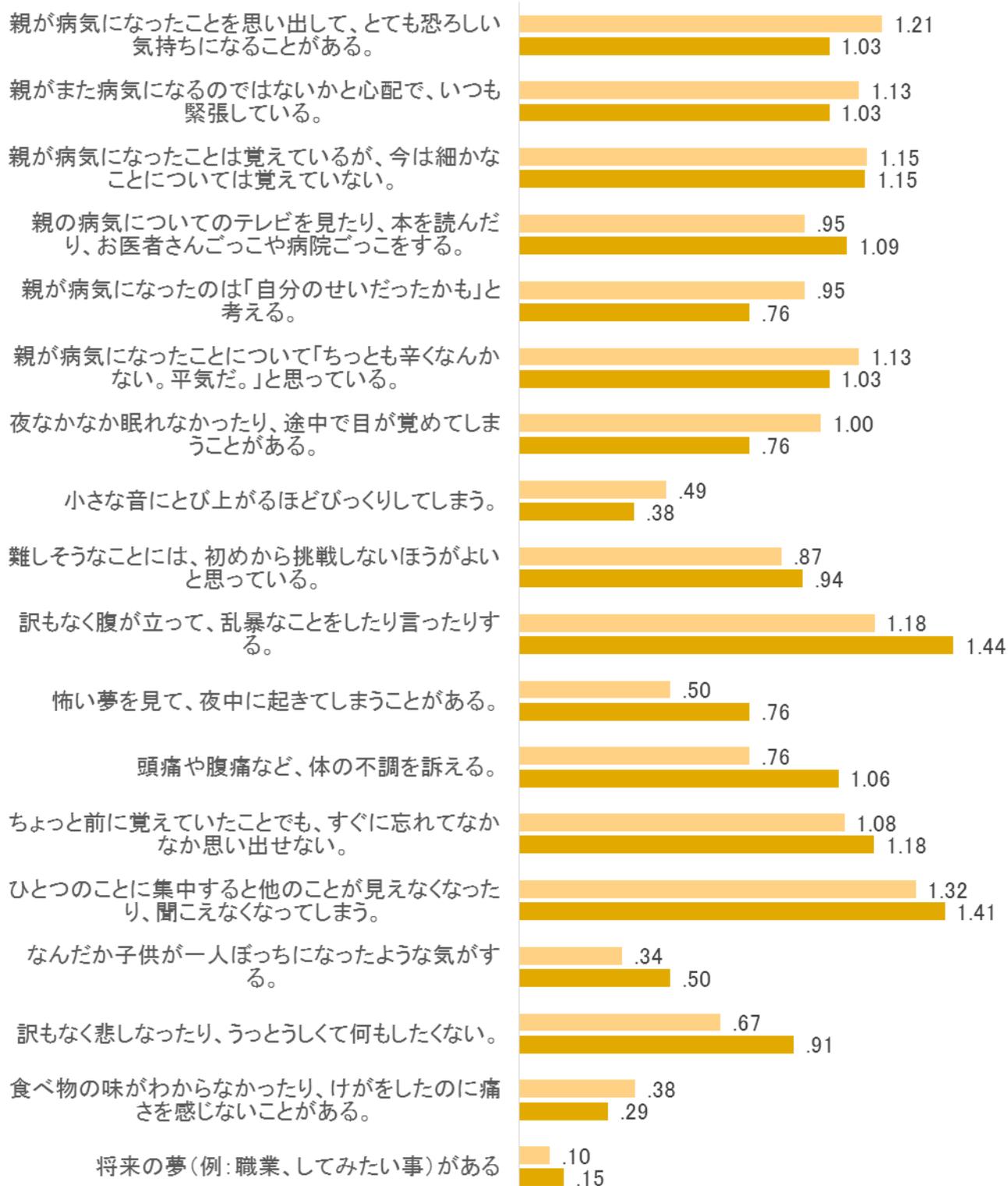
子供の自尊心を強化する。

1 子供(自己評価):参加前と3か月後の比較				
Wilcoxon符号付順位検定の結果				
	質問項目	参加前	3か月後	有意確率(p値)
1	(想起恐怖)親が病気になったことを思い出して、とても恐ろしい気持ちになることがある。	1.21	1.03	0.216
2	(緊張)親がまた病気になるのではないかと心配で、いつも緊張している。	1.13	1.03	0.346
3	(否認)親が病気になったことは覚えているが、今は細かなことについては覚えていない。	1.15	1.15	0.528
4	(反復行動)親の病気についてのテレビを見たり、本を読んだり、お医者さんごっこや病院ごっこをする。	.95	1.09	0.414
5	(罪悪感)親が病気になったのは「自分のせいだったかも」と考える。	.95	.76	0.311
6	(抑圧)親が病気になったことについて「ちっとも辛くなんかない。平気だ。」と思っている。	1.13	1.03	0.529
8	(睡眠障害)夜なかなか眠れなかったり、途中で目が覚めてしまうことがある。	1.00	.76	0.402
9	(驚愕反応)小さな音にとび上がるほどびっくりしてしまう。	.49	.38	0.197
10	(無力感)難しそうなことには、初めから挑戦しないほうがよいと思っている。	.87	.94	0.897
11	(興奮)訳もなく腹が立って、乱暴なことをしたり言ったりする。	1.18	1.44	0.132
12	(悪夢)怖い夢を見て、夜中に起きてしまうことがある。	.50	.76	0.062
13	(体の異常)頭痛や腹痛など、体の不調を訴える。	.76	1.06	0.227
14	(記憶障害)ちょっと前に覚えていたことでも、すぐに忘れてなかなか思い出せない。	1.08	1.18	0.764
15	(解離)ひとつのことに集中すると他のことが見えなくなったり、聞こえなくなってしまう。	1.32	1.41	0.734
16	(疎外感)なんだか子供が一人ぼっちでいるようだ。	.34	.50	0.163
17	(憂鬱)訳もなく悲しかったり、うとうしがったり、やる気がない様子がある。	.67	.91	0.242
18	(感覚麻痺)食べ物の味がわからなかったり、けがをしたのに痛さを感じないことがある。	.38	.29	0.248
20	(将来の展望)将来の夢(例:職業、してみたい事)がある	.10	.15	0.705
	PTSD得点(=#7と#19以外の回答の合計得点、各項目得点・合計得点とも高得点は深刻なPTSD症状の存在を意味する。)	15.16	15.88	0.986
	《子供の成長に関する項目》			
7	(成長)親の病気を経験したことで、自分は強くなったと思っている。	1.44	1.61	0.350
19	(思いやり)困っている人の世話をしたり、助けたりしたいと言っている(している)。	2.08	2.12	0.479
	赤字:有意差を示した項目、黄:PTSD症状の悪化、緑:PTSD症状の改善を示す。 回答:ぜんぜんない(0点)、あまりない(1点)、ときどきある(2点)、よくある(3点)			

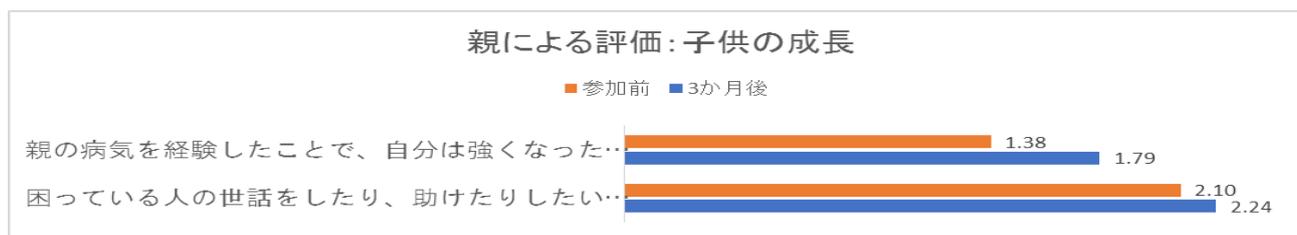
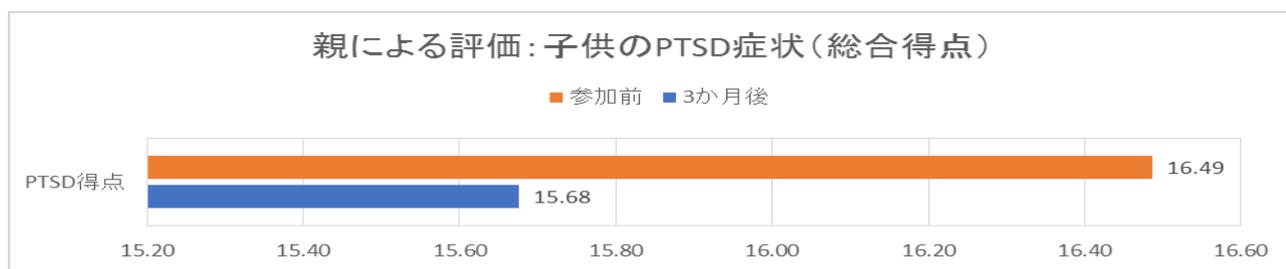


子供による評価(自己評価):PTSD症状(項目別)

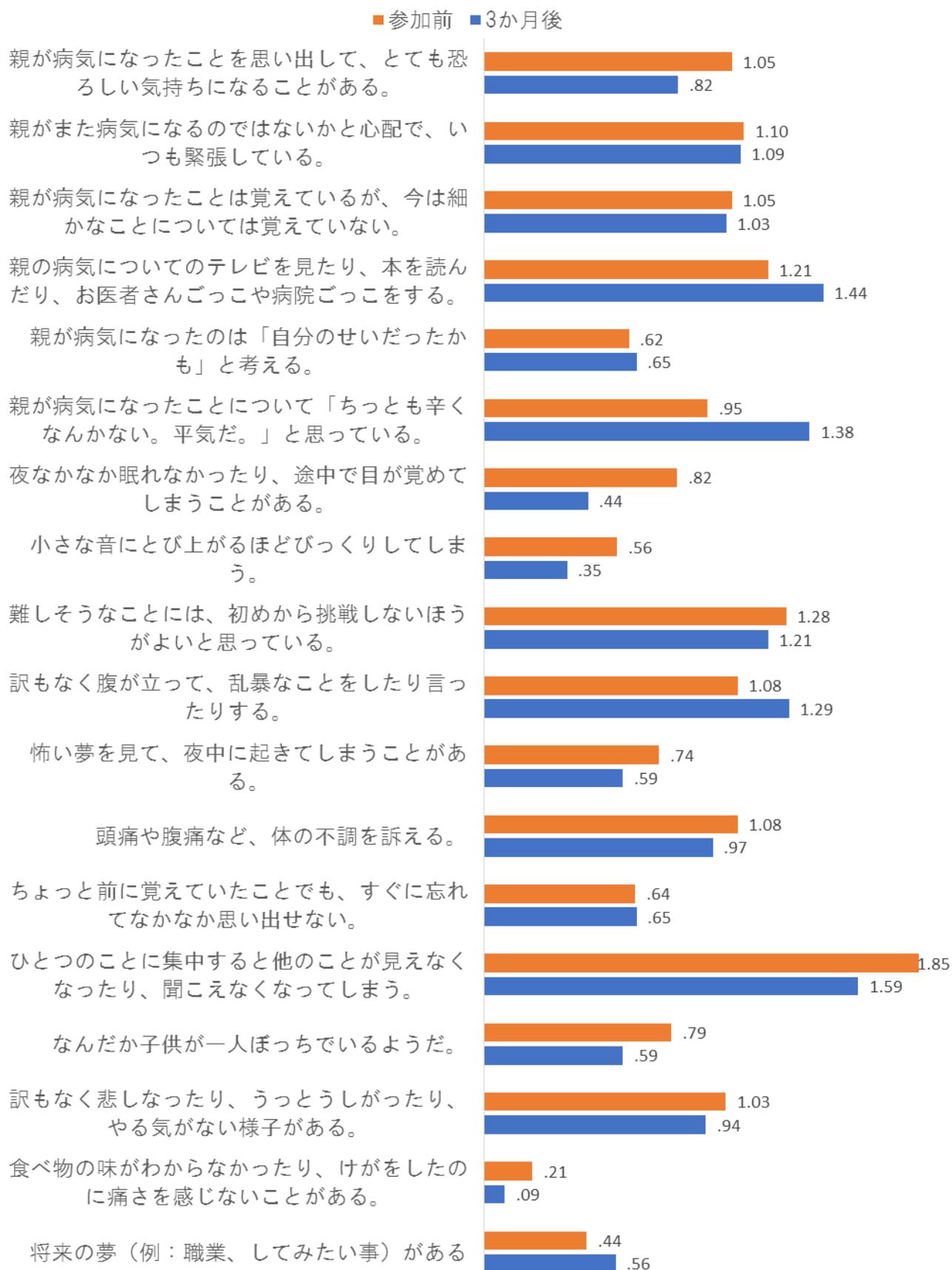
■ 参加前 ■ 3か月後



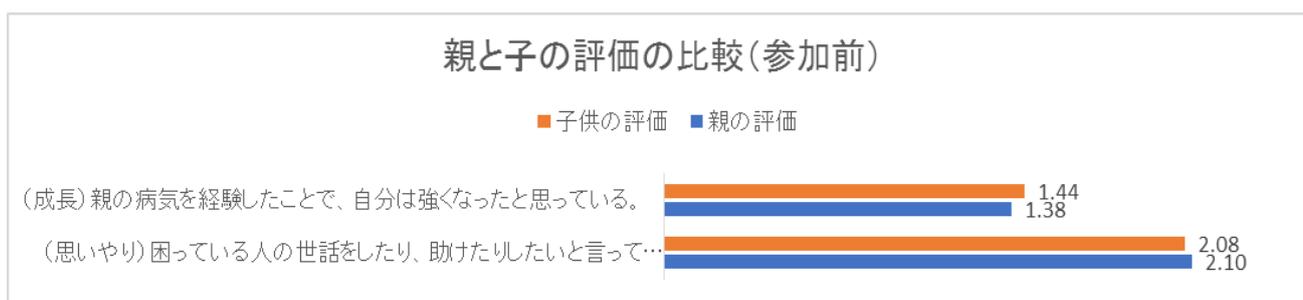
2 保護者:参加前と3か月後の比較				
Wilcoxon符号付順位検定の結果				
	質問項目	参加前	3か月後	有意確率(p値)
1	(想起恐怖)親が病気になったことを思い出して、とても恐ろしい気持ちになることがある。	1.05	.82	0.120
2	(緊張)親がまた病気になるのではないかと心配で、いつも緊張している。	1.10	1.09	0.808
3	(否認)親が病気になったことは覚えているが、今は細かなことについては覚えていない。	1.05	1.03	0.808
4	(反復行動)親の病気についてのテレビを見たり、本を読んだり、お医者さんごっこや病院ごっこをする。	1.21	1.44	0.050
5	(罪悪感)親が病気になったのは「自分のせいだったかも」と考える。	.62	.65	1.000
6	(抑圧)親が病気になったことについて「ちっとも辛くない。平気だ。」と思っている。	.95	1.38	0.035
8	(睡眠障害)夜なかなか眠れなかったり、途中で目が覚めてしまうことがある。	.82	.44	0.012
9	(驚愕反応)小さな音にとび上がるほどびっくりしてしまう。	.56	.35	0.302
10	(無力感)難しそうなことには、初めから挑戦しないほうがよいと思っている。	1.28	1.21	0.552
11	(興奮)訳もなく腹が立って、乱暴なことをしたり言ったりする。	1.08	1.29	0.149
12	(悪夢)怖い夢を見て、夜中に起きてしまうことがある。	.74	.59	0.322
13	(体の異常)頭痛や腹痛など、体の不調を訴える。	1.08	.97	0.653
14	(記憶障害)ちよつと前に覚えていたことでも、すぐに忘れてなかなか思い出せない。	.64	.65	0.593
15	(解離)ひとつのことに集中すると他のことが見えなくなったり、聞こえなくなってしまう。	1.85	1.59	0.073
16	(疎外感)なんだか子供が一人ぼっちでいるようだ。	.79	.59	0.035
17	(憂鬱)訳もなく悲しかったり、うとうとしたり、やる気がない様子がある。	1.03	.94	0.572
18	(感覚麻痺)食べ物の味がわからなかったり、けがをしたのに痛さを感じないことがある。	.21	.09	0.157
20	(将来の展望)将来の夢(例:職業、してみたい事)がある	.44	.56	0.414
PTSD得点(=#7と#19以外の回答の合計得点、各項目得点・合計得点とも高得点は深刻なPTSD症状の存在を意味する。)		16.49	15.68	0.354
《子供の成長に関する項目》				
7	(成長)親の病気を経験したことで、自分は強くなったと思っている。	1.38	1.79	0.001
19	(思いやり)困っている人の世話をしたり、助けたりしたいと言っている(している)。	2.10	2.24	0.197
赤字:有意差を示した項目、黄:PTSD症状の悪化、緑:PTSD症状の改善を示す。 回答:ぜんぜんない(0点)、あまりない(1点)、ときどきある(2点)、よくある(3点)				



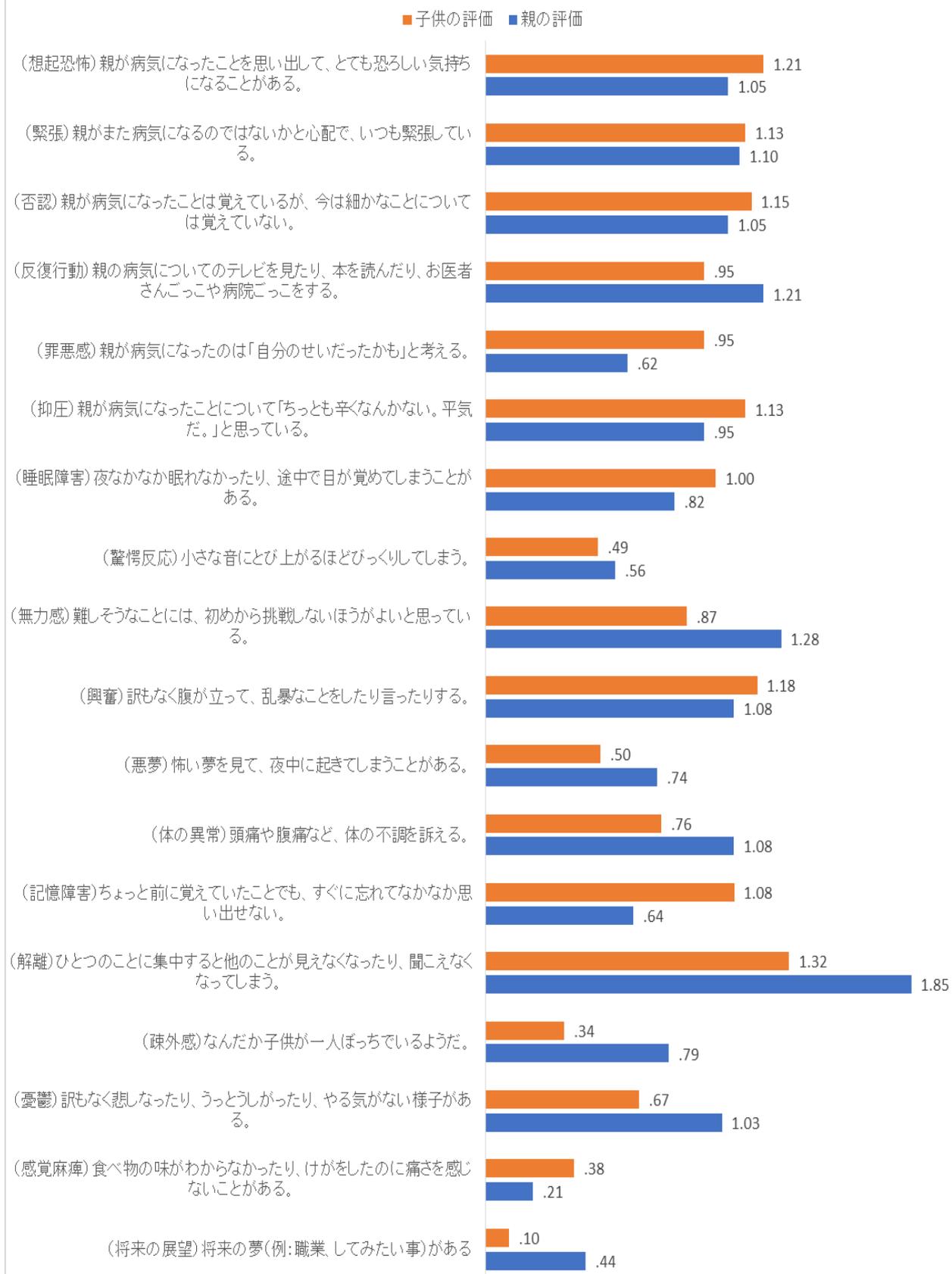
親による評価：子供のPTSD症状（項目別）



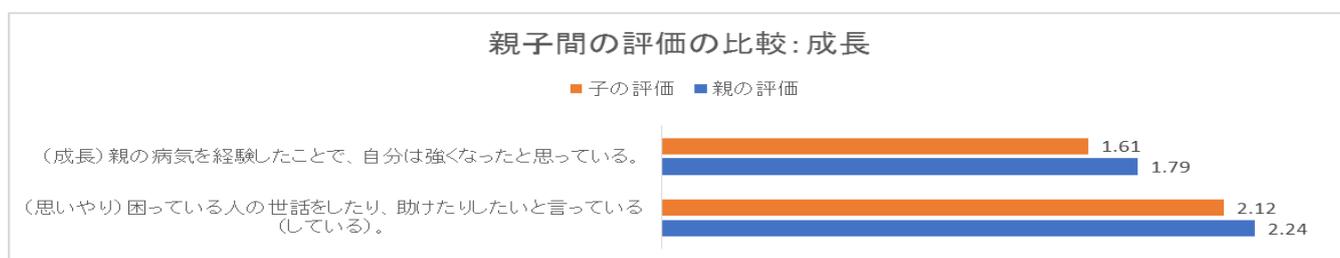
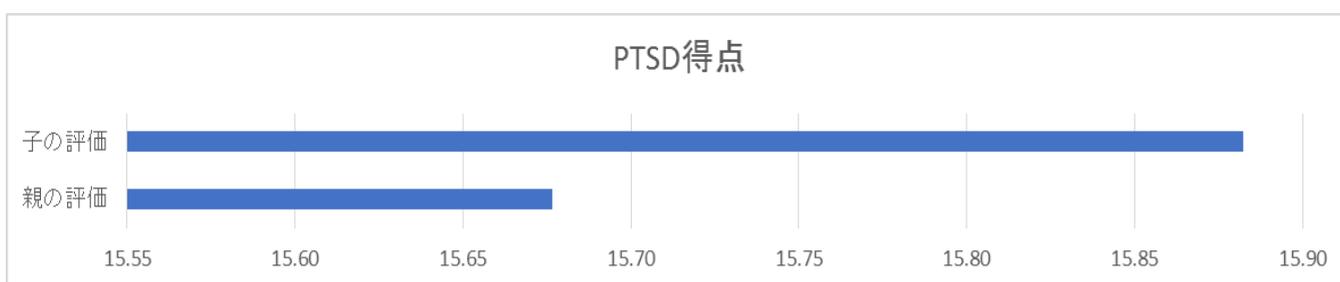
3 参加前:子供-保護者間の比較				
Wilcoxon符号付順位検定の結果				
	質問項目	子供の評価	親の評価	有意確率(p値)
1	(想起恐怖)親が病気になったことを思い出して、とても恐ろしい気持ちになることがある。	1.21	1.05	0.330
2	(緊張)親がまた病気になるのではないかと心配で、いつも緊張している。	1.13	1.10	0.985
3	(否認)親が病気になったことは覚えているが、今は細かなことについては覚えていない。	1.15	1.05	0.533
4	(反復行動)親の病気についてのテレビを見たり、本を読んだり、お医者さんごっこや病院ごっこをする。	.95	1.21	0.105
5	(罪悪感)親が病気になったのは「自分のせいだったかも」と考える。	.95	.62	0.042
6	(抑圧)親が病気になったことについて「ちっとも辛くなんか。平気だ。」と思っている。	1.13	.95	0.303
8	(睡眠障害)夜なかなか眠れなかったり、途中で目が覚めてしまうことがある。	1.00	.82	0.314
9	(驚愕反応)小さな音にとび上がるほどびっくりしてしまう。	.49	.56	0.599
10	(無力感)難しそうなことには、初めから挑戦しないほうがよいと思っている。	.87	1.28	0.023
11	(興奮)訳もなく腹が立って、乱暴なことをしたり言ったりする。	1.18	1.08	0.494
12	(悪夢)怖い夢を見て、夜中に起きてしまうことがある。	.50	.74	0.071
13	(体の異常)頭痛や腹痛など、体の不調を訴える。	.76	1.08	0.060
14	(記憶障害)ちょっと前に覚えていたことでも、すぐに忘れてなかなか思い出せない。	1.08	.64	0.016
15	(解離)ひとつのことに集中すると他のことが見えなくなったり、聞こえなくなってしまう。	1.32	1.85	0.004
16	(疎外感)なんだか子供が一人ぼっちでいるようだ。	.34	.79	0.004
17	(憂鬱)訳もなく悲しかったり、うとうとしたり、やる気がない様子がある。	.67	1.03	0.019
18	(感覚麻痺)食べ物の味がわからなかったり、けがをしたのに痛みを感じないことがある。	.38	.21	0.142
20	(将来の展望)将来の夢(例:職業、してみたい事)がある	.10	.44	0.012
PTSD得点(=#7と#19以外の回答の合計得点、各項目得点・合計得点とも高得点は深刻なPTSD症状の存在を意味する。)		15.16	16.49	0.195
《子供の成長に関する項目》				
7	(成長)親の病気を経験したことで、自分は強くなったと思っている。	1.44	1.38	0.651
19	(思いやり)困っている人の世話をしたり、助けたりしたいと言っている(している)。	2.08	2.10	0.801
赤字:有意差を示した項目、黄:親が子の症状を過少評価(子の評価>親の評価)、緑:親が子の症状を過大評価(子の評価<親の評価)していることを示す。				
回答:ぜんぜんない(0点)、あまりない(1点)、ときどきある(2点)、よくある(3点)				



親子間の評価の比較: 参加前

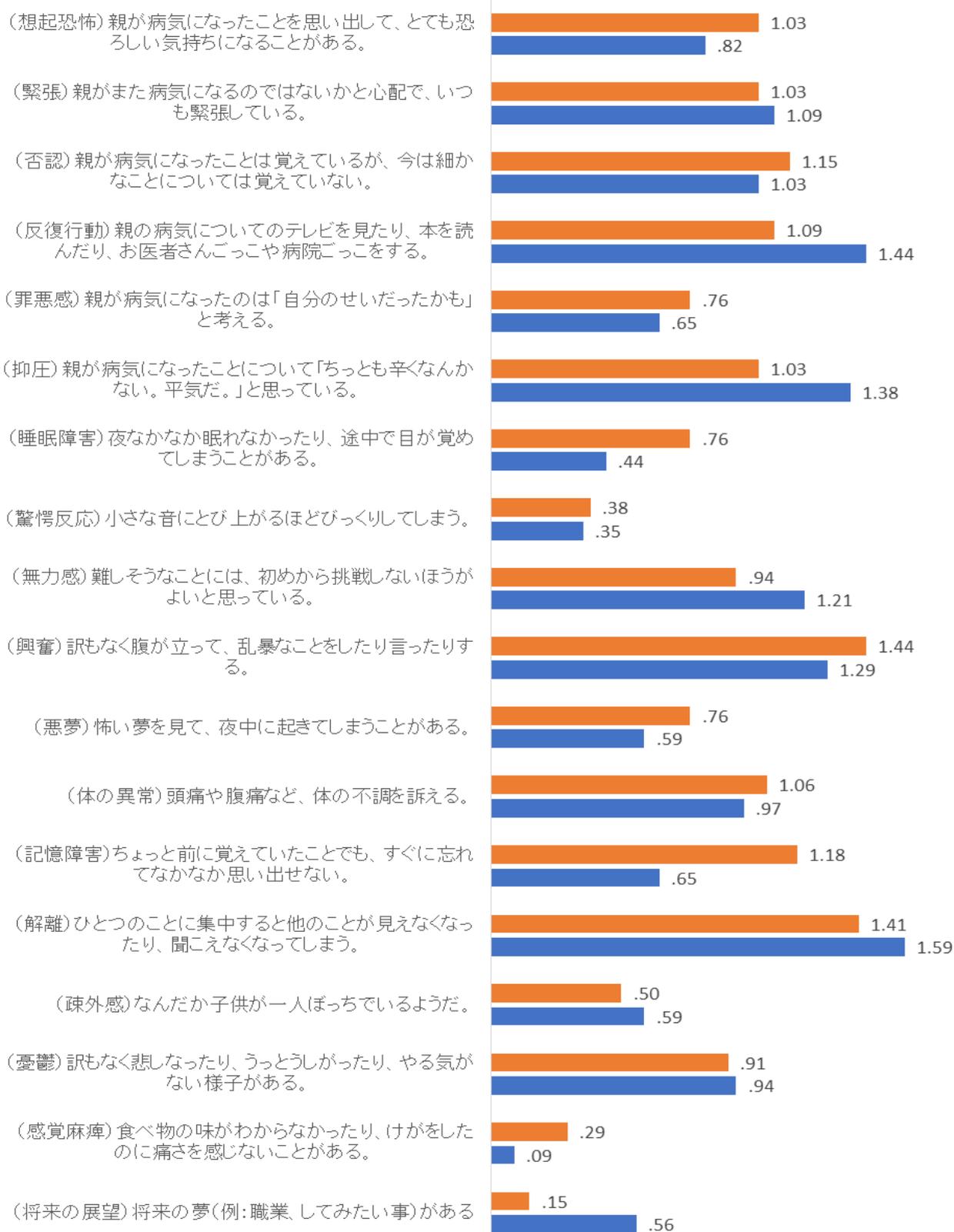


4 3か月後:子供-保護者間の比較				
Wilcoxon符号付順位検定の結果				
	質問項目	子の評価	親の評価	有意確率(p値)
1	(想起恐怖)親が病気になったことを思い出して、とても恐ろしい気持ちになることがある。	1.03	.82	0.180
2	(緊張)親がまた病気になるのではないかと心配で、いつも緊張している。	1.03	1.09	0.651
3	(否認)親が病気になったことは覚えているが、今は細かなことについては覚えていない。	1.15	1.03	0.554
4	(反復行動)親の病気についてのテレビを見たり、本を読んだり、お医者さんごっこや病院ごっこをする。	1.09	1.44	0.051
5	(罪悪感)親が病気になったのは「自分のせいだったかも」と考える。	.76	.65	0.405
6	(抑圧)親が病気になったことについて「ちっとも辛くなんかない。平気だ。」と思っている。	1.03	1.38	0.046
8	(睡眠障害)夜なかなか眠れなかったり、途中で目が覚めてしまうことがある。	.76	.44	0.032
9	(驚愕反応)小さな音にとび上がるほどびっくりしてしまう。	.38	.35	0.655
10	(無力感)難しそうなことには、初めから挑戦しないほうがよいと思っている。	.94	1.21	0.020
11	(興奮)訳もなく腹が立って、乱暴なことをしたり言ったりする。	1.44	1.29	0.302
12	(悪夢)怖い夢を見て、夜中に起きてしまうことがある。	.76	.59	0.153
13	(体の異常)頭痛や腹痛など、体の不調を訴える。	1.06	.97	0.651
14	(記憶障害)ちょっと前に覚えていたことでも、すぐに忘れてなかなか思い出せない。	1.18	.65	0.005
15	(解離)ひとつのことに集中すると他のことが見えなくなったり、聞こえなくなってしまう。	1.41	1.59	0.235
16	(疎外感)なんだか子供が一人ぼっちでいるようだ。	.50	.59	0.609
17	(憂鬱)訳もなく悲しかったり、うとうしがったり、やる気がない様子がある。	.91	.94	0.906
18	(感覚麻痺)食べ物の味がわからなかったり、けがをしたのに痛さを感じないことがある。	.29	.09	0.053
20	(将来の展望)将来の夢(例:職業、してみたい事)がある	.15	.56	0.008
PTSD得点(=#7と#19以外の回答の合計得点、各項目得点・合計得点とも高得点は深刻なPTSD症状の存在を意味する。)		15.88	15.68	0.816
《子供の成長に関する項目》				
7	(成長)親の病気を経験したことで、自分は強くなったと思っている。	1.61	1.79	0.260
19	(思いやり)困っている人の世話をしたり、助けたりしたいと言っている(している)。	2.12	2.24	0.419
赤字:有意差を示した項目、黄:親が子の症状を過少評価(子の評価>親の評価)、緑:親が子の症状を過大評価(子の評価<親の評価)していることを示す。 回答:ぜんぜんない(0点)、あまりない(1点)、ときどきある(2点)、よくある(3点)				



親子間の評価の比較: 3か月後

■ 子の評価 ■ 親の評価



5 分析結果からわかること

(1) 「キッズ探検隊」参加前と3か月後の子供の PTSD 症状と成長の認識について

<子供本人による評価>

- ・ PTSD 症状に関する 18 項目に有意差はなかった。
- ・ 成長の認識についても有意差はなかった。

<保護者による評価>

- ・ PTSD 症状 4 項目について有意差が認められた。
 - 反復行動、抑圧については、3 か月後に悪化したと評価されていた。
 - 睡眠障害、疎外感については、3 か月後に改善したと評価されていた。
- ・ 子供の成長の認識について、3 か月後により肯定的に評価していた。

(2) 子供-保護者間の PTSD 症状と成長の認識の相違について

<参加前>

- ・ PTSD 症状 7 項目について有意差があった。
 - 子供の罪悪感と記憶障害について、保護者は過小評価する傾向があった。
 - 子供の無力感、解離、疎外感、憂鬱、将来の展望について、保護者は問題を過大評価する傾向があった。
 - ただし、PTSD 得点に有意差はなかった。
- ・ 子供の成長の認識について有意差はなかった。

<3 か月後>

- ・ PTSD 症状 5 項目について有意差があった。
 - 睡眠障害、記憶障害について、保護者は過小評価する傾向があった。
 - 抑圧、無力感、将来の展望について、保護者は問題を過大評価する傾向があった。
 - 無力感（過大評価）、記憶障害（過小評価）、将来の展望（過大評価）に関する子供-保護者間の有意差は参加前にも存在しており、3 か月後も変化はなかった。
- ・ 子供の成長の認識について有意差はなかった。

V 考察

- ・ 「キッズ探検隊」の有効性は、3 か月後の子供による評価では明らかにならなかった。これまでの研究は実施直後の効果を検証し、その有効性は認められたが、3 か月後についてはその効果の持続性は認められなかった。子供にとって効果を持続させるためには、継続したプログラムが必要なかもしれない。
- ・ 一方、保護者は一部の PTSD 症状の改善（睡眠障害、疎外感）と悪化（反復行動、抑圧）の両方を認識し、子供の成長についてより肯定的に評価していた。特に「キッズ探検隊」参加前の時点では、親は子供の疎外感について問題を過大評価する傾向があったが、3 か月後はその傾向は認められなかった。ただし、保護者は睡眠障害については過小評価、抑圧については問題を過大評価している可能性がある。

- ・ 本研究に参加した子供は全員、既に保護者から親ががんであることを伝えられており、家庭内のコミュニケーションは比較的良好であることが考えられるが、PTSD 症状の 18 項目中、5-7 項目(27-39%)において親子間の評価に有意差が認められた。親ががんであることを子供が知らされていない家庭の場合、親子間の評価にさらに様々な差がある可能性がある。
- ・ 今回の研究対象者には、親が死亡した子供もいたために、子供のストレス反応は高まったことも考えられる。

VI 今後の課題、展望

- ・ 今回の用いた PTSD-RI 日本版の尺度について、「(否認) 親が病気になったことは覚えているが、今は細かなことについては覚えていない」、「(抑圧) 親が病気になったことについて、ちっとも辛くなんかない。平気だと思っている」、「(無力感) 難しそうなことは、初めから挑戦しないほうがよいと思っている」に関する項目は、子供の成長発達過程において外傷反応(否認、抑圧、無力感)とは言い切れない面もある。子供の性格、認知機能、学力の影響も少なからずあるであろう。そうした観点から、今回の研究は、親の病気について心的外傷後トラウマ反応を検証したが、発達過程にある子供については、外傷後成長尺度(今回は 2 項目)を増やして検証することも必要かもしれない。
- ・ 参加前と 3 か月後の双方データを収集できた親子のペアは 34 組であった。今回の研究結果の一般化は困難であり、さらにデータを収集する必要がある。
- ・ プログラム参加者のフォローについて、今回試験的に開催した「キッズサロン」を検討したい。全国展開している患者サロンのノウハウを用いることができるため、運営側の負担も少なく、親子双方にとって、同じ立場で気持ちを共有できる場として機能するのではないかと思われる。
- ・ 今回、プログラムの運営者に過去のプログラムの修了生(高校生)とその親(患者)に加わってもらった(資料にレポート添付)。参加者した子供にとっては、成長モデルとして肯定的に捉えられたようであり、親である患者にとっても子育て支援の機能を果たしていた。今後、本プログラムを継続し、こうした当事者の協力を得ることができる体制を整えていきたい。

VII 研究成果の公表予定

日本緩和医療学会学術大会、日本サイコオンコロジー学会総会、日本がんサポーターブケア学会、日本死の臨床研究会等において研究発表、また関連雑誌に掲載予定である。

資料 1

*募集チラシ

夏休みキッズ探検隊 2018

金沢医科大学病院では、がんの患者さんの治療や療養が円滑に行われるために、子どもを含めた家族への支援に取り組んでいます。

このイベントでは、がんの親をもつ子どもたちが、がんや治療について学びながら、医療スタッフと一緒に病院内を探検して、楽しく一日を過ごします。工作を通して、ストレス対処法も学びます。

日時：平成 30 年 7 月 28 日 (土) 10:00~15:00
 場所：金沢医科大学病院 病院中央棟 3 階中会議室

対象：小学生*
 *参加条件は、親ががんであることを知っていることです。
 *まだお子さんに病気のことを伝えていない場合でも、スタッフが相談いたしますので、まずはご相談ください。

定員：12名

内容：①がんについて学ぼう！
 ②病院内を探検しよう！など

参加費：無料 (昼食つき)

申込締切：6月29日 (金)

【主催】金沢医科大学病院 緩和ケア委員会
 【申込み・問い合わせ】
 金沢医科大学病院「夏休みキッズ探検隊」係
 TEL : 075-296-3511 (代)
 E-mail : center21@kanazawa-med.ac.jp (担当事務局)
 担当 : 遠岡 (内線 8514)・及川 (内線 3993)

金沢医科大学病院

チャイルドケアプロジェクト Child Care Project

夏休みキッズ探検隊

夏休み中はがん患者の治療・療養が円滑に行われるために、家族を含めた総合的な支援に取り組んでいます。

本イベントは、親ががん患者である小学生たちが、同じ立場の仲間とともに病気や治療について学び、体験を通して、不安を和らげ、困難を克服する力を引き出すことを目的としています。

日時 **2018年 8月 2日 (木)**
 10時30分～15時00分 (受付10時00分～)

場所 四国がんセンター

対象 愛媛県内の**小学3～6年生**

定員 12名程度
 ※定員に達し次第、締め切りとさせていただきます。
 ※初参加の方を優先させていただきます。

内容 ①がんについて学ぼう！ ②病院内を探検しよう！
 ③病院でお昼ご飯を食べよう！ ④心と体について学ぼう！

申込み 申込書をご記入の上、郵送または直接ご持参ください。
 (ご持参の場合は、四国がんセンター主書・家族総合支援センターへご持参ください。)
 2階案内カウンターへ月～金曜日の9時～16時までにご提出ください。)

応募締切 2018年 7月 2日 (月) 当日消印有効

参加費 500円 (イベント保険加入料)

【申込み・問い合わせ】
 四国がんセンター
 患者・家族総合支援課 「夏休みキッズ探検隊」係
 〒791-0280 愛媛県松山市海博本町160 TEL:089-999-1209

Supported by Seiwaikai Memorial Foundation

※イベントは天候や感染症流行状況により変更する場合があります。ご了承ください。
 主催 四国がんセンター (患者・家族総合支援センター)

四国がんセンター

*学習資料

ばんきょうしりょう
みんなのお勉強資料

夏休みキッズ探検隊 みんなの時間割

時間/項目	内容
9:30~10:00 集合	- 出席を確認するから、10:00までに集ってね - アンケート記入
10:30~10:50 はじめの会	- イベントを楽しむための約束事のお話があるよ - みんなで一緒にミニゲームをするよ
10:50~11:20 1時間目 『がんについての学習』	- がんという病気について学ぶよ
11:20~11:50 2時間目 『心と体についての学習』	- 心と体のつながりについての話を聞こうね
11:50~13:00 給食 『病気の食事体験』	- 患者さんが食べている病院のご飯を食べよう！ - トイレに行ったり、水分をとったりしよう - 白衣を着て、病院探検に行く準備をするよ
13:00~14:30 3時間目 『病院探検』	- グループに分かれて、病院探検に出発！ - 病院探検の後、トイレに行ったり、水分をとったりしよう
『おやつ体験』	- 患者さんが食べている病院のおやつを食べよう
14:30~15:30 おわりの会	- いのちについてのお話があるよ - アンケート記入
15:30~ 解散	- アンケート記入 - 解散

資料 2 写真



1 金沢
工作作り



2 金沢
アイスブレイク



3 金沢 探検



4 金沢 集合写真



5 四国 工作作り



6 四国 探検



7 四国 終わりの会



資料3 体験者のレポート

四国がんセンターキッズ探検隊にボランティアとして参加して K.A (子供)

私は夏休みと冬休みにキッズ探検隊の OB としてボランティアに参加させていただきました。私は春から高校生となりましたが、高校では積極的なボランティア活動など校外活動が推奨されています。がんの親を持つ子どもとして、またいち高校生としてもこのような機会を頂けたことに感謝致します。

OB として一番うれしかったことは、後輩たちががんについて一生懸命学んでいる様子が見られたことです。後輩たちにも自分と同じような経験をしてどんどん視野を広げてほしいと思いました。また改めて自分たちを支援してくれる人たちがいること、その人たちが信頼できる人たちであることを強く感じました。

今回の活動で印象に残ったことは、男子がとても積極的で、活動中に助けられたことがたくさんありました。また参加者の年齢差がありましたが、それをあまり感じることはありませんでした。じゃんけん列車や達成シールをもらうこと、ボックスづくりもみんな楽しんでいて、うれしく思いました。

改善点を上げるとすると、参加者同士の親睦をもっとはかれたらよいな、と思いました。小さな子にはゲームをさせるなどして、子供同士が触れ合える時間があってもよいと思います。先生方やボランティアがつきっきりで少し気疲れした様子だったので、子どもたちだけで遊べたり、会話できる時間がもう少しあるとよいと思います。

今回のように私のような OB の立場が支援する側として参加することは大きな意義があると思います。自分がお世話になったプログラムの役に立っているという実感は OB のさらなる成長につながると思います。参加する OB の数を増やし、OB 同士の交流が持てたら楽しいだろうなと思います。

今後もがんの親を持つ子どもの支援が続き、広がっていくことを願っています。

四国がんセンターにおける「がんの親を持つ子の支援プログラム」に参加して K.A (患者)

四国がんセンターにおけるがんの親を持つ子ども支援プログラムの OB として、参加者と医療従事者をつなぐ役割として母子で参加させていただきました。お声がけいただき感謝申し上げます。私は 2005 年（当時 35 歳、娘 2 歳）に右乳がん、2014 年（当時 44 歳、娘 11 歳）に左乳がん、HBOC の診断と RRSO を経験し、その都度、同プログラムの支援を得ながら娘に病状等を共有しております。

私は子供たちがプログラム実践中の時間を利用して、子を持つがん患者の交流サロンをファシリテート致しました。子供との向き合い方というテーマを中心に互いの治療における苦労や子育ての悩み、自身のがん体験を通じて見られた子供の変化などが共有されました。互いの苦労を労わりあい、子供の成長の喜びを分かち合う、和やかなよきひと時となったのではないかと感じています。当事者のみのサロンであることは不安もありますが、依存が生じにくいという点において対話が促進されやすいと感じています。参加者の状況は様々ですが、がんという体験を共有し、またそれぞれの人生の経験もあるため共感力は高く、その雰囲気から「ここなら話してもよいかな」とプライベートな事情を打ち明けていただく場面もありました。プログラムを終えた子供たちと合流した際は互いの子供を交えての交流が始まり、子供たちの家庭での頑張りを誉めあう様子や親も子も同じ立場という安心感からか、子どもたちも「この人、僕のお母さん。」と友達に紹介するなど、大変微笑ましい光景でした。

学校現場でのがん教育のあり方についての議論がありますが、交通事故防止教育、減災教育と同様に、「将来のがん当事者」に対し、年齢を考慮した段階的ながんの生物学的・医学的な知識は与えられてもよいのではと思います。ただそこにいのちの教育を絡めることは、がん当事者の児童・生徒に心的負担を与えます。キッズプログラムに参加した子供たちの「同じ立場の子がいてほっとした」という声に、彼らの学校現場での孤独を思います。娘はかつて「親ががんであることは学校の友達には知られたくない」と言っていて、それはキッズプログラムを受講しても変わりませんでした。子供にとって学校はたたかいの場でもあります。高校生になり多様な人々と触れ合うことでようやくオープンにしてもよいかな、と感じるようになったようです。小・中学生は未熟であり、義務教育でもあることからがんの教育には特段の配慮が必要だと思えます。

がんは人生の大きな困難のひとつですが、適切な支援があれば患者・家族ともに回復と成長を得ることが出来ると実感しています。今後もがん患者と家族への支援が継続されることを切に願います。OB としてこれからも微力ながら協力させていただきたいと存じます。

笹川記念保健協力財団 研究助成

助成番号：2018A-007

(西暦)

2019年2月12日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団

会長 喜多悦子 殿

2018年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研 究 報 告 書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

在宅終末期の意思決定支援ツール開発に関する研究

所属機関・職名 和歌山県立医科大学保健看護学部 講師

氏名 石井 敦子

1. 研究の目的

超高齢国の日本にとって、終末期医療のあり方は大きな社会的課題となっている。在宅医療の推進に伴い、療養者と家族は生活の場で医療にかかわる選択を求められる機会が増えている。療養者と家族の生活に直結する重要な意思決定であるのに、経験知不足から人工呼吸器や胃ろう等を選択した生活を想像できず、意思決定ができない困難が大きな課題となっている。治療等に関する意思決定支援ツールは欧米を中心に開発が進んでいるが、国内外において在宅療養の場を前提としたツール開発は未だされていない。さらに、本人の希望を終末期医療に反映できる事前指示書やアドバンス・ケア・プランニングは一般に浸透していない。これらの背景には「決められない」といった意思決定の問題があり、宮本ら(2016)は「老年期の人工的水分・栄養補給法に対する事前の意思を決められないことに関する要因」の中で「介護の経験がない」ことが、自らが介護を受ける状態の想像を困難にし、家族として決定する経験も欠くことで「決められない」という結果を導くと指摘している。在宅療養高齢者の多くが徐々に食べられなくなった場合、胃ろうなどの経管栄養に関する選択が求められる。どのような水分・栄養摂取が良いのかは、単に医学的価値だけで判断できるものではなく、個人の人生観や死生観、家族や地域文化など様々な背景をもった上での選択である。Sedhom ら (Sedhom et al: *Discussing Goals of Care with Families using Four Steps. Gerontology & Geriatric Medicine*, 2:1-2, 2016) は、終末期医療において、医療者と患者とその家族との間に十分なコミュニケーションがなされ、相互に納得し理解する情報共有が不可欠であるとしている。その選択は療養者だけでなく家族の介護や生活にも大きく影響するため、その後の生活を見通した情報の十分な理解が求められる。したがって、これまでの経験則では想像し難い生活をイメージし、療養者と家族にとって最良の意思決定に導く具体的なツールの確立が求められる。

そこで本研究は、在宅高齢者の意思決定支援として、選択した先の生活イメージを理解しやすくする「マンガ」を活用した意思決定支援ツールの開発を目的とする。これまでの意思決定支援ツールは、治療による身体的影響に重点を置いてきたのに対し、本研究で開発するツールは、介護と選択後の生活に重点を置き、後悔のない選択ができることを目指すものである。「マンガ」という視覚媒体は、絵を追うだけでもストーリーが理解でき、生活描写を視覚的に受け入れやすい表現できると考える。

2. 研究の内容・実施経過

1) 研究方法

研究の方法としては次の三段階で進めた。

第一段階として、在宅療養における意思決定の現状や課題の把握を行った。意思決定支援ツールの題材となる意思決定が求められる場面、療養者や家族の困惑や悩み等に加え、意思決定後の生活とそれを事前に想像する能力のギャップについても具体的に把握し、ツール

で何を取り上げていくかを検討した。実態把握については、和歌山県内の訪問看護ステーションの協力を得て、療養者と家族を対象としたアンケート調査を行った。また、在宅療養にかかわる医療者を対象に、療養者や家族の意思決定支援の課題等についてインタビュー調査を行った。

第二段階ではツールの試作品を作成する。アンケート調査およびインタビュー調査で収集したデータを分析し、ツールに用いる複数のモデルを抽出した。分析は諸モデルの妥当性をはじめ、倫理的問題なども含め共同研究者とともに検討した。マンガ（試作品）として、B4サイズのパイロットボードを作成した。

第三段階では試作品であるパイロットボードの試行（プリテスト）を重ね、評価により抽出された改善点等を踏まえ意思決定ツールの開発を行う。

2) 研究実施経過

2018年4月～6月：在宅療養における意思決定の現状把握調査の実施（第一段階）

2018年7月～12月：ツール開発のための内容検討及び製作作業（第二段階）

2018年1月～：試作品の試行（第三段階）

3. 研究の成果

1) 在宅療養における意思決定の現状把握

第一段階で実施したアンケート調査およびインタビュー調査の結果、療養者や家族の困惑や悩みとして挙げられたのは、胃ろうや経鼻チューブからの栄養剤の注入や中心静脈栄養法といった人工的水分・栄養補給法についての意思決定であった。また、在宅療養にかかわる訪問診療医及び訪問看護師が療養者や家族の意思決定支援の課題として挙げたのは、在宅での看取りを希望していても誤嚥性肺炎を繰り返し、救急搬送後、人工呼吸器を装着して在宅へ戻ってくることが多いといった問題や何らかの症状に対する原因究明を目的とした検査受診の必要性の問題、終末期の輸液による負荷の問題であった。

2) ツールの試作品の作成

在宅療養における意思決定の現状把握を踏まえ、本研究で取り上げる題材を①胃ろう造設の意思決定、②繰り返す誤嚥性肺炎への対処に関する意思決定、③在宅療養者の検査受診にかかわる意思決定、④終末期の輸液に関する意思決定の4項目に絞り、ストーリー仕立てで描くこととした。

登場人物の設定として、高齢者男性を主人公とし、その妻との老老介護の生活に着目して描くが、それぞれの意思決定場面で「するか、しないか」といったいずれかの選択に誘導するものではなく、いずれの選択肢においてもその先の生活のイメージが描けるように情報を得たうえでの選択ができることに配慮した。4項目の意思決定に至る共通のストーリーを描き、各項目で二通りの選択を展開した。

②繰り返す誤嚥性肺炎への対処に関する意思決定

誤嚥性肺炎を起こすたび入退院を繰り返す主人公が再び発熱し肺炎が疑われる設定とし、入院して気管切開し人工呼吸器が装着された後、回復しながらも在宅で気管切開後のケアや入院前よりレベルダウンしたADLに対する昼夜問わない介護生活のイメージを描写した。もう一つの選択として、在宅で対症的な処置を行うことで様子を見ていくことで、これまでの生活と変わらない療養を継続するが、症状改善は療養者の本来的な体力や抵抗力によるもので、それを受け入れていく家族を描いた（図5～図7）。



図 5



図 6



図 7

③在宅療養者の検査受診にかかわる意思決定

終末期ではあるが、家族としてはずっと在宅で今の生活が続くことを願っている。そのような療養者本人と家族の設定において、新たな症状が出てきた場合を想定した。ストーリーは二つに分岐し、一つは膀胱鏡検査を希望して、一日がかりで病院の検査をして本人も家族も消耗するが、検査の結果、膀胱癌と判明したものの、体力など総合的に判断して積極的な治療はしないことになる。もう一つは、治療的診断で様子をみながら、膀胱炎なのか膀胱癌なのか、確定診断を行わないストーリーにした（図 8～図 12）。



図 8



図 9



図 10



図 11



図 12

4. 今後の課題

本研究で目指した意思決定支援ツールは、マンガを媒体として取り入れたものである。マンガは絵を追うだけでもストーリーが理解でき、高齢者を対象としているため文字よりは分かりやすいと考える。また、医療の視点より介護と生活の視点を重視するため、排泄などの生々しい生活描写を視覚的に受け入れやすい表現で描ける利点がある。したがって、マンガ媒体としての完成度も重要であるが、本研究ではマンガ製作の専門家への委託作業が出来なかったため、試作品としての完成にとどまっている。現在、試作品段階での試行を現在重ねているが、今後の課題としては、できるだけ多くの試行結果を蓄積し、改善を加え、カラー印刷等の冊子にすることで広く活用されるよう完成媒体を目指すこと及びその評価である。

5. 研究の成果等の公表予定

本研究の成果は、日本地域看護学会、日本在宅ケア学会、日本公衆衛生学会等の学会での発表及び関連雑誌への論文投稿を予定している。

笹川記念保健協力財団 研究助成

助成番号：2018A-009

(西暦) 2019 年 2 月 15 日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団

会長 喜多悦子 殿

2018年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研 究 報 告 書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

難治性心不全患者の緩和ケアに関する循環器専門病院看護師の認識と多職種間調整に関する研究

所属機関・職名 岡山県立大学・准教授

氏名 名越 恵美

1. 研究の目的

超高齢社会を迎え、緩和ケアはがん患者だけでなく循環器疾患等の患者に必要であること、また、医療従事者についても緩和ケアの基本的な知識を身につける重要性が問われるようになった。循環器疾患の最終的な病像としての心不全は、増悪と改善を繰り返しながら、入退院を繰り返すため予後予測が難しい疾患である。

そこで、心不全に関する国内の研究を概観すると、医学中央雑誌(2018.6.1.現在)において「心不全」「緩和」OR「終末期」で検索の結果 555 件、その後原著を条件に加え 116 件が検索された。さらに「心不全」「緩和」「原著」「看護」で絞り込み、対象が母性、精神、小児、学生である文献を除き、18 件の文献を選定した。

研究デザインは、事例 10 件 (55.5%) 量的研究 4 件 (22.2%) 質的研究 3 件 (16.7%)、介入研究 1 件 (5.6%) であった。対象者は患者が 10 件 (55.5%)、医療職者 6 件 (33.3%)、そのうち 3 件は循環器病棟看護師を対象としていた。また、家族 2 件 (11.1%) であった。疾患の内訳は、心不全 5 件、高齢者 2 件、心筋症 1 件、腎不全 1 件、がん 1 件であった。研究内容として、高齢者や終末期の研究の中で対象者の疾患が心不全であったという研究が多かった。また、心不全患者に関する研究は、患者の療養生活の体験 (梅田 2012)、心不全患者の多職種チームの教育入院の有用性 (永野 2015)、社会的孤立と再入院の関係 (齋藤 2017) のように急性増悪を予防し、再入院のリスクを下げるための研究が主流であった。一方、心不全の終末期や緩和ケアに関する研究は、心不全終末期の家族のニーズ (岡部、2013)、在宅医療の実態 (松村 2012) など事例研究を中心に行われていた。また、末期心不全患者への満足度調査 (佐藤 2012)、心不全患者への緩和ケアの認識 (猪口 2013) はあるものの、看護職のみを対象に実施していた。量的研究として心不全患者の終末期の緩和ケアの導入に葛藤を明らかにした研究 (松岡 2011) もみられるが医師と看護師のみを対象としており、多職種を対象とした研究は見られなかった。国外においては、Health care professionals の心不全患者への緩和ケアへの態度を明らかにした研究 (J.Zliehm 2016) があり、職種別の教育の必要性を示唆していた。さらに、患者の症状緩和と QOL の視点から職種間連携に関する示唆を与えている研究 (David.B 2014)、末期心不全患者におけるジレンマについて患者を支えるケアギバーとヘルスケアチーム、社会支援の視点から明らかにした研究 (Carol.C 2015) があった。

以上のことから国外の研究では、心不全の緩和ケアの認識や介入がすでに行われていた。しかし、日本では特に、循環器専門病院において、心不全患者の再入院率を減少させるためのケアが重要課題であり、生活のコントロールについての教育介入が中心となっているため、緩和ケアについての介入を医療従事者がどのように実施しているか明らかになっていない。また、緩和ケアに関しては、がんの緩和ケア病棟の看護師の認識においても患者との関りに困難感を感じている (名越 2012) 現状がある。これらは、日本の文化の特徴として死の話を避ける傾向が影響していることが推察される。

そこで、循環器専門病院における看護師の認識と多職種間調整について明らかにする

ことを目的とする。本研究により、循環器病院における看護師や多職種への介入の実際が明らかとなり、医療従事者の死への認識や困難感、必要な知識、技術が明確化され医療従事者の教育について基礎資料を得ることができる。

2. 研究の内容・実施経過

- 1) 研究デザインは、質的帰納的研究デザインとした。質的研究とは、「研究者と研究参加者が相互作用する中で行われ、研究参加者にとっての経験やその意味を帰納的に探究する研究」(グレッグ 2016) と定義されており、研究参加者の「言葉」や「文脈 w」を介して本質的な意味を解釈する手法である。本研究は、専門家の価値観や認識に着目している。それらは、「言葉」を介して表出されるものであり質的研究が妥当である。
- 2) 研究参加者は循環器専門病院で働く、難治性心不全患者の生活面にかかわったことのある病棟看護師、外来看護師、保健師、理学療法士、ソーシャルワーカー、臨床検査技師、栄養士とした。検査技師、レントゲン技師は、難治性心不全患者の身体面への査定は行うが、生活面への介入がないため除外した。
- 3) データ収集方法
 院長もしくは看護部長に対し、病院の管理者に研究の趣旨を説明した文書を送付後、電話もしくはメールにて研究対象者の紹介の許可が得られるかどうか確認し、紹介の許可が得られた場合、病院管理者ら対象者に説明書を渡していただき、研究者が連絡することの許可を確認した。研究の同意が得られた参加者に対して、インタビューガイドを用いて半構造化面接を行った。インタビューは個室でインタビューガイドに沿って自由に語ってもらった。インタビュー内容は承諾を得て IC レコーダーに録音した。調査内容は、年齢・性別・医療職歴・職位・インタビュー内容は、先行研究を参考に「心不全患者と家族へ死に関する話をするときどのように行ったか」「その時に気になったことや言いづらいこととそれをどのように説明したか」「今後の生活への見通し」「希望する教育体制」「他の職種へ依頼したいこと」などであった。
- 4) 調査機関
 2018年6月～2018年12月であった。
- 5) データ分析方法
 分析は、面接内容を逐語録にデータ化とし、Krippendorff の内容分析の手法 (Krippendorff K, 三上他訳, 1989) に基づき、個別分析・全体分析の2段階の手順で行った。Krippendorff の内容分析は、得られた質的データの文脈を重視しながら意味を解釈していく方法であり、そこに何があるのかを明らかにする方法として有用である。
 *個別分析
 ①職種別に逐語録を熟読し、心不全の見通しや緩和ケアに関する記述部分を、参加者の

言葉のまま抽出する。

②①で抽出した記述部分の意味を損なわず、内容が明確になるよう書き表し、整理した文とする。

③できるだけ参加者の言葉を用いて簡潔に表現し一次コード化する。

④簡潔に表現された記述のそれぞれの文脈に還りながら、文脈における参加者の本質的な意味を表す表現を二次コード化する。

*全体分析

⑤集めた二次コードの意味内容が同類のものを集め、その意味を表すように表現しサブカテゴリ化、カテゴリ化する。

6) 信頼性の確保

分析の信頼性と妥当性を確保するために研究者間で定期的に集まり、分析に内容の検討を行った。

7) 倫理的配慮

本研究は、岡山県立大学倫理審査委員会及び対象施設の研究倫理委員会の承認を得て実施した。研究参加者に対しては、説明書を用いて以下の内容を文書と口頭で説明し、同意書を用いて承諾の同意をいただいた。

- ・研究の目的・意義・研究への参加は自由であり、不参加であっても不利益を被ることはないこと。また、同意した後、いつでも同意を撤回することができ、撤回した場合でも、対象者が不利益を被ることはないこと。
- ・面接で話したくないことは話さなくてよいこと。
- ・面接はプライバシー保護のため個室で行うこと。
- ・録音について説明し、承諾が得られた場合 IC レコーダーにて録音すること。
- ・データは鍵のあるロッカーに保管し、研究終了後 5 年間保存した後、すみやかに破棄すること。
- ・結果について、個人や施設が特定できないようにし、プライバシーを守ること。
- ・研究結果の関連団体・学会等での公表すること。

研究の成果

1) 研究参加者の概要

研究参加者は 22 名であった。性別は、男性 6 名、女性 16 名であり、平均年齢は 36.1 歳 (23-59 歳) であった。職種の内訳は、看護師 12 名 (心不全認定看護師 2 名含む)、リハビリ 3 名、医師 3 名、保健師 2 名 (5 年の看護師経験後保健師の職に就く)、薬剤師 1 名、栄養士 1 名であった。臨床経験年数は、平均 13.5 年 (3-35 年)、循環器の経験年数は、10.5 年 (2-30 年) であった。心不全認定看護師を除く看護師への面接は、9 名で飽和化したと考えられたため、確認のため 1 名実施し終了した。

2) 循環器専門病院における医療職の認識

表 1 : 研究参加者の概要

	職種	年齢	性別	臨床経験年数	循環器の臨床	所属部署
A	看護師	39	女	19	11	外来
B	看護師	41	女	20	20	内科病棟
C	医師	50	男	15	15	循環器内科
D	看護師	34	女	13	13	循環器内科
E	認定看護師	31	女	12	12	外来
F	栄養士	59	女	35	2	栄養課
G	保健師	46	女	23	18	入退院支援センター
H	心臓リハビリ・OT	29	男	8	6	リハビリ
J	保健師	41	女	10	6	リハビリ
K	薬剤師	33	男	9	6	薬剤部
L	看護師	45	女	22	18	内科病棟
M	看護師	33	女	11	6	内科病棟
N	看護師	29	女	8	8	内科病棟
O	看護師	23	女	3	3	内科病棟
P	医師	43	女	19	19	循環器内科
Q	看護師	23	女	3	3	外科病棟
R	PT	25	男	4	4	リハビリ
S	PT	27	女	6	6	リハビリ
T	看護師	29	女	8	8	外科行頭
U	医師	28	男	4	4	循環器内科
V	看護師	36	男	14	14	外科病棟
W	認定看護師	51	女	30	30	外来
	平均年数	36.1		13.5	10.5	

本研究は、看護師を中心に他職種の認識を明らかにすることを、目的としている。現在データを分析しているが、まず、看護師経験を持つ保健師 2 名の認識を明らかにした。保健師の認識は、〈日常生活行動の優先度の確認〉〈心不全の知識向上に向けた指導〉〈心不全の病状予測と評価〉〈ステージが進行する患者への対応〉〈QOL を保つための多職種間調整〉〈心負荷のかかる仕事への復職支援〉〈意思決定の方向性を支援〉〈在宅看取りへのはたらきかけ〉〈患者と家族・医療者の関係調整〉の 9 カテゴリーで構成された。以下カテゴリーごとに保健師のコードを示す。

〈日常生活行動の優先度の確認〉は、「患者ができていると思っていることも含め日常生活を洗い出す」「患者の生活上の優先順位が高いことを書き出してもらおう」「患者のやりたいことを医師と見直す」「患者の大切にしている思いを受け止める」他のコードで構成されていた。

〈心不全の知識向上に向けた指導〉は、「患者の不安な思いをきく」「患者の理解が難しいところには情報提供をする」「直接面談やラウンドでパターンがわかる」「患者と一緒に畑を回することで患者も医療者も畑の広さと勾配を知ることができる」「サチュレーション使用でわかることは多い」「サチュレーションをつけることで患者が過負荷を数値でキャッチできる」

「患者がチェックする表を使って入院で今までのセルフケアが崩れるかもというような気になる患者を回る」他のコードで構成されていた。

<心不全の病状予測と評価>は、「家にいる時間が短くなった人は退院が最後かもしれないと思う」「末期に退院が最後かもしれないという患者の認識は人による」「末期に向かう患者家族は急変を現実的にとらえていない」「心が切り替えられない人もいるので、最期まで支える覚悟でやる」「次に症状がでたら最後かもしれない患者に対しても生きがいに着目した声掛けをする」「どんどん悪くなるので医療者も初めの時から経過を伝える」「末期の患者が何を大切にしているかを自然に聞き出すことを大切にしている」他のコードで構成されていた。

<ステージが進行する患者への対応>「この先の話をするときの患者の落ち込みを気にしている」「患者に言いづらいことを言うときは葛藤する」「患者に関わるときにはどう理解しているのかを焦点にすることが多い」「一般的に心不全の患者はしんどくなったら病院で薬をもらって治ったと考えていると思う」「医療者—患者間の感覚や認識のずれがある」「医療者は患者に悪くなっていることをわかってほしい」「患者が病院のシステムについていけないというギャップを感じる」「患者に心不全が予防できることを知ってほしい」「患者が心不全を自分のことと捉えられるよう早めに伝えることが大事」「患者が心不全の正しい知識を持つのはいいが、良し悪しは人による」他のコードがあった。

<QOLを保つための多職種間調整>「チームでは言い合いができる」「告知促進チームで方向性が決まり、目的遂行に向かってしまうのは違う」「患者の情報はカルテやカンファレンスで共有する」「必要時に呼ぶように他スタッフに伝え、事例検討にはほぼ参加している」「心不全チームができたことも影響し、ここの病院では外科と内科の協力関係ができていく」「看護師、栄養士、PT、薬剤師など多職種の情報共有は重要」他のコードで構成されていた。

<心負荷のかかる仕事への復職支援>は、「対象者が心臓に負担がかかる仕事をしているストレスフルな生活を送る壮年期の対象者もいる」「仕事復帰し自傷行為に至った患者の事例を通して患者その人の生き方というのを感じた」「壮年期の対象者の復職への対応を医師に確認するよう伝える」他のコードで構成されていた。

<意思決定の方向性を支援>「患者に他の気切の患者と会ってもらったあとに意思決定をしてもらう」「連続で面談している患者の思考過程を想像して、事前に医師と相談し、治療の方向性を確認する」「同じ病棟の心不全の患者と一緒にピアサポートをすることで、認識が変わることもある」「若い人に他の患者の体験を伝えることで語りがでてくることもある患者の今までの考え方や対処行動から言い方を考える」「患者の思いを甘くみず、治療中断後にどこかで介入するほうがいい」他のコードがあった。

<在宅看取りへのはたらきかけ>は「開業医の能力がわかっているのだから、患者の望む最期の場所は割とかなえられる」「家族の対応能力や地域の訪問看護ステーションなどの連携がわかっているのだから、どんな状況でも帰れると言う」「訪問看護をしてきた経験から、この状況の患者なら家に帰れるというのを他スタッフに言うという役割をしなければならない」「ス

スタッフに実現できることのイメージがあると患者の意思決定を支えられる」「スタッフの在宅移行へのイメージを変えることは退院支援者として必要」他のコードで構成されていた。訪問看護をしていた時は医療処置をしながら在宅で亡くなられるまでみていた、
<患者と家族・医療者の関係調整>「患者が入院中不変的な状態になってしまったことへの家族の怒りを受ける担当に回ることもある」「患者と家族との間に温度差と認識差があることが多い」「患者が娘の言うことを聞かない」「高齢者だけの世帯ではいろいろ付けて帰ると大変」「高齢者の生活強度のリハビリでの心配事は農業である」「高齢で認知力の落ちた患者のために薬の整理整頓ができるといい」「保健師は関わった患者の経過を追っていくことができる」「保健師は患者の心理面や家族関係への対応を求められる」「保健師は患者の対処能力や支える人がわかるので、患者と支える人の理解を大切にする」「初動に関わって他職種介入に関しての振り分けもしている」「生活調整を必ず誰かと考えないといけない人たちから、相当なリスクのある人にも働きかけをしないといけない」「患者が鬱傾向なときはかなりコールが入る」「服薬管理に関して外来では十分なフィードバックができていないか分からない」「行先に関して患者の意見が大事にされていないのではないかと疑問に思う」「看取りへのチームの対応には疑問やジレンマを感じることもある」「困難事例に困ることもある」他のコードがあった。

保健師は、難治性心不全患者の急性増悪予防に向けてセルフケア指導を中心に実施していた。これは、心不全のステージ進行を緩慢するための介入につながると考える。また、ステージの進行予測が困難であるからこそ、患者の復職も視野に入れた長期経過を想定し、<QOLを保つための多職種間調整>を行い、多職種チームで専門性を生かしながら療養生活を支えていた。

以下、職種ごとに代表的な語りを記載する。

医師の語り

「悪くなってるのが分かってる人たちにあえて予後とか言う必要はそんなにないかなとは思いますが、悪くなってると思っていない人たちが結構いるので、入院したら治って帰って、この生活がずっと続くと思ってる人たちには、『そうじゃないよ』っていうのは言うようにはしてます。特に入院した人とかだったら、言う機会はあるので。ただ、外来だとちょっと難しく、1人で来てる人だと『家族には言えないし』とかはあるけど、それこそ生命予後曲線、心不全の曲線のことを全く分かってなさそうな人には、言うようにはしてます。」
「もうちょっと早く使ってもいいんかも、離脱できる人もいるから使ってもいいんかもしれないですけど、本当に悪くてしんどそうだったら、モルヒネを使うようにはしてますけど。モルヒネって結構、患者さんも家族も抵抗ある。」

理学療法士・作業療法士の語り

「初回心不全のときとか結構入るんですけど、そのときから私は、『こうなるよ』っていう

話を先にするんです。段階を追って、ご飯食べ過ぎだとか、塩分取り過ぎとか、いろんなきっかけがあって、絶対落ちていくし。先は、がんと違って、いつっていつの分かるわけじゃないから、だから、『やりたいことは、とりあえず今のうちにリストアップして、やるよ』って言って、最初から、私はそういう話をします。」

「髪が、どうしても絶壁になっちゃうじゃないですか。最後でその姿見られるのはさすがに良くないので、化粧水つけて、髪といてとか、結構整容をしますね。ハンドマッサージとか。看護師さん、多分、日々いろいろあってお忙しいのも。意外と、リハって、その人に時間を何分って長ければ1時間ぐっと取れるので。逆にやってあげれるのは、リハなのかなって、ちょっと思ったりするんですけど。」

薬剤師の語り

「緩和のタイミングって何なんだろうっていうのが、もう、ずっとあって正直、タイミングが分からない。緩和ケアって結構がんとかの方でも積極的治療と緩和的治療は並行して行うべきだ、みたいな感じもあるじゃないですか。なので、だんだん最近では、全ての治療が一応は緩和につながってるんじゃないかなっていうふうにもなってきて、ラシックス1本打つだけでも楽になるしそれだけでも緩和の行為になる。」

「他の輸液とかも行ってたら、心不全だとやっぱり最期どんどんどんどんむくんでくるから、輸液量とかちょっと考えたりとか。『こんだけ入れなくてもいいんじゃない?』とかを、ドクターに提案してもらったりとか。そういったところで一応関わらせてもらって。」

栄養士の語り

「急性期で、こんなに高齢で心臓悪くて、手術も低侵襲も受けられて、元気に家に帰られるので、そういう方に対して、減塩の指導が要るのかなと。逆にフレイルとか、そっちの方が心配で、割と塩分制限よりも、しっかりバランス取った食事を食べてくださいっていう指導の方が、こちらに来て非常に多いんですよ。」

「塩分制限すると料理するのがめんどくさくなってしまって、結局食べない。だから、野菜だけ食べたりとか、肉や魚は味をつけないと食べれないから、やっぱり避けてしまって、簡単な漬物だけで食べるとか。漬物だけ食べてると、塩分取りすぎにはなりますけれども。それじゃだめやなと思って、バランスの取れた食事の話をする事の方が多いですね。」

「若い方は、言います。容赦なく言います。がつつりきてる方は、言います。ご自分の都合で、かってなことされてるなっていうのが分かった時点では、厳しく言います。心臓もお悪いし、栄養が悪くなる方がどっちかという悪いんじゃないかなっていうような方は、あんまり強くは言わないですね。」

看護師の語り

「『前は1年に1回だったのに、今年になってからはもう3回めだね』って言って。で、『入院期間、家におれる時間もちょっと短くはなってきたけど、その辺について何か思う

ことがありますか』っていう感じで、ちょっと患者さんの、まず思っているか、認識を探る」

「バッドニュースを伝えた後、2週間がキーって私も聞いたんで、『先生、2週間頑張ろう』って言って、患者さんの思いを聞いて、夜は寝させてあげられるように。『でも、だめやったら、高カロリーか何かつなぐしかないね』って言って、『2週間は頑張ろう』って言ったら、2週間ぐらいしたらやっぱり兆しがちょっと見えてきたから、2週間ってうそじゃないんだっていうか。ちょっと気持ちが上がってくれて、ほんとによかったと思って。何かもう全員が、詰所全員、沈没しそうでした。心不全でバッドニュースを伝えるっていうことにあんまり慣れてないので」

心不全認定看護師の語り

「本人から、『死んだら家に帰るだろ』っていう話で、死に場所というか、その話題が出たんです。で、これはチャンスだと思って、『どこでそうなりたいと思うの?』っていう話をしていく中で、やっぱりこの病院で亡くなりたかって、家族にすごく迷惑をかけてきたから、最後は迷惑をかけたくないから、家では亡くなりたくなくてここで亡くなりたたいと。それも理由が、信頼できる先生がいるっていう大きなところと、『この前、話を看護師さんに聞いてもらって、吹っ切れたんだ』って不安が落ち着いたと。」

「今、やっぱりACPとかっていうところがあるので、それを聞かなきゃっていう姿勢が看護師に現れて、毎度のこと患者さんは聞かれて、嫌げが差すっていうのも見ると、私たちの継続看護っていうところの問題なのかなっていうのは、すごく思いました。1人が聞いて、それがみんなに伝わっていれば、みんな聞かなくて済むし、聞かない看護師がいることでどれだけ楽になるかっていうのも、あるのかもしれない。『今日は、この話しなくて済むな』って。なので、全員が全員そこに向かわなくてもよかったのかなっていう、向かわなくてもいいのかなと思いました。」

3. 今後の課題

現在分析途中であるため、今後はそれぞれの職種の心不全の緩和ケアの認識を明らかにした上で、認識の共通性とそれぞれの相違性として職種への役割期待を明確にする必要性がある。本研究の参加者は、多職種カンファレンスを常時開催しており、職種間調整を行いながら、共通の方向性を見出していた。したがって本研究の概念間の関係について関連検証研究を行うことで、循環器専門病院として価値観の対立を起こすことなく多職種連携に向かう要因を明らかにすることができると思われる。

また、心不全のステージ進行の予測は困難であるため、循環器専門病院の看護師、医師、作業療法士、理学療法士は、早い時期からのステージ表を用いた予測について必要であると語っていた。本研究は、循環器専門病院を対象としており、心不全の緩和ケアする関心が高い集団特性があった。しかし、今後増えるであろう高齢者の終末像としての心不全に対する認識が、現在地域の一般病院にあるとはいいたい。今後は、一般病院での現状を明らかに

した上で、本研究成果をモデルとし、心不全の緩和ケアに関する教育支援を地域の一般病院へ行う必要があるとともに患者・家族への啓もう活動が必要であると考えます。

4. 研究の成果等の公表予定

本研究成果のうち、文献研究については2018年12月に愛媛で開催された第38回日本看護科学学会学術集会にてポスター発表した。また、保健師の認識については、2019年6月に横浜で開催される第24回日本緩和医療学会学術大会で発表予定である。さらに、看護師の認識と多職種連携については、2020年にタイで開催される23rd EAFONS 2020にて研究の発表を検討している。

参考資料：心不全の緩和ケアに関する文献

No	発刊年	著者	タイトル	方法	対象	人数	まとめ	内容
15	2007	中村、篠田、高原 他	心不全終末期患者のスピリチュアルペインの特徴とその看護の方向性	事例	心不全終末期患者	1	スピリチュアルペインの特徴と影響として薬剤の効果で病状が一進一退するために生じている	スピリチュアルペイン
12	2012	佐藤、高務、田中、 他	末期心不全患者に関する看護士の患者ケアに対する満足度調査	量的	循環器病棟・がん関連病棟看護師	47	がん関連病棟の看護師のほうが全体に高得点であった	職務満足度
2	2017	澤田、菅原、久末	末期心不全・腎不全患者の緩和ケア 患者や家族の意思を尊重しQOLを維持した関わり	事例	心不全・腎不全患者	1	嚔下に着目し終末期患者の食事を支えた看護の振り返り	食行動への支援
5	2015	山口	「人間らしい最期にしてあげることができた」という家族の発言が聞かれるまでの寄り添い	事例	心不全患者の家族	1	口腔ケアを共に実施し家族とともに食行動を支えた	
13	2011	鏡堂	終末期における患者の尊厳の保持と家族への看護	事例	高齢心不全患者	1	看護実践の振り返り	
16	2006	富岡、猪俣、中岡、 他	心不全患者の引水制限による口渇感緩和への援助	介入	心不全患者	20	レモンミントスプレーは、口渇に効果があった	看護実践の振り返り
17	2002	下村、星野、平	持続的血流を迅速に施行中の重症心不全患者の心理状況	質的	看護師	1	看護実践の振り返り	
18	2002	吉家、渡辺	「HEARTnursing」で振り返るおぼろげのケア	事例	心不全患者	1	看護実践の振り返り	
1	2017	下西、久宗、松井	心不全終末期患者に対する看護師の症状マネジメントの実態とターミナルケア態度に関連する要因	量的	循環器病棟看護師	180	緩和ケア院外研修が死にゆく患者のケアの向きさに影響を与える	看護師の認識・態度
10	2013	猪口、甲、北川	循環器病棟看護師の心不全患者への緩和ケアの現状	量的	循環器病棟看護師	45	看護師は心不全患者への緩和ケアの必要性を全員感じている	
14	2011	松岡、奥村、市倉他	心不全患者の終末期に対する心臓専門医と看護師の認識	量的	医師、看護師	190	終末期の検討・緩和ケア導入で医師と看護師の認識に差はなかった	
9	2013	岡部、外川、須栗 他	慢性心不全終末期における家族のニーズ	事例	慢性心不全患者の家族	1	看取りを行った家族のニーズの明確化	家族のニーズ
4	2015	芳野、太田、山本他	慢性心不全における意思決定支援に向けた病棟看護師の役割	事例	心不全患者	1	在宅看取りへの意思決定支援	
7	2014	戸田	若年拡張型心筋症患者の末期心不全における倫理調整の実際	事例	拡張型心筋症患者	1	意思決定支援として患者との関係性に重きを置いて家族との調整を行った	意思決定支援
3	2015	岡村	入院の度にせん妄を生じる高齢患者に行ったタクティカルケアのせん妄予防への効果	事例	せん妄を生じる高齢患者	1	タクティカルケアはせん妄予防にはならなかったが患者への安心感を与える	
8	2013	今、伊藤、西村	終末期患者の緩和ケアにおけるリンパ浮腫に対する保存的治療	事例	前立腺がん患者	1	病棟所属のセラピストによるリンパドレナージの効果	
11	2012	梅田、井上	構造的な心臓機能の遠隔モニタリングを受ける患者の療養生活と看護支援の検討	質的	遠隔モニタリングを受けている患者	20	遠隔モニタリングは患者に安心感を与えるが、療養生活の変化はもたらしていない	
6	2014	関根	急性心不全患者の人工呼吸器離脱における看護実践の標準化	質的	3年目以上の看護師	29	循環動態、水分バランス、心負荷を確認しながら、人工呼吸器離脱に向けて介入していた	アセスメント

笹川記念保健協力財団 研究助成

助成番号：2018A-010

(西暦) 2019 年 02 月 15 日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団

会長 喜多悦子 殿

2018年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研 究 報 告 書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

緩和ケアに携わる心理職の活動モデルに基づく専門教育に関する研究

所属機関・職名 法政大学 現代福祉学部 助教

氏名 津村 麻紀

1. 研究の目的

本研究は、これまでの研究成果である「総合病院のがん医療に携わる心理職の活動モデル—Mental PsyCLE（メンタルサイクル）モデル—」に基づき、緩和ケアに携わる初心の心理職に対する専門教育プログラムとその効果を測定する尺度を開発し、プログラムの効果について検討することを目的とした研究である。Mental PsyCLEモデルとは、総合病院に所属する心理職ががん医療に携わるとき、がん専門病院のように専従に近い形でがん患者や家族に介入するのではなく、精神医療と並行しながらコンサルテーション・リエゾン活動の一環としてがん医療に携わることを念頭に置いた活動の対象・方法・順序・内容を示したモデルである。本モデルは5つの心理職の機能（精神医療従事者の機能・サイコオンコロジストの機能・リエゾンサイコロジストの機能・臨床心理学の専門家の機能・アントレプレナー的機能）と4つの活動ステージ（ニーズ・アセスメント、関係基盤の構築、連携協働体制の構築、臨床心理学的介入）から構成される循環モデルであり、現場の状況や心理職のスキルに応じて、いずれのステージから始めることもできる（図1）。

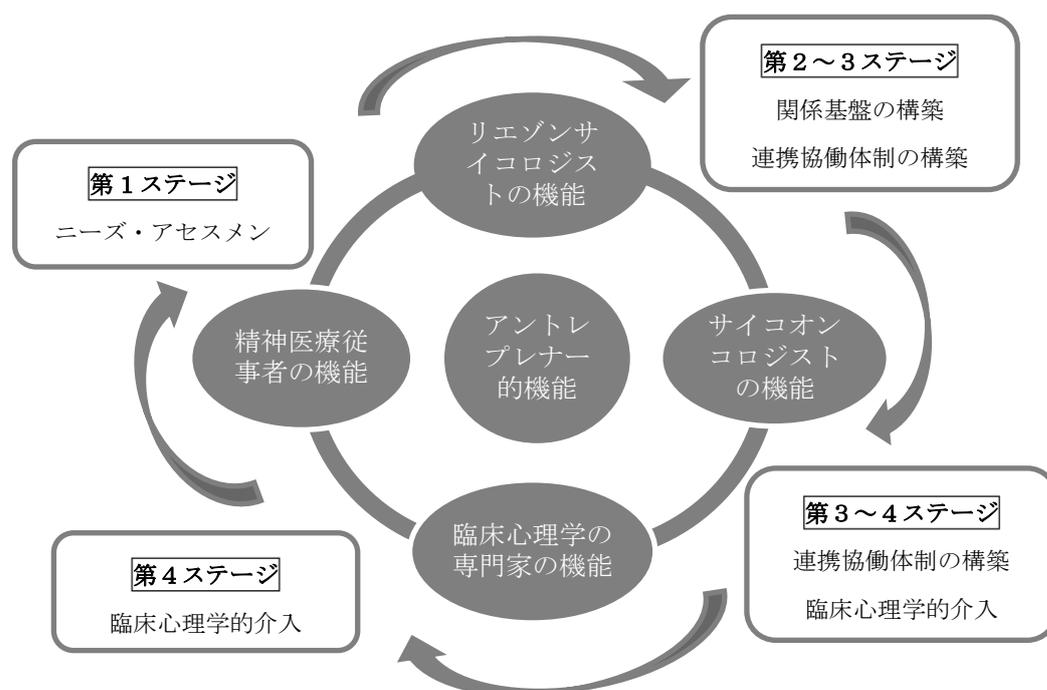


図1 Mental PsyCLE モデル

本研究では、このMental PsyCLEモデルに基づき、教育プログラムの開発と効果測定のための尺度の開発を行う（研究1）。さらに初心の心理職に対する集団専門教育プログラムを実施し、その教育効果についての検討を行う（研究2）。

2. 研究の内容・実施経過

研究1 「総合病院のがん医療に携わる心理職の活動モデル—Mental PsyCLEモデル—」を用いた専門教育プログラムと、教育効果を判定するための尺度の開発

本研究は、研究者の博士論文において開発された「総合病院のがん医療に携わる心理職の活動モデル—Mental PsyCLEモデル—に基づいたチェックシート」の一部（表1）を利用し、チェックシートの構成項目を緩和ケアに携わる心理職全般に応用できるかどうか検討し、その上でチェックシートの内容に沿った専門教育プログラムとその教育効果を判定するための質問紙を作成した。

対象は緩和ケアに携わっている心理職であり、関東圏のがん診療連携拠点病院と指定病院等に所属する臨床心理士を対象に、オンラインアンケートのQRコードを記した研究の同意書と教育プログラムのチラシを送付し、調査およびプログラム参加者募集を同時に行った。

次に、Mental PsyCLEモデルのチェックシートに沿った専門教育プログラムを開発した（表2）。内容は、プログラムの前半は緩和ケアにおける医学的・心理的支援の一般的な知識、コンサルテーション・リエゾン活動に関する基本的知識、および心理職の機能と活動ステージを習得し、ディスカッションを用いて緩和ケアで活動するための具体的なスキルを身に付けられるようにする。プログラム後半はDVDのフィクション事例を用いた事例検討の練習を行い、次に参加者から実際の事例を提示してもらい、グループスーパービジョンを実施することとした。

プログラムの前後で効果を測定できる尺度を使用する予定であったが、プログラム参加者のサンプル数が1桁であった関係で、質的研究の手法による分析に変更し、記述式質問紙を作成した。質問紙は臨床心理学的な観点から、自らの臨床的問題点を把握してプログラムに主体的に参加し、参加後には自分自身の中でどのような変化が起こったのかについて内省を促されるような項目になるよう工夫された。

表1 Mental PsyCLEモデルに基づくチェックシートの一部

【チェックを始める前の確認項目】		○×
1. 所属先機関は、複数の診療科を持ついわゆる総合病院である。		
2. 心理職のがん医療への関与は専従ではなく兼任である。		
3. 心理職としての臨床経験が5年以内である。		
*このチェックシートは、上記3項目すべてに該当する方のご利用が推奨されます。		
依頼を受ける前にチェックする項目		
【心理職の機能に関する項目】	内容	○△×
1. 基本的な精神医学的疾患の診断基準（DSM や ICD）を知っている。	神経症・気分障害・人格障害・統合失調症・発達障害等の鑑別	
2. 精神医療の基本的な治療とケアの知識を持っている。	上記疾患の治療とケアの知識	

3. がん医療の基本的な治療とケアの知識を持っている	手術や化学療法等のがん治療、疼痛・倦怠感等の身体症状、麻薬等による薬物治療とケア	
4. サイコオンコロジーの基本的知識を持っている	がん患者とその家族の病期に応じた心理社会的問題とその対応	
5. 臨床心理学の知識を持ち、科学的な根拠に基づく心理的介入ができる。	認知行動療法を始めとする構造化された心理療法と介入	
6. 患者の特徴に合ったアセスメント手法を選ぶことができる	性格検査・認知機能検査・神経心理学的検査・アセスメント面接	
7. 患者の特徴に合った心理療法・カウンセリング・その他の心理的介入を行うことができる。	精神分析的な心理療法・認知行動療法・支持的カウンセリング・リラクゼーション	
8. コンサルテーション・リエソンの基本的知識を持っている。	がん患者の心理状態や心理的ケアに関するアドバイス、多職種に向けた情報伝達の方法、患者－医療者間の関係調整、医療者への心理的ケア	
9. がん医療で心理職が活動を行うための素地となる関係作りを行うことができる	がん医療に関係する医療者との円滑なコミュニケーションを行うなど、普段からの関係作り	
10. 起業家精神で自らの活動を主体的に組み立て、発展させることができる	患者や医療者のニーズを敏感に読み取り、資源を有機的につないで活動を発展させる	
依頼を受けてからチェックする項目		
【活動体制に関する項目】	内容	○△×
1. 依頼元の身体科の医療者との連携協働の必要性	チーム回診のように、他職種と心理職が共に活動する（協働）。 または他職種と連絡を取り合いながらも心理職は単独で活動する（連携）。	
2. 緩和ケアチーム全体またはチーム内の各医療者との連携協働の必要性		
3. 精神科や心療内科の医療者との連携協働の必要性		
4. 緩和ケア関連部署の事務員・相談員等との連携協働の必要性		
5. 患者の家族との連携協働の必要性		患者の家族をケアの対象としてではなく連携協働の対象として、共に患者をケアする。

6. 院外の地域の医療者との連携協働の必要性	地域の医院や訪問看護ステーションとの連携協働を行う。	
【活動ステージに関する項目】	内容	○△×
1. ニーズ・アセスメント	ヒアリングや質問紙等の調査法を用いて、患者と医療者に対する調査を行い、ニーズ・アセスメントを実施した。	
2. 関係基盤の構築	管理職やがん医療に関連する医療者および医療チームから心理職の活動に協力が得られるようコミュニケーションを図り、関係基盤を作った。	
3. 連携協働体制の構築	心理職に依頼があった時に、関係する医療者や医療チームとコミュニケーションを図り、連携協働体制を作った。	
4. 臨床心理学的介入	臨床心理学に基づくアセスメント、構造化された心理療法、支持的なカウンセリング、コンサルテーション、フォローアップなどの適切な心理的介入および支援を行った。	
【活動内容に関する項目】	内容	○△×
1. 依頼者は患者本人（家族）である。 ⇒Yes は下の①～⑧。 No は 2 へ。		
①医療者や患者の家族からの情報収集を行った。		
②医療者や患者の家族と連携協働を行った。		
③患者を取り巻く環境に対してアセスメントを行った。		
④患者を取り巻く環境に対して適切な心理的支援を行った。		
⑤医療者に対して診療録やカンファレンス等で適切な情報開示を行った。		
⑥患者に対してアセスメントを行った。		
⑦患者に対して適切な心理的介入を行った。		
⑧患者に対して適切なフォローアップを行った。		
2. 依頼者は医療者（医師・看護師）である。 ⇒Yes は下の①～⑧。 No は 3 へ。		
①医療者へのヒアリングによるニーズ・アセスメントを行った。		
②質問紙調査やヒアリング等のニーズ・アセスメントを行った。		
③管理職に心理職の活動に対する理解や許可を求めた。		
④介入前に、関係する部署に心理職の活動に対する理解や協力を求めた。		
⑤介入前に、関係する医療チームとの関係構築を行った。		
⑥介入時に、精神医療スタッフとの連携協働を行った。		
⑦介入時に、医療チームとの連携協働を行った。		
⑧患者を取り巻く環境に対してアセスメントを行った。		

⑨患者（家族）に対してアセスメントを行った。	
⑩患者（家族）に対して適切な心理的介入を行った。	
⑪医療者に対して適切なコンサルテーションを行った。	
⑫医療者に対して適切な心理的支援を行った。	
⑬医療者に対して診療録やカンファレンス等で適切な情報開示を行った。	
⑭フォローアップや他職種へのリファーを行った。	
3. 依頼ではなく心理職が主体的な活動を行う。 ⇒Yes は下の①へ。No はここで終了。	
①日頃からがん医療に携わる医療者とコミュニケーションをとるようにした。	
②医療者と心理職の合同ケースカンファレンスを実施した。	
③心理職への依頼の方法やタイミングなど、より良い利用方法に関して医療者に啓発活動を行った。	
④がん患者のいる病棟を訪問して、「医療者に」困っていることがないか尋ねた。	
⑤上司や病院の管理職から、心理職のがん医療での活動について理解が得られるよう働きかけた。	
⑥医療者を対象とした勉強会や講習会を開催した。	
⑦がん患者のいる病棟を訪問して、「患者に」困っていることがないか尋ねた。	
⑧病院内でがん医療での心理職の活動に関する広報活動をした（ポスター作製やパンフ配布など）。	
⑨がん患者やその家族を対象とした患者会や講習会等を実施した。	
⑩その他自主的に活動したこと	1. 2. 3.

研究2 緩和ケアに携わる初心の心理職に対する専門教育プログラムの効果の検討

教育プログラムは、研究1の調査結果とMental PsyCLEモデルを参考に、独自に開発された教育内容がパワーポイントにまとめられ、1回2時間程度の講習として月2回、全5回で構成された（表2）。外部講師としてコンサルテーション・リエゾンに造詣の深い精神科医と臨床心理士およびピアサポーターを招き、精神科医は第2回目で精神腫瘍学の講義を行い、臨床心理士は第4回目のDVDを用いた事例検討の練習を実施し、第3回目ではピアサポーターによる活動紹介と研究者と共同で連携協働に関する講義を行い、第1回と第5回目は、研究者が講義と事例検討を担当した。参加者は、研究1の参加者募集の際に参加申し込みのあったがん医療での経験が3年以内の臨床心理士8名で、横浜駅近くの会議室を借りて実施した。参加者は半数以上が茨城県や栃木県など遠方から参加した。プログラムの前後では自由記述式の質問紙を実施した（表3）。

3. 研究の成果

研究1 オンラインアンケートへの協力者は29名であった。その内訳は、20代が17.2%、30代が31%、40代が34.5%、50代が13.8%、60代以上が3.4%であった。96.6%が臨床心理士の資格保有者で、79.3%が常勤であり、臨床心理士としての経験年数は41.4%が10～15年目、45%が9年以内であった。がん医療における経験は、10年以内が82%であり、精神医療の経験は3～5年が最も多く（24.1%）、次いで0～2年（20.7%）、10～14年（20.7%）と分かれた。

心理職ががん医療で思うように活動ができない理由として「知識やスキルの不足（62.1%）」、「患者の身体状態などによる心理的介入の制限（44.8%）」、「マンパワーの不足（31%）」、「医療従事者とのコミュニケーションがうまくいかない（24.1%）」等が挙げられた。研修機会として「がん医療や緩和ケアに関する講義（79.3%）」、「緩和ケアに携わる臨床心理士同士のネットワーキング（72.4%）」、「事例検討会（65.5%）」、「スーパービジョン（62.1%）」等を希望していた。

研究2 研修プログラムの参加者は8名であった。参加条件として3年以内の初学者を募ったが、20年ほど精神医療での経験がある者でがん医療1年目の者、精神医療の経験が5年あり、がん医療で経験1年目の者も含まれた。

サンプル数を鑑み、尺度の作成よりも質的データの分析が適切と判断し、研究計画を一部変更して質問紙は自由記述による質的データの収集を目的とし、質的分析ソフトを用いて分析した。参加者は医療従事者とコミュニケーションをとるようにしたり、連携協働をしながら個々のケースに適切な心理的介入を実施したりする等、各自で工夫して活動にあたっているものの、知識やスキルの不足（がん医療で活動するに足る医学的・心理学的知識や心理アセスメントおよび心理療法のスキル）や職業的孤立（多職種との連携協働のうまくいかなさ、他院の同職種とのネットワーキング不足）によって活動に不安を抱えていることが分かった。特にアセスメント能力を筆頭とするスキルの不足に加えて、他職種から求められていることが分からなかったり、心理職としての立ち位置が不明確であったりすることから、心理職自身が緩和ケアでの活動に対して不安になりがちであることが分かった。参加者が質問紙で「心理士としてできることを伝えられていない」と書いている通り、これは他職種との関りの中で自分の専門能力を用い、周囲に心理職の活動をうまく翻訳して伝えながら、活動内容も周囲の思考や行動も変化させていくという活動全体のマネジメントに関わる「アントレプレナー的機能（図1に収められている心理職の中心的機能）」の不足からくるものを考えられる。

本研究のプログラムによる教育効果として、緩和ケア臨床に対する内省力が深まったこと、自己効力感を高めることができたことが主な点として挙げられる。特に事例提示を行った者にとっては、スーパーバイザーや同じような経験のある参加者によっ

て心理的に抱えられる経験がこれらの効果の深化につながったと考えられる。一方、参加者とのコミュニケーションや講義への主体的参加を望んではいたものの、自信のなさやシャイネスによって積極的に発言できずにネットワーキングが思うようにできないという課題もあった。アントレプレナー的機能の促進には、連携協働する人々との間で自分なりの考えを発信することが重要であり、今後は教育プログラムの中で事例検討やコミュニケーションの時間を増やして参加者の発言を促し練習していく必要がある。本研究の基本的な5回のプログラムを習得した者に対するアドバンスなプログラムとしてアントレプレナー的機能に着目した新たなプログラムを準備しても良いと考えられる。

表2 教育プログラムの内容

第1回	総合病院の心理士としての機能と活動ステージ
第2回	総合病院の活動に必要な精神腫瘍学
第3回	コラボレーションの実例紹介と多職種連携協働の方法
第4回	DVDフィクション事例を用いた事例検討
第5回	参加者の事例提示による事例検討

表3 PRE-POSTテストの項目

PRE	<p>1. あなたがこの研修プログラムに参加しようと思ったのはなぜですか。動機をお教えてください。</p> <p>2. がん医療での心理士としての活動で、あなたは困ったり不安になったりしたことはありますか。「何に困り（不安を感じ）、どう対処したのか」について具体的な臨床エピソードがあれば、お教えてください。また、今振り返ってみて、どうしてそのようなエピソードが起こったのか、その理由についてあなたの考えるところをお書きください。</p> <p>3. がん医療での心理士としての活動で、あなたが「自分の思うように活動できている」という充足感を感じる時や、やりがいを感じるのはどんなときですか。具体的な臨床エピソードがあれば、お教えてください。もし、充足感ややりがいを感じたことが無ければ、その理由についてあなたの考えるところをお書きください。</p>
POST	<p>1. 研修前のアンケートでは、あなたの研修プログラムへの参加動機、参加目的について書いていただきましたが、それは果たされましたか。もし目的が果たされなかったとしたら、それはどのような点で果たされなかったのか具体的に教えてください。</p> <p>2. 研修前のアンケートでは、がん医療での心理士としての活動で、あなたが困ったり不安になったりした臨床エピソードとそれが起こった理由について書いていただきましたが、研修後のいま振り返ってみて、どのよ</p>

	<p>うに解決したいと思いますか。</p> <p>3. ①研修を通して気づいたこと、②がん医療での活動における今後の課題について、お書きください。</p>
--	---

4. 今後の課題

今回は対象者のサンプリングが十分でなかった。今後は調査および専門教育プログラムの実施場所を拡大し、量的分析に耐えられるサンプリングを行うことが課題である。ただし、参加者同士のネットワーキングのしやすさや事例検討における個人の発言のしやすさ等を考えると1クールプログラム実施は10人以内が適当であると考えられ、習得レベルや所属等の属性を考慮したグルーピングを行って複数回のプログラムに分けて実施する必要がある。個々の臨床心理士の基本的なアセスメント能力を高め、参加者同士のクリエイティブな議論を通じた臨床理解の向上を目指していきたい。

5. 研究の成果等の公表予定（学会、雑誌）

今後はさらにデータの分析を進め、今秋に大学紀要等に論文を投稿する予定である。

笹川記念保健協力財団 研究助成

助成番号：2018A-011

(西暦) 2019年 2月 13日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団

会長 喜多悦子 殿

2018年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研 究 報 告 書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

「End-of-Life Nursing Education Consortium-Pediatric Palliative Care (ELNEC-PPC)」

プログラム日本版の開発-2017年度に作成した日本語版原案の洗練

所属機関・職名 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系

家族看護学講座 成育看護学分野 准助教

氏名 松岡 真里

I. 研究の目的

本研究では、2017 年度に作成した「End-of-Life Nursing Education Consortium-Pediatric Palliative Care (ELNEC-PPC)」プログラム日本語版原案について、日本の医療や文化、さらには、生命を脅かす疾患や障がいのある子どもとその家族に対する日本の小児看護の現状に応じた内容への洗練を行った。また、ELNEC-PPC 日本版の指導者用講義アウトラインや補足教材等を作成・開発し、子どもの End-of-Life Care や小児緩和ケアに携わる看護職を対象とした研修プログラムを完成させることを目的とした。

II. 研究実施の経過

1. ELNEC-PPC 開発に向けた取り組み

1) コアメンバー会議の開催 (表 1)

2017 年度に作成した日本語版原案の内容を修正、洗練するために、各モジュール担当コアメンバーが集まり、内容の検討を行った。2017 年度に作成した日本語訳版から、日本版を作成するため、プログラム名を、「End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan Pediatric Palliative Care (ELNEC-JPPC)」とした。第 1 回の会議を除き、それぞれの会議前に、各モジュールの原案を作成し、共有できるよう締め切りを設けた。その上で、後述する Dropbox を活用したネット上の議論を行い、その意見をもとに修正した原案について、各会議で、対面での確認、意見交換作業を実施した。

表 1) コアメンバー会議の概要

	会議の概要
第 1 回 2018 年 5 月 20 日	<ul style="list-style-type: none"> ■2017 年度調査研究結果及び日本の現状に関する文献・資料を用いて ELNEC-JPPC 原案内容の修正加筆点について意見交換 ■想定する ELNEC-JPPC プログラム受講対象者の決定 ■想定した受講者のレベルに応じた到達目標の検討
第 2 回 2018 年 8 月 14 日	<ul style="list-style-type: none"> ■各モジュールの内容重複の整理、対応モジュールの検討、整合性の検討 ■日本語訳版から ELNEC-JPPC 原案作成において、大幅変更する項目の確認
第 3 回 2018 年 10 月 14 日	<ul style="list-style-type: none"> ■各モジュールの修正箇所、補足情報に関する意見交換 ■用語の統一の確認
第 4 回 2018 年 12 月 16 日	<ul style="list-style-type: none"> ■各モジュールの修正箇所、補足情報に関する意見交換
第 5 回 2019 年 1 月 14 日	<ul style="list-style-type: none"> ■各モジュールの修正箇所の確認 ■用語の統一の確認

2) プロジェクトリーダー、サブリーダー会議 (表 2)

コアメンバー会議の他、プロジェクトリーダー (本研究代表者: 松岡) とサブリーダー (竹之内 (直)) で、スライドモデルの作成と、全モジュール作成に関わる課題の整理、また、検討が遅れているモジュールについて個別に意見交換を行う会議を設けた。会議の結果を、個別にモジュール担当者に連絡し、修正・洗練を依頼した。

表 2) プロジェクトリーダー、サブリーダー会議

	会議の概要
第 1 回 2018 年 7 月 13 日	<ul style="list-style-type: none"> ■プログラム全体に共通する課題の整理 ■各モジュールにおいて、プログラム実施 (講義) を意識したスライドモデルの作成
第 2 回 2018 年 12 月 21 日	<ul style="list-style-type: none"> ■症状マネジメント概論、痛み、その他の症状の検討 ■モジュール 10 (未作成) 内容のアウトライン確認

3) Dropbox を活用したモジュールに関する各モジュールのレビュー

各会議までの間に、各モジュール担当が内容の修正、洗練を行い、Dropbox にデータをアップし共有を図った。また、各モジュールへの意見が書き込めるように作成したエクセルシートに、それぞれが気づいた点や意見を記入した。意見を受けて、各モジュール担当が意見を集約し、開発メンバーとともに修正・洗練したモジュール内容を、各会議で全体討論できるように取り組んだ。

2. End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan Pediatric Palliative Care

(ELNEC-JPPC) の内容の修正・洗練

1) ELNEC-JPPC プログラムでの共通事項

ELNEC-JPPC では、終末期ケアや小児緩和ケアなど様々な用語が使われるため、全体として共通した理解をもち、プログラム作成に臨む必要性があった。そこで、以下の点を開発メンバー間で共通する理念、考え方とした。

(1) 小児緩和ケアの目標と ELNEC-JPPC のミッション

2017 年度の研究で作成した ELNEC-JPPC のミッションを改めて確認した。

どこにいても、どんなときでも、その子らしい、その家族らしいライフ (生活・人生) が送れ、そして、その子とその家族にとって、よい死を迎えることができるように質の高いエンド・オブ・ライフ・ケアを届ける

(2) 小児緩和ケアの対象となる子ども

ELNEC-JPPC プログラムで提供される知識は、終末期にある子どもに限定せず、診断時から Life Threatening Condition、すなわち、生命が脅かされる状態にある子どもを、小児

緩和ケアの対象とすることを確認した。

(3) ELNEC-JPPC プログラムで大切にしている考え方、概念

終末期ケア、小児緩和ケアに関する看護師教育プログラムではあるが、その前提として、小児看護にかかる大切な考え方や概念について共有する必要性を確認し、子どもは成長発達する存在であり、以下の特徴があることがプログラム全体を通して伝わるように内容を構成した。

- ・セルフケア（子ども一人一人が、子どもなりの力をもっていること）
- ・子ども、家族が主体（ファミリーセンタードケア：子ども、家族中心のケア）
- ・指導や教育（education）よりも、子どもや家族と一緒に考えていくこと
子どもと家族、看護師の双方向性のスタンスであること
- ・子どもは、親、家族、社会との相互作用する存在であること
- ・多職種アプローチの大切さ

(4) 想定する ELNEC-JPPC プログラム受講対象者の決定

プログラムで教育する内容の確認を行ったうえで、受講対象者について検討した。日本での小児の終末期ケア、小児緩和ケアの看護師教育の状況を鑑み、ELNEC-JPPC プログラムの対象について意見交換を実施した。成人版 ELNEC-J コアの開発者（アドバイザー：田村）から、ELNEC-J コアの現状に関する情報を受け、以下のように決定した。

- ・対象：end-user 小児緩和ケアの実践に携わっているもの
- ・日本看護協会 クリニカルラダー レベル II 以上
*ラダー レベル II の看護師が受講したあと、「これならできそう」という内容とする
- ・看護師経験：小児看護・成人看護 問わない
- ・勤務場所：問わない

(5) 各モジュール内容の検討・洗練

各モジュールは、原則として、60 分とし、内容の検討・洗練を行った。

①モジュール 1（小児緩和ケアの概論）の位置づけの明確化

ELNEC-JPPC として伝えるべきメッセージがモジュールを通して一貫して理解できるように、【モジュール 1（小児緩和ケアの概論）】の内容の充実の必要性が検討された。モジュール 1 の中で、そこで、子どもの成長発達に着目すること、セルフケア、子どもと家族を中心としたケアの理念について紹介し、その後のモジュールの理解が深まるように工夫した。その他のモジュール内で触れる主要な概念が、モジュール 1 で詳細に説明されるまたは、紹介されるようにした。

また、実際のプログラム運営を意識し、参加者への投げかけスライドの挿入など、モデルスライドとして作成した。

②米国版及び 2017 年度に作成した日本語版原案からのモジュール名の変更

ELNEC-JPPC の作成において、日本の看護師を対象とした際に、モジュール内容が理解しやすいタイトルにすること、また、モジュールで扱う主要な概念が含まれるようにモジュール名の変更を検討した。

また、モジュール 6（痛みのマネジメント）及びモジュール 7（症状マネジメント）は、子どもが体験する身体的、心理的な苦痛を扱うものであり、セルフケアの視点など、共通する内容が多いため、別々のモジュールとせず、一つのモジュール内での概論・各論として扱うことを決定した。各論の中で、痛み、その他の症状として、特異的な症状を列挙し、講義することとした。痛みに関しては、臨床で直面することが多い子どもの苦痛であるため、その他の症状よりも時間配分を多くした。

最終的なモジュールナンバーの付与は、プログラム完成後、すなわち、2 日間のスケジュール決定後に確定することとした。表 3 には、2017 年度に作成した日本語版原案との比較と変更箇所を記した。

表 3) ELNEC-JPPC のモジュール名：2017 年度に作成した日本語版原案との比較

2017 年度に作成した日本語版原案		2018 年度開発 ELNEC-JPPC 原案	
Intro	イントロダクション	Intro	イントロダクション
M1	小児緩和ケア概論	M1	小児緩和ケア概論
M3	コミュニケーション	M3	コミュニケーション
M4	小児緩和ケアにおける倫理的/法的問題	M4	小児緩和ケアにおける倫理的問題
M5	緩和ケアにおける文化とスピリチュアルへの配慮	M5	小児緩和ケアにおける文化的、スピリチュアルな側面への配慮
M6	痛みのマネジメント	M6	症状マネジメント（概論）
M7	症状マネジメント		症状マネジメント（各論）
M8	小児緩和ケアにおける死を迎える時のケア	M8	小児緩和ケアにおける死を迎える時のケア
M9	喪失・悲嘆・死別	M9	喪失・悲嘆・死別

※各モジュール担当者を資料 1 に提示した

③ELNEC-JPPC 原案の主な内容と各モジュールの目標の設定

2017 年度の研究助成を受け実施した調査、及びその際に見いだされた課題、モジュール作成での意見交換を経て検討した ELNEC-JPPC 原案のモジュールの概要と講義内容を表 4) に示す。また、全てのモジュールで、講義内容には、「まとめ」を加えることとしたが、以下の表では割愛した。モジュールの具体的な講義内容は、別添付資料として提出した。

表 4) ELNEC-JPPC 原案の概要と講義内容

【イントロダクション】	
<ul style="list-style-type: none"> ・ ELNEC の紹介と、ELNEC-JPPC の開発経緯を伝える ・ ミッション、目標を伝える <p>※主な概念などは、概論で紹介。イントロダクションはあくまでもイントロ</p> <p>※内容の特徴については、全体が完成した後に詳細の説明を加えることとする</p>	
【小児緩和ケア概論】	
ELNEC-JPPC 原案の概要	講義内容
<ul style="list-style-type: none"> ■ 小児緩和ケアの対象となる子ども、家族および関連する概念を学ぶ ■ 質の高い小児緩和ケアを提供するために、多職種チームの一員として看護師に求められる役割と基本的態度について学ぶ 	<ol style="list-style-type: none"> I. 小児緩和ケアとは II. 小児緩和ケアの対象となる子ども III. 日本における小児緩和の現状と課題 IV. 小児緩和ケアの対象となる子どもと家族のアセスメント V. 小児緩和ケアにおける多職種チームアプローチ VI. 小児緩和ケアを提供する看護師に求められる基本的態度
<p>※日本の現状の紹介：統計データ、医療を取り巻く課題、子どものホスピス</p> <p>※緩和ケアの定義：「小児緩和ケア」の定義を紹介する。その際、WHO のものと、レスパイトケアにも言及している英国 ACT のものを加えた</p> <p>※小児緩和ケアの対象となる子どもについての詳細を説明した</p> <p>※プログラムを通して大切な考え方、概念を説明した</p>	
【コミュニケーション】	
ELNEC-JPPC 原案の概要	講義内容
<ul style="list-style-type: none"> ■ 小児緩和ケアの対象となる子どもと家族の希望や目標を共有するためのコミュニケーションについて学ぶ 	<ol style="list-style-type: none"> I. 子ども・家族のコミュニケーション II. 基本的なコミュニケーション III. 小児緩和ケアにおけるコミュニケーション IV. 小児緩和ケアにおける希望・目標の共有 V. 小児緩和ケアにおけるチームコミュニケーション
<p>※子どもが大切に思っていることをとらえるためのコミュニケーションを扱い、それが終末期に関連する意思決定にも影響することを説明した</p> <p>※小児緩和ケアの対象となる子ども、家族のコミュニケーションの特徴を紹介</p>	

表 4) ELNEC-JPPC 原案の概要と講義内容 (続き)

【小児緩和ケアにおける倫理的問題】	
ELNEC-JPPC 原案の概要	講義内容
<ul style="list-style-type: none"> ■ 小児緩和ケアにおける倫理的問題について考える ■ 実践において倫理的問題を取り扱う際 の考え方、知っておきたい知識や活用 して欲しい資源を提示する 	<ul style="list-style-type: none"> I. 倫理的問題および倫理原則とは何か II. 小児看護における倫理実践および 意思決定支援の考え方 III. 小児緩和ケアにおいて直面する倫理 的問題と話し合いの視点 IV. 倫理的問題への組織的対応と看護師 のセルフマネジメント
<p>※日本の課題、動向について紹介した</p> <p>※法的なことについては詳細に紹介しないため、タイトルからは除いた</p>	
【小児緩和ケアにおける文化的、スピリチュアルな側面への配慮】	
ELNEC-JPPC 原案の概要	講義内容
<ul style="list-style-type: none"> ■ 小児緩和ケアに影響を及ぼす文化的、ス ピリチュアルな側面について概観する ■ エンド・オブ・ライフにある子どもと家 族に対して、文化に配慮したケアを行う ために重要となる文化的側面の指標に ついて理解する 	<ul style="list-style-type: none"> I. 子どもと文化, エンド・オブ・ライフ II. 日本における文化の多様性 III. 子どもの死のとらえ方と文化的特徴 IV. 小児緩和ケアにおけるスピリチュア リティの考え方 V. 文化に配慮したケアのためのアセス メント VI. 文化に配慮したケアの実際
<p>※子どもを亡くす体験は、家族にとってとても大きなことであり、スピリチュアルな苦 悩が高くなるので、タイトルにスピリチュアルという言葉を残した</p> <p>※子どもの死の理解については、日本の文化的な特徴を加えて説明した</p> <p>※宗教とスピリチュアリティを整理して説明した</p>	
【症状マネジメント概論】	
ELNEC-JPPC 原案の概要	講義内容
<ul style="list-style-type: none"> ■ 子どもが体験している症状を理解し、 子どもの QOL を高めるための看護師の 役割と援助方法について理解する 	<ul style="list-style-type: none"> I. 子どもの体験する症状とその影響 II. 子どもの症状マネジメント
<p>※小児緩和ケアの対象となる子どもが体験している症状の概要の説明し、日本の調査結 果にも触れた</p> <p>※成長発達、セルフケア、症状マネジメントの基本的な考えを説明した</p>	

表 4) ELNEC-JPPC 原案の概要と講義内容 (続き-2)

【症状マネジメント：各論】	
痛みの講義内容	その他の症状の講義内容
I. 痛み II. 神経学的症状 III. 呼吸器症状 IV. 消化器症状 V. 倦怠感 VI. 心理的な症状	I. 症状の定義 II. 症状の頻度と子どもに与える影響 III. 症状の原因 IV. 症状のアセスメントの視点 V. 症状に対する主な治療 VI. 症状に対するケア
※日本で活用されている薬剤、アセスメントツールを中心に紹介した	
【小児緩和ケアにおける死を迎える時のケア】	
ELNEC-JPPC 原案の概要	講義内容
■ 死を迎える子どもとその家族がこれまで育んできた価値観、関係性や文化的背景を大切にしながら限りある日々を過ごすために、看護師に求められる役割を考える	I. 子どもが死を迎える時 II. 死が差し迫った時期のケア III. 死：その時が来たら IV. 亡くなった後のケア
※これまでのモジュールを受け、「いよいよ、お別れのときが近づいた」ことを意識してケアを考える内容とした	
※【コミュニケーション】、【喪失・悲嘆・死別】と内容と重なりを整理した	
【喪失、悲嘆、死別】	
ELNEC-JPPC 原案の概要	講義内容
■ 喪失・悲嘆・死別について理解を深める ■ 喪失・悲嘆・死別を体験する子ども・家族、子どもの死によって影響をうけるその他の人々の悲嘆を学ぶとともに、看護師自身の悲嘆についても考える	I. 喪失・悲嘆・死別・服喪 II. 悲嘆のアセスメントとケア III. 看護師自身の悲嘆とケア
※グリーフは、死別から始めるケアではないことが伝わるようにした	

III. プログラム完成に向けた今後の課題

1. 補助教材の作成

今年度は、ELNEC-JPPC 原案として、補助スライド、補助資料など、補助教材の作成も目標としていた。しかし、講義内容を確定することを優先に考え、現段階では、講義スライドの洗練を行い、その中から補助スライドとして活用する者や補助資料に移動させる内容の選定にとどまった。今後、開発メンバー全体での意見交換を行い、講義スライド内容を

確定し、補助スライド、補助資料の詳細を検討していくことが必要である。

また、2日間のプログラムで行うことを決定したが、具体的なタイムスケジュールを検討できていないため、今後は、タイムスケジュールを作成し、ロールプレイや事例検討の時間を設定する必要がある。プログラム内で用いる事例検討資料以外にも、研修受講者が活用し検討できるような事例紹介についても検討しなければならない。

2. 小児緩和ケア、終末期ケアに対する研究の促進

ELNEC-JPPC 開発過程で、活用できる研究成果を広く検討した。しかし、そのほとんどが海外での研究であり、日本でのこの領域の研究の不足が明らかとなった。日本の現状に即したプログラム内容にするためには、日本での小児緩和ケア、終末期ケアの対象となる子ども、家族に対する調査や、看護ケアの評価研究などが必須であると考ええる。

3. 講義担当者用ツールの作成

今年度までは、開発メンバーが担当するモジュールを固定して、講義内容を作成してきた。実際のプログラムでは、開発担当者以外が、他のモジュールを講義する可能性がある。そのため、講義スライドだけでなく、それぞれのスライドで強調する内容、補足情報、実体験の紹介のポイントなど、講義担当者が活用できるツールを開発しなければならない。そのためには、現在パワーポイントで作成している講義スライドのノート内容を加筆・修正し、洗練させていく必要がある。

4. プログラム内容に対する他者評価の実施

現在までの取り組みでは、小児緩和ケアに携わる医師等に個別に意見を伺う機会があったものの、開発メンバー間での意見交換が中心であった。2017年度に米国版を受講した看護師や、小児看護教育に携わる大学教員、小児緩和ケアの医師向け教育プログラムを主催している医師など、他者からの評価が必須と考える。

5. プログラム開催に向けた資金の確保

今後は、プログラムの洗練とともに、評価方法を含めたプログラム開発が必要である。プログラムを実施し、評価研究を行うためには、年単位の研究計画が必要であり、そのための資金の確保が必要となる。

IV. まとめ

2017年度から2年をかけて、End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan Pediatric Palliative Care (ELNEC-JPPC) プログラムの開発に取り組んできた。現段階で、昨年度の研究成果をもとに、日本の医療の特性や、文化に配慮した講義内容が完成したものの、実際にプログラムとして運営するまでに至っていない。小児在宅医療の進歩や小児・AYA世代のがん患者への関心が高まる現在、早急にプログラム開発を行い、小児緩和ケアの対象

となる子どもとその家族が、どこにいても、どんなときも、その子らしく、その家族らしいライフ（生活・人生）が送れ、そして、その子とその家族にとって、よい死を迎えることができるよう、引き続き取り組んでいきたい。

資料 1) ELNEC-JPPC 開発メンバー一覧 (五十音順)

氏名	所属	担当モジュール
有田直子	高知県立大学 小児看護学講座	M6 各論 (痛み) リーダー
石浦光世	大阪発達総合療育センター	M5 リーダー
入江千恵	宮城県立こども病院	M8
入江亘	東北大学大学院	M8
太田真由美	京都府立医科大学附属病院	M3
岡田華代	倉敷中央病院	M6 各論 (痛み)
○川勝和子	京都大学医学部附属病院	M3 リーダー
木和田亮子	兵庫県立こども病院	M9
込山洋美	順天堂大学医療看護学部	M7
笹木忍	広島大学病院	M3
品川陽子	大分県立病院	M5
杉村恵子	大阪発達総合療育センター	M5
○竹之内沙弥香	京都大学医学部附属病院倫理支援部	M4
○竹之内直子	神奈川県立こども医療センター	サブリーダー M1 リーダー
○田村恵子	京都大学大学院医学系研究科人間健康科学系専攻	アドバイザー
中谷扶美	兵庫県立こども病院	M9 リーダー
永吉美智枝	東京慈恵医科大学医学部看護学科	M1
○名古屋祐子	宮城県立こども病院	M8 リーダー
濱田米紀	兵庫県立こども病院	M9
平田美佳	聖路加国際大学	M6 概論、各論 (その他の症状) リーダー
福地麻貴子	埼玉県立小児医療センター	M4
古橋知子	福島県立医科大学看護学部	M4 リーダー
◎松岡真里	京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻	プロジェクトリーダー イントロ・概論
山崎麻朱	高知大学医学部附属病院	M6 各論 (痛み)

○本研究の共同研究者

笹川記念保健協力財団 研究助成

助成番号：2018A-012

(西暦) 2019年 2月 14日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団

会長 喜多悦子 殿

2018年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研究報告書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援に関する研究
ーがん診療拠点病院の退院支援看護師による支援の現状とその特徴ー

所属機関・職名__

金沢大学大学院医薬保健学総合研究科 保健学専攻 看護科学領域 博士後期課程

氏名 廣田真由美

I. 研究の目的

がん対策推進基本計画では、がんと診断された時からの緩和ケアが重点的に取り組むべき課題として位置づけられている。診断時、治療中、在宅療養とさまざまな時期や場で切れ目ない支援体制が必要となる中、積極的治療の終了と同時に治療方針の変更や療養場所の移行に直面し、人生の大きな選択に戸惑い気持ちの整理がつかない患者家族への支援には非常に高いスキルが求められ、病院の退院支援看護師の役割は大きい、その支援の現状は明らかではない。

本研究は、積極的治療が困難になったがん患者に対して全国のがん診療連携拠点病院等の退院支援看護師が行う退院支援の現状と困難など、その特徴について明らかにし、退院支援に必要な技術を検討することを目的とする。

II. 研究の内容・実施経過

1. 対象者

平成29年4月1日時点において全国のがん診療連携拠点病院等434施設の退院支援部署に勤務する看護師（以下、退院支援看護師）で、退院支援部署での積極的治療が困難になったがん患者への退院支援経験があり、かつ研究に同意が得られた者とした。

2. 調査方法

郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。

2018年6月に、全国のがん診療連携拠点病院等（国立がん研究センター・地域がん診療病院・特定領域がん診療連携拠点病院を含む。以下、がん診療連携拠点病院等）434施設の看護部長宛てに研究説明書と同意書、調査票必要数記入書ならびに調査票見本を郵送し、研究同意書と調査票必要数記入書の返送を依頼した。研究協力の同意が得られた120施設の調査担当者宛に調査票を郵送し、対象者への配布を依頼した。

対象者には、各施設への調査票発送からそれぞれ概ね2週間以内をめぐり調査票の記入と返送を文書で依頼した。各施設への研究依頼書送付から1か月後に、全施設の看護部長宛に参加協力へのお礼とリマインドを兼ねたはがきを郵送した。

3. 調査項目

1) 対象者の概要

調査対象者の年齢、性別、看護師経験年数、退院支援専門部署での積極的治療が困難になったがん患者への退院支援の経験年数、役職、専門看護師・認定看護師の資格の有無などを尋ねた。

2) 対象者の所属施設の概要

勤務先の規模や看護体制を把握するため、許可病床数や入院基本料の区分を尋ねた。病院

全体での積極的治療の終了に伴う治療体制として、療養場所の移行や他病院への転医の有無、積極的治療の終了後の緊急入院やレスパイト入院の受け入れの可否等について尋ねた。

3) 退院支援の担当者

退院支援部署とそれ以外の部署について、積極的治療が困難になったがん患者への退院支援を実際に担当している職種についてすべて回答してもらった。

4) 退院支援の達成度

積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援の達成度を把握するために、「退院支援看護師の個別支援における職務遂行能力評価尺度 (Nurses' Discharge Planning Ability Scale : NDPAS)」(戸村ひかり, 永田智子ほか(2013):退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発, 日本看護科学会誌, 33(3), 3-13.)を用いた。24項目、4つの下位尺度から構成されるこの尺度は信頼性・妥当性が確認されており、下位尺度ごとに個々の患者への退院支援のプロセスにおける特徴的な能力を評価することができる。とされている。

下位尺度は〈A. 退院後のケアバランスの見積もり力〉、〈B. 患者・家族との合意形成力〉、〈C. 退院後のケアバランスの調整力〉、〈D. 退院後の療養場所の移行準備力〉の4つで構成されている。尺度の各項目の点数は5段階のリッカート法で1～5点に点数化され、下位尺度の得点は項目の合計得点を項目数で割った平均点、尺度全体の得点は4つの下位尺度の得点の合計点で、得点が高いほど能力が高いことを示す。

5) 積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援で難しいと感じる項目・大切にしている項目とその理由

積極的治療が困難になったがん患者への退院支援のどこに難しさを感じるか、何を大切にしているかを問う設問項目として、前述の NDPAS の尺度項目 24 項目について、難しいと感じる項目・大切にしている項目をそれぞれ3つまで回答してもらい、その理由について自由記述を求めた。

6) 積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援の特徴

対象者の考える、積極的治療が困難になったがん患者への退院支援の特徴について、自由記述を求めた。

4. データ分析

対象者とその所属施設の概要、退院支援の担当者、退院支援の達成度、積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援で難しいと感じると回答した項目とその人数・大切にしていると回答した項目とその人数について、単純集計を行った。

積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援の特徴については、記述された内容を丹念に読み、意味内容の類似したものを集めてまとまりを作り、共通する意味内容を

表す特徴を示した。

5. 調査期間

2018年6月～9月

6. 倫理的配慮

本研究は、金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した（審査番号838-1）。

対象者の所属施設には、研究目的・方法・倫理的配慮について記載した看護部長宛の研究協力依頼書を郵送し、文書で説明した。対象者には各施設の調査担当者から研究目的・方法・倫理的配慮について記載した研究協力依頼書を調査票とともに配布してもらい、文書で説明した。研究への同意は、調査票の記入と返送をもって得たものとした。

III. 研究の成果

全国のがん診療連携拠点病院等 434 施設中 140 施設からの回答があり（参加率 32.3%）、要件を満たしかつ同意の得られた 120 施設 477 名に調査票を郵送した。返送のあった 264 名のうち（回収率 55.3%）、退院支援部署での積極的治療が困難になったがん患者への退院支援経験のなかった 60 名と退院支援の達成度に関する質問への回答に欠損のあった 6 名を除外した 198 名を解析対象者とした。有効回答率は 41.5%であった。

1. 対象者の概要（表 1）

対象者の 96.5%が女性で平均年齢は 44.8±8.4 歳、看護師としての経験年数は平均 21.8±9.1 年であった。退院支援部署での積極的治療が困難になったがん患者への退院支援の経験年数は平均 3.4±2.9 年で、1 年未満の者が 9.1%、1 年以上 3 年未満の者が 43.4%と、3 年未満の者が半数以上を占めていた。経験年数の一番短い者は 3 ヶ月、長い者は 14 年であった。また、34.3%が主任以上の役職者で、看護専門看護師は 3 名（1.5%）、認定看護師は 17 名（8.6%）存在した。

2. 対象者の所属施設の概要

許可病床数は平均 598.3±201.0 床、平均在院日数は 12.8±1.95 日、89.5%が 7 対 1 看護体制をとっている入院基本料 1 の算定病院で、緩和ケア病棟又は病床を有する施設は 34.4%であった。自施設または同一法人内に訪問看護部門がある施設は 25.8%、居宅介護支援事業所のある施設は 13.2%、訪問診療部門を有する施設も 10.1%存在した。

積極的治療の終了に伴って療養場所の移行を勧める施設が 96.5%を占め、89.3%の施設では積極的治療の終了に伴って他病院への転医を勧めていた。また、緊急入院の受け入れは 96.0%の施設が行っていたが、レスパイト入院の受け入れは 39.5%と低かった。

3. 退院支援の担当者

退院支援の担当者として退院支援部署の自分以外の看護師 159 名（80.3%）やソーシャル

ワーカー171名(86.4%)を挙げたものは8割を超えたが、緩和ケアチーム看護師25名(63.1%)やがん相談支援センターの看護師110名(55.6%)を挙げた者も多かった。そのほか、病棟看護師12名(6.1%)や緩和ケアチーム医師5名(2.5%)、主治医:3名(1.5%)のほか、栄養士や担当理学療法士等、様々な職種が退院支援を担当する者として挙がっていた。

4. 退院支援の達成度 (表2)

「退院支援看護師の個別支援における職務遂行能力評価尺度 (Nurses' Discharge Planning Ability Scale: NDPAS)」(戸村ら、2013)全体の平均点は、20点満点中の15.22±1.69点であった。

下位尺度ごとにみると、<D. 療養場所の移行準備力>の平均が4.02±0.54点と最も高く、<C. 退院後のケアバランスの見積もり力>の平均が3.56±0.54点と最も低かった。

項目別にみると、下位尺度D項目の「患者の状態に応じて、退院時に患者を自宅へ移送する手段を選定する」が平均4.24±0.67点と最も高く、下位尺度C項目の「患者の状態に応じて、病院スタッフの中から、退院支援のために必要なメンバーを選定する」が平均3.32±0.89点と最も低かった。

5. 積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援で難しいと回答した人数が多かった項目・大切にしていると回答した人数が多かった項目 (表3)

退院支援で難しいと感じると対象者が回答した上位3項目は、すべて下位尺度<B. 患者・家族との合意形成力>の項目であり、「患者の病状と退院後の経過について、患者・家族がどのように理解しているかを確認する」60名(12.6%)、「患者・家族の意向と、病院スタッフの方針に相違がある場合は、調整する」58名(12.2%)、「患者・家族が、退院の計画や準備について主体的に意思決定できるように働きかける」48名(10.1%)の順に多かった。

積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援で大切にしていると回答した人数が多かった項目も、上位3項目が下位尺度<B. 患者・家族との合意形成力>の項目であった。「患者の病状と退院後の経過について、患者・家族がどのように理解しているかを確認する」79名(16.6%)、「患者・家族の退院に伴う不安の内容を把握する」64名(13.4%)、「患者・家族が、退院の計画や準備について主体的に意思決定できるように働きかける」46名(9.7%)の順に多く、上位3項目中2項目が、積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援で難しいと感じる項目と重複していた。

6. 積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援の特徴

198名中160名から自由記載で回答を得た。

積極的治療が困難になったがん患者への退院支援の特徴として、「死の恐怖や治療ができないことへのショックがある中で療養生活についての意思決定をしなければならない患者家族の隠された思いを引き出し、現実的な状況とのすり合わせ・折り合いをつけていく必要

がある」、「いったん意思決定しても揺れ動く本人・家族の意向や思いに寄り添い、細やかに丁寧に関わる」、「残された時間に限りがある中で状況を見極め、タイムリーに対応することが求められる」などが挙げられた。

自由記載については、今後も引き続き分析を行う予定である。

IV. 今後の課題

今回は全体の単純集計にとどまったが、今後は退院支援の達成度と経験年数との関連や、経験年数によって難しいと感じる項目や大切にしている項目に違いがあるかについても検討が必要である。

また、積極的治療が困難になったがん患者への退院支援の特徴について、今回の分析結果を踏まえてさらに研究を重ね、実際に退院支援の現場でのエキスパートの実践知についても明らかにしていく必要がある。

V. 研究の成果等の公表予定（学会、雑誌）

研究の成果の一部は、第24回日本在宅ケア学会（2019年7月）で公表する予定である。また、今後日本緩和医療学会誌への論文投稿を計画している。

表1 対象者の概要

		n=198	
		N	%
		平均 (SD)	(範囲)
性別	女性	191	96.5
	男性	5	2.5
年齢 (歳)		44.8 (±8.4)	(26-62)
看護師としての経験年数 (年)		21.8 (±9.1)	(3-40)
退院支援部署での、積極的治療が困難になったがん患者への退院支援経験年数 (年)		3.4 (±2.9)	(0.1-14)
	1年未満	18	9.1
	1年以上3年未満	86	43.4
	3年以上5年未満	39	19.7
	5年以上10年未満	46	23.2
	10年以上	9	4.5
役職	なし	129	65.2
	あり	68	34.3
専門看護師資格	なし	181	91.4
	あり	3	1.5
認定看護師資格	なし	169	85.4
	あり	17	8.6

注) 無回答・不明を除く

表2 積極的治療が困難になったがん患者への退院支援の達成度

下位尺度名*	項目名*	達成度 平均±SD
A.退院後のケア アバランスの 見積みもり力	支援早期に退院までの支援の全体像や流れをイメージする	3.79±0.67
	退院後に患者が必要とする医療管理や日常生活援助を予測する	3.91±0.54
	患者の退院後の経過を考慮した上で、家族の介護の継続可能性を予測する	3.87±0.58
	患者の退院後の住環境を把握する	3.69±0.66
	患者が退院後に必要とする医療管理やケアを提供できる医療機関や訪問看護の情報を迅速につかむ	3.81±0.66
	患者が退院後に必要とする医療管理やケアを、家族の介護力と地域資源でまかなえるか、アセスメントする	3.83±0.62
A小計		3.82±0.48
B.患者・家族 との合意形成 力	患者の病状と退院後の経過について、患者・家族がどのように理解しているかを確認する	3.75±0.64
	患者・家族の退院に伴う不安の内容を把握する	3.88±0.54
	患者・家族が、退院後に担う介護負担量を理解できるように情報を提供する	3.82±0.55
	家族が介護を行う意思があるか把握する	4.08±0.50
	患者・家族の意向を考慮して、実現可能な支援計画を立てる	3.82±0.60
	患者・家族が、退院の計画や準備について主体的に意思決定できるように働きかける	3.66±0.72
患者・家族の意向と、病院スタッフの方針に相違がある場合は、調整する	3.77±0.62	
B小計		3.83±0.46
C.退院後のケア アバランスの 見積みもり力	病院スタッフとともに、患者・家族の退院後の負担が減るよう、入院中に医療管理やケアを調整する	3.77±0.64
	病院スタッフとともに、入院中に患者の自立度（ADLやセルフケア能力）が最大限上がるように支援する	3.62±0.65
	患者・家族が医療管理やケアの主義を習得しやすいよう、病院内外のスタッフとともに指導方法を工夫する	3.63±0.68
	患者の状況に応じて、病院スタッフの中から、退院支援のために必要なメンバーを選定する	3.32±0.89
	患者の退院支援に関与する病院スタッフ間で、退院に向けた目標を共有する	3.69±0.73
	地域スタッフが、未経験の医療管理やケアの技術をマスターできるように調整する	3.34±0.94
C小計		3.56±0.54
D.療養場所の 移行準備力	医療・福祉制度を利用する場合、必要な手続きの手配を、認定に要する期間を考慮して行う	3.68±0.72
	退院後に必要な医療管理やケアができる医療機関や訪問看護をタイムリーに確保する	3.88±0.74
	退院までに退院後の療養環境を整えられるよう、家族や介護支援専門員（ケアマネジャー）と調整する	4.12±0.61
	患者の状況に応じて、退院時に患者を自宅へ移送する手段を選定する	4.24±0.67
合同カンファレンスの目的を達成するために、患者・家族および必要な病院内外のスタッフが参加できるよう調整する	4.17±0.65	
D小計		4.02±0.54
合計		15.22±1.69

*戸村ほか（2013）：退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度（NDPAS）の開発より許可を得て使用
無回答を除く：複数回答 3つまで

表3 積極的治療が困難になったがん患者への退院支援：難しいと感じた人数・大切にしていると回答した人数

下位尺度名*	項目名*	難しいと感じる		大切にしている	
		n	(%)	n	(%)
A.退院後のケア アバランスの 見積みもり力	支援早期に退院までの支援の全体像や流れをイメージする	16	3.4	12	2.5
	退院後に患者が必要とする医療管理や日常生活援助を予測する	5	1.1	8	1.7
	患者の退院後の経過を考慮した上で、家族の介護の継続可能性を予測する	7	1.5	17	3.6
	患者の退院後の住環境を把握する	16	3.4	1	0.2
	患者が退院後に必要とする医療管理やケアを提供できる医療機関や訪問看護の情報を迅速につかむ	5	1.1	6	1.3
	患者が退院後に必要とする医療管理やケアを、家族の介護力と地域資源でまかなえるか、アセスメントする	15	3.2	18	3.8
A小計		64	13.5	62	13.0
B.患者・家族 との合意形成 力	患者の病状と退院後の経過について、患者・家族がどのように理解しているかを確認する	60	12.6	79	16.6
	患者・家族の退院に伴う不安の内容を把握する	24	5.1	64	13.4
	患者・家族が、退院後に担う介護負担量を理解できるように情報を提供する	13	2.7	15	3.2
	家族が介護を行う意思があるか把握する	10	2.1	27	5.7
	患者・家族の意向を考慮して、実現可能な支援計画を立てる	17	3.6	38	8.0
	患者・家族が、退院の計画や準備について主体的に意思決定できるように働きかける	48	10.1	46	9.7
患者・家族の意向と、病院スタッフの方針に相違がある場合は、調整する	58	12.2	23	4.8	
B小計		230	48.4	292	61.3
C.退院後のケア アバランスの 見積みもり力	病院スタッフとともに、患者・家族の退院後の負担が減るよう、入院中に医療管理やケアを調整する	18	3.8	24	5.0
	病院スタッフとともに、入院中に患者の自立度（ADLやセルフケア能力）が最大限上がるように支援する	23	4.8	6	1.3
	患者・家族が医療管理やケアの主義を習得しやすいよう、病院内外のスタッフとともに指導方法を工夫する	22	4.6	8	1.7
	患者の状況に応じて、病院スタッフの中から、退院支援のために必要なメンバーを選定する	17	3.6	2	0.4
	患者の退院支援に関与する病院スタッフ間で、退院に向けた目標を共有する	18	3.8	19	4.0
	地域スタッフが、未経験の医療管理やケアの技術をマスターできるように調整する	17	3.6	3	0.6
C小計		115	24.2	62	13.0
D.療養場所の 移行準備力	医療・福祉制度を利用する場合、必要な手続きの手配を、認定に要する期間を考慮して行う	25	5.3	1	0.2
	退院後に必要な医療管理やケアができる医療機関や訪問看護をタイムリーに確保する	24	5.1	15	3.2
	退院までに退院後の療養環境を整えられるよう、家族や介護支援専門員（ケアマネジャー）と調整する	8	1.7	21	4.4
	患者の状況に応じて、退院時に患者を自宅へ移送する手段を選定する	1	0.2	0	0.0
合同カンファレンスの目的を達成するために、患者・家族および必要な病院内外のスタッフが参加できるよう調整する	8	1.7	23	4.8	
D小計		66	13.9	60	12.6
合計		475	100.0	476	100.0

*戸村ほか（2013）：退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度（NDPAS）の開発より許可を得て使用
無回答を除く：複数回答 3つまで

笹川記念保健協力財団 研究助成

助成番号：2018A-013

(西暦)

2019年 2月 15日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団

会長 喜多悦子殿

2018年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研究報告書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

ハンセン病療養所の看護師の倫理的感受性の現状と関連する要因

所属機関・職名 国立療養所多磨全生園

氏名 石田正子

1. 研究の目的

ハンセン病療養所の入所者の平均年齢は、85.7歳（2018年9月末現在）となり、超高齢社会を迎えている。入所者は、ハンセン病の罹患によって療養所に収容された経緯を持ち、治療薬の開発によりハンセン病は治癒し、回復者となった。そして、入所者を療養所に隔離していたらい予防法が廃止されたことで、社会復帰が可能となった。しかし、その時点ですでに高齢となっていた入所者は療養所に留まらざるを得ず、退所した入所者は1割程度だったと言われている。そのような経緯により、ハンセン病療養所は、多くの倫理的課題を抱えてきた場といわれ、そこで展開される看護について、ハンセン病療養所の看護師には「患者の人権や価値を擁護するアドボケイト責務がある。差別と偏見に苦しみ、筆舌に尽くしがたい人権被害を受けた元患者の生命の尊厳や人権などについても看護職としての適切な判断や姿勢を示していく必要がある」（吉澤,2010）とある。そのため、ハンセン病療養所の看護師の倫理的感受性を向上させ対処能力を高めることが重要であると考えられる。

また、現在ハンセン病療養所各園でのエンドオブライフ・ケアの取り組みや構築が唱えられている。エンドオブライフ・ケアは、患者の自己決定を支える自律の尊重を中心とし、倫理4原則を踏まえたケア実践である。高齢となった入所者の終生期に、入所者に対して最善の利益をもたらすエンドオブライフ・ケアを促進することは重要課題といえる。

これらのことからハンセン病療養所の看護師は、今後入所者のアドボケイトとしての責務と同時にエンドオブライフ・ケアの実践者として、倫理的な裏付け・解釈による行動が求められると考える。

看護実践の倫理の提唱者であるサラ T.フライは、患者の自己決定には、看護師の倫理的感受性が影響を与えると述べ、意思決定などの道徳的課題に適切かつ効果的に対応する能力には「道徳的感受性」、「道徳的推論」、「道徳的動機」、「道徳的特性」の発達が必要（pp.3-4）であると述べている。それら道徳的課題に適切かつ効果的に対応する能力が発達すれば倫理的行動や倫理的意思決定は卓越したレベルへと至るといえる。

それに対し神徳らは、看護師の倫理的感受性と道徳的感性についてそれぞれの意味の違いについて検証し、道徳的感性は主観的で相互人間関係における個人的な能力であり、倫理的感受性は客観的で倫理的課題に気づけるだけでなく、他者と冷静に対話するプロセスが踏めるようになることであると述べている。また、サラ T.フライは、「個々の看護師は成育歴や宗教、政治的信念、文化、人生経験によって影響を受けた個人的価値体系を持っている。」と述べている。そのうえで、看護実践には自己の個人的価値体系を内省することによって明確にすると同時に「他者の価値体系を理解すること、そして自分自身の価値体系と同等に尊重すべきであること、そのことを分かっているということを知らせることは倫理的決定を行う上で不可欠である。」と述べている。このことは、看護師がとるべき倫理的態度は、患者だけではなく自分以外の他者を理解することも含まれるということである。

この「他者を理解し、他者を尊重すること」と「自分自身の価値を明確にすること」の方法としてアサーティブなコミュニケーションであるアサーションがある。アサーションは

「自分の気持ちや考えを伝え、相手の気持ちや考えを聴いて、相互を尊重しながら歩み寄る」考え方であるという。しかも、倫理的感受性は、倫理的な知識の基に事例に対する倫理的なカンファレンスによっても育成される。つまり、看護師のアサーション能力は、看護師が倫理的価値の形成を促進するあるいは、促進されない因子としてエンドオブライフ・ケアを実践していくことに影響を与えることが考えられる。

更に、道徳的感受性には、個人の認知的要因だけでなく、個人の職場の環境や心理的負担感などが関連していることが報告されている。米澤らの調査でも、倫理的問題の認知能力が高い人ほど倫理的問題に「気づく」ことも多くなり、倫理的問題に対する葛藤が高まり蓄積的疲労感が高いことが明らかとなっている。その理由として米澤らは、看護は、病人を気遣い、世話をする実践であることよるとしている。

近年、看護師という職業は、患者を援助するうえで適切な対応を行うために看護師自身の感情を調整する「感情労働」を行っていると言われていた。感情労働は、顧客にとって適切であるとみなす感情を顧客に対して表現する行為として Hochschild が提唱したものである。感情労働は看護師の職業上のストレスの原因であることはすでに明らかになっている。感情労働とは、患者に対する「探索的理解」を持ち、適切な「ケアの表現」を行うために「表出抑制」をして「表層適応」や「深層適応」をしている感情ワークである。「表層演技」とは、患者と対面したときに自然に湧き出てくる感情を押し殺し、表向きの感情を操作するワークであり、「深層演技」とは、感情ワークが単なる表層演技にとどまらず、自分の感じ方そのものを変えようとする作業である。そして、看護職に従事する人々の間で職業倫理として受け入れられている規則の多くが、感情の扱い方を規定するもの(有馬,n.d)だという。ハンセン病療養所では、看護師が入所者との関わりに困難感を感じているという報告がある。ハンセン病療養所の看護師は、感情労働を無意識的にも行っている可能性がある。そしてその看護師の感情労働の程度により、入所者に対する倫理的態度が理解できる一方、蓄積的疲労感が倫理的感受性に影響を及ぼしていた(米澤, 2013)ように、感情労働が看護師の倫理的感受性に関連している可能性がある。

これらのことから、ハンセン病療養所の看護師それぞれの倫理的感受性がどのような状況にあり、感情労働やアサーション能力によって影響を及ぼされているのかを調査することは、今後入所者の終末期を支えるエンドオブライフ・ケアの実践を促進するために重要であると考えられる。そして、その実態と倫理的感受性に影響する要因との関連から、看護師が倫理的問題に対する対処能力を高めるために適切な教育やアプローチに対する示唆が得られるのではないかと考える。しかし、ハンセン病療養所の看護師の倫理的感受性や倫理的行動がどのようなものであるかを明確にした調査は見当たらない。

そこで本研究は、ハンセン病療養所の入所者のエンドオブライフ・ケアの促進に向けて、看護師の倫理的感受性の実態とそれに影響すると考えられる要因（看護師の感情労働及びアサーション力）との関連について明らかにする。

2. 研究の内容・実施経過

1) 研究方法

研究参加者をハンセン病療養所 13 園の看護師を研究参加者(全数調査)とし、郵送調査法及び留め置き法で実施することにした。

2) 調査内容

(1)使用尺度

①倫理的感受性

中村美和子ら (2003)が開発した「臨床看護師の道徳的感受性尺度 (日本語版 MST)」を用いた。MST は、『患者の理解』『責任/安全』『葛藤』『規則遵守』『患者の意思尊重』『忠誠』『価値信念』『内省』『正直』『自律』『情』の 11 の因子で構成されている。質問は 34 項目あり各々を 6 段階評価し 1 点～6 点をつけ得点が高いほど道徳的感性が高いと判断される。

②看護師の感情労働尺度 (ELIN)

片山ら (2005)が開発した看護師の感情労働尺度 (ELIN) を用いた。「探索的理解」「表層適応」「表出抑制」「ケアの表現」「深層適応」の 5 つから構成されている。回答は 5 件法を用いる。

③看護師を対象とした Rathus Assertiveness Schedule 日本語版(RAS)

渋谷ら (2007)が開発した「看護師を対象とした Rathus Assertiveness Schedule 日本語版」(RAS)を用いた。「アサーティブ」「非主張的」「攻撃的」「消極的かつ攻撃的」の 4 つの自己表現因子から構成されている。回答は、6 段階で評価する。

(2)看護師の属性

看護師の倫理的価値形成に影響される経験として、「性別、年齢、臨床経験年数、ハンセン病療養所での経験年数、資格、職位 (看護師・副看護師長)、担当部署 (病棟・居住区・外来) 基礎教育終了年、基礎教育卒業後倫理に関する研修会参加の有無、職場での倫理的問題に対するロールモデルとなる先輩あるいは同僚看護師の有無について質問した。

(3) 看護師が所属する施設の特性

エンドオブライフ・ケアの実践の状況として、

- ・入所者の終末期の意思確認の状況について、「すべてしている」「かなりしている」「まあしている」「ほぼしていない」「全くしていない」の 5 件法で質問した。
- ・入所者の終末期意思に沿った支援の実践について「すべてしている」「かなりしている」「まあしている」「ほぼしていない」「全くしていない」の 5 件法で質問した。
- ・終末期の意思確認について入所者の状態変化による再確認再確認の状況について「すべてしている」「かなりしている」「まあしている」「ほぼしていない」「全くしていない」の 5 件法で質問した。

3) 尺度使用許可

- ①「臨床看護師の道徳的感受性尺度（日本語版 MST）」の使用許可については、尺度開発者の中村美和子先生に許可を得た。
- ②「看護師の感情労働測定尺度（ELIN）」の使用許可については、開発者の片山由加里先生に許可を得た。
- ③「看護師を対象とした Rathus Assertiveness Schedule 日本語版（RAS）」の使用許可については、尺度開発者の渋谷菜穂子先生に許可を得た。

4) 分析方法

分析には、SPSS Statistics25 を用いた。

臨床看護師の道徳的感受性尺度（日本語版 MST）、看護師の属性、看護師が所属する施設の特性それぞれの記述統計量を算出した。

日本語版 MST と看護師の属性、及び看護師が所属する施設の特性について、それぞれの関連を順位相関係数（スピアマンの順位相関係数）、ウイルコクソンの順位和検定（マンホイットニーの U 検定）で分析し、ハンセン病療養所の看護師の倫理的感受性の現状について明らかにした。

以上が現在の分析状況である。

今後は、臨床看護師の道徳的感受性尺度（日本語版 MST）と看護師の感情労働測（ELIN）、臨床看護師の道徳的感受性尺度（日本語版 MST）と看護師を対象とした Rathus Assertiveness Schedule 日本語版（RAS）の相関を分析する。

5) 倫理的配慮

「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」及び「看護研究における倫理指針」（日本看護協会, 2004）に沿って実施した。また、国立療養所多磨全生園の倫理審査を受け、承認を得た。承認後、ハンセン病療養所 13 園の各園園長・看護部長にあて、研究承諾を依頼した。承諾を得られたのちに各園の研究参加者に質問紙を送付した。質問紙には研究同意欄を設け、研究同意のある質問紙の提出をもって研究協力について承諾したこととした。

3. 本研究の成果

① 研究参加者

全国の国立ハンセン病療養所 13 園の園長・看護部長に研究承諾依頼を送付し、協力を得られた 12 園に質問紙を送付した。送付した質問紙数は、957。回答があったのは、532(56%)であった。そのうち研究協力の同意欄にチェックがなかったもの、及びデータの 10%以上が一応回答であるものと、データの 10%以上が欠損値であるものを除いた。その結果、有効回答数は 477 (50%) となった。

②ハンセン病療養所看護師の属性の特性

回答があったハンセン病療養所の看護師の属性についての特性は、平均年齢 46.9 ± 8.42 歳であった。看護師としての平均経験年数 21.7 ± 9.5 年、ハンセン病療養所での平均経験年数 11.6 ± 9.2 年であった。性別は、女性が 86.6%であった。保有資格については、専門看護師は 0 人、認定看護師は 3 人であった。その他の保有資格として、「介護支援専門員」「認知症ケア専門士」「NST 療法士」「保健師」「内視鏡技師」「透析技術認定士」「栄養士」「口腔ケア認定師」「認知症ケア指導管理士」などであった。職位は看護師が 91.2%であった。所属場所としては、病棟 32.3%、居住区 46.5%、外来が 15.3%であった。看護基礎教育終了年については 2008 年前の人が 71.7%であった。基礎教育終了後に倫理教育受講経験があるとの回答が 61.0%であった。職場での倫理的問題に対するロールモデルとなる先輩あるいは同僚看護師の有るとの回答が 55.3%であった。

4. 今後の課題

今後はさらに分析を進め、臨床看護師の道徳的感受性尺度（日本語版 MST）と看護師の感情労働測（ELIN）、臨床看護師の道徳的感受性尺度（日本語版 MST）と看護師を対象とした Rathus Assertiveness Schedule 日本語版（RAS）の相関等の、全ての結果を踏まえて考察し、結論を導き出す。

5. 研究の成果等の公表予定

すべての研究が終了後、国立看護研究学会、看護学会での発表を検討している。

研究報告書

2018A-014

がん患者の筋筋膜性疼痛に対する電気治療における効果を調べる多施設共同研究
2018 年度研究報告書

埼玉医科大学病院 緩和医療科
理学療法士 金川 潤也

<はじめに>

218 年度公益財団法人 笹川記念保健協力財団よりホスピス緩和ケアにおける研究助成を頂き研究を進める事ができました。本年度の研究については、当初の計画通りに遂行することが難しいことがたくさんあり、研究については終了に至っておりません。

現状の研究の進捗と今後の計画についてご報告させていただければと思います。

目的

緩和ケア介入時のがん患者における筋筋膜性疼痛(Myofascial pain syndrome; MPS)の頻度を調べる。

筋筋膜性疼痛の頻度と位置における関連性を評価し、電気治療における方法をや治療戦略を検討する

主要評価項目	MPS の頻度(Rivers の診断基準による)
副次評価項目	MPS の頻度(Simons の診断基準による)
	デバイスの有無
	デバイスの位置と MPS の位置の相関
	手術既往と MPS 頻度の相関
	PS(performance status)と MPS 頻度の相関
	トリガーポイントブロック注射(Trigger point injection; TPI)の奏功割合
	MPS の有無と抑うつ、不安との関連の有無
	がん患者における広範囲慢性疼痛の頻度

<適格基準>

- 1) 緩和ケアチームによる介入が予定されている入院患者または緩和ケア病棟に入院予定の患者
- 2) がんが告知されている
- 3) 根治不能な固形がんの患者
- 4) 登録時の年齢が 20 歳以上
- 5) 登録前 24 時間の痛みの平均 NRS が 4 または 4 より大きい
- 6) 登録 2 週間以内の血算、生化学検査のデータが入手可能である

対象

<癌の痛みの疫学>

癌を代表とする悪性疾患は日本人の死因の第1位であり、2014年には日本人の88万2千例が癌に罹患し、36万7千人が癌で死亡すると推計されている[1]。癌は治療を行った後に転移や再発を来す疾患で、原発・再発病変や転移病変が増大するとその病変がある部位に対応した臓器機能障害や症状が出現する。根治治療が不可能となった癌患者は、このような病変がもたらす臓器機能障害または全身の衰弱（悪液質）によって死に至る。癌による症状は非常に多彩であり、その中でも痛みが最も高頻度に認められる。痛みは全癌患者の53%が経験し、根治治療後の患者で33%、抗癌治療中の患者で59%、進行癌、転移再発癌の患者で64%が経験する。またこれらの患者のうち3分の1以上の患者が自身の痛みを中等度から重度の痛みであるとしている[2]。そのため早期癌、進行癌を問わず、癌治療を行う上で疼痛の緩和は必須である。しかしながら癌患者の痛みのコントロールはいまだ十分であるとは言えない。Grecoらの系統的レビュー[3]によると、近年改善傾向にあるものの今なお約3分の1の癌患者において痛みの治療が不十分(under-treatment)であると結論付けられている。

癌によって引き起こされる痛み（癌性疼痛）は侵害受容性痛、神経障害性疼痛に分けられる。前者はさらに体性痛と内臓痛に分類される。癌性疼痛に対して現在WHOのガイドライン[4]をはじめ様々な学会が提唱するガイドライン[5][6]が入手でき、これらに基づいた治療が可能である。しかしこれらのガイドラインは癌性疼痛のみを対象としており、合併症による疼痛や慢性疼痛に関する記載はほとんどなく、MPSに関する記述はない。

<MPSの疫学>

MPSは筋肉の痛み、それにともなう関節の可動域制限や筋力低下および周辺への関連痛からなる非炎症性症候群である。Simonsの報告[7]によると痛みを訴える患者の30-93%にMPSが認められるとされている。またFleckensteinは筋痛を訴える患者の46.1±27.4%にMPSが潜在していると見積もっている[8]。MPSのリスク因子を表1に示す。上述のようにMPSは痛みを訴える患者の中に相当数含まれており、その主要因は体位や姿勢によることが分かる。痛みを発する病態について完全に明らかになっていない面があるが、病態生理の概要は図1のようになっている。

表1. MPS のリスク因子(文献[9]より改変)

人間工学的因子	構造的因子	医学的因子
頸部の前方過可動姿勢	脊柱側弯	甲状腺機能低下症
肩関節の前方過可動姿勢	脚長の不均等	テストステロン欠乏
職業に関連する動作	骨盤高の左右差	エストロゲン欠乏
長時間の同一姿勢	骨盤のゆがみ	ビタミンD欠乏
反復動作	仙腸関節機能不全	鉄欠乏
動作に関連するストレス	関節炎	ライム病
電話の使用	脊椎・股関節の変形性関節症	バベシア症
コンピューターの使用		カンジダ感染
肩の冷却		
衝突症候群		

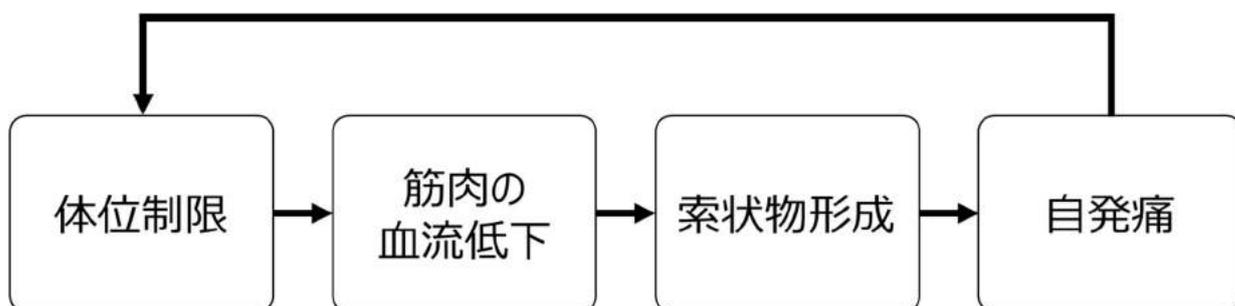


図1.MPS の病態生理

研究対象となる症状の標準治療と奏功（率）の概略

MPS の治療は薬物療法と非薬物療法に分類され、前者はトリガーポイント注射(Trigger point injection; TPI)、内服薬が主に用いられる。後者は針治療、徒手療法（ストレッチ、マッサージ）、運動療法、その他（超音波、レーザー、電気刺激、磁石）が挙げられる。第一選択とすべき標準治療は定まっていない。Fleckenstein の報告[8]によると、MPS に対する治療はメタミゾール/パラセタモール(91.6%)、NSAIDs(87.0%)、弱オピオイド(81.8%)、徒手療法(81.1%)、TENS(72.9%)、鍼治療(60.2%)であり、54.3%の医師がこれらの治療効果が不十分であると答えていた。

対象集団選択の根拠

各種ガイドライン[4][5][6]で癌患者の痛みの治療が提案されているが、これらのガイドラインは癌性疼痛以外の痛みの治療方法についての記述が乏しい。全身状態が悪化し、PSが低下した癌患者はベッド上での姿勢が制限され、自ら体位を変換することが困難になる。あるいは点滴ラインなどの医療デバイスが装着された患者は、デバイスのために体動制限が生じる。この他過去の治療、特に外科治療により身体バランスの左右差が生じるなど、癌患者は担癌、非担癌を問わず MPS の高リスクのケースが非常に多いと言える。そしてこれらの患者に MPS はかなりの頻度で出現していると推測されるが、実臨床では見過ごされている可能性がある。MPS による痛みを訴える患者が癌性疼痛であると判断して上記ガイドラインに従った治療を行った場合、患者は無効である麻薬系鎮痛薬が投与され、これが奏功しない場合は難治性疼痛として鎮痛剤の複数種大量投与をされたり、場合によってはせん妄など精神症状と評価され鎮静薬を投与される可能性がある。MPS は癌性疼痛に対するアプローチとは異なる方法で症状緩和を図るべき症状であるため、適切に診断することがまず大事である。東京大学医科学研究所附属病院で行った先行研究では、根治不能癌患者の 29%、痛みを訴える患者の 45%が Rivers の MPS 診断基準を満たしていた[10]。この結果は一般化できるのかどうかを調べ、さらにその治療開発につなげていくため、緩和ケアを受ける癌患者を対象とし、MPS の実態を調査する研究を計画する。また、本研究の対象集団は全身状態が不良であるために MPS の頻度が高くなるという仮説のもとに設定している。我々の先行研究では MPS 陽性となった病変のうち、80%が体の後面（腰背部、臀部）に認められた[10]ことと、臥床状態では筋骨格系の構造上、腰背部が過伸展、過緊張状態になりやすいことから、本研究では体の後面（後頸部、腰背部、臀部）の MPS を調べる。

本研究の観察項目

本研究では以下の項目について前向きに観察調査する。

- ・ MPS 診断基準
- ・ デバイスの有無、個数、部位
- ・ 手術創の有無、部位
- ・ トリガーポイントブロック注射の効果
- ・ MPS に心身相関が与える影響
- ・ 広範囲慢性疼痛診断基準

後治療

本研究は観察研究であるため、観察終了後の後治療を規定しない。

本研究で用いる基準・定義

MPS 診断基準

MPS の診断基準は臨床試験においてスタンダードとなるものがなく、様々な基準が用いられている[11]。本研究では 2015 年に Rivers らにより提唱された診断基準[12]および Simons が 1996 年に提唱した診断基準[7]を用いる。Rivers の診断基準が現時点での tentative research criteria とみなされているため、本研究で「診断基準」と言う場合は Rivers の診断基準のこととし、Simons の診断基準は副解析等で用いる基準とする。

Rivers らの診断基準

<必須基準>以下の 2 項目を満たす。

- ・触診で圧痛点（トリガーポイント）を認める。関連痛の有無は問わない。
- ・圧痛点を圧迫した際に患者の訴える痛みが再現される。

<参考基準>以下のうち少なくとも 3 項目を満たす。

- ・筋固縮または筋攣縮を認める。
- ・圧痛点を持つ筋肉に関連した関節の可動域制限がある。
- ・ストレスにより痛みが悪化する。
- ・圧痛点に索状物または結節に触れる。

Simons の診断基準

- ・触診で圧痛を伴う結節を触知する
- ・圧痛に再現性がある

ジャンプサイン

ジャンプサインは MPS の圧痛点を強く圧迫した際に、患者が叫び声をあげたり、圧迫から逃れようと反射的に体が動く反応のことで、これは上記診断基準には含まれていないが、MPS 診断基準にしばしば含まれる項目である[12]。

ECOG PS

本研究では医療者評価による European Cooperative Oncology Group (ECOG) PS を用いる。ECOG PS の日本語訳は JCOG が公開している (<http://www.jcog.jp/doctor/tool/ps.html>) ものを使用する。(付 4)

デバイス

下記のことをデバイスと定義する。

CV カテーテル、CV ポート、経鼻胃管、イレウス管、胃瘻、腸瘻、PTEG、気管切開カニ

ユーレ、胸腔ドレーン、腹腔ドレーン、PTCD チューブ、腎瘻チューブ、尿道カテーテル、ストマ、その他

デバイスと手術創の位置

デバイスの位置は頸部、胸部、腹部、臀部の左右正中、またはそれ以外とする。

頸部と胸部の境界は鎖骨より頭側または尾側で分けることとし、胸部と腹部は横隔膜、腹部と臀部は仙腸関節と左右の腸骨稜を結ぶ直線とする。

TPI 奏功割合

TPI 奏功割合は、TPI を実施して翌日に評価できた症例を対象とし、以下の2項目を設定する。

ただしいずれも TPI 施行から翌日の効果判定までの間にオピオイド、NSAIDs、アセトアミノフェンの鎮痛薬の変更を行ったものを除外する。

1) 臨床的 TPI 奏功割合

(TPI 施行翌日に Rivers の MPS 診断基準を満たさない症例数)/(TPI 施行症例数)

2) TPI 完全奏功割合

(TPI 施行翌日に Rivers の MPS 診断基準を1項目も満たさない症例数)/(TPI 施行日に Rivers の MPS 診断基準を満たす症例数)

TPI 有効率

TPI 有効率は、TPI 施行前後で、Numerical Rating Scale(以下、NRS)が33%以上軽減した患者の割合とする[14]。NRS は、24 時間平均 NRS (以下、NRS mean) と一番強い時の NRS (以下、NRS worst) の両方を評価する。

Arm chair sign

本検査の目的は筋の随意的な脱力の可否の評価である。患者の片方の上肢を前方に挙上してもらい、その上肢を験者の手で支え、「腕の力を抜いて、抜けきったら教えて下さい」と声をかけ、患者が「はい」と答えたら、検者は支えていた手を外す。脱力が不十分な患者の上肢は完全に落下しない。患者の腕が完全に下まで落ちれば陰性(-)、水平位に保持されれば陽性(+)、水平より落ちるが、完全には落ちなければ(±)とする。

3.9. 広範囲慢性通 (Chronic widespread pain; CWP)

CWP の診断基準：1990 年米国リウマチ学会基準に従う

左右、腰を基準に上下半身 (腰痛は下半身に分類される) かつ体幹 (頸椎～腰椎までの脊柱起立筋のどこか、または前胸部) に3か月以上の疼痛が続いていること。(例：3ヶ

月以上右肩、左尻、前胸部が痛い)

3.10. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

身体疾患を有する患者の精神症状(不安と抑うつ)の測定尺度として、患者評価による候補としては、SDS、STAI、POMS、PHQ-9などが挙げられる。この中で、HADSは簡便で頻用される不安・抑うつスクリーニングツールで、少ない質問項目で評価可能であること、同様の試験で頻用される尺度であるため使用する。国際的に信頼性及び妥当性が検証されており、その日本語版に関しても、うつ病を対象とした場合、HADSのトータルスコアで20点をカットオフ値とした場合に82.4%の感度と96.3%の特異度を有すること、適応障害を含めても、11点をカットオフ値とした場合に感度91.5%、特異度65.3%との報告がある。

患者選択規準

適格基準(組み入れ基準)

- 1) 緩和ケアチームによる介入が予定されている入院患者または緩和ケア病棟に入院予定の患者
- 2) がんが告知されている
- 3) 根治不能な固形がんの患者
- 4) 登録時の年齢が20歳以上
- 5) 登録前24時間の痛みの平均NRSが4または4より大きい
- 6) 登録2週間以内の血算、生化学検査のデータが入手可能である

除外基準

- 1) 意識障害があり、痛みの評価が不能である

観察項目とスケジュール

登録後速やかに観察を開始する。以下に示す項目について、体の腰背部の診察および観察を行い CRF（治療経過記録）に記載すること。全身状態や意識状態により評価できない項目がある場合はその理由を CRF に記載すること。なお、本研究は観察研究であり、本研究のための特別な検査は行わないため、臨床検査（末梢血算および血液生化学）を実施していない場合は欠測として CRF に記載する。

6.4.1.登録日の観察項目

- 7) 患者背景： 年齢、身長、体重、原発巣、転移の有無、担癌・非担癌、治療の有無
- 8) 全身状態： ECOG Performance Status (PS)
- 9) 末梢血算： 白血球、好中球、ヘモグロビン、血小板
- 10)血液生化学： TP, Alb, T-Bil, ALT, AST, BUN, Cre, LDH, ALP, Na, K, Cl, CRP
(上記 3)、4) は登録前の最新の検査値を用いる。)
- 11)MPS 診断基準
- 12)MPS 診断基準を満たす圧痛点を押したときのジャンプサインの有無および痛みの NRS
- 13)下記デバイスの有無と部位 (CV カテーテル、CV ポート、経鼻胃管、イレウス管、胃瘻、腸瘻、PTEG、気管切開カニューレ、胸腔ドレーン、腹腔ドレーン、PTCD チューブ、腎瘻チューブ、尿道カテーテル、ストマ、その他)
- 14)手術既往 (手術日、術式)
0. 併用治療 (化学療法、放射線療法) の有無
- 15)TPI を行った場合、その部位と 1%キシロカインの投与量
- 16)Arm chair sign
- 17)HADS
- 18)痛みの部位の自記式質問紙

6.4.2.登録翌日の観察項目

登録日に TPI を行った場合、翌日に MPS 診断基準、ジャンプサイン、有害事象および痛みの NRS を再度診察して記録する。

6.4.3.観察完了時

0、6.4.2 の観察項目を調査し、CRF に記録して観察終了とする。

スタディカレンダー

	登録時	観察完了時
患者背景		
年齢、身長、体重	○	
原発巣、転移の有無	○	
全身状態と症状		
ECOG PS	○	
痛みの部位の自記式質問紙と NRS	○	○
精神心理状態		
Arm chair sign	○	
HADS	○	
臨床検査*1		
白血球・好中球・Hb・血小板	○*1	
生化学検査*2・CRP	○*1	
MPS 診断基準		
MPS 診断基準	○	○(TPI 施行時)
ジャンプサイン	○	○(TPI 施行時)
デバイスの有無と部位	○	
手術創の有無と部位	○	
併用治療	○	
圧痛点を押したときの NRS	○	○(TPI 施行時)
TPI		
TPI 施行部位と薬剤投与量	○	
有害事象		○(TPI 施行時)
記録用紙		
登録適格性確認票	○	

観察記録	○	○
観察中止/終了報告		○

※1 登録前の最新の検査値を用いる。検査を実施していない場合は欠測として CRF に記載する。

※2 生化学検査：TP, Alb, T-Bil, ALT, BUN, Cre, LDH, ALP, Na, K, Cl

観察中止・完了基準

観察完了の定義

下記に示す観察中止の基準に該当せずに 0 に規定する評価項目を評価できた場合に観察完了とする。

観察中止の基準

以下のいずれかの場合、観察中止とする。

19)登録から 15 日以内に観察が開始されなかった場合

1. その他、主担当医が観察継続できないと判断した場合

倫理的事項

患者の保護

本研究に関係するすべての研究者は「ヘルシンキ宣言」(日本医師会訳 http://www.med.or.jp/wma/helsinki08_j.html) および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(平成 26 年 12 月 22 日 文部科学省・厚生労働省告示第 3 号 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyou/i-kenkyu/>) に従って本研究を実施する。

本プロトコルでの「医療機関」は、上記指針における「研究機関」に対応する。

インフォームド・コンセント

同意

本研究は日常臨床の範囲内で行われる観察研究であり、介入や侵襲を伴わず、人体から採取された試料を用いない。そのため、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に規定されたインフォームド・コンセントを省略するための諸条件を満たすものと判断する。また、対象となる患者を網羅することでデータのバイアスを避けられることから、個別同意ではなく包括同意を選択するメリットがあると判断する。

なお、オプトアウトの仕組みとして、各参加施設における研究開始前に、以下の情報を院内掲示または各病院 HP 上で公開し、研究対象者が参加することを拒否できるようにする。

(付 2 の院内掲示用研究概要ひな形を参照)

研究の概要

20)研究機関の名称並びに研究機関の長及び研究責任者の氏名

21)他の研究対象者等の個人情報等の保護及び当該研究の独創性の確保に支障がない

範囲内で、研究計画書及び研究の方法に関する資料を入手又は閲覧できる旨、並びに、その入手又は閲覧の方法

個人情報の開示に係る手続

22)利用目的の通知、開示又は請求者の求めと異なる措置をとる旨の説明を行うことが

出来ない場合は当該事項及びその理由

研究対象者等及びその関係者からの相談等への対応に関する情報

研究対象者等及びその関係者からの相談等への対応

患者やその家族から本研究に関する相談があった場合には、原則として当該患者の医療機関の研究者が対応にあたる。

個人情報の保護と患者識別

個人情報および診療情報などのプライバシーに関する情報は、個人の人格尊重の理念の下厳重に保護され慎重に取り扱われるべきものと認識して必要な管理対策を講じ、プライバシー保護に務める。

遵守すべき法令・規範

本研究を実施するにあたり、以下の法令・規範を遵守する。

- ・ 個人情報の保護に関する法律(平成 15 年 5 月 30 日法律第 57 号、最終改正：平成 21 年 6 月 5 日法律第 49 号)
- ・ ヘルシンキ宣言(日本医師会訳)
- ・ 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(平成 26 年 12 月 22 日文部科学省・厚生労働省告示第 3 号)

個人情報の利用と管理方法

個人情報の管理は、各参加施設/医療機関に委ね、研究事務局およびデータセンターでは個人情報を収集しない。各参加施設の個人情報管理責任者は、各施設の施設研究責任者とする。施設では、対応表を用いて患者の連結可能匿名化を行う。研究事務局/データセンターと参加施設とのやり取りの際は、登録時に発行する登録番号を使用する。もし誤って個人情報が研究事務局/データセンターに知らされた場合には、記録媒体によらず破棄するか、もしくは、マスキングなど判読不能とする適切な処理を行った上で保管する。

データの二次利用について

本研究で得られたデータについては、JORTC の該当する委員会(プロトコル審査委員会など)の審査を経て承認された場合に限り、個人識別情報とリンクしない形でデータを二次利用(メタアナリシスなど)することがあり得る。

患者情報の開示等への対応

患者本人よりデータセンターが保有する患者情報の開示などを求められた場合の対応者は、原則として当該患者の医療機関の研究者（施設研究責任者、施設コーディネーター、担当医）とする。

プロトコルの遵守

本研究に参加する研究者は、患者の安全と人権を損なわない限り、本プロトコルを遵守する。

医療機関の倫理委員会の承認

研究参加開始時の承認

本研究への参加に際しては、本プロトコルを用いて研究を実施することを各参加施設の倫理審査委員会から承認を得るものとする。

承認が得られた場合、各医療機関の施設研究責任者は各医療機関の承認文書のコピー（電子媒体も可）をデータセンターへ送付する。承認文書原本は施設研究責任者が保管、コピーはデータセンターが保管する。

なお、プロトコルの内容変更は許容されない。内容の変更が必要な場合は、プロトコルとして改正もしくは改訂を行う。医療機関からプロトコル本文の修正依頼があった場合は、施設研究責任者は研究事務局に相談すること。

各医療機関の承認の年次更新

本プロトコルの各医療機関の審査承認の年次更新の有無は各参加医療機関の規定に従う。

プロトコルの内容変更について

プロトコルの内容変更の区分

23)改正 (Amendment)

研究に参加する患者の危険を増大、または primary endpoint に影響を及ぼすプロトコルの変更。データセンター長および各医療機関の承認を要する。

プロトコルのカバーページに発効日を記載する。

24)改訂 (Revision)

研究に参加する患者の危険を増大させる可能性がなく、かつ primary endpoint に実質的な影響を及ぼさないプロトコルの変更。データセンター長の承認を要する。各医療機関の承認の要否については各医療機関の規定に従う。

プロトコルのカバーページに発効日を記載する。

発効日以降、医療機関の承認前であっても原則として承認された改訂内容に従って研究を実施する。施設の事情により、医療機関の承認まで改訂内容を発効できない場合には、研究事務局およびデータセンターへ相談すること。

25) メモランダム/覚え書き (Memorandum)

プロトコルの内容の変更ではなく、文面の解釈上のばらつきを減らしたり、特に注意を喚起するなどの目的で、研究代表者/研究事務局から研究の関係者に配布するプロトコルの補足説明。書式は問わない。なお、プロトコル内容の変更にはあたるが、登録患者のリスクを軽減するために、研究に携わる研究者間で速やかな情報共有が必要と判断される場合には、改訂を前提としたメモランダムを発行する。

配布前にデータセンター長の承認を得ること。プロトコルのカバーページへの記載は不要とする。

プロトコル改正/改訂時の医療機関の承認

研究中にデータセンター長の承認を得て本プロトコルの改正がなされた場合、改正されたプロトコルは各医療機関の承認を得なければならない。改正に対する承認が得られた場合、各医療機関の施設研究責任者は各医療機関の承認文書のコピーをデータセンターへ送付する。承認文書原本は施設研究責任者が保管、コピーはデータセンターが保管する。内容変更が改訂（改正ではない）の場合に、各医療機関の承認の要否については各医療機関の規定に従う。各医療機関の規定により改訂に対する承認が得られた場合は、承認文書の原本は施設研究責任者が保管するがコピーのデータセンターへの送付は不要とする。

CRF の内容変更について

観察項目で規定した収集データの範囲を超えず、かつ CRF の修正により登録患者の医学的・経済的負担を増やさないと判断される限りにおいて、データセンター長と研究代表者の合意の上で CRF の修正を行う。プロトコル本文の改訂を要さない CRF の修正はプロトコル改訂としない。CRF の修正に関する医療機関の長への報告や改訂申請の有無は医療機関の規定に従う。

補償について

補償が必要となる場面は発生しない。

本研究に関する情報公開

本研究の概要、進捗状況、主な結果は JORTC ホームページ (<http://www.jortc.jp>) および UMIN-CTR (<http://www.umin.ac.jp/ctr/>) で公開する。UMIN 試験 ID は、上記のいずれかのサイトから確認可能である。

モニタリングと監査

定期モニタリング

研究が安全に、かつプロトコルに従って実施されているか、データが正確に収集されているかを確認する目的で、研究事務局とデータセンターの定めた予定に基づいて定期モニタリングが行われる。

モニタリングはデータセンターに登録されるデータに基づいて行われる中央モニタリング

であり、施設訪問にて原資料との照合を含めて行う施設訪問モニタリングは行わない。

プロトコル逸脱・違反

臨床検査や毒性・有効性の観察などがプロトコルの規定に従って行われなかったものをプロトコル逸脱とする。

26)違反 (Violation)

担当医/施設に原因があつて臨床的に不適切であり、かつ以下の複数項目に該当するプロトコル規定からの逸脱を「違反」とする。

- ① 研究のエンドポイントの評価に実質的な影響を及ぼす
- ② 故意または系統的
- ③ 危険または逸脱の程度が著しい

27)逸脱 (Deviation)

違反や許容範囲に該当しないプロトコル規定からの逸脱。

28)許容範囲の逸脱 (Acceptable deviation)

研究毎に設けた許容範囲内のプロトコルからの逸脱。

監査

監査の実施は予定されていない。

研究組織

本章の内容変更はプロトコル改正ではなく、改訂とみなす。変更があつた場合、研究代表者と研究事務局は、全参加施設、データセンターに変更内容を速やかに通知する。

本研究の資金源と利益相反

資金源

日本緩和医療学会助成金（石木）、がん研究振興財団（金川）

利益相反

研究組織全体に関して起こりうる利益相反はない。また、本研究における利益相反の管理は、参加施設それぞれが自施設の研究者に関して行い、企業や団体などの研究の信頼性を兼ねるような利害関係を有していないことを確認する。

研究支援組織

特定非営利活動法人 JORTC (Japanese Organisation for Research and Treatment of Cancer: 日本がん研究・治療機構)は、医師及び研究者が主導する臨床研究における、臨床研究実施計画書(プロトコール)の作成支援、臨床研究の品質管理と品質保証のためのデータ管理及び統計解析、臨床研究の事前評価及び進捗、安全性、有効性を評価するための第三者監視・管理体制による臨床研究支援を、集約的かつ効率的に、また継続性をもって行い、得られた情報を公開することにより、がん領域における標準治療の確立と普及に貢献し、もって、広く保健、医療又は福祉の増進に寄与することを目的として2012年9月14日に設立された。データセンター/運営事務局は特定非営利活動法人 JORTC (理事長: 山口拓洋) によって組成および運営される。

【所在地および連絡先】

〒110-0001 東京都台東区谷中 1-5-9-206 エステート清和

TEL: 03-5842-1380 FAX: 050-3737-9544

本研究のデータマネジメント業務に関しては、東京大学と NPO 法人 JORTC が委託契約を結び業務を委託している。毎月作業完了報告書の提出により業務を監督している。

データセンター/運営事務局

JORTC データセンター

〒110-0001 東京都台東区谷中 1-5-9-206 エステート清和

TEL: 03-5842-1380 FAX: 050-3737-9544

E-mail: pal12@dc.jortc.jp

DM 担当者: 有吉 恵介 (東京大学医科学研究所)

JORTC 運営事務局

事務局長 木原 康太

特定非営利活動法人 JORTC

〒110-0001 東京都台東区谷中 1-5-9-206

TEL: 03-5842-1380 FAX: 050-3737-9544

E-mail: pal12@jortc.jp

統計解析責任者/データ管理責任者

野島 正寛 東京大学医科学研究所

本研究の実施に関わる文書は、研究代表者および当該施設における施設研究責任者を保管責任者とし、研究終了後5年間は、当該施設にて保管する。症例報告書は、データセンターにて、紙媒体もしくは電子媒体で保管する。廃棄時にはプライバシーの流出に最大限の配慮のもと適切に処分する。

プロトコール作成

プロトコール作成

石木 寛人	国立がん研究センター中央病院
金川 潤也	埼玉医科大学病院
松岡 弘道	近畿大学附属病院
松田 能宣	近畿中央胸部疾患センター
蓮尾 英明	関西医大附属病院

結果

2018年3月現在にて、MPSの頻度を調査する多施設前向き観察研究の症例登録が終了し、101例の登録まで登録完了した。

1施設分のデータ登録が終了前であるために、現状ではデータ固定が出来ていない。多施設でのデータ登録状況については付表1に示す。

現在までの101例登録が終了しているが、その属性についてはTable1に示す。

今回の多施設観察研究によると、緩和ケア介入時におけるがん患者の筋筋膜性疼痛については実に約半分の患者が筋筋膜性疼痛を有している事となった。

今後のデータ固定をおこなった後で、統計処理を行いながら、それぞれの評価項目についての考察をすすめて行きたいと考える。

付表1 参加施設一覧

国立がんセンター中央病院
近畿大学附属病院
近畿中央胸部疾患センター
関西医大付属病院
三菱京都病院

Table 1 (2018/03 登録時まで)

項目	MPSなし (N= 52)	MPS有 (N= 49)	Total (N=101)
年齢	63.25 ± 13.19	61.45 ± 12.81	
性別			
男	21(20.8)	21(20.8)	42(41.6)
女	31(30.7)	28(27.7)	59(58.4)
PS			
0	2(2)	0(0)	2(2)
1	11(10.9)	9(8.9)	20(19.8)
2	18(17.8)	12(11.9)	30(29.7)
3	19(18.8)	25(24.8)	44(43.6)
4	2(2)	3(3)	5(5)
がん種			
頭頸部	4(4)	1 (1)	5 (5)
肺	15 (14.9)	16 (15.8)	31 (30.7)
消化管	9 (8.9)	16 (15.8)	25 (24.8)
肝胆膵	13 (12.9)	2 (2)	15 (14.9)
乳腺	1 (1)	3 (3)	4 (4)
婦人科	6 (0.59)	5 (5)	11 (10.9)
泌尿器	0 (0)	2 (2)	2 (2)
皮膚	0 (0)	0 (0)	0 (0)
軟部組織	0 (0)	2 (2)	2 (2)
その他	4 (4)	2 (2)	6 (5.9)

笹川記念保健協力財団 研究助成

助成番号：2018A-015

(西暦) 2019年 2月 15日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団

会長 喜多悦子 殿

2018年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研 究 報 告 書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題：訪問看護ステーション実習時における終末期ケアに関する学習内容の現状と
実習指導上の課題

所属機関・職名 新潟県立看護大学・准教授

氏名 川野 英子

1. 研究の目的

2009年のカリキュラム改正により、在宅看護論の指導要領に地域での終末期看護が教育内容に加えられた。石原ら(2007年)は、訪問看護師に同行して終末期の看護実践を直接体験することが重要であると示唆しているが、その機会は非常に少ない現状がある。先行研究でも、実習時の終末期ケアに関する指導内容は、グリーフケア活動を行っているクリニックに学生を参加させたり、緩和ケア診療所での実習が紹介されるにとどまっており、訪問看護ステーションでの具体的な教育内容や指導内容は不明である。

そこで、訪問看護ステーションでの実習時における、訪問看護ステーション実習時の終末期ケアの学習内容および指導内容を明らかにし、在宅看護における終末期ケアに関する実習指導上の課題と、その課題解決のために必要な教員と実習指導者とが協働する内容を検討することを目的とした。

2. 研究の内容・実施経過

1) 研究の内容

現在、訪問看護ステーションで実習する学生は、看護学生その他、医学生や福祉系学校の学生など多岐にわたっている。看護学校でも、大学・短大・専門学校のカリキュラムの違いにより実習期間も実習目標に違いがある。本研究では、今後の学士課程の教育の中で生かせる知見を得たいと考え、看護大学の学生の実習指導の経験がある看護師とした。

研究対象者：訪問看護ステーションに勤務し、看護大学の学生の実習指導の経験がある看護師 50名を目標にインタビュー調査を行う。なお、研究対象者の条件として、1年以上の在宅看護の実習指導の経験がある者とする。

研究対象者のリクルート方法：インターネット上で公開されている、介護新潟県を中心とした近隣の訪問看護ステーション事業所をリストアップし、管理者に研究概要の説明文を郵送し、研究に関心がある訪問看護ステーションから研究者へ連絡をもらう。連絡をもらった訪問看護ステーションへ出向き、実習指導者にも研究概要の説明をする。

データ収集方法：一人 30分のインタビュー法とし、過去1年間の実習指導を想起し、回答してもらう。

インタビュー内容：半構成面接とし、以下の内容についてたずねる。

A. 看護師の属性：訪問看護ステーション勤務年数、実習指導経験年数、年代・性別。

B. 終末期ケアに関する指導内容：終末期ケースへの同行訪問件数、終末期ケースの事例紹介件数。

B-1 同行訪問ありの場合は、同行したケースの概要として、主疾患、ケースの年代、介護家族の有無、終末期の時期(安定期なのか亡くなる直前なのか)、同行訪問時の学生への指導内容(意思決定や予後予測、症状管理、予期悲嘆、在宅医などの多職種連絡調整、24時間体制の重要性など)、同行訪問時に学生が学

べたと思う内容（意思決定や予後予測など同行訪問時の学生への指導内容と同じ項目）など。

B-2 同行なし、終末期ケースの事例紹介の場合は、紹介したケースの概要、紹介したケースの看護内容(学んでほしいと思ったこと)、事例紹介によって学生が学べたと思う内容（B-1 の同行訪問時の学生への指導内容と同じ項目）。

C.同行訪問までの準備等：終末期ケースで、学生との同行訪問が可能と判断した条件や、同行できないケースの条件(死亡直前でないこと、症状管理できているなど)、利用者や家族に対する学生を同行させることの説明、同行訪問前の学生へのケースの紹介の仕方、終末期ケースへの同行訪問時に教員がサポートできることがあるかどうか。

分析：インタビューを逐語録にし、精読し、カテゴリ分類を行う。

倫理的配慮：研究代表者の所属機関で研究倫理審査を受ける。その後、訪問看護ステーション管理者および実習担当看護師に、文書を用いて口頭で研究目的やインタビュー方法を十分説明し、同意書にサインを得て実施する。なお、インタビュー時の録音の非同意時は、研究者がメモを取りながらインタビューする。

2) 実施経過

8月6日：研究倫理委員会の承認

8月：研究対象者のリクルートとインタビュー調査

「介護サービス情報公表システム」で、事業所のスタッフが5人以上で、看取りを行っている訪問看護ステーションをピックアップした（新潟県・長野県）。管理者に研究概要の説明文を郵送し、研究に関心がある訪問看護ステーションから研究者へ連絡をもらう。連絡をもらった訪問看護ステーションについては電話やメール、直接出向いて実習指導者にも研究概要の説明をした。

24か所の事業所に研究協力に関する文書を郵送し、8名の研究協力の申し出を得た。インタビューは7名が終了したが、研究対象者が少ないため、埼玉県・茨城県・栃木県・群馬県などの訪問看護ステーション管理者に研究概要の説明文を郵送した。なお、東京都については、研究者らの縁故で研究対象者を募った。

11月：研究計画の一部変更

研究対象者数が少ないため、当初の50人から30人へ調査規模を縮小した。「介護サービス情報公表システム」で東京都および神奈川県 of 訪問看護ステーションをピックアップし、順次、研究概要の説明文を郵送し研究対象者を募った。

1月：インタビューデータの分析

1月までに収集したデータを研究者間で検討した。在宅終末期の学習成果および訪問看護師から見た教員への要望や協働できると思われることに関するデータが少ないため、東京都および福島県内の訪問看護ステーションで研究者らの縁故による研究対象者をさらに募った。

2月：インタビュー調査とデータの分析

37名分のインタビューデータの分析を進めた。

※2月21日にインタビュー予定者が1名いる。

3. 研究の成果

37名の看護師にインタビュー調査を行い、在宅看護実習における終末期ケアの実習の現状として下の3つをまとめた。

表 1. 在宅終末期ケアに関する訪問看護師から学生への指導内容

カテゴリー	サブカテゴリー	代表コード
具体的なケア内容の解説	病態生理を説明	<ul style="list-style-type: none"> ・肺がんだという場合、がん細胞ってどうやってできるのとか、肺ってそもそもどういう働きをする臓器だったっけということを学生と話す ・利用者さんの病態を看護記録だけでは理解するのは難しかったように思います。どうしても医学的な情報を看護師が書いている、ざっくりしたものね。そこで、ちょっと補足説明してあげなきゃいけない
	ケアの意図を解説	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問後に学生にケアの意図を解説している ・ケアの根拠とか意味とか、意義を学生に伝えるようにしている ・お茶を飲みながら昨日の夜はこうだったとか、あとどのくらいかとかって家族の不安をいろいろ私（看護師）に話して、私がどう答えた？なぜあのときそう答えたと思うって、おさらい。行き当たりばったりじゃなくて、意図的にやっていることを学生に伝える
	終末期の多様性の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・車の中で訪問ケースのほかにこんな人もいるという感じで話すことがある ・飛行機会社と調整したこととか、終末期っていてもいろいろなケースがあることを話す
在宅で過ごすという意思決定場面に同行させる	急変時の対応を決める場面に同行させる	<ul style="list-style-type: none"> ・急変時に施設に入るかとか、点滴するかとか、確認しているところを学生の同行訪問時に聞いている ・急変したら病院行くかとか話しているところを（学生に）見せている
	意思決定支援の考え方を説明	<ul style="list-style-type: none"> ・病院は治療の最後が終末期で在宅は生活の最後だよと話す ・本人の思いを聞くということはどういうことなのかを考えてもらえるようにしている

亡くなるまでの経過の理解を深める	死期が近いと判断するアセスメントを解説	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸が変になってきたとか、トイレに行けなくなって3日になるよねとか同行訪問時の状態から今の利用者の状況を説明している リハビリとかお風呂に昨日まで入っていたけど、今日はリハビリもできない、お風呂も入れないという状態から死期が近いことを感じてほしい
	エンゼルケアに同行させる	<ul style="list-style-type: none"> エンゼルケアに同行させた
家族ケアの説明をする	本人・家族の心理状態に応じたケアを説明する	<ul style="list-style-type: none"> 誰かに話を聞いてもらおうと楽になるケースがあることを説明する 在宅で見ている家族が淡々としている場合、その淡々さが余裕がないからか、それともどうしていいかわからないからかといった、淡々として見える理由を考えさせている
	悲嘆のケアを説明する	<ul style="list-style-type: none"> お悔やみ訪問のことを話している
	家族への説明場面に同行させる	<ul style="list-style-type: none"> いつでも連絡してきていいですよと家族に言っている場面を見せている
終末期ケアにおける体制の説明	多職種との連携場面に同行させる	<ul style="list-style-type: none"> クリニックのカンファレンスに学生も一緒に行くんです。薬のコントロールとか、せん妄とか、学生さんに私たちが先生とお話ししている場面を見てもらってます
	急変時対応の場面に同行させる	<ul style="list-style-type: none"> 在宅でも病院に近いとか、在宅でもできることがある、いろんなことができていってということ伝えられた
	報酬について説明	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬上、グリーンケアには点数がついていないことを話したら学生はびっくりしていた
学生との会話から事例の理解を深める	学生に質問する	<ul style="list-style-type: none"> これはどうなのっていう問いかけて引き出すこと 記録を読んでいてどういうことが気になったとか、分からないとことかちょっと聞き出しつつ、私がいち看護師として課題とも思っていることを説明して訪問先に向かう
	学生間で学ばせる	<ul style="list-style-type: none"> 医学生も来てたんです。医師の卵、看護師の卵としてのそれぞれの視点で意見を交わすカンファの場とかもあって
	学生との意見交換をする	<ul style="list-style-type: none"> 病院だったらこうなのっていう視点をもらうことで、家ではこういう風に考えるんだよって。治療に主軸を置いていた時よりも考え方とか行動パターンが違うって話ができたりする
終末期にある利用者・家族の思いを	学生が利用者・家族と話せるよう動く	<ul style="list-style-type: none"> まったく蚊帳の外にならないように話を振ってみたりします 末期を見たいっていうんだけど、なかなかぐったりしてい

理解させる		る方を目の前にして、「あーどうしたらいいんでしょう」って。本人が話せない場合は家族に聞いたりだとか、もちろん私たちに聞いてもらってもかまわないって言う。
	利用者・家族の学生に対する気持ちを伝える	・バイタル測るときに一言もしゃべらなかつたけど、学生に手を出したってことはあなたを受け入れて血圧を測らせてくださったんですよって。その重大さとか、深さっていうの。そういうのを知ってもらおうようにしてる
	在宅にいる意味を考えさせる	・障子の張替の音がする中での療養、自分は動けないけど漬物の指示を娘に出しながらの療養ってことについて考えてもらっている

表 2. 訪問看護師からみた学習の評価

カテゴリー	サブカテゴリー	代表コード
在宅終末期ケアの実際を見る	同行訪問時の現状を見る	・現状を見るのでいっぱいいっぱい。 ・ああこんな人もいるんだなって感じ
	ケアのポイントまでは理解されていない	・あんまり（学生は）反応しないですね。在宅は自分たちが選んでいくっていうところなんですけど、そこがあんまり理解できない ・これだからこの薬飲んでるってまでは、深くは分かってない。浅く広く。
	在宅でのケア上の工夫に気づく	・ケアグッズの工夫みたいなのはいつも（学生は）びっくりしているみたいです ・状態が良くないけど、心地よい生活を送っていただくための清潔ケアとかも家ならではの工夫を目の当たりにして、工夫があるんだっていう気づきができる
在宅終末期におけるケアの内容がわかる	コミュニケーションの新たな気づき	・スタッフの話しかたひとつで患者さんの意思決定に影響するっていうことはよく記録で書いてきます
	病院での看護の違いを考える	・何が何でも治療じゃないって、生活ありきってところ ・少なくとも私たちのケアの意図っていうのは学べている
	在宅での終末期の考え方を知る	・終末期となると、本人の意見を尊重して、いろんなサービスを利用して過ごす
	在宅での終末期のチームケアがわかる	・家ではこういう生活してて、周りの人とか地域の人とか、先生とかケアマネとかヘルパーとかとこうやって実際にやっているんだというのは分かっているんだと思う
	家族へのケアがわかる	・意思決定で、こう決めたからこうっていうのも、家族が揺らぐのに付き合うっていうか、柔軟な対応が必要だってことが分かったと思う

実習における学びの限界	実習中に経験できる内容による学びの限界	<ul style="list-style-type: none"> ・グリーフケアについては、受け持ちさんが亡くなって学生さんが一緒に行くということはないので、学べてないと思う ・ステーションの特徴を知るところから始まるので、個別的ケアまでは至らないのが現状では。
	学生の背景による学びの限界	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の事例を仕上げることにいっぱいなので、人が発表している症例は興味をもっていないことが多いように感じる ・アンテナの低い子って、そこはしゃべってるのに聞こえていないことがあるんです。

表 3. 教員への要望・協働できると思うこと

カテゴリー	サブカテゴリー	代表コード
実習で何をどこまで学ばせるかを示してほしい	実習で何を学ばせるかを示してほしい	<ul style="list-style-type: none"> ・実習目標に終末期の文言がないので、明文化するとステーションが意識するかも ・実習目標をはっきり知りたい
	背景が多様な学生にどこまで教えるか示してほしい	<ul style="list-style-type: none"> ・学生さんもいろいろで、どこのレベルまでいけば普通なのかこちらではわかりにくくて、どこら辺まで求めたらいいかわからない
	カリキュラム上、指導が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・実習日数 3 日間で受け持ちはつらい ・3 年次より 4 年次のほうが学べる
在宅終末期を学ぶための事前学習をしてほしい	学生に在宅実習に必要な知識・技術を教えてほしい	<ul style="list-style-type: none"> ・実習に来る前に、これとこれは分かってるよねとかここは読んでおいた方がいいとか、一声かけてくれるといい ・挨拶とマナーかな ・自転車に乗れない子がいるので。交通安全とかは看護とは別に気を使います
	在宅実習の心構えを教えてほしい	<ul style="list-style-type: none"> ・積極性のない学生が多い、主体性を後押ししてほしい ・学生もメンバーとして参加するんだという心構えを持ってきてほしい。単なる見学実習ではないという
	学生なりの「死」を考えてほしい	<ul style="list-style-type: none"> ・末期で何もしないことは悪くないという科学的根拠を知らせてほしい ・死生観を育てるって気持ちを先生にも持ってほしい
教員とよい関係を作りたい	教員と連絡が取れればよい	<ul style="list-style-type: none"> ・連絡が取りやすいほうがいい ・先生とコミュニケーション取れればいいのかな
	ステーションの特徴を知ってもらえているとよい	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期も含めて、先生も現場をのぞけるといいのかな

看護師が指導した内容を学生と振り返ってほしい	看護師の指導内容を整理してほしい	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師がアウトプットした情報をどうやって整理したり理解したりっていうところをしていただけると、実習を受け慣れてない看護師さんにとっては安心して対応できる ・自分がサポートできるかっていうところが心配なので、学生の学びを吸着させるサポートをしてもらえることが分かれば、看護師もいろんなことを思う存分看護を見せることができると思う
	事例の現在・過去・未来をあえて学生に質問してほしい	<ul style="list-style-type: none"> ・あんまり病院だと見えないかもしれないところ、気づきにくいところを刺激してもらったほうがいい。看護師は意思決定のところとかいまさら聞きなおすことはないんだけど、学生は途中から入ってくるので、学生も気にしなくて、もう確認とれてるだろうみたいな。どういう風な過程があったのかっていう、大きなところを先生が改めてちょっと振り返ってもらいたいかな
	その場で完結する指導	<ul style="list-style-type: none"> ・その場で完結できるように指導してくれるのが良い

学習としては、体験したほうが効果がある（塩澤、落合他 3 名：2011）という結果と同意用に、同行訪問した事例に関するケアの意図や考え方などが指導されていた。指導内容は意思決定支援から病状の説明、連携など多岐にわたっていた。また、事例のみの紹介については、事例を話しても学生がイメージしにくいと感じられるので、学生の混乱を招かないように、あえて同行訪問の事例へのケアに集中させているといった意見もあった。

実習指導者が感じる実習指導中の思いについては、「学生がいると緊張する」（近藤ら：2014）という結果と同様に、学年や学生のキャラクター、実習のカリキュラムなどによって、指導内容が制限されるなどが話されている。教員への要望ともつながるが、依頼する訪問看護ステーションに、実習の具体的な到達目標などの提示が必要であることが明らかとなった。

4. 今後の課題

先行研究の在宅終末期看護教育する上での課題は、以下の 5 点が挙げられている。1.療養者・家族・多職種との関わりや制度の理解、他の授業での学習や体験を統合する教育方法を明らかにする研究が必要である。2.多様な実習場所と実習での体験を補完する学習方法を考案する必要がある。3.基礎看護教育において、在宅看護論で何をどの程度まで教育するかを明確にする必要がある。4.在宅における「看取りの看護」の教育方法を検討していく必要がある。5.終末期看護を含めた包括的な緩和ケアの視点が必要である（種市・熊倉：2012）。本結果からは、療養者・家族・多職種のかかわりの実際を理解するという学習成果があること、在宅における看取りの看護の教育方法として、実習では同行訪問前後の事例の振り

返りが有用であることが明らかとなった。一方で、学生の制度に関する理解はできていないこと、在宅看護の実習でどの程度まで教育するか、死生観など終末期看護の包括的な視点をどのように教育するかは、さらにデータの分析を進める必要がある。

5. 研究の成果などの公表予定

本結果の公表は下のようになっている。

- ・日本在宅ケア学会学術集会への演題登録：2019年2月18日まで
- ・日本看護管理学会学術集会への演題登録：2019年4月8日まで
- ・訪問看護と介護への投稿：2019年5月
- ・日本在宅ケア学会への投稿：2019年6月