

新生病院緩和ケア病棟の現状に関する検討

村上真基* 山本直樹

新生病院緩和ケア科

Current State of Palliative Care Unit in New Life Hospital

Maki MURAKAMI and Naoki YAMAMOTO

Department of palliative care, New Life Hospital

We retrospectively reviewed the clinical practice of the palliative care unit in the New Life Hospital during the past two years. Between April 2009 and March 2011, 272 patients visited our department for admission, 208 of them (76.5 %) were hospitalized for a total of 230 times, and 64 (23.5 %) canceled admission. The average age of hospitalized patients was 76.2 and the median age was 80, which was older than that in other facilities. The purpose of admission was to relieve symptoms for 166 patients, assist in their dying process for 43, provide care for patients who had difficulty residing at home for 44, and provide respite care for 19 family care givers. The most frequent symptom during hospitalization was pain, which was found in 151 (72.6 %) patients. Opioids were administered to 150 (72.1 %) patients, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) to 133 (63.9 %) and steroids to 125 (60.1 %). The in-hospital mortality rate was 80.9 % (186 patients). The average hospital stay was 41.7 days and the median was 23 days. Bed occupancy rate was 81.6 % in the fiscal year of 2010. These statistical values were a little above those of other facilities and the national averages as well. *Shinshu Med J 60 : 85-91, 2012*

(Received for publication September 13, 2011 ; accepted in revised form December 7, 2011)

Key words : palliative care, hospice

緩和ケア, ホスピス

I はじめに

緩和医療の中心となるホスピスは、1967年に英国で St. Christopher's Hospice として設立された。我が国では1981年に静岡県聖隷三方原病院に院内独立型ホスピスとして最初に誕生し、続いて大阪府に淀川キリスト教病院ホスピスが生まれ、その後1990年に厚生省が「緩和ケア病棟入院料」を新設してからは全国にホスピスや緩和ケア病棟が次々と設立された。

新生病院では1998年10月に緩和ケア病棟として認可を受けたのち、2009年4月より担当医が従来の単独から複数医師体制となり、比較的安定した病床運営を行えるようになった。今回、本院が全国の緩和ケア施設と比較して標準的と位置づけられるものとなったかど

うかを検証するため、最近2年間の緩和ケア科と緩和ケア病棟の診療活動について若干の文献的考察を加えて報告する。

II 対象と方法

2009年4月から2011年3月までに本院緩和ケア科を受診した患者を対象として、後ろ向きに調査を行った。入院診療に関しては、本院緩和ケア科へ入院した患者について、年齢、性別、紹介元施設、紹介・受診経緯、入院目的、入院経路、疾患名(原病名)、遠隔転移、前治療、入院時現症、入院中にケアの対象となった症状、オピオイド投与状況、その他の緩和医療薬剤投与状況、入院日数、転帰を検討した。また入院をキャンセルした患者について、キャンセル理由、転帰などを可能な範囲で調査した。

緩和ケア病棟の病床稼働に関する数値的統計は全入

* 別刷請求先: 村上 真基 〒381-0295
長野県上高井郡小布施町851 新生病院緩和ケア科

表1 患者紹介元施設・前医 (208名)

| 紹介数3名以上の施設 | 患者数 | 紹介数2名以下の施設 | 施設数 |
|-------------------|-----|-------------------|-----|
| がん診療連携拠点病院 (長野地区) | 63 | がん診療連携拠点病院 (東信地域) | 1 |
| 一般病院 (北信地区) | 29 | がん診療連携拠点病院 (中信地域) | 2 |
| 一般病院 (長野地区) | 23 | がん診療連携拠点病院 (南信地域) | 1 |
| がん診療連携拠点病院 (長野地区) | 23 | 一般病院 (長野地区) | 4 |
| 新生病院 (長野地区：小布施町) | 16 | 一般病院 (北信地区) | 1 |
| 一般病院 (長野地区) | 5 | 一般病院 (東信地域) | 3 |
| 一般病院 (長野地区) | 4 | 一般病院 (中信地域) | 2 |
| 一般病院 (長野地区) | 4 | 一般診療所 (長野地区) | 6 |
| 一般病院 (北信地区) | 4 | 一般診療所 (北信地区) | 2 |
| 一般病院 (長野地区) | 3 | 一般診療所 (東信地域) | 1 |
| | | がん診療連携拠点病院 (県外) | 2 |
| | | 一般病院 (県外) | 5 |

長野県内の地域分類は三次医療圏に従い、北信地域、東信地域、中信地域、南信地域とした。さらに北信地域については二次医療圏で細分類し、長野地区、北信地区とした。

院患者を検討対象とし、入院数、退院数、死亡退院数、1日平均患者数、病床稼働率、平均在院日数を2006年度から2010年度まで年度ごとに集計した。

数値表記は平均値±標準偏差とした。

III 結 果

対象期間中に当科を受診した患者は272名で、このうち208名(76.5%)が入院し64名(23.5%)が入院をキャンセルした。208名の入院患者のうち191名は1回のみ入院で、残りの17名は2～4回の入院であり、のべ230名の入院診療を行った。

入院患者208名の年齢は平均76.2±12.8歳、中央値80歳、年齢層は19～97歳であった。男女別では男性107名、女性101名であった。

患者の紹介元・前医は表1の通りで、当院と同じ医療圏のがん診療連携拠点病院からの患者が63名、23名と多数を占め、当院院内紹介は16名であった。長野県東信・中信・南信地域からの紹介患者は11名を認め、県外施設からの受診は7名であった。

入院のべ230名の入院経緯は、前医の紹介155名、患者本人の希望55名、家族の希望100名、不明2名であった(重複選択あり)。本人希望症例の多くは家族の希望や前医の紹介と重複していた。また、入院の初期目的は症状のコントロール166名、看取り43名、在宅困難44名、レスパイト(介護者休息目的の短期入院)19名であった(重複選択あり)。入院経路は前医入院(院内紹介含む)133名、在宅88名、施設9名で、在宅のうち29名が緊急入院であった。

表2 悪性腫瘍発生部位 (208名)

| | 患者数 |
|--------|-----|
| 大腸 | 39 |
| 肺 | 35 |
| 胃 | 27 |
| 膵 | 16 |
| 胆道 | 12 |
| 前立腺 | 12 |
| 乳腺 | 9 |
| 膀胱 | 8 |
| 食道 | 6 |
| 子宮 | 6 |
| 肝 | 4 |
| 口腔底・舌 | 4 |
| 卵巣 | 4 |
| 脳 | 4 |
| 腎・尿管 | 3 |
| 上顎・硬口蓋 | 3 |
| 中咽頭 | 3 |
| 悪性リンパ腫 | 3 |
| 胸膜 | 2 |
| 骨髄 | 2 |
| その他・不明 | 6 |

208例の原発臓器は表2の通りであった。また判明した転移臓器は、肝57名、腹膜47名、肺39名、リンパ節51名、骨36名などであり、転移なしは57名(27.4%)であった。がんに対する前治療歴を有する患者は138名(66.3%)、前治療を行っていない患者は70名(33.7%)であり、このうち34名は臓器転移のない症

表3 緩和ケア病棟入院時現症および入院中症状 (208名)

| | 入院時現症 | | 入院中症状 | |
|-------------------|-------|--------|-------|--------|
| | 患者数 | 割合 | 患者数 | 割合 |
| 身体的苦痛 (主として自覚的症状) | | | | |
| 疼痛 | 143 | 68.8 % | 151 | 72.6 % |
| 食欲低下 | 116 | 55.8 % | 123 | 59.1 % |
| 全身倦怠感 | 55 | 26.4 % | 71 | 34.1 % |
| 呼吸困難 | 34 | 16.3 % | 66 | 31.7 % |
| 悪心嘔吐 | 31 | 14.9 % | 39 | 18.8 % |
| 腹部膨満 | 28 | 13.5 % | 38 | 18.3 % |
| 歩行困難 | 33 | 15.9 % | 27 | 13.0 % |
| 咳・痰 | 6 | 2.9 % | 9 | 4.3 % |
| 身体的苦痛 (主として他覚的症状) | | | | |
| 発熱 | 19 | 9.1 % | 57 | 27.4 % |
| 浮腫 | 36 | 17.3 % | 49 | 23.6 % |
| 肺炎 | 10 | 4.8 % | 27 | 13.0 % |
| 消化管出血 | 13 | 6.3 % | 15 | 7.2 % |
| 嚥下障害 | 10 | 4.8 % | 11 | 5.3 % |
| 便秘障害 | 8 | 3.8 % | 10 | 4.8 % |
| 排尿障害 | 4 | 1.9 % | 8 | 3.8 % |
| 精神的苦痛 | | | | |
| せん妄 | 19 | 9.1 % | 67 | 32.2 % |
| 不眠 | 15 | 7.2 % | 31 | 14.9 % |
| 意識障害 | 15 | 7.2 % | 21 | 10.1 % |

入院時現症は入院時に自覚的・他覚的に認めケアを要した苦痛を示す。
 入院中症状は入院後にケアの対象となった苦痛症状を示す。
 自覚症状と他覚症状を明確に区別できない病態は便宜的に分類した。

例であった。

入院時現症 (複数選択あり) は疼痛が最も多く143名 (68.8%) に認め、食欲低下116名 (55.8%)、全身倦怠感55名 (26.4%) などがこれに続いた。また、入院後に継続あるいは新たに出現するなどケアの対象となった症状は疼痛151名 (72.6%)、食欲低下123名 (59.1%)、全身倦怠感71名 (34.1%)、せん妄67名、呼吸困難66名などが多く見られた (表3)。入院時現症として認めたものの適切な緩和ケアにより一度軽快し、病状の進行に伴って再出現した症状も多数認められた。歩行困難は入院後に減少しているが、疼痛や全身倦怠感に伴って歩行困難を生じ、器質的障害が原因ではなかった症例が含まれている。なお、最終末期に出現しケアの対象とならなかった諸症状は除外し、容易に解決された単回の症状や予防投薬によりコントロールされた症状も除外した。

入院の208名について、当院への入院前と入院後のオピオイド投与状況を見ると、入院前は90名 (43.2%) にオピオイドが投与されていたが、入院後は150

名 (72.1%) に投与された。入院前の投与薬剤はフェンタニルが52例 (25.0%) と最も多かったが、入院後はモルヒネが108名 (51.9%) に使用され最多であった。また投与経路をみると、入院前では貼付剤が47名 (22.6%) に使用されたが、入院後は注射投与が114名 (54.8%) と最多で大多数は持続皮下注射を選択し、貼付剤も72名 (34.6%) に使用された (表4)。オピオイド以外のおもな薬剤投与を表5に示す。非ステロイド性抗炎症薬 (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs, NSAIDs) (133名, 63.9%) とステロイド (125名, 60.1%) は半数以上の患者に用いられ、このほかに睡眠薬65名、アセトアミノフェン49名、輸液48名、ケタミン34名などであった。なお、入院前ではNSAIDsの使用は83名 (39.9%)、ステロイド使用は53名 (25.5%) にとどまっていた。入院から24時間以内にオピオイドを開始した症例は25名、オピオイドを増量またはローテーションした症例は24名、NSAIDsを開始した症例は14名であった。

入院のべ230名の転帰は死亡186名 (80.9%)、病状

表4 オピオイド投与状況 (208名)

| | | 入院前 | | 入院中 | | P 値 |
|-------|--------|-----|--------|-----|--------|--------|
| | | 患者数 | 割合 | 患者数 | 割合 | |
| 投与の有無 | あり | 90 | 43.2 % | 150 | 72.1 % | <0.001 |
| | なし | 118 | 56.8 % | 58 | 27.9 % | |
| 薬剤 | モルヒネ | 25 | 12.0 % | 108 | 51.9 % | <0.001 |
| | オキシコドン | 30 | 14.4 % | 45 | 21.6 % | 0.056 |
| | フェンタニル | 52 | 25.0 % | 89 | 42.8 % | <0.001 |
| 投与経路 | 経口 | 40 | 19.2 % | 63 | 30.3 % | <0.01 |
| | 座薬 | 4 | 1.9 % | 15 | 7.2 % | <0.01 |
| | 貼付 | 47 | 22.6 % | 72 | 34.6 % | <0.01 |
| | 注射 | 14 | 6.7 % | 114 | 54.8 % | <0.001 |

P 値：入院前と入院中のオピオイド投与患者数についてカイ二乗検定を行った。

表5 おもな薬剤投与状況 (208名)

| | 患者数 | 割合 |
|---------------------|-----|--------|
| ステロイド | 125 | 60.1 % |
| 非ステロイド抗炎症薬 (NSAIDs) | 133 | 63.9 % |
| アセトアミノフェン | 49 | 23.6 % |
| ケタミン (ケタラール®) | 34 | 16.3 % |
| ガバペンチン (ガバペン®) | 32 | 15.4 % |
| オクトレオチド (サンドスタチン®) | 16 | 7.7 % |
| トラマドール (トラマール®) | 9 | 4.3 % |
| 抗うつ剤 | 25 | 12.0 % |
| 睡眠薬 | 65 | 31.3 % |
| 持続鎮静 | 19 | 9.1 % |
| 輸液 | 48 | 23.1 % |

固定による在宅・施設への療養退院28名 (12.2 %), 病状改善による軽快退院8名, 転医5名, 院内転科2名, 入院中1名 (2011年7月31日現在) であった。転医例はいずれも当院で対処困難な診療に対する紹介であった。230名の入院日数は平均41.7±52.4日, 中央値23日, 最短1日, 最長304日であった。

当院への入院に至らなかった患者64名のキャンセル理由は, 待機中死亡31名と病状増悪による移動困難9名の合計40名が入院の断念であり, この他には在宅療養10名 (在宅死を選択), 他院へ変更7名 (他の緩和ケア施設, 転居など), 緩和ケア病棟への理解不足5名 (抗癌治療継続希望), その他2名であった。待機中死亡31名のうち死亡日を確認できた30名の「初診日から死亡日までの期間」は, 1~3日が10名, 4~7日が4名, 8~14日が10名, 15日以上が6名であった。

当院緩和ケア病棟が増床となった2006年度以降の緩

和ケア病棟稼働状況を図1, 2に示す。医師が交代して複数体制となった2009年度は, それ以前の稼働と比較して著変はなかったが, 2010年度は入院数, 退院数, 死亡退院数, 1日当たりの平均入院数と病床稼働率も増加し, 平均在院日数は減少した。

IV 考 察

2011年6月1日現在, 全国の緩和ケア病棟入院料届け出受理施設数は215施設, 4265床まで増えてきているが, 新生病院では1988年にターミナルケア学習会を開始してホスピス構想を準備し, 1998年10月に全国で42番目, 長野県で4番目に緩和ケア病棟として認可を受け, この時よりホスピス・緩和ケア科として本格的な緩和医療を開始している。当初は12床であったが, 2005年12月の病院増改築に伴い20床となって, 設備面では地域の緩和医療に貢献できる体制が整った。一方

新生病院緩和ケア病棟の現状

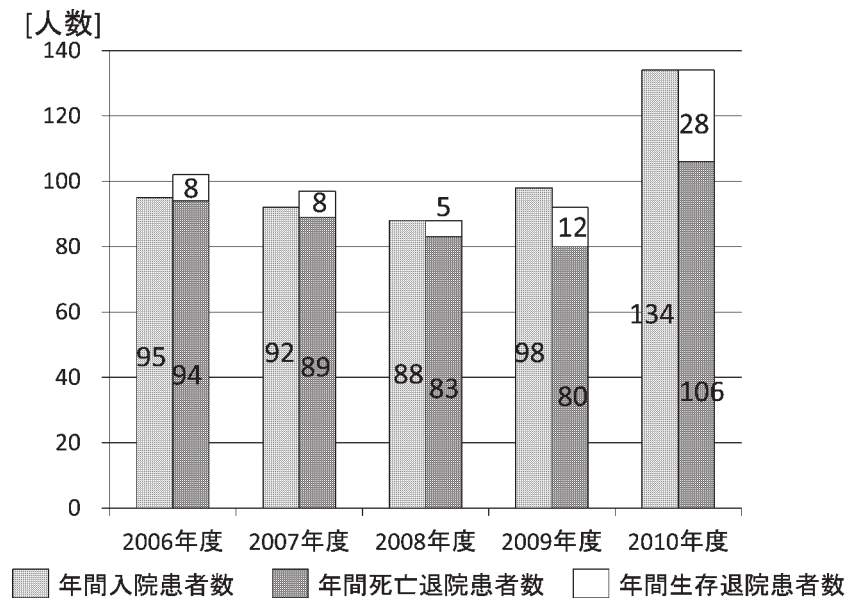


図1 緩和ケア病棟入退院数の推移

棒グラフ左は年間入院患者数，棒グラフ右は濃色部が年間死亡退院患者数，白色部が年間生存退院患者数を示す。

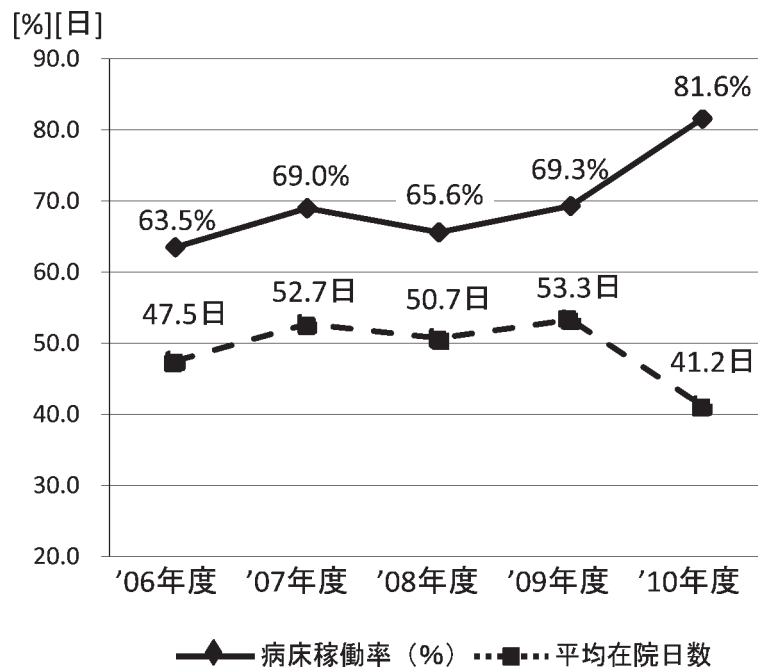


図2 緩和ケア病棟病床稼働の推移

折れ線グラフは実線が病床稼働率，点線が平均在院日数を示す。

で2009年3月までは緩和ケア医が専従1名しかいなかったため入院患者の制限を行い，このため病床稼働率は60%台にとどまっていた。医師数が増えた2009年度も当初は医師交代の影響で患者数が一時的に減ったが，次第に患者数の増加傾向を示し，常勤医師2名で

安定して診療できるようになった2010年度には稼働率81.6%まで達し全国平均の80.16%と同等になった¹⁾。また，病床が満たされていても患者の入院が長期化すると多くの患者にケアを提供できなかったとは言えないが，平均在院日数も2010年度には41.2日となり，全国平均

の41.8日と同等の運営が可能となってきた¹⁾。

当科へ入院した患者の年齢層は平均76.2歳で、恒藤²⁾が報告した淀川キリスト教病院ホスピスの平均年齢62.5歳よりも10歳以上高齢であった。緩和ケア病棟入院患者の年齢データを公表している報告でも68歳から69.6歳などとなっており、我々の施設はかなりの高齢であることが示された³⁾⁻⁵⁾。この理由として、入院経緯が患者本人の希望(55名)よりも家族の希望(100名)が2倍近くであり、入院目的も在宅困難が19%(44名)を占めていることから、一部の入院の目的が本来の緩和ケア目的ではなく「高齢者に対する介護目的」であったことは否定できない。

患者の紹介元施設についてみると、当院の医療圏である長野県長野地区・北信地区の急性期病院が多数であったが、東信、中信、南信地域からの患者を11名認めた。長野県では東信地域と中信地域には緩和ケア病棟がないために、この地域の患者は遠方から緩和ケア病棟を求めて受診することが多いと考えられた。自宅近くに緩和ケア病棟がないという地域事情を解消することが、今後の長野県のがん緩和ケアの課題でもあると考えられた。

当科を初診した患者の23.5%は何らかの理由で入院をキャンセルしている。その患者の中で14.7%(40名)は入院待機中に病状が増悪して転医困難や死亡という不幸な転帰を迎えている。当科では受診希望や紹介希望から1週間以内の初診面談を原則としており、早期の緩和ケアが必要と判断された患者については臨時入退院判定会議を開いて早期入院を図っているが、入院のための面談から7日以内に死亡した患者が少なくない。現状以上の迅速な当院での対応は困難のため今後は病状が最終末期になる前の早い時期の癌治療病院からの紹介・初診が望まれ、そのためには紹介元の主治医の協力も不可欠であると考えられた。

緩和ケアの対象となった入院時の主訴はこれまでの報告と同様に疼痛が最も多く認められ、食欲低下、全身倦怠感が上位を占めていることも同じ傾向であった²⁾。入院後の諸症状も疼痛、食欲低下、全身倦怠感が多くみられ、その他の症状も増加しているのは既報告の通りであったが、当科の特徴としてせん妄の頻度が32%と比較的高く認められた。せん妄はがん入院患者の8~40%に出現し病状が進行するとさらに増加すると報告されており、当科でせん妄の頻度が比較的高かった理由は高齢患者が多いためと考えられた²⁾⁶⁾。恒藤²⁾は緩和ケア領域においてもせん妄の疾病

素因として高齢、認知症・脳血管障害を最上位に挙げており、高齢患者が多いことに加えて全症例の29%(61例)に認知症を合併しているという当科の特徴が表れていると思われた⁷⁾。

便秘・便通障害、不眠の頻度は低かったが、これについてはオピオイド投与患者に対する早期からの下剤使用、不眠が苦痛となる前からの睡眠薬投与が適切に行われたために、苦痛症状として記録されなかった症例も多く、看護師の適切な判断・協力が寄与していると考えられた。

オピオイド投与率は入院前の43.2%が入院後に72.1%に増加し、山下ら⁸⁾の報告と同率であった。入院後にオピオイド投与率が増えた理由として、疼痛が増悪して新たにオピオイドが必要となった症例以外に、入院直後にオピオイドを開始・増量・ローテーションした症例が49例(23.6%)認められ、前医での疼痛コントロールが不良であったことがうかがえた。当科で使用するオピオイドはモルヒネとともにフェタニルが多い。これはモルヒネよりもせん妄等の副作用が少ないとされているフェタニルを多用した結果であり、他施設よりもフェタニル使用量がかかり多い傾向であり、高齢患者が多いことも一因であると思われた⁸⁾。注射投与を要した割合は山下ら⁸⁾の報告と同程度であり、経口摂取困難となってからのオピオイド投与経路として不可欠な持続皮下注射を選択した結果であると思われた。

患者の転帰ではこの2年間の死亡退院が全体の80.9%、在宅あるいは施設への退院が療養・軽快を合わせて15.7%であった。2006年から2008年までの死亡退院の割合92.7%に対しては在宅率が改善し、全国平均死亡退院率85.4%よりも良い成績であったが、恒藤は25.4%の患者が症状緩和の結果として在宅ケアへ移行したと報告しており、当科の在宅移行率はまだ低いと言える¹⁾²⁾。在院日数に関しても同様であり、当科の平均在院日数41.7日、中央値23日は、わが国の緩和医療を牽引する存在である淀川キリスト教病院の平均28.8日、中央値21日と比較すると、中央値では大きな差がないのに平均では10日以上の上昇を認めた²⁾。これは一部の症例で諸事情による在宅困難のため病状が安定しても入院を継続しなければならないという社会的理由が大きいものと考えられ、高齢患者が多い現状ではさらなる在院日数短縮は困難であるように思われた。

当院緩和ケア病棟は開設して14年目、増床して6年

目となる。高齢患者が多いという地域の特徴に合わせた緩和ケアを提供しつつ、データ上は全国の緩和ケア病棟と比較しても遜色のない緩和医療を行えるようになった。今後の課題は、待機死亡を減らすことと入院前の症状コントロールを少しでも良い状態とすることが挙げられる。そのためには、がん拠点病院ではなく他院からの紹介に依存している本院としては地域の医療機関との連携が不可欠であり、当科から近隣施設や地域住民に対してさらなる働き掛けを行う必要があると考えられた。

V 結 論

最近2年間の新生病院緩和ケア科、緩和ケア病棟の

診療活動について報告した。緩和ケア医2名体制となり、全国の緩和ケア病棟と比較しても遜色のない緩和医療を提供できるようになった。高齢患者が多く、そのための入院事情・症状などが他院とは異なるという特徴を認めた。

謝 辞

本論文執筆にあたり、本院の佐藤裕信院長には日本緩和医療学会暫定指導医としてご指導をいただいた。また、看護部緩和ケア病棟の川島和子さんとメディカルソーシャルワーカーの真島あずささん、診療録情報部門の益満妙子さんには集計作業にご協力をいただいた。ご指導、ご協力いただいた方々に感謝いたします。

文 献

- 1) NPO 法人日本ホスピス緩和ケア協会：2010年度年次大会資料. pp 170-175, 2010
- 2) 恒藤 暁：最新緩和医療学. 初版, pp 11-24, 最新医学社, 大阪, 1999
- 3) 龍沢泰彦：当院緩和ケア病棟の現状と課題. 癌の臨床 53 : 161-165, 2007
- 4) 押本直子, 高橋 育, 神坂幸次, 須永知香子, 深沢いく子：伊勢崎市民病院緩和ケア病棟開棟より9カ月の歩み. Kitakanto Med J 61 : 81, 2011
- 5) 阿部文明, 野中明彦, 古屋敦司, 玉木章雅, 鈴木聡美, 黒岩弦矢：当院緩和ケア病棟・外来の患者推移. 麻酔 57 : 1546-1547, 2008
- 6) Bruera E, Miller L, McCallion J, Macmillan K, Krefting L, Hanson J : Cognitive failure in patients with terminal cancer : a prospective study. J Pain Symptom Manage 7 : 192-195, 1992
- 7) 村上真基, 山本直樹, 佐藤裕信, 川島和子, 清水 芳, 小林友美：高齢者のがん疼痛表出に認知症が及ぼす影響の検討. 緩和ケア 22 : 3, 2012 (掲載予定)
- 8) 山下和海, 鍋島篤子, 原 祐一, 大河内二郎：高齢者における末期がん患者の癌性疼痛への最大オピオイド使用量の検討. 日老医誌 44 : 345-350, 2007

(H 23. 9. 13 受稿 ; H 23. 12. 7 受理)