

平成 21 年 6 月 26 日

担当：是木 明宏

Associations Between End-of-Life Discussions, Patient Mental Health, Medical Care Near Death, and Caregiver Bereavement Adjustment

Alexi A. Wright, Baohuo Zhang, Alaka Ray et al.

JAMA Oct.8,2008 Vol.300,No.14,1665-1673

<背景>終末期にどう過ごすか患者と医師が話し合うこと(End-of-Life Discussion)は、終末期に患者が望む医療は何かを考えることができる一方で、治療が限界であることや自分が死んでしまうことを患者が直視することで、患者が心理的ダメージを受けてしまう可能性がある。このような話し合いをすることのリスクとベネフィットは今まで明らかではなかった。

<目的>End-of-Life Discussion が、終末期における積極的な医療的介入を減らすかどうか、また患者および介護者にどう影響するかを調べた。

<方法>

■ サンプル

米国の複数の施設で前向きコホート研究を実施した。2002年9月-2008年2月までに20歳以上の進行癌患者と介護者638ペアのうち協力の得られた332ペアを対象とした。

■ 評価方法

- ① ベースラインの面接調査で、終末期にどのような医療を望むか主治医と相談したかどうかを患者に質問した。
- ② End-of-Life Discussion における患者の精神状態の変化を調べるために、SCID、Endicott Scale および McGill を使用して面接により患者の精神的評価を行った。
- ③ 終末期治療をどうしたかを調べるために、患者が死ぬ前の2-3週間のカルテを調査した。
- ④ 患者の死の直前1週間のQOLを評価するために、介護者に患者のQOLを評価してもらった。0(最悪) - 10(最高)。(介護者から見た患者のQOL)
- ⑤ 介護者の患者の死への適応状態を評価するために、SCID MOS SF-36 を使用した面接を行った。

※ ④⑤は患者の死後しばらくしてから(平均6.5ヶ月)面接を行った。この時期を選んだのは死の直後の深い悲しみを乗り越え、かつ想起バイアスが少ないと考えられたため。

<結果>

- ① End-of-Life Discussion を行っていた患者は 123/332(37.0%)だった。Discussion の有無は社会人口学的特性、加入している保険の有無、癌のタイプ、医師との関係、信仰、社会的資源との間に有意な関係はなかった。しかし医療機関ごとに差はあった(16.2% - 61.5%)。またベースラインで Discussion を既にしていていた患者群の方が全身状態は悪く、生存期間も短かった。
- ② 患者の精神状態は Discussion の有無によって、抑うつ・恐れ・悲しみ・不安の高まりは変わらず、またうつ病など精神障害の発症のリスクも変わらなかった。
- 一方で、Discussion があつた群の患者は死の受け入れができており、余命延長よりも苦痛の緩和を望み、また DNR を示した。またホスピスの利用が増えた。(Table2)

Table 2. Associations Between Advanced Cancer Patients' End-of-Life Discussions, Mental Health, Terminal Illness Acceptance, Treatment Preferences, and Planning

	No. (%)			Adjusted OR (95% Confidence Interval) ^a	P Value
	Total Sample (N = 332)	End-of-Life Discussion			
		Yes (n = 123)	No (n = 209)		
Mental disorders					
Major depressive disorder ^b	22 (6.7)	10 (8.3)	12 (5.8)	1.33 (0.54-3.32)	.53
Major depressive disorder-Endicott ^c	20 (6.1)	7 (5.8)	13 (6.3)	0.73 (0.26-2.06)	.56
Generalized anxiety disorder ^b	7 (2.1)	4 (3.3)	3 (1.4)	2.50 (0.51-12.1)	.26
Panic disorder ^b	10 (3.1)	2 (1.7)	8 (3.9)	0.55 (0.16-1.90)	.34
Posttraumatic stress disorder ^b	9 (2.7)	4 (3.3)	5 (2.4)	0.95 (0.24-3.75)	.94
Any mental disorder ^b	33 (10.2)	11 (9.2)	22 (10.7)	0.73 (0.35-1.55)	.41
McGill psychological subscale, adjusted least square means (SE)^d					
Depressed	7.4 (2.9)	7.3 (0.2)	7.4 (0.2)		.79
Nervous or worried	6.9 (3.2)	6.5 (0.3)	7.0 (0.3)		.19
Sad	7.2 (3.0)	7.3 (0.2)	7.2 (0.2)		.79
Terrified	7.2 (3.1)	7.1 (0.3)	7.2 (0.3)		.68
Any psychological distress	5.4 (0.1)	5.3 (0.2)	5.4 (0.2)		.55
Acceptance, preferences, and planning					
Accepts illness is terminal	125 (37.7)	65 (52.9)	60 (28.7)	2.19 (1.40-3.43)	<.001
Wants to know life expectancy	242 (72.9)	103 (83.7)	139 (66.5)	2.40 (1.43-4.04)	<.001
Values comfort over life-extension	245 (73.8)	105 (85.4)	140 (70.0)	2.63 (1.54-4.49)	<.001
Against death in ICU	118 (35.5)	60 (48.8)	58 (27.8)	2.13 (1.35-3.37)	<.001
Completed DNR order	134 (41.1)	75 (63.0)	59 (28.5)	3.12 (1.98-4.90)	<.001
Completed living will, durable power of attorney, or health care proxy	181 (55.2)	86 (71.7)	95 (46.1)	1.96 (1.25-3.07)	.003

- ③ Discussion があつた群の患者は ICU 入室や人工呼吸器、蘇生法などによる積極的な介入は少なかった。(Table3)

Table 3. Medical Care Received in the Last Week of Life by End-of-Life Discussion

	No. (%)			Adjusted OR (95% Confidence Interval) ^a	P Value
	Total (N=332)	End-of-Life Discussion			
		Yes	No		
Medical care received in the last week	332	123 (37.0)	209 (63.0)		
ICU admission	31 (9.3)	5 (4.1)	26 (12.4)	0.35 (0.14-0.90)	.02
Ventilator use	25 (7.5)	2 (1.6)	23 (11.0)	0.26 (0.08-0.83)	.02
Resuscitation	15 (4.5)	1 (0.8)	14 (6.7)	0.16 (0.03-0.80)	.02
Chemotherapy	19 (5.7)	5 (4.1)	14 (6.7)	0.36 (0.13-1.03)	.08
Feeding tube	26 (7.9)	11 (8.9)	15 (7.3)	1.30 (0.55-3.10)	.52
Outpatient hospice used	213 (64.4)	93 (76.2)	120 (57.4)	1.50 (0.91-2.48)	.10
Outpatient hospice ≥1 wk	173 (52.3)	80 (65.6)	93 (44.5)	1.65 (1.04-2.63)	.03

4 と 5 は積極的な終末期治療をどれだけ行ったかを軸に比較している。

- ④ 積極的な治療を行えば行うほど介護者から見た患者の QOL は低下した。またホスピスにいる時間が長ければ長いほど患者の QOL は上昇した。(Figure)
- ⑤ 積極的な終末期治療を行った群では介護者の QOL は低く、後悔の念を持ち、患者の死の受け入れができていなかった。また介護者のうつ病のリスクも高かった。(Table4)

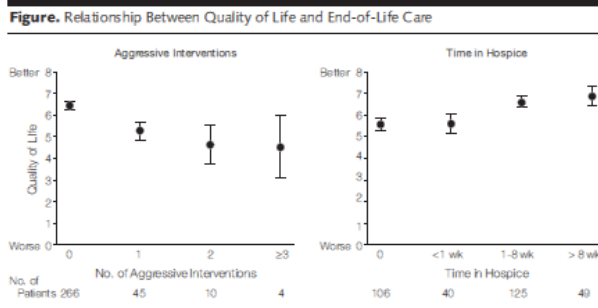


Table 4. Associations Between Caregivers' Outcomes and Patients' End-of-Life Care and Quality of Life (N = 202)

Caregiver Bereavement Outcomes	Aggressive Medical Care		Hospice Care		Patients' Quality of Life	
	Standardized β Coefficient ^a	P Value	Standardized β Coefficient ^a	P Value	Standardized β Coefficient ^a	P Value
Health-related quality of life ^b						
Overall	-0.15 ^{c,d}	.004	0.06 ^{c,d}	.31	0.20 ^{c,e,f}	<.001
Self-reported health	-0.12 ^c	.04	-0.06 ^c	.30	0.17 ^{c,g}	.004
Physical function	-0.10 ^{c,g}	.05	0.010 ^{c,g}	.85	0.14 ^{c,h}	.02
Mental health	-0.11 ^{c,j}	.06	0.01 ^{c,i}	.81	0.13 ^{c,k}	.04
Role limitation	0.17 ^{c,k}	.008	-0.03 ^c	.62	-0.10 ^{c,g}	.15
Change in health adjusted OR, (95% CI)	0.57 (0.29 to 1.11) ^c	.10	1.55 (0.89 to 2.69) ^c	.12	1.17 (1.05 to 1.29) ^{c,g}	.003
Grief reaction						
Felt prepared for death	-0.30 ^{c,l}	<.001	0.13 ^{c,l}	.05	0.23 ^{c,m}	.002
Regret	0.17	0.01	-0.08 ^f	.25	-0.30 ^g	<.001
Mental disorders ^m						
Any mental disorder adjusted OR (95% CI)	2.25 (0.81 to 6.23) ^{c,n}	.12	0.87 (0.38 to 1.97) ^{c,n}	.78	0.87 (0.73 to 1.03) ^{c,g}	.10
Major depressive disorder adjusted OR (95% CI)	3.37 (1.12 to 10.13) ^{c,n}	.03	0.46 (0.17 to 1.21) ^{c,n}	.12	0.86 (0.71 to 1.05) ^g	.09

<コメント>End-of-Life Discussion をすることは、患者の心理的なダメージを与えず、さらに終末期の積極的な医療を減らせることで、患者自身にも介護者にも良い影響を与えることがわかった。