

遺族によるホスピス・緩和ケアの 質の評価に関する研究 2

J-HOPE 2

The Japan Hospice and Palliative Care Evaluation Study

編集

(公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会

宮下 光令 (東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野)

恒藤 暁 (大阪大学大学院 医学系研究科 緩和医療学寄附講座)

志真 泰夫 (筑波メディカルセンター病院 緩和医療科)



発行 **JHPF**(公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
Japan Hospice Palliative Care Foundation

発刊にあたって

柏木 哲夫

((公財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 理事長)
金城学院 学院長

公益財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団はさまざまな事業を展開しているが、財団の名称が示すように、ホスピス・緩和ケアに関する研究事業は財団の最も重視している分野である。この研究事業の目的は日本のホスピス・緩和ケアの質を向上させることである。2011年4月に公益財団法人として認められたことをひとつの契機として、人々のためになる研究活動を推進したいと願っている。

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団は財団の研究事業として、2006年度から3年をかけて「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」(研究事業責任者 志真泰夫)を実施した。2010年には、「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 第2次調査」が実施された。

本研究事業は、①遺族からみたホスピス・緩和ケア病棟におけるケアプロセスの評価を明らかにする、②遺族からみた患者の終末期における quality of life 明らかにする、③付帯研究を実施し、現在の日本の緩和ケアが抱えている臨床的な問題の解決を目指す、④遺族調査に協力した参加施設に調査研究の結果を全国平均値とともに送付し、各施設の改善点を得るための基礎データを提供する、以上の4つの目的として実施された。本研究では緩和ケア病棟103施設5,820名、緩和ケアチーム・一般病院24施設1,279名、診療所など15施設698名にご参加いただいた。前回のJ-HOPE研究と並んで世界的にも非常に大規模な調査・研究となった。ご協力いただいた遺族の方々に感謝したい。

このような大規模な調査研究がなされるためには、研究者の情熱とデータ分析能力が要求される。この意味で、この研究事業責任者として、宮下光令、志真泰夫、恒藤暁の3先生には、適切な人選と全体的なまとめ役という点で、ずいぶんお世話になった。この場を借りて心から感謝申し上げます。さらに、執筆者の方々はそれぞれの多忙な仕事の中から、分析と執筆のために時間を献げてくださったことに感謝したい。

私たちは今回得られたデータを分析し、これらの遺族の声を広く医療界に伝える使命があると思う。本来なら調査にご協力いただいた方々に報告書をお送りするべきところであるが、予算の関係上それは不可能なので、このたび2012年度の日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団として本調査研究の結果全体を付帯研究の結果も含めて報告書としてまとめることになった。本報告書は関連機関に送付されるとともに、日本ホスピス緩和ケア研究振興財団のホームページに掲載される予定である。この調査研究がこれからの日本のホスピス、緩和ケアの充実のために多くの人に利用、活用されることを祈念している。

目次

発刊にあたって	柏木 哲夫	iii
I. 研究の概要	宮下 光令	2
II. 主研究		
1. ケアのプロセスの評価	清水 恵	12
2. 望ましい死の達成度	清水 恵	17
3. 緩和ケアの構造・プロセス・アウトカム評価の過去の 調査との比較	清水 恵	23
III. 付帯研究		
1. 悲嘆を経験する遺族の睡眠障害の実態調査	谷向 仁	32
2. 医療用麻薬の説明に対する遺族の見解	岡本 禎晃	37
3. 苦痛緩和のための鎮静（セデーション）に関する家族への 説明・ケアについての検討	池永 昌之	43
4. 医療用麻薬の使用に対する遺族の体験に基づいた認識と意向	新城 拓也	50

5. 遺族に対する周囲の望ましい言葉かけと働きかけ (態度・行動).....	石田 真弓	59
6. 遺族からみたホスピス・緩和ケアにおける望ましい ソーシャルワーク.....	赤澤 輝和	64
7. ご遺体のケアを看護師が家族と一緒にを行うことについての 家族の体験・評価.....	山脇 道晴	69
8. ホスピス・緩和ケア病棟の患者-家族で交わされる思い・言葉 について-患者-家族が伝え合う「ありがとう」を支えるために.....	中里 和弘	75
9. 終末期がん患者の家族が認識する望ましい看護.....	安藤 悦子	82
10. 緩和ケア病棟における医療者-家族間の説明/話し合いの現状 について-遺族の視点から.....	清水 恵	88
11. 在宅療養移行の時期とコミュニケーションの適切性に 関する研究.....	山岸 暁美	98
IV. 資料 (研究者一覧)		106

第 I 章 研究の概要

研究の概要

宮下 光令*

背景

ホスピス・緩和ケアにおいて、ケアの質やアウトカムを評価することは、診療の質を維持し、患者や家族の quality of life (QOL) の向上に重要である。

ケアの評価はそれを実際に受けた患者によってなされるものが最も信頼できると考えられるが、不良な全身状態、意識障害、認知障害などのために、患者からの直接評価を得ることは方法論的に困難な場合が多い。そこで、家族や遺族からの報告によって、ホスピス・緩和ケアの質を評価する試みが欧米を中心に行われ、信頼性・妥当性のある評価尺度に基づいた調査が行われている¹⁻⁶⁾。

一方、わが国においては、1999年、全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会により、850名の遺族を対象として、ホスピス・緩和ケアを受けた遺族の満足度を評価するはじめての試みが行われ、満足度に関する尺度が作成された⁷⁾。しかしながら、この尺度では平均得点が100点満点中82点と非常に高く、天井効果が認められた。そこで、より適切な評価尺度を開発するために、2002年厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合事業の研究として、「緩和医療提供体制の拡充に関する研究班」により、ホスピス・緩和ケア病棟を利用した遺族に対する調査が実施され

た⁸⁻¹⁰⁾。全国のホスピス・緩和ケア病棟70施設の遺族、1,225名を対象とした3回にわたる調査により、高い構造的妥当性、併存的妥当性、内容的妥当性、内的一貫性、再現性を備えた3次構造で13因子28項目からなる「ケアに対する評価尺度」(Care Evaluation Scale ; CES) が作成された。尺度に含まれたおもな下位尺度は、「説明・意思決定」「身体的ケア」「精神的ケア」「設備・環境」「費用」「利用しやすさ」「連携・継続」「介護負担軽減」であった⁸⁾。また、尺度の得点の低かった遺族に対するインタビュー調査を実施し、ケアの不満足要因について、「ケアの質」「ホスピス・緩和ケアに対する家族の認識」「ケアの質の格差」「ホスピス・緩和ケア病棟の資源」「経済的問題」「ホスピス・緩和ケアの理念」「利便性」の7つのテーマが抽出された¹¹⁾。

CESはケアの構造やプロセスの評価に焦点を当てたものであったが、2000年代から緩和ケアの緩和ケアのアウトカムとして望ましい死 (good death) とは何かという研究が世界各国で行われるようになり、わが国でも望ましい死が実現されているかという視点で患者の終末期のQOLを評価する尺度である Good Death Inventory (GDI) が開発された¹²⁾。また、同時に遺族のQOLや介護経験などの遺族のアウトカムが注目されるようになり、遺族の介護経験を測定する尺度である

*東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野

Caregiving Consequence Inventory (CCI) などが開発された¹³⁾。2007～2008年にはCES, GDI, CCIなどを用いて多面的に日本のがん患者の終末期ケアの質を評価するための遺族調査であるJ-HOPE研究がホスピス・緩和ケア病棟、在宅ホスピス、がん診療連携拠点病院を対象に実施された。またJ-HOPE研究では15の付帯研究が実施され、わが国の緩和ケアが抱える臨床的・学術的な課題の検討が行われた¹⁴⁾。

本研究は、J-HOPE研究が行われて3年後に実施される全国的な遺族調査である。日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団および協力団体である日本ホスピス緩和ケア協会では定期的に遺族調査を行い、その結果を臨床にフィードバックすることで質改善の資料を提供する試みをしている。本研究では結果を臨床にフィードバックするだけでなく、2007年の調査からの変化や新しく企画された付帯研究により、わが国の緩和ケアの臨床的・学術的な問題の解決を図ることも目的とする。

目 的

本研究は、主研究ならびに付帯研究により構成される。

1) 主研究の目的

①遺族から見たケアの構造・プロセス・アウトカムの評価を明らかにする。

②参加施設に結果をフィードバックすることにより施設の質保証・質改善の資料を提供する。

2) 付帯研究の目的

a. 悲嘆を経験する遺族の睡眠障害の実態調査

ホスピス・緩和ケア病棟にて家族と死別した遺族における不眠の実態について調査し、さらにその不眠と抑うつ状態の関連を明らかにする。

b. 医療用麻薬の説明に対する遺族の見解

家族に対する医療用麻薬の説明の現状と、患者が通院中および入院中に家族が医療用麻薬に関して体験していることを明らかにする。家族からどのような説明が求められているのか、また、その

説明についての改善の必要性の有無と家族の安心感と関連する要因を明らかにする。

c. 終末期がん患者の鎮静（セデーション）に関する家族の説明・ケアについての検討

遺族の鎮静に関する説明やケアに関する実際と希望について調査する。また、鎮静に関する説明やケアに対しての満足度、精神的負担感、意思決定に関する負担感を明らかにする。

d. 医療用麻薬の使用に対する遺族の体験に基づいた認識と意向

家族としての医療用麻薬についての体験、医療者から受けた説明を明らかにする。家族の医療用麻薬についての認識や意向を明らかにする。これらの関連を探索する。

e. 遺族に対する周囲の望ましい言葉かけと働きかけ（態度・行動）

遺族にとって助けになった（助けにならなかった）、周囲（家族・親戚・友人など）からの言葉かけと働きかけの現状を明らかにする。

f. 遺族から見たホスピス・緩和ケアにおける望ましいソーシャルワーク

緩和ケア病棟を利用した遺族の報告に基づき、ソーシャルワーカーへの相談の有無と時期、および相談援助に対する評価を明らかにする。

g. ご遺体のケアを看護師が家族と一緒にを行うことについての家族の体験・評価

緩和ケア病棟の遺族のご遺体へのケアと一緒に行った家族の体験と評価を明らかにする。ご遺体へのケアと一緒に行わなかった理由と評価、病院で行うご遺体へのケアについての必要性の認識を明らかにする。

h. ホスピス・緩和ケア病棟の患者-家族間で交わされる思い・言葉について

緩和ケア病棟で患者と家族がどのような思いを言葉として伝えたのか、患者へ思いを伝える行為とそ遺族の現在の後悔の関連、家族から患者へ思いを伝える行為に影響する心理要因、患者-家族間の思いを伝える行為に対する医療者の対応の有無と必要性を明らかにする。

i. 終末期がん患者が認識する望ましい看護
遺族が終末期においてどのような看護を重要と認識していたのかを明らかにし、望ましい看護のあり方を検討する。

j. 緩和ケア病棟における医療者-家族間の説明/話し合いの現状について

緩和ケア病棟入院時から死別後までの医療者から家族への説明/話し合いの実態について、その内容、スタイル、医療者の態度の3側面から具体的に明らかにする。

k. 在宅療養移行の時期とコミュニケーションの適切性に関する研究

在宅療養に移行した時期の適切さの遺族の評価、およびそれらの決定因子を明らかにする。在宅療養の移行に関するコミュニケーションの適切さ、およびそれらを決定する要因を明らかにする。

方 法

1) 対象施設

a. 一般病院

2010年1月1日現在における日本ホスピス緩和ケア協会会員である一般病院（正会員89施設）のうち、本研究の参加に同意した24施設。

b. ホスピス・緩和ケア病棟

2010年1月1日現在における日本ホスピス緩和ケア協会会員である緩和ケア病棟（正会員195施設）のうち、本研究の参加に同意した103施設。

c. 在宅ケア施設

2010年1月1日現在における日本ホスピス緩和ケア協会会員である在宅でのホスピス・緩和ケアを提供する診療所（正会員37施設）のうち、本研究の参加に同意した15施設。

2) 調査対象

各施設にて2008年1月1日から2009年12月31日までに死亡したがん患者の遺族から選択基準を満たす1施設100名以内を連続に後向きに同定し対象とした。

3) 調査期間

2010年10月～2011年4月。

4) 調査方法

主たる調査方法は、自記式質問紙による郵送調査である。研究参加施設では、対象者リスト、施設背景票を作成し、事務局の支援のもとに各施設から調査票を遺族に送付した。調査の1カ月後に督促に同意した施設のみ未回答者に対して再調査を行った。付帯研究については、ホスピス・緩和ケア病棟は10種類の調査票のうち1種類を無作為に1遺族に送付した。在宅施設は在宅施設用調査票を用いた。調査票の返送先は調査事務局であった。調査終了後、各施設に施設の得点と全国値、および個人を同定できる情報を削除した自由記載の回答をフィードバックした。

5) 質問紙調査の内容

a. ケアプロセスに対する評価（Care Evaluation）
ケアに対する評価尺度（Care Evaluation Scale）の短縮版を用いた。

b. 患者のアウトカム評価（望ましい死の達成と全般満足度）
患者のアウトカムとして「望ましい死の達成」を評価するGood Death Inventoryを用いた。また、単項目7段階による全般満足度の評価を行った。

c. 付帯研究の質問項目

本報告書の各付帯研究の節を参照。

6) 倫理的配慮

本研究は質問紙によるアンケート調査であるので、明らかな遺族への不利益は生じないと考えられた。しかし、受けたケアを評価することに対する精神的葛藤や、つらい体験に関する心理的苦痛を生じることが予測されるので、事前にそれが予想される遺族は対象から除外し、調査は、各施設から独立した団体が行っていること、回答内容は施設に個人が特定できるかたちで知らされないこと、および調査に回答するかどうかは自由である

表1 回収状況

	全体		緩和ケア病棟 103 施設		一般病院 24 施設		診療所 15 施設	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
対象者	14,369		10,642		2,607		1,120	
除外者	892		636		188		68	
適格者	13,477		10,006		2,419		1,052	
宛先不明による返送数	457		322		111		24	
有効送付数	13,020	100%	9,684	100%	2,308	100%	1,028	100%
回収数	8,480		6,351		1,406		723	
回収率 (%)								
回収数/送付数		65%		66%		61%		70%
回答応諾数	7,797		5,820		1,279		698	
回答応諾率 (%)								
回答応諾数/送付数		60%		60%		55%		68%
回答拒否数	683		531		127		25	

ことなどを明記した趣意書を同封し、対象者に対する説明を行い、返送をもって研究参加への同意を得たとみなした。本研究は、東北大学大学院医学系研究科および研究参加施設の倫理委員会の承認のもと実施した。ただし、倫理委員会がない施設に関しては、各施設長の承認をもって実施した。

結果の概要

1) 対象者数と回収率

全体では 13,020 人に送付され、7,794 人から回答を得た (60%)。緩和ケア病棟では 9,684 人に送付され、5,820 人から回答を得た (60%)。一般病院では 2,308 人に送付され、1,279 人から回答を得た (55%)。在宅ケア施設では 1,028 人に送付され 698 人から回答を得た (68%)。回収状況を表 1 に示す。

2) 対象者背景

対象者の背景について、患者背景を表 2、遺族背景を表 3 に示す。

3) 主研究の結果の概要

・ 全般満足度は一般病院では 84%、緩和ケア病棟では 94%、診療所では 97% と全体的に高い満足度を示し、緩和ケア病棟、診療所は特に

高かった。

・ ケアのプロセスの評価では緩和ケア病棟、診療所では多くの項目で「改善の必要性が全くない」「ほとんどない」が 70% 台後半の高い値であった。

・ ケアのアウトカムでは「医師や看護師を信頼できること」「人として大切にされること」といったドメインでは一般病院、緩和ケア病棟、診療所ともに「そう思う」という回答が 80～90% 前後と高かった。緩和ケア病棟では「からだやこころのつらさが和らげられていること」というドメインなどにおいても高い評価が得られた。

・ 一般病院のケアのプロセスの評価は緩和ケア病棟や診療所と比較してやや低かった。

・ 緩和ケア病棟では入院のスムーズさに改善の余地があった。

・ 診療所では設備面や家族への配慮などで改善の余地があった。

・ 2007 年に行われた J-HOPE 研究との比較した結果はほぼ同様であった。

4) 付帯研究の結果の概要

a. 悲嘆を経験する遺族の睡眠障害の実態調査

・ 遺族の 56～67% に不眠がみられ、そのうち

表2 患者背景

	全体		緩和ケア病棟		一般病院		診療所	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
患者性別								
男	4,464	57%	3,211	55%	831	65%	422	61%
女	3,315	43%	2,599	45%	442	35%	274	39%
患者年齢 (平均±標準偏差)	(72.2 ± 12.0)		(72.3 ± 12.0)		(71.2 ± 11.9)		(72.3 ± 12.0)	
20～49歳	334	4%	237	4%	63	5%	34	5%
50～59歳	749	10%	563	10%	122	10%	64	9%
60～69歳	1,823	23%	1,325	23%	337	26%	161	23%
70～79歳	2,547	33%	1,909	33%	414	33%	224	32%
80歳以上	2,324	30%	1,774	31%	337	26%	213	31%
原発部位								
肺	1,792	23%	1,375	24%	263	21%	154	22%
胃・食道	1,308	17%	946	16%	239	19%	123	18%
大腸	899	12%	665	11%	143	11%	91	13%
肝・胆・膵	1,527	20%	1,100	19%	276	22%	151	22%
乳腺	323	4%	257	4%	46	4%	20	3%
卵巣・子宮	374	5%	301	5%	51	4%	22	3%
その他	1,548	20%	1,160	20%	255	20%	133	19%
入院期間 (平均±標準偏差)	(43.9 ± 64.3)		(42.1 ± 58.0)		(37.6 ± 42.6)		(72.1 ± 120.0)	

57%が不眠による日常生活への支障を感じていた。

- ・ 不眠が死別と感じている遺族は22%であった。
- ・ 死別前後で回顧的な調査を行ったところ、死別前後数週間で不眠の頻度は急速に増加し、死別後6カ月以降から減少していく傾向がみられた。
- ・ 抑うつがある遺族では死別後6カ月まで不眠は増加傾向にあった。

b. 医療用麻薬の説明に対する遺族の見解

- ・ どのような説明が遺族からみて安心できる説明であるかを尋ねた結果では、「家族が質問しやすい雰囲気であった」が81%と最も多かった。この項目は、説明を受けたことの安心感とも最も関連した。
- ・ 遺族からみた説明の改善については、「初めて使用する時には、患者だけでなく家族にも医療用麻薬を利用することを説明してほしい」と9割が回答した。この項目は全体的な説明の改善の必要性とも関連した。

c. 終末期がん患者の鎮静（セデーション）に関する

家族の説明・ケアについての検討

- ・ 鎮静を行うと患者との会話が難しくなることを説明する場合や、鎮静についてあらかじめ説明する場合には、説明に対する不満足感が高かった。
- ・ 患者がしっかりしていたらどのように考えるかを家族に聞く場合や、鎮静開始時に心残りはないかを聞く場合には、家族の精神的つらさが強くなる可能性があり、他の家族とも相談できる機会を積極的につくっていくことは精神的つらさを軽減する可能性があることが示唆された。

d. 医療用麻薬の使用に対する遺族の体験に基づいた認識と意向

- ・ 医療用麻薬の使用の意向には、薬に対する価値観、医療用麻薬の使用で患者の生活の質が向上したこと、医療者の説明のうち「痛みの原因が良くなったり、何が不都合なことがあったらやめることができる」「慣れが生じたり、あと

表3 遺族背景

	全体		緩和ケア病棟		一般病院		診療所	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
性別								
男	2,393	32%	1,843	33%	394	32%	156	23%
女	5,182	68%	3,809	67%	840	68%	533	77%
年齢（平均±標準偏差）	(61.2 ± 12.3)		(61.1 ± 12.3)		(61.2 ± 12.5)		(61.9 ± 11.7)	
20～49歳	1,330	18%	997	18%	231	19%	102	15%
50～59歳	1,872	25%	1,422	25%	283	23%	167	24%
60～69歳	2,335	31%	1,732	31%	381	31%	222	32%
70～79歳	1,580	21%	1,137	20%	271	22%	172	25%
80歳以上	459	6%	362	6%	70	6%	27	4%
患者入院中のあなたの健康状態								
よかった	1,993	26%	1,478	26%	308	25%	207	30%
まあまあだった	4,059	54%	3,038	54%	634	51%	387	56%
よくなかった	1,248	17%	919	16%	250	20%	79	12%
非常によくなかった	243	3%	188	3%	41	3%	14	2%
患者との続柄								
配偶者	3,715	49%	2,628	46%	681	55%	406	59%
患者の子供	2,634	35%	2,041	36%	391	31%	202	29%
婿・嫁	471	6%	341	6%	75	6%	55	8%
患者の親	179	2%	138	2%	32	3%	9	1%
兄弟姉妹	399	5%	341	6%	42	3%	16	2%
その他	211	3%	185	3%	22	2%	4	1%
付き添い頻度								
毎日	5,352	70%	3,849	68%	865	70%	638	92%
4～6日	1,026	14%	846	15%	148	12%	32	5%
1～3日	875	12%	710	13%	147	12%	18	3%
付き添っていないかった	343	5%	256	5%	80	6%	7	1%
介護交代できる人の有無								
いた	5,486	72%	4,124	73%	862	70%	500	73%
いなかった	2,084	28%	1,523	27%	372	30%	189	27%
医療費								
10万円未満	1,682	23%	1,214	22%	258	22%	210	33%
10～20万円	2,132	29%	1,565	29%	375	32%	192	30%
20～40万円	2,001	28%	1,525	28%	336	28%	140	22%
40～60万円	883	12%	683	13%	135	11%	65	10%
60万円以上	551	8%	433	8%	83	7%	35	5%

で効かなくなったりするようなことはない」という体験、痛みどめの医療用麻薬は生活の質を向上する、中毒や習慣性が起こる、慣れが生

じて効かなくなってくる、副作用と関連があるという認識、そして望ましい最期にとって重要と思うことのうち、「からだに苦痛がないこと」

「医師と話し合って治療を決めること」「自然に近いかたちでさいごを迎えること」が関連していた。

e. 遺族に対する周囲の望ましい言葉かけと働きかけ（態度・行動）

- ・遺族から最も評価された関わりは、「状況をよく知る人から看病に対する労いの言葉をかけられた」であった。
- ・遺族からもっとも評価されなかった関わりは、「なぜ早く気がつかなかったのか尋ねられた」であったが、約60%の遺族がこうした関わりを受けていることが明らかになった。

f. 遺族から見たホスピス・緩和ケアにおける望ましいソーシャルワーク

- ・63%の遺族がソーシャルワーカーに相談したことがあり、そのうち63%は入院相談の時期であった。
- ・相談したことがある遺族の評価は全般的には高く、個別援助の評価が特に高かった項目は入院相談に関することであった。また、看取り前後の援助については相談していないと回答した割合が高かった。

g. ご遺体のケアを看護師が家族と一緒にを行うことについての家族の体験・評価

- ・家族が看護師と一緒にご遺体へのケアを行うことは「良い思い出」として体験されており、満足が高く、後悔は少なかった。
- ・家族の満足に影響するご遺体へのケアは故人の容姿の穏やかさと尊厳が保たれること、および家族の意向が聞き入れられることであった。

h. ホスピス・緩和ケア病棟の患者-家族間で交わされる思い・言葉について

- ・具体的に言葉で伝える割合が最も高かった思いは患者・家族ともに「感謝」の気持ちであったが、全体としては思いを具体的に言語化した割合は3割程度であった。
- ・多くの遺族が言葉にしなくても気持ちは伝え合っていたと回答した。
- ・遺族の後悔が最も少なかったのは、「言葉にすることで患者に気持ちは伝わった」と思う遺

族であった。

- ・思いを伝える行為に影響する心理的要因として、「伝えることへの不安や抵抗」「タイミングを逃した」「言葉にしなくても思いは通じる」が明らかになった。
- ・遺族の14～20%が思いを伝える行為に対する医療者の対応がニーズと一致しなかったと回答した。

i. 終末期がん患者が認識する望ましい看護

- ・遺族が重要と認識する人数が最も多かったものは「いつも患者様が清潔を保つよう援助する」であり、次いで「ご家族の質問に誠実に答える」「からだの苦痛をやわらげるために努める」「ケアや処置を行う際には、患者様になるべく苦痛がないようにする」「ご家族に、その時々患者様の状態や治療について説明する」であった。
- ・重要と認識する人数が最も少なかったものは、「宗教的なことについての配慮がある」であり、次いで「ご家族が涙を流したり、感情をあらわす時にそばに寄り添っている」「患者様がお亡くなりになったことがもたらすご家族への影響（悲しみや役割の変化など）について説明する」「ご家族の家庭内での役割や仕事を気づかう」「ご家族が抱える経済的な問題について相談にのる」であった。

j. 緩和ケア病棟における医療者-家族間の説明/話し合いの現状について

- ・医療者から家族への説明/話し合いの内容に関して「治療やケアの計画」「家族のケアへの参加」「家族自身に対するケア」「死別後のケア」の5ドメイン、医療者から家族への説明/話し合いのスタイルに関して「説明/話し合い時の環境設定」「説明/話し合いのタイミング」「双方向的な話し合い」「医療者の前向きな姿勢」の4ドメイン、緩和ケア病棟での医療者の態度に関して「説明/話し合いの仕方」「家族への態度」「説明/話し合いへの集中」の3ドメインが抽出され、それぞれについての現状が明らかになった。
- ・緩和ケア病棟におけるコミュニケーションに

対する遺族による全般的な評価は高かったが、死別後のケアを含む家族自身に対するケアや説明/話し合いのタイミング、医療者の前向きな姿勢に関して改善の必要性が明らかになった。

k. 在宅療養移行の時期とコミュニケーションの適切性に関する研究

・ 往診を担当する医師に最初に受診した時期について、40%が「もっと早く・もう少し早く相談すればよかった」と回答した。

・ 在宅療養の移行に関するコミュニケーションについて、60%が「改善の必要性がかなりある、非常にある」と回答した。

・ 往診を担当する医師に最初に受診した時期の評価に関連したものは「医療相談・連携室が関わっていた」「今までかかっていた病院の医師にみてほしかった」であった。

・ 在宅療養に移行に関するコミュニケーションの改善の必要性に関連していた医師の説明の仕方や内容は、「患者や家族のこころの準備にあわせて説明した」「在宅医療について自信をもってすすめた」「ねぎらってくれた」「在宅医療にきりかえることを治療の失敗・医学の敗北と感じているように思えた」「してあげられることは何もありません・もう何もできませんと言われた」であった。

文 献

- 1) Curtis JR, Patrick DL, Engelberg RA, et al. A measure of the quality of dying and death. Initial validation using after-death interviews with family members. *J Pain Symptom Manage* 2002 ; 24 (1) : 17-31.
- 2) Kristjanson LJ. Validity and reliability testing of the FAMCARE Scale : measuring family satisfaction with advanced cancer care. *Soc Sci Med* 1993 ; 36 (5) : 693-701.
- 3) McCusker J. Development of scales to measure satisfaction and preferences regarding long-term and terminal care. *Med Care* 1984 ; 22(5) : 476-493.
- 4) Ringdal GI, Jordhoy MS, Kaasa S. Measuring quality of palliative care: psychometric properties of the FAMCARE Scale. *Qual Life Res* 2003 ; 12 (2) : 167-176.
- 5) Teno JM, Casey VA, Welch LC, et al. Patient-focused, family-centered end-of-life medical care: views of the guidelines and bereaved family members. *J Pain Symptom Manage* 2001 ; 22 (3) : 738-751.
- 6) Hickman SE, Tilden VP, Tolle SW. Family reports of dying patients' distress : the adaptation of a research tool to assess global symptom distress in the last week of life. *J Pain Symptom Manage* 2001 ; 22 (1) : 565-574.
- 7) Morita T, Chihara S, Kashiwagi T. Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan. *Palliat Med* 2002 ; 16 (3) : 185-193.
- 8) Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, et al. Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. *J Pain Symptom Manage* 2004 ; 27 (6) : 492-501.
- 9) Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, et al. Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics* 2004 ; 45 (2) : 107-113.
- 10) Morita T, Sakaguchi Y, Hirai K, et al. Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2004 ; 27 (1) : 44-52.
- 11) Shiozaki M, Morita T, Hirai K, et al. Why are bereaved family members dissatisfied with specialised inpatient palliative care service? A nationwide qualitative study. *Palliat Med* 2005 ; 19 (4) : 319-327.
- 12) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Good Death Inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 2008 ; 35 (5) : 486-498.
- 13) Sanjo M, Morita T, Miyashita M, et al. Caregiving Consequence Inventory: A measure for evaluating caregiving consequence from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* 2009. 18 (6) : 657-666.
- 14) Miyashita M, Morita T, Tsuneto S, et al. The Japan HOspice and Palliative care Evaluation study (J-HOPE study) : Study design and characteristics of participating institutions. *Am J Hosp Palliat Med* 2008 ; 25 (3) : 223-232.

第II章 主研究

ケアのプロセスの評価

清水 恵*

サマリー

緩和ケアの構造・プロセス評価尺度 (Care Evaluation Scale ; CES) を用いて、遺族の視点から緩和ケア病棟、一般病院、診療所を利用したがん患者の遺族によるケアの構造・プロセスの評価を実施した。

全般的満足度では、その施設においても80%以上という高い割合で遺族が「満足」との評価をしていた。緩和ケア病棟、診療所では多くの項目で70%台

後半以上の高い割合で「改善の必要」が「全くない」「ほとんどのない」との回答であったが、緩和ケア病棟における入院のスムーズさ、在宅療養における設備面や家族への配慮などの支援については改善の余地を残す結果となった。一般病院では、緩和ケア病棟や診療所との比較ではやや評価が低い結果であった。今後は、一般病院の医療者へ緩和ケア教育・啓発の強化がより重要と考えられる。

背景

緩和ケアの質の評価を行うにあたり、望ましいと考えられるケアが提供されているかというケアの構造・プロセスという観点から遺族により評価を行うことは重要である。

2002年に実施された全国のホスピス・緩和ケア病棟70施設、1,225名の遺族を対象とした調査により、ケアの構造・プロセスの評価尺度であるCare Evaluation Scale (以下、CES) が開発された¹⁾。CESは、下位尺度として、「説明、意思決定」「身体的ケア」「精神的ケア」「設備・環境」「費用」「利用しやすさ」「連携・継続」「介護負

担軽減」を含む28項目の尺度である。この尺度は、「医師は患者様のつらい症状に速やかに対処していた」などの各項目に改善の必要が、「全くない」「ほとんどない」「少しある」「ある」「かなりある」「おおいにある」の6段階にて回答する。この尺度は、2007年に実施された全国的遺族調査でも使用されている^{2,3)}。また、受けた緩和ケアについて総合的に評価するうえでは、全般的満足度も重要な指標である。

そこで、本調査では、CES全28項目について受けた緩和ケアに対する全般的満足度を調査し、遺族の視点から提供された緩和ケアの構造・プロセスの評価を行うことを目的とした。調査対象施設

*東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野

は、日本ホスピス緩和ケア協会会員施設である、一般病院、ホスピス・緩和ケア病棟、診療所である。

目 的

緩和ケアの構造・プロセス評価尺度 (CES) を用いて、遺族の視点から、一般病院、緩和ケア病棟、診療所におけるケアの構造・プロセスの評価を行うことを目的とした。

結 果

調査結果について図 1, 2 に示す。

緩和ケアのプロセスの評価として、「医師の対応」に関する 3 項目では、緩和ケア病棟では 76～77%、診療所では 79～82% が「改善の必要」が「全くない」「ほとんどない」と回答したのに対し、一般病院では 62～63% であった。同様に、「看護師の対応」「患者への精神的配慮」「医師から患者への説明」「医師から家族への説明」に関する各項目についても、緩和ケア病棟、診療所が 70～80% 前後の高い割合で改善の必要がないと回答したのに対し、一般病院では 50～60% 台と若干低い結果であった。

また、緩和ケアの構造面の評価として、「費用」に関しては、緩和ケア病棟、診療所では 74～76%、一般病院では 64～67% であった。一方、「設備」に関する項目では、緩和ケア病棟では 70% 台であったのに対し、一般病院では 50～60% 前後、診療所では 40～50% と低い結果となった。また、「家族への配慮」に関する項目においても、緩和ケア病棟では改善の必要がないとの回答は 70% 後半であったが、一般病院、診療所では 50～60% 前後と若干低い結果であった。「入院（利用）」に関する項目の中で、「必要な時に待たずに入院（利用）できた」という項目のみで、緩和ケア病棟が 61% と他の施設よりも若干低い結果であった。「連携や継続性」に関する項目では、診療所では 80% 以上、緩和ケア病棟では 74～78%、一般病院では 63～66% が改善の必要がないと回答した。

全般的満足度に関しての結果を図 3 に示す。

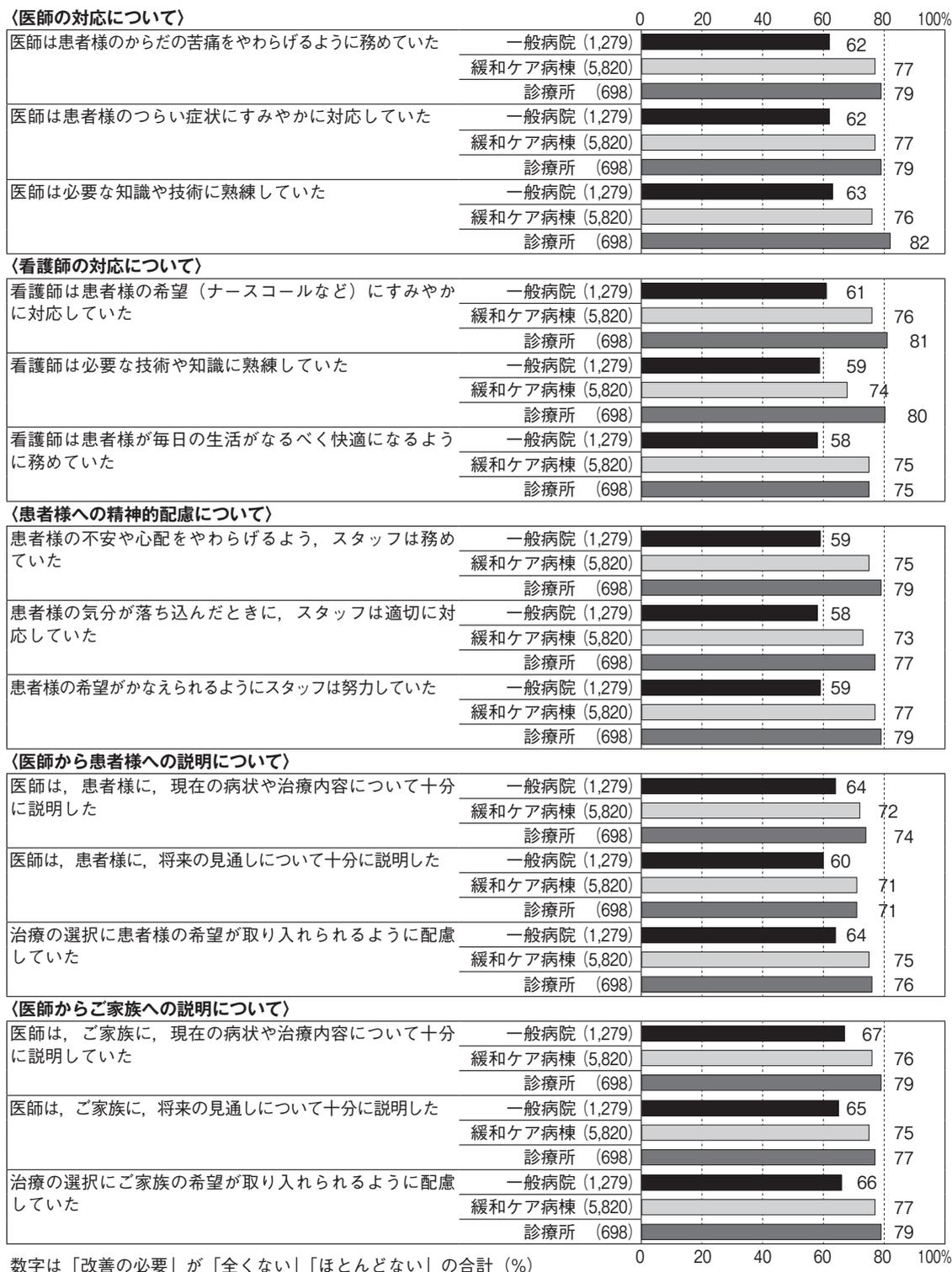
満足との回答は、一般病院 84%、緩和ケア病棟 94%、診療所 97% と高い結果となった。

考 察

緩和ケアのプロセスについては、緩和ケア病棟、診療所においてはほとんどの項目で、70% 台後半から 80% 以上が「改善の必要」が「全くない」「ほとんどない」と回答しており、わが国の緩和ケア病棟、診療所での緩和ケアが望ましいものであると多くの遺族が評価していることを示している。一方、一般病院では、「改善の必要」が「全くない」「ほとんどない」との回答は 60% 台前後である項目が多く、緩和ケア病棟や診療所と比べると、やや改善の余地が多く残されていることが示された。

しかし、全体として診療所、緩和ケア病棟の評価が高い中で、「設備」に関する項目では、診療所の評価が低くなっている。在宅で受けるケアは非常に満足のいくものであるが、在宅で療養のための環境づくりというハード面で、家族が苦労や不便を感じていたことを表している。また、「家族への配慮」に関する項目でも診療所の遺族の評価がやや低かった。在宅での療養では、家族が担う役割が入院と比較して大きくなり、その点で、家族の負担が増加しているものと考えられる。在宅療養では入院以上に、患者だけではなく家族に対するサポートが必要である。今後は、在宅療養のための環境づくりのために早期からの退院準備を行えるよう、病院と地域との連携の強化や、在宅療養中の家族介護者のサポート体制の強化を図り、家族介護者の負担の軽減が求められる。

また、緩和ケア病棟において、目立って低い評価であったのは、「必要な時に待たずに入院（利用）できた」であった。緩和ケア病棟での「入院待ち」はいまだに解決に至っていない問題であると考えられる。緩和ケア病棟の量的不足や、一般病棟からの紹介の遅さなどが緩和ケア病棟へのスムーズな入院の障壁となっていると考えられる。緩和ケア病棟の量的不足の解消や、一般病棟の医



数字は「改善の必要」が「全くない」「ほとんどない」の合計 (%)

図1 ケアの構造・プロセスの評価 (1)

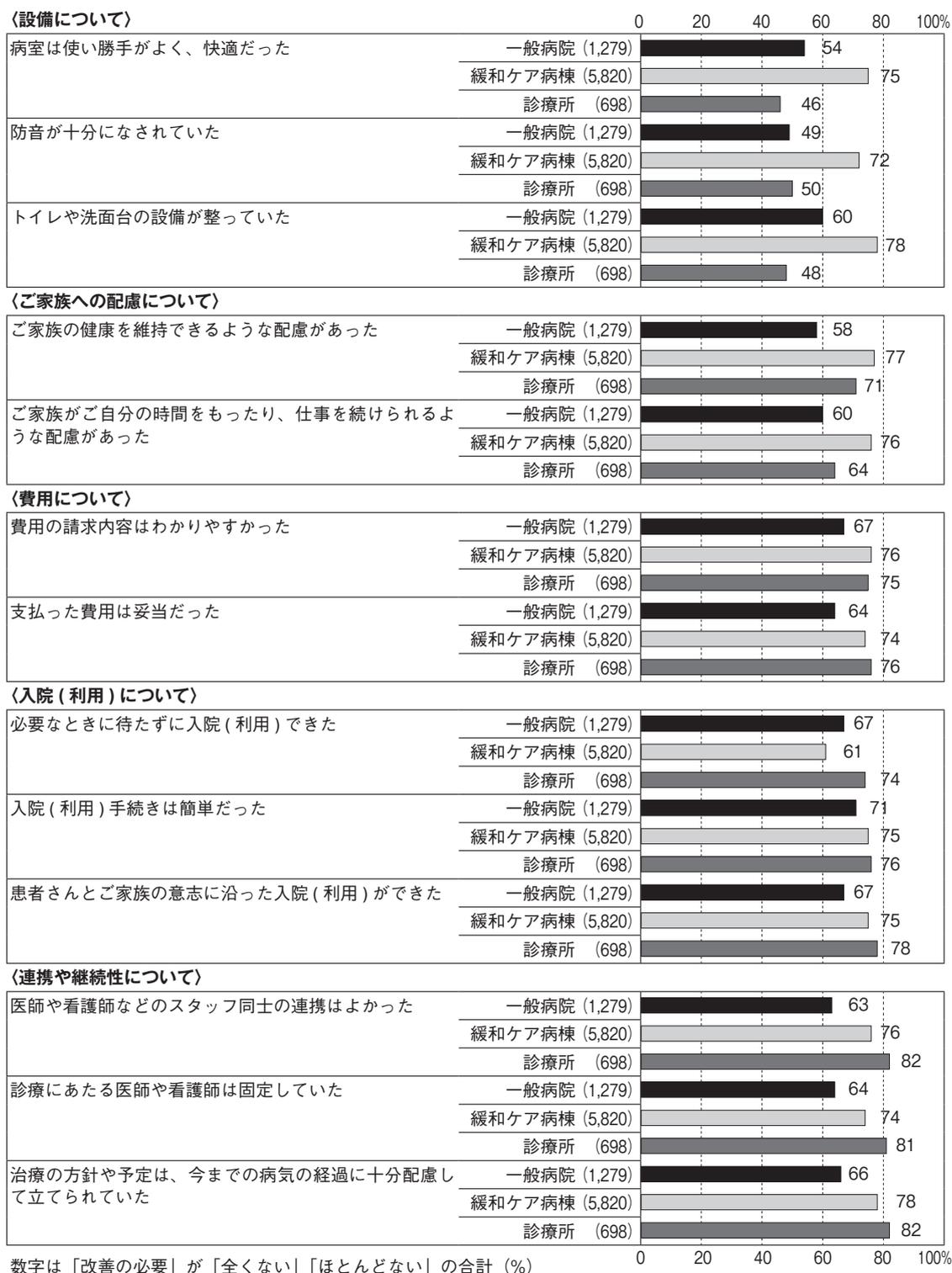


図2 ケアの構造・プロセスの評価 (2)

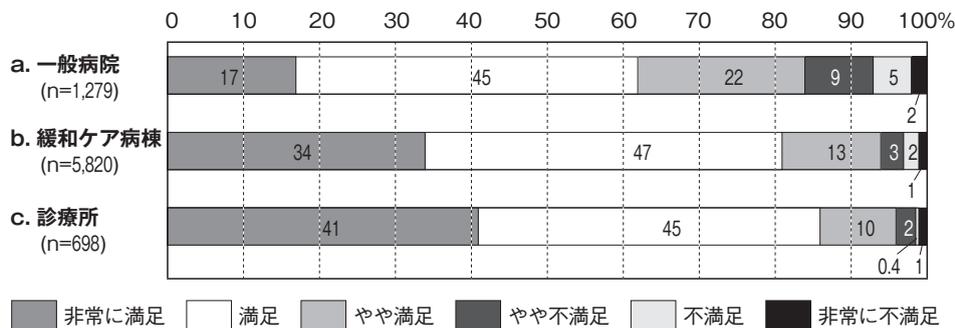


図3 全般的満足度

療者への緩和ケアの啓発などをよりいっそう行うことが必要である。

全般的な満足度について、緩和ケア病棟、診療所は非常に満足度が高く、一般病院でも高い評価を得ており、個々の要素での改善の必要は多く残されているものの、全体的には満足なケアを受けていると多くの遺族が評価していることを示している。

まとめ

日本ホスピス緩和ケア協会の会員施設である一般病院、緩和ケア病棟、診療所においては、提供しているケアについての遺族の全体的な満足度は高いものであった。CESの各項目についても、緩和ケア病棟、診療所では多くが高く評価されていた。今後は、一般病院の医療者への緩和ケアの教育・啓発に力を入れていくこと、緩和ケア病棟の量的不足の解消、在宅医療における家族介護者

の負担軽減のための支援の強化などが求められている。

文献

- 1) Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, et al. Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. *J Pain Symptom Manage* 2004 ; 27 (6) : 492-501.
- 2) Miyashita M, Morita T, Tsuneto S, et al. The Japan Hospice and Palliative Care Evaluation Study (J-HOPE Study) : Study design and characteristics of participating institutions. *Am J Hospice Palliat Med* 2008 June/July 2008 ; 25 (3) : 223-232.
- 3) Miyashita M, Morita T, Hirai K. Evaluation of End-of-Life Cancer Care From the Perspective of Bereaved Family Members: The Japanese Experience. *J Clin Oncol* 2008 August 10 2008 ; 26 (23) : 3845-3852.

望ましい死の達成度

清水 恵*

サマリー

望ましい死の達成度を評価する尺度である Good Death Inventory に関する調査を行い、遺族の視点からの提供された緩和ケアに対するアウトカム評価を行った。

望ましい死の達成度は、「医師や看護師を信頼できること」「人として大切にされること」といったドメインでは、一般病院、緩和ケア病棟、診療所ともに「そう思う」という回答が 80~90%前後

得られた。緩和ケア病棟、診療所では「からだやこころの苦痛がやわらげられていること」というドメインなどにおいても高い評価が得られた。

必ずしも高い評価が得られなかった項目もあり、今後は、心理社会的、霊的側面に対して、臨床で行われ始めているケアの裏づけを行い、方法論を確立していく必要性が明らかとなった。

背景

提供されている緩和ケアの質を評価は、構造・プロセスに加え、アウトカムに関しても行う必要がある。海外では、2000年頃より緩和ケアの究極的なアウトカムである「望ましい死の達成」に関して多くの研究が行われてきた^{1,2)}。それを受けて、日本においても、「日本人にとっての望ましい死」を明らかにする研究が実施され^{3~5)}、「望ましい死の達成度」を遺族の視点から評価するための評価尺度である「Good Death Inventory(GDI)」が開発された⁶⁾。GDIは、「からだや心のつらさがやわらげられていること」

「望んだ場所で過ごすこと」などの多くの人が共通して重要と考える10のコアドメイン30項目と、「できるだけ治療をうけること」「信仰に支えられていること」などの人によって大切さは異なるが重要なことである8のオプションドメイン24項目とに分けられる。

本調査では、コアドメインの全30項目に加え、オプションドメインから1項目ずつ抽出し、計38項目により、遺族により「望ましい死の達成度」の評価を行った。

目的

望ましい死の達成を評価する尺度である GDI

*東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野

を使用し、遺族の視点から望ましい死の達成度を評価することを目的とした。

結 果

GDIの「共通して重要と考えられる」コアドメイン 30 項目の結果を図 1, 2 に示す。

「からだやこころのつらさがやわらげられていること」では、緩和ケア病棟、診療所では、そう思うとの回答が 80%前後であったのに対し、一般病院では、50~60%台とやや低い割合であった。同様に、療養環境について、「良い環境で過ごせること」では、緩和ケア病棟、診療所でそう思うとの回答が 80~90%前後と、ともに高い結果であった。それに対して、「臨んだ場所で過ごすこと」では、診療所では 95%前後もの遺族がそう思うと回答していたが、緩和ケア病棟では 60~69%、一般病院では 47~62%にとどまった。「医師や看護師を信頼できること」「人として大切にされること」の項目では、一般病院、緩和ケア病棟、診療所ともに 80%前後~90%以上の高い割合でそう思うと回答していた。「ご家族やご友人と良い関係でいること」では、各施設とも、ドメイン内の各項目で割合にばらつきがあったが、「ご家族やご友人から支えられていた」という項目では、そう思うとの回答が相対的に高い割合であった。

一方、「希望や楽しみをもって過ごすこと」「自立していること」「人生をまっとうしたと感ぜられること」では、どの施設においてもそう思うとの回答は相対的に割合であった。また、「他人の負担にならないこと」というドメインでは、「人に迷惑をかけてつらいと感じていた」との回答は、どの施設でも 50%前後であった。

GDIの「人によって大切さは異なるが重要なことである」項目の調査結果を図 3 に示す。「患者様は自然に近い形で過ごせた」では、診療所で 82%、緩和ケア病棟で 71%と高く、一般病院では 57%と若干低い結果であった。その他の項目では、施設別でのそう思うとの回答割合に大きな違いはなかったが、項目ごとに回答割合はばらつ

きがあった。

考 察

GDIのコアドメインについてみると、医療者との関係性や人としての尊厳の保持についてはどの施設においても高く評価されており、基本的な医療的側面は十分に満足していると考えられる。しかし、苦痛の緩和や療養環境においては、緩和ケア病棟、診療所と比較して一般病院が若干低い評価であったことは、「終末期」を過ごす患者への専門的ケアや療養環境の整備は一般病院においては改善の必要があると考えられる。「良い」療養環境という面では、緩和ケア病棟は診療所と同様に高い評価であったが、「望んだ」療養環境としては、診療所のみが高い評価であったことは、病院で亡くなる多くの患者の家族が、終末期を在宅で過ごさせてあげたいと希望している現状がみてとれる。できるかぎり多くの患者が希望の療養場所を得られるよう、在宅療養サービスの充実や地域連携を基盤として退院調整システムの充実を図っていく必要がある。

また、楽しみになることや他人への負担感、自立、人生への達成感については、相対的に評価が高いとはいえなかった。これらは、終末期になるにつれて、身体状態の悪化や症状により、今まで自立して行えてきた日常生活を他人に頼らざるをえなくなってくる。また、死が近づく中で、希望や楽しみをもち続けることや人生への達成感を見出すことは非常に難しい。このような心理社会的、霊的苦痛に対して、医療者が満足なケアを行うことは大きな課題であるといえる。

しかし、臨床の場では、このような苦痛へのケアとして、さまざまな取り組みが行われており、それによって救われている患者は少なくないと考えられる。また、ディグニティセラピーなどの尊厳を支えるケアなど、効果が立証されつつあるケアも現れてきている。今後は、これらの臨床で行われている取り組みについて、裏付けとなる研究をさらに進め、エビデンスのあるケアとしてより多くを提示していくことが必要だと考えられる。

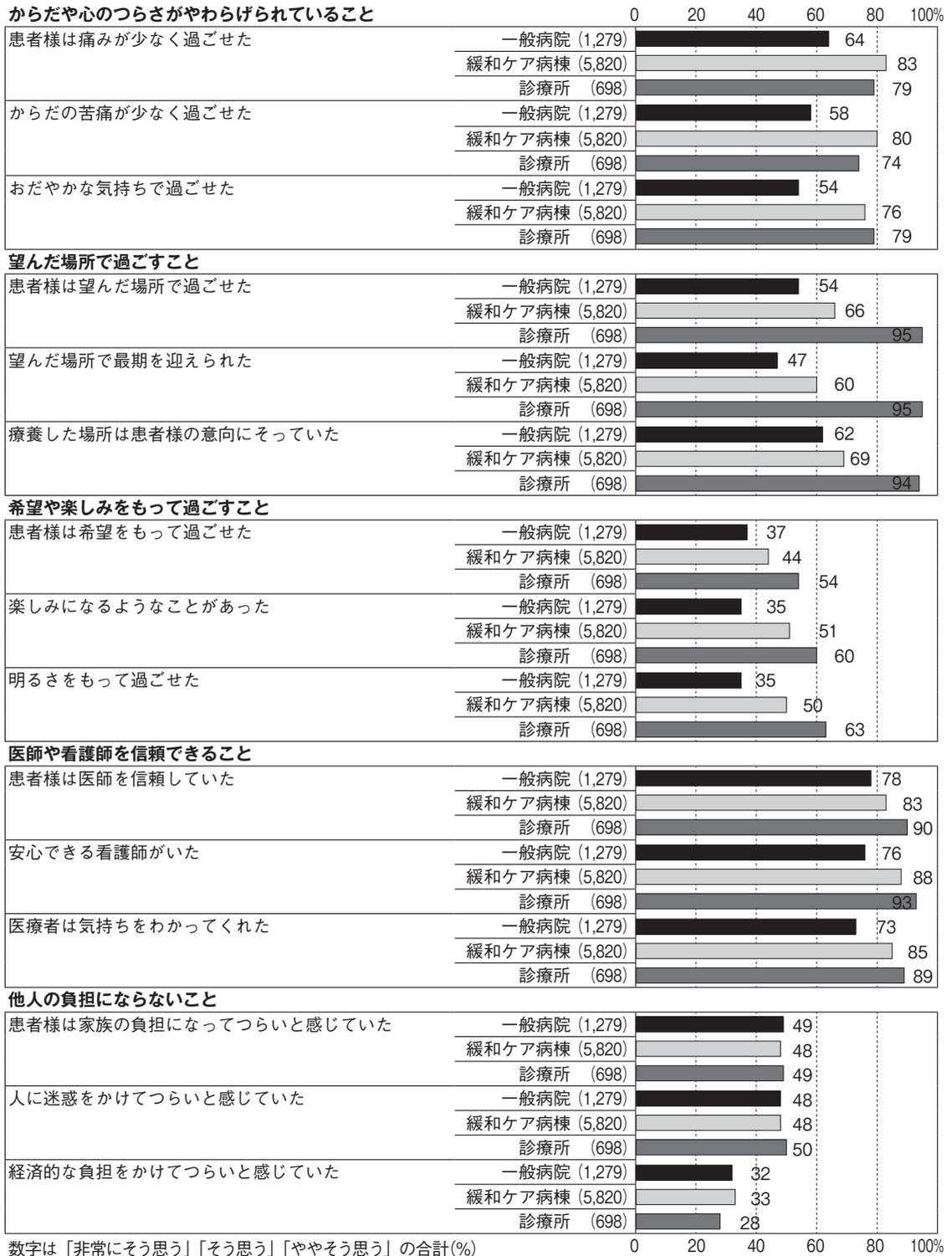


図1 GDIの「共通して重要と考えられる」コア項目(1)

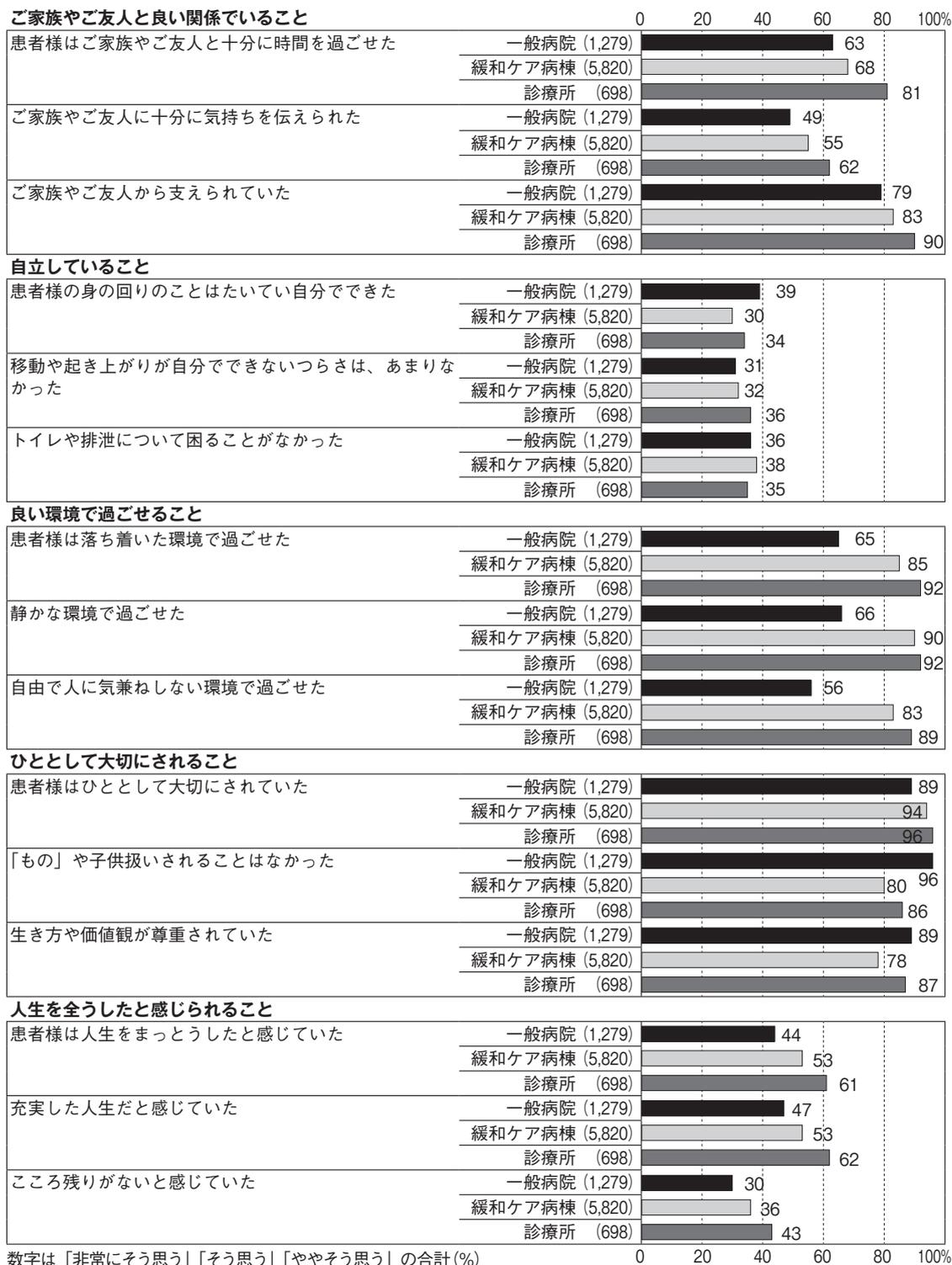


図2 GDIの「共通して重要と考えられる」コア項目(2)

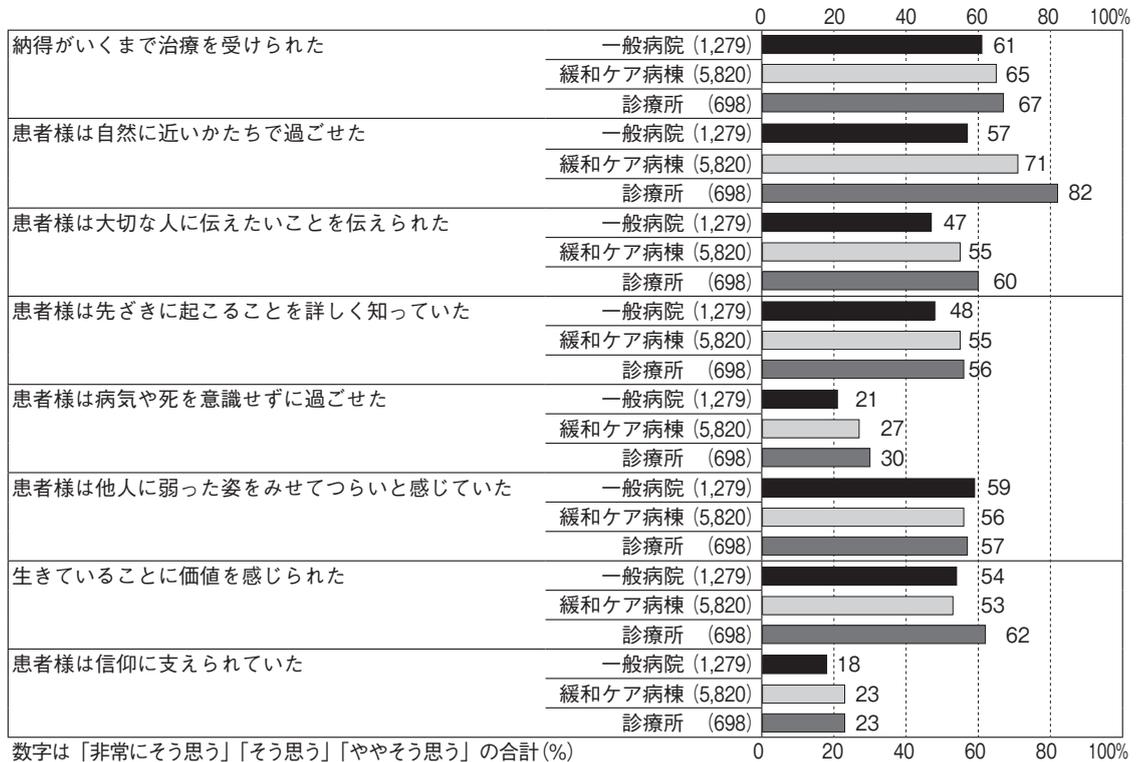


図3 GDIの「人によって大切さは異なるが重要なことである」オプション項目

GDIのオプションドメインについては、それぞれの項目を大切だと考える割合が個人により大きく異なるため、一律に評価することは困難である。これらの項目については、患者や家族への個別性を重視したケアを提供するための目安となる指標として、経年的な変化を測定し、検討していくことが重要と考えられる。

まとめ

一般病院、緩和ケア病棟、診療所ではともに、医療者との関係性や人としての尊厳の保持など基本的医療側面は非常に高く評価されており、緩和ケア病棟、診療所では、終末期を支えるための苦痛緩和や療養環境の維持についても非常に高い評価が得られた。一方で、より希望に沿った療養環境の選択が行えるサービス、環境整備の必要性が明らかになった。

今後は、心理社会的、霊的側面を支えるケアに

ついてもさらなる研究、検討が必要であることが明らかとなった。

文献

- 1) Teno JM, Clarridge B, Casey V, et al Validation of toolkit after-death bereaved family member interview. *J Pain Symptom Manage* 2001 ; 22 (3) : 752-758.
- 2) Curtis JR, Patrick DL, Engelberg RA, et al. A measure of the quality of dying and death: Initial validation using after-death interviews with family members. *J Pain Symptom Manage* 2002 ; 24 (1) : 17-31.
- 3) Hirai K, Miyashita M, Morita T, et al. Good death in Japanese cancer care : A qualitative study. *J Pain Symptom Manage* 2006 ; 31 (2) : 140-147.
- 4) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Annals Oncol* 2007 June 1, 2007 ; 18 (6) : 1090-1097.
- 5) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Factors

contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psycho-Oncology* 2008 ; 17 (6) : 612-620.

6) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Good death

inventory : A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 2008 ; 35 (5) : 486-498.

緩和ケアの構造・プロセス・アウトカム評価の 過去の調査との比較

清水 恵*

サマリー

今回の調査について、2007年と2008年に実施された緩和ケア病棟、在宅ケア施設、がん診療連携拠点病院を対象として遺族調査の結果と比較をした。緩和ケア病棟や診療所においては、Care Evaluation Scale (CES) の「医師は患者のつらい症状に速やかに対応していた」や Good Death Inventory (GDI) の「からだの苦痛が少なく過ごせた」などのもととも評価の高かった項目については、高い評価が維持されていた。一方で、前回評価の低かった項目に

ついでに著明な改善もみられなかった。今回調査の一般病院と2008年がん診療連携拠点病院との比較でCES評価が今回、調査において一貫して高い評価であったことは、今回の調査の一般病院における緩和ケアへの意識の高さを反映する結果と考えられる。今後も、定期的な緩和ケアの質の評価を実施していくことにより、中長期的に、緩和ケアの質の維持、向上を図っていくことができると考えられる。

背景・目的

わが国では、2002年頃より遺族の視点から緩和ケアを評価するために全国的な遺族調査が行われ、前節に述べたようなケアの構造・プロセスの評価尺度である Care Evaluation Scale (CES) や、望ましい死の達成度の評価尺度である Good Death Inventory (GDI) が開発された。これを受けて、2007～2008年（平成19～20年）には日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団研究事業として、「遺族によるホスピス・緩和ケアの評価に関

する研究（J-HOPE研究）」という全国的な遺族調査が実施され、CESやGDIを使用して遺族の視点から緩和ケアの質の評価を行った^{1,2)}。

J-HOPE研究では、全国のホスピス・緩和ケア病棟100施設と在宅でホスピス・緩和ケアを提供する任意に抽出された14施設の遺族が対象となった。また、2008年には、厚生労働科学研究費補助金「がん患者のQOLを向上させることを目的とした支持療法のあり方に関する研究」班により、全国のがん診療連携拠点病院の遺族を対象に同様の調査を実施した。このように、わが国で

*東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野

は、全国的大規模遺族調査を定期的実施する方法が整備されてきた。

わが国の緩和ケアの質を向上させるためには、経年的に緩和ケアの質の評価の推移を検討することは有用である。そこで本稿では、2007年および2008年に実施された全国的遺族調査におけるCESとGDIおよび全般的満足度の調査結果と、今回J-HOPE 2のCESとGDIの調査結果について、経年的な変化を検討する。なお、2007年、2008年の調査では、CESについては10項目の短縮版、GDIについても18項目の短縮版を使用した調査であったため、その項目について検討を行った。

結 果

2007年と本研究の緩和ケア病棟の遺族、2008年のがん診療拠点病院の遺族と本研究の一般病院の遺族、2008年の在宅ケア施設の遺族と本研究の診療所の遺族による調査結果を並べて図1～5に示す。

緩和ケア病棟においては、緩和ケアの構造・プロセス評価（CES）および全般的満足度では、遺族の回答に関して、図1、2に示したグラフ上では大きな変化はみられなかったが、統計学的にはすべての項目で2007年調査との有意な違いがみられた。望ましい死の達成度（GDI）の評価でもグラフ上は大きな変化はみられず、「からだの苦痛がなく過ごせた」「望んだ場所で過ごせた」「楽しみになることがあった」「医師を信頼していた」「人生をまっとうしたと感じていた」の項目では、統計学的な回答の違いもみられなかった。

本調査での診療所における結果と2008年の在宅ケア施設での調査との比較では、CESでは「医師は患者様に将来の見通しについて十分に説明した」「医師はご家族に将来の見通しについて十分に説明した」でグラフ上やや評価の改善がみられ、この変化は統計学的にも有意であった。一方、「病室（自宅）は使い勝手がよく快適だった」では、統計学的には、評価が有意に低くなっている結果となった。GDIでは、「人に迷惑をかけてつらいと感じていた」「他人に弱った姿を見せて

つらいと感じていた」という項目のみでそう思うとの回答が10%以上減少していた。

本調査での一般病院における結果と2008年がん診療連携拠点病院での調査との比較では、ケアの構造・プロセス評価では、わずかではあるが一貫して本調査の対象となった一般病院での評価が高く、その違いは統計学的にも「必要な時に待たずに入院できた」という項目以外では有意であった。GDIでは、特に目立った変化はみられなかった。

考 察

緩和ケアの構造・プロセスの評価（CES）、全般的満足度について緩和ケア病棟、診療所においては、全体として「医師は患者のつらい症状にすみやかに対応していた」などのもともとと評価の高い項目については、高い評価が維持されていた。前回比較的低い評価であった「必要な時に待たずに入院できた」で改善がなかったことは、いまだに緩和ケア病棟へのスムーズな入院は大きな課題であることが示された。本調査での診療所と2008年の在宅ケア施設との比較では、医師からの患者、家族への説明がやや改善されたことが示された。

一方で、「病室（自宅）は使い勝手がよく快適だった」での評価が若干低くなったことについては、在宅療養を推進する気運が高まっている中で、しっかりとした準備ができずに退院する患者が増えている可能性も考えられる。在宅療養のための環境整備をサポートする体制のさらなる強化が重要となっているのかもしれない。本調査の一般病院と2008年のがん診療連携拠点病院との比較では、本調査でのCESや全般的満足度の評価が一貫してやや高かったことについて、本調査の対象となった施設は、日本ホスピス緩和ケア協会会員施設であったことから、病院の緩和ケアへの意識の高さを反映した結果であると考えられる。

望ましい死の達成度に関しては、ほとんどの項目で全体的に大きな変化はみられなかった。その中で、診療所と2008年在宅ケア施設の比較にお

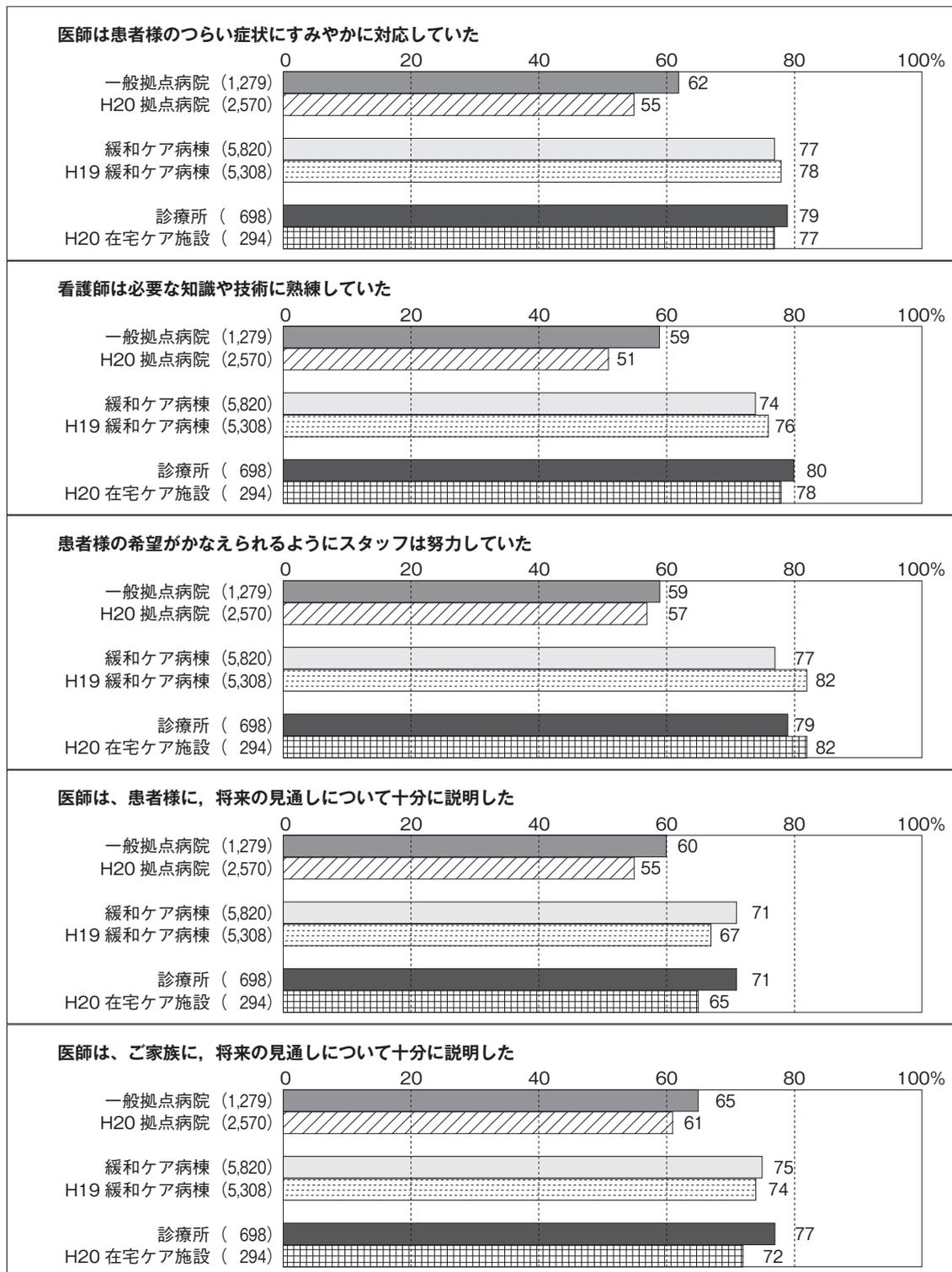


図1 ケアの構造・プロセス評価の前回調査との比較 (1)

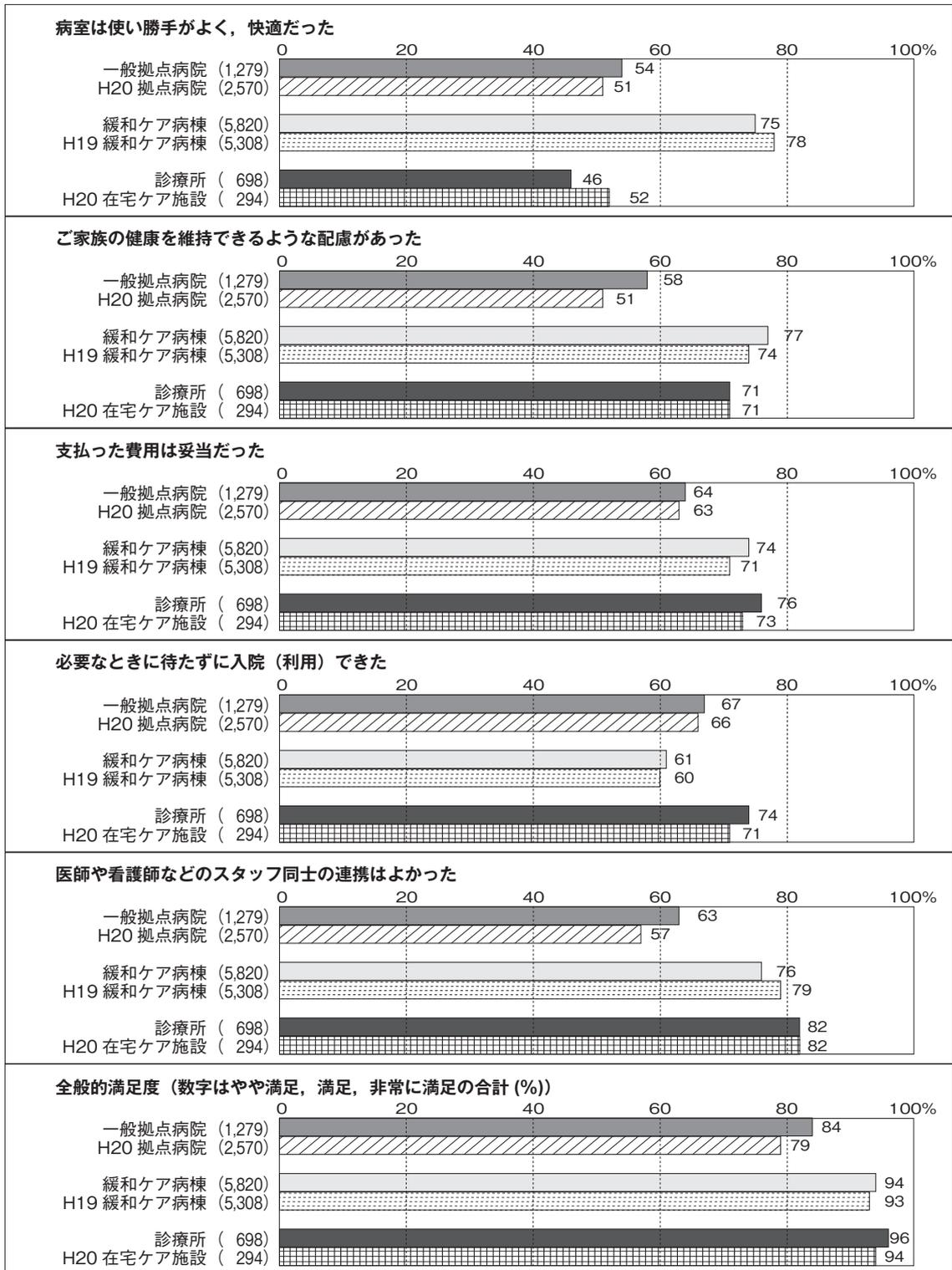


図2 ケアの構造・プロセス評価の前回調査との比較 (2)

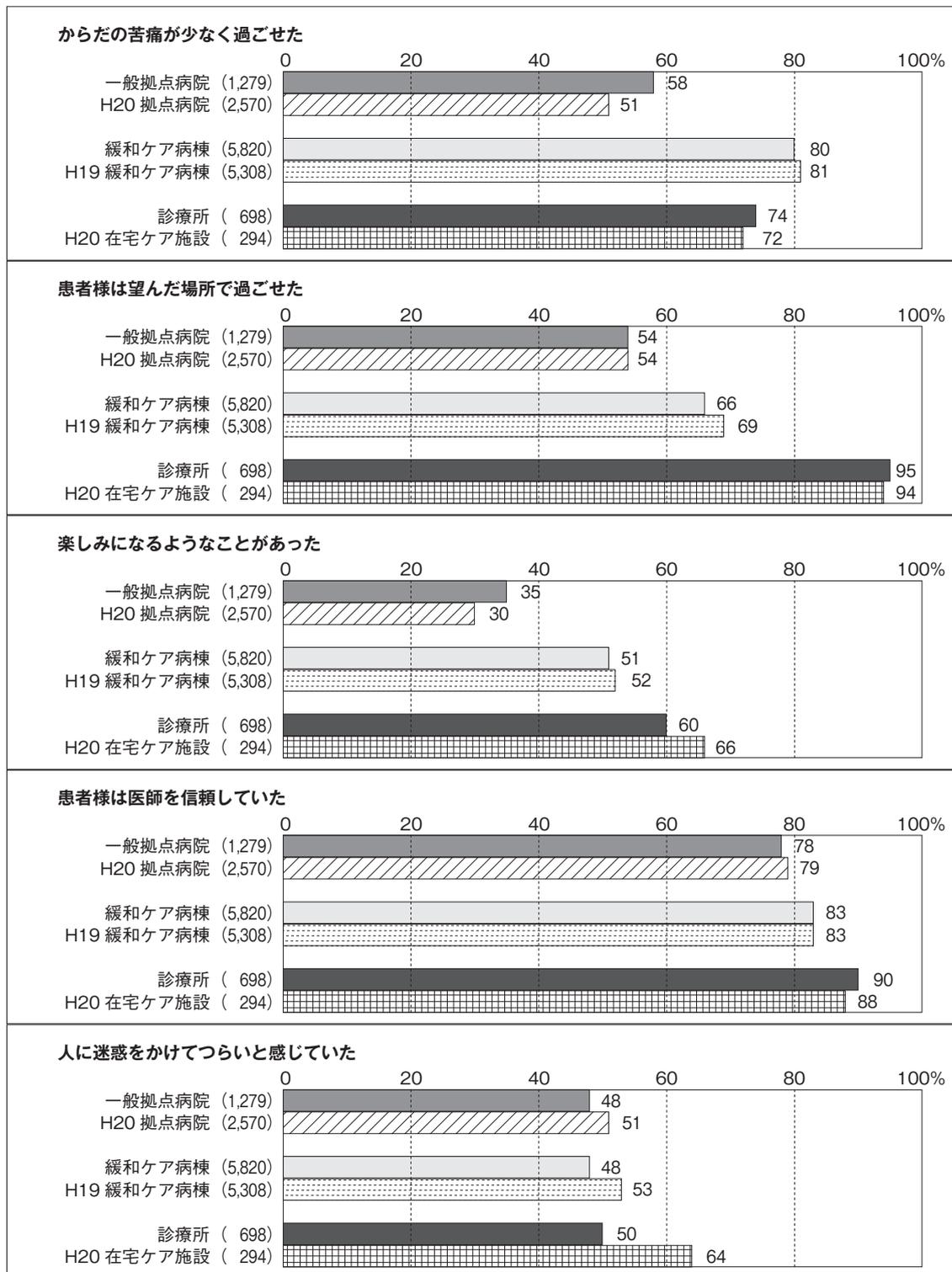


図3 GDIの「共通して重要と考えられる」コア項目の前回調査との比較(1)

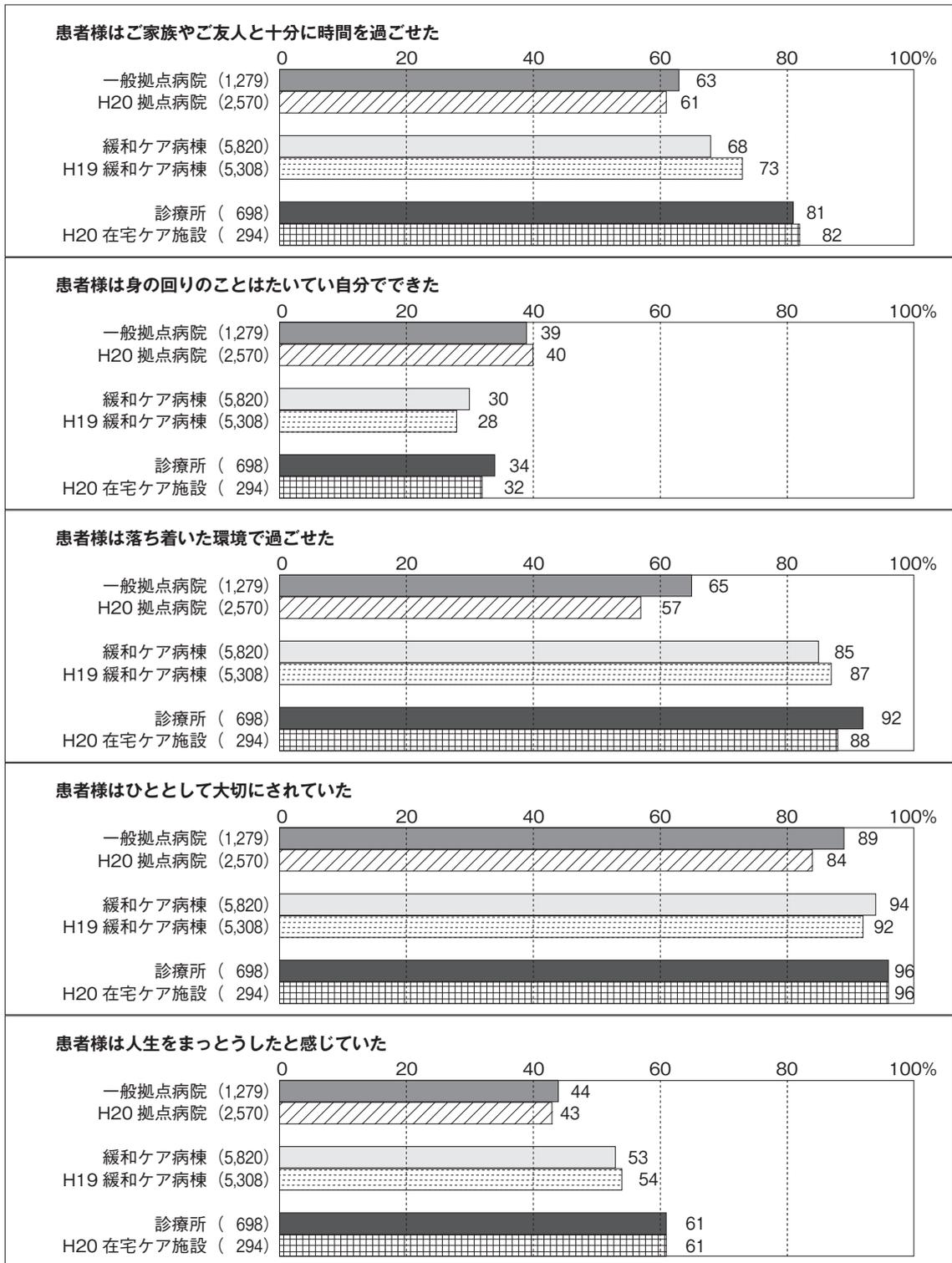


図4 GDIの「共通して重要と考えられる」コア項目の前回調査との比較(2)

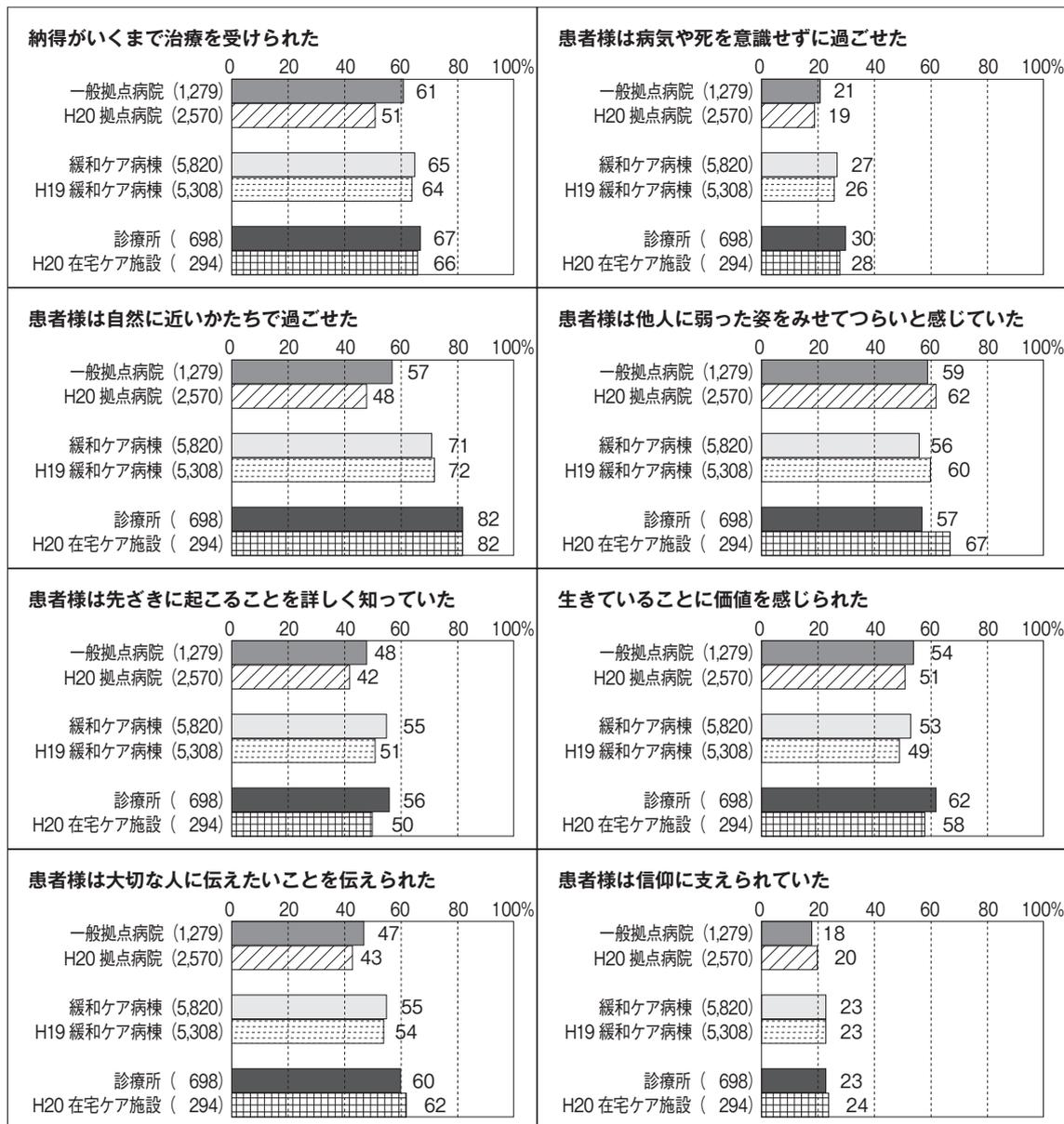


図5 GDIの「人によって大切さは異なるが必要なことである」オプション項目の前回調査との比較 (1)

いて「人に迷惑をかけてつらいと感じていた」で
 そう思うとの回答が14%減少した結果となった
 ことは、家族介護者の負担が減少するような、訪
 問診療、看護や介護制度によるサポートが強化さ
 れつつあるといえるかもしれない。前回調査で比
 較的評価の低かった「楽しみになることがある」

「身の回りのことはたいい自分でできた」「人生
 をまっとうしたと感じていた」についても、評価
 の改善がみられなかった。このような全人的な側
 面に関してのさまざまなケアに取り組む臨床現場
 は多くなってきているが、その成果がアウトカム
 として反映されることは難しいのかもしれない。

今後、さまざまな全人的ケアの効果の裏づけをし、方法論が確立できるような調査研究を検討していく必要がある。

前回調査と今回調査では、特に一般病院、診療所において、対象施設のサンプリング方法が異なり、そのために調査結果にはサンプリングバイアスの影響が表れている可能性がある。今後も経年的なわが国の緩和ケアの質の変化を調査していく際には、施設サンプリング方法や、法律や制度、社会情勢の変化なども検討していく必要がある。

結 論

緩和ケアの構造・プロセス・アウトカムの評価について、前回（2007年、2008年）と今回調査では、もともと評価の高かった項目での評価は維持されていたものの、評価の低かった項目での著

明な改善がみられることはなかった。この3年間での変化は大きくはなくても、今後定期的な調査を実施して行くことにより、中長期的に、質の維持、向上をモニタリングしていくことは重要であると考えられる。

文 献

- 1) Miyashita M, Morita T, Tsuneto S et al. The Japan HOspice and Palliative Care Evaluation Study (J-HOPE Study) : Study design and characteristics of participating institutions. *Am J Hospice Palliat Med* 2008 June/July, 2008 ; 25 (3) : 223-232.
- 2) Miyashita M, Morita T, Hirai K. Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members : The Japanese experience. *J Clin Oncol* 2008 August, 10, 2008 ; 26 (23) : 3845-3852.

第三章 付帯研究

悲嘆を経験する遺族の睡眠障害の実態調査

谷向 仁*

サマリー

ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族の睡眠障害（不眠）の頻度について調査したところ、概ね56～67%に不眠が認められ、そのうち57%が不眠による日常生活への支障を感じていた。そして、その不眠が死別と関係していると感じている遺族は22%であった。また、抑うつ状態の可能性のある遺族（以下、「抑うつ有」とする）は53%であった。

次に死別前後での回顧的な調査を行ったところ、死別前数週間以内で不眠の頻

度は急速に増加し、死別6カ月以後から減少していく傾向がみられた。

また、調査時での抑うつ有と抑うつ無の2群に遺族を分け、死別前後での不眠の変化率を比較したところ、抑うつ無群では死別後6カ月以内に不眠が軽減するのに対し、抑うつ有群では有意に増悪傾向を示していた。

以上の結果から、死別前後での遺族の睡眠状況を丁寧に確認することは、死別後の抑うつ状態の早期介入に役立つ可能性が考えられた。

目 的

ホスピス・緩和ケア病棟にて家族と死別した遺族における不眠の実態について調査し、さらにその不眠と抑うつ状態との関連を明らかにする。

結 果

987名にアンケートを送付し、665名からの返信を得た。このうち、欠損値などを除く561名が調査対象となった。

1) 調査時における不眠のパターンと日常生活への支障、その心配度、不眠と死別との関係の自覚、医療機関の利用について

①不眠のパターン：入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠困難に分けて調査したところ、入眠困難56%（301/535名）、中途覚醒60%（322/537名）、早朝覚醒67%（357/537名）、熟眠困難68%（363/536名）であった。

②この不眠のパターンが日中の作業に支障を与えている割合：57%（313/554名）が、上記の不眠で日常の作業に何らかの支障を感じていた。

*大阪大学医学部附属病院 オンコロジーセンター／大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室（研究代表者）

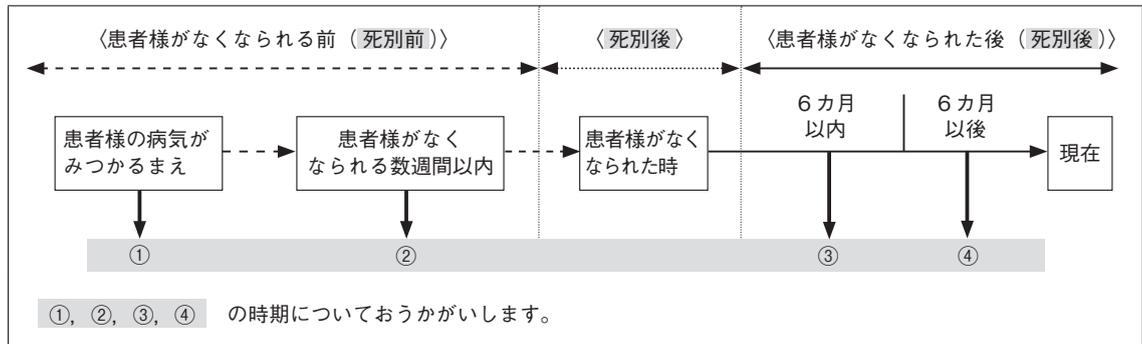


図1 睡眠の回顧的調査の時期

③現在の睡眠の状態を心配に思っている割合：48% (266/557名) が、現在の睡眠状況を心配に思っていた。

④現在の睡眠の状態が、死別と関係していると感じている割合：22% (125/557名) が、現在の睡眠状況と死別との関係を感じていた。

⑤現在の睡眠の状況について医療機関を受診している割合：医療機関への相談は、わずか15% (80/524名) であった。

2) 現在抑うつ状態が疑われる割合と、その状態が死別と関係していると感じている割合

①現在の心身の状態（おもに抑うつ状態）について、CES-D (center for epidemiologic studies depression scale) 短縮版 (11項目) を用いて評価したところ、全体の平均得点は7.33 (SD 4.07) であった。また、抑うつが疑われるカットオフ値を7点¹⁾とし、6点以下と7点以上で分けた結果、6点以下が47% (263名/561名、平均値±SD=3.86±1.76)、7点以上が53% (298名/561名、平均値±SD=10.39±2.92) となった。

②現在の心身の不調が死別と関係していると感じている割合：30% (165/551名) が、現在の心身の不調と死別との関係を感じていた。

3) 死別前後での不眠の頻度とその心配度、不眠と死別との関係の自覚についての割合

a) 過去に遡った時期（死別前後）の睡眠につ

いて、患者の病気がみつかる前（時期①）、患者がなくなる数週間以内（時期②）、患者がなくなっても6カ月以内（時期③）、患者がなくなっても6カ月以後（時期④）の4点（図1）における睡眠状況を回顧的に調査した。

b) 不眠の頻度と程度：各時期での不眠の頻度は、①患者に病気がみつかる前：43% (233/547名)、②死別前数週間以内：87% (473/547名)、③死別6カ月以内：85% (465/550名)、④死別6カ月以後：73% (397/546名) となっており、死別数週間以内から不眠の頻度が急激に増加し、6カ月にわたってその頻度がほぼ変わらず、6カ月以後からやや減少していく傾向がみられた。

c) 死別後の不眠が、日中の作業に支障を与えていたと感じている割合：89% (235/265名) が、死別後の不眠によって日中の作業に支障をきたしていると感じていた。これは現在の不眠による日常生活への影響を感じている割合 (57%) よりも明らかに高い結果であった。

d) この時期の不眠を心配に思った割合：72% (191/266名) が、この時期の不眠を心配に感じていた。

e) その睡眠の状態が、死別と関係していると感じている人の割合：59% (145/246名) が、この時期の睡眠と死別との関係を感じていた。これは、現在における同様の質問結果の2.6倍と明らかに高い結果であった。

f) 次に、現在の不眠のパターンと現在の抑う

表 1 変化率

	CES-D	人数	平均点± S.D.	計算
①→②	6 点以下	256	1.0309 ± 1.12599	(②-①) / ①
	7 点以上	288	1.1791 ± 1.17997	
②→③	6 点以下	257	- 0.0361 ± 0.41477	(③-②) / ②
	7 点以上	289	0.0959 ± 0.50320	
③→④	6 点以下	257	- 0.1588 ± 0.31296	(④-③) / ③
	7 点以上	289	- 0.1343 ± 0.21887	

つ状態との関係について、現在の抑うつ（CES-D 6 点以下 = 0：抑うつ無，CES-D 7 点以上 = 1：抑うつ有）を従属変数として、ロジスティック回帰分析を行い、オッズ比、95% 信頼区間で検討し、モデルの適合度は Hosmer と Lemeshow の検定で判定した。現在の入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠困難のそれぞれについて、「ない」= 0、「軽い」～「とても強い」= 1 に割り当て、説明変数として投入した。

その結果、入眠困難（オッズ比：2.04, CI=1.272-3.272, p=0.003）、早朝覚醒（オッズ比：1.995, CI=1.235~3.223, p=0.005）、熟眠困難（オッズ比：2.32, CI=1.395~3.858）は、抑うつ症状に有意に影響を与えている結果となった（Hosmer と Lemeshow の検定：p = 0.637）。

g) 最後に、死別前後での睡眠の変化から現在の抑うつ状態が予測可能かどうかを検討するために、まず死別前後（図 1：①～④の各時期）での不眠の変化率を、CES-D 6 点以下、CES-D 7 点以上の 2 群に分け調べたところ、表 1 のようになった。

h) この結果を用いて CES-D の得点差間（6 点以下 / 7 点以上）における差の検討を行うために、それぞれの期間の平均変化率について t 検定を行った。「①→②」および「③→④」の平均変化率については有意差がみられなかったが、「②→③」の平均変化率について有意差（p=0.001）がみとめられた（図 2）。

考 察

今回の結果から、現在なんらかの不眠を抱えている遺族は、56～67% と高い頻度であることが明らかとなった。この結果は、先行研究（J-HOPE 1, 坂口幸弘氏報告）における不眠の頻度の結果（約 65%）とほぼ一致している。睡眠は、死別に加え、日常のさまざまなイベントによっても影響を受けるが、22% の遺族が現在の不眠と死別との関係を感じていた。そして、その不眠を 48% は心配しているものの、医療機関へ相談している遺族はわずか 15% であった。睡眠の問題は心理的問題に比べると医療機関に相談する抵抗感が低いといわれているが²⁾、一方で「自分で何とかできる」と自己処理しようとする傾向もみられやすく、この結果を反映しているのかもしれない。

一方、CES-D 短縮版で 7 点以上を「抑うつ状態が疑われる」カットオフ値とした場合¹⁾、53% が該当した。また、その不調が死別と関係していると感じている遺族は 30% であった。死別後、平均して約 1 年半程度（517±142 日）経過している遺族であっても、30% の人が現在の不調に関して死別が影響していると感じているということになる。日本のがん患者の遺族を対象とした“複雑性悲嘆”の調査報告によると 2.4% が該当し、閾値以下の予備軍では 22.7% が該当すると報告されている³⁾。この報告とわれわれの調査では、評価法が異なるものの、死別に影響を受けたと自

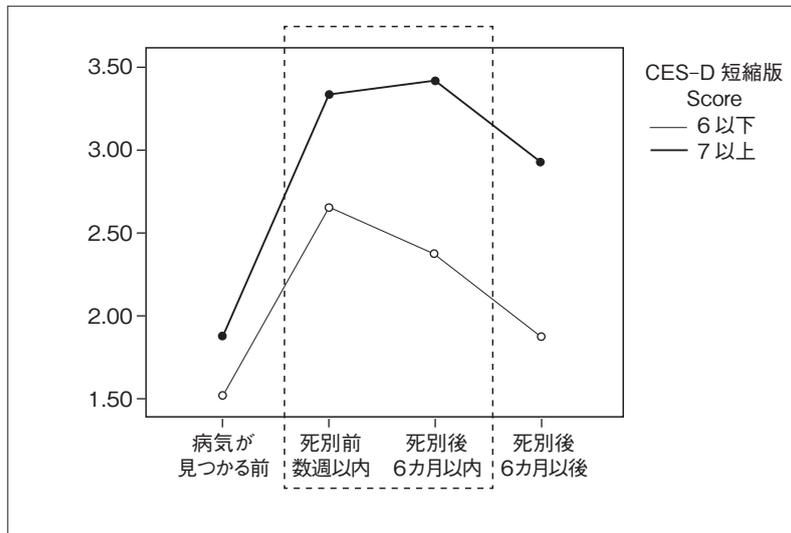


図2 平均変化率

覚される心身の不調は、潜在的なものを併せると20～30%程度存在すると推察される。

不眠のパターンと抑うつ状態との関係については、入眠困難、早朝覚醒、熟眠困難で抑うつ状態に有意な影響を与えていた。この結果は、Kaneitaらによる「入眠困難、夜間覚醒、早朝覚醒を持つ人では、CES-Dのスコアが有意に高い」との報告とほぼ一致しており⁴⁾、不眠は抑うつに有意な影響を与えるものの、特定の不眠のパターンによってではなく、あらゆるパターンが影響する可能性が考えられた。

死別後の遺族は、グリーフワークを経て6カ月後には、その多くが受容のあるレベルにまで回復し、生産的な生活を送ることができるようになるといわれるが、死別後6カ月以後も生活への支障が大きい場合には、遷延性悲嘆、複雑性悲嘆、うつ病などの精神医学的問題を考えていく必要がある。したがって、死別後の6カ月間は、重点的評価が大切な時期ともいえる。今回の結果からは、抑うつ状態を満たさない群では、死別数週間前から死別後6カ月以内にかけての不眠の程度は軽減するのに対して、抑うつ状態を満たす群では有意な悪化傾向を示していた。このことは、死別後の抑うつ状態の気づきとして、不眠の縦断的な経過

観察が1つの有効な評価項目である可能性を示唆している。

複雑性悲嘆や抑うつなど心理精神的評価は、遺族にとって抵抗感が感じられる場合も少なくない。これらの心理的バリアと今回の調査結果を考慮すると、患者が亡くなる前から患者のみならず家族にも「眠れていますか？」と声かけを行い、死別後も関わりを続け、睡眠について確認していくことが有効となる可能性がある。睡眠に関する質問は、心理面の評価と比べて医療者にとっても手軽に行えることから、抑うつを含む遺族の心理面の評価には大切な評価項目の1つと考えられる。

文献

- 1) Yokoyama E, Kaneita Y, Uchiyama M, et al. Cut-off point for the 11-item shorter form of the CES-D Depression Scale. *Nihon Univ J Med* 2008; 50: 123-132.
- 2) プライマリケアのためのうつ病診断Q&A. 北原出版, 1997
- 3) Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, et al. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord* 2010; 127: 352-358.
- 4) Kaneita Y, Ohida T, Uchiyama M, T et al. The relationship between depression and sleep

disturbances : a Japanese nationwide general population survey. *J Clin Psychiatry* 2006 ; 67 (2) : 196-203.

〔付帯研究担当者〕

谷向 仁 (大阪大学医学部附属病院 オンコロジーセンター／大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室), 足立浩祥 (大阪大学医学部附属病院 睡眠医

療センター), 平井 啓 (大阪大学 大型教育研究プロジェクト支援室), 松井智子 (大阪大学人間科学研究科 臨床死生学・老年行動学研究分野), 宮下光令 (東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野), 清水 恵 (東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野), 恒藤 暁 (大阪大学大学院 医学系研究科 緩和医療学寄附講座), 志真泰夫 (筑波メディカルセンター病院 緩和医療科)

医療用麻薬の説明に対する遺族の見解

岡本 禎晃*

サマリー

家族も患者の疼痛治療への不安をもっており、患者にオピオイドを使用させたくないという考えをもつなどのことから疼痛治療の障壁となっていることが示唆されている。したがって、家族に対するオピオイドの説明は重要である。どのような説明が遺族からみて安心できる説明であるかについては、「家族が質問しやすい雰囲気であった」が81%と多く、また統計学的にも「説明を受けたことで安心できた」と最も関連があり、どのような説明かより、どのように説明するか

が重要である可能性が示唆された。遺族からみた説明の改善については、「はじめて使用する時には、患者だけでなく家族にも医療用麻薬を利用することを説明してほしい」と9割の遺族がそう思っており、統計学的にも「説明の改善の必要がない」と関連があることが分かった。これらのことから説明を行う前にどの程度説明を聞きたいかを確認してから、徐々に詳しい説明を行う必要があることが示唆された。

目的

がん性疼痛は患者にとって最も苦痛な症状の1つであり、オピオイド（医療用麻薬）はその治療の中心的な薬物である。WHO方式がん性疼痛治療法が1986年に公表されてから、わが国でもオピオイドを中心とした薬物療法が普及してきている。臨床現場においては、疼痛の訴え方やオピオイドの副作用を解説したパンフレットなどを患者に配布して情報提供を行っている^{1,2)}。

一般市民や家族の間ではでは、オピオイドに対

する偏見や誤解が依然あることが明らかとなっている^{3,4)}。患者は「痛みは我慢すべきである」という考えから疼痛を正確に伝えない、あるいはオピオイドに対する偏見や誤解によりその使用を躊躇することがあるため、正確な情報提供が求められている。さらに、説明を行う側の医療従事者もオピオイド導入の障壁になっている場合があり、医療従事者に対する意識調査が報告されている^{5~7)}。そのうち、家族も患者の疼痛治療への不安をもっており⁸⁾、患者が痛みを経験していても、家族がオピオイドの使用にためらいや不安をもち、患者

*市立芦屋病院 薬剤科（研究代表者）

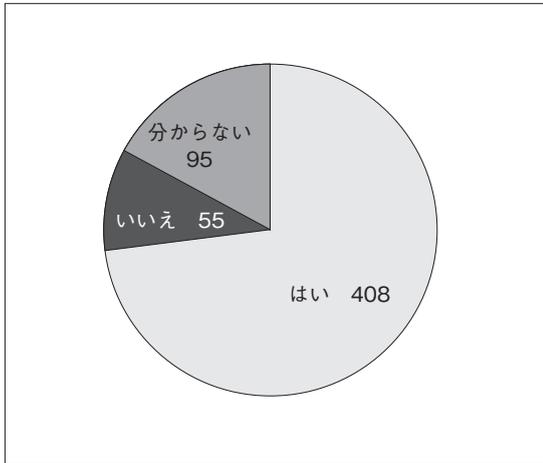


図1 医療用麻薬の使用の有無

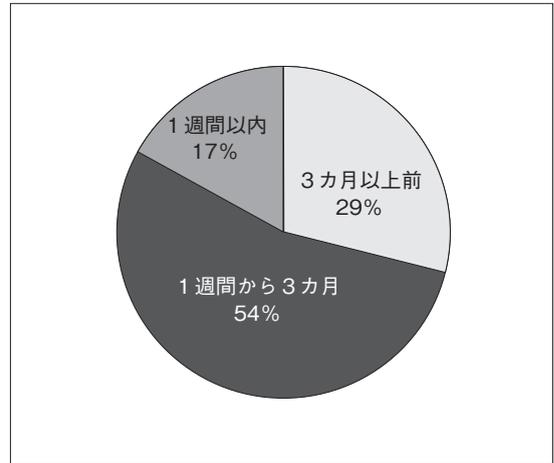


図2 医療用麻薬の開始時期

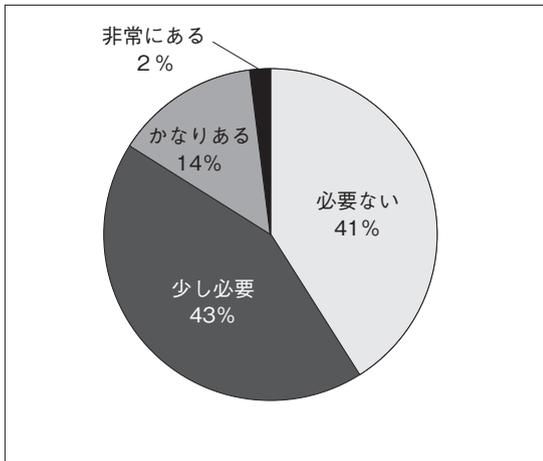


図3 説明の改善の必要性

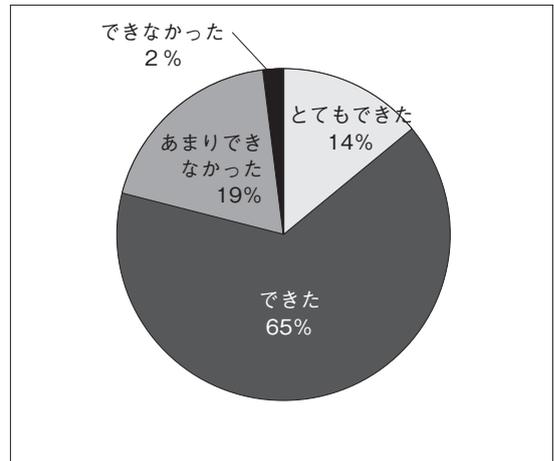


図4 説明による安心感

にオピオイドを使用させたくないという考えをもつなどのことから疼痛治療の障壁となっていることが示唆されている⁹⁾。したがって、家族に対するオピオイドの説明は重要である。

以上のような現状を踏まえ、①家族に対する医療用麻薬の説明の現状と、患者が通院中および入院中に家族が医療用麻薬に関して体験していることを明らかにすること、②家族からどのような説明が求められているのか、また、その説明についての改善の必要性の有無と家族の安心感と関連する要因を明らかにすることにより、家族に対する

望ましい説明の仕方を提示する。

結果

送付数 1,000, 回収数 626 (回収率 63%), 回答応諾数 572 (応諾率 57%) であった。

医療用麻薬の使用の有無については、使用していたと回答した遺族が 73% と最も多かったが、分からないと回答した遺族も 17% あった (図1)。医療用麻薬の使用開始時期については、死亡前 1 週間から 3 カ月が 54% と最も多かった (図2)。

医療用麻薬の説明の仕方にとどの程度改善が必要

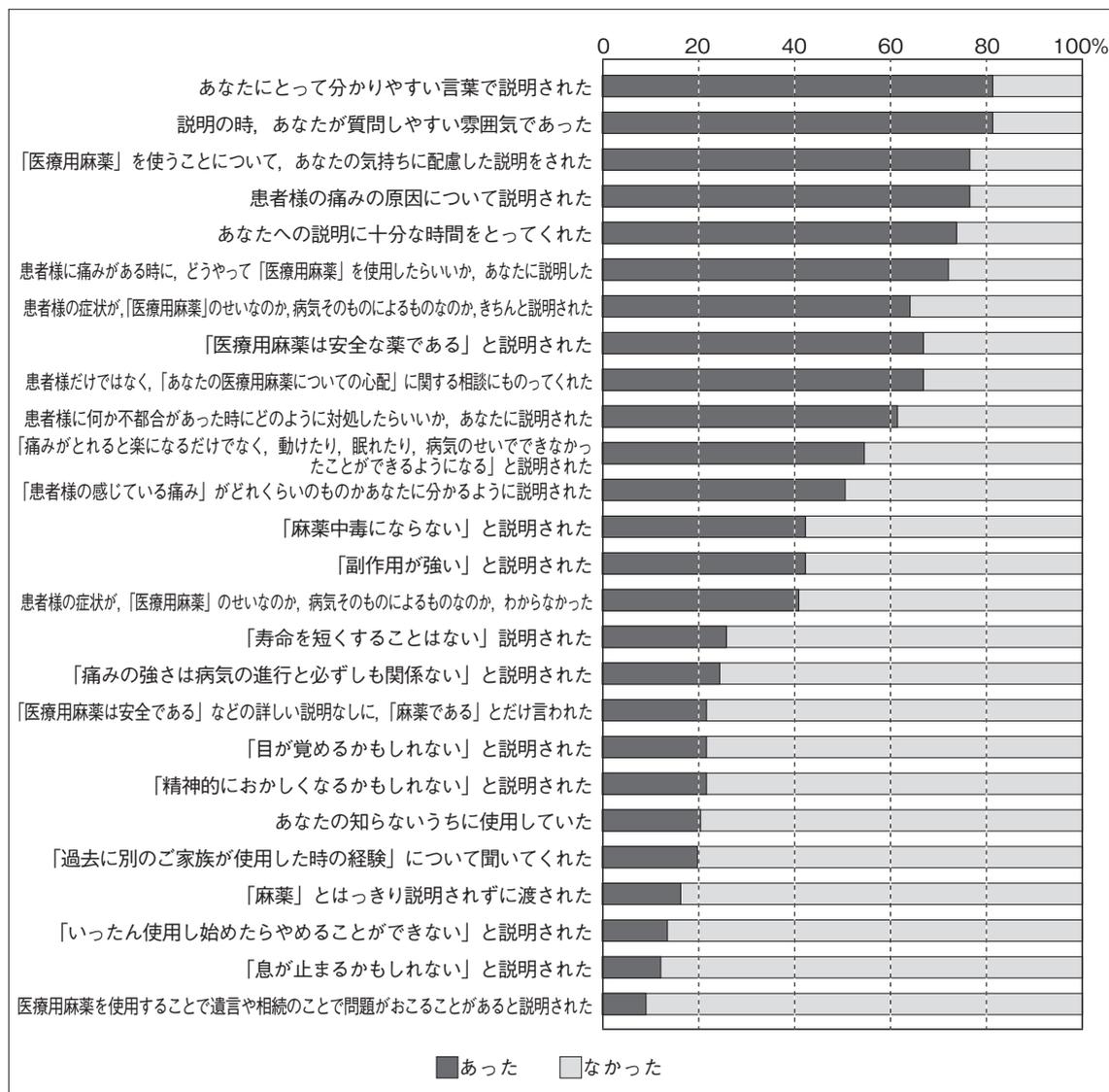


図5 医療用麻薬の説明の現状

かとの設問に対しては、「改善の必要がない」「少しある」の合計が84%であった(図3)。医療用麻薬への不安について、説明を受けたことによってどの程度安心できたかでは、「とても安心できた」「安心できた」の合計は79%であった(図4)。

医療用麻薬の説明の現状を図5に示す。「分かりやすい言葉で説明された」82%、「質問しやすい雰囲気であった」81%と、多かった。最も少なかったのは、相続に関する説明が10%であっ

た。この項目の中でロジスティック回帰分析変数減量法により解析した結果、医療用麻薬に対する安心感と最も関係しているものは、「質問しやすい雰囲気であった」であった。

通院中の遺族の経験については、「薬を飲んで不都合なことがあった時、薬のせいなの何のせいなのか分からなかった」が31%と最も多かった(図6)。

入院中の遺族の経験では、「医療用麻薬が処方

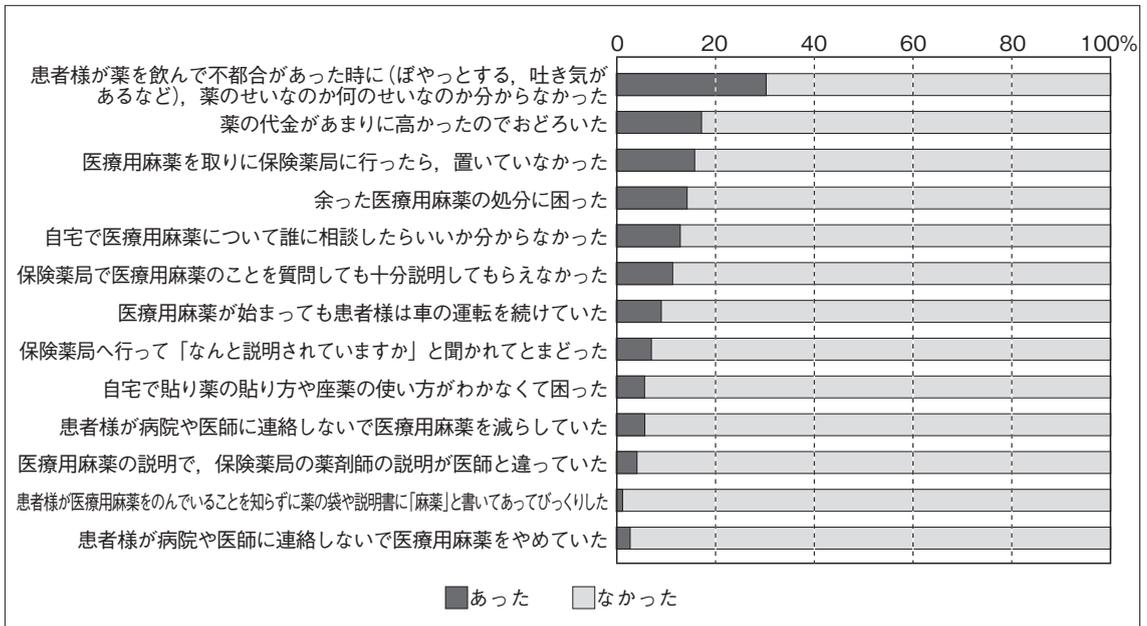


図6 通院中の遺族の経験

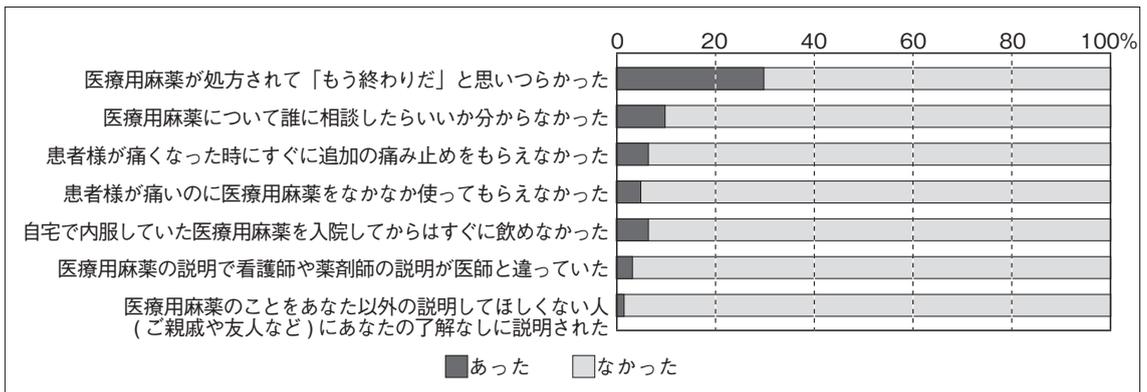


図7 入院中の遺族の経験

されて「もう終わりだ」と思い、つらかった」が31%と最も多かった(図7)。

医療用麻薬の説明や取扱いについて、遺族の経験から医療従事者や医療機関に対する希望についての質問の回答を図8に示す。「はじめて使用する時には、家族にも医療用麻薬を利用することを説明してほしい」に対して、「とてもそう思う」「そう思う」を合わせると92%であった。一方、「医療用麻薬の副作用について患者に詳しい説明

をしないでほしい」では、「とてもそう思う」「そう思う」の合計が49%、「医療用麻薬の副作用について家族に詳しい説明をしないでほしい」については同75%であった。この結果に対して説明の改善の必要性をロジスティック回帰分析で関連性を解析したところ、「はじめて使用する時には、患者だけでなく家族にも医療用麻薬を利用することを説明してほしい」が、改善の必要がないと最も関係していた。

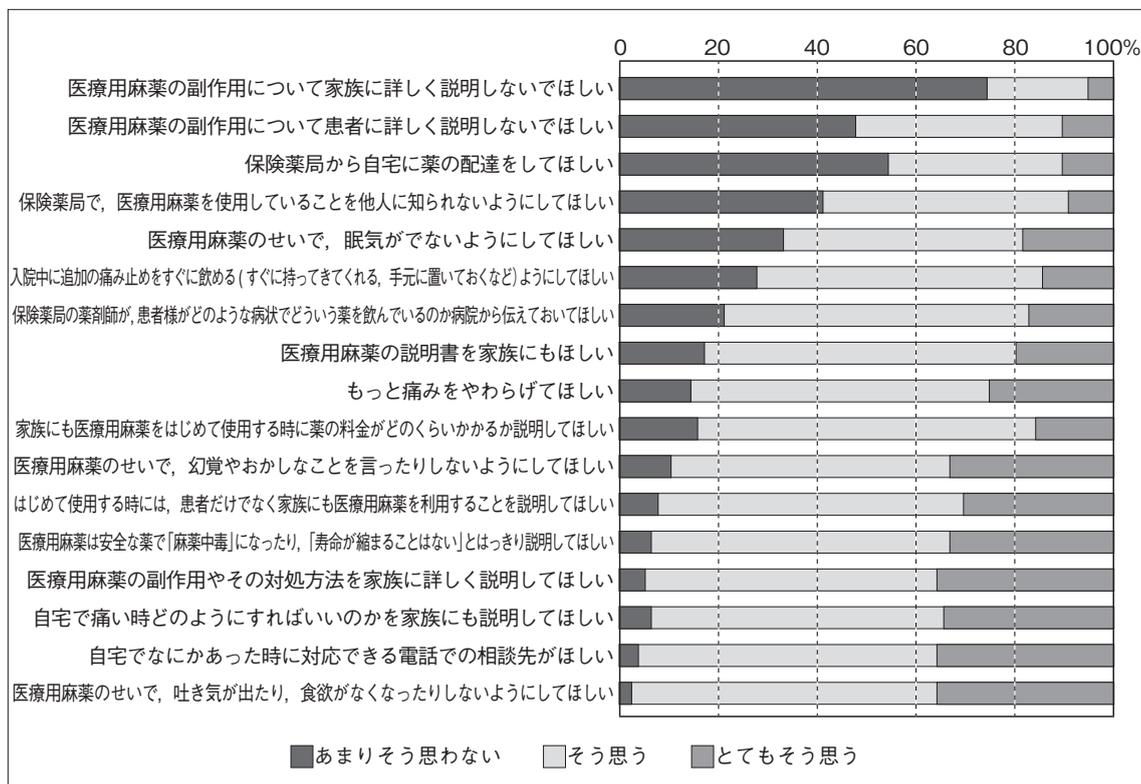


図8 遺族の経験から医療従事者や医療機関への希望

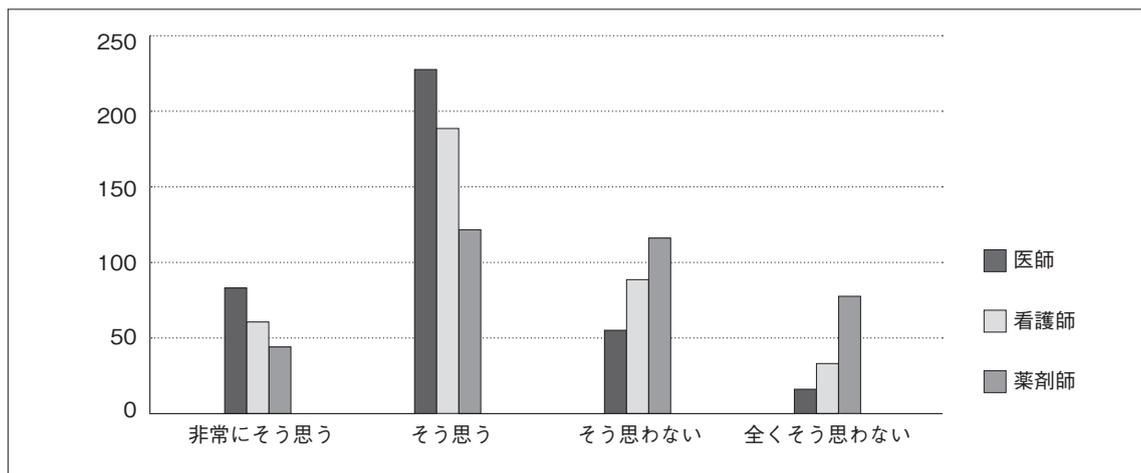


図9 遺族の経験から医療従事者や医療機関への希望

医療用麻薬を開始する時に主たる説明者について、十分説明を受けた医療従事者として医師が81%と高い値を示しているのに対し、薬剤師は

46%と低かった(図9)。この結果を説明の改善、説明による安心感についてロジスティック回帰分析を施行したところ、「医師に十分説明された」

ことと、「改善の必要がない」「安心した」と関連があった。

考 察

まず、どのような説明が遺族からみて安心できる説明であるかについては、「家族が質問しやすい雰囲気であった」が81%と多く、また統計学的にも「説明を受けたことで安心できた」と最も関連があり、どのような説明かより、どのように説明するかが重要である可能性が示唆された。

次に、遺族からみた説明の改善については、患者や家族に副作用の詳しい説明をしてほしくないと思っている遺族が、患者に対しては半数以上、家族に対しても3割いることが分かった。一方、「はじめて使用する時には、患者だけでなく家族にも医療用麻薬を利用することを説明してほしい」が9割の遺族がそうっており、統計学的にも「説明の改善の必要がない」と関連があることが分かった。このことは説明を行う前にどの程度説明を聞きたいかを確認してから、徐々に詳しい説明を行う必要があることが示唆された。その他では、「医療用麻薬は安全な薬で麻薬中毒になったり、寿命が縮まることはないとはっきり説明してほしい」については9割の遺族が望んでいた。このことは、一般的な誤解を解く説明を行うと患者の安心が得られる可能性が示唆された。

さらに、医療用麻薬について最も十分な説明を受けた医療従事者は医師であり、医師からの説明は患者に安心感を与え、統計学的に改善の必要がないという結果になった。

われわれが考えた遺族の良くない経験は通院中、入院中を通してほぼ3割以下であり、説明の改善の必要性についても「かなりある」「非常にある」を合わせても2割以下であり、説明により安心できた遺族は8割あった。このことから、今回の調査対象の施設では多くの場合、医療用麻薬について適切な説明が行われていると考えられる。

文 献

- 1) 川村郁人, 佐野吉嗣, 川合甲祐, 他. モルヒネ疼痛治療パンフレットの作成と評価および患者と家族の抱く不安と医師の説明状況. 日病薬誌 2009; 45: 537-541.
- 2) Miaskowski C, Dodd M, West C, et al. Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. *J Clin Oncol* 2004; 22(9): 1713-1720.
- 3) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団. ホスピス・緩和ケアに関する意識調査. 2008年, 大阪.
- 4) Morita T, Miyashita M, Shibagaki M, et al. Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31(4): 306-316.
- 5) 桐山陽子. 緩和ケアに関する薬剤師・看護師の認識調査, 長崎県病薬雑誌 2008; 81: 1880-11347.
- 6) Merrill JM, Dale A, Thornby JI. Thanatophobia and opiophobia of hospice nurses compared with that of other caregivers. *Am J Hosp Palliat Care* 2000; 17(1): 15-23.
- 7) Chaitowitz M, Tester W, Eiger G. Use of a comprehensive survey as a first step in addressing clinical competence of physicians-in-training in the management of pain. *J Opioid Manage* 2005; 1(2): 98-108.
- 8) Ferrell BR, et al.: The impact of cancer pain education on family caregivers of elderly patients *Oncol Nurs Forum* 1995; 22(8): 1211-1218.
- 9) Lin CC. Barriers to the analgesic management of cancer pain: a comparison of attitudes of Taiwanese patients and their family caregivers. *Pain* 2000; 88(1): 7-14.

【付帯研究担当者】

森田達也 (聖隷三方原病院 緩和支援治療科), 金村誠哲 (高槻赤十字病院 緩和ケア診療科), 高木達也 (大阪大学大学院 薬学研究科), 上島悦子 (大阪大学大学院 薬学研究科), 恒藤 暁 (大阪大学大学院 医学系研究科)

苦痛緩和のための鎮静（セデーション）に関する 家族への説明・ケアについての検討

池永 昌之*

サマリー

本付帯研究では、わが国の緩和ケア病棟において患者を看取った遺族に対して、鎮静に関する説明やケアに関する実態と希望についての調査を行った。そのうえで、鎮静に関する説明やケアに対しての満足感、精神的つらさ、意思決定に関する負担感を評価した。また、鎮静に関する説明の方法と内容について尋ね、それぞれの影響要因も探索した。

鎮静を行うと患者との会話が難しくなることを説明する場合や、鎮静についてあらかじめ説明する場合には、説明に対

する不満感が高く、十分な工夫が必要であると考えられた。また、患者がしっかりしていたらどのように考えるかを家族に聞く場合や、鎮静開始時に心残りはないか聞く場合には、家族の精神的つらさが強くなる可能性があり、他の家族とも相談できる機会を積極的につくっていくことは精神的つらさを軽減する可能性がある。鎮静についてあらかじめ説明する場合には、家族の意思決定に関する負担感が増すことが少なくなく、十分な配慮が必要であると考えられた。

目 的

鎮静開始後の患者や家族に対するケアについては、わが国のガイドラインや諸外国のガイドライン^{1~4)}においてその重要性は報告されているものの、そのケアに関する方法には十分な知見はそろってはいない。また、わが国における一般人口を対象とした質問紙調査では、鎮静によって意識が低下することやコミュニケーションができなくなることについて、85%が明確に知りたいと述べたが、一方で6%は知りたくないとして述べてい

たとの報告もある⁵⁾。特に、鎮静を受けた患者の遺族を対象としたわが国の多施設研究によると、78%の遺族は鎮静に満足していると答えていたが、25%の遺族は強い精神的苦痛を体験したと報告している⁶⁾。

そして、家族の低い満足感に関係していた要因として、①鎮静後に苦痛が十分緩和されなかったこと、②情報提供が不十分であったこと、③鎮静が生命予後を短縮すると感じたこと、④鎮静以外に苦痛を緩和する手段が他にあると感じたこと、を挙げている⁶⁾。

* 淀川キリスト教病院 ホスピス・こどもホスピス病院ホスピス科（研究代表者）

また、家族の精神的つらさに関係していた要因としては、①鎮静後に苦痛が十分緩和されなかったこと、②意思決定の責任を負うことが負担に感じられたこと、③患者の状態の変化にこころ構えができていなかったこと、④医師や看護師に気持ちを十分にくみ取ってもらえないと感じたこと、を挙げている。

つまり、このことから鎮静前後における家族に対する情報提供の内容とそのケアが、遺族の満足感と精神的つらさに影響していると予測される。したがって、鎮静を受ける患者や家族に対する情報提供の方法について詳細に評価することにより、終末期がん患者に対する鎮静の関連した説明方法やケアの方法を確立していくことは、今後、非常に重要な課題であると考えられ、施行する医療従事者のジレンマを軽減すると考えられる⁷⁾。

本付帯研究では、わが国の緩和ケア病棟において患者を看取った家族に対して、鎮静に関する説明やケアに関する実態と希望についての調査を行った。そのうえで、鎮静に関する説明やケアに対しての満足感、精神的つらさ、意思決定に関する負担感を評価した。また、鎮静に関する説明の方法と内容について尋ね、それぞれの影響要因も探索した。その調査をもとに、鎮静施行時におけるよりよい情報提供とケアのあり方について検討することを、研究の主たる目的とした。

なお、患者に施行された鎮静に関して、家族が十分な説明を受けていないことも予測されるため、本研究では患者に行われた鎮静を、先行研究を参考にし、「患者さまの苦痛が非常に強く、他の方法では十分に和らげない時に、睡眠薬などを用いて、眠っていて苦しさを感ぜなくてもすむようにする治療」と定義した。

結 果

調査対象となった緩和ケア病棟の死亡退院患者の背景を表1に示す。総患者数は1,001名（男性54%、女性46%）であり、患者の平均年齢は71.8歳（中央値74歳）であった。また、患者の平均入院期間は41日（中央値24日）であった。

表1 患者と回答応諾者の背景

総患者数：1,001名（男性544名、女性457名）
患者平均年齢：71.8 ± 12.5歳（中央値74歳）
入院期間：41 ± 54日（中央値24日）
回答応諾数：573名（男性：32%、女性：68%）
回答応諾率：57%
回答者平均年齢：61.2 ± 13.0歳（中央値62歳）

調査対象患者1,001名の遺族に対して、質問紙を送付した。回答応諾数は573名（男性54%、女性46%）であり、回答応諾率は57%であった。回答応諾者の平均年齢は、61.3歳（中央値62歳）であった。

1) 鎮静に対する遺族の考え方

鎮静に対する遺族の考え方について表2に示す。回答に応諾した遺族のうち、70%以上の遺族が患者に対する鎮静の施行を支持していた。遺族のほとんどが苦痛緩和を優先的に希望しており、その決定に患者本人の意思を重要視していた。一方で、鎮静を行うと命が短くなると考える遺族が39.1%、できるだけしないほうがよいと考える遺族が27.9%、鎮静を行うと十分なケアがしてもらえなくなると考える遺族が26.9%いた。

2) 鎮静の有無の遺族の判断と鎮静を受けたと考えている遺族の鎮静の捉え方

鎮静の有無の遺族の判断と鎮静を受けたと考えている遺族の鎮静の捉え方について、表3に示す。本調査では実際の鎮静の施行の有無は不明ではあるが、約6割の遺族がなんらかの鎮静を受けたと考えていた。

鎮静を受けたと考えている遺族の94.4%は、受けた鎮静とその説明について良い評価をしていた。

3) 鎮静に関する説明の有無と説明についての遺族の評価

鎮静に関する説明の有無と説明についての遺族

表2 鎮静に対する全遺族の考え方

94.2%	鎮静は必要な治療である
91.1%	鎮静によって会話ができなくなっても苦痛がないほうがよい
76.1%	鎮静を行うかどうかの判断は、患者本人の意思を尊重してほしい
58.4%	鎮静によって会話ができなくなることは、家族には苦痛である
57.8%	鎮静を行うかどうかの判断は、家族で決めたい
43.7%	鎮静を行うかどうかの判断を家族がすることは負担である
42.3%	鎮静を行うかどうかの判断は、医療従事者にしてほしい
39.1%	鎮静を行うと命が短くなる
27.9%	鎮静はできるだけしないほうがよい
26.9%	鎮静を行うと十分なケアがしてもらえなくなる

表3 鎮静の有無の遺族の判断と鎮静を受けたと考えている遺族の鎮静の捉え方 (n=418)

62.7%	鎮静を受けたと考えている遺族
→	94.4% 鎮静は苦痛を和らげた
	83.4% 鎮静の開始前に十分な説明を受けた
	86.6% 鎮静が行われて安心した
18%	鎮静を受けなかったと考えている遺族
19.3%	よく分からないと答えた遺族

表4 鎮静に関する説明の有無と説明についての遺族の評価

52.7%	鎮静に関する説明を受けた
→	19.8% 鎮静の説明について改善の必要がある
	54.7% 鎮静の説明はつらかった
	42.8% 鎮静を開始することの判断に対する負担感があつた
24.3%	鎮静に関する説明を受けなかった
22.9%	よく分からない

の評価について表4に示す。回答応諾者に鎮静に関する説明を受けたかどうかについて質問したところ、約半数の遺族は鎮静に関する説明を受けていたが、約24.3%においては説明を受けていなかった、約22.9%においてはよく分からないと回答していた。

また、19.8%の遺族では鎮静に関する説明について改善の必要があると答えていた。54.7%では説明に関して精神的つらさを感じていた。そして、42.8%においては、鎮静を開始することに対する負担感を感じていた。

4) 鎮静に関する説明の仕方と内容

鎮静に関する説明の仕方と内容について、表5に示す。回答者のうち、「非常にそう思う」「そう思う」「どちらかというと思う」と回答した遺族の割合を示した。説明の仕方と内容について

頻度が60%以下であった項目6項目であり、「寿命が縮まる（呼吸が止まる）かもしれませんが、使いますか」と聞かれた（37.3%）、「一緒に決める」のではなく、「ご家族で決めておいてください」と言われた（38.7%）、「眠らせることにより苦痛をやわらげる治療」をした場合としなかった場合の予測される命の長さについて説明があつた（45.8%）、「それ以外の方法を医療チームで考えたが、他の方法がないと考えられる」とはっきりと言われた（49.7%）、合併症として、時に患者さまへの悪い影響（呼吸が弱くなったり、水を間違つて飲んで窒息するなど）が起こりうる可能性について説明があつた（50.5%）、「眠らせることにより苦痛をやわらげる治療」を行っても寿命は短くならない医学的根拠があることについての説明があつた（58.1%）であつた。

表5 鎮静に関する説明の仕方・内容と遺族の評価

項目	回答者数(名)	頻度(%)	説明の改善の必要性		単変量解析		多変量解析(変数増加尤度比)	
			必要がない 平均点 標準偏差	必要がある 平均点 標準偏差	Odds ratio	p 値	Odds ratio	95% 信頼区間 p 値
(説明の仕方)								
1. わからないことがあれば、いつでも聞けるような雰囲気だった	245	94.7%	2.079	0.8498	2.698	1.1027	1.937	0.000
2. 私のこころの準備にあわせて説明してくれた	243	93.3%	2.209	0.8404	2.884	0.9810	2.289	0.000
3. 患者さまの希望が何であるかを確認してくれた	235	84.2%	2.368	0.9838	3.362	1.3498	2.117	0.000
4. 患者さまが、もししっかりしていたら、どのように考えるかを中心に聞いてもらった	236	84.3%	2.480	0.9673	3.372	1.3278	2.036	0.000
5. 「眠っていて苦痛を和らげる治療」を行うことについて、ご家族がどう思うのかをよく聞いてくれた	240	85.9%	2.394	0.9546	3.442	1.1402	2.527	0.000
6. 「一緒に決める」のではなく、「ご家族で決めておいてください」と言われた	233	38.7%	3.697	1.4030	4.256	1.2168	1.366	0.021
7. ご家族だけに判断させずに、「医師や看護師にいつこれが一番よいと思う」などと、最善の方法であることを言葉で伝えてくれた	238	81.3%	2.663	1.0952	2.767	1.1092	1.090	0.580
8. 自分ひとりだけでなく、他のご家族とも相談できる機会を作ってくれた	235	81.3%	2.553	1.2205	3.163	1.3789	1.420	0.007
9. 患者さまの希望が以前ではなく、以前からの一貫した考えだと確認した	231	61.1%	3.312	1.3071	3.907	1.6008	1.482	0.002
10. 苦痛が強くなってからではなく、あらかじめ相談する機会があった	238	80.6%	2.536	1.1019	3.744	1.4815	2.018	0.000
11. 患者さまやご家族の意思が違うときに、話し合う時間を十分にとってくれた	221	87.0%	2.494	0.9882	3.161	1.1472	1.756	0.001
12. 今から「眠っていて苦痛をやわらげる治療」を行うことで、心残りはないか確認してくれた(話し合っておきたいことや、会わせてあげたい人など)	230	79.1%	2.518	1.1189	3.599	1.3150	1.980	0.000
13. 行うかどうか迷っているときに、判断をせまらずに、医療従事者がともに考えてくれた	229	85.5%	2.505	0.9979	3.452	1.2667	2.038	0.000
(説明の内容)								
1. 患者さまの苦痛がやわらぐことについて説明があった	232	97.0%	2.007	0.6460	2.650	1.0497	2.652	0.000
2. 行うことによって患者さまとの会話が難しくなることについて説明があった	229	81.2%	2.283	0.9641	3.395	1.3299	2.319	0.000
3. どれくらい眠気がくるか(ウトウトするくらいなのか、ぐっすり眠るのか)について説明があった	226	72.1%	2.617	1.1030	3.767	1.3599	2.086	0.000
4. コミュニケーションや思考力にどれくらい影響が出るのか説明があった	229	72.9%	2.651	1.1231	3.791	1.3550	2.028	0.000
5. 意識が低下する薬(睡眠薬や鎮静薬)を使用することの説明があった	226	87.2%	2.385	1.0025	3.012	1.1672	1.662	0.001
6. 使用する薬の投与方法(1日とおして注射することや状況に合わせて中止すること)について説明があった	227	79.3%	2.520	1.0855	3.395	1.2371	1.834	0.000
7. どれくらいの長さ眠るのか(いったん眠るがまた目が覚めるか、ずっと眠るのか)について説明があった	224	70.9%	2.624	1.1495	3.648	1.2343	1.948	0.000
8. 患者さまがどれくらい苦痛を感じていると考えられるかについて説明があった	226	71.6%	2.796	1.1923	3.419	1.2580	1.500	0.004
9. 鎮静を行う苦痛とその原因が治療できないこと(脳に転移があって混乱している、肺に腫瘍があって息ができなくなっているなど)について説明があった	208	72.1%	2.751	1.1498	3.556	1.4031	1.660	0.000
10. 「それ以外の方法を医療チームで考えたが、他の方法がないと考えられる」とはっきりと言われた	205	49.7%	3.412	1.3595	3.849	1.5831	1.247	0.076
11. 他の方法では苦痛がやわらがないと判断した理由を納得のいくように説明があった	208	67.8%	2.874	1.1950	3.744	1.3817	1.698	0.000
12. 状況に応じて「眠っていて苦痛をやわらげる治療」は中止することもできることについて説明があった	215	62.3%	2.866	1.2351	3.979	1.3163	1.931	0.000
13. 点滴や水分・栄養の補給についてどうするのか説明があった	221	79.2%	2.627	1.2261	3.274	1.4379	1.431	0.005
14. 水分や栄養を口から摂取することにどれくらい影響が出るのか説明があった	215	67.9%	2.866	1.2510	3.816	1.4507	1.678	0.000
15. 「眠っていて苦しくない治療」を行っても寿命は短くならない医学的根拠があることについての説明があった	217	58.1%	3.099	1.2975	4.171	1.4735	1.756	0.000
16. 「寿命が縮まる(呼吸が止まる)かもしれませんが、使いますか」と聞かれた	217	37.3%	3.828	1.4683	4.535	1.4534	1.420	0.007
17. 合併症として、ときに患者さまへの悪い影響(呼吸が弱くなったり、水を間違えて飲んで窒息するなど)が起こりうる可能性について説明があった	214	50.5%	3.382	1.3499	4.163	1.5420	1.492	0.002
18. 患者さまの状態が(「眠っていて苦痛をやわらげる治療」をするしなに問わず)非常にきびしく、余命が数日から数週であると説明があった	220	76.7%	2.390	1.1643	3.129	1.6145	1.495	0.002
19. 「眠っていて苦痛をやわらげる治療」をした場合としなかった場合の予測される命の長さについて説明があった	221	45.8%	3.278	1.3859	4.408	1.2638	1.859	0.000
20. 「眠っていて苦痛を和らげる治療」を行わなかったときの患者に起こりうること(苦痛の程度や予測される予後など)について説明があった	216	64.8%	2.959	1.2941	3.841	1.4444	1.590	0.000
21. 今後ともこれまで行っていた「体をきれいにしたり、声を掛けたりする」などのケアは変わらずに行うことの説明があった	216	85.2%	2.419	1.0518	3.176	1.3700	1.661	0.000
22. 今後とも必要な緩和治療(痛み止めなど患者さまの苦痛をとるための治療)は変わらずに行われることの説明があった	218	84.9%	2.422	1.0482	3.363	1.4347	1.829	0.000
23. 「苦痛をやわらげること」が目的である(「安楽死」のように患者さまの命を短くすることが目的ではない)ことについて説明があった	218	76.6%	2.625	1.2732	3.574	1.5345	1.595	0.000
24. 法律的に問題のない行為であることについて説明があった	211	64.9%	3.083	1.3511	3.890	1.5432	1.476	0.001

Bonferroni correction: 0.001 = 0.05/38

3. 苦痛緩和のための鎮静（セデーション）に関する家族への説明・ケアについての検討

精神的つらさ				単変量解析		多変量解析 (変数増加法尤度比)			意思決定の負担感				単変量解析		多変量解析 (変数増加法尤度比)			
なし		あり		Odds ratio	p 値	Odds ratio	95% 信頼区間	p 値	なし		あり		Odds ratio	p 値	Odds ratio	95% 信頼区間	p 値	
平均点	標準偏差	平均点	標準偏差						合計点	標準偏差	合計点	標準偏差						
2.066	0.8538	2.346	1.0026	1.937	0.000				2.124	0.9462	2.341	0.9325	1.279	0.115				
2.136	0.8059	2.552	0.9629	2.289	0.000				2.207	0.8572	2.565	0.9553	1.563	0.008				
2.336	1.0958	2.807	1.1532	2.117	0.000				2.435	1.1545	2.797	1.1128	1.321	0.032				
0.389	0.9380	0.930	1.2011	2.036	0.000	1.608	1.167-2.215	0.004	2.481	1.0341	2.947	1.1752	1.472	0.005				
2.391	1.0824	2.829	1.0532	2.527	0.000				2.507	1.1564	2.788	0.9653	1.272	0.076				
3.787	1.3701	3.849	1.3961	1.366	0.021				3.864	1.4298	3.760	1.3165	0.946	0.601				
2.573	1.0415	2.785	1.1377	1.090	0.580				2.620	1.1019	2.777	1.0887	1.140	0.325				
2.740	1.3787	2.641	1.1894	1.420	0.007	0.689	0.513-0.924	0.013	2.685	1.3495	2.691	1.1826	1.004	0.972				
2.966	1.3670	3.598	1.3870	1.482	0.002				3.108	1.4017	3.572	1.3853	1.268	0.024				
2.501	1.2038	3.065	1.3168	2.018	0.000				2.554	1.2233	3.144	1.3163	1.437	0.002	1.437	1.140-1.813	0.002	
2.457	1.0417	2.802	1.0530	1.756	0.001				2.483	1.0827	2.859	0.9916	1.408	0.016				
2.467	1.0661	3.010	1.3374	1.980	0.000	1.504	1.110-2.039	0.008	2.542	1.1707	3.052	1.2908	1.401	0.006				
2.471	0.9880	2.926	1.2065	2.038	0.000				2.580	1.1437	2.897	1.0917	1.285	0.056				
2.045	0.7136	2.221	0.8471	1.339	0.125				2.045	0.6994	2.268	0.8896	1.440	0.056				
2.478	1.2403	2.572	1.0667	1.075	0.568				2.500	1.2027	2.567	1.0766	1.052	0.686				
2.752	1.2478	2.998	1.2542	1.193	0.132				2.786	1.2637	2.986	1.2423	1.136	0.273				
2.813	1.2988	2.980	1.2384	1.111	0.359				2.885	1.3279	2.926	1.2432	1.026	0.824				
2.423	1.0644	2.611	1.0725	1.183	0.224				2.483	1.1099	2.580	1.0167	1.088	0.531				
2.571	1.2306	2.837	1.1157	1.218	0.118				2.628	1.2189	2.829	1.1089	1.157	0.236				
2.702	1.2777	2.979	1.1986	1.202	0.120				2.742	1.2800	2.998	1.1760	1.182	0.156				
2.922	1.3015	2.942	1.1727	1.013	0.910				2.946	1.2736	2.915	1.1780	0.979	0.859				
2.776	1.2268	3.063	1.2643	1.206	0.112				2.933	1.2555	2.922	1.2548	0.993	0.954				
3.490	1.4023	3.525	1.4404	1.018	0.863				3.527	1.4467	3.483	1.3888	0.978	0.829				
3.006	1.3251	3.119	1.2563	1.071	0.541				3.102	1.3425	3.016	1.2121	0.949	0.645				
2.940	1.3570	3.262	1.2994	1.203	0.094				3.102	1.4201	3.125	1.2108	1.013	0.908				
2.665	1.3821	2.861	1.2231	1.125	0.295				2.713	1.3719	2.848	1.1978	1.083	0.473				
2.959	1.4524	3.177	1.2571	1.129	0.260				2.984	1.4268	3.201	1.2409	1.126	0.270				
3.110	1.3753	3.532	1.4108	1.245	0.038				3.322	1.4323	3.354	1.3792	1.016	0.875				
3.868	1.4997	4.086	1.4820	1.104	0.308				3.929	1.5161	4.060	1.4602	1.062	0.542				
3.448	1.4654	3.647	1.3944	1.104	0.330				3.508	1.4828	3.618	1.3546	1.056	0.596				
2.431	1.2620	2.660	1.3459	1.146	0.223				2.370	1.2214	2.806	1.3892	1.294	0.023				
3.397	1.3996	3.641	1.4638	1.127	0.238				3.489	1.4087	3.580	1.4792	1.046	0.659				
3.060	1.3934	3.235	1.3593	1.098	0.374				3.120	1.4125	3.199	1.3278	1.043	0.694				
2.503	1.1833	2.659	1.1572	1.123	0.353				2.578	1.2196	2.597	1.1029	1.014	0.913				
2.567	1.2477	2.684	1.1713	1.085	0.500				2.613	1.2619	2.653	1.1312	1.028	0.820				
2.762	1.3982	2.897	1.3830	1.074	0.496				2.862	1.4445	2.846	1.3154	1.010	0.992				
3.008	1.3685	3.412	1.4742	1.174	0.116				3.222	1.4661	3.315	1.3893	1.047	0.652				

5) 説明について改善の必要があると答えた遺族に対する鎮静に関する説明の仕方と内容 (表5)

鎮静に関する説明に関して改善の必要性があると答えた遺族は19.8%であった。これらの遺族に対して行われた説明の仕方と内容について多変量解析を行ったところ、「行うことにより患者さまとの会話が難しくなることについて説明があった (オッズ比: 2.170, p 値: 0.000)」「苦痛が強くなってからではなく、あらかじめ相談する機会があった (オッズ比: 1.940, p 値: 0.000)」の2つの項目が挙げられた。

6) 説明についてつらかったと答えた遺族に対する鎮静に関する説明の仕方と内容 (表5)

鎮静に関する説明に関して説明がつらかったと答えた遺族は54.7%であった。これらの遺族に対して行われた説明の仕方と内容について多変量解析を行ったところ、「患者様がしっかりしていたら、どのように考えるかを中心に聞いてもらえた (オッズ比: 1.608, p 値: 0.004)」「今から“眠っていて苦痛を和らげる治療”を行うことで、心残りはないか確認してくれた (話し合っておきたいことや、会わせてあげたい人など) (オッズ比: 1.504, p 値 0.008)」「自分ひとりだけでなく、他の家族とも相談できる機会をつくってくれた (オッズ比: 0.689, p 値 0.013)」の3つの項目が挙げられた。

7) 鎮静を開始することの判断に対する負担感があつた遺族に対する説明の仕方と内容 (表5)

鎮静を開始することの判断に対する負担感があつたと答えた遺族は42.8%であった。これらの遺族に対して行われた説明の仕方と内容について多変量解析を行ったところ、「苦痛が強くなってからではなく、あらかじめ相談する機会があつた (オッズ比: 1.437, p 値: 0.002)」の1つの項目が挙げられた。

考 察

緩和ケア病棟に入院していた患者の遺族の70%以上で苦痛緩和のための鎮静は必要な治療として受け入れられていたが、約30%ではできるだけしないほうがよいと考えていた。また、鎮静を行うと命が短くなる、十分なケアをしてもらえなくなるというような不安や懸念をもっていた遺族も認められた。

本調査では実際の鎮静の施行については不明ではあるが、約6割の遺族がなんらかの鎮静を受けたと考えていた。日本緩和医療学会の苦痛緩和のための鎮静に関するガイドラインでは、深い持続的鎮静が必要な患者数を20~35%と見積もっているため、今回の調査対象の遺族は間欠的鎮静や浅い鎮静、睡眠の確保としての使用を含めて、遺族は鎮静を捉えている可能性があると考えられた。

鎮静を受けたと考えている遺族のうち94.4%は鎮静により苦痛は和らいだと回答していた。2004年の調査では、39.8%の遺族は鎮静後も苦痛を感じていたと評価しており、遺族の捉え方における鎮静の有用性は上昇していると考えられる。

鎮静を受けたと考えている遺族のうち19.8%は、鎮静に関する説明に関して改善の必要性があると答えていた。そのような遺族が受けたその説明の仕方と内容との関連を検討すると、鎮静を行うことにより患者との会話が難しくなることについて説明があつた場合と、鎮静に関しての説明をあらかじめ相談する機会とつた場合とであった。

鎮静を受けたと考えている遺族のうち54.7%は、鎮静に関する説明に関して説明がつらかったと答えていた。そのような遺族が受けたその説明の仕方と内容との関連を検討すると、患者がしっかりしていたら、どのように考えるかを中心に聞かれた場合と、今から鎮静を行うことで、心残りはないか確認してされた場合とであった。一方で、自分ひとりだけでなく、他の家族とも相談できる機会をつくつた場合は、つらさが軽減していたと考えられる。

鎮静を受けたと考えている遺族のうち42.8%は、鎮静を開始することの判断に対して負担を感じていた。そのような遺族が受けたその説明の仕方と内容との関連を検討すると、鎮静に関しての説明をあらかじめ相談する機会とった場合であった。

鎮静に関する説明におけるケアのまとめ

今回の調査で予測される鎮静に関する説明の仕方と内容についてのケア指針をまとめると、以下のようになる。

1) 緩和ケア病棟に入院した患者の遺族は苦痛緩和のための鎮静の必要性について肯定的な考え方を持っているが、不安や抵抗感を持つ家族も約3割程度は存在すると考えられる。

2) 鎮静に対する満足度は前回調査に比べて上昇している。

3) 19.8%の遺族は鎮静に関する説明について不満感をもっていた。また、54.7%では説明に関して精神的つらさを感じていた。そして、42.8%においては、鎮静を開始することの意思決定に対する負担を感じていた。

4) 鎮静を行うと会話が難しくなることを説明する場合や、鎮静についてあらかじめ説明する場合には、説明に関して不満感が高く、十分な工夫が必要であると考えられる。

5) 患者がしっかりしていたらどのように考えるかを家族に聞く場合や、鎮静開始時に心残りはないか聞く場合には家族の精神的つらさが強くなる可能性があり、他の家族とも相談できる機会を積極的につくっていくことは精神的つらさを軽減

する可能性がある。

6) 鎮静についてあらかじめ説明する場合には、家族の意思決定に関する負担感が増すことが少なくなく、十分な配慮が必要であると考えられる。

文 献

- 1) de Graeff A, Dean Ml. Palliative sedation therapy in the last weeks of life : a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007 ; 10 (1) : 67-85.
- 2) Committee on National Guidelines for Palliative Sedation Royal Dutch Medical Association (KNMG), Utrecht December, 2005.
- 3) Verkerk M, van Wijlick E, Legemaate J, et al. A national guideline for palliative sedation in the Netherlands. *J Pain Symptom Manage* 2007 ; 34 (6) : 666-670.
- 4) 日本緩和医療学会ガイドライン作成委員会編：苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン。2010, 金原出版。
- 5) Morita T, Hirai K, Okazaki T. Preferences for palliative sedation therapy in the Japanese general populations. *J Palliat Med* 2002 ; 5 : 375-385.
- 6) Morita T, Ikenaga M, Adachi I, et al. Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2004 ; 28 : 557-565.
- 7) Morita T. Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. *Palliat Med* 2004 ; 18 : 550-557.

〔付帯研究担当者〕

平井 啓（大阪大学 大型教育研究プロジェクト支援室）、森田達也（聖隷三方原病院 緩和支援療法科）、恒藤 暁（大阪大学大学院 緩和医療学講座）

医療用麻薬の使用に対する遺族の 体験に基づいた認識と意向

新城 拓也*

サマリー

本研究の目的は、家族としての医療用麻薬についての体験、認識や意向、医療者から受けた説明を明らかにすること、そしてそれらの関連を探索することである。2010年にホスピス・緩和ケア病棟103施設の997名の遺族に発送した。432名(43%)を解析し、医療用麻薬の使用の意向には、薬に対する価値観、医療用麻薬の使用で患者の生活の質が向上したこと、医療者の説明のうち「痛みの原因が良くなったり、何か不都合なことがあったりしたら、やめることができる

」「慣れが生じたり、あとで効かなくなったようなことはない」という体験、痛み止めの医療用麻薬は生活の質を向上する、中毒や習慣性が起こる、慣れが生じて効かなくなってくる、副作用と関連があるという認識、そして望ましい最期にとって重要と思うことのうち、「からだに苦痛を感じないこと」「医師と話しあって治療を決めること」「自然に近いかたちでさいごを迎えること」が関連していた。

はじめに

疼痛はがん患者にとって、最も多い症状の1つである。がん性疼痛に対する、医療用麻薬の使用は推奨されているが¹⁾、現時点でも鎮痛治療が十分行われているとはいえない²⁾。その原因としてさまざまなバリアの存在が挙げられ、患者と家族のバリア、医療者のバリア、システムのバリアがあることが指摘されている³⁾。

そのうち患者に関するバリアの研究が多く行われており、欧米での質問紙(Barrier Questionnaire)

を用いた研究⁴⁾、質的研究⁵⁾、および日本人を対象とした研究がある^{6,7)}。先行研究では、医療用麻薬に関する患者のバリアとして、耐性、依存、生命の短縮、死の連想、認知機能の低下、病状の進行に関する心配が挙げられている。また、最近の「医療用麻薬をこれから使用する患者」を対象とした質的研究の結果では、耐性や依存よりも、医療用麻薬が「苦痛のない死を目的としているように」感じられることや、「家族としてがん患者が医療用麻薬の投与を受けた時の否定的な体験や医師からの説明」がより強いバリアであることが

*しんじょう医院(研究代表者)

示唆されている⁵⁾。

がん患者の家族は「将来のがん患者」とも考えられ、患者になってからではなく、家族の時の医療用麻薬の体験や医師からの説明が重要であることが示唆される。にもかかわらず、実際の患者に対する治療を通じての経験が、家族の医療用麻薬についての認識や意向にどのような影響を及ぼすかを検討した研究はない。

本研究の目的は、①家族としての医療用麻薬についての体験、医療者から受けた説明を明らかにすること、②家族の医療用麻薬についての認識や意向を探索することである。

方法

1) 対象

日本ホスピス緩和ケア協会会員施設のうち、調査協力の承諾を得たホスピス・緩和ケア病棟 103 施設において、2008 年 1 月 1 日から 2009 年 12 月 31 日各施設適格条件を満たす各施設 100 名を調査対象として設定した。10,642 名の対象者のうち、636 名が除外され、10,006 名を対象とし、本研究はそのうち 997 名を無作為に選択し、2010 年 11 月から 12 月に質問紙を発送した。返答のない遺族に対しては、2011 年 2 月に再度同じ質問紙を発送した。

適格基準は、患者ががんと診断されていること、20 歳以上であること、質問紙を発送する遺族が 20 歳以上、患者の入院から死亡まで 3 日以上とした。

除外基準は、①遺族（キーパーソン、身元引受人）の同定ができない、②治療関連死、または ICU 病棟で死亡した、③退院時の状況から、遺族が認知症、精神障害、視覚障害などのために調査用紙に記入できない、④退院時および現在の状況から、精神的に著しく不安定なために研究の施行が望ましくないをそれぞれの施設で判断した。

各施設の倫理委員会で研究の実施は承認された。

2) 調査項目

本研究の調査項目は、系統的文献検索、緩和ケア臨床経験のある医師・看護師による focusing group の討論を経て作成した^{3~8)}。作成した質問紙を 2009 年 10 月に、本研究に参加していない遺族 20 名に返答と質問紙の評価を得た。結果を基に質問紙を改訂し、さらに focusing group で討論し、質問紙を完成した。

遺族の背景因子として、年齢、性別、患者との関係、患者の死亡から調査までの期間を質問した。

医療用麻薬の使用についての遺族の意向として、全般的に医療用麻薬を使用するか、全身状態がよく医療用麻薬によって生活が拡大する場合に医療用麻薬を使用するか（事例；全身状態が良い時）、全身状態が悪く、生活は拡大しない場合に医療用麻薬を使用するか（事例；全身状態が悪い時）、の 3 つの場合について、「絶対に使わない」から「絶対に使う」の 6 件法で質問した。事例の質問については、イラストを付した。

遺族の体験として、患者に生じた体験として、鎮痛効果（生活の質が向上した：「痛みがとれて、いろいろなことができるようになった」「痛みがとれて、表情が穏やかになった」「痛みがとれて、よりよい生活がおくれるようになった」；Cronbach $\alpha=0.77$ ）、精神依存（「痛みがないときも、“くすり（麻薬）がほしい”と言うようになった）、耐性（「痛みが強くなってから、くすり（麻薬）を増やしても効かなくなった」）について、副作用（副作用があった：「吐き気が強くなった」「食事が食べられなくなった」「眠る時間が長くなった」「変な言動・幻覚や混乱がおこった」「容態（病状）が急に悪くなった」； $\alpha=0.69$ ）について、「なかった」「あった」のいずれかに回答を求めた。

医療者からの一般的な説明として、「がんの痛みを、おさえることができる」「がんの痛みは、早くから治療した方がよい」「一度使い始めても、痛みの原因がよくなったり、何か不都合なことがあったりしたらやめることができる」、精神依存（「中毒や習慣（依存症）になることはない」）、

耐性（「早く使い始めても、慣れが生じたり、あとで効かなくなったりするようなことはない」）、副作用（副作用がある：「吐き気が起こることがある」「食事が食べられなくなる」「便秘が起こることがある」「眠る時間が長くなることがある」「変な言動・幻覚や混乱がおこることがある」； $\alpha = 0.80$ ）、死との関連（死と関連がある：「最後に使うくすりである」「呼吸が止まるかもしれない」「寿命をちぢめてしまう」； $\alpha = 0.76$ ）について、「なかった」「あった」のいずれかに回答を求めた。

医療用麻薬に関する、遺族の認識として、Barrier Questionnaire⁸⁾の日本語訳⁶⁾を含む項目、鎮痛効果（生活の質を向上する：「がんの痛みを取り除くことはできる」「“よりよい生活をおくる”ためのくすりである」； $\alpha = 0.65$ ）、精神依存（「中毒や習慣性（依存症）が起こる」）、耐性（「早く使い始めると、慣れが生じて効かなくなってくる」）、副作用（副作用がある：「痛み止めの薬による副作用をがまんするよりは、痛みをがまんした方がましである」「吐き気を起こす」「便秘になる」「眠る時間が長くなる」「もうろう状態になる」「変な言動・幻覚や混乱を起こす」； $\alpha = 0.79$ ）、死と関連（死と関連がある：「“薬に最期を迎えるため”のくすりである」「“末期の患者”に使うものである」「“最後の手段”である」「“死”を連想させる」「寿命をちぢめる」； $\alpha = 0.70$ ）について、「とてもそう思わない」から「とてもそう思う」の6件法で回答を求めた。

このほか、「薬についての価値観」（「もともと病気になるっても薬を使わない」「“薬”がきらいである」「薬をできるだけ使わずにがまんする」「薬を使うより、できれば自分の力で病気を治したい」； $\alpha = 0.87$ ）「望ましい最期にとって重要と思うこと」⁹⁾（「からだに苦痛を感じないこと」「医師と話し合って治療を決めること」「意識や思考がしっかりしていること」「希望をもって過ごすこと」「自然に近いかたちでさいごを迎えること」「死を意識せずに、普段と同じように毎日を送れること」）について回答を求めた。

3) カルテ調査

各施設の主治医は、患者の背景因子として、年齢、性別、原発臓器、初診から死亡までの期間を調査した。

4) 解析

調査対象者を調査後に比較に妥当な2群に分類した。「全般的にがんのため痛みがある時、医療用麻薬を」絶対に使わない、使わない、どちらかといえば使わない、どちらかといえば使うと返答した群と（医療用麻薬の使用に消極的な群）、使う、必ず使うと返答した群と（医療用麻薬の使用に積極的な群）に分類した。単変量解析を連続関数にはt検定を、カテゴリ変数には χ^2 分析を用いた。「薬についての価値観」は質問の合計点数を解析に用いた。解析結果は、 $p < 0.05$ で統計学的に有意と判断した。解析にはStatistical Package for Social Sciences (version 20.0 ; IBM)を用いた。

結果

997名の遺族に発送し、618名(62%)が返答した。そのうち回答を拒否した38名を除外した580名の質問紙を抽出し、さらに、「患者様は、医療用麻薬を使用していましたか」に“はい”と返答し、かつ主調査項目（全般的にがんのため痛みがある時、あなたら医療用麻薬を使うか）に返答のあった、432名(43%)を解析対象とした。

患者と遺族の背景因子についてを表1に示す。

医療用麻薬の使用についての遺族の意向について表2に示す。全般的にがんのため痛みがある時、医療用麻薬を、患者が医療用麻薬を投与されていたと返答した遺族の過半数が、医療用麻薬の投与を受けると返答した。

患者が医療用麻薬の処方を受けた経験のある遺族の、薬に対する価値観についての結果を表3に示す。薬の投与に関して消極的な考えをもつ遺族は少数であった。

医療用麻薬に関する、遺族の体験についての結

表1 患者、遺族の背景因子

	n (%)
患者, 人数	432
年齢 (標準偏差)	72 (12)
性	
男	221 (51)
女	211 (49)
原発臓器	
肺	121 (28)
胃	42 (9.7)
大腸, 直腸	44 (10)
肝臓	25 (5.8)
胆管, 膵	67 (16)
食道	14 (3.2)
乳腺	20 (4.6)
前立腺, 腎臓, 膀胱	25 (5.8)
頭部, 頸部	17 (3.9)
子宮, 卵巣	22 (5.1)
その他	35 (8.1)
初診から死亡までの日数; 平均 (標準偏差)	41 (53)
遺族, 人数	432
年齢 (標準偏差)	59 (12)
性	
男	139 (32)
女	285 (66)
患者との関係	
配偶者	184 (43)
子	161 (37)
嫁, 婿	30 (6.9)
兄弟, 姉妹	29 (6.7)
その他	20 (4.6)
遺族の入院中の健康状態	
非常に良い	109 (25)
良い	231 (54)
悪い	66 (15)
非常に悪い	16 (3.7)
看病をかわってくれる人がいるか	
いる	321 (74)
いない	102 (24)
患者の死亡から調査までの月数; 平均(標準偏差)	15 (4.6)

果を表4に示す。医療用麻薬に関する、生活の質の向上に関して、患者が医療用麻薬を使った後から、「痛みがとれて、いろいろなことができるようになった」「痛みがとれて、よりよい生活が送

表2 医療用麻薬の使用についての遺族の意向

全般的にがんのため痛みがある時、医療用麻薬を	人数 (%)
必ず使う	112 (26)
使う	175 (41)
どちらかといえば使う	133 (31)
どちらかといえば使わない	8 (1.9)
使わない	3 (0.7)
絶対に使わない	1 (0.2)

表3 薬に対する価値観

	*人数 (%)
もともと病気になっても薬を使わない	42 (9.4)
「薬」がきらいである	68 (16)
薬をできるだけ使わずにがまんする	77 (17)
薬を使うより、できれば自分の力で病気を治したい	142 (33)

*とてもそう思う、そう思う人数

表4 医療用麻薬に関する、遺族の体験

患者が医療用麻薬を使った後から、	*人数 (%)
生活の質が向上した	
痛みがとれて、いろいろなことができるようになった	228 (53)
痛みがとれて、表情が穏やかになった	350 (81)
痛みがとれて、よりよい生活が送れるようになった	246 (57)
痛みがないときも、「くすり (麻薬) が欲しい」と言うようになった	35 (8.1)
痛みが強くなってから、くすり (麻薬) を増やしても効かなくなった	152 (35)
副作用があった	
吐き気が強くなった	108 (25)
食事が食べられなくなった	221 (51)
眠る時間が長くなった	294 (68)
変な言動・幻覚や混乱がおこった	202 (47)
容態 (病状) が急に悪くなった	163 (38)

*該当する体験があると返答した人数

れるようになった」と返答した遺族が半数、表情が穏やかになったと返答した遺族が、大多数であった。一方で副作用に関して、「食事が食べられなくなった」「眠る時間が長くなった」「変な言動・幻覚や混乱がおこった」と返答した遺族が、半数以上あった。

医療用麻薬に関する、医療者 (医師, 看護師, 薬剤師) の一般的な説明についての結果を表5

に示す。遺族は医療者から医療用麻薬について、「がんの痛みを、おさえることができる」とほとんどすべて説明を受けていたと返答した。また、「最後に使うくすりである」「呼吸が止まるかもしれない」「寿命をちぢめてしまう」と医療者から説明されていたと返答した遺族も、20～30%あった。

医療用麻薬に関する、遺族の認識を表6に示す。患者が医療用麻薬の処方を受けた経験のあるほとんどの遺族は、医療用麻薬について、「がんの痛みを取り除くことはできる」と認識していた。また、「よりよい生活をおくる」ためのくすりである」と半数の遺族が認識している反面、「末期の患者」に使うものである」「最後の手段」である」と半数の遺族が認識していた。

遺族の考える、望ましい最期にとって重要と思うことについて表7に示す。「医師と話し合って治療を決めること」「希望をもって過ごすこと」を必要であると考えた遺族が多かった。

単変量解析では、全般に医療用麻薬を使うか使わないかの意向に関して、薬に対する価値観、遺族の体験のうち医療用麻薬の使用で患者の生活の質が向上したこと、医療者の説明のうち「痛みの原因が良くなったり、何か不都合なことがあったりしたらやめることができる」「慣れが生じたり、あとで効かなくなったりするようなことはない」、遺族の認識のうち、痛み止めの医療用麻薬は生活の質を向上する、中毒や習慣性が起こる、慣れが生じて効かなくなってくる、副作用と関連があること、そして望ましい最期にとって重要と思うことのうち、「からだに苦痛を感じないこと」「医師と話しあって治療を決めること」「自然に近いかたちでさいごを迎えること」に関して、統計学的に有意差を認めた(表8)。

全身状態が良い時に医療用麻薬を使うか使わないかの意向に関しては、全般の場合と異なり、医療者の説明のうち「痛み早くから治療した方がよい」「中毒や習慣性になることはない」、望ましい最期にとって重要と思うことのうち「意識や思考がしっかりしていること」に関して、有意差を認

表5 医療用麻薬に関する、医療者の一般的な説明

	*人数 (%)
痛みを、おさえることができる	394 (91)
痛みは、早くから治療した方がよい	232 (54)
痛みの原因がよくなったり、何か不都合なことがあったりしたらやめることができる	263 (61)
中毒や習慣性になることはない	227 (53)
慣れが生じたり、あとで効かなくなったりするようなことはない	177 (41)
副作用がある	
吐き気がおこることがある	237 (55)
食事が食べられなくなる	226 (52)
便秘がおこることがある	246 (57)
眠る時間が長くなることがある	294 (68)
変な言動・幻覚や混乱が起こることがある	225 (52)
死と関連がある	
最後に使うくすりである	163 (38)
呼吸が止まるかもしれない	92 (21)
寿命をちぢめてしまう	89 (21)

*医療者の説明があったと返答した人数

表6 医療用麻薬に関する、遺族の認識

痛み止めの医療用麻薬は	人数 (%)
生活の質を向上する	
がんの痛みを取り除くことはできる	316 (73)
「よりよい生活をおくる」ためのくすりである	223 (52)
中毒や習慣性が起こる	65 (15)
慣れが生じて効かなくなってくる	27 (6.3)
副作用がある	
痛み止めの薬による副作用をがまんするよりは、痛みをがまんした方がましである	21 (4.9)
吐き気を起こす	54 (13)
便秘になる	88 (20)
眠る時間が長くなる	166 (38)
もうろう状態になる	147 (34)
変な言動・幻覚や混乱を起こす	104 (24)
死と関連がある	
「楽に最期を迎える」ためのくすりである	284 (66)
「末期の患者」に使うものである	222 (51)
「最後の手段」である	204 (47)
「死」を連想させる	138 (32)
寿命をちぢめる	75 (17)

*とてもそう思う人数

表8 遺族の医療用麻薬を「使う」、「使わない」の決定因子 (その2)

	全般			全身状態が良い時			全身状態が悪い時		
	使う (n=287) 得点 (標準偏差)	使わない (n=145) 得点 (標準偏差)	p	使う (n=224) 得点 (標準偏差)	使わない (n=208) 得点 (標準偏差)	p	使う (n=225) 得点 (標準偏差)	使わない (n=207) 得点 (標準偏差)	p
薬に対する価値観 [†]	4.8 (4.0)	6.2 (3.6)	<0.001	4.6 (4.0)	5.9 (3.7)	0.001	4.7 (4.0)	5.8 (3.7)	0.004
遺族の体験									
生活の質が向上した [§]	2.2 (1.1)	1.7 (1.2)	0.001	2.2 (1.1)	1.9 (1.2)	0.009	2.2 (1.1)	1.8 (1.2)	0.005
痛みがない時も、くすりが欲しいと言うようになった	0.08 (0.28)	0.09 (0.28)	0.91	0.10 (0.30)	0.07 (0.26)	0.32	0.08 (0.28)	0.09 (0.28)	0.93
痛みが強くなってから、くすりを増やしても効かなくなった	0.37 (0.48)	0.39 (0.49)	0.69	0.39 (0.49)	0.37 (0.48)	0.66	0.40 (0.49)	0.36 (0.48)	0.45
副作用があった [§]	2.5 (1.6)	2.6 (1.6)	0.53	2.6 (1.6)	2.4 (1.6)	0.27	2.5 (1.6)	2.6 (1.6)	0.55
医療者の説明									
痛みを、おさえることができる	0.97 (0.16)	0.92 (0.26)	0.052	0.97 (0.16)	0.94 (0.23)	0.15	0.97 (0.18)	0.95 (0.22)	0.325
痛みは早くから治療した方がよい	0.63 (0.48)	0.55 (0.50)	0.17	0.66 (0.47)	0.53 (0.50)	0.009	0.67 (0.47)	0.53 (0.50)	0.004
痛みの原因が良くなったり、何か不都合なことがあったりしたらやめることができる	0.74 (0.44)	0.58 (0.50)	0.002	0.75 (0.44)	0.61 (0.49)	0.005	0.73 (0.45)	0.64 (0.48)	0.058
中毒や習慣性になることはない	0.63 (0.48)	0.54 (0.50)	0.092	0.68 (0.47)	0.53 (0.50)	0.003	0.66 (0.48)	0.54 (0.50)	0.020
慣れが生じたり、あとで効かなくなったりするようなことはない	0.53 (0.50)	0.39 (0.49)	0.010	0.54 (0.50)	0.41 (0.49)	0.011	0.55 (0.50)	0.39 (0.49)	0.002
副作用がある [§]	3.3 (1.8)	2.8 (1.8)	0.017	3.4 (1.7)	2.8 (1.8)	0.005	3.3 (1.7)	2.9 (1.8)	0.016
死と関連がある [§]	0.90 (1.1)	0.92 (1.1)	0.83	0.87 (1.1)	0.95 (1.1)	0.47	0.93 (1.1)	0.89 (1.1)	0.72
遺族の認識									
生活の質を向上する [¶]	8.1 (1.6)	6.6 (1.6)	<0.001	8.2 (1.7)	7.0 (1.5)	<0.001	8.2 (1.7)	6.9 (1.6)	<0.001
中毒や習慣性が起こる	2.3 (1.3)	2.7 (0.95)	0.002	2.3 (1.3)	2.6 (1.0)	0.013	2.3 (1.3)	2.5 (1.1)	0.050
慣れが生じて効かなくなってくる	1.6 (1.3)	2.3 (0.95)	<0.001	1.5 (1.3)	2.1 (1.0)	<0.001	1.5 (1.2)	2.1 (1.1)	<0.001
副作用がある [¶]	15.0 (5.1)	16.6 (4.1)	0.002	15.1 (5.3)	16.0 (4.1)	0.073	15.0 (5.3)	16.1 (4.3)	0.026
死と関連がある [¶]	15.4 (5.1)	16.2 (4.0)	0.104	15.3 (5.2)	16.2 (4.3)	0.056	15.7 (4.9)	15.7 (4.7)	0.978
望ましい最期にとって重要と思うこと									
からだに苦痛を感じないこと [‡]	6.1 (0.84)	5.6 (0.98)	<0.001	6.3 (0.81)	5.6 (0.95)	<0.001	6.3 (0.79)	5.6 (0.96)	<0.001
医師と話しあって治療を決めること [‡]	6.5 (0.63)	6.1 (0.85)	<0.001	6.5 (0.71)	6.3 (0.72)	0.001	6.5 (0.64)	6.2 (0.78)	<0.001
意識や思考がしっかりしていること [‡]	6.0 (0.87)	5.9 (0.86)	0.10	6.1 (0.89)	5.9 (0.83)	0.023	6.0 (0.88)	5.9 (0.86)	0.30
希望をもって過ごすこと [‡]	6.1 (0.87)	6.1 (0.79)	0.45	6.2 (0.89)	6.1 (0.78)	0.095	6.2 (0.87)	6.0 (0.81)	0.40
自然に近いかたちでさいごを迎えること [‡]	6.2 (0.87)	6.0 (0.77)	0.011	6.3 (0.86)	5.9 (0.79)	<0.001	6.2 (0.90)	6.0 (0.76)	0.002
死を意識せずに、普段と同じように毎日を送れること [‡]	6.0 (1.1)	6.0 (0.88)	0.94	6.0 (1.1)	5.9 (0.91)	0.18	6.0 (1.1)	5.9 (0.88)	0.77

[†]各要素の得点の合計. [§]各要素の得点の合計 (1= あった ;0= なかった). [¶]各要素の得点の合計 (5= とても思う, 4= だいたい思う, 3= やや思う, 2= あまり思わない, 1= ほとんど思わない, 0= まったく思わない). [‡]得点 (7= 絶対に必要である, 6= 必要である, 5= やや必要である, 4= どちらともいえない, 3= あまり必要ではない, 2= 必要ではない, 1= まったく必要ではない)

痛みの悪化には、医療用麻薬の増量、オピオイドの変更（オピオイドスイッチング）、時には鎮静での対応が臨床で実証されている。一方で、オピオイドの変更に関する知見で推測されているように、医療用麻薬には臨床的に耐性を生じる可能性がある。したがって、医療用麻薬には耐性はなく、痛みが強くなっても増量すれば鎮痛できるという根拠を改めて臨床的に実証する必要があると考えられる。

医療用麻薬の副作用に関しては、半数近い遺族が、「食事が食べられなくなった」「眠る時間が長くなった」「変な言動や・幻覚や起こった」という体験をしていた。その結果、医療用麻薬は、眠る時間が長くなったり、もうろう状態となると認識している遺族も1/3であった。

本研究の対象となった、ホスピス・緩和ケア病棟に入院していた患者は、41日と1カ月程度の短い期間で初診から死亡に至っている。このことから、食欲不振、傾眠、せん妄といった副作用は、医療用麻薬とすべて関連した事象であるとは考えにくい。死に至る自然な過程で起こりうる事象を、医療用麻薬の副作用と遺族は考える傾向があると示唆される。また、医療者は実際に、「眠る時間が長くなることがある」「変な言動・幻覚や混乱が起こることがある」と説明していたと、半数以上の遺族が返答していることから、医療者自身も、死に至る自然な過程で起こりうる事象を医療用麻薬の副作用と認識し、説明していることが推測される。

がんの終末期患者に出現する食欲不振、傾眠、せん妄の原因を特定することは困難で、かつ原因は複数にわたることがほとんどである。しかし、患者、特に家族には、食欲不振、傾眠、せん妄は医療用麻薬の副作用というだけではなく、予後が1カ月未満の患者には起こりうる一般的な事象で、さらに予後が1週間未満であればほとんどの患者にみられることを説明する必要があると考えられる。

本研究は、対象者の60%を超える高い返答率にもかかわらず、いくつかの限界がある。まず、

後方視的な研究で、リコールバイアスがあること。さらに高度な緩和ケアが提供される、ホスピス・緩和ケア病棟でのケアを調査していることから、わが国の一般的な病院での状況を反映しているとはいえず、また統計解析も低い感度となること。また、説明はホスピス・緩和ケア病棟に勤務する医師であるため、一般的な医師の説明とは質的に異なる可能性があること、そして本研究のような横断的な調査方法では、同定された因果関係が当てはまらない可能性があることである。さらに、本研究で用いられた質問紙は十分に信頼性と妥当性を検討していないことである。

結 論

本研究の結果から、医療用麻薬を実際に患者が受けていたという遺族の大多数は、実際に自分が同じ状況になれば医療用麻薬の治療を受けると考えていることが分かった。そして、遺族の考えには、実際に患者の痛みがとれたという体験、患者の治療にあたった医療者が医療用麻薬で痛みがとれると説明していたこと、耐性を生じることはないと説明していたことが反映することも分かった。

文 献

- 1) World Health Organization (2007) WHO's pain relieve ladder. [http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/. Accessed 5 August 2009]
- 2) Maltoni M, Scarpi E, Modonesi C, et al. A validation study of the WHO analgesic ladder : a two-step vs three-step strategy. *Support Care Cancer* 2005 ; 13 (11) : 888-894.
- 3) Sun VC, Borneman T, Ferrell B, et al. Overcoming barriers to cancer pain management : an institutional change model. *J Pain Symptom Manage* 2007 ; 34 (4) : 359-369.
- 4) Gunnarsdottir S, Donovan HS, Serlin RC, et al. Patient-related barriers to pain management : the Barriers Questionnaire II (BQ-II). *Pain* 2003 ; 99 (3) : 385-396.
- 5) Reid CM, Gooberman-Hill R, Hanks GW. Opioid analgesics for cancer pain : symptom control for

the living or comfort for the dying? A qualitative study to investigate the factors influencing the decision to accept morphine for pain caused by cancer. *Ann Oncol* 2008 ; 19 (1) : 44-48.

- 6) 近藤由香, 渋谷優子. 痛みのある外来がん患者のモルヒネの使用に対する懸念と服薬行動に関する研究 日本がん看護学会誌 2002 ; 16 (1) : 5-16.
- 7) Morita, T, Tsunoda, J, Inoue, S, et al. Concerns of Japanese hospice inpatients about morphine therapy as a factor in pain management : a pilot study. *J Palliat Care* 2000 ; 16 (4) : 54-58.
- 8) Ward SE, Goldberg N, Miller-McCauley V, et al. Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain* 52 (3) : 1993
- 9) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good

death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007 ; 18 (6).

〔付帯研究担当者〕

森田達也（聖隷三方原病院 緩和支援治療科），**平井啓**（大阪大学 人間科学研究科），**宮下光令**（東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野），**清水 恵**（東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野），**恒藤 暁**（大阪大学大学院 医学研究科 緩和医療学），**志真泰夫**（筑波メディカルセンター病院 緩和医療科）

遺族に対する周囲の望ましい 言葉かけと働きかけ（態度・行動）

石田 真弓*

サマリー

「がん」で愛する人を亡くした遺族が援助を求める場所として「遺族外来」がある。ここを訪れた遺族は「後悔」に次いで「周囲からの言葉かけや働きかけ」に関する苦悩を多く訴え、周囲との関わりの中に苦悩を抱えている現状が明らかになった。しかし、その詳細は明らかにされていなかった。そこで、本調査では遺族に対する関わりの現状を調査し、周囲による望ましい態度・行動を明らかにした。結果として遺族から最も評価され

た関わりは、「状況をよく知る人から看病に対する労いの言葉をかけられた」であり、最も適した援助と考えられた。また、遺族から最も評価されなかった関わりは、「なぜ早く気がつかなかったのかたずねられた」であったが、約60%の遺族がこうした関わりを受けていることが明らかになった。本調査結果から、遺族に対する周囲の援助について再考したり、より適切な援助を提供する必要性が具体的な例とともに確認された。

目 的

死別はストレスフルなライフイベントである¹⁾。近年の研究では、死別は死亡率の上昇や、さまざまな身体・精神疾患の要因になりうると考えられている。たとえば、配偶者を亡くした男性では、死別後6カ月の死亡率が約40%上昇し²⁾、女性の場合も死別後3カ月の死亡率が高くなること³⁾、また死別後早期には遺族の死亡率が上昇すること^{4,5)}、心疾患や高血圧などの罹患率が上昇すること⁶⁾、アルコールの消費量が増えること⁷⁾が報告されている。さらに、死別後にはうつ病を

高頻度に合併し^{8,9)}、高齢者にとって死別はうつ病罹患の最大のリスクファクターでもある¹⁰⁾。死別後のうつ病有病率は2カ月で24%、7カ月で23%であり¹¹⁾、死別後1年以内には自殺リスクも上昇すると報告されている¹²⁾。このような死別後の遺族の様子から、その精神的負担の軽減は重要な課題である。

「がん」で愛する人を亡くした遺族のうち、そのつらさから病院を受診した遺族を対象とした研究では、その約4割が初診時にうつ病に罹患していることが明らかにされており、援助を求める遺族では、精神疾患の可能性を十分に考慮し、注意

*埼玉医科大学国際医療センター 精神腫瘍科（研究代表者）

深く関わる必要がある¹³⁾。また、こうした医学的な援助を求めた遺族が何に苦しんでいたのかについて調査したところ、「後悔」が最も多く約7割にみとめられ、次いで「周囲の人からの態度や行動、言葉かけ」が6割以上と多くに認められることが明らかにされた¹⁴⁾。

しかし、これまでに遺族に対して提供されている周囲からの態度や行動、言葉かけなどについての系統的な調査・研究は実施されておらず、遺族が実際にどのような周囲からの関わりを経験しているのか、またそれが助けになっているのか、そうではないのかなどの実態は把握されていない。このような背景から、遺族の精神的負担を強める、あるいは和らげる言葉かけや働きかけを調査し、明らかにすることは、周囲の人たちなど一般への啓発を通じた遺族援助の展開を可能にし、非常に役立つと考えられる。

そこで、本研究では遺族にとって助けになった(助けにならなかった)、周囲(家族・親戚・友人など)からの言葉かけと働きかけの現状を明らかにすることを目的とする。

調査項目

本調査の項目は、埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科における「遺族外来」*¹⁾受診者の診療録を後方視的に調査した結果¹³⁾、および医療従事者などの専門家らによる内容の確認を経て作成されており、実際に遺族が経験する周囲からの働きかけを反映しているといえる*²⁾。

本調査では、その回答方法について、それぞれに対する遺族の経験の有無、さらに、経験があっ

た場合は助けになったか、助けにならなかったかについて5件法(とても助けになった・助けになった・どちらでもない・助けにならずつらかった・助けにならずとてもつらかった)を調査する。

なお、5件法に関しては先行研究を参考に決定しており^{15~17)}、本調査の表面的妥当性は遺族20名を対象としたパイロット研究で確認されている。

結果

1) 周囲の言葉かけや働きかけの影響

周囲からの言葉かけや働きかけが、遺族にとってどの程度影響するものであったかについて回答を求めたところ、全体の39%が影響したと回答した。

2) どのような関わりを経験しているのか

周囲からの言葉かけや働きかけについて、それぞれをどの程度経験しているのかについて調査した。遺族が多く受けている言葉かけや働きかけは、「弔いやお悔やみなど」に分類された「状況をよく知る人から看病に対する労いの言葉をかけられた」(93%)、「周囲の人たちの働きかけ」に分類された「悲しんでいる時に、家を訪問してくれた」(86%)「悲しんでいる時に、そっとしておいてくれた」(85%)であった(表1)。

3) どのような言葉かけや働きかけが助けになったのか

周囲からの言葉かけや働きかけについて、それ

*¹⁾ 遺族外来：埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科に設置された、がん患者遺族向けの外来であり、精神腫瘍医、臨床心理士が診療にあたり個人精神療法・集団精神療法・心理療法などを実施し、これまでに100名以上の遺族が受診している。

*²⁾ 調査項目：遺族が周囲から受けた「助けになった言葉や行動」「助けにならなかった言葉や行動」などの経験は上記調査によって、以下9つのカテゴリーに分類され、調査項目として採用した。「周囲の人たちの働きかけ」「病気の原因について」「最期の迎え方について」「葬儀・納骨・法要(初七日・四九日・一周忌など)について」「弔いやお悔やみなど」「遺族になってからの生活状況について」「生活の仕方についてのアドバイス」「他の遺族との比較」「“元気”でいることについて」「公的な場面における周囲の人たちの言葉や働きかけ」

表1 遺族はどのような関わりを経験しているのか

関わりの内容	%
状況をよく知る人から看病に対する労いの言葉をかけられた	93
あなたが悲しんでいる時に、家を訪問してくれた	86
あなたが悲しんでいる時に、そっとしておいてくれた	85
状況をよく知る人から、励ましの言葉をかけられた	81
あなたが悲しんでいる時に、気遣う電話をかけてくれた	80

それを体験した遺族がそれらをどのように評価しているのかについて調査した。遺族が最も多く「助けになった」と回答している関わりは、「弔いやお悔やみなど」に分類された「状況をよく知る人から看病に対する労いの言葉をかけられた」(82%)、「周囲の人たちの働きかけ」に分類された「悲しんでいる時に、気遣う電話をかけてくれた」(81%)、「悲しんでいる時に、気遣う手紙やメールをくれた」(79%)であった(表2)。

4) どのような言葉かけや働きかけが伝わったのか

周囲からの言葉かけや働きかけについて、それぞれを体験した遺族がそれらをどのように評価しているのかについて調査した。遺族が最も多く「助けにならず伝わった」と回答している関わりは、「病気の原因について」に分類された「なぜ早く気がつかなかったのかたずねられた」(38%)、「遺族になってからの生活状況について」に分類された「生活の「よい面」を取り上げた言葉をかけられた」(31%)、「弔いやお悔やみなど」に分類された「あなただけがつらいのではないという意味の言葉をかけられた」(28%)であった(表3)。

考 察

本調査結果より、遺族が周囲から受けている関わりの実態と、その評価が明らかになった。

まず、周囲のさまざまな関わりは遺族に対して影響を与えていることが明らかになり、その内容について評価も含めて慎重に検討しなければならないことが再確認された。

表2 周囲からのどのような言葉かけや働きかけが助けになったのか

関わりの内容	%
状況をよく知る人から看病に対する労いの言葉をかけられた	82
あなたが悲しんでいる時に、気遣う電話をかけてくれた	81
あなたが悲しんでいる時に、気遣う手紙やメールをくれた	79
あなたが悲しんでいる時に、家を訪問してくれた	79
葬儀・納骨・法要の手配などを手伝ってくれた	75

表3 周囲からのどのような言葉かけや働きかけが伝わったのか

関わりの内容	%
なぜ早く気がつかなかったのかたずねられた	38
生活の「よい面」を取り上げた言葉をかけられた	31
あなただけがつらいのではないという意味の言葉をかけられた	28
無理して頑張っていたのに「元気になった」と言われた	27
金銭的なことについてたずねられた	27

本調査によって明らかにされた点は、①遺族にとって助けになると評価されている関わりの現状、②遺族にとって助けにならないと評価されている関わりの現状の2点である。

1) 遺族にとって助けになると評価されている関わりの現状

「状況をよく知る人から看病に対する労いの言葉をかけられた」という関わりは最も多く提供されている関わりであり、体験した遺族からの評価も高く、援助として最も適していると考えられた。次いで、「悲しんでいる時に、気遣う電話をかけてくれた」「悲しんでいる時に、気遣う手紙やメールをくれた」という関わりが助けになっている可能性があり、いずれも遺族を気遣っていることが伝わる関わりが有用であることが明らかになった。さらに、「悲しんでいる時に、家を訪問してくれた」も評価が高く、「葬儀・納骨・法要の手配などを手伝ってくれた」といった遺族の負担を軽減するような関わりも評価が高いことが明らかになった。

2) 遺族にとって助けにならないと評価されている関わり現状

遺族の評価が高い関わりが存在する一方で、評価の低い関わりも明らかになった。「なぜ早く気がつかなかったのかたずねられた」は最も助けにならなかった働きかけとして評価されたが、実際には約60%もの遺族がこうした言葉かけを受けていることが明らかになった。具体的には、「一緒に住んでいてわからなかったのか」「健康診断は受けていたのか」といった内容がそれにあたるが、遺族への援助というよりも、周囲の興味関心による面が大きく、遺族援助としては機能しておらず、むしろその逆に遺族を傷つけている可能性がある。同様に約50%の遺族が「家族が“がん家系”であるかどうかをたずねられた」、約40%の遺族が「金銭的なことについてたずねられた」（遺族としての金銭状況、遺産や保険金に関することなど）といった関わりを経験し、つらい思いをしていることが明らかになった。非常識な関わりとも考えられるが、このような関わりが少なからず提供されている現状は問題視されるべきである。

また、「生活の“よい面”を取り上げた言葉かけられた」も評価の低い関わりであったが、実際には約40%の遺族がこうした言葉かけを受けていることが明らかになった。具体的には、亡くなったことによる看病や家事の負担感の軽減を周囲が評価する内容がこれにあたるが、逆に遺族を傷つけている可能性は高い。遺族として生活の「よい面」は周囲から評価されるものではないこと、そうした価値観を遺族に強要することは望ましい関わりではないことが明らかになった。

さらに、遺族の約50%が「無理して頑張っていたのに“元気になった”と言われた」と回答している。「元気になった」など、周囲からのポジティブな評価ともいえる言葉かけに対する遺族の評価は低い。遺族へのこうした関わりは助けにならず、むしろ傷つけていることが明らかになった。これは非常に注意を要する結果であり、周囲が遺族と接する際、遺族の様子を評価する表現と

して「元気」という言葉は安易に用いるべきではないと考えられる。

このように、実際に提供されている周囲からの言葉かけや働きかけがうまく遺族への援助として機能していない現状が明らかになり、周囲の安易な関わりが遺族の回復を妨げている可能性が考えられた。こうした現状の背景には、実際の回復と周囲の考える回復に差があるためとも考えられており¹⁸⁾、本調査結果から遺族に接する周囲に対して望ましい関わりを提案し、啓発活動を行うなど遺族に対する関わりを再検討する必要がある。

文 献

- 1) Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 1967; 11 (2) : 213-218.
- 2) Parkes CM, Benjamin B, Fitzgerald RG. Broken heart: a statistical study of increased mortality among widowers. *Br Med J* 1969; 1 (5646) : 740-743.
- 3) Mellstrom D, Nilsson A, Oden A, et al. Mortality among the widowed in Sweden. *Scand J Soc Med* 1982; 10 (2) : 33-41.
- 4) Lichtenstein P, Gatz M, Berg S. A twin study of mortality after spousal bereavement. *Psychol Med* 1998; 28 (3) : 635-643.
- 5) Manor O, Eisenbach Z. Mortality after spousal loss: are there socio-demographic differences? *Soc Sci Med* 2003; 56 (2) : 405-413.
- 6) Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (5) : 616-623.
- 7) Grimby A, Johansson AK. Factors related to alcohol and drug consumption in Swedish widows. *Am J Hosp Palliat Care* 2009; 26 (1) : 8-12.
- 8) Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, et al. Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *J Pers Soc Psychol* 2002; 83 (5) : 1150-1164.
- 9) Maciejewski PK, Zhang B, Block SD, et al. An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA* 2007; 297 (7) : 716-723.
- 10) Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic

- review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003 ; 160 (6) : 1147-1156.
- 11) Zisook S, Shuchter SR. Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry* 1991 ; 148 (10) : 1346-1352.
 - 12) Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U, et al. Loss of partner and suicide risks among oldest old : a population-based register study. *Age Ageing* 2004 ; 33 (4) : 378-383.
 - 13) Ishida M, Onishi H, Wada M, et al. Psychiatric disorders in patients who lost family members to cancer and asked for medical help : descriptive analysis of outpatient services for bereaved families at Japanese cancer center hospital. *Jpn J Clin Oncol* 2011 ; 41 (3) : 380-385.
 - 14) Ishida M, Onishi H, Matsubara M, et al. Psychological distress of the bereaved seeking medical counseling at a cancer center. *Jpn J Clin Oncol* 2012 ; 42 (6) : 506-512.
 - 15) Jorm AF, Kelly CM, Wright A, et al. Belief in dealing with depression alone : results from community surveys of adolescents and adults. *J Affect Disord* 2006 ; 96 (1-2) : 59-65.
 - 16) Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. "Mental health literacy" : a survey of the public' s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust* 1997 ; 166 (4) : 182-186.
 - 17) Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH. Mental health literacy : an impediment to the optimum treatment of major depression in the community. *J Affect Disord* 2001 ; 64 (2-3) : 277-284.
 - 18) Lehman DR, Ellard JH, Wortman CB. Social support for the bereaved: Recipients' and providers' perspectives on what is helpful. *Consult Clin Psychol* 1986 ; 54 (4) : 438-446.

〔付帯研究担当者〕

大西秀樹（埼玉医科大学国際医療センター 精神腫瘍科），森田達也（聖隷三方原病院 緩和支援治療科），中島信久（東札幌病院 緩和ケア科），中谷直樹（東北大学 東北メディカル・メガバンク機構 予防医学・疫学部門），〈研究協力者〉清原恵美（聖隷三方原病院 ホスピス），野末よし子（聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター）

遺族からみたホスピス・緩和ケアにおける 望ましいソーシャルワーク

赤澤 輝和*

サマリー

緩和ケア病棟に入院した患者の遺族601名を対象として、緩和ケア病棟のソーシャルワーカーへの相談経験、および相談援助に対する評価を明らかにすることを目的として質問紙調査を行った。その結果、63%の遺族が相談したことがあり、そのうち63%は入院相談の時期であった。相談したことがある遺族の評価は全般的には高く、個別援助の評価が特に高かった項目は入院相談に関する

ことであった。また、看取り前後の援助については相談していないと回答した割合が高かった。

本結果から、緩和ケア病棟のソーシャルワーカーのあり方として、入院相談の窓口としての重要性が示された一方、相談できることの啓発、評価の方法、入院中から看取り前後の援助について改善の必要性が示唆された。

目的

ホスピス緩和ケアにおいて、心理社会的問題に対するソーシャルワーカーの援助の重要性が示唆されている¹⁾。しかし、これまでにソーシャルワーカーによる援助の評価は十分に検討されていない。相談者から見た評価を得ることは、ソーシャルワークの質を向上し、患者や家族の quality of life の向上に貢献する可能性がある²⁾。また、相談者としては家族が最も多いこと³⁾、約70%の緩和ケア病棟の相談窓口としてソーシャルワーカーが対応していることから⁴⁾、緩和ケア病棟を利用した患者の遺族を対象とする意義がある

と考える。

本研究では、緩和ケア病棟を利用した遺族の報告に基づき、ソーシャルワーカーへの相談有無と時期、および相談援助に対する評価を明らかにし、緩和ケア病棟におけるソーシャルワーカーのあり方に関する指針を得ることを目的とした。

結果

調査票を送付した1,000名の遺族のうち、601名(60%)より有効な回答を得た。対象の背景を表1に示す。

*健康科学大学 福祉心理学科 (研究代表者)

表1 対象患者と遺族の背景 (n=601)

		%	n	
患者	性別	男性	57%	344
		女性	43%	256
	年齢 (平均±標準偏差) / 歳		72 ± 12	
	原発	肺	23%	135
		胃・食道	17%	101
		肝・胆・膵	17%	101
		大腸	7%	40
		その他	37%	223
		入院期間 (平均±標準偏差) / 日		42 ± 52
遺族	性別	男性	29%	176
		女性	68%	410
	年齢 (平均±標準偏差) / 歳		61 ± 12	
	患者との続柄	配偶者	48%	287
		子ども	35%	208
		兄弟姉妹	6%	34
		婿・嫁	5%	30
		親	2%	13
		その他	3%	17
	死亡 1 週間前 付き添い頻度	毎日	68%	407
		4～6 日	16%	94
	1～3 日	12%	69	
	付き添っていなかった	3%	20	

欠損値があるためすべての%の合計が100%にならず。

1) がん全病期におけるソーシャルワーカーへの相談経験, 相談時期, およびソーシャルワーカーの認知度

がん確定診断後, 全病期においてソーシャルワーカーへ相談したことがある遺族は41%であった(図1)。相談したことがあると回答した遺族のうち, はじめて相談した時期は, 確定診断後治療開始前が52%と最も多かった(図2)。また, 相談していない, 分からないと回答した遺族のうち, ソーシャルワーカーに相談できることを知らなかったと回答した遺族は64%であった(図3)。

2) 緩和ケア病棟のソーシャルワーカーへの相談有無と時期

がん全病期においてソーシャルワーカーへ相談

したことがあると回答した遺族のうち, 緩和ケア病棟のソーシャルワーカーへ相談したとことがあると回答した遺族は63%であった。そのうち, 63%の遺族がはじめて相談したのは「ホスピス・緩和ケア病棟への入院を相談した時」と回答した(図4)。

3) 緩和ケア病棟のソーシャルワーカーに対する全般的評価

緩和ケア病棟のソーシャルワーカーに対する全般的評価の測定には, 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8J) を用いた^{5,6)}。この尺度は8項目からなり, 各項目でサービスの満足を1～4点で回答を求める。8項目の回答を合計した総得点はサービス満足度得点として用い

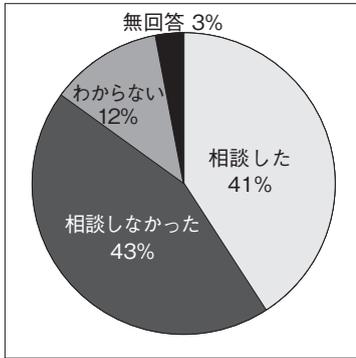


図1 がん全病期におけるソーシャルワーカーへの相談経験

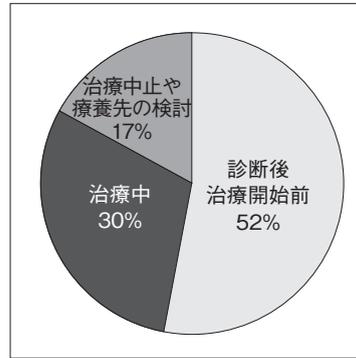


図2 がん全病期においてソーシャルワーカーへはじめて相談した時期

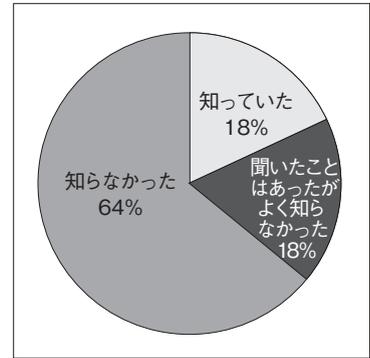


図3 ソーシャルワーカーの認知度

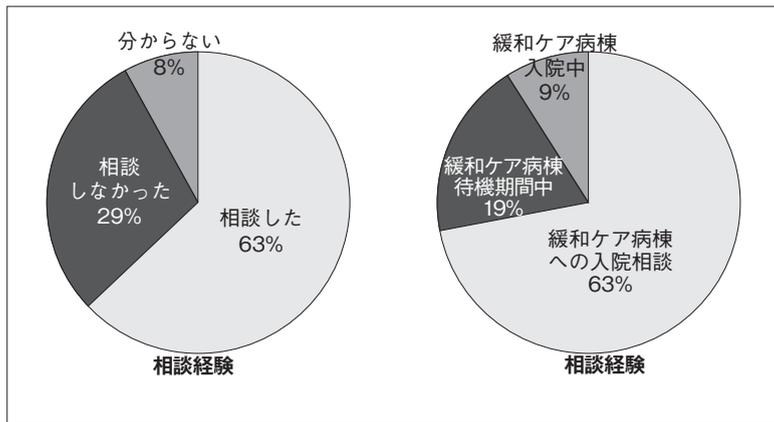


図4 緩和ケア病棟のソーシャルワーカーへの相談経験と時期 (n=246)

られ、得点が高いほど受けているサービスに対する満足度が高いことを示す。

各項目について、67～90%の人がよい、満足している以上の評価を与えていた。総得点の平均は25点 (SD=4.6) であり、範囲は6～32点であった (表2)。

4) 緩和ケア病棟におけるソーシャルワーカーの個別援助の評価

ホスピスおよび緩和ケアにおけるソーシャルワークガイドライン⁷⁾に基づく18の個別援助について、「解決しなかった」「解決しなかったが安心につながった」「解決した」「相談していない」で回答を求めた (表3)。

18の個別援助のうち、60%以上の遺族が「解決した」と評価した援助は、「緩和ケア病棟の入院の手順に関すること (75%)」「緩和ケア病棟に入院する条件に関すること (60%)」「緩和ケア病棟で受けられる医療やケアに関すること (60%)」「緩和ケア病棟の入院にかかる費用に関すること (55%)」「医療費について使える制度に関すること (55%)」であった。

また、「解決しなかったが安心につながった」と評価した割合が最も多かった援助は、「がんの治療が困難と診断されたつらい気持ちや心配について」であった (30%)。

相談していないと回答した割合が60%以上であった項目は、「患者様が亡くなられた後の悲し

表2 緩和ケア病棟のソーシャルワーカーに対する全般的評価

項目	n (%)				平均±SD
	1	2	3	4	
あなたにとってどのくらい必要な相談でしたか	1 (0.4)	44 (18)	87 (35)	93 (38)	3.2 ± 0.8
あなたが望んでいた相談は受けられましたか	2 (0.8)	20 (8)	123 (50)	85 (35)	3.3 ± 0.7
相談したことにより、あなた自身の不安や心配をやわらげることに役に立ちましたか	2 (0.8)	5 (2)	113 (46)	108 (44)	3.4 ± 0.6
全般的にあなたが受けられた相談は満足のものでしたか	2 (0.8)	25 (10)	134 (54)	69 (28)	3.2 ± 0.6
困っていることに対して十分に「時間」をかけた相談を受けられたと満足していますか	2 (0.8)	29 (12)	139 (57)	58 (24)	3.1 ± 0.6
あなたが受けられた相談の質はどの程度でしたか	3 (1)	60 (24)	96 (39)	70 (28)	3.0 ± 0.8
また相談が必要になったとき、もう1度相談してみたいと思いますか	0 (0)	13 (5)	160 (65)	58 (24)	3.2 ± 0.5
もし知人が同じような相談を必要としていたら、相談することをすすめますか	0 (0)	7 (3)	155 (63)	67 (27)	3.3 ± 0.5

評価は1が最も満足度が低く、4が最も満足度が高い。
欠損値があるためすべての%の合計が100%にならず。

表3 緩和ケア病棟のソーシャルワーカーによる個別援助の評価

	相談した			相談していない
	解決しなかった	解決しなかったが安心になった	解決した	
がんの治癒が困難と診断されたつらい気持ちや心配について	4	30	28	31
緩和ケア病棟の入院の手順に関すること	2	10	75	5
緩和ケア病棟に入院する条件に関すること	2	15	60	15
緩和ケア病棟の入院にかかる費用に関すること	0.8	11	55	25
緩和ケア病棟で受けられる医療やケアに関すること	2	13	60	17
医療費について使える制度に関すること	0	6	55	31
生活費について使える制度に関すること	1	7	31	52
患者様へ緩和ケア病棟をどのように説明すればよいかについて	0	18	39	33
患者様への接しかたについて	0.8	21	32	38
家族の中で意見をどうまとめていったらいいかについて	1	10	30	50
ご家族自身に関すること	0.4	13	31	46
医師や看護師とのコミュニケーションについて	2	11	37	40
緩和ケア病棟入院中、外泊や一時退院をしたときにご自宅での暮らしを支えるサービスについて	2	13	31	43
患者様との思い出づくりに関すること	3	7	27	52
患者様が亡くなられることに関したつらさについて	4	11	11	63
お看取りに関すること	0.8	5	18	68
患者様が亡くなられた後の生活のこと	0.8	4	16	71
患者様が亡くなられた後の悲しみについて	4	6	10	72

欠損値があるためすべての%の合計が100%にならず。
数字は%

みについて (72%)」「患者様が亡くなられた後の生活のこと (71%)」「お看取りに関すること (68%)」「患者様が亡くなられることに関したつらさについて (63%)」であった。

考 察

遺族の報告に基づき、緩和ケア病棟におけるソーシャルワーカーへの相談経験を調査したことに加え、われわれが知るかぎり有用性を評価した最初の研究である。その結果、63%の遺族が緩和ケア病棟のソーシャルワーカーに相談しており、そのうち63%は入院相談であった。しかし、がん全病期においてソーシャルワーカーに相談していないと回答した遺族のうち、64%は相談できることを知らなかった。また、ソーシャルワーカーに対する全般的評価は高かったが、個別援助の評価については、入院相談に関する援助の評価が高い一方、入院中、特に看取り前後の援助については相談していないと回答した割合が高かった。

本研究から、緩和ケア病棟への入院相談の窓口としてソーシャルワーカーの重要性が示された。また、ガイドラインに示された個別援助は緩和ケア病棟のチームの一員として間接的に援助していることもあり、患者や家族から認識されていない可能性もある。そのため、ソーシャルワーカーの評価を行う際、医療者も含めて多面的に行う必要性が示唆された。さらに、ソーシャルワーカーに相談した遺族は満足度が高かったことから、患者・家族へのソーシャルワーカーの啓発は重要と考える。

今後は、緩和ケア病棟におけるソーシャルワーカーの業務の実態調査を踏まえた研修プログラム、および評価方法を確立したうえで、相談者の満足度の向上につながる要因を探索し、啓発も

含めた援助の改善につなげていくことが課題である。

文 献

- 1) Murillo M, Holland JC. Clinical practice guidelines for the management of psychosocial distress at the end of life. *Palliat Support Care* 2004; 2: 65-77.
- 2) Kramer BJ, Christ GH, Bern-Klug M, et al. A national agenda for social work research in palliative and end-of-life care. *J Palliat Med* 2005; 8: 418-431.
- 3) 日本緩和医療学会. がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査: 調査結果報告書. 厚生労働省委託事業 がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業. 2009.
- 4) 正司明美. アンケートによる緩和ケア病棟承認施設におけるソーシャルワーカーの実態調査. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 2001年度調査報告. 2002.
- 5) Attkisson CC, Zwick R. The client satisfaction questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Eval Program Plann* 1982; 5: 233-237.
- 6) 立森久照, 伊藤弘人. 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8項目版の信頼性および妥当性の検討. *精神医学* 1999; 41(7): 711-717.
- 7) 正司明美. ホスピス及び緩和ケアにおけるソーシャルワークガイドライン. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 2003年度調査報告. 2004.

【付帯研究担当者】

正司明美 (山口県立大学 社会福祉学部), 橘 直子 (山口赤十字病院 医療社会事業部 医療社会事業課), 田村里子 (東札幌病院 診療部II MSW 課), 福地智巴 (静岡県立静岡がんセンター 疾病管理センターよろず相談), 森田達也 (聖隷三方原病院 緩和支援治療科)

ご遺体のケアを看護師が家族と一緒に 行うことについての家族の体験・評価

山脇 道晴*

サマリー

この研究のおもな目的は、ホスピス・緩和ケア病棟から退院した患者の遺族から、「ご遺体へのケア」を一緒に行った家族の体験と評価を明らかにすることである。副次的な目的として、ご遺体へのケアを一緒に行わなかったことの原因と評価、病院で行うご遺体へのケアについての必要性の認識を明らかにすることである。配布数958通、回答応諾数598通の質問紙調査を分析した。

家族が看護師と一緒にご遺体へのケア

を行うことは、「良い思い出」として体験されており、満足が高く後悔が少ないが、悲しみがいやされたり気持ちの整理がつきやすくなったりした、とまではいえないこと。家族の満足感に起因するご遺体へのケアは、故人の容姿の穏やかさと尊厳が保たれること、および家族の意向が聞き入れられること。看護師が行うご遺体へのケアの認知度は半分程度のため、行うことと目的や効果の説明が必要であること。以上のことが示唆された。

目的

この研究のおもな目的は、ホスピス・緩和ケア病棟から退院した患者の遺族から、「ご遺体へのケア」*¹を一緒に行った家族の体験と評価を明らかにすることである。副次的な目的として、ご遺体へのケアを一緒に行わなかったことの原因と評価、病院で行うご遺体へのケアについての必要性の認識を明らかにすることである。

結果

配布数 958 通、回収数 640 通、回答拒否数を差

し引いた回答応諾数は 598 通で、回答応諾率は 62% であった。

ご遺体へのケアを行うことの説明について、行うことと目的や効果の説明を受けた家族は 34% であった (図 1)。

ご遺体へのケアは満足のいくものであったかは、「満足」および「とても満足」が 77% であった (図 2)。

ご遺体へのケアについて、行われた内容のうち、50% 以上の項目は、「穏やかな表情にしてくれた」「亡くなった後でも生前と同じような配慮やあつかいをしてくれた」「目や口を閉じるよう

*聖隷三方原病院 看護部

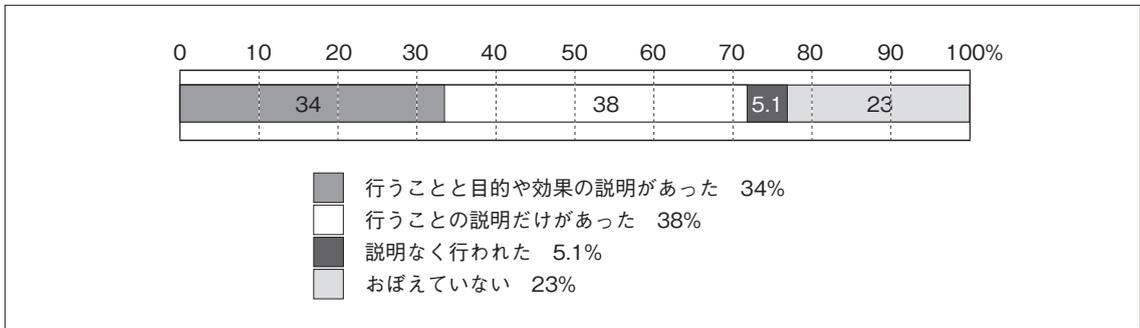


図1 看護師から“ご遺体へのケア”を行うことの説明はあったか

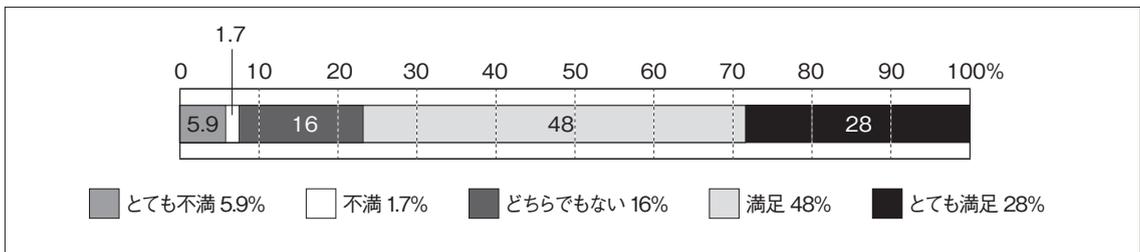


図2 “ご遺体へのケア”は満足いくものだったか

表1 “ご遺体へのケア”の行われた内容

穏やかな表情にしてくれた	77%
亡くなった後でも生前と同じようなあつかいをしてくれた	72%
目や口を閉じるようにしてくれた	72%
家族の意向（服装、帽子、めがね、入れ歯、髪型など）を聞いて取り入れてくれた	56%
のどや陰部に詰め物をした	27%
傷や腫瘍の部分を目立たなくしてくれた	15%
あまり変わらなかった	8.0%
長い時間がかかった（待たされた）	5.2%
ケアが済んだ時はきれいであったが、そのご顔色が変わったり汚れてしまったりした	3.7%

割合の多い順に列举（あてはまるものを選択：複数回答可）

にしてくれた」「家族の意向を聞いて取り入れてくれた」であった（表1）。

看護師からご遺体へのケアを一緒に行うか声をかけられた家族は45%、かけられなかった家族

は32%であった。看護師と一緒にいった家族は40%、行わなかった家族は60%であった。声をかけられていった家族は81%、声はかけられなかったがいった家族は4%であった（表2）。

*1 “ご遺体へのケア”：家族が最期の時間を過ごした後、遺体を清潔にし、生前の外観をできるだけ保ち、死によって起こる変化を目立たないようにするために看護師がご遺体に行う処置のことをいう。

表2 “ご遺体へのケア”について看護師の声かけと実際のケア

		b. “ご遺体へのケア”を看護師と一緒に 行いましたか		合計
		一緒に行った	一緒には行わなかった	
a. 看護師から“ご遺体へのケア” を一緒にやるように声をかけ られましたか	声をかけられた	199 (81%)	48 (19%)	247 (45%)
	声はかけられなかった	7 (4.0%)	169 (96%)	176 (32%)
	覚えていない	13 (10%)	112 (90%)	125 (23%)
合計		219 (40%)	329 (60%)	548

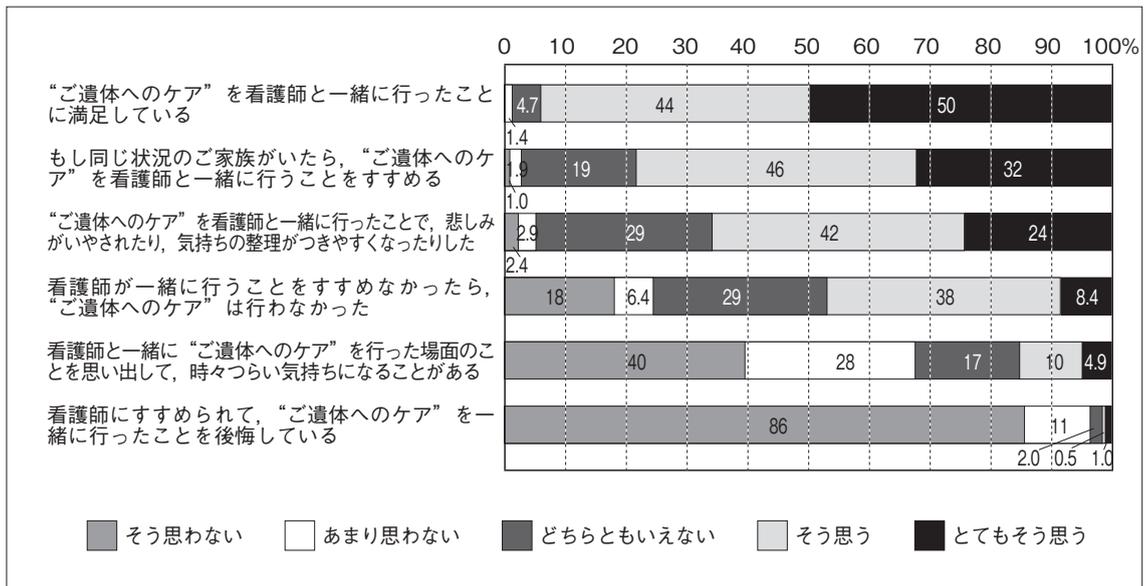


図3 看護師と一緒に“ご遺体へのケア”を行ったことへの今の気持ち

看護師と一緒にご遺体へのケアを行ったことの今の気持ちについて、「そう思う」と「とてもそう思う」の割合が90%以上の項目は、「ご遺体へのケアを看護師と一緒にやったことに満足している」(94%)であった。反対に「そう思わない」と「あまり思わない」の割合が90%以上の項目は、「看護師にすすめられて、“ご遺体へのケア”を行ったことを後悔している」(97%)であった(図3)。

ご遺体へのケアを看護師と一緒にやった時の体験や気持ちについては、「そう思う」と「とてもそう思う」の割合が80%以上の項目は、「体をきれいにすることができてうれしかった」(94%)、

「お化粧をして、穏やかな表情にしてあげられて良かったと思った」(92%)、「家族だからご遺体へのケアをしてあげたいと思った」(88%)、「ご遺体へのケアを一緒にすることでねぎらいの気持ちをもった」(86%)、「故人への感謝の気持ちをもった」(84%)、「故人とのお別れの時間を持つことができた」(82%)、「一緒にご遺体へのケアをすることで最期の良い思い出になった」(80%)であった。反対に、「そう思わない」と「あまり思わない」の割合が80%以上の項目は、「看護師と一緒にしている時に、戸惑いがあった」(82%)であった(図4)。

ご遺体へのケアで行ったことの内容では、多い



図4 “ご遺体へのケア”を看護師と一緒にいった時の体験や気持ち

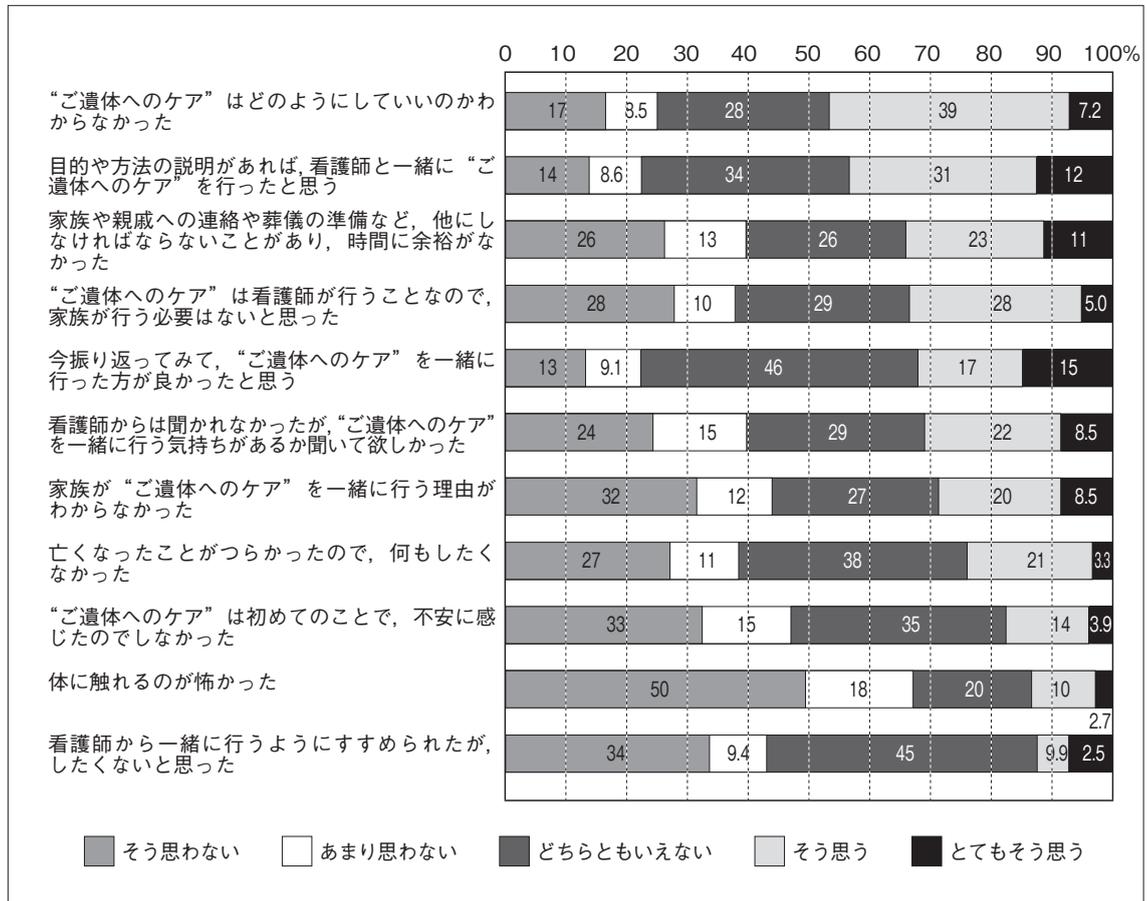


図5 “ご遺体へのケア”を看護師と一緒に行わなかったことの体験と気持ち

順に「体を拭く」(71%)、「着替え」(68%)、「お化粧」(54%)、「洗髪」(22%)、「入浴」(15%)、「詰め物」(14%)、「シャワー浴」(7.6%)であった。

ご遺体へのケアを行わなかった家族の体験や気持ちについては、「そう思う」の割合が比較的多い項目は、「ご遺体へのケアはどのようにしていいのかわからなかった」と「目的や方法の説明があれば、看護師と一緒にご遺体へのケアを行ったと思う」であった。「そう思わない」の割合が比較的多い項目は「体に触れるのが怖かった」であった(図5)。

家族の死別経験について、医療機関では67%、自宅では31%、死別経験なしは11%であった。

病院でご遺体へのケアを行うことを知っているかの問いは、「以前から知っていた」が50%、「今回初めて知った」は50%であった。

ご遺体へのケアは必要と思うかの問いは、「必要だと思う」が81%、「必要だとは思わない」は1.6%、「どちらともいえない」は17%であった。

考察

ご遺体へのケアを行った家族は、看護師による呼びかけと家族の役割としての意識からご遺体へのケアに参加している。おもに「体を拭く」「着替え」「お化粧」を行っており、故人への「ねぎらい」や「感謝の気持ち」が実感され、家族は「うれしさ」や「良かったこと」として、「良い思

い出」になったと感じられているが、悲しみがいやされたり、気持ちの整理がつきやすくなったりした、とまではいえない。また、行うことへの「不安」や「戸惑い」が少ないのは、看護師と一緒にいったためと思われる。

ご遺体へのケアを行わなかった家族は、看護師から一緒に行くか声をかけられなかったことが主要因と思われる。そして、「したくない」「不安」「怖さ」という気持ちが強かったわけではなく、「目的や方法の説明」があれば、少なからず「行っていたかもしれない」ことや、「行ってみても良かったかもしれない」と感じていたと思われる。

看護師からご遺体へのケアを受けた家族は7割以上が満足されており、その要因として、故人の容姿の穏やかさと尊厳が保たれたことと、家族の意向が反映されたことが挙げられる。

9割の死別経験に対して、病院でご遺体へのケアを行うことを知っていたのは5割程度であるため、行う際には目的と方法の説明が必要である。

家族の8割以上がご遺体へのケアは必要と認めているのは、ご遺体へのケアに対する満足感によるものと思われる。

結 論

家族がご遺体へのケアを行うことは、「良い思い出」として体験されており、満足が高く後悔が少ないが、悲しみがいやされたり気持ちの整理がつきやすくなったりした、とまではいえない。

家族の満足感に起因するご遺体へのケアは、故人の容姿の穏やかさと尊厳および家族の意向が聞き入れられることである。

看護師が行うご遺体へのケアの認知度は半分程度のため、行うことと目的や効果の説明が必要である。

〔付帯研究担当者〕

清原恵美（聖隷三方原病院 看護部）、森田達也（聖隷三方原病院 緩和支援診療科）

ホスピス・緩和ケア病棟の患者-家族間で 交わされる思い・言葉について —患者-家族が伝え合う「ありがとう」を支えるために—

中里 和弘*

サマリー

本研究の目的は、終末期に患者-家族間で交わされる思い・言葉の実態を明らかにすることであった。具体的には、交わされる思い・言葉について、①内容と言語化の有無、②後悔との関連、③影響する心理的要因、④医療者の対応の必要性を検討した。1,002名の遺族に質問紙を送付し、584名から回答を得た。調査の結果、具体的に言葉で伝える割合が最も高かったのは、患者・家族共に「感謝」の気持ちであったが（患者61%、家族47%）、全体としては思いを具体的に言語化した割合は3割程度で

あった。また、6割の遺族が言葉にしなくても気持ちは伝え合っていたと回答していた。遺族の後悔が最も少なかったのは、「言葉にすることで患者に気持ちは伝わった」と思う遺族であった。思いを伝える行為に影響する心理的要因として、“伝えることへの不安・抵抗”“タイミングを逃した・伝え方が分からなかった”“思いは伝えていた”“言葉にしなくても思いは通じる”が明らかになった。遺族の14~20%が、思いを伝える行為に対する医療者の対応が家族のニーズと一致していなかったと回答した。

目的

終末期に患者-家族が相互に思いを伝えることは、患者が「大切な人や家族に伝えたいことや言葉」などを文章化し残す dignity therapy（ダイグニティ・セラピー）にも応用され、患者の心理的・実存的苦痛の緩和、遺族のグリーフケアに繋がることが期待されている^{1~4)}。しかし、日本の dignity therapy の拒否率は高い。その理由として、日本の good death の要素の1つに“死を

意識しないこと”があること、患者は死が差し迫っていることを否定することで終末期に対処すること、日本特有のコミュニケーションのあり方（言葉にしない、言わず語らずのうちに、以心伝心）が挙げられている⁵⁾。つまり、日本では、患者-家族は日常の中で思いを伝え合い、医療者はその過程を支える立場にあると考えられる。

しかしながら、これまで患者-家族が交わす思いや言葉についての実態は分かっていない。そこで本研究では、①患者と家族がどのような思いを

*東京都健康長寿医療センター研究所（研究代表者）

言葉として伝えたのか具体的に明らかにし、②家族から患者へ「思いを伝える行為」と遺族の現在の後悔との関連を検討した。そして、③家族から患者へ「思いを伝える行為」に影響する心理的要因、④患者-家族間の「思いを伝える行為」に対する医療者の対応の有無と必要性を明らかにすることを目的とした。

結 果

質問紙を送付した遺族1,002名のうち、584名から回答を得た（回答率58%）。故人の続柄は配偶者257名、親229名、きょうだい30名、子ども20名、その他26名、無回答22名であった。死別からの平均経過時間は17カ月であった。

1) 患者-家族間で交わされる思い・言葉

患者-家族間で交わされる思い・言葉として、dignityに関連した先行研究を参考にした6つの内容（①感謝、②愛情、③死別後の家族への願い、④絆の継続、⑤謝罪、⑥相手への許し）、および「希望」「不安や弱音」を加えた計8つを仮定した（表1）。

「患者から家族」「家族から患者」共に、言葉にした人の割合が最も多かったのが「感謝」の気持ちであり、かつ「患者から家族」の方が言葉にした割合が多かった。それ以外の思いでは患者・家族の双方とも、言葉にした割合は「死別の絆の継続」「謝罪」で3割程度、「相手への許し」で1割弱であった。ただし、言葉を交わさなかった遺族でも、8~9割が「気持ちを受け取った/気持ちは伝わった（③）」と回答していた。また、言葉を交わした遺族の方が、言葉を交わさなかった遺族よりも、「気持ちを受け取った/気持ちは伝わった」と回答した人の割合が高く（①>③）、特に患者からの思いでは、言葉で伝えられたかどうかによって遺族の「気持ちを受け取った」と回答する割合に10~20%程度の開きがあった。

「生きる希望」では、「患者から家族」へ言葉を伝えた割合（35.0%）と「家族から患者」へ言葉を伝えた割合（61.5%）が逆転し、患者から

の「不安や弱音」では約半数の遺族が言葉を聞いていた。ただし、「生きる希望」「不安や弱音」共に、言語化の有無にかかわらず8~9割の遺族が「気持ちを受け取った/気持ちは伝わった」と回答していた。

2) 家族から患者へ「思いを伝える行為」と後悔との関連

家族から患者へ思いを伝える行為と遺族の「患者に思いを伝えられなかったことに対する後悔」の関連を検討するために分散分析を行った（表2）。その結果、「①（あなたから患者に）言葉を言った/（患者に）気持ちは伝わった」群が最も後悔の得点が低く、「③言葉を言わなかった/気持ちは伝わった」<「④言葉を言わなかった/気持ちは伝わっていなかった」<「②言葉を言った/気持ちは伝わっていなかった」の順で後悔の得点が高かった。

3) 家族から患者へ「思いを伝える行為」に影響する心理的要因

家族から患者へ「思いを伝える行為」に影響する心理的要因で得点が高かったのは、「患者に死を意識させるようではなかった（項目1）」「あえて言わなくても、お互いに思いは通じていると思っていた（項目12）」であった（表3）。すべての項目を用いて因子分析を行った結果、11項目・3因子（“思いを伝えることへの不安・抵抗”“タイミングを逃した・伝え方が分からなかった”“思いは伝えていた”）が抽出された。最も得点の高かった項目12“言葉にしなくても思いは通じる/以心伝心”は、どの因子にも含まれなかった。

家族から患者へ「言葉を言った（①、②）」群と「言わなかった（③、④）」群の心理的要因の違いを検討するためにt検定を行った。その結果、「希望」以外の6つの内容で、「言葉を言わなかった」群は、“伝えることへの不安・抵抗”“タイミングを逃した・伝え方が分からなかった”の得点が有意に高く、“思いは伝えていた”の得点

表1 患者-家族間で交わされる思い・言葉の回答割合

a. 患者→あなた（家族）（単位：%）

選択肢 患者からあなたや家族に向けた言葉を…	合計 (①, ②)	① ② 【聞いた】		合計 (③, ④)	③ ④ 【聞かなかった】		気持ち	
		受け 取った	感じられ なかった		受け 取った	感じられ なかった	受け取った (①, ③)	感じられ なかった (②, ④)
患者から気持ちを…								
1. 「今までの生活や人生に対する感謝の気持ち」 (例「ありがとう」)	60.6	59.1	1.5	39.4	33.7	5.7	92.8	7.2
		97.5	2.5		85.4	14.6		
2. 「あなたやご家族を愛している気持ち」 (例「あなたと出会えて、幸せだったよ」)	36.3	34.7	1.6	63.7	54.4	9.3	89.1	10.9
		95.7	4.3		85.4	14.6		
3. 「死別後も、あなたやご家族に対する希望や願い」 (例「私が亡くなった後は〇〇してほしい」)	41.7	40.4	1.3	58.3	44.6	13.7	85.0	15.0
		96.8	3.2		76.6	23.7		
4. 「死別後も、あなたや家族とのつながりは変わらないこと」 (例「ずっと側で見守っているよ」)	21.8	21.0	0.8	78.2	61.7	16.6	82.7	17.4
		96.3	3.7		78.8	21.2		
5. 「今までの生活で謝りたかったことへの謝罪の気持ち」 (例「ごめんね」)	26.8	24.5	2.2	73.2	56.1	17.1	80.7	19.3
		91.7	8.3		76.6	23.4		
6. お互いの心の中で「わだかまりとして残っている ことを許す」(例「もう気にしないよ」)	10.5	8.9	1.6	89.5	67.6	21.9	76.5	23.5
		85.1	14.9		75.5	24.5		
項目平均	32.9	31.4	1.5	67.1	53.0	14.0	84.4	15.5
		93.8	6.2		79.7	21.3		
7. 「生きる希望を支える」 (例「よくなったら、〇〇しようね」)	35.0	33.2	1.8	65.0	46.7	18.4	79.9	20.2
		95.0	5.0		71.8	28.2		
8. 「身体に関する不安や弱音」 (例「つらいよ、つかれたよ」)	53.7	51.5	2.1	46.3	36.5	9.8	88.0	11.9
		96.0	4.0		78.8	21.2		

回答①：各項目の「気持ちを反映する言葉を聞いた（こと）で / 患者からその気持ちは受け取った」

回答②：各項目の「気持ちを反映する言葉は聞いた（が） / 患者からその気持ちは感じられなかった」

回答③：各項目の「気持ちを反映する言葉は聞かなかった（が） / 患者からその気持ちは受け取った」

回答④：各項目の「気持ちを反映する言葉は言わなかった（こと）で / 患者からその気持ちは感じられなかった」

b. あなた（家族）→患者（単位：%）

選択肢 あなたから患者に言葉を…	合計 (①, ②)	① ② 【言った】		合計 (③, ④)	③ ④ 【言わなかった】		気持ち	
		伝わった	伝わって いなかった		伝わった	伝わって いなかった	伝わった (①, ③)	伝わって いなかった (②, ④)
患者に気持ちは…								
1. 「今までの生活や人生に対する感謝の気持ち」 (例「ありがとう」)	46.9	43.9	3.0	53.0	46.3	6.7	90.2	9.7
		93.3	6.7		87.4	12.6		
2. 「患者様を愛している気持ち」 (例「あなたと出会えて、幸せだったよ」)	35.4	32.4	3.0	64.5	56.5	8.0	88.9	11.0
		91.4	8.6		87.6	12.4		
3. 「患者様が旅立った後も、あなたやご家族について 安心できる」(例「私のことは心配しないで」)	33.6	29.7	3.9	66.4	56.1	10.3	85.8	14.2
		88.3	11.7		84.5	15.6		
4. 「死別後も、家族とのつながりは変わらないこと」 (例「あなたのことは一生忘れないよ」)	29.7	26.1	3.6	70.3	62.0	8.3	88.1	11.9
		88.0	12.0		88.2	11.8		
5. 「今までの生活で謝りたかったことへの謝罪の気持ち」 (例「ごめんね」)	26.0	22.5	3.5	74.0	61.0	13.0	83.5	16.5
		86.6	13.4		82.5	17.5		
6. お互いの心の中で「わだかまりとして残っている ことを許す」(例「もう気にしないよ」)	15.6	12.8	2.8	84.3	69.7	14.6	82.5	17.4
		82.1	17.9		82.7	17.3		
項目平均	31.2	27.9	3.3	68.7	58.6	10.1	86.5	13.4
		88.2	11.8		85.5	14.5		
7. 「生きる希望を支える」言葉 (例「よくなったら、〇〇しようね」)	61.5	55.9	5.6	38.4	31.2	7.2	87.1	12.8
		90.9	9.1		81.2	8.8		

回答①：各項目の「気持ちを反映する言葉を言った（こと）で / 患者にその気持ちは伝わった」と思う

回答②：各項目の「気持ちを反映する言葉を言った（が） / 患者にその気持ちは伝わってなかった」と思う

回答③：各項目の「気持ちを反映する言葉は言わなかった（が） / 患者にその気持ちは伝わった」と思う

回答④：各項目の「気持ちを反映する言葉は言わなかった（こと）で / 患者にその気持ちは伝わってなかった」と思う

表2 家族から患者へ「思いを伝える行為」と現在の後悔との関連

あなた（家族）→患者

選択肢	①		②		③		④	
	【言った】				【言わなかった】			
あなたから患者に言葉を…	【言った】		【言わなかった】		【言った】		【言わなかった】	
患者に気持ちは…	伝わった	伝わって いなかった	伝わった	伝わって いなかった	伝わった	伝わって いなかった	伝わった	伝わって いなかった
1. 「今までの生活や人生に対する感謝の気持ち」 (例「ありがとう」)	8.04 ± 3.66	9.87 ± 3.42	8.88 ± 3.51	9.41 ± 3.84	† ①<③			
2. 「患者様を愛している気持ち」 (例「あなたと出会えて、幸せだったよ」)	8.15 ± 3.56	11.40 ± 3.48	8.59 ± 3.56	9.19 ± 3.58	* ②<③ ** ①<②			
3. 「患者様が旅立った後も、あなたやご家族について安心できる」 (例「私のことは心配しないで」)	8.09 ± 3.54	11.82 ± 3.52	8.52 ± 3.51	9.38 ± 3.70	** ①<② ②<④ *** ①<②			
4. 「死別後も、家族とのつながりは変わらないこと」 (例「あなたのことは一生忘れないよ」)	8.18 ± 3.52	11.86 ± 3.48	8.65 ± 3.64	8.78 ± 3.37	* ②<④ ** ①<② ②<③			
5. 「今までの生活で謝りたかったことへの謝罪の気持ち」 (例「ごめんね」)	8.33 ± 3.47	12.31 ± 3.74	8.58 ± 3.58	8.66 ± 3.46	* ②<④ *** ①<② ②<③			
6. お互いの心の中で「わだかまりとして残っていることを許す」 (例「もう気にしないよ」)	7.64 ± 3.45	11.31 ± 3.38	8.68 ± 3.58	8.86 ± 3.66	* ②<③ ** ①<②			
7. 「生きる希望を支える」 (例「よくなったら、○○しようね」)	8.61 ± 3.61	9.00 ± 3.95	8.32 ± 3.61	8.92 ± 3.48	n.s			

†p < 0.10, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

が有意に低かった。また、「死別後の家族への願い」と「絆の継続」以外の項目で「言葉にしなくても思いは通じる／以心伝心」の得点が有意に高かった。

4) 患者-家族間の「思いを伝える行為」に対する医療者の対応

家族が医療者から受けた対応は、「聴覚機能の保持の伝達」が63.5%と最も多く、「患者の家族に対する思いを察した言葉かけ」「家族が患者へ伝えておきたいことを聞く」と続いた(表4)。医療者から対応があった遺族でその対応を大きなお世話と評価した“必要なかった(③)”と回答した割合は0.4%(項目3)~7.2%(項目8)と少なかった。医療者の対応が家族のニーズと一致しなかった(対応が不要なのにあった/必要なのになかった)割合は13.6~19.9%存在した。特に、「聴覚機能の保持の伝達」は対応がなかった遺族の40%が“あったら良かった”と回答した。

医療者から対応がなかった遺族で、「あったら良かった」群と「特に必要としなかった」群の「家族から患者へ思いを伝える行為の心理的要因」の違いについてt検定を行った。その結果、医療者の対応に関する全8項目で「あったら良かった」群の方が“伝えることへの不安・抵抗”“タイミングを逃した・伝え方が分からなかった”の因子の得点が有意に高かった。“思いは伝え合っていた”では「伝えておきたい言葉や思いの伝え方の提示(項目7)」のみ有意差が認められ、“言葉にしなくても思いは通じる／以心伝心”ではすべての項目で有意差は認められなかった。

考察

本研究では、終末期の患者-家族が交わす思い・言葉に関する実態を具体的に明らかにした。患者・家族共に、言葉として伝えることが最も多いのは「感謝」の気持ちであり、「死別の絆の継続」「謝罪」「相手への許し」は言葉として伝える割合

表3 家族から患者に「思いを伝える行為」に影響する心理的要因の項目の平均値・標準偏差および因子分析結果

	因子負荷量			平均値	標準偏差
	I	II	III		
I. 伝えることへの不安・抵抗 ($\alpha = 0.88$)					
1. 患者様に死を意識させるようではなかった	0.83	0.21	-0.10	3.63	1.15
2. あなた自身が患者様の死を意識しているようではなかった	0.83	0.28	-0.08	3.38	1.19
3. つらくてできなかった	0.79	0.39	-0.07	3.33	1.19
4. 患者様が混乱（取り乱す）ではないか不安だった	0.62	0.38	-0.09	2.96	1.16
5. 患者様が望んでいないと思った	0.55	0.33	-0.13	3.01	1.05
6. 患者様に誤解される（自分が死を望んでいると思われる）のではないかと思った	0.51	0.24	-0.09	2.69	1.15
II. タイミングを逃した・伝え方が分からなかった ($\alpha = 0.86$)					
7. 伝える時期（タイミング）を逃した	0.29	0.83	-0.08	2.97	1.06
8. どのように伝えたらよいか分からなかった	0.40	0.79	-0.06	2.96	1.06
9. 考える余裕がなかった	0.28	0.70	-0.02	3.00	1.09
III. 思いは伝えていた ($\alpha = 0.77$)					
10. 緩和ケア病棟の入院前から、十分に伝え合っていた	-0.06	-0.14	0.94	2.95	1.09
11. 「伝えておきたい言葉や思い」をお互いに伝え合うように約束をしていた	-0.05	0.01	0.64	2.46	1.06
【言葉にしなくても思いは通じる／以心伝心】					
12. あえて言わなくても、お互いに思いは通じあっていると思っていた	0.29	0.17	0.16	3.63	1.02
寄与率	44.5	13.0	9.6	/	
累積寄与率		57.5	67.2		
因子間相関 F2	0.61				
F3	-0.21	-0.21			
除外項目					
13. 言わずに、患者様とお別れしたくなかった				3.22	1.09
14. 特別、意識していなかった				2.83	1.07
15. 恥ずかしくてできなかった				2.47	0.95

は少なかった。全体として具体的に言葉にしなくても思いは伝え合っていたと思っている遺族が多いことが明らかになった。ただし、言葉にした方が遺族は思いを伝え合っていたと思いやすく、特に患者から具体的な言葉を聞いた遺族の方が思いを受け取ったと思いやすいことが示された。

そして、「実際に言葉にすることで気持ちが伝わった」と思う遺族は、患者に思いを伝えられなかったことに対する後悔が最も少なかった。遺族の中には、十分なケアができたことに満足したり、気持ちは伝わったと思っても、「それでもやはり最期に“ありがとう”ときちんと伝えなかった」と語る者もいる。家族が患者に生前、具

体的に言葉で思いを伝えることが、死別後の後悔を減らすことに繋がる可能性が考えられる。また、思いを具体的に言葉にしなくても「気持ちは伝わった」と思っている遺族は、「気持ちは伝わっていなかった」と思っている遺族より後悔が少ないことが明らかになった。

医療者は単に家族が患者に言葉を言ったかどうかだけでなく、それをどのように受け取っているのかを配慮する必要がある。言葉にしなかった遺族に対して、後悔や辛さを十分に受け止めたうえで、遺族自身が「言葉は伝えられなくても気持ちは伝わった」と思えるよう意味づけられることが重要となる。実際、グリーフカウンセリングで

表4 医療者から受けた対応の有無と評価の回答割合（単位：%）

選択肢	合計 (①～ ③)	①	②	③	合計 (④, ⑤)	④	⑤	①+②+⑤ 対応が 一致	③+④ 対応が 不一致
		【あった】				【なかった】			
医療者からの対応		助けに なった	やや 助けた になった	必要な 助けた なかった		あったら 良かった	特に必要 としな かった		
対応の評価									
1. たとえ患者様の意識がなくても、患者様の耳は最期まで機能していること（あなたやご家族の言葉が聞こえること）を教えてください	63.5	45.6	17.1	0.8	36.5	14.6	21.9	84.6	15.4
		71.8	27.0	1.2		40.0	60.0		
2. 患者様の「あなたやご家族に対する思いや気持ち」を察した言葉かけがあった（例「患者様はご家族のことをよく話されていて、家族を大切に思われているのですね」）	58.3	29.9	27.5	1.0	41.7	12.6	29.1	86.4	13.6
		51.2	47.1	1.7		30.2	69.8		
3. 患者様に伝えておきたい言葉や思いを聞いてくれた	48.0	25.6	22.1	0.2	52.0	14.4	37.7	85.4	14.6
		53.4	46.2	0.4		27.6	72.4		
4. 「もし患者様に伝えておきたい言葉や思いがあったら、あなたから患者様に直接、思いを伝えたらどうか」などの言葉かけがあった	33.9	14.6	18.6	1.9	66.1	16.0	50.1	83.0	17.0
		42.1	16.9	2.9		24.3	75.7		
5. 「患者様があなたやご家族に伝えておきたい言葉や思い」を、医療従事者が橋渡しをして、教えてくれた	32.1	13.7	16.9	1.4	67.9	18.5	49.4	80.1	19.9
		42.9	52.8	4.3		27.3	72.7		
6. 患者様との会話の中で、あなたが伝えておきたい言葉や思いを伝えやすいよう、会話の流れをつくってくれた	30.0	11.8	17.9	1.2	70.0	16.6	53.4	82.2	17.8
		39.3	56.7	4.0		23.7	76.3		
7. 患者様へ伝えておきたい言葉や思いについて、具体的に提案してくれた（例「このように伝えてはどうか」、「〇〇を伝えたら喜ばれるかもしれませんね」）	27.7	12.2	14.6	1.0	72.3	18.2	54.1	80.8	19.2
		43.9	52.5	3.6		25.1	74.9		
8. 「あなたが患者様へ伝えておきたい言葉や思い」を医療従事者が橋渡しをして、患者様へ伝えてくれた	27.6	12.0	13.7	2.0	72.4	16.5	56.0	81.5	18.5
		43.2	49.6	7.2		22.7	77.3		

下段：各群（あった・なかった）の回答者を100%とした場合の各群に占める該当割合

【対応が一致】群：“医療者からの対応があり、（やや）助けになった（①, ②）”, または “医療者からの対応はなかったが、家族自身も特に必要としなかった（⑤）” と回答した者

【対応が不一致】群：“対応があったが、必要なかった（大きなお世話であった）（③）”, または “医療者からの対応はなかったが、あったらよかった（④）” と回答した者

は、遺族との会話の中で「できたこと」に焦点を当て思いを引き出したり、心理療法のエンパティチェアの要素を応用し、後悔に対して遺族に故人を想像して会話を展開させる方法が取り入れられている。

ただし、今回の研究では、「言葉を言ったにもかかわらず、気持ちは伝わっていなかった」と思う遺族が最も後悔が強い結果が示された。今回の調査では「言葉で伝えたにもかかわらず、気持ちは伝わっていなかったと思う理由」まで明確にす

ることはできないが、それまでの患者と家族の関係性、言葉を発した状況やタイミングなどの要因が関係するのではないかと考えられる。患者と家族の関係性が複雑な場合には家族が言葉を伝えても、患者には受け取ってもらえなかったのではないかと考えたり、看取りの直前に家族が言葉を伝えても、最期まで患者の聴覚の機能が保持されると思わなければ、患者に思いは伝わっていなかったと思うかもしれない。遺族に関わるうへでは、このようなタイプの遺族が存在し後悔が強いことに留意する必要がある。

最後に、医療者の対応としては、約半数の家族が医療者から「聴覚機能の保持を伝達」や「患者の家族に対する思いを察した言葉かけ」「患者へ伝えておきたいことを聞く」の対応を受け、95%以上の遺族が「助けになった」と回答していた。一方、医療者の対応が家族のニーズと一致していなかった割合は14~20%存在し、特に対応がなかった遺族で「あったら良かった」と回答した人は3割程度存在した。ただし、医療者は単にすべての患者・家族が思いを伝え合うように促せば良いというものではない。家族には、患者に最期に思いを伝えることに不安や抵抗を感じたり、タイミングや伝え方が分からない、あるいは取って代わなくても思いを通じるといった考えがあること、そしてそれらの要因が実際に言葉で思いを伝える行為や医療者の対応のニーズに影響することを考慮する必要がある。

医療者の対応がなかった遺族では、「あったら良かった」者は「特に必要なかった」者より、伝えることに不安や抵抗が強く、伝えるタイミングや伝え方が分からなかったと回答していた。医療者は、患者・家族が“思いは伝え合っている”“言葉にしなくても思いは通じると思っている”ように見えるからといって対応をしなくて良いというわけではない。家族が思いを伝えることに不安や抵抗を感じていないか、タイミングや伝え方が分からないと感じていないかをより注意深く観察したうえで、必要に応じて患者・家族に両者の

思いを繋げる言葉かけや環境調整をすることが求められる。

本研究の限界としては、遺族に入院時の状況や思いを回想して回答を得ているため、当時の思いや状況と必ずしも一致するとはいい切れない。また、本研究の調査内容の6つの思い（特に、「謝罪」や「相手への許し」）では、そもそもこのような思いを言葉にする事柄がなかった可能性も考えられる。本研究結果は、患者-家族間にある程度関係性が形成されていることを前提としており、患者と家族の関係性が良好でない場合には、今回仮定した思いは存在せず、思いを伝えることに意味が生じないとも考えられる。医療者の対応では個々のケースで状況が異なるため、研究結果を安易にマニュアル化すれば良いというものではない。そして、患者との死別前だけでなく、死別後の家族との会話やエンゼルケアにおいて医療者が家族に患者-家族の思いを汲み取った言葉かけをすることも重要なグリーフケアに繋がることを留意したい。

文 献

- 1) Chochinov HM. Dignity-conserving care—A new model for palliative care : helping the patient feel valued. *JAMA* 2002 ; 287 : 2253-2260.
- 2) 栗原幸江. 「ディグニティ・セラピー」 Q & A. *緩和ケア* 2009 ; 19 (1) : 67-72.
- 3) Foster TL, Gilmer MJ. Continuing bonds : a human response within paediatric palliative care. *Intern J Palliat Nursing* 2008 ; 14 (2) : 85-91.
- 4) 沼野尚美. 末期癌患者の家族の心の葛藤への関わり. *Nurse Eye* 2008 ; 21 (1) : 34-41.
- 5) Akechi T, Akazawa T, Komori Y, et al. Dignity therapy : Preliminary cross-cultural findings regarding implementation among Japanese advanced cancer patients. *Palliat Med* 2012 ; 26 (5) : 768-769.

〔付帯研究担当者〕

塩崎麻里子（近畿大学総合社会学部）、平井 啓（大阪大学大型教育研究プロジェクト支援室）

終末期がん患者の家族が認識する望ましい看護

安藤 悦子*

サマリー

終末期がん患者の家族が認識する望ましい看護について、遺族が重要と認識する人数が最も多かったものは「いつも患者様が清潔を保つよう援助する」であり、次いで「ご家族の質問に誠実に答える」「からだの苦痛をやわらげるために努める」「ケアや処置を行う際には、患者様になるべく苦痛がないようにする」「ご家族に、その時々患者様の状態や治療について説明する」であった。逆に、重要と認識する人数が最も少なかったものは、「宗教的なことについての配

慮がある」であり、次いで「ご家族が涙を流したり、感情をあらわす時にそばに寄り添っている」「患者様がお亡くなりになったことがもたらすご家族への影響（悲しみや役割の変化など）について説明する」「ご家族の家庭内での役割や仕事を気づかう」「ご家族が抱える経済的な問題について相談にのる」であった。上位は共通性が高く、下位は入院期間や家族の状況によって個別性が高いものが示された。

目 的

看護師は終末期がん患者の家族に対する看護の重要性は理解していても、家族と関わる時間の不足、加えて家族形態・機能、家族集団および個人の価値観も多様化しており、その実践は試行錯誤していることが多い。そこで、看護師が家族にとって良かれと思い実践していることが、果たして、家族はどう捉えているのかについて明らかにしたいと考えた。

終末期がん患者の家族がどのようなニーズを

もっているかに関する研究は、質的な研究を中心に明らかにされてきた。がん患者の家族のニーズとその満足度、ホスピス・緩和ケア病棟のケアに対する評価に関する研究は多くあるが、誰に、どの職種に満たされたのかは言及されていないものが多く、ケア提供者は看護師に焦点化されていない。

本研究の目的は、がん患者の遺族が終末期においてどのような看護を重要と認識されていたのか、すなわち望ましい看護を明らかにすることである。なお、望ましい看護とは、看護師の態度や

*神戸市看護大学 看護学部 (研究代表者)

患者および家族への具体的な看護（関わり）を含める。

結果

1) 対象者の背景 (表1)

978名に質問紙が送付され、616名(61%)の遺族が返送した。43名は回答を拒否し、すべての項目に回答した391名(40%)を解析の対象とした。なお、自由回答欄は返送されたすべての質問紙(616名分)を解析の対象とした。

2) 遺族が認識する終末期がん患者に対する望ましい看護師のあり方

遺族が患者に対する看護師のあり方として「1. とても重要である～5. まったく重要でない」のうち、「とても重要である」「やや重要である」と回答した合計人数の割合を図1に示す。

3) 遺族が認識する終末期がん患者の家族に対する望ましい看護師のあり方

遺族が認識する終末期がん患者の家族に対する望ましい看護師のあり方として「1. とても重要

表1 対象者背景

対象	人数 (%)	対象	人数 (%)
患者 合計	391	遺族 合計	391
平均年齢 [標準偏差]	72.6 [12.2]	平均年齢 [標準偏差]	59.1 [11.7]
性別		性別	
男	212 (54)	男	124 (32.5)
女	179 (46)	女	258 (67.5)
原発部位		最後の入院中の健康状態	
肺	82 (21)	よかった	108 (28.6)
胃	52 (13)	まあまあだった	199 (52.8)
大腸	29 (7.4)	よくなかった	59 (15.7)
直腸	14 (3.6)	非常によくなかった	11 (2.9)
肝	27 (6.9)	患者と関係性	
胆のう・胆管	17 (4.3)	配偶者	157 (41.3)
膵	39 (10)	患者様の子供	161 (42.4)
食道	21 (5.4)	婿・嫁	23 (6.0)
乳	12 (3.1)	患者様の親	8 (2.1)
前立腺	9 (2.3)	兄弟姉妹	17 (4.5)
腎	7 (1.8)	その他	14 (3.7)
膀胱	9 (2.3)	患者様が亡くなられる前1週間の付き添い	
頭頸部	17 (4.3)	毎日	258 (68.2)
子宮	11 (2.8)	4～6日	52 (13.8)
卵巣	11 (2.8)	1～3日	54 (14.3)
悪性リンパ腫	3 (0.8)	付き添っていないかった	14 (3.7)
骨髄腫	2 (0.5)	付き添いや介護を代わりにしてくれる人が、	
軟部組織	2 (0.5)	いた	266 (70.6)
脳腫瘍	7 (1.8)	いなかった	111 (29.4)
その他	20 (5.1)	死亡後平均経過期間 [標準偏差]	507 [142.1]
入院期間平均 [標準偏差]	41.3 [59.7]		

欠損データのため、合計が対象者総数391名にならない箇所がある

である～5.まったく重要でない」のうち、「とても重要である」「やや重要である」と回答した合計人数の割合を図2に示す。

4) 遺族が認識する終末期がん患者および家族に対する望ましい看護師の態度

遺族が認識する終末期がん患者および家族に対する望ましい看護師の態度として「1. とても重要である～5.まったく重要でない」のうち、「と

ても重要である」「やや重要である」と回答した合計人数の割合を図3に示す。

5) 家族が看護師に抱いた不満、要望

自由回答欄に記載された家族が看護師に抱いた不満や要望について、以下に抜粋する。患者に対する看護師の関わりについては、「シーツ類の汚れなどもどうなっているのか言っても“数がないので”と言われることも、ベッドの上で過ごすこ

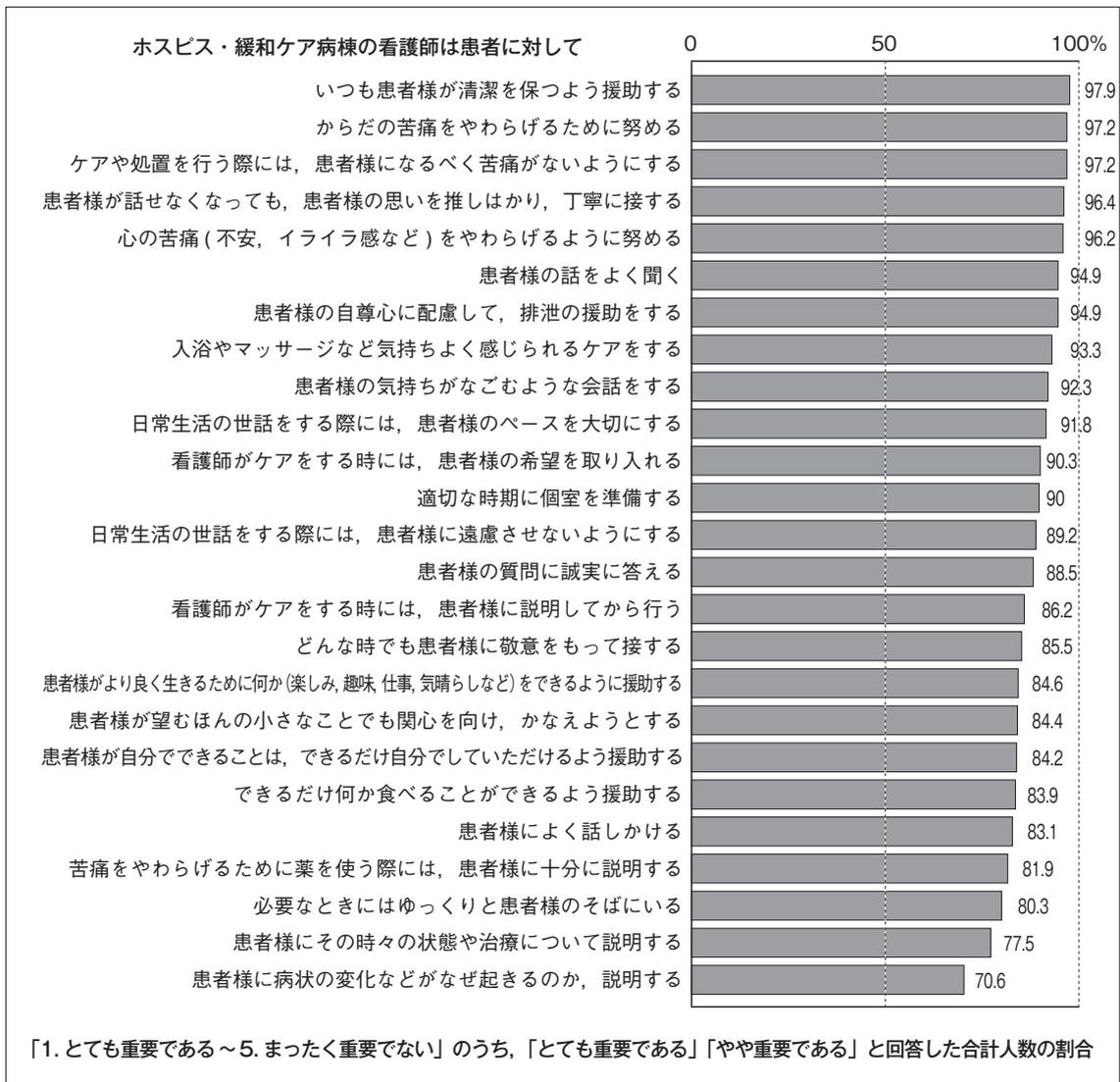


図1 遺族が認識する終末期がん患者に対する望ましい看護師のあり方

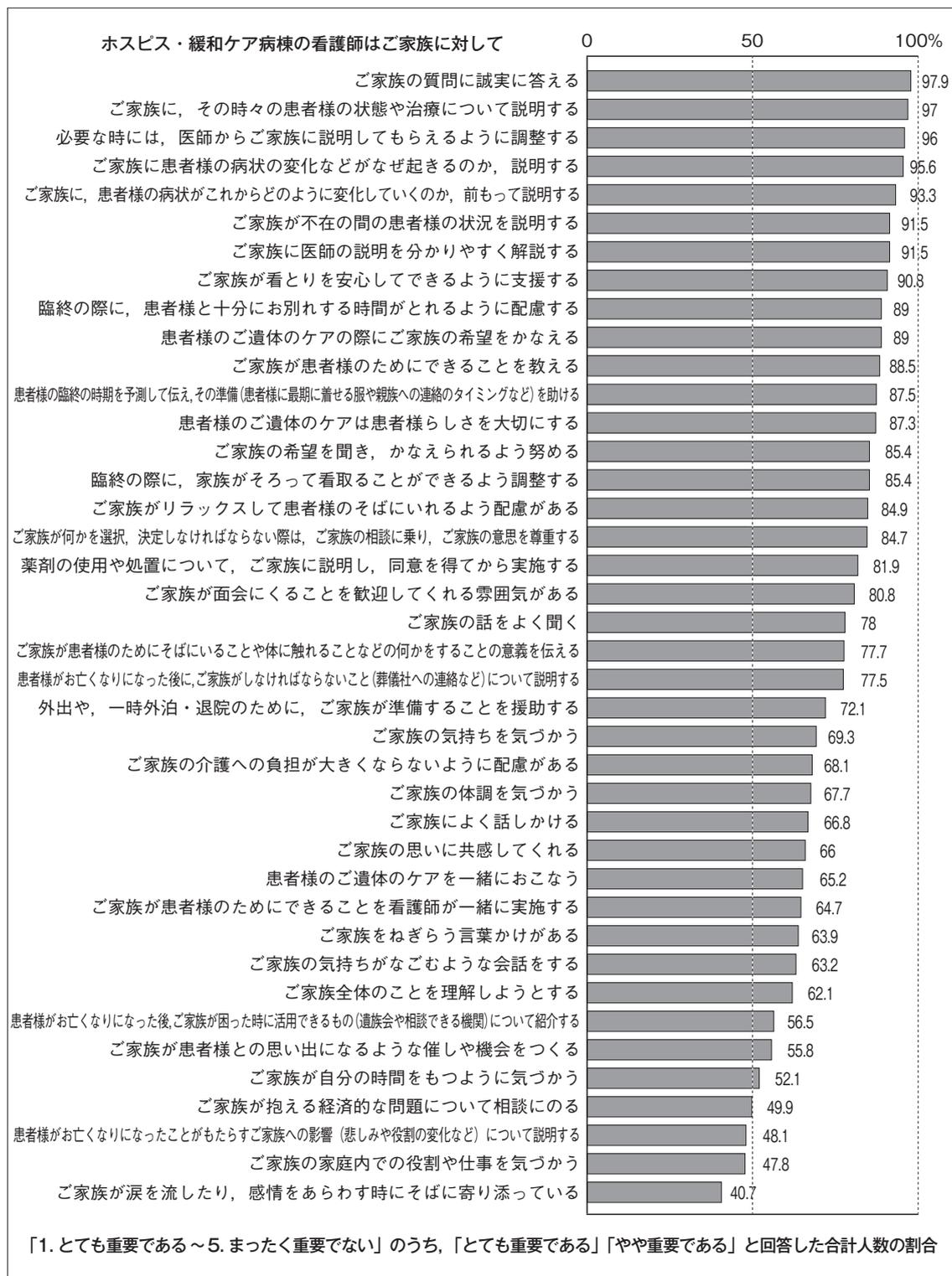


図2 遺族が認識する終末期がん患者の家族に対する望ましい看護師のあり方

としかできない母なのに、せめて清潔にしてもらいたかった」や、「患者は20歳代の息子でした。ホスピスに入院した時は、少しずつ肝性脳症による意識障害が出始めていました。そんな時、しきりに“何かしたいことがある？”とか、聞いてくれるのですが、本人は考えることもできかねる

状況だったので、あまりいい感情がもてませんでした。また本人が“しんどいです”と言った時、“神様に選ばれたのよ”との言葉は、何と的是ずれな…と思いました」などがあつた。また、家族に対する看護師の関わりについて、多く記述されていたのは「臨終に間に合わせてほしかった」で

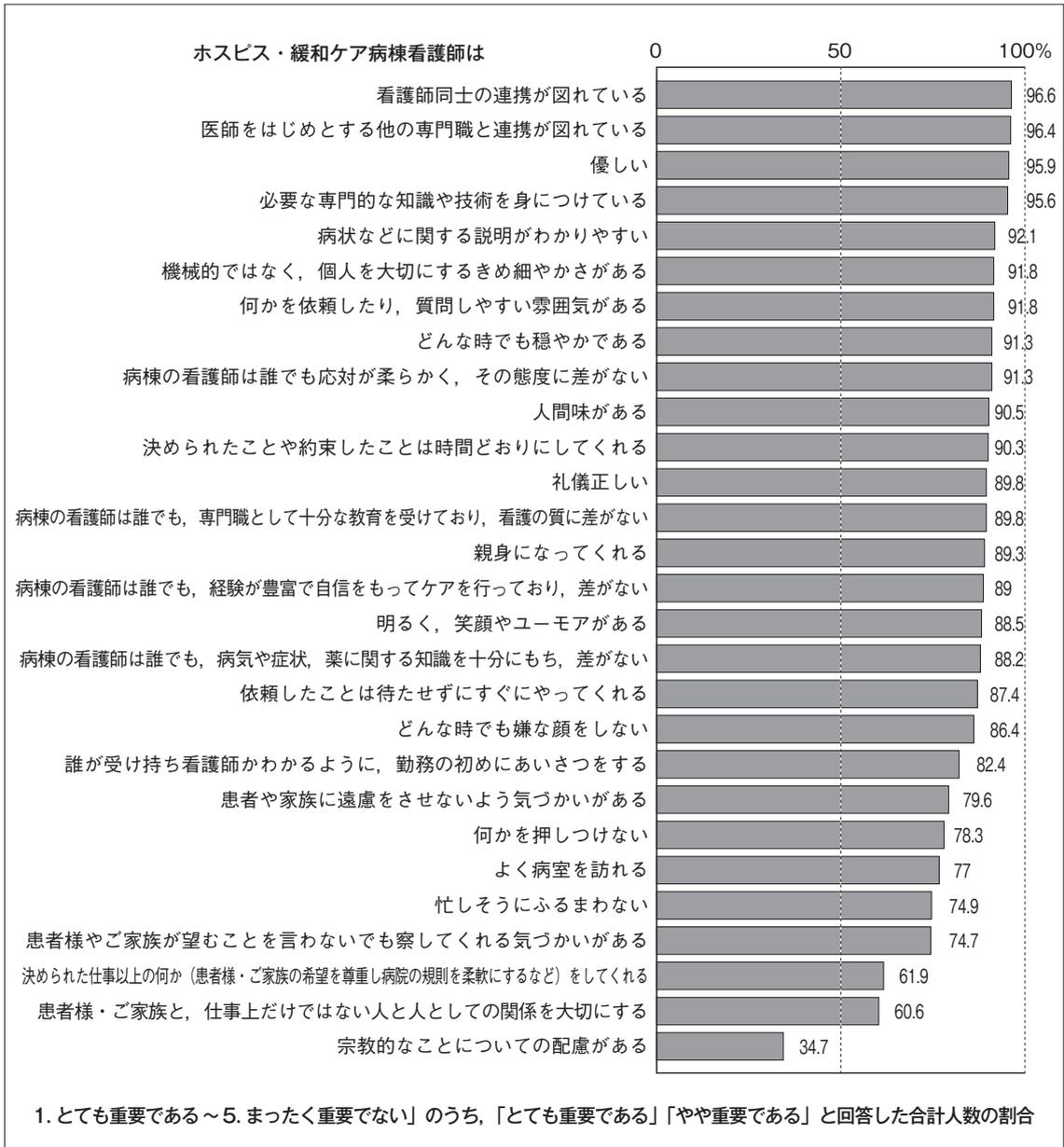


図3 遺族が認識する終末期がん患者および家族に対する望ましい看護師の態度

あり、続いて「臨終前・後に家族として何をしたら良かったのか教えてほしかった」があった。

看護師の態度について、改善を強く求めているものには、「一部の看護師が無表情で処置するにしても機械的に感じた」「他の患者の話をしながらケアをしている時は、正直、とてもいやな気持ちでした。短い時間を家族も本人もなんとか生きていくことを考えているので、粗末にされた感じがしました」などがあった。家族が看護師に改善を求める専門的な知識や技術について自由回答欄に記載された内容には、「モルヒネで意識レベルが下がり、最後にお別れが言えなかった」「吸引の技術が看護師によって差がある」などがあった。

考 察

終末期がん患者の家族が認識する望ましい看護について、遺族が重要と認識する人数が最も多かったものは「いつも患者様が清潔を保つよう援助する」であり、次いで「ご家族の質問に誠実に答える」「からだの苦痛をやわらげるために努める」「ケアや処置を行う際には、患者様になるべく苦痛がないようにする」「ご家族に、その時々患者様の状態や治療について説明する」であった。逆に、重要と認識する人数が最も少なかったものは、「宗教的なことについての配慮がある」

であり、次いで「ご家族が涙を流したり、感情をあらわす時にそばに寄り添っている」「患者様がお亡くなりになったことがもたらすご家族への影響（悲しみや役割の変化など）について説明する」「ご家族の家庭内での役割や仕事を気づかう」「ご家族が抱える経済的な問題について相談にのる」であった。

上位は、患者が清潔な状態であること、身体的な苦痛がないこと、家族が状況を理解するための援助であり、ほぼすべての家族が共通して求める、期待する内容であった。下位は、入院期間や家族の状況により個別性が高いものが示された。自由回答欄に記載された内容のほとんどは看護師への肯定的な意見であったが、看護師によって差があること、一部の看護師の態度に改善を求めているものもあった。

終末期がん患者の家族の多くは敏感性と脆弱性を合わせもつと考える。看護師が自覚していない自らの一挙一動に患者、家族が大切にされていないと傷つくこともある。看護師は、家族が認識する上位5つの望ましい看護に専心するとともに、接遇や知識・技術の差を埋めるために看護師間でお互いに気づきあい、改善するオープンなコミュニケーションを促す病棟の雰囲気、文化が求められると考える。

緩和ケア病棟における医療者-家族間の 説明/話し合いの現状について —遺族の視点から—

清水 恵*

サマリー

本研究は、終末期がん医療における医療者から家族への説明/話し合いの実態を具体的に明らかにし、改善策を提示することを目的とした研究である。全国の緩和ケア病棟 100 施設を利用した 584 人の遺族に対して、緩和ケア病棟での医療者から家族への説明/話し合いに関する遺族の評価、全般的満足度、説明/話し合いの内容・スタイルに関しての実態についての質問紙調査を実施した。

本研究の結果から、探索的因子分析により医療者から家族への説明/話し合いの内容に関して【治療やケアの計画】【家族のケアへの参加】【家族自身に対するケア】【死別後のケア】の 5 ドメイン、医療者から家族への説明/話し合いのスタイルに関して【説明/話し合い時の環境設定】【説明/話し合いのタイミング】

【双方向的な話し合い】【医療者の前向きな姿勢】の 4 ドメイン、緩和ケア病棟での医療者の態度に関して【説明/話し合いの仕方】【家族への態度】【説明/話し合いへの集中】の 3 ドメインが抽出され、それぞれの項目についての現状が明らかになった。緩和ケア病棟におけるコミュニケーションに対する遺族による全般的な評価は高かったが、死別後のケアを含む家族自身に対するケアや説明/話し合いのタイミング、医療者の前向きな姿勢に関しての改善の必要性が明らかになった。今後、これらの知見に基づいて、医療者へのコミュニケーションに関する教育、訓練を普及させることにより、終末期ケアのさらなる改善、向上につながる可能性が示唆された。

緒言

がん医療において、治療やケアの意思決定の中心は患者・家族である¹⁾。患者・家族が適切な意思決定を行うためには、医療者が患者・家族へ適

切な病状や治療計画についての説明や話し合いを行うことが必要不可欠である。また、意思決定以外の場面においても、患者・家族は多様な情報を必要としており、そのニーズに合わせて、医療者からの説明/話し合いを行う必要がある²⁾。特に、

*東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野 (研究代表者)

終末期がん医療においては、治療の選択やケア計画を行ううえで家族が果たす役割が大きくなるため、家族への説明、家族との話し合いの重要度もより大きくなる³⁾。また、家族が患者との死別に備えるためにも適切な説明/話し合いを行う必要がある^{4~6)}。

わが国では、終末期がん医療におけるケアの質の維持向上のために、経年的に、緩和ケア病棟を利用した患者の遺族（緩和ケア遺族）を対象に、緩和ケア病棟で受けたケアの質の評価のための全国的質問紙調査が行われている。2007年に実施された調査（J-HOPE study）では、将来の見通しについての医師から家族への説明について、改善すべき点が少しでもあると回答した遺族は、25%だった。この結果は、2002年に行われた緩和ケア遺族対象の全国的質問紙調査の結果から改善していない⁷⁾。また、2005年に行われた終末期がん医療への不満足を感じていた緩和ケア病棟の遺族22例に対してインタビュー調査では、医師からの説明の内容が不十分であることが終末期がん医療への不満足につながっている可能性が示唆された⁸⁾。

今後、終末期がん医療において、医療者から家族への説明/話し合いに関する家族の評価を少しでも改善するために、現在の終末期がん医療において、どのような内容についての説明/話し合いが不十分であるのか、説明/話し合いのスタイルについて改善すべき点は何なのか、医療者の基本的な態度はどのようなのかを具体的に明らかにすることにより、説明/話し合いの改善策を検討していくことが臨床的に重要である。

そこで、本研究では緩和ケア病棟入院時から死別後までの間の医療者から家族への説明/話し合いの実態について、その内容、スタイル、医療者の態度の3側面から具体的に明らかにし、緩和ケア病棟でのケアに対する全般的満足度との関連を検討することを目的とした。

結果

本付帯研究の対象となった1,001人の遺族のうち、調査票の返送のあった遺族は634人（返送

表1 患者背景

	平均±SD	n (%)
年齢	72.6 ± 11.9	
性別	男性	315(54%)
	女性	266(46%)
原発部位	肺がん	141(24%)
	胃・食道がん	97(17%)
	大腸がん	68(12%)
	肝胆膵がん	113(20%)
	乳がん	24 (4%)
	その他	135(23%)
緩和ケア病棟入院期間 (n=341)	43.7 日 ± 60.3 (中央値 =25)	

表2 遺族背景

	n (%)	
年齢	20～49	103 (18%)
	50～59	146 (226%)
	60～69	172 (30%)
	70～79	109 (19%)
	80 ≤	41 (7%)
性別	男性	184 (32%)
	女性	390 (68%)
患者との続柄	配偶者	264 (46%)
	子供	215 (37%)
	婿・嫁	42 (7%)
	親	14 (2%)
	兄弟・姉妹	30 (5%)
	その他	12 (2%)
死亡前1週間の付き添い頻度	毎日	401 (70%)
	4～6日	73 (13%)
	1～3日	73 (13%)
	ほとんど付き添いなし	26 (4%)

率63%)、50人の遺族が回答拒否であったため、584人の遺族が解析の対象となった（有効回答率58%）。本付帯研究の対象となった患者の背景、遺族背景は表1、2に示した。

1) 緩和ケア病棟での医療者から家族への説明/話し合いの内容

緩和ケア病棟入院時から死別後の間に必要と

される説明/話し合いの内容 36 項目について文献レビュー^{9~12)} やインタビューにより抽出した。各項目が不十分だったかどうかについて、“1. 全くそう思わない” “2. そう思わない” “3. どちらかといえばそう思わない” “4. どちらかといえばそう思う” “5. そう思う” “6. 非常にそう思う” の 6 件法にて尋ねた。表 3 に探索的因子分析の結果と不十分との回答 (“4. どちらかといえばそう思う” “5. そう思う” “6. 非常にそう思う” の合計) の割合を示した。

因子分析の結果、【患者の身体状態 (クロンバック α 係数=0.95)】 6 項目、【治療やケアの計画 ($\alpha=0.97$)】 14 項目、【家族のケアへの参加 ($\alpha=0.93$)】 3 項目、【家族自身に対するケア ($\alpha=0.95$)】 9 項目、【死別後のケア ($\alpha=0.93$)】 4 項目が抽出された。不十分との回答が 20% 以上あった項目は、亡くなる前の患者の状態についての見通しの説明 (23%)、代替療法についての話し合い (25%)、【家屋自身に対するケア】の中の医師・看護師以外の相談窓口についての説明 (23%)、家族に対する専門的な精神的サポート窓口についての説明 (28%)、介護保険の利用法についての説明 (21%)、【死別後のケア】を構成する 4 項目すべて (20~31%) であった。

2) 緩和ケア病棟での医療者から家族への説明/話し合いのスタイル

文献レビュー^{12~15)} やインタビューより望ましいと考えられた説明/話し合いのスタイルとして、「定期的な病状説明があった」や「家族が心の準備をするための声かけがあった」など 15 項目を設定し、各項目が実際に実施されていたかについて、“1. 全くそう思わない” “2. そう思わない” “3. どちらかといえばそう思わない” “4. どちらかといえばそう思う” “5. そう思う” “6. 非常にそう思う” の 6 件法にて尋ねた。

表 4 に、探索的因子分析の結果と各項目についてのそう思わないとの回答 (“1. 全くそう思わない” “2. そう思わない” “3. どちらかといえばそう思わない” の合計) の割合を示した。因子分析

の結果、【説明/話し合い時の環境設定 (クロンバック α 係数 = 0.94)】 4 項目、【説明/話し合いのタイミング ($\alpha=0.94$)】 5 項目、【双方向的な話し合い ($\alpha=0.96$)】 3 項目、【医療者の前向きな姿勢 ($\alpha=0.94$)】 3 項目が抽出された。そう思わないとの回答が 20% 以上であった項目は、【説明/話し合いのタイミング】の全 5 項目 (22%~29%)、【医療者の前向きな姿勢】の中の、共に病と闘おうという態度だった (25%)、励ましの言葉があった (23%) であった。

3) 緩和ケア病棟での医療者の態度

文献レビュー^{9, 12~14)} やインタビューにより望ましくない医療者の態度として、「早口で話をしていた」や「高圧的な態度であった」などの 14 項目を設定し、“1. 全くなかった” “2. なかった” “3. どちらかといえばなかった” “4. どちらかといえばよくあった” “5. よくあった” “6. 非常によくあった” の 6 件法にて尋ねた。

表 5 に探索的因子分析の結果と各項目についてのよくあったとの回答 (“4. どちらかといえばよくあった” “5. よくあった” “6. 非常によくあった” の合計) 割合を示した。因子分析の結果、【説明/話し合いの仕方 (クロンバック α 係数 = 0.90)】 4 項目、【家族への態度 ($\alpha=0.97$)】 8 項目、【説明/話し合いへの集中 ($\alpha=0.86$)】 2 項目が抽出された。14 項目すべてにおいて、よくあったとの回答は 5% 以下であった。

4) 緩和ケア病棟での医療者と家族のコミュニケーションに関する全般的満足度

緩和ケア病棟での医療者と家族のコミュニケーションに関する全般的満足度を、“1. 非常に不満足” “2. 不満足” “3. やや不満足” “4. やや満足” “5. 満足” “6. 非常に満足” の 6 件法にて尋ねた。図 1 にその結果を示した。“非常に満足” “満足” “やや満足” との回答の合計割合は 90% であった。

5) 緩和ケア病棟でのケアに対する全般的満足度

主研究の質問項目である、緩和ケア病棟で受

表3 緩和ケア病棟での医療者から家族への説明/話し合いの内容

	(ドメイン得点平均±SD, クローンバックのα係数)	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	共通性	“不十分”	平均±SD
								回答の割合(%) ^a	
患者の身体状態	(2.3 ± 1.1, α=0.95)								
患者の状態の変化の見通しについての説明		0.91	0.07	-0.05	0.07	-0.03	0.91	15	2.2 ± 1.1
入院時の余命についての説明		0.86	-0.02	0.12	0.00	-0.02	0.82	18	2.3 ± 1.2
入院時の状態についての説明		0.81	0.11	-0.07	0.10	-0.03	0.79	12	2.1 ± 1.1
今後出現するであろう症状についての説明		0.77	0.16	0.02	-0.04	0.09	0.85	15	2.2 ± 1.1
患者の余命が数日である時の病状説明		0.47	0.24	0.28	-0.04	0.00	0.68	19	2.4 ± 1.3
亡くなる前の患者の状態についての見通しの説明		0.42	0.29	0.25	-0.06	0.11	0.74	23	2.5 ± 1.4
治療やケアの計画	(2.2 ± 1.0, α=0.97)								
輸液の中止、量・種類の変更時の説明		0.00	0.90	0.01	-0.06	0.07	0.82	12	2.2 ± 1.1
麻薬・鎮静剤の量・種類の変更時の説明		-0.02	0.89	0.04	-0.01	0.04	0.85	15	2.3 ± 1.2
患者の身体状態保持のための治療についての説明		0.05	0.88	-0.05	0.04	0.01	0.83	13	2.2 ± 1.1
実施する検査についての話し合い		0.04	0.78	0.02	0.11	-0.03	0.78	14	2.3 ± 1.1
麻薬を使用することについての説明		0.12	0.76	0.00	-0.08	0.09	0.71	16	2.3 ± 1.1
飲食制限の必要性についての説明		-0.08	0.69	0.30	0.08	-0.04	0.78	13	2.3 ± 1.1
延命治療についての話し合い		0.07	0.68	0.05	0.02	0.04	0.64	12	2.2 ± 1.2
日常的に実施するケアについての話し合い		0.12	0.59	-0.07	0.32	0.01	0.77	11	2.2 ± 1.1
患者の食欲低下時の栄養補給法についての話し合い		-0.01	0.58	0.24	0.12	0.00	0.69	19	2.4 ± 1.3
在宅療養の可否についての話し合い		0.16	0.57	0.03	0.22	-0.09	0.67	10	2.2 ± 1.1
患者への告知内容についての話し合い		0.16	0.56	-0.24	0.33	0.02	0.66	11	2.2 ± 1.1
代替療法についての話し合い		0.04	0.54	0.02	0.24	-0.03	0.55	25	2.6 ± 1.4
鎮静の実施についての話し合い		0.16	0.53	0.10	0.00	0.20	0.74	15	2.4 ± 1.2
患者の状態悪化時の連絡先		0.17	0.45	0.25	0.02	-0.05	0.55	7	2.0 ± 1.1
家族介のケアへの参加	(2.5 ± 1.1 α=0.93)								
患者の身体的苦痛に対する家族の対処法についての説明		0.14	0.09	0.62	0.19	0.07	0.88	19	2.5 ± 1.2
患者の精神的苦痛に対する家族の対処法についての説明		0.07	0.09	0.54	0.31	0.05	0.81	18	2.5 ± 1.2
患者のケアへの家族の参加方法についての説明		0.00	0.17	0.50	0.31	0.01	0.74	16	2.4 ± 1.2
家族自身に対するケア	(2.5 ± 1.0 α=0.95)								
医師・看護師以外の相談窓口についての説明		-0.01	0.07	0.00	0.78	0.07	0.75	23	2.5 ± 1.3
家族に対する専門的な精神的サポート窓口についての説明		-0.03	-0.07	0.08	0.76	0.20	0.79	28	2.7 ± 1.3
質問疑問のある時の相談手段の説明		0.07	0.10	0.10	0.69	0.01	0.76	15	2.3 ± 1.2
介護保険の利用法についての説明		0.02	0.12	0.03	0.66	0.09	0.69	21	2.5 ± 1.2
経済的問題についての相談		0.02	0.12	0.12	0.62	0.10	0.75	19	2.5 ± 1.2
緩和ケア病棟へ入ったことに対する家族の後悔についての相談		0.14	0.25	0.03	0.46	0.08	0.67	13	2.5 ± 1.2
中学生以下の家族へ患者の状態をどう話すかについての話し合い		0.01	0.05	0.26	0.39	0.14	0.52	12	2.3 ± 1.1
患者が亡くなることへの家族の不安についての相談		0.10	0.17	0.10	0.38	0.25	0.72	19	2.4 ± 1.2
家族の体調不良や疲れについての相談		0.06	0.23	0.20	0.26	0.22	0.65	14	2.3 ± 1.1
死別後のケア	(2.6 ± 1.2 α=0.93)								
死別後の家族の悲嘆や不安についての相談		-0.05	0.02	-0.03	0.15	0.86	0.89	22	2.6 ± 1.4
死別後、家族の不眠や体調不良出現時の相談窓口についての説明		-0.08	-0.02	0.02	0.23	0.76	0.81	31	2.9 ± 1.4
退院時や葬儀の段取りについての相談		0.06	0.00	-0.04	0.15	0.73	0.72	20	2.5 ± 1.3
患者が亡くなるまでの経緯についての説明		0.25	0.13	0.04	0.00	0.56	0.71	23	2.5 ± 1.4

a: “4. どちらかといえばそう思う” “5. そう思う” “6. 非常にそう思う” との回答の割合の合計

表4 緩和ケア病棟での医療者から家族への説明/話し合いのスタイル

(ドメイン得点平均±SD, クロンバックのα係数)	因子1	因子2	因子3	因子4	共通性	“そう思わない”という回答の割合 (%) ^b	平均±SD
説明/話し合い時の環境設定 (4.5 ± 1.2, α=0.94)							
家族の心の準備をするための声かけがあった	0.81	0.14	0.02	0.02	0.89	16	4.5 ± 1.3
静かなプライバシーの保たれる環境で説明/話し合いが行われた	0.76	0.07	0.11	0.02	0.82	14	4.7 ± 1.3
家族が話しやすい, 親しみやすい雰囲気があった	0.67	0.04	0.09	0.17	0.80	16	4.5 ± 1.3
家族が必要と思った時にいつでも説明/話し合いの約束ができた	0.50	0.17	0.17	0.17	0.82	19	4.4 ± 1.3
話し合いのタイミング (4.2 ± 1.2, α=0.94)							
予想される症状についての“症状出現前”の説明があった	0.06	0.82	0.03	0.04	0.85	29	4.2 ± 1.4
患者の意識が清明なうちに治療計画を話し合った	0.07	0.72	0.01	0.08	0.69	26	4.1 ± 1.4
容態悪化時の対応についての話し合いの時期は適切だった	0.13	0.63	0.12	0.10	0.80	25	4.2 ± 1.4
治療法や薬の“変更前”の説明があった	0.07	0.61	0.19	0.07	0.75	22	4.3 ± 1.3
定期的な病状説明があった	0.29	0.45	0.11	0.12	0.74	26	4.2 ± 1.4
双方向的な話し合い (4.6 ± 1.2, α=0.96)							
家族が質問する時間が十分にあった	0.08	0.11	0.74	0.11	0.93	16	4.5 ± 1.2
わからない言葉・内容についてたずねることができた	0.16	0.12	0.71	0.03	0.90	15	4.5 ± 1.2
患者の様子についての家族の意見や訴えを聞き入れてもらえた	0.17	0.08	0.60	0.21	0.91	14	4.6 ± 1.2
医療者の前向きな姿勢 (4.3 ± 1.3, α=0.94)							
共に病と闘おうという態度だった	0.07	0.08	-0.01	0.84	0.87	25	4.3 ± 1.4
励ましの言葉があった	0.08	0.07	0.15	0.72	0.90	23	4.3 ± 1.3
“できること”に重点をおいた説明/話し合いだった	0.10	0.21	0.20	0.50	0.83	18	4.4 ± 1.3

a: “1. 全くそう思わない” “2. そう思わない” “3. どちらかといえばそう思わない” との回答の割合の合計

表5 緩和ケア病棟での医療者の態度

(ドメイン得点平均±SD, クロンバックのα係数)	因子1	因子2	因子3	共通性	“よくあった”との回答割合 (%) ^a	平均±SD
説明/話し合いの仕方 (1.7 ± 0.8, α=0.90)						
早口で話をしていた	0.84	0.06	0.04	0.83	2	1.6 ± 0.8
敬語を使わなかった	0.70	0.11	0.03	0.65	3	1.7 ± 0.9
パソコンを見て家族を見ずに話をしていた	0.67	0.15	0.04	0.64	4	1.6 ± 0.9
専門用語がわかりにくかった	0.61	0.09	0.15	0.60	5	1.9 ± 1.0
家族への態度 (1.5 ± 0.70, α=0.97)						
見捨てられたのではないかと不安になる態度であった	0.10	0.88	-0.04	0.85	4	1.6 ± 0.9
事務的な態度だった	0.05	0.88	0.00	0.83	4	1.6 ± 0.9
ご家族の迷い・戸惑いを理解してくれなかった	0.13	0.85	-0.10	0.77	4	1.7 ± 1.0
態度が一貫していなかった	0.15	0.82	0.00	0.85	2	1.6 ± 0.8
ご家族の考えをすぐに否定した	0.11	0.78	0.02	0.76	2	1.6 ± 0.8
見下しているような態度だった	-0.01	0.77	0.22	0.84	2	1.4 ± 0.8
高圧的な態度だった	-0.02	0.75	0.24	0.82	2	1.4 ± 0.8
質問をすると迷惑そうにしていた	0.05	0.54	0.40	0.80	1	1.5 ± 0.7
説明/話し合いへの集中 (1.6 ± 0.7, α=0.86)						
説明/話し合いの際に時計を気にしていた	0.10	0.06	0.84	0.90	1	1.5 ± 0.7
説明/話し合いの際に電話が鳴ることがあった	0.07	-0.02	0.75	0.61	4	1.7 ± 0.9

a: “4. どちらかといえばよくあった” “5. よくあった” “6. 非常によくあった” との回答の割合の合計

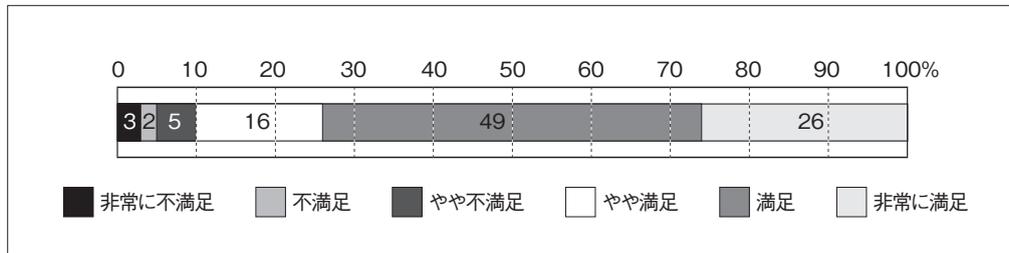


図1 緩和ケア病棟での医療者とのコミュニケーションに対する満足度 (n=574)

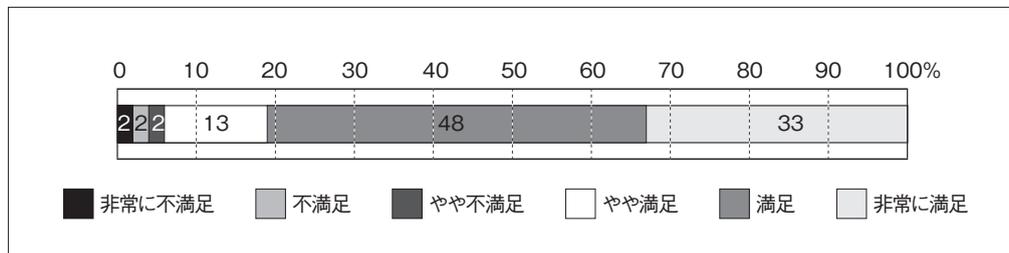


図2 緩和ケア病棟でのケアに対する全般的満足度 (n=567)

けたケアに対する全般的満足度（“1. 非常に不満足”“2. 不満足”“3. やや不満足”“4. やや満足”“5. 満足”“6. 非常に満足”）の結果を図2に示した。本付帯研究の対象となった遺族については、“やや満足”“満足”“非常に満足”との回答の合計割合は94%であった。

6) 説明/話し合いに関する各ドメインおよび緩和ケア病棟での医療者と家族のコミュニケーションに関する全般的満足度と緩和ケア病棟でのケアに対する全般的満足度との関連

説明/話し合いに関する各ドメインおよび緩和ケア病棟での医療者と家族のコミュニケーションに関する全般的満足度と緩和ケア病棟でのケアに対する全般的満足度との関連について、スピアマンの相関係数を算出した。

表6にその結果を示した。患者年齢、性別、遺族年齢、性別、患者との続柄、死亡前1週間での付添い頻度を調整した調整スピアマン相関係数も算出した。調整後も説明/話し合いへの集中というドメイン以外のすべてのドメインで相関係数は $r=0.4$ 以上であった。

考 察

本研究では、緩和ケア病棟遺族に対して、家族と医療者のコミュニケーションの実態について具体的に明らかになった。おもな知見は、①ほとんどの遺族が緩和ケア病棟における医療者とのコミュニケーションに対し、全般的には満足をしている。説明・話し合いの詳細な点には、改善の余地が存在すること、②説明/話し合いの内容について5ドメイン、説明/話し合いのスタイルについて4ドメイン、医療者の態度について3ドメインが抽出されたこと、③すべてのドメインおよび医療者とのコミュニケーションに対する全般的満足度と緩和ケア病棟における医療・ケアに対する全般的満足度との中等度以上の関連が示されたこと、である。

医療者とのコミュニケーションに対する遺族の全般的評価について、“不満足”との回答は10%であり、緩和ケア病棟における、医療者と家族のコミュニケーションが良好さであることが示された。

医療者から家族への説明/話し合いの内容についての4ドメインのうち、【患者の身体状態】【治

表6 各ドメインおよびコミュニケーションに関する全般的満足度とケアに対する全般的満足度との関連

ドメイン	ドメイン平均 ± SD	スピアマンの 相関係数 rs _a =	p=	調整後スピアマン の相関係数 rs _b =	p=
患者の身体状態	2.2 ± 1.0	-0.60	<0.0001	-0.59	<0.0001
治療やケアの計画	2.2 ± 1.0	-0.60	<0.0001	-0.58	<0.0001
家族のケアへの参加	2.4 ± 1.1	-0.52	<0.0001	-0.51	<0.0001
家族自身へのケア	2.4 ± 1.0	-0.54	<0.0001	-0.54	<0.0001
死別後のケア	2.6 ± 1.2	-0.49	<0.0001	-0.50	<0.0001
説明 / 話し合い時の環境設定	4.5 ± 1.2	0.42	<0.0001	0.44	<0.0001
話し合いのタイミング	4.2 ± 1.2	0.41	<0.0001	0.43	<0.0001
双方向的な話し合い	4.5 ± 1.2	0.44	<0.0001	0.45	<0.0001
医療者の前向きな姿勢	4.3 ± 1.3	0.45	<0.0001	0.46	<0.0001
説明 / 話し合いの仕方	1.7 ± 0.8	-0.50	<0.0001	-0.48	<0.0001
家族に対する態度	1.5 ± 0.7	-0.54	<0.0001	-0.51	<0.0001
説明 / 話し合いへの集中	1.6 ± 0.7	-0.39	<0.0001	-0.38	<0.0001
医療者とのコミュニケーション についての全般的満足度	2.2 ± 1.1	0.65	<0.0001	0.64	<0.0001

a. スピアマンの相関係数

b. 調整変数：患者年齢，性別，遺族年齢，性別，患者との続柄，死亡前1週間での付添い頻度

療・ケアの計画】【家族のケアへの参加】の3ドメインでは多くの遺族が十分な説明/話し合いが行われたと考えているのに対し，【死別後のケア】と【家族自身に対するケア】は十分とはいえないことが示唆された。本研究の結果より，死別後から退院までの短期間の間に，死別後の家族の悲嘆や不安についての相談，退院時や葬儀の相談に応じること，退院後の遺族のサポート窓口の説明を行うことも，重要な遺族ケアであると考えられる。

このようなケアは，一般病院など，退院後の特別な遺族ケアが困難な状況においても実施できるケアである。また，「医師・看護師以外の相談窓口について」「介護保険の利用法について」「家族に対する専門的な精神的サポート窓口について」の説明が不十分と回答した遺族が2割以上だったことは，病棟外との連携体制をさらに整え，医師や看護師だけでなくより多くの媒体を用い家族を支える必要性を示している。加えて本研究では新たに【家族のケアへの参加】というドメインが抽出された。終末期がん患者では，多くの身体，精

神機能の障害が出現するため，そばにいる家族が果たす役割が多くなっていく。家族がより良い時間を患者と共に過ごせるよう，家族のできるケアについて説明/話し合いを行うことは重要なことといえる。

医療者から家族への説明/話し合いのスタイルについては，【説明/話し合いの環境設定】【説明/話し合いのタイミング】【双方向的な説明/話し合い】【前向きな姿勢】の4ドメインが示された。記述統計の結果より，緩和ケア病棟では，よい環境の中で，家族からの発言もできるような双方向的な説明/話し合いが行われていることが明らかになった。一方で，説明/話し合いのタイミングは，やや適切に行えていない状況がうかがえた。終末期における治療やケアの選択や患者の状態の変化について適切なタイミングで説明/話し合いをすることは難しいが，家族が患者との死別に備えるためには「前もって」適切な説明/話し合いを行うことは必要不可欠なことである。また，【医療者の前向きな姿勢】については，森田らの研究により¹⁵⁾，医師が前向きな姿勢を示すことの

重要性が明らかになっているが¹⁵⁾、「励ましの言葉があった」「共に病と闘おうという態度だった」という項目で、“そう思わない”との回答が20%以上であり、現在の終末期がん医療において、説明/話し合いの際に医療者が前向きな姿勢を示すことにさらなる配慮が必要であるといえる。

説明/話し合い時の医療者の態度については、“よくあった”との回答が10%以下である項目がほとんどであり、緩和ケア病棟の医療者の、家族に対する基本的な態度は非常に適切であることが示された。

本研究で抽出された12ドメインと緩和ケア病棟におけるケアに対する遺族の満足度には中等度の相関がみられたことは、このコミュニケーションについての12ドメインがいずれもケアにおける重要な要素であることを示している。本研究でのコミュニケーションに関する各項目、ドメインは、終末期ケアを改善するための指標として役立つ可能性が示唆された。

終末期におけるコミュニケーションを改善するためには、コミュニケーションについての教育や訓練が有効であると考えられる。communication skill training (CST) がさまざまな国において実施されている。しかしながら、これらのCSTは、難治がんの診断や再発、積極的治療から緩和ケアへの移行を伝える際などの限定された場面のコミュニケーションにフォーカスを当てたものである。本研究の知見から、CSTプログラムは、緩和ケアへの移行期に限らない、療養生活全体における日々の関わりおよび死別後におけるコミュニケーションの要素を包含したものが必要であることがいえる。さらに、わが国の緩和ケア病棟における医療者と患者/家族のコミュニケーションは一般の病院と比較して良好であることがいわれており、このようなコミュニケーションについての教育/訓練は一般病院の医療者へも広く普及させていく必要がある。

本研究にはいくつかの限界が存在する本研究の対象が遺族だったため、思い出しバイアスの可能性も存在している。しかし、遺族調査は世界的に

確立されよく行われている手法であり、家族に対し、患者との死別後までの評価を尋ねるためには現在のところ最善の方法と考えられる。また、本研究は横断研究だったため、医療者とのコミュニケーションの要素と緩和ケア病棟で受けた医療・ケアに対する全般的満足度との関連の強さを示すことはできたが、因果関係は明らかにならなかった。本研究の結果に基づき、説明/話し合いの改善を行うことが、受けている医療・ケアに対する全般的満足度の向上につながるかどうかは、今後さらなる研究を実施し検証していく必要がある。

また、本研究は、終末期がん医療における医療者から家族への説明/話し合いについての各項目について、“重要である”との前提で、現状の検討を行った。しかし、家族が望む説明/話し合いには、家族により多様性があり、本研究により提示した指針も、個々の家族に適用する際には、家族の個別の意向を考慮する必要がある。このように家族の個別性を重視した説明/話し合いを行うための解決策として、海外では、家族に対する「質問促進シート」の有効性が示されている^{16,17)}。これは、多くの家族が必要としている説明/話し合いのリストがのったシートを提示し、対象家族にその時受けたい説明/話し合いの内容を選んでもらうというものである。わが国でも、患者に対しての「質問促進シート」の開発が進んでいる¹⁸⁾。本研究で提示した説明/話し合いの指針を臨床に有効に反映するためのツールとして、家族に対する「質問促進シート」の開発も1つの可能性である。

最後に、本研究は、緩和ケア病棟での説明/話し合いに関するものだった。本研究の結果では、緩和ケア病棟での医療者-家族間の説明/話し合いは高く評価されていることが明らかになった。しかし、説明/話し合いは、一般病院でより多くの改善が必要であることがいわれている。一般病院では、提供される治療やケアの方針、家族の関わり方などが緩和ケア病棟と違うため、必要とされる説明/話し合いの内容やスタイルも異なると考えられる。本研究で提示できた説明/話し合い

の指針がどこまで一般病院に外挿できるかを今後検証し、一般病院での医療者から家族への説明/話し合いの質を改善することが、わが国の終末期がん医療の質の維持・向上のために重要である。

結 論

緩和ケア病棟での医療者から家族への説明/話し合いに関して、多くの遺族が高く評価をしていることが明らかになった。一方、死別後も含む家族自身へのケアや説明/話し合いのタイミング、医療者の前向きな姿勢などいくつかの点は、改善の余地があることが示された。これらの知見を参考に終末期におけるコミュニケーションについての医療者への教育・訓練を開発、普及していく必要がある。

文 献

- 1) DuBenske LL, Gustafson DH, Shaw BR, et al. Web-based cancer communication and decision making systems : Connecting patients, caregivers, and clinicians for improved health outcomes. *Med Decision Making* 2010 November/December 2010 ; 30 (6) : 732-744.
- 2) Steinhilber KE, Christakis NA, Clipp EC, et al. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* : 2000 November 15 2000 ; 284 (19) : 2476-2482.
- 3) Clayton JM, Butow PN, Tattersall MHN. When and how to initiate discussion about prognosis and end-of-life issues with terminally ill patients. *J Pain Symptom Manage* 2005 ; 30 (2) : 132-144.
- 4) Rabow MW, Hauser JM, Adams J. Supporting family caregivers at the end of life. *JAMA* : The *J Am Med Assoc* 2004 January 28 2004 ; 291 (4) : 483-491.
- 5) Hebert RS, Schulz R, Copeland VC, Arnold RM. Preparing family caregivers for death and bereavement. Insights from caregivers of terminally ill patients. *J Pain Symptom Manage* 2009 ; 37 (1) : 3-12.
- 6) Hebert RS, Prigerson HG, Schulz R, et al. Preparing caregivers for the death of a loved one : A theoretical framework and suggestions for future research. *J Palliat Med* 2006 ; 9 (5) : 1164-1171.
- 7) Miyashita M, Morita T, Hirai K. Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members : the Japanese experience. [Review] [80 refs]. *J Clin Oncol* 3845 ; 26 (23) : 3845-3852.
- 8) Shiozaki M, Morita T, Hirai K, et al. Why are bereaved family members dissatisfied with specialised inpatient palliative care service? A nationwide qualitative study. *Palliat Med* 2005 June 1 2005 ; 19 (4) : 319-327.
- 9) Clayton JM, Hancock KM, Butow PN, et al. Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *M J Aust* 2007 ; 186 (12 Suppl) : 18.
- 10) Yates P, Aranda S, Edwards H, et al. Family caregivers' experiences and involvement with cancer pain management. *J Palliat Care* 2004 ; 20 (4) : 287-296.
- 11) Kimberlin C, Brushwood D, Allen W, et al. Cancer patient and caregiver experiences : communication and pain management issues. *J Pain Symptom Manage* 2004 ; 28 (6) : 566-578.
- 12) Biola H, Sloane PD, Williams CS, et al. Physician communication with family caregivers of long-term care residents at the end of life. *J Am Geriatr Soc* 2007 ; 55 (6) : 846-856.
- 13) Clayton JM, Hancock K, Parker S, et al. Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families : a systematic review. [Review] [43 refs]. *Psycho Oncol* 2008 ; 17 (7) : 641-659.
- 14) Clayton JM, Butow PN, Tattersall MHN. The needs of terminally ill cancer patients versus those of caregivers for information regarding prognosis and end-of-life issues. *Cancer* 2005 ; 103 (9) : 1957-1964.
- 15) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care. *Ann Oncol* 2004 October 2004 ; 15 (10) : 1551-1557.
- 16) Hebert RS, Schulz R, Copeland V, et al. What questions do family caregivers want to discuss with health care providers in order to prepare for the death of a loved one? An ethnographic study of caregivers of patients at end of life. *J Palliat Med* 2008 ; 11 (3) : 476-483.

- 17) Clayton JM, Butow PN, Tattersall MHN, et al. Randomized controlled trial of a prompt list to help advanced cancer patients and their caregivers to ask questions about prognosis and end-of-life care. *J Clin Oncol* 2007 February 20 2007 ; 25 (6) : 715-723.
- 18) Shirai Y, Fujimori M, Ogawa A, et al. Patients' perception of the usefulness of a question prompt sheet for advanced cancer patients when deciding the initial treatment : a randomized, controlled trial. *Psycho-Oncol* 2012 ; 21 (7) : 706-713.

【研究担当者】

宮下光令（東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野），**白井由紀**（東京医療保健大学 医療保健学研究科），**吉田沙蘭**（国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援研究部），**恒藤 暁**（大阪大学大学院医学系研究科 緩和医療学），**志真泰夫**（筑波メディカルセンター病院 緩和医療科）

在宅療養移行の時期とコミュニケーションの適切性に関する研究

山岸 暁美*

サマリー

在宅診療を受けて死亡した患者の遺族 1,049 名を対象として 723 名 (69%) から回答を得た。

往診を担当する医師に最初に受診した時期について、40%が「もっと早く・もう少し早く受診すればよかった」と回答した。また、在宅療養の移行に関するコミュニケーションについて、60%が「改善の必要な点がかなりある・非常にある」と回答した。

多変量解析で、往診を担当する医師に最初に受診した時期の評価に関与していたものは、「医療相談・連携室が関わっていた」「今までかかっていた病院医師にみてほしかった」であった。在宅療養の移行に関するコミュニケーションの改善の必要性に関連していた医師の説明のしかたや内容は、「患者や家族のこころの準備に合わせて説明した」「在宅医療について自信をもってすすめた」「ねぎらってくれた」「在宅医療にきりかえることを治療の失敗・医学の敗北と感じているように思えた」「してあげられることは何もありません・もう何もできませ

んと言われた」であった。

以上より、①往診を担当する医師に最初に受診した時期と在宅療養の移行に関するコミュニケーションについて改善が必要である、②往診を担当する医師への最初の受診時期を適切にするには、医療相談・連携室が積極的に関与する仕組みや、「今までかかっていた病院医師にみてほしい」と必ずしも思っていない患者・家族を同定し在宅医療に繋ぐシステムが有用な可能性がある、③在宅療養の移行に関するコミュニケーションを改善するには、「患者や家族のこころの準備に合わせて説明する」「在宅医療について自信をもってすすめる」「ねぎらいのことばをかける」ことに焦点を当てたコミュニケーションを取ることが重要である。また医療者は、「在宅医療に移行することは必ずしも治療の失敗や医学の敗北である」「もう何もできない」と考えるのではなく、患者や家族が何を大切にどう過ごしたいと考えているのかを聴いたうえで肯定的な目標を相談することが有用であることが示唆された。

*前 東京大学大学院 医学系研究科/前 慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学

saikou はじめに

わが国の一般市民を対象とした調査によると、進行がんとなった場合、希望する療養・死亡場所として自宅と回答する者は約10~40%と報告されている。患者が望む場所で療養することは、患者のQOLの重要な構成要因であることから、がん患者が希望に応じて自宅で過ごせるための支援方法を明らかにすることは重要である。

本研究の目的は、①在宅療養に移行した時期の適切さの遺族の評価、およびそれらを決定する要因を明らかにすること、②在宅療養の移行に関するコミュニケーションの適切さ（遺族の評価した改善の必要度、主観的つらさ）、およびそれらを決定する要因を明らかにしたうえで、在宅療養を開始した時期を適切にするための支援について検討することである。

結果

1,049名を対象として調査票を発送し、723名(69%)から回答を得た。対象の背景を表1に示す。

1) 在宅療養に移行した時期の適切さの遺族の評価とその決定要因

往診を担当する医師に最初に受診した時期については、家族の40%が「もっと早く・もう少し早く受診すればよかった」と回答した(表2)。時期についてなんらかの患者の表現があったのは50%であり、そのうち20%が「もっと早く・もう少し早く受診すればよかった」と表現していた。

「もっと早く・もう少し早く受診すればよかった」と回答した家族では、「ちょうどよかった」と回答した家族に比較して、「苦痛がだいたい緩和されていた」「医療相談・連携室が関わっていた」「今までかかっていた病院医師にみてほしかった」と回答したものが有意に少なく「病状の変化に気持ちがついていかなかった」と回答したものが有意に多かった(表3, 有意水準 $p < 0.010$)。多変

表1 対象背景 (n = 723)

	n	%
1. 患者		
年齢 (標準偏差)	72 (12)	
性別		
男性	437	60
女性	284	39
原発部位		
肺	162	22
胃・食道	129	18
大腸・直腸	93	13
肝臓・膵臓・胆管・胆嚢	154	21
乳腺	22	3.0
前立腺・腎臓・膀胱	52	7.2
卵巣・子宮	23	3.2
頭頸部・脳腫瘍	30	4.1
血液	13	1.8
その他	41	5.7
2. 家族		
年齢 (標準偏差)	62 (12)	
性別		
男性	156	22
女性	533	74
患者との関係		
配偶者	406	56
患者の子ども	202	28
その他	84	11

欠損値のため合計が100%にならないものがある。

表2 往診を担当する医師に最初に受診した時期の評価 (n=723)

	家族	患者
もっと遅く受診すればよかった	0.8% (n=6)	0.1% (1)
もう少し遅く受診すればよかった	0.4% (3)	0.1% (1)
ちょうどよかった	53% (384)	30% (214)
もう少し早く受診すればよかった	17% (122)	10% (75)
もっと早く受診すればよかった	23% (163)	10% (75)
いずれもなかった	—	42% (306)

欠損値のため合計が100%にならないものがある。

表3 往診を担当する医師に最初に受診した時期の評価の関連要因

	もっと早く・もう少し早く受診すればよかった (n = 285)	ちょうどよかった (n = 384)	p
1. 患者・家族の背景			
患者の年齢	72 (12)	73 (12)	0.53
患者の性別 (男性, %)	64% (181)	59% (225)	0.23
原発部位			0.021
肺	20% (57)	23% (90)	
胃・食道	22% (64)	14% (55)	
大腸・直腸	12% (34)	15% (56)	
肝臓・膵臓・胆管・胆嚢	22% (63)	20% (78)	
乳腺	1.1% (3)	4.4% (17)	
前立腺・腎臓・膀胱	7.0% (20)	7.8% (30)	
卵巣・子宮	3.2% (9)	2.9% (11)	
頭頸部・脳腫瘍	4.9% (14)	3.1% (12)	
血液	0.7% (2)	2.6% (10)	
その他	6.7% (19)	5.5% (21)	
家族の年齢	61 (12)	62 (12)	0.30
家族の性別 (男性, %)	22% (63)	22% (86)	0.87
家族の患者との関係			0.79
配偶者	42% (121)	41% (159)	
配偶者以外	58% (164)	59% (225)	
2. 在宅移行時の状況			
苦痛はだいたい緩和されていた	53% (150)	63% (242)	0.010
通院が大変な状況だった	85% (243)	80% (307)	0.066
救急外来を受診することがたびたびあった	27% (78)	20% (77)	0.019
介護に支障がある健康上の問題があった	12% (35)	8.9% (34)	0.14
介護を一緒にしてくれる人がいた	68% (193)	65% (248)	0.38
在宅で家族を看取った経験があった	15% (42)	15% (59)	0.83
在宅で看ることがどんなことが知っていた	36% (103)	32% (122)	0.22
往診を受けることを反対する親類が多かった	9.8% (28)	5.5% (21)	0.30
地域では最期を家で迎えることが多い	4.6% (13)	6.0% (23)	0.40
医療相談・連携室が関わっていた	52% (147)	63% (243)	0.002
往診する医師や訪問看護師と顔合わせをした	53% (150)	62% (239)	0.013
それまでかかっていた診療所があった	20% (56)	18% (69)	0.57
3. 在宅療養移行時の患者・家族の感情・認識*			
患者			
「家にいたい」というはっきりした希望があった	4.4 (0.91)	4.4 (0.86)	0.54
「今までかかっていた病院医師にみてほしい」と言っていた	2.3 (1.1)	2.5 (1.2)	0.047
「治療を続けたい」気持ちが強かった	3.3 (1.2)	3.3 (1.2)	0.74
病状の変化に気持ちがついていかなかった	3.6 (1.1)	3.4 (1.0)	0.039
家族に負担をかけることを気にしていた	3.3 (1.2)	3.1 (1.1)	0.031
往診医師と信頼関係をつくれるか心配だった	2.6 (1.1)	2.5 (1.1)	0.099
家族			
「家で見てあげたい」というはっきりした希望があった	4.2 (1.0)	4.2 (0.96)	0.76
今までかかっていた病院医師にみてほしかった	2.3 (1.1)	2.6 (1.1)	0.005
「治療を続けたい」気持ちが強かった	3.3 (1.2)	3.2 (1.2)	0.16
病状の変化に気持ちがついていかなかった	3.5 (1.1)	3.3 (1.1)	0.007
往診医師と信頼関係をつくれるか心配だった	2.6 (1.2)	2.5 (1.2)	0.17
病院の医師とあらかじめ相談する機会が十分にあった*	2.9 (1.3)	3.1 (1.2)	0.054
病院の医師と往診医師との関係 (「詳しく知っているようだった」)	51% (n = 144)	55% (n = 211)	0.66
在宅での療養に対するイメージ**			
苦痛を十分にやわらげることはできない	2.5 (0.85)	2.5 (0.79)	0.83
急な変化があったときや夜間に対応できない	2.7 (0.84)	2.6 (0.86)	0.081
往診をしてくれる医師がいない	2.2 (0.94)	2.1 (0.97)	0.13
家族への負担が大きい	2.9 (0.84)	2.8 (0.85)	0.56
お金がかかる	2.6 (0.86)	2.6 (0.88)	0.56
いざという時に入院できない	2.2 (0.97)	2.3 (0.97)	0.37
病院と比べて「最善の医療」が受けられない	2.4 (0.91)	2.4 (0.91)	0.93

*「まったくあてはまらない」(1)～「とてもあてはまる」(5), **「そう思わない」(1)～「とてもそう思う」(4). 平均(標準偏差)または%(n)を示す.

表4 往診を担当する医師に最初に受診した時期の評価の関連要因：多変量解析

	Odds 比	95%信頼区間	p
医療相談・連携室が関わっていた	1.6	1.1, 2.4	0.030
今までかかっていた病院医師にみてほしかった (家族)	0.75	0.62, 0.91	0.003
病状の変化に気持ちがついていかなかった (患者)	1.3	1.0, 1.6	0.017
往診医師と信頼関係をつくれるか心配だった (患者)	1.3	1.0, 1.5	0.023

R²=0.077

表5 在宅での療養に対するあなたのイメージの変化

	前	後	p
苦痛を十分にやわらげることはできない	2.6 (0.80)	2.0 (0.94)	< 0.0001
急な変化があったときや夜間に対応できない	2.7 (0.84)	1.7 (0.83)	< 0.0001
往診をしてくれる医師がいない	2.1 (0.96)	1.4 (0.62)	< 0.0001
家族への負担が大きい	2.9 (0.83)	2.2 (0.92)	< 0.0001
お金がかかる	2.7 (0.87)	2.0 (0.84)	< 0.0001
いざという時に入院できない	2.3 (0.97)	1.8 (0.88)	< 0.0001
病院と比べて「最善の医療」が受けられない	2.4 (0.90)	1.7 (0.82)	< 0.0001

「そう思わない」(1)～「とてもそう思う」(4)

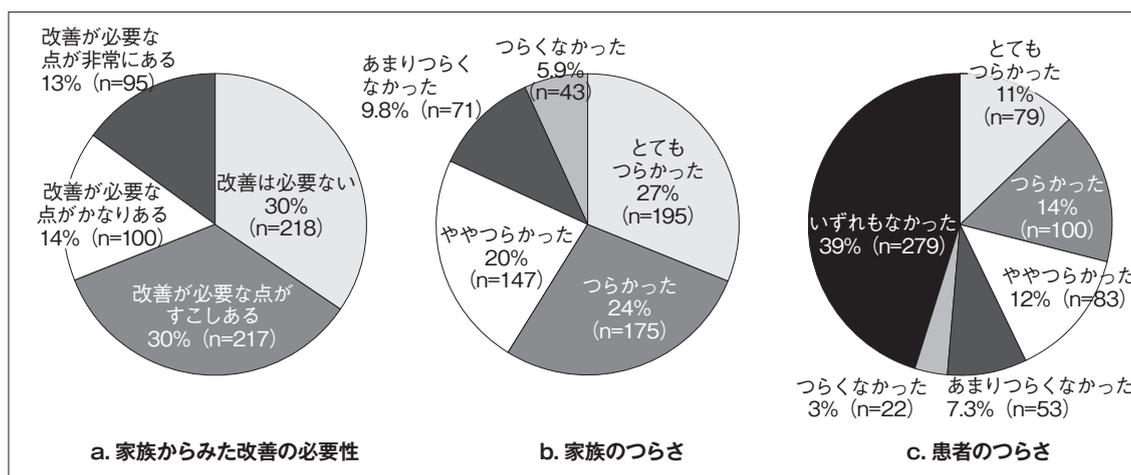


図1 在宅療養の移行に関するコミュニケーションの適切さ

量解析では、「医療相談・連携室が関わっていた」「今までかかっていた病院医師にみてほしかった」がOdds比の95%信頼区間が1.0をはさまない決定要因であった(表4)。

在宅療養のイメージは、在宅療養に移行した時期の適切さの遺族の評価に有意に関連しているものはなかった。実際に在宅療養を受けた前後では、イメージに改善がみられた(表5)。

2) 在宅療養の移行に関するコミュニケーションの適切さとその決定要因

在宅療養の移行に関するコミュニケーションの適切さについては、「改善の必要な点がかかりある・非常にある」と回答したものが60%であった。つらさについては、「つらかった・とてもつらかった」と回答したものが家族の51%、患者全体の25%であった(図1)。

改善の必要性に関連していた医師の説明の仕方

表6 在宅の移行に関するコミュニケーションの適切さの決定要因

	改善の必要性が少しある・かなりある・非常にある (n = 195)	改善は必要ない (n = 435)	p
患者・家族の背景			
患者の年齢	70 (12)	73 (12)	0.025
患者の性別 (男性, %)	63% (122)	60% (259)	0.51
原発部位			
肺	52% (101)	8.3% (36)	0.61
胃・食道	42% (81)	6.9% (30)	
大腸・直腸	28% (55)	5.7% (25)	
肝臓・膵臓・胆管・胆嚢	45% (88)	11% (49)	
乳腺	7.7% (15)	1.1% (5)	
前立腺・腎臓・膀胱	7.7% (15)	7.1% (31)	
卵巣・子宮	6.7% (13)	1.6% (7)	
頭頸部・脳腫瘍	8.2% (16)	2.5% (11)	
血液	4.1% (8)	0.5% (2)	
その他	12% (23)	3.4% (15)	
家族の年齢	61 (12)	62 (12)	0.55
家族の性別 (男性, %)	26% (51)	22% (96)	0.27
家族の患者との関係			
配偶者	63% (122)	58% (252)	0.27
配偶者以外	37% (73)	42% (183)	
医師の説明の仕方*			
説明は分かりやすかった	2.7 (1.2)	3.9 (0.84)	< 0.0001
説明の途中で質問できる雰囲気があった	2.8 (1.3)	3.8 (0.88)	< 0.0001
患者や家族のこころの準備に合わせて説明した	2.3 (1.2)	3.6 (0.97)	< 0.0001
病状の説明だけでなく気持ちや心配も聞いた	2.2 (1.2)	3.6 (1.0)	< 0.0001
在宅療養について、自信をもってすすめた	2.2 (1.2)	3.6 (1.1)	< 0.0001
看護師が医師の説明を分かりやすく補足した	2.0 (1.1)	3.0 (1.2)	< 0.0001
医療相談・連携室が医師の説明を分かりやすく補足した	2.1 (1.3)	3.2 (1.3)	< 0.0001
医師は在宅療養にさりがえることを、「治療の失敗」「医学の敗北」と感じているように思えた	2.1 (1.3)	1.7 (0.91)	0.001
説明の内容*			
予測される病状や余命の説明は十分だった	2.8 (1.3)	3.7 (1.0)	< 0.0001
在宅でも苦痛を和らげられると言われた	2.7 (1.4)	3.6 (1.0)	< 0.0001
今後の目標を全体として肯定的に話した	2.4 (1.2)	3.3 (1.1)	< 0.0001
今後の目標について具体的に説明してくれた	2.2 (1.3)	3.5 (1.1)	< 0.0001
急な変化があった時や夜間にまず家族が何をすればよいかを具体的に教えてくれていた	2.2 (1.4)	3.4 (1.2)	< 0.0001
歩くことが難しくなっても、介護サービスを自宅で受けることができると言った	2.3 (1.4)	3.5 (1.2)	< 0.0001
往診を担当する医師には、病院の医師から直接連絡して紹介すると言われた	2.4 (1.5)	3.6 (1.3)	< 0.0001
ねぎらってくれた	2.1 (1.2)	3.3 (1.2)	< 0.0001
在宅療養するかを急いで決断するよう言われた	2.7 (1.5)	2.3 (1.1)	0.001
「してあげられることは何もありません」「もう何もできません」と言われた	2.9 (1.5)	2.0 (1.1)	< 0.0001
在宅でやってみて大変なら、また入院してもよいと言った	2.1 (1.4)	2.7 (1.4)	< 0.0001
家でできることやこれからの過ごし方に関する患者や家族の希望をよく聞いてくれた	2.1 (1.2)	3.4 (1.2)	< 0.0001
在宅介護について相談できる人を紹介した	2.2 (1.4)	3.1 (1.2)	< 0.0001

* 「まったくあてはまらない」(1) ~ 「とてもあてはまる」(5)

表7 在宅の移行に関するコミュニケーションの適切さの決定要因：多変量解析

	Odds 比	95%信頼区間	p
患者や家族のこころの準備に合わせて説明した	0.65	0.49, 0.87	0.004
在宅療養について、自信をもってすすめた	0.62	0.47, 0.82	0.001
医師は在宅療養にきりかえることを、「治療の失敗」「医学の敗北」と感じているように思えた	1.4	1.1, 1.8	0.010
ねぎらってくれた	0.75	0.59, 0.97	0.025
「してあげられることは何もありません」「もう何もできません」と言われた	1.3	1.0, 1.6	0.019

R²=0.45

や内容は、設定したもののすべてが有意に関連していた(表6)。多変量解析では、「患者や家族のこころの準備に合わせて説明した」「在宅医療について自信をもってすすめた」「ねぎらってくれた」ことが肯定的な評価と関連し、一方、「在宅医療にきりかえることを治療の失敗・医学の敗北と感じているように思えた」「してあげられることは何もありません・もう何もできませんと言われた」ことが否定的な評価と関連していた(表7)。

考 察

本研究の対象となった施設で在宅医療を受けた患者の家族の40%が、往診を担当する医師に最初に受診した時期について、「もっと早く・もう少し早く受診すればよかった」と回答した。また、在宅療養の移行に関するコミュニケーションの適切さについては、「改善の必要な点がかなりある・非常にある」と回答したものが60%であった。

往診を担当する医師に最初に受診した時期の評価に関与していたものは、「医療相談・連携室が関わっていた」「今までかかっていた病院医師にみてほしかった」であった。在宅療養の移行に関するコミュニケーションの改善の必要性に関連していた医師の説明の仕方や内容は、「患者や家族のこころの準備に合わせて説明した」「在宅医療について自信をもってすすめた」「ねぎらってく

れた」「在宅医療にきりかえることを治療の失敗・医学の敗北と感じているように思えた」「してあげられることは何もありません・もう何もできませんと言われた」であった。

本研究の限界として、調査に参加した在宅診療施設がわが国の在宅診療施設の代表性がある対象とは限らないことが挙げられるが、上記により、以下の2点を結論づけられると考える。①往診を担当する医師に最初に受診した時期と在宅療養の移行に関するコミュニケーションについて改善が必要である、②適切な時期に往診を担当する医師に受診するには、医療相談・連携室が関与する患者を増やす仕組みや、「今までかかっていた病院医師にみてほしい」と必ずしも思っていない患者・家族を同定して在宅医療に結びつけるシステムが有用な可能性がある、③在宅療養の移行に関するコミュニケーションを改善するには、「患者や家族のこころの準備に合わせて説明する」「在宅医療について自信をもってすすめる」「ねぎらいのことばをかける」ことに焦点を当てたコミュニケーションを取ると同時に、医療者は「在宅医療にきりかえることは必ずしも治療の失敗や医学の敗北」「もう何もできない」と考えるのではなく、患者や家族が何を大切にどう過ごしたいと考えているのかを聴いたうえで肯定的な目標を相談することが有用であることが示唆された。

第IV章 資 料

研究者一覧

〔研究事業責任者〕（以下、敬称略）

宮下 光令（東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野）

〔研究者〕*（五十音順）

赤澤 輝和（健康科学大学 健康科学部）

安藤 悦子（神戸市看護大学 看護学部）

池永 昌之（淀川キリスト教病院 ホスピス・こどもホスピス病院ホスピス科）

石田 真弓（埼玉医科大学国際医療センター 精神腫瘍科）

岡本 禎晃（市立芦屋病院 薬剤科）

志真 泰夫（筑波メディカルセンター病院 緩和医療科）

清水 恵（東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野）

新城 拓也（しんじょう医院）

谷向 仁（大阪大学医学部附属病院 オンコロジーセンター）

恒藤 暁（大阪大学大学院 医学系研究科 緩和医療学寄附講座）

中里 和弘（東京都健康長寿医療センター研究所）

山岸 暁美（前 東京大学大学院 医学系研究科／前 慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学）

山脇 道晴（聖隷三方原病院 看護部）

*本研究は多くの方々のご協力によって実施されましたが、本欄への記載はJ-HOPE 2研究運営委員、本報告書の筆頭著者に限りました。ご助言、ご協力いただいた研究協力者の方々に感謝いたします。

〔研究協力〕

日本ホスピス緩和ケア協会

〔研究参加施設および調査担当者〕（以下、敬称略）

1. 緩和ケア病棟

清田病院（西里 卓次）
東札幌病院（佐藤 郁恵）
札幌南青洲病院（四十坊克也）
函館おしま病院（藤田 佳久）
洞爺温泉病院（岡本 拓也）
孝仁病院（湊 晶子）
盛岡赤十字病院（旭 博史）
中部病院（伊藤 ゆかり）
東北大学病院（中保 利通）
外旭川病院（嘉藤 茂）
坪井病院（塩田 剛士）
筑波メディカルセンター病院（志真 泰夫）
国立病院機構西群馬病院（小林 剛）
上尾避生病院（井口 清吾）
埼玉県立がんセンター（松尾 直樹）
戸田中央総合病院（綿引 麗子）
国立がん研究センター東病院（木下 寛也）
国保旭中央病院（田中 方士）
聖路加国際病院（林 章敏）
永寿総合病院（大塩 瑞穂）
賛育会病院（駒場 誠弥）
東芝病院（茅根 義和）
NTT 東日本 関東病院（鈴木 正寛）
日本赤十字社医療センター（秋山 修）
東京厚生年金病院（川畑 正博）
倭成病院（鹿毛久身江）
救世軍プース記念病院（森 幸子）
総合病院 桜町病院（小穴 正博）
日の出ヶ丘病院（沖 陽輔）
救世軍清瀬病院（加藤 修一）
信愛病院（高世 秀仁）
聖ヶ丘病院（三枝 好幸）
川崎社会保険病院（松原 龍弘）
川崎市立井田病院かわさき総合ケアセンター（宮森 正）
衣笠病院（飛田 篤子）
横浜市立みなと赤十字病院（黒田 俊也）

神奈川県立がんセンター（宮原 知子）
湘南中央病院（湯山 邦子）
ピースハウス病院（吉松 知恵）
白根大通病院（山田 理毅）
南部郷厚生病院（桜井 金三）
福井県済生会病院（谷 一彦）
愛和病院（山田 祐司）
新生病院（山本 直樹）
諏訪中央病院（原 毅）
山梨県立中央病院（阿部 文明）
岐阜中央病院（松尾 啓子）
愛知県がんセンター愛知病院（橋本 淳）
名古屋第一赤十字病院（平野美枝子）
名古屋掖済会病院（家田 秀明）
南生協病院（長江 浩幸）
協立総合病院（西本 真美）
聖霊病院（江越 澄子）
愛知国際病院（水野寿美子）
松阪市民病院（萩原 美紀）
津津市民病院（津田 真）
ヴォーリーズ記念病院（細井 順）
薬師山病院（秦井 俊造）
淀川キリスト教病院（池永 昌之）
ガラシア病院（伊藤 則幸）
阪和第二泉北病院（宮崎 巳美）
紀和病院（廣岡 慎治）
神戸アドベンチスト病院（足立 光生）
社会保険神戸中央病院（新城 拓也）
六甲病院（安保 博文）
東神戸病院（長岡利恵子）
姫路聖マリア病院（森脇由美子）
松江市立病院（安部 睦美）
岡山済生会総合病院（石原 辰彦）
福山市民病院（斎藤 靖子）
シムラ病院（幣原佐衣子）
県立広島病院（本家 好文）
安芸市民病院（松浦 将浩）

国立病院機構山口宇部医療センター（片山 秀樹）
安岡病院（柴田 冬樹）
山口赤十字病院（小野 芳子）
三豊総合病院（細川 敦之）
近藤内科病院（谷田 典子）
高知厚生病院（門田 和代）
函南病院（富永眞喜子）
須崎くろしお病院（塩見千代子）
松山ベテル病院（松本千賀子）
国立病院機構四国がんセンター（中岡 初枝）
九州厚生年金病院（神代 正臣）
及川病院（田上 淳子）
秋本病院（内田 浩稔）
那珂川病院（原口 勝）
栄光病院（後藤みふみ）
木村病院（平川 栄二）
さくら病院（山口 典子）
久留米大学病院（福重 哲志）
朝永病院（平田 康子）
聖フランシスコ病院（加藤 周子）
熊本地域医療センター（田上 正）
御幸病院（磯貝 雅裕）
メディカルケアセンターファイン（宮内真奈美）
阿蘇温泉病院（井 久美）
三州病院（松元 和代）
宮崎市郡医師会病院（黒岩ゆかり）
国立病院機構南九州病院（廣津 泰寛）
相良病院（斎藤 裕）
国立病院機構沖繩病院（大湾 勤子）
オリブ山病院（金城 京子）

2. 一般病院

市立函館病院（金井 晶子）
亀田総合病院（関根 龍一）
相澤病院（会田 清香）
北野病院（鎗野 りか）
中通総合病院（安藤 秀明）
国立病院機構仙台台医療センター（高橋 通規）
新座志木中央総合病院（金井 良晃）

深谷赤十字病院（小暮三千代）
狭山病院（岡本 信也）
さんむ医療センター（広瀬真紀子）
大橋病院（中村 陽一）
豊島病院（山田 陽介）
東大和病院（岡崎 賀美）
平和病院（高橋 修）
小松市民病院（村上 眞也）
佐久総合病院（山本 亮）
飯田市立病院（久保田幸洋）
磐田市立総合病院（中澤 秀雄）
彩都友誼会病院（渡壁 晃子）
P L病院（中尾 照逸）
和歌山県立医科大学附属病院（月山 淑）
西宮市立中央病院（松村 陽子）
国立病院機構福山医療センター（中川 富夫）
尾道市立市民病院（渡辺 陽子）
妹尾病院（妹尾 雅明）

3. 診療所

ホームケアクリニック札幌（堤箸 秀典）
岡部医院（北村 博幸）
在宅ホスピスとちの木（渡辺 邦彦）
花の谷クリニック（安 恵美）
ケアタウン小平クリニック（山崎 章郎）
湘南国際村クリニック（大友 宣）
めぐみ在宅クリニック（小澤 竹俊）
すぎもと在宅医療クリニック（杉本 由佳）
大阪北ホームケアクリニック（白山 宏人）
出水クリニック（出水 明）
関本クリニック（関本 雅子）
矢津内科消化器科クリニック（矢津 剛）
熊本ホームケアクリニック（井田 栄一）
堂園メディカル・ハウス（堂園 文子）
島田市立島田市民病院（廣瀬 光）

多くのご施設の方々にご協力いただきました。誠にありがとうございました。

遺族によるホスピス・緩和ケアの
質の評価に関する研究 2

2013年3月31日発行

非売品

発行 (公財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
〒530-0013 大阪市北区茶屋町2-30
TEL 06-6375-7255 FAX 06-6375-7245

編集 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に
関する研究」運営委員会

制作 株式会社 青海社
〒113-0031 東京都文京区根津1-4-4 河内ビル
TEL 03-5832-6171 FAX 03-5832-6172

印刷 モリモト印刷 株式会社

ISBN978-4-903246-18-5

