

目次

第 1 章 悪い知らせを伝える際のコミュニケーションとは 藤森麻衣子・1

悪い知らせとは	1
悪い知らせのインパクト	1
コミュニケーションとは	2
がん医療における悪い知らせを伝える際のコミュニケーション	3

第 2 章 悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに関する これまでの知見 藤森麻衣子・5

患者 - 医師間のコミュニケーションに関する研究	5
がん医療において悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに関する研究	5
がん医療における患者 - 医師間のコミュニケーションに関する文化差	7

第 3 章 患者が望むコミュニケーション 藤森麻衣子・11

SHARE とは	11
Supportive environment (支持的な場の設定)	12
How to deliver the bad news (悪い知らせの伝え方)	13
Additional information (付加的な情報)	14
Reassurance and Emotional support (安心感と情緒的サポート)	16
SHARE を用いて難治がんを伝える	20
SHARE を用いて再発を伝える	21
SHARE を用いて積極的抗がん治療の中止を伝える	22

第 4 章 悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに関する 北米の取り組み (SPIKES) について 久保田 馨・23

悪い知らせの伝え方	24
おわりに	30

note SPIKES と SHARE の関連は? 藤森麻衣子・31

第5章 がん診断, 再発, 終末期の心の反応を理解する
..... 内富 庸介・34

がんへの心の反応に関連する要因	35
がんの臨床経過にそつた患者の心理的反應	36
おわりに	43

第6章 患者 - 医師間の基本的なコミュニケーション
..... 藤森麻衣子・44

環境設定	44
質問するスキル	45
応答するスキル	45
共感するスキル	45

第7章 男性患者の場合 久保田 馨・47

男性患者の特徴	47
肺がん患者初診時	47
肺がん患者積極的治療の中止	48

第8章 女性患者の場合 勝俣 範之・52

女性患者の特性	52
乳がん再発を伝えるシナリオの1例	52

第9章 終末期がんの場合

1. 輸液 森田 達也・58

医学的には輸液治療は必要ないと考えられるが, 患者が輸液治療を望む場合	59
患者・家族が輸液治療を望まない場合	59
浮腫など体液貯留症状が強くなってきたときに輸液の減量を提案する	61
患者が希望していない, あるいは, 医学的適応が乏しい場合に家族が輸液治療を希望する場合	61

2. 鎮静 森田 達也・64

患者に意思決定能力がない場合に、家族から患者の意思を推定する 64
 鎮静について説明する 65
 あらかじめ患者・家族の意思を確認することについて 66
 患者・家族の意思が異なるとき 67
 家族に対するケア 68

3. DNR について 林 章敏・70

いつ話すか 70
 誰が話すか 72
 誰に話すか 72
 場の設定 73
 話す内容 73
 具体的な言葉 74
 話した後の支え 75

第10章 難しいケースの場合

1. うつ病への対応 秋月 伸哉・76

がん患者のうつ病とその評価 76
 専門家による治療の推奨 78
 家族への精神的ケア 80

2. せん妄への対応 岡村 優子・83

せん妄の診断 83
 せん妄の原因 83
 せん妄の治療 85
 せん妄の患者とその家族とのコミュニケーション 85

3. 怒りへの対応 大庭 章, 吉川 栄省・91

怒りとは 91
 怒りのきっかけ 91
 医療者に向けられる怒り 92
 怒りへの対応 92
 持続する怒りへの対応 94

4. 不安への対応 大庭 章, 吉川 栄省・96

不安とは 96
不安への対応 96

5. 「死にたい」への対応 明智 龍男・103

なぜ, がん患者は「死にたい」のか? 103
「死にたい」と述べる患者とのコミュニケーションへ 104
まとめ 107

第11章 家族への対応 浅井真理子・108

医療者と家族のコミュニケーション 108
家族に伝えられる悪い知らせ 109
悪い知らせを伝えられる家族への対応 110

第12章 医師・看護師の連携と看護師が伝える悪い知らせ
..... 梅澤 志乃・115

悪い知らせが伝えられる際の看護師の役割 115
悪い知らせを伝えられる場面における看護師の役割の実際 116
医師との連携 118
悪い知らせが伝えられた際の患者・家族の心理的反応とその対処 119
看護師が伝える悪い知らせ 120
ケース: ベッド上安静を伝える 121
まとめ 124

第13章 コミュニケーションの学習法 藤森麻衣子・125

がん医療における CST 125
がん医療における CST の有効性 128
わが国のがん医療における CST 131
まとめ 133

資料 135

索引 139

見返し (SHARE 文例)

第 5 章

がん診断, 再発, 終末期の 心の反応を理解する

人の心を端的に表すときに、「知・情・意」という言葉が使われる。「知」は知識, 「情」は感情を表すが, 「情」はとくに良悪の判断をする場合に重要な役割を果たす。「意」は意思や意識である。

インフォームド・コンセントを前提としたがん医療では, がんの診断を含む多くの (主に悪い) 情報が説明され, 最終的に患者の同意をもって医療が始まる。「説明と同意」というインフォームド・コンセントの訳を, 人の心 (知・情・意) に対比させると, 「情」がすっぱり抜け落ちていることがわかる。本来, 説明すべき情報という言葉には「情」が入っているが, 単なる「説明」というと画一的な無機質な「知」の提供という冷淡な響きがある (図 5-1)。

本来, 患者の感情を理解することもインフォームド・コンセントには含まれているはずである。今後, 医師には, 「情」をさらに意識したインフォームド・コンセントを, そしてすべての医療従事者に「情」のこもったコミュニケーション・スキルの習得が期待される^{7,8)}。

ここではインフォームド・コンセントを前提としたがん医療の現場でコミュニケーションが促進されることを願って, がんの臨床経過にそってみられる通常の心理的反応とその基本的対応について述べる^{1,3,4,10)}。

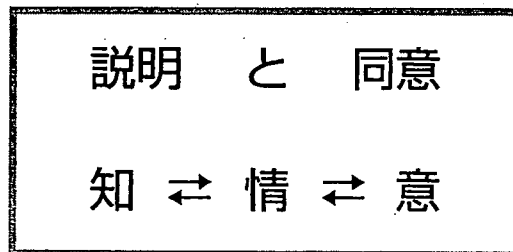


図 5-1 インフォームド・コンセント (説明と同意) と, 人の心 (知・情・意)

1. がんへの心の反応に関連する要因

患者のがんに対する心理的反応は、図 5-2 に示すごとく QOL の一側面であるが、がんの種類とその治療法によって大きく影響を受ける。がんの部位・病期により予後はさまざまであり（完治から非治癒まで）、また治療法によりその後の障害の程度がさまざまである。とくに、難治がん、頭頸部がんの心理的適応は難しい。

まず、身体状態が重篤で、適切な症状緩和やリハビリテーションが行われなければ、心理的反応は当然影響を受ける⁶⁾。逆に、痛みがなく日常生活への支障がないと、良好な心理状態が維持されることが多い。

次に、心理・社会・行動学的要因として、まずがん罹患した年齢があげられる。各年代には人生のうえでの役割や課題があり、がん罹患することでそれらが大きな危機にさらされる。とくに未成年の子どもを抱えた壮年期の

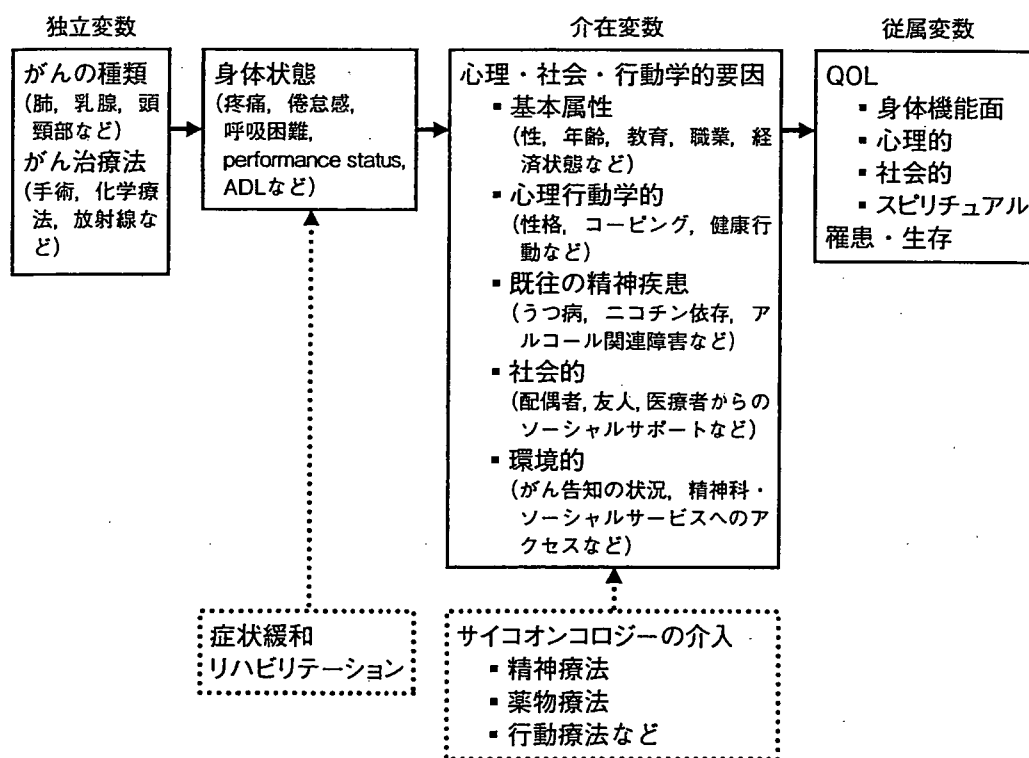


図 5-2 QOLと罹患・生存に関するサイコオンコロジーモデル

患者、とくに乳がん患者は、現実的な職業上・経済上・家庭内での問題を多く抱えており、それらが何かを理解したうえで援助することが重要である。

一般的には、がんという大きな課題に対し有効とされている対処法は、楽観的な見方を持ち続け、がん治療への建設的で能動的なアプローチを探索し、他人からの援助を積極的に受け入れていく姿勢である。しかし現在までのところ、生存に有意に関連する特別な性格や対処法はないので、例えば、神経質な患者にいきなり外向的に指導するようなことは避けたい。患者にはこれまでの人生で課題を乗り越えるために使い慣れた対処法があり、その方法を尊重することは、自信を失いかけている患者にとってはきわめて重要である。とくに患者ががんに対する信念や民間療法を訪ね回ってきた行動を語った場合、それが医療スタッフには無駄な努力に感じられても、それに対する言動はきわめて慎重にしたい。あからさまに叱責したりすることは有害である。

患者はがんの診断により、大きな心理的衝撃を受けると同時に、多くのがんに関する情報を手にしていく。その過程で、家族・スタッフからの心理的援助、とくに治療を担当する医師からの心理的サポート、つまり良好なコミュニケーションは当然であるが重要である⁹⁾。人的資源の乏しい患者は不適応を起こしやすく、地域や病院内でのがん告知の状況、精神科やソーシャルサービスへのアクセスなど環境も考慮しなければならない。身近な人をがんで亡くした経験も適応を悪くする要因である。日常的にマスメディアから入ってくる豊富な情報の中で、全く真実を告げられずに、あるいは不確かな情報をもとに、疑念を抱きながら闘病することは、患者のみならず家族・スタッフにとってもきわめて難しい状況となっている。また、患者の復帰を受け入れる社会のもつがんに対する先入観は、患者に過度の恐怖や絶望を与える場合がある。

2. がんの臨床経過にそった患者の心理的反応

がん患者のたどる新しい局面において、そのつど新しい情報が開示され適応していくこととなるが、少なからず不確実な部分を含んでおり、診断の開示の有無にかかわらず常に不安と期待を抱えている。楽観的に建設的にがん治療に取り組む患者において、否認は少なからず観察される。

1) がんの症状自覚

まず, がんを疑う症状を自覚したときから患者の心理的反応は始まる。がんの疑いを誰もが否認するが, 不安がもともと高い人や, がんは治らないという考えや自分の健康に関して強い信念をもっている人などは, 医療機関への受診が遅くなる。“受診遅延”を減らすためには, がんに対する恐怖に満ちた先入観を減らし, 正しい知識を提供することが重要である。

2) がんの精査

検査中, 大丈夫だという思いと, 最悪の場合を恐れる気持ちとの間を揺れ動く。見慣れぬ機械に囲まれて検査を受ける患者にとって, 医師や技師の一挙手一投足が大きなストレスとなり, 心理的配慮は非常に重要である。この時期の患者は理解力や記憶力が落ちており, ちょっとしたスタッフの会話に敏感に反応することを銘記しておくべきである。また, 得られた検査の結果を早めに伝えることは, きわめて重要である。

3) がんの診断

危機的状況に際してがん患者は衝撃を受ける。“頭が真っ白になった”と表現することもある。その後, がんという生命の危機への最初の防衛機制は“信じないこと＝否認”である。「何かの間違いではないか!」という否認は, こうして心理的に距離をおいて, 危機から自分を守ろうとする合目的な対処方法である。そのほか, “もう駄目だ, 治療も無駄だ”と絶望感を感じる。怒り(どうしてあいつでなく自分なんだ)や取り引き(きっといい治療法が間に合うに違いない)といった防衛機制を状況に応じて使って心のバランスを保ち, 一貫して希望をもち続ける。がんの臨床経過にそって段階的に心理的過程を踏んで進んでいくというよりは, 混在した機制をもっていると理解したほうがよい⁵⁾。

この最初の2~3日間続く衝撃の時期の患者は, 医師の説明が理解されていないこともあるので, 治療計画などを伝えるには, 沈黙を十分にとりながら動揺した気持ちへの対応が必要である。混乱・不安・恐怖・悲哀・無力感・絶望感などとともに, 不眠・食欲不振などの身体症状や集中力の低下が感じられるようになり, 一時的に日常生活に支障をきたす場合もある。

1週間から10日でこの状態は軽減し, 新たな状況への適応の努力が始ま

る。このような動揺は、患者の多くが経験することであると伝えることが、患者には大きな保証 (validation) となる。「自分ひとりが弱いのではないか」と感じる事がむしろ一般的である。適応が始まると、患者は情報を整理し、現実の問題に直面することができるようになり、楽観的な見方もできるようになる。たとえ進行がんであっても、身体状態が悪くなければ自分のがんに限っては良くなるかもしれないと希望をもつのが一般的である。健康な否認である。がんに関する知識がこの時点では少ないことと関係しているのかもしれない。がんの症状自覚から現在までの情報整理を、患者と一緒に振り返り、その過程で信頼関係は築かれ、単なる知識も感情の表出をしていくことで腑に落ちる。より良いコミュニケーションが生まれ、がんへの適応は早くなる。

一方では、情報化社会の現代においても病名すら知らされていない患者も存在する。このような患者の多くは、しばらく経つと病状は認識されていると考えるのが妥当であろう。認識していながらも家族とのコミュニケーションを絶ち引きこもる患者も少なくない。

4) 初期治療

患者の次の局面は初期治療である。インフォームド・コンセントが求められる。いくつかの選択肢の中から治療法を選ばなければならない場合、患者は治療のネガティブな側面はとくに記憶に残りにくいため、情報の伝え方やその後の理解の仕方の確認は重要である。また、がんの治療はつらい、生命を縮めかねない危険なものというイメージも強く、治療を待つ間の不安は非常に高い。具体的には治療の手順、予期される副作用やその対策を伝えることが不安を低下させる。その治療の経験者に話をしてもらうことはさらに有効である。

手術は治癒が期待できる反面、機能障害や外見上の変化をもたらし、その程度は適応を大きく左右する。全身麻酔に対し強い恐怖を抱く患者もいる。化学療法には種々の副作用があるが、なかでも悪心・嘔吐は行動学的に条件付けされやすく、化学療法を連想させる病院や医療スタッフに接しただけで悪心・嘔吐を示す患者もいる (予期的嘔吐)。強力な制吐剤 (セロトニン3ブロッカー) を適切に使用することや、治療前からリラクゼーションの練習を行って、ある程度自分で症状をコントロールする試みも、予期的嘔吐に対

し効果的である。脱毛・肥満など外見を変化させる副作用は、患者の自尊心を低下させ、社会活動を減少させるため対策が必要である。放射線療法に対しては、被曝および手遅れの患者への治療というイメージからくる恐怖が強い。これらの治療に耐える力を患者に与えるために、スタッフは積極的に情報や心理的援助を与えるべきである。

5) リハビリテーション

大まかに3つの時期を迎える。①初期治療から1年間、②治療後3年間、③治療後3年以降の時期である²⁾。

患者はあわただしく進んだ初期の集中的な治療から離れ、まさに急性の危機的状況から徐々に日常へ戻っていくが、退院と同時に入院中の医療者、家族や同病者からの過剰なサポートから放たれる。6ヵ月から1年をめぐり治療に関連した身体状態は概ね回復し、身体に関する不安・恐怖は弱まっていく。しかし一部の患者では、進行がんを末期がんとして解釈したり、治療に関連した機能障害や外見上の変化（頭頸部がん、脱毛）が喪失として強く認識される。自殺のリスクが高い時期である。身体の喪失は少なくとも、がんという病気の経験者がいない職場や家庭の中に戻っていくことは、がん患者という烙印によって、「がんだから無理をしてはいけない」と扱われて家庭や社会での役割が修正され、疎外感を強く感じる。この時期には、弱音を吐ける存在、さらにサポートグループやがんに関する教育などの心理的援助がきわめて重要である。

初期治療後から3年間は再発の可能性が高い時期であり、つらい時期である。初期治療後の身体の症状が軽快するにつれ再発不安が顕在化する。例えば乳がんの補助化学療法がつらい治療であったにもかかわらず、治療の手を緩めることで再発するのではないかといった恐怖を抱く。さらに、倦怠感、エネルギーの低下、機能喪失（術後リンパ浮腫など）、仕事への復帰、親としての役割の変更、生殖能力、性的問題などが現実の問題となる。とくに肉体的労働、職場の受け入れ態勢の不備、頭頸部がんは復職率の悪さと関連する。

治療後3年を経ると、多くのがんで再発の可能性が低くなり、「そういえば、テレビをつけるまでがんのことを忘れていた」とか、「今週はがんのことを考えない時間帯があった」などとの声が少しずつ聞かれるようになる。がんになる前の価値観を見直し、その後、優先事項の整理が行われ、人生の

再統合、再設計を図っていく時期となる。エネルギーの低下などの身体状態や社会とのつながり（仕事、リクリエーション活動）に関する問題などにより、拡大していた将来計画は修飾され収束する一方で、心理学的には家族や友人との関係は充実し、また心の内面の充実も図られていくようである。

6) 再発

がん患者の約60%は、がんの再発、進行、死の転帰をたどる。再発を告げられた患者の心理過程はがん診断時のそれとほぼ同様である。が、がんの知識が豊富に整理されている分、事態はきわめて深刻で、現実を否認しきれず破局的な心理的打撃を受ける。最もつらい時期であったと述懐する患者が多い。治癒を目標とした初期治療は間違いではなかったが、結果的に振り返ってみて不成功に終わったことを、医師も患者とともに受け入れる必要がある。この再発の時期は、将来にわたる重要な決定が待ち受けている時期なので、安易なコミュニケーションでやり過ごすのではなく、しっかりと受けとめる必要がある。がんの治癒が望めない以上、患者、家族の本来の人生目標、生活信条を聞き出し、患者の意向にそったがん医療の提供が望まれる。目標が治癒から延命に変わったわけであるから、洋の東西を問わず最も深刻な時期である。きちんとコミュニケーションが取れていない場合は多く、ここからのボタンの掛け違いが起りやすい（例：一見無意味に見える抗がん治療の繰り返し）。

死と時間が限られていることに直面する一方で、多くの現実的問題に対応していかなければならない。がん年齢世代は自立を既に獲得した年代であるので、自立性の喪失に引き続く他者への依存が予期され苦痛となってくる。自立性の喪失、そして自律性の喪失からくる苦悩に苛まれる。

湧いてくる怒り、見放されることへの恐怖が語られる一方で、不確実さからの解放が述べられることもある。スタッフはどのような状況下でも希望を支えつつ、最善の治療を継続していくこと、同時にあらゆる苦痛をコントロールしていく準備があることを積極的に伝えていかなければならない。

再発時の精神的動揺は、それを予期していなかった患者においてより強い。このことから、初期治療終了後の医学的な教育が有用であるといえる。

7) 進行期

病状が次第に進行してくると、種々の身体症状のために日常生活が制限される。患者の精神状態はその日その日の体調により大きく左右され動揺するため、症状緩和はきわめて重要である。自立できないことが増えるにつれ、他者への依存が現実のものとなってくる。とくに、依存の相手となる身近な人（付き添い、同室者、担当スタッフなど）との人間関係が患者の生活を左右するため、見捨てられることへの不安が強くなり、患者は従順となる。残された唯一のものが意思決定能力となることもありうるので、積極的な意思決定への参加を促す必要がある。

一方で、より近づいてきた死に対する防衛機制として、否認がしばしば用いられ、がんがまるで念頭にないかのような言動、時計が早回りしているかのように精力的になったり無謀な活動を始めたりすることがある。患者のこのような態度と時間が残り少ないことに焦る家族やスタッフとの間にギャップが生じるが、ある程度は、患者が安定を保つためにやむを得ず行っている反応として受け入れる必要がある。

8) 終末期

終末期は一般的に治癒の可能性がなくなり、予後が概ね6ヵ月の時期と定義されるが、Kastenbaumは「死」は主治医がもはや効果的な治療法がない、と判断した時点から始まるとするのが最も適切だとしている⁸⁾。積極的抗がん治療の中止を患者に伝えることは非常に難しいコミュニケーションのひとつである。治療法がないことは患者に伝えられていなくても、死に臨んでいる患者は、周囲の状況から自分の状況についてよく感じとっている²⁾。終末期には愛する人との関係を失うこと、自律性を失うこと、身体機能を失うために生じる自立性の喪失など、多くの喪失が待ち受けている。ここで注意したい点は、患者は「死」そのものというよりも、「役に立たないから周囲の重荷になっているのではないか、自分は価値がないから見捨てられているのではないか」という精神的苦痛を抱きやすくなっていることである。とくに、「自分は何のために生きてきたのだろうか、何を成し遂げてきたのか」という「人生、志なかば」との思いの強い患者においては、医療チームによるスピリチュアルなケアは重要となってくる。

孤立感を増す原因は病院にもある。多くの病院・病棟・病室は、急性の病

気の治療を効果的に遂行できるように作られている。使用されることはないと思われる最先端の医療機器に囲まれた病室に死にゆく人がいることに、医療者も家族も、そして患者自身も居心地の悪さを感じている。治癒できる急性期の患者が大半を占める病棟では、治癒できないことは敗北に等しいと感じてしまうこともある。また、死にゆく人へのケアを意識しながらも、急性期の患者の処置に追われることに負い目を感じている医療者もいる。不快な症状が長引いて患者が一時的に自暴自棄になったりして、周囲に怒りとして感じられるようになると、スタッフは足が遠のいてしまう。わが国の病院・病棟・病室では、「死にゆく患者」は何かしら特別なものであると感じられてしまう。患者は医療者のこのような感情を敏感に感じ、孤立感を増す。がん患者の95%が死を迎える一般病院に精神科医を含めた緩和ケアチームの導入が期待される。

終末期には、単に支持的に関わり傾聴するだけでは有効ではない場合がある¹⁾。そこで、積極的に個別性を尊重することが重要となってくる。死にゆく社会的・実存的存在としての「人」が、単なる「終末期・がん・患者」としての生物学的存在として扱われないための、個別の配慮が必要である。具体的には患者の生活歴などをオープンにすることが糸口となる。死にゆく患者に足が遠のくスタッフに、「30歳代で会社を興した人だ」とか、「彼女にはお子さんが4人もいて学校に行かせた」といった情報を知らせる。なにも輝かしい過去をとということではなく、誇りにしてきたエピソード、これまでの仕事や趣味、大事にしてきたことや、つらくてもがんばってきた生涯や物語などを聞き出すと、社会的・実存的存在としての個人の歴史を踏まえたいうえでの関わりが始められる。個人の過去・現在を共有することで、「終末期・がん・患者」としての関係を越えて接することができ、たとえほんのわずかな予後、1ヵ月であっても未来への希望について話し合えるようになる。医療チームは症状緩和において患者に対してすることが少なくなるにつれて、罪悪感や無力感をもつこともあるが、死にゆく「人」のもとを訪れ続け、人とつながっている感覚を維持することが重要である。

緩和ケアの技術が進歩しつつある現在においても、患者の苦痛のすべてが取り除けるわけではないが、十分な症状の緩和が達成できていない場合においても、患者と接するのを躊躇してはいけない。病院で医療者と患者・家族として出会ってからの交流となるが、患者も家族も、そしてまた医療者も一

人ひとりの人間として対等である。病院の中での立場の違いはあるが、その違いを最大限配慮したうえで、患者と家族のケアに医療者として与っているという自覚が重要である。

3. おわりに

以上、がんの臨床経過にそって通常みられる患者の心理的反応とその基本的対応について述べた。さらに患者理解を進めるには、外部の指導者の入った症例検討会をお勧めしたい。コミュニケーションによって、深く理解された患者と家族の意向の尊重こそが、ケアの核心と思われるからである。

[内富庸介]

【文献】

1. Chochinov HM, Breitbart W : Handbook of psychiatry in palliative medicine, 1st ed. Oxford University Press, 2000
内富庸介, 監訳: 緩和医療における精神医学ハンドブック. 星和書店, 2001
2. Frankl VE : Man's search for meaning. Pocket Books, 1984
3. Holland JC, Rowland JH : Handbook of psychooncology. Oxford University Press, 1990
河野博臣, 他監訳: サイコオンコロジー. メディサイエンス社, 1993
4. Holland JC : Psychooncology. Oxford University Press, 1998
5. Kubler-Ross E : On death and dying. Macmillan Publishing, 1969
川口正吉, 訳: 死ぬ瞬間 - 死にゆく人々との対話. 読売新聞社, 1971
6. Regnard C, Hockley J : Flow diagrams in advanced cancer and other diseases. Edward Arnold, 1995
阿部 薫, 監訳: フローチャートで学ぶ緩和ケアの実際. 南江堂, 1999
7. 内富庸介: サイコオンコロジー現状と課題. 精神医学 1999 ; 41 : 682-696
8. Uchitomi Y : Psychooncology in Japan ; history, current problems and future aspect. Jpn J Clin Oncol 1999 ; 29 : 411-412
9. Uchitomi Y, Mikami I, Kugaya A, et al : Physician support and patient psychologic responses after surgery for nonsmall cell lung carcinoma ; a prospective observational study. Cancer 2001 ; 92 : 1926-1935
10. 山脇成人, 監修, 内富庸介, 編: サイコオンコロジー - がん医療における心の医学. 診療新社, 1997

第 7 章

実例 4: がん医療における「望ましい」死

平井 啓

■論文紹介

Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. (2006).

日本のがん医療における望ましい死に関する質的研究

Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., Sanjo, M., Uchitomi, Y.

Journal of Pain and Symptom Management, 31 (2), 140-7.

【目的】

緩和ケアのもっとも重要な目的の1つに望ましい死や、望ましい死の過程を達成することがあげられる。しかし望ましい死という概念はいまだに不明確であり、緩和ケアの主な目的を決定することが困難となっている。したがって、望ましい死の概念化が必要とされている。近年欧米の研究によって望ましい死や終末期のQOLの構成要素が特定されてきた。Payneらは、患者が望ましい死を眠っている間に死ぬこと、静かに死ぬこと、尊厳をもって死ぬこと、痛みがなく突然死ぬことと特徴づけている一方で、医療者は、望ましい死を十分な症状コントロールがあること、家族が参加すること、穏やかで苦痛がないことと、また望ましくない死を、コントロールできない症状があること、受容できないこと、若年であることと考え

ているということをあきらかにした。Steinhauserらは質的調査によって、苦痛や症状のコントロール、明確な意思決定、死への準備、人生の完結、他者への貢献、全人的な肯定という要素を特定した。またPatrickらは症状や個人的なケア、死への準備、死のとき、家族、治療の選択、全人的な心配という6つの側面をあきらかにした。文化的背景の違いにより、特に意思決定過程への家族の参加という点に関して、日本人のもつ望ましい死の概念は欧米のものとは異なっていると考えられる。しかしこれまで日本において、望ましい死の概念に関する研究はまったく行なわれてこなかった。したがって本研究では、日本人にとっての望ましい死の構成要素を探索することを目的とする。

【方法】

対象者は全国5か所のがん拠点病院（茨城県、群馬県、静岡県、広島県、山口県）の緩和ケア病棟および一般病棟の進行がん患者、家族、医師、看護師とした。各施設に16名（各群4名）の対象者を割りあて、患者に関しては治療不能の進行がんの患者であること、自身の診断を知っていること、認知的機能障害がないこと、20歳から80歳であることを適格基準とした。一般病棟の医師および看護師に関してはがん治療において、緩和ケア病棟の医師および看護師については専門的な緩和ケアにおいて、それぞれ2年以上の臨床経験をもつことを適格基準とした。なお、すべての対象者に書類によるインフォームドコンセントを得た。

本論文の著者である研究者2名、心理学を専攻する大学院生2名、看護師1名の5名によって半構造化面接を行なった。面接に先立ち、著者が本研究の目的を十分に考慮して2組のガイドラインを作成した。1組目は患者および家族を対象として用意されたオープンエンドの質問であり、「もしあなたの病気が治らないとしたら、何をすることがあなたにとって最も望ましいことですか?」、「死が近くなったとき、何をすることがあなたにとって最も望ましいことですか?」といったものであった。もう1組の質問は医師および看護師を対象として用意されたものであり、「もしあなたの患者の病気が治らないとしたら、何をすることがその患者にとって最も望ましいことであると考えますか?」、「死が近くなったとき、何をすることが患者にとって最も望ましいことであると考えますか?」といったもの

であった。いずれの手続きにおいても、対象者に質問に対して自由に回答するよう求めた。

すべての面接を録音し、テキスト化を行なった。テキスト化したデータをもとに内容分析を行なった。まず心理学者と看護師が、望ましい死、望ましくない死、終末期のQOL、進行がんにおけるQOLといった、研究のテーマに関連する発言をすべて抽出した。その後、緩和ケアに携わる医師が加わり、内容の類似点および相違点にもとづいてその特性を概念化し、カテゴリーを作成した。またカテゴリー化したすべての構成要素について定義を明確化した。最後に、対象者の発言がいずれの構成要素に該当するかということについて、二人の看護師が独立に判定を行なった。判定は各構成要素の定義を参考にして行なわれた。独立して行なった判定が一致しなかった際には、議論を行ない結論を得た。二人の判定者による構成要素の判定の一致率およびKappa係数はそれぞれ93.7%、0.80であった。またこれらの構成要素は、すべての研究者の合意のもとに、類似性および理論的根拠にもとづいて、より抽象的な上位カテゴリーに分類された。さらに、構成要素の頻度について記述的な分析を行なった。上位カテゴリーの頻度については、各カテゴリーに含まれる下位カテゴリーの頻度を合計して算出した。対象者の4つのグループを非医療従事者（患者および家族）と医療従事者（医師および看護師）に分け、Pearsonの χ^2 検定またはFisherの直接確率検定をもちいて各カテゴリーに関する群間の差異を検定した。1つのセルに該当する数が5に満たない場合にはFisherの直接確率検定を用いた。すべての統計的分析はSPSS (version. 10.0) を使用して行なった。

【結果】

対象者は患者13名、家族10名、医師20名（うち緩和ケア病棟医10名）、看護師20名（うち緩和ケア病棟看護師10名）の合計63名であった。調査期間中に該当者がいなかったために非医療従事者について予定数の協力が得られなかった施設があったが、予定調査期間中に十分に構成要素が抽出されたため、対象者の追加は行なわなかった。調査への参加を拒否した対象者はいなかった。対象者の57%が女性であり、平均年齢は45土14歳であった。患者の疾患臓器は肺（5名）、膵臓（2名）、肝臓（2名）、

その他（2名）であった。調査の時点における予想される患者の余命は、1から3か月（6名）、3から6か月（2名）、6か月から1年（3名）、不明（2名）であった。患者の状態（ECOG PS）は0（2名）、1（3名）、2（4名）、3（3名）、4（2名）であった。

抽出された58の構成要素を、「身体的・精神的苦痛がないこと」「家族とのよい関係」「望んだ場所ですごす」「医療者とのよい関係」「負担にならない」「尊重される、尊厳が保たれる」「人生を完成させる」「コントロール感を保つ」「がんと闘う」「希望の維持」「無駄な延命をしない」「他人の役に立つ」「残された時間を知って準備ができる」「死を意識しない」「他

Table 2 The attributes and categories of Japanese good death

No	Items	N	%
	Freedom from pain, physical, and psychological symptoms	60	95
1)	Being free from pain and physical distress	59	94
2)	Being calm	36	57
	Having a good family relationship	55	87
3)	Spending enough time with one's family	40	63
4)	Having family support	32	51
5)	Having family by one's side when one is going to die	15	24
6)	Having family to whom one can express personal feeling	12	19
7)	Family is prepared to one's death.	7	11
8)	Believing that one's family will go well after one's death	5	8
	Dying at one's favorite place/environment	54	86
9)	Being able to stay at one's favourite place	44	70
10)	Living like being at home	26	41
11)	Living in calm circumstances	6	10
	Having a good relationship with medical staff	54	86
12)	Having a reliable physician	32	51
13)	Discussing one's treatment with one's physician	32	51
14)	Having a nurse with whom one feels comfortable	28	44
15)	Having people who listen to me	26	41
16)	Receiving consistent care from the same physical and nurse	8	13
17)	Leaving all decision-making to one's physician	6	10
18)	Having a physician or nurse with whom one can discuss fears of death	1	2
	Not being a burden to others	36	57
19)	Having no financial worries	30	48
20)	Not being a burden to family members	10	16
21)	Not making trouble for others	9	14

Maintaining dignity	32	51
22) Being respected for one's values	30	48
23) Not being treated as an object nor a child	2	3
24) Being free from trivial routines	2	3
Completion of life	31	49
25) Being prepared for dying	14	22
26) Family has no regrets for one's death	13	21
27) Having no regrets for dying	13	21
28) Feeling that one's life was completed	8	13
Maintaining a sense of control	28	44
29) Being independent in daily activities	16	25
30) Being mentally clear	13	21
31) Being able to eat	7	11

Table 3 Differences in category response among groups (N = 63)

Category	Patient		Family		Physician		Nurse		P value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Freedom from pain, physical, and psychological symptoms	11	85	10	100	20	100	19	95	0.55
Having a good family relationship	11	85	10	100	17	85	17	85	0.70
Dying at one's favorite place/environment	11	85	8	80	17	85	18	90	0.71
Having a good relationship with medical staff	11	85	8	80	17	85	18	90	0.71
Not being a burden to others	10	77	8	80	10	50	8	40	0.01
Maintaining dignity	3	23	7	70	10	50	12	60	0.38
Completion of life	4	31	3	30	12	60	12	60	0.02
Maintaining a sense of control	4	31	7	70	7	35	10	50	0.68
Maintaining hope	9	69	7	70	5	25	7	35	0.00
Fighting against cancer	7	54	3	30	4	20	6	30	0.13
Contributing others	5	38	3	30	5	25	5	25	0.41
Not prolonging life	4	31	6	60	5	25	1	5	0.01
Preparation for death	6	46	0	0	4	20	4	20	0.58
Not being aware of death	3	23	2	20	3	15	4	20	0.75
Appreciating to others	2	15	1	10	1	5	3	15	0.70
Maintaining pride	2	15	0	0	2	10	2	10	1.00
Having faith	2	15	0	0	1	5	1	5	0.62

人への感謝」「プライドを維持する」「信仰をもつ」というカテゴリーに分類した (Table 2)。50%以上の対象者から回答が得られた構成要素は、「からだに苦痛を感じないこと」「自分が望む場所で過ごすこと」「家族と一緒に過ごすこと」「おだやかな気持ちでいられること」「信頼できる医師にみてもらえること」「家族から支えられていること」「医師と話し合って治療を決めること」であった。一人の対象者からのみ回答が得られた構成要素は「会いたい人に会っておくこと」「わだかまりがある人と和解しておくこと」「医療者に死についての不安を話せること」「他人から同情やあわれみを受けないこと」「知らないうちに死がおとずれること」であった。

Table 3に17のカテゴリーの頻度と割合を4つの群ごとに示す。すべての群において、最も多く回答が得られたカテゴリーは「身体的・精神的苦痛がないこと」であり、続いて「家族とのよい関係」、「望んだ場所で過ごす」であった。一方最も回答が少なかったカテゴリーは「信仰をもつ」であった。「負担にならない」「人生を完成させる」「希望の維持」「無駄な延命をしない」の各カテゴリーにおいては群間で統計的に有意な差がみられた。「人生を完成させる」というカテゴリーは患者および家族よりも医師、看護師に多く回答がみられ、反対に他の3つのカテゴリーについては患者および家族が多く回答した。

【考察】

本研究によって、日本における望ましい死および終末期のQOLを構成する58の要素と17のカテゴリーがあきらかとなった。欧米の研究において多く報告されているカテゴリーは、「痛みや症状のコントロール」、「家族との関係」、「他者への負担」、「コントロール感」、「尊厳」、「快適な環境」、「準備」、「希望」、「信仰およびスピリチュアリティ」、「他者への貢献」、「人生の完成」、「医療者とのよい関係」、「無駄な延命」であった。本研究から、日本における望ましい死は欧米のものと共通する部分が多いことがあきらかとなった。4つの構成要素（「身体的・精神的苦痛がないこと」、「家族とのよい関係」、「安らかな環境」、「医療者とのよい関係」）はすべての群において80%以上が回答していたため、これらは日本における望ましい死にとって特に重要な側面であると考えられた。「負担にならない」「人生を完成させる」「希望の維持」「無駄な延命をしない」につい