

201305028A

厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別研究事業報告書

人生の最終段階における医療にかかる相談員の

研修プログラム案を作成する研究

(課題番号：H25-特別-指定-036)

H25年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 鳥羽 研二

平成26年(2014) 3月

研究報告書表紙

厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別研究事業

人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修プログラム案を作成する研究

平成25年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 鳥羽 研二

平成26（2014）年 3月

研究組織

鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター	病院長
三浦 久幸	国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部	部長
西川 満則	国立長寿医療研究センター 呼吸器科	医師
小野沢 滋	北里大学病院 患者支援センター部	トータルサポートセンター長
尾藤 誠司	東京医療センター臨床研究センター臨床疫学研究室	室長
木澤 義之	神戸大学内科学系講座先端緩和医療学分野	特命教授
樋口 範雄	東京大学大学院法学政治学研究科	教授
清水 哲郎	東京大学大学院人文社会系研究科死生学	教授

研究協力者

町屋 晴美	国立長寿医療研究センター 看護部	看護部長
横江 由理子	国立長寿医療研究センター 看護部	緩和ケア認定看護師
新田 國夫	新田クリニック	院長
鈴木 央	鈴木内科医院	院長
早坂 由美子	北里大学病院患者支援センター部	
田村 恵子	京都大学医学系研究科人間健康科学系専攻	がん看護専門看護師
宮下 光令	東北大学大学院医学系研究科保健学専攻	教授
森田 達也	聖隷三方原病院 緩和支援治療科	部長

別添3	研究要旨	-----	1
	研究目的と必要性、特色、独創的な点		
	研究方法	-----	2
	研究分担流れ図		
別添4	分担研究報告書		
	結果（資料1～10）		
	資料1）厚生労働省	-----	3
	資料2）第1回班会議資料	-----	3- 6
	資料3）相談員教育プログラム 項目と時間配分（案）	-----	7
	資料4）班会議資料	-----	8- 21
	資料5）第1回班会議議事	-----	22- 52
	資料6）項目と割振	-----	53- 54
	資料7）相談員研修会シラバスに基づく割振（案）	-----	55- 56
	資料8）統一雛形	-----	57
	資料9）第2回班会議議事	-----	58- 73
	資料10）E－F I L D	-----	74-124

研究要旨

厚生労働省は終末期医療の在り方を検討する中で、平成 19 年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定したが、その普及徹底が十分になされているとは言えない。そのため、平成 26 年度の事業において、看護師、医療ソーシャルワーカー（MSW）、医師等の医療専門職を対象とした終末期医療に関する研修を実施し、現場で終末期医療の相談支援体制を構築するモデル事業を予定されている。本研究では、平成 26 年度の事業において終末期医療の相談員の研修に使用するため、人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修プログラム案を作成することを目的にした。

研修プログラム案作成方法は、平成 25 年 1 月 30 日、2 月 19 日に、国立長寿医療研究センターに於いて、がん、非がん各々の領域で、高齢者医療、緩和ケアの専門家、医療教育の専門家、法律や倫理の専門家であって、看護師、MSW、医師、哲学者、法律家と幅広い領域の専門家が一堂に会して、研修プログラム案を作成した。まず、国立長寿医療研究センターに事務局を設置し、事務局で策定した下位項目に基づいた研修プログラム案のたたき台を作成し、2 回の班会議において、能力ベースの到達目標の設定、シラバスの作成、シラバスに基づいた研究の分担と教育スライド案の作成を行った。

研究プログラム案作成の結果、下位項目にそった事務局研修プログラム案、能力ベースの到達目標（知識 A、知識 B、技能 A、技能 B、技能 C）、シラバスに基づいたレクチャーとロールプレイモジュールを含む相談員の研修スライド案を完成した。

平成 26 年度の事業において終末期医療の相談員の研修に使用するための、法律や倫理にも配慮した人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修プログラム案が作成された。しかし、このプログラム案には以下の 2 つの課題が残された。一つは、対象疾患を問わず未だ日本では実施されていない難しい医療判断におけるコミュニケーションスキルのプログラムを充実させる必要があること、二つ目は、相談員が対象とする意思決定支援の時期によって、プログラム案を修正する必要がある。

研究目的と必要性

厚生労働省は 5 年おきに一般国民に対して終末期医療のあり方に関する意識調査（以下、意識調査）を実施し、終末期医療に関する議論を続け、平成 19 年には「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定した。それから 6 年が経過したが、昨年 6 月の意識調査の結果によれば、「ガイドラインを知らない」、「知っているが特に活用していない」と答えた医師や病院が多く、「職員を対象に終末期医療に関する教育・研修を実施している」と答えた病院が少なく、終末期医療を支援する体制が十分ではないことが判明した。これらを受けて、厚生労働省は平成 26 年度の事業において、看護師、MSW 等の医療専門職を対象とした終末期医療に関する研修を実施し、現場で終末期医療の相談支援体制を構築するモデル事業を予定している。折しも、現在審議中の社会保障制度改革推進法案の中で「人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること（第 6 条の 3）」を政府が行う方針が出されており、その方向性は合致している。

一方で、昨年 8 月 6 日に社会保障制度改革国民会議が提出した報告書の中で「尊厳ある死を視野に入れた『QOD（クオリティ・オブ・デス）を高める医療』」が提言された。QOD とは、患者が本来望んでいた死の姿と実際の死の状況との一致度として定義され、終末期医療の質を評価する有効な指標として 2001 年に米国で提唱されている。2010 年に報告された世界 40 ヶ国の QOD 支援体制に関する研究では、日本は 23 位と決して高くはない評価であった。しかし、これまで日本では QOD に関する研究は十分になされておらず、終末期医療の在り方の議論の俎上にも上っていなかった。

昨年 10 月に国会議員による QOD の在り方についての勉強会が開かれるなど、QOD に関して様々な議論が行われ、関心が高まっている。このため、QOD の有り様を正確に把握し、来年度の終末期医療に関する事業の中に QOD という新しい視点を取り入れる必要が出てきており、このための研究が急がれる。

本研究によって QOD の概念を整理し、これをもとに新しい研修プログラムを作成し、平成 26 年度の事業において終末期医療の相談員の研修に使用する予定である。

特色、独創的な点

QOD を視野に入れた終末期医療の研修プログラムは、日本で今まで作成されたことがない。この点で本研究は、きわめて独創的である。

研究方法

従来、終末期医療に関する研修としては、Peace Project*1や国立長寿医療研究センターにおける看護研修*2などが行われてきた。しかしいずれもquality of death(QOD) *3は考慮されていなかった。本研究は、QODを正しく理解し、QODを取り入れて終末期医療の研修プログラムを作成し直すことを目的としている。

※1 Peace Projectとは、日本緩和医療学会が厚生労働科学研究に基づき日本サイコオンコロジー学会と協力して開発した緩和ケアのための医師の継続教育プログラムで、Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education、「症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム」の略である。

※2 国立長寿医療研究センターは、高齢者医療・在宅医療総合看護研修「高齢者のエンドオブライフケア」において、海外のend-of-life care等に基づいた高齢者の終末期に関する研修を昨年10月に実施した。

※3 QODとは、患者が本来望んでいた死の姿と実際の死の状況との一致度として定義され、終末期医療の質を評価する有効な指標として2001年に提唱されている。

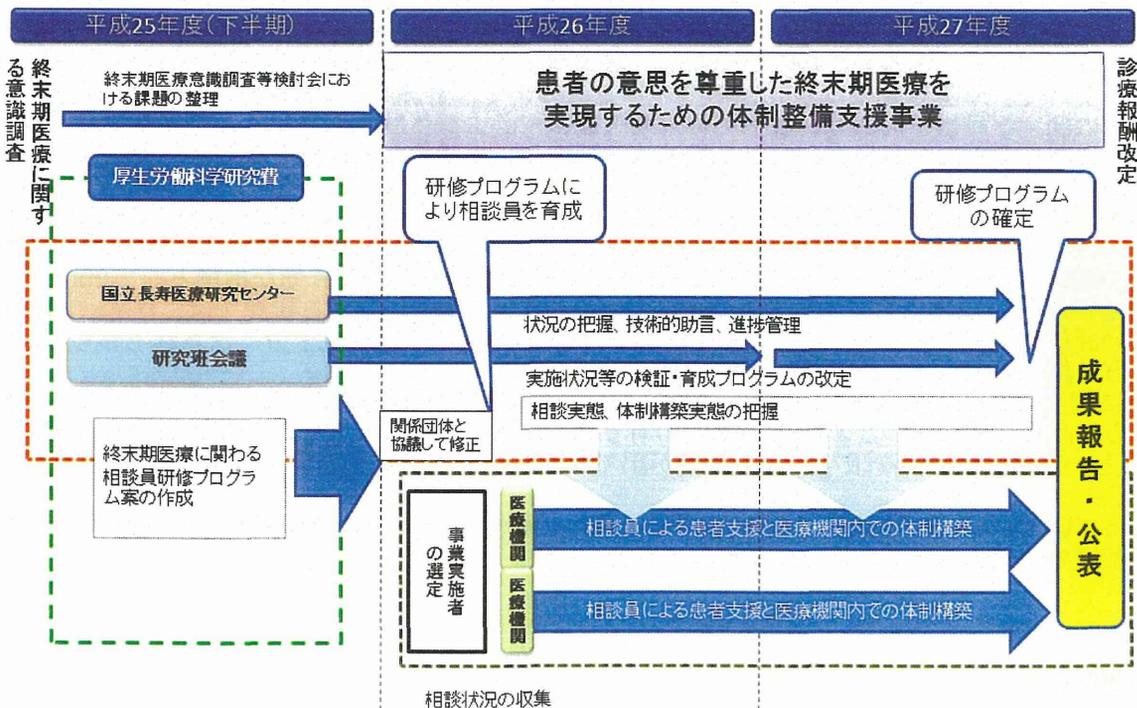
Evaluating the quality of dying and death. Patrick DL, Engelberg RA, Curtis JR, Dep. Of Epidemiology, Univ. of Washington, Seattle, 2001

2010年に世界緩和ケア同盟（仮訳）等が先進国及び新興国40ヶ国でのQODの支援体制を調査した結果、日本は23位と評価された。

The quality of death ranking end-of-life care across the world. David Prall, Chief Executive, Help the Hospice; Co-Chair, Worldwide Palliative Care Alliance, et al, The Economic Intelligence Unit, London, 2010

(倫理面への配慮)

研究分担流れ図



資料1) 厚生労働省

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療を実現するための体制整備支援(平成26年度予算案)

○ 人生の最終段階における医療について、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として、進めることが重要。
 ○ このため、平成19年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をまとめ、周知を図っているが、在宅医療提供者に十分認知されているとは言えない状況である中(平成24年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査)、人生の最終段階における医療に係るより充実した体制整備が強く求められている(産業競争力会議等)。

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療を実現するための体制整備支援事業(仮)

○ 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療を実現するため、医療機関において、患者の人生の最終段階における医療などに関する相談に乗り、必要に応じて関係者の調整を行う相談員の配置や、困難事例の相談などを行うための複数の専門家からなる委員会の設置などを行い、人生の最終段階における医療に係る適切な体制のあり方を検討する。

○ 海外の状況やがんの専門相談員を参考に、相談員の育成プログラムを開発
 ○ 専業実施病院と連携し、相談員の育成の実証
 ○ 各機関からの困難事例の報告等とをとりまとめ、分析し、人生の最終段階における医療における課題を整理

○ 人生の最終段階における医療に関する知見を有する研究機関
 ○ 人生の最終段階における相談員を配置し、患者からの相談に対応すると、必要に応じて関係者の調整を行う
 ○ 人生の最終段階における医療の提供に係る職員に対する研修を実施
 ○ 困難事例等について相談を受け、適切な助言を行うための、複数の専門職種からなる委員会を設置(外部から、法律関係者、業者を含める)
 ○ 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療を実現するための課題等を把握

※ 平成26年度予算においては、このほか、終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインの周知を別添厚生労働省から行う予定。

人生の最終段階における医療にかかる相談員の育成等について

◆ 社会保障制度改革国民会議報告書では、医療の在り方については、医療提供者の側だけでなく、医療を受ける国民の側がどう考え、何を求めるかが大きな要素となっており、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD(クオリティ・オブ・デス)を高める医療」の推進に力を入れる必要があることが提言されている。
 ◆ 一般国民への意識調査の結果によると、人生の最終段階における医療のあり方については、「患者・医師、家族への相談体制の充実」が強く求められている。「終末期医療のあり方に関する意識調査の報告書」(平成22年12月)。
 ◆ このことから、患者が人生の最終段階における医療についての情報や相談を希望する場合、患者のニーズに応じて、人生の最終段階における医療に関する情報提供や意思決定支援、また関係者との調整を行える相談員を養成、配置する必要がある。
 ◆ がん患者については、がん連携拠点病院の相談支援センターにがん専門相談員が配置されており、がんの治療や緩和ケア等の相談に対応しているが、がん患者を急めたすべての患者に対応できる人生の最終段階における医療相談体制を、特に緩和ケアチーム等が配置されていない医療機関に対して構築する必要がある。
 ◆ 人生の最終段階における医療相談員の要件については、適切な情報の提供と説明が実施され、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人の決定を支援するプロセスであることから、看護師、メディカルソーシャルワーカー等で一定の研修を受講した者であることが望ましい。

<p>○ 人生の最終段階における医療にかかる相談員の役割</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の医療、ケアチームととちん人生の最終段階における医療についての情報提供及び意思決定支援。(事前指示書の作成が目的ではない。) 医療内容の決定が困難な場合の倫理委員会の活用と調整、緩和ケアを希望する場合の専門医療機関への紹介。 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成19年5月厚生労働省)の医療機関内への普及活動、等。 	<p>○ 人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修</p> <p>【研修内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」に準拠し、人生の最終段階の病態と緩和ケアに関する法的知識及びカウンセリングスキルやコミュニケーション技能の基本を中心とした専門的知識を学ぶ。 <p>【研修内容の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 目的 ② 人生の最終段階における医療にかかる相談員の位置づけ ③ 倫理委員会の立ち上げ・役割 ④ 厚生労働省の決定プロセスのガイドライン解説 ⑤ 意思決定支援理論(法律的、倫理的側面、海外の動向等) ⑥ 意思決定支援理論(法的、倫理的側面、海外の動向等) ⑦ グループワーク ⑧ 研修振り返り ⑨ 職場に活かすための活動の実践
<p>○ 人生の最終段階における医療にかかる相談員の要件</p> <p>看護師、メディカルソーシャルワーカー等で、一定の研修を受講した者。</p>	

社会保障制度改革国民会議報告書(抄)
 (平成25年9月6日 社会保障制度改革国民会議)

II 医療・介護分野の改革

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(6) 医療の在り方

医療の在り方については、医療提供者の側だけでなく、医療を受ける国民の側がどう考え、何を求めるかが大きな要素となっている。超高齢社会に見合った「地域全体で、治し・支える医療」の射程には、そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることができるように支援すること一すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD(クオリティ・オブ・デス)を高める医療」も入ってこよう。「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療へと転換する中で、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためにも、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要がある。

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(抄)

(医療制度)

第四条

4 政府は、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応した地域包括ケアシステム(地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となつた高齢者又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止を目的とする)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。次項及び同条第二項において同じ。)、を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、次に掲げる事項及び診療報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 病床の機能の分化及び連携並びに在宅医療及び在宅介護を推進するために必要な次に掲げる事項

イ 病院又は診療所(以下このイにおいて「病院等」という。)の管理者が、当該病院等が有する病床の機能に関する情報を、当該病院等の所在地の都道府県知事に報告する制度の創設

ロ イに規定する制度により得られる病床の機能に関する情報等を活用した都道府県による地域の医療提供体制の構築の策定及び必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化その他の当該構築を実現するために必要な方策

ハ 次に掲げる事項に係る新たな財政支援の制度の創設

(1) 病床の機能の分化及び連携等に伴う介護サービス(介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービス)をいう。次条第二項において同じ。の充実

(2) 地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保、医療機関の施設及び設備の整備等の推進

二 医療法人の合併及び権利の移転に関する制度等の見直し

三 地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保及び勤務環境の改善

三 医療従事者の業務の範囲及び業務の実施体制の見直し

5 政府は、前項の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んじられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努めるものとする。

資料2) 1月30日会議

平成25年度厚生労働科学研究費補助金
 (厚生労働科学特別研究事業)

人生の最終段階における医療にかかる
 相談員の研修プログラム案を作成する研究
 (H25-特別-指定-036)

2014年1月30日
 於 国立長寿医療研究センター

H25-特別-指定-036 事務局

本研究班の設立の
 背景と目的

H25-特別-指定-036 事務局

背景(1)

- 2007年、厚生労働省は「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定した。
 - この中で本人の意思決定を尊重する原則が示された。

H25-特別-指定-006 事務局

3

背景(2)

- 2013年、社会保障制度改革国民会議の報告書の中で、病院完結型から地域完結型で Quality Of Death: QODを高める医療を推進し、国民的合意を形成することが提言された。
 - QODとは、2001年米国において、患者が本来望んでいた死の姿と実際の死亡時の状況との一致度として定義され、終末期医療の質を評価する有効な指標の1つとして提唱された。

H25-特別-指定-006 事務局

4

背景(3)

- 現在、審議中の社会保障制度改革推進法案の中で「人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること(第6条の3)」を政府が行う方針が出されている。

H25-特別-指定-006 事務局

5

社会保障制度改革推進法案(医療保険制度)

- 第六条 政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、健康保険法(大正十一年法律第七十号)、国民健康保険法(昭和三十三年法律第九十二号)その他の法律に基づく医療保険制度(以下単に「医療保険制度」という。)に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持するとともに、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。
 - 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するとともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保すること。
 - 医療保険制度については、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること。
 - 医療の在り方については、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること。
 - 今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。

H25-特別-指定-006 事務局

6

背景(4)

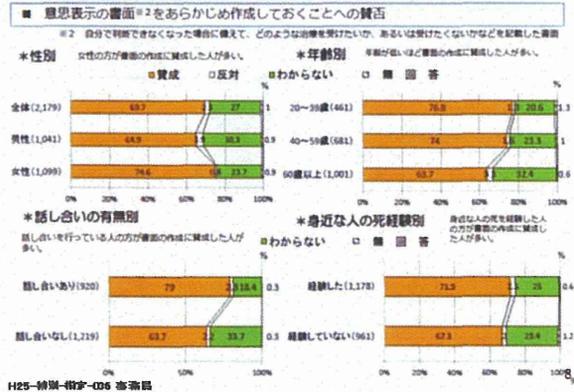
- 厚生労働省が、一般国民及び専門職に対して、5年おきに行っている終末期医療のあり方に関する意識調査(2013年3月)
 - 「終末期医療について家族と話し合ったことがある」一般国民:4割
 - ガイドラインを「知らない」医師:3割、病院:3割
 - ガイドラインを「知っているが特に活用していない」病院:5割
 - 「職員対象の終末期医療に関する教育・研修を実施した」病院:3割
- 終末期医療を支える体制は十分ではない。
- 終末期医療に関する意識調査等検討会(2013年12月)の各委員から、終末期医療の体制整備を急ぐべきとの意見が出された。

H25-特別-指定-006 事務局

7

I-問2 意思表示の書面について

一般国民

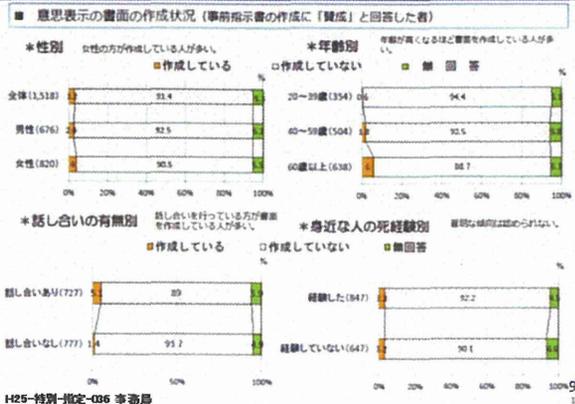


H25-特別-指定-006 事務局

10

I-問2-1 意思表示の書面について

一般国民

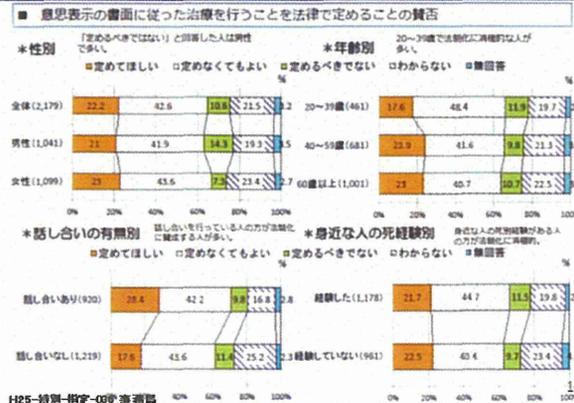


H25-特別-指定-006 事務局

11

I-問3 意思表示の書面について

一般国民



H25-特別-指定-006 事務局

10

プログラム構成(案)

⑦ 家族ケア

- 長生きしてほしい
- 命の長さよりも苦痛なく過ごしてほしい
- いくら身内でも家族の命を決めるなんてつらい
- 周囲から見殺しにするのかと言われる

⑧ 苦痛緩和

- 総論的でよい
- 医師薬剤師と連携

H25-特別-指定-006 事務局

19

プログラム構成(案)

⑨ 法律と倫理

- 法律がないこと(尊厳死法案? 社会保障制度改革推進法案?)
- 法律よりもガイドラインが求められている

⑩ 意思決定の地域連携

⑪ 言葉の定義

- 終末期、末期、エンドオブライフ、自然死、尊厳死、安楽死、治療抵抗性、不治、不可逆性、進行性、死が避けられない、死が差し迫った、耐え難い

H25-特別-指定-006 事務局

20

プログラム構成(案)

⑨ 法律と倫理

- 法律がないこと(尊厳死法案? 社会保障制度改革推進法案?)
- 法律よりもガイドラインが求められている

⑩ 意思決定の地域連携

⑪ 言葉の定義

- 終末期、末期、エンドオブライフ、自然死、尊厳死、安楽死、治療抵抗性、不治、不可逆性、進行性、死が避けられない、死が差し迫った、耐え難い

H25-特別-指定-006 事務局

21

プログラム構成(案)

⑫ グループワークとロールプレイ

- 12 シナリオ1 基本コミュニケーション
- 13 シナリオ2 事前指示の希望者に対して
- 14 シナリオ3 がん(本人・家族)
- 15 シナリオ4 認知症・虚弱(本人・家族)
- 16 シナリオ5 臓器不全(本人・家族)

H25-特別-指定-006 事務局

22

資料3) 相談員教育プログラム 項目と時間配分(案)

大項目(①~⑪)

- ① 相談員支援事業開催にあたって
- ② 概論 こう頑張ると、こんな最期迎えられる。だから頑張って研修しよう。
- ③ 厚労省 終末期医療決定プロセスガイドライン 噛んで含めた解説
- ④ その他のガイドライン 似ている点や異なる点
- ⑤ 意思決定支援
予め行うアドバンスケアプランニング
今まさに目の前で起きている難しい医療判断に対する意思決定
中項目で、代理人、「Lynn の提示した3つの終末期の変化毎」
- ⑥ コミュニケーション
通常のコミュニケーション
難しい場面でのコミュニケーション
- ⑦ 家族ケア
長生きしてほしい、命の長さよりも苦痛なく過ごしてほしい、いくら身内でも家族の命を決めるなんてつらい、周囲から見殺しにするのかと言われる
- ⑧ 苦痛緩和(総論的でよい、医師薬剤師と連携を強調する)
- ⑨ 法律と倫理
法律がないこと(尊厳死法案? 社会保障制度改革推進法案?)
法律よりもガイドラインが求められているという結果を載せる
倫理 清水先生
- ⑩ 意思決定した内容の地域連携 時間と空間を超えてつなぐ方法
- ⑪ 言葉の定義
終末期、末期、エンドオブライフ、自然死、尊厳死、安楽死
治療抵抗性、不治(不可逆性、進行性)、末期(死が避けられない、死が差し迫った)、耐え難い苦痛(誰が判断するのか)
※予後予測は大項目からはずす

2日(12時間)の研修会の時間配分

講義 45分×7=315分 (スライド 300枚)

グループワーク 170分 (スライド 60枚)

アイスブレイキング 20分 事例検討 90分 Lynnの3型の全てを含める
地域連携(決まった意思決定を療養の場の医療者に伝える)60分

ロールプレイ 210分(スライド 80枚)

簡単なコミュニケーション場面 90分
難しいコミュニケーション場面 120分