

厚生労働科学研究費補助金
医療技術評価総合研究事業

わが国の尊厳死に関する研究

平成18年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 松島 英介

平成19（2007）年 3月

目 次

I. 総括研究報告書

わが国における尊厳死についての研究	松島英介 …………… 1
-------------------	--------------

II. 分担研究報告書（五十音順）

1. 患者のニーズに合った緩和ケア病棟の役割に関する研究	池永昌之 …………… 7
2. 難治がん患者の抑うつに関する研究	内富庸介 …………… 17
3. 尊厳死と患者の事前指示 — ドイツの議論を参考にして —	甲斐克則 …………… 23
4. がん患者における尊厳ある生への援助の評価に関する研究	竹中文良 …………… 31
5. 終末期がん患者の意思決定をめぐる現状と課題 — 患者と家族の意向の相違を中心に —	田村里子 …………… 35
6. 認知症高齢者の終末期医療に関する家族の意識調査 — 外来患者について —	平澤秀人 …………… 41
7. 一般病院におけるがん告知の実態調査	松島英介 …………… 43
8. 終末期における患者の意思決定に関する調査	松島たつ子 …………… 53
9. 「自宅で最期まで過ごす」ことについて	和田忠志 …………… 57

III. 研究成果の刊行物・別冊	…………… 70
------------------	----------

IV. 研究者一覧	…………… 77
-----------	----------

総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）
総括研究報告書

わが国における尊厳死についての研究

主任研究者 松島英介 東京医科歯科大学大学院助教授

研究要旨 わが国の終末期医療における患者やその家族の声を反映すべく、こうした医療に携わる現場のスタッフが現在直面している問題を明らかにし、今後のわが国の尊厳死の問題を方向づける上で有効と思われる点を見出すことを目的に本研究を行った。その結果、患者の尊厳を低下させないためには、患者本人の意思をどう生かしていくかという問題が重要であることが示唆された。それに加え、患者と家族の意思の調整の必要性も改めて問題提起された。患者が「尊厳ある生」を過ごすための前提条件として、これらの問題を解決することが重要であると結論できよう。

A. 研究目的

これまでわれわれは、「尊厳ある死」について法的な側面だけではなく、臨床的な側面も含めて包括的に考えることが必要であり、その際には死に至る過程の「尊厳ある生」をいかに充実させるかを検討することが重要であるという共通の認識を得てきた。

こうした中で、実際の終末期医療における患者やその家族の声を反映させることや、現場の医療スタッフが直面している問題や現場から生み出された示唆を汲みとることにより、今後のわが国の尊厳死の問題を方向づけるうえで有効と思われる方策を探り出すことを目的として、本研究を実施した。

B. 研究方法

上記の目的を達成するために、問題を以下の4つに分けて検討した。

第一は、終末期における「尊厳ある生」を実現するために、患者本人の意思はどうか、またそれがどう生かされているかを検討した。この点については分担研究者の竹中文良が、がん患者とその家族に対する精神・心理的支援を行うことを目的に設立されたジャパン・ウエルネスの会員に対して、サポートプログラムへの参加状況および満足度について調査し、プログラムががん患者の尊厳ある生に影響するかどうかについて検討した。また、分担研究者の内富庸介は、がんセンター東病院外来を受診した患者に対して、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向を明らかにし、がん患者の意思を生かすためにはどう対応したらいいのかについて調査をおこなった。さらに、分担

研究者の松島たつ子は、全国ホスピス緩和ケア病棟に対して、終末期の患者の意思決定をめぐる実情について調査をおこなった。

第二は、患者本人と家族の意思の間の問題である。この問題は、患者本人とともに家族の相談も受けている分担研究者の田村里子が、東札幌病院医療相談室に寄せられた相談のうち、患者と家族の意向の相違が生じていた事例の記録および医療チームカンファレンスの記録をもとに、分析を行った。また、がん患者と同様に終末期の問題を抱えた認知症患者について、分担研究者の平澤秀人が外来通院中の認知症患者を持つ家族に対して「終末期における延命処置に関する調査」を行い、認知症患者の終末期に対する家族の意識を探った。

第三は終末期のがん患者をめぐる医療現場の実態について、一般病院と在宅のそれぞれについて問題点を浮き彫りにすることを試みた。主任研究者の松島英介は、全国の一般病院を対象として、緩和医療の実態について調査をした。また、分担研究者の池永昌之は、全国のホスピス緩和ケア病棟に対して、患者のニーズに合った緩和ケア病棟の役割とその実態について調査をした。さらに、分担研究者の和田忠志は在宅ケアにおける尊厳死の問題について、在宅療養支援診療所で医療を受けたがん患者の実態について、非がん患者と比較して検討した。

第四は終末期医療をめぐる法的な問題で、この点は分担研究者の甲斐克則が、尊厳死問題の中でもひとつの焦点となっている患者の事前指示について、ドイツでの事例を参照しながら、わが国への導入可能性について検討した。

(倫理面の配慮)

いずれの研究も、患者個人及び家族の同意の下に実施されたものや、患者が特定されるような結果を示すものでないため、倫理面での配慮は十分であると思われる。

C. 研究結果

患者本人の「尊厳ある生」を実現するために、竹中文良ががん患者のサポートプログラムへの参加状況や満足度について調査したところ、81.3%の患者が満足していると回答した。また、参加して満足しているところとしては(複数回答)、「同じ病気の人の体験を聞いて参考にしたり、励ましあったりする」(72.8%)、「がんという病気やその治療法についての知識・情報を得る」(55.7%)、「普段言えない気持ちや体験を話せる」(53.2%)、「お互いの情報を交換し合う」(49.4%)、「がんという病気をどのような気持ちで受け止めるかを学ぶ」(45.6%)などであった。さらに、参加して自分が変わったと思えるところは何かとの間に対しては(複数回答)、「がんに関する情報が増えた」(57.0%)、「同病の友人が増えた」(43.0%)、「生き方が前向きになった」(41.1%)、「落ち着いた気持ちで生活できるようになった」(37.3%)などであった。つぎに内富庸介が、わが国のがん患者が悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対するがん患者本人の意向を調査したところ、「直接会って伝える」の重要性の評価が最も高く、次いで「最も良い治療法を伝えてくれる」「最善を尽くすことを伝えてくれる」が挙げられた。一方、重要性の評価の低い項目は、「手を握ったり肩に手をかけたりする」、「他の医療者(例えば、看護師)を同席させる」、「自分のがんを家族や友人に伝える方法を手助けする」であった。これらを米国の結果と見比べると、「最も良い治療法を伝えてくれる」に対する重要性が高く、「手や肩に触れる」や「他の医療者を同席させる」への評価が低いなど部分的に共通点が認められた。一方で、「家族にがんの診断を伝えて欲しい」「家族に予後伝えて欲しい」といった家族中心なコミュニケーションに関連する項目は米国よりも日本のがん患者の方が重要性への評価が高かった。また、「十分気遣ってくれる」「あらゆる治療選択肢を提示する」に関する重要性の評価が米国の結果よりも低く、「よく知っている医師から伝えられる」への評価が高いなど、わが国における

患者-医師関係では欧米よりも医師に父権性が求められるようである。松島たつ子は、ホスピス緩和ケア病棟における終末期の患者の意思決定をめぐる実情について調べた。病名を知らない患者に対して、入院後に47%の施設では病名を伝えていた。病名を伝えなかった施設の理由は、「患者から質問がない」「家族の反対」「ケアをしていくうえで支障がない」が上位を占めた。家族が病名を伝えることに反対する理由は、「患者の精神面への影響」「それに伴う病状悪化への心配」が挙げられた。予後や死期が近づいた時の治療方針・代理意思決定者に関する患者との話し合いについては、「ある程度話し合う」というものが多かった。話し合わない主な理由としては、いずれも「患者からの質問がない」「ケアをしていく上で支障がない」が上位を占めた。死期が近づいたときの治療方針について自分の意向(意思)を表明する人は、「時々いる」まで含めると76%となるが、代理意思決定者の表明については25%であった。患者の意識レベルが低下した時、患者の事前意思表明を尊重すること、また、家族や代理意思決定者と話し合うことについて、できていると評価するものが多かった。

患者本人と家族の意思の間の相違については、田村里子がソーシャルワーカーの立場から医療相談室での事例の結果をまとめた。それによると、患者と家族の意向の相違、ことに「病状説明についての意向の相違」が生じている背景には、「家族と本人の情報量の差の大きさ」や「(家族の)本人へのサポート不安」が要因として挙げられた。また、こうした相違は、「最期についての会話や共有が病前よりない」といった従来からの患者-家族の関係性、「発病によって最期についての会話や共有ができなくなった」という現在の患者-家族の関係性にも起因していることが指摘された。つぎに、平澤秀人が認知症患者の終末期について、患者本人と家族との意思について検討した結果、終末期の栄養補給(81%)や急変時に多くの処置(70%)を望まない家族が多かった。しかし、終末期医療について、患者本人と話し合いを持ったことがある例は44%と半数に満たず、本人の意向がはっきり表明されている例は少ないと考えられた。

終末期のがん患者をめぐる医療現場の実態について、一般病院を対象にした調査で松島英介は、まず情報提供について報告した。それによると、全ての病期を含むがん患者本人

への情報提供については、病名告知 65.9%、積極的な抗がん治療から緩和医療への移行など治療方針の確認 63.9%、延命処置の希望確認 53.9%、余命告知 30.1%で、提供内容が重いほど達成率が下がることがわかった。また、病名告知、治療方針の確認、余命告知は病床数の少ない病院ほど低くなる一方で、延命処置の希望確認は病床数が多くなるほど低い傾向がみられた。また、緩和医療への対応については、「疼痛の緩和」は、十分およびほぼ十分が 68.2%、呼吸困難や全身倦怠感などの「不快な身体症状の緩和」は、十分およびほぼ十分が 47.4%であったのに対して、「精神的な援助」は、十分およびほぼ十分が 23.2%、「社会的な援助」は、十分およびほぼ十分が 22.4%、「家族への支援」は、十分およびほぼ十分が 24.1%であり、身体面よりも心理社会面での対応の遅れが目立った。そして、緩和医療の対応が十分で、患者も家族もまた医療者も含めて「尊厳ある死」が迎えられたと思われる患者の割合について尋ねたところ、1割未満が 25.9%、2割～4割が 26.6%と十分達成できていないことが改めて判明した。つぎに、緩和ケア病棟における実態について池永昌之が検討したところ、診療所と緩和ケア病棟の連携の問題、末期がん患者の在宅中心静脈栄養施行に関する問題、在宅での看取りに関する問題、長期入院に関する問題、リンパ球療法や免疫賦活療法など保険適応外治療に関する問題、民間療法施行に関する問題などが挙げられることがわかった。また、在宅医療の実態について和田忠志は、在宅医療を受けて死亡したがん患者では、医師が疼痛緩和に積極的に対応しても、麻薬使用率は5割強であり、入院医療に比較して麻薬使用率は低いと考えられた。医療処置では、在宅酸素療法が高い頻度で使用されており、輸液は末梢輸液、中心静脈ルートからの輸液をあわせて四割以下の患者に実施されているのみであった。これらを考えると、非がん患者に比べて、がん患者の場合は在宅医療のインフラストラクチャーが整備されるだけで、自宅で死亡できる可能性が高いことも推察した。

甲斐克則は、ドイツでの事例をわが国の現状と照らし合わせ、患者の事前指示（アドバンス・ディレクティブ）ないしリビング・ウィル（書面による生前の意思表示）については、患者の意思を尊重するにせよ、立法というハードな方式ではなく、選択肢としては、書面に限らず多様な方式を採用するガイドラ

イン方式のような柔軟な対応をする方が妥当ではないかと結論している。しかし、課題として、家族・後見人の意思をどの程度考慮すべきかという問題が残り、これには患者本人が明確な意思表示または何らかの手がかりとなる意思表示をしていない以上、現段階ではさらに検討を要するとしている。

D. 考察

わが国の尊厳死に関する実際的な問題を4つの側面に分けて検討を行った結果、それぞれに重要なポイントを指摘することができた。

第一は患者本人の意思をどう生かしていくかという問題である。内富は悪い知らせの伝え方に関して、医療者の経験からガイドラインやコミュニケーション・スキル・トレーニング法が開発されているが、これらは必ずしも患者の意向に即していないことを取り上げ、患者の意向を反映できるような内容に変えていく必要性について言及した。また、竹中も指摘したように、がん患者の多くは、自身と同様の環境下にある他者との関係を求めている、その他者との関係の充足が「尊厳ある生」への援助において重要であることがわかった。さらに、松島たつ子が報告しているように、ホスピス緩和ケア病棟でさえ、自己の意思を明確に伝える者や代理意思決定者を指定する者は多くなく、終末期の治療の決定においては、家族との話し合いが重視されている現状が浮かび上がった。今後は、患者からの質問を待つだけでなく、もう一步踏み込んだコミュニケーションをとることにより、患者自身が自己決定していく過程を支援していく必要性が挙げられよう。法的には、甲斐が指摘しているような事前指示やその持続委任権の問題が関係してくるであろう。

第二は患者と家族の意向の相違の問題である。田村が触れたように、とくに「病状説明についての意向の相違」に関しては、「患者・家族の両者の持っている情報量の差」や、そこから関連して生じる「家族自身の患者本人へのサポート不安」について、いかに介入するかが、患者本人の意思決定プロセスを保障する上で重要であることが示唆された。また、平澤も述べているように、家族自身は患者の意向を反映した判断をしたいと考えているにも関わらず、患者と話し合いを持ったことがある例は多くない。これを解決するためには、日々の生活のなかで、何らかの形で終末期について話し合う機会を持つことが重要と考え

られる。

第三は一般の医療現場における緩和医療の実態についての問題である。松島が指摘したように、一般病院では緩和医療の中でも心理社会的な側面の対応が不十分であることがわかった。また、在宅医療については、「自宅で最期のときを過ごしたい人」は、国民の圧倒的多数であるにもかかわらず、大抵はその希望は実現されておらず、今後は在宅医療のインフラストラクチャーを整備する必要があることがわかった。

このように、「尊厳ある死」に至る「尊厳ある生」を如何に充実させるかという共通の課題に対して、現実の医療現場の解決すべき問題点がそれぞれに明確化された。

E. 結論

尊厳ある死を達成するためには、実際の医療現場ではまだまだ問題が多いことがわかった。また、患者本人の医師を生かした医療がどこまでできるか、患者と家族の意思の相違をどう扱っていくかも依然として大きな課題である。今後は、こうした点を踏まえて、より患者の尊厳を重視した対応が必要とされる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

松島英介：尊厳ある死について考える。平成 18 年度厚生労働科学研究終末期医療に関する研究班総合討論会「いま終末期医療をどう考えるか?」。東京，2007年2月25日。

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）
分担研究報告書

患者のニーズに合った緩和ケア病棟の役割に関する研究

分担研究者 淀川キリスト教病院ホスピス長 池永昌之

研究要旨

患者の求める尊厳死に沿った緩和ケア病棟の役割を明らかにするために、以下のような計画で、調査研究を行った。

全国の緩和ケア病棟を担当する責任医師を対象とし、郵送法による質問紙調査を行った。その結果、緩和ケア病棟の担当医師の多くは、在宅での末期がん患者の受け入れは重要と考えているが、実際のケアを在宅で行うことは難しいと考えていた。そして、実際の医療行為の提供（在宅中心静脈栄養や在宅での看取りなど）については、診療所においてフォローアップされるべきと考えていた。また、家族の介護力不足による長期入院患者への対応にも、ジレンマを感じていた。保険適応外治療、民間療法、経口抗腫瘍薬の緩和ケア病棟における施行に関しては、各施設においての態度に差が認められた。緩和ケア病棟という施設で支えることの現実のなかで、患者の抱く希望をできるだけ支えていくことの難しさが示された。その他の緩和ケアに関する問題（安全や転倒防止、喫煙、病名認知、病状認知など）においても、その対応は各施設の考え方や方針によって差があった。今後、緩和ケアの基本となるガイドラインが作成され、ケアの質が確保されることは、緩和ケア病棟を全国に普及させるためには不可欠なことと考えられた。

A. 研究目的

患者のニーズにあった緩和ケア病棟の役割について、専門職の意識調査を行い、今後の課題を明らかにする。その内容を検討・公表し、よりよい緩和医療提供システムを確立することに寄与する。

B. 研究方法

日本ホスピス緩和ケア協会の A 会員施設（緩和ケア病棟認可施設）の病棟責任担当医師を対象とし、郵送法による質問紙調査を行った。

質問内容は前年の調査結果をもとに作成した 11 カテゴリー、45 設問とした。その他に、入院ベッド数、平均在院日数、常勤医師数、看護師数を設問項目とした。

（倫理面への配慮）

質問紙調査は回答者に強制ではなく、すべて匿名で行い、結果は研究以外の目的以外には使用しないことを説明し、回答者の同意を

得た。

C. 結果

質問紙を送付した施設は 163 施設であり、うち有効回答施設数は 100 施設で、回答率は 61.3%であった。

回答施設の入院ベッド数は 10 床未満が 4%、10～14 床が 17%、15～19 床が 22%、20～24 床が 43%、25～29 床が 9%、30～34 床が 2%、35 床以上が 3%であった。また、平均在院日数は 20 日未満が 3%、20～29 日が 20%、30～39 日が 27%、40～49 日が 30%、50～59 日が 14%、60 日以上が 4%であった。そして、常勤医師数は 1.8 ± 1.1 名、看護師数は 16.2 ± 6.0 名であった。

調査結果は表に示す。

D. 考察

1、診療所と緩和ケア病棟の連携の問題
多くの緩和ケア病棟の責任担当医師は、診

療所との連携が重要であると考えていた（全くそう思う：81％）。また、半数以上において、緊急時には診療所の要請により、緩和ケア病棟は緊急入院を受けるべきと考えており（全くそう思う33％、少しそう思う25％）、一方で、緩和ケア病棟自体も訪問診療の機能を持つべきと考えていた。今後、緩和ケア病棟は診療所との連携と訪問診療の充実が重要になってくると考えられる。

2、末期がん患者の在宅中心静脈栄養施行に関する問題

緩和ケア病棟において在宅中心静脈栄養施行に積極的な関心を持っている施設は4分の1程度であったが（全くそう思う24％）、診療所が担当すべきとする意見のほうが多かった（全くそう思う38％）。実際的な在宅患者の医療行為については、診療所が担当すべきと考えていると予測された。

3、在宅での看取りに関する問題

在宅での看取りに関して積極的な関心を持っている緩和ケア施設は決して多くはなく（全くそう思う12％）、診療所や訪問看護ステーションが積極的に関わるべきとする意見が多かった。

4、長期入院に関する問題

長期入院に関する意見としては、緩和ケア病棟としては入院期間によって入院の適応を決めるべきではないとする意見が大多数を占め（全くそう思う53％、少しそう思う32％）、平均在院日数も何ヶ月間が適当という判断もできなかった。また一方で、症状緩和などが十分に行うことができれば、他の療養場所への転棟も考慮すべきであるという意見も多かった（全くそう思う25％、少しそう思う43％）。このことは、患者が家族の介護力の不足などにより、長期入院になった場合は、相反する悩み（入院継続と転院の促進）があることを示していると考えられる。

5、保険適応外治療に関する問題（保険適応外治療：リンパ球療法、免疫賦活療法など）

保険適応外治療に関しては、患者が希望すれば協力するべきという意見に対しては、否定的な回答が目立った（全くそうとは思わない26％、あまりそうとは思わない24％）。しかし一方で、すべて協力すべきではないという意見に対しては否定的な回答が多く（全

くそうとは思わない37％、あまりそうとは思わない31％）、患者と家族の希望に合わせて、ケースバイケースで対応している緩和ケア病棟の現状がうかがい知れた。

6、民間療法施行に関する問題（民間薬：サプリメント、補助食品など）

民間療法に対しては、施行にすべて協力すべきではないとする意見に、大部分の施設が否定的な回答をしていた（全くそうとは思わない40％、あまりそうとは思わない30％）。保険適応外治療と同じような傾向が強かったが、比較して民間療法のほうが緩和ケア病棟における許容度が高い傾向が認められた。

7、経口抗腫瘍薬に関する問題（経口抗腫瘍薬：イレッサやTS-1など）

イレッサやTS-1など経口抗腫瘍薬の緩和ケア病棟での使用については、意見が分かれた。緩和ケア病棟では経口抗腫瘍薬の使用はできないとする施設だけではなく、患者の希望によっては緩和ケア病棟で処方しても良いとする施設もあった。緩和ケア病棟は定額制であるので、保険適応外でも処方することはできるが、薬剤費による支出が増加するため、各施設における考え方によって行われていると推測される。おそらく、治療効果よりも患者の治療に対する希望をどこまで尊重するかによって、施行が決定されていると考えられる。

8、院内の事故防止や安全に関する問題

転倒の危険性が高いが患者の同意がない場合、行動の制限はしないが、繰り返し危険性を説明し、行動の制限の同意が得られるよう努力すべきであるとする意見が、大部分を占めた（全くそう思う45％、少しそう思う32％）。多くの施設においては、患者の行動をできるだけ制限したくないという意見と、しかし一方では、患者の安全のために行動を制限せざるを得ない現状であることが伺われた。

9、喫煙の援助に関する問題

喫煙の援助に関しても、各施設によって考え方が分かれた。つまりできる限り援助すべきであるとする施設、業務の範囲内で援助を行う施設、スタッフが援助するより家族に援助してもらおうべきという施設もあった。また、約半数の施設においては（まったくそう思う20％、少しそう思う26％）、患者のた

めの24時間喫煙できるスペースを施設内で確保すべきであると考えている。

研究内容については、第31回日本死の臨床研究会で発表する予定である。

10、患者に対する病名や病状の告知に関する問題

緩和ケア病棟に入院する患者に対して、病名や病状の認知をどの程度まで求めるかについても、各施設によって異なった。つまり、認知障害がない限り、病名告知を必要条件にしている施設から、必ずしもそう限定していない施設もあった。また、病状（治癒が不可能であるという事実）の認知についても、各施設によって異なった。

11、遺族のケアに関する問題

半数以上の施設において、遺族ケアの必要性は感じているものの、診療報酬上は認められていないため、改善を期待する声が多く寄せられた（全くそう思う30%、少しそう思う30%）。また今後、遺族ケアの基準が明確化されるべきである意見というも多く認められた（全くそう思う18%、少しそう思う43%）。

E. 結論

①緩和ケア病棟の担当医師の多くは、在宅での末期がん患者の受け入れは重要と考えているが、実際のケアを在宅で行うことは難しいと考えている。そして、実際の医療行為の提供（在宅中心静脈栄養や在宅での看取りなど）については、診療所においてフォローアップされるべきと考えていた。また、家族の介護力不足による長期入院患者への対応にも、ジレンマを感じている可能性が示された。

②保険適応外治療、民間療法、経口抗腫瘍薬の緩和ケア病棟における施行に関しては、各施設においての態度に差が認められた。緩和ケア病棟という施設で支えることの現実のなかで、患者の抱く希望をできるだけ支えていくことの難しさが示された。

③その他の緩和ケアに関する問題（安全や転倒防止、喫煙、病名認知、病状認知など）においても、その対応は各施設の考え方や方針によって差があった。今後、緩和ケアの基本となるガイドラインが作成され、ケアの質が確保されることは、緩和ケア病棟を全国に普及させるためには不可欠なことと考えられた。

F. 研究発表

論文・学会発表

④池永昌之 研究成果表

1、診療所と緩和ケア病棟の連携の問題	全くそうとは思わない
1、今後、診療所と緩和ケア病棟とは十分に連絡の取り合えるネットワークの形成が重要である。	7
2、緊急時には診療所の要請により、緩和ケア病棟は終末期がん患者の緊急入院をできるだけ受け入れるべきである。	3
3、緩和ケア病棟は、訪問診療の機能も持つべきである。	9
2、末期がん患者の在宅中心静脈栄養施行に関する問題	全くそうとは思わない
1、緩和ケア病棟は在宅中心静脈栄養を受けている末期がん患者を積極的に診療すべきである。	4
2、診療所が在宅中心静脈栄養を受けている末期がん患者を積極的に診療すべきである。	4
3、訪問看護ステーションは在宅中心静脈栄養を受けている末期がん患者を看護すべきである。	11
3、在宅での看取りに関する問題	全くそうとは思わない
1、緩和ケア病棟は末期がん患者の在宅での看取りを積極的に行うべきである。	11
2、診療所が末期がん患者の在宅での看取りを積極的に行うべきである。	3
3、訪問看護ステーションは末期がん患者の在宅での看取りを積極的に援助すべきである。	7
4、長期入院に関する問題	全くそうとは思わない
1、患者の希望があれば、期限なく緩和ケア病棟に入院できるべきである。	14
2、在宅療養が難しい場合、症状緩和などが十分に行うことができれば、他の療養場所への転院を検討するべきである。	4
3、緩和ケア病棟での入院は平均1ヶ月程度が適当である。	12
4、緩和ケア病棟での入院は平均2ヶ月程度が適当である。	12
5、緩和ケア病棟での入院は平均3ヶ月程度が適当である。	14
6、緩和ケア病棟への入院適応は入院期間だけで判断するべきではない。	7
7、家族の介護力がいないための理由で緩和ケア病棟に長期入院することは適当ではない。	8

④池永昌之 研究成果表

5、保険適応外治療に関する問題（保険適応外治療：リンパ球療法、免疫賦活療法など）	全くそうとは思わない
1、患者が希望するならば、どんな保険適応外の治療であっても可能な範囲で協力すべきである。	26
2、患者が希望しデメリットが強くなければ、保険適応外の治療でも可能な範囲で協力すべきである。	13
3、保険適応外治療を行う施設が治療の責任を持つならば、可能な範囲で協力すべきである。	10
4、経口薬による治療ならば、可能な範囲で協力すべきである。	7
5、保険適応外治療にはすべて協力すべきではない。	37
6、どんな治療でも治癒・がん縮小を目指した治療には協力すべきではない。	47

6、民間療法施行に関する問題（民間薬：サプリメント、補助食品など）	全くそうとは思わない
1、患者が希望するならば、どんな民間療法であっても施行に可能な範囲で協力すべきである。	21
2、患者が希望しデメリットが強くなければ、民間療法の施行に可能な範囲で協力すべきである。	9
3、民間療法の施行にはすべて協力すべきではない。	40
4、治癒・がん縮小を目指した民間療法には協力すべきではない。	40

7、経口抗腫瘍薬に関する問題（経口抗腫瘍薬：イレッサやTS-1など）	全くそうとは思わない
1、経口抗腫瘍薬の内服を希望する患者はすべて、緩和ケア病棟に入院すべきではない。	20
2、経口抗腫瘍薬により治癒・がん縮小を患者、家族が希望している場合には、緩和ケア病棟に入院すべきではない。	13
3、他院・他科で経口抗腫瘍薬が処方でき、患者が希望しデメリットが少ないならば、入院中に内服も可能とすべきである。	11
4、患者が希望しデメリットが少ないならば、経口抗腫瘍薬でも緩和ケア病棟で処方してもよい。	16

④池永昌之 研究成果表

8、院内の事故防止や安全に関する問題	全くそうとは思わない
1、患者や家族の同意があれば、転倒の危険性があっても、行動を制限するべきではない。	7
2、転倒の危険性が高い場合には、患者の行動を制限せざるを得ない。	6
3、転倒の危険性が高く、患者の同意がない場合、行動を制限しないが、繰り返し危険性を説明し同意が得られるよう努力すべきである。	4
★行動の制限: 離床センサー、ナースコールマット、ベッド柵設置、 家族の付き添い、移動時にナースコールを押すように指導など	
9、喫煙の援助に関する問題	全くそうとは思わない
1、患者の喫煙についてはできるだけ援助すべきである。	15
2、患者の喫煙については、業務に差し支えなければ、できるだけ援助すべきで	13
3、患者の喫煙については、時間帯をあらかじめ決めて、できるだけ援助すべき	14
4、患者の喫煙は原則として家族が援助すべきである。	12
5、末期がん患者が24時間喫煙できるスペースを施設内で確保すべきである。	15
10、患者に対する病名や病状の告知に関する問題	全くそうとは思わない
1、緩和ケア病棟に入院する患者は、認知障害がない限り、病名を告知されていなければならない。	9
2、病名告知されていなくとも、家族の強い希望があれば、入院を受け入れるべきである。	12
3、緩和ケア病棟に入院する患者は、認知障害がない限り、治癒が不可能であるという病状を告知されていなければならない。	8
4、治癒が不可能であるという病状告知されていなくとも、家族の強い希望があれば、入院を受け入れるべきである。	10
11、遺族のケアに関する問題	全くそうとは思わない
1、遺族ケアが診療報酬上に認められるべきである。	8
2、遺族ケアを行うスタッフの配置が義務づけられるべきである。	5
3、緩和ケア病棟における遺族ケアの基準が明確化されるべきである。	6

④池永昌之 研究成果表

あまりそうとは思わない	どちらともいえない	少しそう思う	全くそう思う	平均値
2	3	7	81	4.53
14	25	25	33	3.71
13	27	26	24	3.43

あまりそうとは思わない	どちらともいえない	少しそう思う	全くそう思う	平均値
20	31	21	24	3.41
7	25	26	38	3.87
21	30	26	11	3.07

あまりそうとは思わない	どちらともいえない	少しそう思う	全くそう思う	平均値
21	30	26	12	3.07
9	15	22	51	4.09
3	8	22	60	4.25

あまりそうとは思わない	どちらともいえない	少しそう思う	全くそう思う	平均値
26	26	19	14	2.93
7	21	43	25	3.78
21	26	21	19	3.14
19	24	31	13	3.14
32	36	11	6	2.63
3	5	32	53	4.21
23	17	24	28	3.41

④池永昌之 研究成果表

あまりそうとは思わない	どちらともいえない	少しそう思う	全くそう思う	平均値
24	28	16	5	2.49
18	17	39	13	3.21
16	30	35	9	3.17
21	36	26	9	3.09
31	17	5	9	2.18
26	12	4	11	2.06

あまりそうとは思わない	どちらともいえない	少しそう思う	全くそう思う	平均値
18	27	28	6	2.8
12	16	44	19	3.52
30	17	5	8	2.11
27	16	6	11	2.21

あまりそうとは思わない	どちらともいえない	少しそう思う	全くそう思う	平均値
24	27	15	13	2.77
15	27	23	21	3.24
16	23	31	17	3.28
18	26	28	11	3

④池永昌之 研究成果表

あまりそうとは思わない	どちらともいえない	少し思う	全く思う	平均値
19	26	34	13	3.27
19	25	40	9	3.27
8	10	32	45	4.07

あまりそうとは思わない	どちらともいえない	少し思う	全く思う	平均値
14	23	35	12	3.15
12	18	33	23	3.42
22	26	28	9	2.96
30	27	20	10	2.86
19	19	26	20	3.17

あまりそうとは思わない	どちらともいえない	少し思う	全く思う	平均値
24	19	30	17	3.22
18	21	29	19	3.25
19	24	30	18	3.31
19	22	32	16	3.25

あまりそうとは思わない	どちらともいえない	少し思う	全く思う	平均値
10	20	30	30	3.65
17	32	31	13	3.31
9	22	43	18	3.59

難治がん患者の抑うつに関する研究

分担研究者 内富庸介 国立がんセンター東病院臨床開発センター
精神腫瘍学開発部

研究要旨 わが国のがん医療における悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向を明らかにするために The Measure of Patients' Preferences (MPP) を用いてさまざまなコミュニケーションに対する重要性を5段階で評価した。529名のがん患者が質問紙へ回答した。MPP各項目の重要性の評価は、「最も良い治療法を伝えてくれる」への重要性が高く、「手や肩に触れる」への評価が低かった。また因子分析の結果、患者の意向は「情緒的サポート」、「医学的情報」、「明確な説明」、「質問の促進」、「場の設定」の5因子構造であることが示唆された。各因子への関連要因を検討するために重回帰分析を行った結果、性別、年齢、教育経験年数といった社会的背景、前向き、不安といった心理的状态、再発・転移の有無といった医学的状态が関連した。

A. 研究目的

難治がんの病名や再発、積極的抗がん治療の中止といった「悪い知らせ」は伝えられる患者にとって辛い出来事であり、その際の医師のコミュニケーションが患者のストレスに関連することが示唆されている。

そのため、悪い知らせの伝え方に関して医療者の経験からガイドラインやコミュニケーション・スキル・トレーニング法が開発されている。しかしながら、このようなガイドラインやコミュニケーション・スキル・トレーニングは必ずしも患者の意向に即していないことが指摘されている。

そこでParkerら（2001）は、米国MDアンダーソンがんセンターにおいて外来通院患者を対象とした質問紙調査を行い、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向を検討した。評価内容は事前に作成した47項目からなる医師のコミュニケーション・スタイルについてどの程度重要であるかを5件法で評価する質問紙、および患者の社会的背景、医学的状态、心理的状态である。その結果、患者の意向は、「伝える内容と伝え方」、「情緒的サポート」、「場の設定」の3因子構造であることが示唆された。さらに、男性よりも女性の方が「伝える内容と伝

え方」、「情緒的サポート」に対してより重要であると感じていること、教育経験年数が長い患者の方が教育経験年数が短い患者よりも「伝える内容と伝え方」、「場の設定」に対してより重要であると感じていること、若年者の方が高齢者よりも「場の設定」をより重要であると感じていることが示唆された。一方、医学的状态は患者のコミュニケーションに対する意向に関連しなかった。

コミュニケーションは文化により異なることは文化人類学的に広く知られているが、患者-医師間のコミュニケーションにおいても文化差があることが先行研究によって示唆されている。

そこで本研究は、米国で開発された悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向を評価する質問票を用いてわが国のがん患者の悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の検討を目的として行われた。

B. 研究方法

本研究は悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向を明らかにするための横断調査である。

対象の適格基準は、1. がんの診断が伝えられている、2. 20歳以上である、3. 日本語が

理解できる、4. 書面による同意を得られた患者とした。調査の支障になるような認知機能障害や重篤な身体症状をもつと担当医が判断した患者は除外した。

がんセンター東病院外来を受診したがん患者に対して、社会的背景（性別、年齢、婚姻状況、教育経験年数、雇用状況）、医学的状态（がんの種類、病期、再発・転移の有無）、心理的状态（がんに対する適応感、抑うつ・不安）を評価した。本研究のメインアウトカムである、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向については、米国 MD アンダーソンがんセンターで開発された The Measure of Patients' Preferences (MPP) を用いて評価した。

解析として、コミュニケーションに対する患者の意向の重要性の評価として記述統計を行い、構成概念を検討するために MPP の因子分析を行い、各構成要素に関連する要因を検討するために、MPP の各因子を従属変数、社会的背景、医学的状态、心理的状态を独立変数とする重回帰分析を行うこととした。

（倫理面への配慮）

本研究計画は国立がんセンターの倫理審査委員会に承認されている。また、研究内容について十分な説明を行った上で、書面による本人の同意を得た上で実施された。

C. 研究結果

調査期間中 36 名の医師の外来を受診した 1056 名のうち、適格症例は 656 例であり、うち 34 例は調査の説明を拒否し、47 例とはコンタクトが取れなかった。調査の説明を受けた 575 名のうち 9 名は研究への参加を拒否したため、566 名の患者に対して質問紙を配布し、529 例 (93.5%) が回答した。適格症例の 80.6% (529 名/656 名) が解析対象となった。

背景として、対象者の年齢は平均 62 ± 11 歳（範囲 26-97 歳）、男性が 51.8%、既婚者が 85.4%、教育経験年数が 10 年以上が 81.5% であった。がん種としては消化器がんが 34.7%、乳がんが 23.5%、頭頸部がんが 21.2%、肺がんが 20.2% であった。再発・転移例が 56.5%、現在治療中の患者は 25.5% であった。がん診断を伝えられてからの期間は平均 3.3 年であった。

MPP の各項目の平均値を算出した結果、「直接会って伝える」の重要性の評価が最も高く、次いで、「最も良い治療法を伝えてくれる」、

「最善を尽くすことを伝えてくれる」が挙げられた。一方、重要性の評価の低い項目は、「手を握ったり肩に手をかける」、「他の医療者（例えば、看護師）を同席させる」、「自分のがんを家族や友人に伝える方法を手助けする」であった。

構成概念を検討するために探索的因子分析を行い、モデルの適合度を検討した結果、「情緒的サポート」、「医学的情報」、「明確な説明」、「質問の促進」、「場の設定」の 5 因子構造であることが示唆された。

MPP の各因子と社会的背景、医学的状态、心理的状态の関連を検討するために重回帰分析を行った結果、女性、より前向き、より不安が強い患者はすべての因子に対して重要性の評価が高かった。教育経験年数が多い患者は少ない患者よりも「情緒的サポート」を除いた 4 つの因子に対して重要性の評価が高かった。若年の患者は高齢の患者よりも「医学的情報」、「明確な説明」、「質問の促進」因子に対して重要性の評価が高かった。再発・転移のある患者はない患者よりも「質問の促進」因子に対する重要性の評価が低かった。

D. 考察

本研究では、わが国のがん医療における悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向を明らかにした。500 名を超える比較的大きな数のさまざまな背景のがん患者を対象とした。

重要性の評価に関する平均値は、米国における評価と比して、全体的に 0.5 ポイント (5 件法) 低い結果であった。各項目の平均値の順位は米国の結果と見比べると、「最も良い治療法を伝えてくれる」に対する重要性が高く、「手や肩に触れる」や「他の医療者を同席させる」への評価が低いなど部分的に共通点が認められた。一方で、「家族にがんの診断を伝えて欲しい」、「家族に予後伝えて欲しい」といった家族中心なコミュニケーションに関連する項目は米国よりも日本のがん患者の方が重要性への評価が高かった。また、「十分気遣ってくれる」、「あらゆる治療選択肢を提示する」に関する重要性の評価が米国の結果よりも低く、「よく知っている医師から伝えられる」への評価が高いなど、Akabayashi (1999) が指摘しているように、わが国における患者-医師関係では欧米よりも医師に父権性が求められるようである。

患者のコミュニケーションに対する意向の

構成概念を因子分析を用いて検討した結果、米国の3因子構造を支持せず、5因子構造であることが示唆された。「情緒的サポート」因子の寄与率が最も高かったことから、わが国のがん患者は悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションとして医師に対して気持ちへの配慮が最も強く望んでいると考えられる。また、米国の結果では第1因子であった「伝える内容と伝え方」は本研究結果では、「医学的情報」と「明確な説明」の2因子に分かれたことは、この2因子が独立した概念であることを示唆し、さらに、本研究で新たに「質問の促進」という因子が構成されたことを考慮すると、米国よりもわが国のがん患者の意向が複雑であることを示唆していると考えられる。

コミュニケーションに対する患者の意向の関連要因を検討するために、重回帰分析を行った結果、性別、教育経験年数、年齢といった社会的要因、前向き、不安といった心理的状态、身体的状態としては再発・転移の有無がコミュニケーションに対する意向の各因子と関連していることが示唆された。しかしながら各因子への関連がそれぞれ小さいことから医師は個々の患者の意向を把握するコミュニケーション・スキルが必要であると考えられる。

本研究の限界として3点挙げられる。第一に米国における結果と本研究結果の相違点は文化による違いだけでなく、対象となった患者のがん種の違いがあるかもしれない。しかしながら、本研究においても米国の研究においてもがん種によってコミュニケーションに対する意向の違いが認められていないことから、結果の解釈に影響する要因ではないと考えられる。第二に、単一施設による調査であるという点である。わが国のがん患者のコミュニケーションに対する意向を反映していない可能性があるため、本研究ではさまざまな背景の患者を対象とした。第三に横断調査であるため、病気の進行度による意向の違いなどは不明である。しかし、さまざまな病期の患者を対象とした。

E. 結論

本研究により、わが国のがん医療における悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向とその関連要因が明らかとなった。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Nakaya N, Uchitomi Y, et al. : Personality traits and cancer survival: a Danish cohort study, *Br J Cancer*. 95:146-152,2006
2. Saito-Nakaya K, Uchitomi Y, et al. : Marital status, social support and survival after curative resection in non-small-cell lung cancer. *Cancer Sci*, 97:206-213,2006
3. Nakaya N, Uchitomi Y, et al. : The Lung Cancer Database Project at the National Cancer Center, Japan: Study Design, Corresponding Rate and Profiles of Cohort, *Jpn J Clin Oncol*, 36:280-284,2006
4. Akechi T, Uchitomi Y, et al. : Psychological Distress Experienced by Families of Cancer Patients: Preliminary Findings from Psychiatric Consultation of a Cancer Center Hospital, *Jpn J Clin Oncol*, 36:329-332, 2006
5. Yoshikawa E, Uchitomi Y, et al.: Prefrontal Cortex and Amygdala Volume in First Minor or Major Depressive Episode After Cancer Diagnosis, *Biol Psychiatry*, 59:707-712,2005
6. Akechi T, Uchitomi Y, et al. : Alcohol consumption and suicide among middle-aged men in Japan, *Br J Psychiatry*, 188:231-236,2006
7. Morita T, Uchitomi Y, et al.: Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan, *Neurosci Res*, 56:344-346,2006
8. Hirai K, Uchitomi Y, et al.: Good Death in Japanese Cancer Care: A Qualitative Study, *J Pain Symptom Manage.*, 31:140-147,2006
9. Akechi T, Uchitomi Y, et al.: Screening for depression in terminally ill cancer patients in Japan., *J Pain Symptom Manage*, 31:5-12,2006
10. Nakaya N, Uchitomi Y, et al.: Depression and survival in patients with non-small cell lung cancer after curative resection: a preliminary study, *Cancer Sci*, 97:199-205,2006
11. Akechi T, Uchitomi Y, et al. : Course of psychological distress and its predictors in advanced non-small cell lung cancer patients, *Psychooncology*, 15:463-473,2006
12. Matsuoka Y, Uchitomi Y, et al.: Cavum septi pellucidi and intrusive recollections in cancer survivors. *Neurosci Res*, 56:344-346,2006