34

在宅療養への移行にもかかわらず在宅看取りに至らなかった症例の要因に関する研究

西本　武史*

サマリー

自宅療養から緩和ケア病棟（ホスピス含む）へ再入院後看取りとなる要因を明らかにするため，一般病棟もしくは緩和ケア病棟から自宅療養に移行し，最期は再び緩和ケア病棟で看取りとなった159名（病棟群）と，最期まで自宅療養を続け自宅で看取りとなった202名（自宅群）とを比較した．病棟群では約８割が何かあれば入院を希望していたのに対し，自宅群は約８割が自宅で看取る方針だった．自宅にいることを患者が喜んでいたかについては，病棟群では６割にとどまり，希望しない在宅療養への移行が懸念された．病棟群では，痛みの緩和不十分や，急変を再入院の理由に挙げ，自宅群では，往診医・訪問看護師の存在や十分な在宅医療サービスを在宅看取りができた理由として挙げた．十分な在宅医療サービスと急変の不安解消を含む在宅医療の質の向上が，再入院を未然に防ぎ，在宅看取りを可能にする可能性が示唆された．

目　的

がん患者では希望する療養場所が病状に応じて変化していくことが知られている[1]．

また，わが国では，最期の療養場所として在宅が最も多く希望されることが報告されている[2]．一方でわれわれの研究では症例数は少ないながら，在宅看取りを希望し在宅療養に移行しながら，約２割の症例で入院のうえ看取りになっていることが分かっている[3]．

これまで終末期がん患者の療養場所の決定要因については国内外で多数報告されているが[4]，方針転換の要因に関しては報告がない．本研究では在宅看取りを希望し在宅療養に移行しながら，最終的に緩和ケア病棟での看取りに方針転換することとなった要因を明らかにする．

結　果

一般病床もしくは緩和ケア病棟（ホスピス含む）から自宅療養に移行し，最期は再び緩和ケア病棟で看取りとなった159名（病棟群）と，最期まで自宅療養を続け，自宅で看取りとなった202

*函館五稜郭病院 緩和ケア科

名（自宅群）とを比較した．

患者の年齢・性別に有意な差は認めなかった（**表 1**）．病棟群では，当初から最期は緩和ケア病棟で看取りを希望していた患者・家族が 61.6%，何かあればとりあえず緩和ケア病棟へ入院する方針だった患者・家族が 21.7% だったのに対し，自宅群では，往診医と相談し自宅で看取る方針だった患者・家族が 66.3%，往診医との相談はなかったが自宅で看取る方針だった患者・家族が 13.9% と意向に違いがあった（**図 1**）．

一方で「最期をどこで迎えたいか患者様とよく話しあえていましたか」という設問に対しては，病棟群では「とてもそう思う・そう思う」が 30.8%，「全くそう思わない・そう思わない」が 24.5% だったのに対し，自宅群ではそれぞれ 57.5%，15.3% であった．

「患者が自宅にいることを喜んでいたか」という設問には，病棟群では「とてもそう思う・そう思う」が 59.7% にとどまったのに対し，自宅群では 91.5% が「喜んでいた」と回答した．

表 1　デモグラフィクス

	病棟群	自宅群	
①人数（名）			
男性	56	43	
女性	101	155	
未記入	2	4	
計	159	202	
②年齢（歳）			ρ
男性	64.6 ± 12.7	61.9 ± 11.9	ρ >0.05
女性	60.3 ± 11.1	62.2 ± 11.8	ρ >0.05
計	61.9 ± 11.9	62.2 ± 11.8	ρ >0.05

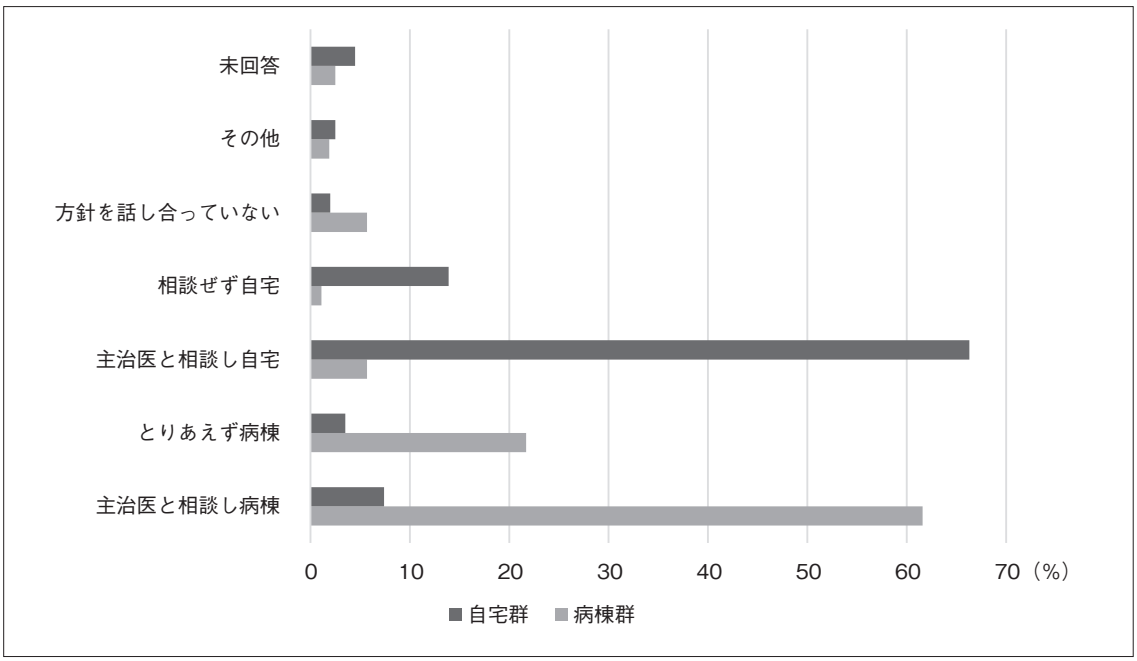

図 1　看取りの場所の方針

背景として在宅療養中に受けていたサービスを調べてみると，病棟群は往診医が 39.0%，訪問看護が 53.5%，ヘルパーが 27.0% だったのに対し，自宅群ではそれぞれ 96.5%，93.6%，39.1% だった．

病棟群が入院に至った理由としては，病棟群が「患者の様態が予想していたより急に変化した」(71.7%)，「自宅で痛みが十分緩和できなかったから」(68.5%)，「自宅で痛み以外の身体的苦痛が十分緩和できなかったから」(76.1%) が上位を占めた（**図 2**）のに対し，自宅群ではこれらが「緩和できた」と答えた割合がそれぞれ 56.4%，73.3%，74.8% だった．自宅群が「自宅で看取りができた理由」としてあげたのは，「在宅看取りに対応している往診の医師，訪問看護師がいたから」(43.6%)，「十分な在宅医療サービスが受けられたから」(11.4%)，だった．

考　察

病棟群はもともと，緩和ケア病棟での看取りを希望しており，自宅群では自宅での看取りを希望していた．また，病棟群と比して自宅群のほうが，患者と「どこで死を迎えたいか」よく話し合えていた可能性が示唆された．佐藤ら[5]によると，在宅診療中止の要因には「患者・家族が看取りの場所として明確な自宅の希望ではないこと」を挙げている．

「患者が自宅にいることを喜んでいたか」という設問では，病棟群では「喜んでいた」が 6 割にとどまっていたのに対し，自宅群では 9 割以上が「喜んでいた」と回答した．在宅がん患者に対する QOL の研究において浜野[6]は，「在宅患者の

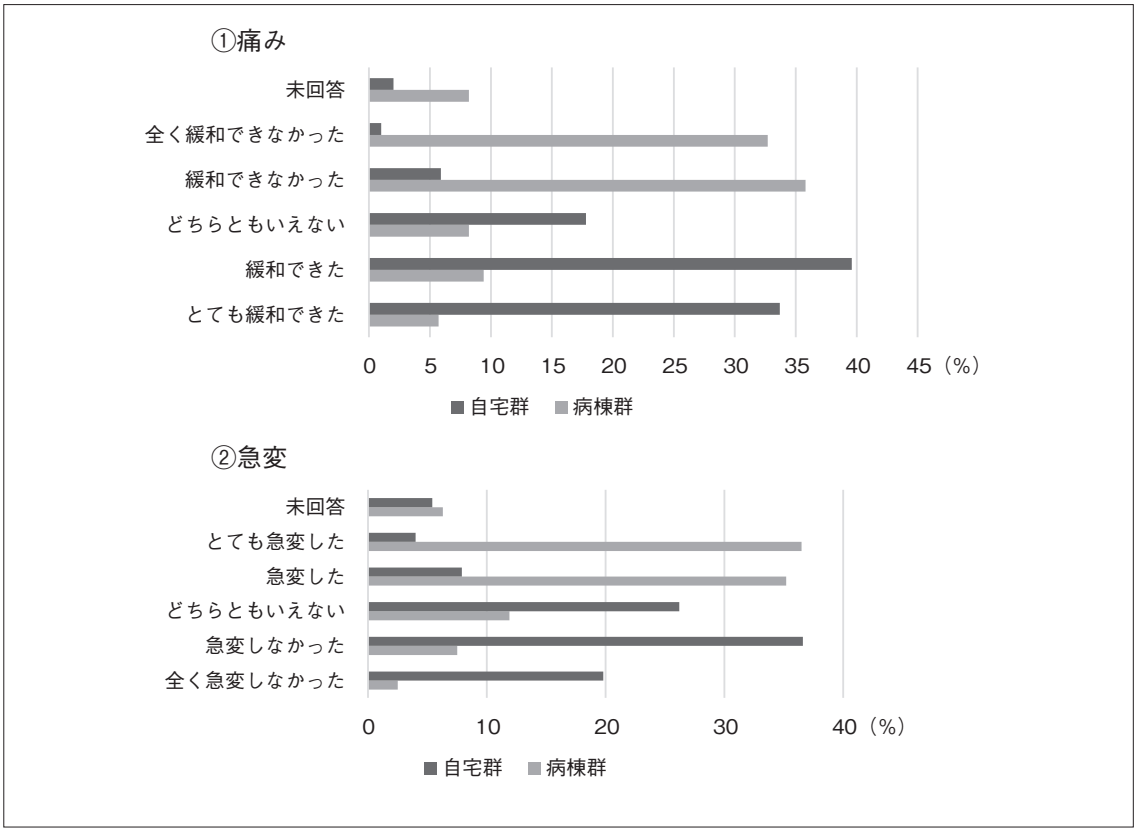

図 2　苦痛緩和

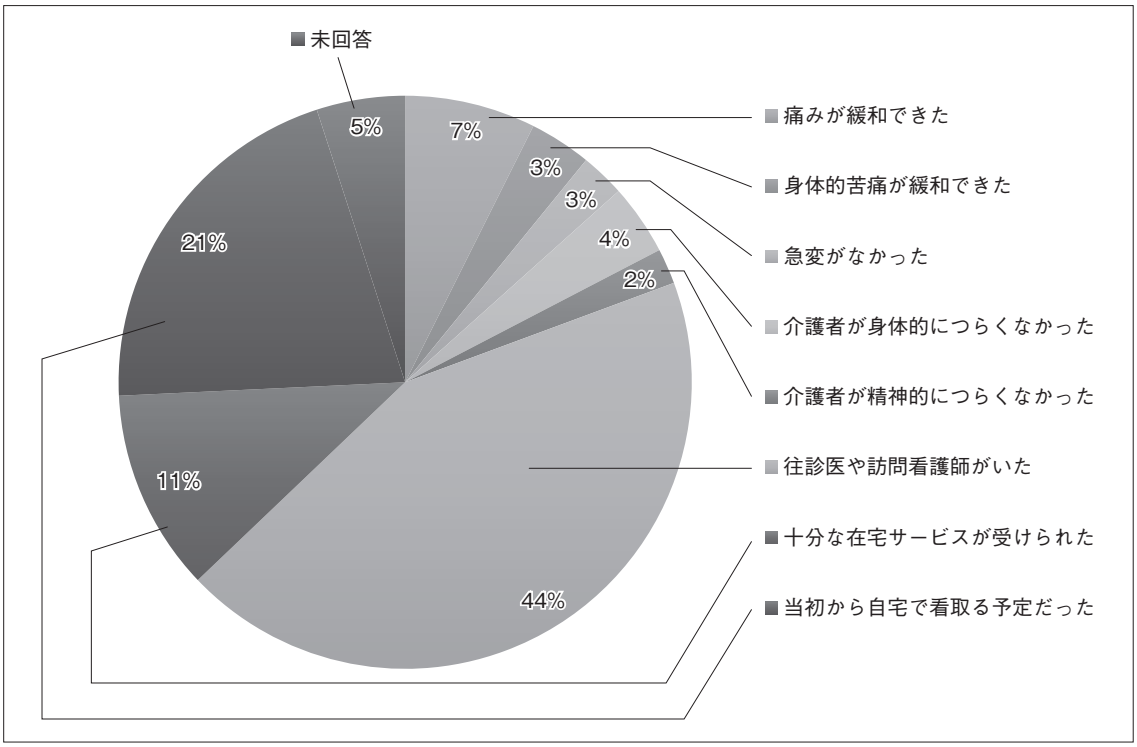

図3　在宅看取りの要因

QOLそのものに関係する要因なのか，在宅療養が実現できた結果なのか」判断は難しいとしていたが，今回の結果から一部の在宅患者には希望しない在宅医療への移行がなされている懸念が生じた．

病棟群では，痛みや痛み以外の身体症状が緩和できなかったこと，あるいは患者の急変を入院の理由に挙げていた．介護者の不在や在宅医療サービスの不足と並んで，急変時の不安は在宅療養移行・継続の阻害要因として挙げられている[7]ことから，患者・家族の生活状況の把握だけではなく，地域の病院との連携による患者の身体機能の維持・向上が在宅看取りを行う医療機関には求められていることが示唆された．

一方で，自宅群が「自宅で看取りができた理由」として挙げたのは，「往診医・訪問看護師がいたから」，「十分な在宅サービスが受けられたから」がおもな理由であった（**図3**）が，杉琴ら[8]の調査でも，訪問看護を受けた約8割で在宅看取りが行えている．また，在宅看取りを行った家族の約7割が「精神的支え」を往診医と答えていることから，質の高い在宅医療・看護・介護が在宅看取りには不可欠であると思われた．

まとめ

在宅看取りの方針をかなえるには，患者・家族の意思の尊重，往診医・訪問看護はじめ十分な在宅医療サービスの導入，急変の不安の解消を含む在宅医療の質の向上が重要と思われた．一方で，再入院となった患者の約3割は最初から在宅療養を望んでおらず，これらの受け皿についても検討が必要と思われた．

文　献

1）Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Preferred place of care and place of death of

the general public and cancer patients in Japan. *Support Care Cancer* 2012；20（10）：2575-2582.
2）Fukui S, Fukui N, Kawagoe H, et al. Japanese people's preference for place of end-of-life care and death.: a population-based nationwide survey. *J Pain Symptom Manage* 2011；42（6）：882-892.
3）西本武史，部川玲子，島田瑠奈，他．北見赤十字病院緩和ケア内科在宅訪問診療の試み．第51回日本赤十字社医学会総会．2015
4）Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ* 2006；332（7540）：515-521.
5）佐藤一樹，橋本孝太郎，内海純子，他．在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者の在宅診療中止の関連要因．*Palliative Care Research* 2015；10（2）：116-123.
6）浜野　淳．在宅がん患者の quality of life に影響を与える要因を明らかにする研究．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（J-HOPE3）．2016；203-207.
7）厚生労働省終末期医療に関する調査．2008.
8）杉琴さやこ，古賀友之，西垣千春，他．終末期医療における在宅療養の課題．*Bulletin of Social Medicine* 2009；27（1）：9-16.

〔付帯研究担当者〕
島田瑠奈（北見赤十字病院 緩和ケア内科），**谷向　仁**（京都大学医学部附属病院 緩和ケアセンター／緩和医療科），**高橋哲也**（魚津神経サナトリウム 精神科）