

平成 24 年 2 月 29 日

2010 年度在宅医療助成（後期）完了報告書

社会福祉法人 三井記念病院 緩和ケア科
廣橋 猛

テーマ：病院のがん治療医における在宅医療の認識調査
ーがん患者はなぜ自宅で療養できないのかー

1. 研究の背景と目的

2004 年に厚生労働省にてまとめられた、『終末期医療に関する調査等検討会報告書』によると、自分が痛みを伴う末期状態（死期が6か月程度よりも短い期間）の患者になった場合と仮定すると、多くの一般国民は、自宅で可能限り療養した後に、ホスピス・緩和ケア病棟へ入院することを望んでいるとされた。また、自宅で最期まで過ごしたいという人は全体の11%であった。自宅で療養したいのは、「住み慣れた場所で最期を迎えたい」、「最期まで好きなように過ごしたい」という理由が多く、自宅以外で療養したいのは、「自宅では家族の介護などの負担が大きい」、「自宅では緊急時に家族へ迷惑をかけるかもしれない」という理由が多かった。従って、適切な在宅医療、介護サービスが整い、在宅療養の環境がよくなり、家族の負担等を軽減できるようになれば、より最期まで自宅で過ごしたいという割合が増えるのではないかという考察がなされた。

しかし、平成14年人口動態統計（2002年）では、がん患者の自宅での死亡割合は6.2%にしか過ぎず、11%という希望すら満たせていないのが浮き彫りとなっている。

昨今、在宅医療が導入されたがん患者における、在宅看取りを阻害する要因に関わる多くの研究報告が成されており、介護者の負担や、コントロールに難渋する症状等が阻害因子となっていることが明らかとなってきている。しかし、在宅看取り率を高めるために、より重要なことは、『在宅医療が導入された人なるべく家で看取れるようにする』ことよりも、『より多くのがん患者を在宅医療に導く』ことではないだろうか。在宅医療で診ている患者への介護負担が限界に達した場合や、症状コントロールに難渋する場合、病院への入院を妨げることは結果的に患者や家族の満足度を減らす

可能性も高いのではないか。それよりも、可能な限り自宅で療養したいと考えていたのに、最終的に在宅医療を導入できないまま病院で亡くなっていく患者を在宅医療へ導くことのほうが、より満足度を高め、なおかつ結果としてがん患者の自宅死亡割合を増やすことに寄与するのではないかと考える。一時的に在宅医療を利用して自宅で療養され、最期は病院に入院して看取りでも良いのではないか。少なくとも、可能な限り自宅で療養できるがん患者が増えることが最も大切なことであり、先の調査でも国民が最も望んでいることなのだから。

では、何ががん患者の在宅医療導入を妨げているのだろうか。全く自宅療養を希望しない患者を強引に在宅医療導入することはないだろう。いくら患者が希望したところで、往診や訪問看護などの体制が不十分な環境の場合も難しいだろう。自分が最も懸念しているのは、患者や家族が自宅療養を希望しているにも関わらず、在宅医療というサービスの存在を知らずに終わる場合、詳細なサービス内容についての説明を受けられないまま踏み出せずに終わる場合である。病院に勤務してきた自分の経験上、日本のがん患者にとってはそれまで治療してくれた主治医が絶対であり、主治医が推奨もしくは提示してくれる情報以外は、選択するか検討するどころか、選択肢にすらならない可能性が高い。すなわち、病院の主治医が在宅医療を選択肢として提示、さらにその詳細についてある程度説明されない限り、患者が在宅医療という選択をする可能性は極めて低くなるのではないだろうか。実際に、緩和ケアチームとして入院中のがん患者に関わるとき、『在宅医療というサービスを始めて聞いた。主治医からは言われたことがなかった。自分でもお願い出来るのか？』という声を聞くことは稀ではない。外来通院中にADLが落ちて通院困難な状況が近付いてきても、主治医から在宅医療という選択肢が提示されることなく、最終的に救急車を呼ぶしかなかったという患者も少なからずいる。いずれも、在宅医療というサービスをもっと早くから知っていれば導入したかったのに、というケースである。

当然、一般市民や病院へ通院される方に対する、広い意味での在宅医療の啓蒙活動は重要である。しかし、がん治療を担ってきた主治医が在宅医療をより理解し、より詳細な情報を患者に提供することは、最も容易にがん患者が在宅医療のサービスを用いて、自宅療養できる割合を高め、さらに自宅での看取り率をも高めるのに寄与する可能性がある。従って病院のがん治療医が、どれだけ在宅医療のことを知っているか、どのように在宅医療のことを認識しているか、その医師は自分の患者を在宅医療に診てもらいたいと思っているか、という調査を行うことで、どのようにすればがん治療医から在宅医療という選択肢を患者により適切に提示してもらえるかを考察したい。

病院のがん治療医というのは、在宅医療のみを行う医療者では調査・介入が難しい対象であり、これまで在宅医療の研究対象としてはほとんどなかった視点の研究である。また、この調査を行うこと自体が、病院のがん治療医に対する在宅医療の啓蒙につながる事が期待できる。

2. 研究方法

本研究は、病院のがん治療医に対してアンケートを行うことにより調査する。

平成23年1月～6月 助成金は用いない先行研究を亀田総合病院内のみで行った。

平成23年7月～9月 全国のがん治療医に対するアンケートを作成した。

平成23年10月～12月 調査対象となるがん治療医を無作為に選定した。

注. アンケートの対象となるがん治療医は日本がん治療認定医機構の認定医の中から無作為に抽出した1000名とする予定で、同機構に対し本研究目的にアンケートを送付する許可を申請したが、同機構理事会のタイミングなど合わず叶わなかった。その代替りとして、がん診療連携拠点病院(2009年4月現在377病院)に所属し該当病院のホームページから役職が確認可能な、がん患者を有する診療科の医師の中から無作為に抽出した1000名を対象とした。その抽出作業に多くの時間を要した。

平成24年1月～2月 アンケートの印刷、発送準備を行った。

平成24年2月 アンケートを送付し返送結果をまとめた。

注. 本研究の計画段階ではソーシャルワーカーへのアンケートも計画していたが、研究の趣旨を熟慮した結果、今回はがん治療医への調査に一本化することとした。

3. 先行研究

亀田総合病院にてがん治療に関わる医師に対して、予備的調査を施行した。具体的には自分が主治医として関わった患者を在宅医療へ導いたことがあるか、在宅医療でどのようなことが出来るか知っているか、在宅医療に出来れば導きたいと思っているか、という項目においてアンケート調査を実施した。その結果で回答しやすさなどを分析した上で本研究の質問紙作成のための有益な情報となった。先行研究調査結果については日本在宅医学会雑誌へ投稿されることになっている。

4. 結果

先行研究での結果を参考に、全国のがん治療医に対する質問紙の内容検討を行った。東日本大震災による計画停電への対応に追われ、始動したのが2011年7月となったが、数回のミーティングを経て、がん治療医が在宅医療についてどの程度知っているのか、どれくらい信頼しているのか、実際に自分の患者を依頼したいと考えているのか、という本音の部分より引き出し、客観的に評価出来る質問紙の内容とすることが出来た。

質問紙の内容は以下のとおり。

設問1. 先生の御専門(診療科目)を教えてください (自由記入形式)

設問2. 先生の医師としての経験年数を教えてください (自由記入形式)

設問 3. 診療時間のうち、がん患者の診療に携わる割合はどれくらいありますか？

- 80%～100%
- 50%～79%
- 20%～49%
- 0%～19%

設問 4. 昨年 1 年間で約何名の終末期がん患者に携わりましたか？（自由記入形式）

設問 5. がん患者を在宅医療医に紹介したことはありますか？（いずれか 1 つを選択）

- 月に 1 人以上紹介する
- 2～3 ヶ月に 1 人は紹介する
- たまに紹介している
- 稀に紹介したことがある
- これまで紹介したことはない

設問 6. 抗がん治療を終えた患者が、在宅医療を受けられることを知っていましたか？

（いずれか 1 つを選択）

- どういう医師が、どういうことをしてくれるか詳しく知っている
- 何となくどういうことをしてくれるか知っているが、詳しく分からない
- 知ってはいるが、どういうことをしてくれるかは分からない
- がん治療医でなければがん患者は診られないと思っていた
- 在宅医療の存在をほとんど知らない

設問 7. 40 歳以上なら終末期がん患者も介護保険を使えることを知っていましたか？

（いずれか 1 つを選択）

- どういうサービスが利用できるかまで非常によく知っている
- 利用できるサービス内容もある程度は知っている
- 何となく知ってはいるが、具体的に何が出来るかはほとんど知らない
- 65 歳以上でなければ利用できないと思っていた
- がん患者に介護保険が使えることを知らなかった

設問 8. 抗がん治療を終えた患者様に在宅医療を勧めますか？（いずれか 1 つを選択）

- 外来通院可能な時期から自ら積極的に勧める
- 外来通院困難となってきた時期に自ら積極的に勧める
- 入院が長期化しそうになったら自ら積極的に勧める
- 自らは勧めないが、患者や家族から話があれば前向きに勧める
- 在宅医療は勧めない

設問 9. 今後がん患者に対する在宅医療の重要性は増していくと思いますか？

（いずれか 1 つを選択）

- 非常に重要である
- ある程度は重要である

-) 少しは重要である
-) ほとんど重要とは思わない
-) 全く重要でない

設問 10. がん患者を在宅医療医に紹介することを躊躇する原因はどれですか？

(複数回答可)

-) がん患者自身が最期までがん治療医の診療を希望していること
-) 症状コントロールがついていないこと
-) 先生が長く診てきていた患者であること
-) 家族が望んでいないこと
-) 安心して紹介できる在宅医療医がないこと

設問 11. 在宅医療医が以下のことを行っていることを御存知でしたか？ (複数回答可)

-) 365日24時間訪問可能な体制構築
-) 看取りを前提とした終末期ケア
-) 採血や採尿といった検査
-) 必要な状況での点滴
-) WHO方式の除痛ラダーに従った疼痛緩和

設問 12. 緩和ケアチームにがん患者の療養の場決定について関わってもらっていますか？

(いずれか1つを選択)

-) よく関わってもらっている
-) たまに関わってもらっている
-) 稀に関わってもらっている
-) 存在は知っているが、療養の場について関われることを知らない
-) これまで一切関わってもらったことがない、もしくは存在を知らない

設問 13. がん患者の在宅医療についてお考えのことをお聞かせ下さい (自由記入形式)

研究方法欄にても記載したが、アンケートを記入してもらうがん治療医の選定に難航したため、結果的に郵送作業が完了したのは2012年2月中旬となってしまった。しかし、調査協力して下さった先生にはクオカードを贈呈することとした影響か、速やかに700人を超える多くの返信を頂くことが出来た。

回答結果の要旨は以下のとおり。

設問4. 平均して10名/年以上の終末期がん患者を診ている医師が対象となっており、アンケートに回答するがん治療医としての質は保障されている。

設問5. 6割を超える回答で2~3ヶ月に1人は紹介すると答えている。

設問6. 9割を超える回答で抗がん治療を終えた患者が在宅医療を受けられるということ

を知っていると回答している。ただ、具体的にどういうことをしているのか知っているまで回答した医師は5割に満たない。

設問7. 7割を超える回答でがん患者に対してどのようなサービスが利用できるかある程度は理解しているとされた。ただ、一方で2割の医師ががん患者に介護保険を利用できることを知らないと回答していた。

設問8. 半数を超える医師が自らは在宅医療を勧めないと回答した。

設問9. 7割を超える医師が今後がん患者における在宅医療は重要であると回答している。

設問10. 自らが長く診てきたという理由で紹介を躊躇しているとした医師が3割程度、同様に安心して紹介できる在宅医療医がいらないという理由を選んだ医師が4割程度であった。

設問11. 7割を超える医師が在宅医療医は終末期医療に関わる医療行為に全て対応できることを理解していた。

設問12. 緩和ケアチームに頻繁に関わってもらっていると回答した医師はほとんどいなかった。

設問13. 在宅医療の重要性は理解しつつも、各々の地域で具体的に安心して頼める医師を知らないという声が多かった。ただ、その一方で少しずつ在宅医療へ紹介できる機会が増えてきているという声もみられた。

5. 考察

全体としてがん患者に対して今後在宅医療が重要であると考えるがん治療医が多いことが分かった。がん治療医が在宅医療の重要性を認識していないとすれば、まずは重要性の啓蒙から進めなければいけないと想像していたが、実際のところそれなりに認識されていた。それでも年に数回程度しか在宅医療医に紹介されておらず、自分から患者に対して積極的に在宅医療を推奨している医師が少ないという現実があった。積極的に紹介できない主な理由として、がん治療医自身が長く診てきたため紹介を躊躇するということ、安心して紹介できる在宅医療医がいらないということがあった。在宅医療で出来る医療行為としては概ね理解出来ている一方、実際には安心して紹介できる医師がいないと考えているという現実が明らかになった。事実、頻繁に在宅医療医に紹介しているがん治療医の回答をみると、安心して紹介できる特定の在宅医療医が決まっているというものが多くあった。がん治療医が紹介したいのは不特定の在宅医療医ではなく、安心して患者を預けられると信頼のおける在宅医療医なのである。

従って、今後よりがん治療医からの紹介数を増やしていくためには、がん治療医にとって安心して依頼できる医師であると認識してもらう必要があり、在宅医療医の奮起も必要であることが分かった。在宅医療医自身ががん緩和ケアの研鑽を積むことも必要だが、同時にがん治療医からの信頼関係を構築するための交流も必要と考えられる。今後、より踏み込んで、がん治療医にとって信頼できる在宅医療医像を探る調査も求められる。

6. 本研究の今後

回答のより詳細な分析のため多変量解析を加え、臨床腫瘍系の英文誌（annual of oncology もしくは Japanese Journal of clinical oncology）に投稿を予定している。また自由記載部分の回答についてはその質的評価を緩和医療系の国内誌（日本緩和医療学会誌もしくは緩和ケア）に投稿を予定している。

7. 感想

がん治療医に対する調査、しかも 1000 名規模の全国調査ということで本邦初の試みであった。最終的に調査対象の 1000 名を絞り込めたのがかなり遅い時期になってしまった。しかし、調査謝礼まで研究費で賄って頂けたので、想定よりも多くの回答が寄せられた。勇美記念財団の助成に心より御礼申し上げたい。

がん患者が在宅医療を利用するにあたって、がん治療医の意向が大きく寄与している実態を、がん治療を担う病院に勤務している身として日ごろ実感していたからこそ思い立った研究である。そもそも在宅医療の重要性すら認識していないのではないかと懸念していたが、昨今の在宅医療の重要性がクローズアップされる現状から、それは杞憂であった。しかし、在宅医療であれば何でも良いという風には捉えていないがん治療医の認識も明らかとなり、がん治療医に信頼してもらえる在宅医療医をどのように増やしていけるかが今後の課題となった。次の研究に生かしたい。

本研究は 2010 年度 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成にて行われた。