

研究ノート

終末期を受けた患者を持つ家族および終末期医療従事者へのコミュニケーション介入の検討：系統的レビュー

安部 猛,^{1*} 塚本恵理香,² 鷹田佳典,¹ 小野充一¹

1 早稲田大学人間科学学術院 2 早稲田大学大学院人間科学研究科

抄録

背景：終末期医療では、患者の家族と医療従事者の精神的負担を軽減するために、患者との円滑なコミュニケーションが重要である。しかし、コミュニケーション・プログラムや教育による介入の効果は必ずしも明らかではない。そこで、系統的文献レビューを行った。

方法：検索エンジンには、Pubmed、MEDLINE、Web of Science、医中誌、CiNii を用い、該当期間は 1987 年～2014 年 5 月とした。キーワードは、終末期、家族もしくは医療従事者、コミュニケーションと層別に設定し、内容分析を行った。

結果：検索の結果、7 件の文献が該当した。コミュニケーション・プログラムの介入前後、もしくは対照群との比較によって、有意差が見られたものは、医療従事者のコミュニケーション・スキルの向上、家族の PTSD および不安・抑圧の軽減であった。また、介入研究の問題や今後の課題が抽出された。

考察：終末期医療でのコミュニケーション介入研究は萌芽期であり、海外に比べ国内での知見が少ないことから海外との文化の違いを考慮に入れ、介入プログラムとアウトカムを設定する必要があると考えられる。そのことにより、患者家族、および医療従事者のアウトカム改善に貢献できる。よって、わが国の終末期患者家族と医療従事者に対する、有用性の高いコミュニケーション・プログラムの開発と介入研究が急務である。

キーワード：終末期、コミュニケーション、プログラム開発、レビュー

1. はじめに

癌などの疾病により末期状態にある患者に終末期医療を提供する医療機関において、患者の家族、および医療従事者（医療機関に勤務するスタッフ、例：看護師、コメディカルスタッフ）は、多くの精神的負担を負うことから、家族と医療従事者が患者との円滑なコミュニケーションをとることは、患者に質の高い医療を提供する上で重要な要素である[1]。わが国をはじめ、各国で終

末期医療でのコミュニケーションに言及したガイドラインも多数提示されている（表 1）[2-6]。

他のヘルス・コミュニケーション分野の知見と同様、終末期医療の現場で留意すべきコミュニケーションの特徴として、患者は恐れや心配ごとを医師ではなく医療従事者に相談する傾向があること[4-6]、医療従事者にとって非言語コミュニケーション、オープンクエスチョン、および傾聴が重要

表 1. 終末期医療とコミュニケーションに関する各国のガイドライン

| 国 | 団体 | ガイドライン名称 |
|-----------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Australia | The Australian Medical Association | Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers |
| UK | National End of Life Care Programme | Principles of Good Communication |
| USA | National Cancer Institute | Communication in Cancer Care - Patient Version / - Health Professional Version |
| Japan | 日本緩和医療学会 | 治療ガイドライン |
| | 日本ホスピス緩和ケア協会 | 教育カリキュラム: コミュニケーション (アサーション) |

であることが挙げられる[4-6]。また、終末期医療でのコミュニケーションの障壁として、患者側の要因には、医療従事者の負担になるのではという危惧、

医療従事者側の要因には、言うべきことを知らないと感じることなどが挙げられる（表2）[4-6]。次に、関連研究の動向であるが、以下のように大

表 2. 終末期医療でのコミュニケーションにおいて障壁となるもの

| 患 者 | 医療従事者 |
|-------------------------|-----------------|
| 言語(欧米) | 言語(欧米) |
| 感情的になることへの恐れ | 強い感情を受けた時の対処 |
| 疲労・病気の症状 | 言うべきことを知らないと感じる |
| 医療従事者への負担になっているのではという危惧 | 患者のことをよく知らない |

大きく分けて二つの分野が挙げられる。第一に、医師－患者間コミュニケーションと患者予後・余命との関連を検討した研究である。患者への病名告知や余命告知、いわゆる悪い知らせ (bad news) のタイミングに関する知見が多い[1]。第二に、終末期医療を受けた患者を持つ家族、および医療機関の医療従事者が、患者の死というトラウマティックな出来事から受けるとされる外傷後ストレス障害 (Post-traumatic stress disorder: PTSD) などの精神疾患的なアウトカムに対する、コミュニケーションによる緩和作用の研究である。これについては、一貫した知見が得られていない[7]。知見が多様な理由として、二つ挙げられる。一つは、終末期患者の家族において、心理的影響に対するリスク要因が個々で異なることによる影響である[7,8]。このことから、家族の特性に応じたテーラーメイドの介入プログラムの必要性が示唆される。二つ目の理由は、家族の死など外傷的イベントに遭遇した後、ストレスにより PTSD を発症する場合と外傷後の成長 (Post-traumatic growth: PTG) となる場合があり (図 1) それぞれに関連する要因が明らかにされていないことの影響である[9]。特に、PTG は心理学分野での研究が多いが[9]、今後、終末

期医療分野での実態解明も必要である。

また、これまでの終末期医療におけるコミュニケーション研究の特徴は、以下の 3 つである。第一に、上記で挙げた研究においても指摘されているが、コミュニケーションによる介入の内容やタイミングが統一されていない点である[7]。第二に、研究の対象者が多岐にわたり、かつ知見が一貫していない点である。例えば、乳癌サバイバー (breast cancer survivor) 自身、および小児がん患者を持つ親に対する心理的ストレスに関する研究では、早期のコミュニケーション介入の有効性が報告されているが[1]、ICU 患者家族では、家族の特性に応じたコミュニケーションの重要性が指摘されている[10]。第三に、特に患者家族と医療従事者に対しては、コミュニケーションを共変量とした観察研究は多いが介入研究が少ない点である。

このように、終末期医療を受けた患者を持つ家族、および終末期医療従事者の健康アウトカムを緩和するコミュニケーション・プログラムに関し、一貫した知見が得られない理由や課題が見られる。これらの課題を克服し、現場で活用可能な知見を得るため、現在の終末期医療におけるコミュニケーションの介

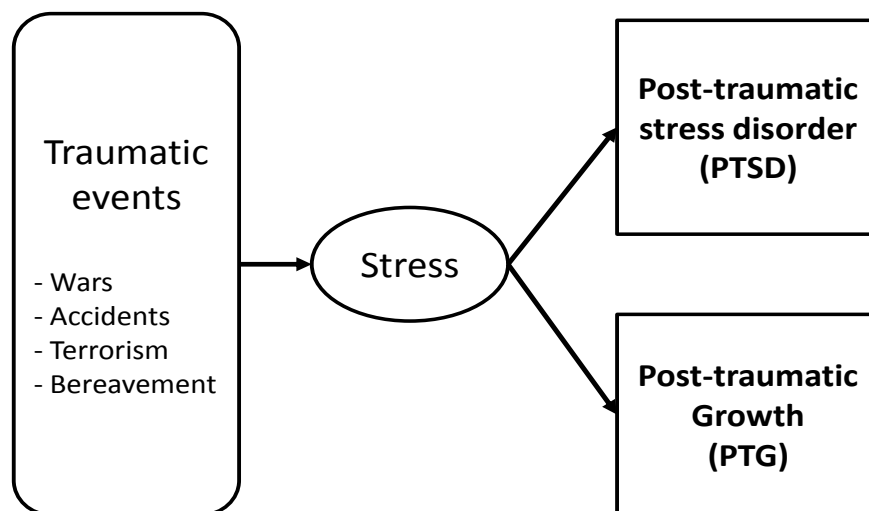


図 1. 外傷的イベント発生後の転帰。例えば、家族が終末期医療の後に死亡した場合、残された家族には外傷的イベントとなる。イベント後のストレスによる転帰について、外傷後ストレス障害 (Post-traumatic stress disorder: PTSD) となる場合と、外傷後成長 (Post-traumatic growth) となる場合がある。

入研究による知見の確立が喫緊の課題である。そこで、本研究では、一連の研究の予備的研究として、終末期患者家族および医療従事者のコミュニケーション介入に関し系統的文献レビューを行った。本研究で得られる知見は、今後、終末期患者の家族や医療従事者におけるアウトカムとコミュニケーションとの関連を特定する観察研究の基礎的資料となりうる。また、ヘルス・コミュニケーション・プログラムの開発と介入研究、ひいては家族と医療従事者のアウトカム改善に貢献できる可能性がある。

2. 方法

2.1. 文献検索

文献を検索するため、文献検索エンジンはPubmed、MEDLINE、Web of Science、医中誌、CiNii を用いた。

該当期間は1987年～2014年4月までとして文献検索した(図2)。

以下のように3層からなる層別のキーワードを設定し、層内のいずれかのキーワードに関連する文献を選択した。

第1層：終末期に関連するキーワード (“terminal” or “end-of-care”)

第2層：家族もしくは医療従事者(スタッフ)に関連するキーワード (“family”, “staff”, “interprofessional”, “nurse”, “co-medical”)

第3層：コミュニケーションに関連するキーワード (“communication”)

次に、全三層で掛け合わせを行い、三層すべての条件を満たす文献を特定した。文献検索の選択基準

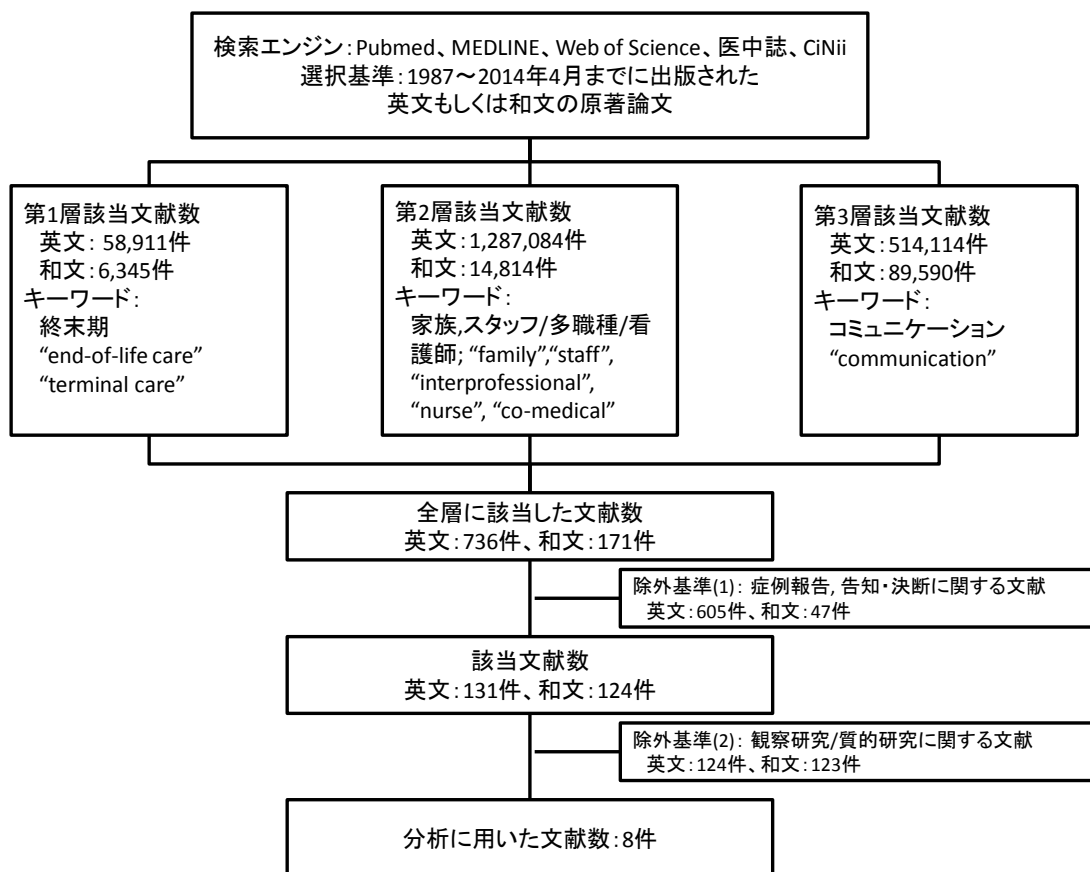


図2. 終末期、家族もしくは医療従事者、コミュニケーションに関する文献収集におけるフローダイアグラム。最終的に8件の文献が該当した。

は日本語もしくは英語による原著論文とした。除外基準は、(1) 症例報告、告知、治療もしくは延命の決断のみに関する論文、(2) 観察研究もしくは質的研究に関する文献とした。

2.2. 分析

検索の結果、選択された文献を出版年、著者名順に分類した。ここで、コミュニケーション介入内容が多岐にわたる可能性があり、アウトカムも一定ではないことから、メタ分析 (meta analysis) による効果量の統計学的検討はできないことが予測される。そのため、該当した文献について内容分析を行った。

まず、文献ごとに介入内容とアウトカムを特定した。次に、出版時期と介入内容およびアウトカムに関連がないか検討した。さらに、今後の介入研究実施に備え、文献で提示されているコミュニケーション介入研究の課題を整理し、倫理的問題についても検討した。

3. 結果

3.1. 検索手順のフローダイアグラム

三つの層のキーワードを用いた検索の手順についてフローダイアグラムを図2に示した。

これらすべての層のキーワードに該当した文献は 907 件で、選択基準、および除外基準を適用し最終的に該当した文献は 8 件、出版年は 2006 年～2014 年であった。8 件の文献のうち、3 件はプロトコルに関する論文で現在介入が継続中であった。

3.2. 分析結果

該当した文献 8 件の一覧および内容分析の結果を表 3 に示した。6 文献のうち、直近 2 年間の 3 件は現在介入が継続中であった。一方で、他の 2006 年から 2008 年までの 3 件の研究では、すべて介入効果が統計学的に有意であった。介入内容は、パンフレット配布、ワークショップ、家族カンファレンス、ビデオによるカンファレンスであり、アウトカムは、抑うつ尺度、不安症状尺度、PTSD 尺度、QOL 尺度、

コミュニケーション・スキルと様々であった(表 3)。

表 3 に示す検索された文献のうち、Zapka et al (2006)によれば、医療従事者を対象としたグループワークを取り入れたコミュニケーション介入によって、自己評価によるコミュニケーション・スキルは向上していた(介入前:32.4、介入後:35.3、 $p=0.009$)。終末期に対する態度(23項目)では有意差は見られなかった(23項目前後比較の p 値の範囲: $p=0.08-1.00$)。Lautrette et al. (2007)によれば、家族カンファレンスとリーフレットを使用した介入群では対照群と比べて、PTSD(介入群:45%、対照群:69%、 $p=0.01$)、HADSによる不安・抑うつ尺度平均値(介入群:11、対照群:17、 $p=0.004$)が有意に低かった。Allen et al (2008)によれば、3週間にわたり、積極的コミュニケーション(例:家族による緩和医療での経験の想起と開示)のワークショップを受けた介入群家族では、電話サービスのみを受けた対照群家族と比べて、プログラムの前後での主観的ウェルビーイングに有意差は見られなかった(介入群前後:4.24-4.18、対照群前後:4.14-4.50、 p 値は ns のため報告なし)。一方で、Curtis et al. (2014)によれば、ロールプレイを取り入れたコミュニケーション・スキル・トレーニングの介入を受けた医療従事者は、対照群と比べてコミュニケーションの質の有意な向上は見られなかった($p>0.05$)。また、山本ら(2013)によれば、医療従事者に対する倫理・コミュニケーション勉強会の前後で、ケアに対する困難感を比較しており、平均値は軽減していた(介入前:3.20、介入後:3.09)が、統計学的検定は行われていなかった。

次に、文献で取り上げていたコミュニケーション介入研究の課題と倫理的問題については、以下の通りである。Zapka et al. (2006)による研究では、介入群と対照群を設定する際、リクルートする人数に限りがあると、検出力の確保と Type I エラーを抑える程度のサンプルサイズの確保が困難であるとしている。Lautrette et al. (2007)による研究では、患者家族を対象

表 3. 終末期医療を受けた患者の家族および終末期医療従事者へのコミュニケーションプログラムによる介入研究

| Author | Journal | Intervention (vs. Control, if any) | Scales and Effects of Primary Outcomes |
|-------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zapka et al. ¹ | Palliative and Supportive Care 2006; 4: 37-46 | 4 hour workshop curriculum: Didactic – slides Group discussion among staffs (n=59) | Mean scores of self-assessed skill preparation: Pretest vs. posttest: 32.4 vs. 35.3 (p=0.009) Mean scores of attitudes about end-of-life (23 items): p values = 0.08-1.00 |
| Lautrette et al. ² | New England Journal of Medicine 2007; 356: 469-478 | Family conference conducted according to specific guidelines and ending with the delivery of a bereavement information leaflet (n=63) vs. customary conference for families (n=63) | Prevalence of IES (PTSD): Intervention vs. control: 45% vs. 69% (p=0.01) Median of HADS (anxiety and depression): Intervention vs. control: 11 vs. 17 (p=0.004) |
| Allen ³ | Journal of Palliative Medicine 2008; 11: 1029-1038 | Three sessions basically once a week, based on A Guide for Recalling and Telling Your Life Story by Hospice Foundation of America (n=17) vs. three supportive telephone calls for families (n=14) | Mean scores of subjective well-being: Intervention baseline-time1: 4.24-4.18 Control baseline-time1: 4.14-4.50 (ns) Mean scores of CES-D (depression) Intervention baseline-time1: 13.45-12.58 Control baseline-time1: 8.08-9.17 (ns) |
| Curtis et al. ^{*4} | Contemporary Clinical Trials 2012; 33: 1245-1254 | By a communication facilitator, based on self-efficacy theory: 1) Knowledge 2) Attitudes 3) Behavior for ICU team and families | (Depression (PHQ-9), PTSD (PCL), Anxiety (GAD-7)) |
| Dallas et al. ^{*5} | Contemporary Clinical Trials 2012; 33: 1033-1043 | Three sessions once a week: based on FACE advance care planning for families | (QOL (GHQ), Depression (BDI-II), Anxiety (BAI)) |
| Kruse et al. ^{*6} | Clinical Trials 2013; 10: 160-169 | Regular video conferencing vs. usual care for families | Caregiver's perceptions of pain management, Anxiety (GAD), Patients' pain |
| Curtis et al. ⁷ | JAMA 2014; 310: 2271-2281. | 8-session, simulation-based communication skills intervention (n=211) vs. usual education (n=234) towards trainees for internal medicine and nurse practitioner evaluated by patients and family | Difference in mean scores of quality of communication towards practitioners (17 items with Likert scale): 0.4 (95%CI: -0.1-0.9, p=0.15) evaluated by patients 0.1 (95%CI: -0.8-1.0, p=0.88) evaluated by family |
| 山本他. ⁸ | 共済医報 2013; 62: 52-56. | 倫理勉強会 (n=15) | 一般病棟の看護師の終末期がん患者のケアに対する困難感尺度平均値 介入前: 3.20; 介入後: 3.09 (検定なし) |

*現時点で進行中、介入プログラムに関する論文

として介入群と対照群を設定した際、研究プロセス管理の上でベースラインの特徴が同質でなくなる可能性、盲検化の限界、および文化の違いによる影響を指摘している。すなわち、Lautrette et al. (2007)らによれば、当該研究はフランスで実施されたため、医療現場は父権主義的であり終末期での医療決断は医師主導であることから、例えば近年のわが国のように、家族との対話による意思決定を重視する可能性の高い、フランス以外の文化圏では知見の一般化に限界があるとしている。Allen et al. (2008)による研究では、介入試験前後だけではなく、介入終了後の長期間にわたる効果測定が必要であると指摘している。Curtis et al. (2012)による研究では、患者家族によっては、患者が医療機関を退院したり死亡した後も、引き続きコミュニケーションにおける介入を希望する場合があります、継続的な介入とその評価が必要であると指摘している。Dallas et al. (2012)による研究では、終末期医療における患者家族への介入研究では、十分なサンプルサイズの確保が困難であると指摘している。Kruse et al. (2013)による研究では、終末期医療の患者の状態によっては、患者家族への介入に十分な時間が取れないため、研究参加へのリクルートプロセスに問題が生じる場合があると指摘している。

4. 考察

終末期医療を受けた患者の家族、および終末期医療従事者のコミュニケーションに関し、家族および医療従事者によるアウトカムとのポジティブな関連を示唆した研究は多く報告されている[7,8]。一方で、方法論、リクルートプロセス上の課題、倫理上の問題から、一貫した知見が得られていない現状があった。そこで、本研究では、終末期患者家族と医療従事者のコミュニケーション介入に関し系統的文献レビューを行った。検索条件を満たした文献について内容分析を行ったところ、介入内容が家族カンファレンス開催からパンフレット配布までと様々であっ

た(表3)。また、アウトカムについても、ほとんどが心理的状态に関する尺度でその内容も多様であった(表3;例:抑うつ、不安、PTSD)。また、直近2年分の研究報告が、現時点で進行中の研究プロトコルに関する文献であった。よって、終末期医療におけるコミュニケーション研究は、未だ十分であるとは言えない。

コミュニケーション・プログラムの介入効果について、介入前後もしくは、介入群と対照群との比較により改善が見られたのは、医療従事者のコミュニケーション・スキルの向上、家族の PTSD および不安・抑圧の軽減であった(表3)。しかし、家族の主観的ウェルビーイング、週末着に対する医療従事者の態度、家族の評価による医療従事者へのコミュニケーションの質については、有意差が認められなかった(表3)。すなわち、コミュニケーション・プログラム介入は、精神的負担は軽減される可能性があるが、家族の健康に対する効果や、家族と医療従事者の双方向評価によるコミュニケーションの質向上には不十分であった。終末期医療におけるコミュニケーションの重要性は示唆されていたが[4-6]、現在のところ、質の高いエビデンスが十分にあるとは言えない。よって、家族および医療従事者へのアウトカムに寄与するコミュニケーション・プログラムの開発と質の高い比較研究が必要である。

また、本研究で得られた結果から、終末期における家族および医療従事者へのコミュニケーション介入に関する特徴と今後の課題は以下の通りである。まず、この分野の介入研究は萌芽期であり、今後は、文化の違いを考慮に入れた上で、介入プログラムとアウトカムを設定する必要があると考えられる。欧米での知見がそのまま当てはまらない場合も考えられることから、終末期医療での家族と医療従事者のコミュニケーションの実態把握が急務であり、大規模多施設観察研究が必要である。また、介入研究実施の際は、リクルート時点で末期患者の病状に

よって患者家族に介入できる時間の長さが大きく異なるため、介入の適切な評価が困難になる可能性が高い。よって、いかに同質性の高いグループを設定できるかが、介入研究を成功させる上で重要となる。さらに、終末期といっても患者本人を交えた緩和ケアであったり、緊急の判断を迫られる ICU では文脈が大きく異なる点も注意が必要である。介入後のフォローや、継続的な評価も大きな課題である。

本研究にはいくつか限界がある。まず、知見の外的妥当性について述べる。本研究では、英語および日本語以外の文献については収集・考察できていない。英語論文によって多くの国から研究報告されている可能性は高いが、意思決定について医師による父権主義的かかわりによる決断か、家族との対話を重視した決断かといった文化の違いによる介入内容や効果の違いが指摘されているため(表3; Lautrette et al. 2007)、できるだけ多くの言語による論文を精査することで現在の研究動向を正確に把握できる可能性がある。次に、知見の客観性について述べる。本研究による文献検索の結果、該当文献の介入内容とアウトカムが多様であったため、メタ分析による統計学的検討ができなかった。終末期医療を受けた患者の家族と終末期医療従事者のコミュニケーションは近年ようやく増加していることから(表3)、今後は、介入内容とアウトカムが同質となる研究報告が増えると考えられる。将来的には、メタ分析も可能となり、より質の高いエビデンスが得られる可能性がある。

5. 結論

本研究では、終末期患者家族と医療従事者へのコミュニケーション・プログラム開発と介入研究の予備的研究として、国内外文献の系統的レビューを行った。わが国に特有の、終末期患者家族と医療従事者に対する有用性の高いコミュニケーション・プログラムの開発および質の高い比較研究による検討

が急務である。本研究で得られる知見は、今後、終末期医療を受けた患者の家族や終末期医療従事者におけるアウトカムとコミュニケーションとの関連を特定する観察研究の基礎的資料となりうる。また、ヘルス・コミュニケーション・プログラムの開発と介入研究、ひいては家族と医療従事者のアウトカム改善に貢献できる可能性がある。

[参考文献]

- [1] Lowy SE. Communication between the nurse and family caregiver in end-of-life care: a review of the literature. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2008; 10: 35-48.
- [2] 日本緩和医療学会. ガイドライン. <http://www.jspm.ne.jp/guidelines/index.html> (閲覧: 2013年8月1日).
- [3] 日本ホスピス緩和ケア協会. ホスピス緩和ケア教育カリキュラム(多職種用). http://www.hpcj.org/med/ed_curric.pdf (閲覧: 2013年8月1日).
- [4] Clayton JM., Hancock KM., Butow PN., et al. Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *Medical Journal of Australia*, 2007; 186: S77-S108.
- [5] National End of Life Care Programme. Principles of Good Communication. (<http://www.endoflifecare.nhs.uk/search-resources/resources-search/publications/imported-publications/principles-of-good-communication.aspx>, Accessed Aug. 1. 2013).
- [6] National Cancer Institute. Communication in Cancer Care. <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/sup>

- portivecare/communication/healthprofessiona
l/page1 (閲覧: 2013年8月1日) .
- [7] Makowski SK. Who is at risk for psychological distress?: a patient-centered process to identify risk for posttraumatic stress disorder and depression in families of ICU patients. *Chest* 2011; 139: 743-744.
- [8] Kross EK., Engelberg RA., Gries CJ., et al. ICU care associated with symptoms of depression and posttraumatic stress disorder among family members of patients who die in the ICU. *Chest* 2011; 139: 795-801.
- [9] Baumgardner SR., Crothers MK. *Positive Psychology*. 2009. Uppre Saddle River, NJ: Prentice Hall; 66-71.
- [10] Davidson JE., Powers K., Hedayat KM., et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. *Critical Care Medicine* 2007; 35: 605-622.
- Appendix: 分析に使用した文献一覧 (表3)
1. Zapka JG., Hennessy W., Lin Y, Johnson L., et al. An interdisciplinary workshop to improve palliative care: advanced heart failure: clinical guidelines and healing words. *Palliative and Supportive Care* 2006; 4: 37-46.
 2. Lautrette A., Darmon M., Megarbane B., et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *New England Journal of Medicine* 2007; 356: 469-478.
 3. Allen RS., Hilgeman MM., Ege MA., et al. The Legacy Activities as interventions approaching the end of life. *Journal of Palliative Medicine* 2008; 11: 1029-1038.
 4. Curtis JR., Ciechanowski PS., Downey L., et al. Development and evaluation of an interprofessional communication intervention to improve family outcomes in the ICU. *Contemporary Clinical Trials* 2012; 33: 1245-1254.
 5. Dallas RH., Wilkins M., Wang J., et al. Longitudinal pediatric palliative care: quality of life & spiritual struggle (FACE): design and methods. *Contemporary Clinical Trials* 2012; 33: 1033-1043.
 6. Kruse RL., Oliver DP., Wittenberg-Lyles E., et al. Conducting the ACTIVE randomized trial in hospice care: keys to success. *Clinical Trials* 2013; 10: 160-169.
 7. Curtis JR., Back AL., Ford DW., et al. Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. *JAMA* 2014; 310: 2271-2281.
 8. 山本美夕紀, 皆嶋亜希子, 今莊聡美, 他. 急性期病院の腫瘍内科病棟看護師の倫理的ジレンマの変化: 倫理勉強会と倫理カンファレンスを実施して. *共済医報道* 2013; 62: 52-56.