遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 4

J-HOPE 4

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）

森田 達也（聖隷三方原病院 緩和支持治療科）

木澤 義之（神戸大学医学部附属病院 緩和支持治療科）

恒藤 暁（京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻）

志真 泰夫（筑波メディカルセンター）

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）

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ますが、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す。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す。2011 年 4 月に公益財団法人として認められたことを 1 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ます。

財団の研究事業として、2014 年に「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究３（J-HOPE3 研究)」が実施されました。

本研究事業は、①遺族から見たホスピス・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遺族の悲嘆・抑うつなど死別後のアウトカムの実態について明らかにする、⑤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、大きく 5 つを目的として実施されました。

本研究では緩和ケア病棟 133 施設 10,715 名、緩和ケアチーム・一般病院 20 施設 1,518 名、診療所等 22 施設 1,478 名にご参加いただきました。過去 2 回の J-HOPE 研究と並んで世界的にも非常に大規模な調査・研究となりました。ご協力いただいた遺族の方々に感謝したいと思います。

今回、J-HOPE4 研究の発刊にあたって、まず研究の目的を以下にまとめます。

1. 遺族からみた患者が受けた緩和ケアの質の評価および遺族の悲嘆や抑うつの実態について明らかにする。
2. 個々の研究参加施設に緩和ケアの質の評価および遺族の悲嘆や抑うつの結果をフィードバックすることにより施設の質保証・質改善の情報を提供する。
3. 付帯研究を実施し、わが国の緩和ケアが直面している臨床的・学術的課題に対して科学的な調査を行う。
4. East-Asian collaborative Study to Elucidate the Dying process（EASED）研究との連結により、緩和ケア病棟で行われている医療の実態と、それらの遺族による終末期医療の質の評価との関連性を明らかにする。

今回で J-HOPE 研究は 4 回目となります。過去 3 回の J-HOPE 研究ではホスピス・緩和ケアの質の経時的変化と改善すべき点を明らかにし、結果を各研究参加施設にフィードバック、または、国内外に研究結果を公表することによって、ホスピス・緩和ケアの質の保証、改善へと貢献してきました。本研究では過去最多となる、50 の付帯研究が設定されており、ホスピス緩和ケアについてより詳細な探索が期待されます。

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．遺族によるケアの質評価 …… 升川　研人　16
2．遺族の抑うつ・複雑性悲嘆 …… 升川　研人　27

III. 付帯研究

1．社会経済的背景が望ましい死の達成度および
遺族の精神的健康に与える影響 …… 青山　真帆　34
2．原発不明がん患者の家族の体験に関する研究 …… 石田　京子　39
3．がん患者の介護者の介護中の離職および死亡 …… 宮地　由佳　43
4．看取りの経験が療養場所・死亡場所の
希望に及ぼす影響に関する研究 …… 首藤　真理子　50
5．Good Death の規定因子に関して …… 升川　研人　58
6．遺族からみた「緩和ケア病棟に初めて紹介された時期」と
緩和ケアチームの活動に関する評価のためのフォローアップ調査
―2003 年，2007 年の結果との比較― …… 笹原　朋代　62
7．死亡直前期の病状説明に対する遺族の
満足度と医療者の取るべき態度 …… 前田　一石　66
8．終末期がん患者の呼吸困難に対する
望ましいケアに関する研究 …… 山本　瀬奈　70
9．患者・家族間の End of Life Discussion についての
遺族の評価 …… 辰巳　有紀子　74
10. 遺族の考える症状緩和の治療目標
（Personalized Symptom Goal）に関する調査 …… 三浦　智史　79
11. 専門的な緩和ケアの適切な受診・相談時期に
関する，遺族の希望についての研究 …… 田上　恵太　83
12. がん患者のケミカルコーピングが，
家族の医療用麻薬に対する認識および
情報ニーズに与える影響に関する研究 …… 馬場　美華　90

13. がん患者の遺族のアドバンス・ケア・プランニングが
他者との関係性や死生観に与える影響 …… 宮地　由佳　96
14. 意思疎通のとりづらい終末期がん患者に対する
家族の関わりの研究 …… 長谷川　素子　101
15. 積極的抗がん治療の中止に際する医師からの
説明に関する行動経済学的研究 …… 吉田　沙蘭　106
16. 終末期がん患者の呼吸困難に対する薬物治療において
遺族が最も重要と感じるアウトカムに関する研究 …… 森　雅紀　111
17. 死別が遺族に与える肯定的影響について …… 嶋田　和貴　116
18. 臨死期の心電図モニター使用の有無が遺族の
看取る心理に及ぼす影響に関する研究 …… 佐藤　香　121
19. 緩和ケア病棟で家族を亡くした遺族における
悲嘆症状の体験：持続性複雑死別障害，遷延性
悲嘆障害，複雑性悲嘆に含まれる症状からの検討 …… 伊藤　正哉　127
20. 遺族からみたホスピス・緩和ケア病棟による
望ましい遺族ケアの提供に関する研究 …… 北得　美佐子　131
21. 認知機能低下を有する終末期がん患者の
家族の体験に関する研究 …… 高尾　鮎美　137
22. ホスピス・緩和ケア病棟でのリハビリテーションが
終末期患者に与える影響とその望ましい在り方 …… 長谷川　貴昭　142
23. 進行がん患者が食べられなくなったときの経静脈
栄養水分補給に関する家族の信念と認識 …… 天野　晃滋　147
24. がんで近親者を亡くした遺族の遺族ケア利用の
実態と死別後の対処行動パターン …… 渡邉　美和　152
25. 死別後の家族機能が遺族のうつ・複雑性悲嘆に
与える影響に関する研究 …… 平塚　良子　157
26. 緩和ケア病棟で死亡したがん患者の自費診療に
よる治療の使用実態と，使用患者と家族の体験 …… 勝俣　範之　162
27. 英国の遺族調査質問紙 VOICES−SF
日本語版を用いた緩和ケア病棟の遺族による質の
評価：英国ホスピスデータとの比較 …… 宮下　光令　168
28. 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　174
29. 死別後悲嘆・複雑性悲嘆に伴う生産性低下
（労働損益） …… 藤澤　大介　180
30. 終末期がん患者を介護する家族による介護目的の
休暇の利用状況とその利用を阻害する因子
（バリア）に関する調査 …… 関根　龍一　184
31. 死別後に経験する遺族の社会的苦痛
（二次的喪失に伴う苦痛）と
ソーシャルキャピタルとの関連 …… 清水　陽一　191

32. 日本の終末期がん患者の
「湯船につかる入浴」の意義 …… 林　衆り子　202
33. 終末期がん患者の家族の
スピリチュアルペインについて …… 角　裕子　211
34. 在宅療養への移行にもかかわらず在宅看取りに
至らなかった症例の要因に関する研究 …… 西本　武史　216
35. 在宅ホスピス・緩和ケアにおける介護度別での
家族介護者の介護負担感と訪問看護利用状況
およびケア利用満足度 …… 大槻　奈緒子　221
36. 患者の症状および行われた医療行為・説明に
対する遺族の認識の正確さに関する研究 …… 浜野　淳　226
37. 持続的な深い鎮静は患者・家族間の
コミュニケーションを減らすか …… 横道　直佑　231
38. 遺族の視点で捉えたホスピス・緩和ケア病棟に
おける急変による死亡に関する研究 …… 伊藤　怜子　235
39. 遺族が認識する死前喘鳴と死前喘鳴に対する
吸引処置に関連する遺族の体験に関する調査 …… 山口　崇　240
40. 終末期せん妄評価尺度短縮版の開発 …… 内田　恵　245
41. 遺族と医師による quality of death の
評価の一致度の検討 …… 前田　一石　249
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　253
43. 緩和ケア病棟入院中の進行がん患者に行った
肺炎治療や死亡前 1 週間に生じた発熱への対応に
関する遺族の考えを明らかにする質問紙研究 …… 小田切　拓也　257
44. 家族内葛藤に関連する症状・医療行為に
関する研究 …… 浜野　淳　261
45. Do not resuscitation（DNR）に関する議論に
おける終末期がん患者・家族の体験と遺族の
気持ち・考えに及ぼす影響についての研究 …… 松田　洋祐　266
46. 緩和ケア病棟で終末期がん患者にみられる
「故人やあの世をみた体験」などの
終末期体験に関する研究 …… 鈴木　梢　273
47. 鎮静の種類による家族の体験の違い
―プロトコルで規定した調節型鎮静と持続的深い鎮静― …… 今井　堅吾　279
48. 終末期がん患者の家族介護者のレジリエンスと
死別後の精神的健康への影響に関する研究 …… 清水　陽一　285
49. がん患者の dying process におけるイベントやケアと
遺族の精神状態との関連についての研究 …… 羽多野　裕　291
50. 補完代替医療の使用と遺族の
抑うつや悲嘆との関連を探索する研究 …… 鈴木　梢　294

第Ⅰ章
研究の概要

研究の概要

宮下　光令*

背　景

ホスピス・緩和ケアにとって，診療の質を維持し，患者や家族の quality of life（QOL）を向上することは，重要な課題である．そのため，提供されるケアの質やアウトカムの評価を継続的に行っていく必要がある．

ケアの評価は実際の受け手である患者による，直接評価が最も信頼できると考えらえる．しかし，特に緩和ケアの場合では，全身状態の不良，意識障害，認知障害などのために，方法論的に困難である場合が多い．そのため欧米を中心に，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ことが世界的に標準的な評価手法として実施されている[1~6]．

わが国では，1999 年，全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会により，ホスピス・緩和ケアを受けた遺族の満足度を評価する初めての試みが行われた[7]．2002 年には厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合事業「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[8~10]，「ケアに対する評価尺度」（Care Evaluation Scale; CES）が作成された[8]．さらに，2006 年には緩和ケアの主要なアウトカムである「望ましい死の達成」という視点で患者の終末期の QOL を遺族により評価する尺度（Good Death Inventory; GDI）が作成された[11~13]．また同時に，患者だけではなく，遺族の QOL や介護経験などの遺族アウトカムも注目されるようになり，遺族の介護経験を測定する尺度（Caregiving Consequence Inventory; CCI）[14]が開発された．このように，ホスピス・緩和ケアを，構造・プロセス・アウトカムの 3 側面から評価する取り組みが行われてきた．

これらの動きを受けて，2007～2008 年には，日本のがん患者の緩和ケアの質を評価するための遺族調査「J-HOPE（Japan Hospice and Palliative Care Evaluation）study（J-HOPE 研究）」が実施された[15]．これは一般病院，ホスピス・緩和ケア病棟，診療所などを対象に行われた初の大規模な全国調査であり，CES, GDI などの評価尺度を用い，多面的に終末期ケアの質の評価が行われた．続く 3 年後，2010 年には同様に J-HOPE2 研究，4 年後の 2014 年には，同様に J-HOPE3 研究が実施された．J-HOPE 研究では 15，J-HOPE2 研究では 11，J-HOPE3 研究では 26 の付帯研究が実施され，わが国の緩和ケアにおける臨床的・学術的課題の検討が行われた．わが国のこれら一連の取り組みは，世界でも高く評価されている[16]．

今回で J-HOPE 研究は 4 回目となる．過去 3

*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

回の J-HOPE 研究ではホスピス・緩和ケアの質の経時的変化と改善すべき点を明らかにし，それらの結果を各研究参加施設にフィードバック，または，国内外に研究結果を公表することによって，ホスピス・緩和ケアの質の保証，改善へと貢献してきた．本研究では過去最多となる，50 の付帯研究が設定されており，ホスピス緩和ケアについてより詳細な探索が期待される．

また，日本，韓国，台湾では緩和ケア病棟に入院した終末期にある患者の死亡直前期の医学的過程と End-of-Life での終末期医療の実態を明らかにする East-Asian collaborative Study to Elucidate the Dying process（EASED）と呼ばれる多施設共同研究が実施されている．日本では，EASED 研究の一環として，緩和ケア病棟に入院する終末期がん患者において，終末期医療の実態を明らかにする目的で 22 の施設を対象とした多施設共同研究を実施している．本研究では，得られたデータと国内の EASED 研究で得られたデータの一部連結を予定している．それにより，さらに包括的で詳細な緩和ケア病棟に入院する終末期がん患者における医療の実態の探索も期待される．また，過去 3 回の J-HOPE 研究では，横断研究であったため，死亡前に行われた医療と遺族による緩和ケアの質の評価との因果関係を探索することは困難であった．今回，EASED 研究との連結を図ることにより縦断的な観点からの検討も一部で可能となり，新たな知見を得ることができると期待される．

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. 遺族からみた患者が受けた緩和ケアの質の評価および遺族の悲嘆や抑うつの実態について明らかにする．

2. 個々の研究参加施設に緩和ケアの質の評価および遺族の悲嘆や抑うつの結果をフィードバックすることにより施設の質保証・質改善の情報を提供する．

3. 付帯研究を実施し，わが国の緩和ケアが直面している臨床的・学術的課題に対して科学的な調査を行う．

4. East-Asian collaborative Study to Elucidate the Dying process（EASED）研究との連結により，緩和ケア病棟で行われている医療の実態と，それらの遺族による終末期医療の質の評価との関連性を明らかにする．

2）付帯研究の目的

①患者・遺族の社会経済的地位の違いががん患者の治療選択および望ましい死の達成に与える影響について明らかにする．

②原発不明がんの患者および家族の体験に関して明らかにする．

③がん患者の介護者の介護負担と離職および死亡について明らかにする．

④看取りの経験が療養場所・死亡場所の希望に及ぼす影響に関して明らかにする．

⑤望ましい死の規定因子について明らかにする．

⑥ホスピス・緩和病棟への紹介・入院時期に関する遺族の認識について明らかにする．

⑦医療者 - 家族間の死亡直前期の病状認識の相違とその影響と医療者の望ましい態度について明らかにする．

⑧終末期がん患者の呼吸困難に対する望ましい非薬物的ケアについて明らかにする．

⑨ EOL discussion のベースとなる患者・家族間のコミュニケーションの導入時期と内容が患者・家族間の十分に分かり合えた感覚と医療者との EOL discussion の実施に与える影響について明らかにする．

⑩遺族の考える症状緩和の治療目標（Personalized Symptom Goal）に関して明らかにする．

⑪専門的な緩和ケアの適切な受診・相談時期に関する，遺族の希望に関して明らかにする．

⑫家族の判断によるケミカルコーピングの有無

と家族の経験や認識，ニードに関して明らかにする．

⑬がん患者の遺族の ACP が他者との関係性や死生観に与える影響について明らかにする．

⑭意思疎通のとりづらい状態のがん患者と家族の望ましいコミュニケーションに関して明らかにする．

⑮積極的抗がん治療の中止に際する医師からの説明に関して明らかにする．

⑯終末期がん患者の呼吸困難に対する薬物治療において遺族が最も重要と感じるアウトカムに関して明らかにする．

⑰死別が遺族に与える肯定的影響に関して明らかにする．

⑱死亡前 24 時間の心電図モニター使用の有無が遺族の看取りに対する心理に与える影響に関して明らかにする．

⑲複雑性悲嘆の診断および医療経済評価に関して明らかにする．

⑳遺族からみたホスピス・緩和ケア病棟による望ましい遺族ケアの提供に関して明らかにする．

㉑認知機能障害を有する終末期がん患者の家族の体験に関して明らかにする．

㉒終末期がん患者に対するリハビリテーションの実施が quality of life に与える影響と，その望ましい実施方法に関して明らかにする．

㉓進行がん患者が食べられなくなった時の経静脈的栄養水分補給に関する家族の認識とニード，そして実際の経静脈的栄養水分補給が家族の認識とニードに与える影響に関して明らかにする．

㉔遺族の死別後対処行動と遺族ケアサービスの利用の実態と悲嘆・抑うつとの関連に関して明らかにする．

㉕死別後の家族機能が遺族の抑うつ，悲嘆に与える影響に関して明らかにする．

㉖緩和ケア病棟で死亡したがん患者の自費診療による治療の使用実態と，使用患者と家族の体験に関して明らかにする

㉗国際的な遺族調査質問紙 VOICES−SF 日本語版の妥当性に関して明らかにする．

㉘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して明らかにする．

㉙死別後悲嘆が及ぼす機能障害と労働損益に関して明らかにする．

㉚終末期がん患者を介護する家族による介護休暇および介護休業制度の利用状況とその利用を阻害する因子（バリア）に関して明らかにする．

㉛死別後に経験する遺族の社会的苦痛（二次的喪失に伴う苦痛）とソーシャルキャピタルとの関連に関して明らかにする．

㉜日本のがん終末期患者の「湯船につかる入浴」の意義に関して明らかにする．

㉝終末期がん患者の家族のスピリチュアルペインに関して明らかにする．

㉞在宅療養への移行にもかかわらず在宅看取りに至らなかった症例の要因に関して明らかにする．

㉟在宅ホスピス・緩和ケアでの訪問看護ケアニーズと role strain に関して明らかにする．

㊱患者の症状及び行われた医療行為・説明に関する遺族の想起の正確さに関して明らかにする．

㊲持続的な深い鎮静は患者 - 家族間のコミュニケーションを減らすかに関して明らかにする．

㊳ホスピス緩和ケア病棟において「予期せぬ急変による死亡」を経験した遺族の精神心理的予後に関して明らかにする．

㊴遺族が認識する死前喘鳴と死前喘鳴に対する吸引処置に関連する遺族の体験に関して明らかにする．

㊵遺族の終末期せん妄の治療とケアに関する評価と遺族の抑うつ・悲嘆・苦痛の関連に関して明らかにする．

㊶ Good Death Scale 日本語版の妥当性に関して明らかにする．

㊷緩和ケア病棟における望ましい死亡確認に関して明らかにする．

㊸終末期がん患者の肺炎治療に対する遺族の考えに関して明らかにする．

㊹家族内葛藤が生じやすい症状・医療行為に関して明らかにする．

㊺終末期がん患者との Do not attempt

resuscitation（DNAR）に関する議論が遺族の心理的負担・考えに及ぼす影響に関して明らかにする.

㊻緩和ケア病棟で終末期がん患者にみられる「故人やあの世をみた体験」などの終末期体験に関して明らかにする.

㊼プロトコールに基づく苦痛緩和のための鎮静に対するがん患者の遺族の評価に関して明らかにする.

㊽終末期がん患者の家族介護者のレジリエンスと死別後の精神的健康への影響に関して明らかにする.

㊾がん患者の dying process におけるイベントやケアと遺族の精神状態との関連について明らかにする.

㊿補完代替医療の使用と遺族の抑うつや悲嘆との関連に関して明らかにする.

方　法

1）対象施設

2017 年 7 月 1 日における日本ホスピス緩和ケア協会のすべての正会員施設に参加依頼を行い，応諾が得られた施設が参加した．参加応諾率の状況を**表 1** に示す.

a. 一般病院

2017 年 7 月 1 日現在における日本ホスピス緩和ケア協会会員施設である，一般病院・緩和ケアチーム（正会員 71 施設）のうち，本研究の参加に同意した 14 施設.

b. 緩和ケア病棟（PCU）

2017 年 7 月 1 日現在における日本ホスピス緩和ケア協会正会員施設である，ホスピス・緩和ケア病棟（正会員 324 施設）のうち，本研究の参加に同意した 187 施設.

c. 在宅ケア施設（診療所など）

2017 年 7 月 1 日現在における日本ホスピス緩和ケア協会正会員施設である，在宅でのホスピス・緩和ケアを提供する診療所（正会員 58 施設）のうち，本研究の参加に同意した 14 施設.

2）調査対象

各施設にて 2018 年 1 月 31 日以前の死亡した患者のうち，選択基準を満たす 1 施設 80 名を連続に後向きに同定し対象とした．ただし，2014 年 1 月 31 日以前の死亡者は含めない．期間内の適格基準を満たす死亡者数が 80 名以下の場合は，全例を対象とした.

3）調査期間

2018 年 7 月～9 月.

4）調査方法

調査方法は自記式質問紙による郵送調査である．質問紙は共通項目と付帯の質問項目によって構成される．個々の遺族に対し，全ての付帯研究から無作為に選んだ 1 つ，または 2 つの付帯研究の質問を送付した．それぞれの必要症例数を満たすように対象を分割して調査票を配布した.

調査票は研究参加施設から郵送し，事務局（東北大学）で回収した．調査票郵送 1 カ月後に全対象者に対して，督促と御礼状を研究参加施設から郵送した.

5）調査内容

a. ケアの構造・プロセスの評価

ケアに対する評価尺度 Care Evaluation Scale

表 1　施設応諾率

	全体	緩和ケア病棟	一般病院	在宅ケア施設
協会正会員施設数※	453	324	71	58
J-HOPE4 研究応諾施設数	215 （47%）	187 （58%）	14 （20%）	14 （24%）

※2017 年 7 月時点

第 2 版（CES2.0）の短縮版を用いた[17].

b. ケアのアウトカムの評価

終末期の QOL 評価尺度 Good Death Inventory（GDI）の短縮版を用いた[13].

c. 遺族の介護負担

遺族の介護経験を評価する Caregiving Consequence Inventory（CCI）のうち Burden のドメインの「時間」「経済」「身体」「精神」の 4 項目を用いた[14].

d. 抑うつの評価

抑うつのスクリーニング尺度として Patient health questionnaire 9（PHQ−9）を用いた[18, 19].

e. 複雑性悲嘆

複雑性悲嘆のスクリーニング尺度として Brief Greif Questionnaire（BGQ）を用いた[20].

f. 遺族からみて良かったこと，改善が必要な点など

自由記載で，死亡前後に受けた医療に対する遺族からみた良かったこと，改善が必要なことなどについて，要望・意見を得た.

g. 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

本研究は調査票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．遺族が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たため，調査は，①調査票は各施設から直接送付していること，②調査は各施設から独立して事務局で行うこと，③調査への参加は自由意志に基づくこと，④調査に参加しない場合にも診療上の不利益はないこと，⑤調査結果は個人が特定される形では公表しないことを明示した説明文を同封し，対象者に対する十分な説明を行い，返送をもって研究参加の同意を得たとみなした.

調査は東北大学病院倫理委員会の承認を得た．その後，研究参加施設でも倫理委員会へ提出し，承認を得た．研究参加施設に倫理委員会の設置がない場合には，東北大学病院の中央一括審査を利用し審査をした．なお，データは個人情報の保護および各施設の得点が研究参加施設に明らかにされることはないように研究事務局で厳密に管理した.

結果の概要

1）対象者数と回収数

全体では 17,147 名に送付され，9,071 名から回答を得た（53%）．緩和ケア病棟では 14,958 名に送付され，7,939 名から回答を得た（53%）．一般病院では 1,139 名に送付され，516 名から回答を得た（45%）．在宅ケア施設では 1,050 名に送付され 616 名から回答を得た（59%）．回収状況を**表 2** に示す．また，除外者の除外理由について**表 3** に示す.

2）対象者背景

患者背景を**表 4**，遺族背景を**表 5** に示す．また，亡くなる 1 週間前の患者の苦痛症状（遺族回答）を**表 6** と**図 1** に示す.

3）主研究の結果の概要

ケアの構造・プロセスの評価尺度である CES 2.0，望ましい死の達成度を評価する尺度である GDI，受けたケアに対する全般的満足度によって，遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価を実施した.

ケアの構造・プロセスの評価に関しては，全体的に評価が高かった．一般病院と PCU では家族への配慮に関しては，やや改善の余地があることが明らかになった.

受けたケアに対する全般的満足度に関しては，ほとんどの遺族は満足のいくものであったと評価していることが示された.

望ましい死の達成度に関しては，施設・項目によって肯定的な評価の割合が異なっていたことが明らかになった．特に，「苦痛の緩和」に関する項目において一般病院・在宅ケア施設で改善の余地があることが示された.

PHQ−9 のカットオフ値に基づいて，中等度以

表 2　回収状況

	全体（215 施設）		一般病院（14 施設）		緩和ケア病棟（187 施設）		在宅ケア施設（14 施設）	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
対象者	20610	–	1359	–	17948	–	1303	–
除外者	3226	–	202	–	2802	–	222	–
宛先不明	237	–	18	–	188	–	31	–
有効送付数	17147	100%	1139	100%	14958	100%	1050	100%
回収数	10848	63%	664	58%	9460	63%	724	69%
回答拒否数	1777	–	148	–	1521	–	108	–
有効回答数	9071	53%	516	45%	7939	53%	616	59%

表 3　除外理由（複数回答）

	全体		緩和ケア病棟		一般病院		在宅ケア施設	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
1. 遺族（キーパーソン）の同定不可能	491	15%	411	15%	29	14%	51	23%
2. 治療関連死 /ICU 死亡	5	0%	0	0%	5	2%	0	0%
3. 入院期間 3 日以内	1491	46%	1340	48%	99	49%	52	23%
4. 遺族が認知症、精神障害、視覚障害	173	5%	127	5%	9	4%	37	17%
5. 精神的に著しく不安定と判断	256	8%	233	8%	5	2%	18	8%
6. 医療者の総合的判断	103	3%	85	3%	7	3%	11	5%
7. その他	707	22%	606	22%	48	24%	53	24%
計	3226		2802		202		222	

上の抑うつとされた遺族は全体で 14% であった. BGQ のカットオフ値に基づいて，複雑性悲嘆を有する遺族は全体で 10% であった.

4）付帯研究の結果の概要

本報告書の各付帯研究の節内のサマリーを参照.

表 4　患者背景

	全体		一般病院		緩和ケア病棟		在宅ケア施設	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
性別								
男性	4900	54%	301	58%	4230	53%	369	60%
女性	4171	46%	215	42%	3709	47%	247	40%
年齢								
40歳未満	51	1%	3	1%	43	1%	5	1%
40～49歳	202	2%	14	3%	171	2%	17	3%
50～59歳	563	6%	48	9%	468	6%	47	8%
60～69歳	1842	20%	135	26%	1584	20%	123	20%
70～79歳	2760	30%	165	32%	2420	30%	175	28%
80歳以上	3653	40%	151	29%	3253	41%	249	40%
原発部位								
肺	1851	20%	86	17%	1647	21%	118	19%
胃・食道	1295	14%	71	14%	1141	14%	83	13%
大腸	1165	13%	71	14%	1011	13%	83	13%
肝・胆・膵	1913	21%	135	26%	1645	21%	133	22%
乳腺	427	5%	26	5%	367	5%	34	6%
泌尿器	659	7%	31	6%	579	7%	49	8%
頭頸部	309	3%	10	2%	276	3%	23	4%
卵巣・子宮	428	5%	21	4%	388	5%	19	3%
白血病	66	1%	9	2%	50	1%	7	1%
悪性リンパ腫	204	2%	21	4%	167	2%	16	3%
骨髄腫	53	1%	10	2%	41	1%	2	0%
軟部組織	63	1%	2	0%	54	1%	7	1%
脳腫瘍	114	1%	7	1%	96	1%	11	2%
その他	524	6%	16	3%	477	6%	31	5%
入院/利用期間								
1週間未満	1203	13%	47	9%	1111	14%	45	7%
1週間以上2週間未満	1815	20%	88	17%	1648	21%	79	13%
2週間以上1カ月未満	2517	28%	150	29%	2221	28%	146	24%
1カ月以上2カ月未満	2095	23%	156	30%	1797	23%	142	23%
2カ月以上3カ月未満	721	8%	40	8%	625	8%	56	9%
3カ月以上	720	8%	35	7%	537	7%	148	24%
療養中の年間世帯収入（遺族の回答による）								
100万円未満	1075	12%	46	9%	985	12%	44	7%
100万円以上200万円未満	1690	19%	87	17%	1517	19%	86	14%
200万円以上400万円未満	3260	36%	204	40%	2827	36%	229	37%
400万円以上600万円未満	1348	15%	77	15%	1155	15%	116	19%
600万円以上800万円未満	651	7%	34	7%	558	7%	59	10%
800万円以上	662	7%	49	9%	559	7%	54	9%

表5　遺族背景

	全体		一般病院		緩和ケア病棟		在宅ケア施設	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
性別								
男性	4900	54%	301	58%	4230	53%	369	60%
女性	4171	46%	215	42%	3709	47%	247	40%
遺族年齢								
40歳未満	296	3%	15	3%	264	3%	17	3%
40～49歳	991	11%	59	11%	860	11%	72	12%
50～59歳	2200	24%	115	22%	1946	25%	139	23%
60～69歳	2681	30%	165	32%	2328	29%	188	31%
70～79歳	2136	24%	114	22%	1872	24%	150	24%
80歳以上	647	7%	42	8%	564	7%	41	7%
続柄								
配偶者	3933	43%	283	55%	3335	42%	315	51%
子	3602	40%	169	33%	3205	40%	228	37%
婿・嫁	451	5%	15	3%	407	5%	29	5%
親	168	2%	15	3%	148	2%	5	1%
兄弟姉妹	538	6%	18	3%	500	6%	20	3%
その他	235	3%	6	1%	218	3%	11	2%
死別後経過期間								
6カ月未満	39	0%	1	0%	32	0%	6	1%
6カ月以上7カ月未満	339	4%	19	4%	294	4%	26	4%
7カ月以上8カ月未満	894	10%	48	9%	805	10%	41	7%
8カ月以上9カ月未満	1027	11%	58	11%	926	12%	43	7%
9カ月以上10カ月未満	1015	11%	47	9%	923	12%	45	7%
10カ月以上11カ月未満	945	10%	44	9%	857	11%	44	7%
11カ月以上1年未満	1056	12%	59	11%	955	12%	42	7%
1年以上1年6カ月未満	2865	32%	122	24%	2590	33%	153	25%
1年6カ月以上2年未満	588	6%	83	16%	411	5%	94	15%
2年以上	303	3%	35	7%	146	2%	122	20%
最終卒業学校								
小・中学校	716	8%	51	10%	618	8%	47	8%
高校・旧制中学	4092	45%	271	53%	3556	45%	265	43%
短大・専門学校	1972	22%	87	17%	1719	22%	166	27%
大学・大学院	2091	23%	95	18%	1871	24%	125	20%
その他	46	1%	4	1%	41	1%	1	0%
患者が入院中のからだの健康状態								
良かった	2590	29%	156	30%	2233	28%	201	33%
まあまあだった	4682	52%	261	51%	4117	52%	304	49%
良くなかった	1420	16%	80	16%	1256	16%	84	14%
非常に良くなかった	268	3%	15	3%	239	3%	14	2%
患者が入院中のこころの健康状態								
良かった	1453	16%	75	15%	1254	16%	124	20%
まあまあだった	4097	45%	224	43%	3598	45%	275	45%
良くなかった	2678	30%	160	31%	2365	30%	153	25%
非常に良くなかった	668	7%	47	9%	569	7%	52	8%

表5　遺族背景（つづき）

	全体		一般病院		緩和ケア病棟		在宅ケア施設	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
患者が亡くなる前1週間に付き添った日数								
毎日	6017	66%	341	66%	5150	65%	526	85%
4〜6日	1296	14%	76	15%	1181	15%	39	6%
1〜3日	1208	13%	67	13%	1118	14%	23	4%
付き添っていなかった	419	5%	28	5%	377	5%	14	2%
患者入院中に付き添いなどをかわってくれる人								
いた	6375	70%	347	67%	5621	71%	407	66%
いなかった	2564	28%	162	31%	2218	28%	184	30%
心配事や困り事に耳を傾けてくれるか								
とてもよく聞いてくれる	2014	22%	109	21%	1734	22%	171	28%
よく聞いてくれる	3621	40%	200	39%	3184	40%	237	38%
まあまあ聞いてくれる	2723	30%	167	32%	2396	30%	160	26%
あまり聞いてくれない	419	5%	21	4%	368	5%	30	5%
全然聞いてくれない	107	1%	6	1%	95	1%	6	1%
患者が亡くなることに対するこころの準備								
できていた	2628	29%	108	21%	2366	30%	154	25%
ある程度できていた	5089	56%	296	57%	4445	56%	348	56%
あまりできていなかった	965	11%	73	14%	804	10%	88	14%
全くできていなかった	302	3%	37	7%	243	3%	22	4%
信仰している宗教								
特になし	3306	36%	217	42%	2837	36%	252	41%
仏教	4893	54%	252	49%	4347	55%	294	48%
キリスト教	189	2%	9	2%	158	2%	22	4%
神道	218	2%	11	2%	198	2%	9	1%
その他	232	3%	12	2%	200	3%	20	3%
患者が亡くなる前の1カ月の医療費								
10万円未満	2269	25%	131	25%	1906	24%	232	38%
10万円以上20万円未満	2727	30%	153	30%	2402	30%	172	28%
20万円以上40万円未満	2249	25%	133	26%	1993	25%	123	20%
40万円以上60万円未満	802	9%	45	9%	724	9%	33	5%
60万円以上	622	7%	34	7%	564	7%	24	4%

表6　亡くなる1週間前の患者の苦痛症状（遺族回答）

	全体		一般病院		緩和ケア病棟		在宅ケア施設	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
疼痛								
症状なし	1495	16%	69	13%	1326	17%	100	16%
少し	1959	22%	80	16%	1755	22%	124	20%
まあまあ	2315	26%	139	27%	2007	25%	169	27%
ひどい	1629	18%	104	20%	1415	18%	110	18%
とてもひどい	1304	14%	96	19%	1117	14%	91	15%
倦怠感・だるさ								
症状なし	721	8%	23	4%	661	8%	37	6%
少し	1193	13%	50	10%	1068	13%	75	12%
まあまあ	2583	28%	150	29%	2274	29%	159	26%
ひどい	2294	25%	148	29%	1967	25%	179	29%
とてもひどい	1732	19%	112	22%	1491	19%	129	21%
吐き気・嘔吐								
症状なし	4336	48%	215	42%	3821	48%	300	49%
少し	1574	17%	85	16%	1381	17%	108	18%
まあまあ	1406	15%	90	17%	1238	16%	78	13%
ひどい	689	8%	47	9%	590	7%	52	8%
とてもひどい	465	5%	44	9%	380	5%	41	7%
便秘								
症状なし	2311	25%	124	24%	2067	26%	120	19%
少し	1576	17%	89	17%	1386	17%	101	16%
まあまあ	2047	23%	103	20%	1800	23%	144	23%
ひどい	1335	15%	82	16%	1129	14%	124	20%
とてもひどい	1068	12%	65	13%	907	11%	96	16%
食欲不振								
症状なし	854	9%	38	7%	770	10%	46	7%
少し	811	9%	42	8%	705	9%	64	10%
まあまあ	1339	15%	63	12%	1172	15%	104	17%
ひどい	1971	22%	112	22%	1706	21%	153	25%
とてもひどい	3534	39%	216	42%	3091	39%	227	37%
体重減少･とてもやせた								
症状なし	612	7%	34	7%	542	7%	36	6%
少し	1061	12%	59	11%	920	12%	82	13%
まあまあ	1823	20%	99	19%	1595	20%	129	21%
ひどい	2170	24%	124	24%	1916	24%	130	21%
とてもひどい	3023	33%	166	32%	2640	33%	217	35%
眠気･うとうとした感じ								
症状なし	408	4%	33	6%	349	4%	26	4%
少し	982	11%	49	9%	850	11%	83	13%
まあまあ	2855	31%	161	31%	2488	31%	206	33%
ひどい	2253	25%	123	24%	1979	25%	151	25%
とてもひどい	2074	23%	106	21%	1847	23%	121	20%

表6　亡くなる1週間前の患者の苦痛症状（遺族回答）（つづき）

	全体		一般病院		緩和ケア病棟		在宅ケア施設	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
不眠・眠れない								
症状なし	2742	30%	121	23%	2437	31%	184	30%
少し	1541	17%	74	14%	1353	17%	114	19%
まあまあ	2476	27%	135	26%	2175	27%	166	27%
ひどい	963	11%	69	13%	824	10%	70	11%
とてもひどい	621	7%	56	11%	517	7%	48	8%
息切れ・息苦しさ								
症状なし	1626	18%	69	13%	1430	18%	127	21%
少し	1630	18%	77	15%	1440	18%	113	18%
まあまあ	2253	25%	128	25%	1976	25%	149	24%
ひどい	1556	17%	96	19%	1364	17%	96	16%
とてもひどい	1459	16%	101	20%	1254	16%	104	17%
かゆみ								
症状なし	4757	52%	238	46%	4191	53%	328	53%
少し	1596	18%	77	15%	1419	18%	100	16%
まあまあ	1356	15%	92	18%	1170	15%	94	15%
ひどい	445	5%	34	7%	376	5%	35	6%
とてもひどい	270	3%	27	5%	221	3%	22	4%

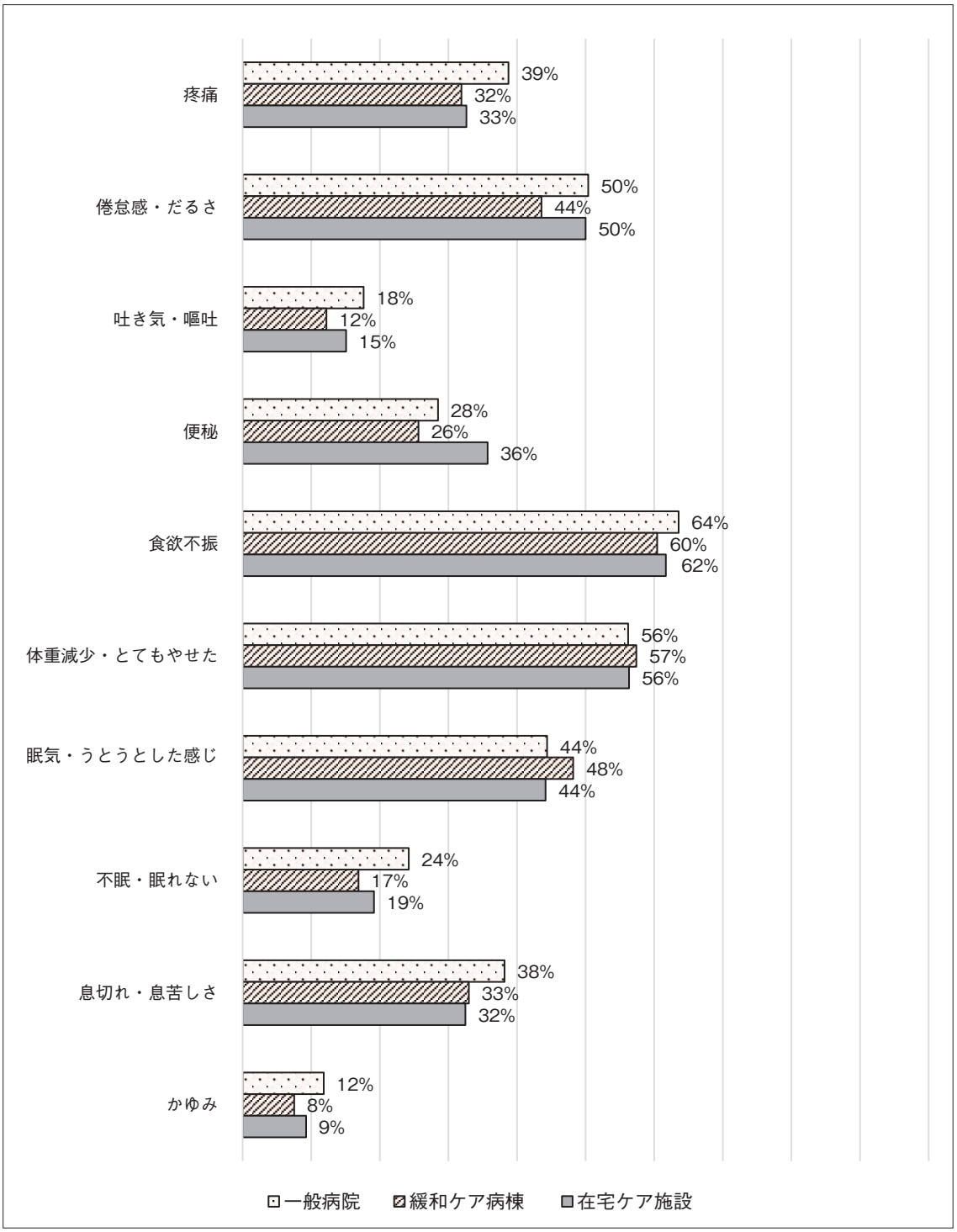


図1　亡くなる1週間前の患者の苦痛症状「ひどい」「とてもひどい」と回答した割合（遺族回答）

文　献

1) 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.
2) McCusker J. Development of scales to measure satisfaction and preferences regarding long-term and terminal care. *Med Care* 1984；22（5）：476-493.
3) 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.
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) 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.
6) 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.
7) Morita T, Chihara S, Kashiwagi T. Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan. *Palliative Medicine* 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) 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.
12) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al., Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007；18（6）：1090-1097.
13) 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.
14) Sanjo M, Morita T, Miyashita M, et al. Caregiving Consequences Inventory: a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* 2009；18（6）：657-666.
15) 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 Care* 2008；25（3）：223-232.
16) Miyashita M, Morita, T, Ichikawa T, et al. Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2009；37（6）：1019-1026.
17) Miyashita M, Aoyama M, Nakahata M et al. Development the care evaluation scale version 2.0: a modified version of a measure for bereaved family members to evaluate the structure and process of palliative care for cancer patient. *BMC Palliat Care* 2017；16：18.
18) Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, et al. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. PLoS One. 2012;7（2）:e31209. 20. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001；16（9）：606–613.
19) Lowe B, Kroenke K, Herzog W, Grafe K. Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the patient health questionnaire（PHQ-9）. *J Affect Disord* 2004；81（1）：61–66.
20) Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, et al. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PLoS One*, 2012；7（2）：e31209.

第Ⅱ章
主研究

①

遺族によるケアの質評価

升川　研人*

サマリー

ケアの構造・プロセスの評価尺度である Care Evaluation Scale，望ましい死の達成度を評価する尺度である Good Death Inventory，受けたケアに対する全般的満足度によって，遺族によるホスピス・緩和ケアの評価を実施した．ケアの構造・プロセスに関しては，全般的に評価が高かった．一般病院と PCU では家族への配慮に関しては，改善の余地があることが明らかになった．ケアに対する全般的満足度に関しては，ほとんどの遺族は満足のいくものであったと評価していることが示された．望ましい死の達成度に関しては，身体症状緩和に関する項目に関して一般病院と在宅ケア施設で課題が認められた．過去の J-HOPE，J-HOPE2，J-HOPE3 とほぼ一致する結果であり，わが国のホスピス・緩和ケアの質は高く維持されていることが明らかになった．

目　的

ケアの質の評価は，ケアの構造・プロセス・アウトカムの 3 側面で行われることが多い[1]．わが国のホスピス・緩和ケア領域では，森田らがケアの構造・プロセスを評価するために Care Evaluation Scale（以下，CES）を開発し[2]，宮下らがケアのアウトカムを評価するために望ましい死の達成度尺度 Good Death Inventory（以下，GDI）を開発した[3]．これらの評価尺度を用いて，これまでホスピス・緩和ケアの質を評価するための遺族調査を実施してきた[4~5]．

CES は，終末期ケアの構造・プロセスの評価尺度として開発された．しかし，誤回答が多いなどの問題が指摘され，2013 年に表現方法などに修正を加え問題点を解決した CES ver.2.0 とその短縮版を宮下らが開発した[6]．CES2.0 は CES 同様 10 の概念全 28 項目から構成される．CES2.0 短縮版は各概念から 1 項目を抽出した全 10 項目に対して，「非常にそう思う」「そう思う」「ややそう思う」「あまりそう思わない」「そう思わない」「全くそう思わない」「該当しない」の 7 段階で評価を行い，終末期ケアの構造・プロセスを評価する．

*東北大学大学院 医学系研究科

GDIは，終末期ケアのアウトカムである望ましい死の達成度を評価する評価尺度である．「からだの苦痛が少なく過ごせた」「望んだ場所で過ごせた」などの多くの人が重要であると考える10の概念（コア10ドメイン）と「納得がいくまで治療を受けること」「信仰に支えられていること」などの人によって重要さは異なるが重要なことである8の概念（8オプショナルドメイン）から構成される．各概念3項目の全54項目からなる評価尺度である．また，短縮版GDIは各ドメイン1項目を抽出した計18項目からなる．

過去3回の「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究（J-HOPE）」ではCESやGDIに加え，受けたケアに対して総合的な評価をする目的で全般的満足度に関しても調査した．最後の療養場所で受けた医療に対して「非常に満足」「満足」「やや満足」「やや不満足」「不満足」「非常に不満足」の6段階で評価を行った．

患者・家族が受ける終末期の医療・ケアの質を維持向上するために，継続的なケアの質の評価は重要であるとされている[7~9]．そこで，過去の遺族調査同様に，CES2.0短縮版，GDI短縮版，全般的満足度を用いて，終末期ケアの構造・プロセス・アウトカムの評価を実施した[10]．

結　果

1）ケアの構造・プロセスの評価

本調査ではCES2.0短縮版の項目を部分的に変更して使用した．使用した項目は，「医師は，患者のからだの苦痛をやわらげるように努めていた」「看護師は必要な知識や技術に熟練していた」「医師は，からだの苦痛をやわらげるのに必要な知識や技術を持っていた」「患者の希望がかなえられるようにスタッフは努力していた」「医師は，患者に，将来の見通しについて十分に説明した」「病室は使い勝手がよく，快適だった」「家族が健康を維持できるような配慮があった」「支払った費用の金額は妥当だった」「必要なときに待たずに入院(利用)できた」「医師や看護師などの医療者同士の連携はよかった」の10項目である．この結果を**図1**，**表1**に示す．

「医師は，患者のからだの苦痛をやわらげるように努めていた」「看護師は必要な知識や技術に熟練していた」「医師は，からだの苦痛をやわらげるのに必要な知識や技術を持っていた」「患者の希望がかなえられるようにスタッフは努力していた」「医師や看護師など医療者同士の連携はよかった」，「支払った費用の金額は妥当だった」に関しては一般病院，PCU，在宅ケア施設いずれにおいても肯定的な評価をしている割合が85～95%であった．

「家族が健康を維持できるような配慮があった」に関しては，肯定的な評価をしている割合が70～83%であり他の項目と比較して低く，特に一般病院では70%であり，PCUと在宅ケア施設と比較するとより低い結果となった．「病室は使い勝手がよく，快適であった」に関しては，PCUと一般病院ではそれぞれ92%，84%が肯定的な評価をしている一方で，在宅ケア施設では39%であった．「必要なときに待たずに入院(利用)できた」に関しては，PCUと一般病院ではそれぞれ87%，89%が肯定的な評価をしている一方で，在宅ケア施設では55%であった．

2）ケアに対する全般的満足度

ケアに対する全般的満足度の評価結果を**図2**に示す．「非常に満足」「満足」「やや満足」の肯定的な評価の割合は，一般病院で83%，PCUで94%，在宅ケア施設で95%であった．詳細は**表1**「ケアに対する全般的満足度（全般的に患者が最期の療養場所で受けた医療は満足だったか)」に示した．

3）望ましい死の達成度

緩和ケアのアウトカムである望ましい死の達成度をGDI短縮版を用いて評価した．本調査ではGDI短縮版18項目にGDI短縮版のコアドメインの1つである「からだや心のつらさがやわらげられていること」から「1.-1 痛みが少なく過ごせた」，「1.-3 おがやかな気持ちで過ごせた」の2項

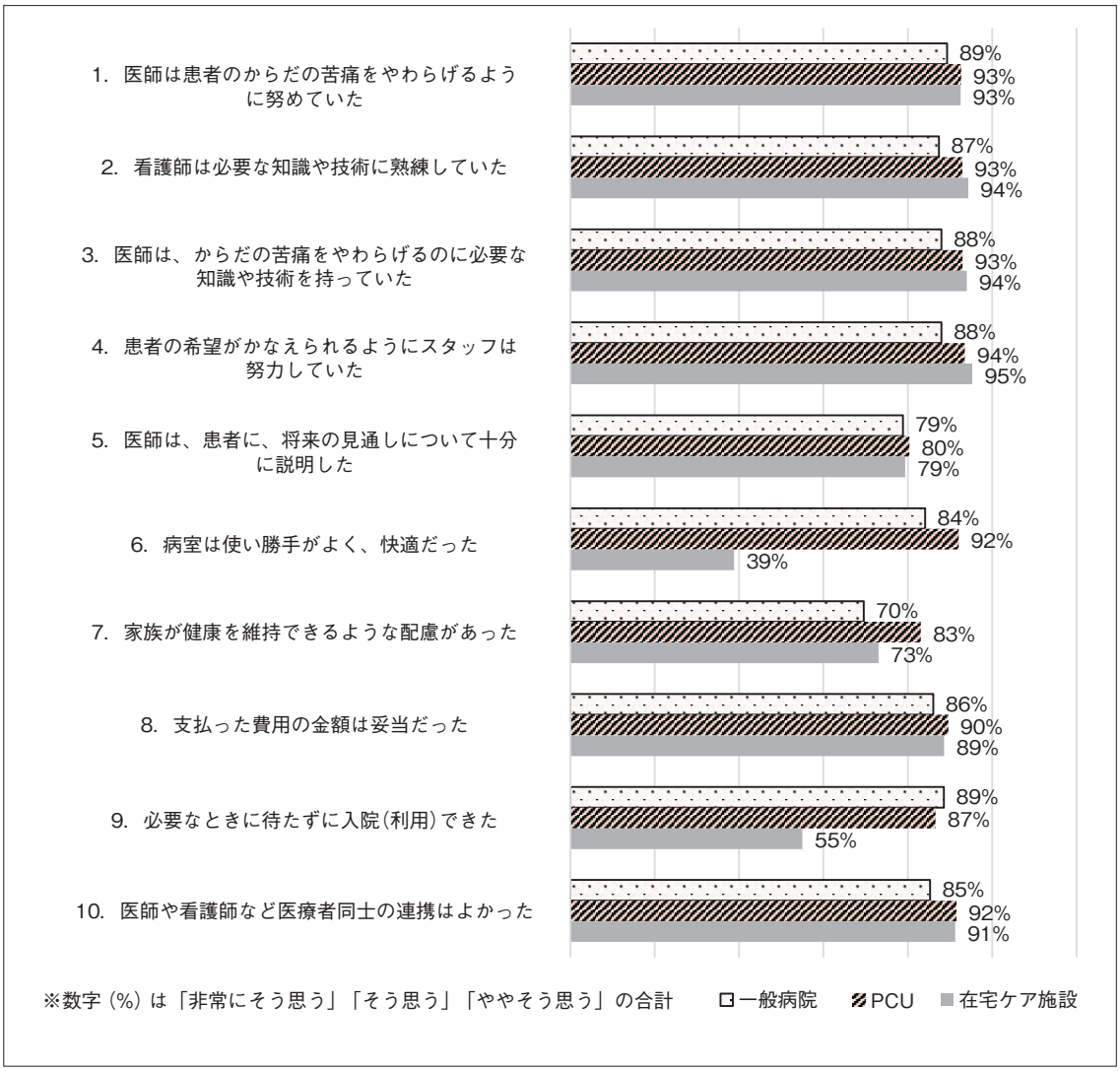


図 1　ケアの構造・プロセスの評価―施設別の回答分布―

目を追加した全 20 項目を使用した．アウトカム評価の結果を**図 3**，**表 2** に示した．

「1.-1 痛みが少なく過ごせた」と「1.-3 おだやかな気持ちで過ごせた」に関しては，PCU および在宅ケア施設ではいずれも 67～78% が肯定的な評価であったの対して，一般病院では 55% と 42% であった．「1.-2 からだの苦痛が少なく過ごせた」に関しては，PCU で 72% が肯定的な評価だったのに対して一般病院と在宅ケア施設ではそれぞれ 47%，58% であった．「2. 望んだ場所で過ごせた」に関しては在宅ケア施設では 92% が肯定的な評価であったのに対して，一般病院と PCU ではそれぞれ 42%，52% であった．

「医師を信頼していた」，「ひととして大切にされていた」に関しては，一般病院，PCU，在宅ケア施設のいずれでも肯定的な評価が 77～95% と相対的に高かった．一方で，「身の回りのことはたいて自分でできた」，「病気や死を意識せず

表1　ケアの構造・プロセスとケアに対する評価と全般的満足度―回答の分布―

		全体		一般病院		PCU		在宅ケア施設	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
1. 医師は患者のからだの苦痛をやわらげるように努めていた	非常にそう思う	3217	35%	127	25%	2817	35%	273	44%
	そう思う	4424	49%	271	53%	3885	49%	268	44%
	ややそう思う	743	8%	63	12%	651	8%	29	5%
	あまりそう思わない	205	2%	17	3%	179	2%	9	1%
	そう思わない	82	1%	9	2%	68	1%	5	1%
	全くそう思わない	61	1%	11	2%	46	1%	4	1%
	該当なし	174	2%	6	1%	152	2%	16	3%
2. 看護師は必要な知識や技術に熟練していた	非常にそう思う	2817	31%	94	18%	2457	31%	266	43%
	そう思う	4532	50%	271	53%	3995	50%	266	43%
	ややそう思う	1061	12%	86	17%	926	12%	49	8%
	あまりそう思わない	291	3%	28	5%	250	3%	13	2%
	そう思わない	101	1%	14	3%	82	1%	5	1%
	全くそう思わない	45	0%	8	2%	36	0%	1	0%
	該当なし	56	1%	3	1%	46	1%	7	1%
3. 医師は，からだの苦痛をやわらげるのに必要な知識や技術を持っていた	非常にそう思う	3172	35%	111	22%	2772	35%	289	47%
	そう思う	4410	49%	280	54%	3869	49%	261	42%
	ややそう思う	835	9%	63	12%	743	9%	29	5%
	あまりそう思わない	238	3%	28	5%	197	2%	13	2%
	そう思わない	65	1%	5	1%	56	1%	4	1%
	全くそう思わない	36	0%	8	2%	27	0%	1	0%
	該当なし	110	1%	5	1%	96	1%	9	1%
4. 患者の希望がかなえられるようにスタッフは努力していた	非常にそう思う	3690	41%	127	25%	3244	41%	319	52%
	そう思う	3770	42%	232	45%	3319	42%	219	36%
	ややそう思う	1005	11%	95	18%	861	11%	49	8%
	あまりそう思わない	238	3%	24	5%	202	3%	12	2%
	そう思わない	103	1%	13	3%	88	1%	2	0%
	全くそう思わない	50	1%	11	2%	37	0%	2	0%
	該当なし	49	1%	1	0%	44	1%	4	1%
5. 医師は，患者に，将来の見通しについて十分に説明した	非常にそう思う	2416	27%	111	22%	2117	27%	188	31%
	そう思う	3476	38%	196	38%	3073	39%	207	34%
	ややそう思う	1387	15%	100	19%	1193	15%	94	15%
	あまりそう思わない	615	7%	39	8%	539	7%	37	6%
	そう思わない	248	3%	18	3%	213	3%	17	3%
	全くそう思わない	123	1%	15	3%	100	1%	8	1%
	該当なし	553	6%	21	4%	484	6%	48	8%
6. 病室は使い勝手がよく，快適だった	非常にそう思う	3155	35%	104	20%	2993	38%	58	9%
	そう思う	3480	38%	195	38%	3175	40%	110	18%
	ややそう思う	1347	15%	135	26%	1141	14%	71	12%
	あまりそう思わない	401	4%	42	8%	322	4%	37	6%
	そう思わない	122	1%	14	3%	88	1%	20	3%
	全くそう思わない	65	1%	8	2%	50	1%	7	1%
	該当なし	287	3%	6	1%	35	0%	246	40%

表1　ケアの構造・プロセスとケアに対する評価と全般的満足度―回答の分布―（つづき）

		全体		一般病院		PCU		在宅ケア施設	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
7. 家族が健康を維持できるような配慮があった	非常にそう思う	2087	23%	67	13%	1905	24%	115	19%
	そう思う	3553	39%	161	31%	3169	40%	223	36%
	ややそう思う	1764	19%	131	25%	1521	19%	112	18%
	あまりそう思わない	809	9%	80	16%	683	9%	46	7%
	そう思わない	222	2%	22	4%	176	2%	24	4%
	全くそう思わない	121	1%	17	3%	95	1%	9	1%
	該当なし	290	3%	21	4%	209	3%	60	10%
8. 支払った費用の金額は妥当だった	非常にそう思う	2013	22%	69	13%	1811	23%	133	22%
	そう思う	4479	49%	253	49%	3921	49%	305	50%
	ややそう思う	1610	18%	122	24%	1380	17%	108	18%
	あまりそう思わない	353	4%	28	5%	306	4%	19	3%
	そう思わない	130	1%	10	2%	111	1%	9	1%
	全くそう思わない	50	1%	4	1%	43	1%	3	0%
	該当なし	177	2%	10	2%	147	2%	20	3%
9. 必要なときに待たずに入院(利用)できた	非常にそう思う	3000	33%	187	36%	2696	34%	117	19%
	そう思う	3434	38%	230	45%	3032	38%	172	28%
	ややそう思う	1233	14%	40	8%	1143	14%	50	8%
	あまりそう思わない	431	5%	20	4%	393	5%	18	3%
	そう思わない	303	3%	12	2%	280	4%	11	2%
	全くそう思わない	190	2%	7	1%	178	2%	5	1%
	該当なし	278	3%	8	2%	80	1%	190	31%
10. 医師や看護師など医療者同士の連携はよかった	非常にそう思う	2953	33%	109	21%	2576	32%	268	44%
	そう思う	4066	45%	236	46%	3594	45%	236	38%
	ややそう思う	1251	14%	95	18%	1098	14%	58	9%
	あまりそう思わない	376	4%	34	7%	323	4%	19	3%
	そう思わない	115	1%	13	3%	94	1%	8	1%
	全くそう思わない	93	1%	14	3%	76	1%	3	0%
	該当なし	56	1%	4	1%	41	1%	11	2%
ケアに対する全般的満足度（全般的に患者が最期の療養場所で受けた医療は満足だったか）	非常に不満足	53	1%	10	2%	42	1%	1	0%
	不満足	107	1%	20	4%	81	1%	6	1%
	やや不満足	295	3%	44	9%	236	3%	15	2%
	やや満足	1256	14%	109	21%	1071	13%	76	12%
	満足	3918	43%	230	45%	3443	43%	245	40%
	非常に満足	3289	36%	91	18%	2934	37%	264	43%

に過ごせた」,「信仰に支えられていた」に関しては，一般病院，PCU，在宅ケア施設のいずれでも肯定的な評価が15～33%と相対的に低かった．特に,「信仰に支えられていた」は15～17%のみが肯定的な評価であった．

考　察

本調査を通して明らかになったことは，1）ケアの構造・プロセスに関しては，全体的に肯定的な評価の割合が高いこと，2）特定の側面におい

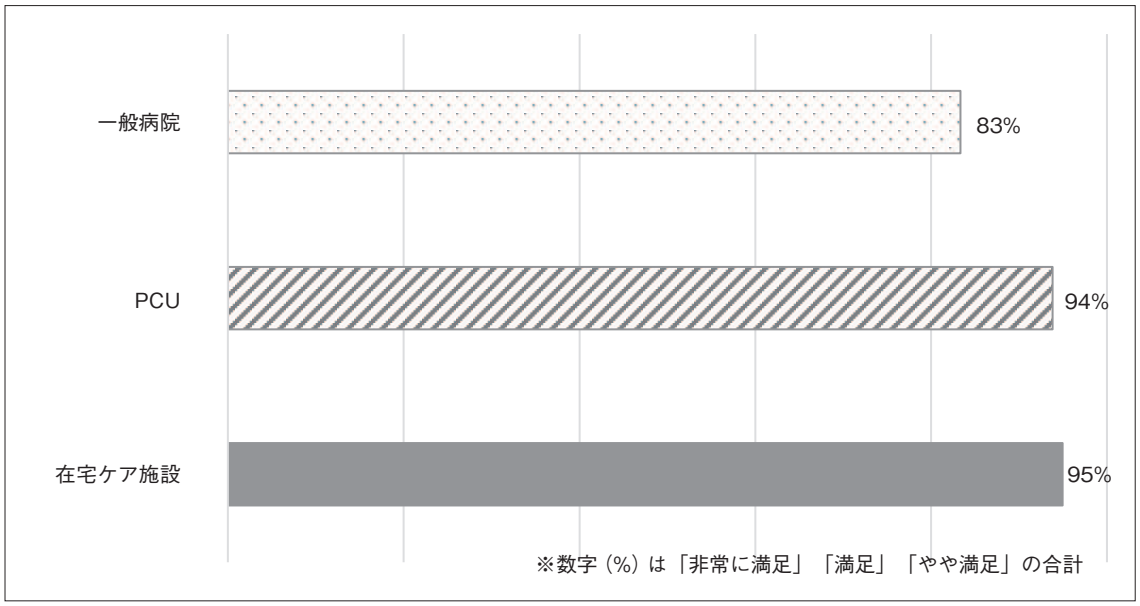


図２　ケアに対する全般的満足度―施設別回答の分布―

て改善の余地があるが，全般的には満足のいくケアを提供することができていること，3）望ましい死の達成度に関しては，施設・項目によって肯定的な評価の割合が異なっていたことである．

ケアの構造・プロセスの評価に関しては，ほとんどの項目において肯定的な割合が高かった．この結果は過去の遺族調査の結果と一致する．「病室は使い勝手がよく，快適だった」「必要なときに待たずに入院(利用)できた」に関しては，在宅ケア施設で肯定的な割合が 39%，55% で一般病院と PCU と比較すると低いが，この差は在宅ケア施設で該当なしが 40% と多いことが影響していると考えられている．「該当なし」を除いた場合は多くの遺族が肯定的な評価をしており，在宅ケア施設でもこの項目に対する評価も高いと推察される．これらからも，過去の遺族調査同様，多くのがん患者遺族がケアの構造・プロセスの多くの側面に対して肯定的な評価をしていると考える．

しかしながら，「家族が健康を維持できるような配慮があった」に関しては改善が求められているのかもしれない．前回 2013 年の調査(J-HOPE3)では，肯定的な評価が一般病院で 66%，PCU で 85%，在宅ケア施設で 90% であった，本調査では，肯定的な評価が一般病院で 70%，PCU で 83%，在宅ケア施設で 73% であった．一般病院では多少の改善がみられたが，在宅ケア施設では 10% 以上肯定的な評価が減少している．このことから，家族を含めた緩和ケア提供の重要性を再認識し，家族ケアの見直しが必要となっているのかもしれない．

ケアに対する満足度に関しては，過去の遺族調査と比較しても高い数値を維持している．J-HOPE3 では，「非常に満足」「満足」「やや満足」の割合が一般病院で 80%，PCU で 94%，在宅ケア施設で 96% であり，本調査の結果と類似している．このことを踏まえると，ケアの構造・プロセスでは特定の側面において改善の余地があるが，全般的には満足のいくケアを提供することができたと考えられる．

望ましい死の達成度に関しては，項目・施設によって肯定的な評価の割合が異なっていた．「身の回りのことはたいて自分でできた」「病気や死を意識せずに過ごせた」の病状進行に関連する項

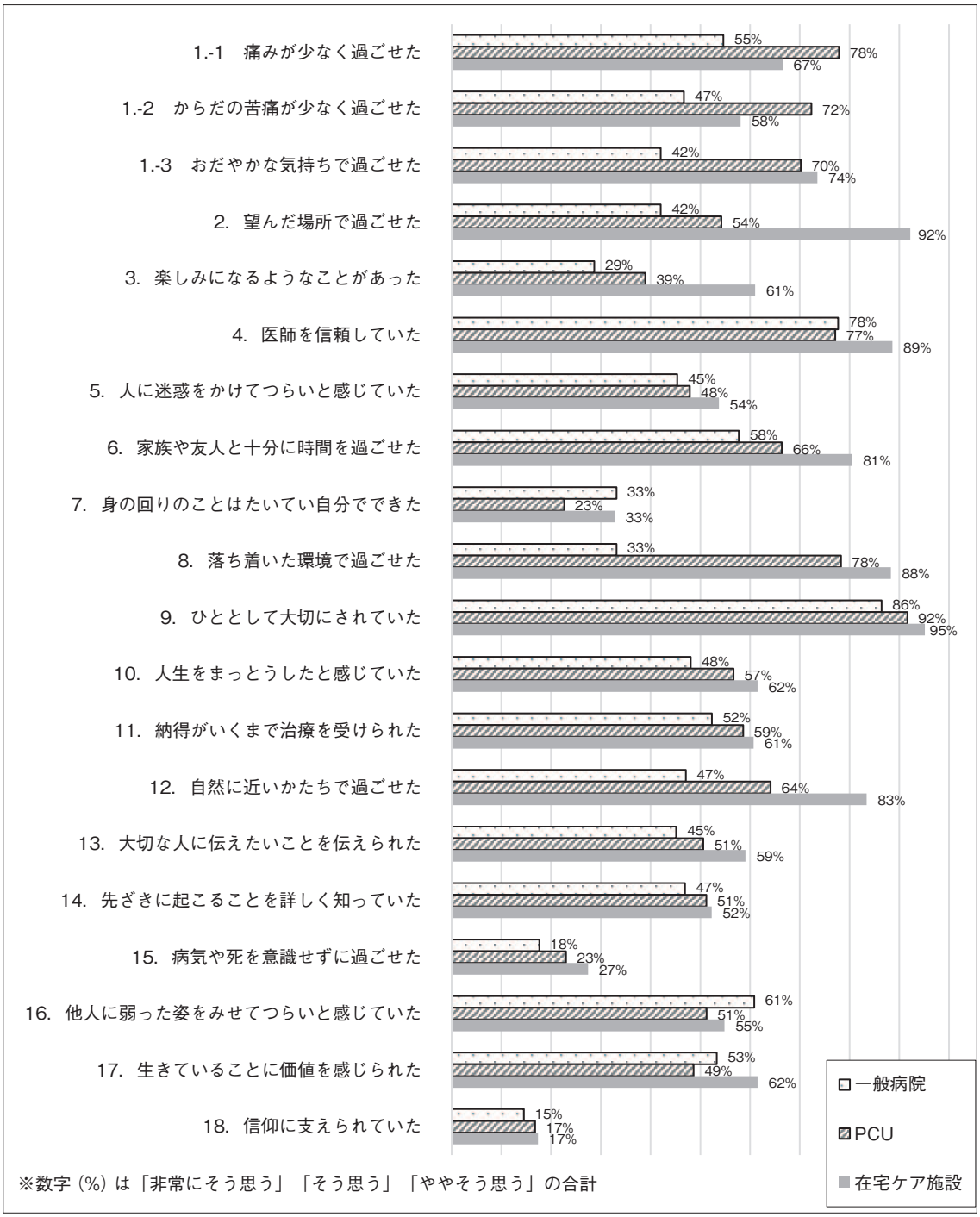


図3　望ましい死の達成度の評価―施設別の回答分布―

表2　ケアのアウトカムの評価―回答分布―

		全体		一般病院		PCU		在宅ケア施設	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
1.-1 痛みが少なく過ごせた	全くそう思わない	182	2%	35	7%	123	2%	24	4%
	そう思わない	403	4%	67	13%	294	4%	42	7%
	あまりそう思わない	474	5%	53	10%	376	5%	45	7%
	どちらともいえない	974	11%	64	12%	820	10%	90	15%
	ややそう思う	2028	22%	111	22%	1785	22%	132	21%
	そう思う	3585	40%	139	27%	3237	41%	209	34%
	非常にそう思う	1262	14%	32	6%	1161	15%	69	11%
1.-2 からだの苦痛が少なく過ごせた	全くそう思わない	219	2%	40	8%	153	2%	26	4%
	そう思わない	487	5%	80	16%	355	4%	52	8%
	あまりそう思わない	613	7%	59	11%	492	6%	62	10%
	どちらともいえない	1239	14%	82	16%	1045	13%	112	18%
	ややそう思う	2282	25%	108	21%	2028	26%	146	24%
	そう思う	3087	34%	114	22%	2812	35%	161	26%
	非常にそう思う	973	11%	19	4%	903	11%	51	8%
1.-3 おだやかな気持ちで過ごせた	全くそう思わない	136	1%	26	5%	98	1%	12	2%
	そう思わない	348	4%	49	9%	277	3%	22	4%
	あまりそう思わない	501	6%	53	10%	420	5%	28	5%
	どちらともいえない	1598	18%	120	23%	1388	17%	90	15%
	ややそう思う	1981	22%	115	22%	1739	22%	127	21%
	そう思う	3022	33%	107	21%	2701	34%	214	35%
	非常にそう思う	1278	14%	32	6%	1134	14%	112	18%
2. 望んだ場所で過ごせた	全くそう思わない	287	3%	45	9%	239	3%	3	0%
	そう思わない	593	7%	54	10%	530	7%	9	1%
	あまりそう思わない	641	7%	57	11%	577	7%	7	1%
	どちらともいえない	2245	25%	128	25%	2092	26%	25	4%
	ややそう思う	1337	15%	82	16%	1218	15%	37	6%
	そう思う	2366	26%	103	20%	2068	26%	195	32%
	非常にそう思う	1388	15%	32	6%	1020	13%	336	55%
3. 楽しみになるようなことがあった	全くそう思わない	602	7%	76	15%	503	6%	23	4%
	そう思わない	895	10%	60	12%	807	10%	28	5%
	あまりそう思わない	1220	13%	90	17%	1080	14%	50	8%
	どちらともいえない	2426	27%	117	23%	2180	27%	129	21%
	ややそう思う	1543	17%	83	16%	1316	17%	144	23%
	そう思う	1489	16%	54	10%	1290	16%	145	24%
	非常にそう思う	582	6%	11	2%	484	6%	87	14%
4. 医師を信頼していた	全くそう思わない	72	1%	7	1%	64	1%	1	0%
	そう思わない	132	1%	11	2%	119	1%	2	0%
	あまりそう思わない	227	3%	14	3%	198	2%	15	2%
	どちらともいえない	1342	15%	69	13%	1226	15%	47	8%
	ややそう思う	1529	17%	104	20%	1345	17%	80	13%
	そう思う	3668	40%	207	40%	3200	40%	261	42%
	非常にそう思う	1874	21%	90	17%	1579	20%	205	33%
5. 人に迷惑をかけてつらいと感じていた	全くそう思わない	454	5%	32	6%	388	5%	34	6%
	そう思わない	922	10%	49	9%	815	10%	58	9%
	あまりそう思わない	992	11%	61	12%	870	11%	61	10%
	どちらともいえない	2078	23%	121	23%	1837	23%	120	19%
	ややそう思う	2177	24%	109	21%	1896	24%	172	28%
	そう思う	1513	17%	88	17%	1313	17%	112	18%
	非常にそう思う	678	7%	37	7%	594	7%	47	8%

表2　ケアのアウトカムの評価―回答分布―（つづき）

		全体		一般病院		PCU		在宅ケア施設	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
6. 家族や友人と十分に時間を過ごせた	全くそう思わない	159	2%	19	4%	134	2%	6	1%
	そう思わない	362	4%	35	7%	312	4%	15	2%
	あまりそう思わない	733	8%	59	11%	654	8%	20	3%
	どちらともいえない	1541	17%	91	18%	1376	17%	74	12%
	ややそう思う	2283	25%	133	26%	1998	25%	152	25%
	そう思う	2765	30%	133	26%	2428	31%	204	33%
	非常にそう思う	1018	11%	32	6%	846	11%	140	23%
7. 身の回りのことはたいてい自分でできた	全くそう思わない	2656	29%	106	21%	2404	30%	146	24%
	そう思わない	1876	21%	93	18%	1675	21%	108	18%
	あまりそう思わない	1175	13%	57	11%	1040	13%	78	13%
	どちらともいえない	969	11%	75	15%	820	10%	74	12%
	ややそう思う	971	11%	65	13%	828	10%	78	13%
	そう思う	916	10%	82	16%	749	9%	85	14%
	非常にそう思う	282	3%	24	5%	219	3%	39	6%
8. 落ち着いた環境で過ごせた	全くそう思わない	174	2%	106	21%	65	1%	3	0%
	そう思わない	248	3%	93	18%	146	2%	9	1%
	あまりそう思わない	297	3%	57	11%	232	3%	8	1%
	どちらともいえない	1235	14%	75	15%	1115	14%	45	7%
	ややそう思う	2174	24%	65	13%	1984	25%	125	20%
	そう思う	3504	39%	82	16%	3155	40%	267	43%
	非常にそう思う	1252	14%	24	5%	1076	14%	152	25%
9. ひととして大切にされていた	全くそう思わない	22	0%	4	1%	18	0%	0	0%
	そう思わない	41	0%	4	1%	36	0%	1	0%
	あまりそう思わない	91	1%	6	1%	83	1%	2	0%
	どちらともいえない	442	5%	42	8%	378	5%	22	4%
	ややそう思う	1214	13%	107	21%	1058	13%	49	8%
	そう思う	4392	48%	221	43%	3898	49%	273	44%
	非常にそう思う	2702	30%	118	23%	2320	29%	264	43%
10. 人生をまっとうしたと感じていた	全くそう思わない	518	6%	51	10%	442	6%	25	4%
	そう思わない	672	7%	48	9%	579	7%	45	7%
	あまりそう思わない	556	6%	46	9%	483	6%	27	4%
	どちらともいえない	1993	22%	111	22%	1747	22%	135	22%
	ややそう思う	1216	13%	66	13%	1073	14%	77	13%
	そう思う	2473	27%	122	24%	2185	28%	166	27%
	非常にそう思う	1437	16%	60	12%	1241	16%	136	22%
11. 納得がいくまで治療を受けられた	全くそう思わない	296	3%	31	6%	253	3%	12	2%
	そう思わない	500	6%	41	8%	433	5%	26	4%
	あまりそう思わない	574	6%	50	10%	486	6%	38	6%
	どちらともいえない	2163	24%	111	22%	1894	24%	158	26%
	ややそう思う	1548	17%	89	17%	1355	17%	104	17%
	そう思う	2634	29%	131	25%	2340	29%	163	26%
	非常にそう思う	1115	12%	50	10%	958	12%	107	17%
12. 自然に近いかたちで過ごせた	全くそう思わない	275	3%	34	7%	233	3%	8	1%
	そう思わない	446	5%	53	10%	376	5%	17	3%
	あまりそう思わない	579	6%	65	13%	500	6%	14	2%
	どちらともいえない	1695	19%	105	20%	1533	19%	57	9%
	ややそう思う	1890	21%	99	19%	1684	21%	107	17%
	そう思う	2810	31%	113	22%	2457	31%	240	39%
	非常にそう思う	1150	13%	31	6%	952	12%	167	27%

表2　ケアのアウトカムの評価―回答分布―（つづき）

		全体		一般病院		PCU		在宅ケア施設	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
13. 大切な人に伝えたいことを伝えられた	全くそう思わない	525	6%	43	8%	463	6%	19	3%
	そう思わない	682	8%	45	9%	602	8%	35	6%
	あまりそう思わない	818	9%	55	11%	716	9%	47	8%
	どちらともいえない	2219	24%	124	24%	1953	25%	142	23%
	ややそう思う	1697	19%	109	21%	1463	18%	125	20%
	そう思う	2098	23%	85	16%	1866	24%	147	24%
	非常にそう思う	820	9%	39	8%	689	9%	92	15%
14. 先ざきに起こることを詳しく知っていた	全くそう思わない	556	6%	39	8%	484	6%	33	5%
	そう思わない	801	9%	55	11%	685	9%	61	10%
	あまりそう思わない	868	10%	59	11%	749	9%	60	10%
	どちらともいえない	1984	22%	106	21%	1747	22%	131	21%
	ややそう思う	1806	20%	103	20%	1589	20%	114	19%
	そう思う	2030	22%	103	20%	1778	22%	149	24%
	非常にそう思う	793	9%	36	7%	698	9%	59	10%
15. 病気や死を意識せずに過ごせた	全くそう思わない	1012	11%	70	14%	887	11%	55	9%
	そう思わない	1617	18%	124	24%	1381	17%	112	18%
	あまりそう思わない	1247	14%	80	16%	1093	14%	74	12%
	どちらともいえない	2872	32%	132	26%	2542	32%	198	32%
	ややそう思う	985	11%	40	8%	867	11%	78	13%
	そう思う	833	9%	40	8%	726	9%	67	11%
	非常にそう思う	269	3%	11	2%	234	3%	24	4%
16. 他人に弱った姿をみせてつらいと感じていた	全くそう思わない	293	3%	9	2%	255	3%	29	5%
	そう思わない	654	7%	24	5%	597	8%	33	5%
	あまりそう思わない	881	10%	41	8%	783	10%	57	9%
	どちらともいえない	2292	25%	112	22%	2029	26%	151	25%
	ややそう思う	2287	25%	129	25%	1977	25%	181	29%
	そう思う	1656	18%	119	23%	1436	18%	101	16%
	非常にそう思う	779	9%	66	13%	657	8%	56	9%
17. 生きていることに価値を感じられた	全くそう思わない	163	2%	10	2%	148	2%	5	1%
	そう思わない	304	3%	23	4%	266	3%	15	2%
	あまりそう思わない	421	5%	20	4%	382	5%	19	3%
	どちらともいえない	3385	37%	171	33%	3026	38%	188	31%
	ややそう思う	1498	17%	97	19%	1295	16%	106	17%
	そう思う	2334	26%	137	27%	1996	25%	201	33%
	非常にそう思う	683	8%	41	8%	570	7%	72	12%
18. 信仰に支えられていた	全くそう思わない	3045	34%	214	41%	2625	33%	206	33%
	そう思わない	1674	18%	84	16%	1458	18%	132	21%
	あまりそう思わない	924	10%	46	9%	812	10%	66	11%
	どちらともいえない	1651	18%	78	15%	1476	19%	97	16%
	ややそう思う	595	7%	24	5%	540	7%	31	5%
	そう思う	531	6%	29	6%	465	6%	37	6%
	非常にそう思う	388	4%	22	4%	327	4%	39	6%

目に関しては一般病院，PCU，在宅ケア施設のいずれでも肯定的な評価の割合が低い結果となっていた．この結果はJ-HOPE3と一致する．一方で，「医師を信頼していた」「ひととして大切にされていた」の最後の療養場所で受けたケアに関連する項目に関しては一貫して肯定的な評価の割合が高かった．したがって，構造・プロセスの評価と同様に，最後の療養場所で受けたケアに対

する評価が高いことが明らかになった．「痛みが少なく過ごせた」「からだの苦痛が少なく過ごせた」の身体症状緩和に関する項目に関しては，肯定的な評価の割合が PCU で 72 ～ 78%，一般病院で 47～55%，在宅ケア施設で 58～67%であり，PCU と比較すると一般病院と在宅ケア施設施設で評価が低い結果となった．本調査の対象者において，一般病院では緩和ケアチームの介入が必ずしもされていない患者も対象となっていることがこの結果に影響している可能性も考えられる．一般病院における緩和ケアの普及，緩和ケアチームの早期介入などの症状緩和に対する体制作りが依然として求められていると考える．

まとめ

ケアの構造・プロセス・アウトカムの評価結果は過去 3 回の調査とほぼ一致する結果であり，わが国のホスピス・緩和ケアの質水準は高い状態を維持できていると考える．しかし，個々の側面をみるといまだ改善すべき課題がある．これらの課題に対しては医療者，医療施設，医療政策それぞれにおける取り組みが求められる．また，今後も多施設での遺族調査を継続し，わが国のホスピス・緩和ケアの質評価の結果を各施設・医療者へ配信し，今後のケアの質向上につなげることは重要であると考える．

文　献

1）Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988；260：1743–1748.
2）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 Manag* 2004；27：492–501.
3）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 Manag* 2008;35（5）：486–498.
4）Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. A nationwide survey of quality of end-of-life cancer care in designated cancer centers, inpatient palliative care units and home hospices in Japan: the J-HOPE study. *J Pain Symptom Manag* 2015；50（1）：38–47.
5）Aoyama M, Morita T, Kizawa Y, et al. The Japan hospice and palliative care evaluation study 3: study design, characteristics of participants and participating institutions, and response rates. *Am J Hosp Palliat Care* 2017；34（7）：654–664.
6）Miyashita M, Aoyama M, Nakahata M, et al. Development the care evaluation scale version 2.0: a modified version of a measure for bereaved family members to evaluate the structure and process of palliative care for cancer patient. *BMC Palliat Care* 2017；16：8.
7）Rosenfeld K, Wenger NS. Measuring quality in end-of-life care. *Clin Geriatr Med* 2000；16（2）：387–400.
8）Tilden VP, Tolle S, Drach L, Hickman S. Measurement of quality of care and quality of life at the end of life. *Gerontologist* 2002;42（3）：71–80.
9）Lorenz KA, Lynn J, Dy S, et al. Quality measures for symptoms and advance care planning in cancer: a systematic review. *J Clin Oncol* 2006；24（30）：4933–4938
10）Masukawa K, Aoyama M, Morita T, et al. The Japan hospice and palliative evaluation study 4: a cross-sectional questionnaire survey. *BMC Palliat Care* 2018；17（1）：66.

②

遺族の抑うつ・複雑性悲嘆

升川　研人*

サマリー

抑うつの程度はPatient Health Questionnaire（以下，PHQ-9），悲嘆の程度はBrief Grief Questionnaire（以下，BGQ）を使用して評価した．

PHQ-9のカットオフ値に基づいて中等度以上の抑うつとされた遺族は全体で14%，一般病院で15%，PCUで14%，在宅ケア施設で15%であった．BGQのカットオフ値に基づいて複雑性悲嘆を有する遺族は全体で10%，一般病院で12%，PCUで10%，在宅ケア施設で12%であった．

本調査では，わが国のホスピス・緩和ケアを受けて死亡したがん患者遺族の抑うつ，悲嘆に関して症状の程度と分布を明らかにした．J-HOPE3と結果に大きな差は認められなかったが，他調査の結果も踏まえると，未だに多くのがん患者遺族が精神的ケアを必要としていると考えられる．

目　的

死別は，残された遺族の身体面や精神面に大きな影響を与えうる．遺族のうつ病は死別後1カ月で24%，7カ月で23%，13カ月で16%になると言われている[1]．また，医学的援助を求めたがん患者遺族では，その40%が初診時にうつ病の診断を受けていることも明らかになっている[2]．このように死別後の遺族の精神状態を評価することは重要なことである．

死別後のがん患者遺族の精神状態を評価する際には，うつ病・抑うつに加えて，長引く悲嘆反応に関しても注意が必要である[3]．死別による喪失感に対する反応を悲嘆反応と呼び，誰もが経験しうる正常な反応である．しかし，なかには，悲嘆反応の程度や期間が通常の範囲を超え，日常生活に支障をきたす程度に至り，医療的介入を有する「複雑性悲嘆」と言われる症状をきたす場合がある．J-HOPE3研究では，がん患者遺族の複雑性悲嘆の閾値以上とされた遺族は全体の14%，中等度以上の抑うつとされた遺族は17%であったことが報告されている[4]．がん患者遺族も緩和ケアの重要な対象であるため，がん患者遺族のうつ病・抑うつ，悲嘆の程度に関する継続評価は緩和

*東北大学大学院 医学研究科

ケアの質の維持向上にとって，有益な情報を与えるうる．

そこで本調査でも，抑うつの評価尺度 PHQ-9（Patient Health Questionnaire [5]）と複雑性悲嘆の評価尺度 BGQ（Brief Greif Questionnaire）[6] を用いて，複雑性悲嘆と抑うつの有病率の実態・変化を明らかにすることとした．

結　果

1）抑うつの程度に関して

本調査では抑うつの評価尺度 PHQ-9 を使用して評価を実施した．PHQ-9 はうつ病の診断基準に基づき構成されているという特徴を持ち，他のうつ病のスクリーニング尺度と比較して識別力に優れていることが示されており，うつ病の重症度を検討することも可能である．合計得点によって抑うつの重症度を「0 ～ 4 点：症状なし」「5 ～ 9 点：軽度」「10 ～ 14 点 = 中等度」「15 ～ 19 点：中等度～重度」「20 ～ 27 点：重度」としており，特に 10 点以上の中等度以上の抑うつについては大うつ病性障害が疑われることから，医学的介入が検討される基準とされている．

本調査におけるがん患者遺族の抑うつの程度に関する評価結果を**表 1** と**図 1** に示す．中等度以上の抑うつ症状のあるがん患者遺族の割合は全体で 14%，一般病院で 15%，PCU で 14%，在宅ケア施設で 15% であった．PHQ-9 の項目毎の回答分布に関しては**表 2** に示す．

2）悲嘆の程度に関して

本調査では複雑性悲嘆の評価尺度 BGQ を使用して評価を実施した．BGQ は 5 項目からなる尺度で，複雑性悲嘆のスクリーニングに用いられる簡便な尺度である．0 ～ 2 点で各項目を評価し，合計得点が 8 点以上で複雑性悲嘆である可能性が高い，5 ～ 7 点で複雑性悲嘆の閾値以下だが可能性がある，5 点未満は複雑性悲嘆の可能性が低いとされる．

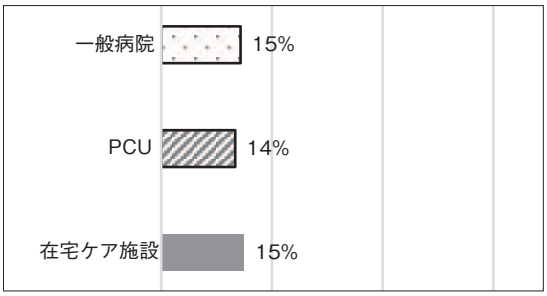


図 1　中等度以上の抑うつ症状である遺族（PHQ-9 ≧ 10）の割合―施設別―

本調査におけるがん患者遺族の悲嘆の程度に関する評価結果を**表 3** に示す．複雑性悲嘆の可能性が高いがん患者遺族の割合は全体で 10%，一般病院で 12%，PCU で 10%，在宅ケア施設で 12% であった．BGQ の各項目の詳細な分布に関しては**表 4** に示した．

考　察

本調査で明らかになったことは，わが国の一般病院，PCU，在宅ケア施設で死亡したがん患者遺族のおける中等度以上の抑うつ症状の有病率は 14%，複雑性悲嘆の有病率は 10% だったことである．

表 1　うつ病性障害の割合・重症度

	全体		一般病院		PCU		在宅ケア施設	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
PHQ-9 合計得点（平均± SD）	（4.4 ± 5.1）		（4.8 ± 5.3）		（4.4 ± 5.1）		（4.7 ± 5.0）	
0 ～ 4 点：症状なし	5308	59%	297	58%	4665	59%	346	56%
5 ～ 9 点：軽度	1990	22%	111	22%	1731	22%	148	24%
10 ～ 14 点：中等度	746	8%	39	8%	651	8%	56	9%
15 ～ 19 点：中等度～重度	336	4%	24	5%	286	4%	26	4%
20 ～ 27 点：重度	146	2%	11	2%	125	2%	10	2%

表 2　Patient Health Questionnaire 9 の回答分布―施設別―

		全体		一般病院		PCU		在宅ケア施設	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
1. 物事に対してほとんど興味がない，楽しめない	全くない	5164	57%	271	53%	4545	57%	348	56%
	数日	2433	27%	154	30%	2113	27%	166	27%
	半分以上	850	9%	48	9%	738	9%	64	10%
	ほとんど毎日	381	4%	26	5%	328	4%	27	4%
2. 気分が落ち込む，憂うつになる，絶望的な気持ちになる	全くない	4946	55%	268	52%	4333	55%	345	56%
	数日	2924	32%	165	32%	2565	32%	194	31%
	半分以上	673	7%	41	8%	587	7%	45	7%
	ほとんど毎日	286	3%	26	5%	238	3%	22	4%
3. 寝つきが悪い，途中で目が覚める，逆に眠り過ぎる	全くない	4015	44%	206	40%	3545	45%	264	43%
	数日	2992	33%	174	34%	2612	33%	206	33%
	半分以上	1041	11%	68	13%	908	11%	65	11%
	ほとんど毎日	816	9%	55	11%	694	9%	67	11%
4. 疲れた感じがする，気力が無い	全くない	3589	40%	192	37%	3173	40%	224	36%
	数日	3530	39%	208	40%	3062	39%	260	42%
	半分以上	1123	12%	65	13%	981	12%	77	13%
	ほとんど毎日	615	7%	36	7%	534	7%	45	7%
5. あまり食欲が無い，または食べ過ぎる	全くない	5249	58%	288	56%	4627	58%	334	54%
	数日	2397	26%	142	28%	2075	26%	180	29%
	半分以上	811	9%	49	9%	702	9%	60	10%
	ほとんど毎日	360	4%	23	4%	310	4%	27	4%
6. 自分はダメな人間だ，人生の敗北者だと気に病む	全くない	6597	73%	375	73%	5772	73%	450	73%
	数日	1576	17%	86	17%	1379	17%	111	18%
	半分以上	441	5%	23	4%	393	5%	25	4%
	ほとんど毎日	230	3%	18	3%	192	2%	20	3%
7. 新聞やテレビなど集中することが難しい	全くない	6646	73%	362	70%	5843	74%	441	72%
	数日	1521	17%	95	18%	1313	17%	113	18%
	半分以上	492	5%	34	7%	422	5%	36	6%
	ほとんど毎日	198	2%	10	2%	175	2%	13	2%
8. 会話 / 動作が遅くなる / そわそわ落ち着かなくなる	全くない	7381	81%	404	78%	6459	81%	518	84%
	数日	1115	12%	75	15%	973	12%	67	11%
	半分以上	282	3%	16	3%	249	3%	17	3%
	ほとんど毎日	91	1%	7	1%	80	1%	4	1%
9. 死んだほうがましだ / 自分を何らかの方法で傷つけようと思う	全くない	7981	88%	451	87%	6990	88%	540	88%
	数日	643	7%	37	7%	559	7%	47	8%
	半分以上	168	2%	10	2%	143	2%	15	2%
	ほとんど毎日	82	1%	1	0%	75	1%	6	1%
10. 上記の問題で家事や他の人と仲良くやっていくことがどのくらい困難か？	全く困難ではない	6479	71%	362	70%	5663	71%	454	74%
	やや困難	2120	23%	124	24%	1868	24%	128	21%
	困難	238	3%	10	2%	206	3%	22	4%
	極端に困難	52	1%	7	1%	42	1%	3	0%

表 3　複雑性悲嘆の割合重症度―施設別―

	全体		一般病院		PCU		在宅ケア施設	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
BGQ 合計得点（平均± SD）	（4.5 ± 2.3）		（4.9 ± 2.2）		（4.4 ± 2.3）		（4.5 ± 2.4）	
0 ～ 4 点 ：CG* の可能性低い	4306	47%	203	39%	3810	48%	293	48%
5 ～ 7 点 ：CG* の可能性あり	3424	38%	230	45%	2971	37%	223	36%
8 点以上：CG* の可能性高い	930	10%	63	12%	796	10%	71	12%

*CG：複雑性悲嘆

表 4　Brief Greif Questionnaire の回答分布―施設別―

		全体		一般病院		PCU		在宅ケア施設	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
1. 患者の死の受け入れ	全く大変ではない	924	10%	40	8%	828	10%	56	9%
	多少大変である	3848	42%	184	36%	3408	43%	256	42%
	かなり大変である	4122	45%	286	55%	3546	45%	290	47%
2. 悲嘆による生活の支障	全くない	2239	25%	89	17%	1994	25%	156	25%
	多少ある	5275	58%	317	61%	4610	58%	348	56%
	かなりある	1384	15%	101	20%	1184	15%	99	16%
3. 患者の死についての考えによって悩まされること	全くない	1658	18%	59	11%	1480	19%	119	19%
	多少ある	5279	58%	323	63%	4608	58%	348	56%
	かなりある	1923	21%	123	24%	1658	21%	142	23%
4. 患者を想起させるために避けている行動	全くない	3371	37%	157	30%	2961	37%	253	41%
	多少ある	4399	48%	271	53%	3858	49%	270	44%
	かなりある	1151	13%	78	15%	988	12%	85	14%
5. 患者死別後に他者から切り離されたと感じること	全くない	5596	62%	307	59%	4904	62%	385	63%
	多少ある	2815	31%	169	33%	2465	31%	181	29%
	かなりある	515	6%	30	6%	442	6%	43	7%

本調査で得られた抑うつ症状と複雑性悲嘆の有病率は 2013 年の前調査における結果とほぼ一致していた．2013 年における調査では，中等度以上の抑うつ症状のある人の割合は全体で 17% であり，複雑性悲嘆の割合は全体で 14% であった[4]．前回調査と本調査の結果とほぼ一致していたことから，遺族の抑うつ症状と複雑性悲嘆の有病率に改善は認められなかった．

本結果から，がん患者遺族の精神的なケアは今後も重要な課題であると考える．国立がん研究センターが実施した，「患者が受けた医療に関する遺族の方々への調査―平成 29 年度予備調査―」では，わが国のがん患者遺族のうつ病を有する遺族の割合は 16.6%，複雑性悲嘆を有するがん患者遺族の割合は 26.4％であった[7]．一方で 2013～2015 年に実施された「精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド」では，わが国の一般市民における大うつ病性障害を含む気分障害の有病率を 0.1～7.0% と報告しており[8]，PHQ-9 の値が単独では診断とはならないものの一般市民よりもがん患者遺族における死別後の精神的負担感が大きいことが示唆される．わが国の一般市民における複雑性悲嘆の実態は明らかになってはいないが，未だ多くのがん患者遺族が精神的ケアを必要としていると考えられる．

まとめ

わが国の一般病院，PCU，在宅ケア施設で死亡したがん患者遺族における中等度以上の抑うつ症状の有病率は14%，複雑性悲嘆の有病率は10%だった．他調査の結果を考慮しても，多くのがん患者遺族の精神状態に対するケアニーズがあると考えられる．そのため，がん患者遺族の精神的ケアを提供する体制の充実化が求められているのかもしれない．

文　献

1）Zisook S, Shuchter SR. Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry* 1991；148（10）：1346-1352.
2）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.
3）日本緩和医療学会．専門家をめざす人のための緩和医療学，第2版．南江堂，2019
4）Aoyama M, Sakaguchi Y, Morita T, et al. Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. *Psychooncology* 2018；27（3）：915-921.
5）Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9：validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001；16（9）：606–613.
6）Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, et al. Brief measure for screening complicated grief：reliability and discriminant validity. *PLoS One* 2012；7（2）：e31209.
7）患者が受けた医療に関する遺族の方々への調査―平成29年度予備調査結果報告書―［https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/sup/project/090/result/index.html］
8）精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド　総合研究報告書［http://wmhj2.jp/WMHJ2-2016R.pdf］

第Ⅲ章
付帯研究

①

社会経済的背景が望ましい死の達成度および遺族の精神的健康に与える影響

青山　真帆*

サマリー

本研究の主要な目的は，（1）患者の社会経済的背景の違いが望ましい死の達成度に与える影響について明らかにすること，（2）遺族の社会経済的外形の違いが遺族の精神的健康（うつ）に与える影響について明らかにすること，の２点であった．単変量解析の結果，望ましい死の達成に関連する患者の社会経済的背景として，年収，同居者の有無や治療中の暮らし向きなどの項目で有意差が認められた．死別後のうつと遺族の社会経済的背景では，続柄と現在の世帯年収などに有意差が認められた．しかし，ほとんどの項目で効果量はほぼ認められず，単変量解析では社会経済的背景の違いによる望ましい死の達成度やうつへの影響については大きくは認められなかった．今後本データを用い，より詳細な検討を行っていく．

目　的

社会経済的地位（socio-economic status）と健康問題については，死亡率や循環器系疾患のリスクの上昇，メンタルヘルスの低下，BMI・血清コレステロール値・HbA1C など健康リスクファクターとなりうる指標の悪化など，医療のさまざまな分野において関係性が明らかになっている[1]．

しかし，終末期医療に関しては社会経済的地位がそのアウトカムである望ましい死の達成度や遺族の精神的健康状態などに与える影響ついてはほとんど研究が行われていない．がん領域では，近年，米国を中心に Financial Toxicity（経済的毒性）と呼ばれる新しいがん治療の副作用の概念が広まっている．これは，高額ながん治療費の影響で，生活を切り詰めてがん患者の QOL が低下するだけではなく，治療の差し控えや処方箋の受け取りを自己判断で控えるなど，治療の決定やアドヒアランスに影響を与える問題として注目されている[2~4]．このように，医療費の負担や患者・家族の世帯収入などの社会経済的地位に関連する背景が，治療選択や療養中の QOL へ影響を与える可能性が高いことが明らかとなっている．

また，J-HOPE3 研究では，家族の経済的負担

*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）

が死別後のうつの関連要因として挙げられた．しかし，主観的な経済的負担が具体的に遺族の収入や職業など，どのような社会経済的な指標がうつに影響したのかは明らかにはならなかった[5]．社会経済的地位の低さは，治療選択に影響を及ぼし，望ましい死の達成度や遺族のうつに影響を与えているということが仮説として挙げられる．社会的には経済格差の拡大も問題となっているなか，がんに対する医療費は増加傾向になり，国民皆保険制度を取り入れているわが国においても，がん患者自身の経済的負担も増大しており，社会経済的地位が健康問題に与える影響は無視できない問題である[6,7]．

したがって本研究の主要な目的は，(1) 患者の社会経済的背景の違いが望ましい死の達成度に与える影響について明らかにすること，(2) 遺族の社会経済的背景の違いが遺族の精神的健康（うつ）に与える影響について明らかにすること，の2点とした．

結　果

15,674名の遺族に質問紙を送付し，9,726名（62%）から返送を得た．回答拒否や欠損をのぞき8,127名を解析対象とした（有効回答率：52%）．

1）患者・遺族の社会経済的背景の分布

本研究で尋ねた患者・遺族の社会経済的地位に関する項目とその分布を**表1**，**表2**に示す．

患者に関する項目（**表1**）では，経済的な理由で医師から勧められたがん治療を変更・中止したかどうかについて，85%（n=6,260）が全くなかったと回答している一方，3%（n=227）がよくまたは時々あったと回答していた．抗がん治療のための生活の切り詰めは，「全くなかった」と回答したのが70%（n=5,063），「あまりなかった」が16%（n=1,187）だった．治療中の患者の暮らし向きは「家計にゆとりがなく，多少心配があった」「家計が苦しく，非常に心配があった」が合わせて14%（n=1,066）だった．

遺族に関する項目（**表2**）では，患者の介護による仕事への影響について「休職も含め，仕事を継続した」と回答したのが51%（n=3,833）で，介護による離職をしたと回答したのは7%（n=507）だった．

2）患者の社会経済的背景と望ましい死の達成度との関連

患者の社会経済的背景と望ましい死の達成度との関連を明らかにするために，単変量解析（t検定または一元配置分散分析，順序変数では傾向性の検定）を行った結果を**表1**に示す．効果量（Effect size：ES）は，t検定ではCohen's d，一元配置分散分析ではη^2，傾向性の検定ではSpearmanの相関係数r_sをそれぞれ算出した．望ましい死の達成度は，Good Death Inventory（GDI）短縮版のコア10ドメインの合計点で評価した．すべての項目で，$p<0.05$と有意な関連が認められたが，ESはいずれもほとんど認められなかった．

3）遺族の社会経済的背景と死別後のうつとの関連

遺族の社会経済的と死別後のうつとの関連を明らかにするために，単変量解析（カイ二乗検定）を行った結果を**表2**に示す．うつの評価はPatient Health Questionnaire-9（PHQ-9）を用いた．PHQ-9の合計点10点以上を「うつの可能性あり」として2値化した．ESはCramer's Vを算出した．カイ二乗検定の結果，すべての項目でうつと有意な関連が認められた．中以上（Cramer's V>0.25）のESが認められた項目は，続柄（ES=0.40）と遺族の現在の世帯年収（ES=0.38）の2つだった（**表2**）．

考　察

本研究は，患者および遺族の社会経済的背景と終末期ケアの主要なアウトカムの1つである望ましい死の達成度および遺族の心理的アウトカムとしてのうつとの関連を明らかにした初めての遺族

表 1　望ましい死の達成度と社会経済的地位との関連（単変量解析）

	n	%	平均	SD	ES	ρ
患者性別						
男性	4,021	54%	47.8	8.1	0.07	0.003
女性	3,493	46%	48.4	8.0		
患者年齢 *						
40 歳未満	36	0%	46.7	9.7	0.08	<0.0001
40 ～ 49 歳	167	2%	46.2	9.8		
50 ～ 59 歳	466	6%	47.1	8.3		
60 ～ 69 歳	1,475	20%	47.2	8.2		
70 ～ 79 歳	2,278	30%	48.0	8.1		
80 歳以上	3,092	41%	48.9	7.7		
患者の婚姻状態						
既婚	4,496	61%	47.9	8.0	0.002	0.001
未婚	412	6%	48.2	8.6		
死別	2,010	28%	48.7	7.8		
離別	390	5%	47.4	8.4		
患者の同居者の有無						
いた	5,384	74%	47.9	8.1	0.10	0.0002
いなかった	1,871	26%	48.7	8.0		
患者が亡くなる前の 1 ヵ月の医療費 *						
10 万円未満	1,935	27%	48.6	8.2	0.04	0.002
10 万円以上 20 万円未満	2,312	32%	48.0	8.0		
20 万円以上 40 万円未満	1,886	26%	47.9	7.8		
40 万円以上 60 万円未満	643	9%	47.7	7.5		
60 万円以上	475	6%	48.0	8.8		
患者本人の療養中の年間世帯収入 *						
100 万円未満	870	12%	47.4	8.3	0.03	0.03
100 万円以上 200 万円未満	1,441	20%	48.2	8.1		
200 万円以上 400 万円未満	2,741	38%	48.0	8.0		
400 万円以上 600 万円未満	1,116	15%	48.3	8.0		
600 万円以上 800 万円未満	545	8%	48.4	8.1		
800 万円以上	542	7%	48.5	7.9		
患者は経済的な理由で医師から勧められたがん治療を変更したりやめたりしたか *						
全くなかった	6,260	85%	48.3	8.0	−0.06	<0.0001
あまりなかった	589	8%	46.9	7.5		
時々あった	163	2%	47.7	8.2		
よくあった	64	1%	46.7	9.3		
わからない	311	4%	46.6	8.9		
患者は抗がん治療のために生活費を切り詰めたことがあったか *						
全くなかった	5,063	70%	48.4	8.0	−0.06	<0.0001
あまりなかった	1,187	16%	47.5	7.9		
時々あった	395	5%	47.3	8.2		
よくあった	207	3%	47.3	9.0		
わからない	414	6%	47.4	8.7		
治療中の患者の暮らし向き *						
家計にゆとりがあり，全く心配なく暮らしていた	2,614	35%	49.2	7.9	−0.11	<0.0001
家計にあまりゆとりがないが，それほど心配なく暮らしていた	3,706	50%	47.8	7.8		
家計にゆとりがなく，多少心配があった	847	11%	46.6	8.6		
家計が苦しく，非常に心配があった	219	3%	46.2	9.2		

*ES は Spearman（スピアマン）の相関係数

表 2　遺族のうつと社会経済的地位との関連（単変量解析）

	全体		PHQ-9 ≥ 10		PHQ-9<10			
	n	%	n	%	n	%	ES	*p*
遺族性別								
男性	2,620	35	319	12	2,301	88	0.05	<0.0001
女性	4,930	65	773	16	4,157	84		
遺族年齢								
40 歳未満	245	3	39	16	206	84	0.11	<0.0001
40 ～ 49 歳	841	11	107	13	734	87		
50 ～ 59 歳	1,929	25	210	11	1,719	89		
60 ～ 69 歳	2,301	30	289	13	2,012	87		
70 ～ 79 歳	1,746	23	344	20	1,402	80		
80 歳以上	508	7	108	21	400	79		
続柄								
配偶者	3,220	43	695	22	2,525	78	0.40	<0.0001
子	3,154	42	283	9	2,871	91		
婿・嫁	399	5	30	8	369	92		
親	131	2	27	21	104	79		
兄弟姉妹	443	6	45	10	398	90		
その他	194	3	12	6	182	94		
遺族の最終卒業学校								
小・中学校	553	7	140	25	413	75	0.22	<0.0001
高校・旧制中学	3,484	46	551	16	2,933	84		
短大・専門学校	1,706	23	221	13	1,485	87		
大学・大学院	1,762	23	171	10	1,591	90		
その他	37	0	9	24	28	76		
介護による仕事への影響								
仕事はしていなかった	3,234	43	563	17	2,671	83	0.15	<0.0001
介護のために仕事をやめた	507	7	117	23	390	77		
仕事は継続した（休職を含む）	3,833	51	418	11	3,415	89		
周囲はどのくらい耳を傾けてくれるか								
全然聞いてくれない	87	1	34	39	53	61	0.23	<0.0001
あまり聞いてくれない	348	5	86	25	262	75		
まあまあ聞いてくれる	2,293	31	388	17	1,905	83		
よく聞いてくれる	3,070	41	394	13	2,676	87		
とてもよく聞いてくれる	1,716	23	178	10	1,538	90		
遺族の現在の年間世帯収入								
100 万円未満	721	10	178	25	543	75	0.38	<0.0001
100 万円以上 200 万円未満	1,682	23	354	21	1,328	79		
200 万円以上 400 万円未満	2,309	31	317	14	1,992	86		
400 万円以上 600 万円未満	1,156	15	117	10	1,039	90		
600 万円以上 800 万円未満	735	10	65	9	670	91		
800 万円以上	845	11	46	5	799	95		

調査である．国内外において，多くの健康アウトカムと社会経済的背景の関連については報告されてきたが，終末期ケアとの関連を明らかにした先行研究はほとんどない点に新規性がある．

患者の社会経済的背景と望ましい死の達成度との関連について，「経済的な理由によるがん治療の中止や変更」「抗がん治療のための生活費の切り詰め」「治療中の暮らし向き」を含んだほぼすべての項目で有意な差が認められた．しかし，効果量はほとんどなく，臨床的に意味のある差があったとはいえない結果であった．今後は，各社会経済的背景の項目に関して，より詳細に検討を行い，細かな要因を明らかにすることが必要である．

遺族の社会経済的背景と死別後のうつとの関連については，社会経済的背景に関連するすべての項目で有意な差が認められた．続柄はもっともESが大きく，これは先行研究でも既知の結果であったが，現在の世帯年収もES=0.38と中以上の効果量が認められたことは新規性が高い．今後は多変量解析や社会経済的背景以外の背景要因とのあわせた解析を行う予定である．

本研究から，がん治療中の暮らし向きについて，何らかの心配事を抱えていた患者の割合は14%，介護による離職を経験した家族の割合も7%と，そちらも少なからずいることが明らかになり，社会経済的に困難を抱えるがん患者や家族・遺族への継続的なサポートの必要性が示唆された．がん治療およびその介護を経験とする患者や家族に対する社会的援助の方策を明らかにするため，今後はより詳細に問題を抱えるリスクの高い患者・家族の特徴を明らかにしていく必要がある．

最後に，本研究対象者は，60歳以上が6割以上を占め，就業している年代の対象者が半数未満であった．若い世代では，がんの罹患や介護・死別が就労や世帯収入に与える影響がより大きくなると考えられ，社会全体を考えた場合，今回の結果は社会経済的背景の望ましい死の達成度や遺族のうつに対する影響を過少評価している可能性がある．

まとめ

望ましい死の達成に関連する患者の社会経済的背景として，年収は有意に関連しなかったが，同居者の有無や治療中の暮らし向きなどの本研究で調査した社会経済的地位に関連するすべての項目で有意差が認められた．死別後のうつと遺族の社会経済的背景では，続柄と現在の世帯年収などに有意差が認められた．しかし，有意差が認められた項目でもほとんどの項目で効果量はほぼ認められず，本研究対象では社会経済的地位の違いは望ましい死の達成度やうつには大きく影響しなかったと考えられる．一方，がん治療中の暮らし向きについて，何らかの心配事を抱えていた患者の割合は15%，介護による離職を経験した家族の割合も7%と，そちらも少なからずいることが明らかになったことから，困難を抱えるがん患者・遺族への継続的なサポートの必要性が示唆された．

文　献

1）Hiyoshi A, et al., Health inequalities in Japan：the role of material, psychosocial, social relational and behavioural factors. *Soc Sci Med* 2014；104：201-209.
2）Zafar SY, Abernethy AP. Financial toxicity, Part II：how can we help with the burden of treatment-related costs? *Oncology (Williston Park)* 2013；27：253-254, 256.
3）Zafar SY, Abernethy AP. Financial toxicity, Part I：a new name for a growing problem. *Oncology (Williston Park)* 2013；27：80-81, 149.
4）Zafar SY, et al. The financial toxicity of cancer treatment：a pilot study assessing out-of-pocket expenses and the insured cancer patient's experience. *Oncology*, 2013；18：381-390.
5）Aoyama M, et al. Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. *Psychooncology* 2018；27：915-921.
6）Bach PB. *Limits on Medicare's ability to control rising spending on cancer drugs. N Engl J Med* 2009；360：626-633.
7）Elkin EB, Bach PB. Cancer's next frontier：addressing high and increasing costs. *JAMA*, 2010；303：1086-1087.

〔付帯研究担当者〕
佐々木太一（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），**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）

②

原発不明がん患者の家族の体験に関する研究

石田　京子*

サマリー

原発不明がん患者の家族の診断期の苦悩（Burden）体験について，罹患率が高い三大がん（肺・胃・大腸がん）患者の家族と比較することを主目的とした．先行研究の苦悩を基に調査項目（4件法）を作成した．診断期の家族体験８項目から３大がん患者の遺族717名と比較した結果，原発不明がん患者の遺族97名が有意に高いのは，以下５項目だった．「なかなか診断がつかず焦りや不安を感じる」「患者の病気に関する情報を得るのが難しい」「他人にがんの特徴をわかってもらえない」「病気を治療できる専門医が見つからない」「患者のがんの一般的な経過が予測できず将来の見通しが立たない」（$\rho < 0.05$）

副次目的として，原発不明がん患者の診断以降の家族の苦悩体験についての11項目を調査した結果から，「原発が不明だから，この先なるようにしかならない（71.1％）」「どこかに原発のがんがあるはずだ（69％）」「患者の原発不明がんという診断は受け入れがたい（54.7％）」「不明がつく病名に納得がいかない（50.6％）」「他のがんに比べて患者のがんはより症状が重いと思う（49.5％）」の５項目の頻度が高かった．

目　的

原発不明がんは，すべての悪性上皮腫瘍の３～5%を占め[1]，多くは予後不良である[2]．原発不明であることは，患者に受け入れがたく，動揺をもたらす[3]．医療者側への認知は低く，診断期が長くなり，症状も悪化しやすい[4]．しかし，原発不明がん患者の闘病体験に関する研究は少なく[5]，患者家族の体験に関する研究はほとんどない[6]．

筆者らは原発不明がん患者の初期治療開始までの闘病体験の面接調査[7]から苦悩（Burden：不確かさ，孤独，不安，病気の受け入れ難さなど）を抽出した．一方で家族に視点を置くと，患者の苦悩体験を共にすることから，家族自身の精神的負担や特異な家族体験をもつ可能性を考えた．

本研究の主目的は，原発不明がん患者の家族の

*名古屋市立大学病院 看護部 緩和ケアセンター（研究代表者）

診断期に体験する苦悩（Burden）について，罹患率が高く日本で主要な三大がん（肺・胃・大腸がん）患者の家族と比較すること，副次目的として，診断以降の家族体験を明らかにすること，家族支援を検討することである．

結　果

ホスピス・緩和ケア病棟で死亡した患者遺族を対象に，2016 年は全体調査 5,641 名，2018 年は原発不明がん患者遺族のみ調査 180 名に送付し，それぞれ 4,101 名（72.7%），69 名（38.3%）より返送を受けた．有効回答は，2016 年分から，原発不明がん患者遺族 39 件（0. 7 %），3 大がん患者遺族 717 件（12.7%），2018 年分から原発不明がん患者遺族 58 件（32.2%）を得て解析対象とした．なお，3 大がん患者の遺族は原発不明がん患者の受け入れた経験のある施設から抽出した．

先行研究[7]の苦悩（Burden）を基に「がん診断期の家族の体験（8 項目）」「原発不明がん診断以降の家族の体験（11 項目）」の質問票を作成した．「よくあった」「時々あった」「ほとんどなかった」「全くなかった」の 4 件法で質問した．

1）原発不明がんと 3 大がんの患者および遺族の背景

原発不明がんと 3 大がんの属性について，遺族は順に，性別は男性（%）が 26（26.8）・217（30.3），年齢（M ± SD）は 61.3 ± 11.0 歳・62.3 ± 11.2 歳，患者は順に，性別は男性（%）が 46（47.4）・444（61.9），年齢（M ± SD）は 76.8 ± 12.0 歳および 75.5 ± 0.5 歳であった．患者との関係（%）は，配偶者：子ども：他で，原発不明がんでは 35（36.1）：41（42.3）：18（18.6）名・3 大がんでは 291（40.6）：296（41.3）：124（17.3）名だった．

2）原発不明がん患者の遺族と 3 大がん患者の遺族の「がん診断期の家族の体験（8 項目）」の比較

全 8 項目について，3 大がん患者の遺族と平均値を比較した．原発不明がん患者の遺族が有意に高い項目は，「患者になかなか診断がつかず焦りや不安を感じた」「患者の病気に関する情報を得るのが難しい」「他人にがんの特徴をわかってもらえない」「病気を治療できる専門医が見つからない」「がん患者の経過が予測できず将来の見通しが立たない」の 5 項目だった（$p < 0.05$，$d \geqq 0.49$）**（表 1）**．

3）原発不明がん患者の遺族の「診断以降の家族の体験（11 項目）」

全 11 項目の質問毎の頻度を記述的に分析した．“よくあった”“時々あった”を合わせ約 50% 以上の項目は，順に「原発が不明だから，この先なるようにしかならない（71.1%）」「どこかに原発のがんがあるはずだ（69%）」「患者の原発不明が

表 1　原発不明がん患者の遺族と 3 大がん患者の遺族の「がん診断期の家族の体験」

n=814

項　目	原発不明がん（n=97）		3 大がん（n=717）			
	M	SD	M	SD	p	d
患者になかなか診断がつかず焦りや不安を感じる	2.90	0.98	2.12	0.91	0.00	0.85
患者の病気に関する情報を得るのが難しい	2.42	1.04	1.87	0.77	0.00	0.68
他人に患者のがんの特徴をわかってもらえない	2.28	1.00	1.85	0.80	0.00	0.52
患者の病気を治療できる専門医が見つからない	2.31	1.09	1.88	0.84	0.00	0.49
患者のがんの一般的な経過が予測できず将来の見通しが立たない	2.62	1.02	2.16	0.91	0.00	0.49
患者の検査が多く負担そうだ	2.90	0.93	2.55	0.97	0.00	0.36
医師に見捨てられるかもしれない	1.97	0.96	1.79	0.86	0.07	0.20
医師のすすめる診療が間違っているかもしれない	2.08	0.88	1.95	0.85	0.17	0.16

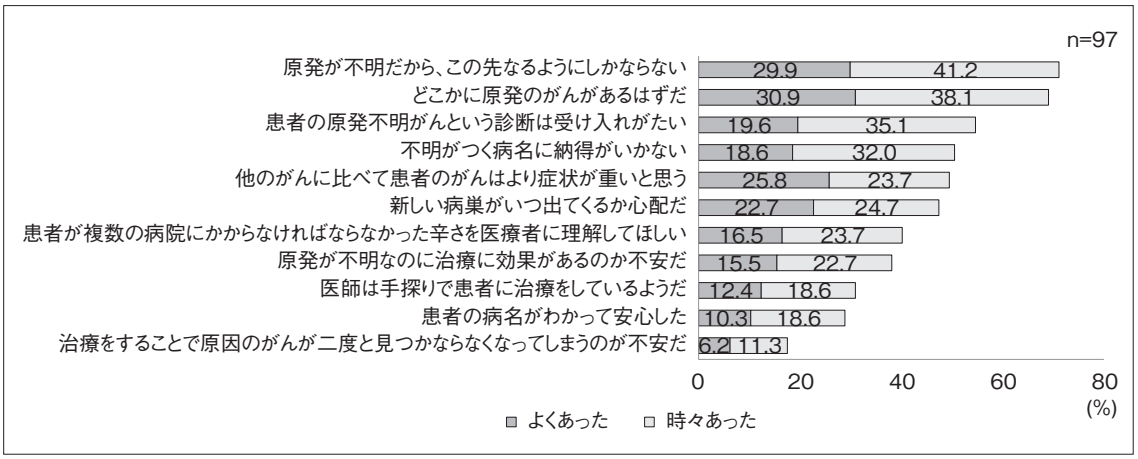


図 1　原発不明がん患者の遺族の「診断以降の家族の体験」

んという診断は受け入れがたい（54.7%）」「不明がつく病名に納得がいかない（50.6%）」「他のがんに比べて患者のがんはより症状が重いと思う（49.5%）」の 5 項目であった．「新しい病巣がいつ出てくるか心配だ（47.4%）」「患者が複数の病院にかからなければならなかった辛さを医療者に理解してほしい（40.2%）」の 2 項目もやや頻度が多かった（**図 1**）．

考　察

1）原発不明がん患者の遺族の「がん診断期の家族の体験」

「がん診断期の家族の体験」8 項目のうち 5 項目が，罹患率の高い 3 大がん患者の遺族に比べ，原発不明がん患者の遺族のほうが有意に高かった．

「患者になかなか診断がつかず焦りや不安を感じた」「患者の病気を治療できる専門医が見つからない」「患者の病気に関する情報を得るのが難しい」については，罹患率が高く，標準治療が確立し支援の整備が進んでいる 3 大がんに比べ，希少がんである原発不明がんは，専門医や医療機関も少なく，有効な診断・治療法の開発・実用化が難しく，現状を示すデータや医療機関の情報も少ない背景[8]を裏付けるものとなる．次に，「他人に患者のがんの特徴をわかってもらえない」「患者のがんの一般的な経過が予測できず将来の見通しが立たない」について，原発不明がん患者の体験は，他がん患者と比べて，診断の不確実性に有意差がある[9]といわれているが，患者に寄り添う家族においても同様の結果であった．

2）原発不明がん患者の遺族の「診断以降の家族の体験」

「診断以降の家族の体験」の 11 項目のうち，7 項目が約 4 割以上の頻度だった．最も高頻度であった「原発が不明だから，この先なるようにしかならない」「どこかに原発のがんがあるはずだ」は，原発不明がんという病名に象徴されるように，遺族も”不確さと共に在る“体験をしていた．次に高頻度であった「患者の原発不明がんという診断は受け入れがたい」「不明がつく病名に納得がいかない」は上述の不確かさへの受け入れ難さを意味している．原発不明がん患者の体験の 1 つに不確かさへの葛藤[5]が指摘されているが，家族も同様の体験をしていた．「他のがんに比べて患者のがんはより症状が重い」の結果は，診断時半数以上が複数臓器へ転移し[10]，一般的に予後不良[2]である特徴からも，家族が患者の状態の悪さと向き合わざるを得ない体験をしていたとい

える．

以上の診断期，診断以降の遺族の体験結果から，原発不明がん患者に寄り添う家族のもつ苦悩（Burden）の理解を深め支援するとともに，スムーズな専門医へのアクセスなど医療システム改善の必要性が示唆された．

まとめ

原発不明がん患者の家族は，診断期においての苦悩（Burden）体験が，3大がん患者の遺族に比べて有意に高く，診断以降も不確かさを特徴とした体験を持ち続けていた．家族のその苦悩（Burden）の理解を深め支援すること，スムーズな専門医へのアクセスなど医療システム改善の必要性が示唆された．

文　献

1）Pavlidis N, Pentheroudakis G. Cancer of unknown primary site. *Lancet* 2012；379：1428–1435.
2）Culine S, Kramar A, Saghatchian M, et al and for the French Study Group on Carcinomas of Unknown Primary. Development and validation of a prognostic model to predict the length of survival in patients with carcinomas of an unknown primary site. *J Clin Onco* 2002；l20：4679–4683.
3）Shaw PHS, Adams R, Jordan C, et al. A clinical review of the investigation and management of carcinoma of unknown primary in a single cancer network. *Clin Oncol* 2007；19：87–95.
4）Matsubara N, Mukai H, Nagai S, et al. Review of primary unknown cancer：cases referred to the National Cancer Center Hospital East. *Int J Clin Oncol* 2010；15：578–582.
5）Boyland L, Davis C. Patients' experience of carcinoma of unknown primary site：dealing with uncertainty. *Palliat Med* 2008；22：177–183.
6）Richardson A, Wagland R, Foster R, et al. Uncertainty and anxiety in the cancer of unknown primary patient journey：a multiperspective qualitative study. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2015；5：366–372.
7）Ishida K, Ando S, Komatsu H, et al. Psychological burden on patients with cancer of unknown primary：from onset of symptoms to initial treatment. *Jpn J Clin Oncol* 2016；doi：10.1093/jjco/hyw048
8）希少がん医療・支援のあり方に関する検討会 報告書（平成27年8月）．厚生労働省 HP：https：//www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000095429.pdf.（09 Sep 2019, date last accessed）.
9）Wagland R, Bracher M, Drosdowsky A, et al. Differences in experiences of care between patients diagnosed with metastatic cancer of known and unknown primaries：mixed-method findings from the 2013 cancer patient experience survey in England. *BMJ* Open2017；7：e017881. doi：10.1136/bmjopen-2017-017881
10）Hainsworth JD, Greco FA. Treatment of patients with cancer of an unknown primary site. *N Engl J Med* 1993；329：257-263.

〔付帯研究担当者〕
安藤詳子（名古屋大学大学院 医学系研究科 看護学専攻），**小松弘和**（名古屋市立大学病院 臨床腫瘍部），**森田達也**（聖隷三方原病院 緩和支持治療科），**内田恵・明智龍男**（名古屋市立大学大学院 医学研究科 精神・認知・行動医学）

③

がん患者の介護者の介護中の離職および死亡

宮地　由佳*

サマリー

本研究の目的は，わが国のがん患者を介護していた遺族を対象とし，介護中の離職，および死亡（心血管・脳血管疾患，精神疾患，がんなど）の発生頻度を明らかにすることである．おもな介護者の 11.9% が介護のために離職しており，4.0% が患者の介護中に死亡していた．

目　的

終末期がん患者の療養に伴う社会・経済的問題として，家族の就労への影響が挙げられる．終末期のがん患者の介護負担が増えることにより，介護者の仕事における生産性は低下し[1]，欠勤が増え，収入の低下から家族の経済的負担の増大，離職，社会からの孤立につながりうる[2]．就労制限や収入低下は，患者との婚姻関係，介護者の性別などにより差はあるが[3]，患者が終末期に近づくほど増大する[4]．介護者は多くの場合その対価として報酬を得ることのない労働者（informal caregiver）であり，介護による業務中の生産性の低下，欠勤，離職は，社会経済の損失として無視できないものとなってきている[4]．

就労制限に並び介護者にもたらされうるのが身体的および精神的影響である．介護者ではセルフケアや健康行動が減少し，脳出血や脳梗塞などの脳血管疾患，心不全や心筋梗塞などの心血管疾患の相対危険度は上昇する[5,6]．介護負担とうつ病などの精神疾患には関連があることが指摘されており，自殺率も高い[7]．

わが国でもがん患者の就労に関する問題についてはいくつかの先行文献でも明らかにされているが[8]，介護者の介護中の離職についての研究，また介護中の死亡の実態についての研究はほとんど見当たらない．

本研究では介護を担った遺族に関する調査により，わが国での介護中における離職，疾患関連死（心血管疾患，脳血管疾患，精神疾患）の発生頻度について明らかにすることを目的とする．以下，本論では，仕事を持っていて離職に至った遺族の割合を「介護離職率」と表記する．

結　果

緩和ケア病棟，一般病棟，在宅で終末期を過ごした 15,674 名の遺族に質問紙を送付し，9,726 名から返送を受けた（回収率 62.9％）．うち 8,127

*エディンバラ大学大学院 宗教学（研究代表者）

名より質問紙への回答応諾が得られ（有効回答率52.5%），解析対象とした．

1）離職

有効回答数8,127名のうち，3,523名（43.8%）は介護期間に仕事をしていなかった．仕事をしていた遺族のうち3,974名（49.5%）は仕事を継続したが（休職含む），538名（6.7%）は介護のために離職した（介護離職率11.9%）．

a．施設種別（表1）（有効回答数8,035名）

介護離職率は緩和ケア病棟で11.6%（n=449），一般病棟9.2%（n=28），在宅18.7%（n=61）で，施設間の介護離職率差は統計学的に有意であり，残差分析では在宅での介護離職率が有意に高かった．

b．腫瘍部位（有効回答数8,035名）

結腸がん，腎がん，頭頸部がん，原発不明がんで有意に介護離職率が低かった．

c．介護者の年齢（有効回答数7,983名）（図1）

回答時の年齢を死後期間で補正し，分布を比較した．回答者のうち，仕事を継続した群（n=3,952，平均56歳，中央値56歳），離職した群（n=531，平均60歳，中央値60歳）に関する年齢層間での統計学的分析の結果，年齢層別の離職率差は有意であり，60～69歳（15.6%），70～79歳（20.5%）

表1　施設種別の離職率

施設種	仕事はしていなかった	離職した	仕事は継続した
緩和ケア病棟（人）	3,039	449	3,431
	就業者中の割合（%）	11.6	88.4
一般病棟（人）	204	28	277
	就業者中の割合（%）	9.2	90.8
在宅（人）	280	61	266
	就業者中の割合（%）	18.7	81.3

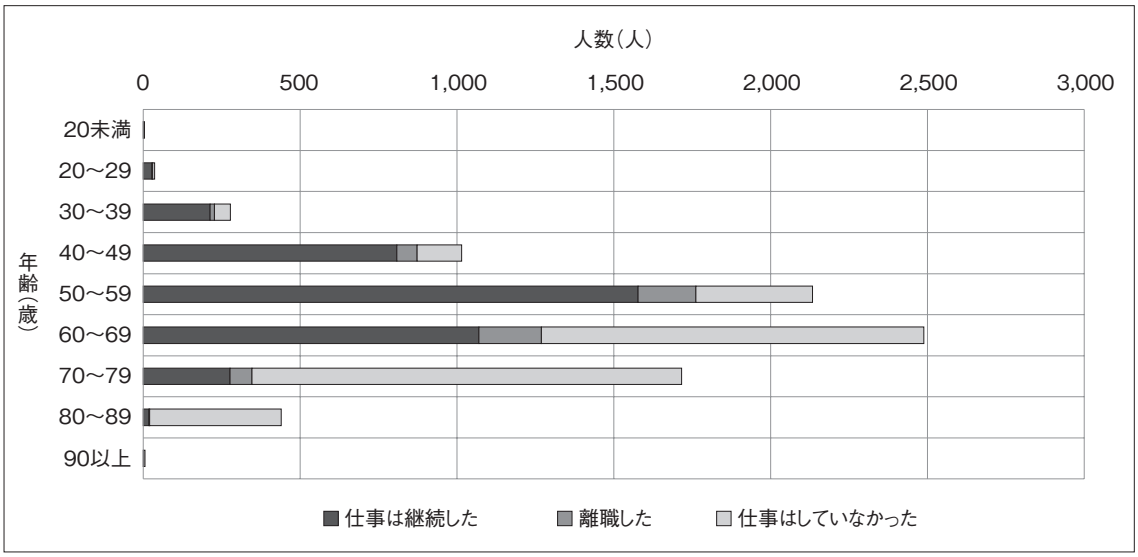


図1　年齢層別の離職

で有意に介護離職率が高かった.

d. 介護者の性別（有効回答数 7,960 名）（表 2）

男性（介護離職率 7.2%）と女性（介護離職率 15.1%）では有意水準 1% で統計的に有意な結果が得られ，男性の女性に対するオッズ比は 2.30（95% 信頼区間：1.93 ～∞）で，男性のほうが女性よりも仕事が継続しやすいと考えられた.

e. 介護者の患者との関係（有効回答数 7,956 名）（表 3）

患者との関係性によりカイ二乗検定を行ったところ，関係性別による介護離職率の差は有意で，配偶者で有意に高く（17.6%），患者の子どもで有意に低かった（9.5%）．男女別では，配偶者は男女ともに介護離職率が有意に高く（男性 13.6%，女性 20.3%），子ども（男性）の介護離職率は有意に低かった（3.9%）ものの，子ども（女性）では有意差はなかった.

f. 付き添いや介護を代わってくれる人の有無（有効回答数 7,972 名）（表 4）

代わってくれる人がいなかった群（介護離職率 18.9%）と代わってくれる人がいた群（介護離職率 9.6%）とでは有意水準 1% で統計的に有意な結果が得られた．代わってくれる人がいなかった群の，いた群に対するオッズ比は 0.45（95% 信頼区間：0.00 ～ 0.53）で，代わってくれる人がいない場合，いる場合よりも離職しやすいと考えられ

表 2　性別と介護離職率

性別	仕事はしていなかった	離職した	仕事は継続した
男性（人）	939	129	1,662
	就業者中の割合（%）	7.2	92.8
女性（人）	2,547	406	2,277
	就業者中の割合（%）	15.1	84.9

表 3　関係性と離職（男女合計）

関係性	仕事はしていなかった	離職した	仕事は継続した
配偶者（人）	2,168	228	1,064
	就業者中の割合（%）	17.6	82.4
子ども（人）	748	238	2,264
	就業者中の割合（%）	9.5	90.5
婿・嫁（人）	153	26	241
	就業者中の割合（%）	9.7	90.3
親（人）	75	13	62
	就業者中の割合（%）	17.3	82.7
兄弟姉妹（人）	263	18	192
	就業者中の割合（%）	8.6	91.4
その他（人）	81	10	112
	就業者中の割合（%）	8.2	91.8

表 4　代わってくれる人の有無と介護離職率（男女合計）

代わってくれる人	仕事はしていなかった	離職した	仕事は継続した
有（人）	2,322	322	3,045
	就業者中の割合（%）	9.6	90.4
無（人）	1,162	212	909
	就業者中の割合（%）	18.9	81.1

る．男女別に分析した場合も同様に有意差をもって代わってくれる人がいない群の介護離職率が高かった．代わってくれる人がいない男性（介護離職率 14.0%）と同女性（介護離職率 21.0%）を比較した場合，統計学的に有意に女性が離職しやすいと考えられた．

2）死亡（表 5）

有効回答（n=8,000）のうち，介護中の遺族の死亡率は 4.0%（317 名）だった．死亡原因の内訳は，がん（50.2%，n=159），不明（22.7%，n=72），脳出血・くも膜下出血・脳梗塞（19.6%，n=62），心筋梗塞・狭心症（4.4%，n=14），精神疾患（3.2%，n=10）の順に多かった．

a. 施設別（表 5）

緩和ケア病棟，一般病棟，在宅との間で介護者の死亡率に有意差は見られなかった．

b. 経済状態（表 6）

患者の暮らし向きについての質問（「1. 家計にゆとりがあり，まったく心配なく暮らしていた」，「2. 家計にあまりゆとりがないが，それほど心配なく暮らしていた」，「3. 家計にゆとりがなく，多少心配があった」，「4. 家計が苦しく，非常に心配があった」）と介護者の死亡についてカイ二乗検定を行ったところ，死亡率の差は経済状態間で有意であり，経済状態のより厳しい群（3. と 4.）での介護者の死亡率（がん，精神疾患，原因不明）が有意に高かった．

表 5　施設別の介護者の死亡

施設	死亡なし	脳出血・くも膜下出血・脳梗塞	心筋梗塞・狭心症	精神疾患（うつ病など）	がん	不明，その他	回答者中の死亡者数（%）
緩和ケア病棟（人）	6,625	50	11	10	133	60	264（3.8）
	死亡内訳（%）	18.9	4.2	3.8	50.4	22.7	
一般病棟（人）	484	6	1	0	12	4	23（4.5）
	死亡内訳（%）	26.1	4.3	0.0	52.2	17.4	
在宅（人）	574	6	2	0	14	8	30（5.0）
	死亡内訳（%）	20.0	6.7	0.0	46.7	26.7	

表 6　経済状態と介護者死亡（上段：n，下段：残差分析結果）

経済状態	死亡なし	脳出血・くも膜下出血・脳梗塞	心筋梗塞・狭心症	精神疾患（うつ病など）	がん	不明，その他
1.	2,707 2.872 **	15 −1.789 +	5 0.016 ns	1 −1.687 +	43 −2.095 *	23 −0.551 ns
2.	3,774 0.647 ns	35 1.177 ns	6 −0.525 ns	7 1.274 ns	73 −0.777 ns	29 −1.528 ns
3.	855 −3.588 **	9 0.778 ns	2 0.317 ns	0 −1.145 ns	31 3.270 **	14 2.153 *
4.	220 −3.206 **	2 0.110 ns	1 0.896 ns	2 3.127 **	9 2.008 *	5 1.975 *

+ ρ <0.10, * ρ <0.05, ** ρ <0.01

c. 入院期間（図 2）（図 3）

入院期間の平均±標準偏差は 38±58 日間，中央値は 22 日間であった．介護者の死亡時期の詳細は不明であるが，80% の介護者死亡は患者の入院期間 60 日以内に起こっていた．

考　察

本研究は我々が知る限り，わが国におけるがん患者のおもな介護者の離職および死亡の実態に関する初めての報告である．本研究では 2 つの主要な結果が得られた．

第一に，おもな介護者の 11.9% が，がん患者の介護のために離職せざるをえず，特に在宅療養，女性，患者の配偶者，介護を代わってくれる人がいないという条件で有意に離職が多いことが示された．先行研究[2~4]では就業していた介護者の就労時間や生産性の減少などは示されているが，介護による離職の発生割合自体は明らかにされていない．2018 年（平成 30 年度）の厚生労働省による雇用動向調査結果における介護・看護を理由とする離職率（離職理由別離職者数 / 平成 30 年 1 月 1 日現在の常用労働者数）は，男性で 50 ～ 54 歳と 55 ～ 59 歳，女性で 60 ～ 64 歳に離職率のピークがあるのに対し[9]，本研究の結果はやや高齢となっている．離職は社会的孤立と繋がりうることが先行研究からも示されているが[2]，特に高齢者の社会的孤立は近年日本を含め各国でおもにネガティブな健康状態への影響などとの関連が取り挙げられてきており[10]，この年代における離職の社会的インパクトは大きいことが予想される．このことから，本研究では，がん患者の介護者の就業サポートを含めたソーシャルサポートが必要な対象者に関する基礎資料として有用な結果が得られたと考えられる．

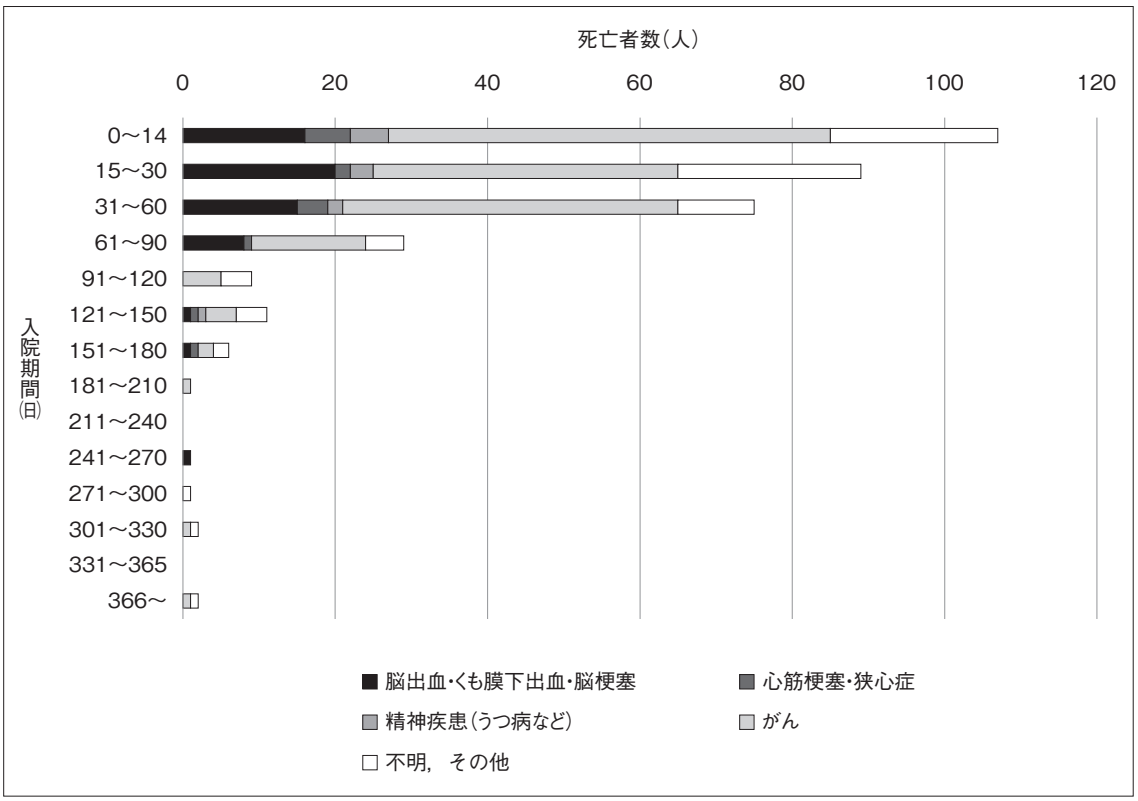


図 2　入院期間と死亡者数および原因

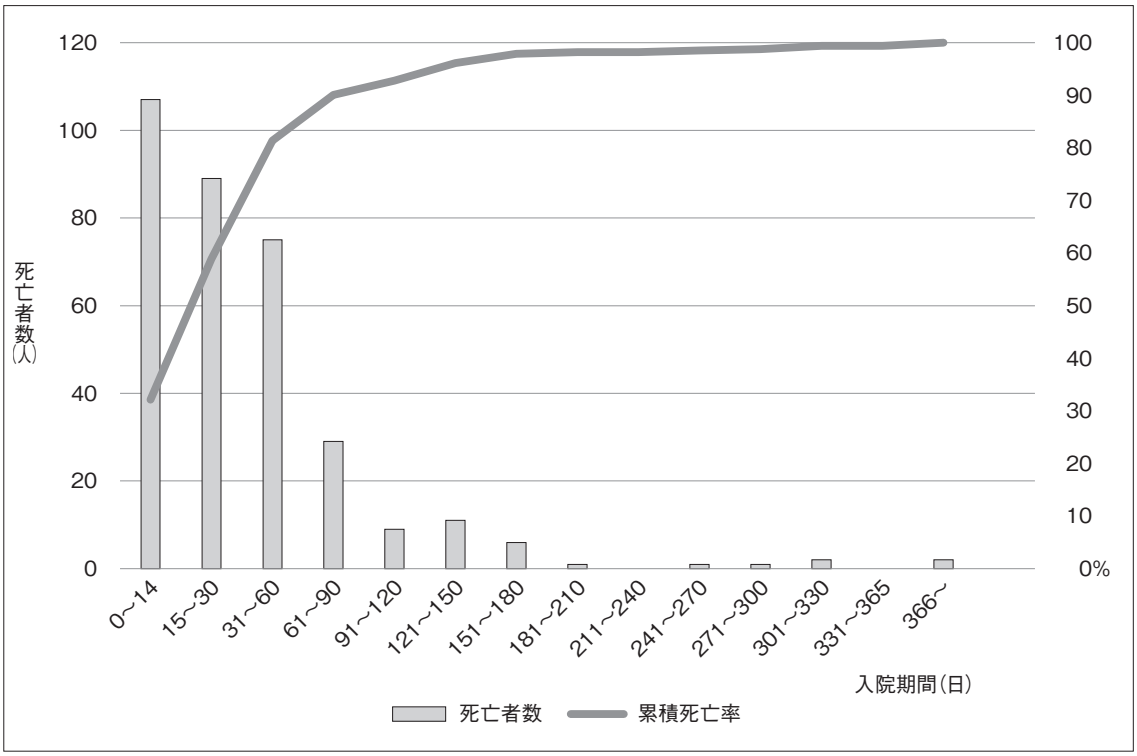


図3　入院期間と死亡者数の推移

第二に，おもな介護者の4.0%が患者の介護中に亡くなったことが示された点である．これら死亡した介護者の背景（年齢，性別，基礎疾患など）は不明であるが，厚生労働省による人口動態統計月報年計2018年（平成30年度）[11]によれば，全死亡者数における悪性腫瘍での死亡は27.4%，虚血性心疾患（急性心筋梗塞およびその他の虚血性心疾患）5.2%，脳血管疾患（脳出血，くも膜下出血，脳梗塞）7.7%，認知症以外の精神疾患での死亡は0.1%となっており，悪性腫瘍および精神疾患での死亡の割合は一般人口と比較して高い可能性がある．

まとめ

おもな介護者の11.9%が介護のために離職しており，4.0%が患者の介護中に死亡していた．本研究の結果は，就労制限や経済的負担，介護者のヘルスアウトカムに対する今後の研究の基礎資料に用いることが期待できる．

文　献

1）Mazanec SR, Daly BJ, Douglas SL, Lipson AR. Work productivity and health of informal caregivers of persons with advanced cancer. *Research in Nursing & Health* 2011；34（6）：483-495.

2）Girgis A, Lambert S, Johnson C, et al Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer：a review. *Oncol Pract*, 2012；9（4）；197-202.

3）Gaugler J E, Given W C, Linder J, et al. Work, gender, and stress in family cancer caregiving. *Supportive Care in Cancer*, 2008；16（4）：347-357.

4）Gardiner C, Brereton L, Frey R, et al. Exploring the financial impact of caring for family members receiving palliative and end-of-life care：a systematic review of the literature. *Palliative Medicine*, 2014；28（5）；375-390.

5）Ji J, Zöller B, Sundquist K, Sundquist, J. Increased risks of coronary heart disease and stroke among spousal caregivers of cancer patients. *Circulation*, 2012；125（14）：1742-1747.
6）Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality：the Caregiver Health Effects Study. *JAMA*, 1999；282（23）：2215-2219.
7）Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, et al. Caregiver burden：a clinical review. *JAMA*, 2014；311（10）：1052-1060.
8）Saito N, Takahashi M, Sairenchi T, Muto T. The impact of breast cancer on employment among Japanese women. *Journal of Ooccupational Health*, 2014；56（1）：49-55.
9）厚生労働省 . 平成 30 年度雇用動向調査結果の概要 . 離職理由別離職の状況 . https：//www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/doukou/19-2/dl/kekka_gaiyo-05.pdf. 2019 年 8 月 21 日 .
10）Cornwell EY, Waite LJ. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Health and Social Behavior*, 2009；50（1）：31-48.
11）厚生労働省 . 平成 30 年度（2018）人口動態統計月報年系（概数）の概況 .https：//www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai18/index.html.2019 年 6 月 7 日 .

〔付帯研究担当者〕
塩崎麻里子（近畿大学 総合社会学部心理学系専攻），**恒藤暁**（京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻），**森田達也**（聖隷三方原病院 緩和支持治療科）

④

看取りの経験が療養場所・死亡場所の希望に及ぼす影響に関する研究

首藤　真理子*

サマリー

本研究の目的は，遺族本人が疾病に侵された時に希望する療養場所と死亡場所が，看取りを経験する前後でどのように変化するかを明らかにすることであり，看取りの前と後で，遺族本人が希望する療養場所（place of care）と死亡場所（place of death）がどのように変化するかを調査した．緩和ケア病棟で看取りの経験をした遺族では，看取りの後に緩和ケア病棟での看取りを希望する遺族が増加した．在宅でも同様の結果であったが，病院で看取りの経験をした遺族では病院での看取りを希望する遺族は減少した．痛みはないが身の回りのことができない状態では，痛みがある場合と比較して，自宅を希望する遺族が増加した．place of care と place of death との比較では，place of death において自宅を希望する遺族が増加した．看取りの前後で希望する療養場所と死亡場所が変化した遺族についての検討では，緩和ケア病棟，在宅においては全般的満足度，Good Death Inventory の得点が高い場合に看取りを経験した場所と place of care と place of death が一致するように変化する傾向がみられた．看取りの経験によって，遺族本人が希望する療養場所と死亡場所が変化することが示唆された．

目　的

わが国の一般市民とがん患者に対して行った調査では，希望する療養場所と死亡場所は変化することが明らかになっている[1]．終末期の患者にとっては希望に応じて療養場所を変更し，最期を迎えたい場所に移れることが理想である．

わが国の一般市民に行ったアンケート調査では，その人が持つ経験や知識が療養場所と死亡場所の選択に影響を与えることが知られている[2]．緩和ケア病棟で看取りの経験をした遺族，在宅で看取りの経験をした遺族に対して，看取りの経験をした後に，療養場所の希望，死亡場所の希望を調査した報告はある[3,4]．しかし，遺族に対して，

*みなとホームケアクリニック

看取りの経験をした前後で希望する療養場所，死亡場所がどのように変化したかを調査した報告は今までにない．また，一般病棟，緩和ケア病棟，在宅で看取りを経験した遺族の療養場所，死亡場所の希望を横断的に調査し比較した報告もない．

また，わが国では，希望する療養場所と死亡場所についての区別が曖昧で，最期に過ごしたい場所とひとくくりにされることが多いが，欧米では療養場所（place of care）と死亡場所（place of death）とは分けて考えられている．今回の研究で，希望する療養場所と死亡場所が変化する人の割合が明らかになることで，患者の希望に応じて時期を逃さずに療養場所が変更できるように，医療従事者・介護従事者が適切に対応するために参考となる知見が得られると予測される．

本研究の主目的は，遺族本人が疾病に侵された時に希望する療養場所と死亡場所が，看取りを経験する前後でどのように変化するかを明らかにすることであり，看取りの前と後で，遺族本人が希望する療養場所と死亡場所がどのように変化するかを調査する．

また，看取り前後で療養場所・死亡場所の希望が変化した遺族と変化しなかった遺族とで，Care Evaluation Scale（以下，CES），全般的満足度，介護負担，Good Death Inventory（以下，GDI），に差があるかを探索する．

結　果

15,466 名の遺族に質問紙を送付し，9,726 名より返送を受けた（回収率 62.9％）．そのうち，8,127 名より質問紙への回答応諾が得られ（回答応諾率 52.5％），解析対象とした．

1）遺族本人が疾病に侵された時に希望する療養場所と死亡場所

がんで痛みがあり余命 3 カ月の状態となった場合の希望する療養場所（place of care）とがんで痛みがある状態で最期を迎えたい場所（place of death）について，看取りの経験をする前後で，緩和ケア病棟（PCU），病院，自宅，その他の場所（施設など），希望なし，わからないの中から選択する設問を設定した．また，痛みはないが身の回りのことができない状態での place of care と place of death についても同様に調査した．

集計した結果を**表 1** に示す．看取り後の結果で比較すると，痛みはないが身の回りのことができない状態で自宅を place of death として希望する遺族は 15.9％，痛みがある場合は 11.9％であり，痛みがない設定では，自宅を希望する遺族が増えた．また，place of care と place of death の比較では，痛みはないが身の回りのことができない状態で自宅を place of care として希望する遺族は 12.8％であり，place of death では 15.9％と増加を認めた．

緩和ケア病棟で看取りを経験した遺族は，place of care および place of death として緩和ケアを選択する割合が上昇したが（**図 1，表 2**），逆に，病院で看取りを経験した遺族では，place of care および place of death として病院を選択する割合が減少した（**図 2，表 3**）．自宅で看取りを経験した遺族では，緩和ケア病棟と同様に，place of care および place of death として自宅を選択する割合が上昇した（**図 3，表 4**）．

2）看取り前後で療養場所・死亡場所の希望が変化した遺族と変化しなかった遺族における患者の CES，全般的満足度，介護負担，患者の quality of life の比較

集計した結果を**表 5** に示す．ケアの構造・プロセスの評価として CES を用いた．また，全般的満足度と介護負担についても比較した．介護負担については，「自分の時間が犠牲になった」「身体的負担が大きかった」「精神的な負担が大きかった」「経済的な負担が大きかった」の設問に対して 7 件法で回答してもらった．得点範囲は 4～28 点で介護負担が大きいほど得点が高くなり，介護負担が強いと判断される．患者の quality of life の指標として GDI 短縮版得点との比較を行った．

がんで痛みがあり余命 3 カ月の状態となった場合の希望する place of care という設定で，看取

表1　遺族8,127名（PCU6,995名，病院516名，在宅616名）の希望する療養場所（place of care）および死亡場所（place of death）

		PCU		病院		自宅		その他（施設など）		希望なし		わからない		無回答	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
余命3カ月　痛みあり	看取り前	3,244	39.9%	1,883	23.2%	1,394	17.2%	66	0.8%	197	2.4%	1,155	14.2%	188	2.3%
	看取り後	5,764	70.9%	569	7.0%	689	8.5%	47	0.6%	67	0.8%	624	7.7%	367	4.5%
最期　痛みあり	看取り前	3,222	39.6%	1,550	19.1%	1,740	21.4%	51	0.6%	245	3.0%	1,055	13.0%	264	3.2%
	看取り後	5,459	67.2%	488	6.0%	969	11.9%	34	0.4%	104	1.3%	670	8.2%	403	5.0%
余命3カ月　痛みなし	看取り前	3,035	37.3%	1,583	19.5%	1,718	21.1%	439	5.4%	148	1.8%	1,017	12.5%	187	2.3%
	看取り後	5,181	63.8%	625	7.7%	1,038	12.8%	299	3.7%	60	0.7%	561	6.9%	363	4.5%
最期　痛みなし	看取り前	3,105	38.2%	1,425	17.5%	1,823	22.4%	259	3.2%	203	2.5%	1,035	12.7%	277	3.4%
	看取り後	5,052	62.2%	495	6.1%	1,296	15.9%	181	2.2%	96	1.2%	604	7.4%	403	5.0%

りを経験した場所とplace of careの希望に応じて分類した結果が**表5**である．PCUで看取りの経験をした遺族で，看取り前は病院，看取り後はPCUを希望する遺族の全般的満足度は5.2，看取り前は自宅，看取り後はPCUを希望する遺族の全般的満足度は5.3と高かった．また，在宅で看取りの経験をした遺族で，看取り前はPCU，看取り後は自宅を希望する遺族のGDI短縮版得点は89.2，看取り前は病院，看取り後は自宅を希望する遺族のGDI短縮版得点は89.9と高かった．

その他の設定でもがんで痛みがあり余命3カ月の状態となった場合と同様の傾向がみられた．

考　察

痛みはないが身の回りのことができない状態では，痛みがある場合と比較して，自宅を希望する遺族が増加し，先行研究と一致した結果が得られた．また，place of careとplace of deathとの比較では，place of deathにおいて自宅を希望するものが増加することがわかった．緩和ケア病棟で看取りの経験をした遺族では，看取りの後に緩和ケア病棟での看取りを希望する遺族が増加した．自宅でも同様の結果であったが，病院で看取りの経験をした遺族では，病院での看取りを希望する遺族は減少した．看取りの前後で希望するplace of careとplace of deathが変化した遺族についての検討では，分類したグループによって人数にばらつきがあり，単純に比較することは難しいが，緩和ケア病棟，在宅においては全般的満足度，GDIの得点が高い場合に，看取りを経験した場所とplace of careとplace of deathが一致するように変化する傾向がみられ，看取りの経験がplace of careとplace of deathの決定に影響を与えることが示唆された．

また，痛みがない場合は，その他（施設など）を希望する遺族がわずかに増えるが，すべての設定で5%以下であり，もともと希望する遺族が少ないことがわかった．

すべての設定において希望なし，わからないという回答は，看取りの経験をすることで減少する

表 2　PCU で看取りの経験をした遺族 6,995 名の希望する療養場所（place of care）および死亡場所（place of death）

		PCU		病院		自宅		その他（施設など）		希望なし		わからない		無回答	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
余命 3 カ月　痛みあり	看取り前	2,952	42.2%	1,586	22.7%	1,087	15.5%	58	0.8%	162	2.3%	992	14.2%	158	2.3%
	看取り後	5,355	76.6%	382	5.5%	377	5.4%	31	0.4%	48	0.7%	493	7.0%	309	4.4%
最期　痛みあり	看取り前	2,960	42.3%	1,291	18.5%	1,371	19.6%	44	0.6%	202	2.9%	902	12.9%	225	3.2%
	看取り後	5,110	73.1%	320	4.6%	578	8.3%	24	0.3%	79	1.1%	536	7.7%	348	5.0%
余命 3 カ月　痛みなし	看取り前	2,738	39.1%	1,329	19.0%	1,379	19.7%	381	5.4%	123	1.8%	886	12.7%	159	2.3%
	看取り後	4,774	68.2%	448	6.4%	712	10.2%	242	3.5%	49	0.7%	456	6.5%	314	4.5%
最期　痛みなし	看取り前	2,842	40.6%	1,186	17.0%	1,446	20.7%	220	3.1%	168	2.4%	898	12.8%	235	3.4%
	看取り後	4,713	67.4%	351	5.0%	871	12.5%	145	2.1%	79	1.1%	491	7.0%	345	4.9%

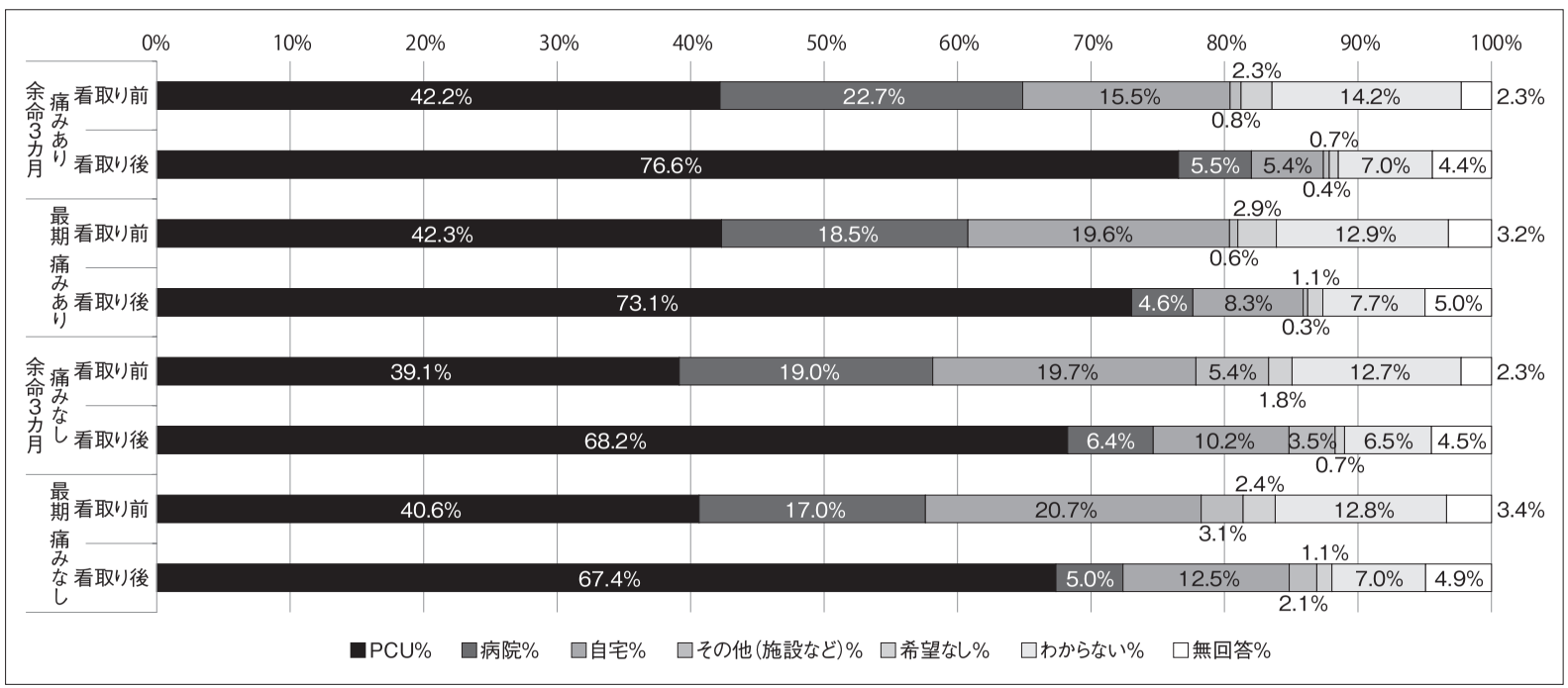


図 1　PCU で看取りの経験をした遺族 6,995 名の希望する療養場所（place of care）および死亡場所（place of death）

表 3　病院で看取りの経験をした遺族 516 名の希望する療養場所（place of care）および死亡場所（place of death）

		PCU		病院		自宅		その他（施設など）		希望なし		わからない		無回答	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
余命 3 カ月　痛みあり	看取り前	121	23.4%	177	34.3%	109	21.1%	3	0.6%	15	2.9%	77	14.9%	14	2.7%
	看取り後	215	41.7%	142	27.5%	61	11.8%	3	0.6%	6	1.2%	62	12.0%	27	5.2%
最期　痛みあり	看取り前	112	21.7%	165	32.0%	133	25.8%	3	0.6%	17	3.3%	68	13.2%	18	3.5%
	看取り後	191	37.0%	128	24.8%	94	18.2%	4	0.8%	8	1.6%	65	12.6%	26	5.0%
余命 3 カ月　痛みなし	看取り前	127	24.6%	162	31.4%	120	23.3%	28	5.4%	8	1.6%	58	11.2%	13	2.5%
	看取り後	198	38.4%	134	26.0%	85	16.5%	24	4.7%	4	0.8%	49	9.5%	22	4.3%
最期　痛みなし	看取り前	113	21.9%	153	29.7%	142	27.5%	16	3.1%	11	2.1%	59	11.4%	22	4.3%
	看取り後	176	34.1%	112	21.7%	121	23.4%	17	3.3%	8	1.6%	53	10.3%	29	5.6%

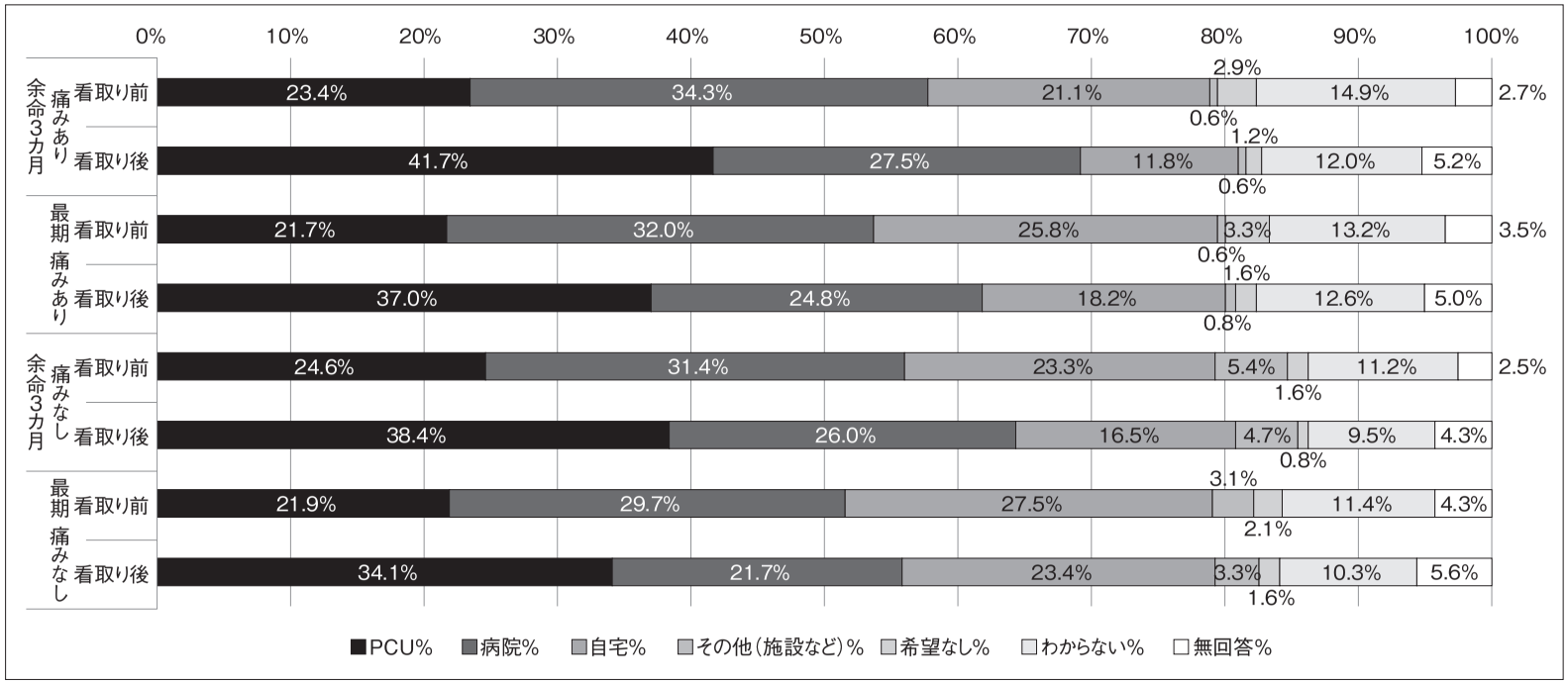


図 2　病院で看取りの経験をした遺族 516 名の希望する療養場所（place of care）および死亡場所（place of death）

表 4　在宅で看取りの経験をした遺族 616 名の希望する療養場所（place of care）および死亡場所（place of death）

		PCU		病院		自宅		その他（施設など）		希望なし		わからない		無回答	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
余命 3 カ月　痛みあり	看取り前	171	27.8%	120	19.5%	198	32.1%	5	0.8%	20	3.2%	86	14.0%	16	2.6%
	看取り後	194	31.5%	45	7.3%	251	40.7%	13	2.1%	13	2.1%	69	11.2%	31	5.0%
最期　痛みあり	看取り前	150	24.4%	94	15.3%	236	38.3%	4	0.6%	26	4.2%	85	13.8%	21	3.4%
	看取り後	158	25.6%	40	6.5%	297	48.2%	6	1.0%	17	2.8%	69	11.2%	29	4.7%
余命 3 カ月　痛みなし	看取り前	170	27.6%	92	14.9%	219	35.6%	30	4.9%	17	2.8%	73	11.9%	15	2.4%
	看取り後	209	33.9%	43	7.0%	241	39.1%	33	5.4%	7	1.1%	56	9.1%	27	4.4%
最期　痛みなし	看取り前	150	24.4%	86	14.0%	235	38.1%	23	3.7%	24	3.9%	78	12.7%	20	3.2%
	看取り後	163	26.5%	32	5.2%	304	49.4%	19	3.1%	9	1.5%	60	9.7%	29	4.7%

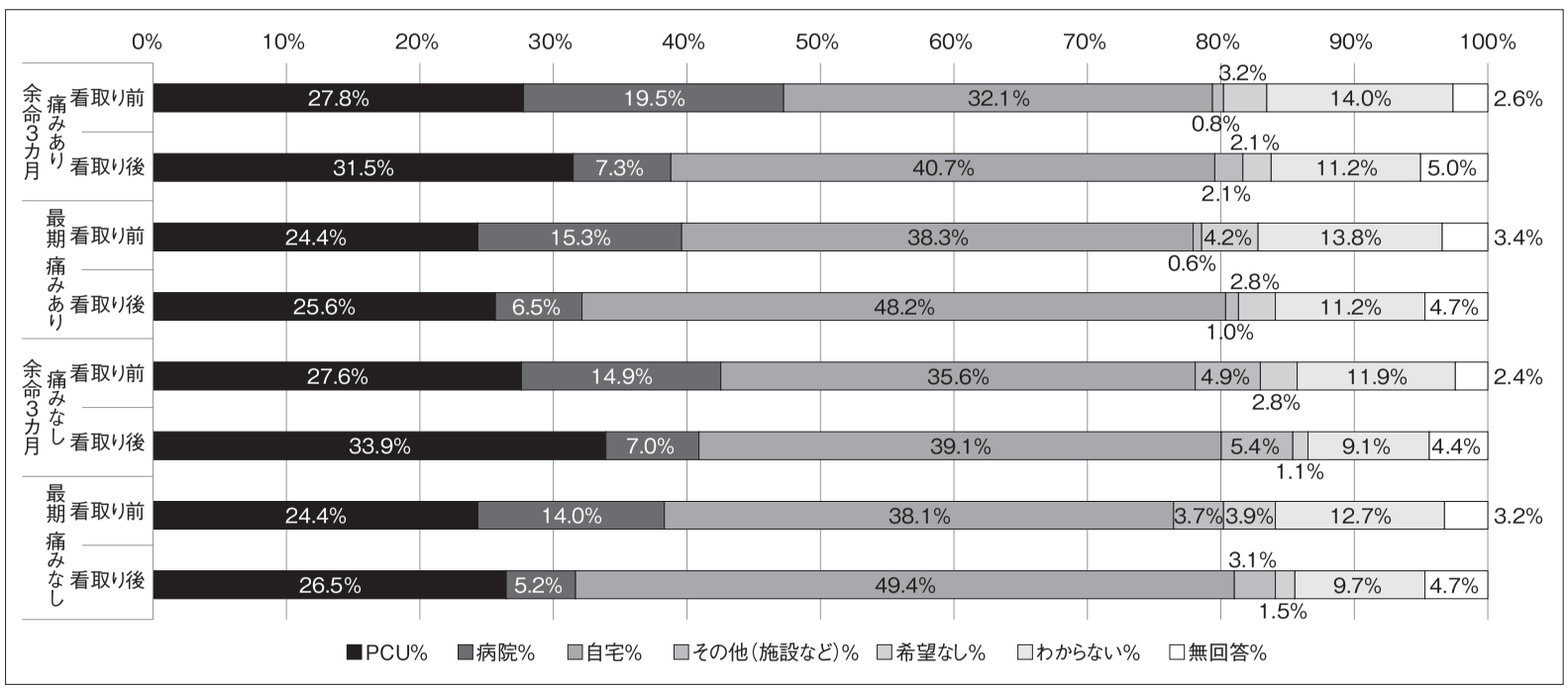


図 3　在宅で看取りの経験をした遺族 616 名の希望する療養場所（place of care）および死亡場所（place of death）

表 5　がんで痛みがあり余命 3 カ月の状態となった場合の希望する療養場所（place of care）

	看取り前	看取り後	n	CES	全般的満足度	介護負担	GDI 短縮版得点
PCU で看取りを経験した遺族	PCU	PCU	2,644	50.0	5.3	13.5	82.0
	PCU	病院	25	39.4	3.2	14.6	61.7
	PCU	自宅	65	42.6	4.2	14.2	69.3
	病院	PCU	1,194	49.6	5.2	13.4	81.2
	病院	病院	264	46.4	4.6	13.9	75.8
	病院	自宅	37	43.4	4.5	12.4	73.2
	自宅	PCU	695	49.5	5.3	13.8	80.2
	自宅	病院	56	46.6	4.8	13.3	76.8
	自宅	自宅	225	46.8	4.8	13.5	74.0
病院で看取りを経験した遺族	PCU	PCU	111	47.1	4.7	13.1	76.1
	PCU	病院	3	44.0	5.0	17.3	69.0
	PCU	自宅	3	44.7	3.7	18.3	56.7
	病院	PCU	43	46.1	4.4	14.5	74.5
	病院	病院	106	46.3	4.7	13.1	75.5
	病院	自宅	14	43.7	4.3	15.1	74.5
	自宅	PCU	37	47.8	4.8	13.0	72.3
	自宅	病院	22	47.6	4.5	13.0	75.6
	自宅	自宅	41	44.8	4.5	12.9	76.7
在宅で看取りを経験した遺族	PCU	PCU	93	45.5	5.3	13.5	82.3
	PCU	病院	3	46.7	5.7	7.7	99.7
	PCU	自宅	60	46.9	5.4	11.7	89.2
	病院	PCU	41	41.2	5.0	16.9	79.9
	病院	病院	32	40.6	5.1	12.9	85.8
	病院	自宅	29	44.4	5.3	14.1	89.9
	自宅	PCU	56	43.3	5.0	13.6	83.3
	自宅	病院	8	42.4	4.8	13.4	83.3
	自宅	自宅	136	45.7	4.8	15.1	83.2

傾向がみられ，看取りの経験は，自分が死を迎える場合にどのように過ごすかを考える機会となっている可能性がある．

まとめ

遺族に対して，看取りの経験をした前後で希望する place of care と place of death がどのように変化したかを調査した報告は今までになく，緩和ケア病棟（PCU），病院，在宅で看取りを経験した遺族の療養場所，死亡場所の希望を横断的に調査し比較した報告もなかった．本研究では，看取りの経験が遺族の place of care と place of death の希望に影響を与えることが示唆された．

また，わが国では，place of care と place of death についての区別が曖昧で，最期に過ごしたい場所とひとくくりにされることが多いが，今回の研究で，place of care と place of death が変化する人の割合が明らかになった．医療従事者および介護従事者が本結果を参考にすることで，place of care と place of death の決定過程において効果的に介入できる可能性がある．

文　献

1）Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan. *Support Care Cancer* 2012；20：2575-2582.

2）Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, et al. Japanese people's preference for place of end-of-life care and death：a population-based nationwide survey. *J Pain and Symptom Manage* 2011；42：

882-892.
3) Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts：a population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 2007；18：1539-1547.
4) Choi J, Miyashita M, Hirai K, et al. Preference of place for end-of life cancer care and death among bereaved Japanese families who experienced home hospice care and death of a loved one. *Support Care Cancer* 2010；18：1445-1453.

⑤

Good Death の規定因子に関して

升川　研人*

サマリー

望ましい死の達成度尺度 GDI（Good Death Inventory）は わが国の遺族調査で用いられる評価尺度の 1 つである．短縮版 GDI の全 18 項目の合計得点，コアドメイン 10 項目の合計得点，そして，望ましい死の達成度を評価する際に重要視した項目に限定した評価でどの程度全般的な Good Death を評価することができているのかを比較した．GDI 項目で評価する際には，コアドメインや重要視した項目に限定せず全 18 項目の合計得点が適しているということが明らかになった．

目　的

緩和ケアの重要アウトカムである Good Death（望ましい最期）の達成度を評価するために，わが国では，宮下らによって望ましい死の達成度尺度 Good Death Inventory（以下，GDI）が開発された[1]．GDI は日本人を対象とした質的研究と量的研究から抽出された Good Death の構成概念をもとに構成されている．GDI 短縮版は「からだや心のつらさが和らげられていること」，「望んだ場所で過ごすこと」など多くの人が共通して重要だと考える 10 の概念（コアドメイン）に加えて，「できるだけの治療を受けること」，「自然なかたちで過ごせること」など人によっては異なるが重要であると考える 8 の概念（オプショナルドメイン）からなる．それぞれの項目に関して，「全くそう思わない」から「非常にそう思う」の 7 段階で評価し，18 項目の合計点を算出する．そして，その合計点が高いほど評価が高いということを示している．

GDI は緩和ケアのアウトカム評価尺度としてわが国で長年継続的に使用されており，近年では韓国語版，中国語版も開発され，アジア圏における緩和ケアのアウトカムの評価において重要な役割を果たすことが期待される[2,3]．

しかし，わが国の遺族調査において問題点が指摘されている．その 1 つが「アンケート回答に対する負担感」である[4]．その問題点を解決する 1 つの方法が使用する評価尺度の簡易化であると考え，我々は遺族調査における遺族の負担感軽減のための第 1 段階として，評価尺度の 1 つである GDI の短縮化の可能性に関して取り組むことと

*東北大学大学院 医学系研究科

した．GDI の短縮化可能性を検証するため，GDI 短縮版の全 18 項目の合計得点とコアドメイン 10 項目の合計得点評価能との比較と，また，望ましい死の達成度を評価する際に重要視した項目に限定した評価に関して検討することとした．

結　果

1）対象者・有効回答率

本研究の質問項目は J-HOPE4 研究全対象者に対して配布された．有効回答数は 9,071（有効回答率 53%）であった．

2）コアドメイン 10 項目の合計得点の評価能に関して

評価能の比較をするために，先行研究で使用された「全般的 Good Death 評価」との相関係数を算出した．全般的 Good Death 評価に関しては，先行研究を参考に，「あなたは，全般的にみて患者様が望ましい最期を迎えることができたと思いますか？」を使用した．「迎えることができたとまったく思わない」～「迎えることができたと強く思う」の 11 件法で尋ね，得点が高いほど全般的 Good Death の到達度が高いことを示す．

GDI 短縮版 18 項目の合計点と全般的 Good Death 評価間のスピアマンの順位相関係数は 0.69（ρ ＜0.001）であった．コアドメイン 10 項目の合計点と全般的 Good Death 評価間のスピアマンの順位相関係数が 0.66 であった．各項目別にみてみると，「自然に近い形で過ごせた」と全般的 Good Death との相関が最も強く 0.61 であった．追加解析として，患者背景ごとに GDI 短縮版全 18 項目の合計点と全般的 Good Death 評価との相関係数を算出した．その結果，すべての背景要因で ρ ＝0.65～0.79（いずれも ρ <0.001）の範囲であることがわかった（**表 1**）．

表 1　全般的 Good Death 評価との相関関係

GDI 項目	相関係数 *	ρ 値
痛みが少なく過ごせた	0.38	<0.001
からだの苦痛が少なく過ごせた	0.42	<0.001
おだやかな気持ちで過ごせた	0.54	<0.001
望んだ場所で過ごせた	0.50	<0.001
楽しみになるようなことがあった	0.42	<0.001
医師を信頼していた	0.40	<0.001
人に迷惑をかけてつらいと感じていた	0.09	<0.001
ご家族やご友人と十分に時間を過ごせた	0.41	<0.001
身の回りのことはたいてい自分でできた	0.12	<0.001
落ち着いた環境で過ごせた	0.51	<0.001
ひととして大切にされていた	0.38	<0.001
人生をまっとうしたと感じていた	0.54	<0.001
納得がいくまで治療を受けられた	0.54	<0.001
自然に近いかたちで過ごせた	0.60	<0.001
大切な人に伝えたいことを伝えられた	0.45	<0.001
先ざきに起こることを詳しく知っていた	0.25	<0.001
病気や死を意識せずに過ごせた	0.39	<0.001
他人に弱った姿をみせてつらいと感じていた	0.16	<0.001
生きていることに価値を感じられた	0.27	<0.001
信仰に支えられていた	0.15	<0.001
GDI 短縮版全 18 項目合計得点	0.69	<0.001
GDI コアドメイン 10 項目合計得点	0.66	<0.001

* スピアマンの順位相関係数

3）望ましい死の達成度を評価する際に重要視した項目に限定した評価に関して

全般的な望ましい死の達成度を評価する際に重要したGDI項目を**表2**に示す．40～49%のがん患者遺族が「おだやかな気持ちで過ごせた」「からだの苦痛が少なく過ごせた」「痛みが少なく過ごせた」の心身の苦痛緩和に関連する項目を重要視したと回答した．次いで，「ご家族やご友人と十分に時間を過ごせた」が34%であった．最も重要視した項目の得点と全般的Good Death評価間の相関係数は0.52であった．また，重要視した項目の合計得点と全般的Good Death評価間の相関係数は0.47だった（**表3**）．

考　察

本研究で最も重要な知見は，望ましい死の達成度をGDI項目で評価する際にはコアドメインや重要視した項目に限定しない，全18項目の合計得点が適しているということである．GDI短縮版全18項目の合計得点と全般的Good Death評価の相関係数は0.69であった．中国語版では全般的Good Death評価との相関係数は0.44であり，また韓国語版では0.55であった[2,3]．これらの結果から，GDIの18項目の合計得点は日本におけるがん患者のGood Deathを良く捉えているといえるのかもしれない．しかしながら，Good Death評価は膨大な要因からの影響を受けるとい

表2　全般的Good Death評価時に重要視したGDI項目

GDI項目	度数	%
おだやかな気持ちで過ごせた	4,407	48.6%
からだの苦痛が少なく過ごせた	4,142	45.7%
痛みが少なく過ごせた	3,614	39.8%
ご家族やご友人と十分に時間を過ごせた	3,086	34.0%
ひととして大切にされていた	2,878	31.7%
医師を信頼していた	2,396	26.4%
落ち着いた環境で過ごせた	2,326	25.6%
望んだ場所で過ごせた	1,944	21.4%
人生をまっとうしたと感じていた	1,618	17.8%
自然に近いかたちで過ごせた	1,615	17.8%
大切な人に伝えたいことを伝えられた	1,332	14.7%
生きていることに価値を感じられた	933	10.3%
楽しみになるようなことがあった	878	9.7%
納得がいくまで治療を受けられた	856	9.4%
病気や死を意識せずに過ごせた	725	8.0%
人に迷惑をかけてつらいと感じていた	423	4.7%
先ざきに起こることを詳しく知っていた	386	4.3%
信仰に支えられていた	294	3.2%
身の回りのことはたいてい自分でできた	273	3.0%
他人に弱った姿をみせてつらいと感じていた	266	2.9%

表3　重要視した項目に対する評価と全般的Good Death評価との相関

	相関係数*	ρ値
最も重要視したGDI項目1項目の得点	0.47	<0.001
重要視した項目の合計得点	0.52	<0.001

* スピアマンの順位相関係数

われているように，現時点の GDI に含まれていない側面が日本人の Good Death 評価に重要な影響を与えている可能性も考えられる．そのため，今後の研究では GDI の評価項目に含まれていないが Good Death に重要な影響を与えている項目に関する詳細な探索が必要となるかもしれない．

特に興味深い点は，全般的 Good Death 評価との相関関係を GDI 項目別にみると「自然に近い形で過ごせた」が最も全般的 Good Death 評価との相関が強かった（相関係数 =0.60）ことである．そのため，日本人における Good Death を達成するための簡易的な予測因子としては「自然に近い形で過ごせた」は特に有用であるかもしれない．

まとめ

GDI を用いて望ましい死の達成度を評価する際には，可能な限りコアドメインや重要視した項目に限定せずに GDI 短縮版全 18 項目の合計得点を使用したほうが適していることが明らかになった．加えて，この評価能への患者と遺族の背景要因などの個別性の影響は大きくないことが示唆された．

文　献

1）Miyashita M, Morita T, Sato K, Hirai 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.

2）Shin DW, Choi J, Miyashita M, et al. Measuring comprehensive outcomes in palliative care：validation of the Korean version of the Good Death Inventory. *J Pain Symptom Manage*. 2011；42（4）：632-642.

3）Zhao J, Wong FKY, You L, Tao H. validation of the Chinese Version of the Good Death Inventory for evaluating end-of-life care from the perspective of the bereaved family. *J Pain Symptom Manage*. 2019；58（3）：472-480.

4）Miyashita M, Aoyama M, Yoshida S, et al. The distress and benefit to bereaved family members of participating in a post-bereavement survey. *Japan J Clin Oncol*. 2018；48（2）：135-143.

〔付帯研究担当者〕

青山真帆（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），**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）

6

遺族からみた「緩和ケア病棟に初めて紹介された時期」と緩和ケアチームの活動に関する評価のためのフォローアップ調査
― 2003年，2007年の結果との比較―

笹原　朋代*

サマリー

本研究の目的は，ホスピス・緩和ケア病棟への紹介時期に関する遺族・患者の認識を明らかにするとともに，緩和ケアチームの活動に関する評価をすることである．ホスピス・緩和ケア病棟で家族を亡くした1,018名の遺族に調査票を送付し，返送数644（返送率63.3％），有効回答数539（有効回答率52.9％）であった．ホスピス・緩和ケア病棟への紹介時期についての遺族の評価は「遅すぎた」「とても遅すぎた」が37.2％，患者の評価は36.2％であった．ホスピス・緩和ケア病棟への入院前に，緩和ケアチームが関わっていたのは223名（42.7％）であり，緩和ケアチームの関与の有無による紹介時期について認識の違いはなかった．緩和ケアチームの活動については，いずれの内容も「すこし役に立った～役に立った」という回答が90％以上であった．

目　的

生命を脅かす病を持つ人の苦痛を最小限にするため，適切な時期に緩和ケアを提供することは重要である[1]．しかし，これまでの先行研究では，主治医は非常に遅い段階になってからがん患者を専門的緩和ケアに紹介することが明らかになっている[2~8]．わが国では，遺族を対象とした専門的緩和ケアへの依頼時期に関する認識に関する大規模調査[8]が行われており，①遺族の約半数が専門的緩和ケアへの紹介時期を「遅い」あるいは「非常に遅い」と捉えていること，②緩和ケアチームの関与がある場合，ホスピス・緩和ケア病棟への紹介が遅いと認識する遺族が少ないことが示されている．さらに，がん対策基本法制定後に行われたフォローアップ調査[9]にて，前述の結果がほとんど変わっていないことが明らかとなっている．そのフォローアップ調査から10年が経過し，この間に専門的緩和ケアサービスは量的に増加した[10]．現在の紹介・入院時期に関する遺族の認識を明らかにすることは，専門的緩和ケアサービスの提供体制を考える資料となる点で意義があると考える．本研究では，わが国での先行研究と同様に以下を調査し，2003年と2007年の過去2回の調査

*東京女子医科大学（研究分担者）

との経時的な推移をみることを主目的とする.

1）ホスピス・緩和ケア病棟への入院時期に関する遺族の認識を明らかにすること
2）ホスピス・緩和ケア病棟への紹介時期に関する認識を遺族および患者の視点から明らかにすること
3）緩和ケアチームの関与の有無によって，ホスピス・緩和ケア病棟への紹介および入院時期に関する遺族・患者の認識に違いがあるかを明らかにすること

結　果

ホスピス･緩和ケア病棟で家族を亡くした1,018名の遺族に調査票を送付し，返送数644（返送率63.3%），有効回答数539（有効回答率52.9%）であった.

1）ホスピス・緩和ケア病棟への入院時期に関する遺族の認識

ホスピス・緩和ケア病棟への入院時期に関する遺族の認識は，「とても早すぎた」7名（1.3%），「早すぎた」21名（4.0%），「適切だった」293名（55.4%），「遅すぎた」143名（27.0%），「とても遅すぎた」65名（12.3%）であった.

2）ホスピス・緩和ケア病棟への紹介時期に関する認識

表1に，ホスピス・緩和ケア病棟への紹介時期に関する認識についての結果を，過去2回の調査結果とともに示す．今回の調査では，ホスピス・緩和ケア病棟への紹介時期についての遺族の評価は「遅すぎた」「とても遅すぎた」が37.2%，患者の評価は36.2%であった.

3）緩和ケアチームの介入とホスピス・緩和ケア病棟への紹介時期との関連

・ホスピス・緩和ケア病棟への入院前に，緩和ケアチームが関わっていたのは223名（42.7%）であった（2007年では42%）.
・ホスピス・緩和ケア病棟への紹介が「遅すぎた」「とても遅すぎた」と回答した遺族は，緩和ケアチーム関与群40%，緩和ケアチーム非関与群35%であった．ホスピス・緩和ケア病棟への紹介が「遅すぎた」「とても遅すぎた」と回答した患者は，緩和ケアチーム関与群38%，緩和ケアチーム非関与群32%であった．緩和ケアチームの関与の有無によりホスピス・緩和ケア病棟の紹介時期に統計学的な有意差はなかった（**表2**）.

4）遺族が認識する緩和ケアチームの有用性

遺族が緩和ケアチームを「とても役に立った」「役に立った」「すこし役に立った」と回答した割合は，症状コントロール92.2%，精神的サポート

表1　ホスピス・緩和ケア病棟への紹介時期に関する認識

	とても早すぎた (%)	早すぎた (%)	適切だった (%)	遅すぎた (%)	とても遅すぎた (%)
遺族の認識					
2003年（318人）	2.2	1.6	48	30	19
2007年（451人）	1.8	2.4	47	22	25
2019年（525人）	1.0	2.1	59.8	24.4	12.8
患者の認識					
2003年（138人）	2.9	2.2	36	35	24
2007年（228人）	3.1	4.4	48	21	23
2019年（246人）	1.6	4.5	57.7	23.2	13.0

実際の質問項目は，「とても早すぎた」が「もっと遅く入院すればよかった（したかった)」，「「早すぎた」が「もう少し遅く入院すればよかった（したかった)」，「適切だった」が「ちょうどよかった」，「遅すぎた」が「もう少し早く入院すればよかった（したかった)」，「とても遅すぎた」が「もっと早く入院すればよかった（したかった)」であった.

表 2　緩和ケアチームによる関与の有無とホスピス・緩和ケア病棟への紹介時期との関連

	とても早すぎた / 早すぎた	適切だった	遅すぎた / とても遅すぎた	ρ 値
遺族の認識				
緩和ケアチーム関与群	6（3%）	124（57%）	87（40%）	0.592
緩和ケアチーム非関与群	7（3%）	130（61%）	75（35%）	
患者の認識				
緩和ケアチーム関与群	9（8%）	66（55%）	45（38%）	0.708
緩和ケアチーム非関与群	6（7%）	51（61%）	27（32%）	

表 3　緩和ケアチームの有用性に関する遺族の認識

	とても役に立った（%）	役に立った（%）	すこし役に立った（%）	役に立たなかった（%）
症状コントロール				
2007 年（188 人）	34	44	15	6.4
2019 年（219 人）	29.2	43.4	19.6	7.8
精神的サポート				
2007 年（188 人）	28	46	16	10
2019 年（220 人）	27.3	32.3	30.9	9.5
家族のサポート				
2007 年（188 人）	31	37	24	8.0
2019 年（221 人）	29.0	38.0	26.2	6.8
療養場所の調整				
2007 年（188 人）	23	44	20	9.0
2019 年（212 人）	30.7	37.7	25.9	5.7

実際の質問項目は，「症状コントロール」は「痛みなど身体的苦痛をやわらげることに役立ちましたか」，「精神的サポート」は「患者様の精神的なつらさをやわらげることに役立ちましたか」，「家族のサポート」は「ご家族を支えることに役立ちましたか」，「療養場所の調整」は「緩和ケア病棟や在宅など治療場所のコーディネートに役立ちましたか」，であった．

90.5%，家族のサポート 93.2%，療養場所の調整 94.3%であった（**表 3**）．

考　察

ホスピス・緩和ケア病棟への紹介時期が「遅すぎた」「とても遅すぎた」という評価は遺族・患者とも 4 割以下であった．「遅すぎた」「とても遅すぎた」という評価が半数近くあった過去 2 回の調査と比較すると，遅すぎる紹介は少なくなってきているといえる．一方，緩和ケアチームの関与の有無によって，ホスピス・緩和ケア病棟への紹介時期の評価に違いはなかった．逆に，統計学的に有意ではなかったものの，緩和ケアチーム関与群のほうが非関与群よりも「適切だった」という評価が遺族・患者とも少なく，「遅すぎた」「とても遅すぎた」という評価が遺族・患者とも多かった．これは，2007 年の調査結果とは異なる結果であった．この理由としては，ホスピス・緩和ケア病棟の数が増加し（2007 年：186 施設 3,631 病床，2019 年：424 施設 8,646 病床）[11]，緩和ケアチームを介さなくても紹介しやすくなったこと，基礎医学・看護教育への緩和ケアに関する授業の導入や PEACE や ELNEC-J などの緩和ケア研修により緩和ケアに関する理解が広まり，ホスピス・緩和ケア病棟への紹介に対する医療従事者のバリアが少なくなっているのかもしれない．

緩和ケアチームの有用性についての評価は，いずれの内容も「すこし役に立った〜役に立った」という回答が 9 割以上であった．これは，2007 年の調査結果とほぼ同様の結果であった．ホスピ

ス・緩和ケア病棟を利用した遺族は，緩和ケアチームの活動を全体的に有用と認識しているといえる．

まとめ

本研究では，遺族からみた緩和ケア病棟への紹介時期と緩和ケアチームの有用性を調査し，過去2回の調査結果と比較した．ホスピス・緩和ケア病棟への紹介時期が「遅すぎた」という評価は遺族・患者とも4割以下であり，過去2回の調査よりも少なかった．緩和ケアチームの関与の有無による紹介時期について遺族認識の違いはなかった．ホスピス・緩和ケア病棟を利用した遺族は，緩和ケアチームの活動を全体的に有用と認識していた．

文　献

1）Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, et al. Palliative Care：the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002；24（2）：91-96.
2）Dudgeon DJ, Raubertas RF, Doerner K, et al. When does palliative care begin? A needs assessment of cancer patients with recurrent disease. *J Palliat Care* 1995；11：5-9.
3）Christakis NA, Escarce JJ. Survival of medicare patients after enrollment in hospice programs. *N Engl J Med* 1996；335：172-178.
4）Costantini M, Toscani F, Gallucci M, et al. Terminal cancer patients and timing of referral to palliative care：a multicenter prospective cohort study. *J Pain Symptom Manage* 1999；18：243-252.
5）Teno JM, Shu JE, Casarett D, et al. Timing of referral to hospice and quality of care：length of stay and bereaved family members' perceptions of the timing of hospice referral. *J Pain Symptom Manage* 2007；34：120-125.
6）Schockett ER, Teno JM, Miller SC, Stuart B. Late referral to hospice and bereaved family member perception of quality of end-of-life care. *J Pain Symptom Manage* 2005；30：400-407.
7）Rickerson E, Harrold J, Kapo J, et al. Timing of hospice referral and families' perceptions of services：are earlier hospice referrals better? *J Am Geriatr Soc* 2005；53：819-823.
8）Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 2005；23：2637-2644.
9）Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, et al. Late referrals to palliative care units in Japan：nationwide follow-up survey and effects of palliative care team involvement after the Cancer Control Act. *J Pain Symptom Manage*. 2009；38（2）：191-6.
10）日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団．第Ⅱ部 統計と解説　1．データでみる日本の緩和ケアの現状．ホスピス緩和ケア白書 2016. 青海社．東京．2016
11）日本ホスピス緩和ケア協会．緩和ケア病棟入院料届出受理施設数・病床数の年度推移 https：//www.hpcj.org/what/pcu_sii.html.（アクセス日：2019年11月25日）

〔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）

7

死亡直前期の病状説明に対する遺族の満足度と医療者の取るべき態度

前田　一石*

サマリー

死亡直前期の病状説明が不十分だったと回答したのは1割以下だった．医療者の取るべき態度については，婉曲的ではなくはっきりと伝えてほしい，必要に応じて看護師からも病状に関する情報提供を受けたいとの意見が多かった．臨終に立ち会いたい人の確認など，看取り～死亡後を想定した話し合いは，死亡前2週間に行いたいと考える遺族が多かったが，少数の遺族では患者存命中には行いたくないという意見もみられた．

目　的

死亡直前期（患者死亡の数日～数時間）はダイナミックに病状が変化する時期で，家族は病状について正しい情報を得て，看取り～死亡後に備えることが重要である[1,2]．米国の大規模な遺族調査では，病院で死亡した患者の遺族の半数が死亡直前期の病状説明が不十分であると認識していることが報告されている[3]．

本研究の目的は，J-HOPE4の集団において，死亡直前期の病状説明が十分であったか，病状説明に際して医療従事者が取るべき望ましい態度について，遺族の視点から明らかにすることである．

結　果

送付対象の1,018名に質問紙が送付され644名より回答を得た．そのうち回答拒否の105名を除く539名を有効回答とした（有効回答率 52.9%）．本研究では，死亡直前期の病状説明が十分であったかどうかについて回答していない12名を除外した527名を解析対象とした．

1）死亡直前期の病状説明に関する遺族の認識（図1）

死亡直前期の医師・看護師からの病状説明に関して，情報量の面では「十分だった」が61%，「どちらとも言えない」が31%，「不十分だった」が8%であった．

*医療法人協和会 千里中央病院 緩和ケア科（研究代表者）

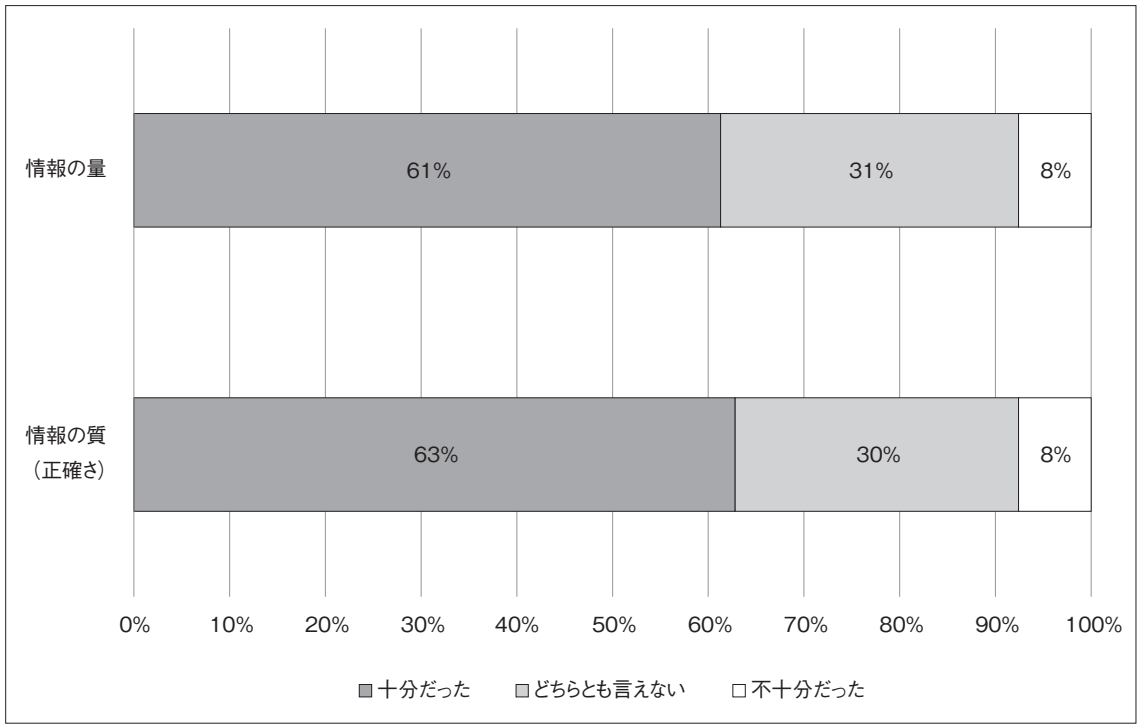


図 1　死亡直前期の医師・看護師からの情報提供は十分であったか

情報の質（正確さ）の面では，「十分だった」が 63%，「どちらとも言えない」が 30%，「不十分だった」が 8% であった．

2）死亡直前期の患者の状態変化・苦痛に関する遺族の認識

死亡直前期の病状変化に関しては 46% の遺族が「想像よりかなり急だった / 急だった」と回答した．苦痛の程度については「想像よりかなりつらそうだった / つらそうだった」は 29% で，「想像通り～想像よりかなり穏やかだった」が 72% であった．

3）死亡直前期の病状説明について医療者の取るべき態度に関する遺族の認識（図 2）

「家族の（病状に関する）認識が間違っていれば，はっきり修正してほしい」に対して「非常にそう思う / そう思う」と回答した割合は 58%，「心情に配慮して婉曲的な伝え方になるのは仕方がない」に「非常にそう思う / そう思う」と回答した割合は 27% であった．

「確実な事実のみに基づいて病状説明を行うべきだ」「起こる可能性のあることはすべて説明するべきだ」に対しては，いずれも約 50% の遺族が「非常にそう思う / そう思う」と回答した．

「病状説明は医師が行うべきだ」に対して「非常にそう思う / そう思う」と回答したものは 59%，「病状の変化に気づいたら看護師からも説明を行ってほしい」に対して「非常にそう思う / そう思う」したのは，65% であった．

4）看取り～死亡後の説明を行う適切な時期に関する遺族の認識（図 3）

臨終に立ち会いたい人や死亡後に着て帰る服装の確認など，看取り～死亡後の対応に関する話し合いを行う時期として，約 75% の遺族が死亡が

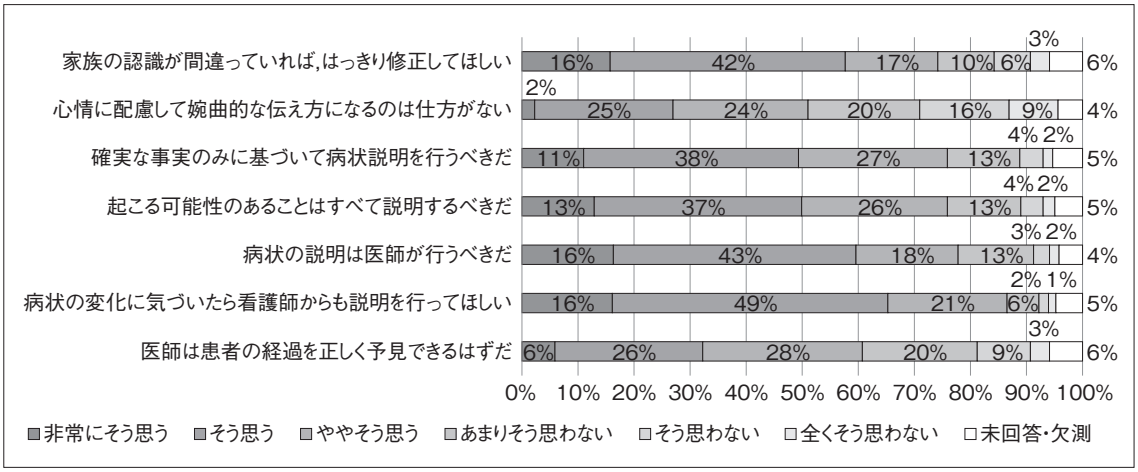


図 2　死亡直前期の病状説明について医療者の取るべき態度：遺族の認識

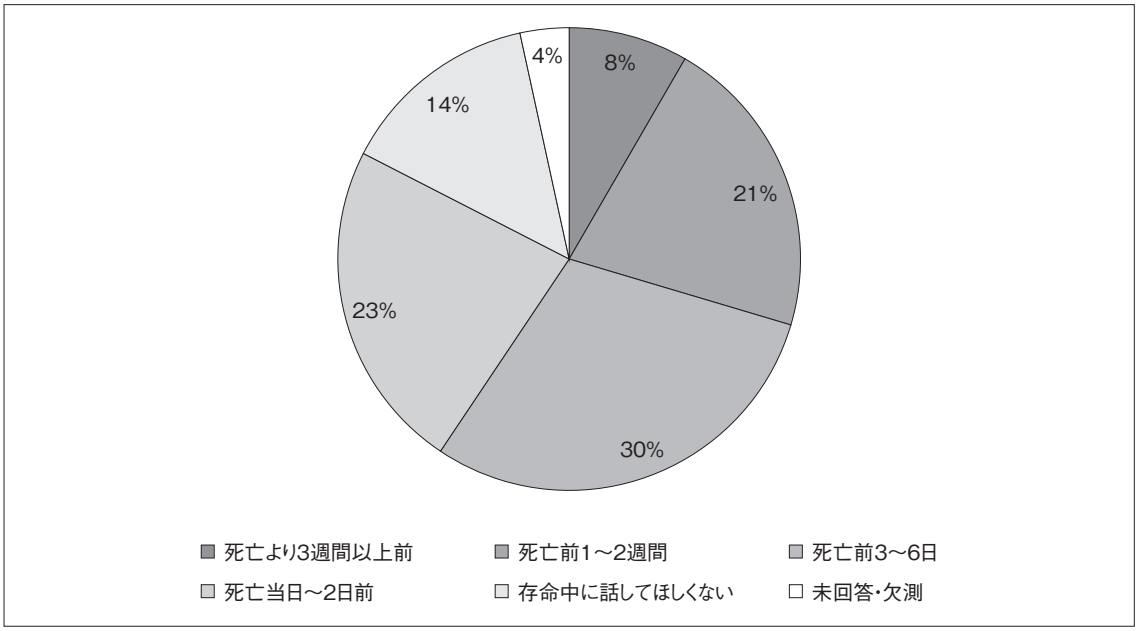


図 3　看取り〜死亡後の説明※ を行う適切な時期：遺族の認識
※臨終に立ち会いたい人・着て帰る服装など

2 週間以内に迫ってきた時期に話すことを希望すると回答した．一方，14% の遺族では患者存命中にそのような話題を出してほしくないと回答した．

考　察

本研究では，死亡直前期の病状説明についての満足度，医師・看護師の取るべき態度についての遺族の認識が明らかになった．病状説明が不十分

だったと回答したのは，質・量のいずれに関しても１割以下で，多くの遺族は病状説明に満足している実態が明らかとなった．医師・看護師の取るべき態度については，婉曲的ではなくはっきりと伝えてほしいと希望する遺族の割合が多かった．一方，確実な事実のみに基づいて説明をしてほしい，起こる可能性のあることをすべて伝えてほしいという相矛盾する希望が半数の遺族にみられることが明らかになり，死亡直前期の家族の煩悶・高い情報ニーズが推察される結果となった．病状説明に関しては医師が行うものとする意見が過半数であったが，それと同程度の割合で必要に応じて看護師からも病状に関する情報提供を受けたいとの意見も認められた．臨終に立ち会いたい人の確認など，看取り～死亡後を想定した話し合いに関しては死期が迫った時期に行いたいと考える遺族が多かったが，少数の遺族では患者存命中に話したくないという希望を持っていることも明らかとなった．

米国の大規模な遺族研究では，病院で死亡した患者の遺族の半数が「dying process についての情報提供が不十分であった」と回答している[3]．この研究は療養場所ごとの終末期ケアの質を評価したもので，病院・ナーシングホームでは在宅ケアに比べ「情報提供が不十分」とした遺族の割合が高いことを報告しているが，それ以外の関連要因については明らかではない．J-HOPE 研究において，新城らが「予測される経過を説明する」など具体的な説明内容と遺族のつらさ・改善の必要性についての関係を明らかにしている[4,5]．しかし，この研究では説明に対する遺族の評価や医療者の取るべき態度については調べられていない．本研究では，国内のホスピス・緩和ケア病棟で死亡された患者の遺族を対象として，死亡直前期の病状説明が十分であったか，病状変化・苦痛の程度，医療者の取るべき態度について明らかにすることができた．

本研究の限界として，遺族調査であるため「経過が急だった」などの回答が実際の医学的状況と異なっている可能性がある．リコールバイアスのため死亡直前期の状況を正しく想起できていない可能性がある．有効回答率が高くなく選択バイアスが生じている可能性がある．国内の緩和ケア病棟で死亡した患者の遺族が対象の調査であり，一般病棟や在宅で死亡した遺族および国外の集団には適応できない可能性があることなどが挙げられる．

まとめ

本研究により死亡直前期の病状説明に関する遺族の認識が明らかとなった．病状説明に対し不満を感じている遺族は少数であったが，病状説明を受けた後であってもなお，遺族にとっては患者の状態変化は急なものだったと感じられることが多い．医療者の取るべき態度として，婉曲的ではなくはっきりとした説明を行うこと，事実と今後の予測についてはバランスの良い説明を行うことが重要である．医師と看護師とが協力して患者の状態を観察し苦痛緩和に努めるとともに，家族のニーズに応えて適切な情報提供を行うことが期待される．

文　献

1）Cherny NI, Fallon M, Kaasa S, et al. Oxford textbook of palliative medicine. Fifth edition. ed. Oxford：Oxford University Press；2015. p337-344.

2）Collins A, McLachlan SA, Philip J. How should we talk about palliative care, death and dying? A qualitative study exploring perspectives from caregivers of people with advanced cancer. *Palliat Med* 2018；32（4）：861-869.

3）Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA* 2004；291（1）：88-93.

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

5）新城拓也，森田達也，平井啓，他．遺族調査からみる臨終前後の家族の経験と望ましいケア．J-HOPE 研究報告書．日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団（2010）：57-62.

8

終末期がん患者の呼吸困難に対する望ましいケアに関する研究

山本　瀬奈*

サマリー

本研究の目的は，終末期の呼吸困難に対して緩和ケア病棟で提供されたケアの実態と遺族の評価を明らかにすることである．緩和ケア病棟で亡くなったがん患者の遺族 995 名に質問紙を送付し，回答応諾が得られた 533 名のうち呼吸困難を体験した患者の遺族は 231 名であった．終末期の呼吸困難に関して患者へのケア（15 項目中 14 項目），家族へのケア（4 項目すべて）は 60% 以上の遺族が実践されていたと回答しており，複数のアプローチを活用したケアが実践されていることが示された．終末期の呼吸困難に対するケアについて遺族の評価は総じて高く，患者の呼吸困難の強さによってケアの評価に差はなかった．

目　的

がんの終末期において呼吸困難は頻度が高く，死亡前の短期間で増悪する[1,2]特徴をもつ患者・家族にとって苦痛を伴う症状の 1 つである．呼吸困難の効果的な緩和には薬物療法と非薬物療法との併用が必要と言われ，ケアの標準化が求められている．

本研究では，終末期の呼吸困難に対して緩和ケア病棟で提供されているケアの実態とそれらに対する遺族の評価を明らかにすることを目的とした．

結　果

緩和ケア病棟で亡くなったがん患者の遺族 995 名に質問紙を送付し，646 名より返送を得た（回収率 64.9%）．そのうち，質問紙への回答応諾が得られた 533 名を解析対象とした（回答応諾率 53.6%）．緩和ケア病棟入院中に呼吸困難を体験していた患者の遺族は 231 名（45.5%，無回答 25 名を除く）おり，遺族が認識していた患者の呼吸困難の強さは「とても息苦しそうだった」73 名（31.6%），「息苦しそうだった」76 名（32.9%），「少し息苦しそうだった」69 名（29.9%），無回答 13 名（5.6%）であった．なお，酸素療法を受けていた患者は 165 名（71.4%），受けていなかった

*大阪大学大学院 医学系研究科 保健学専攻

患者は 46 名（19.9%）と報告された（20 名は酸素療法の有無不明または無回答）.

1）呼吸困難を体験している終末期がん患者とその家族に提供されたケア

呼吸困難に対する患者へのケアを 15 項目挙げ，それらが緩和ケア病棟入院中に提供されたかどうかを 4 件法で調査した（**図 1**）.「あてはまる」「少しあてはまる」の回答を合わせると，15 項目のうち 14 項目が遺族の 60% 以上によって実践されていたと報告された．特に，「身体の位置や体勢，向きを工夫してくれた」，「息苦しさをたえず気にかけてくれた」，「息苦しさからくる患者の不安や恐れを聴いてくれた」の 3 項目は共通して提供されていたケアであった．また，呼吸困難のある患者の家族に対して緩和ケア病棟で提供されたケアを 4 項目で同様に調査したところ，家族へのケアも 62.8～73.6% の遺族が実践されていたと認識していた（**図 2**）.

2）終末期の呼吸困難に対するケアに関する遺族の評価

緩和ケア病棟入院中の呼吸困難に対するケアについて 6 項目の設問により遺族の評価を調査した（**図 3**）．全項目に「あてはまる」と回答した遺族の割合は 38.6% に上った．これら 6 項目についてクロンバックの α 係数を確認した後（α =0.921），各項目の得点を加算し，クラスカル・ウォリス検定を用いて患者の呼吸困難の強さによって合計点を比較したが，群間に有意な差はなかった（ρ =0.323，**図 4**）.

考　察

今回調査した終末期の呼吸困難に対するケアは全体として高い割合で実践されており，緩和ケア病棟では複数のアプローチを活用して呼吸困難のケアが実践されていることが示唆された．ケアの内容としては，①安楽な体位を工夫すること，②呼吸困難に常に注意・関心を払うこと，③患者の不安や恐れを聴くことが広く共通して実践されて

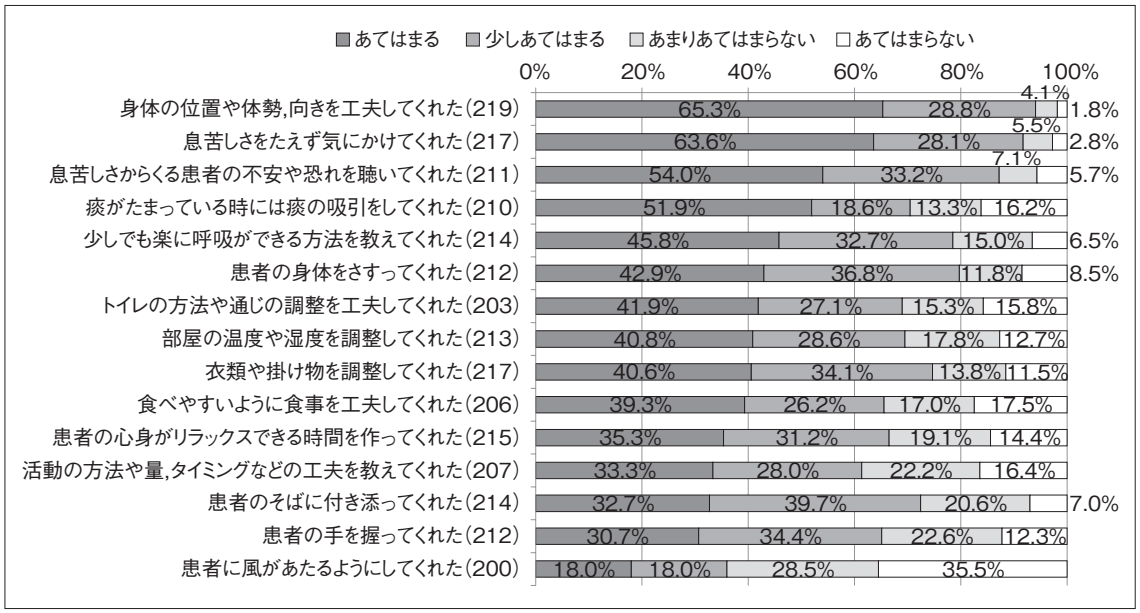


図 1　呼吸困難を体験する終末期がん患者に提供されたケア

質問は「息苦しさがあるときに」「息苦しさを和らげるために」などの言葉を添えて行った．（　）内は各項目における回答数.

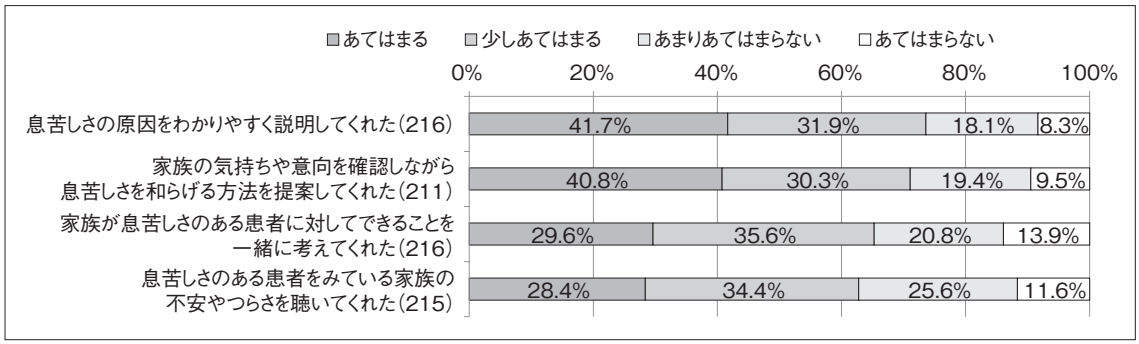


図2　呼吸困難を体験する終末期がん患者の家族に提供されたケア
（　）内は各項目における回答数.

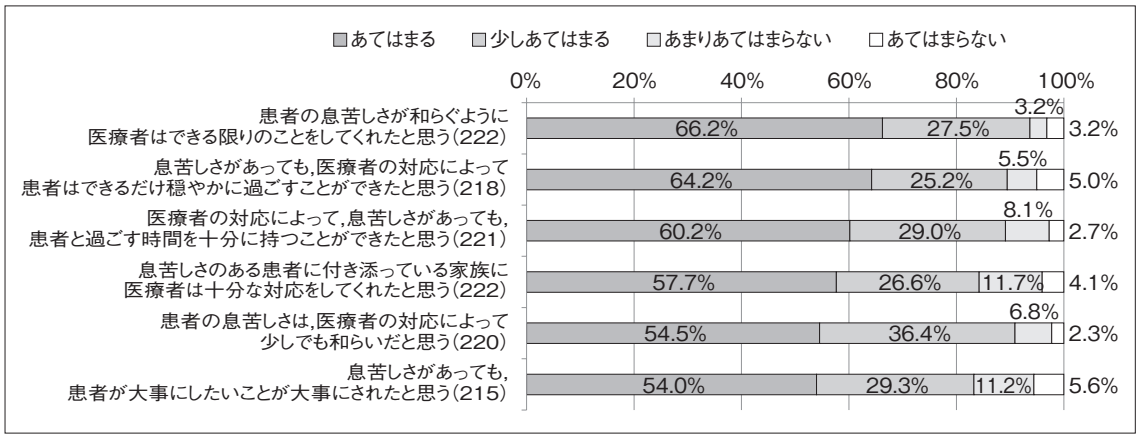


図3　終末期の呼吸困難に対するケアに関する遺族の評価
（　）内は各項目における回答数.

いた．医療者はこれらのケアを中心に据えながら患者の心身の状態や活動・生活の状況，個人の選好などに応じてケアを組み合わせて実践していたと考えられる．家族へのケアに対する回答では患者へのケアが家族の気持ちにも配慮しながら提供されていたことがうかがえ，家族を交えたケアが展開されていることも明らかになった．

このように実践されたケアは遺族に高く評価されており，今回調査に回答した遺族にとっては，多くの場合，望ましいケアが達成されていたと推察される．重要な点は，遺族の評価が患者の呼吸困難の程度によらず一貫して高かったことである．強い呼吸困難があったとしても，医療者の工夫によって望ましいケアの実現が達成できる可能性があることが期待される．ただし，あくまで回答が得られた遺族の評価であり，より高い評価が反映されている可能性があることに留意する必要がある．あわせて，本研究は日本ホスピス緩和ケア協会の会員である緩和ケア病棟に対象を限定した調査であり，国内全体の実情とは一致しない可能性も考えられる．

まとめ

緩和ケア病棟では終末期の呼吸困難に対して常に注意が払われ，体位の工夫や心理的支援を基本としながら患者・家族双方に配慮したケアが実践

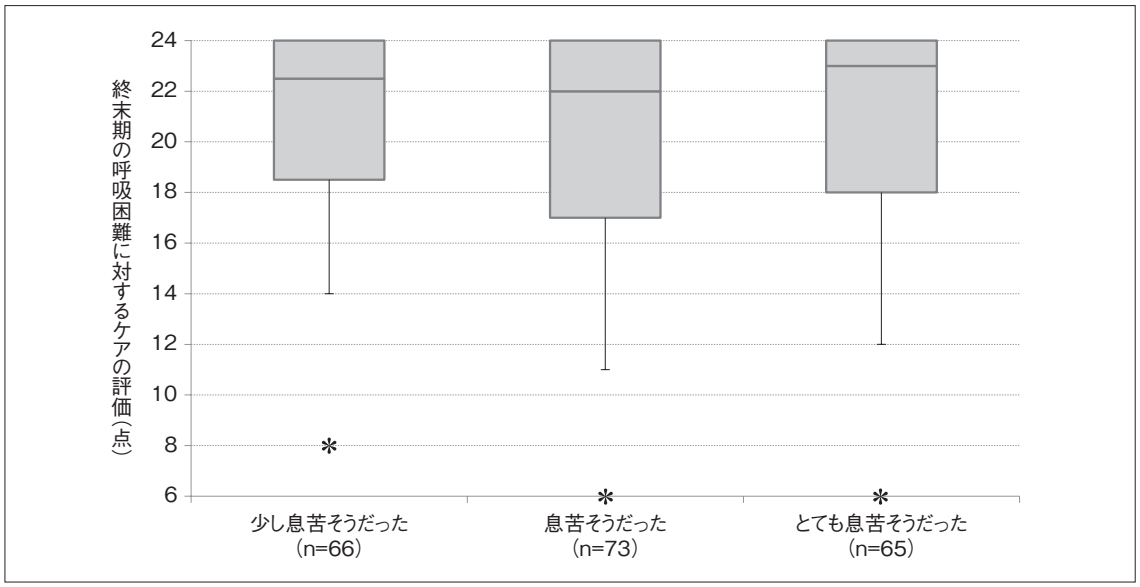


図 4　遺族からみた終末期がん患者の呼吸困難の強さと呼吸困難に対するケアに関する遺族の総合的評価
終末期の呼吸困難に対するケアの評価 6 項目について「あてはまる」4 点，「少しあてはまる」3 点，「あまりあてはまらない」2 点，「あてはまらない」1 点として 6 項目の合計点を算出し（範囲：6 ～ 24 点），得点が高いほど遺族によるケアの評価が高いとみなした．グラフは四分位数を用いて作成．ただし，四分位範囲の 1.5 倍を超えて第一四分位数より小さい値は外れ値として「＊」で示した．

されていた．強い呼吸困難を体験していた患者の遺族も，終末期の呼吸困難に対して受けたケアを高く評価していた．

文　献

1）Seow H, Barbera L, Sutradhar R, et al. Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. *J Clin Oncol* 2011；29：1151–1158.
2）Hui D, dos Santos R, Chisholm GB, et al. Symptom expression in the last seven days of life among cancer patients admitted to acute palliative care units. *J Pain Symptom Manage* 2015；50：488–494.

〔付帯研究担当者〕
荒尾晴惠（大阪大学大学院 医学系研究科）**青木美和**（大阪大学大学院 医学系研究科）**森　雅紀**（聖隷三方原病院 緩和支持治療科）**森田達也**（聖隷三方原病院 緩和支持治療科）

⑨

患者・家族間の End of Life Discussion についての遺族の評価

辰巳　有紀子*

サマリー

本研究の目的は，患者・家族間の End of Life Discussion（以下，EOLD）についての遺族の評価を明らかにすることである．

望ましい EOLD として先行研究から，終末期・残された人生や死後の希望・意思に関する項目を抽出し，3 つの領域（≪終末期の医療や介護に関する患者の希望や意思≫，≪死後に関する患者の希望や意思≫，≪人生や命に関する患者の考えや価値観≫）に整理した．これらの領域に含まれる項目を用いて，患者・家族間での EOLD の有無やきっかけ，患者の意向についてどの程度理解できたと思うかなどを調査した．

その結果，終末期の医療に関する希望や意思については，医療者の勧めもありよく話し合われ，理解し達成されている現状が示された．一方で死後の希望や人生の価値観については，患者から切り出されてはいたものの，家族は十分には理解しきれておらず，患者の意向が達成しきれていないという感覚を持つ傾向にあった．

目　的

EOLD が行われることは，患者・家族にとって大きな意義がある[1]．しかし EOLD の先行研究については，EOL に至ってからの EOLD に関するものが多く，患者の人生観・価値観をいつからどのように共有していくことが良いか，定まった知見は得られていない．そこで本研究では，患者・家族間の EOLD の有無，きっかけ，時期，充足感，EODL の内容の医療者との共有，患者の意思・希望の理解と達成といった EOLD に関する遺族の評価を明らかにすることを目的とした．

結　果

EOLD に関連する項目を，先行研究や文献[2~4]から抽出した．それらの項目を整理したところ 3 つの領域（①終末期の医療や介護に関する患者の希望や意思（以下≪終末期医療の希望≫ 3 項目），②死後に関する患者の希望や意思（以下≪死後の

*大阪大学大学院 医学系研究科（研究分担者）

希望≫6項目），③人生や命に関する患者の考えや価値観（以下≪人生の価値観≫4項目）に集約された．これらの項目に関する遺族の評価について調査を行った（以下，領域≪≫，項目【 】）．

1）生前の患者と家族間の EOLD 実施概況（図 1）

生前患者との話題に出たことがある人を合計すると，【終末期医療・介護に関する希望や意思】（83.4%（422名）），【家族への感謝】（81.2%（416名）），【急変時に連絡を取る医療機関名】（73.5%（378名））の順に多かった．一方で，【死んだらどこへ行くかの考え・価値観】（43.5%（224名）），【死後の遺品処理】（61.0%（314名））といった項目については話題に出た人が比較的少なく，特に深く話した人の割合は少なかった．

2）領域ごとの患者・家族間の EOLD のきっかけと時期の実態（図 2-1〜3）

EOLD のきっかけは，≪終末期医療の希望≫では，医療者に聞かれたり話すように言われたりした人が多かった（40.6%（158名））．しかし≪死後の希望≫，≪人生の価値観≫については，それぞれ患者本人から切り出された人が多かった（順に，71.3%（171名），73.5%（136名））．

また最もよく EOLD をした時期は，「がんに対する治療中」が多かった（≪終末期医療の希望≫54.1%（203名），≪死後の希望≫48.1%（117名），≪人生の価値観≫42.3%（82名））．EOLD をした時期が適切だったと思う遺族が最も多かったものの，その割合は半数程度にとどまった（≪終末期医療の希望≫54.6%（208名），≪死後の希望≫54.4%（141名），≪人生の価値観≫57.1%（120名））．

3）患者・家族間の EOLD の充足感，EOLD の内容を医療者に伝えたか，EOLD 患者の意思・希望の理解と達成についての遺族の評価（図 2-4〜7）

各領域に関し，患者・家族間で十分に話し合えたかどうかたずねたところ，やや十分だったとする遺族が最も多かった（≪終末期医療の希望≫38.2%（144名），≪死後の希望≫33.9%（95名），≪人生の価値観≫32.6%（76名））．

また≪終末期医療の希望≫については，患者と話し合った内容を医療者に伝え十分に話し合ったとする遺族が合計66.3%（336名）に上った．一方で，≪死後の希望≫，≪人生の価値観≫については伝えなかった／話さなかったとする遺族の割合が高かった（順に56.7%（287名），61.6%（311名））．

さらに，≪終末期医療の希望≫については十分／やや理解できた人が多かったが（69.4%（352名）），特に≪人生の価値観≫に関しては，全く／あまり理解できなかったとする遺族が多くみられた（53.3%（265名））．

最後に，≪終末期医療の希望≫に関しては，十分に／ややかなえられたとする遺族の割合が多く，≪人生の価値観≫に関しては（余り）かなえられなかった人の割合が多かった．

考　察

本研究結果は，がん患者と家族がどのような内容の EOLD をどのような時期で行い，結果としてその話し合いが十分だったと考えているかを示す貴重な資料となった．本研究では3つの主要な結果が得られた．

1）EOLD 実施の実態

山口[1]は J-HOPE3 において対象となったがん患者（の遺族）の約80%が医療者と≪終末期医療の希望≫を実施していたと報告したが，本調査結果でも同様の結果となった．一方，≪死後の希望≫≪人生の価値観≫の2つについては患者と話した内容を医療者に伝えなかったとした遺族が多かった．死後の希望や人生の価値観を含めた EOLD は実践されにくく，また医療者にあまり共有しようとされていない現状が示唆された．

2）EOLD の開始の仕方

≪死後の希望≫や≪人生の価値観≫は患者から

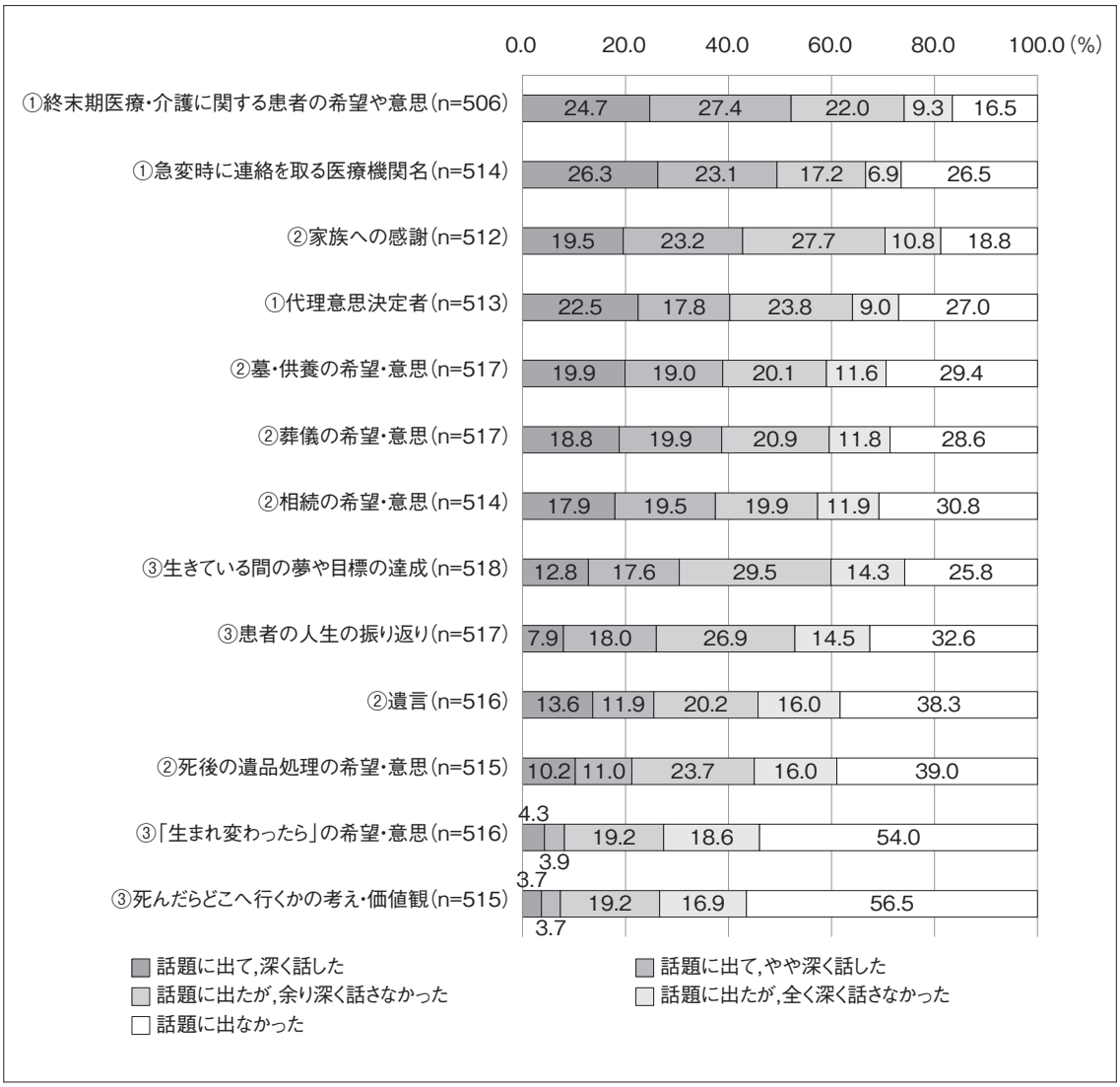


図 1　生前の患者・家族間の，EOL に関する話し合いの状況

切り出されることが多かったが，≪終末期医療の希望≫に関しては医療者が EOLD のきっかけをつくることが多かった．ACP の作成や具体的な治療方針の決定に関連して医療者から働きかけた可能性がある．

3）EOLD のタイミング，充足感，医療者との共有，患者の希望の理解と達成

患者・家族間の EOLD はいずれの項目でもがんに対する治療中に行われることが多く，患者と（やや）十分に話し合えていた．特に≪終末期医療の希望≫については 70% 程度の遺族が患者の意向について理解でき，それを達成できたとしていた．一方で，≪死後の希望≫や≪人生の価値観≫については，患者の意向を十分に理解できたとする遺族は少なく，それを達成できたという遺族も少なかった．

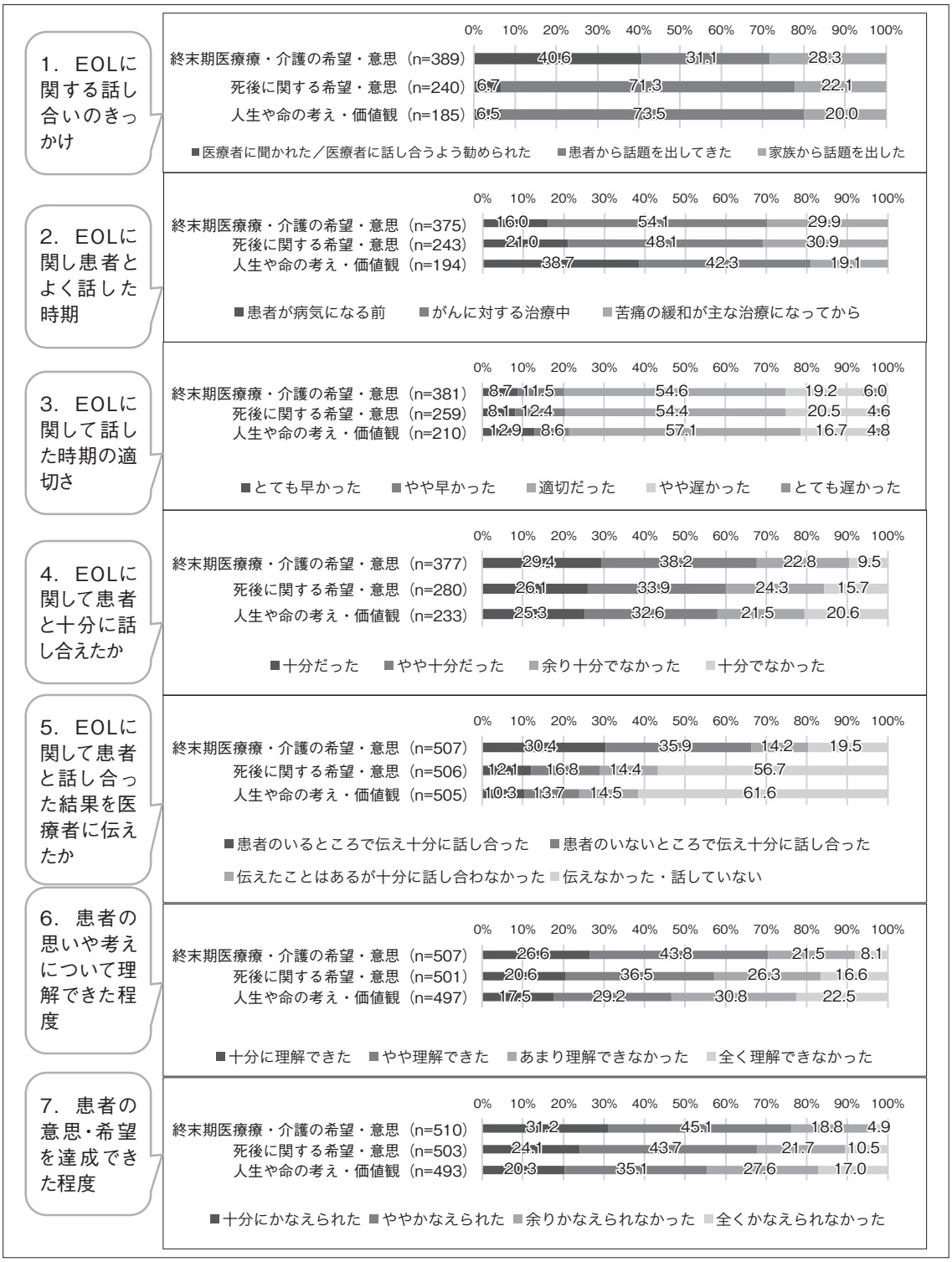


図2　EOL に関する患者・家族間の話し合いの実態

まとめ

本研究では遺族に患者とのEOLDを評価してもらったところ，終末期の医療に関する希望や意思については医療者の勧めもありよく話し合われ，理解し達成されている現状が示された．一方で死後の希望や人生の価値観については，患者から切り出されて話したものの，家族は十分には理解しきれておらず，患者の意向が達成しきれていないという感覚を持つ傾向にあった．

文　献

1）山口崇．終末期の話し合い（End-of-Life Discussion）の実態と終末期の患者 quality of life・遺族の精神的な健康に及ぼす影響に関する研究．J-HOPE3 報告書，2015．50-54.
2）厚生労働省（人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会）人生の最終段階における医療に関する意識調査 報告書（平成 30 年 3 月）．2018
3）臨床倫理ネットワーク日本 「心積もりノート」http：//clinicalethics.ne.jp/cleth-prj/pa/（2019 年 11 月 19 日閲覧）
4）下島裕美．終末期に向けた思考整理ツールとしてのエンディングノートについて．杏林大学研究報告 教養部門．2015．32：1-7.

〔付帯研究担当者〕
荒尾晴恵（大阪大学大学院 医学系研究科）

⑩

遺族の考える症状緩和の治療目標（Personalized Symptom Goal）に関する調査

三浦　智史*

サマリー

進行がん患者の介護者からみた患者の症状の強さは平均0.9～2.6であり，それらは遺族の抑うつや悲嘆へとの関連はない．近年，Personalized Symptom Goal（以下，PSG）という患者個別の治療目標という指標が提唱され，PSGの未達成の症状の数はQuality of Lifeの低下と関連していることが示された．介護者が穏やかに見守ることができる患者の症状の程度よりも，介護者が感じる患者の症状の程度が強いことは，介護者の抑うつや悲嘆に関連する可能性がある．

今回，遺族の考える症状緩和の治療目標であるPSGを示すこととした．緩和ケア病棟で患者を看取った遺族のうち515名の有効回答を解析し，記述統計を行った．

結果として，Performance Status（以下，PS）3～4の時期の患者の症状が最も強かった時の遺族からみた患者の症状の強さの中央値は吐き気以外の症状では6～8であった．同様に，PS 3～4の時期の患者の症状が最も強かった時の，遺族の考える症状緩和の治療目標であるPSGの中央値は吐き気以外の症状では2～3であった．

遺族からみたPSGの値は，他研究で患者の評価したPSGの値と同程度であった．つまり，患者も遺族も症状が軽度であれば穏やかに過ごせる・見守れる可能性があることを示している．そのため，患者から自覚症状が軽いことを直接引き出すことによって周囲で見守っている家族の不安を軽減させうると考えられる．

目　的

進行がん患者とその介護者はさまざまな苦痛を経験し，介護者は患者の死後，遺族として悲嘆や抑うつを経験する．抑うつは遺族のQuality of Lifeを非常に低下させるため，遺族の抑うつに影響を及ぼす要因を同定し，ケアの改善を図るべく大規模な遺族調査が行われてきた．その中で，介護者からみた患者の症状の強さの平均値は0.9～2.6であった[1]．しかし，遺族からみた患者の症

*国立がん研究センター東病院　緩和医療科

状の強さは遺族の抑うつや悲嘆への影響は認められなかった[2].

近年，臨床試験において，patient reported outcome（以下，PRO）の重要性が指摘されており，症状緩和の治療やケアの評価においてもPROは非常に重要である．患者の症状緩和の治療目標は個別に異なるため，症状緩和の治療目標であるPersonalized Pain Goal（以下，PPG）[3, 4]やPersonalized Symptom Goal（以下，PSG）[5]を用いた治療目標の達成が重要と考えられる．PPGやPSGはそれぞれ「どの程度であれば，痛みがあっても穏やかに過ごせると思いますか」，「どの程度であれば，それぞれの症状があっても穏やかに過ごすことができると思いますか」と質問することで，治療の目標値がNumeric Rating Scale（以下，NRS, 0～10）で示される．各症状のNRSがPPGやPSG値以下であればPPG，PSGを達成したと評価する．患者自身が評価するPPG，PSGについては，先行研究[3,5]や，自施設における検討（unpublished data）により示されている．一方で，介護者が穏やかに見守ることができる患者の症状の程度（介護者が許容しうる患者の症状の程度）について示された研究は存在しない．介護者が穏やかに見守ることができる患者の症状の程度よりも，介護者が感じる患者の症状の程度が強いことは，介護者の抑うつや介護者からみた患者のquality of deathに影響すると考えられる．ゆえに，今後の終末期の医療やケアを改善するためには，介護者が穏やかに見守ることができる患者の症状の程度を評価することが必要と考えた．

以上より，今回の調査では，Performance Status（以下，PS）3～4の時期の患者の症状が最も強かった時の，1）遺族からみた患者の症状の強さと，2）遺族の考える症状緩和の治療目標であるPSGはどの程度か，について明らかにすることとした．

結　果

緩和ケア病棟で亡くなられた999名の患者の遺族に調査票を発送し，620名から返送があり（回収率62.1%），回答拒否105名を除外する515名を解析対象とした（有効回答率51.6%）．患者と遺族の背景因子について**表1**に示す．

1）遺族からみた患者の症状の強さ

PS 3～4の時期の患者の症状が最も強かった時の遺族からみた患者の症状の強さの中央値は吐き気以外の症状では6～8であった（**表2**）．症状によっては，20～30%の遺族が「わからない」と回答していた．

2）遺族の考える症状緩和の治療目標であるPSG

PS 3～4の時期の患者の症状が最も強かった時の，遺族の考える症状緩和の治療目標であるPSGの中央値は吐き気以外の症状では2～3であった（**表3**）．

考　察

本調査では，PS 3～4の時期の患者の症状が最も強かった時の，遺族の考える症状緩和の治療目標が2～3であることを明らかにした初めての調査である．

NRSで症状の強さを評価する際，1～3は軽度の症状と判断されるため，遺族は症状が軽度であれば穏やかに見守ることができると考えることができる．この数値は，米国の患者対象の調査から得られたPPGが3[3]，PSGが2～3[5]であり，国内の患者対象の調査から得られたPPGが3[4]，PSGが2～3（Tagami, under revision）[6]という値と同程度であった．つまり，患者も遺族も症状が軽度であれば穏やかに過ごせる・見守れる可能性があることを示している．この結果は，例えば，患者の症状について不安に感じる家族が付き添っている時などに，患者から自覚症状が軽いことを直接引き出すことによって家族の不安を軽減させるのではないかと，実臨床で応用することが考えられる．

先行研究では，PPGを達成した患者は追加

表 1　患者・家族背景

患者背景 (n=515)			無回答 n	家族背景			無回答 n
年齢（歳）			0	年齢（歳）			7
中央値（四分位範囲）	78	（69 ～ 85）		中央値（四分位範囲）	64	（54 ～ 71）	
男性（n, %）	285	55	0	男性（n, %）	164	32	9
原発部位（n, %）			0	患者との続柄（n, %）			9
肺	126	25		配偶者	199	39	
肝胆膵	109	22		子ども	215	42	
大腸	64	13		婿・嫁	26	5	
胃・食道	67	14		兄弟・姉妹	33	7	
前立腺・腎・膀胱	30	6		親	16	3	
乳腺	25	5		その他	17	3	
子宮・卵巣	24	5					
血液	12	3					
その他	58	12					

表 2　遺族からみた患者の症状の強さ

	n	中央値	（四分位範囲）	わからない n	無回答 n
痛み	419	7	（3 ～ 9）	66	30
だるさ	412	7	（5 ～ 9）	70	33
眠気	403	7	（5 ～ 8）	80	32
吐き気	394	2	（0 ～ 6）	86	35
食欲不振	439	8	（5 ～ 10）	44	32
息苦しさ	419	6	（3 ～ 9）	64	32
気分の落ち込み	361	7	（5 ～ 9）	120	34
不安	365	8	（5 ～ 10）	110	40
お腹の張り	351	7	（3 ～ 9）	126	38
むくみ	410	6	（3 ～ 9）	69	36
便秘	362	6	（3 ～ 9）	114	39
味がおかしい・しない	305	7	（3 ～ 10）	169	41

表 3　遺族の考える症状緩和の治療目標である PSG

	n	中央値	（四分位範囲）	わからない n	無回答 n
痛み	424	2	（1 ～ 3）	53	38
だるさ	408	3	（1 ～ 5）	68	39
眠気	392	3	（2 ～ 5）	75	48
吐き気	391	1	（0 ～ 3）	74	50
食欲不振	420	3	（1 ～ 5）	56	39
息苦しさ	414	2	（0 ～ 3）	58	43
気分の落ち込み	392	2	（1 ～ 5）	80	43
不安	392	2	（1 ～ 5）	80	43
お腹の張り	375	2	（1 ～ 4）	97	43
むくみ	396	2	（1 ～ 5）	77	42
便秘	392	2	（1 ～ 4）	80	43
味がおかしい・しない	364	2	（1 ～ 4）	105	46

治療を希望しない割合が高く[4]，PSG 未達成の症状が多いと QOL が低いことが示されている（Tagami, under revision）[6]．PSG や PPG について患者・家族と話し合うことは，治療目標を共有することにつながり，患者・家族の満足度を高めることに寄与しうると考えられる．

この研究の限界

本研究は遺族対象の横断調査であり，患者自身への調査である先行研究と単純に比較することは困難である．症状の強さや PSG に関しては，Recall bias の影響もある点は留意が必要である．

まとめ

PS 3 ～ 4 の時期の患者の症状が最も強かった時に，遺族の考える症状緩和の治療目標は NRS 2 ～ 3 であった．

文　献

1）岡本禎晃．遺族がつらいと感じる身体症状．遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 3（J-HOPE3）2015；157-162.
2）Aoyama M, Sakaguchi Y, Morita T, et al. Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. *Psychooncology* 2018；27：915-921.
3）Dalal S, Hui D, Nguyen L, et al. Achievement of personalized pain goal in cancer patients referred to a supportive care clinic at a comprehensive cancer center. *Cancer* 2012；118：3869-3877.
4）Watanabe YS, Miura T, Okizaki A, et al. Comparison of indicators for achievement of pain control with a personalized pain goal in a comprehensive cancer center. *J Pain Symptom Manage* 2018；55：1159-1164.
5）Hui D, Shamieh OM, Paiva CE, et al. Personalized symptom goals in symptom assessment：a prospective multicenter study. *J Clin Oncol* 2015；33：190-190.
6）Tagami K, Kawaguchi T, Miura T, et al. The association between health-related quality of life and achievement of personalized symptom goal. *Support Care Cancer* 2020

⑪

専門的な緩和ケアの適切な受診・相談時期に関する，遺族の希望についての研究

田上　恵太*

サマリー

進行がん患者に対する専門的緩和ケアサービス（Specialized Palliative Care service；以下，SPC）の有用性は広く実証されてきているが，患者および遺族の経験を基にしたSPCの適切な導入・紹介時期は明らかになっていない．本研究の目的は，がん患者やその遺族がその経験から考える「適切なSPCの導入・紹介時期」を明らかにすることである．

999名のがん患者遺族に対して質問紙を送付し，515名の回答から解析を行った．実際のSPCの導入・紹介時期は，32％の遺族が「切除不能な進行がんと診断された時」または「抗がん治療中（治療を行わない時は，経過観察中）」であったと回答した．一方で，63％の遺族は「抗がん治療の効果が見込めなくなった時（抗がん治療を行わない時は，経過観察していたが病状が進行した時）」または「さらに病状が進行し，自分ひとりで身の回りのことができなくなった時」であったと回答した．その紹介・導入時期について，26%は患者自身が適切と評価していた一方で，20%の遺族は遅すぎたと患者は評価していたと回答した．また紹介・導入時期が早すぎたと評価していたと回答した遺族は1%であった．「抗がん治療の効果が見込めなくなった時」以降にSPCに紹介された患者は，「SPCへの紹介・導入時期が遅すぎた」と評価していた割合が有意に高かった．

目　的

外科的切除が不能な進行および再発がん患者に対して，その診断時および抗がん治療中からの適切な緩和ケアの提供，いわゆる早期からの専門的緩和ケアサービス（Specialized Palliative Care service；以下，SPC）は，生活の質の向上や抑うつの減少，ひいては生存期間の延長や生存率の改善に寄与するなど，その有用性が広く示されている[1~4]．わが国では，がん対策推進基本計画2012年（平成24年6月閣議決定）において「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が推奨

*東北大学大学院 医学系研究科 緩和医療学分野（研究代表者）

されているが，わが国における最適な SPC の導入・紹介時期については明らかになっていない．本研究では患者自身および遺族の経験を基にした適切な SPC の導入・紹介時期の評価が明らかになる．これらの情報によって，がん患者やその家族にとってのより適切な SPC の導入・紹介時期の検討につながると考える．

結　果

999 名の遺族に質問紙を送付し，620 名より返送を受けた（回収率 62.1%）．そのうち，515 名より質問紙への回答応諾が得られ（回答応諾率 51.6%）を解析対象とした．本研究における SPC は「抗がん治療の主治医が提供していた緩和ケアでは対応が不十分な時」に，「相談が可能な緩和ケアの専門家」として設定した．

1）実際の SPC の導入・紹介時期（図 1）

102 例（20.9%）が「根治できない，またがんが再発したと診断された時」，56 例（11.5%）が「抗がん治療中，または経過観察中（抗がん治療を行わない時）」に SPC を導入・紹介されたと報告しており，約 3 割は抗がん治療の終了前に SPC を導入・紹介された．その一方で，177 例（36.2%）は「抗がん治療の効果が見込めなくなった時，または経過観察していたが病状が進行した時」，129 例（26.4%）は「さらに病状が進行し，自分ひとりで身の回りのことができなくなった時」に SPC を導入・紹介されたと報告していた．また SPC を導入・紹介されなかったと回答した割合は 25 例（5.1%）であった．

2）患者自身による SPC への実際の導入・紹介時期の評価（図 2）

SPC の導入･紹介時期について，129 例（26.1%）の患者は「ちょうどよかった」と評価していたと遺族は回答した．その一方で，20.2% の患者は「もう少し早く相談すればよかった」および「もっと早く相談すればよかった」と評価していたと遺族は回答していた．「もう少し遅く相談すればよかった」および「もっと遅く相談すればよかった」と評価していたと回答した遺族は 1.2% であった．また 52.5% の遺族は患者自身の評価は「いずれもなかった」と回答した．

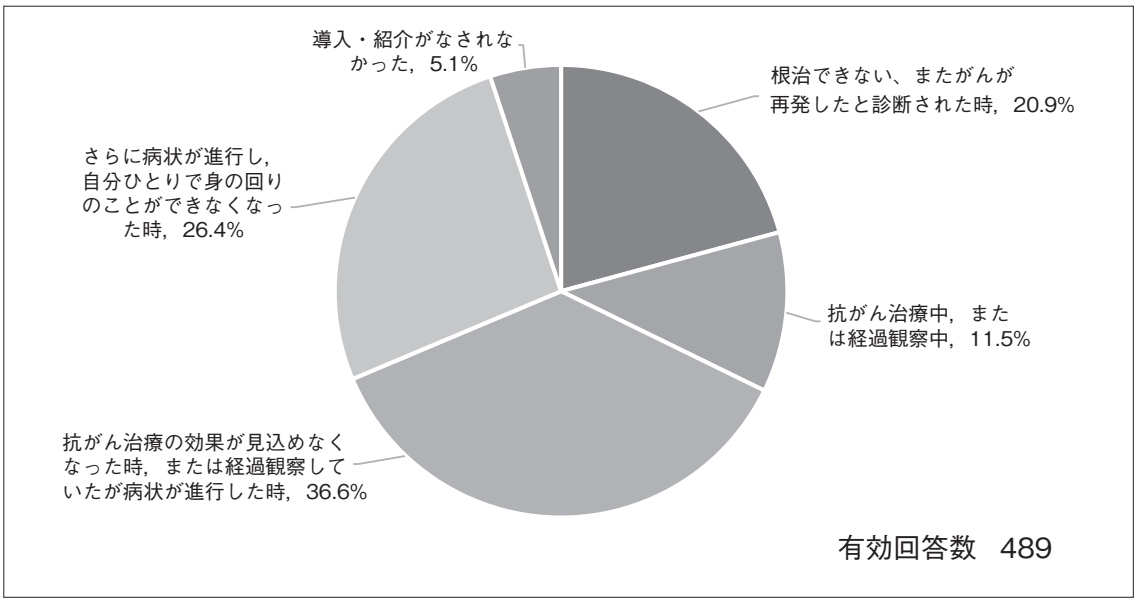


図 1　実際の SPC に紹介・相談された時期

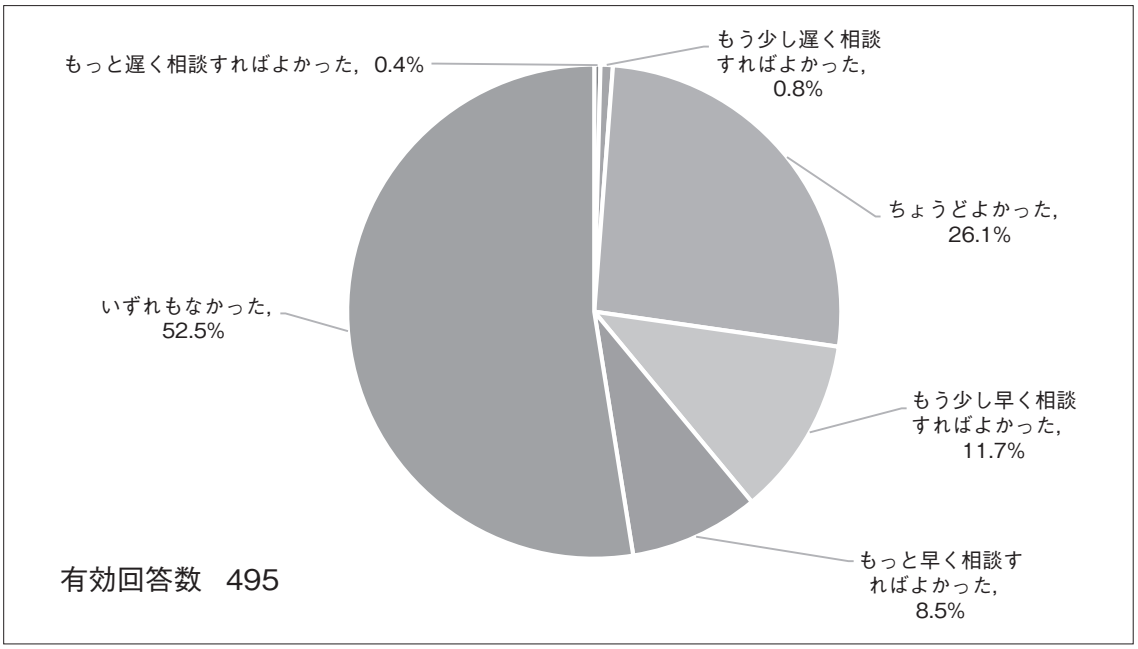


図２　患者自身による SPC への実際の導入・紹介時期の評価

3）実際の SPC 導入・紹介時期と，患者自身によるその評価との関連（図３）

患者が自身の SPC の導入・紹介時期を「ちょうどよかった」と評価していた割合が最も高かったのは「抗がん治療中，または経過観察中（抗がん治療を行わない時）」で 45% であった．また「根治できない，またがんが再発したと診断された時」および「抗がん治療中，または経過観察中（抗がん治療を行わない時）」に SPC を導入・紹介された患者（73 例；Early Group）と「抗がん治療の効果が見込めなくなった時，または経過観察していたが病状が進行した時」および「さらに病状が進行し，自分ひとりで身の回りのことができなくなった時」に SPC を導入・紹介された患者（139 例；Delayed Group）の間では，患者自身の評価が「いずれもなかった」であった回答を除いたうえで，SPC の導入・紹介時期が「ちょうどよかった」と患者が評価していた割合は Early Group のほうが有意に高かった（71.2% vs 49.6%，$p < 0.01$）．同様に終末期の QOL 評価尺度（Good Death Inventory）短縮版（GDI）を用いて Early Group と Early Delayed Group を比較したところ，強い関連性はみられなかった（平均値（標準偏差）81.8（12.4）vs 79.4（13.6），$p = 0.07$, cohen's d = 0,18）．

4）患者自身による SPC の導入・紹介時期の評価と関連因子

「もう少し早く相談すればよかった」および「もっと早く相談すればよかった」と評価していた患者（90 例）は「ちょうどよかった」と評価していた患者（125 例）に比べて，Early Group の割合が低かった（27.8% vs 50.7%，$p < 0.01$）．同様に GDI を用いて前者と後者を比較したところ，「ちょうどよかった」と評価していた後者のほうが終末期の生活の質は高かった（平均値（標準偏差）78.9（13.1）vs 85.2（12.6），$p < 0.01$, cohen's d= 0.49）．

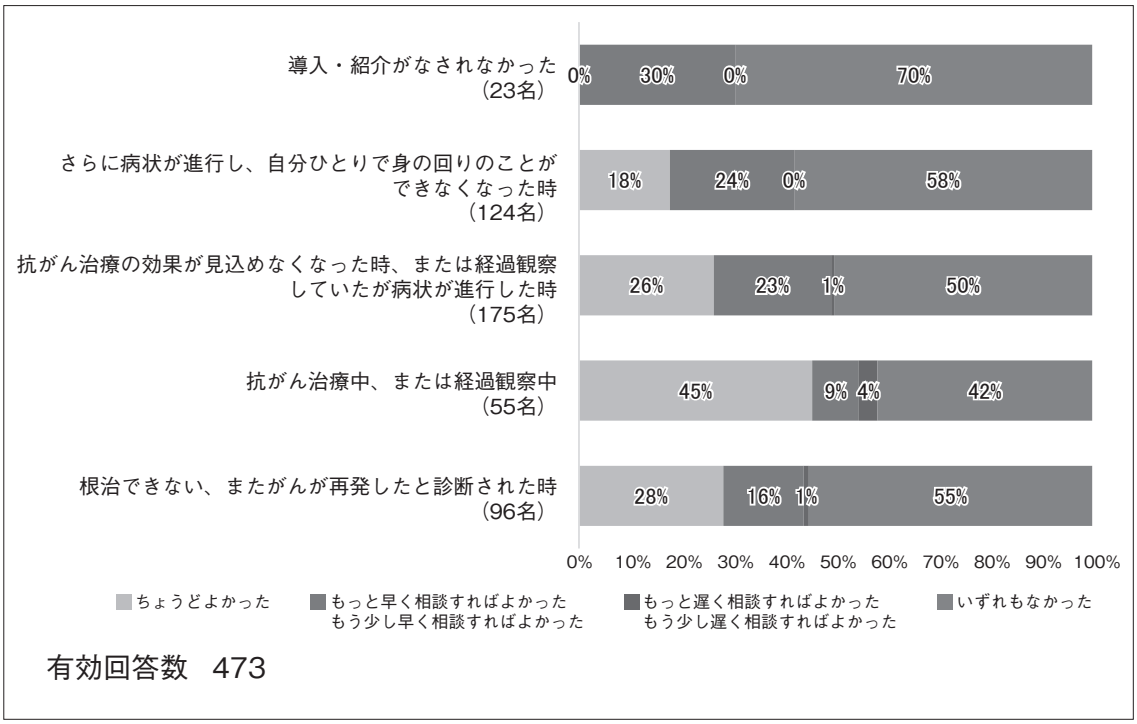


図3　実際のSPC導入・紹介時期と，患者自身によるその評価の関連

5）遺族が適切と考えるSPCへの導入・紹介時期（図4），SPCに相談しておけばよかったと思うこと

363例（75.5%）および338例（71.9%）の遺族は，痛みなどがんによる体の症状や気持ちのつらさがなくても「根治できない，またがんが再発したと診断された時」および「抗がん治療中，または経過観察中（抗がん治療を行わない時）」にSPCを導入・紹介することが適切であると回答した．また「振り返ってみて，今思えばSPCに相談しておけばよかったと思うこと」としては，「終末期の療養場所や介護の相談（219例，42.0%）」，「病気や治療の内容について（193例，37.0%）」の割合が高かった

考　察

本研究は，がん治療や終末期ケアを経験した患者・家族介護者を通して適切なSPCの導入・紹介時期を評価した初めての研究である．テキサスMDアンダーソンがんセンターではSPCを紹介された外来通院中の進行がん患者を対象に，適切と思われるSPC外来の導入・紹介時期についての調査が行われ，72%が自らのSPC外来への導入・紹介時期が「適切」，および21%が「遅い」または「遅すぎる」と評価していた．また54%が「進行がんと診断された時」，24%が「一次抗がん治療を始める時」にSPC外来を導入・紹介されるべきであると回答していたが，当研究では対象が外来通院可能な患者のため，回答者の86.2%はthe Eastern Cooperative Oncology Group performance statusが2以下の比較的日常生活動作が自立していることから，LPCを受けた患者・家族介護者の意見は十分に反映されていない[5]．本研究では以下の2つの主要な結果が得られた．

1点目は約3割の患者がEarly Groupであっ

たこと，そして Delayed Group に比べて Early Group は適切な時期に SPC を紹介・導入されたと評価していたことが明らかになったことである．がん対策推進基本計画 2007 年（平成 19 年 6 月 15 日閣議決定）において，がん患者の療養生活の維持向上のために早期から緩和ケアが適切に導入されることの重要性が述べられ，さらに第 2 期がん対策推進基本計画では「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が掲げられたことにより早期からの SPC 導入・紹介が推奨された．ま

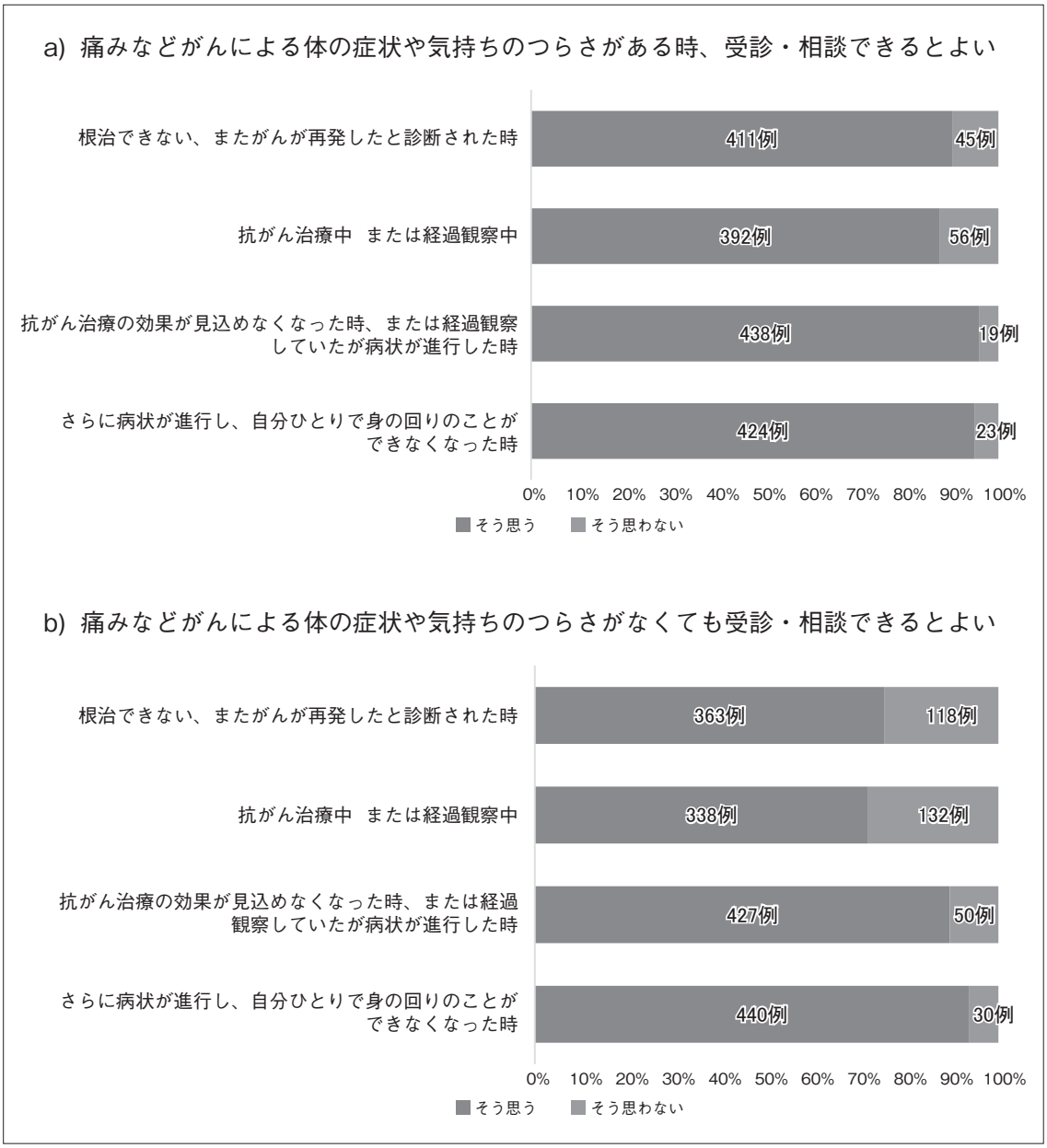


図 4　遺族が適切と考える SPC の導入・紹介時期

た諸外国で早期からの緩和ケア介入の有用性を報告する研究が数多く報告されたことで，各医療機関でも早い段階からの緩和ケア介入が推進され，それとともに一般市民への啓発も進んだ可能性がある．また世界各国の緩和ケア専門医や腫瘍内科医を対象に行った専門的緩和ケア外来への適切な紹介時期を調査するデルファイ研究では，多くの医療者が「生存中央値1年未満の疾患は診断後三カ月以内」および「がん薬物療法の二次治療が奏功しない時」の紹介が適切であると回答していた[6,7]．本研究においてもSPCを導入・紹介された時期を最適であったと最も評価していたのは，Early Groupであった．Delayed Groupの多くはSPCを早く導入・紹介されればよかったと述べていたこと，また多くの遺族が進行がん・再発診断時～がん治療中からSPCを導入・紹介されるべきであると回答していた．以上から，今後も引き続き進行がん・再発診断時～がん治療中から緩和ケアを推進していく必要があることが分かった．また多くの遺族が，終末期の療養場所や介護の相談，病気・治療の内容についてSPCに相談したかったと回答しており，これらのニーズに対応していく必要がある．諸外国の研究結果でも明らかになっているように，診断時・治療中からのSPCに関する患者・家族への情報提供が重要である[8]．

2つ目は，SPCの介入割合が約95%まで上昇したことである．本研究ではSPCを入院緩和ケアチームに限らず外来通院中や専門看護師による介入も対象に含めて調査を行っているものの，わが国で2005年行われた同様の遺族調査では入院緩和ケアチームの介入割合は42%であった[9]．わが国では先行研究から現在まで，がん対策推進基本計画でのSPCへの紹介・連携や診断時からの緩和ケア介入推進や，「緩和ケアのための継続医学教育プログラム（Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education, PEACE）」の継続した活動などにより，緩和ケアの必要性の認識が広まった可能性が示唆された[10]．

本研究の限界としては，緩和ケア病棟を死亡退院した患者の家族を対象にしていることから緩和ケア病棟以外の病院や自宅で死亡した患者のSPCの導入・紹介された割合は異なってくる可能性がある．また本研究の対象が遺族であるため，患者自身のSPCの導入・紹介時期の評価をはじめとして思い出しバイアスが存在していること，またその回答の53%は「いずれもなかった」であり約半数の患者評価は明らかになっていない．これらの限界に対処するには，死亡前の患者に幅広い横断調査を行う必要がある．ただし遺族調査は世界的に確立されている手法であり，遺族に対して患者との死別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．

まとめ

本研究では，わが国におけるがん患者や家族介護者の多くが「進行がん・再発診断時～がん治療中から緩和ケア介入」を最適であると考えていることを明らかにした．

文　献

1）Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363（8）：733-742.
2）Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, et al. Effects of early integrated palliative care in patients with lung and GI cancer: a randomized clinical Trial. *J Clin Oncol* 2017；35（8）：834-841.
3）Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2014；383（9930）：1721-1730.
4）Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, et al. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2015；33（13）：1438-1445.
5）Wong A, Vidal M, Prado B, et al. Patents' Perspective of Timeliness and Usefulness of an Outpatient Supportive care Referral at a Comprehensive Cancer Center. *J Pain Symptom Manage* 2019；58（2）：275-281.

6）Hui D, Mori M, Watanabe SM, et al. Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. *Lancet Oncol* 2016；17（12）：e552-e559.
7）Hui D, Meng YC, Bruera S, et al. Referral criteria for outpatient palliative cancer care: a systematic review. *Oncologist* 2016；21（7）：895-901.
8）Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* 2017；35（1）：96-112.
9）Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 2005；23（12）：2637-2644.
10）Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, et al. Outcome evaluation of the palliative care emphasis program on symptom management and assessment for continuous medical education: nationwide physician education project for primary palliative care in Japan. *J Palliat Med* 2015；18（1）：45-49.

〔付帯研究協力者〕
井上　彰（東北大学大学院 医学系研究科 緩和医療学分野）

⑫

がん患者のケミカルコーピングが，家族の医療用麻薬に対する認識および情報ニーズに与える影響に関する研究

馬場　美華*

サマリー

がん患者のケミカルコーピングに関して，J-HOPE4 と単独と，EASED（緩和ケア病棟における医療の実態を明らかにする多施設共同研究）と J-HOPE4 との連結でデータを集積した．J-HOPE4 単独の研究目的は，がん患者の医療用麻薬に対するケミカルコーピングについて，介護していた家族の体験と医療用麻薬に対する認識の関係，情報ニーズを明らかにすることである．3,036 名中 1,629 名より回答応諾を得た．72％が医療用麻薬を使用し，34％が「患者は医療用麻薬を痛み以外の症状に使っていた」と回答した．コーピングしていた症状の頻度は「眠れないこと」（15％），「体のだるいこと」（13％），「精神的なつらさ」（9％），「不安」（9％），「不快な気分」（8％）の順に高かった．「痛み止めを飲みすぎているのではないか」，「がんの痛みに医療用麻薬を使用すると，麻薬中毒になると思った」と答えた割合，および「医療用麻薬と違法麻薬との違い」，「医療用麻薬で“麻薬中毒”になるか」，「医療用麻薬を痛み以外の症状に使うことは問題ないのか」について「知りたかった」と答えた割合は，「患者は医療用麻薬を痛み以外の症状に使っていた」と回答した群で有意に高かった．患者が痛み以外の苦痛症状に医療用麻薬を使用していたことを体験した家族は，医療用麻薬に対する不安や誤解を持ちやすい．医療用麻薬に対する正しい情報を提供することが家族のケアにつながる可能性がある．

EASED と J-HOPE4 との連結研究では，1,324 名中 718 名より回答応諾を得た．77％で医療用麻薬を使用し，うち医師によってケミカルコーピングありと判断された割合は 1％，「患者は医療用麻薬を痛み以外の症状に使っていた」と家族が回答した割合は 32％であった．今後，医療者がケミカルコーピングを同定する際のバリアとそれに対する対策の有用性の検証が必要である．

*吹田徳洲会病院 緩和医療科（研究代表者）

目　的

ケミカルコーピングとは，正常な医療用麻薬の使用と，完全に依存的な使用（強迫的，破壊的な行動，嗜癖）との間の範囲に及ぶ広いスペクトラムの概念で，1995 年に Bruera らによって最初に報告された[1~3]．Bruera らの報告では，「感情的苦痛」に対処するための医療用麻薬の使用であり，前述の広いスペクトラム（軽症から重症）の中のいずれかに分類されるものと定義されている[1,3]．ケミカルコーピングの鑑別診断には医療用麻薬に対する耐性，退薬兆候，偽嗜癖，嗜癖が挙げられる[1,4]．緩和医療の専門家によって診断されたケミカルコーピングの頻度は，医療用麻薬を使用するがん患者の 18％と報告され[5]，スクリーニングには CAGE 質問票，Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain（SOAPP），Opioid Risk Tool（ORT）などが用いられる[1]．重症のケミカルコーピングの患者では，抑うつや実存的苦痛などに対してカウンセリングや心理療法を行い，医療用麻薬の適正使用について教育し，非薬物療法と組み合わせて苦痛に対応することを強調すべきとされている[1]．

医療用麻薬を患者に使用する際の家族のバリアには，副作用への懸念，薬物依存への恐れ，痛みが病気の進行を示すのではないかという心配，知識や技術の不足，医療者とのコミュニケーション不足などがあると報告されている[6,7]．しかし，患者のケミカルコーピングが家族の医療用麻薬に対する認識および情報ニーズに与える影響については，これまで明らかになっていない．

患者の身体的・精神的苦痛に対しては，家族は医師よりも過大評価する傾向にあり[8]，家族と医師の評価には乖離がみられる可能性がある．今回は，家族の体験（＝患者をどのように観察していたか）と医療用麻薬に関する認識との関係を明らかにするため，ケミカルコーピングの有無は家族の判断を基準とした．

今回の研究目的は，患者が痛み以外の苦痛症状に医療用麻薬を使用していたかどうかを家族が判断し，その有無によって，①家族の医療用麻薬に関する認識に差が生じるかを検証すること，②医療用麻薬についての情報ニーズに差があるかの検証を行うことである．また，EASED と J-HOPE4 との連結研究の結果から，医師によるケミカルコーピングの評価と，家族による評価との差についても報告する．

結　果

〔Ⅰ〕J-HOPE4 単独のデータは，緩和ケア病棟 168 施設で死亡したがん患者の遺族 3,036 名に質問紙を送付し，1,910 名より返送を受けた（回収率 63％）．そのうち，1,629 名より質問紙への回答応諾を得られ（回答応諾率 54％），解析対象とした．

Ⅰ−1）家族の判断による医療用麻薬の使用頻度およびケミカルコーピングの頻度

1,169 名（72％）で医療用麻薬を使用しており，そのうち 397 名（34％）で「患者さまは麻薬系の痛み止め（医療用麻薬）を“痛み以外の症状である”不安，不快な気分，気分の落ち込み，精神的なつらさ，気持ちの焦り，眠れないこと，体のだるいことを和らげるために使っていたように思いましたか」に対して，はいと答えた．

Ⅰ−2）コーピングしていた症状

コーピングしていた症状は複数選択可とした．コーピングしていた症状の頻度は「眠れないこと」（172 名，15％），「体のだるいこと」（152 名，13％），「精神的なつらさ」（109 名，9％），「不安」（106 名，9％），「不快な気分」（95 名，8％）の順に高かった（**図 1**）．身体的苦痛である「眠れないこと」「体のだるいこと」を除いた項目，すなわち精神的苦痛のうちのどれかにコーピングしていた頻度は，213 名（18％）であった．

Ⅰ−3）医療用麻薬に対する認識の差

「痛み止めを飲みすぎているのではないか」，および，「がんの痛みに医療用麻薬を使用すると，

麻薬中毒（＝薬をやめたくても，やめられない状態・薬物依存）になると思った」，に対して少しそう思った，そう思った，とてもそう思った，のいずれかを選択した割合は，「患者は医療用麻薬を痛み以外の症状に使っていた」と回答したA群で有意に高かった（カイ二乗検定　＊ρ =0.001，＊＊ρ <0.0001）**(図2)**.

「患者さまを看病していた時，患者さまが使っていた麻薬系の痛み止め（医療用麻薬）をご自身にも使ってみたいと思いましたか」に対して「少

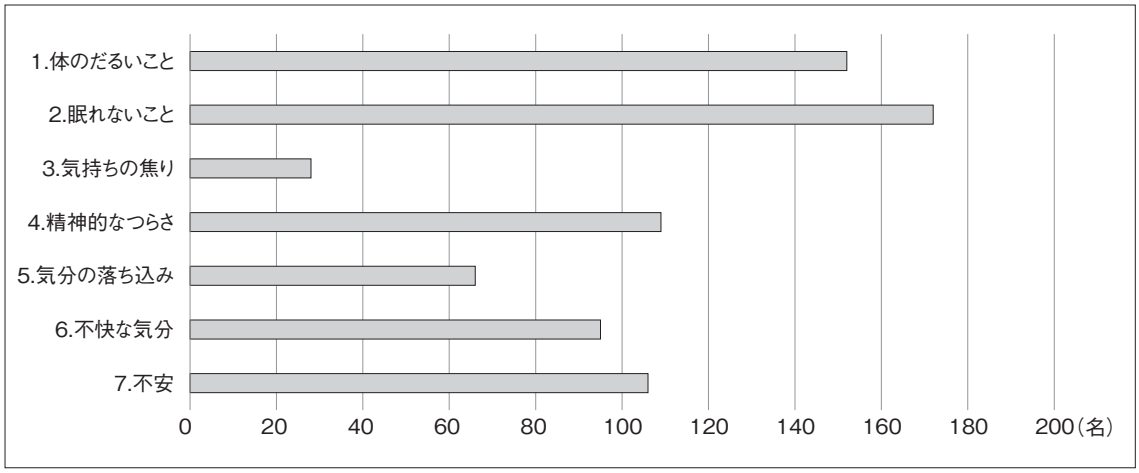


図1　医療用麻薬でコーピングしていた痛み以外の症状

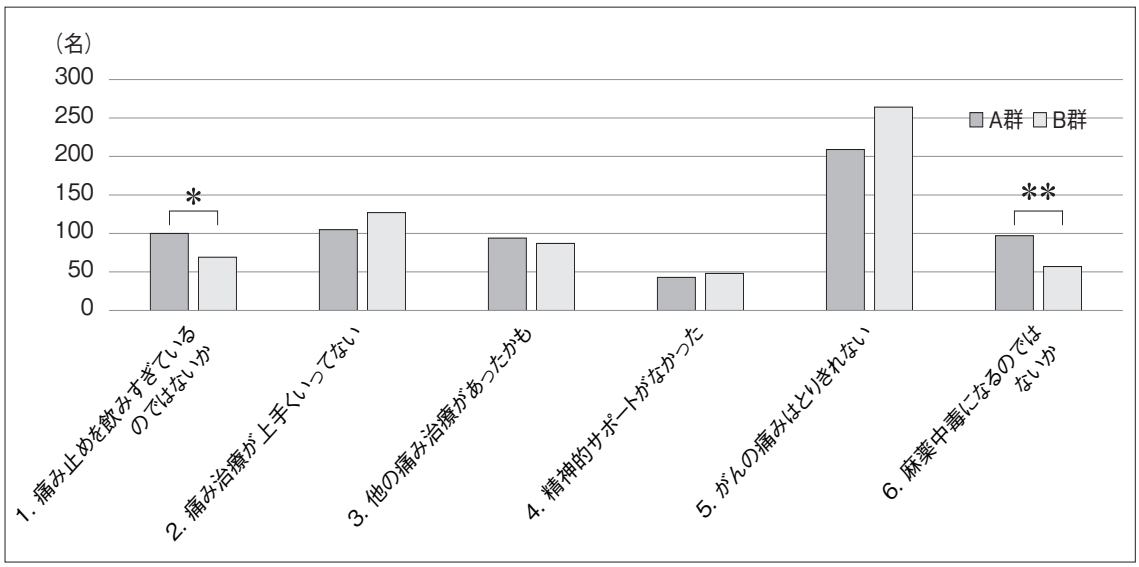


図2　家族の体験と医療用麻薬に対する認識との関係

縦軸は「とてもそう思った」，「そう思った」，「少しそう思った」の合計人数を示す

A群：患者は医療用麻薬を痛み以外の症状に使っていたと回答した群（n=397）

B群：患者は医療用麻薬を痛み以外の症状に使っていなかったと回答した群（n=450）

（カイ二乗検定　＊ρ =0.001，＊＊ρ <0.0001 ）

しそう思った・そう思った・とてもそう思った」のいずれかを選択した割合は，「患者が医療用麻薬を痛み以外に使用していたかどうか」による群分けによる差はなく，各群で60名（5%）ずつであった（**図3**）．

Ⅰ-4）医療用麻薬に対する情報ニーズの差

「医療用麻薬と違法麻薬との違いについて知りたかった」，「医療用麻薬で“麻薬中毒”になるか，知りたかった」，「医療用麻薬を“痛み以外の症状である”気持ちのつらさや眠れないこと，体のだるいことを和らげるために使うことは問題ないのか，知りたかった」に対して「少しそう思った・そう思った・とてもそう思った」のいずれかを選択した割合は，「患者は医療用麻薬を痛み以外に使用していた」と回答したA群で有意に高かった（カイ二乗検定＊ p =0.011，＊＊ p =0.006，＊＊＊ p <0.0001）（**図4**）．

〔Ⅱ〕EASEDとJHOPE4との連結研究のデータは，緩和ケア病棟19施設で死亡したがん患者の遺族1,324名に質問紙を送付し，865名より返送を受けた（回収率65%）．そのうち，718名より質問紙への回答応諾を得られ（回答応諾率54%），解析対象とした．

Ⅱ-1）医師によるケミカルコーピングの判断と，家族による判断との差

553名（77%）で医療用麻薬を使用しており，うち医師によってケミカルコーピングありと判断されたのは，6名（1%）であった．一方，「患者は医療用麻薬を痛み以外（不眠，不安，倦怠感など）に使っていた」に対して「ややあてはまる・あてはまる」のいずれかを選択した家族の割合は178名（32%）であった．

考　察

本研究は，がん患者の医療用麻薬に対するケミカルコーピングについて，介護していた家族の体験（＝患者をどのように観察していたか）と医療用麻薬に対する認識との関係，情報ニーズを明らかにした，初めての調査である．

患者は医療用麻薬を痛み以外の症状に使っていたと回答した割合は34%で，緩和医療の専門家によって診断されたケミカルコーピングの頻度（18%）[5]より高かったが，コーピングしていた症状を精神的苦痛に限定すると18%となり同等であった．不眠に対してのコーピング頻度が高かった要因は，終末期では睡眠リズム障害が起こりやすく不眠の対応が難しいことや不眠自体が医療者に伝えられていないことが考えられる．コーピングしていた症状はすべてうつに関連した症状であることから，ケミカルコーピングの患者ではうつに対する評価が必要かもしれない．

患者が痛み以外の苦痛症状に医療用麻薬を使っていたことを体験した家族は，「痛み止めを飲みすぎているのではないか」，「がんの痛みに医療用麻薬を使用すると，麻薬中毒になると思った」，といった医療用麻薬の使用に対する不安や誤解を持ちやすい．また，「医療用麻薬と違法麻薬との違い」，「医療用麻薬で“麻薬中毒”になるか」，「医療用麻薬を痛み以外の症状を和らげるために使うことは問題ないのか」といった医療用麻薬に対する情報ニーズも高い．医療用麻薬に対する正しい情報を提供することが家族のケアにつながる可能性がある．

また，「看病していた時に患者が使っていた医療用麻薬を自分（家族自身）にも使ってみたい」と回答した割合は，患者が痛み以外の苦痛症状に医療用麻薬を使っていたことの体験の有無にかかわらず，各群5%ずつであった．家族による医療用麻薬の不適切使用を防ぐための情報提供も必要かもしれない．

医師によるケミカルコーピングの判断と，患者は医療用麻薬を痛み以外の症状に使っていたと回答した家族との割合に大きな差が生じたこと（1対32%）は複数の要因が考えられる．まず，医師によるケミカルコーピングの判断基準と，家族の判断とは，厳密には同じ判断基準ではないこと，家族の判断にはリコールバイアスがあること，医師の判断を行ったEASED研究の環境設定

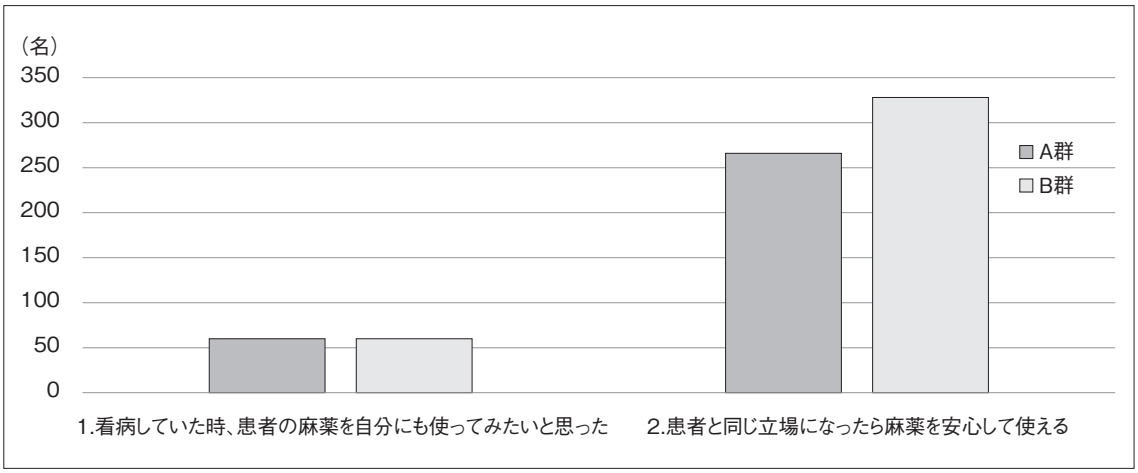


図 3　家族の体験と医療用麻薬に対する認識

縦軸は「とてもそう思った」,「そう思った」,「少しそう思った」の合計人数を示す
A 群：患者は医療用麻薬を痛み以外の症状に使っていたと回答した群（n=397）
B 群：患者は医療用麻薬を痛み以外の症状に使っていなかったと回答した群（n=450）

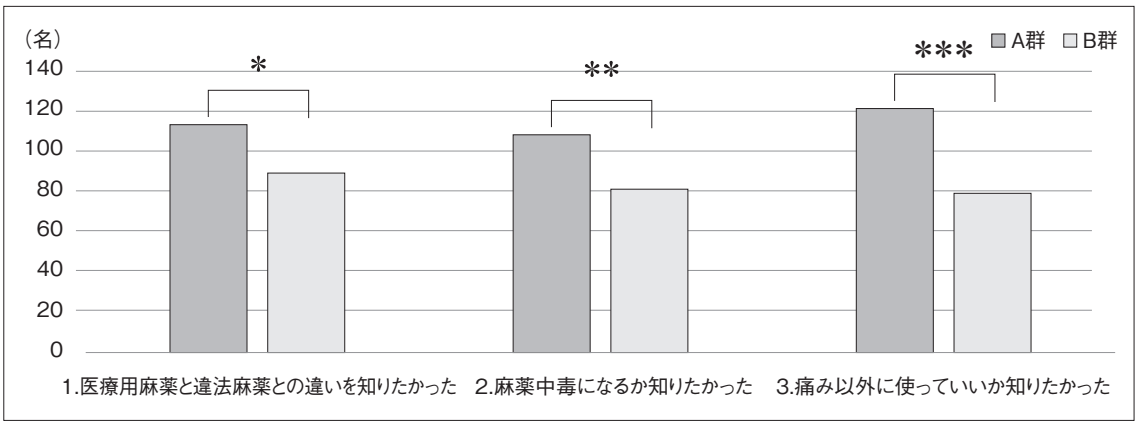


図 4　家族の体験と医療用麻薬に対する情報ニーズ

縦軸は「とてもそう思った」,「そう思った」,「少しそう思った」の合計人数を示す
A 群：患者は医療用麻薬を痛み以外の症状に使っていたと回答した群（n=397）
B 群：患者は医療用麻薬を痛み以外の症状に使っていなかったと回答した群（n=450）
（カイ二乗検定＊ ρ =0.011，＊＊ ρ =0.006，＊＊＊ ρ <0.0001）

の問題などが前提にある．その上で，医療者側の要因として，ケミカルコーピングの概念に幅がありかつ鑑別診断が多いこと[1,3,4]から正確な診断が難しいこと，がんの終末期にはケミカルコーピングをあえて同定する必要がないという認識，スクリーニングツールが浸透していないこと，などが考えられる．患者・家族側の要因として，患者は医療用麻薬を痛み以外の症状に使っていることを医療者に伝えない，家族は患者の行動に気が付いていても医療者に相談しない，などが考えられる．

今後は，医療者がケミカルコーピングを同定す

る際のバリアとそれに対する対策の有用性の検証が必要である．

まとめ

患者が痛み以外の苦痛症状に医療用麻薬を使用していたことを体験した家族は，医療用麻薬に対する不安や誤解を持ちやすい．医療用麻薬に対する正しい情報を提供することが，家族のケアにつながる可能性がある．

終末期がん患者に対しての医療者によるケミカルコーピングの同定頻度は低い．同定する際のバリアとそれに対する対策の有用性の検証が必要である．

文　献

1）Del Fabbro E. Assessment and management of chemical coping in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2014；32：1734-8.
2）Bruera E, Moyano J, Seifert L, et al. The frequency of alcoholism among patients with pain due to terminal cancer. *J Pain Symptom Manage* 1995；10：599-603.
3）Kwon JH, Hui D, Bruera E. A pilot study to define chemical coping in cancer patients using the Delphi Method. *J Palliat Med* 2015；18：703-706.
4）Kwon JH, Tanco K, Hui D, et al. Chemical coping versus pseudoaddiction in patients with cancer pain. *Palliat Support Care* 2014；12：413-417.
5）Kwon JH, Tanco K, Park JC, et al. Frequency, predictors, and medical record documentation of chemical coping among advanced cancer patients. *Oncologist* 2015；20：692-697.
6）Vallerand AH, Collins-Bohler D, Templin T, et al. Knowledge of and barriers to pain management in caregivers of cancer patients receiving homecare. *Cancer Nurs* 2007；30：31-37
7）Chi NC, Demiris G. Family caregivers' pain management in end-of-life care：a systematic review. *Am J Hosp Palliat Care* 2017；34：470-485.
8）Sneeuw KC1, Aaronson NK, Sprangers MA, et al. Evaluating the quality of life of cancer patients：assessments by patients, significant others, physicians and nurses. *Br J Cancer* 1999；81：87-94.

〔付帯研究担当者〕
森　雅紀（聖隷三方原病院 緩和ケアチーム），**小田切拓也**（小牧市民病院 緩和ケア科），**大谷弘行**（国立病院機構九州がんセンター 緩和ケアチーム），**松田陽一**（大阪大学大学院 医学系研究科 麻酔・集中治療医学教室），**明智龍男**（名古屋市立大学大学院 医学研究科 精神・認知・行動医学分野），**森田達也**（聖隷三方原病院 緩和支持治療科）

⑬

がん患者の遺族のアドバンス・ケア・プランニングが他者との関係性や死生観に与える影響

宮地　由佳*

サマリー

緩和ケア病棟で最期を迎えたがん患者の遺族を対象とし，遺族が自分自身のアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：以下，ACP），家族や友人，かかりつけの医療者などの重要他者との関係性や生き方に対する価値観にどのような影響を与えうるかを検証した．がん患者のACPに参加した経験がある場合，遺族も自身のACPを実施しやすい傾向があり，ACPについて話し合う対象としては子どもが最も頻度が高く影響の大きい存在だった．ACPを重要他者と実施することにより，その人に自分のことをわかってもらっているという安心感や信頼感は増しうる一方，将来への不安の減少に対する影響は少ないことが示唆された．

目　的

ACPは，患者の望む終末期ケアの提供，適切な時期のホスピスケアの開始，よりよいQOLなどをもたらす[1]．さらに終末期を共に過ごす家族にとっても，医療者との信頼関係の強化，患者のケアに関連する決定への心理的負担の軽減，患者とのコミュニケーションの改善，患者がやがて亡くなることに対して気持ちの準備ができることなどをもたらすことが知られている[2,3]．このように，ACPのアウトカムはおもに患者の死を終着点とし，亡くなるまでのケアや，家族と医療者との関係性に対するインパクトについて研究されてきたが[4]，患者の死後，遺族が生きていく課程にどのような影響を及ぼしているかについての研究は現時点では非常に限られている．たとえば，近しい人のACPに参加した経験を持つ人は，自身のACPへの参加が促されうる[5,6]．これらの研究からは，1人のACPが影響を及ぼす範囲は，その人物の死を終点として留まるものではなく，それに関わった遺族自身のACPなど，より広い範囲で継続的に認められる可能性が示唆される．

本研究の目的は，がん患者の遺族を対象とし，ACPを行うことが，その価値観を共有した近しい人や自分のかかりつけの医療者との関係性，生や死に対する価値観などにどのような影響を継続

*エディンバラ大学大学院 宗教学（研究代表者）

的にもたらしうるかを明らかにすることである.

結　果

緩和ケア病棟で終末期を過ごした1,006名の遺族に質問紙を送付し，639 名から返送を受けた（回収率 63.5%）．うち 544 名より質問紙への回答応諾が得られ（有効回答率 54.1%），解析対象とした.

1）ACP への参加の頻度とその形態（表 1）

患者の ACP に参加した経験として，患者と「どの程度治療を希望するか」や「望ましい最期の迎え方」を話し合った経験を有していた遺族は 275 名（51.4%），自分自身の ACP として上記について考えたことがある遺族は 401 名（75.0%）であった．両設問に回答した 496 名において，患者との ACP に関する対話の有無と，遺族自身が自分の ACP について考えた経験の有無に関して分析したところ，患者の ACP について患者と話した経験があるほうが自分自身の ACP について有意に考えやすい傾向が見られた.

自分自身の ACP について考えたことのある遺族のうち，225 名（66.6%）が考えたことについて他者と話し合った経験を有していた．患者との ACP に関する対話の有無との間では有意水準 1% で統計的に有意な結果が得られ，患者の ACP において対話した経験のある遺族のほうが，自分自身の ACP について他者と話しやすい傾向が認められた.

考えたことを何らかの形式で記録したことがあるのは 42 名（10.5%）で，患者の ACP に参加した経験の有無では有意差を認めなかったものの，考えたことを他者と話し合った経験との間では統計的に有意な結果が得られ，ACP について考えたことを他者と話し合ったことがある遺族は，それについて記録しやすい傾向を示していた.

2）話し合う対象（図 1，2）

話し合う対象（複数回答可）としては子どもが最も頻度が高く（146 名，38.2%），複数対象がいる中でも影響が最も大きい存在であった(47.9%)．以下，配偶者（98 名，25.7%），兄弟（55 名，14.4%），友人（39 名，10.2%），親（14 名，3.7%）の順で多く，影響の大きさもそれに関連していた（34.1%，9.5%，3.3%，2.4%）．一方，自らのかかりつけの医療機関の主治医を含めた医療者（9 名，2.4%），亡くなった患者の療養に関わった医療者（13 名，3.4%）が ACP について話し合う相手になることは相対的に少なく，また影響も少なかった．上記以外に，いとこなどの親戚（n=3）や義理の兄弟（n=1），有料老人ホームのスタッフ（n=1）が対象として挙げられた．他者と話し合っている遺族は，平均して 1 名あたり約 1.7 名の話し合う相手を有していた.

表 1　ACP への参加の頻度とその形態

	n（%）
患者の ACP に対話の相手として参加した（n=533）	275（51.4）
遺族の自分自身の ACP に関する経験 自分の ACP に関して考えたことがある（n=535）	401（75.0）
考えたことがある遺族のうち	
記録したことがある（n = 400）	42（10.5）
誰かと話し合ったことがあるか（n=383）	
全く話し合ったことがない	64（16.7）
ほとんど話し合っていない	94（24.5）
時々話し合っている	187（48.8）
よく話し合っている	28（7.3）
とてもよく話し合っている	10（2.6）

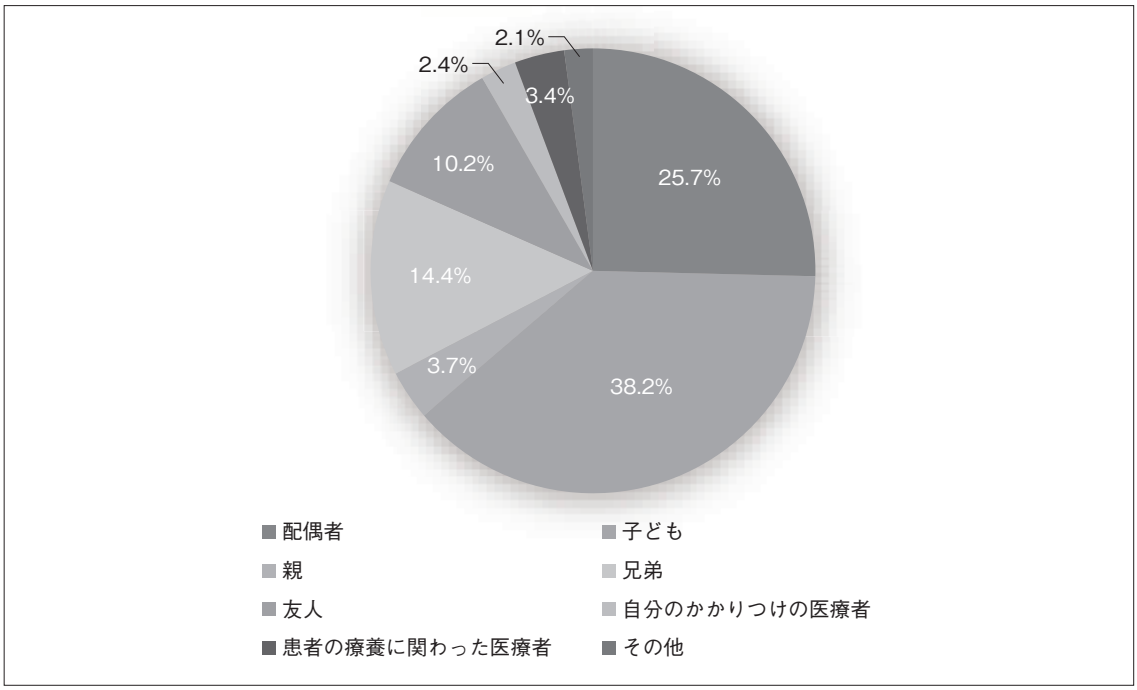


図 1　ACP について話し合う相手（複数回答可）

構成比は小数点以下第 2 位を四捨五入しているため，合計しても必ずしも 100 とはならない．

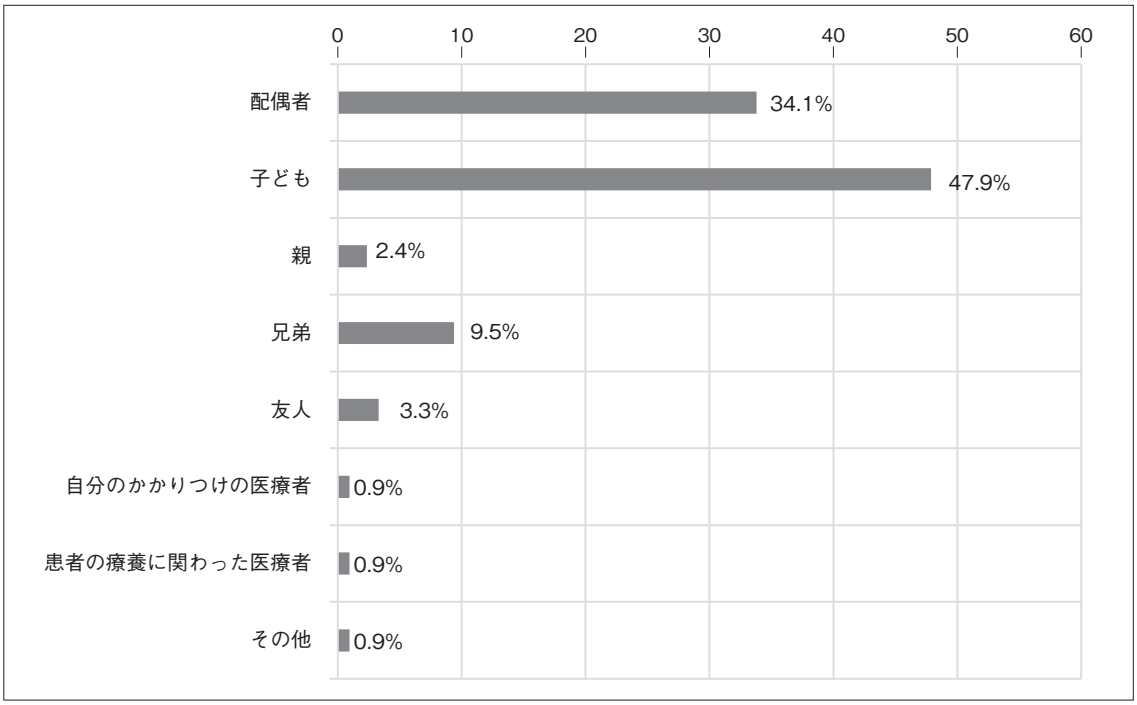


図 2　対話の相手の中で最も影響が大きい人物

3）ACP による他者や自身の生き方に対する影響（n=206）（図 3）

下記の示すように他者と ACP の機会を持つことにより，「その人への信頼が増した（74.8%）」，「自分の気持ちや考えがその人に伝わりやすくなった感じがする（79.1%）」，「その人に自分のことをわかってもらっているという安心感がある（86.9%）」，「将来への不安が減った（62.1%）」といった影響が認められた．「全くない」「あまりない」を『無』，「ある」「とてもある」を『有』に併合し，各項目に関する影響の有無についてカイ二乗検定を行った結果，「その人に自分のことをわかってもらっているという安心感」に対する影響は有意に「ある」こと，および「将来への不安が減った」に対する影響は有意に「ない」ことがわかった．

また自由記載では，ACP に他者を巻き込むことにより「相手に対して重い話題ではないかと遠慮がある」，「複数の関係者間で誰が決定するかが少し不安．お互いに遠慮しそう」．また「決定した人が『あれで良かったかな？』と悩んでしまいそう」といった，相手への負担などの影響への懸念も認められた．

考　察

本研究は筆者らが知る限りにおいて，わが国におけるがん患者の遺族の ACP に関する実態およびその影響に関する初めての報告である．本研究では 3 つの主要な結果が得られた．

第 1 に，患者の ACP に対話の相手として参加した経験は，遺族が自分自身の ACP についても考え，また他者とそれについて語るといった行動を有意に促進しうるが，ACP に関して考えたことを記録するという行動には明らかな影響が認められなかった．

「人生の最終段階における医療に関する意識調査（平成 29 年度）」[7] における一般国民での「考えたことがある（59.3%）」，「話し合ったことがある（39.5%）」，「記録したことがある（8.1%）」などの割合と単純比較すると，遺族におけるこれらの割合は総じてやや高い傾向があることが予想される．しかし本研究からは，それは身近な家族の ACP を経験するのみでは十分ではないことが示唆される一方で，自身の ACP について考え，そ

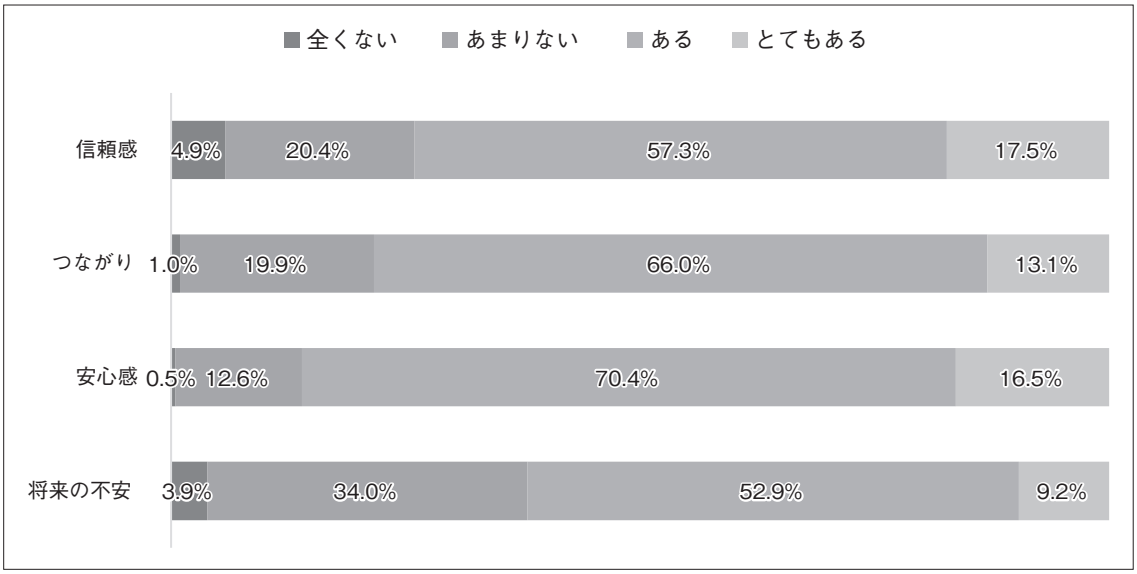


図 3　ACP による他者との関係性や生き方への影響の大きさ

構成比は小数点以下第 2 位を四捨五入しているため，合計しても必ずしも 100 とはならない．

れを他者と話し合うことは，記録する行動に結びつきやすいことから，記録率の向上に他者との対話の促進は重要であると言える．

第2に，そのACPの対話の相手となる重要他者の8割以上が子どもや配偶者などの家族であり，医療者がその相手としてACPに主たる影響を及ぼすことは非常に限られていることである．本研究の結果からは，ACPの担い手の多くが非医療者であり，現在の医療者主導のACPの促進戦略から，家庭内の日常生活におけるACPのありよう，特に，自らの生き方に関する意思決定に他者を巻き込むことに対する価値観や，関係性に対するポジティブな影響とネガティブな影響の双方に着眼点をシフトする必要性を示唆している可能性がある．今後，家族形態がますます多様化し，未婚人口の増加や少子化が加速することにより，この傾向も変化することが予想される．

第3に，ACPは単に「生命に関わる疾患になった際の死までの事前計画」としてだけではなく，日々生きる中で，それに関わらせる他者との関係性の強化に影響しうることが示された点である．それとともに，将来への不安の解消にはACPがさほど効果を示さない可能性があることも重要である．これまでの報告では，健康な一般人へのACPの教育は，死を目前とした状態を想定したケーススタディなどを通じた，自分自身での意思決定が難しくなる場合の事前準備の重要性についての教育がほとんどであるが，そのような状況にならないとわからない，自分のこととして考えられないという場合も多い[8]．なぜこのような結果が得られたのか，また他にどのような影響を及ぼしうるかについてはさらなる研究が必要であるが，「意思決定ができなくなった時のために考えておこう」というアプローチよりも，身近な人と生や死についての価値観を語り，共有し，書面に残すというACPが，その人たちとの関係性や価値観に影響を及ぼしながら，日々を生きる上での意思決定を支えていく可能性があることに焦点を当てるアプローチの有効性を，本研究の結果は示唆していると言える．

まとめ

がん患者の遺族にとって，患者のACPの対話の相手として参加した経験は，自分自身のACPについて考えたり，他者と話し合ったりする行動を促進しうると言える．また，ACPに他者と取り組むことは，生命の危機に瀕した場合に備えての意思決定という範疇を超え，日常生活における重要他者との関係性の強化などに影響を及ぼしうると言える．

文　献

1）Bernacki RE, Block SD. Communication about serious illness care goals：a review and synthesis of best practices. *JAMA Internal Medicine* 2014；174（12）：1994-2003.
2）Carr D. “I don’t want to die like that…”：The impact of significant others’ death quality on advance care planning. *Gerontologist* 2012；52（6）：770-781.
3）Goodridge D, Quinlan E, Venne R, et al. Planning for serious illness by the general public：a population-based survey. *ISRN Family Medicine*, 2013.
4）Rhee JJ, Zwar NA, Kemp LA. Advance care planning and interpersonal relationships：a two-way street. *Family practice* 2012；cms063.
5）Fried TR, Bullock K, Iannone L, O’leary JR. Understanding advance care planning as a process of health behavior change. *J American Geriatr Soc* 2009；57（9）：1547-1555.
6）Fried T, Zenoni M, Iannone L. A dyadic perspective on engagement in advance care planning. *J Am Geriatr Soc* 2017；65（1）172-178.
7）厚生労働省．人生の最終段階における医療に関する意識調査．平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書．https：//www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf. 平成30年3月.
8）Wiener L, Ballard E, Brennan T, et al. How I wish to be remembered：the use of an advance care planning document in adolescent and young adult populations. *J Palliat Med* 2008；11（10）：1309-1313.

〔付帯研究担当者〕
塩崎麻里子（近畿大学 総合社会学部心理学系専攻），**恒藤　暁**（京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻），**森田達也**（聖隷三方原病院 緩和支持治療科）

⑭

意思疎通のとりづらい終末期がん患者に対する家族の関わりの研究

長谷川　素子*

サマリー

本研究の目的は，意思疎通のとりづらい終末期がん患者に対する家族の関わりの程度，行った関わりに対する家族の評価を明らかにすることである．「十分に行った / 行った」と回答した対象者が多かったのは，「面会に行く」「患者に声をかける」「患者と一緒の場にいる」「患者の身振りや表情から，患者の意思や気持ちを汲み取ろうとする」「患者に触れる」だった．そのうち，「面会に行く」「患者に声をかける」「患者と一緒の場にいる」「患者に触れる」は，80％以上の対象者が行って「よかった」と評価していた．先行研究で推奨されている関わり以外に，「患者の身振りや表情から，患者の意思や気持ちを汲み取ろうとする」などの，多くの対象者が「よかった」と評価する関わりが明らかになった．

目　的

多くの終末期がん患者の家族は，病状の悪化により意思疎通がとりづらくなっていく患者と関わる経験をするが，患者と会話ができなくなるのは家族にとってつらいことである[1)]．看取り期の患者に対する望ましいケアには，患者への接し方やケアの仕方を医療者が家族にコーチすることが含まれており，患者への関わりを通じて家族のつらさが軽減する可能性が示唆されている[2)]．そのため，意思疎通のとりづらい終末期がん患者に対する家族の関わりを支援することが重要であるが，患者に対して家族がよく行う関わり，行った関わりに対する家族の評価の実態は明らかではない．

本研究の目的は，①意思疎通がとりづらい終末期がん患者に対し家族の行った関わりの程度，②行った関わりに対する家族の評価，について明らかにすることである．なお，終末期がん患者の意思疎通がとりづらい状態を患者の意思表示を家族が明確に確認できない状態と捉え，次の３つの状態と定義する．①辻褄が合わない発言をするなど，会話がかみ合わない状態，②眠っている時間が長く，目を覚ましても，うなずく，ほほえむ，目を合わせる程度で，会話が困難な状態，③声をかけてもずっと眠っている状態，である．

*東北大学大学院 教育学研究科（研究代表者）

結　果

質問紙を送付した1,028名のうち，650名から回答を得た（回収率63.2%）．質問紙への回答応諾が得られた549名（回答応諾率53.4%）のうち，意思疎通のとりづらい期間に関する全3項目が無回答であった12名，全3項目「該当せず」と回答した116名，3項目中2項目が「該当せず」，残り1項目が無回答の1名を除き，420名を分析対象とした（有効回答率40.8%）．

1）意思疎通がとりづらい終末期がん患者に行った家族の関わりの程度（図1）

「十分に行った/行った」と回答した対象者が多い順に，「面会に行く（96.3%）」「患者に声をかける（85.9%）」「患者と一緒の場にいる（85.5%）」「患者の身振りや表情から，患者の意思や気持ちを汲み取ろうとする（79.4%）」「患者に触れる（76.3%）」であった．その一方「患者に思い出話を語りかける（47.6%）」「医療者やほかの家族と話をする際に，患者にも話題を向ける（54.9%）」「患者に気持ちを伝える（56.5%）」「病室の環境を患者にとって心地よくする（57.7%）」「患者の身の回りの世話をする（57.7%）」と回答した対象者は少なかった．

2）意思疎通がとりづらい終末期がん患者に行った関わりへの家族の評価（図2）

「よかった」と回答した対象者が多い順に，「面会に行く（95.6%）」「患者と一緒の場にいる（87.0%）」「患者に触れる（86.6%）」「患者に声をかける（84.0%）」「患者の身の回りの世話をする（77.2%）」「病室の環境を患者にとって心地よくする（76.4%）」「患者の身振りや表情から，患者の意思や気持ちを汲み取ろうとする（75.6%）」「医療者やほかの家族と話をする際に，患者にも話題を向ける（72.0%）」「患者が辻褄（つじつま）の合わないことを言っても，それに合わせて話をする（71.2%）」「患者が答えられるよう質問の仕方を工夫する（71.1%）」「患者に気持ちを伝える（70.2%）」であった．

考　察

本研究により，意思疎通のとりづらい終末期がん患者に対する家族の関わりの程度，行った関わりに対する家族の評価が明らかになった．

「十分に行った/行った」と回答した対象者が多かった「面会に行く」「患者に声をかける」「患者と一緒の場にいる」「患者の身振りや表情から，患者の意思や気持ちを汲み取ろうとする」「患者に触れる」の5項目のうち，「患者の身振りや表情から，患者の意思や気持ちを汲み取ろうとする」以外の4項目は，看取りのパンフレット内で家族ができることとして挙げられた項目と一致した[3]．これらの4項目は，行って「よかった」と評価した対象者は80%以上と高い値を示しており，医療者が家族に推奨する関わりとして優先度が高いといえる．

終末期せん妄に対する家族の意味づけとして「したいことや言いたいことを伝えようとしている」と考える家族が多かったことから[4]，「患者の身振りや表情から，患者の意思や気持ちを汲み取ろうとする」家族が多いという結果は，家族が患者の伝えたいことを言葉以外の反応から汲み取ろうとするためと考えられる．医療者が家族に積極的にモデルを示すことが役立つと考えられる．

「十分に行った/行った」と回答した対象者が少なかった「患者に思い出話を語りかける」「医療者やほかの家族と話をする際に，患者にも話題を向ける」「患者に気持ちを伝える」「病室の環境を患者にとって心地よくする」「患者の身の回りの世話をする」の5項目のうち，「患者に思い出話を語りかける」以外の4項目は，行って「よかった」と評価した対象者が70%以上と高い値を示していた．また，「病室の環境を患者にとって心地よくする」「患者の身の回りの世話をする」は，看取りのパンフレット内で家族ができることとして挙げられた項目と一致した[3]．

「患者の身の回りの世話をする」は，終末期がん患者の家族が患者の死を前提として行いたいこ

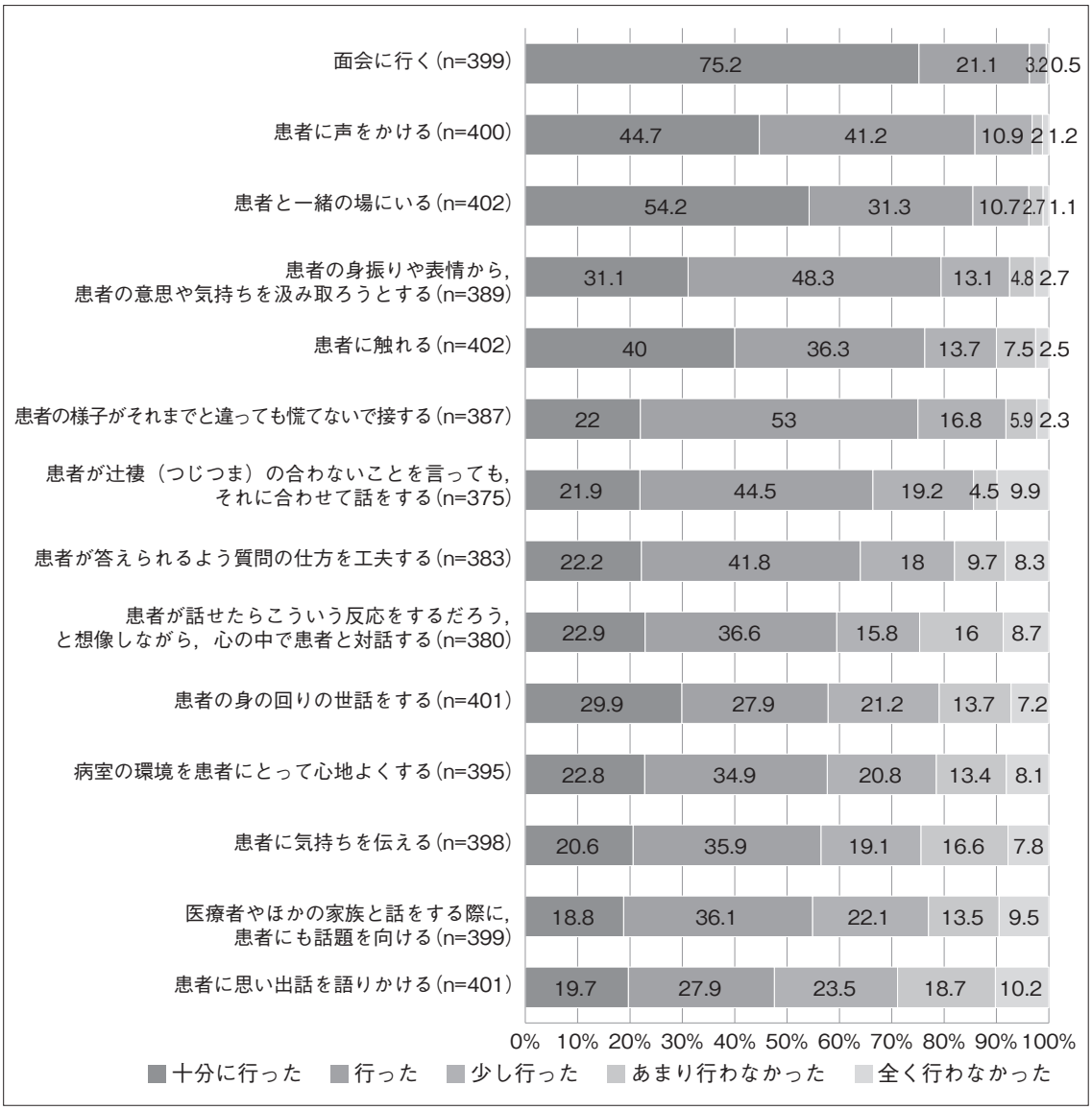


図1　家族が患者に対して行った関わりの程度

との1つであるが，行いたいことの全項目中における優先順位は低かったため[5]，家族の行った関わりの程度が低かった可能性が考えられる．

終末期がん患者と家族間の思いを言葉で伝えるように支援することが，患者と家族との良好な関係性やケアの満足度に繋がる可能性が報告されているが[6]，患者に思いを伝えることは容易なことではないため，「患者に気持ちを伝える」は，家族の行った関わりの程度が低かった可能性が考えられる．

患者に対し行った関わりの程度が少ないが，行って「よかった」と評価する対象者が多い関わりは，関わりを妨げている要因を把握しながら，医療者が家族に関わりを促していくことが役立つと考えられる．

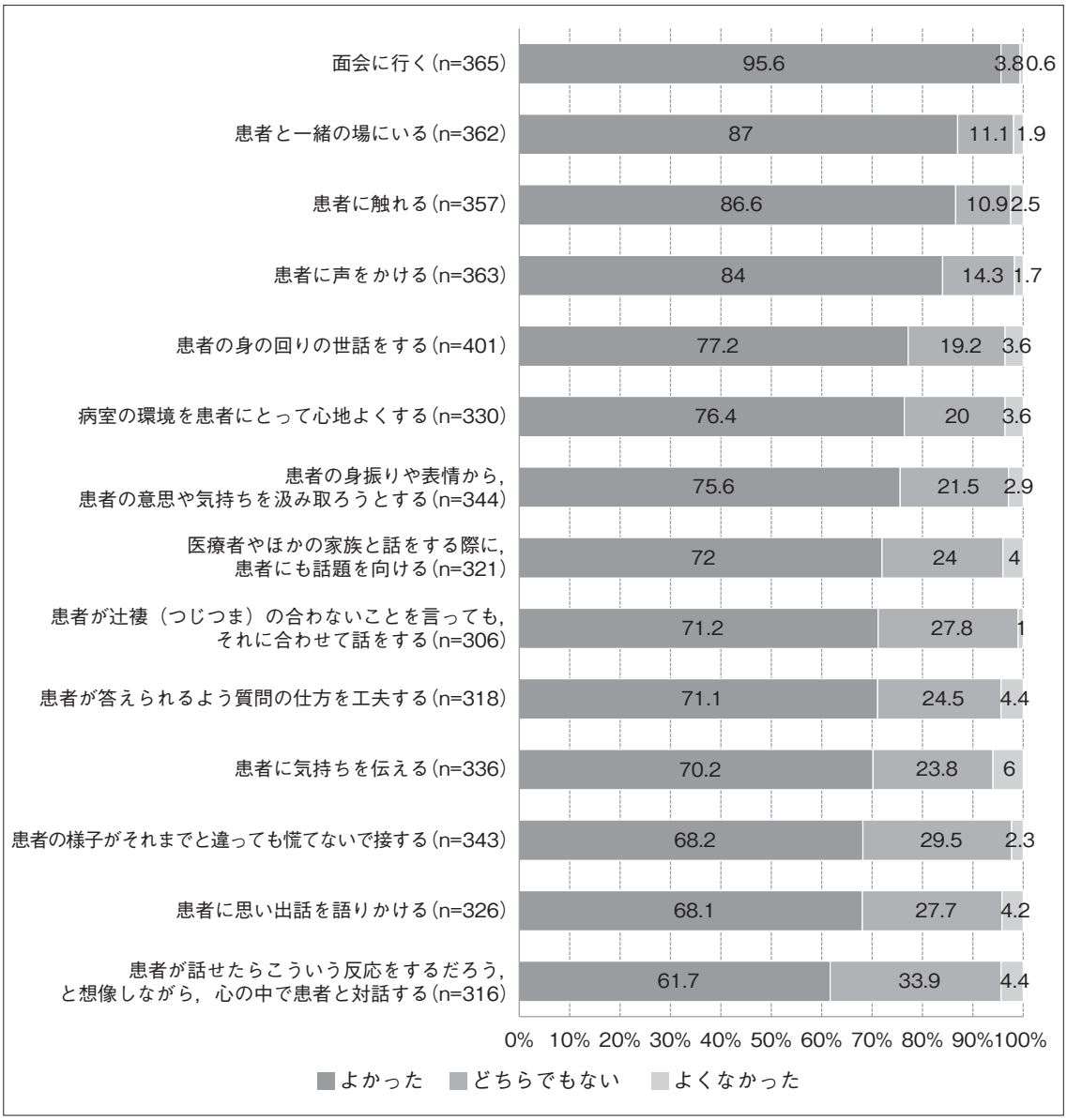


図2　行った関わりに対する家族の評価

まとめ

意思疎通の取りづらい終末期がん患者に対し，多くの家族が，「面会に行く」「患者に声をかける」「患者と一緒の場にいる」「患者の身振りや表情から，患者の意思や気持ちを汲み取ろうとする」「患者に触れる」を行っており，これらの関わりを行って「よかった」と評価していることから，医療者が家族に推奨する関わりとして優先度が高いといえる．

文　献

1）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（6）：557-565.
2）Shinjo T, Morita T, Hirai K, et al. Care for imminently dying cancer patients：family members' experiences and recommendations. *J Clin Oncol* 2010；28（1）：142-148.
3）山本亮，大谷弘行，松尾直樹，他． 看取りの時期が近づいた患者の家族への説明に用いる『看取りのパンフレット』の有用性：多施設研究. *Palliative Care Res* 2012；7（2）：192-201.
4）Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Terminal delirium：recommendations from bereaved families' experiences. *J Pain Symptom Manage* 2007；34（6）：579-589.
5）山下亮子．終末期がん患者の家族が患者の死を前提として 行いたいことに関する研究．遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 3. 2016；102-107
6）中里和弘，塩崎麻里子，平井啓，他．ホスピス・緩和ケア病棟における患者と家族間の思いの言語化を支える家族支援―遺族調査による家族支援と「患者と家族との良好な関係性」および「ケアの全般的満足度」との関連性の検討―．*Palliative Care Res* 2018；13（3）：263-271.

〔付帯研究担当者〕
吉田沙蘭（東北大学大学院 教育学研究科），**三浦智史**（国立がん研究センター東病院）

⑮

積極的抗がん治療の中止に際する医師からの説明に関する行動経済学的研究

吉田　沙蘭*

サマリー

本研究の目的は，積極的抗がん治療の中止に際して医師から行われる説明の内容およびそれに対する遺族の評価を明らかにすることである．治療を行わないことのメリットや，治療を行うことのデメリットについては７割程度説明がなされていた一方で，医師が推奨する方針を明確にするような説明は５～６割，身近な例を用いた説明は２～３割にとどまることが明らかとなった．また，治療を行うことのデメリットに関する説明が，遺族からもっとも役立つと評価された．次いで治療を行わないことのメリットに関する説明，医師が推奨する方針を明確にするような説明の評価が高く，こうした説明を積極的に取り入れていくことが有用である可能性が示唆された．

目　的

医療における意思決定に関して，現在では，医師と患者が協働し，協議を重ねることで最終的な意思決定を導き出す shared decision making が推奨されている．一方で，進行がん患者を対象とし，End-of-Life discussion（以下，EOLd）のあり方に関する意向を明らかにした研究においては，「共感的パターナリズム」の姿勢を示すことが望ましいとの結果が得られている[1]．共感的パターナリズムという概念は，患者に対して言語的・非言語的な共感を示しながら，病状の見通しについても説明を行ったうえで，今後の方針については医師側がある程度主導的に示すということを意味している．

ところで，行動経済学の分野において「ナッジ」という概念が提唱されている[2]．提供する情報に強弱をつけたり，提示の際の表現を工夫したりすることで，患者自身が選択する余地を残しつつも，専門家としての医師が医学的に「望ましい」と判断する選択へ導きやすくなる，というのがナッジの基本的な考え方である．この概念は，先述の共感的パターナリズムを実践する１つの方法となりえると考えられ，まだ数としてはきわめて少ないものの医療における研究にも取り入れられ始めている[3~5]．

*東北大学大学院 教育学研究科（研究代表者）

ここで，EOLd を踏まえた意思決定の 1 つとして，抗がん治療の中止が挙げられる．がん治療の中止は，患者にとって困難な課題であるだけでなく，意思決定に必要な説明を行う医師にとっても，負担の大きな課題である[6]．また，標準的な治療の効果が認められなくなった際の治療選択に関して，家族主体での決定を希望する患者が 6%，家族との相談による決定を希望する患者が 36%，家族の意見を踏まえ自身で決定することを希望する患者が 46%，であったこと[7]から，終末期における意思決定には少なからず家族も関与すると考えられる．したがって，治療中止に際する医師からの説明におけるナッジの利用について，その実態や有用性に関する遺族の評価を明らかにすることで，共感的パターナリズムを取り入れたコミュニケーションの指針を検討するための資料が得られると考えられる．

結　果

緩和ケア病棟またはホスピスで患者を看取った遺族 1,028 名に質問紙を発送し，650 名から回答を得た（回収率 63.2%）．質問紙への回答応諾が得られた 549 名のうち（回答応諾率 53.4%），がんに対する治療を行わなかった 199 名を除く 350 名（男性 202 名，女性 148 名）を対象として解析を行った（有効回答率 53.8%）．

1）抗がん治療中止に関する意思決定者

抗がん治療の中止に関する意思決定を誰が行ったか，ということについては，「患者や医師と話し合って決めた」という回答が最も多く（40.2%），次いで医師（28.0%），患者（19.3%），家族（9.5%），わからない（3.0%）であった．なお，抗がん治療中止を選択した時点で，治療継続の選択肢があったと回答した者は 52.7%，なかったと回答した者は 47.3% であった．

2）抗がん治療中止を選択した際に受けた医師からの説明内容

抗がん治療の中止を選択した際に，医師から行われた説明について，**図 1** にまとめる．治療を行わないことのメリット（70.9%）や，治療を行うことのデメリット（69.1%）については，多くの場合において説明がなされていた．一方で，治療を行わないことを医師として勧めるということ（59.5%）や，治療を行わないのが最善の選択だということ（50.5%）など，医師として推奨する方針を明確にした説明は半数程度にとどまった．さらに，同じ状況では多くの人が治療を行わないこと（28.5%），似た状況の人が治療を行わないことを選択した（21.0%），もし自分だったら治療を行わないこと（22.1%）など，身近な例を用いるような説明は，2 割程度とほとんど行われていなかった．

3）抗がん治療中止を選択した際の医師からの説明に対する評価

医師から行われた説明について，その説明を受けることが「抗がん治療を中止する」ことを決めるためにどの程度役立つと思うかについて尋ねた結果を**図 2** にまとめる．説明を受けることが「不可欠である」または「とても役にたつ」と回答した人の割合がもっとも高かったのは，治療を行うことが患者にとって負担になるということ（55.9%），次いで，治療を行うことのデメリット（53.0%）であった．治療を行わないほうが患者にとって良いということ（52.6%）や治療を行わないことのメリット（51.6%）についても同様に高い評価を得た．また，治療を行わないことを医師として勧めるということ（45.7%）や，治療を行わないのが最善の選択だということ（41.7%）といった医師の方針を明確にするような説明についても 4 割を超える対象者から評価を得た．

考　察

医師の説明への評価については，治療を行うことのデメリットに関する説明が，多くの遺族から役立つとされていた．行動経済学の観点からは，意思決定の際，利得よりも損失に関する情報がより影響を与えるという損失回避傾向がはたらくこ

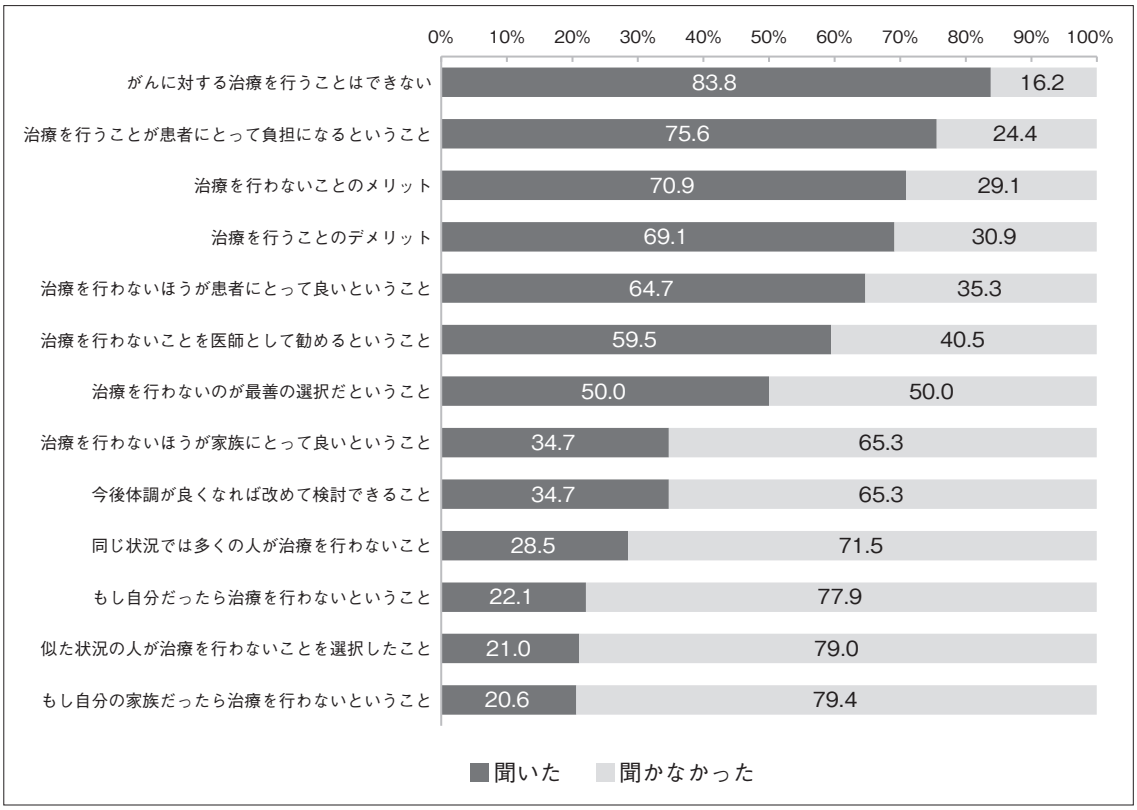


図1　抗がん治療中止を選択した際に受けた医師からの説明内容

とが知られており[7]，治療を行うことによる損失を強調する説明が役立つという本研究の結果は，理論的に有効であると考えられる説明の仕方とも合致している．選択肢のメリットやデメリットに関する説明は医療現場では原則的に行われているものであるが，医学的に推奨される方針がある場合，推奨しない選択肢のデメリットを強調することで，提供する情報に強弱をつけるという緩やかなナッジを導入することができると考えられる．

また，医師が推奨する方針を明確にするような説明については4割強，「やや役に立つ」を加えれば8割以上と，メリットやデメリットの説明と同程度の遺族が役立つと評価していた．このような説明は，5～6割の実施率にとどまっていたが，EOLdにおける医師の態度としても望まれている共感的パターナリズム[1]にも通じるものであり，抗がん治療中止を検討する際のコミュニケーションに取り入れていくことが有用である可能性がある．

一方で，身近な例を用いた説明については，高い評価が得られなかった．これらの説明は，意思決定者にとって想起しやすい身近な事例が，選択に影響を及ぼすという「利用可能性バイアス」[8]を活用したナッジである．利用可能性バイアスは医療場面でも生じることが示されている[9]が，本研究の結果からは推奨される説明とはならなかった．主治医が説明する際に用いるほかの患者，あるいは「自分だったら」という仮定は，意思決定者がもともと有している情報ではないため，利用可能性バイアスとしては機能しない可能性も考えられた．またバイアスは無意識的に作用するため，本研究のように実際の意思決定場面以外での

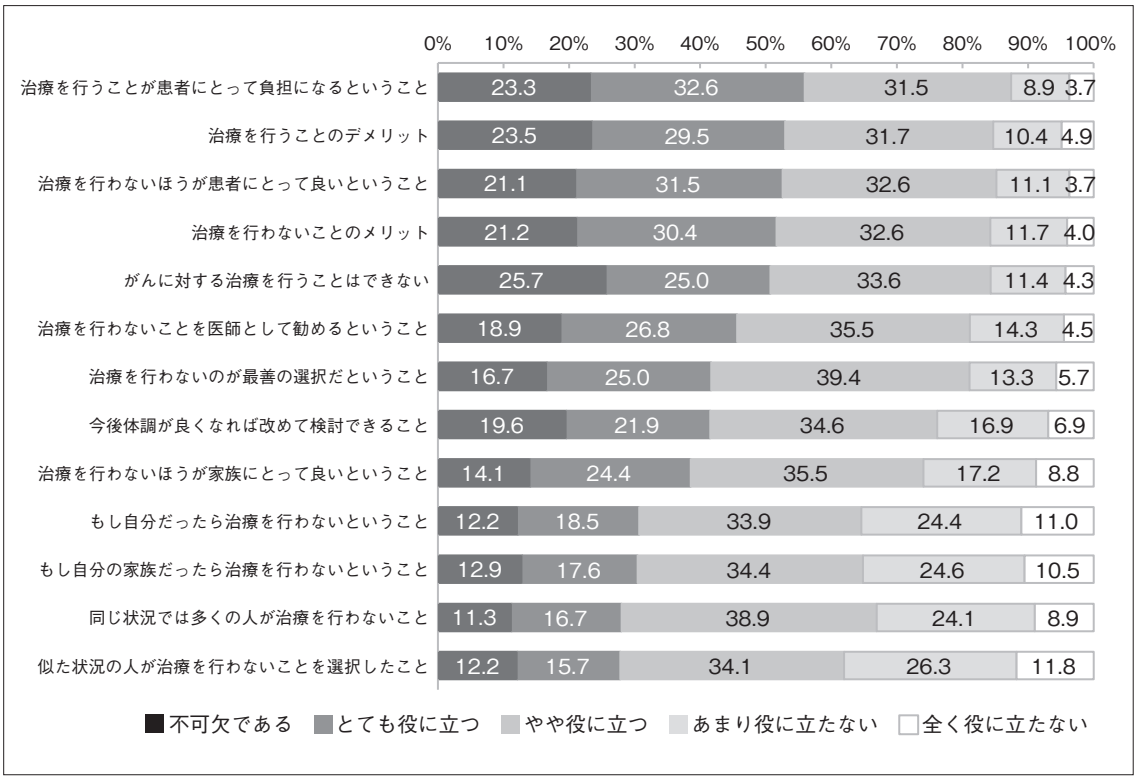


図2　抗がん治療中止を選択した際の医師からの説明に対する評価

調査には影響しないという可能性もあり，今後さらなる検討が期待される．

まとめ

本研究の結果から，治療を行うことのデメリットや治療を行わないことのメリット，医師が推奨する治療方針についての説明を行っていくことが，抗がん治療を中止するという意思決定に役立つことが明らかとなった．

文　献

1）Umezawa S, Fujimori M, Matsushima E, et al. Preferences of advanced cancer patients for communication on anticancer treatment cessation and the transition to palliative care. *Cancer* 2015；121（23）：4240-429.
2）Thaler RH, Sunstein CR. Nudge, choice architecture, and libertarian paternalism. *Michigan Law Review* 2010；108（6），：913-924.
3）Halpern SD, Loewenstein G, Volpp KG, et al. Default options in advance directives influence how patients set goals for end-of-life care. *Health Affairs* 2013；32（2）：408-417.
4）Sussman BS, Sharma S, Alter LA. Framing charitable donations as exceptional expenses increases giving. *J Exp Psychol Appl* 2015；21（2）：130-139.
5）Heisig SR, Shedden-Mora MC, Hidalgo P, Nestoriuc Y. Framing and personalizing informed consent to prevent negative expectations：an experimental pilot study. *Health Psychol* 2015；34（10）：1033-1337.
6）Otani H, Morita T, Esaki T, et al. Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment. *Jpn J Clin Oncol* 2011；41（8）：999-1006.
7）Kahneman D, Tversky A. Prospect theory：an analysis for decision under risk. *Econometrica* 1979；47：263-292.

8）Kahneman D. A perspective on judgment and choice：mapping bounded rationality. *Am Psychol* 2003；58（9）：697-720.
9）Heath L, Acklin M, Wiley K. Cognitive heuristics and AIDS risk assessment among physicians. *J Appl Soc Psychol* 1991；21：1859-1867.

〔付帯研究担当者〕
平井　啓（大阪大学大学院 人間科学研究科），**大竹文雄**（大阪大学大学院 経済学研究科）

⑯

終末期がん患者の呼吸困難に対する薬物治療において遺族が最も重要と感じるアウトカムに関する研究

森　雅紀*

サマリー

本研究の目的は，終末期がん患者の死亡前1週間の呼吸困難に対する薬物治療のアウトカムとして，遺族が最も重要と感じる呼吸困難とコミュニケーションのTrade-offを探索することである．

終末期がん患者の遺族計548名（52％）のうち，死亡前1週間に患者が呼吸困難を有していたと答えた遺族477名（87%）の回答を解析した．呼吸困難が中等度～耐えられないくらいある場合，どのくらいコミュニケーション（会話）に影響しうる治療を選ぶか尋ねたところ，呼吸困難が中等度ある場合は，「苦しくても，しっかり会話ができるようにしてほしい」は1.9%，「苦しくても，簡単な会話ならできるくらいにしてほしい」は53%，「完全に会話ができなくなっても，苦しくないようにしてほしい」は45%だった．一方，呼吸困難が重度～耐えられないくらいある場合，「苦しくても，しっかり会話ができるようにしてほしい」は1.2%，「苦しくても，簡単な会話ならできるくらいにしてほしい」は19%，「完全に会話ができなくなっても，苦しくないようにしてほしい」は80%だった．

死亡1週間前の終末期呼吸困難の緩和ケアにあたっては，Trade-offを考慮したアウトカムを設定することが個別化治療に重要であることが示唆された．今後は，Trade-offを考慮した具体的なアウトカムを開発し，前向き研究で実施可能性や反応性などを探索していくことが望まれる．

目　的

終末期がん患者において呼吸困難は頻度が高く，経時的に増悪しうる症状である[1~5]．終末期には病状の進行によりコミュニケーションが困難になりうる[6]．またわが国では，症状緩和と同時にコミュニケーションが取れることが「望ましい死」にとって重要であることが示されている[7]．終末期の呼吸困難の治療にあたっては呼吸困難とコミュニケーションとのバランスを取り，患者・

*聖隷三方原病院 緩和ケアチーム（研究代表者）

家族ごとに望ましい治療目標を設定する必要がある．しかし，終末期の呼吸困難の治療において，望ましい両者の Trade-off は明らかではなく，患者や家族対象の大規模調査も行われていない．患者は意識低下などにより直接質問することは困難だが，遺族は実際の体験に基づき患者に最適な Trade-off に関する認識を持っている可能性がある．

本研究の目的は，終末期がん患者の死亡前一週間の呼吸困難に対する薬物治療のアウトカムとして，遺族が最も重要と感じる呼吸困難とコミュニケーションの Trade-off を探索することである．

結　果

調査票を送付し 1,055 名中 656 名から返送があり（回収率 62%），548 名から有効回答を得た（52%）．そのうち，死亡前 1 週間に患者が呼吸困難を有していたと答えた計 477 名（87%）を解析対象とした

1）呼吸困難とコミュニケーションの Trade-off

死亡前 1 週間に呼吸困難が中等度～耐えられないくらいある時，どのくらいコミュニケーション（会話）に影響しうる治療を選ぶかどうか，遺族に尋ねた．「苦しくても，しっかり会話ができるようにしてほしい」「苦しくても，簡単な会話ならできるくらいにしてほしい」「完全に会話ができなくなっても，苦しくないようにしてほしい」と答えた遺族の割合は，呼吸困難が中等度ある場合はおのおの 1.9%，53%，45% であり，呼吸困難が重度～耐えられないくらいある場合は，おのおの 1.2%，19%，80% だった（**図 1**）．

2）死亡前 1 週間に重要と思うこと

先行研究[7]をもとに，苦痛とコミュニケーションに関連した 3 項目を遺族がどの程度重要と感じるかについて，7 件法で尋ねた（**図 2**）．「からだの苦痛が少なく過ごせること」「大切な人に伝えたいことを伝えられること」「意識がしっかりしていること」の各項目について，やや重要～非常に重要と回答した遺族は，おのおの 96%，84%，56% だった．

3）死亡前 1 週間に会話ができるまま呼吸困難を緩和することが困難な場合，どのような状態を望むか

呼吸困難の程度に応じて，どの程度会話ができる状態が望ましいか，6 件法で尋ねた．その結果，呼吸困難が全くない～中等度の場合は，「簡単な会話ならできる状態」が最も望ましいと思われており，「しっかり会話ができる状態」がそれに続き，「会話ができない状態」は最も望まれなかった（**図 3**）．一方，呼吸困難が重度～耐えられな

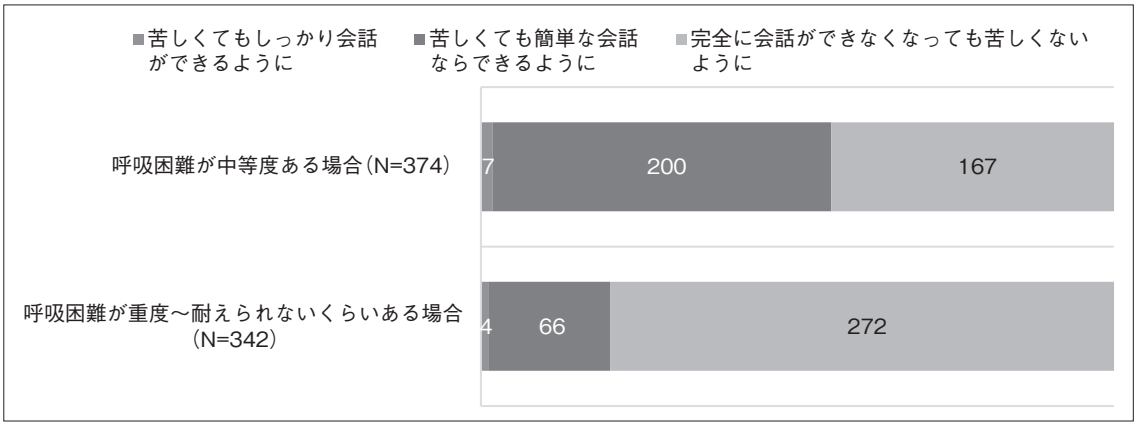


図 1　呼吸困難が中等度～耐えられないくらいある時の，呼吸困難とコミュニケーションの Trade-off

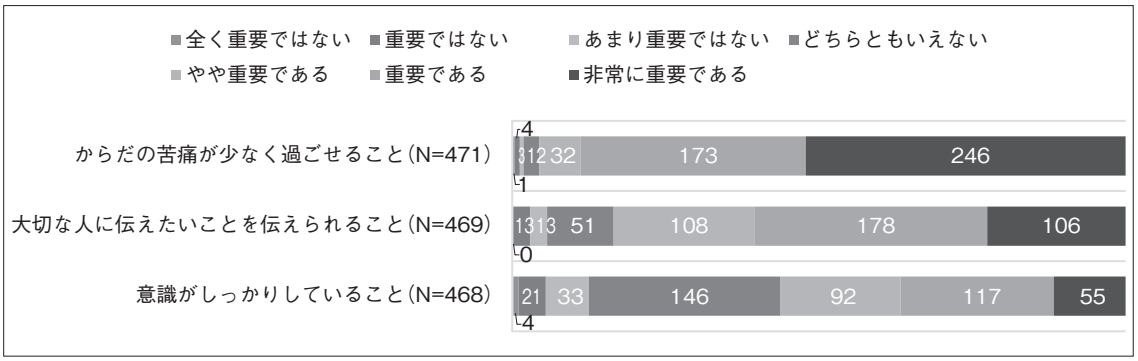


図2　死亡前1週間に遺族が重要と思うこと

いくらいある場合は，会話の程度によらず望ましいと思われる状態は少なかった．

4）死亡直前期についての説明に関する改善の必要性

Trade-off の質問を，会話ができるかできないかで2群に分類した．患者，遺族背景と死亡前1週間に遺族が重要と思う3項目を説明変数，Trade-offの2群を目的変数にして単変量解析を行い，p <0.1となった項目を説明変数として2項ロジスティック回帰分析を行った（**表1**）．

呼吸困難が中等度ある場合は，「からだの苦痛が少なく過ごせること」を重要と思う遺族ほど，あるいは「大切な人に伝えたいことを伝えられること」が重要と思わない遺族ほど，「完全に会話ができなくなっても，苦しくないようにしてほしい」という意向をもっていた．また，呼吸困難が重度～耐えられないくらいある場合は，「からだの苦痛が少なく過ごせること」と思う遺族ほど，あるいは「意識がしっかりしていること」を重要と思わない遺族ほど，「完全に会話ができなくなっても，苦しくないようにしてほしい」という意向をもっていた．この知見は，本調査票で用いたTrade-offの質問方法が妥当であることを示唆している．

考　察

本調査は，死亡1週間前に呼吸困難のあった終末期がん患者の家族に，終末期呼吸困難を身近で目にした経験に基づき，呼吸困難とコミュニケーションの望ましいTrade-offについての希望を探索した初めての遺族調査である．最も重要な知見は，遺族により，また呼吸困難の程度によりTrade-offの意向が大きく異なること，「苦しくてもしっかり会話ができる」ことを希望する遺族はほとんどいなかったことである．呼吸困難が中等度の時は，「苦しくても簡単な会話ならできる」ことを希望する遺族と，「完全に会話ができなくなっても苦しくない」ことを希望する遺族が約半数ずつ見られた．一方，呼吸困難が重度～耐えられないくらいある場合は，8割の遺族が後者を望んでいた．また，呼吸困難の程度を3つに分類した場合も，呼吸困難が中等度までなら，程度の差こそあれ会話ができることが重要視されることが示唆された．

以上より，終末期の呼吸困難の治療・ケアにおいて，呼吸困難とコミュニケーションのTrade-offの意向は個別性が高いこと，治療・ケアの目標を設定するうえで患者・家族の意向を確認することが肝要であることが示唆される．

本研究の限界として，遺族対象の横断調査でありRecall biasのため呼吸困難の実際の程度は不明であること，有効回答率が52%と高いとはいえず未回答の遺族はより否定的な認識を持っている可能性があること，Trade-offの質問については妥当性の検証された尺度を用いていないこと，などが挙げられる．

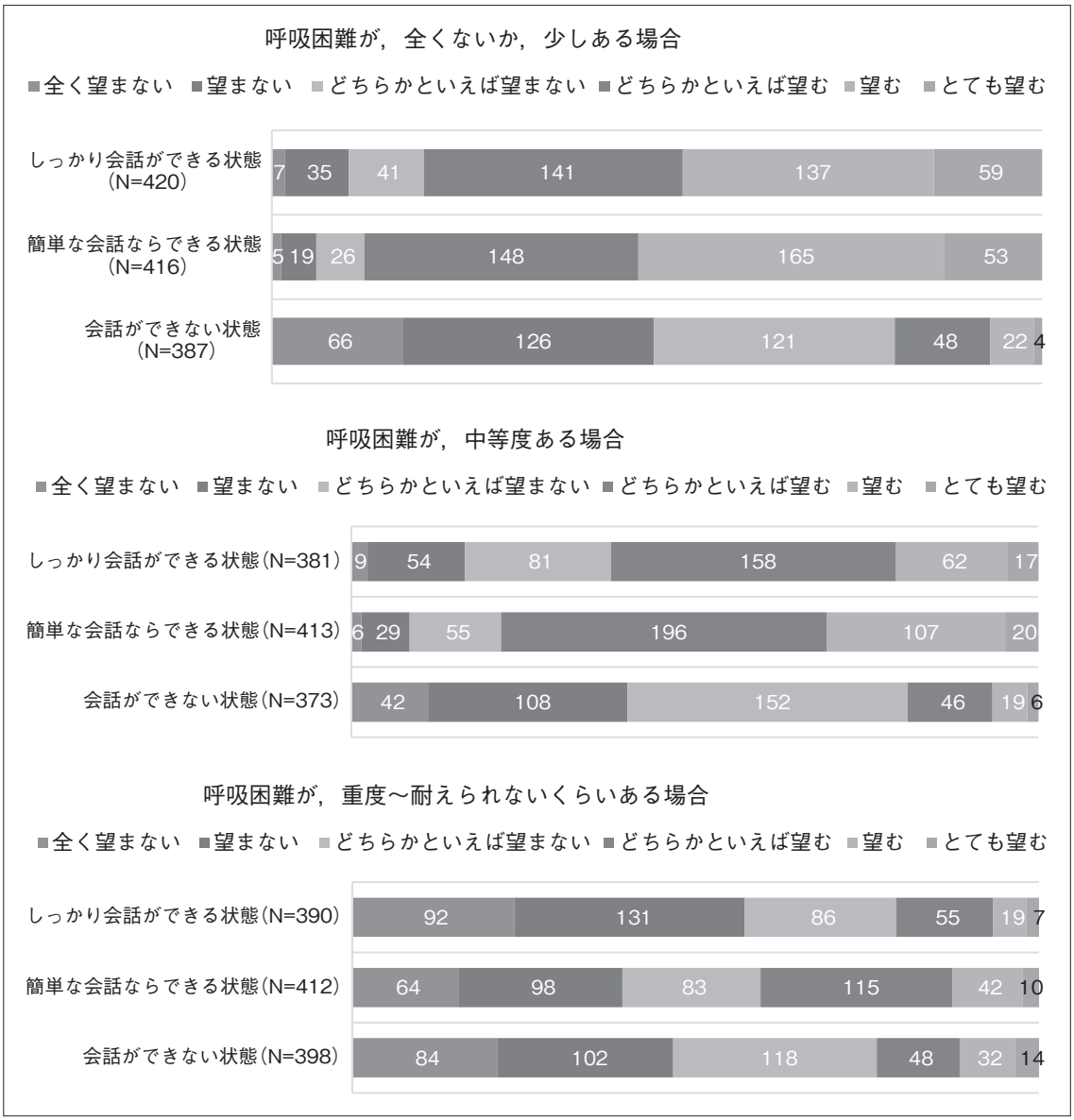


図3　死亡前1週間に会話ができるまま呼吸困難を緩和することが困難な場合，どのような状態を望むか

まとめ

死亡1週間前の終末期呼吸困難の緩和ケアにあたっては，Trade-offを考慮したアウトカムを設定することが個別化治療に重要であることが示唆された．今後は，Trade-offを考慮した具体的なアウトカムを開発し，前向き研究で実施可能性や反応性などを探索していくことが望まれる．具体的には，①呼吸困難の程度とコミュニケーションの程度の両方を加味した複合的アウトカムを開発すること，②呼吸困難とコミュニケーションの程度を別々に取得して，両者を併記して治療効果を評価すること，③Personalized dyspnea goal（個々の患者あるいは患者の意思疎通が困難な時は家族が指定した目標以下になることを有効とみ

表 1　死亡前 1 週間の呼吸困難の治療において，会話ができることよりも症状緩和を優先する遺族の決定因子：多変量解析

	オッズ比	95% 信頼区間		ρ 値
●呼吸困難が中等度の場合 *				
背景要因				
治療医に受診していた期間				
≥ 3 年	0.486	0.227	1.043	0.064
1 ～ 3 年	0.744	0.365	1.516	0.416
6 カ月 – 1 年	0.479	0.217	1.057	0.068
3 ～ 6 カ月	0.661	0.293	1.490	0.319
< 3 カ月（Ref）				
遺族				
患者との関係（配偶者（Ref）vs. その他）	1.478	0.940	2.326	0.091
遺族が死亡前 1 週間に重要と思うこと				
からだの苦痛が少なく過ごせること	1.437	1.087	1.900	0.011
大切な人に伝えたいことを伝えられること	0.800	0.640	1.000	0.050
意識がしっかりしていること	0.980	0.806	1.191	0.840
				*Nagelkerke R^2 = 0.068
●呼吸困難が重度～耐えられないくらいある場合 **				
背景要因				
死亡前 1 カ月間の医療費	1.296	0.982	1.711	0.067
遺族が死亡前 1 週間に重要と思うこと				
からだの苦痛が少なく過ごせること	2.521	1.711	3.714	<0.001
大切な人に伝えたいことを伝えられること	0.725	0.493	1.065	0.101
意識がしっかりしていること	0.699	0.528	0.924	0.012
				**Nagelkerke R^2 = 0.186

なすなど）の活用などが考えられる．最終的には，患者・家族が共に本人の意向に沿った納得した終末期の症状緩和を受けられるために，個別化した治療方法とアウトカム評価の方法を確立することが重要である．

文　献

1）Seow H, Barbera L, Sutradhar R, et al. Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. Journal of clinical oncology：*Am Soc Clin Oncol* 2011；29：1151-1158.

2）Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer：relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. Supportive care in cancer：official journal of the *Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2000；8：175-179.

3）Rietjens J, van Delden J, Onwuteaka-Philipsen B, et al. Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands：descriptive study. *BMJ* 2008；336：810-813.

4）Chiu TY, Hu WY, Lue BH, et al. Dyspnea and its correlates in taiwanese patients with terminal cancer. *J Pain Symptom Manage* 2004；28：123-132.

5）Tanaka K, Akechi T, Okuyama T, et al. Prevalence and screening of dyspnea interfering with daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. *J Pain Symptom Manage* 2002；23：484-489.

6）Mori M, Morita T, Matsuda Y, et al. How successful are we in relieving terminal dyspnea in cancer patients? A real-world multicenter prospective observational study. *Suppor Care Cancer* 2019 Oct 19.

7）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；35：486-498.

〔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）

⑰

死別が遺族に与える肯定的影響について

嶋田　和貴*

サマリー

人にとって死別は人生における最大の困難な経験であることから，死別の遺族に与える否定的な影響に関して多くの研究がなされている．一方，死別による何らかの肯定的な影響が存在する可能性も報告されている．肯定的変化は“Posttraumatic Growth（以下，PTG，外傷体験後成長）”と呼ばれ，海外では尺度作成と研究がなされているが，わが国ではPTGについて検討した研究はほんどない．そこで本研究では，わが国のがん患者遺族を対象に，死別が遺族にどのような肯定的影響を与えるかを具体的に探索したところ，PTGは，死別をきっかけに自身の人生に今後起こりうることについての肯定的な学び，そこから得られる予測と対処にあると推測された．

目　的

死別は一般的に人生における最大の困難な経験であり，死別の遺族に与える否定的な影響に関して多くの研究がなされている．一方で死別には何らかの肯定的な影響が存在する可能性がある．わが国では，死別が与える肯定的な影響に焦点を当てた研究は少ないが，遺族は悲嘆を経験するだけではなく，人間的成長を及ぼす肯定的な変化が指摘されている[1]．一般的外傷体験による人間的成長は“Stress Related Growth（以下，SRG，ストレス関連成長）”やPTGと呼ばれ，海外版尺度の作成や[2]，日本語版尺度の妥当性も検討されている[3]．しかし，これまでのところ死別によるSRGやPTGなどの成長に関する調査は大変少ない．

本研究の目的は，死別という外傷体験後の遺族の成長の特徴を明らかにし，ホスピス緩和ケアとの関連性を探索することである．

結　果

緩和ケア病棟で看取りを経験した1,055名の遺族に質問紙を送付し，656名より返送を受けた（回収率62.2%）．そのうち，548名より質問紙への回答応諾が得られた（回答応諾率51.9%）．さらに，本研究について539名より回答を得られ（有効回答率51.1%），解析対象とした．

今回，PTGの評価で現在最もよく用いられて

*京都大学大学院 医学研究科 臨床腫瘍薬理学・緩和医療学講座（研究代表者）

いるPTG尺度（以下，Posttraumatic Growth Inventoryを略したPTGIを用いる）[2]に精神的な要素を追加した拡張版の翻訳である日本語版－PTGI拡張版（以下，Extended Version of the PTGI-Japaneseを略したPTGI-X-Jを用いる）[4]を使用した．PTGI-X-Jの質問項目はいっさい変更を加えずに使用することも含めて，すべての調査項目は研究者の討議から作成した．表面的妥当性，実施可能性はパイロットテストで確認した．

本研究の調査票は次の通りである．まず①として，死別が心理的外傷体験であったかを確認した．次に②として，PTGI-X-Jで精神的側面も含めて，死別に伴う遺族の主観的変化を質問した．また③として，具体的な変化として死別後に新しく始めたことがあるかどうかを質問した．さらに④として，③で新しく始めたことがあったり，その意思があったりする場合には，その具体的な内容を選択式と自由記載の併用で質問した．選択式の質問である①から④のいずれにも欠損を含まない回答数は452名（有効回答率42.8％）であった．この452名を対象に以後の解析を進めた．

まず，回答者の背景を**表1**に示す．

次に，各質問に関する集計を示す．質問①では，死別を心理的外傷体験と答えた遺族が全体の83.9％を占めた．

質問②のPTGI-X-Jでは，25の質問項目について0～5の点数が振り分けられている．評価方法は，すべての項目の合計点数またはサブカテゴリーごと（Ⅰ：他者との関係，Ⅱ：新たな可能性，Ⅲ：人間としての強さ，Ⅳ：精神性的変容，Ⅴ：人生に対する感謝）の合計点数で行う．すべての項目の合計点数の度数分布を**図1**，サブカテゴリーのドットプロットを**図2**に示す．**図1**は得点を10点間隔で階級化しているが，**図1**の上位4つの割合を足すと50％以上を占めた．**図2**では，カテゴリーの得点可能上限に対する実際の得点の比率を縦軸に示している．一元配置分散分析では，人生に対する感謝が有意に高得点であった．

質問③で新しく始めたことがあると答えた27.9％（126人）を対象に，始めたことの具体的な内容について複数回答可で質問した④の結果を**図3**に示す．その他の内容は，家族内・友人・職場といった顔の見える近い関係性の変化を反映したものであった．死別後で新たに始めたこと，特に死別をきっかけに始めたことのいずれでも，1位が宗教的活動，2位が終活，3位がスポーツ的活動，最下位が投資活動であった．

表1　回答者の背景

施設の種類		すべて緩和ケア病棟
性別（％）	男性	49.1
	女性	50.9
年齢（歳）	中央値（最小値 - 最大値）	77（30～102）
入院期間（日）	中央値（最小値 - 最大値）	22（0～304）
死別後経過期間（日）	中央値（最小値 - 最大値）	322（186～1,264）
がんの部位（％）	肺がん	18.8
	膵臓がん	10.8
	胃がん	10.2
	結腸がん	8.6
	直腸がん	5.5
	乳がん	5.3
	頭臓部がん	4.4
	ほか（肝，胆のう・胆管，食道，前立腺，腎，膀胱，子宮，卵巣，白血病，悪性リンパ腫，骨髄腫，軟部組織，脳腫瘍，原発不明（遺族が病名を知っている），原発不明（遺族が病名を知らない），その他）	36.3

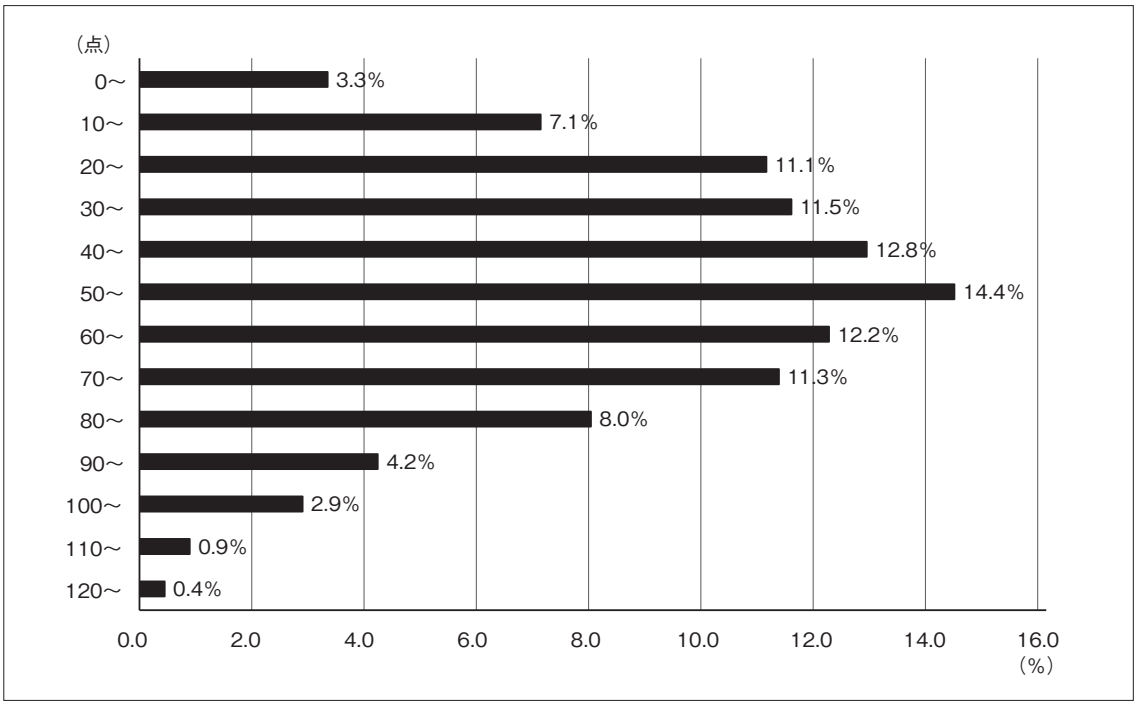
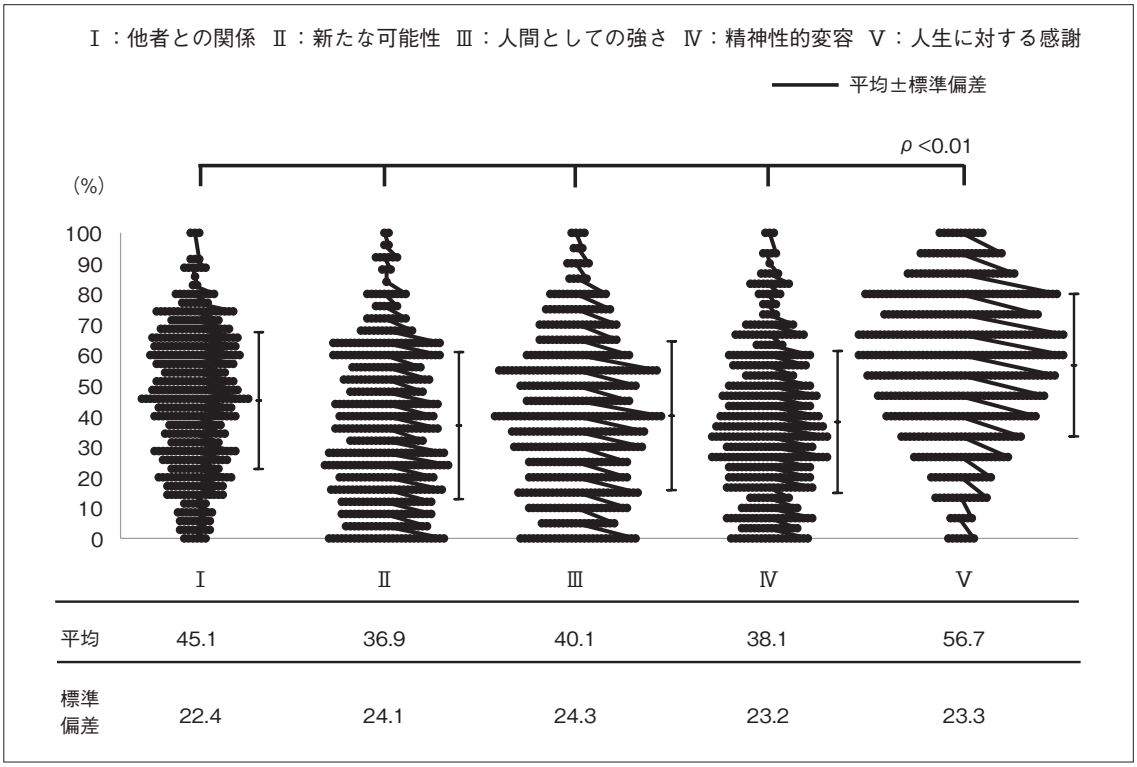


図 1　PTGI-X-J 総合得点



	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ
平均	45.1	36.9	40.1	38.1	56.7
標準偏差	22.4	24.1	24.3	23.2	23.3

図 2　PTGI-X-J サブカテゴリーのドットプロット

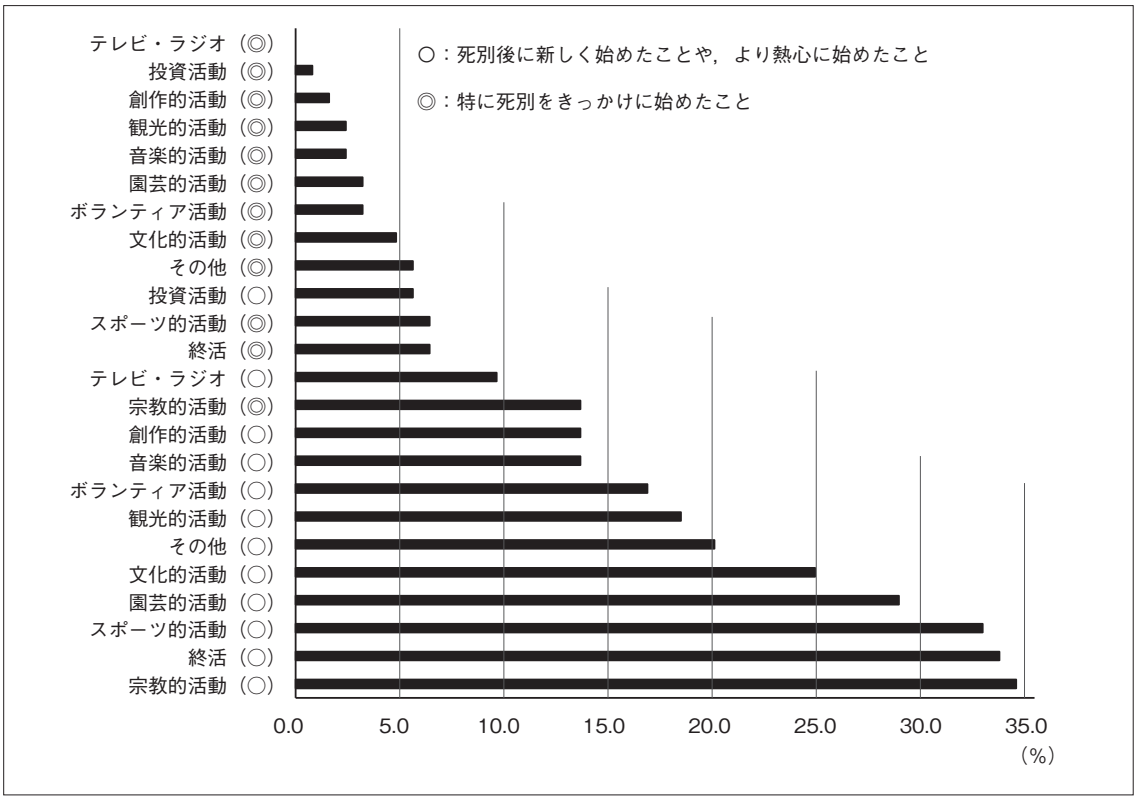


図3　死別後に新たに始めたこと

考　察

今回，PTG の内的側面，外的側面，ホスピス緩和ケアの 3 つの要素の関係性を踏まえて，ホスピス緩和ケアのあり方に新しい知見の獲得を目指した．**図 2** と**図 3** から，人生に対する感謝と宗教的活動や終活が，おのおの PTG の内的・外的側面の特徴として示唆された．

先行研究の PTG プロセスの精神性的な変容では，神の存在など抽象性の高い対象が挙げられているが，**図 3** の宗教的活動に関する自由記載では，先祖への感謝を表わすお墓参りなど，個人と連続性のある存在を対象としている．今回の PTGI-X-J では精神性的な変容に高得点の傾向を示さず，死別をきっかけに始めたことの多くも，個人と近い関係性の変化を反映したものであった．ここから，人間のなかの PTG を起こす機序が死別に反応するのではなく，一個の人間として実感できる範囲内の死別からの学びで，自分の今後についての自身にとって新しい知見を創発し，予測と対処を行うプロセスこそが PTG である可能性もある．また，個人に生じる過程ではあるが，その過程を投影された他者との関係性が，創発過程を修飾する新たな入力要素になることも予想される．そのような関係性にホスピス緩和ケアの医療者も含まれ，個人の内に生じる PTG プロセスに影響を及ぼす可能性もある．

文　献

1）坂口幸弘，柏木哲夫．死別後の適応とその指標（焦点（1）喪失と悲嘆の行動科学）．日本保健医療行動科学会年報 2000；15：1-10.

2）Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory：measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996；9：455-471.
3）田口香代子，古川真人．外傷体験後のポジティヴレガシーに関する研究：日本語版外傷体験後成長尺度（PTGI）作成の試み．昭和女子大学生活心理研究所紀要 2006；8：45-50.
4）Tedeschi RG, Cann A, Taku K, et al. The posttraumatic growth inventory：a revision integrating existential and spiritual change. *J Trauma Stress* 2017；30：11-18.

〔付帯研究担当者〕
恒藤　暁（京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻），**坂口幸弘**（関西学院大学 人間福祉学部 人間科学科）

⑱

臨死期の心電図モニター使用の有無が遺族の看取る心理に及ぼす影響に関する研究

佐藤　香*

サマリー

本研究の目的は，家族の視点から臨死期に使用される心電図モニターの意義を探索することである．臨死期に心電図モニターを使用した / しなかった体験における家族の気持ちを表す質問を含む質問紙を送付した 1,087 名の遺族のうち有効回答を得られた 560 名（51.5％）を対象に，1）実際の心電図モニターの有無が家族の看取りの心理に与える影響，2）次の看取りに際しての心電図モニターの使用の希望に関連する要因，を探索した．心電図モニターの使用の有無は，看取りの環境設定や十分な医療の享受を含めた看取りの満足度に影響する重要な因子とは考えにくく，むしろ十分な説明やケアの大切さが浮き彫りになった．また，心電図モニターを使用しない場合は，家族と相談したうえで選択し，家族ケアとして心電図モニターがなくても患者の状態を把握する方法や十分なケアができることを伝えていくことの重要性が示唆された．

目　的

臨終前後の状況は，死別を体験した家族の心理に影響する重要な要素の 1 つである[1~3]．緩和医療の分野では，臨死期の患者と家族の快適さや安楽を妨げる目的のないモニター使用を推奨しておらず[4~7]，新城らは，わが国のホスピス・緩和ケア病棟における臨死期の家族の心理に関する研究の中で，心電図モニター使用の有無は，家族の心理的なつらさと関連せず，家族はその使用を重視していないことを報告し，終末期がん患者の死亡確認に心電図モニターは不要であると述べている[8]．一方，可能性の有無に関わらずあらゆる治療を行うことを重視する患者，家族も存在する[9]．

一般的に，24 時間心電図モニター（3 点誘導法）は，患者の状態を把握し，異常の早期発見，救命を目的として装着されるが[10]，終末期がん患者の臨死期に使用する意義は明確ではなく，死別を体験した家族への心理的影響を検証した大規模研究は少ない．

*市立伊勢総合病院 ホスピス科（研究担当者）

本研究の目的は，臨死期（死亡約1日前から死亡までの間）の心電図モニターの，①家族の看取る心理へ与える影響，②看取りの満足度との関連を検証し，家族の視点から心電図モニター使用の意義を探索することである．

結　果

1,087名の遺族に質問紙を送付し，返答を受けた671名（回収率61.7％）のうち，有効回答が得られた560名（51.5％）を解析対象とした．質問への回答は思う（とてもそう思う～少しそう思う），思わない（全くそう思わない～あまりそう思わない）に分類して解析し，回答の群間比較には，Fisher's exact testを用いた．また，看取りの満足度は，Care Evaluation Scale（以下，CES）を用いて評価した．

1）心電図モニターの使用状況と家族の看取る心理への影響（表1）

心電図モニターを使用しなかった（未使用群）割合は57.2％，使用した（使用群）割合は15.0％，記憶していない割合は27.7％であった．また，使用群の8.6％は画面ありのモニター，6.4％は画面なしのモニターを使用していた．実際の心電図モニター使用に関して，「良かった」と答えた割合は，使用群で97.8％（画面あり），95.8％（画面なし），未使用群で85.5％であり，未使用群の中の14％が，「使用してほしかった」と回答していた．使用群のうち画面ありのモニターを使用していた群は，患者の状態把握のうち，「時間の経過とともに，患者の呼吸や心拍の変化するのがわかった」（ρ＝0.025），「安心してそばを離れることができた」（ρ＝0.000）と答えた割合が未使用群に比べて有意に高かったが，看取りの環境設定や，十分な医療の享受の項目では未使用群との差はみられなかった．さらに，画面ありのモニター使用群では，「心電図モニターの使用（未使用）の決定に十分な説明を受けた」（ρ＝0.021）と答えた割合が未使用群に比べて高かった．看取りの満足度を示すCESの合計点は，心電図モニターの使用の有無により有意差を認めなかった．

2）次の看取り時の心電図モニター使用の希望に関連する要因の探索（表2）

未使用群の14％が「使用してほしかった」と回答していることから，未使用群の家族が次の看取りに際してどういう選択をするのか？を探索するため，未使用群（n=312）を対象に質問への回答を「次の看取りに際しての心電図モニター使用の希望」（「あったほうがいい」「ないほうがいい」「どちらでもいい」）で分類し各群を比較した．「次の看取りに際しての心電図モニター使用の希望」について，「あったほうがいい」「ないほうがいい」と回答した2群間を比較すると，次は「あったほうがいい」と答えた群では，「病室の医療設備を不十分に感じた」（ρ＝0.000），「患者に何もしてもらえていないと感じた」（ρ＝0.000），「家族の誰かが，患者に何もしてもらえていないと言っていた」（ρ＝0.002），「必要な治療が行われていないのではないかとの疑問を持った」（ρ＝0.000），「心電図モニターの未使用の決定に精神的な負担を感じた」（ρ＝0.020）の項目で思うと回答した割合が，「ないほうがいい」と答えた群に比べて有意に高く，一方で，「患者の『今，現在』の状態が理解することができた」（ρ＝0.007），「時間の経過とともに，患者の呼吸や心拍が変化するのがわかった」（ρ＝0.018），「亡くなったその瞬間がわかった」（ρ＝0.001），「安心してそばを離れることができた」（ρ＝0.001），「心電図モニターを使用しなかったこと（未使用）は，患者の希望に沿っていた」（ρ＝0.000），「心電図モニターの未使用は，家族の希望に沿っていた」（ρ＝0.000），「心電図モニターの未使用の決定に十分な説明を受けた」（ρ＝0.004）の項目が有意に低かった．CESの合計点は，「あったほうがいい」と答えた群で有意に低かった（ρ＝0.000）．

表１　心電図モニターの使用状況・心電図モニターを使用した / しなかった体験が家族の看取る心理に与える影響

		心電図モニターの使用の有無			p 値	
		使用		未使用	使用 vs 未使用（画面あり）	使用 vs 未使用（画面なし）
		画面あり % (n)	画面なし % (n)	% (n)		
心電図モニターの使用状況　心電図モニターを使用した（使用）/ しなかった（未使用）の体験の満足度						
頻度		8.6（47）	6.4（35）	57.2（312）		
心電図モニターの使用（未使用）の選択に満足していますか？					**0.041**	**0.022**
よかった		97.8（45）	95.8（23）	85.5（201）		
使用してほしかった		2.2（1）	0.0（0）	14.0（33）		
外してほしかった		0.0（0）	4.2（1）	1（0.4）		
心電図モニターを使用 / 未使用の体験をした家族の気持ち（思うと答えた人数（%））						
患者の状態の把握	患者の『今，現在』の状態を理解することができた	82.6（38）	74.2（23）	80.6（241）	0.843	0.478
	時間の経過とともに，患者の呼吸や心拍の変化するのがわかった	93.5（43）	84.8（28）	80.0（240）	**0.025**	0.646
	患者の亡くなったその瞬間がわかった	84.4（38）	61.3（19）	73.5（214）	0.140	0.203
	安心してそばを離れることができた	73.9（34）	61.3（19）	45.4（132）	**0.000**	0.129
看取りの環境設定	医療機器の音で落ち着いて付き添えなかった	4.5（2）	6.7（2）	3.2（9）	0.651	0.291
	患者の眠りが医療機器の音で妨げられた	4.3（2）	3.2（1）	4.0（11）	1.000	1.000
	心電図モニターがあるので患者のそばに近寄りにくく感じた	4.3（2）	3.2（1）	4.8（11）	1.000	1.000
	医療機器（機械やコード類）で管理されているような気持ちになった	14.9（7）	6.5（2）	9.5（25）	0.296	0.751
十分な医療の享受	病室の医療設備を不十分に感じた	10.6（5）	12.5（4）	9.1（26）	0.786	0.524
	患者に何もしてもらえていないと感じた	8.7（4）	3.2（1）	11.9（35）	0.627	0.226
	家族の誰かが，患者に何もしてもらえていないと言っていた	4.3（2）	3.2（1）	9.3（27）	0.399	0.498
	必要な治療が行われていないのではないかという疑問を持った	10.6（5）	9.7（3）	11.6（34）	1.000	1.000
対話と意思決定	心電図モニターを使用したこと（使用），または，使用しなかったこと（未使用）は，患者の希望に沿っていた	46.7（21）	56.7（17）	61.3（157）	0.072	0.694
	心電図モニターの使用（未使用）は，家族の希望に沿っていた	65.2（30）	64.0（16）	60.5（153）	0.623	0.832
	心電図モニターの使用（未使用）の決定に精神的な負担を感じた	2.2（1）	0.0（0）	10.8（27）	0.096	0.089
	心電図モニターの使用（未使用）の決定に十分な説明を受けた	56.5（26）	42.3（11）	37.0（91）	**0.021**	0.671
看取りの満足度						
ＣＥＳの合計点　（0 ～ 100 点換算，平均点±ＳＤ）		84.1 ± 11.1	81.7 ± 10.0	81.0 ± 13.7	0.135	0.769

データ表示：% (n), P-value: Fisher's exact test, unpaired t-test（CES の合計点）

表２　次の看取り時の心電図モニター使用の希望に関連する要因の探索　（心電図モニターを使用していなかったとの回答のみを抽出し解析）

		心電図モニターの使用の有無			ρ値
		1. あったほうがいい % (n)	2. ないほうがいい % (n)	3. どちらでもいい % (n)	1. vs 2.
「次の身内の看取りに付き添う際に心電図モニターがあったほうがいいか？」の質問への回答					
頻度		17.2（51）	40.4（120）	42.4（126）	
心電図モニターの使用しなかった(未使用)体験をした家族の気持ち（思うと答えた人数（%））					
患者の状態の把握	患者の『今，現在』の状態を理解することができた	64.0（32）	84.3（97）	82.9（102）	**0.007**
	時間の経過とともに患者の呼吸や心拍の変化するのがわかった	67.3（33）	85.2（98）	79.2（99）	**0.018**
	患者の亡くなったその瞬間がわかった	55.1（27）	82.0（91）	73.3（88）	**0.001**
	安心してそばを離れることができた	22.4（11）	51.4（57）	48.3（58）	**0.001**
看取りの環境設定	医療機器の音で落ち着いて付き添えなかった	4.3（2）	3.7（4）	2.7（3）	1.000
	患者の眠りが医療機器の音で妨げられ	4.1（2）	5.7（6）	1.8（2）	1.000
	心電図モニターがあるので患者のそばに近寄りにくく感じた	7.3（3）	7.9（7）	1.1（1）	1.000
	医療機器(機械やコード類)で管理されているような気持ちになった	10.9（5）	9.8（10）	9.3（10）	1.000
十分な医療の享受	病室の医療設備を不十分に感じた	37.5（18）	2.7（3）	4.2（5）	**0.000**
	患者に何もしてもらえていないと感じた	38.8（19）	5.4（6）	8.2（10）	**0.000**
	家族の誰かが，患者に何もしてもらえていないと言っていた	25.5（12）	6.3（7）	5.7（7）	**0.002**
	必要な治療が行われていないのではないかという疑問を持った	44.9（22）	3.6（4）	4.9（6）	**0.000**
対話と意思決定	心電図モニターを使用しなかったこと(未使用)は，患者の希望に沿っていた	36.6（15）	73.1（76）	60.0（63）	**0.000**
	心電図モニターの未使用は，家族の希望に沿っていた	19.0（8）	79.4（81）	59.2（61）	**0.000**
	心電図モニターの未使用の決定に精神的な負担を感じた	26.2（11）	10.1（10）	5.8（6）	**0.020**
	心電図モニターの未使用の決定に十分な説明を受けた	18.6（8）	44.3（43）	38.6（39）	**0.004**
看取りの満足度・複雑性悲嘆・抑うつとの関連性					
ＣＥＳ合計点（平均点±ＳＤ）		73.2 ± 18.4	84.2 ± 11.2	81.1 ± 12.0	**0.000**

データ表示：% (n), P-value: Fisher's exact test, unpaired t-test（CES の合計点）

考　察

本研究は終末期がん患者の家族の視点から臨死期の心電図モニター使用の意義を探索した初めての大規模調査であり，2つの主要な結果を得た．

（1）実際の看取りにおける心電図モニターの使用状況を記憶していた家族の約8割が，心電図モニターを「使用していなかった」と答えており，ホスピス・緩和ケア病棟では多くの患者が，臨死期に心電図モニターを使用せず死を迎えていることが明らかになった．使用群のうち画面ありの心電図モニターを使用していた群で「患者の状態の把握ができていた」と思っていた家族の割合が高い傾向があったものの，全体として心電図モニター使用の有無は，看取りの環境設定や十分な医療を受けているかどうかも含めた医療の満足度には影響していなかった．未使用群で「心電図モニター使用の決定に十分な説明を受けた」と感じた割合が低かったことが，使用群に比べ未使用群が心電図モニター使用に関してその選択で「良かった」と答えた割合がやや低かったことに影響している可能性がある．

（2）実際の看取りで心電図モニターを「使用していなかった」と答えた家族の中で，次は心電図モニターを使用したいと思った家族は，心電図モニターを使用しない看取りに対して，「患者の状態把握がしにくかった，十分な医療を受けられなかった，そして，患者や家族の希望が反映されておらず，十分な説明がなされなかった」と思っていた傾向があった．また，十分な医療の享受や説明がなされ，患者や家族の意志が尊重されたと思っていた家族は，次も心電図モニターを使用しない看取りを希望していた．

以上より，看取りに心電図モニターを使用しないという選択をする場合は，医療者が家族の意向も踏まえてよく相談したうえで選択し，さらに，心電図モニターがなくても患者の状態を把握する方法や十分なケアができることを家族に伝えるなどの配慮をすることが，家族ケアとなり，満足度の高い看取りにつながっていく可能性が示唆された．

まとめ

臨死期の心電図モニター使用も含めた看取りに関する十分な説明と良質なケアを継続して提供することを大切にしていくことが，心電図モニターを使用しない選択を満足度の高い看取りの経験につなげていく可能性があるといえる．

文　献

1）Harlos M. The terminal phase. In：Hanks G,Cherny NI, Christakis NA, eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 4th ed. Oxford：Oxford University Press, 2010；1549-1559.

2）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.

3）Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care：a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007；18：1090–1097.

4）Blinderman CD, Billings, JA. Comfort care for patients dying in the hospital. *N Engl J Med* 2015；373：2549-2561

5）Hallenbeck J. Palliative care in the final days of life：“they were expecting it at any time.” *JAMA* 2005；293：2265-2271.

6）Mulligan A. Should dying patients be monitored? A reflective analysis of a critical incident. *Nurs Crit Care* 2005；10（3）：122-126.

7）M Cardona-Morrell, JCH Kim, RM Turner,et al. Non-beneficial treatments in hospital at the endof life：a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care* 2016；28：456-469

8）新城拓也，森田達也，平井啓．主治医による死亡確認や臨終の立ち会いが，家族の心理に及ぼす影響についての調査研究．*Palliat Care Res* 2010；5（1）：162-170

9）Steinhauser 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；284（19）：2476-2482.

10）Drew BJ, Califf RM, Funk M, et al. Practice standards for electrocardiographic monitoring in hospital settings：an American Heart

Association scientific statement from the Councils on Cardiovascular Nursing, Clinical Cardiology, and Cardiovascular Disease in the Young：endorsed by the International Society of Computerized, *J Cardiovasc Nurs* 2005；20：76-106

〔付帯研究担当者〕
馬場美華（吹田徳洲会病院 緩和医療科），**森田達也**（聖隷三方原病院 緩和支持治療科），**升川研人**（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），**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）

⑲

緩和ケア病棟で家族を亡くした遺族における悲嘆症状の体験：持続性複雑死別障害，遷延性悲嘆障害，複雑性悲嘆に含まれる症状からの検討

伊藤　正哉*

サマリー

さまざまな研究者が悲嘆に関連した病態としての概念や操作的定義を提示し，それらの臨床的な有用性が議論されている．本研究では，精神疾患として悲嘆を定義する代表的な診断基準（持続性複雑死別障害，遷延性悲嘆障害，複雑性悲嘆）の各症状を測定できる複雑性悲嘆質問票を用いて，緩和ケア病棟において家族らを亡くした遺族が体験している症状の体験状況を検討した．緩和ケア施設に関する遺族 1,087 名に調査票が発送され，671 名より回収された（回収率 61.7%）．各診断に含まれる項目の体験割合を算出したところ，①各診断基準の B 基準に含まれる症状は他の症状に比較して体験されやすいこと，② C 基準に含まれる症状にはばらつきがあり，特に複雑性悲嘆の診断では幅広い臨床症状が含まれていること，③診断基準に記載されていない悲嘆症状にも臨床的な留意が必要なこと，が示唆された．

目　的

強い悲嘆反応の持続は遺族の生活上の支障につながる．死別後一定期間経過しても持続し，臨床的関与が必要である強い悲嘆反応は，複雑性悲嘆（Complicated Grief；以下，CG）と呼ばれ研究されてきた．米国精神医学会による「精神疾患の診断・統計マニュアル（DSM-5）」では持続性複雑死別障害（Prolonged Complex Bereavement Disorder；以下，PCBD）が研究用の診断基準として提示され[1]，世界保健機関による国際疾病分類（ICD-11）では精神疾患として遷延性悲嘆障害（Prolonged Grief Disorder；以下，PGD）の診断基準の導入がされた．PGD と CG の診断基準の有用性については長らく議論があり，DSM-5 の PCBD は PGD と CG の診断基準を折衷するようなかたちで作成された．PCBD や PGD 基準では生活に支障を来す患者の多く（約 50%）が見過ごされると指摘される[2]一方で，CG 概念を PCBD や PGD 基準とは異質なものとして批判するデータも提

*国立精神・神経医療研究センター（研究担当者）

示されている[3]．このような背景から，Cozza らは PCBD，PGD，CG というすでに提案されている診断基準における症状を網羅的に測定できるように，複雑性悲嘆質問票（Complicated Grief Questionnaire；以下，CGQ）を作成している．本報告書では，緩和ケア病棟において家族らを亡くした遺族を対象として CGQ を用いた調査により，さまざまな診断基準に含まれる症状がどの程度遺族において体験されているのかを検討することとした．

結　果

本付帯研究においては，緩和ケア施設に関する遺族 1,087 名に発送され，671 名より回収された（回収率 61.7%）．以降の解析では，各項目に回答されたすべてのデータを用いた．回答者の平均年齢は 62.02 歳（*SD* = 12.03）であり，男性 355 名，女性 316 名であった．遺族との関係では，自身の子ども（240 名，35.8%），配偶者（226 名，33.7%），婿・嫁（33 名，4.9%），兄弟姉妹（32 名，4.8%），自身の親（12 名，1.8%），その他（15 名，2.2%），欠測（113 名，16.8%）であった．

表 1 には，複雑性悲嘆質問票の各項目と，それらの項目に対応すると考えられる各診断基準の項目，本調査によって得られた遺族の平均値，標準偏差，該当割合（5 件法のうち 3 点以上と答えた割合）を示した．該当割合をみると，項目 1「大切なその人を強く慕い，会いたいとおもい焦がれる強い気持ち」では約 75%，項目 2「大切な人が亡くなったことによる強い悲しみと感情的な痛み」では約 65%の遺族がこれらを体験しており，最も割合が高かった．ほかにも，PCBD や CG 基準において B 基準に含まれる項目 5「大切な人が亡くなったことによる強い孤独感」，項目 3「大切な人についての思考やイメージで，それによりなにかをしたり，他のことを考えることが難しくなる」でもそれぞれ 50%，31.7%と比較的体験割合が高かった．

一方で，各診断基準において C 基準に含まれる項目は総じて体験割合が低い傾向にあった．最も割合が高かったのは 31.4%の項目 8「死にまつわる出来事についての困難な考え（例えば，大切な人がなくなった経過，理由，時期についての考え）」であり，最も低かったのは 6.2%の項目 24「故人がもっていたのと似たようなからだの痛みや症状を感じる，故人の声が聞こえたり，故人が目に見える」であった．

どの診断基準にも含まれていない項目として，項目 6「大切な人が亡くなった後の人生についての不公平感，意味のなさ，耐えられなさ」，項目 23「大切な人とともに，自分の一部も失ったような気持ち」もそれぞれ体験割合が上位に位置していた（それぞれ 33.0%, 27.9%）．

主観的苦痛度を問う項目 27「この 1 カ月で，全体として，悲嘆はどの程度苦痛に感じましたか？」の平均値は 1.81（*SD* = 0.91, 該当割合 20.4%），生活上の機能障害を問う項目 28「この 1 カ月，生活に支障を与えるくらいの悲嘆の症状をどのくらいひんぱんに体験しましたか？」の平均値は 1.57（*SD* = 0.88, 該当割合 12.5%）であった．また，上記 2 項目のどちらにも該当した遺族は 52 名（9.5%）であった．

考　察

本研究では，精神疾患としての悲嘆を定義するさまざまな診断基準（持続性複雑死別障害，遷延性悲嘆障害，複雑性悲嘆）の各症状を測定できる複雑性悲嘆質問票を用いて，緩和ケア病棟において家族らを亡くした遺族が体験している症状に関して検討した．その結果，各診断基準において B 基準に含まれる項目（故人への思慕，悲嘆の痛み）は遺族全般において，他の症状に比較して体験されていることが示された．

一方で，C 基準に含まれる項目には体験割合が 6%から 30%までばらつきが見られた．持続性複雑死別障害や遷延性悲嘆障害では 15%～22%の体験割合に収まる症状が C 基準に含まれている．一方で，複雑性悲嘆においては C 基準の中でも項目 25「故人を近くに感じれるようなものを見たり，聞いたり，匂いを嗅いだりしたいという気

表 1　複雑性悲嘆質問表の各項目とそれに対応する各診断基準の項目，および遺族の平均値と標準偏差（SD）

	項目	PCBD	PGD	CG	平均値	標準偏差	該当%
1	大切なその人を強く慕い，会いたいとおもい焦がれる強い気持ち	B 1	B 1	B 1	3.07	1.04	74.9
2	大切な人が亡くなったことによる強い悲しみと感情的な痛み	B 2	B 1		2.88	1.05	65.4
3	大切な人についての思考やイメージで，それによりなにかをしたり，他のことを考えることが難しくなる	B 3		B 4	2.15	0.94	31.7
4	大切な人やその死に関連する，繰り返される嫌な夢				1.63	0.82	13.3
5	大切な人が亡くなったことによる強い孤独感			B 2	2.59	1.25	50.0
6	大切な人が亡くなった後の人生についての不公平感，意味のなさ，耐えられなさ				2.10	1.09	33.0
7	大切な人を見つけ，一緒にいたいと思って，自分も死にたくなる	C 7		B 3	1.42	0.77	9.7
8	死にまつわる出来事についての困難な考え（例えば，大切な人が亡くなった経過，理由，時期についての考え）	B 4		C 1	2.05	1.09	31.4
9	信じられない気持ち，または，大切な人が本当に亡くなったのだという現実を受け入れられない気持ち	C 1	C 2	C 2	2.11	1.08	31.3
10	死についてのショック，ぼう然，感情的な麻痺がいまもある	C 2	C 7，C 9	C 3	1.73	0.93	19.7
11	大切な人とのよかった記憶を思い出すことが難しい	C 3			1.72	0.91	15.5
12	喪失に対する苦々しい気持ちや怒り	C 4	C 5	C 4	1.86	0.99	22.2
13	大切な人やその死に関連した，自分に対する否定的な考え（例えば，故人を失望させている，故人なしにはなにもできない）	C 5		C 1	1.82	0.94	21.1
14	大切な人やその喪失を思い出させるものにたいする強い身体的・感情的な反応			C 7	1.88	0.93	23.4
15	大切な人やその喪失を思い出させるものを避けたいという強い気持ち	C 6	C 3	C 8	1.83	0.92	21.0
16	以前はふつうにしていたことで，故人なしにそれをしたくない，その人の死以来つらすぎるという理由で，なにか物事をしなくなった	C 6	C 3	C 8	1.84	1.02	22.4
17	喪失のために，他の人を信頼したり気にかけることが難しくなった	C 8	C 4	C 5	1.59	0.80	11.5
18	同じような喪失を体験したことがない人たちへの強いうらやみ			C 5	1.45	0.79	8.9
19	喪失のために，ひとりぼっちと感じ，他の人たちとのつながりを感じられない	C 9			1.67	0.93	16.8
20	大切な人なしには，人生は意味がなく，むなしいという気持ち	C10	C 8	B 2	1.85	1.08	21.9
21	故人なしには自分はなにもできず，生活できないという気持ち				1.65	0.93	14.3
22	大切な人を亡くして以来，人生における自分の役割や，自分が何者であるかについての混乱	C11	C 1		1.72	0.92	18.2
23	大切な人とともに，自分の一部も失ったような気持ち				2.05	1.11	27.9
24	故人がもっていたのと似たようなからだの痛みや症状を感じる，故人の声が聞こえたり，故人が目に見える			C 6	1.42	0.68	6.2
25	故人を近くに感じれるようなものを見たり，聞いたり，匂いを嗅いだりしたいという気持ち			C 8	1.87	1.04	23.6
26	大切な人を亡くしたことによる，楽しいことをしたり，将来の計画を立てることの困難	C12	C 6		1.93	1.09	26.0
27	この 1 カ月で，全体として，悲嘆はどの程度苦痛に感じましたか？				1.81	0.91	20.4
28	この 1 カ月，生活に支障を与えるくらいの悲嘆の症状をどのくらいひんぱんに体験しましたか？				1.57	0.88	12.5

注）それぞれの診断基準への該当は Cozza, et al.(2016) をもとに作成
略語　PCBD：持続性複雑死別障害，PGD：遷延性悲嘆障害，CG：複雑性悲嘆

持ち」や項目 14「大切な人やその喪失を思い出させるものにたいする強い身体的・感情的な反応」といった比較的体験割合の高い症状（それぞれ 23.6%, 23.4%）から，項目 18「同じような喪失を体験したことがない人たちへの強いうらやみ」や項目 24「故人がもっていたのと似たようなからだの痛みや症状を感じる，故人の声が聞こえたり，故人が目に見える」といった体験割合に低い症状（それぞれ 8.9%, 6.2%）までを含んでいた．これらから，持続性複雑死別障害や遷延性悲嘆障害に比して，複雑性悲嘆はさまざまな臨床症状を多様に含む基準であることが確認できる．言い換

えると，遷延性悲嘆障害や持続性複雑死別障害のほうが診断に必要な項目が限定されており，その結果として複雑性悲嘆よりも該当割合が低くなるという先行研究の知見と一貫するものと捉えられる．

どの診断基準にも該当しない項目（6，23）でも一定程度の体験割合が認められた．このことから，遺族の悲嘆症状を理解するためには，診断基準に明記されている以外の症状にも注意を向ける必要があると考えられる．

最後に参考として，悲嘆症状による全般的苦痛度（項目 27）と機能障害（項目 28）の双方に該当したのは 9.5％であった．どの基準でも両項目は必須となるため，どの診断基準を採用したとしても，この値が最大での有病割合として見積もられる．

まとめ

本調査から，緩和ケア病棟において家族らを亡くした遺族における悲嘆に関連する症状の体験状況について，一定の示唆が得られた．すなわち，①各診断基準の B 基準に含まれる症状は他の症状に比して体験されやすいこと，② C 基準に含まれる症状にはばらつきがあり CG 基準には幅広い臨床症状が含まれていること，③診断基準に記載されていない悲嘆症状にも臨床的な留意が必要なこと，である．本研究では Cozza らの定義に従って分類[2]したが，今後はその後に修正提案されている遷延性悲嘆障害の基準も含め，それぞれの診断アルゴリズムを比較する必要がある．

文　献

1）American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual-5*. Wasiington DC：American Psychiatric Association.（2013）

2）Cozza SJ, Shear MK, Reynolds CF, et al. Optimizing the clinical utility of four proposed criteria for a persistent and impairing grief disorder by emphasizing core, rather than associated symptoms. *Psychological Medicine* 2016；1–8.

3）Maciejewski PK, Maercker A, Boelen PA, Prigerson HG. “Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity：an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatric Association*（*WPA*）2016；15（3）：266–275.

〔付帯研究担当者〕

中島聡美（武蔵野大学），**藤澤大介**（慶応義塾大学），**竹林由武**（福島県立医科大学），**Angela Ghesquiere**（Hunter College of the City University of New York）

⑳

遺族からみたホスピス・緩和ケア病棟による望ましい遺族ケアの提供に関する研究

北得　美佐子*

サマリー

本研究は，ホスピス・緩和ケア病棟（以下，PCU）で家族を亡くした遺族1,023名を対象に，『カードや手紙』『追悼会』の提供の時期や方法についての実態と評価，遺族ケアの提供の時期や方法を明らかにし，複雑性悲嘆・抑うつとの関係性をみた．またPCU，一般病棟，在宅への遺族に調査票を送付し，563名（55.0%）の回答を得た．結果，『カードや手紙』は59.7%が受け取り，望ましい内容として「入院中の介護へのねぎらいの言葉が記載されている(76.1%)」，「退院後のご家族の生活への気遣いが込められている（73.1%）」の順に多かった．『追悼会』への参加率は8.9%で，参加の理由としては「会いたい，話したい医師・看護師などがいた（88.1%）」，不参加の理由としては「特別な支援がなくても乗り越えられる（58.2%）」が最も多かった．複雑性悲嘆，抑うつとの関係では，『追悼会』はBGQ ≧ 8が参加群42.0%，不参加群0.7%，PHQ-9 ≧ 10が参加群22.0%，不参加群16.3%，でどちらも参加者のほうが高得点となった．また，J-HOPE4研究全体の共通項目として設置した「看取り前後の緩和ケア」について，『満足した支援』では「看護師などのスタッフとともに行うご遺体のケア」，「故人をしのぶ追悼会の開催」，「スタッフからのカードや手紙の送付」の順に多かった．

目　的

J-HOPE3研究[1]では，ホスピス・緩和ケア病棟が提供する遺族ケアの1つとして行われる『カードや手紙』の送付，『追悼会』の実施に対する評価および改善点を調査した．これらの評価は高く，実施の意義が示された．また遺族ケアは海外でも評価されており[2~7]，類似した結果となったが，望ましい『カードや手紙』の内容や，『追悼会』の具体的な開催方法については明らかにされていない．海外では遺族ケアによる複雑性悲嘆（Complicated Grief：以下，CG）の期間の短縮や

*東京医療保健大学 和歌山看護学部 看護学科（研究代表者）

遺族の抱える問題別によるケアの効果の報告があり[8]，わが国でも何らかの系統的な遺族ケアが求められていると考える．しかし，わが国では遺族ケアについては提供する時期や内容に対する一定の見解は得られていないため，死別ケアについての標準化された方法はなく，臨床では遺族の心情などに配慮しつつ，悩みながら実施している現状がある．

本研究ではホスピス・緩和ケア病棟（PCU）で家族を亡くした遺族（主介護者）を対象に，遺族ケアの1つとして行われる『カードや手紙』，『追悼会』の提供の時期や方法についての実態と評価を明らかにし，望ましい提供方法について探索する．またJ-HOPE4研究の共通項目である，看取り前後の緩和ケアについて，一般病棟，在宅との実施状況や満足度を比較する．その他副次的な目的として，遺族ケアの提供とCG，大うつ病性障害（Major Depressive Disorder：以下，MDD）との関係性をみる．

結　果

ホスピス・緩和ケア病棟を退院した1,023名のがん患者の遺族（主介護者）に質問紙を送付した．14名が宛名不明，645名（63.0%）より返信があり，回答拒否82名を除外した563名（55.0%）を分析対象とした．J-HOPE4研究の共通項目である，看取り前後の緩和ケアについての一般病棟と在宅との比較には，比較該当施設から得られた8,127名の有効回答を対象とした．調査項目は，先行研究[1,8]を参考に作成し，がんで家族を亡くした5名の遺族に予備調査を行ったのち，研究協力者との議論をもとに構成した．

1）『カードや手紙』の望ましい提供方法について

『カードや手紙』の送付の有無および望ましいと思われる内容（6項目）について，「全くそう思わない」～「非常にそう思う」の7件法で回答を得た．また望ましいケアの提供時期，必要性について質問項目を設置した．534名（52.2%）から回答があった．手紙を受け取ったのは319名（59.7%）で，「非常にそう思う」～「ややそう思う」が70%以上の項目は，「入院中の介護へのねぎらいの言葉が記載されている（76.1%）」，「退院後のご家族の生活への気遣いが込められている（73.1%）」，「患者の人柄を理解してくれていたような内容（72.2%）」であった（**図1**）送付された時期は「1～3カ月（34.1%）」，「3～6カ月（31.4%）」，望ましい送付時期は「3～6カ月（33.8%）」，「1～3カ月（31.2%）」の順に多かった．また『カードと手紙』の送付の必要性については，35.1%が「はい」，12.0%が「いいえ」と回答した．

2）『追悼会』の望ましい提供の時期や方法について

参加の有無については507名（49.6%）から回答があった．45名（8.9%）が『追悼会』に参加した．参加状況，案内の有無，望ましいと思われる案内方法，内容や開催方法について，また参加・不参加の理由については，「全くそう思わない」～「非常にそう思う」の7件法で回答を得た．

『追悼会』の開催を「知っていた」は31.5%であった．また開催についての「案内があった」のは41.8%であり，望ましい案内方法についての回答は，「案内状を送る（74.9%）」，「退院時に伝える（11.9%）」，望ましい開催時期については，「6カ月～1年（42.5%）」が最も多く，続いて「1年以降（27.9%）」，「3～6カ月（18.3%）」であった．望ましい開催場所は，「退院した病院（69.0%）」，「病院以外の会場（16.5%）」，「交通の便がよい（13.2%）」の順であった．開催内容については，「スタッフとの会話（56.7%）」，「イベントや催し（56.7%）」，「慰霊祭・献花（27.8%）」の順に多かった．参加の理由で最も多かったのは「会いたい，話したい医師・看護師などがいた（88.1%）」，不参加の理由として最も多かったのは「特別な催しや支援がなくても乗り越えられる（58.2%）」であった（**図2**）．

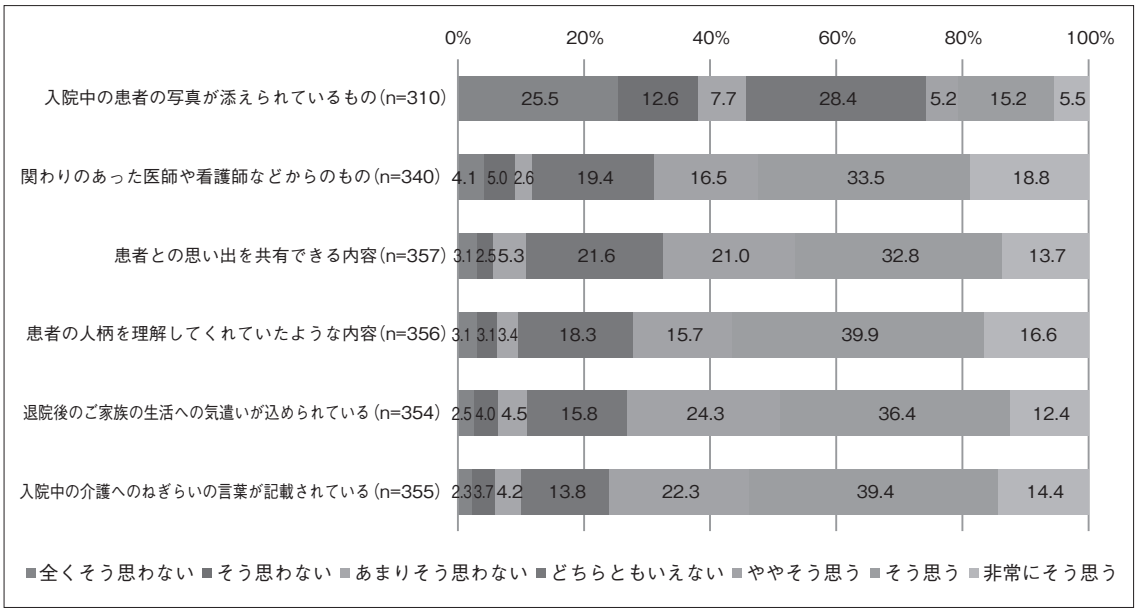


図1　望ましい『カードや手紙』の内容

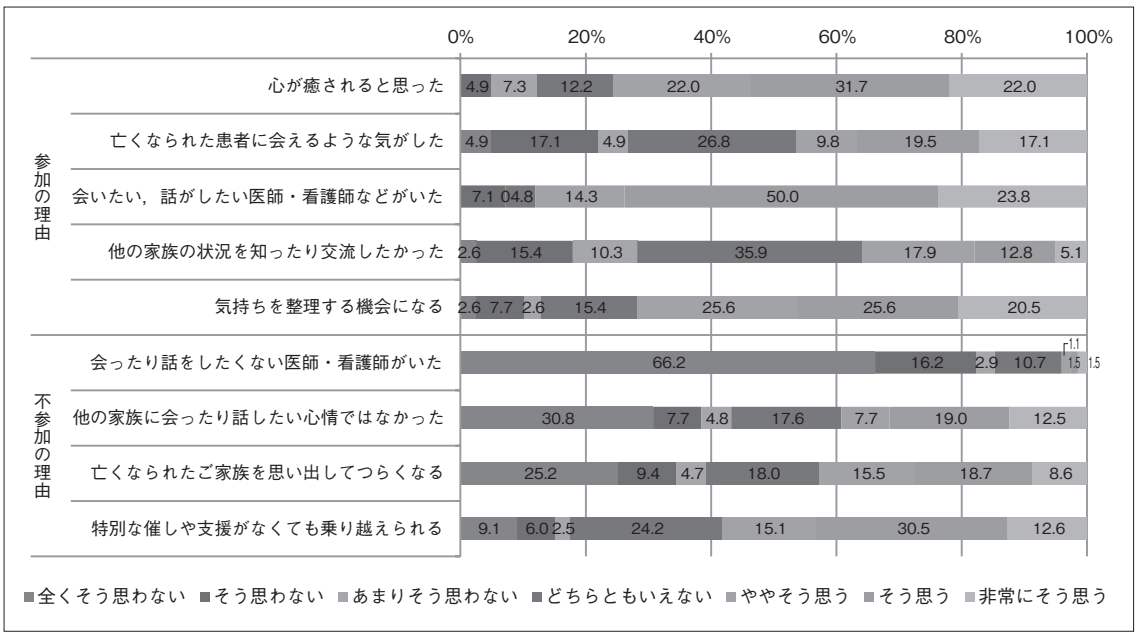


図2　『追悼会』への参加・不参加の理由

3)『カードや手紙』,『追悼会』と複雑性悲嘆,抑うつとの関係について

悲嘆の測定には，簡易版複雑性悲嘆質問票 Brief Grief Questionnaire：BGQ（5項目，3件法10点満点）を用いて評価し，抑うつの程度は Patient Health Questionnaire 9：PHQ－9（9項目，4件

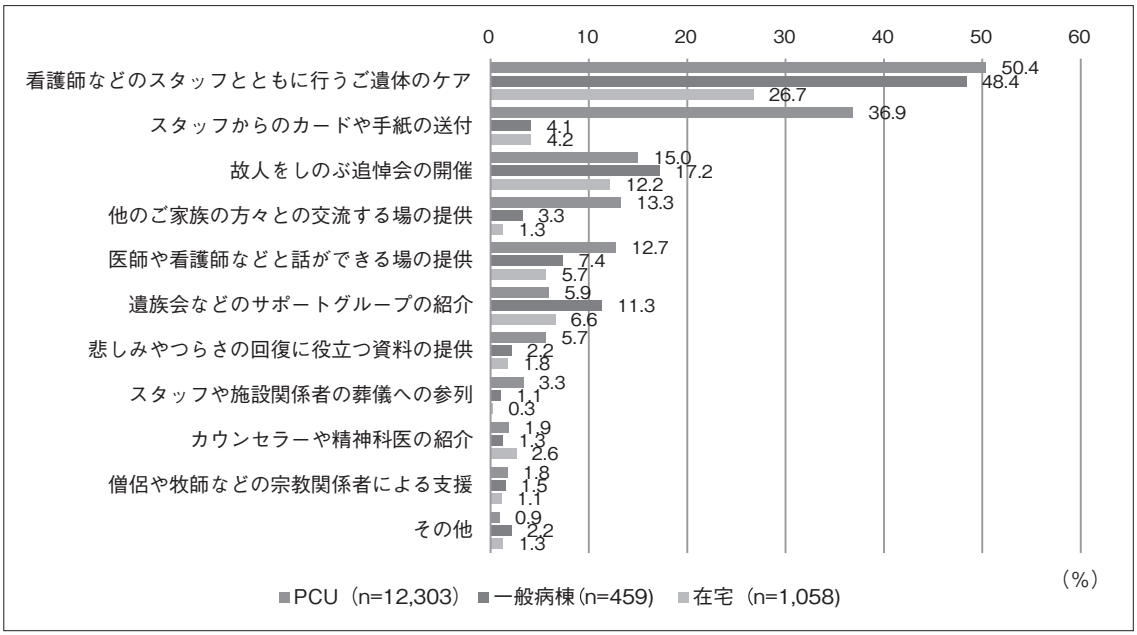


図３　看取り前後に受けた支援の頻度

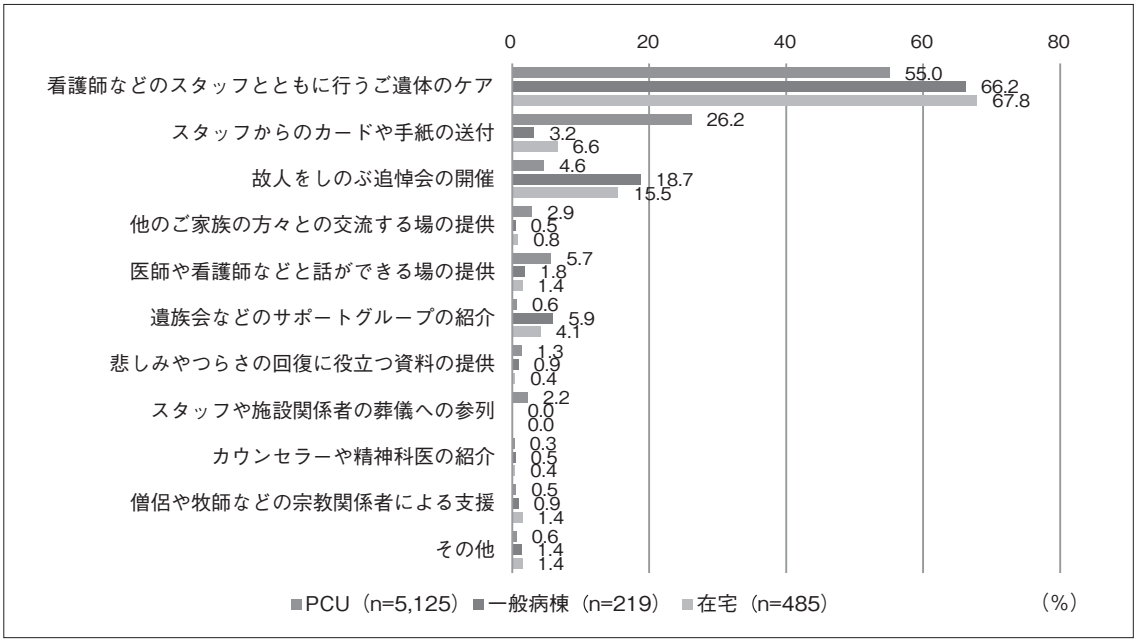


図４　看取り前後に受け内容に満足した支援

法 27 点満点）をそれぞれ使用して評価を行った．BGQ の合計得点の平均±SD は 4.55±2.46，PHQ-9 の合計得点の平均±SD は 4.77±5.30 点であった． BGQ ≧ 8 点，PHQ-9 ≧ 10 点をカットオフ値とし，遺族ケアを受けた遺族の BGQ および PHQ-9 高得点者の出現頻度ついて算出したところ，『カードや手紙』では，BGQ ≧ 8 が受け取った群 15.2%，受け取っていない群 9.7%，PHQ-9 ≧ 10 が受け取った群 15.8%，受け取っていない群 18.0% でほぼ差はなく，χ^2 検定でもそれぞれ有意差はなかった．『追悼会』では BGQ ≧ 8 が参加群 42.0%，不参加群 0.7%，PHQ-9 ≧ 10 が参加群 22.0％，不参加群 16.3％で，どちらも参加者に高い傾向であった．

4）看取り前後の緩和ケアの実施状況

看取り前後に行う緩和ケアの実施状況については J-HOPE4 研究の共通項目として全体に質問（複数回答可）した．『看取り前後に受けた支援の頻度（n=13,820）』，『看取り前後に受け内容に満足した支援（n=5,829）』，『受けたかった支援（n=2,695）』について記述統計量を算出した．『看取り前後に受けた支援の頻度』**（図 3）**，『看取り前後に受け内容に満足した支援』**（図 4）**では，「看護師などのスタッフとともに行うご遺体のケア」が PCU，一般病棟，在宅ともに最も多く，『看取り前後に受け内容に満足した支援』については PCU（55.0%）よりも在宅（67.8%），一般病棟（66.2%）のほうが高かった．『看取り前後に受けた支援の頻度』のその他の項目については，内容分析を行いカテゴリー化し，頻度を算出したところ，その他に「献花」（n=11）「スタッフによる見送り」（n=10）などがあった．

考　察

1）『カードや手紙』の望ましい提供方法について

『カードや手紙』の送付の有無は，CG や MDD に大きな影響はなかった．また望ましい『カードや手紙』の内容は，患者や遺族の人格や介護の様子を知る内容についてであったことから，生前の関わりが満足度に影響すると考えられる．送付された時期と望まれる送付時期はほぼ一致しており，適切な時期に支援が行われていることが確認された．

2）『追悼会』について

先行研究[1]と同様に参加率は低かったが，BGQ，PHQ-9 ともに参加者の得点が高い傾向にあり，丁寧な支援が求められる．不参加の理由として「特別な催しや支援がなくても乗り越えられる」（58.2%）が最も多かったが『追悼会』の開催についての認知度が低く，半数以上が案内を受け取っていないことなどが低参加率に影響していることも考えられる．また参加の理由では「会いたい，話したい医師・看護師などがいた」が最も多く，参加により『スタッフとの会話』や『イベントや催し』を経験することで，つらい気持ちをもちながらも人との交流の機会を得て，心のよりどころとして追悼会を活用できる可能性があると考える．今後は案内状の送付や連絡を支援に含め『追悼会』の存在を認識してもらう必要がある．

3）看取り前後に行う緩和ケアについて

先行研究[1]と比較して，看護師などのスタッフとともに遺族がご遺体のケアに参加する割合は増加の傾向にあるが，人員や労力を要する支援である．遺族が満足感を得られるよう，状況によって部分的な参加を勧めるなど提供方法を工夫する必要がある．また支援が継続されるためには，他の遺族ケアも含め標準化した遺族ケアプログラムの構築が必要である．

まとめ

1）『カードや手紙』の送付は適切な時期に行われており，CG，MDD に大きな影響はなかった．
2）『追悼会』の参加者は BGQ，PHQ-9 が高得点の傾向にあり，丁寧な支援が求められる．また開催の認知度が低く，十分な案内を行

う必要がある.

3）遺族への十分な緩和ケアが継続されるためには他の支援も含め，標準化した遺族ケアプログラムの構築が必要である.

文　献

1）北得美佐子，水雲 京，石井 京子，他.　遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3（J-HOPE3）2016：120-128.

2）Foulstone S,Harvey B,Wright B, et al. Bereavement support：evaluation of a palliative care memorial service. *Palliative Medicine* 1993；7：301-311.

3）Hutchison SM. Evaluation of bereavement anniversary cards. *Japanese Palliative Care* 1995；11（3）：32-34.

4）Chau NG,Zimmermann,et al.Bereavement practices of physicians in oncology and palliative care. *Arch Intern Med* 2009；169（10）：963-971.

5）Kusano AS,Kenworthy-HT,et al. Survey of bereavement practices of cancer care and palliative care physicians in the Pacific Northwest United States. *Am Soc Clin Oncol* 2012；8（5）：275-281.

6）Muta R,Sanjo M,Miyashita M. What bereavement follow-up does family request in Japanese Palliative Care Units? a qualitative study. *Am J Hosp Palliat Med* 2014；8；31（5）：485-494.

7）Morris SE,Block SD.Adding value to palliative care services：the development of an institutional bereavement program. *Japanese Palliative Care* 2015；11；18（11）：915-922.

8）David W,Talia I.Randomized controlled trial of family therapy in advanced cancer continued into bereavement. *J Clin Oncol* 2016；34（16),1921-1927.

〔付帯研究担当者〕

角甲　純（広島大学大学院 医系科学研究科 老年・がん看護開発学），**小林成光**（防衛医科大学校 医学教育部 看護学科），**森川みはる**（もりかわよしゆき小児科），**月山　淑**（和歌山県立医科大学 医学部 医学科専門課程 腫瘍センター 緩和ケアセンター）

㉑

認知機能低下を有する終末期がん患者の家族の体験に関する研究

高尾　鮎美*

サマリー

本研究の目的は，終末期がん患者の認知機能低下の実態と家族の体験についてを明らかにすることである．ホスピス・緩和ケア病棟で亡くなったがん患者の遺族 2,003 名に質問紙を送付し，1,231 名（61.5%）から回答を得，1,036 名（51.7%）より有効な回答を得た．本研究の結果として 340 名（33%）の家族が患者の認知機能低下を感じており，83 名（8%）の患者に認知症の診断があった．その 80% 以上の家族が，患者の認知機能低下の理由を理解し，受け入れることが出来ていたと回答した．しかし，患者の認知機能低下がある場合は，家族の介護負担感は高い傾向にあり，特に患者とのコミュニケーションに困難を感じていたと思われる．家族に対する医療者のケアの評価は総じて高いが，認知機能低下のある患者と家族のコミュニケーションを支援する必要性が示唆された．

目　的

がん終末期には，認知症や高齢に伴う軽度認知障害，終末期せん妄の発症，脳腫瘍・脳転移などの中枢神経系の障害，オピオイドなど，さまざまな理由で認知機能低下が生じやすい．認知機能低下を有する終末期がん患者は，苦痛症状の緩和が不十分であることや不必要な積極的医療を受ける可能性があることが指摘されている[1,2]．しかし，終末期がん患者の認知機能が低下している場合に，家族がどのような体験をしているのかについて，大規模研究として明らかにした研究は見当たらない．

そこで本研究は，遺族の視点からみた終末期がん患者の認知機能低下の実態を明らかにすること，認知機能低下を有する終末期がん患者の家族が感じる困難の内容について明らかにすることを目的とした．

結　果

ホスピス・緩和ケア病棟で亡くなられた患者の遺族 2,003 名に質問紙を送付し，1,231 名（回収

* JCHO 大阪病院 看護部（研究代表者）

率 61.5%）から返送を得た．そのうち，回答応諾が得られた 1,036 名（回答応諾率 51.7%）を解析対象とした．質問紙では患者の認知機能の状態（診断名，FAST 分類，発症時期），家族の反応（4 項目），介護負担感（4 項目），困難を感じる内容（10 項目），医療者の支援（6 項目）を評価した．患者の平均年齢は 76.4（SD ± 11.5）歳，入院期間の平均値は 38.7 日，回答者は女性 63.0%，男性 35.1%，無回答 1.9%，故人との続柄は子ども 42.6%，配偶者 38.2% であった．

1）終末期がん患者の認知機能低下を体験した遺族の割合

終末期がん患者の認知機能低下を感じていた家族は 340 名（33%）であった．そのうち認知症の診断があった患者は 83 名（24.4%），認知症の診断はないが認知機能低下を感じた家族が 257 名（75.6%）であった．認知症の診断名ではアルツハイマー型認知症が多く（**図 1**），認知症の診断時期はがん罹患前が 49 名（59%）と最も多かった．また認知症の診断はないが認知機能低下を感じた家族のうち，日常生活動作による認知症の進行度

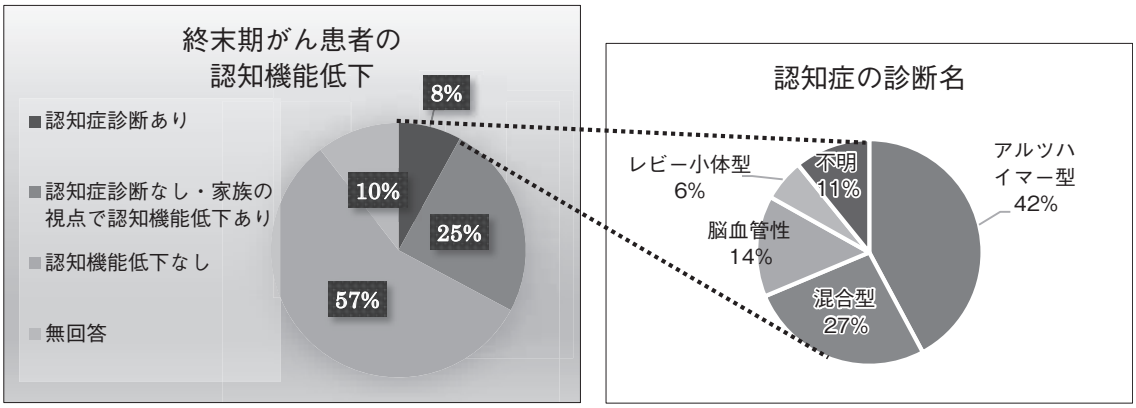


図 1　終末期がん患者の認知機能低下と認知症の診断名

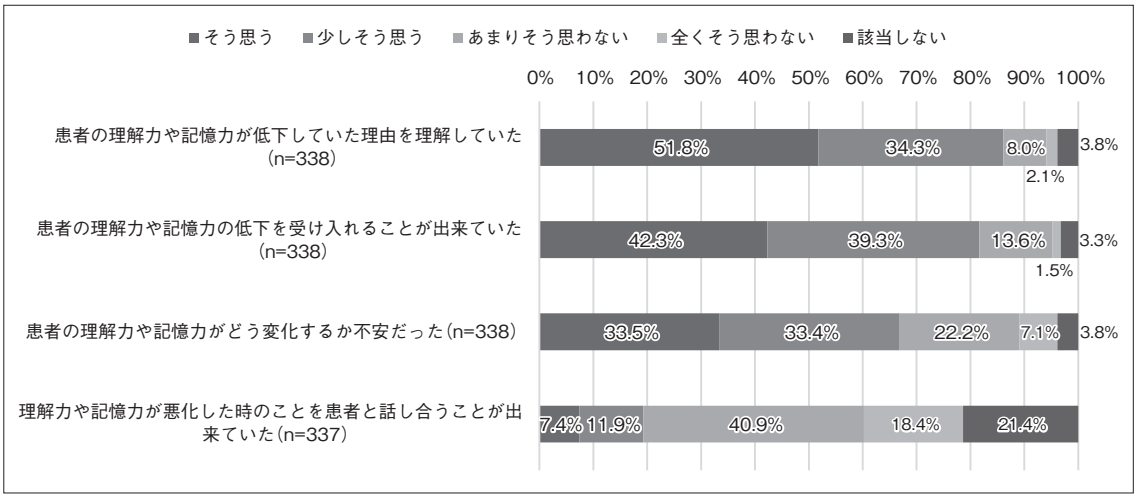


図 2　終末期がん患者の認知機能低下に対する家族の反応

注：（　）内の n 数は認知機能低下あり群（340 名）のうち，本質問に対する無回答を除いた数を示す．

分類（FAST）において，中等度以上に該当（状況や季節に応じた衣類を選ぶことができない・着替えや入浴を嫌がる状況）が1カ月以上続いたと回答した割合は90名（35%）であった．

2）認知機能低下を感じた終末期がん患者の家族の反応と介護負担感

患者の認知機能低下に対する家族の反応について4件法で調査した．認知機能低下の理由を家族が理解していたかについて，そう思う・少しそう思うと回答した家族は291名（86.1%）であり，同様に，認知機能低下を受け入れていた家族は276名（81.6%）にのぼった．一方で，今以上に認知機能が悪くなった時のことについて，患者と話し合えていたと回答した家族は65名（19.3%）であった（図2）．

患者を介護したことでの家族の負担は7件法で調査し，全ての項目において，認知機能低下があった群では，非常にそう思う，そう思う，ややそう思うと回答した割合が認知機能低下なしに比べ高

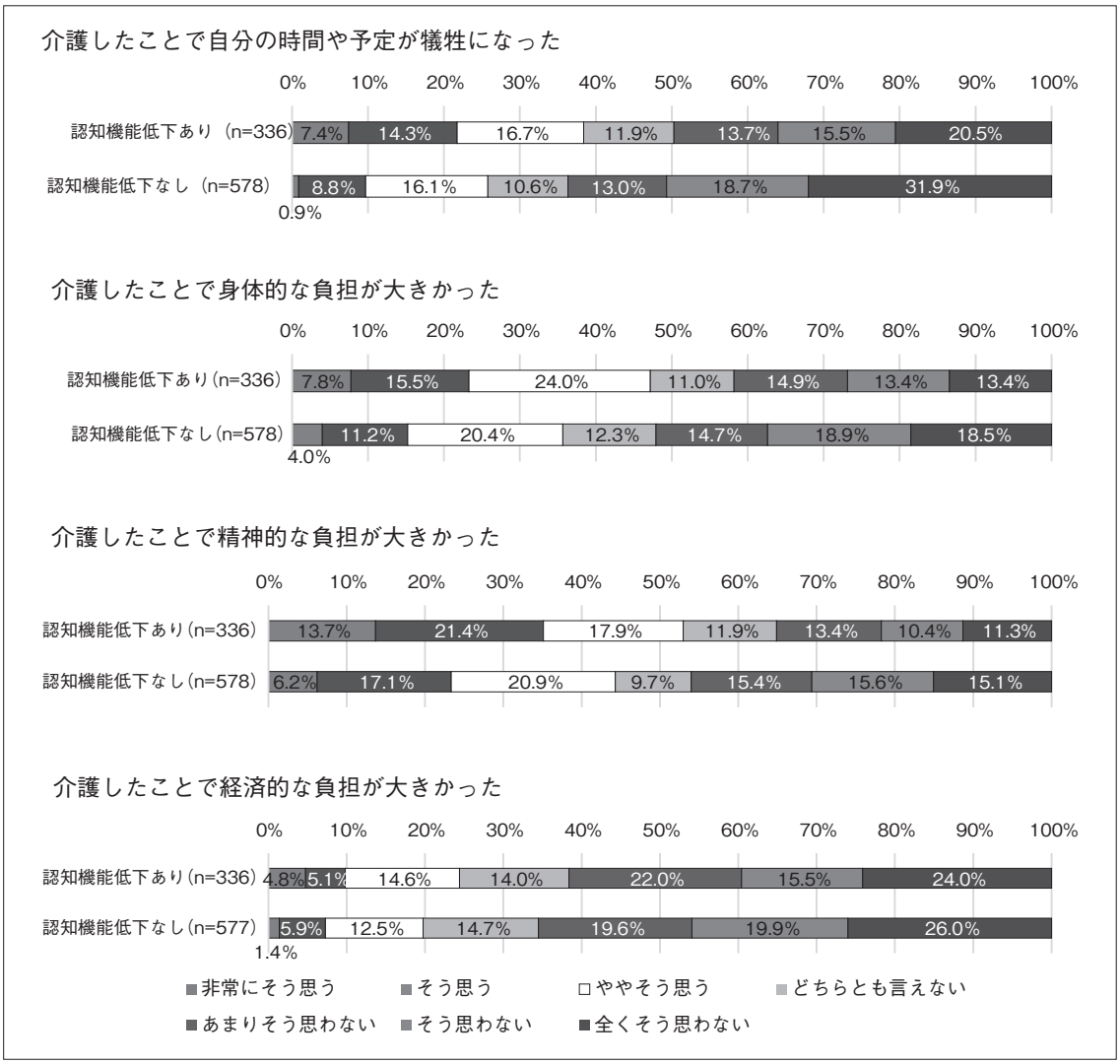


図3　家族の介護に対する負担感（認知機能低下の有無による違い）

注：（　）内のn数は認知機能低下あり群（340名），認知機能低下なし群（587名）から，この設問に対する無回答を除いた数を示す．

い傾向にあった（**図 3**）．

3）認知機能低下があった終末期がん患者の家族が感じる困難と医療者の支援

患者の認知機能低下がある場合に家族が感じる困難について，そう思う・少しそう思うと回答した家族が 50% 以上であった項目は，「患者の痛みや苦痛症状が分からない（60.5%）」「患者と病気や治療について話し合うことは難しい（58.6%）」，「患者にがんや病状についてどのように伝えるか迷う（53.5%）」であり「患者の治療やケアに対する希望が分からない（50.1％）」，コミュニケーションに関わる問題が上位となった（**図 4**）．また家族に対する医療者の支援は，「家族の希望，心配を聞いてくれた（89.2%）」，「必要な情報の提供や十分な説明があった（88.1%）」「家族の介護負担や身体の疲労に配慮してくれた（84.6%）」の順に高く（**図 5**），6 項目すべてのケアの実施について，そう思う・少しそう思うと回答した家族は 48.8% であった．

考　察

本研究により終末期がん患者の 33% の家族が，患者の認知機能低下を感じていることが明らかになった．その中で，80% 以上の家族が，患者の認知機能低下についてその状況を理解することができていたと考えられる．

これは，ホスピス・緩和ケア病棟において，患者本人だけでなく，家族に対しても積極的にケアが行われていたことが影響していると考えられる．一方で，介護したことによる負担感は精神的負担，身体的負担，経済的負担，時間的負担のすべての項目で，認知機能低下のある家族において高い傾向にあった．また，認知機能低下を感じていた家族は，患者とのコミュニケーションに困難を感じていた．負担感の内容を確認しつつ，軽減に向けたケアの提供が必要である．

最後に，終末期がん患者の認知機能低下は複数の要因で生じうる．認知症と同様の記憶障害を呈する疾患には，高次機能障害や健忘症がある．ま

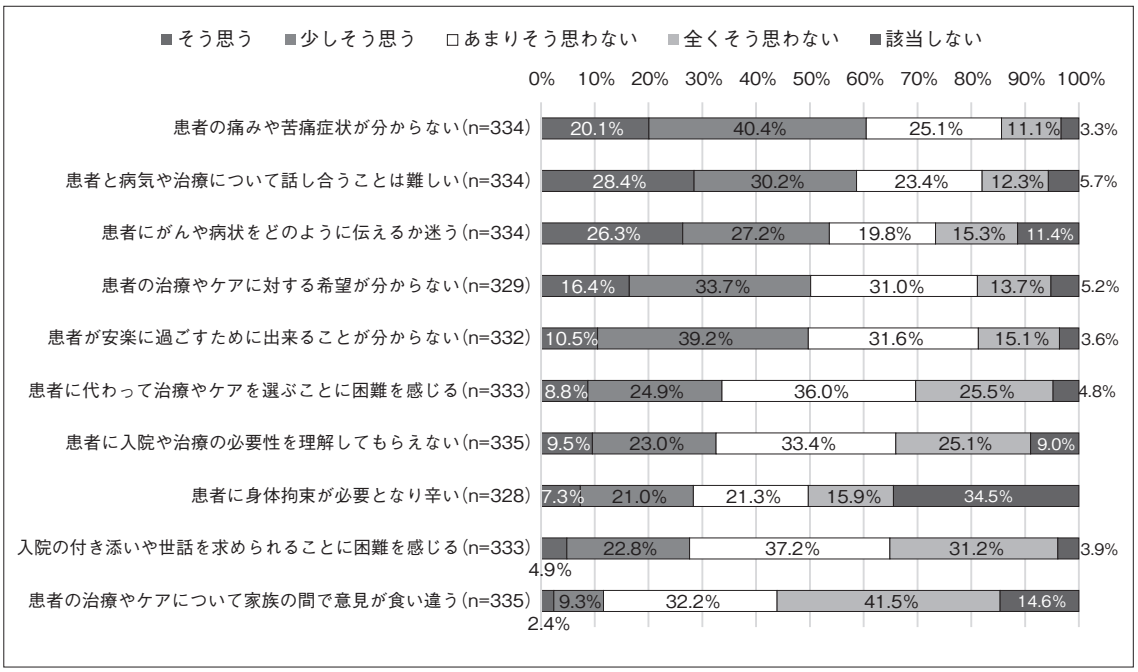


図 4　認知機能低下がある終末期がん患者の家族が感じる困難

注：（　）内の n 数は認知機能低下あり群（340 名）から，この設問に対する無回答を除いた数を示す．

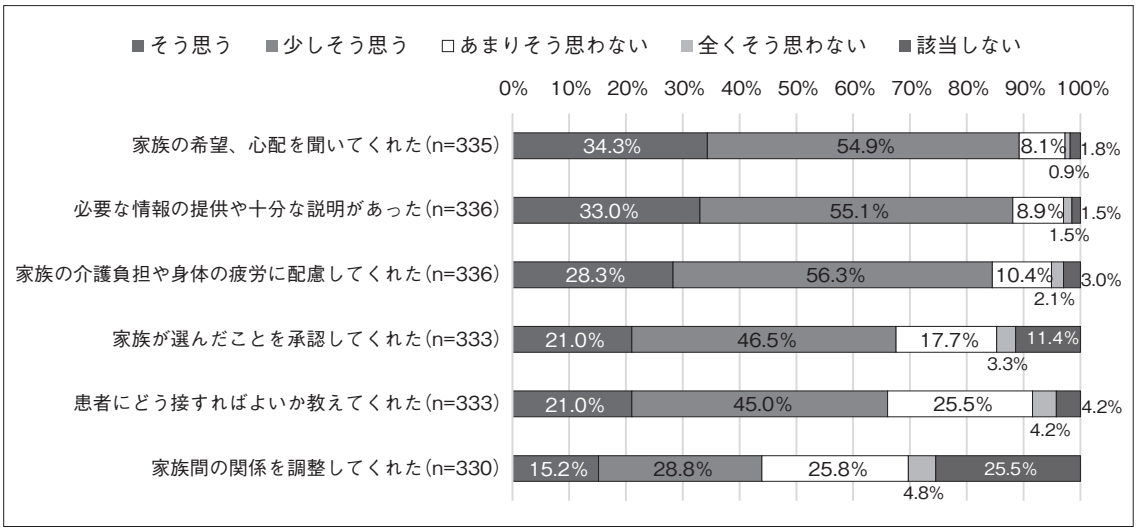


図5　認知機能低下がある終末期がん患者の家族に対する医療者の支援

注：（　）内のn数は認知機能低下あり群（340名）から，この設問に対する無回答を除いた数を示す．

た，鑑別診断が必要とされる，せん妄や抑うつでも，認知症に類似した記憶力の低下や対人関係の変化が出現する．本研究は，遺族調査によって後方探索的に認知機能低下の有無を質問したため，さまざまな病態が含まれていると考えられる．病態により経過や改善の見通しが異なるため，適切な診断過程を経たうえで支援を検討する必要がある．

まとめ

認知機能低下のある終末期がん患者の家族は，介護負担感およびコミュニケーションに関する困難を感じやすい状況にあった．認知機能の適切な評価と，患者と家族とのコミュニケーションを促進する関わりが重要であるといえる．

文　献

1）Buzgova R, Kozakova R, Jarosova D, et al. Measuring quality of life of cognitively impaired elderly inpatients in palliative care：psychometric properties of QUALID and CLIQ scales. Aging Mental Health 2012；21（12）：1287-1293,
2）Kimberson C, Maxine J De La Cruz. 96. Geriatric palliative care：textbook of palliative medicine and supportive care（Bruera E et al）. 2nd ed, 2016；961-968, CRCpress, Boca Raton.

〔付帯研究担当者〕
荒尾晴惠（大阪大学大学院 医学系研究科）

㉒

ホスピス・緩和ケア病棟でのリハビリテーションが終末期患者に与える影響とその望ましい在り方

長谷川　貴昭*

サマリー

本研究の目的は，本邦のホスピス・緩和ケア病棟でがんのリハビリテーション診療（以下，がんリハ）を実施することによる患者の遺族の体験を明らかにし，終末期のがんリハに対する望ましい介入方法やニードを探索することである．有効回答者のうち，27% ががんリハを受療していたと回答し，その 90% が患者はがんリハに満足していたと回答した．患者の意識障害によりがんリハの継続が困難になった場合では，47% の遺族が多職種協議での対応の決定を望み，がんリハの実施にかかわらず療法士の訪問継続を望む遺族は 43% であった．がんリハを受療しなかった遺族においては，64% ががんリハの実施を希望する一方で，希望する内容には多様性があり，個別のニードに配慮しながら対応する必要があると考えられる．

目　的

がんのリハビリテーション診療（以下，がんリハ）は，がん患者の生活の機能と生活の質（Quality of Life；以下，QOL）の改善を目的とする医療ケアである．特に緩和的リハビリテーションは，患者のニーズを尊重しながら，身体的，精神的，社会的にも QOL の高い生活が送れるよう援助する[1]．しかし，わが国のホスピス・緩和ケア病棟のがんリハの実施率は 19.5% と低い[2]．また，がんリハを実施することによる遺族の体験（満足度，患者への影響）は十分に検証されておらず，ホスピス・緩和ケア病棟での望ましい介入方法は不明である．

本研究の目的はホスピス・緩和ケア病棟でがんリハを実施することによる患者の遺族の体験を明らかにすることである．また，副次的に，がんリハが継続困難となった際の対応方法，家族が望むがんリハの在り方を探索した．

結　果

1）対象

ホスピス・緩和ケア病棟で亡くなった患者の遺族 1,001 名に質問票を送付し，610 名より返送

*名古屋市立大学病院 緩和ケアセンター（研究代表者）

（回収率 60.9%），497 名の有効回答を解析対象とした（有効回答率 49.7%）．

2）ホスピス・緩和ケア病棟でがんリハを受けていた患者

患者がホスピス・緩和ケア病棟に入院中にがんリハを受けていたと回答した遺族は 135 名（27.2%）であった．がんリハを受けた患者の入院直前の日常生活動作（Activities of Daily Living；以下，ADL）は，「生活は自立していた」が 25.1%，「一部介助が必要だった」が 42.2%，「ほぼ全般に介助が必要だった」が 32.5% であった．

3）ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハに対する満足度（図 1）

「ホスピス・緩和ケア病棟のリハビリについて，患者様は満足でしたか？」の問いで，「非常に満足」から「非常に不満足」の 6 件法で評価した．「非常に満足」，「満足」，「やや満足」の回答は 90.3% であった．

4）遺族からみたがんリハが患者に与えた影響についての評価

患者本人が語っていた内容から遺族が判断した，がんリハが患者に与えた影響の 6 項目，①「身体機能の維持に役立っていた」，②「楽しみを感じられた」，③「気分転換が得られた」，④「目標や希望を持つことができた」，⑤「疲労が増していた」，⑥「痛みや苦痛が増強していた」を，「全くそう思わない」～「非常にそう思う」の 5 件法で評価した．

プラスの影響の①～④に「そう思う」，「非常にそう思う」と回答した割合は① 51.8%，② 54.0%，③ 77.0%，④ 38.5% であった．マイナスの影響の⑤，⑥に，「全くそう思わない」，「そう思わない」と回答した割合は⑤ 45.9%，⑥ 60.0% であった．

5）遺族からみたがんリハが継続困難となった場合の望ましい対応方法（図 2）

がんリハを受けた患者の遺族に，継続が困難な場合の望ましい対応方法を調査した．本人の意向が聴取できない意識障害の場面で，「可能なリハ

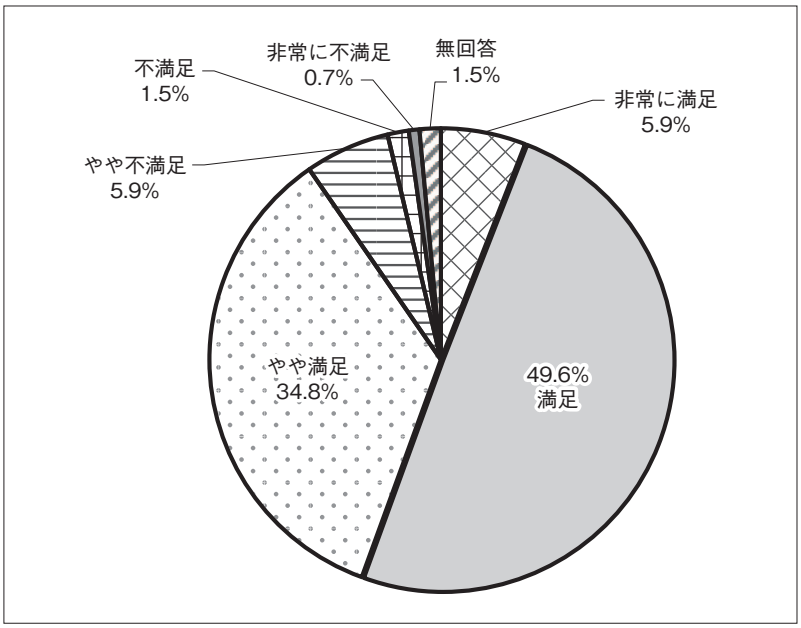


図 1　ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハに対する満足度

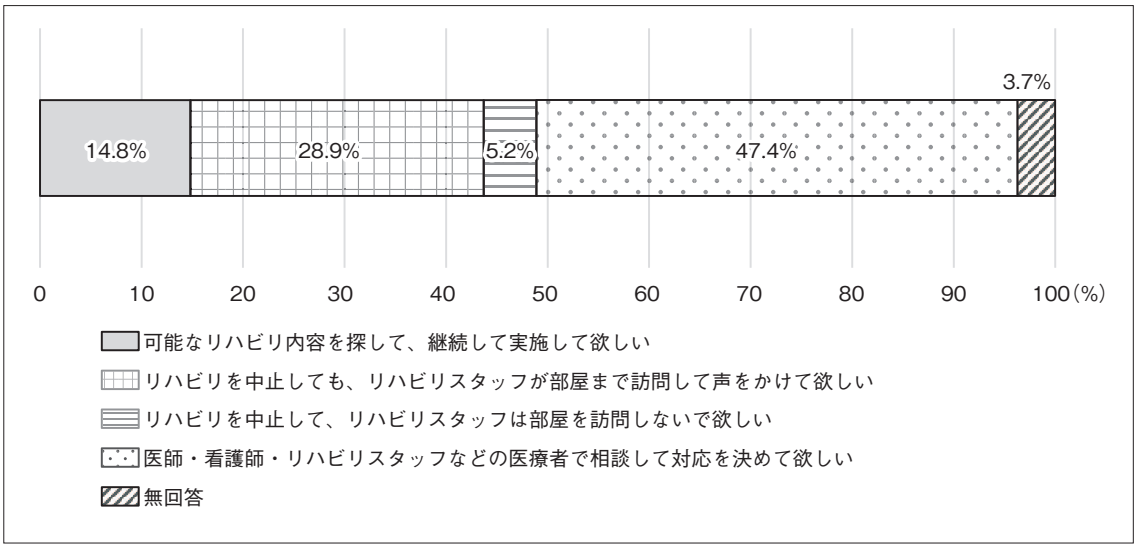


図2　遺族からみたがんリハの継続困難となった場合の望ましい対応方法
（患者の意識が悪くなった場合の対応）

ビリ内容を探して，継続して実施して欲しい」，「リハビリを中止しても，リハビリスタッフが部屋まで訪問して声をかけて欲しい」，「リハビリを中止して，リハビリスタッフは部屋を訪問しないで欲しい」，「医師・看護師・リハビリスタッフなどの医療者で相談して対応を決めて欲しい」から，最も望ましい対応について回答をえた．

6）遺族が希望するがんリハの内容（表1）

がんリハを受けなかった患者の遺族279名を対象として，ホスピス・緩和ケア病棟での療養を振り返りがんリハを受けてみたかったかを尋ねたところ，実施希望は179名（64.1%）であり，実施希望の有無は患者の入院直前のADLと関連しなかった（ρ =0.875）．希望する内容は，起居動作，ADL訓練，症状緩和，摂食嚥下，アクティビティで回答をえた．

考　察

本研究はホスピス・緩和ケア病棟で亡くなった患者の遺族の，がんリハの実施に関しての体験や意向を調査した大規模調査である．本研究から3つの主要な結果が得られた．

1つ目は，がんリハに満足と回答した遺族が90.3%で，非常に高く評価されていることが示唆された．これは過去の単施設の報告[3]と同様の傾向であった．遺族が患者の語りの内容から判断したリハビリが患者に与えた影響の内容については，前回の大規模遺族調査（J-HOPE3）での質問票から抽出された項目で，結果に関してはJ-HOPE3の研究結果と同様の傾向であった．がんリハの満足度に関わる因子は，今後に追加解析を予定している．

2つ目は，本人の意向が不明である意識障害を発症した場面で，療法士の望ましい関わり方の知見を得たことである．ホスピス・緩和ケア病棟での療養においては，多職種によるケアが行われており，医療者間での情報共有のもと，がんリハの継続の可否が話し合われる．47.4%の遺族は，この医療者間の協議での継続の可否の判断を支持していることが示唆された．一方，療法士が訪問を避けることが望ましいと答える遺族は5.2%にとどまり，がんリハを継続せずとも療法士の訪問，声かけを希望する遺族も28.9%で，がんリハのみ

表 1　遺族が希望するがんリハの内容

	ホスピス・緩和ケア病棟入院直前の ADL						
	自立群 (n=74)		一部介助群 (n=93)		全介助群 (n=112)		
	n	(%)	n	%	n	%	ρ 値
リハビリテーションの実施希望							
希望する *	49	(66.2)	58	(62.4)	72	(64.3)	0.875
希望する訓練の内容 **							
起居動作，ADL 訓練							
歩く練習	9	(12.2)	8	(8.6)	4	(3.6)	0.084
車椅子に乗る	7	(9.5)	7	(7.5)	13	(11.6)	0.615
トイレへの移動	11	(14.9)	10	(10.8)	10	(8.9)	0.448
症状緩和							
マッサージ	18	(24.3)	34	(36.6)	26	(23.2)	0.076
呼吸を楽にする	14	(18.9)	22	(23.7)	36	(32.1)	0.110
むくみを軽くする	20	(27.0)	21	(22.6)	26	(23.2)	0.774
摂食嚥下							
食べる練習	4	(5.4)	6	(6.5)	14	(12.5)	0.159
アクティビティ							
趣味を活かした作業	5	(6.8)	7	(7.5)	2	(1.8)	0.125
手紙やプレゼントを作る作業	1	(1.4)	3	(3.2)	3	(2.7)	0.736

リハビリテーションを受療していなかった患者の遺族のみから回答をえた．
* 希望する訓練内容を 1 項目以上回答した遺族を「希望する」とした．
** 希望する訓練内容には，希望するものすべてに回答をえた（複数回答あり）．

ならず療法士とのコミュニケーションに意義を見出していることが推測された．

3 つ目はがんリハを受療しなかった遺族においては，振り返って考えると希望する遺族が約 3 分の 2 に及んだことである．がんリハを受けていた患者は 27.2% にとどまっており，がんリハのニードに対して低く，より多くの患者に実施が望まれていることが示唆された．また，入院直前の ADL によらず内容の希望には個別性が大きいことがわかり，がんリハの内容を患者ごとに調整することが望ましいと考えられた．なお，がんリハのニードはがんリハを受けた患者の遺族には調査していないため，全般的なニードとしては解釈できない点に注意を要する．また，本研究は遺族の回答率の影響も受けている．

まとめ

本研究では，ホスピス・緩和ケア病棟でのがんリハを，多くの遺族が満足していると考えている．その一方，がんリハの実施率が低く，潜在的なニードが高いことも示唆された．がんリハの実施においては，希望する内容に多様性があり，個別のニードに配慮した対応が望ましいと考えられる．

文　献

1）Dietz JH. Rehabilitation Oncology. 1981：John Wiley & Sons, New York
2）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 3. 2016：青海社，東京
3）Yoshioka H. Rehabilitation for the terminal cancer patient. *Am J Phys Med Rehabil* 1994；73：199-206.

〔付帯研究担当者〕
明智龍男（名古屋市立大学病院 緩和ケアセンター），
辻哲也（慶応義塾大学 医学部 リハビリテーション医

学教室），**奥山徹**（名古屋市立大学病院 緩和ケアセンター），**大佐賀智**（名古屋市立大学病院 臨床研究開発支援センター），**桜井春香**（名古屋市立大学病院 リハビリテーション技術科）

㉓

進行がん患者が食べられなくなったときの経静脈栄養水分補給に関する家族の信念と認識

天野　晃滋*

サマリー

本研究は終末期がん患者に対する家族の経静脈栄養水分補給への信念と認識を調査することを目的とした．緩和ケアではそのような患者に対する経静脈栄養水分補給の差し控え・中止がしばしば検討され，十分なエビデンスはないものの死が差し迫った状況ではこれらを控え中止することが多い．しかし家族にとって十分に食べられなくなった患者に対する経静脈栄養水分補給のもつ意味は重要で，そのような家族に対し安易に経静脈栄養水分補給の差し控え・中止を実施している可能性がある．しかし身体の状態にあわない経静脈栄養水分補給は患者の状態の悪化・苦痛症状の増強のリスクがあり，われわれ医療者はできるだけエビデンスに基づいた情報を家族に提供しつつ家族の意向をふまえて方針を決定する必要がある．

目　的

緩和ケアでは終末期がん患者に対する経静脈栄養水分補給の差し控え・中止がしばしば検討され，十分なエビデンスはないものの，死が差し迫った状況では経静脈栄養水分補給のメリットはあまりなさそうであることからこれらを控え中止することが多い[1~8]．一方，緩和ケアにおけるこれまでの研究では患者が十分に食べられなくなったときに多くの患者と家族は栄養サポートを望むことが示されている[9~12]．多数の患者が経静脈栄養水分補給を希望するのに対し，ほとんどの患者は経管栄養水分補給には拒否的であった[11]．さらにこれらの栄養サポートに対する満たされない思いは，患者のみならず家族においても食に関する苦悩の原因になると指摘されている[13]．また，これまで各国で経静脈栄養水分補給への信念・認識についての研究が患者・家族・医師・看護師・一般人を対象に実施されてきた[9~22]．それらの研究によれば，それぞれの信念・認識は多様であり[17, 20, 22]，大多数の患者は家族の意見が重要であると考えていた[21]．しかし，現時点でも終末期がん患者に対する家族の経静脈栄養水分補給への信念と認識においてはっきりしていない点が残されておりこ

*大阪市立総合医療センター 緩和医療科（研究代表者）

の調査を実施することとなった.

結　果

1,002 名の遺族に質問紙を送付し 610 名から返送を受けた（回収率 60.9%）．そのうち 499 名より回答応諾が得られ解析対象とした（回答応諾率 49.8%）.

1）経静脈栄養水分補給への信念と認識の頻度（図 1）

「患者さまが食べられないとき点滴で水分補給をしてほしい」の頻度が最も高く 87.7% であった．それに続き「点滴での栄養・水分補給について医療者の意見が重要だ」「点滴での水分補給は飲水のかわりになる」「もし自分なら食べられないとき点滴で水分補給してほしい」がそれぞれ 85.1%，81.0%，80.0% であった．一方で「点滴での栄養・水分補給はがんを進行させてしまう」「点滴での栄養・水分補給について十分な知識がある」「患者さまが食べられないとがんは進行してしまう」の頻度は低くそれぞれ 14.8%，27.2%，28.3% であった.

2）内的整合性（表 1）

われわれは 6 項目から「点滴での栄養・水分補給は有効であるという信念」，4 項目から「点滴での栄養・水分補給は必要であるという認識」という 2 つの概念を抽出した．それぞれのクロンバックの α 係数は 0.83 と 0.93 であった.

考　察

経静脈栄養水分補給への信念と認識の頻度に関して，60 ～ 80% の遺族はたとえ終末期がんであったとしても点滴での栄養・水分補給は有効であるとの肯定的意見をもっていた．そのためか，患者が十分に食べられなくなった場合には 80 ～ 90% の遺族が点滴での栄養・水分補給を必要だと回答し，自分が同じような状況になった場合には 70 ～ 80% が栄養・水分補給を希望すると回答した.

点滴での水分補給についての項目は栄養補給についてのものより一貫して高い頻度であり，この調査では遺族は水分と栄養を区別し回答できたのだと思われる．しかしながら経静脈栄養水分補給についての十分な知識があったと回答したのはわずか 14.8% にすぎず，経静脈栄養水分補給について十分な説明を受けたと回答したのは 50% を下回った．これらのことと関連すると思われるが，経静脈栄養水分補給について判断をくだす際に医療者の意見が重要であるとの回答が 85.1% とかなりの高い頻度であり，知識・情報の不足が医療者への依存度を高めていることがうかがいしれた.

表 1　内的整合性

点滴での栄養・水分補給は有効であるという信念	n = 434
点滴での栄養補給は食事のかわりになる 点滴での水分補給は飲水のかわりになる 食べられないとき点滴での栄養・水分補給は医療として当たり前だ 点滴での栄養・水分補給は延命効果がある 点滴での栄養・水分補給で症状（だるさや口の渇きなど）が軽くなる 点滴での栄養・水分補給で状態がよくなる	合計点の平均 = 18.1, SD = 5.3 クロンバックの α 係数 = 0.83
点滴での栄養・水分補給は必要であるという認識	**n = 457**
患者さまが食べられないとき点滴で栄養補給してほしい 患者さまが食べられないとき点滴で水分補給してほしい もし自分なら食べられないとき点滴で栄養補給してほしい もし自分なら食べられないとき点滴で水分補給してほしい	合計点の平均 = 10.7, SD = 4.6 クロンバックの α 係数 = 0.93

SD（standard deviation）

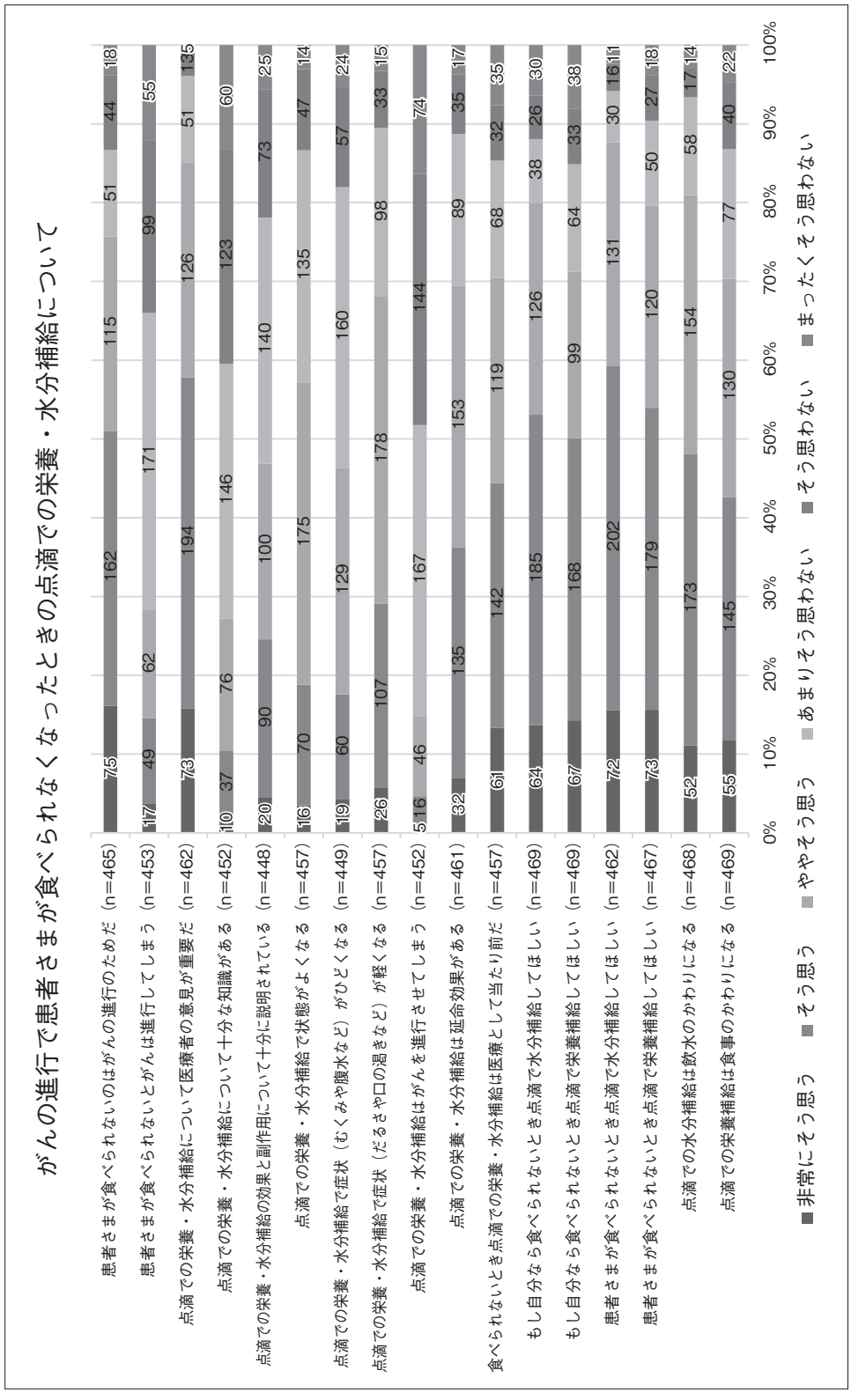


図 1　経静脈栄養水分補給に関する信念と認識の頻度

今回の調査で終末期がん患者の家族にとっての経静脈栄養水分補給のもつ意味を改めて考えさせられた．緩和ケアではそのような家族に対し安易に経静脈栄養水分補給の差し控え・中止を実施している可能性がある．しかし身体の状態にあわない経静脈栄養水分補給は患者の状態の悪化・苦痛症状の増強のリスクがあり，われわれ医療者はできるだけエビデンスに基づいた情報を家族に提供しつつ家族の意向をふまえて方針を決定する必要がある．本研究の詳細は文献 23 で報告されている。

文　献

1）Raijmakers NJH, Zuylen L, Costantini M, et al. Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects. *Ann Oncol* 2011；22：1478-1486.
2）Good P, Richard R, Syrmis W, et al. Medically assisted nutrition for adult palliative care patients（Review）. *Cochrane Database Syst Rev* 2014；(4)：CD006274.
3）Good P, Richard R, Syrmis W, et al. Medically assisted hydration for adult palliative care patients（Review）. *Cochrane Database Syst Rev* 2014.
4）Hui D, Dev R, Bruera E. The last days of life：symptom burden and impact on nutritional and hydration in cancer patients. *Curr Opin Support Palliat Care* 2015；9（4）：346-354.
5）Orrevall Y. Nutritional support at the end of life. *Nutrition* 2015；31（4）：615-616.
6）Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr* 2017；36（1）：11-48.
7）Tobberup R, Thoresen L, Falkmer UG, et al. Effects of current parenteral nutrition treatment on health-related quality of life, physical function, nutritional status, survival and adverse events exclusively in patients with advanced cancer：a systematic literature review. *Crit Rev Oncol Hematol* 2019；139：96-107.
8）Lokker ME, van der Heide A, Oldenmenger WH, et al. Hydration and symptoms in the last days of life. *BMJ Support Palliat Care* 2019 Aug 31. pii：bmjspcare-2018-001729. doi：10.1136/bmjspcare-2018-001729.
9）Amano K, Maeda I, Morita T, et al. Need for nutritional support, eating-related distress and experience of terminally ill cancer patients：a survey in an inpatient hospice. *BMJ Support Palliat Care* 2016；6（3）：373-376.
10）Amano K, Maeda I, Morita T, et al. Eating-related distress and need for nutritional support of families of advanced cancer patients：a nationwide survey of bereaved family members. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2016；7（5）：527-534.
11）Amano K, Morita T, Miyamoto J, et al. Perception of need for nutritional support in advanced cancer patients with cachexia：a survey in palliative care settings. *Support Care Cancer* 2018；26（8）：2793-2799.
12）Amano K, Morita T, Koshimoto S, et al. Eating-related distress in advanced cancer patients with cachexia and family members：a survey in palliative and supportive care settings. *Support Care Cancer* 2019；27（8）：2869-2876.
13）Amano K, Baracos V, Hopkinson J. Integration of palliative, supportive, and nutritional care to alleviate eating-related distress among advanced cancer patients with cachexia and their family members. *Crit Rev Oncol Hematol* 2019；143：117-123.
14）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.
15）Buiting HM, van Delden JJ, Rietjens JA, et al. Forgoing artificial nutrition or hydration in patients nearing death in six European countries. *J Pain Symptom Manage* 2007；34（3）：305-314.
16）Miyashita M, Morita T, Shima Y, et al. Physician and nurse attitudes toward artificial hydration for terminally ill cancer patients in Japan：results of 2 nationwide surveys. *Am J Hosp Palliat Care* 2007；24（5）：383-389.
17）Raijmakers NJ, Fradsham S, van Zuylen L, et al. Variation in attitudes towards artificial hydr ation at the end of life：a systematic literature review. *Curr Opin Support Palliat Care* 2011；5（3）：265-272.
18）Cohen MZ, Torres-Vigil I, Burbach BE, et al. The meaning of parenteral hydration to family

caregivers and patients with advanced cancer receiving hospice care. *J Pain Symptom Manage* 2012；43（5）：855-865.
19）Torres-Vigil I, Cohen MZ, de la Rosa A, et al. Food or medicine：ethnic variations in perceptions of advanced cancer patients and their caregivers regarding artificial hydration during the last weeks of life. *BMJ Support Palliat Care* 2012；2（3）：276-279.
20）Del Río MI, Shand B, Bonati P, et al. Hydration and nutrition at the end of life：a systematic review of emotional impact, perceptions, and decision-making among patients, family, and health care staff. *Psychooncology* 2012；21（9）：913-921.
21）Bükki J, Unterpaul T, Nübling G, et al. Decision making at the end of life—cancer patients' and their caregivers' views on artificial nutrition and hydration. *Support Care Cancer* 2014；22（12）：3287-3299.
22）Gent MJ, Fradsham S, Whyte GM, et al. What influences attitudes towards clinically assisted hydration in the care of dying patients? A review of the literature. *BMJ Support Palliat Care* 2015；5（3）：223-231.
23）Amano K, Maeda I, Morita T, et al. Beliefs and perceptions about parenteral nutrition and hydration by family members of patients with advanced cancer admitted to palliative care units: a nationwide survey of bereaved family members in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Mar 10. pii: S0885-3924(20)30132-9. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.006. [Epub ahead of print]

〔付帯研究担当者〕
前田一石（千里中央病院 緩和ケア科），**森田達也**（聖隷三方原病院 緩和支持治療科）

㉔

がんで近親者を亡くした遺族の遺族ケア利用の実態と死別後の対処行動パターン

渡邉　美和*

サマリー

本研究の目的は，がんで近親者を亡くした遺族の遺族ケア利用の実態と死別後の対処行動パターンを明らかにすることである．995 名のがん患者遺族に質問紙を送付し 615 名より返送を受けた．遺族が経験した遺族ケアの中で最も多かったのは「病院スタッフからの手紙やカード」であり，経験した遺族ケアに対しては，多くの項目で助けになったと評価する割合が高かった．複雑性悲嘆の可能性がある遺族が望む割合の高い未経験のケアは「病院スタッフと病院で会うこと」「がん相談支援センターへの相談」などであった．遺族の死別後対処行動は４つのパターンに分類でき，男性では「少対処型」が最も多かったが女性では最も少なかった．また，配偶者では「絆の保持焦点型」と「全般対処型」が多いのに対し，子どもでは「気そらし焦点型」が多かった．

目　的

大切な人を亡くした遺族は，喪失感や深い悲しみに包まれ，時に病的な抑うつや悲嘆の症状を呈する場合もある[1,2]．病的な状態とならぬよう遺族の悲嘆からの回復を支援することは重要であるが，わが国では遺族ケアの体制は十分ではなく，2006 年に実施された遺族への調査によると多くの項目で 10％以下の経験率であった[3]．先行研究[3]後に「がん相談支援センター」「遺族外来」などの新たな部門の設置，悲しみからの回復に役立つインターネットや書籍の情報の充実などにより遺族ケアは変化しており，現在の遺族ケアの利用状況を知ることでさらなる遺族ケアの発展に活かすことが可能となる．またこれまでに，遺族が悲嘆から回復する過程での対処行動にはパターンがあり，そのパターンと精神状態には関連があること，パターンに合わせた遺族ケアが必要であることが示されてきた[4,5]．先行研究では特に配偶者に焦点をあてているが，さまざまな続柄の遺族により良いケアを提供するためには，配偶者以外の遺族も含めた調査が必要である．本研究の目的は，がん患者遺族の遺族ケア利用の実態と死別後の対処行動パターンを明らかにすることである．

*東都大学 幕張ヒューマンケア学部 看護学科（研究代表者）

結　果

1）遺族ケア利用の実態

国内複数施設の緩和ケア病棟で亡くなったがん患者の遺族995名に質問紙を送付し，615名より返送を受けた（回収率61.8%）．そのうち遺族ケアに関する項目における有効回答数は492名（有効回答率80.0%）であった．

a. 遺族ケアの経験と評価

各種遺族ケアの経験率を**図1**に，経験した遺族ケアの評価を**図2**に示す．遺族が経験した遺族ケアの中で最も多かったのは「病院スタッフからの手紙やカード」（47.7%）であり，経験した遺族ケアについては多くの項目で80%以上が「とても助けになった」または「助けになった」と評価していた．

b. 未経験の遺族ケアへのニーズ

未経験の遺族ケアについては，特にケアを要すると考えられる複雑性悲嘆の可能性がある遺族（Brief Greif Questionnaire（BGQ）5点以上）229名が望むケアを**図3**に示す．「あれば良かったと思う」という回答率が最も高かったのは「病院スタッフと病院で会うこと」（29.1%），次いで「がん相談支援センターへの相談」（26.3%）などであった．

2）遺族の対処行動パターン

質問紙の返送があった615名のうち，対処行動に関する質問における有効回答数は501名（有効回答率81.5%）であった．死別後対処行動尺度（38項目）は，遺族が死別によるつらい状況に対しどのような対応をしたかを測定する尺度であり，“気そらし”“絆の保持”“社会共有／再構築”の3因子から構成されている．各因子の得点に基づき非階層的クラスター分析を行った結果，4つの対処行動パターンに分類できた．パターン1（24.4%）は全てのタイプの対処行動を積極的に行う【全般対処型】，パターン2（20.0%）はいずれの対処行動も少ない【少対処型】，パターン3（27.3%）は“絆の保持”のみ積極的に行う【絆の保持焦点型】，パターン4（28.3%）は“気をそらし”のみ積極的に行う【気そらし焦点型】と解釈した．

遺族の性別ごとの対処行動パターンの割合は，男性で最も多かったのが「少対処型」（33.7%）であったが，女性では「少対処型」は少なく，それ以外のパターンが同程度の割合であった（**図4**）．遺族の続柄ごとの対処行動パターンの割合

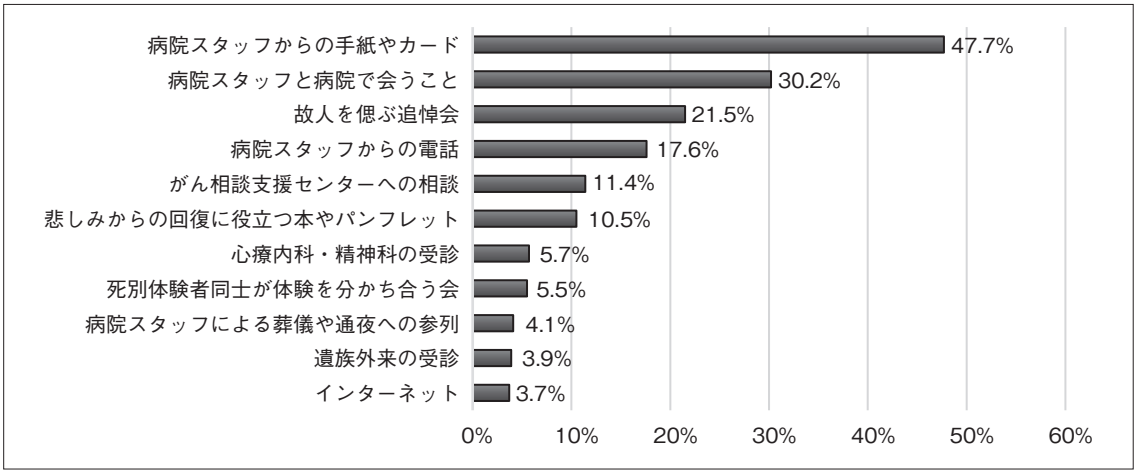


図1　遺族ケアの経験率（n=492）

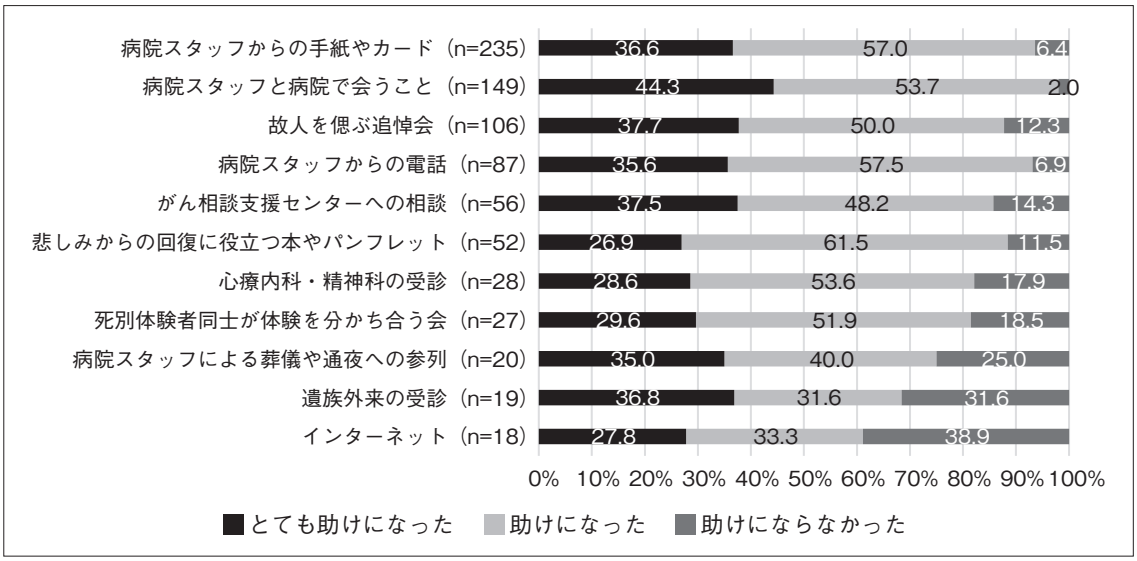


図 2　経験した遺族ケアの評価

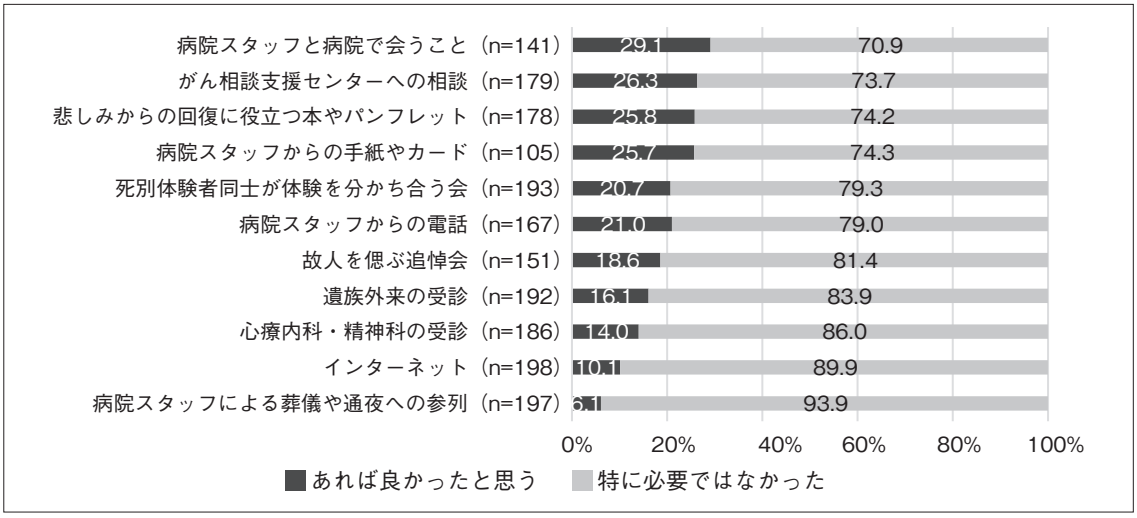


図 3　複雑性悲嘆の可能性がある遺族が望む未経験の遺族ケア

は，配偶者（男性 29.0％）では「絆の保持焦点型」と「全般対処型」が多いのに対し，子どもでは「気そらし焦点型」が最も多かった（**図 4**）．

考　察

遺族ケア利用について，2006 年頃より設置が始まった「がん相談支援センター」の利用は 11％程度であったが，今回の研究では利用した約 85％は助けになったという評価をした．また，悲嘆の強い遺族が望むケアとして「がん相談支援センター」は上位に位置しており，がん相談支援センターをより気軽に利用できるような体制づくり

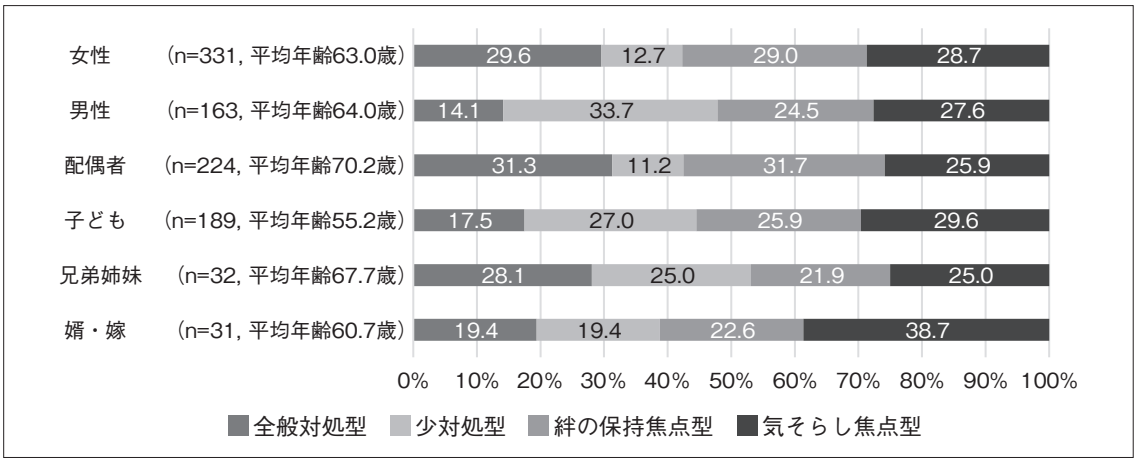


図4　遺族の性別，続柄と対処行動パターンの割合

が必要であるといえる．「遺族外来」も新しい遺族ケアの形であるが，経験したのは3.9％のみであった．これは，国内で遺族外来のある施設がごく一部であるため，必要性があっても利用する機会が少ないと考えられる．複雑性悲嘆や抑うつの強い遺族にとってはこのような専門的なケアを受けられる機関は必要であり，今後遺族外来が増えると利用の幅も広がると考えられる．インターネットによる遺族ケアを経験した割合は3.7％で先行研究[3]と同程度であり，助けにならなかったとの評価が40％近くと他の遺族ケアと比べてやや多かった．情報があふれる時代に有用な情報にたどり着くことが困難であると予測され，遺族が信頼できる情報にアクセスできるようサポートが必要かもしれない．先行研究[3]にて抑うつの強い遺族が望むケアの上位に「悲しみからの回復に役立つ本やパンフレット」があったが，本調査においてこれを利用した割合は前調査の約2倍であり，利用者の約90％が助けになったと評価した．本やパンフレットなど遺族にとって有用な資源は増えてきており，このような資源を遺族が活用できるような支援が今後も必要である．

遺族の対処行動について，本研究では4つのパターンに分類することができた．3つのパターン「全般対処型」「絆の保持焦点型」「気そらし焦点型」は，配偶者を対象とした先行研究[5]と同様の特徴であったが，「少対処型」は今回明らかになった新しい対処行動パターンであった．男女差をみると，女性のほうが「絆の保持焦点型」と「全般対処型」が多く，男性は「少対処型」の割合が最も多く，女性のほうが積極的に対処行動をとる傾向があるといえる．また，続柄による特徴を見ると，配偶者は他の続柄の遺族に比べて「絆の保持焦点型」と「全般対処型」が多かった．先行研究[5]によると「絆の保持焦点型」は精神的不健康な対処行動パターン，「気そらし焦点型」は健康的なパターンであるとされており，遺族の属性における対処行動の特徴をふまえ，不健康な対処行動を健康的な対処行動に向けていけるような支援が有用であるという示唆が得られた．

まとめ

遺族ケアとしてのがん相談支援センターは利用者からの評価が高く，悲嘆の強い遺族からのニーズも高かった．「悲しみからの回復に役立つ本やパンフレット」を利用した割合はこの10年余りで約2倍に増えており高評価であった．また本研究において遺族の対処行動は「全般対処型」「絆

の保持焦点型」「気そらし焦点型」「少対処型」の4つのパターンに解釈でき，遺族の属性によって特徴がみられた．

文　献

1）Asai M, Akizuki N, Fujimori M, et al. Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. *Psychooncology* 2013；22：995-1001.
2）坂口幸弘，宮下光令，森田達也，他．ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族の複雑性悲嘆，抑うつ，希死念慮．*Palliative Care Research* 2013；8（2）：203-210.
3）坂口幸弘，宮下光令，森田達也，他．ホスピス・緩和ケア病棟で死亡した患者の遺族における遺族ケアサービスの評価とニーズ．*Palliative Care Research* 2013；8（2），217-222.
4）坂口幸弘，柏木哲夫，恒藤暁．配偶者喪失後の対処パターンと精神健康との関連．*心身医学* 2001；41，439-446.
5）浅井真理子，松井豊，内富庸介．配偶者をがんで亡くした遺族の対処行動パターン．*心理学研究* 2013；84（5），498-507.

〔付帯研究担当者〕

眞嶋朋子（千葉大学大学院 看護学研究科），**増島麻里子**（千葉大学大学院 看護学研究科），**長坂育代**（淑徳大学 看護栄養学部），**坂口幸弘**（関西学院大学 人間福祉学部），**宮下光令**（東北大学大学院 医学系研究科）

㉕

死別後の家族機能が遺族のうつ・複雑性悲嘆に与える影響に関する研究

平塚　良子*

サマリー

本研究は，緩和ケア病棟で亡くなった終末期がん患者の遺族の家族機能がうつや複雑性悲嘆に与える影響を明らかにすることを目的とした．家族機能の評価は，Family Relationship Index（以下，FRI）を使用し，先行研究に基づき家族機能を「家族機能良好型（FRI ≧ 10 点」「中間型（8 ～ 9 点）」「家族機能不全型（FRI ≦ 7)」に分類した．悲嘆の程度は Brief Grief Questionnaire（以下，BGQ），うつの程度は Patient Health Questionnaire 9（以下，PHQ-9）を使用し評価を行った．

死別前後の家族内での体験に関しては，家族の関係が変化したかどうか，死別後のコミュニケーションの変化，死別前に医療者から家族の悩みに十分な対応をしていたかなどについて尋ねた．

FRI をもとに遺族の家族機能を 3 つに分類した．家族機能良好型は 43.6%，中間型は 31.1%，家族機能不全型 25.3% であった．家族機能とうつとの関連については，家族機能分類間で有意な傾向性が認められ（ρ =0.003），家族機能不全であるほどうつを有する割合が高かった．家族機能と複雑性悲嘆との関連は認められなかった（ρ =0.17）．

死別前後の家族内での体験または医療者から提供された家族ケアとうつとの関連が認められたのは，家族の関係性が悪化した（ρ =0.004），死別後家族内でのコミュニケーションが減った（ρ =0.012），医療者に悩みを相談できた（ρ =0.003）であった．

目　的

終末期がん患者の家族や死別後の遺族の家族機能とうつや複雑性悲嘆との関連については，海外では多くのの研究がなされている[1,2]．また，遺族はその死に伴って生じた種々の困難に直面する場合があり，家族や親戚との人間関係の悪化と精神的苦痛との関連が示されている[3]．

家族機能は文化的な背景に影響されることが分かっている[4]．わが国では遺族の家族機能と精神

*東北大学大学院 医学系研究科（研究代表者）

的苦痛との関連について報告されている[5]が，遺族の家族機能がうつや複雑性悲嘆ともに影響するかを調査した研究はない．また，死別前後の家族内での体験とうつ・複雑性悲嘆との関連について調査した研究はない．

本研究の目的は，わが国の終末期がん患者の遺族の家族機能とうつ・複雑性悲嘆との関連を明らかにすることである．副次的目的は，家族内での死別前後の体験とうつ・複雑性悲嘆との関連を明らかにすることである．

結　果

緩和ケア病棟で死別した945名の遺族に質問紙を送付し，615名より返送を受けた（回収率65.1%）．そのうち，510名（回答応諾率54.0%）を解析対象とした．

1）家族機能とうつ・複雑性悲嘆との関連

FRIの得点をもとに，遺族の家族機能を3つに分類した．家族機能分類の分布については，家族機能良好型（FRI ≧ 10点）は43.6%，中間型（FRI 8～9点）は31.1%，家族機能不全型（FRI ≦ 7点）は25.3%だった．家族機能とうつとの関連の結果を**図1**，家族機能と複雑性悲嘆との関連の結果を**図2**に示す．家族機能とうつとの関連については，家族機能分類間で有意な傾向性が認められ（ρ =0.003），家族機能不全であるほどうつ有する割合が高かった．家族機能と複雑性悲嘆との関連は認められなかった（ρ =0.17）．

2）死別前後の家族内での体験および医療者から提供された家族ケアとうつ・複雑性悲嘆との関連

死別前後の体験および医療者から提供された家族ケアの分布を**図3**に示す．「家族内で患者の思い出について語り合った」遺族は61.2%，「親戚や友人等の言動で嫌な思いをした」は18.9%，「他の家族への病状の伝え方に戸惑いがあった」は14.0%だった．

うつとの関連についての結果を**表1**，複雑性悲嘆との関連の結果を**表2**に示す．うつとの関連がみられたのは，家族の関係性が悪化した（ρ

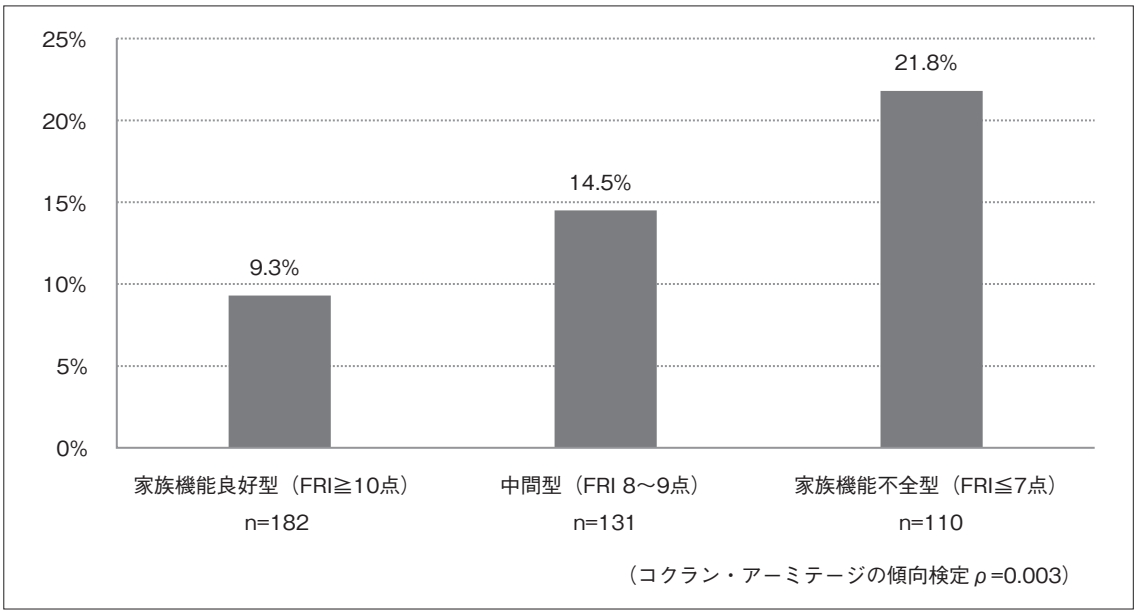


図1　家族機能とうつとの関連（PHQ-9 ≧ 10点の割合）

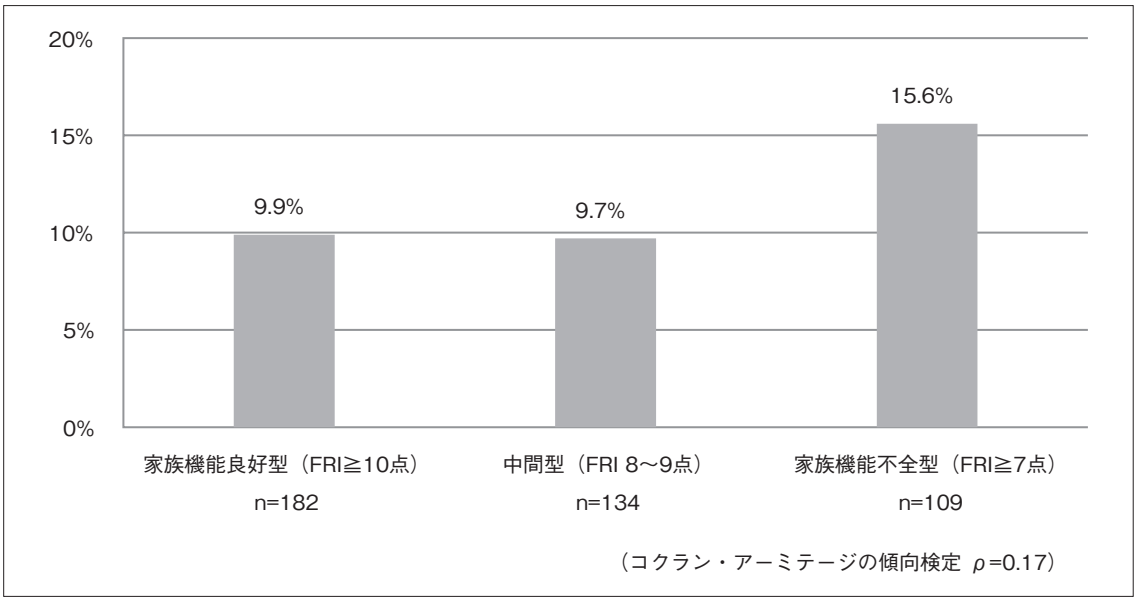


図 2　家族機能と複雑性悲嘆との関連（BGQ ≧ 8 点の割合）

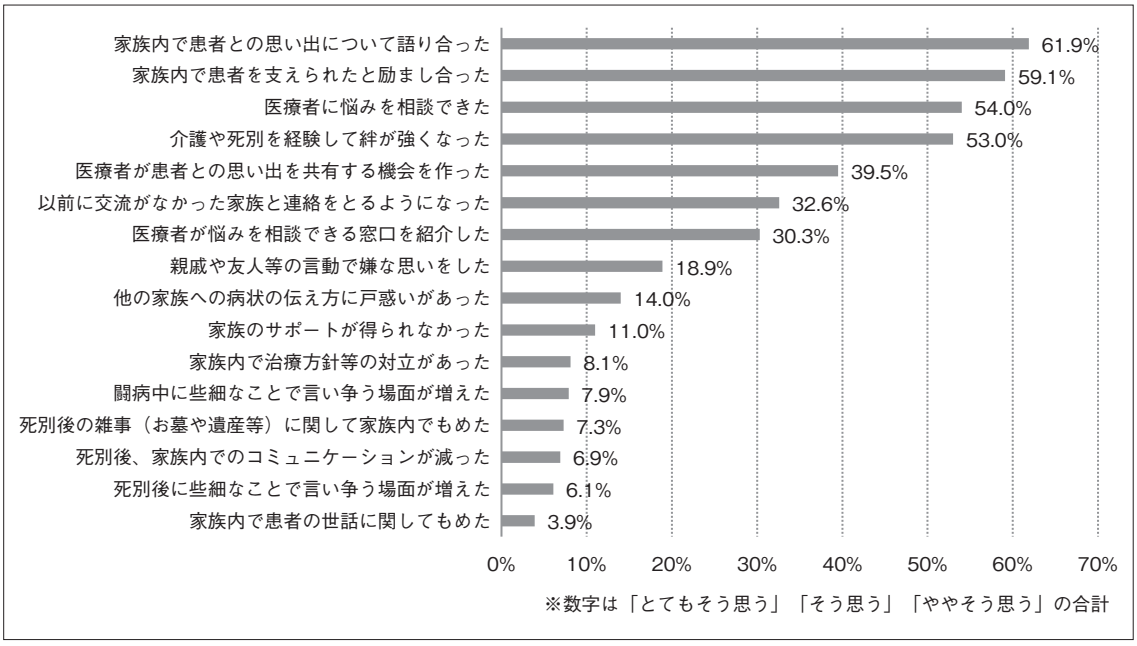


図 3　死別前後の家族内での体験および医療者から提供された家族ケアの分布

=0.004），家族内で患者の世話に関してもめた（ρ =0.031），家族のサポートが得られなかった（ρ =0.02），死別後に些細なことで言い争う場面が増えた（ρ =0.036），死別後家族内でのコミュニ

表 1　死別前後の家族内での体験および医療者から提供された家族ケアとうつとの関連（単変量・多変量解析）

	うつの可能性あり		うつの可能性なし		単変量ロジスティック回帰分析		多変量ロジスティック回帰分析	
	n	%	n	%	OR（95% CI）	p^{*1}	OR（95% CI）	p^{*2}
がんと診断される前と比較した家族の関係性の変化								
変わらない　n=263	28	10.6	235	89.4	ref	—	ref	—
改善した　n=177	38	21.5	139	78.5	2.29（1.35-3.90）	0.002	2.53（1.02-6.28）	0.045
悪化した　n=24	7	29.2	17	70.8	3.46（1.32-9.06）	0.012	8.29（1.96-34.96）	0.004
家族内で患者の世話に関してもめた								
そう思わない　n=451	69	15.3	382	84.7	ref	—	ref	—
そう思う　n=17	3	17.7	14	82.3	1.19（0.33-4.24）	0.793	10.92（1.24-96.47）	0.031
家族のサポートが得られなかった								
そう思わない　n=416	60	14.4	356	85.6	ref	—	ref	—
そう思う　n=52	13	25.0	39	75.0	1.98（0.99-3.92）	0.051	4.89（1.28-18.71）	0.020
死別後に些細なことで言い争う場面が増えた								
そう思わない　n=430	65	14.8	373	85.2	ref	—	ref	—
そう思う　n=38	8	27.6	21	72.4	2.19（0.93-5.14）	0.073	5.26（1.11-24.87）	0.036
死別後家族内でのコミュニケーションが減った								
そう思わない　n=435	60	13.8	375	86.2	ref	—	ref	—
そう思う　n=33	13	39.4	20	60.6	4.06（1.92-8.60）	0.0002	6.07（1.48-24.87）	0.012
医療者に悩みを相談できた								
そう思わない　n=218	47	21.6	171	78.4	ref	—	ref	—
そう思う　n=245	25	10.2	220	89.8	0.41（0.24-0.70）	0.001	0.23（0.09-0.61）	0.003

*1 単変量ロジスティック回帰分析
*2 多変量ロジスティック回帰分析

ケーションが減った（p =0.012），医療者に悩みを相談できた（p =0.003）であった．複雑性悲嘆と関連がみられたのは，家族の関係性が悪化した（p <0.001），家族のサポートが得られなかった（p =0.024），死別後に些細なことで言い争う場面が増えた（p =0.009），死別後家族内でのコミュニケーションが減った（p =0.007），医療者に悩みを相談できた（p =0.002）であった．

考　察

家族機能とうつとの関連については，家族機能不全であるとうつを有する割合が有意に高く，先行研究[6]と一致した．家族機能は文化的背景に影響を受けることが分かっているが[4]，わが国でもFRI を使用し家族機能を評価することが，うつのリスク要因を同定できることが示唆された．

がんと診断される前と比較した家族関係の悪化はうつや複雑性悲嘆を有する割合が高いことが示された．坂口らの研究では，死別した配偶者の遺族が死別後に家族関係が悪化したと評価している場合，精神的苦痛が強いことと関連したことを示している[3]．家族の関係性が悪化と評価している遺族に対し，死別後の遺族のサポートの必要性が示唆された．

医療者に悩みを相談できたと評価している遺族のほうが，うつや複雑性悲嘆を有する割合が低いことが示された．Yamamoto らによると，療養場所の意思決定を行う際に，医師や看護師に相談できたと評価している遺族のほうが，負担感が少なかったという報告がある[7]．家族の悩みや気がかりに十分に対応するサポートの重要性が示唆された．

表 2　死別前後の家族内での体験および医療者から提供された家族ケアと複雑性悲嘆との関連（単変量・多変量解析）

	複雑性悲嘆の可能性あり		複雑性悲嘆の可能性なし		単変量ロジスティック回帰分析		多変量ロジスティック回帰分析	
	n	%	n	%	OR（95% CI）	p^{*1}	OR（95% CI）	p^{*2}
がんと診断される前と比較した家族の関係性の変化								
変わらない　n=265	21	7.9	155	92.1	ref	—	ref	—
改善した　n=179	24	13.4	244	86.6	1.80（0.97-3.34）	0.063	1.60（0.52-4.96）	0.417
悪化した　n=23	7	30.4	16	69.6	5.08（1.88-13.37）	0.001	34.00（5.21-222.74）	<0.001
家族のサポートが得られなかった								
そう思わない　n=419	45	10.7	374	89.3	ref	—	ref	—
そう思う　n=52	8	15.4	44	84.6	1.51（0.67-3.41）	0.320	11.33（1.38-93.03）	0.024
死別後に些細なことで言い争う場面が増えた								
そう思わない　n=441	44	10.0	397	90.0	ref	—	ref	—
そう思う　n=39	9	30.0	21	70.0	3.87（1.67-8.96）	0.002	15.70（1.99-123.75）	0.009
死別後家族内でのコミュニケーションが減った								
そう思わない　n=439	43	9.8	396	90.2	ref	—	ref	—
そう思う　n=33	10	30.3	23	69.7	4.00（1.78-8.97）	<0.001	20.14（2.25-180.27）	0.007
医療者に悩みを相談できた								
そう思わない　n=213	33	15.5	180	84.5	ref	—	ref	—
そう思う　n=255	20	7.8	235	92.3	0.46（0.26-0.84）	0.011	0.06（0.01-0.36）	0.002

*1 単変量ロジスティック回帰分析
*2 多変量ロジスティック回帰分析

文　献

1）Thomas K, Hudson P, Trauer T, et al. Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care：a longitudinal study. *J Pain Symptom Manage* 2014；47（3）：531-541.
2）Kissane DW, Zaider TI, Li YL, et al. Randomized controlled trial of family therapy in advanced cancer continued into bereavement. *J Clin Oncol* 2016；34（16）：1921-1927.
3）坂口幸弘．死別後の二次的ストレッサーと精神的健康―死別した配偶者と子どもの比較．家族心理学研究．2001；15（1）：13-24.
4）野口裕二．【家族関係の診断学】FES 日本版からみた家族評価尺度の課題．精神科診断学．1997；8（2）：137-145.
5）坂口幸弘，柏木哲夫，恒藤 暁．家族機能認知に基づく死別後の適応・不適応家族の検討．心身医学．1999；39（7）：525-532.
6）Kissane DW, Bloch S, Onghena P, et al. The Melbourne family grief study .2. psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *Am J Psychiatry*. 1996；153（5）：659-666.
7）Yamamoto S, Arao H, Masutani E, et al. Decision making regarding the place of end-of-life cancer care：the burden on bereaved families and related. *J Pain Symptom Manage*. 2017；53（5）：862-870.

㉖

緩和ケア病棟で死亡したがん患者の自費診療による治療の使用実態と，使用患者と家族の体験

勝俣　範之*

サマリー

緩和ケア病棟に入院した患者遺族に対して，自費診療の実態を調査した．自費診療は，7.3％（41/558 例）受けており，自費診療の効果が不明であることの十分な説明を受けることは少なく（治療効果不明と説明を受けたのは，49％，20/41 例），一方，患者は，治療効果をかなり期待して（治ることを期待していたのが，61％，25/41 例）受けていたことがわかった．また，担当医とのコミュニケーションに関しては，代替療法や自費診療について相談できた患者が，より自費診療を受けることに影響していた（ロジステック回帰分析 ρ =0.027））．自費診療は，効果が証明されていないだけでなく，高額な治療であり，患者，家族の負担も大きい．担当医は，予後を含めた話し合いの中で，自費診療についても適切に話し合われる必要があると思われる．

目　的

1．緩和ケア病棟で死亡したがん患者遺族を対象とした自費診療による免疫療法・遺伝子療法の使用実態を明らかにする．

2．自費診療による免疫療法・遺伝子治療を使用した家族の経済的負担や心理的な体験の現状を明らかにする．

3．終末期患者の自費診療による治療の使用と緩和ケアの質の評価との関連性を明らかにする．

結　果

緩和ケア病棟にランダムに調査票を 661 通配布．回答拒否 103 通，有効回答数 558 通であった．以下に集計結果を示す．

①患者が自費診療を受けた実態は，1. 免疫細胞療法 28 例（高濃度ビタミン C 療法併用 8 例，その他の療法と併用 2 例），2. 遺伝子療法 1 例，3. 高濃度ビタミン C 療法 10 例，4. その他 12 例，で 41 名（41/558＝7.3％）が少なくとも 1 種類以上の自費診療を受けていた．

以下，自費診療を受けた患者の結果（41 名の

*日本医科大学 武蔵小杉病院（研究者代表者）

みのデータより）を示す．

②自費診療はどうやって知ったか？については，1. インターネット 19 例，2. 本や雑誌 8 例，3. 家族や友人・知人 19 例，4. その他 11 例，という結果である．

③自費診療について，自費診療の担当医師（手術や化学療法などを担当していた医師でない医師）から，どのように説明を受けたか？

	説明を受けた	説明を受けていない	わからない	未回答
1. 自費診療の治療が研究段階の治療であること	14	8	13	6
2. 自費診療の治療が効くかどうかはわからないこと	20	4	13	4
3. 自費診療の治療が臨床試験（もしくは治験）として行われること	11	9	16	5

④自費診療を行った状況については（ここでの標準治療とはがんに対する手術，化学療法，放射線治療をさす．）1. がんに対する標準治療が無効だったため自費診療を行った（4 例），2. がんに対する標準治療を勧められたが自費診療を優先して行った（7 例），3. がんに対する標準治療と並行して自費診療を行った（25 例），4. その他（3 例），5. 未回答（2 例），という結果である．

⑤自費診療をどうやって知ったか？自費診療を受けた患者・家族の状況について

	はい	いいえ	未回答
1. 患者自身が希望して使用・利用した	30	8	3
2. 患者に家族が患者にすすめて使用・利用した	23	14	4
3. 家族（回答者自身）としては受けることに反対だった	2	35	4
4. 患者自身が希望して使用・利用した患者と家族，または家族内で利用するかしないかで争いごとになった	3	34	4
5. 診断医や治療をしていた担当医から反対された	5	31	5
6. 診断医や治療をしていた担当医に相談せずに行っていた	12	25	4

⑥自費診療を行ったときの患者の状況について

	とてもそう思う	そう思う	そう思わない	まったくそう思わない	未回答
1. 自費診療で病気が完全に治ることを期待していた	9	16	11	3	2
2. 自費診療で病気の進行を遅らせることを期待していた	12	21	4	2	2
3. 治療の副作用や食欲不振などのがんによる苦痛症状を和らげること	6	24	7	2	2
4. 患者の心理的な希望になること	8	27	1	2	3
5. 診断医や治療を受けていた担当医に不信感を持っていた	0	4	22	12	3
6. 診断医や治療を受けていた担当医から見放されたと感じていた	1	7	23	8	2
7. 患者は死を受け入れられないでいた	4	12	17	6	2
8. 患者は「特別な治療」を受けたいと思っていた	8	15	13	2	3

⑦自費診療について遺族はどれくらい期待していたか

	期待していなかった	少し期待していた	期待していた	とても期待していた	未回答
1. 病気が完全に治ること	8	11	11	7	4
2. 病気の進行を遅らせること	3	12	17	7	2
3. 治療の副作用や食欲不振などのがんによる苦痛症状を和らげること	4	7	24	3	3
4. 心理的な希望になること	3	9	17	10	2

⑧自費診療に関してすべてを合計していくら位の支出があったかについては，1. 50 万円未満 7 例，2. 50 ～ 100 万円未満 9 例，3. 100～300 万円未満 14 例，4. 300～500 万円未満 4 例，5. 500 万円以上 1 例，6. 未回答 6 例，という結果である．

⑨遺族が患者が自費診療を受けたことに対してどのように思っているか，最もあてはまるもの 1 つに○を付けてください

	とてもそう思う	そう思う	そう思わない	まったくそう思わない	未回答
1. 延命効果があったと思う	6	8	17	6	4
2. 食欲不振などがん治療の副作用やがんによる症状を和らげる効果があったと思う	3	16	14	5	3
3. 患者が心理的な希望を保つことができたと思う	9	23	6	1	2
4. 自費診療を受けたクリニック・病院の対応に満足している	5	18	10	4	4
5. 自費診療を行うかどうか自費診療を受ける前の担当医等の医療者に相談にのってもらいたかった	1	16	12	6	6
6. 費用が高すぎると思う	7	15	14	1	4
7. 自費診療を受けたことを後悔している	0	4	17	15	5

次に，自由診療を受けていた患者と，担当医とのコミュニケーションとの関係図を調査した．

それぞれ **1** はとてもそう思う，**2** はそう思う，**3** はそう思わない，**4** はまったくそう思わない，を示している．

以上の結果であり，自由診療を受けていた患者と担当医とのコミュニケーションは良好な傾向にあったと言える．

自由診療の代替療法を受ける因子としてどのような因子が影響するかロジステック回帰分析を行った（**表 1**）．

①担当医と良いコミュニケーションが取れていたか

		1	2	3	4	合計
自由診療	なし	60	203	56	20	339
	あり	11	19	8	1	39
%		15.4	8.5	12.5	4.7	

②担当医と標準治療以外の代替療法や自費診療についても相談できたか

		1	2	3	4	合計
自由診療	なし	31	134	106	48	319
	あり	5	21	8	4	38
%		13.8	13.5	7.0	7.6	

③担当医とは，治療以外の日常生活の過ごし方まで相談できたか

		1	2	3	4	合計
自由診療	なし	35	119	122	47	323
	あり	6	14	15	3	38
%		14.6	10.5	10.9	6.0	361

コミュニケーションのあり方に関しては，

①担当医とは良いコミュニケーションが取れていた．②担当医とは，標準治療以外の代替療法や自費診療についても相談できた．③担当医とは，治療以外の日常生活の過ごし方まで相談できた，とした．

表 1

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp（B）	EXP（B）の下限	95% 信頼区間上限
コミュニケーション①	−.693	.541	1.640	1	.200	.500	.173	1.444
コミュニケーション②	1.143	.506	5.100	1	.024	3.137	1.163	8.463
コミュニケーション③	−.149	.442	.113	1	.736	.862	.362	2.051
定数	−2.210	.363	37.133	1	.000	.110		

②の担当医とは，標準治療以外の代替療法や自費診療についても相談できた患者さんが，有意に自費診療を受ける傾向（ρ =0.024）にあることがわかった．

その他の因子として，患者背景因子として，患者さんの婚姻状態，同居状況，がん治療期間，緩和ケアチームの診療の有無，亡くなる前の 1 カ月間の医療費，年間世帯収入，経済的な理由によるがん治療変更の有無，抗がん剤治療のための生活費を切り詰めたかどうかの有無などについてもロジステック回帰分析を行った（**表 2**）．

表 2

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp（B）	EXP（B）の下限	95% 信頼区間上限
コミュニケーション①	−.632	.552	1.312	1	.252	.532	.180	1.567
コミュニケーション②	1.136	.513	4.913	1	.027	3.116	1.141	8.510
コミュニケーション③	−.110	.459	.057	1	.811	.896	.364	2.205
Q2 ④ 10 万円未満			6.639	4	.156			
Q2 ④ 10 ～ 20 万円未満	−1.777	.736	5.823	1	.016	.169	.040	.716
Q2 ④ 20 ～ 40 万円未満	−.895	.624	2.057	1	.151	.409	.120	1.388
Q2 ④ 40 ～ 60 万円未満	−.547	.600	.831	1	.362	.579	.179	1.876
Q2 ④ 60 万円以上	−.748	.707	1.119	1	.290	.473	.118	1.893
定数	−1.449	.566	6.546	1	.011	.235		

Q2 ④の亡くなる前の 1 カ月間の医療費以外の項目では有意な項目はなかった．10 ～ 20 万円未満で，ρ =0.040 と有意差が見られた（**表 2**）．

考　察

緩和ケア病棟に入院した患者さんの，7.3％（558 例中 41 例）が自費診療を行っていた．自費診療のうち，免疫細胞療法が 22 例と最も多かった．自費診療の免疫細胞療法を行った患者の割合の実態調査をした研究はこの研究が初めてであるので，7.3％という数字が多いのかどうかは不明であるが，緩和ケア病棟へ入院せず，在宅ケアや病院で亡くなった患者のうち，自費診療を受けていた患者の割合と比較する必要があると思われる．

この調査研究で，少なくとも 1 つ以上の補完代替医療（以下，CAM）を行っていた患者の割合は，39.9％（558 例中 223 例）であり，先行研究での CAM 利用は 54％であった[1]のに対し，今回の調査はやや少ない結果であった．

自費診療での治療は，すべて研究段階であったり，有効性は不明であったりするものであり，標準治療よりも，より詳細なインフォームドコンセントがなされなければならないが，そのような説明を受けていない患者（研究段階の治療と説明されたのは，34％，14/41 例）や，自費診療の意義をわからずに受けていた患者（治療効果不明と説明を受けたのは，49％，20/41 例）は約半数いた．また，標準治療と並行することの有効性や安全性は確かめられていないところであるが，標準治療と並行して行った患者が 25 例（61％）であった．

自費診療に対する期待度に関しては，治ることを期待していたのが，61％（25/41），進行を遅らせることを期待していたのが，80％（33/41）であった．治療担当医に不信感をもっていたのは，10％（4/11），担当医に相談せずに行っていたのは，29％（12/41），見放されたと感じていたのは，20％（8/41）であった．このことから，患者は担当医に不信感をもっていたり，見放されたと感じたりしたので，自費診療にすがってしまったのではないことが考察される．

実際にかかった費用は，100 ～ 300 万円が 34％（14/41），300 ～ 500 万円未満が 10％（4/41），500 万円以上が 2％（1/41）とかなり高額な費用を負担していた．

自費診療の効果に関しては，実際に効果があったと思ったのは，34％（14/41）であったが，心理的な希望を保つことができたと思ったのは，78％（32/41）であり，患者の希望を保つことにつながったと思われる．

自費診療を受ける患者にどのような因子が影響するかどうか調べたが，担当医のコミュニケーションが悪い患者に自費診療を受ける傾向にあるわけではなく，むしろ担当医と代替療法は自費診療について相談できた患者が有意（ロジステック回帰 ρ =0.027）に自費診療を受ける傾向にあったことが示唆される．このことは，担当医に相談し反対されなかった患者が，76％（31/41）であり，担当医が患者の思いを理解し，相談に乗り，自費診療にあえて反対をしなかった結果であると考察される．米国の研究で，担当医とのコミュニケーションが良く取れている患者は，進行がんで治癒不能であるという病状を理解していなかったとの報告がある[2]．がんが治癒不能であることや，自費診療に効果は期待できないということは，患者にとって Bad News であり，担当医も伝えにくいところである．不適切な Bad News の伝え方は，患者とのコミュニケーションにも支障をきたすと考えるため，担当医は Bad News を避けてしまうのかもしれない．一方で，進行がん患者との予後を含めた適切な話し合い（End of Discussion）は，より良いケアを受けられるかどうか，患者の QOL にも影響することが複数の研究で判明している[3,4]．担当医とのコミュニケーションが良好であることは良いことと思われるが，自費診療に対する期待される効果や費用などを担当医は理解したうえで，患者に対して，本当にメリットがあるのかどうか，予後に関する話し合いも含めて，話し合われる必要があると思われる．

本研究の限界は，緩和ケア病棟に入院した患者，遺族の調査であり，在宅や病院で亡くなった患者のデータと比較できないことである．緩和ケア病棟に入院した患者は，病状をしっかりと理解して入院されている患者も多い可能性があり，今後の検討として，在宅や病院で亡くなった患者・遺族の調査と比較する必要があると思われる．

まとめ

緩和ケア病棟に入院した患者遺族に自費診療の実態を調査した．自費診療は，7.3%（41/558 例）受けており，自費診療の効果が不明であることの十分な説明を受けることは少なく，一方，患者は，治療効果をかなり期待して受けていたことがわかった．また，担当医とのコミュニケーションは，良好であり，担当医が自費診療を受けることに反対しなかったことが，自費診療を受けることに影響していた可能性がある．自費診療は，効果が証明されていないだけでなく，高額な治療であり，患者，家族の負担も大きい．担当医は，予後を含めた話し合いの中で，自費診療についても話し合われる必要があると思われる．

文　献

1）鈴木　梢，森田達也，田中桂子，他．緩和ケア病棟で亡くなったがん患者における補完代替医療の使用実態と家族の体験．*Palliative Care Research* 2017；12：731-737.
2）Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, et al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *New Engl J Med* 2012；367：1616-1625.
3）Temel JS, Greer JA, Admane S, et al. Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer：results of a randomized study of early palliative care. *J Clini Oncol* 2011；29：2319-2326.
4）Wright AA, Zhang B, Ray A, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA* 2008；300：1665-1673.

〔付帯研究担当者〕
鈴木　梢（都立駒込病院 緩和ケア科），**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）

27

英国の遺族調査質問紙 VOICES-SF 日本語版を用いた緩和ケア病棟の遺族による質の評価：英国ホスピスデータとの比較

宮下　光令*

サマリー

VOICES-SF という調査票を用いて日本（緩和ケア病棟死亡），英国（ホスピス死亡）を比較した．緩和ケア病棟の遺族 544 人（52%）のデータを解析した．死亡前３カ月の痛み，死亡前３カ月の医療スタッフの患者を尊重した対応，亡くなる直前の２日間に緩和ケア病棟（英国はホスピス）で受けたケアなどを比較した結果，英国のほうが「Excellent」や「Always」「Strongly agree」といった最も良い回答が多い結果であった．それに反して，「Poor」「Never」「Strongly disagree」といった悪い回答の割合は日本と英国で差がないか，英国のほうが悪い結果であった．英国と日本とでは医療システムが異なるだけでなく，英語と日本語の細かなニュアンスを含めて厳密に比較することは難しいが，その理由については今後，詳細が必要である．

目　的

世界における遺族調査の歴史は 1970 年代に英国に端を発し，方法論の開発とともに質問紙の信頼性・妥当性の検討や改訂などが行われてきた[1~3]．その過程で開発された VOICES（Views of Informal Carers - Evaluation of Service），およびその短縮版である VOICES-SF はがんだけでなく心疾患，脳卒中，COPD など多岐にわたる疾患で死亡した遺族に対して，緩和ケア病棟だけでなく自宅や一般病院，介護施設における終末期医療の質の評価に使用可能である．また，介護者である遺族の経験やサービス利用，死亡患者の最終的な状態など幅広い側面から評価が可能であり，英国の死亡小票をもとにした大規模遺族調査でも使用されている[4,5]．

日本における J-HOPE 研究などの遺族調査は Care Evaluation Scale や Good Death Inventory など日本で開発された評価尺度を使用してきたので，今まで直接的な国際比較はなされてこなかった．本研究では VOICES-SF の日本語版を作成し，緩和ケア病棟に対して調査するとともに，英国の遺族調査の結果と比較することを目的とした．英国の遺族調査では死亡場所は一般病棟，自

*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）

宅，ホスピス，ケアホームに分けて集計されているが，今回は英国のホスピスのデータと比較することにした．

結　果

本付帯研究の調査票は緩和ケア病棟の遺族1,053人に送付され，有効回答が得られた544人（52%）のデータを解析した．本調査と英国の調査では欠損の扱いが一部異なるが，本調査では欠損やN/Aなども含めた割合を算出したため，データをみるときに注意が必要である．

死亡前3カ月間の痛みについて，患者が過ごしたそれぞれの療養場所で十分和らげられていたかについて**表1**に示す．日本と英国で選択肢が若干異なるが，英国に比して日本では痛みが和らげられていたという回答は少ない傾向にあった．

死亡前3カ月間に患者が過ごしたそれぞれの療養場所で医療スタッフが患者を尊重して対応していたかについて**表2**に示す．英国に比して，日本では「常にそうしてくれた（Always）」という回答は若干少ないが，「たいていはそうしてくれた（Most of the time）」を含めるとほぼ同等となった．

亡くなる直前の2日間に緩和ケア病棟（英国はホスピス）で受けたケアについて**表3**に示す．全体的に英国に比して日本では「非常にそう思う（Strongly agree）」という回答は少ないが，「そう思う（agree）」を含めるとそれほど差はないという結果であった．1%程度の数値ではあるが，「まったくそう思わない（Strongly disagree）」という回答は日本のほうが少ない傾向にあった．

死亡前3カ月間に自宅で受けた医療や介護サービスについて**表4**に示す．英国では病院やクリニックの外来受診や医師の往診の項目はないが，これは英国ではそれに相当するGP（General Practitioner）の診察や往診を受けないと入院ができない仕組みであり，その割合が非常に高いからと思われる．英国では訪問看護に相当するDistrict nurse, Community nurse や Macmillan nurse, および訪問介護に近いと思われるHome care workerによるサービスを受けている割合が

表1　亡くなる前の3カ月間の痛みは、患者が過ごしたそれぞれの療養場所で十分に和らげられていたか

日本	常に十分に和らげられた	十分に和らげられたが、常にではなかった	ある程度は和らげられた	まったく和らげられなかった	わからない・この場所にいい（痛みはなかった）	あてはまらない	欠損
	%	%	%	%	%	%	%
1. 緩和ケア病棟	32.8	23.2	23.7	1.3	2.2	10.9	6.0
2. 一般病棟（最後の入院時）	6.3	13.6	27.0	10.1	6.9	7.8	28.3
3. 自宅	3.8	8.5	27.2	15.4	7.8	9.4	27.9
4. 介護施設	1.6	0.7	4.9	1.3	35.5	4.2	51.8

英国	Completely, all of the time	Completely, some of the time	Partially	Not at all			
Last hospice stay	63.5	23.1	12.0	1.4			
Last hospital stay	39.7	28.7	27.6	4.0			
Care at home	18.6	29.6	43.6	8.2			
Last care home	42.7	30.9	24.2	2.2			

表2　亡くなる前の3カ月間に患者が過ごしたそれぞれの療養場所で医療スタッフは患者を尊重して対応していたか

日本	常にそうしてくれた	たいていはそうしてくれた	時々はそうしてくれた	まったくそうしてくれなかった	わからない・その職種の診療を受けていない	欠損
	%	%	%	%	%	%
緩和ケア外来・緩和ケア病棟の医師	69.0	17.6	2.5	0.0	3.6	7.3
緩和ケア外来・緩和ケア病棟の看護師	71.7	15.9	0.4	0.2	3.6	8.2
病院の医師（緩和ケア外来・病棟以外の医師）	38.4	25.0	8.7	3.4	8.3	16.1
病院の看護師（緩和ケア外来・病棟以外の看護師）	35.1	28.3	8.5	1.6	8.0	18.5
往診医	13.2	6.5	1.8	0.4	36.8	41.3
訪問看護師	16.3	8.7	1.8	0.9	33.9	38.4
介護施設職員や介護士（介護施設）	12.1	8.0	1.6	0.7	35.9	41.7
英国	Always	Most of the time	Some of the time	Never		
Palliative doctor	87.1	8.3	3.0	1.5		
Palliative nurse	85.7	9.4	4.0	0.8		
Doctor	60.1	24.9	12.8	2.2		
Nurse	53.6	27.0	17.3	2.1		
Care from the GP	70.0	16.8	9.5	3.8		
District and community nurses	76.9	15.7	5.1	2.3		
Care homes	62.8	26.4	9.6	1.2		

高い傾向にある．

死亡前3カ月間に患者が自宅で受けた医療や介護についての全般的評価を**表5**に示す．日本では欠損の割合が半数であることに注意する必要がある．日本では「とても素晴らしかった，素晴らしかった」という回答の合計が8％であり，良かったという回答は19％であった．英国ではOutstandingが18%，Excellentが34％だった．日本では良くなかったという回答は1.6％であったが，英国はPoorという回答は7.6％であった．

考　察

本調査で日本（緩和ケア病棟死亡），英国（ホスピス死亡）を比較した結果，英国のほうが「Excellent」や「Always」「Strongly Agree」といった最も良い回答が多い結果であった．それに反して，「Poor」「Never」「Strongly Disagree」といった悪い回答の割合は日本と英国で差がないか，英国のほうが悪い結果であった．

英国と日本では医療システムが異なるだけでなく，英語と日本語の細かなニュアンスを含めて厳密に比較することは難しいが，このような回答傾向にあった理由として以下のようなことが考えられた．①英国のほうが日本より全体的にケアの質が高い．②日本人はアンケートで極端な選択肢に回答しない傾向があるといわれているが，今回もそのような回答傾向であった．③日本は緩和ケア病棟でなくても，一般病院などのケアのレベルが高く，英国ではNHSによる一般病院のケアのレベルがそこまで高くないため，ホスピスでのケアを相対的に高く評価する傾向にある．④日本は医療以外のサービスレベルが非常に高いため，求めるサービスのレベルが高く，最も良いという選択肢に回答しない．⑤英国ではホスピスや在宅医療の質の差が大きく，良いサービスは非常に良いが，あまり良くないサービスも存在する．⑥英国は移民なども多く，社会階層の違いが受けるケアの質やその評価に影響している．これらは，すべて仮説にすぎないため，今後，詳細を検討する必要がある．

表3　亡くなる直前の2日間に緩和ケア病棟（英国はホスピス）で受けたケアについて

日本（緩和ケア病棟）	非常にそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	まったくそう思わない	わからない	欠損
	%	%	%	%	%	%	%
医師は患者を尊重し大切にして対応していた	33.3	50.2	4.2	0.9	0.7	3.3	7.4
看護師は患者を尊重し大切にして対応していた	41.5	46.4	3.1	0.7	0.4	0.9	7.1
食事や栄養を取ることについて患者の希望に沿ったケアができた	19.0	40.6	14.3	2.9	2.0	10.9	10.3
飲み物や水分を取ることについて患者の希望に沿っ た ケアができた	21.0	46.0	12.5	2.7	1.1	8.2	8.5
「気持ちが穏やかでいること」「人生に価値を感じられること」「宗教的なことや信条」に対して十分な配慮や支援が得られた	13.6	37.5	20.5	3.3	0.4	14.5	10.3
患者自身が必要とするケア・援助を受けるができた（排泄の援助など）	31.9	51.1	4.2	1.5	2.4	14.5	9.1
十分な看護ケアを受けることができた（患者がベッドの上で心地よい体勢をとることなど）	34.1	53.1	3.4	1.3	0.5	0.7	6.9
ベッド周辺や部屋の環境は、十分プライバシーが保たれていた	37.9	48.9	3.6	1.6	0.5	0.4	7.1
患者のからだの痛みを十分に和らげることができた	22.8	48.9	13.8	3.4	0.7	3.1	3.1
患者のからだの痛み以外の症状を十分に和らげることができた	18.7	44.6	17.9	3.8	0.5	6.5	8.0
患者はその人らしく最後まで過ごすことができた	23.2	45.7	14.5	2.5	1.5	5.8	6.9
患者の気持ちのつらさを十分に和らげることができた	14.7	35.9	27.2	4.5	1.6	8.9	7.3
患者の過ごしたい場所で過ごすことができた	13.2	29.2	27.4	8.3	4.2	10.1	7.6

英国（ホスピス）					
How much of the time was he/she treated with respect and dignity in the last two days of his/her life?	Always	Most of the time	Some of the time	Never	
Doctors	92.4	5.3	2.0	0.4	
Nurses	91.4	5.9	2.3	0.4	
	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
There was enough help available to meet his/her personal care needs (such as toileting needs)	70.9	23.9	2.2	1.5	1.5
There was enough help with nursing care, such as giving medicine and helping him/her find a comfortable position in bed	72.4	22.2	2.2	1.8	1.4
The bed area and surrounding environment had adequate privacy for him/her	76.0	18.1	2.6	2.1	1.2
As far as you are able to say, how much do you agree with the following statements about the overall level of care given by health and social care professionals to him/her in the last two days of life?	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
In the last two days of life he/she had sufficient pain relief (Tick one only)	63.2	28.5	4.0	3.0	1.3
In the last two days of life he/she had support to eat or receive nutrition if he/she wished (Tick one only)	57.3	31.4	7.0	2.5	1.8
In the last two days of life he/she had support to drink or receive fluid if he/she wished (Tick one only)	57.1	33.1	6.2	2.1	1.6
In the last two days of life care and attention were given to problems apart from pain, thirst and hunger (Tick one only)	60.3	31.3	5.3	2.0	1.1
In the last two days of life his/her emotional needs were considered and supported (Tick one only)	58.8	28.0	8.5	2.9	1.8
In the last two days of life his/her spiritual and/or religious needs were considered and supported (Tick one only)	53.3	29.3	14.1	1.7	1.7
In the last two days of life efforts were made to make sure he /she was in the place he/she most wanted to be cared for (Tick one only)	63.0	23.4	8.8	2.8	2.0

表 4　死亡前 3 カ月間に自宅で受けた医療や介護サービス

	あり		Yes
日本	%	英国	%
病院やクリニックへの外来受診	33.7	A district or community nurse (a nurse in uniform who comes to the house)	33.2
訪問看護	21.2	Home care worker, home care aide or home help	24.3
訪問診療（医師による往診）	15.8	A macmillan nurse, hospice home care nurse or specialist	14.3
訪問介護	11.8	Occupational therapist (OT)	8.4
医療ソーシャルワーカー（相談を含む）	11.1	Social worker/support worker	8.3
「退院支援看護師」「地域連携看護師」など病院からの退院を支援する人によるサービス	5.4	Rapid response team	7.9
宅配食などの食事に関するサービス	4.9	Religious leader	4.2
「在宅緩和ケア」「在宅ホスピス」などと称する緩和ケアの専門家による医療機関の医療者の訪問診療など	3.6	Any other nurse	3.7
リハビリテーションの専門家の自宅での診療	3.3	A marie curie nurse	3.6
心理カウンセラー	0.7	Hospice at home	3.5
宗教家（牧師・神父・僧侶など）の訪問（同じ宗教の訪問などは含まない）	0.5	Some other care	3.1
		Meals-on-wheels or other home delivered meals	3.0
		Counsellor	0.8

まとめ

VOICES-SF という調査票を用いて日本（緩和ケア病棟死亡），英国（ホスピス死亡）を比較した結果，英国のほうが「Excellent」や「Always」「Strongly agree」といった良い回答が多い結果であった．それに反して，「Poor」「Never」「Strongly disagree」といった悪い回答の割合は日本と英国で差がないか，英国のほうが悪い結果であった．その理由について現時点では明確な答えはない．

表5　亡くなる前3カ月間に患者が自宅で受けた医療や介護の全般的評価

日本	%	英国	%
とても素晴らしかった	2.9	Outstanding	18.1
素晴らしかった	5.1	Excellent	34.1
良かった	18.7	Good	27.0
どちらともいえない	8.3	Fair	13.2
良くなかった	1.6	Poor	7.6
わからない	13.4		
欠損	50.0		

文　献

1) Cartwright A, Hockey L, Anderson J. Life before death. London: Routledge Kegan & Paul；1973.
2) Addington-Hall J, MacDonald L, Anderson H, Feeling P. Dying from cancer: the views of bereaved family and friends about the experiences of terminally ill patients. *Pallitive Med* 1991；5：207-214.
3) Addington-Hall J, McPherson C. After-death interviews with surrogates/bereaved family members: some issues of validity. *J Pain Symptom Manage* 2001；22（3）：784-790.
4) Hunt KJ, Shlomo N, Addington-Hall J. End-of-life care and achieving preferences for place of death in England: results of a population-based survey using the VOICES-SF questionnaire. *Palliat Med* 2014；28（5）：412-421.
5) Hunt KJ, Shlomo N, Addington-Hall J. End-of-life care and preferences for place of death among the oldest old: results of a population-based survey using VOICES-Short Form. *J Palliat Med* 2014；17（2）：176-182.

〔付帯研究担当者〕

石田美空（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），**五十嵐尚子**（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），**Jemimah Kibira**（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）

㉘

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．また，家族内で意見を強く主張する人がいた場合（ρ <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（ρ <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（ρ =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（ρ <0.001），家族の関係性が良い場合（ρ =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・家族のニード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 ≧ 10 の割合は 51.9％であった．また，合計点が大き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 ≧ 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（ρ <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（ρ <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（ρ =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（ρ <0.001），家族の関係性が良い場合（ρ =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	54.5	284	52.2	103	60.2	108	56.0
女性	413	45.5	260	47.8	68	39.8	85	44.0
原発巣								
肝・胆・膵	224	24.7	136	25.0	48	28.1	40	20.7
肺	180	19.8	116	21.3	31	18.1	33	17.1
胃・食道	125	13.8	76	14.0	18	10.5	31	16.1
大腸・直腸	123	13.5	67	12.3	28	16.4	28	14.5
前立腺・腎臓・膀胱	52	5.7	32	5.9	10	5.8	10	5.2
乳房	38	4.2	19	3.5	7	4.1	12	6.2
頭頸部・脳	35	3.9	19	3.5	6	3.5	10	5.2
子宮・卵巣	35	3.9	23	4.2	4	2.3	8	4.1
血液	34	3.7	12	2.2	14	8.2	8	4.1
その他	62	6.8	44	8.1	5	2.9	13	6.7
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	34.5	183	33.6	77	45.0	53	27.5
女性	583	64.2	354	65.1	91	53.2	138	71.5
患者との関係								
配偶者	411	45.3	222	40.8	84	49.1	105	54.4
子	370	40.7	241	44.3	65	38.0	64	33.2
婿・嫁	35	3.9	23	4.2	2	1.2	10	5.2
親	20	2.2	13	2.4	6	3.5	1	0.5
兄弟姉妹	42	4.6	26	4.8	8	4.7	8	4.1
その他	23	2.5	16	2.9	4	2.3	3	1.6
最終卒業学校								
小・中学校	71	7.8	43	7.9	17	9.9	11	5.7
高校・旧制中学	442	48.7	270	49.6	88	51.5	84	43.5
短大・専門学校	195	21.5	111	20.4	26	15.2	58	30.1
大学・大学院	186	20.5	111	20.4	38	22.2	37	19.2
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と思うことがあった	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					
病気になった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
患者が病気になられた後					
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かった 2：ほとんど話し合っていなかった 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	p value	β	95% CI	p value	β	95% CI	p value	β	95% CI	p value
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	0.778	0.01	−0.02 ～ 0.02	0.915
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	0.968	0.01	−0.43 ～ 0.47	0.940
遺族　年齢	−0.21	−0.04 ～ −0.02	< 0.001	−0.21	−0.04 ～ −0.02	< 0.001	−0.10	−0.04 ～ 0.01	0.184	−0.32	−0.06 ～ −0.02	< 0.001
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	0.259	0.09	−0.22 ～ 0.79	0.264
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	0.058	−0.12	−0.80 ～ 0.10	0.122
家族の間で意見や考えが違うことがよくあった	0.15	0.28 ～ 0.71	< 0.001	0.14	0.19 ～ 0.76	0.001	0.10	−0.19 ～ 0.85	0.208	0.23	0.26 ～ 1.13	0.002
病気になったとき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	0.824	0.02	−0.39 ～ 0.50	0.814
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	0.157	0.05	−0.44 ～ 0.90	0.504
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	0.609	−0.07	−0.68 ～ 0.27	0.393
患者が病気になられた後 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	0.033	0.06	−0.04 ～ 0.10	0.385
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	0.135	0.05	−0.26 ～ 0.56	0.477
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	< 0.001	0.15	0.08 ～ 1.65	0.031

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う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う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 緩和支持治療科）

29

死別後悲嘆・複雑性悲嘆に伴う生産性低下（労働損益）

藤澤　大介*

サマリー

死別後悲嘆（特に複雑性悲嘆）は，死別後の就労中止に影響を及ぼし，就労継続者においても，主として出勤中の生産性低下 presenteeism に起因する労働生産性の低下（労働損益）をもたらすことが示唆された．

目　的

死別後に一定期間経過しても持続して医学的関与が必要となる悲嘆反応は，複雑性悲嘆（complicated grief; CG）と呼ばれる．わが国の CG の有病率は 2.4〜7% と推計されており[1]，少なくとも年間約 13 万人の罹患に相当する．複雑性悲嘆が健康に及ぼす影響はわが国でも実証されている[2]が，それに伴う社会コストは数量化されていない．そのため，本研究では悲嘆や複雑性悲嘆が生産性の低下（労働損益）に与える影響について検討した．

方　法

緩和ケア病棟，一般病棟，在宅で患者を看取った遺族に以下を実施し，関係を解析した．

1）仕事の生産性および活動障害に関する質問票

仕事の生産性および活動障害に関する質問票：健康全般 Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire: General Health V2.0（WPAI-GH）は，心身両方の健康問題に伴う，「仕事における生産性の低下 Work Productivity Loss」（欠勤に伴う生産性低下 absenteeism，ならびに，出勤中の生産性低下 presenteeism の総計）と「仕事以外の活動における生産性の低下 Activity Impairment」を測定する，6 項目からなる評価尺度である[3]．

2）簡易悲嘆尺度 Brief Grief Questionnaire（BGQ）

複雑性悲嘆の症状を測定する 5 項目の尺度で，本邦における妥当性が検証されている[4]．BGQ の総合点が高いほど悲嘆症状は重症であり，0 〜 4 点が複雑性悲嘆なし，5 〜 7 点が possible

*慶應義塾大学 医学部 医療安全管理部（研究代表者）

complicated grief（本研究では，複雑性悲嘆予備群と定義），8 ～ 10 点が probable complicated grief（本研究では，複雑性悲嘆群と定義）と分類されている．

カテゴリ変数は X^2 検定（または Fisher 正確検定），連続変数は一元配置分散分析を用いた．

結　果

1）回答者背景

本研究では，調査票は総計 1,865 名に送付され，有効回答者は 935 名（有効回答率 50.1%）であった（内訳：緩和ケア病棟 1,100 名に送付，671 名から回収，有効回答 560 名（有効回答率 50.9%），一般病棟の遺族 413 名に送付，240 名から回収，有効回答 182 名（有効回答率 44.1%），在宅ケア遺族 352 名に送付，226 名から回収，有効回答 193 名（有効回答率 54.8%））．

有効回答者 935 名の年齢は平均 74.5 歳（標準偏差 SD =11.7，30 ～ 102 歳）で，男性 507 名（54.2%），女性 428 名（45.8%）であった．患者との続柄は，配偶者 429 名（45.9%），患者の子ども 355 名（38.0%），婿・嫁 50 名（5.3%），同胞 46 名（4.9%），患者の親 19 名（2.0%），未回答・その他 38 名（4.1%）であった．死別から調査日までの期間は，平均 400.4 日（SD=197.0，172 ～ 1,536 日）であった．

2）就労状況，悲嘆との関係

就労状況に関しては，有効回答 914 名のうち，①回答時点で就労している人（就労継続群）509 名（55.7%），②患者の病気や死別の影響で退職した人（患者理由退職群）54 名（5.9%），③その他の理由で退職した人（その他理由退職群）56 名（6.1%），④元から就労していなかった人（非就労群）295 名（32.3%）であった．

そのうち，簡易悲嘆尺度に回答した 873 名を対象に各群における複雑性悲嘆の有病率と悲嘆症状の重症度（BGQ 総合点）とをそれぞれ**表 1**，**表 2** に示した．複雑性悲嘆の有病率は，②患者理由退職群が，①就労継続群より有意に高かった（**表 1**）．悲嘆症状の重症度は，①就労継続群が，②患者理由退職群，ならびに，④非就労群，と比較して有意に低かった（**表 2**）．

3）仕事以外の活動における生産性の低下

全有効回答者における，健康問題による「仕事以外の活動における生産性の低下」を**表 3** に示す．①就労継続群では，他群と比較して有意に生産性低下が軽かった．

複雑性悲嘆との関係を検討したところ，複雑性悲嘆なし ＜ 複雑性悲嘆予備群 ＜ 複雑性悲嘆群の順で，「仕事以外の活動における生産性の低下」が大きかった（**表 4**）．

表 1　就労状態と複雑性悲嘆の有症率

	複雑性悲嘆なし BGQ ≦ 4	複雑性悲嘆予備群 BGQ=5 ～ 7	複雑性悲嘆群 BGQ ≧ 8	合計	
①就労継続群	261	190	43	494	ρ <0.001
	52.8%	38.5%	8.7%	100.0%	
②患者理由退職群	13	24	14	51	
	25.5%	47.1%	27.5%	100.0%	
③その他理由退職群	24	22	6	52	
	46.2%	42.3%	11.5%	100.0%	
④非就労群	116	124	36	276	
	42.0%	44.9%	13.0%	100.0%	
合計	414	360	99	873	
	47.4%	41.2%	11.3%	100.0%	

Fisher の正確確率検定，X^2=27.6（d.f = 6），ρ <0.001

表 2　就労状態と悲嘆症状の重症度

	n	平均 BGQ 総合点	標準偏差	Bonferroni 多重検定
①就労継続群	494	4.25	2.352	①＜②, ①＜④
②患者理由退職群	51	5.78	2.166	①＜②
③その他理由退職群	52	4.79	2.261	
④非就労群	276	4.89	2.251	①＜④
サンプル全体	873	4.57	2.339	

BGQ:Brief Grief Questionnaire
一元配置分散分析 , F=9.7, ρ <0.001

表 3　仕事以外の活動における生産性の低下（%）

	度数	仕事以外の活動における生産性の低下（%）	標準誤差	95% 信頼区間		多重比較
				下限	上限	
①就労継続群	302	20.1	1.6	16.9	23.3	①＜②, ①＜③, ①＜④
②患者理由退職群	47	32.8	4.2	24.4	41.2	①＜②
③その他理由退職群	48	34.4	4.8	24.8	44.0	①＜③
④非就労群	239	28.2	1.9	24.5	31.9	①＜④
サンプル全体	636	25.2	1.2	22.9	27.4	

一元配置分散分析, F ＝ 6.7, ρ <0.001; Bonferroni 多重比較, ρ <0.05

表 4　仕事以外の活動における生産性の低下と悲嘆の関係

	度数	仕事以外の活動における生産性の低下（%）	標準誤差	95% 信頼区間		多重比較
				下限	上限	
a 複雑性悲嘆なし	283	16.7	1.5	13.9	19.6	a＜b, a＜c, b＜c
b 複雑性悲嘆予備群	254	30.4	1.9	26.6	34.1	
c 複雑性悲嘆群	74	40.9	3.6	33.7	48.2	
サンプル全体	611	25.3	1.2	23.0	27.7	

一元配置分散分析, F ＝ 28.7, ρ <0.001；Bonferroni 多重比較, ρ <0.05

4）労働損益

①就労継続群 509 名を対象に生産性の低下（労働損益）を検討した.

欠勤に伴う生産性低下 absenteeism は，対象サンプル全体の平均が 1.9% で，複雑性悲嘆の有無・重症度による差を認めなかった．出勤中の生産性低下 presenteeism は，対象サンプル全体の平均が 13.8％で，複雑性悲嘆の重症度が増すにつれて増悪した．健康問題に伴う生産性低下（労働損益）全体（absenteeism と presenteeism の総計）も，複雑性悲嘆の程度が増すに従って増加した（**表 5**）.

考　察

本研究サンプルにおいて，患者の病気や死別の影響で退職した人が 5.9% 存在した．同群では悲嘆症状の重症度と複雑性悲嘆の有病率が有意に高く，悲嘆が退職に影響を及ぼしていることが示唆された.

就労を継続している群において，悲嘆は，absenteeism には有意な影響を与えていないが，presenteeism には有意な影響を及ぼしており，以上を総合すると，悲嘆症状，特に，複雑性悲嘆が，遺族に対して無視できない労働損益をもたらしていることが示された.

表 5　就労継続者における生産性低下と悲嘆の関係

		度数	平均値	標準誤差	95% 信頼区間		Bonferroni 多重比較
					下限	上限	
欠勤に伴う生産性低下 Absenteeism（%）	a 複雑性悲嘆なし	221	1.1	0.5	0.1	2.2	F = 2.09 N.S.
	b 複雑性悲嘆予備群	137	3.4	1.2	0.9	5.8	
	c 複雑性悲嘆群	30	0.8	0.7	−0.6	2.1	
	サンプル全体	388	1.9	0.5	0.8	2.9	
出勤中の生産性低下 Presenteeism（%）	a 複雑性悲嘆なし	168	9.2	1.4	6.4	11.9	F = 10.27 a < b a < c b < c
	b 複雑性悲嘆予備群	107	18.1	2.3	13.5	22.7	
	c 複雑性悲嘆群	24	26.7	6.3	13.7	39.6	
	サンプル全体	299	13.8	1.3	11.2	16.3	
仕事における生産性の低下（Absenteeism +Presenteeism）（%）	a 複雑性悲嘆なし	162	10.0	1.5	7.0	13.0	F = 8.92 a < b a < c
	b 複雑性悲嘆予備群	100	21.3	2.9	15.6	26.9	
	c 複雑性悲嘆群	23	24.1	5.7	12.3	36.0	
	サンプル全体	285	15.1	1.4	12.2	17.9	
仕事以外の活動における生産性の低下（%）	a 複雑性悲嘆なし	155	13.3	1.9	9.5	17.0	F = 11.83 a < b a < c
	b 複雑性悲嘆予備群	113	26.1	2.8	20.6	31.6	
	c 複雑性悲嘆群	27	34.8	6.4	21.7	48.0	
	サンプル全体	295	20.2	1.6	17.0	23.4	

一元配置分散分析，Bonferroni 多重比較，ρ <0.001

まとめ

本研究は，筆者が知る限り，わが国において悲嘆・複雑性悲嘆が遺族にもたらす生産性低下（労働損益）を試算した初めての研究である．

文　献

1）Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, et al. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord* 2010；127（1-3）：352-358.

2）Aoyama M, Sakaguchi Y, Morita T, et al. Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. *Psycho-Oncology* 2018；1–7.

3）Reilly MC, Zbrozek AS, Dukes EM. The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *PharmacoEconomics* 1993；4（5）：353-365.

4）Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, et al. Brief measure for screening complicated grief: Validity and reliability in the general population. PlosOne 2013.

〔付帯研究担当者〕

藤澤大介（慶應義塾大学），**伊藤正哉**（国立精神・神経医療研究センター），**中島聡美**（武蔵野大学），**竹林由武**（福島県立医科大学）

30

終末期がん患者を介護する家族による介護目的の休暇の利用状況とその利用を阻害する因子（バリア）に関する調査

関根　龍一*

サマリー

終末期がん患者を介護する家族による介護目的の休暇の利用状況とその利用を阻害する因子（バリア）について調査した．合計 1,732 名にアンケートを配布し，有効回答を 841 名から得た（有効回答率 48.6%）．一番長く介護休暇を取った介護者の休暇期間が 1 週間未満であった割合は 33.4％と全体の 1/3 を占めた．1 カ月以上の介護休暇を取得している割合は 18.5% にとどまった．今後は介護休業や介護休暇の制度の利用促進により，この休暇期間群の割合が増加し，介護負担軽減や在宅看取りの増加につなげることが課題である．主介護者の離職率は全体で 9.1％，休暇取得期間別では，1 カ月以上の休暇取得群で 1 週間未満の群の約 3 倍の離職率（19.5% vs. 5.7%）であった．看取りの場ごとの離職率の内訳は，在宅 14.8％，緩和ケア病棟 8.2％，一般病棟 5.3％であり，在宅では他の場合の約 2 倍の離職率であった．介護中に離職しアンケート回答時点で復職していない割合は在宅が最高で 7.9％で全体で 3.4％であった．

介護目的の休暇を取得する際の阻害因子として全体で頻度の高い順に「同僚に迷惑をかける」49.4％，「収入が減る」26.3%，「介護期間の見通しが立たない」24.4％の 3 因子が同定された．介護休暇がもっと長く取れたら在宅看取りとなった可能性があると回答した介護者の割合は緩和ケア病棟で 11.2％，一般病棟で 18.8％と予想より低く，介護休暇の長さ以外の在宅看取りの阻害因子の存在が示唆された．一方，在宅看取りに従事した介護者の 91.1％が介護休暇は在宅看取りの助けになったと回答し，介護休暇制度の充実が今後の在宅看取りの支援に重要であることが示唆された．

*亀田総合病院 疼痛緩和ケア科

目　的

わが国のがん患者の在宅死亡率は，政府の在宅医療への手厚い支援にもかかわらず，依然として全国平均で 8.3％と低率のままである[1]．国民調査では，治らない病気になったら自宅で最期を過ごしたいと答える人が 54.6% と半数を超える[2]．また数年ごとにわが国で実施されているがん患者の遺族による緩和ケアの質を評価した大規模研究（直近の研究：J-HOPE3）では，在宅緩和ケアを受けて満足していると答えた遺族の割合は 96% と非常に高く，緩和ケア病棟とほぼ同等であり，一般病棟の 80% より高い結果であった[3]．条件が揃えば優れたケアを受けられる在宅緩和ケアだが，大多数のがん患者が自宅で最期を過ごせない理由として，介護を担う家族に負担をかけたくないという回答が全体の約 80% と最多であった[4]．

今後，在宅での看取りを増やすためには，介護を担う家族の負担を減らす必要がある．高齢の両親を介護する若年および中年世代は何らかの定職に就き社会経済を支える役割を担う．今後，少子高齢化がさらに進み，介護の担い手不足はいっそう深刻となり，仕事と親の介護との両立がごく普通の時代が訪れるだろう．介護休暇や介護休業は仕事と介護との両立に有力な解決策と見込まれているが，介護休業，介護休暇，短時間勤務などの何らかの制度を利用した割合は最近の調査では 15.7%，このうち介護休業と介護休暇の利用者割合はおのおの，3.2%，2.3％で合計でも 5.5％にとどまった[5]．

本調査では介護目的の休暇の利用状況やその利用に関するバリアなどを調べ，今後の介護休暇制度の普及のための基礎データを提供するものである．

結　果

合計 1,732 名（内訳：緩和ケア病棟 1,017 名，一般病棟 363 名，在宅 352 名）にアンケートを配布し，有効回答数を 841 名（有効回答率 48.6％）より得た．仕事を持っていた家族ののべ人数を**表 1** に示す．患者の介護に関わっていた家族のうち，仕事を持っていた家族ののべ人数は全回答者 841 名中 603 名（71.7%）であった．全回答者 541 名中，自身が一番長い休暇を取得していた主介護者は 340 名（62.8％）であった．

背景因子の結果

主介護者の背景因子では，全体の平均年齢は 54.4 歳，男女別では男性 174 名（35.4%）女性 318 名（64.6%），本人との関係では多い順に，子 289 名（57.8%），配偶者 132 名（26.4%），婿および嫁 35 名（7.0％），兄弟姉妹 26 名（5.2%），親 6 名（1.2％）であった．常勤者の人数は 341 名（72.4%）企業体では，民間会社勤務者が 306 名（62.2％），公務員 47 名（4.6%），その他 139 名（そのうち，自由回答に記載のあった自営業従事者は 54 名（28.3%）），企業体の従業員数は 20 人

表 1　介護に関わりながら仕事に従事していた家族の人数（単位：名）

人数	緩和	一般	在宅	合計
0 名	147	45	46	238（28.3%）
1 名	132	38	48	218（25.9%）
2 名	120	46	66	232（27.6%）
3 名	68	14	15	97（11.5%）
4 名	28	10	6	44　（5.2%）
5 名	3	2	2	7　（0.8%）
6 名	4	0	1	5　（0.6%）
上記 1 ～ 6 名の合計	355	110	138	603（71.7%）
総合計	502	155	184	841（100%）

以下 151 名（32.8%），21～300 人 156 名（33.9%），301 人以上 111 名（24.1%）であった．

1）主アウトカム

主介護者の看取りの場ごと（緩和ケア病棟，一般病棟，在宅）の主介護者が取得した介護休暇の期間別（1 週間未満，1 週間以上 1 カ月未満，1 カ月以上 3 カ月未満）の取得状況を**表 2** に示す．

2）副次アウトカム

a. 介護目的の休暇取得期間別および，看取りの場ごとの主介護者の介護期間中の離職率（後日復職した者を含む）を示す（**表 3**）．介護期間中に離職後，現在も復職していない人の割合を示す（**表 4**）．

b. 介護目的の休暇を取得する際の阻害因子（バリア）7 項目に対して，主介護者を対象に各項目が阻害因子（バリア）と思うか否か（Yes/No）を尋ねて回答を得た結果を示す（**表 5**）．

c. 在宅看取りの可能

i）介護目的の休暇が取れないことが自宅看取りの阻害因子となっているかについて，看取りの場が在宅ではなく緩和ケア病棟もしくは一般病室であった介護者に「あなたご自身を含む，ご家族のうちどなたかが介護のために休暇を取れていれば，患者様を自宅でお看取りされた可能性があったでしょうか」と尋ね，1．強くそう思う，2．そう思う，3．そう思わない，4．全くそう思わ

表 2　看取りの場（緩和病棟，一般病棟，在宅）別の介護休暇の取得状況（単位：名）

期間	緩和	一般	在宅	全体
1 週間未満	85（31.0%）	39（44.3%）	33（30.5%）	157（33.4%）
1 週以上 1 カ月未満	85（31.0%）	26（29.5%）	29（26.8%）	140（29.8%）
1 カ月以上 3 カ月未満	50（18.3%）	11（12.5%）	26（24.1%）	87（18.5%）
不明	54（19.7%）	12（13.6%）	20（18.5%）	86（18.3%）
全体	274（100%）	88（100%）	108（100%）	470（100%）

表 3　介護目的の休暇取得期間別の主介護者の介護期間中の離職率（単位：%）

期間	緩和	一般	在宅	全体
1 週間未満	3.5　（3/85）	2.6　（1/39）	15.2　（5/33）	5.7　（9/157）
1 週以上 1 カ月未満	4.7　（4/85）	3.8　（1/26）	13.8　（4/29）	6.4　（9/140）
1 カ月以上 3 カ月未満	22　（11/50）	18.2　（2/11）	15.4　（4/26）	19.5　（17/87）
全体	8.2（18/220）	5.3　（4/76）	14.8　（13/88）	9.1（35/384）

表 4　主介護者のうち，介護のために離職後現在も復職していない（最終離職）割合

休暇期間別	離職率（%）
1 週間未満	3.2　（5/157）
1 週間以上上 1 カ月未満	3.6　（5/140）
1 カ月以上 3 カ月未満	3.4　（3/87）
看取りの場	離職率（%）
緩和病棟	2.7　（6/220）
一般病棟	0.0　（0/76）
在宅	7.9　（7/88）
合計	3.4（13/384）

表中（　）内の数値は，分母：各カテゴリー別の回答者，分子：離職者数を示す

表5　介護のために仕事の休みが取りにくい理由（複数回答可）（単位：名）

介護休暇を取りにくい理由	緩和	一般	在宅	全体
同僚に迷惑をかける	177（49.8%）	57（51.8%）	64（46.4%）	298（49.4%）
収入が減る	93（26.2%）	28（25.4%）	38（23.9%）	159（26.3%）
介護期間の見通しが立たない	90（25.3%）	24（21.8%）	33（23.9%）	147（24.4%）
介護休暇の利用者が他にいない	25　（7.0%）	11（10.0%）	12　（8.7%）	48　（7.9%）
介護休暇の制度を知らない	25　（7.0%）	5　（4.5%）	2　（1.4%）	32　（5.3%）
休暇後に仕事に復帰しにくい	22　（6.2%）	3　（2.7%）	4　（2.9%）	29　（4.8%）
上司が許可しない	12　（3.3%）	4　（3.6%）	3　（2.2%）	19　（3.1%）
その他	29　（8.1%）	6　（5.4%）	15（10.8%）	50　（8.3%）
総回答者数（名）	355	110	138	603

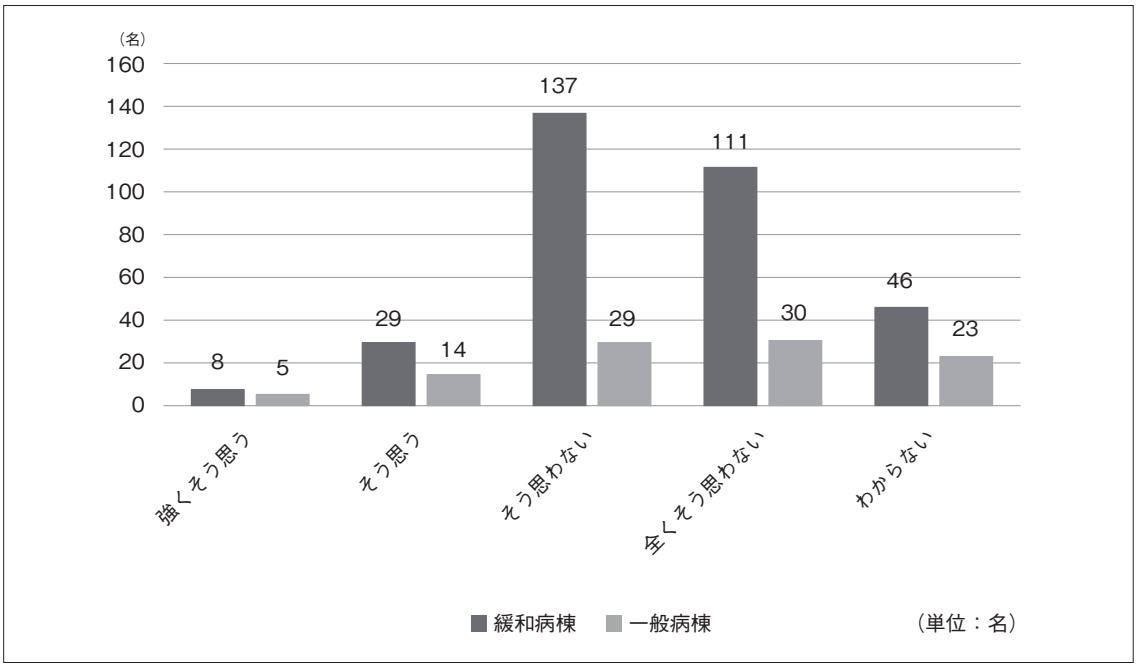


図1　介護休暇がもっと長く取れたら在宅看取りの可能性があったか？

ない，5. わからない　の4件法で回答を得た（**図1**）．“強くそう思う”と“そう思う”と回答した合計人数は全体回答者432名中56名（13.0%）であった一方，“そう思わない”と“全くそう思わない”の合計人数は307名（71.1%）と全体の過半数を占めた．緩和ケア病棟と一般病棟別の内訳では，緩和ケア病棟，在宅で，“強くそう思う”と“そう思う”と回答した人の割合は，それぞれ11.2%（331名中37名），18.8%（101名中19名）であった．

ii）介護目的の休暇の取得が．在宅看取りの促進因子であるかどうかについて，在宅での看取りに主介護者として従事した方を対象に，「介護のために仕事を休むことは，患者様を自宅でお看取りになられる際に助けになりましたか」と尋ね，1. 非常に助かった，2. 助かった，3. どちらといえない，4. 助けにならなかった，5. 全く助けにならなかった，の5件法で回答を得た．

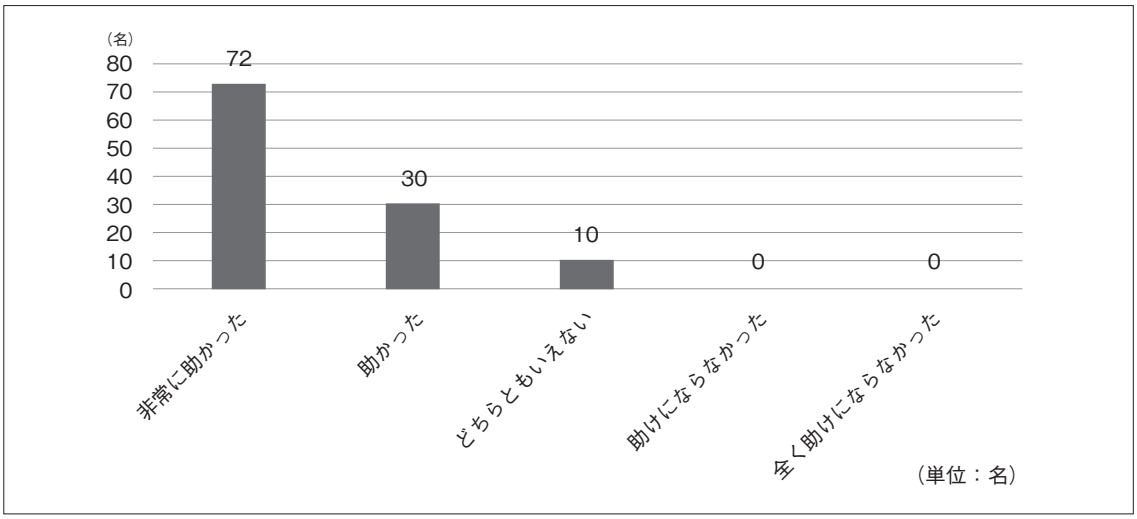


図 2　介護のための休みは在宅看取りの助けとなったか？

“非常に助かった”と“助かった”の回答割合の合計は 91.1%（112 名中 102 名）であり，“助けにならなかった”と“全く助けにならなかった”の回答者は 0 名であった（**図 2**）．

考　察

1）主アウトカム

最も長い介護目的の休暇の取得期間が 1 週間未満であった，すなわち主介護者がほとんど休暇を取らなかった割合は約 3 割であった．また 1 週間以上 1 カ月未満の休暇取得者が全体の約 3 割を占めたが，この群は介護目的の休暇の大半を有給休暇（年休）の消化や欠勤などで対応し乗り切った状況と推察できる．介護目的の休暇期間が計 1 カ月以上 3 カ月未満の群は全体で約 2 割を占めた．この群の看取りの場の内訳では，在宅，緩和ケア病棟，一般病棟の順に高く，在宅と一般病棟はそれぞれ 24%，12% と約 2 倍の差がみられた．1 カ月以上休暇を取得した群は有給休暇の消化や欠勤に加えて，介護休業や介護休暇などの何らかの制度を利用した可能性が他の群より高い．ただ今回の調査では“介護休業および介護休暇”という用語がまだ一般市民に十分に普及していないため，これらの用語を質問紙に含めなかった．したがって，今回は，介護休業および介護休暇などの利用率としての正確なデータは得られなかった．今回得られたデータからは，合計 93 日まで取得できる介護休業やその他の介護休暇に関する何らかの制度を利用した人の割合は，多く見積もっても 2 割に満たないと推測できる．これは過去のデータで何らかの介護休暇などの制度の利用割合 15.7% [5] と類似した数値と解釈可能である．

2）副次アウトカム

a. 介護離職率と休暇取得期間および療養の場との関係

介護のために離職した主介護者の割合は，全体で 9.1% であった．介護目的の休暇期間別の離職率の比較では，1 週間未満 5.7%，1 週間以上 1 カ月未満 6.4% に比べて，1 カ月以上 3 カ月未満 19.5% と，1 カ月以上の介護目的の休暇を取得した主介護者は，約 3 倍の離職率であった．看取りの場ごとの比較では，緩和病棟 8.2%，一般病棟 5.3%，在宅 14.8% と，在宅看取りの場合には，緩和ケア病棟，一般病棟より離職率が 2 倍程度高く，在宅看取りでは他の療養の場より介護負担が大きいことが示唆された．

今回，介護離職した主介護者がアンケート回答時点でも復職していない割合（最終離職率）は，全体で 3.4％と低率で，離職者の約 2/3 は復職していた．介護休暇取得期間別では，復職できていない割合は，休暇の長短によらず 3.5％前後であった．離職率が最も高かった 1 カ月以上の休みを取得した群では介護による離職率が 19.5%（離職者 17 人）であったがそのうち 14 名（82%）は復職していた．休暇期間ごとの最終離職率はいずれも 3.5％程度とで差は認められなかった．先行調査では，がんを含む介護期間が「1 年以内」と短い場合は 介護者の 90% が同一就業 を継続していることが示されている[6]．今回の結果はこの先行調査と矛盾しない．

b. 介護目的の休暇を取得する際の阻害因子

主介護者からみた，介護目的の休暇を取得する際の阻害因子（バリア）について，「同僚に迷惑をかける」は約 5 割，「収入が減る」と「介護期間の見通しがたたない」は 4 人に 1 人が阻害因子と考えていた．療養の場による差はほとんど認めなかった．「介護休暇の利用者が他にいない」，「介護休暇の制度を知らない」，「休暇後に仕事に復帰しにくい」，「上司が許可しない」はいずれも 10% 以下であり阻害因子としては比較的軽微であると考えられた．2017 年 1 月 1 日に改正育児・介護休業法が施行され，各企業体に 1 人あたり合計 93 日までの介護休業を保障することが義務化された．介護休業期間の賃金は以前の 40% から 67% へ引き上げられた．また介護の見通しが立たない場合が多いことから，93 日を最高 3 回まで分割して取得可能となった[7]．この改正育児介護休業法が今後普及することは介護負担を減らすことに貢献するだろう．介護休暇の制度を知らないという因子は，全体で 5% と予想より低く，就労する介護経験者は介護休暇の制度を知っている人が 95％，特に在宅看取り経験者ではほぼ全員に近い結果であり，介護休暇制度の認知度が浸透しつつある状況がうかがえた．

c. 介護休暇が取れることと在宅看取りとの関連

i）介護休暇がもっと取得できたら在宅で看取りをした可能性があると回答した人の合計割合は，緩和ケア病棟で約 1 割，一般病棟で約 2 割の低率にとどまり，大多数の介護者は休暇が仮にもっと長く取れたとしても，そのことで在宅看取りとなった可能性は低いと考えていた．特に一般病棟はもっと高い数値を予測していたが予想を大幅に下回る低い割合であった．緩和ケア病棟での看取りは在宅看取りと同様レベルに遺族調査での満足度が高いことや[3]，また最後の療養の場として在宅ではなく緩和ケア病棟での看取りを当初から希望していた者がそこで最期を過ごす可能性が高いため，長い休暇をとってまでも在宅での看取りを希望しない家族が大多数であった可能性がある．現状ではがん患者の約 8 割程度が一般病室で亡くなっているが，過去の政府の調査では約半数かそれ以上の国民が，がんになったら最後は自宅でできるだけ療養したいと答えている．今回の調査対象は本人ではなく，主介護者である家族であり，本人の最後の療養の場の希望を理解していてもそれを実現できない介護休暇以外の他のさまざまな理由（在宅緩和ケアの供給不足や在宅移行が病院側から提案されないなど）が存在した可能性がある．あるいは，患者本人が当初は在宅が良いと考えても，いざ要介護状態となったら家族に気をつかい，自分の希望を主張せず病院でそのまま最期を過ごすケースは少なくないだろう．望んだ場で最期を過ごせるための療養環境への支援体制を今後も推進する必要がある．

ii）在宅看取りであった介護者を対象に，介護目的の休暇の取得が自宅看取りの助けになったか（促進因子）を 5 件法で質問した項目では，促進因子と答えた割合が 91.1％と当初の予想通り高率であった．在宅療養や看取りを実現するための必須要素はさま

ざまある中で，介護者の休暇を取りやすくすることは在宅看取りの促進因子とみなし，制度の普及，充実を進めていく必要がある．

まとめ

がん終末期患者の主介護者が仕事に従事している場合に，1カ月以上の休暇を取得した人の割合は約2割にとどまり，介護休業および介護休暇制度の利用が普及に程遠い現状が示された．介護目的の休暇を取る場合の阻害因子として，“同僚に迷惑をかける”，“収入が減る”，“介護期間の見通しがたたない”の3因子が同定された．これら3つの阻害因子を解消しうる介護休業，介護休暇制度の普及・利用促進が今後の課題である．

文　献

1）厚生労働省H21年人口動態調査 http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000105vx-att/2r9852000001012k.pdf（アクセス日2020年1月13日）
2）内閣府H19年「高齢者の健康に関する意識調査」https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/gaiyou/s1_2_3.html（アクセス日2020年1月13日）
3）日本ホスピス緩和ケア振興財団「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3（J-HOPE3）運営委員会編　2016. http://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/j-hope/J-HOPE3/J-HOPE3_2_1.pdf（アクセス日2020年/1月13日）
4）終末期医療に関する意識調査H20年．https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/gaiyou/s1_2_3.html（アクセス日2020年1月13日）
5）総務省統計局　就業構造基本調査H24年（H25年7月12日）P72　https://www.stat.go.jp/data/shugyou/2012/pdf/kgaiyou.pdf（アクセス日2020年1月13日）
6）独立行政法人労働政策研究・研修機構　調査シリーズNo.153　介護者の就業と離職に関する調査（2015年7月）https://www.jil.go.jp/institute/research/2016/documents/153_01.pdf （アクセス日2020年1月14日）
7）源河真規子　報告　育児･介護休業法の改正について．https://www.jil.go.jp/event/ro_forum/20161012/houkoku/03_houkoku.html （アクセス日2020年1月14日）

31

死別後に経験する遺族の社会的苦痛（二次的喪失に伴う苦痛）とソーシャルキャピタルとの関連

清水　陽一*

サマリー

家族は，死別そのものによる衝撃とともに，家族役割や収入の変化などのさまざまな困難を経験する．死別した家族がいない生活への適応への支援においてソーシャルサポートは重要である．しかし，日本においては世帯構成の変化，地域住民との交流の希薄化により，社会的孤立化のリスクが高まっている．そこで，①死別に伴い単独世帯となった方の割合と社会的孤立のリスクの高い人の割合を明らかにすること，②死別に伴う単独世帯化，および社会的に孤立するリスクと，二次的ストレッサーの体験や抑うつ，悲嘆との関連について明らかにすること，③具体的なソーシャルサポートの提供元や医療者からのサポートの有無について明らかにすること，を目的として調査を行った．終末期に緩和ケアを受けたがん患者の遺族において，約35％が死別に伴い単独世帯となり，約30％において社会的に孤立するリスクが高いことが，明らかになった．死別に伴う単独世帯化及びソーシャルネットワークの縮小化は二次的ストレッサーの体験の程度，抑うつ，悲嘆のリスク因子であり，死別により単独世帯に移行した遺族のうち，ソーシャルネットワークが小さく社会的孤立のリスクが高い遺族において特にハイリスクであることが明らかとなった．

目　的

家族は死別そのものによる衝撃とともに，家族役割や収入の変化などのさまざまな困難を経験する．前者は一次的ストレッサー（一次的喪失），後者は二次的ストレッサー（二次的喪失）と呼ばれる[1,2]．Stroebe らは，一次的ストレッサーに焦点を当てた喪失志向のコーピングと，二次的ストレッサー，すなわち，新しい生き方に向き合うことに焦点を当てた回復志向のコーピングを行き来しながら適応していくという二重過程モデル（dual process model）を提唱している[2]．死別した家族がいない生活への適応への支援においてソーシャルサポートは重要である．

*国立がん研究センター中央病院 看護部（研究代表者）

世帯人員の減少に伴い，家族からのサポートを十分に得られない遺族が一定数いることが予想され，特に死別により単独世帯となる遺族においてハイリスクである．家族からのサポートが得られない場合，親族や友人，地域住民などからサポートを得られるかどうかが重要となる．しかし，日本では親族との関係性や地域住民との交流の希薄化が進んでおり，その程度は地域によっても異なる[3]．この地域との結びつきの強さの概念としてソーシャルキャピタルが注目されている．ソーシャルキャピタルは「規範」「信頼」「ネットワーク」の3要素で構成され，そのうちネットワークはソーシャルキャピタルの構造的な側面であり，重要である．死別に伴い単独世帯となり，かつ，社会的に孤立するリスクの高い遺族は十分なサポートを得られない可能性が高い．そのため，実際に単独世帯化する遺族や社会的に孤立するリスクの高い遺族がどの程度存在し，2次的ストレッサーの体験や心理的苦痛をどの程度抱えているのかを明らかにすることは重要である．

そこで，本調査では，①死別に伴い単独世帯となった方の割合と社会的孤立のリスクの高い人の割合を明らかにすること，②死別に伴う単独世帯化，および社会的に孤立するリスクと，二次的ストレッサーの体験や抑うつ，悲嘆との関連について明らかにすること，③具体的なソーシャルサポートの提供元や医療者からのサポートの有無について明らかにすること，を目的とする．さらに，終末期の療養場所の違いにより地域との結びつきや支援が異なる可能性があるため，終末期の療養場所の違いによる比較を行う．

結　果

緩和ケア病棟，一般病棟，在宅で亡くなられたがん患者の遺族，それぞれ1,018名，358名，364名に調査票を配布し，644名（63.3％），205名（57.3％），246名（67.6％）より返信があった．回答拒否を除く，539名（52.9％），163名（45.5％），211名（58.0％），合計913名が分析対象となった．

1）死別に伴い単独世帯となった遺族，および社会的に孤立するリスクの高い遺族の割合

ソーシャルネットワークは日本語版Lubben Social Network Scale 短縮版（LSNS−6：範囲0～30点）を使用した[4]．LSNS−6の総得点に終末期の療養場所による違いはなかった（**表1**）．社会的孤立の可能性が高いとされる12点未満の人の割合は約30％であった．

死別後に単独世帯になった遺族が全体として約35％で，死別場所による違いはみられなかった．死別後に単独世帯になった遺族とそうでない遺族でLSNS−6の得点は，それぞれ平均（SD）：14.6（6.49），14.7（5.99）で違いはなかった．また，約1割の方が患者のがん罹患後に仕事を辞める体験をされていた（**表2**）．がん罹患後に仕事を辞める体験をした人とそうでない人で，LSNS−6の得点に違いはなかった．

2）死別関連の二次的ストレッサーの体験

死別関連の二次的ストレッサーの体験は死別関連二次的ストレッサー尺度（BSSS）を用いて測定した[5,6]．BSSSは，「経済的問題（4項目）」「周囲との人間関係（4項目）」「死別後の雑事（4項目）」「家族関係の悪化（3項目）」「日常生活上の困難（4項目）」の合計19項目で，「0点：つらくはなかった／経験していない」「1点：少しつらかった」「2点：つらかった」で回答する尺度（0～38点）である．本調査におけるBSSSの総得点は平均（SD）：7.8（5.85）であった．下位ドメインでは，「死別後の雑事」の得点が最も高く，次いで「経済的問題」，「日常生活上の困難」であった（**表1**）．「死別後の雑事」では，緩和ケア病棟や一般病棟と比して在宅ではやや低い傾向があり，「日常生活上の困難」においては，一般病棟に対して，緩和ケア病棟，および在宅で低い傾向がみられた（**表1**）．

遺族の続柄が配偶者の場合（配偶者：10.0，非配偶者：6.7），女性の場合（女性：9.0，男性：7.7）に死別関連二次的ストレッサーを多く経験している傾向がみられた．

表1　二次的ストレッサーの体験の程度とソーシャルネットワークの大きさ

		合計 (n=913)			緩和ケア病棟 (n=539)			一般病棟 (n=163)			在宅 (n=211)			検定	
	変数	n	平均	(SD)	n	平均	(SD)	n	平均	(SD)	n	平均	(SD)	統計量	ρ
BSSS	総得点（0～38）	832	7.8	(5.85)	493	7.7	(5.73)	142	8.3	(6.10)	197	7.4	(5.96)	F=1.02(注1)	0.36
	経済的問題（0～8）	859	1.6	(2.07)	508	1.5	(2.07)	151	1.8	(2.21)	200	1.5	(1.94)	F=1.22(注1)	0.30
	周囲との人間関係（0～8）	871	0.7	(1.41)	514	0.6	(1.34)	152	0.7	(1.51)	205	0.6	(1.50)	F=0.21(注1)	0.81
	死別後の雑事（0～8）	870	3.7	(2.27)	512	3.9	(2.36)	152	3.7	(2.11)	206	3.4	(2.10)	F=3.59(注1)	0.03
	家族関係の悪化（0～6）	879	0.5	(1.22)	518	0.5	(1.17)	154	0.5	(1.27)	207	0.5	(1.31)	F=0.22(注1)	0.80
	日常生活上の困難（0～8）	875	1.4	(1.66)	514	1.3	(1.56)	153	1.7	(1.96)	208	1.3	(1.62)	F=3.6(注1)	0.03
LSNS−6	総得点（0～30）	871	14.7	(6.16)	513	14.9	(6.35)	154	14.5	(6.34)	204	14.3	(5.53)	F=0.65(注1)	0.52
	社会的孤立のリスク高い（12点未満）		266	30.5%		157	30.6%		48	31.2%		61	29.9%	X^2=0.1(注2)	0.97
	家族や親せき（0～15）	885	7.9	(3.11)	524	8.1	(3.13)	155	7.8	(3.19)	206	7.7	(2.97)	F=1.22(注1)	0.30
	友人（0～15）	876	6.7	(4.07)	518	6.8	(4.17)	154	6.6	(4.31)	204	6.7	(3.64)	F=0.11(注1)	0.90
BGQ	総得点（0～10）	879	4.5	(2.34)	518	4.4	(2.35)	158	4.9	(2.18)	203	4.4	(2.42)	F=3.68(注1)	0.03
	複雑性悲嘆がハイリスク（8点以上）		95	10.8%		55	10.6%		21	13.3%		19	93.6%	X^2=1.5(注2)	0.48
PHQ−9	総得点（0～27）	858	4.3	(4.97)	503	4.1	(4.74)	153	4.8	(5.72)	202	4.4	(4.95)	F=1.04(注1)	0.36
	中等度以上の抑うつ症状（10点以上）		118	13.8%		68	13.5%		25	16.3%		25	12.4%	X^2=1.2(注2)	0.55

BSSS: 死別関連二次的ストレッサー尺度，LSNS−6 日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版，BGQ:Brief Grief Questionnaire，PHQ−9:Patient Healthcare Questionnaire-9
注1）一元配置分散分析，注2）X^2 検定

3）ソーシャルネットワークと死別関連2次的ストレッサーの体験，抑うつ，悲嘆との関連

社会的孤立のリスクが高い場合は低い場合と比較して2次的ストレッサーを体験するリスクが高く，死別後に単独世帯化した遺族はそうでない遺族と比較して2次的ストレッサーを体験するリスクが高い（**図1**）．特に，死別後に単独世帯になった遺族で社会的孤立のリスクが高い場合はBSSS得点が高かった（**図1**）．仕事を辞める体験は死別関連の2次的ストレッサーと関連はなかった．

社会的孤立の可能性の高い死別後に単独世帯となった遺族において，中等度以上の抑うつ症状を有する（Patients Health Questionnaires-9（PHQ−9）[7,8]得点>9）割合，複雑性悲嘆のリスクが高い（Brief Greif Questionnaire（BGQ）[9,10]得点>7）割合が特に高い傾向が示された（**図2**）．

仕事を辞める体験では，死別後に患者の罹患や死別により離職した遺族のうち，社会的孤立の可能性が高い場合に，中等度以上の抑うつ症状を有する割合や複雑性悲嘆のリスクの高い割合が特に高い傾向が示された（**図3**）．患者の罹患や死別により離職した場合は社会的孤立のリスクが低い場合は中等度以上の抑うつ症状を有する割合や複雑性悲嘆のリスクの高い割合が低かったが，患者の罹患や死別以外の理由で離職した場合，社会的孤立のリスクによる違いはなかった（**図3**）．

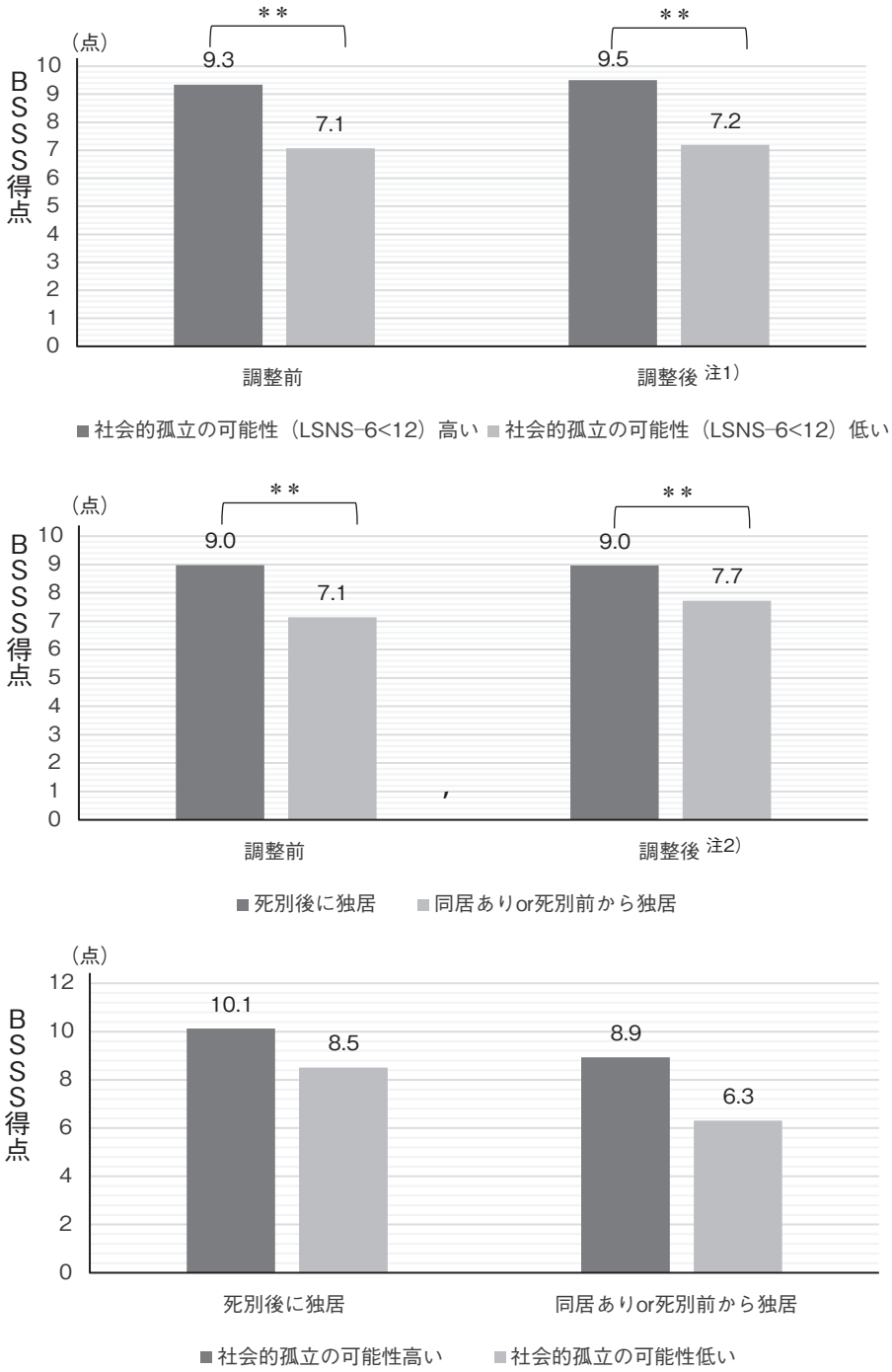
4）心の支えや有益な情報の提供を誰から受けたか（図4）

心の支えや有益な情報の提供元としては，家族が最も多く，友人・知人・職場の同僚や親族が次いで多かった（**図4**）．それ以外については個人差があり，心の支えや有益な情報の提供を受けた人の割合は少なかったが，在宅において，地域の医療者（医師や看護師，ソーシャルワーカーなど），および書籍が心の支えや有益な情報の提供元と回答する割合が高い傾向にあった（**図4**）．また，統計的に有意ではなかったが，親族や友人・知人・職場の同僚についても在宅において心の支えや有益な情報の提供元として回答する割合

表2　単独世帯かどうか，仕事への影響，心の支えや有益な情報の提供を誰から受けたか

	全体			緩和ケア病棟			一般病棟			在宅			検定	
あなたの現在，1人暮らしですか？	n	人数	%	n	人数	%	n	人数	%	n	人数	%	X^2 値	p
死別後より1人暮らし	891	313	35.1%	527	175	33.2%	157	63	40.1%	207	75	36.2%	6.38	0.17
以前から1人暮らし		20	2.2%		15	2.8%		4	2.5%		1	0.5%		
同居人がいる		558	62.6%		337	63.9%		90	57.3%		131	63.3%		
あなたは現在，仕事（フルタイム・パートタイムを問わず，報酬を伴う仕事）をされていますか？														
患者の罹患や死別の影響で辞めた	885	53	6.0%	525	24	4.6%	156	10	6.4%	204	19	9.3%	7.01	0.32
患者の罹患や死別以外の理由で辞めた		33	3.7%		20	3.8%		7	4.5%		6	2.9%		
以前から仕事についていない		345	39.0%		210	40.0%		56	35.9%		79	38.7%		
仕事についている		454	51.3%		271	51.6%		83	53.2%		100	49.0%		
医療者（ソーシャルワーカー，医師，看護師など）が死別後の日常生活について十分に相談にのってくれた														
十分な相談あり[注1)]	852	167	19.6%	499	92	18.4%	154	26	16.9%	199	49	24.6%	19.79	＜.01
どちらともいえない		212	24.9%		146	29.3%		23	14.9%		43	21.6%		
十分な相談なし[注2)]		473	55.5%		261	52.3%		105	68.2%		107	53.8%		
生前に本人と死別後のお金のやりくりについて（遺産相続を含む）十分に話し合えた														
十分に話し合えた[注3)]	861	261	30.3%	504	148	29.4%	154	44	28.6%	203	69	34.0%	2.84	0.58
どちらともいえない		164	19.0%		102	20.2%		26	16.9%		36	17.7%		
十分に話し合えなかった[注4)]		436	50.6%		254	50.4%		84	54.5%		98	48.3%		
医療者は死別後の経済面や日常生活について必要時に利用可能な相談窓口やサービスなどを紹介してくれた														
紹介してくれた[注5)]	841	103	12.2%	491	53	10.8%	152	19	12.5%	198	31	15.7%	9.27	0.05
どちらともいえない		215	25.6%		135	27.5%		27	17.8%		53	26.8%		
紹介してくれなかった[注6)]		523	62.2%		303	61.7%		106	69.7%		114	57.6%		

注1），3），5）：「ややそう思う」「そう思う」「非常にそう思う」の合計
注2），4），6）：「あまりそう思わない」「そう思わない」「全くそう思わない」の合計



注1）遺族の年齢・続柄・性別，医療者からの支援や生前にお金のやりくりについて相談できたかどうか，死別後の単独世帯化の有無で調整
注2）遺族の年齢・続柄・性別，医療者からの支援や生前にお金のやりくりについて相談できたかどうか，LSNS-6得点で調整
＊＊… p<0.01 調整前：t 検定，調整後：ANCOVA

図１　死別に伴う単独世帯化，および社会的孤立のリスクと死別関連２次的ストレッサーの体験との関係

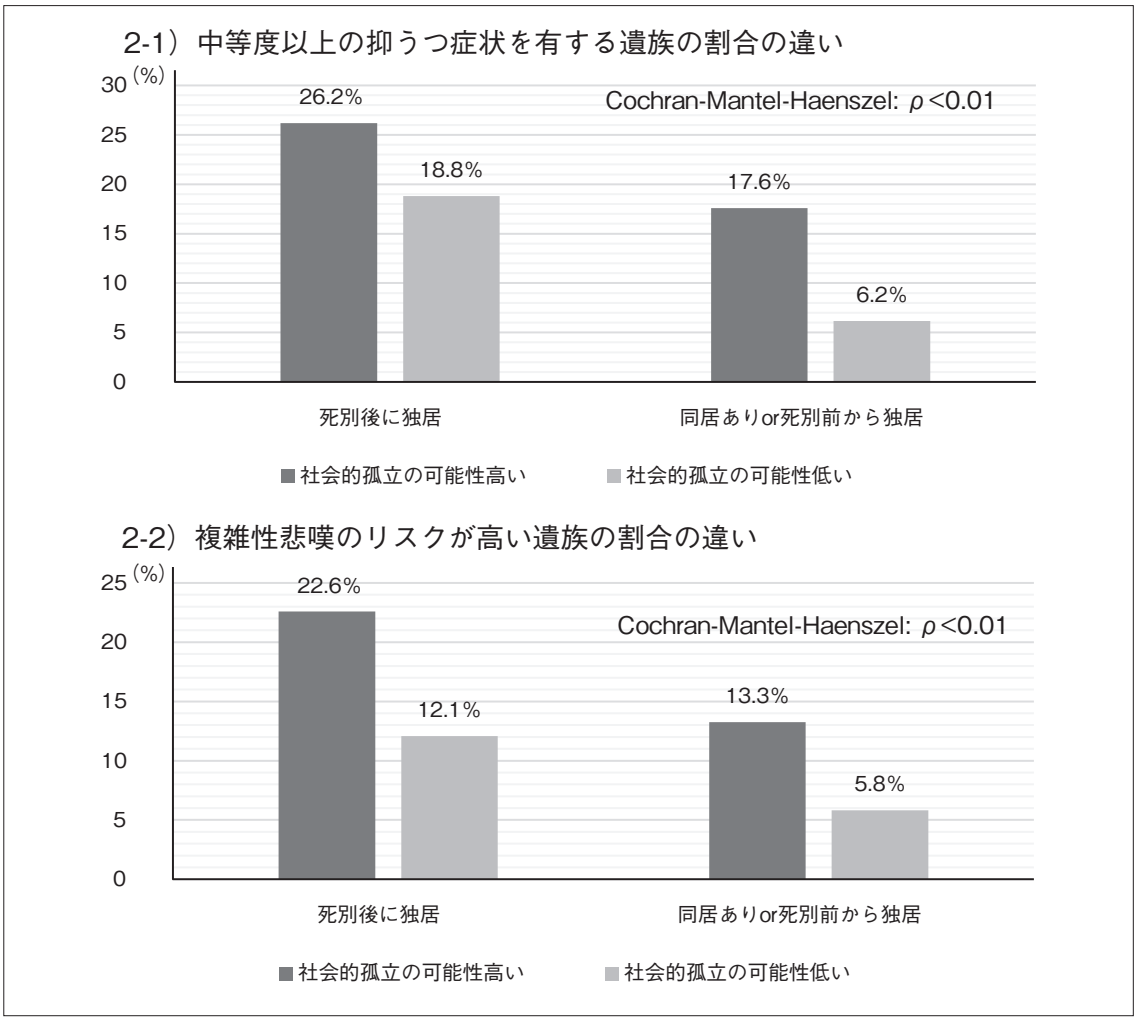


図 2　死別に伴う単独世帯化，および社会的孤立のリスクと抑うつ，複雑性悲嘆のリスクとの関係

が高い傾向にあった．

5）医療者からの支援や生前にお金のやりくりについて相談できたかどうかについて

医療者と死別後の日常生活について相談できた遺族は約 20％であり，一般病棟や緩和ケア病棟で亡くなられた遺族より在宅でケアを受けていた遺族のほうがよく相談できている傾向がみられた．また，医療者が死別後の経済面や日常生活について必要時に利用可能な相談窓口やサービスなどを紹介してくれたかどうかについては紹介してくれたと回答した遺族は約 12％と少なかったが，在宅でケアを受けていた遺族においてより紹介を受けている傾向がみられた（**表 2**）．本人と生前に死別後のお金のやりくりについて話し合えた遺族は約 30％で，場所による違いはなかった．

医療者と死別後の日常生活について相談できたかどうかと日常生活について必要時に利用可能な相談窓口やサービス等を紹介してくれたかどうかについては，できた場合に BSSS 得点が低い傾向にあったが，年齢や続柄，LSNS-6 で調整後は差がなくなった．一方で，本人と生前に死別後のお

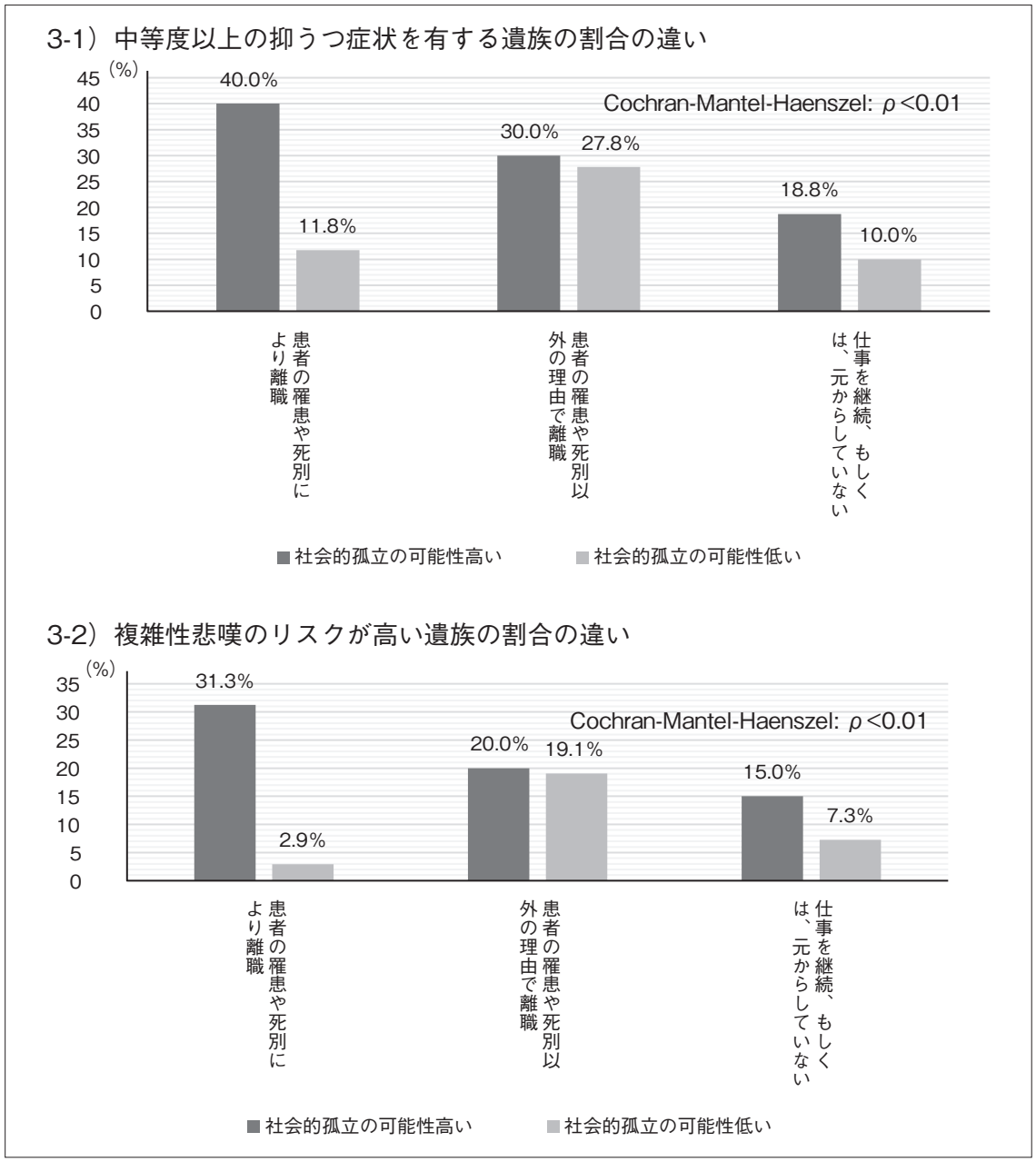
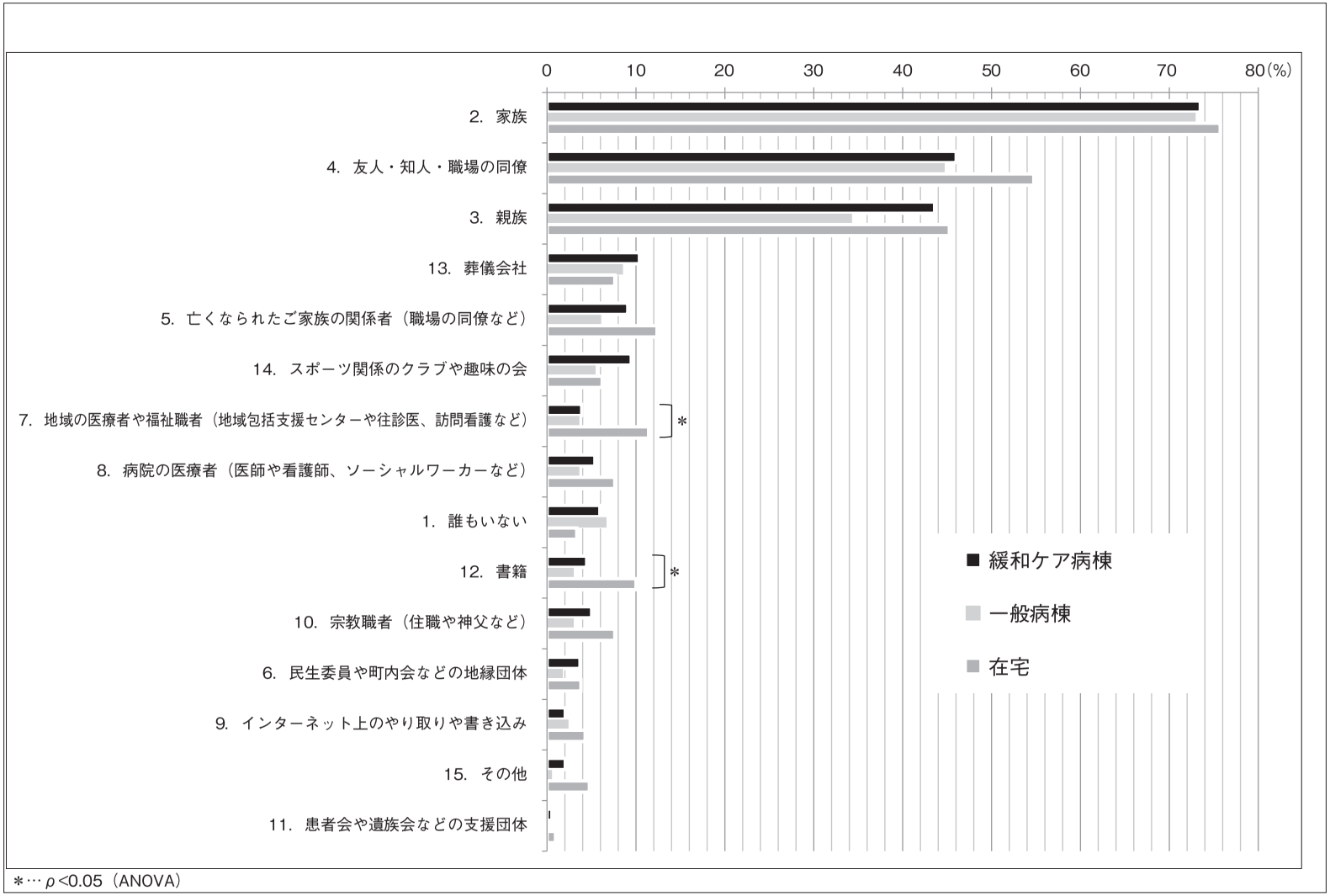


図 3　死別後の離職の有無，および社会的孤立のリスクと抑うつ，複雑性悲嘆のリスクとの関係

金のやりくりについて話し合えた遺族は BSSS 得点，特に経済的問題の得点が低い傾向があり，年齢や続柄，LSNS−6 得点などで調整後もその傾向は維持された（**図 5**）．

考　察

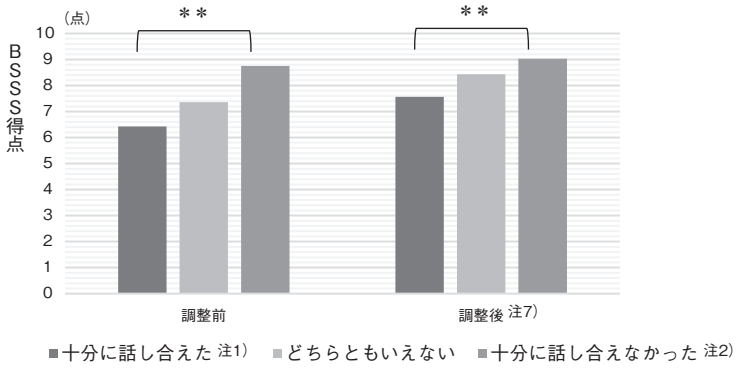
終末期に緩和ケアを受けたがん患者の遺族において，約 35％が死別に伴い単独世帯となり，約



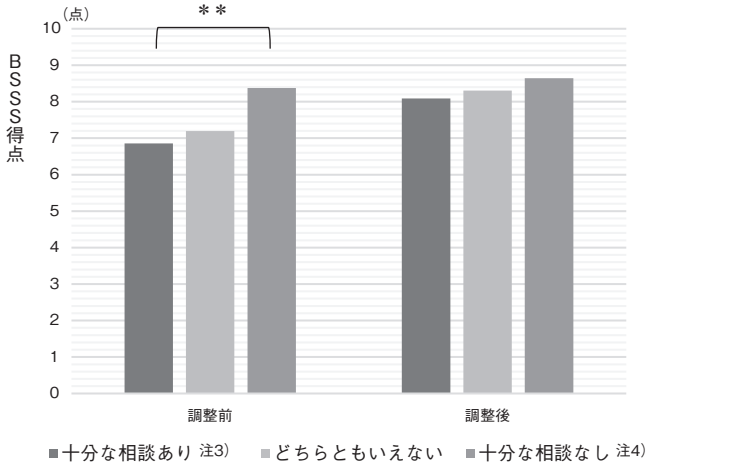
*… $p<0.05$（ANOVA）

図４　心の支えや有益な情報の提供を誰から受けたか

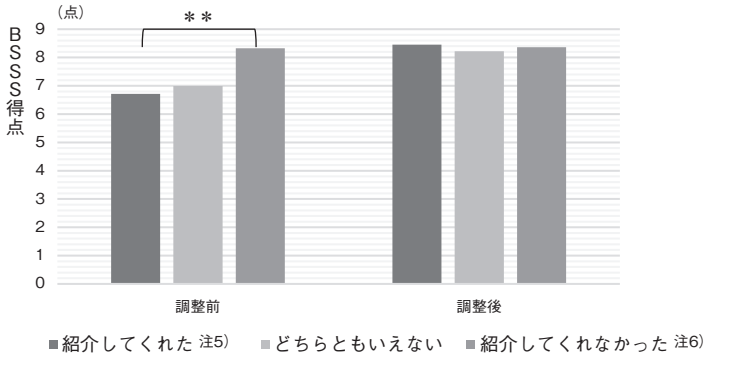
5-1）本人と生前に死別後のお金のやりくりについて話し合えたかどうか



5-2）医療者と死別後の日常生活について相談できたかどうか



5-3）日常生活について必要時に利用可能な相談窓口やサービスなどを紹介してくれたか



注1），3），5）：「ややそう思う」「そう思う」「非常にそう思う」の合計
注2），4），6）：「あまりそう思わない」「そう思わない」「全くそう思わない」の合計
注7）：遺族の年齢・続柄・性別，医療者からの支援や生前にお金のやりくりについて相談できたかどうかの他の項目，死別後の単独世帯化の有無，LSNS-6得点で調整
＊＊… p <0.01 調整前：t 検定，調整後：ANCOVA

図５　医療者からの支援や生前にお金のやりくりについて相談できたかどうかと死別関連２次的ストレッサーの体験との関係

30％において社会的に孤立するリスクが高いことが明らかになった．死別に伴う単独世帯化およびソーシャルネットワークの縮小化は二次的ストレッサーの体験の程度，抑うつ，悲嘆のリスク因子であり，死別により単独世帯に移行した遺族のうち，ソーシャルネットワークが小さく，社会的孤立のリスクが高い遺族において特にハイリスクであることが明らかとなった．

本調査において社会的孤立のリスクの高い方の割合は約 30％であり，高齢者を対象とした日本の先行研究[4]における約 20％と比較して高く，社会的孤立のリスクの高い集団である．また，死別により単独世帯に移行した遺族が約 35％であった．日本では，単独世帯および夫婦のみの世帯，ひとり親と未婚の子のみの世帯は増加傾向にあり，特に高齢者（65 歳以上）のいる世帯では単独世帯（27.2％），夫婦のみの世帯（31.1％），ひとり親と未婚の子のみの世帯（8.0％）でその傾向はより顕著である[3]．夫婦のみの世帯をはじめ，世帯人員が 2 人の場合，死別に伴い単独世帯となる可能性が高く，今後ますます死別により単独世帯に移行する遺族の割合は増加することが予想される．

死別により単独世帯となった遺族は死別関連 2 次的ストレッサーを多く経験し，抑うつや複雑性悲嘆のリスクが高かった．同居家族が亡くなることで家族内の役割の変化が生じ，2 人暮らしから単独世帯に移行した場合にその影響は大きく，日常生活上のストレスが増加しやすい．また，単独世帯に移行した遺族は患者と最も近い関係であった可能性が高く，死別後の雑事において主たる役割を担い，単独世帯となることで回りからのサポートも得にくいため死別後の雑事に関連した二次的ストレッサーを経験するリスクが高い．また，単独世帯に移行した遺族は亡くなられた方との愛着が強い可能性が高く，死別後に同居人がいないことで気晴らしの機会が少なくサポートも得にくいため，喪失による苦痛（1 次ストレッサー）の影響も強く，抑うつや複雑性悲嘆のリスクが高くなったと考えられる．また，死別により単独世帯となった遺族のうちソーシャルネットワークが密な方よりも社会的孤立のリスクの高い方において，より二次的ストレッサーを体験し，抑うつや複雑性悲嘆のリスクが高い傾向にあった．死別により単独世帯化する遺族に関しては社会的孤立のリスクをアセスメントし支援する体制を整える必要がある．

在宅で療養された方の遺族のほうが医療者と死別後の日常生活について相談でき，日常生活について必要時に利用可能な相談窓口やサービスなどを紹介できていた．在宅で療養している場合のほうが日常生活に関して話す機会は多いことが影響していると思われる．しかし，医療者と死別後の日常生活について相談できたかどうかや利用可能な相談窓口やサービスなどを紹介されたかどうかは二次的ストレッサーの体験とは関連がなかった．一方で，本人と金銭面について相談できた場合は，経済的問題の二次的ストレッサーの体験が少なかった．よって，生存中にお金のやりくりについて準備を整えておくことは死別関連の二次的ストレッサーの体験を軽減することに繋がるといえる．

文　献

1) Stroebe MS. The broken heart phenomenon: An examination of the mortality of bereavement. *J Community Appl Soc Psychol* 1994；4（1）：47-61.
2) Stroebe MS, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud* 1999；23（3）：197-224.
3) 内閣府政策統括官付高齢社会対策担当．令和元年版高齢社会白書（全体版）2019 [Available from: https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html.
4) 栗本鮎美，粟田主一，大久保孝義，他．日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版（LSNS−6）の作成と信頼性および妥当性の検討．日本老年医学会雑誌　2011；48（2）：149-157.
5) 坂口幸弘，柏木哲夫，恒藤　暁．家族の死に関連して生じるストレッサー　「二次的ストレッサー」に関する探索的検討．家族心理学研究　1999；13

（2）：77-86.
6) Sakaguchi Y. The Relationship between Secondary Stressors and Somatic/Mental Health after Conjugal Loss. The Japanese Journal of Health Psychology. 2001；14（2）：1-10.
7) Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *Jama* 1999；282（18）：1737-1744.
8) Inagaki M, Ohtsuki T, Yonemoto N, et al. Validity of the Patient Health Questionnaire（PHQ）-9 and PHQ-2 in general internal medicine primary care at a Japanese rural hospital: a cross-sectional study. *Gen Hosp Psychiatry* 2013；35（6）：592-597.
9) Shear KM, Jackson CT, Essock SM, et al. Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatr Serv* 2006；57（9）：1291-1297.
10) Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, et al. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PLoS One* 2012；7（2）：e31209.

〔付帯研究担当者〕
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）

32

日本の終末期がん患者の「湯船につかる入浴」の意義

林　ゑり子*

サマリー

ホスピス・緩和ケア病棟および一般病棟で死亡した終末期がん患者の遺族を対象とし「わが国の終末期がん患者の「湯船につかる入浴」の経験」を調査し，実態を明らかにすることを目的とした．結果として，

(1) 一般病棟もしくはホスピス・緩和ケア病棟で死亡したがん患者において，最期の 1 カ月に入院中に医療者の介助による「湯船につかる入浴」を経験した割合は全体で 40%，ホスピス・緩和ケア病棟で 29%，一般病棟で 11% であったこと，

(2)「湯船につかる入浴」を経験したがん患者の遺族は，88% が「家族として，丁寧に扱われたように感じ，嬉しかった」，84% が「患者は，「湯船につかる入浴」を楽しみ・喜んでいた」と回答していたこと，

(3)「湯船につかる入浴」を経験しなかった遺族は，61% が「生前に「湯船につかる入浴」に入れてあげたかった」と後悔していると回答したこと，

(4)「湯船につかる入浴」を経験した遺族のほうが経験しなかった遺族よりも望ましい死の達成度が高いことが明らかになったこと，

(5) 終末期がん患者の「湯船につかる入浴」の経験の有無とがん患者の遺族の複雑性悲嘆および大うつ病性障害の高い状態との間に関連は認められなかったこと，の 5 つが挙げられた．

目　的

終末期がん患者は，全身機能低下が著明となり，身体的な痛み，緊張感，食欲不振などがん関連症状が出現する[1,2]．「湯船につかる入浴」は全身の温浴効果だけではなく，気分転換による心理的にも精神的にも安寧につながり，家族も患者の穏やかな様子をみて安堵な気持ちにもなると報告されている[3]．日本人の「湯船につかる入浴」の生活文化は，健康度を高めるだけではなく，痛みや睡眠，精神的なリラックス効果も示唆されている[4]．しかし，終末期がん患者の「湯船につかる

*藤沢湘南台病院（研究代表者）

入浴」の頻度や臨床の実際が明らかになっていないことより本調査で明らかにした.

(1) 遺族調査を通してがん患者の「湯船につかる入浴」好みの把握と最期の1カ月の入院中に医療者の介助による「湯船につかる入浴」の経験の有無との関連要因を明らかにする.

(2)「湯船につかる入浴」を経験した患者の遺族,経験しなかった患者の遺族の「湯船につかる入浴」に対する思いや意義とその関連要因を明らかにする.

(3) 最期1カ月の入院中の終末期がん患者における「湯船につかる入浴」の経験の有無による,遺族の終末期ケアの構造・プロセスの評価や望ましい死の達成度,悲嘆や抑うつへの影響を明らかにすることを目的とした.

結　果

調査票を送付した1,819名（ホスピス・緩和ケア病棟:1,055名,一般病院:764名）の遺族のうち,1,092名（60%）から返信があり,有効回答数は,885名（49%）（ホスピス・緩和ケア病棟:540名,一般病院:345名）だった.患者の56%（n=344）が男性,平均年齢は,74.7±11.5歳であった.がんの原発部位としては,多い順に肺が17%（n=104）,肝臓・膵臓・胆嚢・胆管が22%（n=133）,食道・胃が14%（n=88）,つづいて大腸・直腸が13%（n=83）,患者の入院期間は,35.6±48.8日,遺族背景は,全体で67%（n=414）が女性で,年齢は62.4±11.7歳であった.患者との続柄（患者からみた回答者の関係）は多い順に,配偶者が51%（n=313）,子が35%（n=214）だった.

1）患者が元気な時の「湯船につかる入浴」の実際の分布

「湯船につかる入浴」の経験の有無と患者や遺族の特性と関連要因を**表1**に示す.元気な時の「湯船につかる入浴」の好みは,全体で好むが516名（84%）で,「湯船につかる入浴」の頻度は,毎日が327名（53%）,1週間に1〜3回が241名（39%）であった.「湯船につかる入浴」の経験ありと経験なしと間に有意差が認められた患者の特性は,「入院期間」で,おのおのの期間は,経験あり群が40.1±58.9日,経験なしが27.3±29.1日（ES=0.26, ρ <0.01）であった.

2）「湯船につかる入浴」の経験あり群の遺族の感想の分布

「湯船につかる入浴」の経験あり群の遺族の感想の分布を**図1**に示す.ホスピス・緩和ケア病棟および一般病棟の全体で,「家族として,丁寧に扱われたように感じ,嬉しかった」は88%（n=282）,「患者は,「湯船につかる入浴」を楽しみ・喜んでいた」は84%（n=270）,「湯船につかった後,患者の表情がやわらいだ」は85%（n=276）,「家族として,こんな状態でも入浴できることに驚いた」は73%（n=230）で,「とてもそう思う」「ややそう思う」と肯定的な回答をしていた.「湯船につかった後,患者にとって悪い変化があった」は82%（n=259）,「「湯船につかる入浴」を行ったことを,後悔している」は91%（n=289）,「「湯船につかる入浴」で死を早め,病状を悪くさせた」は93%（n=298）で,「全くそう思わない」「そう思わない」と回答していた.

3）「湯船につかる入浴」の経験なし群の遺族の感想の分布

「湯船につかる入浴」の経験なし群の遺族の感想の分布を**図2**に示す.ホスピス・緩和ケア病棟および一般病棟の全体で,「患者の具合が悪く「湯船につかる」状態ではなかった」は84%（n=206）,「生前に「湯船につかる入浴」に入れてあげたかった」は61%（n=144）,「いまでも「湯船につかる入浴」ができず後悔している」は28%（n=67）,「患者のからだのよごれが気になった」は32%（n=76）が「そう思う」と回答していた.

表 1 「湯船につかる入浴」の経験の有無と患者や遺族の特性との関連要因

	全体	入浴経験あり群		入浴経験なし群				
	n=618	n=353	%	n=265	%	ES	ρ	
1．患者の特性								
性別						0.26	0.26	b
男性	344	200	57%	144	54%			
女性	274	153	43%	121	46%			
年齢								
平均値± SD　74.7 ± 11.5		74.3 ± 12.2		73.5 ± 11.9		0.07 0.06	0.73 0.42	a a
40 歳未満	4	3	1%	1	0.4%			
40 ～ 49 歳	18	10	3%	8	3%			
50 ～ 59 歳	45	23	7%	22	8%			
60 ～ 69 歳	150	84	24%	66	25%			
70 ～ 79 歳	169	94	27%	75	28%			
80 歳以上	231	138	39%	93	35%			
原発部位						0.07	0.35	a
肺	104	55	16%	49	19%			
肝臓・膵臓・胆嚢・胆管	133	92	26%	41	16%			
食道・胃	88	49	14%	39	15%			
大腸・直腸	83	48	14%	35	13%			
腎臓・膀胱・前立腺	42	24	7%	18	7%			
乳　腺	34	17	5%	17	6%			
子宮・卵巣	37	23	7%	14	5%			
その他	97	45	13%	52	20%			
入院期間								
平均値± SD　35.6 ± 48.8		40.1 ± 58.9		27.3 ± 29.1		0.26 0.36	＜ 0.01 ＜ 0.01	a a
1 週間未満	86	33	9%	28	11%			
1 週間以上 2 週間未満	116	54	15%	37	15%			
2 週間以上 1 カ月未満	176	111	31%	73	29%			
1 カ月以上 2 カ月未満	157	100	28%	73	29%			
2 カ月以上 3 カ月未満	40	26	7%	22	9%			
3 カ月以上	43	29	8%	15	6%			
婚姻状態						0.19	0.17	b
既婚	404	226	66%	178	69%			
未婚	24	17	5%	7	3%			
死別	146	80	23%	66	26%			
離別	27	19	6%	8	3%			

表 1 「湯船につかる入浴」の経験の有無と患者や遺族の特性との関連要因（つづき）

1. 患者の特性							
同居者の有無						0.84	0.99 [b]
同居者あり	484	261	77%	223	85%		
独居	119	79	23%	40	15%		
元気な時に「湯船つかる入浴」好み						0.84	0.74 [b]
そう思う	516	304	87%	212	82%		
どちらともいえない	49	23	7%	26	10%		
そう思わない	45	23	7%	22	9%		
元気な時の「湯船つかる入浴」頻度							
毎日	327	167	48%	160	61%	0.25	0.22 [b]
1 週間 1 ～ 3 回	241	161	46%	80	30%		
1 ケ月に 1 ～ 3 回	29	21	6%	8	3%		
入っていない・わからない	17	2	1%	15	6%		
2. 遺族の特性							
性別						0.09	0.09 [b]
男性	202	122	35%	80	30%		
女性	414	230	65%	184	70%		
年齢							
平均値± SD 62.39 ± 11.72		62.5 ± 11.5		62.2 ± 12.0		0.03 0.02	0.73 [a] 0.84 [a]
40 歳未満	21	15	4%	6	2%		
40 ～ 49 歳	45	22	6%	23	9%		
50 ～ 59 歳	167	97	28%	70	27%		
60 ～ 69 歳	209	120	34%	89	34%		
70 ～ 79 歳	138	80	23%	58	22%		
80 歳以上	33	17	5%	16	6%		
続柄						0.17	0.04 [a]
配偶者	313	171	49%	142	55%		
子	214	127	36%	87	34%		
婿・嫁	43	22	6%	21	8%		
親	12	9	3%	3	1%		
兄弟姉妹	22	18	5%	4	2%		
その他	7	4	1%	3	1%		
最終学歴						0.11	0.17 [a]
小・中学校	53	31	9%	23	9%		
高校・旧制中学	294	163	47%	139	53%		
短大・専門学校	131	78	22%	53	20%		
大学・大学院	120	75	22%	45	17%		
その他	2	1	0%	1	0%		

表１「湯船につかる入浴」の経験の有無と患者や遺族の特性との関連要因（つづき）

2. 遺族の特性								
患者が亡くなる１週間の付き添い日数						0.08	0.04	b
毎日	434	229	65%	205	77%			
４～６日	96	68	19%	28	11%			
１～３日	65	42	12%	23	9%			
付き添っていなかった	21	12	3%	9	3%			
患者が入院中のからだの健康状態						0.43	0.45	b
よかった	172	99	28%	73	28%			
まあまあだった	332	180	51%	152	58%			
よくなかった	90	57	16%	33	13%			
非常によくなかった	18	14	4%	4	2%			
患者が入院中のこころの健康状態						0.17	0.18	b
よかった	134	61	18%	30	11%			
まあまあだった	297	145	42%	128	49%			
よくなかった	141	108	31%	81	31%			
非常によくなかった	38	34	10%	22	8%			
仕事の介護への影響						0.89	0.80	b
無職	245	140	40 %	109	41 %			
介護のために離職した	38	23	7 %	13	5 %			
仕事継続（休職含む）	322	188	54 %	142	54 %			
患者入院の付き添いをかわってくれる人						0.54	0.55	b
いた	436	250	71 %	186	71 %			
いなかった	177	100	29 %	77	29 %			
心配事や困り事に耳を傾けてくれるか						0.09	0.28	a
とてもよく聞いてくれる	154	89	26%	65	25%			
よく聞いてくれる	242	143	41%	99	38%			
まあまあ聞いてくれる	183	101	29%	82	31%			
あまり聞いてくれない	23	14	4%	9	3%			
全然聞いてくれない	7	1	0.3%	6	2%			
患者が亡くなることに対しての心の準備						0.84	0.81	b
できていた	169	109	31%	60	23%			
ある程度できていた	352	200	57%	152	57%			
あまりできていないかった	69	30	9%	39	15%			
全くできていなかった	25	11	3%	14	5%			

入浴経験の有無の検定
a：対応のない t 検定 5%水準
b：X^2・Fisher 正確確率検定法 5%水準

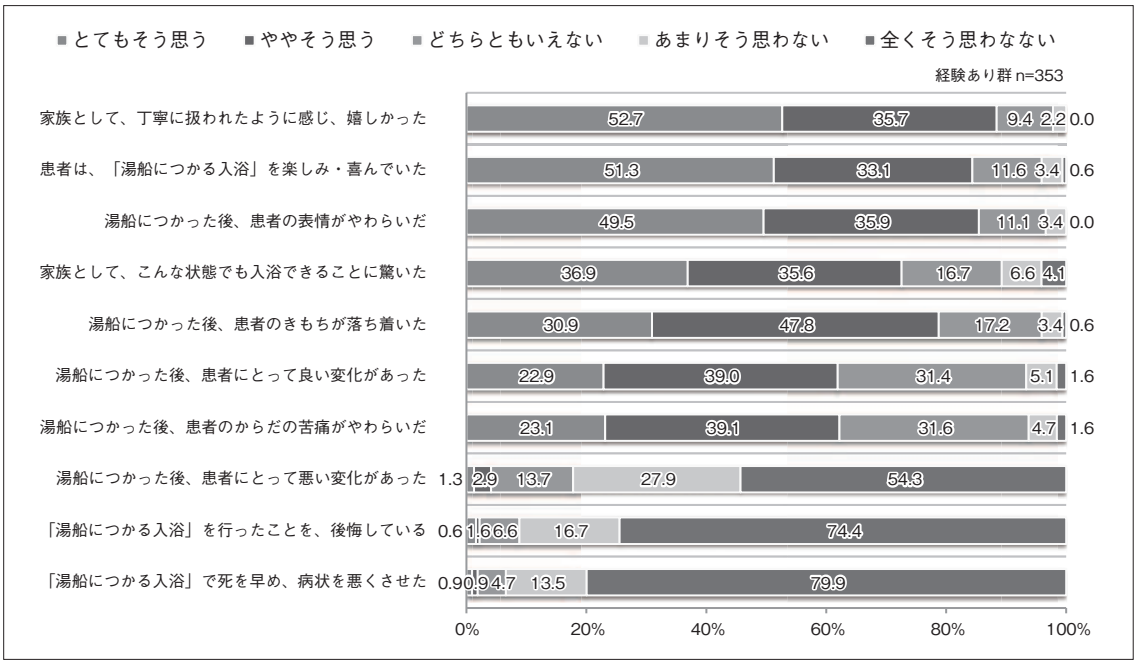


図1 「湯船につかる入浴」の経験あり群の遺族の感想の割合

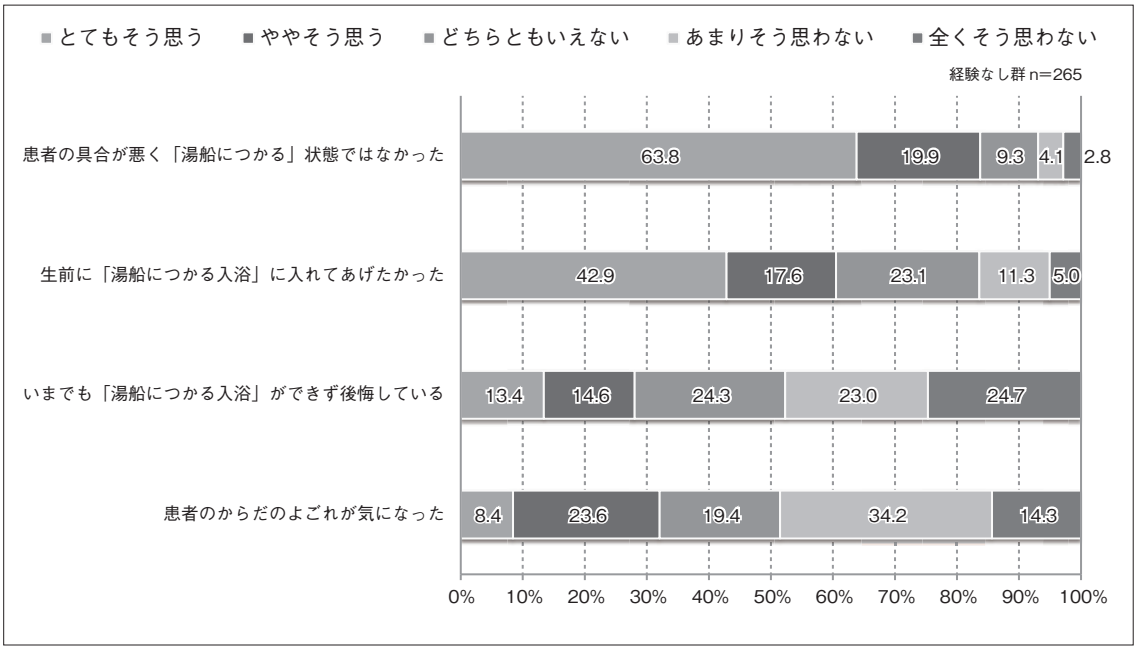


図2 「湯船につかる入浴」の経験なし群の遺族の感想の割合

4）遺族のケアの構想・プロセスの評価（CES）

「湯船につかる入浴」の経験の有無と遺族の受けたケアの評価と満足度との関連要因を**表 2** に示す．「湯船につかる入浴」経験の有無による遺族のケアの構造・プロセス評価（CES）の合計点は，全体で 47.3 ± 9.6，経験あり群は，48.7 ± 9.3，経験なし群は 45.5 ± 9.5 で，有意な差が認められた（ES=0.34, ρ <0.01）．

5）遺族の望ましい死の達成（GDI）

「湯船につかる入浴」の経験の有無による遺族の望ましい死の達成の GDI の合計点は，全体で 79.5 ± 14.7，経験あり群は，82.7 ± 13.0，経験なし群は 75.4 ± 15.7 で，有意な差が認められた（ES=0.52, ρ <0.01）．全般的な望ましい死を迎えることができたと「強く思う」「思う」の回答は，経験あり群では 73%（n=244），経験なし群では 50%（n=126）だった．「全般的な望ましい死を迎えられていた」の割合において，経験あり群と経験なし群の間で，有意な差が認められた（ES=0.48, ρ <0.01）」．

6）悲嘆や抑うつへの影響

BGQ の合計点が 8 点以上，すなわち複雑性悲嘆の可能性が高い状態にある遺族は，入浴経験あり群が，11%（n=40），入浴経験なし群が 13%（n=35）で，経験の有無の間で有意な差は認められなかった（ES=0.03, ρ =0.05）．PHQ-9 の合計点が 10 点以上，すなわち大うつ病性障害の可能性が高い遺族は，経験あり群が 17%（n=57），経験なし群が 14 %（n=38）で，経験の有無の間で有意な差は認められなかった（ES=0.06, ρ =0.51）．本調査結果では，「湯船につかる入浴」の経験と精神状態として複雑性悲嘆や大うつ病の可能性との間には，関連性が認められなかった．

考　察

本研究は，最期の 1 カ月に病院で入院中の「湯

表 2 「湯船につかる入浴」の経験の有無と遺族の受けたケアの評価と満足度との関連要因

	入浴経験あり群 n=353		入浴経験なし群 n=265				
全体	n	%	n	%	ES	ρ	
CES　合計（10 項目）n618　47.3 ± 9.6		48.7 ± 9.3		45.5 ± 9.5	0.34	< 0.01	a
GDI 合計点（18 項目）n623　79.5 ± 14.7		82.7 ± 13.0		75.4 ± 15.7	0.52	< 0.01	a
全般的な望ましい死の達成					0.48	< 0.01	a
迎えることができたと強く思う	145	43%	80	32%			
迎えることができたと思う	99	30%	46	18%			
迎えることができたと思えない	66	20%	71	28%			
迎えることが全くできたと思えない	25	8%	57	22%			
BGQ 合計得点		4.4 ± 2.4		4.7 ± 2.3	0.10	0.20	a
0 ～ 4 点 =CG の可能性低い	179	51%	128	48%	0.03	0.05	b
5 ～ 7 点 =CG の可能性あり	134	38%	102	39%			
8 点以上 =CG の可能性高い	40	11%	35	13%			
PHQ-9 合計得点		4.4 ± 5.2		4.6 ± 4.5	0.06	0.46	a
0 ～ 4 点 = 症状なし	223	64%	158	60%	0.06	0.51	a
5 ～ 9 点 = 軽度	71	20%	66	25%			
10 ～ 14 点 = 中等度	30	9%	11	4%			
15 ～ 19 点 = 中等度～重度	21	6%	19	7%			
20 ～ 27 点 = 重度	6	2%	8	3%			

経験の有無の検定
a：対応のない t 検定 5% 水準
b：X^2・Fisher 正確確率検定法 5%水準

船につかる入浴」の経験の有無よる遺族の経験や「湯船につかる入浴」の意義を調査した初めての研究である．本研究の新規性は，全国調査によって，一般病棟もしくはホスピス・緩和ケア病棟で看取った遺族が最期の１カ月に入院中に医療者の介助による「湯船につかる入浴」の経験の有無の実際を調査した．それだけではなく，「湯船につかる入浴」の経験した遺族，経験しなかった遺族の「湯船につかる入浴」に対する思いや意義に注目し，「湯船につかる入浴」の経験の有無との関連要因について明らかにしたこと，最期の１カ月における「湯船につかる入浴」の経験の有無と遺族の終末期ケアの構造・プロセスの評価（CES）や望ましい死の達成度（GDI），悲嘆（BGQ）や抑うつ（PHQ-9）との間の関連を明らかにしたこと，などが挙げられる．

1）わが国における終末期がん患者の「湯船につかる入浴」の経験の実際

本研究は，わが国における終末期がん患者の一般病棟もしくはホスピス・緩和ケア病棟で看取った遺族が，最期の１カ月の入院中に医療者の介助による「湯船につかる入浴」の経験の有無に関して調査した初めての研究である．

本研究の結果で，わが国の一般病棟またはホスピス・緩和ケア病棟で看取った終末期がん患者の40% が「湯船につかる入浴」を経験していたことが明らかになった．筆者らの知る限り，終末期がん患者を対象とした，「湯船につかる入浴」に関する実態やそのニーズを調査した先行研究はこれまで行われてこなかった．元気な時に「湯船につかる入浴」を患者が「好んでいた」と 84%（n=516）の遺族が回答し，本研究の結果からも，わが国の一般病棟またはホスピス・緩和ケア病棟の終末期がん患者においても，「湯船につかる入浴」に対するニーズは低くないのかもしれない．しかしながら，最期１カ月の終末期がん患者は病状が進行し，ADL が低下した状態であるため自力で「湯船につかる入浴」が困難で，看護師２人以上の介助が必要となり，終末期がん患者の「湯船につかる入浴」を実施するためには多くの人員が必要となる[3]．そのため，終末期がん患者における「湯船につかる入浴」に対するニーズは高いものの，「湯船につかる入浴」を実現するためには人員などの施設状況が影響し，実際に実現できる割合が 40% にとどまったと推察される．

また，本研究では「湯船につかる入浴」は「人として大切にされている」ことを患者・家族が実感できるケアであることが示唆された．本調査では「湯船につかる入浴」を経験した 84％の遺族が「こんな状態でも入浴できることに驚いた」，88％が「丁寧に扱われたように感じ，嬉しかった」と「丁寧なケア」と回答している．白土らは，「穏やかな最期」「大切にみてもらえる」ことは緩和ケア病棟に入院した半数以上の患者が共通してもっていた希望であったと報告している[5]．また，Miyashita らは，望ましい最期を実現するため日本人の多くが共通して大切にしている要因の１つに，「人として大切にされる」があることを報告した[6]．これらから，「湯船につかる入浴」は終末期がん患者や多くの人が終末期にて重要視している「人として大切にされ尊厳を守られること」を実感することができる重要なケア体験であったと考えられる．

くわえて，「湯船につかる入浴」に対して後悔などの否定的な感想を抱いた遺族は少ないことが明らかになった．本研究で，「湯船につかる入浴」を経験した遺族のうち「湯船につかった後，患者にとって悪い変化があった」，「「湯船につかる入浴」を行ったことを後悔している」，「「湯船につかる入浴」で死を早め，病状を悪くさせた」とネガティブな回答の割合はそれぞれ 2〜4％であり，「湯船につかる入浴」により体調悪化を助長し，死期を早めたと認識している遺族は少なかったことが明らかになった．

2）「湯船につかる入浴」の経験の有無と緩和ケアの質の評価との関連

本研究は，「湯船につかる入浴」の経験の有無と遺族の終末期ケアの構造・プロセスの評価

（CES）および望ましい死の達成度（GDI）との関連を探索した初めての研究である．

本研究の重要な知見の１つとして，「湯船につかる入浴」を経験した遺族のほうが経験しなかった遺族よりも望ましい死の達成度が高いことが明らかになった．望ましい死の達成度と終末期に受けたケアに関してもが関連することは複数報告されているが，入浴との関連は望ましい死の達成は報告されていない．本研究から，そのことから，「湯船につかる入浴」が望ましい死の達成に有用である重要な終末期ケアの１つであることが示唆されたと考えられる．

3）「湯船につかる入浴」の経験の有無と遺族の精神状態との関連

本調査結果では，「湯船につかる入浴」の経験と精神状態として複雑性悲嘆や大うつ病の可能性との間には，関連性が認められなかった．

本調査の多変量解析結果で，複雑性悲嘆へのリスクを高める要因として，「患者の入院中のこころの健康状態が悪い」，「遺族の生前の看取りの覚悟ができていない」，「患者の年齢が低いほど高い」「遺族の年齢が高い」の項目が挙げられた．遺族の複雑性悲嘆のリスク関連因子は，死の状況として心の準備がない死別（自殺，事故死），故人との「関係性」として深い愛着関係，故人に依存的・親密だった関係，患者の年齢が若い，遺族が高齢者，社会的要因として経済的困窮・孤立などが，複雑性悲嘆の発生がより高いとの報告がある[7,8]．また，患者が受けた医療において，患者が受けたケアの質や終末期の患者の QOL などの関連が報告されている[9~11]．これらの報告と合わせて，本調査結果において「湯船につかる入浴」の経験の有無に関係なく，複雑性悲嘆のリスクが高い遺族の特性より，「湯船につかる入浴」の経験の有無が関連要因であるとは言及できないと考察された．

文　献

1）Twycross R, Wilcock A, Toller CS（2009），武田文和 監訳．トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント第２版（2010）医学書院：13
2）恒藤　暁 池永昌之，細井　順，他．末期がん患者の現状に関する研究．ターミナルケア 1996；6（6）：482-490.
3）平山さおり，佐藤郁美，相田知美 他．緩和ケア病棟に入院している終末期がん患者における機械浴の意味．KKR 札幌医療センター医学雑誌 2010；7：40-45.
4）Fujimoto S, Iwawaki Y, Takishita Y, et al. Effects and safety of mechanical bathing as a complementary therapy for terminal stage cancer patients from the physiological and psychological perspective: A pilot study. *Jpn J Clin Oncol* 2017；47：1066-1072.
5）森田達也，白土明美．遺族からみた終末がん患者の希望を支え，将来に備えるための望ましいケア，遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究．J−HOPE 2010：69-74.
6）Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007；18：1090-1097.
7）Newson RS, Boelen PA, Hek K, et al. The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *J Affect Disord* 2011；132：231-238.
8）Kersting A, Brahler E, Glaesmer H, et al. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord* 2011；131：339-343.
9）Wright AA, Keating NL, Balboni TA, et al. Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *J Clin Oncol* 2010；28：4457-4464.
10）Miyajima K, Fujisawa D, Yoshimura K, et al. Association between quality of end-of-life care and possible complicated grief among bereaved family members. *J Palliat Med* 2014；17：1025-1031.
11）Matteson MA, McConnell ES, Linton AD. Gerontological nursing：Concepts and Practice（2nd ed）. W. B. Saunders, 1997.

33

終末期がん患者の家族のスピリチュアルペインについて

角　裕子*

サマリー

本研究の目的は，終末期がん患者の家族のスピリチュアルペインの内容と程度，および医療者に行ってほしいと思った関わりの内容と程度に関する実態を明らかにすることである．一般病院の遺族 781 名のうち 459 名（59%），緩和ケア病棟の遺族 1,009 名のうち 645 名（64%）から回答が得られた．がん患者の家族のスピリチュアルペインについては一般病院と緩和ケア病棟とで回答に大きな差はみられなかった．「患者が衰えていく姿を見てつらいと思った」，「患者が自分のことができなくなる姿をみてつらいと思った」という項目では 90% 以上の遺族がそう思うと回答していた．医療者に行ってほしいと思った関わりでは，「安心して話せる環境をつくってくれる」，「患者の病気や死の意味を一緒に考えてくれる」という項目では 50% 以上の遺族がそう思うと回答していた．

目　的

日本において，がん患者のスピリチュアリティやスピリチュアルペインに関する研究は近年少しずつ行われてきている．一方，がん患者の家族や遺族を対象にしたスピリチュアリティやスピリチュアルペインに関する研究は少ない．配偶者を亡くした高齢遺族を対象にした研究では，〈生きる目的が見出せない〉〈夫婦でなくなることの喪失感〉というスピリチュアルペインがあるとされている[1]．しかし，対象が高齢者に限定されており，患者の疾患については限定されておらず，がん患者の家族（遺族）に特徴的なスピリチュアルペインについては，明らかにされていない．遺族ケアに参加した配偶者喪失者 18 名を対象にした研究では，〈生きる価値の喪失〉〈生きる意味の喪失〉などのスピリチュアルペインがあることが明らかになっている[2]．しかし対象者が配偶者に限定されており，疾患はがんに限定されていない．したがって，現在わが国におけるがん患者の家族や遺族のスピリチュアルペインの内容については，まだ十分に明らかにされていない．

本研究の目的は，がん患者の家族のスピリチュアルペインの内容と程度，および家族が感じたつ

*京都大学大学院 医学研究科博士後期課程（研究代表者）

らさや苦しみに対して医療者に行ってほしいと思った関わりの内容とその程度に関する実態を明らかにすることである．今回の研究では，家族のスピリチュアルペインを「家族が患者の『生の有限性』を自覚した時に生ずるさまざまな苦悩」と定義した．

結　果

調査項目は村田らの理論研究による人間の「時間的存在」，「関係存在」，「自律存在」の概念[3]と田村らによって開発されたスピリチュアルペインアセスメントシート（Spiritual Pain Assessment Sheet；Spipas）における概念 14 項目[4]を参考にがん家族のスピリチュアルペインの項目を設定し，5 名の遺族にパイロット調査を行い作成した．

一般病院の遺族 781 名のうち 459 名（59％），緩和ケア病棟の遺族 1,009 名のうち 645 名（64%）から回答が得られた．

1）終末期がん患者の家族のスピリチュアルペイン（図 1）

スピリチュアルペイン各項目について，「非常にそう思う」「そう思う」「ややそう思う」の回答（%）を図に示す．一般病院と緩和ケア病棟で回答に大きな差はみられなかった．

一般病院，緩和ケア病棟ともに 80% 以上が回答していた項目は，「患者が衰えていく姿を見てつらいと思った」，「患者が自分のことができなくなる姿を見てつらいと思った」，「患者ともっと一緒に過ごしたいと思った」であった．一般病院，緩和ケア病棟ともに 70% 以上が回答していた項目は，「患者の病気がもっと早く見つかっていればと思った」，「患者が気丈に振る舞う姿を見てつらいと思った」，「人の命ははかないと思った」，「自然の力にはさからえないと思った」，「患者が『なぜ病気になってしまったのか』と思った」であった．

2）医療者に行ってほしいと思った関わり（図 2）

医療者に行ってほしいと思った関わり各項目について，「非常にそう思う」「そう思う」「ややそう思う」の回答（%）を図に示す．一般病院と緩和ケア病棟で回答に大きな差はみられなかった．

一般病院，緩和ケア病棟ともに 60% 以上が回答していた項目は，「安心して話せる環境をつくってくれる」であった．一般病院，緩和ケア病棟ともに 50% 以上が回答していた項目は，「患者の病気や死の意味を一緒に考えてくれる」であった．一方，一般病院，緩和ケア病棟ともに 2% 以下の回答となっていた項目は「私の求めに応じて宗教家を紹介してくれる」であった．

考　察

本研究は，日本における終末期がん患者の家族のスピリチュアルペインについて明らかにした初めての全国調査である．

遺族の 80% 以上が「患者が衰えていく姿を見てつらいと思った」，「患者が自分のことができなくなる姿を見てつらいと思った」，「患者ともっと一緒に過ごしたいと思った」と回答していた．家族は診断，退院，再発，終末期などの節目や患者が苦しむ様子を見た時に，人生の目的や意味，「なぜ自分達に起きたのか」という苦悩を持つことが多い[5]．家族は患者の自律性が失われていく姿に強いスピリチュアルペインを感じていることが示唆された．

遺族の 70% が「患者の病気がもっと早く見つかっていればと思った」，「患者が気丈に振る舞う姿を見てつらいと思った」，「人の命ははかないと思った」，「自然の力にはさからえないと思った」，「患者が『なぜ病気になってしまったのか』と思った」と回答していた．遺族は患者の『生の有限性』を意識し自然にはさからえないことを感じていた．また，遺族は人生の不条理についての苦悩を感じており，時間性のスピリチュアルペインを感じていることが示唆された．

医療者に行ってほしいと思った関わりでは，50% 以上の遺族が「安心して話せる環境をつくってくれる」，「患者の病気や死の意味を一緒に考えてくれる」ことを望んでいた．このことから，医

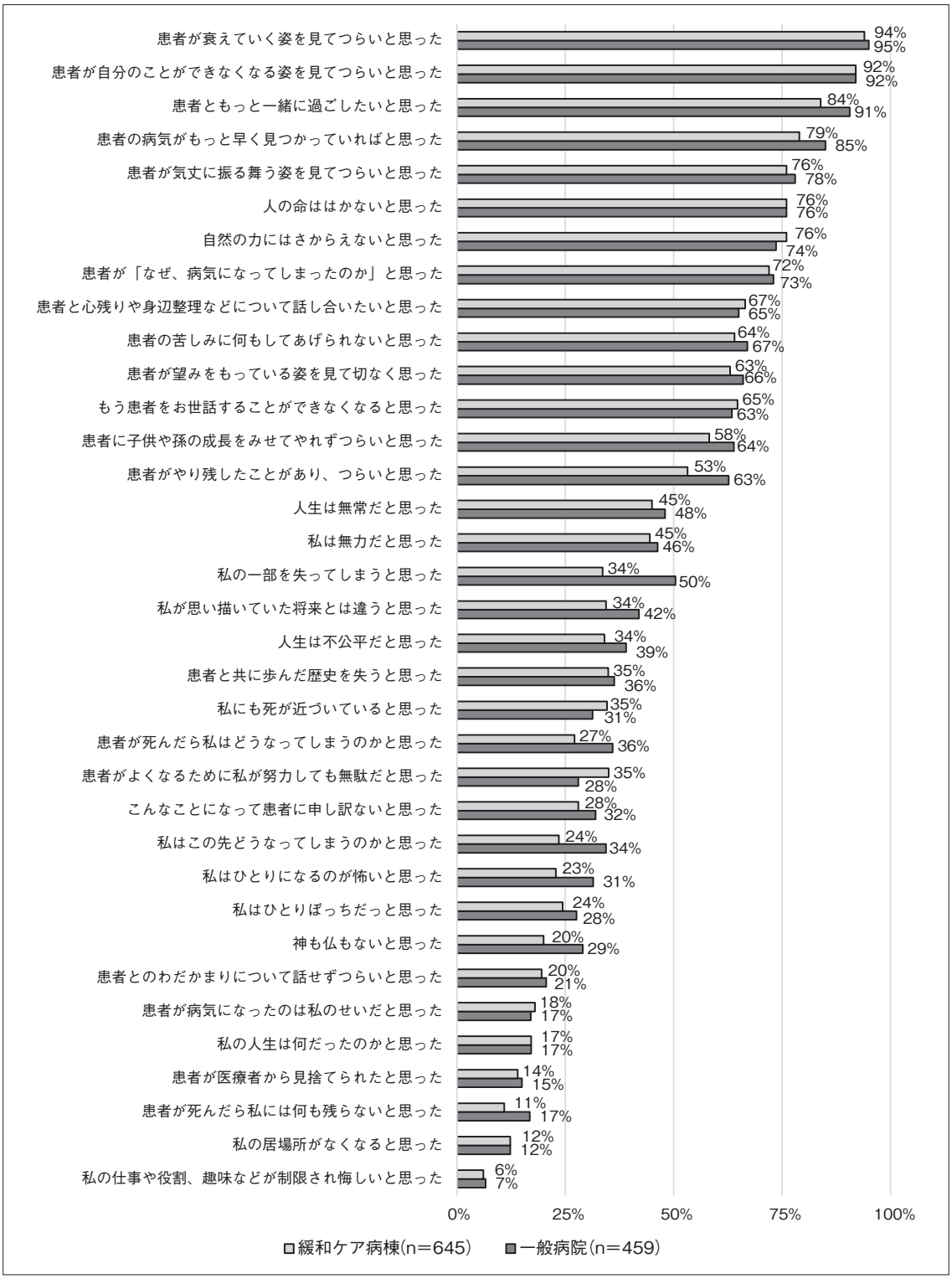


図1　終末期がん患者の家族のスピリチュアルペイン

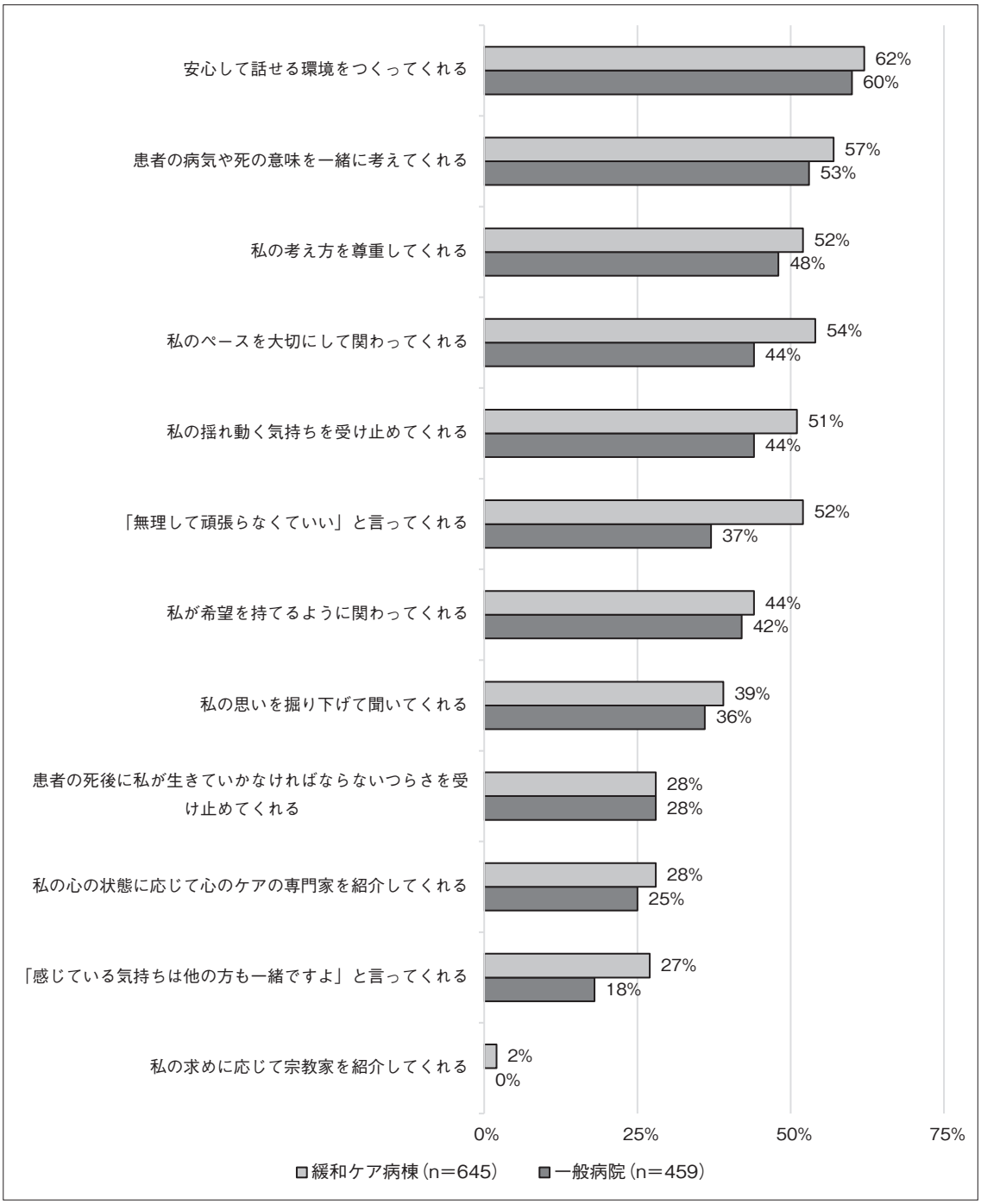


図2　医療者に行ってほしいと思った関わり

療者に対し，自分の気持ちを表出できる関係性や環境を望み，共に病気や死の意味を考えてくれるケアを望んでいる遺族は少なくないと考えられる．一方，「私の求めに応じて宗教家を紹介してくれる」という項目は，最も少なく，宗教家への紹介に関するニーズは低い結果となっていた．これは，日本の医療において，死の恐怖や死生観の悩みについて対応できる専門家がほとんどいなかったことが影響しているのではないかと考えられる．

終末期がん患者の家族は，自分のことよりも患者のことで必死な状況に置かれていると考えられる．家族はさまざまなストレスを抱え，問題が生じても“健康な私”が自分の苦悩を訴えることを躊躇し表出しないことが多い[6]．そのため，医療者は家族が“第２の患者”，治療およびケアの対象との認識で対応するべき[6]であり，家族の置かれている状況を理解し，家族に対して積極的に声をかけ支援していくことや，家族の思いを受け止め，一緒に考えていく姿勢が求められる．

文　献

1）生田奈美可．配偶者を亡くした高齢遺族のスピリチュアリティに関する質的研究．日本看護研究学会雑誌 2011；34（2）：97-107.

2）宮林幸江 . 遺族期に起こる“スピリチュアルペイン”（1）―配偶者喪失遺族の生きる意味・生活の張り（生活充実感）の喪失―．ホスピスケアと在宅ケア 2016；24（2）：56-65.

3）Murata H, Kawa M, Honke Y, et al. Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in japan. *Support Care Cancer* 2004；12：137-140.

4）田村恵子，河　正子，森田達也．スピリチュアルケアの手引き第２版．青海社，東京，2017；p32.

5）Murray SA, Kendall M, boyd K, et al. Archetypal trajectories of social,psychological, and spiritual wellbeing and distress in family caregivers of payients with lung cancer : secondary analysis of serial qualitative interviews. *BMJ* 2010；340：c2581.

6）Lederberg M. The family of the cancer patient. Holland J：Psycho-Oncology.Oxford University Press 1998；282：981-993.

〔付帯研究担当者〕

田村恵子（京都大学大学院 医学研究科 人間健康科学系専攻 臨床看護学講座 緩和ケア・老年看護学分野），**白井由紀**（京都大学大学院 医学研究科 人間健康科学系専攻 臨床看護学講座 緩和ケア・老年看護学分野），**森田達也**（聖隷三方原病院 緩和支持治療科），**木澤義之**（神戸大学医学部付属病院 緩和支持治療科），**恒藤暁**（京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻），**志真泰夫**（筑波メディカルセンター病院 緩和医療科），**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），**升川研人**（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）

34

在宅療養への移行にもかかわらず在宅看取りに至らなかった症例の要因に関する研究

西本　武史*

サマリー

自宅療養から緩和ケア病棟（ホスピス含む）へ再入院後看取りとなる要因を明らかにするため，一般病棟もしくは緩和ケア病棟から自宅療養に移行し，最期は再び緩和ケア病棟で看取りとなった159名(病棟群）と，最期まで自宅療養を続け自宅で看取りとなった202名(自宅群)とを比較した．病棟群では約８割が何かあれば入院を希望していたのに対し，自宅群は約８割が自宅で看取る方針だった．自宅にいることを患者が喜んでいたかについては，病棟群では６割にとどまり，希望しない在宅療養への移行が懸念された．病棟群では，痛みの緩和不十分や，急変を再入院の理由に挙げ，自宅群では，往診医・訪問看護師の存在や十分な在宅医療サービスを在宅看取りができた理由として挙げた．十分な在宅医療サービスと急変の不安解消を含む在宅医療の質の向上が，再入院を未然に防ぎ，在宅看取りを可能にする可能性が示唆された．

目　的

がん患者では希望する療養場所が病状に応じて変化していくことが知られている[1]．

また，わが国では，最期の療養場所として在宅が最も多く希望されることが報告されている[2]．一方でわれわれの研究では症例数は少ないながら，在宅看取りを希望し在宅療養に移行しながら，約２割の症例で入院のうえ看取りになっていることが分かっている[3]．

これまで終末期がん患者の療養場所の決定要因については国内外で多数報告されているが[4]，方針転換の要因に関しては報告がない．本研究では在宅看取りを希望し在宅療養に移行しながら，最終的に緩和ケア病棟での看取りに方針転換することとなった要因を明らかにする．

結　果

一般病床もしくは緩和ケア病棟（ホスピス含む）から自宅療養に移行し，最期は再び緩和ケア病棟で看取りとなった159名（病棟群）と，最期まで自宅療養を続け，自宅で看取りとなった202

*函館五稜郭病院 緩和ケア科

名（自宅群）とを比較した.

患者の年齢・性別に有意な差は認めなかった（**表 1**）. 病棟群では，当初から最期は緩和ケア病棟で看取りを希望していた患者・家族が 61.6%，何かあればとりあえず緩和ケア病棟へ入院する方針だった患者・家族が 21.7% だったのに対し，自宅群では，往診医と相談し自宅で看取る方針だった患者・家族が 66.3%，往診医との相談はなかったが自宅で看取る方針だった患者・家族が 13.9% と意向に違いがあった（**図 1**）.

一方で「最期をどこで迎えたいか患者様とよく話しあえていましたか」という設問に対しては，病棟群では「とてもそう思う・そう思う」が 30.8%，「全くそう思わない・そう思わない」が 24.5% だったのに対し，自宅群ではそれぞれ 57.5%，15.3% であった.

「患者が自宅にいることを喜んでいたか」という設問には，病棟群では「とてもそう思う・そう思う」が 59.7% にとどまったのに対し，自宅群では 91.5% が「喜んでいた」と回答した.

表 1　デモグラフィクス

	病棟群	自宅群	
①人数（名）			
男性	56	43	
女性	101	155	
未記入	2	4	
計	159	202	
②年齢（歳）			ρ
男性	64.6 ± 12.7	61.9 ± 11.9	ρ >0.05
女性	60.3 ± 11.1	62.2 ± 11.8	ρ >0.05
計	61.9 ± 11.9	62.2 ± 11.8	ρ >0.05

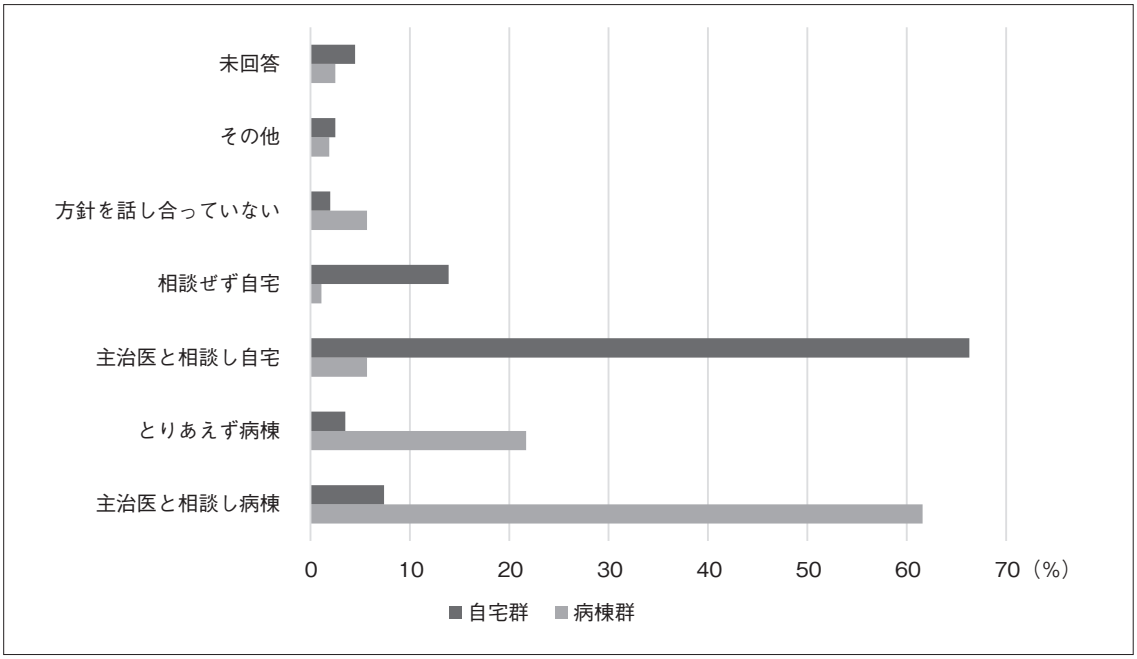


図 1　看取りの場所の方針

背景として在宅療養中に受けていたサービスを調べてみると，病棟群は往診医が 39.0%，訪問看護が 53.5%，ヘルパーが 27.0% だったのに対し，自宅群ではそれぞれ 96.5%，93.6%，39.1% だった．

病棟群が入院に至った理由としては，病棟群が「患者の様態が予想していたより急に変化した」(71.7%)，「自宅で痛みが十分緩和できなかったから」(68.5%)，「自宅で痛み以外の身体的苦痛が十分緩和できなかったから」(76.1%) が上位を占めた（**図 2**）のに対し，自宅群ではこれらが「緩和できた」と答えた割合がそれぞれ 56.4%，73.3%，74.8% だった．自宅群が「自宅で看取りができた理由」としてあげたのは，「在宅看取りに対応している往診の医師，訪問看護師がいたから」(43.6%)，「十分な在宅医療サービスが受けられたから」(11.4%)，だった．

考　察

病棟群はもともと，緩和ケア病棟での看取りを希望しており，自宅群では自宅での看取りを希望していた．また，病棟群と比して自宅群のほうが，患者と「どこで死を迎えたいか」よく話し合えていた可能性が示唆された．佐藤ら[5]によると，在宅診療中止の要因には「患者・家族が看取りの場所として明確な自宅の希望ではないこと」を挙げている．

「患者が自宅にいることを喜んでいたか」という設問では，病棟群では「喜んでいた」が 6 割にとどまっていたのに対し，自宅群では 9 割以上が「喜んでいた」と回答した．在宅がん患者に対する QOL の研究において浜野[6]は，「在宅患者の

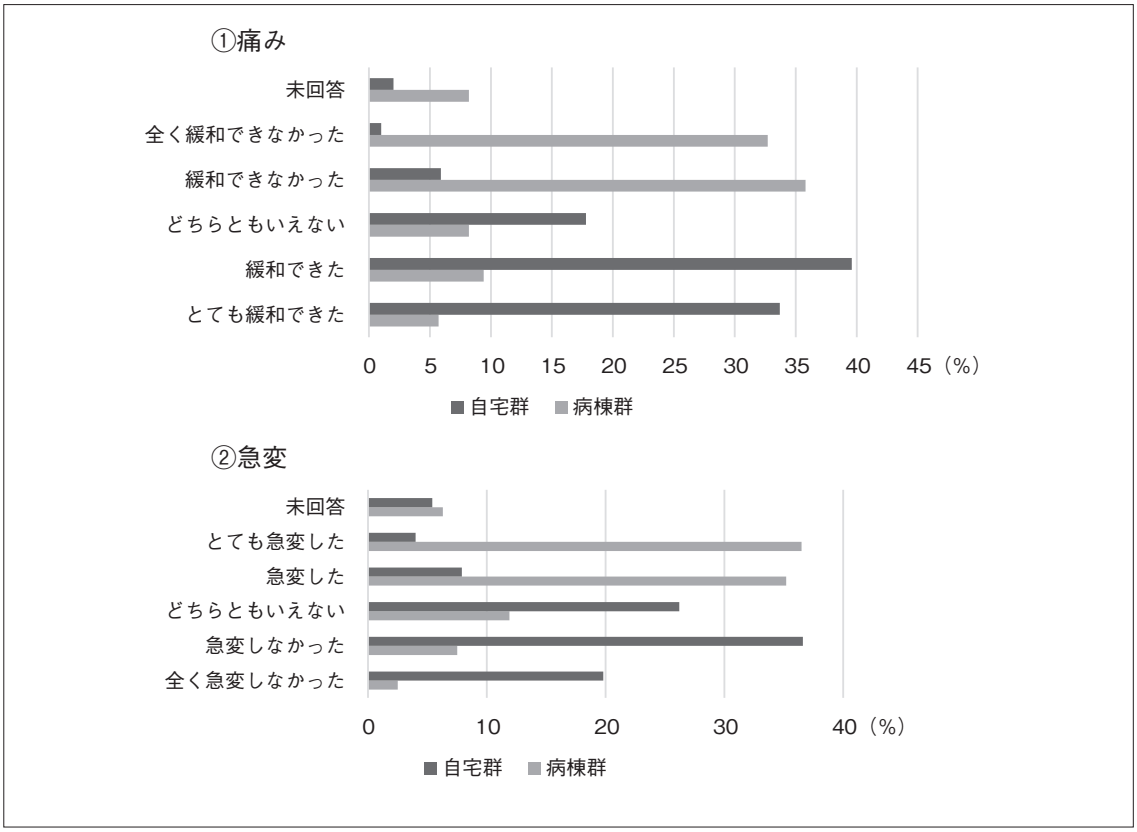


図 2　苦痛緩和

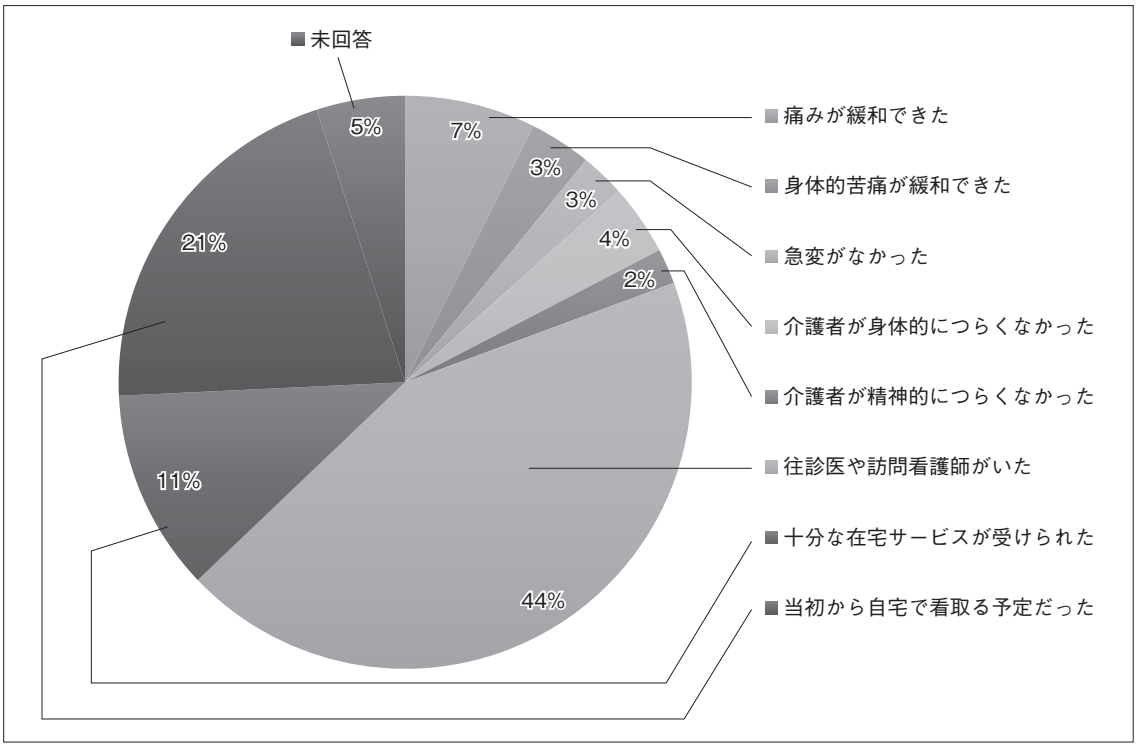


図 3　在宅看取りの要因

QOL そのものに関係する要因なのか，在宅療養が実現できた結果なのか」判断は難しいとしていたが，今回の結果から一部の在宅患者には希望しない在宅医療への移行がなされている懸念が生じた．

病棟群では，痛みや痛み以外の身体症状が緩和できなかったこと，あるいは患者の急変を入院の理由に挙げていた．介護者の不在や在宅医療サービスの不足と並んで，急変時の不安は在宅療養移行・継続の阻害要因として挙げられている[7]ことから，患者・家族の生活状況の把握だけではなく，地域の病院との連携による患者の身体機能の維持・向上が在宅看取りを行う医療機関には求められていることが示唆された．

一方で，自宅群が「自宅で看取りができた理由」として挙げたのは，「往診医・訪問看護師がいたから」，「十分な在宅サービスが受けられたから」がおもな理由であった（**図 3**）が，杉琴ら[8]の調査でも，訪問看護を受けた約 8 割で在宅看取りが行えている．また，在宅看取りを行った家族の約 7 割が「精神的支え」を往診医と答えていることから，質の高い在宅医療・看護・介護が在宅看取りには不可欠であると思われた．

まとめ

在宅看取りの方針をかなえるには，患者・家族の意思の尊重，往診医・訪問看護はじめ十分な在宅医療サービスの導入，急変の不安の解消を含む在宅医療の質の向上が重要と思われた．一方で，再入院となった患者の約 3 割は最初から在宅療養を望んでおらず，これらの受け皿についても検討が必要と思われた．

文　献

1）Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Preferred place of care and place of death of

the general public and cancer patients in Japan. *Support Care Cancer* 2012；20（10）：2575-2582.
2）Fukui S, Fukui N, Kawagoe H, et al. Japanese people's preference for place of end-of-life care and death.: a population-based nationwide survey. *J Pain Symptom Manage* 2011；42（6）：882-892.
3）西本武史，部川玲子，島田瑠奈，他．北見赤十字病院緩和ケア内科在宅訪問診療の試み．第 51 回日本赤十字社医学会総会．2015
4）Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ* 2006；332（7540）：515-521.
5）佐藤一樹，橋本孝太郎，内海純子，他．在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者の在宅診療中止の関連要因．*Palliative Care Research* 2015；10（2）：116-123.
6）浜野　淳．在宅がん患者の quality of life に影響を与える要因を明らかにする研究．遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 3（J-HOPE3）．2016；203-207.
7）厚生労働省終末期医療に関する調査．2008.
8）杉琴さやこ，古賀友之，西垣千春，他．終末期医療における在宅療養の課題．*Bulletin of Social Medicine* 2009；27（1）：9-16.

〔付帯研究担当者〕
島田瑠奈（北見赤十字病院 緩和ケア内科），**谷向　仁**（京都大学医学部附属病院 緩和ケアセンター／緩和医療科），**高橋哲也**（魚津神経サナトリウム 精神科）

35

在宅ホスピス・緩和ケアにおける介護度別での家族介護者の介護負担感と訪問看護利用状況およびケア利用満足度

大槻　奈緒子*

サマリー

本研究の目的は，わが国における在宅ホスピス・緩和ケアにおける終末期がん患者の介護度別での家族介護者の介護負担感と，訪問看護が実施したケアの利用実態と満足度を明らかにすることである．在宅ホスピス・緩和ケアを利用した遺族 729 名に調査票を配布し，回答応諾が得られた 423 名を分析対象とした．対象者における介護認定状況は，要介護 4 の終末期がん患者が 80 名と最も多く，次いで要介護 5 が 76 名であった．介護負担感は，全体的にみて，要介護 4，5 よりも，介護度が中程度の要介護 3 の家族介護者の介護負担感が最も高かった．訪問看護に関しては，医療と生活両面を支えるケアの利用率と，利用満足度が高かった．

目　的

在宅での終末期がん患者の家族介護者の介護負担感については，これまで国内外問わず多くの研究がされている[1~3]．終末期がん患者の家族介護者の介護負担感は，時間的負担感，心理的負担感，実存的負担感，身体的負担感，サービス関連負担感とさまざまな側面が存在し，これらが相互に関連していることが知られている[3]．

在宅ホスピス・緩和ケアを利用し，在宅療養を送る終末期がん患者にとって家族介護者は療養生活継続の重要な支えであるが，終末期がん患者の残存機能の低下や介護時間の延伸は，家族介護者の介護負担感を増大させると言われているように[2]，死期の接近に伴う身体機能の低下は，家族介護者への負担を増大させることが推測される．一方で，日本では自宅死亡希望者の割合は 43.7％と報告されており[4]，また，療養場所が在宅と病院では，在宅療養のほうが生存期間が長くなる可能性も報告されている[5]．在宅ホスピス・緩和ケアを希望する終末期がん患者の在宅療養において，家族介護者への過大な介護負担を回避することは，家族介護者の健康保持だけではなく，終末期がん患者が希望する療養場所で療養生活を継続するためにも重要といえる．

しかしながら，日本の介護保険制度における，

*大阪大学大学院 医学系研究科／日本学術振興会特別研究員（研究代表者）

介護度別での詳細な介護負担の検討はなされていない．さらに，家族介護者への支援を包含し，在宅での医療と生活両面を支え，在宅におけるチーム連携の要としての役割発揮が期待されるソーシャルサービスである訪問看護が実施したケアを遺族側から評価した研究は少ない．患者に必要な介護時間から介護量を算出し，介護サービスを提供しているわが国において，介護度別での負担感および訪問看護ケアの満足度を検討し，在宅ホスピス・緩和ケア提供体制を整備することは重要である．そこで本研究では，在宅ホスピス・緩和ケアにおける終末期がん患者の介護度別での家族介護者の介護負担感と，訪問看護が実施したケアの利用実態と満足度を明らかにすることを目的とした．

結　果

在宅ホスピス・緩和ケアを利用した遺族729名に調査票を配布し，回答の得られた498名（回収率68.3%）のうち，回答拒否者を除く423名を分析対象とした（有効回答率58.0%）．

1）介護認定状況と介護度別介護負担感

対象者における介護認定状況は，要介護4が80名と最も多く，次いで要介護5が76名，要介護2が72名，要介護3が63名であった（**図1**）．

介護度別での介護負担感については，時間的負担感は要介護度3の家族介護者の負担感が最も高く，次いで要介護度1，2であった．心理的負担感に関しても最も負担感が高かったのは要介護3の家族介護者であった．実存的負担感は最も負担感が高かったのは要支援1の家族介護者であったが，次に高かったのは要介護3の家族介護者であった．身体的負担感は要介護1の家族介護者が最も高く，次いで要支援1，要介護3の家族介護者が高かった．サービス関連負担感は未申請の家族介護者が最も高かった（**表1**）．

2）訪問看護の利用状況とケア利用満足度

訪問看護は96.1%の終末期がん患者が利用していた．利用者の平均利用月数は4.37カ月であった（**図1**）．訪問看護ケアは，ほぼすべてのケア利用率が高かったが，利用率が低いケアは外出時の移動支援と夜間の長時間訪問であった．利用したケアに関しては，「助けになった」「とても助けになった」と回答した割合が高く，特に訪問看護全体については67.8%，全身状態チェックは63.0%，排便コントロールは51.8%が「とても助けになった」と回答していた．一方で，利用率が低かった外出時の移動支援と夜間の長時間訪問に関しては，ケアの認知度に関係なく，「知っていたが，特に必要と感じなかった」と回答していた（**表2**）．

考　察

介護度別での家族介護者の介護負担感は，終末期がん患者の要介護度が3であった家族介護者が全体的に高い結果となった．一方で，介護量が多い要介護度4および5の家族介護者の負担感はいずれも最も高くはなかった．要介護度が高くなれば介護量も増え，患者の残存機能の低下や介護時間の延伸が考えられるが，今回の結果は，Guerriereら[2]の研究で示されたこれらの要因が介護負担感を増大するという結果と相反した．わが国の介護保険制度は2000年から開始し，今年で20年目を迎えるが，今回の結果を踏まえると，要介護度の高い患者への介護サービスが充足していると肯定的に捉えることができる．一方で，要介護3である介護度が中程度の患者への支援の充足が今後の課題であるとも考えられ，重点的に支援体制を整備する必要がある．

訪問看護ケアに関しては，患者への直接的なケアも利用満足度が高いが，療養相談や医師への伝言など，医療と生活両面を支えるケアの利用満足度が「助けになった」と「とても助けになった」を合わせると80%を超えていた．訪問看護師へのニーズは，常に話を聞く時間を確保することや病気よりも人として関わることとともに，常に訴えに素早く対応し，知識を提供することであると報告されており[6]，訪問看護師には，患者と家族介

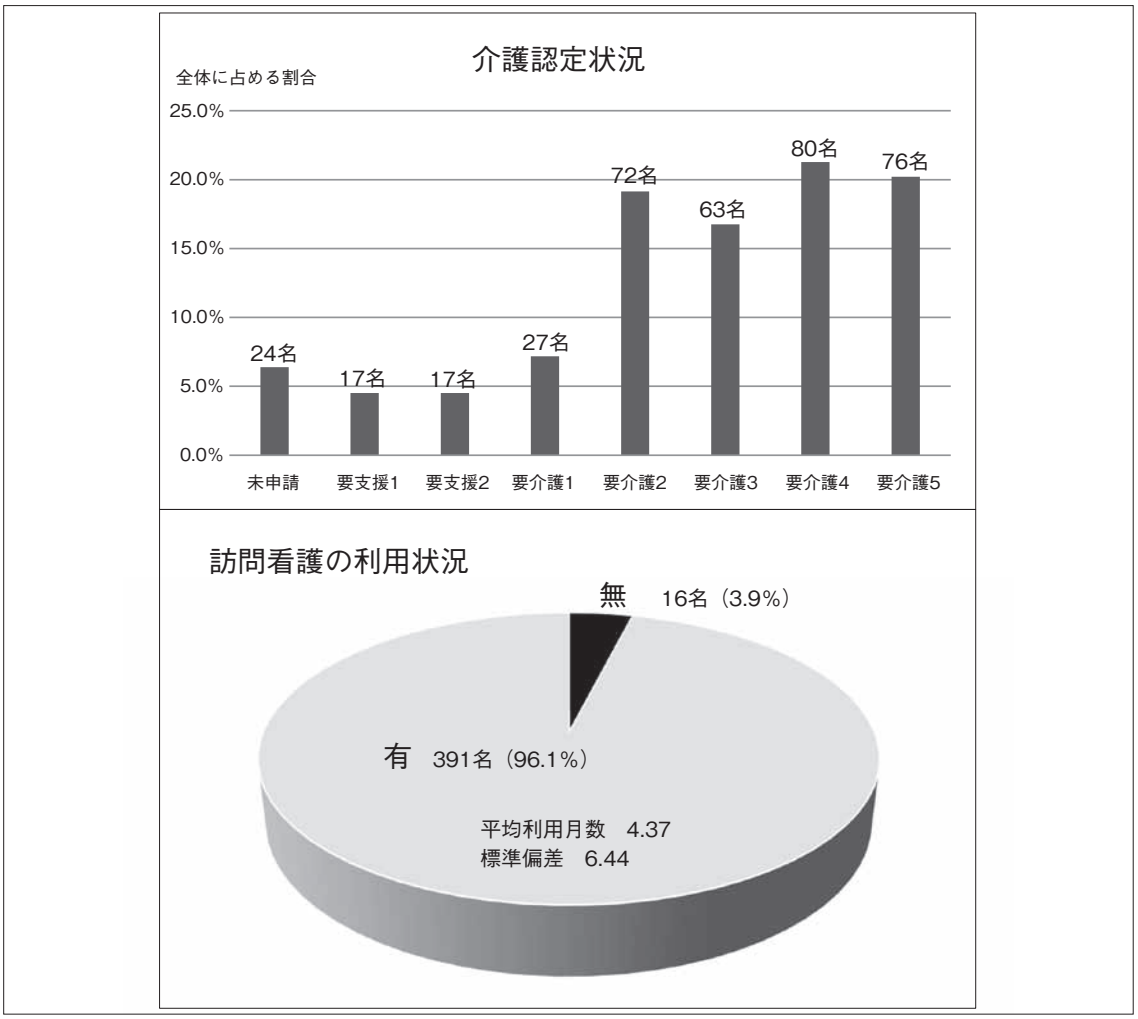


図 1　患者の介護認定状況と訪問看護利用状況

表 1　介護度別での BIC-11（介護負担感）各ドメインの内訳

	時間的負担感			心理的負担感			実存的負担感			身体的負担感			サービス関連負担感		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
未申請	24	2.63	1.41	23	1.04	1.22	23	1.00	1.13	24	1.38	1.44	23	1.43	1.31
要支援 1	15	2.93	1.91	14	1.57	1.74	16	1.88	2.09	16	2.06	1.98	16	1.19	1.11
要支援 2	16	2.06	1.61	16	1.19	1.38	16	1.56	1.67	16	1.63	1.45	15	1.20	1.32
要介護 1	26	3.27	2.16	25	1.36	1.35	25	1.36	1.60	26	2.27	1.56	26	1.35	1.16
要介護 2	71	3.24	2.23	71	1.42	1.59	71	1.25	1.37	71	1.65	1.75	69	1.04	1.23
要介護 3	63	3.40	2.24	63	1.73	1.66	63	1.59	1.43	63	2.06	1.71	63	1.37	1.30
要介護 4	79	2.84	2.03	78	1.32	1.62	79	1.27	1.60	80	1.79	1.83	77	1.01	1.15
要介護 5	74	2.96	2.20	74	1.50	1.40	73	1.33	1.39	71	1.69	1.75	72	1.25	1.43

BIC-11：Burden Index of Caregivers-11 items

表2　訪問看護ケアの実施状況と利用満足度

	利用した						利用しなかった							
	助けにならなかった		助けになった		とても助けになった		知っており，機会があれば利用したかった		知っていたが，特に必要と感じなかった		もし知っていれば，利用したかった		知らなかったが，特に必要と感じなかった	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
全身状態チェック	1	(0.3)	128	(32.0)	252	(63.0)	1	(0.3)	7	(1.8)	3	(0.8)	8	(2.0)
介護者の健康チェック	12	(3.1)	121	(31.3)	157	(40.6)	3	(0.8)	15	(3.9)	20	(5.2)	59	(15.2)
入浴介助	22	(5.7)	53	(13.8)	190	(49.4)	24	(6.2)	75	(19.5)	4	(1.0)	17	(4.4)
排便コントロール	14	(3.6)	104	(26.8)	201	(51.8)	4	(1.0)	36	(9.3)	8	(2.1)	21	(5.4)
リハビリテーション	36	(10.2)	78	(22.1)	74	(21.0)	20	(5.7)	66	(18.7)	11	(3.1)	68	(19.3)
外出時の移動支援	38	(11.1)	36	(10.5)	35	(10.2)	27	(7.9)	101	(29.4)	15	(4.4)	91	(26.5)
訪問看護師へ患者の療養相談	6	(1.6)	149	(39.1)	171	(44.9)	7	(1.8)	23	(6.0)	4	(1.0)	21	(5.5)
訪問看護師へ介護者の生活相談	22	(5.9)	123	(32.7)	97	(25.8)	10	(2.7)	50	(13.3)	9	(2.4)	65	(17.3)
訪問看護師へ看取りについての相談	18	(4.7)	128	(33.3)	141	(36.7)	11	(2.9)	38	(9.9)	16	(4.2)	32	(8.3)
日中の長時間訪問	14	(3.7)	99	(26.2)	115	(30.4)	22	(5.8)	58	(15.3)	12	(3.2)	58	(15.3)
夜間の長時間訪問	21	(5.8)	68	(18.9)	86	(23.9)	14	(3.9)	86	(23.9)	14	(3.9)	71	(19.7)
医師への伝言依頼	6	(1.6)	156	(40.5)	162	(42.1)	6	(1.6)	26	(6.8)	4	(1.0)	25	(6.5)
訪問看護利用全体について	4	(1.0)	100	(25.6)	265	(67.8)	2	(0.5)	12	(3.1)	2	(0.5)	6	(1.5)

護者の療養生活を支え[7]，チーム連携のコーディネート役割が期待される．

まとめ

本研究では，終末期がん患者が要介護３の家族介護者の介護負担感が高かった．訪問看護に関しては，医療と生活両面を支えるケアの利用満足度が高かった．これらを踏まえ，今後介護度が中程度の患者の支援体制整備の強化が望まれる．

文　献

1）Guerriere D, Husain A, Zagorski B, et al. Predictors of caregiver burden across the home-based palliative care trajectory in Ontario, Canada. *Health and Social Care in the Community* 2016：24（4）：428-438.
2）Maltby K, Sanderson C, Lobb E, et al. Sleep disturbances in caregivers of patients with advanced cancer：a systematic review. *Palliative Supportive Care* 2017：15：125-140.
3）Miyashita M, Yamaguchi A, Kayama M, et al. Validation of the Burden Index of Caregivers（BIC）, a multimensional short care burden scale from Japan. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006：4：52.
4）Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, et al. Japanese people's preference for place of end-of-life care and death：a populationbased nationwide survey. *J. Pain Symptom Manage* 2011：42（6）：882–892.
5）Hamano J, Yamaguchi T, Maeda I, et al. Multicenter cohort study on the survival time of cancer patients dying at home or in a hospital：dose place matter? *Cancer* 2016：May 1：1453-1460.
6）Guerriere D, Zagorski B, Coyte P. Family caregiver satisfaction with home-based nursing and physician care over the palliative care trajectory：results from a longitudinal survey questionnaire. *Palliative Medicine* 2013：27（7）：632-638.
7）Gultas C, Yilmaz M. Challenges experienced by and quality of life of relatives of cancer patients requiring palliative care at home. *Turk J Oncol* 2017：32（2）：55-62.

〔付帯研究担当者〕
坂口幸弘（関西学院大学 人間福祉学部），**福井小紀子**（大阪大学大学院 医学系研究科）

36

患者の症状および行われた医療行為・説明に対する遺族の認識の正確さに関する研究

浜野　淳*

サマリー

本研究の目的は，緩和ケア病棟に入院したがん患者遺族において，医師が評価した入院中の症状・医療行為・コミュニケーションに対して，遺族が認識していた入院中の症状・医療行為・コミュニケーションの一致度を明らかにすることである．1,324 名のがん患者遺族に対して質問紙が送付され，865 名（65.3%）から返送があり，回答拒否を除いた有効回答は 718 名（83.0%）であった．医師が評価した入院中の症状・医療行為・コミュニケーションのうち，頻度が多かったのは，死亡時のオピオイド（79.8%），死が数日以内に差し迫っていると家族に伝えた（79.4%），意識が低下していても最期まで耳は聞こえていると家族に説明した（69.5%）であった．また，遺族が認識していた入院中の症状・医療行為・コミュニケーションのうち，頻度が多かったのは，「患者がお亡くなりになる前日までに，死が数日以内に差し迫っているという十分な説明があった」（74.9%），「患者は点滴を受けていた」（72.1%），「患者は医療用麻薬を使っていた」（71.2%）であった．そして，医師が評価した入院中の症状・医療行為・コミュニケーションに対して，遺族が認識していた入院中の症状・医療行為・コミュニケーションの一致度（Kappa 係数）は，0.074 ～ 0.443 であった．適度な一致を示したのは，医療用麻薬の使用のみであった（Kappa 係数：0.443，p <0.001）．そして，死を早めてほしいという患者の表出（Kappa 係数：0.294，p <0.001），点滴の実施（Kappa 係数：0.226，p <0.001）は，おおむね一致を示していたが，その他の項目は，すべてわずかに一致であった．

本研究によって，遺族は症状，医療行為，医師の説明に関して，必ずしも正確に認識できている訳ではないことが示唆されたため，今後の緩和ケア領域の調査・研究を行う際は，医療者による評価を行うべき症状・医療行為・説明と，遺族調査によって適切に評価できる症状・医療行為・説明を区別して調査・研究を実施していくことが望ましいと考えられる．

*筑波大学 医学医療系

目　的

遺族を対象とした調査では，患者に行われた医療行為や医師の説明について調査することが多いが，調査結果には，遺族の recall バイアスの影響が示唆されている[1,2]．本研究では，コホート研究で記録された症状，医療行為，医師の説明に対して，遺族の認識・記憶が一致している割合を明らかにすることで，遺族の recall バイアスの実態を検証し，今後の遺族調査の在り方について考える基盤とする．

結　果

1,324 名のがん患者遺族に対して質問紙が送付され，865 名（65.3%）から返送があり，回答拒否を除いた有効回答は 718 名（83.0%）であった．患者の平均年齢は 73.0 ±11.8 で 52.8% 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・膵が多かった．回答した遺族の平均年齢は 61.8 ±12.4 で 34.8% が男性であった．死別から回答までの期間は 413.5 ±102.1（日）であった．**（表 1）**．

1）医師が評価した入院中の症状・医療行為・コミュニケーション

本研究では「せん妄」，「点滴」，「オピオイド使用」，「深い持続的鎮静」，「家族への説明」，「患者から入院中に死を積極的に早めてほしいという表出があった」などについて，医師が評価した．頻度が多かったのは，死亡時のオピオイド（79.8%），死が数日以内に差し迫っていると家族に伝えた（79.4%），意識が低下していても最期まで耳は聞こえていると家族に説明した（69.5%）であった．また，頻度が少なかったのは患者から入院中に死を積極的に早めてほしいという表出（7.1%），深い持続的鎮静（10.1%）であった **（表 2）**．

2）遺族が認識していた入院中の症状・医療行為・コミュニケーション

緩和ケア病棟で亡くなった遺族を対象として，せん妄状態にあったか，点滴を受けていたか，医療用麻薬を使用していたか，亡くなる前の状況についての説明があったかなどの認識を調査した．その結果，「患者がお亡くなりになる前日までに，死が数日以内に差し迫っているという十分な説

表 1　患者・遺族背景

項目	全体（n=718）	%		全体（n=718）	%
患者			遺族		
年齢（平均値 ± 標準偏差）	73.0 ± 11.8		年齢（平均値 ± 標準偏差）	61.8 ± 12.4	
性別			性別		
男性	379	52.8	男性	250	34.8
女性	339	47.2	女性	455	63.4
原発巣			患者との関係		
肺	134	18.7	配偶者	333	46.4
肝・胆・膵	128	17.8	子	270	37.6
胃・食道	110	15.3	婿・嫁	20	2.8
大腸・直腸	80	11.1	親	13	1.8
前立腺・腎臓・膀胱	57	7.9	兄弟姉妹	49	6.8
乳房	49	6.8	その他	23	3.2
頭頸部・脳	43	6.0	最終卒業学校		
子宮・卵巣	42	5.8	小・中学校	63	8.8
血液	19	2.6	高校・旧制中学	294	40.9
その他	56	7.8	短大・専門学校	143	19.9
入院期間（日）	26.8 ± 27.8		大学・大学院	197	27.4
			死別から回答までの期間（日）	413.5 ± 102.1	

表 2　医師が評価した入院中の症状・医療行為・コミュニケーションの状況

項目	全体（n=718）	%
せん妄		
入院時のせん妄	243	33.8
入院時の過活動型せん妄	131	18.2
入院後 1 週間以内に新規発症したせん妄	127	17.7
入院後 1 週間の過活動型せん妄	151	21.0
入院中のせん妄	335	46.7
入院中の過活動型せん妄	334	46.5
死亡前 3 日間の過活動型せん妄	171	23.8
点滴		
入院後 24 時間以内の点滴	361	50.3
入院後 7 日目の点滴	427	59.5
死亡時の点滴	422	58.8
オピオイド		
入院後 24 時間以内のオピオイド	457	63.6
死亡時のオピオイド	573	79.8
深い持続的鎮静	77	10.7
家族への説明		
せん妄は意識の障害であると説明	481	67.0
せん妄の原因が臓器不全であると説明	457	63.6
せん妄は回復しないのでお話ししておくことはしておいたほうがいいと説明	305	42.5
意識が低下していても最期まで耳は聞こえていると説明	499	69.5
死前喘鳴は患者にとって苦痛ではないと説明	279	38.9
下顎呼吸は患者にとって苦痛ではないと説明	321	44.7
死が数日以内に差し迫っていると伝えた	570	79.4
患者から入院中に死を積極的に早めてほしいという表出	51	7.1

明があった」（74.9%），「患者は点滴を受けていた」（72.1%），「患者は医療用麻薬を使っていた」（71.2%）は，遺族が認識している割合が高かった．

また，認識している割合が低いこととして「患者が「死を早めてほしい」とおっしゃることがあった」（16.3%），「せん妄とは何か，せん妄状態になっている理由について十分な説明を受けられた」（29.7%），「亡くなる前に「のどでゴロゴロという音」がしても，患者は苦痛を感じていないという説明が十分にあった」（29.7%）があった（**表 3**）．

3）遺族が認識していた入院中の症状・医療行為・コミュニケーションの正確さ

医師が評価した入院中の症状・医療行為・コミュニケーションに対して，遺族が認識していた入院中の症状・医療行為・コミュニケーションの一致度（Kappa 係数）は，0.074〜0.443 であった．適度な一致を示したのは，医療用麻薬の使用のみであった（Kappa 係数：0.443, p <0.001）．そして，死を早めてほしいという患者の表出（Kappa 係数：0.294, p <0.001），点滴の実施（Kappa 係数：0.226, p <0.001）は，おおむね一致を示していたが，その他の項目は，すべてわずかに一致であった（**表 4**）．

考　察

本研究では，緩和ケア病棟に入院したがん患者の遺族において，医師が評価した入院中の症状・医療行為・コミュニケーションに対して，遺族が認識していた入院中の症状・医療行為・コミュニケーションの一致度を明らかにした．先行研究では

表 3　遺族が認識していた入院中の症状・医療行為・コミュニケーションの状況

項目	全体（n=718）	%
患者が亡くなる前にせん妄状態があった	362	50.4
患者は点滴を受けていた	518	72.1
患者は医療用麻薬を使っていた	511	71.2
苦痛を和らげるため，睡眠薬や麻酔薬を用いて眠っている状態だった	405	56.4
せん妄とは何か，せん妄状態になっている理由について十分な説明を受けられた	213	29.7
せん妄に対する治療方針や見通しについて十分な説明を受けられた	215	29.9
意識が低下しても，患者の耳は最後まで聞こえているという説明が十分にあった	431	60.0
亡くなる前に「のどでゴロゴロという音」がしても，患者は苦痛を感じていないという説明が十分にあった	213	29.7
亡くなる前にあえぐような呼吸(下顎呼吸)をしても，患者は苦痛を感じていないという説明が十分にあった	235	32.7
患者がお亡くなりになる前日までに，死が数日以内に差し迫っているという十分な説明があった	538	74.9
患者が「死を早めてほしい」とおっしゃることがあった	117	16.3

表 4　入院中の症状・医療行為・コミュニケーションについて遺族が想起した正確さ

医療者が評価した入院中の症状・医療行為・コミュニケーションの状況	遺族が認識していた入院中の症状・医療行為・コミュニケーションの状況	一致度（kappa 係数）	ρ
死亡 3 日前の過活動型せん妄	患者が亡くなる前にせん妄状態があった	0.074	0.023
入院後 24 時間以内の点滴，または，入院後 7 日目の点滴，または死亡時の点滴	患者は点滴を受けていた	0.226	<0.001
入院後 24 時間以内のオピオイド，または，死亡時のオピオイド	患者は医療用麻薬を使っていた	0.443	<0.001
深い持続的鎮静	苦痛を和らげるため，睡眠薬や麻酔薬を用いて眠っている状態だった	0.077	<0.001
せん妄は意識の障害であると説明，かつ，せん妄の原因が臓器不全であると説明	せん妄とは何か，せん妄状態になっている理由について十分な説明を受けられた	0.167	<0.001
せん妄は回復しないのでお話ししておくことはしておいたほうがいいと説明	せん妄に対する治療方針や見通しについて十分な説明を受けられた	0.098	0.066
意識が低下していても最期まで耳は聞こえていると説明	意識が低下しても，患者の耳は最後まで聞こえているという説明が十分にあった	0.115	0.006
死前喘鳴は患者にとって苦痛ではないと説明	亡くなる前に「のどでゴロゴロという音」がしても，患者は苦痛を感じていないという説明が十分にあった	0.135	0.002
下顎呼吸は患者にとって苦痛ではないと説明	亡くなる前にあえぐような呼吸（下顎呼吸）をしても，患者は苦痛を感じていないという説明が十分にあった	0.191	<0.001
死が数日以内に差し迫っていると伝えた	患者がお亡くなりになる前日までに，死が数日以内に差し迫っているという十分な説明があった	0.151	<0.001
患者から入院中に死を積極的に早めてほしいという表出	患者が「死を早めてほしい」とおっしゃることがあった	0.294	<0.001

遺族の recall バイアスが指摘されていたが[1,2]，本研究において，がん患者の遺族が認識している入院中の症状・医療行為・コミュニケーションは，必ずしも実際の症状，医療行為，コミュニケーションと一致しない可能性と，症状・医療行為・コミュニケーションによって一致度に違いが見られる可能性が示唆された．

本研究では，医療用麻薬を使っていることについての一致度が比較的高かったが，これは，家族が医療麻薬に対して持つ不安に対して医療者が丁寧に説明している可能性や，家族が医療用麻薬の使用について関心が高い可能性が考えられる．

また，先行研究では，せん妄を呈するがん患者の家族は強い心理的苦痛を感じると報告されてい

るが，本研究において，せん妄の有無に関する一致率が低いことは，家族が認識しているせん妄が，必ずしも医学的なせん妄状態とは限らない可能性を示唆している．

そして，医療者の説明に関する一致率が低いことは，死別から回答までの期間の平均が１年以上経過していることや，遺族調査に回答した家族が，医療者の説明に同席していなかった可能性が考えられる．

本研究によって，遺族は症状，医療行為，医師の説明に関して，必ずしも正確に認識できている訳ではないことが示唆されたため，今後の緩和ケア領域の調査・研究を行う際は，医療者による評価を行うべき症状・医療行為・説明と，遺族調査によって適切に評価できる症状・医療行為・説明を区別して調査・研究を実施していくことが望ましいと考えられる．

まとめ

本研究は，緩和ケア病棟に入院したがん患者遺族において，医師が評価した入院中の症状・医療行為・コミュニケーションに対して，遺族が認識していた入院中の症状・医療行為・コミュニケーションの一致度を明らかにすることを目的とした．本研究では，コホート研究で記録された症状，医療行為，医師のコミュニケーションに関するデータと，質問紙調査で得られた遺族が認識していた入院中の症状・医療行為・コミュニケーションのデータの一致度を検証し，遺族は症状，医療行為，医師の説明に関して，必ずしも正確に認識できている訳ではないことが示唆された．

文　献

1）Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, et al. Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics* 2004；45：107–113.

2）Breitbart W, Gibson C, Tremblay A. The delirium experience：delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics* 2002；43：183–194.

〔付帯研究担当者〕

森田達也（聖隷三方原病院），**山口　崇**（神戸大学医学部附属病院），**森　雅紀**（聖隷三方原病院），**前田一石**（ガラシア病院），**松田洋祐**（聖路加国際病院）

37

持続的な深い鎮静は患者・家族間のコミュニケーションを減らすか

横道　直佑*

サマリー

持続的深い鎮静をすることによって患者・家族間のコミュニケーションが減るかどうかを調べた．患者が意味のある会話ができなくなるまでの期間は，持続的深い鎮静を受けたかどうかで差がなかった．また患者・家族間でお別れに関する会話ができたかどうかは，持続的深い鎮静の有無で差がなかった．持続的深い鎮静が開始される前後は自然とコミュニケーションできなくなっていく時期と重なるため，持続的深い鎮静によってコミュニケーションの機会が大きく失われるということはない．

目　的

鎮静とは，「治療抵抗性の苦痛を緩和することを目的として，鎮静薬を投与する」治療である[1]．その中で持続的深い鎮静は，「中止する時期をあらかじめ定めずに，深い鎮静状態とするように鎮静薬を調整して投与すること」と定義される[1]．鎮静は患者の苦痛の強さや治療抵抗性の確実さや予測される生命予後を鑑みて相対的に最善と判断された場合に実施される．

持続的深い鎮静の倫理的な課題として，コミュニケーションができなくなるので社会的な死にあたるのではないかという指摘がある[2]．また，国内の遺族調査では，鎮静を受けた患者の家族の80%は鎮静を受けたことに満足していた一方で，50%が「話ができなくなることがつらかった」と回答した[3]．しかし，持続的深い鎮静を実施することによって実際に患者・家族間のコミュニケーションの量や質が低下するかどうかを示す直接的なデータはない．

一般的に鎮静期間は数日で，鎮静の対象となる主要な症状はせん妄と呼吸困難である[4]．そのため鎮静を受ける患者の多くは衰弱やせん妄や呼吸困難のために鎮静開始前にすでに会話が難しくなっている可能性がある．また，持続的深い鎮静は生命予後を短縮しない[5]．また，オランダの遺族調査では，鎮静は遺族の死亡直前期の体験や死別後の遺族の健康に悪影響がなかったと報告している[6]．

本研究では，終末期がん患者において持続的深

*聖隷三方原病院 緩和支持治療科（研究代表者）

い鎮静を受けた場合と受けなかった場合とを比べて患者が意味のある会話ができた期間や，遺族が患者と十分に会話することができたかどうかが持続的深い鎮静の有無で差があるかを調査する．

結　果

ホスピス・緩和ケア病棟で亡くなった患者の遺族1,324名にアンケートを送付した．回収できたのは865名（65.3%）だった．うち147名が回答を拒否したため，有効回答数は718名（54.2%）だった．その中から患者・家族間のコミュニケーションに関する質問5項目に欠損のある118名と一度生存退院した患者7名を除外して，593名を解析対象とした．アンケート調査結果と入院中の患者の観察データを連結して解析した．

1）持続的深い鎮静の実施状況

持続的深い鎮静を受けたのは68名（11.5%）だった．持続的深い鎮静を行った期間の中央値は2日（幅0～68）だった．

2）コミュニケーションできなくなるまでの期間の比較

ホスピス緩和ケア病棟に入院してから意味のある会話ができなくなる（Communication Capacity Scale item4のスコアが3になる）までの期間は，鎮静を受けた患者では中央値13.5日（95%信頼区間7～19），鎮静を受けなかった患者では中央値12日（95%信頼区間10～13）で，統計学的に有意な差はなかった〔ρ =0.94，**(図1)**〕．

持続的深い鎮静を受けた患者のうち，鎮静開始の前日までに意味のある会話ができなくなっていた患者の割合は，42.6%（95%信頼区間：30.7～55.2）だった**（図2）**．

3）家族が体験した患者・家族間のコミュニケーションの比較

遺族に，Q1「患者様は，大切な人に伝えたいことを伝えられた」，Q2「患者様は，大切な人にお別れのことばを伝えられた」，Q3「あなたは，患者様に，伝えたいことを伝えることができた」，Q4「あなたは，患者様に，お別れのことばを伝えることができた」，Q5「あなたは，患者様が亡

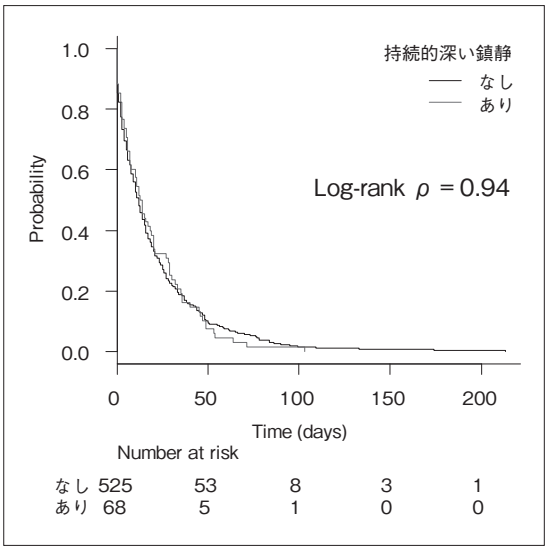


図1　入院から意味のある会話ができなくなる*までの日数
* Communication Capacity Scale item4=3

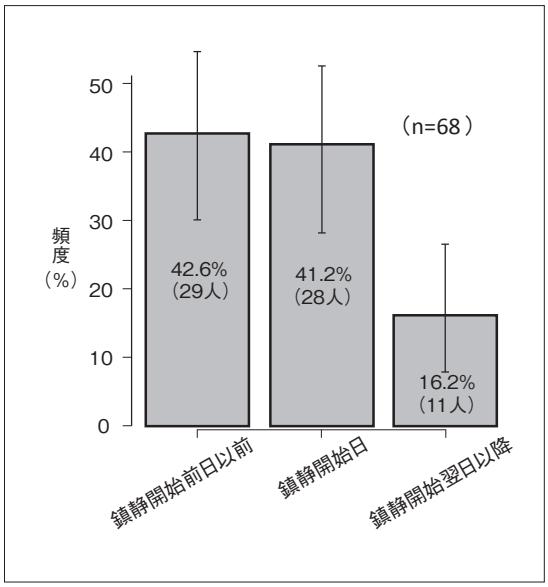


図2　持続的深い鎮静を受けた患者（n=68）が意味のある会話ができなくなった*タイミング
* Communication Capacity Scale item4=3

くなられる前に，十分そばにいることができた」の５つの質問に，１（あてはまらない），２（あまりあてはまらない），３（ややあてはまる），４（あてはまる）の４段階で回答してもらった[6~8]．３または４（ややあてはまる，あてはまる）と回答した割合は，Q1 で 50.7%（鎮静なし群）対 60.3%（鎮静あり群），Q2 で 36.6%対 42.6%，Q3 で 44.8%対 51.5%，Q4 で 35.0%対 29.4%，Q5 で 81.7%対 79.4%だった **(図 3)**．

Q1 から Q5 までの合計点の中央値は鎮静なし群で 12（幅 5-20），鎮静あり群で 12（幅 5-20）で，有意な差はなかった（ρ =0.51）．

考　察

本研究は，筆者らが知る限り，持続的深い鎮静と患者・家族間のコミュニケーションの量や質の関係を調査した初めての報告である．本研究では２つの主要な結果が得られた．

１つは，持続的深い鎮静をするかしないかはコミュニケーションができる期間に影響しなかったことである．鎮静期間が２日間であることや，４割以上の患者が鎮静開始前日までにコミュニケーションができなくなっていたことを合わせて考えると，持続的深い鎮静が開始されるのは死亡直前期に自然とコミュニケーションができなくなって

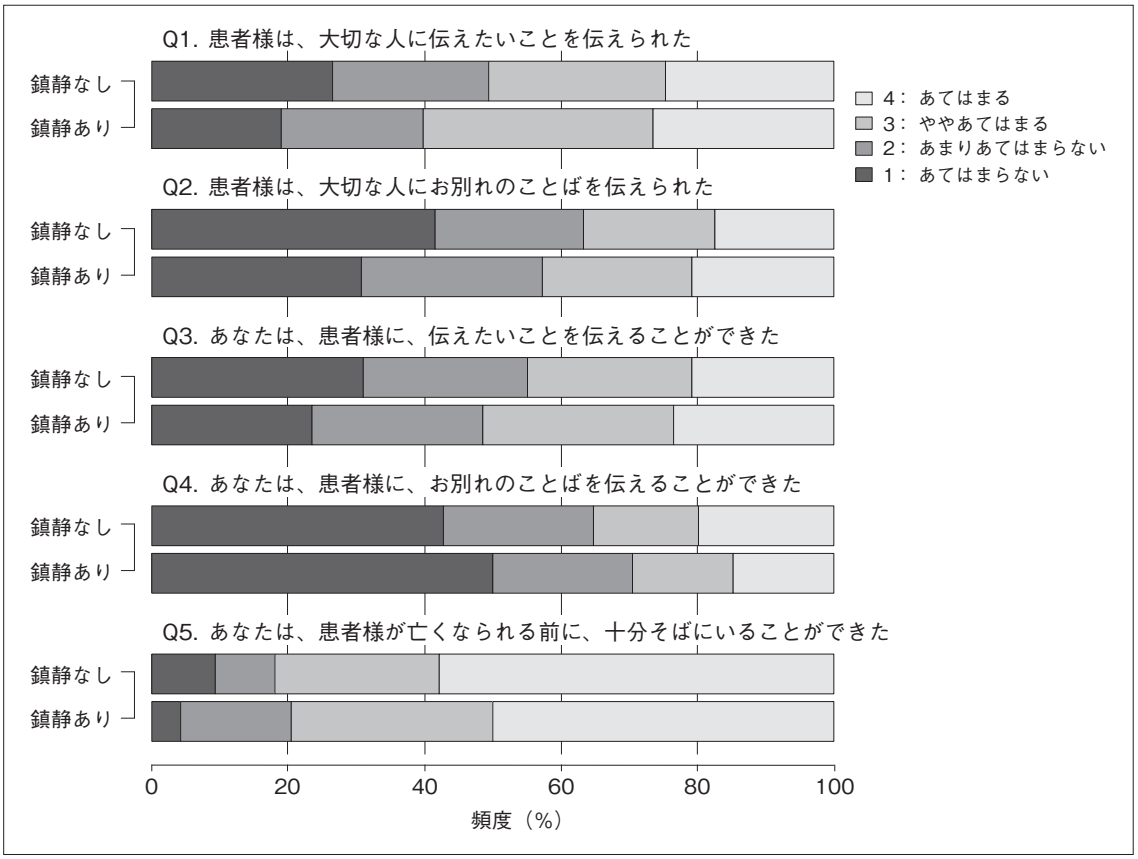


図３　患者・家族間のコミュニケーションに関する遺族へのアンケート調査結果

いく時期と重なると推察される．

もう１つは，持続的深い鎮静を受けた患者の家族が体験した患者・家族間のお別れに関するコミュニケーションは，持続的深い鎮静を受けなかった患者の家族の体験と比べて差がなかったことである．持続的深い鎮静をしたがために感謝やお別れを伝えるなどの大切な会話の機会が失われるということは通常はなさそうだ．

これらのことより，ホスピス・緩和ケア病棟で持続的深い鎮静を行った場合，平均的には患者・家族間のコミュニケーションの量や質が低下しないことが分かった．

まとめ

持続的深い鎮静が開始される前後は自然とコミュニケーションができなくなっていく時期と重なるため，持続的深い鎮静によってコミュニケーションの機会が大きく失われるということはない．今回得られた知見によって，患者，家族，医療者が鎮静を選択するうえでの心理的な障壁が減って，治療抵抗性の耐えがたい苦痛がある患者により適切に鎮静が行われるようになることが期待される．

文　献

1）日本緩和医療学会ガイドライン統括委員会，日本緩和医療学会．がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き．第２版：金原出版；2018.

2）Materstvedt LJ, Bosshard G. Deep and continuous palliative sedation（terminal sedation）：clinical-ethical and philosophical aspects. *Lancet Oncology* 2009；10：622-627.

3）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.

4）Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival：a systematic review. Journal of clinical oncology：*Am Soc Clin Oncol* 2012；30：1378-1383.

5）Maeda I, Morita T, Yamaguchi T, et al. Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer（J-Proval）：a propensity score-weighted analysis of a prospective cohort study. *Lancet Oncology* 2016；17：115-122.

6）Bruinsma SM, Brown J, van der Heide A, et al. Making sense of continuous sedation in end-of-life care for cancer patients：an interview study with bereaved relatives in three European countries. *Support Care Cancer* 2014；22：3243-3252.

7）中里 和弘，塩崎 麻里子，平井 啓，et al. ホスピス・緩和ケア病棟における患者と家族間の思いの言語化を支える家族支援―遺族調査による家族支援と「患者と家族との良好な関係性」および「ケアの全般的満足度」との関連性の検討．*Palliative Care Research* 2018；13：263-271.

8）Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Uchitomi Y. Good death inventory：a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 2008；35：486-498.

〔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），**今井堅吾**（聖隷三方原病院 ホスピス科），**森　雅紀**（聖隷三方原病院 緩和ケアチーム）

38

遺族の視点で捉えたホスピス・緩和ケア病棟における急変による死亡に関する研究

伊藤　怜子*

サマリー

本研究は，わが国のホスピス・緩和ケア病棟で亡くなった患者の遺族が評価する急変による死亡の頻度と，急変による死亡と抑うつや複雑性悲嘆など遺族の精神心理的健康状態との関連を明らかにすることを目的とする．有効回答が得られた718例のうち，「死亡した時期に驚いた」と回答した遺族は313例（44%），「急に状態が悪化して亡くなった」と感じた遺族は326例（45%）であった．また，これらの急変による死亡を経験した遺族は，死別後の抑うつや複雑性悲嘆の可能性がある割合が多かった．本研究結果より，死が間近に迫っていることが明らかな終末期がん患者においても，その死が，遺族にとって急変による死亡であったかどうかは，死別後の遺族の精神心理的健康状態に影響する可能性が示唆された．今後は，EASED研究のデータと連結した解析を行い，医療者の主観や客観的な所見に基づく急変による死亡との一致率や，急変による死亡のリスクファクターを検討する予定である．

目　的

終末期がん患者は，performance statusの低下や経口摂取量の減少など，ある程度予測可能な全身状態の変化を経て死に至ることが多い[1]．一方で，筆者らは，急な病態の変化や急速な全身状態の悪化によって，予期せず死を迎える症例，つまり，急変による死亡を少なからず経験する．急変による死亡は，正確な予後予測に困難をきたし，予定していた終末期ケア計画を断念せざるをえないなど，患者や家族，医療者にとって，大きな問題となる．特に，残される遺族にとっては，心の準備ができないまま別れを迎えることになるだけではなく，窒息や出血などの致死的なイベントを目の当たりにした場合は，大きな精神的負担となりうる．

ホスピス緩和ケア病棟における終末期がん患者の急変による死亡に関する研究は，ほとんどが少数例での検討であるだけではなく，急変による死亡の定義が研究によって異なるため，急変による

*京都大学大学院 医学研究科／日本バプテスト病院 ホスピス科（研究代表者）

死亡の頻度は 0.5 ～ 42% と報告によって違いが大きい[2~7]．たとえば，医療者の主観的な判断による数日以内の急激な悪化ののちの死亡の割合は 19 ～ 42%[2~4]，死亡のタイミングに驚いたかどうかという surprise question に主治医が Yes と回答した死亡の割合は 10% と報告されている[6]．また，入院もしくは在宅でホスピス・緩和ケアを受けた非がん患者も含めた大規模な研究では，客観的な指標を用いて Australian-modified Karnofsky Performance Status（以下，AKPS）50 以上から 1 週間以内の死亡と定義した場合，頻度は 4% と報告されている[7]．

しかし，いずれの報告においても，急変による死亡は，医療者の主観や，客観的な所見をもとに判断されており，遺族がどのように捉えているか，これまでに報告されている急変による死亡が遺族の主観と合致しているかどうかは検討されてはいない．また一般に，事故や急病により突然，家族を亡くした遺族は，複雑性悲嘆を発症する頻度が高いことが報告されているが[8]，死が間近に迫っているであろうことが明らかな終末期がん患者の家族にとって，急変による死亡かどうかが，死別後の遺族の精神心理的健康状態に影響を与えるかどうかは明らかになっていない．

そこで，本研究では，ホスピス緩和ケア病棟において，遺族の評価に基づく急変による死亡の頻度を調べること，急変によって死亡した患者と急変ではない患者とでは，遺族の死別後の抑うつや複雑性悲嘆の発症に差があるかどうかを調べることを目的とする．さらに，EASED 研究と連結することによって，遺族の評価に基づく急変による死亡と既報の定義に基づく急変による死亡との一致度を調査する．

結　果

1,324 名の遺族に質問紙を送付した．865 名（65.3%）より返送を受け，そのうち，有効回答数が得られた 718 名（54.2%）を解析対象とした．

1）遺族の評価に基づく急変による死亡の頻度（図 1）

急変による死亡かどうかを，既報の 2 つの定義に基づき[4,6]調査した．1 つ目は，「患者が息を引き取られた時期は，あなたが予想していた時期と異なり驚いた」に対して，4 段階で回答を求め，「あてはまる」「ややあてはまる」と回答した

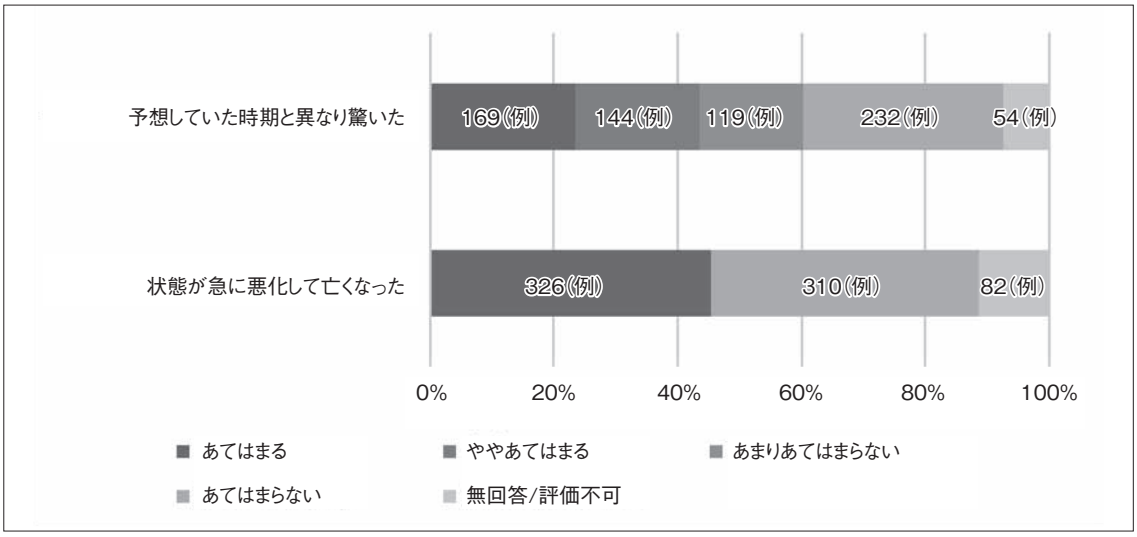


図 1　遺族の評価に基づく急変による死亡の頻度

場合を「遺族が驚いた死亡」，「あまりあてはまらない」「あてはまらない」と回答した場合を「遺族が驚かなかった死亡」とした．2つ目は，「患者は，状態が急に悪化して1～2日以内に亡くなられた」という問いに対して，「あてはまる」「あてはまらない」の2段階で回答を求め，それぞれ，「急な死亡」と「急ではない死亡」とした．結果は，「遺族が驚いた死亡」は「あてはまる」169例，「ややあてはまる」144例を合わせて313例（44%）で，「急な死亡」と遺族が感じたのは，326例（45%）であった．

2）急変による死亡と遺族の抑うつ・複雑性悲嘆との関連（図2，図3）

The Patient Health Questionnaire（以下，PHQ-9）の合計が10点以上の場合を「抑うつあり」と定義し，遺族の抑うつの合併頻度を評価した．「遺族が驚いた死亡」は「遺族が驚かなかった死亡」と比較して，遺族の抑うつの合併頻度が高かった（17% vs 11%, ρ =0.021）．また，「急な死亡」も「急ではない死亡」と比べて，遺族の抑うつの合併頻度が高かった（17% vs 11%, ρ =0.032）．

さらに，複雑性悲嘆の合併頻度を評価するため，The Brief Grief Questionnaire（以下，BGQ）の合計点が8点以上の場合を「複雑性悲嘆あり」と定義し，遺族の複雑性悲嘆の合併頻度を評価した．その結果，「遺族が驚いた死亡」は「遺族が驚かなかった死亡」と比較し，複雑性悲嘆の合併が多く（13% vs 8%, ρ =0.036），また，「急な死亡」は「急ではない死亡」と比べて，複雑性悲嘆の合併が多い傾向があった（11% vs 9%, ρ =0.35）．

考　察

本研究は，わが国のホスピス緩和ケア病棟における急変による死亡を，遺族の視点から評価した初めての研究である．

本研究の対象となった患者に対する，医療者の主観や客観的な指標を用いて定義した急変による死亡の頻度は，EASED研究のデータを評価したところ約10%であり（現在，詳細な解析を行っている），遺族の捉える急変による死亡は，医療者が捉える急変による死亡より明らかに多いと言える．したがって，これまで医療者の視点で急変による死亡と判断していたものと，遺族の感じる急変による死亡は，一致していない可能性が考え

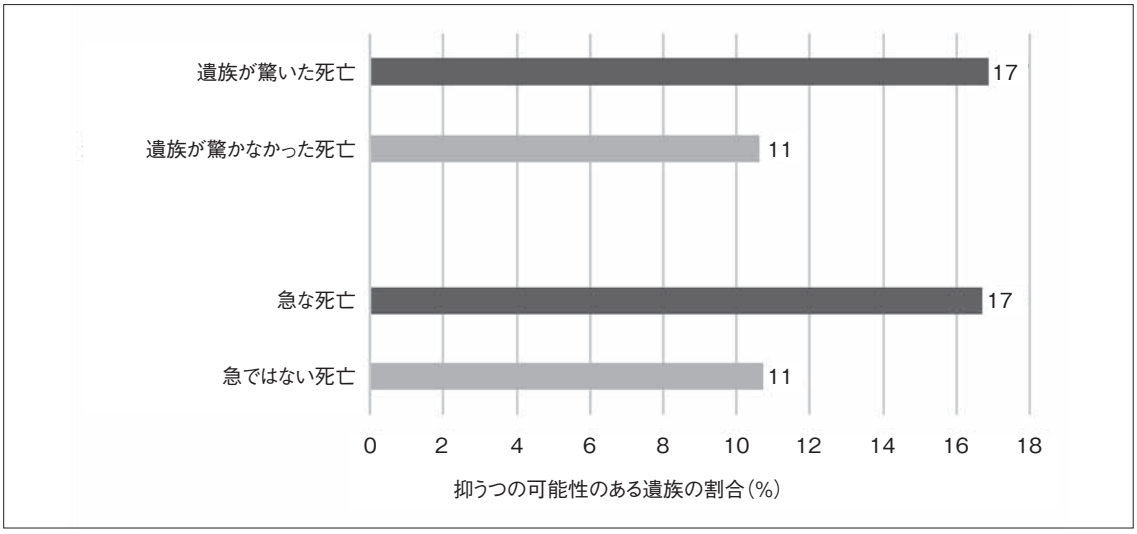


図2　急変による死亡と遺族の抑うつとの関連

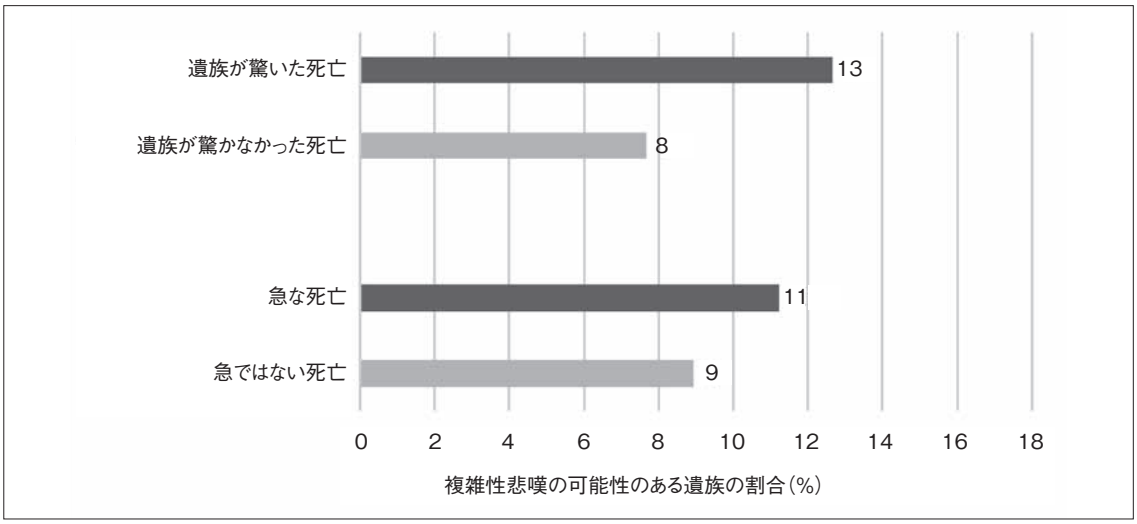


図3　急変による死亡と遺族の複雑性悲嘆との関連

られる.

また,「遺族が驚いた死亡」や「急な死亡」は遺族の抑うつや複雑性悲嘆と関連があることが明らかとなった. ホスピス・緩和ケア病棟で亡くなった患者の遺族の抑うつや複雑性悲嘆に関連する因子として, 遺族の精神疾患の既往や入院中の健康状態, 死別に対する心の準備不足などが報告されている[9]が, 急変による死亡であったかどうかも, 遺族の精神心理的健康状態に影響を及ぼす可能性が示唆された.

今後は, EASED 研究のデータと連結し, 遺族の評価による急変による死亡と, 医療者の評価による急変による死亡, 客観的な定義による急変による死亡の一致率を検討するとともに, 急変による死亡のリスクファクターを検討し明らかにすることによって, より有効な遺族ケアの提供ができる可能性があると考える.

まとめ

本研究では, ホスピス緩和ケア病棟における終末期がん患者の急変による死亡を, 遺族の視点から評価した. 今後, 終末期がん患者の急変による死亡に関する研究をさらにすすめ, より充実した緩和ケア, 遺族ケアにつなげるための重要な知見となりうる.

文　献

1) Seow H, Barbera L, Sutradhar R, et al. Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. *J Clin Oncol* 2011；29：1151-1158.
2) 恒藤　暁, 池永昌之, 細井　順, 他. 末期がん患者の現状に関する研究. ターミナルケア 1996；6：482-490.
3) 森田達也, 角田純一, 井上　聡, 他. 終末期癌患者における経験に基づいた予後予測の信頼性. 癌と化学療法 1999；26：131-136.
4) Wilcock A, Crosby V. Hospices and CPR guidelines. Sudden and unexpected death in a palliative care unit. *BMJ* 2009；338：b2343.
5) Kirsty Scott. Incidence of sudden, unexpected death in a specialist palliative care inpatient setting. *Palliat Med* 2010；24：449-450.
6) Bruera S, Chisholm G, Dos Santos R, et al. Frequency and factors associated with unexpected death in an acute palliative care unit：expect the unexpected. *J Pain Symptom Manage* 2015；49：822-827.
7) Ekstorm M, Vergo MT, Ahmadi Z, et al. Prevalence of sudden death in palliative

care：data from the Australian palliative care outcomes collaboration. *J Pain Symptom Manage* 2016；52：221-227.
8）Keyes KM, Pratt C, Galea S, et al. The burden of loss：unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a National Study. Am *J Psychiatry* 2014；171：864-871.
9）Aoyama M, Sakaguchi Y, Morita T, et al. Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. *Psychooncology* 2018；27：915-921.

〔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）

39

遺族が認識する死前喘鳴と死前喘鳴に対する吸引処置に関連する遺族の体験に関する調査

山口　崇*

サマリー

本研究の目的は，1）遺族評価と医療者評価の死前喘鳴の強度の相関，2）遺族評価の死前喘鳴の強度と死前喘鳴に関連した遺族のつらさとの関連，3）死前喘鳴に対する吸引処置に関する遺族の経験と処置の改善の必要性，を探索することである．患者の経過中に死前喘鳴が生じたと答えた297名の遺族から回答を得た．担当医評価と遺族評価のBackスコア最大値の相関係数は0.188（ρ=0.082）と相関は認めなかった．遺族のつらさを評価する際の遺族評価のBackスコアのCut-offポイントは1/2であったが，ROC曲線のAUCは0.620と診断精度は高くなかった．死前喘鳴に対する吸引処置に関する改善の必要性に関して，多変量解析において「遺族性別が女性」「処置が苦しそうだった」が正の相関を，「（処置の施行に関して）医療者と十分相談できた」「処置は丁寧に行われた」が負の相関を示した．終末期がん患者に生じる死前喘鳴に対しては，音の強さは遺族のつらさとの関連は強くないため，より多角的な視点から評価を行うことが必要である．また，吸引処置の施行に際しては，十分に相談のうえで，なるべく苦痛が少ないように留意し丁寧に施行することが重要である．

目　的

死前喘鳴は終末期の13～92%で発生する症状である[1]．真性（1型）死前喘鳴は患者に意識がない状態で発生するため[2]，死前喘鳴自体は患者にとって苦痛ではないという見方がある一方で，死前喘鳴は患者の家族にとってつらい体験と関連することが報告されている[3~6]．現在，臨床・研究のいずれにおいても死前喘鳴の評価として音の大きさを評価対象としたBackスコアが使用されることが多い[7]．しかし，患者自身は死前喘鳴に伴う苦痛を感じていないという前提においては，死前喘鳴の大きさが，臨床上も研究上も重要な目的アウトカムになりえない可能性がある．したがって，評価項目として（家族など）周囲のcaregiverの苦痛を直接的に評価するべきという

*甲南医療センター 緩和ケア内科（研究代表者）

考えがあるが，これまでのところ，死前喘鳴の強度と周囲の caregiver の苦痛との間に関連があるかに関しての報告はない．

また，日常診療において死前喘鳴への対処として吸引処置が行われることがある．死前喘鳴における吸引処置の有効性に関する検証はされておらず，逆に吸引処置に伴い患者や家族に苦痛を与える可能性もある[4]．しかしながら，これまでのところ「死前喘鳴に対する吸引処置」について家族の実際の経験や気持ちに関しての報告はない．

本研究の目的は，1）遺族が認識している死前喘鳴の強度と実際に測定された強度とが一致するか，2）遺族が認識している死前喘鳴の強度と死前喘鳴に関連した遺族のつらさには関連があるのか，3）死前喘鳴に対する吸引処置に関する遺族の経験と改善の必要度，を探索する．

結　果

1,681 名の緩和ケア病棟に入院された患者の遺族に質問紙を送付し，1,122 名より返送を受けた（回収率 66.7%）．そのうち，「（患者が緩和ケア病棟で療養中に）のどもとでゴロゴロいうこと」がありましたか？の質問に「はい」と回答した 297 名を解析対象とした．解析対象遺族の背景情報は**表 1** に示す．

1）遺族評価による死前喘鳴強度と医療者評価による死前喘鳴の相関

緩和ケア病棟入院中に担当医評価による Back スコア 2 以上の喘鳴を発症した 89 例に関して，入院中の Back スコアの最大値と遺族の recall による Back スコアの最大値の平均値を t 検定で，相関を Spearman の相関検定にて検定した．担当医および遺族の Back スコア最大値の平均は，それぞれ 2.39（95%CI：2.29 ～ 2.50），0.92（95%CI：0.70 ～ 1.14）で，有意に差を認めた（ρ =0.001）．担当医 / 遺族間の Back スコア最大値の相関係数は 0.188（ρ =0.082）と相関は認められなかった．

表 1　遺族の背景情報

年齢（mean ± SD, yrs）	60 ± 12.7
性別［n（%）］	
Male	82（27.6）
Female	209（71.8）
患者との関係［n（%）］	
配偶者	136（45.9）
子ども	121（40.9）
義理の子ども	10（3.4）
兄弟／姉妹	21（7.1）
親	2（0.7）
その他	6（2.0）
教育歴［n（%）］	
中学	23（8.0）
高校	116（40.1）
短大／大学／大学院	147（50.9）
その他	3（1.0）
入院中，患者とすごした頻度［n（%）］	
毎日	213（72.2）
4 ～ 6 日／週	49（16.6）
1 ～ 3 日／週	29（9.8）
なし	4（1.4）

2）遺族の死前喘鳴に関連するつらさを評価する際の，死前喘鳴強度の感度・特異度

死前喘鳴に際して遺族が感じたつらさ（つらかった～とてもつらかった）をスクリーニングする際の遺族評価による Back スコアの cut-off 値および感度・特異度を**表 2** に示す．Youden index を用いた cut-off ポイントは 1/2 であった．AUC は 0.620 であり，予測精度はあまり高くないと考えられた．

3）死前喘鳴に対する吸引処置に関連した経験と改善の必要性

死前喘鳴に対して吸引処置を施されたと答えた遺族は 85.7%（245/286）であった．そのうち，吸引処置により「死前喘鳴の音が減った」「患者が楽になった」「処置が苦しそうだった」「（あなたは）安心した」「（処置の施行に関して）医療者と十分相談できた」「処置は丁寧に行われた」と答えた（ややあてはまる～あてはまる）遺族はそれぞれ，77.4%，73.0%，75.1%，76.7%，54.1%，77.4% であった（**図 1**）．死前喘鳴に対する吸引処置に関して改善の必要がある（改善の必要な点がかなりある～非常にある）と答えた遺族は 25.7% であった．

2 項ロジスティック回帰分析により「吸引処置に関する改善の必要性」に関連する因子として「吸引処置に関連した経験」と先行研究で死前喘鳴に伴うつらさ / 死前喘鳴に対するケアの改善必要性に関連することが示されている因子[4]の相関を検討したところ，「遺族性別が女性」「処置が苦しそうだった」が正の相関を，「（処置の施行に関して）医療者と十分相談できた」「処置は丁寧に行われた」が負の相関を示した（**表 3**）．

表 2　遺族のつらさと遺族評価による Back スコアの cut-off 値

Cut-off ポイント	感度	特異度	LR（+）	LR（−）
1/2	0.764	0.450	1.390	0.520
2/3	0.132	0.937	2.095	0.926

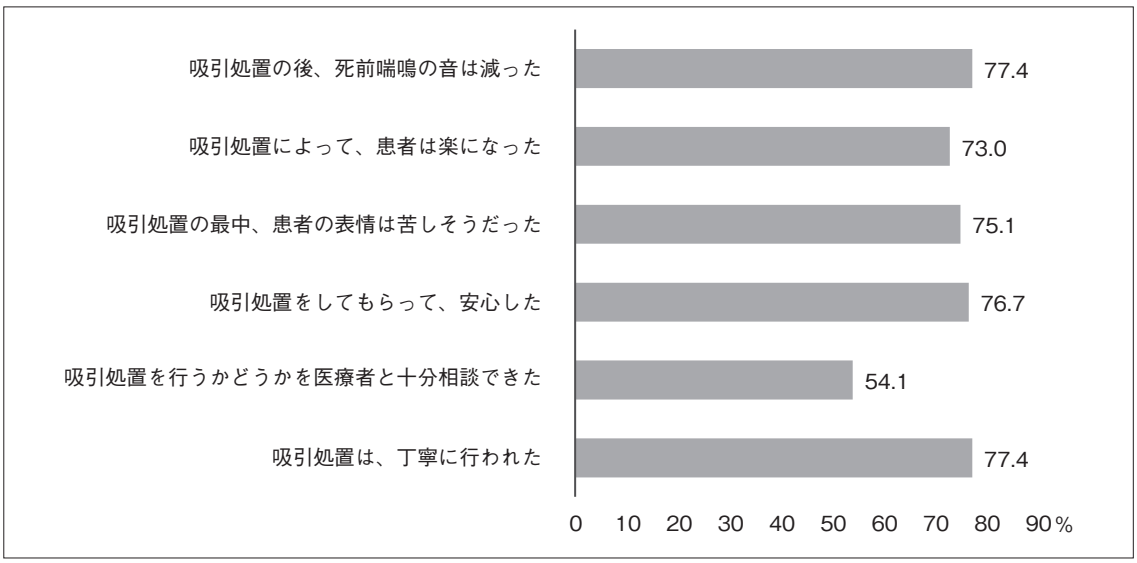


図 1　死前喘鳴に対する吸引に関する家族の経験

表３　吸引処置に関連した経験と吸引処置に関する改善の必要性

	n	OR	95% CI	ρ
患者年齢	245	0.986	0.952 ～ 1.021	0.436
死前喘鳴の大きさ（Back score）	235	1.801	0.949 ～ 3.417	0.072
遺族性別（女性）	240	5.300	1.868 ～ 15.038	0.002
患者との関係	244	0.993	0.718 ～ 1.372	0.964
付き添い頻度	243	1.266	0.697 ～ 2.299	0.439
吸引処置の後，死前喘鳴の音が減った	235	1.049	0.355 ～ 3.096	0.931
吸引処置によって，患者は楽になった	237	1.499	0.515 ～ 4.361	0.458
吸引処置の最中，患者の表情は苦しそうだった	233	5.481	1.740 ～ 17.263	0.004
吸引処置をしてもらって，安心した	236	0.762	0.278 ～ 2.087	0.597
吸引処置を行うかどうかを医療者と十分に相談できた	233	0.320	0.138 ～ 0.740	0.008
吸引処置は，丁寧に行われた	234	0.281	0.117 ～ 0.679	0.005

考　察

本研究ではおもな結果として以下の３点が得られた．

１つ目は，医療者評価による死前喘鳴の大きさと遺族評価による死前喘鳴の大きさとの間には有意な相関がみられなかった．全般的に，遺族評価による死前喘鳴の大きさは医療者評価よりも軽度に評価されており，平均値も有意に低かった．この結果から，医療者と比較して，遺族にとっては死前喘鳴の大きさは興味対象としての重要度が高くない可能性が考えられる．しかしながら，遺族評価は患者死亡から一定期間経過してからのrecallによる評価であることや，家族が常に病室内にいるわけではないため，正確に評価できていない可能性が限界として挙げられる．

２つ目は，遺族評価による死前喘鳴の大きさは，遺族が感じる死前喘鳴に伴うつらさの評価方法としては感度・特異度ともに不十分であり，診断精度としては高くなかった．これまでの報告と今回の結果を踏まえると，死前喘鳴に伴う家族（遺族）のつらさに関しては，死前喘鳴自体の大きさのみならず，死前喘鳴に関する説明やケア内容などさまざまな因子の影響を受けることが想定されるため[4, 8]，多角的な評価と対応が重要と考えられる．

３つ目は，死前喘鳴に対する吸引処置に関して，７割以上の遺族は処置により「音が減った」，「楽になった」，「安心した」など好意的な経験をしている一方で，同程度の遺族が「処置が苦しそうだった」と感じていることが分かった．また，「処置が苦しそうだった」経験をした遺族では「吸引処置に関する改善の必要性」を感じており，「（処置に関して）十分に相談できた」「処置は丁寧に行われた」経験を持った遺族では「吸引処置に関する改善の必要性」はあまり感じられていないことが分かった．この結果から，吸引処置施行に際しては家族とも十分に相談のうえで，なるべく苦痛が少ないように留意しながら丁寧に施行することが重要であると考えられた．

まとめ

医療者評価と遺族評価による死前喘鳴の大きさは相関せず，死前喘鳴の大きさ自体は死前喘鳴に伴う遺族のつらさの評価方法としては有用とは言えないことが分かった．多くの遺族は，死前喘鳴に対する吸引処置は苦痛をもたらすと考える一方で好意的な印象も持っており，吸引処置に際しては十分に相談のうえでなるべく苦痛が少ないように留意し，丁寧に施行することが重要である．

文　献

1）Lokker ME, et al. Prevalence, impact, and treatment of death rattle：a systematic review.

J Pain Symptom Manag 2014；47（1）：105-122.
2）Bennett MI. Death rattle：an audit of hyoscine（scopolamine）use and review of management. *J Pain Symptom Manage* 1996；12（4）：229-233.
3）Morita T, et al. Incidence and underlying etiologies of bronchial secretion in terminally ill cancer patients：a multicenter, prospective, observational study. *J Pain Symptom Manage* 2004；27（6）：533-539.
4）Shimizu Y, et al. Care strategy for death rattle in terminally ill cancer patients and their family members：recommendations from a cross-sectional nationwide survey of bereaved family members' perceptions. *J Pain Symptom Manage* 2014；48（1）：2-12.
5）Wee BL, et al. The sound of death rattle II：how do relatives interpret the sound? *Palliat Med* 2006；20（3）：177-181.
6）Wee BL, et al. The sound of death rattle I：are relatives distressed by hearing this sound? *Palliat Med* 2006；20（3）：171-175.
7）Back IN, et al. A study comparing hyoscine hydrobromide and glycopyrrolate in the treatment of death rattle. *Palliat Med* 2001；15（4）：329-336.
8）Shinjo T, et al. Care for imminently dying cancer patients：family members' experiences and recommendations. *J Clin Oncol* 2010；28（1）：p. 142-148.

〔付帯研究担当者〕
森　雅紀（聖隷三方原病院 緩和ケアチーム），**西　智弘**（川崎市立井田病院 緩和ケア内科），**前田一石**（千里中央病院 緩和ケア科）

40

終末期せん妄評価尺度短縮版の開発

内田　恵*

サマリー

本研究の目的は先に開発した終末期せん妄評価尺度の短縮版を開発することである．本研究に先立ち 24 項目からなる終末期せん妄評価尺度を開発し，その信頼性と妥当性を検証した．今回はその中で遺族が重要とみなした項目を中心に抽出し，4 つの下位尺度（家族への配慮，コミュニケーションができる，精神症状がない，せん妄について説明が受けられ，話し合える）から構成される 15 項目の終末期せん妄評価尺度短縮版を開発した．ホスピス・緩和ケア病棟に入院していたがん患者の遺族 366 名が妥当性検証に参加し，構成概念妥当性・収束的妥当性・弁別的妥当性・内的整合性はいずれも良好であった．

目　的

終末期のがん患者の 8 ～ 9 割にせん妄が生じ，そのうち 5 ～ 7 割は回復しないまま死亡に至る[1~6]．回復が見込めない終末期せん妄に関しては国内外でその治療やケアについてのコンセンサスが得られておらず，代諾者としての家族の負担が大きい[7~11]．また，終末期せん妄に対して家族介護者が苦痛を感じることが多く，家族の苦痛緩和も目的の 1 つとしている緩和ケアにおいては，終末期せん妄の患者の家族へのケアに重点を置く必要がある[12~16]．加えて，せん妄の評価尺度は複数存在するが，そのいずれもが，身体状況が悪く，苦痛緩和のために薬剤を使用することもある終末期せん妄の患者に対しては使用不能なことが多く，その評価は困難である[17~21]．そのために終末期せん妄の評価に特化した尺度が必要とされている．われわれは，先行研究において 24 項目からなる終末期せん妄評価尺度を開発し，その信頼性と妥当性を示した[22]．さらに，日常臨床で使いやすくするためには項目数を絞ることを検討した．

本研究の目的は，終末期せん妄評価尺度短縮版を開発することである．

結　果

ホスピス・緩和ケア病棟に入院していたがん患者の遺族 366 名が妥当性検証に参加した（**図 1**）．構成概念妥当性は因子分析によって良好であることが示された（**図 2**）．収束的妥当性は Care Evaluation Scale（r= −0.54，p <0.001）・ Good

*名古屋市立大学病院 緩和ケア部，名古屋市立大学大学院 医学研究科 精神・認知・行動医学（研究代表者）

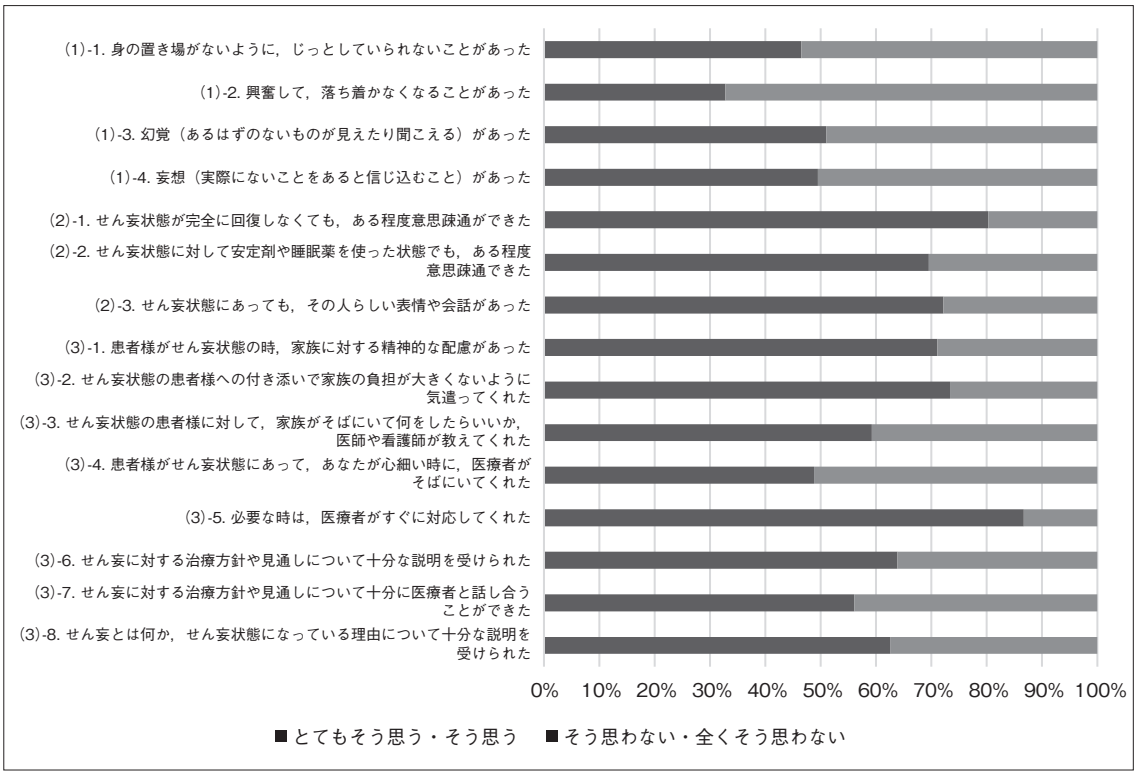


図 1　終末期せん妄評価尺度短縮版

	下位尺度			
	家族への配慮	コミュニケーションできる	精神症状がない	せん妄について説明が受けられ、話し合える
(3)-2. せん妄状態の患者様への付き添いで家族の負担が大きくないように気遣ってくれた	0.94	−0.02	−0.05	0.07
(3)-1. 患者様がせん妄状態の時、家族に対する精神的な配慮があった	0.85	0.07	0	−0.001
(3)-4. 患者様がせん妄状態にあって、あなたが心細い時に、医療者がそばにいてくれた	0.71	−0.03	0.02	−0.11
(3)-3. せん妄状態の患者様に対して、家族がそばにいて何をしたらいいか、医師や看護師が教えてくれた	0.68	−0.005	−0.009	−0.24
(3)-5. 必要な時は、医療者がすぐに対応してくれた	0.47	−0.04	0.11	−0.27
(2)-2. せん妄状態に対して安定剤や睡眠薬を使った状態でも、ある程度意思疎通できた	0.02	0.89	−0.001	−0.005
(2)-1. せん妄状態が完全に回復しなくても、ある程度意思疎通ができた	−0.1	0.81	−0.01	−0.11
(2)-3. せん妄状態にあっても、その人らしい表情や会話があった	0.1	0.78	0.007	−0.004
(1)-4. 妄想（実際にないことをあると信じ込むこと）があった	−0.12	−0.14	0.75	−0.12
(1)-3. 幻覚（あるはずのないものが見えたり聞こえる）があった	0.01	−0.18	0.73	−0.03
(1)-2. 興奮して、落ち着かなくなることがあった	0.01	0.08	0.66	0.03
(1)-1. 身の置き場がないように、じっとしていられないことがあった	0.05	0.12	0.44	0.12
(3)-7. せん妄に対する治療方針や見通しについて十分に医療者と話し合うことができた	0.07	0.12	0.03	−0.85
(3)-6. せん妄に対する治療方針や見通しについて十分な説明を受けられた	0.22	0.02	0.007	−0.78
(3)-8. せん妄とは何か、せん妄状態になっている理由について十分な説明を受けられた	0.17	0.1	−0.11	−0.74

図 2　構成概念妥当性の検証　終末期せん妄評価尺度の因子負荷パターン（n ＝ 366）

表 1　収束的妥当性と弁別的妥当性の検証

終末期せん妄評価尺度と CES・GDI・遺族の感じたつらさとの相関	CES	GDI	遺族の感じたつらさ
下位尺度			
家族への配慮	**−0.58**	**−0.49**	**0.15**
コミュニケーションができる	**−0.22**	**−0.26**	**0.19**
精神症状がない	−0.04	**−0.17**	**0.16**
せん妄について説明が受けられ，話し合える	**−0.49**	**−0.41**	**0.18**
総得点	**−0.54**	**−0.54**	**0.23**

CES: Care Evaluation Scale　GDI: Good Death Inventory
遺族が感じたつらさ（1 点 : つらくなかった 2 点 : 少しつらかった 3 点 : とてもつらかった）
: ρ <0.01

表 2　信頼性の検討

下位尺度	平均得点	標準偏差	クロンバックの α 係数
家族への配慮	11.2	3.31	0.9
コミュニケーションができる	6.6	1.92	0.86
精神症状がない	9.44	2.81	0.7
せん妄について説明が受けられ，話し合える	6.95	2.43	0.94
総得点	34.2	6.68	0.82

Death Inventory（ r= −0.54 ρ <0.001）との相関で示され，良好であった．弁別的妥当性は遺族の感じた苦痛得点との低い相関（r=0.23, ρ <0.001）で示された**（表 1）**．内的整合性も良好であった（Cronbach's alpha＝0.70 〜 0.94）**（表 2）**．

考　察

終末期せん妄評価尺度短縮版は，終末期のがん患者において，妥当で実用可能な評価尺度であることが示された．今後医療者からの評価も含めたさらなる検討も予定している．

文　献

1）Morita T, Tei Y, Tsunoda J, et al. Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2001 Dec；22（6）：997-1006.
2）Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer：a prospective study. *Arch Intern Med* 2000 Mar 27；160（6）：786-794.
3）Bruera E, Miller L, McCallion J, et al. Cognitive failure in patients with terminal cancer：a prospective study. *J Pain Symptom Manage* 1992 May；7（4）：192-195.
4）Massie MJ, Holland J, Glass E. Delirium in terminally ill cancer patients. *Am J Psychiatry* 1983 Aug；140（8）：1048-1050.
5）Hosie A, Davidson PM, Agar M, et al. Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings：a systematic review. *Palliat Med* 2013 Jun；27（6）：486-498.
6）Leonard M, Raju B, Conroy M, et al. Reversibility of delirium in terminally ill patients and predictors of mortality. *Palliat Med* 2008 Oct；22（7）：848-854.
7）Delirium：NICE guideline. www.nice.org.uk/nicemedia/live/13060/49909/49909.pdf
8）APA Practice Guideline for the Treatment of Patients With Delirium.
http：//psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28&sectionid=1663978
9）Delirium Clinical Guidelines Expert Working Group.Clinical Practice Guidelines for the Management of Delirium in Older People.

Victorian Government Department of Human Services.http：//www.health.vic.gov.au/acute-agedcare/delirium-cpg.pdf Accessed 28November 2008.
10）Tropea J, Slee J-A, Brand CA, et al. Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia. *Australasian Journal on Ageing* 2008；27：150-156.
11）Morandi A, Davis D, Taylor JK, et al. Consensus and variations in opinions on delirium care：a survey of European delirium specialists. *Int Psychogeriatr* 2013 Dec；25（12）：2067-2075.
12）Bruera E, Bush SH, Willey J, et al. Impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. *Cancer* 2009 May 1；115（9）：2004-2012.
13）Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Terminal delirium：recommendations from bereaved families' experiences. *J Pain Symptom Manage* 2007 Dec；34（6）：579-589. Epub 2007 Jul 26.
14）Namba M, Morita T, Imura C, et al. Terminal delirium：families' experience. *Palliat Med* 2007 Oct；21（7）：587-594.
15）Breitbart W, Gibson C, Tremblay A. The delirium experience：delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics* 2002 May-Jun；43（3）：183-194
16）Wright DK, Brajtman S. Macdonald. ME. A relational ethical approach to end-of-life delirium. *J Pain Symptom Manage* 2014. 48（2）：191-198.
17）Breitbart W, Rosenfeld B, Roth A, et al. The Memorial Delirium Assessment Scale. *J Pain Symptom Manage* 1997 Mar；13（3）：128-137.
18）Matsuoka Y, Miyake Y, Arakaki H, et al. Clinical utility and validation of the Japanese version of Memorial Delirium Assessment Scale in a psychogeriatric inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry* 2001 Jan-Feb；23（1）：36-40.
19）Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, et al. Clarifying confusion：the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990 Dec 15；113（12）：941-948.
20）Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, et al. Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98：comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2001 Spring；13（2）：229-242.
21）Kato M, Kishi Y, Okuyama T, et al. Japanese version of the Delirium Rating Scale, Revised-98（DRS-R98-J）：reliability and validity. *Psychosomatics* 2010 Sep-Oct；51（5）：425-431.
22）内田　恵．付帯研究８「終末期せん妄を評価するための尺度の開発」．がん看護　2019；24 巻 8 号 in press

〔付帯研究担当者〕
明智龍男（名古屋市立大学大学院 医学研究科 精神・認知・行動医学），**森田達也**（聖隷三方原病院 緩和支持治療科）

41

遺族と医師による quality of death の評価の一致度の検討

前田　一石*

サマリー

遺族と医師が評価した Good Death Scale の一致度を重みづけ kappa，AC1 統計量を用いて検討したところ，Awareness，Priority，Timeliness の項目で中等度の一致を認めたが，Acceptance，Comfort およびスコアの合計点では一致度が低かった．外部尺度である Good Death Inventory との間には中等度の相関を認め基準関連妥当性が確認された．医師と遺族から見た quality of death はそれぞれ別々に評価・対処されるべき対象であると考えられる．

目　的

緩和ケアにおいては，患者および家族にとっての良き死（good death）を達成することも重要な目標となる[1]．

Good Death Scale（以下，GDS）は，台湾で開発された死の質（quality of death：QOD）の客観尺度で，台湾の緩和ケア病棟で信頼性，妥当性が検証され[2]，児玉らにより日本語版が作成されている[3]．

本研究では，J-HOPE 4 で得られた遺族の GDS 評価が，EASED 研究で得られた同じ患者に関する医師の GDS 評価と一致するかを検討すること，また GDS の基準関連妥当性を Good Death Inventory[4] を外部尺度として検証することを目的とする．

結　果

J-HOPE4 研究の送付対象の 851 名に質問紙が送付され 567 名より回答を得た．そのうち EASED 研究と連結可能であったものが 422 名，回答拒否の 66 名を除く 356 名を研究対象集団とした．GDS の各項目は遺族調査で 15 ～ 35%，医師調査で 5 ～ 23% の「わからない」との回答または欠測があった．本研究では GDS の 5 項目すべてに有効回答が得られたものを対象とし，その総数は 114 名であった．

1）遺族と医師の GDS 評価の一致度（信頼性）

GDS は Weismann の良き死の構成概念から 5 項

*医療法人協和会 千里中央病院 緩和ケア科（研究代表者）

目（Awareness, Acceptance, Priority, Timeliness, Comfort）を取り挙げ，それぞれ 0 ～ 3 点の尺度で評価する客観指標である（合計点 0 ～ 15 点，点数が高いほど good death の達成度が高いことを示す）．

一例として GDS item-1 を取り挙げると，遺族と医師の評価の分布は**表 1** のようになった．両者の評価は 2,3 に集中しており，この傾向は他の 4 項目にも同じように認められた．このように評価が一方向に偏っている場合は，重みづけ kappa 値が両者の一致度を過小評価することが知られているため，本研究では重みづけ kappa に加え，AC_1 統計量を一致度の評価に用いることとした．重みづけ kappa 値および AC_1 のカットオフは，0.40 未満を poor，0.40 ～ 0.60 を moderate，0.60 以上を substantial agreement とした[5]．

結果は**表 2** に示した通り，item-1（患者様は自分が死を迎えつつあることを知っていましたか？），item-3（患者様は自分の意思にしたがってすべてを準備しましたか？），item-4（患者様にとって死亡した時期は適切でしたか？）では両者は中等度の一致を認めた．一方，item-2（患者様は自分の病気を十分に受け入れることができましたか？），item- 5（亡くなる前の 3 日間の患者様の身体的な状態はどうでしたか？），および 5 項目の合計点では一致度は低かった．

GDS 合計点に関して，遺族・医師の評価の間に系統誤差が存在するかを確認するため，2 者による評価の平均値を横軸，差を縦軸にとった Bland-Altman plot を作成した（**図 1**）．plot は平均点の高低によらず負の方向に偏って分布しており，遺族が医師よりも低い点数を付ける固定誤差の存在を示唆するものであった．一方，点数の高低により差が大きくなる比例誤差は認められなかった．

2）GDS の基準関連妥当性の検討（図 2）

Good Death Inventory を外部基準として GDS の基準関連妥当性を検討した．両者の分布は**図 2** に示した通りであり，両者の相関は Pearson の

表 1　GDS item-1 の分布

		遺族評価				
		0	1	2	3	合計
医師評価	0	0（0%）	0（0%）	0（0%）	1（0.9%）	1（0.9%）
	1	0（0%）	1（0.9%）	0（0%）	1（0.9%）	2（1.8%）
	2	2（1.8%）	4（3.5%）	11（9.6%）	26（22.8%）	43（37.7%）
	3	2（1.8%）	3（2.6%）	14（12.3%）	49（43.0%）	68（59.6%）
	合計	4（3.5%）	8（7.0%）	25（21.9%）	77（67.5%）	114（100%）

Item 1 患者様は自分が死を迎えつつあることを知っていましたか？
（0．全く知らなかった　1．知らなかった　2．部分的に知っていた　3．完全に知っていた）

表 2　遺族と医師の GDS 評価の一致度

	遺族平均	医師平均	kappa	AC_1 統計量
Item 1 患者様は自分が死を迎えつつあることを知っていましたか？	2.5 ± 0.8	2.6 ± 0.6	0.11	0.44（0.32 to 0.56）
Item 2 患者様は自分の病気を十分に受け入れることができましたか？	2.0 ± 0.8	2.3 ± 0.6	0.04	0.31（0.19 to 0.44）
Item 3 患者様は自分の意思にしたがってすべてを準備しましたか？	2.5 ± 0.7	2.8 ± 0.6	0.09	0.49（0.37 to 0.61）
Item 4 患者様にとって死亡した時期は適切でしたか？	2.1 ± 1.2	2.5 ± 1.0	0.15	0.49（0.37 to 0.61）
Item 5 亡くなる前の 3 日間の患者様の身体的な状態はどうでしたか？	1.5 ± 1.0	2.1 ± 0.7	0.16	0.10（−0.01 to 0.22）
合計点	10.7 ± 2.9	12.2 ± 2.3	N/A	0.08（0.01 to 0.14）

N/A：not available.
各項目は 0 ～ 3 点で評価するもので，点数が高いほど quality of death の達成度が高いことを表す

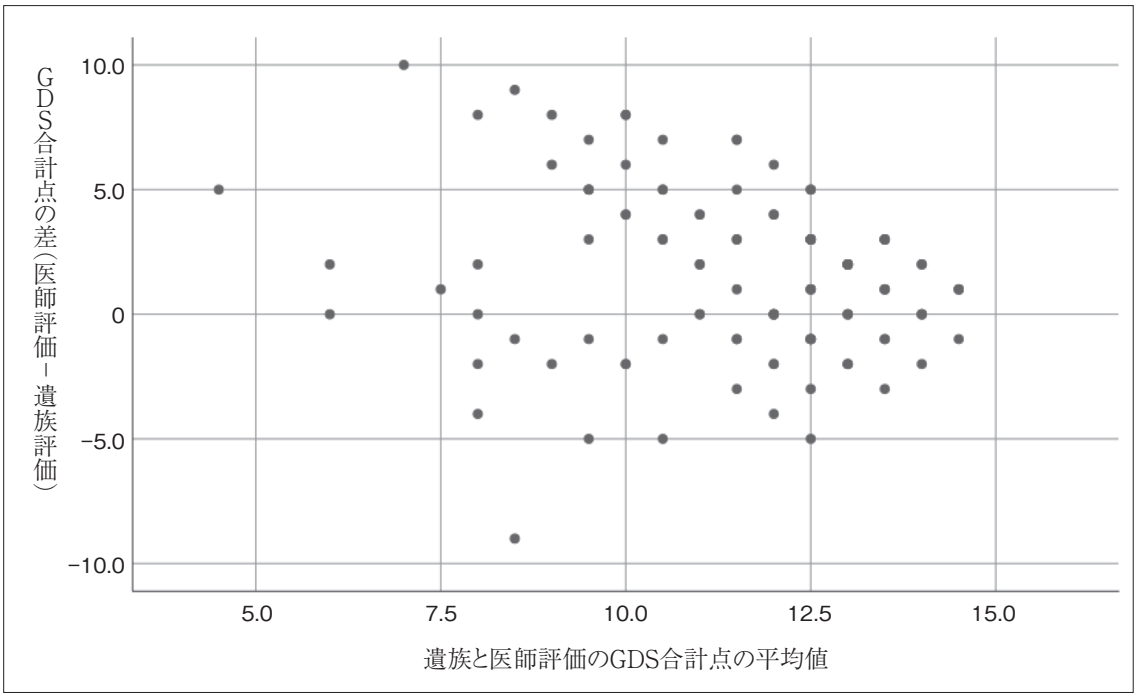


図 1　遺族・医師評価の系統誤差（Bland-Altman plot）

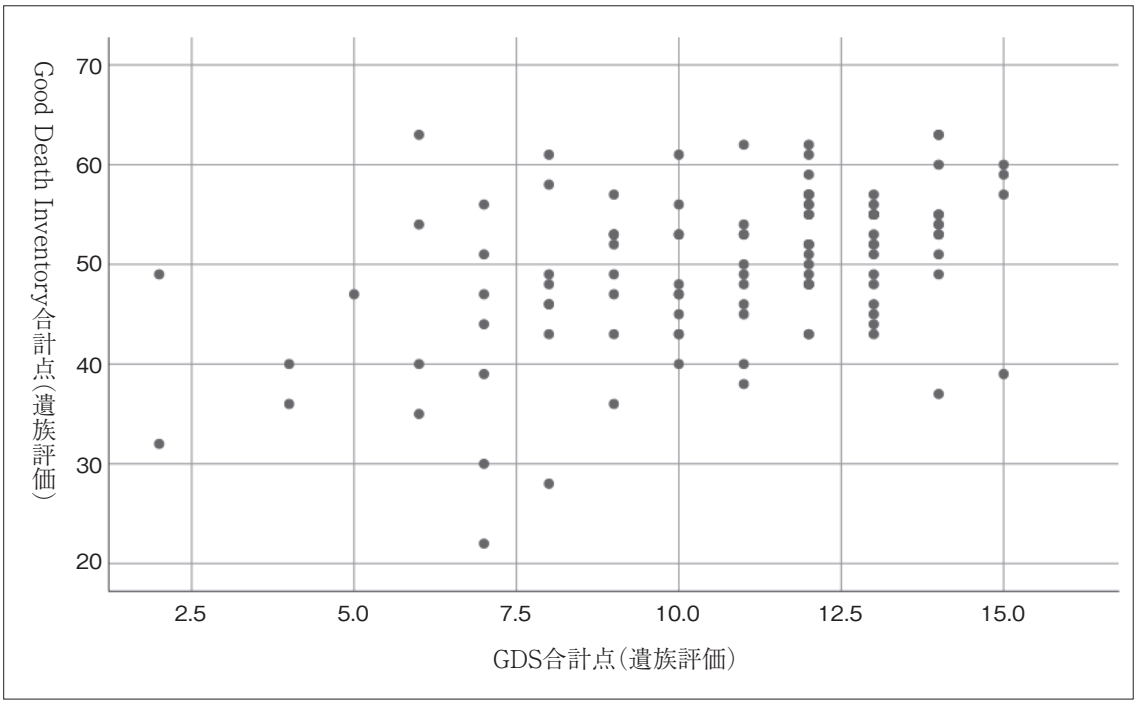


図 2　GDS と Good Death Inventory との相関
Pearson's r = 0.429, ρ <0.001

相関係数で 0.43 と中等度の関連を認め，基準関連妥当性が確認された．

考　察

本研究では，遺族と医師の GDS の一致度は一部の項目を除き低いことが明らかになった．GDS は外部尺度である Good Death Inventory と中等度の相関を認め基準関連妥当性を確認することができた．

患者にとっての良き死を達成することは緩和ケアの目標の 1 つである．その構成要素には身体的，精神的，社会的，実存的苦痛の程度に加え，医療の提供体制，人生の終焉と死の準備，死亡時の状況が関与するとされている．本研究により，医師の QOD 評価は遺族のそれの代用とはならないということが明らかになった．このことは医師と家族の QOD はそれぞれ別々に評価・対処されるべきものであることを示唆している．具体的には，遺族から見た QOD の低さは悲嘆を複雑化・遷延させる要因になるかもしれないし，医師から見た QOD 評価は提供されるケアの質を向上させるための指標となるかもしれない．

医師と遺族の GDS の評価を比較すると，すべての項目で医師より遺族のほうが QOD を低く付ける傾向があった．これは，家族は症状・QOL を本人や医療従事者より悪い方向に付けるという従来からの報告と符合している[6]．それが家族・遺族の不安・抑うつや悲嘆によるものであるかはさらなる検討が必要である．

本研究の限界として，アンケートの回収率に加えて，GDS の各項目について「わからない」との回答または欠測が認められた集団を除外したことにより，解析対象集団が少なくなり，結果の一般化可能性が低下したことが挙げられる．また，死後時間を経過してからのアンケート調査であり，遺族が死亡前の状況を正しくリコールできているかという問題，原版では多職種による評価となっているが，EASED 研究では医師が単独で評価したことにより正しく評価ができていない可能性があることなども研究の限界として留意すべきである．

まとめ

本研究では，遺族と医師の GDS の一致度は必ずしも高くないことが明らかになった．遺族と医師から見た QOD はそれぞれ別々に評価・対処されるべき対象であると考えられる．遺族は医師に比べ QOD を低く評価する傾向があり，その原因の究明と遺族からみた QOD を高める取り組みが求められる．

文　献

1）Cherny NI, Fallon M, Kaasa S, et al. Oxford textbook of palliative medicine. Fifth edition. ed. Oxford：Oxford University Press；2015.
2）Cheng SY, Hu WY, Liu WJ, et al. Good death study of elderly patients with terminal cancer in Taiwan. *Palliat Med* 2008；Jul 22（5）：626-632.
3）児玉麻衣子，小林美貴，片山寛次，他．Good Death Scale（GDS）日本語版訳の作成と言語的妥当性の検討．*Palliative Care Research*．2017；12（4）：311-316.
4）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；May 35（5）：486-498.
5）Gwet K. Handbook of Inter-rater Reliability（Third edition）. Advanced Analytics, Gaithersburg, 2010.
6）Crocker TF, Smith JK, Skevington SM. Family and professionals underestimate quality of life across diverse cultures and health conditions：systematic review. *J Clin Epidemiol* 2015；May 68（5）：584-595.

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	ρ 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）

43

緩和ケア病棟入院中の進行がん患者に行った肺炎治療や死亡前1週間に生じた発熱への対応に関する遺族の考えを明らかにする質問紙研究

小田切　拓也*

サマリー

目的：緩和ケア病棟に入院して亡くなった進行がん患者の遺族は，入院中に罹患した肺炎や，死亡前1週間に生じた発熱への検査や治療についてどのように考えているかを明らかにした．**方法**：EASED研究において，緩和ケア病棟入院中に肺炎をきたした，あるいは死亡前1週間に発熱を来した患者の遺族に対して，各対応への思いを質問紙で聴取した．**結果**：657名に質問紙を配布し有効回答数は360名（55％），患者の平均年齢は72歳，男性54％，遺族の平均年齢は62歳，男性35％で，患者の配偶者，子どもが多く，死亡後平均409日経過した回答だった．遺族は肺炎があった46名中33％しか覚えておらず，治療への満足度は皆高かった．遺族は死亡前1週間に発熱があった149名中60％で覚えており，そのうち60％，54％が患者・家族の意向を踏まえて対処をされたと感じ，原因精査を希望したのは29％，治療が不十分と感じたのは20％，治療が不十分で死を早めたと感じたのは7％，治療により苦痛の過程を長引かせたと感じたのは0％，検査や治療が負担と感じたのは3％，対応に満足したのは73％だった．**考察**：遺族は終末期の肺炎についてあまり覚えていなかった．肺炎，発熱への対応に対する満足感は高かったが，発熱の精査や治療が不足で不満と感じる遺族もおり，患者・家族と相談しながら対応する必要性が示唆された．

目　的

緩和ケア病棟に入院中の進行がん患者では，感染症の罹患率が高い[1]．しかし治療について，奏効率が曖昧，負担がある，死の過程を長引かせうる，耐性菌が出現しうる[2]などのため，倫理的ジレンマがある[3]．

2017年に全国21施設の緩和ケア病棟で行われたEast-Asian collaborative Study to Elucidate the Dying process（以下，EASED）研究におい

*小牧市民病院 緩和ケア科（付帯研究代表者）

て，緩和ケア病棟に入院中の進行がん患者における肺炎の発症率や治療の実際，奏効率や，死亡前1週間の発熱の発症率や検査・治療の実際を探索した．一方，患者・家族の思いについては明らかになっていない．

本研究の目的は，緩和ケア病棟に入院して亡くなった進行がん患者の遺族は，入院中に肺炎に罹患した場合や，死亡前1週間に発熱をきたした時に，その検査や治療についてどのように考えているかを明らかにすることである．

結　果

EASED研究の対象者1,498名中，J-HOPE4では673名を対象とした．そのうち，宛先不明者は16名で，657名に質問紙を送付し，回収数は422名（返答率64.2%），回答拒否が62名あり，有効回答数は360名（有効回答率54.8%）だった．有効回答のあった360名を解析した．

患者の平均年齢は72.2歳，男性が53.9%で，原発巣は肺，肝胆膵，胃，大腸が多かった．遺族の平均年齢は61.7歳，男性が34.9%で，患者の配偶者，子どもが多く，回答時点で死亡後平均408.5日を経過していた．対象患者の中で，緩和ケア病棟入院中に肺炎をきたしたのは12.8%，死亡前1週間で発熱をきたしたのは41.9%だった（**表1**）．

肺炎があった46名について，抗菌薬治療は84.1%で行われ，治療効果を50.0%で認めた．一方，遺族の中で肺炎を覚えていたのは33.3%のみであり，その遺族11名は治療の満足度が高かっ

表1　対象患者，遺族の背景（n=360）

		n	%	幅	欠損（n）
患者の年齢（歳，平均，標準偏差）		72.2	12.2	30 ～ 100	
患者の性別	男性	194	53.9		
患者の原発巣	脳	12	3.3		
	頭頸部	20	5.6		
	肺	67	18.6		
	食道	11	3.1		
	胃	44	12.2		
	大腸	38	10.6		
	肝胆膵	56	15.6		
	乳腺	24	6.7		
	婦人科	24	6.7		
	泌尿器	24	6.7		
	血液	11	3.1		
	皮膚	1	0.3		
	原発不明	7	1.9		
	その他	21	5.8		
死別後経過時間（日，平均，標準偏差）		408.5	102.0	188 ～ 735	
遺族の年齢（歳，平均，標準偏差）		61.7	12.8	25 ～ 87	
遺族の性別	男性	124	34.9		
遺族の患者との関係	配偶者	179	50.3		4
	子ども	131	36.8		
	婿・嫁	11	3.1		
	親	11	3.1		
	兄弟姉妹	18	5.1		
	その他	6	1.7		
緩和ケア病棟入院中の肺炎	あり	46	12.8		1
死亡前1週間の発熱	あり	149	41.9		4

たが，治療の満足度と抗菌薬の治療効果との関連を認めなかった（**表 2**）．

死亡１週間に発熱をきたした 149 名について，精査は 17.4％で行われ，解熱剤は 54.4％で使用され，抗菌薬は 26.2％で使用され，抗菌薬の治療効果は 35.9％であった．一方，遺族の中で発熱を覚えていたのは 59.7％だった．その遺族 89 名は以下のように感じた．発熱の検査や治療をどこまでするか患者の意向を聞いてもらえた 54.0％，発熱の検査や治療をどこまでするか家族の意向を聞いてもらえた 57.3％，発熱の原因をもっと調べてほしかった 28.7％，発熱の治療が不十分で苦痛が取れなかった 19.5％，発熱の治療が不十分で死を早めた 7.0％，発熱の治療により命が長引きかえって苦しい期間が長引いた 0％，発熱の検査や治療が患者の負担だった 6.0％，発熱への対応について満足した 72.6％だった（**表 3**）．これらの回答を，発熱の精査の有無，解熱剤や抗菌薬治療の有無，抗菌薬治療効果の有無で比較したが，関連しなかった．発熱の原因をもっと調べてほしかった，治療が不十分で苦痛だった，治療が不十分で死を早めた，検査や治療が負担だった，発熱の対応へ不満と答えた遺族はかなり相関があり，検査や治療に患者や家族の意向を聞いてもらったことと発熱の対応への満足はやや～かなり相関があった（**表 4**）．

表 2　緩和ケア入院中に肺炎をきたした患者（n=46）

			n	%	欠損（n）
抗菌薬治療	あり		38	84.1	2
抗菌薬の治療効果	あり		19	50.0	1
患者が肺炎になったと遺族は思うか					4
	肺炎になったという説明があった		12	28.6	
	説明はないが肺炎になった		2	4.8	
	肺炎になっていない		20	47.6	
	わからない		8	19.0	
肺炎の治療に満足しているか（n=14）*					3
	満足している		11	100	
		抗菌薬治療	あり 10，なし 1		
		抗菌薬の治療効果	あり 3，なし 8		
	満足していない		0	0.0	

*「1 とても満足している～４全く満足していない」の４件法で聴取し，1･2 と 3･4 の回答に分けて解析

表 3　死亡前１週間に発熱をきたした患者（n=149）

	n	%	欠損（n）
発熱に対する精査あり	26	17.3	
解熱剤使用あり	81	54.4	
抗菌薬使用あり	39	26.2	
抗菌薬の治療効果あり（n=39）	14	35.9	
遺族は，死亡前１週間に発熱をきたしたと思う	89	59.7	
以下，死亡前１週間に発熱をきたしたと覚えている遺族において（n＝89）			
発熱の検査や治療をどこまでするか，患者の意向を聞いてもらえた	47	54.0	2
発熱の検査や治療をどこまでするか，家族の意向を聞いてもらえた	51	57.3	0
発熱の原因をもっと調べてほしかった	25	28.7	2
発熱の治療が不十分で，苦痛が取れなかった	17	19.5	2
発熱の治療が不十分で，死を早めた	6	7.0	3
発熱の治療により命が長引き，かえって苦しい期間が長引いた	0	0.0	4
発熱の検査や治療が患者の負担だった	5	6.0	5
発熱への対応について満足した	61	72.6	5

*「1 全く思わず～６とても思った」の６件法で聴取し，４～６の回答した群

表 4　発熱に対する遺族の思いの Pearson 相関係数

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 検査や治療に患者の意向を聞いてもらった								
2 検査や治療に家族の意向を聞いてもらった	**0.792****							
3 原因をもっと調べてほしい	−0.159	−0.021						
4 治療が不十分で苦痛だった	−0.137	−0.146	**0.662****					
5 治療が不十分で死を早めた	−0.093	−0.171	**0.678****	**0.649****				
6 治療で命が長引き苦しみが長引いた	0.027	0.018	**0.359***	**0.344***	**0.537****			
7 検査や治療が負担だった	−0.040	−0.087	**0.452****	**0.482****	**0.463****	**0.562****		
8 発熱への対応に満足した	**0.355***	**0.423***	−0.282	**− 0.322***	**− 0.445****	−0.209	−0.150	

各項目で「1 全く思わず～6 とても思った」の 6 件法で聴取し，6 段階のまま相関を検定
* ρ 値 <0.05，** ρ 値 <0.001

考　察

本研究は，終末期の肺炎治療，あるいは死亡前の発熱対応に対する遺族の思いを大規模に聴取した，著者が知る限り初めての研究である．

緩和ケア病棟入院中に肺炎をきたしたことを覚えている遺族は 33.3％に留まり，一方，死亡前 1 週間の発熱を覚えている遺族は 59.7％だった．遺族は亡くなる直前のエピソードについて，印象が大きいのかもしれない．

肺炎の治療に関する満足感は高かったが，11 名と回答数が少なく普遍性に限界がある．

死亡前 1 週間の発熱に関して，全体的な発熱の対応について 3/4 の家族が満足をした．一方，原因をもっと調べてほしい，治療が不十分で苦痛だった，と答えた 2～3 割の回答は相互に関連し，発熱の対応への不満とも関連していた．また発熱の対応への満足と，患者・家族の意向の反映とは関連していた．したがって，発熱対応に不満を持つ家族はおり，患者・家族と相談して意向を尊重することが，満足度を高める可能性が示唆される．

本研究の限界として，患者が亡くなって平均して 1 年以上経過してからの振り返りであり，その時の家族の思いとは異なっている可能性がある．また肺炎に関しては，生じたこと自体を覚えている遺族が少なかった．

まとめ

緩和ケア病棟入院中の肺炎や死亡 1 週間前の発熱を 1 年後も覚えている遺族は多くはなかったが，覚えている遺族の中では全般に対応への満足度が高かった．一方で，発熱の精査や治療に不満がある遺族もおり，患者・家族の意向を尊重しながら対応を検討する必要が示唆された．

文　献

1）Nagy-Argen S, Haley H. Management of infections in palliative care patinets with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2002；24：64-70.

2）Levin PD, Simor AE, Moses AE, Sprung CL. End-of-life treatment and bacterial antibiotic resistance：a potential association. *Chest* 2010；138（5）：588-594.

3）Ford PJ, Fraser TG, Davis MP, Kodish E. Anti-infective therapy at the end of life：ethical decision-making in hospice-eligible patients. *Bioethics* 2005；19：379-392.

44

家族内葛藤に関連する症状・医療行為に関する研究

浜野　淳*

サマリー

本研究の目的は，緩和ケア病棟に入院したがん患者遺族において，家族内葛藤に関連する症状・医療行為・コミュニケーションを明らかにすることである．667 名のがん患者遺族に対して質問紙が送付され，443 名（66.4％）から返送があり，回答拒否を除いた有効回答は 362 名（81.7％）であった．遺族の 41.7% が少なくとも 1 つの家族内葛藤を経験したと回答した．「入院時のせん妄」と「ご自身が本来果たすべき役割を十分に果たしていないご家族の方がいると思うことがあった」（$\rho = 0.031$），「状態が急激に悪化し 1 ～ 2 日以内に死亡した」と「ご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」（$\rho = 0.004$），「入院中に家族に心肺蘇生の希望を確認した」と「患者様の治療方針について意見が合わないことがあった」（$\rho = 0.014$），「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」（$\rho = 0.026$）は有意に関連していた。本研究より，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ること，家族内のコミュニケーションが十分に取れていないことが，治療方針，ご家族の対応の仕方などに関する家族内葛藤を増やす可能性，そして，入院中に本人，家族に対して心肺蘇生の希望を確認することが，治療方針，ご家族の対応の仕方，望ましい最期の迎え方に関する家族内葛藤を緩和する可能性が示唆された．

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・家族のニード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]．

家族内葛藤には，家族背景や家族間のコミュニ

*筑波大学 医学医療系

ケーション，そして，患者のケア依存度などが関連することが示唆されている．しかし，がん患者・家族における家族内葛藤に関連する因子に関する報告は少ない．本研究では，緩和ケア病棟に入院したがん患者遺族において，家族内葛藤に関連する症状・医療行為・コミュニケーションを明らかにすることを主目的とする．

結　果

667 名のがん患者遺族に対して質問紙が送付され，443 名（66.4%）から返送があり，回答拒否を除いた有効回答は 362 名（81.7%）であった．患者の平均年齢は 73.9 ± 11.3 で 51.9% 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 62.1 ± 12.1 で 35.1% 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，各項目は 5 件法）を用いて家族内葛藤を評価した．OFC scale 合計点の平均は 13.7 ± 5.1（範囲：8 ～ 40）で，OFC scale 8 項目のうち，「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

表 1　患者・遺族背景

	全体（n=362）	%		全体（n=362）	%
患者			患者との関係		
年齢（平均値 ± 標準偏差）	73.9 ± 11.3		配偶者	157	43.4
性別			子	139	38.4
男性	188	51.9	婿・嫁	10	2.8
女性	174	48.1	親	2	0.6
原発巣			兄弟姉妹	31	8.6
肝・胆・膵	73	20.2	その他	17	4.7
肺	69	19.1	最終卒業学校		
胃・食道	55	15.2	小・中学校	31	8.6
大腸・直腸	42	11.6	高校・旧制中学	147	40.6
前立腺・腎臓・膀胱	27	7.5	短大・専門学校	69	19.1
乳房	25	6.9	大学・大学院	103	28.5
子宮・卵巣	18	5.0	Family Assessment Device §	9.6 ± 3.2	
頭頸部・脳	14	3.9	（範囲：4 ～ 20，平均値 ± 標準偏差）		
血液	8	2.2	Outcome-Family Conflict scale 合計	13.7 ± 5.1	
その他	31	8.6	（範囲：8 ～ 40，平均値 ± 標準偏差）		
入院期間（日）	26.6 ± 27.0		入院時のせん妄	122	33.7
遺族			入院時の過活動性せん妄	66	18.2
年齢（平均値 ± 標準偏差）	62.1 ± 12.1		入院中の過活動性せん妄	174	48.1
性別			亡くなるまで 1 週間以上経口摂取ができなかった	90	24.9
男性	127	35.1	死亡前 1 週間以内に発熱があった	137	37.8
女性	227	62.7	死亡前 1 週間以内に輸液を行った	211	58.3
			深い持続的鎮静を行った	36	9.9
			状態が急激に悪化し 1 ～ 2 日以内に死亡した	60	16.6
			心肺蘇生の希望		
			入院時に本人に確認	38	10.5
			入院中に本人に確認	36	9.9
			入院中に家族に確認	221	61.0

§ 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．

た」「よくあった」「時々あった」と回答した遺族が 23.8% であった．そして，少なくとも遺族は 41.7%であったと回答した（**表 2**）．

2）入院期間中の症状・医療行為・コミュニケーション

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，入院期間中の症状・医療行為・コミュニケーションとして，入院時のせん妄，入院時の過活動性せん妄，入院中の過活動性せん妄，亡くなるまで 1 週間以上経口摂取ができなかった，死亡前 1 週間以内の発熱，死亡前 1 週間以内の輸液，深い持続的鎮静，状態が急激に悪化し 1〜2 日以内に亡くなった，入院時に本人に心肺蘇生の希望を確認，入院中に本人に心肺蘇生の希望を確認，入院中に家族に心肺蘇生の希望を確認の 11 項目を評価した．

合計点が大き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 9.6 ± 3.2（範囲；4 〜 20）であった（**表 1**）．患者の 48.1% は入院中に過活動性せん妄になり，58.3% の患者は，亡くなる前 1 週間以内に輸液をされていた．また，61.0% の患者家族は入院中に心肺蘇生の希望について確認されていたが，入院中に患者本人に心肺蘇生の希望が確認されていたのは，9.9% であった（**表 2**）．

3）家族内葛藤に関連する症状・医療行為・コミュニケーション

OFC scale 8 項目の合計点（範囲：8 〜 40）および，OFC scale 8 項目それぞれを目的変数とし，入院期間中の症状・医療行為・コミュニケーションとの関連を探索した．その結果，有意な関連を認めたのは，「入院時のせん妄」と「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」（相関係数：−0.132 ρ =0.016），「状態が急激に悪化し 1〜2 日以内に死亡した」と「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」（−0.132, 0.014），「入院中に本人に心肺蘇生の希望を確認した」と「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」（−0.120, 0.026），「入院中に家族に心肺蘇生の希望を確認した」と「患者の治療方針について意見が合わないことがあった」（−0.119, 0.028）「望ま

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

	全体（n=362）
	同意率 #1（%）
Outcome-Family Conflict scale	
患者の治療方針について意見が合わないことがあった	18.2
患者のご病気に関することで意見が合わないことがあった	16.3
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	16.3
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	23.8
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	13.0
「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	8.6
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	1.9
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	11.9
少なくとも 1 つの葛藤があった	41.7
患者が病気になられた後	
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	32.0
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	5.2

#1：Outcome-Family Conflict scale については，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　のうち，3：時々あった　4：よくあった　5：とてもよくあった と回答した割合．
交流のなかったご家族との交流については，2 件法で評価し，「はい」と回答した割合．
自分の意見を押し通そうとする家族については，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　のうち 3：多少はそう思う　4：そう思う　5：とてもそう思う　と回答した割合．

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」（-0.117, 0.031）の５つであった．また，OFC scale 8 項目の合計点に有意に関連する特定の症状・医療行為・コミュニケーションはなかった．

そして，先行研究で家族内葛藤の関連要因とされている要因のうち[8]，本研究で評価している遺族年齢，病気後の家族内コミュニケーション，家族内で意見を強く主張する人がいる，病気前に交流がなかった家族と連絡をとるようになったを説明変数として，ロジスティック回帰分析を行うと，「入院時のせん妄」と「ご自身が本来果たすべき役割を十分に果たしていないご家族の方がいると思うことがあった」（$p=0.031$），「状態が急激に悪化し１～２日以内に死亡した」と「ご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」（$p=0.004$），「入院中に家族に心肺蘇生の希望を確認した」と「患者様の治療方針について意見が合わないことがあった」（$p=0.014$），「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」（$p=0.026$）は有意に関連していた（**表 3**）．

考　察

本研究では，緩和ケア病棟に入院したがん患者遺族において，「入院時のせん妄」，「状態が急激に悪化し 1～2 日以内に死亡した」，「入院中に本人に心肺蘇生の希望を確認した」，「入院中に家族に心肺蘇生の希望を確認した」ことが，家族内葛藤に関連することが示唆された．特に，「入院時のせん妄」「入院中に本人に心肺蘇生の希望を確認した」，「入院中に家族に心肺蘇生の希望を確認した」は家族内葛藤と負の関連を示していた．先行研究では，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，家族の葛藤が増え，遺族の年齢が若い場合，病気前に交流がなかった家族と連絡をとるようになった場合に，家族内葛藤が減ることが示唆されていたが[8]，医療従事者の関わりと家族内葛藤の関連は明らかになっていなかっ

表 3　家族内葛藤に関連する因子に関するロジスティクス回帰分析

	治療方針について			家族の対応の仕方			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			望ましい最期の迎え方に関すること			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		
	Exp(B)	95% CI	p value	Exp(B)	95% CI	p value	Exp(B)	95% CI	p value	Exp(B)	95% CI	p value	Exp(B)	95% CI	p value
遺族年齢	0.98	0.95～1.00	0.540	0.97	0.95～1.00	0.050	0.97	0.95～0.99	0.033	0.98	0.94～1.01	0.177	0.92	0.89～0.96	＜0.001
Family Assessment Device	1.06	0.96～1.17	0.222	1.16	1.04～1.31	0.009	1.32	1.18～1.47	＜0.001	1.16	1.01～1.33	0.037	1.22	1.07～1.39	0.003
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	1.02	0.53～1.96	0.953	1.62	0.81～3.23	0.170	1.07	0.58～1.98	0.827	0.67	0.26～1.73	0.405	0.59	0.24～1.46	0.251
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	5.80	2.01～16.8	0.001	7.71	2.51～23.7	＜0.001	3.93	1.30～11.9	0.015	9.58	3.08～29.8	＜0.001	7.06	2.20～22.7	0.001
入院時のせん妄	-	-	-	-	-	-	0.49	0.25～0.94	0.031	-	-	-	-	-	-
状態が急激に悪化し１～２日以内に死亡した	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.70	1.51～9.10	0.004
入院中に本人に心肺蘇生の希望を確認	-	-	-	0.13	0.02～1.05	0.550	-	-	-	-	-	-	-	-	-
入院中に家族に心肺蘇生の希望を確認	0.46	0.25～0.86	0.014	-	-	-	-	-	-	0.38	0.16～0.89	0.026	-	-	-

た.

本研究では，家族内葛藤に関連する因子が十分に評価されていない点が限界ではあるが，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ること，家族内のコミュニケーションが十分に取れていないことが，治療方針，ご家族の対応の仕方などに関する家族内葛藤を増やす可能性，そして，入院中に本人，家族に対して心肺蘇生の希望を確認することが，治療方針，ご家族の対応の仕方，望ましい最期の迎え方に関する家族内葛藤を緩和する可能性が示唆された.

まとめ

本研究は，緩和ケア病棟に入院したがん患者遺族において，家族内葛藤に関連する症状・医療行為・コミュニケーションを明らかにすることを目的とした．本研究によって，入院中に本人，家族に対して心肺蘇生の希望を確認することが，ご家族の対応の仕方，治療方針，望ましい最期の迎え方に関する家族内葛藤を緩和する可能性が示唆された.

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.

〔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）

45

Do not resuscitation（DNR）に関する議論における終末期がん患者・家族の体験と遺族の気持ち・考えに及ぼす影響についての研究

松田　洋祐*

サマリー

本研究の目的は，わが国の緩和ケア病棟におけるDNR discussionの有無と患者・家族の体験との関連性を「希望の尊重」「心理的負担」「率直なコミュニケーション」の観点から明らかにし，またDNR discussionに対する遺族の気持ちと考えについて検討を行うことである．667名のがん患者遺族に質問紙を送付し，443名から回答を得られ（回収率：66.4％），解析対象とした．DNR discussionを患者と行うことが，患者とのより「率直なコミュニケーション」につながると遺族は感じており，かつDNR discussionを行ったことに対する遺族の気持ちや今後のDNR discussionに対する考えに関して，否定的な回答はほとんどみられなかった．

目　的

終末期の患者のQuality of life（QOL）を向上させる意思決定過程としてEnd-of-life discussion（以下，EOLd）が重要であり，DNRに関するdiscussion（以下，DNR discussion）もそのうちの1つである．NICE guidelineをはじめ海外のガイドラインでは患者本人とEOLdを行うことを推奨しているものが多い．

一方で，日本においてはこれまで，集団や家族中心の意思決定が重視され，患者との率直なコミュニケーションよりも，暗黙の了解や，できるだけ死を意識させない，思いやる意思決定が伝統的に尊重されてきていた[1,2]．またこうした対応自体が患者自身のストレスに対応するcopingにつながることも報告されていた[3,4]．

しかし，医療情報を誰でもすぐに入手できるようになった今日において，今後の日本のがん患者にとって，どのようなDNR discussionが本当に有用であるのかを検証し，役立つガイドラインを示していくことは意義が大きいことであると考えられる．

本研究の主要目的は，わが国の緩和ケア病棟におけるDNR discussionについての患者・家族の

*聖路加国際病院 緩和ケア科（研究代表者）

体験を「希望の尊重」「心理的負担」「患者家族間の率直なコミュニケーション」の観点から明らかにし，本人とDNR discussionを行うことに対する遺族の気持ち・考えを検討することである．また副次目的は，DNR discussionの有無と，遺族の抑うつ・複雑性悲嘆・望ましい死の達成との関連を評価することである．

結　果

今回の研究では「緩和ケア病棟における医療の実態を明らかにする多施設共同研究」（患者属性，DNR discussionの有無などを調査）で対象となった緩和ケア病棟に入院したがん患者のうち，「J-HOPE4研究」でDNR discussionについてのアンケート調査を行ったがん患者遺族を対象とし，両データを連結して解析を行っている．

667名のがん患者遺族に質問紙を送付し，443名から回答を得られ（回収率：66.4%），解析対象とした．

1）DNR discussionの頻度，時期（表1）

DNR discussionを死亡までに患者と直接行っていたのは69.5%で，30.5%は最期まで行ってはいなかった．一方，家族と行っていたのは95.7%にも上っていた．

2）DNR discussionの有無と属性との関連（表2）

患者の平均年齢を比較した結果，DNR discussionあり群〔72.5歳±12.0〕，なし群〔75.4歳±11.1〕であり，患者の平均年齢には有意差（ρ =0.015）がみられ，患者が高齢であるほど，患者とDNR discussionが行われることが有意に少なかった．

その他，家族とのDNR discussionの有無と患者の自発的なコミュニケーション能力（CCS），患者とのDNR discussionの有無と脳転移の有無，家族とのDNR discussionの有無と患者の宗教や，患者とのDNR discussionの有無と患者の喫煙歴との間で，統計学的有意差がみられ（それぞれρ =0.0496，ρ =0.0335，ρ =0.0415，ρ =0.025），関連が認められた．

3）主要評価項目

a. DNR discussionの有無と，希望の尊重／心理的負担／率直なコミュニケーションとの関連の検討（表3）

心肺蘇生に関して議論をすることにおける患者・家族の体験について遺族に以下のアンケート調査を行った．『患者／家族の希望を十分反映できたか』『患者／家族が決定に関わることで負担に感じたか』『患者と家族が率直に話し合えたか』を，それぞれ「非常にそう思う～全くそう思わない」の7件法を用いて尋ねた．

その結果，「希望の尊重」「心理的負担」に関しては，患者・家族共に，DNR discussionの有無による有意な差は認められなかった．

ただし，群間比較を行わない単純集計の比較において，下記の結果が得られた．「患者の希望尊重」ができなかった群とそれ以外（できた～どちらともいえない）の群の割合は，それぞれ2.8%（7名），97.2%（242名）であった．同様に，「家族の希望尊重」の場合は，それぞれ4.0%（10名），96.0%（237名）であった．

「患者が心理的に負担」に感じた群とそれ以外（負担に感じなかった～どちらともいえない）の群の割合は，それぞれ13.7%（33名），86.2%（207名）であった．同様に，「家族が心理的に負

表1　DNR discussionの頻度，時期

	患者とのDNR discussion（n=443）					家族とのDNR discussion（n=443）				
	入院前	入院時	入院中	合計	%	入院前	入院時	入院中	合計	%
行った	253	51	4	308	69.5	175	236	13	424	95.7
行っていない	139	139	135	135	30.5	32	32	19	19	4.3

表 2　DNR discussion の有無と属性との関連

	患者との DNR discussion			家族との DNR discussion			
	あり群（n=304）	なし群（n=139）	ρ値	あり群（n=411）	なし群（n=32）	ρ値	欠損値
患者の年齢（平均± SD）	72.5 ± 12.0	75.4 ± 11.1	0.015	73.4 ± 11.7	73.0 ± 13.2		1
患者の性別，男性　No.（%）	168（37.9）	67（15.1）	0.18	220（49.7）	15（3.4）	0.58	−
女性　No.（%）	136（30.7）	72（16.3）		191（43.1）	17（3.8）		
家族の年齢（平均± SD）	62.0 ± 12.5	63.0 ± 11.2	0.42	62.3 ± 12.2	62.8 ± 9.9	0.77	82
家族の性別，男性　No.（%）	84（23.2）	44（12.2）	0.55	119（32.9）	9（2.5）	0.55	81
女性　No.（%）	161（44.5）	73（20.2）		217（59.9）	17（4.7）		
CCS*　No.（%）							−
複雑な話可能	154（34.8）	60（13.5）	0.43	191（43.1）	23（5.2）	0.049	
単純明瞭な話可能	85（19.2）	44（9.9）		125（28.2）	4（0.9）		
ややつじつま合わない	38（8.6）	18（4.1）		53（12.0）	3（0.7）		
コミュニケーションできない	27（6.1）	17（3.8）		42（9.5）	2（0.5）		
脳転移　No.（%）							−
あり	39（8.8）	29（6.5）	0.033	61（13.8）	7（1.6）	0.30	
なし	265（59.8）	110（24.8）		350（79.0）	25（5.6）		
患者の精神疾患　No.（%）							−
あり	39（8.8）	14（3.2）	0.43	51（11.5）	2（0.5）	0.40	
なし	265（59.8）	125（28.2）		360（81.3）	30（6.8）		
患者の宗教　No.（%）							−
なし	132（29.8）	53（12.0）	0.055	175（39.5）	10（2.3）	0.041	
仏教	38（8.6）	33（7.4）		59（13.3）	12（2.7）		
キリスト教	7（1.6）	2（0.5）		9（2.0）	0（0）		
その他	5（1.1）	1（0.2）		6（1.4）	0（0）		
不明	122（27.5）	50（11.3）		162（36.6）	10（2.3）		
患者のアルコール使用障害（依存・乱用）No.（%）							1
なし	245（55.4）	119（26.9）	0.31	333（75.3）	31（7.0）	0.09	
あり	9（2.0）	5（1.1）		14（3.2）	0（0）		
不明	49（11.1）	15（3.4）		63（14.3）	1（0.2）		
患者の喫煙歴　No.（%）							1
なし	112（25.3）	67（15.2）	0.025	162（36.7）	17（3.8）	0.47	
過去	108（24.4）	44（10.0）		142（32.1）	10（2.3）		
現在	16（3.6）	1（0.2）		17（3.8）	0（0）		
不明	67（15.2）	27（6.1）		89（20.1）	5（1.1）		

*CCS：Communication Capacity Scale

表 3　DNR discussion の有無と，希望の尊重／心理的負担／率直なコミュニケーションとの関連

	患者との DNR discussion			家族との DNR discussion			欠損値
	あり群（n=304）	なし群（n=139）	ρ 値	あり群（n=411）	なし群（n=32）	ρ 値	
患者の希望尊重　No.（%）							194
できた*	162（65.1）	80（32.1）	0.68	223（89.6）	19（7.6）	0.44	
できなかった	4（1.6）	3（1.2）		6（2.4）	1（0.4）		
家族の希望尊重　No.（%）							196
できた*	157（63.6）	80（32.4）	0.50	217（87.9）	20（8.1）	1.0	
できなかった	8（3.2）	2（0.8）		10（4.0）	0（0）		
患者の心理的負担　No.（%）							203
負担に感じた	26（10.8）	7（2.9）	0.16	32（13.3）	1（0.4）	0.48	
負担に感じなかった*	134（55.8）	73（30.4）		189（78.8）	18（7.5）		
家族の心理的負担　No.（%）							202
負担に感じた	35（14.5）	15（6.2）	0.61	46（19.1）	4（1.7）	1.0	
負担に感じなかった*	126（52.3）	65（27.0）		176（73.0）	15（6.2）		
患者・家族間の率直なコミュニケーション No.（%）							197
できた*	145（58.9）	64（26.0）	0.0224	194（78.9）	15（6.1）	0.19	
できなかった	18（7.3）	19（7.7）		32（13.0）	5（2.0）		

*「どちらともいえない」を含む

担」の場合は，それぞれ 20.7%（50 名），79.3%（191 名）であった．

上記 4 項目における各比較において，追加の解析で比率の検定を行った結果，全てのおのおのの項目のそれ以外群で統計学的割合が高く，全てに有意差が認められた（全て ρ <0.001）．

一方で，「患者・家族間の率直なコミュニケーション」に関しては，患者との DNR discussion の有無との間に統計学的有意差がみられ（ρ =0.0224），関連があった．期待度数に基づくと，患者と DNR discussion が行われた場合，率直なコミュニケーションが有意により図れたと感じ〔観察度数 vs 期待度数はそれぞれ，患者と DNR discussion あり群 145vs138，なし群 64vs71〕，患者と DNR discussion が行われなかった場合，率直なコミュニケーションが有意により図れなかったと感じていた〔観察度数 vs 期待度数はそれぞれ，あり群 18v25，なし群 19vs12〕．

b. DNR discussion についての遺族の気持ちと考え（図 1）

患者に心肺蘇生の意思確認をした遺族のみに対

図 1　DNR discussion に関する遺族の気持ちと考え

し，『患者に直接心肺蘇生について聞いたことをいまどう思うか』について以下の3件法で尋ね，「患者に聞いてよかった」67.6%（75名），「患者に聞かない方がよかった」0.9%（1名），「どちらともいえない」31.5%（35名）であった．

さらに，全遺族に対し，『今回の経験から，心肺蘇生について患者に明確に確認するべきだと思うか』について以下の3件法で尋ね，「患者に確認するべきだ」45.5%（132名），「患者に聞くべきではない」6.2%（18名），「どちらともいえない」48.3%（140名）であった．

4）副次評価項目（表4）

DNR discussionの有無と，遺族の精神的健康（抑うつ，複雑性悲嘆），患者のQOLの指標としての望ましい死の達成との関連の検討を，**表4**に示す指標を用いて行ったが，いずれにおいても有意差は認められなかった．

考　察

わが国の緩和ケア病棟に入院した患者の遺族を対象に，DNR discussionと患者・家族の体験についての関連と，遺族の気持ち・考えについての検討を行い，以下の3つの重要な知見が得られた．

1つめの重要な知見としては，DNR discussionの有無と「希望の尊重」や「心理的負担」との間には，患者・家族共に有意な関連性は認められなかったが，群別ではない単純集計においての全体としては，比率の検定を行った結果，心肺蘇生について「希望の尊重」ができなかったと思っている割合が，患者・家族共にそれ以外に比較して有意に少なく，ごくわずかであったということである．同様に「心理的負担」に感じた割合も患者・家族共に有意に少数にとどまっていた．

これらが意味するものは，DNR discussionの有無にかかわらずもともと「心理的負担」は少ないままで，患者・家族の心肺蘇生に関する「希望の尊重」はされうるということであった．このことから，日本らしい「希望の尊重」の在り方の存

表4　DNR discussionの有無と，遺族の精神的健康の関連／望ましい死の達成の関連

	患者とのDNR discussion			家族とのDNR discussion			
	あり群（n=304）	なし群（n=139）	p値	あり群（n=411）	なし群（n=32）	p値	欠損値
PHQ-9*　No.（%）							94
遺族の抑うつあり	26（7.4）	15（4.3）	0.59	38（10.9）	3（0.9）	1.0	
遺族の抑うつなし	209（59.9）	99（28.4）		286（81.9）	22（6.3）		
BGQ**　No.（%）							98
遺族の複雑性悲嘆あり	20（5.8）	8（2.3）	0.68	26（7.5）	2（0.6）	1.0	
遺族の複雑性悲嘆なし	212（61.4）	105（30.4）		295（85.5）	22（6.4）		
GDI*** 全ドメイン18項目の合計点（18～126），平均値（SD）	79.84（14.97）	79.51（14.65）	0.84	79.78（14.78）	79.17（15.86）	0.85	78
GDI*** コアドメイン10項目の合計点（10～70），平均値（SD）	46.71（8.69）	46.50（8.19）	0.82	46.66（8.51）	46.40（8.80）	0.89	78

*PHQ-9：The Patient Health Questionnaire-9. 全9項目4件法．合計点（0～27）のうち，10点以上を「抑うつあり」と定義
**BGQ：The Brief Grief of Questionnaire. 全5項目3件法．合計点（0～10）のうち，8点以上を「複雑性悲嘆あり」と定義
***GDI：Good Death Inventory 短縮版

在も示唆されうる．ここから推察されることは，「希望の尊重」の観点からは，年齢・コミュニケーション能力・意識レベル・宗教・性格・価値観・地域性なども含めた個別性をベースに，暗黙の了解や，家族・主治医などとのあうんの呼吸，意思決定を信頼する人に委ねるなど，背景に直接的表現を避ける非言語的コミュニケーションが重視されている可能性や[5,6]，がん終末期における心肺蘇生の実態に関する一般理解が進んでいる可能性（敢えて聞かなくとも分かっている）なども考えられ，今後の検討課題ともなる．いずれにしてもこうした背後には医療者と患者家族間の大きな信頼関係の存在が前提となろう．

一方で，コミュニケーションの観点からは，2つ目の重要な知見として，患者とDNR discussionを行うことと「患者家族間の率直なコミュニケーション」が図れることには関連性が認められていた．患者とDNR discussionを行うことで患者自身の理解のみならず，患者の考え方への周囲の理解も促進され，コミュニケーションを図りやすくなることが考えられうる．率直なコミュニケーションがもたらすメリットとして遺族が考えている要因や，患者・家族の体験に関する本研究の3つの観点以外からの分析については，今後の検討課題となる．

今回の3つ目の重要な知見としては，実際に患者とDNR discussionを体験した遺族の気持ちとして，行わない方がよかったと回答しているのはごくわずかの少数（0.9%）のみにとどまっていたということであり，DNR discussionを行ったこと自体に対する後悔はきわめて少なかった可能性がある．

さらに，患者とDNR discussionを行うことについての遺族の考えについては，今後もDNR discussionを患者と行うべきではないと回答していた遺族は，ここでも少数（6.2%）のみにとどまっており，今後もDNR discussionを行っていくことに対する否定的な考えはほとんどみられなかった．死を意識しないで過ごすことが日本らしい望ましい死の一要素であるという報告がこれまで多くみられてきたが[2]，DNR discussion自体が死を強く意識することに直接つながるとはとらえられなくなってきているか，医療者のDNR discussionへの取り組み方や伝え方の改善がみられてきているか，もしくは心肺蘇生に関する一般理解が進み，たとえ死を意識をしたとしても検討するべき重要な事項であると認識されてきているなどの可能性も考えられ，今後の検討課題となる．

まとめ

わが国らしい心肺蘇生に関する「希望の尊重」の在り方の存在の可能性も示唆されえたが，一方でDNR discussionを患者と行うことが，より率直なコミュニケーションにつながると遺族は考えており，かつ実際に患者とDNR discussionを行った気持ちや今後のDNR discussionに対する考えについても，否定的な考えはほとんど遺族には認められなかった．

文　献

1）Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 2007；18（9）：1539-1547.

2）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；35：486-498.

3）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.

4）Nilchaikovit T, Hill JM, Holland JC, et al. The effects of culture on illness behavior and medical care. Asian and american differences. *Gen Hosp Psychiatry* 1993；15（1）：41-50.

5）Voltz R, Akabayashi A, Reese C, et al. End-of-life decisions and advance directives in palliative care: a cross-cultural survey of patients and health-care professionals. *J Pain Symptom Manage* 1998；16（3）：153-162.

6）Davis AJ, Konishi E, Mitoh T, et al. The telling and knowing of dying: philosophical bases for hospice care in Japan. *Int Nurs Rev* 2002；49（4）：226-233.

〔付帯研究担当者〕
山口　崇（甲南医療センター 緩和ケア内科），**前田一石**（ガラシア病院ホスピス），**森　雅紀**（聖隷三方原病院 臨床検査科），**林　邦好**（聖路加国際大学 公衆衛生大学院），**森田達也**（聖隷三方原病院 緩和支持治療科）

46

緩和ケア病棟で終末期がん患者にみられる「故人やあの世をみた体験」などの終末期体験に関する研究

鈴木　梢*

サマリー

本調査は，終末期患者が体験する現象として報告されているDeathbed visionについて，過活動型せん妄と区別してその体験と遺族の抑うつや悲嘆との関連を明らかにすることを目的として行った．緩和ケア病棟入院中にMDAS≥2の中等度以上の過活動型せん妄を認めた群と認めなかった群それぞれでDeathbed visionの有無や内容，理解，家族の感情などについて解析を行ったが，両群で有意な差を認めなかった．また，遺族の抑うつや悲嘆，終末期がん患者のQOLを評価するGood death Index（GDI）について，両群共にDeathbed visionの有無との関連を認めなかった．本調査は緩和ケア病棟を退院した患者を対象とした調査であること，低活動型せん妄や軽度の過活動型せん妄はせん妄なしの群に含めていることなどが結果に影響している可能性があり，今後対象者を広げた調査を行っていく必要があると考えられた．また，Deathbed vision以外の終末期体験として報告されている死の直前に一時的に意識状態が清澄になるTerminal lucidityや，その場にいない家族などが死を感じとったりするTerminal coincidenceについて，共に10％の家族が体験していることが本調査で明らかとなった．遺族の抑うつや悲嘆などとの関連は認めなかったものの，ある一定の割合でこのような体験を家族がしていることを医療者が知っておくことは，患者や家族との良好なコミュニケーションにつながると考えられる．

目　的

これまで，終末期患者が体験する現象の報告として「夢や幻覚で故人やあの世をみた体験」（以下，Deathbed vision），「死の直前になって一時的に症状が寛解したり意識状態が清澄になる現象」（以下，Terminal lucidity），「その場にいない家族などが死を感じ取ったり，臨終時およびそ

*がん・感染症センター都立駒込病院 緩和ケア科（研究代表者）

の前後の時計停止や電灯の点滅などの偶然の一致」（以下，Terminal coincidence）などが報告されている[1]．

前回の遺族調査であるJ-HOPE3において，Deathbed visionは21％の患者に報告されたが，その体験の有無と終末期がん患者のQOLを評価するGood death Index（以下，GDI）の関連性は示されず，遺族の抑うつはDeathbed visionを報告した群に多くみられた[2]．一方で，海外における調査では，Deathbed visionが患者に穏やかな気持ちをもたらし，平和な死を招くことが示唆されている[3]．Deathbed visonは安心感や心地よさを終末期患者に与えること，通常の見当識や判断力を失わない事例も多い点から，一般的なせん妄とは区別されるが[4]，J-HOPE3では遺族が報告したDeathbed visionと，せん妄による幻覚との区別が困難であった点が調査の限界として挙げられた．したがって，Deathbed visionとせん妄を区別し，GDIや家族の悲嘆，抑うつとの関連を改めて調査することが求められていた．

J-HOPE4に先立って行われるEast−Asian Collaborative Study to Elcidate the Dying process（以下，EASED）では，緩和ケア病棟入院中のせん妄の有無が調査対象となっている．したがってEASEDとJ-HOPE4の結果を関連付けることで，緩和ケア病棟入院中にせん妄を発症していない患者のDeathbed visionを抽出し，GDIや家族の悲嘆，抑うつとの関連を探索することが可能となる．また，Deathbed visonと同時に終末期体験としてしばしば報告される，Terminal lucidityやTerminal coincidenceについても[5]，その頻度や内容，遺族の悲嘆，抑うつとの関連について探索的に調査することが可能である．

本調査の目的は，患者やその家族が経験する終末期体験と，終末期がん患者のQOLや遺族の悲嘆，抑うつとの関連を明らかにすることである．この結果を，それらを体験した患者や家族とのコミュニケーションに生かすことができるという点に本調査の意義があると考えられる．

結　果

緩和ケア病棟を死亡退院した667名の遺族に質問票を発送し，443名（66％）が返答した．そのうち，回答を拒否した81名とEASEDの調査でせん妄について記載がなかった5名を除いた357名を調査の対象とした．

1）緩和ケア病棟で家族が体験したDeathbed visionの頻度，内容

調査対象者357名のうち，Deathbed visionについて340名から回答を得た．340名中，EASEDの調査で緩和ケア病棟入院中に過活動型せん妄を認めなかった（MDAS<2）のは262名，過活動型せん妄（MDAS≥2）を認めたのは78名であった．それぞれの群での家族が体験したDeathbed visionの有無を**表1**に示す．患者自信が体験したDeathbed visionについて家族に語ったのはMDAS<2群で31名（12％），MDAS≥2群で10名（13％），患者ははっきりとは言わなかったが，家族からみてあったのはMDAS<2群で12名（5％），MDAS≥2群で4名（5％），なかったのがMDAS<2群で177名（68％），MDAS≥2群で50名（64％），不明がMDAS<2群で42名（16％），MDAS≥2群で14名（18％）

表1　緩和ケア病棟入院中のDeathbed visionの頻度

	MDAS<2			MDAS≥2			
	n	%	95%CI	n	%	95%CI	*p*
Deathbed vision あり（患者体験）	31	12	8～16	10	13	6～22	0.92
Deathbed vision あり（家族体験）	12	5	2～8	4	5	1～13	
なし	177	68	62～73	50	64	52～75	
不明	42	16	12～21	14	18	10～28	

であった．両者に有意差は認められなかった．

Deathbed visionがあったと返答したMDAS<2群43名，MDAS≥2群14名について，Deathbed visionの内容，Deathbed visionに対する理解，Deathbed visionの体験を聞いたときの感情について複数選択可で質問した結果を**表2**に示す．両群でDeathbed visionの内容について有意差を認めず，共に，母親がMDAS<2群で16名（37％），MDAS≥2群で6名（43％）と最も多かった．Deathbed visionに対する理解についても両者で有意差を認めず．病気による幻覚といった理解（MDAS<2群で18名（42％），MDAS≥2群で6名（43％））およびあの世からのお迎えで自然なことといった理解（MDAS<2群で18名（42％），MDAS≥2群で7名（50％））の割合が高かった．Deathbed visionの体験を聞いたときの感情では，不快感，羞恥心などを感じた家族は共におらず，MDAS<2群で上位となったのは安心感12名（28％），愛おしさ9名（21％），悲しみ9名（21％），MDAS≥2群で上位となったのは悲しみ5名（36％），愛おしさ4名（29％），驚き3名（21％）であった．両郡に

表2　Deathbed visionの内容や体験

	MDAS<2			MDAS≥2			
	n	%	95%CI	n	%	95%CI	*p*
見えていた内容							
母親	16	37	23～53	6	43	18～71	0.76
父親	10	23	12～39	4	29	8～58	0.73
兄弟	7	16	7～31	5	36	13～65	0.14
子ども	5	12	4～25	1	7	0.2～34	1
友人	5	12	4～25	3	21	5～51	0.39
他の故人	10	23	12～39	2	14	2～43	0.71
天国・あの世・浄土	4	9	3～22	2	14	2～43	0.63
光	2	5	1～16	0	0	0	1
神・仏	1	2	0.1～12	2	14	2～43	0.15
境界の風景（川・トンネル・橋など）	2	5	1～16	1	7	0.2～34	1
他の風景	5	12	4～25	1	7	0.2～34	1
理解							
薬による幻覚	4	9	3～22	2	14	2～43	0.63
病気による幻覚	18	42	27～58	6	43	18～71	1
あの世からのお迎えで自然なこと	18	42	27～58	7	50	23～77	0.76
他	8	19	8～33	1	7	0.2～34	0.43
感情							
嬉しさ	3	7	2～19	2	14	2～43	0.59
怒り	2	5	1～16	0	0	0	1
悲しみ	9	21	10～36	5	36	13～65	0.30
恐怖	3	7	2～19	0	0	0	0.57
羞恥心	0	0	0	0	0	0	
愛おしさ	9	21	10～36	4	29	8～58	0.72
不快感	0	0	0	0	0	0	
焦燥感	0	0	0	2	14	2～43	0.06
安心感	12	28	15～44	2	14	2～43	0.48
驚き	8	19	8～33	3	21	5～51	1
その他	4	9	3～22	1	7	0.2～34	1

有意差を認めなかった．

2）Deathbed vision と家族の悲嘆や抑うつ，GDI との関連

抑うつの測定には Patient Questionnaire 9（以下，PHQ-9），悲嘆の測定には Brief Grief Questionnaire（以下，BGQ）を用いた．PHQ-9 は 10 点以上で大うつ病性障害が疑われると判断され，BGQ は 8 点以上で複雑性悲嘆の可能性が高いと判断される．GDI（Good Death Inventory）は遺族による望ましい死の達成度を評価する尺度であり，本調査においては短縮版を用いた．

Deathbed vision の有無と抑うつ，悲嘆，GDI との関連について過活動型せん妄の有無で分けて解析した結果を**表 3** に示す．大うつ病性障害が疑われる（PHQ-9 ≥ 10）のは MDAS<2 群で Deathbed vision ありの 41 名中 7 名（17％），Deathbed vision なしの 208 名中 18 名（9％），MDAS ≥ 2 群で Deathbed vision ありの 14 名中 3 名（21％），Deathbed vision なし・不明の 63 名中 8 名（13%）で共に有意差を認めなかった．同様に複雑性悲嘆の可能性が高い（BGQ ≥ 8）と判

表 3　Deathbed vision と遺族の抑うつ・悲嘆・GDI との関連

Deathbed vision の有無		PHQ-9				BGQ				GDI		
		n	<10	≥ 10	ρ	n	<8	≥ 8	ρ	Mean	SD	ρ
MDAS<2												
	あり	41	34（83）	7（17）	0.15	40	35（88）	5（13）	0.34	84	13	0.16
	なし・不明	208	190（91）	18（9）		207	192（93）	15（7）		80	15	
MDAS>=2												
	あり	14	11（79）	3（21）	0.41	11	11（100）	0（0）	1	76	11	0.42
	なし・不明	63	55（87）	8（13）		63	59（94）	4（6）		79	14	

表 4　Terminal lucidity と Terminal coincidence の頻度と内容

	n	%	95% CI
Terminal lucidity			
あり	31	10	7 ～ 13
なし	262	80	75 ～ 84
不明	34	10	7 ～ 14
聞かれた言葉（n=31）			
感謝の言葉	15	48	30 ～ 67
別れの言葉	6	19	8 ～ 38
愛を伝える言葉	3	10	2 ～ 26
謝罪の言葉	1	3	0.1 ～ 17
人生や仕事への後悔	1	3	0.1 ～ 17
残された仕事の引き継ぎ	1	3	0.1 ～ 17
他	11	35	19 ～ 55
Terminal coincidence			
あり	33	10	7 ～ 14
なし	187	57	52 ～ 62
不明	108	33	28 ～ 38
体験の内容（n=33）			
夢の中での知らせ	10	30	16 ～ 49
胸騒ぎ	16	48	31 ～ 67
他	10	30	16 ～ 49

断されたのは，MDAS<2 群で Deathbed vision あ り の 40 名 中 5 名（13 %），Deathbed vision な し・ 不 明 の 207 名 中 15 名（7 %），MDAS ≥ 2 群 で Deathbed vision あ り の 11 名 中 0 名，Deathbed vision なし・不明の 63 名中 4 名（6%）で共に有意差を認めなかった．

GDI の合計スコアについても MDAS<2 群，MDAS ≥ 2 群共に Deathbed vision の有無との間に有意差を認めなかった．

3）Terminal lucidity や Terminal coincidence の頻度と遺族の抑うつ，悲嘆，GDI との関連

家族が体験した Terminal lucidity（24 時間以上なかった意識が改善し家族などと会話できる現象），Terminal coincidence（その場にいない家族などが死を感じとる現象や臨終時の呼吸停止や電灯の点滅などの偶然の一致）の有無とその内容について**表 4** に示す．

返答のあった 327 名中 31 名（10%）で Terminal lucidity の体験を認めた．その内容として，感謝の言葉が聞かれたのが 15 名（48%）と最も多く，別れの言葉 6 名（19%），愛を伝える言葉 3 名（10%）と続いた．

Terminal coincidence については，328 名中 33 名（10%）が体験ありと回答した．その内容として，胸騒ぎが 16 名（48%），夢の中での知らせ 10 名（30%）であった．

Terminal lucidity と Terminal coincidence それぞれについて，遺族の抑うつ，悲嘆，GDI との関連についての解析を**表 5** に示す．すべての項目で Terminal Lucidity および Terminal coincidence の有無と有意な関連を認めなかった．

考　察

本調査は，Deathbed vision について，入院中の過活動型せん妄の有無で，その体験の違いや遺族の抑うつや悲嘆との関連について調査を行ったが，両者で明らかな差を認めなかった．本調査は，緩和ケア病棟を退院した患者を対象として調査を行っており，緩和ケア病棟といった遺族のグリーフケアにも配慮した環境であることも結果に影響していると考えられた．また，今回，低活動型せん妄や軽度の過活動型せん妄については，せん妄なしと同じ扱いで解析を行っており，今後低活動型せん妄をも含めたせん妄の有無での解析も必要と思われる．

Terminal coincidence と Terminal lucidity については，およそ 10%の家族が体験していることが本調査で明らかとなった．悲嘆や抑うつなどとの関連は認めなかったものの，死別前後での患者家族の体験について医療者が知っておく意味はあると思われる．

まとめ

本調査によって過活動型せん妄の有無で Deathbed vision の体験に差がないことが示唆された．一方で Terminal lucidity や Terminal coincidence を含め一定の割合で終末期体験を認めており，死別前後での患者や家族の体験について医療者が認識し，コミュニケーションに生かす

表 5　Terminal lucidity や Terminal coincidence と遺族の抑うつ・悲嘆・GDI との関連

	PHQ-9				BGQ				GDI		
	Total	<10	>=10	ρ	Total	<8	>=8	ρ	Mean	SD	ρ
Lucidity											
あり	31	27（87）	4（13）	0.54	29	26（90）	3（10）	0.72	80	15	0.96
なし	281	253（90）	28（10）		283	260（92）	23（8）		80	14	
Coincidence											
あり	30	25（83）	5（17）	0.35	31	26（84）	5（16）	0.16	80	13	0.85
なし	286	257（90）	29（10）		283	262（93）	21（7）		80	14	

ことが求められる.

文　献

1）Fenwick P, Lovelace H, Brayne S. Comfort for the dying：five year retrospective and one year prospective studies of end of life experiences. *Arch Gerontol Geriatr* 2010；51（2）：173-179
2）Morita T, Shirado A, Aoyama M, et al. Nationwide Japanese survey about deathbed visions：“My deceased mother took me to heaven”. *J Pain Symptom Manage* 2016；52（5）：646-654
3）Kerr CW, Donnelly JP, Wright ST, et al. End-of-life dreams and visions：a longitudinal study of hospice patients' experiences. *J Palliat Med* 2014；17（3）：296-303
4）Mazzarino-Willett A. Deathbed phenomena：its role in peaceful death and terminal restlessness. *Am J Hosp Palliat Care* 2010 Mar；27（2）：127-33.
5）Brayne S, Lovelace H, Fenwick P. End-of-life experiences and the dying process in a Gloucestershire nursing home as reported by nurses and care assistants. *Am J Hosp Palliat Care* 2008；25（3）：195-206

〔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）

47

鎮静の種類による家族の体験の違い
―プロトコルで規定した調節型鎮静と持続的深い鎮静―

今井　堅吾*

サマリー

苦痛緩和のための鎮静を受けたがん患者の家族の体験について，プロトコルで規定した２種類の鎮静（調節型鎮静，持続的深い鎮静）間での違いを明らかにすることを目的とした．調節型鎮静を受けた患者の家族と持続的深い鎮静を受けた患者の家族の双方において，全例で医療者から家族への鎮静についての説明があり，９割は不満はなく，９割は鎮静開始時期は適切であったと考え，３割は強い精神的つらさがあった．一方で，調節型鎮静の方が，持続的深い鎮静よりも，苦痛をやわらげられる他の方法があるのではないかと感じ，決める責任を負うことが重荷で，医師や看護師にもっと気持ちをくみとってほしいと感じる割合が高い傾向を認めた．調節型鎮静を受けた患者の家族では，より鎮静のプロセスに否定的な体験があり，治療抵抗性の丁寧な説明，意思決定の負担や気持ちの配慮が必要である．

目　的

苦痛緩和のための鎮静（以下，鎮静）は，終末期の耐えがたい苦痛に対して，患者を苦痛から解放するためにしばしば行われる[1,2]．日本の緩和ケア病棟において鎮静を受けた患者の遺族に対する2002年に実施されたアンケート調査では[3]，約5％の家族は鎮静に対して低い満足度であり，25％の家族は，鎮静に関して非常に強い精神的つらさを感じていた．

一方，持続的鎮静には大きく分けて２つのパターンがあることが世界的に指摘されている[4~6]．１つは，苦痛の程度に合わせて苦痛緩和される鎮静薬を投与する調節型鎮静で，意識が保たれた状態で苦痛緩和が達成される可能性がある一方で，迅速な苦痛緩和が不十分となる懸念がある．もう１つは，深い鎮静レベルを保つ持続的深い鎮静で，確実に苦痛が緩和される一方で，鎮静開始直後よりコミュニケーションが困難になる．家族がそれぞれの鎮静に対してどのような体験をするのかについては明らかではない．この２つのパターンは相対的なものであり医師の意図やコンセプトでは

*聖隷三方原病院 ホスピス科（研究代表者）

不明確であるため，2つを明確に区別するためには，介入プロトコルに従って鎮静を行うことが必要であるが，この2つを区別するプロトコルの開発と実際の検証が行われた[7,8]．

以上より，本研究において，鎮静方法の違いにより鎮静を受けたがん患者の家族がどのような体験をするかについて調査した．鎮静方法は，2つの持続的鎮静パターンを反映した調節型鎮静プロトコル（苦痛の程度に合わせて最小量の鎮静薬を投与する）と，持続的深い鎮静プロトコル（深い鎮静レベルを維持するように鎮静薬を投与する）とに基づいて明確化した．異なるパターンの苦痛緩和のための鎮静を受けた患者の家族が，どのような体験をし，それをどう評価をしているか，その評価にどのような因子が関与しているかを明らかにすることは，鎮静を施行する際に医療者が行うべきケアの指針を明確にする点において意義があると考えられる．本研究の主目的は，苦痛緩和のための鎮静を受けたがん患者の家族の体験について，2種類の鎮静プロトコル（調節型鎮静，持続的深い鎮静）間での違いを明らかにすることである．

結　果

1）背景

プロトコルに基づく鎮静が行われた61名の遺族に質問紙を送付し，41名から回答を得た（回収率67%）．30名に調節型鎮静プロトコルに基づく鎮静（以下，調節型鎮静）が実施され，11名に持続的深い鎮静プロトコルに基づく鎮静（以下，持続的深い鎮静）が実施された．患者背景を**表1**に示す．患者の平均年齢は調節型鎮静のほうが有意に高かった（p =0.02）．

2）鎮静と意思決定過程での家族の体験

調節型鎮静を受けた38%（11/29），持続的深い鎮静を受けた67%（6/9）の患者で鎮静を希望する（眠っても苦痛から楽になりたい）何らかの意思表示があった（p =0.25）．調節型鎮静を受けた75%（21/28），持続的深い鎮静を受けた73%（8/11）の家族に対して，鎮静を行うことについての明確な説明があり（p =0.88），鎮静についての何らかの説明は両群とも全例にあった．

満足度に関して，調節型鎮静を受けた10.7%（3/28）の家族は何らかの不満があり，「満足」

表1　患者背景

	調節型鎮静プロトコル n=30	持続的深い鎮静プロトコル n=11	p
年齢			
（平均，標準偏差）	70.1（11.5）	58.5（13.0）	0.02
性別			0.88
男	15	5	
女	15	6	
原発巣			
膵	6	0	
結腸・直腸	4	3	
胃	4	0	
肺	3	0	
乳房	1	3	
食道	2	0	
子宮・卵巣	1	2	
肝臓・胆管	2	0	
他	7	3	

/「どちらともいえない」，がそれぞれ 57.1％（16/28）/32.1％（9/28）であった．持続的深い鎮静を受けた家族には不満足はなく，「満足」/「どちらともいえない」，がそれぞれ 87.5％（7/8）/12.5％（1/8）であった（**図 1**）．鎮静を開始した時期について，調節型鎮静を受けた 85％（23/27）の家族，持続的深い鎮静を受けた 90％（9/10）の家族にとって，鎮静を始めた時期は適切であった（ρ =0.70）．調節型鎮静を受けた 32％（9/28）の家族，持続的深い鎮静を受けた 25％（2/8）家族は，鎮静について強い精神的つらさがあった（ρ =0.70）（**図 2**）．

鎮静開始後の患者の苦痛に関して，調節型鎮静では 44％（11/25）で苦痛がなくなった（全くなくなった：0％，ほとんどなくなった：44％）に対し，持続的深い鎮静では 50％（5/10）で苦痛がなくなった（全くなくなった：20％，ほとんどなくなった：30％）と評価した（ρ =0.75）．

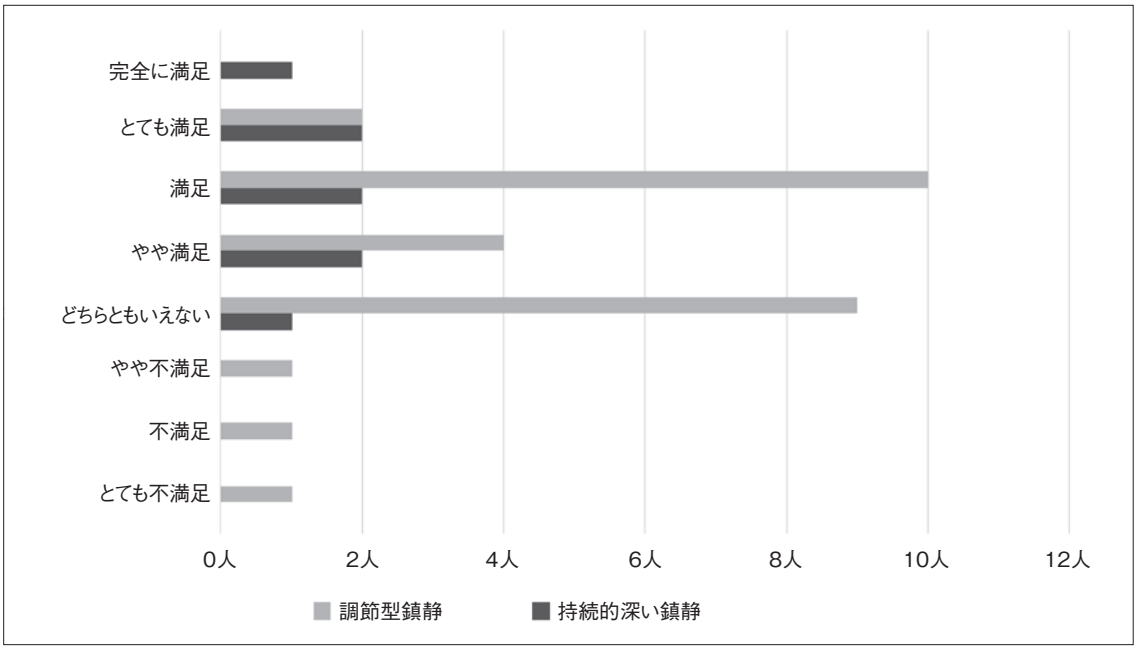


図 1　鎮静に対する家族の満足度

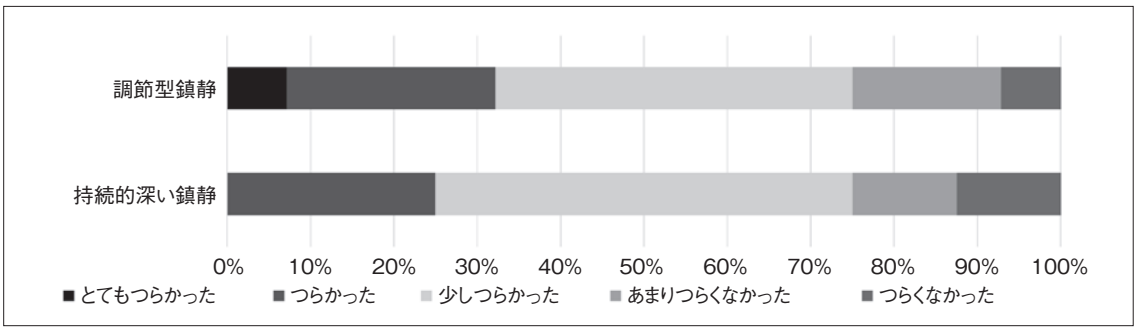


図 2　鎮静に関する家族の精神的つらさ

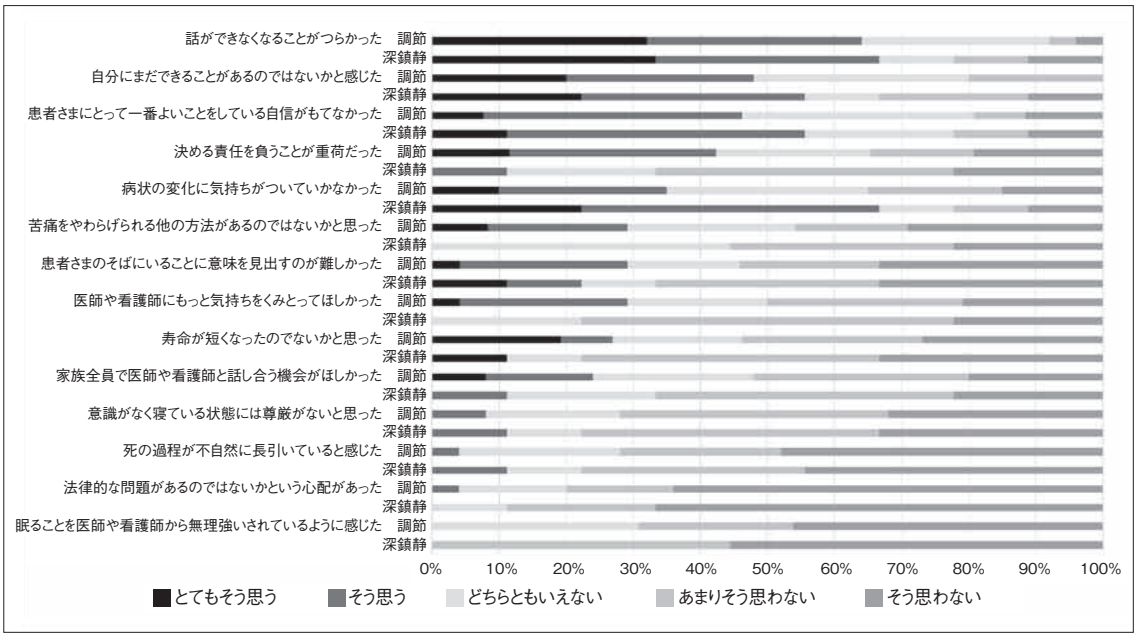


図3　鎮静に関する家族の気がかり

3）鎮静に関する家族の気がかり

患者が鎮静を施行している際の鎮静に関する家族の気がかりについて**図3**に示す．それぞれの質問について，「とてもそう思う」，「そう思う」，「どちらともいえない」，「あまりそう思わない」，「そう思わない」の5項目のうちから1項目を選択する設問を設定した．「話ができなくなることがつらかった」，「自分にまだできることがあるのではないかと感じた」，「患者さまにとって一番よいことをしている自信がもてなかった」について，調節型鎮静，持続的深い鎮静いずれにおいても，「とてもそう思う」，「そう思う」の割合は，4割以上であった．

調節型鎮静を受けた42%（11/26）の家族，持続的深い鎮静を受けた11%（1/9）の家族は，「決める責任を負うことが重荷だった」と回答し，調節型鎮静のほうが持続的深い鎮静と比べて割合が高い傾向を認めた（ρ =0.09）．また，調節型鎮静を受けた29%（7/24）の家族，持続的深い鎮静を受けた0%（0/9）の家族は，「苦痛をやわらげられる他の方法があるのではないかと思った」と回答し，調節型鎮静のほうが持続的深い鎮静と比べて割合が高い傾向を認めた（ρ =0.07）．同様に，調節型鎮静を受けた29%（7/24）の家族，持続的深い鎮静を受けた0%（0/9）の家族は，「医師や看護師にもっと気持ちをくみとってほしかった」と思ったと回答し，調節型鎮静のほうが持続的深い鎮静と比べて割合が高い傾向を認めた（ρ =0.07）．調節型鎮静を受けた家族，持続的深い鎮静を受けた家族のいずれも，「眠ることを医師や看護師から無理強いされているように感じた」と回答した人はいなかった．

4）鎮静中の医師や看護師のケア

鎮静中の医師や看護師のケアについて**図4**に示す．それぞれの質問について，「とてもそう思う」，「そう思う」，「どちらともいえない」，「あまりそう思わない」，「そう思わない」の5項目のうちから1項目を選択する設問を設定した．「患者さまの意識がないときも医師や看護師はご家族に心配がないか聞いてくれた」，「患者さまの意識がないときも医師や看護師は丁寧にケアしていた」につ

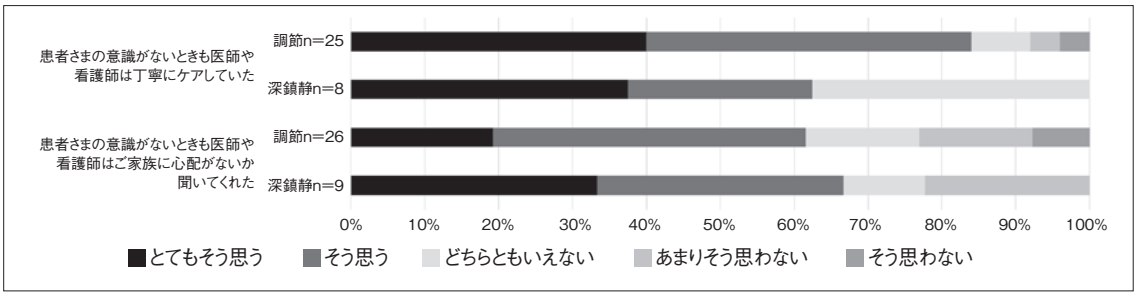


図 4　鎮静中の医師や看護師のケア

いて，調節型鎮静，持続的深い鎮静いずれにおいても，「とてもそう思う」，「そう思う」の割合は，6 割以上であった．

考　察

本研究では，鎮静パターンの違いについて 2 種類の鎮静プロトコル（調節型鎮静，持続的深い鎮静）により明確化し[7,8]，鎮静パターンの違いでの鎮静を受けたがん患者の遺族の体験について結果を得た．

調節型鎮静と持続的深い鎮静を受けた患者の家族双方において全例で，医療者から鎮静についての説明はあった．これは日本国内の過去の研究で，高い割合で家族へ鎮静について説明されていた結果と一致する[3]．ヨーロッパの実証研究では，イギリスではおもに調節型鎮静の概念に近い鎮静が症状緩和の一環として実施され，鎮静が開始されたことを家族は認識していないことが多いと報告されている[6]．今回の調査では，調節型鎮静を実施する際にも持続的深い鎮静と同様に，家族は鎮静を実施することについて説明を受け，鎮静が実施されたことを認識していることが明らかとなった．

調節型鎮静と持続的深い鎮静を受けた患者の家族双方において，約 9 割は不満はなく，約 9 割は鎮静を開始した時期について適切であったと考えた一方で，約 3 割の家族は，鎮静について強い精神的つらさがあった．また，調節型鎮静と持続的深い鎮静を受けた患者の家族双方において，鎮静中の医療者の対応として，6 割以上で家族の心配に配慮し，丁寧にケアしていたと感じていた．鎮静に対する不満足や鎮静についての強い気持ちのつらさに関係する要因については調査数が少なく今回の調査では結論できなかったが，いずれのタイプの鎮静においても，家族には同じ程度の精神的つらさがあることが示唆された．

持続的深い鎮静を受けた家族の方が，調節型鎮静を受けた家族よりも，「苦痛をやわらげられる他の方法があるのではないかと思った」，「決める責任を負うことが重荷だった」，「医師や看護師にもっと気持ちをくみとってほしかった」と回答した割合が低い傾向であった．持続的深い鎮静が選択されるのは，苦痛の強さが著しい，治療抵抗性が確実である，予測される患者の生命予後が切迫している，持続的深い鎮静でなければ苦痛が緩和されないと見込まれる場合などである[9]．このため持続的深い鎮静を施行される状況にある家族にとって，治療抵抗性であると実感しやすいために他に方法がないと確信が持ちやすくなると考えられる．そのことによって，鎮静を行うのはやむをえない選択であるために決めることに迷いがなくなり，決める責任も重荷となりにくくなる．医療者側は，意識が確実に低下する持続的深い鎮静を行う際は，家族の気持ちをくみとるようにより慎重に取り組んだと推測される．これらのことより，調節型鎮静を行う場合は特に，治療抵抗性と判断した根拠や治療過程について丁寧に家族へ説明し，家族の意思決定の負担があることを考慮

し，家族の気持ちに配慮する必要があることが示唆された．

また，調節型鎮静では，意識が保たれた状態で苦痛緩和が達成される可能性がある一方で，迅速な苦痛緩和が不十分となる懸念があり，持続的深い鎮静と比較した鎮静後の苦痛緩和の不十分さが家族の体験に何らかの影響を与えた可能性もある．調節型鎮静，持続的深い鎮静のうちいずれを行うかは苦痛の程度や治療抵抗性の確実さ，生命予後や全身状態，患者・家族の価値観などに基づくものである．そして相対的にどちらの種類が良いかを決める場合は[9]，鎮静後の家族の体験も考慮に入れて適切に選択する必要があると考えられる．

文　献

1）Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, et al. Efficacy and safety of palliative sedation therapy：a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2005；30（4）：320-328.

2）Maeda I, Morita T, Yamaguchi T, et al. Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer（J-Proval）：a propensity score-weighted analysis of a prospective cohort study. *Lancet Oncol* 2016；17：115-122.

3）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.

4）Quill TE, Lo B, Brock DW, et al. Last-resort options for palliative sedation. *Ann Intern Med* 2009 15；151（6）：421-424.

5）Swart SJ, van der Heide A, van Zuylen L, et al. Considerations of physicians about the depth of palliative sedation at the end of life. *CMAJ* 2012 17；184（7）：E360-366.

6）Seymour J, Rietjens J, Bruinsma S, et al. Using continuous sedation until death for cancer patients：a qualitative interview study of physicians' and nurses' practice in three European countries. *Palliat Med* 2015；29：48-59.

7）Morita T, Imai K, Yokomichi N, et al. Continuous deep sedation：a proposal for performing more rigorous empirical research. *J Pain Symptom Manage* 2017；53：146-152.

8）Imai K, Morita T, Yokomichi N, et al.：Efficacy of two types of palliative sedation therapy defined using intervention protocols：proportional vs. deep sedation. *Support Care Cancer* 2018；26：1763-1771.

9）日本緩和医療学会．ガイドライン統括委員会編．がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引 2018 版．金原出版．2018：64-84.

〔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），**森　雅紀**（聖隷三方原病院 緩和ケアチーム），**横道直佑**（聖隷三方原病院 緩和支持治療科）

48

終末期がん患者の家族介護者のレジリエンスと死別後の精神的健康への影響に関する研究

清水　陽一*

サマリー

がんサバイバーや震災後の被災者などの調査で，レジリエンスと精神的健康との関連が知られている．しかし，死別という精神的苦痛を伴うイベント以前のレジリエンスが死別による精神的苦痛によって生じる抑うつ症状や複雑性悲嘆に対して防御的に作用するかどうかについては明らかにされていない．そこで，緩和ケア病棟に入院中のがん患者の家族介護者のレジリエンスと家族介護者の抑うつ症状の死別前後の変化への影響について明らかにするために，緩和ケア病棟に入院中のがん患者の家族介護者を対象とした家族介護者レジリエンス研究のデータと遺族調査のデータとを連結し，死別前後のデータとして解析を行った．

その結果，緩和ケア病棟に入院中のがん患者の家族介護者の約半数は強い抑うつ症状を有する傾向にあり，死別後も約 15％の方は強い抑うつ症状を有したままであった．そのうち，死別前のレジリエンス得点が高い家族介護者は死別前の抑うつ症状が強くても改善する傾向にあったが，レジリエンス得点が低い場合は抑うつ症状が強いまま維持される傾向が明らかになった．死別前に抑うつ症状が強い家族介護者のうちレジリエンスが低い場合は強い抑うつ症状が維持される傾向にあり，継続的な遺族ケアの検討が必要である．

目　的

緩和ケアにおいては患者だけではなくその家族も重要な対象であり，家族の精神的健康の維持は重要なアウトカムである．わが国では，緩和ケア病棟に入院中のがん患者の家族介護者を対象とした調査[1)]や全国遺族調査[2)]において，介護中の家族や遺族の抑うつ症状が強いことが報告されている．しかし，死別前後における抑うつ症状の変化について明らかにした研究はない．そのため，本調査では，緩和ケア病棟に入院中のがん患者の家族介護者の死別前後の抑うつ症状の変化を明らかにする．

また，がんサバイバーや家族介護者を対象とし

*国立がん研究センター中央病院　看護部（研究代表者）

た調査において，レジリエンス因子が精神的苦痛に対する緩衝材となって機能する可能性が指摘されている[3~5]．そのため，終末期がん患者の家族介護者や死別後の遺族の精神的苦痛に対しても同様に機能する可能性がある．レジリエンスは，「逆境の中でもうまく適応し，成長することを可能にする個人的資質」と定義される[6]．先行研究[3~5, 7]は横断研究の結果であり，レジリエンスの抑うつ症状の変化への影響は評価されていない．そのため，本研究の目的は，家族介護者が有するレジリエンス因子が患者の死にゆくプロセスや死別に伴うストレスによる精神的苦痛に対して防御因子として機能し，死別前後の抑うつ症状の変化をより改善する方向に作用しているかどうかを評価することである．

レジリエンスに似たような概念として心的外傷後成長がある．Lee YJ らは，がん患者の家族においてレジリエンスが死別後の心的外傷後成長の個人としての強さに関連があったと報告している[8]．日本のがん患者の家族介護者において，レジリエンスと心的外傷後成長との関連の有無についても明らかにする．

結　果

家族介護者レジリエンス研究に同意され，かつ，J-HOPE4 の適格基準を満たす家族介護者 181 名に調査票を配布し，108 名より返信があった．拒否 8 名，家族介護者レジリエンス研究と回答者の年齢，性別，続柄が一致しない 19 名を除き，有効回答数は 71 名（39.2%）であった．

1）死別前後の抑うつ症状の程度とその変化

緩和ケア病棟入院中のがん患者の家族介護者の抑うつ症状の程度を示す Patient Health Questionnaire-9（以下，PHQ-9）の得点は平均（SD）=9.2（5.72）点で，大うつ病のリスクが高くなるとされる中等度以上の抑うつ症状を有する方の割合は 47%であった．一方で，遺族調査では，PHQ-9 得点は平均（SD）=4.4（4.45）点で，中等度以上の抑うつ症状を有する方の割合は 15%であった（**図 1**）．死別前後の PHQ-9 得点の変化量は平均（SD）=-4.5（4.83）点であった．

2）家族介護者のレジリエンスと死別前後の抑うつ症状の変化に与える影響

家族介護者のレジリエンスは Connor-Davidson Resilience Scale（CD-RISC）で，平均（SD）=58.7（16.5）であった．死別前に中等度以上の抑うつ症状を有していた家族介護者は，死別後に PHQ-9 得点が平均（SD）：-7.4（5.01）の改善がみられ，レジリエンス得点によって改善の程度に違いがあった．レジリエンスが高い（58 点以上）場合は平均（SD）：-8.4（4.10）点の改善がみられたのに対し，レジリエンスが低い（57 点以下）と平均（SD）：-6.7（5.76）点の改善であった（**図 2**）．一方で，死別前の抑うつ症状の程度が軽度以下の家族介護者については PHQ-9 得点の変化は平均（SD）で-2.1（3.15）点で，レジリエンスが高い場合は平均（SD）：-2.2（3.39）点，レジリエンスが低いと平均（SD）：-2.2（2.86）点で，レジリエンス得点による差はなかった（**図 2**）．

レジリエンスのうつの変化への影響を評価するため，死別後の PHQ-9 得点を被説明変数，死別前の PHQ-9 得点とレジリエンス得点，交互作用項を説明変数として回帰分析を行い，死別前

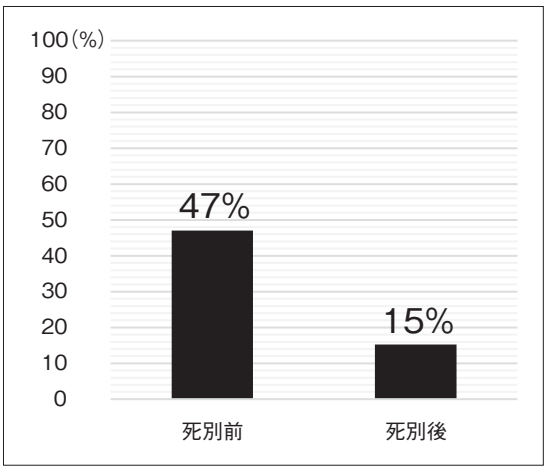


図 1　中等度以上の抑うつ症状を有する割合

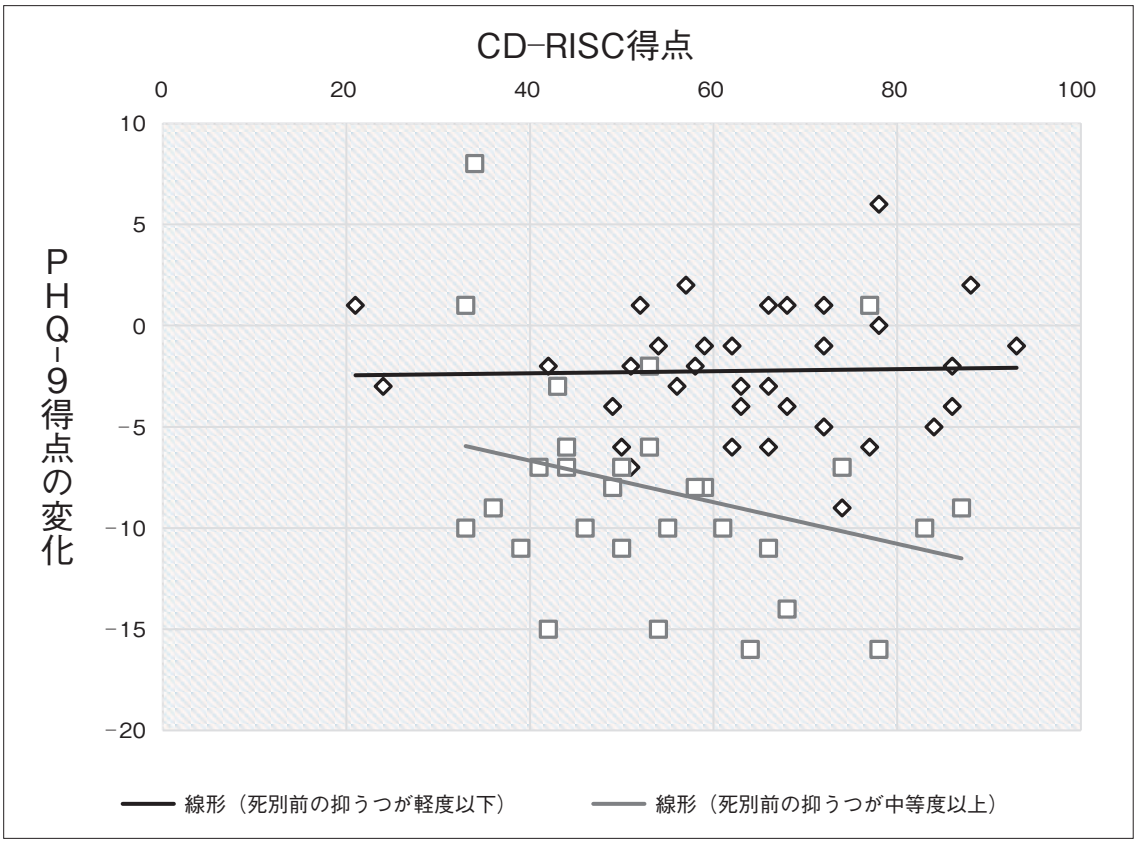


図 2　抑うつ症状の変化（PHQ-9 得点の変化）とレジリエンス得点の関係

の PHQ−9 得点（β =1.2, p <0.01），レジリエンス得点（β =0.09, p =0.62），交互作用項（β =−0.72, p =0.046）であった．

3）抑うつ以外の精神的健康，PTG

複雑性悲嘆のリスクについては，Brief Greif Questionnaire（BGQ）で平均（SD）=5.3（2.0）で，複雑性悲嘆のリスクが高いとされる 8 点以上の遺族が 16％であった．また，ホスピス・緩和ケア病棟への入院に関する意思決定に対する遺族の後悔尺度において，意思決定に関する後悔（20 点満点）は平均（SD）=10.2（1.9），後悔に関する侵入的思考（20 点満点）は平均（SD）=5.8（2.8）であった（**表 1**）．

一方で，心的外傷後成長を測定する日本語版 Post Traumatic Growth Inventory の拡張版（PTGI−X−J）については，総得点（125 点満点）で平均（SD）=47.2（28.7），各下位尺度は「他者との関係（35 点）」で平均（SD）=15.1（8.8），「新たな可能性（25 点）」で平均（SD）=8.7（7.0），「人間としての強さ（20 点）」で平均（SD）=7.7（5.0），「精神的変容・スピリチュアリティ（30 点）」で平均（SD）=11.3（7.8），「人生に対する感謝（15 点）」で平均（SD）=8.5（4.2）であった（**表 1**）．

死別前における家族介護者のレジリエンスと死別後の複雑性悲嘆，ホスピス・緩和ケア病棟への入院に関する意思決定に対する後悔，心的外傷後成長の関連は確認されなかった．

表 1　各項目の得点

	平均値	（SD）
死別前抑うつ：PHQ−9（0 〜 27）	9.2	(5.72)
死別後抑うつ：PHQ−9（0 〜 27）	4.4	(4.45)
レジリエンス：CD−RISC−25（0 〜 100）	58.7	(16.50)
複雑性悲嘆リスク：BGQ	5.3	(2.05)
心的外傷後成長：PTGI−X−J（0 〜 125）	47.2	(28.73)
他者との関係（0 〜 35）	15.1	(8.79)
新たな可能性（0 〜 25）	8.7	(6.96)
人間としての強さ（0 〜 20）	7.7	(4.97)
神的変容・スピリチュアリティ（0 〜 30）	11.3	(7.83)
人生に対する感謝（0 〜 15）	8.5	(4.20)
ホスピス・緩和ケア病棟への入院に関する意思決定に対する遺族の後悔尺度		
意思決定に関する後悔（20 点満点）	10.2	(1.94)
後悔に関する侵入的思考（20 点満点）	5.8	(2.82)

考　察

緩和ケア病棟に入院中の終末期がん患者の家族介護者のうち，大うつ病のリスクの高いとされる中等度以上の抑うつ症状を有する方の割合は 47％であった．死別前の 47％という数値は，Tang らの死別前 1 カ月以内のがん患者の家族介護者において臨床的な抑うつ症状があった割合が 51％であったという報告[9]，幸田らによる緩和ケア病棟 1 施設において軽度な抑うつ症状を有する家族介護者が 41％であったという報告[1]と似たような結果であった．死別後の遺族調査で，中等度以上の抑うつ症状を有する方の割合は 15％で，J−HOPE3 での 17％と近い結果となった[2]．よって，本調査での抑うつ症状の強さの推移は実情を反映した結果と思われる．緩和ケア病棟に入院中の終末期がん患者については看取りが近く，死別を強く予期され，家族介護者への心理的負担がきわめて強くなっており，反応性に抑うつ症状が強くなっていた可能性がある．約 30％の家族介護者は死別後の時間経過とともに心理的適応が進むが，約 15％については抑うつ症状が強い状態で維持されることが明らかになった．

抑うつ症状の強さの時間変化に対してレジリエンスの交互作用が確認された．死別前に抑うつ症状家族介護者のうち，レジリエンスが高ければ抑うつ症状が改善する傾向にあり，一方でレジリエンスが低ければ抑うつ症状が強い状態で維持される傾向が確認された．これは強い風に対してしなるが折れずに元に戻る柳の木にもたとえられるレジリエンスの特徴を表しており，仮説通りの結果となった．死別前に抑うつ症状が強く，かつ，レジリエンスが低い傾向にある家族介護者は死別後に抑うつ症状が強く維持されるリスクが高いため，継続的なフォローなど，適切な遺族ケアの提供が必要と思われる．

本調査の複雑性悲嘆のリスクの高い遺族は 16.2％で，J−HOPE3 での緩和ケア病棟での結果は 13％[2]であり，やや高い結果となった．個人を特定しない形で死別前後のデータを連結したため，続柄が子どもの場合は死別前後で回答した兄弟姉妹で異なってしまったケースがあり，結果的に配偶者の回答が多くなった．配偶者のほうが子どもなどと比較して複雑性悲嘆のリスクが高いことが知られており，結果やや高い結果となった可能性がある[10, 11]．レジリエンスと複雑性悲嘆のリスクに関連は見られなかったが，人数が少なく今後さらなる検討が必要である．

ホスピス・緩和ケア病棟への入院に関する意思決定に対する後悔については，緩和ケア病棟に入

院する意思決定について後悔のある人もいればいない人もいる状況であり，後悔に関する侵入的思考を有する人は少なかった．いずれもレジリエンスとの関係は確認されなかった．

心的外傷後成長については，遺族を対象とした日本の調査ではPTGI−J（21項目）で44.2〜44.8点（1項目2.1点）と比較すると，PTGI−X−J（25項目）で47.2点（1項目1.9点）と少し低めではあったが大差はなかった[12]．「精神的変容・スピリチュアリティ」の項目が変更となっており，単純な比較はできない．加えて，本調査では，レジリエンスと心的外傷後成長に関連はみられなかった．Lee YJらの研究では死別前のレジリエンスが心的外傷後成長の「人間としての強さ」に関連があったと報告しており[8]，一致した結果ではないため今後，さらなる検討が必要である．

まとめ

緩和ケア病棟に入院中のがん患者の家族介護者の約半数において中等度以上の抑うつ症状が出現するが，死別後の時間経過とともに心理的適応が進み改善し中等度以上の抑うつ症状を有する方は約15％まで減少する．抑うつ症状の改善の度合いにレジリエンスが関与しており，レジリエンスが高い場合はより改善する傾向にあるが，低いと抑うつ症状が維持される傾向がみられた．緩和ケア病棟に入院中に抑うつ症状が出現している家族介護者のうちレジリエンスが低い場合は死別後に抑うつが高く維持されるリスクがあり，継続的なフォローが必要である．

文　献

1）幸田るみ子，大坪天平，金石圭祐，他．緩和ケア病棟入院中がん患者家族の予期悲嘆と抑うつおよび愛着の関連．精神科 2016;29（6）：524-530.

2）Aoyama M, Sakaguchi Y, Morita T, et al. Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. *Psychooncology* 2018；27（3）：915-921.

3）Sottile PD, Lynch Y, Mealer M, et al. Association between resilience and family member psychologic symptoms in critical Illness. *Crit Care Med* 2016.

4）Li M, Wang L. The associations of psychological stress with depressive and anxiety symptoms among chinese bladder and renal cancer patients: the mediating role of resilience. *PLOS ONE* 2016；11（4）：e0154729.

5）Min JA, Yoon S, Lee CU, et al. Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Support Care Cancer* 2013；21（9）：2469-2476.

6）Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale（CD-RISC）. *Depress Anxiety* 2003；18（2）：76-82.

7）Kilic SA, Dorstyn DS, Guiver NG. Examining factors that contribute to the process of resilience following spinal cord injury. *Spinal Cord* 2013；51（7）：553-557.

8）Lee YJ, Choi YS, Hwang IC, et al. Resilience at the end of life as a predictor for postloss growth in bereaved caregivers of cancer patients: a prospective pilot study. *J Pain Symptom Manage* 2016；51（3）：e3-5.

9）Tang ST, Chang WC, Chen JS, et al. Course and predictors of depressive symptoms among family caregivers of terminally ill cancer patients until their death. *Psychooncology* 2013；22（6）：1312-1318.

10）坂口幸弘，宮下光令，森田達也，他．ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族の複雑性悲嘆，抑うつ，希死念慮．Palliat Care Res 2013；8（2）：203-210.

11）Thomas K, Hudson P, Trauer T,et al. Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: a longitudinal study. *J Pain Symptom Manage* 2014；47（3）：531-541.

12）Hirooka K, Fukahori H, Taku K, et al. Examining posttraumatic growth among bereaved family members of patients with cancer who received palliative care at home. *Am J Hosp Palliat Care* 2018；35（2）：211-217.

〔付帯研究担当者〕
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），**森　雅紀**（聖隷三方原病院 緩和ケアチーム），**林　章敏**（聖路加国際病院 緩和ケア科），**松田洋祐**（聖路加国際病院 緩和ケア科），**三浦智史**（国立がん研究センター東病院 緩和医療科），**前田一石**（千里中央病院 緩和ケア科），**井上　彰**（東北大学大学院 医学系研究科 緩和医療学分野）

㊾

がん患者の dying process におけるイベントやケアと遺族の精神状態との関連についての研究

羽多野　裕*

サマリー

本研究の目的は遺族の病的悲嘆および抑うつ発症に関連するリスク因子の関連の強さや因果関係を明らかにすることである．緩和ケア病棟で死亡したがん患者およびその遺族のペアデータ 865 ケースを解析対象とした．関連因子と病的悲嘆の有無（BGQ 8 点以上／8 点未満）および抑うつの有無（PHQ-9 10 点以上／10 点未満）との相関関係を算出した．病的悲嘆と有意な相関を示した変数は；入院中の患者の苦痛症状，入院中の介護負担，遺族の精神科既往歴，遺族の現在のストレス，死別への心の準備などであった．抑うつと有意な相関を示した変数は；患者の苦痛症状，せん妄，入院中の介護負担，死別への心の準備などであった．遺族の悲嘆・抑うつに関連する因子は非常に多く複雑であり，今後さらに詳細な解析が必要である．

目　的

これまでの研究による知見から病的悲嘆を引き起こすリスク因子が明らかとなってきているが[1]，それぞれのリスク因子がどの程度の強さで悲嘆の発症に関係しているのか，またリスク因子同士の相関や因果関係がどうなっているのか，などについて包括的に解析した研究はみあたらない．本研究の目的はがん患者終末期コホートの EASED 研究で得られた終末期イベントデータと，J-HOPE 研究で得られた遺族の健康データとを連結しペアデータとして利用することで，悲嘆のリスク因子の関連の強さや因果関係を明らかにすることである．

結　果

緩和ケア病棟で死亡したがん患者およびその遺族のペアデータ 865 ケースを解析対象とした．EASED および J-HOPE4 ではこれまでに知られている遺族の悲嘆および抑うつのリスク因子を網羅的に取得している．取得した変数は解析のため度数分布を参考に必要に応じて順序変数や二値変数に変換し，リスク因子と病的悲嘆の有無（BGQ 合計得点 8 点以上／8 点未満）および抑うつの有

*ガラシア病院 ホスピス（研究代表者）

無（PHQ9 合計得点 10 点以上／ 10 点未満）との相関関係（スピアマンの相関係数）を算出した．亡くなった患者との続柄は悲嘆のプロセスにも影響を与えるため，母集団は①全体，②配偶者を亡くした遺族，③親を亡くした遺族の３つに別けて解析した．

1）病的悲嘆と関連する要因（表 1）

病的悲嘆と有意な相関を示した変数および相関係数を示す：

「入院中の患者の不安」「患者の抑うつ」「最期 1 週間に家族が付き添った日数」「現在の収入」「死別にむけての準備」「遺族の精神科既往歴」「援助者の有無」「死別への心の準備」「精神的・経済的介護負担」

2）遺族の抑うつと関連する要因（表 2）

抑うつと有意な相関を示した変数および相関係数を示す：

「入院中の患者の倦怠感」「最期 1 週間に家族が付き添った日数」「現在の収入」「遺族の教育歴」「遺族の精神科既往歴」「終末期せん妄」「援助者の有無」「死別への心の準備」「精神的・経済的介護負担」「患者が大切な人に伝えたいことを言えたか」「遺族年齢」

表 1　悲嘆の関連要因

変数	全体 n = 855	配偶者を亡くした遺族 n = 340	親を亡くした遺族 n = 268
入院中の患者の不安	0.12	0.19	-
患者の抑うつ	0.10	-	-
最期 1 週間の付き添い頻度	0.11	-	0.14
現在の収入	0.10	-	0.15
死別にむけての準備	0.07	-	-
精神科既往歴（遺族）	0.09	-	-
援助者の有無	-	-	0.18
死別への心の準備	0.25	0.27	0.21
介護負担（精神的）	0.11	0.12	-
介護負担（経済的）	-	-	0.14

表 2　抑うつの関連要因

変数	全体 n = 855	配偶者を亡くした遺族 n = 340	親を亡くした遺族 n = 268
入院中の患者の倦怠感	0.08	0.14	-
最期 1 週間の付き添い頻度	0.08	-	-
現在の収入	0.09	-	-
教育歴（遺族）	0.09	-	-
精神科既往歴（遺族）	0.08	-	0.16
終末期せん妄	0.09	0.12	-
援助者の有無	0.15	-	0.32
死別への心の準備	0.24	0.26	0.21
精神的介護負担	0.10	-	0.16
経済的介護負担	0.12	-	0.16
患者が大切な人に伝えたいことを言えたか	-	0.13	0.13
年齢（遺族）	-	-	0.13

考　察

遺族の病的悲嘆や抑うつの発症にはさまざまな要因が関連していることが示された．Stroebe らは悲嘆のリスク因子に関する詳細なレヴューの中で，因子の性質により以下のような分類を行っている．①死別の状況（死因，死別した場所，介護体験，故人との関係性（夫婦，親子など），②遺族の心理社会的要因（人格傾向，養育体験，過去の悲嘆経験，宗教，年齢など）③遺族を取り巻く現在の環境（人的・物理的社会資源，専門家の介入），④遺族のコーピングスタイル[1]である．今回の筆者らの研究では遺族の心理社会的要因やコーピングスタイルについての詳細なデータは収集できていないが，悲嘆や抑うつと相関する因子として患者の苦痛症状やせん妄，介護負担，現在のストレスなどが認められており，これまでの知見を支持する結果といえる．

しかし，結果の解釈については注意が必要である．今回の解析では変数と遺族アウトカムとの直接的な相関係数を算出しているが，実際にはこれらの変数は直接的・間接的に複雑に影響しながら何段かのプロセスを経て悲嘆・抑うつの発症に至るものと考えられる．そのため今回の相関係数の大きさだけで関連の強弱を議論するのは尚早である．これらのリスク因子同士がどのように影響しあい遺族の心理的健康に影響を及ぼすのかについては，さらにパス解析などの手法を用いて関連因子のつながりや影響の大きさを検討していく必要がある．

このような複雑な変数間の因果関係を分析する方法として，構造方程式モデリング（Structural Equation Modeling：以下，SEM）という回帰分析や因子分析を統合した解析方法が知られている．うつ病の遺伝子研究などで知られる精神科医の Kendler らは SEM を用いてうつ病発症に関連するさまざまな因子が複雑に関連し発症に至るモデルを SEM を用いて数式化している[2]．彼らはうつ病のリスク因子を発達段階に応じて 5 段階に分類することでモデルの因果関係に説得力を持たせている．今後はこれらの手法を参考にして因子間の関係について，さらに検証を進めていく予定である．

文　献

1）Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet* 2007；370：1960–1973
2）Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry* 2002；159, 1133-1145

〔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），**森　雅紀**（聖隷三方原病院 緩和支持治療科），**青山真帆**（東北大学大学院 医学系研究科），**吉田沙蘭**（東北大学大学院 教育学研究科）

50

補完代替医療の使用と遺族の抑うつや悲嘆との関連を探索する研究

鈴木　梢*

サマリー

本調査はがんの治癒や進行抑制を目的とした補完代替医療の使用実態と，遺族の抑うつや悲嘆との関連を明らかにすることを目的として行った．各補完代替医療の使用率はサプリメント 12%，食事療法 8%，温泉療法 3%，免疫療法 9%，その他 17%であった．目的は問わず，使用の有無について調べた前回の報告では，サプリメント使用者は全体の 56%で，本調査の 12%と大きな差を認めた．このことから，多くの患者がサプリメントを使用しているが，がんの治癒や進行抑制を目的としている割合は比較的少ないことが示唆された．一方で食事療法，免疫療法はサプリメントに比べ希望の維持などではなく，がんの治癒や進行抑制をおもな目的として使用されている傾向があると考えられた．各補完代替医療と抑うつや複雑性悲嘆との関連では，単変量解析においてすべての補完代替医療と抑うつ，複雑性悲嘆との関連を認めるものの，患者背景を含めた多変量解析において独立した関連因子となったものは複雑性悲嘆におけるサプリメント使用のみであった．本調査から，ある一定の割合でがんの治癒や進行抑制を目的として補完代替医療を使用している現状が明らかとなった．各補完代替医療使用が抑うつや複雑性悲嘆における独立した関連因子とはいえないものの，すべての補完代替医療において抑うつや複雑性悲嘆の割合が高い傾向を認めており，これらの使用者については遺族のグリーフケアも重要となると考えられた．

目　的

1980 年頃より，がん患者の多くが補完代替医療を使用していることが報告されており[1]，欧米諸国では症状緩和や生活の質の向上をもたらす補完代替医療と従来の医療を併用する統合医療の概念が広がっている[2]．生活の質の向上のためにうまく補完代替医療を取り入れられている人がいる一方で，いまだに補完代替医療に過度の期待をもち，高額なお金を費やし，場合によっては手術や

*がん・感染症センター都立駒込病院 緩和ケア科（研究代表者）

抗がん治療が遅れるケースも見受けられる．このように補完代替医療に過度の期待をもっていた場合，患者の死後に遺族の抑うつや悲嘆が強いことが予想される．

J-HOPE2016で実施した遺族への補完代替医療の実態調査では，補完代替医療の実施と遺族の抑うつや悲嘆に有意な差を認めなかった[3]．これは，J-HOPE2016が緩和ケア病棟入院患者の遺族を対象とした調査であること，補完代替医療を心身医療なども含めた広い概念としたことが原因となっている可能性があった．

本調査は，緩和ケア病棟のみではなく，一般病棟や在宅で死亡退院した遺族を対象とし，がん患者の治療目的の補完代替医療の使用が，家族の抑うつや悲嘆へ及ぼす影響を明らかにすることを目的として実施した．この結果を踏まえ，がん治療医や緩和ケア医などのがん診療に関わる医療者が，補完代替医療が家族に与える影響についても理解を深め，患者家族と補完代替医療について話しをするきっかけとなることが期待される．

結　果

17,147名の遺族に質問票を発送し，10,848名（63%）が返答した．そのうち，回答を拒否した1,777名を除いた9,071名（53%）を調査の対象とした．

1）補完代替医療の使用実態

がんを完全に治すまたは進行を遅らせることを目的として，以下の補完代替医療，「サプリメント（さめ軟骨，アガリクスなど）」，「食事療法（玄米食，ゲルソン療法など）」，「温泉療法（玉川温泉など）」，「注射による免疫療法（リンパ球療法，樹状細胞療法など）」，「その他」を用いたかどうか，複数回答可にて質問を行った．調査対象者の9,071名中，それぞれの補完代替医療使用者は，サプリメント1,059名（12%），食事療法700名（8%），温泉療法235名（3%），免疫療法840名（9%），その他1,529名（17%）であった（**図1**）．

2）各補完代替医療の使用と抑うつ，悲嘆の頻度

抑うつの測定にはPatient Questionnaire 9（以下，PHQ-9），悲嘆の測定にはBrief Grief Questionnaire（以下，BGQ）を用いた．PHQ-9は10点以上で大うつ病性障害が疑われると判断され，BGQは8点以上で複雑性悲嘆の可能性が高いと判断される．PHQ-9について回答を得られた8,526名と，BGQについて回答を得られた8,660名を対象とし，各補完代替医療使用の有無との関連について**表1**に示す．大うつ病性障害が疑われると判断された割合は，サプリメントあり19%／なし14%，食事療法あり19%／なし14%，温泉療法あり23%／なし14%，免疫療法あり18%／なし14%，その他の補完代替医療あり16%／なし14%であった．同様に，複雑性悲嘆の可能性が高いと判断された割合は，サプリメントあり16%／なし10%，食事療法あり17%／なし10%，温泉療法あり23%／なし10%，免疫療法あり15%／なし10%，その他の補完代替医療あり11%／なし11%であった．それぞれカイ二乗検定を用いて比較検定を行ったところ，“その他の補完代替医療”と複雑性悲嘆以外すべてでp <0.05と統計学的有意差を認めた．

3）補完代替医療の使用と遺族の抑うつ・悲嘆との関連

遺族の抑うつと患者・遺族背景との関連因子について，抑うつの有無（PHQ-9 ≧ 10）を目的変数，各補完代替医療を含めた患者・遺族背景の各項目を説明変数とし，便宜的に単変量解析でp <0.15であった項目を投入し，多変量解析として変数減少法によるロジスティック回帰を行った（**表2**）．その結果，各補完代替医療の使用は遺族の抑うつの独立した関連因子として抽出されなかった．

遺族の複雑性悲嘆と患者・遺族背景との関連因子についても複雑性悲嘆の有無（BGQ ≧ 8）を目的変数として同様にロジスティック回帰を行った（**表3**）．その結果，サプリメントの使用が遺族の複雑性悲嘆の独立した関連因子の一つとして

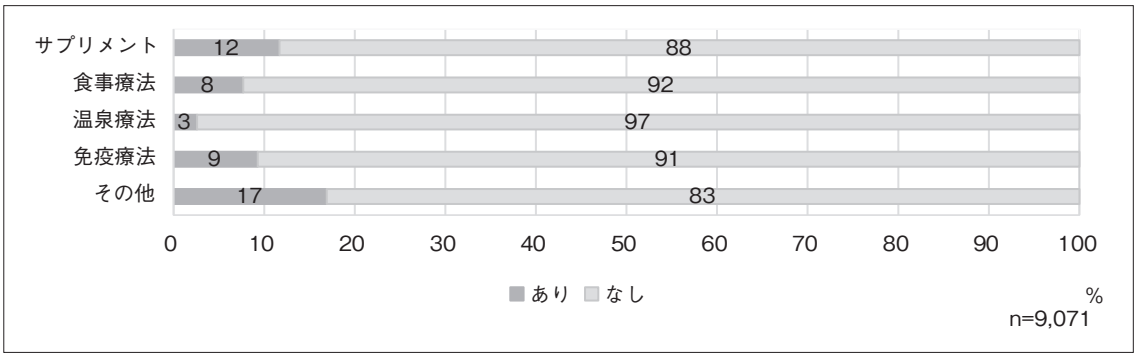


図 1　各種補完代替医療使用頻度

表 1　補完代替医療の使用と抑うつ・複雑性悲嘆の頻度

	PHQ-9（n=8,526）				BGQ（n=8,660）			
	Total	＜10	≧10	*p*	Total	<8	≧8	*p*
サプリメント								
あり	1,011	823（81）	188（19）	<0.001	1,009	847（84）	162（16）	<0.001
なし	7,515	6,475（86）	1,040（14）		7,651	6,883（90）	768（10）	
食事療法								
あり	657	534（81）	123（19）	0.001	672	556（83）	116（17）	<0.001
なし	7,869	6,764（86）	1,105（14）		7,988	7,174（90）	814（10）	
温泉療法								
あり	225	174（77）	51（23）	<0.001	227	174（77）	53（23）	<0.001
なし	8,301	7,124（86）	1,177（14）		8,433	7,556（90）	877（10）	
免疫療法								
あり	789	645（82）	144（18）	0.002	794	679（86）	115（15）	<0.001
なし	7,737	6,653（86）	1,084（14）		7,866	7,051（90）	815（10）	
その他								
あり	1,453	1,219（84）	234（16）	0.044	1,480	1,318（89）	162（11）	0.782
なし	7,073	6,079（86）	994（14）		7,180	6,412（89）	768（11）	

抽出された．サプリメント以外の補完代替医療は複雑性悲嘆の独立した関連因子として抽出されなかった．

考　察

本調査によって，がんの治療や進行抑制を目的とした各補完代替医療の使用実態と，遺族の抑うつや悲嘆との関連について明らかとなった．

J-HOPE2016 における緩和ケア病棟を退院した患者の遺族に対する調査において，サプリメント使用者の割合は 54％で，今回の調査の 18％と大きな乖離を認める[4]．同様に温泉療法についても温熱療法を含むものの J-HOPE2016 の 29％に対し本調査では 3％であった．これらの結果から，ある一定の割合のがん患者がサプリメントや温泉療法を使用しているが，がん自体への治療効果や進行抑制を期待して使用する患者はそれほど多くはないことが示唆される．一方で，J-HOPE2016 において，食事療法，免疫療法（ビタミン療法含む）の割合はそれぞれ 19％，17％であった．調査項目が完全に一致はしていないものの，これらの補完代替医療は，がん自体への治療効果や進行抑制を期待して使用している患者の割合が高い可能性が示唆された．

表 2　遺族の抑うつの関連因子

		単変量解析			多変量解析		
		OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
患者							
年齢	<60	1					
	≧ 60	0.6	0.50～0.73	<0.001			
性別	男性	1					
	女性	0.83	0.73～0.94	0.003			
原発巣	肺	1					
	胃・食道	1.05	0.86～1.30	0.62			
	大腸	0.91	0.73～1.13	0.39			
	肝胆膵	0.96	0.80～1.16	0.71			
	乳	1.46	1.11～1.92	0.007	1.65	1.24～2.18	<0.001
	泌尿器	0.87	0.66～1.14	0.30			
	頭頸部	1.03	0.73～1.46	0.87			
	子宮・卵巣	1.19	0.89～1.60	0.25			
	白血病	0.96	0.47～1.97	0.92			
	悪性リンパ腫	1.05	0.69～1.60	0.81			
	骨髄腫	0.64	0.25～1.63	0.35			
	軟部組織	0.96	0.45～2.05	0.92			
	脳腫瘍	0.85	0.48～1.51	0.58			
	その他	0.77	0.56～1.04	0.09			
婚姻状態	死別・離別	1.00					
	未婚	1.40	1.04～1.88	0.026			
	既婚	1.84	1.59～2.13	<0.001			
がん治療期間	1 年以上	1					
	1 年以下	0.75	0.66～0.85	<0.001	0.84	0.73～0.97	0.019
死亡前の月の医療費							
	40 万円未満	1					
	40 万円以上	1.36	1.16～1.60	<0.001			
世帯収入	400 万円未満	1					
	400 万円以上	0.84	0.73～0.96	0.0099			
CAM							
サプリメント	なし	1					
	あり	1.42	1.19～1.69	<0.001			
食事療法	なし	1					
	あり	1.41	1.14～1.74	0.0014			

		単変量解析			多変量解析		
		OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
遺族							
年齢	<60	1					
	≧ 60	1.4	1.23～1.59	<0.001	0.6	0.50～0.73	<0.001
性別	男性	1					
	女性	1.36	1.19～1.56	<0.001			
患者との関係	子供	1					
	配偶者	2.7	2.35～3.11	<0.001	1.9	1.63～2.21	<0.001
	その他	1.04	0.83～1.29	0.746			
最終学歴							
高校・旧制中学以下		1					
短大・専門学校以上		0.62	0.54～0.70	<0.001			
入院中の体の健康							
	良かった	1					
	良くなかった	3.19	2.78～3.65	<0.001	2.6	2.23～3.03	<0.001
入院中の心の健康							
	良かった	1					
	良くなかった	3.83	3.37～4.37	<0.001	1.91	1.62～2.25	<0.001
死亡前週付き添い	毎日	1					
	その他	0.55	0.48～0.64	<0.001	0.791	0.67～0.93	0.006
相談相手	なし	1					
	あり	0.39	0.31～0.48	<0.001	0.52	0.41～0.67	<0.001
宗教	なし	1					
	あり	1.13	0.99～1.29	0.06			
心の準備							
	できていなかった	1					
	できていた	0.27	0.23～0.31	<0.001	0.38	0.32～0.45	<0.001
世帯収入	400 万円未満	1					
	400 万以上	0.43	0.37～0.50	<0.001	0.63	0.53～0.74	<0.001
温泉療法	なし	1					
	あり	1.78	1.26～2.45	<0.001			
免疫療法	なし	1					
	あり	1.37	1.12～1.66	0.0017			

表 3　遺族の複雑性悲嘆の関連因子

		単変量解析			多変量解析		
		OR	95% CI	*p*	OR	95% CI	*p*
患者							
年齢	<60	1					
	≧ 60	0.49	0.40～0.59	<0.001			
性別	男性	1					
	女性	1.00	0.87～1.14	0.97			
原発巣	肺	1					
	胃・食道	1.3	1.03～1.66	0.03	1.27	1.01～1.59	0.043
	大腸	0.95	0.73～1.24	0.73			
	肝胆膵	1.4	1.09～1.67	0.01	1.29	1.06～1.57	0.012
	乳	1.5	1.05～2.03	0.025			
	泌尿器	1	0.81～1.50	0.54			
	頭頸部	1.0	0.66～1.55	0.95			
	子宮・卵巣	1.76	1.28～2.41	<0.001	1.45	1.03～2.03	0.033
	白血病	1.03	0.44～2.43	0.94			
	悪性リンパ腫	1.2	0.74～1.94	0.46			
	骨髄腫	0.85	0.30～2.39	0.76			
	軟部組織	1.57	0.73～3.36	0.25			
	脳腫瘍	1.87	1.08～3.21	0.02			
	その他	1.17	0.84～1.63	0.35			
婚姻状態	死別・離別	1.00					
	未婚	1.32	0.92～1.89	0.13			
	既婚	2.22	1.86～2.65	<0.001			
がん治療期間	1 年以上	1					
	1 年以下	0.88	0.76～1.01	0.07			
死亡前の月の医療費							
	40 万円未満	1					
	40 万円以上	1.75	1.48～2.08	<0.001	1.52	1.26～1.84	<0.001
世帯収入	400 万円未満	1					
	400 万円以上	1.12	0.96～1.30	0.14			
CAM							
サプリメント	なし	1					
	あり	1.71	1.42～2.06	<0.001	1.38	1.11～1.710	0.003
食事療法	なし	1					
	あり	1.84	1.47～2.28	<0.001			

		単変量解析			多変量解析		
		OR	95% CI	*p*	OR	95% CI	*p*
遺族							
年齢	<60	1					
	≧ 60	1.54	1.33～1.79	<0.001	0.69	0.57～0.85	<0.001
性別	男性	1					
	女性	1.09	0.94～1.27	0.24			
患者との関係	子供	1					
	配偶者	4.17	3.51～4.97	<0.001	3.67	2.95～4.56	<0.001
	その他	1.18	0.89～1.56	0.25			
最終学歴							
	高校・旧制中学以下	1					
	短大・専門学校以上	0.65	0.56～0.75	<0.001			
入院中の体の健康							
	良かった	1					
	良くなかった	2.39	2.05～2.78	<0.001	1.45	1.20～1.76	<0.001
入院中の心の健康							
	良かった	1					
	良くなかった	3.47	3.0～4.02	<0.001	2.35	1.96～2.81	<0.001
死亡前週付き添い	毎日	1					
	その他	0.30	0.25～0.37	<0.001	0.50	0.40～0.61	<0.001
相談相手	なし	1					
	あり	0.48	0.38～0.61	<0.001	0.53	0.40～0.70	<0.001
宗教	なし	1					
	あり	1.13	0.97～1.31	0.11			
心の準備							
	できていなかった	1					
	できていた	0.21	0.18～0.24	<0.001	0.32	0.27～0.38	<0.001
世帯収入	400 万円未満	1					
	400 万以上	0.44	0.37～0.52	<0.001	0.69	0.56～0.84	<0.001
温泉療法	なし	1					
	あり	2.62	1.88～3.62	<0.001			
免疫療法	なし	1					
	あり	1.47	1.18～1.81	<0.001			

遺族の抑うつや複雑性悲嘆の関連因子の多変量解析の結果からは，サプリメントの使用が遺族の複雑性悲嘆の独立した関連因子として抽出された．しかし，サプリメント以外の補完代替医療については複雑性悲嘆および抑うつの独立した関連因子としては抽出されなかった．サプリメント使用者のうち，がんの治癒や進行抑制を期待してサプリメントを使用している患者の遺族については死別後の遺族の悲嘆について配慮する必要があると考えられた．一方，多変量解析の結果，独立した関連因子とはいえないものの，単変量解析の結果から，がんの治癒や進行抑制を期待して各補完代替医療を用いている患者の家族は，抑うつや複雑性悲嘆を発症するリスクが高いことが示唆された．これらの結果を踏まえ，医療スタッフは補完代替医療を使用している患者家族の心理面・精神面にも十分配慮して家族ケアを行う必要があるといえる．

まとめ

本調査において，がんの治癒や進行抑制を目的として一定数の患者が補完代替医療を使用していること，補完代替医療使用者の遺族の抑うつや悲嘆が高い傾向にあることが明らかとなった．

文　献

1）Ernst E, Cassileth BR. The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer：a systematic review. *Cancer* 1998；15；83（4）：777-782.
2）Deng GE, Frenkel M, Cohen L, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for integrative oncology：complementary therapies and botanicals. *J Soc Integr Oncol* 2009；7（3）：85-120.
3）鈴木　梢．がん患者における補完代替医療の使用実態と家族の体験についての研究．遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2016（J-HOPE2016）報告書．青海社 2016：53-61.
4）鈴木　梢，森田達也，田中桂子，他．緩和ケア病棟で亡くなったがん患者における補完代替医療の使用実態と家族の体験．*Palliative Care Research* 2017；12：731-737.

〔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）

研究参加施設一覧

東札幌病院
札幌ひばりが丘病院
札幌南徳州会病院
札幌清田病院
札幌共立五輪橋病院
勤医協中央病院
札幌厚生病院
KKR 札幌医療センター
北海道消化器科病院
函館おしま病院
医療法人　聖仁会　森病院
洞爺温泉病院
日鋼記念病院
旭川厚生病院
北見赤十字病院
社団医療法人 啓愛会　孝仁病院
盛岡赤十字病院
社団医療法人　啓愛会　美山病院
光ヶ丘スペルマン病院
宮城県立がんセンター
山形県立中央病院
三友堂病院
外旭川病院
大曲厚生医療センター
医療生協　わたり病院
一般財団法人 慈山会医学研究所付属　坪井病院
星総合病院
つくばセントラル病院
志村大宮病院
栃木県立がんセンター
栃木県済生会宇都宮病院
公立富岡総合病院
渋川医療センター
彩の国東大宮メディカルセンター
戸田中央総合病院
埼玉石心会病院
上尾中央第二病院
我孫子聖仁会病院
千葉徳洲会病院
辻仲病院 柏の葉
さんむ医療センター
国保旭中央病院
東京逓信病院
NTT 東日本 関東病院
救世軍ブース記念病院
東京都健康長寿医療センター
野村病院
救世軍清瀬病院
昭和大学横浜市北部病院
平和病院
横浜市立みなと赤十字病院
横浜南共済病院
神奈川県立がんセンター
総合病院 衣笠病院
鶴巻温泉病院
日野原記念ピースハウス病院
白根大通病院
南部郷厚生病院
富山市民病院
石川県済生会金沢病院
小松市民病院
福井赤十字病院
福井県済生会病院
愛和病院
新生病院
岡谷市民病院
山梨県立中央病院
岐阜中央病院
東海中央病院
岐阜県立多治見病院
神山復生病院
岡崎市立愛知病院
安城更生病院
刈谷豊田総合病院
名古屋第一赤十字病院
総合病院 南生協病院
みなと医療生活協同組合協立総合病院
愛知国際病院
済生会松阪総合病院
伊勢赤十字病院
市立大津市民病院
彦根市立病院
ヴォーリズ記念病院
公立甲賀病院
薬師山病院
京都民医連中央病院
あそかビハーラ病院
湯川胃腸病院
千里中央病院
彩都友紘会病院
ほうせんか病院
高槻赤十字病院
松下記念病院
小松病院
市立東大阪医療センター
市立岸和田市民病院
阪和第二泉北病院
西奈良中央病院
国保中央病院
紀和病院
神戸アドベンチスト病院
神戸中央病院
六甲病院
東神戸病院
市立芦屋病院
尼崎医療生協病院
宝塚市立病院
市立川西病院
兵庫県立丹波医療センター
姫路聖マリア病院
北播磨総合医療センター
鳥取生協病院
松江市立病院
川崎医科大学総合医療センター
岡山済生会総合病院
総合病院　岡山協立病院
倉敷中央病院
福山市民病院
前原病院
シムラ病院
広島共立病院
JR 広島病院
安芸市民病院
呉医療センター・中国がんセンター
医療法人社団　清風会　廿日市記念病院
下関市立市民病院
山口宇部医療センター
安岡病院
高松平和病院
三豊総合病院
近藤内科病院
徳島県立三好病院
図南病院
いずみの病院
高知厚生病院
松山ベテル病院
四国がんセンター
及川病院
那珂川病院
たたらリハビリテーション病院
木村病院
朝倉医師会病院
嶋田病院
久留米大学病院
聖マリア病院
古賀病院 21
田主丸中央病院
長田病院
みどりの杜病院
河畔病院
出島病院
聖フランシスコ病院
イエズスの聖心病院
熊本地域医療センター
くまもと森都総合病院
御幸病院
阿蘇温泉病院
大分ゆふみ病院
アルメイダ病院
へつぎ病院
佐伯中央病院
潤和会記念病院
三州病院
相良病院
南九州病院
南部病院
市立函館病院
石巻赤十字病院
亀田総合病院
帝京大学医学部附属病院
国立大学法人山梨大学医学部附属病院
磐田市立総合病院
神戸大学医学部附属病院
独立行政法人労働者健康安全機構　釧路労災病院
独立行政法人労働者健康安全機構　東北労災病院
東京都保健医療公社荏原病院
社会医療法人財団 慈泉会　相澤病院
公立西知多総合病院
尾道市立市民病院
香川県立中央病院
公益社団法人　宮崎市都医師会病院
札幌医療生活協同組合ホームケアクリニック札幌
医療法人社団緩和ケアクリニック・恵庭
医療法人社団 爽秋会　岡部医院仙台
医療法人社団 爽秋会　岡部医院
医療法人社団 爽秋会　ふくしま　在宅緩和ケアクリニック
医療法人 恒貴会　大和クリニック
医療法人社団　パリアン　クリニック川越
トータス往診クリニック
めぐみ在宅クリニック
医療法人　出水クリニック
林山クリニック
医療法人にのさかクリニック
熊本ホームケアクリニック
やまおか在宅クリニック
総合病院 聖隷三方原病院
総合病院 日本バプテスト病院
国立がん研究センター東病院
がん・感染症センター都立駒込病院
加古川医療センター
聖路加国際病院
川崎市立井田病院　かわさき総合ケアセンター
小牧市民病院
淀川キリスト教病院
国立大学法人東北大学病院
県立広島病院
筑波メディカルセンター病院
東京新宿メディカルセンター
栄光病院
三菱京都病院
ガラシア病院
東京医科歯科大学医学部付属病院
飯塚病院
吹田徳洲会病院
大阪市立総合医療センター

遺族によるホスピス・緩和ケアの
質の評価に関する研究 4

2020 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

ISBN978-4-903246-21-5

JCOPY ＜㈳出版者著作権管理機構 委託出版物＞
本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています．
複写される場合は，そのつど事前に，㈳出版者著作権管理機構
（電話 03-3513-6969, FAX03-3513-6979, e-mail：info@jcopy.or.jp）
の許諾を得てください．