

201020045A (別冊あり)

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

緩和医療に携わる
医療従事者の育成に関する研究

平成 22 年度総括・分担研究報告書

研究代表者 木澤 義之

平成 23 (2011) 年 3 月

目 次

I.総括研究報告書	
緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究	3
木澤義之	
《別添資料》	
PEACE 指導者研修会の評価	8
ホスピス緩和ケア病棟におけるアドバンスケアプランニングに関する全国調査	10
緩和ケアチームの活動の実態に関する全国調査報告書	22
II.分担研究報告書	
1. 緩和医療に携わる医療従事者およびチームの育成に関する研究 (がん診療連携拠点病院等の緩和ケアチームに対する研修会プログラムの開発と評価)	27
橋爪隆弘、中澤葉宇子	
2. 緩和ケアチーム研修会の評価に関する研究	37
中澤葉宇子	
3. 緩和医療に携わる医師の育成に関する研究 (緩和ケアチームの活動評価)	41
森田達也、中澤葉宇子	
4. 緩和ケアチームの教育に関する研究	47
大滝純司	
5. 緩和医療に携わる精神腫瘍医の育成に関する研究	49
小川朝生	
6. 緩和医療に従事する医師の育成に関する研究	51
佐藤哲観	
7. 「がん医療に携わる医師のための緩和ケア基本研修会」の効果を検討するための評価指標開発のための研究	52
山本 亮	
8. 緩和医療に携わる小児科医の育成に関する研究	54
永山 淳	
9. 緩和医療に携わる小児科医の育成に関する研究 (CLIC の実施性の検証に関する研究)	56
多田羅竜平	
10. がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究 (リハビリテーションスタッフの育成に関する研究)	58
岡村仁	
11. 緩和医療に携わる看護師の育成に関する研究	62
笹原朋代	
12. 緩和医療に携わる看護師の育成に関する研究 (ELNEC-J の実施性の検証に関する研究)	65
高橋美賀子	
13. 看護師の育成の評価に関する研究	68
宮下光令	
14. がん医療に携わる心理士の教育プログラムに向けた実態調査—精神科医との関係から—	70
岩満優美	
15. 病院薬剤師における緩和医療に関する教育の必要性に関する調査～薬剤師のスキルや知識が客観的に評価できる調査票の作成～	75
伊勢雄也	

Ⅲ.研究成果の刊行に関する一覧表	77
------------------------	----

I. 総括研究報告書

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
総括研究報告書

緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究

研究代表者：国立大学法人筑波大学大学院人間総合科学研究科講師 木澤 義之

研究要旨 本年度は研究班の初年度として研究を統括するほか、研究者としてすべてのがん診療に携わる医師に対する緩和ケア教育プログラムである PEACE プログラムの指導者研修会の評価を行った。また、昨年作成された PEACE プログラムの追加モジュールのうち、アドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP と省略）に対する知見が極めて不足しているため、ACP に関する全国調査を行いその知見を収集した。また、緩和ケアチームの効果的な育成方法を開発するために、緩和ケアチームの活動実態調査を行いその実態を把握し、専門家パネルによって新しい緩和ケアチームの教育プログラムの開発を行った。加えて、全ての医師に対して緩和ケアの教育を効果的に行うには医師に対して卒業前に緩和ケアの教育を行うことが効率的、効果的と考えられたため、医学部・医科大学卒前教育における緩和ケアの教育方法の開発に関する研究を実施した。

本研究の成果により、医療従事者に対する各種の教育プログラムが開発されその有効性が検証された。（緩和ケアチーム、医師、看護師、小児科医）。また、ACP に関する全国調査が行われ、今後のプログラム改訂の基礎資料となった。医師に対する緩和ケア研修会の評価が行われ、その有効性が明らかとなった。加えて、わが国初の緩和ケアチームの活動に関する全国調査が行われその活動の概要が明らかとなった。調査結果に基づいて、新たな緩和ケアチームの教育プログラムを現在作成中である。

今後は上記の調査結果に基づいた教育プログラムを各分野で作成し、普及を進めるのと並行して、その教育効果を検証する必要がある

分担研究者氏名及び所属施設	永山 淳	ピースクリニック中井 院長
研究者氏名 所属施設名及び職名	多田羅 竜平	大阪市立総合医療センター緩和医療科兼小児内科 医長
森田 達也 聖隷三方原病院 緩和支持治療科 部長	宮下 光令	東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻緩和ケア看護学分 野 教授
岡村 仁 広島大学大学院保健学研究科 教授	高橋美賀子	聖路加国際病院 看護師
大滝 純司 東京医科大学 総合診療医 学・医学教育学 教授	笹原 朋代	筑波大学大学院人間総合科学 研究科 講師
佐藤 哲観 弘前大学医学部附属病院麻酔 科・緩和ケア診療室 講師	中澤葉宇子	国立がん研究センター中央病 院臨床試験・治療開発部
橋爪 隆弘 市立秋田総合病院外科 緩和ケアチーム	岩満 優美	北里大学大学院医療系研究科 教授
小川 朝生 国立がん研究センター東病院 臨床開発センター精神腫瘍学 開発部心理社会学室 室長	伊勢 雄也	日本医科大学付属病院薬剤部
山本 亮 佐久総合病院総合診療科 部長		

A. 研究目的

本研究の目的は、わが国の緩和ケアの均てん化に資するため、全国のがん診療拠点病院をはじめとするがん診療を行っている病院において専門的な緩和ケア実践の核となっている緩和ケアチームが 1) どのように活動すれば効果的に活動できるかその指針を作成し 2) 効果的に活動するための教育プログラムを開発・実践し、その効果的な教育方法を明らかにすることである。加えて、緩和ケアチームと協働して基本的な緩和ケアを実践するがん診療に携わる医師、看護師、コメディカルスタッフ(リハビリスタッフ、心理療法士、薬剤師等)の教育方法についても検討を行う。1年目(平成22年度)は、国立がん研究センターと共同して緩和ケアチーム研修会を開催し、その教育効果を検証するほか、緩和ケアチームが効果的に活動するための指針(案)の作成を開始した。加えて基本的な緩和ケアを各地域や施設で実践するのに必要な、医師、小児科医師、看護師及びコメディカル等を対象とした緩和医療の教育プログラムの開発を行った。加えて、緩和ケアチームの教育に必要な緩和ケアチームの活動実態調査、緩和ケア研修会の指導者研修会の評価、ホスピス・緩和ケア病棟におけるアドバンスケアプランニングの調査を実施した。(緩和ケアチーム研修会の評価、小児緩和ケア教育プログラムCLICの実践と評価、ELNEC-Jの実践と評価、プログラムの改訂、薬剤師、心理士、リハビリテーションにおける緩和ケア教育に関する研究については重複の記述を避けるためそれぞれの分担研究者の記述を参考にされたい。)

B. 研究方法

【緩和ケア研修会指導者研修会の評価】2007年9月1日から2009年3月31日までに行われた日本緩和医療学会が主催した緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会の修了者568名を対象として、2010年10月に郵送による無記名の質問紙調査を行った。調査項目は、背景因子、企画責任者の経験、研修会の開催回数、研修会の開催状況、緩和ケアの診療および教育に関する自信、行動変化などとした。

【ホスピス緩和ケア病棟におけるアドバンスケアプランニングに関する全国調査】平成22年8月1日時点で日本ホスピス緩和ケア協会に加盟しているホスピス緩和ケア病棟203施設を対象とし、後ろ向きによるカルテ

調査。及び施設代表者の医師に対する質問紙調査をおこなった。調査対象者は対象施設で死亡したがん患者のうち、平成22年11月30日からさかのぼって直近3名の患者計609名、ならびに施設代表者の医師203名とした。カルテ調査者は対象施設の研究実施責任者とし、各研究対象施設に所属する医師1名を調査責任者として各施設の研究承諾取得時に特定した。調査項目は対象患者の死亡時年齢、性別、入院日、死亡退院日、原発部位、緩和ケア初診以前のACP(①心肺蘇生 ②人工呼吸器の使用 ③経管栄養 ④抗菌薬の使用 ⑤医療に関する代理意思決定者)の有無、緩和ケア初診時の意思決定能力、緩和ケア病棟の入院を誰が決定したか、緩和ケア病棟入院から死亡までのACP(上記5項目)の有無およびその決定日、DNARを誰から聴取したか、緩和ケア病棟担当医師のACPおよびADに関する行動と態度(Davidson, et al. JAMA1989, Hirschman JPM 2010, Hu et al. Soc Sci Med 2010より一部修正引用)とした。

(詳細は別紙参照)

【緩和ケアチームの活動実態に関する全国調査】郵送法による無記名質問紙調査および電話による聞き取り調査を行った。質問紙を郵送する前に、緩和ケア研修会修了者が登録しているメーリングリスト等を通して本調査の実施に対して事前および研究実施中に呼び掛けた。未返送施設にははがきで1回督促を行い、さらに返送のない施設には研究代表者が電話で督促及び聞き取りを行い、聞き取りにて緩和ケアチームがないと回答した施設は、緩和ケアチームなし、回答ありとして処理した。調査対象施設は(1)2010年4月1日時点におけるがん診療連携拠点病院(2)2010年8月1日時点における日本緩和医療学会評議員、または暫定指導医、または緩和医療専門医の所属施設(3)2010年7月17日時点における日本ホスピス緩和ケア協会加盟の緩和ケア病棟のある施設(4)2008年9月1日~2009年3月31日までに日本緩和医療学会主催緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会を修了した医師568名の所属する施設上記の4条件に当てはまる828施設の緩和ケアチーム担当者もしくは緩和ケア担当者に依頼状と質問紙を郵送した。ひとつの施設には重複して郵送しないように1施設1通のみ質問紙を郵送することとした。調査期間は2010年10月から2011年1月。メーリングリスト

および葉書によって未返送施設に督促を1回行った後に、12月中旬に全未返送施設に研究代表者が電話で督促を行い、緩和ケアチームの有無のみ聞き取りを行った。

【緩和ケアチームの教育プログラムの作成】

上記の緩和ケアチームの調査及び平成19-22年度まで行った緩和ケアチーム研修会の成果をもとに、専門家の討議によって緩和ケアチームの教育プログラムを作成した。

【卒前緩和ケア教育に関する研究】

前年度までの研究成果をまとめ、緩和ケア教育の卒前教育や卒後臨床研修への導入について検討を行った。

(倫理面への配慮)

調査にあたっては、調査対象者のプライバシーに配慮し、書面ないし口頭での同意のもと調査を実施した。調査の解析の際には個人を特定できないように配慮したうえでを行った。

また、【緩和ケア研修会指導者研修会の評価】

【ホスピス緩和ケア病棟におけるアドバンスケアプランニングに関する全国調査】に関しては、研究代表者の所属する筑波大学大学院人間総合科学研究科の倫理委員会承認を得たうえで研究を実施した。

C. 結果

【緩和ケア研修会指導者研修会の評価】

2007年9月1日から2009年3月31日までに行われた日本緩和医療学会が主催した緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会の修了者568名に調査用紙を郵送し、443名(78%)から回答を得た。調査対象者の背景は平均年齢48歳、男性(86%)、平均臨床経験年数22年、専門緩和ケア従事年数平均3.5年であった。修了者の64%が緩和ケア研修会の企画責任者として研修会を開催しており、94%がファシリテーターとして研修会の開催に協力していた。10回以上ファシリテーターをしている医師が23%であった。指導者同士のネットワークが機能していると回答した医師が74%であった。また、研修会の前後で緩和ケアの診療と教育に関するポジティブな行動変化が調査全項目において有意に見られた。(p<0.001 Wilcoxon 順位和検定) 詳細は別紙参照のこと。

【ホスピス緩和ケア病棟におけるアドバンスケアプランニングに関する全国調査】

203施設に調査票を送付し、99施設から回答を得た。(返送率49%) また、各施設の患者カルテ3名ずつ、合計計297名の患者のカルテが調査され、各施設の医師1名、合計99名より調査票の返送があった。調査結果により①ホスピス・緩和ケア受診時の意思決定の状況、②ホスピス緩和ケア初診時およびホスピス・緩和ケア病棟におけるACPの現状、③ホスピス・緩和ケア病棟におけるDNARオーダーの状況、④ホスピス緩和ケア病棟に勤務する医師のACPに関する行動および意向が明らかとなった。詳細は別紙参照のこと。

また、上記研究の文献レビューをオーストラリアメルボルンで開かれた第1回アドバンスケアプランニング国際学会で発表した。

【緩和ケアチームの活動実態に関する全国調査】

828施設に調査票を送付し、785施設(郵送720施設、電話で回答65施設)から回答を得た。(返送率90.7%) 返送施設のうち、緩和ケアチームがあると回答した施設は541施設(65.3%)であった。緩和ケアチームの機能としては、緩和ケア外来診療機能を持つ施設が409施設(75.6%)、地域緩和ケアチーム診療機能を持つ施設が74施設(13.7%)、緩和ケアチームが所属する施設の組織図上明確となっている施設が509施設(94.1%)であった。

緩和ケアチームの人員配置は、専従医師が配置されているチームが214施設(39.6%)、専従看護師が配置されているチームは374施設(69.1%)であった。

緩和ケアチームが入院で新規に診療を行った患者数は2009年4月1日から2010年3月31日までの1年間で、541施設を合計して43716名(平均86.1名)、外来で新規に診療を行った患者数は10216名(平均49.9名)、地域緩和ケアチームで診療を行った患者数は519名であった。調査結果の詳細は別紙に示す。

【緩和ケアチームの教育プログラムの作成】

上記の緩和ケアチームの調査及び平成19-22年度まで行った緩和ケアチーム研修会の成果をもとに、専門家の討議によって緩和ケアチームの教育プログラムを作成中である。

【卒前緩和ケア教育に関する研究】

前年度までの研究成果をまとめ、デルファイ法を用いて作成された卒前緩和ケアシラバスを果をモントリオール国際ホスピス・緩和

ケア学会で発表した。また、本カリキュラムの緩和ケア教育の卒前教育や卒後臨床研修への導入について検討を行った。

D. 考察

【緩和ケア研修会指導者研修会の評価】 緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会の実施により修了者の94%がファシリテーターとして研修会の開催に協力し、64%が緩和ケア研修会を企画・開催していた。また10回以上ファシリテーターをしている医師が23%おり、本指導者研修会が緩和ケアの研修事業に大きな寄与をしていることが明らかとなった。研修会の前後で緩和ケアの診療と教育に関するポジティブな行動変化が調査全項目において有意にみられ、指導者研修会の実施は、参加者にポジティブな影響を与えたと考えられる。加えて、指導者研修会への参加と緩和ケア研修会の実施によって、各地方で指導者同士の緩和ケアに関するネットワークが形成されてきていることが明らかとなった。

【ホスピス緩和ケア病棟におけるアドバンスケアプランニングに関する全国調査】

1) ホスピス・緩和ケア受診の意思決定の状況：多くの患者は患者自身の同意のもとホスピス・緩和ケア病棟に入院するが、約2割の患者は、意思決定能力の低下などの理由により、家族や重要他者の意向によって緩和ケアを初診していることが明らかとなった。

2) ホスピス・緩和ケア初診時およびホスピス・緩和ケア病棟におけるACPの現状

ホスピス緩和ケア病棟におけるACPは十分に行われているとは言えず、ケアの目標の共有は約60%、それぞれの医療行為や代理決定者の選定に対するADの表明は10-50%にとどまり、特に経管栄養の実施や抗菌薬の使用に関してはADの表明がなされていなかった。これには、患者の意思決定能力が低下していることが影響している可能性がある。また、経管栄養の実施や抗菌薬の使用についてそのさし控えを相談することはわが国では一般的でないこともその一因として考えられる。

3) ホスピス・緩和ケア病棟におけるDNARオーダーの状況：ホスピス・緩和ケア病棟入院した患者でDNARオーダーがなされていたものは72%であった。これは、いままでわが国で報告されているよりも低い。その理由には次のようなものが考えられる。①CPRが実施された可能性②施設の規則として心肺蘇生

が行われなかった可能性③患者一家族一医療者間の暗黙の同意によりCPRが行われなかった可能性。しかしながら、わが国では一般的に緩和ケア病棟ではCPRは行われていないと考えられ、②、③の可能性が高いと考えられる。今後、さらに追加調査を行いその実態を明らかにする必要がある。

4) ホスピス緩和ケア病棟に勤務する医師のACPに関する行動および意向：患者・家族の病状理解を確認する、患者、家族とケアのゴールを共有する、患者さんの希望する療養場所を確認する、などは医師が重要であると考えており、かつ実践もできている項目だが、「患者さんに、将来の意思決定能力の低下に備えて、医療に関する代理意思決定者を尋ねる」(重要；79%、実践；40%)、「患者さんに(既存の)アドバンスディレクティブがあるかを尋ねる」(重要；69%、実践；30%)、「患者さんにアドバンスディレクティブを表明するように奨める」(重要；63%、実践；35%)の3項目は、医師は重要と考えているが実践できていない項目と考えられた。また、医師はACPに対してポジティブな意向を持っている一方で、「ADの表明には、患者が終末期になった場合、冒険的な治療に関する患者の意向が変化するという問題点が内在している」「ADが広く社会的に容認されると、たとえADが表明されていない患者においても、積極的治療がより行われなくなることにつながる」などの懸念や、「ACPを行うにあたり、家族ではなく本人にエンドオブライフケアに関する希望を聞くことに困難を感じる」「ACPを行うにあたり、病状の説明を率直に行うことに困難を感じる」「ACPを行うにあたり、患者の意思決定能力を判断することに困難を感じる」など、ACPのプロセスをどのようにおこなったらよいかに関する自信のなさを持っていることが明らかとなった。今後これらの、1)重要と考えているが実践できていないこと、2)ACPに関する懸念、3)ACPを行うための困難な点を解決するための教育プログラムの作成と実践が求められる。

【緩和ケアチームの活動実態に関する全国調査】わが国の専門緩和ケアサービスの中で、いままでその活動実態が分かっていた緩和ケアチームの活動の実態が初めて明らかとなった。緩和ケアチームが1年間で新規に診療を行った患者数は入院で43716名(平均86.1名)、外来で10216名(平均49.9名)、

地域域緩和ケアチームで 519 名であり、合計 54451 名であり、この数はがん死亡患者数の約 15%に相当することが明らかとなった。この実数の把握により、わが国の専門緩和ケアサービスを諸外国と比較することが可能となった。

【緩和ケアチームの教育プログラムの作成】

上記の緩和ケアチームの調査及び平成 19-22 年度まで行った緩和ケアチーム研修会の成果をもとに、専門家の討議によって緩和ケアチームの教育プログラムを作成中である。来年度には新規に作成されたプログラムを用いて研修会を実施し、その教育効果を測定してゆきたい。

【卒前緩和ケア教育に関する研究】

来年度以降は本年度までに作成された緩和ケアのシラバスの普及を図り、シラバスに基づいた教育プログラムの開発を行ってゆきたい。

E. 結論

医療従事者に対する各種の教育プログラムが開発されその有効性が検証された。(緩和ケアチーム、医師、看護師、小児科医)。また、わが国初の ACP に関する全国調査が行われその実態が明らかとなり、患者家族の意向に沿った医療を実践するための重要な資料となった。医師に対する緩和ケア研修会の指導者研修会の評価が行われ、その有効性が明らかとなった。加えて、わが国初の緩和ケアチームの活動に関する全国調査が行われその活動の概要が明らかとなった。調査結果に基づいて、新たな緩和ケアチームの教育プログラムを現在作成中である。

今後は上記の調査結果に基づいた教育プログラムを各分野で作成し、普及を進めると並行して、その教育効果を検証する必要がある

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. Ise Y, Morita T, Maehori N, Kutsuwa M, Shiokawa M, Kizawa Y. Role of the community pharmacy in palliative care: a nationwide

survey in Japan. J Palliat Med. 2010 Jun;13(6):733-7.

2. 大久保英樹、木澤義之、田淵経司、原晃 頭頸部癌患者の疼痛緩和の方法 耳鼻臨床 104:2;156-157,2011

3. 木澤義之. あらかじめ、「もしも・・・」のことについて話し合うー advance care planning. 緩和ケア 21:1;4-5,2011.

4. 橋爪隆弘、木澤義之、小川朝生、中澤葉字子 がん疼痛管理と緩和ケアチーム 研修会から見える緩和ケアチームの課題と今後の展望. 日本癌治療学会 45:2;439,2010.

5. 木澤義之. がん性疼痛治療におけるコミュニケーション. Mebio 27:8; 36-39, 2010.

6. 伊勢雄也、森田達也、前堀直美、響基治、塩川満、木澤義之: 麻薬小売業者間譲渡許可免許の有用性に関する調査研究. Palliative Care Research, 2010 5(2):213-218.

学会発表

1. Kizawa Y, Abe Y. :Current status of Advance Care Planning in Japan.

Inaugural International Advance Care Planning Conference. 22 - 24 April 2010, Melbourne, Australia.

2. Kizawa Y, Tsuneto S, et al. :Development of a consensus syllabus for undergraduate palliative medicine in Japan using a modified Delphi method. 18th International Congress on Palliative Care. 5-8 Oct 2010, Montreal, Canada.

3. 笹原朋代、高橋美賀子、木澤義之. 都道府県看護協会における緩和ケアの継続教育の実態. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会, 東京, 2010

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
特記すべきことなし。

PEACEプロジェクト

指導者研修会

- いつでも、どこでも、適切な緩和ケアを提供するためにすべてのがん診療に携わる医師に緩和ケアの教育を行うことが望ましい
- 指導者の育成
 - 「緩和ケア及び精神腫瘍学の基本教育のための都道府県指導者研修会」等の開催
 - 指導者のための教育法、教材の開発
 - 各地で行われる緩和ケア研修会の支援

研修会の評価(指導者)

- 目的
 - 医師に対する緩和ケア研修会の実態を明らかにすること
 - 指導者研修会の修了と研修会の実施を通して指導者が得た緩和ケアの実践と教育に関する自信、態度、行動の変化を明らかにする

方法

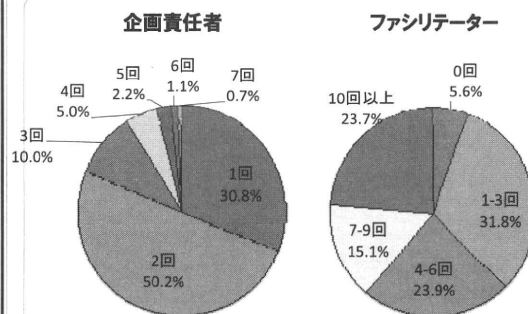
- 郵送法による無記名質問紙調査
- 2009年3月31日までの緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会修了者568名を対象に2010年10月に実施
- 調査項目は、背景因子、企画責任者の経験、研修会の開催回数、研修会の開催状況、緩和ケアの診療および教育に関する自信、行動変化など

結果

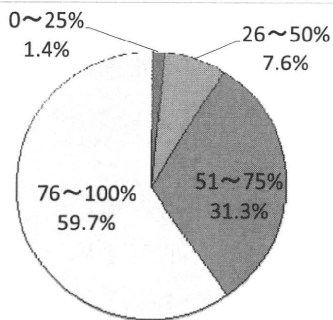
■568名に送付、443名から回答(78%)

項目	
年齢	平均48歳(30-71)
性別	男性 86%
臨床経験年数	平均22年(7-40年)
専門緩和ケア従事年数	平均3.5年、なしが32%
所属施設	がん診療拠点病院56%
専門診療科	緩和ケア28%、外科23% 内科19%、麻酔科16%
企画責任者の経験	あり 64%

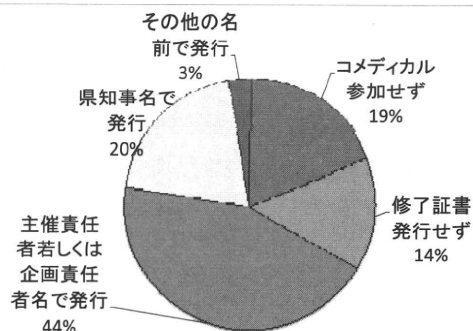
企画責任者・ファシリテーターをした回数



参加者のうち医師の割合

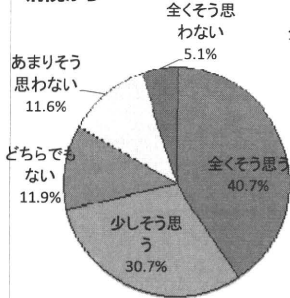


コメディカルへの修了証

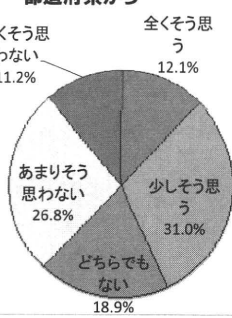


支援は得られている？

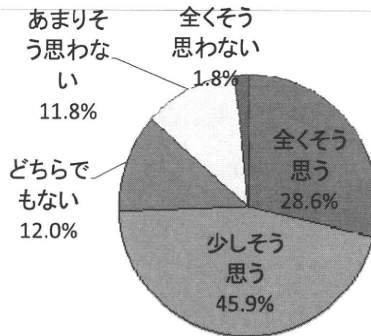
病院から



都道府県から

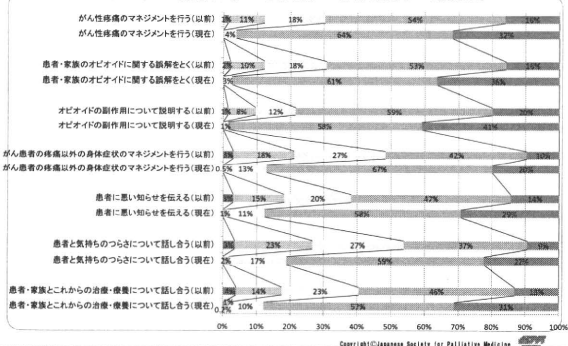


指導者同士のネットワーク機能している？



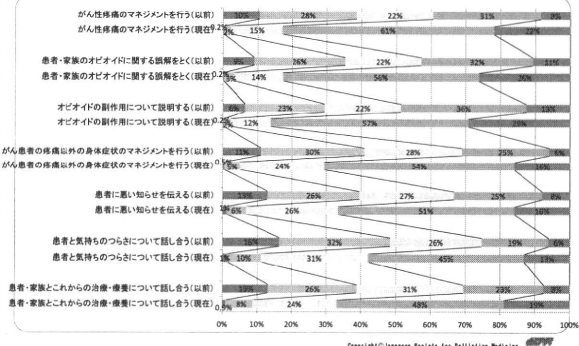
診療に関する行動の変化

■全く行っていない ■あまり行っていない ■どちらでもない ■だいたい行っている ■十分行っている



教育に関する行動の変化

■全く行っていない ■あまり行っていない ■どちらでもない ■だいたい行っている ■十分行っている



ホスピス・緩和ケア病棟におけるアドバンスケアプランニングに関する全国調査（速報）

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業
「緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」研究代表者
木澤 義之

1. 背景および目的：

アドバンスケアプランニング（これからどのように療養し、どのような医療を受けるか、心肺蘇生処置などをどうするかを含む：以下 ACP と略す）の重要性が世界全体で高まりつつある。ACP とは『将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・療養について患者・家族とあらかじめ話し合うプロセス』とされ、現在の気付き、患者の価値観や目標、現在の病状や今後の見通し、治療や療養に関する選択肢を話しあうことで構成され、その内容にはいわゆるアドバンスディレクティブ（自分の臨死期の対応と死後の対応について事前に他者に伝えておくこと：今後の医療行為（延命治療）に関すること、蘇生処置の有無、代理意思決定者は誰か、療養の快適さ、周囲からの配慮、死後の家族への希望など）が含まれる。わが国において ACP に関する系統的な調査は、Akabayashi (JPSM1998：9%の患者が書面によるアドバンスディレクティブ) Sato (SCC2008：一般病棟患者の94%、緩和ケア病棟入院患者の98%において DNAR オーダーがなされており、家族から97%が同意を取得) らによるものがあるが、いずれも単施設の調査であり、しかも ACP の他の基本的な要素である今後の医療行為（延命治療）に関すること、代理意思決定者は誰か、療養の快適さ、周囲からの配慮、死後の家族への希望等に関しては調査がなされていない。また、DNAR オーダーについても、いつ、誰から、どのように同意が取得され、その時に患者の意思決定能力はどうだったかについての調査はない。また同時に、担当医が治療・療養上で意思決定プロセスや ACP に対してどのような意向をもち行動をしているかについて系統的な調査は存在しない。今後わが国が迎える、高齢多死社会において ACP の実施の現状を把握し、エンドオブライフケアに携わる医師の ACP に関する意向と態度を明らかにすることは重要である。

本研究の目的は、ホスピス・緩和ケア病棟で死亡した患者が、緩和ケア病棟及び外来の初診時、及び入院中における ACP の現状（①DNAR がいつ、誰から、どのような形で承諾されているか ②人工呼吸器の使用について患者・家族の意向が調査されているか ③経管栄養や人工呼吸器の使用について患者・家族の意向が調査されているか ④抗菌薬の使用について患者・家族の意向が調査されているか ④医療に関する代理意思決定者は決定されているか）を明らかにするとともに、緩和ケア病棟に勤務する医師の ACP に関する実践と認識を明らかにすることである。

2.方法

後ろ向きによるカルテ調査。及び施設代表者の医師に対する質問紙調査。

・対象施設：平成 22 年 8 月 1 日時点で日本ホスピス緩和ケア協会に加盟しているホスピス緩和ケア病棟 203 施設

・調査対象者：対象施設で死亡したがん患者のうち、平成 22 年 11 月 30 日からさかのぼって直近 3 名の患者計 609 名、ならびに施設代表者の医師 203 名。

・カルテ調査者：対象施設の研究実施責任者。各研究対象施設に所属する医師 1 名を調査責任者として各施設の研究承諾取得時に特定するものとする。

・調査項目：対象患者の死亡時年齢、性別、入院日、死亡退院日、原発部位、緩和ケア初診以前の ACP（①心肺蘇生 ②人工呼吸器の使用 ③経管栄養 ④抗菌薬の使用 ⑤医療に関する代理意思決定者）の有無、緩和ケア初診時の意思決定能力、緩和ケア病棟の入院を誰が決定したか、緩和ケア病棟入院から死亡までの ACP（上記 5 項目）の有無およびその決定日、DNAR を誰から聴取したか、緩和ケア病棟担当医師の ACP および AD に関する行動と態度（Davidson, et al. JAMA1989, Hirschman JPM 2010, Hu et al. Soc Sci Med 2010 より一部修正引用）

・個人情報の保護の方法：本研究は後ろ向きのカルテ調査であり、研究者等が所属する医療機関内の患者の診療録等の診療情報を用いて、専ら集計、単純な統計処理等を行うものである。カルテ調査に当たっては、1) 研究対象施設をコード化する 2) 研究対象施設に患者リストを作成していただき、患者をそれぞれコード化する。3) 患者リストは研究者と対象施設に一部ずつ保存される。この際に患者名はイニシアルのみを記入することとし、同定できないようにして処理するようにする。この患者リストは紙媒体で保存され、電子データとは連結せずに保存し、未記入データの確認等が必要になった時のみ使用する。患者を同定できないように配慮したうえでデータの処理を行う。本研究の実施にあたっては筑波大学大学院人間総合科学研究科医の倫理委員会に諮りその承認を得る。本調査によって、研究対象者の身体に与える直接の不利益は生じないと考えられる。

3. 結果

203 施設に調査票を送付し、99 施設から回答を得た。（返送率 49%）また、各施設の患者カルテ 3 名ずつ、合計計 297 名の患者のカルテが調査され、各施設の医師 1 名、合計 99 名より調査票の返送があった。結果を患者調査と医師調査にわけて述べる。

（1）患者調査

1) 患者背景：

調査対象患者 99 名は平均年齢が 70 歳（30—97 歳）、性別は男性 153 名（52%）、女性 140 名（48%）、がんの原発巣は肺（20%）、大腸（13%）、胃（10%）、肝臓

（8%）の順に多かった。最終入院の在院日数は平均 49 日であり、緩和ケアの初診日から死亡までの期間は平均 88 日であった。対象患者背景の詳細を表 1 に示す。

2) ホスピス・緩和ケアの受診および入院に関する患者の意向

患者が初診時にホスピス・緩和ケアを受診することを理解していたか、については「理解していた」207名(70%)、「理解していなかった」59名(20%)、「不明」28名(10%)であった。

ホスピス・緩和ケアへの受診に患者の意向が反映されていたかに関しては、「患者の希望で受診した」70名(24%)、「患者・家族で話し合ったうえで受診した」153名(52%)、「家族・重要他者のみの意向で受診」68名(23%)「不明」3名(1%)であった。

ホスピス・緩和ケア受診時の意思決定能力は、「意思決定能力あり」214名(73%)、「どちらともいえない」39名(13%)、「意思決定能力なし」38名(13%)、「不明」3名(1%)であった。

表1. 調査対象患者背景 (N=297)

患者背景		n
年齢	-40	3
	40-50	18
	50-60	37
	60-70	71
	70-80	87
	80-90	66
	90-	16
	性別	男性
女性		140
原発	肺	57
	大腸	37
	胃	22
	肝臓	18
	膵臓	16
	胆嚢・胆管	16
	乳	14
	子宮	14
	卵巣	12
	その他	87
最終入院の在院日数	49日(0-1117)	
フォローアップ期間	88日(0-1179)	

3) ホスピス・緩和ケア初診時の患者と家族および医師間のケアの目標の共有

ホスピス・緩和ケアの初診時に『患者と家族がケアの目標を共有できていた』については、「全くそう思う」74名(25%)、「そう思う」115名(39%)、「どちらともいえない」50名(17%)、「そう思わない」33名(11%)、「全くそう思わない」13名(4%)、「不明」11名(4%)であった。『患者と紹介元の医師がケアの目標を共有できていた』については、「全くそう思う」60名(20%)、「そう思う」108名(37%)、「どちらともいえない」58名(20%)、「そう思わない」34名(12%)、「全くそう思わない」15名(5%)、「不明」19名(6%)であった(図1参照)。

4) ホスピス・緩和ケア病棟入院時のアドバンスケアプランニングの実態

ホスピス・緩和ケアの初診時におけるACPについては、それぞれの項目に関する意向の表明が明らかとなった患者数は以下の通りであった。人工呼吸器の装着130名(44%)、心肺蘇生130名(44%)、輸液の実施86名(29%)、経管栄養の実施46名(16%)、抗菌薬

の実施 25 名（8%）、医療に関する代理決定者の明示 122 名（42%）（図 2 参照）。

図 1：ホスピス・緩和ケア初診時／入院時の患者と家族および医師間のケアの目標の共有

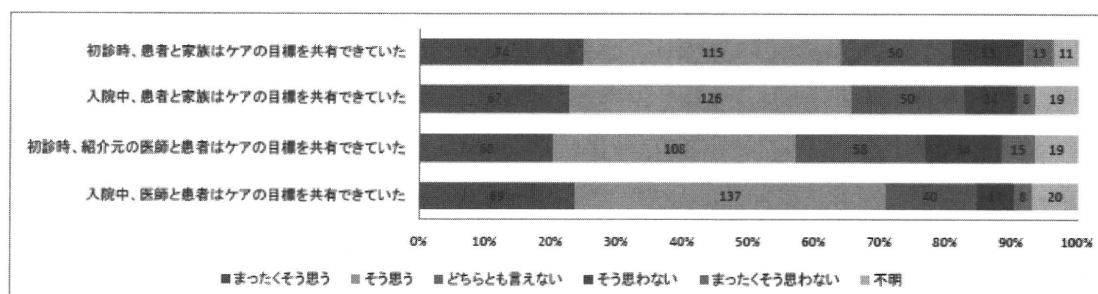
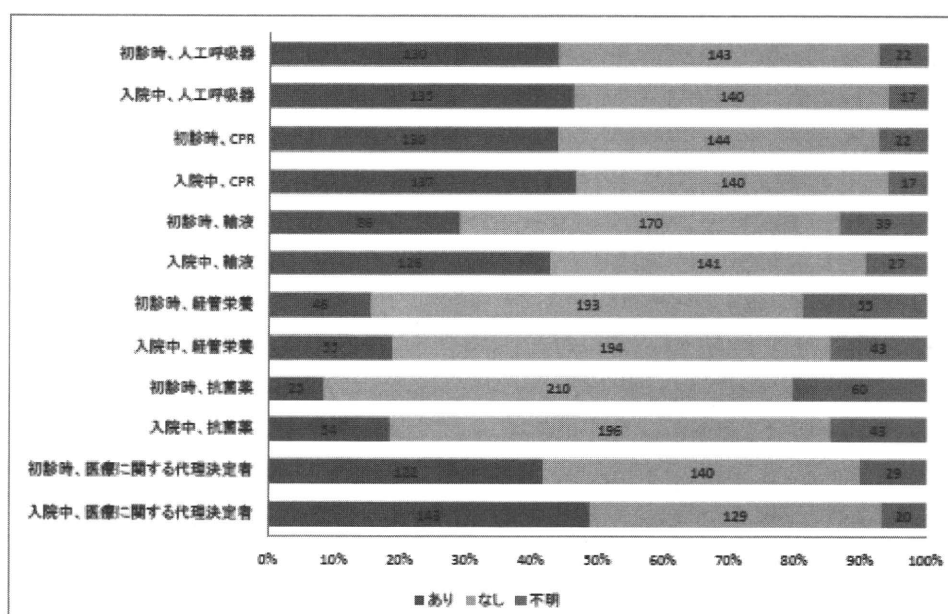


図 2. 初診時・入院中のホスピス緩和ケア病棟における ACP の実態



5) 緩和ケア病棟入院中の患者と家族および医師間のケアの目標の共有

ホスピス・緩和ケアの入院中に『患者と家族がケアの目標を共有できていた』かについては、「全くそう思う」67名（23%）、「そう思う」126名（43%）、「どちらともいえない」50名（17%）、「そう思わない」24名（8%）、「全くそう思わない」8名（3%）、「不明」19名（6%）であった。『患者と医師がケアの目標を共有できていた』については、「全くそう思う」69名（23%）、「そう思う」137名（47%）、「どちらともいえない」40名（14%）、「そう思わない」17名（6%）、「全くそう思わない」8名（3%）、「不明」20名（7%）であった（図 1 参照）。

6) 緩和ケア病棟入院中のアドバンスケアプランニングの実態

ホスピス・緩和ケアの初診時における ACP については、それぞれの項目に関する意向の表明が明らかとなった患者数は以下の通りであった。人工呼吸器の装着 135 名 (46%)、心肺蘇生 137 名 (47%)、輸液の実施 126 名 (43%)、経管栄養の実施 55 名 (19%)、抗菌薬の実施 54 名 (18%)、医療に関する代理決定者の明示 143 名 (49%) (図 2 参照)。

7) ホスピス緩和ケア病棟における

表 2 に示す通り、入院中に DNAR オーダーを行ったものが 217 名 (72%)、DNAR オーダーから死亡までの日数は 7 日以内が 63 名 (29%)、8-14 日が 31 名 (14%)、15-21 日が 27 名 (12%)、22-28 日が 18 名 (8%)、29 日以上が 80 名 (37%) であった。

また、DNAR オーダー時の患者の意思決定能力は「意思決定能力あり」128 名 (57%)、「どちらともいえない」41 名 (18%)、「意思決定能力なし」49 名 (22%)、「不明」6 名 (3%) であった。

DNAR オーダーを誰の意向に沿って実施したかについては「患者の意向」33 名 (14%)、「患者と家族の意向」90 名 (39%)、「家族の意向のみ」99 名 (43%)、「不明」6 名 (3%) であった。

DNAR オーダーの実態

表 2. ホスピス緩和ケア病棟における
DNAR オーダーの実態

ホスピス・緩和ケア病棟における DNAR オーダー		n
DNAR オーダーの施行	あり	212 (72%)
	なし	81 (27%)
	不明	3 (1%)
DNAR オーダーから死亡までの日数	0-7	63 (29%)
	8-14	31 (14%)
	15-21	27 (12%)
	22-28	18 (8%)
	29-	80 (37%)
DNAR オーダー時の患者の意思決定能力	あり	128 (57%)
	どちらともいえない	41 (18%)
	なし	49 (22%)
	不明	6 (3%)
DNAR オーダーを誰と相談して決めたか	患者の意向	33 (14%)
	患者と家族の意向	90 (39%)
	家族の意向のみ	99 (43%)
	不明	6 (3%)

(2) 医師に対する調査

1) 医師背景

調査対象となった 99 名の医師の背景を表 3 に示す。平均年齢は 50 歳、性別は男性 87 名 (88%)、女性 12 名 (12%)、臨床経験年数は 10 年以下が 6 名 (6%)、11-20 年が 32 名 (32%)、21-30 年が 41 名 (41%)、31 年以上が 20 名 (20%) であった。専門的緩和ケア経験年数 (緩和ケア病棟および緩和ケアチームにおける診療に従事した年数) は 5 年以下が 40 名 (40%)、6-10 年が 34 名 (34%)、11-15 年が 21 名 (21%)、16 年以上が 4 名 (4%) であった。調査対象医師が所属するホスピス・緩和ケア病棟が所属する施設は、がん診療拠点病院 25 名 (25%)、200 床未満の病院 36 名 (36%)、200 床以上の病院 36 名

(36%)、その他1名(1%)であった。

2) ホスピス緩和ケア病棟における、初診時のアドバンスケアプランニングの実践

ホスピス・緩和ケア初診時におけるアドバンスケアプランニングの実践状況を図3に示す。80%以上の医師が常に行っている、もしくはほとんど行っていると答えた項目は、「家族の病状理解を確認する」(98%; 常に行っている77%、ほとんど行っている21%)、「患者さんの病状理解を確認する」(98%; 常に行っている72%、ほとんど行っている26%)、「家族の治療・ケアの目標を確認する」(90%; 常に行っている64%、ほとんど行っている26%)、「患者さんの希望する治療・療養の場所を確認する」(89%; 常に行っている58%、ほとんど行っている31%)、「患者さんの治療・ケアの目標を確認する」(82%; 常に行っている48%、ほとんど行っている34%)であった。一方で患者さんに「(既存の)アドバンスディレクティブがあるかを尋ねる」は36%、「患者さんに、将来の意思決定能力の低下に備えて、医療に関する代理意思決定者を尋ねる」は39%、「患者さんに、将来の意思決定能力の低下に備えて、アドバンスディレクティ

ブを表明するように奨める」は28%であった。

表3. 調査対象医師の背景

医師背景		n
年齢		平均 50 歳
	-30	1
	31-40	18
	41-50	38
	51-60	32
	61-70	9
	71-	1
性別	男性	87
	女性	12
臨床経験年数		平均 23 年
	-10	6
	11-20	32
	21-30	41
	31-	20
専門緩和ケア経験年数		平均 7 年
	-5	40
	6-10	34
	11-15	21
	16-	4
所属施設	がん診療拠点病院	25
	病院;200床未満	36
	病院;200床以上	36
	その他	1

3) ホスピス・緩和ケア病棟に勤務する医師の入院診療におけるアドバンスケアプランニングの実践

ホスピス・緩和ケア病棟入院中におけるアドバンスケアプランニングの実践の状況を図4に示す。80%以上の医師が常に行っている、もしくはほとんど行っていると答えた項目は、「家族の病状理解を確認する」(99%; 常に行っている82%、ほとんど行っている17%)、「患者さんの病状理解を確認する」(94%; 常に行っている74%、ほとんど行っている20%)、「家族の治療・ケアの目標を確認する」(94%; 常に行っている71%、ほとんど行っている23%)、「患者さんの治療・ケアの目標を確認する」(87%; 常に行っている68%、ほとん

ど行っている 19%)、「患者さんの希望する治療・療養の場所を確認する」(84%; 常に行っている 57%、ほとんど行っている 27%)、「患者一家族間でケアの目標が共有できるよう促す」(84%; 常に行っている 50%、ほとんど行っている 34%)であった。一方で「家族に心肺停止時の心肺蘇生を実施するか否かの希望を訪ねたうえで DNAR オーダーを行う」は、70%、「患者さんに、将来の意思決定能力の低下に備えて、医療に関する代理意思決定者を尋ねる」は 40%、患者さんに(既存の)アドバンスディレクティブがあるかを尋ねるは 46%、「患者さんに心肺停止時の心肺蘇生を実施するか否かの希望を訪ねたうえで DNAR オーダーを行う」は 33%、「患者さんに、将来の意思決定能力の低下に備えて、アドバンスディレクティブを表明するように奨める」は 30%であった。特に、全く行っていない・ほとんど行っていないと答えた割合が 30%を超える項目は「患者さんに心肺停止時の心肺蘇生を実施するか否かの希望を訪ねたうえで DNAR オーダーを行う」(40%)、「患者さんに、将来の意思決定能力の低下に備えて、アドバンスディレクティブを表明するように奨める」(35%)、「患者さんに、将来の意思決定能力の低下に備えて、医療に関する代理意思決定者を尋ねる」(31%)であった。

図3.ホスピス・緩和ケア初診時のアドバンスケアプランニングの実践

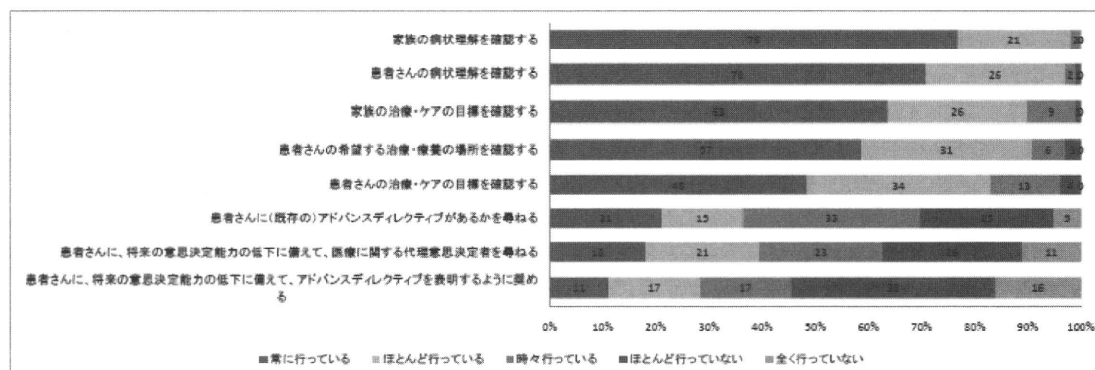
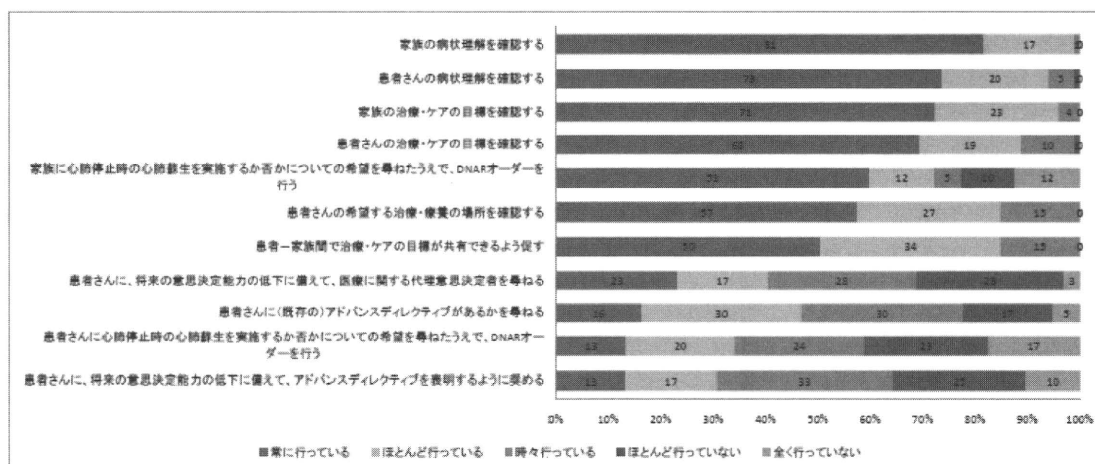


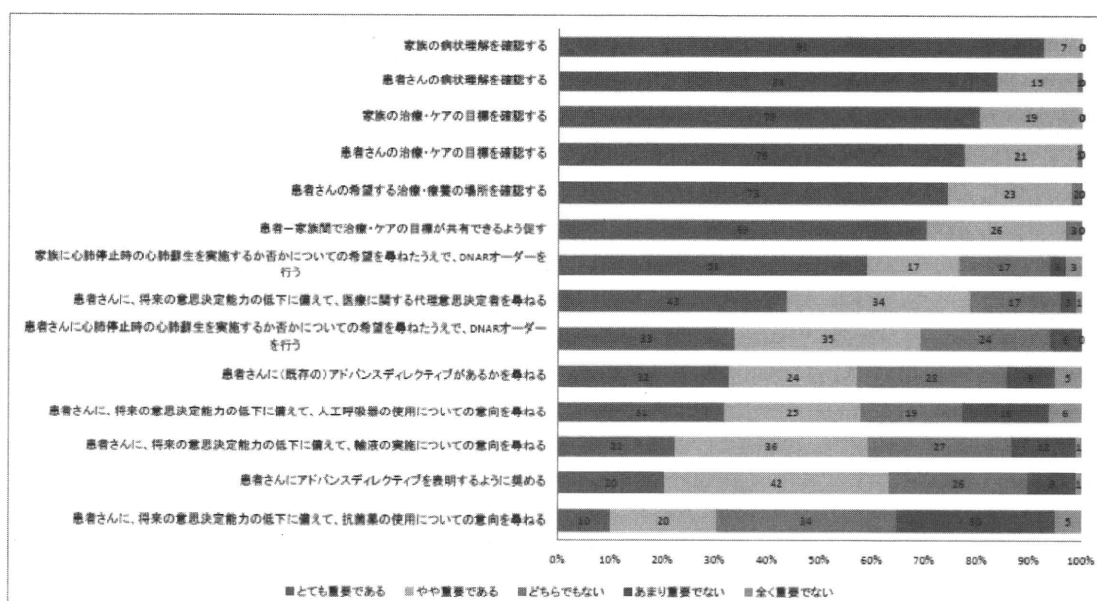
図4.ホスピス・緩和ケア病棟入院中のアドバンスケアプランニングの実践



4) ホスピス・緩和ケア病棟に勤務する医師のアドバンスケアプランニングの重要性に関する認識

80%以上の医師がとても重要である・やや重要であると回答した項目は「家族の病状理解を確認する」(100%;とても重要である93%、やや重要である7%)「患者さんの病状理解を確認する」(99%;とても重要である84%、やや重要である15%)「家族の治療・ケアの目標を確認する」(100%;とても重要である81%、やや重要である19%)「患者さんの治療・ケアの目標を確認する」(99%;とても重要である78%、やや重要である21%)「患者さんの希望する治療・療養の場所を確認する」(97%;とても重要である74%、やや重要である23%)「患者一大家族間で治療・ケアの目標が共有できるよう促す」(97%;とても重要である70%、やや重要である27%)の6項目であった。60-80%の医師がとても重要である・やや重要であると回答した項目は「患者さんに、将来の意思決定能力の低下に備えて、医療に関する代理意思決定者を尋ねる」(79%)、「家族に心肺停止時の心肺蘇生を実施するか否かについての希望を尋ねたうえで、DNARオーダーを行う」(77%)、「患者さんに(既存の)アドバンスディレクティブがあるかを尋ねる」(69%)、「患者さんにアドバンスディレクティブを表明するように奨める」(63%)であった。60%以下の医師がとても重要である・やや重要であると回答した項目は、「患者さんに、将来の意思決定能力の低下に備えて、輸液の使用についての意向を尋ねる」(59%)「患者さんに、将来の意思決定能力の低下に備えて、人工呼吸器の使用についての意向を尋ねる」(57%)「患者に心肺停止時の心肺蘇生を実施するか否かについての希望を尋ねたうえで、DNARオーダーを行う」(57%)「患者さんに、将来の意思決定能力の低下に備えて、抗菌薬の使用についての意向を尋ねる」(30%)であり、特に「抗菌薬の使用についての意向を尋ねる」ことについてあまり重要でない・全く重要でないと答えた医師は30%以上を超えた。

図5. ホスピス緩和ケア病棟に勤務する医師のACPの重要性に関する認識



5)ホスピス・緩和ケア病棟に勤務する医師のアドバンスケアプランニングに関する認識

ホスピス・緩和ケア病棟に勤務する医師のアドバンスケアプランニングに関する認識について図 6 に示す。質問項目のうち、60%以上の医師が全くそう思う・そう思うと答えた項目は、「アドバンスケアプランニングは患者が意思決定能力を失った際にその後の医学的処置を決定するための有効な手段である」(87%)「患者さんが意思決定能力を失った後も、その後の医学的決定に参加できるということは非常に重要なことである」(89%)「アドバンスディレクティブを表明すると、患者は望んでいない治療を行われることに対する懸念が減少する」(85%)「アドバンスケアプランニングは治療の差し控えに関する家族の意見の不一致を減少させる」(75%)「アドバンスディレクティブの表明には、患者が終末期になった場合、冒険的な治療に関する患者の意向が変化するという問題点が内在している」(71%)であった。

また一方で、60%以上の医師がそう思わない・全くそう思わないと回答した項目は「アドバンスケアプランニングを行うことは、安楽死を容認することにつながる」(86%)「アドバンスケアプランニングを行うことは医師―患者間の対立関係を深めることにつながる」(66%)「患者さんの冒険的な治療※の差し控えに関する要望より生存期間を延ばすことがより重要である」(65%)の3項目であった。

意見が分かれた項目(60%以下の医師が全くそう思う・そう思うと回答しかつ60%以下の医師がそう思わない・全くそう思わないと回答)は、「私は、困難な状況においても、アドバンスディレクティブにしたがうことで、治療方針に自信をもつことができる」「アドバンスケアプランニングが広く行われれば医療費の抑制が可能である」「アドバンスケアプランニングを行うにあたり、家族ではなく本人にエンドオブライフケアに関する希望を聞くことに困難を感じる」「アドバンスケアプランニングを行うにあたり、病状の説明を率直に行うことに困難を感じる」「冒険的な治療※の差し控えの判断にあたって、修練と経験を積んだ医師の判断は患者の判断より信頼性がある」「アドバンスディレクティブが広く社会的に容認されると、たとえアドバンスディレクティブが表明されていない患者においても、積極的治療がより行われなくなることにつながる」「アドバンスケアプランニングを行うにあたり、患者の意思決定能力を判断することに困難を感じる」であった。

4. 考察

本研究はわれわれが知る限り、ホスピス・緩和ケア病棟において死亡退院した患者に対するACPの現状(①DNARがいつ、誰から、どのような形で承諾されているか ②人工呼吸器の使用について患者・家族の意向が調査されているか ③経管栄養人工呼吸器の使用について患者・家族の意向が調査されているか ④抗菌薬の使用について患者・家族の意向が調査されているか ④医療に関する代理意思決定者の決定の有無)およびACPに対するホスピス・緩和ケア病棟に勤務する医師の行動と態度を明らかにしたわが国初の研究である。