

以上のことから、本研究では主に次の2つの課題について調査し、検討する。
①日本における終末期がん患者とその家族介護者による患者の QOL 評価はどの程度一致するか。本研究では、患者の QOL の心理面、社会面、スピリチュアリティの側面に焦点をあてて調査する。
②患者とその家族介護者による QOL 評価の不一致に関連する介入可能な心理社会的要因を明らかにする。また、以上の結果に基づき、終末期がん患者および家族介護者への支援の在り方を検討する。

B. 研究方法

1. 対象

2007年5月～12月に都内の1医療機関の緩和ケア病棟に入院、または、緩和ケア外来で入院の登録をした患者とその主要な家族介護者(1名)のペアを連続的にサンプリングし、それぞれ20分程度の自記式質問紙による調査を行った。

患者の適格条件は以下の通りである。

①緩和ケア病棟に入院、または、緩和ケア外来で入院登録をした者、②がんと診断され、その旨を告知されている者、③年齢が20歳以上の者、④インフォームド・コンセントが得られた者、⑤少なくとも1名以上の家族介護者がいる者、⑥推定予後が6か月未満の者。また、以下のいずれかにあてはまる者は調査対象から除外した。①身体状態が重篤であると担当医が判断した者、②精神障害、認知障害などのために説明の理解が困難な者、③日本語の読み書きが困難な者。

家族の適格条件は以下の通りである。

①患者が認識している主要な家族介護者、②年齢が20歳以上の者、③インフ

ォームド・コンセントが得られた者。また、以下のいずれかにあてはまる者は除外した。①精神障害、認知障害などのために説明の理解が困難な者、②日本語の読み書きが困難な者。

2. データ収集の方法

担当医師が適格条件を満たし、本研究に参加することが適当と考えられた患者・家族に、口頭にて研究の説明を行い、口頭にて同意が得られた患者とその家族を研究者に紹介した。あらためて研究者より文書を用いて研究の趣旨を十分に説明し、文書にて同意を得た。

患者には自身の QOL を測定してもらい、家族介護者には家族が観察または推測した患者の QOL を評価してもらった。その際、一方の回答内容が他方の回答内容に影響を与えないように、必ず患者と家族が別の場所で回答するように依頼した。

3. 調査項目

(1) QOL の評価

QOL の測定には、FACIT - Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being) を使用した。FACIT-Sp は身体面(7項目)、社会/家族面(7項目)、情緒面(6項目)、機能面(7項目)で構成されている Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G) とスピリチュアリティを査定するサブスケール FACIT-Sp-12 (12項目)を含めた5つの下位尺度、合計39項目から構成されている。各項目について0～4の5段階で評価し、高得点であるほど QOL が望ましい状態であることを意味する。各下位尺度の得点(=各項目の合計点)と5つの下

位尺度の得点の合計点を示すことができる。なお、FACIT-Sp-12は、「生きる意味/平穏」(No.30~No.37)と「信念」(No.38~No.41)の2つの要因から構成されている。また、FACIT-Sp日本語版 version 4は、試験的に社会/家族面に2項目が追加されているため、本研究では合計41項目を使用した。

本研究でFACIT-Spを採用した理由は以下の通りである。①FACIT-Spは、多くの先行研究で使用されたEORTCと共にがん患者のためのQOLの評価尺度として最も広く使用されており、日本語版の標準化作業が完了している。②FACIT-SpはEORTC-QLQ-C30と同様に、QOLを多角的に評価するための複数のサブスケールで構成され、サブスケールごとに患者-家族間の評価得点の比較が可能である。特に、スピリチュアリティについて標準化された尺度を用いて評価することが可能であり、患者-家族間の評価の一致度についてより正確な情報が得られると期待できる。③EORTC-QLQ-C30とFACT-G (Functional Assessment for Cancer Therapy - General: FACIT-Spのスピリチュアリティ以外の4サブスケールから構成されている)の2つの尺度を比較した実証研究¹⁶⁾によれば、EORTC-QLQ-C30は身体面・機能面に焦点を置いている一方、FACT-GはQOLの様々な側面を広く含有するという特徴をもっており、その意味で本研究の目的により合致した評価尺度と判断した。特に、家族や周囲の人々との感情的なつながりは、日本人の終末期がん患者にとって「良い死」に関連する重要な要因と考えられている¹⁷⁾。EORTC-QLQ-C30の社会面に含まれる2項目は身体状態に関連する社会役

割機能を測定している一方、FACIT-Spの社会/家族面は、社会支援および家族や周囲の人々との感情的なつながりに焦点を当てている。

(2) 患者-家族間のQOL評価の一致度の予測要因

患者-家族間の患者のQOL評価の一致度に関連すると考えられる主な心理社会的要因として、家族の心理状態、患者-家族間の人間関係、家族の介護負担感、患者-家族間のコミュニケーションを測定した。

① 家族の心理状態

家族の心理状態は、抑うつ・不安についてHospital Anxiety and Depression Scale (HADS)¹⁸⁾を用いて測定した。本尺度は、Zigmondらによって作成された不安(7項目)、抑うつ(7項目)を測定するための簡便な自記式質問紙である。本尺度のわが国のがん患者における信頼性・妥当性は確立されている¹⁹⁾。

② 患者-家族間の人間関係

患者-家族間の人間関係は、Quality of Marriage Index (QMI)で測定した。QMIは夫婦関係の満足度について本人が回答する尺度で、夫婦関係の全体的な良さを反映する項目に限定して作成された1次元の尺度である²⁰⁾。QMI日本語版は諸井によって作成され、各項目について4点尺度で回答させている²¹⁾。Porterらの研究²²⁾を参考にし、QMIの中で使用されているmarriage(結婚)という語彙をrelationship(人間関係)に置き換えることにより、患者と家族介護者との人間関係の質を測定した。

③ 介護負担感

介護負担感の測定には、Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI)²³⁾

日本語版を用いた。ZBI 日本語版については、8 項目で構成される短縮版 (J-ZBI_8) の信頼性・妥当性も確認されている²⁴。下位尺度には個人負担 (Personal strain factor: PS 因子) と役割負担 (Role strain factor: RS 因子) の 2 領域がある。前者は介護を行うことの辛さを、後者は介護者の役割を果たすことによる制限を意味する。ZBI の各項目は 5 段階で評価され、得点の高さが介護負担感の強さを表す。

④ 患者-家族間コミュニケーション

患者-家族間のコミュニケーションについては、いくつかの尺度を用いて測定した。まず、家族内コミュニケーションについて、Family Assessment Device (FAD) 日本語版のコミュニケーション・サブスケールの 6 項目を使用した。FAD は McMaster Model of Family Functioning (MMFF) を理論的根拠に、家族の健康度を評価するためのスクリーニング検査として開発された自記式質問紙であり²⁵、日本語版は標準化作業が完了している²⁶。

これに加えて、Lobchuk ら²⁷によって使用された患者-家族間のコミュニケーションの頻度に関する 1 項目、および Chen らによる研究²⁸で使用された「緩和ケア病棟への入院の経緯」における患者-家族間コミュニケーションに関する質問の 3 項目を翻訳し使用した。Fried らによる研究²⁹で使用された項目を参考にして作成した病気や医療に関する患者-家族間コミュニケーションを査定するための質問項目 (4 項目) も使用した。これらに「病状に関する患者の認識」に関する 1 項目 (家族のみを対象) を独自に作成し追加した。

4. 分析方法

(1) 患者-家族間の一致度の分析

患者と家族が回答した QOL スコアについて、それぞれの平均値を算出し、相関係数、一致回答率、重みづけ κ 係数 (weighted kappa) または級内相関係数 (Interclass Correlation Coefficient: ICC) を算出した。さらに、FACIT-Sp を構成する各サブスケールの内的整合性を確認するため、患者と家族のそれぞれの回答の Cronbach α を示した。

重みづけ κ 係数と ICC は、偶然の一致を考慮した回答の一致度を示し、重みづけ κ 係数は不一致の程度も考慮をした一致度を示す。重みづけ κ 係数は名義尺度および順序尺度のデータに適用され、ICC は比率尺度、間隔尺度、段階数の多い順序尺度のデータで正規分布に従うデータに適用される。 κ 係数と ICC の最大値は 1 をとり、偶然の一致しかない場合は 0 をとる。相関係数、 κ 、ICC の値の解釈については、0.2 以下は極めて低い一致度または弱い相関、0.21~0.40 は低い一致度または弱い相関、0.41~0.60 は中くらいの一致度または相関、0.61~0.80 は、高い一致度または強い相関、0.81 以上はほぼ完全な一致または非常に強い相関と解釈した³⁰。

また、患者と家族による評価得点の平均値の差の統計上の有意性を調べるために、対応のある t 検定 (paired t-test) を行った。ただし、2 群間の有意差の有無はサンプルサイズに依存するために、患者-家族間の QOL 評価の差を標準化した効果量 d (=effect size) を算出することによって、患者-家族間の QOL 評価の差の大きさを調べた。Cohen のガイドラインに基づき、 $d =$

0.2；差は小さい、 $d=0.5$ ；差は中くらい、 $d=0.8$ ；差は大きいと解釈した³¹⁾。

(2) 患者-家族間の QOL 評価の一致度の予測要因についての分析

患者-家族間の QOL 評価の一致度に関連する要因を同定する方法として、重回帰分析(ステップワイズ法)を実施した。重回帰分析に投入する独立変数を選定するために、患者-家族間の QOL 評価の差、および、その絶対値を従属変数として 2 変量解析を行った結果、 $p<0.25$ の水準を満たした変数を独立変数とした。2 変量解析による統計的有意性の評価は、Wilcoxon 符号付順位和検定、または、Spearman 順位相関係数で行った。データの統計的処理には SPSS for Windows 17.0J を使用した。

5. 倫理面への配慮

東京医科歯科大学医学部および調査を実施した病院の倫理委員会から承認を得た。また、研究対象となった患者と家族の双方から書面による同意を得て実施した。

C. 研究結果

適格条件を満たした患者とその家族介護者の 134 組に調査票を配布し、90 組のデータを回収した(回収率は 67.2%)。有効回答は 81 組だった。

1. 調査対象者の基本的属性【表 1】

(1) 患者の基本属性

性別は、男性 54.3%、女性 45.7%、年齢の中央値は 71.0 歳であった。緩和ケア病棟入院者が 17.3%、緩和ケア外来患者が 82.7%だった。外来患者の療

養場所としては、54.3%が自宅、27.2%が一般病院入院中だった。Performance Status (PS) は Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)³²⁾ で判定し、PS1 = 33.3%、PS2 = 24.7%、PS3 = 22.2%、PS4 = 13.6%で、確定診断から調査日までの期間の中央値は 16 ヶ月だった。

(2) 家族の基本属性

性別は、男性が 38.3%、女性が 61.7%で、年齢の中央値は 61.0 歳であった。患者との関係は、配偶者(50.6%)、子ども(29.6%)、きょうだい(12.3%)、親(3.7%)であった。患者と同居している者は全体の 69.1%、患者に会う頻度は毎日が 66.7%、週 5 日以下は 32.1%だった。過去にがん患者の介護経験がある者は 23.5%であった。

2. 患者-家族間の QOL 評価の比較

(1) サブスケールの比較【表 2】

患者と家族による患者の QOL 評価を比較するために、FACIT を構成する 5 つのサブスケールごとに集計して比較した。まず、各サブスケールの α 係数を算出したところ、社会/家族面以外の 4 サブスケールにおいて患者と家族の双方の評価で十分な内的整合性($\alpha = 0.79 \sim 0.92$)があることが確認された。

すべてのサブスケールには有意な相関関係があり、級内相関係数(ICC)が示す一致度は、身体面・機能面については一致度が高く(ICC = 0.66 ~ 0.71)、スピリチュアリティについては中等度(ICC = 0.50)、社会/家族面および心理面は低い一致度(ICC = 0.35)を示した。QOL 全体としては、中等度(ICC

=0.54) の一致を示した。また、患者得点と家族得点の差の検定では、身体面を除くすべてのサブスケールおよび QOL 全体で有意な差があり、そのいずれにおいても家族の得点は患者よりも低かった。ただし、2 者間の差の大きさを示す効果量は、社会家族面を除いて低～中等度以下であった (effect size $d = 0.14 \sim 0.50$)。

(3) 身体面サブスケール 【表 3】

7 項目中 2 項目で家族は患者の状態を有意に低く評価した。具体的な身体症状を評価した項目 No.1,2,4,5,7 については、中等度以上の一致度を示した。しかし、「家族への負担に対する懸念」(No.3) と「病気だと感じる」(No.6) といった身体症状によって生じる患者の心情に関連する項目は低い一致度を示した。

(4) 家族・社会面サブスケール 【表 4】

社会/家族面の Chronbach α は患者評価および家族評価のいずれも内的整合性が十分ではなく、さらにその α 係数の値は患者評価と家族評価で明らかな相違があった。このことから、本サブスケールは偶然誤差の影響を受ける可能性が高いため、必然的に患者-家族間の評価の一致度が低くなること、さらに、患者と家族は社会/家族面に含まれる項目の一貫性について異なる見解をもつ可能性が示唆された。よって、本サブスケールを 1 尺度と扱って患者-家族間の評価を比較するのは適切ではない。

そこで、患者評価と家族評価の項目間の相関関係を調べたところ、以下の 2 点の特徴が明らかになった。①「性生活」に関する項目 (No.16) は、患者評価

と家族評価のいずれにおいても他のすべての項目と有意な相関がなかった。②「友人との関係」に関する 2 項目 (No.8, No.11) の患者評価は、その他のすべての項目との間に有意な相関はなく、この点で家族評価とは異なっていた。よって、このサブスケール内の項目を「友人との関係」(No.8, No.11)、「家族との関係」(No.9, 10, 12, 13, 14,15)、「性生活」(No.16) という 3 要因に分類し、前者 2 者の α 係数を算出したところ、患者評価と家族評価の双方で十分な内的整合性が確認された ($\alpha = 0.79 \sim 0.83$)。

「友人との関係」要因については、相関係数 (0.68) と ICC (0.67) が示す一致度は高く、効果量の値は患者-家族間の差の大きさは小さいことを示している ($d=0.26$)。一方、「家族との関係」要因については、相関係数 (0.23) と ICC (0.17) の値は低い一致度を示した。さらに、効果量の値は患者-家族間の評価の差の大きさが中等度以上 ($= 0.68$) であることを示した。

(5) 情緒面サブスケール 【表 5】

6 項目中 5 項目で、家族は患者よりも有意に低く評価した。6 項目中 4 項目には有意な相関があったが、 κ 係数はすべての項目で 0.30 以下であり、3 項目で極めて低い一致度 ($\kappa < 0.20$) を示した。特に、No.21「死ぬことを心配している」、No.22「病気の悪化を心配している」の 2 項目では、約 4 割の家族は患者本人の回答と 2 段階以上乖離していた。

(6) 機能面サブスケール 【表 6】

7 項目中 3 項目で家族は患者の状態を有意に低く評価していたが、すべての

項目で有意な相関があった。相関関係は0.34~0.74と範囲が広く、一致回答率は33.8~54.3%、 κ 係数は0.28~0.57だった。

(7) スピリチュアリティ・サブスケール

【表7】

FACIT-Sp-12を構成する2つの要因で、患者-家族間の評価の一致度が異なっていた。相関係数とICCの値から、「生きる意味/平穏」要因の一致度は中等度であり($r=0.51$, $ICC=0.51$)、「信念」要因の一致度は低かった($r=0.37$, $ICC=0.37$)。ただし、effect sizeが示した差の大きさはどちらも小さいことを示した。

12項目中6項目で家族は患者の状態を有意に低く評価した。10項目には有意な相関があり、相関係数は0.07~0.54であった。 κ 係数はすべて0.40以下であり、5項目で極めて低い一致度を示した。特にNo.40「病気をわずらったお陰で、自分の人生観はいうそう深まった」は、全41項目中最も低い一致度を示し、適切回答率は53.8%だった。

3. 患者-家族間のQOL評価の一致の予測要因【表8】【表9】

独立変数の概要を【表8】に示した。患者-家族間のQOL評価の差(絶対値)と独立変数との2変量解析の結果、「性別」「入院/外来」「療養場所(自宅)」「診断からの期間」「患者とのコミュニケーションの重要性」の5要因と関連があることを示した。しかし、重回帰分析の結果、どの要因も従属変数との関連を示さなかった。

患者-家族間のQOL評価の差と独立変数との2変量解析の結果、「PS」、

「入院/外来」「介護負担感(個人負担)」、「介護負担感(役割負担)」、「患者と家族が同居」、「家族内コミュニケーション」(家族が回答)、「家族とのコミュニケーションに対するニーズ」(患者が回答)、「家族とコミュニケーションをとる辛さ」(患者が回答)、「患者とのコミュニケーションについての満足度」(家族が回答)の9要因が、患者-家族間のQOL評価の一致度との関連を示した。すなわち、外来患者であること、患者の全身状態が良好であること、患者と家族介護者が同居していること、家族の介護負担感が低いこと、家族内のコミュニケーションがオープンであること、患者が家族と病気についてもっと話をしたいと思っていること、患者が家族と病気の話をするについて辛いと感じていること、家族が病気について患者とこれまで話し合ってきたことに満足していることが、患者-家族間のQOL評価の一致度に関連していた。患者・家族の性別や年齢などの社会人口的要因との関連は見られなかった。

上記の9要因を独立変数として重回帰分析を行った結果、「診療形態($\beta=-.307$, $p<.009$)」「介護負担感(個人負担)($\beta=.317$, $p<.007$)」「家族の患者とのコミュニケーションに対する満足度($\beta=-.287$, $p<.015$)」の3要因が患者-家族間のQOL評価の一致度に関連しており、外来の患者で、家族の介護負担感が低く、家族が患者との話し合いに満足している程、患者-家族間のQOL評価は一致する傾向があることを示した。このモデルは従属変数の変化の21.6% ($\text{adjusted } R^2=.216$)を説明するものであり、 $p<.000$ で統計的に有意であることを示した。

D. 考察

1. 患者-家族間の QOL 評価の一致度について

日本における終末期がん患者とその家族介護者による患者の QOL 評価を比較したところ、その一致度については、以下の点で海外の先行研究^{33,34,35,36}を支持していた。第1に、患者と家族による QOL 全体についての評価の一致度は、相関係数(=0.58)および ICC(=0.54)の値から中等度であり、統計上有意な差はあるものの、その差の大きさは中等度(effect size=0.50)であった。第2に、家族は患者の QOL を低く評価する傾向があった。本研究では調査項目全体の 56.1% (23/41 項目)で患者-家族間の評価に有意差が見られたが、それらすべての項目で家族は患者自身よりも患者の QOL を悲観的に評価していた。また、2者間の評価の差の大きさは、社会/家庭面を除く各サブスケールで低度～中等度(effect size=0.14~0.45)、個々の項目では全体の 85.4% (36/41 項目)で中等度以下(effect size<0.50)であった。第3に、終末期がん患者と家族による患者の QOL 評価の一致度は、測定した QOL の領域や項目によってかなり異なっていた。相関係数・ICC の値からは、身体面、機能面では一致度が高く(それぞれ $r=0.71, 0.64$ 、 $ICC=0.71, 0.66$)、心理面、社会/家族面、スピリチュアリティの側面は比較的低い($r=0.37\sim 0.52$ 、 $ICC=0.35\sim 0.50$)と解釈できる。ただし、サブスケールにかかわらず、患者の心情や考えや価値観などの観察困難で抽象的な項目は一致度が低く、観察可能で具体的な項目は一致度が高い傾向があった。

一方、本研究によって得られた QOL

評価の一致度に関する新たな知見として、以下の点があげられる。まず第1に、本研究は患者-家族間の患者の QOL 評価の比較に FACIT-Sp を用いた最初の研究であった。その結果は、上述の3点について EORTC-QLQ-C30 や SF-36 など他の QOL 尺度を用いた先行研究の結果を支持した。

第2に、先行研究は1つの研究¹⁵を除き、すべて欧米で実施されたものであった。日本人を対象とした今回の調査結果は、欧米および台湾での先行研究の結果を支持するものであり、患者-家族間の QOL 評価の一致度は異文化間で共通の傾向があるという根拠を示した。

第3に、本研究は終末期がん患者のスピリチュアリティに関する患者-家族間の評価の一致度について十分なサンプル数と標準化された調査項目を用いて検討した。その結果、「生きる意味/平穏」要因は患者-家族間で中等度の一致度を示した一方、「信念」要因は一致度が低かった。今回の調査参加者が特定の信仰をもっていなかったことが、この要因に関する一致度に影響したのかもしれない。また、研究者の予想に反して、スピリチュアリティは心理面と比較すると一致度が高く、患者-家族間の差も小さいことを示唆した。この点は、スピリチュアリティが様々な QOL の側面と比較して最も低い一致度を示した先行研究¹⁵の結果と異なり、さらなる調査が必要である。

第4に、社会/家族面サブスケールの相関係数・ICC は低く、患者-家族間の評価の差の大きさ(effect size= .51)は5つのサブスケール中で唯一中等度の範囲を超えていた。しかし、社会/家族面の一致度の解釈については、以下の理由から家族による評価が他の領域と

比較して最も不正確と解釈することには慎重であるべきと考える。①このサブスケールは患者評価と家族評価の内的整合性はともに十分ではなく、偶然誤差の影響を受ける可能性が高いため一致度が低くなっている。②社会/家族面に含まれる個々の項目の一致回答率および適切回答率は比較的高い。ICCと α 係数は対象となる変数の分散が小さいと値が低くなるという特徴をもつため、ICCの値の低さは、患者回答と家族回答の差の範囲が狭いことに影響を受けている。よって、社会/家族面についてはサブスケールごとの比較よりも、個々の項目ごとに患者-家族間の一致度を検討するのが適切と考える。

最後に、本研究における最も重要な発見は、患者のQOLについての悲観的評価が最も顕著だったのは社会/家族面の中の「家族との関係」に関する要因であったことである。社会/家族面の α 係数の値は患者評価と家族評価で明らかな相違があり、患者は家族と友人に関する項目を家族よりも明確に区別して評価していた。つまり、患者は家族との感情的なつながりを友人とのものとは異なる特別なものとして捉えており、「家族との関係」要因に含まれる6項目すべてにおいて家族よりも有意に高く評価をしていた。また、effect sizeが示した2者間の差の大きさは、全41項目中5項目が中等度以上だったが、その内の3項目は「家族との関係」に関する項目(No.12, 13, 14)であった。これは、多くの家族が患者に対して十分な支援を提供できていないと考えているという確かな傾向を示しているのかもしれない。日本において終末期がん患者と家族が互いに抱いている感情について率直に語り合うことが一般的では

ないために、このような傾向が現れたと考えられる。しかし、家族介護者にとって、患者が家族との感情的なつながりについて高く評価していることを知ることは、患者への介護や支援に対する満足感を強めたり、患者の死後の悲嘆から回復するにあたって重要な要因となるかもしれない。

2. 患者-家族間のQOL評価の差の予測要因について

本研究は患者-家族間のQOL評価の一致度に関連する介入可能な心理社会的要因として、介護負担感、家族の心理状態、患者-家族間の人間関係、患者-家族間のコミュニケーションに焦点を当てて調査した。重回帰分析の結果、「診療形態」「介護負担感」「患者とのコミュニケーションの満足度」の3要因が同定された。介護負担感については、先行研究において異なる尺度を用いて調査されてきたが、それらの研究結果と同様に本研究においても、介護負担感とは患者-家族間のQOL評価の一致度に負の影響を及ぼしていることが確認された。ただし、本研究では、家族の介護負担の中でも役割負担(=介護役割を果たすことによる制限についての負担感)よりも個人負担(=介護を行うことの辛さ)が、患者-家族間のQOL評価の一致度に影響を及ぼすという結果を示した。一方、HADSで測定された家族の心理状態は、重回帰分析のみならず2変量解析の結果においても患者-家族間のQOL評価の一致度には関連はなかった。この点から、終末期がん患者の家族への支援においては、家族介護者の抑うつや不安に焦点をあてた心理的援助だけでは十分ではなく、患者と家族介護者をとりまく社会環境をアセスメン

トし、実質的な介護負担の軽減を図ることが有益な支援となるのかもしれない。ただし、本研究は横断研究であるために、介護負担感が強いから評価が一致しないのか、評価が一致しないから介護負担感が強いのかという因果関係は明らかにされていない。介護負担感と患者—家族間の QOL 評価の一致度の関係性についてさらに調査を行うことは、終末期がん患者とその家族に対する効果的な介入方法を開発するにあたって重要と考える。

今回の調査では患者—家族間の人間関係にかかわる要因と一致度の関係について調査した。QMI で測定した患者—家族介護者の人間関係が両者間の QOL 評価の一致度に関連することを予想していたが、2 変量解析においても、その関連は確認されなかった。また、患者と介護者の性別、患者と介護者の同居/別居、患者—家族介護者間の血縁関係（配偶者/非配偶者）でも、その関連は見られなかった。よって、主要な介護者が患者と同居をし、患者との人間関係が良好であるという理由から、医療従事者がその家族介護者が患者の QOL を正確に把握していると考えるのは不適切かもしれない。

さらに、本調査では QOL 評価の一致度の予測要因として、患者—家族間のコミュニケーションに焦点を当てた。FAD のコミュニケーション・サブスケールで測定した家族内のコミュニケーションの率直さが一致度に関連すると予想されたが、そのような関連は見られなかった。唯一、「家族が病気のことについて患者との話し合いについて満足していること」が、患者—家族間の QOL 評価の一致との関連を示した。2004 年の松島らの調査³⁷によれば、終末期に

近づくほど医療者は病状や見通しについて家族のみに情報を提供する傾向を示した。家族介護者が患者の病状についての情報を本人に隠している場合、本人と率直に話し合うことができないため、患者とのコミュニケーションに関する家族の満足度は低くなる可能性がある。よって、医療者および家族介護者が患者とのコミュニケーションを避けていることが、家族の患者とのコミュニケーションに対する満足感を低下させ、患者の QOL の過小評価につながっていることが考えられる。

家族による患者とのコミュニケーションの満足度が低下する別の原因としては、患者側が家族に身体的・心理的負担をかけたくないために、病気に関する様々な症状やそれに伴う心身の苦痛について家族と話し合うことを避けていることが考えられる。しかし、今回の調査結果は、家族が患者とのコミュニケーションに満足している程、すなわち患者—家族間で率直な話し合いが行われている程、家族は患者の QOL について悲観的評価をせず、患者—家族間の QOL 評価の一致度が高くなることを示唆している。

3. 本研究の限界

本研究の限界として、以下の点が挙げられる。第 1 に、本研究の対象となった施設は 1 か所であり、データ数も十分ではないためにこの結果を一般化することには限界がある。特に、患者—家族間の QOL 評価の一致度の予測要因を解明するためには、さらなるデータが必要である。第 2 に、本調査は緩和ケア外来で入院の登録をした、あるいは入院中の患者とその家族を対象としたため、すでに患者—家族間で今後の治療や

ケアの方針について話し合い、合意に達している人々であった。つまり、今回の調査対象者は患者一家族間の人間関係やコミュニケーションが比較的良好な集団であった可能性が考えられる。よって、現在日本において最も多くのがん患者が最期を迎える一般病棟で療養している終末期がん患者とその家族を対象とした場合には、今回の調査とは異なる結果が出ることも予想される。第3に、本研究は横断研究であるため、家族が患者の QOL を繰り返し評価することによって両者間の QOL 評価の一致度が変化する可能性について検証できない。第4に、重回帰分析が示したモデルの決定係数は低く、本研究が示した3要因は、終末期がん患者一家族間の QOL 評価の一致度に関連する要因について十分に説明できていない。

4. 臨床への示唆

本研究による臨床への示唆としては、第一に、社会/家族面・心理面・スピリチュアリティの側面は、患者の価値観・人生観に深く関係しており、患者の終末期医療の内容に関する意思決定に重要な影響を及ぼすことが考えられるが、家族はこれらの側面を必ずしも正確に把握しているとは言えなかった。よって、医療者がこれらの QOL の側面のアセスメントを行う際、家族からの情報に頼るのではなく、患者本人からの情報が不可欠と考える。

家族からの情報しか得られない場合には、患者一家族間の QOL 評価の一致度の特徴を考慮して患者と家族をアセスメントすることが重要と考える。家族が患者の心理面やスピリチュアリティを過小評価しているのは、医療者がこれらの側面を軽視しているという不満や、

患者の心理面について十分にケアしてほしいという医療者への期待感を反映しているのかもしれない。また、終末期医療やケアに対する患者と家族の考えが異なる可能性が高い場合には、医療者は事前に患者が終末期医療とケアについての意思を表明できるような機会を提供することで、患者の尊厳を支えることは重要である。

第2に、家族が患者の QOL を過小評価していることは、遺族となった時に必要以上に自責や後悔の念を抱いて悲嘆を強める可能性が考えられる。よって、患者一家族間の患者の QOL 評価の不一致を修正していくことに焦点をおく介入は、双方にとって重要な支援になりうる。本研究の結果が示した有効な介入方法としては、それぞれの家族介護者を取り巻く社会的環境と介護負担感について適切な心理社会的アセスメントを行い、様々な社会サービスやインフォーマルな支援などの社会資源を動員することによって実質的な個人負担を軽減することである。加えて、家族が患者とのコミュニケーションについて満足感をもつことができるよう、医療者が終末期に至る前の段階から患者一家族間のコミュニケーションを促していくことが重要であると考えられる。

E. 結論

日本において緩和ケアを受けるがん患者とその家族による患者の QOL 評価は必ずしも一致せず、QOL 全体としては中等度であることが確認された。両者間の QOL 評価の一致度は測定する側面によって異なり、特に患者の心情や価値観などの抽象的で観察困難な側面は一致度が低く、身体面、機能面などの観察可能で具体的な事項については一

致度が高かった。また、家族は患者本人よりも患者の QOL を低く評価する傾向が確認された。

家族の悲観的評価によって生じる患者-家族間の QOL 評価の不一致は、「診療場所」「患者とのコミュニケーションの満足度」「介護負担感」に関連していた。終末期がん患者-家族間の率直なコミュニケーションを促進させるような介入、および介護負担感の軽減は、患者と家族介護者の双方に有効な援助の焦点になりうると考えられる。ただし、今回の調査では、これらの 3 要因は患者-家族間の QOL 評価の一致度を十分に説明するとは言えないことも示された。

よって、今後は調査施設およびデータ数を増やし、患者-家族間の QOL 評価の一致度とその予測要因について、さらに詳しい分析をする必要がある。また、本研究の結果に基づいた終末期がん患者とその家族に対する介入方法を開発・試行し、その介入効果を検証することを計画している。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 久村和穂、松島英介、永井英明、三上明彦：緩和ケアをうけるがん患者と家族介護者による患者の QOL 評価の一致の検討 総合病院精神医学 20(2): 139-148, 2008.
- 2) Kobayashi M, Sugimoto T, Matsuda A, Matsushima E, Kishimoto S: Association

between self-esteem and depression among patients with head and neck cancer: a pilot study. Head Neck 30(10): 1303-1309, 2008.

- 3) 小林末果、松島英介、野口 海、松下年子、平澤秀人：特別養護老人ホームにおける尊厳ある死に関する研究—その現状と課題について—, 日本社会精神医学会雑誌 16(3): 255-262, 2008.
- 4) 松島英介、野口海：緩和医療における尊厳とスピリチュアリティ, 緩和医療学 10(1): 23-29, 2008.
- 5) 松島英介、野口海、松下年子、小林末果、松田彩子：わが国の医療現場における「尊厳死」の現状—告知の問題（集計おおび解析）終末期医療と生命倫理: 94-118, 2008.
- 6) 松島英介：サイコオンコロジーの歴史と現状, 精神科 13(2): 89-93, 2008.
- 7) 松島英介：緩和医療における痛みと精神的苦悩, ストレス科学 23(1): 16-22, 2008.
- 8) 織田健司、松島英介 第 14 章精神疾患 ナーシング・グラフィカ EX 2 疾病と治療, 2008.
- 9) 織田健司、松島英介：うつ病、抑うつ状態, ナーシング・グラフィカ EX 2 疾病と治療（林正健二、山内豊明編集）, メディカ出版, 大阪, pp.359-362, 2008.
- 10) 織田健司、松島英介、内田淳子 睡眠薬の正しい使い方-医師の処方意図を知る-6 薬局 1, 2008.
- 11) 野口 海、松島英介：がん患者のスピリチュアリティをどう捉えるか？JUNIOR 4(No.471): 33-36, 2008.

2. 学会発表

- 1) 久村和穂、松島英介、永井英明、三上明彦：緩和ケアを受けるがん患者とその家族による患者のQOL 評価の一致度の検討、第13回日本緩和医療学会、静岡、2008年7月4-5日。
- 2) 久村和穂、松島英介、永井英明、三上明彦：緩和ケアを受けるがん患者とその家族による患者のQOL 評価の一致度の検討、第21回日本サイコオンコロジー学会総会、東京、2008年10月9-10日。
- 3) 松田彩子、大野達也、小林末果、野口海、松島英介、加藤真吾、辻井博彦：婦人科系がん患者における放射線治療後のQOL、第13回日本緩和医療学会総会、静岡、2008年7月4-5日。
- 4) 小林末果、杉本太郎、松田彩子、松島英介、岸本誠司：頭頸部がん治療に伴うQOL、スピリチュアリティ、自尊感情の変化およびその関連について、第21回日本サイコオンコロジー学会、東京、2008年10月9-10日。
- 5) 小林末果、松下年子、松田彩子、野口海、松島英介：がん患者のサポートおよび、がん情報提供サービスのあり方に関する研究(IV) 患者が感じるスピリチュアルペインについて、第21回日本サイコオンコロジー学会、東京、2008年10月9-10日。
- 6) 望月裕美、小村 健、小泉 文、松島英介：手術を受ける口腔がん患者の心理特性とQOLの経時的変化の傾向、第21回日本サイコオンコロジー学会総会、東京、2008年10月9-10日。
- 7) 下妻晃二郎、保坂 隆、戸畑利香、寺田佐代子、井上和子、毛利光子、矢嶋多美子、堀 泰祐、河瀬雅紀、松島英介、森山美知子：乳癌術後患者を対象とした心理・社会的グループ療法の効果検証、第21回日本サイコオンコロジー学会 総会、東京、2008年10月9-10日。
- 8) 野口 海、松下年子、小林末果、松田彩子、松島英介：がん患者のサポートおよび、がん情報提供サービスのあり方に関する研究(II) コミュニケーションによる満足感の違い、第21回日本サイコオンコロジー学会総会、東京、2008年10月9-10日。
- 9) 小泉 文、松島英介、小村 健、天笠光雄：口腔がん患者の術前・術後の心理特性とスピリチュアリティ、第21回日本サイコオンコロジー学会総会、東京、2008年10月9-10日。
- 10) 松田彩子、小林末果、松島英介、新井文子、三浦修：入院から外来化学療法に移行する悪性リンパ腫患者のQOL、第21回日本サイコオンコロジー学会総会、東京、2008年10月9-10日。
- 11) 松田彩子、松下年子、小林末果、野口海、松島英介：がん患者のサポートおよび、がん情報提供サービスのあり方に関する研究(III) 患者からみた家族のこころのサポート、第21回日本サイコオンコロジー学会総会、東京、2008年10月9-10日。

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

【文献】

- ¹ Ballard-Reisch DS, Letner JA. Centering families in cancer communication research: Acknowledging the impact of

support, culture and process on client/provider communication in cancer management. *Patient Education and Counseling* 50: 61-66, 2003.

² Zhang AM, Siminoff LA. The role of the family in treatment decision making by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 30(6): 1022-1028, 2003.

³ Reust CE, Mattingly S. Family involvement in medical decision making. *Family Medicine* 28(1): 39-45, 1996.

⁴ Shafer C, Putnik K, Dietl B, Leiberich P, Loew TH, Kolbl O. Medical decision-making of the patient in the context of the family: results of a survey. *Support Care Cancer* 14: 952-959, 2006.

⁵ Mezey M, Kluger M, Maislin G, et al. Life-sustaining treatment decisions by spouses of patients with Alzheimer's Disease. *Journal of American Geriatric Society* 44(2): 144-150, 1996.

⁶ Karlawish JHT, Casarett DJ, James BD, et al. Why would caregivers not want to treat their relative's Alzheimer's disease? *Journal of American Geriatric Society* 51(10): 1391-1397, 2003.

⁷ Pruchno RA, Lemay EP, Field L, et al. Predictors of patient treatment preferences and spouse substituted judgments: The case of dialysis continuation. *Medical Decision Making* 2006 Mar-Apr: 112-121, 2006.

⁸ McPherson CJ, Addington-Hall JM. Judging the quality of care at the end of life: Can proxies providing reliable information? *Social Science and Medicine* 56: 95-109, 2003.

⁹ Lobchuk MM, Degner LF. Patients with cancer and next-of-kin response comparability on physical and psychological symptom well-being: Trends and measurement issues. *Cancer nursing* 25(5): 358-374, 2002.

¹⁰ Tang ST, McCorkle R. Use of family proxies in quality of life research for cancer patients at the end of life: a literature review. *Cancer Investigation* 20: 1086-1104, 2002.

¹¹ Sneeuw KCA, Sprangers MAG, Aaronson NK. The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology* 55: 1130-1143, 2002.

¹² Lobchuk MM, Degner LF. Patients with cancer and next-of-kin response comparability on physical and psychological symptom well-being: Trends and measurement issues. *Cancer nursing* 25(5): 358-374, 2002.

¹³ Porter LS, Keefe FJ et al. 2002. Perceptions of patients' self-efficacy for managing pain and lung cancer symptoms: Correspondence between patients and family caregivers. *Pain* 98:169-178, 2002.

¹⁴ Redinbaugh EM, Baum A, DeMoss C, Fello M, Arnold R. Factors associated with the accuracy of family caregivers estimates of patient pain. *Journal of Pain and Symptom Management* 23(1):31-38, 2002.

¹⁵ Tang ST. Concordance of Quality-of-Life assessments between terminally ill cancer patients and their primary family caregivers in Taiwan. *Cancer*

Nursing 2006;29(1):49-57.

¹⁶ Kemmler G, Holzner B, Kopp M, Dunser M, Margeriter R, Greil R, Sperner-Unterwiesing B.

Comparison of two quality of life instruments for cancer patients: The Functional Assessment of Cancer Therapy -General and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire -C30. *Journal of Clinical Oncology* 1999;17(9):2932-2940.

¹⁷ Hirai K, Miyashita M, Morita T, et al. Good death in Japanese cancer care: A qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management* 2006;31:140-.

¹⁸ Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scand* 67: 361-370, 1983.

¹⁹ Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al. Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 28: 333-338, 1998.

²⁰ Norton R. Measuring marital quality: A critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and the Family* 45, 141-151, 1983.

²¹ 諸井克英 家庭内労働の分担における
衡平性の知覚. *家族心理学研究*
10(1) : 15-30, 1996.

²² Porter LS, Keefe FJ et al. 2002. Perceptions of patients' self-efficacy for managing pain and lung cancer symptoms: Correspondence between patients and family caregivers. *Pain* 98:169-178, 2002.

²³ Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J: Relatives of the

impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist* 20: 649-655, 1980.

²⁴ 荒井由美子, 田宮菜保子, 矢野栄二, Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) の作成: その信頼性と妥当性に関する検討. *日本老年医学会雑誌* 40 (5) :497-503, 2003.

²⁵ Epstein, NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy* 9: 171-180, 1983.

²⁶ 佐伯俊成, 飛鳥井望, 三宅由子, 箕口雅博, 山脇成人 Family Assessment Device (FAD) 日本語版の信頼性と妥当性. *精神科診断学* 8:1997:181-192.

²⁷ Lobchuk MM, Degner LF. Symptom experiences: perceptual accuracy between advanced-stage cancer patients and family caregivers in the home care setting. *Journal of Clinical Oncology* 20(6): 3495-3507, 2002.

²⁸ Chen H, Haley WE, Robinson BE, Schonwetter RS. Decisions for hospice care in patients with advanced cancer. *Journal of American Geriatric Society* 51: 789-797, 2003.

²⁹ Fried TR, Bradley EH, O' Leary JR, Byers AL. Unmet desired for caregiver-patient communication and increased caregiver burden. *Journal of American Geriatric Society* 53: 59-65, 2005.

³⁰ Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33: 159-174, 1977.

³¹ Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates: 1988:19.

³² Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982;5:649-655.

³³ McPherson CJ, Addington-Hall JM: Judging the quality of care at the end of life: Can proxies providing reliable information? *Social Science and Medicine* 56: 95-109, 2003

³⁴ Sneeuw KCA, Sprangers MAG, Aaronson NK: The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology* 55: 1130-1143, 2002

³⁵ Tang ST, McCorkle R: Use of family proxies in quality of life research for cancer patients at the end of life: a literature review. *Cancer Investigation* 20: 1086-1104, 2002

³⁶ Lobchuk MM, Degner LF: Patients with cancer and next-of-kin response comparability on physical and psychological symptom well-being: Trends and measurement issues. *Cancer nursing* 25(5): 358-374, 2002

³⁷ 松島英介、厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業「わが国の尊厳死に関する研究」平成16年度総括・分担研究報告書、2005.

【表1】患者・家族の基本属性

(n=81)

基本属性		患者		家族	
		度数	(%)	度数	%
性別	男性	44	(54.3)	31	(38.3)
	女性	37	(45.7)	50	(61.7)
年齢	中央値(範囲)	71 (34-91)		61 (30-83)	
原発部位	呼吸器	26	(32.1)		
	消化器	22	(28.4)		
	頭頸部	8	(9.9)		
	乳腺	5	(6.2)		
	泌尿器	5	(6.2)		
	婦人科	4	(4.9)		
	その他	9	(11.1)		
診療形態	入院	14	(17.3)		
	外来	67	(82.7)		
診断からの期間(月)	中央値(範囲)	16 (1-194)			
教育	中学卒業程度	23	(28.4)	12	(14.8)
	高校卒業程度	26	(32.1)	35	(43.1)
	専門学校・短大程度	13	(16.0)	10	(12.3)
	大学卒業以上	19	(23.5)	24	(29.6)
PS	ECOG1	27	(33.3)		
	ECOG2	20	(24.7)		
	ECOG3	18	(22.2)		
	ECOG4	11	(13.6)		
調査時の療養場所	緩和ケア病棟	14	(17.3)		
	一般病棟	22	(27.2)		
	自宅	44	(54.3)		
患者との関係	配偶者			41	(50.6)
	子ども(実子)			24	(29.6)
	きょうだい			10	(12.3)
	親			3	(3.7)
	その他			3	(3.7)
生活状況	患者と同居			56	(69.1)
	患者と別居			25	(30.9)
患者との接触頻度	毎日			52	(66.7)
	週5日以下			26	(32.1)
信仰	あり	20	24.7	8	(9.9)
	なし	57	70.4	71	(87.7)
介護経験	あり			19	(23.5)
	なし			59	(72.8)

【表2】患者-家族間のQOL評価の比較：サブスケール

項目	n	得点範囲 (項目数)	患者得点 平均値(±SD)	家族得点 平均値(±SD)	患者得点 α係数 ¹	家族得点 α係数 ¹	相関 係数 ²	ICC ³	t値 ⁴	2群間の差 ⁵ (±SD)	効果量 d ⁶
身体面	80	0-28 (7)	12.88 (±6.51)	12.23 (±6.37)	.81	.81	.71***	.71	n.s.	.68 (±4.89)	.14
社会/家族面	81	0-28 (7)	20.28 (±4.29)	17.55 (±5.43)	.41	.67	.42***	.35	4.62****	2.73 (±5.33)	.51
家族との関係	78	0-24(6)	20.90(±3.46)	17.69(±4.25)	.79	.83	.23*	.17	5.98***	3.24(±4.79)	.68
友人との関係	81	0-8(2)	4.37(±2.67)	3.84(±2.45)	.80	.80	.68***	.67	2.33*	.53(±2.05)	.26
心理面	81	0-24 (6)	13.77 (±6.12)	10.84 (±5.50)	.86	.84	.39***	.35	4.10***	2.93 (±6.44)	.45
機能面	81	0-28 (7)	13.82 (±5.98)	12.67 (±5.69)	.78	.78	.67***	.66	2.17*	1.15 (±4.76)	.24
スピリチュアリティ	81	0-42 (12)	26.93 (±10.86)	23.47 (±10.64)	.91	.92	.52***	.50	2.96**	3.46 (±10.53)	.32
生きる意味/目的	81	0-32(8)	18.05(±6.97)	15.96(±7.26)	.87	.88	.51**	.51	2.67**	2.09(±7.03)	.30
信念	80	0-16(4)	8.88(±4.46)	7.55(±4.34)	.88	.85	.37**	.37	2.47*	1.37(±4.96)	.28
QOL全体	80	0-156 (39)	87.51 (±23.98)	76.77 (±24.55)	.87	.92	.59***	.54	4.46***	10.96 (±21.99)	.50

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001 ¹信頼性α: Cronbach α ²Pearson 相関係数 ³ICC: Interclass Correlation Coefficient (級内相関係数)
⁴対応あるt検定 (paired t-test) ⁵患者得点 (平均値) - 家族得点 (平均値) ⁶効果量 d: effect size d = 2 群間の差 (平均値) ÷ 2 群間の差の標準偏差

【表3】患者-家族間のQOL評価の比較：身体面

	n	患者得点 平均値 (SD)	家族得点 平均値 (SD)	P-F	t値 ¹	相関 係数 ²	一致回 答率%	適切回 答率 ³	κ ⁴
1 体に力が入らない感じがする。	79	1.54 (1.25)	1.46 (1.19)	0.08	n.s.	.55***	40.5	83.5	.40
2 吐き気がする。	77	3.05 (1.30)	2.91 (1.35)	0.14	n.s.	.79***	63.6	90.9	.64
3 体の具合のせいで家族への負担となっている。	78	1.59 (1.24)	1.82 (1.38)	-0.23	n.s.	.15	23.1	55.1	.07
4 痛みがある。	79	2.04 (1.54)	1.79 (1.46)	0.25	2.47*	.80***	45.6	89.9	.60
5 治療による副作用に悩んでいる。	79	2.51 (1.50)	2.40 (1.43)	0.11	n.s.	.58***	53.7	74.7	.45
6 自分は病気で感じる。	81	1.00 (1.29)	.37 (.81)	0.63	4.50***	.36**	53.1	75.3	.22
7 体の具合のせいで、床 (ベッド) で休まざるを得ない。	81	1.25 (1.43)	1.51 (1.50)	-0.26	n.s.	.60***	54.3	80.2	.51
身体面サブスケール	80	12.88(6.51)	12.23(6.37)	.68	n.s.	.71***	47.7†	78.5†	

【表4】患者-家族間のQOL評価の比較：社会家族面

	n	患者得点 平均値 (SD)	家族得点 平均値 (SD)	P-F	t値	相関 係数	一致回 答率%	適切 回答率	κ
8 友人たちを身近に感じる。	81	2.36 (1.43)	2.12 (1.32)	0.24	n.s.	.56***	42.0	76.5	.42
9 家族を親密に感じる。	81	3.58 (69)	3.21 (92)	0.37	3.28**	.22*	45.7	81.5	.08
10 家族から精神的な助けがある。	81	3.52 (84)	3.04 (86)	0.48	3.91***	.15	34.6	84.0	.08
11 友人からの助けがある。	81	2.01 (1.49)	1.72 (1.36)	0.29	2.17*	.63***	33.3	82.7	.44
12 家族は私の病気を充分受け入れている。	81	3.72 (58)	3.17 (91)	0.55	11.32***	.17	43.2	85.2	.08
13 私の病気に ついて 家族間の話し合いに満足している。	81	3.42 (85)	2.75 (1.02)	0.67	5.75***	.27	34.6	75.3	.14
14 私は病気で あるが、 家族の生活は 順調である。	78	3.19 (95)	2.38 (1.07)	0.81	5.96***	.34**	32.1	71.8	.18
15 パートナー (または自分) を 一番支えてくれる人 を 親密に 感じる。	81	3.53 (99)	3.01 (1.01)	0.52	3.63***	.17	39.5	72.8	.11
16 性生活に満足している。	24	.38 (1.01)	.43 (1.17)	-0.05	n.s.	.44*	79.2	87.5	.38
社会家族面サブスケール	81	20.28(4.29)	17.55(5.43)	2.73	4.62***	.42***	42.7†	79.7†	

*p<0.05 **p<0.001 ***p<0.0001 ¹対応あるt検定 (paired t-test) ²Pearson 相関係数 ³適切回答率：患者得点±1点以内の家族回答が占める割合⁴κ：重みづけκ係数 †一致/適切回答率の平均値

【表5】患者-家族間のQOL評価の比較：心理面

	n	患者得点 平均値 (SD)	家族得点 平均値 (SD)	P-F	t 値	相関 係数	一致回 答率%	適切 回答率	κ
17 悲しいと感じる。	77	2.10 (1.42)	1.33 (1.24)	0.77	4.67***	.35**	29.9	71.4	.25
18 病気を治癒に受け止めている自分に満足している。	80	2.68 (1.24)	2.08 (1.12)	0.60	3.75***	.30**	35.0	70.0	.23
19 病気を闘うことに希望を失いつつある。	74	2.13 (1.38)	2.01 (1.28)	0.12	n.s.	.24*	25.7	64.9	.15
20 神経質になっている。	80	2.31 (1.32)	1.91 (1.38)	0.40	2.22*	.37**	31.3	67.5	.26
21 死ぬことを心配している。	81	2.56 (1.44)	2.10 (1.33)	0.46	2.34*	.20	32.1	59.3	.18
22 病気の悪化を心配している。	81	1.91 (1.44)	1.40 (1.09)	0.51	2.85**	.19	27.2	60.5	.12
心理面サブスケール	81	13.77 (6.12)	10.84 (5.50)	2.93	4.10***	.39***	30.2 †	65.6 †	

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$ †対応あるt検定 (paired t-test) ‡ Pearson 相関係数 † 適切回答率：患者得点±1点以内の家族回答が占める割合* κ ：重み付け係数 † 一致適切回答率の平均値

【表6】患者-家族間のQOL評価の比較：機能面

	n	患者得点 平均値 (SD)	家族得点 平均値 (SD)	P-F	t 値	相関 係数	一致回 答率%	適切回 答率	κ
23 仕事 (家のことも含む) をすることができない。	81	1.12 (1.24)	1.33 (1.39)	0.21	n.s.	.74***	54.3	87.7	.57
24 仕事 (家のことも含む) は生活の張りになる。	80	1.46 (1.37)	1.65 (1.47)	0.19	n.s.	.34**	33.8	72.5	.28
25 生活を楽しむことができる。	81	1.75 (1.37)	1.74 (1.22)	0.01	n.s.	.55**	42.0	82.7	.43
26 自分の病気を充分受け入れている。	81	3.12 (1.12)	3.04 (1.01)	0.08	n.s.	.35**	44.4	81.5	.26
27 よく眠れる	81	2.46 (1.28)	2.02 (1.27)	0.44	3.29**	.57**	37.0	79.0	.39
28 いっつもの娯楽 (余暇) を楽しんでいる。	80	1.79 (1.33)	1.35 (1.14)	0.44	2.93**	.48***	36.3	73.7	.32
29 現在の生活の質に満足している。	80	2.10 (1.39)	1.51 (1.22)	0.59	3.84***	.49***	37.5	71.2	.34
機能面サブスケール	81	13.82 (5.98)	12.67 (5.69)	1.15	2.17*	.67***	40.8 †	78.3 †	

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$ †対応あるt検定 (paired t-test) ‡ Pearson 相関係数 † 適切回答率：患者得点±1点以内の家族回答が占める割合* κ ：重み付け係数 † 一致適切回答率の平均値

【表7】患者-家族間のQOL評価の比較：スピリチュアリティ

	n	患者得点 平均値 (SD)	家族得点 平均値 (SD)	P-F	t 値	相関 係数	一致率 %	適切 回答率	κ
30	81	2.30 (1.28)	1.88 (1.20)	0.42	2.69*	.36**	27.2	71.6	.22
31	78	1.82 (1.25)	1.68 (1.23)	0.14	n.s.	.54***	37.2	78.2	.36
32	80	2.23 (1.27)	1.79 (1.27)	0.44	3.13**	.52***	36.3	83.7	.38
33	80	2.48 (1.24)	2.28 (1.27)	0.20	n.s.	.19	32.5	68.7	.16
34	78	1.96 (1.31)	1.88 (1.15)	0.08	n.s.	.39**	37.2	79.5	.30
35	76	2.13 (1.19)	1.63 (1.16)	0.50	2.72**	.29*	23.7	69.7	.16
36	79	2.21 (1.19)	1.78 (1.20)	0.43	2.62*	.29**	26.6	73.4	.18
37	77	2.87 (1.29)	3.01 (1.11)	-0.14	n.s.	.32**	44.2	80.5	.29
38	78	2.23 (1.34)	2.10 (1.19)	0.13	n.s.	.41**	43.6	73.0	.34
39	74	2.08 (1.37)	2.08 (1.32)	0.00	n.s.	.38**	33.8	71.6	.28
40	78	2.15 (1.29)	1.58 (1.27)	0.57	2.75**	.07	21.8	53.8	.06
41	81	2.42 (1.29)	1.77 (1.37)	0.65	3.70***	.29**	21.0	61.7	.16
スピリチュアル・サブスケール	81	26.93 (10.86)	23.47 (10.64)	3.46	2.96**	.52***	32.1†	72.1†	

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$ †対応あるt検定 (paired t-test) ‡Pearson 相関係数 †適切回答率：患者得点±1点以内の家族回答が占める割合* κ ：重み付け κ 係数 †一致適切回答率の平均値