

原著論文

がん患者のアドバンスケアプランニングの 看護支援についての実態調査

Survey on Nursing Support for Advanced Care Planning of Cancer Patients

田代真理 (Mari Tashiro)*¹

藤田佐和 (Sawa Fujita)*²

要 約

本研究の目的は、がん患者のACPにおける看護支援と認識および所属別の違いを明らかにすることである。個人属性9項目、ACPの看護支援55項目、ACPの認識11項目からなる-2~2の5段階リッカート尺度を用いた自記式質問紙を作成し、全国で協力の得られた病院、訪問看護事業所147施設で、経験年数5年以上の看護師に配布した。2018年6月から9月に質問紙1,354部を配付し、780部の有効回答（有効回答率57.6%）を得た。データ分析はSPSS Statistics Ver. 25を用いて記述統計と多重比較を行った。

ACP支援55項目の平均値は-0.14~1.54であった。看護師のACP支援として平均値が高かった項目は、患者の価値観の理解、療養場所の意思決定支援等で、平均値が低かった項目は、記録用紙やツールの活用、早期から終末期に備えた治療やケアの取り決め等であった。看護師のACPの認識では、ACP体制の未整備、ACPの知識不足、ACPのためのコミュニケーション能力不足を感じていた。多重比較では、外来のACP支援が低く、訪問看護事業所のACP支援が高い傾向にあった。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the actual nursing support and recognition, and the differences depending on the institution in ACP of cancer patients. A questionnaire consisted of nine items related to personal attributes, 55 items regarding ACP support, and 11 items about nurses' recognition of ACP. These are measured with a 5-step Likert scale from -2 to 2. Hospitals and stations for visiting nurse services were randomly selected nationwide, and 147 of them consented with participating in this research. The questionnaire was sent to nurses at the organizations with no less than five years of experience. Between June and September, 2018, 1,354 copies of the questionnaire were distributed, and 780 of them were valid. With regard to data analysis, Descriptive statistics, multiple comparisons were conducted with IBM SPSS Statistics Ver. 25.

The average value of 55 items supported by ACP was between -0.14 to 1.54. The items with the highest average values were: understanding of the patient's values, and decision-making support for the place of treatment. The items with low average values were: The use of record keeping forms and tools, preparation of treatment and care to end of life. Additionally, target subjects were aware of : inadequacies of the ACP system, inadequate knowledge regarding ACP, and inability to communicate about ACP. When it comes to multiple comparisons, ACP support was less in the outpatient clinic. In contrast, visiting nursing station provides more ACP support.

キーワード：アドバンスケアプランニング がん患者 看護支援

*¹ 悠翔会在宅クリニック渋谷

*² 高知県立大学看護学部

I. 緒 言

がんは1981年から死因の第1位を占め続けており（がんの統計2018）、生存率の向上にも関わらず、依然として人々に「死」や「苦痛」を想像させ、「怖い」という印象を持たれている病である。先行研究では終末期の治療方針の決定が必要な時に患者の70%に意思決定能力がないこと（Silveira, et al, 2010）や根治不能がん患者へのDNARについてほとんどの医療者が患者の意向を確認すべきであると認識しながらも患者と話すことなく家族と確認している状況（市川ら, 2015）などが報告されている。平成30年人生の最終段階における医療に関する意識調査（厚生労働省, 2018a）では、一般国民で終末期医療の希望について話し合ったことがある者は39.5%、意思表示の書面作成に賛成であっても記録に残していない者は91.3%であり、終末期の意思決定場面で家族などに治療方針の決定を委ねたとしても、患者本人の意向に沿った終末期医療が行われない可能性が予想される。このような状況の中、「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）」（厚生労働省, 2018b）が改訂され、病院における延命治療への対応を想定した内容にとどまらず、在宅医療・介護の現場でも活用できるよう患者本人が医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うアドバンスケアプランニング（以下ACP）の重要性が指摘された。最期まで患者が希望する人生を全うするためには、意思決定が難しくなるような身体状況に至る前に、患者の希望や終末期の治療・ケアについて患者と話し合う努力を日ごろのケアの中で行っていくことが望ましいと考える。日本の先行研究では2010年ごろからACPの研究が増加し、その効果について様々な報告がなされている（竹内ら, 2015；谷本ら, 2018；大濱ら, 2019）。しかしその中では、日本におけるACPの研究数、エビデンスの報告は欧米諸国と比較して少ない現状にあり、今後、日本の実情にあったACPの介入方法や各職種の役割、教育プログラム開発の必要性が指摘されている。

また、ACPは患者と患者に関わる大切な人た

ちが共に進めていくものであり、看護師に期待されている役割も大きいと考える。しかし、看護師のACPの認知度は19.7%だったという報告（厚生労働省, 2018a）や小松ら（2017）の一般病棟看護師でACPの意味を認識できている者は20%で、かつ99%が施行できていなかったという報告も見られており、看護師は十分なACPの取り組みに至っていない可能性が高い。また、終末期がん患者における療養の場の意向は病期や病状、ヘルスケアシステム、文化的な背景の影響を受けるため、意思決定支援では患者・家族の意向を経時的に判断することの必要性が指摘されている（南口, 2019）。しかし、患者とあらゆる場で関わることの多い、病院や自宅を含む看護師の意思決定支援の実態は明らかにされておらず、看護師の所属別に明らかにした研究は見当たらなかった。そこで本研究の目的は、がん患者のACPへの看護支援と認識を明らかにし、さらに看護師の所属によるACPの看護支援を比較検討してACP支援における看護の質向上のための示唆を得ることである。

II. 研究 方 法

1. 研究対象者

研究に協力の得られた全国のがん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、訪問看護事業所に所属し、日頃からがん患者の意思決定支援などの看護に関わっている経験年数5年以上の看護師。なお看護師のACP支援に環境的に相違があると考えられる小児科、精神科は除外した。

2. 用語の定義

先行研究（田代ら, 2017；田代ら, 2019）の結果を踏まえ本研究ではACPを「終末期の身体機能低下や意思決定能力の低下に備えて、患者・家族・患者にとって大切な人、関係職者が一緒に患者のその人らしさを考えながら、患者を主体として今後の治療やケアなどについての対話のプロセスを共有していく継続的な取り組み」と定義し、質問紙、依頼文書に明記した。

3. 本研究で用いた質問紙

看護師が行っているがん患者のACPへの具体

的支援内容を明らかにするために、先行研究でACPの概念分析(田代ら, 2017)と面接調査(田代ら, 2019)を行った。その結果、がん患者のACPへの看護支援として5つの要素が抽出された。5要素についてそれぞれの下位カテゴリーをもとに、「患者のその人らしさの探求」に関して11項目、「エンドオブライフケアの取り決め」に関して15項目、「患者主体の人生計画」に関して11項目、「対話に基づく確かな共有」に関して13項目、「継続的な取り組み」に関して5項目の、ACP支援の具体的な行動や姿勢を記述した55項目からなる質問項目を作成した。55項目は、日頃のがん患者の終末期に備えた意思決定支援の実践で最もよくあてはまる数字を「-2:全くしていない」「-1:あまりしていない」「0:どちらとも言えない」「1:どちらかと言うとしている」「2:常にしている」の5段階リッカート尺度で回答を求めた。また文献検討から看護師の行うACP支援への影響要因として、患者の認識、ACP支援の知識や態度、コミュニケーション能力、ACP支援への職場環境を抽出し、影響要因への看護師の認識を尋ねる11項目の質問を作成した。11項目は、「-2:全く思わない」「-1:あまり思わない」「0:どちらとも思わない」「1:どちらかと言うと思う」「2:常に思う」の5段階リッカート尺度で回答を求めた。さらに個人属性として、看護師経験年数やがん看護経験年数、最終学歴、所属、職位、ACP研修受講回数など9項目を追加し、全75項目で構成する質問紙を作成した。質問紙の内容妥当性についてがん看護の経験のある看護師30名に質問紙への回答を依頼し、分かりづらい表現や回答しづらい項目、質問紙全体の感想や意見を尋ね、質問項目の内容を吟味し、修正を加えた。信頼性については、質問紙全体と5要素ごとの信頼係数(Cronbach's α)を算出し、0.847~0.974であることを確認した。

4. 調査期間

データ収集期間は2018年6月~9月であった。

5. データ収集方法

対象者へのアクセス方法は、厚生労働省、日本看護協会のホームページから全国の対象施設

を無作為に抽出し、電話で施設の看護部門長に研究目的、内容を説明した上で、研究依頼書の送付の諾否について確認した。承諾の得られた施設の指定先に研究依頼書とともに見本の質問紙一式、研究協力回答書、返信用封筒を送付した。研究協力への同意について返信があった施設に、研究依頼書(研究参加者用)と返信用封筒を添付した質問紙を協力可能な部数送付し、対象となる看護師に配布してもらった。質問紙の回収は、郵送法による無記名個別回収とした。

6. 分析方法

データ分析にはSPSS Statistics Ver.25を用いて、ACPの看護支援に関する各質問項目の記述統計を算出した。また、対象者の所属によるACP支援に違いがあるかを明らかにするために、所属を一般病棟、外来、その他(病院の緩和ケア病棟、緩和ケアチームなど)、訪問看護事業所(以下:訪問看護)の4群に分け、多重比較(Scheffé法)を実施した。有意確率は5%未満とした。

7. 倫理的配慮

本研究は、高知県立大学研究倫理委員会の承認(看研倫17-69)を得たうえで実施した。対象者への研究依頼書には、研究の趣旨とともに、質問紙への回答時間は15分程度で1か月程度の返却期間を設定してあること、研究への参加は任意であり、調査に協力しなくても個人は不利益を被ることがないこと、調査は無記名であり個人が特定できないよう統計処理をすること、研究結果の公表について明記した。また、質問紙の投函をもって研究への同意とみなすことを明記した。

III. 結 果

147施設(がん診療連携拠点病院37施設、地域医療支援病院40施設、訪問看護事業所70施設)から研究協力の同意を得て、質問紙1,354部を対象者に配布し、がん診療連携拠点病院386部、地域医療支援病院100部、訪問看護事業所312部の798部(回収率58.9%)の回答が得られた。そのうち本研究の対象者に該当しない者や無回答が3割以上など回答に不備のある質問紙18部を除

表1 対象者の概要

		n = 780	
	項目	人数	%
看護師 経験年数	5～10年	111	(14.2)
	11～15年	129	(16.5)
	16～20年	183	(23.5)
	21～25年	158	(20.3)
	26～30年	131	(16.8)
	31年～	65	(8.3)
	無回答	3	(0.4)
がん看護 経験年数	0～5年	131	(16.8)
	6～10年	195	(25.0)
	11～15年	158	(20.3)
	16～20年	151	(19.4)
	21～25年	65	(8.3)
	26～30年	47	(6.0)
	31年～	14	(1.8)
無回答	19	(2.4)	
ACP研修 受講回数	0回	361	(46.3)
	1回	174	(22.3)
	2回	86	(11.0)
	3回	60	(7.7)
	4回	20	(2.5)
	5～30回	37	(4.7)
無回答	42	(5.4)	
最終学歴	看護専門学校	584	(74.9)
	看護系短期大学	69	(8.8)
	看護系大学	58	(7.4)
	看護系大学院 (修士課程)	29	(3.7)
	その他	37	(4.8)
無回答	3	(0.4)	
所属	一般病棟	293	(37.6)
	外来	61	(7.8)
	その他 (緩和ケア病棟、チームなど)	115	(14.7)
	訪問看護事業所	311	(39.9)
施設機能	がん診療連携拠点病院	372	(47.7)
	機能強化型訪問看護ステーション	137	(17.6)
	該当なし	256	(32.8)
	無回答	15	(1.9)
職位	スタッフ	506	(64.9)
	主任・副師長	194	(24.9)
	師長・課長・所長	74	(9.5)
	その他	6	(0.8)
資格の有無	なし	591	(75.8)
	あり	187	(24.0)
	専門看護師 (14名)	7.7%	
	認定看護師 (155名)	84.7%	
	その他 (13名)	7.1%	
無回答 (5名)	0.5%		
無回答	2	(0.3)	

いた780部 (57.6%) を有効回答とした。

1. 対象者の概要 (表1)

対象者の看護師経験年数は平均 20.1 ± 8.1 年、がん看護経験年数は平均 13.5 ± 7.8 年だった。ACPの研修受講回数は平均 1.2 ± 2.3 回で、0回の者が361人 (46.3%) を占めていた。所属は一般病棟と訪問看護がそれぞれ約40%を占め、がん診療連携拠点病院や機能強化型訪問看護ステーションの施設機能を有する施設に所属している者が約65%、職位ではスタッフが65%、専門看護師や認定看護師などの資格を有する者が24%であった。

2. 看護師が取り組んでいるACP支援55項目

看護師が取り組んでいるがん患者へのACP支援55項目の平均値は $-0.14 \sim 1.54$ 、標準偏差は $0.60 \sim 1.35$ であった。結果を表2に平均値の高い順に示す。

最も平均値が高かった項目は「患者が終末期をどこで過ごしたいと望んでいるかを理解する」平均値 1.54 、標準偏差 0.60 で、続いて「患者がこれまで病気とどのように向き合ってきたのかを理解する」平均値 1.33 、標準偏差 0.64 、「患者が終末期に希望している治療やケアの優先度を確認する」平均値 1.33 、標準偏差 0.72 、「患者がこれまでどのようなことを大切にしてきたのかを理解する」平均値 1.31 、標準偏差 0.69 であった。

最も平均値が低かった項目は「患者の今後のことについて意向を記録する専用の用紙や様式を使用する」平均値 -0.14 、標準偏差 1.35 で、続いて「患者が終末期のイメージをしやすいようにパンフレットなどツールを活用する」平均値 0.10 、標準偏差 1.18 、「終末期の心臓マッサージについて患者の意向を確認する」平均値 0.41 、標準偏差 1.32 であった。

3. ACP支援における看護師の認識11項目

結果を表3に示す。ACP支援における看護師の認識11項目で平均値が最も高かった項目は「患者の気持ちは揺れ動くことを前提に、繰り返し今後の治療やケアの意向を確認するのは当然である」平均値 1.62 、標準偏差 0.60 であった。平均値がマイナスだった項目は「私の職場では、

表2 看護師のがん患者へのACP支援

質問項目	度数	平均値	標準偏差
8. 患者が終末期をどこで過ごしたいと望んでいるかを理解する	778	1.54	0.60
3. 患者がこれまで病気とどのように向き合ってきたのかを理解する	778	1.33	0.64
5. 患者が終末期に希望している治療やケアの優先度を確認する	778	1.33	0.72
2. 患者がこれまでどのようなことを大切にしてきたのかを理解する	778	1.31	0.69
21. 患者が希望する場所で終末期を過ごせるよう療養環境を調整する	778	1.30	0.79
48. 終末期の治療やケアに関する患者の意向を記録に残して共有する	780	1.29	0.77
7. 終末期に受けたいと考えている治療やケアを患者が選んだ理由を理解する	778	1.26	0.73
11. 終末期の治療やケアに備えて、患者のその人らしさを探る	780	1.24	0.74
13. 患者が終末期の治療やケアについて医師に相談できるように調整する	780	1.22	0.73
32. 患者が大事にしてきた習慣や過ごし方を継続できるように介護保険のサービスや社会資源を調整する	779	1.22	0.83
1. 患者がこれまでどのような人生を歩んできたのかを理解する	778	1.21	0.73
38. 患者の終末期に備えて、患者に関わる各職種の連携がうまくいくように橋渡しをする	780	1.21	0.73
41. 終末期に至る前の早い段階から、患者の終末期の治療やケアについて看護師同士で話し合う	778	1.20	0.83
12. 患者と終末期の治療やケアについて話すタイミングを見計らう	780	1.19	0.78
33. 患者が大事にしてきたこと（習慣やこだわり）を終末期のケアに反映させる	778	1.14	0.81
31. 患者が自らの意思に基づいて終末期の治療やケアを考えられるように支援する	780	1.13	0.81
28. 患者が終末期の治療やケアの希望について本心を語れるように支援する	780	1.12	0.83
34. 患者が大切にしてきた役割を持ち続けられるように支援する	779	1.11	0.80
53. 終末期に至る前の患者の情報を含めて、継続的に患者の経過を把握する	779	1.11	0.79
29. 患者には終末期に受ける治療やケアを選択する権利があることを伝える	778	1.09	0.89
6. 患者が持っている終末期の治療やケアのイメージを理解する	777	1.08	0.78
54. 終末期に至る前から、継続的に患者の相談に乗る	779	1.08	0.90
30. 患者が自らの終末期に備えて準備していることを支援する	780	1.07	0.85
51. がんの経過の中で終末期の治療やケアに対する患者の気持ちに変化がないかを継続して確認する	777	1.04	0.77
4. 終末期に至る前の早い段階から、終末期における患者の心配や気がかりを理解する	776	1.03	0.82
35. 医療者の目から多少のリスクが想定されたとしても、患者の選択を尊重する方法を考える	780	1.01	0.82
9. 患者が自分にとって大切な人に今後の希望をどのように伝えているかを確認する	780	1.00	0.84
17. 終末期の耐え難い苦痛への対応方法について、患者の意向を確認する	780	0.99	0.92
47. 患者、家族、患者の大切な人、関係職者など皆で、同じ目標に向かっていけるように取り組む	777	0.99	0.83
36. 時機を逃さずに患者の希望が実現できるように支援する	780	0.98	0.83
45. 家族が医師と患者の終末期のことについて話し合える機会を作る	779	0.93	0.85
42. 他部門・他施設と患者の終末期についての意向を情報共有する	779	0.92	0.96
10. 患者が予後をどのように見積もっているかを理解する	779	0.91	0.82
23. 患者に今後の病状やこれからのことを誰に話したらよいかを確認する	779	0.91	0.93
40. 患者の意思決定支援について、一人の意見に偏らないように関係者それぞれの意見を聞く	778	0.90	0.86
24. 終末期に至る前の早い段階から、代理の意思決定者として誰が適任かをアセスメントする	779	0.88	0.96
37. 患者が主体となって今後の療養生活を組み立てられるように支援する	780	0.85	0.81
44. 終末期の過ごし方について患者と家族が話し合えるように支援する	780	0.83	0.88
27. 終末期の治療やケアについての意思決定の場に患者が参加できるように調整する	779	0.82	0.94
55. 患者の終末期に備えて、早い段階から継続的に患者の意思決定支援に取り組む	779	0.80	0.95
39. 終末期に至る前の早い段階から、患者の終末期の方針について医師と話し合う	777	0.77	0.98
50. 患者と患者をとりまく人々が対話を通して情報共有できるように支援する	779	0.72	0.86
43. 終末期に至る前の早い段階から、患者の終末期のことについて家族と話し合う	780	0.70	0.97
22. 患者のアドバンスディレクティブを支援する	777	0.68	1.06
26. 終末期に備えて、患者と終末期の治療やケアを取り決める	778	0.64	1.00
16. 急変時の対応について患者と確認する	780	0.63	1.09
20. 終末期の水分・栄養補給について、患者の意向を確認する	778	0.62	1.14

質問項目	度数	平均値	標準偏差
14. 終末期に至る前の早い段階から、終末期に受けられる治療やケアを患者に説明する	779	0.57	0.97
46. 患者、患者の大切な人、関係職者が皆で集まって終末期の治療やケアについて話し合う機会を持つ	779	0.53	1.02
25. 終末期に備えて患者を含む関係者で代理の意思決定者を決める	777	0.50	1.10
52. 患者が指定している代理の意思決定者に変更がないかを継続して確認する	780	0.49	1.07
19. 終末期の人工呼吸器装着について、患者の意向を確認する	777	0.47	1.33
18. 終末期の心臓マッサージについて、患者の意向を確認する	777	0.41	1.32
15. 患者が終末期のイメージをしやすいうようにパンフレットなどツールを活用する	780	0.10	1.18
49. 患者の今後のことについての意向を記録する専用の用紙や様式を使用する	779	-0.14	1.35

表3 ACP支援における看護師の認識

質問項目	度数	平均値	標準偏差
患者の気持ちは揺れ動くことを前提に、繰り返し今後の治療やケアの意向を確認するのは当然である	778	1.62	0.60
患者への終末期に備えた意思決定支援を行っていくにあたって、自らのアドバンスケアプランニングの知識が不足していると感じる	778	0.91	0.89
患者の終末期に備えた意思決定を支援するためにもっと時間が必要である	774	0.89	0.89
患者の終末期に備えた意思決定を支援する担当の者がいることが望ましい	778	0.85	1.02
患者の終末期に備えた意思決定には、家族の意向が反映されやすい	776	0.79	0.76
患者の終末期に備えた意思決定支援を始めるのが遅いと感じる	778	0.75	0.87
患者が死について考えることを避けている場合は、終末期の話し合いは円滑に進まない	776	0.67	0.87
患者へのアドバンスケアプランニングを行うにあたって自らのコミュニケーション能力が不足していると感じる	778	0.62	0.96
患者の終末期に備えた意思決定支援に関して私の周りの医師は協力的である	776	0.42	0.99
終末期に至る前の早い段階から、患者と終末期のことを話し合うことに抵抗を感じる	775	0.00	1.07
私の職場では、患者のアドバンスケアプランニングを行っていくための体制が整っている	778	-0.04	1.10

患者のACPを行っていくための体制が整っている」平均値-0.04、標準偏差1.10の1項目であった。

体制に関連した項目では、「患者の終末期に備えた意思決定支援を始めるのが遅いと感じる」は平均値0.75、標準偏差0.87、「患者の終末期に備えた意思決定を支援するためにもっと時間が必要である」は平均値0.89、標準偏差0.89、「患者の終末期に備えた意思決定を支援する担当の者がいることが望ましい」は平均値0.85、標準偏差1.02であった。また、「自らのACPの知識が不足していると感じる」平均値0.91、標準偏差0.89、「ACPを行うにあたって自らのコミュニケーション能力が不足していると感じる」は平均値0.62、標準偏差0.96で、「終末期に至る前の早い段階から、患者と終末期のことを話し合うことに抵抗を感じる」は平均値0.00、標準偏差1.07、あった。

4. 所属別の多重比較

所属別の看護師経験年数の平均は、一般病棟16.70年、外来22.28年、その他20.07年、訪問看護22.89年であった。がん看護経験年数は一般病棟11.51年、外来15.85年、その他13.82年、訪問看護14.89年であった。所属別多重比較の結果、55項目中訪問看護は一般病棟と比較して50項目、外来と比較して51項目、その他と比較して7項目で平均値が高く有意な差が見られた。またその他は、一般病棟、外来と比較して各32項目で平均値が高く有意な差が見られた。今回は、所属による各群のACP支援の特徴を明らかにするために、各群の平均値の差が大きかった上位5項目と、ACP支援55項目で各群に有意な差が見られなかった1項目「患者の今後のことについての意向を記録する専用の用紙や様式を使用する」の結果を表4に示した。平均値の差が最も大きかった項目は、「終末期の水分・栄養補給について、患者の意向を確

表4 所属別ACPへの看護支援

質問項目	一般病棟 n = 293	外来 n = 61	その他 n = 115	訪問看護 n = 311
終末期の水分・栄養補給について、患者の意向を確認する	0.30 (1.12)	-0.33 (1.18)	0.62 (1.09)	1.12 (0.89)
終末期に至る前の早い段階から患者の終末期のことについて家族と話し合う	0.49 (0.98)	0.13 (0.98)	0.76 (0.81)	1.02 (0.89)
終末期の耐え難い苦痛への対応方法について患者の意向を確認する	0.79 (0.93)	0.42 (1.09)	1.06 (0.86)	1.30 (0.78)
終末期における急変時の対応について患者と確認する	0.32 (1.11)	0.25 (1.08)	0.43 (1.07)	1.07 (0.92)
患者、家族、患者にとって大切な人、関係職者が集まって終末期の治療やケアについて話し合う機会を持つ	0.39 (1.03)	-0.04 (1.09)	0.59 (1.03)	0.77 (0.92)
患者の今後のことについての意向を記録する専用の用紙や様式を使用する	-0.16 (1.33)	-0.23 (1.38)	-0.19 (1.38)	-0.09 (1.35)

1) 上段は平均値 下段は標準偏差

2) 線で結んだ部分は多重比較Scheffe法で $p < 0.05$ であったもの

認する」で、訪問看護と外来の平均値の差が1.45であった。

IV. 考 察

1. 看護師のACP支援の取り組み状況

ACP支援への取り組みを尋ねた55項目について平均値がマイナスの項目は1つであり、看護師が日頃からACP支援に取り組んでいる可能性が示唆された。しかし平成29年に実施された人

生の最終段階における医療に関する意識調査報告書（厚生労働省, 2018a）では、ACPの実践について66%の看護師が「実践していない」と回答しており、本研究結果とは異なる結果であった。この理由として、本研究の対象者が5年以上の経験年数を有し、専門・認定看護師が約25%を占め日頃からがん患者のACPへの関心が高く、積極的にACP支援を行っていた可能性や、平成30年に出されたACPに関するガイドライン（厚生労働省b, 2018）によってACPが看護師に

浸透されつつある状況の影響などが考えられた。

ACP支援の取り組み内容としては、患者の価値観や今後の療養場所の希望について理解を深める項目の平均値が高い傾向にあった。終末期における療養場所は患者のQOLに多大な影響を与えるため、看護師は終末期がん患者の退院支援などを通して、タイミングを見計らいながら在宅移行の意思表明を促し、気がかりへの対応や療養環境の調整を行っていたことが報告されている（品川ら, 2017）。近年では、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう地域包括ケアシステムの構築が推進されている。このような背景から、患者が何を大切に思い、どこでどのように暮らしたいのかを看護師が理解し、地域連携をはかりながら患者の療養場所の意思決定支援に積極的に関わっていることが考えられた。

また、専用の記録用紙やパンフレットなどACPに関するツールの活用、終末期の心肺蘇生を含めた治療・ケア、代理意思決定者の意向確認などは平均値が低く、全体として取り組みが不十分である可能性が考えられた。先行研究では、電子カルテを使った終末期医療の意思表示登録が終末期医療の質向上につながる可能性（川本ら, 2017）や、死への準備教育のためのブックレットの使用の有効性（藪本ら, 2017）、リビングウィルの冊子を用いた個別介入の効果（塩谷, 2014）などが報告されており、今後の取り組みの強化が必要だと言える。しかし、がん患者のACPへの反応としては心理的負担など否定的な報告も見られており（木澤, 2016）、全患者に対してマニュアル的にすすめるのではなく、患者の準備状態をしっかりとアセスメントして取り組んでいくことが必要だと考えられる。

2. 看護師のACP支援に対する認識の状況

「患者の気持ちは揺れ動くことを前提に、繰り返し今後の治療やケアの意向を確認するのは当然である」という認識は、平均値が最も高かった。看護師は患者の意思尊重に関して約80%が患者の権利擁護を行っていたとの報告もあり（小松ら, 2017）、看護師が患者の意向確認を重視していることが改めて確認された。またACP支援の体制不備を感じている看護師が多かった理由と

しては、日本においてACPが十分普及しておらず、各施設においても体制整備が進んでいない現状が原因ではないかと考えられる。そのため、ACP支援のための時間や担当者の確保などを行い、早期からACPに取り組んでいけるような体制づくりが今後の課題であると言える。

また、ACPの知識不足やコミュニケーション能力不足の項目は平均値0.5以上であり、終末期のことを患者と早期から話すことに抵抗感を抱いているという項目も平均値0.0であり、看護師のACP支援の障壁になっている可能性が考えられた。この結果は厚生労働省（厚生労働省, 2018a）や小松ら（2017）の調査における看護師のACPの認知度の低さからも推測可能だと言える。ACPの知識不足のために、ACP支援の方法に戸惑いを感じている看護師の状況が推察され、今後、ACP支援についての看護研修などの充実の必要性が示唆された。

3. 所属によるACP支援の状況

多重比較の結果、55項目中50項目以上で訪問看護は一般病棟や外来よりACP支援の平均値が高く、有意な差が見られており、看護師の所属によってACP支援に違いがあることが示唆された。大桃ら（2018）は、ACPを促進するために訪問看護師が療養者と信頼関係を築き、療養者の意向の明確化、タイミングを逃さない意向実現に向けた関わりを行っていたことを報告している。そして、訪問サービスでは24時間連続したケアや介護を続けることが困難であるため、訪問と訪問の間に起こりえる事象を先読みして在宅生活を支える下準備をあらかじめ行う実践力や説明力が重要であることを指摘している。今回の結果からも、訪問看護は外来や一般病棟など他群と比較して患者に終末期の水分・栄養補給、疼痛管理、急変時の対応などの意向を先読みして尋ね、患者の意向にそった療養環境を整えられるよう話し合いの場を調整していることが推察された。また鶴若ら（2016）は訪問看護師が在宅ケア開始時、日々のケア、身体状況の変化、家族の介護負担の状況などを見計らいつつ繰り返して患者の意向確認を行い、ACPのプロセスを展開していたことを報告している。在宅では医療者が常に患者の側にいる環境では

ないため、病状を予測し、介護力などを見極めながら、訪問回数など患者にとって安心・安楽に過ごせる療養環境を整えていくことが重要で、正にACPの視点を持った関わりが訪問看護師に期待されているのではないかと考える。また、終末期に向かうほど患者のADLの低下とともに訪問回数も増加し、療養支援を通して訪問看護師と患者・家族の関わる機会も多くなるため、今後の療養生活について様々な対話がなされることが推察される。このような背景から、訪問看護のACP支援が、他群と比較して有意に高かったのではないかと考える。

一方で、一般病棟、外来における55項目のACP支援の取り組みは訪問看護やその他と比べて低かった。小松ら (2017) は、一般病棟でのがん診療そのものが緩和ケア特化施設に比べて専門的・先進的理解が不十分である可能性や、緩和ケア以外の一般・急性期看護の業務が負担となり十分な研鑽がつかないことなどのためにACPの認識が不十分である可能性を指摘している。佐藤ら (2015) は、約7割の外来看護師が「診療の補助」はできているが、心理的適応の促進、社会資源の紹介・導入は4割未満しかできていないと感じていたことを報告している。そして、がん患者の外来看護の問題として、診療の補助業務に加え、限られた時間で患者の生活を捉え療養支援を展開していかなければならないため、心理面・社会面への支援を実施することの難しさ、また患者個々の背景を踏まえてその患者の具体的な問題を明らかにしていくことの難しさを指摘している。本研究においても、外来業務の役割過多などの影響によって、外来におけるACP支援の平均値が全体的に有意に低かったのではないかと推察する。しかし、近年ではがん患者の治療は外来を中心に展開されている部分も多く、外来におけるACP支援の充実が喫緊の課題であると考えられる。

また患者の意向を記録する専用の記録用紙や様式の使用、ACPに関するパンフレットなどツールの活用は平均値が低く、唯一、所属による群間差が見られなかった。このことからACPに関する記録やツールの活用について、所属に関係なく全体として取り組みが不十分である可能性が推察された。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究の結果から、がん患者のACPへの看護支援と認識、さらに看護師の所属によるACPの看護支援の特徴を明らかにすることができた。しかし、ACPの体制整備が異なる中で、ACPへの関心が高い地域や施設、専門・認定看護師などの協力が多く、データに偏りが生じた可能性は否めない。またACPの普及における経時的流れの中でACP支援の実態に変化が生じている可能性もある。今後は、研究対象者の範囲を拡大するとともに、患者・家族が看護師に望む支援などの視点からも研究を発展させていくことが課題である。

VI. 結 論

看護師は「患者の気持ちは揺れ動くことを前提に、繰り返し今後の治療やケアの意向を確認するのは当然である」という認識を持ちながら支援に取り組んでいた。またACP体制の未整備やACPの知識不足、コミュニケーション能力不足を感じながらACP支援に取り組んでいる可能性が示唆された。ACP支援の中でも、看護師は患者の療養場所の希望や価値観の理解などへの取り組みの平均値が高く、患者への終末期の医療やケアの意向確認などに関する取り組みは低いことが明らかになった。またACP支援の取り組み状況は、一般病棟や外来と比較して訪問看護が有意に高かった。

謝 辞：本研究の実施にあたり、ご協力いただいた参加者の皆様に深く感謝申し上げます。本研究は令和元年度高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程に提出した博士論文の一部を加筆修正したものである。また第34回日本がん看護学会学術集会において一部の内容を口頭発表した。

利益相反：本研究において申告すべき利益相反事項はない。

<引用文献>

がんの統計 (2018). 国立がん研究センターがん

- 情報サービス. https://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/brochure/2018/cancer_statistics_2018.pdf (2020年7月20日アクセス)
- 市川靖史, 斉藤真理, 後藤歩, 他 (2015). 根治不能がん患者さんご本人からの蘇生不要 (Do not resuscitate; DNR) 確認は必要か 横浜市立大学附属病院における医療者アンケート調査の結果. 横浜医学, 66 (4), 521-8.
- 川本俊治, 砂田祥司, 重松研二, 他 (2014). 電子カルテを使ったリビング・ウィルと終末期事前指示の登録にみる、がん疾患患者と非がん疾患患者の比較. 医療, 68(8), 392-8.
- 木澤義之 (2016). わが国におけるアドバンスケアプランニングの方法論の確立とその有効性に関する研究. 科学研究費助成事業研究成果報告書. <https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-25460886/25460886seika.pdf> (2020年9月5日アクセス)
- 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. Palliat Care Res, 12(3), 701-7.
- 厚生労働省 (2018a). 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会. 平成30年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 (2020年9月5日アクセス)
- 厚生労働省 (2018b). 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会. 平成30年3月人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方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> (2020年9月5日アクセス)
- 南口陽子 (2019). 終末期がん患者の療養の場および死を迎える場へのがん患者と家族の意向に関する文献レビュー. 大阪医大看研誌, 9, 3-12.
- 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. Palliat Care Res, 14(4), 269-79.
- 大桃美穂, 鶴若麻理 (2018). アドバンス・ケア・プランニングの促進要因と障壁－独居高齢者－訪問看護師間のケアプロセスと具体的支援の分析を通して－. 生命倫理, 28(1), 11-21.
- 佐藤三穂, 鷺見尚己 (2015). 通院がん患者の支援に対する外来看護師と他職種・他部門との連携の実態. 日がん看会誌, 29(1), 98-104.
- Silveira MJ, Kim SY, Langa KM. (2010). Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death, N Engl J Med. 362(13), 1211-8.
- 品川祐子, 黒田寿美恵 (2017). 終末期がん患者の在宅療養移行に向けた看護師による退院支援に関する文献検討 地域包括ケアシステムの実現を見据えた支援の検討. 死の臨床, 40 (1), 154-160
- 塩谷千晶 (2014). 高齢者へのリビングウィルの啓発活動に関する研究 作成した冊子による個別介入の効果. 弘前医療福大紀, 5(1), 39-46.
- 竹内佐智恵, 犬丸杏里, 坂口美和, 他 (2015). Advanced Care Planning (ACP) に関する文献レビュー. 三重看誌, 17, 71-7.
- 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. Palliat Care Res, 13(4), 341-55.
- 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. 高知女大看会誌, 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. 日がん看会誌, 33, 45-53.
- 鶴若麻理, 大桃美穂, 角田ますみ (2016). アドバンス・ケア・プランニングのプロセスと具体的支援－訪問看護師が療養者へ意向確認するタイミングの分析を通して－. 生命倫理, 26(1), 90-9.
- 藪本知二, 田中愛子 (2017). 死への準備教育のための「終末期の計画とケア」に関するブックレットの有効性についての調査. 山口県大学情, 10, 115-21.