

緩和ケア病棟で死亡したがん患者の自費診療による治療の使用実態と、使用患者と家族の体験

勝俣 範之*

サマリー

緩和ケア病棟に入院した患者遺族に対して、自費診療の実態を調査した。自費診療は、7.3% (41/558 例) 受けており、自費診療の効果が不明であることの十分な説明を受けることは少なく (治療効果不明と説明を受けたのは、49%, 20/41 例)、一方、患者は、治療効果をかなり期待して (治ることを期待していたのが、61%, 25/41 例) 受けていたことがわかった。また、担当医との

コミュニケーションに関しては、代替療法や自費診療について相談できた患者が、より自費診療を受けることに影響していた (ロジステック回帰分析 $p=0.027$)。自費診療は、効果が証明されていないだけでなく、高額な治療であり、患者、家族の負担も大きい。担当医は、予後を含めた話し合いの中で、自費診療についても適切に話し合われる必要があると思われる。

目 的

1. 緩和ケア病棟で死亡したがん患者遺族を対象とした自費診療による免疫療法・遺伝子療法の使用実態を明らかにする。
2. 自費診療による免疫療法・遺伝子治療を使用した家族の経済的負担や心理的な体験の現状を明らかにする。
3. 終末期患者の自費診療による治療の使用と緩和ケアの質の評価との関連性を明らかにする。

結 果

緩和ケア病棟にランダムに調査票を 661 通配布。回答拒否 103 通、有効回答数 558 通であった。以下に集計結果を示す。

①**患者が自費診療を受けた実態**は、1. 免疫細胞療法 28 例 (高濃度ビタミン C 療法併用 8 例、その他の療法と併用 2 例)、2. 遺伝子療法 1 例、3. 高濃度ビタミン C 療法 10 例、4. その他 12 例、で 41 名 (41/558=7.3%) が少なくとも 1 種類以上の自費診療を受けていた。

以下、自費診療を受けた患者の結果 (41 名の

*日本医科大学 武蔵小杉病院 (研究者代表者)

みのデータより)を示す。

族や友人・知人 19 例, 4. その他 11 例, という結果である。

②自費診療はどうやって知ったか?については,

1. インターネット 19 例, 2. 本や雑誌 8 例, 3. 家

③自費診療について、自費診療の担当医師（手術や化学療法などを担当していた医師でない医師）から、どのように説明を受けたか?

	説明を受けた	説明を受けていない	わからない	未回答
1. 自費診療の治療が研究段階の治療であること	14	8	13	6
2. 自費診療の治療が効くかどうかはわからないこと	20	4	13	4
3. 自費診療の治療が臨床試験（もしくは治験）として行われること	11	9	16	5

④自費診療を行った状況については（ここでの標準治療とはがんに対する手術、化学療法、放射線治療をさす。）1. がんに対する標準治療が無効だったため自費診療を行った（4 例）、2. がんに

対する標準治療を勧められたが自費診療を優先して行った（7 例）、3. がんに対する標準治療と並行して自費診療を行った（25 例）、4. その他（3 例）、5. 未回答（2 例）、という結果である。

⑤自費診療をどうやって知ったか?自費診療を受けた患者・家族の状況について

	はい	いいえ	未回答
1. 患者自身が希望して使用・利用した	30	8	3
2. 患者に家族が患者にすすめて使用・利用した	23	14	4
3. 家族（回答者自身）としては受けることに反対だった	2	35	4
4. 患者自身が希望して使用・利用した患者と家族、または家族内で利用するかしないかで争いごとになった	3	34	4
5. 診断医や治療をしていた担当医から反対された	5	31	5
6. 診断医や治療をしていた担当医に相談せずに行っていた	12	25	4

⑥自費診療を行ったときの患者の状況について

	そう思う	とてもそう思う	そう思わない	まったくそう思わない	未回答
1. 自費診療で病気が完全に治ることを期待していた	9	16	11	3	2
2. 自費診療で病気の進行を遅らせることを期待していた	12	21	4	2	2
3. 治療の副作用や食欲不振などのがんによる苦痛症状を和らげること	6	24	7	2	2
4. 患者の心理的な希望になること	8	27	1	2	3
5. 診断医や治療を受けていた担当医に不信感を持っていた	0	4	22	12	3
6. 診断医や治療を受けていた担当医から見放されたと感じていた	1	7	23	8	2
7. 患者は死を受け入れられないでいた	4	12	17	6	2
8. 患者は「特別な治療」を受けたいと思っていた	8	15	13	2	3

⑦自費診療について遺族はどれくらい期待していたか

	期待して いなかった	期待して いた 少し	期待して いた	とても 期待し ていた	未回 答
1. 病気が完全に治ること	8	11	11	7	4
2. 病気の進行を遅らせること	3	12	17	7	2
3. 治療の副作用や食欲不振などのがんによる苦痛症状を和らげること	4	7	24	3	3
4. 心理的な希望になること	3	9	17	10	2

⑧自費診療に関してすべてを合計していくら位の支出があったかについては、1. 50万円未満7例、2. 50～100万円未満9例、3. 100～300万円未満14例、4. 300～500万円未満4例、5. 500万円以上1例、6. 未回答6例、という結果である。

⑨遺族が患者が自費診療を受けたことに対してどのように思っているか、最もあてはまるもの1つに○を付けてください

	とても そう 思う	そう 思う	そう 思わ ない	ま った く そ う 思 わ ない	未回 答
1. 延命効果があったと思う	6	8	17	6	4
2. 食欲不振などがん治療の副作用やがんによる症状を和らげる効果があったと思う	3	16	14	5	3
3. 患者が心理的な希望を保つことができたと思う	9	23	6	1	2
4. 自費診療を受けたクリニック・病院の対応に満足している	5	18	10	4	4
5. 自費診療を行うかどうか自費診療を受ける前の担当医等の医療者に相談にのってもらいたかった	1	16	12	6	6
6. 費用が高すぎと思う	7	15	14	1	4
7. 自費診療を受けたことを後悔している	0	4	17	15	5

次に、自由診療を受けていた患者と、担当医とのコミュニケーションとの関係図を調査した。

それぞれ1はとてもそう思う、2はそう思う、3はそう思わない、4はまったくそう思わない、を示している。

以上の結果であり、自由診療を受けていた患者

と担当医とのコミュニケーションは良好な傾向にあったと言える。

自由診療の代替療法を受ける因子としてどのような因子が影響するかロジステック回帰分析を行った(表1)。

①担当医と良いコミュニケーションが取れていたか

		1	2	3	4	合計
自由診療	なし	60	203	56	20	339
	あり	11	19	8	1	39
%		15.4	8.5	12.5	4.7	

②担当医と標準治療以外の代替療法や自費診療についても相談できたか

		1	2	3	4	合計
自由診療	なし	31	134	106	48	319
	あり	5	21	8	4	38
%		13.8	13.5	7.0	7.6	

③担当医とは、治療以外の日常生活の過ごし方まで相談できたか

		1	2	3	4	合計
自由診療	なし	35	119	122	47	323
	あり	6	14	15	3	38
%		14.6	10.5	10.9	6.0	361

コミュニケーションのあり方に関しては、

①担当医とは良いコミュニケーションが取れていた。②担当医とは、標準治療以外の代替療法や

自費診療についても相談できた。③担当医とは、治療以外の日常生活の過ごし方まで相談できた、とした。

表 1

		B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp (B)	EXP (B) の下限	95% 信頼区間上限
コミュニケーション①		-.693	.541	1.640	1	.200	.500	.173	1.444
コミュニケーション②		1.143	.506	5.100	1	.024	3.137	1.163	8.463
コミュニケーション③		-.149	.442	.113	1	.736	.862	.362	2.051
定数		-2.210	.363	37.133	1	.000	.110		

②の担当医とは、標準治療以外の代替療法や自費診療についても相談できた患者さんが、有意に自費診療を受ける傾向 ($p = 0.024$) にあることがわかった。

その他の因子として、患者背景因子として、患

者さんの婚姻状態、同居状況、がん治療期間、緩和ケアチームの診療の有無、亡くなる前の1カ月間の医療費、年間世帯収入、経済的な理由によるがん治療変更の有無、抗がん剤治療のための生活費を切り詰めたかどうかの有無などについてもロジステック回帰分析を行った (表 2)。

表 2

		B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp (B)	EXP (B) の下限	95% 信頼区間上限
コミュニケーション①		-.632	.552	1.312	1	.252	.532	.180	1.567
コミュニケーション②		1.136	.513	4.913	1	.027	3.116	1.141	8.510
コミュニケーション③		-.110	.459	.057	1	.811	.896	.364	2.205
Q2 ④ 10 万円未満				6.639	4	.156			
Q2 ④ 10 ～ 20 万円未満		-1.777	.736	5.823	1	.016	.169	.040	.716
Q2 ④ 20 ～ 40 万円未満		-.895	.624	2.057	1	.151	.409	.120	1.388
Q2 ④ 40 ～ 60 万円未満		-.547	.600	.831	1	.362	.579	.179	1.876
Q2 ④ 60 万円以上		-.748	.707	1.119	1	.290	.473	.118	1.893
定数		-1.449	.566	6.546	1	.011	.235		

Q2④の亡くなる前の1カ月間の医療費以外の項目では有意な項目はなかった。10～20万円未満で、 $p=0.040$ と有意差が見られた(表2)。

考 察

緩和ケア病棟に入院した患者さんの、7.3% (558例中41例)が自費診療を行っていた。自費診療のうち、免疫細胞療法が22例と最も多かった。自費診療の免疫細胞療法を行った患者の割合の実態調査をした研究はこの研究が初めてであるので、7.3%という数字が多いのかどうかは不明であるが、緩和ケア病棟へ入院せず、在宅ケアや病院で亡くなった患者のうち、自費診療を受けていた患者の割合と比較する必要があると思われる。

この調査研究で、少なくとも1つ以上の補完代替医療(以下、CAM)を行っていた患者の割合は、39.9% (558例中223例)であり、先行研究でのCAM利用は54%であった¹⁾のに対し、今回の調査はやや少ない結果であった。

自費診療での治療は、すべて研究段階であったり、有効性は不明であったりするものであり、標準治療よりも、より詳細なインフォームドコンセントがなされなければならないが、そのような説明を受けていない患者(研究段階の治療と説明されたのは、34%、14/41例)や、自費診療の意義をわからずに受けていた患者(治療効果不明と説明を受けたのは、49%、20/41例)は約半数いた。また、標準治療と並行することの有効性や安全性は確かめられていないところであるが、標準治療と並行して行った患者が25例(61%)であった。

自費診療に対する期待度に関しては、治ることを期待していたのが、61% (25/41)、進行を遅らせることを期待していたのが、80% (33/41)であった。治療担当医に不信感をもっていたのは、10% (4/11)、担当医に相談せずに行っていたのは、29% (12/41)、見放されたと感じていたのは、20% (8/41)であった。このことから、患者は担当医に不信感をもっていたり、見放されたと感じたりしたので、自費診療にすがってしまった

のではないことが考察される。

実際にかかった費用は、100～300万円が34% (14/41)、300～500万円未満が10% (4/41)、500万円以上が2% (1/41)とかなり高額な費用を負担していた。

自費診療の効果に関しては、実際に効果があったと思ったのは、34% (14/41)であったが、心理的な希望を保つことができたと思ったのは、78% (32/41)であり、患者の希望を保つことにつながったと思われる。

自費診療を受ける患者にどのような因子が影響するかどうか調べたが、担当医のコミュニケーションが悪い患者に自費診療を受ける傾向にあるわけではなく、むしろ担当医と代替療法は自費診療について相談できた患者が有意(ロジステック回帰 $p=0.027$)に自費診療を受ける傾向にあったことが示唆される。このことは、担当医に相談し反対されなかった患者が、76% (31/41)であり、担当医が患者の思いを理解し、相談に乗り、自費診療にあえて反対をしなかった結果であると考察される。米国の研究で、担当医とのコミュニケーションが良く取れている患者は、進行がんで治癒不能であるという病状を理解していなかったとの報告がある²⁾。がんが治癒不能であることや、自費診療に効果は期待できないということは、患者にとってBad Newsであり、担当医も伝えにくいところである。不適切なBad Newsの伝え方は、患者とのコミュニケーションにも支障をきたすと考えするため、担当医はBad Newsを避けてしまうのかもしれない。一方で、進行がん患者との予後を含めた適切な話し合い(End of Discussion)は、より良いケアを受けられるかどうか、患者のQOLにも影響することが複数の研究で判明している^{3,4)}。担当医とのコミュニケーションが良好であることは良いことと思われるが、自費診療に対する期待される効果や費用などを担当医は理解したうえで、患者に対して、本当にメリットがあるのかどうか、予後に関する話し合いも含めて、話し合われる必要があると思われる。

本研究の限界は、緩和ケア病棟に入院した患者、遺族の調査であり、在宅や病院で亡くなった患者のデータと比較できないことである。緩和ケア病棟に入院した患者は、病状をしっかりと理解して入院されている患者も多い可能性があり、今後の検討として、在宅や病院で亡くなった患者・遺族の調査と比較する必要があると思われる。

まとめ

緩和ケア病棟に入院した患者遺族に自費診療の実態を調査した。自費診療は、7.3% (41/558 例) 受けており、自費診療の効果が不明であることの十分な説明を受けることは少なく、一方、患者は、治療効果をかなり期待して受けていたことがわかった。また、担当医とのコミュニケーションは、良好であり、担当医が自費診療を受けることに反対しなかったことが、自費診療を受けることに影響していた可能性がある。自費診療は、効果が証明されていないだけでなく、高額な治療であり、患者、家族の負担も大きい。担当医は、予後を含めた話し合いの中で、自費診療についても話し合われる必要があると思われる。

文 献

- 1) 鈴木 梢, 森田達也, 田中桂子, 他. 緩和ケア病棟で亡くなったがん患者における補完代替医療の使用実態と家族の体験. *Palliative Care Research* 2017 ; 12 : 731-737.
- 2) Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, et al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *New Engl J Med* 2012 ; 367 : 1616-1625.
- 3) Temel JS, Greer JA, Admane S, et al. Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer : results of a randomized study of early palliative care. *J Clin Oncol* 2011 ; 29 : 2319-2326.
- 4) Wright AA, Zhang B, Ray A, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA* 2008 ; 300 : 1665-1673.

〔付帯研究担当者〕

鈴木 梢 (都立駒込病院 緩和ケア科), 宮下光令 (東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野)