

[研究報告]

外来通院中のがん患者の アドバンス・ケア・プランニング促進に向けた取り組み

屋比久夏生¹⁾, 神里みどり²⁾, 謝花小百合²⁾

抄録

目的: 外来通院中のがん患者のアドバンス・ケア・プランニング(以下, ACP)に関する医療者の認識と外来におけるがん患者の ACP 支援を促進するプロセスを明らかにすることで、外来通院中のがん患者の ACP 促進のための示唆を得ることを目的とする。

方法: A 病院の外科外来において、アクションリサーチを行った。第一段階はがん看護専門看護師 2 名、医師 3 名、外来看護師 2 名に外来通院中のがん患者の ACP に関する認識について半構造化面接調査を行った。また、外来通院中に ACP が必要と考えられるがん患者のスクリーニングツール(以下, ACP スクリーニング)を研究者が作成し、導入について検討した。第二段階は第一段階で得られた医療者の ACP に対する認識などの結果から課題を明確化し、解決に向けた具体策の計画、実施をがん看護専門看護師と協働して行った。第三段階は具体策の評価を行った。得られたデータは質的帰納的に分析した。

結果: 第一段階では、がん看護専門看護師の認識として、【根治できない場合、社会的サポートが脆弱な患者に介入が必要】【患者の思いの表出、治療や生活の変化は介入のタイミング】などがあり、医師の認識としては【バッドニュースを伝える困難感】などがあげられた。また外来看護師は【外来で患者・家族に個別に関わることの難しさ】などを認識していた。ACP スクリーニングではマンパワーが課題となったが、スクリーニング項目を限定することで実践できるように工夫した。第二段階では医療者間で ACP に対する認識を共有する必要性などの課題が明らかになった。具体策として既存の苦痛スクリーニングに ACP スクリーニングで重要とされた ADL 及び栄養指標の低下に関する項目を追記した。さらに、外来通院中のがん患者に対するがん看護専門看護師による介入基準と専門スタッフによる介入フローチャートを作成し、その導入に向けて関係職種との調整を行った上で活用できるようにした。第三段階では、ACP の具体策を実施することで、ACP が必要な対象者を早期にスクリーニングし、がん看護専門看護師の支援に繋がれるようにした。

結論: がん看護専門看護師、医師、外来看護師は、それぞれの立場で、困難感や外来システムなどに課題があると感じていた。これらの課題を解決すべく、医療者間で ACP 支援が必要な患者に対して共通認識を図り、がん看護専門看護師やその他の専門スタッフの支援に繋げる ACP 具体策を考案し実践した。これらの取り組みのプロセスを明確にすることで、外来通院中のがん患者に早期から ACP 支援の可能性を見いだすことができた。今後このようなプロセスを充実させ、組織的な活動として継続していくことが重要である。

キーワード: 外来通院 がん患者 アドバンス・ケア・プランニング 促進

I. はじめに

1. 研究背景

終末期がん患者に対する早期からの緩和ケアが患者・家族の QOL を高め、抑うつ状態の軽減や生存期間を延長することが報告されている(Temel et al, 2010)。さらに、看護師主導による緩和ケアの教育的介入と電話によ

るフォローアップで QOL の向上につながる事が報告されている(Bakitas et al, 2009)。これらの先行研究で共通しているのは、適切な症状マネジメントと、コーピングや家族ケア、意思決定支援を重要視している点である。近年は施策により緩和ケア外来を有する病院は増えているが十分とはいえず、各診療科外来でのフォロー体制を整えることが課題となっている。

我が国では「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」の改定が行われ、アドバン

1) 地方独立行政法人那覇市立病院

2) 沖縄県立看護大学

ス・ケア・プランニング (Advance Care Planning: 以下, ACP) の概念を踏まえた上で、終末期医療における意思決定支援が重要視されている (厚生労働省, 2018)。ACP とは「もしものとき (意思決定能力がなくなった時) に備えて、本人が望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組のこと」 (日本緩和医療学会, 2019) と定義されている。

ACP を行うことで患者の意思が尊重され、患者と家族の満足度が高まること、また遺族の不安や抑うつが改善される (Detering et al, 2010)。ACP を行う時期は病状の悪化や身体機能の低下、治療の選択肢が限られてきた時などである (Johnson et al, 2015) が、具体的な時期や介入方法は明確になっていない。一方で ACP 介入が患者・家族に十分な説明がなされないと死を予測させるため、患者に苦痛を引き起こす可能性もある (S. Johnson, et al, 2015)。また、ACP の負の側面として、DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) などの事前指示の確認を目的としてしまうことや医療者の価値観を押し付けてしまうことなどがあげられる (川口, 2019)。

川崎ら (2010) は、医師が看護師に対して、患者を精神的に支えることや緩和ケアへのギアチェンジ支援などのニーズがあると述べている。そのため、病院や在宅の場などで医療的側面だけではなく、患者の生活背景や嗜好を考慮し、ケアを提供する看護師の役割が重要となってくる。さらに、医師や医療ソーシャルワーカー (Medical Social Worker: 以下, MSW) などと協働し、ACP を促進することが求められている。

我が国においては徐々に ACP に対する介入調査が散見されるようになったが、未だ具体的な方法や時期に言及した研究は少ない (谷本ら, 2018)。また、厚生労働省においても「人生会議」として普及啓発が進められているものの、看護師の認識は低い現状である (小松ら, 2017)。

終末期のがん患者・家族に対する ACP の導入は必要不可欠であり、日々の実践で早急に取り組まなければならない重要な課題となっている。よって、多くの医療職者がどのように ACP を導入していくべきか、模索していく必要がある。

2. 目的

本研究の目的は、A 病院外来通院中のがん患者の ACP に関する医療者の認識と外来におけるがん患者の ACP 支援を促進するプロセスを明らかにすることで、ACP 促進のための示唆を得ることを目的とする。

3. 用語の定義

アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning)

「もしものとき (意思決定能力がなくなった時) に備えて、本人が望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する

取組のこと」 (日本緩和医療学会, 2019)

II. 研究方法

1. 研究デザイン

ACP の具体的な方法や時期に言及した研究は十分ではないため、臨床現場の課題を明らかにし、課題に対して流動的に介入をすることでより実践に即した示唆が得られると考え、研究方法はアクションリサーチを用いた。

2. 調査期間

調査期間は 2019 年 6 月から 2019 年 11 月であった。

3. 研究の概要及びデータ収集の方法

研究は、第一段階から第三段階で構成した (図 1)。第一段階が医療者の外来通院中のがん患者の ACP の認識について、がん看護専門看護師、医師、外来看護師に半構造化面接調査を行った。外来通院中のがん患者の ACP に関する認識に関して半構造化面接ガイドを用いて面接調査を行った。また研究者が ACP について話し合う機会が必要と考えられる患者をスクリーニングするツール (以下, ACP スクリーニング) を作成した。ACP スクリーニングの臨床への導入について、がん看護専門看護師、医師に対して意見を求めた。許可を得て IC レコーダーを用いて録音し、それを質的データとした。第二段階では、第一段階の面接調査の結果を、がん看護専門看護師と討論を重ね、課題を明確にした。明らかになった課題に対して、実現可能な具体策の計画や実施をがん看護専門看護師と協働し行った。一連の話し合いなどをフィールドノートに記述し質的データとした。また、実施した活動はその都度、詳細に記述し質的データとした。第三段階では具体策導入後にはがん看護専門看護師が介入した事例の介入に至るまでのプロセスを詳細に記述し質的データとした。また、がん看護専門看護師の語りから得られた患者と家族、医療者の所感や反応などから評価を行い、内容を詳細に記述し質的データとした。

なお、面接は、面接者の都合の良い時間に A 病院内でプライバシーが保護できる場所を確保して行った。

4. 研究協力者

研究の趣旨に賛同し、参加の同意が得られた A 病院のがん看護専門看護師、外来看護師、医師を研究協力者とした。

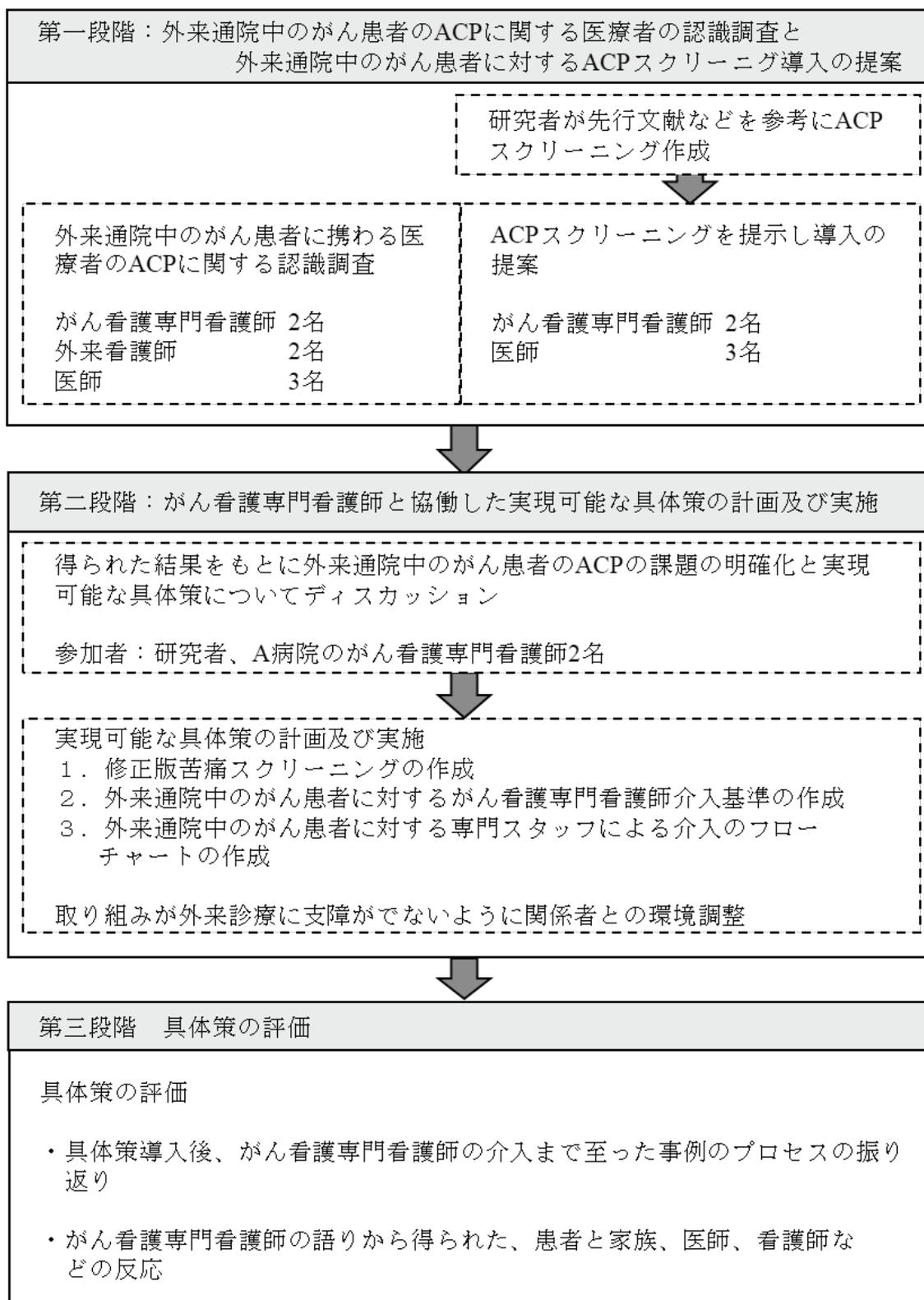
5. 分析方法

第一段階の半構造化面接調査で得られたデータは、逐語録を作成し質的帰納的に分析を行った。具体的にはがん看護専門看護師、外来看護師、医師の 3 職種別に分けて、研究協力者の語りを意味内容で要約した。類似する語りの要約をまとめて、サブカテゴリー、類似するサブカテゴリーをまとめて、カテゴリーを作成した。

第二段階のがん看護専門看護師とのディスカッションで得られたデータは質的帰納的に分析し類似する語りをまとめて要約した。

第三段階は具体策導入後に、がん看護専門看護師の介

図1. 研究の概要



入に至った事例のプロセス及びがん看護専門看護師の語りから得られた患者と家族、医療者の所感や反応から具体策の妥当性を評価した。分析や結果については、研究者とA病院のがん看護専門看護師、研究指導教員、研究者の所属するゼミなどで繰り返し検討を行い、真実性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

本研究は、沖縄県立看護大学（承認番号：190003）や研究施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究協力者に関して、看護師は看護研究担当の副看護部長に推薦を依頼し、強制力が働かないように研究の趣旨の説明や依頼は研究者が直接行った。医師に関しては、事前に、研究者が外科統括部長医師の許可を得て、研究の趣旨説明や依頼を研究者が直接行った。具体的には研究の概要やプライバシーの保護などの倫理的配慮を明記した依頼文書を用いて説明し、書面にて同意を得た。

Ⅲ. 結果

研究の過程は第一段階から第三段階のプロセスを経て実施した。調査結果を研究のプロセスに沿って述べる。本文中の【 】はカテゴリー、『 』は【 】のカテゴリーの類似する内容のまとめ、「 」は具体的な語りを示す。

1. 研究協力者の基本属性

がん看護専門看護師は女性2名で看護師経験年数は12年と25年であり、がん看護専門看護師として活動している期間はそれぞれ2年と1年であった。医師は男性3名であり臨床経験年数は30年と15年と12年であり、外来診療の経験年数は30年、9年、4年であった。医師1名は外科統括部長であった。外来看護師は女性2名で看護師経験年数は8年と13年であり、外来に配属されたからはそれぞれ4年と2年であった。

2. 第一段階：医療者の外来通院中のがん患者のACPに関する認識調査と外来通院中のがん者に対するACPスクリーニング導入の提案

1) 医療者の認識調査

外来通院中のがん患者のACPの認識を明らかにするために7月から9月に半構造化面接調査を実施した。さらに、外来通院中のがん患者のACPの認識調査を終えた後に、2名のがん看護専門看護師と3名の医師に対して、研究者が先行文献（日本がんサポーターズケア学会，2018；小田切ら，2018；Highet et al, 2014）を参考に作成したACPスクリーニングを提示し、臨床現場での導入を提案し検討した。

(1) がん看護専門看護師の半構造化面接調査結果

がん看護専門看護師の半構造化面接調査内容の逐語録を分析した結果、103の語りの要約から、『がん看護専門看護師のACPに対する認識』と『がん看護専門看護師が考えるACPの促進要因』、『がん看護専門看護師が考えるACPの課題』の3つが抽出された。

『がん看護専門看護師が考えるACPに対する認識』（表1）は【根治できない場合、社会的サポートが脆弱な患者に介入が必要】【患者の思いの表出、治療や生活の変化は介入のタイミング】【医療者だからこそ予測できる問題に早期に介入】【その時々々の患者の思いを言語化することが大事】の4つのカテゴリーから構成された。

『がん看護専門看護師が考えるACPの促進要因』（表2）は【患者に関わる医療者のACPに対する意識】【患者が家族に相談できる環境】【患者が悩み、揺れること、相談場所を保証】【相談支援体制についての情報提供】【診断時から継続したACP支援のための指標】の5つのカテゴリーから構成された。

『がん看護専門看護師が考えるACPの課題』（表3）は【医師とがん看護専門看護師の連携不足】【ACPを支援するメンバーの不足】【医師と患者・家族の理解の乖離】【外来における家族との接触機会の少なさ】【多職種での情報統合と協働の必要性】【苦痛スクリーニングシステムの見直し】の6つのカテゴリーで構成された。

(2) 医師の半構造化面接調査結果

医師の面接内容の逐語録を分析した結果、140の語りの要約が得られた。得られた語りの要約を分析した結果、『医師のACPに対する認識』（表4）、『医師が考えるACPの促進要因』（表5）、『医師が考えるACPの課題』（表6）の3つに分類された。

『医師のACPに対する認識』（表4）は【病期を考慮し、先々を見据えた話し合いを重ねる】【治療経過や患者状態を考慮する必要性】の2つのカテゴリーで構成された。

『医師が考えるACPの促進要因』（表5）は【問題のある患者やACPが必要な時はがん看護専門看護師に介入を依頼】【医師と協働しACPを支援する医療者の存在】【組織としてACPを支援するシステムの整備】の3つのカテゴリーで構成された。

『医師が考えるACPの課題』（表6）は【バッドニュースを伝える困難感】【医師と患者・家族の理解の乖離】【外来受診時に同席がない家族】【緩和ケアや在宅療養の実状の認識不足】の4つのカテゴリーで構成された。

(3) 外来看護師の半構造化面接調査結果

外来看護師の面接内容の逐語録を分析した結果、40の語りの要約が得られた。得られた語りの要約を分析した結果、『外来看護師のACPに対する認識』（表7）は【患者・家族の理解度やニーズを確認した情報提供】【患者の状態変化や治療方針変更時にはがん看護専門看護師に繋ぐ】【がん看護専門看護師が介入することによる患者と看護師への効果】【外来で患者・家族に個別で関わる困難感】【がん看護専門看護師の介入が経済的負担になる懸念】の5つのカテゴリーで構成された。

2) ACPスクリーニング導入の提案についての医師とがん看護専門看護師の意見

研究者が作成したACPスクリーニングを外来診療に導

表1. 第1段階：がん看護専門看護師のACPに対する認識

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの要約
根治できない場合、社会的サポートが脆弱な患者に介入が必要	根治が望めない患者は介入が必要	完治、根治を目指すことのできない人が対象である
	社会的サポートが脆弱な患者は早期の介入が必要	進行を遅らせるための治療の患者には介入したほうが良い サポート力の少ない患者は早期からの介入が必要である
		独居の場合、家族が状況を全く把握していないこともある
患者の思いの表出、治療や生活の変化は介入のタイミング	治療経過や日常生活の変化、苦痛症状の出現があった時はACPのタイミング	治療変更や日常生活の変化、症状が出現したときは家族を巻き込んで話し合う時期である 患者の体調や状況に合わせて、その都度ACPをしていく
		日常生活の変化が見られた時には介入が必要なタイミングである 痛みなど自覚症状が出現したときにはACPについて考えるきっかけになる
	患者からの語りや、なにかに頼ろうとした時は意向の確認の時期	セカンドオピニオンの希望があったりとなにかに頼ろうとしたタイミングには確認しやすい 患者から語りがあったタイミングには意向を確認しやすい
		告知や治療方針の選択の時に話をする中で患者自身が今後のことまで飛躍して話すことがある
医療者だからこそ予測できる問題に早期に介入	患者から訴えがなくても医療者が異常を感じた時に声掛けが必要	患者によって問題を抱えていても訴えない場合もあるため医療者からの声掛けがあることで訴えやすくなる 医療者が患者のADLの低下や活気がないなどの異常を感じた場合は声掛けをする必要がある
		外来で患者が発している苦痛の訴えを拾い上げるために医療者が意識しなくてはならない 患者自身は自覚がないかもしれないので、看護師が気になる場合には声掛けが必要かもしれない
	患者、家族がその時には認識できない問題に対して早期からの対応が必要	家族は今現在の問題だけで余裕がないため、今後の生活のことなどに医療者が予測して関わっていかなくてはならない 今後の過ごし方を医師、患者だけではなく看護師も早い段階でキャッチして対応しなくてはならない
その時々患者の思いを言語化することが大事	長い治療経過でその時々患者の思いを整理し言語化することが大事	長い治療経過でのその都度介入する必要性がある 患者のその時の思いを言語化し残すことがプロセスとして大事である 患者のその時々思いを整理して言語化する作業は大事である 患者の漠然とした思いを整理して表出する作業は大事である
		今現在、患者がどのような思いを持ち、どのような状況かわかる記録を残していくことが必要である

表 2. 第 1 段階：がん看護専門看護師が考える ACP の促進要因

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの要約
患者に関わる医療者の ACP に対する意識	医師が ACP の必要な患者をスクリーニング	医師によっては事前に介入が必要な患者をピックアップしている 医師からこのような患者もがん看護専門看護師の介入対象かと尋ねられることがある
	外来看護師がスクリーニングしてがん看護専門看護師に繋ぐ	医師から連絡がなくても重要な説明の際には外来看護師からがん看護専門看護師に連絡があることもある 外来看護師が患者にがん看護外来のパンフレットを渡して情報提供している 外来看護師から、このような患者も対象であるか相談がある 外来看護師が苦痛スクリーニング陽性だった患者に声掛けし、必要に応じてがん看護専門看護師の情報提供をしている
	MSW・医療事務からの相談と報告	MSW から対応した患者について情報提供があることもある 医療事務から気なる患者について電話相談があることがある
	家族に対して医療者の意図的な働きかけ	医療者から意識的に家族に働きかけることが必要である 外来で家族と一緒に来た時には、家族に会いたいと伝え声をかけてもらうように促す
患者が家族に相談できる環境	患者が家族や他者に病気のことを伝え、相談できているかの確認	外来に一人で来ている場合には、他者に病気のことを伝えているか、相談できているかを確認している 誰かに病気のことを伝えているか、相談ができていないか確認する 患者が家族に自分の状態をどのように伝えているのかを確認する
患者が悩み、揺れること、相談場所を保証	患者が悩み・揺れることを肯定し相談できる場があることの保証	患者の揺れる思いを肯定し、相談場所があることを保証する いつでも相談できることを保証し孤独を与えないようにする 意思決定の際は焦らずに悩んでいい時間だと説明する
相談支援体制についての情報提供	相談・支援できる体制があることの情報提供	診断時に外来看護師が相談支援センターやがん看護外来などの相談窓口について案内するとよい 相談支援センターに看護師を配置する方がよい がん看護専門看護師との最初の面談時には院内の相談窓口や専門のスタッフの情報提供だけでもいい
診断時から継続した ACP 支援のための指標	診断時から ACP を意識した関わり 医療者間で ACP が必要な患者を共通認識する指標の作成	がんの診断時から ACP の介入をしたほうが、患者と以前の状況を比較しながら考えやすい可能性がある 医師によってスクリーニングの視点に差があるため、共通した指標があれば依頼しやすくなる可能性がある がんの診断時に 1 枚程度の ACP のシートをいれて、記載して次の外来に持参してもらう 苦痛スクリーニングを活用して ACP に繋げていければいいと思う

表3. 第1段階：がん看護専門看護師が考えるACPの課題

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの要約
医師とがん看護専門看護師の連携不足	医師のがん看護専門看護師の活用頻度の差	がん看護外来を案内する医師は限られている 診療科によっては医師が苦痛スクリーニングをしていることも知らない場合があり、今後情報提供をしなくてはならない
	医師からの依頼時期が遅く関わり方が難しい	医師から介入の依頼は重症な患者であることが多い 終末期から関りを始めた患者への声掛けに困る 最期の最後の治療の時にしか相談がこないこともある
ACPを支援するマシパワーの不足	外来看護師が多忙で、スクリーニングや介入依頼が困難	外来が忙しい際は看護師が依頼まで手が回らないことがある 看護師は多忙で苦痛スクリーニングを確認する余裕がない時もある
	がん看護専門看護師が患者に介入する時間確保の困難	外来看護師がACP介入の必要性を瞬時に判断するのは難しい 依頼があっても他の患者対応中で介入できない時がある がん看護専門看護師に依頼があった時に別件で対応できなかった時は、後日対応ができるよう調整している
医師と患者・家族の理解の乖離	治療方針やホスピスに対する医師と患者・家族の理解の違い	医師は今後の方針などを説明したと言うが、実際に確認すると患者・家族は理解できていないことがある 患者によってホスピスの話をしたら死ぬまでそこにいないといけなさと誤認している場合がある
外来における家族との接触機会の少なさ	外来では家族と接する機会が少ない	家族に心配かけないように患者が連絡していないことがある 外来通院中は家族と接する機会が少ない 患者の変化に気づき一緒にきてくれる家族もいるが、そうでない場合もある
多職種での情報統合と協働の必要性	多職種それぞれが持つ情報の統合と連携の必要性	診察やちょっとした話の中で得た情報がある場限りでバラバラになっている印象がある 診察室や待合室、薬物療法室やMSWなどがそれぞれ持っている情報を橋渡しすることができればいい 専門職がそれぞれで頑張るのではなく、気軽に連携しあえる関係性ができるといい
苦痛スクリーニングシステムの見直し	苦痛スクリーニングの活用が不十分	苦痛スクリーニングに訴えが記載されていても、それについて対応されているのかがカルテ上わかりにくい 苦痛スクリーニングをチェックすることが目的になってしまっている気がする 外来での苦痛スクリーニングに関するフローチャートがないため作成する必要がある
	専門スタッフへの相談経路の明確化と多職種連携の必要性	患者が支援を必要とする時に専門スタッフに円滑に繋がれるように相談経路を整え、多職種で連携する必要がある

表 4. 第 1 段階：医師の ACP に対する認識

カテゴリー	サブカテゴリー	話りの要約
病期を考慮し、 先々を見据えた 話し合いを重ね る	十分な説明を行い、患者・ 家族が選択できるよう支 援	最初の治療の段階でベストサポータティブケアも選択肢に含んで選 んでもらう 治療選択の時には基本的に ACP の考えはもっている がんの転移再発の時の薬物療法は根治目的ではなく延命治療であ ることを説明して選択してもらっている
	話し合いを重ねる	患者・家族と話し合いを重ねてホスピスや在宅療養の方向で調整で きた経験から十分に話し合いができていていると感じる 外来の時間は限られているが主治医は患者と話し合いを十分に行 わなければならない
	外来通院時から早めに話 し合いを持つ	入院してからでは手詰まりな時があるので外来時から早めに話し 合いを持つ必要があると医師間でも話している 状態が悪化し入院してきた時は今後の過ごし方を選ぶことは難し い 患者が今後の選択を悩む時間がないままに亡くなることはよくな いと思う
	治療経過や今後の先々を 見据えた説明	薬物療法のサードラインに移る時には効果はそれほど期待できな いことを説明し、平均予後を説明しこれからのことを考えるように と繰り返し説明する 根治ができないならば最初に平均予後の話をして、自分のやりたい ことはやっておくように話す
	患者状態を確認し、時期に 応じた対応の検討	薬物療法を中止した患者も通院してもらいながら、しかるべき時期 にホスピスなどに案内する
治療経過や患者 状態を考慮する 必要性	ADL が低下した患者は薬物 治療の適応外	パフォーマンスステータスの低下があると薬物療法の適応ではない 基本的には本人が受ける体力がなければ薬物療法適応ではない
	食事や体重の減少がある 場合は治療方針を考える 時期	食事が摂れなくなってきたり、体重が落ちてきた時には治療の変更 や中止を考える時期になっている
	治療が患者の利益になっ ているか常に評価し、患者 に説明	客観的にみて薬物療法のデメリットだけと判断した場合はきちっ と説明する必要がある 治療過程で薬物療法を継続することが患者にとってメリットなの かデメリットなのか常に天秤にかける
	がんの種類によってレジ メン変更の重みの違い	疾患によってレジメン変更の重みが少し違う 大腸がんにおいてはサードラインに移行する時期は今後のことを 話し合う時期である 胃がんの場合はセカンドラインに変更する時には患者の状態も悪 化していることも多く重みが違ってくる

表5. 第1段階：医師が考えるACPの促進要因

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの要約
問題のある患者 やACPが必要な 時はがん看護専 門看護師に介入 を依頼	バッドニュースを伝えた 後はがん看護専門看護師 に介入を依頼	治療経過の中で薬物療法の効果が期待できなくなったときにはがん看護専門看護師に介入してもらっている
	ADLの低下や不安が強い時 にはがん看護専門看護師 に介入を依頼	ADLが低下し始めた段階ではある程度理解してもらう必要があるため、その時期には介入してきてくれたほうが安心である 患者の不安が強い時にはがん看護専門看護師に介入してもらっている
医師と協働し ACPを支援する 医療者の存在	がん看護専門看護師が患 者と家族の支えとなる	説明の後にがん看護専門看護師が介入してくれることで、ある程度びっくりせずにホスピスや在宅療養を受け入れている印象がある バッドニュースを伝えた後に医師には話せないが、がん看護専門看護師には話せることもある
	重要な意思決定について は専門的な知識が必要	意思決定に関することは専門的にやっている医療者がよい 説明の後に理解度の確認をしてくれると助かるが曖昧なことは言えないため知識がないと難しい
	医師の説明を正しく理解 できるよう支援する医療 者が必要	大きな選択の場面で専門的な知識と立場で支援をするのはがん看護専門看護師が適している 治療方針を説明しているが、患者の理解度は十分でないこともあるためその部分をサポートしてほしい 話し合いがまとまらず停滞している時には、他の医療者がアドバイスをしてくれるとよい
組織としてACP を支援するシス テムの整備	多職種が持っている情報 を共有し補う	限られた外来時間の中で十分な支援は難しいがチーム医療で補っていくことが求められる 医師と患者間だけの情報だけでは不足していることがあるので、多職種からの情報を集約して方針を決めることが必要である
	ACP介入が必要な患者の共 通認識を図る	ACPの話し合いが必要な患者をスクリーニングする取り組みはやってみてもいいと思う 医師によって話し合いをもつタイミングが異なるのはよくないので均一化する必要がある
	普段の外来診療をシステ マティックに実施	普段の診療で行っていることをシステムティックにしていくことがACPに繋がる
	病院の役割としてACPを推 進する必要性	院内の方針としてがん看護専門看護師の介入を進めている ACPに関してはがん拠点病院として進めていく必要がある
	事例検討を行いACP支援の 質向上を図る	ACPを進めるうえで難しい事例を踏まえて、今後に生かしていくかまで検討する必要がある 個別性が重要であり、事例検討会などで質を高める必要がある

表 6. 第 1 段階：医師が考える ACP の課題

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの要約
バッドニュースを伝える困難感	治療効果に重点が置かれた説明	医師は治療が効いた、効いていないという話しがしない 医師は治療を中心に考えることが多く、今後の過ごし方などの話し合いをおろそかにしてしまう
	バッドニュースを伝えることへの負担感	バッドニュースを伝えることは得意ではない 治療がうまくいっている時にはいいが、足踏みしたときにどうするか悩む
	希望を持つ患者・家族と今後の過ごし方を話し合うことへの抵抗	ファーストラインが効かないことで落ち込む患者もいるが、次の治療があるため前向きな段階であることが多い 次の治療を頑張ろうとしている患者にどのように介入していくか、逆に不安になってしまう危険性がある
	説明や状況が理解できない患者の存在	医師の説明だけではピンとこない人もいる 今後の方針を説明したが患者が理解しているかまではわからない 検査上は増悪所見があるが本人の自覚症状がないため状況が理解できない患者がいる
医師と患者・家族の理解の乖離	身体状況に関する患者の発言と実際の相違	患者本人は大丈夫というが、家族からの情報では家でずっと寝ているということもある 患者は ADL の低下があっても外来診療時に医師には大丈夫ということがある
	治療に対する家族間の話し合いが不十分	セカンドラインからサードラインへ治療変更する時期に家族間での話し合いが進んでいないことが多い
外来受診時に同席がない家族	家族に現状把握してもらうことが重要であり同席は必須	患者本人に説明するのはもちろんだが、家族にも説明して患者の置かれている現状を把握してもらうことが大事 重要な話の際は家族の同席は必須である 切羽詰まった状況であるが短絡的な家族もいる
	外来受診時に家族の同席が困難	患者本人に説明しても状況が理解できていない時には早めに家族に来てもらう必要があるが一人で外来に来てしまう 壮年期の患者はパートナーが仕事や子育てをしており、一緒に外来に同席することが難しい
	家族同席ができない場合の意思決定の困難さ	家族の同席が難しい場合は今後の療養先の話や家族間で意見が割れた時に説明できなくなることもある
緩和ケアや在宅療養の実状の認識不足	緩和ケアや在宅療養の実状の認識不足	在宅療養やホスピスの説明をするが具体的にどのような資源がどの程度使えるかはわからない ホスピスや在宅療養をする患者がどのように過ごしているかは緩和ケア専門医に比べると理解が乏しいと思う

表7. 第1段階：外来看護師のACPに対する認識

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの要約
患者・家族の理解 度やニーズを確 認した情報提供	患者・家族の理解度の確認	状況の理解が不十分であったり、家族間で情報共有がうまくできていないと感じる患者・家族には状況が理解できているか確認する
	患者・家族が活用できる資源の情報提供	簡単な説明しかできないが、できる限りの情報提供をする 不安や相談したいことがあればがん看護専門看護師に相談できるがん看護外来があることを案内する
	患者・家族のニーズを確認し、必要な資源に繋ぐ	そこまで知識がないため、どこか誰かに繋ぐ手助けしかできない 状況の整理ができていない患者・家族は医師の診察場面にMSWも一緒に立ち会ってもらおうよう調整する
患者の状態変化 時や治療変更時 にはがん看護専 門看護師へ繋ぐ	がん告知や再発時、治療方針が変わる時期にはがん看護専門看護師に繋ぐ	薬物療法の効果が乏しくなり、使用できる薬剤の選択肢の幅が狭まった時にがん看護専門看護師に介入依頼をする 診察場面で再発という説明があった際には緩和ケアに繋げる
	苦痛スクリーニングで問題がある時にはがん看護専門看護師に繋ぐ	苦痛スクリーニングに記載された問題が医師の診察だけでは解消せず、まだ相談したいことがある場合にはがん看護専門看護師に繋ぐ
		苦痛スクリーニングの症状スコアが3、4の時にはがん看護専門看護師に声掛けをする
		医師の説明が整理できていないと感じた時には声掛けをする
		頭の整理や理解ができていない時はがん看護専門看護師に介入してもらった方がいい
	ADL や栄養状態の低下などが出現した時にはがん看護専門看護師に繋ぐ	食事が少なくなったり、ちょっと動けなくなった時には介入が必要 前回の外来時と比べて表情がきつそうな時や、痩せてきている、腹水がたまってきたりなど変化がある場合は繋げる
がん看護専門看 護師が介入する ことによる患者 と看護師への効 果	がん看護専門看護師が介入することで患者・家族の思いの理解が容易	がん看護専門看護師の介入後の記録を見ると患者の状態や気持ち が理解しやすい がん看護専門看護師が介入することで患者が状況を整理できていると感じる
	がん看護専門看護師が支援してくれる心強さ	がん看護専門看護師は外来支援を優先し、介入依頼をすればやむを得ない理由がない限り必ずきてくれる 厳しい説明をされた患者が相談できる専門家がいたらいい
外来で患者、家族 に個別で関わる 困難感	多忙で患者への対応が不十分	業務が忙しく、情報提供などの介入をすることが難しい時もある マンパワーの問題でがん看護専門看護師に繋がらないこともある
	看護師一人での対応のため患者・家族支援の方向性の検討が不十分	患者の情報をもっている看護師は少人数であり、どのように説明したり話を進めていくか相談できる人がいない 病棟と違い、外来では看護師1人で患者を看ているので支援の方向性が見出しにくい
	終末期の自覚がない患者・家族に対する関わり の困難感	ホスピスのことを患者本人がそこまで考えていないのに看護師が話すことで気分を害することがある 厳しい説明をされても患者は実感がなくて温度差を感じる
		多職種の情報が集約できていないため患者の状況把握が困難 病棟や他部署から患者の思いなどの情報提供があれば外来でも介入しやすくなるかもしれない MSW がもっている情報が看護師に伝わってこないこともある
がん看護専門看 護師の介入が経 済的負担になる 懸念	がん患者指導管理料などの診療報酬を請求することへの戸惑い	看護師から専門スタッフの介入を提案するが、料金が発生すること に対して患者が納得しない場合はどうすればよいか困る がん看護外来の加算を当日に取り忘れた場合、後日患者へ追加料金の案内をする時にどのように説明していいか困る 今のところ、がん看護専門看護師の介入後に追加料金が発生したことでのクレームはない

表 8. 第1段階：ACP スクリーニング導入の提案についての医師とがん看護専門看護師の意見

カテゴリー	具体的な内容
スクリーニング項目が多く対象が多数になる可能性	対象が多すぎる可能性があるが、一旦はやってみてその結果から内容を吟味してもよいか もしれない（医師） 当てはまる対象が多くなると思う（医師）
スクリーニングするマンパワーの問題	項目が詳しくなりすぎているため、誰がどんな形で行うのが問題になり、負担だけが大 きくなる可能性があるため単純化の方がよいのではないか（医師） 該当する患者は多くなると思うが、看護師の時間があるならば介入をしたほうが患者は安 心すると思う（医師） 外来看護師がスクリーニングすることは難しい（がん看護専門看護師）
血液検査データ活用の不確かさ	外来の度に CRP（C 反応性タンパク）の測定は行っていない（医師） CRP（C 反応性タンパク）値は高いことが多い（がん看護専門看護師） 血清アルブミン値が 3.5g/dl 以下で過ごしている患者は比較的多い（医師）
スクリーニング項目を限定することで実現する可能性	医師によって介入依頼するタイミングが違うため、患者によって早期に介入するためにど こを押さえるかをあぶりだせば効果的かもしれない（医師） 優先的に確認する項目をしぼる（がん看護専門看護師） 体重や ADL の変化はわかりやすい（がん看護専門看護師） 社会的な脆弱性がある対象は介入する必要があると感じる（がん看護専門看護師） 悪液質の状態になると無理に栄養管理をしても状態が変わらないことが多い（医師） 食事が摂れていても悪液質で痩せていく患者がいる（医師）
多職種の持つ情報を統合することで補完できる可能性	外来で治療している患者には栄養士が介入しているので、体重減少や悪液質の患者の情報 を持っている可能性がある（がん看護専門看護師） がん以外の疾患でも ACP を共有する必要がある（がん看護専門看護師） 病棟では入院時に様々な情報を収集するため ACP スクリーニングを活用できる可能性があ る（がん看護専門看護師）

具体的な内容の（医師）は医師の意見、（がん看護専門看護師）はがん看護専門看護師の意見とする

入することに関してがん看護専門看護師及び医師に提案し意見を求めた。その結果を表 8 に示す。

スクリーニング項目そのものは妥当だが【スクリーニング項目が多く対象が多数になる可能性】があることや、スクリーニングを導入したとして【スクリーニングするマンパワーの問題】が生じるという意見があった。さらに血液データは重要な項目と認識しながらも、患者によっては長期間 Alb が低値で経過している事例が存在していることや、医師によって外来診療時の検査項目が統一されていないことから【血液検査データ活用の不確かさ】の意見が得られた。また、体重や ADL の変化など把握しやすい【スクリーニング項目を限定することで実現する可能性】やスクリーニング項目を【多職種の持つ情報を統

合することで補完できる可能性】などの意見も得られた。

3. 第二段階：がん看護専門看護師と協働した具体策の計画および実施

外来通院中のがん患者の ACP に関する課題の明確化

第一段階で得られた結果を基に、研究者と A 病院の 2 名のがん看護専門看護師で外来通院中のがん患者の ACP に関する課題を明確にするためにディスカッションを行った。また得られた課題から課題解決のための方略についてディスカッションを行った。がん看護専門看護師とのディスカッションで明確になった、外来通院中のがん患者の ACP の課題について表 9 に示す。なお、ディスカッションは 2 回行った。

表9. 第2段階：外来通院中のがん患者のACPの課題

カテゴリー	具体的な内容
医療者間で共通認識を図る必要性	医師が相談しやすいようにシステムを整えた方がいい
	医師からこんな患者がいるんだけど、どうした方がいいかなって相談されることがある
	薬物療法が効かない時のことも考えておく必要がある
外来診療の中にACPを意識した体制の構築	医師はどうしても治療メインで考えてしまいがちである
	支援が必要な患者をどのように専門のスタッフに繋げていくかフローチャートみたいなものを作った方がいい
	今は少しでもスクリーニングに引っかかったら外来看護師に呼んでもらうようにしている。慣れてきたら外来看護師もできてくると思う
苦痛スクリーニングを修正する必要性	これから苦痛スクリーニングを他科にも広げていこうとしている
	現在は外来通院患者の体重は自己申告制なのでごまかして申告することがある、薬物療法の薬剤の関係もあるので医療者がみえとことで測定してもらった方がいい
	他施設の苦痛スクリーニングがシンプルでよかった
	患者がわかりやすいような言葉で表現したほうがいい
	いっそのこと苦痛スクリーニングを一新してもいいのではないか
緊急性が高い対象をトリアージする必要性	苦痛スクリーニングに STAS-J の項目を入れているが、もっとシンプルにして面談時に入力してもいいかもしれない
	苦痛の ADL、食事、睡眠のことを追加するといいかもかもしれない
	ADL とか食事とか患者自身の自覚がある時に介入すると効果的だと思う
多職種連携の強化を目指したシステム整備	患者はどんな時にどんな専門職に相談するかわからないと思うので、患者がどの専門職に相談を希望するか考えるのではなくこちらで割り振る必要がある
	精神疾患などがある人は介入が頻回になることもあるので、面談の時間や効率性も考えながら必要な対象をトリアージしなければならない
	MSW は記録をしっかりと残してくれるし、情報提供してくれるので連携がしやすい
	病棟の退院支援看護師を活用するといいかもかもしれない

1) 課題の明確化

ディスカッションから得られた課題として、医師によってがん看護専門看護師の活用頻度に差があることや、がん看護専門看護師の介入対象について理解が不十分な現状から【医療者間で共通認識を図る必要性】があげられた。また、支援が必要な患者が専門スタッフの介入に繋がるまでの過程は、外来看護師のこれまでの経験やがん看護専門看護師の口頭の説明が主であり明文化されていないことなどから【外来診療の中にACPを意識し

た体制の構築】があげられた。

さらに外来での苦痛スクリーニングについて定期的な評価がなされていない状況や、支援が必要な対象に介入しきれていない状況から【苦痛スクリーニングを修正する必要性】があげられた。また今後、がん看護専門看護師が介入する対象が増加することが予測され【緊急性が高い対象をトリアージする必要性】や【多職種連携の強化を目指したシステム整備】が課題としてあげられた。

2) 課題解決のための具体策の検討

明らかになった課題に対する具体策について検討した。課題の中から医師・看護師間での調整が主になると考えられる【医療者間で共通認識を図る必要性】【外来診療システム整備の必要性】、【苦痛スクリーニングを修正する必要性】の3つの課題を解決する具体策について優先的に行うことにした。その結果、「新たにACPスクリーニングを導入するのではなく、既存の苦痛スクリーニングを活用することで患者や医療者の負担を増やすことなくACPが必要な対象がスクリーニングできるのではないか。」「現状は医師や看護師がそれぞれの主観でがん看護専門看護師へ依頼しているため、医療者間でがん看護専門看護師の介入が必要と考えられる対象の共通指標を作成することでがん看護専門看護師活用頻度の差がなくなるのではないか。」という意見が得られた。得られた意見から今回は「修正版苦痛スクリーニングの作成」、「外来通院中のがん患者に対するがん看護専門看護師が介入する基準の作成」、「外来通院中のがん患者に対する専門スタッフによる介入のフローチャートの作成」を行うことになった。なお、「修正版苦痛スクリーニングの作成」に当たっては従来ある項目を整理し、第一段階のACPスクリーニング導入の提案で得られた結果を参考に変化が把握しやすいADLや体重、食事摂取量の低下などの栄養状態の項目を新たに追加した。

また【緊急性が高い対象をトリアージする必要性】は今回の取り組みの結果、支援が必要な対象が増加した後に問題になると考えられるが、まずは支援が必要な対象を確実にスクリーニングすることが優先課題であるため継続課題とした。また【多職種連携の強化を目指したシステム整備】に関してはMSWや栄養士などの多職種の調整が必要となるため今回の研究期間での介入は困難であると考え、継続課題とした。

4. 第三段階：具体策の評価

本研究の第二段階で実施した具体策について評価した。具体策導入後に、がん看護専門看護師の介入まで至った事例のプロセスの振り返りやがん看護専門看護師の語りから得られた、患者と家族、医師、看護師などの反応から具体策の評価を行った。

1) 事例に対してがん看護専門看護師が介入に至るプロセスの検討

事例に対してがん看護専門看護師が介入に至るまでのフローチャートを図2に示す。便宜上、医師からの依頼を受け介入に至った経路を「Aルート」とし、修正版苦痛スクリーニングで陽性になり介入に至った経路を「Bルート」とした。また患者が専門スタッフとの面談を希望し介入に至った経路を「Cルート」とした。

がん看護専門看護師が介入した2事例を検討した結果、2事例ともに主治医からがん看護専門看護師に介入依頼がなされた事例であった。従って、Aルートでの介入経路であった。また事例1は修正版苦痛スクリーニングに追記したADL低下の項目が陽性となっており、専門

スタッフとの面談を希望していたためB、Cルートでも介入することが可能であった。事例2は修正版苦痛スクリーニングに追記したADL、栄養指標の低下が陽性となっており、Bルートでも介入することが可能であった。

2) がん看護専門看護師の語りから得られた、患者と家族、医師、看護師などの反応

(1) 患者、家族の反応

事例1では、患者本人から今後の過ごし方について考えるタイミングだったなどの肯定的な意見が得られた。また事例2については研究期間中に状態が悪化し入院となったが入院後に患者家族から外来で早めに話し合いができてよかった、自宅で母(妻)一人が父を看るのは限界だったなどの意見が得られた。

(2) 医師の反応

事例1に関して医師は「がん看護専門看護師の介入はもっと早くてもよかったかと思う。本人は痛みとかの訴えが強かった。そういう(ACP)話し合いをしたいというサインはなかったように感じたが、治療中止の選択をしたことの不安が強かった。」との発言があった。事例2に関しては「以前から薬物療法の継続や緩和ケアについて説明はしていたが、患者と家族の意見が違うため介入依頼をした。がん看護専門看護師が介入したことで話し合いが進んだかもしれない。」との発言があった。修正版苦痛スクリーニングの運用を開始してからは特に外来診療に差支えはないとのことであった。

(3) 外来看護師の反応

具体策を開始してから特に大きな問題はないが、質問項目を減らし単純化したために、患者の記載内容だけでは苦痛や希望が判断しにくく、患者に直接確認する負担が生じたとの意見があった。

5. 外来におけるがん患者のACP促進に向けた具体策導入のプロセス

第一段階から第三段階を通じた活動のプロセスについて図3に示す。図の実線は研究者が実際に働きかけた活動を示している。また点線は研究者の働きかけの結果、派生した活動を示している。

がん看護専門看護師、医師、外来看護師に対して面接調査を行ったことで外来診療に携わる医療者の認識が明らかになった。その結果を基に、具体策の計画から実施までをがん看護専門看護師と協働して行った。具体策導入では関係部署との調整が必要であり、医師や看護部と具体策について合意形成を繰り返しながら行った。また実際に具体策を活用し患者の支援を行う医師、外来看護師、外来医療事務に対する説明や電子カルテ上の書式の変更を医療情報担当者に依頼するなどの環境調整を行った。調整を繰り返し、具体策が導入できる状態にあると判断し、医師、看護部に確認し具体策の実施を行った。その後はがん看護専門看護師と共に外来運営に支障がないかを確認し、必要時対応する体制を整えた。また計画段階では意図していなかったが病棟看護師が外来での話

図 2. 外来通院中のがん患者の専門スタッフ介入のフローチャート

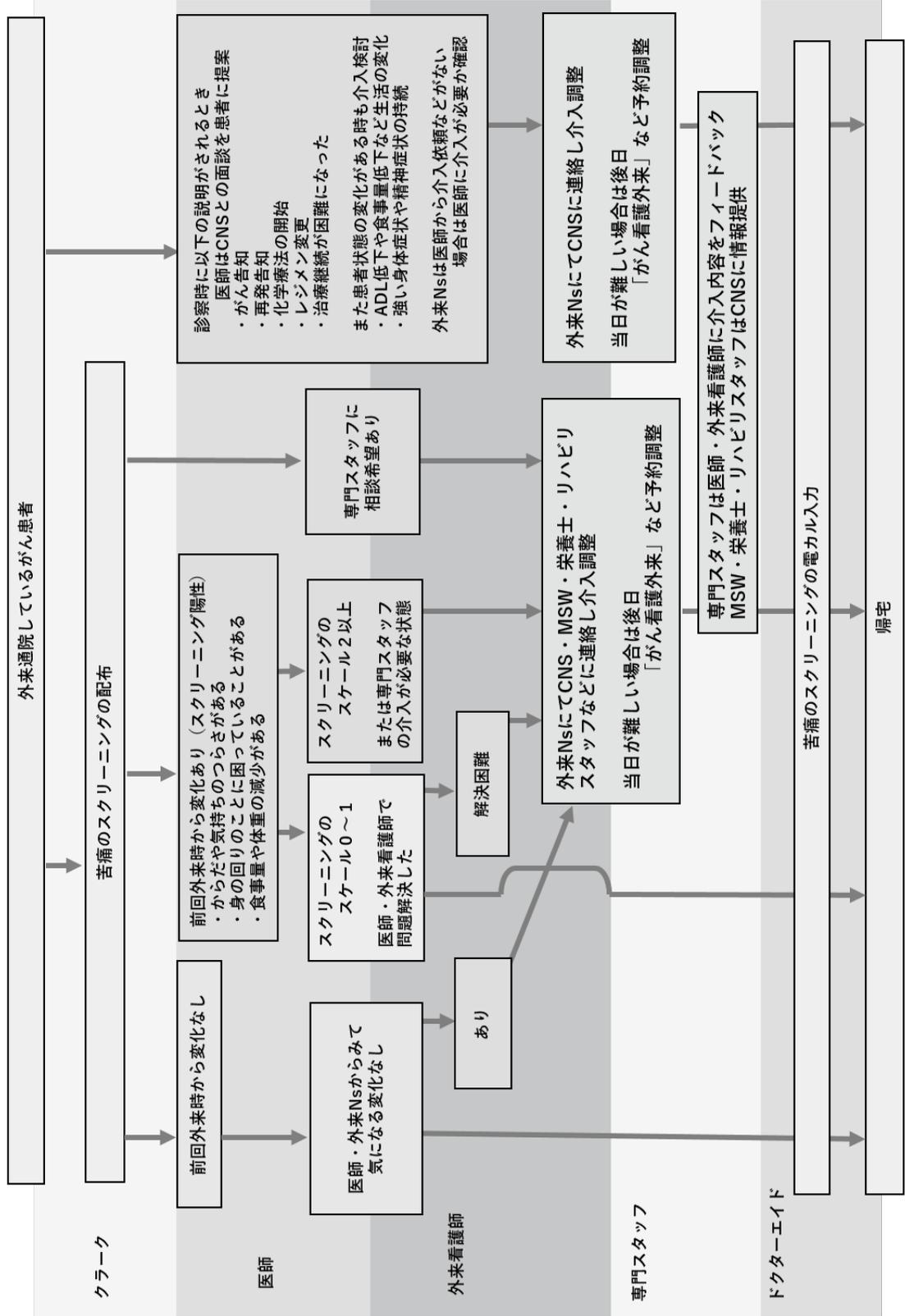
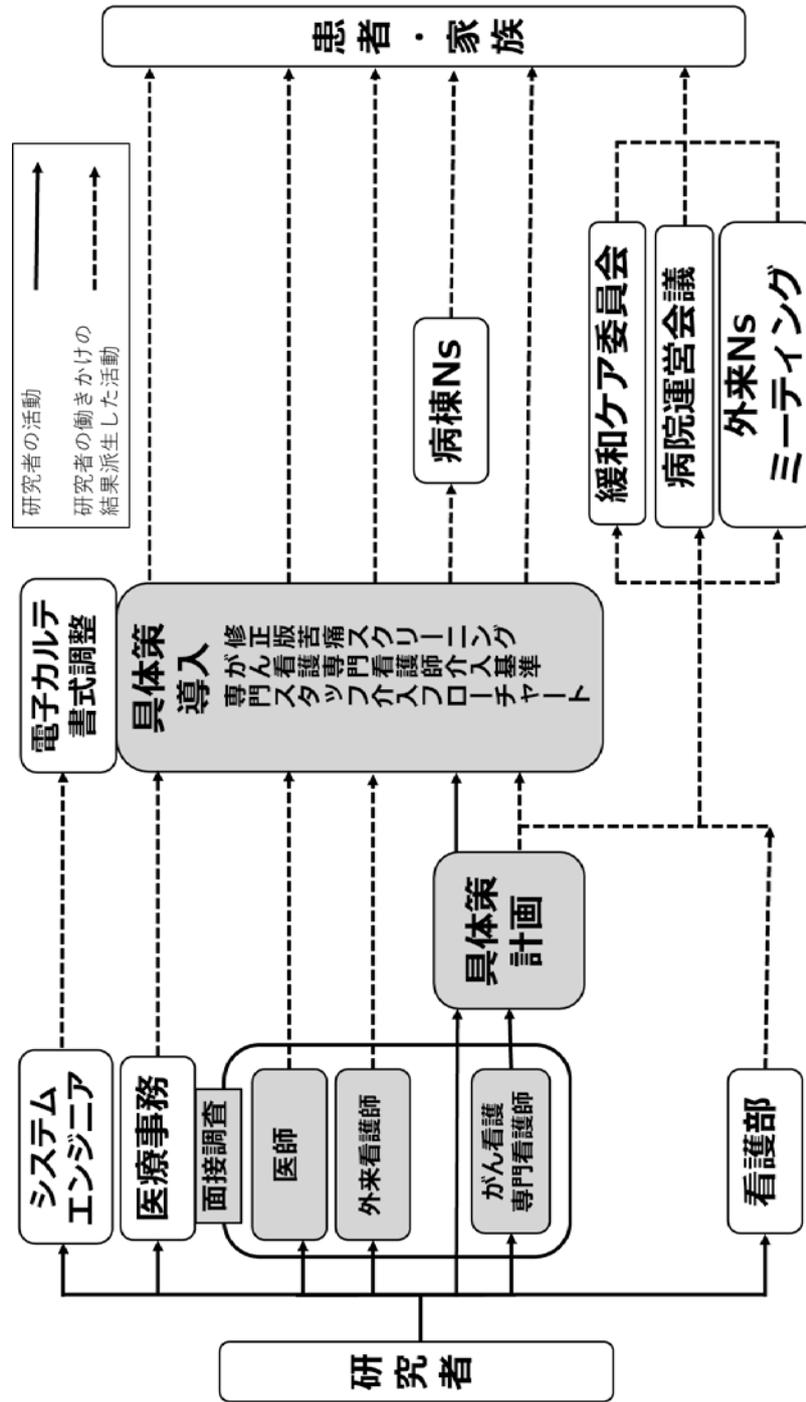


図3. 外来におけるがん患者のACPを促進に向けた具体策導入のプロセス



し合いの様子を電子カルテ上の記録を通して確認していた。さらにがん看護専門看護師が主導し、病院運営会議や緩和ケア委員会、外来看護師ミーティングで具体策導入の活動状況が説明された。

IV. 考察

1. 医療者の ACP に対する認識

本研究の結果、がん看護専門看護師、医師、外来看護師のそれぞれの立場での外来通院中のがん患者に対する ACP の認識が明らかになった。

がん看護専門看護師は、外来通院中のがん患者の ACP に対する認識として【根治できない場合、社会的サポートが脆弱な患者に介入が必要】や、【患者の思いの表出、治療や生活の変化は介入のタイミング】であると考えていた。また医師は治療方針の変更などバッドニュースを伝えた後や、ADL の低下や不安が強いなどの【問題のある患者や ACP が必要な時はがん看護専門看護師に介入を依頼】すると考えていた。外来看護師も同様に【患者の状態変化時や治療変更時にはがん看護専門看護師へ繋ぐ】と考えていた。角田(2015)は「終末期」、「病状転換期」「治療方法やケアの変更時」「治療中止や差し控え」には ACP が必要と述べている。本研究においても、がん看護専門看護師、医師、外来看護師は治療方針の選択が必要な時や ADL の低下など生活の変化がみられた時に ACP が必要と共通した認識を持っていることが明らかになった。

一方、医師は【バッドニュースを伝える困難感】や【医師と患者・家族の理解の乖離】、【緩和ケアや在宅療養の実状の認識不足】などを ACP の課題として捉えていた。このような状況が、がん看護専門看護師が課題として考える【医師とがん看護専門看護師の連携不足】の背景として存在することが推察された。

先行研究において、終末期がん患者の在宅療養の障害として医師による終末期在宅療養への理解と症状緩和の知識の低さなどが要因となっている(大園ら, 2015)ことが報告されている。門脇(2016)は医師の診察時間は短く、患者・家族の理解度・レディネスや生活状況について詳細に把握することは困難であり、看護師など多職種が協働する必要があると述べている。また田代ら(2019)は医師からの情報発信や患者の準備が整うのを待っているだけでは療養環境の調整など手遅れになってしまうことが予測される。よって、ACP の基盤となる患者の価値観の理解など日ごろの看護実践の中で早期から取り組めることを積極的に行い、ACP のプロセスを展開していく必要があると述べている。

がん看護専門看護師は【患者の苦痛や今後おこりうる問題に対して医療者から介入する必要がある】や【患者が悩み、揺れること、相談場所を保証】するなど予防的介入や患者の揺れる思いに寄り添うことの重要性を認識していた。久松ら(2019)は、がん患者の配偶者の支援

として、配偶者が直面する状況を現実的に検討し、今できることに目を向けて対処し、患者との時間を有意義に過ごせるように支援することが重要であると述べている。また、田代ら(2019)は、ACP では患者の生活に密接に関わる療養場所や代理意思決定者などを決定するため医療と生活の両面を支える看護に期待される役割は大きいと述べている。さらに、本研究協力者の医師からも【医師と協働し ACP を支援する医療者の存在】が必要との認識が語られた。今後は医師と患者間での治療方針の合意形成を待つのではなく、医師の困難感も理解しながら、看護師と協働した ACP の支援が必要である。

これらの結果より外来通院中のがん患者に対する看護師に求められる役割として、患者の揺れる思いに寄り添った精神的支援や、患者と家族が正しく状況を理解しているかを繰り返し確認することが必要である。また、看護師が医師と協働し、患者の思いの表出などのサインを見逃さず、患者が置かれている状況を多角的にアセスメントし、予防的に介入することで早期からの ACP に繋がる可能性がある。

しかし、外来現場は多忙であり、支援の中心となる外来看護師は【外来で患者、家族に個別に関わる困難感】を感じていた。外来では限られた時間の中で多くの患者に対応しなくてはならず、かつ看護師一人で対応するために患者・家族支援の方向性の検討が困難であり、終末期の患者と家族へ関わることの困難感を抱いていることが明らかになった。よって、限られた時間での ACP の実施は、侵襲的なコミュニケーションとなる危険性があり、患者と家族の反応を確認しながら慎重に話し合いを進める必要がある。また医師の語りとして、「重要な意思決定については専門的な知識をもつ医療者が適しているのではないか」という意見があった。ACP とは本来全ての医療者が行うことが理想であるが、そのような慣習が一般的でない現状においては、ACP の支援はがん看護専門看護師など専門的知識や経験を有する医療者の介入が望ましいと考える。

また多職種がそれぞれで介入し、得られた情報が統合されていないこともがん看護専門看護師は課題と考えていた。治療の外来移行が進んでいる現状において、早期からエンド・オブ・ライフに関するディスカッションを実施するためには、外来で積極的治療が難しくなりつつある患者に対して継続的にチームで関わる必要がある(門脇, 2016)とされている。医師や外来看護師や病棟看護師、MSW などが持つ情報を統合し多角的に患者の全体像を描くことで、患者の価値観や希望を尊重した ACP の支援が可能となると考える。普段行っている看護支援をその時々で留めるのではなく、継続したプロセスとし、がん患者に関わる全ての医療者の理解を深めていく必要がある。さらに、がん看護専門看護師と医師は外来通院中のがん患者の ACP を行う上で【外来では家族と接する機会が少ない】ことを課題としてあげている。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よると本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である（厚生労働省，2018）とされている。ACPにおいて、患者本人だけではなく家族などの代理意思決定者が参画することは必要不可欠である。がん看護専門看護師は【患者が病気のことを誰かに相談できる状況】であるか意識しながら患者に関わっていた。治療の外来移行に伴い意思決定が外来で行われていくことが予測され、今後は治療方針の変更など重要な意思決定が必要な場面では早期から家族の同席を調整し参画を促すことが必要になると考える。

2. 外来において ACP が必要ながん患者をスクリーニングする具体策

今回、外来において ACP が必要ながん患者をスクリーニングする具体策として「修正版苦痛スクリーニング」、「がん看護専門看護師介入基準」、「専門スタッフ介入フローチャート」を導入した。その結果、ACP が必要な患者を早期にスクリーニングし、支援に繋げることが可能になったと考える。さらに、「修正版苦痛スクリーニング」で、ADL や栄養状態の項目を追加したことで、患者と家族が主体的に、患者自身の状態をセルフチェックできる意味でも ACP の早期介入に繋がる可能性があると考えている。

第三段階で検討した事例において ADL や栄養指標の低下をスクリーニングすることで、ACP 支援に繋がった可能性がある。先行文献（小田切ら，2018）で ADL や Alb 値などの栄養指標の低下は予後に関連しているといわれており、今後の過ごし方などを考える転機になると考える。そのため ADL や栄養状態の低下をスクリーニングすることは、ACP が必要な患者に早期に介入するために効果的であると考えている。また「がん看護専門看護師介入基準」、「専門スタッフ介入フローチャート」など医師とがん看護専門看護師、外来看護師間で ACP が必要な患者に共通認識する指標を作成したことは重要であったと考える。

事例の反応として患者と家族は、がん看護専門看護師との面談を肯定的に捉えており、介入のタイミングとしては適切であったと考える。事例 2 に関してはより早期での介入が望ましかったと考えるが、外来で緩和ケア病棟の調整などの ACP を行えたことで、医療者間で早期に治療方針が共有され、最良なケアを提供できたと考えている。

終末期がん患者の家族員の予期悲嘆へのケアに関する調査で一般病棟の看護師は、患者の最善の最期について、患者・家族・医療チームでの十分な検討・合意形成がなされないまま患者の死を迎えていた場合に後悔していた（喜多下ら，2017）という報告があり、外来通院時の早期から ACP を行うことで医療者の葛藤も軽減すると考える。

また、今回は外来現場で実現可能な具体策として修正版苦痛スクリーニングを活用し、ACP が必要な患者をスクリーニングすることが可能となった。先行研究（森田

ら，2019）では、苦痛スクリーニングの課題についてスクリーニングそのものの負担や、陽性になった患者に対応するマンパワーが課題となっていることが報告されている。本研究の具体策導入の結果、がん看護専門看護師が介入する患者が増加することが予測され、さらにマンパワー不足の問題が高まることが懸念される。先行研究（二宮ら，2019）において苦痛スクリーニングを有効活用するには、各患者に対する必要なケアを選別し、必要な資源を効率的に提供することが重要であると述べている。よって、今後はがん看護専門看護師が患者の問題や緊急性をトリアージし、認定看護師や MSW、栄養士などの多職種と連携することが必要である。

実際の介入方法についても患者の持つ問題が多様であり、各施設とも試行錯誤している段階である。がん看護外来の効果的な面談方法に関して検討する研究（鈴木ら，2019）が報告されており、今後研究を重ねながら、面談の持ち方や効果の検証などを行う必要がある。

3. 研究の限界

本研究は、1 施設のがん診療拠点病院における研究であること、がん看護専門看護師が 2 名在籍しているなど施設それぞれの資源に差があるため、研究結果を他施設にそのまま適応することはできないと考える。

V. 結論

がん看護専門看護師、医師、外来看護師の各医療者の立場で ACP に対する困難感や外来システムなどに課題があると認識していた。これらの課題を解決すべく、医療者間で ACP 支援が必要な患者に対して共通認識を図り、がん看護専門看護師やその他の専門スタッフの支援に繋げる具体策を考案し実践した。これらの取り組みのプロセスを明確にすることで、外来通院中のがん患者に早期から ACP 支援の可能性を見いだすことができた。今後このようなプロセスを充実させ、組織的な活動として継続していくことが重要である。

本研究に利益相反はない。

謝辞

本研究に多大なるご協力を賜りました A 病院の看護部長はじめ看護部の方々、並びに医師の方々に心より感謝申し上げます。また、研究のご助言とご指導、取り組みを共に行って頂いた A 病院のがん看護専門看護師のお二人に心より感謝申し上げます。

引用文献

- Bakitas M, Lyons KD. (2009). Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer The Project ENABLE II Randomized Controlled Trial. JAMA, 302(7), 741-749.
- Detering KM, Hancock AD, Reade MC, et al. (2010).

- The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ*, 340:c1345. doi : <https://doi.org/10.1136/bmj.c1345>.
- Hight G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. (2014). Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. *BMJ, Support Palliat Care*, 4(3), 285-290.
- 久松美佐子, 堤由美子, 西田伊豆美他. (2019). 緩和的化学療法を受けているがん患者の配偶者の気持ちの不安定さに関わる要因の探究. *Palliative Care Research*, 14(3), 227-235.
- Johnson S, Butow P, Kerridge I, Tattersall M. (2016). Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers. *Psychooncology*, 25. 362-86.
- 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, 263-272. doi : 10.5630/jans.36.263.
- 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. *生命倫理*, 25 (1), 57-68.
- 川口 篤也. (2019). ACPの影. *緩和ケア*, 29(3). 208 - 210.
- 川崎優子, 内布敦子, 荒尾晴恵他. (2010). 医師が認知する外来化学療法における看護ニーズ. *兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要*, 17, 25-37.
- 喜多下真里, 糸島陽子. (2017). 終末期がん患者を抱える家族員の予期悲嘆へのケアに関する一般病棟で勤務する看護師の認識. *日本がん看護学会誌*, 31, 45 - 53. doi : 10.18906/jjscn.31_kitashita_20170131.
- 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. *Palliative Care Research*, 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. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf> (2020年6月30日現在).
- 森田達也, 佐久間由美. (2019). 苦痛スクリーニングの現状と課題. *がん看護*, 24(5), 434 - 443.
- 日本がんサポーターズケア学会. (2018). がん悪液質: 機序と治療の進歩. http://jascc.jp/wp/wp-content/uploads/2018/05/Cancer-Cachexia-Booklet_201805.pdf (2020年6月30日現在)
- 日本緩和医療学会. (2019) 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. <https://www.jspm.ne.jp/html/20191129.pdf>. (2020年1月18日現在)
- 二宮一美, 大谷哲也, 田中裕子他. (2019). 外来がん化学療法患者を対象とした苦痛スクリーニングの導入—苦痛対応に必要なリソースに関する分析—. *Palliative Care Research*, 14(1), 15 - 21
- 小田切拓也, 渡邊紘章, 浅井泰行. (2018). 終末期がん患者における最後の12週間の血液データとPalliative Performance Scaleの推移の探索: 後ろ向き観察研究. *Palliative Care Research*, 13(4), 329-334.
- 大園康文, 石井容子, 宮下光令. (2015). 訪問看護師が認識する終末期がん患者の在宅療養継続の障害. *日本がん看護学会誌*, 29, 44-53. doi : 10.18906/jjscn.2015-29-1-44.
- S. Johnson, P. Butow, I. Kerridge, et al. (2015). Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers. *Psychooncology*, 25(4), 362-386. doi: 10.1002/pon.3926.
- 鈴木やよひ, 安藤祥子, 光行多佳子他. (2019). 早期緩和ケアを導入する外来がん看護面談の効果的な方法の検討. *がん看護*, 24(7), 695-701
- 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統合的文献レビュー. *Palliative Care Research*, 13(4), 341-355.
- 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, 45-53. doi : https://doi.org/10.18906/jjscn.33_tashiro_20190930.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. (2010). Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *The New England journal of medicine*, 363(8).733-742.

Initiatives to Promote Advanced Care Planning for Cancer Patients in Outpatient Visits

Natuki Yabiku¹⁾, Midori Kamizato²⁾, Sayuri Jahana²⁾

Abstract

Initiatives to Promote Advanced Care Planning for Cancer Patients in Outpatient Visits

Purpose: Clarify medical practitioners' recognition of advanced care planning (ACP) for cancer patients in outpatient clinics, and clarify the process of promoting ACP support for cancer patients in outpatient centers.

Methods: The study was conducted using action research on a surgical outpatient clinic at hospital A. In the first stage, a semi-structured interview survey was conducted on 2 Certified Nurse Specialists (CNS) specializing in cancer, 3 doctors, and 2 outpatient nurses. The survey addressed participants' awareness of ACP in cancer patients during outpatient visits. In addition, researchers created a screening tool for cancer patients (ACP screening), which was considered necessary for ACP during outpatient visits, and examined its introduction. In the second stage, the issues were clarified upon from the results of the medical personnel's awareness of ACP (as obtained in the first stage). The specific measures for the solution were planned and implemented in collaboration with CNS. In the third stage, the concrete measures were evaluated. The data obtained were analyzed qualitatively and inductively.

Results: In the first stage, analysis revealed the following factors: 【we were aware of the need to intervene in patients with weak social support when the cancer cannot be cured】, and that 【the timing of the intervention was due to the symptoms of the patient's thoughts and changes and others in treatment and life】. Doctors were aware of 【the difficulty of communicating bad news】. Outpatient nurses were aware of 【the difficulty of being involved individually with patients and their families】. Although manpower was an issue for ACP screening, it is suggested that it could be realized by limiting the amount of screening items. In the second phase, it became clear that there were issues such as the need to share awareness among medical practitioners. ADL was a concrete measure for existing pain screening, to add items which were important in ACP screening related to the decline of nutritional indicators, to create CNS intervention criteria, and specialist staff intervention flowcharts for cancer patients in outpatient centers, toward the introduction of concrete measures, we adjusted the relevant occupations. In the third phase, it was suggested that concrete measures could lead to early support for CNS for those who required ACP.

Conclusions: From the standpoint of medical practitioners of CNS, doctors, and outpatient nurses, there were problems with ACP and outpatient systems. In order to solve these problems, we devised and implemented concrete measures to lead to support for cancer CNS and other specialist staff by achieving a common understanding among medical professionals who needed ACP support. By clarifying the process of these initiatives, we were able to identify the possibility of ACP support from an early stage for cancer patients in outpatient clinics. It is important to enhance these processes and continue them as organized activities in the future.

Key words: outpatient visits, cancer patients, advanced care planning, promotion

1) Local Independent Administrative Agency Naha City Hospital

2) Okinawa Prefectural College of Nursing