



がん診療連携拠点病院のソーシャルワーカー・退院調整看護師から見た緩和ケア病棟転院の障壁

長岡, 広香 ; 坂下, 明大 ; 濱野, 淳 ; 岸野, 恵 ; 岩田, 直子 ; 福地, 智巴
；志真, 泰夫 ; 木澤, 義之

(Citation)

Palliative Care Research, 12(4):789-799

(Issue Date)

2017

(Resource Type)

journal article

(Version)

Version of Record

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/90006102>



がん診療連携拠点病院の ソーシャルワーカー・退院調整看護師 から見た緩和ケア病棟転院の障壁

長岡 広香¹⁾, 坂下 明大²⁾, 濱野 淳³⁾, 岸野 恵⁴⁾, 岩田 直子⁵⁾,
福地 智巴⁶⁾, 志真 泰夫⁷⁾, 木澤 義之²⁾

1) 筑波大学附属病院 総合診療科 緩和ケアセンター, 2) 神戸大学医学部附属病院 緩和ケア病棟

3) 筑波大学 医学医療系, 4) 神戸大学医学部附属病院 腫瘍センター がん相談室,

5) 筑波大学附属病院 医療連携患者相談センター,

6) 神奈川県立がんセンター 緩和ケア・患者支援部 患者支援センター,

7) 筑波メディカルセンター病院 緩和医療科

緩和ケア病棟への転院に関する障壁を明らかにすることは、がん患者が望んだ場所で療養できる体制の整備を通して、quality of lifeへの寄与が期待できる。本研究では、がん終末期患者の緩和ケア病棟転院の障壁を明らかにすることを目的に、がん拠点病院424施設のソーシャルワーカー・退院調整看護師を対象に自記式質問紙調査を行った。探索的因子分析により、緩和ケア病棟への転院の障壁11因子が同定された。病状・予後に関して医師から患者に十分説明を行うこと、適切な時期に気持ちの配慮をしながら多職種で意思決定し緩和ケア病棟に紹介すること、がん拠点病院と急性期病院、緩和ケア病棟、在宅等の地域の医療機関との緩和ケア連携体制を整備すること、緩和ケア病棟への入院が必要な患者を適切に評価する仕組みを作ることは、ソーシャルワーカー・退院調整看護師から見た緩和ケア病棟転院の障壁を軽減する可能性があると考えられた。

Palliat Care Res 2017; 12(4): 789-99

Key words: 緩和ケア病棟、障壁、転院、ソーシャルワーカー、退院調整看護師

緒 言

わが国的一般住民を対象とした「望ましい死」に関する調査では、90%以上の住民が「体や心のつらさがないこと」と同様に、「望んだ場所で過ごすこと」が重要であると回答している¹⁾。しかしながら、治る見込みがなく死期が迫っている場合、なるべく早く緩和ケア病棟に入院したいと回答した住民が18.4%であるのに対して²⁾、実際に緩和ケア病棟で死亡する患者は2015年度で11.6%と報告されている³⁾。

緩和ケア病棟での療養・看取りの希望が必ずしも実現できていない主な理由として、「緩和ケア病棟へのアクセスが悪いこと」「抗がん治療を中止しなければなら

ないこと」「差額ベッド料金などの費用がかかること」「入院の基準が厳しいこと」などが明らかになっている⁴⁾。また、がん対策基本法施行前に行われた調査では、緩和ケア病棟で亡くなった患者の遺族のうち43%は、患者自身が「緩和ケア病棟への紹介が遅かったと話していた」と答え⁵⁾、49%の遺族は、「緩和ケア病棟への紹介が遅かったと思う」と答えている⁶⁾。がん治療の病院から緩和ケア病棟への転院調整を実際に担当しているのは、退院支援調整部門に所属するソーシャルワーカー、退院調整看護師であることが多い。しかしながら、これらのソーシャルワーカー・退院調整看護師を対象とした、緩和ケア病棟への転院に関する障壁について調査した研究は、われわれの調べる限りない。

本研究の目的は、全国のがん診療連携拠点病院(以下、がん拠点病院)の退院支援調整部門に所属するソーシャルワーカー・退院調整看護師から見た、がん終末期患者の緩和ケア病棟への転院の障壁を明らかにすることである。それにより、がん終末期患者が望んだ場所で療養できる体制をさらに整備することが可能となり、がん患者のquality of life(QOL)の向上に寄与することが期待できる。

受付日 2017年5月29日/改訂日 2017年10月29日/受理日 2017年10月31日

Corresponding Author: 長岡広香
筑波大学附属病院 総合診療科 緩和ケアセンター
〒305-8575 茨城県つくば市天久保2-1-1
TEL 029-853-3900 FAX 029-853-3691
E-mail: nagaoka3taro@gmail.com

方 法

質問紙の開発

2015年1月に全国のがん拠点病院に勤務する5年以上の臨床経験と社会福祉士の資格を持つソーシャルワーカー、退院調整看護師を対象として、緩和ケア病棟への転院の障壁に関するフォーカスグループインタビューを実施した。インタビューは緩和ケアを専門とする医師である研究者2名(Y.KならびにM.S.)が実施した。インタビューの結果を質的に分析し、5カテゴリー52項目からなる緩和ケア病棟転院の障壁に関する暫定的な質問紙を作成した。その質問紙を、緩和ケア病棟への退院支援の経験のあるソーシャルワーカー、退院調整看護師のうち研究協力に同意が得られた8名に回答してもらい、意見を集約した後、研究者間で検討および修正を行い、質問紙の内容妥当性と表面妥当性を確認した。

質問紙調査

二重封筒法を用いた郵送法、無記名、自記式質問紙調査として行った。まず、がん拠点病院424施設の退院支援調整部門の責任者に2015年6月1日に調査依頼を送付し、自施設内の自身を含むソーシャルワーカー、退院調整看護師(それぞれ5名を上限)に調査用封筒を配布し、配布部数を返送してもらうよう依頼した。当該部署に所属する人員がそれぞれの職種で5名以上の時は、任意の5名に配布するよう依頼した。調査用封筒には、調査の趣旨、調査用紙、返信用封筒を同封し、調査終了後に郵送を依頼した。調査の締め切りは、責任者に調査依頼を送付した日から2週間後とし、調査締切日に各施設の責任者に対して1回のみ葉書で督促を行った。

調査項目

質問紙では、回答者の年齢、性別、職種としての経験年数、退院支援調整部門としての経験年数に加えて、緩和ケア病棟への転院の障壁となる因子(52項目)に関する同意の程度を6段階のリッカート尺度(1:全くそう思わない～6:非常にそう思う)を用いて調査した。

解析方法

項目分析として、各項目において欠損値数を算出し、欠損値が多い項目がないか、回答の選択肢の回答割合に偏りがないか、を確認した。さらに、記述統計量の算出からも偏りがないか確認した。その後、因子を同定するため、主因子法・プロマックス回転を用いて探索的因子分析を行った。これにより因子と該当する項目を同定した後、各因子のCronbachの α 係数を求め、内的一貫性を評価した。本研究では、SPSS-J(ver.24.0, IBM, 東京)を用いて解析を行った。

倫理的配慮

本研究は「疫学研究に関する倫理指針」(平成20年12

月1日一部改正)を準用し、指針の中で定められている倫理審査委員会への付議を必要としない研究(下記4項目を全て満たす、①個人情報を取り扱わない②人体から採取された資料等を用いない③観察研究で人体への付加を伴わない④被験者の意思に回答が委ねられ、質問内容が被験者の心理的苦痛をもたらさないと想定される)と判断した⁷⁾。なお、本研究はヘルシンキ宣言(2008年10月修正)に基づく倫理的原則を遵守し、本研究の対象者となる対象者に対して、文書を用いて本研究の趣旨を十分に説明し、質問紙の返送をもって同意とみなした。

結 果

対象者背景

がん拠点病院424施設中287施設から返送があり、284施設が参加した(67.0%)。1770名(ソーシャルワーカー1016名、退院調整看護師754名)に質問紙が配布され、1637名(ソーシャルワーカー930名、退院調整看護師707名)から返送があった。回収率は、全体92.5%、ソーシャルワーカー91.5%、退院調整看護師93.8%であった。そのうち、がん患者の退院支援・調整業務に従事していない者、または、緩和ケア病棟への転院調整業務に従事していない者を除いた1154名(ソーシャルワーカー702名、退院調整看護師450名、職種不明2名)を解析対象者とした(有効回答率:全体65.2%、ソーシャルワーカー69.1%、退院調整看護師59.7%)。

参加施設の病床数は548床(中央値)、各施設に勤務するソーシャルワーカー、退院調整看護師の人数はそれぞれ4名、3名(それぞれ中央値)であった(表1)。回答者の平均年齢は、39.7±9.6歳、退院支援・調整部門での経験年数は平均6.4±5.6年であった(表2)。

探索的因子分析による緩和ケア病棟への転院に関する障壁

項目分析により、52項目全てが項目として適当であるとされたことから、52項目全てを用いて、探索的因子分析を行った。その結果、ソーシャルワーカー・退院調整看護師が緩和ケア病棟への転院の障壁になっていると考えていることとして「I. 医師からの不十分な説明(ドメイン得点平均±標準偏差:4.1±1.0)」「II. 病状理解

表1 参加施設

	中央値(範囲)	平均値±標準偏差
病床数(床)	548(175-1389)	587±230
ソーシャルワーカー数(人)	4(0-19)	4.9±2.7
退院調整看護師数(人)	3(0-13)	3.2±2.1
事務員数(人)	1(0-17)	1.7±2.4

表2 回答者背景

	全体 (n=1154)		退院調整看護師 (n=450)		ソーシャルワーカー (n=702)	
	N	%	N	%	N	%
年齢(平均±標準偏差)	39.7±9.6		46.8±8.2		35.3±7.6	
性別						
男性	168	14.6	3	0.7	164	23.4
女性	982	85.4	445	99.3	537	76.6
勤務先						
大学病院	303	26.4	120	26.9	182	26.0
大学病院以外で500床以上の病院	471	41.1	178	39.9	293	41.9
大学病院以外で500床未満の病院	372	32.5	148	33.2	224	32.0
職種経験年数(平均±標準偏差)	13.8±10.2		21.3±9.9		8.7±6.4	
退院支援・調整部門での経験年数 (平均±標準偏差)	6.4±5.6		3.5±3.1		8.3±6.0	

とがん治療中止に関する厳しい入院の条件(4.1±1.0)」「III. 緩和ケア病棟への転院に積極的でない医師の意向・治療方針(3.7±1.0)」「IV. 患者・家族が正確な病状を知らず、今後の治療・療養方針について話し合えていないこと(4.0±0.9)」「V. 患者の病状に関する厳しい入院条件(3.5±0.9)」「VI. 緊急時・外来対応の不十分さ(3.4±1.3)」「VII. 紹介・連携・受診方法が明確でないこと(2.6±0.9)」「VIII. 患者・家族が緩和ケア病棟を希望していないこと(3.5±1.4)」「IX. 緩和ケア病棟への待機時間が長いこと(4.4±1.0)」「X. 医師が緩和ケア病棟に対して悪いイメージを持っていること(3.1±0.9)」「XI. 緩和ケア病棟で必要な治療やケアが行えないこと(3.7±1.4)」の11因子、42項目が同定された。また、どの因子にも属さなかった10項目は「その他」とし、得点の高い項目として、「差額ベッド料金が払えない」「病院や主治医に見捨てられるという患者・家族の思い」などが挙げられた。各因子の固有値、各項目の共通性の推定値は表3に示した。

各因子の内的整合性

内的整合性をCronbachの α 係数によって評価した。Cronbachの α 係数は全項目で0.91であり、因子別では0.69~0.93であった。

職種間における回答の違い

「IV. 患者・家族が正確な病状を知らず、今後の治療・療養方針について話し合えていないこと」「IX. 緩和ケア病棟への待機時間が長いこと」「XI. 緩和ケア病棟で必要な治療やケアが行えないこと」以外の8因子では、退院調整看護師とソーシャルワーカーの間でドメイン平均得点において有意な差がみられた。

考 察

本研究の主な知見は、がん拠点病院のソーシャルワーカー・退院調整看護師から見た緩和ケア病棟転院

の障壁として11の因子が同定されたことであり、さらにこの11因子は、障壁に関わる対象の観点から、1)がん治療医の認識や説明不足に関する障壁、2)患者・家族の不十分な病状認識と転院希望がないことに関する障壁、3)緩和ケア病棟の待機の長さ、外来対応の不十分さおよび入院条件の厳しさに関する障壁、の3つのカテゴリーに分けられると考えられた。

まず、第1の『がん治療医の認識や説明不足に関する障壁』については、「I. 医師からの不十分な説明(ドメイン得点平均±標準偏差:4.1±1.0)」「III. 緩和ケア病棟への転院に積極的でない医師の意向・治療方針(3.7±1.0)」「X. 医師が緩和ケア病棟に対して悪いイメージを持っていること(3.1±0.9)」の3つの因子がこれにあたる。医師から患者への今後の経過、予後についての説明が不十分であることは、終末期において、どこで、どのような治療・ケアを受けたいかを話し合う「終末期の話し合い(End-of-Life discussion)」を行うことを阻害する可能性がある。終末期の治療の目標や過ごし方に関する話し合いが適切に行えている場合、死亡直前の化学療法や集中治療室への入院が少なく、早期からホスピスプログラムへ移行できたという結果が示されており^{8,9)}、患者のQOLにより影響を与えることや⁹⁾、遺族の抑うつ、複雑性悲嘆の合併が少ないと、そして、遺族から見た患者の望ましい死の達成により影響を与えることが報告されている¹⁰⁾。このように医師から患者への今後の経過、予後についての説明を十分に行なうことは、ソーシャルワーカー・退院調整看護師から見た緩和ケア病棟転院の障壁を解消するだけでなく、患者・家族のQOLにより影響を与えると考えられる。

さらに、先行研究では、がん治療医が「予後の予測は難しい」と感じているほど、今後の経過、予後について話すことが困難であると考えていることが明らかになっている¹¹⁾。医師が、患者・家族と適切な時期に治

表3 ソーシャルワーカー・退院調整看護師から見た緩和ケア病棟転院の障壁に関する因子分析①

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	共通性の推定値
I. 医師からの不十分な説明($\alpha=0.928$)												
医師から患者への今後の経過についての説明が不十分である	0.82	0.00	0.08	-0.04	0.00	-0.04	-0.04	0.04	0.09	-0.01	0.01	0.78
医師から患者への予後についての説明が不十分である	0.81	0.04	0.08	0.00	0.01	-0.05	-0.03	0.01	0.11	-0.09	0.04	0.75
医師から患者への治療や病状に関する説明が不十分である	0.99	-0.02	-0.09	0.09	-0.02	0.06	-0.05	-0.01	-0.08	0.02	0.04	0.89
医師から家族への治療や病状に関する説明が不十分である	0.88	-0.06	-0.09	0.07	-0.01	0.06	0.01	0.03	-0.08	0.05	0.02	0.75
医師からの患者への病名告知が不十分である	0.74	0.08	0.02	0.24	-0.08	0.02	0.08	-0.07	-0.17	-0.03	0.01	0.61
II. 病状理解とがん治療中止に関する厳しい入院の条件($\alpha=0.857$)												
抗がん治療の中止が必要である	0.02	0.70	-0.01	-0.06	-0.03	0.00	-0.09	0.12	0.01	0.06	0.12	0.53
患者が病名を知っていることが必要である	0.02	0.84	-0.02	0.02	-0.02	-0.03	0.02	-0.04	-0.03	0.01	-0.18	0.66
患者が終末期であることを知っていることが必要である	0.01	0.71	0.02	0.05	0.15	0.02	-0.01	0.01	0.01	-0.01	-0.21	0.60
抗がん治療を行わないことに同意が必要である	0.00	0.78	0.02	-0.02	-0.01	0.04	-0.06	0.09	-0.02	0.01	0.09	0.63
心肺蘇生しないことに同意が必要である	-0.05	0.73	0.03	-0.07	-0.10	-0.01	0.05	0.01	0.03	0.00	0.18	0.59
III. 緩和ケア病棟への転院に積極的でない医師の意向・治療方針($\alpha=0.833$)												
抗がん治療が終末期になるまで(ぎりぎりまで)行われる	0.14	-0.02	0.52	-0.02	0.06	0.06	-0.17	-0.02	0.19	0.04	-0.04	0.53
医師が最後まで治療したいと考えている	0.00	0.01	0.90	0.08	-0.06	0.06	-0.01	-0.04	-0.08	0.00	0.00	0.77
医師が最期まで自分で診たいと考えている	-0.05	0.03	0.80	0.09	-0.01	-0.07	0.01	-0.04	-0.09	0.03	0.02	0.59
医師が患者の希望を奪いたくないと考えている	-0.03	0.01	0.70	0.07	-0.05	0.01	0.06	-0.04	0.00	0.02	0.07	0.52
IV. 患者・家族が正確な病状を知らず、今後の治療・療養方針について話し合っていないこと($\alpha=0.826$)												
患者ががん治療の継続を強く望む	-0.14	-0.04	0.14	0.44	0.04	0.00	-0.10	0.28	0.11	0.02	0.01	0.49
患者が病名を知らない	0.09	-0.10	0.10	0.69	0.12	-0.02	0.02	0.06	-0.10	-0.18	-0.09	0.57
患者・家族が治療・病状や治療の目的(延命や緩和治療であることなど)について説明を受けたのに理解していない	0.09	-0.02	0.01	0.63	-0.05	-0.01	0.04	0.08	0.05	0.07	-0.03	0.58
患者が予後や今後予測される経過を知らない	0.17	0.01	0.02	0.56	0.08	-0.11	-0.03	-0.09	0.13	-0.05	0.04	0.44
患者と家族の間で治療・療養の方針が一致していない	0.00	-0.07	0.02	0.72	-0.04	0.01	0.03	0.04	0.05	0.11	0.01	0.64
V. 患者の病状に関する厳しい入院条件($\alpha=0.752$)												
高い薬が使用されていると入院できない	0.00	0.10	0.08	0.00	0.45	0.00	0.01	0.01	-0.13	0.04	0.42	0.45
予測される予後が3カ月以上だと入院できない	-0.01	0.03	0.01	-0.01	0.67	-0.02	-0.06	0.01	0.12	-0.03	-0.01	0.46
認知症・周辺症状があると入院できない	0.03	-0.08	-0.09	0.02	0.72	0.01	-0.02	0.01	-0.01	0.05	0.19	0.54
苦痛がないと入院できない	-0.02	0.10	-0.04	0.04	0.56	-0.03	-0.09	0.00	0.07	0.08	-0.01	0.36

表3 (①つづき)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	共通性の推定値
予測される予後が短い週単位以下だと入院できない	-0.08	-0.10	0.02	0.07	0.58	0.03	0.16	0.00	0.01	0.06	0.01	0.44
VI. 緊急時・外来対応の不十分さ ($\alpha=0.830$)												
緊急時の入院が不可能	-0.04	0.02	0.01	-0.02	0.01	0.77	-0.06	-0.03	0.24	0.03	0.00	0.74
緩和ケア病棟が緊急時の対応をしてくれない	0.02	0.01	0.01	-0.08	-0.04	0.84	-0.07	0.02	0.16	0.07	0.03	0.79
緩和ケア病棟に外来がない	0.06	-0.04	0.00	-0.03	0.00	0.55	0.08	0.04	0.07	0.04	0.07	0.42
VII. 紹介・連携・受診方法が明確でないこと ($\alpha=0.693$)												
退院支援プログラムがないか、機能していない	0.04	-0.03	0.02	-0.04	-0.07	-0.01	0.53	0.12	0.15	0.07	0.03	0.36
連携担当者同士が顔見知りでない	-0.04	0.01	-0.04	-0.04	-0.03	-0.07	0.65	0.00	0.25	0.01	0.05	0.46
緩和ケア病棟側の相談窓口が分からぬ	-0.01	-0.04	0.03	0.05	-0.02	-0.02	0.78	0.01	-0.09	0.06	0.03	0.58
VIII. 患者・家族が緩和ケア病棟を希望していないこと ($\alpha=0.930$)												
患者が緩和ケア病棟での療養を希望していない	0.01	0.04	-0.06	0.09	0.01	0.00	0.05	0.91	-0.07	-0.05	-0.02	0.84
家族が緩和ケア病棟での療養を希望していない	0.02	0.03	-0.05	0.02	0.02	0.02	0.06	0.96	-0.10	-0.04	-0.04	0.86
IX. 緩和ケア病棟への待機時間が長いこと ($\alpha=0.763$)												
緩和ケア病棟の数が十分でない	0.04	0.00	-0.07	0.04	0.06	0.16	0.04	-0.05	0.59	-0.14	-0.03	0.42
外来受診から入院までの待機時間が長い	-0.04	-0.03	-0.01	0.04	0.03	0.16	0.05	-0.05	0.75	-0.18	-0.07	0.55
外来受診を予約してから外来受診までの時間が長い	-0.02	-0.03	-0.04	0.07	0.07	0.11	0.10	-0.04	0.61	-0.12	-0.06	0.43
X. 医師が緩和ケア病棟に対して悪いイメージを持っていること ($\alpha=0.813$)												
医師が緩和ケア病棟に関する知識を持っていない	0.22	-0.03	0.08	-0.11	0.06	0.03	-0.04	-0.06	-0.02	0.59	0.00	0.55
医師が終末期ケアに関心がない	0.28	-0.05	-0.09	-0.01	0.06	0.06	0.05	0.01	-0.14	0.59	-0.08	0.48
医師の緩和ケア病棟に対する悪いイメージ	-0.03	0.00	0.15	0.06	0.04	0.04	0.07	-0.02	-0.23	0.79	-0.04	0.67
医師が緩和ケア病棟への転院に対して、「治療医学の敗北」のイメージを持っている	-0.13	0.01	0.25	0.00	0.03	0.04	0.07	0.00	-0.20	0.69	-0.04	0.56
XI. 緩和ケア病棟で必要な治療やケアが行えないこと ($\alpha=0.728$)												
輸血ができない	0.05	0.20	0.00	0.02	0.33	0.03	-0.07	0.03	-0.01	-0.02	0.43	0.43
放射線治療ができない	0.00	0.43	0.02	-0.04	0.04	0.09	0.06	-0.02	-0.08	-0.12	0.58	0.63
人工呼吸器が使えない	0.04	0.51	0.00	-0.03	-0.09	-0.03	0.11	-0.10	-0.08	-0.07	0.51	0.60
医師から退院支援・調整部門への紹介が遅い	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
症状が安定したら退院が必要である	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
差額ベッド料金が払えない	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
患者・家族の緩和ケア病棟に関する知識が不足している	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
医療従事者からの受診予約を受け付けてくれない	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
紹介するタイミングが難しい(早くても遅くても断られる)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
病院や主治医に見捨てられるという患者・家族の思い	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

表3 (①つづき)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	共通性の推定値
医療従事者が患者や家族に転院を促すタイミングが遅い	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
医師や看護師が患者と死について話すことができていない	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
患者・家族が緩和ケア病棟を死に行くところと認識している	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
固有値	8.14	4.81	5.96	5.13	5.23	3.98	3.57	3.87	6.24	6.79	1.78	

主因子法、プロマックス法

各因子の数字は、標準化回帰係数を示す。

 α : Cronbach の α 係数

* : t 検定

表3 ソーシャルワーカー・退院調整看護師から見た緩和ケア病棟転院の障壁に関する因子分析②

	非常にそう思う	そう思う	ややそう思う	思わない	そう思わない	全くそう思わない	項目平均得点	(全体会員標準偏差)	退院調整看護師平均得点	(平均標準偏差)	平均標準偏差	カソードメイク平均得点	p 値*
I. 医師からの不十分な説明($\alpha=0.928$)							4.1±1.0	4.1±1.0	4.0±0.9		0.02		
医師から患者への今後の経過についての説明が不十分である	15.1	29.9	37.8	12.2	4.5	0.6	4.4±1.0						
医師から患者への予後についての説明が不十分である	13.2	28.9	38.1	15.5	3.8	0.5	4.3±1.0						
医師から患者への治療や病状に関する説明が不十分である	8.7	24.5	37.6	22.0	6.5	0.8	4.1±1.1						
医師から家族への治療や病状に関する説明が不十分である	8.7	21.4	33.5	26.1	9.1	1.2	3.9±1.1						
医師からの患者への病名告知が不十分である	7.1	16.8	27.6	33.0	12.4	3.0	3.6±1.2						
II. 病状理解とがん治療中止に関する厳しい入院の条件($\alpha=0.857$)							4.1±1.0	4.2±1.1	4.0±1.0	<0.001			
抗がん治療の中止が必要である患者が病名を知っていることが必要である	17.6	32.7	21.4	16.9	8.4	3.0	4.3±1.3						
患者が終末期であることを知っていることが必要である	14.0	31.0	24.6	19.6	8.4	2.4	4.2±1.3						
抗がん治療を行わないことに同意が必要である	10.7	27.5	29.3	20.6	9.9	2.0	4.0±1.2						
心肺蘇生しないことに同意が必要である	12.1	31.4	24.4	19.9	9.3	2.9	4.0±1.3						
III. 緩和ケア病棟への転院に積極的でない医師の意向・治療方針($\alpha=0.833$)							3.7±1.0	3.9±1.0	3.6±0.9	0.02			
抗がん治療が終末期になるまで(ぎりぎりまで)行われる	13.7	26.1	32.4	18.2	8.2	1.4	4.2±1.2						
医師が最後まで治療したいと考えている	5.9	17.0	30.8	29.1	13.5	3.7	3.6±1.2						
医師が最期まで自分で診たいと考えている	6.4	16.3	31.4	26.8	13.6	5.5	3.6±1.3						
医師が患者の希望を奪いたくないと考えている	3.9	14.2	33.1	32.1	12.7	4.0	3.5±1.1						
IV. 患者・家族が正確な病状を知らず、今後の治療・療養方針について話し合えていないこと($\alpha=0.826$)							4.0±0.9	4.0±1.0	3.9±0.9	0.095			

表3 (②つづき)

	非常にそう思う	そう思う	ややそう思う	思わない	そう思わない	全くそう思わない	項目得点 (平均±標準偏差)	全体ドメイン得点 (平均±標準偏差)	退院調整看護師ド (平均±標準偏差)	カーデシヤルワ (平均±標準偏差)	p 値*
患者ががん治療の継続を強く望む	15.4	23.4	32.6	20.6	6.9	1.1	4.2±1.2				
患者が病名を知らない	13.2	14.7	17.5	21.9	21.6	11.1	4.1±1.1				
患者・家族が治療・病状や治療の目的(延命や緩和治療であることなど)について説明を受けたのに理解していない	10.2	19.1	37.6	25.4	7.1	0.5	4.1±1.1				
患者が予後や今後予測される経過を知らない	11.3	26.8	34.3	17.3	8.8	1.5	4.1±1.2				
患者と家族の間で治療・療養の方針が一致していない	10.9	22.9	38.7	21.5	5.2	0.9	3.6±1.2				
V. 患者の病状に関する厳しい入院条件($\alpha=0.752$)								3.5±0.9	3.4±1.0	3.5±0.9	0.031
高い薬が使用されると入院できない	6.6	19.0	24.6	29.4	15.9	4.5	4.6±1.3				
予測される予後が3カ月以上だと入院できない	10.0	23.9	24.7	24.1	12.7	4.7	3.8±1.3				
認知症・周辺症状があると入院できない	7.5	19.9	27.1	28.2	13.0	4.4	3.7±1.3				
苦痛がないと入院できない	6.6	18.6	22.3	29.6	16.1	6.9	3.5±1.3				
予測される予後が短い週単位以下だと入院できない	4.0	9.2	13.0	35.4	26.6	11.7	2.9±1.3				
VI. 緊急時・外来対応の不十分さ($\alpha=0.830$)								3.4±1.3	3.5±1.4	3.4±1.2	<0.001
緊急時の入院が不可能	12.2	20.1	22.1	23.6	14.5	7.5	3.7±1.4				
緩和ケア病棟が緊急時の対応をしてくれない	9.5	15.6	19.7	29.4	17.7	8.2	3.5±1.4				
緩和ケア病棟に外来がない	9.3	12.6	14.9	25.7	18.7	18.8	3.1±1.6				
VII. 紹介・連携・受診方法が明確でないこと($\alpha=0.693$)								2.6±0.9	2.7±0.9	2.6±0.8	0.009
退院支援プログラムがないか、機能していない	1.3	7.5	16.1	36.1	28.0	11.1	2.9±1.1				
連携担当者同士が顔見知りでない	1.2	7.6	17.8	35.3	25.1	13.1	2.9±1.2				
緩和ケア病棟側の相談窓口が分からない	0.7	2.2	7.4	24.3	32.6	32.8	2.2±1.1				
VIII. 患者・家族が緩和ケア病棟を希望していないこと($\alpha=0.930$)								3.5±1.4	3.7±1.4	3.3±1.3	0.019
患者が緩和ケア病棟での療養を希望していない	12.2	15.3	23.7	23.2	20.2	5.5	3.6±1.4				
家族が緩和ケア病棟での療養を希望していない	9.1	14.8	18.3	23.3	26.7	7.7	3.3±1.4				
IX. 緩和ケア病棟への待機時間が長いこと($\alpha=0.763$)								4.4±1.0	4.4±1.0	4.4±1.0	0.681
緩和ケア病棟の数が十分でない	35.4	27.3	21.3	9.6	4.8	1.6	4.7±1.3				
外来受診から入院までの待機時間が長い	20.6	29.7	27.0	16.5	5.1	1.2	4.4±1.2				
外来受診を予約してから外来受診までの時間が長い	15.3	25.5	25.5	21.9	9.2	2.6	4.1±1.3				
X. 医師が緩和ケア病棟に対して悪いイメージを持っていること($\alpha=0.813$)								3.1±0.9	3.3±1.0	3.0±0.9	<0.001
医師が緩和ケア病棟に関する知識を持っていない	3.9	15.5	31.2	29.0	16.0	4.4	3.5±1.2				

表3 (②つづき)

	非常にそう思う	そう思う	ややそう思う	思わない	そう思わない	全くそう思わない	項目得点 (平均±標準偏差)	全体ドメイン得点 (平均±標準偏差)	退院調整看護師ド (平均±標準偏差)	カーデメイクワード (平均±標準偏差)	p 値*
医師が終末期ケアに关心がない	4.1	11.1	25.3	33.7	20.0	5.7	3.3±1.2				
医師の緩和ケア病棟に対する悪いイメージ	2.2	7.2	13.7	38.4	29.2	9.3	2.9±1.1				
医師が緩和ケア病棟への転院に対して、「治療医学の敗北」のイメージを持っている	2.6	6.7	14.9	30.4	27.2	18.2	2.7±1.3				
XI. 緩和ケア病棟で必要な治療やケアが行えないこと($\alpha=0.728$)								3.7±1.4	3.6±1.2	3.7±1.1	0.202
輸血ができない	9.9	22.6	23.8	27.0	12.4	4.3	3.8±1.3				
放射線治療ができない	10.0	22.3	19.3	24.3	17.5	6.6	3.6±1.4				
人工呼吸器が使えない	12.1	22.2	14.7	24.9	16.9	9.2	3.6±1.5				
医師から退院支援・調整部門への紹介が遅い	9.2	22.2	34.9	25.6	6.5	1.6	4.0±1.1	—	—	—	—
症状が安定したら退院が必要である	9.7	25.9	28.6	23.8	9.3	2.7	4.0±1.2	—	—	—	—
差額ベッド料金が払えない	15.2	25.9	27.2	19.7	8.4	3.7	4.1±1.3	—	—	—	—
患者・家族の緩和ケア病棟に関する知識が不足している	8.9	32.3	36.4	17.8	4.3	0.3	4.2±1.0	—	—	—	—
医療従事者からの受診予約を受け付けてくれない	2.4	4.3	8.7	25.4	26.8	32.4	2.3±1.3	—	—	—	—
紹介するタイミングが難しい(早くても遅くても断られる)	6.1	14.1	31.8	25.7	16.8	5.5	3.5±1.3	—	—	—	—
病院や主治医に見捨てられるという患者・家族の思い	12.5	27.8	33.2	18.1	7.1	1.1	4.2±1.2	—	—	—	—
医療従事者が患者や家族に転院を促すタイミングが遅い	9.2	19.0	37.1	23.2	9.9	1.6	3.9±1.1	—	—	—	—
医師や看護師が患者と死について話すことができない	10.3	26.4	35.0	18.2	8.3	1.8	4.1±1.2	—	—	—	—
患者・家族が緩和ケア病棟を死に行くところと認識している	10.7	31.5	36.1	14.8	5.8	1.0	4.2±1.1	—	—	—	—

主因子法、プロマックス法

各因子の数字は、標準化回帰係数を示す。

 α : Cronbach の α 係数

* : t 検定

療・療養の場について話し合うためには、予後予測尺度の臨床現場への普及や、必要に応じて緩和ケアチームなどががん治療医と協働するなど、がん治療医に対する支援体制を構築することが有効な可能性がある。

次に、第2の『患者・家族の不十分な病状認識と転院希望がないことに関する障壁』については、「IV. 患者・家族が正確な病状を知らず、今後の治療・療養方針について話し合えていないこと(4.0±0.9)」「VIII. 患者・家族が緩和ケア病棟を希望していないこと(3.5±1.4)」の2つの因子がこれにあたる。治療・療養方針についての話し合いの障害に関する先行研究では、患者・家族の不安や否認といった精神的な問題に関連した障害があり、話し合いを促進するには多職種での関わりが重要な役割

を担う¹²⁾と述べられている。よって、「IV. 患者・家族が正確な病状を知らず、今後の治療・療養方針について話し合えていないこと」が緩和ケア病棟転院への障壁とされていることは、患者・家族が治療に関する正確な医療情報を享受し、病状や見通しに関する説明を受け、不安や否認などの精神的な問題を医療者が理解しながら、患者・家族を中心に多職種で話し合う過程が重要であることを示唆している。また、「VIII. 患者・家族が緩和ケア病棟を希望していないこと」に関しては、がん治療中止の説明の後に緩和ケア病棟への転院を希望せず、まだ何らかの治療の継続を希望する場合や、継続してがん拠点病院での看取りを希望する場合、自宅近くの急性期病院等への転院や在宅での看取りを希望する場

合、などが考えられる。今後の課題として、療養場所の移行に関する、前向きの患者ごとのインタビュー調査などにより、療養の場の希望に関する時期による変遷が明らかになり、ソーシャルワーカー・退院支援看護師が、どの時期にどのような支援を必要とされているかが明らかになることが期待される。

最後に、第3の『緩和ケア病棟の待機の長さ、外来対応の不十分さおよび入院条件の厳しさに関する障壁』には、「IX. 緩和ケア病棟への待機時間が長いこと(4.4±1.0)」「II. 病状理解とがん治療中止に関する厳しい入院の条件(4.1±1.0)」「XI. 緩和ケア病棟で必要な治療やケアが行えないこと(3.7±1.4)」「V. 患者の病状に関する厳しい入院条件(3.5±0.9)」「VI. 緊急時・外来対応の不十分さ(3.4±1.3)」「VII. 紹介・連携・受診方法が明確でないこと(2.6±0.9)」の6つの因子が挙げられる。

「IX. 緩和ケア病棟への待機時間が長いこと」に関しては、緩和ケア病棟の病床数が未だ少ない可能性があること、転院待機中に病状悪化が見込まれ受診または転院に至れない可能性が高いことなどが要因となっている可能性がある。また「VII. 紹介・連携・受診方法が明確でないこと」に関しては、緩和ケア病棟ごとに受診の方法が異なること、空床状況に関する情報共有が十分でないことなどが要因と考えられる。これらの障壁を解消するには、がん拠点病院が、急性期病院や緩和ケア病棟、在宅の診療所など、地域の医療機関と緩和ケアに関する情報を共有し、連携体制を整備することが必要と考えられる。さらに、外来での専門緩和ケアへの介入の基準に関する先行研究¹³⁾で示されているように、身体的・精神的苦痛の程度、予後の見通しやせん妄の有無などの具体的な項目を基に、緩和ケア病棟への入院が必要な患者を適切に評価する仕組みの検討も課題であろう。

「II. 病状理解とがん治療中止に関する厳しい入院の条件」「V. 患者の病状に関する厳しい入院条件」については、ほとんどの緩和ケア病棟では「抗がん治療の中止・終了」と「治癒困難であるという病状理解」が入院の条件となっており、近年のがん治療の進歩により治療の選択肢が増え、がん治療医、患者・家族双方が治療中止の判断を決断することが難しくなっている可能性がある。

また、「VI. 緊急時・外来対応の不十分さ」「XI. 緩和ケア病棟で必要な治療やケアが行えないこと」については、緊急入院も含めた外来での迅速な対応が可能かどうか、輸血が実施可能か、腎機能の管理が可能か、など診療体制や対応可能な治療・処置が緩和ケア病棟ごとに異なること、またそれらの情報ががん拠点病院の退院支援調整部門と共有できていないことが、緩和ケア病棟への転院の判断を難しくしている可能性がある。

本研究は、日本全国のがん拠点病院のうち、67%の施

設が参加し、参加施設のソーシャルワーカー・退院調整看護師から高い回答率(92.5%)を得られた点が強みであるが、限界として下記の4点が挙げられる。

第1に、本研究はがん拠点病院のみを対象とした調査であり、わが国のがん患者の約60%が、がん拠点病院以外の病院で死亡している現状を考えると、全国の実態を反映しきれていない可能性がある¹⁴⁾。

第2に、自施設内に緩和ケア病棟を有する施設と、そうでない施設においては、ソーシャルワーカー・退院調整看護師が感じる障壁が異なる可能性がある。しかし、本研究では、自施設内の緩和ケア病棟の有無とソーシャルワーカー・退院支援看護師が感じる障壁の関連を探索することを主目的としていたため、本研究に参加したがん拠点病院における緩和ケア病棟の有無についてはデータを取得していない。そのため、各因子における職種間の回答の違いについては十分な検証が困難である。今後はがん拠点病院が有する病床機能とソーシャルワーカー・退院支援看護師が感じる障壁の関連を探索していく必要があると考えられる。

第3として、本研究はソーシャルワーカー・退院調整看護師が感じた障壁の調査であり、必ずしも患者・家族の緩和ケア病棟への転院の障壁を反映するものではないことが挙げられる。今後は患者・家族を対象とした調査・研究を実施していく必要がある。

最後に、本研究は退院支援調整部門に所属するソーシャルワーカー・退院調整看護師を対象としたため、主に入院患者に関する緩和ケア病棟への転院に関しての障壁を反映している。そのため、入院せずに外来化学療法を継続し、外来で意思決定支援をしている患者に関する障壁は必ずしも評価できていない。今後は、外来で療養先などの意思決定を行っていく患者・家族が感じる緩和ケア病棟への移行に関する障壁を調査していく必要がある。

結 論

全国のがん拠点病院の退院支援調整部門に所属するソーシャルワーカー・退院調整看護師から見た、がん終末期患者の緩和ケア病棟への転院において障壁を感じる点として11因子が挙げられ、これらは障壁に関わる対象の観点から、『がん治療医の認識や説明不足に関する障壁』、『患者・家族の不十分な病状認識と転院希望がないことに関する障壁』、『緩和ケア病棟の待機の長さ、外来対応の不十分さおよび入院条件の厳しさに関する障壁』の3つのカテゴリーに分けられると考えられた。

医師から患者に対して、病状や予後、今後の経過についての十分な説明を行うこと、適切な時期に治療・療養の場について相談し緩和ケア病棟への紹介を行うこと、

患者・家族の終末期における不安や否認などの精神的な問題を医療者が理解しながら、患者・家族を中心に多職種での話し合いを行うこと、緩和ケア病棟を希望していない患者・家族にも療養の場について相談すること、地域の医療機関との緩和ケアに関する連携体制を整備すること、緩和ケア病棟への入院が必要な患者を適切に評価する仕組みを検討すること、はソーシャルワーカー・退院支援看護師から見た緩和ケア病棟転院の障壁を軽減する可能性がある。

謝辞 本研究は、2014年公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成を受けて実施された。また、本研究の実施にあたって多大なご協力を頂いた清水メディカルクリニック 清水政克先生、新国内科医院 宇野さつき先生、筑波大学附属病院 外山美紀先生に深謝する。

著者の申告すべき利益相反なし

文 献

- 1) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007; 18: 1090-7.
- 2) 終末期医療のあり方に関する懇談会. 終末期医療に関する調査. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/zaitaku/dl/07.pdf> (2017年1月27日アクセス).
- 3) 五十嵐尚子, 宮下光令. 第II部 1. データでみる日本の緩和ケアの現状. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団(編). ホスピス緩和ケア白書2017. 2017; 78-107. https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo_2013/2013_2_1.pdf (2017年1月27日アクセス).
- 4) 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.
- 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 of Pain Symptom Manage* 2009; 38: 191-6.
- 6) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 2005; 23: 2637-44.
- 7) 文部科学省, 厚生労働省. 疫学研究に関する倫理指針. <http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei-i-kenkyu/ekigaku/0504sisin.html> (2017年1月27日アクセス).
- 8) Wright AA, Zhang B, Ray A, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA* 2008; 300: 1665-73.
- 9) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-42.
- 10) Yamaguchi T, Maeda I, Hatano Y, et al. Effects of end-of-life discussions on the mental health of bereaved family members and quality of patient death and care. *J Pain Symptom Manage* 2017; 54: 17-26. e1.
- 11) Mori M, Shimizu C, Ogawa A, et al. A national survey to systematically identify factors associated with oncologists' attitudes toward end-of-life discussions: what determines timing of end-of-life discussions? *Oncologist* 2015; 20: 1304-11.
- 12) You JJ, Downar J, Fowler RA, et al. Barriers to goals of care discussions with seriously ill hospitalized patients and their families: a multicenter survey of clinicians. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 549-56.
- 13) Hui D, Mori M, Watanabe SM, et al. Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. *Lancet Oncol* 2016; 17: e552-e559.
- 14) 厚生労働省 緩和ケア推進検討会. 第19回緩和ケア推進検討会. 資料5; 今後の緩和ケアのあり方について(案). <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000116614.pdf> (2017年1月27日アクセス).

Original Research

Barriers of Transfer to Palliative Care Units in Core Cancer Hospitals from the Viewpoint of Medical Social Workers and Discharge Support and Coordination Nurses

Hiroka Nagaoka,¹⁾ Akihiro Sakashita,²⁾ Jun Hamano,³⁾ Megumi Kishino,⁴⁾
Naoko Iwata,⁵⁾ Tomoha Fukuchi,⁶⁾ Yasuo Shima,⁷⁾ and Yoshiyuki Kizawa²⁾

- 1) Center for Palliative and Supportive Care, University of Tsukuba Hospital,
2) Department of Palliative Medicine, Kobe University Graduate School of Medicine,
3) Division of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Tsukuba,
4) Cancer Information and Support Services, Cancer Center, Kobe University Hospital,
5) Center for Medical Social Service Center, University of Tsukuba Hospital,
6) Department of Palliative Care / Patient Support, Patient Support Center, Kanagawa Cancer Center,
7) Department of Palliative Medicine, Tsukuba Medical Center Hospital

Identifying barriers regarding cancer patients' transfer to palliative care units (PCUs) should help improve their quality of life and enable them to choose where to recuperate. The present study sought to define these barriers using a self-completed questionnaire survey of medical social workers and nurses at the discharge support and coordination departments of 424 cancer care hospitals nationwide. By exploratory factor analysis, Identified barriers to PCUs transfer included 11 domains. Our study suggested that the barriers experienced by medical social workers and nurses at the discharge support and coordination departments regarding transfer to PCUs can be reduced by sufficient explanation by physicians to patients, timely PCUs referral with psychosocial consideration, improvement of collaborative system in between cancer care hospitals nationwide, general hospital, PCUs and home medical care, clarifying adequate structure to identify the patient who needs admission to PCUs.

Palliat Care Res 2017; 12(4): 789-99

Key words: palliative care units, barriers, transfer, medical social workers, discharge support and coordination nurses
