

報道関係者各位

国立大学法人 筑波大学

国立大学法人 東北大学

## 進行がん患者の家族が経験する葛藤 ～日本国内における多施設共同遺族研究による成果～

### 研究成果のポイント

1. 緩和ケア病棟で最期を迎えた進行がん患者の家族のうち、約40%が何かしらの家族内の葛藤を経験していたことがわかりました。
2. 家族の年齢が若い場合、家族内で意見を強く主張する方がいる場合、病気後に家族内でのコミュニケーションが十分にとれていなかった場合に、家族内の葛藤が増えることもわかりました。
3. 家族内の関係性やコミュニケーションの状況を理解して関わることで、進行がん患者の家族内の葛藤に気付くことに役立つ可能性が示唆されました。

国立大学法人筑波大学 医学医療系 浜野淳講師、国立大学法人東北大学 宮下光令教授らの研究グループは、緩和ケア病棟で最期を迎えた進行がん患者の家族が経験した家族内の葛藤の実態について検証しました。

その結果、家族の42.2%が家族内の葛藤を少なくとも1つは経験したと回答し、「ご自身が本来果たすべき役割を十分にしていない家族の方がいると思うことがあった」「患者様の治療方針に関することで意見が合わないことがあった」については、「とても良くあった」「よくあった」「時々あった」と回答した家族がそれぞれ20%以上でした。そして、家族の年齢が若い場合、家族内で意見を強く主張する人がいた場合、そして、病気後に家族内でのコミュニケーションが十分に取れていなかった場合に、家族内の葛藤が増えることがわかりました。また、病気前に交流がなかった家族と連絡をとるようになった場合に、家族内の葛藤の経験が少なかったことがわかりました。

これまで、がん患者の家族が具体的にどのような葛藤を経験しているのか、どのような家族に葛藤が多いのかということは明らかになっていませんでした。これらの知見は、医療従事者などが、家族内の関係性やコミュニケーションの状況を理解して関わることで、家族内の葛藤の有無に気付くことに役立ち、進行がん患者の家族への支援、そして、患者、家族のQOL(クオリティ・オブ・ライフ)の向上につながると考えられます。

ただし、今回の研究では、患者が亡くなった後に家族の記憶を頼りに回答してもらっている点、病気になる前の家族内の関係性やコミュニケーションの状況が評価できていない点、日本国内で行った調査のため、国や文化による違いが評価できていない点で限界があります。

本研究の成果は、2017年7月25日付で、アメリカ精神腫瘍学会・イギリス精神腫瘍学会・国際精神腫瘍学会の論文誌Psycho-Oncologyのウェブ上で先行公開されました。

\* 本研究は、NPO法人 日本ホスピス緩和ケア協会<sup>注1)</sup>の事業として行われたJ-HOPE2016研究<sup>注2)</sup>の付帯研究として実施されました。

## 研究の背景

がん患者の家族が経験する葛藤は、がん患者の苦痛や寂しさ、そして、介護者の負担感、抑うつ、悲嘆などに影響すると言われ、がん患者、家族のQOL(クオリティ・オブ・ライフ)に影響する可能性が考えられています。しかし、がん患者の家族がどのような葛藤を経験しているのか、どのような家族に葛藤が多いのかということは明らかになっていませんでした。そこで本研究では、緩和ケア病棟で最期を迎えたがん患者の家族が経験した葛藤の実態について検証を行いました。

## 研究内容と成果

NPO法人 日本ホスピス緩和ケア協会に加盟している日本国内71医療機関の緩和ケア病棟で、2016年1月31日以前に亡くなった患者の遺族を対象に、2016年5月から2016年7月にかけて調査を行いました。対象となった患者遺族数は767名で、そのうち458名が解析対象となりました。本研究ではOutcome-Family Conflict scale<sup>注3)</sup>(OFC scale、8項目)を用いて家族内葛藤を評価しました。その結果、「ご自身が本来果たすべき役割を十分にしていない家族の方がいると思うことがあった」「患者様の治療方針に関することで意見が合わないことがあった」については、「とても良くあった」「よくあった」「時々あった」と回答した遺族が20%以上でした。(表1)そして、42.2%の遺族がOFC scale 8項目のうち、少なくとも1項目で「とても良くあった」「よくあった」「時々あった」と回答しました。

さらに、遺族の年齢が若い場合、家族内で意見を強く主張する人がいた場合、そして、病気後に家族内でのコミュニケーションが十分に取れていなかった場合に、家族内の葛藤が増えることが分かりました。また、病気前に交流がなかった家族と連絡をとるようになった場合に、家族内の葛藤が減ることが分かりました。(表2)

これらの結果から、緩和ケア病棟で最期を迎えた進行がん患者の家族は、家族内で葛藤を経験することが少ないことが分かり、家族の年齢、家族内の関係性やコミュニケーションの状況が家族内の葛藤の有無に関係する可能性があることが考えられました。

ただし、今回の研究では、患者が亡くなった後に家族の記憶を頼りに回答してもらっている点、病気になる前の家族内の関係性やコミュニケーションの状況が評価できていない点、日本国内で行った調査のため、国や文化による違いが評価できていない点で限界があります。

## 今後の展開

病気になる前の家族内の関係性やコミュニケーションの状況が、病気になった後も続き、家族内の葛藤に影響するのかということ、そして、看取りの場によって家族内の葛藤の経験は異なるのかということを検証する必要があります。また、現場の医療者が、どのような支援を行うと家族の葛藤が和らぎ、患者・家族のQOL向上に結び付くかということについても実証していく必要があります。今後のさらなる展開は必要ですが、がん患者の家族が葛藤を経験していること、そして、葛藤を経験しやすい家族の特徴が分かったことで、家族に対して、葛藤を感じることは決して稀なことではないと伝えることに活用できるだけでなく、医療従事者への教育活動にも活用できると考えられます。

参考図

表1 Outcome-Family Conflict scale の分布および家族内コミュニケーションの状況

	平均値 ± 標準偏差	同意率(%)
Outcome-Family Conflict scale <sup>1</sup> (平均値 ± 標準偏差、同意率*)		
ご家族の中で傷つけるようなことを言ったり、怒鳴ったりすることがあった	1.5 ± 0.9	11.2
患者様の治療方針に関する事で意見が合わないことがあった	2.0 ± 1.0	20.9
患者様のご病気に関する事で意見が合わないことがあった	1.7 ± 0.8	14.4
患者様に対するご家族の応仕方で意見が合わないことがあった	1.7 ± 0.8	11.9
ご自身が本来果たすべき役割を十分にしていないご家族の方がいると思うことがあった	1.9 ± 1.1	22.9
「望ましい最期の迎え方」に関して意見が合わないことがあった	1.6 ± 0.8	8.7
患者様の医療費にどれくらいかけるか意見が合わないことがあった	1.3 ± 0.6	2.3
患者様が残された時間をどこで(自宅や緩和ケア病棟)過ごすかについて意見が合わないことがあった	1.6 ± 0.8	11.4
Family Relationship Index <sup>**</sup> (範囲:0 - 12)	8.8 ± 2.4	
Family Assessment Device の4項目 <sup>§</sup> (範囲、4 - 20)	9.5 ± 3.0	
患者様がご病気になられる前に、病気になったときの治療やケアについて、患者様と話し合っていましたか? <sup>2*</sup>	2.6 ± 1.2	50.3
患者様の治療に関して自分意見を押し通そうとするご家族がいた <sup>3*</sup>	1.5 ± 0.8	8.3
患者様が亡くなることについて考えられなかった? <sup>3</sup>	2.5 ± 1.2	43.1
患者様がご病気になられる前に、今後の治療やケアに関して患者様の希望することが書面に書かれていましたか? (はい・いいえ)		13.9
患者様がご病気になられた後に、病気になる前は交流のなかったご家族と連絡をとるようになりましたか? (はい・いいえ)		38.1

1; 1:全くなかった 2:ほとんどなかった 3:時々あった 4:よくあった 5:とても良くあった

2; 1:全く話し合っていなかった 2:ほとんど話し合っていなかった 3:時々話し合っていた 4:よく話し合っていた 5:とてもよく話し合っていた

3; 1:全くそう思わない 2:そう思わない 3:多少はそう思う 4:そう思う 5:とてもそう思う

\* “時々あった”“よくあった”“とても良くあった”、もしくは“時々話し合っていた”“よく話し合っていた”“とてもよく話し合っていた”、または“多少はそう思う”“そう思う”“とてもそう思う”の割合の合計

※大きい数字は家族の関係性が良好であることを意味する。

§ 大きい数字は家族内のコミュニケーションが十分取れていないことを意味する。

表2 Outcome-Family Conflict scale に影響する因子に関する多変量回帰分析

	回帰係数 <sup>†</sup>	95%信頼区間	有意水準 p
患者 年齢	-0.009	-0.041-0.033	0.841
患者 性別	0.034	-0.556-1.235	0.456
<b>遺族 年齢</b>	<b>-0.153</b>	<b>-0.103- -0.025</b>	<b>0.001</b>
患者 性別	-0.025	-1.177-0.658	0.578
家族内に未成年の子供がいる	-0.034	-3.307-1.472	0.450
Family Relationship Index ≤ 9*	0.063	-0.298-1.544	0.184
<b>Family Assessment Device score#</b>	<b>0.331</b>	<b>0.368-0.688</b>	<b>&lt; 0.001</b>
患者様にご病気になられる前に、病気になったときの治療やケアについて、患者様と話し合っていた	0.016	-0.006-0.009	0.711
<b>患者様の治療に関して自分意見を押し通そうとするご家族がいた</b>	<b>0.355</b>	<b>4.857-8.099</b>	<b>&lt; 0.001</b>
患者様が亡くなることについて考えられなかった	0.011	-0.815-1.038	0.813
患者様にご病気になられる前に、今後の治療やケアに関して患者様の希望することが書面に書かれていた	-0.062	-2.173-0.355	0.158
<b>患者様にご病気になられた後に、病気になる前は交流のなかったご家族と連絡をとるようになった</b>	<b>-0.111</b>	<b>-2.024- -0.233</b>	<b>0.014</b>

\* 家族の関係性が良好ではないことを意味する。

#家族内のコミュニケーションにおいて、どの程度、障害があるかを意味する。

†数字が大きいほど、Outcome-Family Conflict scale への影響が大きく、葛藤を経験することが多いことを示している。

## 用語解説

### 注1) NPO 法人 日本ホスピス緩和ケア協会

NPO 法人 日本ホスピス緩和ケア協会(以下、協会)は、ホスピス・緩和ケア病棟の普及と質の向上を目的とした専門団体として、1991 年「日本ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」として発足した。その後、ホスピス・緩和ケア病棟のみならず、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアへと活動領域を広げて、2004 年「日本ホスピス緩和ケア協会」と改称し、2007 年に NPO 法人格を取得した。協会は、専門的な緩和ケアを担う病院や診療所などの医療機関が加盟する専門団体として、ホスピス緩和ケアに関する、①質の保証・向上、②教育支援、③普及啓発、④政策提言、⑤市民への情報提供・広報、⑥諸団体との連携・国際交流、以上6つの事業を担っている。特に、質の保証・向上事業のひとつとして、「遺族によるホスピス緩和ケアの質の評価(J-HOPE 研究)」にはホスピス財団と協力して長年取り組んでおり、協会の事業として J-HOPE2016 研究を実施した。

### 注2) J-HOPE2016 研究

2007～2008 年に日本ホスピス緩和ケア研究振興財団により、日本のがん患者の緩和ケアの質を評価するための遺族調査「J-HOPE(Japan Hospice and Palliative Care Evaluation)study (J-HOPE 研究)」が実施された。これは一般病院、ホスピス・緩和ケア病棟、診療所等を対象に行われた大規模な全国調査であり、QOL やケアの質を評価する様々な尺度を用い、多面的に終末期ケアの質の評価が行われた。続く3年後、2010年には、同様に J-HOPE2 研究、4年後の2014年には、同様に J-HOPE3 研究が実施された。今回、J-HOPE 2016 研究は日本ホスピス緩和ケア協会により、本協会の認証制度発足にあわせて実施したもので、J-HOPE3 研究に参加しなかったホスピス・緩和ケア病棟の遺族を対象に行われた。J-HOPE 研究では 15、J-HOPE2 研究では 11、J-HOPE3 研究では 26、J-HOPE 2016 では、13 の付帯研究が実施され、わが国の緩和ケアにおける臨床的・学術的課題の検討が行われた。わが国のこれら一連の取り組みは、世界でも高く評価されている。これらの J-HOPE 研究ではホスピス・緩和ケアの質の経時的変化と改善すべき点を明らかにし、結果を各研究参加施設にフィードバック、または、国内外に研究結果を公表することによって、ホスピス・緩和ケアの質保証、改善へと貢献してきた。

### 注3) Outcome-Family Conflict scale

End of life において家族が経験する葛藤を評価するための 8 項目からなる評価スケールであり、それぞれの項目について、家族が 5 段階(5:とても良くあった、4:よくあった、3:時々あった、2:ほとんどなかった 1:全くなかった)で評価する。8 つの評価項目は ①「ご家族の中で治療方針について意見が合わないことがあった」、②「患者様のご病気にすることで意見が合わないことがあった」、③「患者様に対するご家族の対応の仕方で意見が合わないことがあった」、④「ご自身が本来果たすべき役割を十分に果たしていないご家族の方がいると思うことがあった」、⑤「患者様が残された時間をどこで(自宅や緩和ケア病棟)過ごすかについて意見が合わないことがあった」、⑥「望ましい最期の迎え方に関して意見が合わないことがあった」、⑦「患者様の医療費にどれぐらいかけるか意見が合わないことがあった」、⑧「ご家族の中で傷つけるようなことを言ったり、怒鳴ったりすることがあった」である。

## 参考文献

Outcome-Family Conflict scale に関する参考文献

Kramer BJ, Boelk AZ. Correlates and Predictors of Conflict at the End of Life Among Families Enrolled in Hospice. J Pain Symptom Manage 2015; 50: 155-162.

## 掲載論文

【題名】 Prevalence and predictors of conflict in the families of patients with advanced cancer: A nationwide survey of bereaved family members

「がん患者家族における家族内の葛藤の実態調査：多施設共同遺族研究」

【著者名】 Jun Hamano, M.D., Ph.D., Tatsuya Morita, M.D, Masanori Mori, M.D., Naoko Igarashi, RN., Yasuo Shima, M.D., Mitsunori Miyashita, RN, Ph.D.

【掲載誌】 Psycho-Oncology

DOI: 10.1002/pon.4508.

## 問合わせ先

氏名 浜野 淳(はまの じゅん)

筑波大学 医学医療系 講師

〒305-8572 茨城県つくば市天王台 1-1-1

E-mail: junhamano@md.tsukuba.ac.jp

Tel: 029-853-3189

氏名 宮下 光令(みやした みつのり)

東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野 教授

〒980-8575 宮城県仙台市青葉区星陵町 2-1

E-mail: miya@med.tohoku.ac.jp

Tel: 022-717-7924