

4. データでみる日本の緩和ケア主体の時期のリハビリテーション—遺族調査からの示唆

長谷川貴昭*¹ 明智龍男*^{1,2}

(*¹ 名古屋市立大学病院 緩和ケアセンター *² 名古屋市立大学大学院 医学研究科 精神・認知・行動医学分野)

はじめに

がんのリハビリテーション診療は、周術期から緩和ケアが中心になるすべての時期で実施されている。特に緩和的リハビリテーションは、患者のニーズを尊重しながら、身体的、精神的、社会的にも quality of life (QOL) の高い生活が送れるように援助すべく行われている¹⁾。これは、ホスピス・緩和ケア病棟で行われるケアと目標を同じくしており、世界保健機関による緩和ケアの定義とも文脈を同じくしている²⁾。

しかし、ホスピス・緩和ケア病棟でがんリハビリテーションを実施することの効果や、ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションの望ましい介入方法については知見が乏しい。そこで、本稿では日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団研究事業である「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 (Japan Hospice and Palliative Care Evaluation study : J-HOPE 研究)」の付帯研究として実施された、わが国のホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションに関する研究について報告する。がんリハビリテーションと終末期 QOL との関連、がんリハビリテーションにおいて遺族の体験 (満足度、ニーズ) に関する結果を報告し、ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションの望ましい在り方について考察したい。

J-HOPE 研究で行われたホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションに関する研究の概略

がん患者の緩和ケアの質を評価するために継続的に実施されている全国遺族調査である「J-HOPE 研究」の付帯研究として、がんリハビリテーションの実施と終末期 QOL との関連、がんリハビリテーションに関する遺族の体験 (満足度、ニーズ) が検討された。一連の「J-HOPE 研究」は、日本ホスピス緩和ケア協会会員施設の一一般病院、ホスピス・緩和ケア病棟、診療所 (在宅ケア施設) などで死亡したがん患者の遺族を対象に行われている大規模全国横断的調査であり、主研究では遺族からみた患者が受けた緩和ケアの質の評価および遺族の悲嘆や抑うつの実態について調査されている。本研究は、2014 年に行われた第 3 回調査 (J-HOPE 3 研究)³⁾ および 2018 年に行われた第 4 回調査 (J-HOPE 4 研究)⁴⁾ の付帯研究として、ホスピス・緩和ケア病棟で死亡したがん患者の遺族を対象として実施され、全体の対象者のうち事務局から無作為に抽出された遺族に本研究の質問票を郵送し回答を得ている (図 1)。

J-HOPE 3 研究 (2014 年) および J-HOPE 4 研究 (2018 年) の対象者においては、がんリハビリテーションの実施と終末期 QOL との関連を検討した⁵⁾。終末期の QOL は、遺族の回答により調査され、信頼性と妥当性の検証されている Good Death Inventory (GDI) 短縮版で測定した⁶⁾。

また、J-HOPE 4 研究 (2018 年) の対象者においては、ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションについての満足度や遺族の体験、がん

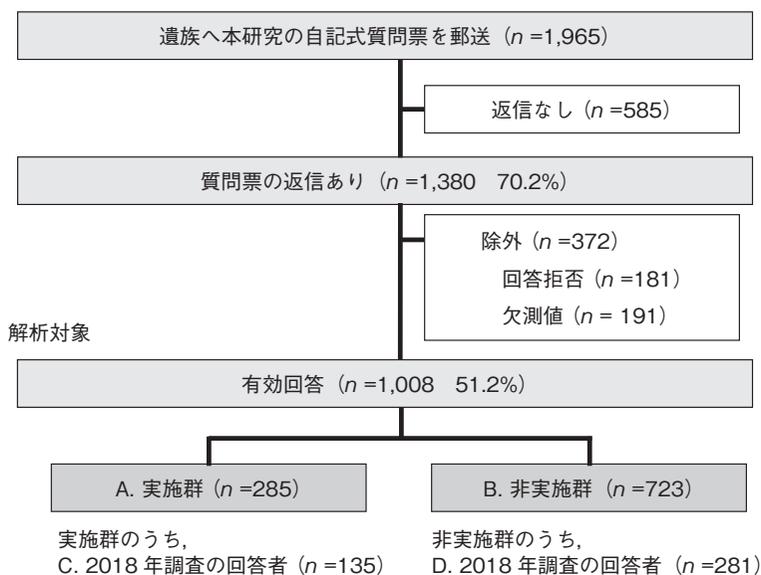


図1 対象患者とアンケート調査の回収状況

【調査内容と対象】

1. ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションの実施と、終末期のQOLとの関連 (対象:AおよびB, 2群間の比較)
2. ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションに関する満足度とその関連要因 (対象:C)
3. 意識が悪くなってがんリハビリテーションの継続は難しくなった時にどうすればいいか? (対象:C)
4. 遺族が希望するがんリハビリテーションの内容 (対象:D)

りハビリテーションのニーズを調査した⁷⁾。がんリハビリテーションを受けていた患者の遺族にはがんリハビリテーションの満足度を調査し、がんリハビリテーションが患者に与えた影響や、がんリハビリテーションの継続が困難となった場合の望ましい対応方法についても調査した。また、がんリハビリテーションを受けていなかった患者の遺族に関しては、遺族が希望するがんリハビリテーションの内容について、そのニーズを調査した。

参加した施設数は、全国216施設で(J-HOPE 3研究134施設, J-HOPE 4研究187施設。重複あり)、ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションが実施可能と回答した施設は196施設(90.7%)であった。なお、誌面の都合上で本稿で紹介できないが、J-HOPE 3研究(2014年)においても、がんリハビリテーションに関する遺族の体験(セラピストに期待すること、がんリハビリテーションを受けなかった理由など)も個別

に検討がされており(研究代表者:亀田総合病院 関根龍一氏)、こちらは研究報告書を参照いただきたい⁸⁾。

研究の結果

1. ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションの実施と、終末期のQOLとの関連

がんリハビリテーションの実施は、「希望や楽しみをもって過ごすこと」と有意に関連した

1,965人のホスピス・緩和ケア病棟で死亡した患者の遺族に本研究の質問票が郵送され、1,380人の遺族から返送があり、有効回答は1,008人(51.2%)であった。うち、285人(28.2%)の遺族が、患者はホスピス・緩和ケア病棟でがんリハビリテーションを受療していたと回答した(図1)。患者・遺族の背景を表1に示す。

表1 患者・遺族背景

| | 2014年調査および2018年調査の有効回答 | | | | | | 2018年調査のみの有効回答 | | | | | | |
|----------------|------------------------|------|----------------|------|-----------------|------|----------------|------|----------------|------|-----------------|------|------|
| | 総数 | | がんリハビリテーション実施群 | | がんリハビリテーション非実施群 | | 総数 | | がんリハビリテーション実施群 | | がんリハビリテーション非実施群 | | |
| | (n=1,008) | | (n=285) | | (n=723) | | (n=416) | | (n=135) | | (n=281) | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| 患者 | 年齢 | | | | | | | | | | | | |
| | ≤60 | 106 | 10.5 | 30 | 10.5 | 76 | 10.5 | 40 | 9.6 | 13 | 9.6 | 27 | 9.6 |
| | 61～70 | 221 | 21.9 | 74 | 26 | 147 | 20.4 | 81 | 19.5 | 33 | 24.4 | 48 | 17.1 |
| | 71～80 | 308 | 30.5 | 83 | 29.1 | 225 | 31.1 | 122 | 29.3 | 40 | 29.6 | 82 | 29.2 |
| | ≥81 | 373 | 37 | 98 | 34.4 | 275 | 38.1 | 173 | 41.6 | 49 | 36.3 | 124 | 44.1 |
| | 性別 | | | | | | | | | | | | |
| | 男性 | 532 | 52.8 | 133 | 46.8 | 399 | 55.2 | 213 | 51.2 | 62 | 45.9 | 151 | 53.7 |
| | 女性 | 476 | 47.2 | 152 | 53.2 | 324 | 44.8 | 203 | 48.8 | 73 | 54.1 | 130 | 46.3 |
| | 入棟時のADL | | | | | | | | | | | | |
| | 自立 | 245 | 24.3 | 72 | 25.3 | 173 | 23.9 | 109 | 26.2 | 34 | 25.2 | 75 | 26.7 |
| | 一部介助 | 386 | 38.3 | 114 | 40 | 272 | 37.7 | 151 | 36.3 | 57 | 42.2 | 94 | 33.4 |
| | 全介助 | 377 | 37.4 | 99 | 34.7 | 278 | 38.5 | 156 | 37.5 | 44 | 32.6 | 112 | 39.9 |
| | 原発巣 | | | | | | | | | | | | |
| | 肺 | 230 | 22.8 | 65 | 22.8 | 165 | 22.8 | 81 | 19.5 | 25 | 18.5 | 56 | 19.9 |
| | 胃 | 99 | 9.8 | 27 | 9.5 | 72 | 10 | 52 | 12.5 | 18 | 13.3 | 34 | 12.1 |
| | 結腸 | 75 | 7.4 | 19 | 6.7 | 56 | 7.7 | 30 | 7.2 | 7 | 5.2 | 23 | 8.2 |
| | 直腸 | 52 | 5.2 | 16 | 5.6 | 36 | 5 | 25 | 6.0 | 10 | 7.4 | 15 | 5.3 |
| | 肝 | 35 | 3.5 | 8 | 2.8 | 27 | 3.7 | 9 | 2.2 | 2 | 1.5 | 7 | 2.5 |
| | 胆のう・胆管 | 53 | 5.3 | 16 | 5.6 | 37 | 5.1 | 23 | 5.5 | 6 | 4.4 | 17 | 6.0 |
| | 膵 | 115 | 11.4 | 31 | 10.9 | 84 | 11.6 | 49 | 11.8 | 15 | 11.1 | 34 | 12.1 |
| 食道 | 31 | 3.1 | 7 | 2.5 | 24 | 3.3 | 11 | 2.6 | 4 | 3.0 | 7 | 2.5 | |
| 乳腺 | 42 | 4.2 | 12 | 4.2 | 30 | 4.1 | 15 | 3.6 | 8 | 5.9 | 7 | 2.5 | |
| 前立腺 | 30 | 3 | 10 | 3.5 | 20 | 2.8 | 16 | 3.8 | 4 | 3.0 | 12 | 4.3 | |
| 腎 | 26 | 2.6 | 6 | 2.1 | 20 | 2.8 | 10 | 2.4 | 3 | 2.2 | 7 | 2.5 | |
| 膀胱 | 29 | 2.9 | 10 | 3.5 | 19 | 2.6 | 16 | 3.8 | 7 | 5.2 | 9 | 3.2 | |
| 頭頸部 | 39 | 3.9 | 4 | 1.4 | 35 | 4.8 | 14 | 3.4 | 1 | 0.7 | 13 | 4.6 | |
| 子宮 | 27 | 2.7 | 14 | 4.9 | 13 | 1.8 | 12 | 2.9 | 8 | 5.9 | 4 | 1.4 | |
| 卵巣 | 19 | 1.9 | 6 | 2.1 | 13 | 1.8 | 7 | 1.7 | 2 | 1.5 | 5 | 1.8 | |
| 白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫 | 24 | 2.4 | 7 | 2.5 | 17 | 2.4 | 11 | 2.6 | 4 | 3.0 | 7 | 2.5 | |
| 軟部組織・脳・その他 | 82 | 8.1 | 27 | 9.5 | 55 | 7.6 | 35 | 8.4 | 11 | 8.1 | 24 | 8.5 | |
| 遺族 | 年齢 | | | | | | | | | | | | |
| | ≤50 | 166 | 16.4 | 50 | 17.6 | 116 | 16 | 55 | 13.2 | 19 | 14.1 | 36 | 12.6 |
| | 51～60 | 290 | 28.7 | 78 | 27.4 | 212 | 29.3 | 127 | 30.5 | 43 | 31.9 | 84 | 30.0 |
| | 61～70 | 296 | 29.3 | 81 | 28.4 | 215 | 29.7 | 120 | 28.8 | 33 | 24.5 | 87 | 31.0 |
| | 71～80 | 202 | 20.1 | 57 | 20.1 | 145 | 20 | 92 | 22.1 | 31 | 23.2 | 61 | 21.8 |
| | ≥81 | 55 | 5.4 | 19 | 6.5 | 36 | 5 | 22 | 5.3 | 9 | 6.3 | 13 | 4.6 |
| | 性別 | | | | | | | | | | | | |
| | 男性 | 345 | 34.3 | 103 | 36.1 | 242 | 33.5 | 143 | 34.4 | 42 | 31.1 | 101 | 35.9 |
| | 女性 | 663 | 65.7 | 182 | 63.9 | 481 | 66.5 | 273 | 65.6 | 93 | 68.9 | 180 | 64.1 |
| | 本人との関係 | | | | | | | | | | | | |
| | 配偶者 | 409 | 40.6 | 119 | 41.8 | 290 | 40.1 | 161 | 38.7 | 59 | 43.7 | 102 | 36.4 |
| | 子 | 409 | 40.6 | 109 | 38.2 | 300 | 41.5 | 182 | 43.8 | 54 | 40.0 | 128 | 45.4 |
| | 婿・嫁 | 65 | 6.4 | 17 | 6 | 48 | 6.6 | 25 | 6.0 | 7 | 5.3 | 18 | 6.4 |
| | 親 | 27 | 2.7 | 11 | 3.9 | 16 | 2.2 | 8 | 1.9 | 1 | 0.8 | 7 | 2.5 |
| | 兄弟姉妹 | 62 | 6.2 | 17 | 6 | 45 | 6.2 | 30 | 7.2 | 9 | 6.7 | 21 | 7.5 |
| | その他 | 36 | 3.6 | 12 | 4.2 | 24 | 3.3 | 10 | 2.4 | 5 | 3.6 | 5 | 1.8 |
| | 教育歴 | | | | | | | | | | | | |
| 小・中学校 | 85 | 8.4 | 26 | 9.2 | 59 | 8.1 | 25 | 6.0 | 11 | 8.2 | 14 | 5.0 | |
| 高校・旧制中学 | 426 | 42.3 | 122 | 42.8 | 304 | 42 | 180 | 43.3 | 58 | 42.9 | 122 | 43.4 | |
| 短大・専門学校 | 229 | 22.7 | 73 | 25.4 | 156 | 21.6 | 92 | 22.1 | 34 | 25.2 | 58 | 20.6 | |
| 大学・大学院 | 262 | 26 | 62 | 21.9 | 200 | 27.6 | 118 | 28.4 | 32 | 23.7 | 86 | 30.6 | |
| その他 | 6 | 0.6 | 2 | 0.7 | 4 | 0.6 | 1 | 0.2 | 0 | 0.0 | 1 | 0.4 | |

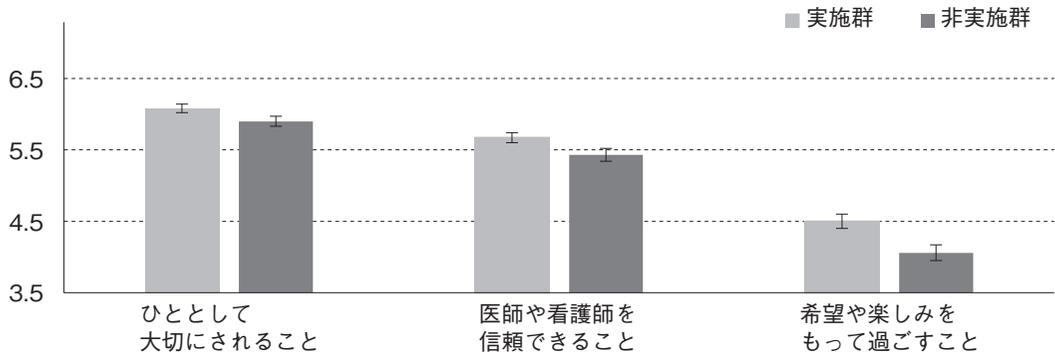


図2 ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションの実施と終末期のQOL (望ましい死の達成) との関連
3領域において、がんリハビリテーション実施群が非実施群と比較して、統計学的に有意にスコアが良好であった。

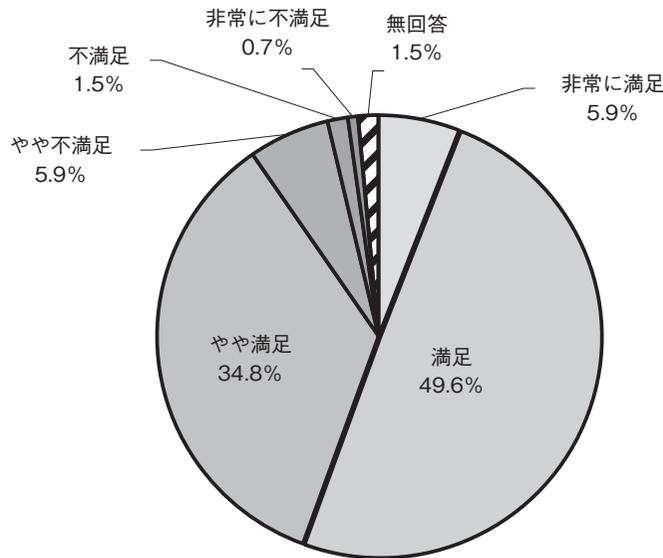


図3 ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションに対する満足度

がんリハビリテーションの実施の有無で群分け (実施群 / 非実施群) し、調査時期 (J-HOPE 3 研究または J-HOPE 4 研究)、患者の背景因子 (性別、年齢、がんの原発巣、ホスピス・緩和ケア病棟入棟直前の日常生活動作)、遺族の背景因子 (性別、年齢、本人との関係、教育歴) を調整したうえで傾向スコアマッチング法を用いて、GDI 短縮版コア 10 項目に各群間に統計学的な有意差があるかを比較検討した。GDI 短縮版コア 10 項目

の合計点では群間差を認めなかった (平均 47.45 [標準誤差 0.48] 対 46.77 [0.59], p 値=0.370)。探索的解析において、GDI 短縮版コア 10 項目の構成概念の各領域を検討したところ、がんリハビリテーション実施群においては非実施群と比較して「希望や楽しみをもって過ごすこと」(4.50 [0.10] 対 4.05 [0.11], p 値=0.003, 効果量=0.31), 「医師や看護師を信頼できること」(5.67 [0.07] 対 5.43 [0.09], p 値=0.035, 効果量=0.22), 「ひとと

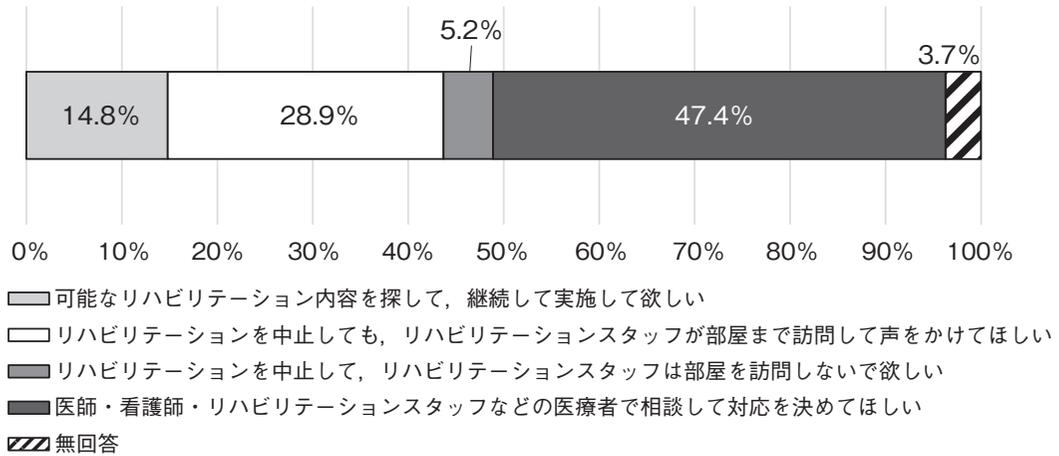


図4 がんリハビリテーションの継続困難な場合の望ましい対応方法
(患者の意識が悪くなった場合の対応)

して大切にされること」(6.08 [0.06] 対 5.90 [0.07], p 値 =0.049, 効果量 =0.19) の3領域において、有意にスコアが良好であった(図2)。

2. ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションに関する満足度とその関連要因

患者本人のがんリハビリテーションに対する満足度は高く、「気分転換が得られた」と満足度は有意に関連した

ホスピス・緩和ケア病棟でがんリハビリテーションを受療していたと回答した遺族のうち、対象者は、135人であった(図1,表1)。「ホスピス・緩和ケア病棟のリハビリテーションについて、患者様は満足でしたか?」の問いで、「非常に満足」から「非常に不満足」の6件法で評価した。「非常に満足」「満足」「やや満足」の回答は90.3%であった(図3)。

患者本人が語っていた内容から遺族が判断した、「がんリハビリテーションが患者に与えた影響」の6項目、「身体機能の維持に役立っていた」「楽しみを感じられた」「気分転換が得られた」「目標や希望を持つことができた」「疲労が増していた」「痛みや苦痛が増強していた」を、「全くそう思わない」から「非常にそう思う」の5件法で評価した。

続いて、がんリハビリテーションに関する満足度とその関連するがんリハビリテーションが患者

に与えた影響を検討した。がんリハビリテーションに「非常に満足」および「満足」との回答と「やや満足」～「非常に不満足」の回答について、患者の背景因子(疼痛、倦怠感、呼吸困難、ホスピス・緩和ケア病棟入棟直前の日常生活動作)、がんリハビリテーションの介入内容(症状緩和目的のがんリハビリテーション: マッサージ、呼吸リハビリテーション、リンパドレナージ)で調整して、多変量ロジスティック回帰分析を行った。がんリハビリテーションに「非常に満足」あるいは「満足」と回答することと、統計学的に有意に関連した「がんリハビリテーションが患者に与えた影響」は「気分転換が得られた」であった〔オッズ比 1.95 (95% 信頼区間 1.15-3.30), p 値 = 0.014〕。なお、「気分転換が得られた」に関して「そう思う」「非常にそう思う」と回答した割合は77.0%であった。

3. 意識が悪くなってがんリハビリテーションの継続は難しくなった時にどうすればいいか?

多職種協議での対応の決定を望み、がんリハビリテーションが実施できなかったとしてもセラピストが訪問し声かけをすることを望む家族も少なくなかった

がんリハビリテーションの中止を検討する場面は多く想定されるが、継続するか中止するかは本

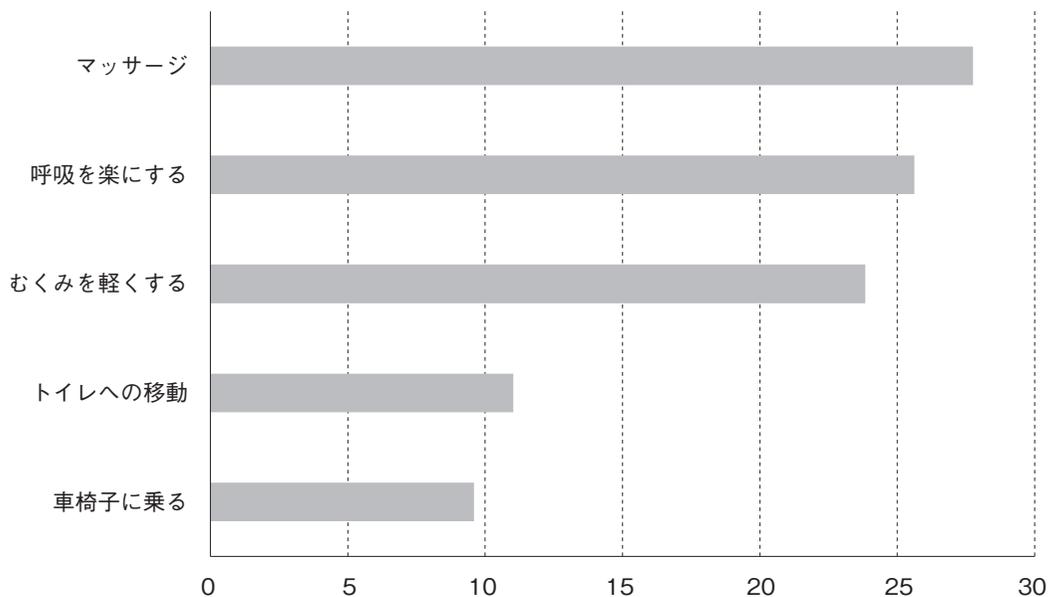


図5 遺族が希望するがんリハビリテーションの内容（がんリハビリテーションを受けていなかった患者の遺族からのニーズ調査）上位5項目

人の意向が最優先されることに関しては異論がないであろう。ホスピス・緩和ケア病棟で療養中の患者は終末期せん妄の発症率が高く、本人の意向が聴取できない意識障害の場面においては、継続してきたがんリハビリテーションをどうしたらいいか？ は不明である。研究者間の討議で生じうる以下の4つの対応方法「可能なリハビリテーション内容を探して、継続して実施して欲しい」「リハビリテーションを中止しても、リハビリテーションスタッフが部屋まで訪問して声をかけて欲しい」「リハビリテーションを中止して、リハビリテーションスタッフは部屋を訪問しないで欲しい」「医師・看護師・リハビリテーションスタッフなどの医療者で相談して対応を決めて欲しい」から、最も望ましいと考えられる対応を遺族から回答を得た（図4）。

患者の意識障害によりがんリハビリテーションの継続が困難になった場合では、47%の遺族が多職種協議での対応の決定を望み、がんリハビリテーションの実施にかかわらず療法士の訪問継続を望む遺族は43%であった。一方、療法士が訪問を避けることが望ましいと答える遺族は5.2%にとどまった。

4. 遺族が希望するがんリハビリテーションの内容（がんリハビリテーションを受けていなかった患者の遺族からのニーズ調査）

がんリハビリテーションを受けていなかったと回答した遺族の約2/3が、何らかのがんリハビリテーションを受けたかたと回答したが、希望する項目は症状緩和に関わる内容が多かった

ホスピス・緩和ケア病棟でがんリハビリテーションを受療していなかったと回答した遺族のうち、対象者は281人であった（図1、表1）。ニーズに関しては、ホスピス・緩和ケア病棟での療養を振り返り、がんリハビリテーションを受けてみたかたかを尋ねた。起居動作・ADL訓練（歩く練習、車椅子に乗る、トイレへの移動）、症状緩和（マッサージ、呼吸を楽にする、むくみを軽くする）、摂食嚥下（食べる練習）、アクティビティ（趣味を活かした作業、手紙やプレゼントを作る作業）、その他に分けて希望する項目を選択するように指示し、1項目以上の回答をもって、「ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーション実施希望あり」と定義した。「ホスピス・

緩和ケア病棟でのがんリハビリテーション実施希望あり」に該当した遺族は、179人（63.7%）であった。希望する訓練内容について、上位5項目を図5に示す。実施希望の有無は患者の入院直前のADLとは関連せず、希望する内容には多様性があった。

おわりに

ホスピス・緩和ケア病棟で最期を過ごされた患者本人からの調査ではないものの、療養経過を問近で経験されたご遺族からの回答は、緩和的リハビリテーションの在り方に関して重要な知見を与えてくれる。

ランダム化比較試験ではないものの、背景因子を調整した傾向スコアマッチング法を用いた比較において、ホスピス・緩和ケア病棟でがんリハビリテーションを実施することは終末期のQOL、「望ましい死」の構成概念、特に「希望や楽しみをもって過ごすこと」と有意に関連した。終末期の患者、特に予測される生命予後が週の単位のがん患者に対して、がんリハビリテーションの効果を検証した研究はなく、今回の研究は終末期のQOLへ与える影響に関する予備的な知見になるであろう。現在、日本医療研究開発機構（AMED）の採択研究である「緩和ケア病棟入院中のがん患者に対する専門的リハビリテーションの有効性検証のための多施設共同ランダム化比較試験」（UMIN000037298 研究代表者＝大阪府立大学大学院 総合リハビリテーション学研究科・西山菜々子氏）が進行中である。ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションの有効性に関する結果が報告されることが期待される。

ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハビリテーションに関しては、どのような患者に有効なの

か、また終末期のQOLに有効ながんリハビリテーションの要素は何であるかなど、まだまだ未解明な部分が多い。あくまでも筆者の主観ではあるが、緩和的リハビリテーションはセラピストと患者における訓練を通じた、（精神療法でいうところの）行動活性化療法と支持的精神療法の要素を備えた複合介入なのではないかと考えている。

また、潜在的ながんリハビリテーションの遺族のニーズの大きさに関しては看過できない点もあり、現状より多くの患者に実施が望まれていることも示唆された。

文献

- 1) Deitz JH. Rehabilitation Oncology. John Wiley & Sons, New York, 1981
- 2) WHO Definition of Palliative Care. 2002. [<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>]
- 3) Aoyama M, Morita T, Kizawa Y, et al : The Japan Hospice and Palliative Care Evaluation Study 3: study design, characteristics of participants and participating institutions, and response rates. *Am J Hosp Palliat Care* **34** : 654-664, 2017
- 4) Masukawa K, Aoyama M, Morita T, et al : The Japan hospice and palliative evaluation study 4: a cross-sectional questionnaire survey. *BMC Palliat Care* **17** : 66, 2018
- 5) Hasegawa T, Sekine R, Akechi T, et al : Rehabilitation for Cancer Patients in Inpatient Hospices/Palliative Care Units and Achievement of a Good Death: Analyses of Combined Data From Nationwide Surveys Among Bereaved Family Members. *J Pain Symptom Manage* **60** : 1163-1169, 2020
- 6) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al : Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* **35** : 486-498, 2008
- 7) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究4. 青海社, 2020
- 8) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3. 青海社, 2016