

川越参考人提出資料

資料 1 われわれが行ってきた「在宅緩和ケア研修」の内容

医療法人パリアン理事長 川越 厚

医療法人パリアンでは創設（2000年6月）以来、在宅緩和ケアの研修と教育に力を入れてきた。具体的には医療法人パリアンの組織内に教育・研究部門を設け、現在、常勤職員2名（長は看護部長兼任、その下に専門職員）と非常勤の職員1名が在籍している。

最初にお断りしなければならないことがある。それはこの件に関する議論をする時の、パリアンの特殊性である。

小規模のクリニック（常勤医2名）と訪問看護ステーションを経営する当法人は、教育・研修を行うには非常に恵まれた、現段階では特殊な環境にある。教育・研究部長はもと看護大学教授、専門職員は工学博士、非常勤研究員は看護大学修士の肩書を持っている。また実際の教育にあたる医師はもと国立大学講師、10名の訪問看護師のうち4名が看護学修士（うち非常勤1）、1名が専門看護師（常勤）である。このような Background を持って行われる在宅緩和ケアであり、在宅緩和ケア研修であることをお断りしたい。

1. 学生・看護学生研修

医学生、看護学生（原則として看護大生）の実習でもっとも重視していることは、彼らが末期がん患者と家族の日常生活に触れ、患者の在宅での Life（いのち、生活）を最後まで支えるために医療者は何をしなければならぬか、を身につけることである。

病院という土俵に患者が単独で（家族から離れてという意味）上がって行く病院医療と違い、在宅ケアでは医療者が患者宅という、いわば他人の土俵に上がらなければならない。すなわち、在宅医療の場では、主客の逆転がすでに起こっているのである。従って患者の決定はより重く我々医療者にのしかかってくるし、形ではなく実際的に、医療者は患者と同じ目線に立たざるを得ない。

在宅では、今回の提出用紙に指摘した様々な問題を避けることは難しく、一方学ぶ側からみれば、好むと好まざるとにかかわらず、掲げた問題と向き合わざるを得ない。その意味から、在宅緩和ケアの研修意義は大きい。

パリアンでは毎年6月下旬に、4～8名の医学部学生（帝京大5年生）と2～5名の看護学生（聖路加看護大4年生）を対象にした在宅緩和ケア研修を行っている。2010年末までの10年間に、46名の医学生と34名の看護学生を受け入れてきた。我々は医学部学生対象の研修プログラム（資料2）と看護学生対象のプログラム（資料3）をそれぞれ作成し、それらのプログラムに則って実際の研修を行っている。

パリアンにおける学生教育の最大の特徴は、医大生と看護学生が同時期、ペアを組んで実際の患者を受け持つことにある。その主な目的の一つは、医師の卵である医学生に看護とは何かを学んでもらうことである。特に、医師の行う医行為が空しくなりがちな終末期医療に

おいて、医療はまだまだやることがある。それは看護師を中心とした、患者を人間として最後まで大切にケアであること。とくに医学生にそのことを学んでほしいからこそ、このような形態を取った研修を組み立てている。

一週間の研修を終えた学生たち、とくに医学生が、在宅緩和ケアの実習を通して大きく変化し成長することを我々はしばしば経験する。我々の在宅ホスピスケアの実践的教育の評価は難しい問題であるが、Preliminary report として平成14年度笹川医学医療研究財団の研究成果として報告している。その抜粋を資料4（医学・看護学系基礎教育における在宅ホスピス・緩和ケアの実践的教育に関する研究、25～47ページ）に示した。

次に、具体的な学生研修について述べたいと思う。

医大生は1週間（公衆衛生学地域医療実習）、一方看護学生は3週間の実習（ケミカ7総合実習）をパリアンで受けるが、最初の1週間は医大生と看護学生が合同実習する。

実習をはじめるにあたり医大生と看護学生でペアを作り、一人の末期がん患者を受け持つ。学生は共同でケア計画を立案し、金曜日までの4日間、患者宅の訪問を行う。実習最終日の金曜日、それぞれのペアはケアの計画を含め、ケースを受け持つて学んだことをパリアン内で発表し、医師や受け持ちの看護師、各大学の教師よりアドバイスをもらう。

実習にあたって、学生は患者情報を電子カルテと電子看護記録から自由に閲覧してよいが、受け持ち医師や看護師からの説明は必要最小限にし、学生がケースに対して予断を持たないような配慮を行っている。彼らが考え感じたことを、実習の中で最も重視しているからである。

帝京大の学生は後日、パリアンで研修したことを公衆衛生学の授業の場で発表し、同級生仲間在宅緩和ケアに関する実習経験を伝えている。また聖路加の看護学生も同級生の前で同様の報告をして、成果を Share している。発表の場には、パリアンの研修担当のスタッフが同席し、必要なアドバイスを行うように努めている。

2. 前期研修医研修

学生研修と異なり、研修医の研修（前期研修2年目）で重視していることは、在宅緩和医療において医師が果たさなければならない重要な役割を、在宅緩和ケア医師として実際の患者を受け持つことによって学ぶことである。特に、在宅緩和ケアは単なる病院における医療の延長ではなく、患者の日常生活を支えるための医療であることを研修医は学んでいく。

2005年から2010年12月まで、毎年3～5名の前期研修医（帝京大）が1か月パリアンで実習していき（地域医療の実習）、延べ22名が研修を修了した。研修は1か月に及ぶ研修プログラム（資料5）に則って行われるが、自分の専門をほとんどの研修医がこの段階で決めているので、研修にあたっては可能な限り専門領域のがん患者を受け持たせ、学ばせるようにしている。

パリアンには常時20～25名の在宅緩和ケアを実施している患者が存在し、月に15名前後のがん患者が在宅死している。研修内容は在宅患者のケアにとどまらず、相談外来での相談業務、通院可能な末期がん患者を対象とした外来診療、毎週金曜日に行われているデイケア（現在、

地域保健—在宅ホスピスケア

川越 厚 (医療法人社団パリアン クリニック川越)

野村恭子 (帝京大学医学部衛生学公衆衛生学)

在宅通所介護の点教請求を行っていない)への参加など、医師として患者に接するさまざまな機会を提供している。

オピオイドローテーション、モルヒネの持続皮下注射などは在宅緩和ケアのイロハである。微量注入ポンプの扱い、CVポートの管理、在宅高カロリー輸液の実施などの基本的手技を学ぶことも重要であるが、それよりも彼らに学んでほしいことは、在宅の緩和医療が手技的には病院となら遜色ないものになっていることである。

とはいえ、在宅緩和ケアチームの力によって、在宅でどこまでの医療が可能かが違ってくる。そのことを学ぶことが、将来病院の勤務医として働くとき、責任ある在宅医へのバトンタッチにつながるからと、我々は考えているからである。

そのほか在宅緩和ケアで医師が果たす役割について、研修医には実践的な多くのことがらを学んでもらっている。第一に症状緩和、特に痛みや呼吸苦の緩和の実践。

疼痛や呼吸苦の緩和では単にオピオイドをどう使うか、というような基礎的なことよりも、余ったオピオイドをどう廃棄するか、麻薬処方の実践、オピオイドの増量などをどこまで看護師に委ねるか、など応用的な事柄が重要である。そのような問題を研修では実際に即して教えている。さらに詳細は省略するが、死亡診断の実践なども大きな研修テーマである。

また、病院では経験することが難しい他職種との Team approach に力点をおいた研修プログラムを準備している。訪問看護師との同行訪問、週3回の Case conference 出席などを通して、研修医は在宅緩和ケアのもっとも重要なパートナーである訪問看護師との連携を学び、また薬剤師 (Out sourcing) や PT (当院では1名常勤) などの医療者の働きをも学んでいる。

チーム内における情報共有、リアルタイムの情報交換なども重要な研修課題である。当法人では市販の電子カルテを使用して診療記録を行い、当院で開発した電子看護記録を用いて看護記録を残している。両者は共有のサーバーを用いた LAN の形で医師、看護師の情報共有を図っている。この情報システムになれることも、重要な研修項目である。ただし国レベルで見れば、これは将来の課題にぞくするであろう。

さらに詳細は省略するが、福祉との連携や介護保険の仕組みを学ぶことも重要課題であり、介護支援専門員やヘルパーの働きなど、病院では学べない福祉職の働きを1カ月の研修の中で学んでいる。

研修医の研修では医師としての自覚を培い、専門医として立っていく上の基礎を築き、助走をつけることができるよう、在宅緩和ケアの研修を構築している。病院の勤務医となった時、パリアンの実習を活かして、がん患者と家族の支援ができることを楽しみに、我々は研修を行っている。

3. パリアンにおける、在宅緩和ケア研修の今後

2011年4月より、当院は日本緩和医療学会認定の研修施設となるので、専門医育成にも努めていきたいと考えている。

【G10】

1. がん治療における「末期がん患者」の位置づけを理解する。
2. 「末期がん患者」を支える医療、特に家で過ごす末期がん患者に対する医療のあり方について理解する。
3. 在宅ホスピスケア (Home hospice care) の歴史・概念を理解し、施設ホスピスケア (Institutional hospice care) との連携について学ぶ。
4. 地域における在宅ホスピスケアの実践にふれ、在宅ホスピスケアに必要なシステムとケアについて学ぶ。

【SBO】

1. 在宅ホスピスケアの概念を説明することができる。
2. 在宅ホスピスケアに関わる専門職の法的根拠と役割を述べることができる。
3. 在宅ホスピスケアに必要な地域ケアシステムを説明できる。
4. 在宅ホスピスケアのチームケアの原則を説明できる
5. チームの一員としてカンファレンスで発言することができる。
6. 末期がん患者の死までの病状経過を述べることができる。
7. 末期がん患者のケア計画を立案することができる。
8. 末期がん患者の疼痛コントロールの方法を説明できる。
9. 末期がん患者と家族が抱える心理・社会・霊的な問題を説明できる。
10. 家族を失った人の悲嘆を理解し悲嘆のケアについて述べることができる。
11. 在宅死を前提とした「死の教育」について説明できる。
12. 末期がん患者と家族とのコミュニケーションの原則を理解した上でコミュニケーションをとることができる。
13. 在宅ホスピスケアにおける法的・倫理的課題を述べることができる。

【key words】

死と終末期ケア、チーム医療、心理・社会的側面についての配慮、

症例演習問題

ケース I

62 歳の男性がホスピス相談外来を受診した。「自分は肺がんの末期で、是非在宅ケアを受けたい」との希望である。詳しく話を聞くと、以下のような問題のあることが明らかになった。

発病は 2 年前。その段階では右の上葉に異常陰影、胸水貯留が発見されたが、胸水の細胞診、気管支鏡検査では癌細胞を発見することができなかった。肺がんと確診されないまま、ある地方の中核病院で放射線治療を受けることになった。その時点で予後 1 年以内、と本人に伝えられたとのことである。

医師に勧められるまま放射線治療を受けたものの、「どうせだめなんだから」と思って患者は外来通院をかってにやめてしまった。放射線治療後 2 年間は特に問題なかったが、最近になって血痰が再び出現し、やむなく再受診した。胸部レントゲンで胸水の貯留を認めたが、胸水細胞診の結果はやはり陰性であった。

現在の主治医は肺がんとしての経過に疑問を抱いており、都内のがん専門病院に行き、診断と治療を受けるようにと患者に勧めたが、患者は、「どうせ検査をしても再発だったらだめなので、これ以上の検査や治療を受けたくない」と思って、紹介された病院を受診する前にホスピス相談外来へやってきたのだった。

本人は至って元気で、「とにかく自分は家で死ぬのだ」と、涙ながらに訴えてきた。

問題 I-1

この様なとき、ホスピス相談外来の医師はどのように対応したらよいであろうか。

ケース II

患者は既婚の 36 歳男性で、胃がんの末期である。病名の告知などは一切されておらず、病気は胃潰瘍と説明されている。入院中の生活が見るに忍びない両親は、何とか患者を家に連れ帰り、残された時をできるだけ豊かに過ごさせてやりたい、と願っている。患者本人は治ると信じて療養生活を送っているが、病状が一向に好転しないので、入院後一ヶ月経過した頃からイライラが募っている。ある日、患者の両親が 2 人でホスピス外来へ相談にきた。

問題 II-1

両親に対してどのようなアドバイスをすればよいか。

数日して、患者の母親と妻がホスピス外来へ相談にきた。家で看病したいという点では両者の意見は一致していたが、患者自身の気持ちとして、「病気の回復がはかばかしくないのに、家に帰れるのだろうか」という不安が強く、2 人ともそのことを強く懸念していた。問題解決のためには、真実を告げるのが一番よいと、医師は 2 人に勧めた。

告知に対する母親の意見は「この様な状態になってから告知するのは時期が遅すぎるので、家に連れて帰るにあたって告知して欲しくない」ということである。一方妻の方は、病院の医師から余命一ヶ月以内と説明を受けているので、「子供達（小学校 1 年の女の子と 3 歳の女の子）と自分に言葉を残して欲しいので、病気を正しく説明して欲しい」と願っている。両者とも「家に連れて帰りたい」という気持ちは同じであるが、告知すべきかどうかに関しては意見が全く異なっている。

問題 II-2

医療者は、この告知の問題に対してどのような姿勢でのぞむべきか。

病気についての正しい説明を受けることなく、日をおかずして患者は退院した。家に帰ってしばらく順調な日が続いたが、腹水の貯留、尿量の減少、食欲の低下等とともに全身状態の悪化が見られ、患者は家に帰ってきたことを喜ぶ一方、これでよいのかと不安を持ち始めた。

母親は依然として「がん」という言葉を告げてほしくないかと願っているが、妻はもうここまで来たのだからはっきりと病状を説明して欲しいと強く思っている。

問題 II-3

医療者はどのように対応すれば良いか。

家族の希望通り、患者は在宅死した。死亡直後、家族は理想の看取りが出来たと、悲しみの中でホスピス・緩和ケアチームに感謝していた。このケースについて デスカンファレンスを開く事が決まり、患者が亡くなって一週間経った時、医師と看護師が在宅ホスピスの経過について文章を書き、それを患者の両親と妻に送った。ところが、それを読んだ母親が非常に立腹し、父親を通してケアチームに抗議してきた。

問題 II-4

このケースはグリーフケアの難しさを物語っているが、ホスピス・緩和ケアチームはどのような点に注意すべきだったのであろうか。また、母親の抗議に対して、どのような対応をすればよいか。

ケース III

72 歳男性、胃癌末期、肝転移

それまで在宅でのかかりつけ医として関わっていた A 医師は、土日休診でしかも 24 時間体制を取っていない。「できる限り家にいたい」という希望を持つ患者の状態が悪化してくると A 医師にはその対応ができないので、B 医師に「これから主治医になってほしい」と診療情報提供書を書いてそれを家族に渡し、「B 医師の外来へ行くように」との指示を与えた。ところがその日の夜 11 時、患者は家で息を引き取った。訪問看護師から B 医師へ連絡があり、死亡診断のために往診してほしいとの依頼があった。

問題 III-1

B 医師は死亡診断書を発行することができるのであろうか？

B 医師は「自分はまだ患者を直接診察していないので、死亡診断は A 医師に書いてもらうように」と訪問看護師に指示した。

問題 III-2

B 医師の指示は妥当か？

再度、訪問看護師から B 医師へ往診の依頼があった。「朝まで待ったが、A 医師は往診してくれないので、先生お願いします」とのことであった。心やさしい B 医師は、「それでは」と言って、往診に出かけた。

問題 III-3

B 医師はどうすればよいのか？

設問 がん患者の在宅ケアに関して

(参考文献：川越 厚：「がん患者の在宅ケア Q&A」臨牀看護 第22巻第13号 1996年11月臨時増刊)

- Q 1. 在宅療養支援診療所とは何か？
- Q 2. 末期がん患者の在宅ケアがなぜ求められているのだろうか？
- Q 3. かつては「家で生まれて家で死ぬ」のが当たり前であったが、末期がん患者の在宅ケアが難しくなった背景にはどのようなことが考えられるか？
- Q 4. がん患者が在宅死すれば、それだけで在宅ホスピスケアというのであろうか？
- Q 5. 在宅ホスピスケアを行う医療機関は、どのような条件を満たす必要があるか？
- Q 6. 患者がどのような状態のときに在宅ホスピスケアを始めればよいか？
- Q 7. 在宅ホスピスケアを始めるときのどのような設備、器材が必要か？
- Q 8. 在宅でホスピスケアを受けるため、家族はどのような条件を満たす必要があるか？
- Q 9. 在宅ホスピスケアでは患者の苦しみはどのようなものがあるか？
- Q 10. 在宅ホスピスケアにおける疼痛管理はどのように行われるか？
- Q 11. 在宅ホスピスケアでは点滴はどうするか？
- Q 12. がんの種類によるケアの難しさはどのようなものがあるか？
- Q 13. 在宅ホスピスケアでは告知の問題をどのように考えればよいか？
- Q 14. 在宅ホスピスケアはどの時点で終了するか？
- Q 15. 家で看取りが難しいのはどのような場合か？
- Q 16. 在宅での看取りは本当に家族だけでできるか？
- Q 17. 医療者は看取る家族にどのように死を教えればよいか？
- Q 18. 在宅死の場合、家族にどのような注意を与えればよいか？また、法律的な問題はないか？

参考文献 (*は必読)

1. *「在宅ホスピスケアを始める人のために」川越厚編 医学書院 1996年
2. *「在宅ホスピス・緩和ケア—演習形式で学ぶケアの指針—」川越厚 メヂカルフレンド社 2003年
3. *「家で死にたい」川越厚 保健同人社 1992年
4. 「在宅ホスピスケアの基準」川越博美、水谷哲朗 臨牀看護, 24, 1125-1129, 1998.
5. 「家庭で看取る癌患者—在宅ホスピス入門」川越厚編 メヂカルフレンド社 1991年
6. 「ガン告知を生きる」川越厚他 日本基督教団出版局 1995年
7. 「生と死のはざままで」川越厚 保健同人社 2000年
8. 「遺された言葉」川越厚編著 日本基督教団出版局
9. 「やすらかな死」川越厚 日本基督教団出版局 1994年
10. 「アクティブ・デス」川越厚 岩波書店 1997年
11. 「がんの痛みはとれる—モルヒネの誤解をとく」加賀谷肇、松本禎之 丸善 2000年
12. 「家で看取るといふこと」川越厚、川越博美著 講談社 2005年
13. 「家で生きることの意味」柳田邦男、川越厚編 青海社 2005年
14. 「がん疼痛治療のレシピ」的場元弘、春秋社 2006年

【参考ビデオ】

1. 「在宅ホスピス—家庭で看取ること—」在宅ホスピス協会 企画、東京ソ・ビデオ株式会社 製作

2. 「家で看取った息子の死—在宅医療で息子を送った家族と医療者の記録—」フィルム93、テレビ朝日、1993年4月25日
3. 「愛する人々へ 最後は家で・・・」サンデースペシャル、テレビ朝日 1993年12月5日.
4. NHKニュース”21” 特集21 NHKテレビ、1993年2月18日
5. 「話題の医学」日本医師会ビデオライブラリー 2005年9月11日

【留意事項】

1. 服装は軽装すぎないように。ネクタイ着用の必要はない。
2. 聴診器を持参、白衣は必要ない。
3. 時間厳守。
4. 患者・家族、実習先の方々に失礼のないように十分留意すること。

【実習方法】

末期がん患者の訪問診療、訪問看護に同行し、医師、看護師をはじめスタッフやボランティアの活動を通じて在宅ホスピスケアについての学びを深める。実習課題として、それぞれが在宅ホスピスケアについて関心のあるテーマを選び、実習期間中にまとめ、実習最終日に発表する。

『実習スケジュール』

○月●日(月)	午前	学内	全体オリエンテーション、パリアン(両国)へ移動
	午後	刈ニツ川越	オリエンテーション、医師の講義、テーマの選定
●日(火)	午前	刈ニツ川越	ケースカンファレンス
	午後	刈ニツ川越	訪問、グループ学習、質疑
●日(水)	午前	刈ニツ川越	カンファレンス・ミーティング、療養通所介護参加
	午後	刈ニツ川越	療養通所介護参加
	15:00	刈ニツ川越	講義(川越先生)
	18:00	刈ニツ川越	カンファレンス(ケース発表)
●日(木)	午前	刈ニツ川越	ケースカンファレンス、遺族の話
	午後	刈ニツ川越	グループ学習、ケアプラン発表準備
●日(金)	午前	刈ニツ川越	ケースカンファレンス、グループ学習
	午後		ケアプラン発表準備
●日(月)	全日	学内	報告会準備
●日(火)	全日	学内	報告会準備
●日(月)	全日	学内	報告会
●日(火)	全日	学内	報告会
●日(水)	全日	学内	試験・講義・試験解説・講評・表彰式
△月●日(月)	全日	学内	レポート提出

資料 3 聖路加看護大学 学生実習

～総合実習 ターミナルケア～

◎総合実習の目標

- ・ 関心のある看護領域において、対象と環境との相互作用を力動的に把握し、対象の最適健康状態を生み出すことができるよう、メンバーの一員として主体的に自らの役割と機能を発揮し、働きかける能力を養う。
- ・ 看護実践を通して、看護の専門性について考え、自らの看護に対する看護観を深める。

◎実習目標

ターミナルステージにある人とその家族が、苦痛にさいなまれることなく人間としての尊厳を保ちつつ、その人にとって生と死が意義あるものとなるように援助できる。

<具体的目標>

1. ターミナルステージにある人の全人的苦痛 (Total Pain) を身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな側面から総合的に理解し、それを踏まえた看護を行うことができる。
2. ターミナルステージにある人とその家族および重要他者がおかれている状況、およびニーズや課題を多面的に理解し、看護を提供できる。
3. ターミナルステージにある人とその家族の Quality of life の向上に向けて、個別性を重視した援助を行う。
4. ターミナルステージにある人とその家族の Quality of life の向上に向けて行われるチームアプローチを理解し、チームの一員として主体的に援助を行う。
5. ターミナルステージにある人とその家族に対し、人としての尊厳を重んじる態度で援助を行うことができる。
6. ターミナルステージにある人とその家族との関わりを通して、自分自身を見つめると共に、生と死について自らの考えを深める。

聖路加看護大学・帝京大学 合同学生実習 予定

1 週目 聖路加看護大学(3 週間)/帝京大学 4 名(1 週間)

平成 22 年 7 月		内容・場所	場所	担当
5 日 (月)	13:00～13:30	オリエンテーション	両国 TYビル 3 階	看護師
	13:30～	訪問看護同行		
	～17:00	グループディスカッション(振り返り) 講義:在宅ホスピスケア概論 パリアンの紹介	3 階	看護師 川越厚
6 日 (火)	9:00～ 9:15	往診スケジュール確認	5階	事務
	9:30 頃～12:00	訪問診療同行(田賀先生) / 相談外来同席		
	12:00～13:00	(昼食・休憩)		
	13:00～17:00	訪問診療同行(川越厚先生、田賀先生)		
7 日 (水)	9:00～9:20	モーニングカンファレンス参加	3 階	
	10:00～	訪問看護同行		
	～17:00	グループディスカッション(振り返り)	3 階	看護師
	17:00～18:00	ケースカンファレンス参加	3 階	
8 日 (木)	10:00～12:00	ロールプレイ	聖路加看護大 4階404号室	教員
	12:00～13:00	(昼食・休憩)		
	13:00～17:00	ケアプラン発表準備	3 階	
9 日 (金)	9:00～9:30	モーニングカンファレンス参加	3 階	
	9:30～12:00	訪問看護同行		
	12:00～13:00	(昼食・休憩)		
	13:00～15:00	ケースプラン発表準備	3 階	
	15:00～17:00	ケースプラン発表および総括	3 階	学生

- ※ 初日は、13:00 に両国 TYビル5階に集合してください。
- ※ 訪問同行の交通手段は個別にご説明します。
- ※ 同行の前後の空き時間は自己学習やケースプラン発表の準備をしてください(3階)。
- ※ 聖路加は時機を見て、2 週目以降の個人テーマについて検討します。
(テーマ例:病院との連携、チームケア、グリーフケア、デス・エデュケーション、家族支援、在宅における症状緩和)
- ※ ケースプラン発表は、司会進行、タイムキーパーを学生自身で行ってください。
- ※ 患者情報は、基本的に担当看護師・医師から収集して下さい。漏洩しないよう厳重管理、注意して下さい。
- ※ 事務所のパソコンを使用することはできません。使用する場合は、ご持参ください。事務所のパソコンに個人の USB をつなげないでください。
- ※ 発表時の PPT は、パリアンの USB に全て保存してください。

2週目 聖路加看護大学5名

平成 22 年 7 月		内容・場所	場所	担当
12 日 (月)	9:20~9:40	モーニングカンファレンス参加	5 階	
	10:00~17:00	訪問看護同行・振り返り	5 階	
13 日 (火)	9:00~ 9:15	午前:自己学習 午後:PCU 見学、学内カンファレンス		
14 日 (水)	9:00~9:20	モーニングカンファレンス参加	5 階	
	10:00~	訪問看護同行		
	~17:00	振り返り	5 階	看護師
	17:00~18:00	ケースカンファレンス参加	5 階	
	18:00~19:00	公開定例カンファレンス (参加は自由)	3 階	
15 日 (木)	10:00~17:00	7 月 19 日(月)分の振り替え休日		
16 日 (金)	9:00~9:30	モーニングカンファレンス参加	5 階	
	9:30~12:00	訪問看護同行		
	12:00~13:00	デイホスピス参加(希望者3名まで)	3 階	
	13:00~15:00	訪問看護同行 or テーマ別学習	5 階	学生

3週目 聖路加看護大学5名

平成 22 年 7 月		内容・場所	場所	担当
19 日 (月)	9:20~9:40	モーニングカンファレンス参加	5 階	
	10:00~17:00	訪問看護同行・振り返り	5 階	看護師
20 日 (火)	9:00~ 9:15	往診スケジュール確認	5 階	事務
	9:30 頃~12:00	訪問診療同行 / 相談外来同席 / 訪問看護同行		
	12:00~13:00	(昼食・休憩)		
	13:00~17:00	訪問診療同行 / 相談外来同席 / 訪問看護同行		
21 日 (水)	9:00~9:20	モーニングカンファレンス参加	5 階	
	10:00 ~17:00	訪問看護同行・振り返り	5 階	看護師
	17:00~18:00	ケースカンファレンス参加	5 階	
22 日 (木)	10:00~17:00	AM:発表準備 PM:個人テーマの発表および総括	3 階	
23 日 (金)		帰校日		

- * 学生の個人テーマにより、退院前訪問、相談外来同席、サービス担当者会議等に行ける。
- * 実習時間中に受持患者さんが亡くなった場合には、死後のケアに同行する。

資料 4 平成14年度笹川医学医療研究財団

研究報告書

研究課題 医学・看護学系基礎教育における

在宅ホスピス・緩和ケアの実践的教育に関する研究

IV 在宅ホスピスケア実践的教育モデルの研究

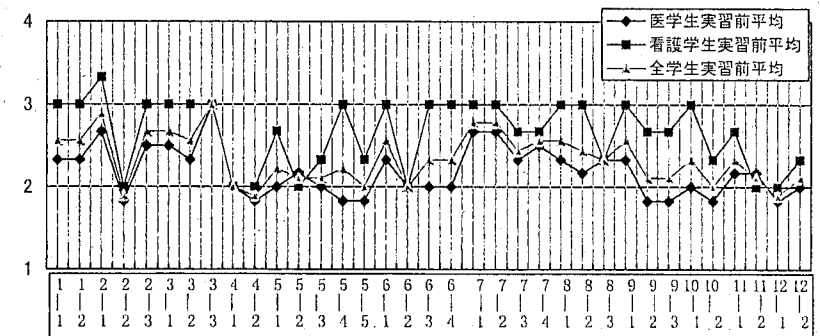
2. 在宅ホスピスケア実践的教育モデルの評価

本研究で作成した実践的教育モデルに沿った実習を受けた学生(医学生 6 名、看護学生 3 名)が、実習により取得したこと、実習実習プログラムや在宅ホスピスケアに対してどのような感想や考えをもっているかを明らかにすることを目的として、①実習の目標達成度評価、②フォーカス・グループミーティングを行った。

2-1 実習目的達成度評価票

表IV-2に示す評価票を、学生は実習の前後各1回、教員と実習指導者は実習終了後に記入した。学生自身による評価を図IV-2(実習前)と図IV-3(実習後)、図IV-4(実習前後差)に示す。実習前後で比較すると、全体的に評価が上がっており、実習期間中に理解が深まっているといえる。看護学生の評価が実習前から高いためか、実習前後の比較では医学生の評価の方が増加している項目が多い。特に、在宅ホスピスケアの概念やチームケアの原則など基本的な項目は評価が高い。一方、ケア計画の立案に関する評価は変化が小さく、短期間の実習で習得することの困難さを示している。

また、実習後の評価を図IV-5(大学教員)、図IV-6(実習指導者)、図IV-7(医学生)、図IV-8(看護学生)に示す。全体的に学生の自己評価の方が低くなっているが、項目ごとの評価は教員、指導者、学生共に同じ傾向である。目標達成の程度に関しては指導側と学生側で同じ認識であることが示された。このことから、指導側が学生が達成できていない点を正確に把握しており、実習期間がより長期の場合にはより効果的な指導が見込まれると考えられる。



図IV-2 学生による評価(実習前)

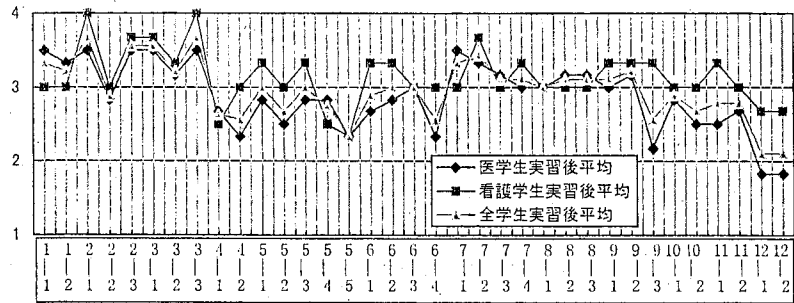
表IV-2 実習目標達成度 評価票

氏名 _____

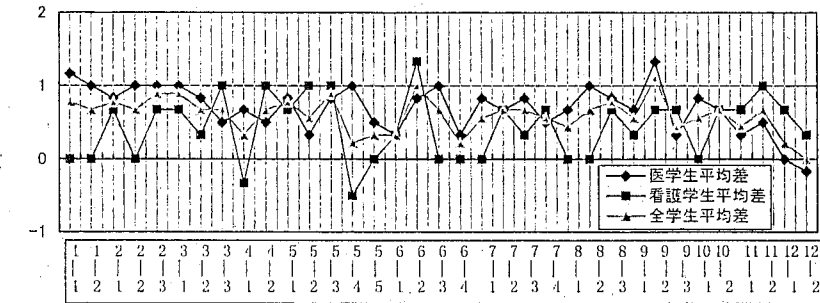
この実習のSBOに基づく以下の項目について、現時点でのあてはまる達成度それぞれ○をつけてください。

	全く できない	あまり できない	概ね できる	よく できる
1. 在宅ホスピスケアの概念を説明することができる	1	2	3	4
①ホスピスケアの理念について説明できる	□	□	□	□
②在宅ホスピスケアの定義を説明できる	□	□	□	□
2. 在宅ホスピスケアに関わる専門職の法的根拠と役割を述べる事ができる。				
①関わる専門職を列挙できる	□	□	□	□
②それぞれの法的根拠について述べる事ができる	□	□	□	□
③それぞれの役割について述べる事ができる	□	□	□	□
3. 在宅ホスピスケアのチームケアの原則を説明できる				
①在宅ホスピスケアにおけるチームケアの必要性について説明できる	□	□	□	□
②在宅ホスピスケアのチームのあり方(interdisciplinary team)について説明できる	□	□	□	□
③在宅ホスピスケアを支えるメンバー構成について説明できる	□	□	□	□
4. チームの一員としてカンファレンスで発言することができる				
①カンファレンスの進め方における留意点を説明できる	□	□	□	□
②専門職としての立場で意見を出すことができる	□	□	□	□
5. 末期がん患者の死までの病状経過を述べる事ができる				
①経口摂取、排泄機能の変化について述べる事ができる	□	□	□	□
②循環動態の変化と具体的な症状を述べる事ができる	□	□	□	□
③呼吸状態の変化について述べる事ができる	□	□	□	□
④死の看取りの場面で、看取る者への心構えを述べる事ができる	□	□	□	□
⑤死亡の確認と死亡診断について述べる事ができる	□	□	□	□
6. 末期がん患者のケア計画を立案することができる				
①情報収集(現状把握)ができる	□	□	□	□
②アセスメントができる	□	□	□	□
③対処方法を挙げる事ができる	□	□	□	□
④評価方法(outcome)を挙げる事ができる	□	□	□	□

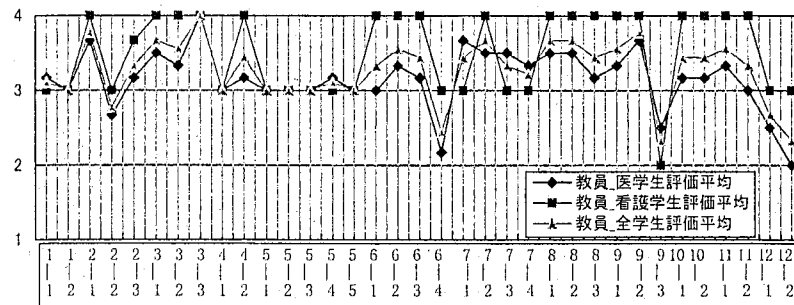
	全く できない	あまり できない	概ね できる	よく できる
7. 末期がん患者の疼痛コントロールの方法を説明できる	1	2	3	4
①がんの疼痛緩和の基本的な考え方を述べる事ができる	□	□	□	□
②全人的な痛み(トータルペイン)を構成する要素を挙げる事ができる	□	□	□	□
③痛みの緩和に用いられる方法、薬剤を挙げる事ができる	□	□	□	□
④モルヒネの副作用と対策について説明することができる	□	□	□	□
8. 末期がん患者と家族が抱える心理・社会・霊的な問題を説明できる				
①心理的な問題について説明できる	□	□	□	□
②社会的な問題について説明できる	□	□	□	□
③霊的な問題の具体例をあげることができる	□	□	□	□
9. 家族を失った人の悲嘆を理解し悲嘆のケアについて述べる事ができる				
①悲嘆のケアの必要性について述べる事ができる	□	□	□	□
②悲嘆のケアの時期と方法について述べる事ができる	□	□	□	□
③病的な悲嘆と対応方法について述べる事ができる	□	□	□	□
10. 在宅死を前提とした「死の教育」について説明できる				
①在宅における「死の教育」の本質(目的)について説明できる	□	□	□	□
②在宅ホスピスケアの具体的な「死の教育」について説明できる	□	□	□	□
11. 末期がん患者と家族とのコミュニケーションの原則を理解した上でコミュニケーションをとることができる				
①コミュニケーションの原則を述べる事ができる	□	□	□	□
②患者や家族と原則に則ったコミュニケーションをとることができる	□	□	□	□
12. 在宅ホスピスケアにおける法的・倫理的課題を述べる事ができる				
①法的課題を列挙することができる	□	□	□	□
②倫理的課題を列挙することができる	□	□	□	□



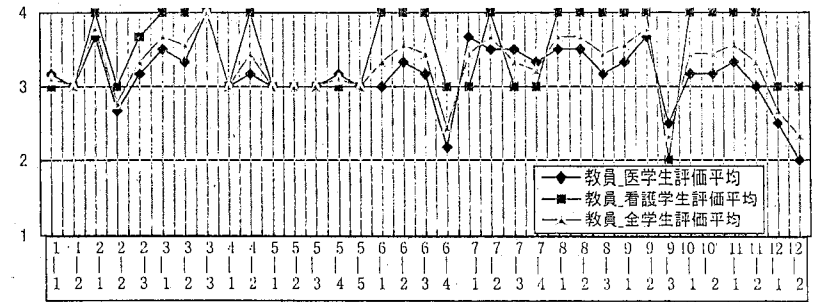
図IV-3 学生による評価(実習後)



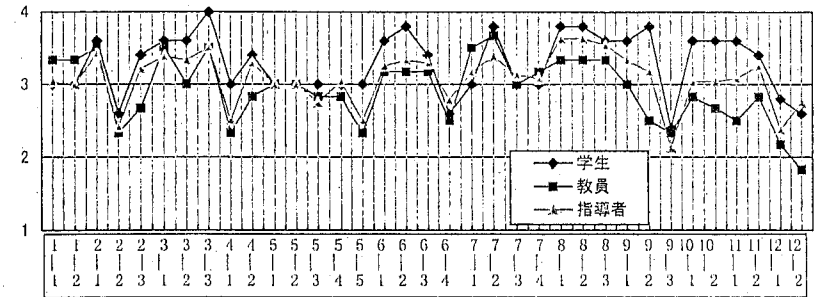
図IV-4 学生評価の実習前後差(+は評価の増加を示す)



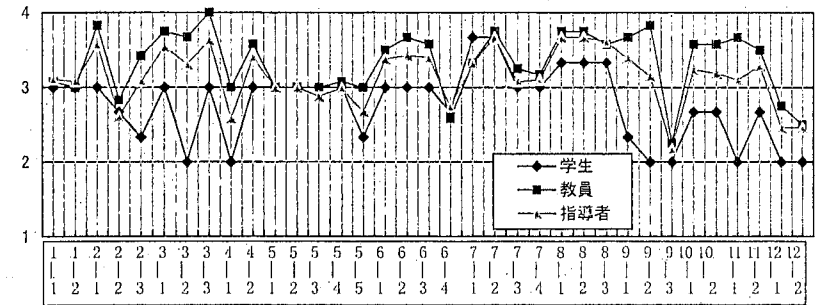
図IV-5 大学教員による学生評価(実習後)



図IV-6 実習指導者による学生評価(実習後)



図IV-7 医学生評価の平均(実習後)



図IV-8 看護学生の平均評価(実習後)

2-2 フォーカス・グループミーティング

本研究で作成した実践的教育モデルに沿った実習を受けた学生が、実習プログラムや在宅ホスピスケアに対してどのような感想や考えをもっているか、何を学んだかを明らかにすることを目的として、対象のフォーカス・グループミーティングを行った。

フォーカス・グループミーティングの学生以外の参加者はファシリテータ1名で、表IV-3に示すガイドに従って学生達の発言を促した。質問項目は、前半は在宅ホスピスケアに関する質問、後半は実習方法に関する質問を行った。ファシリテータは、質問に対する発言は促すが、意図的に意見を引き出したり、討論を指示したり発言を強制することなく、学生達が効果的に相互作用しつつ討論が進行するよう配慮した。時間は1時間とし、参加者の了承を得てカセットテープに録音・ビデオテープに録画した。録音テープから作成した発言の逐語録からその発言ごとにコード化し、それをカテゴリー化して質的分析を行った。

表IV-3 フォーカスグループミーティング インタビューガイド

1. 在宅ホスピスケアで大切なことは？－概念・理念を問う
2. チームケアを行う上で、Dr、Ns、ヘルパー、ボランティア、牧師など、それぞれの役割についてどう考えましたか？
3. 在宅ホスピスケアにおいてどのようなチームケアを行ったらよいと思われましたか？
4. ケアプランを立案してみて、何が難しかったですか？
5. 本人だけでなく、家族へのケアについてどう思いますか？（遺族の話などから）どうして家族へのケアが必要と考えますか？
6. 実際に訪問したり、ご遺族の話を知ったりと、家族と患者に接してみてどうでしたか？
7. 実習前と実習後で、亡くなっていく人の理解、亡くなっていく人へのケアについての考え方は変わりましたか？…どのように変わりましたか？
8. 患者さんや家族から、一番学んだものは何ですか？
9. 今回の実習で、初めての試みとして看護学生と医学生がグループを作り、合同で実習という形で行ってきましたが、このような実習の形態についてどう思いましたか？
10. 実際に患者を受け持って実習することに対してどう思いますか？
11. 事前に提供された情報についてはどうでしたか？
12. スタッフの関わり方、教員の関わり方はどうでしたか？

学生たちの学びの内容には各専攻により違いが見られたため、医学生・看護学生に分けて検討していくことにする。

1. 看護学生が学んだこと

看護学生の学びは、1) 専門職の役割と専門性を活かした関わりがある、2) 看護師の特性と役割がある、3) チームでケアをする、4) 在宅ホスピスケアにおける患者・家族・遺族、5) 在宅ホスピスケアとは、6) 患者を理解することの難しさを知る、7) ケアする人としての自分と他者について考える、の7つのコアカテゴリーに分けられた。

これらのコアカテゴリーは、32カテゴリー、114コードからなっている。コード数の多かったコアカテゴリーは、「在宅ホスピスケアにおける患者・家族・遺族(32コード)」と「ケアをする人としての自己と他者(21コード)」であった。看護学生は、実習を通して在宅ホスピスケアについて学ぶ一方で、終末期を生きる人々に接し、生きることや自分自身を振り返りながら、ケア提供者としてのアイデンティティ形成につながるような学び方をしてきた。

以下に、看護学生の学びをそれぞれのコアカテゴリーから記述する。

1) 専門職の役割と専門性を活かした関わりがある

専門職の役割と専門性を活かした関わりがあるでは、①専門家には役割があり、固有の視点を持っている、②専門性を活かして患者と関わる、③ケアマネジメントが必要である、④医師の役割と医師と患者・家族関係のカテゴリーが抽出された。

看護学生は、患者の自宅を訪問する医師と訪問看護師に同行し、それぞれの専門職がどのように患者や家族と関わっているかについて学んでいた。「専門家として果たすべき役割」があることやその領域の「専門性を活かして関わる」こと、「ケアマネジメント」が重要であることに気づいていた。また、在宅ホスピスケアにおいては、医師の「真実を患者や家族に話す」役割が重要で、Bad Newsを伝えた後のサポートも医師の役割としてあげられた。このような医師との関わりがあることで、家族は「安心」し、医師は患者や家族から信頼を得ていると考えていた。

2) 看護師の特性と役割がある

看護師の特性と役割があるでは、①看護師は患者と多くの関わりがある、②看護師はその人らしい生活への援助をする、③ターミナルケアにおける看護師の役割、④看護の知識が必要である、⑤患者を理解するには感性が必要である、⑥わずかな変化に気づくのカテゴリーが抽出された。

看護師は「様々な局面で患者と関わり」、患者にとって「最も身近な存在」である。患者が自宅での生活を継続できるよう、患者や家族と「一緒に考え」、「その人らしい生活への」援助をする。いいかえると、自宅での生活には、患者や家族とともに「生活を組み立てる調整」をすることが重要であることを学んでいた。

また、「重症な患者のケアには看護師が責任」を持たなければならない。そのためには、基礎となる「看護の知識」だけでなく、患者の言語化されない思いをくみとれる「感性」を併せ持つ、「わずかな変化に気づく」ことが重要になる。

3) チームでケアをする

在宅ホスピスケアでは、様々な専門職が患者に関わっているが、このことについても看護学生は学んで

おり、①チームケアの重要性、②患者－ホームヘルパー関係、③対話から得られるがカテゴリーとして抽出された。

在宅ホスピスケアでは、「チームケアが重要」であり、とくに患者や家族に「Bad Newsを伝えなければならないとき」は、より重要となる。そのため、ケア提供者による「話し合い」は欠かすことができない。一人の患者へのケアに対して、「異なる見解を話し合う」ことで、「ケアの新しい視点が生まれ」てくる。ホームヘルパーには、「その資格から行えない医療行為がある」が、「患者にとって一番近い存在」である場合もあり、このことからチームでのケア提供やケア提供者同士による話し合いが重要になってくる。

4) 在宅ホスピスケアにおける患者・家族・遺族

在宅ホスピスケアにおける患者・家族・遺族では、①患者・家族の気持ち、ニーズ・価値を尊重する、②家族の役割、③患者・家族支援、④遺族支援、家族による看取りと遺族のカテゴリーが抽出された。

終末期を自宅で過ごすことを選択した患者や家族には、彼らなりの「思い」や「大切にしているもの」がある。看護学生は、そのような患者や家族の「価値」や「考え方を尊重して」関わりたいと思い、このことは「患者が望む生活を医療従事者が考えなければならない」ケア提供者の責務ともとらえた。しかしながら、「患者の思いに応えていくだけでいいのか」や「遺族は患者が生きているために試みたことを話していた」、「在宅ホスピスケアでは、看護師や医療従事者が手を出すことがいいことではない」のように、在宅ホスピスケアにおけるその人のニーズをどのように判断し、援助していくかという課題にも気づいた。

在宅ホスピスケアでは、家族は「ケアを提供する人」であり、「看取りにおいて重要な存在である」。ケア提供者としての家族は、「ケアを提供する立場の幸さ」があり、「ケアしながらケアされなければならない」存在であるとも考えた。

在宅療養においては、病気、つまりがんであることが問題なのではなく、「病気をもって暮らすために困ることが問題」になる。患者や家族が問題を抱えながら自宅での生活を継続しており、そのために「支援が必要である」。

家族は、看取りにおいて、亡くなっていく人から「生き方を学ぶ」。看取りを経験した家族は、その後「新しい家族の人生」を歩んでいくが、そこには、「生前の家族の思いが、遺族の生き方に影響」している。看護学生は、患者の亡きあと、その家族が新しい家族として再構築していく遺族の姿についても学んでいた。

5) 在宅ホスピスケアとは

在宅ホスピスケアでは、①生への希望を引き出せる場である、②在宅ホスピスは特殊なもの、③苦痛・症状の緩和をする、④メンタルケアをする、⑤生活に目を向ける、⑥病気をみる、⑦看取りをする、⑧終末期医療のあり方のカテゴリーが抽出された。

在宅ホスピスは、医療一般から見ると「特殊なもの」であるが、自宅で過ごす患者に出会い、これまで看護学生が学んできた「病態生理以上の余命がある」ことを実感し、「患者の生への気持ちを引き出せる」のではないかと考えた。

在宅ホスピスケアでは、「苦痛をもたらしている症状を緩和することが大切」であり、苦痛から解放されることによって、「その人らしい生活ができるようになる」。また、病気よりも「生活に目を向け」、「最期まで人間らしい生活」を支援していく。生活という視点だけでなく、病気を持つ人として「病気をみる」こと「精神面のケア」も重要な課題であるともとらえた。

死にゆく人を援助する在宅ホスピスケアでは、「看取りは重要」であるが、医療的ケアの提供については、

「重症な患者には必要な医療処置が行われる」。また、点滴のような「医療処置によって、わずかな延命効果が期待できるかもしれない」が、実際には「実施するかどうかの判断は難しい」ものであり、家族と患者の「思いにズレがあるときにはどうしたらいいか」、困難な状況を想定しながら終末期医療のあり方を考えていた。

6) 患者を理解することの難しさを知る

患者を理解することの難しさを知るでは、①入院・在宅患者イメージ、②病態生理を理解する難しさのカテゴリーが抽出された。

これまでの病院での実習を振り返り、「病院で患者は死刑宣告、死刑執行されているような状態」、「在宅では、患者が生きているという印象」と、終末期における入院治療のあり方を批判的に捉えながら、他方では「病院で最期まで、少しでも長く生きたい」と思う患者もあるとする。在宅ホスピスケアを受ける患者に接し、人生の終わりにおいても「その人の生きてきた過程」が表れていることに改めて気づいた。

看護学生は、患者の病態についても関心をもっていたが、メカニズムを理解するという点では、「病態生理がどうなっているか、不思議」という感覚的レベルの理解にとどまるか、「病態生理について調べたがよくわからない」のような理解することが容易でないというレベルであった。

7) ケアする人としての自分と他者について考える

ケアする人としての自分と他者について考えるでは、①人は違った考えをもつ、②人としての関わりを大切にす、③他者を尊重する、④普段の自分を振り返る、⑤生きることについて考えたカテゴリーが抽出された。

「人は皆、違った考えを持っている」ものであり、したがって「人それぞれのとらえ方がある」。在宅ホスピスケアにおいては、「看護師同士で見解が異なる」ことや患者と看護師でも「考えは違うことがある」かもしれない。このような差違を前提に、「患者との関係では、医療者であるよりも、人としてのかわり」を重視したい、また「人を尊重することが大切」であると考えた。

在宅ホスピスケア実習は、看護学生にとって自分と向き合う機会でもあった。接した患者や家族の様子から、自分自身を振り返り、「家族にも自分がいることの役割」を考え、「自分の思考や感じ方の傾向を意識しながら実習に取り組む」など、普段の自分を振り返りながら学びを深めていた。

このような学びの様式は、看護学生に生きることの「役割」や「存在価値」を考えさせる実習となっていた。在宅ホスピスケアを受けている患者は、「自然に根源的な問いを考える」、あるいは「自分たちは考えないようなことを、患者は自然に思わざるを得ない」状況があるように思えた。これまでの病院実習では見られない、生きる人としての感覚を持った在宅の患者に出会い、「遺族の話を聞いていても、患者の生へ気持ちを感じ」、「生きたいという気持ちは、余命を長くする」のではないかと考えた。

表IV-4 看護学生が学んだこと

コアカテゴリー(コード数)	カテゴリー
専門職の役割と専門性を活かした関わりがある(13)	専門家には役割があり、固有の視点をもっている
	専門性を活かして患者と関わる
	ケアマネジメントが重要である
看護師の特性と役割がある(14)	医師の役割と医師と患者・家族関係
	看護師は患者と多くの関わりがある
	看護師はその人らしい生活への援助をする
	ターミナルケアにおける看護師の役割
	看護の知識が必要である
チームでケアをする(8)	患者を理解するには感性が必要である
	患者のわずかな変化に気づく
	チームケアの重要性
在宅ホスピスケアにおける患者・家族・遺族(32)	患者-ホームヘルパー関係
	対話から得られる
	患者・家族の気持ち、ニーズ・価値を尊重する
	家族の役割
在宅ホスピスケアとは(18)	患者・家族支援、遺族支援
	家族による看取りと遺族
	生への希望を引き出せる場である
	在宅ホスピスは特殊なもの
	苦痛・症状の緩和をする
	メンタルケアをする
	生活に目を向ける
	病気をみる
	看取りをする
	終末期医療のあり方
患者を理解することの難しさを知る(8)	入院・在宅患者イメージ
	病態生理を理解する難しさ
ケアする人としての自己と他者について考える(21)	人は違った考えをもつ
	人としての関わりを大切に
	他者を尊重する
	普通の自分を振り返る
	生きることに考えた

2. 医学生が学んだこと

医学生の学びは、1) 諸専門職の存在と責任、2) 患者-ケアスタッフ関係の特性とケアスタッフの資質、3) 在宅ホスピスケアにおけるチームケア、4) 家族の存在・気持ち・役割と家族支援、5) 看護・看護師に対する理解、6) 在宅ホスピスにおける現実問題と将来の変化、7) 患者理解とその難しさ、8) 医師(医学生)の特性を再認識する 8 コアカテゴリーに分けられた。

これらのコアカテゴリーは、36 カテゴリー、150 コードからなっている。コード数の多かったコアカテゴリーは、「在宅ホスピスにおけるチームケア(33)」、「患者理解とその難しさを知る(31)」、「家族の存在・気持ち・役割と家族支援(28)」であった。

医学生にとって看護学生の患者理解は、医学教育の中で受けてきた視点とは異なる患者理解の様式であり、それが新鮮なものとして映っていた。また、「在宅ホスピスの現状や将来の見通し」に関しては、医

学生のみからカテゴライズされたものであった。

以下に医学生の学びをそれぞれのコアカテゴリーから記述する。

1) 諸専門職の存在と責任

諸専門職の存在と責任では、①諸専門職の存在がある、②諸専門職が責任を果たすのカテゴリーが抽出された。

医学生は、まず「患者と関わる様々な専門職」の存在があることを確認し、「看護師、医師、牧師など、それぞれの立場により異なるケアが提供される」ことを学んだ。

専門職は提供するケアに「責任を持ち」、「それぞれの役割を果たすことが大切である」。それは医師、看護師だけでなく、ホームヘルパー、牧師、ボランティアも同様で、それぞれの「立場によって提供されるケアは異なり、その違いが患者にとって意味を持つ」。

本実習場所が、スピリチュアルケアにおいて牧師の関わりがあること、ボランティアが活動していること、診療所と訪問看護・訪問介護サービスの事業所を併設していることから、在宅ホスピスケアに関わるこれらの人々の活動について学んだ学生たちは、牧師・ホームヘルパー・ボランティアを患者のケアに関わる専門職と認知し、多様なケアの提供が重要であると考えた。

2) 患者-ケアスタッフ関係の特性とケアスタッフの資質

患者-ケアスタッフ関係の特性とケアスタッフの資質では、①患者・家族と深い関係が築かれる、②スタッフの資質が求められるのカテゴリーが抽出された。

ほかの領域に比べて在宅ホスピスケアでは、「患者・家族と深い関係が築かれる」ことから「どのようなケアスタッフが関わっているかが重要になる」。ケアスタッフが患者の発言をどのように汲み取っていくかによって、「ケアプランが異なってくる」であろうし、「患者と医療者側の相違により、患者に害を与える」かもしれない。質の高いケアを提供するには、「最期を見据えたケアプラン」が必要であり、そのための「知識が必要」であると考えた。

3) 在宅ホスピスにおけるチームケア

在宅ホスピスにおけるチームケアでは、①各専門職の視点からケアをすることが患者の利益になる、②専門性を活かした相互協力により、情報を共有し、適切な時期にケアができることが重要である、③心の問題はケア提供者の領域を問わない、④患者・家族が選択をして専門職とかかわる、⑤チームケアにおける医師のカテゴリーが抽出された。

「様々な専門職の視点からケアをすることが患者の利益になる」。例えば、看護師、ホームヘルパー、ボランティアなどが連携して患者宅を訪問することで、看護師が家族の話聞くことができ、得られた情報を患者へのケアに活かせることがわかった。

このようなチームによるケアを提供するには、「専門性を活かした相互協力」が重要になる。また、在宅ホスピスケアでは、「時期を見逃さず」にケアが提供されなければならないことから、「カンファレンスのような話し合い」は欠かすことができない。

患者や家族の心の問題については、どの職種・立場のケア提供者であるか、「資格」が何かなどを「意識せず」、「チームメンバーで共有する」のがよいと考えた。

患者や家族は、「薬のことは医師や看護師」に話したり、「表に出さない裏の思いをホームヘルパー」に話したりと、相手を選んで話している。また、患者との関係において、「医師が患者から話を聞きたいと

思っても、聞き出せない状況が起こりうる」。それを「訪問看護師に聞きだしてもらいたい」とも思った。これらのことから、在宅ホスピスケアにおけるチームケアでは、チーム内で情報を共有し、チームメンバーが相互に協力する体制を整えておくことが重要であると学んでいた。

医師の役割については、在宅ホスピスケアに対する医学生の微妙な心理面が反映されていた。「薬の処方や病状の説明は、医師にしかできない」役割であり、医師の説明は「患者や家族に安心」感を与える。在宅ホスピス医に同行して、在宅ホスピス医の「経験した人にしか分からない経験の語り」は、「患者に共感を与える」ともわかった。ケアチームのなかで、医師が「全体の幅広い知識」を持つことによって、「リーダーシップ」を発揮し、「チームの統一を図る」ことも役割の一つとしてあげられた。他方、「患者の回復が期待できない在宅ホスピスでは、医師は一步後ろに下がったような感じ」がすると、医学生がイメージするような医師の役割を発揮できないのではないかという気持ちが表出された。

4) 家族の存在・気持ち・役割と家族支援

家族の存在・気持ち・役割と家族支援では、①家族の存在に気づく、②家族は患者の生を願い、努力をしている、③患者だけでなく周囲の人々にもケアが必要である、④医療者は、患者や家族の思いを察することが大切である、⑤医療者は家族が満足できるよう多方面から継続的に支援しなければならない、⑥家族には最期を看取る役割がある、⑦遺族には心残りがあり、患者の生前・死後の家族ケアでそれを軽くすることができるの категорияが抽出された。

患者宅への訪問によって、「患者が一人の人間」であり、自宅は「その人らしい」生活が営まれていること、その周りで世話をする「家族の存在」に改めて気づくことができた。家族は、「『頑張ろう』という気持ちで、在宅ホスピスケアを選択し、「少しでも長く生きて欲しい」と願い、「迷いながらも患者のために最善を尽くしている」ことがわかった。

家族のなかで誰かが「病気になる」と、患者だけでなく周りの人々も心を病む」かもしれず、それゆえ「家族支援」も必要なケアであると感じた。医療従事者は、家族の「心情」や「言葉の背後にある意味や思い」を察することが重要である」と学んだ。

「在宅での看とりが家族の目的であれば、病院への入院は、家族の意に反する」ことになる。「家族の満足が得られる」ためには、医療従事者による「継続的」かつ「多方向」からの家族支援が求められている。

看とりは「家族の役割」であるが、「患者のために最善を尽くしたとしても、遺族には心残りがある」。「医療従事者が生前に一生懸命家族のケアをしても、遺族には心残りがある」ことも、遺族の話からわかった。同時に、その心残りは医療従事者の支援によって「軽くすることができる」こともわかった。

5) 看護・看護師に対する理解

看護・看護師に対する理解では、①看護師は患者や家族にとって身近な存在である、②看護師は患者や家族との接触が多い、③看護師は患者・家族に関する情報が豊富にある、④看護学生(師)は、医学生と異なり、患者の立場で思考し、アプローチする、⑤マネジメントをする看護師は、在宅ホスピスケアにおいて重要な存在であるの категорияが抽出された。

医学生からみると、看護師は「患者・家族にとっていつでも来てくれる近い存在」、「患者に最も近い存在」である。「看護師が最も患者のところに行く回数」が多く、「看護師が患者と最も多く話をして」おり、したがって「患者に関する情報も多い」。

看護学生と一緒に実習に取り組んでみて、「看護学生が医学生と異なる視点から思考」していることに気づいた。医学生からみると、看護学生(看護師)は「患者の訴えを第一に考え」、「看護師は患者の精神

面にも配慮」しており、「患者の視点」に合わせるようにしていた。また、看護師は「患者にとっての必要性からアプローチ」していることもわかった。患者や家族にとって最も身近な存在として、看護師はマネジメントを行っている。在宅ホスピスケアにおいて、看護師が重要な役割を果たしていることを学んだ。

6) 在宅ホスピスにおける現実問題と将来の変化

在宅ホスピスにおける現実問題と将来の変化では、①終末期にある患者・家族は問題を抱えている、②在宅ホスピスについて情報を提供し、広めていくことによって、今後医療のあり方や死についての考え方が変わってくるかもしれない、③終末期における医療処置のあり方の категорияが抽出された。

終末期を自宅で過ごす「患者や家族は困っている」のが実情である。「多くの方は、在宅ホスピスに関する情報を持っていない」し、「自分の死に場所を選択できない現状」もある。病院の外来実習で医学生は「医師のところに次々と患者が訪れ」、「医師は治療を、看護師は看護師でケアプランを立てる」など、今回の在宅ホスピスケア実習の体験を通して、病院で提供される「ケアのマイナス面」に気づくことができた。

「これからの医療者は、在宅ホスピスについて情報を提供する役割」があり、医学生である自分たちにも「在宅ホスピスを広める」役割があると思った。今後、「在宅ホスピスケアが普及することで、医療全体が変化する可能性」があり、「在宅死の普及によって、その人らしい死に方を考えられるようになる」のではないかと考えた。

終末期における医療処置については、「状態が悪くなったときに、医療処置をしなくていいのか」、「点滴による延命効果が期待できるのではないかと」と、医師として治療の役割を担っていく立場から、医学生はその判断の難しさを肌で感じた。

7) 患者理解とその難しさに気づく

患者理解とその難しさに気づくでは、①末期患者は回復の見込みがない、②同じ末期状態でも入院中と自宅では、かなり様相が異なっている、③末期患者からは不安の訴えがなく、明るい人たちだった、④末期患者はやる気と辛さを持ち合わせ、死の恐怖を感じている、⑤末期患者の気持ちを聞くために初めて嘔り、その心境を感じられた、⑥末期患者の医療ケアや患者の苦しみはまだわからない、⑦精神面を理解することは難しい、⑧言語的コミュニケーションの重要性に気づいたの categoriaが抽出された。

在宅ホスピスケアを受けている人たちは、病気の治癒を目指しているのではない。

在宅ホスピスケア実習前、医学生にとって亡くなっていく人のイメージは、「病院に入院している患者」で、「一見して病人と分かる状態」にある人であった。しかし、今回の実習で訪問してみると、「ターミナル患者が単に腰痛症の人」のように見え、「外来に来る高齢者」との違いを見いだせないほどであった。「自宅で過ごしている人は、入院中の人と同じ末期の状態にあるとは思えない」。入院患者と在宅患者では「治療法がない状態でも、ここまでの差がある」のかと、驚きに近い気持ちであった。

また、末期状態ということから、在宅ホスピスケアを受けている人は、「不安を表出している人が多い」と思っていたが、実際には「とても明るく、よく嘔り」、医学生に「とても気を遣って」いた。

医学生は、この実習で「末期状態にある患者の気持ちを聞くために初めて嘔った」が、「患者はやる気と潜在的な辛さを併せ持っている」のではないかと、予後について知らされている人は、「死への恐怖を感じている」のではないかなど、「死に向かう人の心境」について学ぶことができた。

看護学生とのグループディスカッションでは、人の「精神的な面」を理解することの難しさを実感していた。考えていることが人によりさまざまで、先入観をもって見ていると、「とんでもないしっぺ返しを食らう」の

ではないかと容易に想像できた。

医学生は、家族の話を聞いたとき、「家族の発言内容とその意味は、逆ではないか」と戸惑い、「患者や家族の言葉どおりに受け取り、その背後にある意味まで読み取ることは難しい」と思った。

8) 医師(医学生)の特性を再認識する

医師(医学生)の特性を再認識するでは、①治療的側面からの思考があり、患者の精神面や人間性への関心は低い傾向にある、②看護師の視点を考えるようにするの категория が抽出された。

「医師(医学生)は治療的側面から思考する傾向」があり、医学生は「諸検査データから治療について考えることに慣れ」、「病気を治す」という視点から思考している。そのため、「患者の回復を目指す治療を、まず考え」、「精神面よりも病態生理に関心をもつ傾向がある。治療的側面の重視は、「患者の人間性を忘れてしまいがち」であり、例えば、病院の外実習を振り返ると、「次々と患者が訪れてくる状況では、患者の人生(日常)を軽くみてしまう」自分にも気づくことができた。

看護ではどのような視点から考えるだろうかと自らに問うことで、患者理解の幅を広げられるのではないかと考えていた。

表IV-5 医学生が学んだこと

コアカテゴリー(コード数)	カテゴリー
諸専門職の存在と責任(13)	諸専門職の存在がある 諸専門職が責任を果たす
患者-ケアスタッフ関係の特性とケアスタッフの資質(7)	患者・家族と深い関係が築かれる スタッフの資質が求められる
在宅ホスピスにおけるチームケア(33)	各専門職の視点からケアすることが患者の利益になる 専門性を活かした相互協力により、情報を共有し、適切な時期にケアができることが重要である 心の問題はケア提供者の領域を問わない 患者・家族が選択をして専門職とかわる チームケアにおける医師
家族の存在・気持ち・役割と家族支援(28)	家族の存在に気づく 家族は患者の生を願い、努力をしている 患者だけでなく周囲の人々にもケアが必要である 医療者は、患者や家族の思いを察することが大切である 医療者は家族が満足できるよう多方面から継続的に支援しなければならない 家族には最期を看取る役割がある 遺族には心残りがあり、患者の生前・死後の家族ケアでそれを軽くすることができる
看護・看護師に対する理解(15)	看護師は患者や家族にとって身近な存在である 看護師は患者や家族との接触が多い 看護師は患者・家族に関する情報が豊富にある 看護学生(師)は、医学生と異なり、患者の立場で思考し、アプローチする マネジメントをする看護師は、在宅ホスピスケアにおいて重要な存在である
在宅ホスピスにおける現実問題と将来の変化(14)	終末期にある患者・家族は問題を抱えている 在宅ホスピスについて情報を提供し、広めていくことによって、今後医療のあり方や死についての考え方が変わってくるかもしれない 終末期における医療処置のあり方
患者理解とその難しさを知る(31)	末期患者は回復の見込みがない 在宅ターミナル患者と入院中の末期患者は変わらないと思っていた 同じ末期状態でも入院中と自宅では、かなり様相が異なっている 末期患者からは不安の訴えがなく、明るい人たちらだった 末期患者はやる気と幸さを持ち合わせ、死の恐怖を感じている 末期患者の気持ちを聞くために初めて喋り、その心境を感じられた 精神面を理解することは難しい 言語的コミュニケーションの重要性に気づいた
医師(医学生)の特性を再認識する(9)	治療的側面からの思考があり、患者の精神面や人間性への関心は低い傾向にある 看護師の視点を考えるようにする

2-3 実習内容評価票

実習を受けた学生に、実習プログラムについて問う評価票(表IV-4)への無記名での記入を依頼した。1-1から1-13は内容に関する質問、2-1から2-5は資料の量や時間的な長さに関する質問である。

評価の結果を図IV-9、図IV-10、表IV-7に示す。実習テーマの内容、スタッフの対応、今後の進路への影響については比較的评价が高かった一方、反対意見や少数意見の扱い方、発表準備へのアドバイス・指導内容についてはやや評価が低かった。これまでほとんど未知であった在宅ホスピスケアを実習で経験し、卒後の臨床に向けて意義ある刺激を受けた反面、初めて見聞きすることに対する学生一人一人の多様な考えが十分に議論されずに終わり、発表に向けてまとめ上げる過程でも疑問が残ったまま進んでいた可能性がある。また、ケースの内容や提示の仕方については評価が二分され、課題として与えられたケースによって難易度、理解度に差があったと考えられる。

渡された資料の量は少ないと感じる学生が多く、より多くのことを学びたいと意欲的であると同時にこれまで在宅ホスピスケアに関する資料に触れる機会がほとんどなかったことが伺える。また、実習中の時間に関しては足りないと感じる学生が多く、1週間という短期間の中で実習目標の達成度が上がったにも関わらず、まだまだ不十分だという思いがある。

最後に、「この実習をもう一度受ける機会があったら、また受けたいと思うか」に対しては9名中8名の学生が「受けたい」、1名が「どちらともいえない」と答えている。さらに「この実習を後輩に勧めたいと思うか」という質問に対しては9名中8名の学生が「勧めたい」、1名が「どちらともいえない」と答えている。

以上のことから、学生は本実習プログラムに対しては満足度が高く、いくつかの不満な点はより深く理解したいと思う意欲の表れと考えられる。

表IV-6 実習プログラム評価票

今回の実習に参加した、あなたの感想をうかがいます。以下の各項目について当てはまる番号に一つ〇をつけてください。

グループ名:

		た。適切だった。	た。適切だった。	も。どちらとも言えない。	た。少々不適切だった。	た。まったく不適切だった。
1-1	実習でとりあつかったテーマの内容は?	1	2	3	4	5
1-2	ケース(症例)の内容や提示のしかたは?	1	2	3	4	5
1-3	ケース(症例)やテーマの難易度は?	1	2	3	4	5
1-4	実習中使われた資料・ビデオ等教材の質や理解しやすさは?	1	2	3	4	5
1-5	学生の質問や意見に対するスタッフの対応は?	1	2	3	4	5
1-6	議論を活発にするような働きかけは?	1	2	3	4	5
1-7	反対意見や少数意見の取り扱いかたは?	1	2	3	4	5
1-8	学生の自主的な思考や討論を手助けできていたか?	1	2	3	4	5
1-9	資料や文献探しをする際のアドバイスは?	1	2	3	4	5
1-10	発表の準備段階でのアドバイス・指導内容は?	1	2	3	4	5
1-11	取り扱ったテーマについて知識が深められたか?	1	2	3	4	5
1-12	今後の自分の進路を考える上で役に立ったか?	1	2	3	4	5
1-13	全般的に見て、実習の内容は?	1	2	3	4	5

		と。多い。	少。多。	適。切。	少。足りない。	ま。ったく足りない。
2-1	渡された資料・文献などの量は?	1	2	3	4	5
2-2	討論に使われた時間の長さは?	1	2	3	4	5
2-3	発表準備に費やされた時間の長さは?	1	2	3	4	5
2-4	ケアプラン作成に費やされた時間の長さは?	1	2	3	4	5
2-5	全般的にみて、実習の長さは?	1	2	3	4	5

この実習をもう一度受ける機会があったら、また受けたいと思いますか?

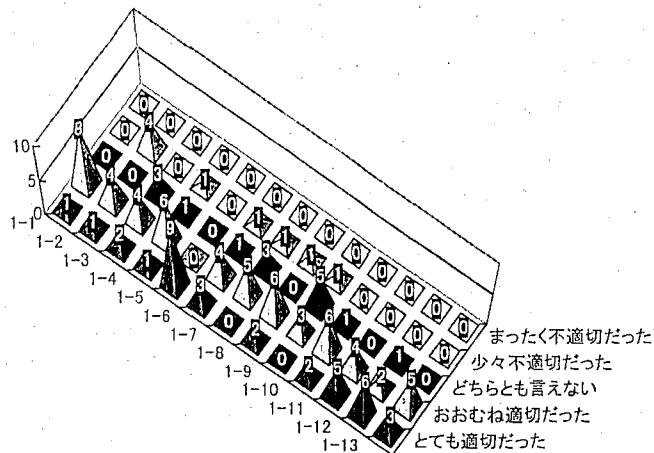
1. はい 2. いいえ 3. どちらともいえない

この実習を来年受ける後輩に勧めたいと思いますか?

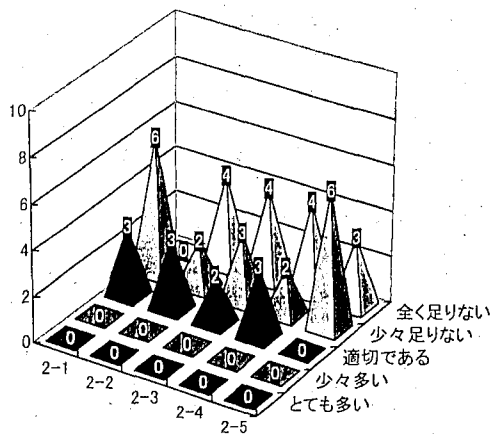
1. はい 2. いいえ 3. どちらともいえない

資料5 新医師臨床研修制度におけるグループ・バリエーションでの在宅ホスピスケア研修

2007年5月作成、2009年7月1日修正
バリエーション 在宅ホスピス緩和ケア研修センター



図IV-9 実習プログラム評価①(内容に関して。質問項目は表IV-6参照)



図IV-10 実習プログラム評価②(資料の量・時間に関して。質問項目は表IV-6参照)

表IV-7 実習プログラム評価③

	はい	どちらともいえない	いいえ
この実習をもう一度受ける機会があったらまた受けたいと思うか	8	1	0
この実習を来年受ける後輩に勧めたいと思いますか	8	1	0

到達目標：在宅ケアにおける基本的な緩和ケア(WHO 法式がん疼痛治療を含む)ができる。
Truth-telling、Death-education にかかわる問題への配慮ができる。
死にゆく人と家族への心理社会的側面への配慮ができる。
生活をささえるための地域におけるチームケアができる。
病院から地域ケアへの移行を支援することができる

概説：在宅ホスピスケア研修では、自宅でのホスピス緩和ケアを必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、在宅ケアにおける基本的な緩和ケア(WHO 法式がん疼痛治療を含む)、Truth-telling、Death-education にかかわる問題への配慮、心理社会的側面への配慮ができることを目指している。また病院とは異なる地域での生活をささえるためのチームケアの必要性と展開の方法を習得するとともに、地域ケアへの移行に際して適切な支援ができることを目指している

1. 研修内容

	研修内容	担当
オリエンテーション	研修方法 パリアンスタッフ・組織・診療報酬・カルテの使い方 ケア方法(パリアン方式・24時間ケア・記録類) 訪問診療の準備 訪問看護の準備 相談外来の準備 退院前訪問の準備	医師 事務長 医師 医師 看護師 事務 RN
訪問診療	訪問診療同行(1週目)・担当患者訪問診療(2週目より)死亡確認・緊急訪問	医師4名
訪問看護同行	RNの訪問看護に同行する(担当ケースを中心に)	
チームカンファレンス(事例勉強会)	研修成果発表	医師・看護師
ケースカンファレンス	ケースカンファレンス：医師、看護師、ボランティア	医師・看護師
ナースカンファレンス	ナースカンファレンス：看護師 ナースへの指示の出しかた・連絡方法・相談の受け方 チームによる24時間ケア	看護師 医師 看護師
相談外来	随時同席と振り返り	医師
退院前訪問	退院前訪問のフォーマットを学ぶ 退院前訪問を行う(看護師に同行)	看護師
遺族ケア	グリーフレター作成(担当したケース) グリーフ電話・訪問(担当したケース) 遺族の話聞く できればメモルの会に参加	こころのケア 担当者
療養通所介護	金曜日午前参加(午後は不定期な研修内容がない場合は参加する)送り迎えにも必要ならば同行する	看護師
サービス担当者会議	看護師に同行	看護師

2. 評価

目標	具体的な目標
基本的な緩和ケア(WHO 法式がん疼痛治療を含む)ができる。	<ul style="list-style-type: none"> 日本の緩和医療の歴史と現状を理解できる 緩和療法的アプローチ(コミュニケーション含む)の基本を理解できる。 現症(身体・精神症状、社会的問題、実存的問題)のアセスメント、医療や療養に関する希望など、病歴、家族歴等詳細に情報を集めることができる。 身体症状、精神症状が評価でき、必要な際に専門医に適切にコンサルテーションすることができる(??)。 がん性疼痛に対して薬物療法及び各種治療法、治療計画が作成できる(WHO 法式がん疼痛治療法を含む)。 疼痛以外の代表的な症状(呼吸困難、倦怠感、食欲不振、抑うつ、不安、せん妄など)に対して薬物療法および各種治療法、治療計画が作成できる。 在宅ホスピスケアに関する社会資源、地域ケアの方法を列挙できる。 在宅ホスピス・緩和ケアの提供形態を理解できる(病院との連携方法、相談外来、在宅医療)。 緩和医療に関する倫理的問題について列挙し、その解決方法を例示できる。
Truth-telling、Death educationにかかわる問題への配慮ができる。	<ul style="list-style-type: none"> 病状、今後の予測など「バッドニュースを伝える」具体的な方法と注意点を具体的に挙げることができる。 各期における Death education の重要性を理解し実施できる。
生活をささえるための地域におけるチームケアができる。	<ul style="list-style-type: none"> RN とチームを(指示・相談・連絡)組んでケアができる。 他の職種とのチームの組んでケアする方法(ボランティア・ヘルパー・ケアマネ等)を理解できる。
心理社会的側面への配慮ができる。	<ul style="list-style-type: none"> 緩和医療を必要とする患者・家族の心理的な問題を理解できる。 霊的・社会的問題が評価でき、必要な際に適切に他職種にコンサルテーションすることができる。
病院からの移行を支援できる	<ul style="list-style-type: none"> 病院医師との連携ができる。 在宅での療養準備をチームのリーダーとしてマネジメントできる。

3. 研修スケジュール

1週目	月	火	水	木	金
午前	全体会 (3F) オリエンテーション	訪問診療同行	RN カンファ (5F) (随時相談外来) (随時往診)	訪問診療同行	RN カンファ (3F) 訪問診療同行 療養通所介護
午後	訪問看護同行 申し送り (3F)	訪問診療同行	不定期研修 自己学習 申し送り (3F)	訪問診療同行	訪問看護同行 療養通所介護

2週目	月	火	水	木	金
午前	全体会 (3F) 訪問看護同行 (or 随時往診)	訪問診療	(随時相談外来) (随時往診)	訪問診療	RN カンファ (3F) 訪問診療 療養通所介護
午後	訪問看護 or 不定期研修 申し送り (3F)	訪問診療	不定期研修 自己学習 申し送り (3F) 定例カンファ (3F)	訪問診療	訪問看護同行 療養通所介護

3週目	月	火	水	木	金
午前	全体会 (3F) 訪問看護同行 (or 随時往診)	訪問診療	(随時相談外来) (随時往診)	訪問診療	RN カンファ (3F) 訪問診療 療養通所介護
午後	訪問看護 or 不定期研修 申し送り (3F)	訪問診療	不定期研修 自己学習 申し送り (3F)	訪問診療	訪問看護同行 療養通所介護

最終週	月	火	水	木	金
午前	全体会 (3F) 訪問看護同行 (or 随時往診)	カンファ 訪問診療	(随時相談外来) (随時往診)	訪問診療	RN カンファ (3F) 訪問診療 療養通所介護
午後	訪問看護 or 不定期研修 申し送り (3F)	訪問診療	不定期研修 自己学習 申し送り (3F)	訪問診療	往診 療養通所介護 まとめの発表

★ 研修初日

- ・研修初日が土・日曜日・祝日にあたる時は、翌日が研修初日になります。
- ・研修初日は9時までにクリニック川越（両国TYビル5階）までおいで下さい。

★ 研修時間

- ・原則として9時から6時（昼休み1時間）です。
- ・土・日に1回、オンコールを受け持ってください。
- ・死亡確認・患者の状態によって夜間呼ばれることがあります。

★ 研修スケジュール以外に不定期に組まれる研修内容

- ・退院前訪問・ホスピス相談外来・死亡確認・サービス担当者会議・グリーフケア
- ・研修スケジュールは、不定期研修の項目が入るときは、随時変更されます。
- ・院外研修（事前案内が入口前のボードに貼り出されます）

★ 研修課題

- ・カンファレンスでの事例報告とディスカッション

★ 持ち物

- ・聴診器

★ 服装

- ・軽装でかまいませんが、訪問に適した服装をお願いします（Gパンはご遠慮下さい）。

★ オリエンテーション

- ・研修初日もしくは第1週目の各スタッフの指定する曜日に変更することがあります。

★ 参考書

- ・川越厚編:在宅ホスピスケアを始める人のために,医学書院,1996
- ・川越厚編:在宅ホスピスケア・緩和ケア演習形式で学ぶケア指針,メヂカルフレンド社,2003

医療法人社団バリアン クリニック川越

〒130-0021

東京都墨田区緑1-14-4 両国TYビル5階

電話：03-5669-8302 FAX：03-5669-8310