

高齢がん患者への意思決定支援 –がん専門病院における取り組みから–

坂本はと恵[†]

第70回国立病院総合医学会
(平成28年11月12日 於 沖縄)

IRYO Vol. 72 No. 3 (126–130) 2018

要旨

【はじめに】介護者が不在あるいは患者自身・家族が認知症を有するような、高齢がん患者への意思決定支援計画（Advance Care Planning：ACP）の必要性が高まっている。今回、認知症を有する家族への病状説明や死後手続きを近親者および地域医療福祉従事者と協働して実施し、早期からの ACP の重要性が再確認された症例を報告する。【症例】A 氏、60 代男性。右上葉肺癌、多発骨転移、右膿胸。201X 年 9 月に血痰、体重減少、胸部痛が出現し、翌年 1 月に自宅近医受診。右大量胸水を指摘され、国立がん研究センター東病院で紹介受診、即日緊急入院となる。入院から 10 日後、気管支鏡検査中に心肺停止、蘇生するも低酸素脳症状態が継続し集中治療室管理、入院から 2 カ月後に死亡退院となる。未婚、認知症疑いの父親が同居。知人が身元保証人。医療ソーシャルワーカーは、急変前日に本人より、「今、銀行口座の残金は 3 万円しかない状態。父親やこの病院に迷惑をかけたくない。今後のことは公的な支援でなんとか道筋を立てられないだろうか」との希望があり介入。【結果】①地域包括支援センターと協働し父親の療養先の確保、②弁護士・会計士と協働し、財産相続・医療費の支払いについて手続きを実施、③主治医・精神科医・看護師等と協働し、主たる代弁者となった知人のストレス反応に留意しつつ、父親と知人の代理決定の支援を実施した。【考察】今後、認知症を合併したがん患者の治療をどのように実施していくのかや、患者の家族が認知症であった場合、代理意思決定を誰がどのようにして担うのかといった問題は、今後ますます議論が求められるであろう。ACP は、終末期医療の場面で始めるものではなく、医療を必要とする前から、あるいは医療を必要とした初期の段階から意識化され、必要とする場合に備えて、それぞれの家族や近親者との間で「思い」「考え」「価値観」を共有しておくことが求められている。

キーワード 高齢がん患者、意思決定支援計画

国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院 サポートケアセンター／がん相談支援センター 副サポートケアセンター長 †医療ソーシャルワーカー
著者連絡先：坂本はと恵 国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院
サポートケアセンター／がん相談支援センター 〒277-8577 千葉県柏市柏の葉 6-5-1
e-mail: hasakamo@east.ncc.go.jp

(平成29年5月16日受付、平成29年7月14日受理)

Actual State of and Challenges in Advance Care Planning for the Terminal Care of Elderly Cancer Patients
Hatoe Sakamoto Yamaguchi, MSW Hospital Supportive Care Center, National Cancer Center Hospital East
(Received May 16, 2017, Accepted Jul. 14, 2017)

Key Words: elderly cancer patients, advance care planning

はじめに

現在、わが国が直面している社会的問題の筆頭は、世界に先駆けて到来した少子高齢化問題である。これは、好発年齢が60代後半のがん領域では避けて通れない問題である。

また、がん患者にとり年代を問わず問題となりつつあるのは、長期化する治療費負担の増加である。新薬開発にともなう治療の長期化は、長期生存の実現を患者にもたらすと同時に、患者や家族に終わりのない医療費の捻出という形で経済的負担を強いるものとなり、現在、国際的にも重要な検討課題の1つに挙げられるほどである。

本稿では、少子高齢化の時代にがん治療を受けることが患者・家族の生活に与える影響を概観したうえで、肺がん患者の事例をもとに医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker：MSW）による意思決定支援のあり方について述べる。

現代のがん患者を取り巻く社会的問題

2015年、わが国の少子高齢化は大きな転換期を迎えた。戦後のベビーブーム世代が65歳に到達したのである。続く2016年にも一つの転機を迎えた。2016年を境に74歳未満の人口は減少に転じ、75歳以上の高齢者は増加の一途をたどる見込みである。

若い世代の人口が減少し、高齢者が増えるということは、高齢者の支え手を失うということに直結する。実際、1970年代のわが国では65歳以上の高齢者1人を9.8人の現役世代が支える構造であったが、約30年を経た2015年には高齢者1人を2.3人の現役世代が支えるところまで若い世代は減少した。今から15年後の2030年には1.8人の現役世代が1人の高齢者を支える構造へ至る見込みである。（<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/zenbun/index.html>, 2015年12月1日確認）

このように少子高齢化が進むと、疾病構造も変化する。急性疾患から慢性疾患へという傾向が強まり、その中でも認知症患者は、2025年に現在の1.5倍の700万人に増加、65歳以上の高齢者の5人に1人が認知症という割合に達する見込みである¹⁾。今後、医療現場では、患者自身あるいは患者の配偶者が認知症であり、介護者の確保に苦慮する状況の患者と出会う場面が、増えていくであろう。

こうした人口動態や疾病構造の変化は、高齢がん

患者のがん治療の遂行に3つの影響をもたらす。一点目は、がん治療の実施場所が外来に移行した今、患者や家族による管理が主となりつつある治療前後のセルフケアの遂行能力の低下である。二点目に、患者自身が認知症あるいは独居で身寄りがいない場合などに、治療法や療養の場の選択において意思決定や代理決定が困難となる点である。最後に三点目として、薬価の高額な分子標的治療薬による治療を継続して受療しようとしたとき、長期的な治療費の捻出が患者や家族に求められる点があげられる。いずれも、複数人の家族による支援があってこそ成り立つものであるが、今後家族内の支え手が減少する中、1人の子世代が人的にも経済的にも役割を担うことは現実的とはいえない。

なお、家族内で十分に人的・経済的な支援を実現することが難しい場合に、社会資源を活用しながら生活基盤を確保することが必要不可欠になる。しかし、わが国における社会資源の活用には原則自己申請が必要であること、疾患別に区分されておらず情報が煩雑であることから、がん患者自身が自身の状況に合致した社会資源を同定し、適切な窓口へ申請することは容易ではない。すなわち支え手の少ない高齢がん患者が適切な支援を獲得し、安全に治療を完遂するためにも、医療者による積極的支援が必要不可欠な時代となったのである。

意思決定支援計画

（Advance Care Planning：ACP）とは

ACPとは、「身体機能低下や意思決定能力低下をみすえて、今後の治療・ケア・療養生活に関する本人の意向や代理判断者について、患者、家族、医療者やケア提供者などの関係者が話し合い、本人らしさを生かした計画を立てていくプロセス」²⁾と定義される。

ACPのポイントは、①患者が希望すれば家族や友人たちとともに行われること、②話し合いの結果は、1人で決めて書面に残すという形式ではなく、周囲の人との話し合いの内容を記述しケアに関わる関係者の間で共有されること、③時間の経過や周囲の状況により内容が変化する可能性もあることから、定期的に見直されることが望ましいとされている点である。また、ACPで話し合われる内容としては、①患者本人の気がかりや意向、②患者の価値観や目標、③治療や療養に関する意向や選好、その提供体

制、が含まれる。

なお、ACP 実施の効果としては、患者と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少することが明らかになっている³⁾。

事 例

1. 事例概要

A 氏、60代男性。右上葉肺癌、多発骨転移、右膿胸。201X 年 9 月に血痰、体重減少、胸部痛が出現し、翌年 1 月に自宅近医受診。右大量胸水を指摘され、国立がん研究センター東病院（当院）で紹介受診、即日緊急入院となる。入院から10日後、気管支鏡検査中に心肺停止、蘇生するも低酸素脳症状態が継続し集中治療室管理となる。

本人は印刷業を営んでおり、認知症疑いの父親が同居、それ以外の親族とは数十年来疎遠であり、当院の身元保証人は、知人が担っていた。

MSW は、急変前日に本人の希望があり介入。その際の主訴としては「気位の高い父親に介護サービスを受けさせるわけにはいかず、家政婦を雇っている。しかし今、銀行口座の残金は3万円しかない状態。父親やこの病院に迷惑をかけたくない。今後のことは公的な支援でなんとか道筋を立てられないだろうか」ということであり、家政婦や会社関係者、地域包括支援センターと連携することについて A 氏の了承を得た。

2. 支援経過

①父親の療養先

地域包括支援センターと家政婦の協力を得て当院へ来院。精神科医同席のもと、父親の理解状況に合わせて A 氏の病状について説明を実施した。併せて、緊急一時入所事業を利用し特別養護老人ホームへ入所、その後医療機関受診および介護保険申請を行い、長期的に入所可能な施設の申し込みを実施した。

②財産相続・医療費の支払い等

身元保証人である知人の協力により、本人が経営する会社の会計士、弁護士が来院。担当医より、今後、A 氏の意識の回復は困難であることの説明を実施。関係者の協議により、会社が A 氏へ給与を支払う形をとり、相続財産管理人を弁護士へ依頼し相続財産の調査や管理が開始されるとともに、相続人相続の手続きを依頼した。

③代理意思決定

急変後は、本人の治療同意が困難であることから、①文章に残す、②図示をする、③繰り返し確認をする等の環境調整を実施しつつ、知人同席のもと父親へ説明を実施した。なお、その際には、倫理的な観点から、これ以上の延命措置を実施しないことについても説明を実施し父親と知人より同意を得た。

面談直後に知人からは「こういった状況になったときに、延命しないでくれ、と本人からいわれたことはない。そういった話をしたこともないのに、自分が代わりに決めるようなことをしてよかったのだろうか。本当は延命してほしいのではないか。本人は悔しいだろうと思うと、いろんなことが手につかない」といった表出が繰り返された。こうした知人のストレス反応に対しては、①日常生活を崩さないように声かけを実施、②行動やコミュニケーションにまとまりがあり、焦点を絞った話し合いができているか、③経過を見守りつつ、強い喪失感や不眠がみられる場合は精神科の支援も可能であることを情報提供する等、ストレス反応に対する医学的支援の必要性を確認しながら支援を継続した。

3. その後の経過

A 氏は、入院から2カ月後、父親と知人に見守られながら永眠された。その後、父親は自宅を売却し施設へ入所している。なお、A 氏の経過について、知人は「A 氏は、父親のことが気になって体調が悪くてもなかなか病院に行かなかった。その結果、『人に迷惑をかけたくない』という本人の意向とは程遠い状況で最期を迎えてしまった」「備えておかなければ、何も希望は叶えられない」と、A 氏の経過を踏まえて、医療を必要とする前からの ACP の重要性を語っておられた。

少子高齢化社会に対応すべく 地域包括システムの構築

千葉県柏市は、人口約40万人の首都圏の典型的なベッドタウンであり、今後、後期高齢者は全国平均を大幅に上回って急増すると推計されている市である。とくに高齢化が加速しているのが、1964年に開発された豊四季台団地であり、高齢化率はすでに40%を超える状況である。こうした状況を踏まえ、柏市では、豊四季台団地をモデルとして、国の推進する「在宅医療を含む地域包括ケアシステム」の実

Aging in Place: コミュニティーで社会実験

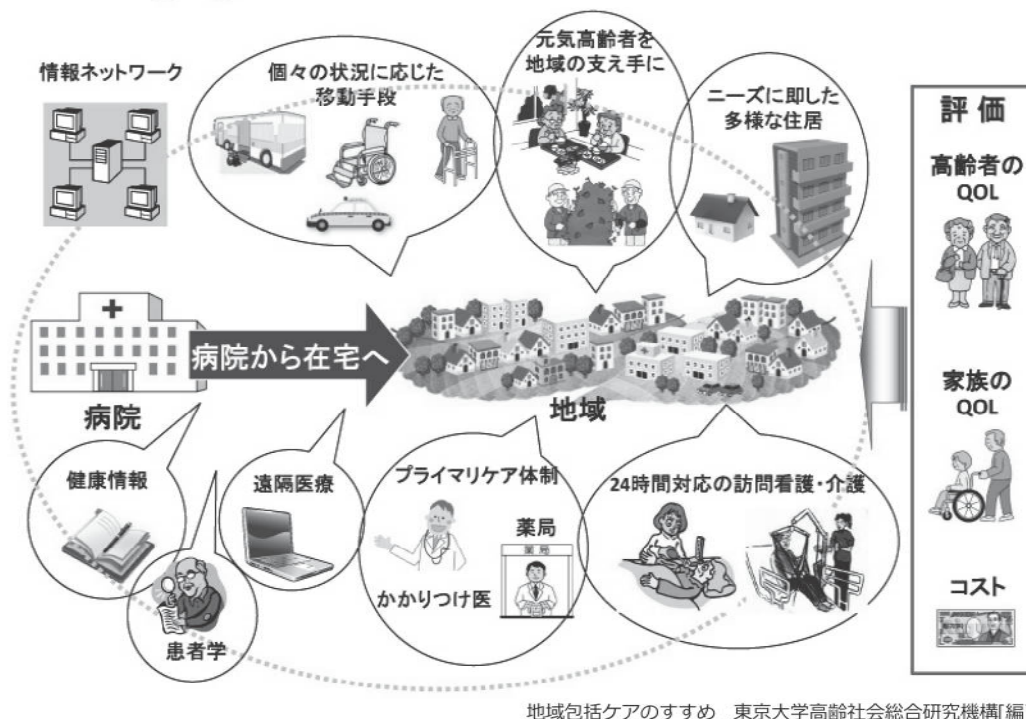


図1 豊四季台プロジェクト

現を目指し、2007年より「豊四季台プロジェクト」をスタートした。

とくに、在宅医療の側面からは、病気になっても住み慣れた家で暮らすことを目指して、介護保険サービスと医療サービスを切れ目なく適切に受けられるよう、①在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築、②在宅医療を行う医師等の増加および多職種連携の推進、③情報共有システムの構築、④市民への啓発、相談・支援、⑤上記を実現する中核拠点（柏地域医療連携センター）の設置、を展開している。なお、これらの事業は、行政・U R都市機構・東京大学および産業界、地域住民が協働する形で実施されていることが特徴である⁴⁾（図1）。

2016年時点で、のべ1万3000人以上の市民および地域医療福祉従事者が本プロジェクトの何かしらの活動に参加しており、その取り組みの成果として、①柏市内の訪問診療実施数は1,255人（2012年）から1,655人（2015年）に増加、②柏市内訪問診療による自宅看取り数は47人（2010年）から189人（2014年）に増加している。

本プロジェクトの成果をみると、医療の提供体

制やサービス利用・最期の過ごし方に関して、市民と医療福祉従事者といった多くの関係者が対話する場を提供することが、少子高齢化社会においてACPを促進する契機となるかもしれない。

おわりに

2025年問題に示されるとおり、少子高齢化問題は急激に顕在化している。今後、介護者不在の単身高齢者が意思決定困難となった場合に治療をどのように実施していくのか、患者の家族が認知症であった場合に代理意思決定を誰が担うのか、といった問題について、より詰めた議論が求められるであろう。その時に、重要となるのは、いつか医療を必要とする場合に備えて、市民がそれぞれの家族や近親者との間で「思い」「考え」「価値観」を共有しておくことである。そうすることで、代理意思決定を求められた際に、家族や近親者の意思ではなく、患者の言葉を代弁することが可能となる。すなわちACPは、終末期医療の場面で始めるものではなく、医療を必要とする前から、あるいは医療を必要とした初期の段階から取り入れられることが求められている。

〈本論文は、第70回国立病院総合医学会シンポジウム「医療現場における患者・家族への意思決定支援－少子高齢化社会の到来を見据えて」において「高齢がん患者への意思決定支援－がん専門病院における取り組みから－」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

[文献]

- 1) 二宮利治. 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業) 研究報告書: 20-27, 2015.
- 2) Singer PA, Robertson G, Roy DJ. Bioethics for clinicians: 6 Advance care planning. CMAJ 1996; 155: 1689-92.
- 3) Datering KM, Hancock AD, Reade MC et al. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: Randomised controlled trial. BMJ 2010; 340: c1345.
- 4) 東京大学高齢社会総合研究機構. 地域包括ケアのすすめ 在宅医療推進のための多職種連携の試み. 初版. 東京: 東京大学出版会; 2014.