

# 進行期がん患者とのコミュニケーションに関する文献検討

山下 彩友美<sup>1)</sup>, 川崎 優子<sup>2)</sup>

## 要 旨

### 【目的】

国内外のACP実践の研究から、成人進行がん患者が医療者と医療やケアについて繰り返し話し合うプロセスの中でおこなわれているコミュニケーションの実態を明らかにし、看護職がコミュニケーションをどのように提供すべきかという実践課題に対しての具体的な方策、研究における今後の課題について明らかにすること。

### 【方法】

分析対象は2019年1月から2024年7月までに発表された文献とした。国内文献は医中誌WEB、国外文献はCINAHL、MEDLINE Complete、PubMedを用いた。がん、Advance care planning、コミュニケーションをキーワードとし、ハンドサーチにて追加した文献を合わせて16件を分析対象とした。

分析対象の文献から、コミュニケーションについての記述を抽出し、コード化して抽象度を高めてカテゴリーを生成した。

### 【結果】

医療やケアについて繰り返し話し合うプロセスにおけるコミュニケーションにおける内的要素として【伝え方】、【問い方】、【情報共有】、【信頼関係に基づく人間関係】、【医療者の態度】、【患者家族の準備状態】、【タイミングを逃さず開始】、【継続的な評価】が特定された。外的要素として【コミュニケーションツールの使用】、【教育】、【システムの構築】、【手段】、【参加する人の調整】が特定された。

### 【結論】

実践課題への具体的な方策として、患者家族の今までの意思決定のプロセス・患者の生活における目標・家族への負担に関する考えといった情報の共有、医療者の態度形成につながる死生を語り合う教育機会、患者や家族がもつ医療やケアが健康に及ぼす影響についての考えを知る、患者や家族が自分たちの価値観に気づき表出する各段階での支援や看護師が捉えた患者像に関するフィードバック、ツールやプログラムを活用し患者の懸念を基にした話し合いを診断期から行う、が示唆された。研究課題として、調査研究や観察研究を行いコミュニケーションの実態を明らかにする、診断期や治療期におけるコミュニケーションの障壁や課題を明らかにする、ツールやプログラム使用による介入の信頼性の検討、が示唆された。

キーワード：進行がん、コミュニケーション

1) 兵庫県立大学大学院看護学研究科 博士前期課程 がん看護学専攻

2) 兵庫県立大学看護学部 治療看護学

## I. 諸言

日本人が一生のうちにがんと診断される割合は男女ともに2人に1人（国立がん研究センター，2020）である。がんに関する医療技術と治療法の発展により生存率は上昇を続け、患者ががんと共生する期間も長くなっており、患者は治療方針や療養場所など多くの意思決定が求められる（國丸ら，2022）。治療の目標について早期に話し合いを始めることは、患者にとって負担が大きい終末期医療を回避できる（Knutzen et al., 2021）。治療の目標について話し合う中で、事前に病状の認識や意思を確認しておくことは、患者の意向が尊重されたケアの実施や、遺族の不安や抑うつ減少につながると言われている（木澤，2017）。近年、そのような考え方がAdvance care planning（以下、ACP）として注目されている。

ACPが注目され始めた背景として、医療技術の進歩により終末期に患者の意思に反した延命治療が行われる懸念が高まったことがある。米国では1960年代にリヴィングウィル（以下、LW、医療行為に関する患者から医療側への指示）が着目され、1976年には法的権限を持った。しかし本人がLWの説明ができないと活用が難しいことが分かり、アドバンスディレクティブ（以下、AD、LWに代理意思決定者に関する表明も含んだもの）が打ち立てられた。本人が説明できなくても代理意思決定者が本人の意思を説明し医療行為を選択することができるというLWの欠点を補ったADではあったが、その後行われた研究ではADの作成率が低いことが分かり、実臨床での使用には課題があることが明らかとなった（Judai et al., 2023）。これらの経緯から、本人が意思表示できない場合の医療行為についての意向を患者と医療者が繰り返し話し合うプロセスを共有することで、患者側も医療者側も「相手はなぜそう考えるのか」を理解することができ、困難な状況にも対応できるのではないかと考えられた（森ら，2023）。そのため、終末期における医療やケアについて事前に話し合っておくといった狭義の考え方から始まったACPであったが、現在では少し先の将来における医療に関する意向の共有を繰り返し行っておく（Miyashita et al., 2022）という広義の概念へと広がりを見せており、定義についても国や学会など様々な組織において異なりがある。いずれの定義に

おいても重要なのは「患者や家族等の意向が十分に医療やケアに反映される」という点であり、長期にがんと共に生きる患者が、患者の生活や価値観と折り合いをつけながら最善の医療を模索し選択することを支援する医療者にとって重要な概念であると言える。

ACPにおける話し合いを始めるタイミングとして、「1年以内に患者が死亡しても驚かないか」というサプライズクエスションが陽性であるときとする考えが知られているが、多くはがんの進行情や転移期、終末期となるまで議論が開始されない（Knutzen et al., 2021）。その障壁として知識や訓練不足、経験不足、時間不足、患者の希望が失われることに対する懸念（Izumi et al., 2019；Sripaew et al., 2024）、患者の懸念に適切に対応しないこと（Knutzen et al., 2021）、将来について計画することの複雑さ（Martina et al., 2022）や患者家族が時期尚早だと感じていること（Feifer et al., 2024）が先行研究で明らかになっており、加えてコミュニケーションにおける課題を指摘していることが多い（Bernacki et al., 2019；Groebe et al., 2019；Öhrling et al., 2023；Paladino et al., 2020；Shen et al., 2020；Stegmann et al., 2020；大野，2023）。進行がん患者が意思決定を行う際、看護師は話し合いにおける役割認識やコミュニケーションスキルの不足があり意思決定支援に携わりにくいという心理的な困難感を感じている（原田ら，2021）ことが明らかになっており、意思決定支援が必要だと考えていてもどうすべきかが分からず介入できないと看護師が感じることで、意思決定支援から、ひいては支援が必要な患者から足が遠のいている現状があると考えられる。

そこで、進行がん患者が医療者と医療やケアについて繰り返し話し合うプロセスにおけるコミュニケーションの実態を明らかにし、看護職が提供するべきコミュニケーションにおける具体的な示唆を得るため文献検討を行った。

## II. 研究の目的

国内外のACP実践の研究から、成人進行がん患者が医療者と医療やケアについて繰り返し話し合うプロセスの中でおこなわれているコミュニケーションの実態を明

らかにし、看護職がコミュニケーションをどのように提供するべきかという実践課題に対しての具体的な方策、研究における今後の課題について明らかにすること。

### Ⅲ. 方法

#### 1. 選定条件

適格基準は、①原著論文、②がん患者を対象としたもの、③成人～高齢者(18歳以上)を対象としたもの、④患者や家族と医療者間のコミュニケーションの実態についての記載があるものとした。広く知見を得るため看護文献に範囲を限定しなかった。第1段階としてタイトル、抄録を確認して適格基準に沿ってスクリーニングを行い、第2段階として論文の本文を精読して適格性の判断を行った。対象文献選定のフローチャートを図1に示す。

#### 2. 検索方法

分析対象は2019年1月から2024年7月までに発表された文献とした。国内文献は医中誌WEB、国外文献は

CINAHL, MEDLINE Complete, PubMedを用いて以下のように検索した。以下の検索エンジンで得られた文献と、ハンドサーチにて追加した分析文献を対象とした。

#### 1) 医学中央雑誌WEB版

シソーラス語を用いて「アドバンスケア計画 or ACP」と「がん or 腫瘍」と「コミュニケーション」をANDでつなぎ、抄録あり・会議録を除く、を指定し検索し51件であった。選定条件により抽出した1件を対象とした。

#### 2) CHINAL Ultimate, MEDLINE Ultimate

キーワードとして「Advance care planning」と「oncology or neoplasms or cancer」と「communication」をANDでつなぎ、Fulltext, Abstractを指定し検索すると233件であった。選定条件により抽出した9件を対象とした。

#### 3) PubMed

キーワードとして「Advance care planning」と「oncology

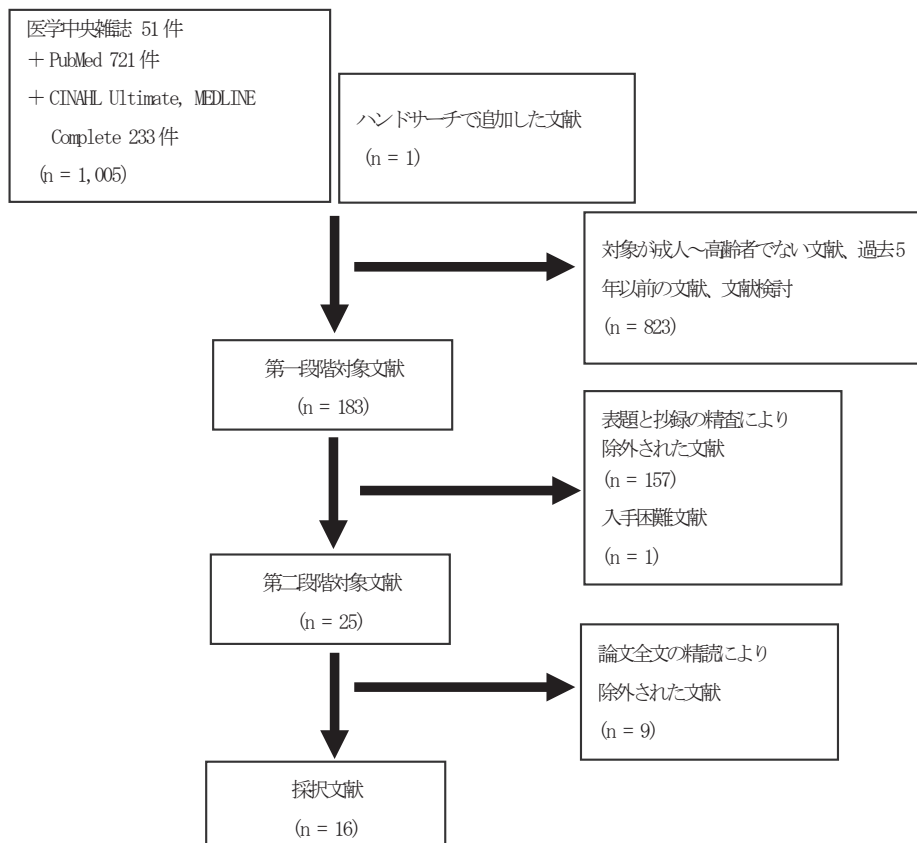


図1. 対象文献選定のフローチャート

or neoplasms or cancer」と「communication」をANDでつなぎ、Fulltext, Abstractを指定し検索すると721件であった。選定条件により抽出した6件を対象とした。

### 3. 分析方法

選定された文献から、著者、出版年、研究デザイン、対象と属性、研究目的、結果の概要、ACPにおけるコミュニケーションの実態の記述を文献ごとに整理し、レビュー表を作成した。コミュニケーションの実態についての記述を、構成要素に分けてコード化し、さらに抽象度を高めてカテゴリー化した。コミュニケーションにおける行動・内容・関係性などを「内的要素」とし、患者と医療者のコミュニケーションを取り巻く環境的要素を「外的要素」と位置付けた。分析のプロセスは著者間で共有し、分析内容の適切さをチェックし適宜修正した。

### 4. 用語の操作定義

ACP (Advance care planning) : 厚生労働省における定義は、「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」(厚生労働省, 2018), 欧州緩和ケア学会では「意思決定能力を有する個人が、自分の価値観を確認し、重篤な疾患の意味や転帰について十分に考え、今後の治療やケアについての目標や意向を明確にし、これらを家族や医療者と話し合うことができるようにすること」(森ら, 2023), とさまざまであるため、本論文においては「意思決定能力がある個人が、生活や価値観と折り合いをつけながら、将来の医療やケアを選択することを医療者と共におこなうプロセス」とする。

## IV. 結果

### 1. 文献の概要

対象となった文献は16件であった。

研究デザインは質的記述的研究が10件、横断研究が2件、準実験研究が2件、クラスターRCTが1件、量的記述的研究が1件であった。

研究対象は、患者と家族や介護者である文献が7件、患者のみである文献が4件、患者と医療者である文献が3件、医療者のみである文献が2件であった。対象となっ

た患者はStageⅢ以降の進行期・転移期や終末期である文献が多かった。医療者別にみると医師が対象に含まれる文献が4件と最も多く、看護師は2件であった。

先行研究の傾向として、海外文献はコミュニケーションツールや体系的なACPプログラムによる介入の実用可能性やアウトカムを評価する文献、ACPにおける会話やコミュニケーションの現状や実態を明らかにする文献、ACP実践に与える影響因子について述べられている文献が多かった。

### 2. 医療やケアについて繰り返し話し合うプロセスにおけるコミュニケーションの実態

医療やケアについて繰り返し話し合うプロセスにおけるコミュニケーションの内的要素として【伝え方】、【問い方】、【情報共有】、【信頼関係に基づく人間関係】、【医療者の態度】、【患者家族の準備状態】、【タイミングを逃さず開始】、【継続的な評価】が特定された。外的要素として【コミュニケーションツールの使用】、【教育】、【システムの構築】、【手段】、【参加する人の調整】が特定された。分析対象とした文献の概要とコミュニケーションについての記述を表1に示す。対応するカテゴリーと内的要素、外的要素について表2に示す。

#### 1) 伝え方

医師は、文化的背景や世代、信仰宗教を念頭に置き、患者の好みを考慮して伝える情報の量を調整しながら、患者にとっての最善を提案していた(文献5, 11)。事実に忠実で真実を語られることを望む患者がいる(文献13)一方で、患者や家族によって不快さや害があると評価された情報は、言葉を選ぶ、あえて情報を提示しないままにしておくなど、相手の感情に配慮して慎重に伝えていた(文献11)。時には仮説を用いて、決断が迫られていない時間的猶予がある時期に治療中止に対する患者の考えを探る機会を得ていた(文献10)。看護師は、患者にとって理解しにくい医学用語を簡素化して伝えていた(文献7)。

#### 2) 問い方

患者が自身の人生や大切に考えていることについて話すことができるよう誘い、患者の人生における問題を話

表1. 文献概要, コミュニケーションにおける記述

番号	著者・発行年	研究デザイン	対象	コミュニケーションについての記述
1	Bernacki et al., (2019) (アメリカ)	クラスターRCT	進行がん患者278名 (平均年齢62歳. 乳がん69名, その他固形がん184名, 血液腫瘍25名.), 腫瘍科臨床医91名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師向けSIGG<sup>a</sup>, 患者向けにSIGG<sup>a</sup>を説明する手紙, 話し合い後の家族案内</li> <li>・ 臨床医研修は2.5時間, 緩和ケアの専門家により提供されるSIGGに基づいた対話的相互的技術の訓練</li> <li>・ 死亡リスクの高い患者の定期的な特定や会話開始のための電子メールリマインダー, SIGG<sup>a</sup>文書化のための電子医療記録を行う新たな構造化されたテンプレート</li> </ul>
2	Izumi et al., (2019) (アメリカ)	準実験研究	骨髄移植ユニットで働く看護師60名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 緩和ケア看護研究者によるACPの知識に重点を置いた講義とディスカッション</li> <li>・ 看護管理者によるACP教育が完了するためのプロセスとACP会話を記録する方法を説明する標準作業フォームの作成</li> </ul>
3	Groebe et al., (2019) (ドイツ)	質的記述的研究	看護および心理社会的ケアのボランティアと専門家18名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 話すときは優しく, 批判的にならない</li> <li>・ 穏やかな雰囲気でおこなわれる必要がある</li> <li>・ 終末期の会話を強制しない</li> <li>・ 自分の人生や大切なことについて話すよう誘う</li> <li>・ 実存的な人生問題についてのオープンな質問</li> <li>・ 死に関する自分の体験を振り返る, 終末期ケアラーとしての自己概念</li> <li>・ 会話の相手がすでにお互いを知っていて死以外の話題について話すような信頼関係</li> <li>・ 個々の人に純粋な関心を示す</li> <li>・ 相手の感情やニーズのために自分の期待を先送りする</li> <li>・ 会話ガイド, 構造化された質問を使用</li> <li>・ 心理学者やホスピスワーカー</li> </ul>
4	Stegmann et al., (2020) (オランダ)	横断研究	進行がん患者654名 (平均年齢60歳. 乳がん22%, 血液悪性腫瘍21%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ EOL<sup>b</sup>を話したいと考えている患者は58%は健康状態が悪化してから, 44%は「しっくりきたとき」に, 39%は診断後すぐに, 23%は死が近づいたときに, このような会話をすることを希望した</li> </ul>
5	Shen et al., (2020) (アメリカ)	質的記述的研究	ラテン系進行がん患者20名 (平均年齢56.5歳. 大腸がん10名, 肺癌3名, 食道がん3名, 膀胱・腎細胞がん2名など.) と介護者9名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 世代間の違いや移民経験があるかへの配慮とACPにおける患者の親族の幅広い関与</li> <li>・ 医師とのケアに関する会話に教会のメンバーが参加すること</li> <li>・ カウンセリングサービスの提供を推奨</li> <li>・ ピアアドバイザーからの支援</li> <li>・ 家族を参加させる</li> </ul>
6	Paladino et al., (2020) (アメリカ)	横断研究	臨床医41名, 患者118名 (平均年齢60歳. 乳がん22名, その他固形がん52名, 血液腫瘍4名, 不明15名)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「話し合ったり質問に答えたりする前にじっくり考える」ための時間が必要</li> </ul>
7	Krug et al., (2021) (ドイツ)	質的記述的研究	ステージIVの肺癌患者13名と非公式の介護者12名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師が使用した医学用語を翻訳</li> <li>・ 予後予測の話題が各患者ごとに個別に考慮される</li> <li>・ 理解と決定の確認のためのフォローアップの電話</li> <li>・ 内部意思決定プロセスへの平等な参加の希望</li> </ul>
8	Sagara et al., (2021) (日本)	量的記述的研究	乳癌を治療する医師118名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ コミュニケーションスキルを学ぶ機会</li> <li>・ パンフレットまたは構造化されたフォーマットの使用</li> <li>・ ACP開始のトリガーまたはセンチネルイベント (転移性疾患の初回診断, 再発, 進行) の設定</li> </ul>
9	Zwakman et al., (2021) (オランダ)	質的記述的研究	Stage III・IVの肺癌患者10名とStageIV・転移期大腸がん患者5名 (51-79歳, 平均64.8歳)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 話したい意欲と能力があり, 自分自身の経験や個人的な状況と結びつけている</li> <li>・ 主体的に話題を持ち出し以前に検討したことがある</li> <li>・ 過去に経験した経験を, 説明し教訓を引き出すことができる</li> <li>・ 状況を明確・現実的に説明でき医学的情報が持つ意味を説明できる</li> <li>・ 状況の深刻さと将来起こりうることを明確に理解</li> <li>・ 以前の病気体験を振り返ることができる</li> <li>・ 終末期の話題に直面し話すことができ生活の質の低下や死について考え予測することができる</li> <li>・ 健康状態の悪化や死について以前から考え折り合いをつけている</li> <li>・ スクリプト内の次のトピックを話し合う</li> </ul>



表1. 文献概要, コミュニケーションにおける記述 (続き)

10	Knutzen et al., (2021) (アメリカ)	質的記述的研究	ステージIVの悪性腫瘍の患者141名と腫瘍専門医8名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・疾患に対する治療の継続と中止の間のトレードオフを概説</li> <li>・生存よりも生活の質を強調</li> <li>・患者に質問する方法で治療の決定を患者に委ねる</li> <li>・仮説の使用</li> <li>・患者の目標を最終的な推奨事項の指針として利用</li> <li>・ファシリテーターとして行動し、熟考するための環境を作る</li> <li>・治療継続の姿勢を維持することができないことを正直に話す</li> </ul>
11	Martina et al., (2022) (インドネシア)	質的記述的研究	がん患者16名 (40歳以下6名, 40-60歳7名, 60歳以上3名. 乳がん6名, 血液がん5名, 消化器癌2名, 子宮頸癌2名, 肺癌1名, StageIII5名, IV4名, II3名, I1名) と家族介護者15名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の病気、診断、治療に関する情報</li> <li>・愛する人に害を及ぼす可能性がある情報を隠す</li> <li>・患者の希望を保つ</li> <li>・悪い知らせを伝える際は共感的に接する</li> <li>・暗黙の表現 (婉曲表現) を使用</li> <li>・情報を伝える最良の方法とタイミングを知っている家族介護者</li> <li>・医療専門家との直接的で仲介のないコミュニケーション</li> <li>・より多くの家族メンバーを関与させる</li> <li>・最善の推奨を行うのは医師の責任である</li> <li>・生命を守るための努力をすることに重点を置く</li> <li>・現在と将来において自分にとって何が最も重要であるかについて議論する</li> </ul>
12	大野 (2023)	質的記述的研究	20歳以上のがん体験者11名、非がん体験者8名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教育要素「コミュニケーションゲーム」「死と生を切り離さない教育」</li> <li>・押し付けにならないように考えたくない人への配慮も重要</li> </ul>
13	Ohrling et al., (2023) (スウェーデン)	質的記述的研究	在宅終末期緩和ケアを受けている患者15名 (41~80代) と家族8名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニケーション相手との関係や親近感の度合い</li> <li>・事実に忠実で感情的にならずに病気について話す</li> <li>・受信者を守り不快な状況を避けるために慎重に言葉を選ぶ</li> <li>・情報は対面か電話、デジタル通信経路</li> <li>・情報をいつ伝えるかを選択。心配な情報や重要な情報はすぐに伝える</li> </ul>
14	Driller et al., (2024) (ノルウェー)	質的記述的研究	がん患者12名 (平均72歳. 乳がん, 結腸がん, 前立腺がん, 膵臓がん, 肺がん, 中皮腫, 腎臓がん, 白血病, 咽頭がん. 治療中9件、治療中断・終了3件)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族や社会的なつながりからの感情的なサポート</li> <li>・医療従事者の思いやりのある患者中心のアプローチ</li> <li>・敬意と共感を持って接する</li> <li>・地域がん看護師と訪問看護師</li> <li>・長期にわたる一貫したケアとコミュニケーション</li> <li>・病気の進行、症状、家族介護者の負担に関する懸念についての話し合いは出発点となった</li> </ul>
15	Feifer et al., (2024) (アメリカ)	準実験研究	進行がんを患う18~39歳の患者45名 (平均年齢32.6歳. 固形腫瘍53%) とその介護者40名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状や病期の変化、研究への参加、目標を明確にしてケアパートナーと共通の理解を得たい</li> <li>・目標や価値観についてより一般的な会話をする</li> </ul>
16	Sripaew et al., (2024) (タイ)	質的記述的研究	60歳以上の非血液がん患者とその主な介護者16組 (60代10名, 70代4名, 80歳以上2名. 転移がん4名, 頭頸部がん3名, 前立腺がん3名.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・終末期ケアの決定、医療に関する代理意思決定者任命の準備ができています</li> <li>・医学的治療は効果がないか延命にしかならないことを理解しその考えをケア提供者と共有することを決定</li> <li>・侵襲的な医療処置について聞く、間接的・直接的な経験をした</li> <li>・家族に大きな負担がかかるような介護依存にはなりたくないと思望</li> <li>・延命治療が身体にどのような負担をかけ、それが子供たちにどのような影響を与えるかを想像</li> <li>・患者を長期生命維持装置につなぎ家族に慢性的な負担をかけるという認識を共有</li> <li>・医師を信頼すること、良好なコミュニケーションの経験</li> </ul>

a: SICG (Serious Illness Conversation Guide), b: EOL (End Of Life)

表2. コミュニケーションの内的要素と外的要素

内的要素	<b>1) 伝え方</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師が使用した医学用語を翻訳(文献7)</li> <li>・ 予後予測の話題が各患者ごとに個別に考慮される(文献7)</li> <li>・ 疾患に対する治療の継続と中止の間のトレードオフを概説(文献10)</li> <li>・ 生存よりも生活の質を強調(文献10)</li> <li>・ 自分の病気, 診断, 治療に関する情報(文献11)</li> <li>・ 愛する人に害を及ぼす可能性がある情報を隠す(文献11)</li> <li>・ 暗黙の表現(婉曲表現)を使用(文献11)</li> <li>・ 医療専門家との直接的で仲介のないコミュニケーション(文献11)</li> <li>・ 事実に忠実で感情的にならずに病気について話す(文献13)</li> <li>・ 受信者を守り不快な状況を避けるために慎重に言葉を選ぶ(文献13)</li> <li>・ 目標や価値観についてより一般的な会話をする(文献15)</li> </ul>
	<b>2) 問い方</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自分の人生や大切なことについて話すよう誘う(文献3)</li> <li>・ 実存的な人生問題についてのオープンな質問(文献3)</li> <li>・ スクリプト内の次のトピックを話し合う(文献9)</li> <li>・ 患者に質問する方法で治療の決定を患者に委ねる(文献10)</li> <li>・ 仮説の使用(文献10)</li> </ul>
	<b>3) 情報共有</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 内部意思決定プロセスへの平等な参加の希望(文献7)</li> <li>・ 患者の目標を最終的な推奨事項の指針として利用(文献10)</li> <li>・ 現在と将来において自分にとって何が最も重要であるかについて議論する(文献11)</li> <li>・ 病状や病期の変化, 研究への参加, 目標を明確にしてケアパートナーと共通の理解を得たい(文献15)</li> <li>・ 家族に大きな負担がかかるような介護依存にはなりたくない(文献16)</li> <li>・ 患者を長期生命維持装置につなぎ家族に慢性的な負担をかけるという認識を共有(文献16)</li> </ul>
	<b>4) 信頼関係に基づく人間関係</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 会話の相手がすでにお互いを知っていて死以外の話題について話すような信頼関係(文献3)</li> <li>・ コミュニケーション相手との関係や親近感の度合い(文献13)</li> <li>・ 長期にわたる一貫したケアとコミュニケーション(文献14)</li> <li>・ 医師を信頼すること, 良好なコミュニケーションの経験(文献16)</li> </ul>
	<b>5) 医療者の態度</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 話すときは優しく, 批判的にならない(文献3)</li> <li>・ 穏やかな雰囲気でおこなわれる必要がある(文献3)</li> <li>・ 終末期の会話を強制しない(文献3)</li> <li>・ 死に関する自分の体験を振り返る, 終末期ケアラーとしての自己概念(文献3)</li> <li>・ 個々の人に純粋な関心を示す(文献3)</li> <li>・ 相手の感情やニーズのために自分の期待を先送りする(文献3)</li> <li>・ ファシリテーターとして行動し, 熟考するための環境を作る(文献10)</li> <li>・ 患者の希望を保つ(文献11)</li> <li>・ 悪い知らせを伝える際は共感的に接する(文献11)</li> <li>・ 最善の推奨を行うのは医師の責任である(文献11)</li> <li>・ 生命を守るための努力をすることに重点を置く(文献11)</li> <li>・ 押し付けにならないように考えたくない人への配慮も重要(文献12)</li> <li>・ 医療従事者の思いやりのある患者中心のアプローチ, 敬意と共感を持って接する(文献14)</li> </ul>
	<b>6) 患者家族の準備状態</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「話し合ったり質問に答えたりする前にじっくり考える」ための時間が必要(文献6)</li> <li>・ 話したい意欲と能力があり, 自分自身の経験や個人的な状況と結びつけている(文献9)</li> <li>・ 主体的に話題を持ち出し以前に検討したことがある(文献9)</li> <li>・ 過去の経験を, 説明し教訓を引き出すことができる(文献9)</li> <li>・ 状況の深刻さと将来起こりうることを明確に理解(文献9)</li> <li>・ 以前の病気体験を振り返ることができる(文献9)</li> <li>・ 終末期の話題に直面し話すことができ生活の質の低下や死について考え予測することができる。(文献9)</li> <li>・ 健康状態の悪化や死について以前から考え折り合いをつけている(文献9)</li> <li>・ 終末期ケアの決定, 医療に関する代理意思決定者任命の準備ができていない(文献16)</li> <li>・ 医学的治療は効果がないか延命にしかならないと理解しその考えをケア提供者と共有すると決定(文献16)</li> <li>・ 侵襲的な医療処置について聞いたことがある, 間接的・直接的な経験をした(文献16)</li> <li>・ 延命治療が身体にどのような負担をかけ, それが子供たちにどのような影響を与えるかを想像(文献16)</li> </ul>

表2. コミュニケーションの内的要素と外的要素 (続き)

外的要素	<b>7) タイミングを逃さず開始</b> ・EOL <sup>a</sup> を話したいと考えている患者は58%は健康状態が悪化してから、44%は「しっくりきたとき」に、39%は診断後すぐに、23%は死が近づいたときに、このような会話をすることを希望した(文献4) ・ACP開始のトリガーまたはセンチネルイベント(転移性疾患の初回診断、再発、進行)の設定(文献8) ・治療継続の姿勢を維持することができないことを正直に話す(文献10) ・情報を伝える最良の方法とタイミングを知っている家族介護者(文献11) ・情報をいつ伝えるかを選択し、心配な情報や重要な情報はすぐに伝える(文献13) ・病気の進行、症状、家族介護者の負担に関する懸念についての話し合いは出発点となった(文献14)
	<b>8) 継続的な評価</b> ・理解と決定の確認のためのフォローアップの電話(文献7) ・長期にわたる一貫したケアとコミュニケーション(文献14)
	<b>9) コミュニケーションツールの使用</b> ・医師向けのSICG <sup>b</sup> 、患者向けにSICG <sup>b</sup> を説明する手紙、話し合い後の家族案内(文献1) ・会話ガイド、構造化された質問を使用(文献3) ・パンフレットまたは構造化されたフォーマットの使用(文献8)
	<b>10) 教育</b> ・臨床医研修は2.5時間、緩和ケア専門家により提供されるSICG <sup>b</sup> に基づいた対話的相互的技術の訓練(文献1) ・緩和ケア看護研究者によるACPの知識に重点を置いた講義とディスカッション(文献2) ・コミュニケーションスキルを学ぶ機会(文献8) ・教育要素「コミュニケーションゲーム」「死と生を切り離さない教育」(文献12)
	<b>11) システム構築</b> ・死亡リスクの高い患者の定期的な特定や会話開始のための電子メールリマインダー、SICG <sup>b</sup> 文書化のための電子医療記録を行う新たな構造化されたテンプレート(文献1) ・看護管理者によるACP教育完了のためのプロセスとACP会話の記録方法を説明する標準作業フォームの作成(文献2)
	<b>12) 手段</b> ・情報は対面か電話、デジタル通信経路(文献13)
	<b>13) 参加する人の調整</b> ・心理学者やホスピスワーカー(文献3) ・世代間の違いや移民経験があるかへの配慮とACPにおける患者の親族の幅広い関与(文献5) ・医師とのケアに関する会話に教会のメンバーが参加すること(文献5) ・カウンセリングサービスの提供を推奨(文献5) ・ピアアドバイザーからの支援(文献5) ・家族を参加させる(文献5) ・より多くの家族メンバーを関与させる(文献11) ・家族や社会的なつながりからの感情的なサポート(文献14) ・地域がん看護師と訪問看護師(文献14) ・ケアパートナーと共通の理解を得たい(文献15)

a: EOL(End Of Life), b: SICG (Serious Illness Conversation Guide)

題にできるよう質問することは、日常的な会話から終末期について話し合うための架け橋となっていた(文献3)。患者が話すことが難しい話題であれば、別のトピックを話し合うよう促すと患者は話し合いを続けることができた(文献9)。また、患者に現在感じていることや欲しいもの、達成したい目標などを質問することで、患者自身が治療の目標を定めることができるように介入していた(文献10)。

3) 情報提供

医療者と患者が共有していた情報は、医療者側が説明する病名や病期、治療方針や治療変更によるトレードオフ(文献10)と、患者が語る家族介護者の負担に関する

懸念や治療目標、意思決定プロセスの好みであった(文献7, 14)。現在と将来の両方において何が重要であることを議論しながら(文献11)、医療者と患者は情報共有を行っていた。

4) 信頼関係に基づく人間関係

終末期ケアや死について話し合う以前から、既にお互いの考えについて知っているような信頼関係が最も重要であり(文献3)、良好なコミュニケーションを医師と行った経験は、患者が医師を信頼し、以降の話し合いによりリラックスして臨むことを可能にしていた(文献16)。コミュニケーション相手との関係性は、患者や家族の知ることや伝えることへの意欲、情報によるストレ



スから守りたい気持ちのバランスを取ることに影響していた（文献13）。信頼関係のある家族や社会的なつながりから感情的なサポートを受けることは、患者の帰属認識を高めて安心感につながっていた（文献14）。

#### 5) 医療者の態度

終末期をケアする者であるという自己概念を持てるよう自身が経験した死について振り返ることで、医療者の期待を押し付けず後回しにする態度を形成していた（文献3）。患者とコミュニケーションをとるときは個人に関心と敬意を示し、穏やかな雰囲気となるよう共感的に優しく話し、批判しない姿勢を示していた（文献3, 11, 14）。熟考できる環境が提供できるよう、ファシリテーターとしての役割を果たしながらも、終末期について話すことを強制しなかった（文献10, 12）。治療中止の判断の時期が近づいたときはそのことを正直に話し、延命より生活の質を強調しつつ、患者が現在の健康を重視し将来を見据えられず延命を志向してもその視点を守り、あくまでも患者の目標を最優先とする患者中心のアプローチをおこなっていた（文献10, 14）。

#### 6) 患者家族の準備状態

患者が以前からの病気の経験を振り返ることができ、現状の深刻さを理解して将来の希望について具体的な考えをもっていることは、医療従事者と話し合いを始めることにつながっていた（文献9, 16）。終末期の話題に直面し医学的治療の効果が望まれないことを認識した患者は、生活の質や家族への影響についての考えを持ち、医療従事者と共有すると決めることができた（文献9, 16）。患者がACPについて考え伝えることに意欲がある、暗黙の好みや心配を現実的に説明できる能力がある、話し合う前に熟考する時間があることが準備状態を整わせた（文献6, 9）。

#### 7) タイミングを逃さず開始

会話を開始するタイミングの好みは患者によって意見が異なっていた（文献4）。医師は、適切な時期に会話を開始できるような工夫として、症状や懸念について話し合う、転移診断や再発などのイベントをタイミングとする、治療継続の姿勢を維持できないことについて正直に

患者に話していた（文献7, 8, 14）。家族は医師よりも患者にとって最良のタイミングを知っていると考えていた（文献11）。患者は、心配な情報や重要な情報は家族にすぐに伝えていたが、そうでない情報はいつ伝えるかを選択していた（文献13）。

#### 8) 継続的な評価

患者や家族の理解や決定内容の確認のためにフォローアップの電話をする、長期にわたって一貫したケアとコミュニケーションを行うことが、患者の安心感や信頼関係の維持につながり、包括的なケアとして認識されていた（文献7, 14）。

#### 9) コミュニケーションツールの使用

医師はSICG（Serious Illness Conversation Guide）を使用することで、患者の不安症状やうつ症状を優位に改善させた（文献1）。会話ガイドや構造化された質問を使用したコミュニケーションは、オープンな会話の開始に役立っていた（文献3）。コミュニケーションの促進のため、パンフレットや構造化されたフォーマットを使用した医師もいた（文献8）。

#### 10) 教育

医師を対象にした研修としてSIPS（Serious Illness Care Program）があり、短時間の研修時間で対話的・相互的技術の訓練しコミュニケーションスキルを学ぶことは医師のACP関与を増加させていた（文献1, 8）。看護師を対象にした研修では、ACP知識に重点を置いた講義とディスカッションが行われ、ACP話し合いの回数を増加させた（文献2）。患者の死に対する考え方を理解するためには、死と生を切り離さない教育が必要と考えられていた（文献12）。

#### 11) システムの構築

ACPの対象となる死亡リスクの高い患者の特定・抽出や会話開始のタイミングを知らせてくれる電子メールリマインダー、話し合いを記録するための構造化されたテンプレート、ACP教育プロセス完了のための標準作業フォームを、電子カルテで使用できるようにするといったACP運用におけるシステムの構築が行われてい

た(文献1, 2).

## 12) 手段

患者から家族へバッドニュースを伝えるコミュニケーションでは対面や電話で行われることが主だが、電子メールなどのデジタル通信経路を用いることで、同じ情報を多くの人に同時に共有できる、返信について熟考できるなどの利点から便利だと考えられていた(文献13).

## 13) 参加する人の調整

医師や看護師はコミュニケーションに参加するメンバーとして代表的であった(文献1, 2, 3, 6, 8, 10, 12, 14, 16)が、教会のメンバーの話し合いへの参加や、患者や家族がより明確な意思表示ができるようカウンセリングを受けること、ピアアドバイザーから支援を受けることを希望していた(文献5)。ACP開始の最良のタイミングを知っており、患者の感情的サポートを提供する存在として、家族の関与を希望する患者は多かった(文献11, 13, 16)。心理学者やホスピスワーカーによる面談がACPを始めるきっかけとなることもあった(文献13)。

# V. 考察

## 1. 研究の動向と課題

研究対象は進行期・転移期や終末期の患者としているものが多数であった。このことは、ACPが病状の進行や治療がなくなったときを契機に行われることが多い(Sagara et al., 2021)こと、病状が進行した患者とのコミュニケーションは医療者にとっても患者にとっても困難が多いこと(Driller et al., 2024; Groebe et al., 2019)が反映されていると考える。

研究対象における医療者では医師が最も多く、次いで看護師であった。このことは、ACPを行うのは医師の仕事であるという認識(Izumi et al., 2019)、患者が得たい診断や治療に関する情報の中から最善の方法を推奨することは医師の責任であると患者や家族が考えている(Martina et al., 2022)こと、医師中心の診療体制により多職種が関与せずコミュニケーションが行われている(鶴若, 2021)実態が背景として考えられる。

これらのことから研究の課題として、現状や実態を明らかにする質的研究が累積されつつあるが量的研究は少ないため、調査研究や観察研究で量的にもコミュニケーションの実態を明らかにする研究を行い、より包括的な現状の理解を得ることが必要であると考え。また、診断期や治療期におけるコミュニケーションの障壁や課題を明らかにすることで、話し合いの早期開始への手掛かりを得ることができると考える。

## 2. 進行がん患者とのコミュニケーションの実践課題への示唆と研究の課題

結果から、成人進行がん患者が医療者と医療やケアについて繰り返し話し合うプロセスの中でおこなわれているコミュニケーションにおける看護の実践課題、研究における課題について考察する。

### 1) 看護の実践課題

内的要素として特定された伝え方や問い方といったコミュニケーションスキルの向上に焦点化された方略として、SICG (Serious illness conversation guide) やQPL (Question Prompt List) などのツールが開発されている。SICGは終末期の話し合いを行うための手引きであり、患者の不安や抑うつを一定期間低下させる(Bernacki et al., 2019)。QPLは患者や家族が診察時に医師へ心配事を質問する際の参照のために開発され、終末期に関する質問や話し合いの頻度を増やし、患者満足度は向上すること(Bouleuc et al., 2021)が報告されている。しかし、ACPのアウトカムとして示されている目標に沿ったケア、代理人の指定、代理人の文書化、代理人との話し合い、必要なときに文書や記録された希望にアクセスできること(Sudore et al., 2018)については成果が見られていない。患者の目標に沿ったケアが行われるためには、文献3が指摘しているとおり、患者と医療者が終末期についての会話を始めるより以前から信頼関係があること(Groebe et al., 2019)が必要であると考え。死生以外の話題について事前に話し合うことは、医師と患者家族がお互いの価値観・判断基準を共有し、その共有を基盤に取り扱いにくい話題であっても語り合うことで患者のニーズの明確な把握を可能にする。今回の文献検討において、情報共有の内容とし

て、病状や治療に関する情報のみならず、今までの意思決定のプロセス、患者の生活における目標、家族への負担に関する考えが含まれることが明らかになった。進行がん患者とのコミュニケーションにおいてはこれらの情報を意図的に収集する重要性がより高いと考えられる。

専門的なコミュニケーションスキルを実践しながら、進行がん患者特有の情報を収集することに加えて、医療者の態度についても検討が必要である。医療者の態度の形成に関しては死生観を育む教育や医療者自身の経験の振り返りが提案されるに留まっているため、医療者がとるべき態度の形成に必要な教育の具体的な内容について検討することが今後の課題であると考えられる。死生観を育む教育として、コミュニケーションゲームのような堅苦しさのない媒体が提案されている（大野，2023）。現在看護師に対して行われている教育の主要な内容は、技術や知識の補充の側面が強く、死生における経験を振り返る・語り合うような機会は少なく、看護師自身が死生に対する価値観を認識しづらいと考える。終末期医療やケアに関する知識の補充は死生を考える機会となり得るため、既存の研修や勉強会のプログラムの中で死生について看護師同士が語り合うような機会をもつことは、看護師の価値観の明瞭化に働きかけ態度の形成につながると考える。

患者の準備性を理解するためのコミュニケーションについては、病状理解の確認や今後の病状告知の希望の確認程度に留まっており、患者の生活における目標や過去の経験から形成される価値観を共有するコミュニケーションについては考慮されていないことが考えられる。文献検討の結果から、過去の経験を教訓にできる、以前の病期体験を振り返ることができる、以前から健康状態の悪化や死に折り合いががついている、侵襲的な医療処置について経験があるなど、話し合い以前の経験が患者家族の準備状態を高めていることが明らかとなった（Zwakman et al., 2021）。患者や家族が今までのどのような医療やケアを経験（体験すること、見聞きすることも含めて）してきたか、過去の経験をどのように解釈しているかについて理解し、患者は医療やケアが健康に及ぼす影響についてどのような考えを持っているのかを確認する必要がある。

さらに、患者や家族は話し合う前に熟考する時間が必

要（Paladino et al., 2020）であることも明らかとなっている。患者や家族は罹患や病状の進行を経験する中で死生について考えざるを得なくなって初めて考え、死生観の意識化・言語化・医療者へ意向を伝えるというそれぞれの段階で様々な困難に直面していると考えられる。看護師は、生活と療養の支援者として患者と接することが多いことから、生活における好みや習慣などの情報を暗示的に得ていると考えられる。患者や家族が自分たちの持つ価値観に気づき、医療者に伝えるまでの段階における支援を行い、患者から得られた暗示的な情報を患者にフィードバックしながら情報を統合し、患者や家族が熟考することを助けるような支援が必要であると考えられる。また、患者や家族はカウンセリングやピアサポートからの支援を通して自分たちの希望を明確化することができ（Shen et al., 2020）、一部の患者の家族は会話を始める最良のタイミングを知っていると考えている（Martina et al., 2022）。家族やピアサポーターを活用することは、患者の意向の明確化や会話を最善のタイミングで開始することを可能にできると考える。

終末期のコミュニケーションを開始するタイミングについては、文献1（Bernacki et al., 2019）ではACPの話し合いを始めるべき患者の特定や会話開始のタイミングを逃さないためのリマインダー、文献10（Knutzen et al., 2021）では治療中止の決断の時期を示す予測的ガイダンスを使用しており、いずれも患者の抽出や会話の開始をアシストするものである。しかし電子カルテへの実装が必要な点やツールの精度の問題や医師のツールへの依存、倫理的影響への懸念（Parikh et al., 2022）の点から、実用化が進んでいるとは言えない。現実的な工夫として文献8（Sagara et al., 2021）では、医師が診断や病状の進行時にACPを始めるとタイミングを設定していたが、一部の患者は診断期からACPについての会話をを行うことを希望していた。文献10（Knutzen et al., 2021）では患者の懸念をトピックスに話を始めることで将来の病期や治療について話す開始点となりうるとされている。ツールやガイダンスを補助的に用い、患者や家族と治療の目標について患者の懸念を基にしたコミュニケーションを診断期から重ね、時には家族から助言を得ながら、患者にとっての最善のタイミングを逃さ

ず会話を開始できるよう支援することが必要であると考えられる。

## 2) 研究の課題

コミュニケーションの好みには民族や地域、世代で差があることが明らかになった。インドネシアの患者は抽象度の高い会話を好み (Martina et al., 2022)、ラテン系の患者はコミュニケーションに家族を関与させ、患者中心のアプローチよりも家族中心のアプローチが推奨されていた (Shen et al., 2020)。また、AYA世代は生活の質や意思決定の役割を重視し、治療への意向が経時的に変化しやすいこと (Feifer et al., 2024) が明らかとなっている。小児がん患者に対するACPプログラムとしてFACE-TC (Thompkins et al., 2021) が、AYA世代に対するACPプログラムとしてはBOOST pACP (van Driessche et al., 2021) が開発されているが、患者の民族・地域性を反映した具体的な方略については先行研究では見当たらず、実態調査や対応策の提案に留まっていた。日本のがん患者に対しては、悪い知らせを伝えられる際の日本人のコミュニケーションの意向調査から生まれたSHAREに基づくコミュニケーション・スキル・トレーニングプログラム (白井, 2017) や、乳がん患者に対する明示的な予後コミュニケーションに関するビデオ視聴の効果調査 (Mori et al., 2019)、ACP会話開始のためのモバイルアプリケーションを用いたファシリテーションプログラムの有効性の調査 (Obama et al., 2023) が行われており、これらのツールやプログラムを使用した介入により信頼性が検討されることが必要と考えられる。

## VI. 結論

医療やケアについて繰り返し話し合うプロセスにおけるコミュニケーションにおける内的要素として【伝え方】、【問い方】、【情報共有】、【信頼関係に基づく人間関係】、【医療者の態度】、【患者家族の準備状態】、【タイミングを逃さず開始】、【継続的な評価】が特定された。外的要素として【コミュニケーションツールの使用】、【教育】、【システムの構築】、【手段】、【参加する人の調整】が特定された。

実践課題への具体的な方策として、患者家族のこれまでの意思決定のプロセス・患者の生活における目標・家族への負担に関する考えといった情報の共有、医療者の態度形成につながる死生を語り合う教育機会、患者や家族がもつ医療やケアが健康に及ぼす影響についての考えを知る、患者や家族が自分たちの価値観に気づき表出する各段階での支援や看護師が捉えた患者像に関するフィードバック、ツールやプログラムを活用し患者の懸念を基にした話し合いを診断期から行う、が示唆された。研究課題として、調査研究や観察研究を行いコミュニケーションの実態を明らかにする、診断期や治療期におけるコミュニケーションの障壁や課題を明らかにする、ツールやプログラム使用による介入の信頼性の検討が示唆された。

## VII. 研究の限界

がんの種類、進行度、治療選択の余地などによって予後予測の困難さが異なり、認知症などの意思決定能力を低下させる他疾患の併存はより高度なコミュニケーションが必要な可能性があることから、本研究の結果が十分な信頼性・妥当性を得られていない可能性がある。今後はそれぞれについて十分加味した分析が必要である。

## 利益相反

本研究における利益相反は存在しない。



## 文 献

- Bernacki, R., Paladino, J., Neville, B. A., et al. (2019). Effect of the Serious Illness Care Program in Outpatient Oncology: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*, 179(6), 751–759. doi: 10.1001/jamainternmed.2019.0077
- Bouleuc, C., Savignoni, A., Chevrier, M., et al. (2021). A Question Prompt List for Advanced Cancer Patients Promoting Advance Care Planning: A French Randomized Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(2), 331–341. e8. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.07.026
- Driller, B., Maienborn, C., Aasen, E. M., et al. (2024). Normality and compassionate care: experiences from advanced cancer patients in their last time at home. *BMC Primary Care*, 25(1). doi: 10.1186/s12875-024-02499-x
- Feifer, D., Helton, G., Wolfe, J., et al. (2024). Adolescents and young adults with cancer conversations following participation in an advance care planning video pilot. *Supportive Care in Cancer*, 32(3). doi: 10.1007/s00520-024-08372-y
- Groebe, B., Rietz, C., Voltz, R., et al. (2019). How to Talk About Attitudes Toward the End of Life: A Qualitative Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 36(8), 697–704. doi: 10.1177/1049909119836238
- Izumi, S. S., Burt, M., Smith, J., et al. (2019). Enhancing advance care planning conversations by nurses in a bone marrow transplantation unit. *Oncology Nursing Forum*, 46(3), 288–297. doi: 10.1188/19.ONF.288-297
- 原田智子, 木村安貴. (2021). 進行がん患者の終末期の話し合いへの病棟看護師の同席を阻害している要因. *日本がん看護学会誌*, 35, 158–167.
- Judai, J., Tsuruwaka, M. (2023). 「現代の生老病死」から考える ACP の条件 —ACP を「人生会議」として成り立たせるために. *J. Seizon and Life Sci (Vol.34, Issue 1)*. [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_24875.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24875.html)
- 木澤義之. (2017). アドバンス・ケア・プランニング いのちの終わりについて話し合いを始める. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000173561.pdf>
- Knutzen, K. E., Sacks, O. A., Brody-Bizar, et al. (2021). Actual and Missed Opportunities for End-of-Life Care Discussions with Oncology Patients: A Qualitative Study. *JAMA Network Open*, 4(6). doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.13193
- 国立がん研究センター. (2020). 最新がん統計. 国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録). [https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/summary.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html)
- 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 解説編. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.Pdf>
- 國丸周平, 糸島陽子, 横井和美. (2022). がん患者の治療段階別にみた意思決定支援に関する文献検討. *人間看護学研究*, 20, 65–73.
- Martina, D., Kustanti, C. Y., Dewantari, R., et al. (2022). Advance care planning for patients with cancer and family caregivers in Indonesia: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 21(1). doi: 10.1186/s12904-022-01086-0
- Miyashita, J., Shimizu, S., Shiraishi, R., et al. (2022). Culturally Adapted Consensus Definition and Action Guideline: Japan's Advance Care Planning. *Journal of Pain and Symptom Management*, 64(6), 602–613. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2022.09.005
- Mori, M., Fujimori, M., van Vliet, L. M., et al. (2019). Explicit prognostic disclosure to Asian women with breast cancer: A randomized, scripted video-vignette study (J-SUPPORT1601). *Cancer*, 125(19), 3320–3329. doi: 10.1002/cncr.32327

- 森 雅紀, 木澤 義之(2023). ACPの概念・定義と普及のための研修 A . ACPの定義とその考え方. 木澤義之, 志真泰夫・高宮有介, 恒藤暁ほか (編), ホスピス・緩和ケア白書2023(pp. 2-10). 東京都: 青海社.
- Obama, K., Fujimori, M., Okamura, M., et al. (2023). Effectiveness of a facilitation programme using a mobile application for initiating advance care planning discussions between patients with advanced cancer and healthcare providers: Protocol for a randomised controlled trial (J-SUPPORT 2104). *BMJ Open*, 13(3). doi: 10.1136/bmjopen-2022-069557
- 大野裕美. (2023). アドバンスケアプランニングの前提として死生観教育は必要か. *医療福祉政策研究*, 6(1), 31–44. doi: 10.20690/jhwp.6.1\_31
- Öhrling, C., Benkel, I., Molander, U., et al. (2023). Sharing Bad News: Communication Between Patients and Their Loved Ones in a Palliative Care Context. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 40(10), 1141–1146. doi: 10.1177/10499091221151031
- Paladino, J., Koritsanszky, L., Nisotel, L., et al. (2020). Patient and clinician experience of a serious illness conversation guide in oncology: A descriptive analysis. *Cancer Medicine*, 9(13), 4550–4560. doi: 10.1002/cam4.3102
- Parikh, R. B., Manz, C. R., Nelson, M. N., et al. (2022). Clinician perspectives on machine learning prognostic algorithms in the routine care of patients with cancer: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 30(5), 4363–4372. doi: 10.1007/s00520-021-06774-w
- Sagara, Y., Mori, M., Yamamoto, S., et al. (2021). Current Status of Advance Care Planning and End-of-life Communication for Patients with Advanced and Metastatic Breast Cancer. *Oncologist*, 26(4), e686–e693. doi: 10.1002/onco.13640
- Shen, M. J., Gonzalez, C., Leach, B., et al. (2020). An examination of Latino-advanced cancer patients' and their informal caregivers' preferences for communication about advance care planning: A qualitative study. *Palliative and Supportive Care*, 18(3), 277–284. doi: 10.1017/S1478951519000890
- 白井由紀. (2017). がん医療におけるコミュニケーション. *ファルマシア*, 53(6), 540–544. doi: 10.14894/faruawpsj.53.6\_540
- Sripaew, S., Assanangkornchai, S., Limsomwong, P., et al. (2024). Advantages, barriers, and cues to advance care planning engagement in elderly patients with cancer and family members in Southern Thailand: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 23(1). doi: 10.1186/s12904-024-01536-x
- Stegmann, M. E., Geerse, O. P., Tange, D., et al. (2020). Experiences and needs of patients with incurable cancer regarding advance care planning: results from a national cross-sectional survey. *Supportive Care in Cancer*, 28(9), 4211–4217. doi: 10.1007/s00520-019-05285-z
- Sudore, R. L., Heyland, D. K., Lum, H. D., et al. (2018). Outcomes That Define Successful Advance Care Planning: A Delphi Panel Consensus. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2), 245–255.e8. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.08.025
- Thompkins, J. D., Needle, J., Baker, J. N., et al. (2021). Pediatric Advance Care Planning and Families' Positive Caregiving Appraisals: An RCT. *PEDIATRICS*, 147, 1–10. doi: 10.1542/peds.2020-029330
- 鶴若麻理. (2021). 急性期病院の医師と看護師からみたACPを促進する要因と障壁. *生存科学*, 32(1), 89–106. [https://mol.medicalonline.jp/library/journal/download?GoodsID=dk6seizo/2021/003201/006&name=0089-0106j&UserID=1100008245-AA&base=jamas\\_pdf](https://mol.medicalonline.jp/library/journal/download?GoodsID=dk6seizo/2021/003201/006&name=0089-0106j&UserID=1100008245-AA&base=jamas_pdf)
- van Driessche, A., De Vleminck, A., Gilissen, J., et al. (2021). Advance care planning for adolescents with cancer and their parents: study protocol of the BOOST pACP multi-centre randomised controlled trial and process evaluation. *BMC Pediatrics*, 21(1). doi: 10.1186/s12887-021-02841-7

# Domestic and International Literature Review on Communication with Advanced Cancer

Satomi Yamashita<sup>1)</sup>, Yuko Kawasaki<sup>2)</sup>

## Abstract

[Purpose] Based on domestic and international research on ACP practice, the purpose of this study was to clarify the actual state of communication that takes place in the process of repeated discussions between adult advanced cancer patients and medical professionals about medical care and to obtain concrete suggestions for the practical issue of how nurses should provide communication, and to obtain suggestions for future research issues.

[Methods] Documents published from January 2019 to July 2024 were analyzed. Ichushi Web (JAMAS, the Japan Medical Abstracts Society) was used for Japanese publications, whereas CINAHL, MEDLINE Complete, and PubMed were used for foreign studies. The keywords included “cancer,” “advance care planning,” and “communication.” Together with additional documents found via hand-searching, the analysis included 16 documents. From the selected documents, statements concerning communication were extracted and encoded, and categories were generated to raise the level of abstraction.

[Results] Specified as internal elements for communications in the process of repeated discussions about medical care and care were the following: telling method, asking method, information sharing, human relationship based on a relationship of trust, attitude of healthcare provider, readiness of the patient’s family, initiate communication through opportunities, and continuous assessment. Specified as external elements were using communication tools, education, system building, methods, and coordination and adjustments for participants.

[Conclusion] Specific measures suggested for addressing practical issues include sharing information such as the patient’s family’s decision-making process to date, the patient’s goals in life, and thoughts about the burden on the family; educational opportunities to discuss life and death which will lead to the formation of medical professionals’ attitudes; learning about the thoughts of patients and families about the impact of medical care and care on health; supporting patients and families at each stage to help them become aware of and express their values, as well as feedback to nurses about the image of the patient as they perceive it; and using tools and programs to hold discussions based on the patient’s concerns from the diagnosis stage. Suggested research topics include conducting surveys and observational studies, clarifying communication barriers and challenges during the diagnosis and treatment stages, and examining the reliability of interventions using tools and programs.

Key Words: Advanced cancer, Communication

---

1) Cancer Nursing, Master’s Program, Graduate School of Nursing Art and Science, University of Hyogo

2) Clinical Nursing, College of Nursing Art and Science, University of Hyogo