

〈研究報告〉

認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する看護における 困難と支援に関する文献検討

藤井 夕香*

Literature Review on Difficulties and Support in Nursing Care for Elderly Cancer Patients with Cognitive Decline

Fujii Yuka *

要 約

本研究の目的は、認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する困難と支援に関する研究を概観し、看護における困難と支援を明らかにすることである。医学中央雑誌 Web(Ver.5)を用い、キーワードを「がん看護」and「高齢者」、および「がん看護」and「認知症」とし、検索を行った。一次スクリーニング、二次スクリーニングより選定した9件の文献を分析対象とした。看護における困難として【痛みの評価が難しい】【疼痛緩和が難しい】【患者を中心に据えることが難しい】【患者をとりまく生活環境の調整が難しい】【認知症の受け入れが困難】が、支援として【評価しにくい痛みを捉える】【苦痛の表現を促す】【安寧な環境を整える】【認知症を受容する】【多職種で支える】が明らかとなった。困難を認識することで、認知機能低下を伴う高齢がん患者の様々な苦痛に焦点を定めることができ、また支援を意図的に提供することで、それら苦痛の軽減につなげることができるのではないかと考える。

Key Words：高齢者 (Elderly), がん看護 (Cancer Nursing), 認知機能低下 (Cognitive decline), 困難 (Difficulties), 支援 (Support)

I. 緒 言

我が国は高齢化が進行している¹⁾。加齢に伴い増加する代表的な疾患としてがんがあげられる。年齢別がん罹患率では65歳以上のがん患者が全体の75.5%を占め、高齢者の占める割合は高い²⁾。がんは、支持療法を含めた薬物療法の進歩により高い治療効果が期待できるようになったが、高齢者は一般には軽度とされる副作用であっても、生活機能の障害に結びつきやすく生活の質が低下しやすいといった問題が生じることがある³⁾。退院支援等課題は多く、厚生労働省第3期がん対策推

進基本計画⁴⁾では、患者本位のがん医療の実現に「高齢者」をとりあげており、国としても対策が必要であるとしている。

また、加齢に伴い増加するものとして認知機能の低下があげられる。認知症高齢者数は2025年に高齢者の約5人に1人になるとの推計がある⁵⁾。がんの5年生存率は増加していることより⁶⁾、がんと認知機能低下を併せもつ高齢者は、今後ますます増加することが予測される。

認知機能の低下を伴う高齢がん患者においては様々な問題がある。がん患者に多くみられる疼痛管理に関する問題^{7,8)}、外来化学療法に伴う自宅で

*四日市看護医療大学

* Yokkaichi Nursing and Medical Care University

のセルフケアに関する問題^{9, 10)}, 治療選択などの意思決定に関する問題^{11, 12)}などが報告されている。認知機能の低下を伴うことが問題を複雑なものとしている。

これらの問題に対して、看護における困難や支援に関する研究が積み重ねられてきたが、多くは疼痛や、外来化学療法、終末期など問題一つひとつに焦点を絞ったものである。認知機能低下を伴う高齢がん患者への研究は蓄積されつつあり、困難と支援に焦点を当て文献検討を行うことで、多くの課題を抱える認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する看護における困難や支援の特徴が明らかになるのではないかと考える。

そこで、本研究では、日本において発表された認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する研究より、認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する看護における困難と支援を明らかとする。

Ⅱ. 研究方法

1. 文献検索方法

対象文献の検索は、医学中央雑誌 Web (Ver.5) を用い、2015年1月から2022年7月に発表された文献を対象とした。検索式(「がん看護」and「高齢者」、および「がん看護」and「認知症」)で検索を行った。最終検索日は、2022年7月29日である。

文献の選定条件は、「認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する看護における困難もしくは支援」が記載されているものとした。高齢がん患者に関しては、対象者全員が65歳以上であることが明確である文献とした。がんの種類や病期は問わない。認知機能低下に関しては、認知症の診断の有無は問わず看護師が認知機能の低下があると判断した場合を含む。

除外条件としては、会議録、症例・事例報告、解説、総説・文献レビュー、抄録のないものとした。また、日本語で書かれたものを対象とした。

2. 文献の選定プロセス

対象文献の選定手順を図1に示す。2022年7

月29日時点において検索により抽出された453件の文献のうち、重複文献9件を除く444件のスクリーニングを行った。一次スクリーニングとしてタイトル及び抄録より、研究目的が異なるもの364件、対象が65歳以上でないもの33件、総説および文献レビュー12件、英語で書かれたもの12件、合計421件を除外した。タイトル及び抄録では判断できない場合は、この時点では除外せず二次スクリーニングの対象とした。次に二次スクリーニングとして23件を精読し、研究目的が異なるもの3件、高齢者を対象としないもの1件、認知機能が低下した高齢者を対象としないもの10件、合計14件を除外し9件の文献を分析対象とした。

3. 分析方法

対象文献を整理するために、著者名、発行年、タイトル、研究デザイン、研究目的、対象の概要について整理した(表1)。

質的帰納的に以下の方法で分析を行った。①対象とした文献を精読し、結果より「認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する看護における困難もしくは支援」について記載されている箇所を抜き出し、看護における「困難」と「支援」に分けた。②①で抽出したデータを記述内容の意味を損なわないようにコード化した。③コードの類似性に基づいて分類した上で、共通する意味内容を表すサブカテゴリーとして命名した。④サブカテゴリーをさらに類似性に基づいて分類した上で、共通した意味内容をさらに抽象化し、カテゴリーとして命名した。

4. 研究の信頼性・妥当性の確保

データの分析過程において質的分析に長けている研究者のスーパーバイズを受け、信頼性と妥当性の確保に努めた。

Ⅲ. 結果

1. 対象文献の概要

選定した9文献は、8件が質的研究であり、1件が量的研究であった。その1件は質問紙調査であ

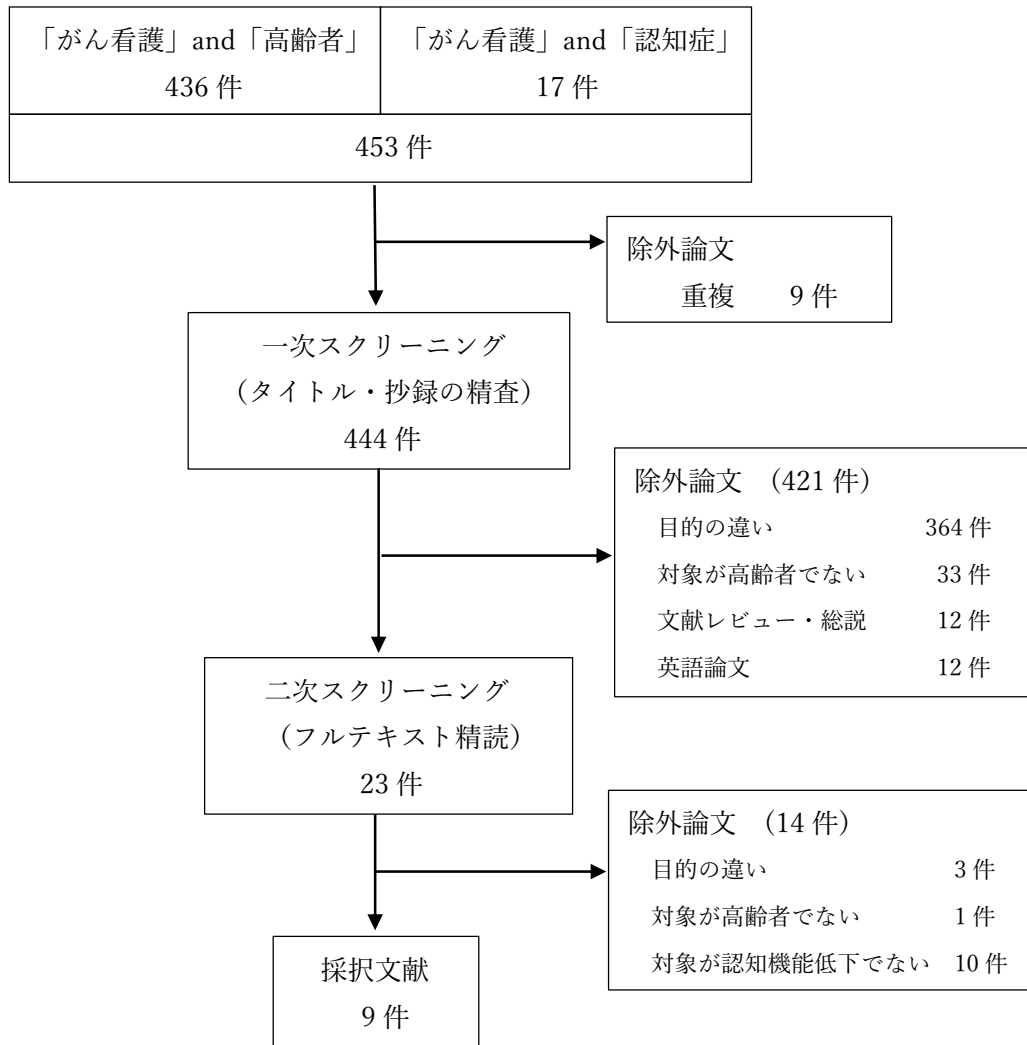


図 1 対象文献の選定手順

り、自由記載で求めた「認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する看護における困難もしくは支援」について KJ 法でまとめた結果が記載されていた。

質的記述的研究のうち 2 件は参加観察または参与観察を組み合わせていた。

研究対象としては、看護師を対象とした文献が 8 件、高齢者を対象としたが文献 1 件であり、参加観察研究であった。

2. 看護における困難の内容

分析の結果、「認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する看護における困難」は、43 のコードから 10 のサブカテゴリーに分類され、5 つのカテゴリーが抽出された (表 2)。

以下に、カテゴリー【 】、サブカテゴリー〈 〉、

コード「 」として示す。

1) 【痛みの評価が難しい】

このカテゴリーは、〈痛みの客観的評価が難しい〉〈鎮痛薬の効果の評価が難しい〉の 2 つのサブカテゴリーで構成された。

「痛みの訴えがなく、表情や行動でもわかりにくい」「痛みを暴力や不眠などの行為で表す」など、認知機能が低下していることより痛みを適切に表現できないことから〈痛みの客観的評価が難しい〉ことや、〈鎮痛薬の効果の評価が難しい〉ことが痛みの評価を難しくしていることを示している。

2) 【疼痛緩和が難しい】

このカテゴリーは、〈鎮痛薬の効果的な使用が難しい〉から構成された。

表 1 対象文献の概要

文献番号	著者名 (発行年)	タイトル	雑誌名, 巻 (号)	研究 デザイン	研究目的	対象者
1	久米真代, 高山成子, 小河育恵, 他 (2015)	がんに関連した認知症高齢者 に対する疼痛の観察・判断に 関する看護師の困難と工夫	石川看護雑誌, 12	質的研究	緩和ケア病棟の看護師が, がんに関連した認知 症高齢者のがん性疼痛の緩和についてのよう に困難を感じ, どのような観察の工夫を行っ ているのかを明らかにする	5年以上緩和ケア病棟に勤 務し, 65歳以上のがんにか かった認知症高齢者3名以 上の経験がある看護師5名
2	久米真代, 高山成子, 小河育恵, 他 (2016)	がんに関連した中等度から重 度認知症高齢者の痛みの表 現	ホスピスケアと在宅 ケア, 24(2)	質的研究 (参加観察)	緩和ケア病棟に入院している認知症中等度, 重 度高齢者がどのようながん性疼痛を表現するの か, また看護師のどのような働きかけによっ てどのような反応を示すのかを明らかにする	緩和ケア病棟に入院してい るがんにかかった65歳以上 の認知症高齢者8名
3	西脇可織, 片岡純 (2016)	ホスピス・緩和ケア病棟のが んと認知症を併せ持つ患者の 看護における困難と対処過程	日本がん看護学会 誌, 30(2)	質的研究	がん認知症を併せ持つ患者の看護における緩 和ケア病棟の看護師の困難と対処過程を明らか にする	緩和ケア病棟に勤務する看 護師で, がん認知症を併 せ持つ患者の経験がある看 護師3年以上の者12名
4	杉本知子, 森一恵 (2017)	終末期にある高齢がん患者に 対して看護師が実践している 支援の特徴	千葉県立保健医療 大学紀要, 8(1)	質的研究	終末期にある高齢がん患者の療養生活を支える ために, 提供している支援の特徴を明らかにす る	病院・介護保険施設・訪問 看護ステーション等で勤務 している看護師15名
5	井出訓, 川村三希子, 竹生礼子, 他 (2017)	療養病床においてがんを併せ 持つ高齢認知症患者への看護 -入院可否判断, ケア状況, ケア困難度に焦点を当てて-	死の臨床, 40(1)	量的研究 (質問紙調査)	認知症とがんを併せ持つ高齢患者に対する入院 の受け入れや, 療養病床でのケアに関する困難 感と対処方法の実態を明らかにする	療養病床を有する施設にお いて, 療養病床のケアにおよ び入退院に関する状況 を把握する看護師
6	奥村美奈子, 布施恵子, 浅井恵理, 他 (2018)	外来化学療法を受けている高 齢がん患者への看護の検討- 看護師の面接調査を通して-	岐阜県立看護大学 紀要, 18(1)	質的研究	看護師が捉えた外来化学療法を受けている高齢 がん患者が抱える困難や課題と, 看護師が実施 している支援を明らかにする	「地域がん診療連携拠点病 院」の外来化学療法部門お よびがん患者相談部門・地 域連携部門の所属している 看護師12名
7	櫻庭奈美 (2018)	認知機能低下を伴う高齢がん 患者に対するがん疼痛アセス メント	日本がん看護学会 誌, 32	質的研究 (参与観察)	がん疼痛緩和に携わる看護師が, 認知機能低下 を伴う高齢がん患者に対して実践しているがん 疼痛アセスメントの内容を明らかにする	臨床経験が5年以上かつ該 当病棟経験1年以上, 認知 機能低下を伴う高齢がん患 者の疼痛を緩和した経験を 有する看護師7名
8	岩田尚子, 諏訪さゆり (2021)	訪問看護導入の必要がある外 来化学療法を受ける高齢がん 患者の特徴	日本がん看護学会 誌, 35	質的研究	外来看護師と訪問看護師が訪問看護導入を必要 と判断する外来化学療法を受ける高齢がん患者 の特徴を明らかにする	3年以上勤務し, 外来化学 療法を受ける高齢がん患者 を支援した経験のある外来 看護師または訪問看護師 23名
9	塚越徳子, 二渡玉江, 京田亜由美, 他 (2021)	がん関連領域の専門・認定看 護師が捉える認知症を有する がん患者・家族に対する看護 上の課題	日本がん看護学会 誌, 35	質的研究	がん関連領域の CNS・CN が捉える認知症を 有するがん患者・家族に対する看護上の課題を 明らかにする	がん関連領域の CNS または CN11名

表2 認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する困難の内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献番号
痛みの評価が難しい	痛みの客観的評価が難しい	痛みの訴えがなく、表情や行動でもわかりにくい	1
		身体の辛さの訴えが少ない	1
		痛いとは言わず、「辛い・苦しい」という	1
		痛みを言葉では言わず、行動が落ち着かない	1
		痛みの表現ができないので予測がつかない	1
		痛みの評価が難しい	4
		突発痛の評価が難しい	4
		痛みを暴力や不眠などの行為で表すので疼痛の評価が難しい	9
	鎮痛薬の効果の評価が難しい	反応が得られないため鎮痛薬の決定と評価が困難	1
		意思表示できずがんの症状と効果の評価が難しい	3
レスキューの評価が難しい		4,9	
疼痛緩和が難しい	鎮痛薬の効果的な使用が難しい	患者の言葉を「受け止める」と薬を多く使用する	1
		自制がきかず鎮痛薬を要求する	1
		訴えが少ないと鎮痛薬の使用が遅れる	1
		不穏行動時、レスキューの使用が難しい	4
		薬剤の副作用と認知症の症状が区別しにくい	9
患者を中心に据えることが難しい	意思決定に基づいた看護が提供できない	患者の価値観が分かりにくい	1
		治療に対する見解が把握できない	9
		主体性を求められず介入に悩む	9
		どのような治療選択支援をすればよいのか分からない	9
		身体抑制をしながら抗がん剤を投与することに悩む	9
		入院により認知症が悪化すると何を尊重すればよいのか難しい	9
		治療後の生活や患者の人生を支援することが難しい	9
	治療が制限される	治療中、静穏な環境が保てない	6
		理解度の判断が難しい	6, 8
		治療中安静が保てないため別の治療となる	9
		転倒や点滴抜去の可能性より疼痛緩和薬に限られる	9
		治療中安静が保てない患者に悩む	9
		医療者間の治療・ケアの合意が難しい	医療者間の治療・ケアに対する考えを統一することが難しい
患者をとりまく生活環境の調整が難しい	家族への関わりが難しい	家族の対応に苦慮する	3
		認知症とがんを併せもつことで生じる受け入れがたい感情をもつ家族への情報提供が難しい	9
		抗がん剤中止について患者の意思を確認できない不安と歯がゆさをもつ家族との関わりが難しい	9
	生活環境の調整が難しい	転倒転落の危険がある	5
		在宅への調整が難しい	9
		退院支援が難しい	9
		患者一人では効果的なレスキュー薬が使用できない	9
		在宅移行のタイミングが難しい	9
		緩和ケア施設に限られる	9
		認知症の受け入れが難しい	認知症とせん妄の判断が難しい
認知症の受け入れが難しい	認知症を理解することが難しい	患者の価値観が分かりにくい痛みを紛らわす行動が、認知症やせん妄というアセスメントになる	9
		看護師の負担感がある	対応に苦勞する
	看護師の負担感がある	患者の病状に振り回され負担感がある	3
		意思疎通が図れない	5

認知機能が低下し、鎮痛剤の効果発現時間などへの理解が得られないこと等により、「自制が効かず鎮痛薬を要求する」に繋がり、また、「訴えが少なく鎮痛薬の使用が遅れる」など、〈鎮痛薬の効果的な使用が難しい〉状況であり、疼痛緩和が難しいことを示している。

3) 【患者を中心に据えることが難しい】

このカテゴリーは、〈意思決定に基づいた看護が提供できない〉〈治療が制限される〉〈医療者間の治療・ケアの合意が難しい〉の3つのカテゴリーから構成された。

「患者の価値観が分かりにくい」や「治療に関する見解が把握できない」など、認知機能低下がある患者のがん治療への意思を確認することが難しく〈意思決定に基づいた看護が提供できない〉状況がある。また、「治療中安静が保てないため別の治療となる」など〈治療が制限される〉〈医療者間の治療・ケアの合意が難しい〉状況より、患者を中心に据えることの難しさを示している。

4) 【患者をとりまく生活環境の調整が難しい】

このカテゴリーは、〈家族へのかかわりが難しい〉〈生活環境調整が難しい〉の2つのカテゴリーから構成された。

「認知症とがんを併せもつことで生じる受け入れがたい感情をもつ家族への情報提供が難しい」など〈家族へのかかわりが難しい〉状況がある。また、認知機能の低下より危険を認知できないことによる「転倒転落の危険」や、「在宅への調整が難しい」「緩和ケア施設が限られる」など、「退院支援が難しい」ことより、〈生活環境の調整が難しい〉こともあり、患者をとりまく生活環境の調整の難しさを示している。

5) 【認知症の受け入れが難しい】

このカテゴリーは、〈認知症を理解することが難しい〉〈看護師の負担感がある〉の2つのカテゴリーから構成された。

「認知症とせん妄の判断が難しい」など看護師側の〈認知症を理解することが難しい〉や、「対応に

苦労する」「患者の病状に振り回され負担感がある」など〈看護師の負担感〉があるが、これらは、看護師側が認知症を受け入れることに困難を感じていることを示している。

3. 看護における支援の内容

分析の結果、「認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する支援」は、59のコードから11のサブカテゴリーに分類され、5つのカテゴリーが抽出された(表3)。

以下に、カテゴリー【 】、サブカテゴリー〈 〉、コード「 」として示す。

1) 【評価しにくい痛みを捉える】

このカテゴリーは、〈表情や行動から痛みの有無を判断する〉〈表情や行動に表れない痛みに気づく〉〈客観的情報から痛みを把握する〉の3つのカテゴリーから構成された。

痛みを表現することが難しい高齢者に対し、「言葉だけでなく行動を見て痛みを判断する」「痛みがあることを前提に行動、表情を見る」など〈表情や行動から痛みの有無を判断する〉だけでなく、「その患者なりの余裕のなさに気づく」など〈表情や行動に表れない痛みに気づく〉ことより痛みを捉えていた。さらに、「血圧の高さから疼痛があると判断する」「病態と画像をふまえて痛みにあたりをつける」など〈客観的情報から痛みを把握する〉ことも行われていた。このように評価しにくい痛みを捉えていることを示している。

2) 【苦痛の表現を促す】

このカテゴリーは、〈痛みの表現を促す〉〈タッチングにより苦痛の表現を促す〉の2つのカテゴリーから構成された。

「認知症の症状に合わせてその都度聞いて判断する」「患部に注意を向けるように示す」など〈痛みの表現を促す〉ことや、「軽く触れて聞く」など〈タッチングにより苦痛の表現を促す〉ことより苦痛の表現を促していることを示している。

3) 【安寧な環境を整える】

このカテゴリーは、〈指針となるいつもの患者像

表3 認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する支援の内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献番号		
評価しにくい痛みを捉える	表情や行動から痛みの有無を判断する	言葉だけでなく行動を見て痛みを判断する	1		
		痛みがあることを前提に行動, 表情を見る	1		
		痛み・呼吸困難などがおかしな行動につながることを理解して対応する	1		
		いつものと違う動きをするときは痛みがあると判断する	1, 4, 9		
		痛くないと言ってもいつもと違った動きをするときには痛みがあると判断する	4		
		鎮痛剤の効果を食事が摂れているか普通に行動ができていくかで評価する	4		
		痛みを予想させる動作に気づく	7		
	表情や行動に表れない痛み気づく	取り繕いや遠慮の中にある痛みを捉える	7		
		その患者なりの余裕のなさに気づく	7		
		言葉と行動の不一致とギャップを見つける	7		
		痛みに関連のない行動と痛みを紐づける	7		
	客観的情報から痛みを把握する	痛みを身体面, 行動, 検査所見, 薬効の出る時間と切れる時間から判断する	夜間の睡眠状態を症状コントロールの指標とする	1	
			穏やかな表情を指標とする	1	
			血圧の高さから疼痛があると判断する	4	
血圧が下がったことで疼痛が緩和されたと判断する			4		
食事量を痛みの評価となる			4		
呼吸の浅さなどの身体状況により鎮痛薬の中止を判断する			4		
病態と画像を踏まえて痛みにあたりをつける			7		
観察可能な生理的变化に注目する			7		
苦痛の表現を促す			痛みの表現を促す	認知症の症状の変動に合わせてその都度聞いて判断する	1
				患部に注意を向けるように示す	2
	短い言葉で質問する	2			
	タイミングよく質問する	2			
	患者の表現を重視する	3			
	タッチングにより苦痛の表現を促す	寂しさや不安に対応して痛みの表現を確かめる	7		
		言葉から真意がつかめない時は触れる, ケアをする	1		
		軽く触れて聞く	2		
		患者の注意力を査定しつつ触れながら痛みを探る	7		
		安寧な環境を整える	指針となるいつもの患者像を探索する	普段を知っている家族の情報を参考にする	1, 5
いつものと違うと言う家族からの情報を共有する	4				
行動が日頃と違うときには家族やヘルパーから情報を得る	4				
これまでの患者の生活の変化を振り返る	7				
家族が感じる様子から患者を知る	7				
意図的に患者との接し方を調整して患者をみる	7				
チームメンバーと“いつもの患者”探しをする	7				
緩和方法を探索する	鎮痛薬などを少し使って評価する	1			
	レスキューで苦痛の緩和を試みる	3			
	過去の疼痛緩和方法を言葉で伝えながら試す	7			
	安心と笑いで痛みの閾値に働きかける	7			
	薬剤効果(副作用)に用心して鎮痛薬を試す	7			

表3 認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する支援の内容 (つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献番号
	生活環境を整える	嫌・辛い・痛い・怒るの反応は、何が原因であれ取り上げて対応する	1
		患者が安心して過ごせる環境を用意する	3
		日常生活援助を丁寧に行う	3
		認知症の症状による事故を予防するためにあらゆる策を講じる	3
		在宅への移行時、レスキューの使用について患者が混乱しないようにする	4
		他の患者との関係調節	6
		身の回りの環境を整える	5, 7
認知症を受容する	残存している認知機能を刺激して主体性を高める	鎮痛薬を提示し、選択を促す	2
		患者に寄り添う	3
	患者に寄り添う	うまく表現できない患者の思いや症状を推察する	3
		腹をくくって向き合う	3
		気長に構える	3
多職種で支える	チームで情報を共有し対応する	“つらさ”を足し算する	7
		患者の調子と雰囲気から“つらさ”をくみ取る	7
		痛みに関する行動の観察はチームで情報を共有して次ぎに活かす	1
		症状コントロールする上での困難をチームで共有し、援助方法を検討する	1
		チームで試行錯誤を繰り返す	3
		諦めずチームで関わる	3
		医師に患者の症状を伝え、疼痛緩和をする	4

を探索する)〈緩和方法を探索する)〈生活環境を整える)の3つのカテゴリーから構成された。

〈指針となるいつもの患者像を探索する)ことを行い、「鎮痛薬などを少し使って評価する」「安心と笑いで痛みの閾値に働きかける」など〈緩和方法を探索)し、「日常生活援助を丁寧に行う」「身の回りの環境を整える」など〈生活環境を整える)ことで、安寧な環境を整えていることを示している。

4) 【認知症を受容する】

このカテゴリーは、〈残存している認知機能を刺激して主体性を高める)〈患者に寄り添う)の2つのカテゴリーから構成された。

「鎮痛剤を提示し、選択を促す」ことで〈残存している認知機能を刺激して主体性を高める)また、「腹をくくって向き合う」「“つらさ”を足し算する」など〈患者に寄り添う)ことは、認知症を受容し

ていることを示している。

5) 【多職種で支える】

このカテゴリーは、〈チームで情報を共有し対応する)から構成された。

「チームで試行錯誤を繰り返す」など〈チームで情報を共有し対応する)ことにより多職種で支えていることを示している。

IV. 考 察

1. 認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する看護における困難について

認知機能の低下があると、記憶障害や思考力低下などより自分の状況を判断できず、また他者に十分に伝えることが難しい。そのような高齢者の痛みを受け取することは重要であるが、〈痛みの客観的評価が難しい)〈鎮痛薬の効果の評価が難しい)と感じ、【痛みの評価が難しい】に至っている。が

ん患者全体での痛みの有病率は、50.7%であるとされている¹³⁾。しかし、認知症があるがん患者の場合は、疼痛評価が不十分であることや非ステロイド性抗炎症薬や医療用麻薬の投与量が非認知症患者に比べ少なかったという過小評価、過小治療も報告されている¹⁴⁾。疼痛緩和にはまず痛みの評価が重要であり、【痛みの評価が難しい】が看護における困難として抽出されたと考える。痛みの評価に関しては、NRS (Numerical Rating Scale) や VRS (Visual Rating Scale) などの使用が勧められているが¹³⁾、認知機能が低下した患者では痛みのアセスメントが困難であったとの報告があり^{15,16)}、認知機能が低下した高齢者にも適応が可能な疼痛評価スケールの開発が望まれる。

認知機能の低下がみられる高齢者にとっては、疼痛コントロールが十分でない場合、BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia: 行動・心理症状) に至りやすく¹⁷⁾、さらに疼痛コントロールを困難とする。看護師は疼痛緩和の重要性を認識しているからこそ、【疼痛緩和が難しい】が困難として抽出されたと考える。

がん患者は、がんと診断されたときから、治療選択や治療変更など様々な局面で意思決定をしながら療養生活を送ることとなる¹⁸⁾。意思決定能力には、選択の表明、情報の理解、状況の認識、論理的思考が必要とされる¹⁹⁾。しかし、認知機能が低下した高齢者ではこのような能力を十分に発揮できない場合がある。看護師は、高齢者の意思決定を重要と認識し〈意思決定に基づいた看護が提供できない〉ことに困難を感じていたと思われる。また、本人による意思決定が困難な状況は、治療目標の決定を困難とし¹⁹⁾、〈医療者間の治療・ケアの合意が難しい〉状況となり、〈治療が制限される〉こともあり、患者を中心として考えることができない状況に対して【患者を中心に据えることが難しい】が看護における困難として抽出されたと考える。

【患者を中心に据えることが難しい】は、医療者間だけでなく、医療者と家族の関係にも影響している。【患者をとりまく生活環境の調整が難しい】のサブカテゴリーである〈家族への関わりが難し

い〉は、本人による意思決定が困難な状況より、「抗がん剤中止について患者の意思を確認できない不安と歯がゆさをもつ家族との関わりが難しい」などに至っていることが考えられる。

また、認知機能の低下は、危険認知力の低下としての「転倒転落の危険がある」だけでなく、生活面では「在宅への調整が難しい」、転院調整では「緩和ケア施設に限られる」など〈生活環境の調整が難しい〉状況がある。患者を中心とした安全で安寧な生活環境整備の困難さより、【患者をとりまく生活環境の調整が難しい】が抽出されたと考える。

認知症様の症状を来す疾患は数多く、軽度認知症や認知症の前駆症状を示す概念もあり²⁰⁾、認知症という疾患を医療従事者であっても十分に理解することは難しく、「認知症とせん妄の判断が難しい」こともあり、看護師側の〈認知症を理解することが難しい〉に至っている。その理解不足は、「患者の病状に振り回され負担感がある」など〈負担感がある〉につながるものと思われる。これらより【認知症の受け入れが難しい】が看護における困難として抽出されたと考える。

負担感について、松尾は、認知症患者に対して尊厳がなおざりになってしまう状況も負担感につながっていると述べている²¹⁾。今回の研究では明らかとならなかったが【認知症の受け入れが難しい】には、そのような側面もあることにも目を向ける必要がある。

2. 認知機能低下を伴う高齢がん患者に対する支援について

がん性疼痛は、侵害受容性疼痛や神経障害性疼痛が混在していることが多く、腫瘍の位置や浸潤、転移部位等によって特徴的な痛みを呈する²²⁾。それを他者に理解できるよう言語化することは認知機能が低下した高齢者には困難であることが多い。「痛みがあることを前提に行動、表情を見る」ことで〈表情や行動から痛みの有無を判断する〉ことをしていた。痛みは主観的な症状であり、患者自身の痛みの表現を尊重すべき²³⁾であるが、本人の訴えが認知症では不確実となるため、行動変化との照合による疼痛の判断方法は有用である⁷⁾。そ

れだけでなく、「その患者なりの余裕のなさに気づく」など、痛みと直接関連がないと思われる行動の中にも変化を見だし、〈表情や行動に表れない痛み気づく〉ことも行われていた。また、血圧などの生理的变化や睡眠状態、画像などの情報より〈客観的情報から痛みを把握する〉ことも行っていた。がん患者にとっての疼痛コントロールは重要であり、がん疼痛は患者の尊厳をも脅かし生活の質に影響を与える²⁴⁾。痛みの治療は評価から始まり²³⁾、疼痛緩和のために、まず【評価しにくい痛みを捉える】ことは必要不可欠な支援であると思われる。

また、がんは、がん性疼痛の他にも吐き気、倦怠感など様々な苦痛をもたらす。「タイミングよく質問する」ことで短期記憶が衰える高齢者の“今”の苦痛をキャッチし、「患者の表現を重視する」ことで語彙数が少なくなった高齢者の苦痛をくみ取ろうとしている。これら〈痛みの表現を促す〉、〈タッチングにより苦痛の表現を促す〉など【苦痛の表現を促す】は、表現しがたい苦痛を捉えるための重要な支援であると思われる。

看護師は、【安寧な環境を整える】ために、「普段を知っている家族からの情報を参考にする」など〈指針となるいつもの患者像を探索する〉ことをしていた。これは、自分自身が安寧な状態にあるかを表現しにくい高齢者に対して、いつもの状態を安寧な状態として軸におくことを示している。その上で〈緩和方法を探索する〉、〈生活環境を整える〉ことを行っていた。内田は、終末期高齢がん患者のその人らしさを支える看護実践は、“その人らしい生活を支え続けることと、その人の生き様を受け止める”の両方向から行っている構造であったと述べており²⁵⁾、【安寧な環境を整える】は、その人らしさを支える支援として重要であると言える。認知機能低下がみられる場合はなおさら周囲の支援が必要となる。

「腹をくくって向き合う」など〈患者に寄り添う〉姿勢や、「鎮痛薬を提示し、選択を促す」など〈残存している認知機能を刺激して主体性を高める〉は、認知症と正面から向き合い、【認知症を受容する】姿勢を示していると思われる。

様々な困難を抱える高齢がん患者への支援は、一つの職種では成しえない。日常ケアに関わる多くの職種や学問分野の人々のアプローチが必要であり²⁶⁾、【多職種で支える】ことが重要である。

V. 結 論

認知機能低下を伴う高齢がん患者の看護上の困難や支援に関する9文献を検討した結果、看護における困難として【痛みの評価が難しい】【疼痛緩和が難しい】【患者を中心に据えることが難しい】【患者をとりまく生活環境の調整が難しい】【認知症の受け入れが難しい】の5つが明らかとなった。支援として【評価しにくい痛みを捉える】【苦痛の表現を促す】【安寧な環境を整える】【認知症を受容する】【多職種で支える】の5つが明らかとなった。

看護における困難を認識することで、認知機能低下を伴う高齢がん患者の様々な苦痛に焦点を定めることができ、また、支援を意図的に提供することで、それら苦痛の軽減につなげることができ、認知機能が低下した高齢がん患者の自分らしい生活を支えることができるのではないかと考える。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、データとなる文献を限られたデータベースで検索し、症例・事例報告を除いていること、対象を65歳以上の患者に絞っていること、認知症と認知機能低下を明確に分類せず検索していることより、研究目的に応じたすべての研究論文を網羅しているとは言えない。

また、がん治療において、疼痛緩和は重要な位置を占めており、疼痛評価は欠かせない。海外では認知機能が低下した患者の行動や表情などの客観的指標から痛みの強さを評価する観察疼痛評価スケールが開発され、使用されているが、日本においてはそのような評価スケールを使用した報告は少ない。このような現状の中での認知機能が低下した高齢がん患者に対する困難と支援を明らかにするために日本で発表された論文を対象とした。認知機能低下を伴う高齢がん患者が増える現状

に対して、がんの発症、再発、治療変更、終末期それぞれの局面での看護における困難と支援を明らかにしていくことや、明らかとなった支援をもとに介入研究へと進めていくことも課題であると考え。

謝 辞

分析の全過程において四日市看護医療大学の宮崎徳子教授にご指導を頂きました。心から御礼申し上げます。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

- 1) 内閣府：令和2年版高齢社会白書（全体版）第1章高齢化の現状, https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/html/zenbun/s1_1_1.html, 2020.8.12
- 2) 厚生労働省：厚生労働省健康局がん・疾病対策課平成31年全国がん登録罹患数・率報告, <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000942181.pdf>, 2020.8.12
- 3) 日本臨床腫瘍学会・日本癌治療学会編集（2019）, 高齢者のがん薬物療法ガイドライン, 2-5, 南江堂, 東京.
- 4) 厚生労働省：3期がん対策推進基本計画, 第2分野別施策と個別目標, <https://www.pref.toyama.jp/documents/2677/01486909.pdf>, 2020.8.12
- 5) 厚生労働省：平成29年版高齢社会白書（全体版）, 第1章高齢化の状況, https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s2s_03.pdf, 2022.8.12, 2020.8.12
- 6) 国立がんセンターがん情報サービス：4. がんの生存率, https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/annual.html, 2020.8.12
- 7) 久米真代, 高山成子, 小河育恵, 他（2015）：がんにかかった認知症高齢者に対する疼痛の観察・判断に関する看護師の困難と工夫, 石川看護雑誌, 12, 45-52.
- 8) 北川公子（2019）：認知機能低下のある高齢患者の痛みの評価, 老年精神医学雑誌, 23(8), 967-976.
- 9) 小山裕子, 森本悦子, 石橋みゆ（2019）：一般病院に通院する後期高齢がん患者への医療専門職連携における取組みと課題, 関東学院大学看護学誌, 6(1), 1-8.
- 10) 岩田尚子, 諏訪さゆり（2021）：訪問看護導入の必要がある外来化学療法を受ける高齢がん患者の特徴, 日本がん看護学会誌, 35, 206-215.
- 11) 森本悦子, 石橋みゆき, 小山裕子（2018）：一般病院に通院する後期高齢がん患者の療養支援における専門職の課題と取り組み, 高知女子大学看護学会誌, 43(2), 62-69.
- 12) 塚越徳子, 二渡玉江, 京田亜由美, 他（2021）：がん関連領域の専門・認定看護師が捉える認知症を有するがん患者・家族に対する看護上の課題, 日本がん看護学会誌, 35, 237-246.
- 13) 日本緩和医療学会編集：専門家をめざす人のための緩和医療学 改定第2版（2019）, 60-88, 南江堂, 東京.
- 14) Shuji Iritani, Mizuho Tohgi, Hiroaki Miyata, et al. (2011). Impact of dementia on cancer discovery and pain. *Psychogeriatrics* Mar, 11(1), 6-13.
- 15) 田中正孝, 松比良彩, 桐原本佳代, 他（2006）：認知症で疼痛を的確に表現できない口腔がん患者の疼痛コントロール, 国立病院看護研究学会誌, 2(1), 9-13.
- 16) 野口智子（2009）：認知症に乳がんが合併した患者の在宅看護, 認知症ケア事例ジャーナル, 2(3), 231-235.
- 17) 小川朝生, 田中登美（2019）：認知症 plus がん看護, 2-53, 日本看護協会出版会, 東京.
- 18) 前掲 13) 406-434.
- 19) 箕岡真子（2010）：認知症ケアの倫理, 36-46, ワールドプランニング, 東京.
- 20) 日本神経学会監修（2017）：認知症診療ガイドライン 2017, 2-5, 医学書院, 東京.
- 21) 松尾香奈（2011）：一般病棟において看護師が体験した認知症高齢者への対応の困難さ, 赤十字看護大学紀要, 25, 103-110.
- 22) 特定非営利活動法人日本緩和医療学会編集（2020）：がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2020年版, 22-33, 金原出版. <https://jspm.ne.jp/guidelines/pain/2020/pdf/pain2020.pdf>, 2020.8.12
- 23) 前掲 22) 34-38.
- 24) 武田文和 訳, 世界保健機構編（平成5年）：がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア, 50-51, 金原出版, 東京.
- 25) 内田絵美子, 加藤真紀, 原祥子（2022）：終末期高齢がん患者のその人らしさを支える看護実践, 老年看護学, 27(1), 80-87.
- 26) 前掲 19) 15-21.

