

ホスピス・緩和ケア病棟への入院を検討する 家族に対する望ましい情報提供

三條 真紀子*

サマリー

ホスピス・緩和ケア病棟に関する家族への情報提供の実態および情報提供に関する評価を明らかにし、その関連要因を検討することによって、療養場所移行時の家族への望ましい情報提供の示唆を得ることを目的とし、実際にホスピス・緩和ケア病棟を利用した患者の家族を対象とした調査を行った。

遺族の半数が、緩和ケア病棟入院検討時に緩和ケア病棟について得た情報量は十分であり、医師から説明された時期についても適切であると回答していた。

関連要因の検討から、緩和ケア病棟に関する説明の際には、医師の人数や診察の頻度など、医師との関わり方に関する情報提供を行うことの重要性、また事前で患者と家族が話し合うことができるようにホスピス・緩和ケア病棟という選択肢があることを早期に提示することの重要性が示された。今後は、患者家族が緩和ケア病棟という選択肢を知った後、実際の緩和ケア病棟の受診にいたる経過および障害について、検討を重ねる必要がある。

背景・目的

わが国の医療体制では、ホスピス・緩和ケア病棟（以下、PCU）への入院を検討する時には、積極的治療の中断という意思決定と療養場所の変更という意思決定が同時に行われることが多く、患者と家族は大きな心理的負担を強いられる。

国内の先行研究からは、PCUの利用前の不十分な医療者とのコミュニケーションが、PCUでのケアへの不満感を生じる原因となる可能性が示唆されている¹⁾。また、ホスピス・緩和ケア外来を受診した患者と家族を対象とした調査から、

早期にPCUに関する情報を提供することの必要性が示唆されている²⁾が、どのように情報提供をするべきかの詳細は明らかではない。したがって、わが国での情報提供体制の実態および実態への評価を、遺族の視点から明らかにすることは、移行時における望ましい情報提供のあり方を考えるうえで有用であると考えられる。

以上の背景から、本研究は、PCUを紹介してから入院の意思決定を行うまでの間に焦点を当て、①PCUに関する家族への情報提供の実態および情報提供に関する評価を明らかにし、②評価の関連要因を検討することによって、療養場所移

*がん集学的治療研究財団，東京大学大学院 医学系研究科

表Ⅲ-1 緩和ケア病棟入院検討時の家族の状況 (n=465)

	%
在宅介護は困難だった ^{a)}	76
他に入院可能な施設がなかった ^{a)}	44
考える時間の余裕がなかった ^{a)}	42
入院待機期間の見通しがたたなかった ^{a)}	34
相談相手がいなかった ^{a)}	22
小さい子どもへの伝え方がわからなかった	11
医師からの説明前に緩和ケア病棟を知っていた ^{b)}	64
医師からの説明の直前まで治療効果が出ていると思っていた ^{b)}	23

^{a)} 表中の数字は「4. あてはまる」「5. とてもよくあてはまる」と回答した割合を示す。

^{b)} 表中の数字は「2. あてはまる」と回答した割合を示す。

行時の家族への望ましい情報提供の示唆を得ることを目的とする。

結 果

質問紙を送付した647名のうち、465名から回答を得た（有効回答率72%）。PCU入院検討時の家族の状況を表Ⅲ-1に、家族への情報提供の状況を表Ⅲ-2に、PCUに関する情報提供量と説明時期の評価に関する評価の関連要因を表Ⅲ-3、Ⅲ-4に示す。

PCUに関する情報提供量に対する評価としては、「ちょうどよかった」と回答したものが52%と過半数を占め、「もっと詳しく知りたかった」が12%、「もう少し詳しく知りたかった」が30%であった。

PCUに関する医師からの説明時期に対する評価としては、「ちょうどよかった」が61%と過半数を占め、「もっと早いほうがよかった」が10%、「もう少し早いほうがよかった」が19%、「もう少し遅いほうがよかった」「もっと遅いほうがよかった」はそれぞれ2%であった。

情報提供量に対する評価の関連要因としては、入院検討時にPCUを利用したことのない患者や家族から情報を得ていたこと、入院検討時にPCUの医師の数や診察頻度を知らなかったこと、入院検討時に延命治療の可否を知らなかったことが「情報提供が不十分である」という認識に関連していた。医師からの説明時期に対する評価の情

報提供量の関連要因としては、入院検討時に考える時間の余裕がなかったこと、入院待機期間の見通しが立たなかったことが「医師からの説明時期が遅い」という認識に関連していた。

考 察

本研究は、わが国でのPCUに関する家族への情報提供体制の実態および実態への評価明らかにした初めての研究である。本研究から得られた知見のうち最も重要なものは、情報提供に関する遺族の評価と関連する要因が明らかになったことである。

PCUを利用した遺族の半数が、PCU入院検討時にPCUについて得た情報量は十分であり、医師から説明された時期についても適切であると回答していた。

1) PCU入院検討時の家族の状況およびPCUに関する情報提供の状況

対象者の多くが、PCUへの入院検討時に在宅介護を難しいと感じ、約半数がPCU以外に入院可能な施設がなかったし、PCU以外で入院可能な施設や、在宅ケアサービスの有無に関する情報を得られなかったと回答した。望んだ場所で療養することは、終末期の患者と家族のQOLにとって重要な一要素であり^{3~5)}、他に選択肢がない状況でPCUでの療養を選択することは、PCUで提供されるケアへの不満足に関連する¹⁾。したがっ

表Ⅲ-2 緩和ケア病棟に関する家族への情報提供の状況 (n=465)

	%
医師からの説明の時期 *	
がん診断時	16
がん治療時	25
がん治療中止時	35
説明なし	11
その他	12
医師からの説明のきっかけ *	
医師からの説明	57
医師から確認後に説明	16
患者や家族から質問後に説明	17
その他	8
医師からの説明内容に関する患者との差異 *	
同じ内容だった	43
患者への説明のほうが詳しかった	7
家族への説明のほうが詳しかった	31
その他	14
医師からの説明時期に関する患者との差異 *	
同時だった	40
患者への説明のほうが早かった	9
家族への説明のほうが早かった	34
その他	13
入院検討時に情報を得たリソース ^{a)}	
担当医	54
緩和ケア病棟への問い合わせや見学	33
テレビや本, インターネット	23
医療ソーシャルワーカー	23
緩和ケア病棟利用経験者	16
緩和ケアを専門とする医師・看護師	16
担当看護師	11
緩和ケア病棟を利用したことのない患者や家族	4
入院検討時に得た情報内容 ^{b)}	
緩和ケア病棟以外の医療サービスについて	
在宅ケアサービスの有無	45
他に入院可能な施設の有無	40
緩和ケア病棟について	
面会時間の制限や家族宿泊の可否	72
外泊や退院の可否	65
一般的な治療の可否	60
費用	55
抗がん治療の可否	53
延命治療の有無	48
医師の数や診察頻度	24
看護師の数	23
代替療法の可否	22

欠損のため、合計が 100%にならないところがある。

^{a)} 情報リソースとして利用したと回答した割合を示す。

^{b)} 情報内容として知っていたと回答した割合を示す。

* 医師からの説明がなかった人を除いた 414 名の割合

表Ⅲ-3 緩和ケア病棟に関する情報提供量に対する評価の関連要因 (n=390)

	オッズ比	95% CI	p 値
入院検討時に得た情報のリソース 緩和ケア病棟を利用したことの無い患者や家族	8.6	1.8 ~ 40.2	0.006 ***
入院検討時に得た情報内容 緩和ケア病棟について			
医師の数や診察頻度	2.5	1.4 ~ 4.3	0.001 ***
延命治療の有無	1.7	1.1 ~ 2.7	0.02 *
R ²			0.09
Max-rescaled R ²			0.12

オッズ比が大きいほど、入院検討時に得た情報量が不十分であると認識していることを示す。

* p<0.05, *** p<0.001

表Ⅲ-4 緩和ケア病棟に関する医師からの説明時期に対する評価の関連要因 (n=334)

	オッズ比	95% CI	P 値
医師からの説明時期に関する患者との差異			
同時だった	—		
患者への説明のほうが早かった	0.7	0.2 ~ 2.0	0.45
家族への説明のほうが早かった	1.4	0.8 ~ 2.4	0.24
その他	3.4	1.6 ~ 7.2	0.001 **
入院検討時の家族の状況 ^{a)}			
考える時間の余裕がなかった	1.6	1.3 ~ 2.0	<0.001 ***
入院待機期間の見通しがたたなかった	1.2	1.0 ~ 1.5	0.01 *
R ²			0.16
Max-rescaled R ²			0.22

オッズ比が大きいほど、より早期の説明を望んでいることを示す。

^{a)} 「1. まったくあてはまらない～5. とてもよくあてはまる」

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

て、療養場所の検討時には、患者と家族の希望を把握するとともに、患者と家族が利用可能な地域の医療資源に関する情報提供を進めていく必要性が示唆された。

PCUに関する説明については、対象者の6割がきっかけをつくったのは医師であると回答したが、医師からPCUに関する情報が得られたと回答していたものは対象者の5割にとどまり、医師以外の医療者からの情報提供も不十分である状況が示唆された。わが国においては、一般病院に勤務する看護師の約9割が終末期患者の家族への病状説明後の関わり方に困難を感じ⁶⁾、看護師は自らの施設内での役割意識から、医師の情報提供に関する決定を覆さない傾向があること⁷⁾が示されている。

このような背景から、看護師が家族に関わり、情報提供を行うことへためらいを感じた可能性がある。今後は、PCUを紹介・情報提供する立場にある医師を対象に、PCUに関するよりいっそうの情報提供を行っていくとともに、わが国で医師以外の職種、特に看護師や医療ソーシャルワーカーからどのように情報を提供していくべきかを検討していく必要がある。

また、PCUにおいて、がん治療や一般的な治療の可否について知っていたと回答したものは50～60%程度であった。終末期がん患者は希望を維持するために緩和的な抗がん剤治療を望むことが明らかにされ^{8～10)}、PCUでのケアに対する不満のひとつとして、PCUにおいて抗がん治療ができないことが挙げられている⁵⁾。わが国の

PCUにおいては、施設によって提供可能な治療に差があり、少数ではあるが抗がん治療を行う施設もあることも明らかにされている¹¹⁾。専門的緩和ケアサービスの利用を検討する時期に、提供される医療内容を知ることは患者と家族にとって重要であり¹²⁾、今後は提供サービス内容に関しても細かい情報提供を行うことが重要である。

2) PCU入院検討時に家族が受けた情報提供に対する評価とその関連要因

a. 情報提供量に対する評価とその関連要因

本研究において、対象者の半数はPCU入院検討時に得た情報量は適切であったと評価していた。関連要因の検討において、PCUにおける医師の診察の頻度を知らなかった対象者は、入院を検討していた時期にもっと詳しい情報を望んでいたことが示された。医師の診察頻度は、ホスピス初診時の患者や家族が最も知りたい情報であるということが米国の先行研究からも示されている¹²⁾。

わが国のPCUでは、医師1人での診療体制をとっている病棟も多く¹³⁾、医師とのコミュニケーションや診察の頻度が少ないことが、PCUでのケアの不満足感につながる可能性があることが指摘されている⁵⁾。しかし、PCUにおける医師の数や診察頻度を入院検討時に知っていた対象者は全体の25%にすぎなかった。PCUに関する情報提供を行う際には、医療スタッフの配置やケアの状況に関する情報提供も重要であると考えられた。

b. 医師からの説明時期に対する評価とその関連要因

医師からの説明時期がもっと早いほうがよかったと回答したものは3%と少なく、早いほうがよかったと回答したものは26%にとどまり、56%の対象者が適切であったと回答していた。

国内の先行研究では、PCUを利用した遺族の47～49%が「PCUへの受診はもっと早いほうがよかった」と認識していることが示されており^{14,15)}、主治医からのPCUの説明を受けた時期は適切であっても、受診の時期はもっと早いほうがよかったと判断している遺族の存在が明らかとなった。

PCUの病床数は国内のがん患者数に比して少なく、国内のPCU103施設を対象とした調査から、PCUへの入院を待機している間に死亡する患者は年間で少なくとも1,326人にのぼり、最も多い施設では年間に160人が待機期間中に死亡したことが明らかにされている¹⁶⁾。また、入院待機期間だけではなく、PCUの入院のための面談(初診)にも待機期間が必要なことが多い。今後は、PCUという選択肢を患者家族が知りえた後、どのような経過を経て実際のPCUの受診にいたるのか、またその過程の障害となりえるものは何かという点について、検討を重ねていく必要がある。

関連要因の検討においては、考える時間の余裕がなかったことと、入院待機期間の見通しがつかなかったことが、説明の時期が遅かったと評価することと関連していた。この結果には、前述したような入院までの待機期間が長い現状が関連している可能性がある。患者と家族にとって適切な時期にPCUを利用可能とするために、事前の話し合いができるようPCUという選択肢を早めに提示することの重要性が示唆された。

文 献

- 1) Shiozaki M, Morita T, Hirai K, et al. Why are bereaved family members dissatisfied with specialised inpatient palliative care service? A nationwide qualitative study. *Palliat Med* 2005 ; 19 : 319-327.
- 2) 今村由香, 小澤竹俊, 宮下光令, 他. ホスピス・緩和ケアについての相談支援と情報提供に関する研究—末期がん患者と家族の意識. 日本がん看護学会誌 (0914-6423) 1999 ; 13 (2) : 60-68.
- 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) Patrick DL, Engelberg RA, Curtis JR: Evaluating the quality of dying and death. *J Pain Symptom Manage* 2001 ; 22 : 717-726.
- 5) Tang ST. When death is imminent : where terminally ill patients with cancer prefer to die and why. *Cancer Nurs* 2003 ; 26 : 245-251.
- 6) Sasahara T, Miyashita M, Kawa M, et al. Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill

- cancer patients in general hospitals in Japan. *Palliat Med* 2003 ; 17 : 520-526.
- 7) Konishi E, Davis AJ. Japanese nurses' perceptions about disclosure of information at the patients' end of life. *Nurs Health Sci* 1999 ; 1 : 179-187.
 - 8) Grunfeld EA, Maher EJ, Browne S, et al. Advanced breast cancer patients' perceptions of decision making for palliative chemotherapy. *J Clin Oncol* 2006 ; 24 : 1090-1098.
 - 9) Kirk P, Kirk I, Kristjanson LJ: What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *BMJ* 2004 ; 328 : 1343.
 - 10) Matsuyama R, Reddy S, Smith TJ. Why do patients choose chemotherapy near the end of life? A review of the perspective of those facing death from cancer. *J Clin Oncol* 2006 ; 24 : 3490-3496.
 - 11) Matsuda Y, Takamiya Y, Morita T. What is palliative care performed in certified palliative care units in Japan? *J Pain Symptom Manage* 2006 ; 31 : 380-382.
 - 12) Casarett D, Crowley R, Stevenson C, et al. Making difficult decisions about hospice enrollment : what do patients and families want to know? *J Am Geriatr Soc* 2005 ; 53 : 249-254.
 - 13) 日本ホスピス緩和ケア協会 . 2007 年度日本ホスピス緩和ケア協会 年次大会資料 . 2007
 - 14) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al: Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 2005 ; 23 : 2637-2644.
 - 15) 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 : 191-196.
 - 16) 読売新聞 . ホスピス空きベッド待ち, 1,326 人死亡 . 2006.