

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

認知症支援プログラムの効果的な導入方法の検討

研究分担者 平井 啓 大阪大学経営企画オフィス 准教授
研究協力者 山村麻予 大阪大学経営企画オフィス 特任講師

研究要旨 近年、がん患者のうち、高齢者の増加が指摘されている。彼らの多くはがんという疾病以外にも様々な既往症をもっていたり、認知機能が低下していたりすることから、治療方針などに関する意思決定やコミュニケーションに難しさを抱えていることが多いと考えられる。そこで、本研究では、現在がん治療に携わる7名の医師にインタビュー調査を実施し、意思決定困難な患者の特徴やその対応について検討を行った。調査の結果、先に述べたような困難を実際に感じており、困難要因は大きく以下の2点に分類されることが明らかとなった。それは、生来の個人特性と後発性の要因であり、それぞれ、実際の医療現場で実施されているアセスメントや診療におけるスキルを整理することにより、高齢がん患者への対応方略を深め、さらに広めていくことが必要であろう。また、医療環境や家庭環境など、周囲の要因も指摘されたことから、医療従事者が広い視野を持つとともに、他業種との連携も不可欠であると考えられる。

A. 研究目的

現在日本では、高齢のがん患者数が増加し、様々な問題が指摘され始めている。全がん患者の7割以上を65歳以上の高齢者が占めており、治療医らは、治療適応の判定、認知症への対応、意思決定、療養先の確保、という4つのテーマに関して困難を抱えているとされる。また、このような状況下においても、がん診療連携拠点病院のうち、高齢者への支援を系統立てて整備した施設は5.3%にとどまり、ほとんどの病院が高齢者への支援に関し未整備の状態である（厚生科研，2015；菅野，2017）。

高齢のがん患者に対する支援の整備が進まない理由のひとつとして、問題の把握が不十分であることが挙げられる。従って、高齢のがん患者における治療上の課題を網羅的に検討し、支援体制の整備へと結びつけることが喫緊の課題である。

また、高齢がん患者への治療支援における問題として、彼らの意思決定の難しさが挙げられる。この問題の背景には様々な要因が想定される。その一つは、加齢とともに増加する認知機能障害である（Wolfson, 2001）。認知機能が低下すれば、患者は自身のおかれた状況や提供される情報について理解すること、

記憶をとどめておくこと、知識を整理することに困難が増え、その結果、意思決定も難しくなると考えられる。また、高齢者は軽微な有害事象でも回避したがる傾向があること（National Cancer Intelligence Network, 2014）も指摘されている。高齢のがん患者に対する治療ならびに意思決定という課題に対処するためには、認知機能障害をはじめとした様々な要因を踏まえ、患者本人の特性を生かした支援を見出す必要がある。

そこで本研究では、高齢のがん患者における意思決定をテーマにインタビュー調査を行い、意思決定困難な高齢がん患者の特徴と、現場でなされる具体的対応策について明らかにしたい。超高齢化社会を迎えるにあたり、がん治療におえる患者のアセスメントや、患者とのコミュニケーションへの配慮が不可欠であると小川（2016）は指摘する。高齢のがん患者に適した支援を行う前段階として、意思決定の難しいがん患者の特徴を明らかにし、認知機能のスクリーニングや患者との関係性構築における端緒となる事を期待したい。

また、これまでの研究では、認知機能のスクリーニングのためCGAやMMSE、HDS-Rといった検査の実施が推奨されている（熊野・中島・長島，2017）。一方で、治療同意能力は認

知機能検査の得点だけでは判別が難しいという指摘もある (Appelbaum, 2007 ; Elkin, 2007 ; 小川, 2016)。高齢者において特に問題となるせん妄との判別を含め、従来の認知検査に止まらず、患者本人の特性を考慮した判断が必要となるのである。そこで本研究では、現場で行われている応策を具体的に示すことで、患者の特性を踏まえた支援を行う際の一指標となることを目指したい。さらに、意思決定支援が行われるプロセスを明らかにし、臨床現場の治療医が日常的に実行しているフローの明示化を行うことを目的とする。

【引用文献】

- Appelbaum PS (2007), Clinical Practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med 357, pp.1834-1840
- Elkin BT et al (2007), Desire for information and improvement in treatment decision: elderly cancer patients' preferences and their physicians' perceptions. J Clin Oncol 25, pp.5275-5280
- 熊野奈津美・中島恵美子・長島文夫 (2018), 併存疾患を理解する 加齢に伴う変化. がん看護, 23(1), pp.27-30
- 小川朝生 (2016), サイコオンコロジーの立場での意思決定とは. がん看護, 21(1), pp.16-21

B. 研究方法

がん治療に携わる腫瘍内科を専門とする医師 7 名 (首都圏ならびに主要都市部に位置する大学病院等に従事) に対して、半構造化インタビューを実施した。インタビューには、60~90 分程度の時間を設け、調査者 1 名ないし 2 名との対面形式で行った。インタビュー項目は、意思決定困難患者・状況、困難患者への支援方法、患者に対するアセスメント、医療体制、治療方針決定に関する考え方と状況についてであった。

(倫理面への配慮)

インタビュー開始前に調査の目的ならびに結果の公表、データの録音ならびに記録等に関して説明した。さらに、医療機関名や個人名が特定できない状態での解析を実施することや、自由意志の参加であること、録音ならびに逐語記録の実施について伝え

た上で調査協力への同意を得た。

C. 研究結果

インタビュー調査の結果、以下 4 つのことが明らかとなった。

1) 意思決定困難者の特徴

意思決定困難に陥る患者の特徴について、生来・生育による特性要因 (知的能力、理解力、コミュニケーションに関する特性) 疾病・加齢による要因 (身体機能・認知機能の低下) の 2 種に大別できることが明らかとなった。まず、もともと生来的にもっていた、または生育環境によって醸成された特性により、コミュニケーションをとりながら情報を整理するうえでの「くせ」がある ()。これに加え、加齢や疾病 (がんに限らず、認知症・精神疾患を含む) による身体機能・精神機能の低下が見られる ()。さらに、この心身機能の低下により、従来持っていた要因 () が影響を受け、これまではコントロールされてきた特性が明瞭に反映されたり、強固なものとして発揮されたりといった相互作用的な影響もあることがあげられた。

2) 実践されている対応

治療医が実施している診療時のアセスメントの手法として、共通する事項がいくつかあげられた。順に、対面前の文字情報確認、入室時の動作確認、来院に関する理解のチェック、対話しているときの態度の確認である。

また、支援方略として、身体アセスメント、認知アセスメント、説明スキル、情報調整、環境調整の 5 つが抽出された。

3) 環境による要因

先述の 1) にあげた患者自身の要因以外にも、彼らを取り巻く環境に関する要因も、意思決定を困難にしている可能性があるとして指摘された。まずは患者自身の周囲にある家庭 (家族) の要因である。多くは意思決定の妨害となりうる過剰介入があげられている。それとは逆に、サポートが全くまたはほとんどない場合も示された。つづいて、患者ならびに家族をとりまく社会に関する要因にも言及された。メディアを介しての情報や知人などの第三者情報が判断に与える影響や、さらには医療関係者が提供する情報過多、意見の不一致なども含まれる。

4) 意思決定支援に関する流れ

4-1) 意思決定支援全体に関するフロー

インタビュー対象となった治療医たちの実態を踏まえ、患者の意思決定支援全体に関する支援フローを作成した。前提として、高齢患者のがん治療について大きな治療方針は、生活水準の維持であることが多い。この下で、意思決定に関する時期は大きく3つに分けられる。まず、第一期は患者に自覚症状がない、または軽度の時期である。一期では比較的病状が浅いため、患者自身が現状を正確に捉えることが難しい。そのため、治療開始の初期に根治はできないことを含めた事実を伝達し、そのうえで、症状がでる・重くなる時期を先延ばしするための治療を実施するといった方針を共有することになる。医師らは、事実による患者のショックを慮りながら、治療による効果や副作用、薬効がなくなる可能性についての情報を提供する。

第二期は、症状が顕在化し、症状が重くなっていく時期である。この時期は、一期から続けられている治療も含め、いくつかの治療を「バトンタッチ」しながら継続していくことになる。副作用をマネジメントしながら、できるだけ治療効果が見られている(身体状態が落ち着いている)間に意思決定ができるよう情報提供やコミュニケーションの促進を行う。この際、服薬管理や副作用の記録・記憶などに障害がある場合は、周囲の援助者や外部装置を用いて補助することになる。最終的には、第三期として終末期に入る。ここにいたるまで、治療にある程度時間がかけられていることが多いので、ほとんどの場合は本人または家族の意思決定ができた状態で迎えることが可能となる。

4-2) 初診(診療)時のフロー

意思決定支援に必要な能力資源を有しているか、また受け取った情報を理解できるかといった側面をアセスメントする際、重要な機会となる初診時にどのような流れでコミュニケーションを進めているかについても整理を行った。その結果、対面前に事前情報からの評価、入室時に全身状態などの観察、対話時にコミュニケーションを通してのアセスメントを実施していることが明らかとなった。

D. 考察

本研究では、これまで明示されてこなかった、がん治療のなかで困難を抱えている患者

の特徴とその関連要因、治療医らが実施している対応の工夫、そして患者と医療従事者を取り巻く環境要因を整理分類した。また、これに加えて、治療の開始から終末期までの治療と意思決定支援のフローを明らかにした。

7名の治療医にインタビューした結果、相手の年齢にかかわらず、意思決定やコミュニケーションが難しい患者と遭遇することは「ある」と全員が答え、その割合については、多少の分散はあるものの、日常的に対応する患者全体のおよそ3割程度に対して、対応に課題を感じると指摘した。この事実からもわかるように、患者との情報のやり取りや意思決定への支援がうまくいかない、または不全感を残したまま続けられているということが多くの臨床現場において生じている可能性が示された。

意思決定困難者自身の要因として、生来有している特性と、病気や加齢などによる影響の2側面があることが示され、今後の課題としては、それぞれの側面に対し、医師をはじめとする医療従事者への対応を検討する必要がある。また、現在行われている対応方略として、患者へのアセスメントやコミュニケーションスキルが抽出されたため、これと合わせて研修コンテンツ等に反映することが有用だと考えられる。

E. 結論

高齢のがん患者への治療やコミュニケーションで困難を感じている医師は多く、その要因は大きく生来の個人特性と後発性の要因に分けられる。実際の医療現場で実施されているアセスメントや診療におけるスキルを整理することにより、高齢がん患者への対応方略を広めていくことが必要であろう。また、医療環境や家庭環境など、周囲の要因も指摘されたことから、医療従事者が広い視野を持つとともに、他業種との連携も不可欠であると考えられる。

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(英語論文)

1. Shiozaki, M., Sanjyo, M., Hirai, K.

(2017). Background factors associated with problem avoidance behavior in healthy partners of breast cancer patients. *Psycho-Oncology* 26, pp.1126-1132.

学会発表

1. 平井 啓 (2017.8). サイコオンコロジーをテーマとした行動医学・行動科学の体系的教育. シンポジウム「臨床医学への行動医学アプローチから構想する行動科学教育の縦断的統合」第 49 回日本医学教育学会大会総会
2. 山村麻予・平井 啓 (2017.10). 大学生のメンタルヘルスに関する理解と知識. 日本教育心理学会第 59 回総会
3. 平井 啓 (2017.12). 両立支援における意思決定支援とメンタルヘルスケア. シンポジウム 2「両立支援」 第 24 回日本行動医学学会学術総会
4. 平井 啓, 佐々木周作, 大竹文雄 (2017.12). 乳がん検診受診行動と乳がん関連ヘルス・リテラシーの関係性に関する研究. 行動経済学会第 11 回記念大会
5. 山村麻予・平井 啓 (2018.3). 芸術系大学における被援助体験の種別と感情生起. 発達心理学会第 29 回大会

H. 知的財産権の出願・登録状況

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。