

納得のいく説明ができていますと考えていますか

できている、ある程度できていると答えたのは医師が12.3%、65.8%、看護師が1.1%、52.5%であり、医師と看護師の回答に差が出た。特に、看護師32.2%ができていないと答えたのは、今後分析検討する必要がある。(図5)

5) 担当患者が治る見込みのない病気に罹患した場合、治療方針と決定するにあたり、まず誰の意見を聞くべきだと思いますか、

患者本人と答えたのが医師44.6%、看護師38.3%、家族と答えたのが12.2%、3.4%であった。しかし、患者の状況を見て決めると答えたのが医師37.8%、看護師54.4%もあり、検討課題である。(図6)

6) あなた自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月以内)と告げられた時、単なる延命治療についてどう考えますが、

この質問では、やめた方がよい、辞めるべきであると答えたのが、一般44.2%、29.3%、医師36.5%、52.7%、看護師49.0%、39.8%であった。しかし、一般の6.9%、医師2.7%が続けられるべきであると答えている。(図7)

7) (自分の単なる延命はやめた方がよい、やめるべきであると答えたひとへ) 単なる延命治療を中止する時、具体的にどんな方法が考えられますか、ここでは、あらゆる苦痛を和らげるとの答えが一番多く、一般81.1%、医師83.9%、看護師81.5%であった。一方、看護師1.0%、一般3.2%が医師による積極的な方法だと答えており、注意が必要である。(図8)

8) 担当患者または家族が痛みを伴う末期状態(6ヶ月以内)となった場合、単なる延命だけのための医療についてどう考えますか、

それぞれ一般49.4%、17.2%、医師48.6%、16.2%、看護師64.8%、7.7%が、単なる延命はやめた方がよい、やめるべきであると答えたが、一方で一般11.5%、医師17.6%、看護師3.4%が単なる延命治療であっても続けるべきと答えている。(図9)

9) リビングウイルという考えをどのように考えますか一般、医師、看護師とも、それぞれ72.9%、81.1%、84.3%が、リビングウイルに賛成であった。

しかし、リビングウイルの文章を尊重する、または尊重せざるを得ないとした医師が63.5%、9.4%と多かったのに対し、一般と看護師は、44.4%、54.8%がその時の状況によると答えている。

(図10)

10) 代理人の意思表示について

事前に本人の意思確認ができなかった場合、家族や後見人が延命医療を拒否したら、それを本人の意思の代わりとして治療方針を決定すると言う問いに対して、一般、医師、看護師ともそれによい、そうせざるを得ない、その時の状況に応じるの三つの答えに意見が分かれた。(図11)

11) 終末期医療の悩み

医師、看護師に関する質問で、終末期医療に対して、悩みや疑問を感じた経験はありますかの問いに、頻繁に感じる、たまに感じると答えたのは、両者ともに90%を越えていた。(図12)

12) 終末期患者に携わってどんな難しさを感じているか医師が、設備や施設、体制が不十分と答えた割合が多かったのにくらべ、看護師は、症状緩和、患者・家族と話し合う時間の不足の割合も多かった。また、看護師は、医師と患者の板挟みになる、医療チームで意見が分かれるというものが多かった。(図13)

13) 終末期の療養場所

終末期にどのような療養体制が望ましいか、一般にたずねたところ、自宅で療養し必要となったときに緩和ケア施設に入るとした者が多かった(45.6%)。(図14)

医師と看護師も、それぞれ39.2%、50.2%が、患者に対し、同じように、自宅で療養し必要となった時緩和ケア施設への入院を勧めるとしていた。

(図15)

14) 自宅での療養について一般71.2%、医師60.8%、看護師41.8%が、最後まで自宅で過ごすのは難しいと答えていた。一方、最後まで自宅で過ごすのも可能だと答えたのは、一般5.2%、医師12.2%、看護師30.3%であった。(図16)

15) 延命治療についての医師と患者の話し合いについて話し合いが行なわれているとしたのが、医師12.2%、看護師4.2%であった。一方、不十分または行なわれていないとしたのが、医師24.3%、16.2%、看護師28.0%、29.9%であった。(図17)

16) 終末期医療における、医師と看護師の意見の相違について看護師の83.9%が相違があるとしたのに対し、医師の48.6%は相違がないとしていた。(図18)

## D. 考察

2006年、富山県射水市民病院の終末期患者の呼吸器外しの事件が明らかになった。また、2004年であった、北海道立羽幌病院の呼吸器外しの事件では、医師が殺人容疑で書類送検された。

最近では、医療の中だけではなく、メディアでも

「終末期」という言葉が使われている。しかし、国や法律で示された「終末期」の明確な定義はなく、また「延命治療の中止」や「治療の差し控え」に関して、国民のコンセンサスが得られるようなルール作りは遅れている。このような中で、終末期の医療現場は混乱することも少なくないと言える。

今回、このアンケートの集計結果をもとに、院内で全職員を対象に報告会と法律に関する質疑応答を目的とした弁護士を交えた検討会を行なった。

末期のがん患者が、最後までQOLを高く維持した生活を続けるためには、このような検討会を継続的に行ない、その上で病院内での意識の共通化を図り、ルール作りを進めていくことが重要である。

今回のアンケート結果をさらに分析し、「終末期医療の透明化」に向けて検討を重ねていきたい。

#### E. 結論

神奈川県立がんセンターの職員に対して、「終末期医療に関するアンケート調査」を行なった。

アンケート結果では、医師と看護師、一般職員の間で回答に差異のある項目も認められ、繰り返し検討会、勉強会を重ねていく必要があることが示唆された。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

雑誌（外国語）

Naoyuki Okamoto, Kousuke Yamashita, et al :  
5-Year Survival Rate for Primary Cancer Site at  
Cancer-Treatment-Oriented Hospitals in Japan.  
Asian Pacific J Cancer Prev, 7: 46-50, 2006

書籍（日本語）

1)宮城洋平、山下浩介他：わかりやすい腫瘍マーカー、かながわ・がんQOL研究会発行、A5版、全32ページ、2006

2)今井聡美、山下浩介他：ガンのセカンドオピニオンをとるコツ（第2版）、セカンドオピニオン・ネットワーク編、A5版、全24ページ、2007

##### 2. 学会発表

なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許の取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成18年度分担研究報告書

がん患者の不安に関する研究

分担研究者 須賀 昭彦 施設名 静岡県立総合病院 緩和医療科 医長

研究要旨

当院の外来化学療法患者に自記式アンケート調査を行った。アンケートの内容は MDASI、口腔の問題、発熱、不眠、EORTC global QOL、つらさの寒暖計、病状説明・経済的問題・栄養・日常生活に関する不安に関して調査した。結果は難治性症状(しびれ痛さ、眠気、だるさ)以上に病状に関する不安や不眠や気持ちのつらさを感じていることが明らかになった。

A. 研究目的

当院の外来化学療法患者において各苦痛症状の頻度、程度、不安要因を調査し、それらが気持ちのつらさと生活の質に及ぼす影響を明らかにすること。

B. 研究方法

一週間の間に当院外来化学療法センターで治療を受けた患者に自記式アンケート調査を行った。項目は MDASI から痛み、息切れ、吐き気、食欲不振、眠気、だるさ、便秘・下痢、しびれ痛さ(それぞれ NRS 0-10)を用い、他の身体症状項目として口腔の問題、発熱、不眠の有無を、生活の質の評価として EORTC global QOL を、気持ちのつらさの尺度としてつらさの寒暖計を用いた。また、心配事の項目として病状説明、経済的問題、栄養、日常生活の各項目をチェックボックス形式で設定した。その他としてフリーコメントの枠を設けた。MDASI の項目は 0-3 点(軽度)、4-6 点(中程度)、7-10 点(重度)の三段階に分け、つらさの寒暖計は 5.1 点以上をカットオフ値とし、各項目の頻度を算出した。また、MDASI の項目および他の身体症状項目および心配事と生活の質または気持ちのつらさとの間に相関があるか統計的に解析した。

(倫理面への配慮)

アンケートには研究目的の使用であることを明記し、アンケートの提出は任意とした。

C. 研究結果

160 名の患者にアンケートを配布し 145 名から回収した(回収率 90%)。各項目の頻度は痛み(中程度) 23%、痛み(重度) 4%、息切れ(中程度) 4%、息切れ(重度) 4%、吐き気(中程度) 8%、

吐き気(重度) 4%、食欲不振(中程度) 5%、食欲不振(重度) 5%、眠気(中程度) 8%、眠気(重度) 12%、だるさ(中程度) 12%、だるさ(重度) 15%、便秘・下痢(中程度) 5%、便秘・下痢(重度) 10%、しびれ痛さ(中程度) 23%、しびれ痛さ(重度) 23%、口腔の問題 21%、発熱 3%、不眠 24%、気持ちのつらさ 23%、病状説明 38%、経済的問題 17%、栄養 10%、日常生活 10%であった。

MDASI の項目と気持ちのつらさとの間で有意に相関したのは痛み、ねむけ、だるさ( $P<0.01$ )、息切れ、しびれ痛さ( $P<0.05$ )であった。重回帰分析の結果は、気持ちのつらさ $=2+1.1$ 痛み $+0.1$ 息切れ $+0.7$ 眠気 $-0.3$ だるさ $-0.25$ しびれ痛さ( $\gamma=0.63$ )であった。

MDASI の項目と生活の質との間で有意に相関したのは食欲不振( $P<0.05$ )で相関は弱かった( $\gamma=0.23$ )。

心配事の項目に関しては日常生活と病状説明に関する心配事が気持ちのつらさと有意に相関し、心配事の項目と生活の質との間には有意な相関はなかった。

D. 考察

苦痛や不安の頻度で多かったのは、病状説明に関する不安 38%、不眠 24%、気持ちのつらさ 23%、しびれ痛さ 23%、口腔の問題 21%、経済的問題 17%、だるさ 15%、眠気 12%の順であった。痛み、息切れ、せん妄は医療者が気づく頻度が比較的高いが、不安や気持ちのつらさは医療者に表出しづらく、患者が抱え込んでいることが明らかになった。また、しびれ痛さ(神経因性疼痛)、だるさ、眠気など難治性の症状がやはり苦痛頻度として高かった。

E. 結論

当院の外来化学療法患者は難治性の症状以上に病状に関する不安や不眠や気持ちのつらさを感じている

F. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

#### 研究要旨

患者・家族の緩和ケアに対する理解と需要の程度の実態を明らかにして、緩和ケアの具体的な支援策を策定する際に、有用な資料として活用される事を目的とした。緩和ケアという用語は浸透しているが内容に関する理解にはやや不十分な点がみられた。外来患者は苦痛症状を診察場面で十分に表出することが出来ていないことが推測された。患者、家族の多くが緩和ケア外来の必要性を感じていると考えられた。これらの事から、緩和ケアに関する理解にはやや不十分な点があるものの、患者・家族による緩和ケアへの期待・需要は極めて高いといえる。

#### A. 研究目的

本調査研究では、患者・家族の「緩和医療（緩和ケア）」に対する理解と需要の程度の実態を明らかにして、「緩和医療（緩和ケア）」の具体的な支援策を策定する際に、調査結果を有用な資料として活用される事を目的としている。

#### B. 研究方法

各外来診療部門（内科系再診外来、外科系再診外来、外来化学療法室、放射線治療科外来、耳鼻科外来、泌尿器科外来、眼科外来、婦人科外来）の待合室に、アンケート用紙配布トレイを設置する。アンケート用紙に記載した趣旨説明を了解の上、自由意思で記入して頂く。アンケート用紙の回収は配布トレイに隣接して設置した回収箱にて行う。この回答結果を統計解析する。有効回答が500件に達した時点で調査を終了する。

#### （倫理面への配慮）

任意の匿名によるアンケート記入とし、記入を強制することなく、また記入結果により患者に診療上の不利益が生じないように配慮して、人権を擁護するものとする。

#### C. 研究結果

アンケート結果（回答数513件）は以下の通りであった。①緩和ケアという言葉聞いた事があるか？：「はい」86%、「いいえ」14%。②緩和ケアとは何を緩和するか？（重複回答可）：「疼痛」86.1%、「心の辛さ」747.4%、「身体的不快症状」63.2%。③緩和ケアはいつから開始すべきか？：「がん初期から」50.8%、「積極的治療が困難になってから」47.9%、「終末期から」12.5%。④

治療中の苦痛は我慢すべきか？：「はい」9%、「いいえ」91%。⑤苦痛の為に、治療を中断した（しようと思った）ことがあるか？：「はい」30%、「いいえ」59%。⑥苦痛を主治医に伝えたか？：「はい」71%、「いいえ」11%。⑦（苦痛を主治医に伝えた場合）主治医の返答に満足したか？：「はい」37%、「いいえ」33%。⑧（苦痛を主治医に伝えない場合）伝えなかった理由は？：「診察時間が短い」18%、「主治医に対して遠慮した」16%、「治療上の不利益を心配した」8.8%、「プライバシーを守る診察室ではない」4.5%。⑨緩和ケア専門医の助言・診察を希望するか？：「はい」92%、「いいえ」3%。⑩当センターに緩和ケア外来が必要か？：「ぜひ必要」82%、「必要」14%、「どちらともいえない」2%、「必要ない」0.3%

#### D. 考察

緩和ケアという用語は浸透しているが内容に関する理解にはやや不十分な点がみられた。外来患者は苦痛症状を診察場面で十分に表出することが出来ていないことが推測された。患者、家族の多くが緩和ケア外来の必要性を感じていると考えられた。

#### E. 結論

緩和ケアに関する理解にはやや不十分な点があるものの、患者・家族による緩和ケアへの期待・需要は極めて高いといえる。

#### F. 研究発表

1. 論文発表（投稿準備中）
2. 学会発表（平成19年6月の第12回日本緩和医療学会にて発表予定）

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得  
無し
2. 実用新案登録  
無し
3. その他  
無し

消化器癌患者に対する抗癌剤治療における副作用の少ない個別化されたオーダーメイド治療に関する研究

分担研究者 田伏克惇 独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター 統括診療部長

#### 研究要旨

プロドラッグ型抗癌剤CPT-11は、変換酵素活性の個人差が効果や副作用に影響している。そこで薬物血中濃度より変換比、抱合比を算出することで代謝の個人差を判別し、さらに長時間点滴に変更した場合の変換、抱合の変動と有益性を検討した。その結果、変換比、抱合比の中央値を基準に変換比-抱合比の形式で変換能、抱合能の程度を分類すると4つに分類された。長時間点滴にした場合、変換比が低い型は長時間点滴でAUCが増加するため有用である。変換比、抱合比のいずれも高い場合は長時間点滴の必要性はないが、変換比は高いが抱合比が低い場合、若干の点滴時間延長が副作用の軽減のため有利である。採血により代謝形式を予測し、点滴時間を調節することで、最大の治療効果と最小の毒性にあった治療が、実践できる可能性がある。

#### A. 研究目的

プロドラッグ型抗癌剤CPT-11は、Carboxylesterase(CE S)でSN-38に変換、UDP-glucuronosyl-transferase(UGT)で抱合を受けるが、酵素活性の個人差が効果や副作用に影響する。投与前に代謝能の違いが把握できれば、有効で安全な治療法が確立される。そこで90分持続点滴時のCPT-11、活性体SN-38、SN-38グルクロン酸抱合体(SN-38G)の血中濃度より代謝の個人差を判別し、さらに長時間点滴に変更した場合の変換、抱合の変動を検討することの有用性について考察した。

#### B. 研究方法

胃・大腸癌でCPT-11注射剤施行患者48例のCPT-11、SN-38、SN-38Gの血中濃度より初回90分点滴時の変換効率(AUC(SN-38)/AUC(CPT-11))、抱合効率(AUC(SN-38G)/AUC(SN-38))を算出し、中央値を基準とし4グループに分類した。変換・抱合比算出患者のうち、6例で長時間点滴時の変化を検討し臨床的意義を考えた。(倫理面への配慮)院内倫理委員会の承認、文書による説明と同意書を作成した。

#### C. 研究結果

変換比、抱合比の平均値±標準偏差は、 $0.019 \pm 0.009$ 、 $4.138 \pm 4.252$ 、変換比、抱合比の中央値は0.016、2.812であった。中央値で変換能-抱合能の程度を4分類するとLow(L)-High(H)型が31.3%、L-L型が10.4%、H-L型が31.3%、H-H型が27.1%となった。長時間点滴6例に関して変換比、抱合比の変動を90分点滴時と比較すると分類別に特徴的変動を示した。L-H型は12時間ではSN-38が十分にSN-38Gへ抱合されるため、抱合比の増大、変換比の低下が観察された。長時間点滴で抱合比が増えるため、副作用がなく増量で長期間投与が可能であった。H-H型は90分点滴で変換、抱合が大きいため、長時間点滴では少しの変換比上昇でも副作用が出現した。H-L型は90分点滴で十分な変換があるが抱合が弱いため副作用が出現した。3~6時間で変換されたSN-38が抱合されるため副作用が軽減された。

#### D. 考察

プロドラッグ製剤の場合、個体間で活性体への代謝の差があり、それを判別する方法が必要である。そこで薬物血中濃度測定により変換能、抱合能を予測し、臨床所見と比較した。結果、変換比、抱合比は中央値より4分類され、さらに長時間点滴に変更した場合、変換比、抱合比の変化が、分類別に違いが生じた。代謝が逐次反応であるCPT-11を長時間点滴にした場合の変換比、抱合比の変化は、反応の律速過程と官能基を導入し変換する第I相反応、抱合反応の第II相反応の誘発程度が影響していると考えられる。患者を限定しCPT-11を長時間点滴することは、臨床での目標である最大の治療効果と最小の毒性にあった治療が、実践できると示唆された。

#### E. 結論

変換比、抱合比を患者毎に把握し、点滴時間を変化させ、癌化学療法を受ける患者の精神的な苦痛を軽減することは、化学療法に対する心にゆとりと積極性の向上に繋がると考えられた。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

投稿中

##### 2. 学会発表

癌化学療法の個別化を目指したCPT-11の代謝の律速を考慮した長時間点滴の検討（学会名）第16回日本医療薬学会年会（開催年月日）2006年9月

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許の取得

特記することなし。

##### 2. 実用新案登録

特記することなし。

##### 3. その他

なし。



前立腺全摘出術の前立腺癌患者の生活の質に及ぼす影響についてのアンケート調査

分担研究者 金岡 俊雄 日本赤十字社和歌山医療センター 第一泌尿器科副部長

研究要旨

前立腺全摘出術を行った前立腺癌患者の術後の生活に影響を及ぼすと思われる幾つかの因子（排尿障害、性機能障害、創痛、尿道カテーテル留置不快感等）について、郵送法でのアンケート調査を行った。本年度のアンケート対象症例は309名であった。尿失禁、性機能障害についての経時的変化、およびそれらの変化が患者の満足度に及ぼす影響、年齢による違いについて総合的に検討を行った。本年度は研究の最終年度にあたり、初年度109名、2年度245名への調査結果も含めて考察した。尿失禁は手術直後には大多数の症例で見られるものの時間経過とともに急速に改善し、一年を経過すると8割以上の症例で尿失禁は殆ど消失している。術後2年まではさらに尿禁制率が若干向上するが、それ以上の時間経過による改善は認めなかった。性生活の変化は7割以上で出現し、時間経過による改善傾向は殆ど認められなかった。術前説明には8割以上の患者が十分なされていたと感じており、症状の強さもほぼ予想通りとする患者が多かった。尿失禁が続いている患者は少数ではあるが、QOLへの影響は大きく、一方性機能は多くの症例で損なわれているものの、66歳以上の高齢者層ではQOLへの影響はあまりないとの返事が大部分を占めた。65歳以下の若年層では性機能の変化によりQOLは高齢者層に比べ大きく損なわれたと感じている。

A. 研究目的

前立腺癌は近年わが国においても著明な増加が見られる。年間約3万人が新たに前立腺癌と診断される。わずか十数年前には根治治療可能な状態で発見される前立腺癌患者は全患者の一割にも満たなかったが、優れた腫瘍マーカーであるPSAが広く用いられるようになり根治治療可能な早期の前立腺癌が多く発見されるようになった。それに伴い前立腺癌全摘術施行症例の増加も著しい。術後の長期生存が可能になるに伴いQOLが問題になる。前立腺癌全摘術の主たる術後合併症は、性機能障害と、尿失禁である。これらが患者の生活に及ぼす影響の程度を評価するため前立腺全摘出術後の前立腺癌患者に郵送法でのアンケート調査を行った。

B. 研究方法

2002年から2006年に当院泌尿器科において前立腺全摘出術を行った前立腺癌患者309名を対象として、以下のアンケート調査を郵送法にて行った。その結果を項目別に解析を行った。

アンケート内容

前立腺全摘出術の、術後の生活に与える影響について

あなたの年齢 ( )

1. あなたは前立腺全摘出術以外に、前立腺癌に対して受けた治療がありますか

①なし ②放射線治療 ③抗ガン剤 ④ホルモン療法 ⑤その他 ( )

2. 手術後何年経過していますか ( ) 年

3. 現在ガンの再発はありますか  
ある ない

4. 術前、手術に対する精神的な不安のうち大きかったものは何ですか

①ガンの再発 ②手術の危険性 ③性生活 ④尿失禁 ⑤その他 ( )

5. 術後、入院中に一番つらかったことはなんですか

①傷の痛み ②カテーテル不快 ③その他 ( )

性生活についておたずねします

6. ガン治療後性生活に変化は生じましたか。  
ある ない

7. ガン治療後の性生活について不安はありましたか  
ある ない

8. ガン治療後の性生活について誰かに相談されましたか(複数可)

医師 看護師 患者同士 パートナー  
その他 ( )

9. ガン治療後の性生活についてパートナーと話をされましたか

よく すこし ほとんどない まったくない

10. 性生活に生じた変化は何でしょうか (複数可)

性欲の減退 勃起障害 射精障害  
オルガスムス障害(快感の減退)  
その他 ( )

11. 若いころの性生活を(回数、勃起力等 総合的に)10点満点とすると

前立腺全摘出術前の性生活は何点ぐらいでしたか  
( )点

12. 若いころの性生活を(回数、勃起力等 総合的に)10点満点とすると

現在の性生活は何点ぐらいですか  
( )点

13. 性生活は現在回復していますか

はい いいえ

回復は治療後どれくらいしてから( )月  
回復のきっかけは( ) 特にない

14. 治療後の性生活について医療者からもっと説明がある方が良かったですか

はい なんとも言えない いいえ

術後の排尿状態についておたずねします。

15. 排尿のトラブルはありましたか

ない

尿失禁(尿漏れ) 排尿障害(尿が出にくい)

16. 尿失禁のあった方におたずねします。

一日に何度パッド(おむつ、尿あて)の交換が必要でしたか

手術直後 ( )枚  
1ヶ月後 ( )枚  
3ヶ月後 ( )枚  
6ヶ月後 ( )枚  
1年後 ( )枚  
現在 ( )枚

17. 排尿に関する現在の症状が、今後ずっと続くとすればどのように感じますか

0: 非常に満足  
1: 満足  
2: だいたい満足  
3: 半分満足  
4: やや不満  
5: 不満  
6: 全く我慢できない

18. あなたにとって術後、生活に与える影響の大きかったのは何でしたか

手術直後: 傷の痛み 性生活 尿失禁

退院3ヶ月後: 傷の痛み 性生活 尿失禁

退院6ヶ月後: 傷の痛み 性生活 尿失禁

退院1年後: 傷の痛み 性生活 尿失禁

現在: 傷の痛み 性生活 尿失禁

19. 術前の説明から予想していたのと比べて、術後の実際の症状の「つらさ」はどうでしたか

傷の痛み: 少なかった 予想通り つらかった  
カテーテル不快:

少なかった 予想通り つらかった

性生活: 少なかった 予想通り つらかった

排尿状態: 少なかった 予想通り つらかった

20. 総合的に十分な説明がされていたと思われませんか

はい いいえ

21. 説明不十分な点は何だったでしょうか(複数解答可)

傷の痛み カテーテル不快 性生活 排尿障害  
その他 ( )

追加質問

これまでの質問と重複する部分がありますがもう一度お願いします

尿失禁について

① 一日に何枚パッドが必要でしたか

手術直後 なし 1 2-5 5以上  
1年後 なし 1 2-5 5以上  
現在 なし 1 2-5 5以上

② 尿が出にくいために処置を受けたことがありますか

性機能障害について

- ① 若い頃の性機能を10満点とすると術前は何点でしたか
- ② 術後3ヶ月までは、何点でしたか
- ③ 一年後は何点でしたか ( ) 点
- ④ 現在は何点でしょうか ( ) 点

あなたの現在の年齢での理想的と思われる状態(全身状態、経済状態、家庭状態など総合評価)を10満点とすると現状は何点ですか ( ) 点

また尿失禁と性機能が術前と同じになるとしたら、あなたの現状の評価は何点になりますか

- ①尿失禁がなくなると ( ) 点
- ②性機能が術前と同じになると ( ) 点

若い頃のようにになるとしたら何点になるでしょうか

- ①尿失禁がなくなり若い頃と同じ排尿状態になると ( ) 点
- ②性機能が若いころのようにになると ( ) 点

(倫理面への配慮)

アンケート調査にあたっては「疫学研究に関する倫理指針」に沿って研究計画を作成し、研究対象者に対する不利益を避け、人権上の擁護に配慮した。さらに当院倫理委員会にて倫理的に問題のないことの審査を受け、承認を得た。具体的には以下の方法にて調査を行った。質問票の送付は親展で行い、解答は無記名とし、プライバシーの保護と参加の自由意志を侵害しないよう配慮した。

### C. 研究結果

(本年度←前年度)とあるものは前年度との比較を示す。

回収率：309名にアンケートを送付。201名から解答を得た(回収率 65.1%)。

年齢：年齢は回答時点で50歳から85歳まで平均71.4歳であった。

術前精神的不安：術前に最も不安に感じていたのは癌再発であり(69.7←55%)、尿失禁(37.9←29.1%)、手術の危険性(16.7←16.4%)と続き性生活に関しては(11.4←6.9%)と少数であった。

周術期：術後約2週間の入院中最もつらかったことは、尿道カテーテル留置の不快感が(48.2←39.7%)で最も多く、創痛(21.2←18.5%)が次に多かった。

性生活：

術前；退院後の性生活に(47.9←45.5%)不安を感じていたが、一方ほぼ同数の(52.1←42.3%)が殆ど気にしていなかったと答えている。

術後の変化；性生活に変化が生じたケースは(75←67.2%)に見られた。変化が生じた患者のうち97%が回復傾向を認めていない。回復したのは(2.3←5.9%)であったが、回復までの期間は6ヶ月以内であった。術後の性機能障害の種類は勃起障害が、性生活に変化の生じたとする患者のほぼ全例にみられ、性欲減退、射精障害の合併がそれぞれ(50←58.3%)、(35.6←39.4%)で見られた。

相談相手；性生活の変化への相談相手は医師(26.1←30.7%)、パートナー(21.1←20.5%)、患者同士(5.9←7.9%)であった(複数解答あり)。看護師への相談は1名のみであった。全く誰にも相談していないケースも25.3%あるが、それ以外の相談相手35%の大部分が同年代の友人とのことであった。

性生活の自己評価は若い頃を10とすると、術前は(3.1←2.65)ですでに性機能の大幅な低下を自覚している。術後は(0.3←0.52)とさらに低下をするが、術前すでに低下していたためか後述のように全体的な生活満足度への影響は、全く見られなかった。

排尿：

排尿のトラブルは(71.5←77.2%)でみられ、殆どが尿失禁であった。(2.1←12.3%)は尿が出にくいなどの訴えも合併していたが、尿道狭窄拡張術や一時的な導尿で軽快している。尿失禁の程度の指標になるパッドの使用枚数は尿道カテ抜去直後には平均一日5.4枚使用していたのが時間経過とともに直線的に減少する。全くパッドが不要か、念のため1枚使用する程度の患者の割合は術後一ヶ月で26.5%、3ヶ月45.8%、6ヶ月65.2%一年79.5%となる。その後も軽快傾向は続き、本年度の平均観察期間の2.4年後には86.4%がほぼ満足な尿禁制が得られている。

術前説明：

術前の説明から予想した症状のつらさは予想よりつらかったとの答えは、傷の痛み(9.1←7.4%)がもっとも少なくカテーテル不快が(41.2←24.9%)と最も多かった。

また全般的には術前に十分な説明がされていたと(78.5←82.3%)が答えている。傷の痛みは(64.9←50.8%)が予想より少なかったと答えているが、カテーテル不快とカテーテル抜去後尿失禁については、説明は聞いていたが予想よりつらかったようである。説明不十分と感じているのは

排尿障害 (19.0←22.8%)、性生活 (20.2←19.7%) であった。

生活の満足度：(17年度調査)

生活の満足度を10点満点として自己判断してもらった。術後の全体的な生活満足度は7.04であった。術前と同様の排尿状態になるなら7.67と上昇し、さらに若い頃と同じような排尿状態になるとすると8.41と大幅な生活の満足度の向上があると答えている。一方性生活が術前と同じになったとしても満足度は殆ど変わらず、若い頃のようにもポイントはずか0.6上昇するのみであった。

年齢による違い(17年度調査)

65歳以下の若年層(42名)と66歳以上の高齢者層(146名)別に集計比較を行った。再発は若年層で11.9%と高齢者層の3.4%に比べ多く認められた。尿失禁については若年者層のほうが出現率も低く、回復も早い傾向が見られた。性生活についてはより両者間に顕著な差が認められた。すなわち性生活の変化は若年層で85.4%に見られるが高齢者層では40.4%と倍以上の開きがあった。術前から高齢者でパートナーとある程度相談しているのは28.8%であるが若年者では38.1%に達する。術後性生活が若い頃のようにも満足度では高齢者では生活の満足度は殆ど変化しないのに対し若年層では7.1から8.99まで上昇するだろうと答えている。

#### D. 考察

前立腺全摘出術後の大きな合併症である性機能障害と尿失禁はともに発生頻度の高いものであるが、症状の強さと、生活に及ぼす影響は経時的に変化し、同じ程度の症状であっても患者の術前の状態との比較、術前説明により患者の満足度は大きく変わってくる。

尿失禁は8割以上の症例で術後一年経過すると、ほぼドライな状態となっている。大部分の症例ではその間の管理を十分行い患者にも、説明しておけば安心して過ごせるであろう。さらに時間経過による改善傾向は術後2年まで続くが、約1割の患者は労作時の尿失禁が続く。これら少数ではあるが尿失禁が残ったケースでは生活の満足度は大きく損なわれていた。骨盤底筋運動の励行や、患者の希望に応じてコラーゲンの尿道注入やさらに人工尿道括約筋の挿入も検討すべきであろう。

性機能障害は時間経過による自然軽快はあまり見られない。治療法として、バイアグラ内服、

プロスタグランディンなどの血管拡張剤の海綿体内注射、あるいは人工海綿体の埋め込み術等がある。ただ手術症例の70%をしめる60台後半以上の患者では術前すでに性機能の低下を自覚していることが多く、積極的治療を希望することは少ない。生活の満足度も従来推測されていたより損なわれてはいないようであった。ただし今回の調査結果でも65歳以下の比較的若年層では性機能障害の生活満足度に及ぼす影響は高齢者より明らかに大きいことが立証された。今後、性的活動期にある年齢層での患者の増加も見込まれ性機能障害治療の必要性は増していくものと思われる。勃起神経血管束温存を含めた手術適応の決定にあたってはこれらの結果を考慮すべきだろう。

#### E. 結論

前立腺癌全摘術の合併症が患者の生活、精神に及ぼす影響の大きさは経時的に変化していく。尿失禁に代表される排尿障害は一年以上を経過するとほとんどの症例で改善してきているが、残存している場合の生活の満足度への影響は大きいことが明らかとなった。一方、性機能障害は多くの症例で出現するものの全体としては従来推測されるほど患者の生活満足度に影響はないようであった。ただ年齢により大きな差が認められた。さらに術前説明が十分されていたか否かにより満足度は大きく変わってくる。また患者の年齢、術前の状態を考慮し、個別の症状、訴えへの対応をしていくべきで画一的であってはならない。

#### F. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

前立腺全摘出術後のQOLに影響を及ぼす因子の検討 44回癌治療学会 2006.10.20 東京

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

平成18年度分担研究報告書

乳がん患者にたずさわる医療者の意識に関する研究

分担研究者 加藤 誠 成田赤十字病院 脳神経外科 病院長

研究要旨

外来で治療を受けている乳がん患者の診療にたずさわる医療者の意識を明らかにし、乳がん患者が安寧に治療を継続できる診療・ケア体制を検討することを目的とし、面接調査を行った。乳がん患者の診療にたずさわる医療者は、(1)患者に害を与えることのない配慮、(2)患者満足度の向上に向けた援助の提供、を意識して診療していた。また、医療者が必要と考える事項は、(1)医療者の知識と技術の向上、(2)患者の生活を重視した援助、(3)専門的知識をもつスタッフとの協働、(4)相談支援センターの整備、(5)不安や悩みを表出できる人間関係、(6)精神的サポート体制の強化、であった。がん患者が安寧に治療を継続できる体制を構築するためには、外来診療システムの改善、専門職種の活用、相談支援センターの整備に関する検討が必要である。

A. 研究目的

乳がんは、わが国の女性が罹患するがんの中で上位を占める疾患であり、今後も患者数の増加が懸念されている。

平成16年度、17年度分担研究では、アンケート調査、面接調査により、当院における乳がん術後患者の悩みとニーズを明らかにした。研究結果をふまえ、外来化学療法の実施環境の整備に取り組み、平成18年5月に通院治療センターを開設した。また、リンパ浮腫ケアの研修を終了した看護師を中心にリンパ浮腫相談外来を開始している。このように、患者・家族のニーズを鑑みた診療体制の改善を試みているが、実際に診療・ケアに従事する医療者の意識について明らかにすることにより、患者-医療者間の意識の隔たりを最小限にし、診療・ケアのさらなる充実に寄与すると考え、本研究を計画した。

本研究の目的は、外来で治療を受けている乳がん患者の診療にたずさわる医療者の意識を明らかにし、乳がん患者が安寧に治療を継続できる診療・ケア体制を検討することである。

B. 研究方法

＜対象者＞

現在、乳がん患者の診療にたずさわる医師・外来看護師、ならびに通院治療センター（外来化学療法センター）で乳がん患者の外来化学療法にたずさわる薬剤師・看護師から対象者を無作為に抽出する。

＜研究方法＞

対象者に対して、半構成面接法によるインタビ

ューを以下の手順で行い、データを収集する。

【第一段階】現在当院で外来治療を受けている乳がん患者に対する診療・ケアの内容と、医療者の意識についてインタビュー



先行研究の結果を元に作成した「乳がん患者の悩みやニーズ一覧」を対象者に提示



【第二段階】「乳がん患者の悩みやニーズ一覧」読後、乳がん患者の診療・ケアに関する医療者の意識の変化と、患者がより安寧に治療を継続可能とするために必要と考える事項についてインタビュー

インタビューで得られたデータから逐語録を作成し、質的帰納的に分析しカテゴリー化する。得られた結果から、がん患者に対する診療体制・ケアの充実に向けた具体策を検討する。

（倫理面への配慮）

本研究の趣旨、個人情報保護法の遵守、自由意思に基づく研究参加であること、参加辞退による不利益を受けないこと、データの管理方法について十分に配慮して研究を行うことを説明し、研究参加の同意を得た。

C. 研究結果

研究参加の同意が得られた9名（職種；医師、薬剤師、看護師）を対象としてインタビューを行った。

現在、乳がん患者に対して診療・ケアを提供する上で、医療者が実際に配慮している事柄・内容は、以下の5つのカテゴリーに集約された。詳細を以下の表に示す。

	カテゴリー	内容	
乳がん患者に対する診療・ケア上の配慮の内容	① プライバシーの配慮	診察時の不要な露出を避ける援助	
		説明時の声の大きさや表現の工夫	
	② 確実な薬剤指示と投与	使用レジメン、治療スケジュールの確実な入力と伝達	
		患者・薬剤間違いを防ぐため認証システム活用	
		ミスのない抗がん剤調製	
	③ 副作用対策に必要な援助	抗がん剤の血管外漏出予防のため頻回の訪室と観察	
		使用レジメンに応じた副作用の説明	
		副作用出現時の受診説明	
	④ 快適に治療を受けられる環境の提供	脱毛対策パンフレットの活用	
		明るく過ごしやすいセンターの雰囲気づくり	
	⑤ 患者待ち時間短縮に向けた対策	治療時間を快適に過ごすための物品の整備	
		診察前検査の徹底	
		関連する職種間の密な連絡	
			優先的な診察呼び込み

次に、先行研究で得られた結果から作成した「乳がん患者の悩みとニーズ一覧」を対象者に提示し、熟読してもらうよう依頼した。その後、乳がん患者の診療・ケアに関する意識の変化の有無とその内容について、また、今後さらなる診療・ケア体制の充実のために必要と考える事項につ

いて再度インタビューを行なった。「意識の変化の有無」については、対象者全員が「乳がん患者の悩みとニーズ一覧」を読んだ後「変化した」と答えた。分析の結果、乳がん患者の診療・ケアに関する意識の変化の内容と、医療者が今後さらなる診療・ケアの充実のために必要と考える事項は、以下の6つのカテゴリーに集約された。

	カテゴリー	内容
医療者の意識変化の内容と診療・ケアの充実のために必要な事項	(1) 医療者の知識と技術の向上	疾患・治療に関する説明不足
		疾患・治療に関する幅広い知識の必要性
		コミュニケーション技術の必要性
	(2) 患者の生活を重視した援助	患者が多くの困難を抱えながら生活していることを痛感
		日常生活に関連した副作用対策指導の必要性
		患者の家族背景を考慮した指導の必要性
	(3) 専門的知識をもつスタッフとの協働	乳腺専門医の配置と活用
		専門看護師・認定看護師の配置と活用、連携強化
		がん専門薬剤師の配置と活用
		臨床心理士との連携の強化
	(4) 相談支援センターの整備	MSW との連携の強化
		患者が気軽に相談できる医療者の重要性
		相談担当部署の早急な整備の重要性
	(5) 不安や悩みを表出できる人間関係	患者に適切な情報を提供する部署の整備
		患者と医療者の隔たりのない人間関係の構築
		ゆとりある診療時間の確保
	(6) 精神的サポート体制の強化	患者・家族と関わる時間の有効活用
		治療期間中の強い不安の存在
表面的な関わりになりがち		
		患者の気持ちを尊重した関わり的重要性

#### D. 考察

分析結果から、乳がん患者にたずさわっている医療者は、(1)患者に害を与えることのない配慮、(2)患者満足度の向上に向けた援助の提供、を強く意識して診療・ケアにあたっていると言える。当院のような急性期病院では、がん患者だけではなく、多くの重症患者、救急患者の診療もあり、症状の安定した外来がん患者に対する診療・ケアに時間をかけることが困難な現状である。医療者は、限られた時間やマンパワーの中で、患者が治療を円滑に受けられるよう、『目の前に存在している患者』を対象とした援助を行っていると考えられる。

第二段階のインタビューでは、先行研究で明らかにされた患者のニーズや悩みについて把握した後の意識の変化として、医療者としての専門的知識やコミュニケーションスキルの重要性だけではなく、当院の診療・ケア体制の不備や、早急に整備を要する内容を多数表出していた。『目の前に存在している患者に対する援助』から、『日常生活を送る人間としての患者を支えるための援助』へと、医療者の意識が広がったと言える。

このように、患者の思いを医療者と共有することは、各スタッフが援助者として深く自覚することになり、より良い医療の提供につながると考える。そのためには、患者の声を掬い上げる部署の整備が不可欠である。当院で活動している患者会への医療者の積極的な参加のみならず、がん診療連携拠点病院の要件である「相談支援センター」の責務は大きく、早急な整備と適切な人員配置が必要であると考える。

また、患者のニーズとして最も多かった「治療にともなう副作用対策」や「自分の病気・病状」に関する説明・指導についても、画一的な内容ではなく、個々の患者の背景を考慮した説明が必要である。外来や通院治療センターの限られた時間の中で、患者と関わりを深め、必要な説明をおこなうためのツール作成も必要であろう。

乳がん患者は、疾患の特性として長期的かつ継続的な治療を必要とする。日常生活を送りながら治療を継続している患者が多く、また、治療方針、使用薬剤、患者の年齢や職業の有無・種類によっても、セルフケア指導の内容は異なり、繊細な援助が不可欠である。現場で診療にあたる医療者は、専門職種の配置の必要性を感じている。乳がん看護認定看護師や、がん看護専門看護師を外来や通院治療センター、相談支援センターに配置することにより、より密な援助が期待できる。また、ホルモン療法やがん化学療法を受けている患者に

としては、がん専門薬剤師のような専門知識のあるスタッフによる相談は、患者の悩みの解決につながるリソースの一端となるであろう。

疾患、治療に関する情報だけでなく、病気とうまく付き合っていく方法を、患者と共に考え実践に結び付けていくことにより、患者のセルフケア能力の向上や、精神的苦痛の緩和につながると考える。医療費が高く経済的困難のある患者にとっては、MSWの役割が重要である。また、精神的支援を要する患者にとっては臨床心理士の存在は意義深い。患者だけでなく、医療者にとっても臨床心理士、MSWの需要が高まっており、相談業務が充実するようスタッフの増員や質の向上に努めることが必要である。並行してボランティアの活用方法についても検討していかなければならない。医療チームとして多職種と連携し、治療を継続できるように迅速な対応を求められている。

得られた結果は、乳がんのみならず、他疾患にも多く当てはまる内容である。地域がん診療連携拠点病院として、病院全体でがん患者を支援する体制を構築していかなければならない。患者と関わる時間を確保し、よりよい関係を築くための外来診療システムの改善、説明内容や治療内容を充実させるための専門職種の活用、そして相談支援センターの整備について早急かつ具体的な検討が必要である。

これらの結果は、医療者がゆとりある環境で患者と関わりを持ちたいとする意識のあらわれと考えられる。しかし、これらは医療者側から見た願望であり、患者のニーズと一致していなければ、病院の体制を整備しても、患者満足度の向上には結びつかない。本研究では、先行研究で得られた患者のニーズを医療者が理解した上で、どのような事柄の改善・充実が必要であるかを検討したことに意義があると考えられる。

#### E. 結論

乳がん患者にたずさわる医療者は、(1)患者に害を与えることのない配慮、(2)患者満足度の向上に向けた援助の提供、を強く意識して診療・ケアにあたっていた。また、医療者が患者のニーズや悩みを把握した上で考えた、当院に必要な事項は、(1)医療者の知識と技術の向上、(2)患者の生活を重視した援助、(3)専門的知識をもつスタッフとの協働、(4)相談支援センターの整備、(5)不安や悩みを表出できる人間関係、(6)精神的サポート体制の強化、であった。がん患者が安寧に治療を継続できる体制を構築するためには、外来診

療システムの改善、専門職種の活用、相談支援センターの整備に関する更なる検討が必要である。

本研究結果をふまえ、地域がん診療連携拠点病院としての診療体制をさらに充実させていく所存である。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他



平成18年度分担研究報告書

緩和ケア病棟の満足度調査：遺族に対するアンケート調査より

分担研究者 田中 方士 総合病院国保旭中央病院 緩和ケア科 部長

研究要旨

本研究では、患者や家族が経験する身体的、精神的あるいは社会的な悩み、苦しみを理解することを目的とする。我々は1999年5月から緩和ケア病棟を運営してきたが、ケアの質の評価はなされていなかった。今回、その評価を得るために遺族への郵送によるアンケート調査を実施し、結果を解析した。前回、設問形式での結果を報告したが、今回は自由記載によるアンケート結果を集計、解析した。

全般的には、満足度は高かったが、いくつかの課題が見つかった。特にターミナル後期での患者、家族への対応（状況変化、急変の説明等）、予後予測の問題、家族ケアの重要性、死直前（看取り時）の対応があがった。

A. 研究目的

旭中央病院緩和ケア病棟は、1999年5月に開棟した。緩和ケアを行ってきたが、その質の評価は未だなされていなかった。今回、その評価を得るために遺族への郵送によるアンケート調査を実施した。このアンケート調査の結果を解析した。さらに、アンケート調査に基づき、望ましい死の迎え方（患者、家族、医療者）についても考えた。

B. 研究方法

1999年5月から2005年7月までに、旭中央病院緩和ケア病棟に入院されその後退院された患者のご遺族720名に郵送によるアンケートを実施した。アンケートの内容は、全国ホスピス、緩和ケア病棟連絡協議会によるホスピス、緩和ケア病棟の利用満足度アンケートによる選択方式と自由記載でおこなった。各々の設問を統計解析した。また、自由記載は、内容を分類し整理した。前回は、設問についての結果を報告したため、今回は自由記載の集計を報告した。

（倫理面への配慮）

1. 情報は、研究以外の目的には使用しない。
2. 秘密厳守、プライバシーの保護に努める。

C. 研究結果

回収率は、720名中314名（43.6%）。  
患者の性別は、男186名（59%）、女128名（41%）。  
患者の年齢は、10代1名（0.3%）、30代3名

（1.0%）、40代24名（7.8%）、50代38名（12.4%）、60代76名（24.8%）、70代104名（34.0%）、80代54名（17.7%）、90代6名（2.0%）。  
回答者（遺族）は、配偶者174名（56.3%）、子供99名（32.1%）、親8名（2.6%）、兄弟姉妹22名（7.1%）、その他6名（1.9%）であった。

前回の報告の如く、設問方式での満足度（全体）では、291名/308名で満足割合は94.5%であった。

自由記載の回答は、314名中103名（32.8%）であった。自由記載の内容は、多岐にわたっていたが、今回は特に問題となった点で、以下の4つに絞られた。1：ターミナル後期での患者、家族への対応（状況変化、急変の説明等）  
2：予後予測 3：家族ケア 4：死直前（看取り時）の対応

上記に関する内容をアンケート記述そのまま記載した。

1：ターミナル後期での患者、家族への対応（状況変化、急変の説明等）

大腸がん末期に併発する病状等の知識を持っていなかった（説明が欲しかった）突然腹膜炎を起こし、ゴールデンウィークの連休とも重なり、先生方の不在もあり亡くなるまでの時間苦しんでいる本人を見ていたのが本当に辛く印象として今でも残っています。こちらに移ってからの毎日本当に穏やかな表情で過ごすことが出来たのでこの他、残された家族への精神的ケアの大切さも感じた。（66歳女）

大変お世話になりました。亡くなる前1週間の病状についての説明不足。(66歳、男)

## 2: 予後予測

緩和ケア病棟への転棟がなかなか出来ず残念でした。本人へ緩和へ移ると聞くのは「死」を意味するので、本人もそれを知っているのでもいいづらかったが、本人は本当に早く移りたいと願っていた。本当に最期に看護師さんから、患者に薬を打ってもらいました。説明では、「もう意識が戻ることはありません。眠ったまま最期を迎えることとなります」と話されました。眠ったままなら家に帰って少し休むかと思ひ、帰りかけたとき車の中の携帯で死亡を知らされ、死に立ち会えませんでした。最期の薬についてもう少し詳しい説明をしてもらえれば死に立ち会えたのに。しかし、先生方、看護師さんには本当に良くしていただきました。

家族は死がまじかに迫っていることを理解していても受け入れがたいもので、その日がまだまだ先のことのように思ってしまうものです。死の直前には、具体的に「今日は帰らないほうがよろしいです」というような具体的な説明をしてもらいたい。

## 3: 家族ケア

とても感謝しております。精神的に辛かった私の話を聞いてくれたり、声をかけてくれて涙が出ました。意識もはっきりしない母に対しても必ず優しい言葉で接していただきました。死後、風呂に入れていただいたこともとてもうれしく、私の心の中で、死に対する心の準備ができました。

家族への心のケアも入院中にして欲しかった。他の病棟よりみんな優しくだったが、誰かが亡くなった後でも、ナースステーションで笑い声が聞こえたとき看護師さんにとっては、この程度のことなんだと、とてもショックを受けました。今でも本当に大切な人を失った辛さは消えていないし、この選択が正しい道だったか何か違う道があって助けられたのではないかと私が本当はあきらめてしまっただけで、天国へ行ってしまったのではないかと後悔の日々です。(女、母親を亡くす)

緩和ケア病棟でお世話になり、有意義な一日一日を大切な時間を過ごさせていただきました。主人は、重大な病気にもかかわらず、死を受け入れずに入棟してしまいました。本人も含め家族にも「死について」精神的ケアをしていただければ有

難いです。死後、日常を取り戻すのに大変時間がかかります。(58歳女)

本当にお世話になりました。先生、皆様方に感謝の気持ちで一杯です。あのすばらしい環境の中で最後のひと時を過ごせたことは何よりの救いであり、安らかに天国へ旅立つことが出来ました。日本一の病棟でした。

## 4: 死直前(看取り時)の対応

死亡時に連絡するが中々病室に来ない。家族が脈をとる有様であった。医師は30分後に到着。

部屋の中は、静かでもとてもよく過ごせました。ただ、最期亡くなる間際様子がおかしい、呼吸が弱くなったとき早く先生を呼んでください、呼んでくださいと何度もお願いしたのに、15分以上も先生が来てくれなくて、家族全員に囲まれ父は亡くなりました。ここの病棟は最期はなくなることはわかっていますが、この一番つらいときに先生にもついて欲しかったです。このことだけでも忘れることができません。(55歳男)

不安の中でも家族としてはホッとした一時を味わえました。臨終となり、最後に苦痛の中でも穏やかな笑みを浮かべて息をひきとってくれたことは、可哀想と残念な気持ちの中にも緩和の重みがあったからだと思いました。ただ、連休の時の医師、スタッフの手薄は患者、家族の一抹の不安は、患者の我慢を余儀ないと思われました。(50歳、男)

## D. 考察

前回の設問形式では、全体的な満足度は94.5%で非常に良い結果であった。しかしながら、個別の問題では、宗教的な対応の不完全さ、スピリチュアルケアの必要性など満足度が低い項目も見られた。今回は、満足の部分だけではなく、出来るだけ不満や建設的意見を求め、それによって今後の緩和ケアの実践に役立てようとした。最も問題となったものは、ターミナル後期での患者、家族への対応(状況変化、急変の説明等)、予後予測の問題、家族ケアについて、さらに死直前(看取り時)の対応が挙げられた。結果の記載については、遺族の気持ちをそのまま伝えたいため出来るだけ原文を掲載した。

ターミナル後期での患者、家族への対応(状況変化、急変の説明等)については、入院患者またはその家族には、状況の変化が見られた場合はその都度十分に説明をするようにしているが、休日等の関係で説明が不十分になる場合があったよう

である。当院は、医師は全員病院敷地内に居住しているが、それでもアンケート結果にあるような意見はあることは事実である。これについては、当方としては、担当医あるいは主治医で対応し、医師不在にならないよう体制を整えている。

予後予測に関しては、状況の変化に応じて、家族へ出来るだけ頻回に説明を行っている。家族ケアの問題では、スタッフと情報を共有し、家族の気持ちや考えを察し、出来るだけストレスのないような計らいを考えている。

看取り時の対応に関しては、患者の状況変化の過程について家族に説明を行い、家族の精神的負担や不安を軽減させるよう努めている。前述したように、当院は医師が全員病院内に居住しており、24時間体制を取っているが、前述のようなコメントもみられる。

以上主な問題点とその記述を紹介したが、今後これらの意見を参考にしつつ、緩和ケア病棟の運営を行って行きたい。

#### E. 結論

1999年5月から緩和ケア病棟を運営してきたがその質の評価はなされていなかった。その評価を得るために遺族への郵送によるアンケート調査を実施し、結果を解析した。

前回、設問形式での結果を報告したが、今回は自由記載によるアンケート結果を集計、解析した。全般的には、満足度は高かったが、いくつかの課題、問題が見つかった。特にターミナル後期での患者、家族への対応（状況変化、急変の説明等）、予後予測の問題、家族ケアの重要性、死直前（看取り時）の対応があがった。

#### F. 健康危険情報

特筆すべきことなし。

#### G. 研究発表

第83回千葉東部ターミナル研究会  
平成18年9月9日

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

緩和医療対象者における患者・家族の心のケアに関する調査研究

分担研究者 龍沢泰彦

石川県済生会金沢病院 外科部長

研究要旨

遺族ケアの一環として、当院緩和ケア病棟開設以来初の遺族会を開催した。2006年1月1日より同年12月31日までの間に当病棟を死亡退院した患者105名の遺族を対象にし、21家族36名の参加を得た。参加者の遺族会に対する感想はほとんどが肯定的であった。今後は遺族会開催の時期・間隔・対象者の設定や、病院に足を踏み入れることのできない遺族・案内の葉書に返信できない遺族への対応などが課題として考えられた。今後遺族会の開催を重ねながら、遺族ケアの質の向上を図る必要がある。

A. 研究目的

WHO（世界保健機関）は緩和ケアを患者のみならずその家族に対しても提供すべきものと定義しており、家族へのケアは患者の死後も行うものとしている。近年わが国でも遺族へのケア、グリーフケアへの関心が高まってきているが、当院緩和ケア病棟（以下、当病棟）ではこれまで遺族へのケアが十分できているとは言い難かった。今回当病棟開設以来13年目にして初の遺族会を行い、遺族ケアのあり方を検討した。

B. 研究方法

2007年3月の平日の夕方に遺族会を開催することとし、2006年1月1日より同年12月31日までの間に当病棟を死亡退院した患者105名の遺族に対し、往復葉書で遺族会の開催を案内した。返信用の葉書には参加の意思の確認欄と近況報告や遺族会に対する希望など一言自由に意見を書いてもらう欄を設けた。遺族会は夕方6時から1時間、当院1階の院内レストランを会場にして、茶話会形式で行った（当病棟は院内の3階にある）。また遺族会終了後1週間以内に、参加者に対し遺族会に関するアンケートを行った。遺族会の開催時期、時間、内容などについて意見をきき、その他遺族会全体の感想を書いてもらった。

（倫理面への配慮）

個人情報特定できるような設問は排除し、アンケートへの不参加によって遺族が不利益を蒙らないこと、内容について説明を行った。

C. 研究結果

転居先不明で返送されてきた2通を除き、全体

で103通中64通の返信があり、回収率は62.1%であった。「参加」とあったのが22通、「不参加」が37通、「まだわからない」が5通であった。参加22通中、意見欄に何の記載もなかったのは10通で、他の12通は「同じ経験をした他の遺族に会って話をしたい」、「主治医、看護師に会いたい」などの他、主治医、看護師への感謝の気持ちがつづられているのがほとんどであった。一方、不参加37通中、意見欄に何の記載もなかったのは14通で、残り23通には何らかの記載があった。中でも多かったのは、「まだ患者が死亡してから日が浅く、気持ちの整理がついていない」、「まだ病院へ足を踏み入れることができない」、「来年以降に機会があれば参加したい」などの感想で、その他「所用にて出席できない」、「毎日涙、涙で外出もままならない」などの他、主治医、看護師への感謝の言葉が多かった。また返信用の葉書とは別に、封書で返事を送ってこられた方もあった。

参加と返事のあった22家族中21家族、36名の出席があった。一人、病院の中までは来たものの、やっぱり会場には入れないという方がおられたが、しばらく会場付近で時間を過した後に、気持ちが落ち着き会場に入られた。当院からは主治医、病棟看護師、医療ソーシャルワーカー、栄養士が出席し、ボランティアも数名参加した。8つのテーブルに別れ、茶話会形式で軽食をとりながら、会を進めた。なるべく同じ時期に病棟で過した家族同士とその担当看護師が同じテーブルになるよう配慮したが、笑顔でよく話をされる人、うつむきかげんで涙ぐみ、ほとんど話をされない人等、反応は人それぞれであった。途中、ボランティアからのあいさつ、遺族代表からのあいさつをはさみ、最後に一人一人にメッセージを書いてもらい、