

意思決定サポート介入の認容性および在宅支援導入改善効果に関する前向き調査研究

(1) 研究のデザイン：前向き観察調査研究

(2) 対象集団：進行肺がんと診断され、薬物療法を当院で開始される患者で調査に対して文書により同意が得られた患者。

(3) 調査方法：患者（聞き取り）調査

- HADS(Hospital Anxiety and Depression Scale)質問票
- FACT-L 質問票
- 『がん療養の意思確認シート』による聞き取り調査
- 患者背景等に関する調査（性別、年齢、組織型、臨床病期、治療法、家族構成、調査時の Performance Status (PS)）

- 地域連携依頼件数
- 在宅支援依頼件数

【副次的評価項目】

下記評価項目と意思決定サポートおよびがん診療地域連携クリティカルパスの使用との関係を検討する。

- 患者背景—性別、年齢、組織型、臨床病期、治療法、家族構成、調査時の Performance Status (PS)
- HADS – 患者の不安と抑うつ
- FACT-L – 患者の QoL
- 患者満足度
- 録音内容解析—対話方法の質や患者理解度の評価

(6) 目標症例数：60例

(倫理面への配慮)

本研究はヘルシンキ宣言および「臨床研究に関する倫理指針（平成15年7月30日医政発第0730009号）（平成20年7月31日全部改正）」および「疫学研究に関する倫理指針（平成14年6月17日）（平成19年8月16日全部改正）（平成20年12月1日一部改正）」を遵守して実施する。

2. 災害時のがん診療に関するアンケートピアサポートやがんサロンに関連する一般参加型の研修や講演会で参加者を対象にアンケート調査を行う。具体的なアンケートの場を下に示す。

- 2014年9月28日：神奈川県相模原市「がん患者のためのがんサロン、ピアサポ、患者会についての勉強会」
- 2014年11月21日：熊本県上天草市「上天草市民公開講座 がん講演会」
- 2014年2月22日：相模原市「がん患者のためのがんサロン、ピアサポ、患者会についての勉強会」

アンケートの内容については以下に示す。

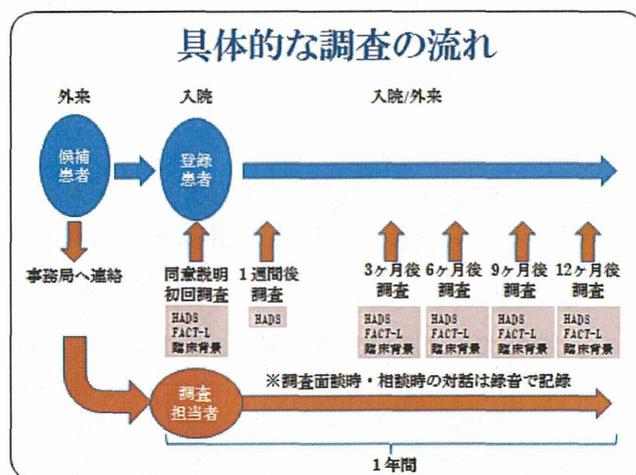
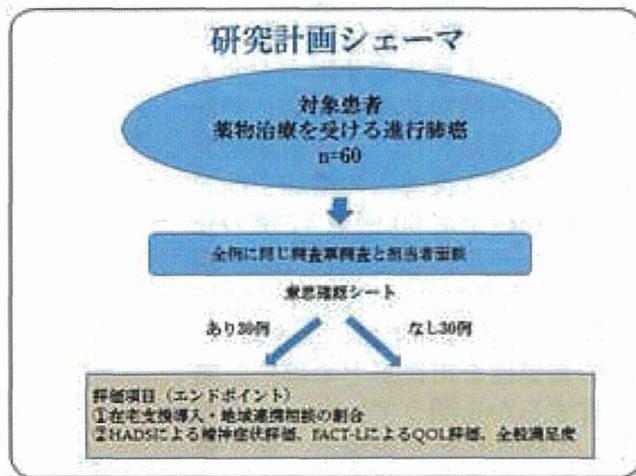
■あなたのことについてお伺いします

- Q1. 年代をお尋ねします
- 未成年 20代 30代
40代 50代
60代 70代以上

Q2. 性別をお教え下さい

- 女性 男性

Q3. がんの経験についてお教えください
 （複数回答可）



(4) 調査実施時期：2014年5月31日～2016年3月31日(予定)

(5) 評価項目

【主要評価項目】

- がんサバイバー
(がんを患ったことがある)
- 近い家族(配偶・親・子)ががん患者
- 医療従事者
- 非医療従事者

■あなたががん患者であると仮定して、自分が受けている治療について初対面の医療者に説明できますか(説明する自信をお持ちですか)？

- 詳しく(薬品名3つ以上や手術の具体的な方式まで)説明できる
- ある程度(薬品名2つまでや手術の場所まで)説明できる
- ほとんど困難(病名のみで治療法は難しい)
- 全くできない

■あなたががん治療(抗がん剤治療)を受けている地域で災害が発生しました。あなたの診療録は紛失しています。どのような情報が治療の継続に必要であると思いますか？(複数回答可)

- 病名(〇〇癌)
- 病期(ステージ・どのくらい病気が進んでいるか)
- 治療方法(抗がん剤の名前や治療間隔)
- 治療回数(サイクル数・コース数ともいう)
- 治療量(具体的な投与量)
- 出現した副作用
- 最終治療日

■前(直上)の質問の内容すべてを自分で把握しながら治療を受けることが可能であると思いますか？

- 思う
- 思わない
- わからない

■がん治療(抗がん剤治療)の内容や治療回数、最終治療日や副作用について、災害時に診療カルテが紛失する場合に備えて、どのような形で保存されるべきと思いますか？(複数回答可)

- 患者個人が携帯(手帳やICカード)
- 診療所とは別の安全な場所に保管
- 電子データとしてIT環境(クラウドなど)
- 思いつかない

■がん診療の情報を手帳やICカードで患者個人が持ち歩く場合、どのようなことが問題だと思いますか？(自由記載)

■がん診療の情報を電子データとしてIT環境に保存する場合、どのようなことが問題だと思いますか？(自由記載)

■がん診療の情報を震災時でも活用できるようにするには、上記以外にどのような方法が有効であると思いますか？(自由記載)

3. 地域のがん診療中核病院に対する災害時がん診療連携に関するインタビュー

熊本県上天草総合病院事業管理者樋口定信先生、同病院医事課長兼医療相談室長 東矢義光氏に対して、災害時医療やがん診療連携に関するインタビューを行った。

C. 研究結果

1. 薬物治療を受ける進行肺がん患者に対する意思決定サポート介入の認容性および在宅支援導入改善効果に関する前向き調査研究

本研究は2013年5月31日に当院疫学・観察研究倫理委員会にて承認された。調査担当者にはがん専門看護師9名が参加することが決定した。調査担当者である9名のがん専門看護師に対して、同年11月までの6か月間、肺がんの総論および薬物治療に関する研修(学習会)を開催し、肺癌薬物治療に関する知識の習得を得た。12月より症例登録を開始し、2014年12月現在で41例の調査研究登録、うち40名の対話録音記録承諾を得た。登録開始後1年間で60名以上に説明し、承諾が得られたのが41例であったこと、追跡調査に担当者の負担が多いこと、各群20例以上であれば十分検討可能であると考えられることより41例で登録終了とし、最終登録の1年後までプロトコル通りの追跡調査を行う。全ての解析は、追跡調査終了後に行う。

2. 災害時のがん診療に関するアンケート

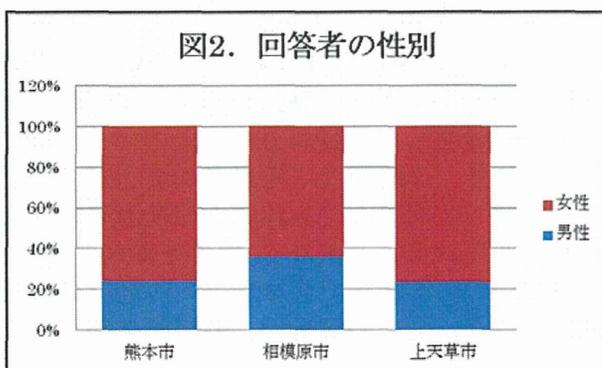
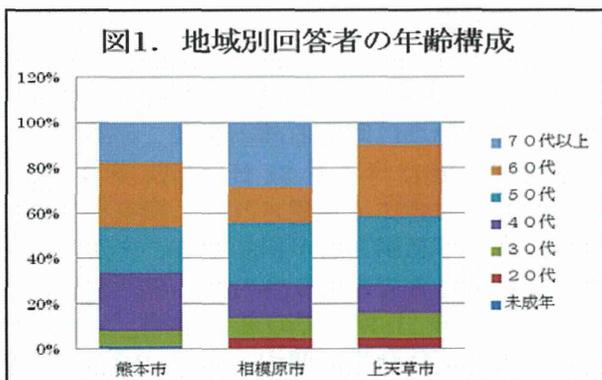
昨年度の熊本でのアンケートは、スタッフも含む参加者111人中76人(64.5%)から回答を得た。昨年度の3月8日と今年度の9月28日の相模原でのアンケートは計83人中59

(71.1%) から回答を得た。11月21日の上天草市では、最多の133人(68.2%)から回答を得た(表1)。

表1. アンケート調査参加者の背景

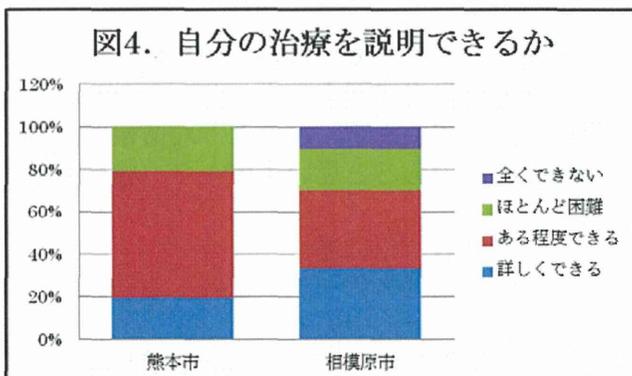
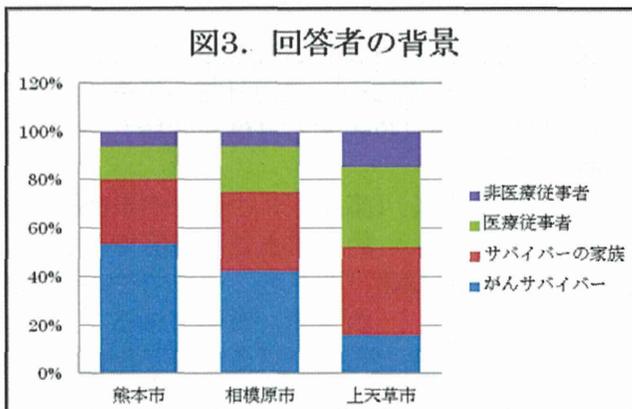
| | 平成25年度 | | 平成26年度 | |
|--------|-----------|----------|-----------|------------|
| | 2014/1/18 | 2014/3/8 | 2014/9/28 | 2014/11/21 |
| 期日 | | | | |
| 場所 | 熊本市 | 相模原市 | 相模原市 | 上天草市 |
| 参加者(人) | 111 | 45 | 38 | 195 |
| 回答者(人) | 76 | 33 | 26 | 133 |
| 回答率(%) | 68.5 | 73.3 | 68.4 | 68.2 |

相模原市、熊本市、上天草市の回答者の年齢分布を図1に、性別分布を図2に示す。年齢は各地区とも60歳以上が40%を占めたが、相模原市においては、70%以上が25%を占め、熊本県とは異なる分布を示した(図1)。回答者の性別は、いずれの地区でも女性が60%以上を占め、同様の傾向であった(図2)。

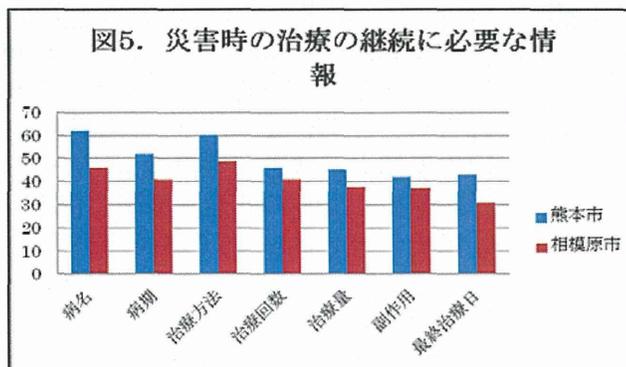


回答者の背景をみると、昨年度の熊本ではがんサバイバーが50%を超えたのに対し、相模原、上天草の順でその割合が減少し、逆に熊本市に比べて、相模原市、上天草市と医療従事者が増加している。これは、アンケートを行った会の参加者の背景を反映しており、がんサロン

が主催であった熊本ではがんサバイバーが多く、医療者・行政・がんサロンの協同開催であった市民講座の上天草では医療者の動員があったと推察できる(図3)。

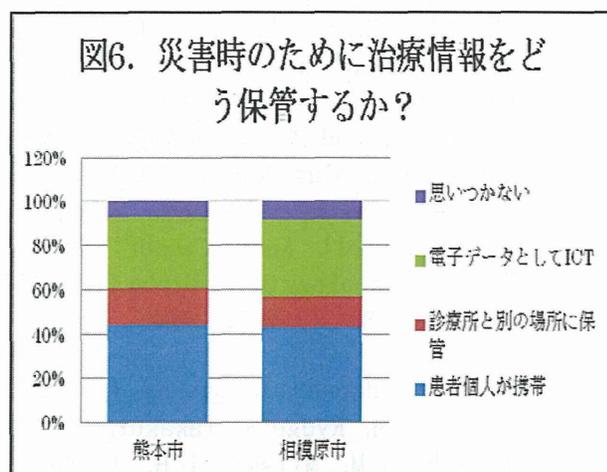


以下は、医療従事者の回答者割合が比較的近かった、昨年度の熊本市と相模原市で比較する。「もし癌であったときに自分の治療について説明できるか」を尋ねたところ、両地区で70%以上ができるまたはある程度できると回答した。相模原においては、詳しくできる割合も高いが、全くできない割合も高く、かなり個人差がある(図4)。治療の継続に必要な医療情報については、半数以上の参加者がすべての項目を選んでいった(図5)。



災害時にも治療継続するのに必要な個人の医療情報をどのように保管・共有するかについ

ては、相模原市と熊本市で差はなく、患者個人が携帯すべきという意見と ICT を利用するという意見が多かった。



3. 地域のがん診療中核病院に対する災害時がん診療連携に関するインタビュー

【平成 26 年 11 月 21 日 調査内容記録】

(1) インタビュー①

場所：上天草総合病院院長室

時間：13：30-14：30

インタビューの相手：事業管理者樋口定信

- 病院の性格：災害拠点病院
- 災害時の体制：急性期対応はマニュアルあり。慢性疾患については、透析は天草内の病院での連携あり。抗がん剤治療については特になし。
- 公的病院災害ネットワーク：熊本県下の公的病院が災害時に互助体制を敷くことを念頭に結成。事務局は熊本赤十字病院。
- あまくさメディカルネット：患者同意を得たうえで電子カルテデータの共有を図る。平成 25 年 8 月、地域再生基金で発足。天草地域医療センター（医師会立）が事務局。

(2) 病院見学

場所：上天草総合病院院長室→一般病棟→地域包括ケア病棟→内視鏡室→集中治療室→屋内プール→院長室

時間：14：30-15：30

- 地域中核病院として、内視鏡・リハビリ・透析などに力を入れている
- 以前は小児喘息の療養拠点としてプールなどを備えていたが、平成 19 年に閉鎖。現在はリハビリなどに転用している
- 地域包括ケア病床の有用性が高い
- 看護学校の新設を計画しているが、国からの補助金対象にはなっていない。
- 地域の医療機関は医療の提供にとどまらず、

地域の雇用の創出と経済の活性化までみこした事業計画が必要である。

(3) インタビュー②

場所：上天草総合病院院長室

時間：16：30-17：00

インタビューの相手：上天草総合病院医事課長兼医療相談室長 東矢義光

- あまくさメディカルネットについて資料をいただき補足的説明を受けた。医師会病院（天草地域医療センター）が中心となって診療情報の共有化を図る計画。

D. 考察

1. 薬物治療を受ける進行肺がん患者に対する意思決定サポート介入の認容性および在宅支援導入改善効果に関する前向き調査研究

患者登録を修了した。2015 年 12 月にて最終登録患者の 1 年間の観察期間が終了するため、その後全てのデータを解析予定である。高い録音同意取得を得ているので、質的研究の研究計画書を策定し、看護研究として解析する。

2. 災害時のがん診療に関するアンケート

アンケートを行った会の対象や開催場所によって、回答者の背景にバラつきがみられるが、災害時の医療情報の保管・管理についての意見はある程度同様であり、患者が持参する形とインターネット空間を含む電子媒体での保管・管理する形を望む意見が多かった。本年度 2 月 22 日に相模原地区で 3 回目のアンケート（全体で通算 5 回目）を行う予定であるので、再度地区別、参加者背景別に分析を加え、最終的にはがんパスの中にどのような情報を付随させると災害時にも有用であるかを検討する予定である。がんパスの形態としては、紙ベースに加え電子媒体も考慮する必要があるが、実現可能性を考慮すると、今回のアンケート調査から、それぞれの意見がどのような背景（年齢、性別、職業）の回答者から得られているかを分析する必要がある。

3. 地域のがん診療中核病院に対する災害時がん診療連携に関するインタビュー

50 年以上前に大水害に見舞われた地域であり、防災に対する意識は高いが、がん診療の継続については人工透析程の対策は立てられていなかった。今後、医師会とい協同で行われる電子カルテネットワークが立ち上がる予定であり、抗がん剤投与患者や緩和ケア対象患者における共有情報をまとめたテンプレートなど

を作成することにより、効率良い情報の共有が可能であると考えられる。

E. 結論

来年度まで観察研究継続し、データ解析・発表を行う。アンケートに関しては2年間5回の結果をまとめて、神奈川県・熊本県に配布物としてフィードバックし、災害時のがん診療連携についてあらかじめマニュアルを作成するよう啓発する。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Igawa S, Gohda K, Fukui T, Ryuge S, Otani S, Masago A, Sato J, Murakami K, Maki S, Katono K, Takakura A, Sasaki J, Satoh Y, Masuda N. Circulating tumor cells as a prognostic factor in patients with small cell lung cancer. *Oncol Lett.* 7:1469-1473, 2014
2. Igawa S, Kasajima M, Ishihara M, Kimura M, Hiyoshi Y, Asakuma M, Otani S, Katono K, Sasaki J, Masuda N. Comparison of the Efficacy of Gefitinib in Patients with Non-Small Cell Lung Cancer according to the Type of Epidermal Growth Factor Receptor Mutation. *Oncology.* 87:215-223, 2014
3. Ishihara M, Igawa S, Maki S, Harada S, Kusuhara S, Niwa H, Otani S, Sasaki J, Jiang SX, Masuda N. Successful chemotherapy with nab-Paclitaxel in a heavily treated non-small cell lung cancer patient: a case report. *Case Rep Oncol.* 7:401-406, 2014
4. Igawa S, Kasajima M, Ishihara M, Kimura M, Hiyoshi Y, Niwa H, Kusuhara S, Harada S, Asakuma M, Otani S, Katono K, Sasaki J, Masuda N. Evaluation of gefitinib efficacy according to body surface area in patients with non-small cell lung cancer harboring an EGFR mutation.

Cancer Chemother
Pharmacol. 74:939-946, 2014

5. Sakata S, Sasaki J, Saeki S, Hamada A, Kishi H, Nakamura K, Tanaka H, Notsute D, Sato R, Saruwatari K, Iriki T, Akaike K, Fujii S, Hirotsako S, Kohrogi H. Dose Escalation and Pharmacokinetic Study of Carboplatin plus Pemetrexed for Elderly Patients with Advanced Nonsquamous Non-Small-Cell Lung Cancer: Kumamoto Thoracic Oncology Study Group Trial 1002. *Oncology.* 88:201-207, 2014
6. Otani S, Hamada A, Sasaki J, Wada M, Yamamoto M, Ryuge S, Takakura A, Fukui T, Yokoba M, Mitsufuji H, Toyooka I, Maki S, Kimura M, Hayashi N, Ishihara M, Kasajima S, Hiyoshi Y, Katono K, Asakuma M, Igawa S, Kubota M, Katagiri M, Saito H, Masuda N. Phase I and Pharmacokinetic Study of Erlotinib Administered in Combination With Amrubicin in Patients With Previously Treated, Advanced Non-Small Cell Lung Cancer. *Am J. Clin Oncol.* (in press)

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

分担研究報告書

看護師を対象とした在宅緩和ケアにおける実践能力習得のための
教育プログラムの開発と教育に関する研究

研究分担者 林 直子 聖路加国際大学・教授

研究協力者 川越 博美 医療法人社団パリアン・看護部長
緩和ケア訪問看護ステーション連絡会

研究要旨

平成26年度は、平成24年度に作成した講義と実習から構成される「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を東日本大震災の被災地である宮城県と東京都で実施した。対象者は医療機関あるいは訪問看護ステーションに勤務する在宅緩和ケアに関心のある看護師の55名であった。講義は宮城県仙台市で30名、東京都中央区で25名が受講した。このうちの7名が受講後に5日間の実習を行った。今年度のプログラムは昨年度と同様に、緩和ケアに関する医療者の知識・困難感・実践尺度(PCKT,PCPS,PCDS)を用いたアンケートを講義直前、講義直後、実習直後に実施し評価を行った。さらに昨年度実施した教育プログラムの受講者には、提供した教育プログラムがその後も生かされているかどうかを把握するために、受講半年後のアンケート調査を実施した。

これらのデータに平成24年度と平成25年度のデータを加え、今年度の結果と比較検討することで、3年分の「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を評価した。

A. 研究目的

平成26年度は平成24年度に作成した講義と実習から構成される「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を東日本大震災の被災地である宮城県仙台市と東京都内で実施するとともに、今年度で3年目となる「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を総合的に評価することである。

B. 研究方法

1. 「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の実施方法

「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の実施は3年目を迎えた。この教育プログラムは講義と実習から構成されおり、今回は仙台と東京で実施した。

対象者：

対象者は医療機関または訪問看護ステーションに勤務する在宅緩和ケアに関心のある看護師である。

受講者の募集は、「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を行う宮城県と都内の医療機関及び訪問看護ステーションへのリーフレットの郵送、およびソーシャルネットワークからの発信によって行った。

方法：

本プログラムは平成24年度の研究により抽出された緩和ケアを提供する訪問看護師に必要な実践能力を習得するための教育項目を講義と実習を通して習得できるように組み立てられている。習得すべき教育項目は①緩和ケアの理念と定義、②在宅緩和ケアシステム、③症状ケア、④臨死期ケア、看取り、⑤家族、遺族ケア、⑥制度、社会資源の活用、⑦チームケア、⑧コミュニケーション、⑨看護師の役割、⑩倫理的問題と対応、の10項目である。

平成24度はこれらの内容を2日間の講義日程で実施した。しかし、受講者である看護師の負担を考慮したこと、それぞれの講義は時間を短縮しても10項目の教育項目を網羅できると判断したことから、平成25年度より1日で全て講義を終えることができる日程に変更している(表1)。

講義は、10項目の教育項目を7項目に整理し、1) 緩和ケア総論、2) 症状マネジメント(総論・各論)、3) 家族ケア、4) チームケアとコミュニケーション、5) 看取りのケア・デスエデュケーション、6) 介護保険制度・社会資源の活用、7) 倫理的問題と活用、とし、がん緩和ケアを専門とする大学の教員、医師、専門看護師などが担当することとなった。

これに加え、講義で得た知識を実践のイメージに近づけられるよう、事例を用いたグループワークを加えている。グループワークでは受講者が積極的にディスカッションに加わることができるよう、事例に関する事前課題を講義の1週間前に受講者に提示している。

また、昨年度までは、開催場所により担当の講師が変更となった場合もあり、講義内容に統一性が保たれないことが問題となった。そこで今年度は、昨年度までの講義を担当した講師が中心となり、教育項目に沿ったテキストを作成した(図1)。

実習は緩和ケアを専門とする訪問看護ステーションで連続5日間行われる。実習生は教育プログラムの講義を受講していることが前提である。

実習施設は実習の質を担保するために、医師と一体化したチームであること、末期がん患者年間看取り数が30件以上、看取り率が60%以上の施設で、専門看護師、認定看護師あるいはそれと同等の能力と経験を有する指導者が

いることを条件とした。また実習生が教育プログラムで示した項目が習得できるよう実習要項・実習の手引き・実習記録を作成した。各実習施設には実習指導の手引き、共通の記録用紙を使用してもらうことで、異なる施設でも可能な限り同じような実習ができるよう配慮した(別紙 資料1、資料2)。

講義および実習の評価は中澤らが開発し、信頼性と妥当性が検証されている「緩和ケアに関する医療者の知識・困難感・実践尺度」(PCKT, PCPS, PCDS)を用い、講義直前、講義直後、実習後のアンケート調査を、前年度までの調査結果と比較検討して行うこととした。

2. 「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の評価方法

1) 平成25年度受講者の調査・経時的評価方法について

平成25年度の教育プログラムの受講者は、58名であった。このうち10名が実習を行った。受講者のフローは図1の通りであった。

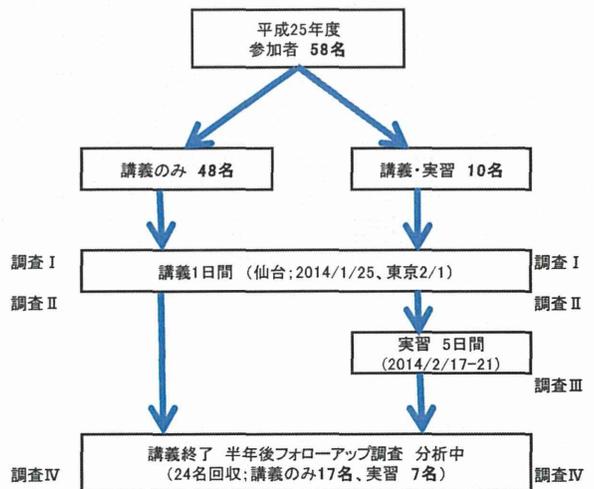


図1 平成25年度の受講者のフロー

受講者には、プログラムの受講前後(調査I・II)と、実習参加者は実習後(調査III)、その後半年後にも調査(調査IV)を実施した。

調査の内容は、「緩和ケアに関する医療者の知識・困難感・実践尺度」(PCKT, PCPS, PCDS)であり、緩和ケアに関する実践: 18項目、緩和ケアに関する困難感15項目、緩和ケアに関する知識: 20項目であった。調査Iでは、そのほかに基本属性として、年齢、学歴、臨床経

験、訪問看護経験、現在の勤務先や協会資格、昨年のがん患者数、自宅死患者数について質問した。調査Ⅱ、Ⅲ、Ⅳでは、プログラムや実習の評価その後の経験などについても質問した。

今回は、調査Ⅰ（プログラム受講前；57人）と調査Ⅱ（プログラム受講後；57人）調査Ⅲ（実習後；10人）、調査Ⅳ（半年後フォロー；24人、うち講義のみ17人、実習参加7名）について、講義群と実習群などに層別して、緩和ケアに関する知識、困難感、実践の各項目について比較と、調査Ⅰと調査Ⅳでの結果の比較を行った。

（倫理面への配慮）

教育プログラムの評価にあたり、アンケートを実施した。データ収集については、連結可能匿名性であり、個人情報の管理は事務局で行った。またアンケートの回答は、任意であり、自由意思に基づいて同意が得られた参加者に対して実施した。

C. 研究結果

1. 「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の実施について

1) 講義の実施（資料3, 4）

「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の講義は宮城県仙台市と東京都中央区の2か所で実施日をずらして共通の講義を行った。

講義内容は緩和ケア総論（30分）、症状マネジメント（60分）、家族ケア（40分）、チームケアとコミュニケーション（30分）、看取りのケア・デスエデュケーション（50分）、介護保険制度・社会資源の活用（30分）、倫理的問題と対応（30分）、症状マネジメントと家族ケアに関するグループワーク（90分）であった。

仙台市の「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」は、仙台市・名取市、岩沼市周辺で在宅ホスピスケアを行っている医療法人社団爽秋会岡部医院の共催により、平成27年12月13日（土）にTPK仙台カンファレンスセンターで実施した。受講者は30名で、訪問看護ステーションに勤務する看護師が8割を占めた。受講者には岩手県や福島県の看護師も数名含まれていた。

（写真1、2.）

東京での講義は平成27年1月10日（土）に聖路加国際大学で行った。受講者は25名で約半数が訪問看護ステーションに勤務する看護師、残りの半数が病院や診療所に勤務する看護師であった。受講者の中には、長野県、佐賀県の看護師も含まれていた。（写真3.）

グループワークは1グループが5~6名で、事前学習に提示した事例の討議を行った。それぞれのグループには討議が活発に行えるよう、ファシリテーターが加わった。グループ討議は特に在宅緩和ケアを提供する看護師に求められる、症状コントロールと家族ケアを中心に行われた。

2) 実習

実習は緩和ケアを専門とする訪問看護ステーションで行われた。実習施設は、岡部医院訪問看護ステーション（仙台）、ケアタウン小平訪問看護ステーション（東京）訪問看護パリアン（東京）の3か所である。実習期間は小平訪問看護ステーションが平成27年1月19日~23日、岡部医院訪問看護ステーションと訪問看護パリアンが平成27年2月2日（月）から2月6（金）までの5日間であった。緩和ケアを専門とする訪問看護ステーションは数が限られていたことから、希望者の全てに実習の機会を提供できなかったが、受講者55名のうち7名が実習を行うことができた。

実習は以下の目的・目標に沿って行われた。
実習目的

末期がん患者とその家族を全人的に理解し、チームで質の高い在宅緩和ケアを提供することができるよう、実践能力を高める。

実習目標

1. 末期がん患者のトータルペインをアセスメントし、患者の居宅において緩和ケアを提供することができる。
2. 家族に必要なケアを理解し、必要な家族支援を提供できる。
3. 末期がん患者・家族に必要なサービスを調整すると共に、チームをマネジメントし、在宅緩和ケアのチームの一員としてサービスを提供できる。
4. 在宅緩和ケアへの移行期にある末期がん患者およびその家族への支援を通じて、病院との連携、退院支援のあり方について考えることができる。
5. 自己が持つ価値観に気づき、末期がん患者とその家族の価値観を尊重したケアができる。

実習生は、実習期間中「基本情報（様式1）」「訪問看護記録（様式2）」「実習担当者とのリフレクションによって得られたこと（様式3）」「気になった場面のプロセスレコード（様式4）」「週間サービス計画表（様式5）」を記載し、実習指導を受ながら、実習の目的・目標の達成を目指した。

2. 「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」のアンケート結果—平成25年度の結果より—

1) 受講者の基本属性

プログラム開始時調査に回答のあった57人の基本属性は、表に示す通りである。

参加者の年代としては、40代が最も多く、次いで、30代、50代、20代と続いた。最終学歴は6割が専門学校卒業であった。現在の所属は、7割以上が訪問看護ステーションと回答したが、約2割は病院の看護師の参加であった。実習参加群と講義のみ群に年代、臨床経験と訪問看護師の経験年数の差はなかった。また、最終学歴については、講義のみ群には専門学校卒が実習群には大学卒の参加が多い傾向が見られた。

表1 基本属性

| 基本属性 | 項目 | 人 | % |
|---------|------------|--------|------|
| 年代 | 20代 | 4 | 6.9 |
| | 30代 | 20 | 34.5 |
| | 40代 | 23 | 39.7 |
| | 50代 | 8 | 13.8 |
| | 60代 | 2 | 3.4 |
| 最終学歴 | 専門学校 | 35 | 60.3 |
| | 大学 | 9 | 15.5 |
| | 大学院 | 3 | 5.2 |
| | その他 | 9 | 15.5 |
| | 無回答 | 2 | 3.4 |
| 現在の勤務先 | 訪問看護ステーション | 42 | 72.4 |
| | 診療所 | 2 | 3.4 |
| | 病院 | 11 | 19 |
| | その他 | 1 | 1.7 |
| | 無回答 | 2 | 3.4 |
| 臨床経験 | 平均 12.1年 | SD 8.3 | |
| 訪問看護師経験 | 平均 5.6年 | SD 5.6 | |

2) 「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」受講者の経時的評価 —講義のみ群と実習あり群の比較—

実習の有無別に、受講前（調査I）と受講後（調査II）、実習群には実習後（調査III）と半

年後（調査IV）の各時点における緩和ケアに対する実践、困難感、知識の基礎集計は、表2～5の通りであった。

表2 調査Iにおける平均値と標準偏差

| | 調査I (n=57) | | 講義のみ(n=47) | | 実習あり(n=10) | | t検定 |
|---------------------|--------------------|-------|------------|-------|------------|------|-----|
| | 平均値 | 標準偏差 | 平均値 | 標準偏差 | 平均値 | 標準偏差 | |
| 緩和ケア に対する 実践 | 疼痛 | 12.33 | 2.52 | 12.50 | 1.84 | | |
| | 呼吸困難 | 11.92 | 2.57 | 11.00 | 2.49 | | |
| | せん妄 | 10.25 | 2.87 | 11.10 | 2.81 | | |
| | 看取り | 11.85 | 2.43 | 12.56 | 1.88 | | n.s |
| | コミュニケーション | 11.75 | 2.18 | 11.60 | 2.12 | | |
| | 患者・家族中心のケア | 12.65 | 1.87 | 12.40 | 1.96 | | |
| 緩和ケア に対する 困難感 | 症状緩和 | 10.73 | 2.30 | 11.10 | 3.14 | | |
| | 専門の支援 | 9.66 | 4.20 | 9.20 | 3.99 | | |
| | 医療者間のコミュニケーション | 9.44 | 3.27 | 9.10 | 3.84 | | n.s |
| | 患者・家族中心とのコミュニケーション | 9.83 | 2.41 | 9.50 | 1.84 | | |
| | 地域連携 | 7.90 | 3.10 | 8.80 | 3.08 | | |
| | 実践合計 | 70.75 | 11.56 | 71.89 | 10.13 | | |
| スコア化 | 困難合計 | 47.38 | 11.42 | 47.70 | 9.80 | | n.s |
| | 知識合計 | 12.33 | 3.92 | 12.90 | 3.00 | | |

表3 調査IIにおける平均値と標準偏差

| | 調査II (n=57) | | 講義のみ(n=47) | | 実習あり(n=10) | | t検定 |
|---------------------|--------------------|-------|------------|-------|------------|------|-----|
| | 平均値 | 標準偏差 | 平均値 | 標準偏差 | 平均値 | 標準偏差 | |
| 緩和ケア に対する 実践 | 疼痛 | 12.36 | 2.45 | 12.80 | 1.93 | | |
| | 呼吸困難 | 12.19 | 2.13 | 12.40 | 1.84 | | |
| | せん妄 | 10.40 | 2.73 | 11.50 | 2.27 | | |
| | 看取り | 11.62 | 2.16 | 12.00 | 1.56 | | n.s |
| | コミュニケーション | 12.38 | 1.85 | 12.20 | 2.35 | | |
| | 患者・家族中心のケア | 12.81 | 1.81 | 12.70 | 2.21 | | |
| 緩和ケア に対する 困難感 | 症状緩和 | 10.04 | 2.72 | 9.44 | 2.30 | | |
| | 専門の支援 | 8.37 | 3.84 | 8.56 | 3.01 | | |
| | 医療者間のコミュニケーション | 9.00 | 3.11 | 7.80 | 2.78 | | n.s |
| | 患者・家族中心とのコミュニケーション | 9.45 | 2.65 | 8.20 | 2.10 | | |
| | 地域連携 | 8.02 | 2.95 | 9.10 | 2.13 | | |
| | 実践合計 | 71.77 | 10.50 | 73.60 | 9.72 | | |
| スコア化 | 困難合計 | 44.89 | 10.95 | 43.25 | 5.23 | | n.s |
| | 知識合計 | 14.35 | 3.20 | 15.40 | 2.68 | | |

表4 調査IIIにおける平均値と標準偏差

| | 調査III (n=10) | | 講義のみ(n=47) | | 実習あり(n=10) | |
|---------------------|--------------------|-------|------------|-------|------------|------|
| | 平均値 | 標準偏差 | 平均値 | 標準偏差 | 平均値 | 標準偏差 |
| 緩和ケア に対する 実践 | 疼痛 | 13.40 | 1.84 | 12.60 | 1.51 | |
| | 呼吸困難 | 12.20 | 1.55 | 12.20 | 1.55 | |
| | せん妄 | 10.90 | 2.69 | 10.90 | 2.69 | |
| | 看取り | 11.80 | 1.75 | 11.80 | 1.75 | |
| | コミュニケーション | 12.40 | 1.58 | 12.40 | 1.58 | |
| | 患者・家族中心のケア | 10.50 | 2.01 | 10.50 | 2.01 | |
| 緩和ケア に対する 困難感 | 症状緩和 | 8.60 | 2.32 | 8.60 | 2.32 | |
| | 専門の支援 | 9.20 | 4.21 | 9.20 | 4.21 | |
| | 医療者間のコミュニケーション | 9.50 | 2.22 | 9.50 | 2.22 | |
| | 患者・家族中心とのコミュニケーション | 8.60 | 2.80 | 8.60 | 2.80 | |
| | 地域連携 | 7.30 | 7.32 | 7.30 | 7.32 | |
| | 実践合計 | 46.40 | 9.19 | 46.40 | 9.19 | |
| スコア化 | 困難合計 | 16.90 | 3.04 | 16.90 | 3.04 | |
| | 知識合計 | | | | | |

表5 調査IVにおける平均値と標準偏差

| | 調査IV (n=24) | | 講義のみ(n=17) | | 実習あり(n=7) | | t検定 |
|---------------------|--------------------|-------|------------|-------|-----------|------|-----|
| | 平均値 | 標準偏差 | 平均値 | 標準偏差 | 平均値 | 標準偏差 | |
| 緩和ケア に対する 実践 | 疼痛 | 11.84 | 2.90 | 12.86 | 1.35 | | |
| | 呼吸困難 | 12.06 | 2.02 | 12.57 | 1.81 | | |
| | せん妄 | 11.35 | 2.55 | 11.71 | 2.22 | | |
| | 看取り | 12.94 | 1.95 | 12.29 | 1.80 | | n.s |
| | コミュニケーション | 12.35 | 1.90 | 12.43 | 1.90 | | |
| | 患者・家族中心のケア | 13.59 | 1.70 | 12.71 | 1.11 | | |
| 緩和ケア に対する 困難感 | 症状緩和 | 8.35 | 2.81 | 9.57 | 2.70 | | |
| | 専門の支援 | 7.88 | 4.03 | 9.00 | 3.46 | | |
| | 医療者間のコミュニケーション | 9.12 | 3.12 | 8.14 | 4.18 | | n.s |
| | 患者・家族中心とのコミュニケーション | 9.06 | 2.38 | 9.43 | 2.37 | | |
| | 地域連携 | 7.71 | 2.52 | 7.00 | 2.52 | | |
| | 実践合計 | 74.24 | 9.67 | 74.57 | 8.04 | | |
| スコア化 | 困難合計 | 42.12 | 10.51 | 43.14 | 9.49 | | n.s |
| | 知識合計 | 14.94 | 3.58 | 15.43 | 2.76 | | |

講義のみ群と実習あり群については、各調査時点において、有意差は見られなかった。両群ともに講義受講後には、緩和ケアに対する実践の評価としては、看取りの項目が低下していたものの、そのほかの項目もスコアで見ると上昇している傾向が見られた。半年後の調査IVにおいては、講義のみ群の実践の中の疼痛の項目のスコアの低下がみられたが、そのほかの項目においては、実習あり群とともに上昇している傾向が見られた(図2、5)。困難感についても、地域連携の項目以外は、困難感は低下している傾向が見られ、困難感については両群ともにスコアの低下がみられていた(図3、6)。また、実践スコアは上昇し、困難感スコアは低下し、知識は上昇している傾向が見られた。実習あり群は、調査IIIの時点で困難感が少し上昇したが、半年後の調査IVでは低下がみられた(図4、7)。

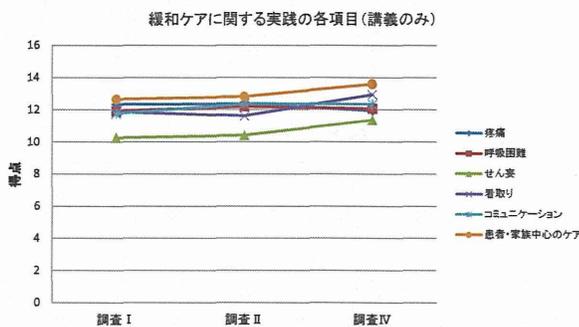


図2 実践項目の推移 (講義のみ)

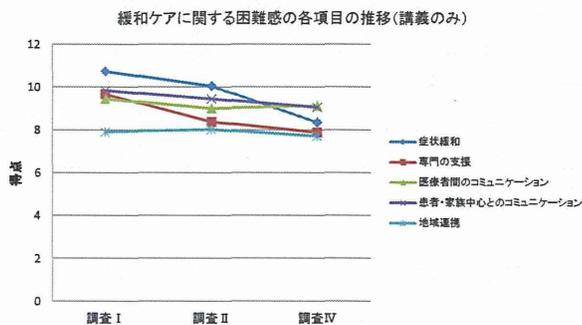


図3 困難感項目の推移 (講義のみ)

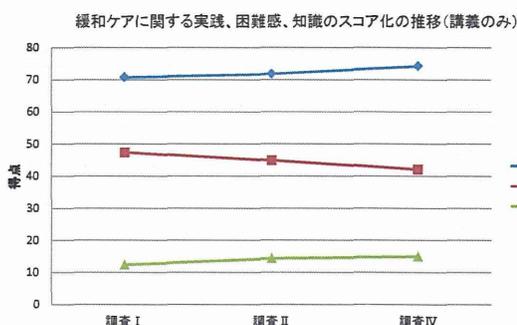


図4 各スコアの推移 (講義のみ)

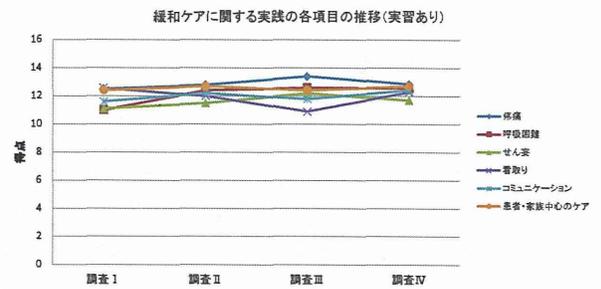


図5 実践項目の推移 (実習あり)

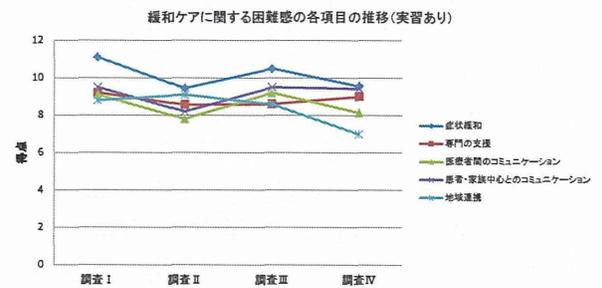


図6 困難感項目の推移 (実習あり)

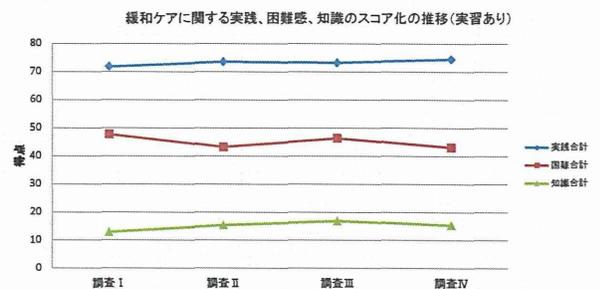


図7 各スコアの推移 (実習あり)

3) 「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」受講者の経時的評価 -受講前(調査I)と受講半年後(調査IV)との比較-

講義のみ群と実習あり群については、それぞれ有意差が認められなかったため、調査Iと調査IVについて、群別せずに比較した。その結果は表6の通りである。

実践については、受講前(調査I)の実践のスコアは、70.96 (SD11.37)、半年後(調査IV)は、74.33 (SD9.05)と上昇しているものの、統計学的な有意差は見られなかった。実践の各項目についても、ほとんどの項目で改善が見ら

れていたものの、統計学的な有意差は認められなかった。

つぎに、困難感スコアについては、受講前が47.43 (SD11.17)、半年後は42.42 (SD10.03)であり、スコアは低下していたものの、統計学的な有意差はみられなかった。困難感の各項目については、症状緩和の項目のみが、受講前が10.81 (SD2.46)、半年後が8.71 (SD2.77) 軽減し、統計学的に有意差が認められた (p = 0.001)。

知識スコアについては、受講前が12.46 (SD3.79)、半年後は15.08 (SD3.31) であり、半年後のほうが統計学的に有意に上昇していた (p=0.004)。

有意差が認められた項目は少なかったものの、平成24年度の受講者と同様に、プログラムを受講して半年経過し、実践・知識については、それぞれ向上し、困難感軽減していることが明らかになった。プログラムを受講した効果の他、その後に、セミナーで学習した内容を日々の実践に活用したことで、改善したのではないかと推察された。

また、平成24年度は、緩和ケアに関する実践と困難感のスコアの下位項目において、実践では「せん妄」、困難感については、「症状緩和」、「医療者間のコミュニケーション」、「患者家族とのコミュニケーション」、「地域連携」の項目で、統計学的な有意差が見られていた。これは、講義を2日間を実施したことなどプログラムの内容や、参加者個人においてすでに受講前に理解していた知識の差などによるものであることが推察された。

表6 調査Iと調査IVの平均値と標準偏差

| | 調査I (n=57) | | 調査IV (n=24) | | t検定 | |
|--------------------|------------|-------|-------------|-------|---------|---------|
| | 平均値 | 標準偏差 | 平均値 | 標準偏差 | | |
| 疼痛 | 12.39 | 2.42 | 12.21 | 2.55 | n.s | |
| 緩和ケア に対する 実践 | 11.81 | 2.55 | 12.21 | 1.93 | | |
| せん妄 | 10.39 | 2.88 | 11.46 | 2.41 | | |
| 看取り | 11.95 | 2.37 | 12.75 | 1.89 | | |
| コミュニケーション | 11.72 | 2.17 | 12.37 | 1.86 | | |
| 患者・家族中心のケア | 12.60 | 1.89 | 13.33 | 1.58 | | |
| 症状緩和 | 10.81 | 2.46 | 8.71 | 2.77 | | p=0.001 |
| 緩和ケア に対する 実践 | 9.54 | 4.16 | 8.21 | 3.83 | | |
| 医療者間のコミュニケーション | 9.37 | 3.37 | 8.83 | 3.40 | | n.s |
| 患者・家族中心のコミュニケーション | 9.79 | 2.33 | 9.17 | 2.33 | | |
| 地域連携 | 8.07 | 3.12 | 7.50 | 2.49 | n.s | |
| 実践合計 | 70.96 | 11.37 | 74.33 | 9.05 | | |
| スコア化 | 47.43 | 11.17 | 42.42 | 10.03 | | |
| 知識合計 | 12.46 | 3.79 | 15.08 | 3.31 | p=0.004 | |

4) 平成26年度「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」受講者のフローと受講前 (調査I) と受講後 (調査II) との比較一

平成26年度は、25年度と同様に宮城県と東京都で実施し、平成27年2月上旬に実習が終了した。今後、実習の評価を行う予定である。平成26年度の参加者は、55名であった。フローを図8に示す。

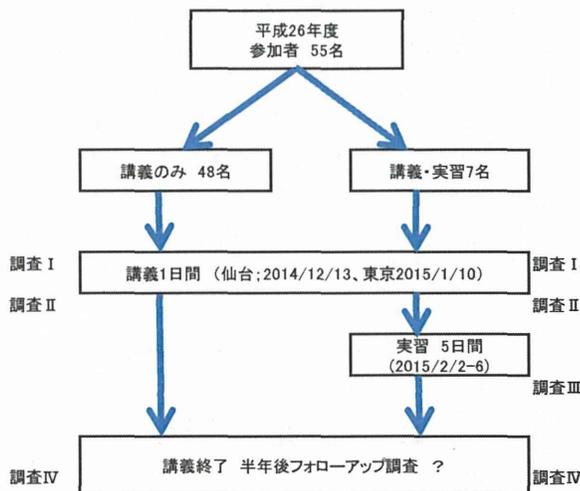


図8 平成26年度の受講者のフロー

プログラム受講前後の結果については、表7の通りである。スコア化した実践、困難感、知識については受講前後では、統計学的な有意差は認められなかった。実践の項目では、コミュニケーションについては、受講後にスコアが上昇し、統計学的な有意差が認められた (p=0.014)。また、困難感の項目では、症状緩和の項目が低下し、統計学的な有意差が認められた (p=0.015)。

表7 調査Iと調査IIの平均値と標準偏差

| | 講義前 (n=55) | | 講義後 (n=55) | | 有意差 |
|--------------------|------------|-------|------------|-------|---------|
| | 平均値 | 標準偏差 | 平均値 | 標準偏差 | |
| 疼痛 | 13.47 | 1.39 | 13.44 | 1.63 | n.s |
| 緩和ケア に対する 実践 | 12.49 | 1.74 | 12.60 | 1.74 | n.s |
| せん妄 | 12.17 | 7.62 | 11.49 | 2.63 | n.s |
| 看取り | 12.20 | 2.35 | 12.64 | 1.94 | n.s |
| コミュニケーション | 12.35 | 1.51 | 12.81 | 1.48 | p=0.014 |
| 患者・家族中心のケア | 13.17 | 1.72 | 12.94 | 2.27 | n.s |
| 症状緩和 | 10.38 | 2.64 | 9.53 | 2.65 | p=0.015 |
| 緩和ケア に対する 実践 | 9.20 | 3.60 | 9.08 | 3.60 | n.s |
| 医療者間のコミュニケーション | 8.58 | 3.48 | 8.44 | 3.42 | n.s |
| 患者・家族中心のコミュニケーション | 9.56 | 2.62 | 9.17 | 2.76 | n.s |
| 地域連携 | 8.17 | 3.14 | 8.49 | 2.95 | n.s |
| 実践合計 | 76.18 | 11.56 | 76.18 | 8.70 | n.s |
| スコア化 | 45.72 | 10.69 | 44.32 | 11.86 | n.s |
| 知識合計 | 11.28 | 6.23 | 12.00 | 6.48 | n.s |

D. 考察

1. 「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の講義及び実習

今年度は昨年度に引き続き、「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の講義を被災地の宮城県仙台市でも実施することができた。講義スケジュールは昨年度と同様、1日であったが、緩和ケア訪問看護師に必要な実践能力を習得のための教育項目の10項目は網羅することができた。本プログラムの受講者はほとんどが医療機関や訪問看護ステーションで勤務する忙しい看護師であることから、可能であれば講義は短期間で効果的に実施することが望ましいと考えられた。

今回の講義は仙台と東京で症状マネジメント（各論）、家族ケア、チームケアとコミュニケーションにおいて講師が異なっていた。講義内容が講師により、異なることは避けることができない。従って受講生が学ぶ必要のある在宅緩和ケアに関する知識を講義テキストにより、確実に伝えられることから、講義テキストを作成した意義は大きいと考える。

「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の講義は、実施する側がその都度、各地に赴くのは限界があることから、今後、各地域で「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を実施できるよう、10項目の教育項目をテキストに沿って講義可能なスタッフの育成と実習生を受け入れることが可能な緩和ケアを専門とする訪問看護ステーションへの働きかけが必要となるであろう。

2. 「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」のアンケート結果の考察

平成25年度のプログラム受講者の「緩和ケアに関する医療者の知識・困難感・実践尺度」(PCKT, PCPS, PCDS)について、分析した結果、講義のみ群と実習あり群について、調査Ⅰ、調査Ⅱ、調査Ⅳの時点での結果には統計学的な有意差は認められなかった。実習の有無にかかわらず、講義のみ参加した者も、プログラム後の調査Ⅱにおいて低下する項目も見られたが、多くの項目では改善が見られていた。プログラムの内容が、その後の参加者の実践や経験の中で活かされたことによるものと推察された。

しかしながら、調査Ⅰ、Ⅱ、Ⅳの時点におい

て、実習の有無別に分析したところ、平成24年度の実習者の結果と同様に、統計学的有意差は認められなかった。一方、アンケートの自由記載では、「家族や本人とのコミュニケーションを展開することができた」、「ペインコントロールやレスキューの使い方を学べた」、「症状マネジメントの講義を受け、症状の予測ができるようになった」などの意見のほか、教育プログラムに対する参加者の満足度も高く、在宅における緩和ケアに対する意識の高い受講者が多く参加されたことが推察された。

教育プログラムにおける実習効果の評価については、量的な質問紙調査だけではなく、インタビューなども含めた質的な調査分析も必要であろう。

平成26年度は、講義の実習前後の比較を行った。受講前後では、実践の「コミュニケーション」と困難感の「症状緩和」の項目のみに統計学的な有意差が示された。実践のその他の項目では、受講後に低下した項目もいくつか見られたが、受講前に実践していると回答した項目について、講義を受講して、今までの不十分であったと認識し回答した可能性がある。困難感に対しては、「地域連携」以外の項目は、統計学的な有意差は認められないものの、スコアを見るとそれぞれ低下がみられ、改善されていたことより、平成25年度と同様に、プログラムの内容が、これまでの参加者の実践や経験を振り返る機会として活かされた可能性が考えられた。

E. おわりに

平成26年度は平成24年度に開発した「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を宮城県と東京都で実施するとともに、平成24年度から収集したデータの3年分の教育プログラム受講者への経時的評価を行った。

本研究で開発した「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」は1日の講義のみの参加だけでも、緩和ケア訪問看護師に必要な知識の習得は可能と考えられた。しかし、実習では全人的な苦痛を持つ患者と介護する家族に対し、チームとしてケアに参加することにより、緩和ケア訪問看護師に必要とされる実践能力をより習得することができるのではないかと考える。

在宅緩和ケアの実践能力を習得するために

は、「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の実習がより効果的であるのではないかと推察される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

《教育プログラム講師協力者》

川越 厚 クリニック川越医院長
本田晶子 訪問看護パリアン所長
賢見卓也 訪問看護パリアン
和田美保 訪問看護パリアン
大畑美里 聖路加国際病院
鶴若麻理 聖路加国際大学
佐藤隆裕 爽秋会岡部医院
齋藤優子 岡部医院仙台訪問看護ステーション
今泉洋子 岡部医院仙台訪問看護ステーション

《報告書作成、プログラム運営補助》

中山直子 聖路加国際大学
内田千佳子 聖路加国際大学

別紙 表1. 緩和ケア訪問看護師教育プログラム 講義スケジュール

① 平成26年12月13日(土) 開催場所: 仙台TKPカンファレンスセンター

| | 時間 | 教育項目 | ねらい | 講義スタイル | 担当者 |
|---|----------------------|-------------------|--|--------|---------------------------|
| | 9:00~9:20 (20分) | オリエンテーション | | | |
| | 9:10~9:30 (20分) | あいさつ・アンケート記入 | | | 林直子(聖路加国際大学) |
| 1 | 9:30~10:00 (30分) | 緩和ケア総論 | ホスピス・緩和ケア、在宅ホスピスケアの歴史、理念を理解した上で、在宅緩和ケアに従事する看護師の役割を理解する | 講義 | 川越博美(訪問看護バリアン) |
| 2 | 10:00-10:30 (30分) | 症状マネジメント(総論) | 末期がん患者の全人的な苦痛(Total Pain)である身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面を理解する。 | 講義 | 佐藤隆裕(爽秋会岡部医院) |
| | 10:30~11:00 (30分) | 症状マネジメント(各論) | 在宅におけるオピオイド増量・ORの実際・服薬指導・服薬管理の実際 | 講義 | 本田晶子(訪問看護バリアン) |
| 3 | 11:00~11:40 (40分) | 家族ケア | 末期がん患者の家族の全体像をアセスメントし、遺族ケアを含めた必要なケアを理解する | 講義 | 齋藤優子(岡部医院 仙台訪問看護ステーション) |
| | 11:40~11:50 | | 質疑応答 | | |
| | 11:50~13:00 | 昼食 | 休憩 70分 (昼食は各自ご用意ください) | | |
| 4 | 13:00~13:30 (30分) | チームケアとコミュニケーション | 在宅のチームケアを理解する。患者、家族はじめ多職種とのコミュニケーションのポイントを理解する | 講義 | 今泉洋子(岡部医院 仙台訪問看護ステーション) |
| 5 | 13:30~14:20 (50分) | 看取りのケア・デスエデュケーション | 死へのプロセスを理解し、死の教育(DE)の必要性を理解する | 講義 | 川越厚(クリニック川越) |
| | 14:20~14:30 | | 休憩 10分 | | |
| 6 | 14:30~15:00 (30分) | 介護保険制度・社会資源の活用 | がん末期患者に必要な制度(医療制度・介護保険制度)を理解する | 講義 | 賢見(訪問看護バリアン) |
| 7 | 15:00~15:30 (30分) | 倫理的問題と対応 | 在宅緩和ケアにおける倫理的課題を理解した上で、ケアを提供する看護師の役割を理解する | 講義 | 本田晶子(訪問看護バリアン) |
| 8 | 15:30~17:00 (90分) | 症状マネジメント、家族ケア | 事例を通じて、在宅における症状マネジメントの実際、家族支援を学ぶ | GW | 川越博美 本田晶子 和田美保 他 |
| | 17:00~17:10 | あいさつ | 終わりのあいさつ | | 林直子 |
| | 17:10~17:20 | アンケート記入 | | | |

② 平成27年1月10日(土) 開催場所: 聖路加国際大学

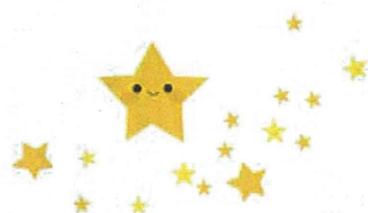
| | 時間 | 教育項目 | ねらい | 講義スタイル | 担当者 |
|---|----------------------|-------------------|--|--------|---------------------------|
| | 9:00~9:20 (20分) | オリエンテーション | | | |
| | 9:10~9:30 (20分) | あいさつ・アンケート記入 | | | 林直子(聖路加国際大学) |
| 1 | 9:30~10:00 (30分) | 緩和ケア総論 | ホスピス・緩和ケア、在宅ホスピスケアの歴史、理念を理解した上で、在宅緩和ケアに従事する看護師の役割を理解する | 講義 | 川越博美(訪問看護バリアン) |
| 2 | 10:00-10:30 (30分) | 症状マネジメント(総論) | 末期がん患者の全人的な苦痛(Total Pain)である身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面を理解する。 | 講義 | 林直子(聖路加国際大学) |
| | 10:30~11:00 (30分) | 症状マネジメント(各論) | 在宅におけるオピオイド増量・ORの実際・服薬指導・服薬管理の実際 | 講義 | 本田晶子(訪問看護バリアン) |
| 3 | 11:00~11:40 (40分) | 家族ケア | 末期がん患者の家族の全体像をアセスメントし、遺族ケアを含めた必要なケアを理解する | 講義 | 和田美保(訪問看護バリアン) |
| | 11:40~11:50 | | 質疑応答 | | |
| | 11:50~13:00 | 昼食 | 休憩 70分 (昼食は各自ご用意ください) | | |
| 4 | 13:00~13:30 (30分) | チームケアとコミュニケーション | 在宅のチームケアを理解する。患者、家族はじめ多職種とのコミュニケーションのポイントを理解する | 講義 | 大畑美里(聖路加国際病院) |
| 5 | 13:30~14:20 (50分) | 看取りのケア・デスエデュケーション | 死へのプロセスを理解し、死の教育(DE)の必要性を理解する | 講義 | 川越厚(クリニック川越) |
| | 14:20~14:30 | | 休憩 10分 | | |
| 6 | 14:30~15:00 (30分) | 介護保険制度・社会資源の活用 | がん末期患者に必要な制度(医療制度・介護保険制度)を理解する | 講義 | 賢見卓也(訪問看護バリアン) |
| 7 | 15:00~15:30 (30分) | 倫理的問題と対応 | 在宅緩和ケアにおける倫理的課題を理解した上で、ケアを提供する看護師の役割を理解する | 講義 | 本田晶子(訪問看護バリアン) |
| 8 | 15:30~17:00 (90分) | 症状マネジメント、家族ケア | 事例を通じて、在宅における症状マネジメントの実際、家族支援を学ぶ | GW | 川越博美 本田晶子 和田美保 他 |
| | 17:00~17:10 | あいさつ | 終わりのあいさつ | | 林直子 |
| | 17:10~17:20 | アンケート記入 | | | |

厚労科研

在宅緩和ケアにおける実践能力習得のための教育プログラムの開発と教育

平成 26 年度 緩和ケア訪問看護師教育プログラム

講義テキスト



聖路加国際大学
緩和ケア訪問看護ステーション連絡会

目次

| | |
|-------------------------|----|
| はじめに | 1 |
| 「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の教育項目 | 1 |
| 「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の流れ | 2 |
| I 事前学習 | 3 |
| II 講義内容 | 5 |
| II-1 緩和ケア総論 | 6 |
| 川越 博美 医療法人社団パリアン 看護部長 | |
| II-2 症状マネジメント 総論 | 16 |
| 林 直子 聖路加国際大学 教授 | |
| II-3 症状マネジメント 各論 | 23 |
| 本田 晶子 訪問看護パリアン 所長 | |
| II-4 家族ケア | 37 |
| 山崎 あけみ 上智大学 准教授 | |
| II-5 チームケアとコミュニケーション | 42 |
| 大畑 美里 聖路加国際病院 | |
| II-6 看取りのケア・デスエデュケーション | 54 |
| 川越 厚 クリニック川越 院長 | |
| II-7 介護保険制度・社会資源の活用 | 56 |
| 賢見 卓也 訪問看護パリアン | |
| II-8 倫理的問題と対応 | 59 |
| 鶴若 麻理 聖路加国際大学 准教授 | |
| III.実習について | 67 |

はじめに

がんを患う患者さんが年々増加する中で、自宅で最期を迎えるがん患者さんも増えてきています。しかし自宅に戻っても急激に症状が変化する患者さんに対し、緩和ケアができる医師とチームを組まず迅速な疼痛緩和ができなかったり、多職種との連携・支援体制が整えられず、生活を支えるケアの提供が不十分で再入院する患者さんも後を絶ちません。

在宅緩和ケアにおいて、訪問看護師が果たす役割は大きいものの、在宅緩和ケアの専門的教育を受けた看護師は少なく、在宅緩和ケアの実践的教育が今後ますます必要になると考えられます。

「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」は厚生労働科学研究費の補助金を受け聖路加国際大学と緩和ケア訪問看護ステーション連絡会が協力して開発した教育プログラムです。このプログラムは講義（1日）と実習（5日間）により構成されています。

みなさんがこのプログラムを受けることで、在宅緩和ケアへの取り組みをさらに深めて欲しいと願うとともに、質の高い在宅緩和ケアが在宅緩和ケアチームによってがん患者さんに提供されることを心から期待しています。

「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の教育項目

「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」は、文献検討と在宅緩和ケアのエキスパートである医師及び看護師へのインタビューから抽出した“緩和ケア訪問看護師に必要な知識と実践能力”に基づいて作成した教育プログラムです。

“緩和ケア訪問看護師に求められる知識と実践能力”は全部で10項目あります。

- ① 在宅緩和ケアの理念と定義
- ② 在宅緩和ケアシステム
- ③ 症状ケア・マネジメント
- ④ 臨死ケア・看取り
- ⑤ 家族・遺族ケア
- ⑥ 制度・社会資源の活用
- ⑦ チームケア
- ⑧ コミュニケーション
- ⑨ 看護師の役割
- ⑩ 倫理的問題と対応

これらの10項目をこのプログラムの教育項目として講義、実習を実施します。

「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の流れ

「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」では“緩和ケア訪問看護師に求められる知識と実践能力”の10項目を効果的に習得するために、(1) 事前学習 → (2) 講義 + グループワーク (1日) → (3) 実習 (5日間) の順にプログラムを進めています。事前学習と講義は知識を習得するために、実習は知識と実践能力を習得するために行われるものです。

(1) 事前学習

事前学習は講義の前までに受講生の皆さんが取り組む課題のことです。皆さんには前もって講義のプログラムと事前課題が送付されます。事前課題は事例を通して、症状マネジメントや家族支援について、参考図書を活用しながら考えてください。講義当日のグループワークではこの事前課題についてディスカッションします。事前学習により皆さんは、在宅緩和ケアの基礎的知識を身に着けた状態で講義に臨むことができます。

(2) 講義+グループワーク

講義は“緩和ケア訪問看護師に求められる知識と実践能力”の10項目を網羅した内容です。講義時間はいずれも30分から60分程度で、教育項目ごとに講義が行われます。講師はがん緩和ケアを専門とする、教員、医師、専門看護師などが行います。

グループワークは90分で、全ての講義を終えた後に行います。講義で得た知識も活用し、事前学習の事例について話し合い、受講者の意見やアイデアを共有します。

(3) 実習

実習は緩和ケアを専門とする訪問看護機関で5日間実施します。実習地は札幌、東京、静岡、奈良、愛媛などです。実習では末期がん患者を受け持ち、患者さんとそのご家族の全人的理解、チームで提供する在宅緩和ケアを通して、緩和ケア訪問看護師としての実践能力を高めていきます。

★アンケートご協力をお願い

「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の講義と実習は毎年評価し、より良いプログラムに改善しています。評価方法は毎回 そのために受講生の皆さんにアンケートをお願いしています。このアンケートは講義の受講前、受講後、実習後、受講後6か月の4回実施し、教育プログラムの評価を行っています。

I. 事前学習

ここでは皆さんに末期がんの事例を紹介します。事例の内容を熟読し、それぞれの設問について、参考文献、参考図書を活用しながらあなたの考えをまとめてください。

事例の紹介

佐々木勤さんは48歳の男性である。1か月前に胸部の痛みが出現し、急きょ病院を受診したところ、末期の肺がんと診断されそのまま入院となった。

入院後、症状はコントロールされたが、医師は本人と妻に積極的な治療はなく、治癒が望めないことを説明した。勤さんは突然の状況にとっても落ち込んでいたが、症状の改善に伴い「早く家に帰りたい」と希望したため、1週間前に退院した。訪問診療と訪問看護は退院直後から開始している。

勤さんは、妻と子供2人(長男10歳、次男8歳)の4人暮らしである。勤さんは長年、調理人としてレストランで働いていたが、入院を機に退職している。妻は専業主婦である。

A. 【症状コントロール】

勤さんは痛みに対して、入院中から非ステロイド性抗炎症薬(ロキソニン)を開始している。退院当初は、夕方に子供たちと近くの公園まで散歩に出かけていた。

1週間後、看護師が訪問した際、勤さんは呼吸苦を訴えており、呼吸困難のレベルはNRSで7/10という。

〈設問〉

1. あなたは勤さんの呼吸苦をどのようにアセスメントし、どのような薬剤の使用を検討しますか？
2. あなたは呼吸苦に対して、薬物療法以外にどのようなケアを提供しますか？
3. 自宅療養中の患者のためにオピオイドを調達し、管理するためどのような点に留意しますか？

参考文献

・厚生労働省 医療用麻薬適正使用ガイダンス～がん疼痛治療における医療用麻薬の使用と管理のガイダンス～

http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/other/iryo_tekisei_guide.html

B. 【家族ケア】

勤さんは、訪問診療の医師から「1日1日を大切に過ごさない」と言われたと話しており、病状について理解できているようである。しかし、家族の前では、「病気をよくして元気になるぞ!!」と話している。

妻は、夫の入院をきっかけに、少量だが家で飲酒をするようになった。お酒を飲むと不安が和らぎ気持ちも楽になるという。訪問看護師が訪問した際も、時折お酒のにおいがすることがあった。もともと、夫に物事の決定をゆだねることが多く、痛みや呼吸苦で夫が苦しんでいるとおろおろしてしまい、どうしていいかわからない。昨年、中古のマンションを購入したばかりであり、その支払いや今後の収入、子供の学費のことなども心配である。

長男と次男は勤さんが家にいることはとてもうれしいと思っている。病気の詳しいことは知らされていないが、なんとなく具合が悪いことは知っている。以前、兄弟げんかをした後に勤さんが入院したため、自分たちのせいで勤さんの具合が悪くなったのではと考えている。看護師の訪問時には、父親のベッドの近くで過ごしていることが多い。

《設問》

1. 家族のエコマップ（人間相関図）を書いて、家族をとらえてみましょう。
2. 家族にとって問題となることはどのようなことでしょうか？それぞれの立場から考えてみよう。
3. 看護師として支援すべきことがらはどのようなことか？
4. 勤さんと死別1年後にどのような家族に変化しているかを想像し、それをもとにどのようなグリーフケアを行えばよいのか考えてみましょう。

参考図書

1. 川越 厚：がん患者の在宅ホスピスケア 医学書院、2013.
2. 林直子：痛みのアセスメントツール、EBNURSING、156-165、中山書店、2005.
3. 川越博美：在宅ターミナルケアのすすめ、日本看護協会出版会、2002.
4. 川越博美・水田哲明：「在宅ホスピスケアの基準」についての解説、臨床看護、24(7)、1998.
5. ターミナルケア編集委員会編集：ナースのためのホスピス緩和ケア入門 援助の視点と実際、三輪書店、2002.
6. 山崎あけみ：看護学テキスト NICE 家族看護学 19の臨床場面と8つの実践例から考える、南江堂、2008.

II. 講義内容

講義は以下の教育項目に沿って行われます。教育項目にはそれぞれねらいがあり、このねらいを受講者が修得します。

| | 教育項目 | ねらい | 講義タイプ |
|---|-------------------|--|---------|
| 1 | 緩和ケア総論 | ホスピス・緩和ケア、在宅ホスピスケアの歴史、理念を理解した上で、在宅緩和ケアに従事する看護師の役割を理解する | 講義 |
| 2 | 症状マネジメント 総論 | 末期がん患者の全人的な苦痛（Total Pain）である身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面を理解する。 | 講義 |
| | 各論 | 在宅におけるオピオイド増量・ORの実際・服薬指導・服薬管理の実際 | 講義 |
| 3 | 家族ケア | 末期がん患者の家族の全体像をアセスメントし、遺族ケアを含めた必要なケアを理解する | 講義 |
| 4 | チームケアとコミュニケーション | 在宅のチームケアを理解する。患者、家族はじめ多職種とのコミュニケーションのポイントを理解する | 講義 |
| 5 | 看取りのケア・デスエデュケーション | 死へのプロセスを理解し、死の教育（DE）の必要性を理解する | 講義 |
| 6 | 介護保険制度・社会資源の活用 | がん末期患者に必要な制度（医療制度・介護保険制度）を理解する | 講義 |
| 7 | 倫理的問題と対応 | 在宅緩和ケアにおける倫理的課題を理解した上で、ケアを提供する看護師の役割を理解する | 講義 |
| 8 | 症状マネジメント・家族ケア | 事例を通じて、在宅における症状マネジメントの実際、家族支援を学ぶ | グループワーク |

ホスピスの歴史について ホスピスケアは、死から生を
観るケア・医療

ホスピスの発祥 ローマ時代

近代ホスピス 17世紀 SISTERS OF CHARITY (仏)

現代のホスピス 1967 施設型ホスピス(英)
1974 在宅型ホスピス(米)
1975 病棟型ホスピス=PCU(加)
1977 NHO(全米ホスピス協会)の設立



「ホスピス」はローマ時代のラテン語 hospiti-um に由来し「手厚くもてなす」、「兵士や巡礼者の休息所」などの意味があった。現代ホスピス生みの親は、英国のシンリー・ソングダースでセントクリストファーホスピスを創設し、死から生をみるケアとしてのホスピスケアの概念を確立させた。

緩和ケアの定義と基準

- WHOの定義と基準
- 各国それぞれに基準があり、基準にあわせて教育がなされケアが提供されている

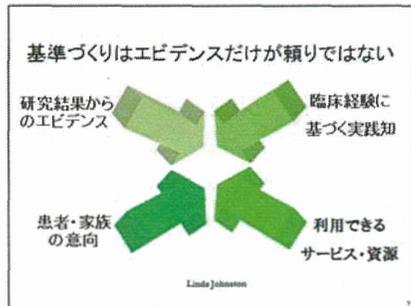
米国 (NHPCO)
英国 (NCHSPCS)
スコットランド(SPA)

アメリカやイギリス、オーストラリア、カナダなど各国で専門職の所属する緩和ケア関連組織が緩和ケアの基準を作成し、医師や看護師が提供する緩和ケアの質を一定以上に保つ努力をしている。

日本の在宅ホスピス緩和ケア基準
(公的に認められて基準はない)

- 在宅ホスピス協会の基準 (臨床看護:Vol.24, No7, 1989)
- 在宅ホスピス緩和ケア基準作成の試み (緩和ケア: Vol.18, No.4, 2009)
- 日本ホスピス緩和ケア協会作成の基準
- 緩和ケアクリニック連絡協議会作成の基準

在宅緩和ケアについては、日本ホスピス緩和ケア協会が作成した基準があるものの、在宅ホスピス緩和ケアでは公に認められた基準は未だにないのが現状である。従って基準に沿った在宅緩和ケア教育の提供もできず、それに携わる専門職の質を一定レベル以上に保つこともできていない。

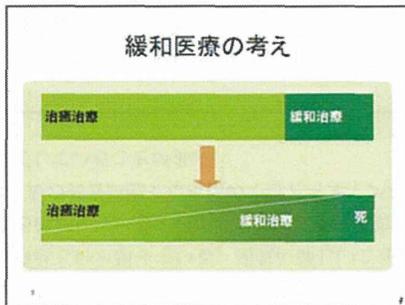


在宅緩和ケアの基準は、エビデンスに基づいた研究結果だけでなく、実践知、緩和ケアを受ける患者・家族のニーズや活用可能なサービス・社会資源の情報も併せて作成し、質の高い緩和ケアの提供につなげたい。

緩和ケアの定義(2002年 WHO)

「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフ(生活の質、生命の質)を改善するためのアプローチである。」

WHOは、2002年に緩和ケアの定義を改定した。わが国でも2007年4月に施行された「がん対策基本法」に疾患の早期からの緩和ケアを提供する体制を作ることが明記されている。



緩和ケアの開始時期は、治療の見込みがなくなった段階から患者に提供するケアであると考えられていたが、今では生命を脅かす疾患の早い段階から治療と一緒に緩和ケアを始めて行くことが重要であるという考えになっている。

在宅ホスピスケアの基本理念
(在宅ホスピス協会の考え)

1. 患者や家族の生命・生活の質(いわゆるクオリティ・オブ・ライフ)を最優先し、患者と家族が安心して家で過ごせるケアを実施する。
2. 人が生きることを尊重し、人それぞれの死への過程に敬意を払う。死を早めることも死を遅らせることもしない。

日本在宅ホスピス協会は1989年に、専門職・ボランティア・遺族などの知恵を結集して、在宅ホスピス緩和ケア基準を作成した。この基準は、在宅ホスピスケアの基本的な考えかたとしてとらえることができる。つまり在宅ホスピスケアでは患者・家族の生活を含めた命の質を最優先し、死までの経過を自自然な経過に委ねる。

3. 患者の痛みやその他の不快な身体症状を緩和するとともに、心理的・社会的苦痛の解決を支援し、霊的痛みを共感し、生きることに意味を見いだせるようにケアをする。
4. 患者の自己決定、家族の意思を最大限尊重する。

身体的・心理的・社会的・霊的苦痛、つまり全人的な痛み(トータルペイン)を緩和することが重要であること、また患者・家族の望む生き方を可能な限り実現できるよう支援することである。

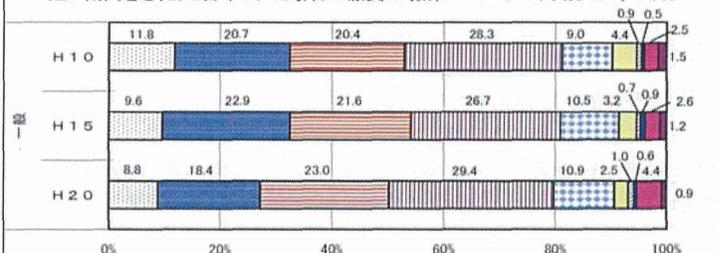
在宅ホスピス・緩和ケアの実施基準

1. 医師の訪問診察、看護師の訪問看護、必要に応じたその他のサービス
2. 患者の家を中心にした24時間、週7日間対応のケア
3. 主に患者の苦痛を対象とした緩和医療

4. 遺族を対象とした死別後の計画的なケア
5. 患者と家族をひとつの単位とみなしたケア
6. インフォームド・コンセントに基づいたケア
7. 病院や施設ホスピスと連携したケア

在宅ホスピス緩和ケア基準の理念を実現させるため、具体的な実施基準も示されている。ただ単に治療ができなくなった患者さんをケアするというのではなく、実施基準に則って行われるケアを、在宅ホスピス緩和ケアとすることができる。

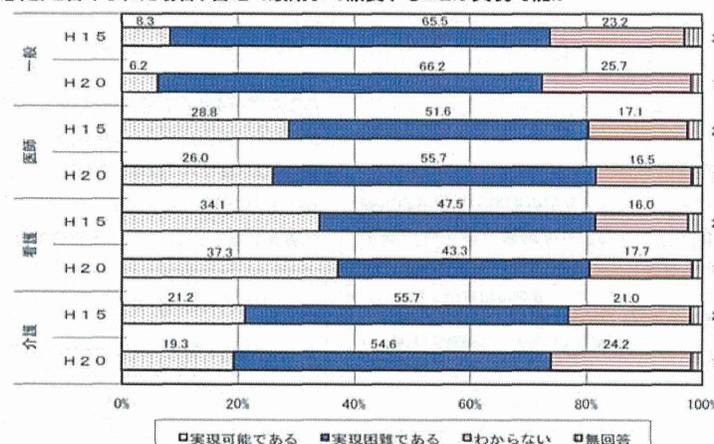
自分が治る見込みがなく死期が迫っている(6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられた場合の療養の場所について (平成 20 年 3 月)



- なるべく早く今まで通った(又は現在入院中の)医療機関に入院したい
 - なるべく早く緩和ケア病棟(終末期における症状を和らげることを目的とした病棟)に入院したい
 - 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
 - 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
 - 自宅で最後まで療養したい
 - 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療を受けたい
 - 老人ホームに入所したい
 - その他
- 引用:終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について

厚生労働省が終末期の療養場所を尋ねた5年ごとの調査がある。これを見ると医療機関での入院を望む人は調査の度に減少の傾向がみられる。逆に可能な限り自宅での療養を望む、あるいは最期まで自宅療養を望む人は増傾向にあり、約6割が終末期の療養場所に自宅を選んでいる。

自分が治る見込みがなく死期が迫っている(6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられた場合、自宅で最期まで療養することは実現可能か



引用:終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について

終末期に自宅での療養が可能であるかの問いを一般市民と医療専門職に尋ねたところ、看護師は約35%、医師では約25%強、介護職では約20%が終末期を自宅で療養できると回答した。しかし一般市民の回答は10%にも満たず、終末期の自宅での療養をあきらめている。

終末期医療に関する国民の意識

- ・ 自宅で療養をしたいと思っている人は約6割
- ・ しかし最期まで療養することは困難と思っている
- ・ その理由は、
家族の負担・急変時の対応への不安
- ・ 平成10年の調査から、あまり変化がない
(在宅で療養希望が微増)

現代ホスピスの最大の問題は
ケア(看護師)が医療(医師)の後ろに
追いやられていること

Hospice is primarily
a nursing intervention,
A philosophy of patient care designed
To keep the patient as comfortable
And functional as possible until death.
(Mor V.:Hospice Care Systems, 1987)

厚生労働省の調査結果をまとめると、国民の6割が自宅での療養を望んでいるが、介護者である家族の負担や急変時の対応への不安などが理由で、自宅での療養をあきらめている。

1987年に出版された書籍で、Mor は、ホスピスはまず第一に看護ケアだと述べている。ホスピスケアはチームケアであるが、看護師がチ