

## 高齢がん患者の終末期に関する意思決定支援の実際と課題

森 一恵\*, 杉本知子\*\*

### Actual state of and challenges in decision-making support for the terminal care of elderly cancer patients

Kazue Mori\*, Tomoko Sugimoto\*\*

#### 要 旨

本研究の目的は高齢がん患者に看護師が行う終末期の意思決定の支援の実際と課題について明らかにすることである。調査は、がんに対する積極的な治療から緩和ケア中心の治療に方針を転換した（以下、ギアチェンジとする）高齢がん患者のいる施設に勤務し同意が得られた看護師 15 名に半構成的質問紙を用いた面接を行った。尚、本研究は岩手県立大学の倫理審査で承認を得ている。

高齢がん患者のギアチェンジの実際において「家族が代理意思決定できるように環境と支援チームを調整する」「在宅に移行しにくい認知症患者でも、余命が限られていると家族は受け入れやすくなる」などの 6 カテゴリーが、意思決定の課題として「看護師が患者の代理意思決定における代弁者の役割を果たせていない」「代理意思決定をする家族の意思に患者の意見が反映されない」など 3 カテゴリーが抽出された。

高齢がん患者の意思決定場面では、認知症の有無が家族の代理意思決定にも影響を与えていることが考えられた。また、高齢がん患者に関わる看護師の役割が患者の代弁者として倫理調整の役割を果たすためには家族に患者のケアや状況を説明する能力が求められていると考える。

キーワード：高齢者、がん看護、終末期看護、意思決定

#### I. はじめに

がん治療の進歩と医療保障制度の構造の変化<sup>1) 2)</sup>により、多くのがん患者ががん専門病院やがん診療連携拠点病院などで急性期の治療を終えると在宅や指定介護老人福祉施設へと療養の場を移している<sup>3)</sup>。そのためこれらの場における緩和医療の提供が求められている。実際今日では、終末期にあるがん患者が在宅や一般病院、介護老人保健施設などで過ごす機会が増えている<sup>4)</sup>。加えてわが国では高齢者人口の進展と認知症高齢者の増加が報告されている<sup>5)</sup>。これらのことから、がん治療の進歩によりがんサバイバーが高齢化し、治療方針の変更が必要になる。がん患者の問題において、認知症のある高齢がん患者の増加がある。つまり、高齢がん患者の治療や療養の場に関する意思決定の問題が増えているといえる。

また、高齢者の場合、がんの悪性度が低いと考えられる病状であっても、基礎疾患の存在、治療の適応と副作用の判断の難しさ、家族支援の問題などの事情によって必ずしも予後を良好な状況で迎えられない。このような状況から、高齢がん患者が積極的治療の対象からギアチェンジされ、その後の過ごし方の決定が必要になる場合があると考えられるが、高齢がん患者の意思決定には困難な要素が含まれている<sup>6) 7) 8)</sup>。以上のことから高齢者が終末期をどこで迎えるかについての現状に合った方向性のある指針がない状況が続いている。

本研究では、がん専門病院以外の施設において高齢がん患者がギアチェンジを行う時に看護師がどのように終末期に関する意思決定に関わっているかを明らかにし、がん専門病院以外での終末期ケアにおける問題と効果的

受付日：平成 23 年 10 月 17 日 受理日：平成 23 年 12 月 16 日

\* 岩手県立大学看護学部

\*\* 神奈川県立保健福祉大学看護学部



な意思決定支援について検討する。また、これらの患者への意思決定をめぐる看護師の支援については、高齢がん患者に焦点化した知見を集積していく必要があり、本研究がその一助になると考える。

## II. 研究目的

がん専門病院以外の施設における高齢がん患者に対して看護師が行う終末期に関する意思決定の支援の実際、ならびに、効果的と考える意思決定支援の課題について明らかにする。

### 用語の定義

高齢がん患者：がん患者で治療中、治療終了後の退院および継続治療、在宅看護支援などを受けている高齢者

ギアチェンジ：現代医療において可能な集学的治療の効果が期待できず、治療を目的とした積極的な治療がむしろ不適切と考えられる状態になったときに緩和ケア中心の医療に切り替えること

## III. 研究方法

### 1. 対象者

高齢がん患者にギアチェンジ後のケアを提供している施設（一般病院、訪問看護ステーション、介護保険施設等）で経験年数が3年以上の勤務経験のある看護職員15名。

### 2. 研究期間：平成22年7月～平成23年3月

3. 調査施設：本研究の目的に即した関東・東北圏内でがん専門病院以外の一般病院、訪問看護ステーション、介護保険施設とする。一般病院はがんの診断・治療を行う急性期治療施設の側面と、ギアチェンジ後の転院先の終末期の療養施設としての2つの機能を有するため調査施設に一般病院を含めた。

### 4. 調査方法

対象者の背景（年齢、性別、最終学歴、勤務年数など）について自記式質問紙を作成し、対象者が記述した。研究者が独自に作成した半構成的質問用紙（①ギアチェンジ後の高齢がん患者の意思決定にどのような支援を行っているか、②ギアチェンジ後の高齢がん患者の意思決定の支援の阻害要因、③ギアチェンジ後の高齢がん患者の意思決定における課題）に沿って、半構成的面接

を1回行った。面接はプライバシーの守られる個室で行い、面接時間は30～40分とした。インタビュー内容は対象者の許可を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成し、データとした。

### 5. 分析方法

得られた質的データについては逐語録を作成し、上記の半構成的質問①②③の内容についてKrippendorffの内容分析方法を用いて分析した。分析は意味単位ごとに単位化したものをコード化し、同じ意味内容をまとめてサブカテゴリー化・カテゴリー化を抽出した。また、分析に当たっては、複数の研究者と共に逐語録を読み返し解釈が研究者間で一致するまで繰り返し吟味し、信憑性、真実性を担保した。

### 6. 倫理的配慮

対象となる全ての病院に対して調査への参加依頼をはじめに行った。依頼に際しては岩手県立大学の倫理審査を受けて承認されたこと、研究の目的・方法を説明し、参加に対し自由意思での同意が得られた者を対象者とした。対象者のデータは番号をつけて管理し、個人名および施設名が特定されないように配慮した。

対象者は自由意思での参加を行った場合でも、答えたくない質問には答えなくてもよいこと、途中で止めても何ら支障はないことを保証した。面接時は個人のプライバシーの確保できる個室で行い、面接に際しての時間は対象者の業務および私事に支障のない時間を相談して決めた。

面接で得られた資料の取り扱いについて、面接時には、対象者に許可を得てから録音し逐語録を作成した。許可の得られなかった場合には、研究者が面接内容をできるだけ正確に記述して記録を残すことを説明した。対象者の同意が得られない場合は、筆記にて逐語録を作成した。また、研究結果は公表するが、個人名や施設名を特定されないよう配慮した。面接で得られたデータは、認証機能付きのUSBでデータを管理し、鍵のかかるロッカーで厳重に保管した。研究終了後は速やかにデータを消去し、紙媒体のものはシュレッダーをかけて破棄した。



## IV. 結果

### 1. 対象者のプロフィール

対象施設は介護老人保健施設 1 施設, 訪問看護ステーション 2 施設, 一般病院 4 施設, ショートステイ併設診療所 1 施設であった。研究参加への依頼を行った 15 名の全員に研究参加への同意と面接内容の録音の同意が得られた。全員女性で平均年齢 43.4 歳, 平均勤務年数 19.7 年であった (表 1)。

### 2. ギアチェンジ後の高齢がん患者の意思決定における支援の実践

認知症高齢がん患者のギアチェンジの実践において 52 コード, 15 サブカテゴリー, 【認知症の有無に関わらず, ギアチェンジの選択時に心理的ケアを行う】【在宅に移行しにくい認知症患者では余命や治療の限界を家族が受けられるよう説明する】【患者の在宅ケアで家族が成長したことに共感する】【家族が代理意思決定できるように環境と支援チームを調整する】【在宅に移行するときには家族の支援体制の評価が不可欠である】【認知症高齢患者は先進治療を経済的・社会的な理由で受けられない】の 6 カテゴリーが抽出された。以下, コードは「」, サブカテゴリーは『』, カテゴリーは【】で表す。

患者はがんと診断された直後に, 高齢を理由に温存的な治療を勧められたり, 積極的な治療が効果よりも副作用が大きくなることを理由に治療の中断を説明されたりして, 治療のギアチェンジと転院を勧められる事例が多

かった。このような場合, 重度の認知症でなければ病名や治療方針について, 患者に説明がされていた。また, 「治療が続けられないことで落ち込んだり, 精神的に興奮する」など, 過活動型や活動低下型のせん妄症状が見られることもあるという意見があった。このため, 【認知症の有無に関わらず, ギアチェンジの選択時に心理的ケアを行う】ことを家族が目当たりとしたとき, ギアチェンジが停滞し『認知症の有無に関わらず, がんでも老衰でも患者に対する心理的ケアは必要である』ことを指摘していた。

しかし, その一方でがんが発見されるまで認知症により徘徊や介護で家族が疲弊していた場合には, 『高齢がん患者は 1・2 ヶ月なら家族が在宅で世話をできると言ってもらえる』と, がんの進行によって活動性の低下した認知症患者の在宅ケアを家族が受け入れられるという現実もあった。また, 長期療養中の慢性患者の場合と異なり, 予後の期間が予測されるような場合も在宅ケアがスムーズに受け入れられるため, 【在宅に移行しにくい認知症患者では余命や治療の限界を家族が受けられるよう説明する】ことがあり, それらのケアを通して【患者の在宅ケアで家族が成長したことに共感する】という事例が見られた。

【家族が代理意思決定できるように環境と支援チームを調整する】のカテゴリーの背景には, 「家族との信頼関係を築き, 家族に代理意思決定のための時間を確保する」ことなどから『代理意思決定を家族ができるように

表 1 対象者のプロフィール

対象者	施設形態	年齢 (歳代)	経験年数	施設でのがん看護研修
1	一般病棟	50	28	有り
2	一般病棟	50	25	有り
3	一般病棟	40	24	有り
4	緩和ケア病棟	50	31	有り
5	訪問看護ステーション	40	25	有り
6	訪問看護ステーション	30	11	有り
7	訪問看護ステーション	30	15	有り
8	一般病棟	50	27	有り
9	療養型病床群併設病院	50	37	有り
10	療養型病床群併設病院	40	27	有り
11	一般病棟	40	6	有り
12	一般病棟	30	15	有り
13	一般病棟	20	3	無し
14	一般病棟	40	17	無し
15	一般病棟	20	7	無し



普段から説明しておく』ことが抽出された。また、『面談に時間がかけられるよう環境を整える』ことで家族に安心して考えられるようケアしていることも示されていた。さらに、在宅ケアへの移行にあたっては『在宅ホスピスを選択したら、訪問看護やレスパイトケアなど継続支援を他部門とチームで計画する』ことで家族の負担を軽減し、患者にとって安寧な環境になるよう配慮している現状があることもわかった。このようなケアを提供することで家族が患者の代理意思決定支援を行っていた。

【在宅に移行するときには家族の支援体制の評価が不可欠である】が抽出された背景には、『家族の準備と支援の評価が明確でないで家族の準備が整わないまま患者が帰ると家族が混乱する』ことで、すぐに病院に戻ってくることがあることも指摘されていた。患者と家族が在宅ホスピスケアを望んだとしても、独居の場合や日中家族が不在になるような同居の場合には在宅ケアを選択することが困難であった。また『在宅に戻すのが「流行り」のようになっている

ことに疑問を感じる』という意見もあり、患者の望むギアチェンジ後の意思決定において遂行されない現実があった。

また、【認知症高齢患者は経済的・社会的な理由で先進治療を受けるのに限界がある】には、『認知症を伴っている場合、がんと診断されても先進治療を受けるための転院を患者・家族が拒否する』ような、家族が治療の継続に対する情緒的反応の内容が含まれていた。同時に患者自身に経済的な余裕が無く『高齢者は高額ながん治療を金銭的な理由で継続できない』という現状もあった(表2)。

### 3. ギアチェンジ後の高齢がん患者の意思決定の支援の阻害要因

意思決定を困難にする阻害要因としては94コード、23サブカテゴリー、【認知症により患者の認識・意思の確認ができない】【家族の緩和ケアに対する正しい認識が得られにくい】【認知症患者の在宅ケアは家族の協力が得られにくい】【認知症患者の多い病院では十分な緩和ケアが提供できているか経

表2 ギアチェンジ後の高齢がん患者の意思決定における支援の実際

サブカテゴリー	カテゴリー
ギアチェンジ後、患者は諦めたような感じでケアに何も求めなくなる	認知症の有無に関わらずギアチェンジの選択時に心理的ケアを行う
認知症の有無に関わらず、がんでも老衰でも患者に対する心理的ケアは必要である	
高齢がん患者は1・2ヶ月なら家族が在宅で世話をできると言ってもらえる	在宅に移行しにくい認知症患者では余命や治療の限界を家族が受けられるよう説明する
認知症の高齢者は在宅に移行する時、慢性疾患の患者の場合より家族の受け入れがよい	
ギアチェンジ後在宅で最後まで看取ると家族がいても、最期の時になると怖くなって病院に戻ってくる	
訪問看護で関わると、ギアチェンジ後在宅で患者を看ている家族は、経験して成長していくことがわかる	患者の在宅ケアで家族が成長したことに共感する
代理意思決定を家族ができるように普段から説明しておく	
面談に時間がかけられるよう環境を整える	家族が代理意思決定できるように環境と支援チームを調整する
在宅ホスピスを選択したら、訪問看護やレスパイトケアなど継続支援を他部門とチームで計画する	
在宅に戻すのが「流行り」のようになっていることに疑問を感じる	在宅に移行するときには家族の支援体制の評価が不可欠である
家族の準備と支援の評価が明確でないで家族の準備が整わないまま患者が帰ると家族が混乱する	
独居の高齢者はギアチェンジ後、家族がいても患者に帰る先がない	
家族と同居の高齢者はギアチェンジ後、在宅を選択しても家族が日中不在時に、介護する人がいないので帰る場所がない	
高齢者は高額ながん治療を金銭的な理由で継続できない	認知症高齢患者は先進治療を経済的・社会的な理由で受けられない
認知症を伴っている場合、がんと診断されても先進治療を受けるための転院を患者・家族が拒否する	



験がない】【医師によってギアチェンジについての説明が様々である】【認知症患者だと開業している医師の支援が不十分になる】の6カテゴリーが抽出された。

【認知症により患者の認識・意思の確認ができない】には、患者自身が高齡や認知症などにより治療方針を理解できず、治療や今後の予定について患者による意思決定が困難な状況にあることが抽出された。一方、家族については【家族の緩和ケアに対する正しい認識が得られにくい】というカテゴリーが抽出され、その内容には患者が認知症の場合、代理意思決定を避け、施設から足が遠のくこともあった。他にも『家族は認知症がないにもかかわらず患者に病状・病名を伝えないことを希望する』ことや、『患者の希望と家族の希望が具体的なところで異なる』場合に患者の意思決定が阻害されることが明らかになった。また、家族の在宅ケアへの理解とケア力の不足によって【認知症患者の在宅ケアは家族の協力が得られにくい】ことが明らかになった。特に、「食事は1日に3度、嚥下のできない人はチューブか胃ろうを用いるが、排泄は一日に数回介助が必要であり、おむつの世話は、排泄物の取り扱いだけでなく、臭気の問題など家族がこんなはずではなかったと思う要素である」という意見があった。そのため「排泄のお世話ができなくて直ぐに病院に舞い戻るケースもある」との経験から、『排泄の介助が家族にとって問題になるが在宅に帰るまで現実としてわからず、排泄のケアに困って再入院になることがある』ことを看護師は懸念していた。

看護師の高齡がん患者の意思決定の支援に対する阻害要因として【認知症患者の多い病院では十分な緩和ケアが提供できているか経験がない】が抽出された。これは『正しい情報を提供されていない場合、患者は家族ではなく病院やスタッフに不信感を持つ』ことに関連していた。また『認知症患者は疼痛を訴えないので適切な対症療法を提供できない』認知症高齡がん患者の意志確認ができないことも含めて、『認知症患者の多い施設では、十分な緩和ケアのできるスタッフがいない』疼痛管理が困難な状況であった。

看護師は医師の診断治療において【医師によってギアチェンジについての説明が様々である】ことを経験していた。『ギアチェンジの説明は転院前の病院で異なり、治療が出来ないことを患者が知らされていない場合もある』といった医療者間の情報の共有についての問題、『ギアチェンジを含め治療方針の変更を医師は説明しても、転移先の病院は家族が探さないといけない』、『本当の転院理由が患者・家族への説明と異なり、改めて正しい情報を説明できないことがある』といった家族に対する情報提供不足があり、患者・家族のみならず転院先の看護師ケアに悪影響を及ぼしていた。

また、【認知症患者だと開業している医師の支援が不十分になる】が抽出された。『在宅で引き受けてくれる医師が不足して見つけられない』、『高齡者には同じようにケアが必要だが、医師が認知症だから特別だと言う目で見ていることがある』といった地域の受け皿が十分整備されていないことでギアチェンジ後に在宅ケアを望んだとしても患者・家族の希望が叶えられないことが明らかになった(表3)。

#### 4. ギアチェンジ後の高齡がん患者の意思決定における課題

意思決定の課題として11コード、5サブカテゴリー、【看護師が患者の代理意思決定における代弁者の役割を果たせていない】【ギアチェンジの説明に予後予測を求められても答えられない】【代理意思決定をする家族の意思に患者の意見が反映されない】の3カテゴリーが抽出された。

【看護師が患者の代理意思決定における代弁者の役割を果たせていない】には、患者の代理意思決定者として機能するためには『医師の意見に対して、看護師は患者の代弁者になれない』『医師に患者や家族の意見を十分伝えられない』という看護師の課題が含まれていた。また、【ギアチェンジの説明に予後予測を求められても答えられない】には『患者の予後の長さがわからないときに、家族に予後を尋ねられ、その長さで家族が治療場所を選択する』という医療者の誰も答えられない問題を家族から迫られるということに、答えられないというだけで



表3 ギアチェンジ後の高齢がん患者の意思決定の支援の阻害要因

サブカテゴリー	カテゴリー
認知症高齢がん患者の意思決定は、患者との意思疎通ができないので難しい 高齢がん患者はギアチェンジだけでなく、治療の意思決定にも積極的でない 認知症のレベルによっては患者の意思確認が出来ない場合がある	認知症により患者の認識・意思の確認ができない
家族が代理意思決定を避ける 緩和ケア病棟を死ぬ場所と理解しているので緩和ケア病棟を勧めても家族の同意が得られない 認知症の患者の場合、意思決定できないので家族を呼ぶが、「お任せします」と促しても来院しない 家族がギアチェンジを受け入れられないことがある 家族は認知症がないにもかかわらず患者に病状・病名を伝えないことを希望する 患者の希望と家族の希望が具体的なところで異なる 一般的に認知症の高齢者は家族が在宅を拒否する 排泄の介助が家族にとって問題になるが在宅に帰るまで現実としてわからず、排泄のケアに困って再入院になることがある 家族が訪問看護ステーションのスタッフの訪問に抵抗感を示す時は在宅での終末期ケアに支障が出る 高齢者は在宅に移行できるタイミングが短く、一度逃すと家族が不安になり患者を在宅で受け入れられなくなる 正しい情報を提供されていない場合、患者は家族ではなく病院やスタッフに不信感を持つ 認知症患者は疼痛を訴えないので適切な対症療法を提供できない 認知症患者の多い施設では、十分な緩和ケアのできるスタッフがいらない ギアチェンジの説明は転院前の病院で異なり、治療が出来ないことを患者が知らされていない場合もある ギアチェンジを含め治療方針の変更を医師は説明しても、転移先の病院は家族が探さないといけない 本当の転院理由が患者・家族への説明と異なり、改めて正しい情報を説明できないことがある 在宅で引き受けてくれる医師が不足して見つけられない 高齢者には同じようにケアが必要だが、医師が認知症だから特別だと言う目で見ていることがある 症状緩和に医療行為が多くなると医師のフォローが必要になるが、協力する開業医がいらない 医師は認知症の患者には治療方針の変更やギアチェンジの説明、転院先の選択などの説明を積極的に関わってくれない	家族の緩和ケアに対する同意が得られにくい 認知症患者の在宅ケアは家族の協力が得られにくい 認知症患者の多い病院では十分な緩和ケアが提供できているか経験がない 医師によってギアチェンジについての説明が様々である 認知症患者だと開業している医師の支援が不十分になる

表4 ギアチェンジ後の高齢がん患者の意思決定における課題

サブカテゴリー	カテゴリー
医師の意見に対して、看護師は患者の代弁者になれない 医師に患者や家族の意見を十分伝えられない	看護師が患者の代理意思決定における代弁者の役割を果たせていない
患者の予後の長さがわからないときに、家族に予後を尋ねられ、その長さで家族が治療場所を選択する	ギアチェンジの説明に予後予測を求められても答えられない
家族の協力が得られないため転院・治療方針など代理意思決定ができない ほとんど来ない血縁者が、認知症患者と非血縁者の意思決定支援者の意思決定を覆す	代理意思決定をする家族の意思に患者の意見が反映されない



は解決できないという課題が含まれていた。これらの看護師・医療者だけの課題だけではなく【代理意思決定をする家族の意思に患者の意見が反映されない】という患者・家族間の意思疎通や、合意形成の問題も含まれていた（表4）。

## V. 考察

### 1. ギアチェンジ後の高齡がん患者の意思決定における支援

認知症高齡がん患者のギアチェンジの場面では、身体的な疼痛緩和を在宅ケアや一般病院などでどう継続させていくかというチームアプローチの問題を抱えていることが指摘されている<sup>9) 10)</sup>。特に、身体の機能や予備力などを考慮した高齡がん患者に対する急性期のがん治療施設からのギアチェンジによる転院を勧める場合には、意思決定にかかわる問題が含まれていると考えられる。今回の調査で、【認知症高齡患者は経済的・社会的な理由で先進治療を受けるのに限界がある】という厳しい意思決定の状況があった。がんを診断された時点で、高齡者であることや認知症があることで積極的な治療ではなく保存的治療・緩和ケアが勧められていることが明らかになった。がんの診断後の受容過程は、他の発達段階の場合と同様に、高齡者にとっても受け入れるのは困難を伴う。ギアチェンジの選択肢の提示の方法に関わらず、治療の限界であることや生命の限界であることを受け入れるには時間を要する。認知症で患者との意思疎通が困難な家族にとっても、患者の生命の限界を受け入れることが困難な状態であるといえる。その一方で、もともと認知症や徘徊などがあった患者の世話をしていた家族は疲弊していることが多い。そのため、【在宅に移行しにくい認知症患者では余命や治療の限界を家族が受けられるよう説明する】という背景には、田尻らの述べているように最後の時間を共に過ごしたいという思い<sup>11)</sup>がある。終末期で体力が低下し介護の期限が限られた高齡がん患者の場合には、認知症があっても在宅ホスピスケアを家族が受け入れやすいと考えられる。

また、【患者の在宅ケアで家族が成長したことに共感する】ことの背景には、2つの点

が関与していると考えられる。ひとつは、前述したように認知症のある患者の介護を通して患者との生活を振り返ることである。ふたつ目は、水野ら<sup>12)</sup>の指摘するように高齡者の終末期の特性について、死亡前1ヶ月の症状として便秘、浮腫、呼吸困難、疲労、倦怠感、疼痛など身体的苦痛と、混乱、興奮などの精神的苦痛があることである。つまり、認知症をもつ高齡がん患者の家族が患者と時間を共有し、患者の苦痛も共有することに意味を見出すようになる。このことに対して、看護師が共感を示すこと、患者の家族に肯定的なフィードバックを提供していることが明らかになった。

【在宅に移行するときには家族の支援体制の評価が不可欠である】こと、その場で【家族が代理意思決定できるように環境と支援チームを調整する】ことがギアチェンジ後の高齡がん患者の意思決定における支援に重要であると考えられる。これは、意思決定の主体である患者の自律した意思決定を支援するという役割を看護師が担っているためである。自律した意思決定は、正しい情報提供とその認知、決定されたことの遂行があって成立する。しかし、高齡がん患者は認知機能に問題があり自律性を尊重した患者の自己決定が行えないため、看護師によるアドボカシーが求められる<sup>13)</sup>。一般病棟の看護師は、患者の代理意思決定者となる家族が在宅ケアへと移行するために退院調整会議を開催して患者・家族の在宅ケアに継続される問題を検討する。このプロセスにおいて、高齡がん患者のギアチェンジを含む意思決定場面は、患者の認知症の有無によって患者本人のみでなく、家族が患者の意思をどう捉えるかの倫理調整の場となる。つまり、ギアチェンジによって患者・家族の意思決定には複雑な背景がもたらされるために、患者と家族を含む意思決定の過程としてギアチェンジの場面を捉え、認知症の患者に代わって家族が代理意思決定をする際には看護師が患者の代弁者として関与することが求められていると考えられた。

### 2. ギアチェンジ後の高齡がん患者の意思決定の支援の阻害要因

意思決定を困難にする阻害要因としては、



1) 家族の認識に関する阻害要因, 2) ギアチェンジで転院していく先の一般病院や介護施設の阻害要因, 3) 医療を提供する医師を含む連携に関する阻害要因に大きく分類されると考える。

#### 1) 家族の認識に関する阻害要因

高齢がん患者の転院時の意思決定における家族の認識に関する阻害要因として【家族の緩和ケアに対する正しい認識が得られにくい】【認知症患者の在宅ケアは家族の協力が得られにくい】が抽出された。これらの阻害因子については家族の認識や家族の生活習慣の変化が影響していると考えられた。家族は医療者からの説明を理解していても治療しないことを選択することに抵抗感はぬぐえない。また、高齢者の主たる介護者が嫁である場合、日頃介護メンバーでない血縁者の意思決定が尊重されることもあった。その上、患者の生命予後や入院期間の短縮のためにギアチェンジの意思決定および退院後の療養場所の選択に十分な時間をかけることが困難になっている<sup>14)</sup>。この他に患者の家族と病院の看護師が関わる中で、家族への接し方、キーパーソンとの信頼関係の構築のための機会が十分ないことに看護師は困難感を持っていると考えられた。長内らの調査によると、退院調整会議から在宅ホスピスケアのための訪問看護導入時において「病院から見放された」と考えている患者・家族に対して、訪問看護師が「訪問看護を引き受けることに苦悩」「看護師としての揺らぎ」を感じているというカテゴリーが抽出されている<sup>15)</sup>。本研究においても『家族が訪問看護ステーションのスタッフの訪問に抵抗感を示す時は在宅での終末期ケアに支障が出る』というサブカテゴリーが抽出されたこともあり、このことから家族の認識によっては医療者がケアをすることにおいても困難を感じていると考えられた。

#### 2) ギアチェンジで転院していく先の一般病院や介護施設の阻害要因

【認知症により患者の認識・意思の確認ができない】ことは、治療方針や療養の場の選択に関して患者本人がどのように状況を理解し、自分の予後やQOLにおい

て何に価値を見出しているかを認知症高齢者に意思確認することは、急性期の病院であろうと一般病院・介護保険施設等であろうと困難であると推察される。認知症のある患者のスムーズなギアチェンジについての意思決定のためには代理意思決定者の家族との関係性や方針の共有が必要であるが、この確認も前述したように高齢がん患者を取り巻く生活構造の変化が障害になっている。

また、認知症高齢者のため介護保険施設等に入所することになった場合、【認知症患者の多い病院では十分な緩和ケアが提供できているか経験がない】と自らを分析していた。この背景には、疼痛評価や緩和ケアに対する患者の意思確認にスタッフが不安を感じることに関連していた。加えて、上村は緩和ケアが十分に提供されたかどうかについて確認ができず患者への接し方に苦慮している<sup>16)</sup>ことを指摘している。これらを踏まえるとギアチェンジ後の高齢がん患者の看護において認知症のある患者の疼痛評価とケアに指標がないことで看護師はケアに自信が持てない状況に結びついていたと考えられる。2009年の介護報酬改定<sup>17)</sup>で示されたように、厚生労働省は従来型老人保健施設であっても「ターミナル加算」を認め、介護施設であってもターミナルケアに積極的に取り組むことを推進している。

その一方で、高齢がん患者が急性期のがん治療施設から、QOLを中心とした療養型の施設に転院しても、疼痛緩和、症状緩和だけでなく安全で安楽な環境を提供するスタッフの教育が未だ整っていないことが問題となっている。このことは、従来型の老人保健施設等は看護師の数が病院とは異なることが背景にある<sup>18)</sup>。その上、認知症やせん妄などの複雑な精神症状がある場合は、一般病院での入院の受け入れが難しいのが現状である。看護師のみならず介護職やスタッフの緩和ケアの知識と技術の向上が求められていることが考えられる。

#### 3) 医療を提供する医師を含む連携に関する阻害要因

【医師によってギアチェンジについての



説明が様々である】【認知症患者だと開業している医師の支援が不十分になる】が抽出された。府川によるとがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの医師は、緩和ケアチームと多職種との連携が不十分であること、医療者の知識・技術不足などをギアチェンジにおける阻害因子にあげている<sup>19)</sup>。緩和医療の専門医は2011年10月時点で24名である<sup>20)</sup>。2010年から専門医の認定が始まったがまだ不十分である。一般病院に緩和ケアの概念が普及し、患者が病院を移ったとしても緩和ケアに関わる医師がギアチェンジの説明に何が必要でどこまで情報提供する必要があるかをその患者家族の個別性に応じて説明されることが必要である。看護師も同様に、医師と患者家族の橋渡しができ、チームでのアプローチを持てるよう知識・技術の向上をはかる必要がある。

### 3. ギアチェンジ後の高齡がん患者の意思決定における課題

意思決定の課題として抽出されたカテゴリーは、家族－医療者への介入として【ギアチェンジの説明に予後予測を求められても答えられない】、患者－医療職への介入として【看護師が患者の代理意思決定における代弁者の役割を果たせていない】、患者－家族への介入として【代理意思決定をする家族の意思に患者の意見が反映されない】で、このことから患者・家族・医療者のそれぞれの関係性において課題が明らかになった。

ギアチェンジの実際と阻害因子で抽出したカテゴリーとそれぞれの課題は、当事者との関係と密接に関わっていると考えられる。特に、医療者の関わり方には、2つの課題があることが明らかになった。一つにはギアチェンジ後の療養の場の選択のために家族が医療者に予後予測を求めること、第二に家族の介護力を予め入院中に評価することが難しいという背景があると考えられた。これは、家族が場の選択の問題のためだけに予後予測を知りたいと思っているだけでなく、患者の死を意識して苦悩し、その背景には患者を死にゆく存在として感じるが受け入れられずに葛藤していることな

どが柴田らによって指摘されている<sup>21)</sup>。つまり、この家族の葛藤を医療者が教育的支援として説明するだけでなく、患者の命に関わる家族の代理意思決定への苦悩や不安として捉え、情緒的な支援も必要であるといえる。また、患者が急性期のがん治療施設から退院するときの客観的指標として驚見らは「改訂版退院支援スクリーニング票」を作成・検証している<sup>22)</sup>。このような指標を用いることで家族の介護力、患者のADL、退院後に必要な医療処置などをアセスメントし退院支援を客観的に家族に理解しやすい情報として示すことができる。ただ驚見らも指摘しているように、退院後の患者の状況の変化をどこまで予測できるかは限界があることを考慮しなければならない。

家族が代理意思決定するとき、看護師には患者の代弁者としての役割を果たすことが求められている。熊谷らの調査<sup>23)</sup>によると、看護師は家族が限られた時間に悔いが残らないように支えることで、今後起こりうる患者の状態の変化を説明し、家族が準備できるという側面があると指摘している。このときに看護師が患者の代弁者としての立場で具体的に発言できることで家族の葛藤も軽減すると推察される。このような関わりは、家族が患者と死別後に後悔をしないためにも重要である。そして、患者－家族への介入として高齡がん患者に関わる看護師の役割が患者の代弁者として倫理調整の役割を果たすためには家族に患者のケアや状況を説明する能力が求められていると考える。

今後、これらの高齡がん患者の終末期に関する意思決定に効果的に看護師が関わるには、例え認知症があっても患者の身体的・心理社会的状況を把握して代弁者としての機能を果たせるようなアセスメント能力、家族・医師・在宅介護スタッフなどとの調整役を果たすコミュニケーション能力の開発、一般病院の看護師・介護保健施設などの介護スタッフに対する疼痛緩和・症状緩和・認知症ケアなどの知識と技術の向上など多面にわたる課題が明らかになった。

これらのカテゴリーの関係を図に示した(図1)。



## VI. 結論

1. ギアチェンジ後の高齢がん患者の意思決定における支援の実際として、【認知症の有無に関わらず、ギアチェンジの選択時に心理的ケアを行う】【在宅に移行しにくい認知症患者では余命や治療の限界を家族が受けられるよう説明する】【患者の在宅ケアで家族が成長したことに共感する】【家族が代理意思決定できるように環境と支援チームを調整する】【在宅に移行するときには家族の支援体制の評価が不可欠である】【認知症高齢患者は経済的・社会的な理由で先進治療を受けるのに限界がある】の6カテゴリーが抽出された。

高齢がん患者のギアチェンジを含む意思決定場面では、患者の認知症の有無が患者本人のみでなく、家族がそれをどう捉えるかによっても家族を含む意思決定の過程に影響を与える要因となっていることが考えられた。

2. ギアチェンジ後の高齢がん患者の意思決定の支援の阻害要因としては【認知症により患者の認識・意思の確認ができない】【家族の緩和ケアに対する正しい認識が得られにくい】【認知症患者の在宅ケアは家族の協力が得られにくい】【認知症患者の多い病院では十分な緩和ケアが提供できているか経験がない】【医師によってギアチェンジについての説明が様々である】【認知症患者だと開業している医師の支援が不十分になる】の6カテゴリーが抽出された。

ギアチェンジ後の認知症高齢がん患者が今後増えることが推測される状況において、ス

タッフ教育の必要性や社会支援への示唆が得られた。

3. ギアチェンジ後の高齢がん患者の意思決定における課題として【看護師が患者の代理意思決定における代弁者の役割を果たせていない】【ギアチェンジの説明に予後予測を求められても答えられない】【代理意思決定をする家族の意思に患者の意見が反映されない】の3カテゴリーが抽出された。

高齢がん患者の終末期に関する意思決定に効果的に看護師が関わるには、例えば認知症があっても患者の代弁者として調整役を果たすことと、一般病院の看護師・介護保健施設などの介護スタッフに対する疼痛緩和・症状緩和・認知症ケアなどの知識と技術の向上など多面にわたる課題が明らかになった。

## 謝辞

本研究をまとめるにあたり、貴重なケアの時間を割いてご協力いただいた看護師の皆様に感謝します。尚、本研究は第31回日本看護科学学会で一部発表したものです。

## VII. 引用文献

- 1) 厚生労働省：介護保険制度改革の概要 - 介護保険法改正と介護報酬改定 -, 2006.  
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/dl/data.pdf>, 2011年10月4日検索)
- 2) 厚生労働省：がん対策基本法, 2007.  
(<http://law.e-gov.go.jp/announce/H18H0098.html>: 2011年10月4日検索)

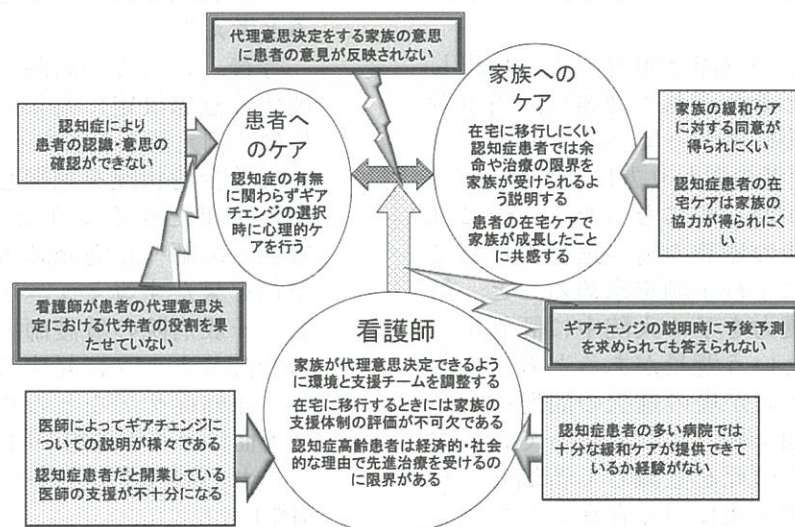


図1 高齢がん患者の終末期に関する効果的な意思決定支援



- 3) 厚生労働省：がん対策推進基本計画，2007.  
([http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan\\_keikaku.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html), 2011年10月4日検索)
- 4) 厚生労働省：平成20年人口動態調査：死亡の場所別にみた主な死因の性・年齢別死亡数及び百分率，2010.  
([http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?\\_toGL08020103\\_&listID=000001082327&requestSender=dsearch](http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001082327&requestSender=dsearch), 2011年10月4日検索)
- 5) 内閣府共生社会政策統括官高齢社会対策：平成23年版高齢社会白書，2011.  
([http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/23pdf\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/23pdf_index.html), 2011年10月4日検索)
- 6) 横浜優子，森一恵：ギアチェンジ後に一般病棟に転院したがん患者のターミナルケアを行う看護師のジレンマ，日本看護研究学会雑誌，33(3)，187，2010.
- 7) 社団法人日本老年医学会：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」，日本老年医学会雑誌38(4)，582-583，2001.  
(<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/index.html>, 2011年10月4日検索)
- 8) 厚生労働省医政局：終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン，2007.  
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf> 2011年10月4日検索)
- 9) 古本直子，廣瀬恭子，他：在宅緩和ケアにおけるケアマネジャーの看取りに関する不安と影響要因－看護職とその他の職種での比較から－，癌と化学療法，37，268-271，2010.
- 10) 高宮有介：ギアチェンジの動向と問題点，ターミナルケア，11(3)，173-176，2001.
- 11) 田尻信子，鈴木志津枝：終末期がん患者の在宅導入期における訪問看護師の取り組み，高知医療センター医学雑誌，3(2)，5-14，2009.
- 12) 水野敏子，坂井志麻，他：高齢者高度医療専門病院における死亡前1ヶ月間における高齢者の苦痛，東京女子医科大学看護学会誌，4(1)，37-43，2009.
- 13) Dolores Dooley & Joan McCarthy：Nursing Ethics – Irish Cases and Concerns, Gill & Macmillan Publishers, Dublin, 2005.  
坂川雅子訳：看護倫理，96-108，みすず書房，2006.
- 14) 前掲11).
- 15) 長内さゆり，清水準一，他：癌終末期患者の訪問看護導入時に生じる訪問看護師の困難感，日本保健科学学会誌，14(2)，5-12，2011.
- 16) 佐藤まゆみ，広瀬由美子，他：スタッフナースが行う終末期がん患者への在宅緩和ケア移行支援における問題点－地域医療連携担当看護師の認識から－，千葉県立保健医療大学紀要，2(1)，63-69，2011.
- 17) 上村聡子：特別養護老人ホームにおいてがんの終末期ケアに関する研究，甲南女子大学研究紀要3，看護学・リハビリテーション学編，69-77，2009.
- 18) 厚生労働省：福祉・介護人材確保対策に関する説明会(資料3)平成21年度介護報酬改定の概要，2009. (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/fukusijinzaikakuho02/dl/04.pdf> 2011年10月4日検索)
- 19) 府川晃子，森下利子，他：進行がん患者のギアチェンジを支える援助における阻害要因がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームに関わる医師への面接を通して，高知女子大学紀要，60，23-34，2011.
- 20) 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会：専門医名簿，2011.  
([http://www.jspm.ne.jp/nintei/senmoni\\_list.html](http://www.jspm.ne.jp/nintei/senmoni_list.html) 2011年10月4日検索)
- 21) 柴田純子，佐藤まゆみ，他：日本における終末期がん患者を抱える家族員の体験，千葉看護学会会誌，16(2)，19-26，2011.
- 22) 鷺見尚己，奥原芳子，他：大学病院における改訂版対印支援スクリーニング票の妥当性の検証，看護総合科学研究会誌，10(3)，53-64，2007.
- 23) 熊谷有記，国府浩子，他：終末期在宅がん患者を支える家族に対する看護支援，死の臨床，32(1)，17-122，2009.



## Abstract

We aimed to evaluate the actual state of and challenges in decision-making support by nurses for the terminal care of elderly cancer patients. We interviewed 15 nurses presenting consent at medical institutions, in which cancer patients (hereinafter called "gear change" ) had switched from positive treatment to mainly palliative care, by using semistructured questionnaires. The study was approved by the Ethics Committee of Iwate Prefectural University.

The following categories were extracted. The actual state of gear change for elderly cancer patients included 6 categories such as "Changes in the environments and support teams for the patients' families allow decision-making on behalf of the patients" and "Even dementia patients who find it difficult to shift to home care become acceptable to their families if the patients have a limited life expectancy." The challenges of decision-making involved 3 categories such as "Nurses have not served as patient advocates in substitute decision-making for the patients" and "Patients' opinions have not been considered when the families took decisions on behalf of the patients."

In the case of elderly cancer patients, the presence or absence of dementia also influences decision-making by their families. Moreover, nurses involved in elderly cancer patient care should explain patient care and conditions to their families to enable them serve as patient advocates of the ethical aspects.

key words : Elderly Person, Oncology Nursing, Terminal Care, Decision Making