

笹川保健財団 研究助成

助成番号：2019A-105

(西暦) 2020年 2月 14日

公益財団法人 笹川保健財団

会長 喜多悦子 殿

2019年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研 究 報 告 書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

我が国の研修医が直面する緩和ケアに関する困難感の実態：横断的全国調査

所属機関・職名 京都大学大学院 医学研究科 腫瘍薬物治療学講座・大学院生

氏名 采野 優

1. 研究の目的

我が国における高齢化は近年ますますその傾向を強め、平成 29 年には総人口に占める 65 歳以上の人口の割合（高齢化率）は 27.7%に達した。内閣府によると、今後も高齢化率は増加傾向になると試算されている(1)。また、がん患者においても同様の傾向が認められ、治療の進歩によると考えられる年齢調整死亡率の低下傾向は経年的に持続しているが、がん死亡数は経年的に単調増加傾向にある(2)。そのため、必然的に医療者ががん患者の終末期ケアに関わる頻度は、今後も増加の一途をたどることが予測される。我が国では、平成 18 年のがん対策基本法の施行以来、国の行政施策として切れ目のない良質なケアを患者・家族に届けることが重視され、我が国における緩和ケアを取り巻く環境は著しい発展を遂げてきた。

一方で、終末期ケアにおいて若手医師が直面する困難さの実態は、これまで十分な調査が行われてこなかった(3)。若手医師が直面する困難感の質的な検証として、患者家族への適切な説明、患者ニーズの把握、終末期ケアに関する理論的な知識、もめ事の回避、時間の調整、医師としての無力感など、様々な領域にまたがり、彼らはそのケアの複雑さを自覚している、とされる(4-6)。また終末期ケアを行う頻度は研修医の間では非常に頻度が高いにもかかわらず、多くの場合で適切なスーパーバイズを受けていないことが知られている(7,8)。特にがん患者と接する若手医師は高いストレスやバーンアウト尺度の値を示すことが知られており、抑うつ等の精神的福利が損なわれることで研修の継続や診療の質に影響が起こる可能性がある(9,10)。

本研究の目的は、我が国における卒後 1～5 年目の若手医師における、終末期ケアに関わることに対する前向きさの実態とそれに関わる因子を探索することである。副次的な目的として、若手医師が終末期ケアにおいて困難感を自覚する領域を同定し、どのような因子が困難さと関連するかを探索し、どのような支援が望まれるかを明らかにすることである。

本研究を通して、若手医師の終末期ケアにおける困難さの実態とその支援の方策が明らかになることで、若手医師への支援や精神的な福利の向上に寄与し、延いては診療の質の向上を通して患者・家族に福音がもたらされることが期待される。

2. 研究の内容・実施経過

2.1 デザイン

郵送法を用いた質問紙調査。

2.2 対象

令和元年度に臨床研修病院で臨床研修に従事する内科・外科（志望も含む）の

初期研修医（卒後 1～2 年目の医師）・後期研修医（卒後 3～5 年目の医師）、各 1 名ずつ計 4 名および当該病院臨床研修責任医師。

2.3 調査項目

2.3.1 回答者背景

年齢、性別、臨床経験年数、婚姻状況、近親者の死別体験、信仰、専攻（予定）分野、緩和ケアへの関心、緩和ケアの研修歴、終末期患者の担当数、看取り人数、死生観尺度などを取得する。年齢、性別、信仰などの個人情報が含まれるため、匿名化を行い、個人が特定できないよう配慮する。

特に先行文献では、その人の背景（性別、婚姻状況、信仰等）、教育歴（卒前・卒後教育、メンターによる指導）、臨床経験（終末期患者の担当数、看取った人数）、資質（死生観尺度）などが、死に行く人のケアへの前向きさに有意に関連があることが知られている（11,12）。

2.3.2 死に行く人のケアに関わることへの前向きさ

FATCOD（Frommelt Attitude Toward Care Of Dying scale）は米国 Clark College の Frommelt らによって開発された、死にゆく患者に対する医療者のケア態度を測定する尺度である(13)。当初は看護師用として開発されたが、医師やコメディカルでも用いることができるように、Form B が出版された(13)。日本語版はこの Form B をもとに信頼性・妥当性を有することが示されている。FATCOD-B は 2 つの下位尺度があり、「I. 死にゆく患者へのケアの前向きさ」「II. 患者・家族を中心とするケアの認識」のうち、研究者の合議を経て、今回は前者を使用することとした。

2.3.3 死生観尺度

死生観尺度は平井らによって構築された、文化的要因を与した我が国独自の死生観を測定するための尺度であり、7 因子・27 項目で構成されている(14)。7 因子は、①死後の世界観、②死への恐怖・不安、③解放としての死、④死からの回避、⑤人生における目的意識、⑥死への関心、⑦寿命観、の領域を測定することができ、それぞれ妥当性・信頼性を有することが示されている。①死語の世界観において霊やたたりに関する記述があり、調査の趣旨に適合しないと考え、研究者の合議を経て、本調査では②—⑦を用いることとした。

2.3.4 緩和ケアの困難感尺度

終末期ケアの困難感を調査するにあたり、研究者の合議により、中澤らによって構築された緩和ケアに関する医療者の知識・実践・困難感尺度の内、困難感尺度を使用することとした(15)。困難感尺度は 5 因子・15 項目からなり、「多職種

連携におけるコミュニケーション」「患者家族とのコミュニケーション」「専門家からの支援」「症状緩和」「地域連携」で構成される。研究者の合議の元、終末期ケアの因子として「終末期ケアに関する話し合い」「死亡確認」を追加することとした。

2.3.5 終末期ケアに関わる困難さを和らげる支援

先行文献、フォーカスグループディスカッション（緩和ケア医を対象とした2019年の6回の検討会）、研究者間での議論を通じて、若手医師が終末期ケアに関わる困難さを和らげる支援策の項目を検討した。調査概念の明確なこと、臨床的重要度が高いことを項目選定の基準とした。

2.4 サンプルング方法およびサンプルサイズ計算

厚生労働省ホームページに掲げられる「令和元年度に臨床研修プログラムを実施する予定の臨床研修病院一覧」にある基幹型臨床研修病院〔基幹型相当大学病院〕は合計1037施設であり、全数調査は困難であることから、300施設をランダム抽出した。各施設における内科・外科（志望も含む）の初期研修医（卒後1～2年目の医師）・後期研修医（卒後3～5年目の医師）、各1名ずつ計4名および各施設に初期研修医（卒後1～2年目の医師）・後期研修医（卒後3～5年目の医師）、各1名ずつ計4名をリクルートし、上級医との比較のために臨床研修指導医1名にも回答を求めた。5で扱った尺度は主にながを想定して構築されており、様々な臨床的経過を経る様々な終末期医療の実態を一元的に抽出することは困難と考え、本調査では、日常的になが患者を診る機会のある医師を対象とすることとした。

各学年の医師の回答の精度を担保するために、95%信頼区間が割合の点推定値から±5%以内に入るようサンプルサイズを検討したところ、最大171名からの回答が必要である。300施設から初期・後期研修医各2名からの回答を求め、応諾率が40%であれば240名からの回答が得られる計算となり、意図した回答精度が得られると見込まれる。

2.5 エンドポイントと想定する解析

各項目に対する意向（「非常にそう思う」「そう思う」「どちらともいえない」「そう思わない」「全くそう思わない」等）をエンドポイントとした記述統計を行い、平均値（標準偏差）や度数分布と95%信頼区間を算出する。

また、各項目と死に行く人のケアに関わることへの前向きさ（FATCOD）との関連を探索する。連続変数であるFATCODを従属変数、対象者の背景因子や死生観尺度を独立変数として重回帰分析を行う。また属性ごとに、緩和ケアの困難感尺度の度数分布を記述し、終末期ケアに関わる困難さの度数分布を見て ad-

hoc にの 2 群に分類して 2 項ロジスティック回帰分析を行うことも考慮する。終末期ケアに関わる困難さを和らげる支援については、度数分布で記述する。

2.6 実施経過

研究者らの定期的な会議を行い 2019 年 4 月～7 月にかけて先行文献の収集、研究疑問の洗練、調査票のデザインを構築した。8 月から調査票の具体的な設計を行い、11 月から本調査の回答対象者に準ずる立場の医師、各 3～5 名にパイロット回答を依頼し、12 月に最終稿が完成した。順次、対象施設に調査票の郵送および回収、解析作業を鋭意遂行中である。

3. 研究の成果

現在、調査結果の集計・解析作業を遂行中である。

医師臨床研修は、伝統的に病態の診断・治療に重点が置かれ、患者・家族のつらさや症状のケアに関する教育は近年でも十分に行われていない。患者・家族は様々なつらさや症状を有し、研修医は日々直面するそれらの問題に十分に対応できないことへの無力感や低い自己効力感を自覚している可能性がある。しかし、研修医が日々直面する、これらの困難感の実態は、今まで十分に調査されてこなかった。

本研究を通して、その実態や死に行く人のケアの前向きさに関わる因子、現場で求められるサポート体制や教育プログラムの在り方が明らかになることで、患者・家族を全人的にとらえた治療・ケアを提供できる医師を養成する、臨床研修プログラムの開発や医療現場で求められる研修医師へのサポート体制の構築に寄与すると考えられる。このことは、延いてはより多くの患者・家族に良質なケアが届けられることにつながることを期待される。

4. 今後の課題

終末期ケアの質をいかに向上させるかは、高齢化の一途をたどる我が国において、喫緊の課題である。しかし、卒前・卒後教育において終末期ケアに関する教育・研修は十分とはいえない。現場の努力だけでなく、政策からの推進も含め、多面的にその充実が図られるべきであり、現場・政策双方に寄与する具体的で建設的な提言の策定が望まれる。本研究は、その策定における基盤を形成する研究になると考えられる。

5. 研究の成果等の公表予定（学会、雑誌）

本研究の成果は、European Association for Palliative Care, EAPC や日本緩和医療学会など適切な学術大会において報告されたのち、Journal of Pain and Symptom Management など適切な国際医学雑誌に投稿・出版される予定であ

る。

参考文献

1. 内閣府. 平成 30 年度高齢社会白書
2. 国立がん研究センター がん情報サービス. がん統計. https://ganjoho.jp/reg_stat/index.html, 参照 2019-05-01
3. 厚生労働省. がん対策推進基本計画 (第 3 期). <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000183313.html>, 参照 2019-05-01
4. Luthy C, Cedraschi C, Pautex S, Rentsch D, Piguet V, Allaz AF. Difficulties of residents in training in end-of-life care. A qualitative study. *Palliat Med.* 2009;23(1):59-65.
5. Schroder C, Heyland D, Jiang X, Rocker G, Dodek P. Educating medical residents in end-of-life care: insights from a multicenter survey. *Journal of palliative medicine.* 2009;12(5):459-70.
6. Arai K, Saiki T, Imafuku R, Kawakami C, Fujisaki K, Suzuki Y. What do Japanese residents learn from treating dying patients? The implications for training in end-of-life care. *BMC medical education.* 2017;17(1):205.
7. Schmit JM, Meyer LE, Duff JM, Dai Y, Zou F, Close JL. Perspectives on death and dying: a study of resident comfort with End-of-life care. *BMC medical education.* 2016;16(1):297.
8. Litauska AM, Kozikowski A, Nouryan CN, Kline M, Pekmezaris R, Wolf-Klein G. Do residents need end-of-life care training? *Palliative & supportive care.* 2014;12(3):195-201.
9. Aggarwal S, Kusano AS, Carter JN, Gable L, Thomas CR, Jr., Chang DT. Stress and Burnout Among Residency Program Directors in United States Radiation Oncology Programs. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2015;93(4):746-53.
10. Asai M, Morita T, Akechi T, Sugawara Y, Fujimori M, Akizuki N, et al. Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psycho-oncology.* 2007;16(5):421-8.
11. Miyashita M, Nakai Y, Sasahara T, Koyama Y, Shimizu Y, Tsukamoto N, et al. Nursing autonomy plays an important role in nurses' attitudes toward caring for dying patients. *The American journal of hospice & palliative care.* 2007;24(3):202-10.

12. Toishiba S, Shimmei M, Ogawa Y, Takase A, Hayashida K, Okamura T. Factors associated with positive attitudes toward care of dying persons among staff of geriatric care facilities in Japan. 2019;19(4):364-5.
13. 中井 裕, 宮下 光, 笹原 朋, 小山 友, 清水 陽, 河 正. Frommelt のターミナルケア態度尺度 日本語版(FATCOD-B-J)の因子構造と信頼性の検討 尺度翻訳から一般病院での看護師調査、短縮版の作成まで. がん看護. 2006;11(6):723-9.
14. 平井 啓, 坂口 幸, 安部 幸, 森川 優, 柏木 哲. 死生観に関する研究 死生観尺度の構成と信頼性・妥当性の検証. 死の臨床. 2000;23(1):71-6.
15. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The palliative care self-reported practices scale and the palliative care difficulties scale: reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. Journal of palliative medicine. 2010;13(4):427-37.