

がん治療と在宅緩和ケアの統合に関する経験と方略

—進行がん患者の診療に携わる医療従事者を対象とした質的研究—

長谷川貴昭*¹ 山岸 暁美*² 杉下 明隆*³ 明智 龍男*^{1,4} 久保田陽介*^{1,4}
下山 理史*⁵[*Jpn J Cancer Chemother* 49(12): 1343-1348, December, 2022]

Current Status and Improvement Strategies for Integrating Home Palliative Care in Oncology—A Qualitative Study: Takaaki Hasegawa*¹, Akemi Yamagishi*², Akitaka Sugishita*³, Tatsuo Akechi*^{1,4}, Yosuke Kubota*^{1,4} and Satofumi Shimoyama*⁵ (*¹Center for Psycho-oncology and Palliative Care, Nagoya City University Hospital, *²Dept. of Public Health, Keio University School of Medicine, *³Center for Advanced Medicine and Clinical Research, Dept. of Advanced Medicine, Nagoya University Hospital, *⁴Dept. of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, *⁵Dept. of Palliative Care, Aichi Cancer Center Hospital)

Summary

This study aimed to investigate healthcare providers' experiences and examine potential strategies for integrating oncologic home palliative care (HPC). This qualitative study was conducted using semi-structured interviews via a web-conferencing system. The data underwent thematic analysis. The participants were 27 healthcare professionals, including oncologists, palliative care physicians, home palliative care physicians, nurses, and medical social workers. Two themes were identified; current status and improvement strategies. Current status encompassed 3 sub-themes: late HPC services involvement, few opportunities for early HPC services introduction, and early referral to HPC establishes rapport with patients. Improvement strategies included 6 sub-themes: interdisciplinary teams meeting to consider patients' hope, identification of outpatients that would benefit from HPC services, HPC service introduction via home visit nursing agencies and outpatient clinics, HPC services introduction via outpatient palliative care clinics, and booklet for patients and families. Numerous participants regarded the timing of HPC services referral as late and had experienced few cases of integrated oncologic HPC. Potential strategies existed in both hospital and home settings. The interdisciplinary collaboration between healthcare providers in both hospital and home settings may facilitate the integration of HPC in oncology. **Key words:** Palliative home care, Integrated care, Medical oncology (Received Mar. 7, 2022/Accepted Jun. 14, 2022)

要旨 進行がん患者を対象に在宅緩和ケアの早期導入を行った経験や、がん治療と在宅緩和ケアの統合に関する医療従事者の現状の理解を明らかにすることを目的とした。27名の医療従事者（がん治療医、緩和ケア医、在宅医、看護師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネージャーを含む）を対象とした在宅緩和ケアの統合に関する半構造化面接を行い、質的に検討した。帰納的テーマ分析を行った結果、抗がん治療中の進行がん患者に在宅緩和ケアの併診を導入することの「現状」のテーマに関して、「在宅緩和ケアの導入から死亡までの期間が短い懸念がある」、「抗がん治療中から在宅診療を併診する患者は少ない」、「在宅診療の早期導入により信頼関係を築く期間が担保される」の三つのサブテーマが抽出された。「抗がん治療中から在宅緩和ケアを併用していくための方略」のテーマに関して、「多職種の意見を集約した上で、本人の意思決定を支えていく仕組みの構築」、「病院の外來治療中の患者を対象とする介入の仕組みの構築」、「外來通院または訪問看護を入り口とし訪問診療を導入」、「緩和ケア外來を介して導入」、「患者向けのわかりやすい資料の活用」、「その他」の六つのサブテーマが抽出された。在宅緩和ケアの早期導入を行った経験は少なく、在宅緩和ケアの導入は遅延していると認識されていた。潜在的な方略として、がん治療病院と在宅緩和ケアサービスのそれぞれにかかわる方略が同定された。がん治療病院と在宅緩和ケアサービスが連携した仕組みを構築することで、在宅緩和ケアサービス導入の遅延は改善する可能性が示唆された。

*¹ 名古屋市立大学病院・緩和ケアセンター*² 慶應義塾大学医学部・衛生学公衆衛生学教室*³ 名古屋大学医学部附属病院・先端医療開発部・先端医療・臨床研究支援センター*⁴ 名古屋市立大学大学院医学研究科・精神・認知・行動医学分野*⁵ 愛知県がんセンター・緩和ケア部

はじめに

本邦ではがんで死亡した人は年間 376,425 人(2019 年)にのぼる¹⁾。「人生の最終段階における医療に関する意識調査」(2017 年)²⁾において、「末期がんと診断され、回復の見込みはなく、およそ 1 年以内に徐々にあるいは急に死に至る場合」において「自宅で医療・療養を受けたい」と回答した一般国民の割合は約 50% で、そのうち「自宅で最期を迎えたい」と回答した割合が約 70% である。その一方、人口動態調査 (2018 年)³⁾によると、自宅で最期を迎えている患者は全国平均で 13.7% のみにとどまっており、さらなる在宅療養へのアクセス改善が急務である。

在宅緩和ケアは、導入することにより在宅死亡割合を有意に増加させ、終末期の患者の症状を有意に改善させることが、系統的レビュー、質の高い研究に基づいたメタ解析の結果で示されている⁴⁾。そして在宅緩和ケアのより早期からの関与は患者のアウトカムを改善し、在宅死亡割合をさらに増加させることが示唆されている^{5,6)}。よって、できるかぎり自宅で療養したいと考える患者に対して、在宅緩和ケアの導入が遅延しないようにすることは重要である。しかし本邦の専門的在宅緩和ケアの実態調査においては、在宅診療日数の中央値が 38 (四分位範囲 17~75) 日と報告されており⁷⁾、未だ多くの患者の在宅緩和ケアへの紹介には遅延があると考えられている。さらに在宅緩和ケアへの紹介が遅延しないようにするための方略に関しては検討されていない。

そこで本研究では、在宅緩和ケアの導入のタイミングをより早期に行った経験や、在宅緩和ケアの統合を医療従事者がどのようにとらえているかを明らかにすることを目的とし、医療従事者を対象とした半構造化面接を用いて質的に検討した。なお、本邦では在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対しては、在宅患者訪問診療料が算定可能である (論文投稿時点)。

I. 対象・方法

1. 対象

がん治療病院のがん治療に関連する医師 (がん治療医、緩和ケア医を含む)、看護師および地域連携部門の医療従事者 [医療ソーシャルワーカー (MSW)、退院調整看護師を含む]、在宅医療機関などに勤務する医師、看護師、MSW およびケアマネージャーとした。研究責任者、分担者、協力者の協議により、進行がん患者への在宅緩和ケア導入に関する経験を有するものを便宜的に抽出して同定した。

2. 調査期間

2021 年 1~2 月。

3. データ収集方法

インタビューガイドを用いた半構造化面接をインターネット会議システムを用いて行った。同一職種、同一セッティング (がん治療病院もしくは在宅医療機関) によるフォーカスグループインタビューとした。インタビューガイド (表 1) を用いて質問を行い、回答は録音した。面接では抗がん治療中の進行がん患者に在宅緩和ケアの併診を導入することに関しての経験や既知の改善方略などについて聴取した。研究参加者には面接前に調査票を配布し、対象者背景についても調査した。なお、インタビューで用いる用語は研究者間の検討により以下のように設定した。

「抗がん治療中の進行がん患者」

- ・ 1 人での通院は困難であるが、介護者の協力で外来化学療法 (内服、点滴を問わず) を受けている治癒が見込めない進行がん患者。

- ・ 患者の認識は問わず、医療従事者からは数か月以内にがん治療の継続が困難と予想される。

- ・ 医療従事者に伝わっているかは問わず、できるかぎり自宅で過ごすことを希望している。

- ・ 何らかの身体症状 (食欲不振、倦怠感、嘔気、麻薬を必要とする痛みなど: がんによる症状や抗がん治療の一時的な副作用を含む) を重篤ではないが有している。

「在宅緩和ケアの導入」

- ・ 訪問看護師のみではなく、在宅療養支援診療所などの医師もかかわる在宅での緩和ケアサービスの介入が開始されること。

- ・ 在宅での緩和ケアサービスはできるかぎり患者が在宅で療養できるように患者もしくは介護者を支援する取り組みで、緩和ケアの単一要素 (たとえば、鎮痛薬の処方、在宅酸素療法など) のみの提供ではなく、全人的なケアを行うものを指す⁴⁾。

4. データ分析方法

録音した回答から逐語録を作成し、研究者間で質的に検討した。質的帰納的分析法である主題分析法 (thematic analysis) を用いて行った。独立した研究者 2 名 (山岸および一般社団法人コミュニティヘルス研究機構に雇用された看護師) で帰納的主題分析を行った。

a) 記録された会話をすべてテキストデータ化した。

b) がん治療中から進行がん患者に在宅緩和ケアを導入することに関する現状・方略について述べている部分を抽出し、一つの意味内容を表すユニットにすべて分割した。

c) 分割されたユニットごとに、複数の分析者が表現

表1 Interview guide

	目的	質問内容
抗がん治療中の進行がん患者に在宅緩和ケアを統合する上で…	抗がん治療中の進行がん患者に在宅緩和ケアの併診を導入することに関して…	
1. 経験, 既知の改善方略	うまくいった経験やすでに試みられている改善方法を同定すること	あなたの所属する組織において… 1. 抗がん治療中の患者に在宅緩和ケアが併診を開始できた経験はありますか？ ・具体的に例をあげて… ・何をを行ったことがよかったですか？ 2. 過去の実践と比べて、より早期に在宅緩和ケアが併診できるように試みていることはありますか？ ・具体的に例をあげて… ・何を変更しましたか？ ・どのような方法を用いて、試みていますか？
2. 促進因子と阻害因子	影響を与える因子(促進因子/阻害因子)を同定すること	3. あなたの所属する組織において、抗がん治療中の進行がん患者に在宅緩和ケアの併診を導入する上で、「促進するような要因」や「障壁となるような要因」は何ですか？ ・より具体的に… ・例をあげて…
3. 潜在的な方略	将来的(潜在的)に改善でき得るような方法や、早期の在宅緩和ケアを普及させ得る方法を同定すること	あなたの所属する組織において、抗がん治療中の進行がん患者に在宅緩和ケアの併診を導入する上で… 4. どのようなことを検討していますか？ ・より具体的に… ・なぜその方法がよいと考えていますか？ ・進める上で、何をする必要がありますか？ 5. 今後、どのようなことを改善するとよいと考えられますか？ ・より具体的に… ・なぜその方法がよいと考えていますか？ ・進める上で、何をする必要がありますか？
4. 制度	医療制度上の問題点を同定すること	6. 医療・保険制度の上で、抗がん治療中からの導入を妨げるような因子は何だと思いますか？ ・医療・保険制度上のことで、実際に困っていることはありますか？ ・医療・保険制度上の問題を克服するために、実際に行っている工夫はありますか？
5. 教育	改善するために、医療従事者・患者の教育を要することを同定すること	7. 医療従事者側(個人のレベルでも、職種のレベルでも)に改善点や教育、研修を受けたい、受けたほうがよい内容はありますか？ 8. 患者やその家族に啓発を行ったほうがよいことはありますか？
6. 体制	在宅緩和ケアの導入に当たり、地域連携の課題を同定すること	9. 地域(病院-在宅緩和ケア、もしくは在宅緩和ケア施設間)と連携する上で、改善を要する点や工夫が必要な点はありますか？ 10. 地域の医療連携システム(情報共有システムなど)を利用する上で、改善を要する点や工夫が必要な点はありますか？
7. その他	話し合われていない重要な事柄について同定すること	抗がん治療中の進行がん患者に在宅緩和ケアの併診を導入する上で… 11. 率直に何が大切と考えますか？ 12. あなたの所属する組織以外の組織(在宅側からみて病院側に、病院側からみて在宅側)について、どのようなことを行うとよいと考えますか？ 13. 他に話題にあげたほうがよい事柄はありますか？

や意味内容が類似していると思われるユニットを帰納的に分類・抽象化し、サブカテゴリー化した。

d) サブカテゴリーをさらに上位分類としたカテゴリーを作成した。

5. 倫理的配慮

名古屋市立大学医学系研究倫理審査委員会の承認を得て研究を実施した。対象者に研究の主旨を文書と口頭で説明し、文書にて同意を得た。

II. 結 果

1. 対象者の背景

27名が参加した。フォーカスグループインタビューを8回行ったが、時間の調整が付かなかった対象者には個別インタビューを行った(6回)。対象者の年齢中央値は50(幅36~66)歳、所属施設はがん治療病院16名、在宅医療機関7名、訪問看護ステーション4名であった。医師15名(うち、がん治療医5名)、看護師9名、MSW3名であった。テーマおよびサブテーマに関して、主な発言は表2に示す。

2. 現 状

1) 在宅緩和ケアの導入から死亡までの期間が短い懸念がある

がん治療病院、在宅医療機関の双方の参加者から、紹介後の介入期間が短いことへの懸念が表現された。

2) 抗がん治療中から在宅診療を併診する患者は少ない

参加者からは、がん治療病院と在宅緩和ケアの両者を併診する患者は少なく、併用している場合には患者にもわかりやすい理由がある(点滴・腹水ドレナージ・在宅酸素療法・鎮痛薬などの医療処置、病院へのアクセスが悪い、performance statusが悪い、入院したくないなど)ことがあげられた。

3) 在宅診療の早期導入により信頼関係を築く期間が担保される

在宅緩和ケアを受け入れるきっかけが何であれ、訪問診療と訪問看護が入った場合、結果的に日々の困りごとに対応したり、主治医の説明を補足して説明したりすることで安心感を提供し、それらが積み重なることで信頼関係を築くことができ、終末期の対応もスムーズになることが述べられた。

3. 抗がん治療中から在宅緩和ケアを併用していくための方略

五つのサブテーマおよび分類不能の内容をその他のサブテーマにまとめた。

1) 多職種の意見を集約した上で本人の意思決定を支援していく仕組みの構築

多職種でアセスメントをする機会(多職種でのカンファレンスの開催)、特に医師以外の職種が情報を集める、患者が全体としてどのようなことを考えているかを把握し意思決定支援を行うことの提案があった。発言の背景には、患者は異なる職種の人には違うことをいうことが想定された。

2) 病院の外来治療中の患者を対象とする介入の仕組みの構築

参加者からは、病院の外来で患者を特定する必要が有ることや、がん治療病院の外来での施設間を含めた多職種連携の困難さの課題も述べられた。

3) 外来通院または訪問看護を入り口とし訪問診療を導入

参加者からは、診療所の場合はまず通院から、訪問診療の場合はまず訪問看護を導入してから在宅診療を相談することの有用性が述べられた。

4) 緩和ケア外来を介して導入

在宅医自身が緩和ケア外来を行うことは賛否の両方の意見があった。在宅医で緩和ケアを専門としている医師が多くなく、患者の通院回数が増える負担も否定的な意見としてあげられた。病院の緩和ケア外来から在宅緩和ケアが引き継ぐ方法もあげられた。

5) 患者向けのわかりやすい資料の活用

患者への啓発方法としては、患者向けに直感的かつ視覚的に容易に理解できる資料があるとよいとの意見が多かった。一般的な緩和ケアの内容に加えて、在宅緩和ケアの内容をさらに記載する必要があることも述べられた。

6) その他

その他の抗がん治療中から在宅診療で併用していく方法として、デフォルトの利用、紹介する側へのインセンティブ、紹介時期のガイドラインの設定、研修医や医学生への教育をあげた意見があった。デフォルトは非がん患者では用いられているが、がん患者では使用しにくいと述べられた。

III. 考 察

本研究はわれわれの知るかぎり、わが国で抗がん治療中の患者に対して在宅緩和ケアを導入する方法を検討した初めての研究である。

本研究では、紹介元のがん治療病院側の方略として、「多職種の意見を集約した上で本人の意思決定を支援していく仕組みの構築」が、紹介を受ける在宅医療機関側の方略として、「外来通院または訪問看護を入り口とし訪問診療を導入」があげられ、双方にかかわることとして、「病院の外来治療中の患者を対象とする介入の仕組みの構築」、「緩和ケア外来を介して導入」(在宅医が緩和ケア外来を行うかは問わず)があげられた。

在宅緩和ケアの導入の障壁を検討した先行研究において、がん治療病院と在宅緩和ケアサービスとの異なる施設間の連携が問題とされている⁸⁾。がん治療病院と在宅緩和ケアサービスの施設間の連携を円滑にするためにわれわれが同定した方略は、複数を組み合わせることで在宅緩和ケアサービスへのアクセスを改善する方法の開発につながるかもしれない。つまり、外来化学療法中の患

表2 Themes and sub-themes with illustrative quotations

テーマ/サブテーマ	主な発言
テーマ: 現状	
サブテーマ: 在宅緩和ケアの導入から死亡までの期間が短い懸念がある	「best supportive care になってから在宅に紹介することがまだ多いので、紹介して数日以内で亡くなられたり、ドクターと患者さんの関係を築く前に亡くなられたりすると大変だったかな」(がん治療医) 「病気が[著しく]進行してから紹介され、看取るだけの人が圧倒的に多い」(在宅医)
サブテーマ: 抗がん治療中から在宅診療を併診する患者は少ない	「抗がん治療中から在宅診療を併診する患者は実は少なく、1人か2人ぐらいしか、今思い浮かばないです」(がん治療医) 「ADL [activity of daily living] が低下して通院が大変とか、遠いけどもやっぱり抗がん剤の治療だけは(当院へ)通うっていうパターンの場合だと、…痛み止めを処方していただいたりですとか、訪問診療だけではなく、訪問看護を導入…何例かは経験しています」(地域連携部門の看護師)
サブテーマ: 在宅診療の早期導入により信頼関係を築く期間が担保される	「やっぱり早い時期から私たち[在宅医療機関]がかかわらせていただくことで、最期まで自宅で、それこそ ACP [advance care planning] にもかかわってくる」(訪問看護師)
テーマ: 抗がん治療中から在宅緩和ケアを併用していくための方略	
サブテーマ: 多職種の意見を集約した上で、本人の意思決定を支えていく仕組みの構築	「[がん治療医の]先生にどうって聞かれて、[患者は] まあまあですって言って、まあじゃあとりあえずこのまま…で終わる。で、結局聞けないという方が多い。…自分[患者]としてはやめたいと思っているんだけど、いえないとか…患者さんの思いをどう伝えるかっていう仕組みがあって、看護師さんが媒介していくとよい」(在宅医)
サブテーマ: 病院の外来治療中の患者を対象とする介入の仕組みの構築	「[併診の]依頼も病院のほうからご依頼がこないと拾い上げられない」(訪問看護師) 「外来のなかで共有して、この人は今どんな状況だろうかっていうところを医師とも確認しながら[という取り組み]はやりだしていた」(がん治療病院の地域連携部門の看護師)
サブテーマ: 外来通院または訪問看護を入り口とし訪問診療を導入	「いきなり在宅にってしまうっていうのは、ちょっとやはりハードルが高いのかなという気がする…通院できる方なのでとりあえずは外来に」(在宅医) 「訪問看護が先に入っていたりとかっていう風だと訪問診療って行きやすい」(在宅医)
サブテーマ: 緩和ケア外来を紹介して導入	「[診療所で]緩和ケアの外来をやるっていうのはなかなか難しい…専門でもない」(在宅医) 「外来の専門的な緩和ケアをきちんと提供した上で在宅に移行できるような仕組みが、より多くなると改善される」(在宅医)
サブテーマ: 患者向けのわかりやすい資料の活用	「在宅の緩和ケアを入れることのメリットを患者さんにもアピールしていく必要があるかなと、費用面はもちろんわかりやすく明示する必要があると思います」(がん治療医) 「在宅医療って…[抗がん]治療はなしとなった段階の在宅看取りのことをわりとよく取り上げてるものはすごく多いと思うんですが、…治療をやりつつ本来の緩和ケアっていう…看取りっていう意味だけではない形で在宅は取り組めるんだ、実践しているんだっていうことがでてくるとよい」(がん治療病院の地域連携部門の看護師)
サブテーマ: その他	
デフォルトの利用	「簡単な ACP の用紙が、自分の最期の時をっていうところで、これはする、これは嫌だとか、自宅、病院とか、…本当に聞くタイミングが難しく、どういった方かって理解するまでに時間がかかる」(訪問看護師)
紹介する側へのインセンティブ	「紹介することに対するたとえばインセンティブとか加算みたいのが付いたりすると、もしかしたら病院的にも連携するモチベーション[になる]」(がん治療医)
紹介時期のガイドラインの策定	「ある程度このぐらいのライン、たとえば食欲不振でもこんな感じだったら導入とか、…ガイドラインじゃないですけど、そこの前後で在宅医療を入れようという判断が付く」(がん治療医)
研修医や医学生への教育	「初期教育として緩和ケアがきちんと位置付けられて…一定のセーフティネットできちんと教育が入るっていうことでは、医学部でもよいし、研修医でもよいですけど大事な」(在宅医)

者をトリアージし、施設間を含めた多職種で意見を集約する場(カンファレンス)を設け、より負担の少ない形で在宅医の外来や訪問看護師の導入につなぐ複合介入モデルの形成が考えられる。

本研究の限界として、研究の参加者が比較的少ないことがあげられる。ただし、経験のある医療従事者を対象とし、データが飽和するまで参加者登録を行ったことから十分なサンプルサイズであったと考えられる。さらに

今回得られた知見を基に、在宅緩和ケアの導入を促進するか、患者・家族に効果をもたらすかはさらなる研究が必要である。

結 語

抗がん治療中の患者に在宅緩和ケアを併診することは、本邦で普及していない現状が医療従事者に認識されていた。在宅緩和ケアの導入の遅延がないようにするための方略として、がん治療病院側、在宅緩和ケアサービス側、患者側と多要因に働きかける方法があげられ、今後は有用性を評価する研究が必要である。

謝辞 本研究の実施に当たり、加藤雅志先生には温かいご指導ご鞭撻を賜りました。心より感謝申し上げます。

本研究は、令和2年度厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）「がん治療のどの時期にでも患者・家族や医療介護機関からアクセス可能な緩和ケアリソース情報を有する地域緩和ケアネットワークシステムの構築」の研究助成を得て実施しました（20EA1028）。

利益相反の開示 山岸暁美は一般社団法人 コミュニティヘルス研究機構の機構長・理事長を務めている。

文 献

- 1) 国立がん研究センターがん情報サービス: 最新がん統計のまとめ. https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (参照 2022/2/28)
- 2) 厚生労働省: 人生の最終段階における医療に関する意識調査. 2018年3月.
- 3) 厚生労働省: 人口動態調査. 2018年.
- 4) Gomes B, Calanzani N, Curiale V, *et al*: Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev* 2013(6): CD007760, 2013.
- 5) Pellizzari M, Hui D, Pinato E, *et al*: Impact of intensity and timing of integrated home palliative cancer care on end-of-life hospitalization in Northern Italy. *Support Care Cancer* 25(4): 1201-1207, 2017.
- 6) Fukui S, Fujita J, Tsujimura M, *et al*: Late referrals to home palliative care service affecting death at home in advanced cancer patients in Japan: a nationwide survey. *Ann Oncol* 22(9): 2113-2120, 2011.
- 7) 橋本孝太郎, 佐藤一樹, 内海純子・他: 在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者の実態調査. *Palliat Care Res* 10(1): 153-161, 2015.
- 8) Dhollander N, De Vleminck A, Deliens L, *et al*: Barriers to the early integration of palliative home care into the disease trajectory of advanced cancer patients: a focus group study with palliative home care teams. *Eur J Cancer Care (Engl)* 28(4): e13024, 2019.