

# JNI

## The Journal of Nursing Investigation

Vol.20 No.2 March 2023

・総説

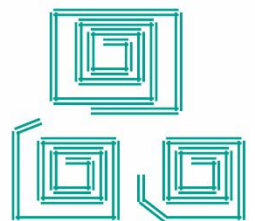
・国外におけるがん治療に関連した認知機能障害がある患者への介入研究に関する文献レビュー

・短報

・Feasibility of an Assessment Tool for Detection of Post-intensive Care Syndrome

・研究報告

・がん患者と家族の合意形成による意思決定支援において臨床現場で看護師が抱えている困難



# The Journal of Nursing Investigation

編集委員長： 岡 久 玲 子

編集委員： 畦 地 博 子, 井 上 勇 太, 岡 久 玲 子  
小 川 佳 代, 雄 西 智 恵 美, 近 藤 彩  
田 中 祐 子, 橋 本 浩 子, 板 東 孝 枝  
森 健 治

発行元： 国立大学法人 徳島大学医学部  
〒770 - 8503 徳島市蔵本町3丁目18 - 15  
電 話：088 - 633 - 7104  
F A X：088 - 633 - 7115

選任査読者： 石 井 有 美 子, 飯 藤 大 和, 井 上 勇 太  
今 井 芳 枝, 岩 佐 幸 恵, 岩 本 里 織  
上 田 伊 佐 子, 岡 久 玲 子, 奥 田 紀 久 子  
雄 西 智 恵 美, 片 岡 三 佳, 岸 田 佐 智  
桑 村 由 美, 小 出 恵 子, 近 藤 彩  
近 藤 和 也, 笹 井 知 子, 高 橋 亜 希  
竹 林 桂 子, 多 田 敏 子, 多 田 美 由 貴  
田 中 祐 子, 谷 洋 江, 谷 岡 哲 也  
田 村 綾 子, 千 葉 進 一, 堤 理 恵  
友 竹 正 人, 中 野 沙 織, 葉 久 真 理  
橋 本 浩 子, 板 東 孝 枝, 古 川 薫  
松 浦 幸 恵, 松 下 恭 子, 南 川 貴 子  
森 健 治, 森 脇 智 秋, 安 原 由 子  
横 井 靖 子, 渡 邊 聡 子

## 総 説

# 国外におけるがん治療に関連した認知機能障害がある患者への介入研究に関する文献レビュー

山内 洋子, 井上 満代, 鈴木 志津枝

兵庫医科大学看護学部

**抄 録** 【目的】 国外におけるがん治療に関連した認知機能障害がある患者に対する介入研究について文献をレビューし、介入およびその成果から看護師の役割について示唆を得ることである。【方法】 文献検索は、MEDLINE、CINAHL のデータベースを用いて行い、期間は2014年～2021年12月までとした。検索用語は「Cognitive dysfunction」, 「cancer related cognitive impairment」, 「cancer」, 「nursing」のキーワードを用いて、英語に限定して行った。選定基準と除外基準を満たした8件を抽出し、分析した。【結果】 国外文献におけるがん治療に関連した認知機能障害がある患者に対する介入方法は、認知行動療法が4件、補完代替療法が4件であった。介入の対象者はすべてがStage I～Ⅲ期までの乳がん患者であり、年齢は18～75歳で代替補助療法が終了している、もしくはホルモン療法を継続している状況であった。認知行動療法は、コンピューターを用いた脳トレーニングと集団教育を組み合わせたものや代償的認知トレーニングの介入であった。補完代替療法は、マインドフルネスストレス低減法や気功、ピアノの個別レッスンなどの介入方法であった。すべての介入において認知機能や認知機能に関連する疲労やQOLの改善が示されていた。【考察】 がん治療に関連した認知機能障害がある患者に対する介入は、長期間を要するため早期に発見する必要がある。また、治療前オリエンテーション時から認知機能障害に対する知識や対処について準備教育を行うことや、補完代替療法の技能を有する職種への連携や調整は看護師が担う役割であると考えられる。さらに、患者が介入方法を生活の中に取り入れ、習慣化できるような地域連携を含めた継続支援も看護師の重要な役割である。

キーワード：認知機能障害、CRCI、看護師、介入

## 1. はじめに

国立がん研究センターのデータによると、日本人が一生のうちのがんと診断される確率は2人に1人と言われている<sup>1)</sup>。がん治療はゲノム医療や免疫チェックポイント阻害薬の承認など著しい進歩により、生存期間の延長が得られるようになってきた。同時にがん患者にとっては長い治療期間を過ごすことになるため様々な苦痛をもつことが明らかになっている<sup>2)</sup>。がん患者が抱える苦痛

の中の1つに認知機能障害があるといわれており、がん診断あるいは治療に関連するものを総称して“cancer related cognitive impairment (CRCI)”と呼ばれている<sup>3)</sup>。

がん治療に関連した認知機能障害の病因はいまだ明らかにされていないが、がん治療の中でも化学療法を受ける患者の場合、治療による認知機能障害は遅発性であり、治療終了後も20年以上続く可能性が報告されている<sup>4)</sup>。がん治療に関連した認知機能障害の症状は、一般的な認知症の症状とは異なり、一定時間での作業効率の低下や言葉の想起の低下が主である。そのため通常の認知機能検査では検知が困難になる可能性がある<sup>5)</sup>。がん患者の認知機能は、治療選択や治療を受けながら社会機能を維持することなど有意義な生活を送る上で非常に重

2022年2月10日受付

2022年11月29日受理

別刷請求先：山内洋子, 〒650-8530 神戸市中央区港島1丁目3番6 兵庫医科大学看護学部

要であり、Quality of life（以下、QOL）に大きく影響すると言われている<sup>6)</sup>。がん治療による認知機能障害の仕事への影響について焦点を当てた文献レビュー<sup>7)</sup>では、認知機能障害が仕事の能力、仕事への復帰および職務遂行能力に影響を与える問題として報告している。このことから、たとえ微細なものであっても認知機能障害はがん患者にとって社会との関わりや意義のある生活を送る上で大きな影響を与えるものとなる。しかしながら、医療スタッフによるがん治療に関連した認知機能障害の症状の見逃しや過小評価が繰り返し報告されている<sup>8)</sup>。がん患者の治療継続を支援し、QOLを維持するためには認知機能障害のサインをいち早く察知し、介入することが求められる。看護師は、患者の声を最も身近に聞く機会が多い職種である。そのため、認知機能障害がある患者の変化を察知するうえで重要な役割を果たすと考えられ、がん治療を受けている患者に対し適切なケアを提供することが可能である。看護師ががん治療に関連した認知機能障害について理解を深め、適切なケアを提供することができれば、患者のQOLの維持・向上に貢献できると考えられる。

我が国では2008年以降、がん治療に関連した認知機能障害に関する研究報告が認められるようになってきているが、そのほとんどが病態や要因、症例報告などであり、介入研究は作業療法士による血液悪性腫瘍患者に対して実施した研究<sup>9)</sup>にとどまっている。諸外国では、2011年にVon Ah et al.<sup>10)</sup>によって看護師が認知機能障害に対する効果的な介入が報告されている。さらに、この報告を基に2011年以降の介入に関するエビデンスの包括的レビュー<sup>11)</sup>では、認知機能障害に焦点を当てた介入の有効性が検討されている。このレビューでは、認知トレーニングによる介入に効果が期待できると報告している。一方で、運動、瞑想、気功、薬学的アプローチなどによる介入は認知機能の自覚的改善が認められたが、有効性を確立するためのさらなる調査が必要であるとしている。このように諸外国ではがん治療に関連した認知機能障害の改善に向けた看護師による介入について研究が積み重ねられており、我が国においてもがん治療に関連した認知機能障害がある患者に対し、看護師が介入を行っていくことは重要であると考えられる。

本研究の目的は、国外におけるがん治療に関連した認知機能障害がある患者への介入研究について文献をレビューし、介入およびその成果から看護師の役割について示唆を得ることである。本研究はがん治療に関連した

認知機能障害がある患者に対して看護師が速やかに介入し、継続的に支援することでがん患者の社会生活におけるQOLの維持向上に貢献すると考える。

## 2. 方法

### 1) 対象文献の検索および選択方法

#### (1) 検索データベース

- ① MEDLINE（2014年～2021年12月28日）
- ② CINAHL（2014年～2021年12月28日）

#### (2) 検索用語

検索用語はがん治療に関連した認知機能障害の患者への介入方法に関する文献を網羅できるように下記のMedical Subject Headingsまたはキーワードとした。Cognitive dysfunction, cancer related cognitive impairment, cancer, nursing.

#### (3) 採択基準および除外基準

採択基準は、原著論文、がん治療に関連した認知機能障害に対する非薬物的介入に関する文献とした。我が国の看護師が行う介入において薬物療法は、治療効果の確認や副作用の早期発見と予防などであるため、本研究での介入は非薬物療法を対象とした。さらに、2014年までの介入方法はレビュー<sup>11)</sup>に示されていると考え、2014年以降の論文を対象とした。

除外基準は、介入の成果を患者が評価していないもの、主に病態や治療に関するもの、主に精神疾患や脳・中枢性腫瘍に関するもの、小児を対象としたものとした。

#### (4) 用語の定義

本研究では、「がん治療」とは、化学療法や内分泌療法などの薬物療法、放射線療法、手術療法を示し、緩和的治療は含まないものとした。また、「認知機能障害」は、せん妄や認知症を含めず、がん治療により起こっている言葉を記憶すること、物事に注意を向けること、それに基づいて行動したり、実際の作業を行うことに困難を来す状態と定義した。「介入」は、がん患者に対して認知機能障害によって生じた生活への影響に対して回復の一助となるような非薬物療法による援助と定義した。

#### (5) 文献スクリーニング

文献のスクリーニングのプロセスは、①重複を除外し

た文献のタイトルおよび抄録を読み、②除外基準に適合する文献を除外し、③採択された文献を分析対象とした。

## 2) 分析方法

スクリーニングの結果から得られた8件の文献を本研究の目的に応じて、著者、発表年、研究方法、対象者（がん種・病期・年齢・人数・治療状況）、実施者、実施場所、介入方法（介入内容・介入期間）、成果を抽出した。介入方法は介入内容の特徴を明確にするため認知行動療法と補完代替療法に分類した。分析過程においては、がん看護分野における研究者や文献レビューの経験が豊富である研究者からのスーパーバイズを受けて行った。

## 3. 結果

がん治療に関連した認知機能障害がある患者への介入研究に関する文献選択の抽出過程を図に示す。採択基準に従い189件の文献を対象にスクリーニングを実施後、除外基準をもとに文献の適格性を評価した。最終的に分析対象となった文献は8件であった。

## 1) がん治療に関連した認知機能障害がある患者への介入研究の概要

介入の対象者はすべての研究において Stage I～Ⅲ期までの乳がん患者であり、年齢は18～75歳と広範囲におよび術後補助療法が終了していた、もしくはホルモン療法を継続している状況であった。6件の介入研究は対照群や介入前の待機群といった比較群を設定していたが、2件は介入前と介入後の経時的変化を比較していた。対象者数は6～54名で、実施者は看護師や看護学研究者が3件、医師や臨床心理士など多職種による介入が3件、音楽療法士1件、記載のないものが1件であった。介入実施場所は米国が7件、韓国が1件で、介入期間は、6～12週間であった。介入方法は、脳トレーニングや代償的アプローチ、認知リハビリテーションなど認知行動療法が4件あり、抽出した文献の半数を占めていた。また、瞑想療法2件、気功1件、音楽療法1件と補完代替療法に分類されるものが4件、補完代替療法と比較された介入は疲労教育1件、音楽のリスニング1件、穏やかな運動療法1件、サポートグループの提供が1件であった（表）。

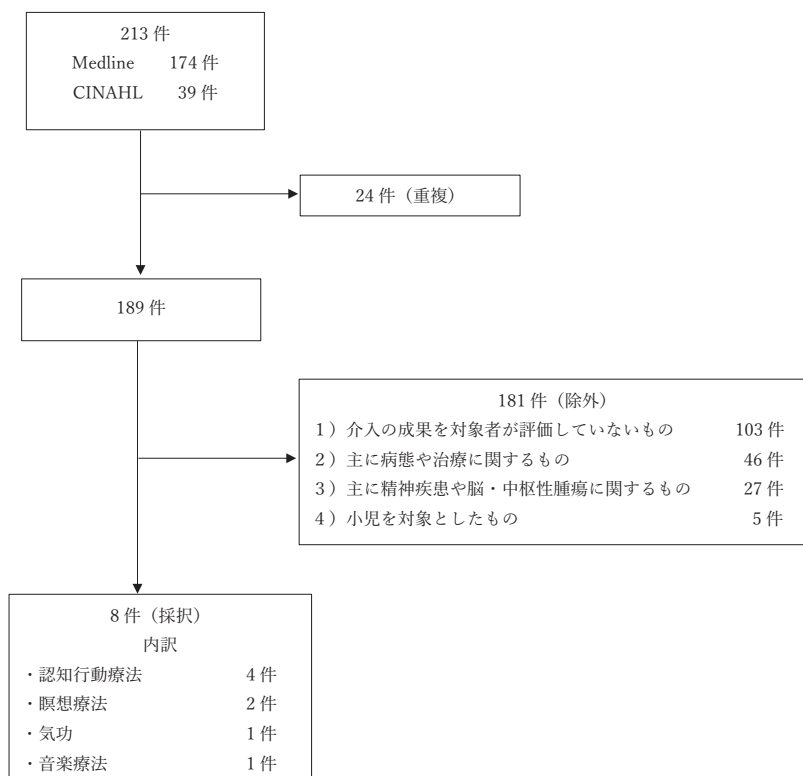


図 がん治療に関連した認知機能障害がある患者への介入研究に関する文献選択フローダイアグラム



表 がん治療に関連した認知機能障害に対する患者への介入研究一覧

著者	発表年	研究デザイン	がん種	病期	年齢	治療状況	人数	実施者	介入方法		実施場所	成果
									介入内容	介入期間		
Becker H. et al. <sup>(23)</sup>	2017	前後比較試験	乳がん	I-III	35-65歳 平均54.6歳	化学療法終了後 3か月-5年、 またはホルモン療法 継続中	20名	がんサバイバーとのデイ スセッション経験のある 修士課程の看護師	認知能力に影響を与える健康行動と自己効力感を 構築するグループ介入(90分×6回)とコンピュータ 3-4回(45分)を組み合わせたプログラム	6週間	米国 テキサス大学オースティ ン校	認知能力の構築に有用 認知バフォーマンステ ストは上昇しなかったが、疲労 睡眠障害、精神的苦痛の評 価は低下
Meneses K. et al. <sup>(24)</sup>	2018	ランダム化比較 試験	乳がん	I-III	21歳以上 平均54.6歳	治療終了後 6か月以上	介入群30名 対照群30名	看護学研究者	コンピュータ(BrainHQ)のダブルセッション を用いた処理速度トレーニング(週に2時間、合 計10時間)を自宅で実施し、毎週、電話やメール などでフォローアップ	6-8週間	米国 アラバマ大学ハートミン ガム校	処理速度と実行機能が改善 主観的だけでなく、客観 的な認知機能が改善 介入6か月後も記憶の改善 が維持
Park JH. et al. <sup>(25)</sup>	2017	クロスオーバー 比較試験	乳がん	I-III	25-60歳	術後補助化学 療法中	介入群27名 待機群28名	看護学研究者	問題解決と対処のスキル使用についてハートブ ックを用いた個別対面教育(40-60分間)、記述させ る宿題(20分)、隔週で電話による健康指導(20-30 分)で構成された代償的認知トレーニングプログラ ム	12週間	韓国 亜州大学病院	主観的だけでなく、客観 的な認知機能が改善 介入6か月後も記憶の改善 が維持
Myers JS. et al. <sup>(6)</sup>	2020	クロスオーバー 比較試験	乳がん	I-III	18歳以上 平均55.6歳	化学療法終了後 2か月-5年、 またはホルモン療法 継続中	介入群27名 待機群28名	対面：リハビリテーショ ン認定医、神経心理学者 遠隔：がん看護学研究者、 臨床心理士	プレセッション、クラスエクササイズ、デー スカッション、宿題演習を含む心理教育に基づ き認知リハビリテーション(2.5時間 ×6回)	6週間	米国 カリフォルニア州シダー ズシティメディカルセ ンターのリハビリテー ションセンターとサバ イバンセンター カンザス大学ガレンセン ター	介入群では、介入終了時と 介入1か月後の両方で認知 機能が改善 効果は6か月後と12か月 後にも維持
Johns SA. et al. <sup>(17)</sup>	2016	ランダム化比較 試験	乳がん および 大腸がん	0-III	平均56.9歳	治療終了後 3か月-5年、 またはホルモン療法 継続中	介入群35名 対照群36名	専門的トレーニング修了 者で、3-9年の指導経 験がある医師と臨床心理 士	マインドフルネスストレス低減法のトレーニング プログラム(ボディスキャン、ヨガ、瞑想など)とマイ ンドフルネスの講義、マインドフルネスに基づく自 己調整スキルの開発と日常生活への統合をテーマ とした対話型のグループディスカッションの実施 (2時間×8回)のプログラム	8週間	米国 国立がん研究所が指定し た由里郡のがんセンター と関連クリニック	疲労教育と比較してマイン ドフルネス低減法は注意機 能と実行機能、QOLが改 善し、長期的な効果をもた らす可能性がある
Henneghan AM. et al. <sup>(8)</sup>	2021	ランダム化比較 試験	乳がん	II-III	21-75歳 平均52.2歳	化学療法終了後 3か月-6年	介入群16名 対照群15名	記載なし	デジタルフレイルリストからマントラ瞑想(毎日、 12分間) デジタルフレイルリストからクラシック音楽の リスニング(毎日、12分間)	8週間	米国 テキサス大学オースティ ン校	認知機能障害、QOL は両群とも改善 時間の経過に伴う変化に大 きな差はなし
Myers JS. et al. <sup>(6)</sup>	2019	ランダム化単盲 検3群介入試験	乳がん	I-III	18歳以上 平均53.6歳	治療終了後 2か月-8年	介入群19名 対照群20名 対照群11名	気分29年の実践者 臨床心理士	6つの癒しの音を録音し、横隔膜呼吸と穏やかな 腕の動きを同期させる気分をグループ介入(毎週 1回60分間)と自宅練習(1日15分間×2回) 穏やかな腕の動きと姿勢のみの穏やかな運動をグ ループ介入(毎週1回60分間)と自宅練習(1日 15分間×2回) がんサバイバーに関連する問題を共有し、問題解 決アプローチについて話し合うサポートグループ を提供	8週間	米国 カンザス大学ガレンセン ター、ノースカンザスシ ティセンター オレゴン州医療 センター	認知機能の自己報告は気功 群が最も改善 苦痛の減少も気功群が最も 多く報告された。グルー プセッションの出席率が低く、自宅での 練習実施の遵守率は低 かった
Rodriguez-Wolfe M. et al. <sup>(20)</sup>	2019	前後比較試験	乳がん	記載なし	65歳以下	治療終了後 6か月以上	6名	がんセンターに所属する 認定音楽療法士	ピアノセッション(週1回、1時間)と3週間の 認知的・社会的セッション、指のエクササイズや ピアノ練習(毎日20分)の宿題を組み合わせた関 別別別指導	8週間	米国 フロリダ州のマイアミ大 学シムズセンター総合がん センターの乳腺クリニッ ク	認知機能を改善する可能性 がある QOL、自己報告によるう つと不安を改善する可能性 がある

認知  
行動  
療法

補  
完  
代  
替  
療  
法

## 2) がん治療に関連した認知機能障害がある患者への介入方法の特徴

抽出された8件の文献の介入方法は認知行動療法、補完代替療法2つに分類された。その特徴を以下に述べる。

### (1) 認知行動療法による介入

4件中、2件<sup>12,13)</sup>はコンピューターを用いた脳トレーニング(以下、BrainHQ)による介入であった。BrainHQとは、認知機能の改善のために設計されたもので、注意、脳の速度、記憶、人のスキル、知能、ナビゲーションの6つのカテゴリに分類された20以上の脳トレーニング演習があり、オンラインで提供された<sup>14)</sup>。実施者は看護師および看護学研究者が3件<sup>12, 13, 15)</sup>、看護学研究者を含む多職種で実施している研究が1件<sup>16)</sup>であり、多くの研究で介入の実施者が看護職者によるものであった。コンピューターを用いた脳トレーニングは自宅で40分～2時間の課題を行うように対象者に指示されており、定期的なグループ介入やメールまたは電話での支援も行われていた。代償的認知トレーニング<sup>15)</sup>や認知リハビリテーション<sup>16)</sup>による介入は個別に1回40分～2.5時間の対面教育と自宅での宿題の提示で構成されていた。4件中3件<sup>12,15,16)</sup>が米国での介入研究であった。すべての介入研究において、介入期間は6週間から12週間で構成されており、長期的な介入であった。

### (2) 補完代替療法による介入

抽出した文献には、瞑想や気功、音楽療法といった補完代替療法が4件<sup>17-20)</sup>存在していた。このうち2件は補完代替療法以外の疲労教育<sup>17)</sup>、穏やかな運動とサポートグループ提供<sup>19)</sup>と比較し、その有用性を明らかにしていた。他の2件は異なる補完代替療法間の比較<sup>18)</sup>と同じ補完代替療法の前後比較であった<sup>20)</sup>。

介入方法の多くは、マインドフルネスストレス低減法や気功、ピアノの個別指導による対面での介入であり<sup>17,19,20)</sup>、実施者は補完代替療法の経験者や専門の教育を修了している者であった。受動的なリスニングによるマントラ瞑想による介入では、クラシック音楽のリスニングとの比較においてどちらも認知機能障害の知覚やQOLは改善し、時間の経過に伴う変化に大きな相違は見られなかった<sup>18)</sup>。介入期間はすべて8週間であった。

補完代替療法による介入研究のすべてにおいて認知機能の改善とQOLの向上が示されていた。

## 4. 考察

がん治療に関連した認知機能障害がある患者への介入は認知行動療法<sup>12,13,15,16)</sup>と補完代替療法<sup>17-20)</sup>、指導やサポートグループ<sup>17,19)</sup>に分類されるものであった。分析結果から見いだされた看護師の役割を考察する。

### 1) 症状の早期発見および準備教育

がん医療の分野では、外来化学療法や放射線療法など外来通院で治療を継続しながら生活を行う患者が増加している。外来通院するがん患者は、身体的、心理・社会的問題に自分の力で取り組み、主体的療養生活を打ち立てる大きな課題を抱えている。その支援を行う機能として外来看護の役割が期待されている<sup>21)</sup>。がん治療による認知機能障害は、治療開始時や治療中も断続的に発生する場合があります。その症状は化学療法終了後も継続する<sup>22)</sup>と報告されている。本研究結果では治療中から治療後に生じた認知機能障害に対する介入であったが、介入期間や成果がみられるまでに長い期間を要していることが明らかとなった。そのためがん治療の早期から認知機能障害の出現に注意し、速やかに適切な介入ができるよう支援を行うことが重要であり、通院するがん患者にとって身近な存在である外来看護師がその役割を担う必要があると考えられる。

本研究の分析対象となった研究におけるがん患者はすべて乳がんであった。乳がん患者の65%が化学療法中に、61%が治療終了後に認知機能障害を経験する<sup>23)</sup>と報告されており、そのメカニズムにanthracyclineをベースにした治療を受けていること<sup>24)</sup>や内分泌治療法によるエストロゲンレベルの減少などが影響している可能性<sup>25)</sup>について示唆されている。Underwood et al.<sup>26)</sup>は、乳がんの補助内分泌療法の場合、約5～10年間ホルモン薬の服用を継続するため、治療開始前に認知機能障害について教育を行うことは、問題に直面した際の対処を知る準備となると述べている。このように治療期間が長期化する患者やホルモン薬の副作用による認知機能の低下が予測される患者への認知機能の確認や予防的介入は大変重要となる。さらに、患者への治療前の準備教育として、継続的に認知機能を確認する意図を伝えたり、認知機能の低下による日常生活への影響とその対処方法を患者と共に考えていくことが必要である。

## 2) 介入の特徴をふまえた多職種連携

本研究で抽出された認知行動療法はコンピューターによる脳トレーニング<sup>12,13)</sup>や対面と遠隔を組み合わせた教育<sup>15,16)</sup>による介入方法であった。認知行動療法とは、物事の捉え方や考え方にフォーカスを当てながら、面接を進めていく精神療法<sup>27)</sup>であり、セルフマネジメント力を高めることで問題解決を図るものである。認知行動療法は看護師以外の心理職なども実施できるものであるが、身体的・心理的側面への日常生活支援、社会資源の活用に至る幅広いケアを実践できる看護師特有の強みを生かすことができる。海外では看護師による認知行動療法の実践が進んでいる一方で、我が国では日常臨床の中で広く活用されているとはいえない現状がある<sup>28)</sup>。看護師による認知行動療法について2021年に日本医療政策機構がまとめた報告書<sup>29)</sup>では、実施場所を確保できないことや職場で定期面接をすることに上司や周囲の理解が得られない、診療報酬に見合う時間を確保できないなどの課題が挙げられている。このような課題ががん治療に関連した認知機能障害がある患者への看護師による介入を困難にさせていると考えられる。

近年、補完代替療法是我が国でも緩和医療の推進とともに急速に広まりつつある。2005年に実施した補完代替療法に関する全国のアンケート調査<sup>30)</sup>では、補完代替療法を利用していると答えたがん患者の45%のうち約9割が健康食品の利用であったと報告している。このように補完代替療法是がん患者にとって身近なものとなってきているが、がんの補完代替療法クリニカル・エビデンス2016年度版<sup>31)</sup>によると瞑想を含むリラクゼーションが痛みや倦怠感、睡眠障害、不安・抑うつを軽減する可能性は示唆されるが十分な根拠はないと記述されている。補完代替療法を医学的に治療法として立証するには、引き続き科学的検証を重ねていく必要があると考えられる。また、本研究結果では、気功やマインドフルネスストレス低減法の実践者がその技法の研修修了者や実践経験者であったことから、我が国においても医療現場での補完代替療法による介入は、専門的技術を習得している人材と連携することで発展できる可能性がある。

同じく代替補完療法に位置付けられている音楽療法是、リハビリテーションや緩和ケア領域でも実践され、注目が高まっている。音楽療法には、レクリエーションなどを主とするものと、日本音楽療法士学会などで資格認定を受けた音楽療法士が実践する音楽療法がある<sup>32)</sup>。本研究結果では、デジタルプレイリストからクラシック音楽

をリスニングする介入<sup>18)</sup>と音楽療法士がピアノレッスンを通して行う介入<sup>20)</sup>があった。どちらの介入にもQOLの効果は認められているが、音楽療法士による介入では認知機能の改善とうつや不安の改善が報告されている。がん治療に関連した認知機能障害への介入には治療の視点を有する音楽療法を実施することが望ましいと考えられるが、ここでも音楽療法士といった専門的技術を習得した人材の確保や連携が必要となる。

以上のことから、看護師が認知行動療法や補完代替療法を取り入れ実践することは、時間や場所の確保、知識と技術を習得した人材の育成や確保などの課題があることが考えられた。しかし、多職種との連携および専門的技術を有する職種への調整を行うことは十分に可能であり、看護師が担うべき役割であると考えられる。

## 3) セルフケア確立のための介入後の継続支援

医療者が認知行動療法や補完代替療法を提供する際、患者はその療法を自己にて実践し、継続するための知識や技術を身につけなければならない。本研究結果によると介入期間が8週間程度要していたこと、遠隔の介入だけでは十分な技術の習得や継続につながらず、介入プログラムに対面による支援も組み合わせて実施されていた。これは、がん患者は積極的治療が終了すれば定期的な外来通院の機会が次第に少なくなると同時に医療職者と接する機会も減少し、がん治療に関連した認知機能障害がある患者への長期的な対面による介入は難しいため、遠隔による介入も検討する必要があったと推察できる。

Von Ah et al.<sup>33)</sup>は、家族や医療提供者による認知機能障害の気づきが乳がん患者の対処を助ける重要な要因であり、認知機能障害に対する介入には家族が含まれるべきであると述べている。外来通院における長期的介入を実施するには、患者とともに家族を含めてケアを提供することが重要であり、自宅でのセルフケア能力を高める介入が必要となる。

本研究結果によると介入実施場所はそのほとんどが米国であった。米国のように広大な国土を持つ国や仕事をもつがん患者にとって病院への定期的な通院は時間や負担が大きく、がん治療とは別に対面で介入することは困難である。そのため電話やインターネットを用いた遠隔による介入は自宅でのセルフトレーニングのフォローアップやモチベーションの維持となり、介入成果も有効であったと考えられる。

Shankarら<sup>34)</sup>は孤独感と孤立感が高齢者の認知機能低



下と関連し、主観的な認知機能障害が心理的 well-being とも強く関連しているとしている。このことから、がん患者を取り巻く周囲の人々ががん治療に関連した認知機能障害について理解し、社会的な関係を強化することで孤独や孤立を回避し、主観的な認知機能障害のリスクを減らすことにつながると考えられる。その中でも看護師は、認知機能障害がある患者が生活の中に治療法を取り入れて習慣化したり、患者が孤立感を抱えないよう電話やメールなどによる継続的な心理的支援を実施することが可能であると考えられる。

本研究の限界として、使用したデータベースが限られており、分析対象となった文献は8件と少なく、全てが国外での報告であった。そのため、がん治療に関連した認知機能障害がある患者への介入として一般化は今後の課題であることがあげられ、我が国における介入についてさらなる研究を重ねていく必要がある。

## 5. 結論

がん治療に関連した認知機能障害がある患者に対する介入には認知行動療法やマインドフルネスストレス低減法、気功、音楽療法による補完代替療法が有用であり、そのことが明らかとなった。

がん治療に関連した認知機能障害は、がんサバイバーにとって大きな問題であり、その改善には長期的かつ継続的な介入が必要である。認知機能を改善するための効果的な介入には、がん治療におけるあらゆる局面で最も患者のそばで寄り添い続ける看護師が認知機能障害のあるがん患者とその家族へケアを提供し、継続支援を行うことが重要である。

## 引用文献

- 1) 国立がんセンターがん情報サービス：最新がん統計, [https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/summary.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html) (2021年7月11日確認)。
- 2) 谷向仁：がん患者に認められる様々な認知機能障害－これまでの知見と今後の課題－, 精神神経学雑誌, 117(8), 587-600, 2015。
- 3) 小川朝生：Central Nervous System Tumor 脳腫瘍患者（がん患者）における高次機能障害 Ⅲ. がん薬物療法による認知機能障害と対策, 癌と化学療法, 47(6), 905-907, 2020。
- 4) Koppelmans V, Breteler MM, Boogerd W, et al.: Neuropsychological performance in survivors of breast cancer more than 20 years after adjuvant chemotherapy. *J Clin Oncol*, 30, 1080-1086, 2012.
- 5) 下方智也：高齢者がんの薬物療法の実際 最近の外来化学療法, *Geriatric Medicine*, 56(9), 819-822, 2018.
- 6) Anderson-Hanley, C., Sherman, M. L., R., et al.: Neuropsychological effects of treatments for adults with cancer : a meta-analysis and review of the literature. *J Int Neuropsychol Soc*, 9, 967-982, 2003.
- 7) Von Ah D : Cancer, Cognitive Impairment, and Work-Related Outcomes : An Integrative Review, *Oncology Nursing Forum*, 43(5), 602-616, 2016.
- 8) Courtier N, Milton R, King A, et al.: Cancer and dementia: an exploratory study of the experience of cancer treatment in people with dementia. *Psych oncology* 25, 1079-1084, 2016.
- 9) 福井大介, 田中創, 井澤ありさ他：化学療法を行う血液悪性腫瘍患者に対する作業療法士介入の有用性, 加古川市民病院機構学術誌, 5, 10-13, 2016.
- 10) Von Ah D, Catherine J, Deborah Hutchinson A, et al.: Putting Evidence-Based Interventions for Cancer and Cancer Treatment-Related Cognitive Impairment : *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(6), 2011.
- 11) Von Ah D, Jansen CE, Allen DH, et al.: Evidence-based interventions for cancer and treatment-related cognitive impairment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18 Suppl, 2014.
- 12) Becker H, Henneghan AM, Volker DL, et al.: A Pilot Study of a Cognitive-Behavioral Intervention for Breast Cancer Survivors, *Oncology nursing forum*, 44(2), 255-264, 2017.
- 13) Meneses K, Benz R, Bail JR, et al.: Speed of processing training in middle-aged and older breast cancer survivors (SOAR) : results of a randomized controlled pilot, *Breast cancer research and treatment*, 168(1), 259-267, 2018.
- 14) PositScience® : BrainHQ : Brain training that works. <http://www.brainhq.com>. (2022年6月4日確認)。

- 15) Park JH, Jung YS, Kim KS, et al.: Effects of compensatory cognitive training intervention for breast cancer patients undergoing chemotherapy: a pilot study. *Supportive care in cancer: Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 25(6), 1887-1896, 2017.
- 16) Myers JS, Cook-Wiens G, Baynes R, et al.: Emerging From the Haze : A Multicenter, Controlled Pilot Study of a Multidimensional, Psychoeducation-Based Cognitive Rehabilitation Intervention for Breast Cancer Survivors Delivered With Telehealth Conferencing. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 101(6), 948-959, 2020.
- 17) Johns SA, Von Ah D, Brown LF, et al.: Randomized controlled pilot trial of mindfulness-based stress reduction for breast and colorectal cancer survivors: effects on cancer-related cognitive impairment. *Journal of cancer survivorship: research and practice*, 10(3), 437-448, 2016.
- 18) Henneghan AM, Becker H, Phillips C, et al.: Sustained effects of mantra meditation compared to music listening on neurocognitive outcomes of breast cancer survivors: A brief report of a randomized control trial. *Journal of psychosomatic research*, 150(110628), 2021.
- 19) Myers JS, Mitchell M, Krigel S, et al.: Qigong intervention for breast cancer survivors with complaints of decreased cognitive function. *Supportive care in cancer, official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 27(4), 1395-1403, 2019.
- 20) Rodriguez-Wolfe M, Anglade D, Gattamorta KA, et al.: Individualized Piano Instruction for Improving Cognition in Breast Cancer Survivors. *Oncology nursing forum*, 46(5), 605-615, 2019.
- 21) 菅原聡美, 佐藤まゆみ, 小西美ゆき他 : 外来に通院するがん患者の療養生活上のニーズ, *千葉大看紀*, 26, 27-37, 2003.
- 22) Hafner Donna L: Lost in the fog: Understanding chemo brain. *Nursing*, 39(8), 42-45, 2009.
- 23) Wefel, J. S., Saleeba, A. K., Buzdar, A. U., et al.: Acute and late onset cognitive dysfunction associated with chemotherapy in women with breast cancer. *Cancer*, 116, 3348-3356, 2010.
- 24) Underwood EA, Rochon PA, Moineddin R, et al.: Cognitive sequelae of endocrine therapy in women treated for breast cancer : a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*, 168, 299-310, 2018.
- 25) Paul J. Mills, Sonia Ancoli-Israel, Barbara Parker, et al.: Predictors of Inflammation in Response to Anthracycline-Based Chemotherapy for Breast Cancer. *Brain Behav Immun*, 22(1), 98-104, 2008.
- 26) C M Bender, K K Paraska, S M Sereika, et al.: Cognitive function and reproductive hormones in adjuvant therapy for breast cancer: a critical review. *Pain Symptom Manage*, 21(5), 407-24, 2001.
- 27) 吉永尚紀 : 精神看護における認知行動療法を再考する : 看護師でもできること, 看護師だからできること, *日本精神保健看護学会誌*, 29, suppl, 24-28, 2020.
- 28) 吉永尚紀 : 看護師の強みを生かして認知行動療法の普及を目指す, *週刊医学界新聞 (看護号)*, 第3463, 2022.
- 29) 日本医療政策機構 : 厚労省令和2年度 (2020年度) 障害者総合福祉推進事業 認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に係る実態把握及び今後の普及と体制整備に資する検討報告書, 2021.
- 30) Hyodo I, Amano N, Eguchi K, et al.: Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. *J Clin Oncol*, 23(12), 2645-54, 2005.
- 31) 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会 : がんの補完代替療法クリニカルエビデンス2016年度版, 金原出版, 東京, 2016.
- 32) 坂東浩 : 音楽療法の現状, *日本補完代替医療学会誌*, 5(1), 27-36, 2008.
- 33) Von Ah D, Storey S, Jansen CE. et al.: Coping Strategies and Interventions for Cognitive Changes in Patients with Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 29(4), 288-299, 2013.
- 34) Shankar A, Hamer M, McMunn A, et al.: Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the english longitudinal study of ageing,

Psychosom Med, 75, 161-70, 2103.

## *Literature review of international intervention studies in patients with cognitive dysfunction associated with cancer treatment*

*Yoko Yamauchi, Mitsuyo Inoue, and Shizue Suzuki*

*Hyogo Medical University School of Nursing*

### **Abstract Purpose**

The purpose of this study was to review the international literature on intervention studies for patients with cognitive impairment related to cancer treatment and to draw implications for the role of nurses from the interventions and their outcomes.

### **Methods**

A literature search was conducted using the MEDLINE and CINAHL databases from January 2014 to December 2021. Search terms were limited to the English language using the keywords "cognitive dysfunction", "cancer-related cognitive impairment", "cancer", and "nursing". Eight articles that met the selection criteria were analyzed.

### **Results**

Interventions for patients with cancer treatment-related cognitive dysfunction in the international literature included four cognitive-behavioral therapies and four complementary and alternative therapies. All interventions were offered to patients with Stage I-III breast cancer, aged 20-75 years, and who had completed alternative adjuvant therapy or were continuing hormonal therapy. Cognitive-behavioral therapy consisted of a combination of computer-based brain training, group education, and compensatory cognitive training interventions. Complementary and alternative medicine included interventions such as mindfulness-based stress reduction, qigong, and individual piano lessons. All interventions showed improvements in cognitive function, fatigue related to cognitive function, and quality of life.

### **Discussion**

Interventions for patients with cognitive dysfunction related to cancer treatment require a long period of time and need to be identified early. The role of nurses is to educate patients about cognitive dysfunction from the time of pre-treatment orientation, and to coordinate and collaborate with professionals who have skills in complementary and alternative therapies. Furthermore, nurses also play an important role in providing ongoing support, including community collaboration, so that intervention methods can be incorporated into patients' lives and become a habit.

*Key words* : cognitive dysfunction, CRCI (cancer-related cognitive impairment), nurses, interventions

---

## SHORT PAPERS

---

# Feasibility of an Assessment Tool for Detection of Post-intensive Care Syndrome

*Ejiri Harumi*<sup>1)</sup>, and *Shinozaki Emiko*<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>*Department of Nursing, College of Life and Health Sciences, Chubu University, Aichi, Japan*

<sup>2)</sup>*University of Human Environments, Graduate School of Nursing, Aichi, Japan*

**Abstract** Post-intensive care syndrome (PICS) refers to a decline of physical and cognitive functions and symptoms of mental health disorder that persist from the time intensive care is received to well after discharge in critically ill patients. PICS may have a significant impact both on the daily lives and quality of life (QOL) of patients and their families. Therefore, adoption of prophylactic measures against the development and early detection of PICS by nurses in intensive care units (ICUs) is important. We developed a PICS assessment tool for early detection of PICS by ICU nurses. This study aimed to evaluate the feasibility of the assessment tool. We employed a descriptive research approach. Nurses in ICU who had at least 1 year of work experience (N = 56) evaluated patients' conditions based on their routine observation using the assessment tool. The concordance rate for the results between their evaluation and medical record information was confirmed by interviewing the nurses. In addition, Fisher's exact test was used to evaluate the participants' opinions about the tool's ease of use and usefulness in daily nursing. The mean time to complete the assessment was <10 min. Regardless of their nursing experience in ICUs and their level of understanding of PICS, a majority of participants thought that they could use the assessment tool routinely based on the number of items and quality of information. Our findings suggest the feasibility of using the novel assessment tool for the early detection of PICS.

*Key words* : intensive care unit, nursing care delivery system, post-intensive care syndrome, patients, assessment tool

## Introduction

Critically ill patients suffer from a persistent decline

---

Received for publication January 26, 2022 ; accepted December 14, 2022.

Address correspondence and reprint requests to Ejiri Harumi, Department of nursing College of Life and Health Science, Chubu University, 1200 Matsumoto Kasugai City, Aichi 487-8501

in motor function and mental illness after intensive care unit (ICU) discharge; these symptoms can adversely affect quality of life, family integrity, and social outcomes<sup>1)</sup>. The aging of the society in developed countries underscores the importance of continuous care to treat long-term health problems in patients who are discharged from the ICU<sup>2)</sup>.

Post-intensive care syndrome (PICS) is defined as physical, cognitive, and mental health disorders that



occur during ICU stay or after ICU or hospital discharge<sup>2)</sup>. In Japan, a survey of ICU nurses reported that only approximately half were familiar with PICS<sup>3)</sup>. Moreover, in a survey conducted in an ICU in Japan, approximately 70% of doctors and physiotherapists stated that the term PICS and the concept of disease were well known and used; however, only approximately half of the nurses stated the same<sup>4)</sup>. The relatively low percentage was thought to be because most Japanese nurses are required to be generalists<sup>5)</sup>; therefore, nurses who undergo regular personnel changes in hospitals and ICUs may not be familiar with PICS. Taken together, ICU nurses may overlook PICS after patients are discharged from the ICU in Japan<sup>3)</sup>. In other countries, patients who have received intensive care continue to receive multidisciplinary support for decreased physical functioning and persistent psychiatric symptoms after discharge from the ICU or hospital<sup>6,7)</sup>; however, no such system has been established in Japan. Therefore, more ICU nurses need to understand PICS and strive for early detection and prevention.

It is important for nurses to be able to continuously implement measures to prevent PICS. In addition, nurses should assess gaps between the patient's pre-hospitalization and current functional abilities and should support functional reconciliation<sup>8)</sup>. One major barrier in the assessment of PICS is the lack of a single validated clinical tool to rapidly assess impairments in all three PICS domains<sup>2)</sup>. The PICS assessment tool was developed under the premise that early identification of PICS is important for all ICU nurses regardless of their nursing experience. This tool was created based on a literature review and enables ICU nurses to detect early PICS symptoms. In addition, its reliability and validity have been established (validity of the tool for the total scale = 0.902, the evaluation yielded a kappa coefficient of 0.58). In addition to confirming of PICS risk, the tool allows nurses to evaluate patients' PICS symptoms through their routine observation<sup>9)</sup>. Herein, we report the feasibility of the PICS assessment tool.

## Aim

The purpose of this study was to assess critically ill patients using the PICS assessment tool by ICU nurses and to evaluate feasibility of the tool: 1. To confirm whether the patients' symptoms were correctly recorded, 2. To clarify mean time to complete the assessment, and 3. To evaluate the participants' opinions about its ease and usefulness.

## Methods

### Design

This study employed a descriptive research approach to clarify the feasibility of the PICS assessment tool.

### The PICS Assessment Tool

The PICS assessment tool was developed by Ejiri and Shinozaki<sup>9)</sup>. This tool can confirm the symptoms of PICS and the function of the patient before admission and provide information on PICS. The use of mechanical ventilators is typically associated with the onset of PICS. In addition, cognitive function and psychiatric symptoms cannot be confirmed when the patient is in deep sedation. Therefore, ICU nurses assessed patients who were given tracheal intubation for more than 48 hours and had a Richmond Agitation and Sedation Scale score of  $\geq -2$  using the PICS assessment tool.

We removed help for eating and oral care items, which can be confirmed by the medical record, to reduce the burden on the nurse, and classified the items related to manual muscle testing. As a result, the number of items to be checked by nurses on the basis of patient information and risks was six for the initial assessment and 29, including subitems, for each symptom assessment. Thus, we identified a total of 35 items for the tool. We also proposed 43 items, including those that indicated the risk at hospital admission and treatment, the prevention of the development of PICS, and the prevention of deterioration, and those necessary for ward transfer.

Initial assessment items, such as a decline in physical

function or a history of mental illness, were checked by ICU nurses following hospitalization. Symptom assessment of physical, cognitive, and mental health disorder items, including delirium, manual muscle test (MMT), or anxiety, were performed at 9 a.m. and 9 p.m. every day. As symptoms change over time, nurses needed to continually observe and check patients.

### Participants

This study enrolled nurses who worked for more than 1 year in the general ICU of three general hospitals in Japan that provided cooperative consent. Two of the hospitals were in urban areas and one was in a rural area. One hospital was a public hospital and two were private. The hospitals had 468-606 beds. We assumed that nurses that have experience of working in ICUs of more than 1 year have better observation skills than those with less experience; therefore, we believed that such nurses could evaluate the hospitalized patients' conditions using the PICS assessment tool.

### Data Collection

We collected data in September and October 2020. First, participants were instructed to use the PICS assessment tool by a researcher. Second, the conditions and symptoms of critically ill patients were assessed based on their routine observation using the PICS assessment tool at 9 a.m. and 9 p.m. Moreover, basic attributes (patients and nurses), time to complete the PICS assessment tool, and nurses' opinion about this tool were collected.

The concordance rate was confirmed between the medical record information and the PICS assessment tool after the patient was discharged from the ICU. Relevant information was obtained by interview through study collaborators and nurses if the items described in the tool were not found in the medical record.

### Inclusion and Exclusion Criteria for Patients

Eight patients who met the following criteria were included in the study: Japanese adult patients with tracheal intubation for  $\geq 48$  h who were not categorized as unarousable as defined by the Richmond Agitation and Sedation Scale and without neurosurgical diseases. Any patient otherwise deemed unfit to participate,

such as those with a history of trouble with healthcare professionals, by the ICU head nurse and study collaborator were excluded from the study.

### Data Analysis

The concordance rate between the PICS assessment tool and the medical record was confirmed as a confirmation of whether the patients' symptoms were correctly recorded.

We compared the understanding of PICS based on nursing experience in two ICU groups ( $< 5$  years,  $N = 28$  vs.  $> 5$  years,  $N = 28$ ), number of items and information of the PICS assessment tool, and results of daily usage experience in the ICU setting. Fisher's exact test was used to evaluate the participants' opinions about its ease and usefulness in ICU daily nursing to verify its feasibility.

### Ethical Considerations and Conflicts of Interest

Privacy protection, strict information management, and strict voluntary participation in the study were guaranteed to the participants as ethical considerations. This research was performed after obtaining approval of the Research Ethics Committee of XXX University (2019N-018). Furthermore, approval was obtained from the Institutional Review Board of the study site, which provided cooperative consent.

## Results

### Participants' Characteristics

In the present study, 59 nurses participated, of whom three participants had missing data; thus, we analyzed 56 nurses who were working in an ICU with an average experience in ICUs of 4.9 ( $\pm 3.5$ ) years. There were 47 females (83.9%) and nine males (16.1%) (Table 1). Each ICU nurse routinely observed eight critically ill patients, and the observation results were evaluated using the PICS assessment tool.

### Concordance between the PICS Assessment Tool and Medical Record/Information Obtained from the Participants

The concordance rate between the nurses' evaluation using the PICS assessment tool and the medical record was confirmed (Table 2).

The concordance rate between the nurses' evaluation

Table 1. Background of the study participants

		N=56	
		No. of nurses	%
Women		47	83.9
Men		9	16.1
Mean number of years of experience in nursing (SD)	10.2 ( $\pm$ 6.0) years		
Mean number of years of experience in ICU nursing (SD)	4.9 ( $\pm$ 3.5) years		
Experience in ICU nursing < 5 years		28	50.0
	$\geq$ 5years	28	50.0

using the PICS assessment tool and the medical record for “Difficulty in keeping the sitting position” and “Dyspnea” was 66.6%. The concordance rate for mental health disorders items was approximately 60%.

#### Feasibility

The mean time to complete this tool was  $8.2 \pm 5.0$  min. A total of 56 nurses stated that the number of items and quality of information provided by the PICS assessment tool were appropriate. Furthermore, 48 nurses responded that this tool could be routinely used.

The participants were divided into two groups according to their nursing experience in the ICU (either < 5 years or  $\geq$  5 years). They were asked to report their self-assessed level of understanding of PICS and opinions about the PICS assessment tool (Table 3). Only one nurse in the < 5-year group was not aware that patients who were discharged from the ICU may experience impairments of physical and cognitive function and mental health. Moreover, 14 out of 56 nurses were unaware of the fact that such symptoms are called PICS. However, no significant differences were observed between the two groups ( $\chi^2 = 1.018$ ,  $p = 1.000$ , and  $\chi^2 = 0.381$ ,  $p = 0.758$ ). The current study examined whether the number of items used in the PICS assessment tool was appropriate, whether the nurses could obtain PICS information from the tool, and whether the tool was suitable for routine use. We performed Fisher’s exact test, and the results did not reveal significant differences between the two groups; moreover, the number of items in PICS assessment tool were found to be appropriate for daily use ( $\chi^2 = 1.018$ ,

$p = 1.000$ ). We also obtained information about PICS using the tool ( $\chi^2 = 1.018$ ,  $p = 1.000$ ); accordingly, the PICS tool is appropriate for daily use in ICU ( $\chi^2 = 2.333$ ,  $p = 0.252$ ).

#### Discussion

This was the first study to demonstrate the feasibility of a novel assessment tool for the early detection of PICS by ICU nurses. The participants did not have enough understanding of PICS. The assessment results were concordant on many items when they were compared between the PICS assessment tool and medical record or interview. However, we were able to confirm in particular the state of the patient with only PICS assessment tool because there were not medical record and information of mental health disorders items. Therefore, we believe that this tool can record and determine the patients’ PICS symptoms even for nurses who do not fully understand PICS. Approximately 90% of the participants thought that they could use the PICS assessment tool based on the number of items regardless of their nursing experience in the ICU and their level of understanding of PICS. In addition, the time to complete the assessment of patients using this tool was within 10 min and recording PICS symptoms was useful. These results demonstrate the feasibility of the PICS assessment tool.

The concordance rate between items related to decline in physical function and the medical record was low in prehospitalization risk assessments. This discrepancy is attributable to the fact that examples of

Table 2. Concordance between PICS Assessment Tool and Medical Record/Information Obtained from the Participants

	No. of ticks, n	The concordance rate between No. of ticks and information described in the medical record/information obtained from study collaborators and nurses, n (%)
N=56		
A decline in physical function	10	4 (40.0)
A history of mental illness	3	3 (100)
Alcohol abuse	0	—
Comorbidity	17	16 (94.1)
A decline in cognitive function	2	2 (100)
Living alone or lost touch with family	0	—
Absent delirium	48	43 (89.6)
Diagnosis of delirium based on delirium evaluation	7	6 (85.7)
MMT: Wrist joint (left and right)	28	28 (100)
MMT: Elbow joint (left and right)	28	28 (100)
MMT: Shoulder joint (left and right)	26	26 (100)
MMT: Ankle joint (left and right)	28	28 (100)
MMT: Knee joint (left and right)	28	28 (100)
MMT: Hip joint (left and right)	27	27 (100)
Subtotal/Total (left and right)	28	28 (100)
No MMT decline	12	12 (100)
MMT decline	7	6 (85.7)
MRC score (the total score of the right and left joints on MMT) $\leq$ 48	4	4 (100)
Easily fatigued	9	9 (100)
Inability to change the body orientation on the bed	23	23 (100)
Difficulty in keeping the sitting position when a Gatch bed elevates the head or feet	9	6 (66.6)
PaCO <sub>2</sub> elevation ( $\geq$ 40mmHg or $\geq$ baseline)	11	11 (100)
PH: Out of range of 7.30-7.45	12	12 (100)
Tachypnea ( $\geq$ 25 bpm)	13	13 (100)
Labored breathing, shallow and irregular breathing	2	2 (100)
Dyspnea	3	2 (66.6)
No depression symptoms	39	27 (69.2)
Feeling blue, unwell, and hopelessness after being admitted to the ICU	7	4 (57.1)
A decline in interest and loss of joy after being admitted to the ICU	4	1 (25)
Reticence, expressionlessness, and an extremely quiet voice	5	0 (0)
Absence of anxiety disorder	35	22 (62.9)
Nervous, anxious, or oversensitive feelings	9	3 (33.3)
Persistent state of anxiety or uncontrolled anxiety	3	2 (66.7)
Sleep disorder	21	20 (95.2)
Able to remember what happened despite being in a state of delirium	0	—

MMT, manual muscle test; MRC, Medical Research Council scoring

such physical function impairment were not described, resulting in variations in responses among the nurses. The number of facilities that offer rehabilitation in

the ICU every day is limited in Japan<sup>10)</sup>. Adding the MMT results in the PICS assessment tool increases the opportunity to confirm these results. In addition, this



Table 3. Results of understanding of post-intensive care syndrome (PICS) based on nursing experience in intensive care units, number of items, and information of PICS assessment tool, and results of daily use

	Experience in ICU nursing		N=56	
	< 5 years n=28 (residual adjustment)	≥ 5 years n=28 (residual adjustment)	$\chi^2$	Fisher's exact <i>p</i>
I know that patients may have physical, cognitive, and mental disorders that occur during ICU stay or after ICU or hospital discharge				
Yes, I know to include reasons and symptoms/ I know	27 (-1.0)	28 (1.0)	1.018	1.000
No	1 (1.0)	0 (-1.0)		
I know that this disorder is called PICS				
Yes, I know very well/ I know	22 (0.6)	20 (-0.6)	0.381	0.758
No	6 (-0.6)	8 (0.6)		
The number of items of PICS assessment tool are appropriate for daily use				
Yes	28 (1.0)	27 (-1.0)	1.018	1.000
No	0 (-1.0)	1 (1.0)		
Information of PICS are obtained from this tool				
Yes	28 (1.0)	27 (-1.0)	1.018	1.000
No	0 (-1.0)	1 (1.0)		
PICS assessment tool can be used daily in the ICU				
Yes	26 (-1.5)	22 (1.5)	2.333	0.252
No	2 (1.5)	6 (-1.5)		

practice is useful for the early detection of ICU-acquired weakness. As delirium assessment is not periodically performed in ICUs in some facilities in Japan<sup>11)</sup>, the PICS assessment tool provides a chance for nurses to evaluate delirium and cognitive disorder twice a day. Kang et al.<sup>12)</sup> reported that 18.5% of critically ill patients passed more than two years after the discharge had depression; therefore, it is necessary for ICU nurses to perform mental observation in addition to physical observation. We were able to confirm mental symptoms that are not reported in medical records using the PICS

assessment tool.

Spies et al.<sup>13)</sup> recently proposed two-step outcome measurement instruments of PICS in outpatient care. Although this assessment is designed for use in the outpatient setting, it will take some time before it is put into general practice in Japan. Wang et al.<sup>14)</sup> reported the Healthy Aging Brain Care Monitor Self Report version (HABC-M SR), which is a 27-item questionnaire that evaluates cognitive, functional, and psychological domains. The HABC-M SR can be administered face to face or via phone or internet. Some items of the

HABC-M SR evaluate behavior in daily life and are difficult to use for critically ill patients in an ICU. In some countries multidisciplinary teams continuously support patients who are discharged from the ICU or hospital and treat their persistent decline in motor function and mental illness<sup>6, 7)</sup>; however, such a system has not been established in Japan. Therefore, early detection of PICS is important for all ICU nurses. Most ICU nurses believe that it is necessary to understand PICS<sup>3)</sup>. By using the PICS assessment tool, even nurses who do not understand PICS can assess PICS from the patient's symptoms. Our findings suggest that this tool is effective.

### Study Limitations and Future Tasks

This study evaluated the feasibility of the PICS assessment tool by observing patients in three hospitals. Confirming whether nurses can detect early PICS by evaluating the relationship between the number of checkmarks on the PICS assessment tool and PICS through the completed PICS assessment tool will be required in the future. In addition, developing a tool that enables confirmation of the PICS symptoms of patients being discharged to the general ward or in-care facilities is needed.

### Conclusion

This study has established the feasibility of the PICS assessment tool in a population of ICU nurses. This tool was found to be practical and efficient as evidenced by the 8-min evaluation time, suggesting the possibility for routine use.

### Relevance for Clinical Practice

We provide the PICS assessment tool for early detection of PICS for ICU nurses in Japan. If patients have symptoms of PICS, they can be given multidisciplinary support at an early stage when ICU nurses use this tool. This tool also contributes to understanding PICS for Japanese ICU nurses. Therefore, this tool contributes to improving the patients' quality of life,

family integrity, and social outcomes.

### Acknowledgment

Authors are grateful to nurses who participated in this study. This study was supported by JSPS KAKEN Grant Number 13K10864. Parts of this study were presented at the 2021 International Conference on Nursing Congress.

### Conflict of Interest

We declare that there are no conflicts of interest.

### References

- 1) Modrykamien, A. M.: The ICU follow-up clinic: A new paradigm for intensivists. *Respiratory Care*, 57(5), 764-772, 2012.
- 2) Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., et al.: Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Critical Care Medicine*, 40(2), 502-509, 2012.
- 3) Ejiri, H., & Shinozaki, E.: A survey of the intensive care nurse's recognition for patients with post intensive care syndrome. *Journal of Japan Academy of Critical Care Nursing*, 15, 69-77, 2019. (in Japanese).
- 4) Hihumi, T., Kawai, Y., Utsunomiya, A., et al.: A questionnaire survey regarding recognition and clinical practice of post-intensive care syndrome in Japan. *Journal of the Japanese Society of Intensive Care Medicine*, 26(6), 467-475, 2019. (in Japanese).
- 5) Japanese Nursing Association. *Journal of Nursing Education* 2. Available at: <https://www.nurse.or.jp/nursing/education/keizoku/index.html>
- 6) Egerod, I., Risom, S. S., Thomsen, T., et al.: ICU-recovery in Scandinavia: A comparative study of intensive care follow-up in Denmark, Norway and Sweden. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(2), 103-111, 2013.
- 7) Huggins, E. L., Bloom, S. L., Stollings, J. L., et al.: A clinic model: Post-intensive care syndrome

- and post-intensive care syndrome-family. AACN Advanced Critical Care, 27(2), 204-211, 2016.
- 8) Inoue, S., Hatakeyama, J., Kondo, Y., et al.: Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. Acute Medicine and Surgery, 6(3), 233-246, 2019.
  - 9) Ejiri, H., & Shinozaki, E.: Reliability and validity of assessment tool for early detection of post intensive care syndrome in intensive care unit nurses in Japan. Journal of Japan Academy of Critical Care Nursing, 17, 11-20, 2021. (in Japanese).
  - 10) Morita, Y., Watanabe, S., Ohno, M., et al.: A comparison between every-day and weekday physiotherapy intervention: A multi-center retrospective observational study. Journal of the Japanese Society of Intensive Care Medicine, 27(5), 395-402, 2020. (in Japanese).
  - 11) Koga, Y., Moro, E., Arita, T., et al.: The current situation survey of delirium assessment and delirium care for perioperative ward after 2016 revision of medical fee: Necessity of clarification for delirium patients and additional medical fee for critical care in delirium management. Journal of Japan Academy of Critical Care Nursing, 14, 47-56, 2018. (in Japanese).
  - 12) Kang, J., Yun, S., Cho, Y. S., et al.: Post-intensive care unit depression among critical care survivors: A nationwide population-based study. Japan Journal of Nursing Science, 17(2), e12299, 2020.
  - 13) Spies, C. D., Krampe, H., Paul, N., et al.: Instruments to measure outcomes of post-intensive care syndrome in outpatients care settings- Result of an expert consensus and feasibility field test. Journal of the Intensive Care Society, 22(2), 159-174, 2021.
  - 14) Wang, S., Allen, D., Perkins, A., et al.: Validation of a new clinical tool for post-intensive care syndrome. American Journal of Critical Care, 28(1), 10-18, 2019.

## 研究報告

# がん患者と家族の合意形成による意思決定支援において 臨床現場で看護師が抱えている困難

山内 洋子<sup>1)</sup>, 寺町 芳子<sup>2)</sup>, 植田 喜久子<sup>3)</sup>,  
東 清己<sup>4)</sup>, 鈴木 志津枝<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>兵庫医科大学看護学部

<sup>2)</sup>元大分大学医学部看護学科

<sup>3)</sup>日本赤十字広島看護大学看護学部

<sup>4)</sup>元熊本大学大学院生命科学研究部

**抄 録** 【目的】日々臨床で行われている患者・家族と医療者間の合意形成による意思決定支援における看護師の困難を明らかにし、その上で看護師が合意形成による意思決定支援に積極的に取り組めるようにしていくための今後の課題を検討した。【方法】がん診療連携拠点病院2病院に勤務する看護師12名を4グループに分け、フォーカスグループインタビューを実施し、質的帰納的に分析した。データ収集期間は2015年10月～2016年3月であった。【倫理的配慮】大分大学医学部倫理審査委員会（承認番号979）と大分県立病院研究倫理委員会（受付番号28-4）の承認を得た。【結果】がん患者と家族の意思決定支援を行う上で看護師が抱えている困難は、【家族の意向が重視され患者の主体的な意思決定が阻害される】【患者や家族の心情や意向を把握できず合意形成による意思決定支援に踏み出せない】【患者が主体的な意思決定をしたのかわからないまま治療が進むことに悩む】【終末期患者が家族や医療者との合意形成のないまま治療することが良い選択だったのか悩む】【BSCの状況での治療選択において医療者と患者・家族の合意を得ることが難しい】【患者・家族と医療者間のコミュニケーションが十分に図れず合意形成による意思決定支援が成り立たない】【看護ケアチームとして継続的に合意形成による意思決定支援ができない】【スキル不足で変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援のプロセスが進まない】の8カテゴリーであった。【考察】看護師は、がん患者の権利や意向が尊重されていない状況に疑問を感じたり悩んだりしているが、問題解決に向けてアプローチできない現状が見いだされた。がん医療における意思決定支援の質を向上させるためには、看護師自身が担う役割があることを認識し、実践を積み重ねて、患者や医師が看護師の役割を認知できることが重要であると考えられる。

キーワード：がん患者，合意形成，意思決定支援，看護師，困難

## 1. はじめに

がん医療は多様化・複雑化している。患者の権利の尊重としての社会的な要請や患者の医学的知識の要求の高まりなどにより、治療の選択においては、医師の説明の質や患者の理解と主体的な意思決定が医療者の課題となっている。がん治療法の進歩により、根治や延命によ

2022年3月28日受付

2022年11月22日受理

別刷請求先：山内洋子，〒650-8530 神戸市中央区港島1丁目3番6 兵庫医科大学看護学部



る生存率の向上が期待できるようになったことから病名や再発・転移といった悪い知らせは、概ね伝えられるようになってきている。しかし、長期化するがん闘病のプロセスの中で、患者と家族は多くの意思決定が求められる。意思決定の中でも終末期における意思決定は、治療法の変更や積極的治療の中止、療養場所の選択などの重要な決定をしなければならず、患者や家族にとり容易でないと述べられている<sup>1)</sup>。

このような状況を踏まえ、看護師には患者の意思を尊重した患者と医療者の合意形成による意思決定を目指し、患者や家族が自発的な意思決定を行えるよう援助が求められている。吉武<sup>2)</sup>は、Informed Consent（以下IC）による意思決定と合意形成による意思決定との違いについて、患者の意向が明確であり、患者・家族・医療者という関係者の意見が一致しているときには、ICによる意思決定が有効であるとし、患者の意向が不明であるときや患者・家族・医療者という関係者の意見が一致していないときなどは合意形成による意思決定が必要であると述べている。

がん患者の意思決定支援における看護師の困難に関して、西尾ら<sup>3)</sup>が、がん患者の治療法の意思決定に対する看護師のかかわりについて調査した結果、40%の看護師は意思決定に関わることができるかと回答していたが、患者に関する情報を医師と共有するなどの医師との連携は不十分であることが明らかになった。太田<sup>4)</sup>はがん患者を対象に意思決定における看護師のかかわりを調査した結果、患者は看護師を自分の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ことから、患者の意思決定支援の役割を果たせてない可能性を示唆していた。

また、菊永ら<sup>5)</sup>は根治治療が困難になったがん患者への配慮がない告知の仕方や、病状が悪化したがん患者へ病名告知や予後告知をしないことで無益な治療が継続される状況に対して、看護師が医師に意見や考えを発言しても受け入れられなかった体験に困難感をもったことを報告していた。

さらに、加利川ら<sup>6)</sup>はギアチェンジ期や終末期の意思決定支援について、看護師が患者の援助に自信がなく、患者や家族とのかかわりに躊躇していたため、合意形成による療養場所の選択を支援できない現状を招いていたと指摘している。

これらの先行研究から、がん患者の意思決定支援における看護師の困難は、治療法の説明や積極的治療の中止、療養場所の移行、余命告知などの説明時に、看護師が医

師や患者・家族と話し合い、患者の権利擁護者としての役割が果たせるように関わっていないことや看護師の援助能力の不足などに関連していることが理解できる。

しかし、患者・家族と医療者（看護師）間の合意形成による意思決定支援を行っていく上での看護師の困難に関して、十分に明らかになっているとは言えない。そこで、本研究において、日々臨床で行われている患者・家族と医療者間の合意形成による意思決定支援における看護師の困難を明らかにし、その上で看護師が合意形成による意思決定支援に積極的に取り組めるようにしていくための教育への示唆を検討した。

## 2. 用語の定義

**家族：**婚姻・血縁関係にかかわらず、互いに家族であると自覚し同居している人々。または、近隣に住み互いに情緒的、物理的にサポートし合っている人々。

**合意形成：**関係者間での話し合いを通じて、関係者の根底にある価値を顕在化させ、最善策を探し続けるプロセスをいう。

**合意形成による意思決定支援：**患者のがん治療の選択や積極的治療の中止、療養場所の選択などの意思決定において、患者の意向が不明である場合や患者・家族・医療者間の意見が一致していないときなどに、患者・家族・医療者間の話し合いを通じて、患者と家族が自分の生き方や望む生活への影響を考え、選択肢の中で最善策を決定するように支援することである。

**悪い知らせ：**がん患者や家族に重大な影響を与え、患者の将来への見通しを根底から否定的に変えてしまう知らせであり、がんの診断や再発・転移、病状悪化、積極的治療の中止、予後不良などの情報をいう。

**困難：**看護師が、がん患者や家族に対して支援を行うことが出来なかった、不十分であった、非常に難しいと感じたり、支援を実践するうえで不安や葛藤、自信のなさ、疑問などの感情が生じたり、悩んだり、苦労したりすることをいう。

## 3. 研究方法

本研究は、患者・家族と医療者間の合意形成による意思決定支援における看護師の困難を明らかにすることを目的としており、次のステップとして本研究の成果を活用し、本研究と同一の看護師を対象として合意形成によ

る意思決定支援を促進するための教育プログラム（勉強会）を用いた介入研究につなげたいと考えている。そのため、次のような研究方法を用いた。

### 1) 研究参加者

A県のがん診療連携拠点病院2病院に勤務し、悪い知らせを伝えられたがん患者や家族に対して合意形成による意思決定支援を行った経験がある看護師で、合意形成による意思決定支援に関心があり、研究参加に同意が得られた看護師12名。

2病院の看護部からがん患者が多く入院している病棟を2病棟紹介していただき、紹介していただいた各病棟で研究計画の説明と研究参加者のリクルートの機会をもたせていただいた。

### 2) 面接方法

がん患者や家族、医療者間の合意形成による意思決定支援における困難の実態を明らかにするために、フォーカスグループインタビュー（以下、FGI）を用いた。FGIを用いた理由は、グループダイナミクスをうまく利用して、効率的な方法で単独インタビューでは得られない豊かな情報を入手することが可能<sup>7)</sup>と考えたからである。

研究参加者12名を施設別に3人ずつの4グループに分け、FGI法を用いて、これまでの合意形成による意思決定支援において、困難だった事例を想起してもらい、インタビューガイド（質問項目：病名告知や病状説明に関して、治療方法の決定に関して、患者や家族とのコミュニケーションに関して、医師の治療や病状説明に関して、自らの知識・技能に関すること）に沿って語ってもらった。インタビュー内容は、許可を得て録音した。インタビュー回数は各グループ1回で、インタビュー時間は各グループ1～1.5時間程度であった。

### 3) データ収集期間

2015年10月～2016年3月

### 4) 研究デザイン

本研究は、研究参加者のがん患者や家族、医療者間の合意形成による意思決定支援上の困難をありのまま捉えるため、質的帰納的研究デザインを用いた。

### 5) 分析方法

データ分析は、面接内容の逐語録を作成しデータとした。逐語録を熟読し、看護師ががん患者や家族、医療者間の合意形成による意思決定支援において、困難であると語られた内容を抽出した。次に意味内容を損なわないように内容を要約してコードを作成した。類似性を基にコードをまとめ、抽象化してサブカテゴリー、さらに抽象化してカテゴリーを作成した。

### 6) 真実性の確保

分析した結果を2名の研究参加者に示し、メンバーチェックを受け、厳密性を確保した。分析過程において、看護学を専門とする大学教員である研究者全員で何度も逐語録を読み返し再考を重ね、分析を行った。

### 7) 倫理的配慮

大分大学医学部倫理審査委員会（承認番号979）と大分県立病院研究倫理委員会（受付番号28-4）の承認を得て、研究参加候補者に倫理的配慮について口頭と文書で説明し、研究承諾書への署名をもって研究参加への同意を確認した。

## 4. 結果

### 1) 研究参加者の概要

研究参加者は、B病院看護師5名とC病院看護師7名の計12名で、男性2名と女性10名の内訳であった。年齢は、24～47歳で、平均年齢は35.2歳であった。3名の認定看護師（緩和ケア、がん化学療法看護、放射線療法看護）を含んでいた（表1）。

### 2) 分析結果

分析の結果、105のコードが得られ、18のサブカテゴリーにまとめられ、最終的に8カテゴリーに集約された。以下、カテゴリーごとに研究参加者の語りを示しながら説明する。本文中のカテゴリーは【 】、サブカテゴリーは< >、研究参加者の語りは「 」で示した。

看護師が患者と家族、医療者間の合意形成による意思決定支援を行う上で明らかになった困難は、【家族の意向が重視され患者の主体的な意思決定が阻害される】

【患者や家族の心情や意向を把握できず合意形成による意思決定支援に踏み出せない】【患者が主体的な意思決定をしたのかわからないまま治療が進むことに悩む】

表1 研究参加者の概要

	性別	年齢	経験年数 (CN年数)	部署/CNの分野
1	女性	40代	24	がん相談室
2	女性	40代	21	外来(泌尿器科)
3	女性	30代	17(9)	外来(乳腺外科)/緩和ケア
4	女性	40代	18(7)	外来化学療法室/がん化学療法看護
5	女性	40代	25(3)	放射線治療室/がん放射線療法看護
6	女性	40代	16	病棟(腫瘍内科)
7	女性	20代	6	病棟(腫瘍内科)
8	男性	30代	8	病棟(消化器外科)
9	男性	20代	6	病棟(消化器外科)
10	女性	20代	2	病棟(消化器外科)
11	女性	20代	6	病棟(消化器外科)
12	女性	20代	2	病棟(消化器外科)

【終末期患者が家族や医療者との合意形成のないまま治療することが良い選択だったのか悩む】【BSC (Best Supportive Care) の状況での治療選択において医療者と患者・家族の合意を得ることが難しい】【患者・家族と医療者間のコミュニケーションが十分に図れず合意形成による意思決定支援が成り立たない】【看護ケアチームとして継続的に合意形成による意思決定支援ができない】【スキル不足で変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援のプロセスが辿れない】の8カテゴリーであった(表2)。

(1) 【家族の意向が重視され患者の主体的な意思決定が阻害される】

このカテゴリーは、家族の意向により悪い知らせを患者より先に家族に伝えられ、家族の意思で患者に伝えるかどうかが決められることで、患者の主体的な意思決定が阻害されている現状に、看護師として倫理的ジレンマ

表2 がん患者と家族の合意形成による意思決定支援において臨床現場で看護師が抱えている困難

カテゴリー	サブカテゴリー
家族の意向が重視され患者の主体的な意思決定が阻害される	悪い知らせが患者より先に家族に伝えられる
	患者の主体的な意思決定や患者・家族間の意思疎通に問題が生じる
	患者ががんや治療と向き合うことを避けている
患者や家族の心情や意向を把握できず合意形成による意思決定支援に踏み出せない	患者や家族が聞いたことに応えてくれないと困ってしまう
	終末期になった時に患者や家族の意向が掴めていないことが多い
	終末期患者の心情や意向を聞くことを躊躇する
患者が主体的な意思決定をしたのかわからないまま治療が進むことに悩む	医師からの治療の説明を十分に理解しないまま同意しているのではないかと疑問に感じる
	患者が納得した選択ができたのか分からないまま治療が進むことを悩む
終末期患者が家族や医療者との合意形成のないまま治療することが良い選択だったのか悩む	終末期患者であっても治療を勧められれば選択する方向に進む
	BSCの時期に患者が治療を選択したことが良いことか悩む
BSCの状況での治療選択において医療者と患者・家族の合意を得ることが難しい	医師がBSCの状況になっても治療が続けられることに疑問を感じる
	治療を望まない患者と治療を勧める家族・医師との調整が難しい
	医師が看護師に患者の意思決定に関する支援を期待しているとは思えない
患者・家族と医療者間のコミュニケーションが十分に図れず合意形成による意思決定支援が成り立たない	看護師が関わることを望まない医師と意思決定支援について話し合うことは難しい
	看護師の意見に耳を傾けない医師に患者の意向を代弁しても伝わらない
	患者は医師の態度から信頼感が低下し納得できていなくても、気持ちを抑えて治療を受ける決断をしている
看護ケアチームとして継続的に合意形成による意思決定支援ができない	部署や看護師個々によって合意形成による意思決定支援への理解や取り組みに差があり継続性が途切れる
スキル不足で変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援のプロセスが辿れない	変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援のためのスキルが十分に身につけていない



を感じていることを意味しており、《悪い知らせが患者より先に家族に伝えられる》、《患者の主体的な意思決定や患者・家族間の意思疎通に問題が生じる》の2サブカテゴリーから構成されていた。

《悪い知らせが患者より先に家族に伝えられる》に関して、研究参加者は「患者の再発や転移、病状が厳しい、予後が悪いという情報は家族に先に伝えられることが多い。(中略) 家族の方が先に聞いて、本人に伝えるべきか私たちが考えてから伝えたいとか、本人のタイミングをこちらが見計らうからといわれ…、そうこうしているうちに病状がどんどん進んでいく…」と語っていた。

《患者の主体的な意思決定や患者・家族間の意思疎通に問題が生じる》に関して、研究参加者らは「よく見かけてジレンマを感じるのは、病状が悪くなってきて、治療を変えるとか、緩和ケアに移行するとかになった時に、本人が受け止められないから伝えなくて欲しいといわれることが多い。家族の意向で患者に病状が悪くなっていることや予後が伝えられなくて、本当にいいのかな。(中略) 患者本人が選択できないことが結構多いから」とか「家族にだけ先に病状などを伝えることで、家族から患者とどう向き合ったらいいのかとか、悪い知らせだから今後そういうことに触れていいのかわからないという悩みの相談がある」と語っていた。

## (2) 【患者や家族の心情や意向を把握できず合意形成による意思決定支援に踏み出せない】

このカテゴリーは、看護師が患者や家族への対応の難しさやコミュニケーション不足により心情や意向を把握できず、どのように合意形成による意思決定支援をすればいいのかわからないと感じていることを意味しており、《患者ががんや治療と向き合うことを避けている》《患者や家族が聞いたことに応じてくれないと困ってしまう》《終末期になった時に患者や家族の意向が掴めていないことが多い》《終末期患者の心情や意向を聞くことを躊躇する》の4サブカテゴリーから構成されていた。

《患者ががんや治療と向き合うことを避けている》に関して、研究参加者は「患者は『自分はがんじゃない』というところから抜け出せない。そのため治療について考えることを避けている」と語り、《患者や家族が聞いたことに応じてくれないと困ってしまう》に関して、「患者に病状の受け止めや心情を聞いても、思っていることを言ってくれない時や家族に意向や希望を聞いても出てこない時にどう対応したらよいか困る」と語っていた。

また《終末期になった時に患者や家族の意向が掴めていないことが多い》に関して、研究参加者は「終末期になった時に患者や家族の受け止めや意向が掴めていないことが多い。(中略) 治療の選択肢がなくなっている病状を家族が知らず置き去りにになっていることが割とある」と語り、《終末期患者の心情や意向を聞くことを躊躇する》に関して、「終末期患者に対して気持ちや意向を聞くことで相手を傷つけるのではないかと思ひ、どう声を掛けたらよいか分からない」とか「辛い状況の患者を励まさないといけないと思ったり、患者の質問に対応できなかったらと思うと話が聞けない」と語っていた。

## (3) 【患者が主体的な意思決定をしたのかわからないまま治療が進むことに悩む】

このカテゴリーは、看護師は患者の治療への同意の仕方や患者の反応から、患者が医師の説明に同意はしているが、説明を十分に理解し家族と治療によるデメリットを話し合い、納得した選択をしていないのではないかと感じ、治療が進んでいくことにこれで良いのか悩んでいることを意味しており、《医師からの治療の説明を十分に理解しないまま同意しているのではないかと疑問に感じる》《患者が納得した選択ができたのか分からないまま治療が進むことを悩む》の2サブカテゴリーから構成されていた。

《医師からの治療の説明を十分に理解しないまま同意しているのではないかと疑問に感じる》に関して、研究参加者らは「同意書を書いている、治療目的で入院してきても医師からの説明を十分に理解していない患者や家族もいる。(中略) 患者も家族も治療するということだけ考えて、治療したらどういう状況になるかを考えていない」とか「医師からの説明に対して治療をしませんという患者はほほいなが、治療が始まってから本当は治療を受けたくなかったといわれる方がいる」と語り、《患者が納得した選択ができたのか分からないまま治療が進むことを悩む》に関して、「期間が短い中で患者は治療に同意をしているが、当科の医師は治療に関して期待を持たせるような説明をしていることがあるから、治療法のデメリットを十分に理解して選んだのだろうか」と悩むことがある」と語っていた。

## (4) 【終末期患者が家族や医療者との合意形成のないまま治療することが良い選択だったのか悩む】

このカテゴリーは、Best Supportive Care (以下、



BSC) の状況であると判断できる終末期患者が、家族や医療者と治療の有害事象や生活への影響について十分に話し合わない状況で、治療を勧められるままに治療を選択していることや治療が続けられていることに疑問を感じ、患者にとっての良い選択とは何かを悩んでいることを意味しており、《終末期患者であっても治療を勧められれば選択する方向に進む》《BSCの時期に患者が治療を選択したことが良いことか悩む》の2サブカテゴリーから構成されていた。

《終末期患者であっても治療を勧められれば選択する方向に進む》に関して、研究参加者らは「終末期患者であっても、医師からできる治療があると聞けばそれにかきたい気持ちが生じる」とか「治療の継続が厳しい状況になってくると、大体もう止めたいといわれる方(患者)が多いのですが、医師はもうちょっと治療の限界まで化学療法をしてもらいたいということが多いのかな、患者は見捨てられたくないから、医師の勧めることには結構イエスということが多い」と語っていた。

《BSCの時期に患者が治療を選択したことが良いことか悩む》に関して、研究参加者は「BSCの状況にある患者が医師や家族の意向に沿って治療を選択したことは、患者にとって自分らしく生きたいという意向に逆らう形になってしまうかもしれない治療なのに、その選択で本当に良かったのかと悩んでしまう」と語っていた。

#### (5) 【BSCの状況での治療選択において医療者と患者・家族の合意を得ることが難しい】

このカテゴリーは、BSCの状況にある患者の治療選択に関して、患者・家族、医療者間で意向のずれがあり、合意形成による意思決定支援の難しさを意味しており、《医師がBSCの状況になっても治療が続けられることに疑問を感じる》《治療を望まない患者と治療を勧める家族・医師との調整が難しい》の2サブカテゴリーから構成されていた。

《医師がBSCの状況になっても治療が続けられることに疑問を感じる》に関して、研究参加者らは「医師にBSCの状況の患者のきつさが伝わっているのかわからない」とか「終末期になってきているのに、ギリギリの本当にもうこれ以上したら命を落とすのではないかと思うぐらいまで結構攻めていく感じがあって、具合が悪くなってようやく患者に治療中断の説明をするようなことがある。その時点では、(看護師は)患者が最期の時間をどのように過ごしたいのかを話し合ったりすることが

できなくなっている」と語っていた。

《治療を望まない患者と治療を勧める家族・医師との調整が難しい》に関して、研究参加者らは「治療を望まない患者の意思を伝えても治療を望む家族にそれ以上意見が言えない」とか「治療を優先する医師に患者が希望している緩和ケアの提案をしても通らない。やっぱり医師の考えが主になっているから、なかなか看護師が入り込む余地がない。どう話し合っていくかという点で難しさを感じる」と語っていた。

#### (6) 【患者・家族と医療者間のコミュニケーションが十分に図れず合意形成による意思決定支援が成り立たない】

このカテゴリーは、患者—医師間、看護師—医師間でのコミュニケーションが十分に図られていないため、看護師が医師と協働して患者の意向を尊重した意思決定支援をすることに困難を感じていることを意味しており、《医師が看護師に患者の意思決定に関する支援を期待しているとは思えない》《看護師が関わることを望まない医師と意思決定支援について話し合うことは難しい》《看護師の意見に耳を傾けない医師に患者の意向を代弁しても伝わらない》《患者は医師の態度から信頼感が低下し納得できていなくても、気持ちを抑えて治療を受ける決断をしている》の4サブカテゴリーから構成されていた。

《医師が看護師に患者の意思決定に関する支援を期待しているとは思えない》に関して、研究参加者らは「患者の治療に関する意思決定に関して、医師から何か期待されていると思ったことがない」とか「看護師に病状説明すると言わないで、医師は患者と1対1で進めていってしまった。聞いても看護師の話にも応じてくれない」と語り、《看護師が関わることを望まない医師と意思決定支援について話し合うことは難しい》に関して、「患者の治療の意思決定に看護師が関わることを望まない医師もいる。シャットアウトして自分の方針でという医師には、看護師は患者のことで話し合いたいことがあっても言えない」と語っていた。

《看護師の意見に耳を傾けない医師に患者の意向を代弁しても伝わらない》に関して、研究参加者らは、「患者の苦痛や意向を伝えても、医師の考え(画像とか検査データに基づく判断)が優先されて受け入れてもらえない」とか「在宅に戻りたいという終末期患者の希望があり、今の時期を逃したら戻れなくなるじゃないかと思ひ、患者が緩和ケアを望んでいることを医師に伝えても、治療を優先する医師の場合、なかなかそこは通らない」と

語っていた。

《患者は医師の態度から信頼感が低下し納得できていなくても、気持ちを抑えて治療を受ける決断をしている》に関して、研究参加者は、「患者がずっと痛いと言っていたのに、『そんなことはないはずだけどなー』と患者の訴えを真剣に聞いていない。後に、医師から骨転移しているから治療をしましょうと言われても、患者の医師への信頼する気持ちは低下している。患者は『医師はあー言ったけど、何か…、まあこれ以上悪くなったら困るから治療をするけど』みたいな感じで治療を受ける決断をしている。気持ちの上では納得できていない。調整が必要と思うけど、うーん、本当の合意の上での治療になっていないと思う」と語っていた。

#### (7) 【看護ケアチームとして継続的に合意形成による意思決定支援ができない】

このカテゴリーは、医療チームの一員である看護師が意思決定支援の役割を認識し、看護者間で合意形成による意思決定支援を継続することの難しさを意味しており、《部署や看護師個々によって合意形成による意思決定支援の理解や取り組みに差があり継続性が途切れる》の1サブカテゴリーから構成されていた。

《部署や看護師個々によって合意形成による意思決定支援の理解や取り組みに差があり継続性が途切れる》に関して、研究参加者は「再発・転移した患者ががん相談時にやっと話してくれた思いを病棟の看護師に『主治医と相談して、患者の意向に沿った支援、サポートをお願いします』と伝えていても、個々の看護師の認識や部署の受け取り方に差があるため、記録にも記載してもらえていなかったり、医師と話し合っておらず患者への対応も後手後手になってしまっていることがある」と語っていた。

#### (8) 【スキル不足で変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援のプロセスが辿れない】

このカテゴリーは、意思決定支援に関する考え方や理論に関する研修を受けたが、合意形成による意思決定支援を行っていくためのコミュニケーション力や調整のためのスキルが身につけていないので、患者の変化する身体状況や意向に合わせて合意形成による意思決定支援ができていないと感じていることを意味しており、《変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援のためのスキルが十分に身につけていない》の1サブカ

テゴリーから構成されていた。

《変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援を行うためのスキルが十分に身につけていない》に関して、研究参加者は「患者との面談で、今はこの情報をあげないといけない、患者からこの情報を得ないといけないという判断が即座にできるかなって、後になって、あれを聞いておけばよかったということがあるので。次の対応をどうしようかな、何かちょっと迷いがあって、自分が足りていないなーと感じることがある」とか「看護師には『治療が辛い』とか『止めたい』といってくるのに、医師や家族には気持を話せない患者がいる。このような時に、どのタイミングでどのように医師や家族に話していけばいいか難しいと思う」と語っていた。

## 5. 考察

本研究において、がん診療連携拠点病院に勤務する看護師が悪い知らせを伝えられたがん患者や家族に対して行った合意形成による意思決定支援においてどのような困難を抱えているかを明らかにした結果、8つのカテゴリーが明らかになった。カテゴリーが意味する困難の内容を考察し、教育への示唆と今後の課題について述べる。

### 1) 【家族の意向が重視され患者の主体的な意思決定が阻害される】に関して

【家族の意向が重視され患者の主体的な意思決定が阻害される】ことは、がん患者が家族や医療者との話し合いにより最善策を検討できておらず、がん患者の自律尊重の原則に抵触する倫理的問題が生じていることを認知し、看護師は患者の権利擁護者として、また患者の権利の代弁者としての役割が果たせていない現実に直面し、合意形成による意思決定支援の難しさを感じたものと理解できる。

先行研究においても、悪い知らせが患者よりも家族に先に伝えられ、治療の決定が患者の意思よりも家族の意向が重視される状況や、家族を対象とした研究で余命に関する患者への説明は家族の希望に沿うという意見が半数近くもあった<sup>8)</sup>ことが報告されている。医療者は、家族の意向が重視されることで、患者の主体的な意思決定が阻害されることを理解しているにも関わらず、なぜ家族の意向を重視するのであろうか。

家族は厳しい状況にあるがん患者の生きる希望を失わせたくないという思いやりの気持ちから、患者が持って

いる『困難を乗り越える力』を過小評価し患者を保護的に抱え込み、患者にとって良かれと思って家族の意向を優先させていると考えられる。一方、医療者は家族から「患者の生きる希望を失わせるわけにはいかない」といわれることや、家族の一体感の強い日本文化の中では、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ため<sup>9)</sup>、患者への病状や治療方針の説明が家族の意向を重視したものになっていると推察できる。

さらに、家族に先に悪い知らせを伝えることで患者・家族間の意思疎通に問題が生じることが明らかになったが、余命告知の判断を委ねられる家族は大変な思いをするであろうということが推察できる。合意形成による家族への意思決定支援の必要性は大きいと考える。

## 2) 【患者や家族の心情や意向を把握できず合意形成による意思決定支援に踏み出せない】に関して

がん治療の進歩により、がんとともに生きる期間が延長され、診断期から終末期に至るまでがん患者は様々な意思決定を迫られるようになってきた。しかし、多様な価値観やがんに関する医療情報があふれる中で、がん患者や家族が意思決定していくことは容易ではない<sup>10)</sup>。

看護師はがん患者の身近な存在として患者の病の軌跡に添いながら病期に応じた意思決定支援を継続的に行う役割を持っている。しかし、がん患者の中には、『(患者が)がんや治療と向き合うことを避けている』患者や悪化している現実に向き合うことを避けている患者、最期まで抗がん治療に懸命に取り組み希望を求めようとする患者にとって、今後に備えて治療の中止や終末期の療養に関して話し合い合意形成していくことなど、想定外のこともかもしれない。看護師にとって心情や意向を理解することが難しい患者であるといえる。さらに、がん患者が家族の心情を察知し、迷惑をかけたくないという思いが強い場合、患者に苦悩や気がかり、希望など真意を語ってもらうことは難しい。看護師はこのような患者に苦手意識をもっており、業務の忙しさや対応の難しさを理由に意図的に近づき話し合うことを避けていると推察できる。その結果、【患者や家族の心情や意向を把握できず合意形成による意思決定支援に踏み出せない】という困難に直面したものと考えられる。

## 3) 【患者が主体的な意思決定をしたのかわからないまま治療が進むことに悩む】と【終末期患者が家族や医療者との合意形成がないまま治療することが良い選択だったのか悩む】に関して

たのか悩む】に関して

【患者が主体的な意思決定をしたのかわからないまま治療が進むことを悩む】ことや【終末期患者が家族や医療者との合意形成がないまま治療することが良い選択だったのか悩む】ことは、患者の治療法の意味決定や終末期における治療継続の意思決定に関することであり、医師から患者や家族に治療法が説明され治療の決定がされていると推察できる。しかし、看護師は患者の合意形成によるものではなく説明と同意という意思決定のプロセスに疑問を持ち、これでいいのかと悩んでいる。患者は「がん」という病気ゆえに、治療を早く決めなければと焦り、自分自身の最善を患者自身の人生や価値観を踏まえて考えるのではなく、医学的情報だけで決めてしまっている可能性は高いと考えられる。看護師は、その疑問を患者や医療者間で話し合い意思決定支援に活かしたいと考えていたが、医師優位の風潮は根強く医師との連携不足から話し合えないことに困難を感じたものと考えられた。

日本のがん医療に関する実態調査によれば、32%の患者が診断時に疑問や懸念事項について医師へ伝えることが難しかったこと、セカンドオピニオンについて知っていた患者が2割程度であったこと<sup>11)</sup>が明らかになっている。本研究において看護師が悩んでいたように、患者の中には、診断時に疑問や懸念事項を曖昧なまま、医師からの治療法の説明に同意し、治療を受けていることも考えられる。終末期患者に対する抗がん治療については明確な指針がなく、治療の限界を受け入れて適切な時期に終了すべきであるという考え方があがるが、最期まで抗がん治療に希望を求めようとする患者も少なくない<sup>12)</sup>。

看護師はがん医療の現状を理解した上で、医療者の価値観を押し付けるのではなく、様々な病期にあるがん患者が自分の人生や価値観を基準にして、家族や医療者と話し合い合意形成により治療法の選択や積極的治療の中止の意思決定をしていけるように支援していく必要がある。

## 4) 【BSC の状況での治療選択において医療者と患者・家族の合意を得ることが難しい】と【患者・家族と医療者間のコミュニケーションが十分に図れず合意形成による意思決定支援が成り立たない】に関して

患者・家族と医療者間の合意を得る基本はコミュニケーションであるが、コミュニケーションに十分な時間が取れなければ、看護師は【患者・家族と医療者間のコ



コミュニケーションが十分に図れず合意形成による意思決定支援が成り立たない(い)くなり、看護師の意思決定支援者や権利擁護者としての役割が果たせなくなる。このように、がん医療に携わる医療者に時間的余裕がないことや働きかけるタイミングが曖昧なことが医療者間のコミュニケーションを困難にしていると考えられる。さらに、看護師は、「十分に病名告知や病状告知をされていない患者とのコミュニケーション」や「医師から治療期に患者の治療や病状に関する説明が不十分」、「転移や予後など『悪い知らせ』を伝えられた後の患者(家族)への対応」、「患者(家族)から不安や心配を表出された場合の対応」、「患者と家族のコミュニケーションが上手く行っていない場合の対応」などに困難感をもっていることが明らかになっている<sup>15)</sup>。これらのコミュニケーションにおける困難感、合意形成による意思決定支援の困難感に繋がっていくといえる。

また、BSCの状況にあるがん患者は病状の進行に伴って積極的治療の限界を自分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欲しいという思いを抱いていると思われ、BSC状況の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る<sup>14)</sup>。このような状況で患者・家族と医療者が相談し共有していくことは非常に難しく、看護師は【BSCの状況での治療選択において医療者と患者・家族の合意を得ることが難しい】と感じると思われる。

看護師と医師が互いにコミュニケーションを取り、連携を図っていくことは、方針や目標を共有することを意味している。しかしながら、医師と看護師のチーム医療に対する意識の違いや専門性の違いからくる目標や価値観の不一致は、医師と看護師の協働に支障をきたしていると指摘されている<sup>15)</sup>。看護師は、医師に対し意識を変える働きかけをすることも必要ではあるが、医師自身も治療の中止や継続について不確かさや迷いを感じることがある。中川ら<sup>16)</sup>は、看護師と医師の協働関係を形成するためには、看護師には専門性に基づく臨床判断能力や家族も含めた患者理解、明瞭で説得力のあるコミュニケーション能力が、一方医師には、ケアや看護の専門性に対する理解を深めること、ケアや治療についての情報や意見・方針などを意図も含め積極的に表明するなどの努力が必要と考えたと述べている。

5) 【看護ケアチームとして継続的に合意形成による意思決定支援ができない】と【スキル不足で変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援のプロセスが辿れない】に関して

がん患者の合意形成による意思決定支援は、看護師一人で継続的に実践できるわけではない。看護師が意思決定支援の必要ながん患者や家族に対して、継続的な支援が必要な場合には、外来や病棟間で話し合いの基に連携し、援助を継続していくことになる。しかしながら、看護師間で意思決定支援の必要性や緊急性などの認識にずれがあった場合には、意思決定支援の継続性が途切れてしまうことになる。

本研究において、看護師は意思決定支援の必要ながん患者に対して、情報を共有しても継続的に支援ができないことに不信感を出していたが、終末期がん看護ケアに対する一般病棟看護師の困難に関する文献検討<sup>17)</sup>の中で、看護師間の関わりにおいて、意思決定支援だけではないが、看護師間でケアに対する方針や認識の違いがある場合、同僚看護師に対して不満や不信、葛藤といったストレスを感じ、患者のケア記録の簡素化で看護師間の情報共有ができず、困難を誘発すると述べている。また、看護師の経験年数により、十分な知識や技術がないことへの自信のなさや自己嫌悪といったストレスを表出し、経験を積んだ看護師は患者の苦悩に対する関わりを通して死生観や看護観の曖昧さに葛藤していることを明らかにしており<sup>17)</sup>、継続的な意思決定支援を行っていくためには、継続的に話し合っていくシステムの構築や合意形成による意思決定支援の考え方の普及、看護師の役割認識、コミュニケーション能力の強化を検討していく必要があると考える。

6) 看護師が合意形成による意思決定支援に積極的に取り組めるようにしていくための教育への示唆

本研究で明らかになったがん患者と家族と医療者間の合意形成による意思決定支援における看護師の困難のカテゴリーの内容を吟味し、看護師が合意形成による意思決定支援に積極的に取り組めるようにしていくための教育への示唆を検討した。

#### (1) 組織的な教育・支援体制の整備

看護師には患者の意思を尊重した患者と家族、医療者の合意形成による意思決定支援が求められているが、臨床現場では、患者の意向が不明である場合や患者と家族、医療者の意見が一致していない場合であっても、『話し

合意に基づく合意形成』ではなく、従来の『説明と同意』というやり方や、一部の情報を共有しないうまま意思決定が進められている現状が浮き彫りになった。この現状を踏まえて、組織的な教育・支援体制の整備を検討する。

本研究で明らかになった看護師の困難のうち、【家族の意向が重視され患者の主体的な意思決定が阻害される】【患者が主体的な意思決定をしたのかわからないまま治療が進むことに悩む】【終末期患者が家族や医療者との合意形成のないまま治療することが良い選択だったのか悩む】に関して、研究参加者らはがん患者の権利や意向が尊重されていない状況に疑問を感じたり悩んだりしているが、問題解決に向けてアプローチできない現状が見出された。また、【患者や家族の心情や意向を把握できず合意形成による意思決定支援に踏み出せない】

【BSCの状況での治療選択において医療者と患者・家族の合意を得ることが難しい】【患者・家族と医療者間のコミュニケーションが十分に図れず合意形成による意思決定支援が成り立たない】【看護ケアチームとして継続的に合意形成による意思決定支援ができない】に関して、研究参加者らは患者や家族、医師、看護ケアチーム間のコミュニケーションに困難や自信のなさ、合意形成の難しさに悩んでいるが、問題解決を先送りにしたり仕方がないとあきらめたりすることが理解できた。看護師が合意形成による意思決定支援や患者の権利擁護の役割を發揮していくためには、看護師自身が役割を認識し実践と評価を積み重ねて、患者や家族、医師やその他の医療者が看護師の役割を認知できるようにしていく必要があるだろう。

そのためには、実際に看護師が合意形成による意思決定支援に関して困難を感じた状況や体験の内容を専門看護師や認定看護師、緩和ケアチーム、あるいは精神科リエゾンチームと積極的に連携し、困難事例に対してこれらの専門家のコンサルテーションを活用したり、身近な存在として悩みを共有したり助言が得られるような<sup>13)</sup>組織的な支援体制づくりが必要と考える。さらに、合意形成による意思決定支援に役立つ知識やコミュニケーション技法を習得するための教育体制を整備することや、医療者のための意思決定支援ツールの開発、医師やその他の医療従事者を含めた協働のあり方とその中での看護師の機能と役割を確立するなど、組織的な体制の整備が必要と考える<sup>18)</sup>。

## (2) 教育方法の検討

事例検討や患者の感情表出を促す NURSE 技法<sup>19)</sup>の

ロールプレイによる習得も検討されており、知識伝達を中心とした教育方法ではなく、効果的に事例検討やロールプレイを用いて合意形成による意思決定支援アプローチを学ぶ教育方法が、看護実践に役立つと考えられる。本研究結果から、研修会では理論を用いて検討することができていても、実際の臨床現場では【スキル不足で変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援のプロセスが辿れない】ことが明らかになっており、理論に照らし合わせてアプローチの方法を検討することや話し合うことは難しいことが明らかになっている。実践の場面で活用できる教育方法の構築が急務であると考ええる。

しかしながら、こうした教育が推進される一方で、本研究において【看護ケアチームとして継続的に合意形成による意思決定支援ができない】状況が明らかになったように、依然として看護師個人、またはチーム全体として意思決定支援に対する役割意識の脆弱さ、知識に基づいた実践に至っていないことから、意思決定支援を十分に実践する看護師が育っていない現状があると推測できる。

がん医療における意思決定支援の質を向上させるためには、看護師自身が担う役割があることを認識し、実践を積み重ねて、看護師の役割を患者と医師に認知させることが重要であると考えられる。さらに、患者の価値観を理解するためのコミュニケーション能力の向上、日頃の実践において活用可能な理論的ツールやシステムづくりが必要である。患者を取り巻く周囲の状況や病状に応じた治療選択と患者の価値観などをもとに、文脈の視点をもった情報収集や今後の見通しを予測した意図的な関わりを実施することが重要であると考えられる。

## 6. 研究の課題と今後の課題

本研究は、調査対象施設がA県の2施設のみであるため一般化するためには限界がある。今後、より多様な施設での調査が必要になると考える。また、がん患者と家族の意思決定支援における困難について自由に語られたデータから、病期や年齢にとらわれない臨床現場での困難が明らかになったが、今後は、意思決定支援に関する知識やアプローチ方法を実践で活かすことができる教育方法の開発に関する研究が求められる。



## 7. 結論

がん患者と家族，医療者間の合意形成による意思決定支援において臨床現場で看護師が抱えている困難として，【家族の意向が重視され患者の主体的な意思決定が阻害される】【患者や家族の心情や意向を把握できず合意形成による意思決定支援に踏み出せない】【患者が主体的な意思決定をしたのかわからないまま治療が進むことに悩む】【終末期患者が家族や医療者との合意形成のないまま治療することが良い選択だったのか悩む】【BSCの状況での治療選択において医療者と患者・家族の合意を得ることが難しい】【患者・家族と医療者間のコミュニケーションが十分に図れず合意形成による意思決定支援が成り立たない】【看護ケアチームとして継続的に合意形成による意思決定支援ができない】【スキル不足で変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援のプロセスが辿れない】が明らかになった。

がん患者と家族，医療者間の合意形成による意思決定支援における看護師の困難は，がん患者の権利や意向が尊重されていない状況に対して看護師が意思決定支援者や権利擁護者として患者と家族，医療者間の話し合いにより最善策を検討できていないこと，患者や家族の心情や意向がわからない状況，BSCの状況での治療選択などに関して合意形成によるものではなく説明と同意という意思決定のプロセスに疑問を感じていても，患者や家族，そして医師との話し合いを調整することができないため，合意形成に至っていないこと，看護師としてコミュニケーション力や調整力が不足しているため変化する患者の状況に合わせて合意形成による意思決定支援ができていないことにより生じていることが考えられた。

これらの困難に対して看護師が合意形成による意思決定支援に積極的に取り組めるように，組織的な教育・支援体制の整備や効果的な教育方法を開発し，実施・評価していくことが必要である。

## 謝 辞

本研究の実施にあたり，ご協力いただきました研究参加者の皆様および研究施設の皆様に，深く感謝申し上げます。

本研究は，科学研究費基盤C（研究課題番号15K11626）より実施した研究成果の一部をまとめたものである。

## 引用文献

- 1) 柳原清子：がん患者家族の意思決定プロセス構成要素の研究－ギアチェンジ期および終末期の支援に焦点をあてて－，ルーテル学院研究紀要，42，77-96，2008.
- 2) 吉武久美子：医療倫理と合意形成－治療・ケアの現場での意思決定，東信堂，151-155，2007.
- 3) 西尾重理砂，藤井徹也：がん患者の治療法の意思決定に対する看護師のかかわりの程度と看護の実践状況，日本がん看護学会誌，27（2），27-36，2013.
- 4) 太田浩子：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，新見公立短期大学紀要，27，101-110，2006.
- 5) 菊永淳，宮坂道夫：がん告知における看護師の困難感－根治治療が困難になったがんの患者をめぐる3つのナラティブ－，医学哲学 医学倫理，35，35-43，2017.
- 6) 加利川真理，小河育恵：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），7-16，2013.
- 7) Polit D.F., Beck C.T.: Nursing Research Principles and Methods 7<sup>th</sup> Edition, 2004, 近藤潤子監訳，看護研究 原理と方法 第2版，353-355，医学書院，2010.
- 8) 岡義雄，西寫準一，伊豆蔵正明：情報開示としての余命告知－患者へのアンケート調査より，緩和医療学，5（2），175-181，2003.
- 9) 東原正明，近藤まゆみ：看護 QOL books 緩和ケア，69，医学書院，2000.
- 10) 田代真理，藤田佐和：がん患者への看護師のアドバンスケアプランニング，日本がん看護学会誌，33，45-53，2019.
- 11) Kamiya I., Okuyama A., Katayama, K., et al: Cancer patient experience : A pilot survey in Japan, J Clinical Oncology, 32, 260, 2014.
- 12) 田中宏，江口由紀，松本明子他：終末期抗がん治療の現状と緩和ケア病棟の意義，Pallat Care Res., 11（4），248-253，2016.
- 13) 越野栞，青山真帆，庄子由美他：大学病院の看護師のがん看護に関する困難感：2010年から2016年にかけての変化，Pallat Care Res., 14（4），259-267，

- 2019.
- 14) 府川晃子, 森下利子, 藤田佐和他: 進行がん患者のギアチェンジを支える援助における阻害要因, 高知女子大学看護学会誌, 35 (1), 16-26, 2010.
  - 15) 吾妻知美, 神谷美紀子, 岡崎美晴他: チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難, 甲南女子大学研究紀要, 7, 23-33, 2013.
  - 16) 中川典子, 林千冬: 看護師-医師関係における会話の特徴と協働関係形成の条件, 日本看護管理学会誌, 12 (1), 37-48, 2008.
  - 17) 宇宿文子, 前田ひとみ: 終末期がん看護ケアに対する一般病棟看護師の困難・ストレスに関する文献検討, 熊本大学医学部保健学科紀要, 6, 99-108, 2010.
  - 18) 西尾亜理砂, 國府浩子: がん患者の意思決定に関する研究の動向と今後の課題-国内文献を対象として-, 熊本大学医学部保健学科紀要, 17, 85-96, 2021.
  - 19) 日本がん看護学会監修: 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, 3-4, 医学書院, 2015.

## *Difficulties nurses face in clinical practice in supporting consensus decision-making by cancer patients and their families.*

Yoko Yamauchi <sup>1)</sup>, Yoshiko Teramachi <sup>2)</sup>, Kikuko Ueda <sup>3)</sup>, Kiyomi Higashi <sup>4)</sup>, and Shizue Suzuki <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Hyogo Medical University School of Nursing

<sup>2)</sup> Former Oita University Faculty of Medicine School of Nursing

<sup>3)</sup> Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing

<sup>4)</sup> Former School of Health Sciences Kumamoto University

**Abstract** The purpose of this study was to clarify the difficulties nurses face in consensus decision support between patients/families and health care providers, and to examine the implications for education to enable nurses to actively engage in consensus decision support.

Focus group interviews were conducted with 12 nurses working at two cancer treatment base hospitals. Respondents were divided into four groups and analyzed qualitatively and inductively.

The difficulties nurses face in providing decision support to cancer patients and their families were classified into eight categories: [Family intentions are emphasized and patient's independent decision-making is hindered], [Unable to grasp the feelings and intentions of the patient and family and unable to step forward to support decision-making through consensus building], [Distressed that treatment proceeds without knowing whether the patient has made an independent decision], [Wonder if it was a good choice for a terminally ill patient to be treated without consensus by family and healthcare providers], [Difficulty in obtaining agreement between healthcare providers and patients/families on treatment choices in BSC situations], [Communication between patients/family members and medical staff is not sufficient, and decision-making support through consensus building cannot be established], [As a nursing care team, we cannot continuously support decision-making through consensus building], and [Lack of skills makes it impossible to follow the process of decision support through consensus building in accordance with the changing patient's situation].

We found that nurses are concerned about situations in which the rights and intentions of cancer patients are not respected, but they are unable to approach patients to solve the problem. To improve the quality of decision-making support in cancer care, it is important for nurses to recognize that they themselves have a role to play, to accumulate practice, and to make patients and physicians aware of the role of nurses.

*Key words* : cancer patients, consensus decision-making, decision support, nurses, difficulties

## 論文査読委員への謝辞

JNI Vol. 20 No. 2の論文査読は、編集委員のほかに、下記の方々をお願い致しました。ご多忙中にもかかわらずご協力賜りましたことに、お名前を記してお礼申し上げます。

今井 芳枝, 岩本 里織, 上田伊佐子, 高橋 亜希,  
葉久 真理, 安原 由子, 横井 靖子  
(敬称略)

### 令和5年度以降の The Journal of Nursing Investigation 原稿募集のご案内

看護学に関する原稿を募集しております。皆様のご投稿をお待ちしています。採択された論文はJ-Stageで早期公開されます。発行は原則として年2回です。

1号(9月30日発行)

2号(1月31日発行)

オンライン投稿・査読システム(Editorial Manager<sup>®</sup>)の使用料4,200円は、論文の採否にかかわらず投稿者負担となります。

掲載費は30,000円です。ただし刷り上がり8ページを超える場合は1ページにつき5,000円を負担いただきます。カラー印刷など特殊な印刷や、別刷は投稿者実費です。

問い合わせ先：〒770-8503 徳島市蔵本町3-18-15 国立大学法人徳島大学医学部

The Journal of Nursing Investigation(JNI)編集部 Tel：088-633-7104；Fax：088-633-7115

e-mail：medical.journal.office@tokushima-u.ac.jp

The Journal of Nursing Investigation 第20卷 第2号

令和5年3月31日 発行

発行者：西岡安彦

編集責任者：岡久玲子

発行所：徳島大学医学部

〒770-8503 徳島市蔵本町3丁目18-15

電話：088-633-7104

FAX：088-633-7115

振込銀行：四国銀行徳島西支店

口座番号：普通預金 0378438 JNI編集部

印刷所：グラント印刷株式会社



# 20卷2号 目次

総説	
国外におけるがん治療に関連した認知機能障害がある患者への介入研究に関する 文献レビュー……………山内洋子他…	1
短報	
Feasibility of an Assessment Tool for Detection of Post-intensive Care Syndrome ……………H. Ejiri, and E. Shinozaki …	10
研究報告	
がん患者と家族の合意形成による意思決定支援において臨床現場で看護師が 抱えている困難……………山内洋子他…	18
投稿規定：	

## Vol. 20, No. 2 Contents

<i>Review</i> :	
Y. Yamauchi, et al: Literature review of international intervention studies in patients with cognitive dysfunction associated with cancer treatment……………	1
<i>Short Papers</i> :	
H. Ejiri, and E. Shinozaki: Feasibility of an Assessment Tool for Detection of Post-intensive Care Syndrome……………	10
<i>Research report</i> :	
Y. Yamauchi, et al: Difficulties nurses face in clinical practice in supporting consensus decision-making by cancer patients and their families. ……………	18