

Palliative Care Physicians' Attitudes Toward Patient Autonomy and a Good Death in East Asian Countries

著者：Morita T, et al.

雑誌：Journal of Pain and Symptom Management. 50(2); 190-199.

発行年：2015年

<背景>

質の高い緩和ケアを提供するためには、文化を知らなければならない。

患者・家族の終末期における選択（病状の告知、終末期の話し合い、栄養や補液の必要性、アドバンス・ケア・プランニングなど）は、文化の影響を大きく受ける。

世界の文化は、①「個人主義的な文化」（例：北米や北欧）、②「集団主義・家族主義的な文化」（例：アジアや南欧）の2つに大きく分けられるというのが一般的な見解である。

それでは、この同じ文化カテゴリの中での国同士の違いはどうか？

・台湾：

終末期医療における意思決定は、**患者の自主性**がより重要な要素になっている。

東アジアで自然死法によって尊厳死（生命維持治療の中止・保留）が合法と最初に認められた国である。

・韓国：

終末期医療における意思決定は、儒教文化が色濃く影響を与えており、**親孝行（親への献身と尊敬）**の考え方が主である。

子供は、補液・入院・人工呼吸などの医療処置を親に提供するために最大限の努力をする。

・日本：

終末期医療における意思決定は、「死を知らずに**ポックリ死ぬ**こと」「自己決定ではなく権力に任せる（**おまかせ**）こと」が、伝統的に善良な死として受け入れられていた。

しかしこれらの死生観、終末期医療に対する考え方は、いずれも変化してきており、最適な緩和ケアを提供するためには、現在の東アジア諸国における終末期ケアの違いを明らかにする必要がある。

→東アジアの緩和ケア医の間での、終末期ケアにおける、「Good death の考え方」、「患者の自律性の尊重に対する姿勢」の違いについて調査した。

<方法>

日本・台湾・韓国における横断研究である。

■対象とその選出方法

・日本：

2012年6月までに日本緩和医療学会に認定された緩和ケア医605名全員を対象とした。日本緩和医療学会のホ

ホームページから医師の氏名と所属を入手し、アンケート用紙を2回（計3回）のリマインダーとともに郵送で配布した。

参加者には、インセンティブは与えられなかった。

・台湾：

2013年11月までに台湾ホスピス緩和医療学会によって認定された緩和ケア医578人全員を募集した。医師の電子メールアドレスをアカデミーから取得し、ウェブサイトを利用してアンケート用紙を配布し、2回のリマインダーを付けた（合計3回）。アンケートに回答した参加者には少額のインセンティブが与えられた。

・韓国：

全国的な緩和ケア医の登録がないため、3つの方法でアンケートを配布した。

1つ目は、2013年10月から2014年1月にかけて緩和医療関連の学会やシンポジウムで5回のスポット調査を行い、合計97名の回答を得た。

2つ目は、電子メールによるアンケートで、緩和ケア医110名を対象とした地域ネットワークを通じたサンプルから32名の回答を得た。

3つ目の方法は、3つの病院に勤務する緩和ケア医を対象とした病院別調査であり、82名の回答が得られた。こちらには少額のインセンティブが与えられた。

倫理的妥当性および科学的妥当性は、各国の機関別審査委員会によって承認された。

■評価内容

患者の自主性および医療者の考える Good death に関して、人工統計学的データとともに Likert-type scales を含む測定法で収集された。測定項目は、系統的な文献レビューや研究グループにおける Discussion に基づいて、日本語、台湾語、韓国語、英語で作成され、パイロット試験によって妥当性が確認された。

・医療者の背景

医師の臨床経験（年数）、性別、専門、勤務地（都市部と農村部）、宗教（キリスト教、仏教 etc.）、宗教以外の特定の人生哲学（人道主義、実存主義）、宗教の重要性（1-6の Likert-type scale を利用：1は重要でない、6はとても重要）に関するデータを収集した。

回答内容は、3カ国間で χ^2 検定によって解析された。

・患者の自律性に対する医師の考え方の評価

悪性疾患に関する病状の告知に関して、

- ①医師は患者に最初に伝えてから、患者の家族に伝えるべきかどうかを患者に決めさせるべきである
 - ②医師は患者の家族に最初に伝えてから、患者に伝えるべきかどうかを患者に決めさせるべきである
 - ③家族が、患者本人には伝えてほしくないと思っている場合でも、医師は患者に伝えるべきである
- の3問に対し、1(強く同意しない)から4(強く同意する)の Likert-type scale を用いて自分の意見を回答させた。

回答内容は、1,2「同意しない」/ 3,4「同意する」に分け、各国で割合と95%信頼区間を算出して比較し、さらに、回答した医療者の背景を調整した多変量回帰分析で解析した。

更に、国を含む医療者の背景を独立変数としてロジスティック回帰分析を行い、決定要因を探った。

・医師の考える Good death の評価

日本、台湾、韓国、欧米での、Good death を評価した先行研究で用いられていた概念を採用した。

医師は、終末期患者の各要素をどの程度重要と認識しているかについて、以下の12項目を、1（全く重要ではない）から7（とても重要である）のLikert-type scale を用いて質問された。

- ①身体的快適性（身体的症状が十分に取り除かれている）
- ②自律性（4項目、 $\alpha=0.76$ ：自分の意思で物事を調整できる、自分の意思で死ぬ時期を決められる権利がある、受ける医療行為の決定に自分が参加する、代わりに意思決定をしてくれる人を自分で決められる）
- ③死への準備（4項目、 $\alpha=0.87$ ：死に対して自分が十分に準備できている、もうすぐ死ぬことを自分でわかっている、自分の予後を知っている、自分の症状がどう変化するかを知らされている）
- ④人生の完結（4項目、 $\alpha=0.81$ ：後悔がない、身近な人に自分の思いを伝えられる、死ぬ前に別れを家族や友人に告げる、終末期に自分の希望が満たされている）
- ⑤宗教（3項目、 $\alpha=0.91$ ：宗教に支えられている、聖職者と会う、信仰がある）
- ⑥他人のために自分が貢献できていると感じている
- ⑦他者の負担にならない
- ⑧可能な限り最大限の治療を受ける
- ⑨チューブや機械から解放される
- ⑩自宅で死ぬこと
- ⑪自分のユーモアが保たれている
- ⑫認識力・意識が保たれている

の12項目。複数の問からなる項目については、スコアの平均として算出された。

回答内容は、Cronbach's α （各質問項目が全体として同じ概念や対象を測定できたかどうかの内的整合性を評価する信頼指数）を算出した後、各領域のスコアを Tukey post hoc test による分散分析を用いて、各国で比較した。また、医師の背景の違いを調整するために、すべての変数を用いて多変量線形回帰分析を行った。差の大きさを評価するための Hedges' g の値は、それぞれ 0.2, 0.5, 0.8 とした。

*なお、P 値=0.05 を有意差の指標として用い、すべての分析を行った。

<結果>

日本人医師 505 名、台湾人医師 207 名、韓国人医師 211 名から回答を得た。

・医療者の背景

Table 1

性別：韓国は半数が女性医師であったが、台湾と日本は女性医師が3割以下であった。

専門分野：韓国は腫瘍内科・内科、日本は内科・外科・麻酔科、台湾は内科であった。

臨床経験：日本が最も長かった。

宗教：韓国と台湾ではキリスト教または仏教が半数以上、日本では無宗教が7割であった。

・患者の自律性に対する医師の考え方の評価

Table 2, Table 3

①日本の医師（82%）と台湾の医師（93%）は、韓国の医師（74%）に比べて、重篤な病状について最初に患者に知らせるべきであることに同意する割合が有意に高かった。

②韓国の医師（41%）と台湾の医師（49%）は、日本の医師（7.4%）に比べて、家族に最初に伝えるべきである

ことに同意した割合が有意に高かった。

③日本の医師の67%が、家族が患者本人への告知を希望しない場合でも、医師は患者に伝えるべきである、という質問に同意したのに対し、韓国の医師、台湾の医師はそれぞれ48%、52%であった。

多変量解析では、患者の自律性に関する医師の態度は、国（日本）、性（男性）、外科・腫瘍内科の専門医、臨床経験（長い）、無宗教で特定の宗教を持たない医師、で有意な関係があった。

・医師の考える Good death の評価

Table 4, Fig 1

良好な死の12の構成要素すべてにおいて、国によって有意な差があった。

日本の医師は、身体的な快適さと自律性を有意に重要視し、死への準備、宗教、他人の負担にならないこと、最大限の治療を受けること、自宅で死ぬことを重要視していなかった。

台湾の医師は、人生の完結とチューブや機械から解放されることを有意に重要視し、ユーモアが保たれることを他国と比べると重要視していなかった。

韓国の医師は、認識力・意識が保たれていることを有意に重要視した。

他人への貢献については、日本の医師が他の2カ国と比較して重要視する傾向にあった。

多変量解析では、医療者の背景からは性（男性）、専門科、臨床経験（長い）、宗教（キリスト教または仏教）に関して、医師の考える Good death の評価と有意に関係していた。

日本人は宗教を全体的に重要視していない傾向にあった。

<考察>

・この研究は、東アジア諸国における患者の自律性と善良な死に対する、医師の態度の潜在的な違いを調査した、当時初の異文化研究である。

・2000年に実施された患者の自律性に対する医師の態度を比較した先行研究では、悪性腫瘍の病状について、患者に最初に伝えるべき、と回答した日本の医師は17%しかいなかった。（なお、米国では同質問に2000年の時点で80%が同意していた。）しかし今回、同質問に対し、日本の医師の82%が同意しており、患者の自律性が急速に重要と認識されるようになってきていることを浮き彫りにした。また、韓国の医師は74%、台湾の医師は93%と同様の結果であり、東アジア全体でも同様の傾向が見られ始めていることがわかった。

・日本の医師は、患者に最初に告知、もしくは家族が反対しても告知すべき、と考える割合が多い傾向にあった。

・宗教は本研究で Good death に対する考え方と有意に関係している事がわかった。日本は無宗教の割合が多い国であり、スピリチュアルケアの提供方法についてコンセンサスが得られにくいことを反映しているのだろう。

・日本人の、死への準備の重要性の認識の低さは、「ぽっくり死」や「切迫した死を意識しないこと」が「良い死」の一種であるとの考え方を反映している。

・最近の研究では台湾において、家族の50%近くが、患者の自然死の希望が尊重されていないと感じていると報告されている。台湾では、自然死法によって、事前指示書やケアプランの作成を促進することで、患者が人生の最後の希望を叶えることができるようにすることを狙いとしており、緩和ケアの医師にも死への準備の重要性や、チューブや機械からの解放の重要性をより強く認識させることにつながった可能性がある。

・韓国ではやはり儒教が社会の基本的な部分に根付いており、韓国の医師は、患者の意識を維持するために最善の努力をすることが、瀕死の患者とその家族への敬意を示す方法であり、特に患者がまだ意識を持っているときに最後の瞬間に儒教的な親孝行を共有することであると考えているのかもしれない。

<Limitaion>

- ・台湾からの返答率が低かったこと、韓国では学会のような緩和ケア医療に携わる医師の登録システムがなかったこと、を考えると、セレクションバイアスがある可能性がある。
- ・医師のみの意見を反映した結果であり、患者や家族の意見ではない。

<結論>

東アジアの緩和ケア医は、一般的に患者の自主性を尊重する傾向が強まっているが、東アジア諸国では患者の自律性に対する医師の態度や、Good death に対する医師の考え方には、国を超えた大きな違いがある。

緩和ケアは、それぞれの国で文化的に受け入れられる方法で提供されるべきである。

<論文を読んで感じたこと>

この論文を選んだ理由は、短期間であるが在宅診療を経験し、現在腫瘍の診療に携わる医師となった上で、現場に携わる緩和ケア医師または患者家族が、病状や迫りくる死に関してどのような考えを持って受け入れているのか、どのようにすれば「Good death」を患者に提供することができるのか、について、ずっと興味があったためである。

- ・2019年12月頃に Advanced care planning が大きく取り沙汰される様になったため、死への準備や人生の完結に関する考え方が今後多少変わってくるのではないと思われる。
- ・緩和ケアは、その人を全人的に管理することが最も求められる科であると思う。本研究を通して、宗教もそうだが、Good death に関する考え方が地域によって異なりうる可能性について再認識した。
- ・患者や家族の統計もとり、医師の考え方と異なるといかに異なるか、という研究についても今後やってみたら面白いかもしれない。