

在宅支援診療所の有床ベッドと緩和ケア病棟の連携による
終末期ケアと遺族の評価に関する研究

聖隷三方原病院 臨床検査科
内藤(白土) 明美

2014 年度後期

2016 年 2 月 5 日

背景

浜松市では、2007年から2011年に実施された地域を対象とした大規模な地域緩和ケアプログラム（緩和ケアプログラムによる地域介入研究：OPTIM プロジェクト）が実施され、在宅医療のネットワークが構築されてきた¹。その後も自宅死亡率も政令指定都市では高水準で推移している。しかも、「自宅で最期を迎えられた」ということばかりでなく、在宅では「楽しみがある」「充実した人生である」といった患者の quality of life が高いことが OPTIM プロジェクトの追加解析で明らかとなっている（図1）²。これらの研究知見は、*Lancet Oncology* や *Journal of Clinical Oncology* に受理されており、良好な協力関係のもと、現場の地道な活動をていねいに学術的にも分析した結果であると考えている。これまでに本研究チームは、在宅支援診療所と訪問看護ステーションを利用した患者の評価、在宅支援のための緩和ケア病棟を利用した患者の評価など、患者・家族の視点に立ったシステムの評価を行ってきた³⁻⁵。これらの結果は、地域のシステム構築に随時反映されてきた。

近年の課題として、高齢患者の増加、独居患者の増加といった全国的にみられる現象のため、一貫して在宅療養を継続することが困難な患者も増加していることが挙げられる。それに対する対応として、地域の在宅療養支援診療所に有床診療所をあらたに設置し、また、これまで運用されていた地域の緩和ケア病棟の在宅支援ベッドと連携して地域のニーズに応じていく体制を整備しつつある。しかし、同じ在宅支援であっても、有床診療所と緩和ケア病棟では対象となる患者の医学的状態、患者・家族が求めることが異なる可能性がある。効率的な運用をするためには、地域内での有床診療所と緩和ケア病棟の役割の分担や連携が必要である。しかし、これまでに、在宅支援のための緩和ケア病棟の研究や同一地域の有床診療所と緩和ケア病棟において、対象としている患者医学的状態、患者・家族の評価を比較検討した研究はない。

本研究において、同一地域の有床診療所と緩和ケア病棟の患者の特徴、患者・家族の評価が明らかになれば、他の地域においても有床診療所と緩和ケア病棟の機能分担と、自宅で過ごせる患者の支援に有用であると考えられる。

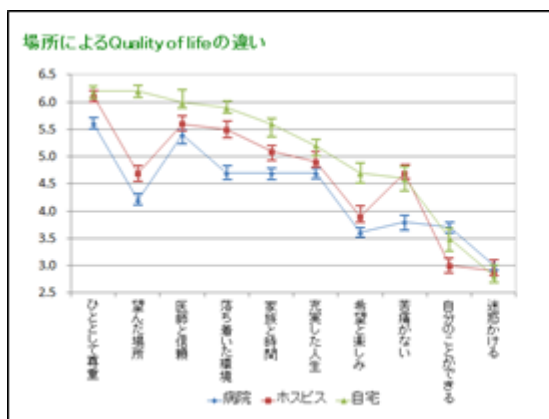


図1 自宅・緩和ケア病棟・病院の QOL

図2 有床診療所と緩和ケア病棟の協力

対象・方法

浜松市内にある唯一の在宅支援診療所の有床診療所である坂の上ファミリークリニックと、地域の唯一の緩和ケア病棟である聖隷ホスピスの入院患者を対象として、患者を対象とした前向き調査を行った。

さらに、研究対象期間内に死亡した患者の遺族に対して、アンケート調査を行った。

対象

2014年2月1日から2015年4月31日までの有床診療所を退院した患者全例

2014年10月から2015年4月31日までのホスピス退院患者全例を対象とした。

調査項目

患者の背景：年齢、性別、原疾患（悪性腫瘍、認知症、慢性循環器疾患、慢性呼吸器疾患、中枢神経疾患、その他）、入院前の療養場所（自宅、施設、病院；自施設からの訪問診療の有無）、在院日数、転帰（死亡、自宅へ退院、同じ施設へ退院、異なる施設へ退院、病院に転院）。

患者の入院区分：「患者の状態は医学的治療を必要としないが介護者の事情のための入院」と、それ以外の「医学的治療を必要とする入院」とに分類。後者を、悪性腫瘍の患者の症状悪化、認知症の患者の身体合併症の悪化、認知症の患者の精神症状の悪化、慢性循環器・呼吸器・中枢神経疾患の患者の急性増悪・症状悪化、その他に分類。これらの分類は、先行して行った予備調査から分類した。

患者の受けた治療：酸素、気道吸引、維持輸液、高カロリー輸液、抗生物質の非経口投与、オピオイドの経口・経直腸・経皮投与、オピオイドの経静脈・経皮下投与、利尿剤・心不全治療薬・気管支拡張薬、抗精神病薬・抗不安薬、外科処置（褥瘡処置など）。入院期間中に1回でも行われた場合に行われたとした。

研究対象期間内に死亡退院となった患者の遺族に対して、アンケート調査を行った。

アンケート調査項目：介護負担、患者が受けたケアの質、終末期のQuality of life、患者の痛みに関する質問など。

解析

有床診療所、緩和ケア病棟の両方について上記の記述統計を行う。有床診療所患者については、原疾患を悪性腫瘍、認知症、慢性循環器・呼吸器・中枢神経疾患の3群に分け、原疾患による背景を比較する。有床診療所の悪性腫瘍患者と緩和ケア病棟患者の比較を行い、両者の患者の特徴と実施された治療の差を明らかにする。

遺族調査の結果から、有床診療所と緩和ケア病棟で死亡した患者のQOL、ケアの質、家族の介護負担などを比較する。

結果

結果① 患者背景

対象患者は有床診療所 のべ 306 名、緩和ケア病棟 のべ 168 名であった。このうち、複数回の入院歴がある患者については最終の入院についてのデータを解析対象とし、解析対象は有床診療所 218 名、緩和ケア病棟 163 名であった。

表 1 に有床診療所の患者背景を示す。患者の平均年齢は 83.4 歳、原疾患は悪性腫瘍が 28% と最も多かった。平均在院日数は 15 日で、約 60%が緊急入院であった。入院目的は、悪性腫瘍以外の慢性疾患（循環器・呼吸器・中枢神経疾患）の症状増悪・症状悪化の治療が最も多かった。医学的治療を必要としない入院は 11%であった。

入院前の療養場所は自宅が最も多く 75%であった。転帰は自宅への退院が最も多く 51%であった。

結果② 場所の移動

有床診療所利用患者の入院前、退院後の場所の移動を図 1 に示した。自宅療養からの入院患者が最も多く 75%であった。このうちの約半数は再び自宅へと退院していた。また 20%は施設からの入院であり、このうちの半数は自宅へと退院していた。

結果③ 原疾患による比較

有床診療所利用患者を、原疾患（悪性腫瘍、認知症、慢性循環器・呼吸器・中枢神経疾患）で 3 群に分け、背景を比較した（表 3）。患者の平均年齢は、悪性腫瘍患者が 78.4 歳と、それ以外の 2 群と比較して有意に若かった。在院日数は、認知症患者が 22 日と有意に長かった。悪性腫瘍患者の転帰は、死亡退院が多かった。入院目的に医学的治療の必要性の有無については、いずれの群にも差はなかった。入院中に行われた医学的治療を比較すると、悪性腫瘍患者ではオピオイド投与、抗精神病薬・抗不安薬投与が有意に多かった。気道吸引、維持輸液、高カロリー輸液、非経口抗生物質投与の頻度に差はなかった。認知症患者では他と比較して褥瘡処置などの外科処置の頻度が高かった。

結果④ 有床診療所の悪性腫瘍患者と緩和ケア病棟患者の比較

有床診療所の悪性腫瘍患者と緩和ケア病棟患者の比較を行った。（表 3）

患者の年齢は、有床診療所 78.4 歳、緩和ケア病棟 73.1 歳と、有床診療所の患者で有意に高齢であった。在院日数は有床診療所 14.6 日、緩和ケア病棟 24.9 日、と緩和ケア病棟で有意に長かった。有床診療所では約 60%が緊急入院であったのに対し、緩和ケア病棟での緊急入院は 5%以下であった。緩和ケア病棟では 96%が死亡退院であったが、有床診療所では 36%が自宅退院、死亡退院は 49%であった。行われた治療内容では、酸素投与、維持輸液、オピオイドの注射、抗精神病薬・抗不安薬の投与の

頻度は緩和ケア病棟で高く、抗生物質の非経口投与、オピオイドの経口・経直腸・経皮投与は有床診療所で頻度が高かった。

結果④ 遺族調査

遺族調査の対象は、有床診療所 57 名、緩和ケア病棟 133 名であった。2016 年 1 月にアンケート調査用紙を発送し、現在回収中である。

考察

本研究によって、浜松市の同一地域における在宅支援有床診療所と緩和ケア病棟を利用した悪性腫瘍患者の特徴が明らかとなった。まず、両者の大きな違いとして転帰があげられる。緩和ケア病棟の患者は 96%が死亡退院であるのに対し、有床診療所では死亡退院が 49%と半数以下であり、自宅退院が 36%を占めている。このことから、有床診療所へ入院する患者は、在宅復帰を目標としている患者が多いことが分かる。また、有床診療所では約 60%が緊急入院であるが、緩和ケア病棟の緊急入院の割合は 3.7%と大きな差がみられた。緩和ケア病棟への入院は予約が必要であり、入院を希望してから実際に入院するまでには時間を要する。このため在宅療養中の患者が緊急で緩和ケア病棟への入院を必要とする場合には、ベッドが確保できるまで紹介元の病院などに一時的に入院することがほとんどである。在宅支援有床診療所では緊急入院も可能であるため、在宅療養中の患者の病状悪化や症状の増悪で急に入院を要する場合にも、スムーズにベッドの確保が可能となっている。在宅療養中の患者が緩和ケア病棟への入院を希望した場合、緩和ケア病棟のベッドが準備できるまでの間、有床診療所へ入院するケースもあり、両者が連携することで患者・家族が希望する緩和ケアを提供できていると考える。

次に、それぞれの施設で行われる医学的治療を比較すると、酸素投与、維持輸液、オピオイドの経静脈・経皮下投与、抗精神病薬・抗不安薬の投与が緩和ケア病棟で頻度が高く、抗生物質の非経口投与は有床診療所で頻度が高かった。オピオイドの経静脈・経皮下投与や抗精神病薬・抗不安薬の投与といった、難治性の疼痛や精神症状に対して緩和ケアの専門的治療を必要とする患者は、緩和ケア病棟に多いことが分かる。

以上のことから、浜松市の同一地域の在宅支援有床診療所と緩和ケア病棟では、地域内での明確な役割分担が行われているといえる。すなわち、在宅支援有床診療所では、在宅療養中の患者の病状悪化、症状増悪などに対して在宅復帰を目標とした入院治療、緩和ケア病棟では主に終末期の看取りを目的とした入院、専門的な症状緩和治療が行われている。両者が密に連携することで、自宅で過ごせる患者の支援となると考えられる。

まとめ

浜松市の同一地域における、在宅支援有床診療所と緩和ケア病棟を利用した悪性腫瘍患者の特徴を比較した。

これによって、地域内での役割分担の明確化ができ、地域内のリソースの分担に貢献することが期待される。また、他地域の有床診療所と緩和ケア病棟の役割分担を議論する基礎資料を提供できると考える。

本研究は公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成により行った。

文献

1. Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. *Lancet Oncol* 14:638-46, 2013.
2. Kinoshita H, Maeda I, Morita T, et al. Place of death and the differences in patient quality of death and dying and caregiver burden: An analysis of a region-based palliative care intervention trial. *J Clin Oncol* 33:357-63, 2015
3. 佐藤泉, 小野宏志, 細田修, 森田達也, 他. 在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーションの遺族評価. *訪問看護と介護* 17(2):155-159, 2012.
4. 小野宏志, 細田修, 森田達也, 他. 地域の多職種で作成した調査票を用いた在宅死亡がん患者の遺族による多機関多職種の評価. *緩和ケア* 21(6):655-663, 2011.
5. 白土明美, 森田達也, 他. ホスピスにおける在宅支援ベッド運用についての検討. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009.6.19~20 大阪

感想

浜松市の在宅支援診療所と緩和ケア病棟は、それぞれの特徴を生かして明確に役割を分担しつつ、両者が連携して地域の在宅療養を支えていることが分かりました。この研究期間内に遺族調査の結果解析まで終えることができませんでしたので、今後引き続き研究を継続し、それぞれの療養場所での終末期ケアに関する遺族の評価を明らかにしたいと思います。このように診療所と緩和ケア病棟が連携して研究をすすめることも貴重であると思います。今後も互いに協力して地域に必要な緩和ケアの提供ができるように、臨床・研究に努めていきたいと思っています。

表 1 有床診療所の患者背景 (n=218)

	N (%)
年齢 平均(SD)	83.4 (10)
性別	
男性	81 (50)
女性	82 (50)
原疾患	
悪性腫瘍	61 (28)
認知症	41 (19)
慢性循環器疾患	38 (17)
慢性呼吸器疾患	17 (7.8)
中枢神経疾患	28 (13)
その他	24 (11)
平均在院日数	15 (14)
入院の状況	
予定入院	89 (41)
緊急入院	129 (59)
入院前の療養場所	
自宅	163 (75)
病院 (他院からの転院)	10 (4.6)
施設	44 (20)
入院の目的	
悪性腫瘍患者の身体症状悪化	58 (27)
認知症患者の身体合併症の悪化	34 (16)
認知症患者の精神症状の悪化	1 (0.5)
慢性循環器・呼吸器・中枢神経患者の急性増悪・症状悪化	68 (31)
その他	23 (11)
医学的治療を必要としない入院	24 (11)
転帰	
退院(自宅)	112 (51)
退院(施設)	11 (5.0)
転院	24 (11)
死亡	58 (27)
その他	12 (5.5)

図1 場所の移動

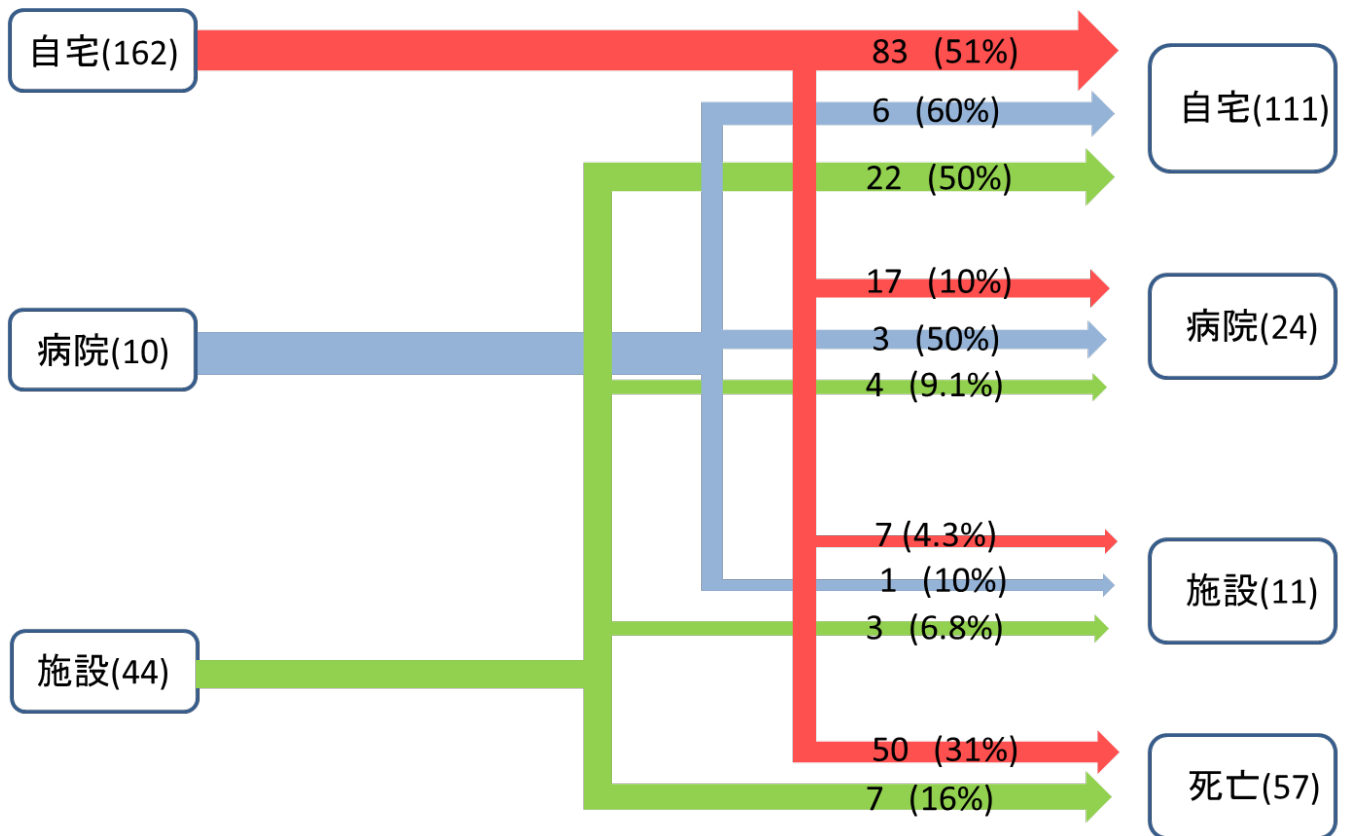


表2 原疾患による背景の比較

	悪性腫瘍 (N=61)	認知症 (N=41)	慢性循環器・呼吸器・中枢神経疾患 (N=107)	P
背景				
年齢	78.4 (10.3)	88.7 (6.6)	84.5 (9.8)	<0.001 がん vs 認知症 <0.001 がん vs その他慢性疾患<0.001
性別 男性	34 (56)	8 (20)	54 (51)	0.001
女性	27 (44)	33 (80)	53 (49)	
在院日数	14.6 (13)	22.0 (21)	13.0 (10.1)	0.003 認知症 vs がん 0.028 認知症 vs その他慢性疾患 0.002
緊急入院	36 (59)	28 (68)	62 (58)	0.50
転帰				<0.001
退院 (自宅)	22 (36)	24 (59)	60 (57)	
退院 (施設)	3 (4.9)	3 (7.3)	5 (4.7)	
転院 死亡	5 (8.2) 30 (49)	6 (15) 3 (7.3)	13 (12) 23 (22)	
入院目的				0.12
医学的治療の必要なし	4 (6.6)	3 (7.3)	17 (16)	
医学的治療あり	57 (93)	38 (98)	89 (84)	
医学治療				
酸素投与	35 (57)	12 (29)	48 (45)	0.02 がん vs 認知症 0.005
気道吸引	20 (33)	14 (34)	41 (38)	0.75
維持輸液	34 (56)	23 (56)	50 (47)	0.42
高カロリー輸液	5 (8.2)	6 (15)	6 (5.6)	0.20
抗生物質の非経口投与	26 (43)	20 (49)	37 (35)	0.25
オピオイドの経口・経直腸・経皮投与	34 (56)	0	1 (0.9)	<0.001 がん vs 認知症 <0.001 がん vs その他慢性疾患 <0.001
オピオイドの経静脈・経皮下投与	5 (8.2)	0	2 (1.9)	0.037
利尿剤・心不全治療薬・気管支拡張薬	7 (12)	5 (12)	27 (25)	0.044 がん vs その他慢性疾患 0.033
抗精神病薬・抗不安薬	31 (51)	11 (27)	32 (30)	0.011 がん vs 認知症 0.016 がん vs その他慢性疾患 0.007
外科処置 (褥瘡処置など)	9 (15)	12 (29)	12 (11)	0.026 認知症 vs その他慢性疾患 0.008

表3 がん患者の比較

	診療所 N=61 N (%)	緩和ケア病棟 N=163 N (%)	P
背景			
年齢 平均(SD)	78.4 (10.3)	73.1 (11.4)	0.002
性別			0.86
男性	34 (56)	93 (57)	
女性	27 (44)	70 (43)	
在院日数 平均(SD)	14.6 (13.0)	24.9 (31.1)	0.013
緊急入院	36 (59)	6 (3.7)	<0.001
転帰			<0.001
自宅退院	22 (36)	4 (2.5)	
死亡退院	30 (49)	157 (96)	
転院	5 (8.2)	2 (1.2)	
施設	3 (4.9)	0	
医学的治療目的の入院	56 (92)	161 (99)	0.008
医学治療			
酸素投与	35 (57)	118 (72)	0.032
気道吸引	20 (33)	45 (28)	0.45
維持輸液	34 (56)	133 (82)	<0.001
高カロリー輸液	5 (8.2)	10 (6.1)	0.58
抗生物質の非経口投与	26 (43)	41 (25)	0.011
オピオイドの経口・経直腸・ 経皮投与	34 (56)	65 (40)	0.033
オピオイドの経静脈・経皮下 投与	5 (8.2)	114 (70)	<0.001
利尿剤・心不全治療薬・気管支 拡張薬	7 (12)	16 (9.8)	0.72
抗精神病薬・抗不安薬	31 (51)	126 (77)	<0.001
外科処置 (褥瘡処置など)	9 (15)	28 (17)	0.66