

5. 緩和ケアの看護に関する研究の動向

宮下光令

(東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野)

はじめに

本稿の執筆にあたり緩和ケアの看護に関する研究の動向について、教科書や文献検索を行い、筆者は以下のような印象をもった。

(1)緩和ケアに関する研究の難しさや配慮しなくてはならない点、原理・原則などについては緩和ケアの教科書に十分に記載されている。

(2)緩和ケアは多職種ケアであり、医学的側面と看護的側面を区別することは難しい。したがって「看護」に関する研究を緩和ケアの研究から抜き出すことも難しい。

(3)緩和ケアの研究動向について海外・日本の研究は非常に少なく、現状を十分に記述できるエビデンスは十分ではない。海外のものは国を限ったものが散見される。

(4)医学中央雑誌を検索すると、緩和ケアの個々のトピック（たとえば、緩和ケアリンクナース、がん看護の困難感、サバイバーシップ…等）に関する研究動向のレビュー論文が近年増加傾向にあるが、緩和ケア全体を網羅するものではなく、また、会議録などの資料が多い。

そこで本稿ではすでに出版されている緩和ケアの研究の動向についての研究の紹介と今後の緩和ケアにおける看護の研究のあり方を検討する際の示唆を与える資料をいくつか紹介したいと思う。

緩和ケア研究の動向についての海外レビュー論文と日本

Tieman らは1902年から2005年までの緩和ケアに関する『Medline』に記載された文献をレ

ビューした^{1,2)}。Tieman らによると、ホスピス・ムーブメントが起こった1970年ごろが緩和ケアに関する研究が増加した時期であり、医学文献全体のなかでの緩和ケアに関する文献は1970年に0.08%だったのに対し、2005年には0.38%に増加した。また、緩和ケアに関する文献のうち臨床試験が占める割合は1970年に0.96%だったものが2005年には7.22%に増加した。これは15年前までの古いデータであり、近年では双方ともにさらに増加していると思われる。またPayne らは1997年から2006年までの緩和ケア研究の方法論に関する文献をレビューし、緩和ケアが学際的な分野でありそれらは非常に多岐にわたる分野の雑誌に掲載されてきたことや、バックグラウンドに沿って研究方法論もさまざまであることなどを報告している³⁾。

昨年(2018年)、2本の緩和ケア研究の動向の論文が出版された。Liu らは2001年から2016年までの緩和ケアに関する文献レビューを行い、2001年から2016年までに緩和ケアに関連する文献の数は3倍以上に増加したこと、文献数は米国が全体の39%で圧倒的に多く、次点は英国(18%)であること、人口比の文献数はオーストラリアが最も多いことなどを報告した(図1, 表1)⁴⁾。論文には「東アジアの数カ国の論文数の増加が著しい」と記述されており、実際に2001年の論文数は(おそらく検索から漏れたものがあると思われるが)日本0, 台湾0, 中国3, 韓国0であり、2001～2016年の合計は日本193, 台湾77, 中国74, 韓国73であった。また、Cheong らは同様にアジアからの緩和ケアに関する研究を調査し、論文数では日本がトップ(568)で台湾(300)、香港(134)と続くものの、人口比でみる

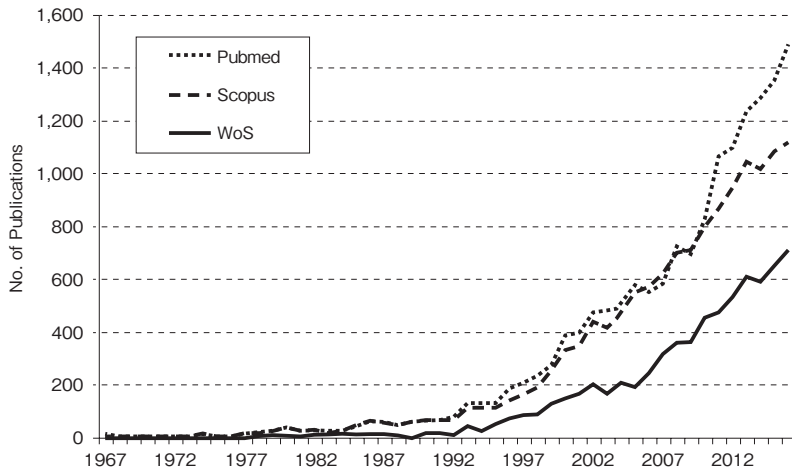


図1 緩和ケアに関連する論文数の推移

文献4) より引用

表1 緩和ケアに関する論文数のトップ20カ国

順位	国	論文数				%	引用数	平均引用数
		2001	2016	2001～2016	増加率			
1	United States	79	291	2448	268.4	39.0	15830	6.5
2	United Kingdom	31	120	1112	287.1	17.7	9753	8.8
3	Australia	11	65	598	490.9	9.5	5006	8.4
4	Canada	14	48	594	242.9	9.5	6645	11.2
5	Germany	7	56	364	700	5.8	2898	8.0
6	Netherlands	3	38	265	1166.7	4.2	2490	9.4
7	Spain	4	29	222	625.0	3.5	1545	7.0
8	Japan	0	20	193	-	3.1	1123	5.8
9	Italy	7	26	165	271.4	2.6	2783	16.9
10	Belgium	2	19	153	850.0	2.4	1711	11.2
11	France	2	15	152	650.0	2.4	1053	6.9
12	Sweden	1	18	131	1700.0	2.1	1472	11.2
13	Switzerland	6	10	98	66.7	1.6	1569	16
14	Ireland	1	17	96	1600.0	1.5	1187	12.4
15	Norway	2	8	88	300.0	1.4	1917	21.8
16	Taiwan	0	12	77	-	1.2	403	5.2
17	Brazil	0	9	75	-	1.2	330	4.4
18	China	3	16	74	433.3	1.2	545	7.4
19	South Korea	0	6	73	-	1.2	473	6.5
20	New Zealand	2	9	71	350.0	1.1	542	7.6
	Worldwide	170	710	6273	317.6	100	25009	4.0

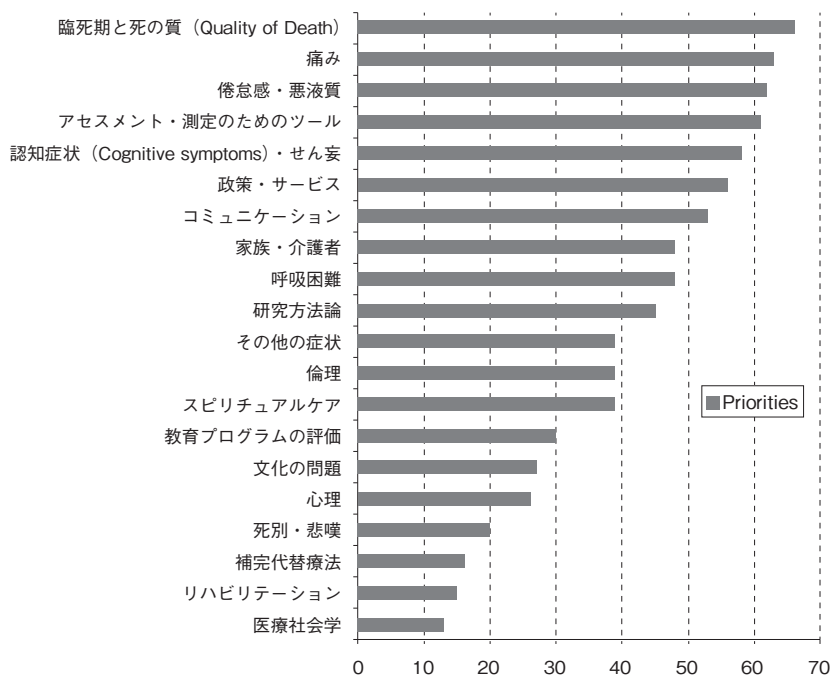


図2 緩和ケア研究のプライオリティ

とシンガポール (18.7/100 万人)、香港 (18.2)、台湾 (12.7) であり日本は4.5 本 /100 万人であることなどを報告している⁵⁾。

緩和ケア研究の課題の世界的動向

緩和ケア研究の難しさやそれに対する対応、今後の課題に関しては多くの文献があり^{6~8)}、緩和ケアの教科書にもまとめられている^{9~12)}。緩和ケア研究の課題を知るには世界的に著名な研究者による過去の研究の課題と今後の研究への示唆を報告した論文や^{13,14)}、カナダの『J Palliat Care Med』誌の2014年12号の特集「緩和ケアにおける未解決の課題」なども参考になる(この特集では「Palliative Care Nursing, Technology, and Therapeutic Presence: Are They Reconcilable?」という記事も掲載されている)。

本稿では欧州において緩和ケア研究課題のプライオリティやその緩和ケア研究のバリアとその解決方法を探るために実施されたPRISMA ワークショップの際の調査結果を紹介したい。PRISMA

ワークショップは2009年に欧州25カ国を代表する研究者によって開催された。図2はワークショップに先立って事前に127の研究グループに成人を対象とした緩和ケア研究のプライオリティについて調査した結果であり、個々のグループの構成員で最も多かったのは看護師であった¹⁵⁾。このワークショップの結果に関してはいくつかの論文に報告されているが、研究のプライオリティに関してはSigurdardottirにより『Eur J Cancer』誌に報告されたものが一番詳しい¹⁶⁾。

表2は緩和ケアの看護に関する世界的なテキストである『Oxford Textbook of Palliative Nursing』の「看護研究」の章でFerrellらがまとめた看護研究の分野とテーマの例である¹¹⁾。現在の緩和ケア研究の最先端から考えると筆者はやや情報が古いように感じる。たとえば実態調査や尺度の開発などは近年かなり進んでいる。介入研究の実施は看護においていまだ大きな課題である。

最後にわが国の遺族調査から得られた今後の研究課題に対する示唆を紹介したい¹⁷⁾。これは2014年のJ-HOPE3研究で実施された調査で、遺

族に対して「緩和ケア全体に関する医療・福祉についてもっと研究・調査が必要であると感じられた内容」を自由記述で尋ね、回答があった2,838の記述を主題分析・内容分析したものである。調

査の性格上、緩和ケア病棟・病床に関するものが多いが、遺族からみた現状の課題を広く知ることができる(表3)。

表2 Oxford Textbook of Palliative Nursing による終末期ケアにおける研究課題のまとめと筆者による日本の緩和ケア看護学研究の現状と課題の整理

カテゴリー	研究領域	Ferrell らによるテーマの例
1. 緩和ケアの概念	A 看護師にとっての緩和ケアの重要性 B 緩和ケアの定義 C 緩和ケアの目標 1. 尊厳 2. 症状緩和 3. 平穏な死 4. 倫理的問題 5. 患者の自己決定 D 多職種協働の重要性 E 看護師自身の当惑や不安	◆緩和ケアの定義や基準の洗練 ◆多職種ケアの実態やそのアウトカムの記述的研究 ◆医療者による支援方法の評価
2. 終末期におけるQOL	A 終末期のQOLの多次元性の理解 1. 身体的苦痛 2. 心理的苦痛 3. 社会的苦痛 4. スピリチュアルな苦痛	◆緩和ケアで使用できるQOL尺度の作成とバリデーション ◆QOLアセスメントにおいて患者の負担を軽減するための研究方法の洗練 ◆家族に対するQOL評価尺度の作成とバリデーション
3. 終末期における痛みのマネジメント	A 痛みの定義 B 痛みのアセスメント C 痛みの意味のアセスメント D 終末期における薬物療法による痛みのマネジメント E 侵襲的治療 F 中毒, 耐性, 依存 G 非薬物的な痛みのマネジメント H 身体的な痛みと苦痛 I オピオイドの副作用 J 痛みマネジメントのバリア K オピオイドが死を早めることへの恐れ L 異なるオピオイドの用量換算 M 終末期における痛みマネジメントに対する看護師の負担感	◆意思疎通ができない患者の痛みのアセスメント方法 ◆患者の負担を軽減するような痛みアセスメント方法の洗練 ◆終末期における全人的苦痛の4側面を評価する方法の開発 ◆終末期に共通する痛みと関連する症状に対する介入 ◆終末期における痛み治療のプロトコルの試験(投与ルートの変更を含む) ◆痛みのマネジメントへの恐れを軽減するための患者・家族への教育方法の開発と評価 ◆痛みのマネジメントに対する看護師への教育やサポート方法の開発と評価
4. 痛み以外の症状	A 終末期に多い症状のアセスメントとマネジメント 1. 呼吸困難・咳 2. 嘔気・嘔吐 3. 輸液・栄養 4. 精神症状・せん妄・不穏 5. 不安・抑うつ 6. 虚弱・倦怠感 7. 嚥下障害 8. 失禁 9. 皮膚症状 10. 便秘・腸閉塞 11. 興奮・ミオクロヌス	◆症状の経験に対する理解を深めるための記述的研究 ◆終末期における症状の頻度 ◆個々の症状に対する薬物治療 ◆症状マネジメントに対する患者・家族への教育方法の開発(薬物的治療・非薬物的治療) ◆症状アセスメントとマネジメントにおける看護の効果を有効に発揮するためのプロトコルやアルゴリズムの評価

5. 患者・家族とのコミュニケーション	A コミュニケーションの定義と目標 B 傾聴の重要性 C コミュニケーションのバリア D 悪い知らせを伝えること, 真実を話すこと E コミュニケーションにおける家族のダイナミクスの理解 F 文化, 民族, 価値観, 宗教などによる違い G 患者・家族との治療選択オプションや決定に関する話し合い H 多職種チーム内でのコミュニケーション I 希死念慮への対応	◆終末期におけるコミュニケーションに関する共通の関心領域を同定するための記述的研究 ◆コミュニケーションにおける看護の役割を記述する研究 ◆悪い知らせを伝えるプロトコルの評価 ◆コミュニケーションに対する文化的な問題を探索する研究 ◆患者と家族介護者による意思決定についての研究 ◆希死念慮の理由やそれに看護師がどう対応するように準備しておくかという研究
6. 家族介護者の役割とニード	A 家族や家族介護者のニードを知ることの重要性 B 家族のニードのアセスメント C 家族のダイナミクス D 文化や民族の影響の理解 E コーピング方略と支援システム	◆家族介護者の死に至る病に対する理解をより深めるための記述的研究 ◆個々の家族員に焦点をあてるのではなく, 家族のダイナミクスや家族を1つの単位して捉える研究 ◆死生観を育むような教育や支援の評価 ◆文化の影響の理解を促進するような研究 ◆差し迫った死に対する家族の準備を促すようなアプローチの評価
7. 臨死期のケア	A 看護師自身の死生観 B 自然な過程としての死 C 臨死期の兆候や症状の理解 D 死に対する患者・家族の恐れ E 死への準備 1. 医療者 2. 患者 3. 家族 F 臨死期の身体的ケア G 臨死期のスピリチュアルケア	◆臨死期のケアのプロトコルの開発と評価(身体的側面とスピリチュアルな側面)
8. 政策, 倫理, 法的問題	A 患者の意向とアドバンス・ディレクティブ B 自殺ほう助 C 安楽死 D 食事や水分の拒否 E 延命治療の中止 F 終末期医療における法的問題 G 政策変更の必要性 H 個人情報秘匿	◆アドバンス・ディレクティブの使用を促進するようなアプローチの評価 ◆自殺ほう助や安楽死の要求に対する看護師の対応力を向上させるような教育方法の開発 ◆食事・水分摂取や延命治療を行わない状況での患者の安楽を促進するためのプロトコルの開発と評価 ◆最適な終末期ケアを提供するための法的・規制的なバリアの同定
9. 遺族ケア	A 悲嘆の段階・プロセス B 悲嘆のアセスメント C 介入やリソース D 医療者の悲嘆に対する理解	◆文化的な影響を理解することを促進する探索的研究 ◆悲嘆の効率的なアセスメントの洗練 ◆医療者のグリーフケアを促進するためのアプローチの検討

表3 もっと研究・調査が必要であると感じられた内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード 1658	%
緩和ケアサービスの体制整備		466	28.1
	緩和ケア病床や緩和ケア病棟の増設	125	7.5
	医療従事者の増員	59	3.6
	医療従事者に相談できる体制	57	3.4
	在宅でも緊急時に対応してくれる体制	35	2.1
	緩和ケア病棟へスムーズに入院できる体制	33	2.0
	緩和ケアサービスについての情報提供体制	22	1.3
	緩和ケア病棟へスムーズに紹介できる体制	22	1.3
	緩和ケア病棟の当直体制の改善	18	1.1
	在宅緩和ケアサービスの整備	16	1.0
	緩和ケア病棟で夜間緊急時に対応できる体制	12	0.7
	在宅看取りが可能な体制	9	0.5
	緩和ケア病棟からの外出・外泊時のサポート体制	8	0.5
	緩和ケア病棟の環境整備	7	0.4
	ケアマネジャーと病院スタッフとの連携	7	0.4
	治療期から緩和ケアを提供できる体制の整備	5	0.3
	在宅医と緩和ケア病棟との連携	5	0.3
	治療病院と緩和ケア病棟との連携	5	0.3
	緩和ケア病棟への入院待機期間の短縮	4	0.2
	経済的な負担が少ない緩和ケア病棟の整備	4	0.2
	一般病院での緩和ケア病棟の整備	3	0.2
	精神科医師との連携	2	0.1
	緩和ケア病棟からの転院調整	2	0.1
	地域の緩和ケアリソースの現状把握	2	0.1
	宗教家の配置	1	0.1
	泌尿器専門スタッフとの連携	1	0.1
	緩和ケア外来の増設	1	0.1
	緩和ケアセンターの増設	1	0.1
疼痛の緩和		342	20.6
	眠気が少ない疼痛の緩和の工夫	195	11.8
	疼痛を緩和する方法	86	5.2
	せん妄を来さない疼痛の緩和の工夫	29	1.7
	副作用が少ない鎮痛薬の開発	17	1.0
	疼痛の評価方法の開発	5	0.3
	モルヒネの副作用対策	5	0.3
	新しい鎮痛薬の開発	4	0.2
	神経障害性疼痛の緩和	1	0.1
コミュニケーション		288	17.4
	患者家族と医療者とのコミュニケーション	102	6.2
	臨終期についての家族への説明	35	2.1
	予後や余命の告知方法	32	1.9
	患者と家族がコミュニケーションをとる際の工夫	32	1.9
	病状経過についての説明	25	1.5
	終末期に関する説明	17	1.0
	臨終までコミュニケーションをとることが可能な方法	15	0.9
	家族への病状説明	13	0.8
	今後起こりうる症状についての説明方法	10	0.6
	医療者間のコミュニケーション	7	0.4

疼痛以外の症状の緩和		210	12.7
	倦怠感を緩和する方法	40	2.4
	精神的なケア	35	2.1
	呼吸困難を緩和する方法	16	1.0
	便秘を緩和する方法	16	1.0
	不眠を緩和する方法	13	0.8
	せん妄の治療方法	11	0.7
	腹水貯留による腹部膨満感を緩和する方法	11	0.7
	悪心を緩和する方法	10	0.6
	かゆみを緩和する方法	9	0.5
	浮腫を緩和する方法	9	0.5
	口渇を緩和する方法	9	0.5
	眠気を緩和する方法	5	0.3
	喀痰分泌を少なくする方法	5	0.3
	口内炎を緩和する方法	4	0.2
	苦痛緩和目的の鎮静の方法	4	0.2
	発熱時の対処方法	3	0.2
	味覚障害への対処方法	3	0.2
	食欲低下を改善する方法	2	0.1
	咳嗽を緩和する方法	2	0.1
	鼻出血への対処方法	1	0.1
	しゃっくりを緩和する方法	1	0.1
	アカシジアの治療方法	1	0.1
ケアや介護の工夫		186	11.2
	食事内容や食事介助の工夫	61	3.7
	家族へのケアや支援	40	2.4
	喀痰の吸引方法の工夫	26	1.6
	排泄のケアの工夫	9	0.5
	認知症や高齢者へのケアの工夫	7	0.4
	介護用品の開発	7	0.4
	遺族へのグリーフケア	6	0.4
	褥そうのケアの工夫	5	0.3
	嚥下機能障害時の水分摂取の方法	5	0.3
	酸素吸入中のケアの工夫	4	0.2
	患者に負担が少ない体位変換の方法	3	0.2
	患者に負担が少ない移動方法	2	0.1
	人工肛門を造設した患者のケア	2	0.1
	誤嚥を少なくするケアの方法	2	0.1
	若年者への緩和ケアの提供	2	0.1
	脳梗塞を予防する方法	2	0.1
	患者の負担が少ない清潔ケア	2	0.1
	未告知のがん患者へのケアの方法	1	0.1
緩和ケアの普及啓発		115	6.9
	緩和ケアについての普及啓発	41	2.5
	在宅緩和ケアについての普及啓発	19	1.1
	医療従事者への緩和ケアの教育	13	0.8
	緩和ケア病棟についての普及啓発	12	0.7
	緩和ケア病棟の入院基準の周知	7	0.4
	ボランティアの教育や育成	5	0.3
	緩和ケア専門医の育成	5	0.3
	安楽死や尊厳死について	3	0.2

	死に関する教育	3	0.2
	緩和ケア病棟の質の均てん化	2	0.1
	急変時の心肺蘇生について	2	0.1
	一般病棟での看取りについて	2	0.1
	施設での看取りについて	1	0.1
がん医療		35	2.1
	抗がん剤の副作用対策	9	0.5
	がんの早期発見	3	0.2
	抗がん剤の開発	3	0.2
	薬剤費の経済的負担	3	0.2
	がん治療の意思決定支援	2	0.1
	リハビリテーションの適応	2	0.1
	がんの原因	2	0.1
	臨床研究の方法	2	0.1
	がんの予防	1	0.1
	鎮痛薬の残薬の調査	1	0.1
	保険適用外の薬剤使用	1	0.1
	薬疹が出ない薬剤の開発	1	0.1
	薬剤の評価方法	1	0.1
	検査時の苦痛の緩和	1	0.1
	感染症の対策	1	0.1
	CART について	1	0.1
	補完代替療法について	1	0.1
医療者の知識・技能・態度		16	1.0
	臨終期の医療者の態度	10	0.6
	疼痛の少ない静脈確保の方法	2	0.1
	医師の態度やモラル	2	0.1
	医療者のプロフェッショナリズム	1	0.1
	ユーモア	1	0.1

文献 17) より引用

おわりに

筆者の主観であるが、国際的にもわが国でも、緩和ケアの看護に関する研究では「いままで何が分かっているか」「次に何をしなくてはいけないか」の合意が十分に取れていないように思う。もちろん研究は独創性が重要なのでこのような枠に縛られる必要はないが、現状でわが国から出版される論文をみているとそのような合意がなく、全国の研究者や修士・博士の学生がやや無秩序に自分たちの興味関心で研究を進めているように思える。そこで問題に思うのは、個々の研究が小規模でエビデンス生成への寄与が小さいこと、介入研究の実施が難しく、実態調査等に留まる研究が多いことである。わが国の緩和ケアの研究はここ10年大きく進歩してきた。看護に関する研究も

進歩を実感するが、エビデンスへの寄与という点ではまだ改善の余地がある。

今回、レビューして最も感じたことは、今後は系統的レビューやガイドライン作成（看護に専門的なガイドラインが必要かはわからないが）などを通して、現状の到達点をしっかりと把握し、プライオリティが高い具体的なテーマに対して、全国の研究者や臨床家が共同して問題解決に取り組むことではないかと考える。

文献

- 1) Tieman J, Sladek R, Currow D : Changes in the quantity and level of evidence of palliative and hospice care literature: the last century. J Clin Oncol 26 (35) : 5679-5683, 2008
- 2) Tieman JJ, Sladek RM, Currow DC : Multiple sources: mapping the literature of palliative care.

- Palliat Med 23 (5) : 425-431, 2009
- 3) Payne SA, Turner JM : Research methodologies in palliative care : a bibliometric analysis. Palliat Med 22 (4) : 336-342, 2008
 - 4) Liu CJ, Yeh TC, Hsu SH, et al. : Bibliometric analysis of palliative care-related publication trends during 2001 to 2016. Am J Hosp Palliat Care 35 (10) : 1280-1286, 2018
 - 5) Cheong WL, Mohan D, Warren N, et al. : Palliative care research in the Asia pacific region : A systematic review and bibliometric analysis of peer-reviewed publications. J Palliat Med 2018. doi : 10.1089/jpm.2018.0447.
 - 6) Addington-Hall J : Research sensitivities to palliative care patients. Eur J Cancer Care (Engl) 11 (3) : 220-224, 2002
 - 7) Kaasa S, Hjerstad MJ, Loge JH : Methodological and structural challenges in palliative care research : how have we fared in the last decades? Palliat Med 20 (8) : 727-734, 2006
 - 8) Aktas A, Walsh D : Methodological challenges in supportive and palliative care cancer research. Semin Oncol 38 (3) : 460-466, 2011
 - 9) Addington-Hall J M, Bruera E, Higginson I J, et al. (eds) : Research methods in palliative care. Oxford University Press, 2007
 - 10) Cherny N, Fallon M, Kaasa S, et al. : Oxford textbook of palliative medicine, 5th ed. Oxford University Press, 2015
 - 11) Ferrell B, Coyle N : Oxford textbook of palliative nursing, 4th ed. Oxford university press, 2015
 - 12) Bruera E, Higginson I, von Gunten C, et al. : Textbook of palliative medicine and supportive care. CRC Press, 2015
 - 13) Kaasa S, Radbruch L : Palliative care research-priorities and the way forward. Eur J Cancer 44 (8) : 1175-1179, 2008
 - 14) Bruera E, Hui D : Palliative care research : lessons learned by our team over the last 25 years. Palliat Med 27 (10) : 939-951, 2013
 - 15) Sigurdardottir KR, Haugen DF, Bausewein C, et al. : A pan-European survey of research in end-of-life cancer care. Support Care Cancer 20 (1) : 39-48, 2012
 - 16) Sigurdardottir KR, Haugen DF, van der Rijt CC, et al. : Clinical priorities, barriers and solutions in end-of-life cancer care research across Europe. Report from a workshop. Eur J Cancer 46 (10) : 1815-1822, 2010
 - 17) Sakashita A, Morita T, Kishino M, et al. : Which research questions are important for the bereaved families of palliative care cancer patients? A nationwide survey. J Pain Symptom Manage 55 (2) : 379-386, 2018