

第 34 回緩和ケアチーム抄読会

平成 21 年 12 月 4 日

担当：水島 仁

Prognostic Acceptance and the Well-Being of Patients Receiving Palliative Care for Cancer

Thompson GN et al,

Journal of Clinical Oncology December 2009 Vol 27 Number 34, 5757-5762

Introduction

患者が終末期の予後についてどのくらい知っているのか、また知るべきなのかは議論を呼ぶところである。ある者は、死の認識は good death のために必要なものであると主張している。過去の研究で医学的な予後が DNR の意思表示や今後のケアの見通しを促進するとされているが、末期がんの予後の受容におけるそのような研究はなされていない。今回我々は、予後が身体的、精神的、存在的な well-being にどれほどの影響をもたらすかについて研究を行った。

Patients and Methods

2001 年 5 月から 2003 年の 3 月までカナダの緩和病棟、ホスピス、総合病院へのコンサルト、ホームケアで、1) がんと診断された患者、2) 治療不能がん、3) 生命予後が 6 ヶ月以内、4) 患者は面接を行えるだけの認知的や医学的に落ち着いており、5) 英語もしくはフランス語で流暢に会話ができる患者を対象とした。期間中 921 人の患者が基準を満たし、520 人は当初同意した。同意後面接はなるべく早く行われたが、115 人は亡くなったり、医学的に衰弱してしまったり、退院したりした。そのため 405 人で面接開始となり、381 人が終了した。

Measures

参加者の年齢、性、結婚状況、民族、教育レベル、ソーシャルネットワークの豊富さも聴取した。その他、宗教（信仰している宗教や出席状況など）についての情報も聴取した。参加者のがんの場所や処方されている薬剤の詳細についても聴取した。また、面接者によって患者の functional status も Palliative Performance Score(PPS)に基づき聴取した。

22 項目からなる Structured Interview of Symptoms and Concerns (SISC)により、身体症状、社会的、精神的な健康状態、現存する問題、一般的な苦しみや死の欲求について評価した。そして、7 段階の severity(0=no problem、6=extreme problem)とし、3 は moderate で、問題があると感じ始める閾値とした。抑うつ症状や不安症状の評価として、Primary Care Evaluation of Mental Disorders(PRIME-MD)が簡便なスクリーニング法として使用

された。

Table 1 に見られるように患者がいかに予後を受容できているかを定量的に評価するために SISC が用いられた。「Do you feel that you can accept your situation and come to terms with all that is happening? = あなたはあなたの状況を受容でき、今起こっている全てを潔く受け入れられていますか？」スコアで 0 点~2 点は受容が「no difficulty」、 「slight difficulty」とされ、3 点以上は「moderate~extreme difficulty」とされた。また、3 つの open-ended question がされ、より具体的に患者の受容について検討した。1) If you tried to explain to someone how you were coming to terms with your illness and how you were moving toward accepting things, what would you say?(もし誰かにあなたの病気についてどのような過程で受容したかを説明するとしたら、何と言いますか) 2) What is the most important thing that is helping you to accept? (受容しやすくするために最も重要だったこと) 3) What is the hardest part about acceptance? (受容に際し最も困難だったこと)

Results

およそ 3/4 (74.3%) の患者は彼らに起こっている状況について完全に受容できていると答え、17.1%が minimal~mild difficulty と答え、moderate~severe difficulty と答えた者は 30 人 (7.8%) にとどまった。No-mild difficulty 群と moderate-severe difficulty 群で有意差が認められた。若年者、最終学歴が高校卒業以上、ソーシャルネットワークが狭い者は受容に困難という結果が出た。Non-acceptors の約半分(45.3%)はうつ病や不安障害の診断基準を満たした (acceptors は 22.3%)。Acceptors と non-acceptors では SISC の 21 項目のうち、7 項目で有意差を認めた。(詳細は Table 3 に)

	Non-acceptors	Acceptors
Suffering (苦痛)	42%	24.1%
Hopeless (絶望)	37.5%	8.6%
Depression (抑うつ)	39.4%	13%
Anxiety(不安)	36.4%	13.5%
Nausea (嘔気)	30.3%	15.8%
Financial Concerns(経済的な悩み)	21.2%	7.8%
Family and Friends	9.1%	1.4%

(家族・友人に自分の大切だと思えることを話せるか)

患者が現在の状況をいかに受容できているかを知るために、510 回も支持された 40 種類の発言があり、それらを 4 つのカテゴリに分類した。

「Feeling loved and supported」が受容について大きな役割を果たしており、156 回(30.5%)も言及された。自分の状況を理解してくれる家族や友人の存在、緩和ケアへのアクセス、症状のコントロールなどは患者が care され support されたと感じるものであった。

「Spiritual beliefs」は 165 回言及(32.4%)され、死後についての信念や信仰が彼らの状況を助けたとされている。「Basic personality characteristics」も 27 回言及(5.3%)され、各々の性格が受容の助けになったともされていた。「Existential issues」は 165 回言及(31.8%)された。これは長く良き人生を送れたと思うこと、死ぬことは病気による苦痛からの解放、がんで死に至った別の患者の状況を見て怖さが無くなったことなどが受容に役に立ったとされている。

コーピングも受容に役立ったとされている。Active coping は以下のものが含まれた。Focusing on present (living in a moment, helping others, living one day at a time 等)、Engagement(taking active role in learning about and managing illness)、Maintaining positive outlook, humor, avoiding self blame などが見受けられた。その他のコーピングとしては回避もあり、病状や死に行く状況について考えないようにしているという意見や病状と闘うことを放棄しているという意見も聞かれた。

また、何が受容を困難にしているのかという問いについての最多回答は社会的領域であった。自らが死んだ後に残された家族や友人、そして自らが彼らに与えた恐怖、重荷、家族がいかにコーピングできるか等が患者が気にかけている点であった。その他にも自らの状況は不公平であるという意見、「なぜ私だけがこんな目に遭うのか?」という意見、死・将来への恐怖、精神的苦痛、身体的衰弱にともなう機能低下も受容困難にしているという意見も聞かれた。

Discussions

- ・今回の研究では患者の 90%以上が受容でき、既存の研究と同様に若年者と高学歴な者ほど受容困難であった。これは一般的に年齢が高い患者はコーピングの方法を持っていたり、人生に対しての考え方が若年者と異なっているからであると考えられている。

- ・non-acceptors の 39.4%が抑うつ状態、36.4%が不安障害を呈したが精神的負担と予後の受容についての詳細な研究は未だなされていない。しかし、がんの診断についての受容と心の平静は相関関係があるという研究報告も存在する。また、うつ病の診断は予後の否認もしくは予後の認識に関係があるという報告も存在する。

- ・ソーシャルネットワークや家族・友人からのサポートは病状の受容に重要であることが示唆される。

- ・病状の受容は不安や抑うつ状態と関係があるとされているが、それは因果関係：つまり不安や抑うつがあるため受容困難なのか、受容困難なことが精神的苦痛をもたらすのかははっきりしていない。また、参加者の 41%が本研究を完了したが、脱落者とは病状が著しく悪かった者、身体的や認知的衰退が著しかった者であったため、病状の受容については今後も議論の余地があると考えられる。同様に、今回の研究では、すでに緩和ケアが導入されていた患者を選択したため、病状の受容はある程度できていた者である可能性が高い。などが本研究の limitation として考えられる。