

専門的な緩和ケアの適切な受診・相談時期に関する、遺族の希望についての研究

田上 恵太*

サマリー

進行がん患者に対する専門的緩和ケアサービス（Specialized Palliative Care service；以下、SPC）の有用性は広く実証されてきているが、患者および遺族の経験を基にした SPC の適切な導入・紹介時期は明らかになっていない。本研究の目的は、がん患者やその遺族がその経験から考える「適切な SPC の導入・紹介時期」を明らかにすることである。

999 名のがん患者遺族に対して質問紙を送付し、515 名の回答から解析を行った。実際の SPC の導入・紹介時期は、32% の遺族が「切除不能な進行がんと診断された時」または「抗がん治療中（治療を行わない時は、経過観察中）」であったと回答した。一方で、63% の

遺族は「抗がん治療の効果が見込めなくなった時（抗がん治療を行わない時は、経過観察していたが病状が進行した時）」または「さらに病状が進行し、自分ひとりで身の回りのことができなくなった時」であったと回答した。その紹介・導入時期について、26% は患者自身が適切と評価していた一方で、20% の遺族は遅すぎたと患者は評価していたと回答した。また紹介・導入時期が早すぎたと評価していたと回答した遺族は 1% であった。「抗がん治療の効果が見込めなくなった時」以降に SPC に紹介された患者は、「SPC への紹介・導入時期が遅すぎた」と評価していた割合が有意に高かった。

目 的

外科的切除が不能な進行および再発がん患者に対して、その診断時および抗がん治療中からの適切な緩和ケアの提供、いわゆる早期からの専門的緩和ケアサービス（Specialized Palliative Care

service；以下、SPC）は、生活の質の向上や抑うつ減少、ひいては生存期間の延長や生存率の改善に寄与するなど、その有用性が広く示されている^{1~4)}。わが国では、がん対策推進基本計画 2012 年（平成 24 年 6 月閣議決定）において「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が推奨

*東北大学大学院 医学系研究科 緩和医療学分野（研究代表者）

されているが、わが国における最適な SPC の導入・紹介時期については明らかになっていない。本研究では患者自身および遺族の経験を基にした適切な SPC の導入・紹介時期の評価が明らかになる。これらの情報によって、がん患者やその家族にとってのより適切な SPC の導入・紹介時期の検討につながると考える。

結 果

999 名の遺族に質問紙を送付し、620 名より返送を受けた（回収率 62.1%）。そのうち、515 名より質問紙への回答応諾が得られ（回答応諾率 51.6%）を解析対象とした。本研究における SPC は「抗がん治療の主治医が提供していた緩和ケアでは対応が不十分な時」に、「相談が可能な緩和ケアの専門家」として設定した。

1) 実際の SPC の導入・紹介時期（図 1）

102 例（20.9%）が「根治できない、またがんが再発したと診断された時」、56 例（11.5%）が「抗がん治療中、または経過観察中（抗がん治療を行わない時）」に SPC を導入・紹介されたと

報告しており、約 3 割は抗がん治療の終了前に SPC を導入・紹介された。その一方で、177 例（36.2%）は「抗がん治療の効果が見込めなくなった時、または経過観察していたが病状が進行した時」、129 例（26.4%）は「さらに病状が進行し、自分ひとりで身の回りのことができなくなった時」に SPC を導入・紹介されたと報告していた。また SPC を導入・紹介されなかったと回答した割合は 25 例（5.1%）であった。

2) 患者自身による SPC への実際の導入・紹介時期の評価（図 2）

SPC の導入・紹介時期について、129 例（26.1%）の患者は「ちょうどよかった」と評価していたと遺族は回答した。その一方で、20.2% の患者は「もう少し早く相談すればよかった」および「もっと早く相談すればよかった」と評価していたと遺族は回答していた。「もう少し遅く相談すればよかった」および「もっと遅く相談すればよかった」と評価していたと回答した遺族は 1.2% であった。また 52.5% の遺族は患者自身の評価は「いずれもなかった」と回答した。

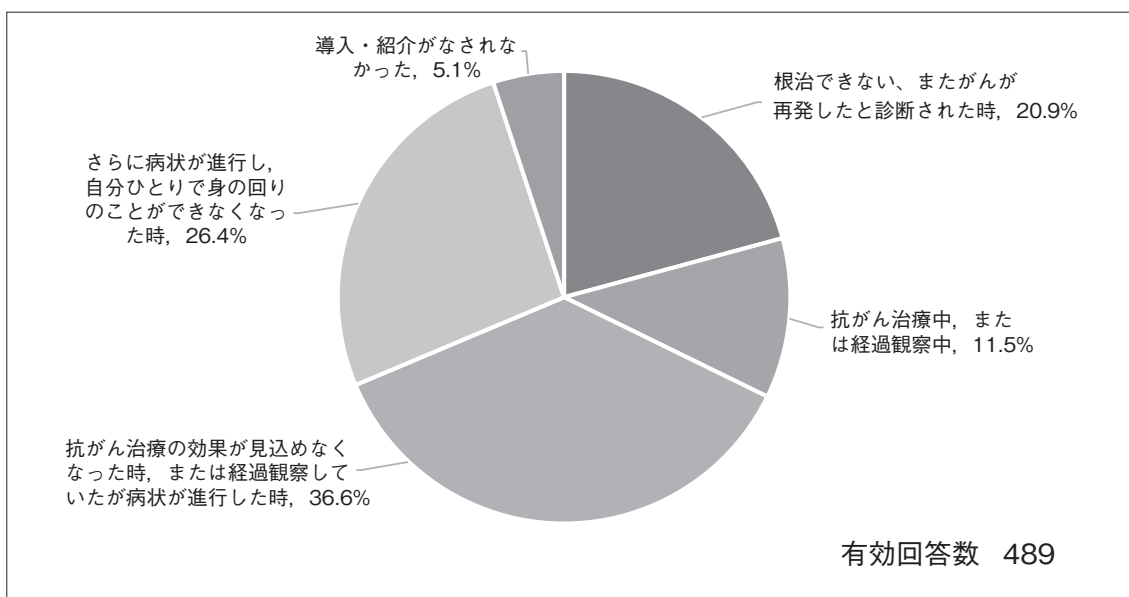


図 1 実際の SPC に紹介・相談された時期

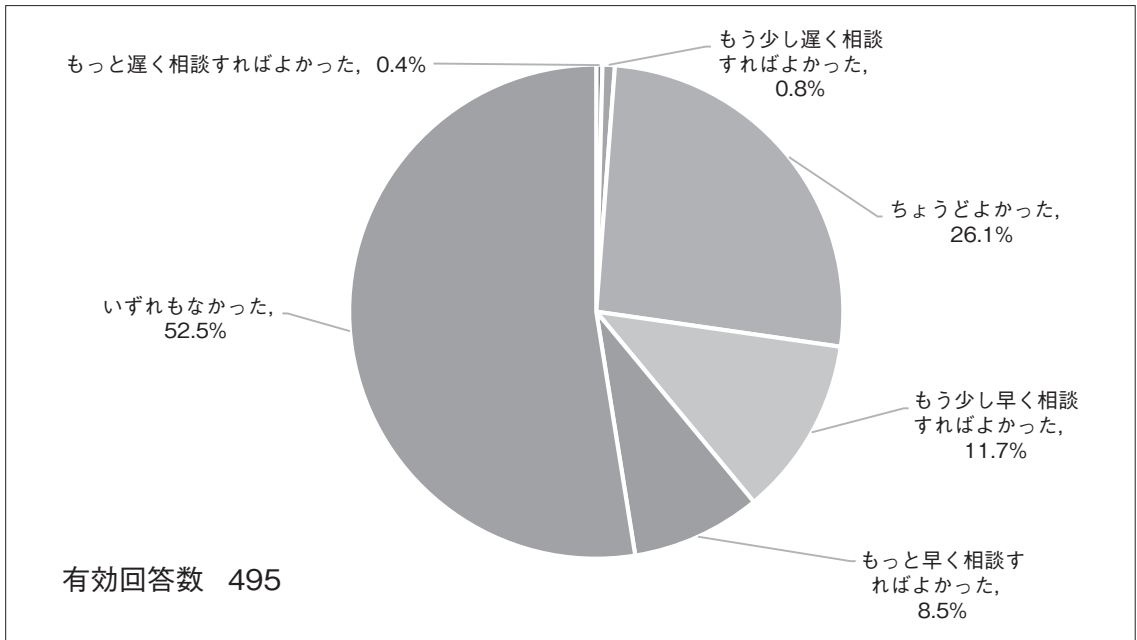


図2 患者自身による SPC への実際の導入・紹介時期の評価

3) 実際の SPC 導入・紹介時期と、患者自身によるその評価との関連 (図3)

患者が自身の SPC の導入・紹介時期を「ちょうどよかった」と評価していた割合が最も高かったのは「抗がん治療中、または経過観察中（抗がん治療を行わない時）」で 45% であった。また「根治できない、またがんが再発したと診断された時」および「抗がん治療中、または経過観察中（抗がん治療を行わない時）」に SPC を導入・紹介された患者（73 例；Early Group）と「抗がん治療の効果が見込めなくなった時、または経過観察していたが病状が進行した時」および「さらに病状が進行し、自分ひとりで身の回りのことができなくなった時」に SPC を導入・紹介された患者（139 例；Delayed Group）の間では、患者自身の評価が「いずれもなかった」であった回答を除いたうえで、SPC の導入・紹介時期が「ちょうどよかった」と患者が評価していた割合は Early Group のほうが有意に高かった（71.2% vs 49.6%, $p < 0.01$ ）。同様に終末期の QOL 評価

尺度（Good Death Inventory）短縮版（GDI）を用いて Early Group と Early Delayed Group を比較したところ、強い関連性はみられなかった（平均値（標準偏差）81.8（12.4）vs 79.4（13.6）, $p = 0.07$, cohen's $d = 0.18$ ）。

4) 患者自身による SPC の導入・紹介時期の評価と関連因子

「もう少し早く相談すればよかった」および「もっと早く相談すればよかった」と評価していた患者（90 例）は「ちょうどよかった」と評価していた患者（125 例）に比べて、Early Group の割合が低かった（27.8% vs 50.7%, $p < 0.01$ ）。同様に GDI を用いて前者と後者を比較したところ、「ちょうどよかった」と評価していた後者のほうが終末期の生活の質は高かった（平均値（標準偏差）78.9（13.1）vs 85.2（12.6）, $p < 0.01$, cohen's $d = 0.49$ ）。

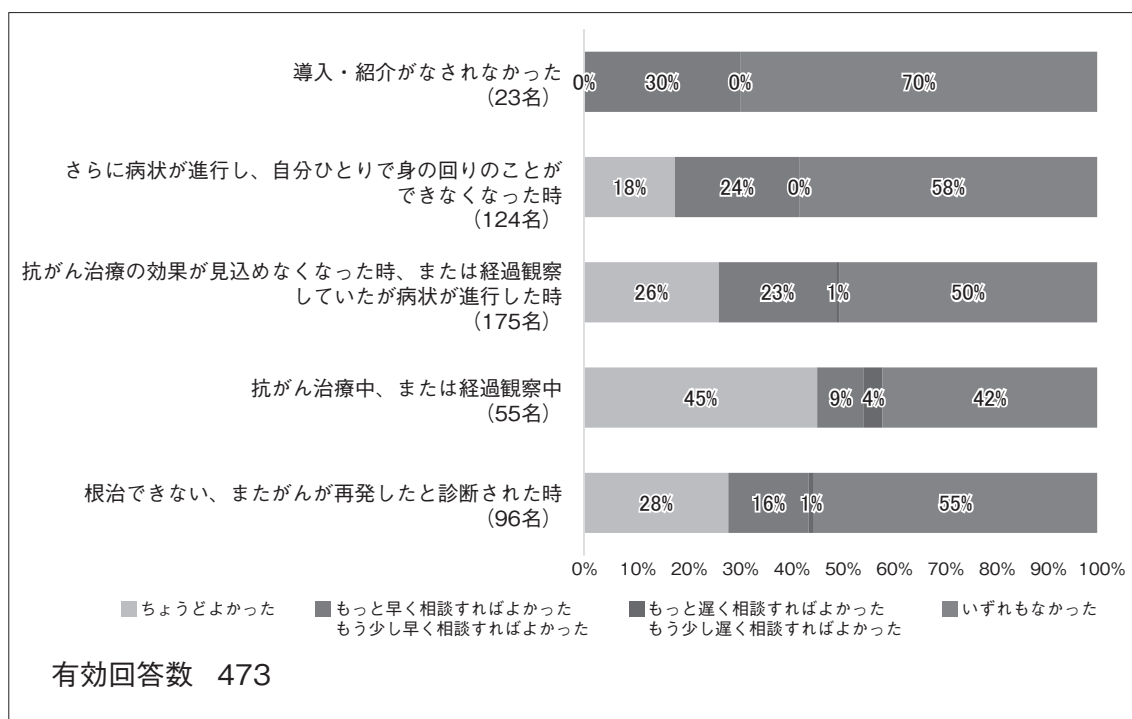


図3 実際のSPC導入・紹介時期と、患者自身によるその評価の関連

5) 遺族が適切と考えるSPCへの導入・紹介時期 (図4)、SPCに相談しておけばよかったと思うこと

363例 (75.5%) および 338例 (71.9%) の遺族は、痛みなどががんによる体の症状や気持ちのつらさがなくても「根治できない、またがんが再発したと診断された時」および「抗がん治療中、または経過観察中 (抗がん治療を行わない時)」にSPCを導入・紹介することが適切であると回答した。また「振り返ってみて、今思えばSPCに相談しておけばよかったと思うこと」としては、「終末期の療養場所や介護の相談 (219例, 42.0%)」、「病気や治療の内容について (193例, 37.0%)」の割合が高かった

考 察

本研究は、がん治療や終末期ケアを経験した患者・家族介護者を通して適切なSPCの導入・紹

介時期を評価した初めての研究である。テキサス MD アンダーソンがんセンターではSPCを紹介された外来通院中の進行がん患者を対象に、適切と思われるSPC外来の導入・紹介時期についての調査が行われ、72%が自らのSPC外来への導入・紹介時期が「適切」、および21%が「遅い」または「遅すぎる」と評価していた。また54%が「進行がんと診断された時」、24%が「一次抗がん治療を始める時」にSPC外来を導入・紹介されるべきであると回答していたが、当研究では対象が外来通院可能な患者のため、回答者の86.2%はthe Eastern Cooperative Oncology Group performance statusが2以下の比較的日常生活動作が自立していることから、LPCを受けた患者・家族介護者の意見は十分に反映されていない⁵⁾。本研究では以下の2つの主要な結果が得られた。

1点目は約3割の患者がEarly Groupであっ

たこと、そして Delayed Group に比べて Early Group は適切な時期に SPC を紹介・導入されたと評価していたことが明らかになったことである。がん対策推進基本計画 2007 年（平成 19 年 6 月 15 日閣議決定）において、がん患者の療養生

活の維持向上のために早期から緩和ケアが適切に導入されることの重要性が述べられ、さらに第 2 期がん対策推進基本計画では「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が掲げられたことにより早期からの SPC 導入・紹介が推奨された。ま

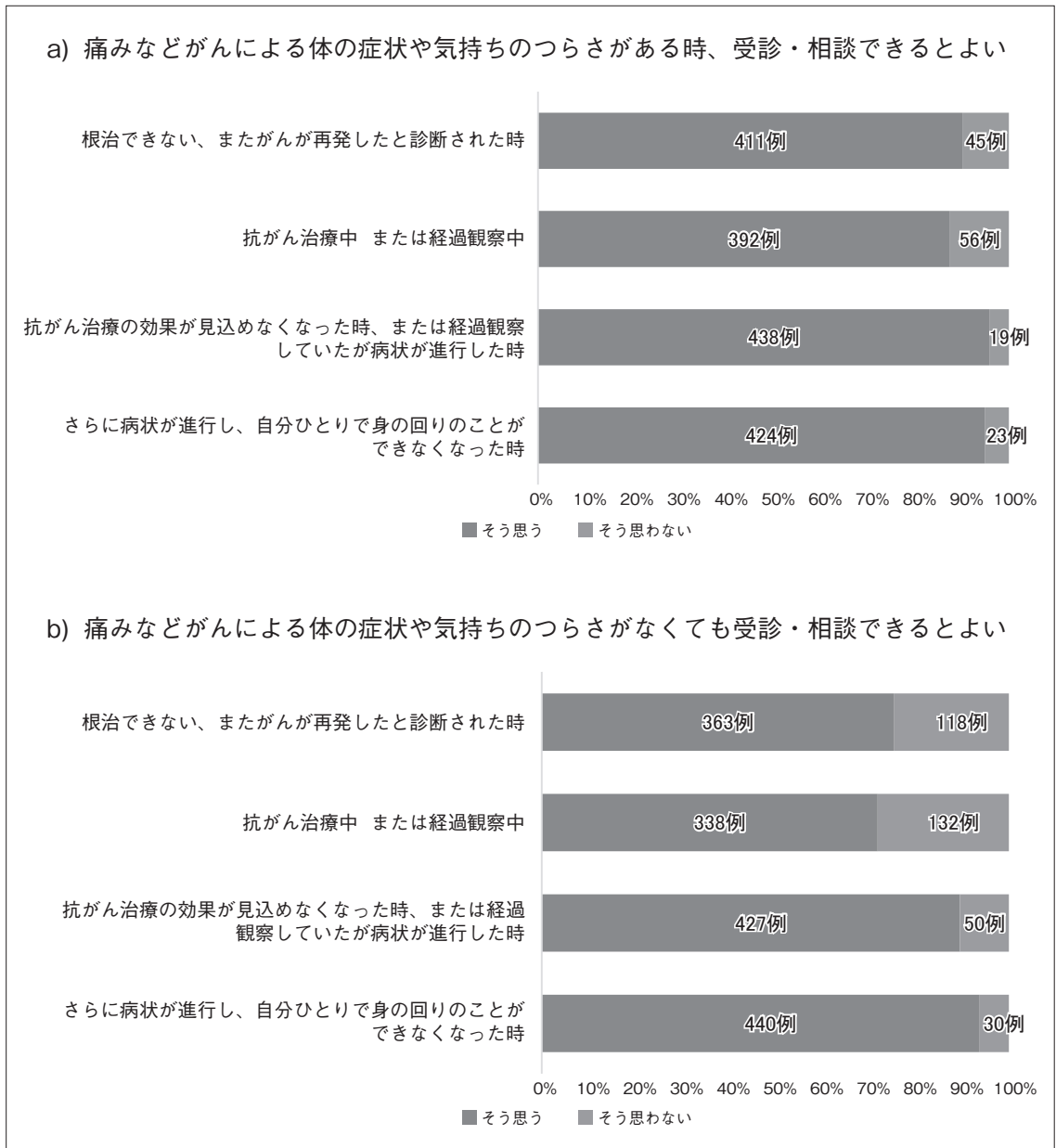


図 4 遺族が適切と考える SPC の導入・紹介時期

た諸外国で早期からの緩和ケア介入の有用性を報告する研究が数多く報告されたことで、各医療機関でも早い段階からの緩和ケア介入が推進され、それとともに一般市民への啓発も進んだ可能性がある。また世界各国の緩和ケア専門医や腫瘍内科医を対象に行った専門的緩和ケア外来への適切な紹介時期を調査するデルファイ研究では、多くの医療者が「生存中央値1年未満の疾患は診断後三カ月以内」および「がん薬物療法の二次治療が奏功しない時」の紹介が適切であると回答していた^{6,7)}。本研究においてもSPCを導入・紹介された時期を最適であったと最も評価していたのは、Early Groupであった。Delayed Groupの多くはSPCを早く導入・紹介されればよかったと述べていたこと、また多くの遺族が進行がん・再発診断時～がん治療中からSPCを導入・紹介されるべきであると回答していた。以上から、今後も引き続き進行がん・再発診断時～がん治療中から緩和ケアを推進していく必要があることが分かった。また多くの遺族が、終末期の療養場所や介護の相談、病気・治療の内容についてSPCに相談したかったと回答しており、これらのニーズに対応していく必要がある。諸外国の研究結果でも明らかにになっているように、診断時・治療中からのSPCに関する患者・家族への情報提供が重要である⁸⁾。

2つ目は、SPCの介入割合が約95%まで上昇したことである。本研究ではSPCを入院緩和ケアチームに限らず外来通院中や専門看護師による介入も対象に含めて調査を行っているものの、わが国で2005年行われた同様の遺族調査では入院緩和ケアチームの介入割合は42%であった⁹⁾。わが国では先行研究から現在まで、がん対策推進基本計画でのSPCへの紹介・連携や診断時からの緩和ケア介入推進や、「緩和ケアのための継続医学教育プログラム（Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education, PEACE）」の継続した活動などにより、緩和ケアの必要性の認識が広まった可能性が示唆された¹⁰⁾。

本研究の限界としては、緩和ケア病棟を死亡退院した患者の家族を対象にしていることから緩和ケア病棟以外の病院や自宅で死亡した患者のSPCの導入・紹介された割合は異なってくる可能性がある。また本研究の対象が遺族であるため、患者自身のSPCの導入・紹介時期の評価をはじめとして思い出しバイアスが存在していること、またその回答の53%は「いずれもなかった」であり約半数の患者評価は明らかになっていない。これらの限界に対処するには、死亡前の患者に幅広い横断調査を行う必要がある。ただし遺族調査は世界的に確立されている手法であり、遺族に対して患者との死別までの評価を尋ねるためには現在のところ最善の方法と考えられる。

まとめ

本研究では、わが国におけるがん患者や家族介護者の多くが「進行がん・再発診断時～がん治療中から緩和ケア介入」を最適であると考えていることを明らかにした。

文 献

- 1) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363 (8) : 733-742.
- 2) Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, et al. Effects of early integrated palliative care in patients with lung and GI cancer: a randomized clinical Trial. *J Clin Oncol* 2017 ; 35 (8) : 834-841.
- 3) Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2014 ; 383 (9930) : 1721-1730.
- 4) Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, et al. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2015 ; 33 (13) : 1438-1445.
- 5) Wong A, Vidal M, Prado B, et al. Patients' Perspective of Timeliness and Usefulness of an Outpatient Supportive care Referral at a Comprehensive Cancer Center. *J Pain Symptom Manage* 2019 ; 58 (2) : 275-281.

- 6) Hui D, Mori M, Watanabe SM, et al. Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. *Lancet Oncol* 2016 ; 17 (12) : e552-e559.
- 7) Hui D, Meng YC, Bruera S, et al. Referral criteria for outpatient palliative cancer care: a systematic review. *Oncologist* 2016 ; 21 (7) : 895-901.
- 8) Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* 2017 ; 35 (1) : 96-112.
- 9) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 2005 ; 23 (12) : 2637-2644.
- 10) Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, et al. Outcome evaluation of the palliative care emphasis program on symptom management and assessment for continuous medical education: nationwide physician education project for primary palliative care in Japan. *J Palliat Med* 2015 ; 18 (1) : 45-49.

〔付帯研究協力者〕

井上 彰（東北大学大学院 医学系研究科 緩和医療学分野）