

注目！がん看護における最新エビデンス

欧州のナーシング・ホームにおける緩和ケア教育プログラムの評価：PACEクラスター・ランダム化試験

Evaluation of a Palliative Care Program for Nursing Homes in 7 Countries :The PACE Cluster-Randomized Clinical Trial. Van den Block L, Honinx E, Pivodic L, et al. JAMA Intern Med. 2019. 11:180 (2) :1-10.

超高齢社会を迎え、我が国でも2000年に2%程度だった老健や老人ホームでの死亡割合は、2018年には10%を超えました。それに伴い、老健や老人ホームにおいて適切に緩和ケアを提供することが求められるようになりました。

今回紹介する論文は、ベルギー、イギリス、フィンランド、イタリア、オランダ、ポーランド、スイスという欧州7カ国のナーシング・ホーム（日本の老人ホームに相当）において2015～2017年に実施されたPalliative Care for Older People (PACE) という緩和ケアプログラムの有効性に関する報告です。

PACEプログラムは、緩和ケアの専門家がない施設でも基本的な緩和ケアを提供できるように教育するプログラムです。本研究で

《表1》PACEにおけるトレーニングの内容

ステップ1	利用者と家族とのアドバンス・ケア・プランニング
ステップ2	利用者ニーズや問題の評価、ケアの計画・見直し
ステップ3	毎月の多職種ミーティングによるケアの調整
ステップ4	痛みと抑うつに焦点を当てた質の高いケアの提供
ステップ5	看取り期のケア
ステップ6	死後のケア



宮下光令 教授

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

みやしたみつより：1994年3月東京大学医学部保健学科卒業。臨床を経験した後、東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻助手・講師を経て、2009年10月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教授。専門は緩和ケアの質の評価。

はクラスター・ランダム化試験として、7カ国の75施設が施設単位でプログラムの介入を受ける施設と受けない施設にランダム化されました。介入群では、1週間の国際ワークショップで学習し、その後も継続してコーチングセッションを受けたナーシング・ホームにおける緩和ケアの専門教育者が施設当たり1～6人の職員（トレーナー）をトレーニングし、そのトレーナーが施設内でスタッフをトレーニングするというtrain-the-trainerアプローチという方法が取られました（日本におけるELNEC-Jのようなイメージです）。専門教育者は施設のトレーナーを表1に示す6段階のステップでトレーニングしたのち、1年間にわたって施設のトレーナーをサポートしました。対照群では、通常のケアが実施されました。

表2に利用者のアウトカムを示します。介入前の死亡者551人、介入後の死亡者984人からデータが収集されました。死亡者の平均年齢は85歳程度であり、半数以上が女性でした。主要評価項目であるスタッフの評価による死亡前1週間の快適さは、介入群と対照群で差がありませんでした。ただし、副次的評価項目であるスタッフの評価による死亡前1カ月のQOLでは、介入群の方がやや良いという結果でした。表には示していませんが、遺族の評価も行っており、その結果は2群間

《表2》利用者アウトカム

	合計点もしくは 下位尺度	介入群と 対照群の差	95%信頼区間	P値
【主要アウトカム】 スタッフの評価による死亡前 1週間の快適さ (EOLD-CAD)	合計点	-0.55	-1.71 ~ 0.61	0.35
	身体的苦痛	-0.13	-1.62 ~ 1.37	0.87
	臨死期の症状	-0.55	-2.11 ~ 1.01	0.49
	心理的苦痛	-0.57	-2.13 ~ 0.99	0.47
	Well-being	1.45	-0.34 ~ 3.23	0.11
【副次的アウトカム】 スタッフの評価による死亡前 1カ月のQOL (死の質: QOD-LTC)	合計点	3.40	2.01 ~ 4.80	0.001
	人間らしさ (Personhood)	1.33	0.07 ~ 2.58	0.04
	安らかさ (Closure)	2.40	0.26 ~ 4.54	0.03
	死の準備 (Preparatory task)	6.77	4.19 ~ 9.36	0.001

《表3》スタッフアウトカム

	合計点もしくは 下位尺度	介入群と 対照群の差	95%信頼区間	P値
【主要アウトカム】 緩和ケアの知識	合計点	0.02	0.001 ~ 0.03	0.03
	終末期の問題	0.04	0.02 ~ 0.05	0.001
	身体的問題	-0.01	-0.03 ~ 0.01	0.31
	心理的問題	0.01	-0.02 ~ 0.04	0.51
【副次的アウトカム】 利用者や家族とのコミュニケー ションに関する自己効力感	合計点	0.09	-0.04 ~ 0.21	0.16
スタッフ自身がより学びたいと いう気持ち (教育ニーズ)	利用者と家族のコ ミュニケーション	0.05	-0.003 ~ 0.11	0.07
	文化や倫理	0.11	0.05 ~ 0.17	0.001

に違いはありませんでした。

表3にスタッフのアウトカムを示します。介入前のスタッフ2,680人、介入後のスタッフ2,437人からデータが収集されました。スタッフの平均年齢は43歳程度であり、大半が女性でした。主要評価項目であるスタッフの緩和ケアに関する知識は、介入により統計学的に有意に上昇しましたが、その程度は非常に小さいものと結論付けられました。副次的評価項目であるコミュニケーションに関する自己効力感とコミュニケーションに関する教育ニーズは2群間で差がなく、文化や倫理

に関する教育ニーズは介入群の方が減少するという結果でした。

本研究の結論は最終的に、PACEプログラムはスタッフの評価による死亡前1カ月のQOLを若干上昇させたものの、全体としては効果が見られなかったという結論でした。研究者らは期待した結果が得られなかった理由として、介入が複雑で量が多く、1年では実装できなかった可能性や、一部のナーシング・ホームでは予定どおりに十分な介入が行われなかった可能性、死亡直前の出来事だけで評価することが不適切だった可能性などを

挙げています。

このPACE研究は大規模研究として結果が期待されていたため、大変残念に思っています。本連載第20回（本誌Vol.1, No.5）で、ベルギーの急性期老年科病棟で行われた看取りケア・プログラムCAREFuLクラスター・ランダム化比較試験でも期待した結果が得られなかったことを報告しました。この2つの研究は病院とナーシング・ホームという違いはありますが、これらの失敗について私は2つの困難さを感じています。

一つは、がんや急性期疾患では比較的短期

間で痛みなどの症状が緩和されればQOLが向上するのに対し、高齢者ケアでは長期にわたるケアや意思決定の問題が生じること、もう一つは、がんや急性期疾患では十分に医学的な教育を受けた医師や看護師がケアの担い手であるのに対し、高齢者ケアでは医学的な教育の点でも、死にゆく患者をケアするという点でも、不慣れなスタッフへの教育も伴わなければならないことです。

このような施設の状況は、医療システムによる違いが大きく、我が国でも研究や発展が望まれる領域だと思います。