

第 39 回緩和ケアチーム抄読会

平成 22 年 1 月 22 日

担当 木村 理恵子

End-of-Life Decision Making for Cancer Patients in Different Clinical Settings and the Impact of the LCP

Agnes van der Heide, MD, PhD, Laetitia Veerbeek, MSc, Siebe Swart, MD, Carin van der Rijt, MD, PhD, Paul J. van der Maas, MD, PhD, and Lia van Zuylen, MD, PhD

Journal of Pain and Symptom Management 2010 Jan;39(1)33-43

導入

臨死期では、「患者が安楽かどうか」が治療やケアに関わる決定のキーとなり、そのために医療のゴールの調整が必要になる。オランダでは、定期ケアが必要な慢性疾患患者はナーシングホームでケアを受けることが多く、そのままナーシングホームで死を迎えることもある。自宅で死を迎える患者は、一般医から診療とホームケア N s からも一日に数回の訪問を受けている。

LCP は、すべてのケアの場において「死へのケア」を向上させるために開発されたツールで、臨死期の医療についての適切な意志決定が行われることをゴールの一つにしている。それまで行われていた医療は臨死期であることを前提に再検討され、重要でない薬剤は中止される。継続される経口薬は、持続皮下注に変更する。血液検査や経静脈輸液、定期的な体位交換などは中止される。

私達は、医師と看取った家族の **end-of-life** の実践に関わる意思決定と LCP が与えるインパクトをがん患者の最期の 3 ヶ月と 3 日間で調査した。調査の場は、オランダで主な死を迎える場である病院、ナーシングホーム、自宅とした。

方法

1 つの大学病院 (3 つのオンコロジー科、呼吸器科、婦人科)、1 つの一般病院 (5 つの一般科、1 つの緩和ケア病棟)、ナーシングホーム (一般と緩和ケア)、8 つの村にホームケアを提供して在宅ケアが対象。

患者は、18 歳以上で在宅ケアか、入院治療を受けていたものとした。

期間は、2003 年 11 月～2006 年 2 月。

医師→患者の死亡後 1 週以内に、最期の 3 ヶ月の医学的な意志決定と患者の生活への介入についてと最期の 3 日間の使用薬剤の質問をした。

家族→患者の死から 2 ヶ月で調査依頼を行った。家族には、**ECOL-Q30** で最期 3 日間の患者の症状レベル (疼痛、呼吸苦、吐き気、嘔吐、気分の落ち込みなどを調査と死亡

前 3 ヶ月の医療的な意志決定の体験を聞いた。ECOLQ-30 は、患者と家族による症状の評価の一致が中程度の質問紙で、失禁、せん妄。不安が終末期に多い症状として付け加えた。

結果

調査期間中、613 名の患者が死亡（うち 81 名は体調不良で不参加、19 名の患者は自分達の記録を死亡後使用拒否で不参加）研究参加患者 513 名（311 名はがん患者、うち 299 名では医師のデータが使用でき、184 名の家族が参加）。192 名病院、83 名ナーシングホーム、36 名自宅で死亡。

病院で亡くなった患者は、他の場所で亡くなった患者よりも年齢が若かった（表 1）がんのタイプは、消化管>肺>乳がんであった。在宅死患者では、血液悪性疾患が一般的だった。

最期の 3 ヶ月

*病院で死亡

がん治療は、多くの患者でこの時期でも行われていた。特に病院で亡くなった患者においては、40%が化学療法を受けていたと医師が報告している。

半数以上の家族が、end-of-life の時期に患者は医師、看護師、家族と希望や心配、治療について話し合いをしたと報告している。（表 3）25%の患者が、担当医師と延命治療を避けたい、症状コントロールをしっかりと欲しいという希望や安楽死の可能性や鎮静について話しあうことが出来たことに感謝していたと報告している。しかし、書面で希望を残していた患者はわずかであった。一方、家族は患者の希望が保証されたとは感じていなかった。さらに家族の意思決定への関わりに関してはポジティブに感じている割合が低く、決定されたものは家族が同意できないものだったと述べていた。

*ナーシングホームの患者で死亡

自宅死や病院死の患者より治療を拒否していた。

最期の 3 日間

すべての場所で疼痛と呼吸苦が身体的症状として一般的に報告された（表 1）。すべての場所で、精神的症状（うつや不安）が報告された。

ナーシングホームと自宅

失禁が最も多かった。自宅で亡くなった患者は、不安や心配になる割合が他の場所に比べて少なかった。

LCF

63 名病院 40 名ナーシングホーム 17 名自宅で使用された。

行われた医療は、場所、調査期間で異なっていた（表 4）。

薬剤使用は、病院平均 5.7 種類>ナーシングホーム 5.6 種類>自宅は 3.1 種類。最も使

用していたのは、鎮痛剤（特にオピオイド）でその他は鎮静剤と抗精神薬だった。抗精神薬以外の薬は、自宅の患者が最も少なかった。病院の患者では抗生物質、抗凝固剤が最も使用されており、抗うつ薬などはナーシングホームで最も多く使用されていた。LCPの使用は、薬の使用状況には影響は与えていなかった。

DNRの指示への同意は、自宅>病院、ナーシングホームだった（表5）。オピオイドの増量、鎮静、自発的な安楽死が患者の苦痛を和らげる手段のとして、最低一つは患者と話し合われていた。これらは、症状が悪化している時に43%—58%の患者で話し合われた。ナーシングホームでは話し合う機会が最も多かったが、話し合いの結果がすべて適用されたわけではない。

医師は、急激に悪化した症状に対して使用した薬が命を短縮することに寄与したと推定していた（44%病院、30%ナーシングホーム、14%自宅）。しかしながら患者の生命予後は9割以上で1週間以内であった。鎮静は、benzodiazepines または barbiturates が病院27%、ナーシングホーム33%、自宅11%で使用された。安楽死は1名のみだった。LCPは、生命を短くする可能性のあるこれらの薬の使用を46%から28%に減らした。そしてこれらの薬の使用は、患者から希望があったときやLCP導入後に行われていた。

考察

すべての療養の場で患者は精神的な症状に苦しんでいた。最期の3日間では、ほとんどの患者が抑うつや不安を報告していた。病院または、ナーシングホームで亡くなった患者は、自宅よりも不安を感じる割合が高く、ナーシングホームではその他せん妄が多かった。しかし、これらの結果は近親者の代理評価である点に注意してみなければならない。治療不足も高い割合で存在している可能性も考えられる。家族はこれらの症状を見つけられるように訓練はされておらず、その結果、家族は治療の選択肢があることを知らないまたは、これらの症状が正常な終末期の一部であると考えていた可能性がある。がんの治療は、病院で亡くなる患者では最期近くまで行われる。さらに、その他の重症集中ケアの薬剤が最期3日間でもしばしば使用されていた。抗生物質、抗凝固剤、ステロイドは患者の苦痛緩和に結びついているとは言えない。病院で亡くなる患者は、患者が若く、予測不可能な急激な経過をたどることに関連しているとしても、終末期でもより延命や救命処置が患者の希望、医師によって行われていた。

鎮静薬は特にナーシングホームでは使用が多かった。これは病棟で大声を上げるなどで使用されていることに関連している。End-of-life careの研究をみると終末期の鎮静薬の使用は時間経過と共に増加していく傾向にあり、これは死にゆく患者の症状を抑えることに静脈投与の鎮静薬が使用できることに医療者が気づいたからかもしれない。

最期の3ヶ月間に意識的に延命処置を行うという決定はすべての場で一般的ではなかったが、特に病院では少なかった。延命処置を控える、中止することは、限定的では

あるが生命を短くすることに関連するが、処置を控えることで生命を短くする程度はあちこちで行われる。

病院死の遺族は、患者の医療の決定に関しては不満足がいろいろあった。遺族の **end-of life Care** と医療の決定についての評価は、受けたケアの質と死の過程におけるコミュニケーションにより影響を受けた。病院で亡くなった患者の複雑な症状、医療と意思決定、病院で行われるケアや延命処置も遺族のネガティブな感情に関連していた。病院での死の過程は短いことが多く、家族の受け止め時間も短いスパンとなる。

end-of life Care での最期の手段の選択については、ほとんどのケースで話し合いがされていた。私達は、ディスカッションの特徴などに、施設でDNRへの同意が多い以外には場の違いは認めなかった。症状緩和の薬剤の投与量は、特に病院では死を早めることに関係していた。これは病院で亡くなる患者の簡単に緩和できない症状や合併症に対する集中治療を意味しているかもしれない。一方ではオピオイドやその他の死を早める可能性のある薬剤を扱った経験の少ない医師が死や亡くなることに関連していることの結果の可能性もある。

LCPの導入は、生命を短くする可能性のある症状緩和の薬剤を使用する患者を減らし、患者自身がそのような薬を使用するかどうかの決定に関わることを増やすことが出来る。この結果は、オピオイドの使用量減少に関係した。LCPの効果だけではなく、最近の考え方の変化も影響しているとは思いますが、モルヒネや鎮静薬使用が与えるインパクトにも影響しているだろう。

この研究の限界の第一は、研究に参加した科は元々、**and-of-life-care** に興味を持っている科であり、オランダのすべてを代表しているわけではない。第二は、療養の3つの場は限られた施設からのものであり、特に在宅の患者数は少なかった。第三は、病院には、複雑な問題を抱え、延命治療を表明したために入院となっている可能性がある。

参考文献

John Ellershaw, Susie Wilkinson. Care of the dying A pathway to excellence Oxford university press. 2003.