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

小松 恵¹⁾, 島谷 智彦²⁾

1) 安田女子大学 看護学部看護学科, 2) 広島国際大学 看護学部看護学科

【背景と目的】がん患者の意思決定支援にはアドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning: ACP)が必要であり, そのためにはがん病名告知, 患者の想い・意思・プライバシーの尊重が重要である. 一般病棟看護師のがん患者に対する ACP の認識を調査し, ACP の推進のためにどのような活動が必要なのかを検討する. 【方法】広島県がん診療連携拠点病院の一般病棟看護師 800 名を対象に, 郵送自書式質問紙調査を施行した. 【結果】有効回答は 364 名(46%)であった. 患者意思擁護・尊重は 75%, 患者プライバシー尊重は 89%ができているという認識であった. 患者の状態が悪い時の認識にはばらつきがみられた. ACP の意味を認識できているは 20%に過ぎず, 99%が施行できていなかった. 【結論】一般病棟看護師の ACP の認識は不十分であり, 一般病棟看護師の ACP の認識を高めるためには, 啓発・教育・環境整備が喫緊の課題と考えられた.

Palliat Care Res 2017; 12(3): 701-07

Key words: 緩和ケア, アドバンス・ケア・プランニング, 一般病棟看護師

緒 言

アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning: ACP)とは, 将来の意思決定能力の低下に備えて, 今後の治療・療養から終末期まで人生全般にわたるグランドデザインを設計するために, 患者と家族や医療職があらかじめ話し合うプロセスをいう. 患者の意思をはっきりさせ, 個々の治療の選択だけでなく, 全体的な目標をはっきりさせるためのケアの取り組み全体を指す¹⁾. しかしながら, ACP に関する明確な定義や理解については十分なコンセンサスが得られていないといえない. ACP の専門家(臨床家や研究者)による国際デルファイパネルが 2015 年に行われ, ACP に関する定義, ACP を行うべき内容等の問題点についての検討がなされた²⁾. その中で, アドバンス・ディレクティブによる記述記録と会話を中心とした ACP の過程とではどちらが優先されるべきか, 治療方針と患者の価値観とではどちらが優先されるべきか, 未来と現時点ではどちらのシェアードディシジョンメイキン

グが優先されるべきか, 意思決定の代理人は必要か, ACP に医療提供者が加わる必要性があるか, の 5 課題が ACP の定義に関するコンセンサスが不十分とされている.

この報告では, 患者自身の価値観に沿った医療過程やゴールが得られることが重要であるとされている. その価値観の共有のためには患者意思決定支援・意思尊重が重要な要素であると解釈され, それらを検討する過程としての ACP が必須であるとされている. また, ACP に関連してリビングウイルについても最近関心が高まっている. リビングウイルも, 明確で普遍的な定義やコンセンサスは得られていないのが現状であるが, おおむね「生きている間に自分の意思を書面で伝えておくこと」と解釈されている³⁾. 日本尊厳死協会ではリビングウイルを尊厳死の宣言書と定義し, 不治療末期での医療処置介入制限についての宣言書と解釈している⁴⁾. したがってこのリビングウイルも ACP に関連する重要事項といえる.

意思決定支援・患者意思尊重・ACP・リビングウイル等がデルファイパネルの結果から重要であると判断され, 本研究対象において実態を明らかにすることが重要であると考えられた. 本研究により一般病棟においても ACP を認識したがん患者の緩和ケアを看護面から普及, 発展させるための検討材料を得ることができれば, 一般病棟での緩和ケアの質を高める一助となることが期待された. 緩和ケアにおいては, 医療情報のみならず, 全人的内容についても情報収集とアセス

受付日 2017 年 4 月 18 日 / 改訂日 2017 年 8 月 29 日 / 受理日 2017 年 8 月 30 日

Corresponding Author: 小松 恵
安田女子大学 看護学部看護学科
〒731-0153 広島県広島市安佐南区安東 6 丁目 13-1
TEL 082-878-8111 FAX 082-872-2896
E-mail: komatsu-m@yasuda-u.ac.jp

メントが必要となる。その際、患者自身に関わりを持つのは医師のみではなく多職種関係者も少なからず関わりを持つ。その中で最も患者に密接に関与する立場にあることが多い看護師は、重要な役割を有していると考えられる。また、緩和ケアはホスピスや緩和ケア病棟など特定の施設だけで行われるものではなく、一般病棟でも行われるべきものである。したがって、本研究の対象として、緩和ケアに特化した施設の看護師ではなく、一般病棟に勤務している看護師を設定した。これまで本邦には、一般病棟看護師を対象としたACPの認識に関する先行記述統計研究はほとんど存在しない。意思決定支援のためにはACPが必要であり、さらにそのためには、がん病名の告知、患者の思い・意思・プライバシーの尊重が重要となる。本研究の目的は、一般病棟看護師の緩和ケアにおける意思決定支援・患者意思尊重・ACP・リビングウイル等を調査することにより、ACPを認識した緩和ケアの質を高めるためにどのような教育・啓蒙活動が必要なのかを検討するための材料を得ることである。

以上より、広島県内の国指定地域がん診療連携拠点病院の一般病棟に勤務し、がん患者の看護に携わっている看護師を対象に本研究を行った。

方 法

研究デザイン

郵送法による自書式質問紙調査。

研究対象

広島県内の国指定の地域がん診療連携拠点病院11病院のうち、研究調査依頼を許諾いただいた8病院の一般病棟に勤務し、がん患者の看護に携わっている看護師のうち対象とした各施設で以下の適格・除外基準を満たし、依頼した看護部門管理者が選定した当該看護師総数800名を研究対象とした。

適格基準は年齢、性別、臨床経験年数は問わないこととし、除外基準は調査時に緩和ケア病棟や緩和ケアチームの勤務者とした。

調査項目内容

性別、年齢、臨床経験年数、緩和ケアチームでの経験の有無、今までにがん患者の看護に携わった経験を調査し、看護師の緩和ケアに関する認識や意識調査に関する先行研究を参考にして⁵⁻¹⁰⁾、患者意思決定支援、患者意思尊重、ACPの認識、リビングウイルの評価材料になりうるとして著者が考案作成した質問項目を、カテゴリー別に分類し、5段階リッカート尺度を用い、1～5の順位点を与えて集計した。

調査手順

当該地域がん診療連携拠点病院の看護部門管理者に

直接面談、研究趣旨を説明し同意を得たうえで、研究対象者への説明文、無記名の質問用紙、返信用封筒を適格・除外基準を満たした人数分(総計800)を郵送配布し、自由意志で返信していただいた。返信をもって同意の確認とした。

データの分析方法

基本属性および質問項目に関しては単純集計を行った。

緩和ケアチーム経験者群・未経験者群で、各項目につきMann-Whitney U検定により群間比較を行った。統計解析はIBM SPSS Statisticsを用い、有意水準は両側5%に設定した。

倫理的配慮

倫理審査：研究の実施に先立ち、作成した自書式質問紙の内容を含め、研究計画の適否について広島国際大学の人を対象とする医学系研究倫理委員会による審査を受け、広島国際大学長の承認を得た(平成27年9月14日承認、倫15-073)。

結 果

研究対象者の基本属性(表1)と調査結果(表2)

広島県内国指定地域がん診療連携拠点病院11病院の計800名に研究依頼をした。回答があったのは366名で回収率は46%であった。そのうち有効回答は364名(46%)であった。回答は女性が多くを占めた。年齢は20歳代、30歳代の回答が半数以上を占めた。また、調査結果の単純集計結果を表2に示した。緩和ケアチーム経験者群と未経験者群での群間比較では、今回の調査項目において有意差を認める項目はなかった。

意思決定支援における告知の現状と要望について

[この病院では、がん患者へ病名を知らせている]については、「とてもよく当てはまる」と「少し当てはまる」を合わせて80%であった。一方で、[この病院では、がん患者へ治療の限界を知らせている]は62%、[この病院では、がん患者へあとどれくらい生きられるのかを知らせている]は48%であった。一方、対象者を自分に置き換えて同じ質問をした、[もしあなた自身ががんであったら、病名を知らせてほしい][もしあなた自身ががんであったら、治療の限界を知らせてほしい][もしあなた自身が終末期の場合、あとどれくらい生きられるか知りたい]については、それぞれ96%、92%、および93%の結果であった。

患者の意思尊重について

[患者がわからないことを医療者に質問するのを擁護している][患者が痛みを遠慮なく表現できることを擁護している][患者が治療の選択・中止・拒否などの意思決定をするのを擁護している][患者の気位が損なわれ

表1 研究対象者の属性(n=364)

項目	n(%)
性別	
男性	19 (5)
女性	345(95)
年齢	
20 歳代	136(37)
30 歳代	103(28)
40 歳代	93(26)
50 歳代	31 (9)
60 歳代	1 (0)
臨床経験年数	
1～3 年	62(17)
4～6 年	72(20)
7～9 年	64(18)
10～14 年	56(15)
15～19 年	42(12)
20 年以上	68(19)
緩和ケアチームでの経験の有無	
あり	32 (9)
なし	332(91)
今までにがん患者の看護に携わった経験	
1～9 人	16 (4)
10～49 人	78(21)
50～99 人	76(21)
100 人～	194(53)

ないよう配慮している][患者の権利を擁護するよう気を配っている]は、「とてもよく当てはまる」と「少し当てはまる」を合わせると 74～88%であった。

[患者のプライバシーを尊重している]については、「とてもよく当てはまる」が44%、「少し当てはまる」を合わせると 90%に達し、プライバシーの尊重はできているという認識であった。[患者の状態が悪くても患者の希望を尊重したケアをおこなうようにしている]については、「とてもよく当てはまる」が19%ある一方で、「どちらとも言えない」「あまり当てはまらない」「全く当てはまらない」を合わせると 29%であった。[患者の希望に対してチーム間で話し合い、可能な限り取り入れるようにしている]は、「とてもよく当てはまる」と「少し当てはまる」を合わせると 84%であった。

ACP とリビングウィルの認知について

[アドバンス・ケア・プランニングの意味を認識している]は、「とてもよく当てはまる」が6%、「少し当てはまる」を合わせて 20%結果であった。[アドバンス・ケア・プランニングが十分におこなえている]は、「とてもよく当てはまる」という 1%、「少し当てはまる」を合わせても 10%に過ぎなかった。[リビングウィルの活用をしている]は、「とてもよく当てはまる」と「少し当てはまる」を合わせても 19%で、一方 44%では「あまり当て

はまらない」または「全く当てはまらない」という結果であった。

考 察

本研究は、一般病棟看護師の ACP を認識した緩和ケアの質を高めるための検討材料を得ることを目的とした調査研究である。結果は、一般病棟看護師の ACP の認識が不十分であり、今後 ACP 推進のために看護面からの教育・啓蒙活動や環境調整が必要であると考えられた。

がん患者の意思決定支援、ACP のためには病状告知が重要である。本研究結果での治療限界告知率と生命予後告知率が 62%、48%と低値であったことから、病状告知に関する病院としての評価については、十分に行われているとは言えないと評価した。病状告知の調査に関しては、各診療科や医師個人により考え方や方針が異なり、必ずしも病院を代表する評価に値するとは断定できない。しかし、本研究で対象施設とした地域がん診療連携拠点病院では、それに勤務するがん診療に携わるすべての医師に対して、厚生労働省から“がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会”を修了する義務が課せられている。その研修を修了した医師により構成される地域がん診療連携拠点病院においては、がん患者の病状告知に関して、一定以上のスキルを有している施設と推測される。したがって、本研究でのがん患者に対する病状告知が十分になされているか否かについて、病院としての評価は可能であると判断した。

また、告知前後のサポート体制が十分であるかも重要であると考えられる。家族や周囲の支援が十分あるかどうかも見極める必要がある。これらのことは医師のみで把握し評価することは困難であるため、看護師を中心とした多職種関係者による関わりが重要と推測される。告知後の支援が十分であれば告知されやすい環境と言えるのではないかと考える。家族の意向も考慮しながら看護師として丁寧な聴取や身体的・精神的支援による環境整備を行い、患者の意思決定支援ができるよう擁護的に寄り添った看護を心がけることが重要であると考ええる。

一方、対象者を本研究対象の看護師自身に置き換えて、[もしあなた自身ががんであったら病名を知らせてほしい]の問いに対しては、がん病名告知希望が患者におけるそれに比し、「知らせてほしい」がはるかに多かった。実際の臨床現場では、看護師である自分自身としては自身のがんの予後を含めた病状告知を受けたいと考えているが、一方で自分が看護している患者においては病状告知が十分に伝えられていないと感じている現状があると推測され、このような回答結果になっ

表2 調査項目と単純集計・群間比較

	とてもよく当てはまる	少し当てはまる	どちらとも言えない	あまり当てはまらない	全く当てはまらない	平均値	標準偏差	緩和ケアチーム経験者群 平均値(標準偏差) n=32	緩和ケアチーム未経験者群 平均値(標準偏差) n=332	緩和ケアチーム経験者・ 未経験者群間比較 P 値
患者意思決定支援を反映評価のための質問として										
この病院では、がん患者へ病名を知らせている(n=364)	127	165	68	2	2	4.14	0.77	4.057(±0.998)	4.141(±0.742)	0.958
この病院では、がん患者へ治療の限界を知らせている(n=364)	68	156	128	10	2	3.76	0.80	3.657(±0.906)	3.780(±0.787)	0.438
この病院では、がん患者へあとどれくらい生きられるのかを知らせている(n=364)	33	143	154	30	4	3.47	0.81	3.343(±0.998)	3.486(±0.794)	0.487
もしあなた自身ががんであったら、病名を知らせてほしい(n=364)	299	51	13	0	1	4.78	0.53	4.743(±0.443)	4.780(±0.537)	0.467
もしあなた自身ががんであったら、治療の限界を知らせてほしい(n=364)	283	51	26	2	2	4.68	0.68	4.571(±0.655)	4.688(±0.683)	0.241
もしあなた自身が終末期の場合、あとどれくらい生きられるか知りたい(n=364)	268	70	22	2	2	4.65	0.67	4.457(±0.919)	4.667(±0.638)	0.324
患者意思尊重を反映評価のための質問として										
患者がわからないことを医療者に質問するのを擁護している(n=361)	84	219	51	7	0	4.05	0.67	4.200(±0.584)	4.043(±0.671)	0.277
患者が痛みを遠慮なく表現できることを擁護している(n=361)	110	208	40	3	0	4.18	0.65	4.266(±0.572)	4.173(±0.645)	0.425
患者が治療の選択・中止・拒否などの意思決定をするのを擁護している(n=360)	73	195	76	16	0	3.90	0.76	3.971(±0.904)	3.901(±0.744)	0.46
患者の気位が損なわれないよう配慮している(n=360)	89	191	69	11	0	3.99	0.75	4.059(±0.886)	3.991(±0.736)	0.494
患者の権利を擁護するよう気を配っている(n=360)	103	198	51	8	0	4.10	0.71	4.059(±0.886)	4.108(±0.698)	0.958
患者のプライバシーを尊重している(n=360)	158	167	29	5	0	4.33	0.68	4.441(±0.613)	4.322(±0.693)	0.438
患者の状態が悪くても患者の希望を尊重したケアをおこなうようにしている(n=360)	70	186	91	13	0	3.87	0.76	3.794(±0.880)	3.883(±0.741)	0.472
患者の希望に対してチーム間で話し合い、可能な限り取り入れるようにしている(n=360)	84	219	51	7	0	4.10	0.70	4.088(±0.830)	4.102(±0.685)	0.847
ACP の認知を反映評価のための質問として										
アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の意味を認識している(n=360)	23	49	89	90	109	2.41	1.23	2.676(±1.147)	2.386(±1.235)	0.147
アドバンス・ケア・プランニング(ACP)が十分におこなえている(n=360)	5	31	131	94	99	2.30	1.01	2.588(±1.048)	2.278(±1.003)	0.104
リビング・ウィルの認知を反映評価のための質問として										
リビングウィルの活用をしている(n=360)	18	50	135	84	73	2.60	1.11	2.735(±1.421)	2.590(±1.071)	0.686

とてもよく当てはまる=5, 少し当てはまる=4, どちらとも言えない=3, あまり当てはまらない=2, 全く当てはまらない=1 の順位点を与えて集計した。

たとえられる。

一般病棟での緩和ケアにおける患者の意思尊重に関する問いでは、約80%で患者の権利を擁護しているという結果であった。ただし「少し当てはまる」というやや弱い回答が多かった。意思決定権は患者固有の権利である。その権利を擁護するためには意思決定支援が必要である。さらにそのために必要な要素が、患者の思い・意思・プライバシーの擁護であると考えられる。看護師は、患者の思い・意思・プライバシーを擁護し、場合によっては患者の意思を医師へ伝達する代弁者となることも重要であると考えられる。具体的内容として、[患者の治療の選択、中止・拒否などの意思決定を擁護している]という問いに対し、「とても当てはまる」は20%と低かったことから、十分な擁護が行えていないことがうかがえた。大谷は、私たち医療職は、患者が揺れ動いている背景を捉えながら、傾聴・共感・受容という対人擁護における基本であるが重要な要素を、医療のプロフェッショナルとして身につけておく必要があると述べている¹¹⁾。とくに看護師は患者の1番近くにいる存在であり、こういった態度を身につけ患者・家族の理解者になることが必要と考える。治療方針に関する意思決定については、一般的には医師が主導で決定に関与していく事象であることが多く、看護師としては治療方針に対する意思決定支援に対して消極的になる傾向は否定できない。看護師として、医師との連携やコミュニケーション能力も必要であり、患者の意思を代弁・橋渡しできるような環境作りも看護師の役割として重要ではないかと考える。

[患者の状態が悪くても患者の希望を尊重したケアがおこなえるようにしている]という問いに関しては、「とてもよく当てはまる」は19%に過ぎなかった。「患者の状態が悪くても」という条件設定により、消極的な回答になったのではないかと推測される。しかし、[患者の希望に対してチーム間で話し合い、可能な限り取り入れるようにしている]という問いには、「とてもよく当てはまる」と「少し当てはまる」を合わせると84%が行えているという結果であった。患者の疾患や病態に応じて、「患者の希望」という観点からスタッフ間でよく話し合いアセスメントすることが重要である。一般病棟では、急性期患者も看護しながらの環境で、がん診療における緩和ケアの必要な患者に十分に注力しにくい状況であっても、できる限り希望に沿う緩和ケアが行えるような診療・看護体制の整備が必要であると考えられる。

一般病棟での緩和ケアにおける患者の意思決定について、ACPとリビングウィルについて質問した。ACPの意味を認識している看護師は20%で、そのうち十分認識しているのはわずか6%であった。また、ACPが行

えているのは10%で、その中でも十分に行えているのは1%に過ぎなかった。一般病棟でのACPは、認識は十分ではなくほとんどされていないという現状であった。リビングウィルに関しては、ACPより若干活用されていたが、44%で行えていないという現状であった。竹之内は、がん患者への意思決定支援の質を高めるために、診断時から終末期までの意思決定支援とACPの必要性を述べている¹²⁾。看護師の役割として宇都宮は、看護師から「一緒に考えていきましょうね」と声をかける、寄り添う一歩を始めてほしいと述べている¹³⁾。看護師は、患者・家族と医師との間でのクッション的な役割が大切である。それによって、患者・家族の意思を尊重したACPが行えると考えられる。そのためには看護師がACPをしっかりと認識し、意思決定支援・意思尊重を意識して行っていくことが重要であると考えられる。先行研究からは、患者の意思決定支援やACPについては、多職種チームによる支援の方策をはじめ、看護師が果たす役割について、いまだ共通認識が得られていないのが現状である^{7~10)}。ACPの認識に関して、一般病棟看護師を対象としてその認識を調査した本研究に先行する記述統計研究は検索しえず詳細な比較検討は困難であるが、一般病棟看護師がかかえる緩和ケアの困難性において関連性があると思われる文献と比較すると、一般病棟看護師ではホスピスや緩和ケア病棟看護師、緩和ケア認定看護師等に比較して、ACPに関する認識は低いと推定される^{8,14)}。また、川野邊らによる一般病棟でターミナル期に関わる緩和ケアに対する思いの質的研究では、一般病棟では急性期の看護も行っている中で、業務過多やジレンマを抱くことが多く、がん患者に対する全人的ケアにじっくり取り組む余裕がないことを論じている⁹⁾。本研究で明らかになったACPへの不十分な認識はこのような環境が影響している可能性は否定できない。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し専門的・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積めないことなどが想定される。一般病棟看護師がACPを推進する際の指針として、専門的先進的理解の必要性や習得に意欲や余裕ができるような総合的な診療体系の整備構築が施設全体として必要であると考えられた。看護師の所属を問わず幅広くACPに関する院内・外教育を加速していかなくてはならないと考えられた。

研究の限界と今後の課題には以下のことが挙げられる。対象者は地域がん診療連携拠点病院の一般病棟看護師としたため、がん看護には何らかの関わりがある。各施設において緩和ケア病棟を有している病院と有していない病院とがあり、対象者の背景に差がある可能性がある。また、現在は一般病棟勤務でも、過去に緩和

ケア病棟・緩和ケアチームの経験を持つ看護師もいるため、必ずしも一般病棟看護師を代表する認識とは評価できないバイアスに繋がることも否定できない。ただし、緩和ケアチーム経験者群と未経験者群での群間比較では、今回の調査項目において有意差を認める項目はなかった。アンケートの回収率は46%と高いとは言えず、関心の低さや多忙等の環境の影響によるバイアスが推察された。調査項目尺度の妥当性・信頼性に関しては、先行研究はほとんど存在せず、インタビュー等によるカテゴリー分析やアイテムプール作成も施行できていないので、十分なエビデンスに基づくとは言えず、データの代表性や評価に関して必ずしも真の評価に直結しないというバイアスに繋がる可能性がある。それらを踏まえると、得られた結果の解釈の注意点として、対象とした一般病棟看護師が、がん看護低経験者を代表するという意味ではないということ、関心の低さで不回答であった対象者の認識は高いとはいえないということなどがある。

これらのバイアス低減のためには、今後このような調査を行う際に、以下のような点に留意する必要がある。一般病棟看護師の代表性を向上するために、がん診療拠点病院以外の施設で調査を行うこと。がん診療低経験者を抽出できるサブ解析を準備すること。アンケート回収率の向上には、回収期間に猶予を持たせることや何らかのインセンティブを考慮すること。尺度に関してはエビデンス・コンセンサスを得るための追加研究が必要であること。それらにより、非特定施設での一般病棟看護師における代表性の高いACPの認識がより鮮明にできると考えられる。

結 論

本研究結果では、患者へのがんの病名告知は80%と諸家の報告に比べ高くなく、がん治療の限界告知や余命の告知は62%と48%に過ぎなかった。今後ACPの普及において足かせとなる可能性がある。一般病棟での緩和ケアにおける患者の意思尊重は、80%で患者の権利を擁護しているという回答であった。一方意思決定支援に関して、ACPを十分ないしある程度認識しているのはわずか20%で、行えているのはわずか10%であった。リビングウイルに関しても44%で行えていなかった。今後ACPやリビングウイルを普及させるには、先ず看護師に対する普及啓発活動が必要と考えられる。

一般病棟でも全人的ケアや患者の擁護、意思尊重などが行えている現状がある一方で、低い認識が明らかになったACP・リビングウイルなどの考え方については、院内院外の教育の必要性が明確になった。

著者の申告すべき利益相反なし

文 献

- 1) Emanuel LL, Danis M, Pearlman RA, et al. Advance care planning as a process: structuring the discussions in practice. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 440-6.
- 2) Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary delphi panel. *J Pain Symptom Manage* 2017; 53: 821-32. e1.
- 3) Steinhäuser KE, Christakis NA, Clipp EC, et al. Preparing for the end of life: preferences of patients, families, physicians, and other care providers. *J Pain Symptom Manage* 2001; 22: 727-37.
- 4) 日本尊厳死協会. リビングウイルとは. http://www.songenshi-kyokai.com/living_will.html (2017年6月18日アクセス).
- 5) 梅内美保子, 笹原朋代, 白井由紀, 他. 東大病院における緩和ケアチーム始動前のニーズ調査—医師と看護師の緩和に関する認識—. *がん患者と対療* 2005; 16: 82-8.
- 6) 石井英子, 福田由紀子, 山田裕子, 他. 終末期医療に対する看護師の認識調査—緩和ケア経験の有無による違い—. *日看医療会誌* 2007; 9: 33-40.
- 7) 食野麻衣子. 当院における緩和ケアに関する意識調査. *多根病医誌* 2012; 1: 73-79.
- 8) 山口聖子, 杉田 塩, 浅井清剛, 他. 大学病院における医師と看護師の緩和医療に対する意識調査. *医療看研* 2006; 2: 82-8.
- 9) 川野邊祝. 一般病棟でターミナル期に関わる看護師の緩和ケアに対する思い. *神奈川保健福大看教研録* 2010; 36: 301-8.
- 10) 角田ますみ. 日本におけるアドバンス・ケア・プランニングの現状—文献検討と内容分析から—. *生命倫理* 2015; 25: 57-68.
- 11) 大谷美樹. 緩和ケア病棟の看護師におけるスピリチュアルケア. *ホスピスケア在宅ケア* 2007; 15: 208-15.
- 12) 竹之内沙弥香. がん患者への意思決定支援の質を高める: 診断時から終末期までの「意思決定支援」と「アドバンス・ケア・プランニング」. *看管理* 2015; 25: 125-33.
- 13) 宇都宮宏子. 最期まで自分らしく「生きる」ことを支える: 病院と在宅の連携に基づく「アドバンス・ケア・プランニング」の推進. *看管理* 2015; 25: 10-8.
- 14) 竹村節子. 「成人患者の利益・権利を守るアドボカシー」に関する看護師の意識—臨床経験5年以上の看護師へのアンケート調査—. *日看教会誌* 2007; 16: 13-28.

Recognition of General Ward Nurses on Advance Care Planning (ACP) for Cancer Patient in Palliative Care

Megumi Komatsu¹⁾ and Tomohiko Shimatani²⁾

1) Department of Nursing, School of Nursing, Yasuda Women's University,

2) Department of Nursing, School of Nursing, Hiroshima International University

Backgrounds and Aims: Advance Care Planning (ACP) is necessary for the decision making support of cancer patients. To that end, the truth telling about the diagnosis of cancer, respect for thought, intention, privacy is important. In this study, we investigated the recognition about ACP for cancer patients in general ward nurses to clarify what kind of promotion is necessary to enhance ACP. **Methods:** Eight hundred nurses who are engaged in nursing cancer patients in the general ward of nationally designated cancer medical collaborating hospital in Hiroshima prefecture were included in this study. Survey was carried out by self-written questionnaire survey by mailing method. **Results:** Valid responses were 364/800 (46%). The rate of achievement of patients' advocacy and respect for protection was about 74% and 88%, respectively. That of respect of patients' privacy was 89%. However, there were variations in recognition when the patient's condition deteriorated. Only 20% of nurses recognized properly the meaning of ACP. **Conclusion:** The recognition of ACP in general ward nurses was insufficient. Accordingly, the enlightenment, education, environment maintenance for general ward nurses are urgent themes.

Palliat Care Res 2017; 12(3): 701-07

Key words: palliative care, Advance Care Planning, general ward nurses