

平成30年6月5日現在

機関番号：23903

研究種目：挑戦的萌芽研究

研究期間：2015～2017

課題番号：15K15172

研究課題名(和文) 人生において一度だけの重大かつ困難な意思決定に際して医師に求められる望ましい態度

研究課題名(英文) physician's desired communication skill at most difficult situation for a patient and family members

研究代表者

明智 龍男 (Akechi, Tatsuo)

名古屋市立大学・大学院医学研究科・教授

研究者番号：80281682

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,700,000円

研究成果の概要(和文)：本研究では、終末期せん妄患者の家族に終末期鎮静に関して説明する際に、医師に求められる望ましいコミュニケーションを明らかにすることを目的とした。終末期せん妄に関して2つの異なる患者-医師関係を反映させた説明スタイル(1. Paternalistic style, 2. autonomy style)を表現したビデオを作成し、医師、看護師を対象として本ビデオを視聴してもらい、いずれのスタイルを好むかを評価した。251名から有効なデータが得られ、autonomy styleを好むものが有意に多く、その理由について、多くの参加者が、家族が好ましい治療を決めることができるためと答えた。

研究成果の概要(英文)：The aim of the study was to clarify desirable communication required for doctors when informing terminal sedation to families of patients with terminal delirium. We created videos expressing two different patient and doctor relationship (1. Paternalistic style, 2. autonomy style). We asked doctors and nurses to watch this video and they evaluated which style is preferred and the reason why. Available data were obtained from 251 subject, and those who preferred autonomy style were significantly more, and many participants answered the reason that their families could decide the preferred treatment.

研究分野：臨床精神医学

キーワード：インフォームドコンセント 患者-医師関係 コミュニケーション せん妄 終末期鎮静 意思決定

1. 研究開始当初の背景

1950年代以降の欧米におけるインフォームド・コンセントの法理の導入により、医療における意思決定モデルは、従来の paternalistic なモデルから患者の自律性を尊重する autonomy モデルに移行していった。しかし、医師が、複雑で困難な意思決定を医療の専門ではない患者や代諾者に任せてしまうといった問題点等が指摘されるようになり、近年では患者と医師が協力しながらお互いの合意を目指す shared decision making モデルが提唱されている。一方では、進行・終末期における複雑で困難な意思決定に際しては、医師がより責任を負う形の paternalistic な要素を含めたモデルの見直しもされてきている (Roeland E et al, J Palliat Care 2014)。加えて、患者・家族と医療者との関係性によって規定される意思決定モデルは、文化による影響も色濃く受けることが示されており、自律性を重んじる個人主義傾向の強い欧米と家族中心の日本では、望まれる医師の態度も異なる可能性が高い (Cherny NI, Oncology 2012)。実際に我々は、これまでの研究で、日本人の高齢者は終末期における意思決定に際してより paternalistic な傾向を好むことに加え、ケアに際しても、概して死に直面するような直截なコミュニケーションを好まないことを明らかにしてきた (Akechi T et al, Palliat Med. 2012;26:768-9; Akechi T et al, J Am Geriatr Soc. 2012;60:271-6)。

2. 研究の目的

本研究では、倫理的問題や実施可能性のうえで、実地臨床では検討することができない、治療抵抗性の不可逆的な活動型終末期せん妄患者の家族に終末期鎮静に関して説明する際に、医師はどのような態度で臨むべきか、という患者・家族にとって重大かつ困難な意思決定に際して医師に求められる望ましいコミュニケーションや態度を明らかにすることを目的とした。中でも、パターナリスティックな意思決定スタイルと自律性を重んじるスタイルに焦点をあてた。研究者の仮説は、欧米のガイドラインでも推奨されているように、このような決定困難な状況にあっては、パターナリスティックな意思決定スタイルがわが国においても支持されるのではないかというものであった。

3. 研究の方法

本研究のために、治療抵抗性の不可逆的な活動型終末期せん妄に関しての背景情報を紹介する共通のシナリオに加え、2つの異なる患者-医師関係を反映させたシナリオ (1. 医師が鎮静をすすめる Paternalistic style、2. 鎮静に関して情報提供のみ行い最終的には家族の自律性を重んじる autonomy style) を作成した。そして、難治性の終末期せん妄に対する鎮静の導入に際して、がん専門医、

緩和ケア医、看護師、精神科医などの意見をききながら、これら2つの異なる説明スタイルを表現したビデオを作成した。

なお当初は、これらビデオを成人の一般住民に視聴してもらい、自身が当該家族だった場合、いずれの患者-医師関係が好ましいと感じるか等を選択してもらう予定であったが、予備的に医療者に視聴してもらった際に、一般住民にとっては相当心理的に侵襲的な内容であり、対象として適切ではない旨のコメントが複数寄せられたため、対象をがん医療に従事した経験を有する医療者に変更することになった。以上のため、名古屋市立大学病院および東大阪病院でがん診療に従事した経験を3年以上有する医師、看護師を対象として本ビデオを視聴してもらった。

ビデオを用いた比較研究では2本目の印象が相対的に良くなることが多くの先行研究で報告されており、点数への視聴順の影響を除外する必要があるため、以下のようにビデオの視聴順を無作為化して割付した。具体的には同意が得られた対象をデータセンターで職業 (医師、看護師) で層別化、4、6、8のランダムに置換された可変ブロックサイズで1:1に視聴順 Sequence AP: 共通部分 Autonomy style Paternalistic Style と視聴順 Sequence PA: 共通部分 Paternalistic Style Autonomy style へ無作為割り付けした。

アウトカムに関しては、いずれのスタイルを好むかに加え、ビデオを視聴した際に感じた医師の共感能力を Physician Compassion Scale (PCS) を用いて評価した。PCSは、医師の態度に関する5項目 (1. あたたかい-冷たい、2. 好感が持てる-好感が持てない、3. 共感的である-距離を感じる、4. 細やかだ-無神経だ、5. 気遣いがある-気遣いがない) を0-10点の連続スコアで評価するものであり、各項目の他に総スコアで医師の共感性を評価可能である。点数は逆に解釈し、点数が低いほど医師の共感が高いことを示す。

実施手順としては、参加者は、共通部分を視聴した後、1本目と2本目それぞれのビデオ視聴後にビデオ内の医師の共感性に関してPCSで回答した。加えて2本目の説明法視聴後にどちらのビデオの説明法が好みか回答してもらった。2本目視聴後の回答が全て終了後、面接調査に協力してくれる一部の参加者から選択した理由を口頭で聴取し、質的な検討を行った。

統計解析については、PCSは1本目にAutonomy styleを視聴したグループの点数の平均値と1本目にPaternalistic styleを視聴したグループの点数の平均値を対応のないt検定を用いて比較した。説明法の好みについては2検定を行った。なお、前述したように、ビデオを用いた比較研究では2本目の印象が相対的に良くなることが多くの先行研究で報告されており、点数への視聴順の影響を除外する必要があるため1本目に視聴

した説明法 (Sequence AP first video = Autonomy style, Sequence PA first video = Paternalistic style) の PCS 点数の平均値のみを解析に用いた。

4 . 研究成果

参加の同意を得た 287 名を対象に各ビデオの視聴順に関して無作為割付した (Sequence AP = first: autonomy style video, second: paternalistic style video. Sequence PA = first: paternalistic style video, second: autonomy style video)。実際に本研究の調査を完遂した参加者は 251 名だった。最終的に 123 名 (49%) が Autonomy style のビデオを先に、128 名 (51%) が Paternalistic style のビデオを先に視聴した。参加者の年齢の中央値は 36 歳、64% が女性、50% が既婚、62% が看護師、臨床経験年数の中央値は 12 年、がん臨床経験年数の中央値は 9 年だった。また、医師の 51% は内科医だった。

解析の結果、PCS は Autonomy style の方が Paternalistic style に比べて低かった (医師の共感性の高さを反映) が、有意な差ではなく、差も僅かであった (mean [SD], 15.0 [9.6] vs 17.3 [9.3], $P = 0.05$)。医師患者関係の好みに関しては、視聴順 PA ではほとんどの参加者が Autonomy style を好んだ (autonomy style 116 [91%] vs paternalistic style 12 [9%])。その一方で視聴順 AP では Paternalistic style を好む参加者の割合が増えた (autonomy style 75 [61%] vs paternalistic style 48 [39%])。全体としては有意に autonomy style を好むのが多かった ($p = 0.000$)。先行研究と同様に好みに関係なく 2 本目のビデオを好む傾向があった ($p = 0.000$)。Autonomy style を好む理由について、殆どの参加者 (85%) が、家族が好む治療を決めることができるためと答えた。Paternalistic style を好む理由については、全ての参加者 (100%) が、困難な治療決定を容易にするうえでの医師からの推奨の存在の重要性を唱えた。また 40% の参加者は医師の推奨が治療決定における心理的負担を減らすと考えていた。

今回の結果より、治療抵抗性の不可逆的な活動型終末期せん妄患者の家族に終末期鎮静に関して説明する際に、医師の共感性という側面からみると、Autonomy style の方が Paternalistic style に比べてよい傾向がみられることと、好みに関しても Autonomy style の方を選択する割合が高いことが示唆され、我々の仮説は支持されなかったことが示された。Autonomy style を好む理由として、家族の重要性をあげる対象者が多かったことから、我が国においては、家族を含めた集団的な意思決定が重視されるという文化的背景が影響を与えている可能性が示唆された。

5 . 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者に

は下線)

(雑誌論文)(計 9 件)

1. Akechi T, Suzuki M, Hashimoto N, Yamada T, Yamada A, Nakaaki S: Different pharmacological responses in late-life depression with subsequent dementia: a case supporting the reserve threshold theory *Psychogeriatrics*, 2017
2. Akechi T, Aiki S, Sugano K, Uchida M, Yamada A, Komatsu H, Ishida T, Kusumoto S, Iida S, Okuyama T: Does cognitive decline decrease health utility value in older adult patients with cancer? *Psychogeriatrics* 17: 149-154, 2017
3. Akechi T, Momino K, Iwata H: Author reply: Brief screening of breast cancer survivors with distressing fear of recurrence *Breast Cancer Res Treat* 156: 205-206, 2016
4. Akechi T, Uchida M, Nakaguchi T, Okuyama T, Sakamoto N, Toyama T, Yamashita H: Difference of patient's perceived need in breast cancer patients after diagnosis *Jpn J Clin Oncol* 45: 75-80, 2015
5. Akechi T, Okuyama T, Uchida M, Sugano K, Kubota Y, Ito Y, Sakamoto N, Kizawa Y: Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument *Palliat Support Care* 13: 1529-1533, 2015
6. Akechi T, Momino K, Miyashita M, Sakamoto N, Yamashita H, Toyama T: Anxiety in disease free breast cancer patients might be alleviated by provision of psychological support, not of information *Jpn J Clin Oncol* 45: 929-933, 2015
7. Akechi T, Momino K, Iwata H: Brief screening of patients with distressing fear of recurrence in breast cancer survivors *Breast Cancer Res Treat* 153: 475-476, 2015
8. Akechi T, Furukawa TA: Depressed with cancer can respond to antidepressants, but further research is needed to confirm and expand on these findings *Evidence-based mental health* 18: 28, 2015
9. Akechi T, Momino K, Yamashita T, Fujita T, Hayashi H, Tsunoda N, Iwata H: Contribution of problem-solving skills to fear of recurrence in breast cancer survivors *Breast Cancer Res Treat* 145: 205-210, 2014

〔学会発表〕(計 1 件)

1. Akechi T, Momino K, Miyashita M, Sakamoto N, Yamashita H, Toyama T: Anxiety and underlying patients' needs in disease free breast cancer survivors, Taipei, 4th Asia Pacific Psycho-oncology Network 2014

〔図書〕(計 18 件)

1. 明智龍男: コンサルテーション・リエゾン精神医学. 尾崎紀夫, 三村将, 水野雅文, 村井俊哉 (編) 標準精神医学第7版. 医学書院, 東京, pp. 181-193, 2018
2. 明智龍男: 認知行動療法. 福井次矢., 高木誠., 小室一成. (編) 今日の治療指針. 医学書院, 東京, pp. 998-999, 2018
3. 明智龍男: 「本人が不安を感じています」は本当?. 森田達也., 濱口恵子 (編) 苦い経験から学ぶ! 緩和医療ピットフオールファイル. 南江堂, 東京, pp. 136-137, 2017
4. 明智龍男: リスペリドン少量で傾眠と誤嚥性肺炎発生. In: 森田達也., 濱口恵子 (編) 苦い経験から学ぶ! 緩和医療ピットフオールファイル. 南江堂, 東京, pp. 72, 2017
5. 明智龍男: 適応障害. 鈴木直., 宮城悦子., 藤村正樹., 東口高志 (編) 婦人科がん領域における緩和医療の実践. 金原出版株式会社, 東京, pp. 158-165, 2017
6. 明智龍男: せん妄、手術後精神障害(ICU)症候群. 福井次矢, 高木誠, 小室一成 (編) 今日の治療指針. 医学書院, 東京, pp. 993, 2017
7. 國頭英夫著、明智龍男監修: 死にゆく患者(ひと)とどう話すか 医学書院, 2016
8. 明智龍男: 総合病院精神科での研修の重要性. 永井良三 (ed) 精神科研修ノート. 診断と治療社, 東京, pp. 41-42, 2016
9. 明智龍男: サイコオンコロジー. 佐藤隆美, 藤原康弘, 古瀬純司, 大山優 (編) がん治療エッセンシャルガイド改訂3版 What's New in Oncology. 南山堂, 東京, pp. 198-203, 2015
10. 明智龍男: 癌に伴う精神医学的問題. 金澤一郎, 永井良三 (編) 今日の診断指針第7版. 医学書院, 東京, pp. 159-160, 2015
11. 明智龍男: コンサルテーション・リエゾン精神医学. 尾崎紀夫, 朝田隆, 村井俊哉 (編) 標準精神医学. 医学書院, 東京, pp. 177-188, 2015
12. 明智龍男: 精神症状の基本. 小川朝生, 内富庸介 (編) 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア. 創造出版, 東京, pp. 53-60, 2014
13. 明智龍男: 精神症状(抑うつ・不安、せん妄). 川越正平 (編) 在宅医療バイブル. 日本医事新報社, 東京, pp. 340-346, 2014

14. 明智龍男: 危機介入. 堀川直史, 吉野相英, 野村総一郎 (編) これだけは知っておきたい 精神科の診かた、考え方. 羊土社, 東京, pp. 145-146, 2014
15. 明智龍男: 支持的精神療法. 堀川直史, 吉野相英, 野村総一郎 (編) これだけは知っておきたい 精神科の診かた、考え方. 羊土社, 東京, pp. 142-144, 2014
16. 明智龍男: 主要な精神症状のマネジメントとケア. In: 恒藤暁, 内布敦子 (編) 系統看護学講座別巻 緩和ケア. 医学書院, 東京, pp. 210-232, 2014
17. 明智龍男: 精神症状マネジメント概論. In: 日本緩和医療薬学会 (編) 緩和医療薬学. 南江堂, 東京, pp. 79, 2013
18. 明智龍男: 一般身体疾患による気分障害. 山口徹., 北原光夫., 福井次矢. (編) 今日の治療指針. 医学書院, 東京, pp. 868, 2013

〔産業財産権〕

出願状況(計 0 件)

〔その他〕

ホームページ等

<http://www.ncupsychiatry.com/>

6. 研究組織

(1) 研究代表者 明智 龍男 (AKECHI. Tatsuo)

名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野・教授

研究者番号: 80281682