

## 当院における緩和ケアに関する意識調査

多根総合病院 看護部

食野 麻衣子

### 要 旨

当院は地域の急性期病院の役割を担う一方、緩和ケア病棟を開設し、半年が経過した。緩和ケア認定看護師として院内で活動する中で、緩和ケア病棟転床のタイミングの遅延、連携の不足、解決されない問題に対するコンサルテーションが少ない現状に直面し、今後の方向性を見出すために意識調査を行った。ほとんどの職員が緩和ケアに関心を持つ中で、関心のない職員や、緩和ケアを終末期だけのものと認識する職員もいた。告知に関しては、自分や家族には告知を望むものの、当院の患者には十分に告知されていない現状があった。緩和ケアの導入やコンサルテーションに関する質問では、「緩和ケアをどのように導入してよいかわからない」「何を相談すればよいかわからない」といった回答も多かった。事例検討などで、より身近な問題として、緩和ケアを具体的に考え学ぶ機会を作り、知識の向上を目指すことが当院の緩和ケアの質の向上につながると考えられた。

**Key words** : 緩和ケア ; 意識調査

### はじめに

緩和ケアとは、時期に関係なく生命を脅かす疾患の問題に直面している患者、家族に対し行われるものとして WHO は定義<sup>1)</sup>しており、緩和ケアの早期からの導入で生存期間の延長が見られた研究<sup>2)</sup>も存在する。当院は大阪府がん診療拠点病院として指定されており、地域でがん医療を牽引する立場にある。急性期病院として、診断期からのがん患者に接する機会も多く、幅広い時期のがん医療を展開する役割を担っている。緩和ケア認定看護師として院内で活動する中で、緩和ケア病棟への転床のタイミングの遅延、連携の不足、解決されない問題に対するコンサルテーションが少ない現状に直面し、職員の緩和ケアに対する認識と理解度に疑問を持った。全職員にアンケート調査し、現状の分析から多くの示唆を得、今後の方向を見出したので報告する。

### 対象と方法

#### 1. 研究デザイン

#### 記述的研究

#### 2. 研究方法

##### 1) 対象者

多根総合病院全職員 652名

##### 2) データ収集法

平成23年9月27日～10月6日に院内情報共有ツールを通してアンケート調査を実施した。調査項目は大きくわけて、1. 緩和ケアに対する関心、2. 病名、治療の限界、予後の告知について、3. 緩和ケア病棟入棟における望ましい告知、4. 当院の緩和ケア導入、コンサルテーションにおける問題点、の4点である。倫理的配慮として、回答されたデータは統計的に処理し個人が特定されないよう本調査研究のみの利用とした。

##### 3) データ分析法

得られた結果をデータ化し、統計学的解析は $\chi^2$ 検定を用いて行った。P < 0.05を有意差ありとした。

## 結 果

### 1. 対象者の概要

回収率は64.9%であり、すべて有効回答であった。医師28名(21.5%)、看護師234名(78%)、コメディカル(MSW含む)88名(73.3%)、事務職員73名の計423名(71.6%)から回答を得た。

### 2. 緩和ケアに対する関心

職種を問わず、「非常に関心がある」「関心がある」を合わせると約90%を占め、特に事務職員では93%と関心が高く、「関心がない」と回答した職員はいなかったが、医師3.6%、看護師1.3%に「関心がない」との回答が見られた(図1)。全体として関心がある職員がほとんどであったが、WHOの緩和ケアの定義に関する質問では、「内容をよく知っている」と答えた職員は、平均5.4%と少数であった(図2)。緩和ケアの正しい導入時期は「必要とされた時」であるが、医師で

は高い正答率であったものの57.1%と約半数であり、他の職種では、30%前後と正しい認識の割合は低かった。導入時期を「終末期」と答えた割合は、緩和ケア病棟への主な紹介者である医師3.6%、看護師7.26%であり、その他の医療職員では15.9%、事務職員20.5%であった(図3)。

### 3. 病名、治療の限界、予後に対する告知について

「自分」と「家族や親しい人」に対して、3つの時期の告知に関して質問した。3つの時期は、1)病名告知、2)治療の限界の告知、3)予後告知である。結果はすべての項目において、告知を希望する回答が希望しない回答を大きく上回った(図4-1, 2, 3)。職員別の結果は全体の結果と大きく差はなかったものの、家族や親しい人へのがん告知の質問で、伝えてほしくないと答えた事務職員は0%であった。また、家族や親しい人への告知では、すべての時期において告知を希望しない医師の割合はその他の職種と比べ、約2倍多かった(図5-1, 2, 3)。

医師と看護師にのみ、当院の患者への告知につ

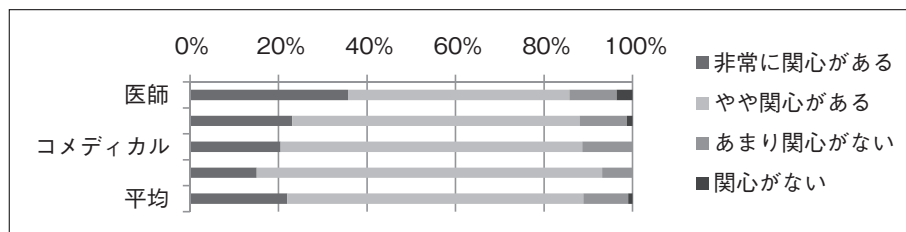


図1 緩和ケアに対する関心

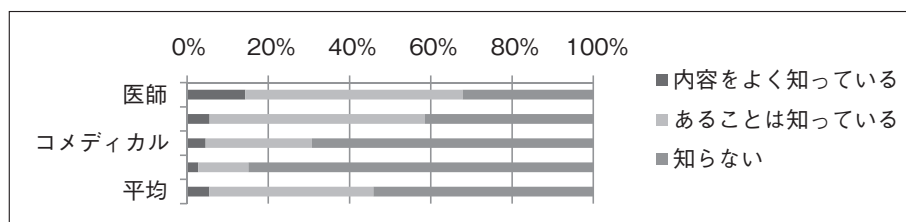


図2 WHO 緩和ケアの定義への理解

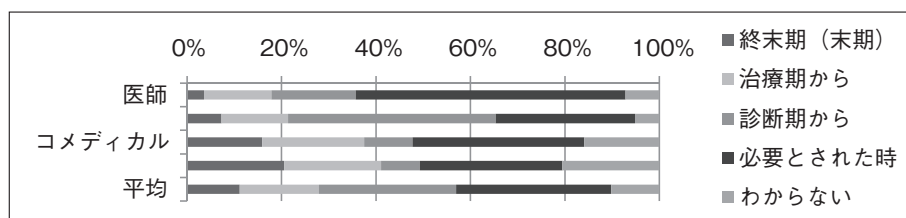


図3 緩和ケアの導入時期への理解

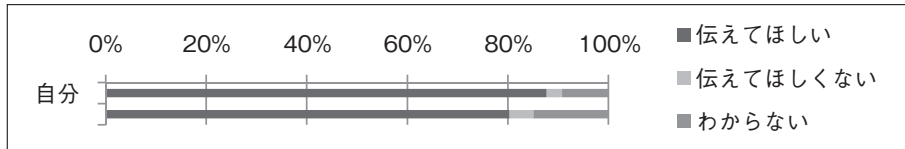


図 4-1 自分と家族・親しい人への病名告知

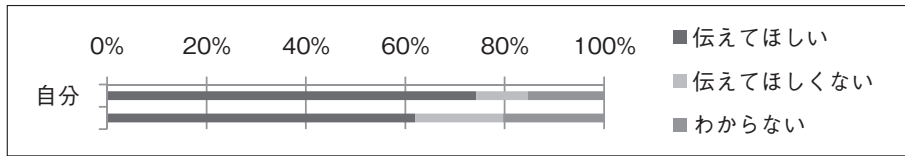


図 4-2 自分と家族・親しい人への治療の限界の告知

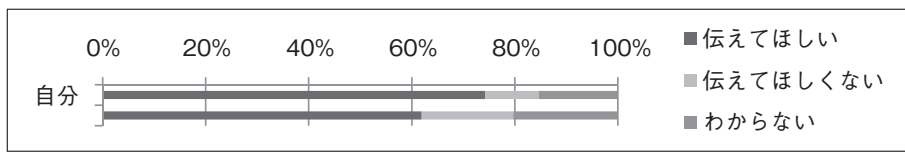


図 4-3 自分と家族・親しい人への予後告知

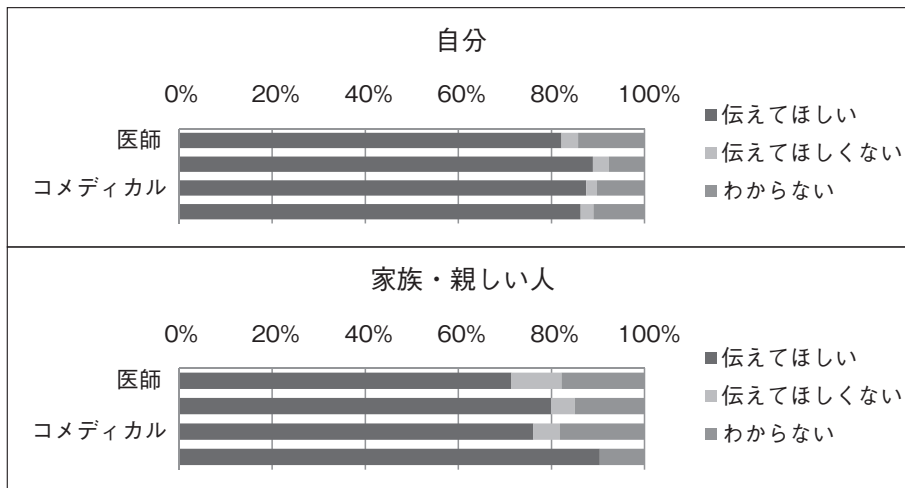


図 5-1 自分と家族・親しい人への病名告知 (詳細・職種別)

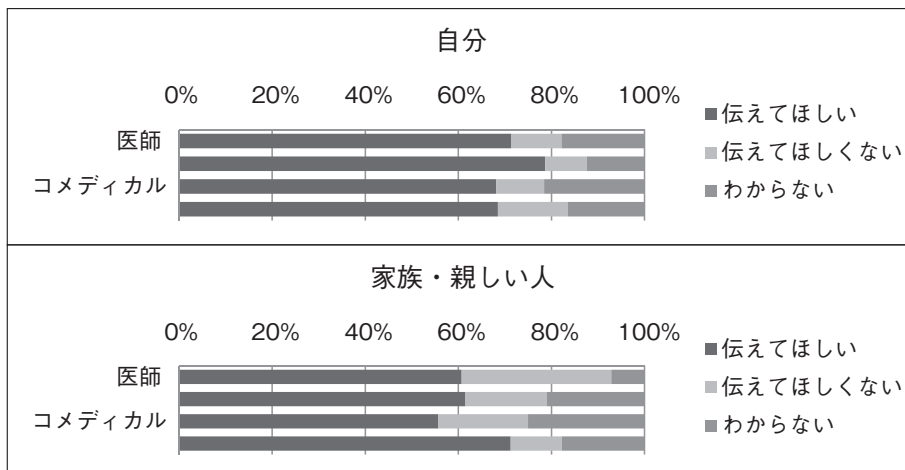


図 5-2 自分と家族・親しい人への治療の限界の告知 (詳細・職種別)

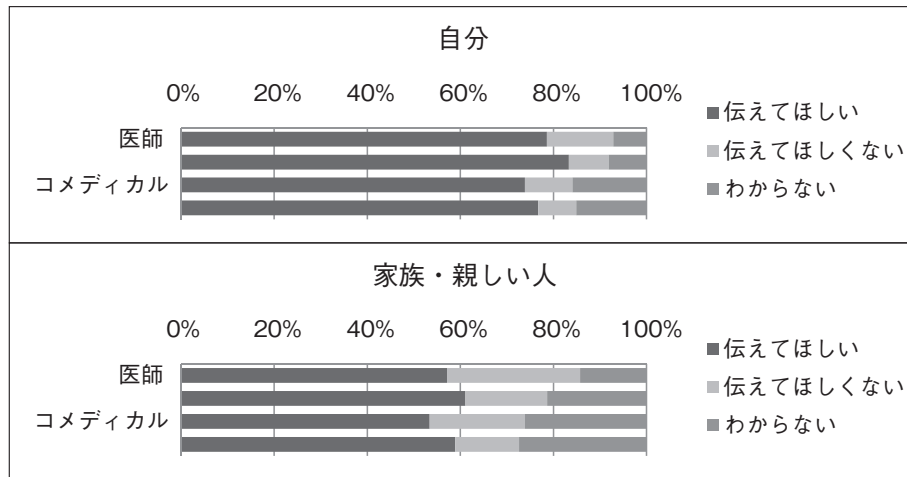


図 5-3 自分と家族・親しい人への予後告知 (詳細・職種別)

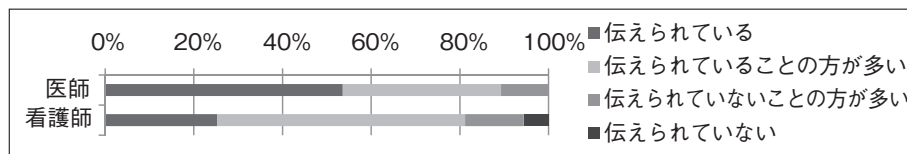


図 6-1 当院患者への病名告知

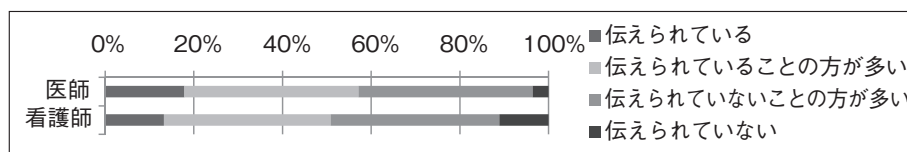


図 6-2 当院患者への限界の告知

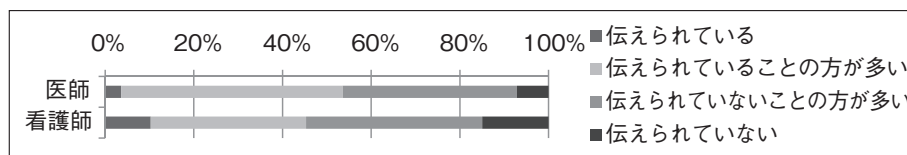


図 6-3 当院患者への予後告知

いても調査した。1) 病名告知では「伝えられている」「伝えられていることの方が多い」を合わせると平均 82%であったが、2) 治療の限界の告知では平均 51.5%、3) 予後告知では平均 46.1%と減少した (図 6-1, 2, 3)。また、1) 病名告知で、「伝えられていない」と回答した医師は 0%であったが、看護師は 5.6%が「伝えられていない」と回答した。その他の時期でも「伝えられていない」に関しては 2~3 倍の差が出た。

#### 4. 緩和ケア病棟入棟における望ましい告知

「緩和ケア病棟に入る時には、告知されていた

方がよいと思いますか?」という質問に対し、「がんであることは伝えておく」平均 48.2%、「がん縮小の治療ができないことを伝えておく」平均 18.4%、「余命まで伝えておく」平均 17.7%、「何も伝えなくてもよい」平均 1.4%、「わからない」平均 3.8%という結果が得られた。職種別の大きな差はなかった (図 7)。

#### 5. 当院の緩和ケア導入、コンサルテーションにおける問題点

事務職員を除く医療職者へ「当院において緩和ケアの導入がスムーズでない理由として考えられ

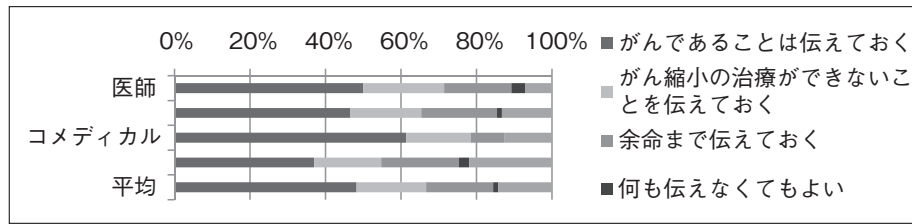


図7 緩和ケア病棟入棟時の望ましい告知について

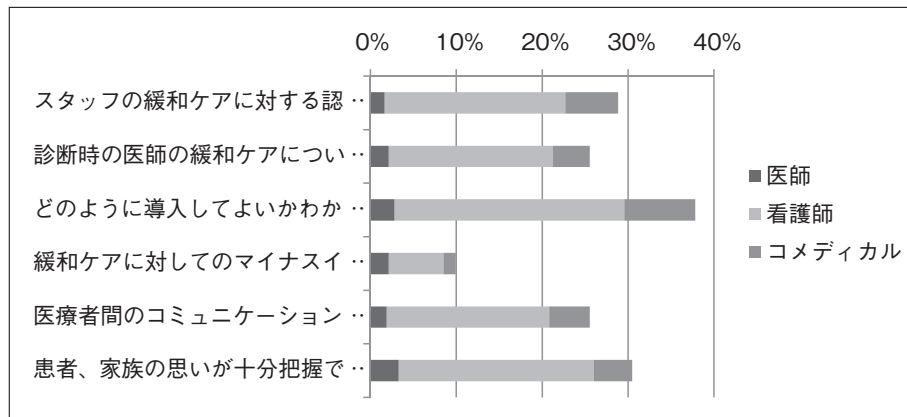


図8 緩和ケアの導入がスムーズでない理由

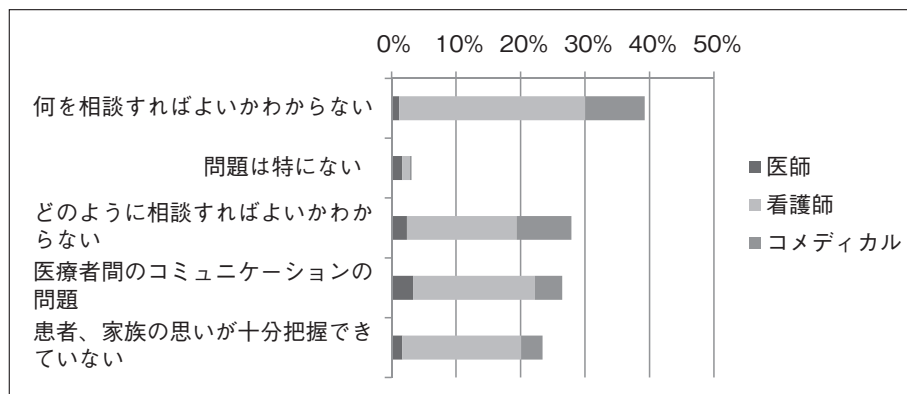


図9 コンサルテーションが少ない理由

るもの」について選択肢の中から複数選択してもらった。結果は、「どのように導入してよいか分からない」38%、「患者、家族の思いが十分把握できていない」30%、「医療者間のコミュニケーションの問題」26%、「診断時の医師の緩和ケアについての説明不足」25%であった（図8）。

同様に、事務職員以外の医療職者へ「当院においてコンサルテーション（相談）が少ない理由として考えられるもの」について選択肢の中から複数選択してもらった。結果は、「何を相談すればよいか分からない」39%、「医療者間のコミュニ

ケーションの問題」26%、「患者、家族の思いが十分把握できていない」23%、「どのように相談すればよいか分からない」38%であった（図9）。

## 考 察

日々の活動の中で、職員の緩和ケアに対する関心は薄いのではないかと予想していたが、アンケートの結果では緩和ケアに関心がないと考えたのは医師3.6%、看護師1.3%であり、緩和ケアに関心がある職員が89%を占めた。しかし、緩和ケアの定義「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、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである<sup>1)</sup>」を理解している職員は5.4%、導入時期を理解している職員は32%と内容の理解に関しては不十分であった。緩和ケア委員会で月に1回の勉強会を実施しているが、参加者が限定されており、広報が不十分であると言える。早期からの適切な時期の緩和ケアの導入を目指したい。また、切れ目のないシームレスな緩和ケアを提供していくための、職員へ向けての広報活動も必要であると考えられる。

ホスピス緩和ケアを受けるための条件には「患者が病名・病状について理解していることが望ましい」「積極的治療を希望しない患者を対象とする」があり<sup>3)</sup>、当院でも同様の基準を設けている。しかしながら当院の現状は、患者の家族や主治医が、すべてを患者本人に伝えないことを選択する 경우가少なくない。アンケートからも、自分の場合には告知を希望しても、家族や親しい人には告知を希望しないという傾向が得られた。これは予想通りの結果であったが、統計学的には有意差を認めなかった ( $p=0.09$ )。事務職員は病院勤務であるが医療職と異なり、一般的な患者に近い意識を持っていると考えられる。今回の結果では、家族や親しい人へ病名告知をしてほしくないと答えた事務職員はおらず、病名告知に関しては本人、家族問わず、告知を希望するのが一般的な考え方になりつつあるとも言える。

当院の患者の場合についての調査では、病名告知に関しては82%が「伝えられている」もしくは「伝えられていることの方が多い」と回答しており、自分・家族もしくは親しい人の場合の希望との差は少ない。しかし、病名告知に関して、医師では「伝えられていない」回答はなかったが、看護師は「伝えられていない」回答が5.6%あり、統計学的にも有意に病名を伝えられていない比率が高かった ( $p=0.03$ )。バックマンは病名告知について、「議論は今や、『悪い知らせを伝えるか否か』から『いかに伝えるか』へ、さらに重要である『いかに情報を分かち合うか』へ移ってきている。この『いかに情報を分かち合うか』とは、医師と患者との双方向の対話のプロセスであり、医師から患者への一方的な宣告ではないことが強調されている。」と述べている<sup>4)</sup>。患者の理解を得られる伝え方が必要である。

治療の限界に対する告知、予後告知に関しては、職員の希望と当院の患者の場合の差は大きかった。本来

は医療者対患者の関係である前に、人間対人間の関係であるべきだが、調査結果からは、医療者対患者の関係となっており、自分の場合とは切り離して考えられていると思われた。家族や親しい人への告知に関する職種別の結果では、医師とその他の職種を比較すると、どの時期でも「伝えてほしくない」と回答した医師は、その他の職種の約2~3倍であった。医師の、家族や親しい人への告知に対する消極性がうかがえる。バックマンは、悪い知らせを伝えることを困難にする医師側の要因として、1. 苦痛をもたらすことへの恐れ、2. 共感による苦痛、3. 非難されるのではないかとこの恐れ、4. 伝え方を教えられていないことに対する恐れ、5. 患者を感情的に反応させるのではないかとこの恐れ、6. 「わかりません」と言うことに対する恐怖、7. 感情を表現することに対する恐怖、8. 自分自身の病気や死への恐怖、9. 臨牀現場での階級に関する恐怖の9つの要因を挙げている<sup>4)</sup>。当院の医師の場合も同様と推測される。内富らは悪い知らせが伝えられる際の看護師の役割のひとつに、医師へのサポートを提供する役割を挙げている<sup>5)</sup>。緩和ケアチームの活動で介入できることとして、伝え方の教育、感情を分かち合うことがある。当院の看護師の役割もまだまだ不十分であり、医療者間の連携の強化が必要である。

職員の中には少数であるが、「伝えてほしくない」と希望した職員もいた。患者には、「知る権利」もあるが、「知らされないでいる権利」もある。内富らは、「患者対医療者のコミュニケーションは医療者からの一方的なものでなく（中略）患者の意向を把握し意向にそったコミュニケーションを心がけることが重要」と述べている<sup>5)</sup>。患者が何をどの程度知りたいのか、把握することが重要である。

緩和ケア病棟入棟時の望ましい告知について、「がん縮小の治療ができないことを伝えておく」「余命まで伝えておく」の回答を合わせると36.1%であった。現状では、緩和ケア病棟へ入棟する直前に伝えられているケースが多い。悪い知らせの通常心理的反応では、日常生活に支障のない心理状態へ回復するのに3か月が必要であると言われている<sup>1)</sup>。診断期、治療期から緩和ケアに関する情報や、治療の限界に関する情報提供も行い、シームレスな移行を行えるように医療者の認識も改善されるべきである。

緩和ケア病棟への転床のタイミングや、コンサルテーションに関する問題については予想通り、「医療者間のコミュニケーション不足」や「患者、家族の思いが十分把握できていない」が原因であった。最も回

答数の多かった選択肢は「どのように導入してよいかわからない」「何を相談すればよいかわからない」であった。「1. 緩和ケアに対する関心」で得られた結果と同様に、関心はあるが内容の理解が十分でないことがうかがえる。具体的な事例などを提示し、身近な問題として捉えてもらうことが必要だと考える。フローチャートなどのツールの開発も有効と考え検討したい。「緩和ケアに対してマイナスイメージがあり患者に勧めにくい」という回答は、9%と少ないながらも存在していた。当院は大阪府がん診療拠点病院である。その役割は「がん治療水準の向上に努めるとともに、緩和ケアの充実、在宅の支援、がん患者・家族等に対する相談支援、がんに関する各種情報の収集・提供等の機能を備え、地域におけるがん医療の充実に努める」となっている<sup>6)</sup>。緩和ケア病棟を有する大阪府がん診療拠点病院として、緩和ケアにマイナスイメージを持つ職員の認識を改めていくことは重要である。今後、勉強会や事例検討を重ね、内容を十分理解してもらえよう努めたい。

#### お わ り に

緩和ケア病棟開設し半年が経過し、緩和ケアに関心を持つ職員が多いことは評価できる。今後、さらに緩和ケアの啓蒙を行っていく必要がある。

#### 文 献

- 1) 世界保健機構ホームページ <http://www.who.int/hiv/topics/palliative/care/en/>
- 2) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al.: Early Palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*, 363 (8): 733-742, 2010
- 3) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書 2005」編集委員会編, ホスピス・緩和ケア白書 2005, 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 大阪, 2004
- 4) ロバート・バックマン: 真実を伝える, 診断と治療社, 東京, 9, 16-26, 2000
- 5) 内富庸介, 藤森麻衣子編: がん医療におけるコミュニケーション・スキル 悪い知らせをどう伝えるか, 医学書院, 東京, 115-119, 2007
- 6) 大阪府ホームページ <http://www.pref.osaka.jp/kenkozukuri/kyoten/index.html>
- 7) 内富庸介, 藤森麻衣子編: 続・がん医療におけるコミュニケーション・スキル 実践に学ぶ悪い知らせの伝え方, 医学書院, 東京, 2009
- 8) 恒藤暁, 内布敦子編: 系統看護学講座別巻 10 緩和ケア, 医学書院, 東京, 2007
- 9) Joyce Travelbee: 人間対人間の看護, 医学書院, 東京, 1974
- 10) バーナード・ロウ: 医療の倫理ジレンマ解決への手引き—患者の心を理解するために—, 西村書店, 東京, 2003
- 11) 品川恵己, 槇埜良江, 本家好文: 当院における緩和ケアに関する意識調査, 広島県立病院医誌, 37 (1): 151-155, 2006
- 12) 河瀬雅紀, 川上富朗, 松田幹, 他: 総合病院における望ましい緩和医療の理解に関する研究, 死の臨床, 20 (1): 68-72, 1997

