

1177 小児・若年者

細谷亮太

第4章 症状緩和をして終末期を支えるには

1184 痛 み

余宮きのみ

1190 呼吸困難

田中桂子

1195 全身倦怠感・食欲不振

佐藤哲観

1201 腹部膨満感

新城拓也

1207 悪心・嘔吐

今井堅吾

1213 浮 腫

蘆野吉和

1218 不眠・せん妄

明智龍男

第5章 多職種で終末期を支えるには

1224 腫瘍内科医

佐々木治一郎

1230 緩和ケア医

茅根義和

1234 麻酔科医

太下恭子 ほか

1238 精神腫瘍医

大西秀樹・石田真弓

1243 一般病棟看護師・緩和ケア認定看護師
高齢者の終末期ケアとエンド・オブ・ライフ・ケアチーム

横江由理子 ほか

1248 緩和ケア病棟看護師

田村恵子

1252 医療ソーシャルワーカー

福地智巴

1256 臨床心理士

岩満優美

1260 薬剤師

加賀谷肇

第6章 在宅での終末期を支えるには

1266 在宅医として

鈴木 央

1271 在宅ホスピス医として
治療病院との連携

川越 厚

1276 訪問看護師として

高砂裕子

1278 おひとりさま在宅

小笠原文雄

1284 在宅ターミナルを支えるケアマネジメントの課題

服部万里子

1289 人生の最後を支えるコンソーシアムの発想
誰がどのように支えていくのか?

小野沢滋

第7章 コミュニティーとして終末期を支えるには

1296 地域の中で：過疎地での取り組み

吉村純彦・石橋和也

1300 地域の中で：都市部での取り組み①
ケアタウン小平チームの場合

山崎章郎

1304 地域の中で：都市部での取り組み②
在宅における包括的緩和ケア、人権運動としてのホスピスへ

二ノ坂保喜

■多職種で終末期を支えるには

臨床心理士

岩満 優美

Summary

- 臨床心理士とは患者・家族の心理アセスメントや心理的援助を主に実施する“心の専門家”である。
- 終末期の患者には、精神的苦悩の緩和を目的に、基本的に支持的精神療法を用いる。傾聴スキルを用いて、患者に不安、抑うつなどの精神的苦悩を表出するよう促し、思考や感情の整理を手伝う。患者がどのような感情や思考を表出しても、受容・共感的に接し、患者に安心感をもたらす自己評価が高まるように援助する。
- 支持的精神療法を基盤に、患者の心理状態や身体状態などを総合的に評価し、リラクゼーション法、行動療法、ライフレビューなどの心理療法を適宜選択して実施する。
- 終末期において、患者の心身の苦痛の緩和や QOL の維持・向上などを目的に、芸術療法を実施することがある。

臨床心理士について

緩和医療・がん医療における心理士の主な臨床活動は、心理アセスメントと心理的援助であり、これは終末期においても同様である。心理アセスメントとは、患者が話す内容や行動の観察、心理検査の結果を総合して心理状態をアセスメントすることを指す。心理的援助とは、患者・家族に心理療法を行うことや、心理的な問題をもつ患者・家族の心理状態やコミュニケーションについてカンファレンスなどで協議すること、広くは、講義やロールプレイによる心理教育を医療者に提供することなどをも含む。

なお、臨床心理士とは、財団法人日本心理士資格認定協会が認定する資格の名称で、臨床心理学に基づく知識や技術を用いて、人間の“こ

ころ”の問題にアプローチする“心の専門家”を意味する。臨床心理士養成に関する指定大学院または専門職大学院の修了者に主に受験資格があり、試験に合格すると認定され、5年ごとにその資格を更新する。

終末期患者の精神的苦悩

終末期患者は、これまでのように社会生活を送れなくなったことや、病気や死への恐れ、将来に対する不確実性などから、絶望感、恐怖感、孤独感におそわれやすい。そのため、「なぜこんなに自分が苦しまなくてはならないのか」、「自分の一生は何だったのか」、「自分の人生にどんな目的や意味があったのか」といった「人生の生きる意味・目的、いきがい」や「信念」

キーワード：心理アセスメント、心理的援助、支持的精神療法、精神的苦悩の緩和
いわみつ ゆうみ：北里大学大学院医療系研究科医療心理学

といった「自己の意味の消滅から生じる苦悩」を抱きやすい。このような精神的苦悩は抑うつとしばしば重複するが、同義ではない。しかし、緩和されない精神的苦悩が希死念慮、自殺へとつながっていくため、これらの精神的苦悩に対する心理的援助は重要である。心理士は、主に個別に患者と面接し、患者自身も混乱している思考や感情の整理を手伝い、精神的苦悩が少しでも緩和できるように援助する。

終末期患者に対する心理的援助： 支持的療法

終末期患者に対する心理士の心理的援助の基本は、支持的療法である。支持的療法では、潜在的な無意識の葛藤や人格的な偏りを治療の対象とするのではなく、今抱えている症状を改善し、自尊感情、自我機能、適応能力を維持・あるいは改善させることを目的としている。すなわち、患者のもつ不適応の原因を直接問題にせず、また適応方法の根本的な変革ではなく、患者がもともと持っている適応能力を支えることに主眼を置く。そこではまず、可能な限りプライバシーの守られた部屋で面接し、傾聴スキルを用いて話を促していく。たとえば、終末期に特有の関係性に由来する苦悩、コントロール感の喪失、負担感、役割・楽しみ・自分らしさの喪失、重要なことが未完成であること、死の不安、希望のなさなど、これらに伴う不安、抑うつおよび恐れなど、さまざまな感情や思考を十分に表出できるように促す。ある程度話が進むと、患者が話した内容をまとめ、それを患者に返すという、明確化を行う。心理士は、患者が話した内容だけでなく、表情や口調などの非言語的サインを含めて総合的に患者の心理状態や心理的問題をアセスメントする。

自分の気持ちを話しても何の解決にもならず、自分の弱さを現すにすぎない、他者にこれ以上迷惑をかけたくないと思う患者は、自分の思考

や感情の表出を抑制する。しかし、とくに終末期に生じる精神的苦悩は、一人で抱え込むことも統制することもむずかしく、抑制事態が精神的苦悩を増強させる。そのため、心理士は思考や感情の表出を十分に保証する。患者は何を表出しても批判されることなく受容され、支持されることを体験する。患者の安心感や自己評価が高まるよう、心理士は共感的に理解していることを患者に示し、援助する。さらに、間接的にカタルシス効果も期待できる。

終末期患者に対する心理的援助： さまざまな技法の選択

支持的療法を基盤に、患者のこれまでの防衛手段や対処方法、性格傾向、心理状態、また病状や身体的状況を鑑み、そのときにもっとも適切な技法を適宜用いて、心理的援助を実施する。表1で示したように、その種類はさまざまである。また、その時期、回数および時間といった治療構造も同様に決定されるが、終末期の場合、患者の身体状況の変動も大きいことから、これらを臨機応変に変更して柔軟に対応する。

リラクゼーション法では、心身のリラクゼーションを目的として、自律訓練法、漸進的筋弛緩法、イメージ療法、呼吸法などを実施する。これは主に、機能的、生理学的な障害の改善や不安や緊張に対する対処法として用いられるが、全般的な心身の状態の調整や、さらには自己の内面の探求や開放としての効果も期待できる。

具体的に達成可能な目標を個々に設定し、それを実際に行っていく中で、自尊心や自己統制感が向上するよう心理的に援助していく行動療法がある。患者は、病気によって自己イメージの喪失を体験したり、これまで形成してきたアイデンティティまでもが脅かされたりするが、おのおの患者ごとに、その患者に特異な楽しみや自己統制感につながるような活動計画を具体

表1 がん患者に対する心理的援助

技法の種類	形態
1. 教育的介入 医学的情報、心理学的情報 2. 認知行動療法 3. 行動療法 4. リラクゼーション法 自律訓練法、漸進的筋弛緩法、催眠、瞑想、バイオフィードバック、イメージ療法、呼吸法など 5. その他の心理療法 支持的、実存的、ライフレビュー、問題解決技法、ナラティブ・セラピー、クライエント中心療法、精神力動的、危機介入など	1. 個人 患者、家族 2. 集団

(岩満優美：がん患者への心理療法的介入、臨精医 33：621-626, 2004 より引用、改変)

的に立て、病気に支配されない自分の人生の領域があることをひとつずつ体験・実感し、自己価値観の回復へと結びつけていく。

その他、人生を振り返り統合しようとするライフレビュー、問題に対するもっとも有効な解決法を導き出す問題解決技法、積極的に人間の運命や死について話しをする実存的アプローチなどがある。

内面をみつめ、やがて訪れる死を平穏に迎える準備をすること、患者みずから創作活動を行うことにより、能動性や個人としての価値や尊厳を回復させること、作品を通して感情を表出すること、人生の意味や生と死について考えることなどが可能となる。これらは直接心理士が実施する場合もあるが、その専門家とともに実施することも多い。

終末期における芸術療法

終末期ではとくに、絵画、コラージュ、造形、詩歌、音楽などを用いた芸術療法が、積極的に求める治療法としてではなく、患者とともに時間を過ごす、あるいは感情表現のひとつとして位置づけられている。とくに、ホスピスにおいては音楽療法が、患者の心身の苦痛を緩和させ、QOLを高めるために導入されている。レクリエーションや娯楽として患者自身が表現活動を楽しむこと、芸術表現を通して自分自身の力で

チーム医療の一員として

精神的苦悩を感じる終末期の患者に対しては、精神的苦悩の緩和やQOLの向上に向け、「基盤となる7つのケア」と「個別の精神的苦悩に対するケア」が提案されている。このような包括的な取り組みを行うためには、多職種による協働が欠かせず、高度に機能する多職種チームが必要である。“心の専門家”である心理士は、傾聴スキルを駆使して、患者の思考や感情をうまく表出させ、心理状態をアセスメントし、援

Column

ご家族への対応

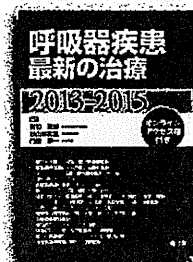
家族は将来に対する不安や恐れ、経済的な問題、十分なケアを行うことができないという自責感を感じる一方、患者の前ではそういった悲しみ、苦しみおよび不安を抑制し、患者に負担をかけまいとする。また、患者との死別が近づいていることへの不安や悲しみも計り知れない。そのため、家族も患者と同様にとらえ、不眠、食欲不振および気分の落ち込みなどがみられないか、常に気を配ることが大切である。家族に心理的援助を実施することは、患者のQOLのうえでも重要である。

助することを専門とする。医療者が、患者の心理的対応をむずかしいと感じた場合、あるいは、何も話さないものの、抑うつ的で不安な表情をしている患者がいた場合、まずは心理士に相談あるいは依頼することを推奨したい。また、心理士は医療者の心理的サポートも行っている。それぞれの医療者がそれぞれの専門性を発揮し、相互にその専門性を理解したうえでの協働が大切である。

文 献

- 1) 大庭 章：心理士との連携。がん診療に携わるすべての医師のための心のケアガイド，第1版，清水研(編)，真興交易，東京，p87-90，2011
- 2) 明智龍男：進行・終末期がん患者に対する精神療法。精神誌 106：123-137，2004
- 3) 森田達也：がん患者の精神的苦悩。臨精医 33：559-565，2004
- 4) 岩満優美：適応障害の理解とケア：適応障害患者に対する心理療法。緩和ケア 19(3)：210-212，2009
- 5) 岩満優美：高齢者の心理療法—高齢者のターミナルケアと残された人々へのグリーフカウンセリング。高齢期の心理と臨床心理学，第1版，下仲順子(編)，培風館，東京，p350-365，2007

南江堂



最新の情報と治療方針を簡潔にまとめた「最新の治療」シリーズの呼吸器疾患版

呼吸器疾患最新の治療 2013-2015

オンラインアクセス権付



編集 質和敏博/杉山幸比古/門田淳一

B5判・528頁 2013.2. ISBN978-4-524-26993-8

定価(本体 10,000 円+税)

目 次

I 巻頭トピックス

1. 東日本大震災—津波災害と呼吸器診療
2. 呼吸器内視鏡による診断と治療の進歩
3. ALI/ARDS と心原性肺水腫の鑑別 Update
4. NHCAPガイドライン
5. 抗菌薬療法の進歩—Hit and Away
6. 抗インフルエンザ薬の現状と使い分け
7. 喘息の全ゲノム関連解析 GWAS の解説—日本の報告と世界の報告
8. COPD の新しい治療展開—自然史と病型分類からみた治療戦略
9. 世界に広がる COPD マクロライド治療
10. 特発性間質性肺炎診断と治療の手引き(改訂第2版)
11. 気腫合併肺線維症
12. 難治性サルモネラ—シスの治療
13. 肺高血圧症—新たな診断基準と治療戦略
14. 新しい肺癌遺伝子 EML4-ALK とその臨床応用
15. 悪性胸膜中皮腫の増加と治療戦略

II 主な呼吸器用薬剤の作用機序と適応

- III 呼吸器疾患の治療手技
- IV 呼吸器系の救急治療
- V 呼吸不全と呼吸調節障害
- VI 呼吸器感染症
- VII 閉塞性肺疾患と気道系疾患
- VIII 間質性肺疾患
- IX 免疫・アレルギー性肺疾患
- X 医原性肺疾患
- XI 肺循環障害
- XII 全身性疾患による肺病変
- XIII 腫瘍性疾患
- XIV 先天性異常・形成不全
- XV 呼吸器疾患の患者指導

巻末付録—薬剤一覧表

2013

internal medicine

短報

緩和ケア病棟入院前後に患者・家族がもつ情報の
程度や理解状況—看護師による評価から山田 祐司¹⁾, 平方 眞¹⁾, 轟 慶子²⁾, 岡崎 賀美^{3, 4)}, 石黒 理加¹⁾,
延藤 麻子²⁾, 松原 芽衣⁴⁾, 小坂 麻利¹⁾, 羽田かおり¹⁾, 岩満 優美⁴⁾

1) 愛和病院, 2) 鶴賀病院, 3) 東大和病院, 4) 北里大学大学院 医療系研究科 医療心理学

受付日 2012 年 7 月 9 日 / 改訂日 2012 年 9 月 10 日 / 受理日 2013 年 3 月 8 日

【目的・方法】一般市民の緩和ケア病棟に対する認識には誤解があることが知られており、緩和ケア病棟入院の患者とその家族は、緩和ケア病棟に関する情報が十分ないままの入院となることが推測できる。そこで、緩和ケア病棟入院前後の患者・家族が置かれている状況を理解するために、緩和ケア病棟勤務の看護師を対象にアンケート調査を実施した。【結果】以下の2点が明らかになった：①約55%の看護師は患者・家族が緩和ケア病棟入院前に十分な情報をもっておらず、約62%の看護師は患者が十分な説明を受けずに、約37%の看護師は家族が十分な説明を受けずに入院になったと認識していた。②入院前は緩和ケア病棟の利用の仕方について、入院後は治療や病状についての質問が多かった。【考察】入院前の患者・家族のみならず、一般病棟で働く医療者に対しても、緩和ケア病棟における治療内容、入院の条件などの十分な説明が必要であることが示唆された。

Palliat Care Res 2013; 8(2): 361-70

Key words: 緩和ケア病棟, 看護師, がん患者, 家族

緒言

2002年にWorld Health Organization (WHO) が緩和ケアの定義を変更し¹⁾、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価を行い、それが障害にならないように予防したり対処したりすることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するためのアプローチである」と定義された。この中で、これまでの定義と違い、「疾患の早期」からの緩和ケアの必要性が認識された。また、2006年にがん対策基本法が制定されてから、急性期病院、がん診療連携拠点病院にも、緩和ケアチームができ、がん治療を受けながらも、緩和ケアが受けられるようになってきた。

しかしながら、多くの緩和ケア病棟では、症状緩和を治療の主眼とし、抗がん治療を目的にはしていない。多くの患者は、抗がん治療を主眼とした病院・病棟から、緩和ケア病棟に転院・転棟（以下、緩和ケア病棟入院）してくる。これまで受けてきた治療から、治療方針の転換がなされるわけであるが、緩和ケア病棟に入転した患者や家族は、緩和ケア病棟に対して死を待つ場所など否定的な印象を抱き、医療者から見捨てられた感覚や、病气や死の現実に対するあきらめや絶望感を抱きやすい^{2, 3)}。また、そもそも、一般市民の緩和ケア病棟に対する認識には誤解があることも知られている⁴⁾。一方、医療者にとっても、患者・家族に治療不可能というバッドニュースを伝えることは苦痛であるため、緩和ケア病棟への紹介は滞りやすい⁵⁾。し

かし、緩和ケア病棟への入転院は患者のQOLにも大きな影響を与えるため、緩和ケア病棟への円滑な入転院が望まれる。

そこでまず、緩和ケア病棟入院前後の患者・家族が置かれている状況を理解するために、特に、患者・家族に密接に関わる緩和ケア病棟勤務の看護師を対象にアンケート調査を実施した。具体的には、①緩和ケア病棟入院前に患者・家族がもっていた緩和ケア病棟に対する情報、患者・家族が受けた緩和ケア病棟入院に対する説明、②緩和ケア病棟入院前・後に患者・家族から受けた質問内容、について看護師を対象に調査し、患者・家族間で比較検討した。

方法

① 対象者

5施設の緩和ケア病棟（長野県内4施設、東京都内1施設）に勤務するすべての看護師65名を対象に質問紙を配布した。

② 質問紙—緩和ケア病棟でのケアに関する質問紙

本調査を行うにあたり、予備調査として緩和ケア病棟に勤務する看護師を対象に「緩和ケア病棟の問題」について自由記述式の質問紙調査を行った。この予備調査の結果を参考に、本調査での質問紙を作成した。

質問紙は、①緩和ケア病棟入院前に患者・家族がもっていた緩和ケア病棟に対する情報、患者・家族が受けた緩和ケア病棟入院に対する説明、②緩和ケア病棟入院前・後に患者・家族が

Corresponding author: 山田祐司 | 愛和病院

〒380-0904 長野県長野市大字鶴賀1044-2

TEL 026-226-3863 FAX 026-223-7168 E-mail: aiwakai@ah.wakwak.com

ら受けた質問内容, ③対象者の属性, という内容で構成されており, 看護師が記入する。なお, 入院後とは, 患者が転院・入院した直後からその後の入院生活までを含んでいる。

①緩和ケア病棟入院前に患者・家族がもっていた緩和ケア病棟に対する情報では, 「緩和ケア病棟入院前に, 緩和ケア病棟に対する正しい情報をもっていたと思うか」について, 患者と家族それぞれに対して「そう思わない=1点」から「そう思う=5点」の5段階評定で看護師が評価する。また, 患者・家族が受けた緩和ケア病棟入院に対する説明では, 「緩和ケア病棟入院後に緩和ケア病棟への入院についての説明を十分に受けていたと思うか」について, 同様に5段階評定で看護師が評価する。

②緩和ケア病棟入院前・後に患者・家族から受けた質問内容では, 緩和ケア病棟看護師が, 患者・家族から入院前・入院後に受けた質問内容を, 自由記載で尋ねている。

③対象者の属性では, 「性別」「年齢」「看護経験年数」「緩和ケア病棟経験年数」について尋ねている。

③ 手続き

2004年11月1日から2004年11月30日に, 各施設の緩和ケア病棟勤務看護師に質問紙を配布し, 無記名で回答を依頼した。質問紙の回収は, 回収期間1カ月の留め置き法で各施設に行った。

なお, 本研究は愛和病院倫理委員会の承認を得ている。また, 質問紙への回答をもって研究参加の同意とした。

④ 分析の概要

緩和ケア病棟入院前の情報とその理解状況について, 患者と家族の間に違いがあるか否かを検討するために, 「緩和ケア病棟入院前に緩和ケア病棟に対する正しい情報をもっていたと思うか」, および「緩和ケア病棟入院後に緩和ケア病棟への入院についての説明を十分に受けていたと思うか」の各評価得点ごとの頻度を算出した。次に, 患者と家族に対する看護師の評価得点と異なるか否かを検討するために, それぞれの項目ごとに, ウィルコクソンの符号付き順位検定を実施した。

緩和ケア病棟入院前・後に患者・家族から受けた質問内容の記述について, それぞれ要約的内容分析を行った⁹⁾。はじめに, 緩和ケア病棟入院前・後, および患者・家族ごとに, 2名の研究者が記述された文章を独立してコード化し, 次に類似するコードを集約し, 小カテゴリーとして名称を付与した。次に, 類似する小カテゴリーから中カテゴリーを, さらに大カテゴリーを作成した。その後, 1名の心理学関連の研究者, 1名の看護師, 1名の医師の研究者が分析者として加わり, 2名の研究者が行ったコードとカテゴリーが妥当であるか否かについて確認を行った。特に, 2名の研究者が最初に作成したコードおよびカテゴリーが不一致だった場合, 5名の分析者全員の意見が一致するまで協議を繰り返し, その内容的妥当性を検討した。なお, 小カテゴリーで同一人物の回答が重複した場合には1つの回答とした。入院前・後および患者・家族ごとにそれぞれコードの出現個数を総和し(以下, 出現総数), 出現総数から各カテゴリーの出現頻度を算出した。

以下, 大カテゴリーを【】, 中カテゴリーを[,], 小カテゴリーを<>, コードを“ ”で示す。

表1 患者および家族が, 緩和ケア病棟入院前に緩和ケア病棟に対する正しい情報をもっていたと思うか(看護師による評価の頻度(%))

	患者 (n=49)	家族 (n=52)
そう思わない	14	12
ややそう思わない	41	29
どちらでもない	27	31
ややそう思う	18	29
そう思う	0	0

($Z=-2.511, p<0.05$)

結 果

① 対象者について

質問紙を配布した看護師65名のうち, 63名(回収率96%)が回答した。そのうち, 回答に欠損のあった10名を除いた53名(有効回答率81%, 男性1名, 女性52名)を最終的な分析対象とした。なお, 平均年齢 $\pm$ SDは 35 ± 9.0 歳, 看護経験年数 $\pm$ SDは 13 ± 7.9 年, 緩和ケア病棟経験年数 $\pm$ SDは 2.1 ± 2.1 年であった。

対象者が勤務している5施設の平均有床数 $\pm$ SDは 12 ± 5.5 床, 緩和ケア病棟開設からの平均年数 $\pm$ SDは 6.1 ± 2.5 年であった。また, 5施設とも, 患者が入院前に30分から1時間ほどの入院面談や入院前相談をソーシャルワーカー, 看護師, 心理士, 医師などがおもに行っており, 最終的に入院判定会議によって患者の入院を決める。いずれの施設も簡単なパンフレットを用意し, 配布している。入院前相談では, 患者ではなく家族が受診することが多い。

② 緩和ケア病棟についての正しい情報と, 緩和ケア病棟への入院についての十分な説明について

「緩和ケア病棟入院前に緩和ケア病棟に対する正しい情報をもっていたと思うか」では, 患者については「そう思わない」が14%, 「ややそう思わない」が41%で, 緩和ケア病棟についての正しい情報をもっていないと約55%の看護師が評価していた。同様に, 家族については「そう思わない」が12%, 「ややそう思わない」が29%で, 家族が緩和ケア病棟についての正しい情報をもっていないと約41%の看護師が評価していた。「ややそう思う」と評価した看護師は少なく(患者: 18%, 家族: 29%), 特に患者が正しい情報をもっていたと評価する看護師の頻度が少なかった(表1)。患者と家族に対する看護師の評価得点と異なるか否かを検討するために, ウィルコクソンの符号付き順位検定を実施した。その結果, 患者は家族と比べて正しい情報をもっていないと評価した看護師の頻度が高かった($Z=-2.511, p<0.05$)。

「緩和ケア病棟入院後に緩和ケア病棟への入院についての説明を十分に受けていたと思うか」では, 患者については「そう思わない」が34%, 「ややそう思わない」が28%で, 約62%の看護師が, 患者は緩和ケア病棟への入院について十分な説明を受けていないと評価していた。一方, 家族については「そう思わない」が10%, 「ややそう思わない」が27%で, 約37%の看護師が, 家族は緩和ケア病棟への入院について十分な説明を受

表2 患者および家族が、緩和ケア病棟入院後に緩和ケア病棟への入院についての説明を十分に受けていたと思うか(看護師による評価の頻度 (%))

	患者 (n=53)	家族 (n=48)
そう思わない	34	10
やや思わない	28	27
どちらでもない	30	44
ややそう思う	7.6	17
そう思う	0	2.1

($Z=-3.395, p<0.05$)

けていないと評価していた。患者は家族よりも十分な説明を受けていないと評価する看護師の頻度が高かった(表2)。患者と家族に対する看護師の評価得点が異なるか否かを検定するために、ウィルコクソンの符号付き順位検定を実施した。その結果、患者は家族と比べて十分な説明を受けていないと評価した看護師の頻度が高かった($Z=-3.395, p<0.05$)。

③ 緩和ケア病棟入院前・後に患者・家族から受けた質問内容
緩和ケア病棟入院前・後に患者・家族から受けた質問内容について、質的に分析した。その結果、入院前に看護師が患者から受けた質問については19名の回答があり、出現総数は42個であった。入院後は25名の回答があり、出現総数は41個であった(表3)。

患者では、入院前では「緩和ケア病棟の基礎知識」を含む【緩和ケア病棟はどんなところか】が26%であったが、入院後は20%に減少した。また、入院前では【入院の条件】や【環境】を含む【緩和ケア病棟の利用の仕方】が43%であったが、入院後は22%に減少し、中でも【入院の条件】が24%から2.4%に減った。一方、入院前では「痛みをとってくれるのか」といった【緩和的治療】や「積極的治療などの治療を行うのか行わないのか」といった【積極的がん治療】を含む【治療】が24%であったが、入院後は34%に増加した。中でも「治療はしてくれるのか」といった【積極的がん治療】が4.8%から12%と多くなった。また、入院前では「何をしてくれるのか」といったケアへの要求である【ケアへの要望】などを含む【緩和ケア病棟のケア】が7.1%であったが、入院後は「気持ちも安らかにしてくれるのか」といった【ケアへの要望】について質問が増え、12%へ増加した。さらに、入院後は「予後」や「最後の状態」などを含む【病状】が新たに出現し、12%だった(表3)。

看護師が家族から受けた質問については入院前に31名の回答があり、出現総数は68個であった。入院後は31名の回答があり、出現総数は54個であった(表4)。

入院前では「緩和ケア病棟の基礎知識」を含む【緩和ケア病棟はどんなところか】が13%であったが、入院後は7.4%に減少した。また、入院前では【入院の条件】や【環境】を含む【緩和ケア病棟の利用の仕方】が50%であったが、入院後は28%に減少し、中でも【入院の条件】が24%から5.6%に減った。一方、入院前では「痛みをとってくれるのか」や「苦痛はほとんどとれるのか」といった【緩和的治療】や、「積極的治療などの治療を行うのか行わないのか」といった【積極的

治療」を含む【治療】が25%であったが、入院後は33%に増加した。中でも【緩和的治療】が2.9%から9.3%と多くなった。さらに、入院後は「予後」や「最後の状態」などを含む【病状】が新たに出現し、19%だった(表4)。

考 察

「緩和ケア病棟入院前に緩和ケア病棟に対する正しい情報をもっていたと思うか」、および「緩和ケア病棟入院後に緩和ケア病棟への入院についての説明を十分に受けていたと思うか」について、看護師が患者と家族それぞれに対して評価を行った。その結果、「緩和ケア病棟入院前に緩和ケア病棟に対する正しい情報をもっていたと思うか」では、患者は緩和ケア病棟についての正しい情報をもっていないと、約55%の看護師が評価していた。同様に、家族が緩和ケア病棟についての正しい情報をもっていないと、約41%の看護師が評価していた。緩和ケア病棟入院前の患者と家族は共に、緩和ケア病棟についての正しい情報を十分に受けていないことを約半数以上の看護師が評価していることが分かった。

そもそも、一般市民は緩和ケアに対する認識やそれらの利用についての情報が不十分であると報告されており⁷⁾、本研究の結果は、入院前の患者と家族においてもそれに近い状態にあることが支持された。また、同様に、本研究の結果は、患者・家族の約40%がホスピスに入院するまでホスピスについてまったく知らなかったというCasarettら⁸⁾の報告を支持した。さらに、緩和ケア病棟への入院は、医療者側からの提案となることが多く、その説明を受けた時の家族は、治療を継続できないことなどへの不満、不信といった否定的な感情をもちやすいことも指摘されている⁹⁾。ましてや、その入院先がこれまでと異なる病院であればあるほど、新しい環境に置かれることに対する不安は強くなるであろう。緩和ケア病棟への入院は、最初の情報提供の仕方が重要であると考えられる。

「緩和ケア病棟入院後に緩和ケア病棟への入院についての説明を十分に受けていたと思うか」については、約62%の看護師が、患者は緩和ケア病棟への入院について十分な説明を受けていないと評価していた。一方、家族では、約37%の看護師が、家族は緩和ケア病棟への入院について十分な説明を受けていないと評価していた。患者は家族よりも十分な説明を受けていないと評価する看護師の頻度が高かった。黒田らは緩和ケア病棟に入院した患者・家族が、「入院前には、緩和ケア病棟について想像がつかなかった、分からなかった」と述べていることを報告しているが²⁾、本研究においても、患者・家族が緩和ケア病棟について十分に理解しないまま、入院しているといえよう。特に、患者が十分な説明を受けていないという結果は、「患者自身が緩和ケア病棟への転院や治療の中止をどのように受けとるかが心配である」など、家族が患者の心情に対する心配が強く、十分に説明できないことを反映していると推察された³⁾。わが国では、いまだ病名の告知・治療方針の決定を家族にゆだねる傾向もあり、そのような状況も影響していると考えられる。

一方、緩和ケア病棟の見学や情報収集により、その実情を知ることによって、患者・家族の不安が軽減されるとの報告もあり⁹⁾、緩和ケア病棟入院前の情報提供についての工夫が求められる。この点は、本研究の施設では緩和ケア病棟への説明を入院前に行っていたが、それにもかかわらず家族の理解が十分ではな

表3 患者の入院前後の質問内容

a. 入院前の質問

大カテゴリー	頻度 (%)	中カテゴリー	頻度 (%)	小カテゴリー	頻度
緩和ケア病棟はどんなところか (PCU全般)	11 (26)	緩和ケア病棟はどんなところか (PCU全般)	11 (26)	緩和ケア病棟の基礎知識 入院のあり方	10 1
緩和ケア病棟のケア	3 (7.1)	ケアへの要望	3 (7.1)	看護, 介護ケアへの要望	3
緩和ケア病棟の利用の仕方	18 (43)	入院の条件	10 (24)	医療費	5
				入院の条件	3
				病気の限定	1
				地域の限定	1
		入院の時期	3 (7.1)	入院の時期	2
				待機・空床状況	1
		環境	5 (12)	面会	1
				退院	1
				外出, 外泊	1
				生活の仕方	1
				他の患者	1
治療	10 (24)	緩和的治療	4 (9.5)	疼痛コントロール	3
				症状コントロール	1
		積極的がん治療	2 (4.8)	積極的がん治療	2
		その他	4 (9.5)	民間療法	2
				延命治療	1
				安楽死	1

[n=19, コード出現総数=42]

[小カテゴリーで同一人物の回答が重複した場合は1つの回答とした]

b. 入院後の質問

大カテゴリー	頻度 (%)	中カテゴリー	頻度 (%)	小カテゴリー	頻度
緩和ケア病棟はどんなところか (PCU全般)	8 (20)	緩和ケア病棟はどんなところか (PCU全般)	8 (20)	緩和ケア病棟の基礎知識 未告知の人	7 1
緩和ケア病棟のケア	5 (12)	緩和ケアについての理解の程度	2 (4.9)	看護ケアについての理解	2
		ケアへの要望	3 (7.3)	看護, 介護ケアへの要望 精神的ケアへの要望	2 1
緩和ケア病棟の利用の仕方	9 (22)	入院の条件	1 (2.4)	医療費	1
		環境	8 (20)	面会	1
				退院	2
				転院	1
				日常の制約	1
				他の患者	3
治療	14 (34)	緩和的治療	5 (12)	疼痛コントロール	3
				症状コントロール	2
		積極的がん治療	5 (12)	積極的がん治療	5
		その他	2 (4.9)	延命治療	1
				安楽死	1
		検査	2 (4.9)	検査	2
病状	5 (12)	病状	5 (12)	病状	1
				治癒	1
				予後	1
				最後の状態	2

[n=25, コード出現総数=41]

[小カテゴリーで同一人物の回答が重複した場合は1つの回答とした]

表4 家族の入院前後の質問内容

a. 入院前の質問

大カテゴリー	頻度 (%)	中カテゴリー	頻度 (%)	小カテゴリー	頻度
緩和ケア病棟はどんなところか (PCU 全般)	9 (13)	緩和ケア病棟はどんなところか (PCU 全般)	9 (13)	緩和ケア病棟の基礎知識	9
緩和ケア病棟のケア	8 (12)	緩和ケアについての理解の程度	3 (4.4)	知識なし	3
		ケアへの要望	5 (7.4)	看護, 介護ケアへの要望	4
				精神的ケアへの要望	1
緩和ケア病棟の利用の仕方	34 (50)	入院の条件	16 (24)	医療費	11
				入院の条件	2
				地域の限定	1
				状態の程度	1
				告知の有無	1
		入院の時期	5 (7.4)	入院の時期	3
				待機・空床状況	2
		環境	13 (19)	付き添い	4
				面会	4
				病棟環境	1
				見学	1
				宗教 (信仰)	1
				他の患者	1
				在宅療養	1
治療	17 (25)	緩和的治療	2 (2.9)	疼痛コントロール	1
				症状コントロール	1
		積極的がん治療	8 (12)	積極的がん治療	8
		その他	6 (8.8)	民間治療	3
				延命治療	3
		検査	1 (1.5)	検査	1

[n=31, コード出現総数=68]

[小カテゴリーで同一人物の回答が重複した場合は1つの回答とした]

b. 入院後の質問

大カテゴリー	頻度 (%)	中カテゴリー	頻度 (%)	小カテゴリー	頻度
緩和ケア病棟はどんなところか (PCU 全般)	4 (7.4)	緩和ケア病棟はどんなところか (PCU 全般)	4 (7.4)	緩和ケア病棟の基礎知識	4
緩和ケア病棟のケア	7 (13)	緩和ケア	3 (5.6)	ケアについての意味	3
		緩和ケアについての理解の程度	1 (1.9)	知識なし	1
		ケアへの要望	3 (5.6)	看護, 介護ケアへの要望	3
緩和ケア病棟の利用の仕方	15 (28)	入院の条件	3 (5.6)	医療費	1
				費用の削減	2
		環境	12 (22)	付き添い	1
				面会	2
				退院	2
				外出, 外泊	1
				食事	1
				日用品や消耗品	1
				洗濯, 介護サービス利用	1
				他の患者	2
				家族の対応	1
治療	18 (33)	緩和的治療	5 (9.3)	疼痛コントロール	3
				症状コントロール	2
		積極的がん治療	6 (11)	積極的がん治療	6
		その他	5 (9.3)	民間療法	1
				延命治療	4
		検査	2 (3.7)	検査	2
病状	10 (19)	病状	10 (19)	予後	5
				治療	2
				病状	2
				最後の状態	1

[n=31, コード出現総数=54]

[小カテゴリーで同一人物の回答が重複した場合は1つの回答とした]

かったことから、その情報提供のあり方がいかに重要であるかが示唆された。渡部ら³⁾が指摘するように、患者や家族は、緩和ケア病棟への入院を十分に受け入れる心理状態ではないままに、緩和ケア病棟の説明を受けている。このような心理状態の時には、医療者側の説明を十分に理解できているとはいえない。また、緩和ケア病棟は死という否定的なイメージを連想しやすく、患者や家族がもともと緩和ケア病棟に対する誤解を抱いている⁹⁾というバイアスもかかっている。さらには、一般病棟の医療者が緩和ケア病棟に対する十分な知識をもっているとはいえない⁹⁾。そのため、それぞれの施設において、患者の入院前に、患者や家族が求めている情報が何であるかを把握することから始め、それらについて何度も説明することが大切であろう。これらの点は後述するが、入院前の質問において、【緩和ケア病棟の利用の仕方】、特に〈医療費〉など【入院の条件】に関する質問が多いと看護師が感じていることからもうかがわれる。緩和ケア病棟の医療者は、一般病棟の医療者ともうまく連携をとり、患者や家族が疑問点に感じる意見を反映した、より具体的なパンフレットを作成・配布し、病棟見学時にも再度説明をするなど、患者・家族が緩和ケア病棟について十分に理解でき、不安が軽減するよう、心がけることが重要であろう。

緩和ケア病棟入院前・後に患者・家族から受けた質問内容の頻度の検討では、【緩和ケア病棟の利用の仕方】において、緩和ケア病棟入院前に比べて、緩和ケア病棟入院後には、その頻度の有意な減少をみた。特に【入院の条件】、とりわけ〈医療費〉に関する質問の頻度が入院前に高いと看護師は感じていた。また、家族においては〈面会〉についての質問がみられているが、患者や家族が、緩和ケア病棟に対する十分な情報をもっていなければ、当然ながら、その利用の仕方についての質問が多くなる。患者や家族は、このまま継続して積極的がん治療を受けることができないといった説明を主治医から受け、一方、自宅で介護することもできないなどから、緩和ケア病棟への入院を決めるものの³⁾、その後、どのような入院生活となるか、イメージが湧きにくい。黒田ら²⁾は、緩和ケア病棟に対する患者・家族の認識調査で、入院前には緩和ケア病棟に対する印象がないという回答が認められ、特にそれは患者において多かったことを報告している。さらには、具体的な医療費に関する説明が乏しいことが示唆している。

緩和ケア病棟に対する十分な情報をもてない場合、医療費が高額であるというイメージをもつ家族もあり²⁾、具体的な医療費を含めた緩和ケア病棟に対する十分な説明を行わなければ、このような誤解が生じ、緩和ケア病棟利用の障害となることが示唆された。さらに、前述したように、一般市民だけでなく、一般病棟の医療者も同様に、緩和ケア病棟の十分な知識をもっていないことがある⁹⁾。加えて、それぞれの緩和ケア病棟において、独自の患者の入院適応基準を定め、入院判定を行っているため、緩和ケア病棟を希望する患者や家族に、また緩和ケア病棟を勧める外部の医療機関にとっては入院基準を知ること困難さが伴う場合が少なくない¹⁰⁾。そのため、緩和ケア病棟の医療者は、より積極的に、一般病棟の医療者に対しても、個々の入院基準や治療内容について説明を行うことが重要であると考えられる。

患者・家族共に、入院後に、【緩和ケア病棟のケア】についての質問頻度が増加した。具体的な内容としては、患者では“治療はまったくしないのか”“治療はしてくれるのか”などの

【積極的がん治療】に関する質問の頻度が増した。また、家族では“痛みはとってくれるのか”などの【緩和的治療】に関する質問の頻度が増加した。この結果は、未告知で入院した患者であればあるほど、積極的がん治療の有無についての質問は多く認められるし、緩和ケアについて理解することは難しい¹¹⁾ことを反映している。同様に、遺族を対象にした調査でも、積極的がん治療を行わないことに対する懸念が指摘されている⁴⁾。一方、一般病棟での強い治療による副作用、効果のない治療、および患者の激しい疼痛などで、患者や家族は緩和ケア病棟入院を決意することも多く、痛みを中心とした症状コントロールを望む声は大きく¹²⁾、【緩和的治療】に対する質問は、患者の病状によると考えられる。実際に、緩和ケア病棟入院以降、患者の病状は刻々と変化していく。そのため、患者や家族はその急激な変化に不安を覚え、病状などの質問をよりいっそう行なったと考えられる。

この点については、患者・家族共に、〈予後〉や〈最後の状態〉などを含む【病状】という質問が入院後に新たに出現しており、患者・家族共に緩和ケア病棟でのケアを受けながら、病状の進行・予後に不安を抱えていることがうかがわれる。そこには、患者や家族が、これまで積極的がん治療をおもに行ってきた状況から緩和ケアへ移行することを受け入れることの困難さが含まれており、最終的には死が近づいていることを受け入れることにもなる。

これらを鑑みると、このような【治療】や【病状】に対する質問が入院後に増えることは、患者・家族と医療者とのコミュニケーションにおいて、重要なことであると推察される。そのため、緩和ケア病棟に入院した患者・家族が病状の進行や予後に不安を抱えていることを医療者は認識し、必要に応じてその都度、病状や緩和ケアの十分な説明をするなど、患者や家族と十分なコミュニケーションをとり、精神的なサポートを行うことの重要性が示唆された。

本研究では、緩和ケア病棟に勤務している看護師を対象に、看護師がこれまでに患者・家族から受けた質問について分析を行った。そのため、患者・家族に直接尋ねた結果ではなく、あくまでも看護師を対象に行った研究であることが、本研究の限界である。今後は、入院前後に直接、患者・家族に尋ねるといった前向き研究を行うことが望ましいであろう。また、本研究の結果は、あくまでも今回研究対象となつた5施設における結果であり、一般化は難しい。さらに、医師をも含めた医療者と患者・家族の双方向からの研究を行い、両者の認識の違いなどを検討することによって、緩和ケア病棟入院に関する問題を明らかにしていきたい。

結 語

本研究は、緩和ケア病棟に勤務する看護師にアンケート調査を行い、①緩和ケア病棟入院前に患者・家族がもっていた情報、患者・家族が受けた緩和ケア病棟入院に対する説明、②緩和ケア病棟入院前・後に患者・家族から受けた質問内容の違い、について看護師に尋ねた。その結果、患者・家族共に、緩和ケア病棟への正しい情報を十分にはもっていないと、約半数の看護師が評価していた。入院に対する説明については、患者は十分な説明を受けていないと約62%の看護師が評価し、家族が十分な説明を受けていないと、約37%の看護師が評価して

いた。さらに、入院前には、【緩和ケア病棟の利用の仕方】についての質問が多いのに対して、入院後は【治療】や【病状】についての質問が増えた。

謝辞 本研究の調査にご協力いただきました皆様に深く感謝いたします。なお、本研究は日本学術振興会科学研究費補助金(基盤研究(C)22530757)によって行われた研究の一部です。

文 献

- 1) World Health Organization. Definition of Palliative Care. 2002. [<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>]
- 2) 黒田佑次郎, 岩満優美, 森 慶子, 他. 緩和ケア病棟に対する認識調査—入院患者とその家族の視点の検討. *Palliat Care Res* 2012; 7: 306-13.
- 3) 渡部ミサヲ, 竹前有里子, 丸山和恵, 他. 緩和ケア病棟への転院に伴う家族の意識—遺族アンケート調査の結果より. *県立がんセンター新潟病院医誌* 2005; 44: 37-41.
- 4) Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al. Perceptions of specialized inpatient palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 275-82.
- 5) Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, et al. Late referrals to palliative care units in Japan: nationwide follow-up survey and effects of palliative care team involvement after the Cancer Control Act. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38: 191-6.
- 6) Mayring P. Qualitative content analysis. In: Flick U, Kardorff EV, Steinke I (eds): *A Comparison to Qualitative Research*. Thousand Oaks, London, 2004; 266-9.
- 7) Hirai K, Kudo T, Akiyama M, et al. Public awareness, knowledge of availability, and readiness for cancer palliative care services: a population-based survey across four regions in Japan. *J Palliat Med* 2011; 14: 918-22.
- 8) Casarett D, Crowley R, Stevenson C, et al. Making difficult decisions about hospice enrollment: what do patients and families want to know? *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 249-54.
- 9) Miyashita M, Hirai K, Morita T, et al. Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis. *Support Care Cancer* 2008; 16: 217-22.
- 10) 渡邊祥子, 安藤祥子, 大西丈二. 愛知県内の緩和ケア病棟入院判定に関する調査. *日看医療会誌* 2007; 9: 47-54.
- 11) 志真泰夫. がんに対する積極的な治療から緩和ケアへの移行—A. 治療をどう選択するか. *ターミナルケア* 2003; 13(Suppl); 60-5.
- 12) 奥 祥子, 佐々木宏美, 塚本康子, 他. 一般病棟から緩和ケア病棟へのギアチェンジ. *看研* 2006; 39: 215-22.

著者の申告すべき利益相反なし

Short Communication

The level of the information and understanding state of patients and family members before and after palliative care unit admission: evaluation of the nurses

Yuji Yamada¹⁾, Makoto Hirakata¹⁾, Keiko Todoroki²⁾, Shigemi Okazaki^{3, 4)}, Rika Ishiguro¹⁾, Asako Nobutou²⁾, Mei Matsubara⁴⁾, Mari Kosaka¹⁾, Kaori Hata¹⁾ and Yumi Iwamitsu⁴⁾

1) Aiwa Hospital, 2) Tsuruga Hospital, 3) Higashiyamato Hospital, 4) Kitasato University Graduate School of Medical Science

Purpose and Method: It is known that people have insufficient recognition about hospital-based palliative care units (PCUs). Patients with cancer and their families are probably not well informed about PCUs on its admission. To understand the situation of patients and their families before and after PCU admission, a questionnaire survey was performed and evaluated by PCU nurses. **Result:** As a result, two points regarding PCU admission have become clear. First, about 55% of the nurses reported that prior to PCU admission, patients and family members lacked proper information about PCUs; about 62% of the nurses felt that PCUs had not been appropriately explained to the patients; and about 37% of the nurses felt that family members had not received an appropriate explanation of PCUs at the time of PCU admission. Second, before PCU admission, the main concern of patients and their families was proper utilization of PCUs. After admission, their main concerns were the extent of treatment provided in the PCU and the progress of the disease. **Conclusion:** These results suggest that appropriate information on PCUs, including the scope of treatment provided to patients and the requirements for PCU admission, is necessary for general ward staff as well as for the patients and their families prior to PCU admission. *Palliat Care Res* 2013; 8(2): 361-70

Key words: palliative care unit, nurses, cancer patients, family

Table 1 The level of information about PCU held by patients and family members before PCU admission as evaluated by nurses (%)

	Patients (n=49)	Family members (n=52)
Insufficient	14	12
Somewhat insufficient	41	29
Average	27	31
Somewhat sufficient	18	29
Sufficient	0	0

(Z=−2.511, p<0.05)

Table 2 The level of information about PCU held by patients and family members after PCU admission as evaluated by nurses (%)

	Patients (n=53)	Family members (n=48)
Insufficient	34	10
Somewhat insufficient	28	27
Average	30	44
Somewhat sufficient	7.6	17
Sufficient	0	2.1

(Z=−3.395, p<0.05)

Table3 Questions in patients before and after hospitalization

a. Questions before hospitalization (n=19, total items=42)

Large category	Freq. (%)	Medium category	Freq. (%)	Small category	Freq.
Explanation of PCU (General explanation)	11 (26)	Explanation of PCU (General explanation)	11 (26)	Basic knowledge of PCU	10
				Expectation for admission in PCU	1
The care recived in PCU	3 (7.1)	Request for the care	3 (7.1)	Request for nursing and heip care	3
Way of the use of PCU	18 (43)	Requirement for admission	10 (24)	Medical expenses	5
				Requirement for admission	3
				Limitation of illness	1
				Limitation of regions	1
		Time for admission	3 (7.1)	Time for admission	2
				Wait time interval and empty sickroom situation	1
		Environment	5 (12)	Visitation for patients	1
				Discharge	1
				Going out and staying out	1
				Way of the life in PCU	1
				About other patients	1
Treatment	10 (24)	Palliative treatment	4 (9.5)	Pain control	3
				Symptome control	1
		Positive cancer treatment	2 (4.8)	Positive cancer treatment	2
		Other treatment	4 (9.5)	Folk remedy	2
				Life prolonging treatment	1
				Euthanasia	1

b. Questions after hospitalization (n=25, total items=41)

Large category	Freq. (%)	Medium category	Freq. (%)	Small category	Freq.
Explanation of PCU (General explanation)	8 (20)	Explanation of PCU (General explanation)	8 (20)	Basic knowledge of PCU	7
				The person who does not know his	1
The care recived in PCU	5 (12)	Understandings about pallative	2 (4.9)	Understandings about nursing care	2
		Request for the care	3 (7.3)	Request for nursing and help care	2
				Request for psychological care	1
Way of the use of PCU	9 (22)	Requirement for admission	1 (2.4)	Medical expenses	1
		Environment	8 (20)	Visitation for patients	1
				Discharge	2
				Changing hospital	1
				Everyday life limitation	1
				About other patients	3
Treatment	14 (34)	Palliative treatment	5 (12)	Pain control	3
				Symptome control	2
		Positive cancer treatment	5 (12)	Positive cancer treatment	5
		Other treatment	2 (4.9)	Life prolonging treatment	1
				Euthanasia	1
		Examination	2 (4.9)	Examination	2
Disease condition	5 (12)	Disease condition	5 (12)	Disease condition	1
				Healing state	1
				Prognosis	1
				End of stage course	2

Table 4 Questions in family members before and after hospitalization

a. Questions before hospitalization (n=31, total items=68)

Large category	Freq. (%)	Medium category	Freq. (%)	Small category	Freq.
Explanation of PCU (General explanation)	9 (13)	Explanation of PCU (General explanation)	9 (13)	Basic knowledge of PCU	9
The care received in PCU	8 (12)	Understandings about palliative	3 (4.4)	No knowledge	3
		Request for the care	5 (7.4)	Request for nursing and help care	4
Way of the use of PCU	34 (50)	Requirement for admission	16 (24)	Request for psychological care	1
				Medical expenses	11
				Requirement for admission	2
				Limitation of regions	1
				Degree of the disease progress	1
				Knowledge of disease condition	1
		Time for admission	5 (7.4)	Time for admission	3
				Wait time interval and empty sickroom situation	2
		Environment	13 (19)	Attendant	4
				Visitation for the patient	4
				Environment of PCU	1
				Visit to ward	1
				Religion(faith)	1
				About other patients	1
				Home care	1
Treatment	17 (25)	Palliative treatment	2 (2.9)	Pain control	1
		Positive cancer treatment	8 (12)	Symptom control	1
				Positive cancer treatment	8
		Other treatment	6 (8.8)	Folk remedy	3
		Examination	1 (1.5)	Life prolonging treatment	3
				Examination	1

b. Questions after hospitalization (n=31, total items=54)

Large category	Freq. (%)	Medium category	Freq. (%)	Small category	Freq.
Explanation of PCU (General explanation)	4 (7.4)	Explanation of PCU (General explanation)	4 (7.4)	Basic knowledge of PCU	4
The care received in PCU	7 (13)	Palliative care	3 (5.6)	Meanings of the care	3
		Understandings about palliative	1 (1.9)	No knowledge	1
		Request for the care	3 (5.6)	Request for nursing and help care	3
Way of the use of PCU	15 (28)	Requirement for admission	3 (5.6)	Medical expenses	1
				Reduction of medical expenses	2
		Environment	12 (22)	Attendant	1
				Visitation for the patient	2
				Discharge	2
				Going out and staying out	1
				Meal care	1
				Daily necessities and expendable supplies	1
				Laundry and help service	1
				About other patients	2
				Correspondence of the family	1
Treatment	18 (34)	Palliative treatment	5 (9.3)	Pain control	3
		Positive cancer treatment	6 (11)	Symptom control	2
				Positive cancer treatment	6
		Other treatment	5 (9.3)	Folk remedy	1
		Examination	2 (3.7)	Life prolonging treatment	4
				Examination	2
Disease condition	10 (19)	Disease condition	10 (19)	Prognosis	5
				Healing state	2
				Disease condition	2
				End of stage course	1

[短 報]

がん診療拠点病院の施設背景が緩和ケア診療加算件数に及ぼす影響

伊勢 雄也^{*1} 森田 達也^{*2} 片山 志郎^{*1} 木澤 義之^{*3}^{*1} 日本医科大学付属病院薬剤部^{*2} 聖隷三方原病院 緩和支援診療科^{*3} 神戸大学大学院医学研究科 内科系講座 先端緩和医療学分野

(2013年10月26日受理)

【要旨】 がん診療拠点病院の施設背景が、緩和ケア診療加算件数に及ぼす影響について検討を行った。緩和ケア診療加算を算定していた施設 ($n = 118$) を対象として、施設背景と算定件数との相関について解析を行ったところ、各職種の専従人数と緩和ケア診療加算との間に相関関係を認めた。以上より、緩和ケア診療加算件数を上昇させるためには、他の業務とは独立したかたちで各職種の医療スタッフを配置することが重要である可能性が示唆された。

キーワード：がん診療拠点病院、緩和ケアチーム、緩和ケア診療加算、専従人数

緒 言

2002年4月の診療報酬改定で「緩和ケア診療加算」が新設され、全国で緩和ケアチーム活動が開始されて約10年が経過した。現在でも、その数は増え続けており、緩和ケアチーム活動に関する学会発表や報告が数多くなされている¹⁾。

「緩和ケア診療加算」とは、一般病床に入院する悪性腫瘍または後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状や不安、抑うつなどの精神症状をもつ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に関わる専従のチーム（以下、緩和ケアチーム）による診療が行われた場合に400点または200点算定することができる制度である²⁾。前述したように、現在では緩和ケアチーム活動に関する報告が数多くなされているものの、各施設の背景が緩和ケア診療加算件数に影響しているか否かについて検討した調査はまだない。施設のどのような因子が緩和ケア診療加算件数に影響しているか調査することは、緩和ケアチーム業務を評価するだけでなく、病院経営的な側面からも非常に重要と考えられた。そこで本研究では、がん診療拠点病院の施設背景が緩和ケア診療加算件数に及ぼす影響について検討を行った。

方 法

1. 対 象

がん診療連携拠点病院（397施設）の緩和ケアチーム薬剤師に自記式質問紙調査票を郵送し、一定期間後に返信してもらった（調査期間は2012年11月～2013年1月）。

問合先：伊勢雄也 〒113-8603 東京都文京区千駄木1-1-5
日本医科大学付属病院薬剤部
E-mail: yuyaise@nms.ac.jp

なお、本研究は、日本医科大学付属病院倫理委員会の承認後に実施された（受付番号：24-01-209）。また、本調査は、調査票を記載者の自由意志で決められること、回答した内容は、個人ならびに施設が特定されないかたちで解析することを文書で通知した³⁾。

2. 調 査 項 目

各施設の概要（病床数、2012年度のがん患者入院数、総入院数、平均在院日数、緩和ケアチーム活動開始時期、1年間のコンサルテーション依頼件数、1カ月間（6月）の緩和ケア診療加算（+400または+200点）算定施設数（各病院の集計の手間を考慮し、日本病院薬剤師会の調査等でも対象となっている6月1カ月を対象月とした）、算定件数および各職種の人数（専従人数）について調査を行った。また、緩和ケア診療加算を算定していた施設を対象として、施設背景と算定件数との相関について解析を行った。チーム活動期間が長ければ、それだけチーム内業務が標準化され、その結果として加算件数が上昇する可能性も考えられたため、活動期間と加算件数の相関についても、あわせて検討した。

3. 統 計 解 析

値は平均値±標準偏差（S.D.）で示し、施設背景と緩和ケア診療加算との相関性は、直線回帰分析およびKendallの順位相関係数を用いて検定を行った。なお、 $p < 0.05$ を有意性ありとして評価し、統計解析ソフトはStat View-J 5.0 for Macintoshを用いた。

結 果

304施設より回答を得た（回収率77%）。アンケート回答者の男女比は男：49.7%、女：50.3%であり、病院での実務年数は平均14.1年、緩和ケアチームにおける実務年数は平均4.6年であった。

施設背景を表1に示す。平均病床数は595.4床、平均在院日数は14.6日、緩和ケアチーム活動開始時期は2003～2007年が最も多く約67%であった。また、緩和ケア診療加算（＋400または＋200点）算定施設数は118施設、算定施設の1カ月の平均加算件数は195.4件であった。

施設背景が算定件数に与える影響を表2に示す。304施設の中から、緩和ケア診療加算を算定していた118施設を対象として解析を行った。直線回帰分析を用いて検定を行った結果、病床数、入院がん患者数、総入院患者数、在院日数、活動期間および各職種の所属人数と緩和ケア診療加算との間に相関は認められなかったが、コンサルテーション依頼件数、ならびに各職種の専従人数と緩和ケア診療加算との間に相関関係を認めた。また、Kendallの順位相関係数を用いて各職種の専従人数と緩和ケア診療加算検定を行ったところ、専従身体担当医師数および専従薬剤師数と緩和ケア診療加算との間に相関関係を認めた（専従身

体担当医師；相関係数 2.372, $p = 0.018$, 専従薬剤師；相関係数 2.097, $p = 0.036$ ）が、専従精神担当医師数および専従看護師数と緩和ケア診療加算との間には相関関係を認めなかった（専従精神担当医師；相関係数 0.690, $p = 0.490$, 専従看護師；相関係数 1.654, $p = 0.098$ ）。

考 察

本研究は、われわれの知る限り、施設背景と緩和ケア診療加算件数の関連性を検討した研究としては、最初のものである。この研究で最も重要な点は、単なる緩和ケアチームスタッフ数ではなく、専従スタッフ数と加算件数が相関を示したことである。すなわち、緩和ケア診療加算件数を上昇させるためには、各職種の専従スタッフ数を充実させることが重要であることが示唆された。奥村ら⁴⁾は、緩和ケアチームの活動に専従する医師や看護師が少ないことは、結果的に緩和ケアチームの適時の介入を困難にさせ、

表1 施設背景 (n = 304)

施設項目	平均値 (標準偏差, 中央値)
病床数	595.4 (249.1, 561)
1年間 (2012年度) のがん患者入院数	9,296.3 (25,242.5, 2,859)
1年間 (2012年度) の総入院数	76,135.3 (99,022.5, 15,310)
在院日数	14.6 (2.6, 14)
緩和ケアチーム活動開始時期 (西暦)	
2008～2012	21.7% (n = 66)
2003～2007	66.8% (n = 203)
1998～2002	5.3% (n = 16)
1993～1997	0% (n = 0)
< 1993	0.7% (n = 2)
1年間 (2012年度) のコンサルテーション依頼件数	172.7 (372.7, 100)
緩和ケア診療加算 (＋400または＋200点) 算定施設数	38.8% (n = 118)
算定している施設の1カ月の加算件数	195.4 (207.7, 131)
身体症状担当医師数	2.7 (1.9, 2)
精神症状担当医師数	1.2 (0.9, 1)
看護師数	3.6 (3.4, 2)
薬剤師数	1.8 (1.0, 2)
専従身体症状担当医師数	0.9 (0.8, 1)
専従精神症状担当医師数	0.4 (0.6, 0)
専従看護師数	1.1 (1.2, 1)
専従薬剤師数	0.1 (0.3, 0)

表2 各項目が緩和ケア診療加算件数に与える影響 (n = 118)

項 目	平均値 (標準偏差)	相関係数	p 値
病床数	724.1 (275.5)	0.014	0.881
入院がん患者数	94,321.1 (119,066)	0.051	0.614
総入院患者数	15,165.0 (36,085.6)	0.031	0.114
在院日数	14.6 (2.6)	0.055	0.575
コンサルテーション依頼件数	262.6 (536.3)	0.255	< 0.01
身体症状担当医師数	2.7 (1.9)	0.007	0.938
精神症状担当医師数	1.5 (1.0)	0.150	0.112
看護師数	2.7 (2.2)	0.018	0.845
薬剤師数	1.9 (1.0)	0.156	0.098
専従身体症状担当医師数	1.2 (0.7)	0.293	< 0.01
専従精神症状担当医師数	0.6 (0.7)	0.300	0.048
専従看護師数	1.1 (0.4)	0.211	0.027
専従薬剤師数	0.2 (0.5)	0.543	< 0.01

特にチームの活動日以外で早急に対応が必要となる事例に対して、タイムリーに対応できない現状を生み出している」と報告している。専従スタッフ数が多ければ早急に事例に対応でき、その結果として、加算件数が上昇すると考えられる。しかし、専従薬剤師数以外の職種と加算件数は弱い相関であったため、ノンパラメトリックな検定も行ったところ、身体症状担当医師および薬剤師と加算件数との間のみ相関が認められたことから、特に身体症状担当医師および薬剤師のスタッフ数の充実が重要である可能性が考えられた。

次に重要な点は、加算件数と施設の病床数や入院患者数、在院日数およびチーム活動期間との間に相関がないことがわかったことである。すなわち、加算件数とこれらの因子との間に関連性はないことが示唆された。施設の規模が大きいほど、コンサルテーションチーム活動にマンパワーを投入できる可能性があるため、加算件数は多くなると思われたが、そのような関連性はないことが明らかとなった。

一方、本研究の限界として、以下の点が挙げられる。今回は、調査票をがん診療連携拠点病院にしか郵送しておらず、すべての算定病院を対象としなかった。すべての算定病院を対象とした場合、異なった結果が得られたかもしれない。また、本研究では、各職種の経験年数を調査しなかった。チームスタッフの経験が豊富なほど効率的に業務が遂行できるため、このような因子も算定件数に影響した可能性がある。また、すべての緩和ケアチームには、身体症状担当医師、精神症状担当医師、看護師および薬剤師が含まれているため、構成メンバーの差は本結果に影響していないと考える。

以上、本研究では、緩和ケアチーム専従スタッフ数と緩和ケア診療加算件数との間に相関性が認められた。いいかえると、緩和ケア診療加算件数を上昇させるためには、他の業務とは独立したかたちで各職種の医療スタッフを配置

し、緩和ケアチーム業務を行うことが重要であると考えられた。特に、専従薬剤師数との関連が最も強かったことから、緩和ケア診療加算件数を増加させるには、専従薬剤師のスタッフを増員させることが重要となるかもしれない。薬剤師が患者の薬物治療の支援（事前のカルテ調査や処方変更後の痛みの評価等）により時間を費やすことができれば、チームラウンドがより標準化、迅速化され、その結果として加算件数が上昇する可能性が考えられた。

今後、緩和ケアチームを全国的にさらに普及させ、活性化させるためには、このようにチームと診療報酬をリンクさせて評価することが重要と考えられる。

謝 辞

本研究を遂行するに際し、ご助言賜りました手稻溪仁会病院がん治療管理センター 久原幸先生、横浜市立大学附属病院薬剤部 小宮幸子先生、東北大学大学院医学系研究科 宮下光令先生、佐藤一樹先生、弘前大学医学部附属病院麻酔科 佐藤哲観先生、国立がん研究センター東病院精神腫瘍学開発部 小川朝生先生、北海道大学大学院医学研究科 大滝純司先生に厚く御礼申し上げます。

本研究は、平成24年度厚生労働科学研究費補助金「がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」の助成を受けて実施された。

文 献

- 1) 樋口比登実, 笹原朋代. 緩和ケア診療加算を算定している緩和ケアチームの医師の現状. がん患者と対療 2006; 17: 75-84.
- 2) 厚生労働省保険局医療 [cited 2013 AUG7]. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/gaiyou.pdf>
- 3) Ise Y, Morita T, Katayama S, and Kizawa Y. The activity of palliative care team pharmacists in designated cancer hospitals: A nationwide survey in Japan. J. Pain Symptom Manage. in press.
- 4) 奥村美奈子. A 県の医療機関における緩和ケアチームの活動の現状と課題. 岐阜県看大紀 2011; 11: 63-69.

Effect of a Designated Cancer Hospital on Additional Palliative Care Fees

Yuya ISE^{*1}, Tatsuya MORITA^{*2}, Shirou KATAYAMA^{*1},
and Yoshiyuki KIZAWA^{*3}

^{*1} Department of Pharmaceutical Services, Nippon Medical School Hospital,
1-1-5 Sendagi, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8603, Japan

^{*2} Department of Palliative and Supportive Care, Palliative Care Team and Seirei
Hospice, Seirei Mikatahara General Hospital,
3453 Mikatahara-cho, Kita-ku, Hamamatsu 433-8558, Japan

^{*3} Division of Palliative Medicine, Department of Internal Related, Kobe University
Graduate School of Medicine,
1-1 Rokkoudai-cho, Nada-ku, Kobe 657-8501, Japan

Abstract: The influence of a designated cancer hospital on additional palliative care fees was investigated. We identified 397 designated cancer hospitals across the country. Questionnaires were mailed out to all 397 centers between November 2012 and January 2013. In those centers that charged additional fees for palliative care ($n = 118$), there was a significant correlation between the number of full-time medical staff and the additional palliative care fees. This important finding highlights the fact that the duties of the palliative care team must be performed independent of the duties of other medical staff to justify the increased palliative care fees.

Key words: designated cancer hospital, palliative care team, additional palliative care fees, number of full-time medical staff

