42

緩和ケア病棟における望ましい死亡確認に関する研究

浜野　淳*

サマリー

本研究は，緩和ケア病棟で亡くなったがん患者遺族からみた死亡確認の改善の必要性に関連する因子を探索することが目的である．657 名のがん患者遺族に対して質問紙が送付され，422 名（64.2％）から返送があり，回答拒否を除いた有効回答は 356 名（84.4％）であった．「医師の死亡確認の仕方には，改善すべきところがあった」について，「大いにある」「かなりある」「ある」と回答した遺族は 12.4% であった．ロジスティクス回帰分析の結果，主治医以外の医師による死亡確認が改善の必要性が高くなることに有意に関連し，死亡確認を行う前に，患者に声をかけてから診察を始めることは，改善の必要性が低くなることに有意に関連することが分かった．

本研究によって，主治医以外の医師が死亡確認を行う場合は，改善の必要性が高くなる可能性が示唆されたが，患者に声をかけてから死亡確認を始めた場合は，改善の必要性が低くなる可能性も示唆された．主治医以外が死亡確認を行う場合には，先行研究で指摘されているように，敬意を持って患者に接することや，主治医から十分に申し送りを受けていることなどを伝えることで，家族にとって望ましい死亡確認ができる可能性が考えられる．

目　的

先行研究では，死亡前後の医師の好ましい振る舞い方と家族が受ける心理的負担感には関係があることが明らかになっている[1,2]．ホスピス・緩和ケア病棟の遺族 670 名を対象に行われた先行研究では，主治医以外の医師が死亡確認をした場合は，遺族からみた改善の必要性が有意に高いことが示されているが，医師の死亡確認の方法において，具体的に何を改善する必要があるのかについては明らかになっていない[1]．

また，在宅で亡くなった患者の遺族 100 名を対象に行われた先行研究では，家族は「診察結果，経過，死因を家族へ説明すること」「よく知らな

*筑波大学 医学医療系

い医師が死亡確認を行う場合，おおむねの経過を知っていること」を大事に思っているが，実際に，よく知らない医師が死亡確認した際に，「病状や経過がだいたい分かっている様子だった」と遺族が回答しているのは，約 2/3 だったと報告されている[3]．

これらより，本研究では，死亡確認を行う医師の属性や，死亡確認の際に，自己紹介することや，経過や死因について家族に説明することなどの医師の立ち居振る舞いが遺族からみた死亡確認の改善の必要性に関連することを検証することで，遺族からみた望ましい死亡確認の方法を明らかにすることが可能になる．

結　果

緩和ケア病棟で亡くなったがん患者遺族 657 名に対して質問紙が送付され，422 名（64.2%）から返送があり，回答拒否を除いた有効回答は 356 名（84.4%）であった．患者の平均年齢は 72.2 ± 12.2 で 53.7% が男性であった．また，原発巣として肺がもっとも多く，続いて肝・胆・膵，胃・食道が多かった．回答した遺族の平均年齢は 61.8 ± 12.5 で 34.6% が男性であった．死亡確認の際に遺族が立ち会っていたのは 324 名（91.0%）であった（**表 1**）．

1）死亡確認の際の医師の立ち居振る舞いと改善の必要性

死亡確認の際に立ち会っていた遺族 324 名を対象に，死亡確認の際の医師の立ち居振る舞いと改善の必要性について質問した．死亡確認を行った医師が主治医だったのは 46.9%，主治医以外だが知っている医師だったのは 14.5%，主治医以外で全く知らない医師だったのは，35.8% であった．

死亡確認の際，80.2% の医師が，家族に挨拶をし，82.4% の医師が対光反射を確認していたと遺族が回答した．また，「診察のあと，医師は病気の経過，死亡の原因をわかりやすく家族へ説明した」と回答した遺族は 38.9%，「医師は死亡診断書の内容を家族と一緒に確認した」と回答した遺族は 39.8% であった．

そして，「医師の死亡確認の仕方には，改善す

表 1　患者・遺族背景

項目	全体（n=356）	%		全体（n=356）	%
患者			遺族		
年齢（平均値 ± 標準偏差）	72.2 ± 12.2		年齢（平均値 ± 標準偏差）	61.8 ± 12.5	
性別			性別		
男性	191	53.7	男性	123	34.6
女性	165	46.3	女性	228	64.0
原発巣			患者との関係		
肺	65	18.3	配偶者	176	49.4
肝・胆・膵	55	15.4	子	131	36.8
胃・食道	55	15.4	婿・嫁	10	2.8
大腸・直腸	38	10.7	親	11	3.1
頭頸部・脳	29	8.1	兄弟姉妹	18	5.1
前立腺・腎臓・膀胱	24	6.7	その他	6	1.7
乳房	24	6.7	最終卒業学校		
子宮・卵巣	24	6.7	小・中学校	32	9.0
血液	11	3.1	高校・旧制中学	147	41.3
その他	31	8.7	短大・専門学校	74	20.8
入院期間（日）	27.1 ± 28.6		大学・大学院	94	26.4
			死別から回答までの期間（日）	407.5 ± 101.9	
			死亡確認の際に遺族が立ち会っていた	324	91.0

べきところがあった」について，「大いにある」「かなりある」「ある」と回答した遺族は 12.4% であった（表 2）.

2）死亡確認を行った医師の属性と死亡確認の改善の必要性

死亡確認の改善の必要性が「大いにある」「かなりある」「ある」と回答した群と，「少しある」「ほとんどない」「全くない」と回答した群に分け，死亡確認を行った医師の属性と関係を検証した．その結果，死亡確認の改善の必要性と医師の属性には有意な関連があり，主治医が死亡確認を行った群は，改善の必要性がないと回答した遺族の割合が多かった（表 3）.

3）死亡確認の改善の必要性に関連する因子

死亡確認の改善の必要性に関連する因子を探索するために，目的変数を死亡確認の改善の必要性（「大いにある」「かなりある」「ある」vs「少しある」「ほとんどない」「全くない」）とし，説明変数として，医師の属性（主治医 vs 主治医以外）や，医師の立ち居振る舞いに関する項目を入れて，ロジスティクス回帰分析を行った．その結果，主治医以外の医師による死亡確認が改善の必要性が高くなることに有意に関連し，死亡確認を行う前に，患者に声をかけてから診察を始めるこ

表 2　死亡確認の際の医師の立ち居振る舞いと改善の必要性

項目	全体（n=324）	%
死亡確認を行った医師		
主治医	152	46.9
主治医以外だが知っている医師	47	14.5
主治医以外で全く知らない医師	116	35.8
死亡確認をする前に，医師は家族にあいさつをした	260	80.2
死亡確認をする前に，医師は同席している家族が誰かを確認してから診察をした	212	65.4
死亡確認をする前に，医師は居合わせたい家族が全員そろっていることを確認した	186	57.4
死亡確認をする前に，医師は患者に声をかけてから診察を始めた	176	54.3
医師は亡くなったことを確認するときに光を目にあてて反応をみていた	267	82.4
医師は亡くなったことを確認するときに聴診器をあてて診察していた	183	56.5
診察のあと，医師は病気の経過，死亡の原因をわかりやすく家族へ説明した	126	38.9
医師から家族へ「よくみられましたね」など看病をねぎらう声掛けがあった	140	43.2
医師は死亡診断書の内容を家族と一緒に確認した	129	39.8
医師の死亡確認の仕方には，改善すべきところがあった		
大いにある	7	2.2
かなりある	8	2.5
ある	25	7.7
少しある	57	17.6
ほとんどない	130	40.1
全くない	75	23.1

表 3　死亡確認を行った医師の属性と死亡確認の改善の必要性

	主治医（n=141）	%	主治医以外だが知っている医師（n=45）	%	主治医以外で全く知らない医師（n=109）	%	p 値
死亡確認の改善の必要性							<0.001
ある	4	2.8	5	11.1	30	27.5	
ない	137	97.2	40	88.9	79	72.5	

表 4　死亡確認の改善の必要性に関連する因子に関するロジスティクス回帰分析

項目	Exp（B）	95% CI	p 値
死亡確認を行った医師（ref= 主治医）	14.33	1.49 ～ 138.1	0.021
死亡確認をする前に，医師は家族にあいさつをした	1.88	0.46 ～ 7.63	0.378
死亡確認をする前に，医師は同席している家族が誰かを確認してから診察をした	0.61	0.15 ～ 2.47	0.493
死亡確認をする前に，医師は居合わせたい家族が全員そろっていることを確認した	0.77	0.19 ～ 3.09	0.716
死亡確認をする前に，医師は患者に声をかけてから診察を始めた	0.16	0.04 ～ 0.66	0.012
医師は亡くなったことを確認するときに光を目にあてて反応をみていた	0.38	0.06 ～ 2.56	0.318
医師は亡くなったことを確認するときに聴診器をあてて診察していた	0.41	0.13 ～ 1.36	0.146
診察のあと，医師は病気の経過，死亡の原因をわかりやすく家族へ説明した	0.54	0.05 ～ 6.46	0.627
医師から家族へ「よくみられましたね」など看病をねぎらう声掛けがあった	0.29	0.06 ～ 1.39	0.121
医師は死亡診断書の内容を家族と一緒に確認した	1.30	0.29 ～ 5.80	0.729

とは，改善の必要性が低くなることに有意に関連することが分かった（**表 4**）.

考　察

本研究では，死亡確認を行う医師の属性や，死亡確認を行う医師の立ち居振る舞いが，遺族からみた死亡確認の改善の必要性に関連することを検証した．その結果，主治医以外の医師が死亡確認を行うこと，死亡確認を行う前に，患者に声をかけてから診察を始めることが，死亡確認の改善の必要性に有意に関連することを明らかにした.

先行研究では，死亡確認を行う際に，医師が冷静に行動することや敬意を持って患者に接することが死亡確認の改善の必要性に関連することが指摘されており[3,4]，患者に声をかけてから診察を始めることが死亡確認の改善の必要性が低くなることと有意に関連するという本研究の結果と一致する．また，本研究では，主治医以外の医師が死亡確認を行うと，改善の必要性が高くなる可能性が示唆されたが，先行研究で言われているように，主治医から十分に申し送りを受けていることなどを伝えることで，家族にとって望ましい死亡確認ができる可能性が考えられる[4].

まとめ

本研究では，緩和ケア病棟で亡くなったがん患者遺族からみた死亡確認の改善の必要性に関連する因子を探索することを目的とし，主治医以外の医師が死亡確認を行うこと，死亡確認を行う前に，患者に声をかけてから診察を始めることが，死亡確認の改善の必要性に有意に関連することを明らかにした.

文　献

1）Shinjo T, Morita T, Hirai K, et al. Care for imminently dying cancer patients：family members' experiences and recommendations. *J Clin Oncol* 2010；28：142-148.

2）Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care. *Ann Oncol* 2004；15：1551-1557.

3）Kusakabe A, Naito AS, Hirano K, et al. Death pronouncements：recommendations based on a survey of bereaved family members. *J Palliat Med* 2016；19：646-651.

4）Mori M, Fujimori M, Hamano J, et al. Which physicians' behaviors on death pronouncement affect family-perceived physician compassion? a randomized, scripted, video-vignette study. *J Pain Symptom Manage* 2018；55：189-197.

〔付帯研究担当者〕

森田達也（聖隷三方原病院 緩和支持治療科）