

専門的緩和ケアサービスを利用した患者の 家族内葛藤に関する研究

浜野 淳*

サマリー

本研究の目的は、専門的緩和ケアサービス（緩和ケア病棟・緩和ケアチーム・在宅）で亡くなったがん患者の遺族が感じていた家族内葛藤の頻度、内容および関連する因子を明らかにすることである。1,721 名のがん患者遺族に対して質問紙が送付され、1,084 名（63.0%）から返送があり、回答拒否を除いた有効回答は 908 名（83.8%）であった。遺族の 38.0% が少なくとも 1 つの家族内葛藤を経験したと回答し、「自身が本来果たすべき役割を十分に果たしていない家族の方がいると思うことがあ

た」については、「とてもよくあった」「よくあった」「時々あった」と回答した遺族が 23.5% であった。また、家族内で意見を強く主張する人がいた場合（ $p < 0.001$ ）、病気になる前に家族の間で意見や考えが違うことがよくあった場合（ $p < 0.001$ ）、病気後の家族内コミュニケーションに障害があった場合（ $p = 0.001$ ）などに、家族内の葛藤が増えて、遺族の年齢が若い場合（ $p < 0.001$ ）、家族の関係性が良い場合（ $p = 0.033$ ）に、家族内葛藤が減ることが示唆された。

目 的

家族内の葛藤は入院がん患者の苦痛、寂しさ、見捨てられ感に関係し、介護者の負担感、健康、抑うつ、怒り、悲嘆にも影響すると言われている^{1~5)}。そして、家族内葛藤は、多職種で患者・家族のニーズに応えることに悪影響を及ぼし、質の高い end of life care を提供する阻害因子になると言われている^{6,7)}。

そして、緩和ケア病棟で最期を迎えたがん患者・家族における家族内葛藤の頻度、内容および関連する因子に関する報告は少ないうえに、一般病棟、在宅において専門的緩和ケアサービスを受けて最期を迎えたがん患者・家族における家族内葛藤の頻度、内容および関連する因子は明らかになっていない。本研究では、専門的緩和ケアサービス（緩和ケア病棟・緩和ケアチーム・在宅）で亡くなったがん患者の遺族が感じていた家族内葛

*筑波大学 医学医療系（研究者代表）

藤の頻度、内容および関連する因子を明らかにすることを主目的とする。

結 果

1,721 名のがん患者遺族に対して質問紙が送付され、1,084 名 (63.0%) から返送があり、回答拒否を除いた有効回答は 908 名 (83.8%) であった。患者の平均年齢は 75.2 ± 11.4 で 54.5% が男性であった。また、原発巣として肝・胆・膵がもっとも多く、続いて肺が多かった。回答した遺族の平均年齢は 62.7 ± 12.0 で 34.5% が男性であった (表 1)。

1) 家族内葛藤

本研究では Outcome-Family Conflict scale (以下、OFC scale, 8 項目) を用いて家族内葛藤を評価した。OFC scale の平均は 13.1 ± 4.6 (最大: 40) で、「自身が本来果たすべき役割を十分に果たしていない家族の方がいると思うことがあった」については、「とてもよくあった」「よくあった」「時々あった」と回答した遺族が 23.5% であった。そして、38.0% の遺族が OFC scale 8 項目のうち、少なくとも 1 項目で「とてもよくあった」「よくあった」「時々あった」と回答した (表 2)。

2) 家族の関係性、家族内のコミュニケーション

家族の関係性を Family Relationship Index (以下、FRI, 12 項目)、病気後の家族内コミュニケーションの障害を Family Assessment Device (以下、FAD) の 4 項目を用いて評価した。また、病気になる前に希望する医療やケアについて話し合っていたか、または、書面化されていたか、家族内に自分の意見を押し通そうとする方がいたか、病気になる前は交流のなかった家族と連絡をとるようになったかなどについても評価した。FRI の平均は 8.7 ± 2.4 (範囲: 0 ~ 12) で家族の関係性が良好とされる $FRI \geq 10$ の割合は 51.9% であった。また、合計点が高いと家族内コミュニケーションに障害があると考える FAD

の平均は 9.8 ± 2.9 (範囲: 4 ~ 20) であった。「病気になる前に患者と家族が希望する医療・ケアについて話し合っていたか」という質問に対して「時々話し合っていた」「よく話し合っていた」「とてもよく話し合っていた」と回答した遺族の割合は 41.2%、「病気前に今後の治療やケアに関して患者の希望することが書面に書かれていたか」という質問に対して「はい」と回答した遺族の割合は 7.8% であった。「家族内に自分の意見を押し通そうとする方がいたか」という質問に対して、「多少はそう思う」「そう思う」「とてもそう思う」と回答した遺族の割合は 7.4%、「病気になる前は交流のなかった家族と連絡をとるようになったか」という質問に対して「はい」と回答した遺族の割合は 30.2% であった (表 2)。

3) 家族内葛藤に影響する因子

OFC scale を目的変数とし、患者・遺族の年齢、性別、 $FRI \geq 10$ 、FAD 合計点などを説明変数として、多変量回帰分析を行った。その結果、家族内で意見を強く主張する人がいた場合 ($p < 0.001$)、病気になる前に家族の間で意見や考えが違ふことがよくあった場合 ($p < 0.001$)、病気後の家族内コミュニケーションに障害があった場合 ($p = 0.001$) などに、家族内の葛藤が増えて、遺族の年齢が若い場合 ($p < 0.001$)、家族の関係性が良い場合 ($p = 0.033$) に、家族内葛藤が減ることが示唆された。

また、専門的緩和ケアサービスの種類に分けて解析した結果、すべてのサービスで共通していたのは、家族内で意見を強く主張する人がいた場合のみであった (表 3)。

考 察

本研究では、専門的緩和ケアサービスを利用して亡くなったがん患者の遺族の 38.0% が何らかの家族内葛藤を経験し、特に、家族の中に本来果たすべき役割を十分に果たしていない家族がいると感じることが多いことが明らかになった。

これらの結果は、わが国の緩和ケア病棟 71 施

表 1 患者・遺族背景

項目	全体 (n=908)	PCU (n=544)	一般病棟 (n=171)	在宅 (n=193)
	n	n	n	n
	%	%	%	%
患者				
年齢 (平均値 ± 標準偏差)	75.2 ± 11.4	76.7 ± 10.9	71.9 ± 11.1	75.5 ± 11.4
性別				
男性	495	284	103	108
女性	413	260	68	85
原発巣				
肝・胆・膵	224	136	48	40
肺	180	116	31	33
胃・食道	125	76	18	31
大腸・直腸	123	67	28	28
前立腺・腎臓・膀胱	52	32	10	10
乳房	38	19	7	12
頭頸部・脳	35	19	6	10
子宮・卵巣	35	23	4	8
血液	34	12	14	8
その他	62	44	5	13
入院・在宅療養期間 (日)	45.4 ± 83.4	32.9 ± 38.4	35.3 ± 38.8	35.9 ± 44.8
遺族				
年齢 (平均値 ± 標準偏差)	62.7 ± 12.0	62.9 ± 12.1	61.6 ± 11.9	62.1 ± 12.3
性別				
男性	313	183	77	53
女性	583	354	91	138
患者との関係				
配偶者	411	222	84	105
子	370	241	65	64
婿・嫁	35	23	2	10
親	20	13	6	1
兄弟姉妹	42	26	8	8
その他	23	16	4	3
最終卒業学校				
小・中学校	71	43	17	11
高校・旧制中学	442	270	88	84
短大・専門学校	195	111	26	58
大学・大学院	186	111	38	37
Family Relationship Index [※]				
(範囲: 0 ~ 12, 平均値 ± 標準偏差)	8.7 ± 2.4	8.5 ± 2.5	9.0 ± 2.1	9.1 ± 2.3
Family Assessment Device [§]	9.8 ± 2.9	9.9 ± 3.0	9.6 ± 2.6	9.7 ± 2.9
(範囲: 4 ~ 20, 平均値 ± 標準偏差)				

※大きい数字は家族関係が良好であることを意味する。

§ 大きい数字は家族内のコミュニケーションの障害が大きいことを意味する。

表2 Outcome-Family Conflict scale の分布および家族内コミュニケーションの状況

項目	全体 (n=908) 同意率 (%)	PCU (n=544) 同意率 (%)	一般病棟 (n=171) 同意率 (%)	在宅 (n=193) 同意率 (%)	p value
Outcome-Family Conflict scale ^{#1}					
患者の治療方針について意見が合わないことがあった	14.9	15.6	14.6	13.0	0.608
患者の病気に関することで意見が合わないことがあった	12.0	12.5	11.7	10.9	0.760
患者に対する家族の対応の仕方で意見が合わないことがあった	12.9	12.5	12.9	14.0	0.923
自身が本来果たすべき役割を十分に果たしていない家族の方がいることがあった	23.5	24.4	21.6	22.3	0.549
患者が残された時間をどこで過ごすかについて意見が合わないことがあった	10.9	10.8	13.5	8.8	0.394
「望ましい最期の迎え方」に関して意見が合わないことがあった	7.5	8.1	7.0	6.2	0.617
患者の医療費にどれぐらいかけるか意見が合わないことがあった	3.4	4.2	3.5	1.0	0.092
家族の中で傷つけるようなことを言ったり、怒鳴ったりすることがあった	10.7	10.8	9.9	10.9	0.932
少なくとも1つの葛藤があった	38.0	43.5	38.1	38.0	0.288
患者が病気になる前					
病気になる前とときの治療やケアについて、患者さまと話し合われていましたか？ ^{#2}	41.2	38.6	43.3	47.2	0.138
今後の治療やケアに関して患者さまの希望することが書面に書かれていましたか？ ^{#3}	7.8	6.3	10.5	9.8	0.119
代理意思決定者を決めていましたか？ ^{#3}	33.8	34.0	30.4	36.3	0.400
患者が病気になる後					
病気になる前は交流のなかったご家族と連絡をとるようになりましたか？ ^{#3}	30.2	31.1	25.7	31.6	0.260
患者さまが亡くなることについて考えられなかった？ ^{#4}	38.4	37.2	44.4	36.8	0.274
患者の治療に関して自分の意見を押し通そうとする家族がいた ^{#4}	7.4	7.7	7.1	6.7	0.836

#1：1：全くなかった2：ほとんどなかった3：時々あった4：よくあった5：とてもよくあった

#2：1：全く話し合っていないなかった2：ほとんど話し合っていないなかった3：時々話し合っていた4：よく話し合っていた5：とてもよく話し合っていた

#3：1：はい2：いいえ

#4：1：全くそう思わない2：そう思わない3：多少はそう思う4：そう思う5：とてもそう思う

表3 Outcome-Family Conflict scale に影響する因子に関する多変量回帰分析

	全体 (n=908)				PCU (n=544)				一般病棟 (n=171)				在宅 (n=193)			
	β	95% CI	ρ value	β	95% CI	ρ value	β	95% CI	β	95% CI	ρ value	β	95% CI	ρ value	β	95% CI
患者 年齢	0.03	0.00 ~ 0.01	0.288	0.04	-0.01 ~ 0.02	0.305	0.02	-0.02 ~ 0.02	0.02	-0.02 ~ 0.02	0.778	0.01	-0.02 ~ 0.02	0.915	0.01	-0.02 ~ 0.02
患者 性別 (ref: 男性)	0.04	-0.08 ~ 0.35	0.219	0.05	-0.11 ~ 0.46	0.236	0.00	-0.54 ~ 0.56	0.00	-0.54 ~ 0.56	0.968	0.01	-0.43 ~ 0.47	0.940	0.01	-0.43 ~ 0.47
患者 年齢	-0.21	-0.04 ~ -0.02	<0.001	-0.21	-0.04 ~ -0.02	<0.001	-0.10	-0.04 ~ 0.01	-0.10	-0.04 ~ 0.01	0.184	-0.32	-0.06 ~ -0.02	<0.001	-0.32	-0.06 ~ -0.02
患者 性別 (ref: 男性)	-0.01	-0.25 ~ 0.19	0.800	0.00	-0.29 ~ 0.31	0.955	-0.10	-0.88 ~ 0.24	-0.10	-0.88 ~ 0.24	0.259	0.09	-0.22 ~ 0.79	0.264	0.09	-0.22 ~ 0.79
患者が病気になる前 Family Relationship Index ≥ 10	-0.07	-0.44 ~ -0.01	0.039	-0.03	-0.39 ~ 0.19	0.498	-0.15	-0.98 ~ 0.02	-0.15	-0.98 ~ 0.02	0.058	-0.12	-0.80 ~ 0.10	0.122	-0.12	-0.80 ~ 0.10
家族の間で意見や考えが違ふことがよくあった	0.15	0.28 ~ 0.71	<0.001	0.14	0.19 ~ 0.76	0.001	0.10	-0.19 ~ 0.85	0.10	-0.19 ~ 0.85	0.208	0.23	0.26 ~ 1.13	0.002	0.23	0.26 ~ 1.13
病気になるまでの治療やケアについて、 患者と話し合っていた	0.04	-0.08 ~ 0.35	0.232	0.05	-0.13 ~ 0.45	0.278	0.02	-0.46 ~ 0.57	0.02	-0.46 ~ 0.57	0.824	0.02	-0.39 ~ 0.50	0.814	0.02	-0.39 ~ 0.50
今後の治療やケアに関して患者の希望する ことが書面に書かれていた	-0.03	-0.57 ~ 0.18	0.325	-0.01	-0.62 ~ 0.43	0.711	-0.12	-1.62 ~ 0.27	-0.12	-1.62 ~ 0.27	0.157	0.05	-0.44 ~ 0.90	0.504	0.05	-0.44 ~ 0.90
代理意思決定者を決めていた	-0.06	-0.43 ~ 0.03	0.080	-0.07	-0.54 ~ 0.05	0.109	-0.04	-0.72 ~ 0.43	-0.04	-0.72 ~ 0.43	0.609	-0.07	-0.68 ~ 0.27	0.393	-0.07	-0.68 ~ 0.27
患者が病気になる前 Family Assessment Device score	0.11	0.03 ~ 0.10	0.001	0.09	0.01 ~ 0.10	0.028	0.16	0.01 ~ 0.19	0.16	0.01 ~ 0.19	0.033	0.06	-0.04 ~ 0.10	0.385	0.06	-0.04 ~ 0.10
病気になる前は交流のなかった家族と連絡 をとるようになった	0.06	-0.02 ~ 0.40	0.072	0.04	-0.13 ~ 0.43	0.302	0.11	-0.13 ~ 0.95	0.11	-0.13 ~ 0.95	0.135	0.05	-0.26 ~ 0.56	0.477	0.05	-0.26 ~ 0.56
患者の治療に関して自分の意見を押し通そうとする家族がいた	0.37	1.83 ~ 2.56	<0.001	0.42	1.99 ~ 2.94	<0.001	0.44	1.77 ~ 3.52	0.44	1.77 ~ 3.52	<0.001	0.15	0.08 ~ 1.65	0.031	0.15	0.08 ~ 1.65

設で亡くなったがん患者の遺族を対象として行われた先行研究で遺族の42.2%が何らかの家族内葛藤を経験していたとする結果とも一致している⁸⁾。さらに、肺がん患者の遺族のうち35%が家族内葛藤を経験していたとする海外の先行研究の結果とも一致おり⁹⁾、がん患者の家族における家族内葛藤の頻度は少なくないため、ケアスタッフは積極的に家族内葛藤の評価や介入に関わっていく必要性があることを示唆している。

本研究では、病気になる前にご家族の間で意見や考えが違ふことがよくあった場合に、家族内葛藤が増える可能性が示唆され、病気になる前の家族内葛藤が病気治療中、療養中の家族内葛藤にも影響する可能性が示された。これは、海外の先行研究で、病気になる以前の家族内葛藤が、現在の家族内葛藤に影響するという結果と一致する^{9,10)}。

また、本研究では、家族内で意見を強く主張する人がいた場合、病気後の家族内コミュニケーションに障害があった場合に、家族内葛藤が増える可能性が示唆されたが、これは、緩和ケア病棟で亡くなったがん患者遺族を対象として行われた先行研究の結果と一致する^{8~10)}。このことは、療養の場所にかかわらず、ケアスタッフは、家族内に意見を強く主張する人がいるかを評価するだけではなく、家族内で意見を強く言ってくる人がいないか、不安や気がかりなどに関するコミュニケーションが行えているかどうかを評価する必要があることを意味すると考えられる。

そして、本研究では、家族の関係性が良い場合、家族内葛藤が減ることが示唆されたが、緩和ケア病棟で亡くなったがん患者遺族を対象とした先行研究では、家族の関係性は、家族内葛藤と有意な関連を認めていなかった。本研究結果より、療養場所によって、家族内葛藤に影響する因子が異なる可能性が考えられると同時に、家族の関係性などによって療養場所が決まっている可能性も示唆される。

本研究の結果から、ケアスタッフは、家族関係の経時的な変化や、家族内のコミュニケーションの状況を評価し、家族内葛藤が起きうる患者・家

族を認識することで、適切なケア、コミュニケーションを提供していくことが可能になると考えられた。

まとめ

本研究は、専門的緩和ケアサービス（緩和ケア病棟・緩和ケアチーム・在宅）で亡くなったがん患者の遺族が感じていた家族内葛藤の頻度、内容および関連する因子を明らかにすることを目的とした。本研究によって、遺族の38.0%が少なくとも1つの家族内葛藤を経験し、家族内で意見を強く主張する人がいた場合、病気になる前に家族の間で意見や考えが違ふことがよくあった場合、病気後の家族内コミュニケーションに障害があった場合などに、家族内の葛藤が増え、遺族の年齢が若い場合、家族の関係性が良い場合に、家族内葛藤が減ることが示唆された。

文 献

- 1) Kramer BJ, Kavanaugh M, Trentham-Dietz A, et al. Complicated grief symptoms in caregivers of persons with lung cancer : the role of family conflict, intrapsychic strains, and hospice utilization. *Omega* 2010 ; 62 : 201-220.
- 2) Kissane DW, Bloch S, Onghena P, et al. The Melbourne Family Grief Study, II : Psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *Am J Psychiatry* 1996 ; 153 : 659-666.
- 3) Semple SJ. Conflict in Alzheimer's caregiving families : its dimensions and consequences. *Gerontologist* 1992 ; 32 : 648-655.
- 4) Strawbridge WJ, Wallhagen MI. Impact of family conflict on adult child caregivers. *Gerontologist* 1991 ; 31 : 770-777.
- 5) Broom A, Kirby E. The end of life and the family : hospice patients' views on dying as relational. *Sociol Health Illn* 2013 ; 35 : 499-513.
- 6) Kramer BJ, Yonker JA. Perceived success in addressing end-of-life care needs of low-income elders and their families : what has family conflict got to do with it? *J Pain Symptom Manage* 2011 ; 41 : 35-48.
- 7) Kayashima R, Braun KL. Barriers to good end-of-life care : a physician survey. *Hawaii Med J* 2001 ; 60 : 40-44.
- 8) Hamano J, Morita T, Mori M, et al. Prevalence and predictors of conflict in the families of patients with advanced cancer : a nationwide survey of bereaved family members. *Psychooncology* 2018 ; 27 : 302-308.
- 9) Kramer BJ, Kavanaugh M, Trentham-Dietz A, et al. Predictors of family conflict at the end of life : the experience of spouses and adult children of persons with lung cancer. *Gerontologist* 2010 ; 50 : 215-225.
- 10) Kramer BJ, Boelk AZ. Correlates and predictors of conflict at the end of life among families enrolled in hospice. *J Pain Symptom Manage* 2015 ; 50 : 155-162.

〔付帯研究担当者〕

森田達也（聖隷三方原病院 緩和支援診療科）