

緩和ケア病棟に入院中の終末期がん患者のアドバンス
ディレクティブ表明に影響を与える因子の検討

2013

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

中澤 一弘

筑波大学

博士（医学）学位論文

目次

第1章	序論	1
第1節	アドバンスディレクティブに関する歴史と世界の状況	2
第2節	研究意義と目的	4
第2章	研究方法	7
第1節	研究デザインと対象	8
第2節	質問紙票	9
第1項	質問紙票の作成と回答方法	9
第2項	質問紙票の妥当性・信頼性	12
第3節	統計学的手法	13
第1項	記述統計	13
第2項	緩和ケア病棟におけるアドバンスディレクティブ表明に 影響を与える因子の解析	13
第3項	アドバンスケアプランニングに積極的または 消極的な医師の特徴の解析	16
第4節	倫理的配慮	16
第1項	全般的事項	16
第2項	同意について	17
第3項	データ処理および管理	17
第3章	結果	18
第1節	実施状況	19
第2節	患者調査結果	19
第1項	患者属性	19

第2項	緩和ケア病棟におけるアドバンスディレクティブの 表明状況	19
第3項	患者調査質問紙票の信頼性	19
第3節	医師調査結果	19
第1項	医師属性	19
第2項	緩和ケア医師のアドバンスケアプランニングの実践状況	20
第3項	緩和ケア医師のアドバンスケアプランニングの 重要性の理解状況	20
第4項	緩和ケア医師のアドバンスディレクティブおよび アドバンスケアプランニングに対する態度	21
第5項	医師調査質問紙票の信頼性	21
第4節	緩和ケア病棟におけるアドバンスディレクティブ表明に 関連する因子	22
第5節	アドバンスケアプランニングに積極的または 消極的な医師の特徴	23
第4章	考察	25
第5章	結論	31
	謝辞	33
	参考文献	35
	図表	39
	資料	
	参考論文	

第 1 章

序論

第1節 アドバンスディレクティブに関する歴史と世界の状況

アドバンスディレクティブとは、元々米国で提唱された概念^{1,2}であり、意思決定能力の喪失時に備えて、将来起こりうる医療的な問題への対応（例：心肺蘇生、人工呼吸器の使用、輸液の実施、経管栄養の実施など）を医療者と協議してあらかじめ決定するとともに、代理意思決定者の選定をあわせて行うものである³。医療に関する事前指示と言い換えることができ、一つの特定の行為に限定した指示ではなく、幅広い指示内容を含むものである。終末期の治療方針の決定が必要な時に患者の70.3%には意思決定能力がない⁴という状況において、アドバンスディレクティブは患者の意向を最大限尊重した医療を実践するために重要と考えられている。

米国やオーストラリア、イギリスといった諸外国においては、文書によるアドバンスディレクティブの表明が一般的であるが、口頭のアドバンスディレクティブも法的に有効とされている^{5,6}。アドバンスディレクティブに関する臨床研究は、一般高齢者⁷をはじめ、がん⁸、心不全⁹、慢性閉塞性肺疾患¹⁰、筋萎縮性側索硬化症¹¹などの生命の危険がある疾患に直面している患者を対象に実施されており、アドバンスディレクティブがあれば延命治療が行われにくくなるという報告⁴や終末期の治療方針の決定に有用であるとの報告⁸がある。また、集中治療室に入院した患者の調査からは、アドバンスディレクティブの表明が医療費の抑制につながる可能性が指摘されている¹²。

そして、アドバンスディレクティブの表明には、アドバンスディレクティブに対する医師と患者の両方の態度が関連していることが分かっている。まず、医師はアドバンスディレクティブに対して一般的には肯定的¹³と言われている。積極的なアドバンスディレクティブ表明に関連する医師の因子としては、Davidson³が臨床でのアドバンスディレクティブの使用経験があること、Hughes¹⁴が医師の年齢（高齢）、医学部の卒後年数の長さ、医師の性別（女性）、ソロプラクティス（単独診療）、Sttisombut¹⁵が研修医という因子について報告している。対照的に、消極的なアドバンスディレクティブ表明に関連する医師の因子

としては、Davidson³が卒後年数の短さ、Hughes¹⁴が外国の医学部の卒業、Morrison¹⁶がアドバンスディレクティブに関する知識の不足、信仰内容、面談による時間的拘束、面談に対する対価、アドバンスディレクティブが話題として不快に感じる事、という因子を報告している。次に、積極的なアドバンスディレクティブ表明に関連する患者の因子としては、Alano¹⁷が女性、高齢者、Eleazer¹⁸が白人、Hanson¹⁹が大学卒業以上の教育歴、収入の多さ、民間保険に加入していること、Alano¹⁷が手術経験、アドバンスディレクティブに関する説明を受けること、アドバンスディレクティブが終末期の苦痛を緩和するという考え、という因子を報告している。対照的に、消極的なアドバンスディレクティブ表明に関する患者の因子としては、Hanson¹⁹が黒人、収入の少なさ、Alano¹⁷がアドバンスディレクティブについての説明を受けた経験がないこと、という因子を報告している。

一方で、アドバンスディレクティブを表明しても、終末期患者の50%が心肺蘇生や人工呼吸器の使用など望まない治療を受けていたこと²⁰、終末期患者の希望を医療の内容に十分に反映できなかったこと²¹、終末期ケアの改善には役立たないとする報告²²⁻²⁶がなされている。その原因としては、アドバンスディレクティブのみでは現場で起こる複雑な医療問題に事細かく対応できないこと²²、や意思決定を行う代理意思決定者が、事前に患者や医療従事者と患者のアドバンスディレクティブの内容やその背景、理由などについて十分話し合っていないために、アドバンスディレクティブに沿った意思決定ができないこと^{27,28}、などが挙げられている。これらの課題を解決するために、アドバンスケアプランニングという概念が誕生した²⁹。

アドバンスケアプランニングは、『将来の意思決定能力の低下に備えて、患者や患者の家族および重要他者などと、医療者が十分な相談しながら、患者の不安、気がかり、心配、目標、治療の選択肢、希望する療養の場所など様々なことを話し合う一連のプロセス』³⁰とされており、単なるアドバンスディレクティブの書面の取得を目的とするのではなく、その背景にある患者の意向、価値観、人生観、気がかりなどを明らかにし、家族や医療従

事者と共有することで、たとえ意思決定が難しい状況になっても、患者の意向を尊重して医療を行おうとする取り組みである。アドバンスケアプランニングの結果として、アドバンスディレクティブ表明が増加することが報告されており^{31,32}、終末期の患者とその家族の医療に対する満足度を向上させ、残された家族の不安、ストレス、うつ状態を軽減させることが明らかになっている⁵。

欧米においては、イギリスで Gold Standard Framework (GSF) と呼ばれる終末期患者の総合医療政策が実施され、その中でアドバンスディレクティブーアドバンスケアプランニングは最も重要な要素として位置づけられている³³。また、米国、オーストラリア、カナダなどではそれぞれ、Respecting Choices³⁴、Respecting Patient Choices³⁵、Speak Up³⁶といった組織的なアドバンスディレクティブーアドバンスケアプランニングのプログラムが実施され始めている。アジアにおいては、台湾で 2000 年から国策としてアドバンスディレクティブ表明を推進し、終末期ケアの普及が図られている³⁷。

第 2 節 研究意義と目的

厚生労働省が 2013 年 3 月に実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」によると、一般国民の 69.7%がアドバンスディレクティブをあらかじめ作成することに賛成しており、アドバンスディレクティブの内容に従って終末期の治療方針を決定することを支持している。

また、わが国では 1981 年以降の死因の第一位が悪性新生物となっており³⁸、2011 年に病院で死亡したがん患者数は約 125 万人で、約 3 人に 1 人ががんで死亡している³⁸。そして、がんによる死亡者のうちの 76.2% (約 95 万人) が病院で死亡している³⁸。

わが国のがん患者が入院している緩和ケア病棟は、1981 年に聖隷三方原病院に設置された聖隷ホスピスに端を発している。1990 年に診療報酬制度において緩和ケア病棟入院料の算定が開始されたことにより制度化され、更には 2007 年のがん対策基本法の成立と、がん

対策推進基本計画のもと、がん対策を総合的かつ計画的に推進してきた結果、緩和ケア病棟数は増加した。1990年に5病棟だった緩和ケア病棟数は2011年には247施設にまで増加し³⁹、緩和ケア病棟で死亡したがん患者の割合は、死亡したがん患者の8.4%³⁹を占めるまでになった。緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟とされており（平成24年3月5日保医発0305第1号：診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)「A310 緩和ケア病棟入院料」より抜粋）、患者とその家族に対して全人的な苦痛の緩和と患者中心の医療が実施されている。緩和ケア病棟の入院患者の多くが進行期・終末期がん患者であるため、その医療方針の決定に当たっては、患者の意思決定能力の低下が問題となることが多く、患者の意向に沿った医療を行うために、アドバンスディレクティブは重要な位置を占めており、患者のアドバンスディレクティブの表明を勧めていく必要がある。そのためには、患者のアドバンスディレクティブ表明に関連する因子を明らかにして、それに焦点を当てた対策を講じる必要がある。

しかしながら、わが国の緩和ケア病棟におけるアドバンスディレクティブーアドバンスケアプランニングに関する報告では、緩和ケア病棟に勤務する医師はアドバンスディレクティブに対して前向きな態度を有している^{8,40}ものの、患者のアドバンスディレクティブの表明率は12%と米国の79%、ドイツの29%と比べて少ないことが明らかとなっている

（注：文書以外に口頭での表明も含んだ割合を記している）⁴⁰。ただし、この報告⁴⁰は1998年に、限られた5施設で実施されたものであることから、現在のわが国におけるアドバンスディレクティブの状況を反映しているとは言い難い。そして、わが国の患者がアドバンスディレクティブを表明することに関連した因子についても分かっていない。また、患者のアドバンスディレクティブ表明に影響を与えるアドバンスケアプランニングについて、わが国でその実情についての系統的な研究は行われていない。

そこで、本研究の目的は、緩和ケア病棟において全国規模の調査を行って、以下の点を明らかにすることである。

- 1) 緩和ケア病棟の入院患者におけるアドバンスディレクティブの表明状況
- 2) 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実践およびアドバンスケアプランニングに関する態度
- 3) 緩和ケア病棟の入院患者におけるアドバンスディレクティブ表明に関連する因子
- 4) 関連因子のアドバンスケアプランニングに積極的または消極的な医師の特徴

第 2 章

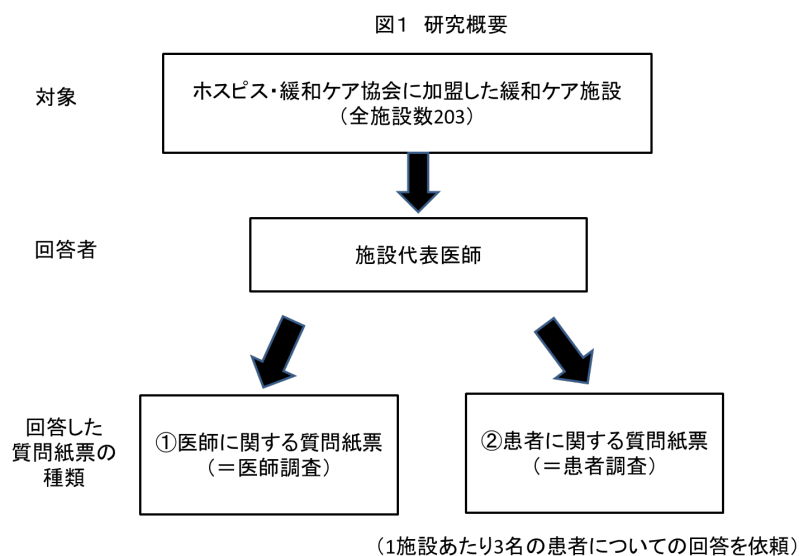
研究方法

第1節 研究デザインと対象

本研究のデザインは、患者に関する後ろ向き調査（以下、患者調査）および医師に関する横断調査（以下、医師調査）である。本研究の対象は、2010年に非特定営利法人日本ホスピス緩和ケア協会に加盟していた全203の緩和ケア病棟とした。日本ホスピス緩和ケア協会は1991年に創設された緩和ケア関連団体であり、わが国の緩和ケア病棟が加盟する最も大規模な組織である。調査時点ではわが国で厚生労働省から認可された緩和ケア病棟217施設のうち、93.5%が加盟していた。

本研究の実施期間は、2010年12月から2011年2月であった。無記名自記式の質問紙票調査であり、質問紙票とともに研究参加依頼書、回答方法を示した説明書および返送用の封筒を同封した。

患者に関連した質問紙票は、対象施設で死亡したがん患者のうち、2010年11月30日からさかのぼって直近3名の患者についての診療録調査と質問紙への記入を各施設の緩和ケア病棟の実際の診療を担当している代表医師1名に依頼した（患者調査）。医師に関連した質問紙票は、患者調査と同様、各施設の緩和ケア病棟の実際の診療を担当している代表医師1名に記入を依頼した（医師調査）。調査票郵送から8週間後を締め切りとし、1回のみ施設に対して葉書による再依頼を行った。研究の概要を図1に示す。



第2節 質問紙票

第1項 質問紙票の作成と回答方法

質問紙票の作成は、患者に関連した質問紙票（＝患者調査）と医師に関連した質問紙票（＝医師調査）の二つから構成されている(資料参照)。いずれの質問紙票も2名の緩和ケア専門家が先行研究^{3,13-15,30,41}を参考にして作成した。以下表1、表2に患者調査、医師調査の質問紙票の主な設問内容を示す。

表1 患者調査 質問紙票の主な設問内容

設問番号、テーマ	質問項目	回答方法、選択肢
I 基本情報	年齢	実数で回答
	患者の性別	1) 男性 2) 女性
	がんの原発部位	肺、胃、大腸、肝臓など13項目から1項目を選択
II ホスピス・緩和ケアへの受診/入院時の患者の状況およびACP※について	患者はホスピス・緩和ケア受診についての理解	1) 理解していた 2) 理解していなかった 3) 不明
	ホスピス・緩和ケア受診/入院に患者の意向の反映	1) 患者の希望 2) 患者と家族の意向 3) 患者は関わっていない 4) 不明
	患者の意思決定能力	1) あった 2) どちらともいえない 3) なかった 4) 不明
	患者が家族と治療・ケアの目標を共有できていたか	1) 全くそう思う 2) そう思う 3) どちらとも言えない 4) そう思わない 5) 全くそう思わない
	患者が紹介元の医師と治療・ケアの目標を共有できていたか	1) 全くそう思う 2) そう思う 3) どちらとも言えない 4) そう思わない 5) 全くそう思わない
III ホスピス・緩和ケア病棟の入院中の患者の状況およびACPについて	患者が家族との治療・ケアの目標共有できていたか	1) 全くそう思う 2) そう思う 3) どちらとも言えない 4) そう思わない 5) 全くそう思わない
	患者は医療者と治療・ケアの目標共有できていたか	1) 全くそう思う 2) そう思う 3) どちらとも言えない 4) そう思わない 5) 全くそう思わない
	入院中のAD※の表明状況	
	心肺蘇生	1) あり
	人工呼吸器	2) なし
	抗菌薬	3) 不明
	経管栄養	
	輸液	
	代理意思決定者	

※AD: アドバンスディレクティブ

※ACP: アドバンスケアプランニング

表2 医師調査 質問紙票の主な設問内容

設問番号、テーマ	質問項目	回答方法、選択肢
I : 基本情報	年齢 性別 臨床経験年数	実数で回答 1) 男性 2) 女性 実数で回答
II : 患者が入院前のACPの実践状況	・患者の病状理解を確認する ・家族の病状理解を確認する ・患者の治療・ケアの目標を確認する ・患者に既存のADがあるか尋ねる	1) 常におこなっている 2) ほとんどおこなっている 3) 時々行っている 4) ほとんどおこなっていない 5) 全く行っていない
III : 患者が入院中のACPの実践状況	・患者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、AD表明を奨める患者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	1) とても重要である 2) やや重要である 3) どちらともいえない 4) あまり重要でない 5) 全く重要でない
IV : ACPの重要性の理解状況	・患者さんに、心肺停止時の心肺蘇生を実施するか否かについて希望を尋ねてDNARオーダー※を行う	1) とても重要である 2) やや重要である 3) どちらともいえない 4) あまり重要でない 5) 全く重要でない
V : ACPおよびADに対する医師の態度	・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 ・ACP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 ・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	1) 全くそう思う 2) そう思う 3) どちらとも言えない 4) そう思わない 5) 全くそう思わない

※AD:アドバンスディレクティブ

※ACP:アドバンスケアプランニング

※DNARオーダー: 心肺停止時に心配蘇生を行わないという医師の指示

患者調査の質問紙票(表1)は、アドバンスケアプランニングに関する質問項目について、ホスピス・緩和ケア病棟の1) 受診または入院時、2) 入院中の2部から構成されている。1) の質問項目としては、受診または入院に際しての患者の理解度や意向の程度、意思決定能力、家族や紹介元医師との治療・ケアの目標の共有の程度を尋ねた。2) の質問項目としては、入院中に家族や医療者との治療・ケアの目標の共有の程度、心肺停止時の心肺蘇生処置の不実施指示の有無と指示日、そして、医師が誰と相談して心肺停止時の心肺蘇生処

置の不実施指示をしたのかを尋ねた。1) 2) のいずれにおいても、本研究でアドバンスディレクティブとして定義した6項目である①心肺蘇生の有無、②人工呼吸器の使用、③抗菌薬の使用、④経管栄養の実施、⑤輸液の実施、⑥医療に関する代理意思決定者の指名に関するアドバンスディレクティブ表明の有無を尋ねた。また、上記以外には患者の人口動態的データとして、年齢、性別、がんの原発部位などのデータを収集した。

患者調査の回答については、選択式、もしくは Likert scale を用いて回答を求めた。具体的には、患者の理解度について①“理解していた”、②“理解していなかった”、③“不明”、の3つの選択肢から選択式で回答を求め、患者の意向の程度については、①“患者自身の希望で受診・入院した”、②“患者と家族もしくは重要他者との話し合いの上で受診・入院した”、③“家族もしくは重要他者の意向で受診・入院。患者は関わっていない、もしくは判断できない”、④“不明”の4つの選択肢から、意思決定能力の程度については“意思決定能力があった”“どちらとも言えない”“意思決定能力はなかった”“不明”の4つの選択肢から回答を求めた。治療・ケアの目標の共有の程度は、“全くそう思う”“そう思う”“どちらとも言えない”“そう思わない”“全くそう思わない”“不明”の6つの選択肢から、アドバンスディレクティブ表明の有無については、“あり”“なし”“不明”の3つの選択肢から回答を求めた。

次に、医師調査の質問紙票(表2)は、緩和ケア医師の1) アドバンスケアプランニングの実践状況と重要性の理解に関する項目、2) アドバンスケアプランニングおよびアドバンスディレクティブに対する態度に関する項目から構成されている。2) は、患者調査と同様に先行研究^{3,22,30-32,37}を参考に作成した。具体的には、アドバンスディレクティブについて系統的に記述されていた報告³から、直接和訳して作成した。本研究では、これらの項目に加えて、実際のアドバンスケアプランニングの実践における困難感を調査するために、先行研究⁴¹⁻⁴³を参考にアドバンスケアプランニングの実践に関する困難感についての質問項目を追加した。追加した困難感に関する項目は以下の3つである。1) 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か 2) 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か 3) アドバンスケアプランニングを行うにあたり、家族で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か。

また、上記以外には医師の人口動態的データとして、医師の年齢、性別、臨床経験年数、専門的緩和ケア従事年数、勤務施設についてのデータを収集した。

医師調査の回答については 5 段階 likert scale で回答を求めた。まず、1) アドバンスケアプランニングの実践状況の各々について、“常に行っている” “ほとんど行っている” “時々行っている” “ほとんど行っていない” “全く行っていない” から、また、2) アドバンスケアプランニングの重要性の理解については、“とても重要である” “やや重要である” “どちらでもない” “あまり重要でない” “全く重要でない” の選択肢から回答を求めた。そして、3) アドバンスケアプランニングおよびアドバンスディレクティブに対する態度に関する項目については、“全くそう思う” “そう思う” “どちらでもない” “そう思わない” “全くそう思わない” の選択肢から回答を求めた。尚、詳細な質問紙票の内容については、資料に添付した。

第 2 項 質問紙票の妥当性・信頼性

作成した質問紙票は、緩和ケア専門家 10 名による討論を行い、表面妥当性（＝質問紙票が調査したい内容と合致しているように回答者が感じられるか否かを検証するもの）と内容妥当性（＝質問紙票の内容が調査したい内容に本当に合致しているか否かを検証するもの）が確保されていること⁴⁴を確認した。また、質問紙票の信頼性は、各設問のブロック毎に Cronbach の α 係数で検討した。

第3節 統計学的手法

第1項 記述統計

以下について集計を行った。

- 1) 患者属性
- 2) 緩和ケア病棟におけるアドバンスディレクティブの表明状況
- 3) 医師属性
- 4) 緩和ケア医師のアドバンスケアプランニングの実践状況
- 5) 緩和ケア医師のアドバンスケアプランニングの重要性の理解状況
- 6) 緩和ケア医師のアドバンスディレクティブおよびアドバンスケアプランニングに対する態度

第2項 緩和ケア病棟におけるアドバンスディレクティブ表明に関連する因子の解析

患者のアドバンスディレクティブ表明の有無に関連する因子を検討するため、はじめに目的変数である1) 患者のアドバンスディレクティブ表明の有無の定義、説明変数である2) 医師関連の変数の選定、同じく説明変数である3) 患者関連の変数のカテゴリー化、を行った。次に、4) 単変量解析と5) 多変量解析を行った。

1) 患者のアドバンスディレクティブ表明の有無の定義

患者のアドバンスディレクティブ表明の有無の定義は、入院中の患者調査における、「ホスピス・緩和ケア病棟に入院中に、患者さんが意思決定不能な状態で、かつ生命の危険な状態となって回復が望めないとき、次の医療行為や代理意思決定者に関する書面あるいは口頭による意向の表明がありましたか？」という質問項目において、“心肺蘇生の有無”、“人工呼吸器の使用”、そして“医療に関する代理意思決定者”の項目で全て“あり”と明確に回答した患者と定義した。これらは、諸外国でも重視されている項目で、最も基本的なア

ドバンスディレクティブであることを考慮のうえ、緩和ケア専門家も含めた、研究者間で協議して決定した。

2) 医師関連の変数の選定

多変量解析での回帰モデルを作成するにあたり、投入する医師に関する説明変数について、医師の人口動態的データ以外の変数は、[アドバンスケアプランニングに積極的または消極的な医師]の変数を定義して、投入することにした。これは、医師調査の属性以外の質問項目数(Ⅱ-1~Ⅴ)が49項目と項目数が多いこと、アドバンスディレクティブ表明に関連した項目数が多いために交絡している可能性があること、アドバンスケアプランニングへの積極性の有無がアドバンスディレクティブ表明に影響を与えうるかどうかを明らかにするために、投入因子を調整したためであった。

[アドバンスケアプランニングに積極的または消極的な医師]の定義は、アドバンスケアプランニングについて、基本的かつ世界で幅広く実践されている内容を考慮したうえで定義した。まず、アドバンスケアプランニングに関して消極的な医師とは、緩和ケア病棟に入院中の患者に対して、医師調査における以下の3つの質問項目

- ①「意思決定能力喪失時に備えて、患者にアドバンスディレクティブ表明を推奨する」
- ②「意思決定能力喪失時に備えて、患者に代理意思決定者を確認する」
- ③「患者に心肺停止時に心肺蘇生の希望の有無を確認してから、心肺蘇生を行わない指示を出す」

の全ての質問に対して、“時々行っている”、“ほとんど行っていない”、そして“まったく行っていない”のいずれかの回答を行った医師とした。一方、この消極的な医師に該当しない医師は、積極的な医師と定義した。

3) 患者関連の変数のカテゴリー化

まず、年齢や性別といった人口動態的データ以外の変数については、変数のカテゴリー化を行って、1または0の2値へ変換した。この2値への変換は、回答の意味で分けるようにした。例えば、患者調査質問項目Ⅱ-2の「ホスピス・緩和ケアへの受診・入院に患者の意向がどれくらい反映されていきましたか？」という質問の回答は1) 患者自身の希望で受診・入院した 2) 患者と家族もしくは重要他者との話し合いの上で受診・入院した 3) 家族もしくは重要他者の意向で受診・入院。患者は関わっていない、もしくは判断できない 4) 不明 であるが、患者の意向があったかどうかを重要であると考えて、1) 2) と3) 4) の2群に分けてカテゴリー化した。また、Ⅱ-4「ホスピス・緩和ケア初診時に患者は家族とこれからの治療・ケアの目標を共有できていた」という質問項目に対する回答は、1) 全くそう思う 2) そう思う 3) どちらとも言えない 4) そう思わない 5) 全くそう思わない 6) 不明 であるが、共有できていたと思ったことに意味があると考えて、1) 2) と3) 4) 5) の2群に分けてカテゴリー化した。

4) 単変量解析

患者のアドバンスディレクティブ表明の有無と、患者・医師調査の調査項目およびアドバンスケアプランニングに関して積極的な医師との関連を検討するために、割合の検定に対しては χ^2 乗検定または Fisher' s exact test を適宜利用して解析した。また、連続変数の検定に対しては、連続変数の正規性を確認したうえで、t 検定または Mann-Whitney 検定を利用して解析を行った。

5) 多変量解析

患者のアドバンスディレクティブ表明の有無を目的変数とした、2項ロジスティック回帰分析(強制投入法)を行った。説明変数は、アドバンスディレクティブ表明の有無と、

①患者・医師の属性データ、②2値に変換した患者項目の変数、③変数〔アドバンスケアプランニングに積極的または消極的な医師〕を単変量解析で検定し、 $p \leq 0.1$ を基準に投入因子の候補を選定した⁴⁵。そして、投入候補の因子の相関係数を計算し、弱い相関以上 ($r \geq 0.4$)⁴⁵が認められた場合には、研究者間で協議して、より良好なモデル式が得られるか、質問項目の意味の重要性が高いと判断した因子を最終的に選定して解析に投入した。患者調査項目Ⅲ-4～Ⅲ-7はDNARオーダーを行った患者を前提とした質問項目で患者情報が限定されるため、多変量解析に利用しなかった。

第3項 アドバンスケアプランニングに積極的または消極的な医師の特徴の解析

アドバンスケアプランニングに積極的または消極的な医師の特徴を検討するために、アドバンスケアプランニングに積極的または消極的な医師の、人口動態的データ、アドバンスケアプランニングの重要性の理解、アドバンスケアプランニングおよびアドバンスディレクティブに対する態度分布の違いについて、単変量解析を用いて検討した。

第2項で記した方法と同様に、割合の検定に対しては χ^2 乗検定またはFisher's exact testを適宜利用して解析した。また、連続変数の検定に対しては、連続変数の正規性を確認したうえで、t検定またはMann-Whitney検定を利用して解析を行った。

解析にはIBM SPSS Statistics ver. 21を利用した。

第4節 倫理的配慮

第1項 全般的事項

本研究は医師に対する無記名自記式質問紙票調査であり、回答者への心理的負担は大きくないと考えられたが、質問紙の回答および診療録調査にあたり時間的な負担が生じるため、調査にかかる想定される時間と作業量をあらかじめ明示し、調査に参加するかどうか

かは自由であることを説明書に記載した。

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た。

第2項 同意について

本調査は郵送法による調査であり、調査への返送をもって施設代表医師の同意を得たと解釈するものとした。

後ろ向き診療録調査の部分の同意に関しては、研究対象となるご遺族が研究に協力したくない場合に配慮し、本研究を行っていることを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』班のホームページ (<http://kanwaedu.umin.jp/>) で公開し、研究に協力したくない場合申し出ることができるようにした。

第3項 データ処理および管理

患者に関する調査の部分は、後ろ向きの診療録調査であり、以下の1) -3) のデータ処理を実施した。1) 研究対象施設のコード化 2) 研究対象施設でイニシャルによる患者リストを作成してさらに、患者のコード化 3) 患者リストは研究者と対象施設に一部ずつ保存。この患者リストは紙媒体で保存され、未記入データの確認等が必要になった時のみ使用することとした。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った。

また、データ等の漏えいにより個人が特定できる可能性があるため、データの管理では以下の1) -3) の配慮を行った。1) 収集したデータは電子的に匿名性を保持し処理を行う。2) 収集した調査用紙、ならびに、解析のために入力したデータファイルは、鍵のかかるキャビネットで、研究者以外の者が取り出せないよう保管する。3) 保存期間は研究開始から5年間とし、保存期間終了後は物理的に破壊した後に破棄する方針とした。

第 3 章

結果

第1節 実施状況

203 施設中、99 人の施設代表医師から回答が得られ、その全員から各々患者 3 名に関する回答があり、合計 297 人の患者データが得られた（回答率 49%）。

第2節 患者調査結果

第1項 患者属性（表3）

表3に患者の人口動態的データを示した。患者の52%が男性であった。患者の年齢の平均は70.5歳±12.7（平均±SD）であった。原発巣では、肺（19%）、肝胆膵（19%）、大腸（12%）が多かった。

第2項 緩和ケア病棟におけるアドバンスディレクティブの表明状況（表4）

ホスピス・緩和ケア病棟入院中に、アドバンスディレクティブの表明があったのは、医療に関する代理意思決定者の指名が48%、心肺蘇生の有無が46%、人工呼吸器の使用が45%、輸液の実施が42%、経管栄養の実施が19%、抗菌薬の使用が18%であった。

第3項 患者調査質問紙票の信頼性

患者調査項目のCronbachの α 係数は0.887であった。

第3節 医師調査結果

第1項 医師属性（表5）

回答者は約9割が男性であった。平均年齢は44.4±9.2歳であった。臨床経験年数の平均は23.4±8.5年であった。専門的緩和ケア従事年数の平均は7.5±4.7年であった。およそ25%の医師が、がん診療拠点病院に勤務していた。

第2項 緩和ケア医師のアドバンスケアプランニングの実践状況

図2に入院中の緩和ケア医師のアドバンスケアプランニングの実践状況を示した。“常に行っている”または“ほとんど行っている”と回答した医師の割合は、例えば「家族の病状理解を確認する」が99.0%、「家族の治療・ケアの目標を確認する」が95.9%、「患者の病状理解を確認する」が93.9%、「患者の治療・ケアの目標を確認する」が87.9%であった。

また、「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」が46.9%、「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」が40.4%、「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」が30.3%であった。

そして、「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(Do Not Attempt Resuscitation)オーダーを行う」が70.7%、「患者に心肺停止時に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」が33.3%であった。

第3項 緩和ケア医師のアドバンスケアプランニングの重要性の理解状況

図3に緩和ケア医師のアドバンスケアプランニングの重要性の理解状況を示した。“とても重要である”または“やや重要である”と回答した医師の割合は、例えば「家族の病状理解を確認する」が99.0%、「家族の治療・ケアの目標を確認する」が99.0%、「患者の病状理解を確認する」が99.0%、「患者の治療・ケアの目標を確認する」が98.0%であった。

また「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」が68.7%、「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」が62.6%、「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」が56.5%であった。

第 4 項 緩和ケア医師のアドバンスディレクティブおよびアドバンスケアプランニングに対する態度

図 4 に緩和ケア医師のアドバンスディレクティブおよびアドバンスケアプランニングに対する態度を示した。

“全くそう思う”または“そう思う”と回答した医師の割合は、例えば「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」が 86.9%、「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」が 86.8%、「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」が 84.8%であった。

また、「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」が 40.4%、「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」が 33.3%、「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」が 28.3%であった。

第 5 項 医師調査質問紙票の信頼性

Cronbach の α 係数について、緩和ケア医師のアドバンスケアプランニングの実践状況 (第 2 項) が 0.884、緩和ケア医師のアドバンスケアプランニングの重要性の理解状況 (第 3 項) が 0.881、緩和ケア医師のアドバンスディレクティブおよびアドバンスケアプランニングに対する態度 (第 4 項 : 和訳部分) が 0.344、緩和ケア医師のアドバンスディレクティブおよびアドバンスケアプランニングに対する態度 (第 4 項 : 困難感に関する追加 3 項目部分) が 0.756 という結果であった。

第4節 緩和ケア病棟におけるアドバンスディレクティブ表明に関連する因子

表6には単変量解析の結果を示した。P \leq 0.1の基準を満たした因子は、以下の1)～12)の12因子であった。

- 1) 患者性別
- 2) 患者がホスピス・緩和ケア病棟に受診または入院することを理解していた
- 3) ホスピス・緩和ケアへの受診・入院に患者の意向が反映されていた
- 4) ホスピス・緩和ケア初診時に意思決定能力があった
- 5) ホスピス・緩和ケア病棟初診時に患者は家族とこれからの治療・ケアの目標を共有できていた
- 6) ホスピス・緩和ケア初診時に患者は紹介元の医師と治療・ケアの目標を共有できていた
- 7) ホスピス・緩和ケア病棟入院中に患者は家族とこれからの治療・ケアの目標を共有できていた
- 8) ホスピス・緩和ケア病棟入院中に患者は医療者とこれからの治療・ケアの目標を共有できていた
- 9) 医師年齢
- 10) 専門的緩和ケア従事年数
- 11) 勤務医療機関
- 12) アドバンスケアプランニングに積極的な医師

患者調査での質問項目間の相関係数は0.6前後の組み合わせが多かったため、研究者間で協議した結果、3) ホスピス・緩和ケアへの受診・入院に患者の意向が反映されていた、を2項ロジスティック回帰分析へ投入する因子とした。これは、患者が自らの意思を表明していることを示していると考えられ、他の因子である患者の能力（理解・意思決定）や環境設定の状況確認（治療・ケアの目標を共有できていた）とは性質が明らかに異なっており、

患者の希望を含んだ因子であると考えたからである。また、9) 医師年齢と 10) 専門的緩和ケア従事年数も相関係数が 0.495 と相関が認められたため、先行研究で関連が指摘されている 9) 医師年齢を投入する因子に選定した。

上記の因子の選択後、表 7 に緩和ケア病棟におけるアドバンスディレクティブ表明に関連する因子と回帰式モデルの検定結果を示した。患者のアドバンスディレクティブ表明と有意な関連が認められた因子は、ホスピス・緩和ケア病棟への受診・入院における患者の意向 (OR: odds ratio 2.691, 95% CI: confidence interval 1.255-5.769)、アドバンスケアプランニングに対して積極的な医師の存在 (OR 2.434, 95%CI 1.360-4.356) の 2 つであった。回帰式のモデル χ^2 二乗検定では $p < 0.001$ と回帰式は有意であった。また、Hosmer & Lemeshow 検定では $p = 0.314$ と回帰式は適合しており、回帰式での予測率は 71.3% と良好であった。

第 5 節 アドバンスケアプランニングに積極的または消極的な医師の特徴

回答した医師 99 人中、方法に記した定義づけにより、48 人の医師がアドバンスケアプランニングに対して積極的で、48 人の医師がアドバンスケアプランニングに対して消極的と判断された。残りの 3 人の医師については、定義づけに用いた項目のいずれかの欠損値のために解析から除外された。医師の人口動態的データにおいて、アドバンスケアプランニングに対して積極的な医師と消極的な医師との間に、有意差はみられなかった。

図 5 にアドバンスケアプランニングに対して、積極的または消極的な医師のアドバンスケアプランニングおよびアドバンスディレクティブに対する態度の比較で、積極的な医師と消極的な医師で有意差が認められた特徴的な項目を示した。アドバンスケアプランニングに消極的な医師の方が、アドバンスケアプランニングを行うにあたって、患者の意思決定能力を判断することに困難を感じ ($p = 0.005$)、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ていた ($p = 0.026$)。また、困難な状況においても、

アドバンスディレクティブに従うことで治療方針に自信を持っていない ($p=0.020$) という結果であった。

上記以外に、アドバンスディレクティブおよびアドバンスケアプランニングに対する態度に関する質問項目において、「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」 ($p=0.036$) の項目でも、アドバンスケアプランニングに対して積極的な医師と消極的な医師との間に有意差が認められた。また、緩和ケア医師のアドバンスケアプランニングの重要性の理解度に関する全ての質問項目の中で、アドバンスケアプランニングに対して積極的な医師と消極的な医師との間に有意差が認められた7項目を図6に示した。1) 患者さんの治療・ケアの目標を確認する、2) 患者さんに（既存の）アドバンスディレクティブがあるか尋ねる、3) 患者さんに、将来の意思決定能力低下に備えて、医療に関する代理意思決定者を尋ねる、4) 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、5) 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、6) 患者さん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、7) 患者さんに、将来の意思決定能力低下に備えて、人工呼吸器の使用についての意向を尋ねる、の1) -7) の項目全てにおいて、アドバンスケアプランニングに積極的な医師の方が、消極的な医師に比べて“とても重要である”および“やや重要である”と回答した医師が多かった。

第4章 考察

本調査はわが国における多施設での、ホスピス・緩和ケア病棟の患者のアドバンスディレクティブ表明の状況と、緩和ケア医師のアドバンスケアプランニングおよびアドバンスディレクティブに関する実践と態度に関する系統的な調査である。本研究で得られた重要な知見を以下1)－4)に述べる。

1) 現在のホスピス・緩和ケア病棟に入院中の患者のアドバンスディレクティブの表明率(表4)は、医療に関する代理意思決定者が48%、心肺蘇生の有無が46%、人工呼吸器の使用が45%、輸液の実施が42%、経管栄養の実施が19%、抗菌薬の使用が18%であり、わが国で1998年に報告された表明率12%⁴⁰よりも全体的に高かった(注:過去の研究⁴⁰では、患者に対して「アドバンスディレクティブを持っていますか?」と質問しており、アドバンスディレクティブの具体的な種類までは調査されていない)。これは、わが国での緩和ケアの普及や患者の終末期に対する意識の変化と関係している可能性があるが、過去の米国での表明率である79%⁴⁰にはまだ満たない結果であった。また、抗菌薬の使用、経管栄養の実施に関するアドバンスディレクティブの表明率が他の項目についてのアドバンスディレクティブの表明率よりも低い傾向がみられた。がん終末期においても、患者や緩和ケア病棟の医師は、抗菌薬を使用することや経管栄養を実施しないことは当然のこととして考えているために、あえてアドバンスディレクティブとして表明していない可能性がある。

2) 医師調査において、患者本人と家族に関する質問項目で緩和ケア医師のアドバンスケアプランニングの実践と重要性の理解度との間に乖離がみられた。最も大きな乖離がみられたのが、患者に心肺停止時に心肺蘇生を行うかどうかの希望を尋ねたうえでDNARオーダーを出すという項目で、75.8%の医師が重要である(=“とても重要である”または“やや重要である”と回答した割合)と回答したにも関わらず、実際に実践していたのは33.3%の医師に留まっていた(=‘常に行っている“または”ほとんど行っている“と回答した割合)。2番目に大きな乖離がみられた項目は、患者にアドバンスディレクティブ表明を推

奨励するという項目で、62.6%の医師が重要であると回答しているにも関わらず、30.3%の医師しか実践できていなかった。対照的に、比較的乖離が少なかった項目としては、患者に意思決定能力の低下に備えて代理意思決定者を尋ねるという項目で、56.5%の医師が重要であると回答し、40.4%の医師が実践していた。また、患者の家族から、患者の心肺停止時に心肺蘇生を行うかどうかの希望を尋ねるという項目では、56.6%の医師が重要であると回答し、70.7%の医師が実践しているという結果で、この項目では実践していると回答した医師の割合が重要であると回答した割合よりも多くなっていた。これらの結果は、終末期に患者の家族を中心とした意思決定が好まれるという、日本の文化的背景を反映している可能性がある。Sanjo⁴⁶は日本での良い死に方に影響する一つとして、死を意識しないことを挙げており、死を意識しないことと日本の伝統的な死に方に関係があるということも述べており、今回の結果はSanjo⁴⁶の知見から説明可能なものである。他の先行研究^{40,47-49}においても、西欧と日本とで終末期ケアの選好が異なるとの指摘がなされており、特に日本では家族に重要な意思決定を任せることで患者が難しい意思決定の重圧から逃れる⁴⁰ことや、非言語的なコミュニケーションを好む⁴⁷こと、否認のコーピングパターンをとることが欧米と比較して多い（例：自分が終末期状態にあることを認めないことで苦悩に対する心理的な対処をする）^{48,49}ことが特徴的とされている。わが国の緩和ケア病棟の医師は、患者の自己決定権を尊重したいという思う一方で、患者の中には良い死を迎えるために“死を意識しないで過ごすことが重要”と考えている人が一定の割合にいるというジレンマに直面し、患者に苦痛を与えたくないという配慮から、アドバンスディレクティブに関する重要性の認識と実践に乖離を生じていることが示唆される。

3) 緩和ケア病棟におけるアドバンスディレクティブ表明に関連する因子として、患者側の因子では、[ホスピス・緩和ケア病棟への受診・入院に関して患者の意向が反映されていたこと]が明らかとなり、医師側の因子では、[アドバンスケアプランニングに対して積極的な医師]が明らかとなった。本研究で明らかとなった因子と、過去に報告されていた

因子について検討すると、患者に関する因子の年齢¹⁷、性別¹⁷は本研究では有意差は認められなかった。また、医師に関する因子の年齢¹⁴、性別¹⁴でも有意差が認められなかった。しかし、全く同じ因子ではないが、アドバンスケアプランニングに積極的な医師に似た因子として、医師が臨床でのアドバンスディレクティブの使用経験があること³、医師がアドバンスディレクティブを話題として不快に感じること¹⁶、患者がアドバンスディレクティブに関する説明を受けること¹⁷、患者がアドバンスディレクティブは終末期の苦痛を緩和すると考えていること¹⁷、患者がアドバンスディレクティブについての説明を受けた経験がないこと¹⁷の報告がなされており、アドバンスケアプランニングに積極的な医師という因子は過去に報告された因子と、一定の共通性があると考えられる。

患者因子として、ホスピス・緩和ケア病棟への受診や入院に関して患者自らの意向を反映している患者は、意思決定において、自分自身で決めることが重要と考えている患者であることが伺える。自己決定することが重要と考える患者は、自分が受ける医療に関する関心も高いことが予想され、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のも自然なことであると考えられる。また、医師因子として、医師のアドバンスケアプランニングに対する積極的な行動が、患者のアドバンスディレクティブ表明に関連していることが明らかとなり、医療提供者の行動変容によって、アドバンスディレクティブ表明に関する患者の行動が変化する可能性を示唆している。

4) アドバンスケアプランニングに消極的な医師は、アドバンスケアプランニングに積極的な医師に比べて、患者の意思決定能力の判断や患者本人から終末期における希望を尋ねることに困難感を抱いており、治療方針としてアドバンスディレクティブに従うことに対する自信も少なかった。わが国の緩和ケア医師に対して患者の意思決定能力の判断や患者中心のアドバンスケアプランニング、特にケアや治療の目的を共有する具体的なコミュニケーションに関する教育を充実させることによって、医師がアドバンスケアプランニングに関して積極的になり、その結果として、終末期においても患者中心の意思決定が行わ

れるようになり、わが国におけるアドバンスケアプランニングの普及が期待できることが示唆された。

本研究の限界として、以下の1) - 8) が挙げられる。1) 回答率が 49%と先行研究 (56-71.8%)^{3,8,37,41} と比べてやや低かったことから、**response bias** があると思われ、アドバンスケアプランニングに関心が高い医師が多く回答した可能性が考えられることから、実際は本調査のデータよりも患者のアドバンスディレクティブ表明率が低い可能性がある。2) 患者調査は、後ろ向き調査であり、回答者の **recall bias** が存在している可能性がある。そのため、データの信頼性を担保するために適宜診療録を参照して回答した。3) 患者に関する質問紙票へ施設代表医師が回答しており、**observer bias** が存在している。しかし、もし患者本人を対象とした場合、病状によっては回答が難しくなり、回答率の低下が予想され、さらには入院中の患者や家族に無作為にこの内容を調査することは、患者や家族の辛さを惹起する可能性もあると考えて、本研究では医師を回答者とする研究デザインを採用した。本研究のデザインでは、入院患者の全数調査が可能である。しかも、患者対象の横断調査ではないため、患者が入院から死亡するまでの全期間を通じて、アドバンスディレクティブ表明の有無を確認できるという利点もあると考えられた。4) 本研究では、患者から表明されたアドバンスディレクティブは口頭と文書の両方で有効としているため、文書でのアドバンスディレクティブの法的根拠がある諸外国と比べて、アドバンスディレクティブの表明率を直接比較するのは難しい場合がある。5) 本研究のアドバンスディレクティブの定義は、①心肺蘇生の有無、②人工呼吸器の使用、③抗菌薬の使用、④経管栄養の実施、⑤輸液の実施、⑥医療に関する代理意思決定者の指名の6項目であるが、先行研究で定義されているアドバンスディレクティブの種類が本研究と必ずしも一致していないため、表明率の結果を単純に比較することはできない。6) 質問紙票の妥当性・信頼性に関して、妥当性の検証は表面妥当性、内容妥当性の検証のみであり、基準関連妥当性の検証はなされていない。これは、十分に妥当性が検証されたアドバンスケアプランニングに関

する質問紙票は開発されていないため、確立した尺度との基準関連妥当性について相関係数を用いた検証ができない。また、Cronbach の α 係数の結果からは、医師調査の一部の項目（アドバンスケアプランニングおよびアドバンスディレクティブに対する態度：和訳部分）の係数が 0.344 と他に比べて低めであり、一般に信頼係数が 0.8 程度あることが望ましいとされている⁴⁴ ことから、回答の信頼性が低い部分があると思われる。したがって、この部分の回答結果には誤差を含んでいる可能性がある。参考文献においては、英語の質問紙票の信頼性には特に問題がなかったとの記載があることから、原文の質問内容の意味が伝わりづらかったとは考えにくい。以上から、本研究では他の質問項目が初めから日本語で作成したものであったのに対して、この質問項目のみが参考文献の質問項目の和訳であったことが影響した可能性が考えられた。7) 本研究では、アドバンスケアプランニングに対して積極的または消極的な医師を独自に定義している。しかし、世界でアドバンスケアプランニングに対して積極的または消極的な医師の定義は確立しておらず、本研究における定義は研究者間で何度も協議を重ねて、アドバンスケアプランニングの最も基本的な行為を重視したものとしており、比較的適切な定義であると考えている。8) アドバンスケアプランニングに対して積極的または消極的な医師の特徴を解析したが、横断研究の結果から解析したものであるため、因果関係を明確にしたものとは言えない。今後、前向きデザインの研究で検証する必要がある。

第 5 章

結論

日本のホスピス・緩和ケア病棟において、患者のアドバンスディレクティブ表明率は1998年よりも上昇していた。緩和ケア医師のアドバンスケアプランニングに対する実践と重要性の理解との間に乖離がみられ、患者の家族を中心とした意思決定を好むこと、否認のコーピングの割合が高いことなど、わが国の文化的背景が関係していると推察された。

また、患者のアドバンスディレクティブ表明に、ホスピス・緩和ケア病棟への受診または入院について患者の意向が反映されていること、アドバンスケアプランニングに対する積極的な医師の存在の二つが関連していることが明らかとなった。更にアドバンスケアプランニングに積極的な医師は消極的な医師に比べて、患者本人から終末期における希望を尋ねることに困難感を感じている者が少なかった。これらの結果より、アドバンスケアプランニングの更なる普及のためには、患者に対して医療における自己決定の重要性や、もしもの時に備えたアドバンスディレクティブの表明に関する啓発を行うとともに、医師に対して患者中心の意思決定に関する教育や患者の将来の健康状態を予測して、治療やケアの目標を話し合うための具体的なコミュニケーションの教育を行うなど、アドバンスケアプランニングに対する困難感を克服するような教育介入を行うことが有効な可能性があると思われた。

今後は、どのような場合でも患者の意向を尊重した医療を実践するために、上記した患者中心のアドバンスケアプランニングに関する教育を医師に行うことによって、医師のアドバンスケアプランニングに対する行動や態度が改善し、患者のアドバンスディレクティブ表明率が向上して、患者の意向が尊重された医療が実践できているかを検証する必要がある。

謝辞

本稿を終えるにあたり、論文作成にご協力を頂きました多くの方々にお礼申し上げます。

指導教員の前野哲博先生におかれましては、この4年間に渡り、日々の大学院生活の指導から、統計学講義、論文の添削と幅広くご指導を賜りまして、誠に有り難うございました。心より厚く感謝申し上げます。

また、特に論文の作成、質問紙票の開発、参考論文の作成にあたりまして、多大なるご指導とご協力を賜りました神戸大学大学院医学研究科 先端緩和医療学分野 特命教授 木澤義之先生には心より深く感謝申し上げます。また、旭川医科大学緩和ケア診療部 阿部泰之先生にも、質問紙票開発と論文作成にご協力を頂き、深く感謝致します。

副指導教員の高屋敷明由美先生におかれましては、統計学講義や夜遅くにまで渡る論文の添削のみならず、この4年間を通じて研究者としての教養を幅広くお教えくださりました。とりわけ、論文作成および参考論文の作成に関しまして多大なるご指導を賜り、心より感謝申し上げます。

副指導教員の前野貴美先生におかれましては、日頃よりの的確かつきめ細やかなご指導を頂き、論文の作成にもご尽力を賜りました。とりわけ、参考論文の作成にあたりましては、大変お世話になり、参考論文の発表に至ることができました。心より感謝申し上げます。質問紙票を作成するにあたりまして、妥当性の検証をして頂きました、山本亮先生、大関玲奈先生、志真泰夫先生、黒岩ゆかり先生、佐藤哲観先生、岸野恵先生、久永貴之先生、森田達也先生、長岡広香先生、馬場玲子先生にお礼申し上げます。

論文の統計学的処理に関しましては、筑波大学 医学医療系 筑波大学次世代医療研究開発・教育統合センター(CREIL)生物統計室 高橋秀人先生にご指導を頂き、心より感謝申し上げます。

本研究は、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『緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究』(H22-がん臨床-一般-004)から研究費用を基に実施され

ました。研究に参加して頂きました施設代表者の先生方に感謝致します。

参考文献

1. Brown BA. The history of advance directives. A literature review. *J Gerontol Nurs.* Sep 2003;29(9):4-14.
2. Sabatino CP. The evolution of health care advance planning law and policy. *Milbank Q.* Jun 2010;88(2):211-239.
3. Davidson KW, Hackler C, Caradine DR, McCord RS. Physicians' attitudes on advance directives. *JAMA.* Nov 3 1989;262(17):2415-2419.
4. Silveira MJ, Kim SY, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med.* Apr 1 2010;362(13):1211-1218.
5. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010;340:c1345.
6. Ito H, Nakajima T, Itai K, Ito M, Imai T. [On a principal of advance directives]. *Gan To Kagaku Ryoho.* Dec 2009;36 Suppl 1:66-68.
7. Teno JM, Gruneir A, Schwartz Z, Nanda A, Wetle T. Association between advance directives and quality of end-of-life care: a national study. *J Am Geriatr Soc.* Feb 2007;55(2):189-194.
8. Asai A, Miura Y, Tanabe N, Kurihara M, Fukuhara S. Advance directives and other medical decisions concerning the end of life in cancer patients in Japan. *Eur J Cancer.* Sep 1998;34(10):1582-1586.
9. Dunlay SM, Swetz KM, Mueller PS, Roger VL. Advance directives in community patients with heart failure. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* May 2012;5(3):283-289.
10. Brown M, Brooksbank MA, Burgess TA, Young M, Crawford GB. The experience of patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease and advance care-planning: A South Australian perspective. *J Law Med.* Dec 2012;20(2):400-409.
11. Hessler C, Levi BH, Simmons Z, Green MJ. Advance care planning for patients with ALS: feasibility of an interactive computer program. *Amyotroph Lateral Scler.* May 2011;12(3):172-177.
12. Tillyard AR. Ethics review: 'Living wills' and intensive care--an overview of the American experience. *Crit Care.* 2007;11(4):219.
13. Coleman AM. Physician Attitudes Toward Advanced Directives: A Literature Review of Variables Impacting on Physicians Attitude Toward Advance Directives. *Am J Hosp Palliat Care.* Nov 2 2012.
14. Hughes DL, Singer PA. Family physicians' attitudes toward advance directives.

- CMAJ*. Jun 1 1992;146(11):1937-1944.
15. Sittisombut S, Maxwell C, Love EJ, Sitthi-Amorn C. Physicians' attitudes and practices regarding advanced end-of-life care planning for terminally ill patients at Chiang Mai University Hospital, Thailand. *Nurs Health Sci*. Mar 2009;11(1):23-28.
 16. Morrison RS, Morrison EW, Glickman DF. Physician reluctance to discuss advance directives. An empiric investigation of potential barriers. *Arch Intern Med*. Oct 24 1994;154(20):2311-2318.
 17. Alano GJ, Pekmezaris R, Tai JY, et al. Factors influencing older adults to complete advance directives. *Palliat Support Care*. Sep 2010;8(3):267-275.
 18. Eleazer GP, Hornung CA, Egbert CB, et al. The relationship between ethnicity and advance directives in a frail older population. *J Am Geriatr Soc*. Aug 1996;44(8):938-943.
 19. Hanson LC, Rodgman E. The use of living wills at the end of life. A national study. *Arch Intern Med*. May 13 1996;156(9):1018-1022.
 20. Investigators TSP. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. *JAMA*. Nov 22-29 1995;274(20):1591-1598.
 21. Covinsky KE, Fuller JD, Yaffe K, et al. Communication and decision-making in seriously ill patients: findings of the SUPPORT project. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *J Am Geriatr Soc*. May 2000;48(5 Suppl):S187-193.
 22. Brett AS. Limitations of listing specific medical interventions in advance directives. *JAMA*. Aug 14 1991;266(6):825-828.
 23. Teno JM, Stevens M, Spernak S, Lynn J. Role of written advance directives in decision making: insights from qualitative and quantitative data. *J Gen Intern Med*. Jul 1998;13(7):439-446.
 24. Teno JM, Licks S, Lynn J, et al. Do advance directives provide instructions that direct care? SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *J Am Geriatr Soc*. Apr 1997;45(4):508-512.
 25. Perkins HS. Controlling death: the false promise of advance directives. *Ann Intern Med*. Jul 3 2007;147(1):51-57.
 26. Teno J, Lynn J, Wenger N, et al. Advance directives for seriously ill hospitalized patients: effectiveness with the patient self-determination act and the SUPPORT intervention. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and

- Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *J Am Geriatr Soc.* Apr 1997;45(4):500-507.
27. Danis M, Southerland LI, Garrett JM, et al. A prospective study of advance directives for life-sustaining care. *N Engl J Med.* Mar 28 1991;324(13):882-888.
 28. Schaden E, Herczeg P, Hacker S, Schopper A, Krenn CG. The role of advance directives in end-of-life decisions in Austria: survey of intensive care physicians. *BMC Med Ethics.* 2010;11:19.
 29. Emanuel LL, Danis M, Pearlman RA, Singer PA. Advance care planning as a process: structuring the discussions in practice. *J Am Geriatr Soc.* Apr 1995;43(4):440-446.
 30. Singer PA, Robertson G, Roy DJ. Bioethics for clinicians: 6. Advance care planning. *CMAJ.* Dec 15 1996;155(12):1689-1692.
 31. Prendergast TJ. Advance care planning: pitfalls, progress, promise. *Crit Care Med.* Feb 2001;29(2 Suppl):N34-39.
 32. Ramsaroop SD, Reid MC, Adelman RD. Completing an advance directive in the primary care setting: what do we need for success? *J Am Geriatr Soc.* Feb 2007;55(2):277-283.
 33. Gold Standard Framework, <http://www.goldstandardsframework.org.uk>.
 34. Respecting Choices, <http://www.gundersenhealth.org/respecting-choices>.
 35. Respecting Patient Choices: Advance Care Planning, <http://www.respectingpatientchoices.org.au>.
 36. Speak Up!, <http://www.advancecareplanning.ca>.
 37. Hu WY, Huang CH, Chiu TY, Hung SH, Peng JK, Chen CY. Factors that influence the participation of healthcare professionals in advance care planning for patients with terminal cancer: a nationwide survey in Taiwan. *Soc Sci Med.* Jun 2010;70(11):1701-1704.
 38. Ministry of Health LaW. Population Survey Report. 2011.
 39. 宮下光令 今, 渡邊奏子. データでみる日本の緩和ケアの現状. *ホスピス緩和ケア白書.* 2013;54-69.
 40. Voltz R, Akabayashi A, Reese C, Ohi G, Sass HM. End-of-life decisions and advance directives in palliative care: a cross-cultural survey of patients and health-care professionals. *J Pain Symptom Manage.* Sep 1998;16(3):153-162.
 41. Hilden HM, Louhiala P, Palo J. End of life decisions: attitudes of Finnish physicians. *J Med Ethics.* Aug 2004;30(4):362-365.
 42. Paris BE, Carrion VG, Meditch JS, Jr., Capello CF, Mulvihill MN. Roadblocks to do-not-resuscitate orders. A study in policy implementation. *Arch Intern Med.* Jul 26

- 1993;153(14):1689-1695.
43. Ashby M, Wakefield M, Beilby J. General practitioners' knowledge and use of living wills. *BMJ*. Jan 28 1995;310(6974):230.
 44. 鎌原 雅彦 大裕, 宮下 一博, 中沢 潤. 心理学マニュアル 質問紙法. 1998.
 45. 対馬栄輝. SPSS で学ぶ医療系データ解析—分析内容の理解と手順解説、バランスのとれた医療統計入門. 2007.
 46. Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol*. Sep 2007;18(9):1539-1547.
 47. Davis AJ, Konishi E, Mitoh T. The telling and knowing of dying: philosophical bases for hospice care in Japan. *Int Nurs Rev*. Dec 2002;49(4):226-233.
 48. Akechi T, Akazawa T, Komori Y, et al. Dignity therapy: Preliminary cross-cultural findings regarding implementation among Japanese advanced cancer patients. *Palliat Med*. Jul 2012;26(5):768-769.
 49. Nilchaikovit T, Hill JM, Holland JC. The effects of culture on illness behavior and medical care. Asian and American differences. *Gen Hosp Psychiatry*. Jan 1993;15(1):41-50.

表3 患者属性

変数	N=297 n(%)
性別	
男性	153(51.5)
女性	140(47.1)
不明	4(1.4)
年齢(歳)	
(平均±SD)	70.5±12.7
原発部位	
肺	57(19.2)
肝胆膵	56(18.9)
大腸	37(12.5)
胃	28(9.4)
乳房	16(5.4)
子宮	14(4.7)
卵巣	12(4.0)
その他	73(24.6)
不明	4(1.3)

表4 緩和ケア病棟入院中の患者における
アドバンスディレクティブ表明率

アドバンスディレクティブの種類	N=297 n(%)
医療に関する代理者	143(48.1)
心肺蘇生の有無	137(46.1)
人工呼吸器の使用	135(45.5)
輸液の実施	126(42.4)
経管栄養の実施	55(18.5)
抗菌薬の使用	54(18.2)

nは重複回答を含んでいる

表5 医師属性

	N=99
変数	n(%)
性別	
女性	12(12.1)
男性	87(87.9)
年齢(歳) (平均±SD)	44.4±9.2
臨床経験年数 (平均±SD)	23.4±8.5
専門的緩和ケア 従事年数 (平均±SD)	7.5±4.7
勤務先医療機関	
がん診療拠点病院	25(25.3)
がん診療拠点病院以外 の病院	72(72.7)
診療所	0(0)
その他	1(1.0)
不明	1(1.0)

表6 緩和ケア病棟に入院中のがん患者における
アドバンスディレクティブ表明に関連する因子:単変量解析結果(N=297)

患者調査 項目	変数	アドバンスアドバンス ディレク ディレク タイプ有りタイプ無し		p	変数	アドバンスアドバンス ディレク ディレク タイプ有りタイプ無し		p		
		n(%)	n(%)			n(%)	n(%)			
患者調査 項目	患者年齢(平均:歳)	70.0	70.8	0.559	医師年齢(平均:歳)	51.2	48.7	0.088		
	患者性別(男:人(%))	51(34.0)	99(66.0)	0.091	医師性別(男:人)	73(28.7%)	181(71.3%)	0.124		
	(女:人(%))	33(24.3)	103(75.7)		(女:人)	15(41.7%)	21(58.3)			
	原発巣(1位)	肺	肺	0.647	臨床経験年数(平均:年)	24.5	22.9	0.237		
	n(%)	19(33.9)	37(66.1)		専門的緩和ケア従事年数					
	(2位)	大腸	大腸		(平均:年)	8.2	7.2	0.096		
	n(%)	11(29.7)	26(70.3)							
		n(%)	n(%)			n(%)	n(%)			
	ホスピス・緩和ケア病棟に受診または入院することを理解していた	yes	74(36.6)	128(63.4)	0.001	勤務医療機関	がん診療 拠点病院	31(41.3)	44(58.7)	0.083
		no	14(16.3)	72(83.7)			その他の 病院	57(26.9)	155(73.1)	
ホスピス・緩和ケア病棟への受診・入院に患者の意向が反映されていた	yes	76(35.0)	141(65.0)	0.001		n(%)	n(%)			
	no	12(16.9)	59(83.1)							
ホスピス・緩和ケア初診時に意思決定能力があった	yes	73(35.1)	135(64.9)	0.017	アドバンスケアプランニングに 積極的な医師(%)	yes	56(40.0)	84(60.0)	<0.001	
	no	13(16.2)	67(83.8)			no	28(19.9)	113(80.1)		
ホスピス・緩和ケア初診時に患者は家族とこれからの治療・ケアの目標を共有できていた	yes	69(37.5)	115(62.5)	0.002						
	no	19(17.9)	87(82.1)							
ホスピス・緩和ケア初診時に患者は紹介元の医師と治療・ケアの目標を共有できていた	yes	66(40.5)	97(59.5)	<0.001						
	no	22(17.6)	103(82.4)							
ホスピス・緩和ケア病棟入院中に患者は家族とこれからの治療・ケアの目標を共有できていた	yes	70(37.0)	119(63.0)	0.001						
	no	18(18.0)	82(82.0)							
ホスピス・緩和ケア病棟入院中に患者は医療者とこれからの治療・ケアの目標を共有できていた	yes	72(35.6)	130(64.4)	<0.001						
	no	15(17.9)	69(82.1)							

* 患者のアドバンスディレクティブ表明の有無の定義
ホスピス・緩和ケア病棟に入院中に、“心肺蘇生の有無”、“人工呼吸器の使用”、そして“医療に関する代理意思決定者”の項目で全てありと明確に回答した患者を表明有りとした

連続変数:t検定またはMann-Whitney検定、割合:χ²二乗検定またはFisher's exact test

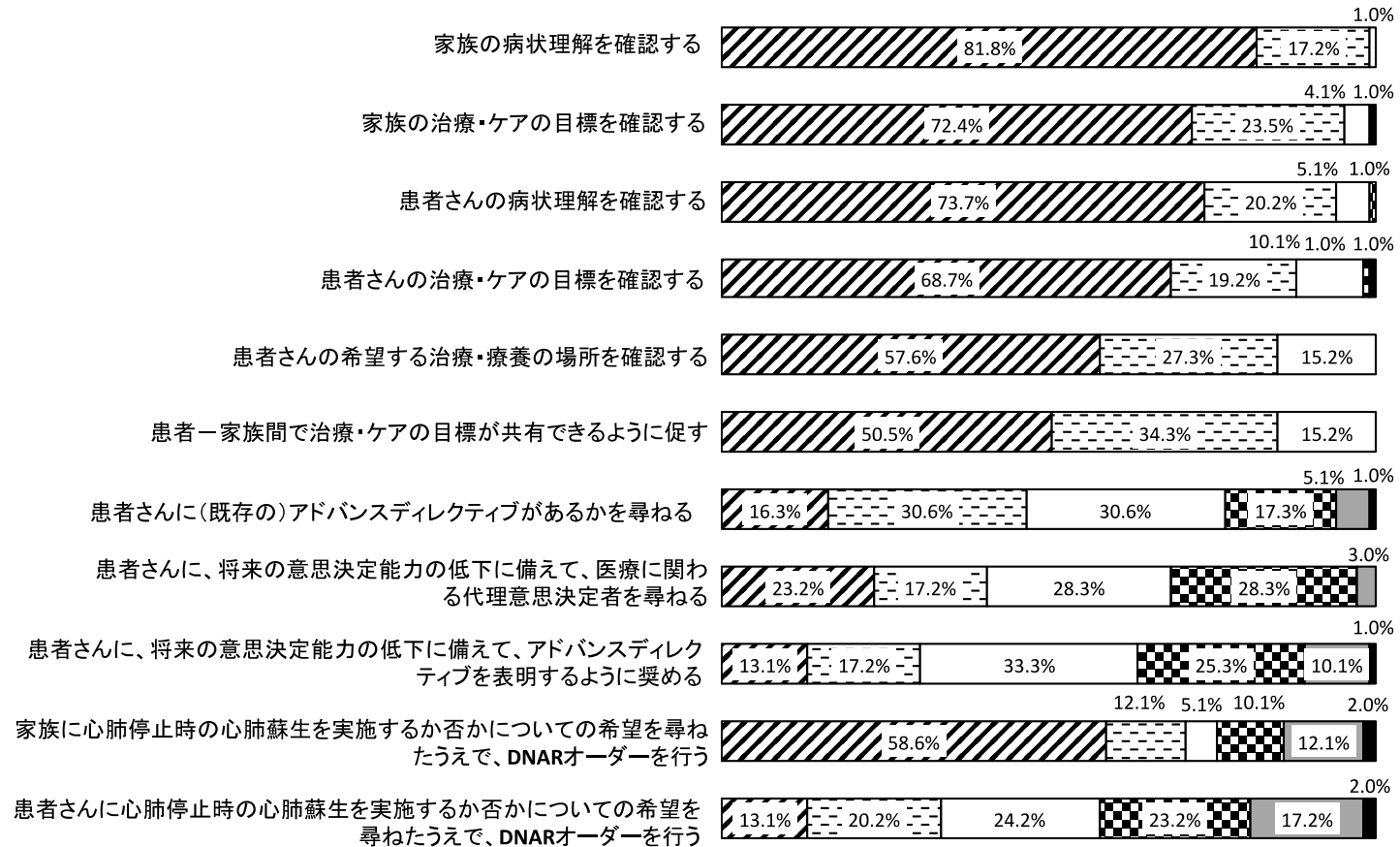
表7 緩和ケア病棟に入院中のがん患者における
アドバンスディレクティブ表明に関連する因子：
多変量解析結果 (N=297)

変数	オッズ比	95%信頼区間	P
患者性別 (女=1 男=0)	0.679	0.389-1.185	0.173
受診・入院への患者の意向の反映 (反映あり=1 反映なし=0)	2.691	1.255-5.769	0.011
医師年齢 (連続)	1.025	0.992-1.060	0.138
勤務医療機関 (がん診療拠点病院=1 その他=0)	1.368	0.740-2.531	0.318
ACPIに積極的な医師 (積極的=1 消極的=0)	2.434	1.360-4.356	0.003

2項ロジスティック回帰分析(強制投入法)
モデル χ^2 検定 $p < 0.001$
Hosmer & Lemeshow 検定 $p = 0.314$
予測率 71.3%

図2 緩和ケア医師のアドバンスケアプランニングの実践状況(N=99)

常に行っている
 ほとんど行っている
 時々行っている
 ほとんど行っていない
 全くおこなっていない
 不明



DNAR, do not attempt resuscitation

図3 緩和ケア医師のアドバンスケアプランニングの重要性の理解状況(N=99)

とても重要である
 やや重要である
 どちらでもない
 あまり重要でない
 全く重要でない
 不明

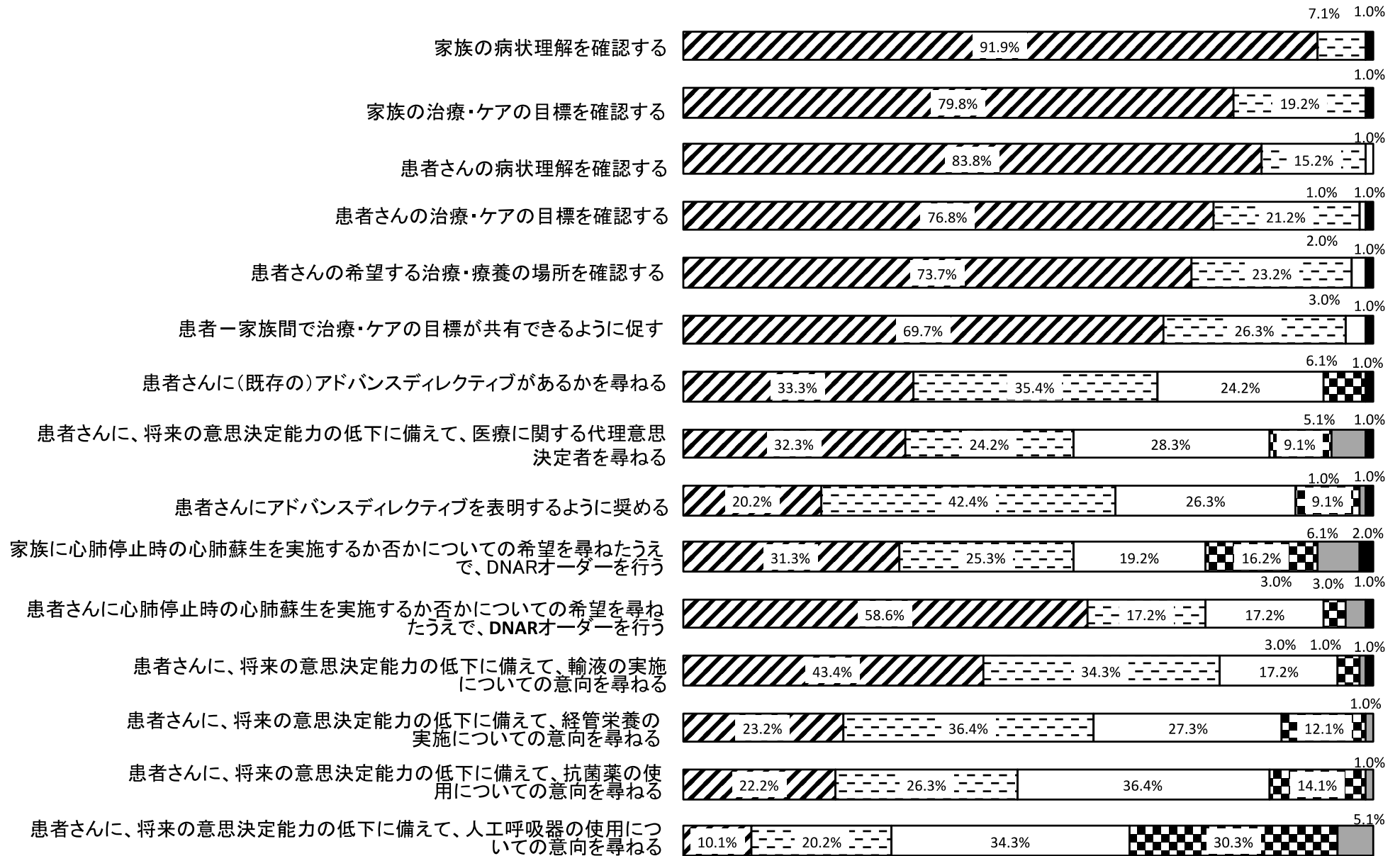


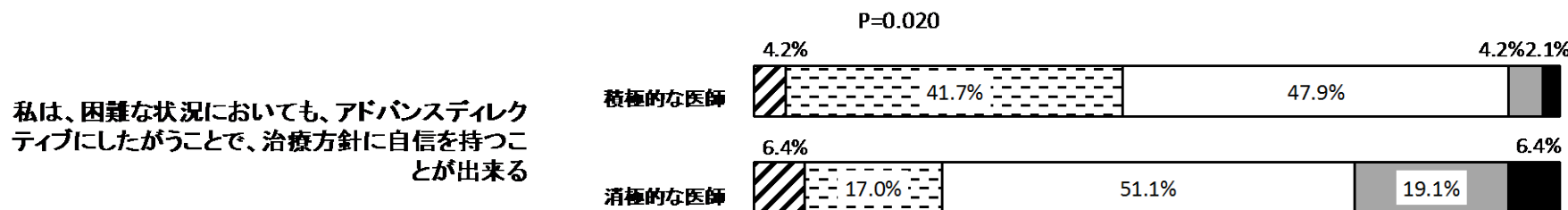
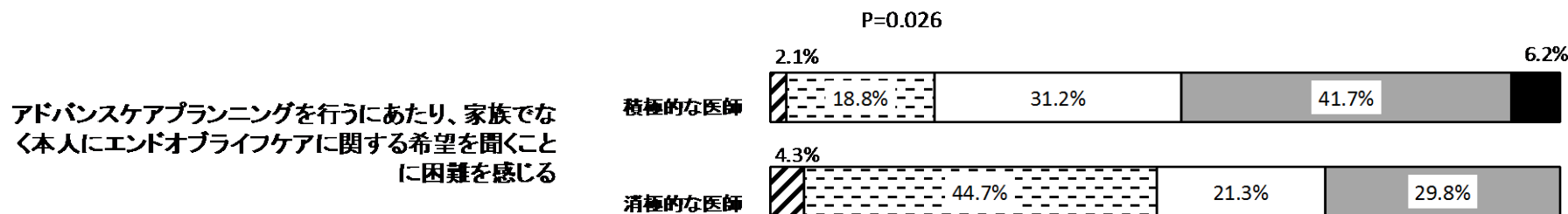
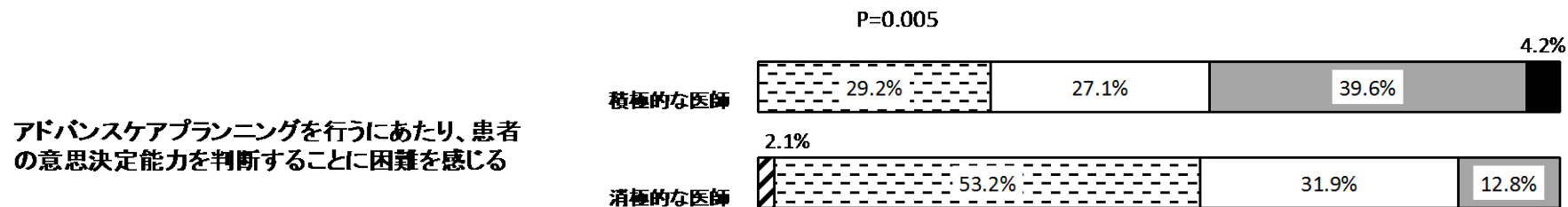
図4 緩和ケア医師のアドバンスディレクティブおよびアドバンスケアプランニングに対する態度 (N=99)

とてもそう思う
 そう思う
 どちらでもない
 そう思わない
 全くそう思わない
 不明



図 5 アドバンスケアプランニングに積極的または消極的な緩和ケア医師の特徴

□とてもそう思う □そう思う □どちらでもない □そう思わない ■全くそう思わない



χ²乗検定またはFisher's exact test

アドバンスケアプランニングに消極的な医師:緩和ケア病棟に入院中の患者に対して、「意思決定能力喪失時に備えて、患者にアドバンスディレクティブ表明を推奨する」、「意思決定能力喪失時に備えて、患者に代理意思決定者を確認する」、そして「患者に心肺停止時に心肺蘇生の希望の有無を確認してから、心肺蘇生を行わない指示を出す」という3つの質問項目の全てに対して、「時々行っている」、「ほとんど行っていない」、そして「まったく行っていない」のいずれかの回答を行った医師(N=48)。

アドバンスケアプランニングに積極的な医師:アドバンスケアプランニングに消極的でない医師(N=48)

図6 アドバンスケアプランニングに積極的または消極的な緩和ケア医師のアドバンスケアプランニングの重要性の理解に関する項目での比較

□とても重要である □やや重要である □どちらでもない □あまり重要でない ■全く重要でない



DNAR, do not attempt resuscitation

χ²乗検定またはFisher's exact test

アドバンスケアプランニングに消極的な医師:緩和ケア病棟に入院中の患者に対して、「意思決定能力喪失時に備えて、患者にアドバンスディレクティブ表明を推奨する」、「意思決定能力喪失時に備えて、患者に代理意思決定者を確認する」、そして「患者に心肺停止時に心肺蘇生の希望の有無を確認してから、心肺蘇生を行わない指示を出す」という3つの質問項目の全てに対して、「時々行っている」、「ほとんど行っていない」、そして「まったく行っていない」のいずれかの回答を行った医師(N=48)。アドバンスケアプランニングに積極的な医師:アドバンスケアプランニングに消極的でない医師(N=48)

資料

アドバンスケアプランニング に関する患者調査シート

症例番号

【患者調査シートへの記入方法】

このシートではあなたの施設から死亡退院された患者さんのうち、平成22年11月30日から遡って直近3名の患者さんについてのアドバンスケアプランニング^{※1}についてお伺いします。カルテを参照しながら、また必要に応じて主治医や受け持ち看護師と話し合ってください。記入をお願いいたします。シートは、I-Ⅲの質問から構成されています。選択式の設問は、それぞれ最も当てはまると思われる番号に○をおつけください。アンケートは記入に10分程度時間がかかります。

※1 アドバンスケアプランニング（Advance Care Planning：以下ACPと略）とは？

ACPの定義に定まったものはないが、本調査では『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』とする。ACPIは、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、患者・家族の価値観を引き出し、治療・ケアの目標を共有することに主眼が置かれる。その内容には、いわゆるアドバンスディレクティブ（Advance Directives: 以下ADと略^{※2}）が含まれる。

※2 アドバンスディレクティブ（AD）とは？

本調査でADとは『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』とする。ADは、書面もしくは口頭でなされ、その内容には自分が意思決定能力がなくなったときに備えた心肺蘇生術、経管栄養、輸液、抗菌薬など生命維持治療に対する意向の表明および医療に関する代理意思決定者は誰か、希望する療養環境、希望する周囲からのサポート、死後の家族への要望、などが含まれる。

【調査責任者】

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
『緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究』班
研究代表者 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 木澤義之

I. まず、死亡退院された患者さんの基本情報についておたずねします。

1. 年齢

() 歳

2. 性別

1) 男性	2) 女性
-------	-------

3. がんの原発部位

(1) 肺がん	(2) 胃がん	(3) 大腸がん	(4) 肝臓がん
(5) すい臓がん	(6) 乳がん	(7) 子宮がん	(8) 卵巣がん
(9) 食道がん	(10) 胆嚢・胆管がん	(11) 前立腺がん	(12) 悪性リンパ腫
(13) 白血病	(14) その他 ()		

4. ホスピス・緩和ケアの初診日（外来初診日もしくは緩和ケア病棟初回入院日どちらか早い方）をご記入ください。

年 月 日

5. ホスピス・緩和ケア病棟に最後に入院した日（複数回入院しているときは最後の入院日）をご記入ください。

年 月 日

6. ホスピス・緩和ケア病棟から死亡退院された日をご記入ください。

年 月 日

Ⅱ. 患者さんがあなたの施設のホスピス・緩和ケア病棟もしくはホスピス・緩和ケアを専門とする外来にはじめて受診された時のことについて伺います。以下の1-6については、各質問についてもっともあてはまるものに○をつけてください。

1. 患者さんは、ホスピス・緩和ケアを専門とする外来に受診することもしくは病棟に入院することを理解していましたか？

1) 理解していた	2) 理解していなかった	3) 不明
-----------	--------------	-------

2. ホスピス・緩和ケアへの受診・入院に患者の意向がどれくらい反映されてきましたか？

1) 患者自身の希望で受診・入院した	2) 患者と家族もしくは重要他者*との話し合いの上で受診・入院した	3) 家族もしくは重要他者*の意向で受診、入院。患者は関わっていない、もしくは判断できない	4) 不明
--------------------	-----------------------------------	---	-------

※ここで、重要他者とは家族以外で患者が信頼し重要であると考えている人物のことを指すものとする。

3. ホスピス・緩和ケア初診時（外来初診もしくは入院時）の患者の意思決定能力*はどうでしたか？

1) 意思決定能力*があった	2) どちらとも言えない	3) 意思決定能力はなかった	4) 不明
----------------	--------------	----------------	-------

※ここで、意思決定能力とは治療・処置、その他健康に関連した問題に対して理にかなった決定を下す能力とする。

4. ホスピス・緩和ケア初診時に患者は家族とこれからの治療・ケアの目標を共有できていた

1) 全くそう思う	2) そう思う	3) どちらともいえない	4) そう思わない	5) 全くそう思わない	6) 不明
-----------	---------	--------------	-----------	-------------	-------

5. ホスピス・緩和ケア初診時に患者は紹介元の医師と治療・ケアの目標を共有できていた

1) 全くそう思う	2) そう思う	3) どちらともいえない	4) そう思わない	5) 全くそう思わない	6) 不明
-----------	---------	--------------	-----------	-------------	-------

6. ホスピス・緩和ケア病棟の入院時に、自分が意思決定不能な状態で、かつ生命の危険な状態となって回復が望めないとき、次の医療行為や代理意思決定者に関する書面もしくは口頭による意向の表明がありましたか？

心肺蘇生の実施	1) あり	2) なし	3) 不明
人工呼吸器の使用	1) あり	2) なし	3) 不明
抗菌薬の使用	1) あり	2) なし	3) 不明
経管栄養の実施	1) あり	2) なし	3) 不明
輸液の実施	1) あり	2) なし	3) 不明
医療に関する代理意思決定者*	1) あり	2) なし	3) 不明

※ここでいう医療に関する代理決定者とは、患者本人が意思決定能力がなくなった時に、本人になり代って、患者本人の意向を推定し、その後の医療に関する意思決定を行う者のことを指します。

Ⅲ. ホスピス・緩和ケア病棟の入院中の ACP について伺います

以下の1-7については、各質問についてもっともあてはまるものに○をつけてください

1. ホスピス・緩和ケア病棟入院中に患者は家族とこれからの治療・ケアの目標を共有できていた

1) 全くそう思う	2) そう思う	3) どちらともいえない	4) そう思わない	5) 全くそう思わない	6) 不明
-----------	---------	--------------	-----------	-------------	-------

2. ホスピス・緩和ケア病棟入院中に患者は医療者と治療・ケアの目標を共有できていた

1) 全くそう思う	2) そう思う	3) どちらともいえない	4) そう思わない	5) 全くそう思わない	6) 不明
-----------	---------	--------------	-----------	-------------	-------

3. ホスピス・緩和ケア病棟の入院中に、患者さんが意思決定不能な状態で、かつ生命の危険な状態となって回復が望めないとき、次の医療行為や代理意思決定者に関する書面あるいは口頭による意向の表明がありましたか？

心肺蘇生の有無	1) あり	2) なし	3) 不明
人工呼吸器の使用	1) あり	2) なし	3) 不明
抗菌薬の使用	1) あり	2) なし	3) 不明
経管栄養の実施	1) あり	2) なし	3) 不明
輸液の実施	1) あり	2) なし	3) 不明
医療に関する代理意思決定者	1) あり	2) なし	3) 不明

4. 死亡退院されるまでに DNAR オーダー（脈が触れなくなったり呼吸がなくなった時に心肺蘇生をしないという指示）を行いましたか

1) 行った	2) 行わなかった	3) 不明
--------	-----------	-------

5. DNAR オーダーを行ったのはいつですか？具体的な日付をお書きください

※DNAR オーダーをしていないときは空白のままで結構です。

年	月	日
---	---	---

6. DNAR オーダーを行ったときの患者の意思決定能力はどうでしたか？

1) 意思決定能力があった	2) どちらとも言えない	3) 意思決定能力はなかった	4) 不明	5) DNAR オーダーはしていない
---------------	--------------	----------------	-------	--------------------

7. DNAR オーダーは誰の意向を反映して（もしくは誰と相談して）決定しましたか

1) 患者の意向	2) 患者と家族もしくは重要他者双方の意向	3) 家族もしくは重要他者のみの意向	4) 不明	5) DNAR オーダーはしていない
----------	-----------------------	--------------------	-------	--------------------

以上です。ご協力ありがとうございました。

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 に関する調査表（医師記入用）

施設番号

【本調査票への記入方法】

このシートではホスピス・緩和ケア病棟におけるアドバンスケアプランニング^{※1}について、ホスピス・緩和ケア病棟に勤務する医師の考え、および施設の方針を伺います。シートは、I-VIの質問から構成されています。選択式の設問は、それぞれ最も当てはまると思われる番号に○をおつけください。アンケートは記入に10分程度時間がかかります。

※1 アドバンスケアプランニング（Advance Care Planning：以下ACPと略）とは？

ACPの定義に定まったものはないが、本調査では『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』とする。ACPは、現在の気がかり、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、患者・家族の価値観を引き出し、治療・ケアの目標を共有することに主眼が置かれる。その内容には、いわゆるアドバンスディレクティブ（Advance Directives: 以下ADと略^{※2}）が含まれる。

※2 アドバンスディレクティブ（AD）とは？

本調査でADとは『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』とする。ADは、書面もしくは口頭でなされ、その内容には自分が意思決定能力がなくなったときに備えた心肺蘇生術、経管栄養、輸液、抗菌薬など生命維持治療に対する意向の表明および医療に関する代理意思決定者は誰か、希望する療養環境、希望する周囲からのサポート、死後の家族への要望、などが含まれる。

【調査責任者】

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

『緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究』班

研究代表者 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 木澤義之

I. まず、あなたご自身のことについておたずねします。

1. 年齢

() 歳

2. 性別

1) 男性	2) 女性
-------	-------

3. 臨床経験年数

() 年

4. 専門的緩和ケア*に従事している年数

() 年

※ここで専門的緩和ケアとは、緩和ケア病棟もしくは緩和ケアチームで専任医師（常勤で50%以上の時間を当該業務に充てると定義）として勤務した経験年数を指します

5. 勤務されている医療機関についてお答えください

- 1：国指定のがん診療連携拠点病院 2：その他の200床以上の病院
 3：200床未満の病院 4：診療所
 5：その他（ ）

II. あなたの勤務しているホスピス・緩和ケア病棟に入院する患者さんに対して、入院前に行っていることについて伺います。各質問についてもっともあてはまるものに○をつけてください。

	常に行っている	ほとんど行っている	時々行っている	ほとんど行っていない	全く行っていない
○ 患者さんの病状理解を確認する	1	2	3	4	5
○ 家族の病状理解を確認する	1	2	3	4	5
○ 患者さんの治療・ケアの目標を確認する	1	2	3	4	5
○ 家族の治療・ケアの目標を確認する	1	2	3	4	5
○ 患者さんの希望する治療・療養の場所を確認する	1	2	3	4	5
○ 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	1	2	3	4	5
○ 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	1	2	3	4	5
○ 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	1	2	3	4	5

※ここでアドバンスディレクティブとは、『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』と定義し、具体的には今後の医療行為（人工呼吸器、経管栄養、輸液、抗菌薬の投与など）に関すること、蘇生処置の有無、医療に関する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。

Ⅲ. あなたの勤務しているホスピス・緩和ケア病棟に入院した患者さんに対して、入院中に行っていることについて伺います。各質問についてもっともあてはまるものに○をつけてください。

	常に行っている	ほとんど行っている	時々行っている	ほとんど行っていない	全く行っていない
<input type="radio"/> 患者さんの病状理解を確認する	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 家族の病状理解を確認する	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 患者さんの治療・ケアの目標を確認する	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 家族の治療・ケアの目標を確認する	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 患者一家族間で治療・ケアの目標が共有できるよう促す	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 患者さんの希望する治療・療養の場所を確認する	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 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	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 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	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 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	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 患者さん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	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 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	1	2	3	4	5

※ここでいう DNAR オーダーとは、心肺停止時に、心肺蘇生を行わないという医師の指示のことを指します。

IV. ホスピス・緩和ケアを実践するにあたって以下の医療者の行動に関するあなたのお考えを伺います。もっともあてはまるものに○をつけてください

	とても重要である	やや重要である	どちらでもない	あまり重要でない	全く重要でない
<input type="radio"/> 患者さんの病状理解を確認する	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 家族の病状理解を確認する	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 患者さんの治療・ケアの目標を確認する	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 家族の治療・ケアの目標を確認する	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 患者一家族間で治療・ケアの目標が共有できるよう促す	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 患者さんの希望する治療・療養の場所を確認する	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 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	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 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	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 患者さん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	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 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	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 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	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 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	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 患者さんに、将来の意思決定能力の低下に備えて、経管栄養の実施についての意向を尋ねる	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 患者さんに、将来の意思決定能力の低下に備えて、輸液の実施についての意向を尋ねる	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 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	1	2	3	4	5

※ここでいう DNAR オーダーとは、心肺停止時に、心肺蘇生を行わないという医師の指示のことを指します。

V. アドバンスケアプランニングおよびアドバンスディレクティブに関するあなたのお考えを伺います。もっともあてはまるものに○をつけてください

	全く そう 思う	そう 思う	ど ち ら で も な い	そ う 思 わ な い	全 く そ う 思 わ な い
○ 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	1	2	3	4	5
○ 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	1	2	3	4	5
○ 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	1	2	3	4	5
○ 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	1	2	3	4	5
○ 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	1	2	3	4	5
○ 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	1	2	3	4	5
○ 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	1	2	3	4	5
○ 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	1	2	3	4	5
○ 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	1	2	3	4	5
○ 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	1	2	3	4	5
○ 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	1	2	3	4	5
○ 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	1	2	3	4	5
○ 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	1	2	3	4	5
○ 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	1	2	3	4	5
○ 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	1	2	3	4	5

※ここでいう冒険的な治療とは、危険な病状の患者で、控え目な方法をとれば失敗に終わる状況において、患者にとって危険ではあるが成功の可能性もある大胆で攻撃的な治療を行うことをさします。

VI. その他

1. アドバンスケアプランニングもしくはアドバンスディレクティブについて、あなたの施設で特別に取り組んでいることがあればお書きください

2. アドバンスケアプランニングもしくはアドバンスディレクティブについて、困難を感じていること、普段お考えになられていることがあればご自由にお書きください

以上です。ご協力ありがとうございました。