

がん患者の主観的医療満足度に相関する因子の分析

今野麻衣子¹⁾, 瀬田川美香¹⁾, 三浦京子¹⁾, 山田 綾子¹⁾, 本山 悟²⁾
井岡亜希子^{2,3)}, 前田 恵理⁴⁾, 羽瀨 友則²⁾, 南谷 佳弘²⁾, 小松 順子¹⁾

¹⁾秋田大学医学部附属病院 看護部

²⁾秋田県がん診療連携協議会・秋田大学医学部附属病院

³⁾まるレディースクリニック・秋田大学医学部附属病院

⁴⁾秋田大学大学院医学系研究科 衛生学・公衆衛生学講座

(received 13 July 2021, accepted 12 October 2021)

Analysis of factors directly contributing to satisfaction with the medical service received by cancer patients

Maiko Konno¹⁾, Mika Setagawa¹⁾, Kyoko Miura¹⁾, Rouko Yamada¹⁾, Satoru Motoyama²⁾, Akiko Ioka^{2,3)},
Eri Maeda⁴⁾, Tomonori Habuchi²⁾, Yoshihiro Minamiya²⁾ and Junko Komatsu¹⁾

¹⁾Division of Nursing, Akita University Hospital

²⁾Conference for Akita Prefecture Cancer Diagnosis and Treatment, Akita University Hospital

³⁾Maru Lady's Clinic

⁴⁾Environmental Health Science and Public Health, Akita University Graduate School of Medicine

Abstract

The purpose of this study was to investigate factors directly contributing to satisfaction with the medical service received by cancer patients. We conducted a questionnaire survey among 1,957 patients who were diagnosed with cancer in 2015 and received initial treatment at 12 designated cancer care hospitals in Akita prefecture. The survey was conducted by mail between September and October 2017. We evaluated the satisfaction with medical service received, consultation function, social life, and employment. We then divided the patients into two groups depending on whether their satisfaction scores were less than 80 points or 80 points or more. Answers were collected from 907 (46.3%) cancer patients or their families. Of these, the satisfaction scores from 763 patients were analyzed, 615 (81%) from the patient him/herself and 148 (19%) from the family. The medical satisfaction of the patient was related to "consultation on the employment by medical staff," "seamless transfer to other hospital," "financial support," and "residence." The satisfaction of the family was related to "receiving team medical care," "reducing pain," "peace of mind for current treatment," and "help by medical staff." It is necessary to provide support through multidisciplinary collaboration to meet the holistic needs of cancer patients.

Key words : satisfaction, cancer patient, designated cancer care hospitals, medical service

緒 言

Corresponding author : Maiko Konno
Division of Nursing, Akita University Hospital, 1-1-1
Hondo, Akita 010-8543, Japan
Tel : 81-18-834-1111
E-mail : maikok@hos.akita-u.ac.jp

がんは、1981年から日本人の死因第一位となっており、全死因の約30%を占めている。全国がん登録によると、2017年に新たに診断されたがんは977,393例であり、がんの罹患数は1985年以降増加し続けて

いる。また、国立がん研究センターのがん統計¹⁾によると、2019年のがん死亡者数は376,425人と依然多い。がん罹患数増加の主な原因の一つは人口の高齢化と言われており²⁾、高齢化が顕著な秋田県では、これに伴いがん罹患数、死亡率共に上昇し、2018年のがん死亡者数は4,147人、死亡率は人口10万対424.0で平成9年以降全国1位となっている³⁾。秋田県の高齢化率(総人口に占める満65歳以上の方の割合)は令和2年7月現在37.9%であり、最も高齢化が進んでいる地域では56.8%⁴⁾と高く、今後もがん罹患数は上昇することが予想される。

2017年3月に第3期がん対策推進基本計画が閣議決定され、2018年3月に秋田県においても第3期秋田県がん対策推進計画が策定された。第3期秋田県がん対策推進計画の策定に当たって、秋田県がん診療連携協議会では、秋田県のがん診療の現状把握を目的に、2017年度、県内のがん患者およびその家族のがん診療体験の主観的評価や医療従事者のがん診療経験の主観的評価に関するアンケート⁵⁾を実施した。がん診療をいかに適切に評価するかはがん診療に関わる者にとって長年大きな課題であり、未だ標準的な指標は存在しない。客観的な評価指標の開発が先行されている中、本調査では、あえてがん患者およびその家族の主観的評価に焦点をあてた。主観的評価はいかに患者に寄り添った医療を行うことができたかの評価であり重要な指標である。秋田県がん診療連携協議会では独自に調査項目を策定し、現状調査を実施、さらに第3期秋田県がん対策推進計画の進捗評価にも用いることとした。本研究は、この調査結果から、がん患者・家族の医療の満足度要因を分析し、秋田県のがん対策推進の一助にすることを目的に行った。

方 法

本研究は、ヘルシンキ宣言(世界医師会)の精神と『疫学研究に関する倫理指針』文部科学省・厚生労働省)、「がん登録等の推進に関する法律」に準拠して行われた。また、秋田大学大学院医学系研究科医学部倫理委員会の承認を得て実施した(医総第1948号および医総第1125号)。

本研究の目的は、秋田県のがん患者・家族が受けた医療への満足度と相関する因子を分析し、がん対策に役立てることである。

対象は、秋田県がん診療連携拠点病院等12施設で

2015年に診断されて初回治療を受けた、診断時年齢20歳以上のがん患者1,957名とした。診断時年齢20歳以上40歳未満の全てのがん患者247名と、診断時年齢40歳以上においては、我が国に多いがん(5部位:ICD-03部位コードC16(胃)、C18-20(大腸)、C22(肝臓)、C33-34(肺)、C50(乳房))とそれ以外のがんの2群に分け、それぞれから乱数表に基づいて無作為に抽出した1,710名の、計1,957名である。

調査期間は2017年9月～2017年10月とし、対象者へアンケート調査票、返信用封筒(切手貼付済み、秋田大病院担当宛)を郵送し、その返信を回収した。

調査項目は先行研究を参考にして決定した⁶⁾。回答者(患者本人または家族)の背景について、性別、年齢(60歳未満または60歳以上)、居住地(秋田市または秋田市以外)について尋ねた。受けた医療の評価では、「チーム医療を受けられたと思いますか」「何ら支障なく紹介先の医療機関を受診できたと思いますか」など12項目について、回答者は4段階リッカートスケール(とてもそう思う:3点～全くそう思わない:0点)で回答した。そのうち2項目は逆転でスコアリングを行った。

相談機能の評価では、がん相談支援センターとピアサポートそれぞれについて、「知っており利用したことがありますか」という項目において、利用したことがあると回答した場合に「がん相談支援センターを利用してあなたが欲しいと思った情報や希望に沿った支援が得られましたか」「ピアサポートによりあなたが欲しいと思った情報や希望に沿った支援が得られましたか」の2項目について、回答者は4段階リッカートスケール(とてもそう思う:3点～全くそう思わない:0点)で回答した。

社会生活の評価では、「治療費用の負担が原因でがんの治療を変更したまたは断念したことがありますか」や「親戚や他の人から金銭的援助を受けたことがありますか」などの項目に加え、「がんと診断されたことを理由に生活の不安を感じましたか」「がんと診断されてからこれまで、周囲の対応が原因で傷ついたことがありますか」など3項目について、回答者は4段階リッカートスケール(とてもそう思う:3点～全くそう思わない:0点)で回答した。2項目は逆転でスコアリングを行った。

就労に関する評価では「がんで初めて治療・療養した時、一定期間仕事を休みましたか? またその後復職・復帰しましたか」「主治医、看護師などの医療スタッ

フから、就労を継続することに関して必要な情報が十分得られましたか」などの7項目とした。

受けた医療の満足度については、今回のがん治療に関する総合的な評価として回答者は0~100点で記載した。回答者の記載があり、かつ医療満足度の点数の記載があった者を分析対象とした。先行研究⁶⁾を参考に医療満足度80点をカットオフ値とした。

統計解析

医療満足度80点未満群と80点以上群の2群間において、回答者の背景、受けた医療の評価項目、相談機能の評価項目、社会生活の評価項目、就労の評価項目について χ^2 検定・Fisherの正確確率検定およびMann-WhitneyのU検定を用いた単変量解析を行った。次に、単変量解析で $p < 0.2$ であった変数を独立変数とし、医療満足度点数を従属変数とする重回帰分析(Backward Stepwise法)を行った。統計ソフトはSPSS Statistics 24.0 (Armonk, NY, USA)を用いた。

結 果

対象者1,957名のうち回答が得られたのは907名(回収率46.3%)であった。このうち、医療満足度の点数の記載があった763名を有効回答とした(84.1%)。

患者本人による回答

アンケートの記入者が患者本人であったのは615名

(80.6%)であった。性別は男性340名(55.3%)、女性275名(44.7%)であった。年齢は、60歳以上が441名(71.7%)であった。癌種は、我が国に多いがん(5部位)が323名(52.5%)、我が国に多いがん(5部位)以外が292名(47.5%)であった。居住地は、秋田市内が244名(39.7%)、秋田市以外が367名(59.7%)であった(表1)。

医療満足度の点数の中央値(四分位範囲)は90(80-100)点であった。2群間で有意差があった項目は、「居住地」「支障なく紹介先の医療機関を受診できた」「主治医から十分な説明と情報提供を受けられた」「治療費の負担で親戚や他の人からの金銭的援助を受けた」「医療スタッフから就労継続について必要な情報が十分得られた」「医療スタッフから仕事について相談にのってもらった」「特に仕事に関して相談したいことはなかった」の7項目であった(表1~5)。

医療満足度点数において、「医療スタッフから仕事について相談にのってもらった」($p=0.006$)、「支障なく紹介先の医療機関を受診できた」($p=0.023$)、「治療費の負担で親戚や他の人から金銭的援助を受けた」($p=0.036$)、「居住地」($p=0.042$)に相関がみられた(自由度調整済み $R^2 = 0.030$)(表6)。

患者家族からの回答

アンケートの記入者が患者の家族であったのは148名(19.4%)であった。患者年齢が60歳以上が129名(87.2%)であった(表1)。患者本人との続柄につ

表1. 両群間の背景と医療満足度点数

		患者本人			患者家族		
		80点未満 (n=85)	80点以上 (n=530)	P^*	80点未満 (n=55)	80点以上 (n=93)	P^*
性別	男	49 (57.6%)	291 (54.9%)	0.73	35 (63.6%)	46 (50.0%)	0.13
	女	36 (42.4%)	239 (45.1%)		20 (36.4%)	46 (50.0%)	
年齢	60歳以上	60 (57.6%)	381 (72.0%)	0.90	49 (94.2%)	80 (98.7%)	0.14
	60歳未満	24 (42.4%)	148 (28.0%)		3 (5.8%)	1 (1.3%)	
癌種	我が国に多いがん(5部位)	52 (61.2%)	271 (51.1%)	0.09	21 (33.3%)	42 (45.7%)	0.38
	我が国に多いがん(5部位)以外	33 (38.8%)	259 (48.9%)		34 (66.7%)	50 (54.3%)	
居住地	秋田市	25 (29.4%)	219 (41.6%)	<0.05	18 (34.6%)	36 (39.1%)	0.48
	秋田市以外	60 (70.6%)	307 (58.4%)		37 (65.4%)	56 (60.9%)	

※ χ^2 検定, Fisherの正確確率検定

(20)

がん患者の主観的医療満足度評価

表2. 両群間の受けた医療の評価と医療満足度点数

	患者本人			患者家族		
	80点未満 (n=85)	80点以上 (n=530)	P*	80点未満 (n=55)	80点以上 (n=93)	P*
チーム医療を受けられた	3 (2-3)	3 (2-3)	0.53	1 (0-3)	3 (1-3)	<0.05
支障なく紹介先の医療機関を受診できた	3 (2-3)	3 (2-3)	<0.05	3 (0-3)	3 (0-3)	0.17
希望に沿った医療を提供してくれた	3 (2-3)	3 (2-3)	0.82	2 (0-3)	3 (0-3)	<0.05
医療スタッフが訴えを傾聴し状況毎に対応してくれた	3 (2-3)	3 (2-3)	0.52	2 (0-3)	2 (0-3)	<0.05
主治医から十分な説明と情報提供を受けられた	3 (3-3)	3 (2-3)	<0.05	2 (0-3)	3 (0-3)	<0.05
療養中の苦痛が軽減され、かつ今の療養生活に満足している	3 (2-3)	3 (2-3)	0.65	1 (0-3)	3 (0-3)	<0.05
身体の苦痛がなかった (逆転項目 ^{a)})	1 (0-1)	1 (0-2)	0.46	3 (0-3)	2 (0-3)	<0.05
気持ちの辛さがなかった (逆転項目 ^{a)})	1 (0-2)	1 (0-2)	0.81	3 (0-3)	2 (0-3)	<0.05
治療中及び治療後の痛みに医療スタッフが対応した	3 (3-3)	3 (3-3)	0.08	1 (0-2)	1 (1-2)	<0.05
痛みがあった時にすぐに医療スタッフに相談ができた	3 (2-3)	3 (2-3)	0.22	1 (1-3)	1 (1-3)	<0.05
何らかの支援によって心配や悩みが軽減した	2 (2-3)	2 (2-3)	0.71	2 (0-3)	2 (0-3)	<0.05
日常生活を送るのに必要な情報や支援を得られた	2 (2-3)	2 (2-3)	0.72	2 (0-3)	2 (0-3)	<0.05

* Man-Whitney の U 検定, リッカートスケール 0~3 点: 中央値 (四分位範囲)

a. 「とてもそう思う」0点~「全くそう思わない」3点に数値を反転させて得点化

表3. 両群間の相談機能の評価と医療満足度点数

		患者本人			患者家族		
		80点未満 (n=85)	80点以上 (n=530)	P	80点未満 (n=55)	80点以上 (n=93)	P
がん相談支援センターを知っており利用したことがある	利用した	3 (3.6%)	41 (7.8%)	0.37 ^a	11 (20.8%)	8 (8.9%)	<0.05 ^a
	知っているが利用しなかった	48 (57.8%)	299 (60.0%)		23 (43.4%)	45 (50.0%)	
	知らない	32 (38.6%)	185 (35.2%)		19 (35.8%)	37 (41.1%)	
がん相談支援センターを知っており利用したことがある	知っている	51 (61.4%)	340 (64.8%)	0.62 ^a	34 (64.2%)	53 (58.9%)	0.48 ^a
	知らない	32 (38.6%)	185 (35.2%)		19 (35.8%)	37 (41.1%)	
がん相談支援センターで必要な情報や支援を得られた		1.5 (0.25-2.25)	2 (2-3)	0.22 ^b	2 (0-2)	2 (0-2)	0.93 ^b
ピアサポートを知っており利用したことがある	利用した	0 (0%)	6 (1.8%)	0.96 ^a	1 (2.3%)	0 (0%)	0.50 ^a
	知っているが利用しなかった	32 (39.5%)	193 (37.9%)		19 (35.8%)	33 (39.3%)	
	知らない	49 (60.5%)	310 (60.3%)		33 (62.3%)	51 (60.7%)	
ピアサポートを知っており利用したことがある	知っている	32 (39.5%)	199 (39.7%)	0.93 ^a	20 (37.7%)	33 (39.8%)	0.85 ^a
	知らない	49 (60.5%)	310 (60.3%)		33 (62.3%)	50 (60.2%)	

a. χ^2 検定, Fisher の正確確率検定

b. Man-Whitney の U 検定, リッカートスケール 0~3 点: 中央値 (四分位範囲)

表 4. 両群間の社会生活の評価と医療満足度点数

	患者本人			患者家族		
	80 点未満 (n=85)	80 点以上 (n=530)	P	80 点未満 (n=55)	80 点以上 (n=93)	P
生活の不安を感じた (逆転項目 ^c)	1 (1-3)	1 (1-3)	0.99 ^b	1 (0-3)	1 (0-3)	<0.05 ^b
治療費の負担で治療を変更や断念した	した 2 (3.5%) しない 78 (96.5%)	10 (20.6%) 486 (79.4%)	0.68 ^a	3 (5.9%) 48 (94.1%)	5 (5.7%) 83 (94.3%)	0.96 ^a
治療費の負担で親戚や他の人からの金銭的援助を受けた	受けた 1 (1.3%) 受けない 78 (98.7%)	45 (9.0%) 453 (91.0%)	<0.05 ^a	3 (5.9%) 48 (94.1%)	1 (1.2%) 85 (98.8%)	0.15 ^a
治療費の負担で貯金とり崩しまたは借金をした	した 17 (21.3%) しない 63 (78.7%)	114 (22.9%) 383 (77.1%)	0.88 ^a	13 (24.1%) 41 (75.9%)	18 (26.1%) 69 (79.3%)	0.67 ^a
周囲の対応で傷ついたことがあった (逆転項目 ^c)	1 (0-1)	1 (0-1)	0.93 ^b	1 (0-3)	1 (0-3)	<0.05 ^b
診断時 20 歳代で治療後に必要な支援を受けている	3 (2-3)	1 (0-2.5)	0.08 ^b	2 (0-2)	2 (0-2)	0.41 ^b

a. χ^2 検定, Fisher の正確確率検定

b. Man-Whitney の U 検定, リッカートスケール 0~3 点: 中央値 (四分位範囲)

c. 「とてもそう思う」0 点~「全くそう思わない」3 点に数値を反転させて得点化

いては, 子ども 65 名 (43.9%), 配偶者 51 名 (34.5%), 子の配偶者 8 名 (5.4%), 孫 3 名 (2.0%), 兄弟姉妹 4 名 (2.7%), 親 1 名 (0.7%) であった。

医療満足度の点数の中央値 (四分位範囲) は 80 (60-90) 点であった。

2 群間で有意差があった項目は, 「チーム医療を受けられた」「希望に沿った医療を提供してくれた」「医療スタッフが訴えを傾聴し状況毎に対応してくれた」「主治医から十分な説明と情報提供を受けられた」「療養中の苦痛が軽減され, かつ今の療養生活に満足している」「身体に苦痛がなかった」「気持ちの辛さがなかった」「治療中及び治療後の痛み医療スタッフが対応した」「痛みがあった時にすぐに医療スタッフに相談ができた」「何らかの支援によって心配や悩みが軽減した」「日常生活を送るのに必要な情報や支援を得られた」「生活の不安を感じなかった」「周囲の対応で傷ついたことがなかった」「診断時収入のある仕事をして」「医療スタッフから就労継続について必要な情報が十分得られた」の 15 項目であった (表 1~5)。

医療満足度点数において, 「チーム医療を受けられた」($p<0.001$), 「療養中の苦痛が軽減され, かつ今

の療養生活に満足している」($p<0.001$), 「治療中および治療後の痛み医療スタッフが対応した」($p=0.002$), 「年齢」($p=0.019$) に相関がみられた (自由度調整済み $R^2 = 0.590$) (表 7)。

考 察

本研究では, がん患者・家族によるがん診療体験の主観的評価と医療満足度点数に影響する要因の関連を明らかにした。患者本人の医療満足度に影響する要因について, 対象者の背景に関連する要因として「居住地」が挙げられ, 受けた医療の評価に関連する要因として「支障なく紹介先の医療機関を受診できた」「主治医から十分な説明と情報提供を受けられた」が挙げられた。また, 社会生活の評価に関連する要因として「治療費の負担で親戚や他の人からの金銭的援助を受けた」が挙げられ, 就労に関する評価に関連する要因として「医療スタッフから就労継続について必要な情報が十分得られた」「医療スタッフから仕事について相談にのってもらった」「特に仕事に関して相談したいことはなかった」が挙げられた。重回帰分析では, 「医

(22)

がん患者の主観的医療満足度評価

表 5. 両群間の就労に関する評価と医療満足度点数

		患者本人			患者家族		
		80 点未満 (n=85)	80 点以上 (n=530)	P	80 点未満 (n=55)	80 点以上 (n=93)	P
診断時収入のある仕事を していた	していた	39 (52.7%)	251 (51.1%)	0.81 ^a	22 (41.5%)	9 (11.5%)	<0.05 ^a
	していない	35 (47.3%)	240 (48.9%)		31 (58.5%)	69 (88.5%)	
がんで初めて治療・療養 した時、一定期間仕事を 休んだか。また、その後 復職・復帰 したか	休まなかった	3 (7.3%)	36 (14.1%)	0.32 ^a	4 (20.0%)	0 (0%)	0.27 ^a
	現在まで休んでいる	2 (4.9%)	4 (1.6%)	0.20 ^a	0 (0%)	0 (0%)	-
	一定期間休みその後 復職・復帰した	26 (63.4%)	179 (69.9%)	0.47 ^a	4 (20.0%)	4 (40.0%)	0.38 ^a
	一定期間休みその後 一度も復職・復帰せ ずに退職・廃業した	2 (4.9%)	10 (3.9%)	0.67 ^a	6 (30.0%)	3 (30.0%)	1.00 ^a
	一定期間休むことな く退職・廃業した	3 (7.3%)	13 (5.1%)	0.47 ^a	3 (15.0%)	2 (20.0%)	0.37 ^a
	その他	5 (12.2%)	14 (5.4%)	0.16 ^a	3 (15.0%)	1 (10.0%)	1.00 ^a
医療スタッフから就労継続について必要な情報 が十分に得られた		2 (1-2.5)	2 (1-3)	<0.05 ^b	1 (0-2)	1.5 (0-3)	<0.05 ^b
医療スタッフから仕事に ついて相談に のってもらった	相談にのってもらっ た	7 (16.7%)	81 (31.9%)	<0.05 ^a	4 (23.5%)	3 (25.0%)	1.00 ^a
	相談できる人を紹介 してくれた	1 (2.4%)	4 (1.3%)	0.54 ^a	1 (5.9%)	0 (0%)	1.00 ^a
	相談も紹介もなかつ た	2 (4.8%)	18 (7.1%)	0.75 ^a	1 (5.9%)	1 (8.3%)	1.00 ^a
	特に相談したいこと はなかった	32 (76.2%)	151 (59.7%)	<0.05 ^a	11 (64.7%)	8 (66.7%)	1.00 ^a
同僚にがんと診断され たことを話した	話した	29 (82.9%)	178 (76.7%)	0.52 ^a	11 (73.3%)	6 (85.7%)	0.52 ^a
	話していない	6 (17.1%)	54 (23.3%)		4 (26.7%)	1 (14.3%)	
上司にがんと診断され たことを話した	話した	32 (86.4%)	207 (87.3%)	0.8 ^a	13 (81.3%)	7 (87.5%)	0.70 ^a
	話していない	5 (13.6%)	30 (12.7%)		3 (18.7%)	1 (12.5%)	
上司に話した結果勤務上 の配慮をしてもらえた	配慮してもらえた	26 (83.9%)	162 (79.0%)	0.64 ^a	9 (81.8%)	6 (85.7%)	0.83 ^a
	配慮してもらえな かった	5 (16.1%)	43 (21.0%)		2 (18.2%)	1 (14.3%)	

a. χ^2 検定, Fisher の正確確率検定

b. Man-Whitney の U 検定, リッカートスケール 0~3 点: 中央値 (四分位範囲)

療スタッフから仕事について相談にのってもらった」「支障なく紹介先の医療機関を受診できた」「治療費の負担で周囲からの援助を受けた」「居住地」が挙げられた。

医療連携に関して、紹介先の医療機関をスムーズに受診できなかったことが、医療満足度の点数が低いこ

との要因の一つであった。紹介先の医療機関に受診するまでの待機時間が長いということは、平成 30 年度患者体験調査でも同様の結果が得られている。平成 30 年度患者体験調査に基づく提言書⁷⁾では、初診から診断までに要した期間が 1 か月以上であった患者は 28.5%、診断から治療まで 1 か月以上であった患者は

表 6. 医療満足度点数と関連する評価項目に関する重回帰分析の結果 (患者本人)

モデル	非標準化係数		標準化係数	有意確率
	B	95% 信頼区間	β	
医療スタッフから仕事について相談にのってもらった	4.468	96.427-116.857	0.111	0.006
支障なく紹介先の医療機関を受診できた	-2.735	-5.087- -0.383	-0.091	0.023
治療費の負担で親戚や他の人からの金銭的援助を受けた	-4.080	-7.890- -0.271	-0.084	0.036
居住地	-2.122	-4.172- -0.072	-0.081	0.042
Backward stepwise 法 自由度調整済 R^2 0.030				

表 7. 医療満足度点数と関連する評価項目に関する重回帰分析の結果 (患者家族)

モデル	非標準化係数		標準化係数	有意確率
	B	95% 信頼区間	β	
チーム医療を受けられた	8.529	5.726-11.331	0.392	0.000
療養中に苦痛が軽減され、かつ今の療養生活に満足している	8.126	4.749-11.503	0.325	0.000
治療中および治療後の痛み医療スタッフが対応した	-6.524	-10.655- -2.394	-0.202	0.002
年齢	2.208	0.367-4.050	0.129	0.019
Backward stepwise 法 自由度調整済 R^2 0.590				

37.8%であった。かかりつけ・その他の病院から、がん診療連携拠点病院等への患者の紹介が迅速に行われることが求められる。

Informed Consent (以下 IC) に関して、主治医から十分な説明と情報提供を受けられなかったことも、医療満足度の点数が低いことの要因の一つであった。早川らは、「患者中心の医療から患者参加型の医療へ進んでいくことが予測され、その実現には、医師と患者が十分に対話し、共通認識を持つためのコミュニケーションができる環境を整えていく必要がある⁸⁾」と述べている。平成30年度患者体験調査において、セカンドオピニオンについて医療者から話があったのは39.4%、妊孕性への影響については52.0%と、患者にとって重要な情報であるにもかかわらず、医療者から十分な情報提供がなされているとは考えづらいと報告されている⁷⁾。患者側からは質問しづらい内容や、病気や治療のこと以外は、医療者に質問することではないと思う患者も多いことから、医療者からの積極的な情報提供が行われる体制を整えることが必要である。

就労継続に関する情報提供に関して、就労継続についての情報が十分提供されなかったことも、医療満足度の点数が低い要因の一つであった。橋本らは、「がん患者の就労状況の特徴として、がんの診断期から治

療開始前までの早い段階に離職する傾向にある⁹⁾と述べている。がんと診断されて仕事を辞めることは社会的 QOL の低下につながることから、医療者からの積極的な就労継続に関する情報提供が、医療満足度を高めるために重要であると考えられる。平成30年度患者体験調査においても、就労支援について医療者から話があったのは39.5%であったと報告されており⁷⁾、患者の年齢や特性に応じた様々な媒体を活用し、患者に必要な情報が網羅的に行き渡るような体制を強化することが必要であると考えられる。

治療費の負担と周囲からの援助に関して、治療費の負担があっても周囲からの援助を受けないことも、医療満足度の点数が低い要因の一つであった。公的制度へのアクセス不足や、公的社会保障制度の対象とならないこと、また、家族や親戚等の私的な援助を受けないこと等が背景として考えられる。平成30年度患者体験調査に基づく提言書⁷⁾において、医療者は、診断早期から、患者の経済状況に合わせて、治療費の見通しや公的社会保障制度に関する相談窓口を説明できることが必要であると述べている。外来での診断・告知時に主治医等からがん相談支援センターの紹介用パンフレットを渡し、気軽に利用できることを伝える等、病院全体としての取り組みが重要である。

患者の医療満足度のこれらの要因において、医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、事務員等、多職種連携によるがん患者支援のシステム構築が課題といえる。山本は、「高度な分業を伴う医療労働においては、他者によるコントロールを忌避することよりも、他職種の知識や技術を知り、それを相互に活用し、信頼し合える関係性を構築することが現代の医療専門職に求められている」¹⁰⁾と述べ、相互依存性からネットワーク・モデルへとさらに新しい概念モデルを検討している。「行為者や活動システムが弱く結びついているにもかかわらず、急速、即興的に響き合い、協働の行為を脈打たせ、互いの間に結び目を結び、ほどこき、また結ぶといった律動を繰り返していくような創発のつながり」¹⁰⁾がネットワークである。多職種連携において、分業、専門分化による断片的な関わりではなく、一連の柔軟なつながり方が求められている。結び目を結びなおしたり、強さを補強したりする、多職種のつながり方をマネジメントする役割が必要ではないかと考える。

患者家族の医療満足度の要因について考察した。家族の医療満足度点数は、患者本人と比べて総じて低かった。その原因については、患者に代わって回答した背景として、身体機能や判断力等を含む患者の状態がよくないこと、あるいは、患者が亡くなっていたことが推測される。家族の医療満足度の特徴的な要因として、身体的・精神的苦痛があったことと、その対応が不十分であったことがある。清水らは、わが国2回目の全国的遺族調査 (J-HOPE2)¹¹⁾において、ケアへの全般的満足度は高く維持されていたが、改善の必要がある側面として、一般病棟では、医療者間の連携、看護師の知識技術、医師の対応であり、多職種連携による緩和ケア提供の充実の必要性が示されたことと述べている。本調査においても、身体的・精神的苦痛に対しチーム医療により対応されること、その結果療養生活に満足が得られることが、医療満足度と相関があるという結果であり、家族のニーズは共通していたことがわかった。また、単変量解析において「希望に沿った治療を受けられた」「医療スタッフが訴えを傾聴し状況毎で対応してくれた」「主治医から十分な説明と情報提供を受けられた」「必要な情報や支援を得られた」等の項目に有意差がみられたことから、家族が患者の治療や療養方針に納得できるためのプロセスを踏むことができていくかという視点が重要であると考えられる。

専門的緩和ケアが必要な患者に届くための体制整備

と同時に、基本的緩和ケアの担い手である主治医や担当看護師等による、家族がICに参加できる機会づくりや、家族への配慮の重要性が示唆された。特に、再発告知時や、それに伴う治療内容の変更、Best Supportive Care 移行時のICの場面では、医学的情報の提供と同意確認のみにとどまらず、今後の経過や起こりうる事態を仮定した価値観の共有といった Advanced Care Planning (以下 ACP) のプロセスを、家族と共に繰り返し踏むことが重要である。

本研究の限界として、アンケートの回収率が46.3%と低いこと、回答者が質問項目の内容を十分に理解していたかの検証ができないこと、癌種や進行度について振り分けしていないため進行度の違いによる回答の差を考慮できないこと、家族が回答した場合の立場での回答なのか区別できないことが挙げられる。また、重回帰分析では患者での当てはめ度が自由度調整済み $R^2 = 0.030$ であり低かった。この要因として、疾患の予後等、医療サービスでは解決し得ない患者背景に関する要因が影響していることや、今回測定していない変数が本人の満足度に影響していることが挙げられる。

患者本人の医療満足度に関連する因子として、医療スタッフから仕事について相談にのってもらったこと、支障なく紹介先の医療機関を受診できること、治療費の負担で親戚や他の人からの金銭的援助をうけること、居住地の4つが明らかになった。患者家族の医療満足度に関連する因子として、チーム医療を受けられること、療養中の苦痛が軽減され、かつ今の療養生活に満足していること、治療中及び治療後の痛み医療者が対応すること、年齢の4つが明らかになった。多職種連携によるがん患者・家族支援体制の強化や新たな構築に取り組む必要がある。

利益相反

筆者には開示すべき利益相反は無い。

引用文献

- 1) 最新がん統計 国立がん研究センター がん登録・統計. https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (2021年3月16日アクセス).
- 2) 年次推移 国立がん研究センター がん登録・統計. https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/annual.

- html (2021年3月16日アクセス).
- 3) 秋田県公式サイト 美の国あきたネット:平成30年人口動態統計(確定数)秋田県の概況. <https://www.pref.akita.lg.jp/pages/archive/46167> (2021年3月16日アクセス).
 - 4) 秋田県公式サイト 美の国あきたネット:秋田県の高齢者数,高齢者世帯数 令和2年度老人月間関係資料. <https://www.pref.akita.lg.jp/pages/archive/8722> (2021年3月16日アクセス).
 - 5) 羽瀧友則, 本山 悟, 井岡亜希子ら(2018) 秋田県のがんと秋田大学医学部附属病院から秋田県に対する提言—第3期秋田県がん対策推進計画策定に向けて—. <https://www.hos.akita-u.ac.jp/onco/files/recommendation2018-1.pdf> (2021年3月16日アクセス).
 - 6) 国立大学法人 琉球大学医学部附属病院がんセンター. 沖縄県がん対策推進計画(第二次)分析報告書. 平成28年3月.
 - 7) 東 尚弘(2020) 厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)「次期がん対策推進基
本計画に向けた新たな指標及び評価方法の開発のための研究」平成30年度患者体験調査に基づく提言書, 1-25.
 - 8) 早川雅代, 八巻知香子, 高山智子(2020) 患者本位のがん医療の実現に向けた医療コミュニケーション環境整備の課題と展望. 医療と社会 **30**(1), 27-41.
 - 9) 橋本理恵子, 今井芳枝(2019) がん患者の就労状況に関する文献検討. The Journal of Nursing Investigation **17**(1), 1-9.
 - 10) 山本武志(2019) 医療専門職に求められるコンピテンスと専門職連携教育:専門職的自律性,相互依存性,ネットワークの観点からの考察. 社会保障研究 **3**(4), 536-545.
 - 11) 清水 恵, 青山真帆, 森田達也ら(2016) 遺族による終末期がん患者への緩和ケアの質の評価のための全国調査: the Japan Hospice and Palliative Care Evaluation 2 study (J-HOPE2 study). Palliative Care Research **11**(4), 254-264.