

平成 30 年 6 月 14 日現在

機関番号：32608

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2014～2017

課題番号：26463354

研究課題名(和文) 緩和ケア病棟に入院するがん末期認知症患者の実態と、症状マネジメントの特徴

研究課題名(英文) Palliative management of patients with comorbid dementia and cancer

研究代表者

北川 公子 (KITAGAWA, Kimiko)

共立女子大学・看護学部・教授

研究者番号：30224950

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 1,700,000円

研究成果の概要(和文)：認知症併存がん患者の症状緩和に貢献するマネジメント方法の開発を目的に、緩和ケア病棟の看護職を回答者とした質問紙調査を、2015年12月～2016年3月に実施した。結果、70%の緩和ケア病棟が認知症併存がん患者を受け入れていた。また、看護師の55%が、認知症のないがん患者より、認知症併存がん患者の方に、症状マネジメントが困難であると回答した。困難の理由は、症状の有無、性質、部位、強さ、治療の効果などを正確に評価できないことであった。

研究成果の概要(英文)：With the goal of developing an approach to palliative management of patients with comorbid dementia and cancer, a questionnaire survey was conducted among nursing staffs in palliative care units during the period from December 2015 to March 2016. As a result, 70% of palliative care units accepted those with comorbid dementia and cancer, but 55% of nurses had difficulties with symptom management in those with comorbid dementia and cancer when compared to those with cancer but without dementia. The reason for the difficulties was that nurses cannot precisely assess the characteristics of symptoms, symptomatic regions, symptom intensity and therapeutic efficacy.

研究分野：老年看護学

キーワード：緩和ケア 認知症 がん 症状マネジメント

1. 研究開始当初の背景

(1) 米国のメディケアによるホスピスケアプログラムは、わが国の緩和ケア病棟入院料とは異なり、余命 6 か月という医師の診断があれば認知症でも利用できる。また、ホスピスケアプログラムは、在宅医療のなかで提供される。このプログラムを利用する非がん患者は年々増加しているものの、認知症をはじめとする非がん疾患の余命予測は難しく、終末期がかなり進んでからホスピスを使い始める傾向にある。そのため、利用開始から 1 週間以内での死亡が約 3 割を占めるという¹⁾。

(2) 認知症患者の痛みに関する海外文献では、認知症の重症度が高くなるにつれて鎮痛薬の処方割合が低くなること²⁾や、疼痛による不穏行動を認知症症状とみなして向精神薬が処方され、適切な除痛の提供が遅れている³⁾などが指摘されている。これらの報告に基づいて観察式の痛み評価尺度が開発されている⁴⁻⁸⁾が、その他の苦痛症状について、認知症患者での評価方法等に関する知見はまだ蓄積されていない。

(3) わが国で認知症患者の緩和ケアに焦点をあてた研究は、筆者による痛み評価指標開発⁹⁾や湯浅による comfort 概念を導入した研究¹⁰⁾など、少ないのが現状である。さらに、緩和ケア病棟を対象に、認知症に焦点をあてた全国規模の調査は皆無であり、病棟単位での報告^{11,12)}があるのみである。従来、緩和ケア病棟そのものが少なく、また後期高齢者が大半をしめる認知症患者では、がんを併存させたとしても症状が穏やかであることなどから、緩和ケア病棟の対象に認知症患者がなることは経験的にまれであった。しかし、実践報告^{11,12)}をみると、近年、入院患者の 1~3 割が認知症患者（未診断者も含む）であることが示されている。

2. 研究の目的

緩和ケア病棟に入院する認知症併存がん患者の実態、看護の現状、ならびに症状マネジメントの課題を明らかにすることは、認知症の緩和ケア開発にとって重要である。

本研究は、全国の緩和ケア病棟を対象とした質問紙調査から、緩和ケア病棟における認知症併存がん患者の実態と、苦痛症状に対する症状マネジメントの特徴を明らかにすることを目的とする。

3. 研究の方法

(1) 研究デザイン

本研究は、緩和ケア病棟での認知症併存がん患者の受入れ実態に関する「ユニット票」と、緩和ケア病棟に所属する看護師の認知症併存がん患者への看護の現状を問う「ナース票」の 2 種類の質問紙を用いた量的記述研究である。

(2) 対象

調査時点において緩和ケア入院管理料の算定を受けている、全国の緩和ケア病棟 290 ユニットを対象とした。また、「ナース票」の対象者は、緩和ケア病棟に所属する常勤・非常勤の看護師とした。

(3) データ収集方法

自記式無記名のユニット票、ナース票の 2 種類の質問紙調査を、郵送法により行った。調査期間は 2015 年 12 月から 2016 年 3 月までである。

①ユニット票

緩和ケア病棟管理者の立場にある看護職を回答者とする質問紙（ユニット票）を、研究協力依頼文書とともに、緩和ケア病棟を有する病院の看護部長宛に送付した。質問紙の返信をもって同意とした。

主な調査項目は、病棟の概要、認知症併存がん患者の調査時点における入院状況、および入院基準である。

②ナース票

上記依頼文とともに、緩和ケア病棟の看護師を回答者とする「ナース票」のサンプルと協力回答票を送付し、協力可の回答のあった施設に、改めて回答者に対する依頼文と調査票を送付した。

主な調査項目は、病棟概要、回答者の基本属性、認知症併存がん患者の症状マネジメントの実際、認知症併存がん患者と通常のがん患者を想定した場合での看護上の困難感（看護師のがん看護に関する困難感尺度¹³⁾を使用）である。

なお、看護師のがん看護に関する困難感尺度は 49 項目で構成され、1. 全くそう思わない、から、6. 非常にそう思う、の 6 段階で評価する。

(4) 分析方法

ユニット票は、認知症併存がん患者の人数や入院に際しての条件を、母体病院の規模やタイプ別に分析した。

ナース票は、認知症併存がん患者に対する看護困難の実態、認知症併存患者の苦痛症状の評価方法や症状管理を記述的に整理した。分析には統計パッケージ SPSS を用いた。

(5) 倫理的配慮

調査では回答者、所属機関の名称ともに記載を求めず、匿名性を確保した。また、本研究は共立女子大学倫理審査委員会の承認（承認番号 KWU-IRBA#15080）を得たうえで実施した。

4. 研究成果

(1) 緩和ケア病棟における認知症併存がん患者の入院状況

①職員配置

緩和ケア病棟 67 ヶ所（回収率 20.3%）から回答を得た。このうち、がん専門看護師、がん性疼痛看護認定看護師、緩和ケア認定看

護師のいずれかを配置する（含、兼任）病棟は 57 カ所（77.6%）、老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師のいずれかを配置する（含、兼任）病棟は 4 カ所（6.0%）であった。

また、最近の緩和ケア病棟における認知症患者に関する問合せや入院の動向については、「変化なし」は 2 割に留まり、「相談等の増加」が 4 割、「入院の増加」が半数以上であった。

②認知症併存がん患者の入院の状況

回答時点で、「現在、認知症併存患者が入院中」29 病棟（43.3%）、「未診断だが認知症症状ありの患者が入院中」18 病棟（26.9%）、「以前入院していた」17 病棟（25.4%）、「以前も今も入院していない」3 病棟（4.5%）であった。また、表 1 から母体病院との関係を見ると、「高度専門病院以外の病院」や「300 床未満の病院」において認知症併存がん患者の入院が多く、有意差を認めた。

さらに、回答時点での緩和ケア病棟入院患者数の合計は 1,035 人、このうち認知症の診断あり 55 人、未診断だが認知症症状あり 94 人であった。入院患者に占める診断のある認知症の割合は 5.3%、未診断も含めると 14.3%となった。

③認知症併存がん患者の入院の基準

緩和ケア病棟における認知症併存がん患者の入院基準としては、「患者自身が入院を承諾している」（56.7%）、「患者が入院を希望している」（46.3%）、「安全に支障をきたす症状がない」（46.3%）を挙げる病棟が多

表1 病院の特徴別にみた認知症併存がん患者の入院状況

		計	入院あり N=47	入院なし N=20
種類	高度専門病院	10 (100)	4 (40.0)	6 (60.0)
	その他	56 (100)	43 (76.8)	13 (23.2)
規模	300床未満	31 (100)	27 (87.1)	4 (12.9)
	300床以上	36 (100)	20 (55.6)	16 (44.4)

くみられた。

回答のあった緩和ケア病棟の 7 割に認知症症状を有するがん患者が入院していることがわかった。しかし、病棟の専門性からやむをえないことではあるが、緩和ケア病棟への認知症看護認定看護師や老人看護専門看護師の配置や関与はきわめて少ないことも明らかになった。

わが国には緩和ケア病棟そのものが潤沢とはいえず、また今後の超高齢・多死社会に向けて、緩和ケア病棟で今以上に認知症患者の受け入れ枠を拡大させることも現実的とはいえない。

緩和ケア病棟において、認知症併存の患者への緩和ケアが提供されることに加え、特別養護老人ホームや在宅においても、認知症併存がん患者への緩和ケアが提供されるとい

う、両方向からの体制整備の必要性が示唆された。

(2) 認知症併存がん患者に対する看護師の症状マネジメント

①対象の概要

回答者（緩和ケア病棟の看護師）305 人のうち男性 8 人（2.6%）、女性 256 人（83.9%）、30 代以下 140 人（45.9%）、40 代以上 162 人（53.1%）、緩和ケア病棟の勤務年数は平均 4.2 年であった。また、認知症併存がん患者が「現在（回答時）、入院中」との回答が 239 人（78.4%）、「以前、入院していた」が 62 人（20.3%）であった。

②症状マネジメント

認知症併存がん患者とそうでない場合とで、症状マネジメントの困難さを尋ねた結果が表 2 である。約半数が認知症併存がん患者の方がより困難であると回答した。困難の理由は、症状の有無、性質、部位や強さ、治療効果などを正確に把握できないためであつ

表2 認知症併存がん患者の症状マネジメントの難しさ

	度数	%
認知症併存がん患者の方が難しい	166	55.1
認知症のない患者の方が難しい	8	2.7
両方ともほぼ同じ	105	34.9
不明	22	7.3
合計	301	100

た。しかし、認知症の有無によらず難しいとする回答も 3 割みられた。

また、表 3 のように、認知症併存がん患者に対して観察や情報収集を工夫している症状としてもっとも多かった回答が、痛み（68.5%）、次いで転倒・転落（23.3%）、せん妄（19.0%）、便秘（15.7%）、不眠（13.4%）であった。一方、対応に苦慮している症状としてもっとも多いのも痛み（42.6%）であるが、工夫よりも苦慮の件数が上回った症状として、転倒・転落、便秘、徘徊、せん妄、拒否が挙げられた。すなわち、がん特有の痛み症状は保有者も多いため苦慮する機会も少なくないが、対応方法の蓄積も厚いことが推察される。一方で、徘徊や拒否といった認知症特有の症状へは観察や対応方法の蓄積が少なく、苦慮する側面が大きい可能性が示唆された。

③がん看護に関する困難感

認知症併存がん患者が入院中で、かつ看護師のがん看護に関する困難感尺度に記入漏れのない 181 人の困難感を比較した。尺度総合計（得点が高い方が困難感が高い）はがん患者を想定した場合 167.9±31.9 点、認知症併存がん患者を想定した場合 173.2±32.8 点と後者に高く、有意であった（ $p < .000$ ）。

また、認知症併存がん患者を想定した場合とがん患者を想定した場合とで 20%以上の回答者に得点差が生じた項目は、がん患者を

高得点とする2項目、認知症併存がん患者を高得点とする7項目であり、前者はコミュニケーションに関する項目、後者はコミュニケーション、告知・病状説明、システム・地域連携に関する項目であった。

緩和ケア病棟に働く看護師の困難感は認知症の有無によらずコミュニケーションの難しさが挙げられたが、特に認知症併存がん患者においては、認知症特有の症状に対する蓄積が十分でないことが困難感の高さに影響している可能性も考えられる。

今後は、認知症ケア、緩和ケアの分野で蓄積されている症状マネジメントの知識の交換の必要性が示唆された。

表3 看護師による症状マネジメント

	認知症併存がん患者の観察等を工夫している症状	認知症のない患者に比べ苦痛緩和に苦慮した症状
痛み	209 (68.5)	130 (42.6)
転倒・転落	71 (23.3)	76 (24.9)
せん妄	58 (19.0)	66 (21.6)
便秘	48 (15.7)	56 (18.4)
呼吸困難	46 (15.1)	28 (9.2)
不眠	41 (13.4)	30 (9.8)
食欲不振	32 (10.5)	8 (2.6)
倦怠感	31 (10.2)	22 (7.2)
徘徊	29 (9.5)	53 (17.4)
拒否	20 (6.6)	59 (19.3)

注) 30人以上が回答した症状のみを抜粋、カッコ内はN=305に対する割合

<引用文献>

- 1) 在宅医療推進のための会：(財)在宅医療助成勇美記念財団 2004 年度助成事業 在宅医療推進のための会（実践編）報告書，172-173，2006.
- 2) Reynolde KS, Hanson LC, DeVellis RF, et al. : Disparities in pain managements between cognitively intact and cognitively impaired nursing home residents. Journal of Pain and Symptom Management, 35, 388-396, 2008.
- 3) Kovach CR, Griffie J, Muchka S, Noonan PE, Weissman DE. : Nurses' perceptions of pain assessment and treatment in the cognitively impaired elderly. It's not a guessing game. Clinical Nurse Specialist, 14(5), 215-20, 2000.
- 4) Feldt KS. : The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI), Pain Manag Nurs, 1, 13-21, 2000.
- 5) Lefebvre-Chaporo S, the Doloplus group. : The Doloplus2 scale-evaluation pain the elderly, European Journal of Palliative Care, 8, 191-194, 2001.
- 6) Warden V, Hurley AC, Volicer L. : Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia(PAINAD) scale, J Am Med Assoc, 4, 9-15, 2003.
- 7) Villanueva MR, Smith T, Erickson JS, et

al. : Pain assessment for the dementing elderly(PADE):Reliability and validity of a new measure, J Am Med Dir Assoc, 4, 1-8, 2003.

8) Abbey J, Piller N, De Bellis A, et al. : The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia, Int J Palliat Nurs, 10, 6-13, 2004.

9) 北川公子：認知機能低下のある高齢患者の痛みの評価 患者の痛み行動・反応に対する看護師の着目点, 老年精神医学雑誌, 23 (8), 967-977, 2012.

10) 湯浅美千代, 小川妙子：重度認知症高齢患者に対するケアの効果を把握する指標の開発(第1報)心地よさ"comfort"の概念をとりいれた指標の事例適用, 千葉看護学会誌, 13 (2), 80-88, 2007.

11) 石田美香, 泰楽真理, 春日清：認知症又は認知症周辺症状のある患者の薬物による症状緩和の実態, 死の臨床, 31(2), 218, 2008.

12) 村上真基, 清水芳, 久保裕樹：認知症患者の身体的苦痛に関する検討「どのように表出され、どのように対処されているか」, 死の臨床, 33(2), 254, 2010.

13) 小野寺麻衣, 熊田真紀子, 大桐規子, ほか：看護師のがん看護に関する困難感尺度の作成, Palliative Care Research, 8(2), 240-247, 2013.

5. 主な発表論文等

〔学会発表〕(計2件)

(1) 北川公子, 小野美香子：緩和ケア秒等における認知症併存がん患者に対する看護師の困難感に関する検討, 日本老年看護学会第23回学術集会抄録集, p.141, 2018年.

(2) 北川公子, 小野美香子：認知症患者の緩和ケア病棟への入院の現状, 日本老年看護学会第21回学術集会抄録集, p.147, 2016年.

6. 研究組織

(1) 研究代表者

北川 公子 (KITAGAWA, kimiko)

共立女子大学・看護学部・教授

研究者番号：30224950