

<特集「地域包括ケアシステムが提唱される時代の看護の未来像」>

## 一人ひとりの価値を支える Advance Care Planning (ACP) における看護師の役割 ～がん看護学の視点から

吉 岡 さおり\*

京都府立医科大学医学部看護学科  
京都府立医科大学大学院保健看護学研究科保健看護学専攻

### Nurses' Role in Advance Care Planning that Supports the Value of Individuals, from the Perspective of Cancer Nursing

Saori Yoshioka

*School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine  
Graduate School of Nursing for Health Care Science, Kyoto Prefectural University of Medicine*

#### 抄 録

高齢多死社会を迎えたわが国において、地域包括ケアシステムの整備は喫緊の課題であり、Advance Care Planning (ACP) の重要性が強調されている。ACP とは、一人ひとりの希望に沿った医療や最期までその人らしい生き方を実現するための話し合いのプロセスである。患者が自己や死と向き合うプロセスであることから、医療従事者は患者の自己概念や価値信念に関わっていくことになる。このような ACP の取り組みにおいて、患者にとって最善のケアを模索し、ケアリングが実践知として備わっている看護師への期待は大きい。本稿では、ACP の背景、求められるスキル、一人ひとりの価値を支える ACP とは何かについてがん看護学の視点から述べる。

キーワード：アドバンス・ケア・プランニング，エンド・オブ・ライフケア，がん看護。

#### Abstract

Japan is facing the aging of its society and the number of deaths is increasing. There is an urgent need to establish community-based integrated care systems, and the importance of advance care planning (ACP) is being emphasized.

ACP is a process of discussion that enables individuals to make plans about their future healthcare preferences and to live with autonomy and dignity until they die.

Because the process deals with self and death, healthcare professionals need to be involved in the patient's self-concept and value beliefs.

Because nurses explore best care for patients and have a caring mindset as practical wisdom, they are expected to promote quality ACP.

令和2年4月17日受付 令和2年4月21日受理

\*連絡先 吉岡さおり 〒602-0857 京都市上京区清和院口寺町東入中御霊町410

s-yoshi@koto.kpu-m.ac.jp

doi:10.32206/jkpum.129.06.395

This paper describes the background of ACP, the skills required, and ACP that supports the value of each person from the perspective of cancer nursing.

**Key Words:** Advance care planning, End-of-life care, Cancer nursing.

## はじめに

わが国では2人に1人ががんに罹患する一方で5年相対生存率は64.1%まで上昇<sup>1)</sup>、「がん=不治の病」から、がんと共生し、がんとともに生きるサバイバーシップへのパラダイムシフトの時期に到達した。しかし、がんサバイバーが地域でその人らしく生活するためには多くの課題があり、第3期がん対策推進基本計画<sup>2)</sup>においても「がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会の実現」が目標に挙げられ、Advance Care Planning（以下、ACP）の重要性が強調されている。また、2018年時点の高齢化率は28.1%にまで上昇し、2065年（令和47年）には、約2.6人に1人が65歳以上、約3.9人に1人が75歳以上と推計されている<sup>3)</sup>。超高齢多死社会を迎え、人生の最終段階にどこで療養し、死亡するかの問題は大きい。在宅療養支援体制・在宅看取り支援体制の整備、地域包括ケアの推進は緊急の課題となっており、ACPの重要性が国策の観点からも強調されている。

ACPとは、「今後の治療・療養について患者家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス」である<sup>4)</sup>。ACPの話し合いには、患者の気付きや意向、価値観や目標、病状や予後の理解、治療や療養に関する選好などが含まれる。また、ACPは死が差し迫ってから開始するのではなく、診断期から終末期の全ての段階において進め、積み重ねていくべきものであり、様々な局面において患者家族と関わる看護師の役割は大きい。しかし、エンド・オブ・ライフ・ディスカッションを含むACPとしての関わりの難しさ、がんの長い経過におけるACPに関する情報共有の難しさ、Advance Directive（以下、AD）との違いの不明瞭さや最後の療養場所を決めることに議論が集中するなどのACP

の解釈の問題など、様々な課題がある。

本稿では、一人ひとりの価値を支え、最期までその人らしく生きるための力を育むACPのプロセスにおける看護の可能性について考えてみたい。

## ACPの背景

先述したようにACPとは、一人ひとりの希望に沿った生き方を実現するために、その意思を十分に尊重し、患者にとって最善となる医療やケアをより一層充実させていくための話し合いのプロセスである。

ACPの背景には、1950～1960年代の米国における消費者による権利運動があり、患者の意向が尊重されず、望まない入院や医療処置が行われてきたことなどへの反省から、患者の権利や自律性を尊重する「患者中心の医療」が重要視されるようになったことに端を発している。1990年には、Patient Self-Determination Actが制定され、ヘルスケアにおける自己決定権、治療を拒否する権利、事前指示の権利の3つの権利が強調され、ADが広く認識されるようになった。ADとは、自分が意思決定能力を失った際に備え、自分に行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示することである。しかしADを用いた大規模介入研究であるThe SUPPORT studyにおいて、患者の意向を示した文書は患者の終末期において効力を発揮していなかったという結果が示され、事前指示制度がうまく機能していなかったことが明らかとなった<sup>5)</sup>。その理由として、事前指示の実際の完成率は低く、完成させた患者においても治療についての希望を医師と話し合っていないことが、死や死の過程について医療者が患者と話し合うことに躊躇していたこと、医療者のコミュニケーション技術が不十分であることなどが先行研究の概観から報告されている<sup>6)</sup>。

このような背景からADの限界が認識され、文書の作成に焦点を当てるのではなく、話し合いのプロセスに焦点を当てた取り組みであるACPの重要性が認識されるようになった。当初ACPは、患者の意向を示す能力が失われた際にADを補完するものとして捉えられていたが、近年、ACPはADを包含しながらも、患者の希望やこれまでの歩みを医療従事者と話し合う複雑なプロセスとして認知され始めている。Rietjens et al. はACPの概念化の重要性を強調し、コンセンサスメソッドによりACPの定義を「個人が将来の医療やケアの目標、選好を明確にすること、これらの目標や選好を家族や医療提供者と話し合うこと、必要に応じてそれらを記録し、再吟味していくこと」とし<sup>7)</sup>、何かを決定することよりも患者の意思を知るための話し合いや、繰り返し検討するプロセスとして捉えられていることがわかる。

わが国においては、2018年の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂において<sup>8)</sup>、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称が変更され、ACPの取り組みに関する内容が強調されたことにより、急速に注目度が高まった。多死社会が到来し、地域包括ケアの重要性が叫ばれる現代において、最期をどう迎えるかという議論について国民の関心が高まりつつあり、これからの医療においてACPは実践の中核を担うことが予測される。

がん医療においても、上記の状況に加え、がん診療連携拠点病院の指定要件における緩和ケアの提供体制として「患者や家族に対し、アドバンス・ケア・プランニングを含めた意思決定支援を提供できる体制を整備すること」が明記され、診療体制においても、「がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等のスクリーニングを診断時から外来および病棟にて行うことのできる体制を整備すること」のように心理社会的苦痛も含めた苦痛スクリーニングの徹底強化が加えられるなど、ACPの取り組みが大きな課題となっている。

## ACPに求められるスキルと課題

先述のRietjens et al. のコンセンサスメソッドによる拡大定義によると、「ACPは、意思決定能力を持つ個人が自分の価値を見極め、深刻な病の軌跡の意味と成り行きを熟考し、将来の治療とケアゴール、選好を明確にし、それらを家族や医療従事者と話し合うことを可能にする。ACPは身体的、心理的、社会的、そしてスピリチュアルな領域にわたる個人の気がかりに対処する(以下略)」と示されている<sup>7)</sup>。つまり、全人的な領域にわたる個人の健康関連の経験、知識、気がかり、および個人的価値観の探求を含む、ケア的思考が求められる取り組みであるといえる。このような取り組みにおいてどのようなスキルが求められるだろうか。

近藤によるとACPの実践には、患者や家族との向き合い方が重要であるとし、その人らしさを尊重し、相手を理解しようとする姿勢、語りのなかから患者や家族の価値や信念を洞察し、対話によってそれらを深め、意味を明確にし、共有していくことが求められていると述べている<sup>9)</sup>。そのためには、人の心理過程を理解する基本的知識を備え、難しい場面においても患者のそばにとどまり対話を継続する力、言語化する能力、医療者の価値を押し付けていないかと立ち止まり、内省する姿勢に裏付けられた卓越したコミュニケーション技術が求められているといえる<sup>10)</sup>。

次に、ACPのタイミングについて考えてみたい。図1は身体機能の低下の特徴からみた病の軌跡の4つのパターンである<sup>11)</sup>。がん患者の場合は、右上段の図に該当する。がんの病の軌跡の特徴として、身体機能は比較的良好に保たれた期間が長く、死亡前1~2か月に急速に悪化し、予後予測の精度が比較的高いことなどが挙げられる。これらを踏まえて図2は、がんの病の軌跡にACPのタイミングを加え筆者が作成した図である。がん患者の病の軌跡には、診断を受けて治療を始める時期、進行再発により治療の変更などを考える時期、治療抵抗性で治療の中止やさらなる継続を考える時期、最期の

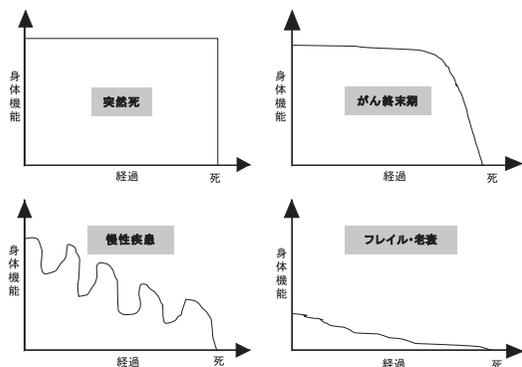


図1 身体機能の低下の特徴からみた死の4つの軌跡  
Lunney JR et al. Profiles of older medicare decedents. Journal of the American Geriatrics Society, 50: 1108-1112, 2002. を参考に著者作成

療養場所について検討する時期などいくつかの局面があり、ACPにおいて重要なタイミングであるといえる。このような病気の全過程においてがんに罹患する前、および、がんとともに歩んできた患者の歴史、暮らし、その時々意思決定の経緯、変化・強化されてきた患者の考えや価値を知り、共有していくことこそがACPであり、様々な局面において、外来・病棟・在宅の場で、患者・家族・医療従事者と共有し「つなぐ」ことが重要であると考え。

このような特徴を持つACPの取り組みにおいて、「ケアとは何か」を探求し、対人援助分野におけるケアリングが実践知として備わっている看護師こそ、多職種連携の要となって意図的に取り組んでいくことが期待される。特に高

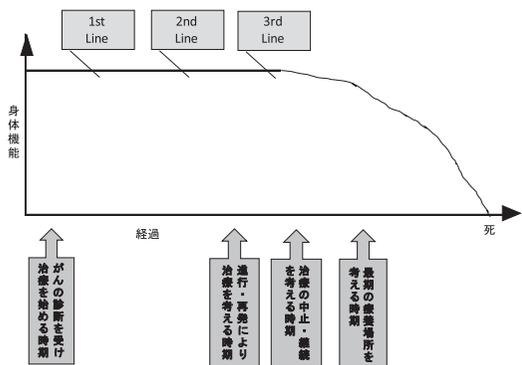


図2 がんの病の軌跡とACPのタイミング

度実践者として自律的に活動する、がん看護専門看護師やがん領域の認定看護師が緩和ケアチームの活動やコンサルテーション活動を通して役割発揮していることが推察される。

その一方で一般病棟の看護師をみてみると、小松らのがん診療連携拠点病院の一般病棟看護師800名を調査した研究においては、ACPの意味を認識できているとの回答は20%に過ぎず、99%の対象者が十分に実施できていないと回答していたことが報告されている<sup>12)</sup>。本研究は1県内の調査であり、一般化に限界があることが考えられるが、実際の臨床現場においても、研究結果を支持する状況に遭遇することがある。例えば、患者がエンド・オブ・ライフ期に入院してきた際に、これまでのがんと歩み、すなわちどのようにがんの診断を受け、様々な苦悩を体験し、どのような価値のもと今の状態にあるのかなどの把握が難しく、患者はもとより看護師がジレンマを抱え、限られた時間を一般病棟で過ごす患者の行く末に焦りを抱き、緩和ケア病棟への転院か在宅療養か意思決定に議論が集中しており、ACPの本質から離れている印象を受けるような状況である。

ACPは高度実践ではあるが、それと同時に、臨床での日常的な関わりの中にもその種はあると考える。日々の関わりの中で患者や家族から語られる思い、自己概念や価値に大きく影響する仕事や家族に対する考えなどの情報を対象理解にとどめるのではなく、ACPとして意図的に捉え、患者と家族、関連する職種と共有していくことがACPの第一歩であると考え。ACPを方法論として捉えるのではなく、一人ひとりの個性性を重視した、その人らしさを支えるケアリングであり、エンド・オブ・ライフ・ケアにおける重要な取り組みであることを一般病棟の看護師にも普及啓発し、教育、研究を推進していくことが重要な課題であると考え。

### 一人ひとりの価値を支える ACPと未来像

ACPは一人ひとりの希望に沿った生き方、最期の迎え方を実現するための取り組みである

とともに、治療や疾患に関する選択に限定されない多様な内容の話し合いである<sup>13)</sup>。患者が“自分とは何か”を問い続け、がんサバイバーとして人生を編み直すための自己や死と向き合うプロセスであることから、看護師は患者の自己概念や価値信念に関わっていくことになる。

自己概念とは、個人の特性や関係について定型化された知覚が、それらの知覚と結びついている多様な価値とともに示されるものであり、経験したことの受け止め方やこれからの行動選択に影響を与える<sup>14)</sup>。自己概念（理想の自己）と経験（現実自己）の不一致により、揺らぎ、心理的緊張、不安、否認、防衛などの不安定な心理状態となり、心理的不適応に陥ることもある。先述したがんの病の軌跡における様々な局面は、自己概念が揺らぐ体験の連続であり、ACPの取り組みは理想自己と現実自己の一致度を高めるための重要な関わりであるともいえる。ACPによって本来持っている患者の力を発揮し、今後起こりうる現実や困難な状況に向き合い、自らの生き方を選択する力を高めることが期待される。

筆者は、大学院博士前期課程においてがん看護専門看護師の教育に携わっており、実習指導で様々な患者と出会う。院生とケア計画を検討するにあたり、「現象の理解」を重要視して取り組んでいる。つまり、患者がどのような状況にあり、どのようなケアを必要としているのか、その現象を高度実践者の視点からアセスメントし、概念化することである。概念化においては、看護診断を用いて現象を表現している。看護診断は医学診断とは異なり、看護アセスメントに基づき、「健康問題に関連した人間の反応」を診断しており、看護介入の根拠となるものである。国際学会であるNANDA国際ショナルにより開発された看護診断が日本の施設で多く使用され、看護の共通言語となっている<sup>15)</sup>。ある院生が出会った患者とACPを意図して関わる際に、ACPの根拠となる看護診断について検討し、「自己概念促進準備状態」という看護診断を挙げて関わったことがある。「自己概念促進準備状態」とは、「自分自身についての感

じ方や考え方のパターンがさらに強化可能な状態」と定義されるヘルスプロモーション型の看護診断である。先述したように、ACPが患者の自己概念や価値信念に関わるプロセスであり、患者が医療従事者や家族と対話を重ねることにより自己理解を深め、自己概念を再構築し、最期までその人らしく生きるための力を育むエンパワメントの要素を含む介入の特徴を持つことから、ヘルスプロモーション型診断である本診断を根拠に関わることの妥当性が示唆された。この診断を根拠に患者との意図的な対話を重ねることにより、自己意識や自己価値、自己規定、病気に対する自己の可能性、今後のイメージなどの語りが増え、言語化することによってこれまでの体験による自己概念の揺らぎを患者自身が認識し、体験の意味づけにつながっていたことが介入の成果として示唆され、今後の意思決定や判断に影響していくことが推察された。

看護診断「自己概念促進準備状態」がACPの根拠となる看護診断かという点においては、さらなる検討と議論が必要であるが、看護診断を挙げて関わることのメリットとして、①ACPを患者と医師との関係性だけから見るのではなく、看護ケア、ケアリングとして捉えられるようになる、②患者の様々な局面において看護診断に基づく看護計画を評価することが自ずと必要となり、ACPのタイミングと連動されやすくなる、③患者の状況に応じて、「意思決定葛藤」「防衛的コーピング」など、別の看護診断に変更して意図的に関わるのが可能となる、④診断ごとに看護記録が残るため、情報の把握、共有が容易となり、継続した関わりが可能となる、⑤患者の病の歩みを俯瞰的に捉えたケアが可能となるなどの5点があげられる。このようなメリットは、冒頭で述べたACPの課題、特に情報共有や継続した取り組みにおける課題の解決の糸口となる可能性が期待され、さらには、看護師が「ひとりの人格をケアする」という自覚を持ち、「一人ひとりの価値を支えるACP」へと進化を遂げていくものであると考える。

## おわりに

本稿では、地域包括ケアシステムが提唱される時代の看護の未来像として、がん看護学の視点から ACP における看護師の役割について述べてきた。ACP の取り組みには様々な課題があり、心不全や慢性呼吸不全などの慢性疾患、高齢者の ACP も同時進行で進めていく必要がある。病の軌跡の違いから課題やアプローチの仕方が異なる場合もあると考えられるが、ACP

の取り組みを通して、患者の尊厳、生命、暮らしを守り、一人ひとりの価値に沿った生き方を支えることは看護の本質そのものであるといえる。国策として ACP の推進が急務とされる現状にはあるものの、看護やケアの質向上のチャンスであると捉え、国民の生命と生活の質の向上を未来像に据え、取り組んでいきたい。

開示すべき潜在的利益相反はない。

## 文 献

- 1) 国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター. 最新がん統計. [https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/summary.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html) (参照 2020.5.26)
- 2) 厚生労働省. がん対策推進基本計画. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000183313.html> (参照 2020.3.13)
- 3) 内閣府. 第1章 高齢化の状況(第1節). [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/s1\\_1\\_1.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/s1_1_1.html) (参照 2020.3.13)
- 4) National Health Service. Planning for your future care A Guide. <https://www.nhs.uk/planners/end-of-life-care/documents/planning-for-your-future-care.pdf> (参照 2020.3.13)
- 5) The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *J Am Med Assoc*, 274: 1591-1598, 1995.
- 6) 小川朝生. アドバンス・ケア・プランニングとはなにか. *Modern Physician*, 36: 815-819, 2016.
- 7) Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, van der Heide A, Heyland DK, Houttekier D, Janssen DJA, Orsi L, Payne S, Seymour J, Jox RJ, Korffage IJ. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol*, 18: e543-e551, 2017.
- 8) 厚生労働省. 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html> (参照 2020.3.13)
- 9) 近藤まゆみ. その人らしさを支えるアドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning). *がん看護*, 22: 667-670, 2017.
- 10) 吉岡さおり. アドバンスケアプランニングにかかわる現状と今後の取り組み. 小笠原知枝編. エンドオブライフケア看護学—基礎と実践—. 東京: ヌーヴェルヒロカワ, 53-55, 2018.
- 11) Lunney JR, Lynn J, Hogan C. Profiles of older medicare decedents. *J Am Geriatr Soc*, 50: 1108-1112, 2002.
- 12) 小松 恵, 島谷智彦. がん患者緩和ケアにおけるアドバンス・ケア・プランニングに関する一般病棟看護師の認識. *Palliative Care Res*, 12: 701-707, 2017.
- 13) 足立智孝. AD 改善策としての ACP. 角田ますみ編. 患者・家族に寄り添うアドバンス・ケア・プランニング. 東京: メヂカルフレンド社, 12-15, 2019.
- 14) Rogers CR. 伊東博訳. ロジャーズ全集 8 パースナリティ理論. 東京: 岩崎学術出版社, 1967.
- 15) T. ヘザーハードマン, 上鶴重美編. NANDA-I 看護診断定義と分類 2018-2020. 東京: 医学書院, 335, 2018.

## 著者プロフィール



吉岡 さおり Saori Yoshioka

所属・職：京都府立医科大学大学院保健看護学研究科がん看護学・准教授

略 歴：1994年3月 九州大学医療技術短期大学部看護学科卒業

1994年4月 九州大学病院勤務

1997年7月 田附興風会医学研究所北野病院勤務

2005年3月 大阪大学医学部保健学科看護学専攻卒業

2007年3月 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻  
博士前期課程修了（修士：看護学）

2007年4月 広島国際大学看護学部助教

2010年4月 広島国際大学看護学部講師

2011年3月 広島大学大学院保健学研究科保健学専攻  
博士課程後期修了（博士：看護学）

2012年4月 国際医療福祉大学小田原保健医療学部 看護学科准教授

2015年4月～現職

専門分野：がん看護学 エンドオブライフケア看護学 看護診断学

- 主な業績：1. 中村卓樹, 吉岡さおり. がん看護に携わる一般病棟看護師の自律性とその関連要因～批判的思考・職場風土の視点から～. *京都府立医科大学看護学科紀要*, **29**: 1-9, 2019.
2. 吉岡さおり, 片山はるみ. 終末期がん患者の在宅療養移行支援に対する病棟看護師の役割の認識. *日本看護科学会誌*, **38**: 133-141, 2018.
3. 梶山倫子, 吉岡さおり. 終末期がん患者の在宅療養移行に向けた一般病棟看護師の意思決定支援の実態とその関連要因. *日本緩和医療学会誌*, **13**: 99-108, 2018.
4. Yoshioka S, Moriyama M & Ohno Y. Efficacy of the end-of-life nursing care continuing education program for nurses in general wards in Japan. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, **31**: 513-520, 2014.
5. Yoshioka S & Moriyama M. Factors and structural model related to end-of-life nursing care in general ward in Japan. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, **30**: 146-152, 2013.