

ホスピス・緩和ケア病棟における患者と家族間の 思いの言語化を支える家族支援 —遺族調査による家族支援と「患者と家族との 良好な関係性」および「ケアの全般的満足度」 との関連性の検討—

中里 和弘¹⁾, 塩崎麻里子²⁾, 平井 啓³⁾, 森田 達也⁴⁾, 多田羅竜平⁵⁾,
市原 香織⁶⁾, 佐藤 眞一⁷⁾, 清水 恵⁸⁾, 恒藤 暁⁹⁾, 志真 泰夫¹⁰⁾,
宮下 光令¹¹⁾

- 1) 東京都健康長寿医療センター研究所, 2) 近畿大学 総合社会学部 総合社会学科 心理学系専攻,
3) 大阪大学大学院 人間科学研究科 臨床心理学研究分野,
4) 聖隷三方原病院 緩和支援治療科, 5) 大阪市立総合医療センター 緩和ケアセンター,
6) 大阪大学大学院 医学系研究科 保健学専攻,
7) 大阪大学大学院 人間科学研究科 臨床死生学・老年行動学研究分野, 8) 東北大学病院 臨床研究推進センター,
9) 京都大学大学院 医学系研究科 人間健康科学専攻, 10) 筑波メディカルセンター病院 緩和医療科,
11) 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

【目的】1)緩和ケア病棟における患者と家族間の思いの言語化を支える家族支援(家族へのバーバルコミュニケーション支援)の有無と評価, 2)家族へのバーバルコミュニケーション支援と「患者と家族との良好な関係性」および「ケアの全般的満足度」との関連を検討した。【方法】全国の緩和ケア病棟 103 施設における死亡患者の遺族 968 名に質問紙調査を実施した。【結果】536 名を分析対象とした。支援を受けた遺族の割合は内容によって差がみられたが, 評価は概ね高かった。重回帰分析の結果, 患者と家族との良好な関係性では, 全 8 つの支援で有意な正の関連が認められた。ケアの全般的満足度では, 4 つの支援(家族から患者への言語化の具体的提案, 家族の思いを患者に伝える, 患者の聴覚機能保持の保証, 患者の思いを推察した家族への言葉かけ)で有意な正の関連が認められた($p < 0.05$)。【結論】家族へのバーバルコミュニケーション支援の意義が示唆された。

Palliat Care Res 2018; 13(3): 263-71

Key words: 思いの伝達, バーバルコミュニケーション, 終末期ケア, 家族支援

緒言

終末期における愛する者とのコミュニケーションは親密な関係を強化する¹⁾と同時に, 愛を深め, 不和を解決する最期の機会となる²⁾。がん患者の会話機能は比較的最期まで維持されやすく^{3,4)}, 患者と家族間のバーバルコミュニケーションは両者の関係性を繋ぐ重

要な手段といえる。

終末期に患者と家族間で交わされるメッセージには, 感謝, 愛情, 許しがあり^{5~7)}, 思いを伝えることが患者の QOL に関連するとの指摘がある^{8,9)}。ただし, 終末期のバーバルコミュニケーションは患者のみが求めるものではない。家族もまた患者との最期のコミュニケーションを求め¹⁰⁾, 終末期の会話は家族にとって死別後の心の安らぎとなる^{6,7)}。一方で, 終末期では家族間の不和が顕在化することがあり^{11,12)}, 思いを言葉にすることは必ずしも容易ではない。

終末期の患者を対象に, 周囲に思いを伝えることを介入要素に含むセラピーには, Dignity Therapy¹³⁾や Forgiveness Therapy¹⁴⁾があるが, 患者と家族のバーバルコミュニケーションを支えるのはセラピーに限られたことではない。医療者は日々のケアの中で患者と家族の

受付日 2018 年 3 月 29 日 / 改訂日 2018 年 5 月 31 日 / 受理日 2018 年 6 月 18 日

Corresponding Author: 中里和弘
東京都健康長寿医療センター研究所
〒173-0015 東京都板橋区栄町 35-2
TEL 03-3964-3241 FAX 03-3579-6441
E-mail: nakazato@tmig.or.jp

コミュニケーションを促進する役割を担っている¹⁵⁾。医療者が実践する支援として、患者や家族に伝えたい思いを引き出す言葉かけをしたり、両者が伝えづらい思いを橋渡しするなどが考えられ、患者と家族のコミュニケーションを促すスキル¹⁶⁾や質問¹⁷⁾、家族向けのパンフレット¹⁸⁾が提案されている。また臨終期の家族支援として、患者の聴覚機能の保持を保證することが臨床で広く受け入れられている¹⁹⁾。ただし終末期の患者と家族に、医療者がどのようなバーバルコミュニケーション支援をどの程度行い、支援を行うことがどのような効果を及ぼすのか、量的データを用いた検証は十分になされていない。

本研究では、終末期の患者と家族のバーバルコミュニケーション支援について、支援対象(患者・家族)と行為の主体(発信・受信)の組み合わせから、以下の4つから理解する。①患者の発信支援(患者が家族に思いを発信するための支援)、②患者の受信支援(患者が家族からの思いを受信するための支援)、③家族の発信支援(家族が患者に思いを発信するための支援)、④家族の受信支援(家族が患者からの思いを受信するための支援)である。

そこで本研究ではバーバルコミュニケーション支援の対象を家族に焦点化し、③家族の発信支援と④家族の受信支援を「患者と家族間の思いの言語化を支える家族支援(家族へのバーバルコミュニケーション支援と略)」と操作的に定義した。

本研究では遺族調査を基に、以下の2点から、家族へのバーバルコミュニケーション支援の実態を把握することを目的とした。1) 緩和ケア病棟における家族へのバーバルコミュニケーション支援の有無とその評価を得る。2) 家族へのバーバルコミュニケーション支援と「患者と家族との良好な関係性」および「ケアの全般的満足度」との関連性を検討する。支援の受け手である家族から支援の実態を把握することは、支援の振り返りに寄与すると共に、支援を行う際の配慮および改善点の整理に繋がる点において、終末期の家族支援のあり方を議論するうえで有益な資料を提示すると考える。

方 法

本研究は、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の研究事業「遺族によるホスピス・緩和ケアの質に関する研究2(J-HOPE2)」²⁰⁾の付帯研究として、2010年10月～2011年1月に実施した。

対象と調査方法

対象施設は2010年1月1日時点でホスピス・緩和ケア病棟承認届出受理施設195施設中、J-HOPE2に参加

同意した103施設であった。

2008年1月1日～2009年12月31日までの死亡患者の遺族について、施設の研究担当者が、2009年12月31日を起点に後ろ向きかつ連続的に適格基準に基づき対象リストを作成後、除外基準により対象を選定した。対象者の適格基準は、①がん患者の遺族、②死亡時の患者年齢が20歳以上、③遺族の年齢が20歳以上、④入院から死亡までの期間が3日以上であった。除外基準は、①遺族の同意が不能、②遺族が認知症、精神障害、視覚障害などで調査票記入が不可能または③精神的に著しく不安定なため、研究参加が不相当と担当医が判断した者、④家族にがんの告知がされていなかった者とした。本研究の対象は、J-HOPE2の全対象者10,006名中、968名であった。

調査方法は郵送による質問紙調査であった。事務局から調査票一式を施設に送付し、施設から対象者に調査票一式を郵送した。返信先は事務局であり、調査票への回答をもって参加への同意とした。調査参加拒否の場合、調査票表紙の「調査への参加を希望しない」の選択肢に丸を付け、返信を依頼した。詳細はJ-HOPE2調査²⁰⁾を参照のこと。

調査項目

1. 家族へのバーバルコミュニケーション支援

家族へのバーバルコミュニケーション支援を包括的に評価する項目は見当たらないことから、付録表1の作成手続きに基づき、独自に8項目を作成した。家族の発信支援は、「家族が患者に伝えたい思いの傾聴(項目1)」「家族から患者への言語化の勧め(項目2)」「家族から患者への言語化の具体的提案(項目3)」「家族が思いを伝えやすい雰囲気づくり(項目4)」「家族の思いを患者に伝える(項目6)」「患者の聴覚機能保持の保証(項目8)」の6項目であった。家族の受信支援は、「患者の思いを推察した家族への言葉かけ(項目5)」「患者の思いを家族に教える(項目7)」の2項目であった。項目1と8は、家族の言語化を方向づける明確な発信支援ではないが、項目1は、家族が患者に思いを発信するための下地作り、項目8は、看取り期に家族が患者に思いを発信することに繋がる情報提供であることから、発信支援として採用した。

回答は、医療者からの支援の有無と評価を組み合わせた選択肢を設けた。緩和ケア病棟の入院中に医療者から各支援が「あった」場合は、支援が「1. 助けになった」「2. やや助けになった」「3. 必要なかった」の3つの選択肢から、「なかった」場合は、その支援が当時、「4. あつたら良かったと思う」「5. 特に必要としなかった」の2つの選択肢から、1つを選択するように求めた(付録表2)。

表 1 家族へのバーバルコミュニケーション支援項目間の ϕ 係数

	支援 1	支援 2	支援 3	支援 4	支援 5	支援 6	支援 7	支援 8
支援 1		0.552	0.479	0.474	0.403	0.433	0.414	0.203
支援 2			0.624	0.529	0.402	0.478	0.451	0.263
支援 3				0.669	0.439	0.572	0.494	0.290
支援 4					0.443	0.597	0.556	0.297
支援 5						0.450	0.454	0.280
支援 6							0.730	0.274
支援 7								0.265
支援 8								

2. 患者と家族との良好な関係性

入院中の患者と家族との良好な関係性を評価する指標として、Good Death Inventory (GDI)²¹⁾のコアドメインの一つである「ご家族やご友人とよい関係でいること」の3項目を使用した。GDIは、遺族から患者の望ましい死の達成度を評価する尺度であり、日本人が望ましい死のあり方として、共通して重要だと考えるコアドメインの10領域、人によって重要さが異なるオプションドメインの8領域で構成されている。回答は“1. 全くそう思わない”～“7. 非常にそう思う”の7件法であった。本調査で使用した3項目は、「患者様はご家族やご友人と十分に時間を過ごせた」「ご家族やご友人に十分に気持ちを伝えられた」「ご家族やご友人から支えられていた」であり、合計得点を用いた。得点が高いほど、入院中に患者が家族や友人と良い関係でいられたと解釈される。

3. ケアの全般的満足度

入院中のケアの全般的な満足度に関して、先行研究^{22,23)}で使用されている1項目を用いた。「全般的にホスピス・緩和ケア病棟に入院中に受けられた医療は満足でしたか」の質問に対して、“1. 非常に不満”～“6. 非常に満足”の6段階で評価を得た。

4. ホスピス・緩和ケア病棟におけるケアの質の評価

患者が入院中に受けたケアの質は、患者と家族との良好な関係性²⁴⁾、ケアの全般的満足度²²⁾に影響を与える。ケアの質を評価する尺度として、ケアの構造・プロセスを評価する Care Evaluation Scale (CES)²²⁾を用いた。CESは10領域28項目から構成されている。回答は「1. 改善すべきところが大いにある」～「6. 改善すべきところがまったくない」の6件法であった。本調査では、全項目の合計得点を用いた。点数が高いほど、入院中に受けたケアの質が高かったと解釈される。

5. 患者・遺族の情報

患者情報は、年齢、性別、原発部位、最終入院日、死亡日を施設から収集した。遺族情報は、年齢、性別、患者との続柄を調査票で回答を求めた。

解析方法

家族へのバーバルコミュニケーション支援の単純集計を算出した。各支援の有無の関連性を検討するため、選択肢1～3を選択した場合を「支援あり(1点)」、選択肢4または5を選択した場合を「支援なし(0点)」の2値に変換し、連関係数(ϕ 係数)を算出した。家族へのバーバルコミュニケーション支援と「患者と家族との良好な関係性」および「ケアの全般的満足度」との関連性を検討するために、重回帰分析を行った。患者と家族との良好な関係性、ケアの全般的満足度を目的変数、家族へのバーバルコミュニケーション支援を説明変数とし、患者の性別・年齢、遺族の性別・年齢、患者との続柄、CESで調整した強制投入法による分析を行った。家族へのバーバルコミュニケーション支援は、選択肢1～3を選択した場合を「支援あり(1点)」、選択肢4または5を選択した場合を「支援なし(0点)」の2値に変換した。家族へのバーバルコミュニケーション支援は、項目間で強い連関が認められたことから(表1)、全項目の同時投入による多重共線性を避けるため、支援ごとに個別分析を行った。有意水準は両側0.05未満とし、統計解析はSPSS Statistics ver.21.0 (IBM)を用いた。

倫理的配慮

対象者リストはID番号で管理し、調査項目の患者情報は匿名化されたうえで、施設から収集した。対応表は施設が管理した。事務局が調査票のID番号を基に、患者情報と調査票の回答を結合した。J-HOPE2研究事務局である東北大学大学院医学研究科の倫理委員会の承認、および研究参加施設の倫理委員会または施設長の承認を得て実施した。

結果

649名から回答を得た(返信率:67.0%)。回答拒否者66名、家族へのバーバルコミュニケーション支援項目の全てに無回答であった47名を分析から除外し、536名を分析対象とした。患者と遺族の背景情報を表2に

表2 対象者背景(n=536)

	n (%)
患者	
性別	
男性	299 (55.8)
女性	236 (44.0)
平均年齢 (mean±SD, 歳)	72.5±11.8
平均入院日数 (mean±SD, 日)	39.3±45.6
発原部位	
肺	135 (25.2)
肝臓・膵臓・胆のう・胆管	95 (17.7)
食道・胃	78 (14.6)
大腸・直腸	57 (10.6)
腎臓・膀胱・前立腺	33 (6.2)
脳腫瘍・頭頸部	36 (6.7)
乳腺	28 (5.2)
子宮・卵巣	29 (5.4)
血液(白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫)	9 (1.7)
その他	35 (6.5)
遺族	
性別	
男性	169 (31.5)
女性	346 (64.6)
平均年齢 (mean±SD, 歳)	61.0±12.5
続柄	
配偶者	230 (42.9)
実子	185 (34.5)
婿・嫁	30 (5.6)
兄弟姉妹	30 (5.6)
親	18 (3.4)
その他	25 (4.7)

欠損データのため、合計が100%にならない項目がある。

示した。

家族へのバーバルコミュニケーション支援の有無とその評価

支援があった者の割合(選択肢1~3を回答した者)が高かった順に、まとめたものを図1に示した。医療者からの支援があった割合が高かったのは、「患者の聴覚機能保持の保証」63.5%、「患者の思いを推察した家族への言葉かけ」58.3%、「家族が患者に伝えたい思いの傾聴」48.0%であった。それ以外の支援では、支援があった者の割合は3割前後であった(図1)。

支援の評価では以下の特徴がみられた。支援があった者では、71.8~39.3%が「助けになった」と回答していた(付録図1)。支援がなかった者では、全ての項目で「特に必要としなかった」の方が「あったら良かったと思う」よりも多かった。「患者の聴覚機能保持の保証」では4割、それ以外の項目では2~3割の者が「あったら良かったと思う」と回答した(付録図2)。

家族へのバーバルコミュニケーション支援と「患者と家族との良好な関係性」および「ケアの全般的満足度」の関連性

患者と家族との良好な関係性、ケアの全般的満足度を目的変数とした重回帰分析結果を表3に示した。

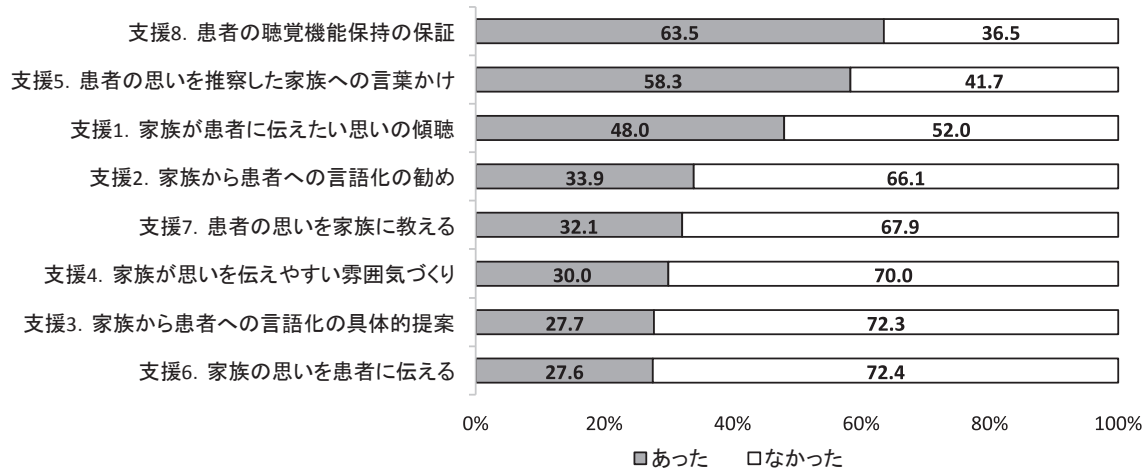
患者と家族との良好な関係性では、調整なし・調整あり共に、全ての支援で有意な関連が認められた。ケアの全般的満足度では、調整ありで、発信支援の「家族から患者への言語化の具体的提案(項目3)」、「家族の思いを患者に伝える(項目6)」、「患者の聴覚機能保持の保証(項目8)」、受信支援の「患者の思いを推察した家族への言葉かけ(項目5)」で有意な関連が認められた。調整変数のうち、CESのみが患者と家族との良好な関係性、ケアの全般的満足度を目的変数とした全ての重回帰分析で有意な関連が認められた。

考察

本調査は、遺族の視点から家族へのバーバルコミュニケーション支援の実態を明らかにした。まず支援の有無では、内容によって支援を受けた者の割合に差がみられ、最も支援を受けた割合が多かったのは「患者の聴覚機能保持の保証」の6割であった。これは臨終前後の医療者の対応を検討した先行研究²⁵⁾と同程度の割合であり、我が国の臨床で実践されている臨終前の家族支援と考えられる。次に支援を受けた者の割合が多かったのは「患者の思いを推察した家族への言葉かけ」「家族が患者に伝えたい思いの傾聴」であった。これらの対応は、日々のケアの中で自然な言葉掛けやケアとしてなされている可能性が伺えた。

一方、患者と家族間の思いの橋渡しに繋がる発信支援(家族の思いを患者に伝える)、受信支援(患者の思いを家族に教える)はどちらの場合でも、支援を受けたのは3割であった。また「家族から患者への言語化」の発信支援では、その内容が言語化を勧める言葉掛けなのか、それとも具体的なアドバイスをするのか、会話の流れを作るのか、その内容にかかわらず、支援を受けた者は3割であった。これらの支援は、「家族が患者に伝えたい思いの傾聴」よりも、患者と家族の関係性により踏み込んだ支援であると同時に、医療者の経験やスキルも深く関係する内容であり、簡単に実践されるものでないことを反映している可能性を考える。

当然のことながら、支援は一義的に全ての者に行えば良いというものではなく、支援を必要とする者としていない者を見極めることが重要である。本研究では、支援を受けた場合と受けなかった場合で別々に対応の評価を求めることで、現実に即した実態を反映することができたと考える。支援を受けた者では、支援を必要



質問項目

支援1：患者様に伝えておきたい言葉や思いを聞いてくれた。

支援2：「もし患者様に伝えておきたい言葉や思いがあったら、あなたから患者様に直接、思いを伝えたらどうか」などの言葉かけがあった。

支援3：患者様へ伝えておきたい言葉や思いについて、具体的に提案してくれた(例:「このように伝えてはどうですか」、「〇〇を伝えたら喜ばれるかもしれませんね」)。

支援4：患者様との会話の中で、あなたが伝えておきたい言葉や思いを伝えやすいよう、会話の流れを作ってくれた。

支援5：患者様の「あなたやご家族に対する思いや気持ち」を察した言葉かけがあった(例:「患者様はご家族のことをよく話されていて、家族を大切に思われているんですね」)。

支援6：「あなたが患者様へ伝えておきたい言葉や思い」を医療従事者が橋渡しをして、患者様へ伝えてくれた。

支援7：「患者様があなたやご家族に伝えておきたい言葉や思い」を、医療従事者が橋渡しをして、教えてくれた。

支援8：たとえ患者様の意識がなくても、患者様の耳は最期まで機能していること(あなたやご家族の言葉が聞こえること)を教えてくれた。

図1 家族へのバーバルコミュニケーション支援の有無

表3 家族へのバーバルコミュニケーション支援と「患者と家族との良好な関係性」および「ケアの全般的満足度」との関連(重回帰分析結果)

	患者と家族の良好な関係性				ケアの全般的満足度			
	調整なし		調整あり ^{a), b)}		調整なし		調整あり ^{a), c)}	
	sβ	adjR ²	sβ	adjR ²	sβ	adjR ²	sβ	adjR ²
支援1. 家族が患者に伝えたい思いの傾聴	.173**	.027	.148**	.134	.081	.004	.030	.358
支援2. 家族から患者への言語化の勧め	.143**	.018	.148**	.129	.063	.002	.035	.352
支援3. 家族から患者への言語化の具体的提案	.215***	.044	.200***	.157	.126**	.013	.090*	.377
支援4. 家族が思いを伝えやすい雰囲気づくり	.142**	.018	.114*	.125	.112*	.010	.061	.373
支援5. 患者の思いを推察した家族への言葉かけ	.219***	.046	.196***	.151	.194***	.035	.125**	.373
支援6. 家族の思いを患者に伝える	.168**	.026	.144**	.140	.128**	.014	.087*	.384
支援7. 患者の思いを家族に教える	.184***	.031	.156**	.140	.131**	.015	.063	.360
支援8. 患者の聴覚機能保持の保証	.210***	.042	.177***	.145	.194***	.035	.112**	.358

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05

sβ: 標準偏回帰係数, adjR²: 自由度調整済み R²

a) 患者の性別・年齢、遺族の性別・年齢、患者との続柄(「配偶者」を参照カテゴリーとする2つのダミー変数「実子ダミー」「それ以外ダミー」を作成)、CESで調整した。

b) 調整変数のうち、有意な関連が認められたのは、CES、遺族の年齢であった。それ以外の変数は有意な関連は認められなかった。支援ごとの重回帰分析におけるCES、遺族の年齢のsβは、次の通りであった。

[CES] 支援1: .321, 支援2: .318, 支援3: .323, 支援4: .322, 支援5: .309, 支援6: .333, 支援7: .317, 支援8: .314 (全て p<.001)

[遺族の年齢] 支援1: .116(n.s.), 支援2: .143(p<.05), 支援3: .130(n.s.), 支援4: .121(n.s.), 支援5: .155(p<.05), 支援6: .134(n.s.), 支援7: .161(p<.05), 支援8: .145(p<.05)

c) 調整変数のうち、有意な関連が認められたのは、CESのみであった。それ以外の変数は有意な関連は認められなかった。支援ごとの重回帰分析におけるCESのsβは、次の通りであった。

[CES] 支援1: .600, 支援2: .596, 支援3: .606, 支援4: .605, 支援5: .588, 支援6: .611, 支援7: .596, 支援8: .586 (全て p<.001)

としなかった者の割合は極めて少なく、支援に対する評価は概ね高かった。一方で支援を受けなかった者では、「患者の聴覚機能保持の保証」で4割、それ以外では2~3割の者が「あったら良かったと思う」と回答しており、支援のニーズの見極めに改善の余地があると考えられる。終末期の家族から患者への思いの言語化は、思いを言葉に伝えたい動機が強かった、日頃から思いを言葉にしていた者ほど思いを言葉にし、以心伝心の価値観が強かった者ほど思いを言葉にしないことが示されている²⁶⁾。今後、支援ニーズと思いの言語化の背景にある態度との関連を検討することが有益である。

終末期に患者と家族との関係性を強める機会を持つことは、患者のみならず家族にとっても重要な事柄である²⁷⁾。先行研究からは質の高いケアを提供することが、患者と家族との良好な関係性²⁴⁾、ケアの満足度の高さ²²⁾に繋がることと推測されたことから、調整変数としてケアの質を投入した。その結果、ケアの質を調整したうえでも、全ての支援で、支援があった者の方が、患者と家族がより良好な関係性でいられたと評価された。家族へのバーバルコミュニケーション支援が両者の関係性の強化に繋がる可能性を示す結果といえる。

一方、ケアの全般的満足度では、支援内容によって関連がみられるものとみられないものに分かれた。発信支援では、「家族が患者に伝えたい思いの傾聴」や「家族から患者への言語化の勧め」は関連が認められなかったものの、「家族から患者への言語化の具体的な提案」や「家族の思いを患者に伝える」は関連が認められた。思いの言語化に対して具体的なアドバイスをすることや、家族から患者に伝えたい思いを医療者が伝えることがケアの満足度に繋がる可能性が伺えた。ただし「家族の思いを患者に伝える」支援は、支援を受けた者の7%は「必要なかった」と回答しており、統計学的にはケアの満足度と関連を示すものの、配慮が求められる内容といえる。

それ以外には、「患者の聴覚機能保持の保証」で有意な関連が示された。「患者の聴覚機能保持の保証」は、支援を受けた者の7割が「助けになった」と回答し、支援を受けなかった者でも4割が「あったら良かったと思う」と回答しており、臨終期の患者と家族のバーバルコミュニケーションを支える重要な家族支援といえる。遺族の後悔には、最期に会話や言葉を交わさなかったことが挙げられている^{28,29)}。今回の調査では、「患者の聴覚機能保持の保証」支援の有無と実際の臨終期における言葉の有無、言葉にした(しなかった)事実に対する家族の認識との関係は不明である。今後、支援とケアの満足度を媒介する要因として、最期のお別れの言葉の有無、その事実に対する家族の認識との

関連を含めたメカニズムの検討が求められる。

受信支援に関しては、「患者の思いを推察した家族への言葉かけ」がケアの全般的満足度に関連していた。患者の思いを推察した医療者からの肯定的な言葉かけには、患者と家族の関係性を見極め、家族の置かれている立場や心情をくみ取ったうえで、その文脈に合った言葉かけをする難しさがある。ただし患者と家族との信頼関係のもと、必要に応じて患者の思いを察した言葉かけをすることは、家族に世話や介護に対する肯定的感情、患者との関係性の捉え方に肯定的な意味付けを与えることで、ケアの満足度に繋がるのではないかと考える。

なお重回帰分析結果からは、調整変数のうち、ケアの質の高さが患者と家族との良好な関係性やケアの全般的満足度に繋がることと示唆された。患者と家族のバーバルコミュニケーションの支援に関しては、ケアの満足に繋がる中核となるケアの質の向上を図ることを前提としたうえで、支援意義を理解することが重要といえる。

本研究の限界として、以下の点が挙げられる。1つ目に、本調査の回答応諾率は60%であった。未回答者ではケアの満足度が低い可能性もあり、本調査のケア評価が高い方向に偏っていた可能性を考慮する必要がある。2つ目に、本研究は回顧法によるデータであり、当時の記憶の正確さ、ケア評価への遺族の心理的適応の影響など、リコールバイアスが考えられる。3つ目は、本調査は横断データであり、変数間の因果関係を結論づけることはできない。4つ目は、家族へのバーバルコミュニケーション支援の項目は本調査で独自に作成したものであり、妥当性・信頼性の検討、回答のしやすさの改良が必要と考える。5つ目は、本調査は終末期の患者と家族のバーバルコミュニケーションの支援対象を家族に焦点化した。患者への支援も実践されていると考える。またノンバーバルコミュニケーションも患者と家族の思いの伝達を支える手段であり^{6,30)}、コミュニケーション支援にはノンバーバルコミュニケーションの視点も求められる³¹⁾。今後は患者と家族のコミュニケーションについてより包括的な視点から、研究知見の蓄積が期待される。

結 論

家族へのバーバルコミュニケーション支援は、内容によって支援を受けた者の割合に差がみられたものの、支援に対する評価は概ね高かった。一方で支援を受けなかった者の2~4割は「あったら良かったと思う」と回答し、支援のニーズの見極めに改善の余地があると考えられた。

患者と家族との良好な関係性では、8つの全ての支援で有意な関連が認められた。全般的ケア満足度では4つの支援で有意な関連が認められた。家族へのバーバルコミュニケーション支援は患者と家族との良好な関係性やケアの満足度に繋がる可能性を持つ点において、医療者が日々のケアの中で支援を行う意義が示唆された。

森田達也：講演料(塩野義製薬 株式会社, 協和発酵キリン株式会社)

宮下光令：企業の職員・顧問職(NPO 法人日本ホスピス緩和ケア協会理事), 原稿料(株式会社メディカ出版)

その他：該当なし

中里は研究の構想およびデザイン, 分析, データ解釈, 原稿の起草, 原稿の知的内容にかかわる批判的な推敲に貢献; 塩崎は研究の構想およびデザイン, 分析, データ解釈, 原稿の知的内容にかかわる批判的な推敲に貢献; 平井, 森田, 多田羅, 市原は研究の構想およびデザイン, 原稿の知的内容にかかわる批判的な推敲に貢献; 佐藤は研究データの解釈, 原稿の起草, 原稿の知的内容にかかわる批判的な推敲に貢献; 清水, 恒藤, 志真は研究データの収集, 原稿の知的内容にかかわる批判的な推敲に貢献; 宮下は研究データの収集, データ解釈, 原稿の知的内容にかかわる批判的な推敲に貢献した。すべての著者は投稿論文ならびに出版原稿の最終承認, および研究の説明責任に同意した。

文 献

- Nussbaum JF, Pecchioni LL, Robinson JD, et al. Communication and Aging, 2nd ed. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, 2000; 292-327.
- Doyle D. Caring for a Dying Relative: A Guide for Families. Oxford University Press, Oxford, 1994; 57-62.
- 瀬山留加, 石田和子, 中島陽子, 他. 大学病院における終末期がん患者が抱える日常生活動作の障害と看護支援の検討. 群馬保健学紀要 2008; 29: 3-8.
- 池永昌之, 諏訪直子, 児玉智之, 他. 末期がん患者の特徴. 淀川キリスト教病院ホスピス 編. 緩和ケアマニュアル, 第5版. 最新医学社, 大阪, 2007; 1-7.
- Prince-Paul M. Understanding the meaning of social well-being at the end of life. *Oncol Nurs Forum* 2008; 35: 365-71.
- Keeley MP. 'Turning toward death together': The functions of messages during final conversations in close relationships. *J Soc Pers Relation* 2007; 24: 225-53.
- Keeley MP. Final conversations: survivors' memorable messages concerning religious faith and spirituality. *Health Commun* 2004; 16: 87-104.
- Byock IR. The nature of suffering and the nature of opportunity at the end of life. *Clin Geriatr Med* 1996; 12: 237-52.
- Mccullough ME, Emmons RA, Tsang JA. The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *J Pers Soc Psychol* 2002; 82: 112-27.
- Gold M. When someone dies in the hospital: the family point of view. *Aging* 345; 18-22.
- Baker M. Facilitating forgiveness and peaceful closure: the therapeutic value of psychosocial intervention in end-of-life care. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2005; 1: 83-95.
- Prince-Paul M. Relationships among communicative acts, social well-being, and spiritual well-being on the quality of life at the end of life in patients with cancer enrolled in hospice. *J Palliat Med* 2008; 11: 20-5.
- Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* 2005; 23: 5520-5.
- Hansen MJ, Enright RD, Baskin TW, et al. A palliative care intervention in forgiveness therapy for elderly terminally ill cancer patients. *J Palliat Care* 2009; 25: 51-60.
- Prince-Paul M, Exline JJ. Personal relationships and communication messages at the end of life. *Nurs Clin North Am* 2010; 45: 449-63.
- Buckman R. Communication skills in palliative care: a practical guide. *Neurol Clin* 2001; 19: 989-1004.
- Block SD. Perspectives on care at the close of life. Psychological considerations, growth, and transcendence at the end of life: the art of the possible. *JAMA* 2001; 285: 2898-905.
- Center for Aging, John A. Burns School of Medicine. Preparing to say good-bye (Booklet 3). University of Hawaii, 2004. <http://www.hawaii.edu/aging/wp-content/uploads/2015/11/Saying-Goodbye.pdf> (2018年2月1日アクセス).
- Rosenberg JP, Hammill K. Health promotion and rehabilitation in palliative care. In Matzo M, Sherman DW eds. *Palliative Care Nursing: Quality Care to End of Life*, 4th ed. Springer, New York, 2015; 189-204.
- 清水 恵, 青山真帆, 森田達也, 他. 遺族による終末期がん患者への緩和ケアの質の評価のための全国調査: the Japan Hospice and Palliative Care Evaluation 2 study (J-HOPE2 study). *Palliative Care Res* 2016; 11: 254-64.
- Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 486-98.
- Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, et al. Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27: 492-501.
- Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. A nationwide survey of quality of end-of-life cancer care in designated cancer centers, inpatient palliative care units, and home hospices in Japan: the J-HOPE study. *J Pain Symptom Manage* 2015; 50: 38-47. e3.
- Choi JY, Chang YJ, Song HY, et al. Factors that affect quality of dying and death in terminal cancer patients on inpatient palliative care units: perspectives of bereaved family caregivers. *J Pain Symptom Manage* 2013; 45: 735-45.
- Shinjo T, Morita T, Hirai K, et al. Care for imminently dying

- cancer patients: family members' experiences and recommendations. *J Clin Oncol* 2010; 28: 142-8.
- 26) Nakazato K, Shiozaki M, Hirai K, et al. Verbal communication of families with cancer patients at end of life: A questionnaire survey with bereaved family members. *Psychooncology* 2018; 27: 155-62.
- 27) Heyland DK, Dodek P, Rocker G, et al. What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. *CMAJ* 2006; 174: 627-33.
- 28) 塩崎麻里子, 中里和弘. 遺族の後悔と精神的健康の関連: 行ったことに対する後悔と行わなかったことに対する後悔. *社会心理学研究* 2010; 25, 211-20.
- 29) 坂口幸弘, 池永昌之, 田村恵子, 他. ホスピスで家族を亡くした遺族の心残りに関する探索的検討. *死の臨床* 2008; 31, 74-81.
- 30) Generous MA, Keeley MP. Creating the final conversations scale: a measure of end-of-life relational communication with terminally ill individuals. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2014; 10: 257-81.
- 31) Callanan M, Kelley P. *Final Gifts: Understanding the Special Awareness, Needs, and Communications of the Dying*. Simon & Schuster, New York, 1992; 166-76.

Medical Staff's Support for Family Members Who Verbally Communicate Feelings to Patients in Palliative Care Units: A Survey of Bereaved Family Members

Kazuhiro Nakazato,¹⁾ Mariko Shiozaki,²⁾ Kei Hirai,³⁾ Tatsuya Morita,⁴⁾ Ryuhei Tatara,⁵⁾ Kaori Ichihara,⁶⁾ Shinichi Sato,⁷⁾ Megumi Shimizu,⁸⁾ Satoru Tsuneto,⁹⁾ Yasuo Shima,¹⁰⁾ and Mitsunori Miyashita¹¹⁾

- 1) Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology,
- 2) Department of Psychology, Faculty of Applied Sociology, Kindai University,
- 3) Clinical Psychology, Graduate School of Human Sciences, Osaka University,
- 4) Department of Palliative and Supportive Care, Seirei Mikatahara Hospital,
- 5) Department of Palliative Medicine, Osaka City General Hospital,
- 6) Division of Health Sciences, Graduate School of Medicine, Osaka University,
- 7) Clinical Thanatology and Geriatric Behavioral Science, Graduate School of Human, Science, Osaka University,
- 8) Clinical Research, Innovation, and Education Center, Tohoku University Hospital,
- 9) Department of Human Health Sciences, Graduate School of Medicine, Kyoto University,
- 10) Department of Palliative Medicine, Tsukuba Medical Center Hospital,
- 11) Department of Palliative Nursing, Health Sciences, Tohoku University Graduate School of Medicine

Objectives: This study aimed to clarify the presence and evaluation of eight types of support by medical staff for family members that aid the verbal communication of feelings to patients (i.e., verbal communication support for family members) in palliative care units. Further, the relationship between the presence of “verbal communication support for family members” and the variables of a “good relationship between patient and family,” and “overall care satisfaction” was assessed. **Methods:** A questionnaire was administered to 968 bereaved family members of patients who died in 103 palliative care units in Japan. **Results:** A total of 536 responses were analyzed. Although the proportion of the families who received support differed depending on the content, the evaluation of the support received by the families was positive overall. Multiple regression analysis showed a significant positive association ($p < 0.05$) for all eight types of support and those family members who reported a good relationship between patient and family. The results also showed a significant positive association ($p < 0.05$) between four support types (concrete proposal of families’ verbalization to the patients, telling to the patients the feelings that families want to convey, ensuring that the patients can hear, and words to families that imply the patient’s feelings toward his/her family) and overall care satisfaction. **Conclusion:** Identifying methods to improve medical staff’s “verbal communication support for families” in daily care may ultimately strengthen the relationship between patients and their families as well as lead to their increased satisfaction with care.

Palliat Care Res 2018; 13(3): 263–71

Key words: communicating feelings, verbal communication, end-of-life care, support for family
