

終末期の話し合い（End-of-Life discussion）の実態と 終末期の患者 quality of life・遺族の 精神的な健康に及ぼす影響に関する研究

山口 崇*

サマリー

本研究の目的は、本邦における End-of-Life (EOL) discussion の実態を明らかにし、EOL discussion の有無と遺族の精神的な健康状態や患者の望ましい死の達成・終末期に受けるケアの質の関連を探索することである。13,711 名のがん患者遺族に対して質問紙を送付し、9,123 名より回答応諾が得られた。80.6% で医療者と EOL discussion の場がもたれ、おもに discussion を行った相手は「が

んを診ていた主治医」が過半数であった。また、EOL discussion の開始は入院中の状況が多かったが、それは患者死亡の 1 カ月以上前であることが多かった。EOL discussion をもった場合、遺族の抑うつ・複雑性悲嘆の合併が有意に少なかった。また、EOL discussion をもった場合、遺族評価による「患者の望ましい死の達成」や「終末期に受けたケアの質」の評価が有意に高かった。

目 的

End-of-Life (EOL) discussion とは、「延命・蘇生処置を行うか」や「療養場所の選択」などの「終末期の治療の目標や過ごし方に関する話し合い」のことを指す。EOL discussion は、終末期のがん患者に適切な治療を提供していくために非常に重要である。しかしながら、患者や家族の多くは終末期に行われる積極的治療の実態を理解できておらず¹⁾、医療者が予測する患者の終末期

のケアに関する希望は、実際の患者の希望とは必ずしも一致しないことが報告されている²⁾。一方で、多くの患者は、自分たちの治療の中で EOL discussion は重要な一部であると思っている³⁾。EOL discussion を行った患者の方が、自らの希望に沿った EOL care を受けられ⁴⁾、EOL care の質向上や終末期の QOL が向上することが報告されている⁵⁻⁷⁾。また、EOL discussion を行うことで、終末期における蘇生処置や集中治療室での治療などの効果の乏しい医学介入の頻度を減少し^{7,8)}、終

*神戸大学医学部附属病院 緩和支援治療科（研究代表者）

表1 End-of-Life (EOL) discussion の頻度と内容

	n	(%)
EOL discussion 有 (n=9,123)	7,352	(80.6)
EOL discussion で話し合った内容 (n=7,352)		
療養場所 (e.g. 訪問診療の利用, 緩和ケア病棟の利用, など)	5,817	(79.1)
蘇生処置	3,294	(44.8)
専門的緩和ケアサービスの利用 (緩和ケアチーム, など)	3,178	(43.2)
他の施設への転院 (慢性期 / 療養型病院, 介護施設, など)	2,136	(29.1)
その他	301	(4.1)
EOL discussion を初めてもった医師 (n=7,352)		
がんを診ていた主治医	3,925	(53.4)
緩和ケア医 または 在宅医	2,706	(36.8)
もともとのかかりつけ医	248	(3.4)
その他	362	(4.9)
欠損値	111	(1.5)
EOL discussion を初めてもった時の状況 (n=7,352)		
入院中	4,888	(66.5)
外来通院中	1,796	(24.4)
訪問診療を受けている時	559	(7.6)
欠損値	109	(1.5)
EOL discussion を初めてもった時期 (n=7,352)		
患者死亡の3カ月より前	2,487	(33.8)
患者死亡の1～3カ月前	3,011	(41.0)
患者死亡前1カ月以内	1,754	(23.9)
欠損値	100	(1.4)
EOL discussion を開始した時期に対する思い (n=7,352)		
早すぎた	335	(4.6)
適切な時期であった	5,315	(72.3)
少し遅かった / 遅すぎた	1,457	(19.8)
欠損値	245	(3.3)
医師と十分に話し合えたか? (n=7,352)		
十分話せた / ある程度十分話せた	6,019	(81.9)
不十分だった / 少し不十分だった	1,189	(16.2)
欠損値	144	(2.0)

末期にかかる医療コストが少ないことが報告されている⁹⁾。

このようなことを踏まえて、海外のガイドラインでも EOL discussion を行うことが推奨されており、海外での現状が報告されているが、本邦での EOL discussion の現状や、それに対する遺族の思いなどはこれまでのところ報告されていない。

本研究の主要目的は、本邦の終末期がん患者における EOL discussion が行われた頻度・EOL discussion の内容を明らかにすることである。副次目的は、EOL discussion の有無と、遺族の抑う

つ・複雑性悲嘆、遺族評価による患者の望ましい死の達成・終末期ケアの質との関連を探索する。

結 果

13,711 名の遺族に質問紙を送付し、10,158 名より返送を受けた (回収率 74%)。そのうち、9,123 名より質問紙への回答承諾が得られ (回答承諾率 67%)、解析対象とした。

1) EOL discussion の頻度と内容 (表 1)

7,352 例 (80.6%) で EOL discussion がもたれ

たと報告された。おもな EOL discussion の内容としては、療養場所 (79.1%)、蘇生処置 (44.8%)、専門緩和ケアサービスの利用 (43.2%)、であった。EOL discussion をおもに行った医師は、「がんを診ていた主治医」が 53.4% で多く、次いで多かったのは「緩和ケアや在宅担当医」(36.8%) であった。EOL discussion がおもに行われた際の状況は、「入院中」が最も多かった (66.5%)。EOL discussion が初めてもたれた時期は、多くの場合は患者死亡の 1 カ月以上前であったが、23.9% では患者死亡の 1 カ月以内であった。遺族の 72.3% は EOL discussion を始めた時期は「適切であった」と考えており、81.9% は「十分/ある程度十分、医師と話し合えた」と思っていた。

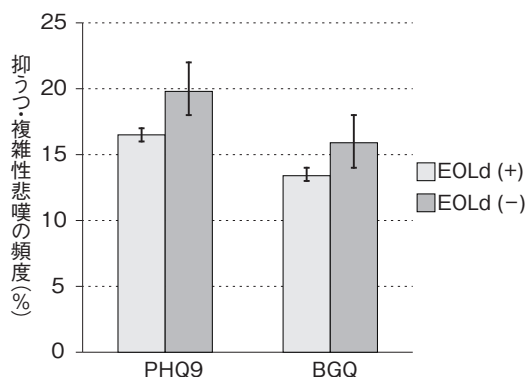


図 1 End-of-Life discussion の有無と遺族の精神的な健康の関連

2) EOL discussion の有無と遺族の抑うつ・複雑性悲嘆の関連 (図 1)

The Patient Health Questionnaire (PHQ)-9¹⁰ の合計が 10 点以上の場合を「抑うつあり」と定義し、遺族の抑うつの合併頻度を評価したところ、EOL discussion をもった場合は、もたなかった場合と比較して有意に抑うつの合併頻度が低かった [16.5% vs 19.8%, adjusted odds ratio (OR) 0.80 [95% CI : 0.67-0.96]]。

また、The Brief Grief Questionnaire (BGQ)¹¹ の合計点が 8 点以上の場合を「複雑性悲嘆あり」と定義し、遺族の複雑性悲嘆の合併頻度を評価したところ、EOL discussion をもった場合は、もたなかった場合と比較して有意に複雑性悲嘆の合併頻度が低かった [13.4% vs 15.9%; adjusted OR was 0.81 [95% CI : 0.67-0.99]]。

3) EOL discussion の有無と、遺族評価による望ましい死・ケアの質の関連 (表 2)

遺族評価による「患者の望ましい死の達成」は、the Good Death Inventory (GDI) 短縮版で評価した¹²⁾。EOL discussion をもった場合は、GDI 全ドメイン 18 項目の合計点 [80.35 vs 78.61 ($p < 0.001$) in adjusted analysis] および GDI コアドメイン 10 項目の合計点 [47.15 vs 46.31 ($p = 0.003$) in adjusted analysis] とともに、EOL discussion をもたなかった場合と比較して有意に点数が高かった。

表 2 End-of-Life discussion と望ましい死の達成 / 終末期に受けたケアの質の関連

	未調整比較			調整後比較			
	End-of-Life discussion		P 値	End-of-Life discussion		P 値	Cohen's d
	有	無		有	無		
GDI 全ドメイン 18 項目の合計点 (18 ~ 126), 平均値 (SD)	80.47 (14.39)	78.80 (15.35)	<0.001	80.35 (14.38)	78.61 (15.13)	<0.001	0.118
GDI コアドメイン 10 項目の合計 (10 ~ 70), 平均値 (SD)	47.20 (8.44)	46.29 (9.14)	0.001	47.15 (8.44)	46.31 (9.02)	0.003	0.096
CES の合計点 (1 ~ 7), 平均値 (SD)	5.05 (0.68)	4.74 (0.82)	<0.001	5.04 (0.68)	4.76 (0.81)	<0.001	0.376

略語 : GDI : Good Death Inventory, CES : Care Evaluation Scale.

遺族評価による「終末期のケアの質」は、the Care Evaluation Scale (CES) 短縮版で評価した¹³⁾。EOL discussion をもった場合は、CES10 項目の平均点が、EOL discussion をもたなかった場合と比較して有意に点数が高かった [5.04 vs 4.76 ($p < 0.001$) in adjusted analysis]。

考 察

本研究は、我々が知る限り、本邦におけるがん患者の End-of-Life discussion の現状に関する初めての報告である。本研究では3つの主要な結果が得られた。

1つめは、対象となったがん患者の約80%でEOL discussion がもたれていた。これは、海外からのがん患者を対象とした先行研究での報告(40~70%)^{4,7,14)}よりも高い頻度であった。これらの先行研究は、前向きのコホート研究であるが、一方、本研究は日本ホスピス緩和ケア協会の会員である緩和ケア病棟・一般病院・診療所で亡くなったがん患者およびその遺族を対象とした後ろ向きの研究であり、選択バイアスが影響している可能性があり、この点は本研究の重要な限界と考えられる。また、本研究の対象者におけるEOL discussion の開始は、2/3以上が「入院中」に行われており、「外来通院中」にEOL discussion が開始されることが多いと報告している海外の先行研究の結果とは、対照的である¹⁴⁾。しかしながら、この結果は、本邦と欧米の医療制度の違いが影響している可能性があり、本研究の結果では、75%以上が、EOL discussion が初めてもたれた時期は、「患者死亡の1カ月以上前」と報告されており、開始時期に関して先行研究と大きく相違ない(中央値：死亡33日前)¹⁴⁾。また、70%以上の遺族はEOL discussion をもった時期に関して「適切であった」と考えていることから、本研究の対象に対して行われたEOL discussion の開始時期が不適切に遅いということではないと考えられる。さらに、EOL discussion をもった遺族の80%以上が、「医師と十分に話し合えた」と考えており、本研究の対象に対して行われたEOL

discussion は遺族にとって適切な内容であったことが示唆された。

2つめは、EOL discussion をもった場合の方が、遺族が抑うつや複雑性悲嘆を合併することが少ないことが示されたことである。先行研究では、患者が終末期に侵襲的な治療を受けることは、遺族のうつ病発症・後悔・QOL低下と関連していることが報告されているが^{6,7)}、EOL discussion をもつと、終末期の侵襲的な治療の減少につながると報告されている^{7,8)}。したがって、EOL discussion を積極的に行っていくことが、遺族の精神的な健康に寄与する可能性がある。

3つめは、EOL discussion をもつ方が、望ましい死の達成度が高く、終末期に受けたケアの質に対する評価も高かった。この結果は、これまでの先行研究の結果を支持している⁵⁻⁷⁾。EOL discussion を行った場合、患者の希望した終末期医療を受けられることも報告されており⁴⁾、より希望した終末期医療の提供を受けられたことが、終末期のQOL向上やケアの質評価の向上につながっている可能性がある。

まとめ

本研究では、本邦におけるがん患者や家族の多くが医療者とEOL discussion の場をもち、その開始時期や内容に関しても、多くの場合、遺族は適切であると考えていた。また、EOL discussion を医療者ともった方が遺族の良好な精神的な健康につながり、患者の望ましい死の達成や質の高い終末期ケアを受けることと関連していた。

文 献

- 1) Heyland DK, Frank C, Groll D, et al. Understanding cardiopulmonary resuscitation decision making : perspectives of seriously ill hospitalized patients and family members. *Chest* 2006 ; 130 : 419-428.
- 2) Downey L, Au DH, Curtis JR, Engelberg RA. Life-sustaining treatment preferences : matches and mismatches between patients' preferences and clinicians' perceptions. *J Pain Symptom Manage* 2013 ; 46 : 9-19.

- 3) Diaz-Montes TP, Johnson MK, Giuntoli RL 2nd, Brown AJ. Importance and timing of end-of-life care discussions among gynecologic oncology patients. *Am J Hosp Palliat Care* 2013 ; 30 : 59-67.
- 4) Mack JW, Weeks JC, Wright AA, et al. End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life : predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. *J Clin Oncol* 2010 ; 28 : 1203-1208.
- 5) Mori M, Ellison D, Ashikaga T, et al. In-advance end-of-life discussions and the quality of inpatient end-of-life care : a pilot study in bereaved primary caregivers of advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 2013 ; 21 : 629-636.
- 6) Wright AA, Keating NL, Balboni TA, et al. Place of Death : Correlations With Quality of Life of Patients With Cancer and Predictors of Bereaved Caregivers' Mental Health. *J Clin Oncol* 2010 ; 28 : 4457-4464.
- 7) Wright AA, Zhang B, Ray A, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA* 2008 ; 300 : 1665-1673.
- 8) Mack JW, Cronin A, Keating NL, et al. Associations Between End-of-Life Discussion Characteristics and Care Received Near Death : A Prospective Cohort Study. *J Clin Oncol* 2012 ; 30 : 4387-4395.
- 9) Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, et al. Health care costs in the last week of life : associations with end-of-life conversations. *Arch Intern Med* 2009 ; 169 : 480-488.
- 10) Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9 : validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001 ; 16 : 606-613.
- 11) Mazza M, Ito M, Nakajima S, et al. Brief Measure for Screening Complicated Grief : Reliability and Discriminant Validity. *PLoS ONE* 2012 ; 7 : e31209.
- 12) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Good Death Inventory : A Measure for Evaluating Good Death from the Bereaved Family Member's Perspective. *J Pain Symptom Manage* 2008 ; 35 : 486-498.
- 13) Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, et al. Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. *J Pain Symptom Manage* 2004 ; 27 : 492-501.
- 14) Mack JW, Cronin A, Taback N, et al. End-of-life care discussions among patients with advanced cancer : a cohort study. *Ann Intern Med* 2012 ; 156 : 204-210.

【付帯研究担当者】

山口 崇（神戸大学医学部附属病院 緩和支援治療科），**前田一石**（大阪大学医学部附属病院 オンコロジーセンター），**森 雅紀**（聖隷浜松病院 緩和医療科），**木澤義之**（神戸大学大学院 先端緩和医療学講座），**森田達也**（聖隷三方原病院 緩和支援治療科）