

報告

医療者が認識するがん患者の在宅緩和ケアに関する課題

加藤亜妃子¹ 牧野智恵¹ 岩城直子¹ 中田有美²木村美代³ 佐々木順子⁴

概 要

がん患者の在宅緩和ケアに関する課題を明らかにすることを目的に、石川県内の医療者（医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、介護支援専門員）1175名を対象に質問紙調査を行った。医療者が、がん患者が在宅療養する際に必要だと思うことは「疼痛コントロールが来ている」「急変時の対応をしてもらえる医療機関がある」「患者の家に帰りたいという強い希望がある」であった。在宅緩和ケア経験のない医療者の方が、「患者の状態が安定している」ことが必要と感じている比率が有意に高かった。医療者が在宅緩和ケアを実践する際に問題だと思うことは「在宅緩和ケアの経験が少ない」「患者の急変時に対応出来るか不安がある」であった。医療者が今後地域でがん在宅緩和ケアを推進していくうえで必要だと思うことは「患者が急変した際に受け入れ出来る施設を増やす」「在宅緩和ケアに携わる医療職、介護・福祉職の教育」であった。今後石川県の在宅緩和ケアの体制を整えていくうえで、在宅療養している患者が急変した際に対応出来る施設や医療者間の連携体制などの環境を整えることが急務であることが明らかになった。

キーワード 在宅緩和ケア, がん患者, 医療者

1. はじめに

がん医療のめざましい進歩にもかかわらず、日本におけるがんによる死亡者数は、1980年以降年々増加¹⁾し、現在およそ3人に1人ががんで死亡している。石川県においても、1980年以降がんが死因の1位²⁾となり、2009年のがんによる死亡者は3,388人³⁾と報告されている。今後がん罹患する人の数は上昇することが予測される。

平成18年に国が「がん対策基本法」を制定し、石川県においても、平成20年4月に「石川県がん対策推進計画」が策定された。この計画の重点目標の1つとして、「患者・家族の立場に立った支援体制の整備」⁴⁾が掲げられている。ここには、がん患者の療養生活の質の向上のため、居宅におけるがん医療提供体制の確保、患者や家族への相談支援や情報提供の充実を図ることがあげられている。

在宅緩和ケアのシステムや地域のネットワーク

作りの現状や取り組み・課題について、各地域からの報告がされている。石川県では、医療における課題として地域によって格差があり、特に人口過疎地区での医療体制の整備が不十分であることが考えられる。また、2006年の石川県のがん患者の自宅等での死亡率は4.1%⁵⁾であることから多いとはいえない。これらのことから考えると、石川県においても地域で療養生活を送ることを望む患者や家族が、安心して在宅緩和ケアを受けることができるように支援体制を整えていくことは急務である。

患者や家族が安心できる在宅緩和ケアを提供するためには、地域での多職種連携がうまくはかれることが重要である。職種ごとに、在宅緩和ケアに関する課題と認識している内容を明らかにすることで、職種別の具体的な教育・支援体制を整えることに役立つと考える。また、患者が在宅に戻れたことに対して満足感を得ているという報告⁶⁾もあるが、在宅緩和ケアが進まない現状がある。その原因として、石川県内において実際に在宅緩和ケアの経験がある医療者が認識する課題が明らかにされていないため、現場に経験者の意見が十分に反映されていないことが考えられる。

¹ 石川県立看護大学

² 石川県 健康福祉部 健康推進課

³ 石川県在宅緩和ケア支援センター

⁴ 東京工科大学 医療保健学部 看護学科

また、在宅緩和ケアの経験のある医療者と、その経験がない医療者において、認識している課題に違いがあることも考えられる。これらについて明らかにすることは、在宅療養への移行を妨げている問題を解決するうえで意義があると考ええる。

そこで本研究では、石川県内の医療者：医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、介護支援専門員を対象とし、職種や在宅緩和ケアに関わった経験の有無の違いの視点を含め、医療者が認識するがん患者の在宅緩和ケアに関する課題を明らかにすることを目的とする。

なお、本研究における「在宅緩和ケア」とは、がん患者を対象とし、在宅で看取することに限らず、在宅療養を行うあらゆる段階のがん患者への緩和ケアをいう。

2. 研究方法

2.1 対象とした施設および対象者

対象施設は、石川県内の病院 102 施設、診療所 739 施設（皮膚科、耳鼻科、精神科、産婦人科は除く）、訪問看護ステーション 53 施設、薬局 410 施設、居宅介護支援事業所 268 施設とした。

これらの施設における対象者数の割り当ては、以下に示す通りである。病院は、病床数によって医師 1～5 名、看護師 2～10 名、薬剤師 1～3 名、ソーシャルワーカー 1～2 名とした。その他の施設は、診療所は医師 1 名と看護師 1 名、訪問看護ステーションは看護師 2 名、薬局は薬剤師 2 名、居宅介護支援事業所は介護支援専門員 2 名とし、各施設において対象者を選定してもらった。

2.2 調査方法と手順

平成 21 年 12 月に、対象施設ごとに院長もしくは施設長へ調査趣旨・方法を説明した文書をそえて、調査用紙を郵送した。施設ごとに、対象者に調査用紙と封筒の配布と回収を依頼し、郵送してもらった。

2.3 調査内容

調査用紙は、以下に示す構成とした。対象者の基本的属性として、年齢、性別、勤務している施設に関する事柄、在宅緩和ケアに関わった経験の有無（2 件法）について尋ねた。

医療者が、石川県における在宅緩和ケア推進に関する取り組みや相談窓口を認知しているかを知るために、石川県がん対策推進計画を知っているか（2 件法）、石川県在宅緩和ケア支援センター

の場所を知っているか（2 件法）を尋ねた。

医療者が認識する在宅緩和ケアに関する課題について尋ねる調査項目は、先行研究^{7) 8) 9)}を参考に作成した。調査項目の内容について、複数の研究者で検討を行った。主な内容は、①がん患者が在宅で療養する際に必要だと思うこと（10 項目、複数回答）、②対象者自身が在宅緩和ケアを実践しようとする際に問題だと思うこと（10 項目、複数回答）、③今後地域で在宅緩和ケアを推進していくうえで必要だと思うこと（9 項目、複数回答）である。

2.4 分析方法

医師、看護師、薬剤師と、ソーシャルワーカーと介護支援専門員を介護福祉職とした 4 つの職種において、対象者の基本的属性やその他の調査内容の結果について単純集計を行い比較検討を行った。さらに、在宅緩和ケアに関する課題「①がん患者が在宅で療養する際に必要だと思うこと、②対象者自身が在宅緩和ケアを実践する際に問題だと思うこと、③今後地域で在宅緩和ケアを推進していくうえで必要だと思うこと」の各項目について選択された割合が、在宅緩和ケアの経験が「あり」「なし」の 2 群で異なるかどうか χ^2 検定を行った。いずれも有意水準 5% 未満を有意差ありとした。統計解析には、SPSS13.0J for Windows を使用した。

2.5 倫理的配慮

調査用紙に、研究の趣旨、自由意志によって回答が拒否できること、返信によって調査協力への同意を得たこと、回答は無記名であること、目的以外には使用しないことなど、倫理的な配慮について説明した文書を添付した。対象者自身で調査用紙を封筒に入れて封印し回収してもらうことによって、プライバシーの保護に努めた。石川県立看護大学の倫理審査委員会の承認を得た。

3. 結果

3.1 対象施設と医療者の概要（表 1）

石川県内にある計 1,572 カ所の施設に勤務する医療者（医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、介護支援専門員）計 3,386 名に協力を依頼した。その結果、1,175 名より回答があった。回収率は 34.8% であった。医師は 258 名（22.0%）、看護師は 446 名（38.0%）、薬剤師は 268 名（22.8%）、介護福祉職は 203 名（17.2%）であった。

表1 対象施設と対象者の概要

職種	病院		診療所	訪問看護 ステーション	薬局	居宅介護 支援事業所	無回答	合計(%)
	拠点病院※1	拠点病院以外※2						
医師	42	52	164					258 (22.0)
看護師	80	181	124	61				446 (38.0)
薬剤師	8	38			220		2	268 (22.8)
介護福祉職	7	44				151	1	203 (17.2)
総計	137	315	288	61	220	151	3	1175 (100)

※1 がん診療連携拠点病院の指定を受けている病院

※2 がん診療連携拠点病院の指定を受けていない病院

表2 在宅緩和ケアの経験の有無の状況と職種ごとの所属施設

職種	施設		在宅緩和ケアの経験の有無		無回答	合計
			あり	なし		
医師	病院	拠点病院※ ¹	12	30		
		拠点病院以外※ ²	19	33		
	診療所		53	108		
	合計(%)		84 (32.6)	171(66.3)		
看護師	病院	拠点病院※ ¹	14	64		
		拠点病院以外※ ²	25	151		
	診療所		27	92		
	訪問看護ステーション		54	7		
	合計(%)		120(26.9)	314(70.4)		
薬剤師	病院	拠点病院※ ¹	1	7		
		拠点病院以外※ ²	3	35		
	薬局		15	203		
	無回答		0	2		
	合計(%)		19(7.1)	247(92.2)		
介護福祉職	病院	拠点病院※ ¹	7	0		
		拠点病院以外※ ²	19	24		
	居宅介護支援事業所		71	74		
	無回答		0	1		
	合計(%)		97(47.8)	99(48.8)		
合計(%)			320 (27.2)	831 (70.7)	24 (2.0)	1175 (100)

※1 がん診療連携拠点病院の指定を受けている病院

※2 がん診療連携拠点病院の指定を受けていない病院

各職種において所属施設の内訳をみると、医師では診療所が164名(63.6%)であった。看護師は、がん診療連携拠点に指定されている病院80名(17.9%)とそれ以外の病院が181名(40.6%)であった。薬剤師は、薬局が220名(82.1%)であった。介護福祉職は居宅介護支援事業所が151名(74.3%)であった。

3.2 がん対策推進計画及び石川県在宅緩和ケア支援センターの認知度

回答のあった1,175名のうち、「石川県がん対策推進計画」を「知っている」と答えた者は399名(34.0%)であった。また、「石川県在宅緩和ケア支援センターの場所」を「知っている」と答えた者は174名(14.8%)であった。

3.3 在宅緩和ケア経験の有無の状況と職種ごとの所属施設の比較(表2)

対象者のうち、これまで在宅緩和ケアに関わった経験が「ある」(以下、在宅経験あり群)と答えたのは320名(27.2%)、「なし」(以下、在宅経験なし群)と答えたのは831名(70.7%)であった。職種ごとにみると、在宅緩和ケアに関わった経験がある医師は84名で、そのうち53名の所属は診療所であった。看護師は120名で、そのうち54名の所属は訪問看護ステーションであった。薬剤師は19名であった。介護福祉職は97名で、そのうち71名の所属は居宅介護支援事業所であった。

3.4 医療者が認識するがん患者の在宅緩和ケアの課題に関する項目の結果(表3,4,5)

在宅緩和ケアに関する課題の項目と、「在宅緩和ケアに関わった経験の有無」に回答がないものを除いた医師255名、看護師434名、薬剤師266名、介護福祉職196名を分析対象とした。

(1) がん患者が在宅で療養する際に必要だと思うこと (表3)

がん患者が在宅で療養する際に必要だと思うこととして、全職種において7割以上の人が必要と感じている項目は、「疼痛コントロールが出来る」(医師 193 名 (75.7%), 看護師 382 名 (88.0%), 薬剤師 218 名 (82.0%), 介護福祉職 164 名 (83.7%)), 「急変時の対応をしてもらえる医療機関がある」(医師 193 名 (75.7%), 看護師 365 名 (84.1%), 薬剤師 207 名 (77.8%), 介護福祉職 177 名 (90.3%)) であった。医師、看護師、介護福祉職の3職種において7割以上が必要であると感じていた項目は、「患者の家に帰りたいという強い希望がある」(医師 209 名 (82.0%), 看護師 379 名 (87.3%), 介護福祉職 161 名 (82.1%)) であった。看護師と介護福祉職の7割以上が必要と感じていた項目は、「家族が患者を家に連れて帰りたいと希望」(看護師 330 名 (76.0%), 介護福祉職 143 名 (73.0%)), 「24時間対応してくれる体制が整っている」(看護師 332 名 (76.5%), 介護福祉職 154 名 (78.6%)) であった。

全10項目について「在宅経験あり群」と「在宅経験なし群」の2群で χ^2 検定を行った結果、医師で、有意差がみられたのは4項目であった。これらの項目のうち、「在宅経験あり群」の方が「在宅経験なし群」と比較して有意に比率が高かったのは、「患者の家に帰りたいという強い希望がある」($p < 0.05$), 「家族が患者を家に連れて帰

たいと希望」($p < 0.05$), 「患者に同居家族がいる」($p < 0.01$) であった。「患者の状態が安定している」($p < 0.05$) のみ, 「在宅経験なし群」の方が有意に比率が高かった。

看護師で、「在宅経験なし群」と「在宅経験あり群」において有意差がみられたのは6項目であった。これらの項目のうち, 「在宅経験あり群」が「在宅経験なし群」より有意に比率が高かったのは, 「患者の家に帰りたいという強い希望がある」($p < 0.05$), 「家族が患者を家に連れて帰りたいと希望」($p < 0.01$), 「患者に同居家族がいる」($p < 0.01$), 「24時間対応してくれる体制が整っている」($p < 0.01$), 「家族への経済的支援体制が整っている」($p < 0.05$) であった。「患者の状態が安定している」($p < 0.01$) のみ, 「在宅経験なし群」の方が有意に比率が高かった。

薬剤師では, 「在宅経験なし群」と「在宅経験あり群」において有意差がみられた項目はなかった。

介護福祉職で, 「在宅経験なし群」と「在宅経験あり群」において有意差がみられたのは6項目であった。これらの項目のうち, 「在宅経験あり群」の方が「在宅経験なし群」と比較して有意に比率が高かったのは, 「家族が患者を家に連れて帰りたいと希望」($p < 0.05$), 「急変時の対応をしてもらえる医療機関がある」($p < 0.05$), 「24時間対応してくれる体制が整っている」($p < 0.05$), 「家族への経済的支援体制が整っている」($p <$

表3 「がん患者が在宅で療養する際に必要だと思うこと」における職種、在宅緩和ケアの経験の有無による比較 n (%)

	医師				看護師				薬剤師				介護福祉職				総計 n=1151
	全体 n=255	在宅経験		p	全体 n=434	在宅経験		p	全体 n=266	在宅経験		p	全体 n=196	在宅経験		p	
		なし n=171	あり n=84			なし n=315	あり n=119			なし n=247	あり n=19			なし n=102	あり n=94		
患者の状態が安定している	125(49.0)	92 (53.8)	33 (39.3)	*	224(51.6)	176 (55.9)	48 (40.3)	**	149(56.0)	137 (55.5)	11 (57.9)		79(40.3)	49 (48.0)	29 (30.9)	*	577 (50.1)
疼痛コントロールが出来ている	193(75.7)	127 (74.3)	66 (78.6)		382(88.0)	277 (87.9)	103 (86.6)		218(82.0)	200 (81.0)	17 (89.5)		164(83.7)	80 (78.4)	79 (84.0)		957 (83.1)
患者の家に帰りたいという強い希望がある	209(82.0)	134 (78.4)	75 (89.3)	*	379(87.3)	267 (84.8)	110 (92.4)	*	178(66.9)	164 (66.4)	14 (73.7)		161(82.1)	76(74.5)	80 (85.1)		828 (71.9)
家族が患者を家に連れて帰りたいと希望	150(58.8)	93 (54.4)	57 (67.9)	*	330(76.0)	227 (72.1)	101 (84.9)	**	112(42.1)	104 (43.1)	8 (42.1)		143(73.0)	66 (64.7)	74 (78.7)	*	735 (63.9)
患者に同居家族がいる	129(50.6)	72 (42.1)	57 (67.9)	**	218(50.2)	142 (45.1)	75 (63.0)	**	127(47.7)	114 (46.2)	12 (63.2)		100(51.0)	51 (50.0)	47 (50.0)		574 (49.9)
地域住民が在宅緩和ケアを理解している	38(14.9)	23 (13.5)	15 (17.9)		94(21.7)	68 (21.6)	24 (20.2)		32(12.0)	31 (12.6)	1 (5.3)		25(12.8)	17 (16.7)	7 (7.4)	*	189 (16.4)
急変時の対応をしてもらえる医療機関がある	193(75.7)	128 (74.9)	65 (77.4)		365(84.1)	260 (82.5)	103 (86.6)		207(77.8)	191 (77.3)	15 (57.9)		177(90.3)	86 (84.3)	88 (93.6)	*	942 (81.8)
24時間対応してくれる体制が整っている	145(56.9)	97 (56.7)	48 (57.1)		332(76.5)	224 (71.1)	105 (88.2)	**	125(47.0)	114(46.2)	10 (52.6)		154(78.6)	72 (70.6)	78 (83.0)	*	756 (65.7)
家族の疲労が強い場合患者を一時的に入所させる場所がある	140(54.9)	90 (52.6)	50 (59.5)		289(66.6)	204 (64.8)	84 (70.6)		131(49.2)	119 (48.2)	11 (57.9)		144(73.5)	66 (64.7)	75 (79.8)	*	704 (61.2)
家族への経済的支援体制が整っている	92(36.1)	55 (32.2)	37 (44.0)		227(52.3)	154 (48.9)	71 (59.7)	*	87(32.7)	81 (32.8)	6 (31.6)		87(44.4)	47 (46.1)	40 (42.6)		493 (42.8)

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$

0.05)であった。「患者の状態が安定している」($p < 0.05$),「地域住民が在宅緩和ケアを理解している」($p < 0.05$)は「在宅経験なし群」の方が有意に比率が高かった。

(2) 医療者が在宅緩和ケアを実践しようとする際に問題だと思うこと (表4)

医療者が在宅緩和ケアを実践しようとする際に問題だと思うこととして、最も問題と感じていた項目は、「在宅緩和ケアの経験が少ない」(医師104名(40.8%),看護師260名(59.9%),薬剤師193名(72.6%),介護福祉職104名(53.1%))であった。次いで比率が高かった項目は、「患者の急変時に対応出来るか不安がある」(医師123名(48.2%),看護師222名(51.2%),薬剤師176名(66.2%),介護福祉職122名(62.2%))であった。

10項目について「在宅経験あり群」と「在宅経験なし群」の2群で χ^2 検定を行った結果、医師で有意差がみられたのは6項目であった。これらの項目のうち、「在宅経験なし群」の方が「在宅経験あり群」と比較して有意に比率が高かったのは、「在宅緩和ケアの経験が少ない」($p < 0.01$),「社会資源について知らない」($p < 0.01$),「患者の急変時に対応出来るか不安がある」($p < 0.05$),「疼痛コントロールに関する知識がない」($p < 0.01$)であった。「ケアの提供時間に対するコストが低い」($p < 0.05$),「患者の経済的負担が

大きい」($p < 0.05$)は、「在宅経験あり群」の方が有意に比率が高かった。

看護師で、「在宅経験なし群」と「在宅経験あり群」において有意差がみられたのは5項目であった。これらの項目のうち、「在宅経験なし群」の方が「在宅経験あり群」と比較し有意に比率が高かったのは、「在宅で患者が療養するイメージがつかない」($p < 0.01$),「在宅緩和ケアの経験が少ない」($p < 0.01$),「社会資源について知らない」($p < 0.01$)であった。「ケアの提供時間に対するコストが低い」($p < 0.01$),「患者の経済的負担が大きい」($p < 0.05$)は、「在宅経験あり群」の方が有意に比率が高かった。

薬剤師で有意差がみられたのは、「在宅緩和ケアの経験が少ない」($p < 0.05$)であった。この項目では、「在宅経験なし群」の方が「在宅経験あり群」と比較し有意に比率が高かった。

介護福祉職で、「在宅経験なし群」と「在宅経験あり群」において有意差がみられたのは、「在宅で患者が療養するイメージがつかない」($p < 0.05$),「在宅緩和ケアの経験が少ない」($p < 0.01$),「社会資源について知らない」($p < 0.01$),「拘束時間が長い」($p < 0.05$)の4項目であった。これらのすべての項目において「在宅経験なし群」の方が「在宅経験あり群」と比較して有意に比率が高かった。

表4 「医療者が在宅緩和ケアを実践しようとする際に問題だと思うこと」における職種、在宅緩和ケアの経験の有無による比較 n (%)

	医師				看護師				薬剤師				介護福祉職				総計 n=1151
	全体 n=255	在宅経験		p	全体 n=434	在宅経験		p	全体 n=266	在宅経験		p	全体 n=196	在宅経験		p	
		なし n=171	あり n=84			なし n=315	あり n=119			なし n=247	あり n=19			なし n=102	あり n=94		
在宅で患者が療養するイメージがつかない	25 (9.8)	21 (12.3)	4 (4.8)		55 (12.7)	48 (15.2)	6 (5.0)	**	37 (13.9)	37 (15.0)	0 (0.0)		24 (12.2)	17 (16.7)	7 (7.4)	*	141 (12.3)
在宅緩和ケアの経験が少ない	104 (40.8)	87 (50.9)	16 (19.0)	**	260 (59.9)	213 (67.6)	44 (37.0)	**	193 (72.6)	182 (73.7)	10 (52.6)	*	104 (53.1)	65 (63.7)	35 (37.2)	**	661 (57.4)
社会資源について知らない	50 (19.6)	43 (25.1)	7 (8.3)	**	187 (43.1)	156 (49.5)	30 (25.2)	**	74 (27.8)	71 (28.7)	3 (15.8)		50 (25.5)	39 (38.2)	11 (11.7)	**	361 (31.4)
患者の急変時に対応出来るか不安がある	123 (48.2)	90 (52.6)	32 (38.1)	*	222 (51.2)	166 (52.7)	54 (45.4)		176 (66.2)	167 (67.6)	7 (36.8)		122 (62.2)	68 (66.7)	50 (53.2)		643 (55.9)
地域の医療者との連携がとりにくい	41 (16.1)	29 (17.0)	12 (14.3)		151 (34.8)	109 (34.6)	40 (33.6)		72 (27.1)	63 (25.2)	8 (42.1)		56 (28.6)	32 (31.4)	23 (24.5)		320 (27.8)
疼痛コントロールに関する知識がない	49 (19.2)	45 (26.3)	4 (4.8)	**	124 (28.6)	98 (31.1)	26 (21.8)		79 (29.7)	77 (31.2)	2 (10.5)		61 (31.1)	38 (37.3)	23 (24.5)		313 (27.2)
家族への対応に困る	33 (12.9)	19 (11.1)	13 (15.5)		69 (15.9)	52 (16.5)	16 (13.4)		52 (19.5)	45 (18.2)	6 (31.6)		34 (17.3)	20 (19.6)	13 (13.8)		188 (16.3)
拘束時間が長い	118 (46.3)	80 (46.8)	37 (44.0)		163 (37.6)	114 (36.2)	48 (40.3)		84 (31.6)	79 (32.0)	5 (26.3)		36 (18.4)	23 (22.5)	11 (11.7)	*	401 (34.8)
ケアの提供時間に対するコストが低い	50 (19.6)	27 (15.8)	23 (27.4)	*	49 (11.3)	24 (7.6)	24 (20.2)	**	25 (9.4)	22 (8.9)	3 (15.8)		27 (13.8)	9 (8.8)	16 (17.0)		151 (13.1)
患者の経済的負担が大きい	33 (12.9)	11 (6.4)	22 (26.2)	*	93 (21.4)	59 (18.7)	33 (27.7)	*	51 (19.2)	47 (19.0)	3 (15.8)		53 (27.0)	24 (23.5)	28 (29.8)		230 (20.0)

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$

(3) 医療者が認識する今後地域で在宅緩和ケアを推進していくうえで必要だと思うこと(表5)

対象者が認識する今後地域で在宅緩和ケアを推進していくうえで必要だと思うこととして、全職種で5割以上の者が必要だと感じていた項目は、「在宅で患者が急変した際に受け入れ出来る施設を増やす」(医師157名(61.6%)、看護師317名(73.0%)、薬剤師162名(60.9%)、介護福祉職137名(69.9%))、「在宅緩和ケアに携わる医療職、介護・福祉職の教育」(医師138名(54.1%)、看護師300名(69.1%)、薬剤師159名(59.8%)、介護福祉職154名(78.6%))であった。看護師と薬剤師の2職種で5割以上の者が必要であると思っていた項目は、「地域の医療・福祉従事者が意見交換出来る場を設ける」(看護師257名(59.2%)、薬剤師179名(67.3%))であった。医師と看護師の2職種において5割以上の者が必要であると思っていた項目は、「在宅緩和ケアを支える診療報酬の整備」(医師140名(54.9%)、看護師222名(51.2%))であった。看護師と介護福祉職において5割以上の者が必要と思っていた項目は、「患者やその家族への経済支援体制を整える」(看護師243名(56.0%)、介護福祉職114名(58.2%))であった。

9項目について「在宅経験あり群」と「在宅経験なし群」の2群で χ^2 検定を行った結果、医師で有意差がみられたのは「地域住民への在宅緩和ケアに関する知識の普及」($p < 0.05$)、「患者やその家族への経済的支援体制を整える」($p <$

0.05)の2項目であった。いずれの項目も「在宅経験あり群」の方が「在宅経験なし群」と比較して有意に比率が高かった。

看護師で「在宅経験なし群」と「在宅経験あり群」において有意差がみられたのは「在宅緩和ケアに携わる医療職、介護・福祉職の教育」($p < 0.05$)のみであった。この項目では、「在宅経験あり群」の方が「在宅経験なし群」と比較して有意に比率が高かった。

薬剤師と介護福祉職では、「在宅経験なし群」と「在宅経験あり群」において有意差がみられた項目はなかった。

4. 考察

4.1 がん対策推進計画及び石川県在宅緩和ケア支援センターに関する認知度

本研究の対象者のうち、石川県がん対策推進計画を知っている者は399名(34.0%)、石川県在宅緩和ケア支援センターの場所を知っている者は174名(14.8%)と少なく、石川県内の医療者にあまり認知されていないことが明らかになった。今後、石川県の在宅緩和ケア推進の取り組みについて知ってもらい、石川県在宅緩和ケア支援センターが相談窓口として活用されるように、石川県内の医療者にさらに働きかけていくことが必要であると考ええる。

4.2 医療者の在宅緩和ケア経験の有無について調査の結果、これまで在宅緩和ケアに関わっ

表5 「今後地域でがん在宅緩和ケアを進めていく上で必要だと思うこと」における職種、在宅緩和ケアの経験の有無による比較 n (%)

	医師				看護師				薬剤師				介護福祉職				総計 n=1151
	全体 n=255	在宅経験		p	全体 n=434	在宅経験		p	全体 n=266	在宅経験		p	全体 n=196	在宅経験		p	
		なし n=171	あり n=84			なし n=315	あり n=119			なし n=247	あり n=19			なし n=102	あり n=94		
地域の医療・福祉従事者が意見交換出来る場を設ける	114 (44.7)	72 (42.1)	41 (80.4)		257 (59.2)	180 (57.1)	74 (62.2)		179 (67.3)	164 (66.4)	14 (73.7)		62 (31.6)	62 (60.8)	59 (62.8)		612 (53.2)
在宅がん緩和ケアに関する情報の集中管理システム	88 (34.5)	62 (36.3)	26 (31.0)		217 (50.0)	159 (50.5)	57 (47.9)		123 (46.2)	115 (46.6)	8 (42.1)		32 (16.3)	32 (31.4)	32 (34.0)		460 (40.0)
主治医副主治医制の義務化	43 (16.9)	29 (17.0)	14 (16.7)		158 (36.4)	116 (36.8)	40 (33.6)		53 (19.9)	51 (20.6)	1 (5.3)		19 (9.7)	19 (18.6)	19 (20.2)		273 (23.7)
がんの特性を考慮した在宅サービスの利用方法の構築	94 (36.9)	67 (39.2)	27 (32.1)		264 (60.8)	187 (59.4)	75 (63.0)		129 (48.5)	123 (49.8)	6 (31.6)		64 (32.7)	64 (62.7)	56 (59.6)		551 (47.9)
在宅で患者が急変した際に受け入れ出来る施設を増やす	157 (61.6)	111 (64.9)	46 (54.8)		317 (73.0)	235 (74.6)	79 (66.4)		162 (60.9)	152 (61.5)	8 (42.1)		137 (69.9)	70 (68.6)	63 (67.0)		773 (67.2)
在宅緩和ケアに携わる医療職、介護・福祉職の教育	138 (54.1)	89 (52.0)	48 (57.1)		300 (69.1)	207 (65.7)	90 (75.6)	*	159 (59.8)	148 (59.9)	10 (52.6)		154 (78.6)	76 (74.5)	73 (77.7)		751 (65.2)
地域住民への在宅緩和ケアに関する知識の普及	81 (31.8)	47 (27.5)	34 (40.5)	*	143 (32.9)	104 (33.0)	38 (31.9)		61 (22.9)	55 (22.3)	6 (31.6)		46 (23.5)	23 (22.5)	21 (22.3)		331 (28.8)
在宅緩和ケアを支える診療報酬の整備	140 (54.9)	91 (53.2)	49 (58.3)		222 (51.2)	163 (51.7)	57 (47.9)		124 (46.6)	113 (45.7)	10 (52.6)		77 (39.3)	37 (36.3)	37 (39.4)		563 (48.9)
患者やその家族への経済支援体制を整える	102 (40.0)	58 (33.9)	44 (52.4)	*	243 (56.0)	173 (54.9)	69 (58.0)		106 (39.8)	96 (38.9)	9 (47.4)		114 (58.2)	58 (56.9)	52 (55.3)		565 (49.1)

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$

た経験が「ある」と答えた医療者は320名(27.2%)であった。2008年の石川県のがん患者の自宅等での死亡率が4.1%⁵⁾であることから考えると、本研究における在宅緩和ケアの経験がある医療者は3割未満ではあるが多いと考える。しかし、本研究において、在宅緩和ケア経験がある医療者は、診療所の医師、訪問看護ステーションの看護師、居宅支援事業所の介護専門員が多いため、「在宅緩和ケアの経験が多い」という結果は、診療所の医師、訪問看護ステーションの看護師、居宅支援事業所の介護支援員の意見を反映していると思われる。

4.3 医療者が認識するがん患者の在宅緩和ケアに関する課題について

(1) 医療者が認識するがん患者が在宅で療養する際に必要であること

がん医療において、患者が抱えるあらゆる苦痛を緩和することは重要である。本研究でも、がん患者が在宅で療養する際に「疼痛コントロールが出来ている」ことを7割以上の医療者が必要と感じていた。またどの職種も「在宅経験なし群」と「在宅経験あり群」において有意差がみられなかった。職種や在宅緩和ケアの経験の有無に関わらず、本研究の対象者のほとんどが、がん患者が在宅療養する際に疼痛コントロールが出来ていることは必要であると認識していることが示された。

患者の疼痛の評価と同様に、患者がどのような状態であれば自宅に帰れるのかの判断が在宅への移行においては重要である。本研究では、患者が在宅療養する際に「患者の状態が安定していることが必要」と感じているのは全対象者の50.1%であった。特に、在宅緩和ケアの経験のない医師、看護師、介護福祉職の方が有意に必要性を感じていた。このことは、在宅緩和ケアの経験がない医療者の方が、実際に在宅緩和ケアを経験している者より、患者の状態が安定していないと自宅に帰れないと認識していることを示唆しており、この認識の違いが患者の在宅移行への支援を遅らせている原因の1つとも考えられる。

次に、「患者の家に帰りたいという強い希望があることが必要」と感じている医師、看護師、介護福祉職が8割以上いた。先行研究^{10) 11)}でも、患者が在宅療養を希望していることが在宅移行の条件として重要であることが示されている。本研究では特に、在宅経験のある医師と看護師が有意にこの項目を必要と感じていたことから、がん患

者自身が在宅療養を望んでいることを尊重したうえで在宅緩和ケアに移行することがとても重要であるといえる。

がん患者が在宅療養するうえで家族の存在はとても大きな影響を及ぼす。一般の人を対象にした調査では、「介護してくれる家族がいること」^{8) 9)}「家族の理解があること」⁹⁾を自宅で過ごすための条件として考えている人が多いことが示されている。大川ら¹²⁾は、終末期がん患者の家族が感じる家でみることの自信のなさや不安は、在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻むと述べている。本研究でも、看護師と介護福祉職において7割以上が「家族が患者を家に連れて帰りたいと希望」していることが必要と感じていた。またこの項目では、在宅経験のある医師、看護師、介護福祉職の方が有意にその必要性を感じていた。福井¹³⁾は、在宅療養移行の実現に関連する家族側の要因として、在宅療養を家族が希望していること、副介護者がいることを明らかにしている。本研究からも同様のことがいえる。

がん患者が在宅療養をする際に「患者に同居家族がいることが必要」と感じている医療者は、全体で49.9%であり、在宅経験のある医師、看護師の方が「在宅経験のない群」と比較して有意に比率が高かった。このことは、石川県内の医師、看護師は、在宅緩和ケアを実施する際、家族が在宅緩和ケアを希望しており、なおかつ患者に同居家族がいることが在宅移行に必要な条件と考えていることを示している。

在宅ケアへの移行を決定する外部要因として、緊急時や24時間体制での医療サービスの保証が重要である^{14) 15)}ことが報告されている。本研究でも、全職種において7割以上の者が「急変時の対応をしてもらえる医療機関があることが必要」と感じていた。また、看護師と介護福祉職において7割以上が「24時間対応してくれる体制が整っていることが必要」と感じており、「在宅経験あり群」の方が「在宅経験なし群」と比較して有意に比率が高かった。近年、訪問看護師が医師と連携をとりながら、ある程度の裁量権をもって効果的な医療処置を行うことが患者の在宅療養継続を可能にするとの報告がある¹⁶⁾。また、訪問看護師が、訪問看護の場面で医療行為を行ったらよいか迷ったことに関する内容も報告されている¹⁷⁾。今回の結果から、実際に在宅緩和ケアの経験があると答えた看護師や介護福祉職が患者の急変時の対応に困った体験をしていたことが予測

される。今後急変時の対応や24時間対応する体制を整えることが、がん患者や家族が在宅療養を行ううえで重要な課題であると考ええる。

(2) 医療者が在宅緩和ケアを実践しようとする際に問題だと思うこと

医療者が在宅緩和ケアを実践する際に問題だと思うこととして、最も問題と感じていたのは「在宅緩和ケアの経験が少ない」ことであった。どの職種においても「在宅経験なし群」の方が「在宅経験あり群」と比較して有意に比率が高かった。次いで、「患者の急変時に対応出来るか不安がある」と感じる対象者が多かった。本研究の対象者の7割が在宅緩和ケアの経験がないため、これらの項目を選択する者の割合が高くなることは想像出来る。特に、在宅緩和ケアの経験がない医師は「患者の急変時に対応出来るか不安がある」と感じている者が「在宅経験あり群」と比較して有意に比率が高かった。また、「疼痛コントロールに関する知識がないことが問題」と感じている医師は、「在宅経験なし群」の方が「在宅経験あり群」と比較して有意に比率が高かった。在宅緩和医療実施への障害として、医師が疼痛管理や処置などの手技への不安がある¹⁸⁾ことが示されている。これらのことから、地域の在宅緩和ケアに関わったことがない診療所の医師が、患者の急変時の対応や、麻薬の処方、疼痛管理について不安を感じていることも考えられる。地域の在宅緩和ケアに関わる医師が、これらの技術について習得できる機会を設けることや、患者の急変時に他の医師からサポートを受けることができる体制を整えることが必要であると考ええる。

「社会資源について知らないことが問題」と感じている者は、「在宅経験なし群」の医師、看護師、介護福祉職の方が「在宅経験あり群」と比較して有意に比率が高かった。また、看護師と介護福祉職において「在宅で患者が療養するイメージがつかないことが問題」と感じている者は、「在宅経験なし群」の方が「在宅経験あり群」と比較して有意に比率が高かった。このことは、在宅緩和ケアの経験のない医療者が、在宅緩和ケアで利用できる社会資源について知らないことや、在宅療養する患者のイメージがつきにくい現状を示すものであり、これらのことが在宅緩和ケアが進まない要因とも考えられる。患者や家族が利用できる社会資源に関する情報提供を医療者に行ったり、患者や家族が在宅で支援を受けながら生活するイメ

ージができるような講演会やシンポジウムを行うことが今後の課題であろう。

(3) 医療者が今後地域で在宅緩和ケアを推進していくうえで必要だと思うこと

今後地域で在宅緩和ケアを推進していくためには、「在宅で患者が急変した際に受け入れできる施設を増やすことが必要」と感じていた者が6割以上いた。(1)「がん患者が在宅療養する際に必要であること」のなかでも述べたように「急変時に対応してくれる医療機関があることが必要」と感じている医療者が多かった。また、(2)「医療者が在宅緩和ケアを実践する際に問題だと思うこと」において述べたように「患者の急変時に対応出来るか不安があることが問題」と感じている者が多かった。これらのことから、在宅療養している患者が急変した際に対応出来る施設や医療者間の連携体制などの環境を整えることは、石川県において在宅緩和ケアを推進していくうえで優先度が高い課題であるといえる。

また、全職種において5割以上の者が、地域で在宅緩和ケアを推進していくうえで「在宅緩和ケアに携わる医療職、介護・福祉職の教育」が必要と感じていた。「地域の医療・福祉従事者が意見交換出来る場を設けること」は看護師や薬剤師で5割以上の者が必要性を感じていた。特に、教育に関しては、在宅経験のある看護師が、「在宅経験なし群」と比較して有意に比率が高かった。近年、病院に勤務する医療スタッフへの在宅緩和ケアに関する教育の必要性が指摘され、雑誌等で継続学習している看護師が受け持つ患者がそうでない患者に比べて在宅療養の移行が実現していることが報告されている¹³⁾。石川県内においても、今後さらに在宅緩和ケアに関わる機会がない医療者も在宅緩和ケアについて学ぶ機会を作ることが大切であることが示唆された。また、本大学で開催しているがん看護事例検討会などを、在宅緩和ケアに関わる医療者に意見交換の場としてもっと活用してもらえようとするのも一つの方法として有効であると考ええる。

「在宅緩和ケアを支える診療報酬の整備」が、医師と看護師において5割以上の者が必要と感じていた。在宅緩和ケアを支える診療報酬については、毎年のように法改正されているものの、未だ不十分と感じている医療者が半数いることがわかる。石川県内において在宅緩和ケアを普及するだけでなく、在宅緩和ケアを実践する際にかかる

費用についても評価し、経済的な支援体制も整えていくことが今後の在宅緩和ケアを推進していくうえで必要であると考えます。

5. 今後の課題

本研究では、石川県内の施設で勤務する医療者を対象に、彼らが認識するがん患者の在宅緩和ケアに関する課題を明らかにすることを目的とした。今後、石川県の在宅緩和ケアを推進していくうえで、患者の急変時に対応できる施設や連携体制を整えることが急務であることが改めて示された。

本研究の結果をもとに、在宅緩和ケアを推進するための各職種に対する具体的な支援内容や、在宅緩和ケアへの移行を妨げている要因に対して解決方法を考え、患者や家族が安心して在宅緩和ケアを受けられるよう石川県の在宅緩和ケアシステムの構築に役立てていきたい。

謝辞

調査にご協力頂きました皆様に心より感謝いたします。

なお、本研究は石川県が主体となり、北陸がんプロフェッショナル養成プログラムの助成によって実施したものの一部をまとめたものである。

引用文献

- 1) 厚生統計協会：厚生指標、国民衛生の動向，50，2009.
- 2) 石川県：石川県がん対策推進計画，2，2008.
- 3) 石川県人口動態調査
http://www.pref.ishikawa.jp/kenkou/14toukei/H21/H21_doutai.pdf
- 4) 前掲2) 15-34
- 5) 前掲2) 29
- 6) 村上望，角谷慎一，他：がん終末期における在宅での緩和ケアの意義と問題点，日本臨床外科学会誌，71 (1)，1-8，2010.
- 7) 藤田敦子，渡邊清高，白川光政：在宅療養支援のための緩和ケアのあり方，東京大学医療政策人材養成講座2期生，研究報告書，2006.
http://www.npo-pure.npo-jp.net/leafret_other/hsp2FujitaAtsuko2006.pdf
- 8) 小谷みどり：ホスピスの現状～在宅ホスピスの可能性，LIFE DESIGN REPORT.
(<http://group.dai-ichi-life.co.jp/dlri/ldi/report/rp0203.pdf>)，2002.
- 9) (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：ホスピス・緩和ケアに関する意識調査，2006.
- 10) 福井小紀子：入院中末期がん患者の在宅療養移行の検討に関連する要因を明らかにした全国調査，日本看護科学会誌，27 (2)，92-100，2007.
- 11) 高波澄子，森千鶴：在宅ホスピスケアの普及を阻むもの（第一報）-全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会会員へのアンケートを通して-，ホスピスケアと在宅ケア，12 (1)，51-59，2004.
- 12) 大川宣容，吉田亜紀子，藤田佐和，森下利子，鈴木志津枝：終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む要因-看護師が捉える家族側の要因-，高知女子大学紀要，56，1-9，2007.
- 13) 福井小紀子：入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現に関連する要因の検討，-全国調査の実施-，病院管理，43 (4)，5-15，2006.
- 14) 谷亀光則，岩川弘子，大本和子，他：在宅ケアへの移行を決定する要因について-ターミナル10事例の検討-，癌と化学療法，27 (Suppl III)，644-646，2000.
- 15) 高階経和，木野昌也，斉藤隆晴，他：「緩和ケア」に対する医療者と一般市民の認識について，医学教育，39 (6)，437-441，2008.
- 16) 岩本テルヨ：在宅医療における患者の病態変化時の対応に関する研究3 医師の指示と訪問看護師の裁量に関する検討，プライマリ・ケア，28，261-268，2005.
- 17) 川原礼子，斎藤美華：医療行為を伴う訪問看護の場面で「困ったこと」-訪問看護師へのアンケート調査-から，東北大学保健学科紀要，15 (2)，107-112，2006.
- 18) 秋山美紀，的場元弘，武林亨，中田千之，松原要一：地域診療所医師の在宅緩和ケアに関する意識調査，Palliative Care Research，4 (2)，112-122，2009.

Problems Related to Home-based Palliative Care of Cancer Patients Recognized by Healthcare providers

Akiko KATO ¹, Tomoe MAKINO ¹, Naoko IWAKI ¹, Yumi NAKATA ²,
Miyo KIMURA ³, Junko SASAKI ⁴

Abstract

To clarify the problems concerning home-based palliative care of cancer patients, a questionnaire survey was conducted on 1175 healthcare providers (physicians, nurses, pharmacists, and social workers and care managers) in Ishikawa Prefecture. Before cancer patients receive home-based palliative care, it is necessary that the health care providers ensure that *pain can be controlled*, *medical institutions that are capable of dealing with emergencies are available*, and *patients express a strong desire to return home*. A high proportion of the healthcare providers who did not have an experience of home-based palliative care answered that *ensuring that the condition of the patient is steady* is of high priority. The problems to be considered when healthcare providers practice home-based palliative care is as follows: *they think that an experience of home-based palliative care is not sufficient* and *they are concerned about whether or not they are able to deal with an emergency*. It is necessary *to increase the number of facilities that can deal with an emergency* and *to educate healthcare providers on home-based palliative care* in order to provide advanced home-based palliative care to cancer patients of the community. The development of the facilities that can deal with an emergency and of a collaboration framework for healthcare providers is imperative for the system of home-based palliative care in Ishikawa Prefecture.

Key words Home-based palliative care, Cancer patients, Healthcare provider