

## 遺族の視点で捉えたホスピス・緩和ケア病棟における急変による死亡に関する研究

伊藤 怜子\*

### サマリー

本研究は、わが国のホスピス・緩和ケア病棟で亡くなった患者の遺族が評価する急変による死亡の頻度と、急変による死亡と抑うつや複雑性悲嘆など遺族の精神心理的健康状態との関連を明らかにすることを目的とする。有効回答が得られた718例のうち、「死亡した時期に驚いた」と回答した遺族は313例（44%）、「急に状態が悪化して亡くなった」と感じた遺族は326例（45%）であった。また、これらの急変による死亡を経験した遺族は、死別後の抑うつや複雑性悲嘆

の可能性がある割合が多かった。本研究結果より、死が間近に迫っていることが明らかな終末期がん患者においても、その死が、遺族にとって急変による死亡であったかどうかは、死別後の遺族の精神心理的健康状態に影響する可能性が示唆された。今後は、EASED研究のデータと連結した解析を行い、医療者の主観や客観的な所見に基づく急変による死亡との一致率や、急変による死亡のリスクファクターを検討する予定である。

### 目 的

終末期がん患者は、performance statusの低下や経口摂取量の減少など、ある程度予測可能な全身状態の変化を経て死に至ることが多い<sup>1)</sup>。一方で、筆者らは、急な病態の変化や急速な全身状態の悪化によって、予期せず死を迎える症例、つまり、急変による死亡を少なからず経験する。急変による死亡は、正確な予後予測に困難をきたし、予定していた終末期ケア計画を断念せざるをえな

いなど、患者や家族、医療者にとって、大きな問題となる。特に、残される遺族にとっては、心の準備ができなまま別れを迎えることになるだけでなく、窒息や出血などの致命的なイベントを目の当たりにした場合は、大きな精神的負担となりうる。

ホスピス緩和ケア病棟における終末期がん患者の急変による死亡に関する研究は、ほとんどが少数例での検討であるだけでなく、急変による死亡の定義が研究によって異なるため、急変による

\*京都大学大学院 医学研究科/日本バプテスト病院 ホスピス科（研究代表者）

死亡の頻度は0.5～42%と報告によって違いが大きい<sup>2-7)</sup>。たとえば、医療者の主観的な判断による数日以内の急激な悪化ののちの死亡の割合は19～42%<sup>2-4)</sup>、死亡のタイミングに驚いたかどうかという surprise question に主治医が Yes と回答した死亡の割合は10%と報告されている<sup>6)</sup>。また、入院もしくは在宅でホスピス・緩和ケアを受けた非がん患者も含めた大規模な研究では、客観的な指標を用いて Australian-modified Karnofsky Performance Status (以下、AKPS) 50 以上から1週間以内の死亡と定義した場合、頻度は4%と報告されている<sup>7)</sup>。

しかし、いずれの報告においても、急変による死亡は、医療者の主観や、客観的な所見をもとに判断されており、遺族がどのように捉えているか、これまでに報告されている急変による死亡が遺族の主観と合致しているかどうかは検討されてはいない。また一般に、事故や急病により突然、家族を亡くした遺族は、複雑性悲嘆を発症する頻度が高いことが報告されているが<sup>8)</sup>、死が間近に迫っているであろうことが明らかな終末期がん患者の家族にとって、急変による死亡かどうか、死別後の遺族の精神心理的健康状態に影響を与え

るかどうかは明らかになっていない。

そこで、本研究では、ホスピス緩和ケア病棟において、遺族の評価に基づく急変による死亡の頻度を調べることに、急変によって死亡した患者と急変ではない患者とでは、遺族の死別後の抑うつや複雑性悲嘆の発症に差があるかどうかを調べることを目的とする。さらに、EASED 研究と連結することによって、遺族の評価に基づく急変による死亡と既報の定義に基づく急変による死亡との一致度を調査する。

## 結果

1,324 名の遺族に質問紙を送付した。865 名(65.3%)より返送を受け、そのうち、有効回答数が得られた718 名(54.2%)を解析対象とした。

### 1) 遺族の評価に基づく急変による死亡の頻度 (図1)

急変による死亡かどうかを、既報の2つの定義に基づき<sup>4,6)</sup>調査した。1つ目は、「患者が息を引き取られた時期は、あなたが予想していた時期と異なり驚いた」に対して、4段階で回答を求め、「あてはまる」「ややあてはまる」と回答した

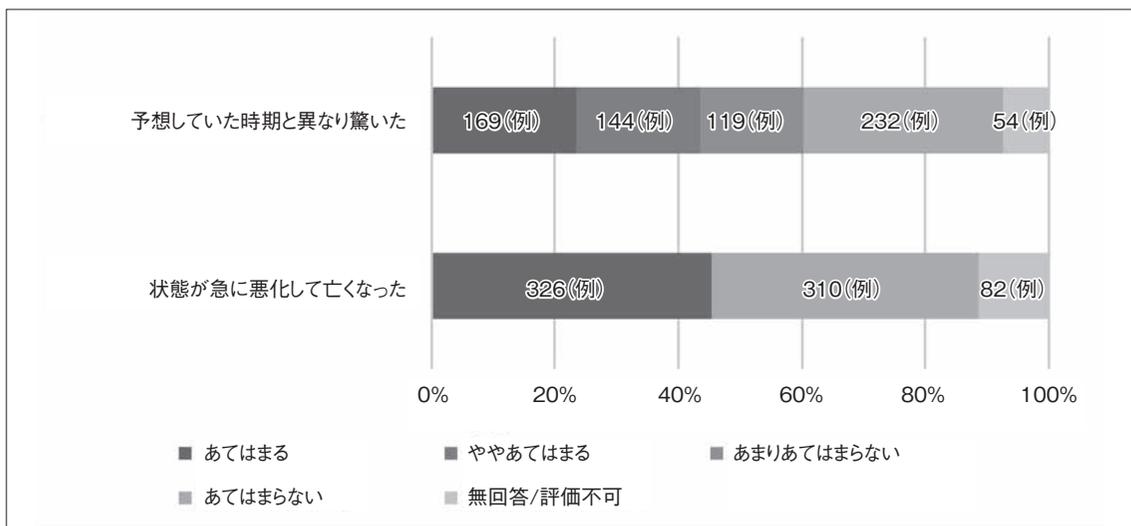


図1 遺族の評価に基づく急変による死亡の頻度

場合を「遺族が驚いた死亡」, 「あまりあてはまらない」「あてはまらない」と回答した場合を「遺族が驚かなかった死亡」とした. 2つ目は, 「患者は, 状態が急に悪化して1~2日以内に亡くなられた」という問いに対して, 「あてはまる」「あてはまらない」の2段階で回答を求め, それぞれ, 「急な死亡」と「急ではない死亡」とした. 結果は, 「遺族が驚いた死亡」は「あてはまる」169例, 「ややあてはまる」144例を合わせて313例(44%)で, 「急な死亡」と遺族が感じたのは, 326例(45%)であった.

## 2) 急変による死亡と遺族の抑うつ・複雑性悲嘆との関連 (図2, 図3)

The Patient Health Questionnaire (以下, PHQ-9) 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. 「遺族が驚いた死亡」は「遺族が驚かなかった死亡」と比較して, 遺族の抑うつの合併頻度が高かった(17% vs 11%,  $p=0.021$ ). また, 「急な死亡」も「急ではない死亡」と比べて, 遺族の抑うつの合併頻度が高かった(17% vs 11%,  $p=0.032$ ).

さらに, 複雑性悲嘆の合併頻度を評価する

ため, The Brief Grief Questionnaire (以下, BGQ) 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. その結果, 「遺族が驚いた死亡」は「遺族が驚かなかった死亡」と比較し, 複雑性悲嘆の合併が多く(13% vs 8%,  $p=0.036$ ), また, 「急な死亡」は「急ではない死亡」と比べて, 複雑性悲嘆の合併が多い傾向があった(11% vs 9%,  $p=0.35$ ).

## 考 察

本研究は, わが国のホスピス緩和ケア病棟における急変による死亡を, 遺族の視点から評価した初めての研究である.

本研究の対象となった患者に対する, 医療者の主観や客観的な指標を用いて定義した急変による死亡の頻度は, EASED研究のデータを評価したところ約10%であり(現在, 詳細な解析を行っている), 遺族の捉える急変による死亡は, 医療者が捉える急変による死亡より明らかに多いと言える. したがって, これまで医療者の視点で急変による死亡と判断していたものと, 遺族の感じる急変による死亡は, 一致していない可能性が考え

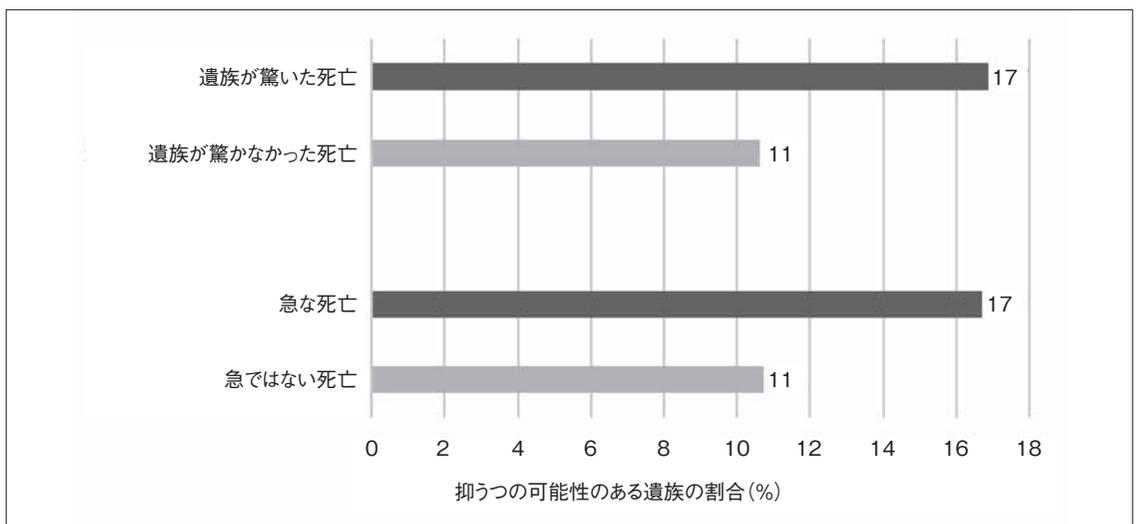


図2 急変による死亡と遺族の抑うつとの関連

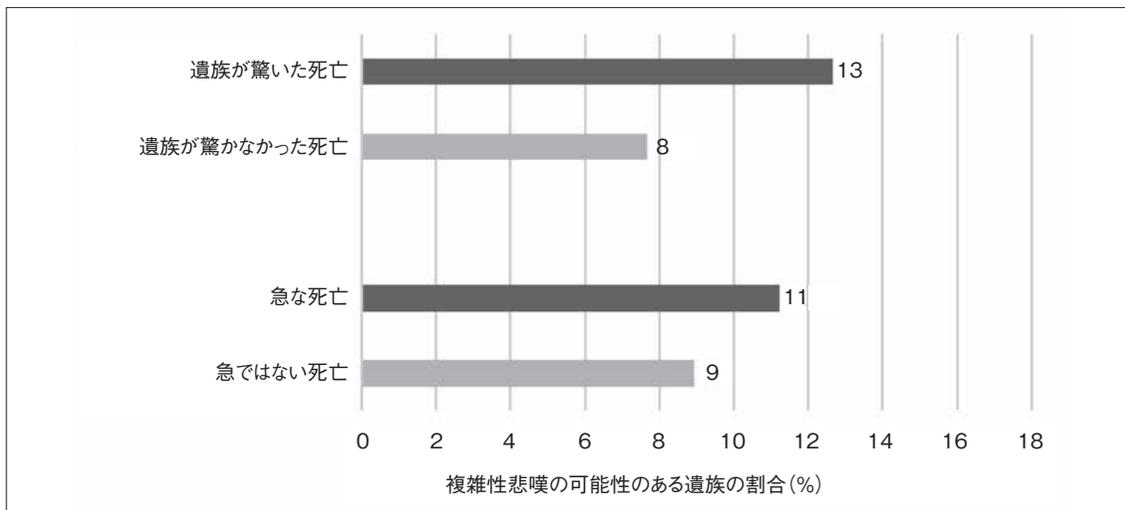


図3 急変による死亡と遺族の複雑性悲嘆との関連

られる。

また、「遺族が驚いた死亡」や「急な死亡」は遺族の抑うつや複雑性悲嘆と関連があることが明らかとなった。ホスピス・緩和ケア病棟で亡くなった患者の遺族の抑うつや複雑性悲嘆に関連する因子として、遺族の精神疾患の既往や入院中の健康状態、死別に対する心の準備不足などが報告されている<sup>9)</sup>が、急変による死亡であったかどうか、遺族の精神心理的健康状態に影響を及ぼす可能性が示唆された。

今後は、EASED研究のデータと連結し、遺族の評価による急変による死亡と、医療者の評価による急変による死亡、客観的な定義による急変による死亡の一致率を検討するとともに、急変による死亡のリスクファクターを検討し明らかにすることによって、より有効な遺族ケアの提供ができる可能性があると考えられる。

### まとめ

本研究では、ホスピス緩和ケア病棟における終末期がん患者の急変による死亡を、遺族の視点から評価した。今後、終末期がん患者の急変による死亡に関する研究をさらにすすめ、より充実した

緩和ケア、遺族ケアにつなげるための重要な知見となりうる。

### 文献

- 1) Seow H, Barbera L, Sutradhar R, et al. Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. *J Clin Oncol* 2011 ; 29 : 1151-1158.
- 2) 恒藤 暁, 池永昌之, 細井 順, 他. 末期がん患者の現状に関する研究. ターミナルケア 1996 ; 6 : 482-490.
- 3) 森田達也, 角田純一, 井上 聡, 他. 終末期癌患者における経験に基づいた予後予測の信頼性. 癌と化学療法 1999 ; 26 : 131-136.
- 4) Wilcock A, Crosby V. Hospices and CPR guidelines. Sudden and unexpected death in a palliative care unit. *BMJ* 2009 ; 338 : b2343.
- 5) Kirsty Scott. Incidence of sudden, unexpected death in a specialist palliative care inpatient setting. *Palliat Med* 2010 ; 24 : 449-450.
- 6) Bruera S, Chisholm G, Dos Santos R, et al. Frequency and factors associated with unexpected death in an acute palliative care unit : expect the unexpected. *J Pain Symptom Manage* 2015 ; 49 : 822-827.
- 7) Ekstorm M, Vergo MT, Ahmadi Z, et al. Prevalence of sudden death in palliative

care : data from the Australian palliative care outcomes collaboration. *J Pain Symptom Manage* 2016 ; 52 : 221-227.

- 8) Keyes KM, Pratt C, Galea S, et al. The burden of loss : unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a National Study. *Am J Psychiatry* 2014 ; 171 : 864-871.

- 9) Aoyama M, Sakaguchi Y, Morita T, et al. Factors

associated with possible complicated grief and major depressive disorders. *Psychooncology* 2018 ; 27 : 915-921.

**[付帯研究担当者]**

**森田達也**（聖隷三方原病院 緩和支援治療科）