

## 主治医と患者・家族における「予後認識のずれ」についての研究

川崎市立井田病院

佐藤恭子

### 研究報告要旨

目的：がんの治療中または終末期において「予後の認識のずれ」によって生じる行き違いやトラブルは多く経験される。一方、主治医と患者家族の間において「予後の認識のずれ」はどの程度かという調査報告は調べ得た限りでは無い。今回、この点について実態調査を行った。

方法：対象は当院緩和ケアチームの介入患者・家族とその主治医。期間は2010年11月～2011年10月。「現時点での予後」の認識について①7日以内②8日－30日③31日－90日④91日－180日⑤181日－1年未満⑥1年以上の単位でそれぞれ聞き取り調査をおこない、「ずれの大きさ」について評価した。

結果：101例、平均年齢68.7歳が登録された。患者、家族の認識する予後について聴取できたのはそれぞれ38例(38%)、51例(50%)。研究期間内の死亡は71例(70%)。患者は家族より長く( $p=0.0562$ )、家族は主治医より有意に長く( $p=0.0082$ )予後を認識しており、主治医は実際より有意に長く( $p<0.001$ )予後を予測していた。

## 1.はじめに

がん告知の内容が「未告知」「病名告知」「病状告知」「予後告知」と進むほど、患者の病状認識度が良好となり、患者・家族－医療者間の良好なコミュニケーションにつながる事が報告されている<sup>1)</sup>。しかし、わが国のがん患者への予後の告知は精神的な衝撃や苦痛の憂慮のため浸透しきれていない<sup>2)</sup>。このため、がんの治療中または終末期において「予後の認識のずれ」によって生じる問題は多く経験される。主治医と患者本人との予後認識のずれが大きいと、適切な治療方針の決定の妨げとなったり、患者のスピリチュアルペインにつながったりする。主治医と家族の予後認識のずれが大きければ、医療不信につながったり、患者の病状の急変にとまどう。

医師の予測する患者の予後がどの程度正確であるか検討した報告はある<sup>3)4)</sup>が、主治医と患者・家族の間において、「予後の認識のずれ」はどの程度であるのかという調査報告は調べ得た限りでは無い。今回、この点について実態調査をおこない、臨床における問題点を明らかにすることを目的とした。

## 2.研究方法

**対象：**当院緩和ケアチームの介入患者・家族とその主治医とした。意識障害、認知症のある患者・家族は除外した。

**調査時期：**期間は2010年11月～2011年10月の1年間。

**調査方法：**「現時点での予後」についての認識について聞き取り調査をおこない、「ずれの大きさ」と患者・家族の精神的苦痛・社会的苦痛・スピリチュアルペインについて評価、検討を行なった。また、年齢、性別、病期、治療内容、ADL(PS)、家族背景、身体症状について診療録より記録した。

予後については①7日以内②8日－30日③31日－90日④91日－180日⑤181日－1年未満⑥1年以上の単位<sup>4)</sup>で聞き取り調査を行い、主治医・患者・家族の予後の認識についてどのような差があるか検討した。

主治医の推定する予後は緩和ケアチームへの依頼票へ①～⑥を記入してもらい、家族には、緩和ケアチームの専従看護師が介入開始時の面談を行う際に聞き取り調査を行った。患者本人の認識する予後については、会話の中で聴取できた場合にのみ記録を行い、直接聞き出す事は行わないこととした。

終末期の患者については、推定予後を Palliative Prognostic Index<sup>5)</sup>および実際の予後とも比較検討を行った。

精神的な苦痛・スピリチュアルペインのスクリーニングとしては「つらさと支障の寒暖計(：以下DIT)<sup>6)</sup>を用い、患者本人に現在の気持ちのつらさについて0～10点で(適応障害もしくはうつ病のカットオフ値はつらさの寒暖計4点以上かつ支障の寒暖計3点以上)表示してもらい、記載した。

**分析方法：**

I. 主治医と患者、家族の認識する予後について、期間①～⑥の分布を示す。①～⑥をダミー変数として Wilcoxon の符号付順位検定にて有意差の検討を行った。欠損値はそのままモデル化した。

期間内に死亡が確認された症例については主治医の認識する予後と実際の予後とを比較した。介入後 1 か月程度で死亡した症例については介入時の Palliative Prognostic Index を求め、主治医の予測予後と比較検討を行った。

II. 主治医と患者、家族の「予後認識のずれ」の大きさと「つらさと支障の寒暖計」で表される数値に相関があるか検討した。

III. 特に「予後認識のずれ」が大きい症例(①～⑥で 2 段階以上の差)については、臨床の場面において、「なんらかの問題が生じ、ずれの差を縮小する努力が必要なケース」と、「倫理的に必要でないケース」が存在すると考えられ個別の症例検討を行った。

**倫理的配慮：**患者もしくは家族及び主治医に書面にて緩和ケアチームの介入とその中で得た情報を研究に用いることがあることについて了承を得た。個人が特定されないようデータは配慮を行い、患者・家族に予後の認識について聞き取り調査をおこなうことが不適切な場合には、行わないこととした。

また、本研究は当院「倫理委員会」にて倫理審査を受けて承認された。

### 3. 結果

対象者は101例(うち6名は2回介入時に聴取している)。平均年齢68.7歳、男女比58:43、病期はI 0%、II 2%、III 11%、IV 87%、平均 PS(performance status)は  $2.38 \pm 1.09$ 、現在の抗がん治療(緩和的化学放射線療法含む)は有り 32 例:無し 69 例、本人への病名告知率は 93%であった。疼痛など何らかの症状を有する者は 93%であった。このうち、患者、家族の認識する予後について聴取できたのはそれぞれ 38 例(38%)、51 例(50%)。研究期間内に死亡が確認されたのは 71 例(70%)であった。介入時点での患者、家族の認識する予後の分布はそれぞれ患者①7 日以内 0%②8 日-30 日 0%③31 日-90 日 21.1%④90 日-180 日 13.2%⑤181 日-1 年未満 28.9%⑥1 年以上 36.8%、家族①3.9%②13.7%③31.4%④19.6%⑤17.6%⑥13.7%であった。医師の予測する予後は①0%②17.8%③33.6%④28.7%⑤17.8%⑥1.9%で、実際の予後は①7.0%②43.7%③35.2%④9.9%⑤4.2%⑥0%であった。患者は家族より長く( $p=0.0562$ )、家族は主治医より有意に長く( $p=0.0082$ )予後を認識しており、主治医は実際より有意に長く( $p<0.001$ )予後を予測していた。

介入後 1 か月以内に死亡したのは 36 例(35.6%)であったが、Palliative Prognostic Index で 6 点以上(3 週間以内の死亡確率は感度 80%、特異度 85%)が 26 例(74.2%)であったのに対し、主治医が予後を 1 か月以内と予測していたのは 12 例(33%)と少なかった。

本人の気持ちのつらさは平均  $6.0 \pm 2.516$  点、支障は平均  $6.1 \pm 2.565$  点と高かったが、「予後認識のずれ」と DIT との直接の相関はみられなかった。

個別症例の検討

#### 症例 1 60代男性 肺がんⅣ期 PS 1

A月診断時にBSC(Best Supportive Care)を希望された。A+3月疼痛が増強し緊急入院。主治医は予後を1-3カ月、患者と家族(妻)は1年以上と認識していたが、患者は疼痛増強時に先行き短いと思いパニックになり「緩和ケア病棟で早く眠らせてくれ」と発言。薬物療法により疼痛の緩和が得られPSが改善すると「自分は末期ではないから」と自己退院した。

#### 症例 2 60代女性 後腹膜脂肪肉腫Ⅳ期 PS 3

B年診断され根治術施行されるもB+2年肝転移を指摘された。腸管浸潤による下血で入院時、主治医は予後を1~3ヶ月と予測していたが、家族(夫)は半年~1年と認識していた。家族のDITはつらさ8点支障3点、患者のつらさ8点、支障10点といずれも高かった。病状進行早く、1ヶ月後永眠。

#### 症例 3 70代女性 膵臓がんⅢ期 PS 0

夫と死別し独居。C月診断され、告知された。化学療法は行わず疼痛緩和のみ行う方針となりC+1月緩和ケアチーム介入開始。主治医と本人の認識する予後は、共に3~6ヶ月であった。症状は疼痛のみで緩和されていたが精神面での援助者はおらず、「窓から飛び降りたい、死にたい」と発言していた。DITはつらさ10点、支障10点。その後自己退院した。

#### 症例 4 80代女性 膵臓がんⅡ期 PS 4

D月開腹手術後術後リンパ漏があり長期のドレーン管理となった。予後について主治医は3-6ヶ月、患者と家族は1年以上と認識し1年後の旅行を期待していた。DITはつらさ5点、支障5点(本人・家族(娘)共に)。その後、肝転移リンパ節転移が指摘される中で徐々に患者・家族の病状理解が進み、自宅退院し療養後に永眠された。

## 4.考察

主治医の認識する予後に比べ、患者・家族の認識する予後は有意に長かった。さらに、先行研究でも示されている通り、主治医の認識する予後は実際の予後よりも有意に長かった。すなわち、実際の臨床の現場においては、患者・家族の認識する予後と実際に残されている時間はかけ離れている可能性がある。がん治療医チーム及び緩和ケア担当医チームはその事実を認識している必要があり、医療者と患者・家族の間の認識のずれの大きさにより生じている問題に早期に気づき、介入することで医師-患者家族間の信頼関係を高めることができると期待される。

一方、患者や家族が予後をどう認識しているかという問題は、非常に繊細な問題であり、主治医との信頼関係や治療方針・患者家族の心理状態にも影響する可能性があるため、聞き取り調査の強制はできず、聴取率は患者38%、家族50%に留まった。今後、アンケート形式にする等、回答率を上げての検討が望まれる。

また、「予後認識のずれ」が大きさとしてDIT値に直接の相関は認められないという結果となった。DITは、その時点でのPSや身体症状、家族背景、経済状況、教育歴などにも影響されるため、今後さらに症例を増やしての検討が必要と考えられた。

個別の症例の検討では、予後認識のずれが大きいために症例 1 のように現状を受け入れられずに自己退院するケースや症例 2 のように主治医も予測困難な早い病状の進行に患者・家族の苦痛が強いケースがある。一方で、症例 3 のように予後認識が一致していても急な告知により本人の苦痛が強いケースもある。大部分の症例は、症例 4 のように当初、主治医と患者・家族の予後認識のずれが大きくても、病状進行に伴い徐々に修正され受け入れられていくのだと推測される。泌尿器科癌患者では、病名告知希望者のうち 22%が予後告知を希望していないとの報告もある<sup>7)</sup>。また年齢が高くなるほど予後告知の希望は減少する<sup>7)</sup>。急な告知でパニックや急性ストレス障害に陥る患者もある<sup>8)</sup>。医療者は、患者の個別の状況に応じて適切に予後を告知し、その後のケアをすることが必要であり、その指針の作成が求められる。

## 5. 結語

患者は家族より長く、家族は主治医より有意に長く、主治医は実際より有意に長く予後を予測している。がん患者の精神的苦痛は非常に大きかったが、そのことと予後認識のずれとの関連性は認められなかった。

## 参考文献

- 1) 中島信久, 秦 温信 がん告知の内容から見た終末期ケアの質の検証－STAS 日本語版によるクリニカル・オーディット－ 緩和医療学 vol.8(1)55-62,2006.
- 2) 小野寺孝江, 林出尚子, 薄田教子ら 終末期に向かう患者に今後予測される経過を伝える意味－患者との面談を通して－日本看護学会論文集：成人看護Ⅱ 39号.346-348, 2008.
- 3) Christelle Clement-Duchene, Charlotte Carnin, et al. How accurate are physicians in the prediction of patient survival in advanced lung cancer? The Oncologist, vol.15(7),782-789,2010.
- 4) J.Llobera, M.Esteva, et al. Terminal cancer: duration and prediction of survival time. European Journal of Cancer vol.36,2036-2043,2000.
- 5) 森田達也, 角田純一, 井上聡ら 終末期癌患者の予後予測因子 癌と化学療法 25(8):1203-1211,1998.
- 6) Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, et al.: Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. J Pain Symptom Manage 29:91-9,2005.
- 7) 滝沢昭利, 三浦猛, 川上哲, 他：がん専門病院における高齢者の告知に対する意識調査. 臨床泌尿器科 2004;58(2):137-141.
- 8) 宮森正. クライシス・マネジメント 緩和ケア領域の事例から. JIM 2011;(9):730-735.