

血液がん患者へのアドバンス・ケア・プランニングの実態と看護師の実践知

Cicely Saunders Institute of Palliative Care, Policy & Rehabilitation, Florence Nightingale Faculty of
Nursing, Midwifery & Palliative Care, King's College London

藤本 実希

武蔵野大学 看護学部

小林 幹紘

関西学院大学 人間福祉学部

坂口 幸弘

研究報告要旨

【目的】 看護師が血液がん患者・家族等とアドバンス・ケア・プランニングに関する実態と看護師の実践知を明らかにすること。

【結果】 血液がん患者への看護に携わる看護師 10 名へ半構造化インタビューを行い、Krippendorff の内容分析の手法を用いて分析した結果、大カテゴリー【患者の言動から価値観を探る難しさ】【患者への支援を一緒に考えられる医療チームづくり】【患者家族と医療者の代弁者となる共同意思決定支援】【患者家族の今に焦点を当てた話し合いの積み重ね】に集約された。

【考察】 病態理解の難しさと、最期まで続く積極的治療に伴い、話し合う余裕がなく、満足に ACP に立ち入れない現状が報告された。看護師は ACP を行う上で、患者とのラポールを形成することや、患者や家族、医療従事者の架け橋となり、意見を擦り合わせることで、多職種チームで協働すること、患者の今の価値観や選好に関する話し合いを積み重ねる工夫を行っていた。

研究報告書

1. 背景

意思決定能力が低下する前に、今後の医療やケアについて話し合うプロセスであるアドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）を行うことで、患者-医師間のコミュニケーションの質の改善や、患者の希望する医療やケアの提供、遺族の不安や抑うつレベルの減少などが報告されており、国内外で ACP の重要性が示唆されている^[1-3]。

しかし、血液がんは複雑かつ予測が難しい病状の経過を辿るなど他の固形がんとは異なる特徴をもつことから ACP が行われにくい^[4-7]。また治療が奏功する可能性がある限り最期まで治療を継続し^[5, 8]、症状マネジメントにおいて輸血、化学療法などが必要になることが多いため^[7, 8]、入院期間が長い傾向がある。さらに緩和ケアが提供されにくく、ホスピスや在宅ケアへの移行も難しい^[4, 5, 9-12]。

さらに、医療者と血液がん患者は長期にわたる治療を通して強い信頼関係を構築するといわれており^[7]、医師は血液がん患者との ACP を避ける傾向にあることも報告されている^[6, 7]。また看護師も血液がん患者への意思決定支援に困難感を抱き、治療抵抗性となった患者のケアに携わることで喪失感などの負の感情を経験することも報告されている^[13, 14]。

以上のように血液がん患者への ACP の難しさが報告されているが、実際に医療者が ACP をどのように捉え、実践しているかは明らかになっていない。そこで本研究では看護師の認識する血液がん患者への ACP の実態と実践知を明らかにすることを目的とする。

2. 研究方法

対象者の選定基準は(1)血液がん患者が入院する病棟もしくは通院する外来での勤務年数5年以上の看護師、(2)ACP の定義を理解しているとした。目的的事サンプリングを行い、半構造化インタビューを行った。

2.4 データ分析方法

看護師が認識している ACP の実態と実践知について対象者から語られた言葉だけでなく、データの文脈を踏まえた再現可能でかつ妥当な推論が許されている Klaus Krippendorff の内容分析法^[15]を用いて分析を行った。個別分析では目的と関連する記述から記録単位を作成し、共通する意味を表現したコードを作成し、サブカテゴリーを形成した。また全体分析では全てのサブカテゴリーから意味内容が同類のものを集め、共通する意味を表現したカテゴリーと大カテゴリーを作成した。質的研究に精通した研究者1名を含めた研究者2名で分析を行い、データの意味の解釈が研究者間で一致するまで繰り返し話し合い、分析結果の妥当性の確保に努めた。

2.5 倫理的配慮

関西学院大学の人を対象とする行動学系研究倫理委員会の承認を得た上で調査を実施した（受付番号：2020-7）。対象者へ本研究の目的と意義、研究協力の自由意志と拒否権について書面を用いて口頭で説明し同意を得た。

3. 結果

3.1 研究対象者の概要

研究対象者の概要は表1に示す通りである。臨床経験年数の平均は15.4年、血液がん領域経験年数の平均は10.7年であった。インタビュー時間の平均は1時間47分であった。

3.2 インタビューデータの分析結果

10名のインタビューデータを分析した結果、87のコード、29のサブカテゴリー、10のカテゴリー、4の大カテゴリーに集約された(表2)。以下、大カテゴリーは【】、カテゴリーは《》で示す。

【患者の言動から価値観を探る難しさ】

経験豊富な看護師でも、患者の立場に立って何気ない一言や反応から、価値観や死生観を探る難しさがあることを表す。

《患者の背景や価値観を踏まえ理解しやすい言葉で行う意思決定支援》

患者の背景や価値観を把握し、価値観に沿った選択ができるように、意図的に他の選択肢を示しながら、患者の理解しやすい言葉に変えて話し合いを行っていることを表す。

《患者の何気ない一言や反応から探る本心》

患者の何気ない一言を大事にし、言葉の裏側で何を考えているのか、患者のありのままの思いを尊重し、看護師の思いを伝えながら話し合いを行い、患者の反応から今後の話し合う内容やタイミングを検討することを表す。

《タイミングを図りながら価値観や死生観に踏み込む意思決定支援の難しさ》

複雑な病態と多様な治療を理解し対応することの難しさから、患者や家族と今後どうしていきたいか話し合う余裕が持てない現状やタイミングの難しさがあり、患者の価値観や死生観に踏み込めず、病状が悪化してから焦ってACPを行うことが多いことを表す。

【患者への支援を一緒に考えられる医療チームづくり】

看護師の気になる感覚や困難感を気兼ねなく共有したり、患者と話し合う目的やタイミング、精神的サポートについて十分に話し合える医療チームづくりをしていることを表す。

《「気になる」感覚や困難感を気兼ねなく共有できるチームづくり》

気になる感覚を気兼ねなく共有したり、医療チーム間で苦手をサポートし合えるチームづくりや後悔や困難感を見せ合い、批判せずに聴くカンファレンスを設けることを表す。

《医療チームで事前に行う話し合う目的やタイミングと精神的サポートの熟慮》

相手を傷つけるだけの話し合いにならないように目的とタイミング、精神的サポートについて医療者間で十分に検討し、患者と家族の準備状態を確認した上で、プライバシーが守られる環境で話し合いを行っていることを表す。

【患者家族と医療者の代弁者となる共同意思決定支援】

患者家族と医療チームで思いを共有しながら意思決定を行うために、看護師がそれぞれの立場の代弁者となり橋渡しを行っていることを表す。

《家族の不安や悩みを引き出すための相談窓口》

家族の思いを大事に考えていることを伝え続け、必要なときに家族から看護師に直接相談が入るようにし、残される家族が後悔しないために、予後に関する情報提供や話し合いを行っていることを表す。

《患者家族と医療チームで思いを共有しながら行う意思決定》

患者や家族、多職種から患者に関する情報を集め、それらを記録に残し、家族や医療者間で共有することで、患者の思いや希望にできる限り沿った方針を、選択できるような共同意思決定支援を意識していることを表す。

《患者家族や医療者の代弁者となり行う意見の擦り合わせ》

患者と家族間で意見に相違がある場合や、遠慮して話し合えない場合に、看護師が間に入り家族内の意見の擦り合わせを行ったり、患者や医師、看護師の意向や気持ちを確認し、折り合いをつけることを意識していることを表す。

【患者家族の今に焦点を当てた話し合いの積み重ね】

延命治療の話し合いと混同される ACP を、日頃からの話し合いの積み重ねそのものだと再認識し、病状に関わらず、患者や家族の今できることに焦点を当てた話し合いを重ねていることを表す。

《患者家族の今できることや大切なことに焦点を当てた話し合い》

病状や治療のステージに関わらず、患者や家族が大切にしていることをもとに、早い段階で今後について話し合うことを意識しており、バッドニュースが伝えられた後は気持ちを受け止めた上で、今できることに焦点を当てた話し合いをしていることを表す。

《ACPの本質を再認識した上で積み重ねる患者家族と医療者の話し合い》

延命治療の話し合いと混同される ACP が、患者家族と医療者の日頃からの話し合いの積み重ねそのものだと再認識できるように、経験豊富な看護師が同僚に働きかけ、患者の意向に沿ったケアを提供できるようにしていることを表す。

4. 考察

先行研究にて血液がんの複雑かつ予測困難な病状の経過に伴い、ACP を行うのが難しいと認識されていたように^[7,8,16,17]、本研究においても【患者の言動から価値観を探る難しさ】には、血液がんの特殊な特徴に関連したカテゴリーが複数含まれていた。血液がん患者は最期まで寛解する可能性が残されていることが多く、亡くなる直前まで積極的治療を継続するだけでなく、症状緩和を目的に抗がん剤や輸血が用いられる傾向がある^[7,8,16]。したがって、看護師は副作用のマネジメントなど、日々の治療を安全に遂行することで精一杯になり、患者や家族と今後の治療やケアについて、話し合う余裕のなさを感じていたと考えられる。また、複雑な病態を十分に理解できないことが原因で、看護師は ACP に満足に立ち入れないと感じており、ACP における病態理解の重要性が示唆された。

約 8 割の血液がん患者は、病状の経過について医師とは異なる理解をしているといわれているように^[16]、患者にとっても複雑な病態を理解することは、難しい。そのため看護師は患者の理

解しやすい言葉用いるだけでなく、患者の意思が固まっている場合でも他の選択肢を示し、意図的に揺らいでもらいながら患者の価値観に沿った治療方針を検討していたといえる。先行研究では、ACPを行う前に患者が話し合う準備状態にあるか確認する必要性だけでなく^[18-20]、話し合うタイミングの難しさも報告されている^[21, 22]。特に血液がんの場合は、上記で述べたように、予測が困難な病態を理解し、多忙かつ複雑な業務を行いながら、患者の価値観や死生観に踏み込んだ話し合いを行う余裕がなく、結果として、ACPのタイミングを掴めず、病態が悪化してから焦って話し合う傾向にあると考えられる。また、看護師は普段の関わりを通して患者の理解を深め、ラポールを形成することを大切にしており^[23]、日々の患者の小さな変化を注視し、関係性を構築していく中で、看護師は話し合うタイミングを見極める感覚を身に付けていることが示唆された。

ACPは人間関係や社会的要因を含めた複雑な要素から成り立つといわれており^[23]、包括的な介入が必要であるが、その分合意形成も難しい。したがって、【患者への支援を一緒に考えられる医療チームづくり】や【患者家族と医療者の代弁者となる共同意思決定支援】で示されているように、看護師はコーディネーターとして中立的立場に立ち、それぞれの意見を擦り合わせる重要な役割を担っていたといえる。

予測できない今後の治療やケアについて話し合うことは難しいと言われていた^[24, 25]、特に血液がん患者の場合、入院期間が長く経過の予測が困難であるため、今後の医療やケアについて話し合うことはより難しいと予想される。したがって、【患者家族の今に焦点を当てた話し合いの積み重ね】に示されたように、看護師は、今大切にしていることや、できることに関する話し合いを繰り返す中で、患者の思いや価値観を探り、今後の医療やケアに関する話し合いに繋げていたと考えられる。

5. 結語

看護師は、血液がん患者へのACPを行う難しさを感じつつも、日々の関わりを通し、患者の理解に努め、患者や家族、医療者の橋渡し役として意見の擦り合わせを行うなど、様々な工夫を行っていた。

血液がんの特徴に関連するACPの難しさが複数報告されたことから、血液がんの特徴に合わせたACPを検討する必要性が示唆された。併せて、患者や家族、他の医療者を対象とした調査を行い、より多角的視点からACPを捉える必要があるだろう。

6. 参考文献

1. Weathers, E., O'Caomh, R., Cornally, N., Fitzgerald, C., Kearns, T., Coffey, A., Daly, E., O'Sullivan, R., McGlade, C., & Molloy, D. W. (2016). Advance care planning: A systematic review of randomised controlled trials conducted with older adults. *Maturitas*, 91, 101-109.
2. Malhotra, C., Shafiq, M., & Batcagan-Abueg, A. P. M. (2022). What is the evidence for efficacy of advance care planning in improving patient outcomes? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ Open*, 12(7).
3. McMahan, R. D., Tellez, I., & Sudore, R. L. (2021). Deconstructing the Complexities of Advance Care Planning Outcomes: What Do We Know and Where Do We Go? A Scoping Review. *J Am Geriatr Soc*, 69(1), 234-244.
4. Cooper A & Dains JE: Advanced Care Planning and End-of-life Outcomes in Hematopoietic Stem Cell Transplant Patients. *Am J Hosp Palliat Care* 2021; 38(8): 995-1003.
5. El-Jawahri A, Nelson AM, Gray TF, et al: Palliative and End-of-Life Care for Patients With Hematologic Malignancies. *J Clin Oncol* 2020; 38(9): 944-953.
6. Prod'homme C, Jacquemin D, Touzet L et al: Barriers to end-of-life discussions among hematologists: A qualitative study. *Palliative Medicine* 2018; 32(5): 1021-1029.
7. Wedding U: Palliative care of patients with haematological malignancies: strategies to overcome difficulties via integrated care. *Lancet Healthy Longevity* 2021; 2(11): E746-E753.
8. LeBlanc TW, O'Donnell JD, Crowley-Matoka M, et al: Perceptions of palliative care among hematologic malignancy specialists: a mixed-methods study. *J Oncol Pract* 2015; 11(2): e230-8.
9. Suthumpong C, Tran DB, and Ruiz M: Perceptions and Misperceptions of Early Palliative Care Interventions for Patients With Hematologic Malignancies Undergoing Bone Marrow Transplantation. *Cureus* 2021; 13(3): e13876.
10. Tricou C, Munier S, Phan-Hoang N, et al: Haematologists and palliative care: a multicentric qualitative study. *BMJ Support Palliat Care* 2019; 0: 1-5.
11. Eckhert EE, Schoenbeck KL, Galligan D, et al: Advance care planning and end-of-life care for patients with hematologic malignancies who die after hematopoietic cell transplant. *Bone Marrow Transplant* 2017; 52(6): 929-931.
12. Freeman AT, Wood WA, Fox A, et al: Access to Palliative Care Consultation and Advance Care Planning for Adults with High-Risk Leukemia. *J Palliat Med* 2018; 21(2): 225-228.
13. 春日真希, 宇留野知美: 患者の死を体験した看護師の感情--血液疾患患者の看護を通して. *日本看護学会論文集. 看護総合* 2008;39: 386—388.
14. 古川陽介: 造血器腫瘍患者の看護に携わる看護師のケアにおける困難感尺度の開発. *Palliative Care Research* 2016; 11(4): 265-273.
15. Krippendorff K (三上 俊治, 橋元 良明, 椎野 信雄訳) :メッセージ分析の技法「内容分析」への招待; 1989: 勁草書房.
16. Gray TF, Temel JS, El-Jawahri A: Illness and prognostic understanding in patients with hematologic malignancies. *Blood Rev* 2021; 45:100692.
17. 中島優理菜, 吉田恵理子: 造血器腫瘍患者における意思決定の概念分析 : 国内文献レビュー. *ホスピスケアと在宅ケア* 2022; 30(1): 61-69.
18. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al: Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet Oncology* 2017; 18(9): e543-e551.

19. Miyashita J, Shimizu S, Shiraishi R, et al: Culturally Adapted Consensus Definition and Action Guideline: Japan's Advance Care Planning. *J Pain Symptom Manage* 2022; 64(6): 602-613.
20. Zwakman M, Milota MM, van der Heide A, et al: Unraveling patients' readiness in advance care planning conversations: a qualitative study as part of the ACTION Study. *Support Care Cancer* 2021; 29(6): 2917-2929.
21. Barnes K, Jones L, Tookman A, et al: Acceptability of an advance care planning interview schedule: a focus group study. *Palliat Med* 2007; 21(1): 23-28.
22. Durall A, Zurakowski D, and Wolfe J: Barriers to conducting advance care discussions for children with life-threatening conditions. *Pediatrics* 2012; 129(4): e975-82.
23. Chikada A, Takenouchi S, Nin K, et al., Definition and Recommended Cultural Considerations for Advance Care Planning in Japan: A Systematic Review. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2021; 8(6): 628-638.
24. Johnson S, Butow P, Kerridge I, et al: Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers. *Psychooncology* 2016; 25(4): 362-86.
25. Moody SY: "Advance" Care Planning Reenvisioned. *J Am Geriatr Soc* 2021; 69(2): 330-332.
26. Bradshaw A, Bayly J, Penfold C, et al: Comment on: "Advance" care planning reenvisioned. *J Am Geriatr Soc* 2021; 69(5): 1177-1179.

(付録)

表 1 研究対象者の属性

基本属性	年齢(歳)	最終学歴	臨床経験年数(年)	血液がん領域経験年数(年)	資格	インタビュー時間
A	30代	専門学校	10	10		2時間6分
B	30代	大学院	14	9	リエゾン精神看護専門看護師	1時間57分
C	30代	専門学校	10	8		2時間9分
D	30代	大学	13	13		1時間30分
E	30代	大学院	15	7	がん看護専門看護師	1時間52分
F	50代	大学院	26	16	がん看護専門看護師	1時間57分
G	40代	大学院	21	14	がん看護専門看護師	1時間04分
H	40代	大学院	17	14	がん看護専門看護師	2時間6分
I	40代	大学院	23	11	がん看護専門看護師	1時間50分
J	20代	大学	5	5		1時間17分

表 2 血液がん患者への ACP の実態と内容、看護師の知恵と工夫

大カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
患者の言動から価値観を探る難しさ	患者の背景や価値観を踏まえ理解しやすい言葉で行う意思決定支援	病状の経過だけでなく患者が病気になる前の背景や意思決定の傾向を把握した上で支える治療 患者の土俵に立ち理解しやすい言葉に変えて行う話し合い 患者の価値観に沿った意思決定ができるように他の選択肢を示すことで与える意図的な揺らぎ
	患者の何気ない一言や反応から探る本心	治療に対するありのままの思いや何気ない一言を大事にしながら探る患者の本心 患者の死に対する思いを受け止めた上で看護師の思いを伝えながら行う話し合い 患者のネガティブな反応から情報を得て再検討する今後の関わりの方略
	タイミングを図りながら価値観や死生観に踏み込む意思決定支援の難しさ	最期まで治療が優先される中で患者家族と今後どうしていきたいか話し合う余裕のなさ 病状に関わらず話し合うタイミングを掴むのが難しく病状悪化後に焦って行う ACP 患者を傷つける可能性から経験豊富な看護師も感じる価値観や死生観に踏み込んでいく難しさ 複雑かつ予測困難な病状経過と多様な治療を十分に理解できず満足に立ち入れない意思決定支援
患者への支援を一緒に考えられる医療チームづくり	気になる感覚や困難感を気兼ねなく共有できるチームづくり	看護師の気になる感覚を気兼ねなく共有しケア方法について提案できるチームづくり 看護師が抱えている後悔や困難感などの感情を見せ合えるカンファレンス 医師が苦手とする看取りに関する役割を一緒に担いながら築く関係性
	医療チームで事前に行う話し合う目的やタイミングと精神的サポートの熟慮	病状や気持ちの変化を逃さずに見極める患者と話し合うタイミング 患者を傷つけるだけの話し合いにならないように医療者間で十分に検討する目的やタイミング プライバシーを守ることができる環境で確認する患者家族の準備状態 予告告知後に想像を超える精神的ストレスを抱く患者を支える医療チームの覚悟
患者家族と医療者の代弁者となる共同意思決定支援	家族の不安や悩みを引き出すための相談窓口	家族の思いを大事に考えていることを伝え続け、不安や悩みを相談できる窓口の意図的な開放 患者との話し合い前の残される家族が後悔しないための情報提供と話し合い
	患者家族と医療チームで思いを共有しながら行う意思決定	患者の大事にしていることを家族と医療チームで共有しながら探る希望に沿った方針 医療者間で患者家族のありのままの気持ちの変化や反応を記録 治療に携わっていない医療者をもつ情報をもとに掴む患者像
患者家族の今に焦点を当てた話し合いの積み重ね	患者家族や医療者の代弁者となり行う意見の擦り合わせ	本音で話せない家族が今後の方針を納得して決めるための家族内の意見の擦り合わせ 患者や医師の代弁者として互いの意向や気持ちに折り合いをつけるための話し合いの場の設定 中立的な立場から行う患者家族、医療者の意見の擦り合わせ
	患者家族の今できることや大切なことに焦点を当てた話し合い	バッドニュース後の患者家族の気持ちを受け止めた上で今できることに焦点を当てた話し合い 病状や治療のステージに関わらず話し合う今大切に行っていることやできること
	ACPの本質を再認識した上で積み重ねる患者家族と医療者の話し合い	患者家族と医療者が話し合いを積み重ねて実現する意向に沿ったケアの提供 延命治療に重点を置いた話し合いと混同される ACP を再認識するための看護師への働きかけ

1. Lum, H. D., et al., *Physician involvement in life transition planning: a survey of community-dwelling older adults*. BMC Fam Pract, 2015. 16: p. 92.

2. Mack, J.W., et al., *Associations Between End-of-Life Discussion Characteristics and Care Received Near Death: A Prospective Cohort Study*. Journal of Clinical Oncology, 2012. **30**(35): p. 4387-4395.
3. Johnson, S., et al., *Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers*. Psycho-oncology, 2016. **25**(4): p. 362-86.
4. Cooper, A. and J.E. Dains, *Advanced Care Planning and End-of-life Outcomes in Hematopoietic Stem Cell Transplant Patients*. Am J Hosp Palliat Care, 2021. **38**(8): p. 995-1003.
5. El-Jawahri, A., et al., *Palliative and End-of-Life Care for Patients With Hematologic Malignancies*. J Clin Oncol, 2020. **38**(9): p. 944-953.
6. Prod'homme, C., et al., *Barriers to end-of-life discussions among hematologists: A qualitative study*. Palliative Medicine, 2018. **32**(5): p. 1021-1029.
7. Wedding, U., *Palliative care of patients with haematological malignancies: strategies to overcome difficulties via integrated care*. Lancet Healthy Longevity, 2021. **2**(11): p. E746-E753.
8. LeBlanc, T.W., et al., *Perceptions of palliative care among hematologic malignancy specialists: a mixed-methods study*. J Oncol Pract, 2015. **11**(2): p. e230-8.
9. Suthumpong, C., D.B. Tran, and M. Ruiz, *Perceptions and Misperceptions of Early Palliative Care Interventions for Patients With Hematologic Malignancies Undergoing Bone Marrow Transplantation*. Cureus, 2021. **13**(3): p. e13876.
10. Tricou, C., et al., *Haematologists and palliative care: a multicentric qualitative study*. BMJ Support Palliat Care, 2019.
11. Eckhert, E.E., et al., *Advance care planning and end-of-life care for patients with hematologic malignancies who die after hematopoietic cell transplant*. Bone Marrow Transplant, 2017. **52**(6): p. 929-931.
12. Freeman, A.T., et al., *Access to Palliative Care Consultation and Advance Care Planning for Adults with High-Risk Leukemia*. J Palliat Med, 2018. **21**(2): p. 225-228.
13. Kasuga, M. and T. Uruno, *Emotions encountered by nurses who experienced the death of patients: through the nursing care of patients with hematological malignancies*. . Proceedings of The Japan Society of Nursing: general nursing. , 2008. **39**: p. 386-388.
14. 陽介., 古., *造血器腫瘍患者の看護に携わる看護師のケアにおける困難感尺度の開発*. Palliative Care Research, 2016. **11**(4): p. 265-273.
15. Klaus Krippendorff (三上 俊治, 橋.良., 椎野 信雄訳) , *メッセージ分析の技法 「内容分析」への招待*. 1989: 勁草書房.
16. Gray, T.F., J.S. Temel, and A. El-Jawahri, *Illness and prognostic understanding in patients with hematologic malignancies*. Blood Rev, 2021. **45**: p. 100692.
17. 優理菜, 中. and 吉. 恵理子, *造血器腫瘍患者における意思決定の概念分析 : 国内文献レビュー*. ホスピスケアと在宅ケア, 2022. **30**(1): p. 61-69.
18. Rietjens, J., A. C., et al., *Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care*. The Lancet Oncology, 2017. **18**(9): p. e543-e551.
19. Miyashita, J., et al., *Culturally Adapted Consensus Definition and Action Guideline: Japan's Advance Care Planning*. J Pain Symptom Manage, 2022. **64**(6): p. 602-613.
20. Zwakman, M., et al., *Unraveling patients' readiness in advance care planning conversations: a qualitative study as part of the ACTION Study*. Support Care Cancer, 2021. **29**(6): p. 2917-2929.
21. Barnes, K., et al., *Acceptability of an advance care planning interview schedule: a focus group study*. Palliat Med, 2007. **21**(1): p. 23-8.

22. Durall, A., D. Zurakowski, and J. Wolfe, *Barriers to conducting advance care discussions for children with life-threatening conditions*. Pediatrics, 2012. **129**(4): p. e975-82.
23. Johnson, S., et al., *Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers*. Psychooncology, 2016. **25**(4): p. 362-86.
24. Moody, S.Y., *"Advance" Care Planning Reenvisioned*. J Am Geriatr Soc, 2021. **69**(2): p. 330-332.
25. Bradshaw, A., et al., *Comment on: "Advance" care planning reenvisioned*. J Am Geriatr Soc, 2021. **69**(5): p. 1177-1179.