

認知症進行肺がん患者の治療方針の決定における 看護師の意思決定支援

木下千尋¹⁾ 松本愛美¹⁾ 佐藤大介²⁾

1) 福井大学医学部看護学科 2) 福井大学学術研究院医学系部門看護学領域

【要旨】

本研究の目的は、認知症進行肺がん患者の治療方針の決定における看護師の意思決定支援の実際を明らかにし、今後必要な看護支援を検討することである。A 病院に勤務する看護師を対象に、半構造化面接を実施し、録音内容から逐語録を作成、類似性に基づき抽象化してカテゴリー化した。その結果、看護師 2 名の協力が得られた。質的帰納的に分析した結果、《患者の病気や治療に対する理解状況》、《化学療法を行うための患者への関わり》、《家族への意思決定支援》の 3 カテゴリー、8 サブカテゴリー、34 コードが抽出された。認知症進行肺がん患者への意思決定支援において、早い段階から家族を交えた ACP サポートを行い、患者の治療や今後の生活に対する意思を確認することで、患者の意思を尊重した看護支援を実施していく。また、意思決定支援は、積極的治療か緩和医療かを決定する場面だけでなく、患者や家族の抱える問題にも広く視野を持ち、治療が開始されてから終末期まで継続的に行っていく必要がある。

Key words: 認知症、進行肺がん患者、看護師、意思決定支援

責任著者：佐藤大介〒910-1193 福井県吉田郡永平寺町松岡下合月 23-3 satodai@u-fukui.ac.jp

Supporting nurses' decision-making in treatment strategies for patients with advanced lung cancer and dementia

KINOSHITA, Chihiro¹⁾ MATSUMOTO, Ami¹⁾ SATO, Daisuke²⁾

- 1) College of Nursing School of Medical Sciences, University of Fukui
- 2) Faculty of Medical Sciences, Division of Nursing, Field of Clinical Nursing, University of Fukui

【Abstract】

This study aims to investigate the support provided by nurses in assisting decision-making about treatment strategies for patients with advanced lung cancer and dementia. The study also explores what nursing support may be needed in the future. Semi-structured interviews were conducted with nurses at Hospital A. Verbatim transcripts were first created from the recorded content, and then abstracted and categorized based on similarities. Consequently, cooperation between the two nurses was achieved. Qualitative inductive analysis yielded three categories, eight subcategories, and 34 codes: “understanding of the patient's illness and treatment,” “involvement with patients receiving chemotherapy,” and “decision-making support for families.” For patients with advanced lung cancer and dementia, early family involvement in advance care planning (ACP) is recommended to ascertain patients' treatment preferences and future life expectations. This allows nurses to offer support that respects patients' wishes. Furthermore, decision-making support should extend beyond choosing between active treatment and palliative care; it should also consider the broadly challenges faced by patients and families and be provided continuously from the start of treatment to the end of life.

Keywords: dementia, advanced lung cancer patients, nurses, decision-making support

I. はじめに

我が国において、肺がんの罹患者数、死亡者数はともに全がんの中で高い順位にあり、罹患者数は第2位、死亡数は第1位である¹⁾。診断や治療方法の発展により、5年相対生存率は100%に近づいているがんもあるが、肺がんの5年相対生存率は34.9%と低い²⁾。病期別に見ると、I期では83.3%、II期では52.7%、III期では28.3%、IV期では7.1%である³⁾。肺がん治療は日々進歩して手術成績も向上しているが、よりステージが進むと5年相対生存率は早期の患者と比較して低くなり、治りにくい難治性のがんの1つである。また、肺がんは症状が出にくく、病院を受診したときにはすでに遠隔転移を伴うIV期肺がんと診断される患者が約4割を占めている⁴⁾。診断された時点で、肺がん患者は積極的治療を行うか否かなど治療方法についての重大な意思決定をしなければならないと考えられる。このような肺がん患者と関わる看護師は、治療の選択や人生の岐路への助言のプレッシャーや人生に苦悩する患者に伝えられない難しさを抱えていることが報告されている⁵⁾。また、積極的治療から緩和医療へギアチェンジをする患者と関わる中で、看護師は〈患者にとって最善かどうか迷いがある〉〈治療方針の変更やギアチェンジは重荷である〉というように心的負担を感じていることが報告されている⁶⁾。

肺がんは60歳代から罹患者率が急激に増加し、80～90歳代でピークを迎える⁷⁾。肺がん患者は他の疾患と比較して高齢者が多いことが考えられるため、積極的な治療を行っていくのか、対症療法を中心とした緩和医療を行うか自身の価値観と照らし合わせながら自己決定することが難しい現状にある。また、65歳以上の認知症高齢者数と有病率は、2012年は認知症高齢者数462万人と、65歳以上の高齢者の約7人に1人(15%)であったが、2025年には約5人に1人になるとの推計もある⁸⁾。認知症の年齢階級別患者数は男女とも85～89歳がピークであり⁹⁾、肺がんを罹患している高齢患者が認知症を合併している可能性は、これから増加していくと考えられる。

認知症を伴う患者は、理解力や判断力の低下から、自身の治療方針について決定することが困難である。認知症患者の人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定に関しては、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」において「家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとる」、「家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとる」、「家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとる」ことが基本であるとされている¹⁰⁾。代理意思決定においては、患者の状態の変化によって気持ちが変化したり、一度決定したことが果たしてよかったのかと不安になることが往々にしてみられ、このような状況で看護師は、どのようなプロセスで意思決定を進めたらよいか、患者の意思が尊重され最善の決定がなされているのか、家族の意思決定を支えることができているのかといった倫理的ジレンマを抱くことになる¹¹⁾。また、先行研究では、認知症高齢者の意思決定における課題として〈家族と医療者で治療後のイメージのすり合わせができていない〉〈本人にとって最善の意思決定ができるのは誰なのかわからない〉〈本人の意思が不明確なまま積極的な治療が進められることへの疑問〉などが挙げられている¹²⁾。塚越ら¹³⁾は認知症を有するがん患者への看護において、認知症による記憶力や判断能力の低下によって患者の意思や意向を十分に理解できないことや、認知症がん患者の主体的な治療参加に限界があることによって認知症がん患者を尊重した治療選択支援の難しさが生じていること、看護職は患者の意向という決定打がない状態で治療選択や安全・安楽な治療実施を支えていく必要があり、困難を抱きやすいことを述べている。

II. 用語の定義

認知症進行肺がん患者：FAST 分類¹⁴⁾ stage3 以上の認知症を合併している、手術でがんが切除できない状態のⅢ～Ⅳ期の肺がん患者

意思決定支援：積極的治療を行うのか、緩和医療を行うのか今後の治療方針についての意思決定における看護師の支援

III. 研究目的

我が国において、肺がんを罹患している高齢患者が認知症を合併している可能性はこれから増加していくことが考えられる。しかし、認知症患者の治療選択における意思決定は難しく、特に肺がん患者はがんが進行した状態で発見されるため、限られた時間の中で、積極的治療を行うか、緩和医療に移行するかという重大な意思決定をしなければならない。そのため、認知症進行肺がん患者の意思決定支援はより難しくなることが予測されるが、認知症進行肺がん患者の意思決定支援に関する研究は行われていない。

そこで、本研究の目的は、認知症進行肺がん患者の治療方針の決定における看護師の意思決定支援の実際を明らかにし、今後必要な看護支援を検討することである。看護支援を検討することで、将来、認知症進行肺がん患者に対してより良い意思決定支援を提供することができると考えられる。

IV. 研究方法

1. 研究対象

1) 選択基準

以下の基準をすべて満たす看護師を対象とする。

- (1) 臨床経験 5 年以上の看護師
- (2) 年齢・性別：不問
- (3) 肺がんが進行した状態で見つかった認知症患者へ治療方針の意思決定支援を行った経験がある看護師または、今まで肺がん治療を行っていたが病状が進行した認知症患者へ積極的治療から緩和医療へギアチェンジを行うかどうか治療方針の意思決定支援を行った経験がある看護師
- (4) 以下に該当する認知症進行肺がん患者に意思決定支援を実施した経験がある看護師
 - ① 認知症進行肺がん患者の肺がんの病期：手術でがんが切除できない状態のⅢ～Ⅳ期
 - ② 認知症進行肺がん患者の認知症の進行度および重症度：FAST 分類 stage3 以上
 - ③ 認知症進行肺がん患者の既往歴：不問
 - ④ 認知症進行肺がん患者の認知症の発症時期：不問
 - ⑤ 本研究への参加にあたり十分な説明を受けた後、十分な理解の上、看護師本人の自由意思による文書同意が得られた看護師

2) 除外基準

研究責任者が研究対象者として不適当と判断した看護師を除外する。

2. 調査期間・方法

研究実施期間は 2023 年 4 月 20 日～2023 年 12 月 6 日とした。データ収集方法は、インタビューガイドを用いた 1 回 30 分程度の半構造化面接を行った。対象者の同意を得た後、面接内容を記録用紙に記述するとともに、IC レコーダーに録音した。

3. 調査内容

1) 基本属性

- (1) 年齢
- (2) 看護師経験年数
- (3) 資格認定（がん薬物療法看護認定看護師、がん看護専門看護師、認知症看護認定看護師、緩和ケア認定看護師）の有無

2) インタビュー内容

- (1) 認知症進行肺がん患者の意思決定支援の場面の振り返り
 - ① 支援に至る過程（患者の病状や患者・家族の病気の受け止め方、医師からの治療方法の説明内容とそれに対する患者・家族の反応や理解度、家族の属性、支援の必要性）
 - ② 意思決定支援の場面におけるあなた自身の行動
 - ③ それに対する患者・家族の反応
 - (2) 意思決定支援におけるあなた自身の考え
 - ① 意思決定支援の場面における困難さ
 - ② 今後どうすれば良い意思決定支援を実施できると考えるか
- 質問内容に沿ってインタビューを実施したが、研究協力者に比較的自由な発言を求めた。また、適宜追加質問しながらインタビューを行った。

4. 分析方法

認知症進行肺がん患者への看護師の意思決定支援の実態について質的記述的に分析した。インタビューの録音内容から逐語録を作成した。逐語録を精読し、認知症進行肺がん患者への看護師の意思決定支援に関わる文章を抽出し、意味内容の分かる範囲で区切り、コード化した。コード化された記述は類似性に基づき抽象化し、サブカテゴリとした。サブカテゴリの内容からさらに抽象度を上げ、カテゴリとした。客観性を保つために、教員や学生から意見を得た。

V. 倫理的配慮

本研究は、対象者に対して 研究意義、目的、方法、研究参加の拒否や撤回の自由、個人情報の保護、データの保管方法、データは本研究以外には使用しないこと、研究終了後にはデータを破棄すること、研究結果は個人が特定されないように公表すること、研究参加の撤回や面接の中断はいつでもできること、面接中に身体的・精神的な負担となった場合には、面接を中断できることなど研究の概要について文書と口頭で説明し、同意書の署名をもって同意を得た。面接調査は、A 病院の個室を使用し、プライバシーの保護に努めた。本研究は、福井大学医学系研究倫理審査委員会で審議し承認を得た（2023 年 10 月 30 日 整理番号 20230089）。

VI. 結果

1. 対象者の概要

インタビューは 2 名に実施した。インタビューを実施した看護師は 27・31 歳で、看護師経験年数 6～10 年の中堅看護師であった。（表 1 参照）

2. インタビュー内容

認知症進行肺がん患者の意思決定支援の実態について 34 コード、8 サブカテゴリ、3 カテゴリが抽出された。以下コードは「」、サブカテゴリは『』、カテゴリは《》で表す。（表 2 参照）

《患者の病気や治療に対する理解状況》は、『患者の発言』『医療者側から見た客観的な患者の理解』から構成された。『患者の発言』は、「疾患や治療方法を説明した時点では分かったと理解しているような言葉を話していた」「ICではやれることがあるならやってくれと言っていた」「治療中は何でこんなことせなあかんのやと言っていた」から導き出された。『医療者側から見た客観的な患者の理解』は、「患者さんがどこまで理解できているかわからない」「患者さんの言うことや理解度は日々変わっていくので、どれが本当かわからない」「化学療法もされるがままで、本当にやりたくてやっていたのかわからない」などから導き出された。

《化学療法を行うための患者への関わり》は、『認知症患者への配慮』『治療における家族の協力』『多職種との情報共有』『ACPを意識した関わり的重要性』から構成された。『認知症患者への配慮』は、「言葉を砕いて説明することが大切」「OTに認知機能の低下に対するリハビリや認知機能の確認を行ってもらっていた」から導き出された。『治療における家族の協力』は、「家族が付き添えるなら付き添った状態で治療を行っていた」「治療中家族がいると本人は落ち着いて穏やかだった」「認知症患者さんは家族がいると落ち着いて穏やかだったため、家族の協力が必要」などから導き出された。『多職種との情報共有』は、「先生とは常に密に、治療や患者さんの今の生活に関する話を話し合っていた」「病棟でカンファレンスを開いて、抗がん剤をしている時の対応を受け持ちじゃない看護師も把握するようにしていた」などから導き出された。『ACPを意識した関わり的重要性』は、「普段の何気ない会話の中から患者さんの思いを聞き取って、患者さんのベストを考えていた」「自分に何かがあったときどうしてほしいかなど、早いうちから家族間で話し合ってくれていると、意思決定支援がしやすくなる」「家族さんが一番本人のことをわかってくれているので、家族さんを変えて話をしていくことが大事」「入院生活の中でも認知機能は低下していくため、早い段階から行うことが大切」などから導き出された。

《家族への意思決定支援》は、『家族への治療方針の説明と確認』『家族の治療に対する思い』から構成された。『家族への治療方針の説明と確認』は、「本人の認知機能が低下していたため、治療方法については最初に家族に説明した」「治療をしても状態が悪くなることもあるということまで理解したうえで治療を望まれるか、家族に確認した」「家族には、患者さんにどこまで治療して、どうなってほしいのかを確認した」などから導き出された。『家族の治療に対する思い』は、「できる限り苦痛は取ってほしいけど、少しでも治療法があるならやってほしい」「肺がんで治療することまでは言うけど、予後が厳しいことは言ってほしくない」から導き出された。

Ⅶ. 考察

1. 患者への意思決定支援

1) 患者の意思の理解

今回の調査で、「患者さんがどこまで理解できているかわからない」「患者さんの言うことや理解度は日々変わっていくので、どれが本当かわからない」など、患者の病気や治療に対する意思を汲み取り、患者の意思を治療に反映していくことが困難であることが明らかになった。また、「化学療法もされるがままで、本当にやりたくてやっていたのかわからない」「本当に治療をやってよかったのか、緩和医療だけでよかったのかわからない」と、看護師が患者の意思を理解できていないだけでなく、「なんでこんなことせなあかんのや」と、患者自身も理解できないまま治療が継続されている実態であることが明らかになった。患者が理解できていないまま治療を継続すると、治療中の混乱を招き、安全を確保できないだけでなく、精神的な苦痛にもつながると考えられる。また、化学療法にはさまざまな副作用が生じるため、患者が化学療法をやりたくないのにやっている場合、患者に苦痛を与え、QOLの低下を招くことになる。QOLが低下すると患者の治療に対する意欲の低下

や、生きる活力の低下に繋がる可能性がある。そのため、患者の治療に対する意思を確認したうえで、化学療法をする必要がある。認知症高齢者の意思決定支援には、認知症高齢者を一人の人として人の価値を認め、さらに意思決定が行える人であると認識することが重要であるということが述べられている¹⁵⁾。そのため、認知症であるからといって患者の意思が分からないまま治療をするのではなく、一人の患者として、その意思を理解しようと努力することが大切である。つまり、「本当に治療したいかどうか、治療のたびに意思を確認していた」とあるように、繰り返しその意思を確認することで、日々変わっていく患者の意思を汲み取ることが重要である。また、「普段の何気ない会話の中から患者さんの思いを聞き取って、患者さんのベストを考えていた」とあるように、日々の患者との対話が患者の意思を汲み取るうえで非常に重要である。そして、解釈したことを患者・家族に言語的に伝え、確認していく必要がある¹⁶⁾。患者の意思と看護師の解釈に相違が生まれまいよう、適切にコミュニケーションをとることが重要であると考えられる。また、看護師は、患者の意思が理解できていないまま治療をしていることに不安や迷い、後悔などの気持ちを抱き、自分の看護支援に自信が持てなくなることが考えられる。加利川ら¹⁷⁾は、看護師はギアチェンジ期から終末期にある患者の援助に自信がなく、患者や家族に関わることに躊躇していたことで、円滑に療養の場の選択を支援できない状況にあったと指摘している。看護師が自身の看護支援に自信がない状態にあると、患者と関わる機会が減り、意思決定支援が困難になることが考えられる。そのため、日頃から患者と関わる機会を意図的に多く持ち、患者の発言や行動などから患者の意思を汲み取ることで、自身の看護支援への自信に繋がり、患者への意思決定支援を円滑に行うことができると考える。

また、認知症進行肺がん患者は、高齢であることや、認知症であることに加えて、がんによる痛みや呼吸困難、化学療法の副作用による嘔気や倦怠感、死に対する恐怖など多くの身体的・精神的苦痛を抱えており、せん妄になりやすいことが考えられる。せん妄状態である患者の意思確認は非常に難しいため、せん妄を予防することが重要である。せん妄の発生には、単一でせん妄を起こし得る直接因子が存在し、せん妄の準備状態となる準備因子、単独ではせん妄を起こさないが、他の要因と重なることでせん妄を惹起し得る誘発因子が顕著なほど、せん妄は発症しやすく、悪化や遷延化に繋がるということが述べられている¹⁸⁾。認知症進行肺がん患者の場合、肺がんという直接因子に加えて、高齢や認知症という準備因子、痛みや呼吸困難などの誘発因子が多く存在し、せん妄を発症しやすい状態であると言える。そこで、看護師は痛みや呼吸困難などの誘発因子に対して介入することで、せん妄を予防できると考える。進行肺がんによる痛みや呼吸困難などの症状を適切にアセスメントし、それらの症状を緩和させる支援を行うことで、せん妄を予防することが重要である。また、死への恐怖などのスピリチュアルな苦痛に対しても介入することが重要だと考える。下舞ら¹⁹⁾は、究極の身体的苦痛や精神（心理）的苦痛は、患者のどのように最期を生きたいかという自己理想を脅かし、自己理想が貫徹できないことによってスピリチュアルな苦痛がおけると述べている。自分の存在意義の喪失や過去への後悔、死への恐怖などのスピリチュアルな苦痛を抱えることによって、患者自身が行った意思決定にも揺らぎが生じ、それがさらなるスピリチュアルな苦痛をもたらし、せん妄をも誘発する可能性がある。そのため、スピリチュアルケアを行うことで、患者の意思を確認すること、患者の意思決定を後押しすることにもつながり、患者の理想とする最期を迎えられるのではないかと考える。スピリチュアルケアでは、患者が苦悩を表出した際、患者のそばで訴えを聴き寄り添い続けることがその本質だと言われている²⁰⁾。患者との日々の関わりの中で、患者が表出するスピリチュアルな苦痛を察知し、患者の話を傾聴して寄り添うことが重要だと考える。しかし、認知症高齢者は自分自身の意思や記憶の維持が困難になるだけでなく、これを他者に伝わりやすい形態で表出することが難しくなる。言語的コミュニケーションの円滑さを喪失していく認知症高齢者は、意思や自分のあり方を言葉の内容だけでなくむしろ非言語的な形態でも表

示している²¹⁾。そのため、患者のスピリチュアルな苦痛を理解するためには、患者から発せられる言葉だけでなく、患者の表情や声色、身振り手振りなどの非言語的コミュニケーションにも着目することが重要である。

2) 化学療法中の患者への支援

意思決定支援は、治療をするか否かを決定する場面だけでなく、患者・家族が治療をすることを決定し、治療が始まってからも継続的に行っていく必要があると考える。化学療法を継続できるよう支援することが、治療をすると決めた患者・家族の意思を尊重することに繋がり、継続的な意思決定支援になると考える。化学療法を継続的に行うための支援として、「言葉を砕いて説明することが大切」とあるように、患者が化学療法を行っているということを理解できるように説明することで、患者が納得して安全に治療を行える。また、患者にとって、入院環境はストレスを増強させる慣れない環境であり、認知症の症状の悪化を助長するということが述べられている²²⁾。そのため、「OT に認知機能の低下に対するリハビリや認知機能の確認を行ってもらっていた」とあるように、専門職と連携しながら認知機能を適切にアセスメントし、認知機能の低下を最小限にするとともに、認知機能の程度に合わせた関わりをすることで、化学療法を継続できるようにすることが重要である。さらに、患者は抗がん剤投与中に自己抜去をしてしまうことや、セルフケア能力が低下していることで化学療法を安全に施行し、副作用に対処できないリスクがある。そのため、今回の調査では得られなかったが、化学療法を継続するためには、抗がん剤投与中の安全確保や、化学療法の副作用に対する支援が必要であると考えられる。

そして今回の調査で、「家族が付き添えるなら付き添った状態で治療を行っていた」「治療中家族がいると本人は落ち着いて穏やかだった」「認知症患者さんは家族がいると落ち着いて穏やかだったため、家族の協力が必須」ということが明らかになり、化学療法を継続するためには家族の協力が非常に重要であることが示唆された。病院という日常生活とかけ離れた環境の中で過ごすことは、患者にとって大きなストレスであり、特に認知症患者は、慣れ親しんだ環境から新たな環境へ慣れることが困難であることが述べられている²³⁾。また、鈴木ら²⁴⁾は、認知症患者は他者によってアットホームな場の提供がなされ、理解しあえる人やペットの存在など慣れ親しんだ場で生きること、心の安らぎを得ることができると述べている。病院という慣れない環境で、化学療法をするという新たな経験をする患者が、少しでも安心して治療を行うためには、家族の存在が近くにあることが大切であり、看護師はそのような環境づくりをすることが重要だと考える。また、家族の存在が近くにあったことで患者は治療中安心して過ごすことができ、抗がん剤投与中の安全確保にも繋がったと考える。

さらに、患者は認知症により自分の意思や理解度が日々変わっていき、治療中の自分の状況が分からなくなって治療を拒否したりする可能性がある。竹井ら²⁵⁾は、認知症高齢者は周囲の関わり方の影響や環境の変化によって症状が大きく左右されるため、多職種で情報共有を行い、関わり方や対応方法を統一することが重要であると述べている。「先生とは常に密に、治療や患者さんの今の生活に関する話を話し合っていた」「病棟でカンファレンスを開いて、抗がん剤をしている時の対応を受け持ちじゃない看護師も把握するようにしていた」とあるように、医師と繰り返し治療方針を確認し、看護師間で患者への対応について情報共有を行うなど、スタッフと協力することが重要であると考えられる。

2. 家族への意思決定支援

1) 家族の治療に対する意思の確認

がん患者と家族は、深く影響を与え合うため、看護師は、がん患者と家族生活とのつながりをよ

り深く意識し、家族全体を支援する必要がある²⁶⁾。家族が病気や治療に対する理解や受け止めが来ていない場合、患者の病気や治療に対する理解や受け止めにも影響する可能性がある。また、がんの診断は家族全体に大きな衝撃をもたらす²⁶⁾。患者の病状を聞いた家族は、不安や悲しみ、恐怖などを感じると考えられる。そのため、患者の疾患を、患者だけでなく家族も受け止められるよう支援したうえで、家族に対しても意思決定支援を行う必要があると考える。

今回の調査で、家族に対して、「治療をしても状態が悪くなることもあるということまで理解したうえで治療を望まれるか、家族に確認した」「家族には、患者さんにどこまで治療して、どうなってほしいのかを確認した」など、家族への意思決定支援をするために、まずは治療に対する意向を確認していることが明らかになった。がんを診断された時期の家族の感情は不安定であり、医療者が言ったこと、言わないこと、不確実なことも含めて、自分たちなりの解釈を行う。また、患者・家族の過去の体験、文化的背景、価値観などにより、同じ話を聞いたとしても受け止め方が変わってくるため、まずは、患者や家族が、がんである事実をどのように受け止めたかを確認する必要がある²⁶⁾。また、今回の調査では、家族の治療に対する思いとして、「できる限り苦痛は取ってほしいけど、少しでも治療法があるならやってほしい」「肺がんで治療をすることまでは言うけど、予後が厳しいことは言ってほしくない」が挙げられ、家族の意思を尊重した関わりを行っていることが明らかになった。しかし、家族は患者が痛みや苦しむ様子や治療を行う様子から、自分たちの決断がこれでよかったのかと悩み、負担を感じることがあると考える。高齢者本人の意思確認ができないうまま、家族が代理意思決定をせざるを得なかったことは、家族に重責を負わせるとともに死別後に後悔を抱かせることにもつながっていると述べられている²⁷⁾。今回の調査では、患者の言うことは日々変わっているため、どれが本当かわからないと看護師が述べており、患者は分かったと発言しても、治療が始まると点滴を無視して歩き出すというように患者の意思を十分に確認することは難しい状況であった。そのため、家族の意思が治療に反映する機会が多く、家族が抱える負担はさらに大きくなると考えられる。そこで看護師は家族の抱える負担に寄り添うとともに、患者の治療状況や患者の日々の様子を家族に伝え、決断が間違えていなかったと家族が思えるような関わりを行うことが重要である。家族がこれでよかったと思える、家族の決断を後押しするような支援を行うことで、家族の負担は軽減すると考える。また、代理意思決定では患者の状態の変化によって気持ちが変わったり、一度決定したことが果たしてよかったのかと不安になることが往々にして見られる¹¹⁾。そのため、家族と密にコミュニケーションをとりながらその時々思いを確認し、行った意思決定が間違っていないかと思えるような声掛けをすることが重要だと考える。

2) 化学療法中の家族への支援

今回の調査で、化学療法を安全に継続していくために、抗がん剤投与中は家族に付き添ってもらうことが多いということが明らかになった。患者・家族に対して処置などに可能な限り同席してもらい care の方法を説明するなど、看護師らの細かい情報提供が家族の安心につながると述べられている²⁸⁾。医療者からの情報提供だけでは、家族は実際の患者の状態が想像できず、不安を感じたり、決断がこれでよかったのかと迷いを感じる可能性がある。家族が治療中の患者に付き添うことで、患者の治療中の状態などを家族は自分の目で見て理解することが出来るため、家族の安心感に繋がっていると考えられる。

一方で、家族は患者に付き添うことで、患者の苦痛に直面し苦痛そのものを見る辛さや、苦痛によって患者が変わってしまったのを見る辛さがあった。また、自分は患者の苦痛軽減に手出しが出来ず、苦痛への対応が果たせない辛さを感じていると述べられている²⁹⁾。患者の治療に付き添うことで抱える家族の心理的負担は大きいものと予測できる。そこで看護師は、患者に付き添う家族に対して心理的なサポートをする必要がある。治療中に患者のそばにいることは家族の果たす

ことが出来る役割の一つである。慣れ親しんだ家族という存在が近くにいることは患者が安心できると家族に伝えることで、家族の心理的負担を軽減させることが出来ると考える。また、看護師から家族に対して感謝の言葉や労いの言葉をかけることは、家族の自己肯定感を高め、患者の化学療法を継続的にサポートできるよう関わることが重要だと考える。

また、家族は直感的に、また患者の苦痛や医療機器や医療者の関わる環境から、死を予感するほどの危機感を抱いていたと述べられており²⁹⁾、患者の治療に付き添い患者の状態を間近で見ること、家族が患者の死を意識する可能性がある。予後があいまいな段階でも、死が近いことを意識している患者や家族は多く、死を意識した家族の心理状態として予期悲嘆がある。予期悲嘆は、現実の死別より前に生じる心理状態であり、否認や怒り、罪悪感なども含む特殊な心理状態である²⁶⁾。このような状態の家族の表面的な言動に惑わされずに、患者を失う家族の心の痛みを聴き、受け止めていくことが重要である³⁰⁾。家族が予期悲嘆による様々な感情を表出できるような環境をつくり、思いを傾聴し、受け止めることが、家族へのグリーフケアをするうえで重要である。

坂口は、死別以前の家族への配慮は、死別後の不適応の危険性を低減させるための予防的ケアとして重要であると述べている³¹⁾。さらに、故人の死への心の準備ができていた人、闘病中に故人との良好なコミュニケーションがとれていた人、そして故人の死を安らかであったと思っている人ほど、死別後の精神的健康の状態が良好であったことが明らかになっている³⁰⁾。そのため、看護師は家族へのグリーフケアとして、まずは患者の死への心の準備ができるように、患者の病状について家族の反応を見ながら丁寧に説明し、受け入れられるよう支援する必要がある。そして、患者と家族が良好なコミュニケーションがとれるように、患者と家族だけの時間を設けたり、話しやすい環境づくりをすることが大切だと考える。

3. ACP を意識した関わりの重要性

認知症患者の多くは進行性で認知機能障害が出現し、すなわち病気の進行とともに自分の意思で自分のことを決定するのが難しくなり、その結果、本人の意向が尊重されない可能性が高まる³²⁾。さらに、肺癌患者は見つかった時点で進行しており、時間がない中で意思決定をしなければならない状況が多いため、「本人の認知機能が低下していたため、治療方法については最初に家族に説明した」とあるように、看護師は患者自身では意思決定が難しいと判断し、家族を中心に意思決定支援をしていることが考えられる。家族に対する意思決定支援も重要だが、家族への意思決定支援が中心になることで、患者本人が治療方針の決定に十分に関与できないと、患者の意思が尊重されない可能性がある。そのため、「自分に何かがあったときどうしてほしいかなど、早いうちから家族間で話し合ってくれていると、意思決定支援がしやすくなる」「若い時から自分の思いを周りに伝えられるような環境づくりができていれば、認知症になってもその人の思いを組んだ治療ができたり、望む最期を迎えられるのかなと思う」「入院生活の中でも認知機能は低下していくため、早い段階から行うことが大切」とあるように、認知症になる前や認知症が軽度の段階で、治療方針や人生の最終段階についての意思を確認しておくことの重要性が示唆された。高齢者の終末期に関する研究では、ACP サポートを受けた群では患者本人の意思を 80%以上で確認することができ、家族のストレスや不安は少なく、患者・家族の満足度も高かったことが報告されている³³⁾。ACP によって患者本人の意思を確認することで、患者の意思を反映した意思決定支援や療養生活における支援をすることができ、患者・家族ともに安心、納得して治療を受けられる。そのため、患者の意思を尊重し、患者、家族にとって満足度の高い看護支援を提供することができるよう、ACP を意識した関わりを行っていくことが重要であると考え。ACP サポートをするうえで、看護師は、病気が進行した場合に積極的治療をするか緩和医療をするか、認知症が進行して自身の意思を表明できなくなった際

に自分の事前意思か家族の意思のどちらを優先するか、終末期にどのようなケアを受けるか、などの視点から患者・家族と話し合うことが重要である。ACP サポートをすることで患者の意思を尊重した支援をするためには、ACP においてどのような場面や状況の意思確認が必要か、患者の状態に合わせて見極めていく必要があると考える。しかし、患者・家族は、患者本人の「死」や「人生の終盤期の計画」について自分から話したくない、あるいは話す必要はないと考える患者も少なからず存在する³⁴⁾。患者の死や人生の最終段階についての意思を確認するときは、治療ができなくなったときや病状が進行したときのことばかりに焦点を当てるのではなく、今後の目標やしたいことなど前向きな話に焦点を当て、患者・家族が話しやすい内容を提供する必要がある。また、「家族さんに認知機能が落ちる前の性格や自分に何かあったときにどうしたいか話したことあるかなどを聞いた」「家族さんが一番本人のことをわかってくれているので、家族さんを交えて話をしていくことが大事」とあるように、家族を交えて ACP サポートをすることで、家族だからこそ知っている患者の意思を汲み取ることができ、より良い意思決定支援につながると考える。

VIII. 研究の限界

本研究では、インタビューを実施した看護師が2名であり、認知症進行肺がん患者の意思決定支援について分析するには限界があったため、看護師の対象者をさらに増やし意思決定支援の現状について見ていく必要がある。また、がんの発生部位により、治療の効き目や進行の速さは異なる。そのため、肺がん以外のがんを発症した認知症患者への意思決定支援についても検討していく必要がある。さらに、本研究では看護師が行った意思決定支援についてインタビューをしたが、意思決定支援を受けた患者・家族にもインタビューを行うことで、より良い意思決定支援を検討することができると思う。

IX. 結論

1. 本研究に同意を頂いた2名を分析対象とした。対象者は看護師27・31歳で、看護師経験年数6～10年の中堅看護師であった。インタビューの結果、《患者の病気や治療に対する理解状況》《化学療法を行うための患者への関わり》《家族への意思決定支援》の3カテゴリー、8サブカテゴリー、34コードが抽出された。
2. 《患者の病気や治療に対する理解状況》では、看護師が認知症を持つ患者の意思を汲み取ることとに困難を感じていたが、患者の意思が分からないまま治療をするのではなく、一人の患者として、その意思を理解しようと努力することが大切である。そのため、日頃から患者と関わる機会を意図的に多く持ち、患者との対話から意思を汲み取ることが重要である。
3. 化学療法を継続できるよう支援することは、治療をすると決めた患者・家族の意思を尊重することに繋がり、継続的な意思決定支援になる。そのため、患者が治療について理解し、安全に治療を継続できるように、治療について患者に分かりやすく説明するとともに、家族に治療中付き添ってもらふなどの《化学療法を行うための患者への関わり》が必要であった。さらに、日々変わっていく患者の意思や理解度を、医師や看護師など多職種と情報を共有する重要性が示唆された。
4. 患者だけでなく、家族もさまざまな不安を抱えているため、《家族への意思決定支援》が重要である。家族と密にコミュニケーションをとり、心理的なサポートをすることで、家族が行った意思決定を後押しすることが《家族への意思決定支援》につながる。そして、患者の思いを最大限

反映した支援をするためには、早い段階から治療方針や人生の最終段階について、家族を交えて話すことが重要であった。

5. 認知症進行肺癌患者への意思決定支援において、早い段階から家族を交えた ACP サポートを行い、患者の治療や今後の生活に対する意思を確認することで、患者の意思を尊重した看護支援を実施していく。また、意思決定支援は、積極的治療か緩和医療かを決定する場面だけでなく、患者や家族の抱える問題にも広く視野を持ち、治療が開始されてから終末期まで継続的に行っていく必要がある。

X. 引用文献

- 1) 最新がん統計 国立がん研究センター
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (2023. 7. 25 アクセス)
- 2) がんの統計 2022 資料編
https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/statistics/pdf/cancer_statistics_2022_data_J.pdf (2023. 7. 25 アクセス)
- 3) 国立がん研究センター がん情報サービス「院内がん登録生存率集計」
<https://hbc-survival.ganjoho.jp/> (2023. 7. 25 アクセス)
- 4) 国立がん研究センター 中央病院
<https://www.ncc.go.jp/jp/ncch/index.html> (2023. 7. 25 アクセス)
- 5) 兵庫哲平, 今井芳枝, 板東孝枝, 横田三樹 (2021) 終末期肺癌患者・家族の看護に対する看護師の心情 the journal of nursing investigation 第19巻1号 p1-7
- 6) 庄司麻美, 藤田佐和, 府川晃子, 大川宣容, 森下利子 (2014) 進行がん患者の緩和ケアに携わる看護師と医師のギアチェンジに対する認識 高知女子大学看護学会誌 第40巻1号 p87-96
- 7) がん情報サービス がん統計
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/cancer/12_lung.html#anchor2
(2023. 7. 25 アクセス)
- 8) 内閣府 平成29年版高齢者会白書
<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/index.html>
(2023. 7. 25 アクセス)
- 9) 厚生労働科学研究補助金認知症対策総合事業 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応
https://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf
(2023. 7. 25 アクセス)
- 10) 厚生労働省 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 改訂平成30年3月

<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
(2023. 7. 25 アクセス)

11) 公益社団法人日本看護協会 意思決定支援と倫理 (1) 代理意思決定の支援
https://www.nurse.or.jp/nursing/rinri/text/basic/problem/ishikettei_01.html
(2023. 7. 25 アクセス)

12) 木島輝美, 長谷川真澄 (2018) 特定機能病院の看護師がとらえる認知症高齢者へのケア上の課題 札幌保健科学雑誌 第7号 p18-24

13) 塚越徳子, 二渡玉江, 京田亜由美, 瀬沼麻衣子, 近藤由香 (2021) がんの関連領域の専門、認定看護師が捉える認知症を有するがん患者、家族に対する看護上の問題 日本がん看護会誌 第35巻 p237-246

14) Reisberg B et al: Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 1984; 435 481-483

15) 鈴木みずえ, 浅井八多美, 藤井さと子, 内山由美子, 佐藤昌子, 金盛琢也, 金森雅夫 (2022) 介護老人保健施設における認知症高齢者に対する意思決定支援の実態と関連要因 日本老年医学会雑誌 第59巻3号 p312-322

16) 渡邊真理, 清水奈緒美 (2015) がん患者へのシームレスな療養支援 (第1版第1刷) p16-30
株式会社医学書院 東京

17) 加利川真理, 小河育恵 (2013) ギアチェンジ期にあるがん患者の療養場所の移行を支援する 一般病棟看護師の困難さ ヒューマンケア研究学会誌 第4巻2号 p7-16

18) 岩崎房子 (2017) 認知症高齢者等せん妄ハイリスク者に対するケア-在宅療養における看護師および介護職による早期介入に関する考察-鹿児島国際大学福祉社会学部論集 第36巻1号 p1-15

19) 下舞紀美代, 加藤和生 (2020) 終末期のがん患者の死までの16日間の心理過程に関する探索的な研究 関西看護医療大学紀要 第12巻第1号 p15-30

20) 藤田皆奈, 波多野智子, 下稲葉順一 (2015) 「ねえ、戻るの？」と訴える患者に何も答えられなかった看護師の苦悩 死の臨床第 第38巻2号 p320

21) 戸田由利亜, 谷本真理子, 正木治恵 (2017) 他者と共に在る認知症高齢者の表現する姿 千葉看護学会誌 第22巻2号 p1-10

22) 長谷川小百合, 小木曾加奈子, 今井七重 (2019) 治療が必要な認知症高齢患者をケアする一般病院看護師が感じる困難 日本看護学会論文集 第49巻 p287-290

23) 中川琴音 (2020) 認知症高齢患者との関わりを通して学んだこと～せん妄症状に対する看護

について～ 川崎市立川崎病院看護部事例研究集録 第22巻 p15-17

24) 鈴木千枝, 谷垣静子 (2020) 認知症の人にとっての生活における安心の概念分析 日本在宅ケア学会誌 第23巻2号 p73-79

25) 竹井沙南, 大西真由, 山本舞花, 井上かおり, 實金栄 (2021) 看護師の認知症高齢者ケアにおけるやりがい感に関する文献検討 ホスピスと在宅ケア 第29巻3号 p191-202

26) 渡邊真理, 清水奈緒美 (2015) がん患者へのシームレスな療養支援 (第1版第1刷) p118-125 株式会社医学書院 東京

27) 牧野公美子, 杉澤秀博, 白柳聡美, 内藤智義 (2018) 日本における高齢者の終末期医療に関する家族による代理決定についての文献レビュー 老年看護学 第23巻1号 p65-74

28) 部川玲子, 小山田理恵, 松田亜美, 小神菜々 (2012) 一般病棟で最期を迎えたがん患者の end of life care における遺族の思いと care の検討 日本看護研究学会雑誌 第35巻3号 p15-19

29) 本田彰子, 佐藤禮子 (1997) がん患者の家族の思いに関する研究-診断期から治療期における家族の思いの構造化 日本がん看護学会誌 第11巻1号 p49-58

30) 坂口幸弘 (2001) 配偶者喪失後の精神的健康に関連する死別前要因に関する予備的研究 死の臨床 第24巻1号 p52-57

31) 坂口幸弘 (2002) 配偶者喪失後における過去への肯定的-否定的評価と精神的健康との関係 心理学研究 第73巻5号 p425-430

32) 高梨早苗 (2020) 高齢者の生き方や人生を尊重した意思決定支援とアドバンス・ケア・プランニング (ACP) を支える看護師の役割 老年看護学 第25巻1号 p17-23

33) Karen M Detering, Andrew D Hancock, Michael C Reade, William Silvester (2010) The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients British Medical Journal:340 1345

34) Nikki Ayers Hawkins, Peter H Ditto, Joseph H Danks, William D Smucker (2005) Micromanaging Death: Process Preferences, Values, and Goals in End-of-Life Medical Decision Making The Gerontologist Volume 45 Issue 1 p107-117

XI.資料

表1. 対象者の概要

	A氏	B氏
年齢	31歳	27歳
看護師経験年数	10年	6年
資格認定の有無	慢性呼吸器疾患看護認定看護師、 呼吸理学療法士	なし
インタビュー時間	21分	26分

表2 認知症進行肺がん患者の意思決定支援の実際

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
患者の病状や治療に対する理解状況	患者の発言	疾患や治療方法を説明した時点では、「分かった」と理解しているような言葉を話していた。(A氏)
		ICでは「やれることがあるならやってくれ」言っていたので、じゃあ一旦やってみようかと治療を始めた。(B氏)
		治療中「なんでこんなことせなあかんのや」と言ったり、点滴中無視して歩きます。(A氏)
	医療者側から見た客観的な患者の理解	患者さんが実際にどこまで分かっているかは把握できない。肺が悪いということは分かっているが、予後の受け止めができていないの分が分からなかった。(A氏)
		患者さんがどこまで理解できているかわからない。一見理解したように見えるが、しばらく経ってから話を聞くと、そもそも入院している理由が分かっていないこともある。(B氏)
		短期記憶がないから、先生の話聞いたときは肺がんということがわかっているが、いざ化学療法をするときになると分かっていない様子だった。(B氏)
		患者さんの言うことや理解度は日々変わっていくので、看護師もどれが本当かわからない。(A氏)
		時間が経つと本当に理解できているのかわからない反応。どこか他人事のような雰囲気があった。(B氏)
		化学療法もされるがままで、本当にやりたくてやっていたのかわからない。(B氏)
		本当に治療をやったよかったのか、緩和医療だけでよかったのかわからない。(B氏)
化学療法を行うための患者への関わり	認知症患者への配慮	認知症の患者さんは新しいことを覚えることが難しいので、言葉を砕いて説明することが大切。(A氏)
		OTさんには、認知機能の低下に対するリハビリや認知機能の確認を行ってもらっていた。(B氏)
	治療における家族の協力	安全面を考慮して、家族が付き添えるなら付き添った状態で治療を行っていた。(A氏)
		抗がん剤の間だけ家族に1~2時間だけ付き添ってもらっていた。(A氏)
		コロナ前だったから面会にも来てくれていたし、化学療法の治療中は絶対に付き添ってくれていた。常に近くに来てくれて献身的だった。(B氏)
		治療中家族があると本人は落ち着いて穏やかだった。慣れ親しんだ顔は治療には大事だったと感じた。(A氏)
		認知症患者さんは家族がいると落ち着いたり、記憶が想起してきたりして、その時に思いを言葉に発したりするので、家族の協力が必要。(A氏)
	多職種との情報共有	先生とは常に密に、どこまで治療をするか、患者さんの今の状況、患者さんは全然理解できていないけど治療をするのかなど、治療や患者さんの今の生活に関する話を話していた。(B氏)
		治療方針は医師と確認している。(A氏)
		病棟でカンファレンスを開いて他のスタッフとも共有して、抗がん剤をしている時の対応を受け持ちじゃない看護師も把握するようにしていた。(A氏)
	ACPを意識した関わり的重要性	本当に治療したいかどうか、治療のたびに意思を確認していた。(B氏)
		対話が大事。無理に意思決定支援と思って話すのではなく、普段の何気ない会話の中で患者さんから出ていた「あれがしたい、これがしたい」という思いを聞き取って、患者さんにとってのベストを考えていた。(A氏)
		家族さんに、認知機能が落ちる前の性格はどうだったかや、「そういう話してたことある?」、「自分に何かあった時のこと話したことある?」という風に聞いた。(B氏)
どう治療したいか、自分に何かあったときどうしてほしいかなど、早いうちから家族間で話し合っていて、意思決定支援がしやすくなる。(B氏)		
若い時から「あしたい、こうしたい」という思いを、周りに伝えられるような環境づくりができていれば、認知症になってもその人の思いを組んだ治療ができたり、望む最期を迎えられるのかなと思う。(A氏)		
家族さんが一番本人のことをわかってくれているので、家族さんを交えて話をしていくことが大事。(B氏)		
家族への意思決定支援	家族への治療方針の説明と確認	認知機能低下が軽度であれば、早い段階から先生を交えて話をしていくことが大切。入院生活の中でも認知機能は低下していくため、早い段階から行うことが大切。(B氏)
		本人の認知機能が低下していたため、治療方法については最初に家族に説明した。(B氏)
		治療をしていても状態が悪くなることもあるということまで理解したうえで治療を望まれるか、家族に確認した。(A氏)
		家族には、患者さんにどこまで治療して、どうなってほしいのかを確認した。(A氏)
		本人だけでは十分な理解がないため、化学療法することによるリスクを家族に説明した。(A氏)
	治療継続には経済的な負担がかかるので、家族の協力が得られるか確認した。(A氏)	
	家族の治療に対する思い	家族だけのICでは「できる限り苦痛は取ってほしいけど、少しでも治療法があるならやってほしい」と言ったため治療する方向になった。(B氏)
		「肺がんで治療することまでは言うけど、予後が厳しいことは言うてほしくない」ということで、本人さんには肺がんでこれから化学療法を行うということを伝えた。(B氏)