

笹川記念保健協力財団 研究助成

助成番号：2017A-010

(西暦)

2018年 2月 3日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団

会長 喜多悦子 殿

2017年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成
研究報告書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

療養病床(病棟)における緩和ケアの普及・発展を目指す基盤研究：

東京都内の療養病床(病棟)における実態の調査、および病棟スタッフの意識調査

所属機関・職名 救世軍清瀬病院 診療部 緩和ケア科

氏名 村上 真基

研究報告書：助成番号 2017A-010

研究課題：療養病床(病棟)における緩和ケアの普及・発展を目指す基盤研究：東京都内の療養病床(病棟)における実態の調査，および病棟スタッフの意識調査

I. 研究の目的

WHOの「緩和ケア」定義に記されているように、非がんを含む全ての「生命を脅かす疾患」に緩和ケアの必要性が指摘されている。日本における緩和ケアは、主にがん疾患を対象とする緩和ケア病棟(palliative care units: PCU)での取り組みをはじめ、一般病棟や在宅診療において発展してきた。

高齢者医療を担う療養病床・病棟(以下、療養病棟)は病院病床数の約20%であり、ここでの死亡者数約17万人/年は全国死亡者(約127万人)の約13%を占める。療養病棟では「生命を脅かす疾患」の緩和ケア対象患者を多数診療しているが、療養病棟の緩和ケアの報告はまだ少なく、実態は明らかでない。

我々は、先行研究としてPCUを併設している療養病棟を対象に緩和ケアの実態調査・意識調査を行った。対象となった施設ではPCUと連携してがん緩和ケアを実施していること、半数以上の施設では緩和ケアに詳しい医師・看護師が配置されていること、療養病棟の緩和ケアには利点と欠点があること、勤務経験部署によってWHO緩和ケア定義の認知度が異なること、また、麻薬管理体制、人員配置不足、専門性・教育の不足の課題などもあることが明らかになった。一方で療養病棟の大多数はPCUと併設されておらず、緩和ケアが身近にあるとは言えない。

本研究の目的は、PCUを併設していない療養病棟を対象に調査を行って、療養病棟における緩和ケアの診療実態とスタッフの認識を明らかにし、療養病棟における緩和ケアを推進するための課題を検討することである。そして課題解決の方法を導き出し、緩和ケアを受けられない「がん難民」「緩和ケア難民」を減らし、多くの患者が緩和ケアを受けられる環境づくりを推進することに寄与するものと考えた。

II. 研究の内容・実施経過

i) **研究の構成**：本研究は①療養病棟の緩和ケア診療実態を調べること(実態調査)、②療養病棟スタッフの緩和ケアに対する認識を調べること(意識調査)の2つの調査を行った。

ii) **対象施設と回答者**：①全日本病院協会へ登録されている施設のうち、東京都にあり、療養病棟(医療型、介護型)を有しており、かつ緩和ケア病棟を併設していないことが各病院ホームページ等で確認できた211施設を対象とした。

②上記211施設の中から、あらかじめ意識調査の実施に同意を得た32施設の療養病棟スタッフ(医療職以外を含む)を対象とした。

iii) **調査期間**：①2017年4月～5月、②2017年5月～6月。

iv) **調査方法**：①無記名自記式質問紙調査を行った。病棟管理責任者あてに郵送で調査票を送付し、回答を郵送で回収した。調査期間終了後、各施設あてに「調査票回答と郵送のお願い」のハガキを送付した。

②実態調査(①)時に、調査参加の有無を問う施設名明記の事前調査を行い、実態調査とは別郵便で回収した。本調査(②)に同意を得た施設に対して、無記名自記式質問紙調査を行った。病棟管理責任者あてに郵送で調査票を送付し、病棟管理者にスタッフへの調査票配布・回収を依頼した。回答された調査票は郵送にて回収した。調査期間終了前に、各施設あてに「調査票回答と回収、郵送のお願い」をハガキで送付した。

v) **調査内容**：①基礎情報として回答者の職種、病院病床数を問い、実態調査の設問は、療養病棟における医療用麻薬(以下、麻薬)の管理(保管庫の有無)および使用、緩和ケアに詳しい医師・看護師の存在、がん患者の受け入れ(受け入れの有無、がん患者の割合、他病棟との連携)、非がんの緩和ケアへの対応、緩和ケア(がん、非がん)における困難の有無とし、選択肢を問う設問とした。

②基礎情報として回答者の年齢、性別、職種・資格、実務経験年数、療養病棟経験年数、過去の経験部署を尋ねた。WHO 緩和ケア定義の認知度(以下、定義認知度)を4段階で尋ねた。意識調査は「まったくそう思わない：0」から「非常にそう思う：10」の11段階の点数評価で尋ねた。質問内容は、がん・非がんそれぞれについて、療養病棟での緩和ケアは必要であると思うか(必要性はあるか)、療養病棟での緩和ケアはできると思うか(実現性はあるか)を問い、また、緩和ケ

ア実践上の認識・課題(苦痛緩和, 家族ケア, 看取りケア, やりがい, 不安など), 緩和ケア提供スタッフの量的質的課題(人的配置, ケアの時間, 指導者・専門家, 知識・技術, 教育の機会), 療養病棟における緩和ケア対象患者の受け入れ(医療費, 患者の病状の問題など), 療養病棟における医療用麻薬使用の課題(適正な使用, 処方する医師, 麻薬使用の怖さ), がん患者と非がん患者の違い(がんと非がんの区別意識, 非がんケアの実践)についての認識を尋ねた.

vi) 調査結果の集計: 2017年5月~8月に学生アルバイトの協力も得て, PCエクセルへ①②の調査票回答を入力した.

vii) 解析: ①記述統計により度数分布を算出した. また, 緩和ケアに詳しい医師・看護師の有無で, 非がん緩和ケアへの認識, 緩和ケアの困難感の比較を行った.

②得られた結果をもとに集計を行い, (1)回答者背景の違いによる定義認知度の違い, (2)回答者全体の意識の傾向, (3)医療職とその他の職種(以下, 他職種)間の意識の比較, (4)回答者個々におけるがんと非がんに対する意識の相違, (5)定義認知度と緩和ケア必要性・実現性意識の相関, これらの検討を行った.

①②の統計処理については, 年齢, 経験年数, 意識調査点数等の表記は平均値±標準偏差とした. 統計学的有意差検定は, カイ二乗検定, Fisher 直接確率法, 対応のないt検定, 対応のあるt検定, 分散分析を用い, 必要に応じてBonferroni補正を行ったうえで $p < 0.05$ を有意差ありと判定した. 統計解析ソフトにはStatcel-3(オーエムエス出版社, 埼玉)を用いた.

viii) 倫理的配慮: 本研究は, 救世軍清瀬病院倫理委員会の承認を得て実施し, 集計・分析において施設・個人が特定されないように配慮した. 調査用紙に倫理的配慮を行っていること, 調査内容を学術的に発表すること, 調査票への回答をもって研究参加・学術発表に同意取得とする旨を記して調査を行った.

III. 研究の成果

調査票回答数・回収率: ①211施設へ実態調査票を送り, 55施設から回答を得て回収率は26.1%であった. ②32施設の595名へ意識調査票を配布し, 2施設からは回収が得られず, 白紙等の無効回答を除いた30施設541名を分析対象とし,

有効回答率は 90.9%であった。

調査結果の詳細については、参考資料として添付した 2 つの投稿論文(投稿中)の「表」および「本文」へ記載した。

結果の概要：①実態調査

療養病棟に麻薬保管庫を所有し、麻薬を使用できる施設数は 49(89.1%, 以下、回答施設数とその割合)、緩和ケアに詳しい、あるいは麻薬処方のできる医師が配置されている施設は 18(32.7%)、緩和ケアに詳しい看護師が配置されている施設は 9(16.4%) であった。がん患者の受け入れは、主病名ががんであることを理由に断わらない：33(60%)、条件付きでがん患者を受け入れる：15(30.9%) であった。入院患者に占めるがん患者の割合は、1 割以下：43(81.1%)、1.5～3 割：9(16.9%)、3 割を超える施設：0 であった。

非がん緩和ケアに対する認識について、「苦痛緩和は重要であると考えている」「家族ケアは重要であると考えている」「看取りケアについて緩和ケアを意識している」「がんと非がんを区別せずにケアしたいと考えている」の 4 項目において、7 割以上の施設が意識していると回答した、この 4 項目は、詳しい医師がいる施設では、いない施設よりも認識が高い傾向であった(有意差なし)。「非がんの緩和ケアをしたくても諸事情で実施できない」：5(9.1%)、「非がんに緩和ケアは必要ないと思う」と回答した施設：0 であった。

療養病棟における緩和ケアの困難な点について、「専門知識・技術が不足している」：41(74.5%)、「緩和ケアの教育の機会が少ない」：35(63.6%)、「看護職の人員不足でケアが行き届かない」：31(56.3%)、「麻薬投与・調節に課題や問題がある」：26(47.2%)、「苦痛緩和が十分に出来ない」：26(47.2%)、「個別対応に必要な患者・希望の多い患者に対応できない」：25(45.5%) などであった。緩和ケアに詳しい医師のいない施設では、いる施設よりも「専門知識・技術が不足している」「麻薬投与・調節に課題や問題がある」「苦痛緩和が十分に出来ない」「家族ケアが難しい」の回答が多かった(有意差あり)。

結果の概要：②意識調査

回答者の職種は、医療職は 387 名(71.5%)で看護師、准看護師の看護職が多数を占めた。他職種は 154 名(28.5%)で介護福祉士、ヘルパーが多数であった。

(1)回答者背景の違いによる緩和ケア定義認知度の違い.

全体の定義認知度は、良く知っている 8.1%、少し知っている 44.2%、あまり知らない 28.7%、まったく知らない 11.5%であった。医療職の定義認知度は「良く/少し知っている」が 55.5%であったのに対して、他職種では「良く/少し知っている」は 44.1%であり有意差を認めた。

(2)回答者全体の意識の傾向.

緩和ケアの必要性「療養病棟での緩和ケアは必要であると思う」は、がん 8.5(以下の数値は 11 段階評価のスコア平均値)、非がん 8.4 であったのに対して、実現性「療養病棟での緩和ケアはできると思う」は、がん 6.8、非がん 7.0 であった。

がん緩和ケア実践上の認識・課題は、「苦痛症状の緩和は重要である」9.1、「家族ケアは重要である」8.6、「看取り前後のケアは緩和ケアを意識している」7.6 であった。量的・質的課題では「ゆっくりケアする時間がない」8.5、「看護職の人員が不足している」8.5、「介護職の人員が不足している」8.5、「緩和ケアの知識・技術の不足で適切なケアができない」7.6、「教育機会の不足で適切なケアが提供できない」7.6、「指導者・専門家が不足している」8.3 であった。不安・困難感に関連した要素では、「緩和ケアに必要な患者と接するのは不安・接したくない」2.8、「がん患者の痛みや麻薬使用は怖い」3.7、「対応できない苦痛症状がある」7.1 であった。

非がんについての全般として、がんと非がんの違いに関連した「非がん緩和ケアを実践・意識したことはない」4.0、「がんと非がんを区別せずにケアしたいと思う」8.2 であった。ケア実践上の認識・課題は、「苦痛症状の緩和は重要」9.0、「家族ケアは重要」8.5、「看取りケアは意識」7.6、「対応できない苦痛症状がある」7.3、「患者と接する不安」3.3 であった。量的・質的課題は、「ケアの時間不足」8.2、「看護職の不足」8.5、「介護職の不足」8.5、「知識・技術の不足」7.4、「教育の不足」7.3、「指導者・専門家の不足」7.9 であった。

(3)医療職と他職種間の意識の比較.

医療職と他職種の比較を行ったところ、がん緩和ケアに関する必要性と実現性の認識は職種による違いを認めなかった。非がん緩和ケアに関して、医療職は必要性を高く感じているものの、実現性は他職種よりも低く感じている傾向で

あった。

(4) 回答者個々におけるがんと非がんに対する意識の相違。

回答者個々のがんと非がんに対する意識の相違について、がんに対する質問と非がんに対する同じ質問への回答を比較した。緩和ケアの実現性は非がんが有意に高く(がん 6.8, 非がん 7.0, 有意差あり, 以下同様), 指導者・専門家の不足(8.3, 7.9, 有意差あり), ケアする時間の不足(8.5, 8.2, 有意差あり)でがん緩和ケアは有意に高値, 知識・技術の不足(7.6, 7.4, 有意差なし), 教育の不足(7.6, 7.3, 有意差なし)はがんが高い傾向であった。緩和ケアの必要な患者と接する不安は両疾患ともに低スコアであるものの非がんのほうが有意に高く(2.8, 3.3, 有意差あり), 緩和ケアのやりがいは非がんが高い傾向であった(6.0, 6.2, 有意差なし)。

(5) 定義認知度と緩和ケア必要性・実現性認識の相関

定義認知度が高いほどがん緩和ケアの必要性を強く感じ, 実現性も高いと感じていた(ともに有意差あり)。非がんについては, 定義認知度が高いほど必要性を強く感じているものの(有意差あり), 実現性に関しての有意差は認めなかった。

結果のまとめ：①実態調査

今回の調査では, 条件付きも含めて 9 割の施設でがん患者を受け入れて, 麻薬保管庫を所有し麻薬使用が可能な環境にあったが, 緩和ケアや麻薬処方に詳しい医師がいる施設は 3 割にとどまっていた, 緩和ケア・麻薬処方に詳しい医師のいない施設では, 専門知識・技術, 麻薬投与・調節, 苦痛緩和についての困難感が高かった(有意差あり)。療養病棟に携わる医師の, 麻薬使用を含めた症状緩和の知識・技術の向上が課題であることが明らかとなった。

非がん緩和ケアについては, 今回の回答施設の 7 割以上で, 各種ケア, がんと非がんを区別せずケアすることを意識し, 非がん緩和ケアに否定的な施設は無くなかった。

結果のまとめ：②意識調査

回答者全般として, がん緩和ケアの必要性は高く感じていても, 実現性の認識

は高くないことが明らかとなった。人員の不足とこれに起因すると思われるケア時間の不足、知識・技術や教育・指導者の不足などの量的質的な阻害因子が切実で、それに伴って対応できない苦痛があるためと考えられる。

非がん緩和ケアの必要性と実現性の意識についても、回答者全般に必要性は高いと考えつつ、実現性は相対的に低いと感じている。非がんの苦痛緩和や家族ケアは重要と考え、がんと区別せずに実践しており、患者と接する不安も少ない。しかし、がんと同様の阻害因子が実現性意識を低くしているものと考えられる。

回答者個々におけるがんと非がんの意識の比較では、非がん緩和ケアの阻害因子は低く、やりがい意識は高い。がん患者よりも非がん患者数の多い療養病棟では、がんよりも非がん緩和ケアを身近に感じているものと推察される。

また、定義認知度が低いほど緩和ケア必要性・実現性の意識も低いことと、その定義認知度は医療職よりも他職種は低いことが明らかとなった。

IV. 今後の課題

緩和ケアに詳しい医師や看護師を配置することにより緩和ケアの困難感を減らすことが示唆され、緩和ケア経験のある医師・看護師が率先して療養病棟へ入り、知識・技術習得のための現場教育の機会を増やすことができるかどうかは課題である。

緩和ケアの普及のためには、臨床現場のスタッフがその必要性や実現性を実感することも大切であり、医師や看護職のみならず他職種を含めて緩和ケアの定義や意義をあらゆる場面で周知することが重要である。先行研究では PCU の勤務経験により定義認知度も上がることを示されており、療養病棟スタッフが何らかの形で PCU を経験することも有用であると思われ、PCU で働くスタッフの協力も不可欠である。

療養病棟スタッフの約半数を占める介護職が緩和ケアに果たす役割も明らかとなったが、療養病棟に関する介護職の教育・研修は全国的に普及しているとは言いがたい。介護職への緩和ケア教育を系統的に行うことも課題である。

本研究の限界として以下の点が挙げられる。①実態調査票の回収率が低く療養病棟全体に一般化しにくいこと、今回の調査は病棟管理者の認識に基づくも

のであること、療養病棟における緩和ケアのアウトカムは評価していないことなどである。②あらかじめ意識調査に同意を得た施設のスタッフのみを対象としており、回答者が選別されている可能性があること、療養病棟で緩和ケアを受ける立場、すなわち患者・家族の意識や評価は検討していないこと、などである。

V. 研究の成果等の公表予定(学会・雑誌)

本研究のすべての内容を2つの論文にまとめて投稿中である。

- ①「療養病棟における緩和ケアの実態調査：緩和ケア病棟を併設していない療養病棟管理者への調査」大石恵子，村上真基，綿貫成明，飯野京子，著．日本緩和医療学会雑誌(Palliative Care Research)へ2018年1月24日に投稿．
- ②「療養病棟スタッフの緩和ケアに対する意識：緩和ケア病棟を併設していない療養病棟における調査」村上真基，大石恵子，綿貫成明，飯野京子，著．日本緩和医療学会雑誌(Palliative Care Research)へ2018年1月29日に投稿．

上記2論文(初回投稿原稿)を参考資料として添付いたします。