

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)

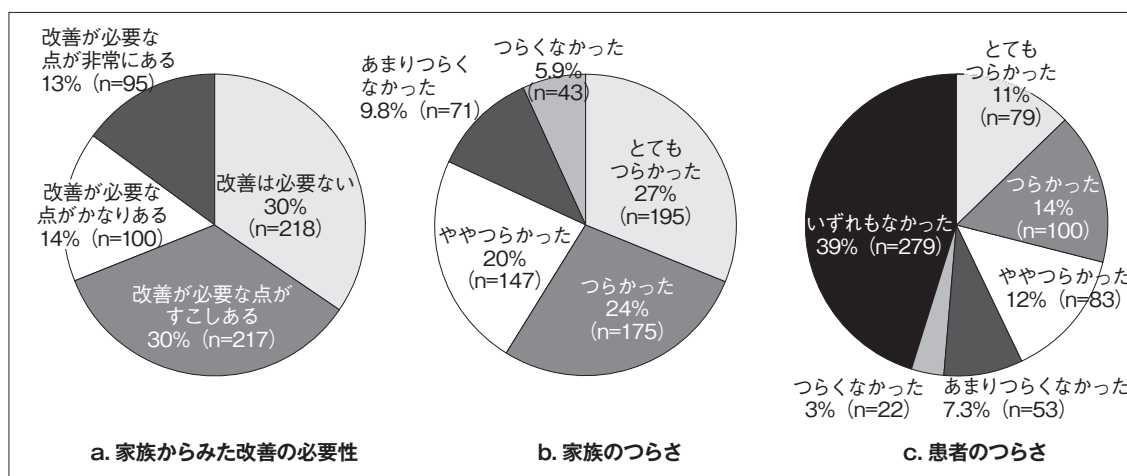


図1 在宅療養の移行に関するコミュニケーションの適切さ

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。