

Q27. その場合、貴施設では主にだれが対応していますか？（複数回答可）

1. 特に対応は行っていない	4 施設
2. 医師が対応	57 施設
2. 看護師が対応	87 施設
4. 介護職が対応	72 施設
5. 生活相談員が対応	40 施設
6. 他病院の精神科・心療内科等に対応依頼	27 施設
7. その他	8 施設

Q28. 貴施設の終末期入所者の中で、せん妄が出現するケースはどのくらいですか？

平均 12.6% (SD±20.9)

Q29. その場合、貴施設では主にだれが対応していますか？（複数回答可）

1. 特に対応は行っていない	2 施設
2. 医師が対応	47 施設
3. 看護師が対応	85 施設
4. 介護職が対応	71 施設
5. 生活相談員が対応	42 施設
6. 他病院の精神科・心療内科等に対応依頼	27 施設
7. その他	6 施設

Q30. 貴施設で死亡した入所者の中で、鎮静(Deep Sedation:呼びかけに応じない程度に薬剤を用いて意識レベルを深く低下させる)を必要とした者の割合はどのくらいですか？

合計 119 施設

1. 5%未満	117
2. 5-10%未満	1
3. 10-20%未満	0
4. 20-30%未満	0
5. 30%以上未満	1

Q31. あなたは終末期医療の普及に関し、どのようなことを充実させていくべきだとお考えですか？（複数回答可）

1. 終末期医療に従事する医療従事者の確保	54
2. 医師・看護師等医療従事者や、介護施設職員に対する、卒然・卒後教育や生涯研修の充実	81
3. 研究活動の推進	8
4. 患者、家族への相談体制の充実	83
5. 在宅医療で十分な終末期医療が行えるような体制づくり	75
6. 緩和ケア病棟の設置と拡充	43
7. 一般病棟において十分な終末期医療が行えるような体制づくり	37
8. 一般市民に対する教育活動	11
9. 意思表示の事前文書などの法的整備	29
10. 終末期医療への経済的評価	25
11. その他	3
12. 特になし	3

Q32-1. あなたは、終末期医療に対して、悩みや疑問を感じた経験がありますか。あなたのお考えに近いものをお選びください。

1. 頻繁に感じる	43 施設
2. たまに感じる	83 施設
3. 感じたことはない	6 施設

Q32-2. 痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている（余命6ヶ月あるいはそれより短いと思われる）入所者の診察や対応に自ら、ないしは医療スタッフが関わって、どんな困難を感じていますか。

1. 本人へ病名、病状の説明をすること	19 施設
2. 痛みをはじめとした症状を緩和すること	60 施設
3. 本人や家族と話し合う時間を持つこと	27 施設
4. 本人や家族のための貴施設内の設備や終末期医療の施設が乏しいこと	78 施設
5. 在宅医療へ移行したくても、体制が十分でないこと	41 施設
6. 延命のための医療を中止すること	30 施設
7. 医療スタッフで意見がわかること	12 施設
8. その他（具体的に）	11 施設
9. 特になし	1 施設

Q33. 終末期入所者（余命6ヶ月あるいはそれより短いと思われる者）の社会・経済的側面についての相談があった時に対応するのは誰ですか。

1. 医師	11
2. 看護師	22
3. 介護職	5
4. 生活相談員	111
5. 特に決まっていない	6
6. その他（ ）	9

Q34. 終末期入所者（余命6ヶ月あるいはそれより短いと思われる者）の中で、貴施設から他病院の緩和ケア病棟やホスピスに紹介するケースはどのくらいありますか？

合計 126 施設

1. 5%未満	112
2. 5・10%未満	3
3. 10・20%未満	1
4. 20・30%未満	2
5. 30%以上未満	8

Q35. 終末期入所者(余命6ヶ月あるいはそれより短いと思われる者)の中で、
貴施設から在宅療養に移行したケースはどのくらいありますか？

合計 127 施設

1. 5%未満	125
2. 5-10%未満	0
3. 10-20%未満	0
4. 20-30%未満	0
5. 30%以上未満	2

Q36. 在宅の終末期入所者(余命6ヶ月あるいはそれより短いと思われる者)
が体調不良のために(再)入所し、その後貴施設にて亡くなるケースは全志望者の
うちのどのくらいですか？

合計 118 施設

1. 5%未満	112
2. 5-10%未満	4
3. 10-20%未満	1
4. 20-30%未満	1
5. 30%以上未満	0

Q37. 最後にあなたが考える「尊厳ある死」とは、次の項目の中でもっともふ
さわしいと思われるものを1つだけお選びください。

1. 最後までできる限りの治療をすること	1
2. 延命処置をしないこと	12
3. 本人が苦痛でないよう緩和をすること	115
4. 家族が納得するまでできる限りの治療をすること	7
5. その他	14

3. 一般病院と特別養護老人ホームとの比較

3. 一般病院と特別養護老人ホームとの比較

①返答率

病院 14% (1000 病院中 140 病院)

特養 29% (500 施設中 145 施設)

②病床数または入所者の定員について

病院 平均 164.50 床 (SD±63.49)

特養 平均 71.1 名 (SD±25.3)

③年間入院患者数または年間新規入所者数について

病院 平均 2248.4 名 (SD±2749.2)

特養 平均 13.8 名 (SD±10.6)

④年間退院患者数または年間退所者数について

病院 平均 1762.1 名 (SD±1411.0)

特養 平均 12.0 名 (SD±7.5)

⑤入院患者の平均在院日数または入所者の平均入居日数について

病院 平均 62.8 日 (SD±151.3)

特養 平均 1542.8 日 (SD±2622.6)

⑥入院患者または入所者のうち、次の疾患をもつ割合について

施設	悪性新生物	脳血管疾患	循環器系疾患	痴呆性疾患
病院	13.6%	28.2%	15.4%	
特養	5.4%	53.9%	34.4%	64.7%

⑦年間死亡退院患者数または年間死亡退所者数について

病院 平均 平均 102.8名 (SD±66.0)

特養 平均 平均 9.9名 (SD±6.6)

⑧死亡患者または死亡退所者のうち、主な基礎疾患が次の疾患である割合について

施設	悪性新生物	脳血管疾患	循環器系疾患
病院	33.0%	23.3%	15.7%
特養	6.6%	31.8%	37.9%

⑨全入院患者または全入所者の中で、終末期（余命 6 ヶ月あるいはそれより短いと思われる時期）の者が占める大体の割合について

	病院(%)	特養(%)
1. 5%未満	47.3	79.2
2. 5・10%未満	42.6	11.5
3. 10・20%未満	5.4	5.4
4. 20・30%未満	3.9	2.3
5. 30%以上未満	1.0	1.5

⑩終末期（余命 6 ヶ月あるいはそれより短いと思われる時期）の入院患者本人または入所者本人への病名告知の達成率ほどの程度でしょうか？

	病院(%)	特養(%)
1. 10%未満	23.5	95.3
2. 10・20%未満	5.9	2.3
3. 20・30%未満	7.4	1.0
4. 30・40%未満	14.0	1.0
5. 40・60%未満	12.5	0
6. 60・80%未満	12.5	0
7. 80・100%未満	22.1	0
8. 100%	2.2	1.0

⑪終末期（余命 6 ヶ月あるいはそれより短いと思われる時期）の入院患者または入所者の家族への病名告知の達成率について

	病院(%)	特養(%)
1. 10%未満	1.0	13.0
2. 10-20%未満	1.0	2.3
3. 20-30%未満	0	1.5
4. 30-40%未満	0	0
5. 40-60%未満	1.0	1.5
6. 60-80%未満	2.2	2.3
7. 80-100%未満	18.4	18.3
8. 100%	77.2	61.1

⑫全体としてみて、患者または入所者が治る見込みがない病気に罹患した場合、その病名や病気の見通し（治療期間、余命）について、まずどなたに説明するかについて

	病院(%)	特養(%)
1. 必ずはじめに患者本人に説明する	3.7	0
2. 状況を見て、患者か家族かどちらかに説明する	51.5	9.4
3. 家族に説明する	41.0	87.7
4. 患者と家族同時に説明する	3.7	1.4
5. わからない	0	1.4

⑬終末期（余命 6 ヶ月あるいはそれより短いと思われる時期）の入院患者または入所者本人への余命告知の達成率はどの程度であるかについて

	病院(%)	特養(%)
1. 10%未満	48.5	97.7
2. 10-20%未満	8.8	0
3. 20-30%未満	11.8	1.0
4. 30-40%未満	6.6	1.0
5. 40-60%未満	7.4	0
6. 60-80%未満	7.4	0
7. 80-100%未満	8.1	0
8. 100%	1.5	1.0

⑭終末期（余命 6 ヶ月あるいはそれより短いと思われる時期）の入院患者または入所者の家族への余命告知の達成率はどの程度であるかについて

	病院(%)	特養(%)
1. 10%未満	1.0	11.5
2. 10-20%未満	0	2.3
3. 20-30%未満	1.5	0
4. 30-40%未満	1.5	0
5. 40-60%未満	3.7	1.5
6. 60-80%未満	3.7	4.6
7. 80-100%未満	34.8	16.9
8. 100%	54.1	63.1

⑮全入院患者または入所者の中で、最終末期（余命 1 ヶ月以内と思われる時期）の者が占めるだいたいの割合について

	病院(%)	特養(%)
1. 5%未満	75.6	94.4
2. 5-10%未満	19.3	4.0
3. 10-20%未満	5.2	1.0
4. 20-30%未満	0	1.0
5. 30%以上未満	0	0

⑯全体として、入院患者または入所者が治る見込みがない病気に罹患した場合、その治療方針またはケアを決定するにあたり、まずどなたの意見を聞くかについて

	病院(%)	特養(%)
1. まず患者本人の意見を聞く	9.0	0
2. 状況を見て、患者か家族かどちらかの意見を聞く	60.4	35.0
3. まず家族の意見を聞く	30.6	64.2
4. 患者本人、家族ともに意見を聞かない	0	0
5. わからない	0	1.0

⑰致死的な疾患した終末期(余命6ヵ月あるいはそれより短いと思われる時期)の入院患者または入所者に、その後の治療について抗がん剤治療などの「積極的な治療」を目指すか、または「緩和ケア」に徹するかなど、治療方針を確認するケースはどのくらいかについて

	病院(%)	特養(%)
1. 10%未満	23.5	58.8
2. 10-20%未満	9.6	2.2
3. 20-30%未満	5.9	2.9
4. 30-40%未満	7.4	1.5
5. 40-60%未満	16.2	1.5
6. 60-80%未満	12.5	2.2
7. 80-100%未満	13.2	8.0
8. 100%	11.8	17.6

⑱致死的な疾患した終末期（余命6ヵ月あるいはそれより短いと思われる時期）の入院患者または入所者の家族に、その後の治療について抗がん剤治療などの「積極的な治療」を目指すか、または「緩和ケア」に徹するかなど、治療方針を確認するケースは全終末期患者または入所者のうちのどのくらいですかについて

	病院(%)	特養(%)
1. 10%未満	5.9	27.1
2. 10-20%未満	1.0	1.6
3. 20-30%未満	1.5	0
4. 30-40%未満	1.0	1.0
5. 40-60%未満	8.1	2.3
6. 60-80%未満	5.1	2.3
7. 80-100%未満	32.3	11.6
8. 100%	45.6	54.3

⑲致死的な疾患に罹患した入院患者または入所者の最終末期（余命1ヶ月以内と思われる時期）に、延命処置（心臓マッサージ、気管内挿管、気管切開、人工呼吸器の装着、昇圧剤投与などの医療行為）を行うケースはどのくらいを占めるかについて

	病院(%)	特養(%)
1. 10%未満	62.2	77.0
2. 10-20%未満	11.9	4.8
3. 20-30%未満	6.7	1.6
4. 30-40%未満	5.2	0.8
5. 40-60%未満	8.1	4.8
6. 60-80%未満	3.7	2.4
7. 80-100%未満	1.0	4.0
8. 100%	1.5	4.8

⑳致死的な疾患に罹患した入院患者または入所者の最終末期（余命 1 ヶ月以内と思われる時期）に、延命処置（心臓マッサージ、気管内挿管、気管切開、人工呼吸器の装着、昇圧剤投与などの医療行為）に関する要望を本人に確認するケースについて

	病院(%)	特養(%)
1. 10%未満	71.3	83.7
2. 10-20%未満	9.6	0
3. 20-30%未満	7.4	1.6
4. 30-40%未満	2.2	1.6
5. 40-60%未満	2.9	0
6. 60-80%未満	1.5	0.8
7. 80-100%未満	3.7	1.6
8. 100%	1.5	10.6

㉑致死的な疾患に罹患した入院患者または入所者の最終末期（余命 1 ヶ月以内と思われる時期）に、延命処置（心臓マッサージ、気管内挿管、気管切開、人工呼吸器の装着、昇圧剤投与などの医療行為）に関する要望を、その患者または入所者の家族に確認するケースはどのくらいですか？

	病院(%)	特養(%)
1. 10%未満	2.9	77.7
2. 10-20%未満	1.5	4.8
3. 20-30%未満	1.5	1.6
4. 30-40%未満	1.5	0.8
5. 40-60%未満	5.1	4.8
6. 60-80%未満	2.9	2.4
7. 80-100%未満	36.0	4.0
8. 100%	48.5	4.8

㊸終末期（余命 6 ヶ月あるいはそれより短いと思われる時期）の入院患者または入所者の中で、治療を必要とするような痛みが出現するケースについて

病院 平均 49.2% (SD±28.4)

特養 平均 5.2% (SD±11.4)

㊹その場合、痛みの治療にモルヒネを使用する割合は、痛みが出現した終末期患者または入所者の割合について

病院 平均 77.0% (SD±29.6)

特養 平均 3.5% (SD±12.3)

㊺終末期（余命 6 ヶ月あるいはそれより短いと思われる時期）の入院患者または入所者の中で、抑うつ・不安などの精神症状が出現するケースの割合について

病院 平均 47.0% (SD±27.3)

特養 平均 11.2% (SD±18.1)

㊻終末期（余命 6 ヶ月あるいはそれより短いと思われる時期）の入院患者または入所者の中で、抑うつ・不安などの精神症状が出現した場合、貴施設では主にだれが対応をするかについて

	病院(%)	特養(%)
1. 特に対応は決まっていない	0.4	1.4
2. 主治医が対応	40.7	19.3
3. 看護師が対応	38.3	29.5
4. コメディカルが対応	12.4	38.0
5. 精神科医・心療内科医が対応	7.1	9.1
6. その他（ ）	1.2	2.7

㊼貴施設の終末期入院患者または入所者の中で、せん妄が出現するケースについて

病院 平均 20.6% (SD±17.6)

特養 平均 12.6% (SD±20.9)

⑳ 貴施設の終末期入院患者または入所者の中で、せん妄が出現した場合、貴施設では主にだれが対応をしているかについて

	病院(%)	特養(%)
1. 特に対応は決まっていない	1.3	0.7
2. 主治医が対応	53.7	16.8
3. 看護師が対応	32.6	30.4
4. コメディカルが対応	3.5	40.4
5. 精神科医・心療内科医が対応	7.5	9.6
6. その他 ()	1.3	2.1

㉑ 貴施設で死亡した入院患者または入所者の中で、鎮静(Deep Sedation: 呼びかけに応じない程度に意識を深く低下させるレベル)を必要とした者の割合はどのくらいかについて

	病院(%)	特養(%)
1. 5%未満	51.5	98.3
2. 5-10%未満	26.5	0.8
3. 10-20%未満	12.1	0
4. 20-30%未満	9.1	0
5. 30%以上未満	0.8	0.8

㊤あなたは終末期医療の普及に関し、どのようなことをじゅうじつさせていくべきだとお考えですか？

	病院(%)	特養(%)
1. 終末期医療に従事する医療従事者の確保	11.1	11.9
2. 医師・看護師等医療従事者や、介護施設職員に対する、卒然・卒後教育や生涯研修の充実	15.3	17.9
3. 研究活動の推進	1.9	1.8
4. 患者、家族への相談体制の充実	12.2	18.4
5. 在宅医療で十分な終末期医療が行えるような体制づくり	15.8	16.6
6. 緩和ケア病棟の設置と拡充	6.8	9.5
7. 一般病棟において十分な終末期医療が行えるような体制づくり	10.2	8.2
8. 一般市民に対する教育活動	7.1	2.4
9. 意思表示の事前文書などの法的整備	7.3	6.4
10. 終末期医療への経済的評価	11.4	5.5
11. その他	0.9	0.7
12. 特になし	0	0.7

㊤あなたは、終末期医療に対して、悩みや疑問を感じた経験がありますか。あなたのお考えに近いものをお選びください。

	病院(%)	特養(%)
1. 頻繁に感じる	47.0	32.6
2. たまに感じる	49.3	62.9
3. 感じたことはない	3.7	4.5

㊦痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている（余命 6 ヶ月あるいはそれより短いと思われる）患者の診察に自らが関わって、どんな困難を感じていますか。

	病院(%)	特養(%)
1. 本人へ病名、病状の説明をすること	24.1	6.8
2. 痛みをはじめとした症状を緩和すること	12.8	21.5
3. 本人や家族と話し合う時間を持つこと	13.1	9.7
4. 本人や家族のための病院内の設備や終末期医療の施設が乏しいこと	20.3	28.0
5. 在宅医療を実施したくても、体制が十分でないこと	17.6	14.7
6. 延命のための医療を中止すること	5.2	10.8
7. 医療チームで意見がわかれること	3.8	4.3
8. その他（具体的に）	2.4	3.9
9. 特になし	0.7	0.4

㊧終末期患者または入所者（余命 6 ヶ月あるいはそれより短いと思われる患者）の社会・経済的側面についての相談があった時に対応するのは誰ですか。

	病院(%)	特養(%)
1. 主治医	25.5	6.7
2. 看護師	11.2	13.4
3. ソーシャルワーカーまたは介護職	41.3	3.0
4. 病院事務員または生活相談員	15.3	67.7
5. 特に決まっていない	6.6	3.7
6. その他（ ）	0	5.5

㉔終末期入院患者または入所者（余命 6 ヶ月あるいはそれより短いと思われる患者）の中で、貴施設から他院の緩和ケア病棟やホスピスに紹介するケースはどのくらいあるかについて

	病院(%)	特養(%)
1. 5%未満	82.8	88.9
2. 5-10%未満	11.2	2.4
3. 10-20%未満	3.0	0.8
4. 20-30%未満	3.0	1.6
5. 30%以上未満	0	6.3

㉕終末期入院患者または入所者（余命 6 ヶ月あるいはそれより短いと思われる患者）の中で、貴施設から在宅療養に移行したケースはどのくらいありますかについて

	病院(%)	特養(%)
1. 5%未満	71.0	98.4
2. 5-10%未満	16.0	0
3. 10-20%未満	6.1	0
4. 20-30%未満	3.8	0
5. 30%以上未満	3.1	1.6

㉖在宅の終末期患者または入所者（余命 6 ヶ月あるいはそれより短いと思われる患者）が体調不良のために（再）入院または入所し、その後貴施設にて亡くなるケースは全死亡者のうちのどのくらいあるかについて

	病院(%)	特養(%)
1. 5%未満	44.6	94.9
2. 5-10%未満	18.8	3.4
3. 10-20%未満	12.5	0.8
4. 20-30%未満	14.3	0.8
5. 30%以上未満	9.8	0

㊦最後に、あなたが考える「尊厳ある死」とは、次の項目の中でもっともふさわしいと思われるものについて

	病院(%)	特養(%)
1. 最後まで、できうる限りの治療をすること	3.1	0.7
2. 延命処置をしないこと	6.9	8.1
3. 本人が苦痛でないよう緩和をすること	71.5	77.2
4. 家族が納得するまで、できうる限りの治療すること	4.6	4.7
5. その他	13.8	9.4

厚生労働科学研究費補助金 (効果的医療技術の確立推進臨床研究事業)
分担研究報告書

尊厳ある死

ホスピス緩和ケアの役割とその普及－教育的視点から考える－

分担研究者 松島たつ子 ピースハウス病院ホスピス教育研究所所長

研究要旨 「尊厳ある生、そして死を迎えるプロセス(過程)」を支援するホスピス緩和ケアの普及に関して教育的視点から検討するため、当ホスピス教育プログラム受講者への質問紙調査を行った。受講者の多くは自施設における緩和ケアの実践を十分な段階に至っていないと評価しており、実践に必要なものとして「基礎的な知識」「緩和ケアの理解」が上位に上げられた。今後学びたいテーマとしては「疼痛マネジメント」や「患者心理の理解とそのケア」が上位を占め、ケアの実践の程度や経験年数に応じたプログラムの検討の必要性が確認された。同時に、専門職への教育だけでなく、広く一般社会への教育的働きかけの重要性が示唆された。

A. 研究目的

尊厳ある死に対する関心が高まる中、終末期にある人への全人的なケアを目指す「ホスピス緩和ケア」は世界中に広がり、わが国でもホスピス緩和ケア病棟が急速に増加している。また、緩和ケアチームのコンサルテーション活動に対しても診療報酬が支払われるようになり、一般病棟で療養する患者に対して、また、終末期だけでなく、治療の段階から緩和ケアが提供されるようになりつつある。しかし、実際にはホスピス緩和ケアを受けて最期を迎える患者はごく一部に限られているのが現状である。その原因の一つとして、ケアに従事する者の教育の遅れがあげられる。ホスピス緩和ケアの先駆者としてケアを実践している専門病棟は、モデルとなるような臨床実践を示すとともに、地域の医療福祉関係者に対して教育を提供し、地域におけるケアのネットワーク化を進め、地域全体でのケアの質の向上に貢献していくことが重要な役割と考える。

そこで、本研究においては、日本初の独立型ホスピスとして開設されたピースハウスホスピスに併設されたホスピス教育研究所主催の教育プログラム参加者の各施設における緩和ケアの実践の状況や教育に対するニーズを調査し、ホスピス緩和ケアの普及について教育的視点から検討する。

B. 研究方法

2004年9月から11月の期間に開催されたホスピス緩和ケア講座を受講した128名、緩和医療研究会参加者42名、および2002年度から2004年度前期までにピースハウスホスピスで緩和ケア

の研修をした30名、合計200名を対象とした。対象者の自施設における緩和ケアの実践状況、実践において必要なこと、今後学びたい学習テーマ、緩和ケアの普及のために必要と思うことなどについて無記名・自記式質問紙調査を実施した。

(倫理面への配慮) 調査依頼にはその目的を明記、無記名による回答とし、データの解析には個人が特定されないよう配慮した。

C. 研究結果

182名から回答が得られ(回収率91.0%)、回答者の属性は、20~30代が64%、女性が90%を占め、一般病棟勤務が57%で、緩和ケア病棟や緩和ケアチームに所属している者は12%であった。職種は78%が看護師で、専門職としての経験年数は10年未満が54%であった。

緩和ケアの実践

自施設での緩和ケアの実践程度については、「話題にもなっていない」が7.4%、「考えているがまだ実践していない」が17.1%、「事例に応じて時々実践している」が34.9%、「実践しているが充分ではない」が33.1%、「実践している」7.4%であった。

自施設での緩和ケアの実践において必要と思うこと(複数回答可)については、「症状マネジメントの基本など、基礎的な知識」をあげた者が最も多く(73.6%)、次いで「緩和ケアについての理解」(67.6%)「スタッフの問題意識」(52.2%)が続いた。

実践の程度を3つのレベル(1. 緩和ケアを実

践していない、2. 事例に応じて実践している、3. 実践している)に分けて、実践の程度と必要と思うこととの関係のみてみると、実践の未熟なところでは「緩和ケアについての理解」の必要をあげるものが多かった。一方、実践が成熟しているところでは、「ケア評価」の必要性をあげるものが多かった。経験年数を3段階(1. 6年未満、2. 6年以上 10年未満、3. 10年以上)に分けて、経験年数と必要と思うこととの関係のみてみると、経験年数の長い者が、実践に必要なこととして「管理職の理解」、「教育プログラム」「外部組織との連携」を上位にあげていた。

今後学びたいテーマ

自分自身が今後学びたいと思うテーマ(複数回答可)については、「患者の心理の理解とそのケア」が最も多く(62.1%)、次いで「疼痛マネジメント」(55.5%)「精神症状マネジメント」(45.1%)が続いた。

実践の程度と学びたいテーマとの関係、また、経験年数との関係のみてみると、緩和ケアの実践が未熟なところ、経験年数の短い者において、「患者の心理の理解とそのケア」をあげる者が多かった。

各教育プログラムへの評価

ホスピス緩和ケア講座受講者 122名は、「講座が職場でのケアの実践に役立つと思う点がありますか？」との質問に対して、「非常にある」36%、「ある」62%で、「あまりない」2%であった。緩和医療研究会については全参加者41名中、「役立つと思う点がある」と答えた者が43%、「ある」が57%であった。

緩和医療研究会を通しての地域ネットワーク化の可能性については、95%の者がその可能性を認め、ネットワークへの期待として「緩和ケアについての意見交換や専門家への相談」が最も多くあげられた。

緩和ケア研修受講者の19名は、研修を終えて自施設に戻った今、「研修が現在の職場での活動に役立っていると思う点がありますか？」との質問に、「非常にある」と答えた者が26%、「ある」が69%で、「あまりない」が5%であった。なお、「あまりない」と回答した者は、「学んだことは多くあるが、どのように役立たせていけばよいのか試行錯誤の状態」と付記していた。

研修で学びになった点と今後学びたいテーマとの関係については、研修で学びがあり今後継続して学ぶ必要のないものとしては「緩和ケアの理念」があり、研修で学びがあり今後も継続して

学びたいと思うテーマとしては、「疼痛マネジメント」、「その他の身体症状マネジメント」、「スピリチュアルケア」などがあげられた。一方、研修での学びが十分とはいえ今後学びたいテーマとしては、「精神症状のマネジメント」、「ストレスマネジメント」、「倫理的課題」などがあげられた。

緩和ケアの普及のために必要なこと

今後、緩和ケアがさらに普及していくために必要なこと(複数回答可)については、医師の卒後教育(76.8%)、看護師の卒後教育(74.6%)、が上位を占め、患者(利用者)への情報提供(63.5%)、家族への情報提供(58.0%)、一般への広報活動(40.9%)と続いた。

実践の程度と緩和ケアの普及に必要なこととの関係については、緩和ケアの実践が成熟しているところで、一般への広報活動の必要性を高くあげていた。

D. 考察

以上の結果から各職場での緩和ケアの普及はまだ十分な段階には至っておらず、緩和ケアを広めていく上で、基本的な学びやスタッフの共通理解の重要性が確認された。実践のレベルや経験年数があがると質的な問題への意識、運営や管理的な側面への意識が高まっていることが伺えた。

今後の緩和ケアの教育として、症状マネジメントや心理的な問題を基本テーマとして取上げるとともに、実践の程度や経験年数に応じて、スピリチュアルケア、家族・遺族のケア、倫理的課題など、テーマを広げるとともに、講座形式だけでなく、事例検討やワークショップを導入するなど、学習形態の工夫の必要性が示唆された。

緩和医療研究会を通して地域における緩和ケアネットワークを進めることの可能性が窺え、教育の場を通してケアのネットワーク化を充実させ、地域全体の緩和ケアの質を向上させていくことが期待できると考える。

今後の緩和ケアの普及のためには、専門職のレベルアップとともに、患者・家族に十分な情報が提供され、医療者・患者・家族が協働していくことの重要性、広く一般社会への教育啓蒙活動の重要性が確認された。

E. 結論

尊厳死の問題におけるホスピス緩和ケアの果たす役割を考え、その普及について教育的視点から捉え、教育プログラム参加者に対する質問紙調査の結果を報告した。今回の調査結果を受