

資料

石川県における在宅緩和ケアに関する意識調査

— 一般県民を対象として —

瀧澤理穂¹, 牧野智恵², 洞内志湖²

概要

本研究の目的は石川県民の在宅緩和ケアへの認知状況、希望を把握することである。県民 235 名にがん医療体制の認知状況、在宅緩和ケアへの希望等に関するアンケート調査を行った(回収率 59.6%)。その結果、1, 石川県がん対策推進計画を全く知らない者は 67.9%, 石川県在宅緩和ケア支援センターを全く知らない者は 66.4%であった。2, 希望の療養場所は『最期まで自宅』(20.7%), 『最期は病院』(20.0%)の順であった。また在宅療養の困難理由は『家族の負担』(72.2%), 『イメージがつかない』(36.1%)の順であった。3, 在宅緩和ケアに必要な要件は『経済的支援体制の整備』(55.0%), 『一時的入所施設の整備』(51.4%)の順であった。以上から在宅緩和ケアを推進するためには、在宅緩和ケア支援センターや在宅緩和ケアに関する広報活動、一時的入所施設等の整備など、地域での在宅療養者支援体制の構築が必要であることが示唆された。

キーワード 在宅緩和ケア, 困難理由, 要件, 一般県民, 意識調査

1. はじめに

がんは昭和 56 年から死因の第一位を占めており、現在、日本人の 2 人に 1 人ががんで死亡している。平成 19 年度に策定されたがん対策推進基本計画では、「治療初期段階からの緩和ケアの実施」を重点的に取り組むべき課題とし、在宅緩和ケアの推進が挙げられている。

石川県においてもがんによる死亡率は昭和 55 年から第一位を占めており、平成 20 年に策定された「石川県がん対策推進計画」では、県内の在宅緩和ケア稼働率を現行の 4.1% から 4.4% に上昇させることを目標として、在宅緩和ケア推進事業が行われている。また、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」が掲げられている。

石川県内の医療従事者を対象とした在宅緩和ケアに関する意識調査¹⁾は 2010 年に行われているが、一般住民を対象とした調査は行われていない。在宅緩和ケアの推進には、医療者のみならず、一般住民がどのような意識を持っているかを知ることが必要であると考え、そこで、本研究は石川県民の在宅緩和ケアへの認知状況、希望について把握することを目的に調査を行ったので報告す

る。

なお、本研究における「在宅緩和ケア」とは、在宅でがん患者の最期を迎えることも含めて、がんと診断されたときから自宅で点滴などの治療を受けながら生活することを医師や看護師等が支えることとする。

2. 方法

2.1 調査対象

石川県在住で歯科医院及び内科医院に通院している 20 歳以上の男女を対象とした。アンケート記入の際に、体調不良や見えにくいことがないことを考慮して上記医院を対象とした。

2.2 調査方法と調査内容

平成 22 年 7 月中旬から 8 月上旬に、石川県の 4 医療圏(南加賀医療圏:237, 068 人, 石川中央医療圏:710, 692 人, 能登中部医療圏:142, 463 人, 能登北部医療圏:81, 568 人)の人口比率に応じて対象となる歯科医院及び内科医院合計 90 ヶ所を電話帳より無作為に抽出した。抽出した 90 ヶ所の施設にアンケート調査の協力を依頼し、協力が得られた施設に後日アンケート用紙を郵送した。アンケート用紙の配布と回収は、施設の受付の方に依頼した。

¹ 金沢市立病院

² 石川県立大学法人石川県立看護大学

厚生労働省の「終末期医療に関する調査等検討会報告書」²⁾を参考に以下の自己記入式アンケート(無記名)を作成した。①回答者の属性について9項目(性別, 年齢, 医療圏, 職業, 学歴, 生活形態, がん検診の有無, 入院経験の有無, 身近な在宅療養者の存在の有無)②がん医療及びがん医療整備体制の認知状況について4項目(緩和ケア, 石川県がん対策推進計画, 石川県在宅緩和ケア支援センター, 社会資源)③在宅緩和ケアへの希望について3項目(末期がんを患った際の希望療養場所, 在宅療養が困難だと感じる理由, 在宅緩和ケアに必要な要件)である。

2.3 分析方法

統計処理には, Excel2003と統計処理ソフトSPSS13.0Jを用いて単純集計及び χ^2 検定を行った。度数が5以下の場合にはFisherの直接確率を用いた。

2.4 倫理的配慮

本調査は, 石川県立看護大学の倫理委員会の承認を得て研究を開始した(看大第239号の1)。対象者及び研究協力施設に対して, 参加の自由, 匿名性, 不利益が生じないこと, アンケートの回収をもって研究への同意が得られたとすることを紙面に明記した。またアンケート用紙は, 封書にて回収することで, 個人のプライバシーを保護した。アンケート用紙の保管は厳重に行い, 研究終了後は裁断破棄することを約束した。研究協力施設に対しては, 葉書で調査協力の意思を確認してからアンケート用紙を郵送した。

3. 結果

研究への協力が得られたのは, 4医療圏のうち2医療圏で, 石川中央医療圏より7施設, 能登中部医療圏より5施設, 計12施設であった。アンケート用紙は235部配布し, 140人から回答が得られ(回収率59.6%), これらすべてを分析対象とした(有効回答率100%)。

3.1 対象の属性(表1)

医療圏の割合は石川中央91名(65.0%), 能登中部48名(34.3%)であった。

性別は男性61名(43.6%), 女性79名(56.4%)であった。年齢は20歳以上39歳未満44名(31.4%), 40歳以上59歳未満47名(33.6%), 60歳以上49名(35.0%), 平均年齢 49.8 ± 15.7 (M

\pm SD)歳であった。就業の割合は, 就業している者83名(59.3%), 就業していない者57名(40.7%)であり, そのうち医療職は17名(12.1%)であった。最終学歴は中等学校17名(12.1%), 高等学校38名(27.1%), 大学79名(56.4%), 大学院3名(2.1%)であった。また, 同居している者120名(85.7%), 独居している者19名(13.6%)であった。

がん検診については, 受けたことがある者83名(59.3%), ない者56名(40.0%)であった。入院経験については, 自分・家族を含めて入院経験がある者59名(42.1%), ない者69名(49.3%)であった。身近な在宅療養者の存在について, 知っている者21名(15.0%), 知らない者115名(82.1%)であった。

以下の文中の【】は設問, 『』は回答項目, 「」は自由記載とする。

表1 対象の属性 (n=140) 人(%)

		人(%)
医療圏	石川中央	91(65.0)
	能登中部	48(34.3)
	未記入	1(0.7)
性別	男性	61(43.6)
	女性	79(56.4)
年齢	20-39歳	44(31.4)
	40-59歳	47(33.6)
	60歳以上	49(35.0)
就業割合	している	83(59.3)
	していない	57(40.7)
最終学歴	中等学校	17(12.1)
	高等学校	38(27.1)
	大学	79(56.4)
	大学院	3(2.1)
	未記入	3(2.1)
生活形態	同居している	120(85.7)
	独居している	19(13.6)
	未記入	1(0.7)
がん検診の有無	ある	83(59.3)
	ない	56(40.0)
	未記入	1(0.7)
入院経験	ある	59(42.1)
	ない	69(49.3)
	未記入	12(8.6)
	未記入	12(8.6)
身近な在宅療養者	知っている	21(15.0)
	知らない	115(82.1)
	未記入	4(2.9)

3.2 がん医療及びがん医療整備体制の認知状況に関する項目(表2)

1) 緩和ケアの認知状況(図1)

【緩和ケアという言葉をご存知ですか?(n=140)】では, 『聞いたことがあるし, 言葉の意味も分かる』50名(35.7%), 『聞いたことはあるが, 言葉の意味は分からない』40名(28.6%), 『聞いたことがない』46名(32.9%)であり, 属性による有意差はみられなかった。

2) 石川県がん対策推進計画の認知状況 (図2)

【石川県がん対策推進計画をご存知ですか? (n=140)】では『内容についても知っている』4名 (2.9%), 『言葉だけ聞いたことがある』36名 (25.7%), 『全く知らない』95名 (67.9%) であり, 属性による有意差はみられなかった。

3) 石川県在宅緩和ケア支援センターの認知状況 (図3)

【石川県在宅緩和ケア支援センターをご存知ですか? (n=140)】では『場所や支援内容についても知っている』2名 (1.4%), 『言葉だけ聞いたことがある』41名 (29.3%), 『全く知らない』93名 (66.4%) であり, 属性による有意差はみられなかった。

4) 社会資源の認知状況 (図4)

【在宅緩和ケアをサポートするサービスをご存知のものがありますか? (n=140 複数回答)】では『訪問介護』が91名 (65.0%) で最も多く, 次いで『訪問看護』82名 (58.6%), 『デイサービス』70名 (50.0%), 『ショートステイ』55名 (39.3%), 『デイケア』54名 (38.6%), 『福祉用具貸与』39名 (27.9%), 『用具販売』29名 (20.7%), 『居室

療養管理指導』19名 (13.6%) であった。『その他』には「配食サービス」があった。

3.3 在宅緩和ケアへの希望に関する項目

1) 末期がんを患った際の希望の療養場所 (図5)

【あなたが末期がんと告げられたとき, どこで療養生活を送りたいですか? (n=140)】では『最期まで自宅で療養したい』が29名 (20.7%) で最も多く, 次いで『できるだけ自宅で療養して最期は病院に入院したい』28名 (20.0%), 『なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい』22名 (15.7%), 『専門的医療機関で積極的治療を受けたい』16名 (11.4%), 『なるべく早く今まで通った (または紹介された) 病院に入院したい』14名 (10.0%), 『分からない』21名 (15.0%) であった。

2) 在宅療養が困難だと感じる理由

末期がんと告げられた際に希望する療養場所として『なるべく早く今まで通った (または紹介された) 病院に入院したい』『なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい』と回答した36名に対して【在宅での療養が困難だと思う理由は何ですか? (n=36 複数回答)】と質問した結果, 『家族に

表2 「がん医療およびがん医療体制整備の認知状況」と「属性」の比較 (n=140)

人 (%)

属性	認知状況	緩和ケア			P値	石川県がん対策推進計画			P値	石川県在宅緩和ケア支援センター			P値
		聞いたことがある	言葉の意味がわかる	聞いたことがない		内容を知っている	聞いたことがある	全く知らない		知っている	聞いたことがある	全く知らない	
総数		50	40	46		4	36	95		2	41	93	
性別	男性	20(40.0)	16(40.0)	23(50.0)	0.538	1(25.0)	11(30.6)	47(49.5)	0.112	1(50.0)	16(39.0)	42(45.2)	0.790
	女性	30(60.0)	24(60.0)	23(50.0)		3(75.0)	25(69.4)	4(50.5)		1(50.0)	25(61.0)	5(54.8)	
年齢	20-39歳	10(20.0)	17(42.5)	17(37.0)	0.208	0(0.0)	10(27.8)	34(35.8)	0.356	0(0.0)	13(31.7)	31(33.3)	0.876
	40-59歳	20(40.0)	12(30.0)	14(30.4)		3(75.0)	12(33.3)	31(32.6)		1(50.0)	15(36.6)	30(32.3)	
	60歳以上	20(40.0)	11(27.5)	15(32.6)		1(25.0)	14(38.9)	30(31.6)		1(50.0)	13(31.7)	32(34.4)	
就業	している	34(68.0)	22(55.0)	25(54.3)	0.310	3(75.0)	21(58.3)	57(60.0)	0.812	2(100.0)	24(58.5)	55(59.1)	0.501
	していない	16(32.0)	18(45.0)	21(45.7)		1(25.0)	15(41.7)	38(40.0)		0(0.0)	17(41.5)	38(40.9)	
学歴	中等学校	4(8.0)	5(12.5)	6(13.0)	0.608	0(0.0)	2(5.6)	13(13.7)	0.690	0(0.0)	4(9.8)	12(12.9)	0.704
	高等学校	11(22.0)	13(32.5)	13(28.3)		1(25.0)	13(36.1)	23(24.2)		1(50.0)	14(34.1)	22(23.7)	
	大学	33(66.0)	20(50.0)	25(54.3)		3(75.0)	19(52.8)	56(58.9)		1(50.0)	21(51.2)	56(60.2)	
	大学院	1(2.0)	0(0.0)	2(4.3)		0(0.0)	1(2.8)	2(2.1)		0(0.0)	0(0.0)	3(3.2)	
生活形態	同居	5(10.0)	4(10.0)	9(19.6)	0.309	4(100.0)	30(83.3)	82(86.3)	0.613	2(100.0)	7(17.1)	11(11.8)	0.580
	独居	45(90.0)	35(87.5)	37(80.4)		0(0.0)	6(16.7)	12(12.6)		0(0.0)	33(80.5)	82(88.2)	
がん検診	ある	13(26.0)	18(45.0)	24(52.2)	0.024	3(75.0)	22(61.1)	55(57.9)	0.718	1(50.0)	18(43.9)	35(37.6)	0.699
	ない	37(74.0)	21(52.5)	22(47.8)		1(25.0)	13(36.1)	40(42.1)		1(50.0)	22(53.7)	58(62.4)	
入院経験	ある	25(50.0)	18(45.0)	25(54.3)	0.745	2(50.0)	13(36.1)	44(46.3)	0.745	1(50.0)	19(46.3)	49(52.7)	0.836
	ない	23(46.0)	18(45.0)	18(39.1)		2(50.0)	19(52.8)	47(49.5)		1(50.0)	19(46.3)	39(41.9)	
身近な自宅療養者	知っている	6(12.0)	9(22.5)	6(13.0)	0.350	0(0.0)	5(13.9)	16(16.8)	0.619	0(0.0)	5(12.2)	16(17.2)	0.620
	知らない	43(86.0)	31(77.5)	40(87.0)		4(100.0)	31(86.1)	78(82.1)		2(100.0)	36(87.8)	76(81.7)	

χ²検定(度数5以下ではFisherの直接法)

※未記入者を除く

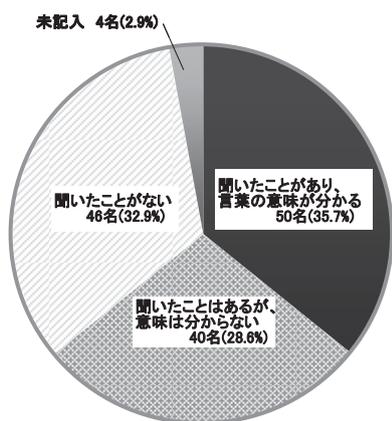


図1 緩和ケアをご存知ですか？ (n=140)

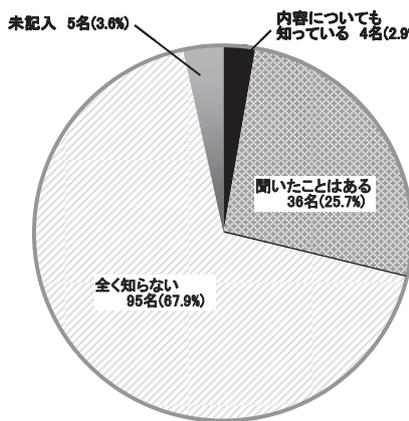


図2 石川県がん対策推進計画をご存知ですか？ (n=140)

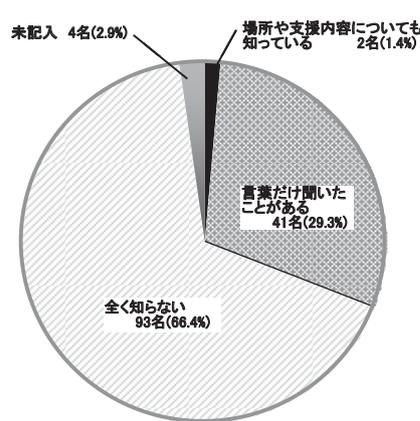


図3 石川県在宅緩和ケア支援センターをご存知ですか？ (n=140)

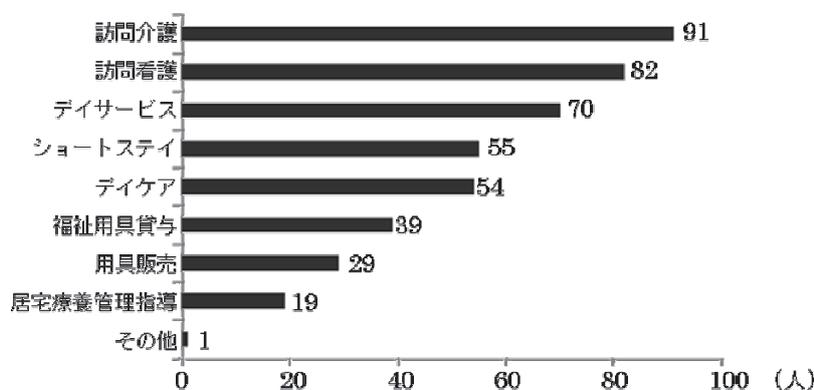


図4 在宅緩和ケアをサポートするサービスでご存知のものはありますか？ (n=140 複数回答)

負担がかかる』が26名(72.2%)で最も多かった。次いで『在宅療養のイメージがつかない』13名(36.1%),『急に症状が悪化したときが心配』11名(30.6%),『在宅療養の知識・経験がない』8名(22.2%),『医師や家族と連絡がとりにくい』5名(13.9%),『経済的負担が大きい』3名(8.3%),『社会的なサービスについての知識がない』2名(5.6%),『その他』2名(5.6%)であった。『その他』の理由として「ひとり暮らしなので」があった。

3) 在宅緩和ケアに必要な要件 (図6)

【どの要件が整っているとき、在宅緩和ケアを受けたいと思いますか？ (n=140 複数回答)】では『経済的支援体制が整っているとき』77名(55.0%)が最も多く、次いで『家族の疲労の強いときや都合に応じて患者が一時的に入所できる施設があるとき』72名(51.4%),『家族も在宅緩和ケアを希望しているとき』71名(50.7%),『24時間対応の体制が整っているとき』69名(49.3%),『支えてくれる家族がいるとき』55名(39.3%),『相談できる人がいるとき』28名(20.0%),『在宅で受けられるサービスについての情報提供があると

き』22名(15.7%),『家族が在宅療養の知識・技術を習得出来る場があるとき』18名(12.9%),『近所の協力が得られるとき』8名(5.7%),『その他』1名(0.7%)であった。

在宅緩和ケアに必要な要件と性別における比較では、『患者が一時的に入所できる施設があるとき』『何かあったときに家族が相談できる人がいるとき』を要件に挙げた者は、男性に比べ女性が有意に高く (p<0.01), 在宅緩和ケアに必要な要件と年齢における比較では、『経済的支援体制が整っているとき』を要件に挙げた者は、40歳以上に比べ39歳未満が有意に高かった (p<0.01) (表3)。また、在宅緩和ケアに必要な要件と緩和ケア及び在宅サービスの認知状況における比較では、『患者が一時的に入所できる施設があるとき』『家族も在宅緩和ケアを希望しているとき』『在宅で利用できるサービスの情報提供があるとき』『知識・技術を習得出来る場があるとき』を要件に挙げている者は、緩和ケア、訪問看護、デイケアに関する知識のある者の方が有意に高かった (p<0.01) (表4)。

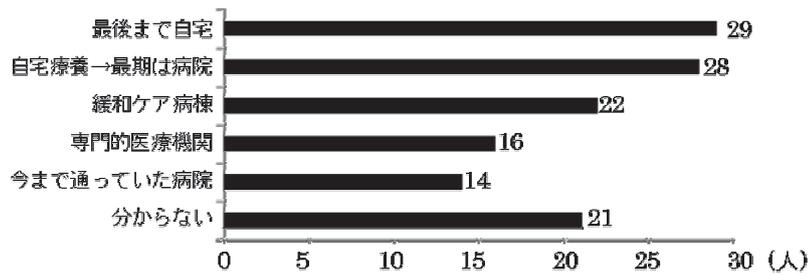


図5 あなたが末期がんと告げられたとき、どこで療養生活を送りたいですか？ (n=140)

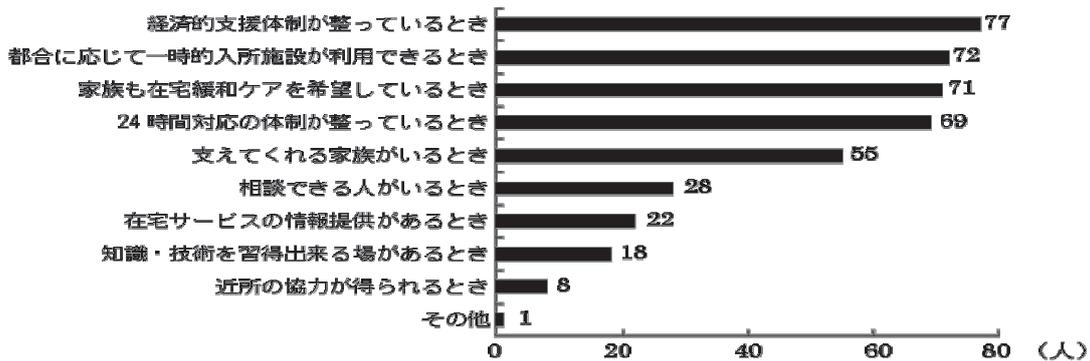


図6 どの要件が整っているとき、在宅緩和ケアを受けたいと思いますか？ (n=140 複数回答)

表3 「在宅緩和ケアに必要な要件」と「性別」および「年齢」の比較 (n=140 複数回答) 人(%)

在宅緩和ケアに必要な要件	総数 (人)	性別			年齢			
		男性	女性	P値	20-39歳	40-59歳	60歳以上	P値
経済的支援体制が整っているとき	77	36(46.8)	41(53.2)	0.252	32(41.5)	26(33.8)	19(24.7)	0.005**
家族の都合に応じて一時的入所施設が利用できるとき	72	22(30.6)	50(69.4)	0.001**	26(36.1)	26(36.1)	20(27.8)	0.171
家族も在宅療養を希望するとき	71	26(36.6)	45(63.4)	0.065	27(38.0)	26(36.6)	18(25.4)	0.044
24時間対応の体制が整っているとき	69	30(43.5)	39(56.5)	0.559	27(39.1)	24(34.8)	18(26.1)	0.057
支えてくれる家族がいるとき	55	25(45.5)	30(54.5)	0.425	15(27.3)	17(30.9)	23(41.8)	0.388
相談できる人がいるとき	28	6(21.4)	22(78.6)	0.006**	11(39.3)	9(32.1)	8(28.6)	0.571
在宅で利用できるサービスの情報提供があるとき	22	10(45.5)	12(54.5)	0.513	4(18.2)	7(31.8)	11(50.0)	0.206
知識・技術を習得出来る場があるとき	18	7(38.9)	11(61.1)	0.434	3(16.7)	8(44.4)	7(38.9)	0.325
近所の協力が得られるとき	8	4(50.0)	4(50.0)	0.490	1(12.5)	1(12.5)	6(75.0)	0.051

χ^2 検定(度数5以下ではFisherの直接法) ** p < 0.01

表4 「在宅緩和ケアに必要な要件」と「緩和ケアの認知状況」および「在宅サービスの知識」の比較 (n=140 複数回答) 人(%)

在宅緩和ケアに必要な要件	総数 (人)	緩和ケアの認知状況				訪問看護の知識			デイケアの知識		
		知っている	聞いたことがある	聞いたことがない	P値	ある	ない	P値	ある	ない	P値
経済的支援体制が整っているとき	77	28(36.4)	19(24.7)	29(37.7)	0.350	46(59.7)	29(37.7)	0.555	30(39.0)	45(58.4)	0.538
家族の都合に応じて一時的入所施設が利用できるとき	72	30(41.7)	18(25.0)	23(32.0)	0.343	49(68.1)	19(26.4)	0.007**	34(47.2)	34(47.2)	0.050
家族も在宅療養を希望するとき	71	36(50.7)	18(25.4)	16(22.5)	0.001**	50(70.4)	19(26.8)	0.006**	39(54.9)	30(42.3)	0.000**
24時間対応の体制が整っているとき	69	24(34.8)	20(29.0)	24(34.8)	0.920	41(59.4)	24(34.8)	0.399	26(37.7)	39(56.5)	0.543
支えてくれる家族がいるとき	55	25(45.5)	14(25.5)	15(27.3)	0.169	36(65.5)	18(32.7)	0.188	27(49.1)	27(49.1)	0.060
相談できる人がいるとき	28	13(46.4)	6(21.4)	9(32.1)	0.430	18(64.3)	9(32.1)	0.336	14(50.0)	13(46.4)	0.125
在宅で利用できるサービスの情報提供があるとき	22	15(68.2)	4(18.2)	2(9.0)	0.001**	14(63.6)	5(22.7)	0.171	13(59.1)	6(27.3)	0.007**
知識・技術を習得出来る場があるとき	18	13(72.2)	4(22.2)	1(5.6)	0.002**	12(66.7)	5(27.8)	0.284	13(72.2)	4(22.2)	0.001**
近所の協力が得られるとき	8	5(62.5)	2(25.0)	1(12.5)	0.255	5(62.5)	3(37.5)	0.624	5(62.5)	3(37.5)	0.171

χ^2 検定(度数5以下ではFisherの直接法) ** p < 0.01

※未記入者を除く

3.4 緩和ケア・在宅緩和ケアへの意見

アンケートの最後に緩和ケアや在宅緩和ケアについての自由に意見の記載するよう求めたところ「がん医療、緩和ケアについて言葉としては理解できるが、詳細が分からないので知りたい(15件)」「今回のアンケートを通して初めて緩和ケアというものを知ったので、もっと知りたい(8件)」「在宅緩和ケア支援センターがあることは全体的に知られていないと思うので、もっと浸透するようになってほしい(3件)」という記載がみられた。

4. 考察

4.1 在宅緩和ケアに必要な要件

在宅緩和ケアに必要な要件として、『患者が一時的に入所できる施設があるとき』『何かあったときに家族が相談できる人がいるとき』を挙げている者は、男性に比べ女性が有意に高かった。国民生活基礎調査³⁾によると、同居している主な介護者は、男性28.1%、女性71.9%と女性が介護を担っている場合が多く、女性が日頃の介護を実践するなかで、介護者自身の休息の必要性や相談相手の存在の必要性を感じていることがわかる。また『経済的支援体制が整っているとき』を要件に挙げた者は、40歳以上に比べ39歳未満が有意に高かった。厚生労働省の報告では、年齢階級別に1世帯当たりの平均所得金額は、50～59歳が765万5千円で最も高く、ついで40～49歳、30～39歳の順⁴⁾となっている。つまり、39歳未満の者は実際の収入はそれほど高くないにもかかわらず、仕事は責任を持つ時期となり、自分が働きながら介護するには仕事へ支障やそれに伴う経済的問題が生じるため、39歳未満で有意に高い不安が見られたのではないかと考える。

緩和ケア、訪問看護、デイケアに関する知識の<人>に比べ<ある>人の方が、『患者が一時的に入所できる施設があるとき』『家族も在宅緩和ケアを希望しているとき』『在宅で利用できるサービスの情報提供があるとき』『知識・技術を習得出来る場があるとき』を要件に挙げていた。訪問看護、デイケアなどの知識がある人は、本や情報雑誌、メディアなどから具体的な介護の現状や課題に関する情報を得たり、中には実際に介護体験によって知識を得たりする。つまり、在宅介護・看護に関する情報が広まっている近年、患者の一時入所施設やサービス内容等のさらなる情報公開や、在宅ケアの知識・技術の研修会の開催の広報活動が不可欠であることが分かる。

4.2 緩和医療及びがん医療整備体制の認知状況

2003年に全国のがん診療連携拠点病院の患者とその家族(2273名)を対象に行われたアンケート調査⁵⁾では、『緩和ケア』の意味を十分知っていた」と回答した者は22.7%であるのに対して、本調査では緩和ケアを、『聞いたことがあるし、言葉の意味も分かる』と回答した者が35.7%であり、地域差も考えられるが、この10年近くで緩和ケアの認知度が上昇したとも考えられる。しかし、石川県在宅緩和ケア支援センターの認知状況については、『全く知らない』という回答が67.9%であり、7割近くの県民が石川県在宅緩和ケア支援センターの存在を全く知らないという実態が明らかとなった。このことから、緩和ケアについての知識・関心は高くなったが、在宅緩和ケアセンターを知らないことは在宅緩和ケアがなかなか推進されない要因とも考えられる。しかし自由記載において、「がん医療、緩和ケア、在宅緩和ケア支援センターについて知りたい」という意見もあり、一般県民ががん医療や緩和ケアに対しての情報提供を求めていることが分かる。

石川県在宅緩和ケアセンターは、地域における在宅療養者等に対する支援を行うため、在宅緩和ケアに関する様々な情報を提供していくとともに、患者・家族からの療養上の悩みや不安などに対する相談体制の充実を図るという役割を担っている。

その他、研修会、地域連携支援などの事業も行っており、石川県の在宅緩和ケアを推進していく要となる施設である。しかし、石川県在宅緩和ケア支援センターは平成20年に設立したばかりであり、現在イベントや講演の開催、病院や保健所でのパンフレット配布と施設説明、新聞やテレビ等のメディアを通しての普及・広報活動を行っている⁶⁾が、一般県民にその存在が浸透するまでには今以上の広報活動が必要であることが分かる。今後は、施設の医療従事者側から患者・家族に対して、在宅緩和ケアセンターの役割についての情報提供をしていくことが重要であると考えられる。しかし、石川県内の医療従事者1175名を対象とした石川県在宅緩和ケア支援センターの認知度調査では、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%)であり、医療従事者においても、石川県在宅緩和ケア支援センターの認知度は低い現状である¹⁾。そのため今後は、一般県民に対してだけでなく、医療従事者を対象に在宅緩和ケアに関する普及・広報活動

を行っていくことにより、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働きかけていくことが重要である。

また、OPTIM（緩和ケア普及のための地域プロジェクト）による病院看護師に対する調査⁷⁾では、[痛みを和らげるための知識・技術は十分である][がん患者の緩和ケアに自信を持って診察できる]と回答している者は10%未満であり、医療従事者の在宅療養、緩和ケアに対する知識や理解はまだ高いとはいえない。また同調査の「緩和ケアや在宅医療を整備していくために役に立つと思われること」という項目については、[緩和ケアに関するセミナーや会議を開催する][医療機関に地域で利用できるサービス情報が定期的に郵送される]を挙げている者が80%であり、医療従事者に対してセミナーや郵送での情報提供することが効果的であることが分かる。

そのため、今後は石川県の医療従事者に対して、在宅緩和ケア推進の取り組みや国の緩和ケア普及プロジェクトであるOPTIMの認識や活用方法について把握するとともに、情報提供の方法についても検討していくことが課題ではないだろうか。

4.3 家族の負担軽減への工夫

石川県民が在宅療養を困難だと感じる理由では、『家族に負担がかかる』が26名(72.2%)で最も多く、これは厚生労働省が平成16年度に一般国民、医療従事者に対して行った終末期医療に関する調査の結果²⁾と同様の結果であった。

「家族の負担」を困難理由としてあげるのは、核家族化や高齢者のみの世帯の増加など、社会背景による介護力不足が影響していると考えられる。自由記載では、「独り暮らしだから病院に頼るしかないと思っている」「在宅療養はあくまでも希望であって、自分は独り暮らしで、子どもには介護等を頼むことが出来る状態ではない」という意見が挙げられており、家族の介護負担や独り暮らしの不安を軽減するためのサポートシステムが求められていることを示唆している。今後、病院、診療所、訪問看護ステーションなどの関係施設の整備や連携、緊急時でも対応できるような支援体制の整備が求められる。しかし、現在、石川県において緩和ケア病棟を有する病院は金沢市に1施設だけであり、希望する県民全てを緩和ケア病棟に入院させることや、ショートステイ等のサービスを提供することは困難である。このような状

況下では緩和ケア病棟だけでなく、一般病棟においても在宅療養者の一時的な受け入れを進めていくことが必要であると思われる。

また、本調査において、在宅緩和ケアに必要な要件は、『経済的支援体制が整っているとき』77名(55.0%)が最も多く、『家族の疲労の強いときや都合に応じて患者が一時的に入所できる施設があるとき』『家族も在宅緩和ケアを希望しているとき』『24時間対応の体制が整っているとき』と回答した者が約半数を占めていた。この結果は、川越⁸⁾の調査結果と同様であり、家族の疲労への配慮と共に、24時間体制の整備、症状緩和、患者と家族が在宅ケアを切望していることの重要性が伺える。これらの結果を受けて、患者への24時間対応や家族の疲労への対応として、国の施策により平成18年から介護保険の特定疾病へのがん(終末期)の指定や、在宅療養支援診療所の新設などが進められている⁹⁾。石川県においても、在宅医療の充実への対策として地域の開業医を中心とした、訪問看護ステーション等との医療連携対策を推進しており、平成18年は県内の在宅療養支援診療所は107ヶ所、訪問看護ステーションは45ヶ所であったのに対し、平成20年は111ヶ所、52ヶ所と施設は増加傾向にあり、在宅医療の整備が進んでいる¹⁰⁾。

家族の負担を軽減しながら在宅療養を維持するためには、患者や家族が在宅緩和ケアを十分理解していることとともに、必要に応じて病院や施設が一時的に患者を受け入れるといったサポート体制も必要となる。今後、石川県において在宅緩和ケアを推進していく上では、がん拠点病院と在宅医療を引き受ける診療所との連携、および、家族の負担が強い場合に患者が一時的に入所できる施設の整備が不可欠であることが示唆された。

4.4 地域連携のネットワーク作り

今回の調査で、『24時間対応の体制が整っているとき』を在宅緩和ケアを受けたいと思う要件としている者が49.3%いた。これは、在宅で緩和ケアを行う場合、施設と大きく異なる点として、医師、看護師、薬剤師等のチームメンバーが同一施設にいないということがあるため、このような意見が出たと思われる。在宅緩和ケアの際、医療チームメンバーはより濃密な連携が必要であり、効果的な連絡方法を確認しておくことや、診療時間外や休診日の対応や調整が必須である¹¹⁾。さらに、患者・家族とそれらの協力施設のスタッフが気軽

に意見交換や相談できるような信頼関係やネットワーク作りも必要だと考える。

長崎では、地域連携を推進する組織として《Dr. ネット》を発足し、事務局が窓口となり、在宅主治医、副主治医を紹介することで、主治医が不在の際は副主治医が往診できるような体制をとっている。また個人情報 considering、疾患、居住地等の情報をメーリングリストによりメンバー間で周知することで常に情報を共有することを可能としている。その他にも専門性の高い診療科の医師や病院医師も協力医として参加し、医学的助言や必要に応じて往診することで、様々な事態に対応できるように取り組んでいる¹²⁾。石川県においても早急にこのような地域連携ネットワーク作りが必要であると考え、また患者は身体的な苦痛以外にも精神心理的な問題でケアが必要な場合や、症状は安定していても家族に対するケアが必要な場合もある。このようなときにチームのなかの誰がそのケアに当たるのかをすみやかに調整できるようにし、より濃厚に報告、連絡、相談する必要がある。患者と家族にとって身近な存在である看護師は、患者と家族が必要としている情報を提供し、必要なメンバーとの連携を積極的に図っていくことが求められると考える。

厚生労働省の調査において日本人の約9割が在宅での最期を希望しているとの報告がある²⁾。本調査でも、末期がんとした際の希望の療養場所として『最期まで自宅で療養したい』が最多であり、在宅緩和ケアが実現できる体制づくりが望まれる。在宅緩和ケアを推進するためには、一般県民、医療者それぞれに対する在宅緩和ケアの普及・啓発活動の実施、在宅医療充実に向けての医療施設の整備、患者・家族と関係機関・関係職種との信頼関係と連携が重要であり、地域で在宅療養者を支援していく体制を構築していく必要がある。

4.5 本研究の限界と課題

本研究では、対象者が内科及び歯科医院の受診者であるため、比較的医療に関する関心が高い集団であった可能性があり、石川県の4医療圏のうち2医療圏からの回答であるため、石川県民全体の認識を反映できたとはいえない。

また、質問紙の「末期がん」の表現の具体的な説明を明記しなかったため、回答者の受け取り方に差が生じた可能性がある。今後、対象者や質問紙の内容を再検討し、居住地域を拡大した調査を行う必要があると考える。

5. 結論

石川県内在住の歯科及び内科医院通院者を対象とし、石川県民の在宅緩和ケアに関する意識調査をした結果、以下のことが明らかとなった。

1. 石川県在宅緩和ケア支援センターについて、『全く知らない』と回答した者は66.4%であった。
2. 末期がんと告げられたとき希望する療養場所については、『最期まで自宅で療養したい』『できるだけ自宅で療養して最期は病院に入院したい』の順であった。
3. 在宅療養を困難だと思う理由は、『家族に負担がかかる』『在宅療養のイメージがつかない』『急に症状が悪化したときが心配』の順であった。
4. 在宅緩和ケアを受けるために必要な要件は、『経済的支援体制が整っているとき』『一時的に入所できる施設があるとき』『家族も在宅緩和ケアを希望しているとき』『24時間対応の体制が整っているとき』の順であった。

本研究の結果をもとに、一般県民及び医療者に対する在宅緩和ケアについての具体的な普及・広報活動内容や、在宅緩和ケアを困難とする理由に対しての解決方法を考え、患者・家族の希望に添えるような、地域が一体化した在宅緩和ケア支援体制の在り方について検討していきたい。

謝辞

本研究を行うにあたり、ご協力頂きました石川県の歯科医院及び内科医院の職員の皆様、アンケートにご協力頂きました皆様に心より感謝申し上げます。なお、本研究は北陸ガン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致しました。

引用・参考文献

- 1) 加藤亜妃子, 牧野智恵, 岩城直子, 他3名: 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. 石川看護雑誌 8 (1), 83-91, 2011.
- 2) 厚生労働省ホームページ 終末期医療に関する調査等検討会報告書について. 2004.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8a.html>
- 3) 厚生労働省ホームページ 国民生活基礎調査の概況について. 2007.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa07/4-3.html>
- 4) 厚生労働省ホームページ 国民生活基礎調査の概況について. 2009.

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa09/2-3.html>

- 5) 特定非営利活動法人 日本医療政策機構ホームページ 厚生労働省委託事業 平成 22 年度 がん対策評価・分析事業 がん対策に関するアンケート調査結果報告書. 2003.
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_h22_houkokusyo.html
- 6) 石川県在宅緩和ケア支援センターホームページ活動内容について (平成 23 年 4 月現在)
<http://www.saiseikaikanazawa.jp/kanwacare/index.html>
- 7) OPTIM ホームページ 病棟看護師に対する意識調査について. 1997.
http://gankanwa.jp/tools/pro/pdf/4hospital_nurse.pdf
- 8) 川越厚：在宅ホスピス・緩和ケア 演習形式で学ぶケアの指針. メディカルフレンド社, 6-25, 2003.
- 9) 秋山美紀, 的場元弘, 武林亨, 他 2 名：地域診療医師の在宅緩和ケアに関する意識調査. 日本緩和医療学会誌, 4 (2), 112-122, 2009.
- 10) 武田誠一：「在宅療養支援診療所」の開設数の現状と課題－在宅療養を支える病院の役割について－. 新潟青陵学会誌, 1 (1), 93-100, 2009.
- 11) 山口三恵子, 島津望, 下妻晃二郎, 他 3 名：在宅緩和ケアチームの組織化と課題－岡山モデルによる一事例から－. 広島県立保健福祉大学, 5 (1), 77-85, 2005.
- 12) 白髭豊, 藤井卓：長崎在宅 Dr. ネットによる地域医療連携. 日本医事新報 4224, 29-32, 2005.

A Questionnaire Survey on Ishikawa Residents Awareness of Home Palliative Care for Cancer Patients

Riho Takizawa, Tomoe Makino, Yukiko Horanai

Abstract

This study explored the extent to which residents in Ishikawa Prefecture understood home palliative care for cancer patients, as well as the manner in which they wished to utilize such care services. We conducted a questionnaire survey on 235 residents (response rate: 59.6%) in the prefecture. Results can be summarized in the following three points: (1) 67.9% of the respondents knew nothing about the prefecture's cancer care promotion program or the Ishikawa Home Palliative Care Support Center; (2) the most requested place for cancer care would be "home until death" (20.7%), followed by "hospital for end-of-life care" (20.0%) . When asked about reasons for facing difficulty in using home-based cancer care, 72.2% of the residents expressed their concern about the burden placed on their families. Furthermore, 36.1% said that they were simply unable to "imagine" themselves using home-based cancer care; (3) when asked about what would be required for home palliative care, 55.0% of respondents pointed out sufficient financial support and finally, 51.4% said they would need short-term care facilities. These results suggest that efficient promotion of home palliative care requires publicity efforts to raise awareness of its availability , and sufficient support for patients and their families, such as the establishment of short-term care facilities involving the community in general.

Key words home palliative care, reasons for facing difficulty, requirements, Ishikawa residents, questionnaire survey