

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
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

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、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い、その教育効果の検証を行った。37名が参加し、全日程参加した34名を解析対象とした。知識テストは研修実施後有意に改善し、（前 18.1点、後 23.9点、 $p < 0.0001$ ）。コミュニケーションの困難感は、13項目中7項目で有意に改善した。E-FIELDを用いたACPと臨床倫理に関する研修会は、医療従事者のACPに関する知識とEOLコミュニケーションの困難感を改善する可能性があることが示唆された。

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、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い、その教育効果の検証を行った。

B. 研究方法

【対象】がん医療に携わる医師のための緩和ケア研修会（通称 PEACE プログラム）を修了した医療従事者を対象として行われた、2014年度兵庫県緩和ケアフォローアップ研修会の参加者37名。

【方法】前後比較研究。2014年12月神戸市において、ACPと臨床倫理に関する550分の参加型研修会を開催した。プログラムはACPと臨床倫理に関する550分（講義230分、ロールプレイ320分）にわたる参加型研修会とし、国立長寿医療センターで開発された、平成26年度人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会（Education For Implementing End-of-Life Discussion：以下E-FIELDと略）を一部改編して用いた。

研修の実施前に参加者の背景情報（年齢、性別、勤務先の類型、臨床経験年数、昨年1年間で経験したがん患者の看取り数）とACPの実践に関する自信を、研修会前後で、エンド・オブ・ライフ（End-of-Life：以下EOLと略）コミュニケーションに関する困難感、死にゆく患者に対する医療者のケア態度、ACPと臨床倫理に関する知識を評価した。ACPの実践に関する自信は、E-FIELD 相談員研修事業のために専門家討議により作成され、「人生が限られていることを自覚している患者さんと、これからの治療・ケアについて話し合うことについて、あなたはどの程度自信を持って実践することができますか？」について、まったく自信がない、自信がない、やや自信がない、どちらとも言えない、やや自信がある、自信がある、とても自信がある、の7段階のリッカート尺度である。表面妥当性とテスト再テスト信頼性が緩和ケアを専門とする看護師26名で確認した（unpublished data, 級内相関係数 0.93（95%信頼区間 0.86-0.97））。EOLコミュニケーションの困難感は、E-FIELD 相談員研修事業のために、専門家討議と研修会参加者のフォーカスグループインタビューを通じて開発された13項目の6段階リッカート尺度（全くそう思わない そう思わない あまりそう思わない ややそう思うーそう思うー非常にそう思う）で

ある。表面妥当性を 10 名の緩和ケア専門家によって確認した。ACP と臨床倫理に関する知識については、E-FIELD 相談員研修事業のために、専門家討議によって作成された 29 項目の知識テストを用いた。知識テストについては表面妥当性を 26 名の緩和ケアを専門とする看護師により確認した。死にゆく患者に対する医療者のケア態度に関しては、妥当性と信頼性が確認された Frommelt のターミナルケア態度尺度日本語版の短縮版を用いた。

統計解析：対象者の背景と ACP に関する自信についてその度数と割合を記述した。ACP に関する困難感の変化については、各質問項目の値について Wilcoxon の順位和検定を行った。研修会前後の ACP と臨床倫理に関する知識の変化については作成したテスト各項目が正解だった場合を 1 点としてその合計点を、死にゆく患者に対する医療者のケア態度の変化については FATCOD-Form-J 短縮版の合計点について、対応のある t 検定を行った。統計解析は統計ソフトである JMP11,2,1 SAS Institute Inc.2013 を用いて行った。

(倫理面への配慮)

研究の実施については、研修会参加者に口頭および文書にて説明し、質問票の提出を持って研究の同意とみなした。研究は、ヘルシンキ宣言並びに厚生労働省の疫学研究に関する倫理指針に則って実施した。

C. 研究結果

37 名が研修会に参加し、うち全日程参加した 34 名を解析対象とした。参加者は医師 16 名、看護師 14 名、その他 4 名、年齢は 39 歳 (37.3-43.9) (中央値,95%信頼区間) 臨床経験年数は 13.5 年 (12.4-18.4) 昨年 1 年間の看取り患者数は 20 名 (22.7-76.4) であった。ACP に関する自信については、やや自信がある、自信がある、とても自信があると答えた参加者の合計は 9 名 (26%,95%信頼区間 12-41%) であった。29 点満点の ACP に関する知識テストの結果は前後で有意に改善した (前 18.1 点, 後 23.9 点, $P<0.0001$, 対応のある t 検定)。また、終末期のコミュニケーションの困難感については、13 項目中 7 項目で困難感が有意に改善し ($p<0.05$, Wilcoxon の順位和検定) その項目は、「十分に病名告知や病状告知をされていない患者とのコミュニケーションが困難

である ($P=0.0172$)」, 「せん妄や意識レベルの低下などで本人の意思が不明な患者への対応に困難を感じる ($P=0.007$)」, 「十分に病名告知や病状告知をされていない家族とのコミュニケーションが困難である ($P=0.0015$)」, 「病状や予後など悪い知らせを伝えられた後の家族への対応が難しい ($P=0.0028$)」, 「家族と十分に話をする時間がとれない ($P=0.0309$)」, 「家族から不安や心配を表出された場合の対応に困難を感じる ($P=0.0215$)」, 「家族から死に関する話題を出された場合の対応に困難を感じる ($P=0.0033$)」であった。死にゆく患者に対する医療者のケア態度の変化については FATCOD-Form-J 短縮版の合計点は研修前後で変化しなかった (研修前 22.3 点, 研修後 22.3 点, $P=1.00$)。

D. 考察

本研究は、わが国で開発された ACP と臨床倫理に関する系統的な相談員養成プログラムである E-FIELD を用いた集合型研修会の医療従事者に対する学習効果を評価した本邦初の研究である。550 分の研修会の実施によって、医療従事者の知識は向上し、EOL コミュニケーションの困難感は部分的に改善した。困難感が改善した主たる部分として、病状告知が十分にされていない患者への対応、並びに家族とのコミュニケーションが挙げられた。しかしながら、本来 ACP は、自律尊重を第一としており、この結果は研修会の意図するところと乖離がみられる。今後プログラムの改善を図り、より患者本人とどのように、ACP のプロセスを進めるかについて重点を置いた研修を実施する必要があるかもしれない。また、研修会は医療従事者の死にゆく人への態度に変化を与えなかった。しかしながら、FATCOD-B-J のスコアが高値であること、研修会参加者が緩和ケアの経験が豊かで、看取り経験が多い医療従事者であったことから、医療従事者の死にゆく人への態度については前後で変化しえなかったと解釈できる。本研究の限界として以下の 3 点があげられる; 1) 困難感並びに知識を測定した尺度が十分な信頼性と妥当性を検証したものではないこと、2) 対象者が少数で、かつ緩和ケアの経験がある医療従事者であることから、結果の一般化が難しいこと、3) 医療従事者のアウトカムを調査したものであり、患者・家族のアウトカムを改善するかは不明であるこ

と。しかしながら、本研究会の実施によって、経験豊富な医療従事者においても ACP や臨床倫理の知識や困難感が改善することが明らかになったことから、E-FIELD プログラムは ACP の実践と普及に有用な可能性がある。今後さらにプログラムの改善を図るとともに、知識・困難感に関する尺度開発を進め、より大規模な医療従事者に対する研修効果の調査を行うことが望まれる。

E. 結論

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い、その教育効果の検証を行った。E-FIELD プログラムを用いた ACP と臨床倫理に関する集合型研修会は、医療従事者の ACP と臨床倫理に関する知識を改善し、EOL コミュニケーションの困難感を改善する可能性があることが示唆された。

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. 木澤義之他. 緩和ケアの定義, 緩和ケアを開始する時期. 木澤義之, 齊藤洋司, 丹波嘉一郎編. 緩和ケアの基本 66 とアドバンス 44, 2-5. 南江堂, 東京都 2015.
2. 木澤義之他. 入院患者の痛みの診かた. 木澤義之編. レジデントノート, 672-739. 羊土社, 東京都, 2015.
3. Nakazawa Y, Kizawa Y. Population-Based Quality Indicators for Palliative Care Programs for Cancer Patients in Japan: A Delphi Study. J Pain Symptom Manage. 2015 Dec 8. [Epub ahead ofprint]
4. Akechi T, Kizawa Y. Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument. Palliat Support Care. 13(6):1529-33, 2015.
5. Kizawa Y, Morita T. Improvements in Physicians' Knowledge, Difficulties,

and Self-Reported Practice After a Regional Palliative Care Program. J Pain Symptom Manage, 50(2):232-40, 2015.

6. Takase N, Kizawa Y. Methadone for Patients with Malignant Psoriasis Syndrome: Case Series of Three Patients. J Palliat Med, 18(7):645-52, 2015.
7. Nakajima K, Kizawa Y. Psychologists involved in cancer palliative care in Japan: A nationwide survey. Palliat Support Care. 13(2) : 327-34, 2015.
8. 岸野 恵, 木澤 義之. 大学病院入院中のがん患者の突出痛の頻度に関する予備調査. Palliative Care Research, 10 巻 3 号:155-160, 2015.
9. 田中 祐子, 木澤 義之, 坂下 明大. アドバンス・ケア・プランニングと臨床倫理に関する研修会の実施とその評価. Palliative Care Research 10 巻 3 号: 310-314, 2015
10. 白土 明美, 木澤 義之. ホスピス・緩和ケア病棟の入院予約と外来機能に関する全国実態調査. 癌と化学療法 42 巻 9 号:1087-1089, 2015.
11. 山本 亮, 木澤 義之. PEACE 緩和ケア研修会を受講したことによる変化と今後の課題 フォーカスグループ・インタビューの結果から. Palliative Care Research. 10 巻 1 号:101-106, 2015.
12. 山口 崇, 木澤 義之. 【悪性消化管閉塞にどう対応する? どうケアする?】悪性消化管閉塞とオクトレオチド これからの議論のための背景知識. 緩和ケア. 25 巻 5 号:366-370, 2015.
13. 木澤 義之, 山口 崇, 余谷暢之. 【緩和医療の今】包括的アセスメント これからのことを話し合う アドバンス・ケア・プランニング. ペインクリニック. 36 巻 別冊秋, S613-S618, 2015.
14. 長谷川 貴昭, 木澤 義之. 急性期病棟での看取りにおける信念対立 終末期せん妄を発症したがん患者と家族への医療スタッフの関わり. 死の臨床. 38 巻 1 号 :115-116, 2015.
15. 木澤 義之. 【誰も教えてくれなかった緩和医療-最新知識と実践】がん緩和医療 症状緩和とエンド・オブ・ライフケア. 臨床泌尿器科, 69 巻 9 号: 706-709, 2015.

16. 木澤 義之. アドバンス・ケア・プランニング "もしもの時"に備え、"人生の終わり"について話し合いを始める. ホスピスケアと在宅ケア .23 巻 1 号: 49-62, 2015.
17. 木澤 義之. 【現場で活用できる意思決定支援のわざ】 アドバンス・ケア・プランニングと意思決定支援を行うためのコツ. 緩和ケア .25 巻 3 号:174-177, 2015.

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