

—原著論文—

滋賀医科大学医学部附属病院における緩和ケア介入の

動向に関する後方視的解析

住本 秀敏¹⁾²⁾³⁾、林 駒紀³⁾、服部 聖子³⁾、長谷川 千晶³⁾、森井 博朗³⁾、森田 幸代³⁾、
高野 淳¹⁾²⁾³⁾、寺本 晃治¹⁾²⁾³⁾、遠藤 善裕³⁾、醍醐 弥太郎¹⁾²⁾³⁾

1) 滋賀医科大学医学部臨床腫瘍学講座

2) 滋賀医科大学医学部附属病院腫瘍内科・腫瘍センター

3) 滋賀医科大学医学部附属病院緩和ケアチーム

Retrospective analysis about trends of palliative care service at Shiga

University Medical Science Hospital

Hidetoshi SUMIMOTO¹⁾²⁾³⁾, Komaki HAYASHI³⁾, Seiko HATTORI³⁾, Chiaki HASEGAWA³⁾, Hiroaki MORII³⁾, Sachiyo MORITA³⁾, Atsushi TAKANO¹⁾²⁾³⁾, Koji TERAMOTO¹⁾²⁾³⁾, Yoshihiro ENDO³⁾ and Yataro DAIGO¹⁾²⁾³⁾

¹⁾Department of Medical Oncology, Shiga University Medical Science, ²⁾Cancer Center, Shiga University Medical Science Hospital, ³⁾Palliative Care Team, Shiga University Medical Science Hospital

Abstract [Object] We compiled the details of palliative care service (PCS) provided for in-patients with cancer at Shiga University Medical Science Hospital to analyze the trends and problems of PCS retrospectively. [Methods] We analyzed the details of PCS, which was provided by palliative care team (PCT) for cancer patients since April 2012 to November 2016. [Results] The number of patients for whom PCS was provided during these periods was 623, age distributed from 10 to 93 years old (median 66), the numbers of cases with PS of 0, 1, 2, 3 and 4 were 19, 135, 134, 204 and 131, respectively. The proportion of cases with PS 3 and 4 was decreased since 2015. PCS was requested from various departments, mostly from those treating so-called five big cancers (77%). PCS was requested for pain (n=467, 25%), anxiety/depression (n=319, 17%), fatigue (n=225, 12%), family care (n=197, 10%), insomnia (n=149, 8%), regional alliances/support of discharge (n=148, 8%), dyspnea (n=137, 7%), nausea/vomiting (n=117, 6%), delirium (n=65, 4%), and constipation (n=57, 3%), respectively. The proportion of regional alliances/support of discharge was increased since 2015. Outcomes of PCS were, leave hospital mortality (n=233, 40%), discharge (n=209, 35%), changing to palliative care hospital (n=64, 11%), home care (n=45, 8%), and others (n=38, 6%). Durations of PCS intervention ranged from 1 to 181 days (median 16). [Discussion] Although some subtle changes were found recently in the trends of PCS needs, leave hospital mortality has been the most frequent outcome, while

Received: January 13, 2017. Accepted: March 7, 2017

Correspondence: 滋賀医科大学 医学部臨床腫瘍学講座・腫瘍内科・腫瘍センター 醍醐 弥太郎

〒520-2192 大津市瀬田月輪町 ydaigo@belle.shiga-med.ac.jp

only small populations have chosen changing to palliative care hospital or home care, suggesting some hurdles inhibiting the transit from a university hospital to other resources, which will require further investigations.

Keyword palliative care service, cancer patients, palliative care hospital, home care

はじめに

2012年6月のがん対策推進基本計画で「がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得する」ことが目標に掲げられた[1]。特にがん拠点病院では、自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修会を終了することを目標とされた。この様に社会におけるがん緩和ケアニーズの高まりを背景として、2012年以降、当院の緩和ケアチームによる入院がん患者を対象とする介入に対して緩和ケア加算が開始された。院内緩和ケアチームは、医師、薬剤師、看護師、Medical Social Worker (MSW)、理学療法士など多職種で構成され、担当医師または看護師の依頼に応じてがん患者の身体症状、精神症状、社会的問題やスピリチュアルな苦痛などに対してチームアプローチにより包括的な評価と対応を行う。本稿では、2012年4月から2016年11月までの4年8か月の期間に介入依頼を受けた入院がん患者623名の背景、介入内容や転帰などのデータ解析を通じて、医療ニーズの動向と当院における緩和ケア医療の問題点を考察する。なお、この期間は当院を含め全国的に大学病院における緩和ケア研修の医師受講率が低い時期に相当するため、過渡期における医療ニーズであり、本考察を踏まえ、受講率目標をほぼ達成しつつある最新の当院内の医療体制の変化も見据えた動向の注視も今後必要である。

方法

- 対象**：2012年4月1日から2016年11月30日までの期間に、当院の各診療科から緩和ケア介入依頼を受けた入院がん患者623名を解析対象とした。
- 解析項目**：介入時の年齢、Performance Status (PS)、依頼診療科、介入依頼項目、介入期間、介入後の転帰の統計を年度ごとに調べて、同期間における緩和ケアニーズの動向を解析した。
- 倫理的配慮**：本研究計画は当院倫理委員会の承認を受け（整理番号 27-141）、院内ホームページの掲示を通して患者・家族への説明を行った。

結果

2012年4月1日から2016年11月30日までの期間に介入依頼を受けた入院がん患者の総数（緩和ケア加算を算定した件数）は延べ623名で、年齢は10歳から93歳（中央値66歳）、介入期間は1-181日（中央値16日）であった。表1に示すように各年度における各値は概ね一定していたが、2015年度の介入件数のみ186件と他年度の120件前後と比べて多かった。

表1 緩和ケア介入依頼件数、年齢分布、介入期間

| 年度 | 緩和ケア介入件数 | 年齢分布(歳) | 中央値(歳) | 介入期間(日) | 中央値(日) |
|-------------|----------|---------|--------|---------|--------|
| 2012 | 120 | 10-87 | 62 | 1-156 | 15 |
| 2013 | 129 | 16-89 | 68 | 1-181 | 19 |
| 2014 | 114 | 32-91 | 69 | 1-139 | 16 |
| 2015 | 186 | 11-92 | 66 | 1-84 | 14 |
| 2016(11月まで) | 74 | 38-93 | 66 | 1-147 | 19 |
| 合計 | 623 | 10-93 | 66 | 1-181 | 16 |

介入時の患者のPS分布（全期間）は、PS 0 19件（3%）、PS 1 135件（22%）、PS 2 134件（21%）、PS 3 204件（33%）、PS 4 131件（21%）であった。年度ごとに比較すると、PS 3/4の全体に占める比率は、2012年度62%、2013年度54%、2014年度63%、2015年度45%、2016年度48%と推移しており、PS不良例の介入依頼が2015年以降減少に転じている傾向が認められた（図1）。特に2015年度は介入依頼件数が他年度より多かったにも関わらずPS不良例が減少したことは、より早期からの介入依頼が増加したことを示唆する。（ただし介入時PS4の絶対数は2015年度では減少していなかった）

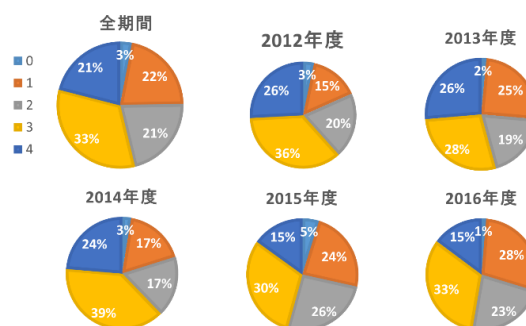


図1 介入時のPS分布

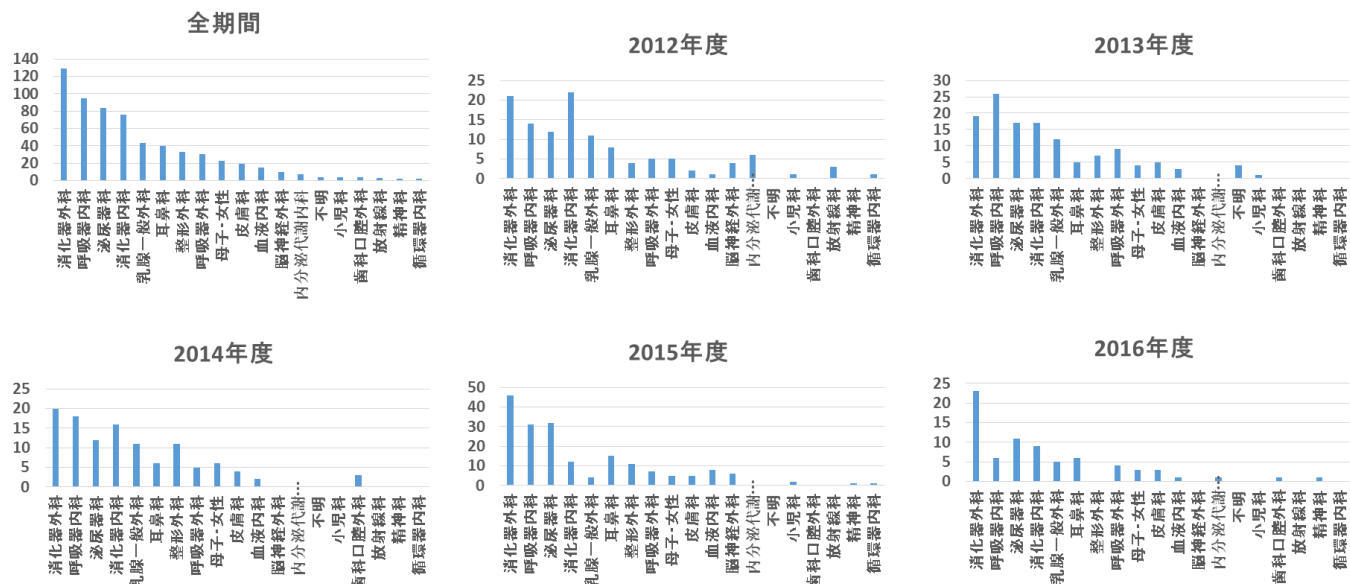


図 2 診療科別介入依頼件数

診療科別の介入依頼件数（全期間）は、消化器外科 129 件（20.7%）、呼吸器内科 95 件（15.2%）、泌尿器科 84 件（13.5%）、消化器内科 76 件（12.2%）、乳癌一般外科 43 件（6.9%）、耳鼻咽喉科 40 件（6.4%）、整形外科 33 件（5.3%）、呼吸器外科 30 件（4.8%）、母子・女性科 23 件（3.7%）、皮膚科 19 件（3.0%）、血液内科 15 件（2.4%）、脳神経外科 10 件（1.6%）、その他 26 件（4.2%）であった。我が国の五大がんを担当する診療科の占める割合が多く（77%）、それ以外では泌尿器科、耳鼻咽喉科と整形外科からの依頼件数が多い傾向を認めた。年度別の診療科別介入依頼件数は概ね同じ傾向を認めた（図 2）。

介入依頼項目（全期間）に関しては、癌性疼痛 25%、不安・抑うつ 17%、倦怠感 12%、家族ケア 10%、不眠 8%、地域との連携・退院支援 8%、呼吸困難感 7%、嘔気・嘔吐 6%、せん妄 4%、排便コントロール 3%の順番であった。年度別の介入依頼項目の頻度も概ね同じ傾向を認めたが、2015 年度の地域との連携・退院支援の頻度が 12%と、2013 年度の 5%および 2014 年度の 4%と比べて上昇に転じている点が注目される（図 3）。なお、介入依頼項目中最も頻度の高い癌性疼痛に関してオピオイドが先行使用されていた割合は、2014 年 4 月～2016 年 9 月までの期間に限ると介入依頼を受けた 250 名中 182 件(72.8%)であった。

転帰（全期間）は、死亡退院 40%、退院（外来移行）35%、緩和ケア病棟転院 11%、在宅ケア導入 8%、その他の転院 6%と、死亡退院が最も多く、緩和ケア病棟への転院や在宅ケア導入の頻度が少ない点が特徴的である。年度別転帰の推移を見ると、在宅ケア導入は 2012 年度のみが 22%と高く、それ以外の年

度は 2-7%であった。緩和ケア病棟への転院は 2012～

2015 年度までは 9～13%で推移していたが、2016 年度は 11 月の時点で 18%と高い傾向を認める。2015 年度以降は死亡退院の緩やかな減少傾向を認める（図 4）。

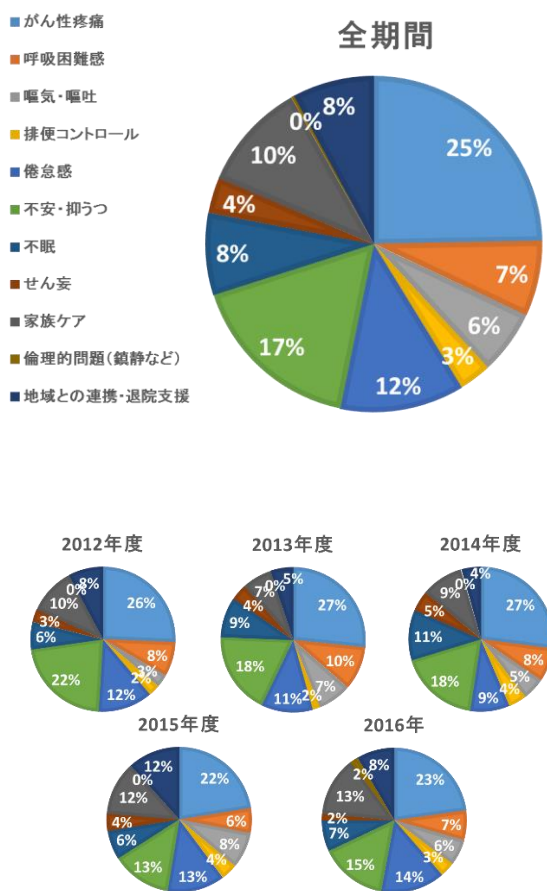


図 3 介入依頼項目の分布

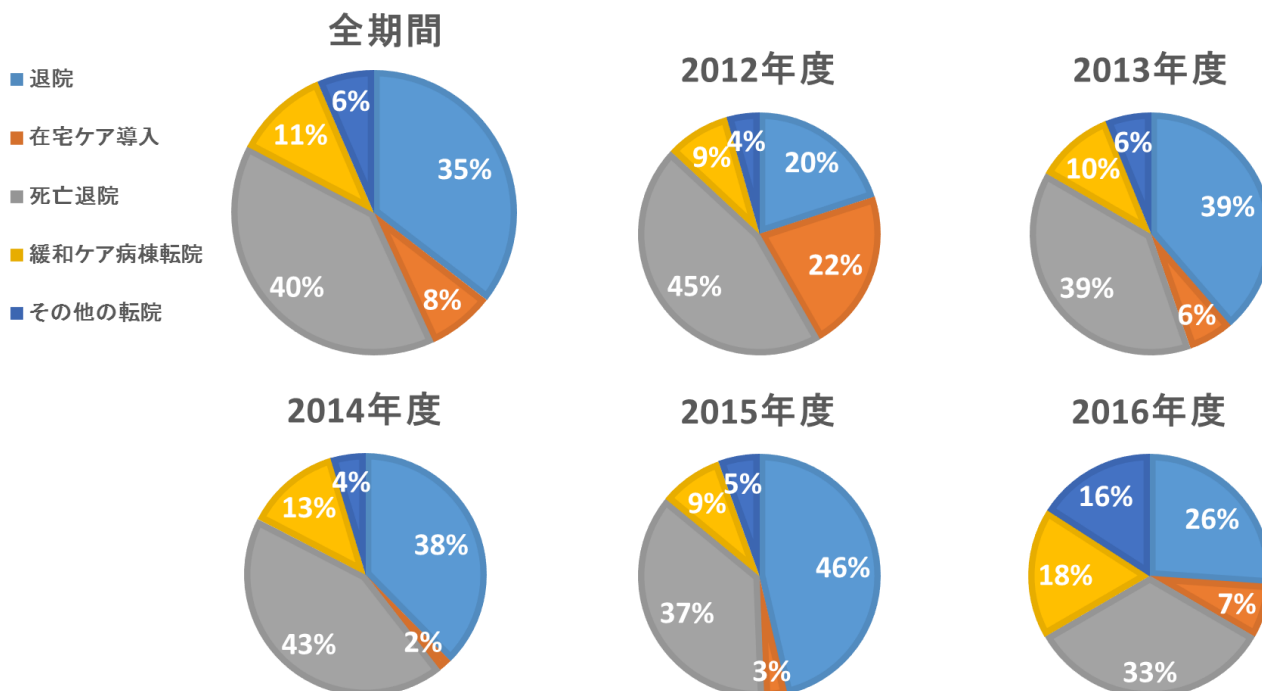


図4 介入後の転帰の分布

考察

2012年度から2016年度の緩和ケア介入動向を概観すると、2015年度以降で介入時のPS不良例（PS 3/4）の頻度が減少に転じており、早期からの緩和ケア導入の必要性がより広く認識されてきた可能性が考えられる。また、介入依頼項目においては、身体症状や精神症状に対する介入依頼は依然として上位を占めるものの、2015年度以降で「地域との連携・退院支援」の依頼件数が増えてきていることは、急性期病院としての大学病院と緩和ケア病棟や在宅診療との役割分担を意識する医師が増えてきていることを示唆しているのかもしれない。それにも関わらず、転帰として死亡退院するケースが4割を占めている一方で、在宅ケアや緩和ケア病棟転院の頻度が2割未満という現状であり、急性期病院としての役割以上の負担が大学病院にかかっていることが示唆されている。すなわち、積極的な治療の適応が無くなった時点で、在宅ケア移行や緩和ケア病棟への転院が進まない点が問題点として指摘できる。ただし、2016年度の前中期の転帰を見る限り在宅ケア導入7%、緩和ケア病棟転院18%と増加傾向にあるため、今後の動向に関しては更に経過を見る必要がある。

滋賀医科大学附属病院でがん患者の在宅ケア移行や緩和ケア病棟への転院が進まない原因として、以下の3点を考察する。

1) 地域の在宅ケアの環境体制；

地域の在宅ケアの環境に関しては在宅診療を担う病院、診療所、保険薬局、訪問看護ステーション、ケアマネージャーの数や連携体制などが充足しているか否かが問題となるが、地域緩和ケア供給体制の実態に

関する統計資料が存在しないため把握が困難である。厚労省の第5回「緩和ケアの更なる推進に関する検討会」（2016年11月29日開催）では、「地域緩和ケアを担う施設に関する情報が医療機関間で十分に集約・共有されておらず、また患者・家族のみならず、医療従事者に対しても情報提供が十分になされていない」、「地域緩和ケアを担うスタッフ（地域の医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師等の医療従事者、社会福祉士、介護・福祉従事者等）の人員が不足しており、また、診療・ケアの質が十分に担保されていない」などの現状認識が示されている[2]。特に地域を名指していないため全国的な傾向と解釈され、滋賀県の医療圏においても同じ現状が少なからず存在するものと想像できる。今後、行政や地域医師会等による実態調査と現状に即した改善の取り組みが望まれるが、拠点病院にも地域緩和ケア体制の中心として地域連携の促進や緩和ケアの普及啓発の役割が求められるようになると思われる[2]。

2) 緩和ケア病棟に対する誤解や紹介のタイミングの問題；

緩和ケア病棟・ホスピスに対して悪いイメージ（「死ぬために行く場所」、「一度入院したら退院できない」、「何も治療をしない」、「高額な医療費がかかる」など）を持つ患者や家族がいる場合はその誤解を解く必要がある。また、病状が進行してから緩和ケア病棟の紹介をした場合、病状の変化に気持ちが追いつかず希望する療養場所を選択することが困難になることが考えられる。ホスピス・緩和ケア病棟で患者を看取った遺族を対象に、緩和ケア病棟へ紹介された時期を評価した研究では、遺族の半数が緩和ケア病棟への紹介が遅かったと評価しており、紹介が遅かった要因

として①緩和ケアを受けることで寿命が短くなるという誤解、②将来希望する終末期ケアについて主治医と早期の段階で相談できていなかった、③状態の悪化に気持ちが追い付かなかった、の3つが有意な要因として抽出された[3]。②の主治医と相談ができていなかった理由として「主治医が話題にしなかった」

(59%)ことが最も多く挙げられた。また、がんの終末期医療に関して事前に主治医と話し合う(end of life discussions)機会を持ったケースでは持たなかったケースに比べて、終末期ケアを受け入れた頻度が有意に高かった(オッズ比 2.26, $p < 0.0001$)ことや[4]、終末期に侵襲的な医療行為(人工呼吸器装着、蘇生術、ICU入院)を受けた頻度が低く、早期にホスピス転院を果たした割合が高く、かつ患者と死別後の家族の生活の質(QOL)が有意に良好であったことが報告されている[5]。一方、終末期医療における延命処置[4]やICU入院[5,6]は、患者のQOLの低下と死別後の家族の抑うつ感情に結びついた。これらの報告は、患者・家族と医療者間における end of life discussion の重要性を強く示唆しており、がん拠点病院が中心となって広く啓発普及すべき事項であると考えられる。森田らは、患者に緩和ケア病棟を紹介する際に留意する点として、①患者と家族が希望する療養場所を確認すること、②緩和ケア病棟に関する正確な情報を十分伝えて誤解を解くこと、③病状が落ち着いている早期から将来の選択肢の一つとして伝えること、④紹介後も継続的なフォローを行い、「見放された感」を与えないこと、の4点を挙げている[7]。早期からの紹介に関しては、主治医からの提示が重要であるが、当院で緩和ケア病棟や在宅緩和ケアの紹介時期が適切に行われているか否かについての実態調査を通じて、問題点の把握と対策が可能になると思われる。

3) 大学病院志向など患者側の意識；

患者・家族の価値観や社会的要因などのために当院を最後の療養場所として希望する患者や家族の頻度は不明であるが、一定の頻度で存在する可能性が考えられる。今後アンケート調査などを通じて患者・家族の医療ニーズへの対応の可能性を検討する必要がある。

平成27年9月1日時点におけるがん診療拠点病院緩和ケア研修会受講率の全国集計が厚生労働省のホームページに掲載されており、滋賀医科大学附属病院の受講率は31.5%と低値であった[8]。平成27年度より腫瘍センターによる戦略的な受講奨励強化や年2回の緩和ケア研修会の開催等の効果もあり、平成28年9月時点での受講率は76.2%まで向上して(最新の滋賀県発表データ)[9]、当面の目標である受講率90%以上達成までの目途が立ちつつある。研修修了者の増加に伴い基本的緩和ケアの提供はより充実してくることが期待される。実際に、2015年度以降に見られる介入時のPS分布、介入依頼項目や転帰などの変化は

緩和ケアニーズの変化の徴候を見ている可能性を示唆している。一方で基本的緩和ケアでは難渋する問題に対する専門的緩和ケアが緩和ケアチームに求められる機会が増えることが今後予想されるが、現状では依然として基本的緩和ケアのレベルでの介入案件が少なくないため、今後の動向に注意を払い基本的緩和ケアの提供体制の確立が必要である。そのためには、院内の緩和ケア提供体制を管理するシステムの構築とそれを外部評価などにより定期的に正確に評価することが必要であるが、現状では確立されていないため実効性のある体制作りが必要である。また、がん拠点病院は院内のみならず地域における緩和ケア提供の中心として機能することが望まれているが[10]、加えて、大学病院のような医育機関では緩和ケアを含むがん専門医療人の育成や先進的医療も踏まえた地域における最後の医療の砦としての役割も期待されており、診断時からの希望の切れ目のない医療提供体制作りも今後更なる強化が求められる点と考えられる。

・謝辞

当院緩和ケアチームの新旧メンバーに心から深謝申し上げます。

文献

- [1] 緩和ケア研修会参加者ハンドブック、特定非営利活動法人 日本緩和治療学会 委託事業委員会 緩和ケア研修 WPG 編、第28版、2015年
- [2] 厚生労働省ホームページ 第5回がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会(資料)平成28年11月29日 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000144803.html>
- [3] Morita T, Akechi T, Ikenaga M, Kizawa Y, Kohara H, Mukaiyama T, Nakaho T, Nakashima N, Shima Y, Matsubara T, Uchitomi Y. Later referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 23: 2637-2644, 2005.
- [4] Mack JW, Weeks JC, Wright AA, Block SD, Prigerson HG. End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: Predictions and outcomes of receipt of care consistent with preferences. *J Clin Oncol* 28: 1203-1208, 2010.
- [5] Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, Mitchell SL, Jackson VA, Block SD, Maciejewski PK, Prigerson HG. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA* 300: 1665-1673, 2008
- [6] Wright AA, Keating NL, Balboni TA, Matulonis UA, Block SD, Prigerson HG. Place of death: Correlations with quality of life of patients with cancer and

predictions of bereaved caregivers' mental health. J

Clin Oncol 28: 4457-4464, 2010.

- [7] 森田達也、木澤義之、新城拓也編 「エビデンスで解決！緩和医療ケースファイル」南江堂、p103-107, 2011.
- [8] 厚生労働省ホームページ がん診療連携拠点病院緩和ケア研修会受講率一覧（平成27年9月1日時点）<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000125250.pdf>
- [9] がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の受講率について（滋が疾対第206号平成28年12月28日）https://sumsdoc.shiga-med.ac.jp/ASTRUX2/ID_guest.aspx?did=107278
- [10] 厚生労働省ホームページ 参考資料5 拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関するワーキンググループ報告書
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000130545.pdf>

和文抄録

【目的】当院の緩和ケアチームが介入依頼を受けた症例を後方視的に解析し、院内緩和ケアの現状と課題を考察する。【方法】2012年4月から2016年11月の期間に、当院の各診療科から介入依頼を受けた症例の介入内容を解析する。【結果】同期間内に介入依頼を受けた患者数は623名で、年齢は10～93歳（中央値66歳）、PSは0/1/2/3/4が19/135/134/204/131名、依頼診療科の上位は、消化器外科129件、呼吸器内科95件、泌尿器科84件、消化器内科76件、乳腺一般外科43件、耳鼻科40件であった。介入依頼項目は、疼痛467件、不安・抑うつ319件、倦怠感225件、家族ケア197件、不眠149件、地域連携・退院支援148件、呼吸困難137件、嘔気・嘔吐117件、せん妄65件、排便コントロール59件であった。介入後の転帰は、死亡退院233件、退院（外来移行）209件、緩和ケア病棟転院64件、在宅ケア導入45件、その他の転院38件であった。介入期間は1～181日（中央値16日）であった。【考察】緩和ケア介入依頼は五大癌の診療科が多く、依頼項目は身体症状、精神症状、家族ケアや退院支援等多岐に及んだ。死亡退院が4割を占める一方で、在宅ケアや緩和ケア病棟転院の頻度が2割未満であり、在宅ケア移行や緩和ケア病棟への転院が進まない点が問題点として指摘できる。

キーワード：緩和ケア、がん患者、緩和ケア病棟、在宅ケア