

急性期病院の地域がん診療連携拠点病院でがんに関わる 職員の緩和ケアに関する実態調査

町田 美佳 徳永亜希子 組橋 由記

徳島赤十字病院 がんサポートチーム

要 旨

急性期病院の緩和ケアに関する意識を把握することを目的に、2015年9月に医師とメディカルスタッフ計759名に質問紙調査を行った。有効回答は508名（66.9%）で、そのうちがん診療に関わる職員は253名（49.8%）であった。がんに関わる職員の87%は疼痛を把握し、70%は疼痛コントロールをしていた。81%が疼痛以外の症状を把握し、60%が症状コントロールをしていた。76%は精神的苦痛を把握して48%が対応し、46%は社会的苦痛を把握して32%が対応、40%はスピリチュアルな苦痛を把握して27%が対応していた。「緩和＝終末期医療」と答えたのが41%で、「診断時からの緩和ケアを行う」のは45%が緩和ケアチームと答えた。がんサポートチームの認知度は95%で、依頼方法の認知が67%、チームへの満足は96%であった。全人的苦痛の中で、把握と対応した割合の差が大きいのは精神的苦痛であるため、チームのサポートが必要である。そして、疼痛の90%は薬物コントロール可能であるため、今後職員に対して疼痛管理に関する教育を強化していきたい。約4割の職員が「緩和＝終末期医療」で、「診断時からの緩和ケアを行う」のは緩和ケアチームと考えており、職員とがんサポートチームとの考え方にずれがあることがわかった。今回の調査結果を今後のチーム活動に活かし、主治医チームと一緒に質の高い緩和ケアを提供したい。

キーワード：緩和ケア，急性期病院，がん診療連携拠点病院

はじめに

3次救急をもつ急性期A病院の緩和ケアチームは、2000年から活動を開始し、2007年に地域がん診療連携拠点病院の指定を受けた。チームでの診療報酬加算の算定はないが、「がんサポートチーム」という名称で、専従の看護師と薬剤師を窓口に、医師・臨床心理士・理学療法士・作業療法士・管理栄養士・ソーシャルワーカーによる週1回のカンファレンスと、入院外来を通して年間50～70件のコンサルテーション（相談）に対応をしている。

緩和ケアにおけるコンサルテーションとは、コンサルタントであるがんサポートチームと、コンサルティ（相談者）である主治医チームの間で行われる問題解決の手段である。しかし、相談側と一緒に話し合う時間が取れないことが多く、相談側が十分納得できていないままにサポートチームの提案を受けたり、中にはチームに全面的にお任せというケースもある。

日本人の2人に1人ががんに関わる時代であり、

患者・家族に質の高い緩和ケアを提供するためには、がん対策推進基本計画の重要課題の一つである「がん」と診断された時からの緩和ケアの推進¹⁾を実践していく必要がある。そのためには、相談側のニーズや評価を受け、これまでのチーム活動に対する課題を明らかにして、患者・家族により良い緩和ケアが提供できるようチーム活動を改善していかなければならない。

本研究の目的は、A病院のがんに関わる職員の緩和ケアに関する意識の実態を把握して、がんサポートチーム活動の課題を明らかにすることである。

対象および方法

1. 対象 A病院の医師136名、看護師539名、薬剤師28名、放射線技師24名、理学療法士・作業療法士15名、管理栄養士9名、ソーシャルワーカー5名、臨床心理士3名の計759名
2. 期間 2015年9月1日～9月21日
3. 方法
 - 1) 質問紙は、職種、職務経験年数、がん患者の経験

の有無と、全人的苦痛に関する質問10項目、緩和ケアに関する質問4項目、緩和ケアチーム活動に関する質問8項目について、先行研究を参考に独自で作成した。各質問項目の評価は4段階尺度とした。

2) 質問紙の内容そのままを、院内LAN（院内情報共有ネットワーク）に挿入し、各部署のパソコンを通じた無記名の入力とした。医師は院内LANでの回答率が低いため、医師全員に質問紙を配布した上で、医局入口に設置した回収箱に投函、あるいは院内LANでの入力を自由に選択してもらった。

4. 分析方法

1) がん患者の経験について、「よくみている」と「時々みている」とをがんをみている群、「あまりみえない」と「全くみえない」とをがんをみえない群とし、がんに関わる職員として、がん患者をみている群のみを各質問項目で分析した。

2) 各質問項目の4段階尺度を評価について、「非常にそう思う」と「ややそう思う」を思う群とし、「あまりそう思わない」「全くそう思わない」を思わない群というように、質問の4段階尺度を2段階評価に修正して記述統計を行った。詳細な分析を行う場合は、4段階評価のまま分析した。

3) 職種別は、医師、看護師、薬剤師、メディカルスタッフ（放射線技師、理学療法士・作業療法士、管理栄養士、ソーシャルワーカー、臨床心理士）の4分類とした。

4) 自由記載の内容に関しては、よく似た内容をまとめて分類した。

5. 倫理的配慮

本研究は徳島赤十字病院倫理委員会医療審議部会の承認を得て行った。

対象には、研究目的・方法、個人のプライバシーの保護、個人情報など匿名性の確保を厳守し、研究の参加・不参加は自由であり途中で辞退されても不利益はないこと、研究結果は学会報告することを、口頭と文書で説明し、院内LANへの入力、あるいは質問紙の投函をもって同意を得たとみなした。

結 果

回収率は76.0%（508名）であった。がん診療に携

わる職員として、がん患者をみている群の医師47名、看護師174名、薬剤師11名、メディカルスタッフ56名の計253名について分析した。

1. 全人的苦痛に関して

1) 疼痛：図1に示すように、患者の疼痛を把握している割合は87%、把握をしていないのは13%であった。疼痛コントロールができていないのは70%、疼痛コントロールができていないのは30%であった。疼痛を把握している割合と、コントロールができていない割合の差は17%であった。

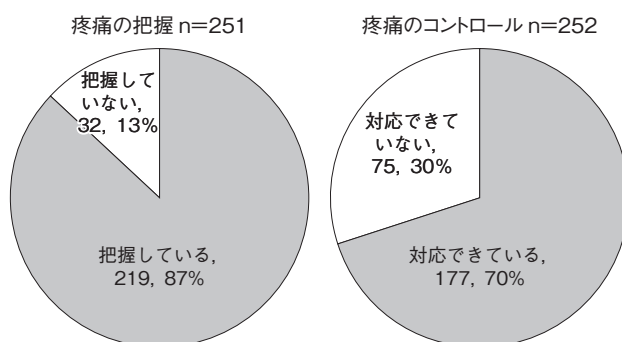


図1 患者の疼痛に関して

2) 疼痛以外の症状：図2のように疼痛以外の症状を把握していたのは81%、把握していないのは19%であった。疼痛以外の症状コントロールができていないのは60%、コントロールできていないのは40%であった。疼痛以外の症状を把握していても、21%はコントロールできていないと答えた。

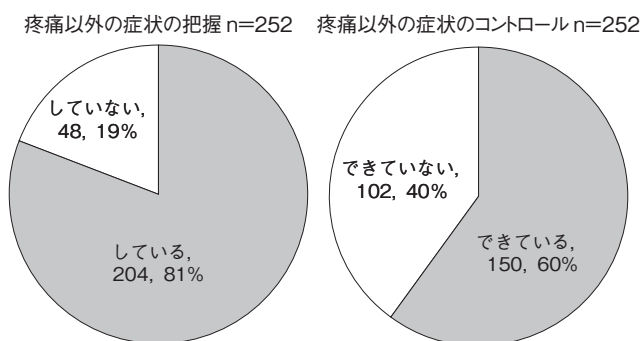


図2 患者の疼痛以外の症状に関して

3) 精神的苦痛：図3のように患者の精神的苦痛を把握していたのは76%，把握していないのが24%で，精神的苦痛に対応できているのは48%，対応できていないのは52%であった。精神的苦痛を把握しても対応できていないのは28%あった。

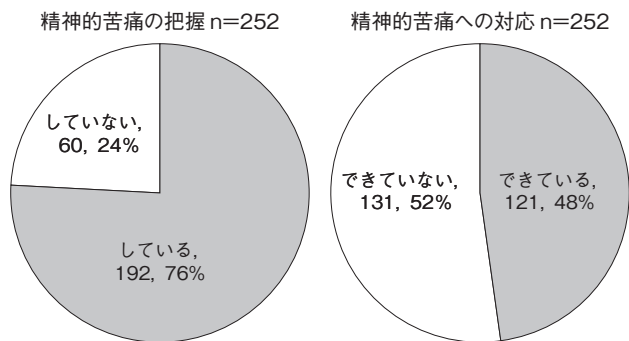


図3 患者の精神的苦痛に関して

4) 社会的苦痛：図4のように，患者の社会的苦痛を把握しているのは46%，把握していないのは54%で，社会的苦痛に対応できているのは32%，対応できていないのは68%であり，把握していても対応できていないのは14%であった。

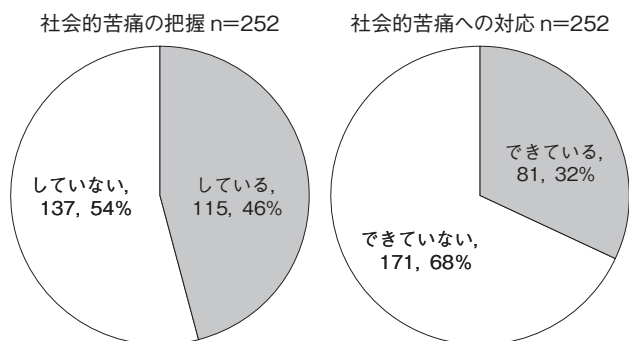


図4 患者の社会的苦痛に関して

5) スピリチュアルな苦痛：図5のように，スピリチュアルな苦痛を把握しているのは40%，把握できていないのは60%で，スピリチュアルな苦痛に対応できているのは27%，できていないのは73%であり，把握していても対応できていないのは

13%であった。

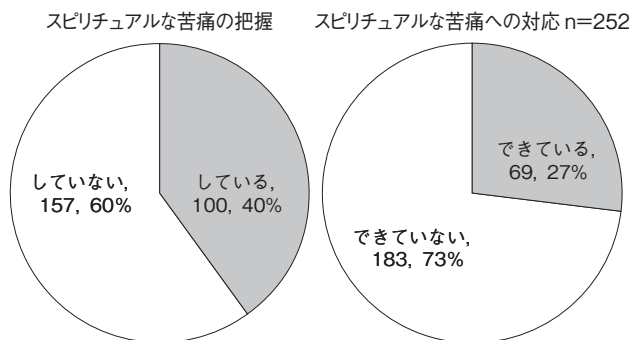


図5 患者のスピリチュアルな苦痛に関して

2. 緩和ケアに関して

「緩和」＝「終末期医療」であると思うのは41%，思わないのは59%であった。職種別での「緩和」＝「終末期医療」であると思う割合は，メディカルスタッフが68.2%，看護師が42.5%，医師が30%，薬剤師が9.0%であった。

「診断時からの緩和ケアを行う」のに適切と考えるのは，多い順に緩和ケアチームが45%，誰でもよいが32%，主治医チームが14%であった。その他が9%で，全ての医療従事者や，主治医チームと緩和ケアチームの協働という意見があった。

緩和ケアマニュアルを活用しているのは51%，活用していないのは49%であった。緩和ケアマニュアルを活用していない理由は，マニュアルの内容を知らないのが67%，ある場所を知らないとあることを知らないのがそれぞれ18%あった。

3. がんサポートチーム活動に関して

がんサポートチームを知っているのは95%，知らないのは5%で，チームを知らない13名の職務経験年数は，5年未満4名，6～10年3名，11～20年以上3名，21年以上3名であった。緩和ケアチームへの依頼方法を知っているのが67%，知らないのは33%であった。

緩和ケアチームに依頼したことがあるのは50%で，依頼内容は上位から，疼痛コントロール，精神的苦痛の対応，薬物の相談，疼痛以外の症状コントロール，スピリチュアルな苦痛への対応，社会的苦痛への対応の順であった。チームに依頼したことがないのは50%で，依頼しない理由は，延べ321意見のうち，該当患

者がいないため62%，依頼方法を知らないため26%，その他11%であった。

チームへの依頼した目標達成の満足度としては、やや満足が50%，非常に満足が48%，やや不満足が2%であった。

がんサポートチームとの意見の不一致は、あまりないが53%，全くないが27%，時々あるが19%，よくあるが1%であった。意見の不一致の内容は、薬剤の使用法や開始のタイミングが6名で最も多く、治療方針の相違や、患者が必要としなかったこと、コントロールできている評価基準の違いなどであった。今後サポートチームに期待することは、重複回答939のうち多い順から、相談しやすい雰囲気176名、主治医とのカンファレンス145名、迅速な対応132名、病棟ラウンド126名、緩和ケア研修108名などであった。

考 察

今回、3次救急をもつ急性期A病院の緩和ケアに関する意識を把握するために、759名の職員に質問紙による実態調査を行った。そのうち、がんに関わる職員計253名について分析し、がんサポートチームの課題について述べていく。

1. 全人的苦痛に関して

患者の全人的苦痛に関して、がんに関わる職員が把握している割合が多い順に、身体的苦痛が8割以上、精神的苦痛7割以上、社会的苦痛とスピリチュアルな苦痛が4割以上であった。苦痛を把握している割合が多い順と、全人的苦痛の考え方である、解決できる問題を見落とさないためのがん患者の包括的アセスメント²⁾の進め方の手順とが一致していた。そして、苦痛に対応している割合が多い順も同様であり、身体的苦痛が6～7割、精神的苦痛が約半数、社会的・スピリチュアルな苦痛が3割程度と、苦痛を把握している割合が多いほど、対応できている割合が高かった。また、苦痛を把握している割合と、実際に対応できている割合との差が3割と最も大きかったのは、精神的苦痛であった。全人的苦痛の中で、把握していても対応が最も困難なのが精神的苦痛であることを意味しており、多職種の強みを活かしたがんサポートチームがもっとサポートしていく部分であると考えた。

また、A病院は患者の疼痛への対応が70%という現状が明らかになった。がん性疼痛の約90%は、薬物

などでコントロールできる³⁾とされているので、あと20%は今よりも患者の疼痛が軽減する余地がある。職員に対する緩和ケアの疼痛管理に関する教育を強化する必要がある。

2. 緩和ケアに関して

がんに関わる職員の4割が「緩和」＝「終末期医療」と答えた。職種別では、メディカルスタッフが68.1%，看護師42.5%，医師が30%であった。メディカルスタッフや看護師の値は、「緩和ケアはがんの終末期だけでなく、がんの初期から治療と一緒に受けることができる」ことを全く知らない一般市民が58.5%⁴⁾と比較して、決して低い値とは言えない。がん対策推進基本計画で最重要課題の「がんを診断された時からの緩和ケアの推進」は、一般市民だけでなく、がんに関わる職員への浸透も不十分であった。A病院は急性期病院であるが、がんに関わる職員が緩和ケアに関する正しい知識がないと、緩和ケアを必要とする患者・家族に説明が出来ない。患者・家族等一般市民への啓蒙は元より、職員に対する緩和ケアへの理解を浸透させる必要がある。

「診断時からの緩和ケア」は緩和ケアチームが行うのが適切と、最も多い45%が答えた結果は、がんサポートチームの考え方と異なっていた。患者の治療は、主治医チームが主体であり、サポートチームはあくまでコンサルテーションを通じた主治医チームのサポートをする立場である。この立場は、がん対策推進基本計画の緩和ケアの考え方¹⁾と同じであり、がんを診断された時の全人的苦痛に関して、まずは主治医チームや一般看護師らが包括的アセスメントと基本的緩和ケアを行う。基本的緩和ケアを提供しても緩和できない苦痛がある場合には、迷わず緩和ケアの専門家と連携し、多職種での情報共有、コンサルテーションへと進んでいく。もちろん、がんを診ることが少ない医師や病棟が、早いうちからサポートチームと協働することに異論はない。この考え方に則り、A病院で2015年9月に導入した苦痛のスクリーニングでも、患者が「生活のしやすさ質問票」に表した全人的苦痛の内容を、まず主治医チームが共有する流れにしている。今回明らかになった、相談側である主治医チームと、サポートチームとの緩和ケアに関する考え方のずれを修正しないと、相談側のニーズや期待と一致しないおそれがある。

3. がんサポートチーム活動に関して

がんサポートチームの認知度は95%、チームへの依頼方法の認知度が67%、チームへの依頼の経験は50%という値は、先行研究⁵⁾での値97%、53%、43%と大差はなく、3次救急をもつ急性期病院の緩和ケアチームの傾向といえる。

がんサポートチームへの依頼の目標達成の満足度は、やや満足と非常に満足を合わせると98%であった。サポートチームが介入して、患者・家族がよくなったという成功体験をした職員や病棟は、また次もサポートチームに依頼をしようとするであろう。しかし、せっかくの成功体験であっても、それを共有する場が当該病棟内かサポートチーム内しかない。よって今後は、サポートチームの活動成果をもっと院内で広く報告し、まだチームに依頼したことがない残り50%の職員に対してアピールしていきたい。

がんサポートチームへの満足が高い一方で、相談側とサポートチームとの意見の不一致が2割あるという結果が明らかになった。主治医から治療の相談があった場合、チームの薬剤師とともに、できる限り主治医と直接話をして治療の選択肢を提示している。提示した治療を選択するかどうかは、治療方針の決定権及び責任を持つ主治医の判断による。サポートチームの意見を聞いて、多職種でよりよい方法について検討する過程が大切であると考えため、意見の不一致が問題とは思わない。ただし、コントロールできているかどうかの評価基準や病気の進行度の認識の違いについての見解の相違があることに関しては、客観的スケールの統一など、今後すり合わせが必要である。ときに、主治医が長時間の手術などで直接話ができない場合には、当該部署の看護師に伝達をお願いすることはあるが、なるべく避けるように心がけている。

今後、がんサポートチームに期待することで最も多かったのは、「相談しやすい雰囲気」という結果であったため、まだまだ相談しにくい雰囲気を感じさせていることを反省した。今後は、チームの病棟ラウンドなどを検討していく。

次いで多かった「主治医とのカンファレンス」と、「迅速な対応」については、普段、サポートチームとして必要と思ってもできていないと自覚していたことであった。その原因は、チームに相談があった時は多角的なアセスメントのために、チームメンバー2人以上が時間を調整して訪問するため、限られた人員

と時間的制約の影響であるとわかっている。さらに多忙な主治医との時間と場の調整は容易でないことはわかっているが、できるだけ、主治医とは直接話し合う場を持つよう引き続き努力したい。

サポートチーム看護師としての反省は、急性期病院の看護師たちが多忙なことが分かっていることを理由に、相談側の看護師と話し合う場をあまり持たず、サポートチーム看護師が直接患者アセスメントをして、ケアの答えを提示していたことである。コンサルテーションとは、サポートチームがコンサルティ(相談者)のニーズと緊急性をアセスメントし、患者・家族に提供する緩和ケアをコンサルティと一緒に計画し、ケアの実践をサポートするプロセスである。相談側の「チームにお任せ」という流れを作らないためにも、今後は、もっと現場の看護師と一緒に考え、計画したケアの実践によって患者の全人的苦痛が軽減していく過程を共有することを大切にしていきたい。

これからも、看護師を含む主治医チームと一緒に、患者・家族に質の高い緩和ケアが提供できるようにPDCAサイクルを実施していきたい。

おわりに

急性期病院でがんに携わる職員の緩和ケアに関する意識から、以下のようながんサポートチーム活動の課題が明らかになった。

1. 全人的苦痛の中で、最も対応が困難と感じている精神的苦痛へのサポートと、緩和ケアでの疼痛管理に関する教育が不十分であった。
2. 緩和ケアやコンサルテーションに対する考え方に、相談側とがんサポートチームとの間でずれが生じている。
3. がんサポートチームの認知度は高いが、チーム活動の成果についてのアピールが不足している。多忙を理由に、相談側とのカンファレンスを持つ機会が少ない。

チーム活動のPDCAサイクルを実施しながら、主治医チームと一緒に患者・家族に対する質の高い緩和ケアを提供していきたい。

利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反なし。

文 献

- 1) 厚生労働省委託事業 平成25年度がん医療に携わる看護研修事業：看護師に対する緩和ケア教育テキスト，東京：日本看護協会 2015
- 2) 小川朝生，内富庸介：これだけは知っておきたいがん医療における心のケア・精神腫瘍学ポケット

ガイド，東京：創造出版 2010；p37-8

- 3) 高橋美智子，梅田恵，熊谷靖代：ナースによるナースのためのがん患者のペインマネジメント，東京：日本看護協会出版会 2014
- 4) 厚生労働省委託事業 緩和ケア普及啓発事業：一般市民を対象とした「緩和ケア」に関する認識度調査報告書，東京：日本緩和医療学会 2010；p 67
- 5) 吉川陽子，小野田弓恵：3次救急をもつ急性期病院での緩和ケアチームに対する認識と課題 医師・看護師を対象とした意識調査，県西部浜松医療セ学誌 2010；4：106-8

Survey of the palliative care staff involved in regional cancer care at an acute phase hospital

Mika MACHIDA, Akiko TOKUNAGA, Yuki KUMIHASHI

Cancer support team, Tokushima Red Cross Hospital

For the purpose of ascertaining awareness of palliative care in an acute phase hospital, physicians and medical staff, totaling 759 individuals, answered an inventory survey in September, 2015. Of 508 individuals (66.9%) who responded to the survey, 253 staff members (49.8%) were engaged in cancer care practice. The staff members understood cancer pain (87%), and 70% practiced pain control. There were 81% who understood the symptoms other than pain, and 60% practiced symptom control. Mental distress was understood by 76%, with 48% being equivalent. Social pain was understood by 46%, with 32% being equivalent.

Spiritual pain was understood by 40%, with 27% being equivalent. The answer “palliative care = medical care at the end of life” was given by 41%. “Received palliative care from a diagnosis” was the answer given by 45% of the palliative care team.

The recognition of the cancer support team by respondents was 95%. Two-thirds, 67%, knew how to make requests to the team. The rate of satisfaction of grandchildren with the team was 96%.

Because mental distress as a component of human pain significantly impacts both coping and understanding, team support is necessary.

We will strive to strengthen education regarding pain control in the future because 90% is controllable with medications. The rate of approximately 40% answering that “the palliative care = medical care at the end of life” is consistent with the palliative care team response of “gave palliative care from a diagnosis”. There is thus a gap in thought and actual practice by the cancer support team. We will apply these findings in future team activities, aiming to offer high quality palliative care with a chief physician team.

Key words: palliative care, acute phase hospital, regional cancer care hospital

Tokushima Red Cross Hospital Medical Journal 22:36-41, 2017