

【資 料】

医療現場で看護師が行う意思決定支援の現状と課題

弥富祐樹* 河口てる子**

【要 旨】

本研究では、わが国における意思決定を「医療現場において患者が、検査や治療（延命治療を含む）を受けるか否か、あるいはその方法や、退院先を選択する過程」とした。その過程で看護師が行う支援の現状と課題について、意思決定支援の歴史の変遷と過去の看護実践に関する文献から検討した。

その結果、わが国の医療現場における意思決定支援の様相は、欧米と同様にインフォームドコンセント（Informed Consent; 以下 IC）からはじまり、現在はアドバンスケアプランニング（Advance Care Planning; 以下 ACP）を中心に組み込まれていた。しかし、わが国においては自己決定権を基盤に発展した欧米とは異なり、文化的背景から患者本人の自己決定権という前提は重視されず、家族の意向が重視されていた。

現在のわが国における意思決定支援では、医療現場で埋没しがちな「患者本人の価値観」を汲み取り、実現に向けて働きかけるといった看護実践を促進していくことが課題として挙げられた。

【キーワード】 医療現場, 看護師, 意思決定支援, ACP, IC

【利益相反】 本研究における利益相反は存在しない。

I. 序論

わが国における意思決定支援の起源は、2006年に国連総会で採択され2008年に発効された「障害者の権利に関する条約（以下障害者権利条約）」で、2014年に批准書を寄託した際、「Supported decision making」という表現を「意思決定支援」と和訳した時からと言われている（遠藤, 2016, P. 83）。しかし、「障害者権利条約」（外務省HP）をみると、正確には「decision-making processes（意思決定の過程）」である。その後の2013年に改正された「障害者基本法」（内閣府HP）の第二十三条で「意思決定の支援」という言葉が出てくるが、起源としては定かではない。現在も、障害福祉や倫理学会、高齢者福祉など様々な方面から意思決定支援への取り組みが始まったため、「意思決定支援」について統一的な定義はない。木口（2014）は、「自己決定支援」と「意思決定支援」について、「障害者権利条

約」やわが国の制度から考察し、最終的に「意思決定支援」の核に「自己決定」があると考えられる（p. 31）と述べている。

厚生労働省の発表している意思決定支援に関わるガイドラインは5つあり、対象者は障害者、認知症の人、人生の最終段階を迎えた人、医療に係る意思決定が困難な人、成年被後見人等である（厚生労働省, 2020）。いずれも医療現場において汎用性はなく、統一された意思決定支援の定義もない。

そこで、本研究では、意思決定を「医療現場において患者が、検査や治療（延命治療を含む）を受けるか否か、あるいはその方法や、退院先を選択する過程」とした。医療現場で看護師が行う意思決定支援の現状と課題について、歴史の変遷や看護実践に関する文献から明らかにすることを目的とした。本研究結果は、医療現場で看護師が行う意思決定支援について理解を深めるとともに、意思決定支援のあり方を検討するきっかけとなりうる。また、看護師

* 日本赤十字北海道看護大学

** 聖隷クリストファー大学

が行う意思決定支援に関する研究の発展に寄与することが期待できる。

II. 研究方法

文献は、医学中央雑誌web版Ver. 5を使用し、2020年5月～12月に期間を指定せず原著論文でキーワードを「意思決定支援」で検索した。文献のタイトル・抄録から、医学論文や症例研究を除外し、意思決定支援の内容の分かる23文献を対象に検討を行った。その他、意思決定支援に関するガイドラインや参考書から検討を行い、国外の文献は、PubMed、CINAHL with Full Text、COSMINの検索ツールを使用し「Decision make support」「Decision aids」で検索した。意思決定支援に関わる概念として「インフォームドコンセント」「アドバンスケアプランニング」「シェアードディシジョンメイキング」についても検討を行った。

ACPに関する看護実践についても同時期に、医学中央雑誌Web版Ver. 5を使用し「アドバンスケアプランニング」を原著論文に限定し検索をしたところ1015件が該当した。本文にアクセス可能な666件を概観したところ、ほとんどが症例報告だったため、ACPについて概念分析を行った研究2件（田代、藤田, 2017; 山本, 吉岡, 2020）と、ACPの文献レビュー2件（谷本, 芥田, 和泉, 2018; 大濱, 福井, 2019）、ACPの看護実践について半構成的面接を用いて質的に検討した田代と藤田（2019）の研究、ACPについて記載のある書籍（長江, 2018）から検討した。

III. 国外の意思決定支援の歴史的変遷

A. ICを背景にした意思決定支援のはじまり

藤重ら（2020）によると、ICの精神は、ナチスによる非人道的な人体実験の反省から、1947年に制定された「ニュルンベルク綱領」にはじまっている。米国においては、1957年のカリフォルニア州での「サルゴ判決」において初めてICという言葉が使用され、これを機に医師はICに必要な情報開示を法的に義務づけられることとなった。この1950年代から1960年代の米国では様々な社会変革運動があった。患者の人権運動においては、父性的な医師主導の医療から患者中心の医療への変革が求められ、1973年にアメリカ病院協会がICと自己決定権を柱とする「患者の権利章典」を制定した。1978年に

はベルモント・レポートが発表され、「人権の尊重」にはICが不可欠とされ、この倫理原則は医療倫理の共通原則とされた。米国ではこのように、ICが法律の場においても医療現場や研究の場においても確立されていった。しかし、その後も、医療者側からの一方的な説明に対し、患者側が同意をするという医師主導の意思決定に変容が見られなかったことや、急性期ケア領域における当事者へのICの適応の限界（Karlavish, 1996）から、アドバンスディレクティブ（Advance Directive; 以下AD）を推進しはじめることになった。

以上のように、意思決定支援はICを背景に、「人体実験への同意」や「治療を拒否する権利」といった患者の自己決定権を守るための支援からはじまり、その後、意思決定のあり方は、ICの適応の限界を理由にADへと変化していった。

B. ICからAD・リビングウィルへ

植村（2015, p. 207）によると、ADは「ある患者あるいは健康人が、将来自らが判断能力を失った際に自分に行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示すること」と定義されている。これは「医療行為に関する患者から医療側への指示を文章化したもの（リビングウィル）」と「患者自らが判断できなくなった際の代理意思決定者の表明」の二つから成り立つとされている。

米国ではICの普及とともに、1970年代頃から延命治療に疑問を持ち自然の経過に任せる「尊厳ある死」を望む人が現れ、「リビングウィル」という言葉が使われ始めた。リビングウィルの起源は、服部（2005, p. 2）によると、「1967年に米国の死ぬ権利を擁護する団体で活躍していた弁護士のリイス・カットナーが、『患者が重症の意識障害にあり、本人の精神的、身体的能力を取り戻すことができないならば医学的治療をやめるべき』と指示するための文書としてリビングウィルを提案した」とされている。これに関連する「自然死法」が、カリフォルニア州で1976年に世界で初めてのリビングウィルに関する法律として制定された。その後、1990年には米国全州に適応される患者自己決定法が成立し、これに伴いADが広く認識されるようになった（長江, 2018, p.64）。このように、ADは意思決定支援の取り組みとして1980年代に米国で推進され始めた。しかし、患者自身が将来を予想することが困難であったり、実際の状況が複雑なために内容を医療・

ケアの選択に生かせなかったりといった理由などから、1990年代には限界とされACPへの取り組みへと転換されていった (Connors et al. 1995)。

このように、AD・リビングウィルは、ICの適応の限界から意思決定の方法の一つとして推進され、1990年には「患者自己決定法」が成立するまでに至った。しかし、現場でADの内容を医療・ケアの選択に生かすなどの効果は得られず、数年でACPへの取り組みへ転換されていった。

C. ACPによる意思決定支援

ACPは、長江 (2018, p. 62) によると、「米国医師会で『患者が自分で意思決定ができなくなった場合の将来的な医療について、医師、患者、家族、または代理意思決定者間で継続的に話し合うこと』とし、近年では『将来の医療に関する個人の価値観、人生の目標、嗜好を理解し共有することで、あらゆる年齢または健康段階の成人をサポートするプロセス』とされ、その適応範囲に広がりを見せている」とされている。

ACPの歴史はまだ浅く、そのはじまりは、英国のEmanuel, Danis, Pearlman, Singer (1995) がACPについて発表した時と言われている。Emanuel, Danis, Pearlman, Singerは、終末期医療における患者の意向について書類を作成することに重点をおくのではなく、その作成過程の話し合いの重要性を指摘してACPを提案した。現在は各国で積極的に取り組み、研究も行われている。ACPの効果について、ランダム化比較試験に限定しシステマティックレビューとメタ解析を行った研究 (Houben, Spruit, Groenen, Wouters, Janssen, 2014) がある。これによると、対象は、がん、心疾患、慢性呼吸器疾患、慢性腎不全、認知症、後天性免疫不全症候群、ナーシングホーム、健康な高齢者、医療従事者など多岐にわたっていた。ACPの効果については、AD作成が増えたこと、患者と医療者が終末期について話す機会が増えたこと、終末期について話すことで患者が希望するケアが提供されたことなどが報告されている。

このように、ACPは歴史が浅いにも関わらず、広い範囲・分野で行われており、現在の意思決定支援の中核として取り組まれている。また、ADを作成することを目的として誕生したACPであったが、現在は、必ずしもAD作成を目的としたものではなく、将来の医療に関する個人の価値観、人生の目標、選

好を理解し共有することで、あらゆる年齢または健康段階の成人をサポートするとされ、様々な医療場面にも活用されている。

これまで、自己決定権を背景にした意思決定支援の歴史の変遷について述べてきたが、ACPと同様に意思決定の方法の一つとして現在注目されているシェアードディシジョンメイキング (Shared Decision Making; 以下 SDM) についても以下に述べる。SDMとは、「患者が適切な治療を選択するに際して参加することが推奨されるプロセス、あるいは、患者と医師が患者の価値観と嗜好と同様に最善の科学的証拠を考慮に入れて医療の決定を一緒に行う協力プロセス、などと表現される、医療における意思決定に際しての方法論のひとつ」とされている (手嶋, 2011, p. 453)。現在も、わが国を含む世界各国で取り組まれており、モデルも複数存在 (Charles, Gafni, Whelan, 1999; Whitney, McGuire, McCullough, 2004; Simon et al., 2006) している。

SDMは、1960年代の消費者権利運動を起源としている。「生産者-消費者」の関係において、生産者ではなく消費者に権利があるとし、ケネディ大統領の消費者の利益の保護に関する特別教書の中で、「安全を求める権利」「知らされる権利」「選択する権利」「意見をきいてもらう権利」を「消費者の4つの権利」としている (経済企画庁, 1972)。SDMについての研究は、社会学・経済学・心理学・医学・倫理学において1990年代半ばより増加した。その影響を受け、医療においては、SDMが典型的なパターンリズムアプローチにとって変わる「パラダイムシフト」として捉えられていた (有田, 2012)。辻 (2007) は、Karlavish (1996) を引用し、「急性期ケア領域における当事者へのインフォームド・コンセントの適応の限界からSDMの可能性を論じ、特に看護職と患者の家族を巻き込み、相互交流を行うことの重要性を強調している」(p. 15) と述べている。その後、2010年代には論文数がICに関する研究・報告数を超えるなど、ACPと同様にSDMに関する研究も多く行われるようになった。現在SDMは、2型糖尿病・小児科・手術・ICU・腫瘍・重症疾患など様々な分野で取り組まれており、システマティックレビューも複数報告 (Kashaf, McGill, Berger, 2017; Wyatt, List, Brinkman, Prusky, Ashi, et al, 2015; de Mik, Stubenrouch, Balm, Ubbink, 2018; Michalsen, Dekeyser, White, Jensen, Metaxa, et al, 2019; Covvey, Khalid, Erin, Zumi, Trupti, et

al, 2019; Austin, Mohottige, Sudore, Smith, Hanson, 2015) されている。また、米国の保健向上研究部門のホームページにはThe SHARE Approachとして掲載されるなど、意思決定プロセスにおける重要な概念の一つとなっている。

以上のように、SDMは、自己決定権を基盤としたICやACPとは異なり、消費者権利運動を起源としている。医療分野においては、2010年代から現在に至るまで、意思決定の方法の一つとしてACPと同様に積極的に取り組まれている。

IV. わが国における意思決定支援

A. わが国における意思決定支援の様相とその背景

わが国における意思決定支援もICをきっかけに始まっており、日本医師会生命倫理懇談会が1990年に「説明と同意」と訳して発表し、その後1997年に、医療法の改定に伴い努力義務化された。看護においても、この「説明と同意」と訳されたICの普及に伴い、意思決定支援への取り組みがはじまり、ICに関連した研究も多くなされるようになった(石原, 門司, 小林, 橋村, 松武, 2001; 西尾, 藤井, 2011; 白鳥, 2013; 後藤ら, 2014; 深山; 2016)。

ADは、日本尊厳死協会(旧名は日本安楽死協会)が主に取り組んでいた。射水市民病院で2005年に起きた「人工呼吸器取り外し事件」をきっかけに、社会的にもリビングウィルが注目された。これを機に、エンディングノートや終活という言葉が一般社会にも広まったが、法制化はされていない。その後、厚生労働省が2007年に終末期医療の決定に関するガイドラインを策定し、日本救急医学会、日本医師会などがそれぞれ独自に指針を提案した。しかし、ADの位置づけについては不明確となっている(長江, 2018, p. 64)。大濱と福井(2019)は、「2012年に日本老年学会の『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する『立場表明』が改定され、ADの導入を検討すべき課題と提案されたことから、ADの存在およびその重要性が広く認知されてきたことが推察できる」(p. 270)と述べているが、リビングウィル・ADは、米国と同様に実施率が低く(高橋, 菅谷, 鈴木, 石津, 布施, 2016)、医療現場への普及には至らなかった。

ACPについてわが国で詳細な記述がされたのは、2005年に開催された日本緩和医療学会が主催するEPEC-Oプログラム(Education for Palliative and

End-of-life Care-Oncology)とされている(長江, p. 68)。ACPは、ADの作成に至る話し合いのプロセスを指しており、話し合われる内容はADと変わらないが、ADで作成された指示書に焦点が当たっているのか、話し合いのプロセスに焦点が当たっているのかの違いだとされている(長江, p.65)。ACPが医療現場や社会に認知されるようになったのは、「患者の希望に応じた看取りの推進」等の診療報酬改定に伴い、厚生労働省(2018a)がACPの内容を追加した「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」を発表し、同年にACPを「人生会議」の愛称で公表した時からである。さらに、日本老年医学学会(2019)が「ACP推進に関する提言」を発表したことから、がん領域・終末期医療以外の分野でも認知され、高齢者の意思決定支援に関する研究もなされるようになった(小川, 小松, 前田, 浦野, 2020; 手塚, 坪井, 2020)。

わが国におけるSDMの歴史はまだ浅く、正木と津谷(2010)によると、厚生労働省の診療ガイドライン研究班が、2001年から3年毎にテーマを定めて検討をはじめたことがきっかけである。第1期はエビデンスベースドメディシン(Evidenced Based Medicine)を指向した「診療ガイドライン」作成のための方法論の検討が行われた。2007年の第3期では、より明確に患者・一般国民との情報共有の重要性を取り上げ、患者らも交えて一緒に決めるSDMを行うことの重要性を明示した「診療ガイドライン」の改定作業が進められた。現在では「透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」(日本透析医学会, 2020)の中でSDMについて明示されているが、普及しているとは言い難く、その実践内容に関する研究も未だ少ない(辻, 2007)。

わが国の意思決定支援の様相は、ICは日本医師会から、ADは日本尊厳死協会、ACPは日本緩和医療学会とそれぞれ異なった背景から発信されていた。しかし、欧米と同様ICに始まり、ADを経て、現在はACPを中心に組み込まれるようになっていた。医療現場ではICが普及し、現在は、ACPを中心とした意思決定支援が積極的に取り組まれている。

B. IC・ACPの概念の変化

わが国におけるICについて、門司, 永田, 青柳(2001)は「『説明と同意』の考え方はICを患者と医師の信頼関係を確立する上での不可欠な原則、医の倫理とした点は理解できるが、一方で患者の人権

擁護のための法理としての意義を強調できなかった。現在でも、医師が説明し患者が同意することがICであるという考えが一般的である。(p. 106)と述べている。また、ICが本来の「人体実験への同意」や「治療を拒否する権利」といった内容が強調されずに使用され(樋口, 2012; 清水, 2015)、「医療者からの十分な説明を受けた上での納得と同意、選択」という定義で一般的に理解されており(沖野, 2002)、ICがわが国に輸入された際に、欧米と同じ意味や内容で普及することはなかった。星野(1994)は、「日本に馴染む『インフォームド・コンセント』の在り方の提言」として「患者と家族の希望や方針も医師に理解してもらい、医師と患者・家族との連携を良くして、患者中心の医療を実施するのが、現在の日本に受け入れられやすい『インフォームド・コンセント』の在り方であろうと考えます」と述べ、弁護士連合会(2015)は「総合的な意思決定支援に関する制度整備を求める宣言」の中で「医療行為が必要な場面における医師の十分な説明に基づくインフォームド・コンセントの実践においても、意思決定に困難を抱えた高齢者・障がい者については家族等に対して行われることが多く、本人に対しその特性に応じて理解できるような説明と同意が試みられる実践は限られている。(p. 6)」と、わが国におけるICの課題を指摘している。

現在わが国において意思決定支援として取り組まれているACPも、欧米と同じ意味や内容で普及はされていない。わが国のACPに関する研究では、概念分析で「患者らしさ、価値観の探求」「患者・家族・医療者がともに」「終末期ケアに関すること」「継続的な対話」が抽出され(谷本, 芥田, 和泉, 2018; 大濱, 福井; 2019)、ACPの看護実践からは、「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」「継続的な取り組み」の4つの局面に分類される(田代, 藤田, 2019)など、米国のACPと同じような概念で述べられていた。一方で、「本人のゴール・希望を理解するための話し合いなしの意思決定もACPとするなど、研究者間でACPの概念の混乱がみられることも明らかとなった」(谷本, 芥田, 和泉, 2018, p. 352)とされている。ACPが「個人」に対して行われている欧米と比較し、「日本には古くから『集団性』という文化があり、高齢者における『その人の思い』は『家族が望むように』という場合も多々ある」(大濱, 福井, 2019, p. 274)と述べられ、家族を中心とした関わりが重

要であるとされている。また、ACP実践モデルにおける意思決定支援の3本柱には「家族の意向」(長江, 2018, p. 78)が含まれており、本人の意思に反して家族の希望で医療行為が行われるという事例も起きている(高田, 2020)。一言と松見(2004)は、相互独立的自己観と相互協調的自己観について述べ、その中で「日本文化で優勢とされる相互協調的自己観とは、『自己は周囲の重要な他者と繋がっているという認識を持ち、行動は周囲の人間や状況に依存し、人間は集団の成員として調和を保つように動機づけられていると考える自己観』である」(p.59)としており、前述した大濱と福井(2019)の「集団性」を意味している。

これらのように、欧米と文化的背景の異なるわが国では、患者本人の自己決定権という前提は重視されず、集団性という文化背景から、家族の意向が重視されていた。

C. IC・ACPを背景にした看護師の意思決定支援

看護師のICに関する研究は、医師からの説明に関する支援に関連したものが多く、看護師のICに対する認識と役割行動について実態調査を行った研究(石原, 門司, 小林, 橋村, 松武, 2001)では、質問紙を先行研究から作成し、看護師の役割として「患者の判断能力をアセスメントする」「説明前の医師との情報交換」「説明場所の設営」「説明時の同席」「説明後の患者の理解度の確認」「医師説明後の補足説明」「医師説明後患者への助言」「患者の理解度を医師に報告」「説明後の精神的ケア」「必要に応じて再度医師に説明を依頼」「説明内容の記載」の11項目を設定している。後藤ら(2014)もICにおける看護師の役割として、先行研究から「医師との連携、医師への仲介」「情報提供、補足説明」「環境の調整」「精神的ケア」「家族のサポート」「自己決定等、同意に対するサポート」「信頼関係の構築」「ICの記録」の8項目を設定している。深山(2016)も、後期高齢患者のICに関わる11名の看護師に、半構成的面接を実施し支援内容について質的に分析を行い、「医師には言えない本音を受け止める」「ICに参加し後期高齢患者や家族の反応を観る」「IC後に後期高齢患者の理解度や受け止め方を確認する」「IC後に後期高齢患者が安心して、納得できるように医師と患者の架け橋となる」「後期高齢患者が自分で考えられるようにわかりやすく時間をかけて説明する」「積極的治療を望むのか、対症療法を望むのか治療への

思いを捉える」「後期高齢者と家族が話しあえる機会を設ける」「IC後も継続して理解度や言動の経過を観て支援を考える」「他職種で効果的にICに関わる」「看護師同士で患者の発言や様子を共有する」の10のカテゴリーを抽出している。いずれも、説明に関わる「IC後に後期高齢患者が安心し、納得できるように医師と患者の架け橋となる」といった「医師との連携」や「後期高齢患者が自分で考えられるようにわかりやすく時間をかけて説明する」などについて述べられており、「治療を拒否する権利」などといった内容は含まれていない。これらのように、わが国においてICは、「説明と同意」として医療現場に普及しており、ICに関連した意思決定支援として【説明に関わる支援】が共通して行われていた。

ACPに関する看護実践について、田代と藤田(2017)は国内外の37件を分析し、14のサブカテゴリーから、「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つのカテゴリーを抽出した。これにより、ACPの定義を「がん患者のエンドオブライフを見据え、意思決定能力の低下に備えて、患者や家族、患者の大切な人、医療従事者がともに患者らしさを探求し、患者を主体としながらエンドオブライフケアにおける対話のプロセスを共有していく継続的な取り組み」としている。同様にACPの概念分析を行った山本と吉岡(2020)は、国内外の42文献にハンドサーチで関連する書籍3件を加えた45件を分析対象とし、「希望を持ちながら最悪の事態への備え」「その人の価値の探求」「疾患管理を見据えた生活の編み直し」「病みの軌跡に関する認識を合わせること」「納得したケアゴールに向けた対話」「段階的で継続的な取り組み」「患者の意思をつむいでいくこと」の7カテゴリーを抽出した。これによりACPの定義を「患者が家族・医療者とともに価値を探求し、疾患管理のための生活の編み直しをしながら、最悪の事態の備えとして、病みの軌跡に関する認識を合わせることや、納得したケアゴールに向けた対話を繰り返し、患者の意思をつむいでいくプロセス」としている。これら2件の概念分析の結果には、「患者らしさ、価値観の探求」「患者・家族・医療者がともに」「終末期ケアに関すること」「継続的な対話」など共通点が多くみられている。また、ACPの実践経験を持つ12人の看護師にインタビューを行った田代と藤田(2019)は、ACPを「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つの局面に分類している。これらも、ACPの主要な要素である「患者らしさ、価値観の探求」「患者・家族・医療者がともに」「終末期ケアに関すること」「継続的な対話」と共通していた。

以上より、意思決定支援について統一的定義はなかったが、ICやACPを背景に行われてきた看護実践で共通する項目を以下に整理した。「説明を希望するか確認すること」「患者の判断能力をアセスメントする」「説明後の患者の理解度の確認」「医師説明後の補足説明」「患者の理解を確かめる」「医師の説明を補う」(西尾, 藤井, 2011; 白鳥, 2013; 後藤ら, 2014; 深山, 2016)などを【説明に関する支援】とし、「家族のサポート」「家族内での意向の対立への対応」「後期高齢者と家族が話しあえる機会を設ける」「患者と家族の関係を保つ」(立野, 山勢, 田戸, 藤田, 2014; 齋藤, 石橋, 山下, 正木, 2019; 大濱, 福井, 2019)などを【家族等への支援】とした。また、「患者が自らの価値観を認識できるよう促し、その価値観を支持する」「患者らしさの探求」「日々のケアの中から好みや価値を汲み取る」(田代, 藤田, 2019; 長江, 2018; 山本, 吉岡, 2020)などを【患者の価値観の探求と尊重】とし、「終末期に関する取り決め」「継続的に話し合っていくこと」「納得したケアゴールに向けた対話」「対話に基づく確かな共有」「継続的な取り組み」「病みの軌跡に関する認識を合わせること」(田代, 藤田, 2019; 山本, 吉岡, 2020)を【継続的な話し合い】とした。

このように、わが国の医療現場における意思決定支援は、欧米からIC・ACPを取り入れながら変化しており、現在医療現場で実践されている意思決定支援は【説明に関する支援】【家族等への支援】【患者の価値観の探求と尊重】【継続的な話し合い】が共通していた。

V. 考察

星野(1994)は、わが国に受け入れられやすいICとして、患者への関わりだけではなく、家族への関わりも重要であると述べている。一方で、ACPにおいては、家族を中心とした関わりが重要である(大濱, 福井, 2019, p. 274)と言われるほど、医療現場では家族に焦点が当てられている。そのため、意思決定に困難を抱えた高齢者や障害者へのICは、家族

等に対して行われることが多い(日本弁護士連合会, 2015)。また、本人は希望しないと思いつつも、家族が胃瘻を希望したり(長江, 2018)、本人の意思に反して、家族が要請した救急車で救命処置として挿管等がされる(高田, 2020)といった問題がある。

これらの問題は、医療現場において、患者本人より家族の意向を重視することに起因している。つまり、自己決定権が基盤にあり自尊心が主観的幸福感に大きな影響を与えている米国からACPを輸入した結果と考えられる。しかし、集団性を重んじるわが国では、「家族の意向」が患者本人の価値観よりも強調されていることが影響していると考えられる。

これまでの文献検討の結果、わが国の医療現場における意思決定には、相互協調的自己観(一言, 松見, 2004)という文化的背景が影響していた。これにより、患者自身が「家族が望むように」と、自分のことよりも家族の意向を優先していた。そのため、医療現場では家族の意向に焦点が当たり、家族を中心とした関わりが重要である(大濱, 福井, 2019, p. 274)とされるまでになった。その結果、「患者本人の価値観」が埋没してしまい、医療現場で表出されない問題があった。意思決定に際し、「家族の言う通りに」あるいは「お任せします」と言った患者に対しても、看護師が、「その人らしく生きること」に繋がる価値観(手塚, 坪井, 2020)を、日々のケアの中から汲み取るといった支援(長江, 2018)を行い、患者が真に望む過ごし方を実現するよう働きかけていく必要がある。つまり、医療現場で行われている意思決定支援は、家族の意向が重視され、患者本人の価値観が表出されないという問題があった。そのため、医療現場で埋没しがちな「患者本人の価値観」を汲み取り、実現に向けて働きかけるといった看護実践を促進していく必要がある。

VI. 結論

1. 医療現場における意思決定支援の様相は、欧米と同様ICにはじまり、ADを経て、現在はACPを中心に組み込まれている。
2. 医療現場における意思決定支援は、自己決定権を基盤に発展した欧米とは異なり、文化的背景から患者本人の自己決定権という前提は重視されず、家族の意向が重視されていた。
3. 意思決定支援の課題は、医療現場で埋没しがちな「患者本人の価値観」を汲み取り、実現に向

けて働きかけるといった看護実践を促進していくことである。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献

第一著者である弥富祐樹が研究を計画し、文献検討・分析を実施し、草稿を作成した。第二著者である河口てる子は研究プロセス全体への助言と、原稿の示唆を行った。

VII. 文献

- 会田薫子 (2012). 胃ろうの適応と臨床倫理—一人ひとりの最善を探る意思決定のために—. 日本老年医学会雑誌, 49 (2), 130-139.
- 会田薫子 (2013). 患者の意思を尊重した医療およびケアとは: 意思決定能力を見据えて. 日本老年医学会雑誌, 50 (4), 487-490.
- 有田直子 (2012). Shared Decision Makingの概念分析: 小児看護へのShared Decision Makingの活用. 高知女子大学看護学会誌, 38 (1), 2-13.
- Austin, A., Mohottige, D., Sudore, L., Smith, K., & Hanson C. (2015). Tool to Promote Shared Decision Making in Serious illness: A Systematic Review. *JAMA internal medicine*, 175 (7), 1213-1221.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, 49 (5), 651-661.
- Connors, A., Dawson, N., Desbiens, N., Fulkerson, W., Goldman, L., Knaus, W., Lynn, J., Oye, R., Bergner, M., Damiano, A., Hakim, R., Murphy, D., Teno, J., Virnig, B., Wagner, D., Wu, A., Yasui, Y., Robinson, D., Kreling, B., Dulac, J., Baker, R., Holayel, S., Meeks, T., Mustafa, M., Vegarra, J., Alzola, C., Harrell, F., Cook, F., Hamel, M., Peterson, L., Phillips, R., Tsevat, J., Forrow, L., Lesky, L., Davis, R., Kressin, N., Solzan, J., Puopolo, A., Barrett, L., Bucko, N., Brown, D., Burns, M., Foskett, C., Hozid, A., Keohane, C., Martinez, C., McWeeney, D., Melia, D., Otto, S.,

- Sheehan, K., Smith, A., Tofias, L., Arthur, B., Collins, C., Cunnion, M., Dyer, D., Kulak, C., Michaels, M., O'Keefe, M., Parker, M., Tuchin, L., Wax, D., Weld, D., Hiltunen, L., Marks, G., Mazzapica, N., Medich, C., Soukup, J., Califf, R., Galanos, A., Kussin, P., Muhlbaier, L., Winchell, M., Mallatratt, L., Akin, E., Belcher, L., Buller, E., Clair, E., Drew, L., Fogelman, L., Frye, D., Fraulo, B., Gessner, D., Hamilton, J., Kruse, K., Landis, D., Nobles, L., Oliverio, R., Wheeler, C., Banks, N., Berry, S., Clayton, M., Hartwell, P., Hubbard, N., Kussin, I., Norman, B., Nouveau, J., Read, H., Warren, B., Castle, J., Turner, K., Perdue, R., Coulton, C., Landefeld, S., Speroff, T., Youngner, S., Kennard, M., Zaccaratto, M., Roach, M., Blinkhorn, M., Corrigan, C., Geric, E., Haas, L., Ham, J., Jerdonek, J., Landy, M., Marino, E., Olesen, P., Patzke, S., Repas, L., Schneeberger, K., Smith, C., Tyler, C., Zenczak, M., Anderson, H., Carolin, P., Johnson, C., Leonard, P., Leuenberger, J., Palotta, L., Warren, M., Finley, J., Ross, T., Solem, G., Zronek, S., Davis, S., Broste, S., Layde, P., Kryda, M., Reding, D., Vidaillet, H., Folien, M., Mowery, P., Backus, B., Kempf, D., Kupfer, J., Maassen, K., Rohde, J., Wilke, N., Wilke, S., Albee, E., Backus, B., Franz, A., Henseler, D., Herr, J., Leick, I., Lezotte, C., Meddaugh, L., Duffy, L., Johnson, D., Kronenwetter, S., Merkel, A., Bellamy, P., Hiatt, J., Wenger, N., Leal-Sotelo, M., Moranville-Hawkins, D., Sheehan, P., Watanabe, D., Yamamoto, M., Adema, A., Adkins, E., Beckson, A., Carter, M., Duerr, E., El-Hadad, A., Farber, A., Jackson, A., Justice, J., O'Meara, A., Benson, L., Cheney, L., Medina, C., Moriarty, J., Baker, K., Marsden, C., Watne, K., Goya, D., Desbiens, N., Fulkerson, W., Carpenter, C., Carson, R., Detmer, D., Steinwachs, D., Mor, V., Harootyan, R., Leaf, A., Watts, R., Williams, S., & Ransohoff, D. (1995). A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognosis and preference for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA internal medicine*, 274 (20), 1591-1598.
- Covvey, JR., Khalid, K., Erin, G., Zumi, M., Trupti, D., Elham, H., Deepika, R., & Christopher, Z. (2019). Barriers and facilitators to shared decision-making in oncology: a systematic review of the literature. *Supportive Care in Cancer*, 217(5), 1613-1637.
- de Mike, L., Stubenrouch, E., Balm, R., Ubbink, T. (2018). Systematic review of shared decision-making in surgery. *British Journal of Surgery*, 105 (13), 1721-1730.
- Emanuel, L., Danis, M., Pearlman, A., & Singer, A. (1995). Advance care planning as a process: structuring the discussions in practice. *Journal of American Geriatrics Society*, 43 (4), 440-446.
- 遠藤美貴 (2016). 「自己決定」と「支援を受けた意思決定」. 立教女学院短期大学紀要, 48, 81-94.
- 藤重仁子, 安井渚, 久木元由紀子, 中村めぐみ, 前田薫, 五十嵐淳介 (2020). インフォームド・コンセントの歴史と近年の課題. 森ノ宮医療大学紀要, 14, 1-16.
- 深山つかさ (2016). 急性期医療における後期高齢患者のインフォームド・コンセントへの看護支援. 日本看護倫理学会誌, 8 (1), 32-38.
- 後藤麻利子, 七尾恵, 太田陽子, 土屋涼子, 鳴海絵里奈, 大津美香, 山下智恵美 (2014). インフォームドコンセントにおける看護師の役割に関する実態調査. 保険学研究, 4, 41-49.
- 服部俊子 (2005). アドヴァンス・ディレクティブの倫理問題. 医療・生命と倫理・社会, 4 (1-2), 1-10.
- 樋口範雄 (2012). 終末期医療と法. 医療と社会, 25 (1), 21-34.
- 一言英文, 松見淳子 (2004). 文化と文化的自己観. 人文論究, 54(2), 55-70.
- 星野一正 (1994). 生命倫理と医療—すこやかな生とやすらかな死—. 丸善株式会社.
- Houben, C., Spruit, A., Groenen, M., Wouters, G., Janssen, D. (2014). Efficacy of advance care planning: A systematic review and meta-analysis. *Journal of American Geriatrics Society*, 15 (7), 477-489.
- 石原和子, 門司和彦, 小林初子, 橋村洋子, 松武滋子 (2001). 看護婦のインフォームド・コンセントの認識と役割行動に関する研究. 長崎大学医療技術短期大学部紀要, 14(1), 97-104.
- Karlawish, J. (1996). Shared decision making in critical care: a clinical reality and an ethical

- necessity. *American Journal of Critical Care*, 5 (6), 391-396.
- Kashaf, M., McGill, E., & Berger, Z. (2017). Shared Decision-Making and Outcomes in Type2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Patient Education and Counseling*, 100 (12), 2159-2171.
- 木口恵美子 (2014). 自己決定支援と意思決定支援— 国連障害者の権利条約と日本の制度における「意思決定支援」—. *福祉社会開発研究*, 6, 25-33.
- 経済企画庁 (1972). 年次世界経済報告.
<https://www5.cao.go.jp/keizai3/seikaikeizaiwp/wp-we72/wp-we72-02205.html> [2021/1/17閲覧]
- 厚生労働省a (2018). ACP (アドバンス・ケア・プランニング) の愛称を「人生会議」に決定しました. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02615.html [2021/1/17閲覧]
- 厚生労働省b (2018). 平成30年度診療報酬改定関係資料 (医科・調剤). <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000196430.pdf> [2021/1/18閲覧]
- 厚生労働省c (2018). 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf[2021/4/2 閲覧]
- 正木朋也, 津谷喜一郎 (2010). エビデンスに基づく医療 (EBM) の展開から学ぶもの—EBM普及に伴い経験した課題と解決策—. *日本評価研究*, 10 (1), 3-16
- Michalsen, A., Long, AC., Dekeyser, GF., White, DB., Jensen, HI., Metaxa, V., Hartog, CS., Latour, JM., Truog, RD., Kesecioglu, J., Mahn, AR., & Curtis, JR. (2019). Interprofessional Shared Decision-Making in the ICU: A Systematic Review and Recommendations From an Expert Panel. *Critical Care Medicine*. 47 (9), 1258-1266.
- 門司和彦, 永田耕司, 青柳潔 (2001). インフォームド・コンセント普及阻害要因に関する社会医学的考察. *長崎大学医療技術短期大学部紀要*, 14 (1), 105-110.
- 長江弘子 (2018). 看護実践に生かすエンド・オブ・ライフケア. 日本看護協会出版会.
- 日本弁護士連合会 (2015). 総合的な意思決定支援に関する制度整備を求める宣言. https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/civil_liberties/data/2015_1002_01.pdf[2023/12/27閲覧]
- 日本透析医学会 (2020). 透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言. *日本透析医学会雑誌*, 53 (4), 173-217.
- 日本老年医学会 (2019). ACP推進に関する提言. https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf [2021/1/17閲覧]
- 西尾亜理砂, 藤井徹也 (2011). 病棟看護師におけるがん患者の治療法の意味決定支援と影響要因に関する検討. *日本看護科学会誌*, 31 (1), 14-24.
- 小川真依, 小松美砂, 前田貴彦, 浦野茂 (2020). 維持血液透析見合わせにおける高齢者の思いに沿った意思決定支援. *日本看護科学会誌*, 40, 511-519.
- 沖野良枝 (2002). インフォームド・コンセントに対する患者の認識と意思決定要因の分析. *日本保健福祉学会誌*, 8(2), 29-39.
- 大濱悦子, 福井小紀子 (2019). 国内外のアドバンスケアプランニングに関する文献検討とそれに対する一考察. *Palliative Care Research*, 14 (4), 269-279.
- 清水哲郎 (2015). 本人・家族の意思決定を支える: 治療方針選択から将来に向けての心積もりまで. *医療と社会*, 25 (1), 35-48.
- Simon, D., Schorr, G., Wirtz, M., Vodermaier, A., Caspari, C., Neuner, B., Spies, C., Kronen, T., Keller, H., Edwards, A., Loh, A., & Harter, M. (2006). Development and first validation of the shared decision-making questionnaire (SDM-Q). *Patient Education, Counseling*. 63 (3), 319-327.
- 白鳥孝子 (2013). 心臓カテーテルを受ける患者の適切なインフォームドコンセントを支える看護実践. *日本保健科学会誌*, 15 (4), 197-209.
- 高田早苗 (2020). 意思決定支援を意味あるものに. *日本看護倫理学会誌*, 12 (1), 1-3.
- 高橋方子, 菅谷しづ子, 鈴木康宏, 石津みゑ子, 布施淳子 (2016). 在宅療養高齢者の終末期医療に対する事前の意思表示の現状と課題. *千葉科学大学紀要*, 9, 125-137.
- 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. *Palliative Care Research*, 13 (4), 341-355.
- 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, 45-53.
- 手嶋豊(2011). 医療における共同意思決定について. 神戸法学雑誌, 60 (3/4), 436-454.
- 辻恵子(2007). 意思決定プロセスの共有－概念分析. 日本助産学会誌, 21 (2), 12-22.
- 植村和正 (2015). アドバンス・ディレクティブとリビング・ウィル. 日本老年医学雑誌, 52 (3), 207-210.
- Wyatt, D., List, B., Brinkman, B., Prutsky, G., Asi, N., Eriwin, P., Wang, Z., Domecq, P., Monton, M., & LeBlanc A. (2015). Shared Decision Making in Pediatrics: A Systematic Review and Meta-analysis. *American academy of pediatrics*, 15 (6), 573-583.
- Whitney, N., McGuire, L., & McCullough, B. (2004). A typology of shared decision making, Informed consent, and simple consent. *Annals of Internal Medicine*, 140 (1), 54-59.
- 山本美保, 吉岡さおり (2020). 心不全患者のアドバンス・ケア・プランニングの概念分析. 日本看護科学学会誌, 40, 537-543.