⑬

遺族からみた「緩和ケア病棟に初めて紹介された時期」と緩和ケアチームの評価

小田切　拓也 *　森田　達也 **

サマリー

2002 年の全国調査で，緩和ケア病棟への紹介時期は遅れがちであることが示されている．2006 年にがん対策基本法が施行され，緩和ケアの早期からの利用のために緩和ケアチームの設置が行われた．本研究の主目的は，①がん対策基本法施行後，遺族からみた緩和ケア病棟への紹介時期が改善しているかを明らかにすること，および②遺族からみた緩和ケアチーム介入の効果を明らかにすることである．全国の緩和ケア病棟に入院したがん患者の遺族 661 人を対象として，自記式質問紙調査を行った．451 人の回答があった（回答率 68%）．

遺族の約半分が，緩和ケア病棟への紹介時期が「とても遅すぎた」または「遅すぎた」と答えた〔「とても遅すぎた」（25%，114 人），「遅すぎた」（22%，97 人），「適切だった」（47%，212 人），「早すぎた」（2.4%，11 人），「とても早すぎた」（1.8%，8 人）〕．228 人の遺族は患者が緩和ケア病棟への紹介時期について述べていたと答え，約半分の患者は「とても遅すぎた」または「遅すぎた」と述べた〔「とても遅すぎた」（23%，52 人），「遅すぎた」（21%，49 人），「適切だった」（48%，110 人），「早すぎた」（4.4%，10 人），「とても早すぎた」（3.1%，7 人）〕．

緩和ケアチームが介入した患者の遺族（191 人）では，緩和ケア病棟への紹介時期が「とても遅すぎた」または「遅すぎた」と答えた割合が低く（43% vs. 51%，p=0.073），患者でも紹介時期が「とても遅すぎた」または「遅すぎた」と答えた割合が少なかった（36% vs. 52%，p=0.037）．緩和ケアチームが有用または非常に有用と答えた遺族は，症状コントロールにおいて 93%，精神的サポートに関して 90%，家族のサポートに関して 92%，療養場所の調整に関して 87% であった．

緩和ケア病棟に入院した患者の遺族の約半分は，緩和ケア病棟への紹介時期は「とても遅すぎた」または「遅すぎた」と答え，本研究で明らかになったその割合はがん対策基本法前の割合と同様だった．しかし，緩和ケアチームが介入していた患者・遺族では，緩和ケア病棟紹介時期が「とても遅すぎた」または「遅すぎた」とした割合が減り，緩和ケアチームの活動は遺族から全体的に有用と認識された．

さらに，緩和ケアチームが普及することによって，全国の緩和ケア病棟へのアクセスや緩和ケアの質がより良くなることが示唆された．

*聖隷三方原病院 ホスピス科　**聖隷三方原病院 緩和支持治療科

表Ⅲ-42　対象の背景

患者	
平均年齢	70 ± 12
性別（男性，%）	57% (256 人)
遺族	
平均年齢	59 ± 13
性別（男性，%）	35% (159 人)
患者との関係	
配偶者	49% (219 人)
子供	35% (158 人)
兄弟	6.0% (27 人)
親	5.3% (24 人)
その他	3.8% (17 人)
最後の 1 週間患者と共に過ごした時間	
毎日	69% (311 人)
4 ～ 6 日	16% (70 人)
1 ～ 3 日	12% (52 人)
なし	2.9% (13 人)

目　的

これまでの先行研究では，医師が患者を緩和ケアサービスに紹介する時期は，かなり「遅い」ことが示されている[1～7]．米国，イタリア，日本において，ホスピスケアサービスや緩和ケア病棟への紹介から患者の死亡までの期間は 3 ～ 6 週で，約 15% の患者は 1 週間以内に死亡していた[2～7]．2002 年の日本における全国調査では，半分以上の家族や患者が緩和ケア病棟への紹介時期が「とても遅すぎた」「遅すぎた」と答えている[7]．

一方，2006 年より日本ではがん対策基本法に基づき，緩和ケアの普及が最も重要ながん診療の改善分野のひとつとされ，緩和ケアチームの設置などがされた．

本研究の主目的は，①がん対策基本法施行後，遺族が緩和ケア病棟への紹介時期を適切と認識している割合が変化しているかを明らかにすること，②緩和ケア病棟への紹介時期に対する遺族の認識が，緩和ケアチームが介入しているかどうかによって違いがあるかを明らかにすることである．あわせて，③遺族からみた緩和ケアチームの症状コントロール，精神的サポート，家族のサポート，療養場所の調整に関する有用性を明らかにすることである．

結　果

661 人の遺族に調査票を送付し，451 人から回答があった（回答率 68%）．対象の背景を**表Ⅲ-42** に示す．

①緩和ケアチームは 42% で診療していた．

②緩和ケア病棟へ紹介から入院までの時間は，1 週間以内 47%，1 ～ 2 週間 23%，2 ～ 4 週間 16%，4 週以上 12% であった．

③遺族の約半分が，緩和ケア病棟への紹介時期が「遅すぎた」(22%)，または「とても遅すぎた」(25%) と答えた（**表Ⅲ-43**）．

④ 228 人の遺族（51%）が，患者の緩和ケア病棟への紹介時期に関する評価を回答し，患者の約半分が「遅すぎた」(21%)，または，「とても遅すぎた」(23%) としていた．遺族と患者の評価の一致率は中等度（$\kappa = 0.64$）であった．

⑤紹介が「遅すぎた」「とても遅すぎた」と評価した遺族は，緩和ケアチーム介入群 43%，非介入群 51%（P = 0.073）であった．紹介が「遅すぎた」「とても遅すぎた」と評価した患者は，

表Ⅲ-43　緩和ケア病棟への紹介時期

	「とても早すぎた」(%)	「早すぎた」(%)	「適切だった」(%)	「遅すぎた」(%)	「とても遅すぎた」(%)
遺族					
2003 年	2.2	1.6	48	30	19
2007 年	1.8	2.4	47	22	25
患者					
2003 年	2.9	2.2	36	35	24
2007 年	3.1	4.4	48	21	23

以下は，実際の質問項目．「とても早すぎた」：もっと遅く受診すればよかった（したかった），「早すぎた」：もう少し遅く受診すればよかった（したかった）
「適切だった」：ちょうどよかった，「遅すぎた」：もう少し早く受診すればよかった（したかった），「とても遅すぎた」：もっと早く受診すればよかった（したかった）

表Ⅲ-44　緩和ケアチームの介入と緩和ケア病棟への紹介時期との関連

	「とても早すぎた」「早すぎた」% (人)	「適切だった」% (人)	「遅すぎた」「とても遅すぎた」% (人)
遺族の評価 *			
PCT 介入群 (188 人)	6.4 (12)	51 (95)	43 (81)
非介入群 (254 人)	2.8 (7)	46 (117)	51 (130)
患者の評価 **			
PCT 介入群 (111 人)	7.2 (8)	57 (63)	36 (40)
非介入群 (117 人)	7.7 (9)	40 (47)	52 (61)

*0.073（p 値）　**0.037（p 値）
PCT：緩和ケアチーム

表Ⅲ-45　遺族が認識する緩和ケアチームの有用性（188 人）

	あまり有用ではない　% (人)	少し有用 % (人)	有用 % (人)	とても有用 % (人)
症状コントロール	6.4 (12)	15 (28)	44 (82)	34 (64)
精神的サポート	10 (19)	16 (30)	46 (86)	28 (53)
家族のサポート	8.0 (15)	24 (46)	37 (70)	31 (59)
療養場所の調整	9.0 (17)	20 (38)	44 (82)	23 (44)

以下は，実際の質問項目．症状コントロール：「痛みなど身体的苦痛を和らげることに」役に立ちましたか，精神的サポート：「患者様の精神的なつらさをやわらげることに」役に立ちましたか，家族のサポート：「ご家族を支えることに」役に立ちましたか，療養場所の調整：「緩和ケア病棟や在宅など治療場所のコーディネートに」役に立ちましたか

緩和ケアチーム介入群 36%，非介入群 52% であった（p=0.037，**表Ⅲ-44**）．

⑥遺族が緩和ケアチームを少し有用，有用，とても有用とした割合は，症状コントロールにおいて 93%，，精神的サポートにおいて 90%，家族のサポートにおいて 92%，療養場所の調整において 87% であった（**表Ⅲ-45**）．

考　察

本研究は，①遺族からみた緩和ケア病棟への紹介時期の適切さを経時的に調査を行い，②全国調査で遺族からみた緩和ケアチームの有用性を評価した初めての研究である．

結論として，緩和ケア病棟に入院した遺族の約

半分は，緩和ケア病棟への紹介は「とても遅すぎた」または「遅すぎた」と評価しており，2003年とがん対策基本法施行後の2007年でその比率に有意な変化なかった．しかし，緩和ケアチームが介入している患者では，紹介時期が遅いと評価した患者，家族の割合が低かったため，緩和ケアチームの活動は緩和ケア病棟への紹介時期を適切にすることに役立っている可能性がある．また，緩和ケアチームは，遺族から全体的に有用と評価されていた．

今後，緩和ケアチームの普及によって緩和ケア病棟へのアクセスが改善し，日本全体の緩和ケアの質が改善しうることが示唆された．

本論文の詳細は以下に掲載されている．Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, Sato K, Shima Y. Late Referrals to Palliative Care Units in Japan: Nationwide Follow-Up Survey and Effects of Palliative Care Team Involvement After the Cancer Control Act. *J Pain Symptom Manage* 2009；38：191–196.

文　献

1）Dudgeon DJ, Raubertas RF, Doerner K, et al. When does palliative care begin? A needs assessment of cancer patients with recurrent disease. *J Palliat Care* 1995；11：5–9.

2）Christakis NA, Escarce JJ. Survival of medicare patients after enrollment in hospice programs. *N Engl J Med* 1996；335：172–178.

3）Costantini M, Toscani F, Gallucci M, et al. Terminal cancer patients and timing of referral to palliative care：a multicenter prospective cohort study. *J Pain Symptom Manage* 1999；18：243–252.

4）Teno JM, Shu JE, Casarett D, et al. Timing of referral to hospice and quality of care：length of stay and bereaved family menbers' perceptions of the timing of hospice referral. *J Pain Symptom Manage* 2007；34：120–125.

5）Schockett ER, Teno JM, Miller SC, Stuart B. Late referral to hospice and bereaved family member perceptions of quality of end-of-life care. *J Pain Symptom Manage* 2005；30：400–407.

6）Rickerson E, Harrold J, Kapo J, et al. Timing of hospice referral and families' perceptions of services：are earlier hospice referrals better? *J Am Geriatr Soc* 2005；53：819–823.

7）Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 2005；23：2637–2644.