

2016年12月20日抄読会 小澤知子

「Eliciting regret improves decision making at the end of life」

Benjamin Djubegovic, Athanasios Tsalatsanis, Rahul Mhaskar, Iztok Hozo,

Branko Miladinovic, Howard Tuch

European Journal of Cancer 2016.oct.3 68(2016) 27-37

### 【背景】

人生最期の状況で、意思決定についての質の評価は非常に不適切であることを示している。もし患者が二者択一の管理選択での自身の予後やリスク、利益などの周到的なアセスメントを提供されたならば、終末期の病気をもつ患者のケアにとっては改善することは広く一致している（例えばホスピスや緩和ケアへのタイムリーなリファーや根本的疾患を標的にした継続的な治療か）。そして、患者自身の期日で残りの時間が過ぎることを可能にするために、患者の真の価値観、願いや好みを引き出すことは、終末期の患者のケアにとっての改善になることは広く一致している。しかしながら、貧相な終末期ケアに関係している問題は、「何が終末期の患者のケアの質の改善に必要とされるか」ではなく、「どのように成し遂げられることができるか」であり、実践家達と患者にとって、臨床のワークフローに十分統合され信頼できる方法が不足している。

人生最期での決定は、どんな人も行わなければならないおそらく最も重要な決定であり、これらは、感情を引き起こすいちかばちかの決定である。このような決定に直面すると、患者の好みは、主に後悔といった感情によって支配されるようになる。なぜならば、後悔は唯一独特の人間の感情（タイプ1プロセス処理）であり、それは、反事実の熟慮（タイプ2プロセス処理）を含み、後悔は認知感情としてタイプ1とタイプ2のプロセス処理の結合として供給することによって、両方の認知領域を活性化しえることを以前に提案している。理論的には、脱落（例えばホスピスケアにリファーされないこと）への後悔と委任の後悔（誤ったホスピスへのリファー）の顕在化は、後悔閾値モデルを通して患者の予後の評価につながっている。

【目的】ホスピスケアへ促進的にリファーするための後悔を基本としたモデルの有用性を調べることであり、残りの人生をどのように過ごすことを希望しているのかの好みを明らかにして患者を援助することである。ゴールは、医療上のワークフローに容易に統合できうる終末期の決定を促進する新しいツールを発展させるのと同時に、良い医療実践を集成することである。

### 【研究デザイン】

前向き研究

・フロリダ州タンパの Tampa General 病院と H.Lee Moffitt Cancer Center &

Research Institute で適格基準を満たした患者（病気の終末期であることを認識している18歳以上のすべての終末期の病気の患者もしくは代理人。患者は、病気をターゲットにした最新の治療を続けていくか、ホスピスケアのいずれかを決定するかの治療プランの地点にいる）

・2013年3月1日－2015年11月30日

・SUPPORTとPalliative Performance Scale (PPS)：患者の死の確率（0%と100%の間のパーセンテージの表現した）と生命予測（予測した生き残りの日や月を表現した）を査定。ただし、SUPPORTの変数が終末期の設定で規定通り収集されていないので、予測のほとんどはPPSに基づいている。

・Dual Visual Analog Scale (DVAS)：後悔をベースとしており、閾値モデルを背景に使用されるようにデザインされている。患者の好みを引き出す。DVASは、2つの簡単な理解可能な質問から成り立っている。その質問は脱落についての後悔か委任についての後悔を引き出すようにデザインされている。

①スケール0～100で、0はあなたが後悔を感じていない、100は最も後悔を感じる。もしあなたがホスピスにリファーされるのではなく、かわりに不必要な治療を受け取り続けるならばどのくらい後悔しますか？

②スケール0～100で、0は後悔を示さず、100は最も後悔を感じる。もしあなたが必要な延命治療を受け続けるかわりにホスピスにリファーされるならばどのくらい後悔しますか？

・死の確率 (pD) と、ホスピスケアを選ぶか治療を続けるか（‘閾値’ T）の関連を判断し、患者の選択を予測することができる。後悔閾値モデルによれば、ホスピス選択か治療への同意は患者の真の好みを表している。

・後悔値を引き出し、TとpDを対比した後に、研究に同意した各患者に予測モデルや推挙を示す。

・患者に、典型的な事例の生存率や人生予想に関連する実際の予後評価に興味があるか確認し、予後モデルによって予測されている生存の%、予後モデルによって予測されている死の%、人生の予測値（日/月）してのデータを提供し、何度もプロセスを再反復。

・Likert尺度（1-7か1-5）：後悔モデルの記述的な限界を査定

次の項目（質問）によってプロセスに患者が満足しているかと患者の理解力を確認する。

a) あなたはこの情報が役に立ちますか？

b) 我々の最良の助言にどのくらい強く同意しますか？’

・Decision Regret Scale(DRS)：決定後の後悔を査定し、患者の死まで毎月の電話によるフォローアップ。

a) それは正しい決定

b) 私はその選択をしたことを後悔している

c) 私はもし再決定しなければならなら同じ選択をするだろう

- d) 決心は私にとってたくさんの危害をもたらした
- e) 決心は賢い選択だった

### 【分析】

①記述分析：患者の人口統計と病気の特徴上のデータを要約するために使用

②統計分析（STATA 統計ソフト（Version14）で実施）

- ・ピアソン相関とクラメール V 分析：後悔モデル推奨、推奨への患者の同意、そしてホスピスへの入院か治癒/延命治療を受けるかの決心についての現実の選択との間の一致を評価するために使用

- ・ノンパラメトリックのマン=ホイットニー検定：決定後の後悔の相違を評価するために使用

- ・多変量ロジスティック回帰分析：年齢、性別、人種/民族性、病気のタイプ、インタビューの間の苦痛のレベル、最初の決定が気持ちに与える影響、そしてホスピスケア選択確率の後悔モデル推奨との関連を評価するために使用

③PPS モデルの外的妥当性確認：弁別基準と異なる時点での測定を算出し、モデル測定は Royston によって報告された方法を使って実施。

### 【結果】

- ・適性基準を満たしている 1052 人のうち、178 人が参加（情報収集およびインタビューに同意）。うち 8 人は患者の代理人による。最後のフォローアップ（2015.12.31）には 97%の 172 人が亡くなっている。

- ・患者の中央値年齢 64 歳（25～92 歳）、60%が女性。白人（75%）、大卒（55%）。91%ががん患者。苦痛無しもしくは穏やかな痛み 72%。インタビュー時間の中央値 23 分（5～60 分、177 人）、88%がインタビュー前にホスピスの資料を受け取っている。

- ・様々な時点での PPS 測定モデルでの弁別と測定→よい弁別とうまく測定されていることを示している。（Fig3）

- ・85%（151/178）の患者がモデル推奨に同意したが、15%の患者（27/178）がはっきりしなかった。（Fig4）

- ・ほとんどの患者は困難なく DVAS の後悔についての質問事項を理解し、患者の 3%（5/178）のみ最終回のインタビューで後悔のレベルについて心境が変化した。（Table2）

- ・フォローアップの評価では、今回の方法が有害で助けにならなかった（4%）、インタビューと、好みを後悔を基本として誘出することは「正しく賢い」決定をするのにとっても役立つ（各 93%と 89%）、その中でもめったに後悔しない（2%）、再び選ぶ（87%）と回答。（Table2）

- ・後悔モデルの推奨が実際の患者の選択と一致しているかについては、後悔モデルは 72%の患者（128/178）の実際の選択を予測していた。（Fig5）

- ・患者は終末期の性質を意識し、選択の好みを顕在化する前にホスピスサービスについての情

報を与えられていたため、インタビュー前に、81人（45%）の患者が既にホスピスに傾き、51人（29%）がさらなる治療を望んでおり、46人（26%）は確かでなかった。

・ホスピスを選ぶ確率にはっきりと関連している統計的変数は、ホスピスケアに対する最初の気持ちとホスピスへの後悔モデル推奨の2つのみである。もしホスピスに心が傾いているのに加えて、実際に治療よりもホスピスを好み、患者がホスピスケアを実際に決めるのは98%近く、最初にホスピスを選ぶことに心が向く人は、めったに心変わりをしなかった。一方で、‘確かでない’もしくは治療に心が向いている人達は、後悔モデル推奨の結果としてホスピスケアに多くは心変わりした。（Table3、Fig6）

・本来の好みが顕在化した30日後の選択に関連した決定後の後悔を評価したところ、人生の最期にホスピスを選ぶ人は、積極的な治療を選ぶ人よりも中央値の得点は低かった。（Fig7）

#### 【議論】

・患者の多くが「良い」死を経験していないのは、予後についての乏しい議論や、人生最期をどのように生きたいのかについての患者の好みを引き出すことの失敗、そのための適切なツールを簡単に利用することが乏しいからである。

・患者が最も直面する重要な決定において、最も有力な決定構築プロセスのツールとして後悔アプローチ（脱落の後悔か委任の後悔か）は妥当性が証明され、とても大変な決定に直面している人々における現実状況で十分に検証されたのは初めてである。

・よい人生についての試金石は臨終の後悔がないことに見いだせる（アリストテレス）が、いったん患者は確かに自分の人生が終わりに近づきつつあるという現実や、さらなる病気本位の治療は苦しみを軽減しないこと、ホスピスの受容は各々がたぶん探している究極のゴール（魂における満たされない潜在的な重さをはかることの後悔を伴わないよく生きた人生を促進するという事実を十分に受け入れるということであろう。

・研究の限界としては、患者の決心を決めるのには多くの要因の影響がある。一般的には、a)文脈および枠組み、b)状況もしくは文脈上の要因（感情、苦痛、時間的圧迫、認知、社会的文脈）、c)決定する人の個人的性格など。

・患者がホスピスか治療を続けるかの決心をする時間の中央値は23分であり、終末期を認識している患者が残された日々をどのように費やしたいかをより明確化することは、医療従事者にとって典型的な時間内で簡単に成し遂げられる。

・研究（75%）に同意した患者の大半は白人であり、さらなる評価のために、今後の研究では非白人の登録を増やすことを試みるべきである。

・適性基準の患者の17%のみが実際に研究に承諾している。登録者が17%というのは医療研究では普通ではないことも記す必要がある。

#### 【結論】

後悔閾値モデルは、医療実践で容易に用いることができ、終末期の状況での決定構築を促

進することができる。この方法は、患者の好みを尊重し、終末期での不必要な侵略的なケアを減らすための可能性を持つ。