

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

がん拠点病院以外の病院およびがん拠点病院における、診断時からの緩和ケアに関する実態調査

研究分担者 恒藤 暁 京都大学 医学研究科 教授

研究要旨

我が国におけるがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）とがん治療を行っているがん診療連携拠点病院以外の病院（以下、非拠点病院）を対象とし、「がんと診断された時からの緩和ケア」の実態や考え方・態度に関する全国調査を行った。拠点病院等は399施設、地域がん診療病院は34施設、非拠点病院は478施設が調査対象となり、269施設（67%）、22施設（65%）、259施設（54%）から回答が得られた。我が国におけるがん対策は、これまで拠点病院を中心に取り組みが行われおり、その成果として主に拠点病院で診断時からの緩和ケアを提供する体制の整備は進んでいる。しかしながら、拠点病院においても、入院診療と比較して、外来診療の整備体制が進んでおらず、近年の抗がん治療は外来を中心に行われることからその充実は急務である。また、体制整備が進んでいたとしても、それをを用いる現場レベルでうまく機能していない可能性があり、本研究班では平成30年度に医療従事者を対象とした調査を実施する予定である。また、非がん拠点病院・地域がん診療病院ともに、診断時から緩和ケアを提供する体制が十分ではないことが示された。緩和ケアに限らず、包括的ながん診療状況に関する調査は、特に非拠点病院ではこれまで十分に行われておらず、調査の実施と対策の実行は急務と考えられる。さらに、診断時からの緩和ケアに対する施設の考え方・態度については、大多数の施設でそれが自施設のがん患者に対して有益と考えていたが、対応する職種の増員は多くで予定されておらず、人材の確保の困難さもそれぞれの施設で直面していることが示された。限られた医療資源の中で、いかに診断時からの緩和ケアを充実させていくかが重要な課題であり、それに向けた問題点や方策を明らかにし、今回の量的調査を補完する目的で、自由記述による診断時からの緩和ケアの実態や考え方・態度に関する調査も行った。現在、この自由記述データをもとに、内容分析の手法を用いた質的解析が進行中である。

A. 研究目的

我が国ではがん対策基本法の施行以降、がん対策推進基本計画では「がんと診断された時からの緩和ケア」が重点的に取り込むべき課題として盛り込まれている。しかしながら、その実態や各施設の診断時からの緩和ケアに対する考え方や態度はこれまで十分に調査されてこ

なかった。そのため、本研究班では、我が国におけるがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）とがん治療を行う拠点病院以外の病院（以下、非拠点病院）を対象とし、診断時からの緩和ケアの実態や考え方・態度に関する全国調査を行った。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

調査票を用いた郵送法による横断的研究

2. 調査対象

厚生労働省ホームページに掲げられていた「がん診療連携拠点病院等の一覧表（平成29年4月1日現在）」から、地域がん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院、国立がん研究センター中央病院、国立がんセンター東病院、地域がん診療病院、特定領域がん診療連携拠点病院を同定し、拠点病院群として扱った。また、指定要件の異なる地域がん診療病院に対しては、個別の解析を加えた。拠点病院群には100床以上の病院を適格基準として定め、特定領域がん診療連携拠点病院は調査対象から除外された。また、非拠点病院を抽出する目的で医事日報社より全国病院情報データを購入し、全国8525施設の病院情報を入手した。非拠点病院群では、100床以上の病院を適格とし、がん治療を行っている病院に絞る目的で、内科・呼吸器内科・消化器内科・血液内科・外科・呼吸器外科・消化器外科・乳腺外科のいずれかの標榜がある病院を適格として、国立療養所、病院名称から明らかにがん診療を行っていない病院は除外した。最後に、拠点病院群との比較の妥当性を担保する目的で、病院規模と地域による層別無作為抽出を行った。病院規模は、がん拠点病院群の病床規模の分布を参考にし、-299床、300-499床、500-699床、700床-の4層を構築した。地域は、北海道、東北、東京、東京以外の関東、中部、関西、中国、四国、九州・沖縄の9層を構築した。東京は、日本の総人口の約1割が密集する地域の特殊性より、独立した地域区分として扱うこととした。

3. 調査票の作成、郵送、データベースの固定

9人の医師（がん治療医4名、緩和ケア医5名）による合議で調査票は作成された。診断時から

の緩和ケアの実態に関する項目はがん対策推進基本計画を、考え方・態度に関する項目は先行文献を参考にし、調査項目の作成を行った。回答施設は連結可能匿名化を行った。調査趣意書と調査協力依頼書を同封の上、対象病院の院長またはがん診療責任者宛てに、2017年11月に調査票を発送した。調査票の返送先は、京都大学内の担当事務局とした。返送がない病院を対象に最初の発送から3週間後に再度郵送を行った。データの質と信頼性・透明性を担保する目的で、非拠点病院群のランダム抽出の実施・調査票の郵送・データベースの構築を、外部委託にて行った。

4. 統計解析

記述統計、t検定、Cochrane-Armitage傾向検定を適宜実施した。非拠点病院群の代表値は、拠点病院群の病床規模の分布に沿って重み付けによる調整を加えた。地域がん診療病院単独と非拠点病院群との比較においては、地域がん診療病院のサンプル数が少なかったため、重み付けによる解析は実施しなかった。解析の独立性を担保する目的で、解析は外部の疫学専門家に依頼した。

（倫理面への配慮）

本調査研究は、医療従事者に任意の回答を求める調査であり、人体から採取された試料等を用いない。京都大学大学院医学研究科・医学部及び医学部附属病院 医の倫理委員会より各種研究倫理指針の対象外とする答申を受け、倫理審査は省略した。回答は任意であり、調査票への回答・返送をもって同意取得とみなした。

C. 研究結果

地域がん診療病院を除く拠点病院群は399施設、地域がん診療病院は34施設、非拠点病院群は478施設が同定された。それぞれ、269施設（67%）、22施設（65%）、259施設（54%）から返送が得られ、解析対象とした有効回答施

設は269施設（67%）、9施設（26%）、150施設（31%）であった。

結果を【表1 診断時からの緩和ケアの実態について】【表2 診断時からの緩和ケアへの考え方・態度について】にまとめた。

診断時からの緩和ケアの実態について

がん告知の際のがん患者の精神的なつらさについて、主治医・担当看護師以外がサポートする体制については、入院・外来ともに有意差をもって、拠点病院群が非拠点病院群より多くの診療科で整備されていたが、両群において入院より外来の方で体制整備が進んでいない傾向が認められた。（拠点病院群 vs. 非拠点病院群：外来，65% vs. 44%；入院，79% vs. 48%。調整 p 値=0.003；<0.001.）早期がん患者を含めた病期の時期に関わらない身体症状治療を、主治医や外来看護師以外がサポートする体制については、入院・外来とも有意差をもって、拠点病院群が非拠点病院群より多くの診療科で整備されていたが、両群において入院より外来の方で体制整備が進んでいない傾向が認められた。（外来，68% vs. 42%；入院，81% vs. 50%。調整 p 値=0.001；<0.001.）抗がん治療中の緩和ケア部門による身体・精神症状に対する診療体制は、拠点病院群が非拠点病院群より多くの診療科で整備されていた。（身体症状，88% vs. 58%；精神症状，87% vs. 56%。調整 p 値=<0.001；<0.001.）がん薬物療法による有害事象の治療に関するサポート体制については、拠点病院群が非拠点病院群より多くの診療科で整備されていた。（76% vs. 45%。調整 p 値=0.001.）

地域がん診療病院はサンプル数が少ないが、非拠点病院といずれの項目においても同様の状況であることが示唆された。

診断時からの緩和ケアへの考え方・態度について

拠点病院・非拠点病院いずれにおいても、自

施設が提供する緩和ケアの水準は十分ではないとの評価であった。（拠点病院群 vs. 非拠点病院群：75% vs. 76%。調整 p 値=0.674.）多くの施設で（診断）早期からの緩和ケアは患者にとって有益であり、不採算だとは考えていなかった。（有益だと思う，85% vs. 89%；不採算だと思う，13% vs. 18%。調整 p 値=0.933；0.217.）半数強の施設で向こう5年以内に、緩和ケアチームへの早期受診を促す取り組みを行う予定であったが（55% vs. 60%。調整 p 値=0.001.））、病院全体のバランスとして、緩和ケアに人員を割くことは難しいと多くの施設で考えられており（76% vs. 86%。調整 p 値=0.002.））、過半数の施設で緩和ケアに対応する医師・看護師・精神的サポートを行う職種の増員を予定していなかった。また、拠点病院群では緩和ケアを担当する医師の確保に困難感を感じており、非拠点病院群では医師だけでなく看護師や精神的サポートを行う職種の確保に困難感をより感じている結果であった。

地域がん診療病院はサンプル数が少ないが、非拠点病院といずれの項目においても同様の状況であることが示唆された。

D. 考察

がん対策推進基本計画にある「がんと診断されたときからの緩和ケア」では、早期がん患者を含めたがん患者への全人的ケアが推奨されている。病期にかかわらず、がん患者が安心して療養や日常生活を送ることができる社会の構築は、今後の高齢化の進行に伴いさらなるがん患者の増加が予測される我が国において、ますます重要となってくる。本研究は、厚生労働行政における「がんと診断されたときからの緩和ケア」の実態を評価した、我々の知る限り初めての調査研究である。

行政施策による推進や拠点病院の指定要件により、全般的にがん患者への診断時からの緩和ケアの提供体制は、拠点病院を中心に整備が

進んでいるものと考えられた。ただし、外来環境に着目すると、拠点病院においても40%弱の施設で、主治医・外来看護師以外による身体・精神症状緩和のサポート体制が十分に整備されていない可能性が示唆された。入院環境と比較して、時間・人員、診療スペースに制約のある外来環境において、十分なケアを提供する医療資源の不足が原因の一つとして考えられた。近年の抗がん治療の大半は外来において実施される現状を考慮すると、外来環境でのがん・緩和ケア診療に関するより詳細な実態の調査が必要である。これについては、他の分担研究者（森田 達也）が別途報告する。抗がん治療中の身体・精神症状を管理する緩和ケア部門の整備やがん薬物療法による有害事象の緩和のサポート体制は拠点病院で進んでいる。これらは行政施策による効用と評価することが可能であるが、拠点病院でもすべての施設で整備が進んでいるわけではなく、さらなる政策の推進が望まれる。

非拠点病院群では調査項目のいずれにおいても、診断時からの緩和ケアについて十分とはいえない体制整備状況であると考えられた。我が国ではがん対策基本法以降、拠点病院を中心に行政施策が遂行されてきた経緯もあり、非拠点病院を対象とした行政主導のがん診療の体制の充実は十分には行われてこなかったと考えられる。我が国におけるがん患者の相当数が非拠点病院でがん治療を受けていると推測されるが、緩和ケアにかかわらず非拠点病院のがん診療全般の現状は、我々の知る限りこれまで十分には調査されておらず、包括的ながん診療の状況の調査が望まれる。また、比較的病床規模が大きく医療資源の集約化が行いやすい拠点病院と同様の行政施策を、比較的病床規模の小さい非拠点病院に当てはめた場合、現場の混乱を招く可能性がある。そのため、非拠点病院の様々な医療環境を考慮した行政施策の検討が望まれる。地域がん診療病院は、今回調査し

得たサンプル数には限界があるが、非拠点病院との比較において、非拠点病院と同様に体制整備が十分進んでいない可能性が示唆された。

診断時からの緩和ケアに対する施設の考え方・態度については、大多数の施設でそれが自施設のがん患者に対して有益であり、不採算ではないと考えていた。さらに多くの施設でがん患者がより早期に緩和ケアチームに紹介されるような取り組みを予定していたが、それらに対応する職種の増員は多くで予定されておらず、人材の確保の困難さもそれぞれの施設で直面していることが示された。医療資源の充実は重要ではあるが、現実問題としてそこに障壁があることが示唆された。限られた医療資源の中で、いかに診断時からの緩和ケアを充実させていくかが重要な課題である。

今回の調査にはいくつかの限界がある。今回は病院機能の主にハード面について、病院長もしくはがん診療責任者を対象に調査したため、それらが実際に病院内で機能しているかは不明である。体制が整備されたとしても、それを現場レベルで活用する医療従事者の考え方や態度によっては、利用状況・利用しやすさ・患者への効果へと直結していない可能性がある。本研究班では平成30年度において医療従事者を対象とした診断時からの緩和ケアの阻害・促進因子を調査していく中で、現場レベルで「がんと診断されたときからの緩和ケア」が機能しているかを評価する予定である。また、拠点病院との比較の妥当性を担保する目的で、がん薬物療法・手術・放射線治療をすべて自施設で行っている病院に解析対象を限定した。手術やがん薬物療法は院内で行っていても放射線治療は院外に委託している病院などが相当数あり、非拠点病院や地域がん診療病院では欠損が多く出た結果となった。今後の調査では、特に非拠点病院を対象とする調査を行う場合は、対象の選択基準を慎重に検討する必要があると考えられた。

E. 結論

本研究は、厚生労働行政における「がんと診断されたときからの緩和ケア」の実態を評価した、我々の知る限り初めての調査研究である。我が国におけるがん対策は、拠点病院を中心に取り組みが行われてきて、その成果として拠点病院を中心に診断時からの緩和ケアの提供体制の整備は着実に進んでいる。しかしながら、体制整備が進んだとして、それを生かす現場レベルでそれらがうまく機能していない可能性があり、本研究班では平成30年度に医療従事者を対象に調査を実施する予定である。また、入院環境と比較して、外来環境での整備体制が進んでいない可能性があり、近年の抗がん治療は外来を中心に行われることからその充実が急務である。また、非拠点病院・地域がん診療病院ともに、緩和ケアを提供する体制が十分ではないことが示唆された。緩和ケアにかかわらず、包括的ながん診療状況に関する調査は、非がん拠点病院でこれまで十分に行われておらず、調査および対策の実行は急務と考えられる。さらに、診断時からの緩和ケアに対する施設の考え方・態度については、大多数の施設でそれが自施設のがん患者に対して有益と考えていたが、それらに対応する職種の増員は多くで予定されておらず、人材の確保の困難さもそれぞれの施設で直面していることが示された。限られた医療資源の中で、いかに診断時からの緩和ケアを充実させていくかが重要な課題である。それに向けた問題点や方策を明らかにし、今回の量的調査を補完する目的で、自由記述による診断時からの緩和ケアの実態や考え方・態度に関する調査も行った。現在、この自由記述データをもとに、内容分析の手法を用いた質的解析が進行中である。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産の出願・登録状況

特許取得

なし

実用新案登録

なし

その他

なし