

63.6%、常勤なし群：77.3%）」「精神疾患の診断が付いた家族への対応（常勤あり群：63.2%、常勤なし群：75.2%）」「遺族の精神状態の評価（常勤あり群：71.5%、常勤なし群：84%）」「精神疾患の診断が付いた遺族への対応（常勤あり群：73.7%、常勤なし群：83.9%）」「患者や家族対象の教育的介入（常勤あり群：72.1%、常勤なし群：82.5%）」「集団的介入の実施（常勤あり群：69.9%、常勤なし群：86.7%）」「患者、家族または医療者が自殺した後の対応（常勤あり群：73.9%、常勤なし群：87%）」において常勤なし群は常勤あり群と比べて実際の実行の頻度が高かった（ $\chi^2 \geq 3.869$ ）。その他、「家族の精神状態の評価」では、常勤なし群（57.8）が常勤あり群（67.5%）と比べて、「精神疾患の有無にかかわらず、心理的援助が望ましい家族への対応では、常勤なし群（82.5%）は常勤あり群（74.1%）と比べて、「院外との連携」では、常勤なし群（80.3%）は常勤あり群（71.3%）と比べて、実際の実行の程度が高い傾向が認められた（ $\chi^2 \geq 3.005$, $p < .10$ ）。

がん領域に関する仕事に対する要望とその実行の程度

対象者の平均年齢は平均 \pm SD=37.2 \pm 9.5歳、性別は男性が89名、女性が310名、不明が2名であった。臨床経験年数は平均 \pm SD=10.9 \pm 9.0年、医療での臨床経験年数は平均 \pm SD=9.6 \pm 8.8年、がん医療での臨床経験年数は平均 \pm SD=3.2 \pm 3.6年であった。緩和ケア病棟のある施設は81名（20.2%）であるが、緩和ケアチームのある施設は341名（85.0%）であった。実際に緩和ケアチームに参加している心理士は257名（64.0%）であった。

現在の職場から要望されている業務内容は、頻度の高い順に「院内の他職種との連携（85.8%）」「心理的援助が望ましい患者への対応（81.7%）」「患者の精神状態の評価（76.9%）」「精神疾患の患者への対応（72.4%）」「心理的援助が望ましい家族への対応（70.2%）」「医療者のメンタルヘルス対応（66.9%）」「患者の病気に対する認識の把握（61.9%）」「患者や家族の問題点やケアの具体化（61.6%）」「家族の精神状態の評価（60.9%）」であった。

これらの項目について実行が十分であると回答した頻度は、「院内の他職種との連携（37.6%）」「心理的援助が望ましい患者への対応（54.2%）」「患者の精神状態の評価

（49.2%）」「精神疾患の患者への対応（48.4%）」「心理的援助が望ましい家族への対応（63.3%）」「医療者のメンタルヘルス対応（61.0%）」「患者の病気に対する認識の把握（51.5%）」「患者や家族の問題点やケアの具体化（58.9%）」「家族の精神状態の評価（57.0%）」であり、70%以上の対象者が「実行が十分である」と回答した項目は認められなかった。

実行が十分であると70%以上の対象者が回答した項目は、「患者、家族、医療者の自殺後の対応（77.2%）」「精神疾患の遺族への対応（73.5%）」「心理的援助が望ましい遺族への対応（72.9%）」であり、これらの項目が現在の職場から要望されている程度は、「患者、家族、医療者の自殺後の対応（33.2%）」「精神疾患の遺族への対応（24.7%）」「心理的援助が望ましい遺族への対応（36.6%）」であった。

がん医療で働いて困ったこと・辛かったこと

「実際にがん医療で働いて困ったこと・つらかったこと」の筆記なし群は107名（男性：28名、女性77名、平均年齢 \pm SD=39.4 \pm 9.5歳）、筆記あり群が294名（男性：61名、女性233名、平均年齢 \pm SD=36.3 \pm 9.4歳）であった。臨床経験年数の平均 \pm SDは、筆記なし群が13.1 \pm 10.1年、筆記あり群が10.2 \pm 8.8年、医療経験年数の平均 \pm SDは、筆記なし群が11.2 \pm 9.6年、筆記あり群が9.1 \pm 8.5年、がん医療経験年数の平均 \pm SDは、筆記なし群が3.4 \pm 4.3年、筆記あり群が3.1 \pm 3.3年であり、それぞれの年数に対してt検定を行った結果、2群に違いは認められなかった。

自由筆記を質的に分析した結果、『病院システム』『他職種協働』『心理士の役割と専門性』『心理士としての専門的援助』『心理士のストレス』の5つのカテゴリーが得られた。

『病院システム』では、①病院・組織の問題（病院の組織が大きすぎず、マンパワーが足りない、病院の経営状態が悪い、チーム医療が認知されていない、常勤の精神科医がない）、②勤務形態の問題（非常勤のため、心理士として十分に仕事ができない、職場では心理士が1人のため、心理士として行う業務に限界がある、がん医療以外の業務に追われている、経済的に自立できない）の2つのサブカテゴリーが抽出された。

『他職種協働』では、①心理士への依頼方法の問題（心理士への依頼が少ない、患者の

身体症状や意識状態が悪くなってから、心理士に依頼する)、②緩和ケアチームに関する問題(緩和ケアチーム内でのコミュニケーションが不足している、緩和ケアチームとして十分に活動していない、緩和ケアチームの中で心理士として活動できていない、看護師とうまく連携できない)、③病院内コンサルテーション・リエゾン業務の問題(他職種と十分にコミュニケーションがとれない、病棟スタッフとの関係性をうまくとれない、他職種が心理士の立場や役割を十分に理解していない、心理士のスキル不足で、患者の情報提供をうまく行うことができない、精神科医との関係性が不十分である)、④医療者間のコミュニケーションの問題(心理士以外の医療者間のコミュニケーションが不足している)の4つのサブカテゴリーが抽出された。

『心理士の役割と専門性』では、①心理士に求める役割の不明確さ(他職種が心理士を認知していない、他職種が心理士の専門性を理解していない、医療者個人によって、心理士に求める役割が異なる、他職種が心理士に精神科医と同じ役割を求める、他職種が心理士過剰に期待する)、②心理士が国家資格でないことによる問題(心理士の行う業務には診療報酬がなく、心理士への業務に制限がかかる、心理士の待遇が不安定である)、③心理士としての専門性の不明確さ(がん医療での心理士としての専門性がわからない、心理士として、自身の専門性を他職種にどのようにアピールしてよいかわからない、心理士の業務は看護師の業務と重なることがある、他職種から、心理士の活動成果を評価されにくい)の3つのサブカテゴリーが抽出された。

『心理士としての専門的援助』では、①患者・家族へのかかわりの難しさ(患者・家族の攻撃的・不満感情に対する対応が難しい、患者・家族の面接に対する抵抗に苦慮する、身体的痛みが強い患者への関わりが難しい)、②がん医療における心理的援助方法の習得不足(心理学的介入の時期がわからない、心理学的介入の方法がわからない、がん医療での介入の形態がわからない、介入の目的やゴールを設定しにくい、がん患者の親をもつ子どもに対する関わり方がわからない、疼痛の強いがん患者、終末期のがん患者への介入方法がわからない、がん患者の心理的变化の知識が少ない)、③デスケアの問題(患者の死に対して精神的ショックを受ける、デスケアが不十分である)、④医学的知識不足(カルテ記載

方法がわからない、医学用語がわからない、各がんの治療方法などがわからない)、⑤精神医学の知識不足(薬物療法の知識が足りない、精神症状の知識が足りない(精神症状のアセスメントもできない)の5つのサブカテゴリーが抽出された。

『心理士のストレス』では、①心理士の孤独・不安感(職場には心理士が1人のため、近くに相談できる人がいない、心理士として1人で実行することに対する負担が大きい、他職種からのサポートが少ない、心理士として行っていることに確信がもてない、心理療法のエビデンスがない)、②心理士としての葛藤(転院・退院した患者のフォローができない、多くの患者に関われない、遺族へのグリーフケアができない、患者からの攻撃的・不満感情に苦慮する、他の業務との関係で、がん医療に十分に関われない)、③心理士のバーンアウト・無力感(他職種から認められず、無力感を感じる、苦しんでいる患者に対して何もできずに無力感を感じる、患者との関わりに苦しさをを感じる)、④心理士の自己研鑽(勉強会や研修会を地方でも開催してほしい、参加者のレベルにあわせて、初心者、アドバンスといった講習会を開いてほしい、がん領域の事例検討を行う場がほしい、がん医療でスーパーバイザーを受けたい、がん医療における心理士の役割などに関する文献が増えてほしい、心理士間での情報の場がほしい)の4つのサブカテゴリーが抽出された。

D. 考察

がん領域に関する知識やスキルについて

精神科医が常勤で働いている施設の心理士と、そうでない施設の心理士の年齢、臨床経験等については差が認められなかった。

がん領域に関する知識やスキルについては、精神科医が常勤で働いていない施設の心理士は、常勤で働いている施設の心理士と比べて、「がん治療の基礎知識」「がん治療の過程で起こりうる緊急処置が必要な病態に関する知識」「安全管理の知識」が、がん医療で働く心理士には必要であると考えられる頻度が高かった。特に、精神科医が同じ施設にいない場合には、がん医療、がん治療に関する知識を心理士自身が習得している必要性を感じていると考えられる。

教育ニードについては、精神科医が常勤で働いていない施設の心理士は、常勤で働いている施設の心理士と比べて、「がん治療の過

程で起こりうる緊急処置が必要な病態に関する知識」「がん患者にみられる精神症状」「がん患者の家族あるいは遺族の心理学的諸問題」について、より一層教育を受ける必要性を自身が感じている頻度が高かった。すなわち、精神科医がいない施設の心理士は、精神科医が不在であることから、その代わりとしての役割も担っており、がん患者や家族の精神症状や心理的諸問題について1人で対応することとなるため、これらの知識についての習得の必要性をより一層感じていた。そのため、がん医療で働く心理士の教育を考える場合、精神科医が常勤で働いている施設とそうでない施設とで、若干その教育ニーズは変わってくると思われる。

がん領域で働く心理士の仕事内容については、2群で頻度の偏りが多く認められたが、いずれにしろ、精神科医が常勤で働いていない施設の心理士は、精神科医が常勤で働いている施設の心理士と比べて、それぞれの職場から求められている仕事の頻度がそれぞれ高く、実行の程度の頻度も高かった。職場から求められている仕事内容で頻度の偏りが認められた項目は、その2群の差が大きい順に「家族関係の調整」「精神疾患の有無にかかわらず、心理的援助が望ましい家族への対応」「院外との連携」「患者や家族の問題点や必要なケアを具体的に抽出する」「医療者のメンタルヘルス」であった。実際の実行の程度において仕事内容で頻度の偏りが認められた項目は、その2群の差が大きい順に、「精神疾患の診断が付いた患者への対応」「集団的介入の実施」「患者の精神状態の評価」「家族の病気に対する認識の把握」「患者、家族または医療者が自殺した後の対応」であった。精神科医が常勤で働いていない施設で働く心理士はそうでない心理士と比べて、職場からは、患者のみならず家族に対しても同様に、精神疾患の有無にかかわらず心理的援助に向けたアプローチに関する仕事や、医療者のメンタルヘルスへの対応が求められる頻度が高く、幅広い仕事を求められていることが示唆された。一方、実際に行っている仕事については、精神科医が不在なことから、精神科医が常勤で働いていない施設の心理士は、精神疾患の診断が付いた患者への対応や精神状態の評価など、精神科医としての役割をも担う頻度が高いことがわかった。さらには、集団的介入の実施の頻度も高かった。

がん領域に関する仕事に対する要望とその

実行の程度

現在の職場から60%以上の頻度で要望されている業務内容として、「院内の他職種との連携」「心理的援助が望ましい患者への対応」「患者の精神状態の評価」「精神疾患の患者への対応」「心理的援助が望ましい家族への対応」「医療者のメンタルヘルス対応」「患者の病気に対する認識の把握」「患者や家族の問題点やケアの具体化」「家族の精神状態の評価」があげられた。しかしこれらの業務を「実行が十分である」と回答した対象者は、37.6%~63.3%にとどまり、70%に達しなかった。とくに現在の職場からの要望が85.8%と最も高かった「院内の他職種との連携」は、実行が十分であると回答した対象者は37.6%と最も低い値を示していた。この結果は、心理士が緩和ケアチームの中で他職種とうまく連携がとれず、結果として十分に機能できていないことを示唆するものである。今回の調査では、どのような要因が影響して、他職種との連携が困難になっているかは扱っていないが、こうした問題はがん医療領域に限ったことではなく、精神医療でも指摘されており、その原因として心理士の医療・医学的な知識不足が考えられることから、がん領域における心理士においても同様の要因が関与しているものと思われる。

そのほか60%以上の職場からの要望があるにも関わらず「実行が十分である」あるいは「実行が不十分である」との回答が50%台にとどまり、心理士の力量に課題があると思われる業務内容は、職場からの要望の高い順に「心理的援助の望ましい患者への対応」「患者の精神状態の評価」「精神疾患の患者への対応」「患者の病気に対する認識の把握」「患者や家族の問題点やケアの具体化」「家族の精神状態の評価」であった。これらの業務は、がん患者やその家族特有の精神症状や心理状態、その他の問題点の把握とそれへの対応に関するものである。がん患者の場合、患者の心理的問題には病気に関連することが多く含まれているため、心理士はがん、がん治療、治療の副作用などのがんや緩和ケアに関連する医学的知識をもったうえで心理的支援を行うのが望ましいとの指摘されているが、本調査の結果は、がん医療・緩和医療領域に特有の問題（疼痛に苦しむ患者とどのように関わるか、心理的介入の目的やゴールを何に設定するかなど）のために心理的援助を行うことが難しいことを反映した結

果と思われる。

なお今回、60%以上の対象者が職場からの要望があると回答した業務内容について、「実行が十分である」と回答した対象者が多かったものは、「心理的援助が望ましい家族への対応（63.3%）」と「医療者のメンタルヘルス対応（61.0%）」であった。心理士が機能している指標として「実行が十分である」と回答する頻度をどの程度に設定するかのも明確な基準はないが、少なくとも70%、できれば80%以上の心理士が実行できていると回答していなければ、心理士ががん医療・緩和医療領域で「十分に」機能できているとは言えないものと思われる。そのように考えると、今回の結果は職場からの要望に応じられていない心理士が多いことが示唆される。また「実行が十分である」との回答が多かった「患者、家族、医療者の自殺後の対応（77.2%）」「精神疾患の遺族への対応（73.5%）」「心理的援助が望ましい遺族への対応（72.9%）」も80%に届かなかった。これらの業務は職場からの要望が少なかったとはいえ（それぞれ、33.2%、24.7%、36.6%）、心理士には、がん領域で働くうえで業務全般のスキルアップが必要であることが示唆された。

がん医療で働いて困ったこと・辛かったこと

心理士が直面した困ったことや辛かったことについて質的に分析した結果、『病院システム』『心理士の役割と専門性』『他職種との協働』『心理士としての専門的援助』『心理士のストレス』の5つのカテゴリーが抽出された。これらの問題について考察を加え、心理士の教育プログラムについて検討していく。

まず、『病院システム』としては、非常勤であることや1人職場であるといった「心理士の勤務形態」やマンパワー不足や常勤の精神科医の不在といった「病院組織に関する問題」などが挙がっていた。一方、『心理士の役割と専門性』については、心理士は他職種に認知されていない、心理士に求める役割が、医療者個人によって異なるなど、「心理士に求める役割の不明確さ」、心理士の待遇が不安定であるといった「国家資格でない問題」、がん医療での心理士としての専門性がわからない、他職種にどのように心理士としての専門性をアピールしてよいかわからないといった「心理士としての専門性の不明確さ」などが挙げられた。この中で、心理士が国家資格でない問

題は、心理士の教育体制の不備とともに以前より問題視され、議論されている。心理士が国家資格でないことも影響を受け、医療領域で働く心理士の関与は、診療報酬に算定されない。それゆえに、医療領域で働く心理士の勤務形態は不安定となりやすく、国家資格をもっていない心理士の専門性はより一層他職種から理解されにくいと考えられる。これらの問題はすぐには解決できないものの、医療およびがん医療において、心理士が明確に機能を果たすことによって、徐々に解決されてくることを期待したい。一方、心理士も自身の専門性を十分に理解できていないことがわかった。心理士自身がその専門性を理解していなければ、他職種への理解を求めることはできない。この点については、『心理士としての専門的援助』とも関連しており、心理士としての専門的援助が確立することが、この問題の解決につながると考えられる。

『他職種との協働』では、患者の身体症状や意識状態が悪くなってから心理士に依頼するといった「心理士の依頼方法の問題」、緩和ケアチーム内でのコミュニケーション不足といった「緩和ケアチームに関する問題」、他職種と十分にコミュニケーションがとれないといった「病院内コンサルテーション・リエゾン業務の問題」、医療者間のコミュニケーション不足といった「医療者間のコミュニケーションの問題」が挙げられている。医療でのコミュニケーションについて考えた場合、第1に、他職種と共通言語を用いるための知識が心理士には必要である。共通言語がなければ、コミュニケーションは成立しない。また、心理士の医学的知識の乏しさは以前から多くの医師によって指摘されていることでもある。他職種との会話内容やカルテ記載内容を理解できなければ、他職種が行っていることを理解することもできない。一方、心理士が心理学独自の枠組みにこだわることによって生じる弊害もある。たとえば、がん医療の心理士は1人で情報を抱え込む、事例を抱え込むといった情報提供に問題があることが、緩和ケアチームの他職種から指摘されている。そのため、心理士は密室で何を行っているかわからない人というイメージを他職種から持たれかねない。心理士は、まずは医学的知識、がん医療の知識を最低限習得し、そのうえで、他職種とうまく協働するために、具体的な症例を通してのトレーニングが必要となってくるであろう。

『心理士としての専門的援助』については攻撃的・不満感情への対応、身体的痛みが強い患者への対応など「患者・家族へのかかわりの難しさ」、がん医療での心理学的介入の時期や方法がわからない、介入の目的やゴールを設定しにくいといった「がん医療における心理的援助方法の習得不足」、患者の死に対する「デスケアの問題」、「医学的知識不足」、「精神医学の知識不足」が挙げられた。「医学的知識不足」、「精神医学の知識不足」については、前述した『他職種との協働』のコミュニケーションの問題にも通じていることであるが、心理士としての専門的援助を行ううえでの基本でもある。これら基本的な医学的知識、がん医療の知識、精神医学の知識について習得していることは、がん医療の心理士にとって必須要件であり、がん医療の心理士の教育プログラムの大前提でもある。

一方、「患者・家族へのかかわりの難しさ」「がん医療における心理的援助方法の習得不足」「デスケアの問題」は、がん医療に特化した心理的援助に関する内容である。また、がん医療に携わる心理士は、がん医療という心理面接の枠組み設定が難しいなかで臨機応変な対応を求められる心理的援助方法に困難さを感じていた。この点については、「心理士の役割と専門性」とも関連がある。他職種が心理士を理解していないといった心理士に求める心理士としての役割や専門性を確立していることは、心理士ががん医療に特化した心理的援助を十分に行うことができること意味する。そのため、がん医療に特化した心理的援助について、心理士自身がより一層自己研さんを積むことによって、同時に、この教育体制を充実させることが早急の課題であると考えられる。心理士自身が自信をもってがん医療で専門性を発揮する力をもたなければ、他職種が心理士を理解することは難しいであろう。

実際、がん医療に特化した心理士対象の研修は少なく、大学院で学ぶことはまれである。しかし、最近では、患者やその家族は、インターネットや本などにより、疾患そのものだけでなく治療についてもかなり詳しい情報を持っている。また、その身体状況や治療経過、さらには治療の副作用によって、がん患者の心理面は変化する。そのため、がん医療に携わる心理士は、がん医療に対する知識を習得したうえで、心理的援助にあたることが求められる(岩満, 2009)。さらに、精神医学の知

識を身につけ、そこではじめて心理士としての専門的援助を行うスタートラインにつくことになる。最終的に、がん患者・家族に対して、身体状況・告知状況・治療状況・性格・家族構成などを考慮して、柔軟に心理的援助を実施することができなければ、がん医療での心理士の専門性を構築することは難しいと考えられる。以上より、がん医療に特化した心理的援助について、症例などを通して具体的なトレーニングを行うことが、がん医療の心理士の教育プログラムにおいて中心的教育内容であると考えられる。場合によっては、医療での臨床経験、がん医療での臨床経験といったように、それぞれの経験年数に応じた教育プログラムの構築が必要であろう。

最後に、『心理士のストレス』については、相談できる人がいない、他職種からのサポートがないといった「心理士の孤独・不安感」、多くの患者に関われない、他職種からの要望にこたえられないといった「心理士としての葛藤」、他職種から認められずに無力感を感じる、患者との関わりに苦しさを感じるといった「心理士のバーンアウト・無力感」、がん領域の事例検討を行う場がほしい、勉強会や研修会をもっと開催してほしい、心理士間での情報交換の場がほしいといった「心理士の自己研鑽」が挙げられた。「心理士の孤独・不安感」「心理士のバーンアウト・無力感」については、「心理士に求める役割の不明確さ」「心理士としての専門性の不明確さ」ともつながる。すなわち、これらの点は、がん医療での心理士としての専門性が明確でなく、他職種からも心理士の専門性が理解されにくいために生じていると考えられる。最後に、心理士自身が勉強会や研修会の開催をより多くの場所で望むなど、自己研鑽を積むことの必要性を感じていることがわかった。ただ、基本的な教育プログラムについては各自が必要に応じてE-Learningで勉強することができるような環境を整えていくことが実際的であろう。

E. 結論

第1に、がん医療や緩和医療に携わる心理士にとって必要な知識やスキルを自身がどのようにとらえ、教育ニーズを感じているか、あるいは、他職種からはどのように仕事を求められ、実践しているかなど、質問紙調査を実施し、常勤で精神科医が勤務しているか否かの2群に心理士を分け、上記の点の違いについてのみ検討を行った。その結果、精神科

医が常勤で働いていない施設の心理士は精神科医が常勤で働いている施設の心理士と比べて、がん医療やがん治療に関する知識が必要であるとする頻度が高く、精神科医が不在であることから必要に迫られる精神症状や自身の専門でもある心理学的諸問題に関する教育ニーズが高かった。精神科医が常勤で働いていない施設で働く心理士はそうでない心理士と比べて、職場からは、患者や家族に対する心理的援助や医療者のメンタルヘルスへの対応が求められる頻度が高く、幅広い仕事を求められていることが示唆された。一方、実際に行っている仕事については、精神科医が不在なことから、精神科医が常勤で働いていない施設の心理士は、精神疾患の診断が付いた患者への対応や精神状態の評価など、精神科医としての役割をも担う頻度が高いことがわかった。以上より、精神科医が常勤でない施設の心理士が求めている教育ニーズなどを重視し、このような心理士がこの領域で十分にその力を発揮できるような教育プログラム作りが求められる。

第2に、「がん領域に関する仕事に対する要望とその実行の程度」と「がん医療で働いて困ったこと・辛かったこと」についてそれぞれ分析した結果、心理士は、他職種との協働を十分に実施できていないことが明らかになった。他職種と協働するためには、医学的知識はもちろんのこと、がん医療に特化した心理的援助について、症例などを通して具体的なトレーニングを行うことが重要であると考えられる。これまでがん医療で働く心理士は、がん医療に特化した研修を受ける機会が少なかったが、がん医療の心理士の教育プログラムにおいて、症例などを通して具体的なトレーニングは中心的教育内容であると考えられる。場合によっては、医療での臨床経験、がん医療での臨床経験といったように、それぞれの経験年数に応じた教育プログラムの構築が必要であろう。その他、がん医療、精神医療に関する基本的な医学的知識については、E-learning を活用するなど、自己学習できる

ような環境作りが望まれる。

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. 岩満優美 がん患者・家族の不安. ストレス科学. 2012, 27(1):18-24.
2. Iwamitsu Y, Oba A, Hirai K, Asai M, Murakami N, Matsubara M, Kizawa Y. Troubles and hardships faced by psychologists in cancer care. Jpn J Clin Oncol. (in press).
3. 中島香澄、岩満優美、大石 智、村上尚美、宮岡 等 精神医療において期待される心理士の役割-精神科医・心療内科医を対象としたアンケート調査. 日本社会精神医学会雑誌. 2012, 21:278-287.

学会発表

1. 岩満優美 がん医療における心理士の役割について. ワークショップ-サイコオンコロジー7-心理士の役割と教育プログラムについて. 日本心理学会第74回大会, 2010年9月20-22日. 大阪.
2. 岩満優美 臨床心理士へのサイコオンコロジー教育-がん医療で働く心理士が感じる困難さから-. シンポジウム 臨床心理士へのサイコオンコロジー教育. 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012年9月21日. 福岡.

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。

緩和ケアチームに所属している薬剤師の業務内容に関する実態調査

研究分担者伊勢雄也 日本医科大学付属病院 薬剤部

研究要旨 緩和ケアチームに配属されている薬剤師の業務内容に関する実態調査を行なった。がん診療連携拠点病院(397 施設)の緩和ケアチームに配属されている薬剤師に自記式質問紙調査票を郵送し、一定期間後に回収した。299 施設より回答が得られた(回収率 75.3%)。オピオイド製剤の服薬指導、チームスタッフへの情報提供をたいてい～常に行なっていると回答していた薬剤師は全体の約 2 割であった。また、約 2 割の薬剤師が自分自身の活動が緩和ケアチームに貢献できていないと回答していた。その理由として、マンパワーがない、時間がないと回答していた薬剤師が多かった。以上、薬剤師は医師や看護師と異なり、施設において緩和ケアチーム業務を行なう十分な時間や人数を確保できていないため、十分な活動が行なわれていない可能性が考えられた。

A. 研究目的

緩和医療の分野においては薬剤師が医療チームの一員として薬物療法等の分野で評価を得つつある。また、このような活動の重要性が正式に認められ、平成 18 年より緩和ケアチームにおける診療報酬加算を得るためには薬剤師の参加が必須となった。しかし、緩和ケアチームの中で薬剤師が薬物療法のスペシャリストとしてどのような業務体制で実務を行っているかについて明らかにされていない。そこで本研究では、緩和ケアチームに配属されている薬剤師の業務体制やその内容に関する調査を行うことにより、緩和ケアチームにおける薬剤師の実態を明らかにし、緩和ケアチームにおける望ましい薬剤師像と現状とのギャップを明らかにして、そのギャップをうめる教育のあり方を検討することとした。

B. 研究方法

がん診療連携拠点病院(397 施設)の緩和ケアチームに配属されている薬剤師を対象とした。各施設に自記式質問紙調査票を郵送し、一定期間後に返信してもらうこととした。

(倫理面への配慮)

本調査票は調査票記載者/施設を特定できる情報を含んでいない。調査協力は調査票に記載する薬剤師の自由意志で決められる。心理的負担を受けた調査票項目は回答しなくても良いこと/もしくは調査票に回答したくない場合、調査票を破棄してもかまわないこと、本調査は無

記名の調査研究であることを説明書内に明記する。また、本調査は日本医科大学付属病院の倫理委員会において承認された。

C. 研究結果

299 施設より回答が得られた(回収率 75.3%)。回答薬剤師の 98%が緩和ケアチームに配属されていた。緩和ケアチームにおける所属年数は平均 4.6 年であり、約 2 割の薬剤師が日本医療薬学会緩和薬物療法認定薬剤師の資格を有していた。約 9 割の施設の薬剤師が緩和ケアチームカンファレンスに参加しており、また、約 8 割の施設の薬剤師が緩和ケアチームラウンドに参加していた。

1) 薬剤師の臨床業務について

オピオイド製剤の服薬指導、チームスタッフへの情報提供をたいてい～常に行なっていると回答していた薬剤師は全体の約 2 割であった。

2) 薬剤師の教育活動について

約 9 割の薬剤師が緩和医療に関連した勉強会を院内、院外の医療スタッフを対象に開催していると回答していた。

3) 薬剤師の研究活動について

約 6 割の薬剤師が緩和医療に関する研究結果を学会や研究会に発表していると回答していた。

4) 緩和ケアチームにおける薬剤師の貢献度について

約 7 割の薬剤師が、自分自身の活動が緩和ケアチームに貢献していると回答していた。しかし、約 2 割の薬剤師が、貢献できていないと回答していた。その理由として、マンパワーがない、時間がないと回答していた薬剤師が多かった。

D. 考察

約 9 割の薬剤師が緩和ケアチームカンファレンスに参加しており、また、約 8 割の薬剤師が緩和ケアチームラウンドに参加していると回答していたものの、オピオイド製剤の服薬指導、チームスタッフへの情報提供をたいへん常に行なっていると回答していた薬剤師は全体の約 2 割にすぎなかった。この背景として、薬剤師は医師や看護師と異なり、業務を行なう十分な時間や人数を確保できていない可能性が考えられた。

E. 結論

緩和ケアチームに配属されている薬剤師の業務内容に関する実態調査を行なった。がん診療連携拠点病院(397 施設)の緩和ケアチームに配属されている薬剤師に自記式質問紙調査票を郵送し、一定期間後に回収した。299 施設より回答が得られた(回収率 75.3%)。

オピオイド製剤の服薬指導、チームスタッフへの情報提供をたいへん常に行なっていると回答していた薬剤師は全体の約 2 割であった。また、約 2 割の薬剤師が自分自身の活動が緩和ケアチームに貢献できていないと回答していた。その理由として、マンパワーがない、時間がないと回答していた薬剤師が多かった。以上、薬剤師は医師や看護師と異なり、施設において緩和ケアチーム業務を行なう十分な時間や人数を確保できていないため、十分な活動が行なわれていない可能性が考えられた。

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. 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):733-737.

2. 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.
3. 伊勢雄也, 片山志郎: がん治療と緩和ケア(1): 在宅緩和医療の推進に障壁となっていることは? ~薬剤師の視点から~. *日本医科大学医学会雑誌*, 2011 7(4):156-61.
4. 鶴川百合, 伊勢雄也, 片山志郎: がん治療と緩和ケア(2): 医療現場で期待されるプロバイオティクスの役割~化学療法中の小児に対する臨床応用例を中心に~. *日本医科大学医学会雑誌*, 2012 8(2):174-178.
5. 中村博子, 伊勢雄也, 片山志郎: がん治療と緩和ケア(3): がん患者の食欲不振におけるオランザピンの効果. *日本医科大学医学会雑誌*, 2012 8(3):195-198.
6. Ise Y, Mori T, Katayama S, Nagase H, Suzuki T: Rewarding effects of ethanol combined with low doses of morphine through dopamine D1 receptors. *J Nippon Med. Sch. in press*

学会発表

1. 伊勢雄也, 塩川満, 橋爪隆弘, 木澤義之. 在宅緩和医療を推進するための方策とその評価~お薬手帳に添付された薬剤情報提供書の有用性ならびにコミュニケーションに関する研修会の開催とその評価. 第 4 回日本緩和医療薬学会年会. 2010 年 9 月 25-26 日. 鹿児島.
2. 伊勢雄也. 緩和医療とファーマコエコノミクス~緩和医療の質と効率の両立を目指して~. シンポジウム 16. 緩和医療における薬剤経済学の具体例. 第 5 回日本緩和医療薬学会年会. 2011 年 9 月 24-25 日. 千葉.

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。」

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) 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（8%）の順に多かった。最終入院の在院日（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	153
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

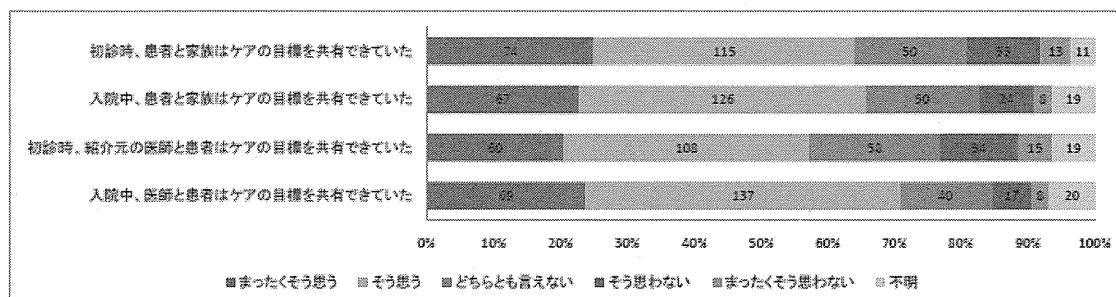
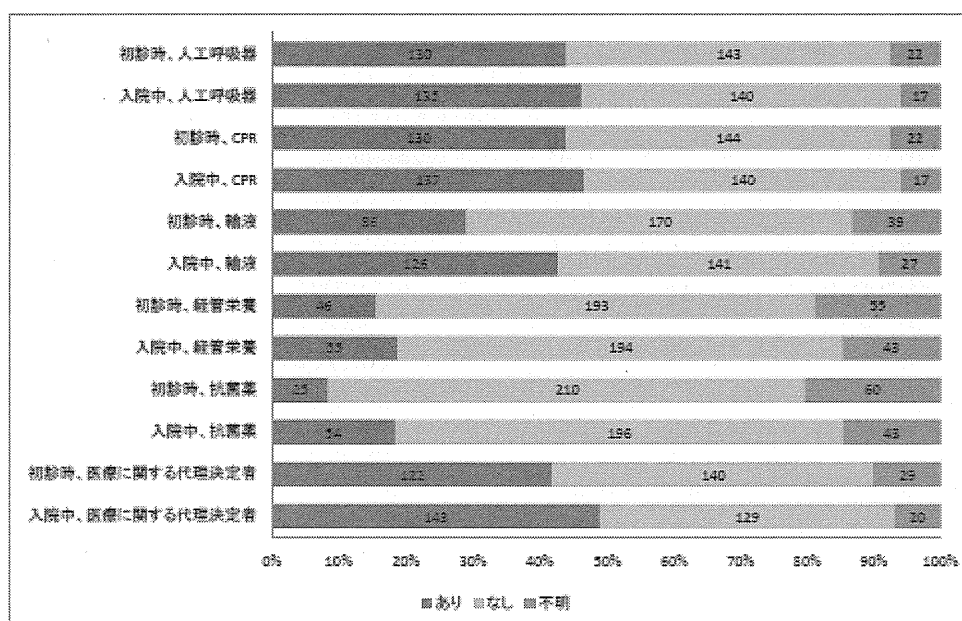


図 2. 初診時・入院中のホスピス緩和ケア病棟における ACP の実態



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

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—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

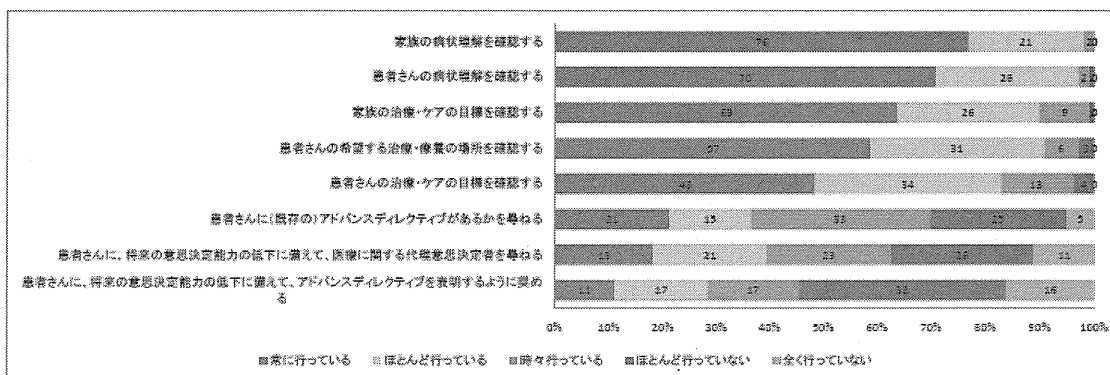
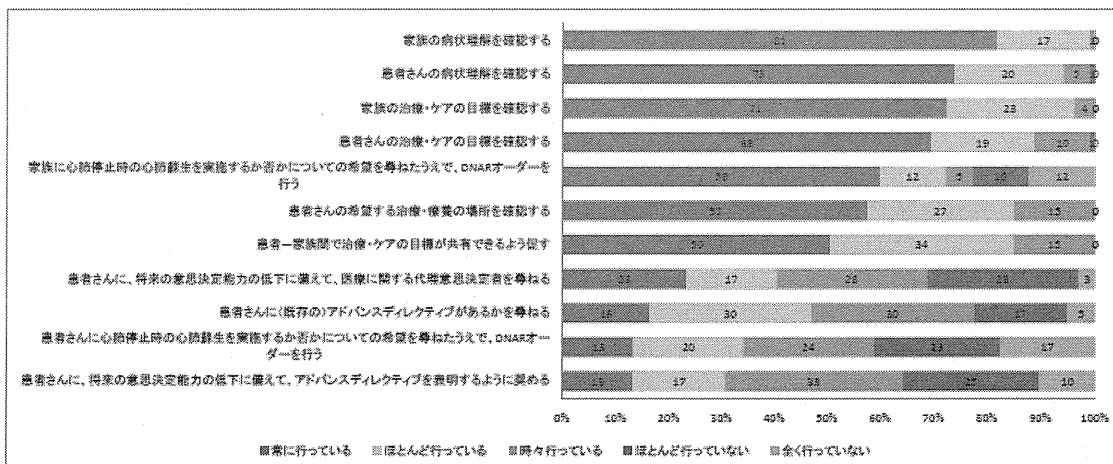


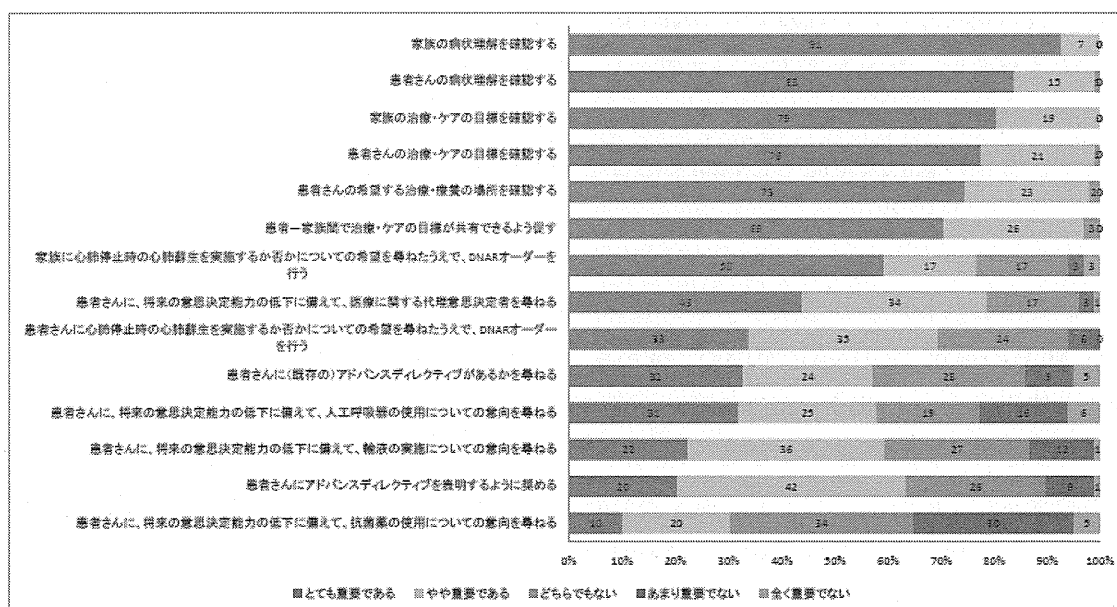
図4.ホスピス・緩和ケア病棟入院中のアドバンスケアプランニングの実践



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。

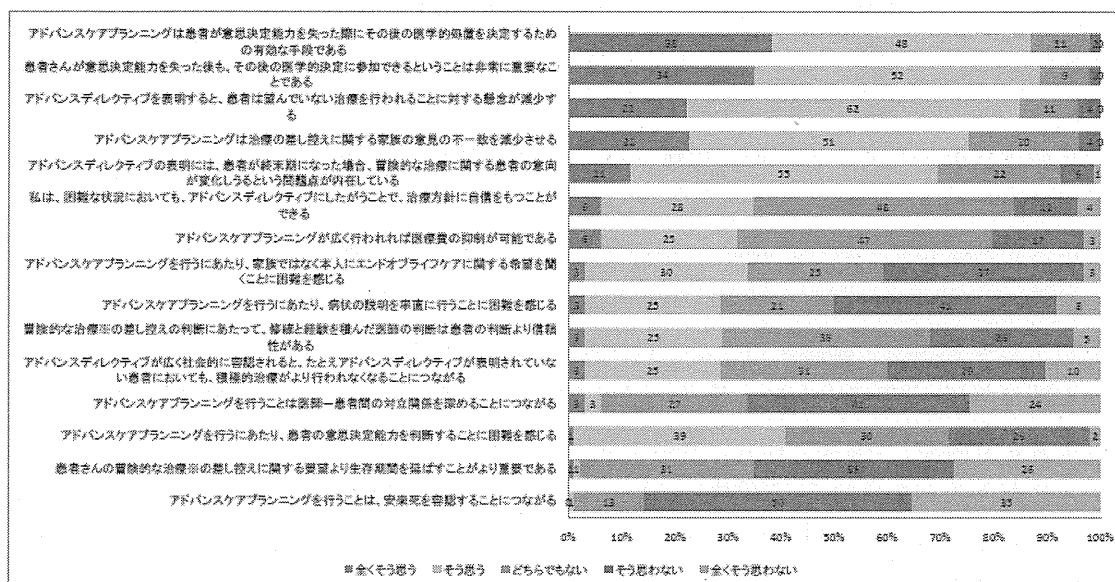
また一方で、60%以上の医師がそう思わない・全くそう思わないと回答した項目は「アドバンスケアプランニングを行うことは、安楽死を容認することにつながる」(86%)「アドバンスケアプランニングを行うことは医師―患者間の対立関係を深めることにつながる」(66%)「患者さんの冒険的な治療※の差し控えに関する要望より生存期間を延ばすことがより重要である」(65%)の3項目であった。

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。

図6. 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



本研究によって明らかになったことは以下の4つである；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。各々に考察を述べる。

1) ホスピス・緩和ケア受診の意思決定の状況

ホスピス緩和ケア病棟の初診時に、患者の同意が得られていないケースが約20%で見られ、また患者・家族間および患者・医療者間でケアの目標が共有できていないケースが10-20%で見られた。本結果より、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ケースがあるものと考えられる。このような患者のケアについては、本人の意向に沿った医療が実施できていない可能性もあり、事前にどんなケアを受けたいかを聞いておくことにより、この問題は解決できる可能性がある。

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—家族—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、「ACP 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」、「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」「AD 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」「ACP 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」など、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。

本研究にはいくつかの限界がある。まず一つ目は、返送率の低さである、返送率は 49% であり、必ずしもすべてのホスピス・緩和ケア病棟の実践を反映したものではない。二つ目は、調査項目に心肺蘇生をはじめとする各医療行為が実践されたかどうか、ACP や AD での意向が尊重されたか、などが調査されていないために、「患者さんが表明していた ACP が実際にどれくらい尊重されていたか」が不明であることである。3つ目に本研究は後ろ向きのカルテ調査であり、その結果に調査者バイアスやリコールバイアスが存在する可能性がある。また、本報告はあくまで単純集計のみの速報段階のものであり、今後クロス集計や細かななどを通して研究結果の解析を行い、今後の研究と臨床に活かしてゆきたいと

考えている。

謝辞：本研究へのご協力をいただいた患者さんとそのご家族の皆様、忙しい中で調査票の記入をしてくださったホスピス・緩和ケア病棟の意思の皆様、NPO 法人日本ホスピス緩和ケア協会の皆様に心から感謝いたします。