

博士論文（要約）

進行・再発がん患者の「終末期についての話し合い
(end-of-life discussion: EOLd)」に関する意向調査

前 嶋 愛 子

論文の内容の要旨

論文題目 進行・再発がん患者の「終末期についての話し合い (end-of-life discussion: EOLd)」

に関する意向調査

氏名 前嶋 愛子

背景と目的

早期からの緩和ケア、という言葉が耳にするようになって久しい。Temel らの研究により、診断直後からの緩和ケアチームの導入は結果的に患者の QOL だけでなく生存期間にも寄与する可能性があることが示唆され、海外の診療ガイドラインにおいては患者の予後が半年から 1 年以内と見込まれる場合には、予後を見据えた事前計画 (ACP : Advanced Care Planning) を開始することが推奨されるようになった。わが国では、2007 年にがん対策基本法が制定され、それに基づくがん対策推進基本計画において緩和ケアは重点課題の一つとされた。さらに、緩和ケア=終末期に限定されたもの、という誤解がまだ根強いことを念頭に、2012 年の第 2 期基本計画で緩和ケアは「診断のときから開始すべき」と明記された。

確かに、今日の医療現場で実践されている緩和ケアは、具体的な症状緩和だけでなく心理的・社会的支援、情報提供なども含んでおり、その意味で「診断のときから開始すべき」という指摘は正しい。欧米の先行研究においては、早期から具体的な終末期の治療や過ごし方に関する話し合い、すなわち EOLd (end-of-life discussion) を行うことによって、積極的治療の中止や療養場所の移行といった意思決定をスムーズに行うことが可能であった、と報告されている。

しかし、わが国ではそもそも直接患者本人に対して病状や予後についての告知を直接的に行うことを避けたり、家族が治療方針や告知について関与する傾向が強い文化的背景があることも指摘されており、まず意思決定の主体が誰であるのか、実際に EOLd に参加しているのは誰か、といった点から改めて考え直す必要がある。すでに遺族や医療者を対象とした研究がこれまでするに行われ、今日のがん診療の現場でどのように EOLd が実践されているかを推測することは可能であるが、実際に進行がん患者との間でどの程度 EOLd が行われているのか、また患者が EOLd に対してどのようなニーズを有しているかといったことについては、明らかにされていない。また、患者自身の意思決定への参加に対する意向についても明らかとなっていない。

上述した現状を踏まえ、日本人の進行・再発がん患者の EOLd や意思決定への関与に関する意向、患者の病状理解および抗がん剤治療・緩和ケアのイメージを知ることがを目的に、多施設共同での質問紙調査を計画した。本研究により国内の進行・再発がん患者の EOLd に関する意向と関連要因を明らかにすることで、医療者による意思決定支援のあり方を検討するための重要な知見が得られると考える。

方法

進行・再発の診断から3ヶ月以内、満20歳以上の乳がん、膵がん、肉腫のいずれかの患者を対象に、国内の5施設で多施設共同質問紙調査を行った。

主要評価項目は EOLd に関する経験と意向、その関連要因とし、医師との EOLd を希望する患者とそうでない患者の2群を、患者背景因子、PS、CoQoLo (Comprehensive Quality of Life Outcome inventory)、CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)、Trust in physician scale、DCS (Decision Conflict Scale)、病状理解度、CPS (Control Preferences Scale) について、Mann-Whitney U 検定または χ^2 検定での比較およびロジスティック回帰分析を行なった。

副次評価項目としては、①抗がん剤治療および緩和ケアに対するイメージと終末期医療、EOLd ケアに関する意向との関連について、②病状と治療の目的に関する理解と認識、正確な病状認識の関連要因について、③意思決定スタイルについての意向とその関連要因および意思決定の意向と実態の一致度について、それぞれ解析した。

全ての統計解析は SPSS statistics ver22.0 (IBM Japan, Ltd., Tokyo, Japan) を用いて行った。

結果

2015年8月から1年間で251人に質問紙を配布、159人が回答した(回収率63.3%)。回答者の男女比は約1:3で女性が多く、年齢中央値は64歳(範囲:29-86歳)だった。

進行・再発の診断時に主治医との EOLd を希望すると回答した患者(「少し話したい」、「話したい」、「とても話したい」の合計)は60%、「全く話したくない」と回答した患者は39.2%だった。高齢($p=0.027$)や PS 不良($p=0.023$)、身体症状がある患者($p=0.044$)の方が EOLd に積極的である一方、「十分に病気と戦う($p=0.021$)」、「病気を意識しないで過ごす($p=0.004$)」ことを重視する患者ほど、この時点での EOLd には消極的だった。

ではいつ EOLd を持ちたいかという質問に対しては、49.7%の患者が「抗がん剤治療が限られてきたとき」と回答した。次に多かった回答は「通院困難で入院したとき(18.2%)」であり、調査時すなわち「がんの転移や再発がわかったとき」に EOLd を希望すると答えた患者は11.9%にとどまり、「そのような話は絶対に聞きたくない(2.8%)」という回答もみられた。

副次評価項目に関して、まず抗がん剤と緩和ケアのイメージと EOL ケアとの関連については、「抗がん剤治療は専門家だけが行える」と考える患者ほど、苦痛緩和の優先を希望する傾向があることはわかったが ($p=0.024$)、その他の項目について有意差はなかった。

次に、病状理解については、設問の聞き方で結果に幅が出る結果となった。主治医が抗がん剤治療の目的をどのように説明したかを三つの選択肢から選択する設問では、「がんの治癒」を選択した患者はわずか2.1%だったが、「あなたのがんを完全に治すことができる可能性」、「あなたのがんが治癒する可能性」という尋ね方をすると、それぞれの設問で「治癒する可能性はない」、「0%」という選択肢を選んだ患者は43.1%、26.0%となった。この結果を受け、根治不能性を理解している患者とそうでない患者の2群について関連要因を調べたところ、主治医から治療によってがんが完全に治る可能性がどのくらいか説明を受けたと回答した患者ほど、抗がん剤によってがんが根治しないことを正確に理解している傾向があった ($p=0.016$)。

最後に、意思決定スタイルに関して、これまでの意思決定については患者自身が主体となって決定するという Patient control、患者と医師あるいは家族と一緒に決定するという Shared control、医師が主体となって決定するという Physician control の3群で大きな差は見られなかった。一方、今後の意思決定についての意向は、医師に対しても家族に対しても Shared control を希望する回答が最も多く、それぞれ44.8%、50.3%だった。ただし、主治医に対しては Physician control を選択した患者も約30%みられたが、家族に対して Family control を選択した患者は6.5%と少なかった。この結果について、Kappa 統計量を算出すると0.469となり、実態と希望の一致度は中等度と考えられた。

考察

今回の結果から、年齢が高い患者やPSの悪い患者、身体症状がある患者ほど、進行・再発の診断時にEOLdを希望する傾向があることが明らかとなった。言い換えれば、身体的に自身の病状が進行しているという実感がある人ほどEOLdを希望しているということになり、医療者の側だけの判断で、患者の体調がよくないことを理由に今後の治療や療養に関する話し合いのタイミングを先延ばしにすることが、必ずしも患者のニーズには合致しないことが示唆された。反対に、自身の闘病生活において「十分に病気とたたかうこと」や「病気を意識しないで過ごすこと」を重要だと感じている人は、EOLdに躊躇する傾向があることも示された。EOLdは、がんの進行や自らの死を直接的に意識する契機にならざるを得ず、上記のような信念を重要だと考えている患者にとっては、できる限り避けたい話し合いだということは納得がいく。

「早期からの緩和ケア」と言った際に、「早期」がいつであるかははっきりとは定義されていない。同様に、EOLdの時期についても、いつが適切かを明確に定めることは容易ではない。しかし、従来個別性の高い問題として現場にまかされてきた問題に、本研究はひとつの手がか

りを示した。7割以上の患者が、EOLdは医師から切り出してほしいと希望しており、一度の面談や診察で話したい患者と、数回に分けてほしいという患者はほぼ半数ずつだった。進行・再発の診断時にEOLに関する全てを伝えようとするのではなく、個々の患者の身体的な状況や信条に配慮しながら、話し合いを進めていく役割が主治医に期待されている。

また、抗がん剤と緩和ケアのイメージについては極端な傾向はみられず、希望するEOLケアとの関連因子としては考えられなかった。一方、正確な病状理解には主治医が根治不能性を明言することが必要であることが示唆された。さらに、意思決定スタイルに関してはshared controlを希望する人が最も多かったが、対家族での意思決定の意向について、対医師よりもpatient controlを選択する回答が多いことが目立った。この結果から、これまでわが国独自の特徴とされてきた「家族」という存在の位置付けが変化してきている可能性が示唆され、実際の医療現場で行われている「慣習」—例えば家族に先行して告知や病状説明を行っていることについて、見直す必要がある。

結論

根治不能の診断直後でも過半数の患者はEOLdを希望しており、一定の傾向があることが明らかとなった。進行・再発の診断時にEOLdに関する全ての内容を決めることは不可能であり、患者の身体的な病状や理解度、信条といった個別性に配慮しながら、段階的に話し合いを進めていく必要がある。