

# Death Education に関する実態調査の結果について (分担研究：Death Education に関する研究)

濃沼信夫、長井吉清

要約： 小児のデス・エデュケーションを検討する基礎資料を得る目的で、東北と関東の小児科医師224名に、郵送自計方式により実態調査を実施した。多くの医師が患児の精神面の対応、痛みのコントロール、専門スタッフの養成などの重要性を認識しているが、十分に実施できていない状況が窺える。QOL評価やスタッフの教育・研修は低調であり、病気の説明、死の表現についても施設間で大きな差異が認められる。対象別、年齢別、病期別のデス・エデュケーション実施指針づくりが急務と考えられる。

見出し語： デス・エデュケーション、ターミナル・ケア、QOL、病名告知、死の表現、緩和ケア

目的：ターミナル・ケアの充実、わが国の医療に残された重要な課題のひとつとなっているが、小児のターミナル・ケアの実態を把握することにより、子供と家族のクオリティ・オブ・ライフ（QOL）を高め、死への準備教育を検討し、小児医療の一層の質の向上を図る上で解決すべき課題と今後の方向性を検討する基礎資料をうることを目的とする。

対象と方法：

平成4年度東北医師・病院要覧に掲載された東北6県の病院勤務の小児科医533名全数、また、平成2年日本小児科学会会員名簿から関東7都県の会員を1/3無作為抽出した1583名の、合計21

16名を対象とした。調査は、担当した患児の特性、入院生活の状況、小児がん患児の精神面、QOL、病気に関する説明、死の表現、デス・エデュケーション、小児のターミナル・ケア充実のための優先施策、回答者と施設の属性、自由意見の10項目、95問からなる調査票を作成し、無記名郵送自計方式で、平成5年2月に調査を実施した。

結果と考察

調査票の有効回答数は、東北78（回収率15.1%）関東146（10.8%）の合計224（12.0%）であった。回答者の約半数は30～40歳代の中堅医師であり、女医が全体の22.6%を占めた。勤務先は、診療所30.8%、病院66.4%であり、病院勤務は200

---

東北大学医学部病院管理学教室 Department of Hospital and Medical Care Administration

床以上の病院が43.1%、大学病院が33.3%であった。回答者（n=217）の「身内にがんの患者や死亡者がいる」割合は64.1%、「がんによる不安を感じることもある」は69.6%、また、がんによる場合の告知は「望む」76.5%、「場合による」19.4%、「望まない」4.1%であった。

担当する患児数について、入院は30人未満が9割を占め、外来は30～40人が最も多かった。1年間に担当したターミナルの患児数は1人が73.8%、2～3人が16.8%、4人以上が6.7%であった（n=202）。

入院生活で、食事の持込み（n=136）は「自由」が20.6%、「条件付きで可能」が63.2%である一方、「不可能」が11.0%あり、家族の付き添い（n=138）は「自由」が48.6%、「条件付きで可能」が45.7%と相半ばした。面会時間（n=137）で「両親のみ」の制限がなしが48.2%であるのに対し、「全員制限」が26.3%であった。在宅治療のシステム（n=128）は「実施中」が19.5%であり、「構想中」が26.6%、「希望のみ」が29.7%と、理想と現実の大きなギャップが窺えた。

がんの子供のQOLの評価（n=138）は、「実施」4に対し、「実施したことはない」6の割合であり、「常に実施」は5.1%にすぎなかった。評価の時期（n=50）は、「日常的に」が58.0%であり、次いで「増悪時」「化学療法中」「ターミナルで」の順であった。評価法（n=40）としては、「独自に作成」が1/3を占め、次いで Performance Status Scale、バウム・テスト、Cornel Medical Indexなどの順であった。

子供への病名告知（n=183）は、「ケース・

バイ・ケース」が44.8%と最も多く、「原則知らせない」26.2%、「治る病気は知らせる」23.0%であり、「原則知らせる」は6.0%にすぎなかった。知らせ方は「子供に直接」が62.7%、「家族を通じて」が37.3%などであった。知らせる時の看護婦の同席について（n=146）、「いつも同席」22.6%、「同席することが多い」40.4%であり、「同席しないことが多い」28.8%、「いつも同席しない」8.2%であった。

子供にがんを知らせることについて（n=178）「知らせるべき」は6.2%にすぎず、「知らせない方がよい」が20.2%であり、「一概にいえない」が67.4%、「時期尚早」が6.2%であった。大人のがん告知との違いについて（n=166）、「大人も子供も同じ」が43.4%、「告知ほしくない」が28.3%、「大人で一般化してから」が20.5%であるが、「子供でこそ告知すべき」が7.8%あったことは注目される。そして、子供へのがん告知の今後について（n=179）「徐々に告知するようになる」が59.2%、「現在と変わらない」が20.7%であった。

一般の患児、がんの患児との会話で死の表現について、「ごく自然に対応」が各々58.9%、45.7%、「意識的に避ける」が28.9%、34.9%であり、「積極的に語りかける」は僅かであった（n=180, 175）。死の近い子供が死を聞いてきた場合の対応について（n=177）、「慰め、励ます」が53.1%、「死の理解を深める」が18.6%であった。死の表現についてのスタッフ間の意思統一は（n=167）、「十分な対話がある」「十分ではないがある」が73.7%を占め、「やや不足」「かなり不足」が26.4%であった。

デス・エデュケーションの実施状況について (n=174)、「系統的に行っている」が2.3%、「十分ではないが行っている」が11.5%と少なく、「ほとんど行っていない」が79.9%、「必要でない」が6.3%であった。これを行う適切な子供の年齢は (n=167)、小学校高学年以上が29.9%と最も多く、次いで中学生以上16.2%、小学校低学年以上5.4%であり、「年齢によらない」21.0%、「わからない」24.6%であった。

デス・エデュケーションに必要なものは (n=150)、「特になし」が半数に上り、パンフレット12.7%、視聴覚教材11.3%、宗教書3.3%であり、その他としては、対話や人格を挙げるものが目立った。遺族のフォローアップは (n=167)、「ほとんど行っていない」が72.5%を占めた。スタッフのストレスが大きいのは「子供の死の直前」が多いのに対し、家族のストレスは「ターミナル以前」が多い。スタッフの教育・研修は (n=168)、「ほとんど行っていない」が73.8%を占め、最も必要な教材として (n=162)、「医療スタッフ向け」を挙げるものが44.4%と多かった。

小児のターミナル・ケアの充実に向けた施策の優先順位について (n=178~188)、「精神面や心への対応」「痛みのコントロール」「専門スタッフの養成」は上位に、「デス・エデュケーションの普及」「緩和ケア病棟の整備」「在宅医療の普及」は中位に、「支援グループの養成」は下位にランクされ、「診療技術の向上」「小児がん専門医の養成」は上位と下位とに意見が分かっていた。

大部分の小児がんが治癒可能となる時期、がん=死のイメージが払拭される時期の予測は、とも

に約20年後(中央値)とされた。地域中核病院のがん診療機能の充実と、がんセンターの整備とどちらを重視するかについて (n=192)、前者が55.2%、後者が26.0%、「どちらとも言えない」が18.8%であった。緩和ケアは一般病棟内と独立した専用の施設とどちらで行われるのがより望ましいかについて (n=190)、前者が31.6%、後者が42.6%、「どちらとも言えない」が25.8%であった。また、がんの子供のための野外キャンプが将来普及するかどうかについて (n=196)、「かなり普及」35.2%、「試み程度」31.1%、「困難」20.9%であった。



## 検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:小児のデス・エデュケーションを検討する基礎資料を得る目的で、東北と関東の小児科医師 224 名に、郵送自計方式により実態調査を実施した。多くの医師が患児の精神面の対応、痛みのコントロール、専門スタッフの養成などの重要性を認識しているが、十分に実施できていない状況が窺える。QOL 評価やスタッフの教育・研修は低調であり、病気の説明、死の表現についても施設間で大きな差異が認められる。対象別、年齢別、病期別デス・エデュケーション実施指針づくりが急務と考えられる。