

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

特記すべきことなし

Ⅱ. 分担研究報告書

厚生科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

治療中止時の患者と家族の意思決定に関する研究

分担研究者 平井 啓 大阪大学コミュニケーション・デザイン・センター
研究協力者 吉田沙蘭 東京大学大学院教育学研究科

研究要旨 本研究の目的は、治療中止時のがん患者の家族に対する意思決定支援ツールを開発することである。今年度は、予後告知に関する家族の意思決定について、実態を把握することを目的とした調査の結果を解析し、ツールの原案の作成をおこなった。遺族に対する面接調査をおこなった結果、終末期における予後告知への家族関与の実態と、意思決定にまつわる家族の体験が明らかとなった。患者への予後告知の内容を家族が決定する場合が多いことが明らかとなるとともに、意思決定際して考慮される要因や、選択結果による決定後の体験の違いについてカテゴリーが得られた。この調査結果をもとに、患者への予後告知に際し、家族との円滑なコミュニケーションをサポートするための支援冊子の原案を作成中の段階である。

A. 研究目的

本研究の目的は、治療中止時のがん患者の家族に対する意思決定支援プログラムを開発することである。今年度はまず、積極的抗がん治療の中止、緩和ケアへの移行の契機ともなる、予後告知に関する家族の意思決定について、実態を把握することを目的とした。そのために、患者に対する予後告知について、告知の実態（内容、告知方法の決定者）と、選択に際して家族が考慮する要因、および各選択肢の長所、短所という3点について、経験者である遺族の視点から明らかにすることとした。

B. 研究方法

関西・関東地区のホスピス・緩和ケア病棟で患者を看取った経験のある遺族を対象として、1時間～2時間の面接調査をおこなった。ホスピス・緩和ケア病棟をとおして依頼書を送付した遺族102名のうち、同意書の返送が得られた60名を対象とした（応諾率：59%）。主な質問項目は、①患者に対する予後告知の

概要（内容、告知方法の決定者）、②患者に予後を伝える／伝えないことについて決定したのが対象者であった場合その理由、③患者に予後告知をおこなった／おこなわなかったことの長所と短所、④予後告知に対する現在の評価、の4点とした。内容分析を用いてカテゴリーを作成した。さらに、独立した2名のコーダーがカテゴリーの判定をおこない、その一致率およびκ係数を算出することで、カテゴリーの信頼性の指標とした。

調査結果をもとに、心理学研究者、緩和ケア医、マーケティング専門家で討議を重ね、冊子の配布対象、スタンス、内容、使用方法について原案を作成した。

（倫理面への配慮）

依頼文書中に、研究参加は自由意思によるものであること、調査のすべての過程でプライバシーが守られること、すべての個人情報 は匿名化され、病院ならびに回答者が特定できないかたちで公表することを明記し、連絡票の返送をもって研究参加の同意を得たこと

とした。また面接の際に上記倫理事項について再度説明をおこなった。

C. 研究結果

患者に対する告知は、治らないという予後に関しては4割、具体的な数値を含めた余命に関しては2割にとどまっており、ホスピス・緩和ケア病棟利用者の場合であっても、消極的な傾向にあることが明らかとなった。また、患者にどのように予後を伝えるかということに関する選択は、家族がおこなったという回答が半数を占めた。

患者に余命を伝えると決めた理由としては、「ごまかしや嘘の限界」「治療法や療養場所を決めるために必要だった」など7つのカテゴリーが得られた。反対に患者に余命を告知しないと決めた理由としては、「患者の希望や前向きな気持ちを維持したかった」「死が近いことを患者が自覚していた」「伝えた後に予想される患者への悪影響に対する懸念があった」など13のカテゴリーが抽出された。

患者に余命を伝えた場合、「看取り前後のことについて患者と相談できた」「患者とのオープンな関係を維持できた」など6つの長所があげられたが、「患者に付き添うことがつらかった」といった3つの短所についても言及された。最後に、患者に余命を伝えなかったことについては、「患者の希望を維持できた」といった3つのメリットの一方で、「患者に隠すこと自体が負担だった」などの5つのデメリットについても言及されていた。意思決定後の時間的な経過を加味すると、告知をおこなった場合、告知直後にデメリットを実感するが、死別に向けて徐々にメリットを認識していく傾向にあった。反対に告知をおこなわなかった場合、告知にともなう直接的なデメリ

ットは回避できるが、経過が長くなるにつれて負担が増加する傾向がみとめられた。

最終的に患者に対して予後を伝えた場合でも伝えなかった場合でも、半数の遺族はその選択について肯定的な評価も否定的な評価もしていなかった。残り半数について、患者に告知した遺族の場合、4割が決定に納得を示しており、1割が疑問を抱いていた。一方、患者に余命を伝えなかった場合、肯定的な評価をしている遺族と、疑問や後悔を抱いている遺族がほぼ同数であった。

選択結果に関わらず、肯定的、否定的双方の評価が生じるという結果から、支援冊子は一方の選択肢を推奨することはなく、中立的な立場からの情報提供というスタンスで作成することとした。その上で、患者への告知に家族が反対する際に、告知のメリットに関する納得と理解を得ること、および患者が判断を家族にゆだねる際に、家族が双方の選択肢の影響を十分に理解し、検討することを可能にすることを、リーフレットの目的とした。以上の目的のために、調査より得られたメリット、デメリットを提示するとともに、選択後に留意すべき点についても、調査結果をふまえて情報提供をおこなうこととした。

D. 考察

患者への予後告知の実態から、告知に関する意思決定において、家族の担う役割が大きいものと考えられた。

患者に予後を伝えるという決定は比較的消極的になされ、反対に予後を伝えないという決定は積極的になされている傾向がうかがえた。

患者への告知は家族にとって、①患者に心理的苦痛をおわせたという否定的な心情をも

たらず一方で、②患者との関係を維持し、③患者と一緒に死に備えたり、④さまざまな意思決定をおこなったりすることを可能にするものであることが示された。このように予後告知はメリットとデメリットをともなうため、意思決定支援に際しては、いずれかの選択肢を推奨するのではなく、十分な検討に必要な情報を提供することが有用であると考えられた。

E. 結論

経験者としての遺族の視点から、終末期における予後告知に関する意思決定の実態が明らかとなった。家族が患者への余命告知において重要な役割を果たすこと、いずれの選択をしても長所と短所をともない、肯定的・否定的評価が生じることが示された。その結果をふまえ、患者への告知を決定する人が誰であるかに関わらず、十分な情報の提供により家族の理解と納得を得ることが、告知後の患者および死別後の遺族の後悔軽減のために重要であると考えられ、情報提供冊子の作成が有用であるものと考えられた。今後、冊子の有用性調査をおこない、冊子を利用した遺族および医療者の意見を加味した修正をおこなうこととする。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Hirai K, et al : Self-efficacy, psychological adjustment and decisional-balance regarding decision making for outpatient chemotherapy in Japanese advanced lung

cancer. *Psychology and Health* 24 (2): 149-160, 2009

2. Yoshida S, Otani H, Hirai K, et al: A qualitative study of decision-making by breast cancer patients about telling their children about their illness. *Support Care Cancer* 18: 439-437, 2010
3. Choi JE, Miyashita M, Hirai K, et al: Preference of place for end-of-life cancer care and death among bereaved Japanese families who experienced home hospice care and death of a loved one. *Support Care Cancer*. Epub ahead of print, 2009
4. Miyashita M, Morita T, Hirai K: J-HOPE study: Evaluation of End-of-Life Cancer Care in Japan from the Perspective of Bereaved Family Members. *J Clin Oncol* 27: 502s, 2009
5. Ando M, Kawamura R, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Okamoto T, Shima Y: Value of religious care for relief of psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients: the perspective of bereaved family members. *Psychooncology*. Epub ahead of print, 2009
6. Okamoto T, Ando M, Morita T, Hirai K, Kawamura R, Miyashita M, Sato K, Shima Y : Religious Care Required for Japanese Terminally Ill Patients With Cancer From the Perspective of Bereaved Family Members. *Am J Hosp Palliat Care*: 50-54, 2010
7. Sanjo M, Morita T, Miyashita M, Hirai K, et al: Caregiving consequences

- inventory: a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* 18(6): 657-666, 2009
8. Shinjo T, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y: Care for Imminently Dying Cancer Patients: Family Members' Experiences and Recommendations. *J Clin Oncol* 28(1): 142-148, 2010
 9. 吉田沙蘭, 天野功二, 森田達也, 尾形明子, 平井啓: 難治性小児がん患児の家族が経験する困難の探索. *小児がん* 47(1):90-96, In press
- 学会発表
1. 吉田沙蘭, 平井啓, 森田達也, 宮下光令, 他: 生命予後告知に対する遺族の評価とその関連要因: J-HOPE Study. 緩和医療学会. 2009, 6. 大阪
 2. 吉田沙蘭, 平井啓, 他: がん患者の終末期における余命告知が家族におよぼす影響の探索. 日本心理学会. 2009, 8. 京都
 3. 吉田沙蘭, 平井啓, 森田達也, 他: 終末期がん患者への生命予後告知に関する家族の認識—緩和ケア病棟利用遺族を対象とした探索的検討—. 日本サイコオンコロジー学会. 2009, 10. 広島
- H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)
1. 特許取得
なし
 2. 実用新案登録
なし
 3. その他
特記すべきことなし。

厚生科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

がん患者と家族への補完医療のあり方に関する研究

分担研究者 伊藤 壽記 大阪大学大学院医学系研究科
研究協力者 塩崎麻里子 近畿大学国際人文科学研究所
木村 昌紀 神戸学院大学

研究要旨 現行のがん医療のさらなる質の向上のために、患者だけでなく患者 - 家族を一つのユニットとして包括する補完医療システムの在り方について、特に働き盛り世代のがん患者への支援を含めて検討することは意義のあることと考える。そこで今年度は、がん医療に関わるコメディカルのうち心理職を対象にして、「心理職が提供できるもの」、「抱えている困難」を整理し、そこから「心理職に求められること」について探索することを目的に、心理職者計15名を対象にフォーカスグループインタビューを実施した。心理職が「提供できるもの」は、「患者・家族」、「医療者」、「医療者—患者家族の関係」という3つの対象によって異なることが示された。また、「困難」として、依頼経路の複雑さや、依頼内容の多様さ、心理士とは何かをマーケティングすることが挙げられた。最後に、「心理職に求められること」が話し合わせ、心理職としての5つの目標と求められる3つの能力が示された。その能力は、心理的問題解決に取り組む能力、心理的問題でないことを評価する能力、他分野の医療スタッフと協力して働く能力であった。心理職が望ましい心理社会的支援を提供していくためには、これらの能力を養成できるような教育システムの確立が急務である。

A. 研究目的

現行のがん医療のさらなる質の向上のために、患者だけでなく患者 - 家族を一つのユニットとして、包括する補完医療システムの在り方について、特に働き盛り世代のがん患者への支援を含めて検討することは意義のあることと考える。そこで今年度は、がん医療に関わっているコメディカルのうち心理職を対象にして、フォーカスグループインタビューを実施し、「心理職が提供できるもの」と「心理士の抱える困難」について話し合った上で、「心理職に求められること」に関してブレインストーミングを行い、がん医療の領域で働く心理士に求められる能力を明らかにすることを目的としたフォーカスグループインタビューを行いがん患者と家族に対する望ましい心

理社会的支援のあり方について検討を行った。

B. 研究方法

関東圏・関西圏のサイコオンコロジーの臨床・研究に関わる心理職者計15名を対象として、インタビューガイドを参照した約5時間の半構成的フォーカスグループインタビューをおこなった。なお、インタビュー内容は、対象者に同意を得た後、ICレコーダーに記録した。

最初に、インタビュアーは、フォーカスグループインタビューの目的と背景、方法、発言方法、記録、タイムスケジュールなどの説明をおこなった。

次に、ウォーミングアップとして、対象者がそれぞれ自己紹介した。その後、「心理職が

提供できるもの」、「心理士の抱える困難」についてフォーカスグループインタビューを実施し、これらのことから考えられた「心理士に求められること」についてブレインストーミングを行った。録音されたフォーカスグループインタビューの結果から、逐語録を作成し、内容分析を用いて結果を整理した。

C. 研究結果

「心理職が提供できるもの」では、対象によって“患者・家族”、“医療者”、“医療者—患者家族の関係”に分類された。提供されていたものは、“患者・家族”では、リラクゼーション、共感や傾聴、言語化・意識化の援助、薬の指示や心理的アセスメントなどであった。また、“医療者”には、医療者への心理教育、医療者の心理アセスメントであった。そして、“医療者—患者家族の関係”では、医学用語の翻訳、主治医や看護師にも、患者や家族の希望に添えないことで葛藤している人がいること、患者や家族の理解確認や患者や家族から医療スタッフへの質問補助などが挙げられていた。

「心理士の抱える困難」では、“依頼経路の難しさ”、“依頼内容が複雑・多様であること”、そして、“マーケティングが難しい”の3つが挙げられた。具体的にみると、“依頼経路の難しさ”は、他職種とのコミュニケーションについてであった。依頼経路が、①緩和ケアチームとしてある程度拾ってくるパターン、②直接来るパターン、③相談支援センターで対応するパターン、④リエゾン的なパターン、⑤その他に分けられ多様化していることが示された。“依頼内容が複雑・多様であること”では、依頼内容に心理的問題でないものが含まれること、依頼内容の中から心

理職の業務でないことを除外しなければならないことが挙げられた。そして、“マーケティングが難しい”では、医療従事者や患者・家族が「心理士とは何か」について十分理解しているとはいえないというものであった。

最後に、ブレインストーミングで得られた「心理士に求められること」は、心理職の目標と心理士に求められる能力に大別された。具体的にみると、「心理職の目標」は、心理職の支援がコミュニケーションの前提として、事例の背景要因を類型化して個別の対応策を練ること、補助ツールとしてチェックリストを作成すること、かかわりが限定されるという対応の問題や、患者や家族の希望に添えないシステム的な問題、そして心理職の役割を関係者に再認識させるとともに、その内容や技術を明確化していくことなどが挙げられた。「心理士に求められる能力」は、1番目に心理的問題解決に取り組む能力、2番目に心理的問題でないことをアセスメントする能力、そして3番目に他分野の医療スタッフと協力して働く能力が挙げられた。

D. 考察

1. 心理職が提供できるもの

「心理職が提供できるもの」として、“患者・家族”、“医療者”、“医療者—患者家族の関係”を対象に項目内容が挙げられた。

“患者・家族”に対する心理社会的支援では、不眠、痛み、不安などを緩和するためのリラクゼーションを実施すること、薬の副作用や検査のプロセスについての補足的な説明すること、患者・家族が意味づけできるように手伝いをする、言語化・意識化の援助、共感・傾聴、他職種にはできない時間の提供・保証、情緒的サポート、患者の病状や家族背

景などを把握することといった支援が行われていた。心理的アセスメントは、何を提供するのかまで全て含めてのアセスメントになる。依頼が来たときに依頼内容と問題の本質が多少ずれていても、そこが入り口であると考えることや、依頼を受ける時点から丁寧にやると、依頼と実際にやることの変化していくことがあること、行動評価・評定として、本人ができていることを引き出すというような提供の必要性が示唆された。

次に“医療者”に対して提供できるものとして、医療者への心理教育、そして心理アセスメントが示された。がん医療の領域では、医療者が患者・家族に真面目に熱心に接するあまりバーンアウト状態となった医療者の心理教育も、心理士が提供できるものである。医療者が何に困っているのかをアセスメントすることが大切で、スタッフのニーズを聞くことに時間をかけることによって具体的な依頼が見えてくることがある。スタッフのコンサルテーションを十分行うことで、扱うのが難しい患者の問題とされていたことが解決することもある。心理士は、個々の問題や状況に対応できるだけの、さまざまな心理療法や心理アセスメントの技能を十分に習得して、医療者への介入も視野にいれておくことが必要である。

3つめに、“医療者—患者家族の関係”では、各メンバーへの情報提供や補足的説明、医学用語の翻訳、翻訳後の理解の確認、患者や家族が医師の説明をどのように理解しているか、どう感じているかの理解確認、患者や家族から医療スタッフへの質問補助をおこなうことが挙げられた。

これら上記3点から、心理職が支援するのは、患者とその家族だけではなく、医療スタ

ッフも含まれることが明らかとなった。加えて、患者と家族の関わりや、患者と医療スタッフとの関わりも支援していると考えられる。がん医療の現場の潤滑油としての心理職の役割を関係者に再認識させるとともに、その内容や技術を明示していくことが求められる。

2. 心理士の抱える困難

「心理士の抱える困難」として、“依頼経路の複雑さ”、“依頼内容が複雑・多様であること”、“マーケティングが難しい”という3点に整理された。

1つめは、“依頼経路の複雑さ”は、それぞれの病院の事情によって異なるが、コンサルテーションやリエゾンに、心理と関わる接点にパターンや何方かルートがあることが挙げられていた。その複雑な依頼経路に加え、基本的に問題を発見するのが他職種であることが多いことから、他職種とのコミュニケーションの大切さが重要と考えられた。誰からどのような経路で依頼がくるとしても、まず患者に関わる者同士でコミュニケーションを取って、直接かかわることの少ない心理士の立場でも依頼に関して把握しておくことが重要といえる。

2つめは、“依頼内容が複雑・多様であること”である。依頼内容には、心理的問題でないものも含まれる。心理職の業務を開始する大前提として、心理的問題ではないことを除外する必要がある。そのためには、心理的問題でないことを検出できるアセスメント能力が重要となる。

最後に3つめとして、“マーケティングが難しい”という点である。まだ心理士がどのようなことを提供しているのかが伝わっていないことは改善すべき点である。「心理士とは何

を提供できる職種か」について、医療従事者や患者、家族はほとんど分かっていない状況がある。そこで、「心理職に何ができるか」を医療従事者や患者、家族に情報発信していく必要がある。方法は大きく2つに分けて考えられる。マクロな情報発信として、パンフレットやポスターが挙げられる。パンフレットを配布し、ポスターを貼ることで、心理士の介入の前段階で関係者の知識量を増やす。ミクロの情報発信として、心理士が医療機関に派遣された際には医療スタッフに、がん患者や家族に初めて会った際にも、パンフレットを併用しながら、口頭で自分の役割を説明するなどである。さらに、グループで活動していても、正確なデータを取っていないことや、評価をしていないため、心理職の仕事が病院に浸透することなく、医療者や患者・家族の役に立ったのかどうか不明確になってしまうことが報告された。心理士の役割を明確にするためにも、客観的な評価を実施し、医療者や患者・家族に説明できるような資料作りが必要であると考えられる。

3. 心理職の目標

「心理職の目標」は、以下5つの項目が挙げられた。1つめは事例の背景要因を類型化して個別の対応策を練ることである。まず、心理的支援が必要な患者の状態を把握することや、患者・家族の問題を整理し、実際に心理的支援を患者・家族に心理士がおこなうことが望まれる。患者・家族に対する心理的支援の際には、患者の病状や家族背景などを把握し、心理アセスメントを適宜おこなったうえで、適切な心理的介入の実施が望まれる。

2つめに、補助ツールとして心理職の活動のチェックリストを作成することである。チ

ェックリストは、心理職がやらなければならないことと、他職種の人に理解してほしいことの両方を踏まえて作成しなければならない。

3つめに、心理職の介入対象を確定・再定義することである。配属や派遣先によって組織構造が異なり、その中で心理職の位置づけによって仕事の幅・中身も違う。今回のグループインタビューの中で、依頼経路を「チームの関与あり・なし」、「精神科の所属」、「精神科常勤あり・なし」、「直接依頼・間接依頼」などの軸で整理することができるのではないかという意見があった。このように依頼経路を類型化により、大まかでもガイドラインがあれば、医療機関に参入する際の心理職の負担が軽減されるのではないかと思われる。

4つめに、心理職が判断を求められる内容を広げることである。何をアセスメントすればいいのか、どのような症状に対し、どう対応していくのかの指標にするために心理のコンサルテーションシート作成の必要性があるとの意見が出された。そのためには、アセスメントの概念を理論的に拡張させる必要があるのではないかと考えられる。直接、患者に会っておこなうアセスメントだけではなく、患者を取り巻く状況のアセスメントをする必要がある。患者本人以外に問題がありそうな場合は、そちらを事例化して再アセスメントする必要がある。

5つめに、心理職の役割を関係者に再認識させるとともに、その内容や技術を明示化していくことである。院内での心理職の評判を調べるなどして、心理職の客観的評価をして、心理職の役割を明らかにしていく必要がある。

4. 心理職の考える心理職に求められる能力

心理職の考える心理職に求められる能力と

して最も大切であると考えられているのはもちろん心理的問題に取り組む能力である。しかしこの能力を発揮するための心理職の業務プロセスの大前提に、心理的問題以外を除外する必要がある。すなわち、「心理的問題でないことを検出できるアセスメント能力」が重要となる。そして、「他分野の医療スタッフと協力して働く能力」である。他分野の医療スタッフとの連携が重要となるが、心理士は精神科への橋渡しの役割や、他分野との連携が求められる。心理士は患者・家族と心理面接を通して、さまざまな話題に触れることになり、他分野の医療者よりもさまざまな問題を知る場合がある。守秘義務の問題はあるものの、患者・家族が抱えている問題を心理職が1人で抱え込まず、他職種と情報を共有・相談しながら、それぞれの役割の中で支援をおこなっていくことが大切である。

E. 結論

がん医療の領域において心理職に求められる能力を明らかにすることを目的に、がん医療の臨床・研究に関わる関東圏・関西圏の心理職者計15名を対象としたフォーカスグループインタビューを行った。その結果、「心理職の提供できるもの」としては、その対象として“患者・家族”、“医療者”、“医療者—患者家族の関係”に分類され、内容が具体的に変わった。また提供する上で、「心理士の抱える困難」については、“依頼経路の複雑さ”、“依頼内容が複雑・多様であること”、“マーケティングが難しい”の3つに整理された。これらを踏まえた上で、「心理職に求められること」についてブレインストーミングを行った結果、心理職の目標として、“事例の背景要因を類型化して個別の対応策を練ること”、

“補助ツールとしてチェック・リストを作成すること”、“心理士への介入対象を確定・再定義すること”、“心理士の判断を求められる内容を広げること”、“心理職の役割を関係者に再認識させるとともに、その内容や技術を明示化していくこと”が挙げられた。また、心理職に求められる能力として、“心理的問題解決に取り組む能力”、“心理的問題でないことをアセスメントする能力”、“他分野の医療スタッフと協力して働く能力”の3つの能力が明らかとなった。今後、現行のがん医療のさらなる質の向上のために、患者だけでなく患者-家族を一つのユニットとして、包括する補完医療システムの一つとして、心理職の働きは重要である。今回の結果から、特になん医療での心理職の教育制度を早急に確立することの必要性が提言された。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. 伊藤壽記: 現代医療の新たなる領域、補完代替医療から統合医療-さらなる医療の質の向上を求めて 千代豪昭、黒田研二編 学生のための医療概論 (第3版) 212-224, 2009

学会発表

1. 伊藤壽記 (2009). Part 1.: Clinical efficacy of a polysaccharides rich extract from mushroom, AHCC, in alleviation of chemotoxicity in cancer patients & improvement of QOL. Part 2.: Preclinical evaluation of Oligonol, an

- anti-oxidant rich extract from lychee fruits., ASPEN (Clinical Nutrition Week 2009)
2. 伊藤壽記(2009). シンポジウム：今後の展望 膵臓移植 vs 膵島移植「大阪大学における膵臓移植の経験, 第36回 膵・膵島移植研究会
 3. 伊藤壽記(2009). シンポジウム7：1型糖尿病移植治療の現況と展望 膵移植 vs 膵島移植「本邦における脳死（心停止）下、膵移植の現況と問題点, 第109回 日本外科学会
 4. 伊藤壽記(2009). Featured Symposium 2. 「A New Era of Treatment for Type 1 Diabetes」 「Present Status & Perspectives of Pancreas Transplantation in Japan, 第52回 日本糖尿病学会
 5. 伊藤壽記(2009). シンポジウム「移植膵血栓の機序とその対策」イントロダクション（司会）, 第45回 日本移植学会
- H. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得
なし。
 2. 実用新案登録
なし。
 3. その他
特記すべきことなし。

厚生科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

がん患者の家族の治療法選択・治療中止の意思決定に関する研究

分担研究者 森田 達也 聖隷三方原病院緩和支援治療科
研究協力者 塩崎麻里子 近畿大学総合社会学部
三條真紀子 東京大学大学院医学系研究科

研究要旨 ホスピス・緩和ケアへの移行期のがん患者の家族への望ましいケアのあり方を探索することを目的に、関東と関西のホスピス・緩和ケア病棟で家族を亡くした遺族 60 名（同意率 57%）を対象に、ケアが難しいとされる「積極的治療の中断/中止」「療養場所の変更」の両時期の家族の心理と医療者のかかわりに関する面接調査を実施した。「積極的治療の中断/中止」に関しては、治療中止に関する意思決定当時の後悔の内容（2 カテゴリー 3 下位カテゴリー）と治療中止に関する現在の後悔の内容（3 カテゴリー 7 下位カテゴリー）が明らかになった。また、意思決定ときに用いられる心理的対処と死別後に用いられる心理的対処が明らかになった。「療養場所の変更」に関しては、緩和ケア病棟への入院検討時の「家族の大変さ・つらさ」（25 カテゴリー）が時期によって増減することが明らかとなり、「求められる家族ケア」が 20 カテゴリーにまとめられた。本研究の結果を活かし、今後、移行期の家族への意思決定支援として、患者・家族、そして医療者に配布できるパンフレットやリーフレットを作成し、情報提供していく予定である。

A. 研究目的

ホスピス・緩和ケアへの移行期のがん患者の家族に対する望ましいケアのあり方を探索することを目的に、遺族を対象としたインタビュー調査を実施した。特に、がんの治療中断、療養場所の変更の 2 つの時期に着目し、それぞれの時期に家族がどのような気持ちを抱いていたのか、その際のつらさや困難をやりわらげた医療者の関わりとはどのようなものであったのかについて明らかにし、意思決定に対する望ましい家族ケアのあり方に関して提言を行うことを目的とした。それぞれの時期の具体的な目的は以下の通りである。

1) 積極的治療の中止

積極的治療の中止を決めることは、患者のみならず家族にとって、深刻で重大な決断を迫ることとなる。そのため、治療の中止を決めたこと自体、あるいは決定の仕方などにつ

いて後悔をする遺族が少なくない。そのため、本研究では、緩和ケア病棟で家族を亡くした遺族を対象に、治療の中止を決める際と現在という 2 時点で、家族がどのような後悔をしているのかと、その後悔を減らすためにどのような心理的対処を用いているのかを具体的に明らかにすることとした。そこから、意思決定時にできる支援と、死別後にできる支援を提示することを目指す。

2) 療養場所の変更

わが国では、積極的治療を行わない患者が一般病院に入院を継続することは困難であり、治療を中止・中断した患者は療養場所の変更を迫られることが多い。この時期には、患者よりも先に家族への情報提供が行われることが多く、この時期の家族の負担を軽減することが必要である。本研究では、専門的緩和ケアサービスにスムーズにつないでいくために、

療養場所の変更の際に家族が経験するつらさや困難が、時期によってどのように推移するかを明らかにし、およびこの時期に望まれる家族ケアをまとめることを目的とした。

B. 研究方法

対象のリクルートは、ホスピス緩和ケア振興財団事業「緩和ケアの質の評価に関する研究」で実施された質問紙調査(2007年6月)において、面接調査への参加に同意した遺族を対象に行った。調査は、平成20年5月から9月にかけて、関東と関西のホスピス・緩和ケア病棟で家族を亡くした遺族105名のうち、再度の郵送による確認で同意の得られた60名(平均年齢:59歳, 範囲:36-79歳)を対象に実施した(同意率:57%)。なお、積極的治療の中止に関する分析では、治療の中止に関する意思決定に関わった遺族53名(平均年齢:59.2±11.2歳, 範囲:36-79歳)のみを対象とした。

分析は、内容分析を用いてカテゴリーを作成した。さらに、カテゴリーの信頼性は、独立した2名のコーダーが作業を行い一致度を算出した κ 係数によって確認した。

(倫理面への配慮)

依頼文書中に、研究参加は自由意思によるものであること、調査のすべての過程でプライバシーが守られること、閣下は匿名化され、病院ならびに回答者が特定できないかたちで公表することを明記し、書面にて研究参加の同意を取得した。また、インタビュー調査を実施するにあたり、遺族の連絡先の管理を徹底する、研究の趣旨や方法に関する遺族へのインフォームドコンセントを電話連絡時と調査開始時の2度行うなどして、遺族の心情への配慮を行った。また、実施後には、逐語録

にはパスワードをかけ、個人情報を特定できるものに関しては鍵のかかる部屋での保管などを行い、データの管理を研究者間で徹底して行った。また、分析には、個人が特定できない形でのIDを振ったものを用いた。

C. 研究結果

1) 積極的治療の中止

インタビューデータから、意思決定当時における後悔を述べていた14名、現在になっての後悔を述べていた8名、その両時点における後悔を述べていた7名の29名(54.7%)に関して、後悔の内容をカテゴリーに分類した。その結果、当時の後悔の内容としては、「治療について(20名)」と「決め方について(5名)」に分けられた。また、現在の後悔の内容としては、「決め方について(11名)」、「他の選択肢について(9名)」、「治療について(6名)」の3つに分けられた。当時の後悔(2カテゴリー3下位カテゴリー)に比べて、現在になってからの後悔(3カテゴリー7下位カテゴリー)は多岐にわたっていた。また、当時も現在も共通している後悔の内容と、現在になって生じる後悔の内容が具体的に明らかになった。

前年度分類した「心理的対処」に関しては、新たに意思決定前にみられるか、後にみられるかといった視点で再解析を行った。その結果、後悔を未然に防ぐために意思決定前に行っていた心理的対処としては、『決定焦点型』の決定の質を高める、決定の正当性を高める、責任を転嫁すると、『代替選択肢焦点型』の決定のやり直しが効くようにする、他の選択肢の質を再評価する、他の選択肢を選んだ場合の結果を考えない、『感情焦点型』の最悪の事態を予測し覚悟するが用いられていた。また、後悔を緩和するための死別後の心理的対処と

しては、『決定焦点型』の決定の正当性を高める、責任を転嫁すると、『代替選択肢焦点型』は、他の選択肢の質を再評価する、他の選択肢を選んだ場合の結果を考えない、『感情焦点型』の後悔を抑圧する、最悪の事態を予測し覚悟する、心理的回復作用が用いられていることが示された。

2) 療養場所の変更

60名を対象としたインタビューデータから、「移行期の大変さ・つらさ」、「求められる家族へのケア」に関するカテゴリを作成した。カテゴリ全体の一致度は80.4%、 κ は0.49であった。

「移行期の大変さ・つらさ」は25カテゴリに分類された。緩和ケア病棟入院検討中、入院予約から入院までの期間、入院後の3時点に注目して、出現頻度の推移を明らかにした。25カテゴリは『緩和ケア病棟入院予約後および入院後の両方で軽減する大変さ・つらさ』（例「PCU入院の見通しが立たないこと」42%, 35%, 0% 等）『入院予約で軽減するが入院後は変わらない大変さ・つらさ』（例「医療者から良いケアを受けられないこと」61%, 33%, 34% 等）『入院予約で軽減し、入院後に増加する大変さ・つらさ』（例「入院中の家族の負担があること」39%, 20%, 64% 等）『3時点で変わらない大変さ・つらさ』（例「患者の病状の悪化を認識すること」27%, 26%, 27% 等）『一時点でのみ存在する大変さ・つらさ』（例「入院日の融通が効かないこと」0%, 19%, 0% 等）と少数意見（例「他の誰かが死ぬのを待っている気がする」3%, 4%, 0% 等）に分けられた。

「求められる家族へのケア」は20カテゴリに分類され、最も多くあげられたのは『患者へのケアを十分に行うこと』（N=46, 78%）であ

り、患者への気遣いや十分な身体的ケアを望む意見が多く聞かれた。他のカテゴリのうち、過半数の遺族が、家族ケアとして重要であると回答したのは、『家族への関心を示すこと』（N=35, 58%）、『ホスピス・緩和ケア病棟について十分に情報提供を行うこと』（N=34, 57%）であった。

D. 考察

1) 積極的治療の中止

これまでに、意思決定当時のみに後悔を感じている遺族や現在にのみ後悔を感じている遺族の存在が報告されたことで、遺族の気持ちは時間を経ることで変化することが明らかとなった。さらに今回の結果によって、意思決定当時の後悔の内容と現在の後悔の内容では、共通のものと、それぞれの時点で独自のものが存在することが明らかとなった。このことから、後悔の内容も時間を経て変化することが示唆された。具体的内容が明らかになったことで、意思決定時には、多くの家族が迷いや未練を抱えながら慌ただしく意思決定を行っていることと、死別後に新たに生じる後悔が存在することに対する理解の必要性が示唆された。また、死別後に生じる後悔として具体的に明らかとなった、他の選択肢に対して無知であったことに対する後悔や、もっと早く治療をやめればよかったと感じることなどに関する予防的支援の重要性が示唆された。

心理的対処に関しては、未然に後悔を防ぐための意思決定当時の心理的対処方略と、経験した後悔を軽減するための死別後の心理的対処方略が具体的に明らかとなった。本研究では、遺族が実際に用いていると考えられる心理的対処方略は明らかになったものの、それらの対処方略が後悔を低減させるかどうか

は検討していない。今後、実際に効果的な対処方略を実証する研究を積み重ね、また、これまでの心理学的研究により明らかになっている、やり直しのきく選択は後からの満足度が低いこと (Gilbert et al., 2002) や、後から他の選択肢の質を再評価することは後悔を導きやすい特徴であること (Schwartz et al., 2002)、否定的感情の抑圧は認知的処理を阻害すること (Devine et al., 2003) などを考慮した上で、家族に対する意思決定支援を検討していく必要がある。

2) 療養場所の変更

本研究は、緩和ケア病棟の入院に伴う家族の体験を明らかにする上で、検討期間だけではなく、入院待機中や入院後という期間に注目した初めての研究である。

本研究の結果から、緩和ケア病棟への入院・利用を決意し、予約した後や、入院した後も継続している大変さ・つらさがあることが示された。療養場所の移行を支援する医療者、そして入院してくる患者家族を支援する医療者は、入院予約によって移行期に感じている大変さ・つらさが消滅するわけではなく、継続した支援が必要であることを念頭において関わる必要がある。

家族が求める家族ケアとして、上位 10 カテゴリーのうち、5 カテゴリーが『患者へのケアを十分に行うこと』(N=46, 78% 再掲)、『家族への関心を示すこと』(N=35, 58% 再掲)、『患者と家族に明るく対応すること』(N=27, 45%) 『療養環境を居心地良く整えること』(N=26, 43%) 『家族の心身の負担を気遣うこと』(N=25, 42%) という、移行時期に特異的ではない、普遍的な家族ケアであることは注目に値する。積極的治療を中止し、ホスピス・緩和ケアへの移行を検討する時期の家族ケアに苦慮して

いる医療従事者に対し、家族が望んでいることは特別なケアの実施ではなく今までどおりのケアの継続であることを示すことは、どのようなケアを提供してよいか悩む医療者への支援につながると考えられる。

本研究の限界として、遺族を対象とした研究であることから、家族は自分自身のつらさや困難に関して、医療者に過小申告することが先行研究で指摘されている (Fridriksdottir N, 2006; Osse BH, 2006)。また、家族へ提供されたケアの全容を家族自身が認知し、言語化することは非常に困難である。そのため、どのようなケアが望ましいのかに関して十分聞き取りが出来なかった可能性もある。今後は医療者を対象としたインタビュー調査を実施し、望ましいケア提供のあり方を考えていく必要がある。

E. 結論

ホスピス・緩和ケアへの移行は、がん患者や家族にとって、病状の悪化や死を意識させるため、困難を伴う場合が多いことが報告されてきた。本研究によって、家族に焦点を当て、患者へのケアの提供者としてだけでなく、ケアを受ける立場でもある家族への望ましいケアのあり方についてのさらなる具体的な資料が得られたことは意義がある。今後、移行期の家族への意思決定支援として、患者・家族、そして医療者に配布できるパンフレットやリーフレットを作成し、情報提供していく予定である。

F. 健康危険情報 特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Miyashita M, Morita T, Hirai K: J-HOPE study: Evaluation of End-of-Life Cancer Care in Japan from the Perspective of Bereaved Family Members. *J Clin Oncol* 27: 502s, 2009
2. Ando M, Kawamura R, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Okamoto T, Shima Y: Value of religious care for relief of psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients: the perspective of bereaved family members. *Psychooncology*. Epub ahead of print, 2009
3. Okamoto T, Ando M, Morita T, Hirai K, Kawamura R, Miyashita M, Sato K, Shima Y : Religious Care Required for Japanese Terminally Ill Patients With Cancer From the Perspective of Bereaved Family Members. *Am J Hosp Palliat Care*: 50-54, 2010
4. 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. *J Pain Symptom Manage* 37(6): 1019-1026, 2009
5. Sato K, Miyashita M, Morita T, Suzuki M: Long-term effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life prolongation treatment, knowledge about palliative care. *J Palliat Care*. 25(3): 206-212, 2009
6. 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. *J Pain Symptom Manage* 38(2): 191-196, 2009
7. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Kimura F: Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. *J Pain Symptom Manage* 37(5): 823-830, 2009
8. Morita T, Murata H, Kishi E, Miyashita M, Yamaguchi T, Uchitomi Y: Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study. *J Pain Symptom Manage* 37(4): 649-658, 2009
9. Sanjo M, Morita T, Miyashita M, Hirai K, et al: Caregiving consequences inventory: a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* 18(6): 657-666, 2009
10. Yamagishi A, Morita T, et al: Artificial hydration therapy for terminally ill cancer patients: a nurse-education intervention. *J Pain Symptom Manage* 38(3): 358-364, 2009
11. Sasahara T, Morita T, et al: Development of a standard for hospital-based palliative care consultation teams using a modified Delphi method. *J Pain Symptom Manage* 38(4): 496-504, 2009
12. Ando M, Morita T, et al: International comparison study on the primary concerns of terminally ill cancer patients in short-term life review interviews among Japanese, Koreans,

- and Americans. Palliat Support Care 7(3): 349-355, 2009
13. Ando M, Morita T, et al: The efficacy of mindfulness-based meditation therapy on anxiety, depression, and spirituality in Japanese patients with cancer. J Palliat Med 12(12): 1091-1094, 2009
 14. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, et al: The Palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. Palliat Med 23(8): 754-766, 2009
 15. Tarumi Y, Morita T, et al: Cancer pain-progress and ongoing issues in Japan. Pain Res Manage 14(5): 357-358, 2009
 16. Shinjo T, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y: Care for Imminently Dying Cancer Patients: Family Members' Experiences and Recommendations. J Clin Oncol 28(1): 142-148, 2010
 17. 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. J Palliat Med 13(1): 27-31, 2010
 18. 森田達也: 緩和と支持治療の量と質の充実と普及をめざす先進的な取り組み. 漢方医学 33(1): 295-298, 2009
 19. 森田達也: スピリチュアルケアガイドの作成プロジェクトの背景－. 緩和ケア 19(1): 16-21, 2009
 20. 草島悦子, 森田達也, 他: 緩和ケアとスピリチュアルケア. 緩和ケア 19(1): 43-48, 2009
 21. 森田達也, 他: すべての病期を通じての緩和ケアチームの活動例. 治療学 43(4): 459-464, 2009
 22. 森田達也: 緩和ケアチームと麻酔科のコラボレーション: 緩和ケア医の立場から. LiSA 16: 40-49, 2009
 23. 森田達也: 緩和ケアチームの活動とリハビリテーション. MB Med Reha 111: 45-50, 2009
 24. 鄭陽, 森田達也, 他: 地域における講義とグループディスカッションを複合した多職種セミナーの有用性. ペインクリニック 30(11): 1553-1563, 2009
 25. 森田達也: 30年間のホスピスの歴史が緩和ケアチームの基盤となっていた. Cross Cancer Research 1(2): 12-13, 2009
 26. 吉田沙蘭, 天野功二, 森田達也, 尾形明子, 平井啓: 難治性小児がん患児の家族が経験する困難の探索. 小児がん In press
 27. 前堀直美, 森田達也, 他: 薬剤師からみた地域連携 保険薬局の抱える現状と課題. 緩和ケア 19(2): 130-136, 2009
 28. 森田達也: 終末期がん患者に対する輸液治療. 外科治療 101(2): 149-158, 2009
- 学会発表
1. 塩崎麻里子, 三條真紀子, 吉田沙蘭, 平井啓, 森田達也, 他: 積極的治療中止に関する遺族の後悔制御方略—緩和ケア病棟を利用した遺族を対象とした探索的検討—. 第22回日本サイコオンコロジー学会総会. 2009. 10, 広島
- H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)
1. 特許取得なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

特記すべきことなし。

厚生科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

がん患者の家族の QOL の概念化に関する研究

分担研究者 宮下 光令 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻
研究協力者 三條真紀子 東京大学医学系研究科健康科学・看護学専攻

研究要旨 緩和ケアにおいて、患者の闘病中から、がん患者の家族に対して質の高いケアを提供することは重要である。しかし、わが国では、終末期の家族が患者との療養生活において何を重視しているのか、家族がどのような看取りを望んでいるのかに関してはほとんど明らかにされてこなかった。そこで本研究では、家族ケアの目標を定めるために、わが国のがん患者の家族にとっての QOL を構成する要素の抽出とその概念化を試みた。

終末期がん患者の家族と遺族計 50 名を対象に、面接調査を実施し、内容分析を行った。内容分析の結果得られた 45 項目を用いて、全国の男女 5000 名を対象に郵送質問紙調査を実施した。本研究の結果から、わが国のがん患者の家族が患者との療養生活において重視している 12 の概念が明らかとなり、今後の日本の家族ケアの質の評価指標として用いることが出来ると考えられた。

A. 研究目的

終末期がん患者は、終末期の療養生活において「家族の負担にならないこと」「家族とよい関係である」ことを重要な要素の 1 つと考えている。終末期がん患者を介護する家族は、患者自身よりも強い心理的負担を感じていること、また介護による身体的、心理的、経済的負担は家族の健康状態に影響し、その影響は患者の死別後まで継続することが報告されており、患者の闘病中から、がん患者の家族に対して質の高いケアを提供することは、家族のみならず、患者の望ましい死の達成を実現する上でも、また死別後の遺族を支える意味でも重要である。

しかし、わが国では、終末期の家族が患者との療養生活において何を重視しているのか、家族がどのような看取りを望んでいるのかに関してはほとんど明らかにされてこなかった。今後の家族ケアの向上のためには、わが国の家族の視点から、終末期の家族の QOL を構成

する要素、つまり家族にとって、患者との望ましい療養生活とはどのようなものかを理解したうえで、家族ケアの目標を明確化することが必要であり、家族としての目標を知ること、はじめて患者・家族を一体として理解し、双方の意見を支えることが可能となると考えられる。

そこで、本研究では、家族ケアの目標を定めるために、わが国のがん患者の家族にとっての QOL を構成する要素の抽出および構成要素の概念化を試みることを主たる目的とした。

B. 研究方法

本研究は、面接調査と郵送自記式質問紙調査の 2 段階を経て実施された。

1. 面接調査の対象者の選出

対象は、終末期がん患者の遺族および現在療養中の終末期がん患者の家族とし、対象者の選出には以下の手順を用いた。