

## Ⅱ. 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
（総合）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

研究分担者 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。08-09 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た。面接調査の結果、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。解析結果にもとづき、10 年度に、家族支援ツールを作成し、現在その有用な使用方法を明らかにすることを目的とした面接調査の準備中である。

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。08-09 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。10 年度は調査結果をもとに家族を対象とした意思決定支援のためのリーフレットを作成することを目的とした。

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。

調査結果をもとに、余命告知に関する冊子を作成した。冊子の内容には、余命告知の基

礎知識、余命告知の有無ともなうメリットおよびデメリット、告知方針決定後の注意点などを含んだ。現在冊子の有用な使用方法を明らかにすることを目的に、医療者および遺族を対象とした面接調査に向けた準備段階にある。

（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

「治らない」という予後については家族の 98%が伝えられていたのに対し、患者については 37%にとどまった。また家族への伝え方については 81%が医師の判断であったのに対し、患者にどのように伝えるかということに関しては 55%で家族の意向が反映されていた。さらに患者に予後を伝えた場合にも伝えなかった場合にも、肯定的な評価をする遺族と否定的な評価をする遺族がいることが明らかとなった。

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。

以上の結果から、日本では依然、患者よりも家族に対して積極的に予後告知がおこなわれる傾向にあること、患者への告知の方針には家族の意向が少なからず反映されること、特に家族が決定する場合、患者に予後を伝えないと決定することが少なくないこと、患者に予後告知を検討する際、必ずしも一方の選択肢が望ましいとは限らないことが明らかとなった。

以上の結果をふまえ、17 ページからなるリーフレットを作成した。面接調査から得られた結果をもとに、「患者に余命を伝えた場合」「予後に関して曖昧なままにしていた場合」「治ると伝えていた場合」の 3 パターンについて、遺族が報告したメリットおよびデメリットをそれぞれ体験談を含めて掲載した。また、各選択肢のメリットを最大限に引き出し、デメリットを軽減するために、選択後の留意点について紹介するとともに、補足情報として、余命告知の基礎知識についてもあわせて記載した。

作成したリーフレットの有用性について検討することを目的に、リーフレットの対象者、配布の形式、配布場所、分量を主な調査項目とした、医療者および遺族対象の面接調査実施準備中である。

#### 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。ま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す一方で、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。

余命告知について、各選択肢のメリットおよびデメリットに関するまとまった情報は存在せず、意思決定に際して家族が十分な検討材料を得られないという現状がある。本研究で開発したリーフレットは、経験者である遺族の実体験を紹介することで、中立的な情報の提供を可能にしたものであると言える。ただし、ツールを有効に活用するためには、その使用方法について、医療者および当事者を対象とした調査からフィードバックを得ることで、検討、修正を重ねる必要があると考えられる。

#### E. 結論

面接調査の結果から、日本では依然、患者よりも家族に対して積極的に予後告知がおこなわれる傾向にあること、患者への告知の方針には家族の意向が少なからず反映されること、特に家族が決定する場合、患者に予後を伝えないと決定することが少なくないこと、患者に予後告知を検討する際、必ずしも一方の選択肢が望ましいとは限らないことが明らかとなった。こうした現状にもとづき、家族支援のためのツールの原案を作成した。今後、医療者および当事者という双方の視点から有用性について探索し、必要に応じて修正を加えることで、有用なリーフレットを作成することが可能になると考えられる。

#### 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, Uchitomi Y, et al : Discrimination between worry and anxiety among cancer patients: development of a brief cancer-related worry invention. *Psychooncology* 17: 1172-79, 2008
2. Shiozaki M, Hirai K, Morita T, et al: Measuring the regret of bereaved family members regarding the decision to admit cancer patients to palliative care units. *Psychooncology* 17: 926-931, 2008
3. Akechi T, Hirai K, et al : Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese cancer patients: preliminary clinical experience from psychiatric consultations. *Jpn J Clin Oncol* 38: 867-70, 2008
4. Sanjo M, Morita T, Hirai K, et al : Perceptions of Specialized Inpatient Palliative Care: A Population-Based Survey in Japan. *J Pain Symptom Management* 35: 275-82, 2008
5. Miyashita M, Morita T, Hirai K, et al : Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 35: 486-98, 2008
6. Miyashita M, Morita T, Hirai K, et al: Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* 17: 612-620, 2008
7. Miyashita M, Hirai K, Morita T, et al : Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis. *Support Care Cancer* 16: 217-22, 2008
8. Miyashita M, Morita T, Hirai K: Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: the Japanese experience. *J Clin Oncol* 26: 3845-52, 2008
9. Sanjo M, Miyashita M, Morita T, Hirai K, et al : Perceptions of specialized inpatient palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage* 35: 275-282, 2008
10. 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): 149-60, 2009
11. 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
12. 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(4): 439-447, 2010
13. 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): 142-8, 2010
14. 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 Med* 27(1): 50-4, 2010
15. 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* 19(7): 750-755, 2010
16. Choi JE, Miyashita M, Hirai K, Sato K, Morita T, Tsuneto S, Shima Y: 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* 18: 1445-53, 2009
17. Yoshida S, Hirai K, Morita T, Miyashita M, et al: Experience of families of Japanese patients with cancer for prognostic disclosure. *Journal of Pain and Symptom Management*, In press
  18. 平井 啓, 他: 【緩和医療における精神症状への対策】 がん患者に対する問題解決療法. *緩和医療学* 10: 37-42, 2008
  19. 平井 啓: がんの補完代替医療における心理学的研究の役割. *ストレス科学* 22: 216-223, 2008
  20. 平井 啓: 問題解決療法の紹介 Laurence Mynors-Walls/明智龍男、平井 啓, 本岡寛子 (監訳) 不安と抑うつに対する問題解決療法. 金剛出版: 7-16, 2009
  21. 岩満優美, 平井 啓, 大庭 章, 塩崎麻里子, 浅井真理子, 尾形明子, 他: 緩和ケアチームが求める心理士の役割に関する研究—フォーカスグループインタビューを用いて—. *Palliative Care Research* 4: 228-34, 2009
  22. 伊藤壽記: 第3章 現代医療の新たな領域、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、黒田研二学生のための医療概論 (第3版) 医学書院: 212-224, 2009
  23. 平井 啓: 統合的ながんのケアにおける「こころと体」の医学. Donald I. Abrams, Andrew T. Weil/伊藤 壽記, 上島悦子監訳 *がんの統合医療 メディカル・サイエンス・インターナショナル*: 246-261, 2010
  24. 伊藤壽記: 「Integrative Oncology」D. Abrams & A. Weil 編 監訳: 伊藤壽記, 上島悦子, 「がんの統合医療」メディカル・サイエンス・インターナショナル社 2010 inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis. *Support Care Cancer*, DOI:10.1007/s00520-007-0215-1, 2007
  25. 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): 91-97, 2010
  26. 平井 啓: がん患者に対する問題解決療法とは? *がん患者ケア* 4(3): 48-52, 2011
- 学会発表
1. 吉田沙蘭, 平井 啓, 森田達也, 宮下光令, 他: がん患者の家族に対する望ましい余命告知のあり方の探索. 日本サイコオンコロジー学会 東京. 2008.10, 東京
  2. 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
  3. 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
  4. 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
  5. 吉田沙蘭, 平井 啓, 森田達也, 他: 患者に対する予後告知が家族におよぼす影響の探索—遺族への面接調査の結果から—. 日本緩和医療学会. 2010.6, 東京
- 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。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
（総合）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	大阪大学大学院人間科学研究科
	米良明日香	大阪大学大学院人間科学研究科
	三條真紀子	東邦大学医学部看護学科
	下阪典子	大阪大学人間科学部
	佐藤貴之	関西大学大学院心理学研究科
	酒見惇子	大阪大学大学院人間科学研究科
	青江智子	財団法人がん集学的治療研究財団

**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-家族を一つのユニットとして包括する支援や補完医療システムのあり方について検討する。乳がん罹患による子どもの変化と、変化が母親との関係に及ぼした影響およびそれを母親がどう認識しているのかを探索した結果、乳がん罹患による影響としての子どもの変化が母親である乳がん患者にポジティブとネガティブの両方の影響を与えていることが明らかとなった。乳がん患者の配偶者がとる問題回避的態度とその背景要因や困難の実態を調査した結果、主観的に感じる妻の問題回避的態度がもっとも影響していることや、積極的な介入が必要であることが示唆された。予後が厳しい膵臓がん患者とその家族を対象とした面接調査の結果、患者と家族はともに「再発・転移・今後の病状への不安」と「今後の過ごし方」についての心理社会的問題を抱えていることが示された。そして、がん医療に関わっている心理職を対象にフォーカスグループインタビューを行い心理職が「提供できるもの」は、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、心理職としての5つの目標と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3つの能力が示された。これらの結果から、がん患者-家族に対する適切な介入および支援方法を提言し、確立しなければならない。また、望ましい心理社会的支援を提供できる心理士を育成するための教育システムの確立が急務である。

A. 研究目的

現行のがん医療を補完して、その質をさらに高めるためには、患者-家族を一つのユニットとし、包括的な補完医療システムを構築することが急務であるといえる。そのためには、患者-家族が抱えている困難の実態を把握し、コメディカルスタッフがどのようにしてがん医療の分野に関わらねばならないかを体系的に考えることが重要である。しかしながら、こうした取り組みについては、これまで検討がなされていない。本研究では下記について検討するための調査を行った。

1) 乳がん罹患による子どもの変化と、その変化が母親との関係に及ぼした影響およびそ

れを母親がどう認識しているのか。

2) 乳がん患者の配偶者の夫婦間コミュニケーションにおける問題回避的態度と困難の実態とその背景要因。

3) 予後が厳しい膵臓がん患者とその家族の心理社会的問題と心理状態。

4) がん医療に関わっているコメディカルのうち、心理職の実態と今後の展望、望ましい心理社会的支援のあり方。

B. 研究方法

1) 乳がん罹患が母親と子どもの関係に及ぼす影響

外科手術を受けた乳がん患者 18 名（平均

年齢 42.8±4.51 歳 (33~48 歳) ; 子どもの平均年齢 11.7±4.65 歳 (1~20 歳) を対象とした。インタビューを実施し、得られた会話は、テキストデータに変換され、内容分析を行った。

2) 乳がん患者の配偶者の夫婦間コミュニケーションにおける問題回避的態度の実態把握とその背景要因の探索

インターネット調査会社のもつサンプルに対して質問紙調査を行った。スクリーニング調査の実施期間は 2009 年 11 月 25 日~27 日、本調査の実施期間は 2009 年 12 月 1 日~12 月 4 日だった。依頼数は 431 名、回収数および有効回答数は 368 名 (回収率 85.4%) であった。調査協力者には報酬が支払われた。

質問紙では、属性、夫婦間コミュニケーションにおける困難、問題回避的態度の頻度、避けようとした具体的な話題、心理的適応、夫婦関係満足度、侵入想起症状、疾患に対する脅威性、サポーター役割観、男性役割観についてたずねた。

(倫理面への配慮)

本研究において収集された回答データに関しては、ID ナンバーによって匿名化されたデータが研究実施者に納入される。研究終了後、個人情報については匿名化されたまま破棄する。なお以上のような手続きについて十分に調査会社に説明し、この取り決めに対して調査の実施が保証された調査会社と調査の契約を行う。また、質問紙調査の対象者には文章にて同意を得た。

3) 膵臓がん患者とその家族の心理社会的問題と心理状態の把握

膵臓がんの診断が臨床的もしくは組織学的、病理学的に確認されている化学療法中の患者とその配偶者もしくは子どもを対象とした。

まず、インテーク面接を行い、研究趣意を説明した上で同意をとり、質問紙に回答してもらった。面接に参加しなかった家族には、質問紙を患者から渡してもらい、回答を得た。

面接調査は社会的問題解決理論を応用した半構造化面接を合計 2 回行い、その内容を録音した。各面接時間は約 60 分であった。質問紙調査は、インテーク面接時と第 2 回面接後に実施した。質問紙の内容は、以下の通りであった。①HADS 日本語版 : 不安、抑うつ ②EORTC-QOL-C30 日本語版 30 項目 : QOL 評価 (患者のみ) ③ Family APGAR Scale 5 項目 : 家族機能④Good death : 気分・対人 (家族) 関係に関する 3 項目⑤MAC 16 項目 : 闘

争心⑥属性 : 年齢、職業、病歴、闘病で支えになった家族 (患者のみ)、現在の治療 (患者のみ)、患者との続柄 (家族のみ)

倫理的配慮としては、発言内容については個人が特定されないよう解析を行うことを説明し、対象者には書面にて同意を得た。

4) 望ましい心理社会的支援のあり方

関東圏と関西圏でがん (身体疾患) 医療における臨床・研究に関わる心理職者 15 名を対象に約 5 時間「心理職が提供できるもの」「心理士の抱える困難」についての半構造化フォーカスグループインタビュー、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。なお、インタビューは、対象者に同意を得た後、IC レコーダーに記録し、記録から逐語録を作成し、内容分析を用いて結果を整理した。

(倫理面への配慮)

発言内容については個人が特定されないよう解析を行うことを説明し、対象者には文章にて同意を得た。また、研究計画を研究者所属施設の倫理委員会に申請し、承認を得たうえで実施した。

## C. 研究結果

1) 乳がん罹患が母親と子どもの関係に及ぼす影響

解析可能な 14 名について内容分析を行った結果、母親の乳癌罹患による子ども変化として、「環境の変化」、「気持ちの変化」、「行動の変化」、「変化なし」の 4 つの大カテゴリーが作成された。さらに、「環境の変化」には、「母親からのケアの減少」、「家事手伝いの増加」などの 6 カテゴリーが、「気持ちの変化」には、「母親の病気の心配」、「母親に対する遠慮」などの 9 カテゴリーが、「行動の変化」には、「家事技術の習得・向上」、「習慣の途絶」などの 3 カテゴリーが得られた。一方で、子どもの変化が母親との関係に及ぼした影響とそれに対する母親に認識として、「ポジティブな影響」と「ネガティブな影響」の 2 大カテゴリーが作成され、「ポジティブな影響」には、「治療のモチベーション」や「生へのモチベーション」などの 8 カテゴリーが、「ネガティブな影響」には、「子どもの成長に対する負い目」や「子ども精神的負担に対する負い目」などの 9 カテゴリーが抽出された。

2) 乳がん患者の配偶者の夫婦間コミュニケーションにおける問題回避的態度の実態把握

とその背景要因の探索

対象者は、5年以内に妻が乳がんに罹患した30～60代の既婚男性368名（平均年齢； $48.5 \pm 8.9$ 歳）であった。

①男性配偶者がとる問題回避的態度や困難の実態

妻の病気がわかった当時の困りごとでは、「何をサポートすればよいかわからない」、「どのように接したらよいかわからない」、「自分ができることに限界を感じ、思い悩む」、「不用意な言葉で奥さまを傷つけるのがこわい」といった、妻の気持ちがわからないために自分一人で思い悩むという項目が多く見られた。

対して、現在の困りごとは、「不用意な言葉で奥さまを傷つけるのがこわい」がもっとも多く、妻の病気がわかった当時には多かった「何をサポートすればよいかわからない」と「どのように接したらよいかわからない」の2項目は極めて少なくなっていた。

問題回避的態度の頻度については、ある程度までしか弱まらず、さらに時間を経てもなお表れる態度であることが明らかになった。妻の病気がわかった当時では、「あなたが、奥さまの病気について感じている不安を隠す」、「奥さまが、あなたに自分の病気についての不安を隠す」の2項目において、あてはまると答えた人が50%を超えていた。

また、「奥さまが、あなたに傷口を見られたり、触れられたりするのをためらう」、「あなたが、奥さまの傷口を見たり、触れたりすることをためらう」の2項目も高い値を示した。

避ける話題については、妻の病気が診断された当時および現在において、「再発についての話題を避けようとする」、「身近な人、有名人がなくなるなど、命についての話題を避けようとする」、「乳房の喪失、損傷など、乳房についての話題を避けようとする」、「抗がん剤で苦しんだ人、抗がん剤の副作用など、抗がん剤による苦しさについての話題を避けようとする」の4項目が多くなっていた。

②問題回避的態度をとりやすい男性の特徴

夫が感じる妻の問題回避的態度の強さ、侵入想起症状の強さ、疾患に対する脅威性の高さ、および夫婦関係満足度の低さの4つが問題回避的態度の説明要因であることが明らかになった。特に、夫が主観的に感じる妻の問題回避的態度の強さは他の説明変数と比較しても極めて強く影響していることが認められ

た。それに対して、男性役割観およびサポート役割観の説明率は低かった。

「診断からの年数」、「結婚からの年数」は、問題回避的態度と無相関であった。

3) 膵臓がん患者とその家族の心理社会的問題と心理状態の把握

3)-1) 患者

今年度、調査への同意を得られた患者は16名（ $63.2 \pm 10.3$ 歳）であった。質問紙調査では、HADS得点が、カットオフの基準となる11点以上の患者は16名中6名（37.5%）であった。家族機能では、家族機能不全の基準となる6点以下の患者は16名中2名であった。EORTC-QOL-C30の各側面については、問題ない状態を100として得点を変換した。全般的に、心理的な側面の得点に比べ、症状面の得点が低かった。面接調査から得られた患者の問題は、「再発が不安である」「残された時間がどれくらいなのか考えてしまう」「今、どういう状況かわからないので痛みがあると転移したのではないかと不安になる」「転移の不安を解消したい、悪い方向に考えないようにしたい」「今行っている抗がん剤が効かなくなるとどうなるかが心配」「罹患前の生活・自分・状態に少しでも戻す」「今の状態を少しでも長く維持したい」「先手に対応するよう心がける」「癌に負けない気持ちをもって生きる」「家族のために、生きておきたい」「現状にあわせて自然体でいる、自分らしくありたい」「もしもの時のための準備をする」「自分ができるだけのことをしておきたい」「自分のために、めいっぱい時間をつかう」であった。

3)-2) 家族

質問紙調査で回答があった家族は13名（男性3名、女性10名）であり、平均年齢は51.62歳（SD=13.00）、患者との続柄は、夫1名、息子2名、妻6名、娘4名であった。

家族に対する質問紙調査の結果、HADS得点では、11点以上の家族は13名中11名（84.6%）であった。家族機能が6点以下の者はいなかった。同意を得られた7名を対象とした面接調査から得られた家族の問題は、「今後どうなっていくのか不安」「毎回の検査結果が心配」「患者が今後どれだけ苦しむのか心配」「患者の症状悪化に対処できるか心配」「家族として後悔しない（出来るだけのことはする）」「患者の希望どおり過ごさせる」「少しでも長く生きていてほしい」「（患者の）病気のことを考えなくていい生活に戻

りたい」「考えても仕方がないことは深く考えない」「今までやってきたこと、生活を続ける」「もしもの時に備えて準備をする」であった。

#### 4) 望ましい心理社会的支援のあり方

「心理職の提供できるもの」が対象別に挙げられた。“患者・家族”への、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。“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。また提供する上で、「心理士の抱える困難」は、依頼経路が多様な職種の人からであることから“依頼経路の複雑さ”、依頼内容に心理的問題でないものが含まれており心理職の業務ではないことを除外しなければならないことから“依頼内容が複雑・多様であること”、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ため“マーケティングが難しい”の3つに整理された。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、心理職の支援的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の問題、そして心理職の役割に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。「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) 乳がん罹患による子どもの変化の母親への影響はポジティブな影響とネガティブな影響があったが、子どもの変化は対象者によってポジティブな影響なのかネガティブの影響であるのか評価が異なっていることが明らかとなった。このことから、子どもをもつ乳がん

患者には子どもとの関わり方についてのサポートが必要であること、および子どもの変化から受けるポジティブな影響とネガティブな影響に着目してサポートしていくことが必要であることが示唆された。

2) 夫の問題回避的態度の強さに対してもっとも影響している要因は、夫が主観的に感じる妻の問題回避的態度の強さであることが明らかになった。このことは、妻が実際は問題回避的態度をとっていないくとも、夫が妻に問題回避的態度をとられていると判断して、結果として自身の問題回避的態度を強めているという可能性を示唆している。したがって、問題回避的態度の軽減のためには、妻が問題回避的態度をとっていないという事実よりも、妻が問題回避的態度をとっていないと夫が認識することが必要だと考えられる。

また、「診断からの年数」、「結婚からの年数」と夫の問題回避的態度との間に関連はみられなかった。考えられる理由として、前者については、診断からの年数というよりもむしろ、病気との個人の付き合い方のほうが重要であるという可能性が考えられる。また、後者については、結婚からの年数よりは、夫婦関係の良好さのほうが重要であるという可能性が考えられる。これは、本研究の分析において得られた、夫婦関係満足度が高いほど夫の問題回避的態度が低いという結果と一致する。

男性役割観およびサポート役割観は、仮説に反して、夫の問題回避的態度へ影響を及ぼすという結果にはならなかった。第一に考えられる理由としては、本研究において使用した尺度が実際に測定したかった男性役割観およびサポート役割観に適切でなかった可能性である。男性役割観は既存の尺度を用いたが、男性役割観といっても範囲が広いので、使用した項目が不適切であった可能性がある。サポート役割観については、文献や資料を参考にして研究者間の議論によって作成したが、項目数が少なくなってしまうために信頼度が低下し、測定したかった項目を測れていなかったのかもしれない。

次に、妻と接する上で困ったことに関して、注目すべき点は2つある。1つ目は、妻の病気が診断された当時の夫の困りごとに関して、本研究で得られた結果が先行研究と一致している点、2つ目は、妻の病気が診断された当時と現在で、夫の困りごとの内容に大きな変化が認められた点である。特に2つ目に関し

ては、妻が診断された当時と現在での2時点について聞いている研究はこれまでにないため、本研究が乳がん患者の配偶者の困りごとの経時変化を回顧的ではあるが調査した初めての研究という点で意義深い。

まず、先行研究との一致に関して、妻の病気が診断された当時では、「何をサポートすればよいかわからない」(66.6%)、「どのように接したらよいかわからない」(57.6%)ことに困っている人が多く、妻の病気が診断された当時において、配偶者の2人に1人以上がこれらの悩みを抱えていることが明らかになった。この結果は、「乳がんであるとわかってから手術までの間、奥様に接して困ったことはなんですか」という問いに対して、「何をサポートすればよいかわからなかった」(47.1%)、「どのように接したらよいかわからなかった」(34.3%)が回答の上位2つを占めた結果と一致する(ブリストルマイヤーズ調査より)。したがって、妻の病気が診断された当時、夫の一般的な悩み事は、妻に対して何をサポートすればよいかわからない、妻にどのように接したらよいかわからないといったものが多いということができると考えられる。

さらに、妻の病気が診断された当時に関して、本研究では前述した2項目に次いで「自分ができることに関界を感じ、思い悩む」、「奥さまの気持ちがわからない」「自分が気を遣いすぎてしまい、かえって奥様に気を遣わせてしまう」といった、サポートしたいけどその方法がわからないという項目が多かったのに対し、「自分が前と同じように日常生活を送れなくなり、負担に感じる」、「自分が精神的にストレスを感じ、耐えられない」、「奥様が甘えてくるのがうとうとしく感じる」といった、妻の病気が自分のストレスや負担になっているという項目は少なかった。したがって、妻の病気が診断された当時の夫の困りごとは、妻の病気が自分の日常生活や精神上的の負担になっているというよりも、むしろ病気になった妻へサポートしてあげたいけれども、どのようにサポートすればよいかかわからない自分自身に対するジレンマであることが明らかになった。また、「励ましすぎて奥様を追い込んでしまう」が当時と現在の2時点ともに低い数値を示している点も注目してよいだろう。サポートしたいが接し方がわからないという項目が高い数値を示していることを考えると、夫は気持ちを表出しすぎて

いる可能性は極めて低いと考えられる。これは、男性は気持ちをあまり表に出すべきではないという意識と関係しているのかもしれない。

現在の困りごとは、「不用意な言葉で奥さまを傷つけるのがこわい」がもっとも多く、妻の病気がわかった当時には多かった「何をサポートすればよいかわからない」と「どのように接したらよいかわからない」の2項目は極めて少なくなっている。したがって、サポートや接し方といったスキルは時間が経てば解決しやすい一方で、自分自身の精神面に関する困りごとは解決しにくいことがわかる。これは、配偶者が不適切な態度をとることは、配偶者自身の不安が強いこと、疾患に対する対処可能感が低いことなど、配偶者自身の問題を反映していることが指摘されている(Thompson, Galbraith, Thomas, Swan, & Vrungos 2002)ことを踏まえると、不用意な言葉で妻を傷つけてしまうことに対する恐怖が、妻とのコミュニケーションから生じたものというよりは、むしろ夫自身の気質に強い影響を受けているためと考えられる。

問題回避的態度については、現在の結果を妻の病気の診断当時と比較したとき、全体的に低くなってはいるものの、30%より低くなっている項目はほとんどない点である。このことから、問題回避的態度は、ある程度までしか弱まらず、さらに時間を経てもなお表れる態度であることがわかる。この結果は、夫の問題回避的態度は時間とともに緩やかに低下するというManneらの研究結果と一致する。したがって、問題回避的態度は時間を経ることで解決される問題ではなく、積極的な介入を必要とする問題であることが示された。

3) 膵臓がん患者とその家族を対象とした調査の結果、患者の問題は、「再発や転移の心配」と、「今後の過ごし方」に分類されるといえるだろう。患者においては、再発や転移への不安が語られた一方で、今の状態を少しでも長く維持したい、病氣と闘っていきたい、といった生きることへの積極的な事柄も挙げられた。家族の問題も、患者と共通して、「今後の患者の症状への不安」と「これからの時間の過ごし方」に分類された。家族は、これからの患者の症状の悪化に不安を抱き、患者の体調の変化に敏感になり、効果的な治療法を探して取り入れようとしていた。患者への心配が常に頭の中にあり、趣味を楽しむことができないと語った対象者いること、家

族において、HADS が 11 点以上を示した者が 8 割以上であったことから、膵臓がん患者のみならず、その家族に対する心理的支援体制が必要である可能性が示唆された。

4) がん医療の現場でフォーカスグループインタビューを行った結果、心理職が支援する対象は、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り、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。心理職は、心理療法や心理アセスメントの技術を獲得し、がん医療の現場の潤滑油としてそ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。

#### E. 結論

がん患者と家族の支援をする包括的な補完医療システムを構築するために、今回の研究結果をもとにした支援の提言と確立が必要である。そして、がん医療での患者・家族に対して支援をする医療チームで期待される能力を持つ心理士を育成することが重要であり、教育体制を整えることが急務であると言えるだろう。

#### 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, 井倉 技: 補完代替医療 (CAM) の現代医療における意義と展望 食品加工技術 28; 16-19, 2008
2. 井倉 技, 伊藤壽記: 特集「統合医療への期待—21世紀の予防医学と健康づくり」米国における統合医療の発展. 公衆衛生 72: 95-98, 2008
3. 井倉 技, 伊藤壽記: 特集「統合医療への期待—21世紀の予防医学と健康づくり」米国における統合医療の発展 公衆衛生 72; 95-98, 2008
4. 伊藤壽記: 第 3 章 現代医療の新たな領域、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、黒田研二学生のための医療概論 (第 3 版) 医学書院: 212-224, 2009
5. 伊藤壽記: 「Integrative Oncology」D. Abrams & A. Weil 編 監訳; 伊藤壽記、上島悦子、「がんの統合医療」メディカル・サイエンス・インターナショナル

社 2010 inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis. Support Care Cancer, DOI:10.1007/s00520-007-0215-1, 2007

##### 学会発表

1. 伊藤壽記: ワークショップ がん治療における補完医療の果たす役割—現状と展望, 更なる QOL の向上を目指して—第 46 回日本癌治療学会. 2008. 10, 名古屋
2. 伊藤壽記: 統合医療はわが国で正当医療となりうるか? 「阪大病院における補完医療の現況と展望」. 第 1 回 日本統合医療学会. 2008. 12, 福岡
3. 伊藤壽記: これからの医療の新展開、全人的統合医療を目指して. 第 59 回全日本鍼灸学会 大阪大会. 2010
4. Ito T: An Integrative Approach to Cancer Patients with Metabolic Syndrome The 1st Integrative Medicine Expo. 2010, JangHeung City, Korea

#### 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。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
（総合）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和支持治療科

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 東邦大学医学部看護学科

**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、意思決定時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時期別の「家族の大変さ・つらさ」に対して、得られた「求められる家族ケア」の内容（20 カテゴリー）を元に、ケアガイド案を作成し、がん看護専門看護師のスーパーバイズを受けた。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。また、療養場所移行期に求められる看護師の役割を明らかにするために、ケアガイドの作成を第二の目的とした。

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。

分析においては、がんの治療中断、療養場所の変更それぞれの時期別に、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  $\kappa$  係数によって確認した。

「療養場所の変更」に関しては、得られたケアのカテゴリーを元に、ケアガイド案を作成し、がん看護専門看護師 1 名のスーパーバイズを受けた。

（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婦人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」に関するカテゴリーを作成した。カテゴリー全体の一致度は 80.4%、 $\kappa$  は 0.49 であった。

「移行期の大変さ・つらさ」は 25 カテゴリーに分類された。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 カテゴリーは『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 カテゴリーに分類され、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。他のカテゴリーのうち、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。

また、本研究の結果を用いてケアガイド案を作成し、がん看護専門看護師1名のスーパーバイズを受けたところ、ケアガイドの骨子となる、各ケア項目の表現および内容に関しては概ねよいとの評価が得られたが、看護教育の現場で用いていくためには、クリニカルラダーへの適応など、実施可能性に問題があるとのコメントが得られた。

#### 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。

また、作成したケアガイド案に関しては、臨床現場での使用を目指し、今後、ケアガイ

ド内容にクリニカルラダー（看護実践能力開発プログラム）に応じた段階設定を行い、問題場面ごとにケア内容をまとめていくなど、内容の変更を行っていく必要があると考えられた。

#### 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、内容を洗練させ、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. Shiozaki M, Hirai K, Morita T, et al: Measuring the regret of bereaved family members regarding the decision to admit cancer patients to palliative care units. *Psychooncology* 17: 926-931, 2008
2. Sanjo M, Morita T, Hirai K, et al: Perceptions of Specialized Inpatient Palliative Care: A Population-Based Survey in Japan. *J Pain Symptom Management* 35: 275-82, 2008
3. Akechi T, Morita T, et al: Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* Apr 16: CD005537, 2008
4. Miyashita M, Morita T, Hirai K, et al: Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 35: 486-98, 2008
5. Miyashita M, Morita T, Hirai K, et al: Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* 17: 612-620, 2008
6. Miyashita M, Hirai K, Morita T, et al: Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis. *Support Care Cancer* 16: 217-22, 2008
7. Miyashita M, Morita T, Hirai K: Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: the Japanese experience. *J Clin Oncol* 26: 3845-52, 2008
8. Sanjo M, Miyashita M, Morita T, Hirai K, et al: Perceptions of specialized inpatient palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage* 35: 275-282, 2008
9. 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): 191-6, 2009
10. 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): 206-12, 2009
11. 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): 649-58, 2009
12. 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
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): 1091-94, 2009
14. 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
  15. 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): 142-8, 2010
  16. 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 Med* 27(1): 50-4, 2010
  17. Ando M, Morita T, Akechi T, Ifuku Y: A qualitative study of mindfulness-based meditation therapy in Japanese cancer patients. *Support Care Cancer*, 2010
  18. 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* 19(7): 750-755, 2010
  19. Akazawa T, Akechi T, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y, Furukawa T: Self-perceived burden in terminally ill cancer patients: A categorization of care strategies based on bereaved family members' perspectives. *J Pain Symptom Manage* 40(2): 224-234, 2010
  20. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y: The care strategy for families of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: Recommendations from a nationwide survey of bereaved family members' experiences. *J Pain Symptom Manage* 40(5): 671-683, 2010
  21. 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): 91-97, 2010
- 学会発表
1. 新城拓也, 森田達也, 宮下光令, 他: 遺族調査から見る臨終前後の家族の経験と望ましいケア: J-HOPE study. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
  2. 天野功二, 森田達也, 他: 聖隷ホスピスにおける造血器悪性腫瘍患者に対する緩和医療. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
  3. 三條真紀子, 宮下光令, 森田達也, 他: ホスピス・緩和ケア病棟への入院を検討する時期の家族のつらさと望ましいケア: J-HOPE study. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
  4. 三條真紀子, 森田達也, 宮下光令, 他: ホスピス・緩和ケア病棟に関する望ましい情報提供のあり方: J-HOPE study. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
  5. 塩崎麻里子, 平井 啓, 森田達也, 宮下光令, 他: 遺族の後悔に影響するホスピス・緩和ケア病棟への入院に関する意思決定要因の探索: J-HOPE Study. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
  6. 宮下光令, 森田達也, 平井 啓, 他: 遺族の評価による終末期がん患者の QOL を評価する尺度 (GDI: Good Death Inventory) の信頼性と妥当性の検証. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
  7. 吉田沙蘭, 平井 啓, 森田達也, 宮下光令, 他: がん患者の家族に対する望ましい余命告知のあり方の探索. 第 21 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2008.10, 東京
  8. 三條真紀子, 森田達也, 宮下光令, 平井 啓, 他: 終末期のがん患者を介護した遺族による介護経験の評価尺度の作成. 第 21 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2008.10, 東京

9. 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
  10. 三條真紀子, 宮下光令, 森田達也, 平井啓, 他: 「終末期がん患者の家族が大事にしたいと思うこと」の概念化: 一般集団・遺族 1975 名を対象とした全国調査の結果から。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
  11. 大谷弘行, 森田達也, 他: 「看取りのパンフレット」を用いた家族への介入研究: OPTIM 浜松。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
  12. 宮下光令, 森田達也, 他: 地域の病院(一般病棟、緩和ケア病棟)、診療所のがん患者の遺族による緩和ケアの質の評価: OPTIM-study。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
  13. 平井啓, 宮下光令, 森田達也, 他: がん患者と遺族の緩和ケアに対する認識と準備性 OPTIM study。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
  14. 三條真紀子, 森田達也, 宮下光令, 他: 家族の視点から見た望ましい緩和ケアシステム: J-HOPE Study。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
  15. 三條真紀子, 宮下光令, 森田達也, 他: 終末期のがん患者を介護した遺族の介護経験の評価及び健康関連 QOL: 7994 名の全国調査 J-HOPE Study。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
  16. 吉田沙蘭, 平井啓, 森田達也, 他: 患者に対する予後告知が家族に及ぼす影響の探索—遺族への面接調査の結果から—。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
  17. 三條真紀子, 宮下光令, 森田達也, 平井啓, 他: 「終末期がん患者の家族が大事にしたいと思うこと」の構成要素: 家族と遺族を対象とした面接調査の結果から。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
  18. 三條真紀子, 森田達也, 宮下光令, 平井啓, 他: ホスピス・緩和ケア病棟への入院検討時の家族のつらさと望ましい支援に関する質的研究: 遺族への面接調査の結果から。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
  19. 牟田理恵子, 宮下光令, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟の遺族は追悼会や死別後の手紙をどうとらえているか?: 44 名のインタビュー調査。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
  20. 福田かおり, 森田達也, 他: 「看取りのパンフレット」を用いた遺族の体験に関する質的研究: OPTIM 浜松。第 15 回日本緩和医療学会学術大会。2010. 6, 東京
  21. 森田達也: 教育講演 3 終末期せん妄を有する患者家族のケア。第 23 回日本サイコオンコロジー学会・第 10 回日本認知療法学会。2010. 9, 愛知
- 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。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
（総合）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 東邦大学医学部看護学科

**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。

まず、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、わが国のがん患者の家族にとってのQOLを構成する要素45項目を抽出した。次に、面接調査の結果を用いて、全国の男女5000名を対象に郵送質問紙調査を実施した。今年度は、がん患者遺族421名の回答を用いて、量的解析を行った。その結果、終末期がん患者の家族が療養生活において大切にすることは、家族が共通して重要視する9つの概念と重要性に個人差がある3つの概念にわけられることが明らかとなった。本概念は、終末期の家族ケアの質を評価する際の指標として用いることが可能であると考えられる。

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」「家族とよい関係でいる」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。

1) 終末期がん患者の遺族

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団研究事業「遺族によるホスピス・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、今後予定される面接調査への参加を検討してもよいと回答した遺族のうち、緩和ケア病棟で死亡した患者の遺族および在宅緩和ケア施設を利用して死亡した患者の遺族を対象に実施した。

施設の協力を得て対象候補者の名前と住所を得た後、改めて面接調査に関する依頼書等を郵送し、研究協力の意思がある場合は、連絡票へ住所・氏名・電話番号等の記入と返送を依頼した。

2) 終末期がん患者の家族

研究協力の得られる緩和ケア病棟に入院中

の患者の家族を対象に実施した。施設内の研究協力者(病棟師長)が、適格基準を満たす家族を対象に調査の説明を行い、口頭にて研究参加の同意が得られた場合、調査担当者が面接に関する趣意書を用いて説明を行った。

## 2. 面接調査のデータ収集

### 1) 終末期がん患者の遺族

依頼状を連絡票の返送のあった対象者に電話にて連絡を行った。各対象者に合わせて面接日時・場所を設定し、半構造化面接を行った。対象者背景を除く面接内容は、同意を得てICレコーダーにて録音した。データ収集の期間は、2008年4月～9月であった。

### 2) 終末期がん患者の家族

調査担当者が説明し、書面にて同意の確認を行った。帰宅後の返答および返送を希望する場合には、調査担当者宛の連絡票および返送用の封筒を渡した。当日に面接が可能な場合には当日、ナースステーション横の面談室にて面接を行った。後日改めて面接を行なう場合には、面接希望日を調整し、面接開始時に、研究目的・内容について再度説明を行い、同意を確認することとした。面接内容は、同意を得てICレコーダーにて録音した。データ収集の期間は、2008年6月～10月であった。

## 3. 面接調査の内容

面接は面接ガイドラインに基づき、対象者の個人属性(患者/家族年齢、性、患者との続柄、原発、介護期間、治療歴)および終末期がん患者の家族のQOLの構成要素として、「患者様との療養生活において、あなたが大切にしたいと思っている/思っていたことはなんですか?」「病気が進行していく場合に、あなたはどのように患者様と過ごしていきたいと思いませんか/思っていましたか」とたずねた。

## 4. 面接調査の分析

面接内容を要約するため、Krippendorffの内容分析の手法をもとに、以下の手順で分析を行うこととした。

- 1) 録音した面接会話の逐語録を作成する。
- 2) 逐語録を一つの意味内容を持つユニットに分割し、研究テーマに関連する発言をすべて抽出する。
- 3) 表現や意味内容が類似しているユニットごとに分類し、その意味内容を損なわないように要約し、コードを作成する。類似性をもとにコードをまとめ、サブカテゴリーを作成する。コード、サブカテ

ゴリーの適切さの確認は、緩和ケアに従事する医師1名、心理士1名、緩和ケアの研究者2名からスーパービジョンを受ける。

- 4) 対象者の発言がどのコードに該当するかについて、研究者とは別の終末期がん患者のケア経験のある研究者2名(以下、コーダーとする)に、それぞれ独立に判定を依頼し、コーダー間の一致率とKappa係数を算出する。また、コーダー間の不一致箇所については、緩和ケアの研究者1名に依頼し、ユニットごとに一致させたコードを採集結果として採用することとし、各コードを発言した対象者数を集計する。

## 5. 郵送自記式質問紙調査の対象者の選出

郵送調査の対象は、47都道府県に居住する40-79歳の男女5000名とし、層化二段階無作為抽出を行った。

## 6. 郵送自記式質問紙調査のデータ収集

対象者に質問紙を郵送にて配布し、記入後は分担研究者の所属大学への返送を依頼した。データ収集は2009年6月に実施した。非回答者への督促は行わなかった。

## 7. 郵送自記式質問紙調査の内容

質問紙では、対象者の家族の一人ががんで治る見込みのない状態になった場合を想定してもらおうシナリオを設定した。その上で、面接調査の結果抽出された45構成要素について、その人と一緒に過ごす上で大切に思う程度を「まったく重要でない」～「絶対に重要である」の6件法でたずねた。同時に、対象者の背景情報および想定した家族の続柄を尋ねた。

## 8. 郵送自記式質問紙調査の分析

がん患者を介護し、がん医療の現状を知っている遺族の回答から、現実をふまえた概念化を行うために、がん患者の遺族の回答を用いて量的解析を行った。まず、各項目の記述統計量を算出した後、各構成要素を概念化するために因子分析を行った。

(倫理面への配慮)

### 1) 終末期がん患者の遺族(面接調査)

依頼文書中に、インタビューは、施設から独立した団体が行っていること、インタ

ビュー内容は施設に個人が特定できるかたちで知らされないこと、および、インタビューに同意するかどうかは自由であること、調査のすべての過程でプライバシーが守られること、データは匿名化され、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などを明記し、書面にて研究参加の同意を取得する。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、個人情報等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。本調査は調査施設および分担研究者の所属する大学の倫理委員会の承認を受けて実施した。

## 2) 一般集団(郵送自記式質問紙調査)

質問紙調査は分担研究者の所属する大学の倫理委員会の承認を受けて実施した。質問紙を郵送する際に、調査への参加は自由であること、質問紙は無記名であり、調査のすべての過程でプライバシーが守られること、データは匿名化され、回答者が特定できないかたちで公表することなどを明記した依頼書・同意書を用いて説明し、対象者が抽出された仕組みについても十分説明を行った。対象者にかかる負担を減らすため、同意書の同封は行わず、質問紙の返送を得て同意を得たと判断した。

また、実施後には、データにはパスワードをかけ、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) 面接調査の結果

緩和ケア病棟で死亡した患者の遺族 32 名(平均年齢 57 歳、範囲 31-78 歳)および在宅緩和ケア施設を利用して死亡した患者の遺族 8 名(平均年齢 60 歳、範囲 31-76 歳)、緩和ケア病棟に入院中の患者の家族 10 名(平均年齢 58 歳、範囲 41-71 歳)を対象に面接調査が終了している。45 の構成要素が抽出され、12 のカテゴリー「患者と一緒に過

ごすこと」「患者の介護を十分すること」「患者がおだやかに過ごせること」「医療者との関係がよいこと」「病気や介護以外の心配をしないでいられること」「患者の環境に満足していること」「介護の負担が大きくなりすぎないこと」「心が落ち着く時間を持てること」「患者とよい時間を過ごすこと」「患者と普段どおりに過ごすこと」「患者の死に対する準備をすること」「誰かの負担にならないこと」に分類された。最も出現頻度の高い構成要素は「患者と一緒に過ごせること」(N=44, 88%)であり、最も出現頻度の低い構成要素は「心のよりどころを持てること」(N=5, 10%)であった。

### 2) 質問紙調査の結果

1975 名(有効回収率 40%)から回答を得、1143 名(58%)の対象者が 10 年以内の死別経験の有し、そのうちがんで患者を失った経験のあるものは 421 名であった。45 構成要素のうち、重視するという回答が最も多かったものは、「患者さまの身体の苦痛がやわらげられること」(97%)であり、最も少なかったものは「心のよりどころや信仰がある」(61%)であった。

探索的因子分析により検討した結果、「家族が支えられている」「患者がおだやかに過ごせる」「患者の介護を十分にする」「患者と一緒に過ごす」「患者の受けているケアに満足している」「患者と楽しく過ごす」「患者との絆の深まりを感じられる」「患者の死に対する準備をする」「信頼できる医療者がいる」「気軽に相談できる医療者がいる」「誰かの負担にならない」「病気や介護以外の心配をしないでいられる」の 12 領域に概念化され、終末期がん患者の家族が療養生活において大切にすることは、家族が共通して重要視する 9 つの概念と重要性に個人差がある 3 つの概念にわけられることが明らかとなった。

## D. 考察

本研究の結果によるわが国のがん患者の家族にとっての QOL の概念化によって、わが国の終末期がん患者の家族ケアの目標がはじめて明確になった。全ての医療者が自覚し、配慮すべき 9 領域と、家族が希望すれば支援すべき 3 つの領域が明らかになり、今回明らかになった 12 の領域は、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。