

厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

分担研究報告書

ホスピス・緩和ケア病棟：ケアに対する評価と遺族背景因子 および抑うつとの関連

研究協力者 坂口幸弘 大阪大学大学院人間科学研究科

平井 啓 大阪大学大学院人間科学研究科

分担研究者 森田達也 聖隷三方原病院ホスピス

恒藤 暁 大阪大学大学院人間科学研究科

主任研究者 志真泰夫 国立がんセンター東病院緩和ケア病棟

研究要旨 本研究では、ホスピス・緩和ケア病棟ケアに対する遺族による評価と、遺族背景因子および遺族の抑うつとの関係について検証した。対象は、全国のホスピス・緩和ケア病棟 70 施設において亡くなった患者の遺族 310 名であり、郵送による質問紙調査を実施した。遺族背景因子としては、性別、年齢、患者との血縁関係、患者との同居・別居、一緒に住んでいる家族の数、死別からの経過期間、現在のソーシャルサポート、死別からの経過期間、介護時の健康状態、副介護者の有無、介護時の経済状況、付き添いの頻度、の 10 項目を設定した。遺族による「ケアに対する評価」には、死別からの経過期間と遺族の年齢が関係していることが明らかとなった。「ケアに対する評価」と遺族の抑うつとの間には弱い相関関係が認められ、「ケアに対する評価」が高い遺族ほど、抑うつ程度が低いことが示された。

A. 研究目的

終末期ケアの質を向上させるためには、ケアのアウトカムについて、信頼性・妥当性の確保された手法に基づく評価が重要である。そこでわれわれは、前節の通り、「ホスピス・緩和ケア病棟ケアに対する評価尺度」の開発を行った。本研究では、その尺度を使用し、ケアに対する遺族の評価に関連する遺族背景因子を同定することを目的とする。加えて、遺族背景因子と、

入院にあたっての期待度や、入院中の実際の状態、入院中に受けた医療に対する満足度との関係についても検討を行う。

また、死別後の心理的適応に様々な要因が関係していると考えられるが、終末期ケアとの関連については実証的知見が乏しいといえる。そこで本研究では、ホスピス・緩和ケア病棟ケアに対する評価と遺族の抑うつとの関係について明らかにすることも目的の一つとする。

B. 研究方法

1. 研究対象

2000年12月末日における緩和ケア病棟承認届出受理施設（協議会A会員、81施設）を対象とし、まず研究の趣旨説明書と同意書を送付した。次に、同意を得られた70施設に対し、以下に定める基準に適合する対象者と除外理由の一覧を事務局へ送付するよう依頼した。施設から送付された一覧に基づき、3339名分の研究の趣旨説明書と同意書（調査依頼書一覧を参照）を各施設に送付し、遺族への転送を依頼した。調査対象は、郵送により同意書が返送された遺族1225名とし、後ろ向きに1回同定した。なお、本研究の倫理的・科学的妥当性は、各病院の審議委員会によって承認を受けた。

本研究では、「ホスピス・緩和ケア病棟ケアに対する評価尺度」のValidation調査で回答を得られた310名（有効回収率：72.9%）を分析対象とした。

【遺族の選択基準】

本調査の対象者の適格基準と除外基準は以下の通りであった。

適格基準

- ・ 調査日からさかのぼって4ヶ月前から10ヶ月前（6ヶ月間）に死亡した患者の遺族
- ・ 死亡退院患者のキーパーソン、または、身元引受人（1名）
- ・ 年齢20歳以上

除外基準

- ・ 精神的に著しく不安定なために研究の施行が望ましくない
- ・ 痴呆、精神障害、視覚障害などのために調査用紙に記入できない

2. 調査内容

1) ホスピス・緩和ケア病棟ケアに対する評価

前項で開発した「ホスピス・緩和ケア病棟ケアに対する評価尺度」（以下、ケアに対する評価尺度）を用いた。この尺度は10の下位因子（「説明・意思決定（患者）」、「説明・意思決定（家族）」、「身体的ケア（医師）」、「身体的ケア（看護師）」、「精神的ケア」、「設備・環境」、「費用」、「利用しやすさ」、「連携・継続性」、「介護負担軽減」と、2つの2次因子（「説明・意思決定」、「身体的ケア」）、1つの3次因子（「ケアに対する評価」）によって構成される。各項目に対し、改善すべきところが「大いにある」から「全くない」までの6件法で回答を求め、1～6点で評価した。

2) 入院にあたっての期待度

「身体的な苦痛をやわらげられる」・「精神的な苦痛をやわらげられる」・「手厚い看護が受けられる」・「療養環境がよくなる」・「希望する医療を受けられる」・「ご家族の介護の負担が少なくなる」・「経済的負担が少なくなる」の7項目について、「あまり期待していない」、「期待していた」、「非常に期待していた」の3件法で回答を求め、1～3点で評価した。

3) 入院中の実際の状態

「患者さんの身体的な苦痛はやわらげられた」・「患者さんの精神的な苦痛はやわらげられた」・「患者さんの日々の生活はしにくかった」・「療養環境がよかった」・「希望する医療が受けられた」・「ご家族の介護の負担が大きかった」・「経済的負担が大きかった」・「患者さんが亡くなられた場所は患者さんが希望した場所であった」の8項目について、「全くそう思わない」から「とてもそう思う」までの7件法で回答を求め

め、1～7点で評価した。

4) 入院中に受けた医療に対する満足度

「患者さんの身体的な苦痛をやわらげること」・「患者さんの精神的な苦痛をやわらげること」・「日々の生活に対する看護婦の手助け」・「療養環境」・「希望する医療を受けられること」・「ご家族の介護の負担」・「経済的負担」・「総合的な満足度」の8項目について、「とても不満足」から「完全に満足」までの7件法で回答を求め、1～7点で評価した。

5) 遺族背景因子

遺族背景因子として、以下の事柄について設問項目を設定した。

●性別

●年齢

●患者との同居・別居

●一緒に住んでいる家族の数

●死別からの経過期間

●現在のソーシャルサポート

「あなたのまわりの人たちは、あなたが心配事や困り事があるとき、どのくらいあなたの言うことに耳を傾けてくれますか？」との設問に対し、「全然聞いてくれない」「あまり聞いてくれない」「まあまあ聞いてくれる」「よく聞いてくれる」「とてもよく聞いてくれる」の5件法で回答を求め、0～4点で評価した。

●介護時の主観的な健康状態

「介護されていた期間のあなたの健康状態は？」との設問に対し、「非常によかった」「よかった」「まあまあ」「よくなかった」「非常によくなかった」の5件法で回答を求め、1～5点で評価した。

●副介護者の有無

「介護されていた期間にあなたの代わりに介

護を頼めた人は？」との設問に対し、「いた」「いなかった」の2件法で回答を求めた。

●介護時の経済状況

「介護されていた期間の暮らし向き（経済状況）は？」との設問に対し、「かなり苦しかった」「やや苦しかった」「普通」「やや余裕があった」「余裕があった」の5件法で回答を求め、1～5点で評価した。

●付き添いの頻度

「患者様が亡くなる前1週間の付き添いの頻度はどれくらいでしたか？」との設問に対し、「毎日」「週に4-6日」「週に1-3日」「付き添っていなかった」「おぼえていない」の5件法で回答を求め、1～4点で評価した（「おぼえていない」は欠損値扱いとした）。

6) 抑うつ

現在の遺族の抑うつの程度を測定するため、国内で信頼性・妥当性が確認されているCES-Dを用いた。

3. 分析方法

統計パッケージ SPSS を使用し、記述統計および重回帰分析を行った。なお、重回帰分析に際し、性別に関しては男性を1、女性を2、患者との同居・別居に関しては同居を1、別居を2、副介護者の有無に関しては「いた」を1、「いなかった」を2とダミー変数に置き換えた。

C. 研究成果

1. 対象者の背景

対象となった遺族310名の性別は、男性が98名(31.6%)、女性が212名(68.4%)であり、年齢は25～87歳で平均57.4歳(SD=12.1)であった。患者との血縁関係は、配偶者が175名(56.5%)、親が60名(19.4%)、子どもが47名

(15.2%)、兄弟姉妹が 16 名 (5.2%)、その他が 10 名 (3.2%) であった。患者との同居・別居に関しては、同居が 236 名 (76.1%)、別居が 72 名 (23.2%) であった。一緒に住んでいる家族の数は 0~7 名で平均 2.1 名 (SD=1.8) であった。死別からの経過期間は 7~33 カ月で、平均 16.4 カ月 (SD=3.8) であった。

2. ケアに対する評価尺度と遺族背景因子との関連

ケアに対する評価尺度の各下位尺度をそれぞれ従属変数とした重回帰分析を行った (表 1)。重相関係数は「設備・環境」と「費用」を除く各下位尺度において 1%水準で有意であり、ケアに対する評価と遺族背景因子との関連が明らかとなった。また決定係数を算出したところ、今回取り上げた遺族背景因子は、「設備・環境」と「費用」を除く、ケアに対する評価尺度の分散の 8%~15%を説明することが示された。

背景因子ごとに 1%水準で有意な関連を見ていくと、死別からの経過期間が長い遺族ほど、「身体的ケア (医師)」「説明・意思決定 (患者、

家族)」「精神的ケア」「介護負担軽減」「連携・継続」に対する評価が良好であり、2 次因子の「身体的ケア」や「説明・意思決定」、3 次因子の「ケアに対する評価」も良好であった。遺族の年齢が高いほど、「精神的ケア」「介護負担軽減」「連携・継続」に対する評価が良好であり、「ケアに対する評価」も良好であった。またソーシャルサポートを多く認識している遺族ほど、「説明・意思決定 (家族)」と「連携・継続」に対する評価が良好であった。そして、介護時の健康状態が良かった遺族ほど、「精神的ケア」に対する評価が良好であり、介護時の経済状況が良かった遺族ほど「身体的ケア (医師)」に対する評価が良好であった。

3. 入院にあたっての期待と遺族背景因子との関連

入院にあたっての期待として設定した 7 事象と遺族背景因子との関連について重回帰分析を行った (表 2)。重相関係数は「経済的負担」においてのみ 1%水準で有意であった。

表1 「ケアに対する評価尺度」と遺族背景因子との関連

	身体的ケア Beta	身体的ケア (医師) Beta	身体的ケア (看護師) Beta	設備・環境 Beta	利用 しやすさ Beta	説明・意思 決定 Beta	説明・意思 決定(患者) Beta	説明・意思 決定(家族) Beta	精神的ケア Beta	介護負担 軽減 Beta	費用 Beta	連携・継続 Beta	ケアに対す る評価 Beta
年齢	0.16 *	0.14 *	0.15 *	0.17 *	0.14 *	0.11	0.11	0.09	0.23 ***	0.21 **	0.14 *	0.22 ***	0.22 ***
性別	0.09	0.12 *	0.05	0.05	0.06	0.13 *	0.13 *	0.10	0.08	0.10	0.07	0.08	0.12 *
患者との同居・別居	0.01	0.04	-0.03	0.05	-0.03	0.01	0.02	0.00	0.04	0.05	0.10	0.09	0.05
現在の同居家族数	0.09	0.07	0.09	0.08	0.01	-0.01	-0.03	0.01	-0.01	0.05	0.04	0.06	0.04
ソーシャルサポート	0.12	0.11	0.09	0.05	0.15 *	0.15 *	0.11	0.16 **	0.05	0.11	0.05	0.16 **	0.14
死別からの経過期間	0.16 **	0.16 **	0.13 *	0.05	0.07	0.21 ***	0.18 **	0.22 ***	0.20 ***	0.14 *	0.03	0.16 **	0.19 ***
介護時の健康状態	-0.05	0.00	-0.10	-0.10	-0.07	-0.10	-0.11	-0.07	-0.18 **	-0.11	-0.05	-0.11	-0.13 *
副介護者の有無	-0.06	-0.02	-0.09	-0.05	-0.05	-0.03	0.01	-0.06	-0.07	-0.04	-0.01	-0.01	-0.05
介護時の経済状況	0.13 *	0.16 **	0.08	0.00	-0.01	0.12 *	0.09	0.13 *	0.12 *	0.03	0.13 *	0.04	0.11
付き添いの頻度	-0.02	-0.01	-0.01	-0.02	-0.11	-0.06	-0.06	-0.04	0.03	0.09	-0.10	-0.05	-0.04
	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²
	0.11 ***	0.10 ***	0.08 **	0.05	0.09 **	0.13 ***	0.10 **	0.13 ***	0.14 ***	0.09 **	0.07 *	0.13 ***	0.15 ***

***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05

表2 入院にあたっての期待と遺族背景因子との関連

	身体的苦痛	精神的苦痛	日々の生活	療養環境	希望する医療	介護負担	経済的負担
	Beta	Beta	Beta	Beta	Beta	Beta	Beta
年齢	-0.11	-0.07	-0.03	-0.05	0.08	0.14 *	0.20 **
性別	-0.02	0.04	-0.06	0.03	0.07	-0.07	-0.03
患者との同居・別居	-0.05	-0.03	-0.11	-0.05	-0.03	-0.08	0.04
現在の同居家族数	-0.03	0.03	-0.01	-0.07	-0.05	0.09	-0.01
ソーシャルサポート	0.01	0.11	0.08	0.20 **	0.12	0.07	0.06
死別からの経過期間	-0.02	0.08	-0.02	-0.04	-0.02	0.00	0.00
介護時の健康状態	0.03	0.03	0.06	0.09	0.06	0.14 *	0.12
副介護者の有無	-0.04	-0.09	-0.04	-0.02	-0.05	-0.07	-0.09
介護時の経済状況	0.01	-0.09	0.00	-0.02	-0.08	-0.06	-0.11
付き添いの頻度	-0.09	-0.11	-0.06	-0.05	-0.15 *	0.06	0.10
	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²
	0.02	0.05	0.03	0.06	0.07 *	0.07 *	0.08 **

***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05

表3 入院中の実際の状態と遺族背景因子との関連

	身体的苦痛	精神的苦痛	日々の生活	療養環境	希望する医療	介護負担	経済的負担	希望した場所
	Beta	Beta	Beta	Beta	Beta	Beta	Beta	Beta
年齢	0.08	0.10	0.14 *	0.17 **	0.10	-0.06	-0.10	0.11
性別	-0.03	-0.01	0.03	0.01	0.10	-0.07	-0.06	0.08
患者との同居・別居	0.02	0.02	0.04	0.06	0.09	-0.04	-0.01	0.09
現在の同居家族数	-0.01	0.02	0.01	0.07	0.02	0.04	-0.08	-0.01
ソーシャルサポート	0.10	0.10	0.17 **	0.16 *	0.12	-0.09	-0.04	0.16 **
死別からの経過期間	0.03	0.06	0.12 *	0.06	0.13 *	-0.04	0.06	-0.04
介護時の健康状態	-0.08	-0.05	-0.04	0.00	0.00	0.18 **	-0.07	0.03
副介護者の有無	-0.06	-0.04	-0.10	-0.06	-0.10	0.01	0.09	-0.03
介護時の経済状況	0.10	0.13 *	0.06	0.09	0.03	-0.05	-0.26 ***	0.09
付き添いの頻度	-0.07	-0.13	0.04	0.00	-0.06	-0.05	-0.05	-0.04
	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²
	0.06	0.08 **	0.08 **	0.07 *	0.07 *	0.06	0.09 **	0.07 *

***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05

表4 入院中に受けた医療に対する満足度と遺族背景因子との関連

	身体的苦痛	精神的苦痛	日々の生活	療養環境	希望する医療	介護負担	経済的負担	総合的満足度
	Beta	Beta	Beta	Beta	Beta	Beta	Beta	Beta
年齢	0.15 *	0.19 **	0.12	0.19 **	0.07	0.10	0.14 *	0.13 *
性別	0.01	-0.01	0.02	0.01	0.12 *	0.04	0.04	-0.03
患者との同居・別居	0.08	0.05	0.00	0.06	0.03	0.04	0.04	0.09
現在の同居家族数	0.00	0.07	0.11	0.12	0.04	0.09	0.12	0.08
ソーシャルサポート	0.17 **	0.18 **	0.11	0.09	0.17 **	0.13 *	0.08	0.14 *
死別からの経過期間	0.09	0.13 *	0.08	0.03	0.09	0.04	-0.03	0.14 *
介護時の健康状態	-0.02	-0.04	-0.09	0.01	0.03	-0.12 *	0.05	-0.03
副介護者の有無	-0.05	-0.04	0.01	-0.06	-0.03	-0.01	-0.02	0.01
介護時の経済状況	0.12 *	0.11	0.12 *	0.13 *	0.10	0.08	0.29 ***	0.14 *
付き添いの頻度	0.05	0.01	0.04	0.07	-0.04	0.02	0.01	0.05
	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²	R ²
	0.09 **	0.10 ***	0.07 *	0.07 *	0.07 *	0.07 *	0.12 ***	0.09 **

***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05

背景因子ごとに 1%水準で有意な関連を見ていくと、遺族の年齢が高いほど、「経済的負担」への期待が大きかった。また、ソーシャルサポートを多く認識している遺族ほど、「療養環境」への期待が大きかった。

4. 入院中の実際の状態と遺族背景因子との関連

入院中の実際の状態として設定した 8 事象と遺族背景因子との関連について重回帰分析を行った (表 3)。重相関係数は「精神的苦痛」「日々の生活」「経済的負担」において 1%水準で有意であった。

背景因子ごとに 1%水準で有意な関連を見ていくと、遺族の年齢が高いほど、「療養環境」は良好であった。ソーシャルサポートを多く認識している遺族ほど、「日々の生活」と「希望した場所」は良好であった。介護時の健康状態が良かった遺族ほど、「介護負担」の状態は良好であった。介護時の経済状況が良かった遺族ほど、「経済的負担」の状態は良好であった。

5. 入院中に受けた医療に対する満足度と遺族背景因子との関連

入院中に受けた医療に対する満足度として設定した 8 事象と遺族背景因子との関連について重回帰分析を行った (表 4)。重相関係数は「身体的苦痛」「精神的苦痛」「経済的負担」「総合的満足度」において 1%水準で有意であった。

背景因子ごとに 1%水準で有意な関連を見ていくと、遺族の年齢が高いほど、「精神的苦痛」「療養環境」に対する満足度が高かった。また、ソーシャルサポートを多く認識している遺族ほど、「身体的苦痛」「精神的苦痛」「希望する医療」に対する満足度が高かった。そして、介護時の経済状況が良かった遺族ほど、「経済的負

担」に対する満足度が高かった。

6. ケアに対する評価尺度と抑うつとの関連

ケアに対する評価尺度と CES-D 得点の相関関係について検討した (表 5)。その結果、「説明・意思決定」「説明・意思決定 (家族)」「精神的ケア」「設備・環境」「介護負担軽減」、そして「ケアに対する評価」は、CES-D 得点は 1%水準で有意な負の相関関係にあった。すなわち、これらの評価が高い遺族ほど、抑うつの程度が小さいことが示された。ただし、相関係数は-0.20~-0.14 であり、それらの関連性は決して高くはなかった

表5 ケアに対する評価と抑うつとの相関関係

	r	
説明・意思決定	-0.16	**
患者	-0.14	*
家族	-0.17	**
身体的ケア	-0.06	n.s.
医師	0.02	n.s.
看護師	-0.13	*
精神的ケア	-0.17	**
設備・環境	-0.16	**
費用	-0.10	n.s.
利用しやすさ	-0.10	n.s.
連携・継続	-0.15	*
介護負担軽減	-0.20	**
ケアに対する評価	-0.17	**

**P<0.01, *P<0.05

D. 考察

ケアに対する評価尺度との関連から、死別からの経過期間による影響が認められ、「ケアに対する評価」が時間経過に伴い、より肯定的評価へと変遷する可能性が示唆される。また、年齢の高い遺族ほど、「ケアに対する評価」が高いことが示された。これらのことは、ケアに対する遺族の主観的評価を検討する際に、死別からの

経過期間や遺族の年齢という変数を考慮する必要性を示唆しているといえる。

入院にあたっての期待に関しては、今回取り上げた遺族背景因子との関連は小さかった。この結果から、ホスピス・緩和ケア病棟に入院の際に家族が抱く期待は、その家族の背景に必ずしも関係なく、多くの家族が一定の期待を有していたと考えられる。

ホスピス・緩和ケア病棟入院中に受けられた医療に対する満足度に関しては、年齢が高いほど、多くの側面で満足度が高いことが示された。総合満足度の結果から、年齢が高く、介護時の経済状況が良好で、ソーシャルサポートを多く得ていて、死別からの経過期間が長い遺族ほど、ホスピス・緩和ケア病棟での医療に対する満足度が高いと思われる。ただし、今回取り上げた遺族背景因子による総合満足度の説明率は9%にすぎず、総合満足度にはその他の多くの変数が関係していると考えられる。

本研究では、ホスピス・緩和ケア病棟でのケアに対する評価と、遺族の抑うつとの関連についても検討した。今回の調査では、両者の関係はさほど強くはないが、相関関係があり、ケアに対する評価が高い遺族ほど、抑うつの程度が低いことが示された。このことは、ホスピス・緩和ケア病棟に入院中の患者・家族へのケアが、死別後の遺族に対しても影響を及ぼす可能性を示唆するものである。ただし、本研究は一時点の調査データに基づいているため、両者の因果関係について結論づけることはできない。今後、縦断的研究により、因果の方向性について検証する必要があるであろう。

E. 結論

今回、ホスピス・緩和ケア病棟に対する評価に関連する要因として、遺族背景因子を取り上げ検討した。遺族による「ケアに対する評価」には、死別からの経過期間と遺族の年齢が関係していることが明らかとなった。また本研究では、ケアに対する評価と遺族の抑うつとの関連性についても検討した。両者の間には弱い相関関係が認められ、ケアに対する評価が高い遺族ほど、抑うつの程度が低いことが示された。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

ホスピス・緩和ケア病棟の遺族調査から見る希死念慮の出現

分担研究者 森田達也 聖隷三方原病院ホスピス
研究協力者 平井 啓 大阪大学大学院人間科学研究科
坂口幸弘 大阪大学大学院人間科学研究科
分担研究者 恒藤 暁 大阪大学大学院人間科学研究科
主任研究者 志真泰夫 国立がんセンター東病院緩和ケア病棟

研究要旨 ホスピス・緩和ケアをうけた終末期がん患者の希死念慮、積極的安楽死の要求の頻度、および、その理由について知るために、遺族に対する質問紙調査をおこなった。500名のがん患者遺族を対象に質問紙調査を実施し290名から回答を得た。62名（21%）の遺族が、患者は希死念慮を訴えたことがあると報告した。また、29名（10%）の遺族が、患者は積極的安楽死を要求したことがあると報告した。患者が希死念慮を訴え、積極的安楽死を要求した主な理由としてあげられたのは、他者の負担になること、依存、無意味さ、楽しいことが出来ない、全身倦怠感、痛み、呼吸困難、将来の不安、死期を自分でコントロールしたいことであった。希死念慮を訴えた患者の32%、積極的安楽死を要求した患者の28%は、耐え難い身体的苦痛を抱えていなかった。積極的安楽死を要求しなかった患者に比べ、積極的安楽死を要求した患者においては、将来への懸念と死期に対するコントロール願望が、希死念慮を訴える主な理由に挙げられることが有意に多かった。これらのことから、ホスピス・緩和ケアを受けていたがん患者が希死念慮を持つことは、決して珍しいことではないといえる。今後は、全身倦怠感や痛み、呼吸困難、また他者への負担、意味の無さ、将来への懸念に対し、より積極的な対策を講ずることで、希死念慮を持つ患者の深刻な苦悩を軽減できると考えられる。

A. 研究目的

緩和ケアを受ける終末期がん患者の13～45%に希死念慮が認められる（Breitbart et al., 2000; Brown et al., 1986; Chochinov et al., 1995）。安楽死や医師による自殺幫助を求める患者は、医療専門職を対象にした調査では1.6～

8.5%（Daly et al., 2000; Virik et al., 2002）、患者自身を対象にした調査では11～12%におよぶ（Emanuel et al., 2000; Wilson et al., 2000）。過去のいくつかの実証的研究によると、終末期がん患者が希死念慮を訴え、積極的安楽死を要求する背景には、複数の因子が関係した要因が

あるといわれる。複数の因子としては、身体的症状、精神疾患、サポート不足や経済的負担といった社会的因子、コントロール感の喪失、他者への負担になっているという思いなどを含む心理的・実存的苦痛が挙げられている (Breitbart et al., 2000; Brown et al., 1986; Chochinov et al., 1995; 1998; 1999; Daly et al., 2000; Virik et al., 2002; Emanuel et al., 2000; Wilson et al., 2000; Kelly et al., 2002)。

これらの先行研究が強調している点は、積極的な緩和ケアを受けている患者においても、希死念慮を訴え、積極的安楽死を要求することが珍しくないこと、さらに複数の要因がこうした希死念慮に関係していることである。しかし、希死念慮を訴える患者の全人的苦痛を軽減するために何をしたらよいのかについて結論を出すには、研究上の限界が存在する。実際の患者を対象とした研究における大きな限界は、研究対象から除外される患者の割合が高いことと、研究が横断的デザインことである (Breitbart et al., 2000; Brown et al., 1986; Chochinov et al., 1995)。したがって、終末期がんで全身状態の悪い多くの患者に対し、これまでの研究結果を当てはめることはできない。一方、医療専門職に対する調査報告にも観察者のバイアスが存在する点や、患者の苦痛を低く見積もったり (Daly et al., 2000; Virik et al., 2002)、誤って解釈したりする可能性 (Sneeuw et al., 1999) といった限界が存在する。そこで、進行がん患者の経過全体で見られる希死念慮や、死を早めることへの要求についてより理解を深めるには、遺族を対象とした研究が有効な代替方法ではないかと我々は考える。その理由としてまず、進行がん患者全てを対象に正式な調査を行うことは、

倫理的かつ方法論的にも不適切、もしくは非現実的である (Casarett et al., 2001)。さらに、近しい家族が患者の思いを代わりに評価することは、有用な情報源である (Sneeuw et al., 1998)。

しかしながら、患者が希死念慮を訴え、積極的安楽死を要求したことについて、遺族の視点を通じて調べた大規模かつ系統的な研究は、これまでほとんど存在しない (Emanuel et al., 2000; Seale & Addington-Hall, 1994; 1995)。Seale & Addington-Hall (1994) が遺族を対象に行った研究によると、ホスピスに入院していた患者のうち 22%が希死念慮を訴え、8.8%が積極的安楽死を求めたと報告している。さらにこの研究では、痛み、排尿・排便の機能喪失、セルフケア能力の減退が、患者の希死念慮と有意な相関関係にあったと述べている。また Emanuel (2000) はアメリカで終末期がん患者遺族を対象とした大規模なコホート調査を行っている。その結果、死を迎えるまでの最後の 4 週間のうち、医師による自殺幫助や安楽死について話をした患者は全体の 5.6%であった。しかし、Seale や Emanuel の研究では、患者が希死念慮を訴え、積極的安楽死を求めた直接的な理由については検討されていない。また最近の実証的研究において終末期がん患者が希死念慮を訴える重要な要因と捉えられている複数の因子、例えば、他者への負担となっているという患者の認知、将来の苦痛に対する懸念、死期のコントロール願望が取り上げられていない (Filiberti et al., 2001; Ganzini et al., 2000; 2002; Sullivan et al., 2000; van der Maas et al., 1991)。第三に、患者の希死念慮、死を早めるよう要求が、患者の苦悩として概念化されておらず、患者が

希死念慮を訴えるのは耐え難い苦悩が原因なのか、それとも「死への準備」あるいは「完結される生」といった患者の積極的な認知によるものなのかがはっきりしない (Ganzini et al., 2000; 2002; Sullivan et al., 2000; van der Maas et al., 1991)。日本では近年、終末期ケアについて積極的な議論がなされているにもかかわらず (Asai et al., 2001)、終末期がん患者の希死念慮、また積極的安楽死の要求の出現頻度やその理由について、これまで全国規模での調査がなされてこなかった。

そこで我々は次に記すことを目的に、全国規模の調査を行った。第一に、遺族の報告に基づき、ホスピス・緩和ケア病棟に入院していた終末期がん患者が闘病生活全体を通じ、どの程度の頻度で希死念慮と積極的安楽死の要求が見られたのかを明らかにする。第二に、遺族の報告に基づき、希死念慮の訴えと積極的安楽死の要求の背後にある「理由」を明らかにする。さらに、患者の全人的苦痛を軽減するため既存の緩和ケアプログラムをこの先どのように向上させるため知見を得ることを最終的な目的とする。

B. 研究方法

1. 対象者

2006年12月末日における緩和ケア病棟承認届出受理施設(協議会A会員、81施設)を対象とし、まず研究の趣旨説明書と同意書(調査依頼書一覧を参照)を送付した。次に、同意を得られた70施設に対し、以下に定める基準に適合する対象者と除外理由の一覧を事務局へ送付するよう依頼した。その基準は、1) 本研究協力施設であるいずれかの緩和ケア病棟で患者を亡くした遺族であること、2) 年齢が20歳以上、3)

自己記入式の質問紙に回答できること、4) 深刻な心理的苦痛がないと主治医が判断したこと、の4つである。施設から送付された一覧に基づき、3339名分の研究の趣旨説明書と同意書(調査依頼書一覧を参照)を各施設に送付し、遺族への転送を依頼した。調査対象は、郵送により同意書が返送された遺族1225名とし、後ろ向きに1回同定した。この対象者を異なる3つの調査のために3グループにランダムに分類した。本調査はこの3分類した対象者のうちの500名を対象に、2002年6月に実施した。本研究の倫理的・科学的妥当性は、各病院の審議委員会によって承認を受けた。

2. 調査票の構成

質問紙は著者らによって開発された。質問紙の表面的妥当性ならびに受容性は、50名の遺族を対象としたパイロットテストで確認した。患者が希死念慮を訴え、積極的安楽死を要求する理由については、系統的な文献検討、緩和ケア病棟看護師への面接調査、著者らの議論を通じて選定した。

質問紙ではまず、社会的・人口動態的変数について尋ねた。具体的には、性別、年齢、故人との続柄、死別後の経過期間、患者が死ぬ直前の1週間に患者を見舞った回数について尋ねた。患者の性別、年齢は主治医が記した医療カルテから情報を得た。

本研究の目的は、深刻な苦痛を表すものとして患者が希死念慮を訴え、積極的安楽死を要求するのかどうかを調べることにある。そこで、患者が耐え難い苦痛を理由に、家族や医師・看護師に対して早く死にたいと訴えたことがあるか遺族に尋ね、そうした経験の有無によって患

者が希死念慮を訴えたか否かを評価した。また、患者が耐え難い苦痛を理由に、家族や医師・看護師に対して意図的に死を早めて欲しいと訴えたことがあるか遺族に尋ね、そうした経験の有無によって患者が死を早めるよう求めていたか否かを評価した。

希死念慮を訴え、死を早めるよう求めた各理由については、「あてはまらない」「あてはまる」「非常によくあてはまる」の3件法で評価してもらった。遺族が「非常によくあてはまる」と評価した場合は、患者が希死念慮を訴え、死を早めるよう求めた「主要な」理由であり、「あてはまる」と評価した場合は「部分的な」理由であると判断した。潜在的な理由として調査したのは、痛み、全身倦怠感、呼吸困難、その他の身体的症状、将来への懸念、日常生活における依存（排泄や食事）、他者の負担になっているという思い、ケアへの不満（医療スタッフから尊厳を持って接してもらえていない、という思い）、楽しいことが出来ない、無意味さ、経済的負担、死期に対するコントロール願望、の各項目である。もし、「その他の身体的症状」を選んだ場合、その内容について記入を求めた。

3. 統計解析

希死念慮を持つ患者の特性を探るため、希死念慮を訴えただけの患者と、希死念慮を訴えた上で、死を早めるよう求めた患者との間に、希死念慮を訴える主要な理由の違いがあるかどうかを比較した。この比較にはデータに応じて Mann-Whitney の U 検定とカイ二乗検定 (Fisher の直接法) を用いた。分析は全て SPSS ver. 9.0 を用いて行った。

C. 結果

1. 配布数・回収数

調査票を送付した 500 名の遺族のうち、調査票を返送したのは 322 名 (64%) であった。このうち回答に欠損値がみられた 32 名を除外し、最終的に 290 名を分析対象とした (有効回答率 62%、290 名/468 名)。患者および遺族の背景は表 1 に示すとおりである。

表 1. 対象遺族と患者の背景

患者		
年齢 (歳)		67±13
性別	男性	57% (n=165)
	女性	43% (n=125)
遺族		
年齢 (歳)		56±13
性別	Male	32% (n=93)
	Female	66% (n=191)
個人との関係	配偶者	51% (n=148)
	子供	22% (n=65)
	親	17% (n=48)
	兄弟	3.4% (n=10)
	その他	1.0% (n=3)
死別経過期間 (月)		13±2.2
最期の期間に患者を訪問した頻度	毎日	76% (n=220)
	4-6 日/週	12% (n=36)
	1-3 日/週	6.9% (n=20)
	無	2.1% (n=6)

欠損値があるため全ての%の合計が100%にならず

2. 希死念慮の出現頻度

290 名の遺族のうち、62 名 (21%) が、患者の家族や医師・看護師に対する希死念慮の訴えを報告している。このうち、家族にだけ訴えたのは 29 名、医師・看護師にだけ訴えたのは 5 名、家族と医師・看護師の双方に訴えたのは 28 名であった。

また、29 名 (10%) の遺族は、患者が家族や医師・看護師のいずれかに積極的安楽死を要求

したと報告している。このうち、家族にだけ求めたのは6名、医師・看護師にだけ求めたのは7名、家族と医師・看護師の双方に求めたのは16名であった。

希死念慮を持った患者とそうでない患者、積極的安楽死を要求した患者とそうでない患者とでは、年齢に有意差が見られ、いずれも若い患者ほど死を望んでいた（希死念慮有群 64±13歳：無群 68±13歳，P=0.047；積極的安楽死の要求有群 62±12歳：積極的安楽死の要求無群 67±13，P=0.047）。性別については両群に差は見られなかった。

3. 希死念慮・積極的安楽死の要求の理由

遺族の報告に基づく患者が希死念慮を訴える理由、ならびに積極的安楽死を要求した理由は、表2と表3に示す通りである。希死念慮を訴える患者のうち39%以上の患者にとっては、他者の負担になること、全身倦怠感、依存、痛みが主要な理由になっていた。

積極的安楽死を要求した患者のうち38%以上の患者にとっては、全身倦怠感、将来への懸念、他者の負担になること、痛みが主要な理由になっていた。

一方、経済的負担やケアへの不満については、それらが希死念慮を訴える主要な理由であったと答えた遺族は15%以下であり、また積極的安楽死を要求した主要な理由であったと答えた遺族は4%以下であった。

希死念慮を訴える主要な理由として遺族が報告した「その他の身体症状」については、食欲不振(3名)、悪心(3名)、不全失語症(2名)、喀痰、浮腫、腹水、便秘、失語症、めまい、発作(各1名)であった。

死を早めるよう求めた患者をそうでない患者と比較した場合、希死念慮を訴える主要な理由に、将来の懸念、死期のコントロール願望、全身倦怠感を挙げる割合が有意に高かった(表4)。

表2. 希死念慮についての理由(n=62)

	非常にあてはまる	あてはまる
他者への負担	42% (n=26)	26% (n=16)
全身倦怠感	42% (n=26)	32% (n=20)
依存	40% (n=25)	29% (n=18)
痛み	39% (n=24)	31% (n=19)
将来の苦痛に対する懸念	31% (n=19)	26% (n=16)
楽しむことができないこと	27% (n=17)	37% (n=23)
無価値感	26% (n=16)	39% (n=24)
呼吸困難	23% (n=14)	24% (n=15)
死期のコントロール願望	16% (n=10)	16% (n=10)
経済的負担	11% (n=7)	29% (n=18)
ケアへの不満	3.2% (n=2)	6.5% (n=4)

表3. 積極的安楽死の要求についての理由(n=29)

	非常にあてはまる	あてはまる
全身倦怠感	55% (n=16)	21% (n=6)
将来の苦痛に対する懸念	45% (n=13)	28% (n=8)
他者への負担	38% (n=11)	35% (n=10)
痛み	38% (n=11)	31% (n=9)
死期のコントロール願望	31% (n=9)	24% (n=7)
依存	31% (n=9)	38% (n=11)
楽しむことができないこと	24% (n=7)	31% (n=9)
無価値感	24% (n=7)	28% (n=8)
呼吸困難	24% (n=7)	17% (n=5)
経済的負担	14% (n=4)	31% (n=9)
ケアへの不満	3.4% (n=1)	6.9% (n=2)

希死念慮のあった患者62名中20名(32%)、積極的安楽死の要求のあった患者29名中8名(28%)は、それぞれ耐え難い身体的苦痛を感じていなかった。このように耐え難い身体的苦痛がないにもかかわらず死を望んでいた患者の半数以上において、希死念慮を訴える主要な、も

しくは部分的な理由となっていたのは、他者の負担になること、依存、無意味さ、楽しむことができないことであった。

表4. 積極的安楽死の要求があった患者と無かった患者における希死念慮の主な理由

	積極的安楽死の要求		P値
	無 (n=41)	有 (n=21)	
将来の苦痛に対する懸念	20% (n=8)	52% (n=11)	0.01
死期のコントロール願望	4.9% (n=2)	38% (n=8)	0.00
全身倦怠感	32% (n=13)	62% (n=13)	0.02
痛み	37% (n=15)	43% (n=9)	0.63
呼吸困難	22% (n=9)	24% (n=5)	0.87
他者への負担	39% (n=16)	48% (n=10)	0.52
依存	39% (n=16)	43% (n=9)	0.77
楽しむことができないこと	27% (n=11)	29% (n=6)	0.88
無価値感	22% (n=9)	33% (n=7)	0.33
経済的負担	7.3% (n=3)	19% (n=4)	0.21
ケアへの不満足	2.4% (n=1)	4.8% (n=1)	1.00

また、耐え難い身体的苦痛がないにもかかわらず死を早めるよう求めた患者の半数以上において、そうした要求の理由となっていたのは、他者の負担になること、依存性、将来への懸念、死期を思い通りにしたいという願望であった。

表5. 身体的苦痛の無かった患者における希死念慮と積極的安楽死の要求の主な理由

	希死念慮 (n=20)	積極的安楽死 (n=8)
他者への負担	12	7
依存	12	6
無価値感	12	3
楽しむことができないこと	11	3
将来の苦痛に対する懸念	9	6
死期のコントロール願望	6	6
経済的負担	6	2
ケアへの不満足	2	1

D. 考察

本研究からはいくつかの重要な知見が得られた。第一に、遺族を対象とした調査に基づき、

日本の緩和ケア病棟に入院していた終末期がん患者のどれほどが、希死念慮を持ち、また積極的安楽死の要求をしていたのかを全国規模で調査を行い、明らかにした点である。その結果、希死念慮を抱いた患者は 21%、積極的安楽死の要求した患者は 10%であった。イギリスとアメリカで遺族の報告に基づいて行われた大規模な調査では、22%の患者が希死念慮、5.3~8.8%の患者が積極的安楽死の希望を持っていた報告しており (Emanuel, et al., 2000 ; Seale & Addington-Hall, 1994 ; Seale & Addington-Hall, 1995)、本研究の結果はこれらの報告と合致するものである。遺族の報告に基づく、緩和ケアを受けている終末期がん患者が希死念慮を抱く割合は約 20%、積極的安楽死の要求を表現する割合は約 10%と考えられる。患者を対象とした縦断的研究によると、希死念慮の割合は 13~45% (Breitbart, et al., 2000 ; Brown, et al., 1986 ; Chochinov, et al., 1995)、積極的安楽死の要求の割合は 11~12% (Emanuel, et al., 2000 ; Wilson, et al., 2000) と報告されている。これらの先行研究と、本研究の結果を合わせて考察すると、積極的な緩和ケアを受けている患者においても、希死念慮の訴え、また積極的安楽死の要求は珍しくないといえる。したがって、患者が希死念慮と積極的安楽死の要求を抱くほどの深刻な苦痛を経験しないで済むよう、我々は緩和ケアの質をさらに向上させていく必要がある。また、希死念慮のある患者のうち約半数 (29/62) が、そのことを家族にだけ訴えていたという遺族の報告は注目すべき点である。このことから、終末期がん患者の希死念慮を知る重要な情報源として、家族を視野に入れる必要があることが強く示唆された。

第二に、遺族の報告に基づき、患者が希死念慮を訴える理由、積極的安楽死を要求する理由を特定した点である。これまでの先行研究によると、終末期がん患者の希死念慮や積極的安楽死を要求することは、複数の要因に関連した現象である。その要因としては、身体的領域（痛み・呼吸困難）、精神医学的領域（抑うつ）、社会的領域（サポートの欠如・経済的負担）、心理・実存的領域（無価値感・他者への負担・コントロール感の喪失）にまたがる。西洋の国々と同様、日本人の終末期がん患者においても、希死念慮を訴え、積極的安楽死を要求する理由は複数の因子に関連していた。例えば、身体的因子（痛み・全身倦怠感・呼吸困難）、社会的因子（経済的負担）、心理・実存的因子（他者への負担・依存・無価値感・楽しむことができないこと・将来の苦痛に対する懸念・死期のコントロール願望）などである（Breitbart, et al., 2000; Brown, et al., 1986; Chochinov, et al., 1995; Daly et al., 2000; Virik, et al., 2002; Emanuel, et al., 2000; Wilson, et al., 2000; Chochinov, et al., 1998; Chochinov, et al., 1999; Kelly, et al., 2002）。特筆すべき点は、希死念慮を訴えた患者、積極的安楽死を要求した患者の約30%が、耐え難い身体的苦痛を経験していないことである。これまでアメリカやカナダ、オランダでなされた報告において、終末期がん患者は単なる身体的症状よりは、むしろ深刻な心理・実存的苦痛が原因で、早期の死を望んでいるのではないかといわれてきたが、本研究の結果はこの仮説を支持するものである（Breitbart, et al., 2000; Chochinov, et al., 1995; Chochinov, et al., 1999; van der Maas, et al., 1991）。

他者への負担になることや依存が、希死念慮

を訴え、積極的安楽死を要求する主要な理由に挙げられた。日本のホスピス緩和ケア病棟の入院患者を対象とした先行研究では、他者の負担になることや依存が最も一般的な実存的苦痛であると報告されている（Morita, et al., 2000）。本研究の結果は、こうした先行研究の結果に符合する。アメリカの研究では、現在また将来他者の負担になることが、希死念慮や積極的安楽死を要求する重要な決定因子には必ずしもならないと報告されている（Breitbart, et al., 2000; Ganzini, et al., 2000; Sullivan, et al., 2000）。これは本研究の結果とは対照的である。Breitbart et al. (2000)の研究によると、他者への負担の因子は、アメリカのがん患者が希死念慮を訴えるようになることにはほとんど影響しない（Breitbart, et al., 2000）。オレゴン州で行われた調査によると、患者が医師に自殺補助を依頼する理由のうち、他者への負担が挙げられること（21%）は、自律性の喪失（79%）に比べはるかに少なく、また患者が医師に致死性の薬物を処方するよう依頼する理由の中でも、他者への負担が挙げられること（38%）は、自律性の喪失（57%）に比べ少ない（Ganzini, et al., 2000; Sullivan, et al., 2000）。西洋文化においては自律性の維持が重要であることは広く知られている。しかし、日本の患者が希死念慮を訴え、積極的安楽死を要求する主な要因は、他者への負担となることである。この理由はおそらく日本においては自分たちの「権利」を積極的に主張することよりも、他者の迷惑にならないことを美德とする伝統的な価値体系が広く受け継がれているからであろう。個人の価値体系に影響する文化の差は、患者が希死念慮を訴え、積極的安楽死を要求する上で、重要な役割を担

うことが、今回の結果から示唆された。したがって、日本人の終末期がん患者が希死念慮を訴える際に抱えている苦悩を軽減するためには、他者の負担になっているという患者の思いを軽減できるような治療方略が求められるであろう。

また本研究からは、自分の死期をコントロールしたいという願望は、希死念慮よりはむしろ、積極的安楽死を要求することに関連していることが明らかになった。イタリアでの研究によると、自殺を行った患者はコントロール感の維持に強い希望を持っていた (Filiberti, et al., 2001)。また、アメリカでの研究によると、自律性の維持や死にまつわる事象のコントロールに対する願望は、患者が医師に致死性の薬物を処方するように依頼する上で、重要な要因となっていた (Ganzini, et al., 2000; Ganzini, et al., 2002)。こうしたイタリアやアメリカでの研究による報告は、本研究の結果と合致する。これらの結果は、既存の緩和ケアに限界がある可能性を示唆している。すなわち、従来の緩和ケアでは「自然な死」を原則的に認めているが、死へのプロセスを意図的に早めることは認めていない (Caplan, 1997)。しかし、自分の人生を完全にコントロールすることに重きをおく患者は、自然な死を待つのではなく、死期をコントロールすることを強く求めている。ホスピス・緩和ケアではこうした患者にとって好ましい選択肢を用意していないのであって、こうした状況では緩和ケアの役割について包括的に議論する必要があるであろう。

先行研究 (Chochinov, et al., 1995; Seale & Addington-Hall, 1995) における分析結果と同様に、ケアへの不満は希死念慮を訴える、また積極的安楽死を求める主な要因ではなかった。

驚いたことに、症状緩和が期待通りの効果を上げていないにもかかわらず、患者がケアへの不満をもって希死念慮を訴え、また死を早めるよう求めたと報告した遺族がほとんどいなかった。このことより、緩和ケアを受けている患者が希死念慮を訴えたり、積極的安楽死を要求したりする上で、患者が認知するケアの質よりも、むしろ患者自身に関連した要因が重要な役割を担っていることがわかる。

身体的要因に関しては、全身倦怠感、痛み、呼吸困難が、患者の持つ希死念慮と積極的安楽死の要求に関連している可能性が示された。全身倦怠感が患者の希死念慮に与える影響について調べた研究は、我々が知る限りこれまでなされていない。しかし、全身倦怠感は終末期がん患者においてよく見られる症状であり、また患者の QOL に深刻な影響を与えうる (Morrow, et al., 2002)。がん患者が希死念慮を訴えたり、積極的安楽死を要求したりする上で、こうした著しい疲労感が重要な働きをしていることが本研究から明らかとなった。

縦断的研究では、患者が希死念慮を訴えたり、積極的安楽死を要求したりする上で、痛みが有意な決定要因にはならないと報告されていた (Breitbart, et al., 2000; Chochinov, et al., 1995; Wilson, et al., 2000; Chochinov, et al., 1999)。しかしながら、本研究の結果では、痛みが重要な役割を果たすことが示された。従来の研究結果が本研究の結果と異なる原因として、以下が考えられる。第一に、先行研究によると、耐え難い苦痛を理由に死を求めた患者の総数は全体の 8.3% (24/290) であり、これは難治性の疼痛を抱えた患者の割合とほぼ一致している (Grond, et al., 1999; Meuser, et al., 2001)。

第二に、先行研究によると、がん終末期において鎮静によらなければ緩和されない難治性の疼痛が存在することが示されている(Cowan & Walsh, 2001; Sales, 2001)。第三に、従来の縦断的研究では、難治性の疼痛を抱える患者を研究対象から除外していた可能性がある(Breitbart, et al., 2000; Wilson, et al., 2000; Chochinov, et al., 1999)。第四に、痛みは個人レベルで見た場合、希死念慮を訴えたり、積極的安楽死を要求したりする主要な原因だと認識される(Virik & Gglare, 2000; Wilson, et al., 2000)。以上より、少数の患者において痛みはいまだに死を求めさせる主要な要因であると我々は考える。このことは、たとえ標準的な緩和治療が積極的に行われている場合でも、同様である。

また、全身倦怠感や痛みに加え、呼吸困難も患者が死を求める背景にある重要な身体的症状の一つであった。先行研究によると、呼吸困難は患者の希死念慮と有意な相関関係を持ち(Chochinov, et al., 1999)、しばしば標準的な緩和治療では対処できず、症状コントロールのためには鎮静を必要とすることが報告されている(Cowan & Walsh, 2001; Sales, 2001)。こうした先行研究の結果は、呼吸困難は患者が死を求める背景にある重要な身体的症状の一つであるという本研究の結果と符合する。したがって、がん終末期における激しい全身倦怠感や対処の難しい痛み、重度の呼吸困難に対し、それらを軽減するためのより効果的な治療法を確立するためのさらなる研究が今後求められる。

本研究の長所は三つある。一つ目は全国規模の調査に成功した点、二つ目は深刻な苦痛の表現として患者が希死念慮を訴えるということを明確に概念化した点、三つ目は苦悩の「原因」

について直接検討を加えた点である。

しかし、本研究にもいくつかの限界が存在する。第一に、潜在的な対象者のうち研究の同意が得られたのが少なく(38%)、質問紙の回答率も比較的低かった(62%)。本研究の対象者が、本来調査すべき全サンプルを代表しているものかどうかははっきりしない。第二に、本研究の結果は患者自身ではなく、遺族の報告に基づいているため、観察者としてのバイアスや過去の事柄を想起したことによるバイアスが存在している。ただし、こうしたバイアスについては、我々は深刻な問題とは考えていない。なぜなら、本研究が家族の報告に基づいて明らかにした希死念慮を訴える患者の割合は、患者自身を対象に行われた先行研究の結果を逸脱しなかったからである(Breitbart, et al., 2000; Brown, et al., 1986; Chochinov, et al., 1995)。また、家族を対象とした調査は、この種の複雑な問題についてより理解を深める上で、基本的には必要不可欠だと考えられるからである(Steinhauser, et al., 2002)。本研究の三つ目の限界としては、抑うつのような精神医学的要因を検討していないことがある。ただし、これは家族による代理評価が信頼性に欠けることが指摘されている(Sneeuw, et al., 1999)。

E. 結論

本研究の結果をまとめると、日本の緩和ケア病棟に入院していた終末期がん患者のうち、希死念慮を訴えた患者の割合は21%、積極的安楽死を要求した患者の割合は10%であった。こうした希死念慮を訴える、また積極的安楽死を要求する理由は複数の要因を持ち、その中には身体的症状や、心理・実存的苦痛が含まれる。ま

た、希死念慮を訴えたり、積極的安楽死を要求した患者のうち、耐え難い身体的症状を有していない患者は30%にのぼった。

そこで、緩和ケア病棟で働くスタッフは、次の点でより一層の努力が求められる。第一に、終末期にみられる著しい全身倦怠感や痛み、呼吸困難に対し、より有効な症状コントロールを行うこと、第二に、他者への負担となっているという患者の思いや、無価値感、将来の苦痛に対する懸念を軽減するためのより効果的な心理・実存的アプローチを確立することである (Breitbart, 2002 ; Cherny, et al., 1994 ; Chochinov, 2002)。さらには、死期のコントロールに強い願望を持つ患者に対し、緩和ケアがどのような役割を果たせるのかについて、科学的根拠に基づいて議論することも必要である。

(本報告書は Journal of Pain and Symptom Management 誌に投稿中の論文「Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care.」を翻訳加筆したものである。)

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

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 (投稿中)

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし