

総 説

アドバンスケアプランニングの概念分析  
～がん患者の看護支援への有用性の検討～

**Concept Analysis of Advance Care Planning  
～ A Study on the Usefulness of  
Nursing Support for Cancer Patients～**

田代 真理 (Mari Tashiro)\* 藤田 佐和 (Sawa Fujita)\*\*

要 約

アドバンスケアプランニングの概念を明確にし、がん患者の看護支援への示唆を得るために、Walker & Avantの概念分析の手法を用いて分析した。属性として【患者らしさの探求】【エンドオブライフケアの取り決め】【患者主体の人生計画】【対話に基づく確かな共有】【継続的な取り組み】の5つが、先行要件として【エンドオブライフの認識】【将来の意思決定能力】が、帰結として【エンドオブライフケアの向上】【患者・家族の満足】が抽出された。アドバンスケアプランニングは、「がん患者のエンドオブライフを見据え、意思決定能力の低下に備えて、患者や家族、患者の大切な人、医療従事者がともに患者らしさを探求し、患者を主体としながらエンドオブライフケアにおける対話のプロセスを共有していく継続的な取り組み」と定義できた。今後は、がん患者の看護支援におけるアドバンスケアプランニングの活用をすすめていき、概念の有用性を検討していくことが課題である。

キーワード：advance care planning 概念分析 がん患者

I. はじめに

日本において2人に1人が罹患すると言われているがんは、総死亡率の30%を占め、1981年から死因の第1位を占め続けており（厚労省、2015）、人々に「死」や「苦痛」を想像させ、「怖い」というイメージを持たれている（内閣府、2017）病気である。一方でがんに対しては様々な治療法が開発され、集学的治療を中心とした医療技術が普及し、終末期においても積極的な治療を選択することが可能となってきた。しかし、多様な価値観の中では患者が積極的な治療を希望しない場合や、積極的な治療が必ずしも最善と言えない状況も生じるようになった（樋口、2016）。このような中、がん患者は自らの病状に合わせて、治療やケアをどこで、どのように、どこまで行っていくか意思決定していくことを迫られるが、複雑な治療内容や、

社会資源をどのように選択していくか、適切な知識がなければ患者だけで決めていくことは困難な状況であると言える。がん対策基本法では「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法などが選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること」といった基本理念が示され、患者が最期まで自分らしくあるためにがん患者に対する意思決定支援の重要性が示されている。

近年では、エンドオブライフを見据えた意思決定支援のアプローチ方法として、「Advance Care Planning（アドバンスケアプランニング）：以下ACP」という概念が注目されている。阿部（2015）によるとACPとは、「将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・ケア・療養に関する意向、代理意思決定者などについて患者、家族、そして医療者があらかじめ話し合うプロセス」と述べられている。海外の先行研究では

\*高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

\*\*高知県立大学看護学部

ACPによりがん患者と関係者のコミュニケーションが円滑になり、緩和ケア等患者の望む治療やケアが受けられるようになり、QOLが向上した (Cohen, 2011; Johnson, 2016) という報告がされている。しかし日本においては、ACPは広く浸透していないのが現状である。そこで、ACPの概念分析を行い、ACPとは何か、日本におけるがん患者への看護実践としてどのような介入が可能か検討していく必要があると考えた。

## II. 研究目的

本研究の目的は、「アドバンスケアプランニング」の概念分析を行い、その構成要素や定義を明らかにし、がん患者のアドバンスケアプランニングにおける看護支援の示唆を得ることである。

## III. 研究方法

### 1. 概念分析の方法

Walker & Avant (2005) は、概念分析は概念の基礎となる要素を調べる過程であり、概念を単純な要素に分割することによって概念の内部構造を明らかにすることができ、看護実践を記述するための標準化された言語を開発する。また、概念間の類似と相違を区別し、曖昧な概念を再定義する際に有効であると述べている。本研究は日本ではまだ開発段階にあるACPの構成要素や定義を明らかにし、がん患者への看護支援の示唆を得ることを目的としているため、Walker & Avantの概念分析の方法を用いた。分析の手順は、既存の文献や資料から、ACPの定義や要素について言及しているものを抽出し、概念の用法、概念の属性、モデル例の提示、先行要件と帰結を明らかにし、概念の定義を検討した。概念の属性、先行要件、帰結の検討は記述内容をコード化し、サブカテゴリーからカテゴリーへと抽象化していった。

### 2. データ収集方法

海外文献は、CINAHL、MEDLINEを用いて1995-2016年の期間で、「advance care planning」「cancer」「nurse」のキーワードをもとに検索した結果、研究報告や総説を含め79文献が抽出された。その中からタイトルや要約を確認し、内容がACPと無関係なもの、英語以外の言語のもの、重複文献を除外し、ACPの定義や要素について記載されている文献を選択した。また主要文献の他、引用・参考文献も用い29文献を分析対象とした。国内の文献は、医学中央雑誌(1983-2016年)を用いて「アドバンスケアプランニング」「事前ケア計画」のキーワードを用いて検索した。国内文献ではACPに関する研究報告は限られており、会議録、原著論文の他に、総説・解説も含めタイトル、抄録を精読し、ACPの定義について触れている8文献を抽出し、分析対象とした。最終的に、海外・国内文献合わせて37文献を分析対象とした。

## IV. 結果

### 1. アドバンスケアプランニングの用法

#### 1) アドバンスケアプランニングの歴史的背景と用法

1970年代、米国では医師のパターナリズムに基づいた医療への批判から、患者の自律を尊重する患者中心の医療へパラダイムが移り始めていた (阿部, 2015)。1976年の「カレン・クインラン事件」では、ニュージャージー州最高裁が植物状態にあったカレンの人工呼吸器を外す権限を後見人である親に認めた。同年、カリフォルニア州では自然死法が制定され、リビングウィルがあれば延命措置の差し控えや中止をしても医師の責任が問われることはないと明記され、自己決定によって自らが望まない延命を拒否できることが承認された (樋口, 2016)。1990年アメリカで患者の自己決定権法 (patient self-determination act: 以下PSDA) が制定され、意思決定能力低下に備えて患者が自らの意向を知

らせておく事前指示 (advance directive : 以下AD) が法的効力を持って広く認識されるようになった。しかし、PSDA施行後もAD作成率の明らかな向上は認められず、AD作成があった場合でも文書化されたものが共有されないまま結局は患者の意向が尊重されていないケースがみられ、ADの成果については否定的な報告が多くみられるようになった (Rogne, 2014)。ADが十分に機能していないことを受け、支援方法の検討が行われ、Emanuelら (1995) は、終末期医療における患者の意向について書類を作成することに重点をおくのではなく、その作成過程の話し合いの重要性を指摘して「ACP」を提案した。その後、アメリカやイギリス、オーストラリアなど各国でACPが普及するようになった (阿部, 2015)。ACPは人の死に関わる内容を含んでおり、医学分野だけでなく、法学、倫理学の分野でも取り上げられている。医療倫理学では、終末期医療における自律尊重や善行という倫理原則の視点から (瀧本, 2016)、法学では尊厳死・安楽死の課題を含んだ終末期医療の法的整備に関する視点から (樋口, 2016)、医学では終末期医療の実態や終末期の意向確認の方法など臨床実践の視点から (阿部, 2016) ACPが論じられている。また、日本ではACPは近年注目されてきた概念であり、「アドバンスケアプランニング」をキーワードに抽出された文献は、「事前指示 (advance directive)」「living will」「DNR」に焦点をあてた内容のものがほとんどであった。角田 (2015) は、日本のACPの現状を調査し、ACPを必要とする医療機関や居宅などの「場」、終末期や高齢期などの「時期」、治療方法やケア、治療の中止や差し控えなどの「選択」、判断能力の低下やがん末期状態、経口摂取困難などの「状態」、患者、家族、医師、看護師などの「人」と、ACPが必要としている意思決定支援やコミュニケーション、その人らしさを活かす日常生活ケア、家族への支援などの「援助技術」、政策などACPを実行しやすくする「システム」がACPの具体的な形を作る構成要素

であったと報告している。

## 2) アドバンスケアプランニングの定義

生命倫理百科事典Ⅱ (2007) によるとadvance care planningは事前ケア計画と同義であり、「ACPとは将来意思決定能力を失った場合の意思決定に備えた、患者によるあらゆる計画の作成を指す」とされている。ACPの定義は、様々であり、統一したものは見られていない。例えば、イギリスのNHS (National Health Service : 2007) では「個人及びそのケア提供者との間で行われる自発的な話し合いのプロセスである。患者が望めば家族や友人を話し合いに含め、患者の同意のもとに記録され、定期的に見直し、ケアに関わるキーパーソンと共有されるべきものである」、アメリカ医師会 (Domon, 2001) では「患者が自分で意思決定ができなくなった場合の将来的な医療について、医師、患者、家族または代理意思決定者間で継続的に話し合うこと」、日本におけるACPの現状について研究した角田 (2015) によると「身体機能の低下や意思決定能力の低下を見据えて、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、本人らしさを活かした計画を立てていくプロセス」と定義されており、各文献によって表現やニュアンスが多少異なっている。

## 3) アドバンスケアプランニングの類似概念

ACPの類似概念としては、アドバンスディレクティブ (Advance Directives : AD)、リビングウィル (Living Will)、DNAR (Do not attempt resuscitation)、エンドオブライフケアがある。ADは生命倫理辞典 (近藤, 2002) によると、「事前指示」と訳され、「現在権能を持っている人が、将来自らの判断能力が失われた事態を想定して、その際自分に行われる医療行為への意向について事前に意思表示をすること」と定義されている。さらに生命倫理百科事典Ⅱ (2007)

では、ADには代理人指示 (proxy directives) と内容的指示 (instructional directives) の2種類があるとされている。阿部 (2015) は、ACPで話し合われる内容はADと大きく変わらないが、ADが最終的な産物としての事前指示書に焦点が当たっているのに対し、ACPは話し合いのプロセスに焦点が当たっていることが大きな違いであると述べている。リビングウィルは、判断能力のある成人が、将来自らが判断能力を失った際に、自分に行われる医療行為に対する意向を前もって文書によって意思表示することであり (鶴若, 2004)、一般にADの内容的指示を文書化したものであると言われている (木澤, 2012)。DNARは、終末期医療や救急医療の現場において心肺停止状態に陥った時、心肺蘇生などの蘇生処置を試みないでほしいという患者側の意向であり、蘇生処置についてのみの意向であり、リビングウィルの一部として位置づけられている (阿部, 2015)。エンドオブライフケアとは、診断名、健康状態、年齢に関わらず、差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考える人が、生が終わるときまで最善の生を生きることができるよう支援すること (長江, 2015) とされており、エンドオブライフケアを実践する重要なアプローチ方法の一つとしてACPは取り上げられている。

## 2. アドバンスケアプランニングの属性

ACPの属性として【患者らしさの探求】【エンドオブライフケアの取り決め】【患者主体の人生計画】【対話に基づく確かな共有】【継続的な取り組み】の5つが抽出された (表1)。

【患者らしさの探求】とは、患者の価値観を理解し (Green, 2011: Pettifer, 2013中澤, 2014: 田中, 2015)、治療やケアの目標を探っていく (Boyd, 2010: Prommer, 2010: Street, 2010: Zhou, 2010: Volandes, 2012: Clark, 2015: 竹内, 2015: 田中, 2015: Johnson, 2016) ことである。

【エンドオブライフケアの取り決め】とは、

患者に将来の目標を考える機会を作り (El-Jawahri, 2010: Hirschman, 2010: Cohen, 2011: Green, 2011)、将来の医療やケア (Kuczewski, 2000: Cohen, 2011: Green, 2011: Fu, 2012: Epstein, 2013: Lyon, 2013: Pettifer, 2013: Schubart, 2014: 田中, 2015: Rietjens, 2016)、代理意思決定者 (Prommer, 2010: Green, 2011: 片山, 2014: 角田, 2015) を決めていくことである。

【患者主体の人生計画】とは、患者に意思決定への参加を促し (Qaseem, 2008: Green, 2009: Street, 2010: Pettifer, 2013)、患者が主体となって (Boyd, 2010: Zhou, 2010: Fu, 2012: De Vleminck, 2014: Rietjens, 2016)、患者らしさを活かした計画を立てていく (伊藤, 2009: 有田, 2012: Garrido, 2014: 中澤, 2014: 角田, 2015) ことである。

【対話に基づく確かな共有】とは、患者の意思決定を共有していくために、それぞれの関係者がコミュニケーションをとったり (Prommer, 2010: Zhou, 2010: Pettifer, 2013: 中澤, 2014: Lund, 2015)、患者にとって大切な存在である家族の意向確認や理解が得られるように家族との対話を促進したり (Horne, 2006: Qaseem, 2008)、患者・家族・医療関係者など関係者全員で話し合いを行いながら (Smith, 2008: Prommer, 2010: Volandes, 2012: Epstein, 2013: 中澤, 2014: 角田, 2015: Tokito, 2015: 田中, 2015: Johnson, 2016)、意向を文書化 (Smith, 2008: Volandes, 2012: Mishael, 2015) していくことである。

【継続的な取り組み】とは、がんのすべての段階で (Lorenz, 2006)、意向を定期的に見直しながら継続的に更新していく (Street, 2010: 片山, 2014) ことである。



表1 アドバンスケアプランニングの属性

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
患者らしさの探求	患者の価値観の理解	患者の意向、価値観、人生観、気がかりなどを明らかにする(中澤,2014: 田中,2015)
		価値を明確にし、優先順位を付ける(Green,2011)
		希望を明確にする(Pettifer,2013)
	患者の治療・ケアの目標を探る	個人的な目標、願い、今後のケアに対する嗜好を明らかにする(Boyd,2010)
		治療の好みを明らかにする(Prommer,2010)
		彼らの望む生命維持の範囲、死亡場所、その他個人的、宗教的嗜好を知る(Street,2010)
将来のケアと終末期の決定に関する価値、目標、嗜好を探る(Zhou,2010: 竹内,2015)		
エンドオブライフケアの取り決め	将来の目標を考える機会を作る	患者に将来の目標や期待を考える機会を作る(El-Jawahri, 2010)
		予後、ADIに関する情報、蘇生(DNR)オプションの説明、緩和ケアに関する情報、および療養場所に関する説明を行う(Cohen,2011)
		医療やケアを説明する(Green, 2011)
	将来の医療・ケアの決定	特定の生命維持治療に関する質問をする(Hirschman,2010)
		将来の医療処置の決定(Cohen,2011: Lyon,2013: Pettifer,2013)
		AD(LWと医療代理人)とDNRの議論と決定(Kuczewski,2000: Fu, 2012)
人生の終わりに医療に関する具体的な指示を引き出す(Rietjens,2016)		
代理の意思決定者を選定	CPRIに関する意思決定(Epstein,2013)	
	将来の医療ケアを計画(Epstein,2013: Schubart,2014: 田中,2015)	
患者主体の人生計画	意思決定への参加を促す	希望と目標を事前の指示の形で医療計画(Green,2011)
		代理意思決定者の選定(Green,2011: 片山,2014: 角田,2015)
		代理人を将来的に特定(Prommer,2010)
	患者主体のプロセス	医療意思決定への個人の関与を促進する(Green,2009)
		情報に基づいた選択肢に基づいて患者を関与させる(Pettifer,2013)
		価値を引き出し、感情的な文脈に取り組む(Qaseem,2008)
患者らしさを活かした計画	意思決定を予測し、表現できるようにする(Street,2010)	
	自発的なプロセス(De Vleminck,2014)	
	深刻な病気の変化に対して自分自身で準備(Rietjens,2016)	
対話に基づく確かな共有	関係者間のコミュニケーション	個人と介護者の間での任意の議論(Boyd,2010)
		参加する患者によって決定(Fu, 2012)
		患者中心のコミュニケーションプロセス(Zhou,2010)
	家族との対話の促進	患者の価値観や考え方に基いた人生設計(有田,2012)
		本人らしさを生かした計画を立てていく(角田,2015)
		患者が作成するプランニング(伊藤,2009)
関係者全員の話し合い	患者の価値観や嗜好を尊重する(Garrido,2014)	
	患者の意向を尊重して医療を行おうとする取り組み(中澤,2014)	
	患者、家族、愛する人、医療従事者との間のコミュニケーション(Prommer,2010)	
意向の文書化	個人とそのケア提供者との間の議論(Zhou,2010: Pettifer,2013)	
	家族や医療従事者と共有する(中澤,2014)	
	患者、患者にとって大切な人、および医師の間の相互作用(Lundr,2015)	
継続的な取り組み	家族介護者との相談(Qaseem,2008)	
	患者および介護者との対話(Home,2006)	
	患者、家族、愛する人、医療従事者と一緒に取り組む(Smith,2008: Epstein,2013: Johnson,2016)	
全てのプロセス	患者や家族および重要他者などと医療者の十分な相談(中澤,2014: Tokito,2015)	
	患者、家族、医療者やケア提供者などの関係者が話し合い(角田,2015: 田中,2015)	
	患者と一緒に計画する(Volandes,2012)	
継続的な取り組み	医療における患者の嗜好を文書化(Volandes,2012)	
	ケアの嗜好を書き記していく(Smith,2008)	
	文書化するプロセス(Mishael,2015)	
継続的な取り組み	振り返りの繰り返し	病状経過の中でその内容は変化することを前提に、繰り返し実践し続けるもの(片山,2014)
	全てのプロセス	年をとるにつれて状況が変わったかどうか、信頼できる意思決定者がその役割に最も適切な人であるかどうかを確かめるためにアドバンス・ケア・プランを再訪問する(Street,2010)
		がんのすべての段階に関連する(Lorenz,2006)

### 3. モデル例

ACPの概念分析より抽出された属性の5つの構成要素ががん患者への看護支援に有用であるか検討するためにモデルケースを示す。

Aさんは70歳代、女性で、胃がん術後に腹膜播種で再発が認められ、症状コントロールのため入院となった。主治医を含め担当看護師は、Aさんと家族に病状を説明し、抗がん剤継続を薦める一方で、今後、どのように生活を送っていきたいか、抗がん剤の効果が見られなくなった時にどのように療養生活を送りたいか意向を尋ねたく【患者の治療・ケアの目標を探る】。今後の目標を決めていくにあたって、看護師はAさんが今までどのような人生を送ってきたのか、何を大切にしてきたのかを聞きながら【患者の価値観の理解】、患者と一緒に考えた【患者らしさの探求】。Aさんは看護師にすすめられ【将来の目標を考える機会を作る】、夫と娘と話し合い【家族との対話の促進】、「苦しいのは嫌だが、抗がん剤が効く間は頑張りたい。動けなくなったら自宅ではなく、緩和ケア病棟に入院し、家族に迷惑をかけないように過ごしたい。叔父が人工呼吸器をつけて辛そうだったので、そのようなケアはお断りします。」と自分の思いを打ち明けた【将来の医療・ケアの決定】【エンドオブライフケアの取り決め】。その後、Aさんは約1年間、抗がん剤治療を体調とスケジュールに合わせて休薬を繰り返しながらも在宅療養しながら続けた。外来受診時には、医療者と治療継続や中止について相談できたのみならず、夫や娘同伴の定期外来では、家族についての気がかり（孫の受験・娘の負担・残される夫への配慮など）を医療者を介在させて語ることで、自らの意向を家族に対しても改めて伝えることができた。また抗がん剤中止の話が出始めた頃、Aさん、家族成員それぞれの現状認識と希望を確認しながら【関係者間のコミュニケーション】、代理意思決定者【代理の意思決定者を選定】や終末期のケア、延命処置に対する希望、今後の療養場所の希望など【将来の医療・

ケアの決定】について皆で話し合い【関係者全員の話し合い】、今後の方針を決めていった【エンドオブライフケアの取り決め】。話し合いの内容は所定の用紙に記録され【意向の文書化】、皆で共有した【対話に基づく確かな共有】。最終的にAさんは抗がん剤中止後、Aさんの希望に添って緩和ケア病棟に入院し【患者主体のプロセス】、点滴などの処置は一切受けなく、最期は大好きな柿を食べ、夫と娘に見守られながら、「ありがとう」とみんなに言って旅立って逝った【患者らしさを活かした計画】【患者主体の人生計画】。医療従事者、家族も定期的にAさんの意向を確認しながら【意思決定への参加を促す】、Aさんの希望に添って治療・ケアを行うことができ【継続的な取り組み】、満足のいく最期だったと後のデスカンファレンスで語り合った。

### 4. 先行要件と帰結

#### 1) 先行要件

先行要件としては、【エンドオブライフの認識】【将来の意思決定能力】が抽出された。【エンドオブライフの認識】とは、今後、がんが進行した時の【将来の健康状態】 (Volandes, 2012; Pettifer, 2013; 角田, 2015) や死にゆく過程やエンドオブライフの自立低下などを見据えた【エンドオブライフの状態】 (Cohen, 2011; Obel, 2014; Lund, 2015; 竹内, 2015,) を認識することを示す。【将来の意思決定能力】とは、将来、がんの進行によって患者が自分の思いや希望を話すことができなくなることを見据えた【将来の意思決定能力の低下】 (Green, 2009; Street, 2010; 片山, 2014; 中澤, 2014; De Vleminck, 2014; Schubart, 2014; Michael, 2015; 竹内, 2015) を示す。

#### 2) 帰結

帰結としては、【エンドオブライフケアの向上】【患者・家族の満足】が抽出された。【エンドオブライフケアの向上】とは【将来の会話】



ンを重ね、適宜意向を文書化するという【対話に基づく確かな共有】や、話し合われた内容ががんの病期の中で振り返られ、診断時、再発時などの一時点ではなくプロセスであるという【継続的な取り組み】が抽出されており、阿部(2015)のACPの3つの共通要素は本研究でも抽出された。また、ACPは医師のパターナリズムに対する医療への批判から、多様な価値観を認め、患者の意向を尊重することに注目が集まり発展してきた概念であった。そのため、患者がこれまでどのような人生を歩み、どのような価値観を持っているのか理解するための【患者らしさの探求】や患者を中心として物事を進めていこうとする【患者主体の人生計画】は重要な構成要素であると言える。また、ACPはAD、リビングウィル、DNARなどの内容を包括する概念であり、ACPによってエンドオブライフケアの話し合いがすすむことで、これらの表明が期待できる。本研究でも属性に【エンドオブライフケアの取り決め】が抽出されており、その中にはADやDNARの議論と決定(Kuczewski, 2000; Fu, 2012)など<将来の医療・ケアの決定>が含まれている。Rietjens(2016)は、ACPは、人生の終わりに医療に関する具体的な指示を引き出すことを目的とするプロセスから、患者とその家族が深刻な病気の変化に対して自分自身で準備する機会として認識されるようになったと述べている。昨今では、がんは慢性疾患と言われるようになり、治療やケア、終活に至るまで様々な情報が飛び交い、選択が可能な状況となってきた。終末期の医療や療養場所などについて、終末期の危機的状況の中で患者、家族が受動的に意思決定をするのではなく、患者、家族が主体となって自分たちが終末期をどのように過ごしたいかを病期のプロセスにそった療養生活の中で早期から考えるようになっていくことが伺える。また終末期の治療や療養場所など【エンドオブライフケアの取り決め】そのものは、ACPの概念が出てくる以前から行われてきたものであった。しかし、ACPでは医師や患者を取

り巻く人々が【患者らしさを探求】し、【患者主体の人生計画】を立てられるように【対話に基づく確かな共有】を図りながら【継続的に取り組む】というプロセスを重視しており、病期の中で患者らしい【エンドオブライフケアの取り決め】が更新されていることが明らかになった。

### 3. アドバンスケアプランニングのがん看護への活用の有用性と課題

ACPは<将来の健康状態>や<エンドオブライフの状態>など【エンドオブライフの認識】をすることによって、【将来の意思決定能力】への備えとして開始される。よって、がん患者が病の軌跡や将来の健康状態について考えられるようなコミュニケーションを図っていくことはACP促進に向けて必要なことだと考える。

がん患者にとって、予後、悪化のプロセス、療養場所や将来の医療など適切な知識がなければ意思決定は困難なことが多い(Michael, 2013; De Vleminck, 2014; Obel, 2014)。しかし、医療者には終末期の話題に対する抵抗があり、患者に終末期の意向を確認するタイミングは遅い傾向にある(竹内, 2015)。実際に、患者は医師と将来の医療やケアについての会話を望んでいる(Fu, 2012; Barakat, 2013)という報告や、日本の終末期医療に関する意識調査(2014)でも、終末期の意向について希望を記載した書面をあらかじめ作成しておくことについて70%が賛成しているという報告が見られている一方で、医師と終末期の話し合いができていない状況や終末期の意向について書面に残している者はわずかであるという結果が報告されている。市川ら(2015)は根治不能がん患者に対して医療者の98%が患者本人からのDNR確認が必要であるとする一方で、確認のほとんどは家族となされている状況を報告している。Silveiraら(2010)は、終末期の治療方針の決定が必要な時に患者の70%に意思決定能力がなかったと述べており、意思決定は一番身近な存在である家族などに委



ねられている可能性が高い。しかし、終末期医療の希望について事前の話し合いや記録がない状況では、患者本人の意向に沿った終末期医療を行っていない可能性も高い。そのため、医療者と家族で選択した意思決定内容に対し「これで良かったのか？」と葛藤する場面が生じてくるのかもしれない。Green (2011) はACPについて、まずは患者が自分の価値を明確にし、優先順位をつけることができるように病気や医療の説明をし、代理意思決定者の選定やコミュニケーションを助け、患者の希望や目標を事前指示のかたちで医療計画に組み込むといった流れを示している。患者の意向に沿った医療が行われるためには、患者に予後やAD、緩和ケアや療養場所に関する情報提供をするなど「将来の目標を考える機会を作り」、＜意思決定への参加を促し＞、医療者や家族等身近な者が＜患者の価値観を理解＞しながら【エンドオブライフケアの取り決め】をしていけるような流れを作ることが必要であると考え。ACPは患者に関わる者が一緒に行うものであり、看護師も医師任せではなく、チームとしてACPに取り組んでいけるよう、ACPを開始するタイミングを見計らい、このプロセスに積極的に参加していく必要がある。看護師の意思決定支援の実態として西尾ら (2011) は、医師による説明内容の理解を促したり、精神的援助、治療関連の情報提供といった援助はよく実施されているが、患者の権利について説明したり、場の調整や医師との連携を積極的にはかる、生活関連の情報提供といった援助はあまり実施されていないことを報告している。本研究で抽出された【患者らしさの探求】は、看護師が日常ケアのコミュニケーションを通して実施可能なことである。将来の療養生活に関して患者のイメージが膨らむような関わりと共に、その中で患者の意向が尊重されることの大切さを伝え、＜患者の治療・ケアの目標を探り＞ながら、医師や家族などと【対話に基づく確かな共有】ができるように調整をはかることで、患者を主体とした【エンドオブライフケアの取り

決め】が可能であると考え。【継続的な取り組み】としては、意思決定されたことの共有が可能となるように、＜意向の文書化＞を促すとともに、患者に関わる関係者同士の連携強化やサマリーの充実などが必要になってくると考える。また海外ではアメリカの「Respecting Choices」をはじめとして、ACPの効果的なアプローチ方法が開発され、法整備のもと組織的に実施されている (和泉, 2015)。そしてACP介入のツールとして、ビデオ (Vollandes, 2012; Epstein, 2015) や冊子 (藪本, 2015) の使用などが報告されている。ACP介入のきっかけや促進の手助けとなるツールやプログラムの開発・評価も今後の課題であると考え。

## VI. 結 論

ACPの概念を明確にし、がん患者のACPにおける看護支援の示唆を得るためにWalker & Avantの方法を用いて概念分析を行った結果、ACPの属性として【患者らしさの探求】【エンドオブライフケアの取り決め】【患者主体の人生計画】【対話に基づく確かな共有】【継続的な取り組み】の5つが抽出された。また、先行要件としては、【エンドオブライフの認識】【将来の意思決定能力】が、帰結としては【エンドオブライフケアの向上】【患者・家族の満足】が抽出された。ACPは「がん患者のエンドオブライフを見据え、意思決定能力の低下に備えて、患者や家族、患者の大切な人、医療従事者がともに患者らしさを探求し、患者を主体としながらエンドオブライフケアにおける対話のプロセスを共有していく継続的な取り組み」と定義できた。

本研究において申告すべき利益相反事項はない。

### <引用文献>

阿部泰之, 木澤義之 (2015). 3-1エンド・オブ・ライフケアを支えるアドバンス・ケア・プラ

- ンニング、看護実践に活かすエンド・オブ・ライフケア (長江弘子編), 日本看護協会出版会, 38-44.
- 有田健一, 池上靖彦 (2012). 終末期の事前指示に対する医師の考え方と対応に関する検討 医師の年齢の影響を中心に. 日本老年医学会雑誌, 49(3), 318-324.
- Barakat, A., Barnes, S. A., Casanova, M. A., et al (2013). Advance care planning knowledge and documentation in a hospitalized cancer population. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 26(4), 368-372.
- Boyd, K., Mason, B., Kendall, M., et al. (2010). Advance care planning for cancer patients in primary care: A feasibility study. *British Journal of General Practice*, 60(581), 882-883.
- Clark, M. A., Ott, M., Rogers, M. L., et al. (2015). Advance care planning as a shared endeavor: Completion of ACP documents in a multidisciplinary cancer program. *Psycho-Oncology*, (26), 67-73.
- Cohen, A., Nirenberg, A. (2011). Current practices in advance care planning. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 547-553.
- Damon K. Marquis. (2001). Advance care planning: A practical guide for physicians, American Medical Association.
- De Vleminck, A., Pardon, K., Beernaert, K., et al. (2014). Barriers to advance care planning in cancer, heart failure and dementia patients: A focus group study on general practitioners' views and experiences. *Plos One*, 9(1), e84905-e84905.
- El-Jawahri, A., Podgurski, L. M., Eichler, A. F., et al. (2010). Use of video to facilitate end-of-life discussions with patients with cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 28(2), 305-310.
- Emanuel LL, Danis M, Pearlman RA, et al. (1995). Advance care planning as a process: structuring the discussions in practice. *J Am Geriatr Soc*. Apr 1995; 43(4): 440-446.
- Epstein, A. S., Volandes, A. E., Chen, L. Y., et al. (2013). A randomized controlled trial of a cardiopulmonary resuscitation video in advance care planning for progressive pancreas and hepatobiliary cancer patients. *Journal of Palliative Medicine*, 16(6), 623-631.
- Epstein, A. S., Shuk, E., O'Reilly, E. M., et al. (2015). 'We have to discuss it': cancer patients' advance care planning impressions following educational information about cardiopulmonary resuscitation. *Psycho-Oncology*, 24(12), 1767-1773.
- Fu, S., Barber, F. D., Naing, A., et al. (2012). Advance care planning in patients with cancer referred to a phase I clinical trials program: The MD anderson cancer center experience. *Journal of Clinical Oncology*, 30(23), 2891-2896.
- Garrido, M. M., Harrington, S. T., Prigerson, H. G. (2014). End-of-life treatment preferences: A key to reducing ethnic / racial disparities in advance care planning? *Cancer* (0008543X), 120(24), 3981-3986.
- Green, M. J., Levi, B. H. (2009). Development of an interactive computer program for advance care planning. *Health Expectations*, 12(1), 60-69.
- Green, M. J., Levi, B. H. (2011). Teaching advance care planning to medical students with a computer-based decision aid. *Journal of Cancer Education*, 26(1), 82-91.
- 樋口範雄 (2016). 終末期医療と法 アドバンス・ケア・プランニング. *Modern Physician*, 36(8), 829-831.
- Hirschman, K. B., Corcoran, A. M., Straton, J. B., et al. (2010). Advance care planning

- and hospice enrollment: Who really makes the decision to enroll? *Journal of Palliative Medicine*, 13(5), 519-523.
- Horne, G., Seymour, J., Shepherd, K. (2006). Advance care planning for patients with inoperable lung cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(4), 172-178.
- 市川靖史, 齊藤真理, 後藤歩他 (2015). 根治不能がん患者さんご本人からの蘇生不要 (Do not resuscitate ; DNR) 確認は必要か—横浜市立大学附属病院における医療者アンケート調査の結果. *横浜医学*, 66(4), 521-528.
- 伊藤博明, 中島孝, 板井孝壱郎他 (2009). 事前指示の原則をめぐって—事前指示の誤解・曲解を避けるために. *癌と化学療法*, 36(Suppl. I), 66-68.
- Johnson, S., Clayton, J., Butow, P. N., et al. (2016). Advance care planning in patients with incurable cancer: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 6(12), e012387-e012387.
- 片山陽子 (2014). 研修報告—カナダBC州におけるアドバンス・ケア・プランニングの実践と教育の展開. *香川県立保健医療大学雑誌*, 5, 37-43.
- 木澤義之 (2012). 「もしも…」のことをあらかじめ話しておいたらどうなるか?. *緩和ケア*, 22(5), 398-402.
- 近藤均, 坂井明夫, 中里巧他 (2002). アドバンスディレクティブ. *生命倫理辞典*, 太陽出版, 3-4.
- 厚生労働省 (2015). 2015年人口動態統計月報年報 [<http://www.seikatsusyukanbyo.com/calendar/2016/009130.php>, 2017.2.11]
- 久保速三 (2015). 自分らしい逝き方のために緩和ケア外来をアドバンス・ケア・プランニング (ACP) の場として活用する. *死の臨床* (0912-4292), 38巻2号, 405.
- Kuczewski, M. (2000). Cancer patients say the darnedest things: Commentary on “paradoxes in cancer patients’ advance care planning”. *Journal of Palliative Medicine*, 3(1), 23-25.
- Lorenz, K. A., Lynn, J., Dy, S., Wilkinson, A., et al. (2006). Quality measures for symptoms and advance care planning in cancer: A systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 24(30), 4933-4938.
- Lund, S., Richardson, A., May, C. (2015). Barriers to advance care planning at the end of life: An explanatory systematic review of implementation studies. *Plos One*, 10(2), e0116629-e0116629.
- Lyon, M. E., Jacobs, S., Briggs, L., et al. (2013). Family-centered advance care planning for teens with cancer. *JAMA Pediatrics*, 167(5), 460-467.
- Mattes, M. D., Sloane, M. A. (2015). Reflections on hope and its implications for end-of-life care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(5), 993-996.
- Michael, N., O’Callaghan, C., Baird, A., et al. (2015). A mixed method feasibility study of a patient- and family-centred advance care planning intervention for cancer patients. *BMC Palliative Care*, 14(1), 1-12.
- 内閣府政府広報室 (2017). 「がん対策に関する世論調査 (平成28年11月調査)」の概要—平成29年1月, 国立がん研究センターがん対策情報センターHPより  
[<http://survey.gov-online.go.jp/h28/h28-gantaisaku/gairyaku.pdf>.2017.5.21]
- 中澤一弘 (2014). 緩和ケア病棟に入院中の終末期がん患者アドバンスディレクティブ表明に影響を与える因子の検討. 筑波大学博士論文. [<http://hdl.handle.net/2241/00124368>. 2017.5.25]
- NHS End of Life Care Programme: Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff

- [<http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>:2017.5.5]
- Obel, J., Brockstein, B., Marschke, M., et al. (2014). Outpatient advance care planning for patients with metastatic cancer: A pilot quality improvement initiative. *Journal of Palliative Medicine*, 17(11), 1231-1237.
- Pettifer, A., Grant, S. (2013). The management of hypercalcaemia in advanced cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(7), 327-331.
- Prommer, E. E. (2010). Using the values-based history to fine-tune advance care planning for oncology patients. *Journal of Cancer Education*, 25(1), 66-69.
- Qaseem, A., Snow, V., Shekelle, P., et al. (2008). ACP clinical practice guidelines. evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: A clinical practice guideline from the american college of physicians. *Annals of Internal Medicine*, 148(2), 141-146.
- Rogne L, McCune S. (2014). Advance Care Planning Communicating About Matters of Life and Death, ; CHAPTER2 Planning for End-of-Life Care: Where are We and How Did We Get Here, Springer Publishing Company, 11-31
- Rietjens, J. A. C., Korff, I. J., Dunleavy, L., et al. (2016). Advance care planning—a multi-centre cluster randomised clinical trial: The research protocol of the ACTION study. *BMC Cancer*, 16, 1-8.
- Schubart JR, Levi BH, Dellasega C, et al. (2014). Factors that affect decisions to receive (or not receive) life-sustaining treatment in advance care planning. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2014 Feb; 52(2): 38-44.
- 生命倫理百科事典翻訳刊行委員会編 (2007). 事前指示と事前ケア計画. 生命倫理百科事典Ⅱ, 丸善株式会社, 1258.
- Silveira, M. J., Kim, S. Y. H., Langa, K. M. (2010). Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. *The New England Journal of Medicine*, 362(13), 1211-1218.
- Smith, A. K., McCarthy, E. P., Paulk, E., et al. (2008). Racial and ethnic differences in advance care planning among patients with cancer: Impact of terminal illness acknowledgment, religiousness, and treatment preferences. *Journal of Clinical Oncology*, 26(25), 4131-4137.
- Stein GL, Fineberg IC. (2013). Advance Care Planning in the USA and UK: A Comparative Analysis of Policy, Implementation and the Social Work Role. *Br J Soc Work*. 43(2), 233-248.
- Street, A. F., & Horey, D. (2010). The state of the science: Informing choices across the cancer journey with public health mechanisms and decision processes. *Acta Oncologica*, 49(2), 144-152.
- 角田 ますみ. (2015). 日本におけるアドバンスケアプランニングの現状 文献検討と内容分析から. *生命倫理*, 25(1), 57-68.
- 終末期医療に関する意識調査等検討会 (2014). H24年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. [[http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/saisyuiryo\\_a.html](http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/saisyuiryo_a.html), 2017.2.11]
- 竹内佐智恵, 犬丸杏里, 坂口美和ほか (2015). Advanced care planning (ACP) に関する文献レビュー. *三重看護学誌*, 17, 71-77.
- 瀧本禎之 (2016). アドバンス・ケア・プランニング: 医療倫理の観点から. *Modern Physician*, 36(8), 829-831.



- 田中祐子, 木澤義之, 坂下明大 (2015). アドバンス・ケア・プランニングと臨床倫理に関する研修会の実施とその評価. *Palliative Care Research*, 10(3), 310-314.
- Tokito Takaaki, Murakami Haruyasu, Mori Keita, et al. (2015). IV期非小細胞肺癌患者における早期advance care planningの実施状況と探索的分析. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 45(3), 261-266.
- 鶴若麻理, 岡安大仁 (2004). リビングウィルへのスピリチュアリティの関連性の検討. *臨床死生学*, 9(1), 9-16.
- Volandes, A. E., Levin, T. T., Slovin, S., et al. (2012). Augmenting advance care planning in poor prognosis cancer with a video decision aid: A preintervention-postintervention study. *Cancer* (0008543X), 118(17), 4331-4338.
- 和泉成子 (2015). 3 アドバンスケアプランニングの組織的アプローチアメリカ合衆国・ラクロスでの取り組み 看護実践に活かすエンド・オブ・ライフケア (長江弘子編). 日本看護協会出版会, 50-54.
- Walker L O, Avant K C (2005) / 中木高夫, 川崎修一監訳 (2008), 看護における理論構築の方法 (第1版). 89-122, 東京: 医学書院.
- Wright, A. A., Zhang, B., Ray, A., et al. (2008). Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*?, 300(14), 1665-1673.
- 藪本知二, 田中愛子 (2015). アドバンス・ケア・プランニング: 選択肢を知らせる. 山口県立大学学術情報第8号 [共通教育機構紀要通関第6号], 67-74.
- Zhou, G., Stoltzfus, J. C., Houldin, A. D., et al. (2010). Knowledge, attitudes, and practice behaviors of oncology advanced practice nurses regarding advanced care planning for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 37(6), E400-10.