

【資料】

進行がん患者および終末期がん患者とその家族の 意思決定に関する文献検討

Literature Review regarding Decision-Making of Patients with Advanced Cancer or Terminal Stage and their Family Members

内藤加奈子¹⁾, 鈴木 久美²⁾

Kanako Naito¹⁾, Kumi Suzuki²⁾

キーワード：がん終末期, 進行がん, 緩和ケア, エンドオブライフ, 意思決定

Key Words : cancer, advanced cancer, terminal, palliative care, end of life, decision-making

I. はじめに

国内においてがんは死因の第一位を占め、年間約36万人、おおよそ全人口の4～6人に1人は終末期を経て死亡すると推定されている（がんの統計編集委員会, 2013）。近年、がんの治療法や症状緩和などの支持療法の進歩に伴い、予後不良で積極的治療の手段が限られている進行がんやがん終末期においても、治療や処置、ケアの選択肢は広がっている。そのため、患者とその家族は、「積極的治療をいつまで受けるのか」「残された時間をどこでどのように過ごすのか」など様々な決断を繰り返し求められている。

積極的治療から終末期ケアに移行する段階での患者および家族の問題点として「治療にかけたい思い」や「客観的な選択を困難にする心理状況」があげられている（大川他, 2010）。このような状況に置かれた患者と家族は、治療の中止や療養の場の変更を説明されると、通院していた病院からの見捨てられ感や絶望感を抱き、最期まで積極的治療に囚われながら死を迎えることもある。したがって、がん患者が最期まで自分らしく生きるためには、看護師はが

んと診断されたときから継続的に患者に寄り添い、患者の「どう生きたいか」に意識的に関わりながら意思決定を支えていくことが必要であると言える。しかし、終末期のがん患者を支える看護師は、患者が自分らしい生活のありかたや、療養の場を決めたりするなどの自己決定への支援に困難を感じている（八尋他, 2010）と報告されており、患者の意思決定に対する介入が難しい現状にある。

2007年に厚生労働省が策定した終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインでは、「医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である」（厚生労働省, 2007）と記述されており、チームで患者の意思決定を支えていくことの重要性が説かれている。今後、看護師が進行がんおよび終末期がん患者とその家族の意思決定に介入したり、他職種と協働したりしながら、患者のその人らしさを尊重した意思決定を支援していくことが期待されている。

そこで、本研究は、進行がん患者および終末期が

1) 大阪医科大学大学院看護学研究科前期博士課程, 2) 大阪医科大学看護学部

ん患者とその家族の意思決定に関してどのような研究がされているのかその内容を明らかにし、今後の進行がん患者および終末期がん患者とその家族の意思決定に関する研究の課題ならびに意思決定支援の課題を示すことを目的とした。

II. 文献検討の方法

1. 検索方法および対象文献の選定

国内文献は『医学中央雑誌』web版 (ver.5)、国外文献はCHINAL, PubMedを用いて以下のように検索した。

1) 『医学中央雑誌』web版 (ver.5)

「意思決定」「がん」「緩和ケア」「終末期」「進行がん」の用語を組み合わせて過去15年分の文献を「原著論文」と「看護文献」に限定して検索した。その結果75件が抽出された(2015年5月現在)。文献の選択条件は、「進行がんおよび終末期がん患者とその家族を対象としていること」「意思決定を主題としているもの」「研究対象者が20歳以上の大人であること」とし、日本看護学会論文集と病院雑誌、ケースレポートや活動報告の文献を除外した6件を分析対象とした。なお、除外した多くがケースレポートや活動報告であった。

2) CHINAL, PubMed

検索式は「decision making」と「[「terminal」OR「end of life」OR「palliative care」]」のキーワードがタイトルに入る文献と「cancer」を掛け合わせて検索した。PubMedに関してはさらに「nursing」を追加して検索式を作成し、過去15年分の文献を英語、大人に限定して検索した。その結果12件が抽出され(2015年5月現在)、国内文献と同様の条件で選定した7件を分析対象とした。

2. 分析方法

研究デザイン、年次、対象者、研究目的、方法、進行がん患者および終末期がん患者とその家族の意思決定に関する記述を抽出した。研究デザイン、年次、対象者については、それぞれで分類した。また、各文献の意思決定に関する記述は、類似の内容でまとめて整理した。

III. 結果

1. 研究の動向

研究デザイン、年次別件数、研究対象者別件数は表1に示す通りである。研究デザインについて国内はすべて質的記述研究であり、量的研究や実験研究はなかったのに対し、国外は質的記述研究、量的記述研究、実験研究、測定用具開発の研究がなされていた。年次別件数は国内外ともに2006年以降から研究がみられた。研究対象は国内外ともに患者のみを対象としたものが8件、患者と家族を対象としたものが4件、家族のみを対象としたものが1件であった。各文献の概要は表2-1～-3に示す通りである。

また、各文献の意思決定に関する記述を分析したところ、1) 積極的治療、2) 療養の場の移行、3) 終末期の療養に関する意思決定に焦点をあてた文献に分けられた。以下、それぞれの結果を述べる。

表1 研究デザイン、年次別件数、研究対象別件数

項目	国内	国外
研究デザイン		
質的記述研究デザイン	6	2
量的記述研究デザイン	0	3
実験研究デザイン	0	1
測定用具開発	0	1
年次別		
2001～2005	0	0
2006～2010	4	4
2011～2015	2	3
研究対象		
患者	4	4
患者・家族	1	2
家族	1	0

2. 積極的治療

積極的治療に関する意思決定に焦点をあてた文献は、6件(No2, 7, 8, 11, 12, 13)であった。進行がん患者の積極的治療(化学療法、免疫療法、内分泌療法など)を誰が決めるかという決め方は、「医師主導型」が約40～60%、「医師と患者の共有型」が約20～40%、「患者主導型」は約10～20%と「医師主導型」の割合が高いことが報告されていた(Grunfeld et al., 2006; Pardon et al., 2009)。また、日常生活能力が高い患者ほど「医師と患者の共有型」

表2-1 研究概要

著者 (年)	目的	研究方法	結果
		①対象者 ②対象人数 ③データ収集方法 ④分析方法	
① Stein, et al. (2013)	進行がん患者のEOL (end of life) に関する意思決定を促進するための構造的介入を評価する。	① 予後3～12か月と予測される治療困難な患者とその家族②患者120人家族87人③質問紙, 診療録④統計学的解析	○104人76%が亡くなる前にDNRオーダーをとっていた。そのうち44人(76%)がコントロール群, 26人(68%)が介入群であった。DNRオーダーはコントロール群に比べて介入群のほうが2.2倍早かった(介入群:1～159日, コントロール群:1～350日)。病院死を避けたのは介入群19%に対し, コントロール群50%であった。不安・落ち込みのパターンは両者に変化はなかった。介入による介護者への悪影響はなかった。 ○CPRに関する不安や抑うつ, CPRの手順の知識, CPR成功の見積もりには介入3週間後, 3ヵ月後ともに両群の間に有意差は認めなかった。また, 介護者の計画性の崩壊, 自身の尊重, 家族のサポート, 健康, 経済的問題にも介入後3週間後, 3ヵ月後ともに両群に有意差はなかった。
② Hitz, et al. (2013)	スイスのがんネットワークで緩和ケアを受けている患者のSWTD (治療決定における満足度) の評価と, 影響要因を定義する。さらに意思決定モデルと緩和治療の主なゴールに関係する意思決定のプロセスと患者の好みを調査する。	①新たな緩和治療を始めて3～4週間経過した外来患者②480人(最終的に最後の調査まで完遂した患者はそのうち267人) ③質問紙④統計学的解析	○意思決定の好み: 463人の患者のうち45%は共有型, 44%が医師主導型の意思決定を好んだ。患者主導型は11%にとどまった。彼らの68%はその意思決定に満足していた。SWTDの重要な予測因子は全体的および身体的なQOL, PS, 治療目的, HLOC, 予後診断, 相談に十分な時間を確保できているからであった。 ○日常生活能力の低い患者は他のどのモデルよりも医師主導型の決定を望んだ一方で, 日常生活能力の高い患者は共有型を好んだ。より進行したがん患者は共有型よりも医師主導型を好んだ。
③ 江口, 他 (2013)	緩和ケア病棟入院中で余命3週間程度と予測されている終末期がん患者の1日の過ごし方に対する意思決定の内容を明らかにする。	①余命3週間程度の終末期がん患者②18名③参加観察・半構造化面接④krippendorffの内容分析	緩和ケア病棟入院中で余命3週間程度と予測されている終末期がん患者の1日の過ごし方に対する意思決定の内容は, 【時の仕切りをして, 今日1日を生きるという過ごし方をする】【あらかじめ何かをしようとは決めず状況に応じた過ごし方をする】【体力が維持できるような過ごし方をする】【形あるものを残せるような過ごし方をする】【楽しみを取り入れた過ごし方をする】【つらさは家族以外の他者に吐き出して平穏に過ごす】【今も死後においても大切な人との絆を断ち切らないような過ごし方をする】【残された命を他者のために使えるような過ごし方をする】【人として尊厳ある過ごし方をする】であった。
④ 櫻井, 他 (2013)	治癒が不可能であり余命が6ヵ月以内であると診断された終末期がん患者の家族が緩和を目的とした療養方法への移行を決断した後の, 決断への翻意や撤回に強く影響する家族の意思の“ゆれ”を明らかにし, 文化的な影響要因について考察する。	①入院中に終末期の緩和を目的とした療養へ移行することを決断したがん患者の家族②6名③半構造化面接, 参加観察④内容分析	終末期の緩和を目的とした療養へ移行する決断をした後の家族の“ゆれ”のうち, 決断に対する翻意や迷いに強く関連していたものは, 【周囲から提供される情報が患者にベストな療養を提供するための助力となる】-【情報量の多さやインパクトに圧倒され翻弄される】, 【覚悟を決め介護者として全力を注ぐ】-【患者の悪化した病状に介護者としての自信が減弱する】, 【患者の希望や心情を理解しようと努める】-【患者の意思を理解しようと配慮し続けることに困難を感じる】, の3カテゴリであった。家族がもつ文化に基づいた意思決定と介護に対する姿勢が明らかとなり, 家族の価値観に配慮した看護師の支援の重要性が示唆された。
⑤ Edwards, et al. (2012)	死にゆく人々と彼らの家族の間に生じる意思決定のプロセスを理解する。	①進行がん患者, 進行がん患者をもつ家族, 遺族②17人(患者5人, 家族3人, 遺族9人) ③非構造化面接④GTA	進行がん患者の家族は看取りを通して以下のプロセスをたどることを明らかにした。【covering】をコアカテゴリとして以下5つの【段階】とそれぞれ2～3の概念を抽出。【inviting the dancers】seeking answers-介護者は患者にさらに答えを求めることに圧力をかけても, 患者は結果的には診断を求める。receiving the diagnosis-診断を受けたすべてのケースで, 患者と介護者は彼らの人生における新しい出来事に対処するようすぐに調和を見つけるよう行動した。【finding the tune】taking stock-診断に適應するために患者・介護者は状況に備え始める。making lifestyle changes-命を救うことを望み, できることは全て患者と共に行った。【managing the steps】taking the lead-患者の希望をできる限り叶えようとする。患者の選択に同意できないときは, 特に介護者にとってストレスフルであった。cutting in-介護者自身も慢性疾患を持っている場合は責任の一部を引き継ぎ, 関係を断ち切った。サービスが十分に利用できない場合, 緩和ケア施設に移ったが, そのことが介護者を時に苦しめた。【finishing the dance】controlling access-他人との接触を拒否し, ほろ苦くも楽しい期間にしようとする。winding down-終末期がん患者は死が近づくと人生が終わりに差し掛かっていることに気付く。bowing out-死が近づくと在宅で見るのが難しいことを悟る。⇒the experience of death⇒【leaving the dance】processing-好んで孤独になるかどうかに関わらず介護者はサポートを必要としていた。moving on-財産状態や住宅状態に問題がない遺族は, 旅行の計画など状況を変化させていた。considering the future-遺族は誰がそばにいてくれるのか疑問を抱いた。患者の死後すぐに医療従事者もいなくなったため見捨てられたと感じた。サポートグループには死後3か月経つまで参加できず, 孤独だった。

表2-2 研究概要

著者 (年)	目的	研究方法	結果
⑥ 坂井, 他 (2011)	進行がん患者の療養の場の意向にあたり, 患者家族の意思決定に影響を及ぼした要因を知る。	①対象者 ②対象人数 ③データ収集方法 ④分析方法 ①退院調整看護師が面談を行った進行がん患者とその家族②100件97人③診療録④相談依頼時の病期・PS (performance status) ・退院支援スクリーニングにおける退院困難因子をカルテより抽出, および, 面談の記録から療養の場の選択に關しての患者家族の意思決定に關係している会話記録を抽出しコード化, カテゴリー化し, 病期・PS・退院困難因子とカテゴリーとの關連性を検討	療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす要因として, 【退院について納得し気持ちの切り換えができるかどうか】 【自分らしい生活を大切にしたいという思い】 【病院を療養の場の選択肢とするかどうか】 【在宅資源利用についての思い】 【不安】の5カテゴリーが抽出された。
⑦ Kohara, et al. (2010)	がんの第1相臨床試験への参加を考慮した患者の意思決定のプロセスを明らかにする。	①第1相臨床試験への参加を決定した患者②25名③非構造化面接, 非構造化観察④GTA	○意思決定のプロセス: 【終末期を生きるための方法を探す】をコアカテゴリーとした4つの局面が明らかになった。・〔何もしないと死を待つだけ〕: 標準的な抗がん剤による治療方法がないと説明をうけ, 人生の終末や死が近づいたことによる精神的なショックを受けるとともに, ショックから立ち直るための方法を探し始めた。・〔第1相試験の価値を査定する〕: 参加するしないに関わらずリスクと利便性を査定していた。・〔決定的要因を見つける〕: CPCTに参加するか緩和ケアのみを選ぶかを決定するための要因を見つけていた。・〔これが正しい決定であることを思い出す〕: 将来の不確実性と死に直面したのちに決定していた。承諾した者は第1相試験に賭けたが辞退者は抗がん剤治療を終えることに決めた。どちらも決定した後, 過去を考えることはなかった。 ○意思決定に影響を受けた4つの要因: 【医師の説明に対する患者の認識】 【家族の考え方に対する患者の認識】 【過去の抗がん治療に伴う患者の経験】 【がんと共に生きることに對する態度】であった。ためらうことなく臨床試験に賭ける, ためらったあと臨床試験に賭ける, 迷った後に抗がん剤治療をやめる, 迷うことなく抗がん剤治療をやめる, のパターンをもった患者は, CPCTの医師の説明が明確であったか否定的な認識があったか, CPCTに對する彼らの家族の態度が明確であるか否定的な認識があったかどうか, 患者が過去の抗がん剤治療に前向きであるか否定的な経験をしたかどうか, そして, 患者ががんと共に生きることに對して安定した態度をとったかどうかによって異なった。
⑧ Pardon, et al. (2009)	進行肺がん患者の情報の受け取りと治療選択や療養の場の移行, 終末期の意思決定に關する意思決定への参加の好みを明らかにする。	①肺がんステージⅢborⅣ, 予後6~9ヵ月と予測された患者②128名③構造的質問紙による面接④統計学的解析	○情報の選択: 97.7%の患者は以下の情報を欲した。診断に關して: 99.2%, 治療や副作用, すべての治療のゴールに關して: 97.7%, 治療の可能性: 99.2%, 予後について88.2%, 緩和ケアについて63.5%, エンドオブライフの可能性 (蘇生, 延命治療を早めるか (続いていたものを) 中止するか見合わせるか) について56.8% ○意思決定への参加の好み: 治療全般-医師と患者の共有型41.4%, 医師主導型49.2%, 患者主導型9.3% 治療の決定-医師主導型63.3%, 医師と患者の共有型21.9%, 患者主導型14.8% ホスピスや在宅への移行-医師主導型47.7%, 医師と患者の共有型27.3%, 患者主導型25% エンドオブライフの決定-医師主導型15.5%, 医師と患者の共有型35.2%, 患者主導型49.2% ○医師患者関係を越えて誰からの情報提供を望むか: 一般開業医 (かかりつけ医) 46.9%, 看護師10.2%, 家族7.0% ○医学的意思決定への関与を望む人: 看護師0%, 家族友人68.8% ○患者の特性と情報・関与の選択: 合併症がなく自立している患者ほどエンドオブライフに關する意思決定への関与を望んだ。エンドオブライフの意思決定をあらかじめ行っていた患者は行っていなかった患者よりも患者主導の関わりを好んだ。
⑨ 園田, 他 (2008)	ホスピスに入院している患者の動機と入院後のケアについての考えを明らかにする。	①ホスピス入院中の肺がん患者②3名③半構造化面接, 診療録調査④内容分析	○入院の動機は, 【最期をゆったり過ごしたい】 【自分で決めた治療方針を貫きたい】 【家族に迷惑をかけたくないこと】 がカテゴリーとして明らかになった。

表2-3 研究概要

著者 (年)	目的	研究方法 ①対象者 ②対象人数 ③データ収集方法 ④分析方法	結果
⑩ 吉田, 他 (2006)	緩和治療・ケアの場の決定過程がどのようなものであったかを明らかにする。	①肺がんの治療を受け緩和ケア病棟に入院している患者②8名③半構成的質問紙, 基礎情報用紙④内容分析	○場の決定に影響した要因は【症状・不安の増強】【家族への気遣い】【根治治療に伴うつらさ】【治療環境に伴うつらさ】【おだやかな死への期待】【面会・通院の利便性】【差額料金に対する考え】の7つのカテゴリーが明らかになった。 ○場の決定は家族と本人が相談、あるいは家族のみ、で決定していた。
⑪ 土居内 (2006)	終末期がん患者が療養に関して、どのような意思決定を行っているかを明らかにする。	①緩和治療を中心とした治療を行っているがん患者②8名③半構造化面接④内容分析	終末期がん患者の療養上の意思決定として【治療に関する意思決定】: それでもなお抗がん治療にかかる, 病状の改善を目指し民間治療を受ける, 安らかに人生を終えるために緩和医療を受ける, 治療に主体的に参加する【療養の場に関する意思決定】: 療養目的に適用病院に入院する, 家族の側が良いので自宅に戻る/無理をしまで自宅には戻らない【日常生活に関する意思決定】: 自分の体に聞きながら食べる食べないを決める, 体力を維持するために歩行する, 症状が強い間は歩行しない, 面会に来た家族と共に食事をする, 自分らしい日常生活をデザインする【人生の終結に関する意思決定】: 自分の人生を締めくくる準備を行う【治癒不可能ながんと付き合い方に関する意思決定】: 治ることのないがんを持つことによる様々な苦痛を和らげるために自分なりの付き合い方を見いだす【社会的役割の維持に関する意思決定】: かなわないと思いつつも職場復帰の準備をするの6局面が抽出された。すべての対象者が複数の局面で意思決定を行っており, それぞれの意思決定の内容に, 治療が望めない終末期がん患者が残された時間をどのように生き, どのように過ごしたいかという信念や価値観, 希望, 欲求が反映していることが示唆された。
⑫ Grunfeld, et al. (2006)	進行乳がん患者が緩和的化学療法を受けるための重要な意思決定のコンサルテーションの理解力を明らかにする。	①乳がん患者②117人 ③半構造化面接, 質問紙④統計学的解析	○医学的意思決定の主要な相談内容 86%の患者はがんのマネジメントについて話し合ったことが報告された。副作用に関して最も多かった懸念は脱毛, 嘔気, 倦怠感であった。インタビューを受けた患者のうち97%は腫瘍医の態度やケアに満足していることが報告された。 ○医学的意思決定のプロセスの理解 最も意思決定に影響を受けた人は, 腫瘍医74%, 家族46%, 看護師14%。 意思決定を行う際に影響した情報は, 腫瘍のコントロールの可能性53%, 希望にかける33%, メディア9%, 治療することを望む6%であった。
⑬ Siminoff, et al. (2006)	終末期のがんの臨床試験や緩和ケア, 治療の希望のない腫瘍の縮小を目指した化学療法のような積極的治療に関する患者と家族の意思決定に対する考えの不一致の程度を測定するアセスメントツールの開発。	①肺がん患者とその主な家族介護者②160人 ③構造的インタビュー, 質問紙④統計学的解析	160人の肺がん患者とその家族で30項目を査定, 患者と家族間の不同意の割合の差を調査した。 ○患者家族間の不一致が50%以上(家族の方が患者よりもより不同意のレベルが高く答えていた)項目 ・現在, ベッドにくくりつけられるような治療は受けたくない。 ・もし, 私ががん治療をやめる選択をしたら, 家族は治療をするように言ってくると思う。 ・がんに罹患したことで, 私たちは今まで話したことがない事柄についても話す機会をもてた。 ・私がもし数ヶ月以上生きられるなら痛みのある治療でも受ける。 ・私は主治医に治療について尋ねる。 ・もし治療が家族にとって経済的負担になるのなら, わたしはその治療は受けない。 ○患者家族間の不一致が25%以下(不同意のレベルが低かった)項目 ・自分のがんについて話すとき家族は話を聞かない。 ・私の家族は主治医とは異なるアドバイスをする。 ・もし, 病状が進行したりこれ以上の治療が受けられないと感じたときはホスピスが助けになると思う。 ・家族の治療決定についての判断を尊重する。

を選択していたが, よりがんが進行し, 日常活動能力が低い患者は「医師主導型」を選択していた (Hitz et al., 2013)。そして, 治療の決定に関与する人は, 腫瘍医が70~90%と多くを占め, 次いで家族が約40%, 看護師が10%程度であった (Grunfeld et

al., 2006; Pardon et al., 2009)。治療の決定に必要な情報は, 「診断や治療」, 「治療のゴール」, 「予後」, 「治癒の可能性」の他, 「積極的治療の中止」, 「緩和ケア」, 「終末期の蘇生」があげられていた (Grunfeld et al., 2006; Pardon et al., 2009)。

終末期がん患者の治療における決定の内容は、「抗がん剤治療にかける」、「病状の改善を目指し民間療法を受ける」、「治療に主体的に参加する」が報告されていた(土居内, 2006)。そして、積極的治療として第一相臨床試験への参加を決めるプロセスは、何もしないと死を待つだけと第一相臨床試験の価値を査定し、決定要因を見つけることで第一相臨床試験への積極的治療を決定し、決定後はそれが正しい決断であったことを自らに言い聞かせる、という過程が示され、それに影響する要因として「医師の説明に対する患者の認識」、「家族の考え方に対する患者の認識」、「過去の抗がん治療に伴う患者の経験」、「がんと共に生きることにに対する態度」があげられていた(Kohara et al., 2010)。

積極的治療の決定において、進行がん患者と家族の間で、ベッドにくくりつけられるような治療を受けないこと、がん治療をやめること、家族にとって経済的な負担になる治療は受けないことなどに対する認識の差が大きくみられ、QOLと治療の有害反応との折り合いをつけるという点で不一致になりやすい傾向にあった(Siminoff et al., 2006)。

3. 療養の場の移行

療養の場の移行の意思決定に焦点をあてた文献は、5件(No4, 6, 8, 9, 10)であった。進行がん患者のホスピスまたは在宅への療養の場の移行に対する決め方は、「医師主導型」47.7%、「医師と患者の共有型」27.3%、「患者主導型」25%と「医師主導型」が多いことが報告されていた(Pardon et al., 2009)。また、ホスピスへの入院について「患者と家族が話し合っ決めて」、「家族のみで決める」という決め方もみられた(吉田他, 2006)。

療養の場の決定に影響する要因として、患者の場合は、ホスピスへの入院の決定において「症状緩和への期待」や「根治治療に伴う辛さからの解放」、「家族への気遣い」、「穏やかな死への期待」などが影響し(土居内, 2006; 吉田他, 2006; 園田他, 2008)、在宅療養の決定において「自分らしい生活を大切にしたい」、「家族の側がいい」、「退院について納得し気持ちの切り替えができるかどうか」という思いが影響していた(土居内, 2006; 坂井他, 2011)。一

方家族の場合は、在宅療養の決定において「病状悪化時の不安」や「介護負担」が影響していた(坂井他, 2011)。さらに、療養の場の移行を決断した後に家族に生じる迷いに関連する要因として、「情報量の多さに圧倒され翻弄する」、「患者の悪化した病状に介護者としての自信が減弱」、「患者の意思を理解しようと配慮し続けることへの困難」が示されていた(櫻井, 2013)。

4. 終末期の療養

終末期の療養の意思決定に焦点をあてた文献は、5件(No1, 3, 5, 8, 11)であった。進行がん患者の延命のための治療・処置や心肺蘇生等の生命維持治療に対する決め方は、「患者主導型」49.2%、「医師と患者の共有型」35.2%、「医師主導型」15.5%となっており、「患者主導型」が半数を占めていた。また、併存疾患を持たず自立している患者ほど生命維持治療に関する意思決定への関わりを望んでいた(Pardon et al., 2009)。

終末期がん患者の日常生活における決定の内容は、「時の仕切りをして1日を過ごす」「何かをしようと決めずに状況に応じて過ごす」「体力を維持できるように過ごす」「家族と共に過ごす時間を大切にす」「楽しみや快適さを取り入れて過ごす」などがあげられた(土居内, 2006; 江口他, 2013)。この決定には、患者の信念や価値観、希望、欲求が反映していることが報告されていた(土居内, 2006)。

進行がん患者とその介護者のエンドオブライフに関する意思決定を促進する援助として、「進行がんと共に生きる」ことをテーマにしたパンフレットと医療従事者と患者双方が情報交換や協議を行い、協同して意思決定をするモデルである(Charles et al., 1997; 恒藤他, 2014) shared decision making modelをベースとした構造的介入によって、介入を受けた患者の方が受けない患者に比べて心肺蘇生(DNR: Do-not-resuscitate)をせずに、病院死を避ける傾向にあったことが報告されていた。

進行がん患者の看取りにおける家族の意思決定のプロセスは、揺らぎの中でがんの診断や死を受け入れ、ライフスタイルを変化させながら調和を見つけ、患者の希望をかなえることや支援サービスの利用を

考えるなどの方向性を取り仕切つる中で、徐々に患者が死に近づいていることを悟り、患者の死を経て前に進んでいく、もしくは将来を憂慮し孤独を感じるという過程が示されていた (Edwards et al, 2012)。

Ⅶ. 考察

1. 進行がん患者および終末期がん患者とその家族の意思決定に関するわが国の研究の課題

ここでは、国内の研究に焦点をあてて考察する。国内では進行がんや終末期がん患者とその家族の意思決定に関する研究が2006年以降にみられた。このことは、わが国では1990年代以降患者の権利意識の広がりとともに自己決定権を求める動きが盛んになったが、がん医療の中では2000年前半まで告知の是非の賛否両論が続いた (小松他, 2006) ことから、2000年以降にがん告知を前提としたインフォームドコンセントが定着しはじめ、患者の意思決定が重視されるようになった背景が考えられる。

また、国内では質的記述研究に限られていた。このことは、進行がんや終末期がん患者の意思決定を支援していくためには、意思決定に影響する個人の価値や生き方、その人自身の思い等も含めて意思決定の現象を丁寧に捉えていくことが重要であると考えられることから、質的研究手法を用いて捉えようとしたのではないかと推察される。

国外では、積極的治療や療養の場を誰が決めるのかという決定様式や決定における情報ニーズを明らかにした量的記述研究がみられたが、国内ではこのような視点の研究はなかった。このことから、積極的治療や療養の場の移行、生命維持治療における決定様式や決定に必要な情報ニーズ等をどのように捉えているのかという視点で日本人の傾向を明らかにしていくことは、今後の終末期がん患者の意思決定支援の内容や方法を考えていく際に重要な研究になると考える。

また、国内では介入研究がなされていなかったが、看護実践の場では、看護ケアの質を保証するために、実施されたケアの効果を検討し根拠に基づいた実践の展開が求められている (南, 2008)。このことから、進行がんや終末期がん患者とその家族への意思決定

に対して根拠に基づいた看護介入の展開するためには、介入研究の積み重ねも必要と考える。

2. 進行がん患者および終末期がん患者とその家族の意思決定に関する支援の課題

1) 積極的治療の意思決定における看護師の役割

進行がん患者および終末期がん患者は予後不良という状況の中で、積極的治療をするか否か、その治療をいつまで続けるのか否かなどの決定を迫られている。患者がそれらの決定を自らの意思で決めるためには、患者の最も身近にいる看護師が支えていく必要がある。しかし、積極的治療の決定において看護師が関与していると認知していた患者は非常に少なかった。このことは、告知を受けたがん患者が治療選択を行う際、患者にとって看護師は見守ってくれる存在であっても、価値観を尊重したり権利を擁護してくれる存在であるという認識が薄かったという国内の報告 (太田, 2006) と似たような結果であった。これらのことから、看護師は患者の意思決定の支援者という存在として患者にあまり認知されていないことが伺える。しかし、現在のがん治療は集学的治療がスタンダードとなり治療内容も多様化・複雑化しているため、患者の意思決定を支える看護師の役割は大きい (国立がん研究センター東病院看護部他, 2015) と言われていることから、看護師は進行がんや終末期がん患者の意思決定の支援者であることを患者に認知してもらえるように働きかけることが重要であると考えられる。

2) 積極的治療や療養の場の移行の意思決定における患者および家族の支援

療養の場の移行の決定には患者の家族への気遣いが影響していることが示されていた。また、積極的治療の決定において進行がん患者と家族の間で認識の差が生じやすいことが指摘されていた。患者は病状の進行に伴って積極的治療の限界を自身の身体をもって自覚するため、積極的治療の中止の時期を判断したり察知したりすることが可能である。しかし、家族は大切な一員を喪失するかもしれないという現実を受け入れることが難しく、少しでも長く治療を続けて患者に生きていてほしいという思いを抱いていると思われる。そのため、いつまで積極的治療を

続けるのかという点において意見の相違が生じやすいと推察される。家族の一体感の強い日本の文化の中では、患者の意思のみを優先して家族を無視することはできない(東原他, 2000)。また、日本人は個人より周囲との調和を大切にするという文化的要素が潜在的にあり、患者は主体的な意思決定することに消極的である(恒藤他, 2014)と言われている。このような背景を踏まえ、看護師は患者と家族を1つの単位としてとらえ、患者が自分の意見を表出できるように援助するとともに、患者および家族の意見の溝を埋めて両者が納得して意思決定できるように介入していくことが望ましいと考える。また家族は、櫻井(櫻井, 2013)の報告にもあったように療養の場の移行を決断した後も、決断に対する迷いを抱いていることから、看護師は決断後も家族を継続的に支援していくことが重要である。

3) 終末期の療養における意思決定の支援

積極的治療や療養の場の移行の決め方は「医師主導型」や「医師と患者の共有型」の割合が多かったが、生命維持治療に関する決め方は「患者主導型」の割合が多かった。また、終末期がん患者は様々な身体症状がある中でも自分の信念や価値観を反映しながら日常生活について多様な決定をしていると報告されていた(土居内, 2006)。このことは、死を目前にしても「自分でどうしたいか」を主体的に決めることができる患者の強さを物語っていると考える。一方、自立している患者ほど生命維持治療に対する決定に積極的に関わる傾向にあり、病状の進行に伴って決定への関わりの欲求が低下していた。したがって、看護師は、最期まで自律した存在として患者をとらえ、早期から生命維持治療等の療養に対する意思決定に介入し、患者がその人らしい最期を迎えることができるよう、治療のゴールや療養の場、最期の過ごし方などを患者自身で決めていけるような支援を提供できるようにすることが望ましいと考える。しかし看護師は、患者が終末期であるという現状を受け止める心の余裕がなく、現実から逃れようとして介入を難しくしていることが指摘されている(加利川, 2013)。このことから、終末期のがん患者としっかり向き合い、患者の意向を引き出せる

ような援助ができるように看護師自身の教育も合わせて行っていくことが重要である。

V. 結論

進行がん患者および終末期がん患者とその家族の意思決定に関する文献を検討した結果、意思決定における研究および支援の課題として次のことが明らかとなった。

- ①わが国では質的記述研究に限られていたことから、今後終末期がん患者の積極的治療や療養の場の移行に関する決定様式や意思決定に必要な情報ニーズを明らかにする研究、進行がんや終末期がん患者の意思決定に対する介入研究の積み重ねが望まれる。
- ②積極的治療の決定に看護師が関与していると認知している患者の割合が少なかったことから、看護師は患者や家族に意思決定における支援者であることを認知してもらえるように働きかけることが重要である。
- ③積極的治療の決定において患者と家族の間で認識の差が生じやすいことから、看護師は患者と家族を1つの単位として捉え、患者と家族の意見の溝を埋めて両者が納得して意思決定できるように支援していく必要がある。
- ④終末期がん患者は、死という現実と直面しながらも最期まで多様な決定を自分の信念や価値に基づいて行っていたことから、看護師は患者と向き合い、最期の過ごし方を患者自身で決定できるように早期から支援をしていくことが必要である。

引用文献

- Charles C, Gafni A, Whelan T (1997) : Shared decision making in the medical encounter : what does it mean? (or it takes at least two to tango), *Social Science & Medicine*, 44(5), 681-692.
- 土居内麻里 (2006) : 終末期がん患者の療養上の意思決定, *高知女子大学看護学会誌*, 31(1), 19-26.
- Edwards SB, Olson K, Koop P, et al. (2012) : Patient and family caregiver decision making in the context of advanced cancer, *Cancer Nursing*, 35(3), 178-186.

- 江口 瞳, 秋元典子 (2013): 緩和ケア病棟入院中で余命3週間程度と予測されている終末期がん患者の1日の過ごし方に対する意思決定の内容, 日本がん看護学会誌, 27(1), 4-12.
- 小松浩子, 土井洋子 (2006): 成人看護学 E. がん患者の看護 第3版, 124, 廣川書店, 東京.
- がんの統計編集委員会 (2013): がんの統計'13, 公益財団法人がん研究振興財団.
- Grunfeld EA, Maher EJ, Browne S, et al. (2006): Advanced breast cancer patients' perceptions of decision making for palliative chemotherapy, *Journal of Clinical Oncology*, 24(7), 1090-1098.
- 東原正明, 近藤まゆみ (2000): 看護QOL books 緩和ケア, 医学書院, 東京.
- Hitz F, Ribí K, Li Q, et al. (2013): Predictors of satisfaction with treatment decision, decision-making preferences, and main treatment goals in patients with advanced cancer, *Support Care Cancer*, 21(11), 3085-3093.
- 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*, 4(2), 7-16.
- Kohara I, Inoue T (2010): Searching for a way to live to the end: decision-making process in patients considering participation in cancer phase I clinical trials, *Oncology Nursing Forum*, 37(2), 124-132.
- 国立がん研究センター東病院看護部, 日本がん看護学会 (2015): 患者の感情表出を促すNURSEを用いたコミュニケーションスキル, 医学書院, 東京.
- 厚生労働省ホームページ (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> (2015.10.20参照)
- 南 裕子 (2008): 看護における研究, 日本看護協会出版会, 東京.
- 大川宣容, 藤田佐和, 府川晃子 (2010): がん医療におけるギアチェンジに関する文献的考察, *高知女子大学紀要 看護学部編*, 59, 73-80.
- 太田浩子 (2006): 告知を受けたがん患者の治療選択における看護師の役割に関する研究 患者へのアンケート調査より, *新見公立短期大学紀要*, 27, 101-110.
- Pardon K, Deschepper R, Stichele RV, et al. (2009): Preferences of advanced lung cancer patients for patient-centred information and decision-making: a prospective multicentre study in 13 hospitals in Belgium, *Patient Educ Couns and Counseling*, 77(3), 421-429.
- 坂井桂子, 塚原千恵子, 岩城直子 (2011): 進行がん患者の療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす患者・家族の要因, *石川看護雑誌*, 8, 41-50.
- 櫻井智穂子, 眞嶋朋子 (2013): 終末期の緩和を目的とした療養への移行におけるがん患者の家族の決断の“ゆれ”に関する研究, *文化看護学会誌*, 5(1), 20-27.
- Siminoff LA, Rose JH, Zhang A, et al. (2006): Measuring discord in treatment decision-making: progress toward development of a cancer communication and decision-making assessment tool, *Psycho-Oncology*, 15(6), 528-540.
- 園田麻利子, 小西早智, 谷口早耶加, 他 (2008): 終末期のケアの場をホスピスと選択した患者の思い—3名の肺癌患者による, *鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要*, 12, 82-94.
- Stein RA, Sharpe L, Bell ML, et al. (2013): Randomized controlled trial of a structured intervention to facilitate end-of-life decision making in patients with advanced cancer, *Journal Clinical Oncology*, 31(27), 3403-3410.
- 恒藤 暁, 内布敦子, 明智龍男 (2014): 系統看護学講座 別巻 緩和ケア (第2版), 医学書院, 東京.
- 八尋陽子, 秋元典子 (2010): ターミナル期にあるがん患者の自己決定を支援する看護研究の概観と今後の研究課題—対象文献を和文献に限定して, *日本がん看護学会誌*, 24(1), 69-74.
- 吉田智美, 小島操子 (2006): 緩和ケア病棟への入院を決定した肺悪性腫瘍再発患者の病状認知および緩和治療・ケアの場の決定に影響した要因, *大阪府立大学看護学部紀要*, 12(1), 59-65.