

# 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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。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<sup>3)</sup>。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<sup>4~6)</sup>。

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<sup>7)</sup>。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<sup>8)</sup>。

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<sup>9~12)</sup> 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  $\alpha$  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<sup>12~15)</sup> 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  $\alpha$  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<sup>9, 12~14)</sup> 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  $\alpha$  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” 回答の割合 (%) <sup>a</sup>	平均±SD
<b>患者の身体状態</b>	(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
<b>治療やケアの計画</b>	(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
<b>家族介のケアへの参加</b>	(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
<b>家族自身に対するケア</b>	(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
<b>死別後のケア</b>	(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 (%) <sup>b</sup>	平均±SD
<b>説明/話し合い時の環境設定</b> (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
<b>話し合いのタイミング</b> (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
<b>双方向的な話し合い</b> (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
<b>医療者の前向きな姿勢</b> (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 (%) <sup>a</sup>	平均±SD
<b>説明/話し合いの仕方</b> (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
<b>家族への態度</b> (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
<b>説明/話し合いへの集中</b> (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



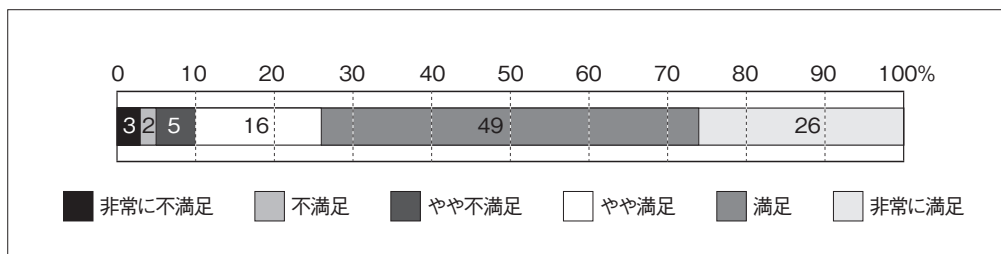


図1 緩和ケア病棟での医療者とのコミュニケーションに対する満足度 (n=574)

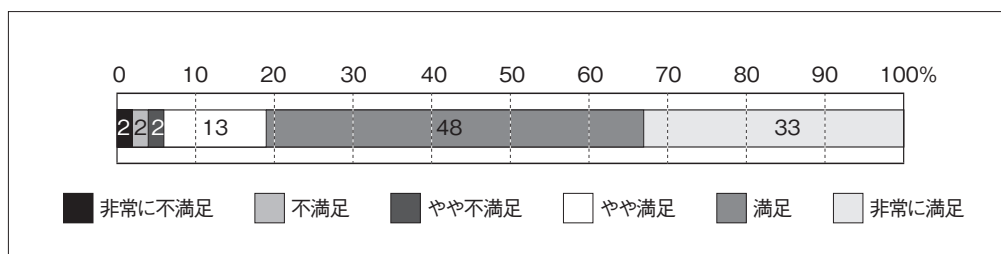


図2 緩和ケア病棟でのケアに対する全般的満足度 (n=567)

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 <sub>a</sub> =	p=	調整後スピアマン の相関係数 rs <sub>b</sub> =	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中に，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<sup>15)</sup>，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<sup>15)</sup>、「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<sup>16,17)</sup>。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<sup>18)</sup>。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) Steinhäuser 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）