

高齢者の終末期医療・ケアの地域連携モデルの構築と終末期ガイドライン作成
(高齢者がん患者のターミナルケアにおける問題点に関する研究)
—山間へき地におけるがん終末期患者の緩和ケアおよびがん性疼痛緩和の現状—
研究分担者 丸口ミサエ (国立がんセンター中央病院 看護部長)

研究要旨

山間へき地におけるがん患者の緩和ケアおよびがん性疼痛緩和の現状を明らかにし問題点と課題を検討することを目的に、山間型へき地に所在する 100 床以下の医療施設の看護責任者と病棟師長あるいは看護師を対象として、郵送式による質問紙調査を実施した。

その結果、これらの医療施設においては、特に終末期の緩和ケアを必要としているがん患者の割合が高いこと、がん性疼痛の完全除痛率は 1 割程度であること、緩和ケアに取り組む医師が少なく、また、がん性疼痛緩和に関する専門的な知識を有する看護師がいないことが明らかになった。山間へき地におけるがん医療・看護の質の向上を図るためには、参加が容易な研修や専門家によるコンサルテーションシステムを、早急に構築していく必要がある。

A. 研究目的

がん医療の均てん化を図るため、さまざまな制度が設けられ研修も実施されているが、これらの資源や制度が利用できるのは都市部に偏重しており地域差が非常に大きい。特に高齢化率が高いへき地においては、診療所、訪問看護ステーションも限られている¹⁾。このような状況下では、がんに罹患しても山間部に居住しているために緩和医療の恩恵を受けることができていることが予測される。

しかし、これまでに発表されたへき地医療に関する研究は統計的な指標が多く、そこで示される平均値や総数では、その影に潜むへき地の問題が見えにくい。

そこで今回、山間へき地におけるがん患者の緩和ケアおよびがん性疼痛緩和の現状を明らかにし、問題点と課題を検討する。

B. 研究方法

1. 調査対象者

①へき地医療拠点病院の中で山間型へき地に所在する施設、②全国国民保健診療施設協議会の会員施設の中で過疎地域自立促進特別措置法、山村振興法の地域指定を受けている施設、のうち 100 床以下の 107 施設の看護責任者各 1 名(調査表①)と病棟師長あるいは看護師各 1 名(調査表②)。

2. 調査内容

調査表①—施設の概況(平成 19 年)

施設の概況(診療圏人口、病床の種類と病床数、職員構成、在宅ケア体制など)、患者の動向(入院患者数、平均在院日数など)、使用している鎮痛薬と年間麻薬使用量、緩和ケアやがん性疼痛緩和に関する困難と希望、など。

調査表②—入院したがん患者の個別情報(平成 19 年)

患者の概要(入院日数、病名、病名の認識、入院経路、入院理由、転帰)、がん性疼痛の有無とその内容、使用した鎮痛薬とその効果、疼痛緩和目的で実施した治療・看護、など。

3. 調査方法

郵送式質問紙調査法

手順 1—対象施設の看護責任者に、研究の主旨などを明記した調査への協力依頼文、調査表①②の見本、返信用葉書を送付し、研究承諾の有無と調査表②の必要部数(10 部を上限)を問う。

手順 2—研究の承諾が得られた施設の看護責任者に調査表①②を送付する。

4. 分析方法

数値的データは単純集計を行う。記述的データは意味内容に着目してまとめる。

5. 調査期間

平成 20 年 4 月～5 月

（倫理面への配慮）

国立国際医療センター倫理委員会の承認を得て実施する。研究対象者に、研究目的と方法、参加の自由、匿名性の保護、結果の公表について文書で説明し研究参加への同意を得る。

C. 研究結果

1. 施設の概況（調査表①）

総回答数は32施設（回収率29.9%）であった。

1) 施設の概況

対象施設の平均診療圏人口は16,262.3人、平均病床数は63.4床であった。職員の中に専門看護師、認定看護師が配置されている施設はなく、緩和ケアに取り組む医師がいると回答した施設は8施設（25.0%）であった。また、27施設（84.3%）が何らかの在宅ケア体制を有していた。

2) 患者の動向

入院患者に占めるがん患者の平均割合は5.8%、65歳以上が占める平均割合は66.3%であった。また平均在院日数は、一般病床21.8日、療養病床139.6日であった。

3) 使用している鎮痛薬と年間麻薬使用量

〈〉内は使用施設数、平均年間麻薬使用量、を示す。）

16施設（50.0%）以上が使用している麻薬は、アンペック坐薬[®]<23施設、2874.4mg>、デュロテップパッチ[®]<23施設、435.3mg>、モルヒネ注<23施設、2964.4mg>、MSコンチン[®]<20施設、6073.2mg>であった。

それ以外の鎮痛薬の使用施設数は、オキシコンチン[®]13施設、オプソ[®]12施設、塩酸モルヒネ錠・フェンタニル注が6施設、リン酸コデイン4施設、オキノーム[®]3施設、塩酸モルヒネ末・パシーフ[®]・MS ツワイスロン[®]・カディアンカプセル[®]・ピーガード[®]が1施設であり、カディアンスティック[®]、モルベス細粒[®]、ケタミン注を使用している施設はなかった。

4) 緩和ケア、がん性疼痛に関する困難と希望

困難として、「麻薬・鎮痛補助薬の使用量が少なく痛みが緩和されない」「疼痛緩和に関する専門の医師・看護師がいないため、薬剤の使用方法が適切かどうかかわからない」「スタッフを研修に参加させる人的余裕がない」などの意見があった。

また、17施設が近隣の研修会の開催、15施設が近隣の専門家にコンサルテーションできるシステム、10施設ががん専門病院・がん診療拠点病院などでの看護師の研修を希望していた。

2. 入院したがん患者の個別情報（調査表②）

総回答数は126名であった。

1) 患者の概要

男性69名（54.8%）、女性57名（45.2%）、平均年齢は78.8歳（46-97歳）、平均入院日数は49.2日（1-365日）、病名は、肺癌23名、大腸癌（結腸・直腸）21名、胃癌17名、肝臓癌12名、膵臓癌12名、などであった。入院経路は87名（69.0%）が自宅からであり、自宅と施設との平均距離は8.0km（0.3-40.0km）だった。入院の理由（複数回答）は、77名が「症状や病状の悪化で自宅で看病できない」、75名が「症状緩和」、29名が「介護力がない」であった。また、患者への病名の説明があったのは64名（50.8%）、患者が病名を認識していたのは62名（49.2%）であった。転帰は88名（69.8%）が死亡していた。

2) がん性疼痛の有無とその内容

入院時、113名（89.7%）が何らかの苦痛を有しており、その内容は、「痛み」が最も多く63名、次いで「倦怠感」61名、「浮腫」39名であった。また、入院中に痛みを有した患者は87名（69.0%）であり、その痛みの程度は、「時々気になる程度」34名（39.0%）、「痛みが持続しているが激痛ではない」33名（37.9%）、19名（21.8%）であった。

3) 使用した鎮痛薬とその効果

入院中に何らかの鎮痛薬を使用した患者は96名（76.2%）で、その内訳は、麻薬81名、劇薬15名、NSAIDs・アセトアミノフェン32名、鎮痛補助薬3名だった。麻薬のうち最も多く使用されていたのは、デュロテップパッチ[®]の43名、次いでアンペック坐薬[®]、モルヒネ注の25名、MSコンチン22名などであった。劇薬では、ソセゴン[®]12名、レバタン[®]5名など、鎮痛補助薬では、トリプタノール[®]1名、プレドニン[®]2名であった。

鎮痛薬の効果では、「痛みがなくなった」10名（10.4%）、「気にならない程度に緩和した」63名（65.6%）、「殆ど変わらなかった」12名、

「痛みは強くなった」4名などであった。

4) 疼痛緩和目的で実施した治療・看護

鎮痛薬以外で疼痛緩和のために何らかの治療を行ったのは4名で、そのうち2名が放射線療法だった。また、看護を行ったとするのは38名で、看護の内容は、マッサージ15名、安楽な体位の工夫11名、冷罨法・温罨法11名、などであった。痛みを緩和するために苦慮したこととしては、「薬が効かなかった」9名、「鎮痛薬の副作用があり鎮痛薬が使えなくなった」5名、「表情や訴えがはっきりせず患者の訴えがわからない」3名、「痛みの原因がわからなかった」2名、などがあつた。

D. 考察

対象となつた32施設の入院患者に占めるがん患者の平均割合は5.8%と低かつたが、入院した126名のがん患者の平均年齢は78.8歳と高齢であり、その約7割が死亡退院していた。また、入院目的として「症状や病状の悪化で自宅で看病できない」「症状緩和」を半数以上があげていた。厚生労働省はがん医療の均てん化のため、二次医療圏に1箇所を目標にがん診療連携拠点病院を整備²⁾しているが、山間へき地の医療施設は、地域住民にとって、主にがんの根治治療ではなく終末期を過ごすために必要とされており、特に緩和ケアが必要とされていることが明らかになった。

本研究における痛みの完全除痛率は10.4%であった。これは、看護師が特に記憶に残る、あるいは治療・看護に難渋した患者を事例として提示したことで低く抑えられた可能性がある。しかし、終末期のがん患者の痛みは体性痛のみならず神経障害性疼痛も複雑に絡み合っているが、本研究では鎮痛補助薬を使用していた患者は3名のみであったこと、また麻薬の中でデュロテップパッチ[®]が最も多く使用されており、これは患者の皮膚の状態などによって安定した吸収率を維持することが難しいこと、看護師の意見として「麻薬・鎮痛補助薬の使用量が少なく痛みが緩和されない」などがあり、総じて麻薬使用量が少ない可能性があること、なども原因として考えられる。

このような状況にある施設において、緩和ケアに取り組む医師がいる施設は8施設のみで

あり、がん看護に関して専門的な知識を有する専門看護師、認定看護師は全く配置されていなかった。看護師からは、「疼痛緩和に関する専門の医師・看護師がいないため、薬剤の使用方法が適切かどうかわからない」といった意見もあり、緩和ケアあるいはがん性疼痛緩和に関して、少ない情報の中で四苦八苦しながら医療・看護に当たっている状況が伺えた。対象施設の多くが、近隣での研修会の開催や専門家によるコンサルテーションシステム、がん専門病院・がん診療拠点病院などでの看護師の研修を希望しており、早期にこれらの体制を構築し、山間へき地におけるがん医療・看護の質の向上に繋げていく必要がある。

E. 結論

山間へき地にある100床以下の地域密着型の医療施設においても、終末期の緩和ケアを必要としているがん患者の割合が高いこと、特に高齢者の患者が多く、がん性疼痛の完全除痛率は1割程度であること、これらの施設には緩和ケアに取り組む医師が少なく、また専門的な知識を有する看護師がいないことが明らかになった。山間へき地におけるがん医療・看護の質の向上のためには、小規模施設の看護師が手軽に参加しやすい研修を企画すること、専門家によるコンサルテーションシステムを構築していくことなどが必要である。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産の出願・登録情報

なし

引用文献

- 1) 村島幸代:平成17年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業(老人保健健康増進等事業)地域特性に応じた訪問看護ステーションの機能・役割に関する検討,平成18年3月。
- 2) 厚生労働省健康局総務課がん対策推進室:がん診療連携拠点病院の整備に関する指針,平成20年3月1日。
(研究協力者 小西敏子、上原ます子、飯野京子、小山友里江)

目次

研究結果

1. 施設の概況	
1) 施設の概況	1
2) 入院患者の動向	3
3) 施設で使用している鎮痛薬	4
4) 施設全体の年間麻薬使用量	5
5) 緩和ケア、がん性疼痛緩和に関する取り組みや困難	6
6) 緩和ケア、がん性疼痛緩和に関する要望	7
2. 入院した患者の個別情報	
1) 患者の概要	8
2) 入院時の苦痛症状	10
3) がん性疼痛について	10
4) 患者の転帰	13
5) 地域の特徴と考えられる看取りに対する考え方	14
6) その他の意見	15

【研究結果】

1. 施設の概況(調査表①)

総回答数は32施設(回収率29.9%)であった。

1) 施設の概況

(1) 診療圏人口

平均診療圏人口は16,262.3人(1,800-94,000人)であった。

(2) 病床の種類と病床数

施設全体での平均病床数は63.4床(25-100床)であった。病床の種類と病床数は表1に示す。

表1. 病床の種類と病床数

(n=32)

病床の種類	全体	一般	療養病床 (医療型)	療養病床 (介護型)	精神病床	その他
施設数(施設)	32	30	17	10	0	3
平均病床数(床)	63.4	42.6	32.5	14.5	0	18.0
最大病床数(床)	100	87	60	29	0	40
最小病床数(床)	25	3	8	4	0	4

(3) 職員の構成(看護・介護・コメディカル)

職員に占める看護師の割合は51.6%で、専門看護師、認定看護師が配置されている施設はなかった(表2)。

表2. 職員の構成(看護・介護・コメディカル)

(n=32)

職種	看護職				介護職		コメディカル					合計	
	看護師	専門看護師	認定看護師	准看護師	看護助手	介護福祉士	その他	ソーシャルワーカー	臨床心理士	理学療法士	作業療法士		その他
合計(人)	718.5	0	0	259.5	219.5	63	50	3	0	38	10	30	1391.5
割合(%)	51.6	0	0	18.7	15.8	4.5	3.6	0.2	0	2.7	0.7	2.2	100.0

(4) 医師の勤務形態と緩和ケアへの取り組み

医師の勤務形態と緩和ケアへの取り組みについて調査した結果、31施設から回答が得られた。31施設には合計149人の常勤医師、121.8人の非常勤医師が勤務していた(表3)。

また、緩和ケアに取り組む医師がいると回答した施設は8施設で、それらの医師の勤務形態は、常勤6施設、非常勤1施設、不明1施設であった。

表3. 医師数とその勤務形態 (n=31)

勤務形態	常勤	非常勤
医師数(人)	149	121.8
平均医師数(人)	4.8	3.9

(5) 在宅ケアの体制

27施設(84.4%)が何らかの在宅ケアの体制を有していた。在宅ケア体制の内容は表4に示す。

表4. 在宅ケア体制の内容 (n=32)

在宅ケアの内容	施設数(%)
訪問診療	26 (81.3)
訪問看護部門	18 (56.3)
訪問看護ステーション	6 (18.8)
デイケア	1 (3.1)
その他	1 (3.1)

(6) 連携医療機関

連携する医療機関について各施設に3施設まで回答を求めた結果、29施設が合計65の連携医療機関をあげた。連携医療機関の設置主体、施設までの距離について表5に示す。

また、主な連携内容について3つの選択肢を提示して調査した結果、30施設から回答が得られた(表6)。その他の回答としては、「患者が大きな病院を希望する」「息子夫婦の近くの病院を希望する」「療養型施設の入所待ち」「在宅が困難で転院する」があった。

表5. 連携医療機関の設置主体と施設までの距離 (n=29)

	国公立病院	公的病院	私立病院	総施設数
施設数(%)	19 (29.2)	25 (38.5)	21 (32.3)	65 (100.0)
施設までの平均距離(km)	36.8	39.7	36.0	/
施設までの最大距離(km)	80.0	100.0	60.0	
施設までの最小距離(km)	10.0	5.0	6.0	

表6. 連携医療機関との連携内容 (n=30、複数回答)

連携内容	施設数(%)
自施設でできない治療の場合紹介する	26 (86.7)
積極的治療ができなくなった患者を紹介される	20 (66.7)
その他	4 (13.3)

2) 入院患者の動向

(1) 入院患者数

平成 19 年 1 月 1 日から 12 月 31 日までの 1 年間における入院患者数を調査した結果、15 施設から回答が得られた。15 施設の総入院患者数は 7,943 人(76-33,234 人)、平均入院患者数は 529.5 人であった。なお、この 15 施設の平均病床数は 59.6 床であった。

入院患者に占めるがん患者の割合、65 歳以上の割合は表 7 に示す。

表 7. 入院患者の各割合

	平均 (%)	最大 (%)	最小 (%)
がん患者 (n=17)	5.8	17.2	1.5
65 歳以上 (n=19)	66.3	95.9	1.4

(2) 入院経路

回答のあった 8 施設において、自宅から入院した患者の平均割合は 85.4%(31.6-100.0%)、転院してきた患者の平均割合は 14.6%(68.4-0.0%)であった。

(3) 死亡患者数

回答のあった 18 施設における総死亡患者数は 692 人(0-98 人)、平均死亡患者数は 38.4 人であった。

(4) 平均在院日数

一般病床(有効回答 23)の平均在院日数は 21.8 日(12.6-42.1 日)、療養病床(有効回答 4)では 139.6 日(66.3-178.2 日)だった。

3) 施設で使用している鎮痛薬

最も多く使用されている鎮痛薬は、デュロテップパッチ[®]2.5mg の 29 施設、次いで、モルヒネ注 10mg の 28 施設、アンベック坐薬[®]10mg の 27 施設、MS コンチン[®]10mg の 26 施設であった。カディアンスティック[®]、モルベス細粒[®]、ケタラール注[®]を使用している施設はなかった(表 8)。

表 8. 施設で使用している鎮痛薬

(n=32)

分類	製品名	規格	使用施設数	使用割合(%)
麻薬系(内服薬・貼付薬)	塩酸モルヒネ末 [®]		6	18.8
	塩酸モルヒネ錠 [®]	10 mg	7	21.9
	オプゾ [®]	5 mg	16	50
		10 mg	10	31.3
	バシーフ [®]	30 mg	1	3.1
		60 mg	0	0
		120 mg	0	0
	MS コンチン [®]	10 mg	26	81.3
		30 mg	15	46.9
		60 mg	6	18.8
	MS ツワイスロン [®]	10 mg	1	3.1
		30 mg	0	0
60 mg		1	3.1	
麻薬系(内服薬・貼付薬)	カディアンカプセル [®]	20 mg	1	3.1
		30 mg	1	3.1
		60 mg	0	0
	カディアンスティック [®]	30 mg	0	0
		60 mg	0	0
		120 mg	0	0
	ビーガード [®]	30 mg	1	3.1
		60 mg	0	0
		120 mg	0	0
	モルベス細粒 [®]	10 mg	0	0
		30 mg	0	0
		2%20 mg	0	0
		6%20 mg	0	0
	アンベック坐薬 [®]	10 mg	27	84.4
		20 mg	19	59.4
		30 mg	5	15.6
	オキシコンチン [®]	5 mg	18	56.3
		10 mg	10	31.3
20 mg		5	15.6	

		40 mg	3	9.4
	オキノーム [®]	2.5 mg	3	9.4
		5 mg	3	9.4
		2.5 mg	29	90.6
	デュロテップパッチ [®]	5 mg	23	71.9
		7.5 mg	6	18.8
		10 mg	6	18.8
		リン酸コデイン	10 倍散	12
麻薬系(注射薬)	モルヒネ注 [®]	10 mg/ml	28	87.5
		50 mg/ml	15	46.9
		200 mg/5ml	4	12.5
		100 mg/10ml	0	0
	フェンタニル注 [®]	0.1 mg/2ml	9	28.1
		0.25 mg/5ml	0	0
ケタラル注 [®]		0	0	
鎮痛補助薬	ギャバペンチン		0	0
	カルバマゼピン		19	59.4
	クロナゼパム		19	59.4
	アミトリプチリン		18	56.3
	アモキサピン		5	15.6
	バクロフェン		4	12.5
	その他	ミタゾラム		19

4) 施設全体の年間麻薬使用量

平成18年10月から平成19年9月までの1年間における年間麻薬使用量について調査した結果、28施設から回答が得られた(表9)。この1年間、最も多くの施設で使用されていた麻薬はアンペック坐薬[®]、デュロテップパッチ[®]、モルヒネ注の23施設であり、平均使用量はそれぞれ、2874.4mg、435.3mg、2964.4mgであった。一方、カディアンスティック[®]、モルベス細粒[®]、ケタミン注を使用した施設はなかった。

表9. 施設全体の年間麻薬使用量 (n=28)

製品名	施設数	平均使用量 (mg)	最大使用量(mg)	最小使用量(mg)
塩酸モルヒネ末 [®]	1	1764.0	1764.0	1764.0
塩酸モルヒネ錠 [®]	6	6276.7	33060.0	200.0
オブゾ [®]	12	976.0	4835.0	100.0
バシーフ [®]	1	999.0	999.0	999.0
MS コンチン [®]	20	6073.2	35890.0	123.0
MS ツワイスロン [®]	1	7990.0	7990.0	7990.0
カディアンカプセル [®]	1	3170.0	3170.0	3170.0
カディアンスティック [®]	0	0.0	0.0	0.0

ビーガード®	1	840.0	840.0	840.0
モルベス細粒®	0	0.0	0.0	0.0
アンベック坐薬®	23	2874.4	30630.0	10.0
オキシコンチン®	13	8857.0	67480.0	180.0
オキノーム®	3	169.2	400.0	2.5
デュロテップパッチ®	23	435.3	1717.5	10.0
リン酸コデイン散®	4	146.6	453.9	1.7
モルヒネ注®	23	2964.4	37300.0	30.0
フェンタニル注®	6	6.3	16.1	0.7
ケタラル注®	0	0.0	0.0	0.0

5) 緩和ケア、がん性疼痛緩和に関する取り組みや困難

施設における緩和ケア、がん性疼痛緩和に関する取り組みや困難を自由記載で調査した結果、13施設から回答が得られた。得られたデータを意味内容ごとに分類した結果、それらは「取り組み」「困難」「希望」の3つに大別された。結果の詳細は表10に示す。

表10. 緩和ケア、がん性疼痛緩和に関する取り組みや困難 (n=13)

分類	具体的内容	
取り組み	県内の緩和ケア研究会に参加している	
	拠点病院の講演会に参加している	
	医師とカンファレンスを実施している	
	看護師間で勉強会を実施している	
	近隣医療機関のがん性疼痛看護認定看護師に勉強会の協力を依頼している	
困難	医師	積極的に麻薬や鎮痛補助薬を使用する医師が少ない
		医師の麻薬に対する知識が不十分で効果的に使用できていない
		麻薬・鎮痛補助薬の使用量が少なく患者の痛みが緩和されない
		医師の疼痛緩和に関する知識が不十分で、家族に充分納得できる説明ができない
		医師が生活している患者ではなく病気だけを診ている
困難	医療・看護の評価	疼痛緩和に関する専門の医師・看護師がいないため、薬剤の使用方法が適切かどうかわからない
		緩和ケアが適切に実施されているのか評価する場がなく、医師と看護師の意見が食い違う
		医療・看護が患者や家族の気持ちに添っていたか評価できる場がない
	看護・ケア	ターミナル期の患者に対するケア
		患者の精神的なケア
		未告知患者へのアプローチの統一
		混合病棟のため静かな落ち着いた環境を提供できない
	スタッフ教育	看護師を対象とした勉強会が少ない
		スタッフを研修に参加させる人的余裕がない

希望	医師に緩和方法について患者や家族と相談して欲しい
	医師に夜間の患者の痛みの状況を実際に見て欲しい
	緩和ケア病棟で研修したい
	看護が行えていないことがわかった。患者や家族の思いを聞くことから始めたい

6) 緩和ケア、がん性疼痛緩和に関する要望

5つの選択肢を提示し、緩和ケア、がん性疼痛緩和に関する要望を調査した結果、23施設(71.9%)が何らかの要望を抱いていた。要望に関する詳細は表11に示す。

表11. 緩和ケア、がん性疼痛緩和に関する要望

(n=32、複数回答)

要望	施設数(%)
近隣の専門家(医師・看護師・コメディカル)にいつでもコンサルテーションできるシステムがあればよい	15(46.9)
参考文献を紹介して欲しい	2(6.3)
近隣の参加しやすい場所で研修会を行って欲しい	17(53.1)
がん専門病院、がん診療連携拠点病院などで看護師の研修をさせて欲しい	10(31.3)
その他	1(3.1)

2. 入院した患者の個別情報(調査表②)

32施設から合計126名のがん患者の個別情報に関する回答が得られた。

1) 患者の概要

(1) 性別、年齢

126名のがん患者のうち男性69名は(54.8%)、女性57名は(45.2%)であった。

また、平均年齢は78.8歳(46-97歳)であった。患者の年齢分布を図1に示す。

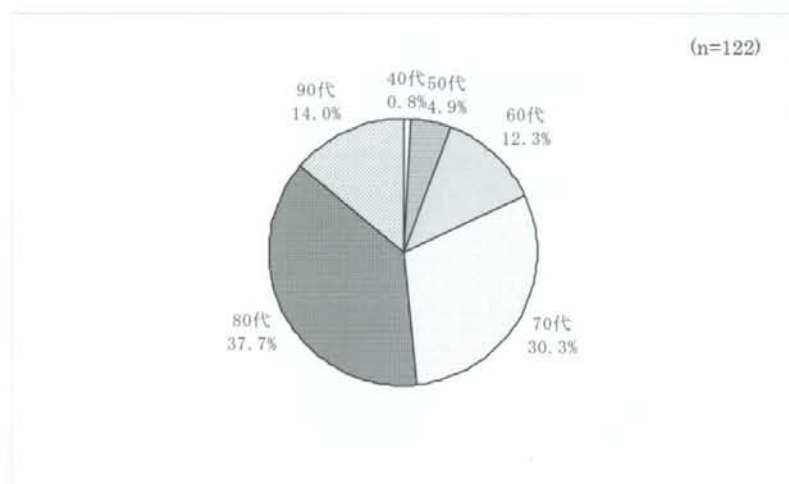


図1. 入院患者の年齢分布

(2) 病名

患者の病名について調査した結果、125名から回答が得られた。最も多かったのは肺がんの23名、次いで、大腸がん(結腸・直腸)21名、胃がん17名と続いた(表12)。125名のうち重複がんが7名いた。

表12. 患者の病名

(n=125)

病名	人数(人)	病名	人数(人)
肺がん	23	多発性骨髄腫	4
大腸がん(結腸・直腸)	21	膀胱がん	3
胃がん	17	腎臓がん	3
肝臓がん	12	子宮がん(頸・体)	2
膵臓がん	12	卵巣がん	2
胆管がん、胆嚢がん	10	前立腺がん	2
食道がん	4	その他	13
乳がん	4		

(3) 入院日数・回数

患者の平均入院日数は49.2日(有効回答数118)、平均入院回数は2.2回(有効回答数116)で

あった。

(4) 入院経路、入院の理由

入院経路は、87名(69.0%)が「自宅から」、35名(27.8%)が「転院」であった。

また、入院の理由について12個の選択肢を提示し調査した結果、「症状や病状が悪化したために自宅で看病できない」が77名と最も多かった(表13)。その他としては、「診断・精査目的」「廃用症候群のリハビリ」などがあった。

表13. 患者の入院の理由 (n=126、複数回答)

入院の理由	人数(人)
症状や病状が悪化したために自宅で看病できない	77
症状緩和(緩和ケア)	75
介護力がない	29
症状に対する積極的治療	13
自宅で看取するという習慣がない	5
がんの根治的治療	4
病院までの通院手段がないために入院するしかない	3
往診してもらえるところがなく、交通機関がなく病院まで通院できない	1
往診はしてもらえが、それ以外のサービスがなく自宅では看病できない	1
レスパイト(在宅ケア中の家族の休養)	0
家族にがん患者がいることが世間に知れると困る	0
その他	16

(5) 紹介元

48名(38.1%)の患者が、他の医療機関からの紹介であった(表14)。

表14. 患者の紹介元 (n=126)

紹介元	自施設 (他科、他病棟)	介護施設	医療機関	なし (不明含む)	合計
人数 (%)	15(11.9)	3(2.4)	48(38.1)	60(47.6)	126(100.0)

(6) 病院と自宅との距離

病院と患者の自宅との距離について調査した結果、110名から回答が得られた。病院と患者の自宅との平均距離は8.0km(0.3-40.0km)であった。

(7) 患者への病名説明、患者の病名認識

病名を説明されていた患者は約半数の64名(50.8%)で、患者自身が病名を認識していたと思われると回答したのは62名(49.2%)だった(表15)。

表 15. 患者への病名説明と患者の病名認識

(n=126)

	あり (%)	なし (%)	不明 (%)	合計 (%)
患者への病名説明	64 (50.8)	51 (40.5)	11 (8.7)	126 (100.0)
患者の病名認識	62 (49.2)	49 (38.9)	15 (11.9)	126 (100.0)

(8) キーパーソンなど

患者のうち配偶者が居るものは79名(62.7%)であった。

また、キーパーソンについて複数回答で調査した結果、最も多かったのは「子ども」の57名、次いで「配偶者」51名、「子どもの配偶者」15名、「親」1名、などであった。

主な介護者が患者と同居していると回答したのは101名(80.1%)、別居が19名(15.1%)、不明は6名(4.8%)だった。

2) 入院時の苦痛症状

患者の入院時、何らかの苦痛症状を呈していたと回答したのは113名(89.7%)だった。患者の具体的な苦痛症状は表16に示す。その他の苦痛症状としては、吐血、口内炎、不眠、尿閉、喘鳴などがあつた。

表 16. 入院時の患者の苦痛症状の内容

(n=126、複数回答)

苦痛症状	人数(人)	苦痛症状	人数(人)
痛み	63	下痢	5
倦怠感	61	うつ状態	5
浮腫	39	食事摂取困難	5
腹部膨満感	36	咳嗽	4
呼吸困難	25	黄疸	4
せん妄	20	掻痒感	3
食欲不振	19	眩暈	2
嘔気・嘔吐	14	口乾	2
便秘	9	下血	2
発熱	6	その他	10

3) がん性疼痛について

(1) 痛みの程度

入院時または最初に痛みが出現したときの患者の痛みを表17に示す。87名(69.0%)の患者が、入院期間の中で痛みを生じていた。

表 17. 入院時または最初に痛みが出たときの患者の痛みの程度

(n=126)

痛みの程度	痛みはなかった	時々気になる程度の痛み	痛みが持続しているが激痛ではない	かなり強い痛み	激痛で耐えられないほどの痛み	不明	合計
人数(%)	33 (26.2)	34 (27.0)	33 (26.2)	19 (15.1)	1 (0.8)	6 (4.7)	126 (100.0)

(2) 使用した鎮痛薬

何らかの鎮痛薬を使用した患者は96名いた。使用した鎮痛薬を自由記載で調査し、結果を種類ごとに分類した結果、麻薬を使用した患者は81名(84.4%)であった。また、NSAIDs/アセトアミノフェンが32名、塩酸ブプレノルフィン、塩酸ペンタゾシンなどの劇薬が15名、鎮痛補助薬が3名であった。具体的な鎮痛薬名と使用者数は表18に示す。

表18. 使用した鎮痛薬

(n=96)

分類	一般名	製品名	人数
麻薬 (内服薬・ 貼付薬)	塩酸モルヒネ錠	塩酸モヒヒネ錠	4
	塩酸モルヒネ内服液	オプソ	11
	塩酸モルヒネ徐放製剤	バシーフ	1
	塩酸モルヒネ坐薬	アンベック坐薬	25
	硫酸モルヒネ徐放錠	MS コンチン錠	22
	硫酸モルヒネ徐放性細粒	モルベス細粒	0
	塩酸オキシコドン徐放錠	オキシコンチン錠	13
	塩酸オキシコドン酸	オキノーム	3
	経皮吸収型フェンタニル製剤	デュロテップパッチ	43
	リン酸コデイン散	リン酸コデイン散	2
麻薬 (注射薬)	塩酸モルヒネ注射液	モルヒネ注	25
	クエン酸フェンタニル注射液	フェンタニル注	4
劇薬	塩酸ブプレノルフィン	レベタン	5
	塩酸ペンタゾシン	ソセゴン、ペンタジン	12
	塩酸ペンタゾシン錠剤	ベルタゾン	1
NSAIDs/ アセトアミノ フェン	ロキソプロフェンナトリウム	ロキソニン、オキミナス、 ロルフェナミン、ロキソマリン	15
	ジクロフェナクナトリウム	ボルタレン、アナパン、 フェニタレン坐剤	18
	インドメタシン	インダシン	1
	フルルビプロフェンアキセチル	ロビオン	2
	アセトアミノフェン	ピリナジン、カロナール、 アンヒバ坐薬、アルビニー坐薬	4
鎮痛 補助薬	アミトリプチリン	トリプタノール	1
	プレドニゾン		2
その他	ミタゾラム	ドルミカム注	1
	塩酸ヒドロキシジン	アタラックスP	4
	フマル酸クエチアピン	セロクエル	1
	リスペリドン	リスパダール	1

	ハロペリドール	セレネース	1
	コンドロイチン硫酸ナトリウム・サリチル酸ナトリウム注射液	シボンN注	1
	ノイロトロピン	ノイロトロピン注	1
その他	シメトリド・無水カフェイン顆粒	キョーリンAP2顆粒	1
	アルプラゾラム	ゾラナックス	1
	ジアゼパム	セルシン	2

(3) 使用した鎮痛薬の効果

鎮痛薬を使用した96名の鎮痛薬の効果は、「痛みがなくなった」10名(10.4%)、「気にならない程度に緩和した」63名(65.6%)であった(表19)。

表19. 鎮痛薬の効果

(n=96)

鎮痛薬の効果	痛みがなくなった	気にならない程度に緩和した	ほとんど変わらなかった	痛みは強くなった	不明	合計
人数(%)	10 (10.4)	63 (65.6)	12 (12.5)	4 (4.2)	7 (7.3)	96 (100.0)

(4) 麻薬を使用しなかった理由

何らかの鎮痛薬を使用した96名の中で、麻薬を使用しなかった患者は15名いた。その15名中12名は、麻薬を使用しなかった理由を「強い痛みがなかった」と回答した。残りの3名の理由は不明であった。

(5) その他に行われた痛みの治療とその効果

その他に行われた治療として4つの選択肢を提示して調査した結果、4名が回答した(表20)。その他の2名のうち1名はサンドスタチン[®]の持続皮下注射およびサンプチュープでの減圧をあげた。残りの1名に具体的な記載はなかった。

また、その治療の効果では、放射線療法の名、サンドスタチン[®]の持続皮下注射およびサンプチュープでの減圧の1名が、「かなり効果があった」としたが、その他は「ほとんど効果がなかった」「不明」であった。

表20. その他に行われた痛みの治療

(n=126、複数回答)

痛みの治療	放射線治療	神経ブロック	鍼灸治療	その他	合計
人数(%)	2 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	4 (100.0)

(6) 痛みの軽減のために行った看護

痛みの軽減のために行われた看護を自由記載で調査した結果、38名から回答が得られた。得られたデータを、看護ケア毎に分類しまとめた結果、最も多かったのは「マッサージ」の15名、次いで「安楽な体位の工夫」「冷罎法・温罎法」の11名だった(表21)。

また、その効果は、「効果があった」27名(71.1%)、「変わらなかった」7名(18.4%)、「非常に効果があった」1名(2.6%)、「不明」3名であった。

表 21. 痛みの軽減のために行った看護

(n=126)

看護	人数(人)	看護	人数(人)
マッサージ	15	受容的な態度	4
安楽な体位の工夫	11	気分転換活動	3
冷電法・温電法	11	不安の除去	2
傾聴	8	タッチング	1
頻回の訪室・言葉かけ	4	アロマセラピー	1
足浴・入浴	4		

(7) 痛みを緩和するために苦慮したこと

痛みを緩和するために苦慮したことがあると回答したのは、38名だった(表 22)。その中で、「鎮痛薬の副作用があり鎮痛薬が使えなくなった」患者の主な副作用としては、嘔気・嘔吐 2名、血圧低下 1名、傾眠 1名であった。また、「その他」としては、「表情や訴えがはっきりせず患者の訴えがわからない」3名、「患者に告知していないことによる患者への説明」3名、「認知症や不穏などによって安静が保持できない」2名などがあった。

表 22. 痛みを緩和するために苦慮したこと

(n=126、複数回答)

苦慮したこと	人数(人)
薬が効かなかった	9
鎮痛薬の副作用があり鎮痛薬が使えなくなった	5
痛みの原因がわからなかった	2
薬の使い方がわからなかった	1
患者・家族が鎮痛薬の使用を拒否して使えなかった	0
その他	25

(8) 医師などを含めたカンファレンス

何らかの形で医師を含めたカンファレンスを行っているとは回答したのは 58名(46.0%)、行っていないのは 60名(47.6%)、不明が 8名だった。行っていると回答した 58名のカンファレンスの実施頻度を表 23 に示す。

表 23. カンファレンスの実施頻度

(n=58)

カンファレンスの実施頻度	1回/週	1回/月	その他	合計
人数(%)	42 (72.4)	3 (5.2)	13 (22.4)	58 (100.0)

4) 患者の転帰

(1) 患者の転帰

患者のうち 88名(69.6%)が死亡退院しており、治癒は 2名(1.6%)であった(表 24)。

表 24. 患者の転帰

(n=126)

転帰	治癒	軽快	不変	悪化	死亡	不明	合計
人数(%)	2 (1.6)	15 (11.9)	13 (10.3)	1 (0.8)	88 (69.8)	7 (5.6)	126 (100.0)

(2) 退院先と自宅以外への退院理由

死亡退院した 88 名を除く患者 38 名の退院先を表 25 に示す。

自宅以外に退院した患者 15 名のうち、自宅以外に退院した理由として「自宅では介護力がない」をあげたのは 3 名で、そのうち 2 名は療養(医療型)施設へ、1 名は緩和ケア病棟へ転院していた。また「症状が悪化し、治療するため」とした 1 名は一般病院へ転院していた。

表 25. 患者の退院先

(n=38)

退院先	自宅	他の病院				介護施設	不明	合計
		療養 介護型	療養 医療型	一般 病院	緩和ケア 病棟			
人数(%)	23 (60.5)	0 (0.0)	2 (5.3)	4 (10.5)	2 (5.3)	1 (2.6)	6 (15.8)	38 (100.0)

5) 地域の特徴と考えられる看取りに対する考え方

21 名が地域の特徴と考えられる看取りに対する考え方があると回答した。21 名が自由記載した具体的な看取りに対する考え方を、その意味内容ごとに分類しまとめた。その結果を表 26 に示す。

表 26. 地域の特徴と考えられる看取りに対する考え方

(n=21)

看取りに対する考え方	人数(人)
自宅で看取りたくても、介護者が不在あるいは高齢であったり痛みなどの症状悪化に対する不安が強く入院となる	8
自宅で看取りたくても 24 時間の訪問診療体制がないため、急変時に救急搬送され病院で亡くなる	3
家族が自宅では看取れないと思っている	3
最期は病院でと言う意識が高い	3
往診や介護サービスが可能であれば自宅で看取りたいというケースが増えている	3
最期は病院で苦痛がないようにと思っている	2
周囲の人や親戚に何も言われないうちに、具合が悪くなったら病院で看取る	2
24 時間の訪問診療体制がなく、家族に在宅死の選択肢を提示できない	2
他の地域で治療を受けていても予後不良の場合、最期は地元でと言う意見が多い	1
家族や患者の意向を聞くと言うより、医療サイドからの提案に沿って進んでいく	1

6) その他の意見

その他に気づいた点や意見などを自由記載で調査し、得られたデータを、その主旨に注目して分類し、更に意味内容を損なわぬように文章をまとめた。その結果、それらの意見は、医療制度・緩和医療・終末期医療の現状、医療制度・緩和医療・終末期医療に対する要望と対策、緩和医療に関する疑問、の3つに大別された。表27にその結果を示す。

表27. その他の意見

1. 医療制度、緩和医療、終末期医療の現状
人口約7,000人の村に医療機関は当院のみである。夜間は医師1名、看護師2名で、土日・祝日は大学からの当直医で看護師も4名のみとなる。また訪問診療・看護も診療の合間を見て行っている。介護保険の導入によって施設入所にかかりの時間がかかり、大病院からの受け皿的なべき地の病院は施設への入所待ちの患者も多く、結局、社会的入院が多くなっているのが現状だ。訪問看護ステーションの新設を望むが、在宅で介護保険のサービスを受ける高齢者より施設待ちの高齢者の方が多い現状や町の経済状態を考慮すると、かなり厳しい経営となっている。
1人暮らし、老夫婦のみ、家族も高齢者というのが現実で、自宅で看取れるような介護力は殆どない。ターミナル患者はある程度予後の予測ができるが、寝たきり高齢者の介護は予後もわからず本当に大変だ。医療制度により在院日数の短縮を迫られるが、患者は在宅へ戻れる状況ではなく地方の病院は困っている。患者は医療や介護を十分に受けられず、この地域でも病院が存続できなければ医療の崩壊へつながる。
治療や看護について医師と連携して検討する場がない。医師の緩和ケアに対する意識が薄い。緩和ケアの研修会の開催が少ない。痛みのコントロールがうまくできないケースがある。コントロールがつけばいい時間が持てるのに、セデーションを行って意識レベルを低下させることもあり疑問を感じている。多少の痛みや苦痛を伴っても、その人らしく過ごせる時間を多く持てるように援助したいが、知識不足のため医師と意見交換や看護師側からの主張が通せない。
我慢強く痛みを訴えない患者もおり、痛みを感じないように持続で麻薬や鎮痛補助薬を使用して欲しいが、まだ看護師から治療に対して口を出すことはできない状況がある。
患者が看護師に痛みを訴えても、医師に対しては態度が違うのか、鎮痛薬の増量や変更がスムーズに行われない。
急性期の病院から転院する患者が5割以上を占めており、ターミナルの患者は紹介元の病院の処方のまま継続している場合が多い。
看護師側から見て、麻薬の導入が遅いように思う。
医師一人ひとりの考え方が異なっており、話し合いやカンファレンスでいい方向にということが困難な状況である。
家族の気持ちと医師の方針がかみ合わないときがある。
がん性疼痛が原因で入院する患者は殆どいない。
2. 医療制度、緩和医療、終末期医療に対する要望と対策
訪問診療・看護を行い在宅医療が提供できる体制をとっているが、入院患者をみなからの訪問なので医師、看護師の勤務体制は厳しく頻度も限られている。医師の地域診療の意識が高いためスタッフが支えられているのが実情だ。他の医療機関へは車で1時間程度かかるため、当院は車で通院できない患者、安定期に入った患者、ターミナルで緩和ケアのみの患者の受け皿としてなくてはならない病院となっている。しかし、人口の減少、地方自治財源の縮小、医療政策

<p>により、当院のような小規模の自治体病院は経営困難で、施設移行、診療所転換を検討しており、介護力の乏しい患者や家族を支える医療サービスが地域で継続して行えるのか不安だ。国は地方の実情をもっと知って、人口の少ない地域を切り捨てることのないよう声を聞き政策や補助を打ちたてて欲しい。</p>
<p>1人暮らしで近くに身寄りのない患者には充分に対応してあげられないため、緩和ケア病棟などの施設が必要だ。</p>
<p>家族、地域が「看取る」ということをしっかり受け入れることは難しい。医師や患者がもっとしっかり症状をコントロールできること、家族がそれを支えることが必要だ。そのためにも医師は患者に告知を行い、最期まで責任をもってフォローするべきだと思う。今後起こりうる症状や状況を、本人、家族が受け入れて対応できるよう、みんなで援助することが必要だと思う。</p>
<p>在宅で看取ることができるのは、都市部で体制が整っているところである。本当はへき地にこそ、在宅での看取りが必要だと思う。</p>
<p>薬を使用するか否かで最期まで痛みで苦しませてしまう時があり、もっとがん患者に対する症状コントロールに取り組めていけたらと思う。</p>
<p>緩和ケアについて、医師を含めスタッフ全員で基本的なことから研修し事例検討していく必要がある。</p>
<p>3. 緩和医療に関する疑問</p>
<p>理解力が乏しく病名を告知できないため、痛みが緩和すると服薬を拒否する患者にはどのように指導したらいいのか。</p>
<p>麻薬の使用によって急激に病状が変化して意識レベルが低下し、最期に家族との会話ができなくなることがあり、看取りとしてこれでよいのかジレンマを感じる。</p>