

# 研究結果報告書

2017年 12月 28日

## <研究課題> 認知症の身体合併症に対する治療方針を話し合う際の意思決定を支援するプログラムの開発

代表研究者 国立研究開発法人国立がん研究センター  
先端医療開発センター精神腫瘍学開発分野 分野長 小川 朝生  
共同研究者 杏林大学医学部内科学腫瘍科 教授 長島 文夫  
埼玉医科大学国際医療センター消化器腫瘍科 教授 濱口 哲弥

### 【まとめ】

認知症を合併した身体治療において、認知機能障害が治療ならびに家族の心理・社会的な負担への影響を明らかにし、支援方法を検討した。31名（介護者28名）を対象に身体合併症の治療過程の体験について半構造化面接を行った。その結果、高齢者は若年者と比較して、診断・治療を決める際の情報が十分に提供されていない中で治療選択を迫られている場合が多いこと、身体機能低下への懸念が強いことが明らかになった。

#### 1. 研究の目的

1-1 身体合併症を治療している高齢者とその介護者に対して、治療においてどのような体験をし、どのような支援ニーズをもつのか明らかにする

1-2 支援ニーズに即した支援プログラムを開発する

#### 2. 研究方法と経過

##### 2-1 対象

患者では1) 臨床的・組織学的に悪性腫瘍と診断された患者、2) PS (ECOGによる)が0または1、2と評価される患者、3) 65歳以上の患者と、その介護者を対象とした。

##### 2-2 体験に関する調査

診療に関連した体験や支援ニーズを評価するために、半構造化面接によるインタビュー調査を実施した。インタビューは、診断・治療について、その経過から網羅的に聴取した。合併症の診断時期や介護の内容、合併症の診療とあわせて身体疾患の治療について検討したことがあるかどうか、診断・治療とその過程で合併症に関連した問題が生じたかどうかについて確認した。

##### 2-3 目標症例数

質的な検討項目が飽和することを目標とし、20例を想定した。

##### 2-4 解析

診療や療養に関する障害や支援ニーズを質的帰納法により内容分析を行った。

#### 3. 研究の成果

##### 3-1 患者背景

質的飽和を目標に、患者31例（介護者ありは28例）より、インタビューを実施した。性別は男性21名、女性10名、年齢は74歳±4歳、原疾患は大腸6名、肺6名、肝5名、胃4名、食道3名、胆嚢3名、頭頸部3名、膵2名、乳腺1名であった。病期は、I 5名、II 2名、III 5、IV 11、再発8、治療は手術11名、がん薬物療法15名、放射線治療2名、緩和治療5名であった。家族の同居形態は、高齢者夫婦16、二世帯同居3、三世帯同居1、独居5であった。

##### 3-2 診断の過程

###### 1) 診断までのアクセス

若年者と同様に検診をきっかけにして紹介される場合とあわせて、がんあるいは他疾患の経過観察の際に腫瘍を疑われるケースとがあった。

また、告知に際しての衝撃は、若年同様に「ショックだった」「落ち込んだ」との意見がある一方、「(友人ががんであったのを見ていたので)しょうがない、寿命と思った」「過去にがんになっていたの、今回も同じだろうと考えた」というように、周囲や自分の体験の中にがん治療があり、それを踏まえた受け止めをしている意見があった。

(高齢者に比較的特徴的な回答)

###### 受診までのアクセス

- ・別の病気で入院中に受けた検査
- ・別のがん治療中に受けた検査
- ・過去に治療したがんの経過観察中に受けた検

査

## 2) 情報提供

若年者と同様に、「納得して決めた」という意見がある一方、「話を聞いても忘れてしまう」「患者は聞いても忘れてしまうので、家族が勉強をして代わりに聞いた」という意見が本人ならびに介護者の体験としてあった。

## 3) 治療選択について

治療選択の仕方については、医療者の提示した治療方針に従う（お任せ）場合と、自らの希望を出して話し合った上で選択をした場合とあった。意向を示す場合には、治療を希望する場合と治らなくてもよいので「年齢相応」、「負担のない」「つらくない」治療を希望する場合があった。意向を伝えることに関しては、「担当医が一生懸命してくれているのに申し訳なくて言えない」、「担当医が薬を決めてくれたので悪いと思った」等関係性を重視して、遠慮をしたとの発言があった。

（主な回答）

治療の意思決定

- ・医師の説明に納得して決めた
- ・よくわからないから医師のすすめられた治療法に従った
- ・医師たちで話し合っただけで決めた治療法だから医師にお任せ
- ・医師の説明に納得して決めたが、もう少し詳しく説明してほしい
- ・医師からは手術の前に抗がん剤を勧められたが抗がん剤は体に負担があると思っ手術を希望した
- ・80歳相応の治療を希望する

## 3) 治療中に望む支援

治療に関連した懸念や望む支援では、身体症状に関する懸念が出たが、高齢者夫婦の世帯や独居の高齢者に特徴的な点として、倦怠感と食欲不振に対する懸念と日常生活に関する支援の希望があった。

（回答）

- ・部屋代などの金銭的なこと
- ・症状緩和（痛み、しびれなど）
- ・介護者の代わりに通院の付き添いそいや家で食事を作ってくれる人（介護者もたまには休みたい）
- ・宅配サービスを利用しているが、栄養面で足りないと感じている。

## 4) がん治療に関連した負担と支援

経済的な負担や心理的な負担に加えて、介護の手技に関する負担や患者・家族間の介護をめぐるコミュニケーションの問題が大きく、その解決に関する支援ニーズの指摘があった。

（主な回答）

- ・入浴時のストマケアを含めた一連の動作に1時間半かかること
- ・胃ろうから栄養剤を注入するのに注射器の注入に力がかかることと1時間弱かかること
- ・医療費（特に高額療養費に含まれない医療費）
  - ・食べられない
  - ・しびれ
  - ・痛み
- ・体調が悪くなっていく患者をみていること（介護者）
- ・（患者の動きが遅いので）つつい早くして、と怒ってしまう

### 3-3 治療の過程

治療に関連した問題では、身体症状のうち、食事と日常生活能力の低下、転倒に関する懸念があった。また、比較的高齢者が指摘した問題に、自宅の片付けの問題についての指摘があった。

#### 1) 食事の問題

##### ①摂取量の減少

- ・これまで行ってきた抗がん剤の副作用による味覚の変化（味がしない、まずく感じるなど）で食がすすまない
- ・食欲がわからない

##### ②食事の準備をする介護者側のストレス

- ・食べてもらいたくていろいろ作ったり、買ってきたりするが食べてもらえない
- ・通常の硬さが飲み込めず粥状やゼリー状のものを準備するが、口に合うものがなかなか見つからず、何を食べさせたらいいのか困る

#### 2) コミュニティ活動に関する問題

##### ①倦怠感

- ・思うように動けず片づけなどが面倒になる
- ・何もしたくない

##### ②筋力低下

- ・趣味の散歩や活動は体がきつくてできなくなった
- ・入院して足の筋力が落ちた

##### ③外出をしなくなった

- ・人づきあいが減った
- ・趣味の活動をやめた

### 3) 自宅の問題

#### ①家の片付けができていない

- ・不要なものが家の中にたくさんあり片づけができていないため（ごみ屋敷）、衛生面など療養上問題あり
- ・家の中の片づけは病気になる前から面倒でやらなかったが、病気になる前に片づけておけばよかったと後悔している

#### ②自宅がバリアフリーになっていない

- ・家のつくりが車椅子仕様になっていないので下半身麻痺がある患者は家に帰れない

#### ③外出が困難

- ・集合住宅でエレベータなしの5階に住んでいるため買い物などの荷物の運搬が大変

### 4) 経済的問題

#### ①医療費に関して

- ・抗がん剤の治療を続けた結果、緩和ケアとなったとき、緩和ケア病棟に入院する費用がだせない（緩和ケアまでを考えた貯蓄の配分が困難）
- ・高額療養費に入らない費用の負担が大きい

### 5) 介護者のストレス

高齢者夫婦の世帯では、介護者も通院をしながら介護にあたる例があり、外来通院患者の自宅での介護に関する負担が大きい場合があった。

（主な回答）

#### ①自分の体調の問題

- ・介護者もがん患者で（お互い負担になる）
- #### ②自宅で具合が悪くなった場合の緊急対応
- ・つらい様子を見てみると、自分の手で死なせてしまおうかという思いがよぎる
  - ・病院に連れて行くことが難しい時困る
  - ・家でせん妄になったらどうしようと思う
- #### ③介護者をサポートする人がいない
- ・子供がいても仕事や遠方などの理由でサポートが得られない

### 6) 介護保険などのサービスについて

#### ①導入が遅い

- ・体が動かなくなってからなど目に見える問題が起きてから申請の手続きをしているため、サービスを利用する前に状態が変わってしまうことがある

#### ②サービスに関する情報不足

- ・介護保険、医療保険などで利用できるサービスについての情報が乏しい

### 3-4 患者と介護者の話し合い

高齢者夫婦の世帯の場合では、患者と介護者の間で、意思決定ができない場合について考えた

り、話し合われている場合があった。

（患者）

- ・もう年だからつらいことはしたくない、本当は楽に過ごしたい
- ・普通に苦しまずあの世へ逝きたい
- ・延命治療はிரらない
- ・自分の代理決定者はいないので医師に決めてもらいたい
- ・治る見込みがあるならやっていたが、治ったとしても車椅子のままならどうかと思う
- ・延命治療はிரないと家族に言っている
- ・延命治療はやるな、親戚には死んでから知らせるようにと家族に言っている
- ・どうせ治らないしあきらめているので、痛くなく静かに死にたい
- ・残された家族が困らないようにややこしいことはせず自然のまま死にたい

（介護者）

- ・子供には（患者夫婦の）延命治療はしないよう伝えてあるが、いざその時になったら子供の希望でどうなるかわからない
- ・話し合ったことはない
- ・夫婦で延命治療はしないと話していた
- ・自分の（介護者の）延命治療や葬儀に関する申し送り書は作ってあるので、今度患者にも書かせる予定

### 3-5 認知症が高度の場合

#### 1) 認知症診断までのアクセス

がん診断以前より認知症の診断を受けている場合と、がん治療の精査中に認知症を指摘されている場合とがあった

- ・物忘れが多くなりかかりつけの医師に相談した
- ・脳梗塞発症後に、利用しているデイサービスの医師から脳梗塞による高次機能障害と言われた
- ・入院後、幻覚がありレビー小体型認知症と言われた
- ・入院中、配薬された薬を飲まなかったり、財布がないと何度も言ったりテレビの度数が減っていないことに家族が気づき医師と看護師へ報告

#### 認知症の診断に関する経験

- ・これ以上認知症が進まなければいいと思った
- ・認知症ではなくせん妄だと思った

・認知機能障害とは言われていない、せん妄だと思う

認知症があることでがん治療について心配したこと

- ・ない
- ・家に帰ってから（退院して）せん妄が起きたら大変
- ・医師から深刻な病状の説明があったが患者は覚えていない点が心配

がん治療を受ける過程での問題

・診察時、患者が医師の説明を良くわかっていない様子だったので、医師が患者のそばで大きな声で病状の説明をしたが、患者は、医師が話した内容よりも医師に大きな声で怒られたという印象しか残っていなかった

#### 4. 今後の課題

われわれは、悪性腫瘍と診断された高齢者とその介護者に対して、がん治療においてどのような体験をし、どのような支援ニーズをもつか検討した。その結果、比較的若年者と共通する治療体験や支援ニーズがある一方、高齢者に比較的特有の傾向があった。具体的には、

- ・告知に関して： 若年者と同様の衝撃を感じる場合があるものの、他の身体疾患や過去のがん体験をもとに受け止める場合がある
- ・疾病や治療に関する情報に関して： 情報が十分に把握されていない場合がある。特に、記憶障害が影響している場合がありうる
- ・治療の意思決定： 治療を目指す意向がある一方、拮抗する形で「年齢相応」「つらくない」治療を希望する意見がある、特に「つらくない」ことを望んでいる場合に、化学療法の有害事象の倦怠感等が生じると、「このようなはずではなかった」という形で後悔が生じる場合がある。急変した場合については、特定の場面ではないものの、家族内、夫婦内で話す機会を持っている
- ・支援ニーズ： 食事摂取の低下や倦怠感、転倒の増悪等に関する支援ニーズがある。

治療の意向については、意向の幅は治療から症状緩和まで広いものの、年齢を踏まえた治療法を提案してほしいとのニーズがあった。この背景には、根治とあわせて、現状の日常生活機能を落とすことへの懸念が、若年者より強く反映されている可能性がある。高齢者夫婦の世帯や独居の場合には、治療中の懸念として、「動

けなく」なり、日常生活や通院が困難になることが、具体的な事項としてあげられていた。治療方針を決定する、再検討する場合に、社会的背景とともに検討すべき課題の候補と言える。意向と関連して、社会的な背景（独居や高齢者世帯、子供に引き取られて治療を受ける）を踏まえた治療方針の選択の意向が強いことも、若年者と異なる点である。漠然としたレベルに留まる話し合いではあるものの、話し合いが始まっていることは、高齢者に特有の傾向であるとともに、治療のゴールを深く話し合う機会となる可能性がある。

認知症等併存症については、治療を決める段階で支障を来している事例が存在する可能性がある。また、介護者から「食ばなくなった」「動かなくなった」と報告される背景に、認知症の行動心理症状の無気力が関係している可能性がある。疾患同士の相互作用について、問題を把握することが難しいことと関連するかもしれない。

上記の高齢者特有の問題を話し合うことを促進するとともに、認知機能障害について確認するプロセスを組み込んだ支援方法を、がん薬物療法専門医、がん看護専門看護師、精神科医、行動科学の専門家、倫理の専門家を交えてエキスパートコンセンサスにて構築した。主要なプロセスは、

- ①がんが生命予後や苦痛に影響を及ぼすことを確認する
- ②社会的背景を確認する（独居、家族の協力、直近の転居の有無）
- ③病状説明をし、意思決定能力を確認する
- ④意思決定能力が低下をしている場合には、エンハンスメント（理解を促す工夫）を行う
- ④治療方針が患者の意向と沿っていることを確認する。特に、食欲、倦怠感、移動（転倒）に関して、患者の懸念を確認し、そのリスクと対処方法を説明する。
- ⑤意思決定能力に関して、可能であれば、時間をあけて確認する。可能であれば、人を替えて確認することが望ましい。

具体的には、倦怠感今後、妥当性の確認とともに、臨床で実践しやすいプロセスを検討して修正を加え、効果検証に進む予定である。

#### 5. 研究成果の公表方法

本調査の成果は、日本がんサポーターブケア学会にて公表するほか、論文にて投稿の予定である。

以上