

高齢がん患者のアドバンス・ケア・プランニングに関する文献検討

Advance Care Planning in Elderly Cancer Patients: A Literature Review

阿比留 典子

Noriko ABIRU

1. 緒言

近年、わが国では、急速な高齢化とともにがん罹患者に高齢者が多く占めるようになってきている¹。高齢期には加齢による心身機能の低下もあり、患者の自己決定や自己表現は不十分な場合が多い²。一方、がんは、亡くなる1～2ヶ月まで全身機能が比較的保たれた後、急速に全身状態が低下することが多く、他の疾患よりも終末期の予測が比較的立てやすい、とも言われる³。

近い将来必要となる医療やケアに関して、患者本人の意向・希望・価値観・人生観を明らかにしながら、家族や医療・ケア従事者との話し合いを通じて意思決定するプロセスは、アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning: ACP) といわれ、がんの医療・ケアにおいても重視されている。ACPは1990年代に欧米で始まり、現在わが国でも広まりつつある。厚生労働省は2018年にACPの愛称を「人生会議」に決定し、その内容を「自分が希望する医療やケアを受けるために、大切にしていることや望んでいること、どこで、どのような医療・ケアを受けたいかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有すること」としている⁴。また、日本老年医学会⁵、日本緩和医療学会⁶、日本看護協会⁷は、本人を人として尊重した意思決定を実現するACPの実践のあり方について言及している。このように、高齢がん患者の医療・ケアに課題があることは、政策および臨床においても重要視されているところである。

そこで、本研究では、高齢がん患者のACPに関する国内研究の文献検討を行って、研究の動向を把握し、得られた知見をもとに高齢者がん患者本人の自己決定を尊重したソーシャルワークの課題について考察し、博士論文執筆に向けて検討課題とすることを目的とする。

2. 研究方法

本研究のキーワードを「高齢者」、「がん」、「アドバンス・ケア・プランニング (ORACP)」、「意思決定支援」として、2016年1月から2021年6月までの間の原著論文であって、研究対象が高齢がん患者とその家族、およびがん患者の医療・ケア従事者であるものを選定した。除外基準は、解説、事例症例検討、学会抄録、研究目的がACPと関連がないものとした。文献のデータベースは、医学中央雑誌WEB版(以下、医中誌)およびCiNii Articles(以下、CiNii)を使用した。すべてのキーワードを入力して検索したところ、該当する研究が0件であったため、次の3つの段階で検討した。まず(1)「がん」AND「ACP」で

検索した研究を、次に(2)「高齢者」AND「意思決定支援」で検索したなかからACPに関連があると判断した研究を抽出した。次に、(1)、(2)のなかから文献研究を別に(3)にまとめた。

3. 倫理的配慮

本研究は文献研究であるが、「西南学院大学大学院人間科学研究科 研究倫理委員会」の定める規定に沿って実施した。

4. 結果

(1) 「がん」AND「ACP」で検索した研究

「がん」AND「ACP」で検索した結果、医中誌で47件、CiNiiで75件が該当した(2021年10月10日検索)。このうち、抄録および本文の内容から選定基準を満たす量的研究4件、混合研究1件、質的研究2件を抽出した(表1)。

①量的研究

田中ら(2016)では、自施設の緩和ケア病棟および一般病棟にて死亡したがん患者414名の治療歴・患者背景を分析し、終末期における抗がん治療の現状と緩和ケア病棟の意義について検討した。その結果、一般病棟の患者は緩和ケア病棟の患者に比べ高齢で、化学療法の治療終了から死亡までの期間が有意に短かかった。また、石川ら(2017)では、終末期がん患者の在宅療養でのACPの実態と希望場所での死亡の実現について明らかにするため、訪問看護師374名を対象にアンケート調査を実施した。その結果、訪問看護師が「訪問初期」、「悪化期」、「臨死期」の段階ごとに意思確認することが、希望場所での死亡の実現に有意に関連した。小松・島谷(2017)では、がん診療を提供する病院の一般病棟看護師のACPに関する認識を明らかにするため、看護師800名を対象としたアンケート調査を実施した結果、一般病棟看護師のACPに関する認識は不十分であった。また、大野(2020)では、自施設の緩和ケア病棟を死亡退院した患者560名の診療データを造血器腫瘍と固形腫瘍とに分けて比較した結果、症状重症度に差はなく、治療終了から死亡までの期間は造血器腫瘍のほうが固形腫瘍の患者よりも有意に短かかった。

これらの研究からは、がん患者のACPでは、医療者が治療の終了のタイミングや終末期ケアの内容について、患者固有の状況を踏まえつつ症状変化に応じた話し合いを繰り返していることが明らかにされ、予測的な関与が課題とされていた。

②混合研究

森ら(2020)では、認知症状のない高齢がん患者とその家族11組に対して、家族間の十分なコミュニケーションと価値観の共有を図るためのコミュニケーションノートを使用して介入調査を行った。その結果、患者の『意思決定の方法』は、介入前は【自分のことは自分で決める】、【家族と相談して決める】、子供世代の【家族とは話し合えない】であったが、介入後は【治療の意思決定は自分で行う】、【家族の支援があるから自分の意思決定は可能になっている】と家族を意識した発言や、【今後の生活の希望はがんに影響されないこと】との変化があった。森らは、初期のがん患者においても早期の段階からACPの契機となるような家族間の話し合いが必要であり、家族間の価値観の共有を図るためには看護師による初期介入が必要であるとした。

表1 「がん」 AND 「ACP」 で検索し抽出した研究 (斜体の文章は引用)

	筆者 (年)	キーワード	目的	研究対象	期間	分析項目	分析方法	結果
量的研究	田中、江口、松本他 (2016)	抗がん治療、終末期、緩和ケア病棟	終末期における抗がん治療の現状を比較検討し、緩和ケア病棟 (PCU) の意義を検討する	対象施設で死亡したがん患者414例 (緩和ケア病棟 219例、一般病棟195例) の診療データ	2013年10月～2015年9月	性別、年齢、年代、原発臓器、抗がん剤治療歴、初回治療施設 (自院か他院)、診断から死亡までの期間、最終治療日から死亡までの期間	Mann-Whitney U 検定、 χ^2 検定、Kruskal-Wallis 検定、Dann test、Spearman の順位相関分析	一般病棟では PCU に比べ高齢で、診断が遅く、病勢進行が速い患者が多く、これらが標準的な抗がん治療や緩和ケアの機会を妨げる要因となった可能性が示唆された。一方、化学療法施行例においては、最終治療日から死亡までの中央値が PCU 110日に対し一般病棟は55日と有意に短く、死亡前1ヵ月間の化学療法施行率も PCU 2% に対し一般病棟は32%と高率であった。
	石川、福井、岡本 (2017)	アドバンス・ケア・プランニング、生活予後の説明、希望死場所の確認、末期がん患者、訪問看護師	訪問看護による終末期がん患者への訪問時期別のアドバンスケアプランニング (Advance Care Planning; 以下 ACP) の実態を把握し、希望死場所での死亡の実現との関連を明らかにする	全国より無作為抽出した1,000事業所の訪問看護師が受け持った終末期がん患者374名のアンケート調査	2015年7月～8月	患者の死亡場所および希望死場所、訪問時期別の ACP (予後理解を促す支援および希望死場所の確認と調整) の実践、希望死場所での死亡実現のための関連要因とし、希望死場所での死亡の実現	ロジスティック回帰分析	65.0% は自宅死亡、73.8% の希望が実現した。ACP のうち、生活予後の説明の実施割合は27.8～31.8% と低く、希望死場所での死亡の実現には、訪問全時期を通じて希望死場所の確認 (調整済オッズ比: 95% 信頼区間; 訪問初期、19.92 : 9.48-41.87、悪化期、21.10 : 9.53-46.71、臨死期187.35 : 51.79-677.64)、悪化期の生活予後の説明 (2.44 : 1.05-5.66) が関連した。希望死場所での死亡の実現には、終末期を通しての繰り返しの希望の確認、症状悪化時に予後予測に基づいて生活予後の説明をすることが重要であることが示唆された
	小松、島谷 (2017)	緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング、一般病棟看護師	一般病棟看護師の ACP の認識を調査し、ACP 推進のためにどのような教育・啓蒙活動が必要なのかを検討する	がん診療連携拠点病院の一般病棟看護師364名のアンケート調査		性別、年齢、臨床経験年数、緩和ケアチームでの経験の有無、今までにがん患者の看護に携わった経験、意思決定支援・意思尊重・ACP の認識・リビングウィルの評価のための17項目	緩和ケアチームでの経験の有無別に Mann-Whitney U 検定	有効回答は364名 (46%) であった。患者意思尊重・尊重は75%、患者プライバシー尊重は89%ができていたという認識であった。患者の状態が悪い時の認識にはばらつきがみられた。ACP の意味を認識できているは20%に過ぎず、99%が施行できていなかった。
	大野 (2020)	ホスピス、緩和ケア病棟、造血管腫瘍、終末期の話し合い、アドバンスケアプランニング	造血管腫瘍患者は、固形腫瘍患者に比べて緩和ケア病棟を利用することは少ない。この研究では、緩和ケア病棟に入院した造血管腫瘍患者の臨床的特徴を明らかにした。	緩和ケア病棟で対象期間中に死亡した560名で、造血管腫瘍56名、固形腫瘍504名の診療データ	2014年4月～2019年3月	基本情報 (年齢、性別、緩和ケア病棟での入院日数) と原発部位、症状の重症度および有病率、最後の治療から死亡までの期間	2群間の年齢は Mann-Whitney U 検定、性別は Fisher の正確検定、個々の症状重症度の比較は Mann-Whitney U 検定、短期死亡・意識障害症例数・症状有病率の比較は Fisher の正確検定、治療終了から死亡までの日数および入院日数について Logrank 検定	560人のがん患者のうち56人 (10%) が造血管腫瘍の患者であった。造血管腫瘍患者は固形腫瘍患者と同じ程度の症状重症度であり、症状では倦怠感 (52% vs. 32%; $p = 0.004$) と発熱 (45% vs. 21%; $p = 0.0004$) を多く認めていた。治療終了から死亡までの期間の中央値は造血管腫瘍で69.0日、固形腫瘍で94.5日であった ($p = 0.031$)。
混合研究	森、水島、佐久間他 (2020)	高齢がん患者、家族、治療選択、ACP	初めてがんと診断された高齢がん患者 (以下、患者) の意思決定を支援するために作成したコミュニケーションノート (以下、ノート) を用いて、患者の意思決定の認識と感情の変化を評価した。	65歳以上または Stage I または II のがん患者とその家族 (同年代および若年の代理意思決定者となるキーパーソン) 10組へのインタビューおよびアンケート調査	2017年10月1日～2019年3月31日	質的研究: 半構成的面接を行う探索的記述研究 量的研究: 日本版 POMS2 短縮版、PGC モラルスケール改訂版、主観的幸福感尺度、患者・家族理解尺度	質的研究: Krippendorff の内容分析方法 量的研究: 介入前後の平均値の比較	患者とその家族の間で介入後と3ヵ月後 POMS に変化は見られなかった。ただし、下位項目 (緊張不安: 5.2、活力: 5.8) で差が大きくなる傾向があった。「家族と率直に話し合うことはできない」や「これ以上の悪化はないと信じる」など、患者の意思決定について6カテゴリーが抽出された。
質的研究	垂見、三松、森田他 (2016)	アドバンスケアプランニング、がん治療医、意思決定、バリア	終末期についての話し合いにおけるがん治療医の意見を収集する	がん治療医を対象とした質問紙調査490名の自由記述	2014年1～2月	自由記述の内容分析	意味単位を抽出しコーディング、サブカテゴリー、カテゴリーを作成	がん治療医が終末期の話し合いを行う際の課題として (1) 患者家族の課題 (【患者家族の個性に対応することの難しさ】 【病状理解の難しさ】) (2) 医療者に起因する課題 (【患者家族・医療者双方への精神的サポートの不足】 【医療者間の考え方の相違】 など) (3) システムと体制に関する課題 (【時間・人的リソースの不足】 【教育・研究の不足】 など) が抽出された。
	田代、藤田 (2019)	アドバンスケアプランニング、意思決定、エンドオブライフケア、がん患者	がん患者に関わっている看護師が、最期まで患者が自分らしい人生を歩むことができるようにアドバンスケアプランニング (以下: ACP) としてどのような看護支援を行っているのかを明らかにする	ACP を日頃から実践している看護師12名へのインタビュー調査	2017年8月～12月	半構成的インタビュー	コーディング	がん患者への看護師の ACP として、『患者の価値観の尊重』『意思決定支援のアプローチ』『終末期のことに関する取り決め』『継続的な取り組み』の4局面が抽出された。看護師は、日頃のコミュニケーションの中で患者の価値観を理解しながら、患者の今後の気かりへ関わり、多職種連携によるチームアプローチ、社会資源の調整、家族ケアなどの意思決定支援のアプローチを行っていた。そして終末期の医療やケア、療養場所、代理意思決定者の取り決めを支援していた。また、ACP は1度で完結することなく、プロセスの中で繰り返し行われており、継続的に関わることの大切さが示唆された。

③質的研究

垂見ら（2016）では、がん治療医490名に対して終末期に関する話し合いに関する自由記述のアンケートを行い、質的に分析した。その結果、「患者家族」、「医療者」および「システムと体制」の3つに課題を見いだした。「患者家族」の課題としては、話し合いに臨む際に価値観や背景など個別に配慮する【患者家族の個別性に対応することの難しさ】、患者家族に対して病状進行への理解を得ることが困難な【病状理解の難しさ】を挙げた。また、「医療者」の課題としては、【患者家族・医療者双方への精神的サポートの不足】と【医療者間の考え方の相違】を挙げた。さらに、「システムと体制」の課題としては、【時間・人的リソースの不足】、【教育・研究の不足】、【診療報酬の問題】、【連携ネットワークの不足】を挙げ、これらが欧米の先行研究の課題とおおむね一致しているとした。

また、田代・藤田（2019）では、がん患者に関わる看護師12名に対して、ACPにおける看護支援に関してのインタビュー調査を実施した。その結果、看護師は『患者の価値観の尊重』、『意思決定支援のアプローチ』、『終末期のことに関する取り決め』の3つの要素でACPを実践するとともに、すべての過程において患者の気持ちの変化を前提とした連続性のある『継続的な取り組み』が重視されているとした。

これらの研究からは、がん治療医および看護師の実践するACPでは、個別性への対応、支援の継続性、チームアプローチなどのシステムの存在が重要であること、同時にこれらの遂行には困難さがあり、課題とされていた。

(2) 「高齢者」AND「意思決定支援」で検索し（1）のキーワードに関連する研究

「高齢者」「意思決定支援」で検索したもののうち、ACPに関連すると判断した研究について、非がんも対象に含めた研究3件を抽出した（表2）。

表2 「高齢者」AND「意思決定支援」で検索し「ACP」に関連する研究（斜体の文章は引用）

筆者（年）	キーワード	目的	研究対象	期間	分析項目	分析方法	結果
菅沼、新田、東福寺他（2019）	要介護高齢者、終末期、意思表示、ケアマネジャー	ケアマネジャー（以下、CM）による要介護高齢者（以下、高齢者）の終末期の医療や生活に対する意思表出支援の方法と心情について明らかにする	「連携ノート」を活用して複数の高齢者への意思表出支援を行ったCM 8名へのフォーカス・グループインタビュー	2014年5月～12月	「CMの意思表出支援時に高齢者と家族の状態について配慮したこと、面談の進め方と困難に感じたこと」について	コード化しカテゴリー化コーディング・ファミリー（グレッグら、2014）に基づいて検討	CMは、意思表出支援として【高齢者の状態の推察】【関係性の推察】【高齢者への配慮】をしながら、【支援の理由説明】、本人の【意思の活用】、【状況を設定】と【方向づけ】が抽出された。CMの信条として、【支援への不安】があったが、意思確認により【意義を実感】【必要性の再認識】をしていた。
古瀬・東海林（2020）	訪問看護師、在宅療養高齢者、家族、アドバンス・ケア・プランニング	在宅療養高齢者のアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の課題を訪問看護師の視点から明らかにする	訪問看護経験5年以上の看護師117名の自由記述	2018年8月	ACPを「利用者やその家族とケア提供者との間で行われる話し合いのプロセスを指し、将来の意思決定能力の低下に備え普段から話し合いを持つこと」としたうえで、末期がん以外の在宅療養高齢者に普段から訪問看護師がACPを行うに当たり課題と思われること	コード化しカテゴリー化	【利用者自身による意思決定が困難】【家族が将来を見据えることができない】【利用者や家族が「いずれ訪れる死」を見据えられない】【家族の意向が優先される】【訪問看護師が意思決定に自信を持って関わることができない】【在宅ケアサービス提供者が多職種間及び利用者や家族と情報を共有していない】という問題、今後の課題として【利用者の意思を引き出し、家族も含めた話し合いを日頃より行う】【ACPが社会全体に普及し、多職種間ならびに利用者や家族との話し合いができる】が導き出された。
平井、山村、鈴木他（2021）	意思決定支援、SDM、高齢患者、医療コミュニケーション	医療現場において、意思決定が困難である高齢者のがん治療事例の特徴と、医師による対応について探索的に明らかにする	腫瘍内科を専門とする医師7名へのインタビュー調査	2017年10月～2018年2月	①これまでの臨床経験の中で医師決定困難だった事例（患者・状況）の特徴・エピソード、②患者のアセスメント方法（視点、タイミング、順序）、③患者に対する支援方法や工夫（コミュニケーション方法を含む）、④医療体制と他職種連携に関する事柄（環境、文化社会的状況を含む）、⑤治療方針決定に関する考え方と状況（治療計画に関連する要素、配慮事項、目標の立て方等）	コード化しカテゴリー化	まず、意思決定困難な事例は、認知機能・身体機能を含む【患者要因】と、周囲の状態である【環境要因】の二つに大別された。前者はさらに特性要因と疾病・加齢による要因に分けられる。次に、医師の対応は、【アセスメント】と【対応スキル】、および【環境対応】の3つのカテゴリーとなった。

菅沼ら（2019）では、ケアマネージャー8名に対するフォーカス・グループ・インタビューを行い、要介護高齢者の終末期の医療や生活に対する意思表示の方法や心情について質的に分析した。その結果、ケアマネージャーは【高齢者の状態の推察】、【関係性の推察】、【高齢者への配慮】、【支援の理由説明】をしながら、本人の【意思の活用】、【状況を設定】、【方向づけ】を行い、心情では【支援への不安】を抱えながら【意義を実感】し、【必要性の再確認】をしていた。

古瀬・東海林（2020）では、非がんの在宅療養高齢者のACPに関して、訪問看護師117名に対する質問紙調査の自由記述の内容を質的に分析し検討した。その結果、患者家族の問題として【利用者自身による意思決定が困難】、【家族が将来を見据えることができない】、【利用者や家族が「いずれ訪れる死」を見据えることができない】、【家族の意向が優先される】を挙げた。訪問看護師や在宅サービス提供者の問題意識では、【訪問看護師が意思決定に自信を持って関わるができない】、【在宅ケアサービス提供者が多職種間および利用者や家族と情報を共有していない】があり、今後の課題としては【利用者の意思を引き出し、家族も含めた話し合いを日頃より行う】、【ACPが社会全体に普及し、多職種間ならびに利用者や家族との話し合いができる】が重要であるとした。

平井ら（2021）では、高齢がん患者に対する意思決定能力のアセスメントと対応したスキルの発揮に関して、医師7名を対象に、困難事例の特徴と対応に関するインタビュー調査を行って、探索的に検討した。意思決定支援の基本原則に関しては、厚生労働省が2018年に「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」で、「意思決定が困難と思われる場合であっても、意思決定しながら尊厳をもって暮らしていくこと」が重要であり、そのためには「身近な信頼できる関係者等がチームとなって必要な支援を行う体制」が必要であると定めている。また、このガイドラインでは、意思決定支援の過程には、意思形成支援・意思表示支援・意思実現支援の3つの段階があることが示されている。平井らは、このガイドラインの内容を踏まえて、高齢がん患者と医師とのコミュニケーションにおける困難な要因と対応する医師のスキルについて、検討を行った。その結果、意思決定困難な要因には〔患者要因〕と〔環境要因〕の2つがあり、〔患者要因〕として個人の特性と身体・認知機能の低下を、〔環境要因〕として家庭環境、外部情報、医療環境がみられた。また、医師の対応には〔アセスメント〕、〔対応スキル〕、〔環境対応〕の3つがあり、身体・認知機能の〔アセスメント〕を前提として、繰り返し・タイミング・ネガティブな情報を具体的に伝えるといった〔説明スキル〕や、目標を明確化し、患者の見通しを修正し価値観を目標に反映する〔目標の立案〕を行いながら、情報量を調整し、選択肢を押さえ、医師が望ましいと考える選択肢を明示して〔ナッジ〕を効かせて〔情報調整〕を行うといった〔対応スキル〕が発揮されていた。さらに、多職種支援のための〔人的リソース〕を活用しながら、メディアや家族からの情報を確認して患者自身の判断を促進するための〔情報遮断〕などの〔環境対応〕が行われていた。

これらの研究からは、医療・ケア従事者は、高齢患者の意思決定支援において、患者本人の尊厳の尊重を中心としながら、将来を見据えることが困難な患者・家族が置かれた状況に配慮しながら家族も含めた話し合いを促進し、目標の方向付けや情報の調整を行って、支援の経過について多職種間で情報共有を行い支援していることが明らかにされた。

(3) 文献研究

国内外の研究を対象とした文献研究を4件抽出した（表3）。

門脇（2016）では、看護介入の方向性を明らかにするために国内外の45の研究を対象にがん患者とのEnd-of-life discussions (EOLd) の概念分析および定義づけを行った。門脇によると、欧米ではがんの積極的治療の継続や中止、終末期ケアとそれに伴う暮らし方について考えるEOLdは予後1年未満で行われることが推奨されている。また、門脇が対象とした研究では、EOLdの開始時期はがんの再発時から死亡1ヶ月前までと幅がみられたほか、近接概念であるACP・アドバンス・ディレクティブ（advance

表3 「がん」「ACP」または「高齢者」「意思決定支援」で検索した文献研究(斜体の文章は引用)

筆者(年)	キーワード	目的	研究対象	期間	分析方法	結果
門脇(2016)	がん患者、終末期、話し合い、アドバンスケアプランニング、概念分析	がん患者とのEnd-of-life discussionsの概念分析を行い、定義を明確にする	英文献457件、和文献(医中誌)47件を除外基準およびハンドサーチングで選定した45件	2000年~2015年9月	Rogers(2000)の概念分析のアプローチ	9個の属性として【End-of-life discussionsのタイミングを判断】【終末期の医療・ケアと死に行く過程に関する話し合い】【話し合いを画面化する】【療養の場に関する話し合い】【患者の望みや好みについての話し合い】【家族への知識提供と家族の価値観についての話し合い】【価値観、個別性の尊重】【医療者と患者・家族とのチームで共有する】【信頼関係を築き意思決定を援助】が抽出された。本概念を「がんが進行した状態にある患者に対して、患者の価値観や個別性を尊重しながら、患者と家族と医療者のチームアプローチと個々の信頼関係に基づいて、治療・緩和ケア・療養について話し合うこと」と定義した。
田代・藤田(2017)	advance care planning、概念分析、がん患者	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	国外研究(CINAHL, MEDLINE)29件および国内研究(医中誌)8件	国外研究1995~2016年、国内研究1983~2016年	Walker & Avantsの概念分析	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。
加藤・竹田(2016)	意思決定、終末期、高齢者、家族	高齢者の終末期にかかる家族の意思決定について国内外の文献をレビューし、研究の動向とともに高齢者の終末期にかかる家族の意思決定の特徴を明らかにする	国外研究(PubMed, CINAHL, PsycINFO)16件および国内研究(医中誌)11件	2015年12月まで	出版年、研究対象者の背景、家族の意思決定の概要	家族の意思決定の特徴は、高齢者の希望や心情を理解しようと努め、高齢者のライフストーリーから推定を行っていることが示された。しかし、家族であっても高齢者の意思を推定することはむずかしく、困難や不確かさがあり、意思決定後もその決断内容の問い直しをして揺れを伴う体験であることも明らかになった。
谷本・芥田、和泉(2018)	アドバンスケアプランニング、事前指示、リビングウィル、日本	日本におけるアドバンスケアプランニング(AC)に関する研究を総合的にレビューし、現状と課題を検討する	医中誌、CINAHL, MEDLINE 39件	2011年1月~2017年11月	日本のデータを用いた研究でSudoreら(2017)のACP調査では患者の価値やゴールを反映したものが不明、介入研究では介入方法の詳細が不明確等の限界があった。	選定された39論文のうち、研究方法は基礎的記述研究が最も多く、終末期医療の希望や事前指示の調査が多かった。近縁ではACPの実施方法に関する研究も見られたが、診療録定義に沿う論文を選定

directives: AD)・リビング・ウィル(living will: LW)とは、区別する場合と同義の場合との両方がみられた。分析の結果、EOLdの概念を構成する属性については、【EOLdのタイミングを判断】、【終末期の医療・ケアと死に行く過程に関する話し合い】、【話し合いを画面化する】、【療養の場に関する話し合い】、【患者の望みや好みについての話し合い】、【家族への知識提供と家族の価値観についての話し合い】、【価値観、個別性の尊重】、【医療者と患者・家族とのチームで共有する】、【信頼関係を築き意思決定を援助】を挙げた。結論として、EOLdの概念定義を「がんが進行した状態にある患者に対して、患者の価値観や個別性を尊重しながら、患者と家族と医療者のチームアプローチと個々の信頼関係に基づいて、治療・緩和ケア・療養について話し合うこと」とし、医療者によるEOLdの場の提供の必要性を述べた。

田代・藤田(2017)では、がん患者のACPにおける看護支援を検討するため、国内外の29文献を対象にACPの概念分析を行って、概念の属性、先行要件および帰結について検討した。その結果、ACPの概念には【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つの属性があり、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【エンドオブライフケアの向上】、【患者・家族の満足】を挙げた。田代・藤田では、ACPの近接概念であるADは最終的に事前指示書へ焦点化され、LWはADの文書化であり、DNAR(Do not attempt resuscitation)⁸はLWの一部として、蘇生処置の意向を示すものとして整理されていた。また、ACPはこれらを含む概念であり、エンド・オブ・ライフケアを実践する重要なアプローチかつ話し合いのプロセスであるとした。最終的なACPの定義に関しては「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究し、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」とした。田代・藤田では、ACPは症状の推移を見据えつつ将来の備えとして継続的に行われるプロセスであり、患者の意向が尊重されるよう対話を通じて共有する取組として位置づ

け、今後の課題に介入契機や促進のための方法の検討を挙げた。

加藤・竹田（2016）では、国内外の27文献を対象に、高齢者の代理意思決定を行う家族の終末期の意思決定に関する検討を行った。その結果、国内研究は2010年以降急増していたが、国外研究は2005年以降継続的な蓄積がみられたほか、国内外研究を合わせた家族の続柄は成人した子供と配偶者が多かった。また、国内研究では、人工栄養導入の選択に関する研究が多かった。家族は、高齢者本人の病状が不安定な状態で役割遂行が求められ、本人者のライフストーリーを手がかりとして希望や信条の理解に努めながら、本人の意思の推定には困難かつ不確実さを伴うことから、選択、決断から決断後に至るまで葛藤や揺らぎを体験していた。今後の課題として、終末期の意思決定の困難を緩和する支援が必要であると述べていた。

谷本ら（2018）では、欧米で自己決定権の重視から発展したACPであるが、わが国では日本特有の文化や背景を顧慮したACPの概念生成が求められていることを踏まえ、ACPに関する国内研究39件を選定して現状と課題を検討した。その結果、近年ではACPの時期や実施に関する研究が増加しているが、意思決定の基準となる患者の価値・人生のゴール・希望を知り尊重するための介入方法についてはまだ明らかにされていなかった。谷本らは、ACPの定義を「個人の価値、人生のゴール、あるいは将来の医療ケアについて理解し共有するプロセス」としたうえで、現状ではDNARの指示をACPの記録としたり、家族による同意を本人のACPとしたり、本人のゴール・希望を理解するための話し合いがなされていない意思決定もACPとするなど、研究者間でACPの概念に混乱がみられることを指摘した。また、今後の課題として、医療者が決め家族が同意する終末期ケアではなく、患者の価値・ゴール・希望に沿った医療・ケアを提供するため、わが国に適したACPの開発・導入を支援する研究が必要であるとした。

これらの研究は、ACPの構築には意思決定能力が低下する前から話し合う場作り、患者本人の意向・価値観・目標・希望・信条を知って理解するための対話、チーム医療による患者、家族および医療・ケア従事者との信頼関係が重要であるという認識のもとに、本人の認識や意思形成の醸成は家族による代理意思決定の困難を緩和するという視点であった。

(4) 結果のまとめ

高齢がん患者のACPに関する国内の先行研究を調査した結果、多くの研究では医療・ケア従事者や診療データを対象とし、患者の意思決定能力が低下する前から早期に介入するとともに継続的な意思決定支援を行う必要があると述べていた。また、介入支援においては、患者の症状の変化や本人の意向・価値観・人生観・目標・希望・信条を知って理解しながら、患者・家族との対話を通じて、患者本人が現状を認識しながら、将来の医療やケアについて意思決定することを重要視していた。一方、現状では日本固有の文化や背景を考慮したACPは未だ確立されていないとの認識が多くみられ、開始するタイミングの判断や話し合いを促進する難しさ、代理意思決定における意志の推定の困難や不確かさ、配偶者も高齢といった問題があることから、個々の信頼関係とチームアプローチによる支援を重要視していた。

5. 考察

高齢がん患者のACPに関する国内先行研究は、緩和医療、看護、介護の領域から、多くが医療・ケア従事者や診療データを研究対象としており、文献研究においても概念分析や現状把握・課題分析を目的とした研究が多くみられた。なかには高齢がん患者本人が対象に含まれた研究もみられたが、早期がん患者およびその家族を対象に、ACPそのものではなくACPを考える契機としての介入支援に関する検討がなされていた。なお、ソーシャルワークの領域からは、がん患者のACPに関する先行研究は見当たらなかった。

共通してACPの前提として挙げられていたのは、患者本人の主体性と、本人の意思の変化であった。ACPに関連する要因としては個人要因と環境要因とがあり、患者本人の意向・価値観・人生観・希望・目

標の把握、個別の背景や感情への配慮、対話の継続を重視した意思決定支援のコミュニケーションと、早期からの ACP を目指すものであった。一方、患者—医療者間のコミュニケーションと ACP のタイミングは、同時に課題としても挙げられていた。特に、患者側に病状進行への否認や治療継続・回復への期待がある時、支援者側にもコミュニケーションに対する困難感が生じることから、いつ、どのように話し合うかといった方法や内容の確立が必要であるとしていた。これらの先行研究の結果と課題を踏まえ、高齢がん患者の ACP を支援するソーシャルワークの立場から、以下に論考を試みる。

(1) ACP 開始のタイミング

スタッフによる介入支援に際して、石川ら (2017) では、医師からの余命告知の実施割合が29.4%と低く、医師から告知されていない患者・家族に対しては、訪問看護が本人の希望する看取りの場の実現を支援することは難しい、としている。また、石川ら (同) では、国外の先行研究では多くの患者が自身の医療情報を知らされるよう希望していることも踏まえ、余命に関する説明には『「生命予後」についての側面である医師が行う余命の告知と、終末期における病状が生活上に与える影響の説明である『生活予後』についての側面』(2017:128)がある、として、看護師には生活予後の理解を促進する役割があると述べている。同じく訪問看護の立場から、古瀬・東海林 (2020) では、患者本人が不在のまま家族と医師とが話し合うことも ACP と捉えられている可能性があることを指摘し、「本人の意向に耳を傾けず家族の意向を尊重するのは倫理的な矛盾が生じる。将来的に家族の後悔になりうることもある」(2020:25)と、本人を含めて話し合い、意思表示を支援することが重要であると述べている。

これらの先行研究や調査結果からは、病状悪化時や終末期について話し合うタイミングを、個別に計ることへの困難さがあることが伺える。

この、本人へいつ知らせるか、というタイミングの問題に対して、ソーシャルワークはどのように貢献することができるのであろうか。ソーシャルワークはクライアントを、身体的側面だけでなく、心理社会的・文化的側面からの総合的なアセスメントを行うとともに、クライアントを取り巻く家族、コミュニティの特性を踏まえた視点に立ってアセスメントを行う。また、患者本人を支えるネットワークの形成や進展、地域住民へのエンパワメントへの発展も意図して関わる。これらの機能は、わが国の地域共生社会の実現に向けて、ソーシャルワークに期待されている役割の1つでもある⁹。この役割が発揮され、医師や医療・ケアチームとの情報共有につながれば、ACPを開始するタイミングは検討されやすくなるのではないだろうか。また、患者が遅れることなく病状に関する説明を受けることは、患者—家族間のコミュニケーションの深まりや、医療・ケア従事者との信頼関係の醸成に至ることもあるのではないだろうか。心理社会面も含めた総合的なアセスメントによってACPが開始され、どの段階においても患者の意思の形成が待たれ、意思を表出する機会が保障されるよう、ソーシャルワークが機能することによって、患者支援のみならず家族へのケア、ひいては遺族ケアにもつながるものと考えられる。

(2) 高齢がん患者の置かれた「不確かさ」を支える関わり

先行研究では、代理意思決定において家族を感じる困難さや不確かさが明らかにされていたが、高齢がん患者本人と取り巻く環境にも「不確かさ」は存在する。日本老年医学会の「ACP 推進に関する提言」では、ACP においては「一人ひとりの高齢者が最期まで本人らしく生きることができるよう支援」することが医療・ケアの意義とされている。このことから ACP は、いかに死ぬかということではなく、よりよく生きようとする高齢者を支える取り組みであるといえる。昨今、がん医療は、高度な医療技術の開発がすすみ、がん遺伝子検査を始めとした個別化治療などの選択肢が拡大してきている。このことは、高齢患者の生きる希望にもつながる場合がある。一方、進行がんの場合には治療は根治ではなく延命目的であり、特に抗がん剤治療の場合はどの程度がんの進行を抑えることができるのかは治療してみないと分からない。

加えて、高齢者のがん医療は、高齢者の特性としてもともと有病者が多く、心身の状態の個体差が大きいことから、標準治療の確立に至っていない¹⁰。このため、高齢がん患者は、治療効果や療養時期を見通すことができないという「不確かさ」のなかで、ACPに向き合うこととなる。また、社会面においても、高齢期には配偶者も高齢で、家族や友人との離別、離職、コミュニティからの離脱や居住環境など、多くの変化を経験している。さらに心理面では、高齢期の死生観の特徴として、これまでの人生を振り返り受け入れた帰結として人生の終焉の受容に至るが、高齢であっても死と向き合いながら生きることには大きな勇気がある、とされている（下仲 2007：132）。

このように、高齢がん患者は、がん医療のみならず心理社会的においても、複合的に「不確かさ」を抱えながら、ACPに向き合う存在と言える。そのため、医療・ケア従事者は、まずは目の前の生活が1日1日充足され、満足感をもって暮らしていくことができるよう支援することから始める必要があり、そのことが、将来の医療・ケアにおける主体的な意思決定につながるのではないだろうか。

（3）高齢がん患者の自己決定の権利の保障

先行研究の多くでは、患者の抱く希望へ配慮されたACPの実践が課題とされていた。一方、高齢患者の意思決定支援に関する行動倫理は、専門職団体においても次のように示されている。日本看護協会は、高齢者の治療や療養では「時として、家族と医療者で決定し、高齢者不在の意思決定が行われていることがある」と、高齢者の意思決定支援においては、患者本人の意思決定のチャンスを失うことなく支援を行う必要があることに言及している⁷。また、日本老年医学会もACP推進の提言において、「各専門職の職業倫理が抛る価値観も重要だが、基本的には本人の価値観を尊重し、本人の人生の物語を核として医療・ケアの意思決定を医療・ケアチームで支援する」ような医療・ケア従事者の行動規範に触れている⁵。

ソーシャルワークにおいても、2020年改定の「ソーシャルワーカーの倫理綱領」¹¹の「倫理基準」のうち、「I クライアントに対する倫理責任」の12項目には、「説明責任」、「自己決定の尊重」、「参加の促進」が定められていることから、高齢がん患者に対するソーシャルワークの倫理責任について、以下に解釈を試みる。まず、説明責任に関して、「ソーシャルワーカーは、クライアントに必要な情報を適切な方法・わかりやすい表現を用いて提供する」とあるため、自己に関する重要な情報がその人にとってわかりやすい方法で説明されることは、高齢がん患者が権利を行使するうえでの基本といえる。次に、自己決定の尊重に関して、「ソーシャルワーカーは、クライアント自己決定を尊重し、クライアントがその権利を十分に理解し、活用できるようにする。また、ソーシャルワーカーは、クライアントの自己決定が本人の生命や健康を大きく損ねる場合や、他者の権利を脅かすような場合は、人と環境の相互作用の始点からクライアントとそこに関係する人々相互のウェルビーイングの調和を図ることに努める」とあり、厳しい選択であっても本人が納得したうえで権利を行使しながら、家族や療養環境に属する人々との相互のウェルビーイングの調和が図られるよう支援する必要がある。また、参加の促進に関して、「ソーシャルワーカーは、クライアントが自らの人生に影響を及ぼす決定や行動のすべての局面において、完全な関与と参加を促進する」とある。これは今回新規に追加された項目であり、高齢がん患者本人が、治療の終了や療養の場・ケアの選択といった行動のすべての局面において、その存在が中心に置かれるよう働きかける責任があることが表されていると考える。このように、加齢による機能の低下や認知症状の有無に関わらず、ソーシャルワーカーは、高齢がん患者が個別の状況に応じて、自ら選択し行動化して自己決定していくことへの倫理責任を負うと考える。

（4）ソーシャルワークにおける「ナッジ」の意識化

平井ら（2021）では、医師が意思決定支援のスキルの1つとして、医師が望ましいと考える選択肢を明示する「ナッジ」の存在について述べている。平井ら（同）は、意思決定困難な患者に対して、行動経済

学の「リバタリアン・パターナリズム」の概念を用いつつ、ナッジは「強制することなく自発的に人々の行動を変容させるアプローチ」であり、元気で過ごすという目標を患者本人と明確に共有しながら「あくまで本人の自由意志に基づく選択の余地を残したまま、妥当性の確認された望ましい方向へ誘導」していくことが有効な対応策であると述べている（2021：32）。また、看護の立場には、医師からの告知を前提に、患者の理解を促進する機能があることを述べている。

このナッジについて、ソーシャルワーカーは、高齢がん患者のACPを支援する際に意識する必要がある。なぜなら、医師や看護師のナッジは医学的判断に基づき、生命の維持やより安楽な療養のために最善の利益を判断して行われる一方、ソーシャルワーカーはクライアントの人権や社会生活への関与という違いがある。石川（2012）は、ソーシャルワークにおけるナッジについて、恣意的な誘導と定義したうえで、ソーシャルワークが関わる枠組みのなかでナッジは存在し、ソーシャルワーカーの関わりがクライアントの価値形成や選択に影響を及ぼすことを意識すべき、と述べている（2012：50-54）。また、石川（同）は、患者は選択の枠組みからの「離脱自由」（2012：52）が保障されていない、という不自由が存在することにも言及している。この「離脱自由」の不存在は、高齢がん患者のACPにもあてはまる。誰しも、自身の予後に向き合うことには苦痛が伴う。また、現象としての死は、自らの死を経験するのではなく、他者の死という出来事の実験であり（＝横山 2020）、人は死そのものというよりも、死にゆく過程での孤立や孤独への恐怖に直面する（＝奥山 2019）。本来、ソーシャルワークは本人主体であり、本人には相談する・しない自由がある。しかし、わが国が目指すACPは、患者本人を主体とした、家族および医療・ケア従事者による共同意思決定である。このような複雑な状況のなか、高齢がん患者は病状の変化を見越した選択と決断を常に迫られることとなる。そのため、ソーシャルワーカーの関わりには、人権尊重や社会変革などの観点からナッジが働いているのか、家族や医療・地域のシステムとの関連のなかで本人を中心とした意思決定に向かおうとしているのかを、常に自問しながら支援する責任を伴うのではないだろうか。

高齢がん患者は、疾患や置かれた環境の影響を受け、困難を乗り越えながらACPに向き合うこととなる。このため、高齢がん患者が判断のための時間を必要とする際は、ソーシャルワーカーは、本人のペースでの意思決定にも配慮する必要がある。高齢がん患者が、医療やケア、ひいては社会に受け入れられていることの実感を持つことができるように、個々の状況に応じた自己決定の権利を擁護することは、ソーシャルワークの倫理責任であると考えられる。

6. 結語

本研究では、高齢がん患者のACPに関する14件の国内研究の文献検討を行って、高齢者がん患者本人の自己決定を尊重したソーシャルワークの課題について検討した。その結果、多くの国内研究は医療・ケア従事者や診療データを対象としており、個々の病状および本人の意向・価値観・人生観・目標・希望が尊重されたACPのプロセスには、早期介入とチームアプローチによる継続的な意思決定支援が重要であることが明らかにされていた。一方、現状では、日本固有の文化や背景を考慮したACPは未だ確立されておらず、患者－医師間のコミュニケーション、看護師による介入支援、本人－家族間の話し合いは、重要な要因であると同時に課題とされていた。このことから、高齢者がん患者の自己決定を尊重したソーシャルワークには、ACP開始のタイミングや本人の置かれた「不確かさ」、知る権利の保障に対応しつつ、ソーシャルワークの倫理責任の観点から「説明責任」、「自己決定の尊重」、「参加の促進」を認識した意思形成や意思表出を援ける働きかけが求められる。

註：

- 1 わが国のがん対策を総合的に策定した「第3期がん対策推進基本計画」においても、高齢者のがん対策は課題

- の1つとされている (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196975.pdf>, 2021.10.10)。
- 2 会田は死生学・生命倫理の立場から、高齢患者の自己決定や自己表現には不十分な場合が多く、その理由として、加齢による心身機能の低下による影響だけでなく、高齢者は周囲に配慮しながら「気持ちのなんらかの表現」を言語化することもある (2017: 700) と述べている。
 - 3 疾患別の予後予測モデルは Lynn らが提唱した病の軌跡 (illness trajectory) (2003) として提唱しており、「日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン 2021年改訂版 循環器疾患における緩和ケアについての提言」にも掲載されている (https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Anzai.pdf, 2022.10.10)。
 - 4 厚生労働省「ゼロからはじめる人生会議『もしもの時について話し合おう』」(<https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/>, 2021.10.10) では、ACP の概念を一般向けに解説している。
 - 5 日本老年医学会は2019年に「ACP 推進に関する提言」を策定したが、この理念は厚生労働省の「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」および同学会の「立場表明 2012」および「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として」を共通の理念とするものである (https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf, 2022.10.10)。
 - 6 日本緩和医療学会も同年に「人生会議 (アドバンス・ケア・プランニング) とその普及啓発に関する意見表明」をしている (<https://www.jspm.ne.jp/html/20191129.pdf>, 2021.10.10)。
 - 7 日本看護協会はホームページに「人生の最終段階における医療と倫理」と題して、厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアのガイドライン」実践に際する視点を示している (<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/problem/jinsei.html>, 2021.10.10)。
 - 8 患者本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定をうけて心肺蘇生法をおこなわないこと。詳細は、日本集中医療医学会ホームページ (<https://www.jaam.jp/dictionary/dictionary/word/0308.html>, 2021.10.10)。
 - 9 2017年の厚生労働省第9回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会資料「ソーシャルワークに対する期待について」を参照 (https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000150799.pdf, 2021.11.6)。
 - 10 2019年に日本臨床腫瘍学会および日本癌治療学会との合同編集で「高齢者のがん薬物療法ガイドライン」が刊行された。高齢がん患者の QOL や認知機能の低下、合併症や副作用の頻度の増加のほか、高齢がん患者特有の問題や個人差の問題に対して、基本的な診療指針が示された。
 - 11 日本ソーシャルワーカー連盟のホームページ (<http://jfsw.org/code-of-ethics/>) を参照したが、日本社会福祉士会、日本医療ソーシャルワーカー協会等にも掲載がある。

文献・資料：

- 会田薫子「ACP の背景にある臨床倫理の問題・課題」『がん看護』22 (7), 698-701.
- Cristian Sternad (2020) *The Problem of Death in Phenomenology*. (=横山 陸 訳「現象学における死の問題」, 総合政策研究, 129-142.)
- 平井 啓・山村麻予・鈴木那納実・ほか (2021)「高齢患者のがん治療方針における意思決定困難に関する要因に関する探索的研究—医師に対するインタビューから」『緩和医療』16 (1), 27-34.
- 古瀬みどり・東海林美幸 (2020)「訪問看護師が捉えた在宅療養支援高齢者のアドバンス・ケア・プランニングの課題」『北日本看護学会誌』23 (1), 19-28.
- 石川孝子・福井小紀子・岡本有子 (2017)「訪問看護師による終末期がん患者へのアドバンスケアプランニングと希望死亡場所での死亡の実現との関連」『日本看護科学会誌』37, 123-31.
- 石川時子 (2012)「社会福祉における「誘導」とリバタリアン・パターンリズム論の近似性」『社会福祉』53, 45-56.
- 門脇 緑 (2016)「がん患者との End-of-life discussions の概念分析」『日本看護科学会誌』36 (0), 263-272.
- 加藤真紀・竹田恵子 (2017)「高齢者の終末期にかかる家族の意思決定に関する文献レビュー」『日本看護研究学会雑誌』40 (4), 685-694.
- 小松 恵・島谷智彦 (2017)「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」『日本緩和医療学会』12 (3), 701-707.
- 厚生労働省 (2018)「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 改訂版」(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>, 2021.10.10).
- 厚生労働省 (2018)「認知症施策関連ガイドライン (手引き等) 取組事例 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html>, 2021.10.10).
- 森 一恵・水島史乃・佐久間由美・ほか (2020)「療養移行期にある高齢がん患者とその家族の意思決定：コミュニケーションノートを用いた認識の変化」『関西国際大学研究紀要』(21), 81-96.

- 日本がんサポーターズケア学会 (2020) 「高齢者がん診療 Q&A 総論」 (<http://www.chotsg.com/jogo/souron.pdf>, 2021.10.10).
- 奥山敏雄 (2019) 「死の受容と最後の成長—キューブラー＝ロスの死にゆく過程論の変容」 『社会学ジャーナル』 (44), 1-22.
- 大野栄治 (2020) 「緩和ケア病棟へ入院した造血器腫瘍患者の臨床的特徴」 『日本緩和医療学会』 15 (1), 21-27.
- 下仲順子 編 (2007) 『高齢期の心理と臨床心理学』 培風館.
- 菅沼真由美・新田静江・東福寺愛実・ほか (2019) 「要介護高齢者の終末期への意思表示に関わるケアマネージャーの支援方法と心情」 『老年看護学』 23 (2), 59-67.
- 田代真理・藤田佐和 (2017) 「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」 『高知女子大学看護学会誌』 43 (1), 2-14.
- 田代真理・藤田佐和 (2019) 「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 (0), 45-53.
- 田中 宏・江口由紀・松本明子・ほか (2016) 「終末期抗がん治療の現状と緩和ケア病棟の意義」 『緩和医療』 11 (4), 248-53.
- 谷本真理子・芥田ゆみ・和泉成子 (2018) 「日本におけるアドバンスケアプランニング研究に関する総合的文献レビュー」 『緩和医療』 13 (4), 341-355.
- 垂見明子・三松早記・森田達也・ほか (2016) 「終末期についての話し合いに関するがん治療医の意見—質問紙調査の自由記述の質的分析」 『緩和医療』 11 (1), 301-05.