

厚生労働科学研究費補助金（第3次対がん総合戦略研究事業）  
分担研究報告書

がん患者のQOLを向上させるための緩和ケアプログラムの開発

分担研究者	森田達也	聖隷三方原病院 緩和支援治療科 部長
研究協力者	田村恵子	淀川キリスト教病院 ホスピス
	井村千鶴	聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター
	市原香織	淀川キリスト教病院 ホスピス
	河 正子	NPO 法人緩和ケアサポートグループ 理事長
	草島悦子	ピースハウス病院 看護部
	坂井さゆり	新潟大学 医学部保健学科 看護学専攻成人・老年・看護学講座 助教授

研究要旨 平成 21 年度までに QOL の構成要件に含まれる心理・社会・スピリチュアルな要素として、「意味や役割を感じられること」「希望をもって生きること」「他者の負担にならないこと」などのスピリチュアルな苦痛に対するケアのプログラムを開発するための基盤研究として、評価法（SpiPas）の開発、ケア方法の収集、教育方法の実証を行った。平成 22～24 年度では、これらを統合したスピリチュアルケアの教育プログラムを作成し、効果を、無作為化比較試験で実証する。平成 23 年度は、概念枠組み、評価法、ケア法からなるテキストブックを作成した。平成 24 年度は、看護師を対象としたスピリチュアルケアのセミナーの無作為化比較試験を行った。合計 84 名の看護師を対象とした。介入群では、対照群に比較して、自信（3.6 4.5 vs. 3.9 4.0,  $P=.002$ ,  $ES=0.75$ ）知識（2.3 2.8 vs. 2.5 2.5,  $P=.018$ ,  $ES=0.48$ ）、無力感（4.2 3.5 vs. 3.9 3.8,  $P=.023$ ,  $ES=0.33$ ）などで改善が認められた。わが国で初めての実証的な知見に基づいて作成されたスピリチュアルケアの教育プログラムを検証した。プログラムの開発から実施までを本領域のオピニオンリーダーである看護専門家と共同開発・共同研究を行ったため、今後の普及として、看護師対象の終末期ケア教育として行われている ELNEC や緩和ケア認定看護師のフォローアップ研修など多くの場面で利用することにより、全国への普及が期待される。

#### A. 研究目的

平成 16～18 年度までに、終末期がん患者の QOL（Quality of Life）をあきらかにした。QOL の構成要件には、心理・社会・スピリチュアルな要素が多くを占めていることが分かった。QOL の構成要件に含まれる心理・社会・スピリチュアルな要素とは、「意味や役割を感じられること」「希望をもって生きること」「他者の負担にならないこと」「家族との良好な関係」「自立していること」「人として尊重されること」「人生を全うしたと感じられること」「信仰に支えられること」「死を意識しないで過ごすこと」「自尊心を保つこと」「他者に感謝し心の準備ができること」であった。

平成 19～21 年度には、スピリチュアルな苦

悩に対するケアのプログラムを開発するための基盤研究として、1) 評価法を開発する、2) 患者から見て役に立つケア方法を収集する、3) 医療者対象の教育方法の有効性を実証することを行った。評価法の開発では、患者のスピリチュアルな苦痛をアセスメントできる評価方法である SpiPas をがん患者で施行して評価した。終末期がん患者 253 症例のうち、98%（248 例）で実施可能であった。所要時間は  $24 \pm 14$  分で、看護師から見た有用性は「とても役に立つ・役に立つ・少し役に立つ」87%、負担は「全く負担にならない・負担にならない・あまり負担にならない」77%であった。189 例からスピリチュアルペインを支えるものが抽出できた。

ケア法の収集では、終末期がん患者 69 名を

含むがん患者 89 名に構造化面接を行い、「スピリチュアルな苦痛を和らげることに役立つこと」を収集し内容分析を行った。すべての精神的苦悩に共通する 5 つの方策に加えて、8 つの苦悩それぞれに対して、「理由を見出して受け入れる」、「宗教・人間を超えたものに支えを見出す」、「生命の長さではなくどう生きるかに焦点を当てる」、「伝えてのこしたいことをのこしておく」、「実現可能な新しい目標を見つける」、「先のことは考えずに今のことに集中する」、「できることではなく自分の存在に価値があると思う」など 38 の特異的な方策が抽出された。また、スピリチュアルケアの専門家 45 名に面接し、100 事例のケア経験を収集した。苦悩の内容別のケアは、「苦悩をもつ患者へのケア提供者の意識の向け方」と「患者やその環境に働きかける行為」の 2 カテゴリーに分けられた。どの苦悩にも共通するケアのカテゴリーとして、コミュニケーションに関わる内容があがった。また、ケア提供者の基本的態度・考え方として「人間への信頼と敬意」「医療者本位への自戒」「尊厳ある日常生活の保持」「自律性の尊重」等のカテゴリーが示された。

教育法では、41 名の看護師を対象とした waiting list control による無作為化比較試験を行い、教育プログラム群で、自信、Self-reported practice scales、助けようとする意志 (Willingness to help)、前向きな評価 (Positive appraisal)、無力感、総合的な燃え尽きなどが有意に改善した。

平成 23 年度には、収集したスピリチュアルケアに関する知見を集約し、わが国ではじめての、実証研究に基づいたスピリチュアルケアのテキストブックを作成した。

本年度は、テキストを用いた看護意を対象としたスピリチュアルケアのセミナーを行い、効果を評価した。

## B. 研究方法

全国の緩和ケアに関わる看護師を対象とした 2 日間のインタラクティブワークショップの効果を評価する waiting list control を用いた無作為化比較試験を行った。

看護師の適格基準は、1) 看護経験が 3 年以上、2) 年間にケアする終末期がん患者が 50 名以上、3) 病棟で勤務しているもの、とした。

ワークショップは、講義、グループワーク、ロールプレイを含む参加型の構成として、14 名のファシリテーターがファシリテーターマ

ニユアルを作成して行った。

研究開始前、2 か月後、4 か月後に調査票を送付して回収した。調査項目は、先行研究で信頼性、妥当性、介入に対する感度が確認されている、自信、Self-reported practice scales、態度：助けようとする意志 Willingness to help、前向きな評価 Positive appraisal、無力感、総合的な燃え尽きを評価した。

(倫理面への配慮)

全ての研究において、ヘルシンキ宣言にのっとり倫理委員会の承認を得て実施された。

## C. 結果

申し込みのあった 406 名から適格基準をみたす看護師を無作為に選択し合計 84 名の看護師を対象とした。無作為に 42 名ずつ 2 群に割り付けた。2 名が 1 回目のセミナーを 6 名が 2 回目のセミナーを欠席したため合計 76 名を解析対象とした。

介入群では、対照群に比較して、自信 (3.6 4.5 vs. 3.9 4.0,  $P=.002$ ,  $ES=0.75$ )、知識 (2.3 2.8 vs. 2.5 2.5,  $P=.018$ ,  $ES=0.48$ )、無力感 (4.2 3.5 vs. 3.9 3.8,  $P=.023$ ,  $ES=0.33$ ) などで改善が認められた。

## D. 考察

看護師を対象とした実証研究に基づくスピリチュアルケアセミナーは看護師の自信、知識、無力感の改善に有用であることが示唆された。

## E. 結論

わが国で初めての実証的な知見に基いて作成されたスピリチュアルケアの教育プログラムを検証した。

プログラムの開発から実施までを本領域のオピニオンリーダーである看護専門家と共同開発・共同研究を行ったため、今後の普及として、看護師対象の終末期ケア教育として行われている ELNEC や緩和ケア認定看護師のフォローアップ研修など多くの場面で利用することにより、全国への普及が期待される。

## F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1. Yamagishi A, Morita T, et al: Providing

- palliative care for cancer patients: The views and exposure of community general practitioners and district nurses in Japan. *J Pain Symptom Manage* 43(1): 59-67, 2012.
2. Morita T, et al: A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care* 11(1): 2, 2012.
  3. Igarashi A, Morita T, et al: A scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan: A potential new endpoint of cancer care. *J Pain Symptom Manage* 43(2): 218-225, 2012.
  4. Yamaguchi T, Morita T, et al: Longitudinal follow-up study using the distress and impact thermometer in an outpatient chemotherapy setting. *J Pain Symptom Manage* 43(2): 236-243, 2012.
  5. Akechi T, Morita T, Uchitomi Y, et al: Good death in elderly adults with cancer in Japan based on perspectives of the general population. *J Am Geriatr Soc* 60(2): 271-276, 2012.
  6. Yamagishi A, Morita T, et al: Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey. *J Pain Symptom Manage* 43(3): 503-514, 2012.
  7. Nakazawa Y, Morita T, et al: The current status and issues regarding hospital-based specialized palliative care service in Japanese regional cancer centers: A nationwide questionnaire survey. *Jpn J Clin Oncol* 42(5): 432-441, 2012.
  8. Sato K, Morita T, et al: Family member perspectives of deceased relatives' end-of-life options on admission to a palliative care unit in Japan. *Support Care Cancer* 20(5): 893-900, 2012.
  9. Akiyama M, Morita T, et al: Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. *Support Care Cancer* 20(5): 923-931, 2012.
  10. Choi JE, Morita T, et al: Making the decision for home hospice: perspectives of bereaved Japanese families who had loved ones in home hospice. *Jpn J Clin Oncol* 42(6): 498-505, 2012.
  11. Yamaguchi T, Morita T, Uchitomi Y, et al: Effect of parenteral hydration therapy based on the Japanese national clinical guideline on quality of life, discomfort, and symptom intensity in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 43(6): 1001-1012, 2012.
  12. Ando M, Morita T, Akechi T, et al: Factors in narratives to questions in the short-term life review interviews of terminally ill cancer patients and utility of the questions. *Palliat Support Care* 10(2): 83-90, 2012.
  13. Kizawa Y, Morita T, et al: Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: A modified Delphi method. *Palliat Med* 26(5): 744-752, 2012.
  14. Akechi T, Morita T, et al: Dignity therapy: Preliminary cross-cultural findings regarding implementation among Japanese advanced cancer patients. *Palliat Med* 26(5): 768-769, 2012.
  15. Matsuo N, Morita T, et al: Physician-reported corticosteroid therapy practices in certified palliative care units in Japan: A nationwide survey. *J Palliat Med* 15(9): 1011-1016, 2012.
  16. Ando M, Morita T, Akechi T: Factors in the short-term life review that affect spiritual well-being in terminally ill cancer patients. *J Hosp Palliat Nurs* 12(5): 305-311, 2012.
  17. Kaneishi K, Morita T, et al: Olanzapine for the relief of nausea in patients with advanced cancer and incomplete bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage* 44(4): 604-607, 2012.

18. Yamagishi A, Morita T, et al: Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan. Support Care Cancer 20(10): 2575-2582, 2012.
19. Yoshida S, Morita T, et al: Pros and cons of prognostic disclosure to Japanese cancer patients and their families from the family's point of view. J Palliat Med 15(12): 1342-1349, 2012.
20. Yamaguchi T, Morita T, et al: Recent developments in the management of cancer pain in Japan: Education, clinical guidelines and basic research. Jpn J Clin Oncol 42(12): 1120-1127, 2012.
21. Ando M, Morita T: How to Conduct the Short-Term Life Review Interview for Terminally Ill Patients. Editor by Lancaster AJ, Sharpe O. Psychotherapy New Research. NOVA Science Publishers, US, pp.101-108, 2012.
22. 古村和恵, 森田達也, 他: 市民の緩和ケアに対するイメージの変化. 緩和ケア 22(1): 79-83, 2012.
23. 福本和彦, 森田達也, 他: オピオイド新規導入タイトレーションパスががん疼痛緩和治療に与える影響. 癌と化学療法 39(1): 81-84, 2012.
24. 佐藤泉, 森田達也, 他: 在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーションの遺族評価. 訪問看護と介護 17(2): 155-159, 2012.
25. 井村千鶴, 森田達也, 他: 患者・遺族調査の結果に基づいた緩和ケアセミナーの有用性. ペインクリニック 33(2): 241-250, 2012.
26. 森田達也: 医療羅針盤 私の提言(第50回) 地域緩和ケアを進めるためには「顔の見える関係」を作ることが大切である. 新医療 39(3): 18-23, 2012.
27. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域で行うデスカンファレンスの有用性と体験. 緩和ケア 22(2): 189-194, 2012.
28. 森田達也: がん性疼痛に対する鎮静薬の副作用対策. コンセンサス癌治療 10(4): 192-195, 2012.
29. 森田達也: 緩和ケアチームの活動とOPTIMの成果. Credentials 44: 9-11, 2012.
30. 鄭陽, 森田達也: EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第1回 WHO step オピオイド: 弱オピオイドの使用、WHO step オピオイド: オピオイドの第1選択. 緩和ケア 22(3): 241-244, 2012.
31. 森田達也, 他: 地域対象の緩和ケアプログラムによる医療福祉従事者の自覚する変化: OPTIM-study. Palliat Care Res 7(1): 121-135, 2012.
32. 古村和恵, 森田達也, 他: 迷惑をかけてつらいと訴える終末期がん患者への緩和ケア 遺族への質的調査からの示唆. Palliat Care Res 7(1): 142-148, 2012.
33. 市原香織, 森田達也, 他: 看取りのケアにおける Liverpool Care Pathway 日本語版の意義と導入可能性 - 緩和ケア病棟 2 施設におけるパイロットスタディ. Palliat Care Res 7(1): 149-162, 2012.
34. 森田達也, 他: 地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が地域連携のために同職種・他職種に勧めること. Palliat Care Res 7(1): 163-171, 2012.
35. 森田達也, 他: 在宅緩和ケアを担う診療所として在宅特化型診療所とドクターネットは相互に排他的か?. Palliat Care Res 7(1): 317-322, 2012.
36. 森田達也, 他: 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か?. Palliat Care Res 7(1): 323-333, 2012.
37. 山田博英, 森田達也, 他: 患者・遺族調査から作成した医療者向け冊子「がん患者さん・ご家族の声」. Palliat Care Res 7(1): 342-347, 2012.
38. 前堀直美, 森田達也, 他: 外来患者のがん疼痛に対する保険薬局薬剤師の電話モニタリング・受診前アセスメントの効果. ペインクリニック 33(6): 817-824, 2012.
39. 森田達也: 臨床診断より優れた進行がん患者の予後予測モデル 開発予測モデルの再現性は未確認. MMJ 8(2): 102-103, 2012.
40. 森田達也: 日本ホスピス緩和ケア協会北海道支部第10回年次大会から. 緩和ケア地域介入研究 <OPTIM-study> が明らかにしたこと: 明日への示唆. Best Nurse 23(7): 6-15, 2012.
41. 岩崎静乃, 森田達也, 他: 終末期がん患

- 者の口腔合併症の前向き観察研究. 緩和ケア 22(4): 369-373, 2012.
42. 田村恵子, 森田達也, 他(編集): 看護に活かすスピリチュアルケアの手引き. 青海社, 2012.
  43. 小田切拓也, 森田達也: EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第2回オピオイドのタイトレーション オピオイドの経皮製剤の役割. 緩和ケア 22(4): 346-349, 2012.
  44. 大野友久, 森田達也, 他: 入院患者における口腔カンジダ症に対する抗真菌薬の臨床効果に関する研究. 癌と化学療法 39(8): 1233-1238, 2012.
  45. 今井堅吾, 森田達也: EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第3回 1 オピオイドによる嘔気・嘔吐に対する治療, 2 オピオイドによる便秘に対する治療, 3 オピオイドによる中枢神経症状に対する治療. 緩和ケア 22(5): 428-431, 2012.
  46. 森田達也: 緩和ケア領域における臨床研究: 過去、現在、未来. 腫瘍内科 10(3): 185-195, 2012.
  47. 木下寛也, 森田達也, 他: がん専門病院が地域緩和ケアの向上のために取り組んでいることと課題. 癌と化学療法 39(10): 1527-1532, 2012.
  48. 森田達也: クローズアップ・がん治療施設(28)聖隷三方原病院 腫瘍センター・緩和ケア部門. 臨床腫瘍プラクティス 8(4): 415-417, 2012.
  49. 鄭陽, 森田達也: EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第4回 1. アセトアミノフェンとNSAIDsの役割. 2. 鎮痛補助薬の役割. 3. 腎機能障害のある患者へのオピオイドの使用. 緩和ケア 22(6): 522-525, 2012.
  50. 森田達也: 55 緩和医療 1. 疼痛緩和と終末期医療. 新臨床腫瘍学 改訂第3版. 日本臨床腫瘍学会 編. 南江堂, 673-682, 2012.
  51. 木澤義之, 森田達也, 他: 地域で統一した緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートの評価: OPTIM-study. Palliat Care Res 7(2): 172-184, 2012.
  52. 山本亮, 森田達也, 他: 看取りの時期が近づいた患者の家族への説明に用いる『看取りのパンフレット』の有用性: 多施設研究. Palliat Care Res 7(2): 192-201, 2012.
  53. 森田達也, 他: 地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が最も大きいと体験すること: OPTIM-study. Palliat Care Res 7(2): 209-217, 2012.
  54. 木下寛也, 森田達也, 他: がん専門病院緩和ケア病棟の運営方針が地域の自宅がん死亡率に及ぼす影響. Palliat Care Res 7(2): 348-353, 2012.
  55. 森田達也, 他: 異なる算出方法による地域での専門緩和ケアサービス利用数の比較. Palliat Care Res 7(2): 374-381, 2012.
  56. 森田達也, 他: 患者所持型情報共有ツール「わたしのカルテ」の評価: OPTIM-study. Palliat Care Res 7(2): 382-388, 2012.
  57. 白髭豊, 森田達也, 他: OPTIM プロジェクト前後での病院から在宅診療への移行率と病院医師・看護師の在宅の視点の変化. Palliat Care Res 7(2): 389-394, 2012.
  58. 森田達也, 他: 遺族調査に基づく自宅死亡を希望していると推定されるがん患者数. Palliat Care Res 7(2): 403-407, 2012.
2. 学会発表
1. 森田達也: シンポジウム 12 地域緩和ケア介入研究<OPTIM study>が明らかにしたこと～明日への示唆～ S12-1 OPTIM-study は何を明らかにしたのか?: 5年間の総括. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
  2. 森田達也: シンポジウム 16 緩和ケアにおける介入研究のエビデンス～飛躍のために～ S16-1 緩和ケア領域における介入研究: 最近のレビューと日本の将来. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
  3. 森雅紀, 森田達也, 他: シンポジウム 19 緩和ケアにおける倫理的問題 S19-5 医師はどのように・なぜがん患者に予後を伝える・伝えないのか?. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
  4. 加藤亜沙代, 森田達也, 他: パネルディスカッション7 がんと診断された時からの緩和ケアの実践のために～がん治療と緩和ケアの両立～ PD7-6 質問紙による

- スクリーニングを臨床に組み込んだ化学療法室での緩和ケア：5年間の経験。第17回日本緩和医療学会学術大会。2012.6, 神戸
5. 藤本亘史, 森田達也, 他: フォーラム 1 緩和ケアチームフォーラム F1-4 緩和ケアチームを高める(活動評価): 緩和ケアチームの多施設活動記録調査の結果から。第17回日本緩和医療学会学術大会。2012.6, 神戸
  6. 森田達也: 日本緩和医療学会企画1 アクセプトされる論文の書き方~ Best of Palliative Care Research 2011~ 「緩和ケア領域の研究の進め方・論文の仕上げ方」。第17回日本緩和医療学会学術大会。2012.6, 神戸
  7. 笹原朋代, 森田達也, 他: 緩和ケアチームへの依頼内容と活動実態に対する多施設調査。第17回日本緩和医療学会学術大会。2012.6, 神戸
  8. 佐藤一樹, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟で提供される終末期がん医療の施設間差と施設背景の関連: 多施設診療記録調査。第17回日本緩和医療学会学術大会。2012.6, 神戸
  9. 佐藤一樹, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟で提供される終末期がん医療の施設間差による緩和ケアの質評価への影響。第17回日本緩和医療学会学術大会。2012.6, 神戸
  10. 山口崇, 森田達也, 内富庸介, 他: ガイドラインに基づいた進行がん患者に対する輸液療法の影響に関する観察研究。第17回日本緩和医療学会学術大会。2012.6, 神戸
  11. 秋月伸哉, 森田達也, 他: OPTIM 介入前後での緩和ケアチーム活動の変化。第17回日本緩和医療学会学術大会。2012.6, 神戸
  12. 宮下光令, 森田達也, 他: 日本の医師の緩和ケアに関する知識に関連する要因: 多変量解析による検討。第17回日本緩和医療学会学術大会。2012.6, 神戸
  13. 小田切拓也, 森田達也, 他: 後ろ向き研究による、ホスピス入院患者における腫瘍熱と感染の鑑別に寄与する因子の同定。第17回日本緩和医療学会学術大会。2012.6, 神戸
  14. 秋月伸哉, 森田達也, 他: 地域緩和ケアチーム活動の実態報告 OPTIM 研究。第17回日本緩和医療学会学術大会。2012.6, 神戸
  15. 厨芽衣子, 森田達也, 明智龍男, 他: 高齢がん患者のニードをもとにした身体症状緩和プログラムに関する研究。第17回日本緩和医療学会学術大会。2012.6, 神戸
  16. Morita T: Research topics in challenging areas: how to find better practice? Taiwan Academy of Hospice Palliative Medicine, 2012 International Academic Research workshop. 2012.7, Taiwan
  17. Morita T: Development of clinical guidelines in Japan: interpreting evidence meaningfully to clinical practice. 台湾安寧緩和醫學學會。2012.7, 台湾
  18. 森田達也: がん対策基本法後の緩和ケアの進歩と今後の方向性。地域単位の緩和ケアを向上するために私たちが次にすべきこと: OPTIM-study からの示唆。第10回日本臨床腫瘍学会学術集会。2012.7, 大阪
  19. 森田達也: 招待講演 2 緩和医学における最近の知見と臨床疫学の基礎。第6回日本緩和医療薬学会年会。2012.6, 神戸
  20. 大坂巖, 森田達也, 他: パス討論 緩和医療連携。第19回日本医療マネジメント学会静岡支部学術集会。2012.8, 沼津
  21. 森田達也: 緩和ケアをつなぐ革新的実践と研究について~大型研究プロジェクト(OPTIM)の経験から~。第17回聖路加看護学会学術大会。2012.9, 東京
  22. 森田達也: 招待講演 2 緩和医学における最近の知見と臨床疫学の基礎。第6回日本緩和医療薬学会年会。2012.10, 神戸
  23. 森田達也: 招請講演 12 緩和治療の最新のエビデンスと実践。日本臨床麻酔学会第32回大会。2012.11, 福島
- H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)
1. 特許取得  
なし。
  2. 実用新案登録  
なし。
  3. その他  
特記すべきことなし。