

I 緒言

平成30年11月30日に厚生労働省でアドバンス・ケア・プランニング (Advance care planning : ACP) が「人生会議」と名付けられ、ACPが厚生労働省から社会一般に推奨されるようになってきた¹⁾。この背景には、がん治療の進歩と医療保障制度の構造の変化^{2) 3)}によって、多くのがん患者が急性期の治療を終えると要介護度の高い患者は在宅療養や指定介護老人福祉施設⁴⁾へと移行するよう社会的に進められていることがある。また、がんの治療期を急性期病院で終えた高齢がん患者は、終末期を在宅や一般病院、介護老人保健施設などで過ごす機会が増えてきている⁵⁾。これらの背景のもと、がん治療の進歩によりがんサバイバーは高齢化し、認知症のあるがん患者が、治療方針の選択に関わる意思決定を行う際に様々な問題が生じることが指摘されている。認知症を持つ高齢がん患者は安全の確保と意思決定の支援が困難であり⁶⁾、ホスピス・緩和ケア病棟で支援する看護師にとってケアや薬剤の効果が実感できない状況があることが指摘されている⁷⁾。認知症を持つ高齢がん患者に関する意思決定の課題としては、代理意思決定や療養場所の選定を含む治療の選択⁸⁾⁹⁾などがあげられる。

一方で、認知能力に問題のない高齢者の場合、がんの悪性度が低いと考えられる病状であっても、様々な身体的な事情によって必ずしも予後が良好でないこともある。2015年より地域包括ケアシステムの構築の導入が開始された。特に5つの構成要素のひとつに「本人・家族の選択と心構え」があげられ終末期に向けて患者と家族がともに納得した選択ができることが求められるようになっていく¹⁰⁾。先行研究では、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際の意思決定の支援の阻害要因として、【認知症患者の在宅ケアは家族の協力が得られにくい】などが抽出された。また、これらの結果より高齢がん患者を在宅で看取った家族への調査において家族は【看取りについて不安と後悔がある】【在宅を選ぶときに必要な説明と支援がほしい】などの支援の必要性が抽出された。家族が高齢がん患者を在宅で看取するためには、認知症の有無に関係なく、患者と家族が十分なコミュニケーションをとって価値観をすり合わせて意思決定を行うことが必要であることが明らかになった¹¹⁾。その一方で家族はお互いを思いやって十分な話し合いが持たない関係性が多いことも推察された¹²⁾。つまり、認知障害のない高齢者は自律して意思決定できるため、家族を頼る必要はなくお互いの価値観のすりあわせをするためのコミュニケーションを十分できていない状況がある。今後の認知障害のない高齢がん患者としての意思決定支援においては、積極的な治療から緩和医療中心の治療に変更する場合、高齢がん患者にとってはACPを踏まえて治療方針について話し合っただけで決定する必要がある。高齢がん患者に対して積極的な治療から緩和ケアへの移行を勧めるときには、その後の過ごし方の決定が必要になると考えられるが、高齢がん患者の意思決定には困難な要素¹³⁾¹⁴⁾に加えて、家族との十分なコミュニケーションと価値観の共有が必要であるといえる。

以上のことから、高齢がん患者と家族が高齢がん患者と家族に治療選択を準備するための意思決定のプロセスを共有するためのコミュニケーションを支援する援助が必要と考えた。本研究において高齢がん患者と家族に価値観を理解するためのコミュニケーションを支援することで、高齢がん患者とその家族の意思決定前後の認識の変化について質的に評価し、意思決定時の感情や満足度の変化についても補足的に検討するものである。これらの研究の結果から、より実践的な内容に治療選択の準備のための意思決定支援の方略を再考することを目的としている。

II 用語の操作的定義

1. 高齢がん患者：65歳以上のStage I またはIIの患者で癌種や臓器については特定しない。
2. 家族：高齢がん患者より同年代および若年の代理意思決定者となる経済的・社会的キーパーソンおよび

血縁者。

3. 初期治療：上皮がんを含む悪性腫瘍に対する内視鏡治療を含む外科的治療，化学療法，放射線療法。
4. 治療選択：現代医療において可能な集学的治療の選択，および治療の効果が期待できず緩和ケア中心の医療に切り替える選択などの十分なインフォームド・コンセントによる治療方針の継続・変更。

Ⅲ 研究方法

1. 「これから先の道のを家族や大切な人とともに作るコミュニケーションノート」を用いた介入方法

先行研究科学研究費補助金，基盤研究(C) (24593308) において高齢がん患者が終末期を在宅で過ごすための準備として，高齢がん患者が在宅で看取りまでの時期が短いことが家族にとっては辛い経験になっていること，子ども世代の在宅療養での支援者は，認知障害のない高齢がん患者が自律しているために今までの経過や今後の看取りについて十分にコミュニケーションが取れていないことが明らかになった。このことから高齢がん患者が自律して自分らしい終末期を過ごすためには家族や支援してくれる大切な人と十分に話し合っ共有できるような支援があれば，家族自身が高齢がん患者の意思決定の支援者として機能できるようになると考えた。そこで「これから先の道のを家族や大切な人とともに作るコミュニケーションノート（以下，コミュニケーションノート）¹⁵⁾」を作成した。コミュニケーションノートの内容は①今までの病歴・治療歴，②患者の生活歴・ライフレビュー，③終末期についての価値観（食事，排泄などの支援の方法），④家族と振り返った話の内容（1～3回目：1年後まで）についてコミュニケーションノートを用いて家族と話し合う介入を考案した。このコミュニケーションノートを活用することで，退院時の生活の援助や訪問医療・訪問看護の活用のための情報提供を家族が必要としている段階から，在宅でどのように過ごしたいかについて患者と話し合いを開始することが可能である。また，患者と家族が価値観を共有するためにはもう少し早い患者が生活を自立している段階から，今後の見通しや生活の希望などの情報共有を始めることで，高齢がん患者が自分の生活歴やライフレビューを家族と共有する過程を話し合い患者の生前から，予期的悲嘆としてグリーフワークをケアできると考えた。一般に ACP は終末期の患者を対象とするが，本プログラムでは，がんと初めて診断された初回治療を終了した完治の可能性のある65歳以上の高齢がん患者とその家族を対象とする。これは，今後の生活を家族と価値観を共有することで感情の安寧や幸福感が増すこと，患者と家族の相互理解が深まることを期待できると考えた。

2. 研究対象

本研究の対象者は，65歳以上で癌種や臓器については特定しないが Stage I または II の高齢がん患者とする。併せて以下の①認知症がある場合，②プログラム介入中および治療中に Stage III 以上の進行がんを判明した場合，③高齢がん患者の身体的苦痛がある場合，④家族が治療中に一度も病院に来ない場合，⑤独居，家族が遠方に住んでいるなど家族と話し合いの時間を持つことができない場合の条件に当てはまる患者を除外する。また，これらの高齢がん患者の家族で，患者より同年または若年の代理意思決定者となる経済的・社会的キーパーソンおよび血縁者を家族として，高齢がん患者とその家族10組程度を対象者とする。加えて，研究の目的，方法，人権の保護などについて説明し同意を得られた高齢がん患者とその家族のみを対象者とする。

3. 研究期間

2017年10月1日～2019年3月31日まで

4. 研究方法

研究デザインは適用群のみで、非適用群を用意しないシングルタイムスタディで、半構成的質問紙を用いた質的帰納的デザインの介入研究とする。補足的に患者と家族の感情の変化と幸福感、相互理解について資料を得る。

(1) 基礎情報表

対象となる高齢がん患者の基礎データとして、年齢、性別、家族構成、疾患名、stage、治療方法、家族と今後について話し合った回数などについて自記式質問紙を用いて情報収集を行う。

対象となる家族については、基礎データとして年齢、性別、家族構成、疾患名、stage、治療方法、家族と今後について話し合った回数などについて自記式質問紙を用いて情報収集を行う。

(2) 質的調査：半構成的面接を行う探索的記述研究（質的帰納的研究）

研究者が独自に作成した半構成的質問紙を用いた 20～30 分の面接は、コミュニケーションノートを用いた介入時に行う。面接はプライバシーの保護できる個室で行い、個室に関しては施設長に使用の許可を得る。半構成的質問紙を用いた面接により、①高齢がん患者の治療の意思決定時の状況についての家族の認識、②家族が高齢がん患者の治療の意思決定時に必要と思われる支援について、③家族が認識している高齢がん患者の今後の治療への希望について、④高齢がん患者が家族に求める支援について尋ねた。

介入からおおよそ3ヶ月後は、半構成的質問紙の内容を自記式アンケートにより記載の後、郵送にて回収した。

(3) 量的調査：評価指標（尚、①～③は既存の指標）

- ①日本語版 POMS2 短縮版¹⁶⁾（高齢がん患者、家族）：対象者のその時の気分、感情を的確に把握し、介入効果を測定する。評価点の合計点で気分などについて判定する。
- ②PGC モラールスケール改訂版¹⁷⁾（高齢がん患者）：Lawton(1975)によって開発され「幸福な老い」を表す概念として morale を定義している。「心理的動揺」、「老いに対する態度」、「孤独感・不満足感」の3つの下位因子で構成される。合計得点(17点)が高いほど「主観的幸福感」が高くなる。
- ③主観的幸福感尺度¹⁸⁾（家族）：心理的健康を表す指標として開発された。「人に対する前向きな気持ち」、「自信」、「達成感」、「人生に対する失望感のなさ」の全12項目について4段階のリッカートスケールで評価する。合計得点(36点)が高いほど「主観的幸福感」が高くなる。
- ④患者・家族理解尺度（高齢がん患者、家族）：相手をどれくらい理解できたと思うかについて0を「全く理解できない」、10を「よく理解できた」として線上に任意に示して評価する。

(4) データの回収方法

①～④の量的データについては、介入前と介入後に返信用切手を貼付した封筒と量的質問紙および質的質問紙を渡し、おおよそ3ヶ月後に、各評価表および質問紙に記載の後、郵送にて回収した。また、3ヵ月間の途中で、高齢がん患者や家族から質問があったら対象者に応じた方法で質問に応じることを説明した。

(3) 分析方法

面接で得られた質的データについては逐語録を作成し、Krippendorff¹⁹⁾の内容分析方法を用いて分析する。分析

は「患者の意思決定の方法」「患者と家族の話し合い」についての内容を繰り返し読み、意味単位ごとに単位化したものを抽出し、コード化し同じ意味をまとめてサブカテゴリー化、カテゴリー化する。分析に当たっては、複数の研究者間で一致するまで繰り返し吟味し、信憑性、真実性を担保する。

量的データについては、高齢がん患者と家族の介入前後の比較を平均値の比較を行う記述統計を用いて質的データの補完に用いる。

5. 倫理的配慮

対象に研究の趣旨、自由意思による参加と途中辞退による不利益はないことの保証、個人情報 の保護について文書と口頭で説明し、書面にて同意を得た。本研究は聖隷クリストファー大学倫理委員会の承認（承認番号: 16078）、研究協力施設 3 施設の倫理委員会の承認（各施設の承認番号 A 施設 17-21, B 施設 2681, C 施設 51）を得た。

IV 結果

1. 対象者のプロフィール

本研究の 65 歳以上の stage I または II の高齢がん患者は 11 名（大腸がん 6 名、胃がん 3 名、乳がん 2 名）で各腫瘍のがん取り扱い規約で初期の段階であると診断されていた。高齢がん患者の対象者は男性 7 名、女性 4 名で、その家族は男性 5 名、女性 6 名、配偶者は 6 名、子は 5 名（男性 4 名、女性 1 名）であった。高齢がん患者の平均年齢は 73.8 歳、家族の平均年齢は 59.9 歳であった。1 組を除いて同居しており、1 組のみ高齢がん患者が独居であった。

介入後 3 ヶ月の対象者からの返信は 4 件であった。

表 1 対象者のプロフィール

No	性別	年齢 (歳代)	疾患	治療	家族	年齢 (歳代)
1	女性	80	胃がん	ESD	息子	50
2	男性	60	胃がん	ESD	妻	60
3	男性	80	大腸がん	ESD	息子	50
4	女性	60	乳がん	部分切除	息子	30
5	男性	60	胃がん	ESD	妻	60
6	男性	70	大腸がん	ESD	妻	70
7	女性	70	大腸がん	ESD	夫	70
8	男性	70	大腸がん	ESD	娘	50
9	男性	70	大腸がん	ESD	妻	60
10	男性	80	大腸がん	ESD	妻	80
11	女性	70	乳がん	部分切除	娘	40

ESD: 内視鏡的粘膜下層剥離術(Endoscopic Submucosal Dissection)

2. 高齢がん患者とその家族の治療の意思決定に関する質的データ

(1) 介入前的高齢がん患者の意思決定の認識

介入前的高齢がん患者とその家族への半構成的質問紙を用いた面接は一組 20 分程度であった。

介入前的高齢がん患者の治療の意思決定について面接内容を質的帰納的に分析した結果、『患者の治療の認識』について、22 コード、9 サブカテゴリー、3 カテゴリーが抽出された。また、『意思決定の方法』について、24 コード、8 サブカテゴリー、3 カテゴリーが抽出された。

以下、『』項目を、【】はカテゴリーを、<>はサブカテゴリーを、「」はコードを表す。

『患者の治療の認識』については、高齢がん患者は、定期受診をしたり、健康診断を受けたりして普段から自分の健康を気遣っていたので、<がんと分かってショックだった>、<がんと気づいていなかったのどびっくりした>と今までの健康管理を振り返ってショックを受けていた。また、自分の健康を疑っておらず下血を痔と思って自分なりの対処行動を取っていたため<がんと分かるまでの症状の対応が辛かった>と思っていた。これらのことから【がんと気づいていなかった】のカテゴリーが抽出された。その一方で<早期発見したので悪くならないと信じている>、<早期発見早期治療が有効である>と、今までの受診行動を肯定的に捉えていた。また、受診行動の理由として「母が若くしてがんで治療して苦しんで死んだので、がんになるとおびえて生きてきた」と<がんになるかもしれないとおびえて受診していた>ことから【早期発見により悪くならないと信じている】のカテゴリーが抽出された。以上のような動機で受診行動をとっているため<がんは治療するものと考えている>と決断し、治療をすることは自分のためだけでなく<家族に迷惑をかけないように治療する>と考えていた。また、<医師の勧めた治療を受ける>と受診行動は医療に信頼を寄せていることが治療選択の理由として抽出された。これらのサブカテゴリーより【治療することが有効だと考える】のカテゴリーが抽出された。

『意思決定の方法』については、治療選択の決定を<今後のことはその都度考えて自分のことは自分で決める>、<セカンドオピニオンを得て治療を決めた>と自律して治療の選択を行っており、<家族は自分(患者)の意思を尊重し協力してくれる>ので家族からの支援を受けていることが明らかになった。ただし、高齢がん患者の意向が<医師と自分の治療の考えが合うかどうか心配する>と不安をかかえて治療を受けることがあることも分かった。このようにして【自分のことは自分で決める】といったカテゴリーが抽出された。また、初回のがん治療において「妻と話し合って治療を受けると決めた」、「息子は医師の説明も一緒に聞いていて治療も病気もよくわかっている」ので<家族と相談して決める>ことができたと考えていた。このように相談する理由として、<家族の将来を心配している>からであり、【家族と相談して決める】のカテゴリーが抽出された。その一方で、子供は独立しており<子供には相談する必要がある>、または「子供たちとは別居しているし、負担をかけないようにしている」、「息子の嫁とは何でも言える関係ではあるが、遠慮はして迷惑をかけない」といった<子供とは遠慮して大事なことは話し合わない>という遠慮があることが明らかになり、【家族とは話し合えない】というカテゴリーが抽出された。これらのことから、現実として高齢がん患者が相談できる相手は限られていることが明らかになった。

(2) 介入前的高齢がん患者の家族の治療の意思決定の認識

介入前的高齢がん患者の家族の治療の意思決定について面接内容を質的帰納的に分析した結果、18 コード、5 サブカテゴリー、3 カテゴリーが抽出された。家族は、患者と同席して面接を行ったので発言は多くなかった。

表2 介入前的高齢がん患者の意思決定の認識

項目	カテゴリー	サブカテゴリー
患者の治療の認識	がんと気づいていなかった	がんと分かってショックだった
		がんと気づいていなかったのでびっくりした
		がんと分かるまでの症状の対応が辛かった
	早期発見により悪くならないと信じている	がんになるかもしれないとおびえて受診していた
		早期発見したので悪くならないと思っている
		早期発見・早期治療が有効である
	治療をすることが有効だと考える	がんは治療するものと考えている
		家族に迷惑をかけないように治療する
		医師の勧めた治療を受ける
意思決定の方法	自分のことは自分で決める	今後のことはその都度考えて自分のことは自分で決める
		セカンドオピニオンを得て治療を決めた
		家族は自分(患者)の意思を尊重し協力してくれる
		医師と自分の治療の考えが合うかどうか心配する
	家族と相談して決める	家族と相談して決める
		家族の将来を心配している
	家族とは話し合えない	子供に相談する必要はない
		子供とは遠慮して大事なことは話し合わない

治療に関する認識として家族は、患者と同様に医師の説明を聞いて「早期発見、早期治療で健康を維持できるような検査・治療する」と考えていたが、「早期発見早期治療で3回目の手術をしている」と今回のがんの経験以外にも高齢であるために他にも病気を抱えていることを気にしていた。また、「早く見つけるようにして何度も治療をしている」ので違う病気を早期発見・早期治療できるよう対処して【早期発見・早期治療で健康を維持する】と、がんにこだわらずに考えていることが明らかになった。治療に関する患者の意思決定については「患者の意思を尊重する」、患者の希望が叶うよう生活・治療を支援する」という支援者の役割を認識していた。がんの初回治療なので「治療後は栄養のある食事に気をつけたい」といった生活の支援に加え、「患者が準備している今後の生活に協力する」と患者を中心にした生活を考えていることから【患者の意思を尊重した支援を行う】ことが分かった。

また、家族が若い世代では「高齢だしがんになった今となってはよりよく生きる準備をしてもどうにもならない」と諦めなければならぬ気持ちや、「意思決定に困ることはないから医療者に相談することはない」といった抱え込みの状況があった。これらのコードより「医療者からの意思決定の支援はいらぬ」のサブカテゴリーが抽出された。その一方で、このような患者の希望を叶えるためには正しい情報が必要であると考えており「説明で嘘を言わないでほしい」、「説明を正しく誠実にしてほしい」、「完璧な手術を望む」と家族は患者が医師からの説明が十分に理解できていることや、家族が患者を守っているといった責任感を持っていることにより「医療の説明・治療は誠実に嘘なく受けたい」のサブカテゴリーが抽出された。これらの医療者に対する意思決定の認識として【医療者から誠実な支援を望む】のカテゴリーが抽出された。

表3 介入前の高齢がん患者の家族の治療の意思決定の認識

カテゴリー	サブカテゴリー
早期発見・早期治療で健康を維持する	早期発見・早期治療で健康を維持できるよう検査・治療する
患者の意思を尊重した支援を行う	患者の意思を尊重する
	患者の希望が叶うよう生活・治療を支援する
医療者から誠実な支援を望む	医療の説明・治療は誠実に嘘なく受けたい
	医療者からの意思決定の支援はもらいたくない

(3) 介入後3ヶ月の高齢がん患者の治療の意思決定の認識

介入後3ヶ月の高齢がん患者の治療の意思決定について回収された自由回答の内容を質的帰納的に分析した結果、20コード、7サブカテゴリー、3カテゴリーが抽出された。

介入後は、介入前の治療の意思決定に関するコードは少なくなり、家族の支援や今後の希望の内容が増加していた。【治療の意思決定は自分で行う】というカテゴリーは介入前と同様に抽出され、＜治療の必要性を理解して自分で決める＞、＜健康な状態が続くよう行動する＞のサブカテゴリーが抽出された。

介入後3ヶ月では「周りに負担をかけて自分が楽をしているかもしれない」など＜自分の決定したことが周りに影響していると自覚している＞ことを意識しているサブカテゴリーが抽出された。また＜家族は自分の意思を尊重してくれる＞、＜家族はいつも支援してくれている＞のサブカテゴリーが抽出され【家族の支援があるから自分の意思決定は可能になっている】ことを認識するようなカテゴリーが抽出された。

そして、初回治療後の生活については「生活に特に変わりはない」、「今までの生活を続けられることを望んでいる」、「楽に過ごせることが希望」などのコードから＜がんになる前と同じような生活を続けたい＞と今後の生活について家族と考えたサブカテゴリーが抽出された。その一方で、「がんになったことに無関心でいたい」、「治療が終了したのであと4～5年は何も考えずに過ごしたい」と、がんの経験を振り返ることや、そのような話題には触れられたくない気持ちがあり＜がんであったことにあまり影響されずにいたい＞のサブカテゴリーが抽出された。これらのことから、【がんに影響されない生活をしたい】のカテゴリーが抽出され、高齢がん患者であってもがんになったことが自分の残りの人生を意識することになり、向い合うことを避けていることが明らかになった。

表4 介入後3ヶ月の高齢がん患者の治療の意思決定の認識

カテゴリー	サブカテゴリー
治療の意思決定は自分で行う	治療の必要性を理解して自分で決める
	健康な状態が続くよう行動する
家族の支援があるから自分の意思決定は可能になっている	自分の決定したことが周りに影響していると自覚している
	家族は自分の意思を尊重してくれる
	家族はいつも支援してくれている
今後の生活の希望はがんに影響されたくないこと	がんになる前と同じような生活を続けたい
	がんであったことにあまり影響されずにいたい

(4) 介入後3ヶ月の高齢がん患者の家族の治療の意思決定の認識

介入後3ヶ月の高齢がん患者の家族の治療の意思決定について回収された自由回答の内容を質的帰納的に分析した結果、21コード、6サブカテゴリー、3カテゴリーが抽出された。

家族は介入後も治療の選択については支援者としての認識を持っていた。これは「医師も患者も治療前提で、意思決定するという感じではない」、「医師はよく説明してくれたが、忙しそうで相談するのは難しそうだった」など<医師からの説明は治療の継続を勧めていた>のサブカテゴリーとして、医師からの説明により治療方針が決まっているという認識があることが明らかになった。また、「患者が決めたので、何も言っていない」、「患者が意思決定できるので本人に任せる」、「治療の再開について家族の意思を尋ねられずに開始された」ことから<患者が治療を選択したので家族は何も言っていない>のサブカテゴリーが抽出され、家族は患者が明確な意思を示しているときには意見を求められることもなく、支援者としても意思決定に関与していない可能性があり【医師と患者が治療の継続を望んでいるので従う】カテゴリーが抽出された。

しかし、治療が終了後は患者の支援者として家族は、患者と同じように<治療が成功したので安心して今後は早期発見に努める>という認識のサブカテゴリーと、「患者の体力が向上するように努める」、「高齢になってきているので積極的に助ける必要がある」などの生活支援の役割や責任を<患者の健康行動に協力する>サブカテゴリーとして考えた。これらのことから【早期発見に努め患者の健康行動に協力する】役割を担っているカテゴリーが抽出された。

介入後の家族の変化としては、これは「患者とよく相談して決める」、「娘と相談して決める」のコードから<治療や今後のことは家族と相談して決める>とコミュニケーションの範囲が拡大したことのサブカテゴリーが抽出されていた。また、患者のがんの経験を自分のこととして振り返る機会として「食事と運動に気をつけて楽しく過ごしたい」、「病気をしても何度も助かっているので残された命を大切にしたい」、「生かされて生きることを大切にする」のコードから<今を大切に生きる>のサブカテゴリーが抽出され、自分の生活や命について考え行動しようとしていた。これらのことから【今後の意思決定に家族も参加し今を大切に生きる】のカテゴリーが抽出された。

表5 介入後3ヶ月の高齢がん患者の家族の治療の意思決定の認識

カテゴリー	サブカテゴリー
医師と患者が治療の継続を望んでいるので従う	医師からの説明は治療の継続を勧めていた
	患者が治療を選択したので家族は何も言っていない
早期発見に努め患者の健康行動に協力する	治療が成功したので安心して今後は早期発見に努める
	患者の健康行動に協力する
今後の意思決定に家族も参加し今を大切に生きる	治療や今後のことは家族と相談して決める
	今を大切に生きる

3. 高齢がん患者とその家族の治療の意思決定に関する量的データ

(1) 介入前の患者と家族の感情, 相互理解や幸福感について

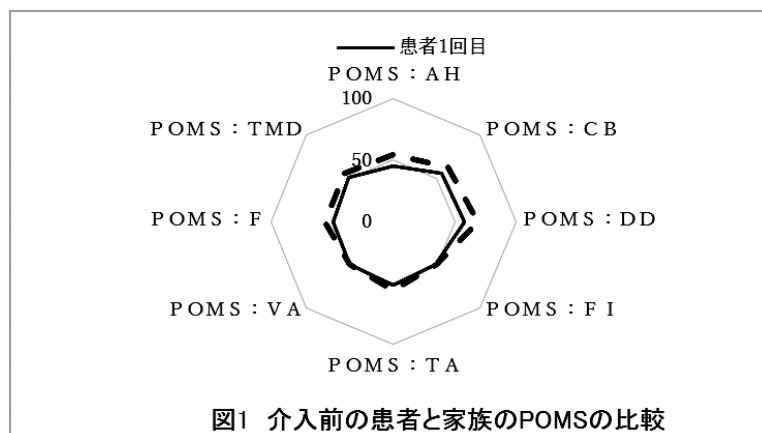
患者と家族の POMS の平均は総合的気分障害 (TMD) の相違については, TMD4.9 であまり差は見られなかった。大きく差が見られ下位項目は, 抑うつ-落ち込み (DD) -11.3, 怒り-敵意 (AH) -8.9, 混乱-当惑 (CB) -7.2, 友好 (F) -7.1, 緊張-不安 (TA) -4.6, で差が見られたが, 疲労-無気力 (FI) -0.5, 活気-活力 (VA) -0.2, と患者と家族の間にほとんど差は見られなかった。図 1 に示したように家族の抑うつ-落ち込み, 怒り-敵意, 混乱-当惑が大きいことが特徴的で, 初回治療においては家族の方が患者よりも感情が不安定であるといえる。この他, 患者の PGC モラールスケール (最高得点 17 点) において平均 10.6 点, 家族の主観的幸福感尺度 (最高得点 36 点) において平均 35.4 点であった。相互理解については患者と家族の差は-0.3 で殆ど差は見られなかった。

表 6 介入前の患者と家族の感情, 相互理解や幸福感

	POM S:AH	POM S:CB	POM S:DD	POM S:FI	POM S:TA	POM S:VA	POM S:F	POM S:TMD	相互 理解	幸福感 *
患者 1 回 目	45.4	55.7	57.6	49.1	51.5	49.7	48.9	51	8	10.6
家族 1 回 目	54.3	62.9	68.9	49.6	56.1	49.9	56	55.9	8.3	35.4
差	-8.9	-7.2	-11.3	-0.5	-4.6	-0.2	-7.1	-4.9	-0.3	-24.8

怒り-敵意(AH), 混乱-当惑(CB), 抑うつ-落ち込み(DD), 疲労-無気力(FI), 緊張-不安(TA), 活気-活力(VA), 友好(F), 総合的気分障害(TMD)

* 高齢がん患者: PGC モラールスケール改訂版 (最高得点 17 点), 家族: 主観的幸福感尺度 (最高得点 36 点)



(2) 介入後の患者と家族の感情, 幸福感や相互理解について

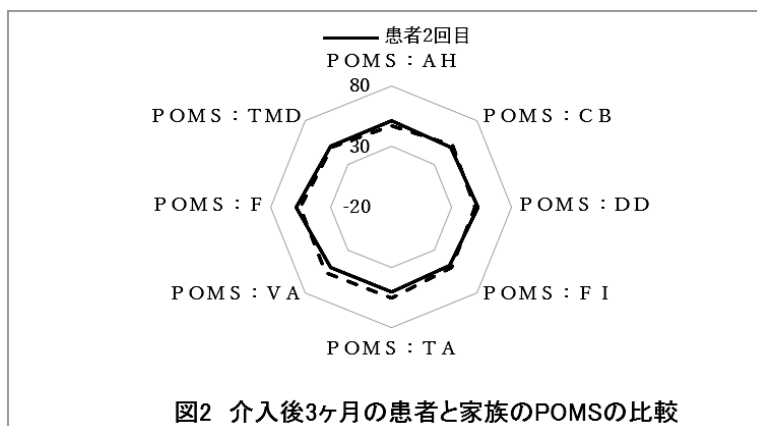
患者と家族の POMS の平均は総合的気分障害 (TMD) の相違については, TMD-1.0 で家族と患者の差は小さくなる傾向が見られた。介入後 3 ヶ月で介入前の患者と家族の環境の差に変化の見られた下位項目は, 抑うつ-落ち込み (DD) -2.8, 怒り-敵意 (AH) -4.2, 混乱-当惑 (CB) 1.5, 友好 (F) -3.0, 緊張-不安 (TA) 5.2, で差が小さくなっていった。疲労-無気力 (FI) 2.8, 活気-活力 (VA) 5.8, と介入前に比べて患者と家族の感情の差が大きくなる傾向が見られた。図 2 に示したように家族の抑うつ-落ち込み, 怒り-敵意, 混乱-当惑が大きいことが特徴的で, 介入後 3 ヶ月においては患者と家族は同じような感情になっているといえる。この他, 患者の PGC モラールスケールにおいて平均 12.3 点と介入前に比べて 2.3 点上昇していたが, 家族の主観的幸福感尺度は平均 32.5 点と介入前に比べて 2.9 点の低下がみられた。相互理解については患者と家族の差は-0.7 で家族の方が患者と理解し合えていない傾向がみられた。

表 7 介入後3ヶ月の患者と家族の感情, 相互理解や幸福感

	POM S:AH	POM S:CB	POM S:DD	POM S:FI	POM S:TA	POM S:VA	POM S:F	POM S:TMD	相互 理解	幸福感 *
患者 2 回 目	51.5	50	51.8	48.5	50.3	50.5	58.3	50.8	8	12.3
家族 2 回 目	47.3	51.5	49	51.3	55.5	56.3	55.3	49.8	7.3	32.5
差	-4.2	1.5	-2.8	2.8	5.2	5.8	-3.0	-1.0	-0.7	-20.2

怒り-敵意(AH), 混乱-当惑(CB), 抑うつ-落ち込み(DD), 疲労-無気力(FI), 緊張-不安(TA), 活気-活力(VA), 友好(F), 総合的気分障害(TMD)

*高齢がん患者: PGC モラールスケール改訂版 (最高得点 17 点), 家族: 主観的幸福感尺度 (最高得点 36 点)



V 考察

1. 高齢がん患者と家族の意思決定の認識の違い

がん治療の進歩によりがんサバイバーは高齢化し、認知症の高齢がん患者における治療方針に関わる意思決定が問題になってきている。加えてがんが慢性疾患としての課題に共通しているのは高齢がん患者がどのような支援を受け、どこで療養や生活をするかの意思決定が重要となる。このような終末期の意思決定においては、先行研究から緩和ケア移行における意思決定時の高齢がん患者と家族のコミュニケーションの課題を改善する必要があることが明らかになった。本研究では、コミュニケーションを活性化させるコミュニケーションノートを用いることで初期のがんの診断時から高齢がん患者と家族に、より具体的に系統的な認識と価値観の共有を促し、生活の場の選択のための意思決定支援が充実するようになると考えた²⁰。また、今回の対象者は終末期で予後が6か月と診断された時ではなく、初回のがんと診察されて早期発見・早期治療により十分に健康寿命のある高齢がん患者を対象とした。E.L.Deciによる認知的評価理論における意思決定のプロセスは、情報提供され、内発的動機づけによる意思決定が、目的の再確認と目的を達するための自己の能力の肯定を繰り返しフィードバックして、目的を到達することが自分自身のためであるという内発的動機づけに転換するプロセス²⁰であるといわれている。内発的動機付けのためには対象者が意思決定の目的を理解し、選択した内容が自分に実施可能かどうかを検討することが必要になる。その時に自分の価値観やライフレビューによる今までの経験・体験が支えになるとされ、ACPにおいてナラティブ・アプローチとして位置づけられている。今回の「コミュニケーションノート」を用いた介入はACPを行うことではない。ACPを考えるきっかけとして、退院後の生活について家族や大切な人と人生を振り返る機会を持つことにより、お互いに大切にしている価値ある思い出を共有することが「コミュニケーションノート」を活用する目的である。つまり、Stage I～IIの初期がんで認知障害がない高齢患者が、がんの経験を通して今後の支援者である大切な家族と将来の起こりうる終末期の問題について話し合う機会を持つことができれば、家族と価値観を共有してACPを導入することができると考えたのであった。

しかし、介入前の面接では、対象者は早期発見・早期治療できたことから今後も治療を続けることで健康が維持できると考えており【早期発見により悪くならないと信じている】、【治療をすることは有効だと考える】と認識していた。そのうえ認知機能に問題のない高齢者の場合、自分で情報にアクセスして治療効果の高い病院をインターネットで検索して受診するなど自律して行動できており、高齢者の枠組みで語られる対象者の多様性があるということが明らかになった。また、このような能力の高い高齢者にとって、【自分のことは自分で決める】ので意思決定は自分ですることが当たり前で、【家族と相談して決める】場合は、患者自身に問題が起こった時の影響を考えて家族と相談する必要性を認識している。家族との話し合いは<家族の将来を心配している>という理由で自分のためではなく家族のことを配慮して相談していることが明らかになった。今回の対象者に男性が多かったことが価値観を家族とすり合わせるというよりも、自分の価値観の中に家族を配慮していることが含まれていることがあると考えられた。その一方で、子世代の家族に対しては【家族とは話し合えない】と<子供に相談する必要はない>、<子供とは遠慮して大事なことは話し合わない>といった認識が明らかになった。先行研究でも指摘されたように、意思決定時に夫婦は情報と価値観を共有できても、世代の違う親子では情報や価値観を共有する前に話し合いの場も持たれないことが、今回、明らかになった。

家族の認識としては、【患者の意思を尊重した支援を行う】ために【早期発見・早期治療で健康を維持する】ことが意思決定支援の認識であるため、情報を正確に提供してほしいという気持ちから【医療者から誠

実な支援を望む】ということが重要になると捉えていることが分かった。家族の役割は、あくまでも表に出ず、高齢がん患者の初回の治療を無事に過ごせるように支援者として関わるということが重要であることが推察された。

これらの状況からコミュニケーションノートを用いた介入を実施したところ、実施中はコミュニケーションノートの項目の《食事ができなくなったとき》、《トイレができなくなったとき》については患者と家族は興味深く考え話ができていた。これは、後藤²²⁾によると認知症高齢者の終末期ケアには、在宅ケアの導入に際して女性の介護者がいること、経口摂取困難や呼吸器感染症に対する症状コントロールのできる医療との連携が必要であると指摘していることと関連している。今後の生活の先には必ず高齢者は終末期の療養場所と具体的な生活の心配がある。今から準備する必要はなくとも情報を得て具体的に考えるということでは興味のある話題であったと思われる。その一方で、《大切にしていること》、《今までで一番うれしかったこと》の項目についての会話はあまり弾まずお互いの顔を見合わせていた。これは研究者が立ち会って行っていたためと考えられた。プライベートな思い出を語るには環境を整え、話し合うための雰囲気を作ることも必要であると考えた。ACPは患者、家族、医療者との情報の共有が必要であるといわれている。研究でかかわるだけでなく、長期間の信頼関係があるうえでこのコミュニケーションノートの効果が出てくると考えられた。

今回、介入後3か月の回答は4組であったため、質的データの分析による介入前後の効果を中心に考える。まず、患者は【治療の意思決定は自分で行う】というカテゴリーは介入前と同じであった。しかし、コミュニケーションノートの内容を意識しているためか【家族の支援があるから自分の意思決定は可能になっている】と家族の存在に支えられている発言が増えていた。また、【今後の生活の希望はがんに影響されないこと】と早期がんで治療が終わったと認識しているががん以外での死を願っていることが分かった。患者自身は明確に言葉にしないまでも、高齢であれば、がん・非がんに関わらず、いずれは終末期が訪れるとわかっていても、死を意識することから遠ざかっていたいという認識があることが推察された。ただ、非がんでの予後の経過についての認識がどのように形成されているかは今回調査を行っていない。患者が意思決定については自分が行ってもそれを遂行するには、協力してくれる家族の存在を認識することができたことは成果であると考えた。

一方、介入後3か月後の家族にとっては【医師と患者が治療の継続を望んでいるので従う】と患者の意思決定には意識して参加しなかったことが<患者が治療を選択したので家族は何も言っていない>というサブカテゴリーからもわかる。背景にはインフォームド・コンセントは患者に行うことが浸透したことで、家族への配慮の視点が取りにくくなっていることも考えられた。今回のコミュニケーションノートでは患者は家族と今までの大切な思い出も共有する内容になっている。家族は【今後の意思決定に家族も参加し今を生きる】と《話し合う》ことで患者の意思決定に参加した実感があることや、家族が単なる支援者ではなく《患者とともに生きる》存在であることの認識へと変化したのではないかと考えた。

また、患者と家族の介入前と介入後3か月のPOMSによる感情の変化では、介入前は意思決定した患者のほうが安定しており、支援者としてのかかわりである家族は、認識や対処方法の選択をしていないので抑うつ・落ち込み（DD）、怒り・敵意（AH）、混乱・当惑（CB）などが特に高い傾向があった。がん患者の特徴として同様のことが起きる²³⁾といわれており、患者と家族が同じような感情であるだけでなくより不安定な状況に置かれていることが明らかになった。ところが、介入後3か月ではほぼ差がなくなっていることが明らかになった。危機的状況が過ぎ、治療後の患者への支援にも慣れて感情も落ち着いたことは推察された。コミュニケーションノートの効果だけでなく、危機的な状況から立ち直ったことも影響している

と考えられるが、【今後の意思決定に家族も参加し今を生きる】とあるように、支援者としてではなく、患者の終末期においても第三者的でなく当事者としての認識を獲得したと考えられた。

2. コミュニケーションノートを用いた終末期の意思決定の必要性について

今回のコミュニケーションノートを用いたプログラムでは、面接とアンケート・尺度の回答に合わせて30～50分程度を要した。コミュニケーションノートに記入する時間は、話が弾むと40分以上かかることもあったが、「今は話しても先のことだからわからない」と終末期を意識することを避ける事例もあった。ただ、関心のなかった患者と家族であっても、退院した後で話し合ったのか回収したアンケートには話し合ったことで「家族として考えるだけでなく、自分のこととして考える」といった記載があり、コミュニケーションノートを記載する状況は、デリケートな環境の準備が必要であることが分かった。

終末期については死を「1人称」で考えている患者だけでなく、家族も患者同様に死を「1人称」として考えることでコミュニケーションが成立できると考えた。A.デーケンの指摘するように人が一回限りの生を有意義なものとするためには、死もまたその人だけのかけがえのないものとして全うされなければならない²⁴⁾。患者一人では終末期を迎えられないだけでなく、家族も患者の終末期を考えるだけでなく、ともに生活しともに支えあう自分の生き方について患者と共有する必要があることが分かった。今回はACPの導入を患者の病期において終末期の6か月前でなく、認知症のない自律した高齢者にだけでなく、支援する家族にとってももっと早い初期の段階で考えていく必要性についても示唆を得たと考えた。

VI 結論

認知障害のない高齢がん患者とその家族を対象に介入前は11組、介入後3か月は4組から治療の意思決定について質的・量的にデータを得た。質的データの内容を分析した結果、介入前的高齢がん患者は【自分のことは自分で決める】、【治療することが有効だと考える】と自己決定していたが、子供世代の家族には【家族とは話し合えない】などと、遠慮していた。同様に家族も【早期発見・早期治療で健康を維持する】、【患者の意思を尊重した支援を行う】と支援者としての役割を果たそうとしていた。患者と家族が「コミュニケーションノート」を話し合っ①食事がとれなくなったら、②トイレに行けなくなったら、③大切にしていること、④今までで一番うれしかったことなどを記載する介入を行った。介入3か月後には、患者は【治療の意思決定は自分で行う】、【家族の支援があるから自分の意思決定は可能になっている】、【今後の生活の希望はがんに影響されないこと】、家族は【医師と患者が治療の継続を望んでいるので従う】、【早期発見に努め患者の健康行動に協力する】、【今後の意思決定に家族も参加し今を大切に生きる】とお互いの存在を考えて意思決定の認識が変化する可能性があることが示唆された。

VII 本研究の限界と今後の課題

本研究は、研究デザインは適用群のみで、非適用群を用意しないシングルタイムスタディでの調査とした。介入前の対象者は高齢がん患者と家族の11組であったが、介入後のデータの回収が4組であったために十分な効果を評価するには至らなかった。この介入の有効性と有用性については、介入の対象者の選定条件について検討する必要があると考えた。ACPが終末期の6ヶ月前とされているが、残された6ヶ月では自己実現することは限られていると考え、今回は初回治療の高齢がん患者とその家族を対象とした。今回の対象者は初回治療で治癒の望める Stage であったため予後の療養生活について考えるきっかけにはなかったかもしれないが、予後の先に待つ死や終末期の療養場所まで考えるに至らなかった。ACPを本来の「人

生会議」となるよう、家族や大切な人と「いつ」、「どのように」話し合いを進めていくかについての検討が、今後も必要であるとする。

謝辞：

本研究にご協力くださいました研究対象者の皆様、聖隷浜松病院の岡田智子様、番匠千佳子様、スタッフの皆様にご心より感謝申し上げます。本研究の一部は、The 6th International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science に発表しました。

尚、本研究は科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）補助金の基盤研究 C の助成を受けて行われた。（課題番号：JSPS KAKENHI Grant Number JP 16K12080）

【引用文献】

- 1) 厚生労働省：ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の愛称を「人生会議」に決定しました（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02615.html，2019年9月29日検索）
- 2) 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/topics/0603/dl/data.pdf>，2019年9月29日検索）
- 3) 厚生労働省：がん対策基本法，2007。（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0405-3a.pdf>：2019年9月29日検索）
- 4) 厚生労働省：がん対策推進基本計画（見直し），2012。（<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002bp3v-att/2r9852000002bp7b.pdf>，2019年9月29日検索）
- 5) 厚生労働省：平成26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，2014。（<https://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL71050103.do;jsessionid>，2019年9月29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) 久米真代，高山成子，小河育恵，他：がんに罹患した認知症高齢者に対する疼痛の観察・判断に関する看護師の困難と工夫，石川看護誌，12，45-52，2015。
- 8) 西脇可織，片岡純：ホスピス・緩和ケア病棟のがんと認知症を併せ持つ患者の看護における困難と対処過程，日本がん看護学会誌，30(2)，1-10，2016。
- 9) 水澤久恵，出貝裕子：認知症高齢者の自己決定に関する文献の動向，新潟医学会雑誌，125(8)，443-450，2011。
- 10) 厚生労働省：地域包括ケアシステム（http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/，2019年9月29日検索）
- 11) 森一恵，杉本知子：高齢がん患者の終末期に関する効果的な意思決定支援，第31回日本看護科学学会，高知，2011。
- 12) 森一恵，杉本知子：高齢がん患者の家族の在宅移行時における意思決定と在宅ケアの実践，第35回日本看護科学学会，広島，2015
- 13) 社団法人日本老年医学会（2012）：「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2012，日本老年医学会「立場表明2012」（2012年1月28日理事会承認）。（<http://www.jpnr>

- geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf, 2019年9月29日検索)
- 14) 厚生労働省医政局(2007)：終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>, 2019年9月29日検索)
 - 15) 森一恵, 杉本知子, 千田睦美, 佐久間由美：高齢がん患者と家族のためのコミュニケーションノートによる意思決定支援, *がん看護*, 23(3), 328-330, 2018.
 - 16) Juvia P. Heuchert, Douglas M. McNair 著 横山和仁監訳：POMS 2®日本語版マニュアル, 138-139, 2015.
 - 17) 杉井潤子, 本村汎：高齢やの主観的幸福感をめぐる一研究 家族システムの構造要因との関連において, *家族社会学研究*, 4, 53-65, 1992.
 - 18) 伊藤裕子, 相良順子, 池田政子, 川浦康至：主観的幸福感尺度の作成と信頼性・妥当性の検討 *心理学研究*, 74, 276-281, 2003.
 - 19) K. Krippendorf 著, 三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明監訳：メッセージ分析の技法「内容分析」への招待, 29-39, 1989.
 - 20) 前掲 15)
 - 21) E. L. Deci : *The Psychology of Self-determination*, D. C. Health & Company, New York, 1980, 石田梅男訳, *自己決定の心理学*, 誠信書房, 東京, 3-22, 1985.
 - 22) 後藤真澄：認知症高齢者の終末期ケアの場における課題に関する文献検討, *日本認知症ケア学会誌*, 16(4), 761-769, 2018.
 - 23) 横山和仁, 下光輝一, 野村忍編：診断・指導に生かす POMS 事例集, 42-55, 金子書房, 2002.
 - 24) A.デーケン：＜叢書＞死への準備期間 *Death Education* 第1巻 死を教える, 12, メヂカルフレンド社, 1986.