

## 急性期と終末期の患者が混在する 病棟における終末期医療の問題点

サトウ ヤスト アルガ エツコ オオホリ ヨウコ ナガイ ハマエ  
佐藤 康仁\*1 有賀 悦子\*2, \*3 大堀 洋子\*4 長井 浜江\*5  
シノ サトコ キムラ ケイコ イノクマ キョウコ トウマ ヒロン  
篠 聡子\*4 木村 桂子\*6 猪熊 京子\*7 東間 紘\*8

**目的** 本研究は、急性期と終末期の患者が混在する大学病院の一般病棟において、終末期医療にどのような問題が生じているのかを、医療従事者の立場から明らかにすることを目的とした。

**方法** 調査は、2001年12月中旬から2002年1月中旬にかけて、東京都内のA大学病院本院に勤務する全医師と全看護師を対象として行った。回収率は、医師35.3%(n=338)、看護師86.8%(n=1,082)であった。

**結果** 医師については、「一般病棟は終末期患者が過ごす場として適切ではない(71.9%)」「一般病棟は終末期患者の家族への配慮ができにくい(71.6%)」「終末期医療の知識・技術が不足であると感じる(68.9%)」の割合が高くなっていた。看護師については、「終末期医療の知識・技術が不足であると感じる(75.7%)」「急性期と終末期の患者が混在することによりストレスや疲労が増す(65.5%)」の割合が高くなっていた。グラフィカルモデリングの結果、医師と看護師に生じる問題点について、ほぼ同様のモデルが得られた。

**結論** 本研究から、大学病院の一般病棟において急性期と終末期の患者が混在することによる問題点が明らかとなった。質の高い医療の提供を実現するためには、大学病院における終末期医療について本格的な取り組みを行う必要があることが明らかとなった。

**キーワード** 大学病院, 緩和ケア病棟, 終末期医療

### I 緒 論

わが国におけるホスピス・緩和ケア医療に対する関心は1980年代から高まりを見せた。施設としての実現は、1981年の聖隷ホスピス(院内独立型)、1984年の淀川キリスト教病院ホスピス(院内病棟型)が、最初である<sup>1)</sup>。1990年には診療報酬改定において緩和ケア病棟入院料が認められ、これにより緩和ケア病棟を有する医療機関は増加することになった<sup>2)</sup>。2004年8月現在、緩和ケア病棟承認施設数は135施設、2,552床に達している。また、未承認でホスピス・緩和ケ

アを実践している施設や、ホスピス・緩和ケア病棟開設準備中の施設も多数あり、緩和ケア病棟設立の動きは拡大している<sup>3)</sup>。しかしながら、わが国におけるホスピス・緩和ケア病棟の数はまだまだ不足しているのが現状である。

大学病院における緩和ケア病棟は、1997年に藤田保健衛生大学の七栗サナトリウムに18床が認可されたのが最初である<sup>4)</sup>。2004年8月現在、5施設、86床が認められている<sup>3)</sup>が、施設数、病床数ともに少ない数にとどまっている。大学病院によっては、何らかの形で終末期医療に対する取り組みを行っているが、制度的な裏付けが

\*1 東京女子医科大学衛生学公衆衛生学(2)教室助手 \*2 国立国際医療センター16階病棟医長緩和ケア科長  
\*3 東京女子医科大学病院在宅医療支援・推進部非常勤講師 \*4 同在宅医療支援・推進部看護師  
\*5 同在宅医療支援・推進部看護師長 \*6 同薬剤部薬剤師 \*7 同看護部副部長  
\*8 同病院長・同在宅医療支援・推進部部長教授

ないために十分な医療資源の配分が難しく、終末期患者に対する治療やケアに苦慮しているのが現状である。

高度先進医療を行う大学病院においては、急性期の患者を中心に医療が進められているのが現状であるが、末期のがん患者を抱えるなど終末期の患者に対する治療やケアを考慮する必要もある。地域連携という形で、終末期の患者を地域にて治療やケアを行うという方法もあるが、連携システム構築の難しさや、地域において治療やケアが実施できるかという技術的問題もあり、まだ広く確立されたものではない。このようなことから大学病院の一般病棟においては、急性期と終末期の患者を同時に抱えており、医療を提供する上で様々な問題点を生じていることが推察される。これらの問題点を明らかにすることで、大学病院における医療の質の向上につなげることができると期待される。

本研究は、大学病院で医療に従事する医師と看護師を対象に、急性期と終末期の患者が混在する一般病棟において、終末期医療にどのような問題が生じているのかを明らかにすることを目的とした。また、グラフィカルモデリングを行うことにより、臨床現場で見られる問題点がどのようなつながりにより成り立つものであるのかを明らかにした。

## II 方 法

調査は、2001年12月中旬から2002年1月中旬にかけて行った。調査対象は、東京都内のA大

表1 アンケート回答者の属性

	医師 (n=338)		看護師 (n=1,082)	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
経験年数				
1～2年	59	17.5	274	25.3
3～5年	50	14.8	368	34.0
6～10年	71	21.0	224	20.7
11年以上	158	46.7	214	19.8
所属部署				
内科系	123	36.4	211	19.5
外科系	153	45.3	379	35.0
混合	9	2.7	286	26.4
その他	52	15.4	202	18.7

学病院本院に勤務する全医師 (n=958) と全看護師 (n=1,246) とした。医師については、各医局に調査票を配布し、医局において所属する医師へ調査票の配布と回収を行った。看護師については、看護師長を通して所属する看護師に調査票を配布し、看護部に設置した回収箱で回収を行った。調査票は無記名とした。回収率は、医師35.3% (n=338)、看護師86.8% (n=1,082) であった。

解析は、医師、看護師別に行った。調査結果の集計にはSAS ver8.02を用いた。また、グラフィカルモデリングを行うことにより、病棟における問題点の関連構造について検討した。グラフィカルモデリングとは、多変量データの関連構造を表す統計モデルをグラフによって表現するものであり、最近、開発されたものである<sup>5)</sup>。具体的には、①偏相関係数が低い2変数について、偏相関係数がゼロ (条件付独立) と仮定する。②この仮定により、元データとの整合性が低下していないかを確認する。③低下していなければ、この2変数を偏相関係数がゼロ (条件付独立) とする。この過程を繰り返すことにより、データ中の関連性を抽出していくものである。解析は、広島大学原爆放射線医科学研究所、計量生物分野で開発したソフトウェアを使用した。

## III 結 果

アンケート回答者の属性を表1に示した。医師は、経験年数11年以上の者 (46.7%) が最も多く、続いて6～10年の者 (21.0%) が多かった。看護師は経験年数3～5年の者 (34.0%) が最も多く、続いて1～2年の者 (25.3%) が多かった。医師と看護師を比べると、看護師の方が経験年数の短い方に偏っていた。所属部署について、医師は内科系および外科系で全体の80%を占めたが、看護師は外科系が35%と多いものの、内科系、混合系、その他にも20%前後の者が所属していた。

急性期と終末期が混在する病棟での問題点を医師、看護師別に表2に示した。医師について

は、「一般病棟は終末期患者が過ごす場として適切ではない(71.9%)」「一般病棟は終末期患者の家族への配慮ができてにくい(71.6%)」「終末期医療の知識・技術が不足であると感じる(68.9%)」の割合が高くなっていった。一方、看護師については、「終末期医療の知識・技術が不足であると感じる(75.7%)」「急性期と終末期の患者が混在することによりストレスや疲労が増す(65.5%)」の割合が高くなっていった。「終末期医療の知識・技術が不足であると感じる」は、医師、

看護師の両方で高い割合を示した。

医師と看護師を比較すると、「一般病棟は終末期患者の家族への配慮ができてにくい(p<0.0001)」「一般病棟における終末期患者は誰かに任せてしまいたい(p<0.0001)」「一般病棟は終末期患者が過ごす場として適切ではない(p<0.0001)」は、医師で有意に(有意水準5%)高くなっていった。「終末期医療の知識・技術が不足であると感じる(p=0.0133)」「急性期と終末期の患者が混在することによりストレスや疲労が

表2 急性期と終末期が混在する病棟での問題点(複数回答)

	医師 (n=338)		看護師 (n=1,082)		p
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
一般病棟は終末期患者に十分な医療・ケアを提供できない	160	47.3	548	50.6	0.2881
一般病棟は終末期患者の家族への配慮ができてにくい	242	71.6	609	56.3	<0.0001
急性期と終末期の患者が混在することによりストレスや疲労が増す	199	58.9	709	65.5	0.0262
終末期医療の知識・技術が不足であると感じる	233	68.9	819	75.7	0.0133
一般病棟における終末期患者は誰かに任せてしまいたい	54	16.0	87	8.0	<0.0001
終末期患者の治療方針は医師の判断で決定され他医療職の意見が考慮されない	102	30.2	308	28.5	0.5444
一般病棟は終末期患者が過ごす場として適切ではない	243	71.9	585	54.1	<0.0001

注:  $\chi^2$ 検定

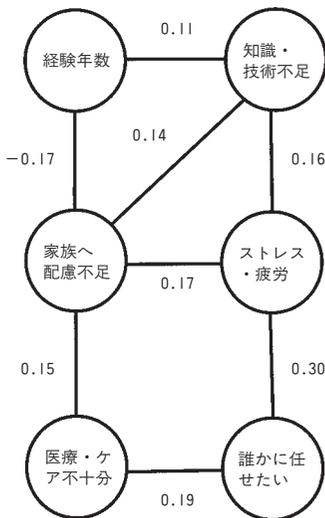
表3 選択されたモデルの偏相関行列(医師)

	経験年数	医療・ケア不十分	家族へ配慮不足	ストレス・疲労	誰かに任せたい	知識・技術不足
経験年数	1.00					
医療・ケア不十分		1.00				
家族へ配慮不足	-0.17	0.15	1.00			
ストレス・疲労			0.17	1.00		
誰かに任せたい		0.19		0.30	1.00	
知識・技術不足	0.11		0.14	0.16		1.00

表4 選択されたモデルの偏相関行列(看護師)

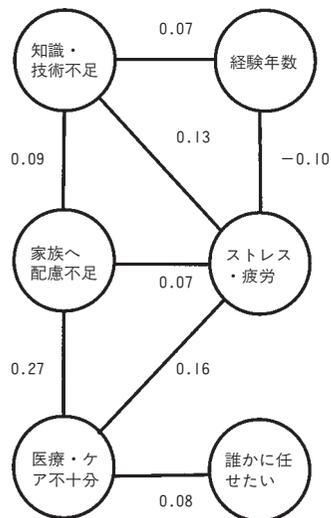
	経験年数	医療・ケア不十分	家族へ配慮不足	ストレス・疲労	誰かに任せたい	知識・技術不足
経験年数	1.00					
医療・ケア不十分		1.00				
家族へ配慮不足		0.27	1.00			
ストレス・疲労	-0.10	0.16	0.07	1.00		
誰かに任せたい		0.08			1.00	
知識・技術不足	0.07		0.09	0.13		1.00

図1 医師における問題点の関連



注: 数値は偏相関係数である。

図2 看護師における問題点の関連



注: 数値は偏相関係数である。

増す ( $p=0.0262$ )」は看護師で有意に高くなっていた。

グラフィカルモデリングの結果は、表3、4および図1、2のようになった。医師、看護師ともに、「経験年数」「知識・技術不足」に、「家族への配慮不足」「ストレス・疲労」が関連していた。また、「家族への配慮不足」「ストレス・疲労」に、「医療・ケアを十分に提供できない」「誰かに任せたい」が関連しており、ほぼ同様の関連構造を示した。医師においては、「ストレス・疲労」と「誰かに任せたい」の関連が最も強くなっていた(偏相関係数0.30)。看護師においては、「家族への配慮不足」と「医療・ケアを十分に提供できない」の関連が最も強くなっていた(同0.27)。

医師と看護師を比較すると、「経験年数」と「知識・技術不足」、「家族への配慮」と「知識・技術不足」、「ストレス・疲労」と「知識・技術不足」、「家族への配慮」と「医療・ケアを十分に提供できない」、「家族への配慮」と「ストレス・疲労」、「医療・ケアを十分に提供できない」と「誰かに任せたい」について、共通して関連性がみられた。

#### IV 考 察

筆者らは、大学病院で医療に従事する医師と看護師にアンケート調査を行うことにより、急性期と終末期が混在する病棟での問題点を明らかにすると同時に、これらの問題点の間にもどのような関連が存在するのかを明らかにした。

医師においては、急性期と終末期が混在する病棟で、約50%が「十分な医療・ケアを提供できない」としており、さらに70%近くが「家族への配慮ができていない」としていた。混在により、提供する医療に困難を抱えている現状がうかがえると同時に、家族までは配慮がとどいていないことがわかる。看護師においては、「十分な医療・ケアを提供できない」「家族への配慮ができていない」について50%以上の者が訴えており、より質の高い医療を提供するためには改善の余地があることがわかる。また、終末期患者

に「十分な医療・ケアを提供できない」ということは、混在する病棟の急性期患者にも何らかの問題点が発生していると考えられ、対策の必要性が大きいと考える。

急性期と終末期の患者が混在することにより「ストレスや疲労が増す」とするものは、医師では58.9%、看護師では65.5%であり、どちらの職種にも問題点として存在することがわかった。また、看護師により負担がかかっていることもわかった。看護師におけるストレスや疲労については、個人属性や社会的環境、行動特性などから説明されることが多いが、急性期と慢性期の患者の混在も要因になっていることがわかる<sup>6)</sup>。グラフィカルモデリングの結果からも、看護師においては「ストレスや疲労が増す」と直接関連するものが最も多く、この点は、看護師のストレスマネジメントを考える際のポイントとなると考える。

「終末期医療の知識・技術が不足であると感じる」は、看護師では最も割合の高い項目であり、医師でも高いものの1つであった。一方で、「終末期患者は誰かに任せたい」というものが少ないということから、臨床の現場においては、知識・技術不足を感じながらもどうにかしたいと追い詰められている状況がうかがわれる。大学病院は高度先進医療を行うと同時に、教育機関でもある。大学病院においても終末期医療に対する教育・研修機能の充実の必要性を感じる。さらに、「一般病棟は終末期患者が過ごす場として適切ではない」とする意見が医師において最も高い項目になっており、大学病院への緩和病棟の設置、または緩和病棟のある施設との連携の必要性が感じられる。

グラフィカルモデリングの結果、医師と看護師に生じる問題点について、ほぼ同様のモデルが得られた。つまり、急性期と終末期が混在する病棟での問題点は、医師においても看護師においてもほぼ同様に関連する問題が存在することになる。それゆえ、急性期と終末期の混在による問題点の解決を実行することにより、医師にも看護師にも同様の効果が現れると考える。

グラフィカルモデリングに採用された変数を

検討すると、コントロール可能な変数として、「知識・技術不足」があげられる。さらに「知識・技術不足」は、「家族への配慮不足」「ストレス・疲労」に直接関連していた。大学病院における急性期と終末期が混在する病棟での問題点を改善するために、「知識・技術不足」の改善を行うことは、「家族への配慮不足」「ストレス・疲労」の改善につながり、医療の質を高めることが可能になる。

終末期医療に関する知識や技術を向上させるものとして、大学病院内に終末期医療を実践すると同時に学ぶことができる専門病棟の設置が考えられる。「大学病院の緩和ケアを考える会」によるアンケート調査によると、「大学病院に終末期医療を学ぶ専門病棟が必要だと思いますか？」との質問に対して、医師では73%、看護師では80%が必要であると答えていた<sup>7)</sup>。また、大学病院医師のターミナルケアに関する意識調査では、1982年から1997年の間に病名告知やターミナルケアに対する医師の意識は本質的には変化していないとある<sup>8)</sup>。これらの報告を踏まえると、教育的視点から終末期医療の充実のために、大学病院に終末期医療を学ぶ専門病棟設置を考える余地があると考えられる。

大学病院の機能としては、臨床、教育および研究がある。1980年代からのホスピス・緩和ケア医療への関心の高まりとともに、この分野に参入したいとする医療従事者が増えてきた。これらの医療従事者に臨床、教育および研究の場を提供するのは大学病院の役割であると考えられる。また最近になり、在宅医療が再注目されており、今後、在宅医療に従事する医療従事者が増えるものと考えられる。このような医療従事者の教育・研修を担当することに対しても大学病院は有力な候補になる<sup>9)</sup>。

大学病院に緩和ケア病棟を置くメリットは、保険点数が確保されていること、平均在院日数を問われないこと、学生、看護師および医師への教育・研修機会の提供、研究の場の提供などが考えられる。一方、デメリットとして、新たな部門設置のための資金や人の確保、病院の機能分化に逆行するなどが考えられる。一方で、

大学病院は、地域との連携を重視し、緩和のICUとして役割を担うべきであるという考え方もある。つまり、緩和ケアを、急性期の症状緩和のための緩和ケア病棟と長期の療養的な緩和ケア病棟に分け、大学病院では、急性期の症状緩和のための緩和ケア病棟を受け持つというものである<sup>9)</sup>。大学病院における緩和ケア病棟をどのような形にするかという点については、今後の検討課題である。

本研究から、大学病院の一般病棟における急性期と終末期が混在することによる問題点が明らかとなり、対策の必要性が指摘された。質の高い医療を実現するためには、大学病院における終末期医療について本格的な取り組みを行う必要を感じる。A大学病院本院では地域との連携をとり、終末期患者を地域にてケアする試みが行われている<sup>10)</sup>が、地域での受け入れ態勢が十分ではない現状を考えると<sup>11)</sup>、大学病院における緩和ケア病棟の必要性を強く感じる。本研究により明らかになった問題点の解決は、大学病院における終末期医療の質を高めると同時に、終末期医療に対する教育や研究を推進するものである。

## V ま と め

本研究は、大学病院で医療に従事する医師と看護師を対象に、急性期と終末期の患者が混在する病棟において、終末期医療にどのような問題が生じているのかを明らかにした。また、これらの問題点がどのようなつながりにより成り立つものであるのかを明らかにした。これらの結果から、質の高い医療の提供を実現するためには、大学病院における終末期医療について本格的な取り組みを行う必要があることが明らかとなった。

## 文 献

- 1) 柏木哲夫. 日本における緩和ケア病棟の歴史と現在. 看護 1999; 51(3): 24-8.
- 2) 岩澤和子. 診療報酬から見る緩和ケア病棟の意義と問題点. 看護 1999; 51(3): 30-3.

- 3) 全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会. <http://www.angel.ne.jp/~jahpcu/> 2004年8月.
- 4) 高宮有介. 大学病院における緩和ケア病棟の意義と問題点. 看護 1999;51(3):45-9.
- 5) 宮川雅巳. グラフィカルモデリング. 東京:朝倉書店, 1997;1-3.
- 6) 大堀洋子, 長井浜江, 篠聡子, 他. 急性期と終末期患者が混在する職場で働く看護師のストレスに関する検討「大学病院の緩和ケア病棟のあり方を探る」女子医大アンケート調査結果から. 院内看護研究集録 東京女子医科大学病院看護部 2002;27:35-40.
- 7) 大堀洋子. シンポジウム1アンケート結果報告. 大学病院の緩和ケアを考える会 総会研究会記録集 2002;8:30-5.
- 8) 粕田晴之, 池野重雄, 福田博一, 他. 自治医科大学付属病院医師のターミナルケアに対する意識. 自治医科大学紀要 1998;21:117-34.
- 9) 高宮有介. 大学病院におけるターミナルケア. 日医雑誌 2003;129(11):1719-22.
- 10) 長井浜江, 篠聡子, 大堀洋子, 他. 当院における在宅医療の現状と看護師の役割-5年間の在宅医療支援活動を通して. 癌と化学療法 2003;30 Supplement I (12):176-9.
- 11) 矢島正純, 有賀悦子, 城谷典保, 他. 新たに開設された緩和病棟と当科におけるがん患者の看取り. 癌と化学療法 2003;30 Supplement I (12):98-101.

## 2004年 動向誌刊行のお知らせ

(税込み)

*	国民衛生の動向	2,200円 発売中
*	国民の福祉の動向	1,890円 発売中
*	保険と年金の動向	1,890円 発売中
*	図説 国民衛生の動向	1,470円 発売中

財団法人 厚生統計協会

〒106-0032 東京都港区六本木5-13-14  
TEL 03-3586-3361