

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合事業）  
分担研究報告書

認知症を併存したがん患者のエンド・オブ・ライフ・ケアに関する研究

研究分担者 木澤義之 神戸大学大学院 医学研究科  
内科系講座 先端緩和医療学分野 特命教授

研究要旨 高齢化が進む中、認知症を併存したがん患者が増加している。認知症患者が持つ、認知機能の低下、周辺症状などのため、患者・家族が望んだ場所で療養生活を送ることが難しい状況にある。今回われわれは、わが国における認知症を併存したがん患者のエンド・オブ・ライフ・ケアを明らかにするための一つの基礎資料として、認知症合併がん患者の緩和ケア病棟の受け入れ状況について調査を実施した。また、意思決定能力の低下に備えてあらかじめ、医療・ケアについて話し合う、アドバンスケアプランニングのコミュニケーションプログラムの開発を行った。

A. 研究目的

高齢化が進む中、認知症を併存したがん患者が増加している。認知症患者が持つ、認知機能の低下、周辺症状などのため、患者・家族が望んだ場所で療養生活を送ることが難しい状況にある。今回われわれは、わが国における認知症を併存したがん患者のエンド・オブ・ライフ・ケアを明らかにするための一つの基礎資料として、認知症合併がん患者の緩和ケア病棟の受け入れ状況について調査を平成 25 年度がん臨床研究事業「緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」班と共同して計画した。本研究の目的は、わが国の緩和ケア病棟のうち、認知症患者、意思決定能力のない患者が入院可能な病院がどの程度あるかを明らかにすることである。

また、意思決定能力の低下に備えてあらかじめ、医療・ケアについて話し合う、アドバンスケアプランニングのコミュニケーションプログラムの開発を行った。

B. 研究方法

【対象】2013 年 7 月時点で日本ホスピス緩和ケア協会に加盟する緩和ケア病棟 251 か所の責任医師

【方法】郵送法。未返送者に対し督促を初回送付から 4 週間後に行った。アンケート項目はホスピス・緩和ケア病棟の入院に関することであり、認知症併存患者に関する質問は以下の 5 つであった。それぞれ、以下の患者の

入院が可能な程度を 4 件法（可能である一状態・事情によるが原則可能である一状態・事情によるが原則不可能である一不可能である）で尋ねた。

- ・自分で身の回りのことができないなどの中程度以上の認知症
- ・認知症があり、幻覚・妄想・興奮・徘徊など認知症の周辺症状(BPSD)を認める
- ・過活動型のせん妄がある(認知症を除く)
- ・活動性の低下など低活動性のせん妄がある
- ・意思決定能力がない

質問項目は専門家討議により決定した。

（倫理面への配慮）  
調査は連結可能匿名調査とし、疫学研究的指針に沿って計画し、神戸大学大学院医学研究科の倫理委員会から承認を得たうえで実施した。

アドバンスケアプランニングのコミュニケーションプログラムの開発については、体系的文献検索をもとに専門家間の討議により作成した。

（倫理面への配慮）  
調査は連結可能匿名調査とし、疫学研究的指針に沿って計画し、神戸大学大学院医学研究科の倫理委員会から承認を得たうえで実施した。

### C. 研究結果

2014年2月7日時点で155施設(62%)が回答した。以下の状態の患者の入院が可能である、もしくは状態・事情によるが原則可能である、と回答した施設は以下の割合であった。

1) 自分で身の回りのことができないなどの中程度以上の認知症(92.2%) 2) 認知症があり、幻覚・妄想・興奮・徘徊など認知症の周辺症状(BPSD)を認める(72.8%)、3) 過活動型のせん妄がある(認知症を除く)(87.7%)、4) 活動性の低下など低活動性のせん妄がある(98%)、5) 意思決定能力がない(92.2%)。

アドバンスケアプランニングのコミュニケーションプログラムの開発については、体系的文献検索をもとに専門家間の討議により作成した。作成したプログラムは、平成26年12月に兵庫県神戸市で行われた2日のワークショップでその実施性を確認した。

### D. 考察

認知症合併がん患者の大多数は、そのエンド・オブ・ライフにおいて、緩和ケア病棟に入院が可能であることが明らかとなった。その一方で、BPSDを認める患者においては約4分の1の施設で入院が難しいことが明らかとなり、緩和ケア病棟に対する教育啓発活動、並びに精神症状のマネジメント技術の向上などが、その受入れの改善に有用な可能性が示唆された。

また、アドバンスケアプランニングのコミュニケーションプログラムが開発されて、その実施性が医療従事者対象のワークショップで確認された。

### E. 結論

認知症合併がん患者の大多数は、そのエンド・オブ・ライフにおいて、緩和ケア病棟に入院が可能であることが明らかとなった。一方で、BPSDを認める患者においては約4分の1の施設で入院が難しいことが明らかとなった。

アドバンスケアプランニングのコミュニケーションプログラムが開発されて、その実施性が医療従事者対象のワークショップで確認された。

### 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. Hamano J, Kizawa Y, Maeno T, Nagaoka H, Shima Y, Maeno T. Prospective clarification of the utility of the palliative prognostic index for patients with advanced cancer in the home care setting. *Am J Hosp Palliat Care*. 31(8):820-4, 2014.
2. Ise Y, Morita T, Katayama S, Kizawa Y. The activity of palliative care team pharmacists in designated cancer hospitals: a nationwide survey in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 47(3):588-93, 2014.
3. Maeda I, Tsuneto S, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Motoyama M, Kizawa Y, et al. Progressive development and enhancement of palliative care services in Japan: nationwide surveys of designated cancer care hospitals for three consecutive years. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48(3):364-73, 2014, Epub ahead of the print.
4. Morita T, Sato K, Miyashita M, Yamagishi A, Kizawa Y, Shima Y, et al. Does a regional comprehensive palliative care program improve pain in outpatient cancer patients? *Support Care Cancer*. 2014, Epub ahead of the print.
5. Nakajima K, Iwamitsu Y, Matsubara M, Oba A, Hirai K, Morita T, Kizawa Y, et al. Psychologists involved in cancer palliative care in Japan: A nationwide survey. *Palliat Support Care*. 1-8, 2014.
6. Nakazawa K, Kizawa Y, Maeno T, Takayashiki A, Abe Y, Hamano J, et al. Palliative care physicians' practices and attitudes regarding

- advance care planning in palliative care units in Japan: a nationwide survey. *Am J Hosp Palliat Care*. 31(7):699-709,2014.
7. Nakazawa Y, Kizawa Y, Hashizume T, Morita T, Sasahara T, Miyashita M. One-year follow-up of an educational intervention for palliative care consultation teams. *Japanese journal of clinical oncology*. 44(2):172-9,2014.
  8. Yamagishi A, Sato K, Miyashita M, Shima Y, Kizawa Y, Umeda M, et al. Changes in Quality of Care and Quality of Life of Outpatients With Advanced Cancer After a Regional Palliative Care Intervention Program. *J Pain Symptom Manage*. 2014, Epub ahead of the print.
  9. Sakashita A, Kishino M, Nakazawa Y, Yotani N, Yamaguchi T, Kizawa Y. How to Manage Hospital-Based Palliative Care Teams Without Full-Time Palliative Care Physicians in Designated Cancer Care Hospitals: A Qualitative Study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015, Epub ahead of the print.
  10. Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, Ohde S, Tetsumi S, Miyashita M. Outcome evaluation of the palliative care emphasis program on symptom management and assessment for continuous medical education: nationwide physician education project for primary palliative care in Japan. *J Palliat Med*. 18(1):45-9, 2015.
  11. Kizawa Y, Morita T, Miyashita M, Shinjo T, Yamagishi A, et al.. Improvements in physicians' knowledge, difficulties, and self-reported practice after a regional palliative care program. *J Pain Symptom Manage*. 2015, in press.
  12. 木村洋輔、木澤義之. 食欲不振と終末期における輸液. 第3章緩和医療学. 在宅医療バイブル.p324-333、川越正平編. 日本医事新報社. 2014年2月.
  13. 木澤義之、荒尾晴恵. 1. 教育, 第4章教育・研究. 専門家を目指す人のための緩和医療学.p330-336、特定非営利法人日本緩和医療学会編. 南江堂、2014年7月.
  14. 阿部泰之、木澤義之. アドバンス・ケア・プランニングと臨床倫理. 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア,p38-44、長江弘子編,日本看護協会出版会,2014年3月.
  15. 浜野 淳, 木澤 義之. 日本における Primary Palliative Care プライマリ・ケア医による Primary Palliative Care の普及と発展. *日本プライマリ・ケア連合学会誌* 37(3):268-272, 2014.
  16. 坂下 明大, 久保 百合奈, 太田垣 加奈子, 岸野 恵, 山口 崇, 木澤 義之. 呼吸困難のマネジメント. 死が近づいた時の症状マネジメント-質の高いエンドオブライフ・ケアを実現するために. *緩和ケア* 24(4):261-268, 2014.
  17. 杉原 有希, 木澤 義之. がん性疼痛治療薬の使い方. よく使う日常治療薬の正しい使い方. *レジデントノート* 16(7):1361-1365, 2014.
- 学会発表  
なし。
- 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。