

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

高齢がん患者の意思決定を支援する看護師とソーシャルワーカーが捉える
困難感と課題

研究分担者 渡邊真理 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 看護学科 准教授

研究要旨 高齢がん患者の意思決定を支援する看護師とソーシャルワーカーが捉える困難感と課題を明らかにすることを目的に、がん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携指定病院等のがん相談支援センター等に相談員として勤務する看護師およびソーシャルワーカー（以下、MSWとする）18名を対象にインタビューを行った。

その結果、高齢がん患者の意思決定支援で困難と感ずることは、【高齢者特有の機能低下】に伴い、【高齢だから無理な治療はしたくない】【家族に迷惑をかけたくないから治療を選択しない】【高齢者だと意思決定時に家族の意見が優先される場合が多い】【本人と家族の意見に相違がある】【独居高齢者や家族が遠方でサポートが受けられない】【医師には遠慮して意見が言えない】【高齢者を取り巻く制度の限界】【情報の入手が限られている】【地域の専門家の支援と連携強化の必要性】であった。

後期高齢者になるとより家族が主体となり意思決定するという傾向があった。がん相談員は高齢がん患者の特徴を踏まえて、環境を整え、相手に合わせて話を聞き、その人の価値観やどのような人生を送ってきたのか等を確認していた。

認知能力把握のための確認方法は、病状と治療の内容が医師の説明とあっているか、約30分間の面談の前半から後半まで話がつながっているか、話のつじつまが合うか等で確認をしていた。意思決定支援のための簡便なツールは現場で望まれていた。

課題として、高齢がん患者の意思決定は、家族への負担への気遣いから治療を選択しない、家族の思いを優先する、家族自体が意思決定することが多い傾向があり、そのような状況でも本人が納得してがんの治療選択や療養の場の意思決定ができるための相談員の育成と体制の強化が急務である。また高齢者が理解しやすいがんの情報提供の工夫や、意思決定支援を必要とする対象者を早期に発見するため、初診時からのスクリーニングが必要である。

A. 研究目的

高齢がん患者の意思決定を支援する看護師とソーシャルワーカーが捉える困難感と課題を明らかにする。

B. 研究方法

1. 研究デザイン：半構成的面接による質的記述的研究

2. 研究対象者：がん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携指定病院等のがん相談支援センター等に相談員として勤務する看護師およびソーシャルワーカー（以下、MSWと

する）18名

3. データ収集方法：研究の同意が得られたがん相談経験のある（経験1年以上）看護師およびMSWを対象に約30分程度の半構成的インタビュー（インタビューガイドを用いる）を行う。

インタビュー内容

- ・高齢がん患者への関わりの中で、どのような場面や状況で困難を感じるか。
- ・高齢がん患者の意志決定支援を行うとき、特に気を付けていることがあるか？それはなぜか。

- ・ 高齢がん患者に対応するとき意図的にアセスメントすることがあるか？それはなぜか？
- ・ そのアセスメント内容は支援内容にどう役立っているか？
- ・ 高齢がん患者の家族からの情報収集はどのような内容を聞いているか？それはなぜか？
- ・ 高齢がん患者の意思決定支援において、認知機能を判断する基準にしていることは何か？ 尺度でも良いし、経験的なものでも可
- ・ 高齢がん患者の年齢（前期高齢者と後期高齢者）により支援の方法が異なるか？

4. データ分析方法：インタビュー時には承諾を得てボイスレコーダーに録音し、インタビューの時期毎に逐語録に起こす。逐語録をデータとし、高齢がん患者を支援する看護師とMSWが捉えている困難感と課題に関する内容を質的に分析した。インタビューの逐語録は業者に依頼した。

5. 研究対象者の選定方法：研究協力の得られたがん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携指定病院等7施設のがん相談支援センター等の看護師およびMSWで研究に協力の同意が得られた者。各施設2-3名程度にインタビューガイドに基づきインタビューを実施した。

（倫理面への配慮）

本研究は神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認（保大第29-29）を受けた。

1) インフォームド・コンセントを受ける手続き

(1) 研究協力依頼を行う医療施設の病院管理者およびがん相談支援センター等の相談部門の責任者に研究の目的、意義、研究方法等の研究趣旨について研究協力説明書にて説明を行い、返信用紙にて研究協力の諾否と、研究にご協力いただける場合は、研究参加者の人数を記入、返送を依頼した。

(2) 研究協力の返送があった施設の相談部門に必要な部数の研究説明書と同意書、連絡先記入用紙を送付した。同意書と連絡先記入書の返送を持って同意とみなすことで強制力が働かないようにした。

(3) 研究の参加は自由意志であること、研究に参加しなくても何ら不利益がないこ

と、研究に同意した後も研究参加を取りやめることができることを研究依頼文に明記した。研究の撤回方法は同意撤回書に署名し、返信用封筒を用いて返送するよう文面により説明した。

2) 個人情報などの取り扱い

(1) 研究実施者は、研究によって得られたデータを厳重に管理、保管し、本研究以外の目的では使用しないこととした。個人情報保護の視点から収集するデータは研究目的に応じて必要最低限な内容とし、インタビュー内容の電子データにはパスワードを設置して保存した。

(2) 録音データは業者と個人情報管理に関する契約を結び、逐語録におこし、紙媒体で所属施設内研究室の施錠できる保管庫に保管した。ボイスレコーダーのデータは逐語録にした後に完全に消去した。

C. 研究結果

1. 高齢がん患者の意思決定支援上の困難感に関するインタビューはがん診療連携拠点病院5施設、都道府県がん診療連携指定病院4施設の計9施設のがん相談員18名を対象に実施した。

インタビューの結果、表1のように高齢がん患者の意思決定を支援する際の困難として【高齢者特有の機能低下】により、【高齢だから無理な治療はしたくない】【家族に迷惑をかけたくないから治療を選択しない】【高齢者だと意思決定時に家族の意見が優先される場合が多い】【本人と家族の意見に相違がある】【独居高齢者や家族が遠方でサポートが受けられない】【医師には遠慮して意見が言えない】【高齢者を取り巻く制度の限界】【情報の入手が限られている】【地域の専門家の支援と連携強化の必要性】があげられた。

【高齢者特有の機能低下】では、「病状をなかなか理解できないというところが一番意思決定のところでは難渋します。患者さん本人だけでなくご家族も高齢化しをしていたりとか、キーパーソンになられるご家族が県外にいらしたりとか、ご本人がしっかりしつつもちょっとサポートしてほしいという場面でもなかなか手伝ってもらえないというところは意思決定が難しいですね。」

「75歳過ぎると体力の衰えとか日常が過酷せることが幸せと感ずるところで治療して、

治療に伴う合併症とか、リスクを伴うことに関する患者さんの思いも違ってくる患者さん自身が体力の低下を感じている中での治療になるので難しい。」

「高齢の方が今後のフォロー先について相談に見えた時に、受付まで行ってお名前をお呼びして、こちらのお部屋に入るまでの間、きちんとした身なりで、おそらくは年齢が高くなってもお仕事されていたような感じの方でした。難しい面談内容ではなかったのですが、歩いていらした間も心細そうな表情で、聞き取る時にこうやって耳を傾けて聞くご様子があった。新しい環境で聞き取ることが不安だったりするのかなと思いました。言葉は聞こえていても理解するというのに時間がかかるということを感じました。物事を一人で聞いて、理解して、判断するって年齢がいけばいくほど心細い出来事だろうなって、だからできるだけ安心してもらってよく理解できるような環境を整えるような配慮をしています。」と語っていた。

「フレイルと治療をした後の生活状況を見る。日常生活に及ぼす影響を見ずえる。フレイルが不可逆になる可能性があるということを見込む場合は、今度はその受け皿としてのセルフケア支援が、どんな風に支援してもらえそうかという視点で見えています」という意見もあった。

【高齢だから無理な治療はしたくない】では、相談での患者の声として「高齢だから治療を受けた先に生きる希望がない。」「今までの人生で多くの苦勞をしてきたのでこれ以上辛い治療はしたくない。」「人生やり切ったので今さら治療はしなくてよい。」という意見や、「高齢だから副作用が心配ということでなかなかその治療に踏み出せない患者さんをサポートするのが難しい。」

「高齢の患者さんは病状に伴う変化だけでなく入院だけで活動性がすごく低下してしまったり食事の嚥下力も低下したり家では難しいのではと医療者が思って、本人が自宅に帰りたくとも実現しなかった例もありました。」

「判断ができていないというか、今置かれている状況がわからないという患者さんは多いので、そこは一つ一つひも解きながらお話を聞いています」「理解力の低下があるので医師も看護師も結構柔らかい言葉で色々伝えるので本当の病状を理解していないような雰囲気があります。」

「日常生活ができないと治療はなりたない。」という意見からは、高齢がん患者が日常生活を維持することが重要で、がん治療で一時的に体力低下や QOL が低下したとしても回復の見込みがあるかどうか重要であった。

【家族に迷惑をかけたくないから治療を選択しない】では、「実は帰りたいけど家族に迷惑をかけるから」「通院自体が家族に迷惑をかけるから治療はしなくてよいと思う」などが語られた。

【高齢者だと意思決定時に家族の意見が優先される場合が多い】【本人と家族の意見に相違がある】については、「意思決定能力がないと、家族の意向で動き始めるけれどその家族の意向が本人の意向と一致しているのかとか、そこを図るすべがなかなか難しい。」「本人の意向を確認するが、療養となると家族を優先しなければならない現状がある。」

「ご本人が高齢だったりするとなかなか病状説明に本人が入らなかつたりして、全部ご家族が説明を聞いて結果だけを本人が聞く、そうするとご家族が意思決定することになり、その中でもご家族も迷ったりという場面はよく見かけます。そういう時は、お元気だった時は、ご本人はどういうふうに過ごしたいとおっしゃっていましたかということとはよく確認します。」等があった。また「80 歳代の高齢がん患者が急性腹症で救急外来に運ばれて、緊急手術が必要な状態で人工肛門増設術に必要なストマ - サイトマーキングと麻酔科医がサインをすれば手術ができる準備状態になっていました。しかし、ご本人が記憶力に低下があるのと、腹痛が一時的に軽減したことで“何で手術が必要なのか”が理解できない。そして『何もしないでくれ』と言う。妻も高齢で認知機能の低下と論理的な思考ができない。意思決定のキーパーソンである甥の了解は得ましたが、本人が『自然のまま、ありのままで生きたい』とあまりに言うので『これだけ本人の意思がしっかりしているのに、手術をしてよいだろうか』と悩む。結局、担当医が病状と手術をしないリスク、手術する場合のリスクについて説明して、ご本人が『今は死にたくない』と言い、手術に踏み切ったという例がありました。土壇場で治療の意思決定をしなければならない。意思決定の課題を痛感しました。」という事例もあった。

【独居高齢者や家族が遠方でサポートが受けられない】では、「高齢の方が介護保険で介護タクシーを使いながら治療を続けるなどメリットとデメリットをすごく感じさせられます。」「入院時の保証人がいない。入院に必要な物品を運んでくれる人もいないことがあります。」「家族の意思決定のキーパーソンは誰で、生活のキーパーソンは誰って分かれていることとかも日本独自の背景かと思います。」という特徴も見られた。

また「独居の場合、全部一人でやってきたという気持ちが強い。自覚症状がない場合は特に急変の可能性があるし、経過観察が必要な状態でも一人暮らしを継続する場合は介入が難しい。」

【医師には遠慮して意見が言えない】は、頻度多く語られた。

「若い方に比べると自分から質問をしたりとか、先生に質問するのは悪いとか、先生はすごく偉いから先生の言っていることが正しいからその意見に従うという感じがある。」

「先生との関係を壊したくない。裏切ったら怒らせてしまう。」ことが多く、これらに対して、「...医師に対して直接こうしたいということが言えないから、もう一回先生とお会いする機会を作ろうと働きかける。地域の特性として医師にお任せという感じが高齢だと多く感じる。」

その背景として、「後期高齢者は世代的に戦中、戦後を生き抜いて来た年代の人たちで我慢することが日常的な価値観になっている人が多い。そういったことも治療の意思決定には影響していると思う。」と後期高齢者特有の価値観への配慮の必要性が表れていた。

【高齢者を取り巻く制度の限界】では、

「最近多いと感じるのは高齢者の一人暮らしの患者さんが多くなっている。あと老々介護をしなければならぬ、主たる介護者も高齢者であるという患者さんの背景がすごく多くなってきていると感じます。」

「制度で賄えるのはほんの一部です。制度で賄えない部分をどうサポートするかが大事」「身寄りがなく、本人も意思決定できない人を今後どこでどう過ごしていくか、生活保護担当の人も決定できない。医療行為有り無しでその後の対応が決まっていく。」「後期高齢者の方だと医療制度があるので経済面は一定額でとどまることが多いのですが、前期高齢

者の方だと経済面の不安で治療の意志決定を左右することもあります。」等が語られた。

【情報の入手が限られている】では、「身内がんでつらい思いをしている人がいたり、亡くなった方の過去の経験の影響で治療や麻薬などの薬を選ばない。」「インターネットを十分に活用できる人もいれば、全くがんの情報を持たない人もいる。」等が語られた。

【地域の専門家の支援と連携強化の必要性】

では、「受け皿の点でいうとケアマネージャーがよくわからないままに『手術してもらわないと困るわよね』のようなことを言っている例があって、ケアマネージャーの理解を支える関りが今後はさらに必要になると思っています。」

「自宅に帰る可能性があってもケアマネージャーが支えきれないと施設入所になる場合がある。」「患者さんとご家族の気持ちの整理というか、このスピードにまずついてこれるかどうかの調整とかフォローも大事です。あとは対外的なサービス提供者の方たちも疾患特有のスピード感、とりわけ終末期のスピード感に合わせられる人もいれば、なかなか経験がなくて難しい人もいます。」

「個人情報の扱いがすごく難しいなと思うところが多い。例えば訪問看護とかデイサービスとか色々なサービスを利用している患者さんが多いので、そうすると何かちょっと症状が出てくると問い合わせが来るんですね。こういう症状が出て心配なんですけど、とか、患者さんはこう言っていてちょっと病状の理解がされていないんですけど、先生からどういう説明があったんですか教えてくださいとか。そういうことを聞いてくる方が多いのでどこまで個人情報をお知らせしてよいのか？迷うことがあります。地域に戻られた時の情報共有をどのようにしたらよいのか、と悩みます。」と地域包括ケアシステムの充実に向けた課題も語られた。

2. 高齢がん患者の認知機能把握のための方法

相談員は高齢がん患者の様々な状況に合わせて認知機能把握を行っていた。それらは表2に示したように以下の内容であった。

- ・病状や治療の内容が医師の説明とあっているか
- ・薬の管理ができていないか

- ・面談の過程で前半、中盤、後半と話がつな
がっているか
- ・話のつじつまが合うかどうか
- ・服装などの身なりの状況
- ・医療関係者の名前を憶えているか
- ・過去の時系列がずれているか
- ・物忘れの頻度
- ・夜間の睡眠状況の把握

誰でも簡単に認知機能を測定できるツールが望まれる。

3. 高齢がん患者の意思決定のために心がけていること

相談員は高齢がん患者の意思決定支援時にその人の意思を尊重するため、表3のような支援を行っていた。

- ・普段の生活状況の把握
- ・生活史を聞くことで退院後に必要なサービスの予測が可能となる。
- ・患者と家族のパワーバランスを知る。
- ・今までにどのような生活や仕事をしてきた人なのかを知る。
- ・家族から本人が大事にしていることや希望、生き方を確認する。
- ・その人にとってのキーワードを見つける。
- ・趣味や日課を知る
- ・家族から家族目線の生活歴も確認する。
等であった。目の前の高齢がん患者が生きてきた過程を知ること、必要な意思決定支援を実施していた。

添付の資料

表4．前期高齢者と後期高齢者の違いや特徴

表5．その他インタビュー内容からの共通点

D. 考察

高齢がん患者の意思決定を支援する看護師とソーシャルワーカーが捉える困難感と課題を明らかにすることを目的に、がん相談支援センター等に相談員として勤務する看護師およびMSW18名のインタビューを行った。その結果、高齢がん患者の意思決定支援で困難と感じることは、【高齢者特有の機能低下】に伴い、【高齢だから無理な治療はしたくない】【家族に迷惑をかけたくないから治療を選択しない】【高齢者だと意思決定時に家族の意見が優先される場合が多い】【本人と家族の意見に相違がある】【独居高齢者や家族が遠方でサポートが受けられない】【医師には遠

慮して意見が言えない】【高齢者を取り巻く制度の限界】【情報の入手が限られている】【地域の専門家の支援と連携強化の必要性】の категорияが抽出された。

後期高齢者になるとより家族が主体となり意思決定するという傾向があった。がん相談員は高齢がん患者の特徴を踏まえて、環境を整え、相手に合わせて話を聞き、その人の価値観やどのような人生を送ってきたのか等を確認しながら親身になって相談対応をしていた。超高齢化の現実には医療の現場にはすでに押し寄せていることを今回のインタビュー結果が表しており、人的体制の充実の必要性を感じた。

高齢がん患者ががん治療を受けるかどうか、どこでどのように療養生活を送るかどうかは、残りの人生の生き方そのものを左右する。意思決定において本人が意思決定することが原則であるが、高齢者は体力低下を実感する中、家族への負担や気兼ねなどから、家族へ意思決定をゆだねることが多いことが明らかとなった。

高齢者の場合、現在の日常生活が維持できることが1つの指標と言える。年齢とともに機能が低下する中、がん治療によって一時的に機能低下しても回復する見込みがあるか、セルフケアが可能かが重要な視点であると考え

る。そのためには、治療のメリットとデメリットの説明の前に、現在の生活状況(食事、睡眠、排泄、清潔、衣服の着脱、金銭管理、買い物、社会への参加状況等)を把握し、どのように生きてきた人なのか、何を大切にしているのか等の価値観を確認する必要がある。

課題として、高齢がん患者の意思決定は家族への負担への気遣いから治療を選択しない、家族の思いを優先する、家族自体が意思決定することが多い傾向があり、そのような状況でも本人が納得してがんの治療選択や療養の場の意思決定ができるための相談員の育成と体制の強化が急務である。また高齢者が理解しやすいがんの情報提供の工夫や(見えやすさ、聞きやすさ、理解力を助ける)意思決定支援をより必要とする対象者を早期に発見するため、初診時からのスクリーニングが必要であると考え。人的・物的資源が限られる中、具体的なスクリーニング方法を今後検討する必要がある。

また国民に向けては、元気な時から病気になったらどうしたいかを考えておく必要性につ

いて教育が必要である。

E. 結論

高齢がん患者の意思決定支援の困難から、【高齢者特有の機能低下】に伴い、【高齢だから無理な治療はしたくない】【家族に迷惑をかけたくないから治療を選択しない】【高齢者だと意思決定時に家族の意見が優先される場合が多い】【本人と家族の意見に相違がある】【独居高齢者や家族が遠方でサポートが受けられない】【医師には遠慮して意見が言えない】【高齢者を取り巻く制度の限界】【情報の入手が限られている】【地域の専門家の支援と連携強化の必要性】が明らかとなった。

課題として、高齢がん患者の意思決定は、本人より家族が意思決定することが多い傾向があり、そのような状況でも本人ができるだけ納得してがんの治療選択や療養の場の意思決定ができるための相談員の育成が急務である。また高齢者が理解しやすいがんの情報提供の工夫や、意思決定支援をより必要とする対象者を早期に発見するため、初診時からのスクリーニングの検討が必要である。

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

なし。

学会発表

なし。

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。