

Factors Influencing Potentially Futile Treatments at the End of Life in a Multiethnic Asian Cardiology Setting: A Qualitative Study

人生の終末期に提供される医療が無益な治療となり得る要因について、
多民族からなるアジアにおける心臓病治療において：質的研究

Janes J Lo, Sungwon Yoon, Shirlyn Hui Shan Neo, David Kheng Leng Sim, Nicholas Graves

American Journal of Hospice & Palliative Medicine 2021 Dec.8; 0(0)1-9

DOI: 10.1177/10499091211053624

journals.sagepub.com/home/ajh

抄訳：ジェックス参与 木下佳代子
ジェックス会長 木野 昌也

はじめに

慢性心不全をはじめとする循環器系疾患は死亡原因の上位をしめている。これらの疾患の管理は向上してきたが、一方で病態がより進行した終末期に近い患者と向き合う機会が多くなっている。そのような患者の QOL を向上させ、納得できる QOL を確保した上で延命を図るという観点からすると、終末期における集中治療は患者にとって有益ではない可能性があり、しばしば無益または無意味な治療と定義されている。しかしながら、なぜこのような無益な治療が実施されるのかについては情報が少ない。

ICU で実施された過去の研究をみると、さまざまな国で無益な治療が行われている実態が明らかになっている。カナダの研究においては、ICU に勤務する医師の約 87% が過去に行った治療は無意味であったと認めており、米国の研究においても無意味な治療は多く、救命救急の診療では無益な治療に要した費用は 3 か月間で 260 万米国ドルと推定されている。医師は自らが提供する治療が有益なものではなく、それが患者の穏やかで安らかな死を妨げ、家族や医療者に苦痛を与え、乏しい資源を浪費していると分かっているにも関わらず、様々な理由から実施し

ている実態がある。その反面、有益ではない治療が患者や家族の苦痛を和らげるという逆の理由から実施されている状況があることも理解する必要がある。

循環器病学の観点から実施された幾つかの研究によれば、心臓病患者とがん患者の終末期医療を比べると、病気の予後や緩和ケアサービスの利用度に差異があると報告されている。心不全の患者は肺がん患者と比較すると病態や予後について十分に説明を受けていないとする報告もある。また英国とフランスの研究によれば、終末期医療を総合的に計画し、患者に提供されるケアの質を向上させるための勧告が公開されているにもかかわらず、心臓病の専門家達は患者の終末期においても治癒をめざした積極的な治療を行う傾向があると報告されている。しかしながら今日、西欧と異なる医療環境において、心臓病患者における無益な治療について臨床医がどのように認識しているのかについて検証する研究は限られたものしかない。

無益な治療が行われる要因については極めて議論が多く、意見が一致する可能性は少ないが、患者の終末期医療の質を向上させる上で極めて重要である。この研究の目的は多文化が混在するアジアにおける医療環境のもとで、終末期の無益な治療に影響を与える要因について医療従事者の認識を探ることである。

方 法

研究対象の臨床医はシンガポールにある大きい国立病院の心臓病センターから募集した。総数 56 名に依頼したが 24 名は時間的な理由や関心がない理由で断られた。対象医は 19 名の心臓病内科医、10 名の心臓病外科医、そして 3 名の心臓病患者に関わっている緩和ケア医であつた。内 17 名はコンサルタント医、7 名のシニアコンサルタント、6 名のアソシエイトコンサルタント、2 名のレジスターであった。方法は半構造化面接法によりインタビューした。

結 果

シンガポール国立病院心臓センターの 32 名の臨床医をインタビューし結果を得た。この研究で心臓病患者に無益な治療を提供するという意思決定に影響を及ぼす 3 つの要因が明確になった。それらは患者と家族に関連する要因、臨床医と専門性に関連する要因、そして組織や社会的関連要因であった。

患者や家族関連の要因

家族による終末期の意思決定の共通した性質

大きなテーマの一つとして浮かび上がったのは、家族が終末期の意思決定に重要な役割を担っており、その結果、無益な治療の提供に影響を与えたということが認識されたことである。このインタビューのほぼ全ての医師が心臓病治療において無益な治療を実施する最も大きな要因は家族にあると認めていた。参加者の多くはアジアの文化と西欧の文化との違いを述べており、終末期の意思決定では、西欧では患者の自律性と自己決定を重視するのに比べて、アジアでは家族を含む共同体としての考え方が重視されている。このような文化的な壁が患者や家族との終末期についての話し合いを困難にしていると感じていた。しかし若い介護者の場合はこの壁はそれほど顕著でないと述べていた。

感情的、情緒面の反応

家族関連要因のもう一つの事実は、罪の意識や患者が終末期に向かう状態を否定する感情的な反応である。この家族からのプレッシャーが予測していた治療目標において医療チームと家族の間に葛藤が生じ、他の治療の選択肢も実施出来なくなると述べていた。

無益な治療についての理解不足

終末期における無益な治療についての理解不足により、終末期医療における意思決定で、医師と家族間で十分な意思疎通がとれていないように思える。ある家族は終末期の無益な治療を理解し受けとめる事ができない。これは家族の教育レベルによると述べている参加者がいる一方、そうではないと述べる参加者もいた。

多文化間の相違

3つの主な民族である中国系、マレー系、インド系において、家族が患者の終末期の状況や意思決定にどのようにアプローチするかに違いがあると報告している。イスラムのマレー系の家族は治療の決定に対して受容的で保守的であるのに対して、中国やインド系の家族は終末期の治療に対してより侵襲的な治療を求める傾向があるとしている。民族的な違いはないという少数意見もあった。

終末期における予後の認識

終末期においては、2つの基本的な予後があると医師達は述べている。1つは急性期の疾患、あるいは突然の出来事や患者の病態の急激な悪化で引き起こされるものと、もう一つは比較的長期間にわたる慢性的で予後が予測可能なものである。これらの病態から予測される予後との違いが、無益な治療が実施される上での要因となっており、急性期や突然の病態の悪化が無益な治療を受けやすくしている。

臨床医に関連した要因

治療義務の認識

臨床医としての治療義務に対する認識は医師により異なるが、何が無益な治療

で何が無益な治療でないのかの判断に影響を与えている可能性があるという意見があった。この違いは意思決定において医師間に葛藤を生む可能性があるともみられる。これは臨床医としての経験や個人的な価値観の違いから生じるものであり、それが無益な治療か否かの線引きをする判断の基準となっているとする意見もあった。

専門性に関連した考察

心臓外科医と循環器内科医の間で対照的な意見がある事を踏まえると、実地診療に於ける根本的な違いが無益な治療の実施に影響しているのではと一般に考えられている。例えば、ほとんどの循環器内科医は無益な治療を実施しているかという点において、同僚と同様だろうと思っている。対照的に、心臓外科医は患者が危篤状態になった時、無益な治療についての種々の治療手段を理解しており、外科医は無益な治療であってもより積極的に実施する傾向があると述べている。

専門性に関連した考察が必要な根拠は、心臓外科医は循環器内科医と比較すると病態の進行に沿った治療を実践することは少ないといった、各々の専門性の基本的な職務の違いにあるのではないだろうか。緩和ケア医の中には、無益な治療が実施されるのは、内科と外科という専門性の違いによる実践と行動によるものではないかとする一致した意見がある。

患者との信頼関係

無益な治療に影響する他の要因は患者との信頼関係である。信頼関係は双刃の刃の様なもので、患者との信頼関係が良ければ悪い知らせを告げ、あるいは終末期についての話し合いを円滑に進めることが出来るが、一方で強い信頼関係が醸成されていれば、医師が患者の治療を「諦める」ことを受け入れることができず、

その結果、臨床上の有益性がほとんど無い治療が継続されることになる。現状を受け入れることができない嫌悪感と不快感は内科医よりも外科医の方により顕著である。

組織と社会的要因

資源に関する考察

病院の施設の観点から、医師達は ICU ベッドの利用可能性がいかに無益な治療の提供に影響を及ぼすかについて興味深い事実を報告していた。数名の医師達は利用できる施設があれば無益な治療がより多くなる可能性があるとは指摘している。それに反して、他の医師達はそもそも限られた資源であり、終末期の医療サービスの使い過ぎを少なくしていると言っている。限られた資源の考え方は公立病院制度において多く説明されており、医師達は限られた資源をより有効に活用するためのプレッシャーの下で働いている。

医療に関連する法律との関係

医療に関連する法律との関係について質問したところ、殆どどの医師達は終末期の無益な治療の提供は法律によるプレッシャーからの要因ではないと報告している。しかしながら、数名の医師達は終末期の決定の問題には法的プレッシャーがあると感じていた。全体的に医療に関連する法律の問題は医学的に無益な治療を行う理由としては小さなものであると感じた。

治療方針とガイドライン

多くの医師達は終末期の意思決定に関連した治療方針又はガイドラインが自分達の組織に存在するのか否かを知らなかった。治療方針やガイドラインを策定す

る可能性について議論すると、治療の有益性が不確かで、ケースバイケースであるという性質上、方針やガイドラインを作ることは困難ではないかという意見があった。しかし、終末期の意思決定における無駄を省き、無益な治療を少なくする可能性があるため、この研究に参加した医師達は組織内におけるガイドラインを策定することを望んでいた。

考 察

この研究は多様な文化からなるアジアの心臓病診療において、医学的に無益な医療の実施に影響を与えている一連の要因を明確にした。それは患者と家族レベルの要因、医師レベルの要因、そして組織レベルと広範囲にわたるものであった。

医師達は患者の家族が無益な治療の提供に影響を与える最も重要な要因の一つであると認識している。この結果は他の多くの専門職や状況に関する研究の結果と一致している。例えば、オーストラリアから発表された研究によれば、11の異なった専門分野の医師達の41%が、無益な治療に影響している主な理由は患者や家族の要求であると報告している。カナダのICUの医師達の他の研究では、医学的に無益な治療の提供を決定するのは家族又は意思決定の代理人の強要によると報告している。我々の研究においても家族の終末期の受けとめ方は民族のグループに於いて文化的相違があり、多様な文化の本質にターゲットを絞ったアプローチの必要性を明確にする事ができた。終末期の意思決定について一般市民の関心を高めて教育する事や、医療チームと家族の早期からの関わりを促進することが、家族からの無益な治療の要求を減らす鍵になると医師達は強調している。この事は心不全の患者と家族が、より早い時期から終末期ケアを提供する医療チームとコミュニケーションをとることで恩恵を受ける事ができるという過去の研究結果と一致している。今後は多民族からなるアジアの中で様々な民族的、宗教的グループによる多種多様なケアの選択肢や信仰を考慮しながら、いかにして病態予後

の早期に家族と関わって行くかを研究することが必要である。

今回の研究で、心臓病の診療においては臨床医の専門性の違いと治療義務が無益な治療に影響することが明らかになった。フランスにおける以前の研究で、積極的に治療を行う循環器病学の性質上、循環器の臨床医は患者の治療において治癒を目指す考え方が顕著であることが報告されている。今回我々の研究でさらに明らかになったことは、心臓外科医は終末期における治療で他の外科医より様々なレベルでより積極的であるのに対して、循環器内科医は一般的に同僚と同様であると考えている事である。循環器内科医と心臓外科医の両者とも、人生における終末期の議論をする前に臨床能力とコミュニケーション能力の研修が必要であると指摘している。事実、臨床医に対してコミュニケーション能力を標準化し研修を行うことで、終末期ケアにおける会話能力が向上することが観察されている。心臓病診療において、医学的に無益な治療を臨床的に定義しコンセンサスを得る作業を進めることで、ガイドラインに沿ったケアを可能にし、無益な治療を少なくする事ができるだろう。

我々の研究で、終末期治療における意思決定の背後にある医療に関連する法律问题といった制度レベルの要因も明らかになったが、家族の要求といった要因と比較すると影響は少ない。これは臨床医の医療に関連した法律に関心が高く、積極的な治療方針がより顕著な西欧で実施された研究と比較すると違いが明らかである。これは文化的内容の多様性と同じく、健康保険制度や医療法の違いかもしれない。

この研究ではいくつかの限界がある。我々は心臓病を専門とする一つの公的病院の医師を対象として選んだ。そのためこの結果は異なったグループや私立の施設では一般化されないかもしれない。これらの要因がどれだけ重要なのか数値化することが出来ないし、インタビューした医師達を直接比較する事が出来ない。さらに我々は心臓病内科医、外科医、緩和ケア医以外の医療ソーシャルワーカー

やナースのような終末期の意思決定過程に関わっている専門の医療者にインタビューをしていない。しかしこれらの限界があっても、この研究は西欧でない背景においての最初の質的研究である。循環器診療における外科と内科という異なる専門職の考え方を比較し、さらに緩和ケア医の意見を合わせて考察することで、無益な治療を実施している要因についてより完全に理解することができた。