

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

The Japan Hospice and Palliative Care Evaluation Study

日本ホスピス緩和ケア協会 緩和ケアデータベース委員会

目次

研究の概要.....	宮下光令	1
主研究		
遺族によるホスピス・緩和ケアの構造・プロセス・アウトカムの評価.....	五十嵐尚子	12
付帯研究		
1.持続的深い鎮静に関する患者・遺族の見解に関する研究.....	森田達也	19
2.医療用麻薬の管理・廃棄・適正使用に関する実態調査		
および生活状況に関する実態調査.....	三浦智史、沖崎歩	26
3.遺族から見た望ましい死亡確認の仕方に関する研究.....	羽多野裕	32
4.遺族の社会的孤立に関する研究.....	前田一石	45
5.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.....	鈴木梢	53
6.遺族からみた家族内葛藤に関する研究.....	浜野淳	62
7-1.患者が終末期に過ごした環境における遺族の経験に関する研究(1)		
「緩和ケア病棟」や「家」で過ごす意味.....	大谷弘行	68
7-2.患者が終末期に過ごした環境における遺族の経験に関する研究(2)		
病院における個室や大部屋で過ごす影響.....	大谷弘行	73
8.終末期せん妄を評価するための尺度の開発.....	内田恵	78
9.終末期がん患者の死亡直前期についての医師の説明と遺族の認識に関する研究.....	森雅紀	84
10.死別後の経済状況と遺族の複雑性悲嘆・うつとの関連.....	青山真帆	92
11.がん治療の経済的負担による治療の中止・変更の実態.....	青山真帆	97
12.複雑性悲嘆のスクリーニング尺度である Brief Grief Questionnaire (BGQ)と		
Inventory of Complicated Grief(ICG)の比較.....	五十嵐尚子	103
13.原発不明がんの患者および家族の体験に関する研究.....	石田京子	111
研究者一覧.....		121
参加施設・担当者一覧.....		122

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 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れる。しかし、特に緩和ケアの場面では、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試みが世界的に標準的な評価手法として実施されている¹⁻⁵⁾。

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はじめての試みが行われた⁶⁾。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⁷⁻⁹⁾、「ケアに対する評価尺度」(Care Evaluation Scale; CES) が作成された⁷⁾。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¹⁰⁻¹²⁾。また、同時に患者だけでなく、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) が開発された¹³⁾。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¹⁴⁾。これは一般病院、ホスピス・緩和ケア病棟、診療所等を対象に行われた大規模な全国調査であり、CES, GDI, CCI 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、続く 3 年後、2010~2011 年には、同様に J-HOPE2 研究、3 年後の 2013~2014 年には、同様に J-HOPE3 研究が実施された¹⁵⁾。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⁾。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・緩和ケアの質保証、改善へと貢献してきた¹⁷⁻²³⁾。

また、ケアの質を担保する指標として公表すると同時に、より良いケアに向けた各医療機関の取り組みを促すのが狙いとして、日本ホスピス緩和ケア協会によって 2016 年度より「ホスピス・緩和ケア病棟の質向上の取り組みに関する認証制度 (以下、認証制度)」が開始された。この認証制度は 3 つ基準を満たした施設に付与されるものであるが、その内の 1 つである「第三者評価に関する事項」では、日本医療機能評価機構による「付加機能緩和ケア機能評価」「機能種別版緩和ケア病院機能評価」の認定、もしくは J-HOPE 研究等の多施設遺族調査への参加、または自主的な遺族調査を実施し、その結果を日本ホスピス緩和ケア協会に報告することとなっている。本調査を企画した 2015 年 9 月 1 日現在におい

て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 296 施設のうち、110 施設が J-HOPE3 研究に参加した。また 2015 年 11 月 1 日現在、「付加機能緩和ケア機能評価」を認定された施設は 37 施設、「機能種別版緩和ケア病院機能評価」を認定された施設は 1 施設と認定された施設は少ない。そのため、J-HOPE 研究等に参加していないまたは、認定されていない施設は自主的な遺族調査の実施が認証のために必要であった。しかし、施設毎に遺族調査を行うことは業務量の増加、回答にバイアスがかかってしまうなどの限界があり難しい。そこで、このたび日本ホスピス緩和ケア協会では、財団で行っている調査とは別に遺族調査を企画することにし、緩和ケアデータベース委員会によって本調査である J-HOPE2016 研究が計画、実施された。また、本研究では主研究として過去と同様の項目により緩和ケアの質評価を実施するだけでなく、これまでと同様に大規模調査の利点を生かして付帯研究も実施することにした。

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遺族から見たケアの構造・プロセス・アウトカムの評価、施設間差、および、施設間差を生じる施設要因を明らかにする。

②緩和ケアを受けた患者の遺族のアウトカムとその関連要因を明らかにする

③研究参加施設に結果をフィードバックすることにより施設の質保証・質改善の資料を提供する。

④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、学術的課題に対し科学的な調査を行う。

2) 付帯研究の目的

①持続的深い鎮静に関する遺族の見解、特に、持続的鎮静を受ける患者の人間らしさ、適応とする生命予後や精神的苦痛の対応についての遺族の見解を

明らかにすること

②遺族を対象に、医療用麻薬の管理・廃棄・適正使用や自動車の運転状況について実態を明らかにすること

③緩和ケア病棟での望ましい死亡確認時の仕方について明らかにすること

④がん死別後の遺族における社会的孤立の有病率を明らかにすること

⑤心身療法も含めた補完代替医療について、使用実態や家族への影響を知り、がん患者とのコミュニケーションに生かすこと

⑥本研究では、緩和ケア病棟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、内容を明らかにすること

⑦(1) 終末期設定における『家』で過ごす意味、『緩和ケア病棟』で過ごす意味について明らかにすること

(2) 終末期設定における、緩和ケア病棟における個室や大部屋で過ごす影響について明らかにすること

⑧終末期せん妄を評価する為の尺度を開発すること

⑨死亡直前期についての医師から家族への説明の時期、時期に関する遺族の認識、説明に関する改善の必要性を明らかにすることである。また、死亡直前期についての説明に関する改善の必要性に関連する要因を探索する。

⑩1. 遺族の現在の経済状況および死別後の遺族の経済状況の変化について明らかにすること

2. 現在の経済状況・死別後の経済状況の変化と死別後の悲嘆・抑うつとの関連について明らかにすること

⑪がん患者の治療中の経済状況とがん治療や日常生活に与えた影響について明らかにすること

⑫同一対象における BGQ と ICG の複雑性悲嘆の有病率を明らかにし、BGQ と ICG の 2 つの尺度の特徴を明らかにすること

⑬原発不明がんの闘病プロセスにおける患者および患者家族の体験を明らかにすること

方法

1) 対象施設

対象施設は、2015 年 9 月 1 日現在における日本ホスピス緩和ケア協会会員である、ホスピス・緩和ケア病棟（正会員 269 施設）のうち本研究への参加に同意した施設とした。ただし、2014～2015 年に行った J-HOPE3 研究の参加施設は含めないこととした。施設応諾状況を表 1 に示す。

2) 調査対象

各施設にて 2016 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、2013 年 10 月 31 日以前の死亡者は含めないこととした。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

2016 年 5 月～2016 年 7 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。

ホスピス・緩和ケア病棟遺族に対して、付帯研究 1～13 のうち、無作為に選んだ 1 つまた 2 つの付帯研究の質問項目を使用した。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。また、対象者リストにて原発部位が「21.原発不明(遺族が知っている)」であった場合、追加の調査票を送付した。

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 カ月後に事務局は未回収者を同定した。督促の調査票は再度、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: CES）の短縮版を用いた^{7,24)}。

b. ケアのアウトカムの評価

終末期の QOL 評価尺度（Good Death Inventory）の短縮版を用いた¹⁰⁻¹²⁾。

c. 遺族の介護負担

遺族の介護経験を評価する Caregiving Consequence Inventory (CCI) を用いた¹³⁾。

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²⁵⁾。

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 Grief Questionnaire (BGQ) を用いた^{26, 27)}。

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、死別前後に受けた医療に対する遺族からみた良かったこと、改善が必要な点などについて、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。いぞく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趣意書を同封し、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。

調査は東北大学大学院医学系研究科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、委任状をもって、東北大学で一括して審査した。なお、データは個人情報の保護お

よび各施設の特典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) 対象者数と回収率

5,641 名に送付され、3,526 名から回答を得た (63%)。回収状況について表 2 に示す。また、除外者の除外理由について表 3 に示す。

2) 対象者拝啓

対象者の背景について表 4 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、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・プロセスについては、全体的に評価が高かった。

受けられたケアに対する全般的満足度の評価については、ほとんどの遺族は満足 of 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ついては、最後の療養場所で受けたケアについて、高く評価していた。

PHQ-9 のカットオフ値に基づいて、中程度以上の抑うつとされた遺族は全体で 22% であった。BGQ のカットオフ値に基づいて、複雑性悲嘆の閾値以上とされた遺族は全体で 8% であった。

ホスピス・緩和ケアの質に関する傾向は過去 J-HOPE, J-HOPE2, J-HOPE3 とほぼ一致する結果であり、遺族からみた、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。

4) 付帯研究の結果の概要

a. 持続的深い鎮静に関する患者・遺族の見解に関する研究

「苦痛が完全にはとれなかったとしても、意識が完全になくなる方法とはとるべきではない」の問いに対して、患者では、「全く～あまりそう思わない」が 42%、「少し～とてもそう思う」が 58% と意識が完全になくなる方法とはとるべきではないとの回答が上回った。遺族では「全く～あまりそう思わない」が

52%、「少し～とてもそう思う」が 48% とほぼ同数の回答になった。「鎮静薬によって昏睡状態で眠っている状態であっても、人間としての尊厳や価値がある」の問いに対し患者では、「全く～あまりそう思わない」が 27%、「少し～とてもそう思う」が 73% に対し、遺族は「全く～あまりそう思わない」が 12%、「少し～とてもそう思う」が 88% であった。

患者・遺族ともに苦痛に対する鎮静は、余命が日単位・月単位の違いがあっても回答に大きな差はなく、身体的苦痛に対して、患者の 76%、遺族の 88～90% が「少し～とてもそう思う」と鎮静は適切であると回答した。

b. 医療用麻薬の管理・廃棄・適正使用に関する実態調査および生活状況に関する実態調査

「医療用麻薬を他人に転用しない」の遵守率は 100% で、転用禁止に関する情報提供は 65% に行われていた。「小児の手の届かない場所に保管する」の遵守率は管理方法の遵守率は 88% であった。「残薬の処理方法（麻薬診療施設や麻薬小売業者に持参するように指導）」の遵守率は 55% であり、廃棄方法に関する情報提供は 50% に行われていた。医療用麻薬使用期間中の自動車の運転は 13% が行っていた。

c. 遺族から見た望ましい死亡確認の仕方に関する研究

医師の死亡確認の仕方について 86% の遺族が全般的に満足し 78% の遺族は死亡確認の仕方に対し改善の必要性を感じていなかった。医師の死亡確認の仕方に対する遺族の不満に関連する要因として、ロジスティック回帰分析の結果から 3 つの因子が得られた：「医師の動作や言葉遣いは丁寧であった (オッズ比 (OR) : 0.12; 95% 信頼区間 (CI) : 0.03-0.46)」、「医師の態度は事務的で機械的であった (OR : 11.6; 95% CI : 4.7-28.4)」、「医師は家族にあいさつをした (OR : 0.3; 95% CI : 0.1-0.8)」。また、死亡確認の仕方に対し遺族が改善の必要性を感じるのと有意に関連する因子として「医師の動作や言葉遣いは丁寧であった (OR : 0.12; 95% CI : 0.03-0.47)」、「診察の後、経過、死亡の原因を分かりやすくご家族へ説明した (OR : 0.11; 95% CI : 0.01-0.86)」、「家族が聞きたい

ことが医師に質問できた(OR: 0.16; 95 %CI: 0.03-0.76)」の3つが同定された。

d. 遺族の社会的孤立に関する研究

Lubben social network scale 短縮版 12 点未満で定義される社会的孤立に該当するのは、116 人 (26.5%) であった。社会的孤立を有する遺族のうち、28.9% が抑うつ、複雑性悲嘆のいずれか、24.6% がその両方と併存していたが、46.5% は社会的孤立が単独で存在していた。単変量解析では、年齢、性別、大学卒業、仏教を信仰していることが社会的孤立と有意な関連を示していた。多変量調整後のオッズ比は、高齢であるほど低い (10 歳増す毎に OR 0.64 倍)、男性が女性に比べ高い (4.52 倍)、仏教を信仰していると無宗教に比べ低い (0.45 倍) 結果であった。患者会、家族会、遺族会に参加したことがあるものは 8.6% に留まり、社会的孤立のある遺族ではより低い傾向があった。

e. 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

がん患者の使用する補完代替医療は、サプリメントの他にも運動やマッサージなど内容が多岐に渡っており、がんの進行抑制ではなく精神的な希望を持ち続けるために使用している傾向があった。多くのがん患者はがん治療や経済面を含めた日常生活に影響のない範囲で補完代替医療を用いているが、一部ではがん治療や生活への影響も懸念され、医療スタッフから補完代替医療について話題にする姿勢が重要であると考えられた。補完代替医療の使用は遺族の抑うつや悲嘆の独立した関連要因とはいえないものの、単変量解析の結果からは補完代替医療を用いている患者で遺族の抑うつや悲嘆を発症する割合が高いことも示唆され、補完代替医療を用いている患者家族の心理面・精神面にも十分注意を向ける必要がある。

f. 遺族からみた家族内葛藤に関する研究

遺族の 42.2% が少なくとも 1 つの家族内葛藤を経験したと回答し、「ご自身が本来果たすべき役割を十分にしていない家族の方がいることがあった」「患者様の治療方針に関することで意見が合わない

ことがあった」については、「とても良くあった」「よくあった」「時々あった」と回答した遺族が 20% 以上であった。また、家族内で意見を強く主張する人がいた場合 ($p<0.001$)、病気後の家族内コミュニケーションに障害があった場合 ($p<0.001$) に、家族の葛藤が増え、遺族の年齢が若い場合 ($p=0.001$)、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 ($p=0.014$) に、家族内葛藤が減ることが示唆された。

g. 患者が終末期に過ごした環境における遺族の経験に関する研究(1)「緩和ケア病棟」や「家」で過ごす意味

調査項目は先行研究を基に作成、『家』『緩和ケア病棟』で過ごす意味の関連要因について分析を行った。50% 以上の遺族が『緩和ケア病棟』を『家』のように感じていた。『家』で過ごす意味として「気ままに過ごすことができる ($\alpha=0.92$)」「過去に思いはせ、大事な人とつながる ($\alpha=0.89$)」、一方、『緩和ケア病棟』で過ごす意味として「安心・安全 ($\alpha=0.93$)」に集約された。

患者が終末期に過ごした環境における遺族の経験に関する研究(2)病院における個室や大部屋で過ごす影響

多くの家族 (65%) が、部屋に関する患者の希望に対して医療者の対応に改善の必要性はないと回答した。改善不要群に有意であった背景として、「プライバシーが守られていた ($P<0.001$)」、「望むときに、訪問客が来やすかった ($P<0.001$)」、「医療者と込み入った話をする時に、周りに気兼ねが不要なく話ができ ($P<0.001$)」、「望むときに、夜遅くまでいることができた ($P=0.001$)」、「患者と他の患者との交流ができた ($P=0.033$)」の項目が挙げられた。一方、有意に改善が必要があると回答した要因として、「患者様が寂しいということが多かった ($P<0.001$)」、「医療スタッフの目に触れる機会が少なく、心配だった ($P<0.001$)」の項目が挙げられた。

h. 終末期せん妄を評価するための尺度の開発

本研究に先立ち終末期せん妄の治療とケアのゴールとはどのようなものかを探索する為に医療者を対象

としたインタビュー調査を行い、次いでその質的分析と系統的文献検索を基に 24 項目の調査項目を設定し、終末期せん妄の治療とケアのゴールに関する遺族の見解についてアンケート調査を行った。その中で遺族が重要と見なした項目を中心に抽出し終末期せん妄を評価する為の尺度の開発を目指し、5 つの下位尺度（家族のサポートと患者を大切にすること、コミュニケーションができる、幻覚妄想がない、せん妄の治療とケアに関する十分な説明と自然な最後、穏やかに過ごせる）から構成される 24 項目の終末期せん妄評価尺度を開発した。ホスピス・緩和ケア病棟に入院していたがん患者の遺族 281 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・内的整合性は良好であった。

i. 終末期がん患者の死亡直前期についての医師の説明と遺族の認識に関する研究

死亡直前期についての説明の時期は、死亡の 2 週間以上前が 153 人（31%）、数日から 2 週間前が 238 人（48%）、死亡直前が 55 人（11%）だった。説明の時期に関して、335 人（77%）の遺族が「ちょうどよかった」と回答した。「とても遅かった」「遅かった」と答えた遺族はそれぞれ 18 人（4.1%）、66 人（15%）だったが、「早かった」「とても早かった」と答えた遺族は 12 人（2.8%）、5 人（1.1%）と少なかった。死亡直前期についての説明に関して、改善が必要な点があると答えた遺族は 162 人（35%）だった。多変量解析の結果、患者の年齢（オッズ比（OR）=0.97；95%信頼区間（CI）：0.95-0.99； $p=0.011$ ）、【明確な説明があった】（OR=0.70；95% CI：0.52-0.95； $p=0.021$ ）、【先々の見通しがつかなかった】（OR=2.24；95% CI：1.67-3.01； $p<0.001$ ）、【いつまで話せるか言及した】（OR=0.69；95% CI：0.53-0.91； $p=0.009$ ）が独立して改善の必要性に関連していた。

j. 死別後の経済状況と遺族の複雑性悲嘆・うつとの関連

現在の経済的暮らし向きは、ゆとりあり心配なし～あまりゆとりないが心配なし（78%）、ゆとりなく多少心配～家計苦しく非常に心配（19%）だった。死別

後の暮らし向きの変化についてはゆとりが、増えた（7%）、減った（26%）、変わらない（63%）だった。全体で複雑性悲嘆の有病率は 9%、うつは 22%と推定され、現在の暮らし向きにゆとりがある、死別後の暮らし向きに変化がない方が複雑性悲嘆やうつの有病率がともに有意に低かった（ $p<0.05$ ）。

k. がん治療の経済的負担による治療の中止・変更の実態

経済的理由で医師からすすめられたがん治療を中止・変更した割合は、全くなし（85%）、あまりなかった（4%）、時々あった（4%）、よくあった（1%）、わからない（6%）で、その内容は多い順に、点滴化学療法（40%）、内服化学療法（27%）などだった。本来受けたかったがん治療を中止・変更した割合は、全くなし（86%）、あまりなかった（2%）、時々あった（3%）、よくあった（1%）、わからない（8%）で、内容は多い順に保険診療外の補完代替療法（37%）、先進医療（26%）だった。がん治療継続のために生活費を切り詰めた経験は、全くなかったが 74%と最も多かった。がん治療が生活に影響した内容については、「よくあった」・「時々あった」と回答した割合を合わせて、多い順に、貯金を切り崩した（24%）、旅行やレジャーなど余暇を減らした（12%）だった。

l. 複雑性悲嘆のスクリーニング尺度である Brief Grief Questionnaire (BGQ) と Inventory of Complicated Grief (ICG) の比較

陽性率はそれぞれ BGQ（カットポイント 7/8）8%、ICG（カットポイント 25/26）15%だった。相関係数は 0.79 であり、BGQ に天井効果が見られた。BGQ が 8 点以上かつ ICG が 26 点以上の割合は 6%、BGQ が 8 点以上かつ ICG が 26 点未満の割合は 1%、BGQ が 8 点未満かつ ICG が 26 点以上の割合は 9%、BGQ が 8 点未満かつ ICG は 26 点未満の割合は 83%だった。BGQ と ICG の複雑性悲嘆との関連要因はほぼ同様だった。

m. 原発不明がんの患者および家族の体験に関する研究

「患者がなかなかはっきりとした診断がつかず焦りや不安を感じた」「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たない」の3項目について原発不明がん遺族の方が多く経験していた ($p<0.05$)。原発不明がんのみの家族体験の調査($n=35$)では、「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」「どこかに原発のがんがあるはずだ」「原発が不明だから、この先なるようにしかない」の体験の頻度が5割以上と多かった。自由回答からは、【医療者から見捨てられたような気持ち】【原発不明がんに対応できる医療への要望】【患者本位でない診療を強いられる辛さ】【原発不明がんという病名や治療法への不満】【闘病に寄り添う家族としての辛さ】の5カテゴリが抽出された。

文献

1. Kirk TW, Mahon MM, Palliative Sedation Task Force of the National H, Palliative Care Organization Ethics C. National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients. *Journal of pain and symptom management*. 2010;39(5):914-23.
2. Curtis JR, Patrick DL, Engelberg RA, Norris K, Asp C, Byock I. A measure of the quality of dying and death. Initial validation using after-death interviews with family members. *Journal of pain and symptom management*. 2002;24(1):17-31.
3. Ringdal GI, Jordhoy MS, Kaasa S. Measuring quality of palliative care: psychometric properties of the FAMCARE Scale. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2003;12(2):167-76.
4. 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. *Journal of pain and symptom management*. 2001;22(1):565-74.
5. Teno JM, Casey VA, Welch LC, Edgman-Levitan S. Patient-focused, family-centered end-of-life medical care: views of the guidelines and bereaved family members. *Journal of pain and symptom management*. 2001;22(3):738-51.
6. Morita T, Chihara S, Kashiwagi T. Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan. *Palliative medicine*. 2002;16(3):185-93.
7. Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, Maeyama E, Tsuneto S, Shima Y. Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. *Journal of pain and symptom management*. 2004;27(6):492-501.
8. Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, Tsuneto S, Shima Y. Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics*. 2004;45(2):107-13.
9. Morita T, Sakaguchi Y, Hirai K, Tsuneto S, Shima Y. Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. *Journal of pain and symptom management*. 2004;27(1):44-52.
10. Miyashita M, Morita T, Sato K, Hirai K, Shima Y, Uchitomi Y. Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *Journal of pain and symptom management*. 2008;35(5):486-98.
11. Hirai K, Miyashita M, Morita T, Sanjo M, Uchitomi Y. Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. *Journal of pain and symptom management*. 2006;31(2):140-7.
12. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*. 2007;18(6):1090-7.
13. Sanjo M, Morita T, Miyashita M, Shiozaki

- M, Sato K, Hirai K, et al. Caregiving Consequences Inventory: a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. *Psycho-oncology*. 2009;18(6):657-66.
14. Miyashita M, Morita T, Tsuneto S, Sato K, Shima Y. The Japan HOspice and Palliative Care Evaluation study (J-HOPE study): study design and characteristics of participating institutions. *The American journal of hospice & palliative care*. 2008;25(3):223-32.
15. Aoyama M, Morita T, Kizawa Y, Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M. The Japan HOspice and Palliative Care Evaluation Study 3: Study Design, Characteristics of Participants and Participating Institutions, and Response Rates. *The American journal of hospice & palliative care*. 2016.
16. Miyashita M, Morita T, Ichikawa T, Sato K, Shima Y, Uchitomi Y. Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. *Journal of pain and symptom management*. 2009;37(6):1019-26.
17. Akazawa T, Akechi T, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, et al. Self-perceived burden in terminally ill cancer patients: a categorization of care strategies based on bereaved family members' perspectives. *Journal of pain and symptom management*. 2010;40(2):224-34.
18. Ando M, Kawamura R, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Okamoto T, et al. Value of religious care for relief of psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients: the perspective of bereaved family members. *Psycho-oncology*. 2010;19(7):750-5.
19. Okamoto T, Ando M, Morita T, Hirai K, Kawamura R, Mitsunori M, et al. Religious care required for Japanese terminally ill patients with cancer from the perspective of bereaved family members. *The American journal of hospice & palliative care*. 2010;27(1):50-4.
20. Okishiro N, Miyashita M, Tsuneto S, Sato K, Shima Y. The Japan HOspice and Palliative Care Evaluation Study (J-HOPE Study): views about legalization of death with dignity and euthanasia among the bereaved whose family member died at palliative care units. *The American journal of hospice & palliative care*. 2009;26(2):98-104.
21. Shinjo T, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, et al. Care for imminently dying cancer patients: family members' experiences and recommendations. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2010;28(1):142-8.
22. Shinjo T, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y. Care for the bodies of deceased cancer inpatients in Japanese palliative care units. *Journal of palliative medicine*. 2010;13(1):27-31.
23. Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, Sato K, Shima Y. Late referrals to palliative care units in Japan: nationwide follow-up survey and effects of palliative care team involvement after the Cancer Control Act. *Journal of pain and symptom management*. 2009;38(2):191-6.
24. Miyashita M, Aoyama M, Nakahata M, Yamada Y, Abe M, Yanagihara K, 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 palliative care*. 2017;16(1):8.
25. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*. 2001;16(9):606-13.
26. Shear KM, Jackson CT, Essock SM, Donahue SA, Felton CJ. Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatr Serv*. 2006;57(9):1291-7.
27. Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, Miyashita

M, Kim Y, Shear MK, et al. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. PloS one. 2012;7(2):e31209.

表 1 施設応諾率

	n
緩和ケア入院料届出受理施設数	378
協会正会員施設数*	269
J-HOPE3研究不参加施設数	169
J-HOPE2016研究応諾施設数	71 (42%)

* 協会正会員施設数等は施設リクルート時点（2015 年 9 月 1 日）

表 2 回収状況

	n	%
対象者	6981	
除外者	1308	19%
適格者	5673	81%
宛先不明による返送数	32	
有効送付数	5641	
回収数	4101	
回収率（%）		73%
回収数／有効送付数		
回答拒否数*	575	
有効回答数	3526	
有効回答率（%）		63%
有効回答数／有効送付数		

* 「回答しません」という欄に○をつけたアンケートの返送があった数

表 3 除外理由

除外理由（n = 1308）	n	%
1. 遺族（キーパーソン、身元引受人）の同定不可能	244	19%
2. 治療関連死・ICU死亡	47	4%
3. 入院から死亡まで3日以内	608	46%
4. 遺族が認知症、精神障害、視覚障害	68	5%
5. 精神的に著しく不安定と判断される	165	13%
6. 医療者の総合的判断	63	5%
7. その他	113	9%
計	1308	

表 4 対象者背景

患者背景				遺族背景			
		n	%			n	%
<性別>	男	1952	55%	<性別>	男	1119	32%
	女	1569	45%		女	2336	68%
<年齢>	(平均±SD)	(75.4±11.3)		<遺族年齢>	(平均±SD)	(62.3±12.1)	
	40歳未満	23	1%		40歳未満	134	4%
	40～49歳	61	2%		40～49歳	388	11%
	50～59歳	211	6%		50～59歳	818	24%
	60～69歳	704	20%		60～69歳	1137	33%
	70～79歳	1088	31%		70～79歳	734	21%
	80歳以上	1435	41%		80歳以上	238	7%
<原発部位>	肺	783	22%	<続柄>	配偶者	1480	43%
	胃・食道	514	15%		子	1380	40%
	大腸	468	13%		婿・嫁	197	6%
	肝・胆・膵	738	21%		親	87	3%
	乳腺	142	4%		兄弟姉妹	216	6%
	泌尿器	239	7%		その他	106	3%
	頭頸部	134	4%	<患者が入院中のからだの健康状態>			
	卵巣・子宮	148	4%		よかった	928	27%
	白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫	103	2.9%		まあまあだった	1841	53%
	その他	253	7%		よくなかった	558	16%
<入院期間>	(平均±SD)	(38.7±51.0)			非常によくなかった	121	4%
	1週間未満	303	9%	<患者が入院中のこころの健康状態>			
	1週間以上2週間未満	717	20%		よかった	528	16%
	2週間以上1か月未満	1082	31%		まあまあだった	1567	47%
	1か月以上2か月未満	829	24%		よくなかった	988	30%
	2か月以上3か月未満	292	8%		非常によくなかった	224	7%
	3か月以上	299	8%	<患者が亡くなる前1週間に付き添った日数>			
<療養中の年間世帯収入> (*遺族の回答による)					毎日	2264	66%
	100万円未満	401	12%		4～6日	538	16%
	100万円以上200万円未満	702	21%		1～3日	470	14%
	200万円以上400万円未満	1309	39%		付き添っていなかった	177	5%
	400万円以上600万円未満	446	13%	<患者入院中に付き添い等をおこなってくれる人>			
	600万円以上800万円未満	243	7%		いた	2496	73%
	800万円以上	218	7%		いなかった	939	27%
<患者が亡くなる前の1か月の医療費>(*遺族の回答による)				<死別後経過期間>			
	10万円未満	803	24%		(平均±SD)	(284.6±133.7)	
	10万円以上20万円未満	1097	33%		6か月未満	738	21%
	20万円以上40万円未満	947	28%		6か月以上7か月未満	411	12%
	40万円以上60万円未満	332	10%		7か月以上8か月未満	394	11%
	60万円以上	161	5%		8か月以上9か月未満	344	10%
					9か月以上10か月未満	358	10%
					10か月以上11か月未満	326	9%
					11か月以上1年未満	273	8%
					1年以上1年6ヶ月未満	505	14%
					1年6ヶ月以上2年未満	115	3%
					2年以上	58	2%

主研究

遺族によるホスピス・緩和ケアの構造・ プロセス・アウトカムの評価

五十嵐尚子*

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 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・プロセスについては全体的に評価が高かった。受けられたケアに対する全般的満足度の評価については, ほとんどの遺族は満足 of 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ついては, 最後の療養場所で受けたケアについて, 高く評価していた。以上の結果より, わが国のホスピス・緩和ケア病棟におけるホスピス・緩和ケアの質は高く評価されていることが明らかになった。また, 過去の J-HOPE, J-HOPE2, J-HOPE3 と本調査の結果はほぼ一致する結果であり, 遺族から見た, 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, 構造・プロセス・アウトカムの3側面によって, 国内外で広く行われている。わが国のホスピス・緩和ケアの質の評価においては, 構造・プロセスの評価尺度として Care Evaluation Scale (CES)¹⁾, アウトカムとして望ましい死の達成度の尺度, Good Death Inventory (GDI)^{2, 3)}, が開発され, 広く調査に用いられている。

CES はケアの構造プロセスについて評価する尺度であるが, 改訂版の CES ver.2 が 2013 年に開発された⁴⁾。また, 同時に CES ver.2 短縮版も開発された。CES ver.2 短縮版は CES の 10 ドメイン (「1. 医師の対応について」「2. 看護師の対応について」「3. 患

者への精神的配慮について」「4. 医師から患者への説明について」「5. 医師からご家族への説明について」「6. 設備について」「7. ご家族への配慮について」「8. 費用について」「9. 入院について」「10. 連携や継続性について」) について, それぞれ 1 項目, 合計 10 項目について, 十分なケアをうけられたかどうかについて, 「非常にそう思う」「そう思う」「ややそう思う」「ややそう思わない」「そう思わない」「非常にそう思わない」の 6 段階, または「該当しない」の 7 段階で評価を行う尺度である。

GDI は, 患者の望ましい死の達成度について遺族の視点から評価を行う尺度であり, 「からだのつらさをやわ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と考える 10 のコ

アドメイン 30 項目と、「先々のことを知っていること」「信仰に支えられていること」など、人によって大切さが異なるが重要である 8 のオプショナルドメイン 24 項目から構成されている。また、GDI の短縮版は合計 18 ドメインから 1 項目ずつ抽出された、計 18 項目で構成されている。

日本ホスピス緩和ケア研究振興財団の研究事業である、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)」においても、これら CES や GDI および受けたケアについて総合的に評価する目的で全般的満足度について調査を行っている^{5,6)}。本調査は、日本ホスピス緩和ケア協会の会員施設であるホスピス・緩和ケア病棟（以下 PCU）において、ケアの構造・プロセス・アウトカムの遺族による評価を CES, GDI, ケアに対する満足度を用いて評価することを目的とする。

結果

1) ケアの構造・プロセスの評価

CESver.2 短縮版を用いた⁴⁾。ケアの構造・プロセスの評価の結果を図 1 に示した。「1. 医師の対応について」「2. 看護師について」「3. 患者様への精神的配慮について」「4. 医師から患者様への説明について」「5. 医師からご家族への説明について」「6. 設備について」「8. 費用について」「9. 入院について」「10. 連携や継続性について」の多くの項目で「ややそう思う～非常にそう思う」と肯定的な評価をしている割合が 90～96% と高かった。「7. ご家族の配慮について」の項目のみ肯定的な評価が 86% で他の項目と比較すると少し低かった。CES 各項目の回答分布の詳細については、表 1 に示した。

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結果を図 2 に示した。「全般的に患者様が亡くられた場所で受けられた医療は満足でしたか」の問いに「非常に満足」「満足」「やや満足」と回答したものの割合は、90% であった。回答の詳細な分布については、表 1 に示した。

3) 望ましい死の達成度

GDI 短縮版を用いて評価した^{2,3)}。望ましい死の達成度の評価を図 3、表 2 に示した。

GDI のコア 10 ドメインについて、「からだや心のつらさがやわらげられていること」のドメインについては、「1-1. 痛みが少なく過ごせた」「1-2. からだの苦痛が少なく過ごせた」「1-3. おだやかな気持ちで過ごせた」の 3 項目すべてを尋ねた。3 項目いずれも 74～79% が「ややそう思う～非常にそう思う」と肯定的な評価であった。また、「4. 医師を信頼していた」「6. 家族や友人と十分に時間を過ごせた」「8. 落ち着いた環境で過ごせた」「9. 人として大切にされていた」は 70～94% が肯定的な評価をしていた。「2. 臨んだ場所で過ごせた」「3. 楽しみになることがあった」「10. 人生をまっとうしたと感じていた」の項目では肯定的な評価が 47～59% と半数程度であった。「5. 人に迷惑をかけてつらいと感じていた」は「ややそう思う～非常にそう思う」と回答した割合が 50% であった。「7. 身の回りのことはたいい自分でできた」については 28% と相対的に低かった。

オプショナル 8 ドメインについては、「11. 納得がいくまで治療を受けられた」「12. 自然に近いかたちで過ごせた」「13. 大切な人に伝えたいことを伝えられた」「14. 先々に起こることを詳しく知っていた」「17. 生きていることに価値を感じられた」の項目では、「ややそう思う～非常にそう思う」と回答した割合が 52～68% と約半数が肯定的な回答をしていた。「15. 病気や死を意識せずに過ごせた」「18. 患者様は信仰に支えられていた」の 2 項目については 20～25% と「ややそう思う～非常にそう思う」と回答していた割合が相対的に低かった。「16. 他人に弱った姿をみせてつらいと感じた」の項目については、「ややそう思う～非常にそう思う」と回答した割合は 55% であった。

考察

本調査は我が国のホスピス・緩和ケアにおけるケアの構造・プロセス・アウトカムについて、がん患

者の遺族の評価を明らかにした。

ケアの構造・プロセスの評価については、すべての項目で80%台後半から90%以上で肯定的な回答をしていた。これは、遺族によって評価された、わが国のPCUにおいて提供された緩和ケアの水準の高さを示している。この結果は、過去3回のJ-HOPEおよびJ-HOPE2、J-HOPE3の結果と一致する[4, 5]。

ケアに対する満足度については、90%が「やや満足～非常に満足」と回答していた。多くの遺族は全般的に満足のいくケアが提供されたと考えていることが明らかになった。

望ましい死の達成度については、項目によって「ややそう思う～非常にそう思う」と回答した割合が異なっていた。「身の回りのことはたいてい自分でできた」「病気や死を意識せず過ごせた」など、症状の重症度や病期の進行を反映する項目においては、「ややそう思う～非常にそう思う」の回答割合は低かった。一方、「医師を信頼していた」「ひととして大切にされていた」など、最後の療養場所で受けたケアに関する項目では、81～94%と高く評価しており、ケアの構造・プロセスの評価と同様にわが国のホスピス・緩和ケアにおける遺族の評価は全体的に高いことが示された。

ケアの構造・プロセス・アウトカムの評価の傾向は全体として過去のJ-HOPEおよびJ-HOPE2、J-HOPE3とほぼ一致する結果であり、我が国のホスピス・緩和ケアの水準は高く維持されていることが明らかになった。今後も定期的に大規模な全国調査を行うことによってホスピス・緩和ケアの評価を行うことは重要であると考えらる。

文献

1. Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, Maeyama E, Tsuneto S, Shima Y. Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. *Journal of pain and symptom management*. 2004;27(6):492-501.
2. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y. Good death in cancer care: a nationwide

quantitative study. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*. 2007;18(6):1090-7.

3. Miyashita M, Morita T, Sato K, Hirai K, Shima Y, Uchitomi Y. Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *Journal of pain and symptom management*. 2008;35(5):486-98.
4. Miyashita M, Aoyama M, Nakahata M, Yamada Y, Abe M, Yanagihara K, 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 palliative care*. 2017;16(1):8.
5. Miyashita M, Morita T, Tsuneto S, Sato K, Shima Y. The Japan HOspice and Palliative Care Evaluation study (J-HOPE study): study design and characteristics of participating institutions. *The American journal of hospice & palliative care*. 2008;25(3):223-32.
6. Aoyama M, Morita T, Kizawa Y, Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M. The Japan HOspice and Palliative Care Evaluation Study 3: Study Design, Characteristics of Participants and Participating Institutions, and Response Rates. *The American journal of hospice & palliative care*. 2016.

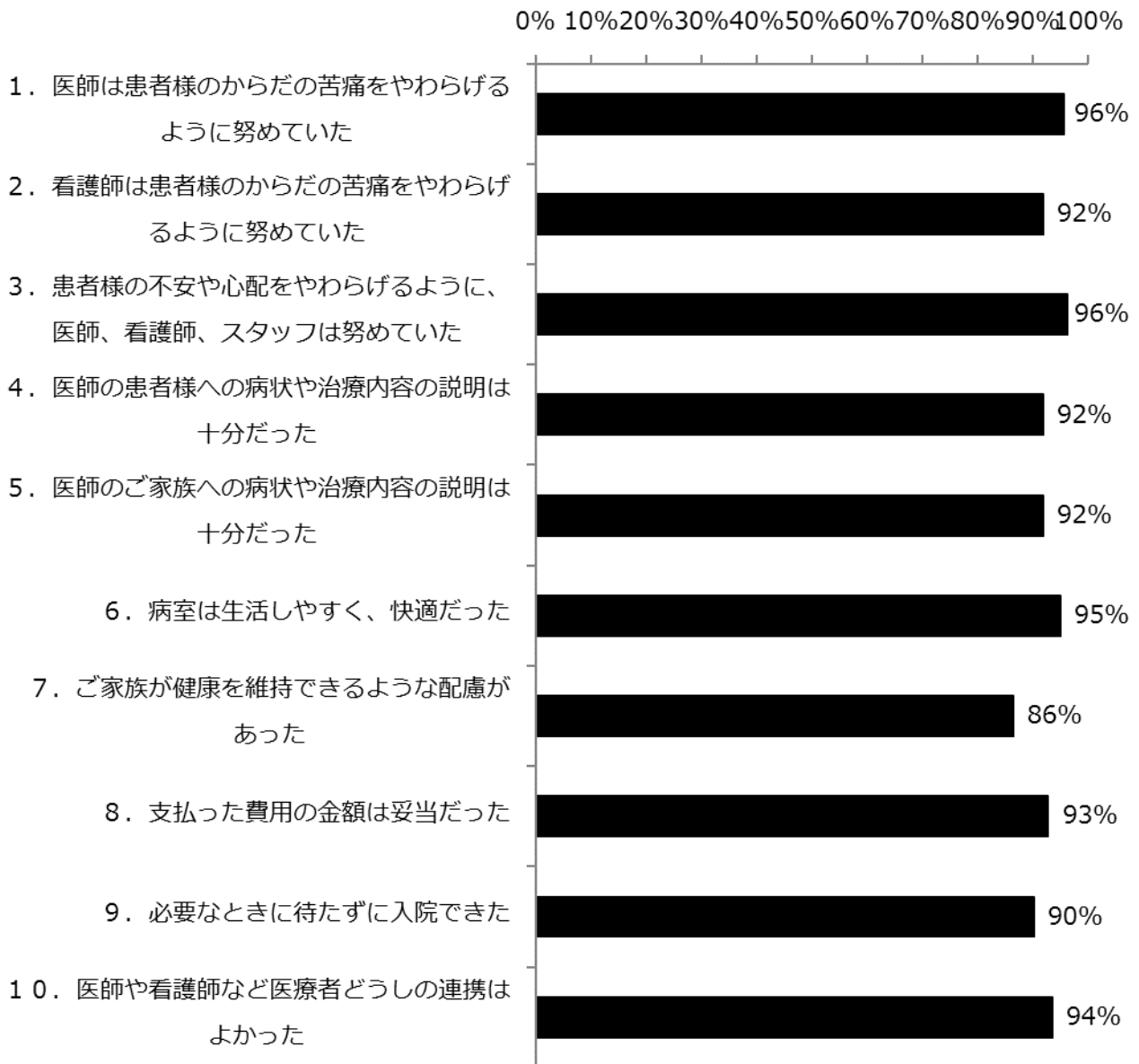
表1 ケアの構造・プロセスの評価とケアに対する全般的満足度の一回答の分布一

		度数	%			度数	%
1. 医師は患者様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	1261	36%	7. ご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	733	22%
	そう思う	1763	51%		そう思う	1457	43%
	ややそう思う	282	8%		ややそう思う	753	22%
	あまりそう思わない	78	2%		あまりそう思わない	286	8%
	そう思わない	25	1%		そう思わない	69	2%
	まったくそう思わない	13	0.4%		まったくそう思わない	34	1%
	該当なし	36	1%		該当なし	73	2%
2. 看護師は患者様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	1393	40%	8. 支払った費用の金額は妥当だった	非常にそう思う	742	22%
	そう思う	1670	48%		そう思う	1797	53%
	ややそう思う	290	8%		ややそう思う	596	18%
	あまりそう思わない	60	2%		あまりそう思わない	126	4%
	そう思わない	15	0.4%		そう思わない	46	1%
	まったくそう思わない	6	0.2%		まったくそう思わない	13	0.4%
	該当なし	24	1%		該当なし	56	2%
3. 患者様の不安や心配をやわらげるように、医師、看護師、スタッフは努めていた	非常にそう思う	1302	38%	9. 必要ときに待たずに入院できた	非常にそう思う	1279	37%
	そう思う	1604	47%		そう思う	1374	40%
	ややそう思う	408	12%		ややそう思う	454	13%
	あまりそう思わない	68	2%		あまりそう思わない	147	4%
	そう思わない	21	1%		そう思わない	116	3%
	まったくそう思わない	13	0.4%		まったくそう思わない	49	1%
	該当なし	22	1%		該当なし	27	1%
4. 医師の患者様への病状や治療内容の説明は十分だった	非常にそう思う	975	28%	10. 医師や看護師など医療者どうしの連携はよかった	非常にそう思う	1057	31%
	そう思う	1475	43%		そう思う	1652	48%
	ややそう思う	543	16%		ややそう思う	503	15%
	あまりそう思わない	208	6%		あまりそう思わない	133	4%
	そう思わない	72	2%		そう思わない	38	1%
	まったくそう思わない	24	1%		まったくそう思わない	26	1%
	該当なし	135	4%		該当なし	24	1%
5. 医師のご家族への病状や治療内容の説明は十分だった	非常にそう思う	1181	34%	ケアに対する全般的満足度（全般的に患者様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	160	5%
	そう思う	1520	44%		不満足	49	1%
	ややそう思う	465	14%		やや不満足	142	4%
	あまりそう思わない	182	5%		やや満足	491	14%
	そう思わない	60	2%		満足	1567	46%
	まったくそう思わない	27	1%		非常に満足	1031	30%
	該当なし	9	0.3%				
6. 病室は生活しやすく、快適だった	非常にそう思う	1329	39%				
	そう思う	1463	42%				
	ややそう思う	480	14%				
	あまりそう思わない	117	3%				
	そう思わない	31	1%				
	まったくそう思わない	11	0.3%				
	該当なし	12	0.3%				

表2 望ましい死の達成度—回答の分布—

		度数	%			度数	%
1-1.痛みが少なく過ごせた	全くそう思わない	43	1%	9.ひととして大切にされていた	全くそう思わない	9	0%
	そう思わない	139	4%		そう思わない	33	1%
	あまりそう思わない	147	4%		あまりそう思わない	33	1%
	どちらともいえない	376	11%		どちらともいえない	141	4%
	ややそう思う	629	18%		ややそう思う	430	13%
	そう思う	1616	47%		そう思う	1767	51%
1-2.からだの苦痛が少なく過ごせた	非常にそう思う	483	14%	10.人生をまっとうしたと感じていた	非常にそう思う	1021	30%
	全くそう思わない	50	1%		全くそう思わない	184	5%
	そう思わない	136	4%		そう思わない	270	8%
	あまりそう思わない	193	6%		あまりそう思わない	232	7%
	どちらともいえない	431	13%		どちらともいえない	741	22%
	ややそう思う	803	23%		ややそう思う	471	14%
1-3.おだやかな気持ちで過ごせた	そう思う	1418	41%	11.納得がいくまで治療を受けられた	そう思う	981	29%
	非常にそう思う	399	12%		非常にそう思う	527	15%
	全くそう思わない	35	1%		全くそう思わない	82	2%
	そう思わない	110	3%		そう思わない	176	5%
	あまりそう思わない	183	5%		あまりそう思わない	195	6%
	どちらともいえない	576	17%		どちらともいえない	823	24%
2.望んだ場所で過ごせた	ややそう思う	731	21%	12.自然に近いかたちで過ごせた	ややそう思う	578	17%
	そう思う	1276	37%		そう思う	1119	33%
	非常にそう思う	505	15%		非常にそう思う	442	13%
	全くそう思わない	89	3%		全くそう思わない	59	2%
	そう思わない	226	7%		そう思わない	155	5%
	あまりそう思わない	221	7%	13.大切な人に伝えたいことを伝えられた	あまりそう思わない	235	7%
3.楽しみになるようなことがあった	どちらともいえない	861	25%		どちらともいえない	653	19%
	ややそう思う	532	16%		ややそう思う	685	20%
	そう思う	1033	30%		そう思う	1210	36%
	非常にそう思う	427	13%		非常にそう思う	404	12%
	全くそう思わない	155	5%		全くそう思わない	192	6%
	そう思わない	308	9%	14.先ざきに起こることを詳しく知っていた	そう思わない	268	8%
4.医師を信頼していた	あまりそう思わない	448	13%		あまりそう思わない	284	8%
	どちらともいえない	882	26%		どちらともいえない	831	24%
	ややそう思う	625	19%		ややそう思う	631	19%
	そう思う	698	21%		そう思う	903	27%
	非常にそう思う	249	7%		非常にそう思う	292	9%
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	29	1%	15.病気や死を意識せずに過ごせた	全くそう思わない	186	5%
	そう思わない	60	2%		そう思わない	313	9%
	あまりそう思わない	114	3%		あまりそう思わない	319	9%
	どちらともいえない	559	16%		どちらともいえない	764	22%
	ややそう思う	596	18%		ややそう思う	651	19%
	そう思う	1406	41%		そう思う	844	25%
6.ご家族やご友人と十分に時間を過ごせた	非常にそう思う	630	19%	16.他人に弱った姿をみせてつらいと感じていた	非常にそう思う	327	10%
	全くそう思わない	152	4%		全くそう思わない	355	10%
	そう思わない	431	13%		そう思わない	604	18%
	あまりそう思わない	394	12%		あまりそう思わない	443	13%
	どちらともいえない	699	21%		どちらともいえない	1151	34%
	ややそう思う	812	24%	17.生きていることに価値を感じられた	ややそう思う	357	11%
7.身の回りのことはたいてい自分でできた	そう思う	612	18%		そう思う	397	12%
	非常にそう思う	283	8%		非常にそう思う	88	3%
	全くそう思わない	48	1%		全くそう思わない	88	3%
	そう思わない	152	4%		そう思わない	293	9%
	あまりそう思わない	269	8%		あまりそう思わない	335	10%
	どちらともいえない	567	17%	18.信仰に支えられていた	どちらともいえない	829	24%
8.落ち着いた環境で過ごせた	ややそう思う	830	24%		ややそう思う	796	23%
	そう思う	1120	33%		そう思う	743	22%
	非常にそう思う	425	12%		非常にそう思う	317	9%
	全くそう思わない	937	28%		全くそう思わない	57	2%
	そう思わない	780	23%		そう思わない	142	4%
	あまりそう思わない	388	11%		あまりそう思わない	187	6%
9.ひととして大切にされていた	どちらともいえない	343	10%	10.人生をまっとうしたと感じていた	どちらともいえない	1217	36%
	ややそう思う	393	12%		ややそう思う	568	17%
	そう思う	435	13%		そう思う	945	28%
	非常にそう思う	119	4%		非常にそう思う	250	7%
	全くそう思わない	25	1%		全くそう思わない	952	28%
	そう思わない	81	2%		そう思わない	723	21%
10.人生をまっとうしたと感じていた	あまりそう思わない	108	3%	11.納得がいくまで治療を受けられた	あまりそう思わない	395	12%
	どちらともいえない	427	12%		どちらともいえない	614	18%
	ややそう思う	836	24%		ややそう思う	265	8%
	そう思う	1470	43%		そう思う	262	8%
	非常にそう思う	472	14%		非常にそう思う	165	5%

図1 ケアの構造・プロセスの評価



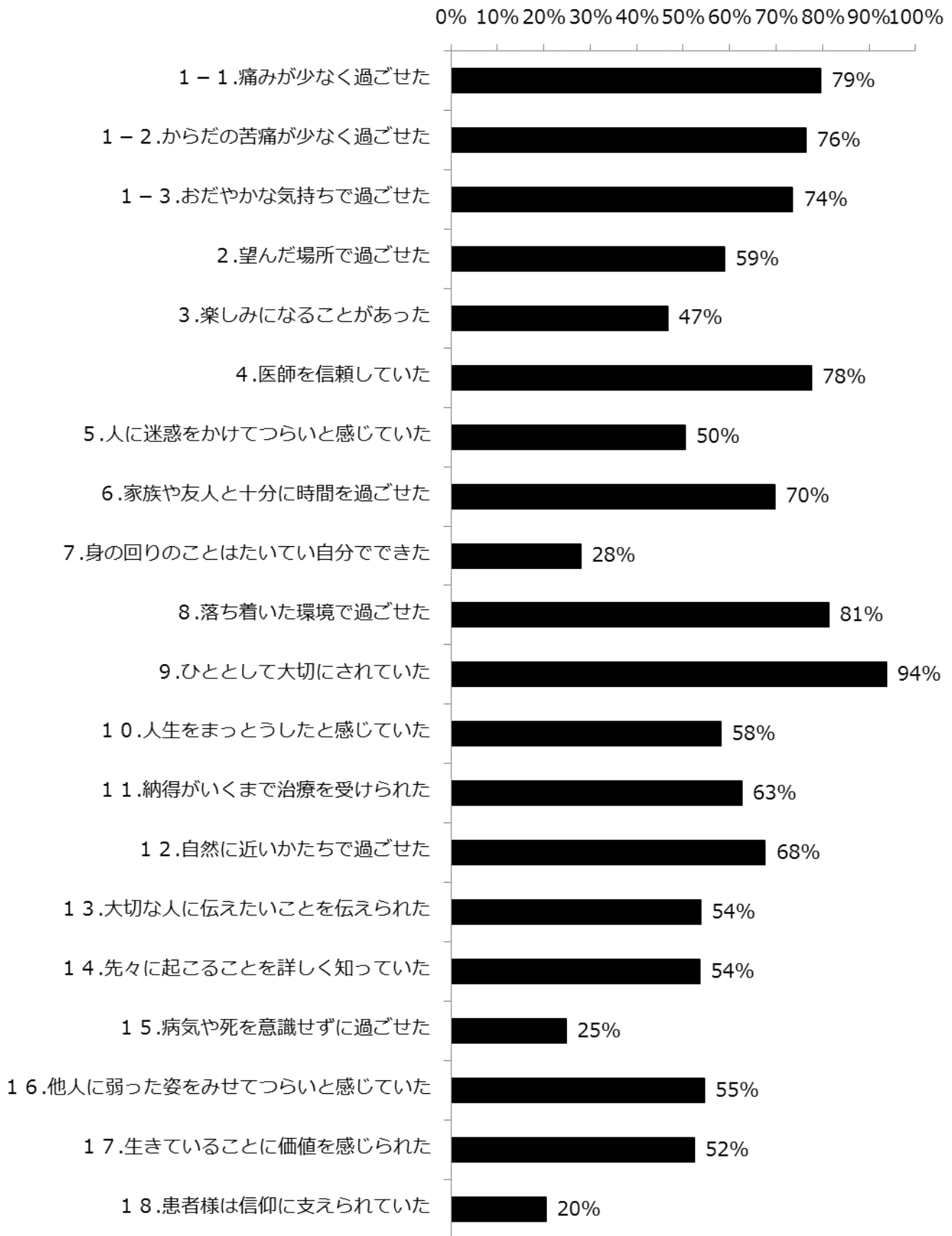
* 数字 (%) は「非常にそう思う」「そう思う」「ややそう思う」の合計

図2 ケアに対する全般的満足度



* 数字 (%) は「非常に満足」「満足」「やや満足」の合計

図3 望ましい死の達成度の評価



数字 (%) は「非常にそう思う」「そう思う」「ややそう思う」の合計

持続的深い鎮静に関する患者・遺族の 見解に関する研究

森田 達也*

サマリー

本研究では、持続的深い鎮静に関する患者・遺族の見解、特に、持続的鎮静を受ける患者の人間らしさ、適応とする生命予後や精神的苦痛の対応について、患者・遺族の立場から見解を明らかにするために調査を行った。患者 309 名、遺族 512 名から回答を得た。

「苦痛が完全にはとれなかったとしても、意識が完全になくなる方法はとるべきではない」の問いに対して、患者では、「全く～あまりそう思わない」が 42%、「少し～とてもそう思う」が 58%と意識が完全になくなる方法はとるべきではないとの回答が上回った。遺族では「全く～あまりそう思わない」が 52%、「少し～とてもそう思う」が 48%とほぼ同数の回答になった。「鎮静薬によって昏睡状態で眠っている状態であっても、人間としての尊厳や価値がある」の問いに対し患者では、「全く～あまりそう思わない」が 27%、「少し～とてもそう思う」が 73%に対し、遺族は「全く～あまりそう思わない」が 12%、「少し～とてもそう思う」が 88%であった。

患者・遺族ともに苦痛に対する鎮静は、余命が日単位・月単位の違いがあっても回答に大きな差はなく、身体的苦痛に対して、患者の 76%、遺族の 88～90%が「少し～とてもそう思う」と鎮静は適切であると回答した。

患者と遺族では、鎮静に関する考えに違いがあり、その意味を明らかにする研究がさらに必要である。

目的

持続的深い鎮静は治療抵抗性の苦痛に対してしばしば行われ、国際的にもガイドラインが整備されている[1-8]。しかし、死亡まで持続的深い鎮静を行うことは、患者の人間らしさをなくするものであるという意見や、生命予後を短縮する可能性がある場合（生命予後が週・月の単位の場合や、精神的苦痛に対する場合）は積極的安楽死との倫理的区別が難し

くなるという意見がある[9-20]。持続的深い鎮静の倫理的根拠は、相応性（proportionality）であるが、どのような状態をもってして、鎮静を実施することが相応的に妥当であるかは文化や個人によっても異なる。わが国において、持続的鎮静を受ける患者の人間らしさ、適応とする生命予後や精神的苦痛の対応についての患者・遺族の見解は明らかにされていない。患者・遺族の立場から、持続的鎮静は患者の人間らしさを損なうのか、適応とする生命予後や精

神的苦痛はどのようなものなのかが明らかにされることは、相応性の基準を明らかにするうえで有用である。

本研究の目的は、持続的深い鎮静に関する患者・遺族の見解、特に、持続的鎮静を受ける患者の人間らしさ、適応とする生命予後や精神的苦痛の対応についての患者・遺族の見解を明らかにすることである。

調査項目

系統的文献検索から調査項目を設定し、「苦痛が完全には取れなかったとしても、意識が完全になくなる方法はとるべきではない」、「他に苦痛を緩和する方法がなく、患者が完全な苦痛の緩和を希望するならば、意識が完全になくなる方法をとってもよい」など9項目について、「全くそう思わない」から「とてもそう思う」の6件法で質問する[9-20]。鎮静に関する定義や表現は先行研究で使用し、一般人口や遺族が理解できることが確認されている[21,22]。

結果

患者調査はインターネット調査で回答を得た309名を解析対象とし、遺族調査は調査票を送付した787名の遺族のうち、592名から返送があり（回収率75%）、回答拒否80名を除外する512名を解析対象とした（回答応諾率65%）患者と遺族の背景因子について表1に示す。

1) 鎮静により意識が完全になくなることへの考え方

「苦痛が完全にはとれなかったとしても、意識が完全になくなる方法はとるべきではない」の問いに対して、

患者では、「全く～あまりそう思わない」が42%、「少し～とてもそう思う」が58%と意識が完全になくなる方法はとるべきではないとの回答が上回った。遺族では「全く～あまりそう思わない」が52%、「少し～とてもそう思う」が48%とほぼ同

数の回答になった。平均値では、患者3.5、遺族3.1と有意差が認められた。「他に苦痛を緩和する方法がなく、患者が完全な苦痛の緩和を希望するならば、意識が完全になくなる方法をとってもよい」の問いに対して患者では、「全く～あまりそう思わない」が35%、「少し～とてもそう思う」が65%と意識が完全になくなる方法をとってもよいとの回答が上回った。遺族では「全く～あまりそう思わない」が19%、「少し～とてもそう思う」が81%と8割以上の遺族が意識が完全になくなる方法をとってもよいと回答した。平均値では、患者3.8、遺族4.2と有意差が認められた

2) 鎮静により眠っている状態の人間の尊厳、生きていることへの価値の考え方

「鎮静薬によって昏睡状態で眠っている状態であっても、人間としての尊厳や価値がある」の問いに対し患者では、「全く～あまりそう思わない」が27%、「少し～とてもそう思う」が73%と3割弱の患者は昏睡状態で眠っている状態は、人間としての尊厳や価値がないと考えているのに対し、遺族は「全く～あまりそう思わない」が12%、「少し～とてもそう思う」が88%と9割弱の遺族が眠っている状態でも人間としての尊厳や価値があると考えている。平均値では、患者4.0、遺族4.7と有意差が認められた

「鎮静薬によって昏睡状態で眠っている状態は社会的には死であり、生きていることに価値がない」の問いに対しては遺族の76%が「全く～あまりそう思わない」との回答に対し、患者は「全く～あまりそう思わない」が49%で「少し～とてもそう思う」が51%と約半数の患者が眠っている状態は社会的な死と考えているとの回答だった。

3) 眠った状態で亡くなることの考え方

「鎮静薬で昏睡状態になって眠った状態で亡くなることは、「よい最期」である」患者、遺族ともに3割強の方が、「全く～あまりそう思わない」と回答し、7割弱の方が「少し～とてもそう思う」と

回答し、眠った状態で亡くなることは「よい最期」と考えている。

4) 余命による鎮静への考え方

患者・遺族ともに苦痛に対する鎮静は、余命が日単位・月単位の違いがあっても回答に大きな差はなく、身体的苦痛に対して、患者の76%、遺族の88~90%が「少し~とてもそう思う」と鎮静は適切であると回答した。精神的苦痛に対する鎮静では、患者の62~63%、遺族の71~73%が「少し~とてもそう思う」と鎮静は適切と回答した。身体的苦痛のほうが精神的苦痛より13~19%多く鎮静は適切と回答した。

考察

今回の調査結果から、苦痛があっても鎮静によって、意識が完全になくなる状態を約半数の患者は希望していないが、他に方法がなく患者が完全な苦痛の緩和を希望している場合は65%が鎮静を支持し、鎮静で眠った状態で亡くなることを患者・遺族ともに約7割が支持している。

鎮静で眠っている状態の人間の尊厳や生きていることへの価値に関しては、患者・遺族で回答に差がみとめられ、最後まで意識を保っていたいという患者とできるだけ苦痛なく過ごしてほしいという家族の立場の違いがあると考えられる。患者が遺族に比べて鎮静を希望しない、または、鎮静に対する考え方に違いがあることは、実際の経験がないためである可能性もある。患者調査はインターネットによる調査のため、インターネットに不慣れた患者からの回答を得ることができなかったため、すべての年齢層の患者の意見ではない

本研究を含め、鎮静に関する患者、家族、遺族の意見を調査することの重要性が示唆された。

文献

【引用文献】

- 1) Cherny NI. ESMO Guidelines Working Group. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. Ann Oncol. 2014; 25 Suppl 3: iii143-52.
- 2) Cherny NI, Radbruch L; Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliat Med. 2009; 23: 581-93.
- 3) Kirk TW, Mahon MM; Palliative Sedation Task Force of the National Hospice and Palliative Care Organization Ethics Committee. National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients. J Pain Symptom Manage 2010; 39: 914-23.
- 4) Verkerk M, van Wijlick E, Legemaate J, de Graeff A. A national guideline for palliative sedation in the Netherlands. J Pain Symptom Manage 2007; 34: 666-70.
- 5) Morita T, Bito S, Kurihara Y, Uchitomi Y. Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. J Palliat Med 2005; 8: 716-29.
- 6) Dean MM, Cellarius V, Henry B, Oneschuk D, Librach Canadian Society Of Palliative Care Physicians Taskforce SL. Framework for continuous palliative sedation therapy in Canada. J Palliat Med 2012; 15: 870-9.
- 7) Schildmann EK, Schildmann J, Kiesewetter I. Medication and monitoring in palliative sedation therapy: a systematic review and quality assessment of published guidelines. J Pain Symptom Manage 2015; 49: 734-46.
- 8) Schildmann E, Schildmann J. Palliative sedation therapy: a systematic literature review and critical appraisal of available guidance on indication and

decision making. J Palliat Med 2014 ; 17: 601-11.

9) Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. J Pain Symptom Manage 2008; 36: 310-33.

10) Anquinet L, Rietjens J, van der Heide A, et al. Physicians' experiences and perspectives regarding the use of continuous sedation until death for cancer patients in the context of psychological and existential suffering at the end of life. Psychooncology 2014; 23: 539-46.

11) Papavasiliou EE, Payne S, Brearley S; EUROIMPACT. Current debates on end-of-life sedation: an international expert elicitation study. Support Care Cancer 2014; 22: 2141-9..

12) Rys S, Deschepper R, Mortier F, Deliens L, Atkinson D, Bilsen J. The moral difference or equivalence between continuous sedation until death and physician-assisted death: word games or war games?: a qualitative content analysis of opinion pieces in the indexed medical and nursing literature. J Bioeth Inq 2012; 9: 171-83.

13) Rys S, Mortier F, Deliens L, Deschepper R, Battin MP, Bilsen J. Continuous sedation until death: moral justifications of physicians and nurses--a content analysis of opinion pieces. Med Health Care Philos 2013; 16: 533-42.

14) ten Have H, Welie JV. Palliative sedation versus euthanasia: an ethical assessment. J Pain Symptom Manage 2014;47: 123-36.

15) Materstvedt LJ, Bosshard G. Deep and continuous palliative sedation (terminal sedation): clinical-ethical and philosophical aspects. Lancet Oncol 2009; 10: 622-7.

16) Swart SJ, Brinkkemper T, Rietjens JA, et al. Physicians' and nurses' experiences with continuous palliative sedation in the Netherlands. Arch Intern Med 2010; 170: 1271-4.

17) Quill TE, Lo B, Brock DW, Meisel A. Last-resort

options for palliative sedation. Ann Intern Med 2009; 151: 421-4.

18) Swart SJ, van der Heide A, van Zuylen L, Perez RS, Zuurmond WW, van der Maas PJ, et al.

Considerations of physicians about the depth of palliative sedation at the end of life. CMAJ 2012; 184: E360-6.

19) Seymour J, Rietjens J, Bruinsma S, Deliens L, Sterckx S, Mortier F, 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.

20) Bruinsma SM, Brown J, van der Heide A, Deliens L, Anquinet L, Payne SA, 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: 3243-52.

21) Morita T, Ikenaga M, Adachi I, Narabayashi I, Kizawa Y, Honke Y, et al. Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 2004; 28: 557-65.

22) Morita T, Hirai K, Okazaki Y. Preferences for palliative sedation therapy in the Japanese general population. J Palliat Med 2002; 5: 375-85.

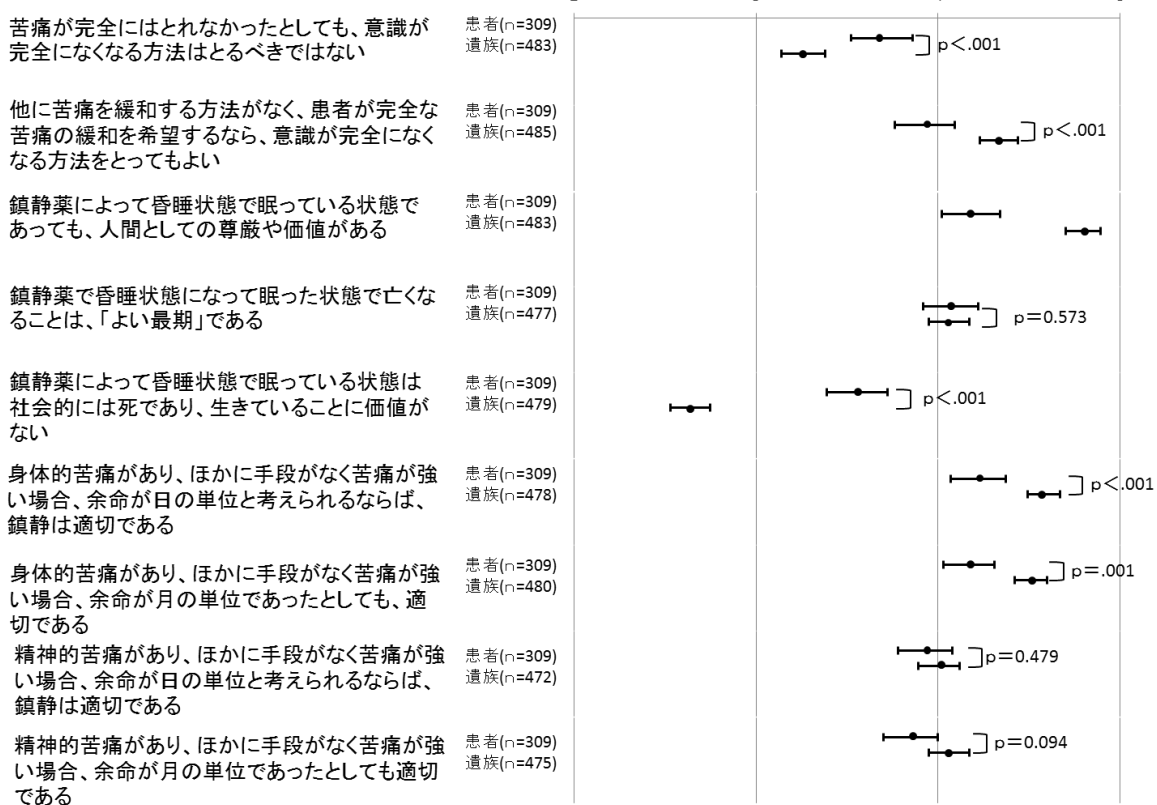
[付帯研究担当者]

なし

表 1 背景

患者背景			遺族背景		
	n	%		n	%
年齢 (平均 ± S D)	(57 ± 8.3)		年齢 (平均 ± S D)	(62 ± 12)	
40 歳未満	0	0%	40 歳未満	27	5.4%
40～49 歳	74	24%	40～49 歳	50	10%
50～59 歳	102	33%	50～59 歳	127	25%
60～69 歳	133	43%	60～69 歳	159	32%
70～79 歳	0	0%	70～79 歳	109	22%
80 歳以上	0	0%	80 歳以上	31	6.2%
性別			性別		
男性	173	56%	男性	170	33%
女性	136	44%	女性	334	65%
医師専門			遺族関係		
腫瘍内科.化学療法科	6	1.9%	配偶者	216	42%
乳腺科.乳腺外科	78	25%	子ども	208	41%
血液内科	18	5.8%	婿・嫁	36	7.0%
消化器内科	26	8.4%	親	12	2.3%
呼吸器内科	10	3.2%	兄弟姉妹	30	5.9%
それ以外の内科	4	1.3%	その他	8	1.6%
外科.呼吸器外科.消化器外科	72	3.6%	無回答	2	0.4%
それ以外の外科	11	18%	学歴		
泌尿器科	54	4.9%	小・中学校	43	8.4%
婦人科	15	2.6%	高校・旧制中学	218	43%
耳鼻科.耳鼻咽喉科	8	0.6%	短大・専門学校	114	22%
放射線科.放射線治療科	2	1.6%	大学	111	22%
その他	5		大学院	6	1.2%
			その他	7	1.4%
			無回答	13	2.5%
患者未既婚			宗教		
未婚	77	25%	特になし	181	35%
既婚	232	75%	仏教	273	53%
子ども有無			キリスト教	14	2.7%
なし	93	30%	神道	13	2.5%
あり	216	70%	その他	13	2.5%
			無回答	18	3.5%

鎮静に対する考え方: 平均値

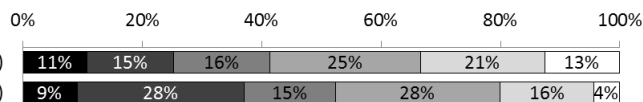


1:全くそう思わない 2:そう思わない 3:あまりそう思わない 4:少しそう思う 5:そう思う 6:とてもそう思う

鎮静に対する考え方: 分布

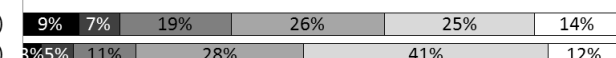
苦痛が完全にはとれなかったとしても、意識が完全になくなる方法とはとるべきではない

患者(n=309)
遺族(n=483)



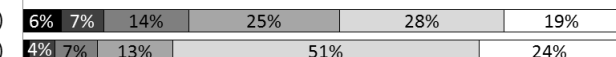
他に苦痛を緩和する方法がなく、患者が完全な苦痛の緩和を希望するなら、意識が完全になくなる方法をとってもよい

患者(n=309)
遺族(n=485)



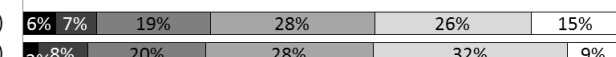
鎮静薬によって昏睡状態で眠っている状態であっても、人間としての尊厳や価値がある

患者(n=309)
遺族(n=483)



鎮静薬で昏睡状態になって眠った状態で亡くなることは、「よい最期」である

患者(n=309)
遺族(n=477)



鎮静薬によって昏睡状態で眠っている状態は社会的には死であり、生きていることに価値がない

患者(n=309)
遺族(n=479)



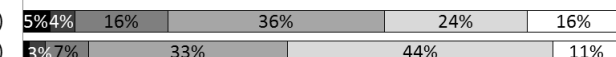
身体的苦痛があり、ほかに手段がなく苦痛が強い場合、余命が日の単位と考えられるならば、鎮静は適切である

患者(n=309)
遺族(n=478)



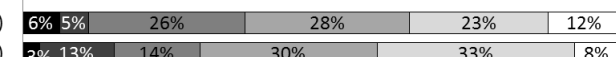
身体的苦痛があり、ほかに手段がなく苦痛が強い場合、余命が月の単位であったとしても、適切である

患者(n=309)
遺族(n=480)



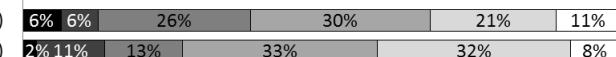
精神的苦痛があり、ほかに手段がなく苦痛が強い場合、余命が日の単位と考えられるならば、鎮静は適切である

患者(n=309)
遺族(n=472)



精神的苦痛があり、ほかに手段がなく苦痛が強い場合、余命が月の単位であったとしても適切である

患者(n=309)
遺族(n=475)



■ 全くそう思わない
■ 少しそう思う

■ そう思わない
□ そう思う

■ あまりそう思わない
□ とてもそう思う

医療用麻薬の管理・廃棄・適正使用に関する実態調査 および生活状況に関する実態調査

三浦 智史, 沖崎 歩*

サマリー

近年、オピオイドの濫用・不適正使用が世界的に問題となっている。本邦における医療用麻薬の適正使用の実態と生活状況を明らかにすることを目的に、緩和ケア病棟で患者を看取った遺族 764 名を対象に調査を行った。調査項目は先行研究や研究者による討議を元に作成し、「医療用麻薬適正使用ガイダンス」に基づく適正使用と生活状況に関して記述統計を行った。

結果として、「医療用麻薬を他人に転用しない」の遵守率は 100%で、転用禁止に関する情報提供は 65%に行われていた。「小児の手の届かない場所に保管する」の遵守率は管理方法の遵守率は 88%であった。「残薬の処理方法（麻薬診療施設や麻薬小売業者に持参するように指導）」の遵守率は 55%であり、廃棄方法に関する情報提供は 50%に行われていた。医療用麻薬使用期間中の自動車の運転は 13%が行っていた。

転用禁止や管理方法の遵守率は高値だが、廃棄方法については遵守率は低値であり、廃棄方法について情報提供された率も低値であったため、情報提供の方法を工夫することで、廃棄方法の遵守率の向上が期待できる。今後も医療用麻薬の適正使用を行いつつ普及させていくためには、医療用麻薬の適正使用に関する情報提供のあり方について検討を進めていくことが必要と考えられる。

目的

進行がん患者の 60～90%が経験する症状であるがん疼痛に対しては、世界保健機関（World Health Organization：WHO）が提唱する WHO 方式がん疼痛治療法が日本でも普及してきており、医療用麻薬消費量も徐々に増加傾向にある。日本において、メサドンやフェンタニル即効性製剤、慢性疼痛に対する医療用麻薬の使用が認可され、医療用麻薬の消費量は今後もさらに増加することが予想されている。一方、医療用麻薬が大量に消費されている米国においては、医療用麻薬の濫用や依存が深刻な問題となっており 1)、日本においても同様の問題が出現することが懸念される。その Reddy らのオピオイド使用

中の患者を対象とした医療用麻薬の管理方法、廃棄方法、不適切な使用に関する調査の結果、適切な管理方法（鍵がかかる場所）を行っていた患者は 9%にすぎず、不適切な使用を行った患者は 26%、適切な廃棄方法を知らなかった患者は 74%という結果であった。

日本においては、厚生労働省より「医療用麻薬適正使用ガイダンス」が出されており、自宅での麻薬保管の留意点には①他人に転用しない、②小児の手の届かない場所に保管する、③残薬の処理方法（麻薬診療施設や麻薬小売業者に持参するように指導）の 3 点が重要とされている。

本邦において、医療用麻薬の廃棄に関する検討は 1 報のみ報告されている。OPTIM プロジェクト

(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model、厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」)において、薬剤師向けにアンケートを行い、患者向けリーフレットの使用が医療用麻薬の回収の啓発に役立つというものであった2)。

また、現代社会において自動車は広く普及し生活に必要なものであるが、本邦においては、医療用麻薬を使用中は運転に支障をきたしうるため禁止されている。先行研究として、本邦における遺族調査(J-HOPE 2)では、医療用麻薬が始まって車も運転を続けていた患者は約10%と報告されていた3)。しかし、医療者に対する緩和ケアの啓蒙・教育活動の結果、医療用麻薬をがん治療中の段階から使用している患者は増加していると予想される。

以上より、今回の研究の目的は、患者遺族に対しアンケート調査を行い、医療用麻薬の管理や廃棄に関する知識や実態、及び医療用麻薬の不適正使用、自動車の運転に関する実態を明らかにすることとした。

結果

764名の遺族に調査票を発送し、529名から返送があり(回収率69%)、回答拒否70名を除外する459名のうち「医療用麻薬を使用していた」188名を解析対象とした(医療用麻薬使用率41%)。患者と遺族の背景因子について表1に示す。

使用していた医療用麻薬の種類は、内服66%、貼付剤43%、注射37%、坐薬20%、その他5%であった(複数回答可)。

1) 医療用麻薬の転用禁止について

回答が得られた中では、患者が使わなかった医療用麻薬について、他の家族の使用や、家族以外の人への譲渡は0%であった(表2)。また、患者が使わなかった医療用麻薬を患者以外の人から欲しいと言われた方も0%であり、医療用麻薬の転用禁止の

遵守率は100%であった。

また、医療用麻薬の転用禁止についての情報提供は約65%の方が受けたと回答した。

2) 医療用麻薬の管理方法について

回答が得られた中では、医療用麻薬の適正管理である、「子どもやペットの手の届かないところに置いていた」を88%の方が遵守していた(表3)。

また、未使用の医療用麻薬は4%の方は今も家に保持していると回答した。

3) 医療用麻薬の廃棄方法について

医療用麻薬の廃棄方法について、回答が得られた中では5%の方が「困ったことがある」と回答した(表4)。

また、廃棄方法について、50%の回答者は情報提供が行われており、内訳としては、看護師・医師・薬剤師からの情報提供されたとの回答が多かった。パンフレットから情報を得た方は3名であり、インターネットやテレビから情報を得た方は4名であった。

医療用麻薬の実際の廃棄方法は、55%の方は医療機関へ渡しており、23%の方は自分で処理したと回答した(表5)。医療機関に渡した方104名のうち、病院と回答した方は73名と最も多いものの、薬局には9名、訪問看護ステーションには8名の方が余剰の医療用麻薬を渡していた。自分で処理した方44名のうち、家庭ごみで処分した方は38名、下水に流した方は2名認めた。

4) 自動車の運転について

回答が得られた中では、13%の方が医療用麻薬使用期間中に自動車の運転を行っていた(表6)。自動車の運転を行っていた方の中で、3名の方が自動車事故を起こしたと回答した。自動車の運転について50%の方は医療者に伝えており、医療用麻薬使用期間中に運転してはいけないことについて、17%の家族が医療者から情報提供されていた。また、自動車を運転できないことにより生活を大きく損ねる

と 76%の方が回答した。

考察

本調査は、本邦における進行がん患者の医療用麻薬の適正管理の実態について明らかにした初めての調査である。本調査の結果として、医療用麻薬の適正使用ガイドラインの遵守率は、転用禁止(100%)、保管場所(88%)、廃棄方法(55%)であった。

転用禁止について情報提供された方は 65%であったが、転用禁止の遵守率は 100%と高値であった。Reddy らの報告では、26%に不適切な使用を認めており、濫用が問題となっている米国と日本では状況が異なっていた。しかし、日本においても医療用麻薬の使用量が増加していくと、依存や不適正使用などの問題が生じる懸念があるため、患者・家族へ情報提供をきちんと行い、理解を深めていくことは今後の課題であると考えた。

廃棄方法に関して情報提供が行われたのは 50%に留まっており、廃棄方法の遵守率が 55%と低値であることと関連する可能性がある。患者向けリーフレットの使用による廃棄方法の情報提供が有用であったという OPTIM プロジェクトの報告があるため、廃棄方法に関する情報提供の工夫により患者・家族の理解を深めることで、廃棄方法の遵守率が向上する可能性があると考えられた。

医療用麻薬使用期間中の自動車の運転に関しては、少数例の回答しか得られておらず、評価が難しい点がある。自動車事故を起こした例に関して、医療用麻薬が原因と断定することは困難である。現代の生活において、地域によっては特に自動車は必須のものであり、本調査においても、自動車を運転できないことにより、生活を大きく損ねると 76%の方が回答しており、がん患者の医療用麻薬の使用による自動車の運転への影響について、今後も検討を行っていくことが必要であると考えた。

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 Reddy らの先行研究と単純に比較することは困難である。説明の有無に関しては、Recall bias の影響もあり、患者自身は適正使用に関する説明を受けていた可能性が否定できないなどが挙げられる。

今後の方向性

患者自身に対する調査を行うことで、医療用麻薬の適正使用に関する実態と情報提供について、より明確になると思われる。また、情報提供のあり方について検討を進め有用なツールを作成し、有効性を示す比較試験を行うことも考えられる。これらを行うことにより、医療用麻薬を適切にかつ安全に普及させていくことが必要である。

文献

- [1] Reddy A, de la Cruz M, Rodriguez EM, et al. Patterns of storage, use, and disposal of opioids among cancer outpatients. *Oncologist* 2014;19(7): 780-5.
- [2] 佐田 悦, 出口 雅, 富安 志, 他. 医療用麻薬の取扱いに関する調査報告 患者向けリーフレットと訪問薬剤指導啓発 DVD を中心に. *日本薬剤師会雑誌* 2013;65(8): 921-23.
- [3] 岡本禎晃. 医療用麻薬の説明に対する遺族の見解. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2 (J-HOPE 2) 研究報告書 p37-42

【付帯研究担当者】

森田達也（聖隷三方原病院 緩和支援診療科）

表1 患者・家族背景

患者背景 (n=188)				無回答	家族背景				無回答
年齢（歳）				0	年齢（歳）				5
中央値（四分位範囲）		74	66 - 81		中央値（四分位範囲）		62	54 - 69	
男性（n, %）		101	54	0	男性（n, %）		61	32	3
原発部位（n, %）				0	患者との続柄（n, %）				2
肺		51	27		配偶者		96	51	
肝胆膵		46	24		子ども		61	32	
大腸・直腸		26	14		婿・嫁		14	7	
胃・食道		17	9		兄弟・姉妹		9	5	
前立腺・腎・膀胱		13	7		親		2	1	
頭頸部		7	4		その他		4	2	
乳腺		5	3						
子宮・卵巣		6	3						
血液		3	2						
その他		14	7						
同居あり（n, %）		143	76	1					
未成年の子どもあり		14	7	5					

表2 医療用麻薬の適正使用

設問	n	%
患者が使わなかった医療用麻薬を他の家族が使った（n=152）	0	0
患者が使わなかった医療用麻薬を家族以外の人にあげた（n=152）	0	0
患者が使わなかった医療用麻薬を患者以外の人から欲しいと言われた（n=152）	0	0
処方された医療用麻薬を患者以外の人が使ってはいけないと言われた（n=144）	94	65

表 3 医療用麻薬の適正管理

設問	n	%
子どもやペットの手の届かないところに置いていた (n=156)	137	88
使っていない医療用麻薬が今も家にある (n=163)	6	4

表 4 医療用麻薬の廃棄に関する困った経験と廃棄方法の情報源

設問	n	%
医療用麻薬の捨て方に困ったことがある (n=157)	8	5
医療用麻薬の捨て方について教えてもらったり調べたことがある (n=154) (複数回答可)	77	50
医師から	25	
看護師から	49	
薬剤師から	24	
介護職から	5	
パンフレットから	3	
インターネットから	4	
テレビから	0	

表 5 医療用麻薬の実際の廃棄方法

設問	n	%
余った医療用麻薬を医療機関に渡した (n=188) (複数回答可)	104	55
病院	73	
診療所	1	
薬局	9	
訪問看護ステーション	8	
余った医療用麻薬を医療者以外に渡した	4	2
介護職 (ケアマネージャー・ヘルパー)	3	
友人・知人	0	
余った医療用麻薬を自分で捨てた	44	23
家庭ごみ	38	
下水 (トイレや台所)	2	
屋外で捨てた	0	

表 6 医療用麻薬使用期間中の自動車の運転の状況

設問	n	%
医療用麻薬を使用している期間に自動車の運転をしていた (n=166)	22	13
自動車事故を起こした (n=19)	3	16
自動車運転をしていることを医療者に伝えていた (n=18)	9	50
医療用麻薬使用期間に自動車を運転してはいけないことを家族は医療者から知らされていた (n=18)	3	17
自動車を運転できないことは患者や家族の生活を大きく損ねると思う (n=21)	16	76

遺族から見た 望ましい死亡確認の仕方に関する研究

羽多野 裕*

サマリー

本研究の目的は緩和ケア病棟での望ましい死亡確認の仕方について明らかとすることである。緩和ケア病棟で家族を亡くした遺族 861 人にアンケートを郵送。618 人より返信があり最終的に 480 人の回答が解析対象となった。

医師の死亡確認の仕方について 86%の遺族が全般的に満足し 78%の遺族は死亡確認の仕方に対し改善の必要性を感じていなかった。医師の死亡確認の仕方に対する遺族の不満に関連する要因として、ロジスティック回帰分析の結果から 3 つの因子が得られた：「医師の動作や言葉遣いは丁寧であった(オッズ比(OR)：0.12; 95%信頼区間(CI)：0.03-0.46)」、「医師の態度は事務的で機械的であった(OR：11.6; 95%CI：4.7-28.4)」、「医師は家族にあいさつをした(OR：0.3; 95%CI：0.1-0.8)」。また、死亡確認の仕方に対し遺族が改善の必要性を感じることに有意に関連する因子として「医師の動作や言葉遣いは丁寧であった(OR：0.12; 95%CI：0.03-0.47)」、「診察の後、経過、死亡の原因を分かりやすくご家族へ説明した(OR：0.11; 95%CI：0.01-0.86)」、「家族が聞きたいことが医師に質問できた(OR：0.16; 95%CI：0.03-0.76)」の 3 つが同定された。

医師が死亡確認を行う際は、丁寧さを心掛けるとともに家族には挨拶やねぎらいの言葉かけを行い、適宜質問を促しながら経過の簡単な説明を行う、という態度を意識するとよいかもしれない。

目的

死別は人生の中でも最も精神的負担の強い出来事の一つであるが、看取り時の状況により残された家族への影響も変わってくる。¹⁻³ 遺族にとっての望ましい看取りを達成することは緩和ケアの重要な目標であり、死亡確認の仕方は医師が身に着けるべきスキルともされている。⁴いくつかの教育的介入が医者や看護師の看取り時の態度を改善したとする報告はあるが、多くは救急医療での研究であり、緩和医療における望ましい死亡確認の仕方についての研究は

ほとんどない。⁵我が国の先行研究として在宅死での望ましい死亡確認の仕方についての報告はあるが、⁶緩和ケア病棟での実態についての詳細は明らかとされていない。本研究の目的は、緩和ケア病棟での望ましい死亡確認の仕方について明らかとすることである。

調査項目

【主要評価項目】

医師の死亡確認の仕方についての全体満足度（6 段階の Likert scale で評価）

【副次評価項目】

- a. 医師の死亡確認の仕方について改善すべきところがあるかについて（6段階の Likert scale で評価）
- b. 医師の死亡確認時の態度についての評価（「医師の態度」「死亡確認の仕方」「家族への配慮」についてそれぞれ複数の質問について「はい」または「いいえ」で評価）。
- c. 主治医以外の医師が死亡確認を行った場合の死亡確認の仕方、医師の態度について

統計解析

死亡した患者および遺族の背景要因は記述統計を用いて解析された。死亡確認を行った医師の態度や仕方がどのようなであったかについての項目は、遺族を“死亡確認の仕方に満足していた遺族群”と“不満を持った遺族群”に別けて頻度を比較した。これと同様に、死亡確認の態度や仕方がどのようなであったかの各項目は“改善を求める遺族群”と、“改善をもとめない遺族群”の間で頻度が比較された。解析はカイ二乗検定を使用しいずれかのセルの期待値が5未満であった場合はフィッシャー検定を使用した。欠損データに対してはペアワイズ法を適応した。遺族の満足度や、改善の要求に関連する項目を特定するためロジスティック回帰分析を行い、関連因子のオッズ比(OR)およびその95%信頼区間(95%CI)を計算した。この研究におけるデータのすべての統計解析はSPSS 19.0を用いて行われた。

結果

合計 861 人の遺族に本研究のアンケートが送られ、618 人の遺族が回答した。最終的に、そのうち調査参加を拒否した遺族(82 人)、死亡確認時に立ち会わなかった遺族(47 人)およびその他の理由(9 人)を除いた 480 人の回答が統計解析の対象となった。死亡した患者および遺族の背景要因を表 1 に示す。死亡した患者の平均年齢は 75.3 歳(SD11)であった。がん

の原発部位は消化管(25.8%)および肺(22.1%)の順で多かった。遺族の平均年齢は 62.1 歳(SD12.2)であった。患者との関係については配偶者が 44.8%、子供が 38.3%であった。

1) 医師の死亡確認の仕方についての全体満足度および改善への要求

医師の死亡確認の仕方については、86%の遺族が全般的に満足しており、78.4%の遺族は死亡確認の仕方に改善する必要があると感じていた(図表なし)。

2) 医師の死亡確認の態度について

表 2 は死亡確認を行った医師の態度についてであるが、高い全体満足度を反映して、大半の医師は死亡確認時に適切かつ丁寧に行動していたことを示す結果であった。

3) 医師の死亡確認の態度と遺族の満足度および改善要求との関係

表 3 は死亡確認を行った医師の態度と、遺族の満足度および改善要求との関連を表す。医師の死亡確認の態度や仕方、家族への配慮における多くの項目は遺族の満足度と改善要求の双方に関連していた。表 4 は、医師の死亡確認の仕方に対して遺族が不満を抱くことを予測する因子を示している。ロジスティック回帰分析により以下の 3 つの因子が得られた：「医師の動作や言葉遣いは丁寧であった(OR : 0.12; 95%CI : 0.03-0.46)」、「医師の態度は事務的で機械的であった(OR : 11.6; 95%CI : 4.7-28.4)」、「医師は家族にあいさつをした(OR : 0.3; 95%CI : 0.1-0.8)」。

表 5 は、死亡確認の仕方に対し遺族が改善を求めることへの予測因子を示している。ロジスティック回帰分析により以下の 3 つの要因が同定された：「医師の動作や言葉遣いは丁寧であった(OR : 0.12; 95%CI : 0.03-0.47)」、「診察の後、経過、死亡の原因を分かりやすくご家族へ説明した(OR : 0.11; 95%CI : 0.01-0.86)」、「家族が聞きたいことが医師に質問できた(OR : 0.16; 95 %CI : 0.03-0.76)」。

4) よく知らない医師が死亡確認することについて

患者 480 人の死亡確認の中で、患者の主治医ではないよく知らない医師が死亡確認したのは 178 人であった。ほとんどの遺族は主治医ではないよく知らない医師の死亡確認の態度に満足していた(表 6)。多くの遺族は、よく知らない医師の死亡確認の仕方よりも主治医との関係がより重要であると認識していた。一方で、大部分の遺族はよく知らない医師からの自己紹介や、経過の簡単な説明を希望していたにも関わらず、実際には約半分の医師が自己紹介せず約 3 分の 1 が患者の状況についてあまり把握していない様子であった。

考察

大多数の遺族は、緩和ケア病棟での医師の死亡確認の仕方に満足していた。37%(178/480 人)の遺族は、主治医でない知らない医師による死亡確認を経験したが、それについても概ね満足していた。この結果は、わが国の臨床医が高い死亡確認の技術を有していることを示しているかもしれない。特に死亡確認の態度における丁寧さは、遺族の満足感と改善要求の双方に関連しており重要な要素であると考えられる。伝統的に、我々の社会は協調性が重んじられ、しばしば礼儀や作法といったある一定の「型」が求められる。また儒教的思想から先祖を敬うという姿勢も比較的我々の生活になじみ深いものである。これらの文化的背景が、死亡確認の仕方において丁寧さが重視され、かつその要素を多くの医師が身に着けているという結果を裏付ける理由の一つになっているかもしれない。

丁寧さ以外の要因として、死亡確認の仕方において医師の態度が事務的であったり、家族に挨拶をしなかったりすると遺族の満足度が有意に低下する結果であった。死亡確認する際にも患者、家族への敬意を示し、見守る家族にも一言声をかけるだけで、遺族の印象や記憶は大きく変わる可能性があるため、これらについても心掛けることが望ましいであろう。

経過の説明の有無や質問ができたかどうかは、死亡確認の仕方について遺族が改善の必要性を感じるかどうかに関連する要因として抽出された。近年の

臨床では、主治医は死亡前に今後起こりうることを家族に伝えておくことが通常である。しかし患者の家族が病気の経過を理解し受け止めるのは多くの場合時間がかかり、一度の説明のみで理解することは極めて困難であろう。死亡確認を行う医師は、家族の気持ちにも配慮を示し悲嘆のプロセスを歩みつつある家族に対しできる限り簡単な言葉で経過の説明を行い、必要に応じて家族からの質問に答える時間を作ることが望ましいであろう。医師はこのような具体的な態度、方法を身に着け実践していくことが求められるであろう。

主治医ではない医師によって死亡確認されたとしても多くの遺族は満足していた。一方で、よく知らない医師の 38%は死亡確認の時に自己紹介がなく、30%の主治医ではない医師は病状の経過の理解ができていない様子であった。主治医ではない医師が死亡確認を行う場合、家族と初めて会う時には簡単に自己紹介を行い、経過について少し説明することが遺族の満足度の改善に寄与するかもしれない。

文献

【引用文献】

1. Stewart AE. Complicated bereavement and posttraumatic stress disorder following fatal car crashes: recommendations for death notification practice. *Death Stud.* 1999; 23: 289-321.
2. Adamowski K, Dickinson G, Weitzman B, et al. Sudden unexpected death in the emergency department: caring for the survivors. *CMAJ.* 1993; 149: 1445-1451.
3. Wisten A, Zingmark K. Supportive needs of parents confronted with sudden cardiac death--a qualitative study. *Resuscitation.* 2007; 74: 68-74.
4. Marchand L, Kushner K. Death pronouncements: using the teachable moment in end-of-life care residency training. *J Palliat*

Med. 2004; 7: 80-84.

5. Hobgood C, Harward D, Newton K, et al. The educational intervention "GRIEV_ING" improves the death notification skills of residents. Acad Emerg Med. 2005; 12: 296-301.
6. Shirado N, Hirano K, Ikenaga K et al. Death pronouncements: Recommendation from a survey of bereaved family members. J Palliat Med (in press)

表 1 患者・遺族の社会的背景要因 (N=480)						
遺族						
年齢, 平均(SD)						
	62.1	(	12.2	)	幅	24 - 93
死別後の期間, 平均(SD)						
	285.7	(	133	)	幅	86 - 976
性別, n (%)						
欠損値	10	(	2.1	)		
男性	154	(	32.1	)		
女性	316	(	65.8	)		
患者との関係, n (%)						
欠損値	8	(	1.7	)		
配偶者	215	(	44.8	)		
子供	184	(	38.3	)		
甥、姪	21	(	4.4	)		
親	11	(	2.3	)		
いとこ	27	(	5.6	)		
その他	14	(	2.9	)		
教育歴, n(%)						
欠損値	22	(	4.6	)		
小学校～中学校卒業	37	(	7.7	)		
高等学校卒業	221	(	46	)		
短期大学卒業	94	(	19.6	)		
4年生大学卒業	97	(	20.2	)		
大学院卒業	7	(	1.5	)		
その他	2	(	0.4	)		
宗教, n(%)						
欠損値	19	(	4	)		
なし	140	(	29.2	)		
仏教	281	(	58.5	)		
キリスト教	16	(	3.3	)		
神道	12	(	2.5	)		
その他	12	(	2.5	)		
(続く)						

死亡した患者						
年齢, 平均(SD)						
	75.27	11.4		幅	30 - 97	
性別, n(%)						
男性	270	56.3				
女性	209	43.5				
欠損値	1	0.21				
がん種, n(%)						
肺	106	22.1				
胃	49	10.2				
結腸	40	8.33				
直腸	16	3.33				
食道	19	3.96				
肝	22	4.58				
胆のう・胆管	26	5.42				
膵	50	10.4				
乳腺	20	4.17				
前立腺	20	4.17				
腎	8	1.67				
膀胱	8	1.67				
頭頸部	19	3.96				
子宮	12	2.5				
卵巣	10	2.08				
白血病	2	0.42				
悪性リンパ腫	11	2.29				
骨髄腫	4	0.83				
軟部組織	6	1.25				
脳腫瘍	7	1.46				
原発不明（遺族が病名を知っている）	4	0.83				
原発不明（遺族が病名を知らない）	1	0.21				
その他	19	3.96				
欠損値	1	0.21				
婚姻状況, n(%)						
欠損値	14	2.9				
既婚	296	61.7				
未婚	24	5				

死別	127	26.5			
離婚	19	4			
同居している人, n(%)					
欠損値	11	2.3			
いた	340	70.8			
いない	129	26.9			
都市部／田舎, n(%)					
欠損値	41	8.5			
30 万以上	194	40.4			
30 万未満	245	51			
最期 1 か月の医療費, n(%)					
欠損値	29	6			
10 万円未満	105	21.9			
10 万円～20 万円	145	30.2			
20 万円～40 万円	134	27.9			
40 万円～60 万円	50	10.4			
60 万円以上	17	3.5			
年収					
欠損値	30	6.3			
100 万円未満	54	11.3			
100 万円～200 万円	98	20.4			
200 万円～400 万円	171	35.6			
400 万円～600 万円	61	12.7			
600 万円～800 万円	34	7.1			
800 万円以上	32	6.7			

表 2 医師の死亡確認の仕方 (N=480)								
		そう思う			そう思わない		未回答	
医師の態度								
	医師は落ち着いた雰囲気だった	440	91.7 %		17	3.5%	23	4.8%
	医師はその場に似つかわしくなかった	35	7.3%		401	83.5%	44	9.2%
	医師の動作や言葉遣いは丁寧であった	433	90.2 %		17	3.5%	30	6.3%
	医師の態度は事務的で機械的であった	122	25.4 %		316	65.8%	42	8.8%
	医師の動作は流れ作業のようであった	126	26.3 %		313	65.2%	41	8.5%
意思の確認の仕方								
	医師は家族にあいさつをした	414	86.3 %		34	7.10%	32	6.7%
	聴診器をあてて診察をした	337	70.2 %		80	16.7%	63	13.1%
	ペンライトで瞳孔を確認した	430	89.6 %		15	3.1%	35	7.3%
	死亡時刻をはっきりといわなかった	29	6.0%		422	87.9%	29	6.0%
	診察のあと、患者さまの衣服がはだけたり、乱れたままだった	16	3.3%		431	89.8%	33	6.9%
	診察のあと、経過、死亡の原因をわかりやすくご家族へ説明した	238	49.6 %		190	39.6%	52	10.8%
	死亡診断書の字は丁寧だった	365	76.0		66	13.8%	49	10.2%

			%						
家族への配慮									
	同席している家族が誰かを確認してから診察をした	298	62.1 %		140	29.2%		42	8.8%
	居合わせたい家族が全員そろっていることを確認した	286	59.6 %		147	30.6%		47	9.8%
	医師は家族の様子が落ち着いていることを待ってから診察をはじめた	305	63.5 %		111	23.1%		64	13.3%
	医師からご家族へ「よくみられましたね」などの看病をねぎらう声掛けがあった	210	43.8 %		220	45.8%		50	10.4%
	医師は家族の肩や背中に手をかけた	35	7.3%		390	81.3%		55	11.5%
	死亡確認後に患者さまに合掌した	273	56.9 %		121	25.2%		86	17.9%
	家族が聞きたいことが医師に質問できた	239	49.8 %		170	35.4%		71	14.8%

表 3 死亡確認の仕方と遺族の満足度および改善の要求との関係

		満足した 遺族 n=413		不満のある 遺族 n=59		p 値		改善を望まない 遺族 n=435		改善を望む 遺族 n=25		p 値		
医師の態度 n(はい), (%)														
	医師は落ち着いた雰囲気だった	383	96.7 %	51	92.7%	0.14	a	405	97.1%	19	82.6%	0.01	*,a	
	医師はその場に似つかわしくなかった	22	5.8%	13	23.6%	0.00	*	29	7.2%	6	27.3%	0.00	*	

医師の動作や言葉遣いは丁寧であった	383	97.7 %	44	84.6%	0.00	*		404	97.3%	17	77.3%	0.00	*,a	
医師の態度は事務的で機械的であった	79	20.8 %	41	74.5%	0.00	*		101	25.0%	17	73.9%	0.00	*	
医師の動作は流れ作業のようであった	89	23.4 %	35	63.6%	0.00	*		106	26.2%	17	73.9%	0.00	*	
意思の確認の仕方 n(はい), (%)														
医師は家族にあいさつをした	374	96.1 %	36	66.7%	0.00	*		388	94.6%	14	60.9%	0.00	*	
聴診器をあてて診察をした	304	83.5 %	31	62.0%	0.00	*		317	82.1%	11	52.4%	0.00	*	
ペンライトで瞳孔を確認した	378	97.2 %	48	92.3%	0.09	a		397	97.1%	20	90.9%	0.16		
死亡時刻をはっきりといわなかった	23	5.9%	5	9.4%	0.36	a		24	5.8%	3	13.6%	0.15	A	
診察のあと、患者さまの衣服がはだけたり、乱れたままだった	13	3.3%	3	5.7%	0.42	a		15	3.6%	1	4.8%	0.55	A	
診察のあと、経過、死亡の原因をわかりやすくご家族へ説明した	224	60.5 %	12	22.2%	0.00	*		228	58.0%	2	8.7%	0.00	*,a	
死亡診断書の字は丁寧だった	331	88.5 %	29	55.8%	0.00	*		342	86.4%	12	52.2%	0.00	*	
家族への配慮 n(はい), (%)														
同席している家族が誰かを確認してから診察をした	275	72.4 %	21	38.9%	0.00	*		279	69.2%	10	47.6%	0.04	*	
居合わせたい家族が全員そろっている	265	71.2	15	27.8%	0.00	*		270	67.8%	6	27.3%	0.00	*	

	ことを確認した		%														
	医師は家族の様子が落ち着いていることを待ってから診察をはじめた	283	78.2%	20	39.2%	0.00	*		291	76.0%	8	36.4%	0.00	*			
	医師からご家族へ「よくみられましたね」などの看病をねぎらう声掛けがあった	201	54.0%	8	14.8%	0.00	*		203	51.5%	2	9.1%	0.00	*,a			
	医師は家族の肩や背中に手をかけた	34	9.3%	1	1.8%	0.06	a		33	8.5%	0	0.0%	0.24	a			
	死亡確認後に患者さまに合掌した	250	72.0%	20	46.5%	0.00	*		255	70.6%	8	38.1%	0.00	*			
	家族が聞きたいことが医師に質問できた	223	63.4%	15	28.3%	0.00	*		230	61.5%	2	8.7%	0.00	*,a			
*p 値<0.01 a : Fisher 検定																	

表 4. 死亡確認の仕方に対する遺族の不満を予測する因子						
変数	オッズ比	95% 信頼区間			p 値	
医師の動作や言葉遣いは丁寧であった	0.12	0.03	-	0.46	0.00	
医師の態度は事務的で機械的であった	11.6	4.7	-	28.4	0.00	
医師は家族にあいさつをした	0.3	0.1	-	0.8	0.02	

表 5. 死亡確認の仕方に対し遺族が改善を希望することを予測する因子						
変数	オッズ比	95% 信頼区間			p 値	
医師の動作や言葉遣いは丁寧であった	0.12	0.03	-	0.47	0.00	
診察のあと、経過、死亡の原因をわかりやすくご家族へ説明した	0.11	0.01	-	0.86	0.04	
家族が聞きたいことが医師に質問できた	0.16	0.03	-	0.76	0.02	

表 6 よく知らない医師による死亡確認の仕方および家族の感想 (N=178)

			そう思う		そう思わない		未回答	
医師の態度								
	医師は、家族に自己紹介をした		92	51.7%	68	38.2%	18	10.1%
	医師は、今日は代わりであるが、状況はおおむね聞いているといった		58	32.6%	106	59.6%	14	7.9%
	医師は、病状の経過や経緯がだいたい分かっている様子だった		110	61.8%	54	30.3%	14	7.9%
	医師が、「患者のことはよくわからない」といった		7	3.9%	152	85.4%	19	10.7%
	医師は、いろいろ説明してくれたが、的外れだった		4	2.2%	153	86.0%	21	11.8%
感想								
	代わりの先生もよくしてくれ、気にならなかった		116	65.2%	53	29.8%	9	5.1%
	できれば主治医にみてほしかったが仕方ないと思う		147	82.5%	24	13.6%	7	3.9%
	代わりの先生にもっと申し送りをしてほしかった		63	35.4%	103	57.9%	12	6.7%
	代わりの先生のことをあらかじめ言ってほしかった		80	45.0%	86	48.3%	12	6.7%
	それまでの経過が大事なので、気にならなかった		134	75.3%	38	21.4%	6	3.4%

遺族の社会的孤立に関する研究

前田 一石*

サマリー

死別は社会的孤立を招き得るライフイベントであるにも関わらず、がん死別後の遺族における社会的孤立について調査した研究はない。本附帯研究は、がん死別後の遺族における社会的孤立の有病率を明らかにすることを主目的、社会的孤立のリスク因子、抑うつ・悲嘆との関連を探索的に検討することを副次的目的として実施された。アンケート送付数 847 名のうち、回答拒否、主要データに欠損を有するものを除いた 438 人を解析対象とした（有効回答率 52%）。Lubben social network scale 短縮版 12 点未満で定義される社会的孤立に該当するのは、116 人（26.5%）であった。社会的孤立を有する遺族のうち、28.9%が抑うつ、複雑性悲嘆のいずれか、24.6%がその両方と併存していたが、46.5%は社会的孤立が単独で存在していた。単変量解析では、年齢、性別、大学卒業、仏教を信仰していることが社会的孤立と有意な関連を示していた。多変量調整後のオッズ比は、高齢であるほど低い（10 歳増す毎に OR 0.64 倍）、男性が女性に比べ高い（4.52 倍）、仏教を信仰していると無宗教に比べ低い（0.45 倍）結果であった。患者会、家族会、遺族会に参加したことがあるものは 8.6%に留まり、社会的孤立のある遺族ではより低い傾向があった。がん患者の遺族における社会的孤立の有病率は高く、患者の死亡によりソーシャル・ネットワークから切り離され社会的孤立に陥っているものもいることが推察された。社会的孤立のハイリスク群を認識し、家族会・遺族会などの情報提供を行うなど具体的な対策につなげることが重要である。

目的

死別は多くの苦痛を伴うプロセスであり、死別後の遺族ではうつ病を含む精神疾患が増加することが知られている。^{1,2} 社会的孤立（social isolation）は、ソーシャル・サポート、ソーシャル・ネットワーク（社会における人と人の結びつきや、その結びつきを通して得られる他者からの援助や有益な情報）が欠如した状態と定義される。³ 社会的孤立は死亡率の上昇、身体・認知機能の低下、QOL 低下、および喫煙・飲酒・不働など不適切な健康行動と関連し、地域の一般高齢者における社会的孤立の有病率は

11-43%と報告されている。³⁻⁷ 死別は社会的孤立を招き得るライフイベントであるにも関わらず、がん死別後の遺族における社会的孤立について調査した研究はない。

この研究は、がん死別後の遺族における社会的孤立の有病率を明らかにすることを主目的、社会的孤立のリスク因子、抑うつ・悲嘆との関連を探索的に検討することを副次的目的とする。

調査項目

社会的孤立は Lubben social network scale 短縮版（LSNS-6）を用いて評価した。^{3,5} スコアの合計点

は 0-30 点の範囲を取り、合計点が 12 点未満で社会的孤立を示すとされている。ソーシャル・サポート Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) を用いて評価した。^{8,9} 点数が高い程ソーシャル・サポートが高いことを示している。Patient Health Questionnaire (PHQ-9) で評価した抑うつ¹⁰、Brief Greif Questionnaire で評価した複雑性悲嘆¹¹と、社会的孤立との関連についても検討した。

結果

アンケート送付数 847 名のうち 605 名から回答があった（回収率 71%）。回答拒否の 95 名を除いた後、主要データに欠損のない 438 人を本研究の解析対象とした（有効回答率 52%）。

1) 社会的孤立の有病率

LSNS 12 点未満で定義される社会的孤立に該当するのは、116 人（26.5%）であった。年齢別には、遺族の年齢が 59 歳以下で 32.2%、60-69 歳で 31.7%、70 歳以上で 12.5%であった。

2) 遺族の背景因子

全集団の平均年齢 62 歳、女性が 73%であった。患者との関係は、配偶者 41.9%、患者の子ども 38.7%、その他 19.4%であった。患者の死亡 7 日間の付き添い日数は、7 日が 68.6%、4~6 日が 14.2%、1~3 日が 12.2%、0 日が 5.0%であった。社会的孤立の有無により群間に差があった項目は、年齢、性別、教育歴、宗教であった（表 1）。死別前からのソーシャル・ネットワークの変化は、増えた 44 人（10.1%）、変わらない 331 人（75.7%）、減った 62 人（14.2%）であった。患者会、家族会、遺族会などに、参加したことがある 36 人（8.6%）、知っているが参加なし 197 人（46.9%）、知らなかった 187 人（44.5%）であった。この割合は、社会的孤立がある群では知らなかった 48.6%（vs. 社会的孤立なしの群 43.0%）であった。

3) 社会的孤立、抑うつ、複雑性悲嘆の併存状態 242 人（55.8%）の遺族がいずれかの病態に該当し、各病態の有病率は社会的孤立 114 人（26.3%）、抑うつ 87 人（20.0%）、複雑性悲嘆 163 人（37.6%）で

あった。社会的孤立を有する 114 人のうち、33 人（28.9%）が抑うつ、複雑性悲嘆のいずれか、28 人（24.6%）がその両方と併存していたが、53 人（46.5%）は社会的孤立が単独で存在していた（図 2）。

4) 社会的孤立の関連因子

単変量解析では、年齢、性別、大学卒業、仏教を信仰していることが有意な関連を示していた。多変量解析では、年齢、性別、仏教を信仰していることが有意な関連を示していた。社会的孤立が存在するオッズ比は、高齢であるほど低い（10 歳増す毎に OR 0.64 倍）、男性が女性に比べ高い（4.52 倍）、仏教を信仰していると無宗教に比べ低い（0.45 倍）結果であった（表 2）。

5) 社会的孤立の有無とソーシャル・サポートの関係

MSPSS すべての項目で両群に有意な差が認められ、どの項目も効果量は very large (Cohen's $d > 0.8$)であった。最も効果量が大きかったものから順に、私の友人たちは本当に私を助けてくれる（ES 1.43）、私には喜びと悲しみを分かちあえる友人がいる（ES 1.42）、私は自分の問題について友人たちと話すことができる（ES 1.39）であった（表 3）。

考察

本調査に協力したホスピスで家族を亡くしたがん患者の遺族における社会的孤立の有病率は 26.5%であった。社会的孤立は、抑うつや複雑性悲嘆と併存する例がやや多いが、46.5%の症例では単独で存在していた。多変量解析において複雑性悲嘆と関連する因子として、遺族が若いこと、男性であることがリスクの増大に関連し、仏教を信仰していることがリスクの減少に関連していた。社会的孤立を認める遺族ではすべての領域でソーシャル・サポートが不足している結果であった。

社会的孤立のリスク因子として遺族が若年であること、遺族が男性であることが明らかとなった。先行研究でも男性は社会的孤立のリスクが高いとされており、本研究の結果もそれと一致したものであっ

た。^{12,13} 一方、若年が社会的孤立のリスクであるという結果は新しい知見であった。先行研究では、社会的孤立の有病率は 11-43%とされている。しかしこの結果はほとんどが 65 歳以上の地域在住の高齢者を対象とした研究であり、本研究の若年者も含む遺族集団とは比較可能ではない。¹² 今後の支援につなげる意味でも、がん患者の遺族においては若年・男性がハイリスクであることはよく認識されるべきことと考えられた。

本研究では宗教的コミュニティが社会的孤立に対し保護的に働くことが明らかとなった。一方、社会的孤立を有する者では、死別後にソーシャル・ネットワークが縮小していることや、家族会・遺族会等にアクセスできていない現状も明らかになった。社会との関わり social engagement を増やす目的で、家族会・遺族会等のピアサポートを活用することは積極的に考慮されても良いかも知れない。

本研究では社会的孤立をテーマとして選択したが、客観的な状態である孤立 isolation と主観的な体験である孤独感 loneliness については区別して理解しておく必要がある。本研究において、社会的孤立を呈する症例の 53.5%がうつ・悲嘆を有する症例とオーバーラップしていたが、46.5%は社会的孤立が単独で存在していた。このことから社会的孤立が全て病的なものではないことを認識するべきと考えられた。

本研究の限界として、婚姻状況、死別前のソーシャル・ネットワークなど未測定の影響因子の影響、横断研究であり観察されたソーシャル・ネットワークの状態が持続的なものか明らかではない、本調査の有効回答率は 52%で対象が国内のホスピスで死亡したがん患者の遺族に限られていることなどがあり、結果の解釈、一般化には注意が必要である。

がん患者の遺族における社会的孤立の有病率は高く、患者の死亡によりソーシャル・ネットワークから切り離され社会的孤立に陥っているものもいることが推察される。若年、男性、宗教的コミュニティとの関係がないなどがリスクとなり得るため、患者の死亡前からハイリスク群を認識し、家族会・遺族会などの情報提供を行うなど具体的な対策につなげ

ることが重要である。

文献

1. Cherny NI, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow D. Oxford textbook of palliative medicine. Fifth edition. ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
2. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet* 2007;370:1960-73.
3. Lubben J, Blozik E, Gillmann G, et al. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist* 2006;46:503-13.
4. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science* 2015;10:227-37.
5. Kurimoto A, Awata S, Ohkubo T, et al. [Reliability and validity of the Japanese version of the abbreviated Lubben Social Network Scale]. *Nihon Ronen Igakkai zasshi Japanese journal of geriatrics* 2011;48:149-57.
6. Shimada K, Yamazaki S, Nakano K, Ngoma AM, Takahashi R, Yasumura S. Prevalence of Social Isolation in Community-Dwelling Elderly by Differences in Household Composition and Related Factors: From a Social Network Perspective in Urban Japan. *Journal of aging and health* 2014;26:807-23.
7. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping

- review. Health & social care in the community 2015.
8. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment 1988;52:30-41.
 9. 岩佐 一, 権藤 恭, 増井 幸, et al. 日本語版「ソーシャル・サポート尺度」の信頼性ならびに妥当性 中高年者を対象とした検討. 厚生指標 2007;54:26-33.
 10. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of general internal medicine 2001;16:606-13.
 11. Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, et al. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. PloS one 2012;7:e31209.
 12. Nicholson NR. A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. The journal of primary prevention 2012;33:137-52.
 13. Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people 2: the implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners 2007;57:277-82.

[付帯研究担当者]

なし

表 1 : 遺族背景

	全体	社会的孤立なし	社会的孤立あり	P (#1)
年齢	62.0±12.1	63.2±12.0	58.6±11.7	<0.001
性別				<0.001
男性	118 (27.0%)	65 (20.2%)	53 (45.7%)	
女性	319 (73.0%)	256 (79.8%)	63 (54.3%)	
患者との関係				0.37
配偶者	182 (41.9%)	142 (44.5%)	40 (34.8%)	
患者の子ども	168 (38.7%)	112 (35.1%)	56 (48.7%)	
その他	84 (19.4)	65 (20.4%)	19 (16.5%)	
教育歴				0.003
高校以下	247 (57.4%)	190 (60.1%)	57 (50.0%)	
短大/専門学校	101 (23.5%)	78 (24.7%)	23 (20.2%)	
大学以上	82 (19.1%)	48 (15.2%)	34 (29.8%)	
宗教				0.001
なし	135 (32.4%)	83 (27.2%)	52 (46.4%)	
仏教	248 (59.5%)	198 (64.9%)	50 (44.6%)	
その他	34 (8.2%)	24 (7.9%)	10 (8.9%)	
世帯収入（患者本人）				0.95
200 万円未満	145 (34.5%)	107 (34.5%)	38 (34.5%)	
200-399 万円	183 (43.6%)	134 (43.2%)	49 (44.5%)	
400 万円以上	92 (21.9%)	69 (22.3%)	23 (20.9%)	
抑うつ	87 (20.0%)	53 (16.6%)	34 (29.8%)	0.002
複雑性悲嘆	164 (37.4%)	109 (33.9%)	55 (47.4%)	0.01

#1 unpaired t-test

表 2 : 社会的孤立の関連因子

	オッズ比 (単変量)	P	オッズ比 (多変量)	P
年齢 (10 歳ごと)	0.74 (0.61-0.89)	0.002	0.64 (0.49-0.85)	0.002
男性 (#1)	3.74 (2.31-6.08)	<0.001	4.52 (2.54-8.07)	<0.001
配偶者 (#2)	1.46 (0.77-2.74)	0.24	0.89 (0.44-1.80)	0.74
患者の子ども (#2)	0.86 (0.45-1.64)	0.65	1.37 (0.64-2.97)	0.42
短大/専門学校 (#3)	0.83 (0.46-1.50)	0.54	0.67 (0.34-1.33)	0.25
大学以上 (#3)	2.36 (1.37-4.04)	0.002	1.09 (0.56-2.12)	0.80
仏教 (#4)	0.40 (0.25-0.65)	<0.001	0.45 (0.26-0.77)	0.004
その他 (#4)	0.68 (0.30-1.53)	0.35	0.97 (0.40-2.37)	0.94
200-399 万円 (#5)	1.03 (0.63-1.69)	0.91	1.43 (0.81-2.55)	0.22
400 万円以上 (#5)	0.94 (0.52-1.71)	0.84	0.65 (0.32-1.32)	0.23

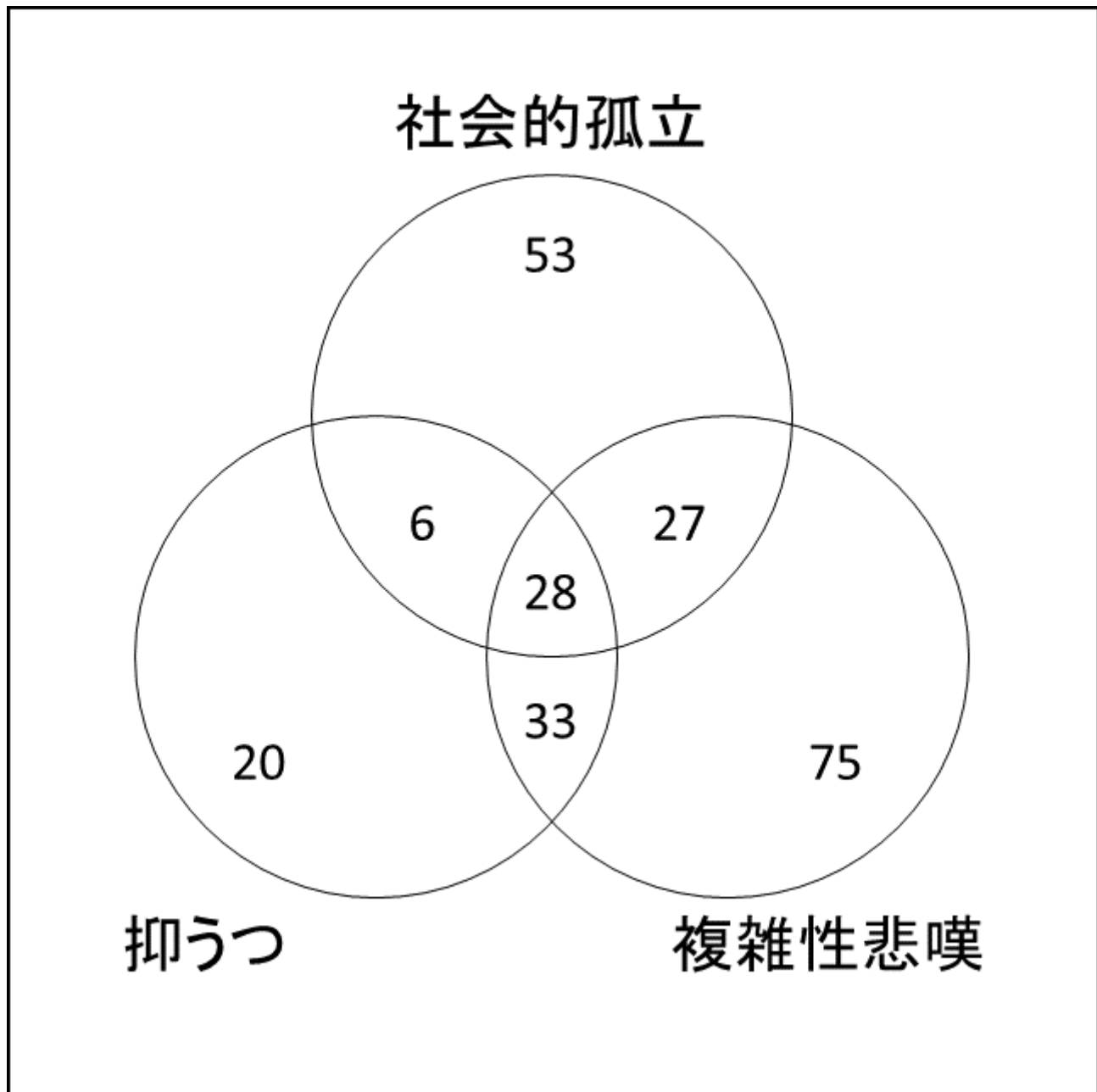
#1 : 対照群は「女性」、#2 : 対照群は「その他」、#3 : 対照群は「高校以下」、#4 : 対照群は「なし」、#5 : 対照群は「200 万円未満」

表 3：社会的孤立の有無によるソーシャル・サポートの違い

	社会的孤立 なし	社会的孤立 あり	ES (#1)	p
私には困ったときにそばにいてくれる人がいる	6.22±0.94	5.03±1.76	0.98	<0.001
私は喜びと悲しみを分かちあえる人がいる	6.16±1.01	5.03±1.68	0.93	<0.001
私の家族は本当に私を助けてくれる	6.25±0.95	5.40±1.59	0.74	<0.001
家族は私の心の支えとなるよう手を差し伸べてくれる	6.24±0.93	5.30±1.62	0.81	<0.001
私には真の慰めの源となるような人がいる	6.06±1.11	4.64±2.01	1.01	<0.001
私の友人たちは本当に私を助けてくれる	5.70±1.11	3.91±1.57	1.43	<0.001
うまくいかない時に私は友人たちをあてにすることができる	5.06±1.44	3.34±1.68	1.15	<0.001
私は家族と自分の問題について話し合うことができる	6.02±1.09	4.78±1.78	0.95	<0.001
私には喜びと悲しみを分かちあえる友人がいる	5.59±1.16	3.70±1.72	1.42	<0.001
私には私の気持ちについて何かと気づかってくれる人がいる	5.91±1.02	4.60±1.69	1.06	<0.001
私の家族は私が何か決めるときに喜んで助けてくれる	6.04±0.99	4.84±1.68	0.99	<0.001
私は自分の問題について友人たちと話すことができる	5.59±1.20	3.72±1.68	1.39	<0.001

#1：effect size, Cohen's d

図 1 : 社会的孤立、抑うつ、複雑性悲嘆の関連



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

鈴木梢*

サマリー

本調査は心身療法も含めた補完代替医療について、使用実態や家族への影響を知り、がん患者とのコミュニケーションに生かすことを目的として行った。がん患者の使用する補完代替医療は、サプリメントの他にも運動やマッサージなど内容が多岐に渡っており、がんの進行抑制ではなく精神的な希望を持続けるために使用している傾向があった。多くのがん患者はがん治療や経済面を含めた日常生活に影響のない範囲で補完代替医療を用いているが、一部ではがん治療や生活への影響も懸念され、医療スタッフから補完代替医療について話題にする姿勢が重要であると考えられた。補完代替医療の使用は遺族の抑うつや悲嘆の独立した関連要因とはいえないものの、単変量解析の結果からは補完代替医療を用いている患者で遺族の抑うつや悲嘆を発症する割合が高いことも示唆され、補完代替医療を用いている患者家族の心理面・精神面にも十分注意を向ける必要がある。

本調査は、広い概念での補完代替医療について、緩和ケア病棟を退院した患者の遺族を対象とした調査であるため、今後、補完代替医療の内容別、緩和ケア病棟以外の病院や自宅で死亡した患者についても調査が進めていくことが求められる。

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】。補完代替医療の使用にあたっては、治療医とのコミュニケーション不足や患者の補完代替医療の知識が不足していることなどが問題となっており、がん診療の中で補完代替医療についての会話をもち、適切な情報を提供することが重要であるとされている【3-5】。そのためには、がん診療に関

わる医療者が患者の使用している補完代替医療について知っていることが大切である。

欧米諸国においてがん患者の補完代替医療の使用頻度が上昇していることが報告されており【6】、若年、女性、高学歴の患者で利用率が高いことがわかっている【7-8】。補完代替医療の内容としてはサプリメントや栄養補助食品の他に、呼吸法、ヨガ、太極拳、瞑想などの心身療法も上位を占めている【9】。本邦では 2005 年の兵頭らによる患者調査で、がん患者の 44.6%が補完代替医療を使用し、その 96.2%がサプリメントや栄養補助食品の使用であった【10】。

近年、がん患者の補完代替医療の使用頻度は変化していると考えられるが、それ以降調査は行われておらず、補完代替医療に含まれる食事療法や運動療法、心身療法の使用実態や、抗がん治療との併用の有無、補完代替医療に関連した体験については明らかとなっていない。今回の調査は、がん患者における補完代替医療の使用実態、家族の体験を明らかにすること、さらに、補完代替医療の使用が遺族の抑うつや悲嘆に及ぼす影響を探索することを目的とした。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日本における心身療法を含めた広い概念での補完代替医療の使用実態やがん患者の体験について理解し、がん患者とのコミュニケーションに生かすことで、がん患者の安全で適切な補完代替医療の使用につながることを期待される。

結果

794名の遺族に質問票を発送し、576名(73%)が返答した。そのうち、回答を拒否した79名と、補完代替医療の項目について全て無回答であった46名を除いた451名を調査の対象とした。患者背景を表1に示す。

1) 補完代替医療の使用実態

調査対象者の451名中、がん診断から死亡までの間に何らかの補完代替医療を使用したのは237名(53%)であった。補完代替医療の内容として、サプリメントが128名(54%)と最も多く、運動88名(37%)、マッサージや骨格改善82名(35%)、温泉療法・温熱療法69名(29%)が続く、その他、瞑想などのマインドフルネスや芸術セラピー、食事療法、免疫療法・ビタミン療法、鍼灸があげられた(図1)。補完代替医療の使用時期として、抗がん治療中のみ、抗がん治療をしていない時のみはそれぞれ68名(21%)、42名(13%)であったが、抗がん治療の有無に関わらず使用は127名(66%)と半数以上を占めた。補完代替医療の内容毎の使用時期を図1に示す。補完代替医療の使用数では、1種類のみが91名(38%)、2種類が61名(26%)と1~2種類が大部分を占める一方で、5種類以上使用は28名

(12%)であった(図2)。

補完代替医療への総費用は146名中、10万円未満が83名(57%)と大半であったが、300万円以上も7名(5%)みられた(図3)。

補完代替医療の目的について回答を得られた144名の結果から、病気の治癒ではなく、進行の抑制や苦痛症状の緩和、免疫力の向上、精神的な希望になることを目的として補完代替医療を使用する傾向があった(図4)。

補完代替医療に関する体験についてすべての項目に回答を得られた113名の結果を図5に示す。補完代替医療による身体的な効果を62名(55%)、精神的な効果を72名(64%)が得ていた一方、身体的な副作用は19名(18%)にみられた。経済的な負担を34名(30%)が感じ、補完代替医療のために借金をした例もわずかであるがみられた。12名(11%)は補完代替医療のためにがん治療中断歴があった。情報入手方法としては、インターネットが44名(40%)、本や雑誌が52名(47%)であったが、家族や友人から72名(64%)と家族や友人から補完代替医療についての情報を多く得ている傾向があった。補完代替医療は患者および家族の両方の希望で使用されており、治療医からの勧めで使用したのは32名(28%)にとどまった。12名(11%)で補完代替医療に関して家族間で争いが生じていた。補完代替医療について治療医から質問をうけたのは24名(21%)であった。

補完代替医療に関する治療医の態度についての結果を図6に示す。半数以上が補完代替医療について治療医に相談することなく使用していた。治療医から補完代替医療使用への反対や、危険性を助言されたケースは少なく、使用を支持された経験も37%にとどまった。

2) 補完代替医療使用の関連要因

補完代替医療使用と患者・遺族背景との関連を表2に示す。単変量解析の結果、患者背景として年齢、生計、遺族背景として最終学歴、入院中のこころの状態、亡くなる直前の付添の有無が有意に関連した($P<0.05$)。これら5項目に、 $P<0.15$ であった患者

居住地の人口、遺族の性別、遺族と故人との続柄を加えた 8 項目で探索的にロジスティック回帰を行った結果、補完代替医療使用との独立した関連要因として、若年患者、遺族が高学歴、緩和ケア病棟入院中に家族のこころの状態が不良、死亡直前に毎日の付き添い困難の 4 項目が抽出された (表 3)。

3) 補完代替医療使用と遺族の抑うつ・悲嘆との関連

抑うつの測定には Patient Questionnaire 9 (PHQ-9)、悲嘆の測定には Inventory of Complicated Grief (ICG) を用いた。PHQ-9 は 10 点以上でうつ病性障害が疑われると判断され、ICG は 26 点以上で複雑性悲嘆の可能性が高いと判断される。本調査において、PHQ-9 について回答を得られた 431 名中、うつ病性障害が疑われると判断されたのは 105 名 (24%) で、ICG について回答を得られた 427 名中、複雑性悲嘆の可能性が高いと判断されたのは 67 名 (16%) であった。それぞれの群で約半数が補完代替医療を使用していた。

遺族の抑うつと補完代替医療使用の単変量解析では、有意に補完代替医療使用群で遺族の抑うつ

(PHQ-9 $\geq$ 10) の割合が高い傾向にあり ($p=0.034$)、悲嘆 (ICG $\geq$ 26) においても同様の結果であった ($p=0.018$)。一方で、患者・遺族背景を含めた遺族の抑うつや悲嘆の関連要因の多変量解析では、補完代替医療の使用は遺族の抑うつや悲嘆の独立した関連要因として抽出されなかった。

考察

本調査によって、心身療法なども含めた広い概念での補完代替医療の使用実態について明らかとなった。

補完代替医療の内容では、前回の兵頭らによる調査と同様にサプリメントが 50% と最も多い一方で、運動やマッサージ、温泉・温熱療法などの使用者も一定の割合でみられ、がん患者が用いる補完代替医療の内容が多岐に渡っていることがわかった。補完代替医療の使用目的として、前回の調査では、がんの進行抑制、治療が多くあげられたが、今回の結果からは精神的な希望を持続けるために使用してい

る患者も多いことが明らかとなり、補完代替医療の意味づけが変わってきていることが示唆された。多くのがん患者は身体的・精神的に影響のない範囲で補完代替医療を用いているが、高額な費用負担や抗がん治療中断例もみられており、補完代替医療が一部のがん患者の治療選択や生活へ影響を及ぼしている可能性が示された。さらに、前回の兵頭らによる調査と同様、未だに治療医に相談せずに補完代替医療を使用していることが多いということが明らかとなり、医療スタッフは補完代替医療の使用やその目的についても注意を払う必要があるといえる。

補完代替医療使用の関連要因の結果からは、若年患者、遺族が高学歴である場合、補完代替医療を使用する傾向があることがわかった。さらに、補完代替医療使用群では緩和ケア病棟入院中に家族のこころの状態が不良であることが示唆された。

遺族の抑うつや悲嘆の関連要因の多変量解析の結果からは、補完代替医療使用自体が遺族の抑うつや悲嘆の独立した関連要因としては抽出されなかったが、単変量解析の結果から、補完代替医療を用いている患者の家族は、抑うつや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。

本調査の限界として、広い概念で補完代替医療について調査をしたことで、個々の補完代替医療の患者や家族への影響についての判断は難しい点があげられる。また、本研究は緩和ケア病棟を死亡退院した患者の家族を対象としており、緩和ケア病棟以外の病院や自宅で死亡した患者の補完代替医療の使用実態、及び遺族の抑うつや悲嘆との関連の結果は異なってくる可能性がある。今後、補完代替医療の内容別の調査、さらに、緩和ケア病棟以外で死亡退院した患者における補完代替医療の使用や家族の体験についても調査を進めていく必要がある。

文献

- 1) Ernst E, Cassileth BR. The prevalence of

- complementary/alternative medicine in cancer: a systematic review. *Cancer*. 1998; 15; 83 (4): 777-82.
- 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) Robinson A, McGrail MR. Disclosure of CAM use to medical practitioners: a review of qualitative and quantitative studies. *Complement Ther Med*. 2004; 12 (2-3): 90-8.
 - 4) Richardson MA, Mâsse LC, Nanny K, et al. Discrepant views of oncologists and cancer patients on complementary/alternative medicine. *Support Care Cancer*. 2004; 12 (11): 797-804.
 - 5) Tautz E, Momm F, Hasenburg A, et al. Use of complementary and alternative medicine in breast cancer patients and their experiences: a cross-sectional study. *Eur J Cancer*. 2012; 48 (17): 3133-9.
 - 6) Boon HS, Olatunde F, Zick SM. Trends in complementary/alternative medicine use by breast cancer survivors: comparing survey data from 1998 and 2005. *BMC Womens Health*. 2007; 30; 7: 4.
 - 7) Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Ann Oncol*. 2005; 16 (4): 655-63.
 - 8) Paltiel O, Avitzour M, Peretz T, et al. Determinants of the use of complementary therapies by patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2001; 1; 19(9): 2439-48.
 - 9) Clarke TC, Black LI, Stussman BJ, et al. Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002-2012. *Natl Health Stat Report*. 2015; 10; (79): 1-16.
 - 10) Hyodo I, Amano N, Eguchi K, et al. Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. *J Clin Oncol*. 2005; 20; 23 (12): 2645-54.
- [付帯研究担当者]
- 森田達也**（聖隷三方原病院 緩和支援診療科）

表 1 患者背景

患者	N (%)	遺族	N (%)
年齢（平均±SD）	75±12	年齢（平均±SD）	61±12
性別		性別	
男性	244（54）	男性	154（34）
女性	207（46）	女性	282（63）
原発部位		故人との続柄	
肺	100（22）	子供	182（40）
肝胆膵	97（22）	配偶者	171（38）
食道・胃	62（14）	その他	85（19）
大腸・直腸	65（14）	最終学歴	
乳腺・子宮・卵巣	31（7）	高校・旧制中学以下	254（56）
頭頸部・脳	21（5）	短大・専門学校以上	181（40）
腎・膀胱	19（4）	入院中のからだの健康状態	
前立腺	12（3）	良かった	348（77）
血液・リンパ腫	13（3）	良くなかった	88（20）
その他	31（7）	入院中のこころの健康状態	
婚姻状態		良かった	265（59）
死別・離別	150（33）	良くなかった	155（34）
未婚	33（7）	亡くなる前 1 週間の付添	
既婚	250（55）	毎日	283（63）
同居		その他	152（34）
あり	297（66）	付添いのサポート	
なし	139（31）	あり	309（69）
未成年の子供		なし	122（27）
なし	402（89）	耳を傾けてくれる人	
あり	32（7）	あり	406（90）
居住地域の人口		なし	30（7）
30 万人未満	235（52）	宗教	
30 万人以上	170（38）	なし	136（30）
年収		あり	289（64）
400 万円以上	118（26）	（それぞれの結果の合計が 100%にならないものは欠損値のため）	
400 万円未満	313（69）		
亡くなる前の医療費			
40 万円未満	370（82）		
40 万円以上	62（14）		
死亡から調査票回収までの期間（平均±SD）日	284±131		

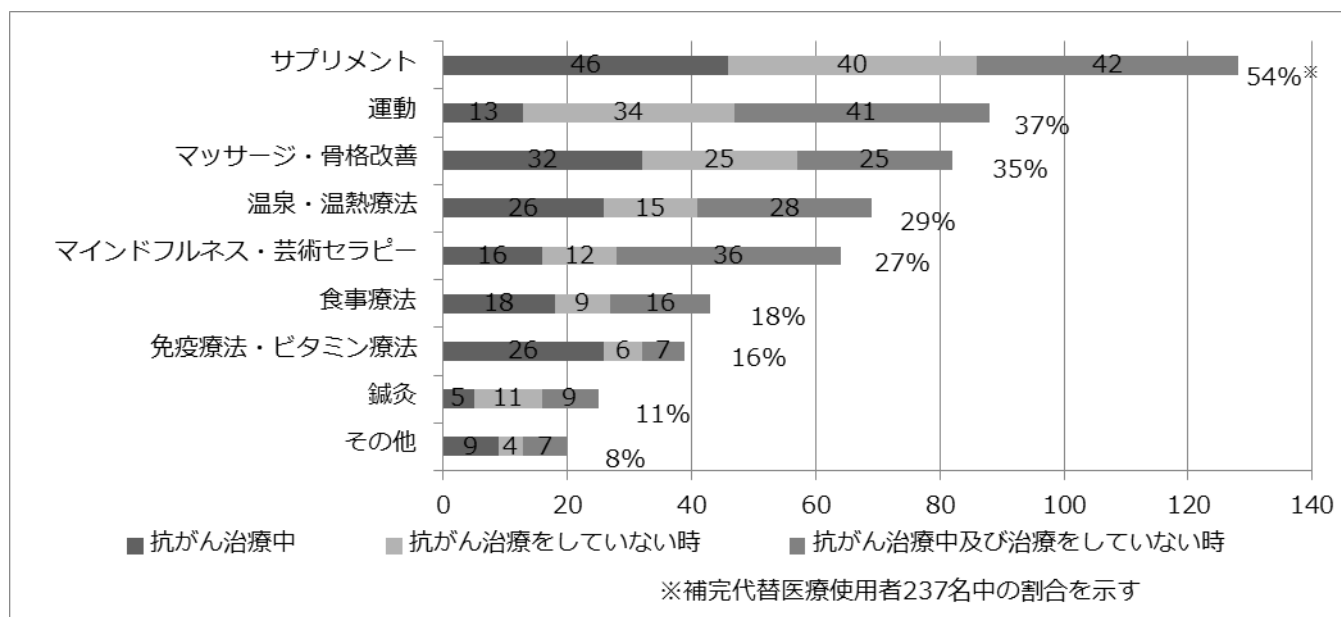


図1 補完代替医療の内容・使用時期

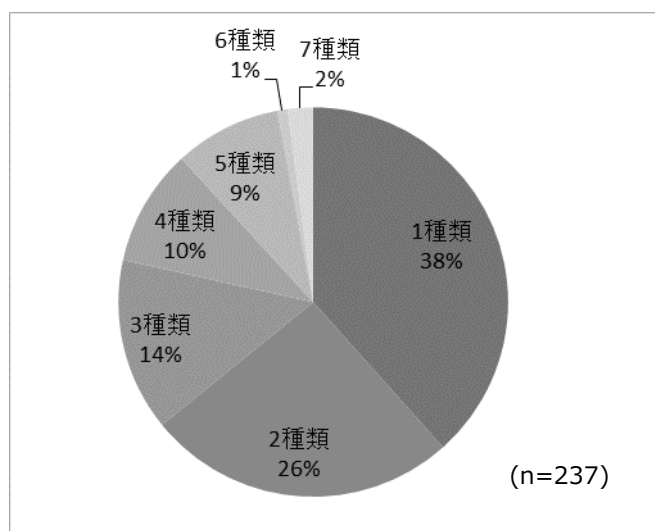


図2 使用した補完代替医療の数

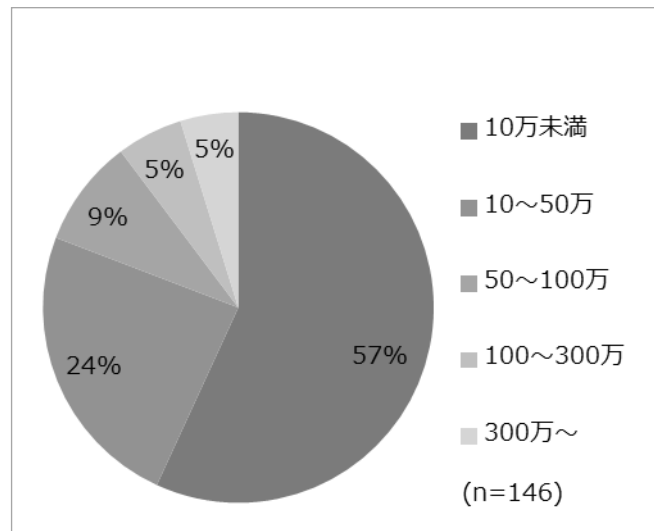


図3 補完代替医療への総支出

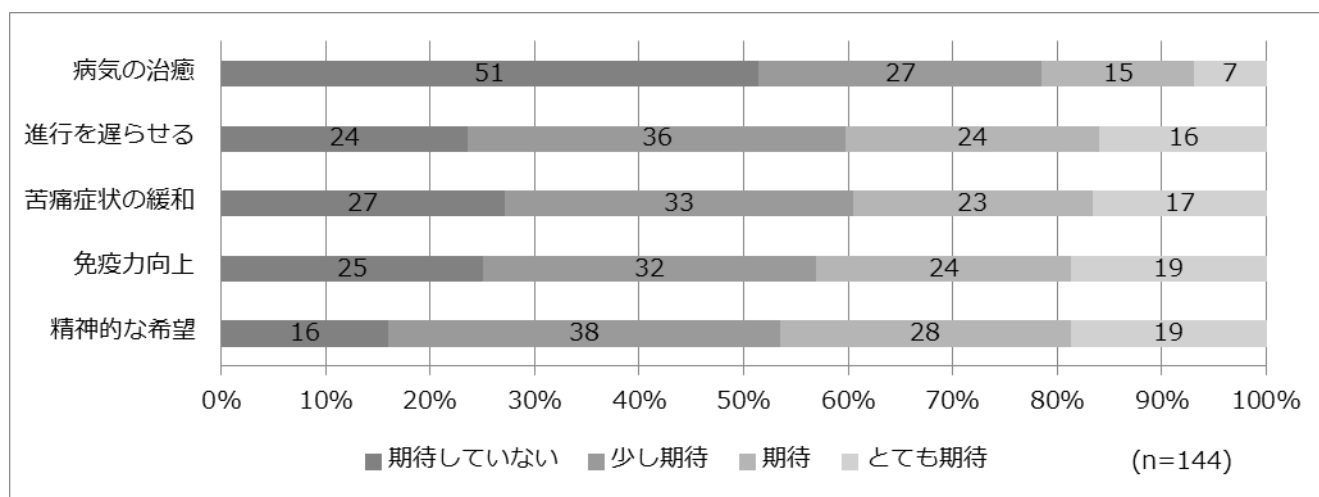


図4 補完代替医療の目的

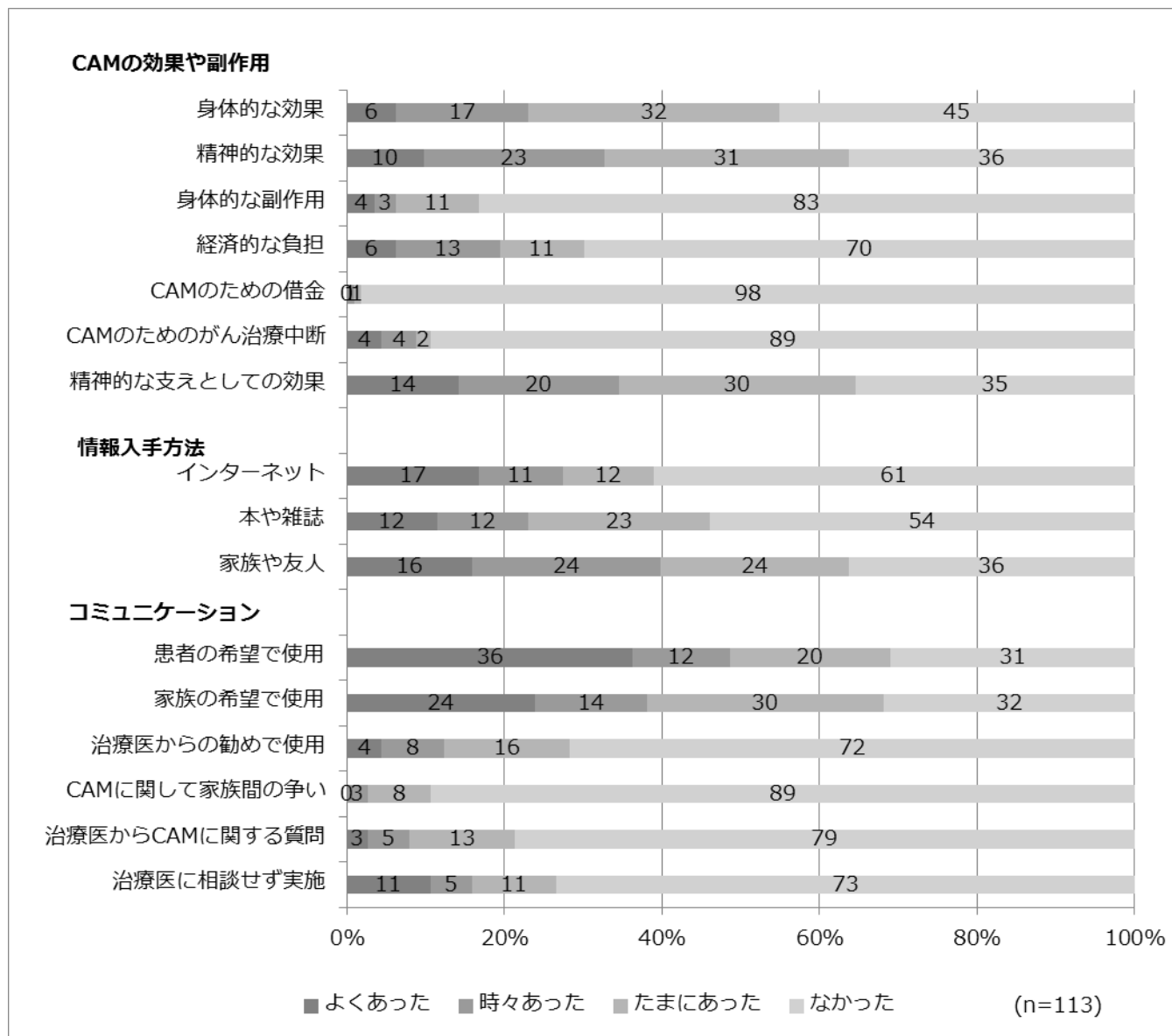


図5 補完代替医療に関する体験

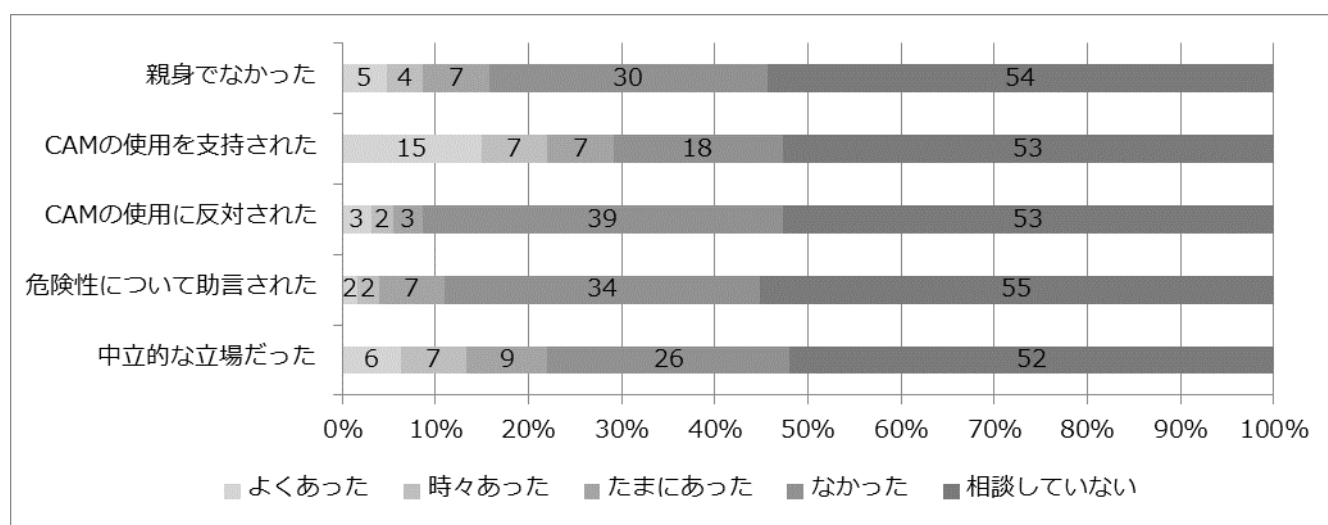


図6 補完代替医療に対する治療医の態度

表 2 補完代替医療使用との関連要因

		Odds 比	95%CI	p
患者背景				
年齢		0.97	0.95-0.99	<0.001
性別	男性	1.0		
	女性	0.81	0.56-1.2	0.27
原発巣	肺	1.0		
	食道・胃	0.81	0.43-1.5	0.52
	大腸・直腸	1.2	0.65-2.3	0.53
	肝胆膵	1.3	0.72-2.2	0.42
	乳腺・子宮・卵巣	0.99	0.44-2.2	0.97
	前立腺	1.9	0.52-6.5	0.34
	腎・膀胱	0.67	0.25-1.8	0.43
	頭頸部・脳	0.69	0.27-1.8	0.45
	血液・リンパ腫	0.79	0.25-2.5	0.69
	その他	0.99	0.44-2.2	0.97
死亡から調査票回収までの期間		1.0	0.99-1.00	0.26
婚姻状態	死別離別	1.0		
	未婚	2.1	0.94-4.5	0.07
	既婚	1.4	0.95-2.1	0.09
同居者の有無	あり	1.0		
	なし	1.1	0.72-1.6	0.73
子供（未成年）	なし	1.0		
	あり	1.2	0.58-2.5	0.64
地域人口	30 万人未満	1.0		
	30 万人以上	1.4	0.94-2.1	0.10
生計	400 万円以上	1.0		
	400 万円未満	0.6	0.39-0.93	0.022
亡くなる前の医療費	40 万円未満	1.0		
	40 万円以上	1.4	0.81-2.4	0.23
遺族背景				
年齢		0.99	0.98-1.0	0.41
性別	男性	1.0		
	女性	0.72	0.49-1.1	0.10
故人との続柄	子供	1.0		
	配偶者	1.4	0.94-2.2	0.09
	その他	1.3	0.77-2.2	0.34

最終学歴	高校・旧制中学以下	1.0		
	短大・専門学校以上	1.6	1.1-2.4	0.01
入院中の体の健康状態	良かった	1.0		
	良くなかった	1.3	0.83-2.1	0.24
入院中の心の健康状態	良かった	1.0		
	良くなかった	1.8	1.2-2.7	0.003
亡くなる前の付添	毎日	1.0		
	その他	1.5	1.0-2.3	0.04
付添のサポート	あり	1.0		
	なし	1.2	0.76-1.8	0.52
耳を傾けてくれる人	いる	1.0		
	いない	1.4	0.65-3.0	0.40
宗教	ない	1.0		
	ある	0.93	0.62-1.4	0.73

表 3 補完代替医療使用の独立した関連要因

		Odds 比	95%CI	p
患者年齢		0.97	0.95-0.98	0.0001
最終学歴	高校・旧制中学以下	1.0		
	短大・専門学校以上	1.9	1.2-2.9	0.003
入院中の心の健康状態	良かった	1.0		
	良くなかった	1.9	1.3-3.0	0.002
亡くなる前の付添	毎日	1.0		
	その他	1.6	1.0-2.4	0.033

遺族からみた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、緩和ケア病棟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、内容を明らかにすることである。764 名のがん患者遺族に対して質問紙が送付され、529 名（69.2%）から返送があり、回答拒否を除いた有効回答は 458 名（86.6%）であった。遺族の 42.2%が少なくとも 1 つの家族内葛藤を経験したと回答し、「ご自身が本来果たすべき役割を十分にしていない家族の方がいると思うことがあった」「患者様の治療方針に関することで意見が合わないことがあった」については、「とても良くあった」「よくあった」「時々あった」と回答した遺族が 20%以上であった。また、家族内で意見を強く主張する人がいた場合（ $p<0.001$ ）、病気後の家族内コミュニケーションに障害があった場合（ $p<0.001$ ）に、家族の葛藤が増え、遺族の年齢が若い場合（ $p=0.001$ ）、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（ $p=0.014$ ）に、家族内葛藤が減ることが示唆された。

目的

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

また、家族内葛藤は、患者・家族の QOL に影響する可能性があるにも関わらず、我が国では、緩和ケア病棟で最期を迎えたがん患者・家族に、どのような家族内葛藤が存在するかについて調査した研究はない。本研究では、緩和ケア病棟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、内容を明らかにすることを主目的とする。副次的目的として、家族内葛藤に影響する因子を探索的に検討する。

結果

764 名のがん患者遺族に対して質問紙が送付され、529 名（69.2%）から返送があり、回答拒否を除いた有効回答は 458 名（86.6%）であった。患者の平均年齢は 75.5 ± 11.4 で 54.4%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 ± 12.3 で 33.3%が男性であった（表 1）。

家族内葛藤

本研究では Outcome-Family Conflict scale (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 13.5 ± 4.9 （最大：39）で、「ご自身が本来果たすべき役割を十分にしていない家族の方がいると思うことがあった」「患者様の治療方針に関することで意見が合わないことがあった」については、「とても良くあった」「よくあった」「時々あった」と回答した遺族が 20%以上であった。そして、42.2%の遺族が OFC scale 8 項目のうち、少なくとも 1 項

目で「とても良くあった」「よくあった」「時々あった」と回答した（表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 (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 (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ご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 8.76 ± 2.44 （範囲；0-12）で家族の関係性にリスクがあるとされる $FRI \leq 9$ の割合は 55.2%であった。また、合計点が高いと家族内コミュニケーションに障害があると考える FAD の平均は 9.48 ± 2.98 （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 50.3%、「病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 13.8%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 8.3%、「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 38.1%であった（表2）。

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、 $FRI \leq 9$ 、FAD 合計点などを説明変数として、多変量回帰分析を行った。その結果、家族内で意見を強く主張する人がいた場合 ($p < 0.001$)、病気後の家族内コミュニケーションに障害があった場合

($p < 0.001$) に、家族の葛藤が増え、遺族の年齢が若い場合 ($p = 0.001$)、病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 ($p = 0.014$) に、家族内葛藤が減ることが示唆された（表3）。

考察

本研究で、緩和ケア病棟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、そして、家族内葛藤に影響する因子が明らかになった。

本研究では、緩和ケア病棟で亡くなったがん患者の遺族の 42.2%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していない家族がいると感じること、患者さんの治療方針に関することで意見が合わない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、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先行研究の結果とも一致おり⁸、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があることを示唆する。

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、これはがん患者家族を対象として行われた先行研究で、家族内に意見を強く主張する人がいること、がんと診断された後の家族内コミュニケーションの障害が、家族内葛藤のリスク因子とされている結果と一致する^{8,9}。このことは、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なく、家族内で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、先行研究では、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ことが示されているが^{8,9}、本研究では、病気になる以前に家族内葛藤があったかどうかについて評価ができていないことが本研究の限界である。

本研究の結果から、がん患者の家族内における葛藤に対して、ケアスタッフが積極的に関わり、家族

の関係性、家族内のコミュニケーションなどを評価する必要があると考えられる。また、ケアスタッフは、家族内でお互いの感情を共有するなどのコミュニケーションを促進するような関わりも重要であると考えられた。

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: 201–20.
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: 659–66.
3. Semple SJ. Conflict in Alzheimer's caregiving families: its dimensions and consequences. *Gerontologist* 1992; 32: 648–55.
4. Strawbridge WJ, Wallhagen MI. Impact of family conflict on adult child caregivers. *Gerontologist* 1991; 31: 770–7.
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: 40–4.
8. 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: 215–25.

9. Kramer BJ, Boelk AZ. Correlates and Predictors of Conflict at the End of Life Among Families Enrolled in Hospice. *J Pain Symptom Manage* 2015; 50: 155–162.

[付帯研究担当者]

森田 達也（聖隷三方原病院 緩和支援診療科）

表1 患者・遺族背景

	n	%
患者		
年齢 (平均値 ± 標準偏差)	75.5 ±11.4	
性別		
男性	249	54.4
女性	209	45.6
原発巣		
肝・胆・膵	108	23.6
肺	100	21.8
胃・食道	61	13.3
大腸・直腸	61	13.3
前立腺・腎臓・膀胱	32	7.0
頭頸部・脳	23	5.0
乳房	18	3.9
子宮・卵巣	16	3.5
血液	15	3.3
その他	24	5.2
緩和ケア病棟入院期間(日)	35.9 ±44.8	
遺族		
年齢 (平均値 ± 標準偏差)	62.1 ±12.3	
性別		
男性	148	33.3
女性	297	66.7
患者との関係		
配偶者	199	44.6
子	177	39.7
婿・嫁	22	4.9
親	12	2.7
兄弟姉妹	25	5.5
その他	11	2.5
最終卒業学校		
小・中学校	55	12.6
高校・旧制中学	200	45.8
短大・専門学校・大学・大学院	182	41.6
家族内に未成年の子供がいる	18	4.1

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

	平均値 ± 標準偏差	同意率(%)
Outcome-Family Conflict scale ¹ (平均値 ± 標準偏差, 同意率*)		
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	1.5 ± 0.9	11.2
患者様の治療方針に関することで意見が合わないことがあった	2.0 ± 1.0	20.9
患者様のご病気に関することで意見が合わないことがあった	1.7 ± 0.8	14.4
患者様に対するご家族の応仕方で意見が合わないことがあった	1.7 ± 0.8	11.9
ご自身が本来果たすべき役割を十分にしていないご家族の方がいると思うことがあった	1.9 ± 1.1	22.9
「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	1.6 ± 0.8	8.7
患者様の医療費にどれくらいかけるか意見が合わないことがあった	1.3 ± 0.6	2.3
患者様が残された時間をどこで(自宅や緩和ケア病棟)過ごすかについて意見が合わないことがあった	1.6 ± 0.8	11.4
Family Relationship Index [※] (範囲:0 - 12)	8.8 ± 2.4	
Family Assessment Device の4項目 [§] (範囲, 4 - 20)	9.5 ± 3.0	
患者様がご病気になられる前に、病気になったときの治療やケアについて、患者様と話し合われていましたか? ^{2*}	2.6 ± 1.2	50.3
患者様の治療に関して自分意見を押し通そうとするご家族がいた ^{3*}	1.5 ± 0.8	8.3
患者様が亡くなることについて考えられなかった? ³	2.5 ± 1.2	43.1
患者様がご病気になられる前に、今後の治療やケアに関して患者様の希望することが書面に書かれていましたか? (はい・いいえ)		13.9
患者様がご病気になられた後に、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? (はい・いいえ)		38.1

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:とても良くあった

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: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

* “時々あった”“よくあった”“とても良くあった”、もしくは“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”、または“多少はそう思う”“そう思う”“とてもそう思う”の割合の合計

※大きい数字は家族の関係性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3 Outcome-Family Conflict scale に影響する因子に関する多変量回帰分析

	β	95% CI	p value
患者 年齢	-0.009	-0.041-0.033	0.841
患者 性別	0.034	-0.556-1.235	0.456
遺族 年齢	-0.153	-0.103- -0.025	0.001
患者 性別	-0.025	-1.177-0.658	0.578
家族内に未成年の子供がいる	-0.034	-3.307-1.472	0.450
Family Relationship Index $\leq$ 9	0.063	-0.298-1.544	0.184
Family Assessment Device score	0.331	0.368-0.688	< 0.001
患者様がご病気になられる前に、病気になったときの治療やケアについて、患者様と話し合っていた	0.016	-0.006-0.009	0.711
患者様の治療に関して自分意見を押し通そうとするご家族がいた	0.355	4.857-8.099	< 0.001
患者様が亡くなることについて考えられなかった	0.011	-0.815-1.038	0.813
患者様がご病気になられる前に、今後の治療やケアに関して患者様の希望することが書面に書かれていた	-0.062	-2.173-0.355	0.158
患者様がご病気になられた後に、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った	-0.111	-2.024- -0.233	0.014

患者が終末期に過ごした環境における

遺族の経験に関する研究(1)

「緩和ケア病棟」や「家」で過ごす意味

大谷 弘行*

サマリー

終末期ケアにおいて、過ごす場の環境は患者の QOL に影響する。終末期設定における、『家』で過ごす意味、『緩和ケア病棟』で過ごす意味について明らかにすることを目的に、緩和ケア病棟で患者を看取った遺族 779 名を対象に調査を行った。調査項目は先行研究を基に作成、『家』『緩和ケア病棟』で過ごす意味の関連要因について分析を行った。50%以上の遺族が『緩和ケア病棟』を『家』のように感じていた。『家』で過ごす意味として「気ままに過ごすことができる($\alpha=0.92$)」「過去に思いはせ、大事な人につながる($\alpha=0.89$)」、一方、『緩和ケア病棟』で過ごす意味として「安心・安全($\alpha=0.93$)」に集約された。

患者・家族が『緩和ケア病棟』をより『家』のように感じられるための配慮として、『家』で過ごす意味の要素である「気まま・プライバシー」「過去とのアタッチメント」の強化、すなわち、例えば、個人宅にお邪魔する気分での入室するなどの工夫、家からアルバムを持ってくるなど過去と繋がることのできる工夫などを検討する必要があることが示唆された。また、患者・家族が『家』をより『緩和ケア病棟』のように感じられるための配慮として、『緩和ケア病棟』で過ごす意味の要素である「安心・安全」の強化、すなわち、例えば、何か変化があった時いつでも相談できる体制を整えるなど、自宅で管理できるための支援を得て安心を感じられるような工夫などを検討する必要があることが示唆された。

終末期を『緩和ケア病棟』『家』で過ごすにあたって、それぞれの意味があることが明らかになった。今後、患者の QOL 向上のために、それぞれの環境の意味を踏まえた支援策の開発、研究がさらに必要である。

目的

終末期ケアにおいて、過ごす場の環境は患者の QOL に影響する[1]。家で過ごす意味については、さまざまな専門分野によって過去 10 年以上、『家』の概念が探索されてきた。家の意味は、存在論的、社会的意義があり、「安全」、「安心」、「プライバシー」、「その人の考えや価値観の反映の場」、「感情的な経験と軌跡の場」、「資産と仕事と余暇活動支援の

場」などとみなされている[2][3][4]。特に、終末期においては、『家』は患者の「安心」と密接に関連していることが報告されている[5]。このような報告の中、施設設定（緩和ケア病棟、老人ホームなど）において、より『家』の概念に近いより家庭的な環境を造りだす試みがしばしばなされている。最近の研究では、家庭的な環境を、スピリチュアルな表現と社会的相互関係を支援し、プライバシーとスタッフの思いやり深い活動を認めるものとしてみ

ていることが報告されている[6][7]。

一方、病院で過ごす利点については、「ケアを受け安心を感じる」、「自宅で管理できるための支援を得る」、「家族を安心させる」、「快適さ」などが報告され、『病院』で過ごす利点は治療を受けること以上のものが広範囲に及ぶことが報告されている[8-9]。

現在までに、わが国では終末期ケアの設定における、『病院』や『家』の概念の患者や家族の認識について探索がない。遺族の立場から、『病院』や『家』の概念の認識を明らかにすることは、それぞれの環境において支援策を考えるうえで有用である。本研究の目的は終末期設定における、『家』で過ごす意味、『緩和ケア病棟』で過ごす意味について明らかにすることである。

結果

患者が「緩和ケア病棟」で過ごした 779 名の遺族に調査票を発送し、574 名から返送があり（回収率 73%）、回答拒否 83 名を除外する 491 名を解析対象とした（回答応諾率 63%）。患者と遺族の背景因子について表 1 に示す。

1) 「緩和ケア病棟」を「家」のように感じていたか
『緩和ケア病棟』は、どの程度「家」のような感じに思えましたか』の問いに対して、54.4%の家族が「緩和ケア病棟」を「家」のように感じていた（家のように思った（18.2%、n=62）、家のように少し思った（36.2%、123 名））（図 1）。

2) 「家」で過ごす意味、「緩和ケア病棟」で過ごす意味

先行研究から、終末期に過ごした環境における体験 12 項目を設定し、「家」と「緩和ケア病棟」のいずれにあてはまるか、「確実に家にあてはまる」から「確実に緩和ケア病棟にあてはまる」までの 7 件法で質問した。『緩和ケア病棟』にあてはまる（「確実にあてはまる」「あてはまる」）と回答した多くの項目は、「何か変化があった時も対応できる（92.5%、

n=432）、「安心である（82.1%、n=385）」、「安全である（75.9%、n=357）」であった。一方、『家』にあてはまる（「確実にあてはまる」「あてはまる」）と回答した多く項目は、それぞれ「自分が好きなように生活することができる（47.8%、n=217）」、「リラックスできる（46.9%、n=214）」、「自由である（45.4%、n=201）」であった（表 2）。

3) 終末期に過ごした環境における体験の探索的因子分析

12 項目の探索的因子分析では、【気ままに過ごすことができる（クロンバック α 係数=0.93）】5 項目、【過去に思いはせ、大事な人とつながる（クロンバック α 係数=0.90）】4 項目、【安心・安全（クロンバック α 係数=0.93）】3 項目が抽出された（表 1）。それぞれ、【気ままに過ごすことができる】【過去に思いはせ、大事な人とつながる】は『家』にあてはまり、【安心・安全】は『緩和ケア病棟』にあてはまると認識する割合が多かった（表 2）。

考察

本調査は、本邦における終末期ケアの設定の、患者が『家』で過ごす意味、『緩和ケア病棟』で過ごす意味の家族認識について明らかにした初めての大規模研究である。

50%以上の家族が『緩和ケア病棟』を『家』のように感じていた。患者と終末期を過ごした家族にとって、『家』で過ごす意味として「気ままに過ごすことができる」「過去に思いはせ、大事な人とつながる」、一方、『緩和ケア病棟』で過ごす意味として「安心・安全」に集約された。

患者・家族が『緩和ケア病棟』をより『家』のように感じられるための配慮として、『家』で過ごす意味の要素である「気まま・プライバシー」「過去とのアタッチメント」の強化、すなわち、例えば、個人宅にお邪魔する気分でノックをして入室するなどの工夫、家からアルバムを持ってくるなど過去と繋がることのできる工夫などを検討する必要がある。

あることが示唆された。また、患者・家族が『家』をより『緩和ケア病棟』のように感じられるための配慮として、『緩和ケア病棟』で過ごす意味の要素である「安心・安全」の強化、すなわち、例えば、何か変化があった時もいつでも相談できる体制を整えるなど、自宅で管理できるための支援を得て安心を感じられるような工夫などを検討する必要があることが示唆された。

本研究の限界として、『家』で過ごす意味、『緩和ケア病棟』で過ごす意味を、患者が終末期を『緩和ケア病棟』で過ごした家族だけに尋ねたことである。患者が終末期を『家』で過ごした家族にとっては、別の意味を感じているかもしれない。

終末期ケアにおいて、過ごす場の環境は患者のQOLに影響する。終末期を『緩和ケア病棟』、『家』で過ごすにあたって、それぞれの意味があることが明らかになった。今後、患者のQOL向上のために、それぞれの環境の意味を踏まえた支援策の開発、研究がさらに必要である。

文献

- [1] Rowlands J, Noble S. How does the environment impact on the quality of life of advanced cancer patients? A qualitative study with implications for ward design. *Palliat Med.* 2008;22(6):768-74.
- [2] Carole Després. The Meaning of Home: literature review and directions for future research and theoretical development. *J Arch Plan Res.* 1991;8(2):96-115.
- [3] Oswalda F, Schillinga O, Wahla HW, Fänge A, Sixsmith J, Iwarsson S. Homeward bound: introducing a four-domain model of perceived housing in very old age. *J Envir Psycho.* 2006;26:187-201.
- [4] Somerville P. The social construction of home. *J Arch Plan Res.* 1997;14(3):226-245.
- [5] Collier A, Phillips JL, Iedema R. The meaning

of home at the end of life: A video-reflexive ethnography study. *Palliat Med.*

2015;29(8):695-702.

[6] Bowden G, Bliss J. Does using a hospital bed have an impact on the meaning of home? *Br J Community Nurs.* 2008;13(12):556-562.

[7] Rigby J, Payne S, Froggatt K. What evidence is there about the specific environmental needs of older people who are near the end of life and are cared for in hospices or similar institutions? *Palliat Med* 2010;24(3):268-285.

[8] Virdun C, Luckett T, Davidson PM, Phillips J. Dying in the hospital setting: A systematic review of quantitative studies identifying the elements of end-of-life care that patients and their families rank as being most important. *Palliat Med.* 2015;29(9):774-96.

[9] Robinson J, Gott M, Gardiner C, Ingleton C. A qualitative study exploring the benefits of hospital admissions from the perspectives of patients with palliative care needs. *Palliat Med.* 2015;29(8):703-10.

【付帯研究担当者】

森田達也（聖隷三方原病院 緩和支援診療科）

表 1 背景 (n=491)

患者背景			家族背景		
年齢 (歳)			年齢 (歳)		
中央値 (四分位範囲)	76	67-82	中央値 (四分位範囲)	64	55-70
男性 [n、%]	309	54%	男性 [n、%]	147	30%
原発がん部位 [n、%]			患者との続柄 [n、%]		
肺	129	22.6%	配偶者	210	43.7%
肝胆膵	120	21%	子ども	189	39.3%
胃・食道	96	16.7%	兄弟・姉妹	31	6.4%
大腸・直腸	75	13.1%	親	11	2.3%
前立腺・腎・膀胱	32	5.6%	その他	40	8.3%
頭頸部	29	5.1%			
乳房	25	4.4%			
子宮・卵巣	21	3.6%			
血液	14	2.4%			
その他	31	5.3%			

図 1 「緩和ケア病棟」を「家」のような感じに思えたか (n=340)

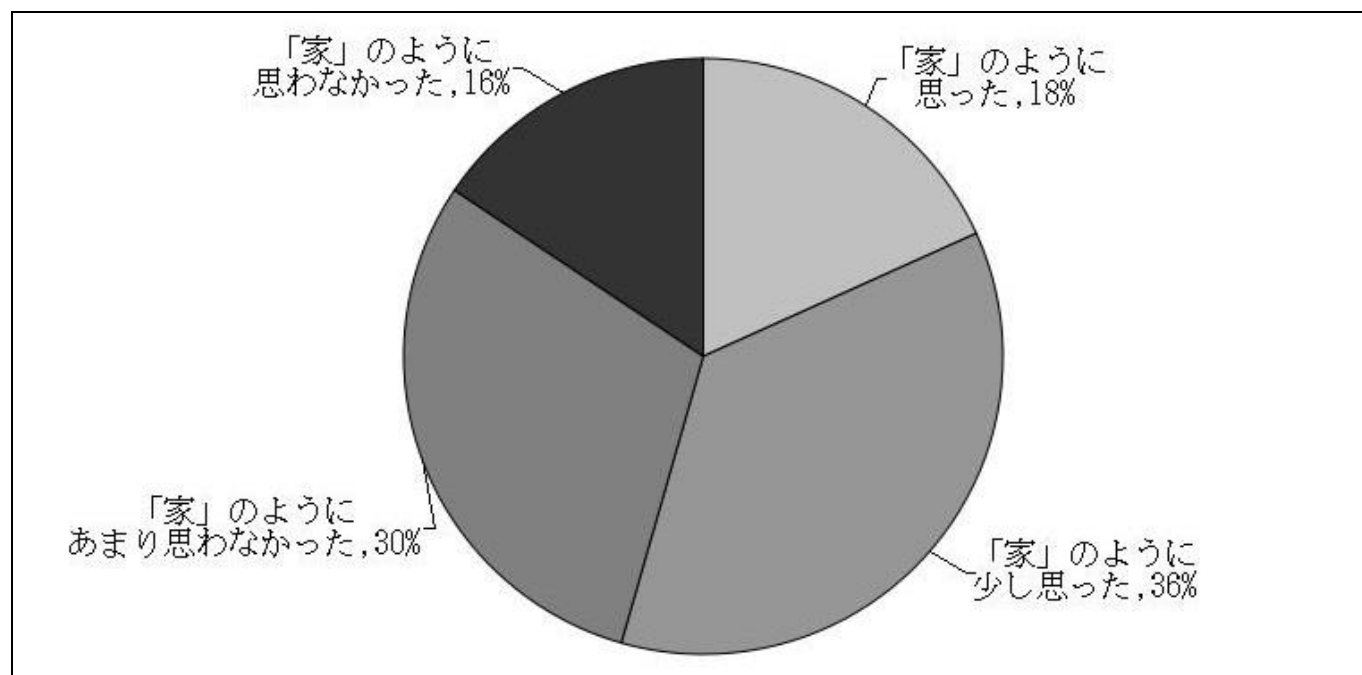


表2 「家」で過ごす意味、「緩和ケア病棟」で過ごす意味 探索的因子分析 (n=491)

		因子負荷量	家に あてはまる		緩和ケア病棟に あてはまる
気ままに過ごすこ とができる	自分が好きなことをできる	0.95	47.8%	>	13.0%
	自分が好きなように生活するこ とができる	0.92	44.5%	>	15.1%
	自由である	0.89	45.4%	>	14.0%
	リラックスできる	0.82	46.9%	>	16.7%
	プライバシーがあり、ひとにじ ゃまされない	0.48	35.9%	>	21.1%
過去に思いはせ、大 事な人とつながる	日常のことを通じて愛する人と つながってられる	0.98	38.5%	>	12.7%
	大事な人と一緒の場所にいられ る	0.85	38.4%	>	15.5%
	自分の人生を振り返ることがで きる	0.64	30.8%	>	11.2%
	過去の重要なできごとや思い出 に思いをはせることができる	0.61	35.2%	>	11.4%
安心・安全	安全である	0.98	5.5%	<	75.9%
	安心である	0.75	3.7%	<	82.1%
	何か変化があった時も対応でき る	0.72	3.2%	<	92.5%

患者が終末期に過ごした環境における 遺族の経験に関する研究(2)

病院における個室や大部屋で過ごす影響

大谷 弘行*

サマリー

終末期ケアにおいて、過ごす場の環境は患者の QOL に影響する。終末期設定における、病院での個室や大部屋で過ごす影響について明らかにすることを目的に、緩和ケア病棟で患者を看取った遺族 779 名を対象に調査を行った。調査項目は先行研究を基に作成、部屋に関する患者の希望に対して医療者の対応の改善の必要性、その関連要因について分析を行った。

多くの家族 (65%) が、部屋に関する患者の希望に対して医療者の対応に改善の必要性はないと回答した。改善不要群に有意であった背景として、「プライバシーが守られていた ($P<0.001$)」、「望むときに、訪問客が来やすかった ($P<0.001$)」、「医療者と込み入った話をする時に、周りに気兼ねが不要なく話ができ ($P<0.001$)」、「望むときに、夜遅くまでいることができた ($P=0.001$)」、「患者と他の患者との交流ができた ($P=0.033$)」の項目が挙げられた。一方、有意に改善が必要があると回答した要因として、「患者様が寂しいということが多かった ($P<0.001$)」、「医療スタッフの目に触れる機会が少なく、心配だった ($P<0.001$)」の項目が挙げられた。

「大部屋」で過ごす患者にとっては、いつでも誰でも利用できるプライベート空間を別に設定する配慮が有用かもしれない。また、「個室」で過ごす患者にとっては、医療スタッフが頻回に部屋を訪室するなどの心配軽減の配慮、そして患者の「寂しさ」の本質を捉え、その個別配慮と他の患者との交流が有用な可能性がある。

患者の QOL 向上のために、患者が終末期を『個室』、『大部屋』で過ごすにあたって、今後、それぞれの環境の特徴を踏まえた支援策の開発、研究がさらに必要である。

目的

終末期ケアにおいて、過ごす場の環境は患者の QOL に影響する [1]。病院で過ごすにあたっての個室と大部屋で過ごす影響について報告されている。すなわち、個室では、大部屋と比べ、プライバシーと尊厳が保たれ、雑音が少なく夜の安眠につながり [2]、訪室者の入室や家族が滞在しやすく [3]、さらに個室では医師と患者コミュニケーションがより深ま

る (会話時間の長さ、患者の質問のしやすさ、医師の共感など) 可能性が報告されている [4]。一方、大部屋では、同室者と話したり病気に罹患した仲間がいることから寂しさを感じにくいことなどが報告されている [3, 5]。このように、個室と大部屋のそれぞれのメリットがある中で、患者の意向は多種多様である [5-7]。また、時代背景によっても個室と大部屋の好みの意向が違ってくる。すなわち、高齢入院患者において、2008 年

は 37%しか個室を望まなかったのに対し、2013 年では 85%の患者が個室での入院を望み、さらに多くの患者が個室であっても寂しさを感じなかったことを報告している[8]。また、患者が亡くなる直前や、患者の下痢などの身体症状の有無、病状によっても、個室か大部屋かの考慮が必要となってくる[3, 9-10]

現在までに、海外で終末期ケア設定の緩和ケア病棟における個室・大部屋の意向に関する研究はあるが[3, 7]、少人数を対象とした限られたものでしかない。遺族の立場から、緩和ケア病棟での患者が個室あるいは大部屋で過ごした利点や欠点を明らかにされることは、それぞれの環境において支援策を考えるうえで有用である。

本研究の目的は終末期設定における、緩和ケア病棟における個室や大部屋で過ごす影響について明らかにすることである。

結果

患者が「緩和ケア病棟」で過ごした 779 名の遺族に調査票を発送し、574 名から返送があり（回収率 73%）、回答拒否 83 名を除外する 491 名を解析対象とした（回答応諾率 63%）。患者と遺族の背景因子について表 1 に示す。また、回答者の「緩和ケア病棟」の個室・大部屋で過ごした状況の実際の背景について、表 2 に示す。「緩和ケア病棟」の入院から退院まで全期間個室であった患者は約 70%いた。

1) 部屋に関する患者の希望に対して医療者の対応の改善の必要性

『部屋に関する患者の希望（大部屋か個室か）に対して医療者の対応は、どの程度改善が必要と感じられましたか』の問いに対して、有効回答数 439 名のうち、「改善の必要はない」と回答したものが 298 名（65.6%）、「改善が必要な点が少しある」と回答したものが 130 名（29.6%）、「改善が必要な点がかかなりある」と回答したものが 17 名（3.9%）、「改

善が必要な点が非常にある」と回答したものが 4 名（0.9%）であった。

2) 部屋に関する患者の希望に対する医療者の対応の改善の必要性に関連する要因

先行研究から、病院での個室や大部屋で過ごす影響における体験 8 項目を設定し、「そう思う」から「そう思わない」までの 4 件法で質問し、部屋に関する患者の希望に対する医療者の対応の改善の必要性に対して、「改善の必要はない」（288 名）とそれ以外（151 名）（「改善が必要な点が少しある」、「改善が必要な点がかかなりある」、「改善が必要な点が非常にある」）に分け比較した（表 3）。改善不要群に有意であった背景として、「プライバシーが守られていた（ $P<0.001$ ）」、「望むときに、訪問客が来やすかった（ $P<0.001$ ）」、「医療者と込み入った話をする時に、周りに気兼ねが不要なく話ができ（ $P<0.001$ ）」、「望むときに、夜遅くまでいることができた（ $P=0.001$ ）」、「患者と他の患者との交流ができた（ $P=0.033$ ）」の項目が挙げられた。一方、有意に改善が必要があると回答した要因として、「患者様が寂しいということが多かった（ $P<0.001$ ）」、「医療スタッフの目に触れる機会が少なく、心配だった（ $P<0.001$ ）」の項目が挙げられた。

考察

本調査は、本邦における緩和ケア病棟での患者が個室や大部屋で過ごす視点から、その影響について明らかにした初めての大規模研究である。多くの家族（65%）が、部屋に関する患者の希望に対して医療者の対応に改善の必要性はないと回答した。

この研究で、2 つの重要な知見が明らかになった。すなわち、（1）部屋に関する患者の希望において、プライバシーが守られ、望むときに訪問客が来やすく、周りに気兼ねなく話ができることを望まれること、逆に、（2）患者が寂しさを感じたり、医療スタッフの目に触れる機会が少ないことは望まれないことである。これらのことは、プライバシーが守

られるなどの前者のためには「個室」が適しており、また患者が寂しさを感じないようにするなどの後者のためには「大部屋」が適していることから、相反する部屋の環境に関する希望である。

「大部屋」で過ごす患者にとっては、いつでも誰でも利用できるプライベート空間を別に設定する配慮が有用かもしれない。また、「個室」で過ごす患者にとっては、「医療スタッフの目に触れる機会が少なく心配」の改善必要性に対し、医療スタッフが頻回に部屋を訪室するなど、心配軽減の配慮が必要である。また「患者の寂しいということが多かった」の改善必要性に対し、患者の「寂しさ」の本質を捉え[11-12]、他の患者との交流、そして、例えば「人」「自然」「音」「思い出」「ペット」「香り」など個別配慮が有用な可能性がある[13]。

本研究の限界として、「緩和ケア病棟」の入院から退院まで全期間個室であった患者は約 70% いたことである。患者が多くの期間を大部屋で過ごした家族の意見を拾い上げきれていないかもしれない。

終末期ケアにおいて、過ごす場の環境は患者の QOL に影響する[1]。終末期を緩和ケア病棟の『個室』、『大部屋』で過ごすにあたって、利点や欠点を明らかになった。今後、患者の QOL 向上のために、それぞれの環境の特徴を踏まえた支援策の開発、研究がさらに必要である。

文献

- [1] Rowlands J, Noble S. How does the environment impact on the quality of life of advanced cancer patients? A qualitative study with implications for ward design. *Palliat Med.* 2008;22(6):768-74.
- [2] van de Glind I, de Roode S, Goossensen A. Do patients in hospitals benefit from single rooms? A literature review. *Health Policy.* 2007;84(2-3):153-61.
- [3] Williams C, Gardiner C. Preference for a single or shared room in a UK inpatient hospice: patient, family and staff perspectives. *BMJ Support Palliat Care.* 2015;5(2):169-74.
- [4] van de Glind I, van Dulmen S, Goossensen A. Physician-patient communication in single-bedded versus four-bedded hospital rooms. *Patient Educ Couns.* 2008;73(2):215-9.
- [5] Pease NJ, Finlay IG. Do patients and their relatives prefer single cubicles or shared wards? *Palliat Med.* 2002;16(5):445-6.
- [6] Florey L, Flynn R, Isles C. Patient preferences for single rooms or shared accommodation in a district general hospital. *Scott Med J.* 2009;54(2):5-8.
- [7] Kirk S. Patient preferences for a single or shared room in a hospice. *Nurs Times.* 2002;10-16;98(50):39-41.
- [8] Reid J, Wilson K, Anderson KE, Maguire CP. Older inpatients' room preference: single versus shared accommodation. *Age Ageing.* 2015;44(2):331-3.
- [9] Hwang IC, Ahn HY, Park SM, Shim JY, Kim KK. Clinical changes in terminally ill cancer patients and death within 48 h: when should we refer patients to a separate room? *Support Care Cancer.* 2013;21(3):835-40.
- [10] Chaudhury H, Mahmood A, Valente M. Advantages and disadvantages of single versus multiple-occupancy rooms in acute care environments: a review and analysis of the literature. *Environ Behav.* 2005;37:760-86.
- [11] Çıracı Y, Nural N, Saltürk Z. Loneliness of oncology patients at the end of life. *Support Care Cancer.* 2016;24(8):3525-31.
- [12] Karnick PM. Feeling lonely: theoretical perspectives. *Nurs Sci Q.* 2005;18(1):7-12.
- [13] Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community.* 2016 Jul 13.

[Epub ahead of print]

[付帯研究担当者]

森田達也（聖隷三方原病院 緩和支援診療科）

表 1 背景 人口統計学的特性

患者背景			家族背景		
年齢（歳）			年齢（歳）		
中央値（四分位範囲）	76	67-82	中央値（四分位範囲）	64	55-70
男性 [no. (%)]	309	54%	男性 [no. (%)]	147	30%
原発がん部位 [n, %]			患者との続柄 [n, %]		
肺	129	22.6%	配偶者	210	43.7%
肝胆膵	120	21%	子ども	189	39.3%
胃・食道	96	16.7%	兄弟・姉妹	31	6.4%
大腸・直腸	75	13.1%	親	11	2.3%
前立腺・腎・膀胱	32	5.6%	その他	40	8.3%
頭頸部	29	5.1%			
乳房	25	4.4%			
子宮・卵巣	21	3.6%			
血液	14	2.4%			
その他	31	5.3%			

表 2 背景 「緩和ケア病棟」の個室・大部屋で過ごした状況の実際

	n	%
入院から退院までずっと個室であった患者	326	69.5%
大部屋で過ごしていたが、患者さまが亡くなる直前に個室に移動した	89	30.2%
入院してしばらく大部屋が空かないため、費用のかかる個室を利用した	42	13.7%
個室で最期を迎えたかったが、大部屋で亡くなってしまった	9	3.1%

表 3 「緩和ケア病棟」での個室や大部屋で過ごした体験

	改善の必要なし群 n=288		改善の必要あり群 n=151	P 値
プライバシーが守られていた	3.8±0.5	>	3.3±0.9	<0.001
望むときに、訪問客が来やすかった	3.8±0.4	>	3.5±0.7	<0.001
医療者と込み入った話をする時に、周りに 気兼ねなく話ができた	3.8±0.5	>	3.4±0.8	<0.001
望むときに、夜遅くまでいることができた	3.8±0.4	>	3.6±0.7	0.001
患者様と、他の患者様との交流ができた	1.8±1.0	>	1.6±0.9	0.033
ご家族と、他のご家族との交流ができた	1.9±1.0	>	1.7±0.9	0.081
患者様がさびしいということが多かった	2.1±0.9	<	2.5±0.9	<0.001
医療スタッフの目に触れる機会が少なく、 心配だった	1.6±0.8	<	2.0±0.9	<0.001

終末期せん妄を評価するための尺度の開発

内田 恵*

サマリー

本研究の目的は終末期せん妄の重症度を評価する為の尺度を開発することである。本研究に先立ち終末期せん妄の治療とケアのゴールとはどのようなものを探索する為に医療者を対象としたインタビュー調査を行い、次いでその質的分析と系統的文献検索を基に 24 項目の調査項目を設定し、終末期せん妄の治療とケアのゴールに関する遺族の見解についてアンケート調査を行った。今回はその中で遺族が重要と見なした項目を中心に抽出し終末期せん妄を評価する為の尺度の開発を目指し、5 つの下位尺度（家族のサポートと患者を大切にすること、コミュニケーションができる、幻覚妄想がない、せん妄の治療とケアに関する十分な説明と自然な最後、穏やかに過ごせる）から構成される 24 項目の終末期せん妄評価尺度を開発した。ホスピス・緩和ケア病棟に入院していたがん患者の遺族 281 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事が多く、家族の苦痛緩和も目的の一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有る(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、苦痛緩和のため薬剤を使用する事もある終末期せん妄の患者に対しては使用不能な事が多く、その評価は困難である(17-21)。その為

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。

本研究の目的は、終末期せん妄を評価する為の尺度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 281 名が妥当性検証に参加した。(表 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。(表 2) 収束的妥当性は Care Evaluation Scale ($r=0.651$, $P<0.001$) ・ Good Death Inventory($r=-0.57$ $P<0.001$)との相関で示され、良好であった。弁別的妥当性は Delirium Experience Questionnaire の遺族の感じた苦痛得点との低い相関($r=0.30$, $P<0.001$)で示された。内的整合性も良好

であった。(Cronbach's $\alpha=0.82-0.85$)

考察

終末期せん妄による苦痛の評価尺度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更なる検討も予定している。

文献

1. Morita T, Tei Y, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. 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, Pereira JL, Hanson J, Suarez-Almazor ME, Bruera ED. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med*. 2000 Mar 27;160(6):786-94.
3. Bruera E, Miller L, McCallion J, Macmillan K, Krefting L, Hanson J. Cognitive failure in patients with terminal cancer: a prospective study. *J Pain Symptom Manage*. 1992 May;7(4):192-5.
4. Massie MJ, Holland J, Glass E. Delirium in terminally ill cancer patients. *Am J Psychiatry*. 1983 Aug;140(8):1048-50.
5. Hosie A, Davidson PM, Agar M, Sanderson CR, Phillips J. Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings: a systematic review. *Palliat Med*. 2013 Jun;27(6):486-98.
6. Leonard M, Raju B, Conroy M, Donnelly S, Trzepacz PT, Saunders J, Meagher D. Reversibility of delirium in terminally ill patients and predictors of mortality. *Palliat Med*. 2008 Oct;22(7):848-54.
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§ionid=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 28 November 2008.
10. Tropea J, Slee J-A, Brand CA, Gray L, Snell T. 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, Bellelli G, Olofsson B, Kreisel S, Teodorczuk A, Kamholz B, Hasemann W, Young J, Agar M, de Rooij SE, Meagher D, Trabucchi M, MacLullich AM. Consensus and variations in opinions on delirium care: a survey of European delirium specialists. *Int Psychogeriatr*. 2013 Dec;25(12):2067-75.
12. Bruera E, Bush SH, Willey J, Paraskevopoulos T, Li Z, Palmer JL, Cohen MZ, Sivesind D, Elsayem A. 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):2004-12.
13. Morita T, Akechi T, Ikenaga M, Inoue S, Kohara H, Matsubara T, Matsuo N, Namba M, Shinjo T, Tani K, Uchitomi Y. Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences. *J Pain Symptom Manage*. 2007 Dec;34(6):579-89. Epub 2007 Jul 26.
14. Namba M, Morita T, Imura C, Kiyohara E, Ishikawa S, Hirai K. Terminal delirium: families' experience. *Palliat Med*. 2007 Oct;21(7):587-94.
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):183-94

16. Wright, D.K., S. Brajtman, and M.E. Macdonald,
A relational ethical approach to end-of-life delirium. J Pain Symptom Manage, 2014.
48(2): p. 191-8.
17. Breitbart W, Rosenfeld B, Roth A, Smith MJ, Cohen K, Passik S. The Memorial Delirium Assessment Scale. J Pain Symptom Manage. 1997 Mar;13(3):128-37.
18. Matsuoka Y, Miyake Y, Arakaki H, Tanaka K, Saeki T, Yamawaki S. 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, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990 Dec 15;113(12):941-8.
20. Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, Kanary K, Norton J, Jimerson N. 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):229-42.
21. Kato M, Kishi Y, Okuyama T, Trzepacz PT, Hosaka T. Japanese version of the Delirium Rating Scale, Revised-98 (DRS-R98-J): reliability and validity. Psychosomatics. 2010 Sep-Oct;51(5):425-31.

[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 緩和支援診療科）

表 1 遺族と患者の背景 (N=281)

		N	%
遺族の年齢	平均 39.3 歳 (標準偏差: 12.4) 中央値 59 歳 (範囲 22—90 歳)		
遺族の性別	女性	184	66
患者との関係	配偶者	110	39
	患者の子供	128	46
	婿・嫁	17	6
	患者の親	4	1
	兄弟姉妹	16	6
	その他	5	2
遺族の最終学歴	小・中学校	19	7
	高校・旧制中学	121	43
	短大・専門学校	71	25
	大学	62	22
	大学院	2	1
	その他	1	0.4
遺族の宗教	特定の宗教なし	114	41
	仏教	135	48
	キリスト教	7	3
	神道	7	3
	その他	12	4
患者の年齢	平均 74.8 歳 (標準偏差: 11.6 歳) 中央値 75 歳 (範囲 30—100 歳)		
患者の性別	男性	152	54
患者の婚姻状況	既婚	168	60
	未婚	16	6
	死別	73	26
	離別	20	7
患者の同居人	有り	213	76
原発部位	肺	56	20
	胃	31	11
	結腸	27	10
	膵臓	22	8
	肝臓	19	7
	乳房	14	5
	胆嚢・胆管	14	5
	直腸	11	4
	食道	11	4
	頭頸部	10	4
	子宮	10	4

表 2 終末期せん妄評価尺度の因子負荷パターン (N=281)

	下位尺度				
	1. 家族のサポート と医師への信頼	2. その人らしさ の保持とコミュニ ケーション	3. 幻覚 妄想	4. せん妄 に関する説 明とケア	5. 心身の 苦痛
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	0.96	0.04	-0.05	0.07	0.008
必要な時は、医療者がすぐに対 応してくれた	0.82	-0.03	-0.09	-0.13	0.006
家族に対する精神的な配慮が あった	0.82	0.02	-0.04	-0.11	0.01
心細い時に、医療者がそばにい てくれた	0.8	-0.04	0.03	-0.07	0.03
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	0.75	-0.03	-0.06	-0.12	0.08
家族が患者とコミュニケーシ ョンできることに配慮してく れた	0.57	-0.06	0.25	0.13	-0.07
つじつまの合わないことでも、 医療者が、患者さんの言ってい ることを大切にしてくれると 感じられた	0.56	0.02	0.09	-0.24	-0.08
医療者が、患者の人となり（ど んなお仕事をされてどんな趣 味のある人だったかなど）をよ くわかっていると思った	0.54	-0.04	0.09	-0.09	-0.07
せん妄の原因についてできる 限りの治療をしてもらえた	0.43	-0.09	0.02	-0.36	0.02
妄想（実際にはないことをあると 信じ込むこと）があった	0.009	0.98	-0.03	-0.02	-0.09
幻覚（あるはずのないものが見 えたり聞こえる）があった	-0.06	0.71	-0.02	0.03	0.07
完全に回復しなくても、ある程 度意思疎通ができた	0.07	-0.04	0.9	0.04	-0.03
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	-0.11	-0.007	0.88	-0.14	0.06
その人らしい表情や会話があ った	0.04	0.02	0.83	0.008	0.003
患者の治療方針や見通しにつ いて十分に話し合うことがで きた	0.02	-0.04	0.05	-0.94	0.06
患者の治療方針や見通しにつ いて十分な説明を受けられた	0.06	-0.02	0.02	-0.93	0.09
せん妄とは何か、こうなってい る理由について十分な説明を 受けられた	0.12	0.07	0.1	-0.69	-0.01
患者が亡くなることに対して 心の準備をさせてくれた	0.3	-0.07	-0.007	-0.5	0.02
自然なかたちで最期を迎えら	0.25	0.04	-0.03	-0.41	-0.15

れた					
点滴やモニターなど自由の制限を受けるものは少なかった	-0.002	-0.03	0.05	-0.24	-0.14
身の置き場がないように、じっとしてられないことがあった	0.08	-0.06	0.03	-0.01	0.89
興奮して、落ち着かなくなることがあった	-0.07	0.26	-0.02	-0.02	0.61
痛みなどからだの苦痛があり、つらそうだった	-0.05	-0.15	-0.04	-0.005	0.57
夜は眠れないことが多かった	0.04	0.24	0.05	0.06	0.47

終末期がん患者の死亡直前期についての 医師の説明と遺族の認識に関する研究

森 雅紀*

サマリー

本研究の目的は、医師から家族への死亡直前期についての説明の時期、時期に関する遺族の認識、説明に関する改善の必要性を明らかにし、死亡直前期についての説明に関する改善の必要性に関連する要因を探索することである。終末期がん患者の遺族計 521 名（64%）の回答を解析した。死亡直前期についての説明の時期は、死亡の 2 週間以上前が 153 人（31%）、数日から 2 週間前が 238 人（48%）、死亡直前が 55 人（11%）だった。説明の時期に関して、335 人（77%）の遺族が「ちょうどよかった」と回答した。「とても遅かった」「遅かった」と答えた遺族はそれぞれ 18 人（4.1%）、66 人（15%）だったが、「早かった」「とても早かった」と答えた遺族は 12 人（2.8%）、5 人（1.1%）と少なかった。死亡直前期についての説明に関して、改善が必要な点があると答えた遺族は 162 人（35%）だった。多変量解析の結果、患者の年齢（オッズ比（OR）=0.97；95%信頼区間（CI）：0.95-0.99； $p=0.011$ ）、【明確な説明があった】（OR=0.70；95% CI：0.52-0.95； $p=0.021$ ）、【先々の見通しがつかなかった】（OR=2.24；95% CI：1.67-3.01； $p<0.001$ ）、【いつまで話せるか言及した】（OR=0.69；95% CI：0.53-0.91； $p=0.009$ ）が独立して改善の必要性に関連していた。死亡直前期であると疑われれば、早めから死亡直前期徴候にも言及しつつ明確で先々の見通しがつくような説明を心がけ、患者といつまで話せるかを含めて家族に説明することが望ましい。

背景

終末期がん患者において、死が差し迫っていることを医師から患者・家族に伝えることは重要である。患者にとっては身辺整理を行い質の高い終末期ケアを受けることが可能になり(1-9)、家族にとっては患者とできるだけ時間を過ごすなど死を前提とした行動をとることで悲嘆に対する心構えができる(10-12)。国際的にも死が差し迫っていることを患

者・家族に説明することが推奨されている(13, 14)。

しかし、死亡直前期の予測には不確実性が伴う(15-17)。たとえば $PPS \leq 20$ など早期死亡直前期兆候が出現しても必ずしも死亡直前期であるとは言えず、死が差し迫っているという説明が早すぎることになる可能性がある(15)。一方、下顎呼吸や呻吟、死前喘鳴などの晩期兆候は頻度が少ないだけでなく、それらが出現する頃には患者は話せないことも多く数日以内の死亡がほぼ確実であるため、説明の時期

が家族にとっては遅きに失することにもなりかねない(15)。また、終末期には患者は徐々に話が困難になるため、望ましい死を達成する上で家族の役割は大きい。したがって、家族には適切な時期に不確実性を含めた説明を行うことが望まれる。

しかし、医師から終末期がん患者の家族に、死亡直前期についての説明が死亡のどのくらい前に行われているかの実態は明らかになっていない。また、説明の時期について家族はどう感じているか、死亡直前期であることの説明に関して家族は改善の必要性を感じているかについては明らかになっていない。医師から家族への死亡直前期についての説明に関して、望ましい時期や伝え方が明らかになることは質の高い終末期ケアを提供する上で重要である。

目的

本研究の目的は、死亡直前期についての医師から家族への説明の時期、時期に関する遺族の認識、説明に関する改善の必要性を明らかにすることである。また、死亡直前期についての説明に関する改善の必要性に関連する要因を探索する。

方法

死亡直前の定義は、「あと数日の可能性が高いこと・日の単位と考えられること」(13)とした。系統的文献検索と研究者間の討議から死亡直前期についての説明に関する体験を表す6項目を設定し、「そう思わない」から「そう思う」の4件法で質問した(13, 15-19)。これらの体験を探索的な因子分析と意味上のつながりにより、【明確な説明があった】(「どのような兆候があれば死亡が近いのか、わかるように説明してくれた」「死亡が近い兆候を具体的にイメージできるような図や説明があった」; $\alpha = 0.854$) (13-17)、【先々の見通しがつかなかった】(「あいまいな言い方だったので、先々の見通しがつかなかった」「いつどうなってもおかしくない」とだけ言われたので、

先々の見通しがつかなかった」; $\alpha = 0.812$) (13)、【いつまで話せるか言及した】(「寿命の長さだけでなく、「どのくらい患者様と話せるか」の説明があった」) (18)、【過度の警告があった】(「『今日だと思う・今夜だと思う』と何回か言われたが、結局、それから数日・数週間以上あったので、疲れてしまった」) (19)に分類した。

改善の必要性に関する質問は「改善は必要ない」「改善が必要な点が少しある」「改善が必要な点があり」「改善が必要な点が非常に多い」「改善が必要な点が非常に多い」で回答を求め、後3者を「改善の必要あり」と定義した(19, 20)。

結果

調査票を送付した818名の遺族のうち、607名から返送があり(回収率75%)、回答拒否86名を除外する521名を解析対象とした(回答応諾率64%)。患者と遺族の背景因子について表1に示す。

5) 死亡直前期についての説明

死亡直前期であることの説明の時期は、死亡の2週間以上前が153人(31%)、数日から2週間前が238人(48%)、死亡直前が55人(11%)であった。説明がなかったと答えた家族が52人(10%)いた。説明の時期に関して、335人(77%)の遺族が「ちょうどよかった」と回答した。「とても遅かった」「遅かった」と答えた遺族はそれぞれ18人(4.1%)、66人(15%)だった。一方、「早かった」「とても早かった」と答えた遺族は12人(2.8%)、5人(1.1%)と非常に少なかった。死亡直前期であることの説明に関して、遺族は様々な体験をしていた(図1)。

6) 死亡直前期についての説明に関する改善の必要性

死亡直前期についての説明に関して、改善が必要な点がある(「少しある」「かなりある」「非常に多い」の合計)と答えた遺族は162人(35%)だった。患者、遺族背景と死亡直前期についての遺族の体験を説明変数、死亡直前期についての説明に関する改善の必要性を目的変数にして二項ロジスティ

ック回帰による単変量解析を行い、 $p<0.1$ となった項目を説明変数として多変量解析を行った（表 2、3）。多変量解析の結果、患者の年齢（オッズ比（OR） $=0.97$ ；95%信頼区間（CI） $:0.95-0.99$ ； $p=0.011$ ）、【明確な説明があった】（OR $=0.70$ ；95% CI $:0.52-0.95$ ； $p=0.021$ ）、【先々の見通しがつかなかった】（OR $=2.24$ ；95% CI $:1.67-3.01$ ； $p<0.001$ ）、【いつまで話せるか言及した】（OR $=0.69$ ；95% CI $:0.53-0.91$ ； $p=0.009$ ）が独立して改善の必要性に関連していた（表 3）。

考察

本調査は、終末期がん患者の家族に死亡直前期についての説明を行った時期や、説明に関する遺族の認識を系統的に同定した初めての遺族調査である。

もっとも重要な知見は、緩和ケア病棟に入院する患者における死亡直前期についての説明の時期と家族の認識が明らかになったことである。9 割の家族に死亡直前期であることの説明が行われ、8 割が死亡の数日以上前に行われていた。また、死亡直前期であることの説明の時期について 8 割近くの家族がちょうどよかったと答えており、2 割近くの家族は遅かったと感じていた。一方、早すぎたと答えた家族はほとんどいなかった。近年死亡直前期兆候が系統的に同定され、死亡直前期（数日前）の予測が可能になってきた。死亡直前期のほとんどの患者に見られるが出現したからと言って必ずしも死亡直前とは言えない早期兆候と、死亡直前期の一部の患者にしか見られないが出現したら死亡直前期である確率が非常に高い晩期徴候に分けられる（15, 17）。本研究の結果からは、遺族の視点から見ると死亡直前期である説明を行う時期は、早期兆候が出現した時期が望ましく、晩期徴候が出現してからでは遅すぎる可能性があることが示唆される。

次に重要な知見は、死亡直前期であることの説明に関して遺族が感じる改善の必要性と、改善の必要性の決定因子が明らかになったことである。3 分の 1 以上の遺族が死亡直前期であることの説明の時期や

仕方には改善の必要性があると答えており、曖昧な説明のため先々の見通しがつかなかったと感じる遺族ほど改善の必要性を感じていた。一方、高齢患者の遺族、明確な説明を受けた遺族、患者と話ができる期間を含む説明を受けた遺族ほど、改善の必要性を感じていなかった。これらは、死亡直前期かどうか不確実であってもできるだけ死亡直前期兆候の説明を図で示すなど遺族にとって分かりやすく説明すること、残された期間だけでなくいつまで話ができるかなど患者の機能面に焦点を当てた説明が望ましいことを示唆している。

この研究の限界

本研究は遺族対象の横断調査であり Recall bias のため実際の死亡直前期についての説明の有無や時期は不明であること、回答応諾率が 64% と高いとは言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、患者の体験について妥当性の検証された尺度を用いていないことなどが、限界としてあげられる。

今後の方向性

コホート研究と遺族調査を統合することで、より死亡直前期についての説明の実態を反映した知見が得られると思われる。また、死亡直前期であることの説明や時期に関する患者自身の認識を探索する必要がある。最終的には、患者・家族がともに納得して終末期を迎えられるために、患者・家族に対する望ましい死亡直前期であることの説明の方法を確立することが重要である。

文献

1. Lundquist G, Rasmussen BH, Axelsson B. Information of imminent death or not: does it make a difference? J Clin Oncol 2011;29:3927-31.
2. Clayton JM, Butow PN, Tattersall MH. The needs of terminally ill cancer patients versus those of caregivers for information regarding prognosis and

- end-of-life issues. *Cancer* 2005;103:1957-64.
3. Clayton JM, Butow PN, Arnold RM, Tattersall MH. Discussing life expectancy with terminally ill cancer patients and their carers: a qualitative study. *Support Care Cancer* 2005;13:733-42.
4. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, et al. Preparing for the end of life: preferences of patients, families, physicians, and other care providers. *J Pain Symptom Manage* 2001;22:727-37.
5. Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med* 2002;16:297-303.
6. Clayton JM, Butow PN, Tattersall MH. When and how to initiate discussion about prognosis and end-of-life issues with terminally ill patients. *J Pain Symptom Manage* 2005;30:132-44.
7. Johnston G, Abraham C. Managing awareness: negotiating and coping with a terminal prognosis. *Int J Palliat Nurs* 2000;6:485-94.
8. Kutner JS, Steiner JF, Corbett KK, Jahnigen DW, Barton PL. Information needs in terminal illness. *Soc Sci Med* 1999;48:1341-52.
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;284:2476-82.
10. Valdimarsdottir U, Helgason AR, Furst CJ, Adolfsson J, Steineck G. Awareness of husband's impending death from cancer and long-term anxiety in widowhood: a nationwide follow-up. *Palliat Med* 2004;18:432-43.
11. Seale C, Addington-Hall J, McCarthy M. Awareness of dying: prevalence, causes and consequences. *Soc Sci Med* 1997;45:477-84.
12. 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;300:1665-73.
13. Ruegger J, Hodgkinson S, Field-Smith A, Ahmedzai SH, guideline c. Care of adults in the last days of life: summary of NICE guidance. *BMJ* 2015;351:h6631.
14. Blinderman CD, Billings JA. Comfort Care for Patients Dying in the Hospital. *N Engl J Med* 2015;373:2549-61.
15. Hui D, dos Santos R, Chisholm G, et al. Clinical signs of impending death in cancer patients. *Oncologist* 2014;19:681-7.
16. Hui D, Hess K, dos Santos R, Chisholm G, Bruera E. A diagnostic model for impending death in cancer patients: Preliminary report. *Cancer* 2015;121:3914-21.
17. Hui D, Dos Santos R, Chisholm G, et al. Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: preliminary findings of a prospective, longitudinal cohort study. *Cancer* 2015;121:960-7.
18. Hui D, dos Santos R, Chisholm GB, Bruera E. Symptom Expression in the Last Seven Days of Life Among Cancer Patients Admitted to Acute Palliative Care Units. *J Pain Symptom Manage* 2015;50:488-94.
19. Shinjo T, Morita T, Hirai K, et al. Care for imminently dying cancer patients: family members' experiences and recommendations. *J Clin Oncol* 2010;28:142-8.
20. Shimizu Y, Miyashita M, Morita T, 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;48:2-12.

[付帯研究担当者]

森田達也（聖隷三方原病院 緩和支援診療科）

表1 背景

患者背景			遺族背景		
	n	%		n	%
年齢（平均±SD）	(77±10)		年齢（平均±SD）	(62±12)	
性別			性別		
男性	284	55%	男性	171	33%
女性	232	45%	女性	328	64%
原発			遺族関係		
肺	131	25%	配偶者	201	39%
食道・胃・結腸・直腸	147	29%	その他	300	58%
肝・胆・膵	97	19%	学歴		
乳腺・子宮・卵巣	37	7.2%	小・中学校・高校	288	56%
前立腺・腎・膀胱	37	7.2%	大学・大学院	204	40%
頭頸部	21	4.1%	患者入院中の家族のからだの健康状態		
その他	46	8.9%	よかった	130	25%
			まあまあだった	256	50%
			よくなかった	96	19%
			非常によくなかった	17	3.3%
患者未既婚			死亡前1週間の付き添い日数		
既婚	324	63%	毎日	322	62%
未婚・死別・離別	171	33%	4-6日	84	16%
			1-3日	66	13%
			付き添わなかった	29	5.6%
同居家族の有無			家族の心配事に対する周囲の傾聴		
あり	343	67%	全然聞いてくれない	2	0.4%
なし	155	30%	あまり聞いてくれない	32	6.2%
子ども有無			まあまあ聞いてくれる	133	26%
あり	33	6.4%	よく聞いてくれる	197	38%
なし	457	89%	とてもよく聞いてくれる	131	25%
在住地域の人口			宗教		
30万人以上	182	35%	特になし	153	30%
30万人未満	278	54%	仏教	300	58%
死亡前1か月間の医療費			キリスト教	7	1.4%
10万円未満	124	24%	神道	16	3.1%
10万円～20万円	160	31%	その他	11	2.1%
20万円～40万円	142	28%			
40万円～60万円	40	7.8%			
60万円以上	23	4.5%			

付帯研究 9. 終末期がん患者の死亡直前期についての医師の説明と遺族の認識に関する研究

療養中の年間世帯年収					
100 万円未満	59	11%			
100 万円～200 万円	101	20%			
200 万円～400 万円	199	39%			
400 万円～600 万円	57	11%			
600 万円～800 万円	36	7.0%			
800 万円以上	27	5.2%			

表 2. 死亡直前期についての説明に関する「改善の必要性」の決定因子：単変量解析

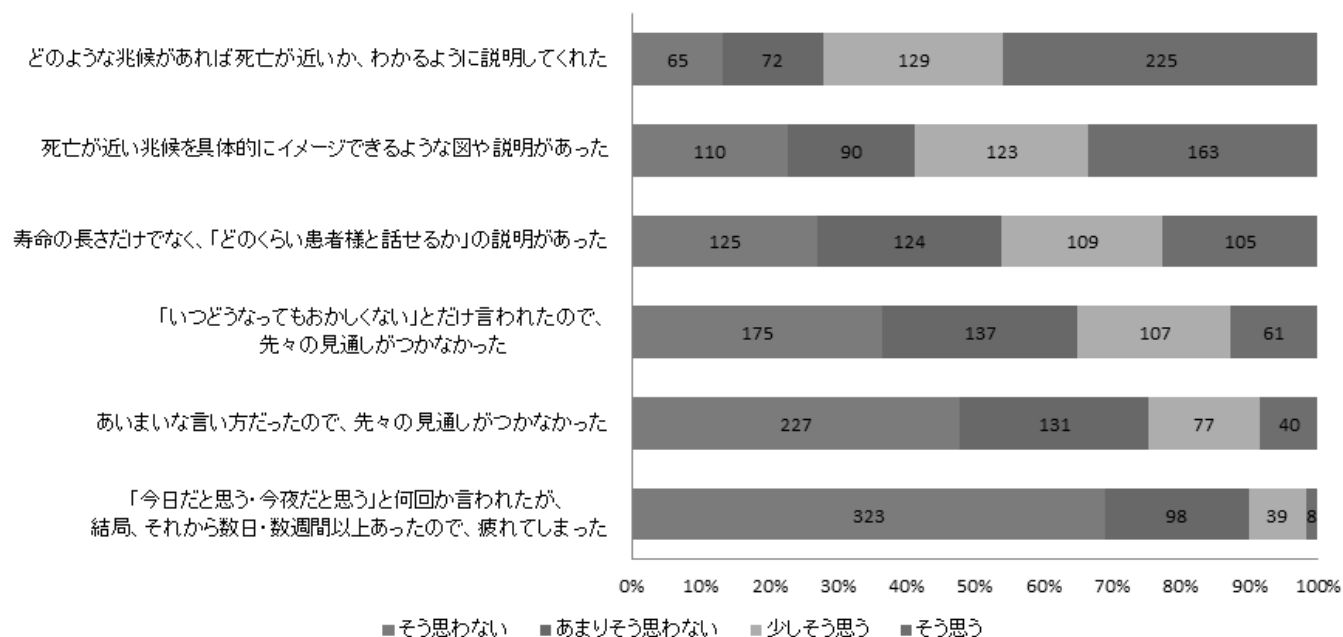
	オッズ比	95% 信頼区間		p 値
患者・家族背景				
患者の性別	1.20	0.82	1.77	0.351
患者の年齢	0.97	0.95	0.99	<0.001
原発巣：肺	Reference			
食道・胃・結腸・直腸	0.87	0.40	1.90	0.723
肝・胆・膵	0.79	0.36	1.72	0.552
乳腺・子宮・卵巣	0.99	0.44	2.22	0.970
頭頸部	1.21	0.47	3.14	0.697
前立腺・腎・膀胱	0.85	0.24	3.02	0.797
その他	0.89	0.33	2.41	0.813
患者の婚姻状態（既婚 vs. それ以外）	0.79	0.52	1.20	0.266
患者と同居していた人の有無	1.00	0.66	1.52	0.992
患者の未成年の子供の有無	0.96	0.45	2.07	0.923
患者の在住地域人口	1.34	0.88	2.02	0.173
死亡前 1 ヶ月の医療費	1.19	1.00	1.43	0.055
療養中の年間世帯収入	0.96	0.82	1.12	0.615
家族の年齢	1.01	1.00	1.03	0.108
家族の性別	1.24	0.82	1.86	0.306
患者との関係 2 群（配偶者 vs. 他）	0.48	0.32	0.71	<0.001
最終学歴 2 群（高卒以下 vs. それ以上）	0.79	0.53	1.18	0.257
家族のからだの状態	1.28	1.00	1.65	0.050
周囲からの家族の心配事への傾聴	0.76	0.60	0.95	0.015
宗教（なし vs. あり）	0.88	0.58	1.34	0.555
死亡直前期であることの説明に関する家族の体験				
明確な説明があった	0.46	0.38	0.57	<0.001
先々の見通しがつかなかった	2.92	2.28	3.74	<0.001
いつまで話せるか言及した	0.52	0.43	0.64	<0.001
過度の警告があった	1.49	1.13	1.97	0.005

表 3. 死亡直前期についての説明に関する「改善の必要性」の決定因子：多変量解析

	オッズ比	95% 信頼区間		p 値
患者の年齢	0.97	0.95	0.99	0.011
明確な説明があった	0.70	0.52	0.95	0.021
先々の見通しがつかなかった	2.24	1.67	3.01	<0.001
いつまで話せるか言及した	0.69	0.53	0.91	0.009
過度の警告があった	1.36	0.96	1.93	0.087

Nagelkerke $R^2=0.341$

図 1. 死亡直前期についての説明に関する遺族の体験



死別後の経済状況と 遺族の複雑性悲嘆・うつとの関連

青山 真帆*

サマリー

死別後の経済状況は遺族の悲嘆やうつに影響を与える可能性があるが、実態は明らかではないため、本研究で明らかにすることを目的とした。

全国の緩和ケア病棟 71 施設のがん患者遺族 787 名に自記式質問紙調査を実施し、有効回答数は 491(62%) だった。主要評価項目は、現在の経済的暮らし向き、死別後の暮らし向きの変化、副次的評価項目は、悲嘆の程度(Brief Grief Questionnaire: BGQ)、うつの程度(Patient Health Questionnaire 9: PHQ-9)とし、その他人口統計学的要因を調査した。

現在の経済的暮らし向きは、ゆとりあり心配なし～あまりゆとりないが心配なし(78%)、ゆとりなく多少心配～家計苦しく非常に心配(19%)だった。死別後の暮らし向きの変化についてはゆとりが、増えた(7%)、減った(26%)、変わらない(63%)だった。全体で複雑性悲嘆の有病率は 9%、うつは 22%と推定され、現在の暮らし向きにゆとりがある、死別後の暮らし向きに変化がない方が複雑性悲嘆やうつの有病率がともに有意に低かった($p<0.05$)。

死別後に経済的なゆとりが減る遺族が 2 割を超え、死別後の暮らし向きが遺族の複雑性悲嘆やうつと関連することが明らかになった。遺族への経済的・社会的サポートの必要性が示唆された。

目的

遺族は、患者の死そのものはもちろん、それに伴って生じる様々な変化や問題に直面する。そのうちの 1 つとして、経済的問題がある。坂口らが配偶者と死別後の 121 名を対象とし、配偶者との死別後に経験したストレスについて調査した結果、36%が経済的問題によるストレスを経験したと回答している(1)。死別が遺族の経済状況に影響を与える理由是多

岐にわたると考えられる。1 つは、患者が家族の中で中心的な稼ぎ手であった場合や、夫婦の年金受給世帯であり配偶者との死別により、年金が世帯として半減する場合などは、特に直接的に死別が経済的問題に関連することが推測される。2 つめは、患者療養中の経済的負担である。過去の遺族調査(2014 年 J-HOPE3 研究)において(2)、患者の介護による経済的負担が大きかったと回答しているがん患者遺族は全体の 23%(1883 名)であった。がん患者の介護に

よる経済的負担は、患者死別後まで継続する可能性もあるが、この点については明らかになっていない。死別後の悲嘆や抑うつの強さの関連要因のひとつとして、患者介護による経済的負担があげられ、このことから患者療養中の家族の経済的負担は、遺族の死別後の生活への影響を与えている可能性がある。

多死社会を迎えるわが国において、遺族の抱える問題として、死別前後の経済状況の変化を明らかにする必要がある。したがって本研究では、(1) 遺族の現在の経済状況および死別後の遺族の経済状況の変化について明らかにすること、(2) 現在の経済状況・死別後の経済状況の変化と死別後の悲嘆・抑うつとの関連について明らかにすることを目的とする。

結果

全国の緩和ケア病棟 71 施設のがん患者遺族 787 名に自記式質問紙調査を実施し、有効回答数は 491(62%)だった。主要評価項目として、現在の経済的暮らし向き、死別後の暮らし向きの変化、副次的評価項目として、悲嘆の程度(Brief Grief Questionnaire: BGQ)(3, 4)、うつの程度(Patient Health Questionnaire 9: PHQ-9)(5)、その他人口統計学的要因を調査し、記述統計量の算出、主要評価項目の関連要因の探索・複雑性悲嘆やうつとの関連について解析した。患者・遺族の背景については表 1 に示した。

1) 現在の経済的暮らし向き

現在の経済的暮らし向きは「ゆとりあり心配なし～あまりゆとりないが心配なし」が 78%、「ゆとりなく多少心配～家計苦しく非常に心配」が 19%だった(表 2)。

2) 死別後の暮らし向きの変化

死別後の暮らし向きの変化についてはゆとりが「増えた～とても増えた」が 7%、「減った～とても減った」が 26%、「変わらない」が 63%だった(表 2)。

3) うつ・複雑性悲嘆の有病率と死別後の経済状況との関連

全体で複雑性悲嘆の有病率は 9%、うつは 22%と推定された。現在の暮らし向きについて、「ゆとりあり心配なし～あまりゆとりないが心配なし」を「心配なし」、「ゆとりなく多少心配～家計苦しく非常に心配」を「心配あり」と 2 値化し、同様に死別後の暮らし向きについても、「増えた」、「変化なし」、「減った」に 3 値化し、うつ・複雑性悲嘆の有病率との関連について、カイ 2 乗検定を行った。その結果、現在の暮らし向きに心配があるほうが、うつの有病率が高く($ES=0.12$; $p=0.01$)、死別後の暮らし向きに変化がない方がうつ($ES=0.22$; $p<0.0001$)や複雑性悲嘆($ES=0.16$; $p=0.001$)の有病率が有意に低かった。(表 3)

考察

本研究の主要な知見として、死別後の経済状況が良好でなく、また死別によって暮らし向きが変化した遺族のほうが、うつや複雑性悲嘆の症状を有する割合が高いことが明らかになった。

本研究では、現在の暮らし向きに心配を抱える遺族が約 2 割おり、死別後に経済的なゆとりが減る遺族が 2 割を超えることが明らかになった。その原因としては、亡くなった患者が家族の稼ぎ手であったこと、患者の治療や介護による経済的負担など、多岐にわたることが推測される。また、本研究の対象者は、患者の平均年齢($\pm SD$)が 74.4 ± 11.5 歳、遺族の平均年齢($\pm SD$)が 62.5 ± 11.6 歳であり、遺族の続柄については配偶者が 43%と、最も多かったことから、年金受領世帯等で配患者の死別によって年金収入が半減した可能性も考えられる。この点については、今後、関連要因を明らかにし、詳細な探索を行う必要がある。

また、死別後の経済状況および経済状況の変化が遺族のうつや複雑性悲嘆が関連することが明らかになった。遺族の心理社会的なサポートとしてのグリーフケアについては、その方法や効果を含め、多くの研究が行われている(6-11)。それらの多くは、ソーシャルサポートの重要性や、グループカウンセリ

ング、認知行動療法など、心理社会的なサポートに焦点が当てられている。しかしながら、遺族の経済面および経済的变化が悲嘆に与える影響に焦点を当てた先行研究はほとんどない。本研究結果から、死別後の経済状況は遺族の複雑性悲嘆やうつに関連しており、遺族への医療的ケアのほか、社会的サポートの必要性が示唆された。

研究の限界として、以下の点をあげる。まず、有効回答率は62%と先行研究と比較して低くはないものの、悲嘆やうつが重度の遺族は回答していない可能性がある。次に、緩和ケア病棟で死亡した患者の遺族のみを対象としているため、結果の一般化には限界がある。3点目として横断研究のため、因果推論は難しい点である。

今後は、死別後、現在の経済状況および経済状況の変化の関連要因を探索するとともに、うつ・複雑性悲嘆との関連についても、多変量解析を行い、より詳細な探索をすすめる必要がある。

文献

1. 坂口幸弘. 配偶者を亡くした人へのサポート. ターミナルケア. 2001;11(1):18-22.
2. Aoyama M, Morita T, Kizawa Y, Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M. The Japan HOspice and Palliative Care Evaluation Study 3: Study design, characteristics of participants and participating institutions, and response rates. American Journal of Hospice and Palliative Medicine. 2016;in press.
3. Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, Miyashita M, Kim Y, Shear MK, et al. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. PloS one. 2012;7(2):e31209.
4. Shear KM, Jackson CT, Essock SM, Donahue SA, Felton CJ. Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. Psychiatr Serv. 2006;57(9):1291-7.
5. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606-13.
6. Anderson KA, Ewen HH, Miles EA. The Grief Support in Healthcare Scale: development and testing. Nursing research. 2010;59(6):372-9.
7. Barry CL, Carlson MD, Thompson JW, Schlesinger M, McCorkle R, Kasl SV, et al. Caring for grieving family members: results from a national hospice survey. Medical care. 2012;50(7):578-84.
8. Shear MK. Complicated grief treatment: the theory, practice and outcomes. Bereavement care : for all those who help the bereaved. 2010;29(3):10-4.
9. Breen LJ. Professionals' experiences of grief counseling: implications for bridging the gap between research and practice. Omega. 2010;62(3):285-303.
10. Stroebe W, Zech E, Stroebe MS, Abakoumkin G. Does social support help in bereavement? J Soc Clin Psychol. 2005;24(7):1030-50.
11. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. Lancet. 2007;370(9603):1960-73.

[付帯研究担当者]

宮下光令 (東北大学大学院医学系研究科)

森田達也 (聖隷三方原病院)

坂口幸弘 (関西学院大学人間福祉学部人間科学学科)

表 1 対象者背景

全体(N=491)			全体(N=491)		
患者背景			遺族背景		
	n	%		n	%
<性別>			<遺族年齢> (平均±SD) (62.5±11.6)		
男	261	53%	60歳未満	173	36%
女	229	47%	60～69歳	176	37%
<年齢> (平均±SD) (74.4±11.5)			70～79歳	101	21%
60歳未満	50	10%	80歳以上	28	6%
60～69歳	106	22%	<性別>		
70～79歳	148	30%	男	148	30%
80歳以上	186	38%	女	333	68%
<原発部位>			<続柄>		
肺	113	23%	配偶者	210	43%
胃・食道	77	16%	子	189	38%
大腸	70	14%	婿・嫁	23	5%
肝・胆・膵	100	20%	親	11	2%
乳腺	23	5%	兄弟姉妹	32	7%
泌尿器	28	6%	その他	17	3%
頭頸部	25	5%	<死別後経過期間> (平均±SD) (280.8±132.1)		
卵巣・子宮	17	3%	6か月未満	104	21%
その他	37	8%	6か月以上1年未満	292	60%
<入院/利用期間> (平均±SD) (39.7±55.5)			1年以上1年6ヶ月未満	69	14%
1週間未満	67	14%	1年6ヶ月以上2年未満	18	4%
1週間以上2週間未満	88	18%	2年以上	6	1%
2週間以上1か月未満	140	29%	<最終卒業学校>		
1か月以上2か月未満	110	22%	小・中学校	50	10%
2か月以上3か月未満	42	9%	高校・旧制中学	204	42%
3か月以上	43	9%	短大・専門学校	114	23%
			大学・大学院	92	19%
			その他	10	2%
			<患者が亡くなる前1週間に付き添った日数>		
			毎日	323	66%
			4～6日	68	14%
			1～3日	64	13%
			付き添っていなかった	24	5%
			<患者入院中に付き添い等をかわってくれる人>		
			いた	336	68%
			いなかった	143	29%
			<患者様が亡くなる前の1か月の医療費>		
			10万円未満	104	21%
			10万円以上20万円未満	156	32%
			20万円以上40万円未満	128	26%
			40万円以上60万円未満	55	11%
			60万円以上	28	6%
			<介護のための退職・休職の有無>		
			なし/仕事をしていない	370	75%
			仕事をやめた	33	7%
			仕事を休職した	63	13%
			<患者療養中の世帯年収>		
			100万円未満	48	10%
			100万円以上200万円未満	69	14%
			200万円以上400万円未満	155	32%
			400万円以上600万円未満	78	16%
			600万円以上800万円未満	50	10%
			800万円以上	53	11%
			<患者と家計をともにしていたか>		
			ともにしていた	290	59%
			別だった	185	38%
			<現在の同居家族>		
			あり	319	65%
			なし	162	33%
			<現在の就業状況>		
			無職	220	45%
			常勤・正社員	97	20%
			自営業	42	9%
			パート・アルバイト	71	14%
			休職中	4	1%
			求職中	7	1%
			その他	31	6%
			<現在の世帯年収>		
			100万円未満	53	11%
			100万円以上200万円未満	100	20%
			200万円以上400万円未満	144	29%
			400万円以上600万円未満	85	17%
			600万円以上800万円未満	35	7%
			800万円以上	47	10%

※欠損のため、合計が100%にならない項目がある

表 2 現在の経済的暮らし向き・死別後の暮らし向きの変化の分布

全体(N=491)		
	n	%
<現在の経済的暮らし向き>		
ゆとりあり、全く心配なし	96	20%
あまりゆとりないが、心配なし	286	58%
ゆとりなく、多少心配	76	15%
家計苦しく、非常に心配	19	4%
<死別後の暮らし向きの変化>		
ゆとりがとて増えた	1	0%
ゆとりが増えた	34	7%
変化なし	308	63%
ゆとりが減った	105	21%
ゆとりがとて減った	26	5%

表 3 経済状況とうつ・複雑性悲嘆の有病率との関連

	うつ						複雑性悲嘆					
	症状あり		症状なし		ES	p	症状あり		症状なし		ES	p
	n	%	n	%			n	%	n	%		
<現在の経済的暮らし向き>												
心配なし	71	20%	290	80%	0.12	0.01	29	8%	339	92%	0.07	0.12
心配あり	29	34%	56	66%			12	13%	79	87%		
<死別後の暮らし向きの変化>												
ゆとり増えた	9	26%	25	74%	0.22	<.0001	4	12%	29	88%	0.16	0.001
変化なし	46	16%	248	84%			16	5%	282	95%		
ゆとりが減った	44	38%	71	62%			20	16%	104	84%		

* うつ症状あり=PHQ-9合計点 $\geq$ 10点、うつ症状なし=PHQ-9合計点<10点

* カイ二乗検定

* 効果量(ES)は、Cramer's Vまたは ϕ 係数を算出

がん治療の経済的負担による 治療の中止・変更の実態

青山 真帆*

サマリー

米国中心に経済的負担とがん治療の中止や変更などを含めた意思決定との関連が明らかになっているが、わが国での実態は明らかではない。そこで、本研究で明らかにすることを目的とした。

有効回答数は 510(60%)だった。経済的理由で医師からすすめられたがん治療を中止・変更した割合は、全くなし(85%)、あまりなかった(4%)、時々あった(4%)、よくあった(1%)、わからない(6%)で、その内容は多い順に、点滴化学療法(40%)、内服化学療法(27%)などだった。本来受けたかったがん治療を中止・変更した割合は、全くなし(86%)、あまりなかった(2%)、時々あった(3%)、よくあった(1%)、わからない(8%)で、内容は多い順に保険診療外の補完代替療法(37%)、先進医療(26%)だった。がん治療継続のために生活費を切り詰めた経験は、全くなかったが 74%と最も多かった。がん治療が生活に影響した内容については、「よくあった」「時々あった」と回答した割合を合わせて、多い順に、貯金を切り崩した(24%)、旅行やレジャーなど余暇を減らした(12%)だった。

目的

分子標的治療など新薬の使用、先進治療などによって、治療による副作用や侵襲は低くなり、生存率も上昇している一方で、がんに対する医療費は増加傾向にあり、がん患者自身の経済的負担も増大している(1-3)。米国中心にがん治療による経済的負担は、患者の生活の質(QOL)を下げ、がん治療の選好や意思決定に影響を与えることが明らかになっている(4-6)。しかし、医療制度や社会・文化的背景の異なるわが国での事態は明らかではない。また、がん治療はがんの種類によって異なること、治療費の負担は転移や再発によって、治療期間が長くなり、患者の健康状態が低いほど大きくなる可能性があり、治

療の全期間の状況を考慮した調査が必要である。したがって本研究では、がん患者の治療中の経済状況とがん治療や日常生活に与えた影響について、遺族調査によって明らかにすることを目的とした。

結果

全国の緩和ケア病棟 71 施設のがん患者遺族 851 名に自記式質問紙調査を送付し、有効回答数は 510(60%)だった。回答者背景を表 1 に示す。

1) 医師からすすめられたがん治療を中止・変更した割合

経済的理由で「医師からすすめられたがん治療を

中止・変更した」割合は、「全くなかった(85%)」、「あまりなかった(4%)」、「時々あった(4%)」、「よくあった(1%)」、「わからない(6%)」で、その内容は多い順に、「点滴化学療法(40%)」、「内服化学療法(27%)」だった(図 1)。

2) 患者が本来受けたかったがん資料を中止・変更した割合

「本来受けたかったがん治療を中止・変更した」割合は、「全くなかった(86%)」、「あまりなかった(2%)」、「時々あった(3%)」、「よくあった(1%)」、「わからない(8%)」で、内容は多い順に「保険診療外の補完代替療法(37%)」、「先進医療(26%)」だった(図 2)。

3) がんの治療のために生活を切り詰めた経験の有無

「がん治療継続のために、生活費を切り詰めたことがあったか?」という問いに対しては、「全くなかった(74%)」、「あまりなかった(19%)」、「時々あった(5%)」、「よくあった(2%)」という結果だった。

4) がん治療中、治療費のために生じた生活上の変化や心配後について

先行研究から抽出された以下項目(食費、服飾費、レジャー費の削減、親族からの借金、引っ越し、労働時間増加、金銭問題での家族間の口論、資産の売却、貯金の切り崩し、生活費・学費の懸念、受診や服薬をひかえること)があったかどうかについて(1. 全くなかった～4. よくあった)の 4 件法で尋ねた。

「時々あった～よくあった」と回答したのは、頻度の多い順に「貯金を切り崩して生活した(24%)」、「旅行やレジャーなど余暇を減らした(12%)」であった。一方「収入を増やすため労働時間を増やした(1%)」、「病院受診・処方箋の受け取りを控えた(1%)」は少なかった。

考察

本研究の主要な結果として、わが国でがん治療の全経過を通して、経済的理由で何らかのがん治療を

中止・変更した割合は 6～9%、がん治療のために生活費を切り詰めた経験のある割合は 7%であり、生活への影響としては、多い順に「貯金を切り崩して生活した(24%)」、「旅行やレジャーを減らした(12%)」だった。これまでに、わが国のがん患者の経済的負担が実際に治療の中止や変更にその程度影響したか、日常生活にどのような影響を及ぼしたか、その実態を明らかにした研究がなく、本研究により新たな知見が得られた。さらに、遺族調査によって、長期にわたるがんの治療時期のうちの一時期ではなく、全治療期を振り返って総合した評価が可能であった点が本研究の利点であった。

わが国では、がん治療による個人の経済的負担および、それが治療選択や日常生活に影響を与える割合は米国と比較すると少ないことが明らかになった。本研究では、経済的理由で、医師からすすめられたがん治療、および本来受けたかったがん治療を中止・変更の有無について「全くなし」を除いた割合は、それぞれ 9%と 6%であった。また、がん治療のために、生活を切り詰めた経験の有無については、「全くなかった」の回答割合は 74%であり、「時々あった」「よくあった」の合計の割合は 7%だった。米国では、がん患者の約 20%が治療費の負担によって経済的破産を経験するとの報告がある(3, 5)。これは、医療制度のちがいが大きく影響していると考えられる。米国が民間主導型の医療保険制度であり、加入している保険に応じて医療費や受けられる医療も異なるのに対し、わが国は社会保障制度型の国民皆保険制を導入しており、一律 3 割負担(小児や高齢者では 1～2 割負担)で全国どの医療機関でも治療を受けられる(7)。また、高額療養費制度によって、収入に応じて、支払う医療費の上限が設けられている点(8)も米国とは大きく異なる点であり、本研究では、対象の 67%が高額療養費制度を利用したと回答している。2013 年以降、がん治療による経済的負担とそれに付随して生じる、治療や日常生活への負の影響は新しいがん治療の副作用“Financial Toxicity”(経済的毒性)とよばれており(4)、がん治療において、他の副作用とともに医療者が十分に説明・相談することの

必要性が明らかとなっている(9)。わが国では、がん治療によって経済的困難が生じる割合は比較的高くはないものの、治療の意思決定場面では経済的な側面への配慮や相談も重要であると考えられる。今後、今回の調査で得られたデータをもとに、治療の変更や中止、または生活の切り詰めの関連要因を明らかにし、詳細な要因を探索する必要がある。

本研究の限界は、1点目として遺族による代理評価のため、患者の実際の家計収入や患者本人が感じていた生活のゆとりの程度、がん治療の希望について、実際とは異なっている可能性があることがあげられる。2点目は緩和ケア病棟で死亡した患者のみを対象としており、本結果をわが国におけるがん患者全体することは困難である。3点目として、本研究ではがんの診断から死亡まで、総合的な評価は可能であったものの、実際がん治療経過中の経済状態や治療費負担の変動については明らかではない点である。今後は、診断から死亡まで縦断的調査によって、全経過における詳細な探索を行うことが課題であると考えられる。

文献

1. Bach PB. Limits on Medicare's ability to control rising spending on cancer drugs. *The New England journal of medicine*. 2009;360(6):626-33.
2. Elkin EB, Bach PB. Cancer's next frontier: addressing high and increasing costs. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2010;303(11):1086-7.
3. Bernard DS, Farr SL, Fang Z. National estimates of out-of-pocket health care expenditure burdens among nonelderly adults with cancer: 2001 to 2008. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2011;29(20):2821-6.
4. Zafar SY, Abernethy AP. Financial toxicity, Part I: a new name for a growing problem. *Oncology (Williston Park)*. 2013;27(2):80-1, 149.
5. de Souza JA, Yap BJ, Hlubocky FJ, Wroblewski K, Ratain MJ, Cella D, et al. The development of a financial toxicity patient-reported outcome in cancer: The COST measure. *Cancer*. 2014;120(20):3245-53.
6. Zafar SY, Peppercorn JM, Schrag D, Taylor DH, Goetzinger AM, Zhong X, et al. The financial toxicity of cancer treatment: a pilot study assessing out-of-pocket expenses and the insured cancer patient's experience. *The oncologist*. 2013;18(4):381-90.
7. World Health Systems Challenges and Perspectives. 2nd ed. Chicago, USA: Association of University Programs in Health Administration; 2012.
8. 高額療養費について: 厚生労働省. Available from: http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryokuhoken/juuyou/kougakuiryou/index.html.
9. Zafar SY, Abernethy AP. Financial toxicity, Part II: how can we help with the burden of treatment-related costs? *Oncology (Williston Park)*. 2013;27(4):253-4, 6.

【付帯研究担当者】

森田達也（聖隷三方原病院）

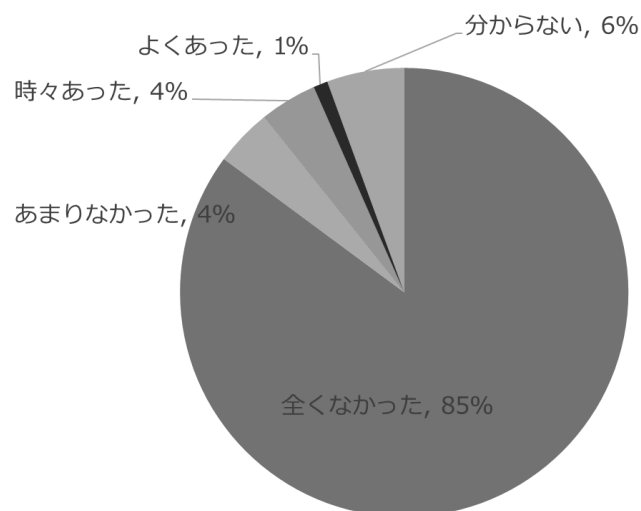
宮下光令（東北大学大学院 医学系研究科）

表1：対象者背景

全体(N=510)			全体(N=510)		
	n	%		n	%
患者背景			遺族背景		
<性別>			<遺族年齢> (平均±SD) (62.9±12.1)		
男	297	58%	60歳未満	191	38%
女	213	42%	60～69歳	159	31%
<年齢> (平均±SD) (75.4±10.5)			70～79歳	119	24%
60歳未満	39	8%	80歳以上	37	7%
60～69歳	99	19%	<性別>		
70～79歳	169	33%	男	141	28%
80歳以上	203	40%	女	366	72%
<原発部位>			<続柄>		
肺	112	22%	配偶者	218	43%
胃・食道	77	15%	子	186	36%
大腸	63	12%	婿・嫁	29	6%
肝・胆・膵	109	21%	親	14	3%
乳腺	24	5%	兄弟姉妹	35	7%
泌尿器	37	7%	その他	23	5%
頭頸部	14	3%	<死別後経過期間> (平均±SD) (279.9±128.4)		
卵巣・子宮	19	4%	6か月未満	109	21%
その他	55	11%	6か月以上1年未満	317	62%
<入院/利用期間> (平均±SD) (39.4±52.0)			1年以上1年6ヶ月未満	58	11%
1週間未満	39	8%	1年6ヶ月以上2年未満	20	4%
1週間以上2週間未満	105	21%	2年以上	6	1%
2週間以上1か月未満	155	30%	<最終卒業学校>		
1か月以上2か月未満	120	24%	小・中学校	66	13%
2か月以上3か月未満	53	10%	高校・旧制中学	222	44%
3か月以上	38	7%	短大・専門学校	113	22%
<婚姻状況>			大学・大学院	91	18%
既婚	297	58%	その他	5	1%
死別	137	27%	<患者が亡くなる前1週間に付き添った日数>		
未婚	36	7%	毎日	348	68%
離別	30	6%	4～6日	70	14%
<患者と同居されていた人の有無>			1～3日	64	13%
いた	354	69%	付き添っていなかった	24	5%
いない	147	29%	<患者入院中に付き添い等をかわってくれる人>		
<患者の未成年の子どもの有無>			いた	353	69%
いた	35	7%	いなかった	150	29%
いない	461	90%	<患者様が亡くなる前の1か月の医療費>		
<居住地域の人口>			10万円未満	114	22%
いた	203	40%	10万円以上20万円未満	165	32%
いない	269	53%	20万円以上40万円未満	140	27%
<療養中の年間世帯収入> (※遺族の回答による)			40万円以上60万円未満	44	9%
100万円未満	58	11%	60万円以上	20	4%
100万円以上200万円未満	109	21%	※欠損のため、合計が100%にならない項目がある		
200万円以上400万円未満	209	41%			
400万円以上600万円未満	53	10%			
600万円以上800万円未満	28	5%			
800万円以上	28	5%			
<がん治療を受けていた期間>					
3か月未満	59	12%			
3～6か月	74	15%			
6～1年	80	16%			
1～3年	133	27%			
3年以上	148	30%			
<がん治療費総額(診断～死亡)>					
100万円未満	211	46%			
100万円～200万円	134	29%			
200万円～400万円	75	16%			
400万円～600万円	22	5%			
600万円～800万円	12	3%			
800万円以上	8	2%			
<治療中の暮らし向き>					
ゆとりあり、まったく心配なし	170	35%			
ゆとり少ないが、それほど心配なし	239	49%			
ゆとりなく、多少心配	59	12%			
家計苦しく、非常に心配	20	4%			
<がんと診断された際の就業状況>					
無職	353	72%			
常勤	85	17%			
非常勤(パート・アルバイト)	51	10%			
<民間のがん保険加入状況>					
加入していた	162	33%			
加入していなかった	327	67%			
<高額療養費制度の利用の有無>					
利用した	332	67%			
利用していない	110	22%			
わからない	50	10%			

図 1

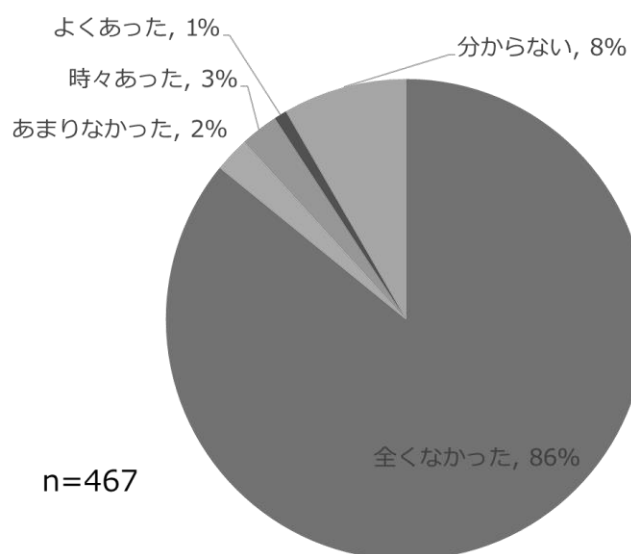
経済的理由で医師からすすめられたがん治療の中止・変更があったかどうか？



(内訳)	中止・変更あり (n=45)	
	n	%
化学療法(点滴)	18	40%
化学療法(内服)	12	27%
内服薬(化学療法・分子標的薬以外)	9	20%
手術	7	16%
放射線療法(保険診療内)	5	11%
保険診療外の補完代替療法	3	7%
分子標的薬(保険診療内)	2	4%
先進医療(陽子線、重粒子線など)	1	2%
その他	2	4%

図 2

経済的理由で希望したがん治療の中止・変更があったかどうか



(内訳)	中止・変更あり (n=27)	
	n	%
保険診療外の補完代替療法	10	37%
先進医療(陽子線、重粒子線など)	7	26%
放射線療法(保険診療内)	3	11%
化学療法(点滴)	3	11%
手術	2	7%
化学療法(内服)	1	4%
内服薬(化学療法・分子標的薬以外)	1	4%
分子標的薬(保険診療内)	1	4%
その他	1	4%

図 3

抗がん治療継続のために生活費を切り詰めたことがあったか？

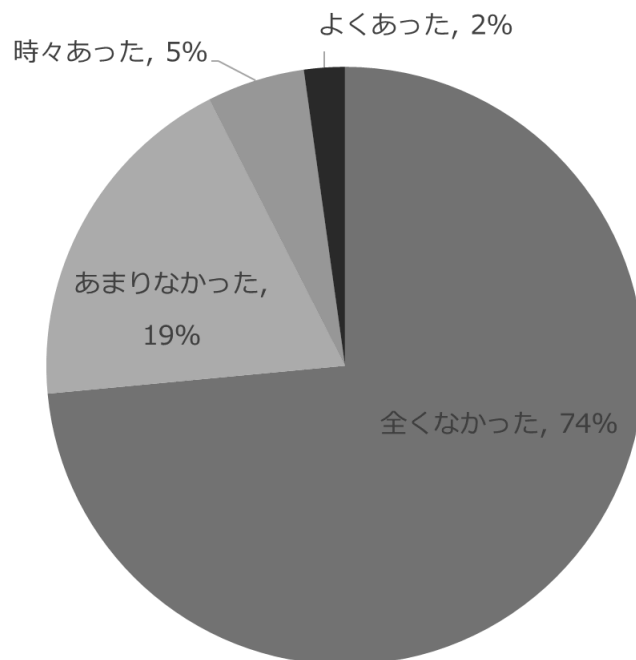
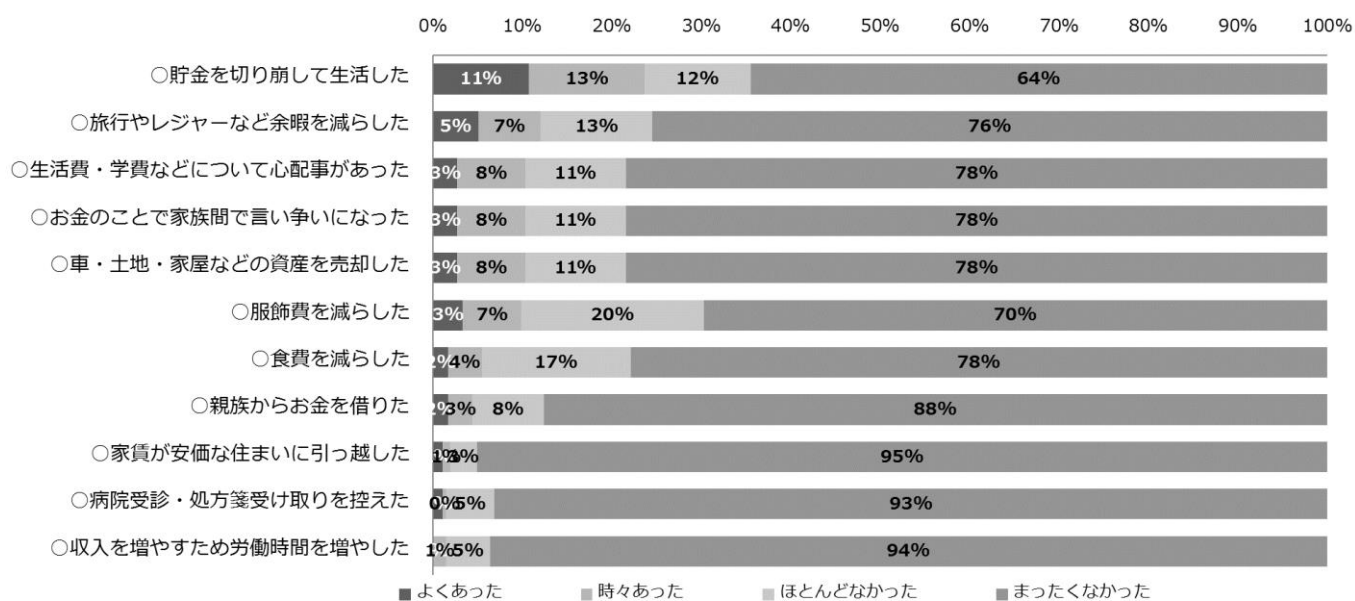


図 4

がん治療費が生活に影響したこと



複雑性悲嘆のスクリーニング尺度である Brief Grief Questionnaire (BGQ) と Inventory of Complicated Grief (ICG) の比較

五十嵐 尚子*

サマリー

複雑性悲嘆のスクリーニング尺度によって陽性率が異なる可能性があるが、がん患者遺族においてスクリーニング尺度を同一対象で比較した研究はない。よって本研究の目的は、同一対象で BGQ と ICG の比較を行い、それぞれの分布と特徴を明らかにすることである。

陽性率はそれぞれ BGQ(カットポイント 7/8)8%, ICG(カットポイント 25/26)15%だった。相関係数は 0.79 であり、BGQ に天井効果が見られた。BGQ が 8 点以上かつ ICG が 26 点以上の割合は 6%, BGQ が 8 点以上かつ ICG が 26 点未満の割合は 1%, BGQ が 8 点未満かつ ICG が 26 点以上の割合は 9%, BGQ が 8 点未満かつ ICG は 26 点未満の割合は 83%だった。BGQ と ICG の複雑性悲嘆との関連要因はほぼ同様だった。

陽性率は BGQ より ICG の方が高く推定された。BGQ と ICG の関連要因に違いはないが、BGQ は簡便なスクリーニング尺度として、ICG は診断に準じた詳細な尺度として用途に応じた使用が可能かもしれない。複雑性悲嘆の診断基準が確立した際には、感度・特異度やカットオフ値の検討等更なる研究が必要である。

目的

死別によって経験される悲嘆反応は、誰しもが経験しうる反応であり、やがて軽減されていく¹⁾。しかし、悲嘆反応の期間や程度が通常の悲嘆反応を逸脱し、日常生活に支障をきたす場合がある。このような病的な悲嘆を「複雑性悲嘆(complicated grief)」と言う。複雑性悲嘆の診断基準は未だ確定しておらず^{2,3)}、複雑性悲嘆のスクリーニング尺度の陽性率から有病率が算定されている。

複雑性悲嘆の研究は国内外で広く行われている。調査で算定された陽性率は 2~32%と研究によって大きく違いがみられる。陽性率のばらつきの理由としては、文化の違い、対象者背景の違い、死別後経

過期間の違いなどが考えられるほか^{1,4)}、スクリーニング尺度の違いが考えられる。

複雑性悲嘆のスクリーニング尺度による陽性率の違いについては、2007 年に実施された J-HOPE 研究において Inventory of Traumatic Grief (ITG) を使用し、推定した複雑性悲嘆の陽性率は 2.4%であった⁵⁾のに対して、2014 年に行った J-HOPE3 研究では Brief Grief Questionnaire (BGQ) を使用し、陽性率は 14%であった⁶⁾。この 2 つの調査では、両者とも文化、対象者背景、死別後経過期間が同様であり、陽性率の差はスクリーニング尺度の違いが影響したものではないかと考えられる。しかし、異なる複雑性悲嘆のスクリーニング尺度について、がん患者の遺族を対象に同一対象比較した研究は行われていな

い。本研究では、より簡便で、回答者の負担が少ない尺度である BGQ と国際的に最も広く使われている Inventory of Complicated Grief (ICG) と比較することとした^{7,8)}。したがって本研究の目的は、同一対象での BGQ と ICG の分布を明らかにし、両者を比較しそれぞれの特徴を明らかにすることである。

結果

がん患者遺族 5,461 名に調査票を送付し、有効回答数は 3,526 名(63%)だった。本研究の対象者は J-HOPE2016 研究の全対象者であるため、患者・遺族背景は「研究の概要」の患者・遺族背景と同様であり、遺族は男性が 32%, 平均年齢(平均±SD)が 62.3 ± 12.1 歳, 続柄が配偶者は 43%, 平均死別後経過期間が 284.6 ± 133.7 日だった。

1) 複雑性悲嘆の陽性率(BGQ と ICG)

BGQ の合計得点の分布は 3.8 ± 2.4 (平均±SD), カットポイントを 7/8 とすると, BGQ の陽性率は 8% (n=282)であった。ICG の合計得点の分布は 12.8 ± 12.6 , カットポイントを 25/26 とすると, ICG の陽性率は 15% (n=718)であった。

BGQ 合計得点と ICG 合計得点の散布図を図 1 に示す。Spearman の相関係数は 0.79 であった($P < .0001$)。また, BGQ と ICG の重なりを図 2 に示す。BGQ が 8 点以上で ICG が 26 点以上の割合は 6%, BGQ が 8 点以上で ICG が 26 点未満の割合は 1%, BGQ が 8 点未満で ICG が 26 点以上の割合は 9%, BGQ が 8 点未満で ICG は 26 点未満の割合は 83%だった。

2) 中程度以上の抑うつ(PHQ-9)と複雑性悲嘆の分布

PHQ-9 の合計得点の分布は 5.6 ± 5.6 (平均±SD), カットポイントを 9/10 とすると, 中程度以上の抑うつの割合は 22%であった。BGQ・ICG と中程度以上の抑うつの分布を表 1 に示す。

3) BGQ・ICG の関連要因の単変量解析

BGQ と ICG でそれぞれ複雑性悲嘆ありとなしの群での単変量解析の結果を表 2 に示す。有意に複雑性悲嘆と関連する要因は BGQ と ICG の群でほぼ

同様の結果であった。以下, BGQ と ICG の群で異なった項目である。

BGQ のみ有意に複雑性悲嘆に関連する項目は, 入院期間が短い(以下 BGQ 群: $p=0.006$, ICG 群: $p=0.10$), CCI の「6.介護をしたことで身体的な負担が大きかった」($p=0.03$, $p=0.38$)である。ICG のみ有意に複雑性悲嘆に関連する項目は, 原発部位($p=0.18$, $p=0.01$), CCI の「5.介護について, 自分にできるだけことはできなかった」($p=0.19$, $p < .0001$)である。

考察

本研究は, 同一のがん患者の遺族を対象とし, 複雑性悲嘆の尺度である BGQ と ICG を同時に調査し, 比較した初めての研究である。本研究の知見としては, 1)複雑性悲嘆は BGQ では 8%, ICG では 15%と推定され, 陽性率に違いがみられた, 2)BGQ と ICG の合計得点の相関係数は 0.79 であり, BGQ に天井効果がみられた 3)BGQ と ICG の関連要因はほぼ同じであったことである。

BGQ よりも ICG の方が陽性率は高かったが, ドイツやオランダの一般市民を対象とした調査では, ICG を使用して陽性率が 3.7~4.8%であり^{9,10)}, Fujisawa らの BGQ を使用したわが国の一般市民を対象とした調査では陽性率が 2.4%であった¹¹⁾。それぞれ調査した国や対象が異なるため単純に比較はできないが, 本研究, および先行研究の結果から, ICG の方がやや陽性率が高く推定されるという特徴があると考えられる。

J-HOPE3 研究では BGQ での複雑性悲嘆の陽性率は 14%, PHQ-9 での中程度以上の抑うつは 17%であった⁶⁾。また, 患者, 遺族背景, 緩和ケアの質の評価は本研究と大きな違いはなかった。本研究の結果と比較すると, 複雑性悲嘆はやや少なく, 中程度以上の抑うつはやや多かった。複雑性悲嘆と抑うつは一般的に相関することを考慮すると¹²⁾, 抑うつが増加したにも関わらず, 複雑性悲嘆が減少していることは矛盾した結果である。また, 抑うつのスクリーニング尺度である PHQ-9 は広く使用され, 臨床的有用性が実証されており, 信頼性が高いことを考え

ると¹³⁾、これらの矛盾は複雑性悲嘆の尺度に起因する可能性がある。BGQ のカットオフ値は海外で算出されたものを使用していることより、日本に適用していないためこの矛盾が生じた可能性があるが、なぜこのような現象が起こったかは説明できず、今後の課題である。

BGQ 合計得点と ICG 合計得点の相関係数は 0.79 であった。これは中島らの研究と同等の結果であった¹⁴⁾。また、散布図から BGQ 合計得点が低い時に ICG 合計得点が高い場合は無いが、ICG 合計得点が低い時に BGQ 合計得点が高い場合があることがわかる。散布図は右肩上がりの楕円形の上部を少し切り取った形になっていることより、BGQ には天井効果がみられる。BGQ には重症度の高い複雑性悲嘆の判別が困難な可能性が示唆された。ICG の方がより項目数が多いため、ICG の方がより詳細に複雑性悲嘆の判別が出来たのではないかと考えられる。しかし、BGQ を簡便なスクリーニング尺度と捉えるならば、重症度の高い複雑性悲嘆の判別よりも複雑性悲嘆の可能性があるかどうかの判別が重要である。BGQ は診断よりもスクリーニングとして今後使用するのが適切かもしれない。また、BGQ だけでなく ICG に関しても診断かスクリーニングのどちらが目的かによってカットオフ値は変化する可能性がある。なぜなら、スクリーニングとして使用するならば、特異度よりも感度を重視したカットオフ値が必要となるからである。よって用途に応じたカットオフ値の検討が今後必要となる。

複雑性悲嘆の主な関連要因として有意であった項目は BGQ と ICG の群どちらもほぼ共通していた。主な関連要因は「患者が若年」、「続柄は配偶者」、「遺族の低学歴」、「患者が入院中のからだの健康状態がよくなかった」、「中程度以上の抑うつあり」があげられ、これらは先行研究の知見と一致する結果であった^{9, 10, 15-17)}。BGQ か ICG の群どちらかのみ有意であった項目はいくつかあったが、それぞれの項目の効果量 r が 0.03~0.09 または ϕ が 0.04~0.07 であり、効果量が小さかったことから、臨床的に大きな違いはないと考えられる。そのため、BGQ と ICG

の関連要因は同様であったと言える。

以上の結果より、BGQ と ICG の特徴が明らかになった。両者での関連要因に違いはなく、ICG の方が BGQ よりも複雑性悲嘆の陽性率が高かった。診断に準じた詳細な判定を行いたい場合は ICG を使用し、簡便なスクリーニングを行いたい場合は BGQ を使用するなど、状況に応じた使用が可能かもしれない。調査結果の解釈の際には、ICG は BGQ よりも高く陽性率が推定されるため、その点を注意して解釈する必要がある。また、複雑性悲嘆の診断基準が確立していないため、どちらの尺度も複雑性悲嘆の診断に使うことはできない限界がある。今後は患者集団を対象に日本でのカットオフ値の検討が必要である。また、PHQ-9 と BGQ の関連で過去の研究と矛盾した傾向がみられたことから、抑うつとの関係性についても今後は更なる検討が必要である。

本研究の限界は次の 3 点である。1 点目は、複雑性悲嘆の診断基準は未だ確定していないため、2 つの尺度の感度・特異度を明らかにすることができなかった。2 点目は、悲嘆の程度が強い遺族は本研究に参加しなかった可能性がある。応諾率が 63%であり低い割合ではないが、サンプルの偏りの否定はできない。3 点目は、本研究の対象者の代表性についてである。本研究は、日本ホスピス緩和ケア協会の正会員施設で死亡したがん患者の遺族を対象としている。わが国のホスピス・緩和ケア病棟で死亡するがん患者の割合は 8.4%程度であることから、本研究の結果は、わが国の全がん死亡者とその遺族を代表するサンプルであるとは言い難い。

文献

1. Maciejewski PK, Zhang B, Block SD, Prigerson HG. An empirical examination of the stage theory of grief. *Jama*. 2007;297(7):716-23.
2. 瀬藤乃理子, SETOU N, 丸山総一郎, MARUYAMA S, 加藤寛, KATO H. 複雑性悲嘆 (CG) の診断基準化に向けた動向. *精神医学*. 2008;50(11):1119-33.
3. Association AP. Diagnostic and statistical

manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.

4. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet*. 2007;370(9603):1960-73.
5. 坂口幸弘 宮, 森田達也, 恒藤暁, 志真泰夫. 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):203-10.
6. Aoyama M, Morita T, Kizawa Y, Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M. The Japan HOspice and Palliative Care Evaluation Study 3: Study Design, Characteristics of Participants and Participating Institutions, and Response Rates. *The American journal of hospice & palliative care*. 2016.
7. Shear KM, Jackson CT, Essock SM, Donahue SA, Felton CJ. Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatr Serv*. 2006;57(9):1291-7.
8. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, 3rd, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*. 1995;59(1-2):65-79.
9. Newson RS, Boelen PA, Hek K, Hofman A, Tiemeier H. The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of affective disorders*. 2011;132(1-2):231-8.
10. Kersting A, Brahler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of affective disorders*. 2011;131(1-3):339-43.
11. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of affective disorders*. 2010;127(1-3):352-8.
12. Holtslander LF, McMillan SC. Depressive symptoms, grief, and complicated grief among family

caregivers of patients with advanced cancer three months into bereavement. *Oncology nursing forum*. 2011;38(1):60-5.

13. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis care & research*. 2011;63 Suppl 11:S454-66.
14. 中島聡美, 伊藤正哉, 石丸径一郎. 遷延性悲嘆障害の実態と危険因子に関する研究--罪責感の与える影響およびソーシャルサポートの役割を中心に. 研究助成論文集. 2009(45):119-26.
15. Simon NM, Shear KM, Thompson EH, Zalta AK, Perlman C, Reynolds CF, et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive psychiatry*. 2007;48(5):395-9.
16. Allen JY, Haley WE, Small BJ, Schonwetter RS, McMillan SC. Bereavement among hospice caregivers of cancer patients one year following loss: predictors of grief, complicated grief, and symptoms of depression. *Journal of palliative medicine*. 2013;16(7):745-51.
17. Tsai WI, Prigerson HG, Li CY, Chou WC, Kuo SC, Tang ST. Longitudinal changes and predictors of prolonged grief for bereaved family caregivers over the first 2 years after the terminally ill cancer patient's death. *Palliative medicine*. 2016;30(5):495-503.

【付帯研究担当者】

宮下光令, 青山真帆 (東北大学大学院医学系研究科), 坂口幸弘 (関西学院人間福祉学部), 中島聡美 (福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター), 伊藤正哉 (国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター)

表 1 BGQ・ICG と中程度の抑うつ分布

	BGQ(n=3184)				ICG(n=3081)			
	複雑性悲嘆なし		複雑性悲嘆あり		複雑性悲嘆なし		複雑性悲嘆あり	
	n	%	n	%	n	%	n	%
中程度以上の抑うつなし	2400	75%	75	2%	2232	72%	180	6%
中程度以上の抑うつあり	533	17%	176	6%	376	12%	293	10%

割合(%)は、それぞれの群の全体の割合を示す。

表 2-1 BGQ・ICG の関連要因の単変量解析（患者背景）

		BGQ(n =3383)						ICG (n =3228)					
		複雑性なし		複雑性あり		P値	効果量	複雑性なし		複雑性あり		P値	効果量
		n	%	n	%			n	%	n	%		
患者背景													
< 性別 >	男	1720	56%	151	54%	0.57	0.01	1503	55%	264	53%	0.41	0.02
	女	1379	44%	130	46%			1223	45%	234	47%		
< 年齢 >	40歳未満	17	1%	6	2%	<.0001 *	0.09	10	0%	11	2%	<.0001 *	0.16
	40～49歳	42	1%	14	5%			34	1%	23	5%		
	50～59歳	185	6%	19	7%			146	5%	50	10%		
	60～69歳	608	20%	72	26%			521	19%	134	27%		
	70～79歳	942	30%	90	32%			828	30%	148	30%		
	80歳以上	1305	42%	80	28%			1187	44%	132	27%		
< 原発部位 >	肺	694	22%	62	22%	0.18	0.06	613	22%	103	21%	0.01	0.08
	胃・食道	445	14%	52	19%			374	14%	83	17%		
	大腸	422	14%	29	10%			368	14%	72	14%		
	肝・胆・膵	653	21%	56	20%			571	21%	104	21%		
	乳腺	122	4%	17	6%			105	4%	28	6%		
	泌尿器	213	7%	14	5%			205	8%	19	4%		
	頭頸部	117	4%	6	2%			107	4%	10	2%		
	卵巣・子宮	128	4%	12	4%			118	4%	21	4%		
	白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫	87	3%	8	3%			79	3%	14	3%		
	その他	218	7%	25	9%			186	7%	44	9%		
	1週間未満	252	8%	36	13%	0.006 *	0.09	231	8%	43	9%	0.10 *	0.03
< 入院/利用期間 >	1週間以上2週間未満	626	20%	61	22%			558	20%	110	22%		
	2週間以上1か月未満	949	31%	86	31%			830	30%	157	32%		
	1か月以上2か月未満	738	24%	60	21%			634	23%	125	25%		
	2か月以上3か月未満	263	8%	24	9%			229	8%	33	7%		
	3か月以上	271	9%	14	5%			244	9%	30	6%		
< 療養中の年間世帯収入 > (※遺族の回答による)													
	100万円未満	354	12%	31	12%	0.51 *	0.01	324	12%	52	11%	0.12 *	0.03
	100万円以上200万円未満	621	21%	60	23%			554	21%	89	19%		
	200万円以上400万円未満	1163	39%	103	39%			1004	39%	191	40%		
	400万円以上600万円未満	400	14%	34	13%			344	13%	73	15%		
	600万円以上800万円未満	227	8%	13	5%			197	8%	34	7%		
	800万円以上	192	6%	20	8%			175	7%	35	7%		
< 患者様が亡くなる前の1か月の医療費 > (※遺族の回答による)													
	10万円未満	735	25%	44	17%	0.003 *	0.05	667	25%	81	17%	<.0001 *	0.09
	10万円以上20万円未満	983	33%	79	31%			880	33%	136	29%		
	20万円以上40万円未満	825	28%	94	37%			721	27%	157	34%		
	40万円以上60万円未満	301	10%	24	9%			245	9%	59	13%		
	60万円以上	138	5%	16	6%			115	4%	32	7%		

順序尺度はkruskal-wallis検定を行い（*），他はカイ二乗検定を行った。

効果量(Effect Size)は $\sqrt{\chi^2/n}$ を用いた。

塗りつぶしている値は、BGQ群がICG群どちらかの群のみがP<0.05になっている値である。

表 2-2 BGQ・ICG の関連要因の単変量解析（遺族背景）

		BGQ(n =3383)				ICG (n =3228)							
		複雑性なし	複雑性あり	P値	効果量	複雑性なし	複雑性あり	P値	効果量				
遺族背景													
<性別>	男	988	32%	92	34%	0.64	0.01	898	33%	153	31%	0.32	0.02
	女	2063	68%	180	66%			1783	67%	339	69%		
<年齢>	40歳未満	118	4%	14	5%	<.0001 *	0.11	101	4%	31	6%	0.002 *	0.06
	40～49歳	366	12%	19	7%			328	12%	56	11%		
	50～59歳	753	25%	43	16%			688	26%	89	18%		
	60～69歳	1023	34%	63	23%			898	34%	144	29%		
	70～79歳	606	20%	93	34%			507	19%	124	25%		
	80歳以上	183	6%	40	15%			155	6%	47	10%		
<続柄>	配偶者	1223	40%	192	70%	<.0001	0.18	968	36%	327	67%	<.0001	0.22
	子	1293	42%	49	18%			1210	45%	110	22%		
	婿・嫁	187	6%	4	1%			184	7%	8	2%		
	親	71	2%	11	4%			60	2%	20	4%		
	兄弟姉妹	190	6%	12	4%			177	7%	18	4%		
	その他	97	3%	6	2%			91	3%	8	2%		
<死別後経過期間>	6か月未満	655	21%	58	21%	0.65 *	0.01	577	21%	102	20%	0.14 *	0.03
	6か月以上7か月未満	365	12%	31	11%			286	10%	79	16%		
	7か月以上8か月未満	338	11%	38	14%			301	11%	64	13%		
	8か月以上9か月未満	305	10%	29	10%			280	10%	39	8%		
	9か月以上10か月未満	313	10%	28	10%			289	11%	44	9%		
	10か月以上11か月未満	287	9%	28	10%			254	9%	47	9%		
	11か月以上1年未満	238	8%	22	8%			211	8%	34	7%		
	1年以上1年6ヶ月未満	443	14%	34	12%			391	14%	60	12%		
	1年6ヶ月以上2年未満	100	3%	11	4%			91	3%	19	4%		
	2年以上	55	2%	2	1%			46	2%	10	2%		
	<最終卒業学校>	小・中学校	300	10%	49			18%	0.001	0.08	253		
高校・旧制中学		1390	46%	112	42%	1209	46%	210			44%		
短大・専門学校		661	22%	53	20%	578	22%	109			23%		
大学		604	20%	48	18%	557	21%	84			17%		
大学院		36	1%	1	0%	34	1%	4			1%		
その他		24	1%	2	1%	17	1%	4			1%		
<患者が入院中のからだの健康状態>													
	よかった	2511	82%	170	62%	<.0001	0.14	2215	83%	349	71%	<.0001	0.11
	よくなかった	541	18%	104	38%			466	17%	143	29%		
<患者が入院中のこころの健康状態>													
	よかった	1942	66%	86	34%	<.0001	0.18	1784	69%	179	38%	<.0001	0.22
	よくなかった	999	34%	170	66%			801	31%	286	62%		
<患者が亡くなる前1週間に付き添った日数>													
	毎日	1945	64%	229	84%	<.0001	0.12	1646	61%	402	82%	<.0001	0.16
	4～6日	500	16%	22	8%			463	17%	45	9%		
	1～3日	438	14%	20	7%			410	15%	36	7%		
	付き添っていないかった	167	5%	2	1%			163	6%	6	1%		
<患者入院中に付き添い等をかわってくれる人>													
	いた	2216	73%	189	69%	0.14	0.03	1939	73%	360	73%	0.91	0.003
	いなかった	822	27%	86	31%			725	27%	132	27%		
<心配事や困り事に耳を傾けてくれるか>													
	あまり～全然聞いてくれない	150	5%	30	11%	0.0001	0.07	130	5%	43	9%	0.001	0.06
	まあまあ聞いてくれる～とてもよく聞いてくれる	2884	95%	242	89%			2539	95%	445	91%		
<いたわりや思いやりの程度>													
	あまり～全然聞いてくれない	156	5%	35	13%	<.0001	0.09	135	5%	48	10%	0.0001	0.07
	まあまあ聞いてくれる～とてもよく聞いてくれる	2878	95%	238	87%			2529	95%	445	90%		
<信仰している宗教>													
	なし	979	33%	74	28%	0.13	0.03	878	33%	146	31%	0.31	0.02
	あり	2005	67%	189	72%			1750	67%	326	69%		

順序尺度はkruskal-wallis検定を行い（**），他はカイ二乗検定を行った。

効果量(Effect Size)は $\sqrt{\chi^2/n}$ を用いた。

塗りつぶしている値は，BGQ群がICG群どちらかの群のみがP<0.05になっている値である。

表 2-3 BGQ・ICG の関連要因の単変量解析(CES, ケアに対する全般的満足度, GDI,CCI,PHQ-9)

		BGQ(n=3383)						ICG(n=3228)					
		複雑性なし		複雑性あり		P値	効果量	複雑性なし		複雑性あり		P値	効果量
		n	%	n	%			n	%	n	%		
100点換算CES合計（平均±SD）		32.0±10.8		34.8±12.9		0.0003**	0.07	32.0±10.8		34.2±12.5		0.0001**	0.07
ケアに対する全般的満足度	満足	2757	90%	232	85%	0.009	0.05	2432	90%	423	87%	0.02	
	不満足	296	10%	41	15%			259	10%	64	13%		
100点換算GDI合計（平均±SD）		65.2±11.2		61.3±12.8		<.0001**	0.09	65.5±11.1		61.4±12.5		<.0001**	0.13
CCI各項目													
1.介護の経験を通して、人への感謝の気持ち	そう思う	2971	97%	265	96%	0.32	0.02	2614	97%	479	98%	0.88	0.01
	ちをより強く持つようになった	78	3%	10	4%			74	3%	12	2%		
2.介護の経験を通して、私の人生に意味がある	そう思う	2834	94%	250	92%	0.44	0.01	2505	94%	446	92%	0.11	0.03
	あると思えるようになった	196	6%	21	8%			171	6%	41	8%		
3.介護の経験を通して、人生において、大切に	そう思う	2892	96%	258	95%	0.34	0.01	2550	96%	467	95%	0.54	0.01
	にしていけることがわかった	122	4%	14	5%			109	4%	23	5%		
4.介護の経験を通して、どんな困難があっ	そう思う	2457	81%	191	70%	<.0001	0.07	2183	82%	345	71%	<.0001	0.09
	ても大丈夫だと思うようになった	578	19%	80	30%			495	18%	141	29%		
5.介護について、自分にできるだけのこと	そう思う	2650	87%	228	84%	0.19	0.02	2350	87%	395	80%	<.0001	0.07
	はできた	399	13%	43	16%			336	13%	96	20%		
6.介護をしたことで、身体的な負担が大き	そう思う	1987	65%	197	72%	0.03	0.04	1749	65%	330	67%	0.38	0.02
	かった	1061	35%	78	28%			938	35%	161	33%		
Patient Health Questionnaire9:PHQ9													
	中程度以上の 抑うつなし	2400	82%	75	30%	<.0001	0.33	2232	86%	180	38%	<.0001	0.41
	中程度以上の 抑うつあり	533	18%	176	70%			376	14%	293	62%		

検定はカイ二乗検定, **の項目はt検定を行った。

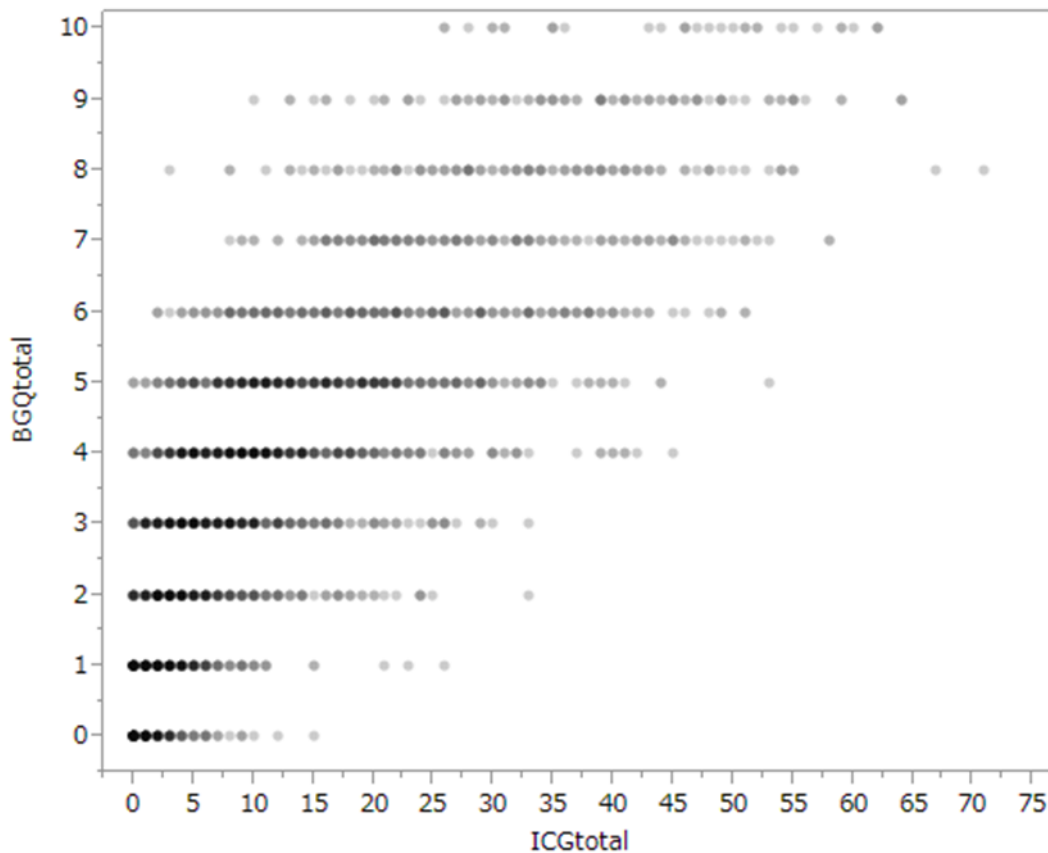
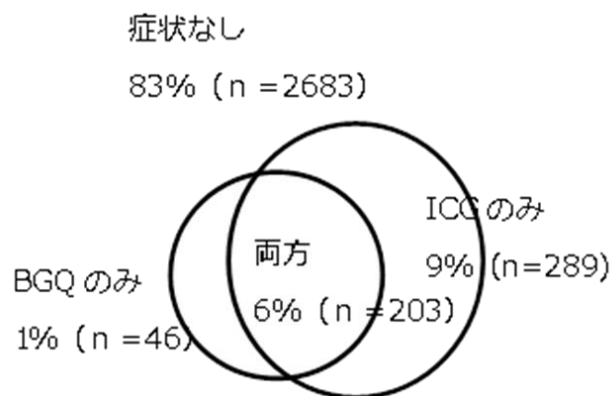
カイ二乗検定の効果量(Effect size)は $\phi = \sqrt{\chi^2/n}$ を用い, t検定の効果量は $r = \sqrt{t^2/(t^2+df)}$ を用いた。
塗りつぶしている値は, BGQ群かICG群どちらかの群のみが $P<0.05$ になっている値である。図 1 BGQ 合計得点と ICG 合計得点の散布図 (Spearman の順位相関係数 $\rho=0.79$)

図 2 BGQ と ICG の分布の重なり



※「BGQ のみ」は、BGQ が 8 点以上、ICG が 26 点未満の場合、「ICG のみ」は ICG が 26 点以上、BGQ が 8 点未満の場合、「両方」は BGQ が 8 点以上、ICG が 26 点以上の場合、「症状なし」は BGQ が 8 点未満、ICG が 26 点未満の場合を示す。

原発不明がんの患者および家族の 体験に関する研究

石田 京子*

サマリー

本研究の目的は、原発不明がんの闘病プロセスにおける患者および家族の主観的な体験を明らかにすることである。

原発不明がんの医療に関する患者の体験について、全遺族に対する共通項目と、原発不明がん患者の遺族のみに対する質問項目を作成した。原発不明がん患者の遺族 38 名から回答を得て、同数の 5 大がん患者の遺族 38 名をマッチング抽出し比較した結果、「患者がなかなかはっきりとした診断がつかず焦りや不安を感じた」「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たたない」の 3 項目について原発不明がん遺族の方が多く経験していた ($p<0.05$)。原発不明がんのみの家族体験の調査($n=35$)では、「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」「どこかに原発のがんがあるはずだ」「原発が不明だから、この先なるようにしかない」の体験の頻度が 5 割以上と多かった。自由回答からは、【医療者から見捨てられたような気持ち】【原発不明がんに対応できる医療への要望】【患者本位でない診療を強いられる辛さ】【原発不明がんという病名や治療法への不満】【闘病に寄り添う家族としての辛さ】の 5 カテゴリーが抽出された。原発不明がん患者の遺族は、病名や治療法や受けたケアに対し一定の不満感があり、経過がみえず闘病に寄り添う家族としての辛さが生じていることが示唆された。

原発不明がんの遺族からみた患者の体験については、「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」「原発が不明だから、この先なるようにしかない」が他項目と比較的し、頻度が 2 割以上と多かった。原発不明がん患者は、病気の特徴である原発巣が不明であることへの抵抗感、病気の経過への不確かさが生じていることが示唆された。

目的

原発不明がんは、すべての悪性上皮腫瘍の 3-5% を占める [1]。生存期間の中央値は約 6-12 ヶ月で、多くは予後不良である [2,3]。近年、欧米で診療ガイドラ

インが刊行されたが [4,5]、医療者側への認知は低い [6,7]。原発不明がん患者が、症状発現からがん専門医受診するまでの期間は通常長く、その間、症状はさらに悪化する可能性がある [6]。原発巣が不明であることは患者にとって受け入れがたい事実であり、

動揺をもたらすと言われる[8,9]。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[10]、患者家族の体験に関する研究は皆無である。

原発不明がん患者の初期治療開始までの闘病等体験について、患者を対象とした面接調査および質的分析を行った先行研究があり、原発部位が不明であるがんの罹患による病状・治療効果等に関連した不確かさ、孤独、不安等の要素が抽出された[11]。しかし、これらの結果を踏まえ患者自身に量的調査を行うことは、原発不明がん患者における検査・診断・治療過程の特徴から、対象者の負担が大きいと考えられ[1-3, 6, 8-9]、実現化には困難を要する。一方で、原発不明がん患者家族に視点を置くと、患者の苦悩体験を共に過ごした背景から家族自身の精神的負担も高いことが推測されるとともに、特異な家族体験をもつ可能性があることが考えられた。

本研究で、家族からみた原発不明がん患者の体験を調査し、原発不明がん患者がもつ特有の苦悩について多角的な理解をすすめることは、今後のケア介入の示唆を得ることに有用であると考ええる。また、原発不明がん患者の家族に関して、家族自身の闘病体験を調査することにより、原発不明がん患者の家族ケアを検討することに有用であると考ええる。

本研究は、原発不明がんの闘病プロセスにおける患者および家族の体験を明らかにすることである。

調査項目

原発不明がんの医療に関する患者の体験（孤独、不安、意思決定、不確実性、医療者の関係性、家族の関係性）について質問項目を構成する。先行文献[11]、病気の不確かさ尺度（日本語版）[12]、Decisional Conflict Scale 日本語版[13-17]、を基に、腫瘍内科医、精神腫瘍医、緩和ケア専門医、がん看護領域の専門家から質問項目の妥当性について吟味し検討している。患者および家族に対する質問は同じ項目を使用し、患者の体験について家族の視点で回答してもらった。

1)全遺族に対する調査項目

(1)がん種を問わず共通するがんの医療に関する患

者の体験 8 項目：がん罹患に共通するがんの医療に関する患者の体験について、遺族に患者がそのように言うことが「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。

(2)がん種を問わず共通するがんの医療に関する遺族の体験 8 項目：がん罹患に共通するがんの医療に関する患者の体験について、遺族に「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。

2)原発不明がん患者の遺族に対する調査項目

(1)患者背景：初発症状、初発症状からがん診断までの期間、がん診断に至るまで受診した医療機関数、がん診断を受けた施設、セカンドオピニオン受診の有無、がん治療の担当診療科、全経過で受けた治療の種類、がんの既往症

(2)原発不明がんの医療に関する患者の体験 11 項目：原発不明がんの医療に関する患者の体験について、遺族に患者がそのように言うことが「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。

(3)原発不明がんの医療に関する遺族の体験 11 項目：原発不明がんの医療に関する遺族の体験について、遺族に「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。

(4)「原発不明がん患者に必要な高いケア・対応」「家族自身が困難と感じたこと」について自由回答式で質問を行った。

結果

全遺族対象の共通調査について、J-HOPE2016 の全対象 5673 名のうち、原発不明がん患者の遺族は 58 名で、1 名宛先不明にて 57 名に調査票を送付し、38 名分の有効回答を回収（66.7%）した。

1)原発不明がんと 5 大がんの遺族からみた患者の体験および遺族自身の体験の比較 -全遺族に対する調査項目より-

J-HOPE2016 の全対象から 5 大がん患者の遺族で、「回答者の性別・年齢（65 歳未満/以上）、患者の性

別・年齢（65歳未満/以上）、両者の関係性」の条件から38名マッチング抽出し、全対象の共通調査項目の分析について比較群とし（表1）、以下、U検定および χ^2 検定で分析した。

原発不明がんと5大がんのそれぞれの遺族からみた患者の体験について、すべての項目で有意差はなかった。

原発不明がんと5大がんのそれぞれの遺族の体験について、「患者がなかなかはっきりとした診断がつかず焦りや不安を感じた」「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たたない」の3項目は5大がん遺族に比べて原発不明がん遺族の方が高かった（ $p<0.05$ ）。また、有意差はなかったものの、原発不明がん遺族は「本やインターネット等で患者の病気に対する情報を得るのが難しい」という傾向にあった（ $p=0.068$ ）（表2）。

うつ病スケールであるPHQ-9（ ≥ 10 ）、複雑性悲嘆スケールであるBGQ（ ≥ 8 ）は、原発不明がんと5大がんの遺族の間において、有意差はなかった（表3、4）。

2) 原発不明がん患者の背景

原発不明がんのみを対象とした調査については、38名のうち2名の回答拒否から、36名分を回収（63%）し、35名の有効回答（61%）を得た。

原発不明がん患者の症状出現から診断・治療に関する背景を得た。35名分（100%）の回答のうち、受診したきの症状は2つ以上ある者が17名（48.6%）、症状出現時から診断されるまでの期間は一か月以上なかった者が18名（51.4%）、診断を受けるまでに受診した病院の数は2～5ヶ所が31名（88.6%）、診断を受けた病院は市民病院等の病院、大学病院、がん専門病院の順に多く、セカンドオピニオンを受けたものは12名（34.2%）、他がんの罹患経験者は8名（22.9%）であった（表5）。

3) 原発不明がんの遺族からみた患者の体験および遺族自身の体験 -原発不明がん患者の遺族に対する調査項目より-

原発不明がんの医療に関する患者の体験と遺族の

体験について、それぞれの頻度を記述的に分析した。原発不明がんの遺族からみた患者の体験について、全11項目の質問から、“よくあった”“時々あった”を合わせて20%を超える項目は「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」「原発が不明だから、この先なるようにしかならない」の3項目であった（図1）。

原発不明がんの遺族自身の体験について、全11項目の質問から、“よくあった”“時々あった”を合わせて50%を超える項目は「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」「どこかに原発のがんがあるはずだ」「原発が不明だから、この先なるようにしかならない」の4項目であった（図2）。

4) 自由回答から得られた原発不明がん患者の遺族の思い

35名分の回収から、22名（62.9%）の自由回答を得た。そのうち原発不明がん患者の家族としての体験に関する回答が得られた17名（48.6%）を分析対象とし内容分析した。その結果、36コード、20サブカテゴリであり、5カテゴリ【医療者から見捨てられたような気持ち】【原発不明がんに対応できる医療への要望】【患者本位でない診療を強いられる辛さ】【原発不明がんという病名や治療法への不満】【闘病に寄り添う家族としての辛さ】が抽出された（表6）。

考察

今回の調査結果から、原発不明がんの家族の体験として、原発不明がんという不確実性を象徴とした病気から、病気そのものへの不安、将来への不確かさ、孤独感が強い傾向にあった。自由回答からは、原発不明がんという病名や治療法への不満があり受けたケアに対し一定の不満感があり、闘病に寄り添う家族としての辛さが生じている可能性が考えられた。先行研究[11]からも、原発部位が不明であるがんの罹患による病状・治療効果等に関連した不確かさ、孤独、不安等が指摘されており、家族の体験と共通する可能性の示唆を得た。

原発不明がんの遺族からみた患者の体験については、原発不明がんという病気そのものへの抵抗感、病気に関連した不確かさが生じていることが示唆された。

本調査の限界として、全国での大規模調査から得られたデータであり条件の片寄り是比较的少ないが、ホスピス入院に至れている症例であること、対象数の少ないことがあげられる。また、患者体験については家族を通しての解釈であり、バイアスがはいっていることが前提にあげられる。

今後は対象数の蓄積をはかり、データ数を確保する必要がある。本調査から得られたことを踏まえ、調査内容を更に検討し、再調査・分析していく過程から、原発不明がん患者の家族体験に関する尺度作成を図っていくことを課題としたい。

文献

1. Pavlidis N, Pentheroudakis G. Cancer of unknown primary site. *Lancet* 2012;379:1428–35.
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;120:4679–83.
3. Van de Wouw AJ, Janssen-Heijnen ML, Coebergh JW, et al. Epidemiology of unknown primary tumours; incidence and population-based survival of 1285 patients in Southeast Netherlands, 1984–1992. *Eur J Cancer* 2002;38:409–13.
4. National Comprehensive Cancer Network. Occult Primary: Cancer of unknown primary (CUP) Version1 (2015). http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/occult.pdf. (23 March 2015, date last accessed).
5. Yorkshire and the Humber Strategic Clinical Networks and Senate Cancer (West and North Yorkshire), NHS England. Cancer of Unknown: Primary Network Guidelines for the Investigation and Management of Metastatic Malignant Disease of Unknown Primary Origin Version1 (2013). <http://www.ycn.nhs.uk/html/downloads/ycn-cup-clinicalguidelines-sept2013.pdf>. (14 January 2015, date last accessed).
6. 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;15:578–82.
7. Yakushiji S, Ando M, Yonemori K, et al. Cancer of unknown primary site: review of consecutive cases at the National Cancer Center Hospital of Japan. *Int J Clin Oncol* 2006; 11:421–5.
8. 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.
9. Hoskin P, Makin W. Malignancy of unknown primary site. In: Hoskin, P, Makin, W (eds): *Oncology for Palliative medicine*. New York, 2003;253–61.
10. Boyland L, Davis C. Patients' experience of carcinoma of unknown primary site: dealing with uncertainty. *Palliat Med* 2008;22:177–83.
11. 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
12. Michiko Nogawa. Study on the Reliability and Validity of the Japanese-language Version of the Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form J. *Jpn. Acad. Nurs. Sci* 2004;.24(3):.39-48.
13. Kawaguchi T, Azuma K, Yamaguchi T, et al. Development and validation of the Japanese version of the Decisional Conflict Scale to investigate the value of pharmacists' information: a before and after study. *BMC Med Inform Decis Mak* 2013; 1713(1) 50. doi:

- 10.1186/1472-6947-13-50.
14. O'Connor AM. Validation of a decisional conflict scale. Med Decis Making. 1995 Jan-Mar;15(1):25-30.
15. Legare F, Kearing S, Clay K, Gagnon S, D'Amours D, Rousseau M, O'Connor AM. Are you SURE? Assessing patient decisional conflict with a 4-item screening test. Can Fam Physician. 2010 Aug;56(8):e308-14.
16. Linder SK, Swank PR, Vernon SW, Mullen PD, Morgan RO, Volk RJ. Validity of a low literacy version of the Decisional Conflict Scale. Patient Educ Couns. 2011 Dec;85(3):521-4. doi:10.1016/j.pec.2010.12.012. Epub 2011 Feb 5.
17. Legare F, Leblanc A, Robitaille H, Turcotte S. The decisional conflict scale: moving from the individual to the dyad level. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2012;106(4):247-52. Epub 2012 Mar 28.

[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）

森田 達也（聖隷三方原病院 緩和支援診療科）

内田 恵（名古屋市立大学病院 緩和ケア部）

小松 弘和（名古屋市立大学病院 化学療法部）

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）

表 1 対象者の背景

原発不明がん(n=38)			5 大がん(n=38)	
患者性別 (男：女)	14：24		14：24	
患者年齢 (M±SD)	78.89±10.919		77.39±9.917	
原発部位	n	%	n	%
不明	38	100	0	0
肺	0	0	21	55.3
胃	0	0	6	15.8
大腸	0	0	8	21.1
乳	0	0	3	7.9
家族性別 (男：女)	13：25		13：25	
家族年齢 (M±SD)	61.84±10.975		60.92±9.626	
患者との関係	n	%	n	%
配偶者	12	31.6	12	31.6
子ども	16	42.1	16	42.1
婿・嫁	6	15.8	6	15.8
兄弟姉妹	3	7.9	3	7.9
その他	1	2.6	1	2.6
遺族の学歴				
小中学校	3	7.9	1	2.6
高校・旧制中学	14	36.8	20	52.6
短大・専門学校	8	21.1	7	18.4
大学	10	26.3	10	26.3
大学院	2	5.3	0	0
不明	1	2.6	0	0
患者の婚姻状態				
既婚	22	57.9	21	55.3
未婚	1	2.6	3	7.9
死別	15	39.5	14	36.8
離別	0	0	0	0
患者の同居者				
いた	30	78.9	28	73.7
いない	8	21.1	10	26.3
患者の居住地人口				
30 万人以上	17	44.7	19	50
30 万人未満	20	52.6	16	42.1
不明	1	2.6	3	7.9

表 2 原発不明がんと 5 大がんの遺族から見た患者の体験および遺族の体験の比較

質問項目	原発不明がん n = 38 (M ± SD)	五大がん n = 38 (M ± SD)
患者: 「なかなかはっきりとした診断がつかず、焦りや不安を感じる」と言った	2.51 ± .981	2.27 ± 1.045
家族: 「患者様になかなかはっきりとした診断がつかず、焦りや不安」を感じた	2.78 ± .929 *	2.32 ± 1.042 *
患者: 「検査が多く、負担だ」と言った	2.54 ± 1.010	2.57 ± 1.144
家族: 「患者様の検査が多く、負担そうだと」思った	2.71 ± .957	2.84 ± .916
患者: 「医師のすすめる診療が間違っているかもしれない」と言った	1.76 ± .819	2.05 ± .998
家族: 「医師のすすめる診療が間違っているかもしれない」と思った	1.91 ± .702	2.16 ± 1.068
患者: 「自分の病気を治療できる専門医が見つからない」と言った	1.68 ± .768	2.00 ± 1.130
家族: 「患者様の病気を治療できる専門医が見つからない」と思った	2.14 ± 1.018	2.22 ± 1.109
患者: 「医師に見捨てられるかもしれない」と言った	1.44 ± .705	1.70 ± 1.051
家族: 「医師に見捨てられるかもしれない」と思った	1.89 ± .950	1.84 ± 1.041
患者: 「他人に自分のがんの特徴をわかってもらえない」と言った	1.65 ± .917	1.61 ± .803
家族: 「他人に患者様のがんの特徴をわかってもらえない」と思った	2.25 ± .937 *	1.80 ± .901 *
患者: 「自分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」と言った	2.12 ± .913	1.81 ± .822
家族: 「患者様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」と思った	2.67 ± .926 *	2.17 ± 1.056 *
患者: 「本やインターネット等で病気に関する情報を得るのが難しい」と言った	1.47 ± .567	1.53 ± .774
家族: 「本やインターネット等で患者様の病気に関する情報を得るのが難しい」と思った	2.17 ± .878 #	1.83 ± .941 #

p<.05 #p<.10

表 3 原発不明がんと 5 大がんの遺族のうつ (PHQ-9) に関する比較

	< 10	≥ 10	χ ² 値	Fisher
原発不明がん遺族	28	9	.205	.795
五大がん遺族	27	11		

表 4 原発不明がんと 5 大がんの遺族の複雑性悲嘆 (BGQ) に関する比較

	< 8	≥ 8	χ ² 値	Fisher
原発不明がん遺族	34	2	.377	.615
五大がん遺族	36	1		

表 5 原発不明がん患者の背景(n=35)

項目		件数(%)	
受診時の主な症状 (複数回答)	痛み	11	呼吸困難 5
	食欲低下	10	発熱 4
	腫れ	9	その他の症状 8
	倦怠感	7	
	症状なし	6	
	(検診・定期受診中)		
受診時の主な症状の個数	1 つ	18(51.4)	4 つ 1(2.9)
	2 つ	10(28.6)	未回答 1(2.9)
	3 つ	6(17.1)	
症状出現～診断までの 期間	一か月未満	15(42.9)	3 カ月以上 6(17.1)
	1 ヶ月以上～	12(34.3)	症状はなかった 0(0)
	3 カ月未満		未回答 2(5.7)
診断を受けるまでに かかった病院の数	1 か所	4(11.4)	6 ヶ所以上 0(0)
	2-5 ヶ所	31(88.6)	
診断を受けた病院	がん専門病院	5(14.3)	クリニック・診療所 2(5.7)
	大学病院	7(20)	その他 2(5.7)
	その他の病院 (例：市民病院)	19(54.3)	
セカンドオピニオン	受けた	12(34.3)	受けてない 23(65.7)
治療内容 (複数回答)	化学療法	12	免疫療法 3
	放射線療法	10	手術 2
受けた治療種類の個数	1 つ	12(34.3)	4 つ 0(0)
	2 つ	4(11.4)	未回答 16(45.7)
	3 つ	3(8.6)	
他がんの罹患経験	ある	8(22.9)	ない 27(77.1)

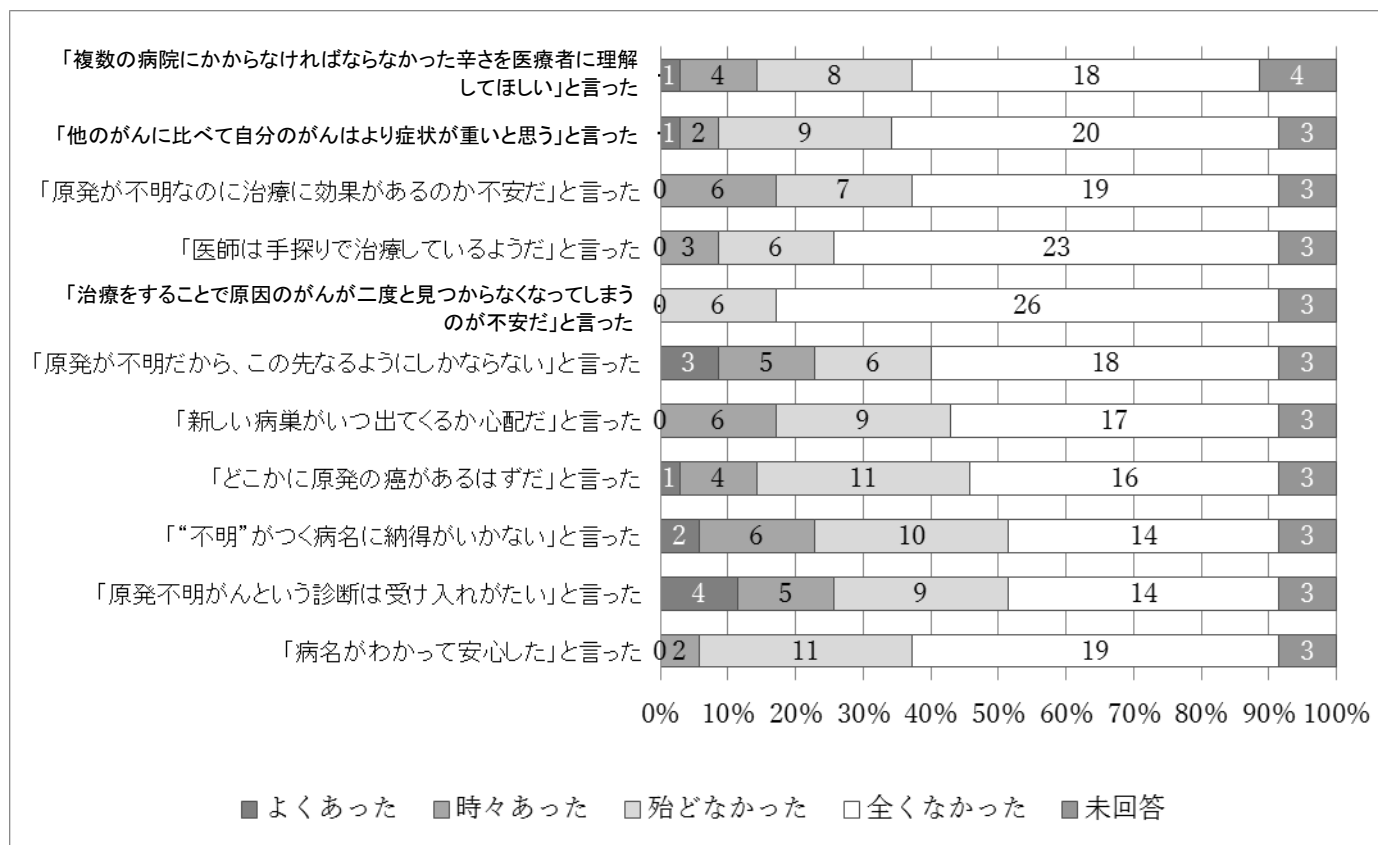


図 1 原発不明がん患者の遺族からみた「患者の体験」(n=35)

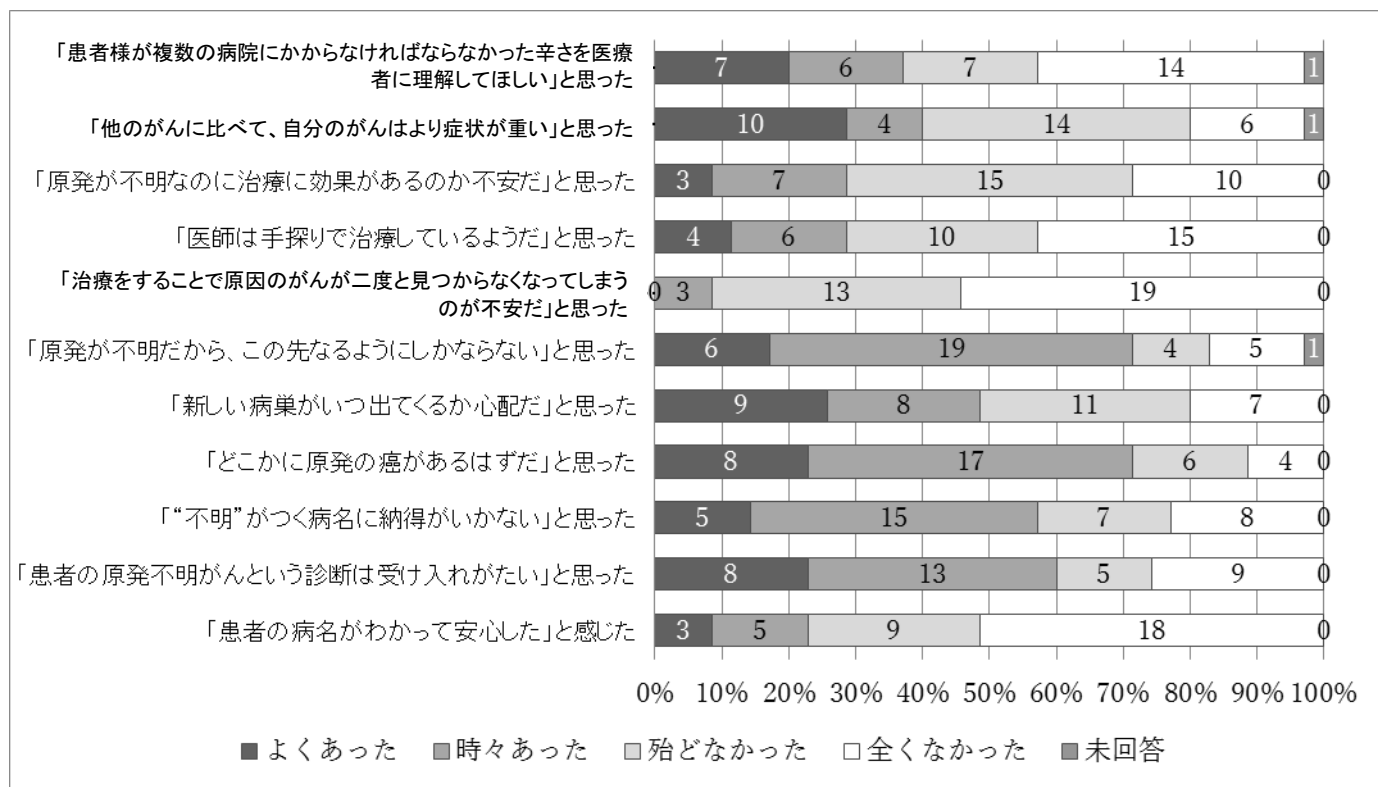


図 2 原発不明がん患者の「遺族の体験」(n=35)

表 6 自由回答から得られた原発不明がん患者の遺族の思い

カテゴリ	サブカテゴリ
医療者から見捨てられたような気持ち	医療者から見捨てられたような気持ち 宣告への配慮をしてほしい 医療者と症状を共有出来ないつらさ ホスピスにたどりつき、やっと苦痛が軽減できた
原発不明がんに対応できる医療への要望	原発不明がんに対応できる医療を用意してほしい 最期だけでも楽にしてほしい 病院に通っていたのに病気がわからず不信感がある
患者本位でない診療を強いられる辛さ	転院が多く患者本位でない対応がなかった 体調が悪いまま精査を強いられる辛さ 余命が少ないのに原因を見つけることは望まない 精査が多く長期化する不満
原発不明がんという病名や治療法への不満	治療法に納得がいかない 手探りの治療しかできず辛かった 原発不明という病名に納得できない
闘病に寄り添う家族としての辛さ	家族なりの患者を思う姿勢 患者へ病名を知らせることができなかった 痛みと病気の辛さをもつ患者を見るのが辛かった 患者が急逝したつらさ 終焉へのつらさは他がんと同じ 原発不明がんを特別に感じることはなかった

研究者一覧

【研究事業責任者】

日本ホスピス緩和ケア協会 緩和ケアデータベース委員会 委員長
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

【研究事業運営委員】

日本ホスピス緩和ケア協会 理事長
筑波メディカルセンター病院 緩和医療科 志真泰夫
日本ホスピス・緩和ケア協会 データベース委員会 委員
聖隷三方原病院緩和支援医療科 森田達也

【研究者（五十音順）】

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	青山真帆
名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学	明智龍男
国立がん研究センター東病院 薬剤部	阿部健太郎
名古屋大学大学院 医学系研究科 看護学専攻	安藤詳子
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	五十嵐尚子
国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター	伊藤正哉
名古屋市立大学病院緩和ケア部	内田恵
国立がん研究センター東病院 緩和医療科	沖崎歩
九州がんセンター 緩和治療科	大谷弘行
名古屋市立大学病院 化学療法部	小松弘和
国立がん研究センター東病院 薬剤部	齊藤真一郎
関西学院大学人間福祉学部人間科学科	坂口幸弘
がん・感染症センター都立駒込病院 緩和ケア科	鈴木梢
福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター	中島聡美
近畿大学医学部附属病院がんセンター緩和ケアセンター	羽多野裕
筑波大学医学部附属病院がんセンター緩和ケアセンター	浜野淳
国立がん研究センター東病院 薬剤部	藤城法子
ガラシア病院 ホスピス科	前田一石
国立がん研究センター東病院 緩和医療科	三浦智史
聖隷三方原病院 緩和ケアチーム	森雅紀
国立がん研究センター東病院 薬剤部	吉野名穂子

【事務局】

東北大学大学院医学系研究科 保健学科専攻 緩和ケア看護学分野
連絡先：〒985-8575 宮城県仙台市青葉区星陵町 2-1 東北大学医学部保健学科 D 棟
TEL & FAX: 022-717-8676 電子メール：palliative-office@umin.ac.jp
担当：五十嵐尚子、青山真帆、宮下光令

参加施設・担当者一覧

札幌ひばりが丘病院	上野 恵梨
KKR 札幌医療センター	瀧川 千鶴子・平山 さおり
医療法人聖仁会 森病院	早津 栄一
北見赤十字病院	部川 玲子
美山病院	小林 洋子
山形県立中央病院	神谷 浩平
医療生協わたり病院	渡辺 啓子
栃木県済生会宇都宮病院	粕田 晴之
公立富岡総合病院	山田 佳子
上尾中央総合病院	安江 佳美
戸田中央総合病院	笹岡 仁美
千葉徳洲会病院	伊東 理砂
辻仲病院柏の葉	柏谷 優子
桜町病院	三枝 好幸
東京都健康長寿医療センター	齋藤 英一
日の出ヶ丘病院	沖 陽輔
永寿総合病院	本郷 純一
社会福祉法人賛育会 賛育会病院	駒場 誠弥
神奈川県立がんセンター	舩田 佳子
昭和大学横浜市北部病院	瓜生 優佳
鶴巻温泉病院	小竹 康一
新潟県厚生連新潟医療センター	桜井 金三
刈谷豊田総合病院	谷澤 友美
名古屋徳洲会総合病院	坂本 雅樹
愛知国際病院	成田 昌代・眞能 加奈子
名古屋第一赤十字病院	湯浅 典博
国立病院機構 豊橋医療センター	佐藤 健
社会福祉法人 聖霊会聖霊病院	小林 雅美
松阪市民病院	松田 武己
公立甲賀病院	辻岡 芳美
滋賀県立成人病センター	堀 泰祐
彦根市立病院	黒丸 尊治
あそかビハーラ病院	白井 由紀
阪和第二泉北病院	小川 和也
ベルランド総合病院	江藤 美和子

湯川胃腸病院	前田 昌子
淀川キリスト教病院 ホスピス・こどもホスピス病院	池永 昌之
千里中央病院	阿部 恵子
市立岸和田市民病院	川島 正裕
小松病院	村松 美樹子
兵庫県立加古川医療センター	坂下 明大
兵庫県立柏原病院	板倉 崇泰
尼崎医療生協病院	坂下 安代
西奈良中央病院	市川 里重
岡村一心堂病院	平岡 美澄
倉敷中央病院	佐野 薫
広島市医師会運営 安芸市民病院	松浦 将浩
廿日市記念病院	宇都宮
医療法人慈生会 前原病院	前原 弘江
福山市民病院	藤本 理美
高松平和病院	中津 洋二
社会医療法人石川記念会 HITO 病院	佐伯 潤
国吉病院	光岡 妙子
社会医療法人天神会 古賀病院 21	小林 慶太
医療法人社団シマダ 嶋田病院	坂本 浩美
みどりの杜病院	高畠 薫代
たたらリハビリテーション病院	平田 済
製鉄記念八幡病院	大瀬 真弓
医療法人清和会 長田病院	石橋 あかね
朝倉医師会病院	田中 慎太郎
戸畑リハビリテーション病院	石飛 妙子
西田病院	前田 幸
桜十字病院	白石 文美恵
鶴田病院	奥村 泰之
山鹿市民医療センター	坂田 典史
熊本地域医療センター	安部 英治
潤和会記念病院	高須 澄江
出水郡医師会広域医療センター	今村 博
社会医療法人天陽会 中央病院	中俣 直子
公益財団法人慈愛会 今村病院	中窪 尊子
アドベンチスト・メディカルセンター	瀬長 智未