

研究報告

# 看護師からみた山間へき地の病院・診療所における がん患者の緩和ケアおよびがん性疼痛緩和の現状と課題 —身体的苦痛の緩和に焦点をあてて—

The current state and agendas of palliative care and cancer-related pain managements  
from the viewpoints of nurses at hospitals and clinics in isolated mountainous areas.  
— Focusing on alleviating physical pain —

小西敏子<sup>1)</sup> 丸口ミサエ<sup>2)</sup>  
Toshiko Konishi<sup>1)</sup> Misae Maruguchi<sup>2)</sup>

- 1) 獨協医科大学看護学部  
2) 元国立がん研究センター中央病院  
1) School of Nursing, Dokkyo Medical School  
2) Former National Cancer Center Hospital

## 要 旨

【目的】 看護師の視点から身体的苦痛の緩和に焦点をあて、山間へき地の病院・診療所におけるがん患者の緩和ケアおよびがん性疼痛緩和の現状を明らかにし、課題を検討すること。

【研究方法】 対象者は、山間型へき地に所在するへき地医療拠点病院あるいは全国国民健康保険診療施設協議会の会員施設で過疎地域自立促進特別措置法などの地域指定を受けている施設のうち、100床以下の107施設の看護責任者1名と病棟師長1名。施設の概況、緩和ケアやがん性疼痛緩和に関する困難、入院したがん患者の疼痛緩和の状況などについて郵送式質問紙調査法を用いて調査し、記述統計値の算出、質的帰納的分析を行った。実施に際し国立国際医療研究センター倫理委員会の承認を得た。

【結果】 回収率は29.9%（32施設）であった。32施設中8施設が、緩和ケアに取り組む医師がいると回答したが、専門看護師、認定看護師が配置されている施設はなかった。また、緩和ケアやがん性疼痛緩和に関する困難として、「医師に関する困難」「医療・看護の評価に関する困難」「看護ケアに関する困難」「スタッフ教育に関する困難」が明らかになった。

126名のがん患者の平均年齢は78.8歳、平均在院日数は49.2日で、7割の患者が死亡退院していた。また、約半数の患者が入院時に痛みを有していたが、鎮痛薬によって完全除痛できた患者は約1割であった。医療用麻薬で最も多く使用されていたのは経皮吸収型フェンタニル製剤の43名で、鎮痛補助薬を使用していたのは3名であった。

【考察】 山間へき地の病院・診療所における緩和ケアおよびがん性疼痛緩和に関する課題として、緩和ケアおよびがん性疼痛緩和に関する専門家の不足、医療や看護について評価する場の不足、研修会や勉強会など教育機会の不足があげられた。

このため、専門家にいつでもコンサルトできるシステムの構築や、専門家が事例検討会などに参加し、医療・看護を評価していく機会を積極的に作っていくこと、研修会や勉強会に参加する環境を整

えていくことが必要であることが示唆された。

キーワード：へき地，がん患者，がん性疼痛緩和，緩和ケア，看護師

## I. 緒言

1981年（昭和56年）から、「悪性新生物」は我が国の死因第一位となり，現在では年間約36万人ががんで死亡し，生涯2人に1人ががんに罹患する<sup>1)</sup>と推計されている。

このような状況下，がん医療の均てん化の促進などを目的として施行された「がん対策基本法」も，今年で10年目を迎える。その中で，2012年には，「がん対策推進基本計画」の見直しが実施され，重点課題として，放射線療法，化学療法，手術療法の更なる充実に加え，がんと診断された時からの緩和ケアの推進が盛り込まれた。つまり，がんの治療のみならず，緩和ケアにおいても均てん化を推し進めていくことが求められたわけである。

これを受け，二次医療圏に1箇所を目標に承認されている地域がん診療連携拠点病院は，2015年4月の時点で352施設<sup>2)</sup>となった。また，日本ホスピス緩和ケア協会によると，承認された緩和ケア病棟は，2015年11月の時点で356施設<sup>3)</sup>にまで増加した。

加えて，2006年4月に改正された医療制度では，在宅ケアの体制を整えるべく在宅療養支援診療所制度も新設された。そして2012年には，在宅における看取りの推進，在宅緩和ケアの充実を図るべく機能強化型の在宅療養支援診療所・病院が認められ，診療報酬が改定された。

しかし，これら地域がん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟，在宅療養支援診療所は都市部に偏在しており，高齢化率が高いへき地においては，診療所や訪問看護ステーションも限られている<sup>4)</sup>のが現状である。このため，浅見ら<sup>5)</sup>が，人口減少地域における終末期の在宅療養に対する希望の変化とその要因について調査し，介護負担と医療不安が大きいことから，同居している若い世代の少ない住民ほど終末期での自宅療養希望者が減少していることを明らかにした。また，堀越ら<sup>6)</sup>は，高齢化率が30%を超える

離島地域の医療・福祉サービスの整備状況と島内での看取りとの関連を調査した結果，離島地域の高齢者は住み慣れた島ではなく島外で亡くなる者が多く，島内での看取り率には医療・福祉サービスの充実が有意に関連していた。

一方，伊藤ら<sup>7)</sup>は，中山間地域の中高齢者の終末期の療養ニーズについて調査し，約7割の中高齢者が，理想の死にとって「苦痛が少ないこと」が重要であることを明らかにした。しかし，上原ら<sup>8)</sup>は，山間へき地を診療エリアに持つ4病院の看護師を対象に，山間へき地におけるがん終末期患者の療養状況について調査した結果，終末期入院患者の9割以上が何らかの苦痛症状を有しており，その中でも，痛み，倦怠感，うつ症状，せん妄，浮腫を有する患者の2割以上が，それらの症状をコントロールすることが難しかったと報告している。

このような状況下では，同じがん患者であっても，へき地に居住しているために緩和医療の恩恵を受けることができないことが予測される。特に交通条件や経済的，文化的諸条件に恵まれず，産業基盤及び生活環境の整備などが他の地域に比較して十分に行われていないとされる山間へき地に居住する人々が，住み慣れた土地で安寧な最期を迎えるためには，その地域の病院，診療所における緩和ケアおよびがん性疼痛緩和に関する医療・看護体制の充実が喫緊の課題である。

へき地における緩和ケアおよびターミナルケアの現状に関する先行研究では，地方都市における住民の死生観や終末期の療養場所に関するニーズ調査<sup>5,7,9)</sup>は散見されるが，その他は，離島における在宅ターミナルケア<sup>10)</sup>や看取り<sup>6)</sup>，地方病院におけるターミナルケアの現状<sup>8)</sup>について明らかにした研究があるのみで，いずれも緩和ケアあるいはがん性疼痛緩和の現状について言及されていなかったり，対象施設が特定の地域に限定されたものであった。

以上のことから、高齢化率が上昇することが予測されるへき地において、がん終末期患者が最期の時を安寧に過ごすためには、病院や診療所における緩和ケアあるいはがん性疼痛緩和が重要であると考えられるが、それらの現状を明らかにする研究は殆ど実施されていない。

そこで、本研究の目的は、看護師の視点から身体的苦痛の緩和に焦点をあて、山間へき地の病院・診療所におけるがん患者の緩和ケアおよびがん性疼痛緩和の現状を明らかにし、課題を検討することである。

## II. 研究方法

### 1. 研究対象者

本研究の対象は、へき地の中でも、特に交通条件や経済的、文化的諸条件に恵まれず、産業基盤及び生活環境の整備などが他の地域に比較して十分に行われていないとされる山間へき地に限定した。また、その選定基準は以下の通りである。

- (1) へき地医療拠点病院の中で山間型へき地に所在する施設
- (2) 全国国民健康保険診療施設協議会の会員施設の中で過疎地域自立促進特別措置法、山村振興法の地域指定を受けている施設

上記(1)あるいは(2)に該当する施設の中で、病床数が100床以下の107施設の看護責任者各1名(下記の調査表①)と病棟師長あるいは看護師各1名(下記の調査表②)。

### 2. 調査内容

#### 1) 施設の概況(調査表①)

平成19年12月31日現在の施設の概況(診療圏人口、病床の種類と病床数、職員構成、在宅ケア体制、連携医療機関)、緩和ケアやがん性疼痛緩和に関する困難。

#### 2) 入院したがん患者の個別情報(調査表②)

平成19年1月1日から12月31日までの1年間に入院したがん患者に関する以下の個別情報について、一病棟10名以上の場合は10名を限度として調査した。

患者の概要(年齢、性別、疾患名、入院日数、入院経路、入院理由、転帰)、入院時の苦痛症

状の有無とその内容、がん性疼痛について(痛みの程度、使用した鎮痛薬とその効果、その他に行われた痛みの治療、痛みを緩和するために苦慮したこと)。

なお、がん性疼痛緩和の状況については、郵送による質問紙調査という手法を採用したため、苦痛の程度や鎮痛薬の使用状況、痛みの変化(除痛の程度)に焦点を絞り調査表を作成した。

### 3. 調査期間

平成20年3月～6月

### 4. 調査方法

郵送式質問紙調査法を実施した。

手順1—対象施設の看護責任者に、研究の主旨などを明記した調査への協力依頼文、調査表①②の見本、返信用葉書を送付し、研究承諾の有無と調査表②の必要部数(10部を上限)を聞いた。

手順2—研究の承諾が得られた施設の看護責任者に調査表①②を送付した。

### 5. 分析方法

数値的データは、記述統計値(合計値、平均値、百分率など)の算出を行った。

緩和ケアやがん性疼痛緩和に関する困難に関する記述部分については、一文にして抜き出してコードとし、意味内容の類似性にしがたい、サブカテゴリー、カテゴリーにまとめた。分析に際しては、信頼性を確保するため、質的研究および緩和ケア、がん性疼痛看護に精通する研究者のスーパーバイズを受けた。

### 6. 倫理的配慮

本研究は、国立国際医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施した。また、研究対象者に、研究目的と方法、参加の自由、匿名性の保護、結果の公表について文書で説明し、研究参加への同意を得た。

## III. 研究結果

### 1. 対象施設の概況

調査の結果、32施設の看護責任者から回答が得られた(回収率29.9%)。

表1 対象施設の病床の種類と病床数

病床の種類	全体	一般	療養病床 (医療型)	療養病床 (介護型)	精神病床	その他
施設数(施設)	32	30	17	10	0	3
平均病床数(床)	163.4	42.6	32.5	14.5	0	18
最大病床数(床)	100	87	60	29	0	40
最小病床数(床)	25	3	8	4	0	4

### 1) 施設の概況

32施設の平均診療圏人口は16,262.3人(1,800-94,000人)、平均病床数は63.4床(25-100床)であった。また、32施設の中で、一般病床を有している施設は30施設、療養病床(医療型)が17施設、療養病床(介護型)が10施設であった(表1)。

### 2) 看護職員の構成

32施設に勤務する看護師の総数は718.5人(60.0%)、准看護師は259.5人(21.7%)、看護助手は219.5人(18.3%)であった。専門看護師、認定看護師が配置されている施設はなかった。

### 3) 医師の勤務形態と緩和ケアへの取り組み

31施設から回答が得られた。31施設には、合計149人の常勤医師、121.8人の非常勤医師が勤務しており、1施設あたりの平均常勤医師数は4.8人、非常勤医師数は3.9人であった。

また、緩和ケアに取り組む医師がいると回答した施設は8施設(25.8%)であった。

### 4) 在宅ケアの体制

32施設中27施設(84.4%)が、何らかの在宅ケアの体制を有していた。特に訪問診療は26施設(81.3%)、訪問看護部門は18施設(56.3%)、訪問看護ステーションは6施設(18.8%)が有していた。

### 5) 連携医療機関と連携内容

連携する医療機関について調査した結果、29施設が合計65の連携医療機関をあげた。

連携医療機関の設置主体別では、国公立が19施設(29.2%)、その他の公的病院が25施設(38.5%)、私立病院が21施設(32.3%)であり、連携医療機関までの平均距離は35.3km(5-100km)であった。

また、主な連携内容について3つの選択肢を提示して複数回答で調査した結果、「自施設でできない治療の場合紹介する」が26施設(86.7%)、「積極的治療ができなくなった患者を紹介される」が20施設(66.7%)、「その他」が4施設(13.3%)であった。その他の回答としては、「患者が大きな病院を希望する」「息子夫婦の近くの病院を希望する」「療養型施設の入所待ち」「在宅が困難で転院する」があった。

### 6) 緩和ケアやがん性疼痛緩和に関する困難

緩和ケアやがん性疼痛緩和に関する困難として21のコードが得られ、それらは最終的に、「医師に関する困難」「医療・看護の評価に関する困難」「看護ケアに関する困難」「スタッフ教育に関する困難」の4つの困難にまとめられた(表2)。

以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを[ ]で表す。

#### (1) 【医師に関する困難】

これは、医師の緩和医療に関する知識の不足や患者に向き合う姿勢によって、患者の痛みが緩和されないといった困難であり、[積極的に鎮痛薬を使用する医師が少ない][医師にもっと鎮痛薬の使い方を勉強して欲しい][医師が親身になって対応してくれない]の3つのサブカテゴリーが含まれた。

#### (2) 【医療・看護の評価に関する困難】

これは、患者に提供している医療や看護が正しかったのか、患者の意に沿ったものであったのかを評価する場がないという困難であり、[鎮痛薬の使用方法が適切であったか評価する場がない][医療や看護がこれでよかったのか評価する場がない]の2つのサブカテゴリーが

表2 緩和ケアやがん性疼痛緩和に関する困難

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
医師に関する困難	積極的に鎮痛薬を使用する医師が少ない	積極的に医療用麻薬を使用する医師が少ない。
		積極的に医療用麻薬と鎮痛補助薬を併用する医師が少ない。
	医師にもっと鎮痛薬の使い方を勉強して欲しい	麻薬や鎮痛補助薬の使用量が少なく、患者の痛みが緩和されない。
		医師全員が疼痛緩和に関する知識を得て、家族が納得できるように説明をして欲しい。
医師が親身になって対応してくれない	医師が積極的に麻薬について勉強し取り組んでもらえれば、患者にもっと効果的に作用するのではと感じる場面が多い。	
	もっと医師に麻薬の使い方を勉強して欲しい。	
	看護師は研修会に参加して知識を得る努力をしているが、医師がなかなか親身になってくれない。	
医療・看護の評価に関する困難	鎮痛薬の使用方法が適切であったか評価する場がない	医師は、麻薬を文献通りに使用し、症状に合わせて使用してくれない。
		医師は病気として捉えており、生活している人間として捉えて欲しい。
	医療や看護がこれで良かったのか評価する場がない	緩和ケアがWHOのラダーに沿って適切に実施されているのか評価する場がない。
看護ケアに関する困難	チームで統一したアプローチが難しい	疼痛緩和に関する専門の医師や看護師がおらず、薬剤の使用方法が適切かどうかわからない。
		ここに入院してよかったと思ってもらえるよう看護しているが、これで良かったのかと考えさせられる。
	限られた環境の中でのケアが難しい	医療・看護が患者・家族の気持ちに添っていたか評価できる場がない。
		緩和ケアに関して医師と看護師の意見が食い違うことがある。
心の苦しみに対するケアが難しい	患者、家族、医師、看護師が一度に集まることが少ない。	
	せっきく患者が地元に戻っても、一般病棟しかいないため、もっと何かできないかいつも考えている。	
スタッフ教育に関する困難	スタッフを研修に参加させる余裕がない	混合病棟のため、患者や家族に静かな落ち着いた環境の提供が難しい。
	緩和ケアに関する勉強会が少ない	患者の精神的なケアについて、心の苦しみにどうしていくべきか考えてしまう。
スタッフ教育に関する困難	スタッフを研修に参加させる余裕がない	スタッフを研修に参加させる人的余裕がない。
スタッフ教育に関する困難	緩和ケアに関する勉強会が少ない	看護師を対象とした緩和ケアに関する勉強会が少ない。

含まれた。

(3) 【看護ケアに関する困難】

これは、意見の食い違いなどで統一したチームアプローチができなかったり、落ち着いた療養環境が提供できないといった看護ケアに関する困難であり、[チームで統一したアプローチが難しい][限られた環境の中でのケアが難しい][心の苦しみに対するケアが難しい]の3

つのサブカテゴリーが含まれた。

(4) 【スタッフ教育に関する困難】

これは、教育環境や人的余裕がないことでスタッフ教育が十分に行えないといった困難であり、[スタッフを研修に参加させる余裕がない][緩和ケアに関する勉強会が少ない]の2つのサブカテゴリーが含まれた。

## 2. がん患者の緩和ケアおよびがん性疼痛緩和の現状

32施設から合計126名のがん患者に関する回答が得られた。

### 1) 患者の概要

#### (1) 年齢, 性別

126名のがん患者のうち, 男性69名(54.8%), 女性57名(45.2%), 平均年齢は78.8歳(46-97歳)であった。以下, 患者の概要について表3に示す。

#### (2) 疾患名

患者の疾患名では, 肺がんが最も多く23名, 次いで, 大腸がん(結腸・直腸)21名, 胃がん17名と続いた。また, 重複がんが7名いた。

#### (3) 平均在院日数, 入院経路, 入院理由

患者の平均在院日数は49.2日, 入院経路は, 87名(69.0%)が「自宅から」, 35名(27.8%)が「転院」であった。

入院理由については, 「病状の悪化などで看病できない」が78名と最も多く, 症状緩和(緩和ケア)が75名と続いた。

#### (4) 入院時の苦痛症状

患者の入院時, 何らかの苦痛症状を呈していたと回答したのは113名(89.7%)だった。中でも, 「痛み」は63人, 「倦怠感」は61名と, 約半数の患者がこれらの苦痛を抱えていた。

#### (5) 転帰

88名(69.6%)が死亡退院しており, 治癒は2名(1.6%)であった。

なお, 「治癒」となった2名の入院理由は, それぞれ, 一過性心房細動, 転倒による挫傷であった。

## 2) がん性疼痛緩和の状況

### (1) 痛みの有無と程度

入院中に痛みを有した患者は87名(69.0%)であった。

また, これらの患者の痛みの程度は, 「時々気になる程度の痛み」が34名(39.1%), 「痛みが持続しているが激痛ではない」が33名(37.9%), などであった(表4)

### (2) 使用した鎮痛薬

何らかの鎮痛薬を使用した患者は96名いた。

その内訳では, 医療用麻薬を使用していた患者は81名(84.4%)おり, その約半数の43名が「経皮吸収型フェンタニル製剤」を使用していた。次いで, 「塩酸モルヒネ坐薬」の25名, 「硫酸モルヒネ徐放錠」の22名と続いた。

劇薬を使用していた患者は15名おり, そのうち13名が「塩酸ペンタゾシン」を使用していた。

NSAIDs/アセトアミノフェンを使用していた患者は32名おり, そのうち18名が「ジクロフェナクナトリウム」を, 15名が「ロキソプロフェンナトリウム」を使用していた。

鎮痛補助薬を使用していた患者は3名のみであった。

具体的な鎮痛薬名と使用者数を表5に示す。

### (3) 使用した鎮痛薬の効果

鎮痛薬を使用した96名の鎮痛薬の効果は, 「痛みがなくなった」10名(10.4%), 「気にならない程度に緩和した」63名(65.6%)で, 「痛みが強くなった」患者も4名いた(表6)。

### (4) その他行われた痛みの治療

その他に行われた治療として, 2名が「放射線治療」, 1名が「サンドスタチン<sup>®</sup>の持続皮下注射およびサンプチューブでの減圧」をあげた。

### (5) 痛みを緩和するために苦慮したこと

痛みを緩和するために苦慮したこととして, 9名が「鎮痛薬が効かなかった」, 5名が「鎮痛薬の副作用があり鎮痛薬が使えなくなった」をあげた(表7)。

## IV. 考察

### 1. 山間へき地の病院・診療所における緩和ケアおよびがん性疼痛緩和の現状

がん患者の平均年齢は78.8歳であり, 疾患名においても, 肺がん, 大腸がん, 胃がんと続き, わが国のがんの部位別死亡率<sup>1)</sup>と同様の傾向が示された。また, 恒藤<sup>11)</sup>は, 生存期間が1ヶ月以上ある場合には, 痛みの出現率が最も高くみられ, 生存期間が約1ヶ月を切る頃から, 全身倦怠感, 食欲不振, 便秘, 不眠などの症状の出現頻度が増加すると述べている。本研

表3 患者の概要 (n=126)

	特性	人数 (%)
年齢	40代	1 (0.8)
	50代	6 (4.7)
	60代	15 (11.9)
	70代	37 (29.4)
	80代	46 (36.5)
	90代	17 (13.5)
	不明	4 (3.2)
	疾患名 (重複がん7名を含む)	肺がん
大腸がん (結腸・直腸)		21 (15.8)
胃がん		17 (12.8)
肝臓がん		12 (9.0)
膵臓がん		12 (9.0)
胆管がん, 胆嚢がん		10 (7.5)
食道がん		4 (3.0)
乳がん		4 (3.0)
多発性骨髄腫		4 (3.0)
膀胱がん		3 (2.3)
腎臓がん		3 (2.3)
その他・不明		20 (15.0)
入院経路		自宅
	転院	35 (27.8)
	不明	4 (3.2)
入院理由 (複数回答)	病状の悪化などで看病できない	78 (61.9)
	症状緩和 (緩和ケア)	75 (59.5)
	介護力がない	29 (23.0)
	症状に対する積極的治療	13 (10.3)
	自宅で看取るという習慣がない	5 (4.0)
	がんの根治的治療	4 (3.2)
	病院までの通院手段がない	4 (3.2)
	その他	16 (12.7)
入院時の苦痛症状 (複数回答) (n=113)	痛み	63 (50.0)
	倦怠感	61 (48.4)
	浮腫	39 (31.0)
	腹部膨満感	36 (28.6)
	呼吸困難	25 (19.8)
	せん妄	20 (15.9)
	食欲不振	19 (15.1)
	嘔気・嘔吐	14 (11.1)
	便秘	9 (7.1)
	発熱	6 (4.8)
転帰	治癒	2 (1.6)
	軽快	15 (11.9)
	不変	13 (10.3)
	悪化	1 (0.8)
	死亡	88 (69.8)
	不明	7 (5.6)

表4 痛みの程度 (n=87)

痛みの程度	人数 (%)
時々気になる程度の痛み	34 (39.1)
痛みが持続しているが激痛ではない	33 (37.9)
かなり強い痛み	19 (21.8)
激痛で耐えられないほどの痛み	1 (1.2)

表5 使用した鎮痛薬 (n=96)

分類	一般名	製品名	人数
医療用麻薬	経皮吸収型フェンタニル製剤	デュロテップパッチ <sup>®</sup>	43
	塩酸モルヒネ坐薬	アンペック <sup>®</sup>	25
	硫酸モルヒネ徐放錠	MS コンチン <sup>®</sup>	22
	塩酸モルヒネ速放製剤	オブソ <sup>®</sup> 塩酸モヒヒネ <sup>®</sup>	15
	塩酸オキシコドン徐放錠	オキシコンチン <sup>®</sup>	13
	塩酸オキシコドン速放製剤	オキノーム <sup>®</sup>	3
	リン酸コデイン散	リン酸コデイン <sup>®</sup>	2
	塩酸モルヒネ徐放製剤	パシーフ <sup>®</sup>	1
	塩酸モルヒネ注射液	モルヒネ注 <sup>®</sup>	25
	クエン酸フェンタニル注射液	フェンタニル注 <sup>®</sup>	4
劇薬	塩酸ペンタゾシン	ソセゴン <sup>®</sup> ペンタジン <sup>®</sup> ペルタゾン <sup>®</sup>	13
	塩酸ブプレノルフィン	レペタン <sup>®</sup>	5
NSAIDs	ジクロフェナクナトリウム	ボルタレン <sup>®</sup> , アナバン <sup>®</sup> , フェニタレン坐剤 <sup>®</sup>	18
	ロキソプロフェンナトリウム	ロキソニン <sup>®</sup> , オキミナス <sup>®</sup> , ロルフェナミン <sup>®</sup> , ロキソマリン <sup>®</sup>	15
	アセトアミノフェン	ピリナジン <sup>®</sup> , カロナール <sup>®</sup> , アンヒバ坐薬 <sup>®</sup> , アルピニー坐薬 <sup>®</sup>	4
	フルルビプロフェンアキセチル	ロピオン <sup>®</sup>	2
	インドメタシン	インダシン <sup>®</sup>	1
補助鎮痛薬	プレドニゾロン		2
	アミトリプチリン	トリプタノール <sup>®</sup>	1

表6 鎮痛薬の効果 (n=96)

鎮痛薬の効果	人数 (%)
痛みがなくなった	10 (10.4)
気にならない程度に緩和した	63 (65.6)
ほとんど変わらなかった	12 (12.5)
痛みが強くなった	4 (4.2)
不明	7 (7.3)

表7 痛みを緩和するために苦慮したこと

苦慮したこと	人数
鎮痛薬が効かなかった	9
鎮痛薬の副作用があり鎮痛薬が使えなくなった	5
患者の表情や訴えがはっきりせず訴えがわからない	3
告知していないことによる患者への説明	3
痛みの原因がわからない	2
認知症や不穏で安静が保持できない	2

究におけるがん患者の平均在院日数が49.2日で、約7割の患者が死亡退院していること、約半数の患者が入院時に「痛み」「倦怠感」を有していたことから、本研究のがん患者の多くが、がんの終末期の段階にあり、終末期特有の苦痛を抱えていたと言える。

がん患者の鎮痛薬の効果においては、「痛みがなくなった」、つまり完全に除痛できた患者は10名(10.4%)のみであり、「痛みが強くなった」患者も4名いた。これは、本研究では、対象者に対して、人数を10人までと限定してがん患者の個別情報を得たため、記憶に残る、あるいは治療や看護に難渋したがん患者の事例を提示したことや、7割の患者が死亡退院していることから、がんの病期が進行した段階の患者が多かったことが影響している可能性がある。しかし、終末期のがん患者の痛みは、体性痛のみならず神経障害性疼痛も複雑に絡み合っている。がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン<sup>12)</sup>では、専門家の合意により、がんによる神経障害性疼痛に対しては、抗けいれん薬、抗うつ薬、抗不整脈薬、NMDA受容体拮抗薬、コルチコステロイドのうちいずれかを使用することが推奨されているが、本研究では、上記のような鎮痛補助薬を使用していた患者は3名のみであったことも、除痛率が低い要因の1つとして考えられる。また医療用麻薬の中では、使用が簡便な経皮吸収型フェンタニル製剤が最も多く、約半数にあたる43名の患者が使用していた。しかし、これは患者の皮膚の状態などによって安定した吸収率を維持することが難しいことや、突出痛に対応するためのオプソ<sup>®</sup>、オキノーム<sup>®</sup>といった速放製剤を用いていた患者が18名のみであったことから、日常生活動作などによって変化する痛みに対応できていなかった可能性が高い。加えて、緩和ケアやがん性疼痛緩和に関する困難として、「麻薬や鎮痛補助薬の使用量が少なく、痛みが緩和されない」といった意見があった。32の対象施設の中で、緩和ケアに取り組む医師がいると回答したのは4分の1の8施設のみであったことから、緩和ケアに取り組む医師や薬剤師が在籍することに

より、薬剤の選択が詳細に検討され除痛率が高まる可能性がある。しかし、緩和ケアに取り組む医師の有無とがん患者の疼痛緩和の状況について、2群間の比較を行うことはできておらず、今後、この点についても明らかにしていく必要がある。

武田ら<sup>13)</sup>は、がん患者のがん性疼痛とQOLの関係性を調査した結果、疼痛の程度と「心の健康」に相関関係を認め、疼痛の程度が強くなると「心の健康」のQOLが阻害されることを明らかにした。このことから、住み慣れた環境に戻り最期の時を迎えたいと願う終末期がん患者のQOLを高めるためには、これらの痛みを緩和させることが最も重要であると言える。

## 2. 山間へき地の病院・診療所における緩和ケアおよびがん性疼痛緩和に関する課題

緩和ケアやがん性疼痛緩和に関する困難として、「医療・看護の評価に関する困難」「医師に関する困難」「看護ケアに関する困難」「スタッフ教育に関する困難」の4つが明らかになった。一方、都市部の病院における困難としては、岩崎ら<sup>14)</sup>が、大学病院に勤務する看護師を対象に、がん疼痛を抱える患者の看護実践において、看護師が体験している困難について調査を行い、疼痛管理に伴う困難、医療チームの連携における困難、看護師自身に起因する困難、の3つを明らかにしている。この2つの結果を比較した結果、緩和ケアおよびがん性疼痛緩和に関して、山間へき地の病院・診療所に特徴的な課題として、以下の3つが考えられた。

まず1つ目は、がん看護に関して専門的な知識を有する専門看護師、認定看護師が全く配属されておらず、また、緩和ケアに取り組む医師も少ないことなど、緩和ケアおよびがん性疼痛緩和に関する専門家が不足していることである。2つ目の課題は、専門家の不足により、自ら行っている医療や看護について、評価する場が不足していることである。

本研究の結果では、これら山間へき地に立地する病院・診療所は、平均35.2kmの距離に、連携する医療機関を有していた。また、二次医療圏内には、地域がん診療連携拠点病院も設置

されている。これらの医療機関との連携を強化し、専門家にいつでもコンサルトできるシステムを構築することが必要である。同時に、専門家が、これらの施設の事例検討会などに参加し、医療・看護を評価していく機会を積極的に作っていくことが求められる。

最後の課題として、山間へき地に立地することでの交通の不便さや、看護職員の人的余裕のなさから、緩和ケアやがん性疼痛緩和に関する研修会や勉強会に参加する機会が少ないといった教育機会の不足があげられる。高橋<sup>15)</sup>は、鎮痛薬の使用のタイミングやその効果は、否応なく患者の生活に大きく影響してくるため、患者の生活をより安全・安楽にすることを専門とする看護師の役割が大変重要になると述べている。このため、看護師が緩和ケアおよびがん性疼痛緩和に関する最新の知識や技術を修得する場として、研修会や勉強会に参加する環境を整えていくことが求められる。

## V. 研究の限界と今後の課題

本研究の対象施設は32施設のみであり、本研究の結果を、山間へき地における病院・診療所の現状として一般化するには限界がある。また、郵送式の質問紙調査を実施したため、がん患者の個別経過を十分に把握するには至っていない。

今後は、対象施設を拡大するとともに、調査方法に検討を加え、山間へき地の病院・診療所における、がん終末期患者のより具体的な状況を明らかにしていく必要がある。また同時に、これら山間へき地に所在する病院・診療所の看護師に対して、専門家を派遣するなどして、知識の提供や実践している看護の評価を行うことでエンパワメントしていく方法を具体的に検討していきたい。

## VI. 結語

山間へき地の病院・診療所における緩和ケアおよびがん性疼痛緩和の現状として、がん患者の多くが終末期の段階にあり、終末期特有の苦痛を抱えていたが、痛みの完全除痛率は1割で

あった。また、山間へき地の病院・診療所に特徴的な課題として、緩和ケアおよびがん性疼痛緩和に関する専門家が不足していること、自ら行っている医療や看護について、評価する場が不足していること、緩和ケアやがん性疼痛緩和に関する研修会や勉強会に参加する機会が少ないといった、教育の機会が不足していることがあげられた。

以上のことから、連携する医療機関や地域がん診療連携拠点病院との連携の強化、専門家にいつでもコンサルトできるシステムの構築、専門家がこれらの施設の事例検討会などに参加し、医療・看護を評価していく機会の提供、看護師が緩和ケアおよびがん性疼痛緩和に関する研修会や勉強会に参加する環境の整備、などの必要性が示唆された。

## 謝辞

本研究にご協力くださいました対象施設の看護責任者、看護師の皆さまに感謝申し上げます。

なお、本研究は、平成20年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）により実施した。また、本研究の一部を、第24回日本がん看護学会学術集会（2010年、静岡）で発表した。

## 文献

- 1) 公益財団法人 がん研究振興財団：がんの統計 '14, 2016-1-6, [http://ganjoho.jp/data/reg\\_stat/statistics/brochure/2014/cancer\\_statistics\\_2014.pdf](http://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/brochure/2014/cancer_statistics_2014.pdf)
- 2) 厚生労働省：がん診療連携拠点病院指定一覧表, 2016-1-6, <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000103155.pdf>
- 3) 日本ホスピス緩和ケア協会：緩和ケア病棟入院料届出受理施設一覧, 2016-1-6, [http://www.hpcj.org/what/pcu\\_list.pdf](http://www.hpcj.org/what/pcu_list.pdf)
- 4) 全国訪問看護事業協会：訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研究：訪問看護サービスの需要と供給に関する研究報告書, 2016-1-7,

- <http://www.zenhokan.or.jp/pdf/surveillance/H18-3.pdf>
- 5) 浅見洋, 彦聖美, 他: 人口減少地域における終末期自宅療養希望の減少傾向について—奥能登での意識調査に基づいて—, 石川看護雑誌, 9, 13-21, 2012.
  - 6) 堀越直子, 桑原雄樹, 他: 離島地域における医療・福祉サービスと島内での看取りとの関連, 厚生 の指標, 60(6), 9-14, 2013.
  - 7) 伊藤智子, 加藤真紀, 他: 島根県江津市に暮らす中高年者の死生観と終末期療養ニーズに関する意識調査, 島根県立大学出雲キャンパス紀要, 8, 65-70, 2013.
  - 8) 上原ます子, 丸口ミサエ, 他: 長野県山間へき地におけるがん終末期患者の療養とケアの課題, 日本看護学会論文集 地域看護, 40, 110-112, 2009.
  - 9) 彦聖美, 浅見洋, 他: 人口減少地域住民の死生観と終末期療養場所のニーズ, ホスピスケアと在宅ケア, 20(3), 235-240, 2012.
  - 10) 大湾明美, 板東瑠美, 他: 小離島における「在宅死」の実現要因から探る看護職者の役割機能—南大東島の在宅ターミナルケアの支援者たちの支援内容から—, 沖縄県立看護大学紀要, 9, 11-19, 2008.
  - 11) 恒藤暁: 最新緩和医療学, 19-20, 最新医学社, 大阪, 1999.
  - 12) 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会: がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン (2014年版), 229, 金原出版, 東京, 2014.
  - 13) 武田紀子, 大西和子: がん患者におけるがん性疼痛と QOL の関係性, 三重看護学誌, 11, 19-27, 2009.
  - 14) 岩脇陽子, 藤本早和子, 他: がん疼痛を抱える患者の看護実践において看護師が体験している困難, 日本がん看護学会誌, 26(2), 2012.
  - 15) 高橋美賀子, 梅田恵, 他: ナースによるナースのためのがん患者のペインマネジメント, 41, 日本看護協会出版会, 東京, 2007.