

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 24 年 5 月 16 日現在

機関番号：13101

研究種目：基盤研究（C）

研究期間：2009～2011

課題番号：21592886

研究課題名（和文）がんと認知症をともに持つ高齢者に対する緩和ケア評価指標の開発

研究課題名（英文）Development of the evaluation index of palliative care for the elderly with both cancer and dementia.

研究代表者

坂井 さゆり（SAKAI SAYURI）

新潟大学・医歯学系・准教授

研究者番号：40436770

研究成果の概要（和文）：「がんと認知症をともに持つ高齢者に対する緩和ケア評価指標の開発」を主題とし、本研究期間では評価指標の試案の作成に取り組んだ。方法は、文献検討、緩和ケア病棟を対象としたアンケート調査、国内外のエキスパートナーズへの面接調査、北欧の緩和ケア施設や日本の在宅老所でのフィールドワークとした。その結果、ケアの質をあげる主要な7つの要素、概念枠組み、倫理的課題を明らかにし、評価指標の試案を作成した。

研究成果の概要（英文）：This study aimed at the development of the evaluation index of palliative care for the elderly with both cancer and dementia. Our research methods were literature documentation, a nation-wide questionnaire survey of palliative care unit, interview with expert nurses, observations at palliative care centers in Sweden and at daycare centers for the elderly with dementia in Japan. The results suggested seven major elements that affect the quality of care, a conceptual framework for the quality evaluation, and some ethical issues that should be taken into account in palliative care for the elderly with both cancer and dementia. As a product of the study, we established a provisional version of the index.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2009年度	1,300,000	390,000	1,690,000
2010年度	800,000	240,000	1,040,000
2011年度	900,000	270,000	1,170,000
年度			
年度			
総計	3,000,000	900,000	3,900,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学、地域・老年看護学

キーワード：緩和ケア・認知症・がん・高齢者・評価指標・医療倫理

1. 研究開始当初の背景

高齢化の進展に伴い認知症高齢者数は急増し、2015年には「日常生活自立度Ⅱ」以上の認知症高齢者数が250万人にもなるという推計が、厚生労働省の「認知症の医療と生活の質を高めるための緊急プロジェクト」によって報告され、認知症医療・ケア・教育等の研究・開発を強化する方向での検討が始まった。また、高齢者のがん患者数も増加しており、50歳代～60歳代の全がん死亡率は減少しているにもかかわらず、高齢者では増加傾向にあるといわれている。2004年に「第3次対がん10ヵ年総合戦略」、2007年には「がん対策基本法」が制定され、がん医療・認知症医療共に国家的重点課題として取り組まれている。高齢者の“認知症”と“がん”は、今後合併しながら増加していくことが予測され、在院日数の短縮化や療養病床数の削減とも相俟って、高齢者緩和ケア・終末期ケアの場は地域へとシフトする。がんと認知症をともに持つ高齢者に対する緩和ケアアプローチを、一般化し、拡大していくことは重要な課題であると考えられる。

認知症高齢者は、*pain story*（痛み歴、痛みの感じ方・訴え方等）が不明瞭であったり、がん性疼痛か慢性疼痛かの区別がつきにくかったりすることで、がんの発見が遅れたり、痛みのアセスメント・マネジメントに困難があると言われ、欧州における緩和ケアでも課題とされている（Davis, Higginson 2004）。また、緩和ケア病棟への入院は、認知症がある場合には適応外となりがちであり、他の高齢者施設や在宅での療養を余儀なくされ、ケアの場が限定されてしまうことがある。そして認知症高齢者の家族は、生命にかかわる治療方針に関する重大な代理決定、内服治療等や日常生活ケアを担うことになり、家族介護

者の苦悩や不安も多様であると考えられる（坂井、宮坂 2008）。ケア提供者もまた、コミュニケーションに困難がある認知症高齢者へのかかわりや倫理的ジレンマ等の迷いが多く、看取った後も「本当にあれでよかったのだろうか」と不全感を抱いてしまうことがある。このように、認知症の高齢者ががんになるということは、高齢者本人・家族・ケア提供者の苦悩を強める可能性があり、専門的認知症ケアと専門的緩和ケアを融合した高齢者緩和ケアのアプローチが求められる。2002年WHOは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、より早期から、よく生きるための諸問題を解決するためのアプローチとしての緩和ケアを定義した（坂井、宮坂 2008）。認知症高齢者のための「*non-verbal indicator*」（Jansen 2008）は、チェックリストで痛みを評価する方法として知られている。*STAS-J* (*support team assessment schedule*) は、英国で開発された緩和ケアの臨床的オーディットとして緩和ケアの評価指標として広く知られている。しかし、このようなアプローチの方法、痛みの評価尺度、ケアの評価ツールは開発・普及しているが、“認知症でがん”である高齢者と家族に対する包括的かつ倫理的諸問題も含めた緩和ケア評価指標の研究は見当たらない。筆者は、高齢者と看護師のトランスパーソナルケアの必要性（坂井他 2008）やヒューマンケアリング実践の構造化による安楽へのケアの重要性（坂井 2007）、欧州における緩和ケアの概念と倫理的課題の論点整理から日本における緩和ケアの課題（坂井、宮坂 2008）に関する研究を実施してきた。ヒューマンケアリングの具現としての緩和ケアアプローチは、人間の終末期における尊厳のケアともいえる。認知に障害のあ

るがん患者の尊厳やスピリチュアリティは脅かされ易い。現在、緩和ケアのスキルとして「傾聴」「共感」が重視され、多くの研修が行われている。終末期患者は、未来に希望がもてずにいるからこそ過去を語りつつ今を意味づけ、新たな希望見出す。スピリチュアルケアとして自律性、関係性、時間性（村田 2004）をケアすることで、希望につながっている。これらは、全て「自ら語る」ことによってケアとなる。しかし、認知症高齢者は、自ら言語的に語りながら意味づける事は困難である。がんと認知症をともにもつ高齢者・家族・ケア提供者の希望を支える緩和ケアに関する研究は世界的にも重要な課題であると考えられる。

2. 研究の目的

以上のような問題意識に立ち、面接調査、フィールドワーク調査、介入研究を通して(1)～(3)に示す研究目的を達成する。

(1) 文献レビュー、アンケート調査、面接調査、フィールドワークにより「がんと認知症をともにもつ高齢者・家族の緩和ケア評価指標に必要な要素」を抽出する。

(2) がんと共に生きる認知症高齢者・家族・ケア提供者の倫理的問題の論点整理を行い、「がんとともに生きる認知症高齢者・家族に対する緩和ケア評価指標」に必要な倫理的問題の論点整理を行う。

(3) (1)と(2)をもとに、「がんと認知症をともにもつ高齢者・家族の緩和ケア評価指標」の試案を開発する。

3. 研究の方法

Medical Research Council Framework (Brackwood, 2006) を参考に行う。

(1) Preclinical Phase

国内外の文献検討から「がんと認知症をともにもつ高齢者に対する緩和ケア評価指標」に

有用な要素を抽出し、理論的基盤を作成する。

(2) Modeling Phase

① アンケート調査

全国の緩和ケア病棟で勤務する医師・看護師を対象に、「がんと認知症をともにもつ高齢者」の緩和ケアについて郵送法による調査（2008 年度フランスベッドメディカル財団による研究助成）したものを再分析する。

② 面接調査

日本と北欧の緩和ケアのエキスパートナースを対象に「がんと認知症をともにもつ高齢者・家族への緩和ケア」についてナラティブ・リサーチを実施し、質的帰納的に分析を行い、評価指標の試案作成のために必要な要素を明らかにする。

③ フィールドワーク

北欧の緩和ケア病棟、日本の在宅老所を利用している高齢者、ケアスタッフを対象にその日常生活を観察し、文献検討、アンケート調査、面接調査では得られなかった文脈を指標に活用する。また、北欧における認知症緩和ケア（タクティールケア）を体感し、応用可能性について検討する。

④ 文献レビュー

本指標開発に関連する倫理的問題について、国内外の文献レビューを行い、論点の整理を行い、倫理的なケアを保障するための考え方の基盤を導く。

(3) Exploratory trial Phase

① エキスパートパネル

緩和ケア病棟、療養病棟、緩和ケアチームのエキスパートナースとの意見交換を通して「がんと認知症をともにもつ高齢者・家族に対する緩和ケア評価指標の試案」について実施可能性について検討する。

4. 研究成果

(1) がんと認知症をともにもつ高齢者・家族の緩和ケア評価指標に必要な要素

①アンケート調査の結果

がん性疼痛について-39施設 61名(看護師 33名、医師 28名)の回答を得た。35%が評価ツールとしてフェイススケールをよく使うと答えた。97%が、がん性疼痛の評価に困難を感じていた。認知症高齢者は、がん性疼痛を「言葉での訴え」「落ち着きのなさ」「せん妄」「疼痛部位の違和感」「不眠」「食事量の低下」で表現するという回答が多かった。その他「表情の変化」「苦痛言動の有無」「生活リズムの変調」等。認知症高齢者に対するがん性疼痛ケアは、「疼痛コントロール(安静時、体動時)」「生活リズム調整(睡眠の確保)」「心地よさの提供(マッサージ、翳法)」「チームアプローチ」「家族とのコミュニケーション(情報提供)」があげられた。

精神的な痛みについて-94%が認知症高齢者の精神的な痛みを評価することに困難を感じていた。評価ツールとして83%がSTAS-Jやフェイススケールを使用していた。精神的な痛みを「落ち着きのなさ」「せん妄」「生活意欲の低下」「言葉での訴え」「不眠」等で表現するという回答が多かった。アセスメントの視点は、「言動・表情の変化」「感情の状態」「せん妄」「生活意欲の程度」等があった。ケアには、「傾聴と共感(視線を合わせる)」「見守り」「安心感の提供(タッチ、自由に過ごしてもらう)」「日常生活の維持(生活に影響のある症状を緩和)」「生活リズム調整」「チームアプローチ」「薬物介入(抗不安薬)」「家族との連携」があげられた。

②面接調査

国内外の緩和ケアエキスパートを対象に半構造化面接を行い、質的帰納的に分析した。評価指標の要素として以下の7つのコアとなるカテゴリーを明らかにした。ここではカテゴリーのみ示す。それは【信頼関係となるコミュニケーション】、【個人史をふまえた対

象理解】、【がんと認知症をふまえたヘルスアセスメントと安楽の提供】、【倫理的検討をふまえた看護ケア】、【家族(重要他者)を含めた看護ケア】、【患者・家族が安心できる場づくり】、【多職種によるチームアプローチ】であった。高齢者-家族(重要他者)-ケア提供者、の相互作用によるケアプロセスも重要な要素であった。

③フィールドワーク

北欧の緩和ケア実践から、古い、病い、死への考え方と先端医療、尊厳性とは何かについて示唆を得た。

ある認知症でがんの高齢者がいた。その方はがんが皮膚浸潤しており、違和感と搔痒感により前胸部の創部ガーゼを何度もはがして掻いてしまうという。看護師は「私たちには抑制という概念はありません。リンゴを食べましょうと言って、何度も手を洗い、爪をきれいにします。」と話した。

静岡県にある宅老所で実践されている「人生紙芝居」とは、ケア提供者が、高齢者の人生を聴きとって創作する、その人が主人公の紙芝居のことである。語られた物語を「描く」という行為は、物語を記述するよりもリアルな描写が求められる。対象と同じ場所に立ち、見えたものを描く、一人称の世界への接近法が高齢者との関係性の絆を深めることが示唆された。

(2)がんと共に生きる認知症高齢者・家族・ケア提供者の倫理的問題

①がんと認知症をめぐる対照的な政策

英国の「Nuffield Report (2009年)」では、認知症とがんとがしばしば対比して述べられている。がんの診断に際しては、患者は医療従事者からの積極的な関心と関与を経験するのに対して、認知症はそれらが希薄な疾患であることを、同報告は示唆している。両方の疾患を併せもつ患者は、医療従事者から

の捉え方を大きく異にする二重の病いのアイデンティティを併せもつ患者であり、彼らに対する医療・ケアには、独特の問題が生じる可能性がある。

②倫理的問題を捉える概念とその限界

「判断能力 competence」について、認知症患者は「かつて判断能力を有していた once competent」者と見なされる。その場合、患者自身が判断能力を有していた時期に書き残した「事前指示 advance directive」などの推定意思によってなされるか、あるいは自ら指定した「判断能力の喪失後にも法的な効力をもつ代理人 durable power of attorney」によってなされるか、大きくは2種類の方法があり得る。医療従事者は手がかりのない状態で治療方針を決めざるを得ない。

③認知症患者への権利擁護

(A) 認知症患者ががんと発症する場合、(B) がん患者が認知症を発症する場合とでは、その予防や治療について、医療従事者の対応は異なる可能性がある。治療を受ける権利、ひいては生命に対する権利にも直結する。

④最善利益の評価基準

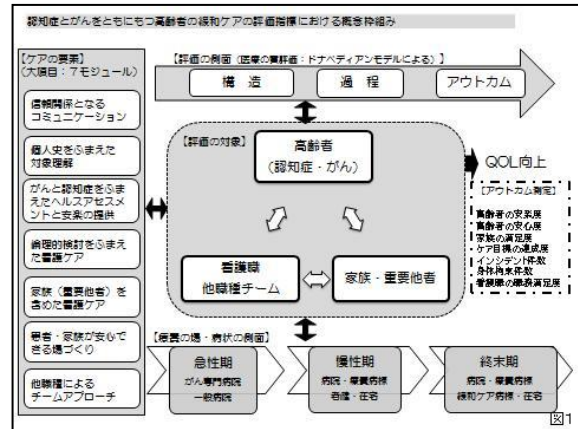
意志決定のプロセスを厳密に考えると、最も困難なのが、認知症患者ががんと発症する場合における最善利益の判断であるように思える。「客観的な評価が困難な基準（例：幸福度、本人らしい生のあり方等）」、「客観的な評価が可能な基準（例：余命、日常生活動作等）」。

認知症患者は、自己物語を自らに語ることも、あるいは他者に伝達することも困難になっていく存在である。客観的な評価が困難な指標について、可能な限り客観性を持たせることで、ケアの質を保障しようとする試みであろう。このような試みは始まったばかりであり、日本の文化社会に適した方法の探求も今後必要になると思われる。

(3) 「がんと認知症をともに持つ高齢者・家

族の緩和ケア評価指標」試案

各調査によって抽出された評価指標の要素を、ドナベディアン・モデルをモチーフにし、がんと認知症をともに持つ高齢者・家族の緩和ケア評価指標の試案を検討した。図1にその概念枠組みを示す。



(4) 今後の展望

今後は本指標の試案を基にしながら「がんと認知症をともに持つ高齢者への緩和ケア評価指標を活用した教育プログラムの開発」に焦点を置き、“高齢者・家族・ケア提供者の希望を支えるため”の教育と評価指標の有用性を評価していく。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計6件)

- ① 坂井さゆり、関係性を紡ぎだす～臨床における意味と物語の復権～看護の視点から、*仏教看護・ビハーラ学会誌*、査読無、第6号、2011、41-49
- ② 宮坂道夫、緩和ケアにおけるナラティブ医療倫理、緩和ケア査読無（招待論文）、2011、261-265
- ③ 宮坂道夫、臨床倫理の方法論としての討議倫理と物語倫理、*医学哲学医学倫理*、査読有、28、2010、58-65頁
- ④ 坂井さゆり、宮坂道夫、小田文香、緩和ケ

ア病棟における認知症・神経難病のあるがん患者の緩和ケア実践に関する研究、財団法人フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団第 19 回研究助成・事業助成報告書、査読無、2009、833-855
〔学会発表〕（計 10 件）

- ①菊永淳、坂井さゆり、がん告知に関わる看護師のジレンマに関する文献検討、第 26 回日本がん看護学会学術集会、2012 年 2 月 12 日、くにびきメッセ（島根）
- ②飯田裕子、坂井さゆり、がん看護における「ユーモア」に関する文献検討、第 26 回日本がん看護学会学術集会、2012 年 2 月 11 日、くにびきメッセ（島根）
- ③河 正子、草島悦子、坂井さゆり、終末期がん患者のスピリチュアルケアにおいて基本となるもの、第 17 回日本臨床死生学会大会、2011 年 9 月 17 日、兵庫医療大学（兵庫）
- ④坂井さゆり、宮坂道夫、奥田真美、菊永淳、認知症高齢者の“生きられた生”を理解するための物語制作学習法の開発—ナラティブ・アプローチと人生紙芝居を活用した尊厳ケアの教育—、日本老年看護学会 第 16 回学術集会、2011 年 6 月 17 日、NS スカイカンファレンス（東京）
- ⑤坂井さゆり、宮坂道夫、山内春夫、認知症高齢者のがん緩和ケアと倫理的課題—緩和ケア病棟スタッフに対する質問紙調査から—、日本老年看護学会第 15 回学術集会、2010 年 11 月 6 日、ベイスシア文化ホール（群馬）
- ⑥坂井さゆり、草島悦子、河正子、森田達也、スピリチュアルケアにおけるケア提供者の基本的態度・考え方の構造—緩和ケア熟練専門職の語りから—、第 15 回日本緩和医療学会学術大会、2010 年 6 月 18 日、東京国際フォーラム（東京）

⑦小田文香、渡部睦美、宮坂道夫、坂井さゆり、認知症とがんを共に持つ高齢者・家族の意思決定を支える緩和ケア—遺族の語り（ナラティブ）を通して、第 14 回日本緩和医療学会、2009 年 6 月 1 日、大阪国際会議場（大阪）
〔図書〕（計 6 件）

- ①草島悦子、坂井さゆり、河正子、青海社（印刷中）、看護に活かす！スピリチュアルケアの手引き：第 7 章 D 緩和ケア専門家の経験に学ぶスピリチュアルケア—緩和ケア熟練専門職の語りから—、2012、総 2 頁
- ②坂井さゆり、青海社（印刷中）、看護に活かす！スピリチュアルケアの手引き：第 8 章 スピリチュアル提供者のセルフケア、2012、総 5 頁
- ③坂井さゆり、高山良子、他 ELNEC-J 作業部会、特定非営利活動法人 日本緩和医療学会、「モジュール 1：エンドオブライフケアにおける看護」ELNEC-J コアカリキュラム指導者用ガイド、2011、CD-ROM
- ④宮坂道夫、医学書院、医療倫理学の方法 第 2 版—原則・手順・ナラティブ、2011、256
- ⑤市原香織、河正子、草島悦子、坂井さゆり、田村恵子、前滝栄子編、スピリチュアルケア事例検討集 対応困難を感じた場面とその意味、（財）日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団、2011 年 2 月、総 135 頁

6. 研究組織

(1) 研究代表者

坂井 さゆり (SAKAI SAYURI)
新潟大学・医歯学系・准教授
研究者番号：40436770

(2) 研究分担者

宮坂 道夫 (MIYASAKA MICHIO)
新潟大学・医歯学系・教授
研究者番号：30282619