

# 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 調査・研究報告書

## 終末期がん患者の感染症診療に関する医療者の意向と、意向の差異に繋がる要因を同定する研究

在沖縄米国海軍病院 日本人インターン 森岡 慎一郎

### I 調査・研究の目的・方法

#### I-1. 目的

感染症は終末期がん患者の約 40%にみられ、死因の第一位を占めている[1, 2]。重篤な症状をきたし、生活の質を著しく低下させる重要な問題だが、終末期がん患者を対象とした感染症診療に関しては質の高いエビデンスに基づいた指針はなく、経験に基づいた診療が行われているのが現状である[3-5]。

終末期がん患者における延命治療には、抗菌薬治療以外にも人工呼吸器、補液、酸素投与、胃管留置、血栓予防などがある。これまでの先行研究で、医師の専門科によりこれらの延命治療の実践に差異があることが報告されてきたが、感染症診療に関しては延命治療の一部として抗菌薬治療について簡単に触れられてきたに過ぎない[4, 6]。医師の背景により発熱を呈した終末期がん患者に対する血液検査、胸部単純 X 線写真、抗菌薬治療などの診療方針に差異があり、看護師の感染症診療に関する意向は報告されていない。

このように、終末期がん患者が発熱を呈した際、どのような検査や治療を重視するかという意向は医療者間で異なり、医療者間の葛藤を引き起こしている[5, 7-12]。このことは患者の安全を脅かし、チーム医療の質を低下させ、医療費の増加や医療者のバーンアウトに繋がっている[5, 7, 13]。

本研究の目的は、終末期がん患者における感染症診療に関する職種間・医療者間の意向の差異に繋がる要因を同定することである。また、終末期がん患者が発熱した際、熱源検索や発熱に対する対応に関して葛藤が生じる状況についても探索的に同定した。本研究により、異なる医療者がどのような要素を大切にしているかを客観的に認識することができる。これにより職種間・医療者間でより円滑なコミュニケーションが可能となり、結果的に感染症を来した終末期がん患者に対するチーム医療の質の向上と患者ケアの改善に繋がると考えられる。

#### I-2. 方法

対象は、静岡県立静岡がんセンターおよび聖隷浜松病院に勤務し、終末期がん患者の診療に携わる医師 10 名、看護師 10 名であった。2014 年 12 月から 2015 年 12 月にかけて、1 対 1 のインタビュー調査を行い、半構造化面接により、「終末期がん患者が発熱した際、熱源検索や発熱に対する対応を、どの程度行うか（医師）、どの程度同意するか（看護師）」、「それらの意向に関する理由」、「どのようなときに最も葛藤があるか」に関する質問を行った。表 1 にインタビューガイドラインを示す。同時に、対象医療者の背景（年齢、性別、勤務場所など）に関する情報を得た。インタビュー時間はひとりにつき 30 分程度で、各人 1 回だけ行われた。倫理的配慮として、静岡県立静岡がんセンターおよび聖隷浜松病院の倫理委員会で承認された研究実施計画に基づき、研究主旨説明を行い、文書で同意を得た。インタビュー内容は録音し、逐語録を作成後、内容分析を行い、コード化と分類を行った。

### II 調査・研究の内容・実施経過

インタビューを行った医療者の背景を表 2 に示す。平均年齢は医師で 34.7 歳、看護師で 34.8 歳であった。性別は、医師が男性 8 名、女性 2 名、看護師が男性 1 名、女性 9 名であった。医師の専門分野に関しては、緩和医療科が 3 名、感染症内科が 4 名、その他の 3 名は呼吸器内科、消化器内科、婦人科であった。看護師は、一般病棟勤務が 5 名、緩和病棟勤務が 5 名であった。

また、医師、看護師ともに、緩和ケア研修や感染症研修の有無、過去1年間に担当した終末期がん患者数にばらつきが見られた。

インタビューの内容分析結果を表3-6に示す。終末期がん患者が発熱した際、熱源検索や発熱に対する対応に関して、医師と看護師のそれぞれにおける「意向に繋がる要因」、「葛藤を感じる要因」についてのカテゴリーとサブカテゴリーが抽出された。

### III 調査・研究の成果

本研究の特徴は、終末期における延命治療の中でも感染症診療に特化し、職種間・医療者間の意向の差異に繋がる要因に関して情報収集できた点である。本研究の最も重要な結果は、職種間・医療者間の意向の差異に繋がる要因に関して、先行研究では指摘されていなかったカテゴリーが得られたことである。

これまでの報告では、予後の問題、疼痛管理、コミュニケーション不足、協調性の欠如、リーダーシップの欠如が、これらの要因として挙げられてきた[8, 14]。本研究においても「予測される予後による」、「検査・治療が患者の苦痛を伴うか否か」、「医師の指示内容を受け入れられるか否か」といった共通した要因を得ることができた。これらに加え、「患者・家族が検査・治療を望んでいるか否か」、「検査・治療が可能な身体状況であるとアセスメントされるか否か」、「検査・治療による患者のメリットがあるか否か」といった患者・家族に関する、医療者のbeliefsが得られた。また、感染症診療に特化した本研究では、「標準的な感染症診療を行う」というカテゴリーを得た。これは、明確なガイドラインのない終末期の感染症診療において、大変示唆に富む指摘であった。

次に、熱源検索や発熱に対する対応に関して、医師と看護師が葛藤を感じる要因について考察した。医師側からは「主治医、看護師、コンサルテーション医の認識にズレがあること」、「看護師に医師の意図に対する理解が得られない」というカテゴリー、看護師側からは「医師との協働の難しさ」というカテゴリーとそれに随伴する6つのサブカテゴリーが得られた。このことより、お互いの認識や患者ケア方針に差異を認めた際、ともに葛藤を感じる事が分かった。これまでの報告では、チーム間における葛藤の原因の9%が「看護師の意見を聞かずに、医師が不適切に患者ケアの方針決定を行ったこと」とされていた。しかし、本研究では同様の意見を認めなかった。また、「葛藤を感じる要因」についてのインタビュー結果をもとに、医師とのコミュニケーションにおいて、看護師が抱く葛藤を図示した(図1)。「医師とのコミュニケーションがとりづらい雰囲気がある」ことや「医師と看護師の認識のズレ」が、医師への信頼感の欠如に繋がっている可能性が示された。

これまでの先行研究では、終末期の延命治療における、職種間・医療者間の意向の差異に関しては、ICUでの報告が大多数であった。がん患者を対象とした、もしくは緩和ケア病棟における報告は少なく、意向の差異に繋がる要因を同定した研究はほとんど見られなかった。終末期がん患者の感染症診療は、明確なガイドラインがないこと、医療者間の葛藤を生じやすいことから、本研究の結果は今後のコミュニケーション改善につながる可能性がある点で意味があると言える。

### IV 今後の課題

本研究により、終末期がん患者の感染症診療に関する、職種間・医療者間の意向の差異に繋がる要因を同定することができた。本研究の結果をもとに、質問紙による全国調査を行い、医療者の背景因子と、終末期がん患者における感染症診療に関する職種間・医療者間の意向の差異、意向の差異に繋がる要因との関係を明確にする予定である。それにより、異なる医療者がどのような要素を大切にしているかを客観的に認識することができる。結果的に、職種間・医

療者間でのより円滑なコミュニケーションが可能となり、感染症を来した終末期がん患者に対するチーム医療の質の向上と患者ケアの改善に繋がると考えられる。

V 調査・研究の成果等公表予定（学会、雑誌等）

上記の内容を『Palliative Care Research』に投稿予定である。

1. Green, K., et al., *Management of nosocomial respiratory tract infections in terminally ill cancer patients*. J Palliat Care, 1994. 10(4): p. 31-4.
2. White, P.H., et al., *Antimicrobial use in patients with advanced cancer receiving hospice care*. J Pain Symptom Manage, 2003. 25(5): p. 438-43.
3. Nagy-Agren, S. and H. Haley, *Management of infections in palliative care patients with advanced cancer*. J Pain Symptom Manage, 2002. 24(1): p. 64-70.
4. Hinkka, H., et al., *Factors affecting physicians' decisions to forgo life-sustaining treatments in terminal care*. J Med Ethics, 2002. 28(2): p. 109-14.
5. Fassier, T. and E. Azoulay, *Conflicts and communication gaps in the intensive care unit*. Curr Opin Crit Care, 2010. 16(6): p. 654-65.
6. Hinkka, H., et al., *Decision making in terminal care: a survey of finnish doctors' treatment decisions in end-of-life scenarios involving a terminal cancer and a terminal dementia patient*. Palliat Med, 2002. 16(3): p. 195-204.
7. Forte, P.S., *The high cost of conflict*. Nurs Econ, 1997. 15(3): p. 119-23.
8. Breen, C.M., et al., *Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units*. J Gen Intern Med, 2001. 16(5): p. 283-9.
9. Jezewski, M.A., *Do-not-resuscitate status: conflict and culture brokering in critical care units*. Heart Lung, 1994. 23(6): p. 458-65.
10. Edwards, B.S., *When the physician won't give up*. Am J Nurs, 1993. 93(9): p. 34-7.
11. Shreves, J.G. and A.H. Moss, *Residents' ethical disagreements with attending physicians: an unrecognized problem*. Acad Med, 1996. 71(10): p. 1103-5.
12. Lo, B., et al., *'Do not resuscitate' decisions. A prospective study at three teaching hospitals*. Arch Intern Med, 1985. 145(6): p. 1115-7.
13. Mpinga, E.K., P. Chastonay, and C.H. Rapin, *[End of life conflicts in palliative care: a systematic review of the literature]*. Rech Soins Infirm, 2006(86): p. 68-95.
14. Studdert, D.M., et al., *Conflict in the care of patients with prolonged stay in the ICU: types, sources, and predictors*. Intensive Care Med, 2003. 29(9): p. 1489-97.

## 表 1. インタビューガイドライン

面接開始にあたって

「終末期がん患者が発熱した際の対応に関してご質問します。」

### 終末期がん患者が発熱した際の熱源精査に関する質問

医師に対して

「終末期がん患者が発熱した際、どの程度、熱源精査(一般血液検査、血液培養、尿検査、胸部単純 X 線写真、便検査)を行いますか？」と聞く。

「終末期がん患者の定義はありませんが、どういう条件や要素があれば熱源精査を、どの程度、行いますか/行いませんか？」と聞く。

「それはなぜですか？」と聞く。

看護師に対して

「終末期がん患者が発熱した際、熱源精査目的の検査(一般血液検査、血液培養、尿検査、胸部単純 X 線写真、便検査)が提出されたとき、それに対して同意しますか？」と聞く。

「終末期がん患者の定義はありませんが、どういう条件や要素があれば熱源精査に対して、どの程度、同意しますか/同意しませんか？」と聞く。

「それはなぜですか？」と聞く。

### 終末期がん患者が発熱した際の対応に関する質問

医師に対して

「終末期がん患者が発熱した際、どの程度、発熱に対する対応(抗菌薬、解熱剤、クーリング)を行いますか？」と聞く。

「終末期がん患者の定義はありませんが、どういう条件や要素があれば発熱に対する対応を、どの程度、行いますか/行いませんか？」と聞く。

「それはなぜですか？」と聞く。

看護師に対して

「終末期がん患者が発熱した際、発熱に対する指示(抗菌薬、解熱剤、クーリング)が出た際、それに対して同意しますか？」と聞く。

「終末期がん患者の定義はありませんが、どういう条件や要素があれば発熱に対する対応に対して、どの程度、同意しますか/同意しませんか？」と聞く。

「それはなぜですか？」と聞く。

### 終末期がん患者が発熱した際の葛藤に関する質問

医師に対して

「終末期がん患者が発熱した際、熱源精査や発熱に対する対応を行うに際し、どのような時に最も葛藤がありますか？」と聞く。

「それはなぜですか？」と聞く。

看護師に対して

「終末期がん患者が発熱した際、熱源精査や発熱に対する対応に関して、どのような時に最も葛藤がありますか？」と聞く。

「それはなぜですか？」と聞く。

表 2. 対象医療者の背景

		医師 (n=10)	看護師(n=10)
性別	男	8	1
	女	2	9
年齢	平均 (歳)	34.7	34.8
専門分野 (医師)		緩和医療科 (n=3) 感染症内科 (n=4) 呼吸器内科 (n=1) 消化器内科 (n=1) 婦人科 (n=1)	
緩和ケア分野での研修歴あり (人)		5	
感染症分野での研修歴あり (人)		4	
勤務病棟 (看護師)			一般病棟 (n=5) 緩和ケア病棟 (n=5)
緩和ケア病棟での勤務歴あり (人)			7
緩和ケア病棟以外での勤務歴あり (人)			消化器内科 (n=4) 血液内科 (n=4) 婦人科 (n=3) 脳神経外科 (n=3) 泌尿器科 (n=2) 一般内科 (n=1) 呼吸器内科 (n=1) 神経内科 (n=1) 一般外科 (n=1) 皮膚科 (n=1) 消化器外科 (n=1) 整形外科 (n=1) 眼科 (n=1) リハビリテーション科 (n=1)
過去 1 年間で担当した終末期がん患者数 (平均/人)			
		200 (緩和医療科医師)	192 (緩和ケア病棟看護師)
		22 (緩和医療科以外の医師)	106 (一般病棟看護師)
過去 1 年間で担当し、発熱を認めた終末期がん患者数 (平均/人)			
		90 (緩和医療科医師)	120 (緩和ケア病棟看護師)
		16 (緩和医療科以外の医師)	65 (一般病棟看護師)

表 3. 「終末期がん患者が発熱した際、医師が熱源検索や発熱に対する対応を、どの程度行うか」に関する理由: カテゴリー一覧

1. 患者・家族が検査・治療を望んでいるか否か

- 1-a. 患者が感染症による症状を苦痛に感じているか否かにより検査・治療する（しない）
- 1-b. 患者が検査・治療を希望するか否かにより検査・治療する（しない）
- 1-c. 患者が意思表示できるか否かにより検査・治療する（しない）
- 1-d. 感染症による症状による苦痛
- 1-e. 家族が検査・治療を希望するか否かにより検査・治療する（しない）
- 1-f. 家族が納得するか否かにより検査・治療する（しない）
- 1-g. 患者を不安にさせないために検査・治療する

2. 医療環境による

- 2-a. 診療報酬で賄うことができるか否かにより検査・治療する（しない）
- 2-b. 施設の取り決めに従い検査・治療する（しない）
- 2-c. 主治医の意向により検査・治療する（しない）
- 2-d. 医療スタッフの負担を考慮して検査・治療する（しない）
- 2-e. 看護師の理解が得られるか否かにより検査・治療する（しない）

3. 検査・治療が実行可能か

- 3-a. （検査をしたところで）治療が可能か否かにより検査する（しない）
- 3-b. （ドレナージなどの）処置をすることが可能か否かにより治療する（しない）
- 3-c. 薬剤の投与経路が確保できるか否かにより検査・治療する（しない）

4. 検査・治療が患者の苦痛を伴うか否か

- 4-a. 検査・治療が患者にどの程度の侵襲を与えるかにより検査・治療する（しない）
- 4-b. 身体所見や経過から予測される感染源の絞り込みにより検査・治療する（しない）

5. 予測される予後による

- 5-a. 入院してからの治療経過により検査・治療をする（しない）
- 5-b. 原疾患の進行に伴う予測された症状か想定外の症状かにより検査・治療する（しない）
- 5-c. 患者の予後を長くも短くもしないという原則に則り検査・治療する（しない）
- 5-d. 予後予測が週単位か月単位かにより検査・治療をする（しない）

6. 検査・治療による患者のメリットがあるか否か

- 6-a. 感染症による症状（意識障害や苦痛症状）を改善することができるか否かにより検査・治療する（しない）
- 6-b. 検査・治療により患者がQOLを保ち、いい時間を過ごせるか否かにより検査・治療をする（しない）
- 6-c. （感染症を）治すことができるか否かにより検査・治療をする（しない）

7. 標準的な感染症治療として検査・治療する

- 7-a. 標準的な感染症診療をする

- 7-b. 治療の効果を確認するために検査する
- 7-c. 鑑別診断するために検査する
- 7-d. 結果が出るのに時間のかかる検査はしない

表 4. 「終末期がん患者が発熱した際、熱源精査の方針に、看護師がどの程度同意するか」に関する理由: カテゴリー一覧

1. 患者・家族が検査・治療を望んでいるか否か
  - 1-a. 患者が検査・治療を希望するか否かにより検査・治療に同意する（しない）
  - 1-b. 家族が検査・治療を希望するか否かにより検査・治療に同意する（しない）
2. 感染症による症状が患者にどれだけ影響しているか
  - 2-a. 患者が感染症による症状をどれだけ苦痛に感じているかにより検査・治療に同意する（しない）
  - 2-b. 感染症により患者の QOL が低下しているか否かにより検査・治療に同意する（しない）
3. 患者の残された時間（予後）による
  - 3-a. 予後予測が週単位か月単位かにより検査・治療に同意する（しない）
  - 3-b. 検査・治療により余命（予後）が変わるか否かにより検査・治療に同意する（しない）
  - 3-c. 検査・治療をして患者がよい時間を過ごせる時間があるか否かにより検査・治療に同意する（しない）
4. 検査・治療することにメリットがあるか否か
  - 4-a. 検査・治療により患者の QOL が向上するか否かにより検査・治療に同意する（しない）
  - 4-b. 検査・治療により感染症による苦痛症状が緩和できるか否かにより検査・治療に同意する（しない）
  - 4-c. 検査・治療により全身状態がよくなるか否かにより検査・治療に同意する（しない）
  - 4-d. 検査・治療による患者のメリット・デメリットを考慮して検査・治療に同意する（しない）
5. 検査・治療の効果をえられるか否か
  - 5-a. 治療してよくなるか否かにより検査・治療に同意する（しない）
  - 5-b. （検査をしたところで）治療が可能か否かにより検査に同意する（しない）
  - 5-c. 結果が出るのに時間のかかる検査には同意しない
6. 検査・治療が（身体的・精神的・経済的）苦痛を伴うか
  - 6-a. 検査・治療が患者の苦痛を伴うか否かにより検査・治療に同意する（しない）
  - 6-b. 患者の医療費負担を懸念して検査・治療に同意しない
7. 個人的な価値観による
  - 7-a. 他科での勤務経験を参考に検査・治療に同意する（しない）
  - 7-b. これまでの臨床経験をもとに検査・治療に同意する（しない）
  - 7-c. 個人的な体験から得た価値観により検査・治療に同意する（しない）
  - 7-d. 患者の年齢により検査・治療に同意する（しない）



7-e. 自宅療養だった場合に行われる検査・治療か否かにより検査・治療に同意する（しない）

8. 医師の指示内容を受け入れられるか否か

8-a. 指示された検査・治療の目的を理解し納得できるか否かにより検査・治療に同意する（しない）

8-b. アセスメントが医師の見解と同じか否かにより検査・治療に同意する（しない）

8-c. 医師を信頼できるか否かにより検査・治療に同意する（しない）

8-d. 看護師の負担になるか否かにより検査・治療に同意する（しない）

9. 検査・治療が可能な身体状況であるとアセスメントされるか否か

9-a. 患者の全身状態（血圧・腎機能・肝機能など）が検査・治療に耐えられるとアセスメントされるか否かにより検査・治療に同意する（しない）

9-b. 患者のP S（Performance Status）により検査・治療に同意する（しない）

9-c. 薬剤の投与経路が確保できるか否かにより検査・治療に同意する（しない）

9-d. 検体採取が可能か否かにより検査に同意する（しない）

9-e. 検査に必要な体位を保てるか否かにより検査に同意する（しない）

9-f. 検査・治療方法が水分管理に影響するか否かにより検査・治療に同意する（しない）

表 5. 「終末期がん患者が発熱した際、熱源検索や発熱に対する対応を行うに際し、医師が感じる葛藤」：カテゴリー一覧

1. 最終的には主治医の判断に委ねなくてはならない
2. 主治医ではないため患者（家族）理解が難しい
3. 主治医、看護師、コンサルテーション医の認識にズレがあること
4. 看護師に医師の意図に対する理解が得られない
5. 家族の思いが強くて検査・治療をせざるを得ない
6. 患者本人の意思確認ができない
7. 検査・治療のために患者に負担をかけてしまうこと
  - 7-a. 検査が必要だが患者に負担を強いてしまうこと
  - 7-b. 多剤耐性菌が検出されて患者に制限を与えること
8. 指示する検査・治療に確信が持てない
  - 8-a. 自分の指示する検査・治療に確信が持てない
  - 8-b. 予測が困難な不確かさがあること
  - 8-c. 検査や治療（処置）をどこまでするか
  - 8-d. カテーテル感染の場合にカテーテルを抜くか抜かないか

表 6. 「終末期がん患者が発熱した際、熱源検索や発熱に対する対応に関して、看護師が感じる葛藤」：カテゴリー一覧

1. 医師との協働の難しさ
  - 1-a. 医師とコミュニケーションがとりづらい雰囲気がある
  - 1-b. 異なる専門領域に口出しできない
  - 1-c. 医学的知識・理解の不足により医師の指示が理解できない
  - 1-d. 医師と看護師の認識のズレ
  - 1-e. 専門の異なる医師の介入による指示の混乱
  - 1-f. 医師への信頼感の欠如
2. 患者-家族間の気持ちのズレ
3. 臨床判断への戸惑い
  - 3-a. 指示内容の選択で迷いが生じる時
  - 3-b. 患者の予後を左右している恐怖感
  - 3-c. 患者の症状コントロールが難しい