

原 著

# 石川県内の医療機関の看護師が認識する アドバンス・ケア・プランニング支援の実践内容と課題 ：連携力との関連

Nurses' Perceptions of Advance Care Planning Support Practices and Challenges in Medical Institutions in Ishikawa Prefecture: Association with Interprofessional Collaboration Competency

浅田 優也<sup>1)</sup>, 廣田 真由美<sup>2)</sup>, 熊倉 良太<sup>1)</sup>, 多田 健一<sup>3)</sup>  
佐伯 千尋<sup>4)</sup>, 白藤 友紀<sup>5)</sup>, 北崎 奈菜<sup>4)</sup>, 高地 弥里<sup>6)</sup>  
屋敷 紗緒里<sup>4)</sup>, 岩島 未来<sup>7)</sup>, 串田 寛子<sup>8)</sup>, 齋藤 優生<sup>6)</sup>  
渡辺 真貴子<sup>4)</sup>, 西田 夢乃<sup>4)</sup>, 堀口 智美<sup>1)</sup>

Yuya Asada<sup>1)</sup>, Mayumi Hirota<sup>2)</sup>, Ryota Kumakura<sup>1)</sup>, Kenichi Tada<sup>3)</sup>  
Chihiro Saeki<sup>4)</sup>, Yuki Shirafuji<sup>5)</sup>, Nana Kitazaki<sup>4)</sup>, Misato Takachi<sup>6)</sup>  
Saori Yashiki<sup>4)</sup>, Miku Iwashima<sup>7)</sup>, Noriko Kushita<sup>8)</sup>, Yuuki Saito<sup>6)</sup>  
Makiko Watanabe<sup>4)</sup>, Yumeno Nishita<sup>4)</sup>, Tomomi Horiguchi<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> 金沢大学医薬保健研究域保健学系, <sup>2)</sup> 金沢市立病院, <sup>3)</sup> 長岡崇徳大学看護学部  
<sup>4)</sup> 金沢大学附属病院, <sup>5)</sup> 金沢医科大学看護学部, <sup>6)</sup> 石川県済生会金沢病院  
<sup>7)</sup> 公立羽咋病院, <sup>8)</sup> 公立松任石川中央病院

<sup>1)</sup> Faculty of Health Sciences, Institute of Medical Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University  
<sup>2)</sup> Kanazawa Municipal Hospital, <sup>3)</sup> Faculty of Nursing, Nagaoka Sutoku University  
<sup>4)</sup> Kanazawa University Hospital, <sup>5)</sup> School of Nursing, Kanazawa Medical University  
<sup>6)</sup> Ishikawa Saiseikai Kanazawa Hospital, <sup>7)</sup> Public Hakui Hospital  
<sup>8)</sup> Public Central Hospital of Matto Ishikawa

## キーワード

アドバンス・ケア・プランニング, 実践内容, 課題, 連携力

## Key words

advance care planning, practices, challenges, interprofessional collaboration competency

---

連絡先 (Corresponding author) : 堀口 智美  
金沢大学医薬保健研究域保健学系  
〒920-0942 石川県金沢市小立野5-11-80

## 要 旨

目的：石川県のAdvance Care Planning (ACP) 支援における実践内容と課題の実態について、家族への支援や多職種連携の視点を含めて明らかにすること、ACP実践内容と課題および連携力との関連について明らかにすることを目的とする。

方法：ACP支援に携わった経験のある看護師を対象に、無記名自記式質問紙による実態調査を行い、併せて関連探索を行った。実践内容と課題については、単純集計を行った。実践内容と課題に影響する背景要因の検討にはMann-WhitneyのU検定を、実践内容と課題および連携力の関連の検討にはSpearmanの順位相関を用いた。

結果：159名より回答を得ることができた。所属施設にACPに関する基準が「ある」との回答は3割未満であり、基準が「ない」と回答した群の方が課題を抱えていた ( $p=.016$ )。家族への支援で課題であると認識している割合の高かった項目は「本人と家族の意向に差がある (74.7%)」「家族の意向が患者よりも強い (70.3%)」であった。多職種連携における課題で割合の高かった項目は「医師と看護師との連携が不足している (62.7%)」であった。実践内容と連携力の間に中程度の相関 ( $r=.616$ )、課題と連携力の間に弱い相関がみられた ( $r=-.396$ )。

結論：石川県のACP支援の充実のためには、看護師の学ぶ機会の拡充、施設毎のガイドライン等の基準となるものの作成・設置の普及、連携力の向上に取り組んでいく必要がある。

## Abstract

**Objective:** This study aimed to clarify the practice content and challenges in advance care planning (ACP) support in Ishikawa Prefecture, including perspectives on family support and interdisciplinary collaboration, and seeks to elucidate the relationships between ACP practice content, challenges, and collaboration capabilities.

**Methods:** An anonymous self-administered questionnaire was conducted with nurses experienced in providing ACP support. In this descriptive and exploratory study, actual conditions and associated factors were investigated. Frequency counts were used to analyze the practice contents and challenges. The Mann-Whitney U test was employed to examine background factors that influence these practices and challenges. Spearman's rank correlation coefficient was used to explore the relationships between practice content, challenges, and collaborative competence.

**Results:** Responses were obtained from 159 nurses. Fewer than 30% of the participants reported working in institutions with ACP-related standards, and nurses working in settings without such standards encountered more challenges ( $p = .016$ ). Key challenges in family support comprised "Differences between the patient's and family's wishes" (74.7%) and "The family's wishes overriding those of the patient" (70.3%). The primary challenge in interprofessional collaboration was "Insufficient collaboration between physicians and nurses" (62.7%). A moderate positive correlation was found between practice content and collaboration capability ( $r = .616$ ), and challenges showed a weak negative correlation with collaboration capability ( $r = -.396$ ).

**Conclusion:** Strengthening ACP support in Ishikawa Prefecture requires increasing educational opportunities for nurses, promoting the development and implementation of institutional guidelines or standards, and improving interdisciplinary collaboration capability.

### はじめに

Advance Care Planning (以下、ACP) とは「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」と定義されており<sup>1)</sup>、家族への支援や多職種連携が不可欠となる。日本においては2000年頃よりACPへの関心が高まりはじめ、終末期医療における治療の開始・不開始および中止等の

あり方における課題を受け、より良い終末期医療の実現に繋げることを目的に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が2007年に策定された。しかし、この時点ではACPにおいて重要な視点である「本人が望む医療・ケアの方針や生き方について、日頃から繰り返し話し合うこと」については明示されていなかった。そして、ガイドラインに沿って指導を行っている病院は21.6%<sup>2)</sup>と少なく、その普及には課題が残されていた。そのような背景の中、2018年に「繰り返し話し合うこと」等の内容が盛り込まれた形で改定が行われ、その名称も「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」に変更される等の普及への取り組みが行われてきた。このような取り組みを受けACPの認知度について、医師では22.4%（平成29年）から45.9%（令和4年）、看護師では19.7%（平成29年）から45.8%（令和4年）と、その認知度が高くなっていることが報告されている<sup>3)</sup>。しかし一方で、ACP支援を行っていると認識している看護師の割合は10%と少ないという報告もみられ<sup>4)</sup>、依然としてACPの実践を十分に行うことが難しい現状は残っている。

ACPでは患者の大切にしたいこと（人生観や価値観等）や医療およびケアへの希望等を話し合えるよう支援を行う<sup>5)</sup>。そして、ACP実践における実態を調査した研究では、このような患者の価値観や希望する療養場所等への理解に関する項目について、実践できているとの回答の割合が高い<sup>6)</sup>ことが報告されている。また、実践における課題として「実施するタイミングの難しさ」や「知識の不足」、「コミュニケーション能力の不足」、「医師との連携」等が挙げられることも報告されている<sup>6-8)</sup>。さらに、ACPの促進要因として家族の参与や多職種連携が重要であることが示されている<sup>9)10)</sup>。しかし、先行研究では家族支援に関する実態は十分に明らかにされておらず、多職種連携については医師以外の職種との連携について調べられたものはない。また、多職種と連携する力は看護実践と関連のあることが示されている<sup>11)</sup>ことより、ACP支援の実践内容と連携力との関連も含め明らかにすることで、ACP支援の促進につながる実践に即した示唆が得られると考えた。そこで本研究では、家族支援や多職種連携の視点を含むACP支援の実践内容と課題を明らかにするとともに、実践内容および課題と連携力との関連についても検討することを目的とした。加えて、これまでACP支援の実践に経験年数や教育機

会といった要因が関連していることが示されている<sup>12)13)</sup>ことより、本研究では背景要因との関連を含めた実態を明らかにすることとした。

本研究を行うことで、家族支援や多職種連携において、優先的に取り組むべき課題を示すことができ、より質の高いACP支援の実践に繋げるための一助となると考える。

## 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、実態調査、関連探索研究である。

### 2. 対象者および対象施設

#### 1) 対象者

ACP支援に携わった経験のある看護師とした。管理面ではなく患者・家族への直接的なACP支援の実践内容および課題を明らかにすることを目的としたため、管理職は除外した。

#### 2) 対象施設

本研究は看護実践学会プロジェクト研究の支援を受け、石川県内における調査を目的としたものであり、看護実践学会の理事施設21施設を対象に調査を行った。これらの理事施設については県内の主要な施設が加わっており、県内の医療圏についても網羅しているため、本研究の対象とした。

### 3. データ収集期間

2023年6月～12月

### 4. 調査方法

調査は、無記名自記式質問紙法にて行った。対象となる医療施設の看護部長宛てに研究協力の依頼文、同意書、対象者への説明文、研究計画書および質問紙を送付し、対象者への質問紙の配布について協力の依頼を行った。施設からの研究協力の可否を確認するために、同封した返信用封筒による返送にて同意書の回収を行った。回答された質問紙は、同封した返信用封筒にて回収を行った。

### 5. 調査内容

#### 1) 基本属性

基本属性は、性別、年齢、臨床経験年数、所属部署、病床数、最終学歴、専門看護師・認定看護師資格取得の有無、ACPに関する研修の受講経験の有無、所属部署がACP支援の実践に関する基準をまとめたもの（インタビューガイドやガイドライン等）を有しているか（以下、ACP支援実施に関する基準の有無）とした。

#### 2) ACP支援の実施体制

ACP支援の実施体制は、ACPに関係しているチームメンバー、チームメンバーとの情報共有の

方法、カンファレンスの実施頻度、カンファレンスの際にリーダーを担っている職種、ACP支援開始のタイミング、家族とACP支援について話し合うタイミング、患者・家族との情報共有の方法（コロナ前・コロナ後）、患者が療養場所へ移行する際のACPの引継ぎ内容、患者が療養場所へ移行する際の引継ぎの相手とした。回答は、該当する項目を選択する形とした。

### 3) ACP支援の実践内容およびACP支援実践における課題

ACP支援の実践内容およびACP支援実践における課題に関する質問項目については、臨床での経験および先行研究の内容を参考にし<sup>4) 6) 14-16)</sup>、患者のみでなく家族への関わりや多職種連携の内容が含まれるよう緩和ケア認定看護師の資格を有する看護師や臨床にてACP支援に携わった経験のある看護師を含む研究メンバーで話し合いを行い、精選しながら作成した。

ACP支援の実践内容に関する最終的な質問項目は、「患者にACPを行うことへの心構えを確認している」「家族に患者へ行うACPについての意向を確認している」「患者にこれからどのように生きていきたいと考えているのか確認している」「家族に患者とこれからどのように生きていきたいと考えているのか確認している」「患者にとって最善と考えられる医療やケアについて多職種で検討している」「患者、家族、多職種と話し合った内容を具体的に記録している」等で構成された38項目の原案を作成した。

ACP支援実践における課題に関する最終的な質問項目は、「患者の意向の確認が難しい」「本人と家族の意向に差がある」「いつからACPを始めて良いのかわからない」「多職種での連携が不足している」「ACPに関する看護師の教育機会が少ない」「医療者間でACPについて話し合うことに抵抗がある」等で構成された39項目の原案を作成した。

これらの項目については独自に作成した項目であったため、ACP支援に携わった経験のある看護師8名に依頼を行い、内容の妥当性について確認を行った。確認は「ACP支援の実践内容」および「ACP実践における課題」について問う項目として妥当であるかについて、「1. 妥当ではない、2. やや妥当である、3. 妥当である、4. とても妥当である」の4段階リッカート形式にて問う形で行った。回答結果を確認し、「妥当ではない」もしくは「やや妥当である」の回答が複数みられ

た項目についてメンバー間で話し合い、下記の質問項目について統合および細分化の修正を行った。

(1) 実践内容について、「患者にACPについての知識を確認している」を「患者にACPを行うことへの心構えを確認している」に統合した。

(2) 実践における課題について、「看護師とACPの共通理解を得るのが難しい」について、どの部署の看護師かが分かるよう、①「所属する部署の看護師とACPの共通理解を得るのが難しい」、②「所属部署以外の看護師とACPの共通理解を得るのが難しい」、③「外部施設の看護師とACPの共通理解を得るのが難しい」に細分化した。さらに、「医療者がACPについて話し合うことに抵抗がある」について、医療者間だけでなく患者やその家族について問う内容も必要であると考え、①「医療者間でACPについて話し合うことに抵抗がある」、②「患者とACPについて話し合うことに躊躇する」、③「(患者の) 家族とACPについて話し合うことに躊躇する」に細分化した。

以上より、最終的に「ACP支援の実践内容」37項目、「ACP実践における課題」は42項目とした。回答は、「1. まったく当てはまらない」～「5. とても当てはまる」の5段階リッカート形式とした。

### 4) 連携力

連携力の確認には、藤田らにより作成された「多職種連携行動尺度」を用いた<sup>17)</sup>。多職種連携行動尺度は、「意思決定支援」「予測的判断の共有」「ケア方針の調整」「チームの関係構築」「24時間支援体制」の5因子、17項目からなり、「1. まったく当てはまらない」～「5. とても当てはまる」の5段階リッカート形式で問うものである。合計点が高いほど連携力があると評価する尺度である。尺度全体の合計点におけるCronbach's  $\alpha$ 係数について.94と内的整合性も確認されており、先行研究において合計点を用いた分析も行われている<sup>18)</sup>ことより、本研究では分析に合計点を用いた。本尺度は在宅ケアにおける医療職・介護職を対象に考えられたものであったが、内容についてメンバー間で検討し、患者および家族の視点を含め必要と考えられる多職種連携の視点について問うことができると考え、この尺度を用いることとした。本尺度について、「利用者」との表記部分を「患者・家族」とし、「サービス」の表記部分を「サービス・ケア」と変更しての使用が可能であるかの確認も併せて行い、開発者に使用許可を得た。

### 6. データ分析方法

#### 1) 各要因の単純集計

質問項目ごとの回答者数の割合を算出した。本研究では、ACP支援の実践内容については、「やや当てはまる」および「とても当てはまる」と回答した割合が8割以上の項目を“実践できていると認識している項目”とし、5割未満の項目を“実践できていないと認識している項目”とした。ACP支援実践における課題については、「やや当てはまる」および「とても当てはまる」と回答した割合が8割以上の項目を“課題と認識している項目”とし、2割未満の項目を“課題と認識していない項目”とした。

## 2) 合計点の分布の差の検定

「ACP支援の実践内容」、「ACP支援実践における課題」の合計点について、群間での分布の差を検討するために、Mann-Whitney U検定を用いて分析を行った。本研究では先行研究にて示された結果を基に<sup>12)13)</sup>、年齢、臨床経験年数、ACPに関する受講経験およびACPに関する基準の有無を群分けの指標とした。

## 3) 相関分析

「ACP支援の実践内容」、「ACP支援実践における課題」、「連携力」の合計点について、Spearmanの順位相関係数を用い、要因間の相関関係について分析を行った。

「ACP支援の実践内容」、「ACP支援実践における課題」については、既存文献<sup>4)6)14-16)</sup>の内容および共同研究者との討議を基に独自に作成した項目であったため、Cronbach'sの $\alpha$ 係数を算出し、信頼性の確認を行った。その結果、ACP支援の実践内容(.946)、ACP支援実践における課題(.910)であり、いずれも内部一貫性が認められたため、合計点を使用できると判断し分析を行った。統計分析における有意水準は $p < .05$ とし、IBM Statistical Package for Social Science (Statistics 25)を使用し、分析を行った。

## 7. 倫理的配慮

本研究は、医療施設の看護部長宛てに調査の目的・方法・倫理的配慮等について文書にて説明を行い、許可を得た上で実施した。研究対象者には、調査の目的と方法、回答は任意であり、回答を行わなくても今後の業務等に不利益が生じないことを保証した。研究同意については、質問紙への回答途中でも調査参加を撤回することが可能であること、匿名であるため送付後の参加撤回はできないことを明記し、質問紙の返送をもって同意とみなすこととした。個人情報保護のため、施設名および個人が特定されないようにデータを記号化し、

施錠された保管庫にて厳重に管理した。本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号:2022-241)。

## 結 果

依頼した21施設全てより研究協力への同意が得られ、355部(19施設に15部、15部配布後に追加で50部の依頼があった1施設に65部、1診療科である1施設に5部)の配布を行い、159名より回答を得た(回収率:44.8%)。回答に欠損のあるものもみられたが、無回答のものはなかったため、全ての回答を使用した。なお、合計点の分布の差における検定および相関分析に必要な項目に欠損のある場合のみ、分析対象より除外した。

### 1. 対象者の基本属性(表1)

年齢は40代が69名(43.4%)、臨床経験年数は20年以上が83名(52.2%)、最終学歴は専門学校が116名(73.0%)と最も多かった。専門看護師・認定看護師の有資格者は15名(9.4%)であった。ACPに関する研修については101名(63.5%)が受講経験を有していた。ACPに関する基準の有無については「なし」もしくは「わからない」との回答が116名(72.9%)であった。

### 2. ACP支援の実施体制(表2)

ACPに関係しているチームメンバーは、「病棟看護師(94.3%)」「医師(80.5%)」が多かった。情報共有の方法については「カンファレンス(88.7%)」「カルテ(82.4%)」が多く、「情報共有シートの使用(39.6%)」は少なかった。カンファレンスの開催について定期開催(45.3%)と不定期開催(44.0%)で同等の割合であった。カンファレンスでリーダーを担っている職種については「病棟看護師(77.4%)」が最も多かった。ACP支援開始のタイミングとしては、病気の進行に伴い、死が近づいているとき(64.2%)」「身体状況が変化したとき(61.6%)」が多かった。家族とACPについて話し合うタイミングとしては、「病気の進行に伴い、死が近づいているとき(66.7%)」「身体状況が変化したとき(64.8%)」「患者・家族から相談があったとき(61.6%)」が多かった。家族との情報共有方法については、新型コロナウイルス感染症拡大の前後ともに面談が最も多いが(コロナ前:86.2%、コロナ後:75.5%)、拡大後には電話(コロナ前:54.7%、コロナ後:72.3%)、Web会議システム(コロナ前:4.4%、コロナ後:19.5%)、テレビ電話(コロナ前:1.9%、コロナ後:11.3%)の使用が増えていた。患者が療養場所へ

表1 基本属性

n=159

項目		人数	(%)
性別	女性	154	96.9
	男性	5	3.1
年齢	20代	11	6.9
	30代	41	25.8
	40代	69	43.4
	50代以上	38	23.9
臨床経験年数	1年未満	0	0.0
	1-3年未満	1	0.6
	3-5年未満	4	2.5
	5-10年未満	17	10.7
	10-20年未満	54	34.0
	20年以上	83	52.2
所属部署	病棟	117	73.6
	外来	17	10.7
	その他	25	15.7
	(地域連携室、 訪問看護 など)		
所属部署が 地域包括病棟	はい	31	19.5
	いいえ	128	80.5
病床数	100床未満	1	0.6
	100床以上200床未満	38	23.9
	200床以上300床未満	44	27.7
	300床以上400床未満	32	20.1
	400床以上500床未満	12	7.5
	500床以上	25	15.7
	無回答	7	4.4
最終学歴	大学	27	17.0
	専門学校	116	73.0
	短期大学	7	4.4
	大学院	3	1.9
	看護高等学校	6	3.8
専門看護師、認定 看護師資格の有無	あり	15	9.4
	なし	144	90.6
ACPに関する研修の 受講経験の有無	有	101	63.5
	施設内	59	37.1
	施設外	59	37.1
	その他	9	5.7
	無	56	35.2
ACP支援実施に 関する基準の 有無	あり	41	25.8
	なし	59	37.1
	分からない	57	35.8
	無回答	2	1.3

※割合は四捨五入の関係で、合計が100%にならない場合がある

※ACPに関する研修の受講場所のみ複数回答とした

移行する際のACPの引継ぎについては、「治療方針だけでなく、療養場所や最期を迎える場所、療養に関する希望も含め引き継いでいる(74.8%)」が多かったが、「特に決めていない」との回答も19.5%みられた。患者が療養場所へ移行する際の引継ぎの相手については「外部施設の看護師(76.1

%)」「ケアマネジャー(68.6%)」が多かった。

### 3. ACP支援の実践内容(図1)

ACP支援として「実践できている」と認識している(やや当てはまる、とても当てはまるとの回答が8割以上)と判断された項目は、「家族に患者の病状について医師からの説明をどのように理解しているのかを確認している(93.7%)」「家族に希望する患者の療養場所を確認している(92.5%)」「患者に自身の病状について医師からの説明をどのように理解しているのかを確認している(91.8%)」「患者に療養生活での不安や疑問を確認している(91.2%)」「患者・家族・多職種と話し合った内容を具体的に記録している(91.1%)」「患者に希望する療養場所を確認している(89.3%)」「家族に患者の療養生活への不安や疑問を確認している(88.1%)」「患者に医療やケアへの意向について確認している(84.2%)」「家族へ今後必要となってくるであろう情報の提供を行っている(84.2%)」「患者にとって最善と考えられる医療やケアについて多職種で検討している(80.4%)」の10項目であった。

ACP支援として「実践できていない」と認識している(やや当てはまる、とても当てはまるとの回答が5割未満)と判断された項目は、「家族に患者とこれからどのように生きていくかを考える機会を設けている(47.8%)」「家族に患者へ行うACPについての意向を確認している(47.2%)」「患者にこれからどのように生きていくかを考える機会を設けている(47.2%)」「家族へ患者のACPを行うことについて説明している(40.9%)」「患者の意向で代弁者(代理意思決定者)の選定を行っている(39.2%)」「患者にACPを行うことへの心構えを確認している(37.7%)」の6項目であった。

### 4. ACP支援実践における課題(図2)

ACP支援を実践していく中で「課題である」と認識している(やや当てはまる、とても当てはまるとの回答が8割以上)と判断した項目は、「ACPに関する患者の教育機会が少ない(87.9%)」「患者の意向の確認が難しい(84.2%)」「患者の意向をタイムリーに把握することが難しい(84.2%)」「ACPに関する看護師の教育機会が少ない(82.3%)」「ACPを実践するための時間が不足している(81.6%)」「患者の認知機能に問題がある(81.6%)」の6項目であった。さらに、家族への支援に関しては「課題である」と認識している項目はみられなかったが、「本人と家族の意向に差があ

表 2-1 ACP支援の実施体制

n=159

項 目		人数	(%)
患者、家族以外にACPに関係している チームメンバー	病棟看護師	150	94.3
	医師	128	80.5
	MSW	125	78.6
	入退院支援室看護師	112	70.4
	外来看護師	79	49.7
	認定看護師	72	45.3
	ケアマネジャー	72	45.3
	薬剤師	72	45.3
	栄養士	57	35.8
	外部施設の看護師	36	22.6
	専門看護師	30	18.9
	その他	17	10.7
	無回答	2	1.3
	チームメンバーとの情報共有の方法	カンファレンス	141
カルテなどの電子媒体		131	82.4
情報共有シートなどの紙媒体		63	39.6
電話・FAX		31	19.5
Web会議システム		21	13.2
メール		18	11.3
共有していない		1	0.6
その他		3	1.9
カンファレンスの実施頻度	定期	72	45.3
	週に1回	39	24.5
	月1回	13	8.2
	2週に1回	6	3.8
	その他	14	8.8
	不定期	70	44.0
無回答	17	10.7	
カンファレンス カンファレンスの際にリーダーを担っている職種	病棟看護師	123	77.4
	入退院支援室看護師	47	29.6
	MSW	41	25.8
	医師	27	17.0
	認定看護師	12	7.5
	外来看護師	9	5.7
	ケアマネジャー	7	4.4
	専門看護師	3	1.9
	薬剤師	2	1.3
	栄養士	0	0.0
	外部施設の看護師	0	0.0
その他	9	5.7	
ACP支援開始のタイミング	病気の進行に伴い、死が近づいているとき	102	64.2
	身体状況が変化したとき	98	61.6
	患者・家族から相談があったとき	95	59.7
	治療困難と診断を受けたとき	82	51.6
	治療方針が変わったとき	73	45.9
	入院治療を開始してから	62	39.0
	日々、診療の中で話し合っている	45	28.3
	退院が決まったとき	37	23.3
	主治医から指示があったとき	34	21.4
	その他	14	8.8
	無回答	1	0.6
家族とACP支援について話し合うタイミング	病気の進行に伴い、死が近づいているとき	106	66.7
	身体状況が変化したとき	103	64.8
	患者・家族から相談があったとき	98	61.6
	治療困難と診断を受けたとき	88	55.3
	治療方針が変わったとき	82	51.6
	入院治療を開始してから	48	30.2
	退院が決まったとき	42	26.4
	主治医から指示があったとき	36	22.6
	日々、診療の中で話し合っている	31	19.5
	その他	10	6.3
	無回答	1	0.6

表 2-2 ACP支援の実施体制

n=159

項 目		人数	(%)
情報共有	家族との情報共有方法（コロナ前）	面談	137 86.2
		電話	87 54.7
		Web会議システム	7 4.4
		テレビ電話	1 1.9
		共有していない	3 1.9
	家族との情報共有方法（コロナ後）	その他	9 5.7
		無回答	2 1.3
		面談	120 75.5
		電話	115 72.3
		Web会議システム	31 19.5
患者が療養場所へ移動する際のACPの引継ぎ内容	テレビ電話	18 11.3	
	共有していない	3 1.9	
	その他	9 5.7	
	無回答	1 0.6	
患者が療養場所へ移動する際の引継ぎの相手	治療方針だけでなく、療養場所や最期を迎える場所、療養に関する希望も含め引き継いでいる	119 74.8	
	特に決めていない	31 19.5	
	治療方針など医療情報のみ引き継いでいる	12 7.5	
	その他	11 6.9	
	外部施設の看護師	121 76.1	
患者が療養場所へ移動する際の引継ぎの相手	ケアマネジャー	109 68.6	
	MSW	68 42.8	
	外来看護師	51 32.1	
	外来主治医	21 13.2	
	その他	19 11.9	

※カンファレンス実施頻度以外の回答は複数回答可とした

※MSW：医療ソーシャルワーカー

る（74.7%）」「家族の意向が患者よりも強い（70.3%）」の項目について、やや当てはまる、とても当てはまるとの回答が7割以上であった。多職種連携に関しても「課題である」と認識している項目はみられなかったが、「医師と看護師との連携が不足している（62.7%）」については、やや当てはまる、とても当てはまるとの回答が6割以上であった。また、「多職種での連携が不足している（38.2%）」については、やや当てはまる、とても当てはまるとの回答は4割未満であった。

ACP支援を実践していく中で「課題である」と捉えていない（やや当てはまる、とても当てはまるとの回答が2割未満）と判断した項目は、「医療者間でACPについて話し合うことに抵抗がある（5.0%）」、「医療者がACPについて話し合う必要があると考えていない（14.6%）」「現在のACPの考え方が日本人に適していない（17.2%）」「所属する部署の管理者とACPの共通理解を得るのが難しい（18.4%）」の4項目であった。

5. ACP支援の実践内容、ACP支援実践における課題と基本属性、実施体制との関係（表3）

ACP支援の実践内容については、2群間の中

央値に有意差のみられるものはなかった。ACP支援実践における課題については、ACP支援実施に関する基準の有無において、基準あり群の合計点の中央値が有意に低かった（ $U = 810.0$ 、 $p = .016$ ）。

6. ACP支援の実践内容、ACP支援実践における課題、連携力の関係（表4）

「ACP支援の実践内容」と「ACP支援実践における課題」および「連携力」と「ACP支援実践における課題」との間には弱い負の相関がみられた（ $r = -.303$ 、 $-.396$ ）。また、「連携力」と「ACP支援の実践内容」との間には中程度の正の相関がみられた（ $r = .616$ ）。

## 考 察

本研究では、家族への関わりや多職種連携に着眼し、石川県内のACP支援の実践内容とACP支援実践における課題の実態、および連携力との関連について明らかにすることができた。

本研究の対象者は40代が4割以上と最も多かった。日本看護協会が報告した看護職員実態調査において40代は3割未満と報告されていることから<sup>19)</sup>、

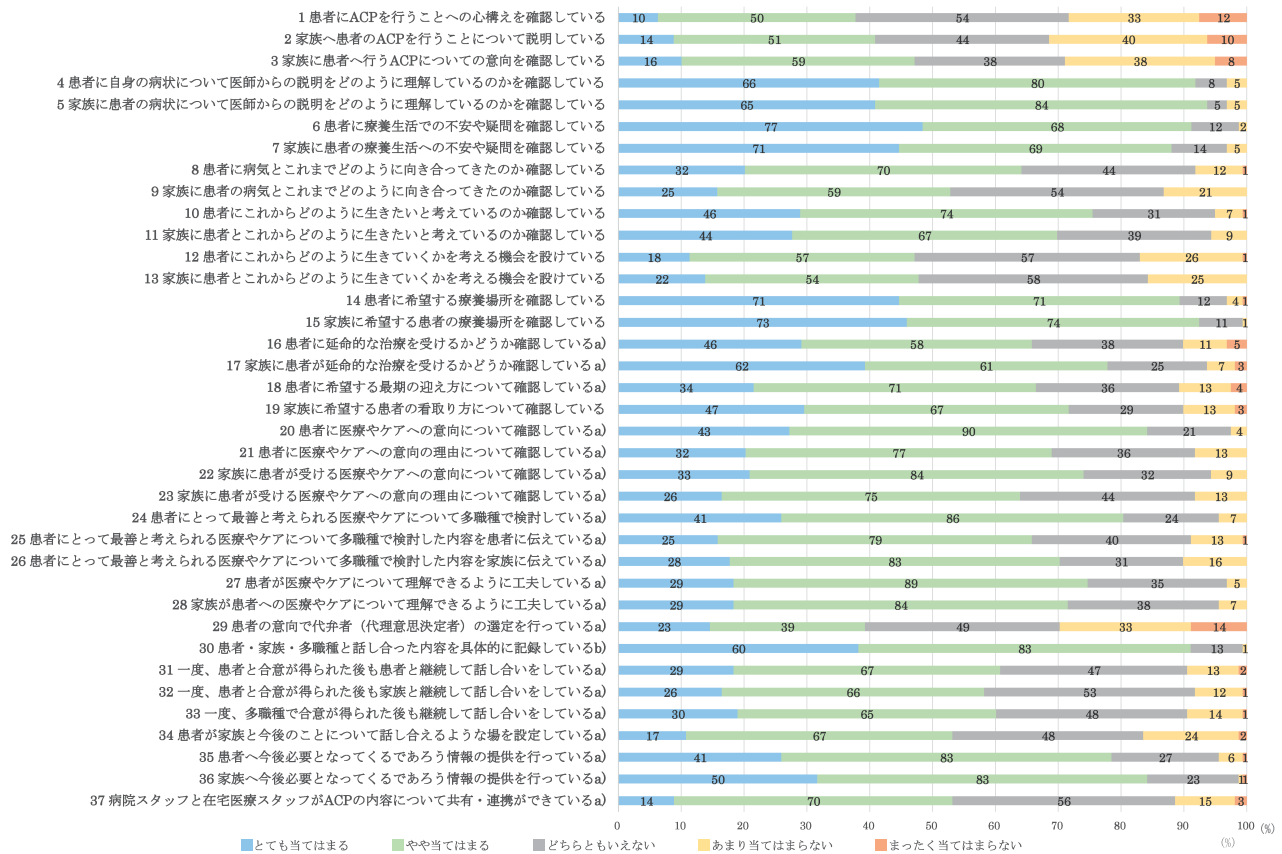


図1. ACP支援の実践内容 (n=157)

※ a) n=158, b) n=157

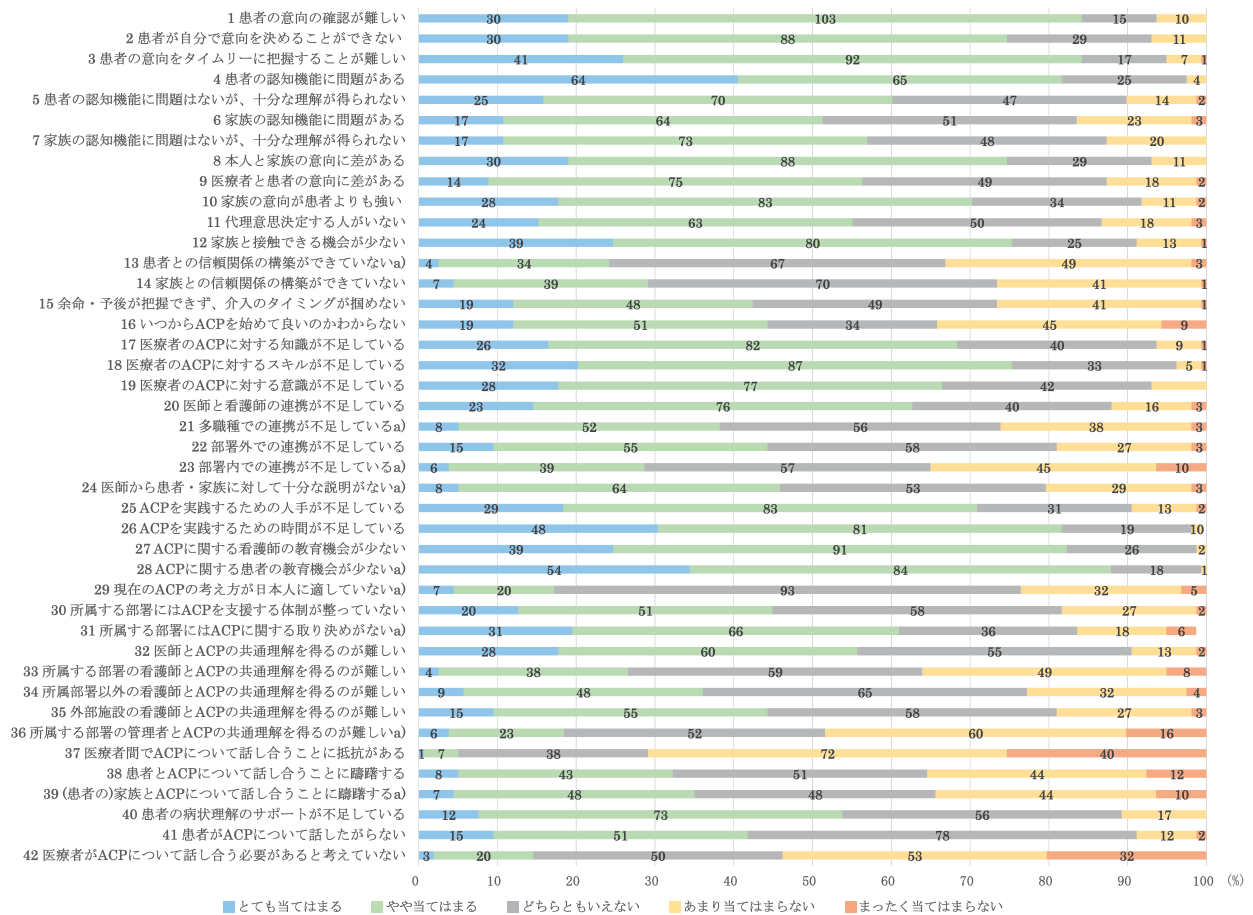


図2. ACP支援実践における課題 (n=158)

※ a) n=157

表3 ACP支援の実践内容、ACP支援実践における課題と基本属性、実施体制との関係

		n	中央値 (四分位範囲 Q1-Q3)	U値	p値
ACP支援の実践内容	年齢	40歳未満 (n=52)	143.0 (128.0 - 158.0)	2457.0	0.353
		40歳以上 (n=104)	140.0 (130.0 - 152.0)		
	臨床経験年数	20年未満 (n=76)	143.0 (131.3 - 157.5)	2669.5	0.189
		20年以上 (n=80)	139.5 (128.0 - 152.0)		
	ACPに関する研修の受講経験	あり (n=99)	142.0 (130.0 - 154.0)	2398.0	0.221
		なし (n=55)	139.0 (128.0 - 151.0)		
	ACP実施に関する基準の有無	あり (n=39)	142.0 (128.0 - 162.0)	963.0	0.216
		なし (n=58)	140.5 (127.8 - 151.0)		
ACP支援実践における課題	年齢	40歳未満 (n=50)	145.5 (133.5 - 157.0)	2521.0	0.987
		40歳以上 (n=101)	143.0 (134.0 - 155.5)		
	臨床経験年数	20年未満 (n=74)	145.0 (132.8 - 156.3)	2847.5	0.996
		20年未満 (n=77)	143.0 (135.0 - 154.5)		
	ACPに関する研修の受講経験	あり (n=97)	145.0 (134.5 - 157.0)	2410.5	0.657
		なし (n=52)	145.0 (133.5 - 154.8)		
	ACP実施に関する基準の有無	あり (n=40)	138.0 (127.0 - 149.0)	810.0	0.016*
		なし (n=57)	146.0 (137.5 - 158.5)		

Mann-Whitney U検定 \* : p<.05

※ACP支援の実践内容・得点範囲：37-185点

※ACP支援実践における課題・得点範囲：42-210点

表4 ACP支援の実践内容、ACP支援実践における課題、連携力の関係

項目	相関係数
ACP支援の実践内容×連携力	0.616**
ACP支援実践における課題×連携力	-0.396**
ACP支援の実践内容×ACP実践における課題	-0.303**

Spearmanの順位相関係数 \*\* : p<.01

※実践×連携力 : n=154, 実践×課題 : n=148, 連携力×課題 : n=149

本研究では40代が多いといえた。また、臨床経験年数は20年以上の者が半数以上を占めており、ACP支援の経験を持ち合わせた対象における実態が反映された結果であると考えられる。所属部署については、外来や地域連携室等の者が約2割、所属している病棟が地域包括ケア病棟である者も約2割を占めていた。このことより、住み慣れた地域で人生の最期まで自分らしく暮らせることを可能な限り支えることが求められる現状において<sup>20)</sup>、地域との連携を行いながらACP支援を実践している対象者の実態も含めた結果を示すことができ

たとえる。ACPに関する研修の受講経験については、受講経験のある者が6割以上であった。また、認定および専門看護師資格の有無については約1割が有資格者であり、県内の有資格者から鑑みた割合よりはやや多かった<sup>21-23)</sup>。本研究の結果は、ACPに関する知識を有した看護師を多く含むとともに、より専門性の高い知識を有する看護師も一定数以上含んだ対象から得られたものであると考える。

本研究結果の実施体制では、ACP支援を開始するタイミングを「入院治療を開始してから」としている割合は4割に満たないことが明らかになった。何等かの疾患を発症した段階は、今後の自身の生き方の再考や個別の状況に応じたケアや医療の選択が求められるとされており<sup>24)</sup>、入院治療開始のタイミングについてもACP支援を行う重要なタイミングであると考えられる。しかし、これまでこのタイミングの実践状況については明らかにされておらず、ACPを行うタイミングとしては他のタイミングより難しい可能性を新たに示すことができた。また、所属部署でACPに関す

る基準があると回答した割合が3割に満たないことも明らかとなった。厚生労働省による学会等により作成された人生の最終段階に関する利用状況に関する調査では、厚生労働省作成のガイドライン利用（51.2%）、日本医師会作成のガイドライン利用（35.2%）、日本緩和医療学会作成のガイドライン利用（15.8%）の順に利用が多いという実態が報告されている<sup>25)</sup>。本研究結果と併せて考えると、ACP支援の実践の際にガイドライン等の何らかの基準となるものを活用している施設は、全国的にみると5割ほどであるが、地域によっては基準となるようなものが明確にされていない状態でACP支援に取り組んでいる施設が多い地域もある可能性が見出された。加えて、ACPに関する基準がない場合に、ACP支援の実践における課題をより抱えていることが明らかになったことから、効果的なACP支援の実践のために何らかの基準となるものを明確に設置することは重要であると考え。また、実践内容については、「不安や疑問の確認」「希望する療養場所の確認」「患者へのケアの意向の確認」の項目において実践できていると認識している割合が高いという結果は先行研究と類似していた<sup>6)</sup>。一方で、「ACPを行うことへの患者・家族の心構えや意向の確認」の項目については実践できていると認識している割合が5割未満であることが明らかとなり、ACPを始めることの切り出し方や準備状況の確認に関して障壁が高いことが考えられた。さらに、実践への課題より、家族への支援の際の課題として「本人と家族の意向に差がある」「家族の意向が患者よりも強い」ことが課題であると認識している割合が約7割と少なくないことも明らかとなった。この結果は先行研究により質的に抽出された課題と類似しており<sup>15)</sup>、家族への支援において重要な課題であることを実態としても示すことができたと考え。多職種連携に関する課題については、「多職種での連携の不足」について課題であると認識している割合は4割未満と多くなく、「医療者間でACPについて話し合うことに抵抗をもっている」ことについて課題であると認識している割合も1割未満と少なかった。加えて、「患者にとって最善と考えられる医療やケアについて多職種で検討している」について実践できていると認識している割合も8割以上であったことより、ACP実践において多職種連携が進んできており、話し合うことへの抵抗も少なくなってきたという石川県の実態を明らかにすることができた

考える。しかし、「医師との連携の不足」を課題であると認識している割合は6割以上と先行研究<sup>8)</sup>と類似していた結果であり、医師との連携には課題が残っていると考えられた。これらの課題を解決していくためにどのようなことが必要であるか、下記に考えを述べていく。

まずは「看護師のACPについての教育機会の少なさ」について課題と捉えている割合が8割以上と多く、ACPに関する教育や研修の機会を増やすことが重要であると考え。内容としては、まずACPのコミュニケーションにおいて基本とされている、「これからどのように生きたいかを患者に自由に話せるようにすること」「ペーシングやうなずき、話の要約といった傾聴の技術を用いること」「話し合いの準備ができているかの確認を行うこと」<sup>26)</sup>といった技術を身に付けることのできる内容が必要であると考え。さらに、ACPに関する話の切り出し方や、「患者とその家族の意向に差がある」「家族の意向が強い」といった状況が起こった際の関わり方、本研究にてACP実践にも関連があることが見出された「連携力」に関する内容についても学ぶことのできる機会を増やしていくことが重要であると考え。そして、医師との連携不足を課題としていることから、看護師だけでなく医師と共に学べる機会を設定することも必要であると考え。次に、各施設独自のACPに関するマニュアルやインタビューガイドといった各種ツールの整備を進めていくことも重要であると考え。先行研究ではACPに関する標準化されたツールの使用がACP実践における促進要因として挙げられている<sup>27)</sup>。このことより、すでに厚生労働省等により示されているガイドラインの活用の普及やそれらのガイドラインを基にした各施設独自の活用できるツールの作成の促進が必要であると考え。そして、それらのツールの内容にはACPに関する話の切り出し方や、「患者とその家族の意向に差がある」「家族の意向が強い」といった状況が起こった際の関わり方、医師との連携や共有すべき情報等が加わることで、より効果的なものになると考える。

#### 研究の限界および今後の展望

本研究は石川県内のみの結果であり、各県がどのような実態であるかは明らかにすることができていない。また、1施設において配布部数が多かったこと、回答は匿名で回収したためどの施設よりどのくらいの割合で返送があったかについては

把握ができないことから、施設の偏りによる影響を受けている可能性もある。今後は配布部数の均等性を保った上で全国調査を行い、地域毎の課題の現状を明らかにすることで、各地域の現状に合わせたACP支援実践の促進のための方策を考えていくことに繋げることができると考える。

## 結 論

本研究より、石川県内のACP支援の実践内容および実践における課題について、家族への支援や多職種連携に関する新たな視点を含む実態が明らかになった。そして、①実施体制では、「ACPに関する基準を設置している割合が低い」こと、②実践内容では、「入院治療が開始してからといった早期の実施が難しい」こと、③実践における課題では、家族への支援について「本人と家族の意向に差がある」「家族の意向が患者よりも強い」ことに困難があること、多職種連携について「医師との連携不足」が課題として見出された。本研究にて見出された石川県の課題を解決していくために、各施設でACPに関する教育や研修の機会を増やし、マニュアル等の基準となるツールの作成および設置を促進し、連携力の向上に取り組んでいく必要がある。

## 謝 辞

本研究の実施にあたり、快く調査にご協力いただきました臨床看護師の皆様にも心より感謝申し上げます。

## 付 記

本論文の内容は、第17回看護実践学会学術集会にて発表したものである。

## 利益相反

本研究における、利益相反はない。なお、本研究は、看護実践学会プロジェクト研究の支援を受け実施した。

## 文 献

- 1) 厚生労働省：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, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>], 厚生労働省 (3. 11. 2025)
- 2) 厚生労働省：Ⅲ 施設における国のガイドラインに沿った体制等の整備状況, [オンライン,

[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847\\_3.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf)], 人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書 (3. 11. 2025)

- 3) 厚生労働省：結果の概要① 人生会議（アドバンス・ケア・プランニング<ACP>）について知っていたか, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/001235008.pdf>], 令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査の結果について（報告） (3. 11. 2025)
- 4) 小松恵, 島谷智彦：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, 2017. doi:10.2512/jspm.12.701 (3. 11. 2025)
- 5) 日本医師会：終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング (ACP) から考える, [オンライン, [https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180307\\_32.pdf](https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180307_32.pdf)], アドバンス・ケア・プランニング (ACP) (8. 26. 2025)
- 6) 田代真理, 藤田佐和：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, *高知女子大学看護学会誌*, 46(1), 31 – 40, 2020
- 7) 小林聖子, 有村鮎美, 松元和代：個人の生き方を尊重した医療・ケアの提供 – ACPの実践における課題の抽出 –, *日本看護学会論文集慢性期看護*, 50, 94 – 97, 2020
- 8) 佐藤志津：【意思決定等の看護支援】 [第1部] 意思決定支援に対する看護師の不安についての意識調査, *難病と在宅ケア*, 27(2), 5 – 8, 2021
- 9) Kishino M, Koffman J, Nagatomi H, et al.: Complexity and function of family involvement in advance care planning: A qualitative study of perspectives from people living with advanced cancer, family members and healthcare professionals. *Palliative Medicine*, 37(9), 1434 – 1446, 2023. doi:10.1177/02692163231194202 (8. 22. 2025)
- 10) Tanimoto M, Okamura N, Sawada K. et al.: Barriers and facilitators of advance care planning practices in multi-disciplinary, multi-facility palliative care for Japan's aging population: A qualitative analysis. *PLoS One*, 20(5), e0323976, 2025. doi:10.1371/journal.

- pone.0323976 (8. 22. 2025)
- 11) Yoshie Y, Kato M: Development of a model of factors influencing practical multidisciplinary collaboration skills in convalescent rehabilitation ward nurses: A structural equation modeling analysis, *Journal of Wellness and Health Care*, 45(2), 35–46, 2022
  - 12) 牧野富美枝, 長谷川智子, 上原佳子 他: 呼吸器疾患患者へのアドバンス・ケア・プランニングにおける看護師の行動意図, *日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌*, 29(1), 97–103, 2020. doi:10.15032/jsrsrc.29.1\_97 (8. 27. 2025)
  - 13) 飯岡由紀子, 大場良子, 廣田千穂 他: 「多職種連携におけるコーディネート力尺度 (MCAS)」の開発ーがん医療に携わる医療専門職を対象とした信頼性と妥当性の検討ー, *Palliative Care Research*, 18(1), 1–10, 2023. doi:10.2512/jspm.18.1 (8. 27. 2025)
  - 14) 大桃美穂, 鶴若麻理: アドバンス・ケア・プランニングの促進要因と障壁ー独居高齢者ー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ー, *生命倫理*, 28(1), 11–21, 2018. doi:10.20593/jabedit.28.1\_11 (7. 30. 2022)
  - 15) 古瀬みどり, 東海林美幸: 訪問看護師が捉えた在宅療養高齢者のアドバンス・ケア・プランニングの課題, *北日本看護学会誌*, 23(1), 19–28, 2020
  - 16) 屋比久夏生, 神里みどり, 謝花小百合: 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, *沖縄県立看護大学紀要*, 22, 29–48, 2020
  - 17) 藤田淳子, 福井小紀子, 池崎澄江: 在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発, *厚生学の指標*, 62(6), 1–9, 2015
  - 18) 多川晴美, 小野幸子, 平岡葉子: 「在宅療養支援のための多職種連携研修」の検討ー研修受講者の多職種連携の現状からー, *滋賀医科大学雑誌*, 30(2), 13–16, 2017
  - 19) 日本看護協会: 2021年 看護職員実態調査, [オンライン, <https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/98.pdf>], (2) 年齢 (4. 5. 2025)
  - 20) 厚生労働省: 地域包括ケアシステムの実現へ向けて, [オンライン, [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html)], 地域包括ケアシステム (4. 26. 2025)
  - 21) 日本看護協会: 【A課程】 都道府県別登録者数【全体版】【分野別】(日本地図版) 2024年12月現在, [オンライン, [https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/cn\\_a\\_map\\_2024.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/cn_a_map_2024.pdf)], 認定看護師 (3. 12. 2025)
  - 22) 日本看護協会: 【B課程】 都道府県別登録者数【全体版】【分野別】(日本地図版) 2024年12月現在, [オンライン, [https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/cn\\_b\\_map\\_2024.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/cn_b_map_2024.pdf)], 認定看護師 (3. 12. 2025)
  - 23) 日本看護協会: 都道府県別登録者数【全体版】【分野別】(日本地図版) 2024年12月現在, [オンライン, [https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/CNS\\_todoufukubetsu\\_2024.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/CNS_todoufukubetsu_2024.pdf)], 専門看護師 (3. 12. 2025)
  - 24) 片山陽子: 地域におけるACPの実践, *Aging & Health*, 29(4), 10–13, 2021
  - 25) 厚生労働省: III-7 ガイドラインの利用状況①, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200749.pdf>], 平成29年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果 (8. 25. 2025)
  - 26) 角田ますみ: 第IV章 アドバンス・ケア・プランニング (ACP) に必要な価値観を知る・引き出すワーク, 角田ますみ, 患者・家族に寄り添うアドバンス・ケア・プランニング (初版), メヂカルフレンド社, 272–274, 東京
  - 27) Risk J, Mohammadi L, Rhee J, et al.: Barriers, enablers and initiatives for uptake of advance care planning in general practice: a systematic review and critical interpretive synthesis. *BMJ Open*, 9 (9), e030275, 2019. doi:10.1136/bmjopen-2019-030275 (5. 20. 2025)