

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）  
分担研究報告書

抗がん剤治療中止時の医療従事者によるがん患者の意思決定支援プログラムの開発

：抗がん剤治療中止時に行われる終末期についての話し合いに関するがん患者の意向調査

研究分担者 森雅紀 聖隷三方原病院 臨床検査科

**研究要旨** 抗がん剤治療中止時に行われる終末期についての話し合い（End-of-life discussions: EOLd）として、予後告知、ホスピスへの紹介、心肺停止時の心肺蘇生/Do-Not-Resuscitate (DNR) についての話し合いがある。今回、これらの EOLd に関するがん患者の意向調査を行った。412 名のがん患者を対象とした Web 調査の結果、がん患者は、予後告知の際には予測される期間に広い幅を付けた台詞や「最善を望みながらも、備えはしておくこと」を添えた台詞を好むことが明らかになった。また、DNR の説明の際には苦痛緩和に努めると添えた台詞、ホスピスへ紹介する際には紹介の目標を明確にしつつ切れ目のないケアや「見捨てないこと」を保証する台詞を好むなど、Positive statement を追加する効果が示唆された。本研究で取得した知見を基礎資料として、今後より検証的な実験心理学的研究を行うことを検討したい。

A. 研究目的

主目的は、がん治療あるいは緩和ケア医が予後告知、心肺停止時の心肺蘇生、ホスピスへの紹介について説明する時にどのような伝え方が望ましいかに関する患者の意向を系統的に探索することである。

B. 研究方法

1) 先行研究、10 名のがん治療医・緩和ケア医を対象にしたフォーカスグループ、研究者間の議論を通じて調査票を作成する。EOLd に関する台詞は、各台詞で伝えたい概念を明確にする（結果の【】に詳述）。

2) がんサバイバー4 名を対象としたパイロット調査を行い、調査票の文言を修正する。

3) 現在がんのために通院中の 20 歳以上の患者を対象に、Web 調査を実施する。

4) 研究者らの先行する調査において、台詞への意向に関して「どちらでもない」という選択肢を入れたところ、この選択肢を回答する患者が多く結果の解釈が困難であったことから、本研究では「どちらでもない」を除き、「全く好ましくない～非常に好ましい」の 6 件法で回答を求める。

5) 解析は記述統計を行い、意向の回答に関しては平均値（1～6）を求める。

（倫理面への配慮）

2018 年 2 月 聖隷三方原病院の倫理委員会で本研究が承認された。

C. 研究結果

2018 年 2 月に調査を行い、計 412 人が回答した。平均年齢は 61 歳、女性が 156 名（38%）、再発・転移を有する患者は 110 名（27%）だった。

1) 予後告知（余命 2 年程度）の際の台詞  
生存期間の伝え方

【具体的な数値を言う、予測の不確かさや幅には触れない】台詞（「あなたと同じ状況の平均的な患者さんを考えると、2 年くらいだと思います」：3.19）と【具体的な確率を言う、予測の不確かさや幅には触れない】台詞（「あなたと同じ状況の平均的な患者さんを考えると、2 年後も生きておられる確率は 50% だと思います」：3.19）は意向には差が見られなかった。

具体的な数値に加えて、【具体的な数値と典型的な幅を言う】台詞（「あなたと同じ状況の平均的な患者さんを考えると、2 年くらいだと思います。平均的な方は、1 年から 4 年くらいの経過と考えて頂いたらよいと思います。」：3.44）はより好まれ、さらに【具体的な数値と典型的な幅、非常に良い場合/良くない場合を言う】台詞（「あなたと同じ状況の平均的な患者さんを考えると、2 年くらいだと思います。最も良い場合としては、6 年以上は大丈夫な方も 10% 程度います。しかし、厳しい場合として、6 ヶ月という場合もないとは言えないことが 10% 程度あります。平均的な方は、その間をとって 1 年から 4 年くらいの経過と考えて頂いたらよいと思います」：3.75）はさらに好まれた。

一方、曖昧な表現についての意向を調べてみたところ、【具体的な数値を使わずに大まかな期間を伝え、予測の不確かさや幅には触れない】台詞（「あなたと同じ状況の平均的な患者さんを考えると、年の単位だと思えます」：2.78）や【具体的な数値ではなく、いつという時期を具体的に言う】（「あなたと同じ状況の平均的な患者さんを考えると、再来年の桜をみられるかどうか（年を越せるかどうか）だと思えます」：2.62）は、具体的な数値を伝える台詞より好まれなかった。さらに、【全く答えられないという態度を示す】台詞（「こればかりはわかりません」：2.47）は意向の平均値の中で最も好まれなかった。

### 不確実性や「最善を望みながらも、備えはしておく」ことを加える伝え方

上述の「2年」と言う【具体的な数値を言う、予測の不確かさや幅には触れない】台詞に対して、【具体的な数値と不確かさを言う】台詞（「あなたと同じ状況の平均的な患者さんを考えると、2年くらいだと思えますが、ひとにもよりますので正確には分かりません」：3.29）は、わずかながらより好まれる傾向があった。さらに、【具体的な数値と不確かさを言う、最善を望みながらも、備えはしておくことを提案する】台詞（「あなたと同じ状況の平均的な患者さんを考えると、2年くらいだと思えますが、ひとにもよりますので正確には分かりません。平均よりあなたが元気であるように全力を尽くします。並行して、もし平均的な進み方をしたときよりも急なことがあった場合にも備えておくことも考えておくと思います」：3.71）はより好まれた。同様の傾向は、【具体的な数値、典型的な幅】に、不確実性やメッセージを順次足していく場合にもみとめられた。

### 全く分からない場合の伝え方

予後の予測が困難で分からない旨を伝える際に、その理由を添えたり、患者が予後を尋ねる背景を尋ねたりする台詞についてのがん患者の意向を調べた。上述の【全く答えられないという態度を示す】台詞に対して、【全く答えられないという態度を理由と共に示す】台詞（「こればかりはわかりません。たしかにあなたと同じ状況の平均的な患者さんについてのデータはあります。でもあなたがどうなるかがわかるわけではないのです」：2.67）や【全く答えられないという態度を理由と共に示し、一人一人のやっておきたいこと、気がかりなことに合わせて個別に一緒に考えていくことに繋げる】台詞（「こればかりはわかりません。たしかにあなたと同じ状況の平均的な患者さんについてのデータはあります。でもあなたがどうなるかがわかるわけではないのです。そのようにお尋ねになられるには、いろいろな理由があると思うのですけれども、教えていただけますか」：2.85）は段階的により好まれる傾向にあった。

## 2) 心肺停止時の心肺蘇生を行わないこと(DNR)

### を伝える際の台詞

DNRに関して【医師がいいと思う方法を提示する】台詞（「心臓マッサージなどの延命処置は行わないほうがよいと思いますので、そのようにしたいと思えますがいかがでしょうか」：3.14）に対して、より患者にとって有益と思われる苦痛緩和に言及する言い方に対するがん患者の意向を調べた。その結果、【医師がいいと思う方法を提示し、苦痛が和らぐようにする説明を追加する】台詞（「心臓マッサージなどの延命処置を行わず、苦しくないように対応させていただくのがよいと思いますので、そのようにしたいと思えますがいかがでしょうか」：3.86）はより好まれる傾向にあった。

### 3) ホスピスへの紹介を伝える際の台詞

ホスピスを紹介する旨を単に伝える場合に対して、現在の病院では何もできないことを伝える場合、そして、より患者にとって有益と思われる内容を段階的に追加していく場合についてのがん患者の意向を調べた。

【紹介することを言うが、目的や切れ目のないケアについては触れない】台詞（「緩和ケア病棟（ホスピス）が在宅ケアをご紹介しますと思います」：3.37）に対して、【紹介すること、何もできないことを言う。目的や切れ目のないケアについては触れない】台詞（「緩和ケア病棟（ホスピス）が在宅ケアをご紹介しますと思います。この病院は治療を担当する病院なので、うちに来て何もできないかと思えます」：2.77）はより好まれなかった傾向にあった。一方、上述の【紹介することを言うが、目的や切れ目のないケアについては触れない】台詞に対して、【紹介することを目的と共に言う。切れ目のないケアについては触れない】台詞（「緩和ケア病棟（ホスピス）が在宅ケアをご紹介しますと思います。これから起きる体調の変化や症状に、適切に対応していただけます」：3.92）【紹介することを目的と共に言う。切れ目のないケアについて伝える】（「緩和ケア病棟（ホスピス）が在宅ケアをご紹介しますと思います。これから起きる体調の変化や症状に、適切に対応していただけます。あなたのこれまでの治療や現在の病状について、ご紹介の先生にしっかりとお伝えしようと思えます」：4.40）【紹介することを目的と共に言う。切れ目のないケアについて伝えた上で、治療医との関係性が途切れないことも伝える】台詞（「緩和ケア病棟（ホスピス）が在宅ケアをご紹介しますと思います。これから起きる体調の変化や症状に、適切に対応していただけます。あなたのこれまでの治療や現在の病状について、ご紹介の先生にしっかりとお伝えしようと思えます。もし何かお困りのことがありましたら、これからもいつでもご連絡ください」：4.82）は、段階的により好まれる傾向にあった。

## D. 考察

これまで国内外で様々な EOLd の台詞が提案され

てきたが、本研究はそれらに対する患者の意向を系統的に比較したことに新規性がある。本研究から明らかになった重要な知見は3つある。

最初に重要な知見は、予後告知の際には、数字に幅を加えるなど不確実性が具体的にイメージできるように伝えるのがよく、幅は広いほど好まれる(Best case, worst caseを両方向に広く取る、本研究では先行研究に則って、生存曲線の10%、90%をそれぞれWorst case, best caseとした)ということである。これは、Best caseを聞くことで患者が希望を維持することに繋がるためだと推測される。一方、「年の単位」「再来年の桜」等の曖昧な言い方は、「こればかりはわかりません」という謂い方と大差はなく、好まれなかった。

次に重要な知見は、数字や幅による期間だけではなく、その中で「最善を望みながらも、備えはしておくこと」ことを提案する台詞が患者に好まれるということである。患者は医師に予後を尋ねる時、何らかの理由があって尋ねることが多い。予測される期間だけを伝えるのではなく、予測される予後を踏まえてどうすればよいかを患者の立場を考慮して考える姿勢が大切になると思われる。”Hope for the best, prepare for the worst”は欧米の実臨床で広く用いられている台詞であるが、本研究により、これが患者にも非常によく好まれることが明らかにされた。”Prepare for the worst”は「もしもの時に備えて、予め必要なことをしておく」というアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の考え方を反映した台詞である。近年国際的にACPの重要性が唱えられているが、様々な要因(患者・家族・医療者・システム面)でACPを切り出すことは容易ではない。今回”Hope for the best, prepare for the worst”を取り入れた台詞が非常に好まれたことは、予後伝えつつ、患者に強い陰性感情を抱かせることなくACPについての話し合いを導入しうる点で臨床的に重要と考えられる。

最後に重要な知見は、EOLdを行う際は、患者にとってPositiveな意味づけが伝わる言葉(positive statement)を加えるほど好ましい、ということである。予後に関しては”hope for the best, prepare for the worst”に関して上述した通りである。DNRに関しては、単に医師からDNRを勧めるだけでなく、苦しくないように対応するというpositive statementの追加により好ましさが増した。また、ホスピスへの紹介に関しても、単に紹介する旨を伝えるだけではなく、今後の体調の変化や症状に対応する場所としてホスピスが最適であるという目的があること、切れ目のないケアが行われるように次の主治医にしっかりと引き継ぎを行うこと、さらに、もし困ったことがあればいつでも連絡をしてきて良い(「見捨てないこと(non-abandonment)」)、と治療医との関係性が途切れないことを保証すること、を段階的に追加することで、徐々に好ましさが増すことが明らかになった。台詞が長くなること自体によ

り好ましさが増したわけではないことは、ホスピスの紹介に当たり「何もできないことを言う」ことを添えた台詞がより好まれなかった事実によっても説明がつく。

本研究の限界としては、モニター会社に登録された比較的若年でPSのよいがん患者が対象になったことである。また母集団の性質や回収率も不明瞭であるため、一般化可能性に限界はあると思われる。

## E. 結論

がん患者は、予後告知の際には予測される期間に広い幅を付けた台詞や「最善を望みながらも、備えはしておくこと」ことを添えた台詞を好むことが明らかになった。また、DNRの説明の際には苦痛緩和に努めると添えた台詞、ホスピスへ紹介する際には紹介の目標を明確にしつつ切れ目のないケアや「見捨てないこと」を保証する台詞を好むなど、Positive statementを追加する効果が示唆された。本研究で取得した知見を基礎資料として、今後より検証的な実験心理学的研究を行うなど、抗がん剤治療中止時の医療従事者によるがん患者の意思決定支援プログラムの開発に資する研究が求められる。

## F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1. Mori M, et al. Phase II trial of subcutaneous methylalantrexone in the treatment of severe opioid-induced constipation (OIC) in cancer patients: An exploratory study. *Int J Clin Oncol* 22:397-404,2017.
2. Morita T, Mori M, et al. Continuous deep sedation: A proposal for performing more rigorous empirical research. *J Pain Symptom Manage* 53:146-152,2017.
3. Mori M, et al. Predictors of response to corticosteroids for dyspnea in advanced cancer patients: a preliminary multicenter prospective observational study. *Support Care Cancer* 25:1169-1181,2017.
4. Yamaguchi T, Mori M, et al. Effects of End-of-Life Discussions on the Mental Health of Bereaved Family Members and Quality of Patient Death and Care. *J Pain Symptom Manage* 54:17-26,2017.
5. Mori M, et al. Talking about death with terminally-ill cancer patients: What contributes to the regret of bereaved family members? *J Pain Symptom Manage* 54:853-860,2017.

6. Mori M, et al. "What I did for my loved one is more important than whether we talked about death": A nationwide survey of bereaved family members J Palliat Med. 2017 Nov 20. [Epub ahead of print]
  7. Imai K, Mori M, et al. Efficacy of two types of palliative sedation therapy defined using intervention protocols: proportional vs. deep sedation. Support Care Cancer 2017 Dec 14. [Epub ahead of print]
  8. 森雅紀. 進行がんによる症状とその緩和・支持療法について教えてください. medicina 54(8):1298-1302, 2017.
  9. 森雅紀, 他(企画). 「眠れない!」みかたをかえて問いなおす 特集にあたって. 緩和ケア 27(4):220, 2017.
  10. 森雅紀. フェンタニルは突出的な呼吸困難に効果はあるの?. 緩和ケア 27(6):390-392, 2017.
  11. 森雅紀. 終末期がん患者と死を前提とした話や行動をしたか否かについての遺族の後悔に関する研究. がん看護 22(7):728-730, 2017.
  12. José L. Pereira (著者), 丹波嘉一郎, 他(監訳). Pallium Canada 緩和ケアポケットブック Pallium Palliative Pocketbook Second Edition. メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2017.
  13. 日本がんサポーターズケア学会(編). がん薬物療法に伴う抹消神経障害マネジメントの手引き 2017年版. 金原出版株式会社, 東京, 2017.
  14. 森雅紀. 第6章フェローシップ1. 内科のフェローシップ ホスピス・緩和医療. 島田悠一(編著). 海外医学留学のすべて. 日本医事新報社, 東京, p217-221, 2017.
2. 学会発表
    1. 森雅紀. 会長特別企画シンポジウム5:呼吸器疾患における看取り~苦痛緩和とQOL向上をめざして. 第57回日本呼吸器学会学術講演会. 2017.4, 東京
    2. 森雅紀. ランチョンセッション: "Advance Care Planning (ACP)のエビデンスと実践~患者・家族共に幸せな終末期の支援に向けて" Evidence and practice of advance care planning (ACP): Supporting patients and families toward the end of life. ACPJC Annual Meeting 2017 (米国内科学会日本支部年次総会 2017). 2017.6, 京都
    3. 東光久, 森雅紀. "Hospitalists can manage cancer patients!" 「ホスピタリス  
トなら、がん診療に向き合おう!」. ACPJC Annual Meeting 2017 米国内科学会日本支部年次総会 2017. 2017.6. 京都
  4. 森雅紀(座長). 梅田恵, 他. ワークショップ1: About a good coping method with feeling of abandonment in patients and their families at transfer to palliative care unit (PCU) ~Can you transfer to PCU with relieved and trust? 緩和ケア病棟転院時の患者・家族の見捨てられ感について~安心して転院できますか. 第15回日本臨床腫瘍学会学術集会. 2017.7, 神戸
  5. 森雅紀. セミプレナリーセッション: Preferred explanations in disclosing prognosis of 2 years to cancer patients: what determines their preferences? 「予後2年」の望ましい伝え方: どのようながん患者がどのような台詞を好むか?. 第15回日本臨床腫瘍学会学術集会. 2017.7, 神戸
  6. Mori M, Fujimori M, Uchitomi Y, et al. Semi-Plenary Session, "Preferred explanations in disclosing prognosis of 2 years to cancer patients: what determines their preferences?" (「予後2年」の望ましい伝え方: どのようながん患者がどのような台詞を好むか?), 第15回日本臨床腫瘍学会学術集会. 2017.7, 神戸
  7. 藤森麻衣子, 森雅紀, 内富庸介, 他. 抗がん剤治療中止を伝えられる際の説明に対するがん患者の意向. 第30回日本サイコオンコロジー学会. 2017.10. 東京
  8. 川原美紀, 藤森麻衣子, 森雅紀, 内富庸介, 他. タブレット端末を用いたがん患者への Patient Reported Outcome 調査の実施可能性. 第30回日本サイコオンコロジー学会. 2017.10. 東京
  9. Mori M. "JSMO/KACO Joint Symposium: End of life care. Changing environment and policies for end of life care in Japan." 10<sup>th</sup> Annual Autumn Meeting of Korean Association for Clinical Oncology. 2017,11. Korea,
- 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。