

# Do not resuscitation (DNR) に関する議論における終末期がん患者・家族の体験と遺族の気持ち・考えに及ぼす影響についての研究

松田 洋祐\*

## サマリー

本研究の目的は、わが国の緩和ケア病棟における DNR discussion の有無と患者・家族の体験との関連性を「希望の尊重」「心理的負担」「率直なコミュニケーション」の観点から明らかにし、また DNR discussion に対する遺族の気持ちと考えについて検討を行うことである。667 名のがん患者遺族に質問紙を送付し、443 名から回答を得られ

(回収率：66.4%)、解析対象とした。DNR discussion を患者と行うことが、患者とのより「率直なコミュニケーション」につながると遺族は感じており、かつ DNR discussion を行ったことに対する遺族の気持ちや今後の DNR discussion に対する考えに関して、否定的な回答はほとんどみられなかった。

## 目的

終末期の患者の Quality of life (QOL) を向上させる意思決定過程として End-of-life discussion (以下、EOLd) が重要であり、DNR に関する discussion (以下、DNR discussion) もそのうちの 1 つである。NICE guideline をはじめ海外のガイドラインでは患者本人と EOLd を行うことを推奨しているものが多い。

一方で、日本においてはこれまで、集団や家族中心の意思決定が重視され、患者との率直なコミュニケーションよりも、暗黙の了解や、できる

だけ死を意識させない、思いやる意思決定が伝統的に尊重されてきていた<sup>1,2)</sup>。またこうした対応自体が患者自身のストレスに対応する coping につながることも報告されていた<sup>3,4)</sup>。

しかし、医療情報を誰でもすぐに入手できるようになった今日において、今後の日本のがん患者にとって、どのような DNR discussion が本当に有用であるのかを検証し、役立つガイドラインを示していくことは意義が大きいことであると考えられる。

本研究の主要目的は、わが国の緩和ケア病棟における DNR discussion についての患者・家族の

\*聖路加国際病院 緩和ケア科 (研究代表者)

体験を「希望の尊重」「心理的負担」「患者家族間の率直なコミュニケーション」の観点から明らかにし、本人と DNR discussion を行うことに対する遺族の気持ち・考えを検討することである。また副次目的は、DNR discussion の有無と、遺族の抑うつ・複雑性悲嘆・望ましい死の達成との関連を評価することである。

## 結 果

今回の研究では「緩和ケア病棟における医療の実態を明らかにする多施設共同研究」（患者属性、DNR discussion の有無などを調査）で対象となった緩和ケア病棟に入院したがん患者のうち、「J-HOPE4 研究」で DNR discussion についてのアンケート調査を行ったがん患者遺族を対象とし、両データを連結して解析を行っている。

667 名のがん患者遺族に質問紙を送付し、443 名から回答を得られ（回収率：66.4%）、解析対象とした。

### 1) DNR discussion の頻度、時期 (表 1)

DNR discussion を死亡までに患者と直接行っていたのは 69.5% で、30.5% は最期まで行ってはいなかった。一方、家族と行っていたのは 95.7% にも上っていた。

### 2) DNR discussion の有無と属性との関連 (表 2)

患者の平均年齢を比較した結果、DNR discussion あり群 [72.5 歳 ± 12.0]、なし群 [75.4 歳 ± 11.1] であり、患者の平均年齢には有意差 ( $p = 0.015$ ) がみられ、患者が高齢であるほど、患者と DNR discussion が行われることが有意に少なかった。

その他、家族との DNR discussion の有無と患者の自発的なコミュニケーション能力 (CCS)、患者との DNR discussion の有無と脳転移の有無、家族との DNR discussion の有無と患者の宗教や、患者との DNR discussion の有無と患者の喫煙歴との間で、統計学的有意差がみられ（それぞれ  $p = 0.0496$ ,  $p = 0.0335$ ,  $p = 0.0415$ ,  $p = 0.025$ ）、関連が認められた。

### 3) 主要評価項目

#### a. DNR discussion の有無と、希望の尊重／心理的負担／率直なコミュニケーションとの関連の検討 (表 3)

心肺蘇生に関して議論をすることにおける患者・家族の体験について遺族に以下のアンケート調査を行った。『患者／家族の希望を十分反映できたか』『患者／家族が決定に関わることで負担に感じたか』『患者と家族が率直に話し合えたか』を、それぞれ「非常にそう思う～全くそう思わない」の 7 件法を用いて尋ねた。

その結果、「希望の尊重」「心理的負担」に関しては、患者・家族共に、DNR discussion の有無による有意な差は認められなかった。

ただし、群間比較を行わない単純集計の比較において、下記の結果が得られた。「患者の希望尊重」ができなかった群とそれ以外（できた～どちらともいえない）の群の割合は、それぞれ 2.8% (7 名)、97.2% (242 名) であった。同様に、「家族の希望尊重」の場合は、それぞれ 4.0% (10 名)、96.0% (237 名) であった。

「患者が心理的に負担」に感じた群とそれ以外（負担に感じなかった～どちらともいえない）の群の割合は、それぞれ 13.7% (33 名)、86.2% (207 名) であった。同様に、「家族が心理的に負

表 1 DNR discussion の頻度、時期

	患者との DNR discussion (n=443)					家族との DNR discussion (n=443)				
	入院前	入院時	入院中	合計	%	入院前	入院時	入院中	合計	%
行った	253	51	4	308	69.5	175	236	13	424	95.7
行っていない	139	139	135	135	30.5	32	32	19	19	4.3

表2 DNR discussionの有無と属性との関連

	患者とのDNR discussion		家族とのDNR discussion		ρ値	欠損値
	あり群 (n=304)	なし群 (n=139)	あり群 (n=411)	なし群 (n=32)		
患者の年齢 (平均±SD)	72.5 ± 12.0	75.4 ± 11.1	73.4 ± 11.7	73.0 ± 13.2	0.015	1
患者の性別, 男性 No. (%)	168 (37.9)	67 (15.1)	220 (49.7)	15 (3.4)	0.18	—
患者の性別, 女性 No. (%)	136 (30.7)	72 (16.3)	191 (43.1)	17 (3.8)		
家族の年齢 (平均±SD)	62.0 ± 12.5	63.0 ± 11.2	62.3 ± 12.2	62.8 ± 9.9	0.42	82
家族の性別, 男性 No. (%)	84 (23.2)	44 (12.2)	119 (32.9)	9 (2.5)	0.55	81
家族の性別, 女性 No. (%)	161 (44.5)	73 (20.2)	217 (59.9)	17 (4.7)		
CCS* No. (%)						—
複雑な話可能	154 (34.8)	60 (13.5)	191 (43.1)	23 (5.2)	0.43	0.049
単純明瞭な話可能	85 (19.2)	44 (9.9)	125 (28.2)	4 (0.9)		
ややつじつま合わない	38 (8.6)	18 (4.1)	53 (12.0)	3 (0.7)		
コミュニケーションできない	27 (6.1)	17 (3.8)	42 (9.5)	2 (0.5)		
脳転移 No. (%)						—
あり	39 (8.8)	29 (6.5)	61 (13.8)	7 (1.6)	0.033	0.30
なし	265 (59.8)	110 (24.8)	350 (79.0)	25 (5.6)		
患者の精神疾患 No. (%)						—
あり	39 (8.8)	14 (3.2)	51 (11.5)	2 (0.5)	0.43	0.40
なし	265 (59.8)	125 (28.2)	360 (81.3)	30 (6.8)		
患者の宗教 No. (%)						—
なし	132 (29.8)	53 (12.0)	175 (39.5)	10 (2.3)	0.055	0.041
仏教	38 (8.6)	33 (7.4)	59 (13.3)	12 (2.7)		
キリスト教	7 (1.6)	2 (0.5)	9 (2.0)	0 (0)		
その他	5 (1.1)	1 (0.2)	6 (1.4)	0 (0)		
不明	122 (27.5)	50 (11.3)	162 (36.6)	10 (2.3)		
患者のアルコール使用障害 (依存・乱用) No. (%)						1
なし	245 (55.4)	119 (26.9)	333 (75.3)	31 (7.0)	0.31	0.09
あり	9 (2.0)	5 (1.1)	14 (3.2)	0 (0)		
不明	49 (11.1)	15 (3.4)	63 (14.3)	1 (0.2)		
患者の喫煙歴 No. (%)						1
なし	112 (25.3)	67 (15.2)	162 (36.7)	17 (3.8)	0.025	0.47
過去	108 (24.4)	44 (10.0)	142 (32.1)	10 (2.3)		
現在	16 (3.6)	1 (0.2)	17 (3.8)	0 (0)		
不明	67 (15.2)	27 (6.1)	89 (20.1)	5 (1.1)		

\*CCS : Communication Capacity Scale

表 3 DNR discussion の有無と、希望の尊重／心理的負担／率直なコミュニケーションとの関連

	患者との DNR discussion		家族との DNR discussion		欠損値
	あり群 (n=304)	なし群 (n=139)	あり群 (n=411)	なし群 (n=32)	
	ρ 値	ρ 値	ρ 値	ρ 値	
患者の希望尊重 No. (%)	162 (53.3)	80 (57.5)	223 (54.3)	19 (59.4)	194
できた*	4 (1.3)	3 (2.2)	6 (1.4)	1 (3.1)	
できなかった	157 (52.0)	77 (55.3)	217 (52.9)	18 (56.3)	
家族の希望尊重 No. (%)	157 (52.0)	80 (57.5)	217 (52.9)	20 (62.5)	196
できた*	8 (2.6)	2 (1.5)	10 (2.4)	0 (0.0)	
できなかった	149 (49.4)	78 (56.0)	207 (50.5)	20 (62.5)	
患者の心理的負担 No. (%)	26 (8.6)	7 (5.0)	32 (7.8)	1 (3.1)	203
負担に感じた	134 (44.4)	73 (52.5)	189 (45.5)	18 (56.2)	
負担に感じなかった*	35 (11.7)	15 (10.8)	46 (11.2)	4 (12.5)	
家族の心理的負担 No. (%)	35 (11.7)	15 (10.8)	46 (11.2)	4 (12.5)	202
負担に感じた	126 (41.7)	65 (47.5)	176 (42.8)	15 (46.9)	
負担に感じなかった*	145 (48.3)	19 (13.8)	194 (47.0)	15 (46.9)	
患者・家族間の率直なコミュニケーション No. (%)	145 (48.3)	19 (13.8)	194 (47.0)	15 (46.9)	197
できた*	18 (5.9)	19 (13.8)	32 (7.8)	5 (15.6)	
できなかった	127 (42.4)	19 (13.8)	162 (39.2)	10 (31.2)	

\*「どちらともいえない」を含む

担」の場合は、それぞれ 20.7% (50 名), 79.3% (191 名) であった。

上記 4 項目における各比較において、追加の解析で比率の検定を行った結果、全てのおのおの項目のそれ以外群で統計学的割合が高く、全てに有意差が認められた (全て  $p < 0.001$ )。

一方で、「患者・家族間の率直なコミュニケーション」に関しては、患者との DNR discussion の有無との間に統計学的有意差がみられ ( $p = 0.0224$ )、関連があった。期待度数に基づく、患者と DNR discussion が行われた場合、率直なコミュニケーションが有意により図れたと感じ [観察度数 vs 期待度はそれぞれ、患者と DNR discussion あり群 145vs138, なし群 64vs71], 患者と DNR discussion が行われなかった場合、率直なコミュニケーションが有意により図れなかったと感じていた [観察度数 vs 期待度はそれぞれ、あり群 18vs25, なし群 19vs12]。

b. DNR discussion についての遺族の気持ちと 考え (図 1)

患者に心肺蘇生の意味確認をした遺族のみに対

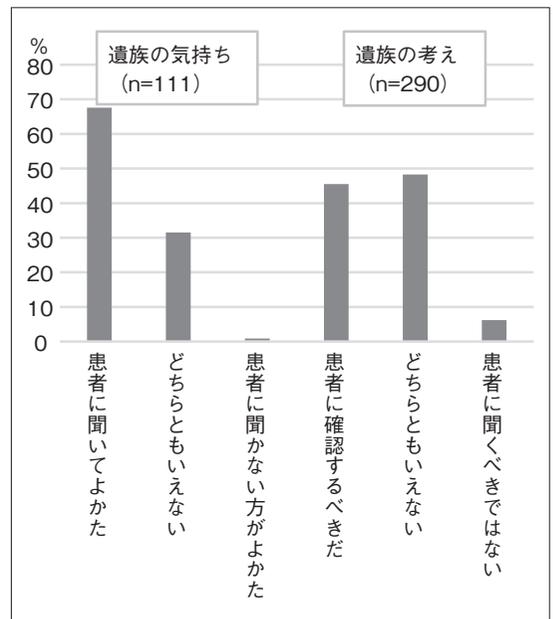


図 1 DNR discussion に関する遺族の気持ちと 考え

し、『患者に直接心肺蘇生について聞いたことをいまどう思うか』について以下の3件法で尋ね、「患者に聞いてよかった」67.6% (75名), 「患者に聞かない方がよかった」0.9% (1名), 「どちらともいえない」31.5% (35名)であった。

さらに、全遺族に対し、『今回の経験から、心肺蘇生について患者に明確に確認すべきだと思うか』について以下の3件法で尋ね、「患者に確認すべきだ」45.5% (132名), 「患者に聞くべきではない」6.2% (18名), 「どちらともいえない」48.3% (140名)であった。

#### 4) 副次評価項目 (表4)

DNR discussionの有無と、遺族の精神的健康(抑うつ, 複雑性悲嘆), 患者のQOLの指標としての望ましい死の達成との関連の検討を, 表4に示す指標を用いて行ったが, いずれにおいても有意差は認められなかった。

### 考 察

わが国の緩和ケア病棟に入院した患者の遺族を対象に, DNR discussionと患者・家族の体験についての関連と, 遺族の気持ち・考えについての検討を行い, 以下の3つの重要な知見が得られた。

1つめの重要な知見としては, DNR discussionの有無と「希望の尊重」や「心理的負担」との間には, 患者・家族共に有意な関連性は認められなかったが, 群別ではない単純集計における全体としては, 比率の検定を行った結果, 心肺蘇生について「希望の尊重」ができなかったと知っている割合が, 患者・家族共にそれ以外に比較して有意に少なく, ごくわずかであったということである。同様に「心理的負担」に感じた割合も患者・家族共に有意に少数にとどまっていた。

これらが意味するものは, DNR discussionの有無にかかわらずもともと「心理的負担」は少ないままで, 患者・家族の心肺蘇生に関する「希望の尊重」はされうるということであった。このことから, 日本らしい「希望の尊重」の在り方の存

表4 DNR discussionの有無と、遺族の精神的健康の関連／望ましい死の達成の関連

	患者とのDNR discussion		家族とのDNR discussion		欠損値		
	あり群 (n=304)	なし群 (n=139)	あり群 (n=411)	なし群 (n=32)			
	ρ値	ρ値	ρ値	ρ値			
PHQ-9* 遺族の抑うつあり 遺族の抑うつなし	26 (7.4) 209 (59.9)	15 (4.3) 99 (28.4)	0.59	38 (10.9) 286 (81.9)	3 (0.9) 22 (6.3)	1.0	94
BGQ** No. (%) 遺族の複雑性悲嘆あり 遺族の複雑性悲嘆なし	20 (5.8) 212 (61.4)	8 (2.3) 105 (30.4)	0.68	26 (7.5) 295 (85.5)	2 (0.6) 22 (6.4)	1.0	98
GDI*** 全ドメイン18項目の合計点 (18~126), 平均値 (SD)	79.84 (14.97)	79.51 (14.65)	0.84	79.78 (14.78)	79.17 (15.86)	0.85	78
GDI*** コアドメイン10項目の合計点 (10~70), 平均値 (SD)	46.71 (8.69)	46.50 (8.19)	0.82	46.66 (8.51)	46.40 (8.80)	0.89	78

\*PHQ-9: The Patient Health Questionnaire-9. 全9項目4件法. 合計点 (0~27)のうち, 10点以上を「抑うつあり」と定義

\*\*BGQ: The Brief Grief of Questionnaire. 全5項目3件法. 合計点 (0~10)のうち, 8点以上を「複雑性悲嘆あり」と定義

\*\*\*GDI: Good Death Inventory 短縮版

在も示唆されうる。ここから推察されることは、「希望の尊重」の観点からは、年齢・コミュニケーション能力・意識レベル・宗教・性格・価値観・地域性なども含めた個別性をベースに、暗黙の了解や、家族・主治医などとのあうんの呼吸、意思決定を信頼する人に委ねるなど、背景に直接的表現を避ける非言語的コミュニケーションが重視されている可能性や<sup>5,6)</sup>、がん終末期における心肺蘇生の実態に関する一般理解が進んでいる可能性（敢えて聞かなくとも分かっている）なども考えられ、今後の検討課題ともなる。いずれにしてもこうした背後には医療者と患者家族間の大きな信頼関係の存在が前提となろう。

一方で、コミュニケーションの観点からは、2つ目の重要な知見として、患者と DNR discussion を行うことと「患者家族間の率直なコミュニケーション」が図れることには関連性が認められていた。患者と DNR discussion を行うことで患者自身の理解のみならず、患者の考え方への周囲の理解も促進され、コミュニケーションを図りやすくなることが考えられうる。率直なコミュニケーションがもたらすメリットとして遺族が考えている要因や、患者・家族の体験に関する本研究の3つの観点以外からの分析については、今後の検討課題となる。

今回の3つ目の重要な知見としては、実際に患者と DNR discussion を体験した遺族の気持ちとして、行わない方がよかったと回答しているのはごくわずかの少数 (0.9%) のみにとどまっていたということであり、DNR discussion を行ったこと自体に対する後悔はきわめて少なかった可能性がある。

さらに、患者と DNR discussion を行うことについての遺族の考えについては、今後も DNR discussion を患者と行うべきではないと回答していた遺族は、ここでも少数 (6.2%) のみにとどまっており、今後も DNR discussion を行っていくことに対する否定的な考えはほとんどみられなかった。死を意識しないで過ごすことが日本らしい望ましい死の一要素であるという報告がこれま

で多くみられてきたが<sup>2)</sup>、DNR discussion 自体が死を強く意識することに直接つながるとはとらえられなくなってきているか、医療者の DNR discussion への取り組み方や伝え方の改善がみられてきているか、もしくは心肺蘇生に関する一般理解が進み、たとえ死を意識をしたとしても検討すべき重要な事項であると認識されてきているなどの可能性も考えられ、今後の検討課題となる。

## まとめ

わが国らしい心肺蘇生に関する「希望の尊重」の在り方の存在の可能性も示唆されえたが、一方で DNR discussion を患者と行うことが、より率直なコミュニケーションにつながると遺族は考えており、かつ実際に患者と DNR discussion を行った気持ちや今後の DNR discussion に対する考えについても、否定的な考えはほとんど遺族には認められなかった。

## 文 献

- 1) Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 2007 ; 18 (9) : 1539-1547.
- 2) 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.
- 3) Akechi T, Akazawa T, Komori Y, et al. Dignity therapy: preliminary cross-cultural findings regarding implementation among Japanese advanced cancer patients. *Palliat Med* 2012 ; 26 (5) : 768-769.
- 4) Nilchaikovit T, Hill JM, Holland JC, et al. The effects of culture on illness behavior and medical care. Asian and american differences. *Gen Hosp Psychiatry* 1993 ; 15 (1) : 41-50.
- 5) Voltz R, Akabayashi A, Reese C, et al. End-of-life decisions and advance directives in palliative care: a cross-cultural survey of patients and health-care professionals. *J Pain Symptom Manage* 1998 ; 16 (3) : 153-162.

- 
- 6) Davis AJ, Konishi E, Mitoh T, et al. The telling and knowing of dying: philosophical bases for hospice care in Japan. *Int Nurs Rev* 2002; 49 (4) : 226-233.

【付帯研究担当者】

山口 崇 (甲南医療センター 緩和ケア内科), 前田一石 (ガラシア病院ホスピス), 森 雅紀 (聖隷三方原病院 臨床検査科), 林 邦好 (聖路加国際大学 公衆衛生大学院), 森田達也 (聖隷三方原病院 緩和支援治療科)