

【鹿児島がん患者の ACP 実装プロジェクト】

がん患者の ACP 推進のための課題の抽出と
プログラムの構築
報告書

一般社団法人コミュニティヘルス研究機構

【方法】

アドバンスケアプランニングについてのグループワークで出された意見について、大筋を短時間で把握できることを目的とした質的な分析を行った。会話を通読してなるべく大きな解釈可能な意味単位として質的に分析を行った（コーディングの作業は行っていない）。引用文は匿名化して意味が通じやすくなるように適宜修正したものがあ

【結果の概要】

定義に関する内容は「難しい」「ひとそれぞれ」との発言が全体を通しては多く、具体的な記述は少なかったためこれ以上の分析対象とはしなかった。参加者によって「アドバンスケアプランニング」が何を指しているかも明示されないまま議論がされていることが多かったが、個人による定義の違いがあることを是とした前提で分析した。

分析の概要を表1に示す。発言内容は、「アドバンスケアプランニングの目的」と「アドバンスケアプランニングをすすめるうえで必要なこと」とに大きく区分された。

アドバンスケアプランニングの目的は、「アドバンスケアプランニングの目的は患者の希望や思いが尊重されることである」との意見が非常に多かった。患者の意思表示できなくなった時の治療を決めることを目標として挙げたのは、身寄りのない独居の方の場合には課題になるとの指摘があった。

アドバンスケアプランニングをすすめるうえで必要なことは、1) 医師からきっかけとなる病状説明があること、2) 患者のいいタイミングで話すこと（タイミングをはかることが重要であること）、3) 多職種で複数のセッティングで患者の思いをその都度無理なくひろっていくこと（一度にするものではないこと）、4) 経時的な推移や変化がわかること、5) 地域全体で患者の思いを共有できるツールがあること、が語られた。

表1 アドバンスケアプランニングに関するグループワークのトピック

1 アドバンスケアプランニングの目的

アドバンスケアプランニングの目的は患者の希望や思いが尊重されることである
医学的な選択はそもそも医療的な説明がないと考えられない

2 アドバンスケアプランニングをすすめるうえで必要なこと

2-1 医師からきっかけとなる病状説明があること

医師から現在の病状について少なくとも1回は話すことが必要である
将来のことではなく今の病状の説明もない
患者に治療できないことを伝えることは医師にとってもつらい

2-2 患者のいいタイミングで話すこと

アドバンスケアプランニングの話をするにはタイミングがある
初期の段階からあったほうがよいかもしれない

(疾患で分かるなら)具体的なタイミングが決まっているとかかわりやすい

2-3 多職種で複数のセッティングで患者の思いをその都度無理なくひろっていくこと

多職種で患者の思いをきく

病院や在宅などいろいろなセッティングで思いをきく

あらたまってではなくて日常のはなしの中での思いを集めていく(一度にではなく)

2-4 経時的な推移や変化がわかること

患者の思いや考えは時間の経過で変わっていく

経時的な推移や変化がわかることに価値がある

2-5 地域全体で患者の思いを共有できるツールがあること

地域全体で患者の思いを共有できるツールがあること

【結果】

各トピックの内容を以下に要約する。

1 アドバンスケアプランニングの目的

「アドバンスケアプランニング」の目的として、「**アドバンスケアプランニングの目的は患者の希望や思いが尊重されることである**」ことに言及した意見が主であった。患者の思いをくみ取ることができる、選んだ治療を後悔することを減らすことができる、人生をより納得することができる、その人の尊厳を大事にすることができる、今のことをやり取りする中で信頼関係を築く、何かを決めるために話すわけではない、さらには、終末期に意識が混濁してきても家族の意向ではなく患者の意向にしたがえることも挙げられた。狭義のアドバンスケアプランニング(患者の意思決定能力がなくなってからの治療の選択)の概念よりも、意識があるときの意思決定や幸せが重要であると対比した指摘があった。特にがんでは医学的適応がないためにアドバンスケアプランニングの対象になりえない治療行為がある(例えば蘇生など)ことが指摘された。

一方、非がん疾患では回復可能性があるために治療選択の希望が課題になることや、「**独居で家族のいない方など特定の対象者の意思表示できない時の治療方針がわかることは重要である**」との課題も挙げられた。医学的治療の選択については、そもそも「**医学的な選択はそもそも医療的な説明がないと考えられない**」との指摘があった。

アドバンスケアプランニングの目的は患者の希望や思いが尊重されることである

いかに患者さんの思いをくみ取って、それを記録して、情報共有していくの
かっていうところが大事だろう。本人の思いをちゃんと聞き取って、それを最優先するということでは今、満足してる場所ですね。

診断のときからの ACP っていうことで、患者さんが診断のときから、みんな
で ACP を始めると、もちろん患者さんがどう生きたいか、どう生きていって

ていうのを、みんなで話し合いながら、試行錯誤していくと、患者さんも、非常に心強く、精神的にも安心して治療を選べると思う。そうすることで、患者さんの満足度が上がる。そうすると、医療者も、ただ流れるように仕事をしていくのではなくて、そうやって人生に関わっていくことで、医療者のやりがいっていうのも上がっていく。

ACP っていうと、いろんなことを決めていく段階で、本人の意向とかご家族が推定する意向とかいろんな情報を収集するっていうようなことに頭が行ってしまうんですけど、最終的には、患者さんをみとる段階で、その患者さんの尊厳っていうか、その患者さんがどんな人生をしてきて、どんな尊厳を持って、その人らしく最期を迎えて、みとりの場になる、そのために必要な情報収集だったり、みんなでの、その人を思う、思いの擦り合わせだったり、それが最終的な ACP なのかなというふうには思っている。蘇生をする・しないとか、何をしてほしいとか、あまり、そういうところに固執せずに、その人の生きざまなり、その人がやってきたことを尊敬できるような、何かそういうところに ACP が利用っていうか、いってくれと、それが本来のあるべき目的なのかなというふうには思ってます。

ACP なんて言葉がはやる前、私たち何してたかっていうと、本当に死を意識した人たちを前に、普通にお話をしたり、どういうふうに、今何がしたいですかっていうようなことも含めて、ただ、お話をして、聞いてあげて、患者さんの不安を取って(していた)。何かを決めるっていうことを目的に、何もしなかったんですよね、別に。ただ、話し合えて、そして、信頼関係をつくっていくっていうだけでよかったのに。なんか ACP ってすると、何かを決めなきゃいけないっていうような、そこがすごく自分としても違和感を感じるポイントでもあって。

本人さんの意思決定をちゃんと支える人がいなかったかどうかは分からないけども、本人が、悔いてた人がいたんですね。しなければよかったって。そうなる人を減らす、ゼロにはできないけども、減らしていくっていうのは、こういう関わりをすることで減らせる部分もあるし。患者さん自身が、自分で選んだ治療っていうところに自信を持って、最後まで治療を続けるとか、意思決定ができるんじゃないかなって思うので、そこは、ちゃんとしっかりと支えたいっていうのは大事にしたいなと思ってます。

期待するところっていうのは総じて言うと、患者さんが最期、まず自分自身の病気の経過とか人生の終末期について納得できるような医療を実践でき

るっていうところに尽きるのかなと思います。集約するとそこになると思います。

本人さんの思いを大切に、最期を迎えていくことの大切さというか。どうしても本人さんが最期、意思決定ができなくなってくると家族さんだったりとか、そういった周りのかたがたの考えが主体になってしまうんですけど、そうじゃないんだよって。最期まで本人さんの思いを大切にしていくことが大切なんだというふうな、そういう考え方というか、それが本来の姿なんだよっていうのを広げていきたいなというふうには思っています。

患者さんが意識があるうちに、よかった、幸せだったって患者さんのハッピーをもって ACP っていうのはアウトカムになる。最期の治療をどうするかはあんまり重要じゃないんじゃないかなとか。

よく思うのは、もし食事が取れなくなったらどうしますかー医療従事者は点滴だったり、胃ろうを開けるか、そんなことが重要視されるかもしれないですけど。患者としては、むしろ、そっちよりかは、最後に食べておくものを決めとくことのほうが重要だったり。嫁のハンバーグにしております、私は、みたいな感じのことが大事だったり。でも、そういうようなコミュニケーションって、人生の最終段階の前で話し合っておくと、人生の最終段階になっても、今までいっぱい、いろんな大切なこと聞いてもらってるもんだから、それと同じ続きで、最後どうするの？みたいなことも、自然とアナウンスされれば（よい）。今までずっと大切なこと聞いているから、引き続き大切なこと聞きたいだけだって、何も変わらないよっていう。

ACP の狭義の意味って、自分が意識がなくなったときにどんな医療行為を受けたいかっていうことなんだけど、患者さんにとってそこって実はそんなに大事じゃないし、大体、家帰ってからとかもそこが大事なんじゃなくて、そのもっと前段階で意識があるときにどんな思いでどんな治療を受けたいのかとか、そういうところのほうが必要なんですよね、大体。

今の ACP の流れって、現場は DNAR があるほうがうれしいんですよ。DNAR って、私は一回も取ったことないです。必要ないんですよ、本当は。がんにとっては必要ないんですよ。がんの終末期で心臓止まったら、戻ることってないんですよ。だからそれはしなくていいんですよ、医療として。いくら患者がしてくれて言っても。転移があちこちある人にもう手術できませんって、いや、取れるだけ取ってくれつつも、それはできませんっていうのと一緒で、

不可能な医療行為を全部する必要って全然なくて。がん患者さんの終末期としてのDNARって本当は必要じゃないし、それを求めてくる患者さんも基本はいないんですよ。生きてる間にどういうふうなことをしたいかのほうがすごく大事で、その話題のほうが大事なので。

そもそも治療方針をまず決めて、今後の見通しをみんなで眺めた後で、じゃどうしたいですかと。最後に、そのDNARが来るべきところが、この真ん中がもうすば抜けてる。そういうのが多い。ACP、人生の最終段階においてっていう文言が、すごく強調され過ぎて、それで一気にDNARに飛んでっちゃうような、そういう感じがありますよね。ACPって、やっぱり、極端な言い方をすると、健康なときから、ゆっくり考えていくべきところなんだけれども。健康なとき、そして、がんと診断されたとき。あとは、その治療方針が変わるとき、そして、BSCになるとき、そんなステージがあると思うんですけども。少なくとも、診断されたときのタイミングから考えていくべきところなのかなと(思うけど)、例えば予後1年とかそんな文言があったりとかすると、みんなそこに行ってしまうって、じゃあ、最後どうするかって、そこに行ってしまう。そういったところに難しいところがあるんじゃないのかなと思ってます。

ACPってがんよりも非がんのほうがすごい大事だと思って、良くなるかもしれない、でも悪くなるかも。コロナとかもそうだし腎不全とかもそうですけど、ものすごいACPって実は難しいし大事で。非がんで進めなきゃいけない。がんのときはそんなこと考えずに、その人の人となりを知ること集中してもらったらそれだけで大抵、よくなるんではないかなと思ってらるんですけどね。

がん患者さんのモデルと末期心不全の患者さんのモデルは全然違ったり。末期心不全の患者さんはご家族の方も、そもそも死というものが臨床経過の流れが、がん患者さんと違うっていうのは、多分皆さんご存じだと思うんですけど。ただ、そんな中で、特にご家族の方とか、また治るんでしょ?みたいな。実際、治療をするかしないかで、その予後が変わったりするっていうのが、心不全の場合あったりするんです。また治るんでしょ?っていう期待だったり、本人も死とはあまり結び付けられてなかったり。

独居で家族のいない方など特定の対象者の意思表示できない時の治療方針がわかることは重要である

事例として、全く身寄りがいない方とか、いてもごく遠方で生死に関わるような決定をするような身寄りの方がいないっていう方が急変したときに。そ

う方が急変したことがあったので、そのときに結果的には搬送して救急病院の先生がたも、どうなってますか、意思はどうでしたかねっていうときに、まだ結構お若い方だったりとかした場合、こちらも急変なのでそこまで意思確認ができてなくて、ご迷惑をお掛けしちゃったとかいうこともある。ただ、聞いてもまだ決められないとずっと経過してた方とかもいて。そこら辺を、そういう身寄りのない方とかは早め早めに、どういう人生観なのかとか、挿管するしないとか、そういう具体的なことではなくても確認をしていかないといけないのかなと思ったことはありました。

医学的な選択はそもそも医療的な説明がないと考えられない

医療行為に関しては、人工呼吸器だとか点滴だとか昇圧剤でも、身近な人が亡くなってそれを見てたんだったらああいうのは受けたくないとかあるんだけど、今の人はそれどういうことなのかって分かってないんで決められるはずがないんです。亡くなるときの医療行為とかどんな方がいいのか、胃ろうがいいのかどうかとか、蘇生行為もそうなんですけど、元気になるんだったらやってくれっていうことなんです。助からないんやったらもういいですっていうことだと思ってるんで、助かるんだったら蘇生行為だろうが何だろうがやってほしいってのがほとんどの患者さんの思いであって、そこが分からないから決めようがないんですよ。

患者さんもご家族も医療的な知識がないとどういう選択をしたらいいのか分からないので、ある程度のインフォームドチョイス—こういう案があるけど、どんなのがいいですかって専門職から言って選択してもらうことが必要なんじゃないかっていう意見が出てました。

2 アドバンスケアプランニングをすすめるうえで必要なこと

2-1 医師からきっかけとなる病状説明があること

アドバンスケアプランニングをすすめるうえで、前提として、「**医師から現在の病状について少なくとも1回は話すことが必要である**」ことが挙げられた。多職種で関わるにしても、患者が将来のことを話したくない希望の人でも、まったく1回も話そうとしたことさえなければそれよりはなしをすすめることが難しいので、少なくとも治癒しないことや将来治療が乏しくなることを医師が話した（話そうと試みた）ことが前提にはなるとの意見が多かった。この点で、医師に求められるのは、アドバンスケアプランニングのすべての過程をおこなうのではなく、病状から判断して適切な時期に「切り出す」役割であると複数の参加者が指摘した。

一方で、アドバンスケアプランニングの文脈に限らないが、そもそも現状として、現在の病状の説明が不十分な状態で、すなわち、今後治療で回復する見込みではない前提で在宅医療に

紹介されている場合があることが在宅医療スタッフから語られた（「**将来のことではなく今の病状の説明もない**」）。この一つの理由として、「**患者に治療できないことを伝えることは医師にとってもつらい**」ことに言及した意見があった一方で、近年の教育を受けた若い医師は悪い知らせを伝えることも上手にするとの指摘もあった。

医師から現在の病状について少なくとも1回は話すことが必要である

医師が切り出さないと、患者さんが自分で、これ、今、ACP のタイミングだねって気付くことはなかなか難しい。じゃあ、看護師とか、例えば心理士の方とかが切り出せるかという難しい。だから、医師の立ち位置というのは、この切り出しが大事なんだ。

どうしたいのと聞くタイミングは私たちじゃないと、多分できないのもありますよね、きっと。その人がまだまだ俺はいけるぜって思っても、こちらからすりゃ、いやいやもうあなたいけなよって思ったりするわけで。そのタイミングは私たち医療者からじゃないと、多分分からない。だから、狭い ACP は、例えば、透析をどうするかとか、今後どうやっていきたいと思ってるのかとかは、タイミングは私たちが鍵を握っていて、聞く姿勢を持ちながらぐっと進めるタイミングは持ってないといけないかなと思ってます。

もちろん一切考えたくないって、過ごしたいっていう人もいるから、それは尊重したらいいと思うんだけど、一度も話題がないとそこに持っていけない。

話をするためにも、治療に限界があるっていうところはどっかで、もしかしたらそういう時が来るかもしれないってことは思ってもらわないと話にならないんですけど、それを主治医が切り出してくれないって。それを主治医が一回も切り出したことないと、突然チームで関わりづらい、さすがに。一回でも切り出したことがあれば、まだ(いい)。一切、思っていない患者さんとかには、話がなかなかしづらい。

主治医の先生がちゃんとどこまで話を患者さんにできてるかっていうところが大前提になって、いくら私たちが聞きたい情報があっても、もしも話をしたとしても、患者さんたちが先生たちからちゃんと聞けるところまで情報聞けてないと、「そんなの考えたことないよ」とか、日本の文化じゃないですけど、「悪いこと考えないようにしてるんだ、言霊あるから」とか、そういうふうにかわされちゃう。

初期、早い段階からぜひ見通しを医師なり看護師、薬剤師もちろんある程度のは分かると思うんですけど、そこをある程度伝えておくことで家族と本人も患者さんも話ができるきっかけにもなると思うから、ぜひ初期から始めてほしいということ。

将来のことではなく今の病状の説明もない

利用者さんががんの患者さんなんですけど、何も知らないで退院される方が結構(いらっしゃいます)。今後、どんな治療をしていくのかとか、それでどうなるのかとか、そういうことを知らないで退院する方が結構多いということ。いろんな状況もあると思うんですけど、そういう直接的な話をしなくても、この方ちょっとこういうふうだよなっていうなところを入院中から残していただいて、在宅につないでいただくっていうこともしていただければ、私たちそこをまた深めていければなっていうのもあるので、助かるよね(っていうような話が出ました)。

困っているのは、自分がどういう経緯を取って亡くなるじゃないですけども、人生の最期を迎えるんだっていうこと全くイメージができないまま在宅に帰ってきて、説明もあまりなされてなくて帰ってきてる。そういう人たちに対して、どういうふうに最期迎えたいですかなんていうことは聞けないので、その入り口のところ、病院から言えば出口のところをきちっと少しは多職種でカンファレンスをしていただいたりとか、どういうふうに今後なってるのか、ある程度のイメージをつけるような(ことがあるといい)

患者に治療できないことを伝えることは医師にとってもつらい

先生(医師)たちって病気治したいってすごい思ってるんですよ、本当に心から思ってる。だから、なんでそんな話するの、まだ僕はもっと頑張ってる、この患者さんのこのがんのこの部分を、この部分のこの腫瘍を良くしてあげたいのって思ってるんですよ。

医者が絡むことで治療医としての立場でいうと、医者になったひと大体、基本は治すっていうことを目標に頑張ってきて、治せない限界を感じたときでもものすごい落ち込む、つらいちゅうか、自分の無力感みたいなものすごく感じてしまう。そこにだめでしたって患者さんに伝えるっていうことが、気持ちとしてはものすごいつらい。治療医としてやってからこそつらい。私は緩和ケアは絶対やりたくありませんって言った研修医に、1年目か2年目ぐらいの、「なんでですか」って聞いたら、私は治療を絶対、諦めたくないって。「医者が一度

諦めたらもう終わりだと思っんで、私は最後まで絶対諦めたくないんで、緩和ケアやりたくありません」って宣言した研修医がいて。

実は大学病院の医者も、かつてそういう教育はされてなかったわけですけど、今は学生さんの時代からコミュニケーションスキルのトレーニングとか、われわれの時代には全くなかったわけですけど、そういうようなことをされていて。そういうようなことをされている学生さんがお医者さんに、もう、なり始めている。そういう先生たちはめっちゃくちゃまい。そのバッドニュースを切り出すとかいうようなことについて、そこに死みたいな概念が付いて回るときにも、教育受けてなかった時代に比べて、うまいなっていう実感があってですね。もしかしたら、それが変わっていくと医療者側が変わって、そして、文化が変わっていったら、患者さんやご家族、いわゆる一般のかたがたも変わっていったときに違ってくることもあるのかな。

2-2 患者のいいタイミングで話すこと

複数の意見として、「アドバンスケアプランニングの話をするにはタイミングがある」ことが述べられた。タイミングをはかることは難しく、何らかのスキルの必要なことであると認識されていた。患者のこころの準備 (readiness) が無い時に話をする、良かれと思ったことであっても患者に害になりうることを「刃物ようになってしまう」「私が死神に見える瞬間がある」などと表現した意見があった。患者の言動から「今は話したくないサイン」を見ることが重要であると述べられた。それでも、一度は触れておくことは意識がむきかけになる可能性があることや、患者の視点から話題として触れることがそんなことまで考えてくれるという肯定的な考えなのかどうかを知りたいとの指摘があった。

具体的な時期については、患者にとって受け入れられるなら「初期の段階からあったほうがよいかもしれない」との意見が多く、この理由としては状態に悪い時に突然でも患者も医療者も話しにくいということや、時間をかけてゆっくりと分かりあうのが自然であるとの意見が挙げられた。一方、がんなど疾患によっては「(疾患で分かるなら)具体的なタイミングが決まっているとかかわりやすい」との意見もあった。

アドバンスケアプランニングの話をするにはタイミングがある

患者さんはそういうふうには受け捉えるんだなっていうふうには実感したのが、最近、関わった患者さんで、他の病院で治療を初回の化学療法をして、多分ACP だろうと思われるんですけど、看護師さんから、何かあったときにどうしますかみたいなことをすぐリストに沿って聞かれてものすごくショックだったって涙ながらに話をされて。で、本人さんだけではなくて、ご家族もものすごく強いショックを受けた。もう死ぬこと前提で話をされたっていうのが、すごくショッ

クだったんですってということを聞いたことがあってですね。きっと、そのスタッフの方は今後の、確かにちょっと予後を考えないといけないぐらいの状態ではあるので、本人、家族も困らないようにっていう思いで聞かれたんだとは思いますが、聞き方だったり、その場の雰囲気だったり、すごく強いネガティブな材料として映ってしまって。関係性にもよるとは思うんですけど、「本当にショックだった」って涙ながらに怒りの表現もされていて。なので、言われる患者さんのことを考えたときに伝え方、タイミングとかはちゃんとしっかりいろんな人と共有した上でしていかないと、本当にただ刃物のようなものになってしまうんだなってすごく感じたことがありました

結構もう自分でちゃんと整理できてる人は、何気なく進めていっても聞き出しやすいんですけど。そうじゃない方っていうのは、本当に言葉一つの表現っていうのを気にしながらしないと、そこで一気に関係性が崩れてしまって本当コミュニケーションがとれなくなってしまうことにもなっちゃう。逆にそれで支援にもできないってなると、すごくそこは結構いろんな経験あったりすると、日々しまったっていう感じで反省したりするところはあります。だから、タイミングって本当に難しい。

でも、聞かれて最初、やっぱり、えっていう顔されたり。「頑張るから、こうやって治療してるのに、なんでそんなことを聞くのか」的な……。何てことを聞くんだけとか、まだ、そんなこと考えてないという反応はもちろんあるんですけど、やっぱり、一回それを言われると、人は意識をするし、何となく人に表明はしないにしても、意識をして生活するようになったり、何となくうちがいいと思ってたけど、今の状況だとかどうかとか、鹿児島だと離島とかも多いので、島でこの医療が受けれるんだろうかとか、いろんな選択をするときが来るので、最期はうちなのか病院なのかとか……意識しておくのはすごく大事なかなとは思いますが。

患者さん自体がすごくやっぱり、それを実際、身にして嫌な気持ちになるのか、考えてもらってうれしいなって思うのかーそこを聞き取れればいいですけどね。実際、向き合いたくない人もいっぱいいると思うので。

私が入るとき、いろんな話をしないといけないって感じさせてしまった部分があったのかなって思っただけ。行くと「今、きつから話せない」とか……。そう思わせないように、何度か、顔見に来たって伝えながら関わらせていただいたんですけども拒否があったりしたので、今、自分が振り返りながら、病棟看護師

だったら違ったのかなとか思ったんです。その方の今の思っているところで、これからのことは今は話したくないというサインだったのかなって思ったところでした。

ACP っていうのを意識し過ぎると、がんっていう診断を受けたら、今からどうしても ACP、どう生きていくかを決めなければいけない、知らないといけない、私たちは引き出さないといけないっていうふうに、妙になって……。患者さんは、診断を受けてショックを受けてる中から、さらに人生を今から考えないといけない負担になりかねないというところもあるのを思いました

質問する力とか、質問するタイミングとか、そういうコミュニケーション技術をしっかり持ってない人がすると、とても危険な道具になって。あるケアマネさんは、相手がすごく悲しんでしまった場面があったというので。なので、そういう簡単にこれから先の最後に向けてっていう質問をするのは、本当に技術があると。ツールはつくったけれども、技術が伴わないと傷付けてしまうものだなというの、とても感じてるところです。

タイミングを見てつかめた情報だけを先生や病院のほうにお伝えするので。ただ、どうしても様式ができてしまったりすると、この穴埋め、アンケートをとるような感覚になってしまうと、すごく良くない。

用紙としては同じような感じであることはあるんですけど、実際、それを持って患者さんのところに行くかっていうと、そうではないと思って。やっぱり、紙を書きながら、聞く。今、緩和ケアの人たちを見てるんですけど、用紙を持って聞きに行くっていうよりかは、自分と話をしてる中で自分が知っていくっていう感じ。話したければ話してくれるだろうし、それを話したくない人もきつといらっやると思うので。紙を持っていくっていうよりは、自分たちが聞いてきた重要なところを後々カルテに残していったり、用紙に起こしたりとかしてるような現状です。

私、今は緩和ケア病棟なんですけども、前に急性期の病棟にいて、私が緩和ケアしている人間だと分かっても、ずっと話をできていくんですね。でも、いざ、治療が限界になったときに急に、私が死神に見え始める瞬間がすごくよく分かって。これからの人生どうしていきたいとか、自分はあとどれぐらいだと思ってるんだよねって話をされてたんだけど、急に怖くなって、逆に治療に、免疫療法とか今だったら遺伝子治療ってなるので、そういったときに、ど

いろいろな職種の人たちと協力しながら支えていけば、どう取り組んだらいいのかなって考えてます

初期の段階からあったほうがよいかもしい

本当、再発とか最後でっていうタイミングっていうよりは、初期の段階で少しずつそういう話があってもいいのかなって思ったり…。いきなり、予後3日、もう明日死ぬっていうとき、どうしますかみたいのを、いきなり聞かれても駄目だし。ある程度、先がある時点での ACP ってどうしたらいいのかとか、その段階段階での対応の仕方って、なんか違ってくるのかなと思って(いる)。

その話を始めるタイミング。残り予後1年とか書いた本もあるけど、こないだ学会でも ACP の話題がたくさんあったんですが、どう生きるかってことにつながっていくんで、極端な話をすれば病気じゃない健康のときから(でもいいと思う)んだけど、きっかけがないとお話をするタイミングをつかめないと思うので、やっぱ、診断されたときが一番入りやすいんじゃないか。

早い段階でお話を少しずつ。あるラインで急に ACP の話が始まっていくのではなくて、その方の人生の中でつながってきたものがこれからの ACP につながっていくと思うので。私は訪問看護なので、診断されて治療されてるときから関わりが持てたら、化学療法で外来通院したときにお話を聞いていただいて、連携取りながら情報つなぎ合わせて、自宅のほうで副作用できついつきとかのケアをしたりとか、訪問診療で点滴をしてもらったりとか早い段階から地域と医療機関とのつながりができてれば、話の中で出てきた大事なキーワードとか、人生観とか、そういったのも共有しやすいのかなっていうのは感じます。

タイミングも分からないっていう方が多いんですけど。悪くなったときに、やっと緩和病棟に転院するとかになったときに、じゃあ、この人どういう思いだったのかなっていうのを、その段階で聞き取りとかしていったことも多いので。もうちょっと早めに聞けたらなっていう理想はあるんですけど、そこが課題かなって思ってるところです。

いつ始めるか。ACP の考え方自体を考えると、どう生きるかっていうことにつながってくるので、極端なことを言うと、全く病気じゃない健康なときからなんだけれども、それだと、世の中出たらになっちゃうので、診断されたときってのがそのタイミングかもしれないって思う

徐々にちよつとずつ言っていって、信頼っていうかコミュニケーションっていうところは求められてくるなっていうのは感じました。だから、正直、初で、今後の話をしましょうかなんて、とても無理だと思います。

(疾患で分かるなら)具体的なタイミングが決まっているとかがわりやすい

ポイントがある程度絞られてて、ここは必ずききに行きなさいよっていう時期が決まってるんです。まず、再発が分かったときが 1 回目。特に乳がんは基本的には術後に落ち着く人は本当に落ち着いて、何もなくて何十年と生きれるから、大腸がんとかとはまた違うと思うんですけど、再発って分かったときが最初のポイント。治療が難しいなってなったとき、治療がホルモン剤、ホルモン陽性の場合にはサードラインとか決まってる、トリプルネガティブで抗がん剤しか治療方法がない人は、最初から入りますっていうのが、ちゃんと数字として出るので、迷わずいく感じでした。

2-3 多職種で複数のセッティングで患者の思いをその都度無理なくひろっていくこと

患者の思いをきいていくうえで、臨床的に重要な要素が複合しながら語られた。要約すれば、多職種で複数のセッティングで患者の思いをその都度無理なくひろっていくこととまとめられるようであった。すなわち、①「多職種で患者の思いをきく」、②「病院や在宅などいろいろなセッティングで思いをきく」、③「あらたまってではなくて日常のはなしの中での思いを集めていく(一度にではなく)」の要素があった。

多職種で聞くという点については、患者ひとりにかかる時間が限られているという観点もあったが、むしろ、患者の人生観のはなしをするといった観点からは医師は必ずしも適切な能力を持っているとは限らない(看護師やほかの職種のほうが上手である)、職種によって見る観点が異なるので多職種で関わるほうがよいとの積極的に多職種で関わることに意義を認める指摘が多かった。

いろいろなセッティングで聞くという点からは、病院にいるときの患者の言動よりも在宅や地域社会での様子がより患者の本当の思いを知る手掛かりになるとの指摘があった。

一度にではなく日常会話の中で徐々に思いを集めていくという背景については、アドバンスケアプランニングに関する話が複雑なので一度に全部話すことはできない、人によって話せる(話したい)相手と話せない(話したくない)相手がいるのは当然である、患者の気持ちからみて話したくない時期と話せる時期とがあるので無理せずにその都度の思いをひろっていけばよい、病気としてではなくて日常の話題を広げることで病院としてではなくそのひとの本来の価値や存在に関する話をしやすくなるとの指摘があった。

多職種で患者の思いをきく

正直、医師の診療、1人当たり短い時間で、どんどんこなしていかないといけない中、患者さんもそんな医師には話せないことも多々あって。診察が終わった後に担当した看護師に話をしたりとか、あと、薬剤師とか他の職種の方に話をすることとか、そういうことを拾い上げていただけるとうれしいし、それをみんなで情報共有して、多職種で、患者さんの思いを正確にくみ取っていけたらいいなという話が多かったです。

患者さんの価値観を共有するとか、聞き出すとか、その人の大切な人は誰かとかは医者じゃなくて聞くことができる、むしろ、医者じゃないほうが聞くことができると思うんで多職種でお互いに連携するべきだと思う。

本当、それ(看護師さんが聞いてくれること)はすごくありがたいんですね。本当に、(医師には)本音でしゃべらないことが患者さんたちは多いです。あっという間に、ほんの短時間で、次から次と、外来とか特にですね、やっていかないとさばけないので。(看護師さんに)教えてもらうのは、本当に。患者さんがそんなこと言ったからって言って、こっちが思ってるのと違うとか、こっちがよかれと思ってやってる治療がってというのが、それを言われたからって言って、別に怒ったりとかすることも無いつもりではいるんですけど、やっぱり言いづらいんでしょうから。看護師さんたちには、ちゃんと伝えてくれたりとかしてくれてますもんね。

ACPの中の医師の立ち位置っていうのはタイミングを伝えることと、医学的にはこうだよって伝えるのは医者の役目だと思うんですけど、それ以外のこと。例えば本人の価値観を聞いたりとか、本人が今後どこで暮らすとか、そういうことって医者である必要はないわけで。医者に何を皆さんが求めるかっていうのは、やっぱりタイミングって医者が指示すべきだと思うんですけど、それ以外のところはみんなでやるべきところだと思うんですよね。そこまで全部、本人の価値観を聞きましょうとかいうところに医者もよろしくってやっちゃうと、それこそ時間ないから無理って終わっちゃうと思うんですよね。タイミング、医師が、ばしっと今だよっていうのを伝えた上で、みんなで関わっていかうとか、看護師はどこまで話聞いてた?とか、そういったところが進むと、地域で紡ぎながら進んでいけるのかなっていう気がします。

ソーシャルワーカーなんて、治療の裏にすぐ、この人どんなやってお金払っていくんだろうとか、職業の癖で、1人で暮らしてるんだったら貯金あるのかなとか、誰かキーパーソンいるのかなとか考えちゃうんですけど、絶対、患者

さんはそんなこと思ってなくて、ただ良くなりたいと思って来てると思うんですよ。だから、そういうのを気付いてもらう、そういうきっかけになってもらうのがまず ACP なのかなって思っているんですけど。

病院や在宅などいろいろなセッティングで思いをきく

病院の中で聞き出すのは限界がある。病院じゃない、在宅とかであれば、本人の価値観、例えば、入ってみたら、仏壇じゃなく神様を祭ってる、家族の写真が別の女性の写真だったとか一分かんないですけど、そういうところから価値観って、ぱっと見えるものですけど、病院だとなかなか難しい。だからこそ、地域で紡ぐ ACP というのは、外来で診てる医師とか外来（在宅）で見てる人たちからの大きなレベルの ACP（に関連する状況）の伝達をするべきだと思うし、ACP の連携シートみたいな用のいながら情報を伝えてほしい。

家での見せてくださるその方の表情だったり言葉だったり、病院でいろいろ発言をする内容と、家に帰ってからしたいと思うことと違うと思うので、そこを病院に情報をお返しするのが私たちの大事な役割でもあると思います。

かかりつけの薬局の先生が、もともとその方が病気になる前から、セルフメディケーションとかで深い付き合いになってると、そこが実は情報の源流になって、病気になる前からの価値観だったりとかそういうのも知ることができるのかなっていう話も出てたりはしました。

あらたまってではなくて日常のはなしの中での思いを集めていく（一度にではなく）

一番よく出てきたのは、雑談の中で進めていける、雑談の中に患者さんの思っているのが含まれているのかなど。さあ、ACP やりましょうって言って構えると、どうしても皆さん最初から最後まで聞かなきゃいけないっていう感じでいくと、なかなかうまくいかないなので、その段階段階の雑談の中に組み入れていけばいいかなって。

何気ない、リラックスしていただきながら語られたことっていうのが本人の本当の思いだったり、おうちでゆっくりしてる、こたつの中でミカンでも食べながらのときのほうが本音だったり。やっぱり、そういうのを積み立てていくっていうか、一気に聞く必要はないっていうか、そういう感じでやっていけばすごく最高の支援っていうか、最高はないんですけど、より良い支援につながるんじゃないかなっていうふうに感じてます。

うまくいく先生って、きっとそんなに病状が悪くなってないときからその人に興味をずっと持って、運動会行ったんですかとか、旅行行ったんですかみたいな会話をずっとやってきたのかなとか。

—そんな先生です。人と対話をしてきたって感じの人かもしれないなって思います。

—死の話じゃなくなったらいいですね。

—死の話をあえてしない。しなくても、ここまで限界きたからもういいわっていう話になったりするんです。だから、どう生きるかって私たちの考え方も、どう生きていくかっていうところからなんでしょけれど。

本当に、たわいもない会話がずっとできてればよかったりするわけですけど。今日は映画を見に行った。こんなおいしいハーゲンダッツが今週から発表になりました、みたいな感じのたわいもない趣味だったり。別にそれは人生の最終段階の決定には関係ないかもしれないですけど。ただ、そういういろんな本人の楽しみだったり、娘がまたおっきくなってるみたいな話だったり。主治医の先生たちはとても忙しいので、時間はなかなかなかったりするわけですけど、僕ら緩和ケアチームの人間は、意外とそういうこと話せる時間だったりする。そういうようなこと話していく中で、ちょっと病気が進んできたときに、何らかの患者さんの文言が、自分の大切にしていることらしきものが捉えられたときに、それはちょっと主治医の先生に、こんなこと言ってましたっていうことを返すことができたときに、ちょっとお手伝いできたのかなと思ったりする

すごく難しく感じるのは、1回ではやっぱり、聞き取り切れないなっていう。協会が作った項目に沿って聞きやすいところから聞いていってるんですけど、聞いていってると項目の中に、お葬式に誰を呼びたいですかって項目も入ってるんですね……。そういうのは聞くタイミングが別の機会なんだろうと思いつつながら、最期どうしたいとか、延命措置に関してとかそういうことを今の段階で聞いていいのかなと思いつつながら迷いつつ試してる感じなんです。

ACP さあやりましたよって行って構えて行くと、医療者も構えるし、患者さんも構えるので、できるだけ普通の診療の中で、今日はこれ聞いてみようかなっていうのをちょっとだけ聞いて、それをちょっと追記をしていくような感じで。なので、ケモのサイクルで来るときとか、例えば CT で評価するタイミングとか、そういったときにちょっとずつ聞いていく。それでちょっと積み重ねてっていうのができたらいいかなっていうことで今のところ取り組んでおります。

非常に参考になったのは、普段の診療の中で患者さんが話す、紡ぎ出す言葉をメモしておくという。私もするんですけど、診断とかに必要な情報だけをピックアップしてそれをメモするだけじゃなくて、その患者さんの価値観とかっていうことも、それからその患者さんがちょっとお話しした何げない言葉っていうのも、できれば診療録に記録しておく、あったほうがいいよってことは言ってるんですけど、それはまた在宅の場では非常にきちんとされてるっていうのが分かりました。

ACP ってソーシャルワーカーだけがするものでもないし、チームだから、「私はこの情報聞けたよ」、でも、外来から「こういうの聞いてるよ」とか、病棟で「このタイミングでこういうの聞いてみて」というので、チームで何とか取り組んでいけたらいいのかなってというのは日々、感じてるところなんです。

そのときに、今、向き合いたくないタイミングの方もいらっしゃるときに、いまこの人はそういうお気持ちなんですねということを知って、じゃあ次の局面はどんなタイミングで入ったらいいかなとか、そこを、後で追っていけたらいいんだろうなって。そう思ったとして、それを他のチームの人たちがみんな分かって、次の局面のときに入っていくことが協力してできてるかというそのバトンは(まだ)渡ってないみたいなの…。自分が意識して追っていかないと難しいこともあってすごく悩みます。

私、病院にいます、がん患者さんって見てしまうんだけど、病院一步出たら、その人なんですよ。だから、その人を、どう大事にしたいなと思って。がんの患者さんっていうふうに接するのをやめようかなと思って。ちょっと違う視点からしようとしてるんですけど。例えば、病気のことは、もう先生が話してるから、病気以外の気掛かりは何ですかってところから質問をすると、いろんな情報があるので、そこを広げていって。そういう趣味があるんですねとか、ネコと一緒に住んでるんですねとか言って。雑談で、その人となり、こういう人なんだなってところを聞いていながら、病気以外のことを聞いてくれる人がいるんだなってところを、少しアピールしてってところのつながりを、大事にしようとして。がんの患者さんじゃなくて、その人っていうふうに見ると、特別感ってところではなくなるのかなって思っています。

2-4 経時的な推移や変化がわかること

「患者の思いや考えは時間の経過で変わっていく」ものなので、「経時的な推移や変化がわ

「**かることに価値がある**」との意見が多かった。実際に在宅療養に移行した時には最後まで家でとは決めてなくても、かわりの中でだんだんと最後まで家でいけると気持ちが変わっていく過程や、その逆の過程も語られた。いずれにしろ、気持ちが変わっていく中でその都度の気持ちに合わせて軌道修正をして患者の希望を最大限かなえることが重要であると指摘された。患者の気持ちが変わっていくという前提で、気持ちの変化の経時的にわかるデータベースがあることの価値が複数の参加者から述べられた。

患者の思いや考えは時間の経過で変わっていく

さいご家で過ごしたいと決めて、本人も家族もすごく迷いながら、不安もすごくありながら、緩和病棟に行くかもって言いながら帰ってきた人たちがおうちで過ごしていく中で、少しずつ訪問看護が毎日来る、何かあれば先生も臨時で来てくれる、介護の職員も来てくれるっていうところで、生活を安心して、体調は日々悪くなっていくけれども、自分の住み慣れた家で安心して過ごせる時間が少しずつ増えてくることで、(患者は)病院に行かずに家で最期まで家で過ごしたいとか、(家族も)最期まで家で見てあげたいという思いが出てきて、そういうことでみとりができたという(ふうな変化があります)

やっぱり、多々変わってくるのかなと。治療を始めるときは、死が一番怖いので、治療に(前向きになり)、逆に、抗がん剤の治療を続けていくうちにつらい、手術を受けて傷が痛いとか。そういうような、どんどん弱っていく自分を見て、ちょっと方向が変わったり、考えが変わったり、一番の希望が何になっていくか、違っていくとか。よく出てくるのが、軌道修正ですね。最初はこうでした、だからそれに沿ってやってみました、だけど、だんだん患者さんの気持ちも変わってくるし、環境も変わってくる。ご家族もそれを見てたら、そんなにはってなってくるとかーそういうようなので軌道修正。その時その時の思いで変えていく。完全に患者さんの一番の意思に、そのときの最大の希望に沿った形でやっていくっていうのが、最終的には一番大事なのかなと思います

やはり、すごく本人さんの思いとかご家族さんの思いっていうのが揺れ動くことがあってですね。実際、私のつい先日の担当をしたケースでも、末期になって本人さんは家にいたいという思いがすごく強かったんですけど、ご家族さんが疲弊してしまって、最終的には病院に入院をして、最後亡くなられたというケースもありました。なので、どこまで ACP を現実的に活用して、本人さんの思いをかなえられるのかっていうところは、かなえられないところもあると思っはいます。

経時的な推移や変化がわかることに価値がある

サマリーが決まっています、聞くことが、項目があるんですけど、全部を埋めなくてもいいから、ちょっとでも聞いたことがあったら、サマリーに登録しなさいねっていう感じになってて…。だから下手したら、1カ月ごとにサマリーが入ってて、こういうふうに変化していきんだなっていうのが分かったりするのよ(よい)。どんと一式をまとめて、はいおしまいじゃなくて、治療がうまくいなくなってきたなって(患者が)いう段階を踏んで、本人の気持ちもまた変わったり…。最優先事項が仕事だったのが、徐々に家族になっていくような感じとか、移ろう感じが分かるのよ(よい)。

多職種で ACP のサマリーを作り、時系列でちゃんとカルテに入っているのよ、あのときはこう言ってたよね、でも、今はこうだね、ここの変化って何があったんだろうかなとかを全部把握ができてる。

2-5 地域全体で患者の思いを共有できるツールがあること

患者は一つの部署や1つの施設だけにとどまるわけではないので、「**地域全体で患者の思いを共有できるツールがあること**」の重要性が語られた。すなわち、患者の思いを断片的にではなく療養の場所が変わっても共有することが重要であること、共有するためには何らかのツールが必要なが語られた。一方で、現状として、同じ施設内の同じ職種内(病棟看護と外来看護など)でも情報の共有が不十分なことも語られた。患者の思いを文字で共有することの限界に言及した意見もあった。

地域全体で患者の思いを共有できるツールがあること

ACP の連携要素ありますけれども、最初始まったところから、患者さんが最終的に過ごすところまでつながっていかないと意味がないんで、みんなが共有できる、その病院内だけではなくて、患者さんが関わっていくひと全員が共有することでの後押しというのが必要。これが最大の目的でもあるんでしようけれども、地域でつながるってということなんでしょね。

患者さんもその一つの病院で最後まで完結するわけではなくて、例えば、緩和ケア病棟に転院なり、在宅なり行っていく上で、患者さんの希望っていうんですか、どうしたいかそういったのを共有してつないでいくツールっていうのをどういうふうにつくっていくのか。ACP の用紙ってのも鹿児島県があるっていうことなんですけど、そういった共通のものが必要。みんなでそれを共有できる、そういう手段が必要だなと。そのための ACP であるわけなんですけど。そ

の共有する手段をちゃんとつくっていかねばならないんじゃないか。

ぼろぼろと患者さんの希望とかを聞いてはいるんですけど、それをなかなか伝える、カルテに書くだけでは伝わらないですし、きっと、大事なことも言っても見落としてるんだらうなっていうところは、実際多いんだらうなとは思いますが。どういう情報を必要なんだらうっていうのは、いつも考えて臨床してますけど、なかなかそれ聞いたとしても伝えるのが難しくて…。なので、この ACP っていうやつは患者さんについて回らないと意味がないよねっていう。施設だけで完結してしまうと、施設の中での共有はできても、後からつながっていかないと意味がないものになるんじゃないですかねっていう話はしてました。

先ほど(電子カルテに検索できるように)タグを付けてらっしゃるって話がありましたけど、サマリーっていう(機能)でも、全職種が共通で情報を書き込む場所があって共有できてるっていう話があって、すごく参考にしたい。

情報が集まった中をどうやって共有していくかという問題と、僕ら医師が集められる情報ってそんなに多くなくて、診察のときしかないんで、それ以外の情報をどう集めてどう共有するか、という話が出ました。病院によっては、それを記載するところも電子カルテ上にあるということもございました。

ACP に関連した話を患者さんとしたときの、他の部署への共有っていうところよりも、看護師同士の病棟と外来の連携がなかなかうまくいかない、記録も整ってないので、整えていかないといけないなっていう意見は結構出ました。化学療法室に勤務してるメンバーが多かったんですけど、化学療法室って、他の患者さんがいる中でなかなか話がしにくいところもあるので、聞いた話を他のスタッフとも共有できていければいいよねっていう話は出たので、他の職種との前に、まず看護師間の連携がうまくできるようになればいいっていう意見が結構多く出てました。

(外来と)病棟と連携を取ったけれども、患者さんの意向がうまく伝わってるのかなっていうことと、外来同士でも化学療法室と診療科との連携もうまくいかないケースもあるようで、治療変更のたびに、この前の治療変更のときも同じような申し送りをしたけどなってことも実際にあるので、何か連携を図るツールの体制を整えたいっていう意見を聞きました。

ACP って、その人がどんな価値観を持ってるかっていう情報を集めて聞いて

た上で、その話を進めていくってことだから、逆に連携を取れば、別にケアマネジャーさんが ACP を進める必要もなく、情報を共有するとか、病院においては看護師さんと情報共有して進めていくってことをすればいいのかなと思いました。

【まとめ】

がんを前提としたからか、(狭義の)アドバンスケアプランニングそのものよりも、患者中心の医療 (person-centered care)、全人的医療 (whole person care)、協働意思決定 (shared decision-making) の文脈で今の意思決定や患者支援をよりしっかりと深めること、その延長線上にひとによっては将来の意思決定も話題になることはあるのではないかという視点をもった参加者が多いように思われた。

具体的には、患者の今の考えや思いを地域全体でつないでいく、今を支えていく厚みを増やしていく、そのためにはどういう方策をとっていくのかという点に関心があるように思われた。地域内で患者の思いや考えを無理のないようにきいていく、それをケアに反映していく、時期が変わっても場所が変わっても思いがつながるようにツールも使ってやり取りしあう、その結果、患者や家族がああよかったと思えることが目指されていることが示唆された。

I 回答者属性

1. 所属

所属は「がん診療連携拠点病院等（都道府県、地域がん、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院含む）」が84.0%と最も多く、次いで「上記以外の入院医療機関」が8.0%であった。

(n=50)

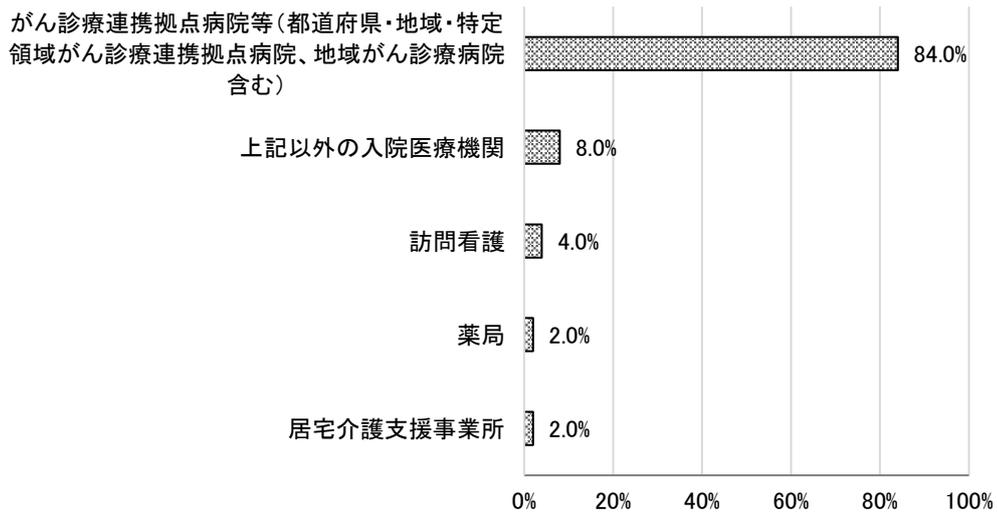


図1 所属

2. 職種

職種は「看護職（保健師・助産師含む）」が54.0%と最も多く、次いで「医師」が20.0%であった。

(n=50)

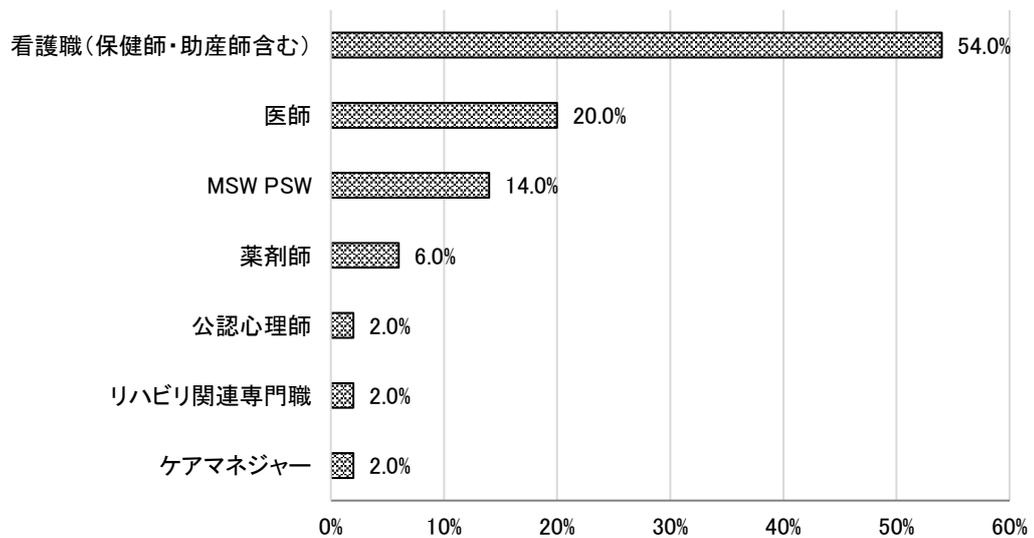


図2 職種

I. 課題抽出の解析サマリー各項目に対する回答

1. まとめられた3項目の納得度

まとめられた3項目の納得度は、各項目について「まったく合点がいかない(1)」から「極めて合点がいく(5)」までの5段階で尋ねた回答の平均値である。

(n=50)

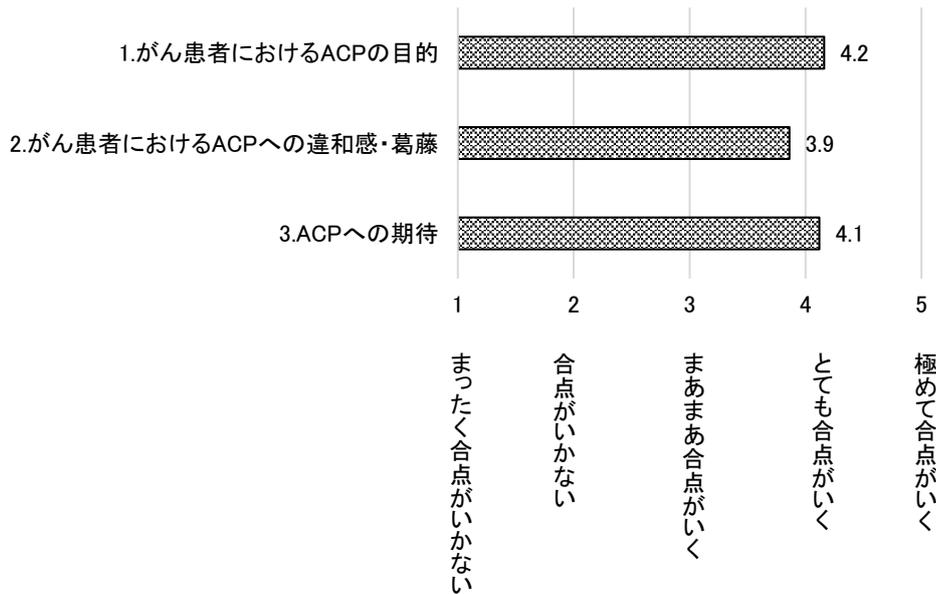


図3 納得度平均値

まとめられた3項目の納得度は、「極めて合点がいく」「とても合点がいく」「まあまあ合点がいく」の合計がいずれも9割を超えている。

(n=50)

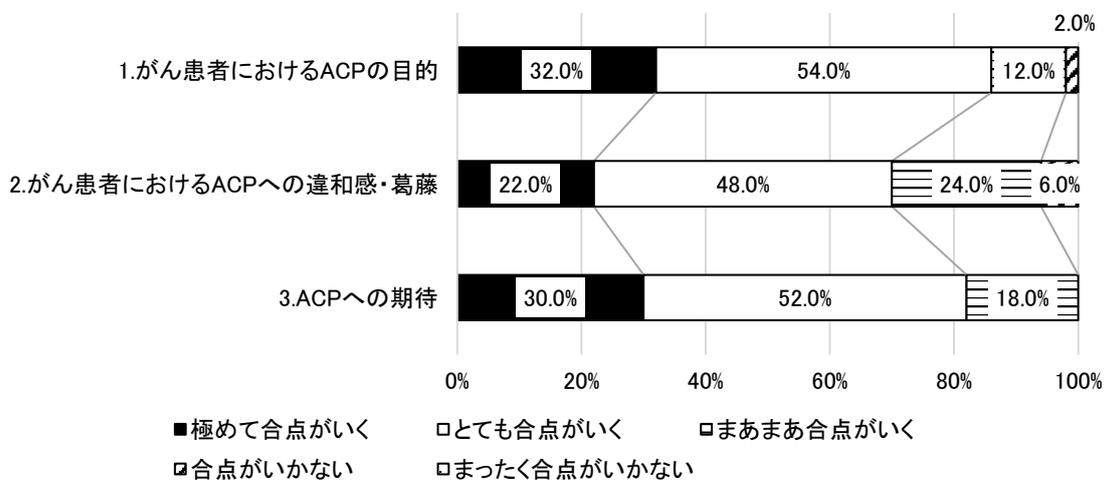


図4 納得度分布

2. まとめられた「鹿児島でがん患者における ACP を推進していくにあたり大事なこと」
についての回答

1) 納得度

納得度は、各項目について「まったく合点がいかない(1)」から「極めて合点がいく(5)」までの5段階で尋ねた回答の平均値である。

(n=50)

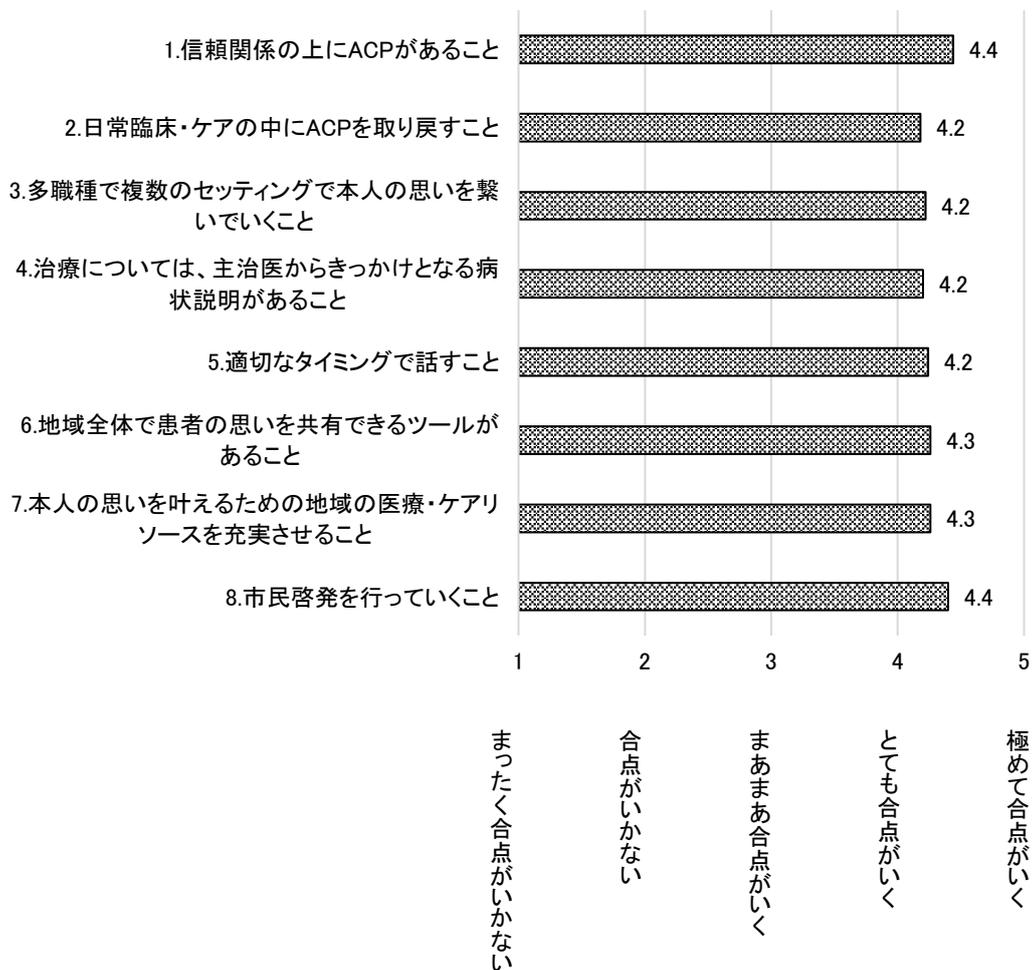


図5 「鹿児島でがん患者における ACP を推進していくにあたり大事なこと」納得度平均値

まとめられた「鹿児島でがん患者における ACP を推進していくにあたり大事なこと」についての納得度は、「極めて合点がいく」「とても合点がいく」「まあまあ合点がいく」の合計がいずれも 9 割を超えている。

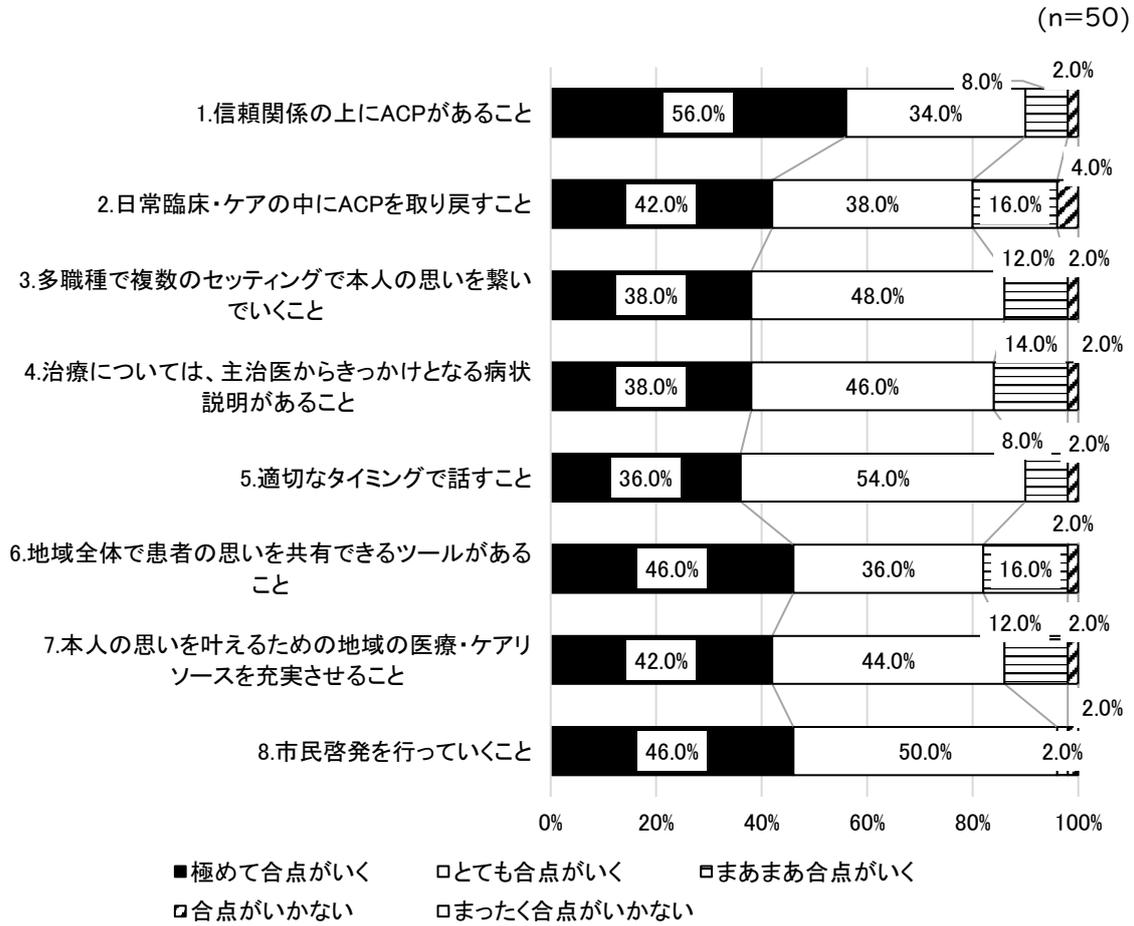


図 6 「鹿児島でがん患者における ACP を推進していくにあたり大事なこと」納得度分布

2) 自身の実施状況

自身の実施状況は、各項目について「まったくできていない(1)」から「常にできている(5)」までの5段階で尋ねた回答の平均値である。

(n=50)

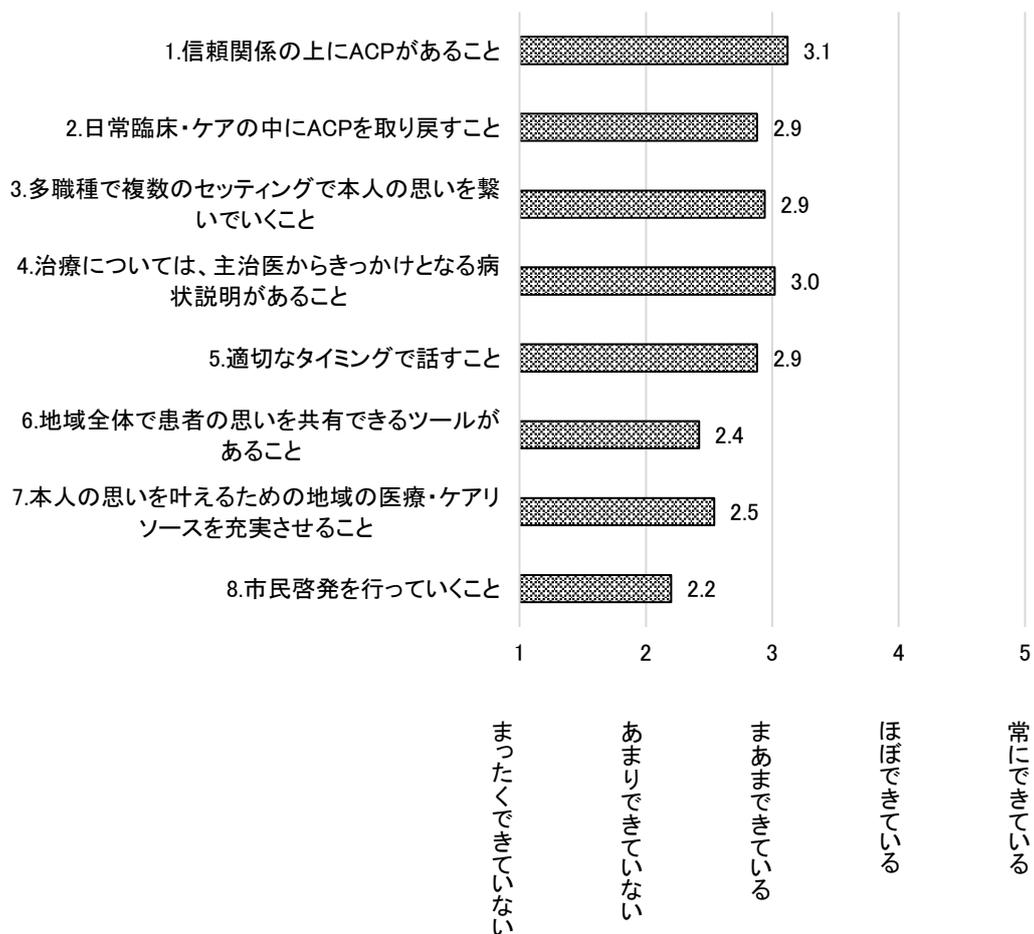


図7「鹿児島でがん患者におけるACPを推進していくにあたり大事なこと」自信実施状況平均値

自身の実施状況は、「常にできている」「ほぼできている」「まあまあできている」の合計が「1.信頼関係の上にACPがあること」が84.0%と最も高く、次いで「3.多職種で複数のセッティングで本人の思いを繋いでいくこと」が76.0%であった。

(n=50)

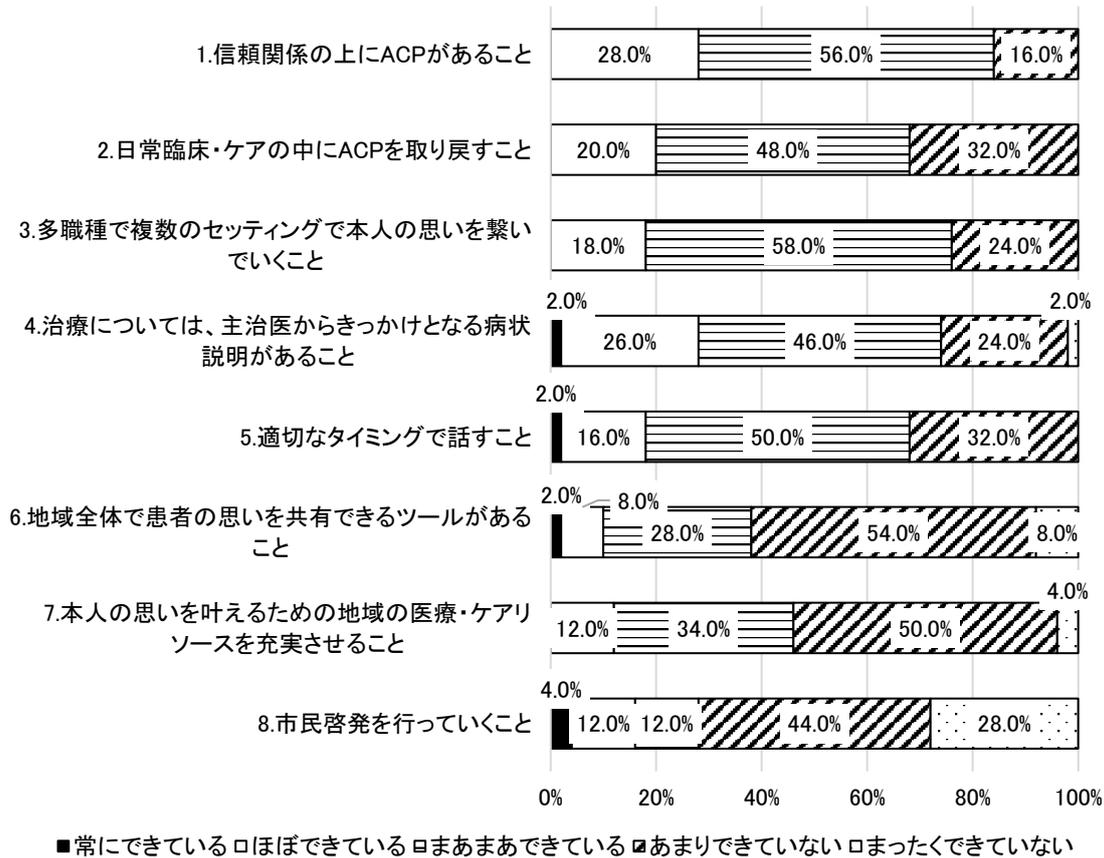


図 8 「鹿児島でがん患者における ACP を推進していくにあたり大事なこと」自信実施状況分布

3) 地域全体の実施状況

地域全体の実施状況は、各項目について「まったくできていない(1)」から「常にできている(5)」までの5段階で尋ねた回答の平均値である。

(n=50)

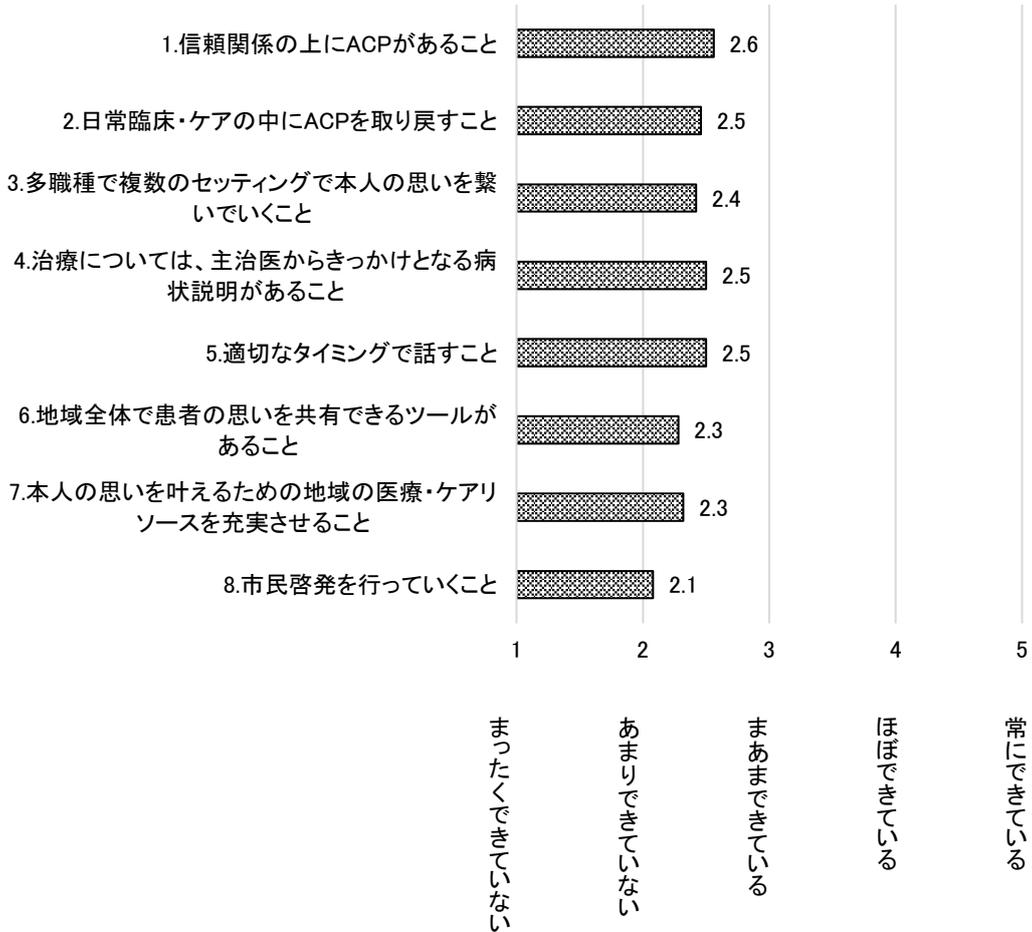


図9「鹿児島でがん患者におけるACPを推進していくにあたり大事なこと」地域実施状況平均値

地域全体の実施状況は、「常にできている」「ほぼできている」「まあまあできている」の合計が「4.治療については、主治医からきっかけとなる病状説明があること」「5.適切なタイミングで話すこと」が42.0%と最も高く、次いで「2.日常臨床・ケアの中にACPを取り戻すこと」が40.0%であった。

(n=50)

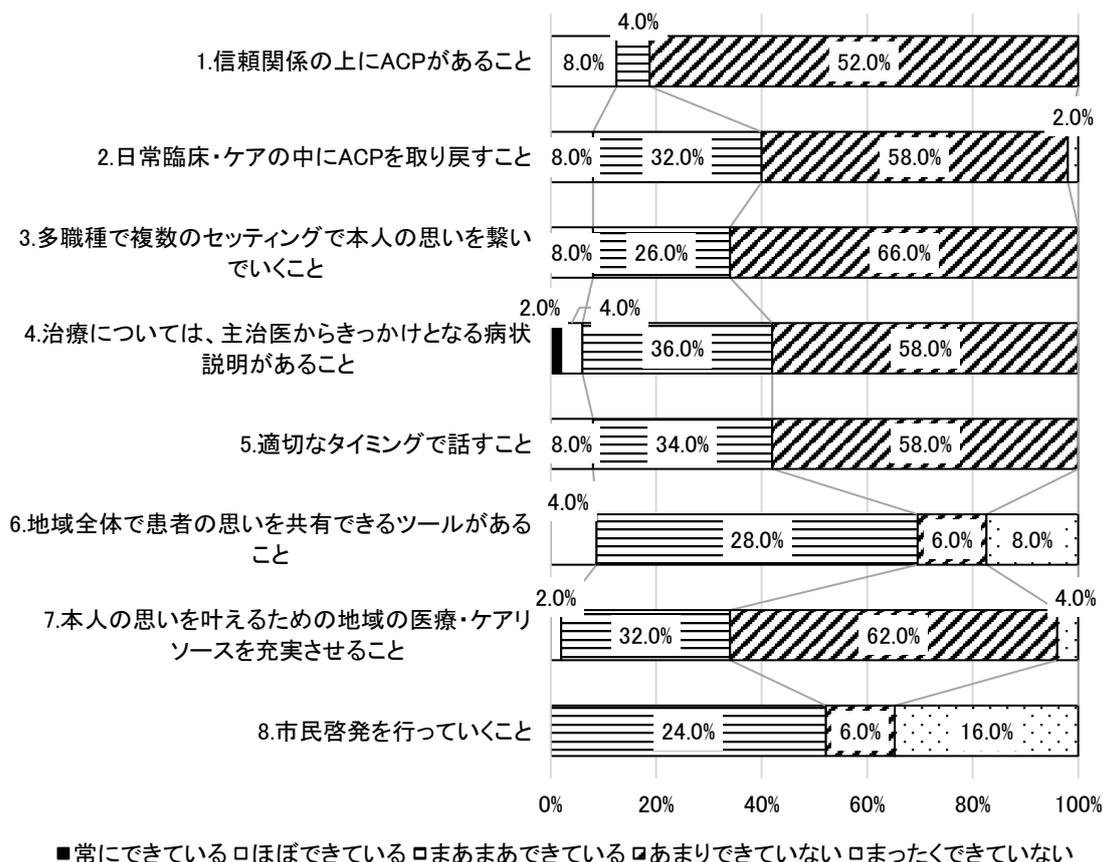


図 10「鹿児島でがん患者における ACP を推進していくにあたり大事なこと」地域実施状況分布

- II. 「鹿児島でがん患者における ACP を推進していくにあたり大事なこと」の実装にあたり自機関または地域で取り組むと良いこと
- I. 「信頼関係の上に ACP があること」の具体的な内容について、自由記載にて下記の回答を得た。

院内勉強会でロールプレイ等で実践していくことから始めることがよいと思います。
ケア, 事務も含めて自分の, 事務も含めて ACP についての自分の考えをまとめ討論し合う場作り。
可能であれば、多職種とご本人ご家族で、顔合わせ程度でも良いので、話す機会があれば良いのではないかと。
多職種参加型の研修会(症例共有や模擬体験)
医療従事者の意識をあげるための教育
決めることに固執せずに、何度も繰り返し話し合う機会を作ることが必要だと考えます。
基本的な日常ケアを誠実に行うことから
IC同席の看護師の役割について周知すること 早期から緩和医療の実施を周知する 市民向けのACP周知活動の推進 医療者へのACP教育
信頼関係のない ACP は苦痛なものになると考えます。そのため、人生の最終段階の話をする前に、どれだけの信頼関係を築いてから行うのか、がその人への侵襲性を決めることになるのでは、と。コミュニケーションの勉強は常に続ける必要があります。
告知の段階から緩和ケア認定看護師等が同席する 退院支援カンファレンスに本人、家族、施設等のスタッフが同席する
初対面で聴取するのではなく、信頼関係を築いた上でACPについて聴取する、もしくは主治医の病状説明の流れで聴取出来るようにするなどの工夫が必要であると思います。
気軽に相談できる関係作り
医療従事者のすべてが、ACP を理解すること。ややもすると指示に追い回されている日常業務の中に人間味ある医療・ケアが実践できるようになること。
顔と顔を合わせての関係作り
ACP の導入
地域での連携をより強めていくことが必要か
時間やタイミングを積み重ねた丁寧な関係性づくり
まずは ACP というものを知っていただくと同時に、信頼関係が構築されたうえでの ACP の重要性と楽しさを知っていただけるように、勉強会など繰り返した方がよいかもしれない。
患者さんとの継続的なコミュニケーション
受け持ち看護師で患者の思いを聴取する(初診や外来では関係構築が難しい)
その方の大切にしている・していきたいこと、楽しみ等の価値観を知るためには、日常からの診療やケア等を通しての対話を大切にすること。
サマリーの活用
共通のツールの使用。利用者と日常的にどのように生きていきたいかが話せる関係が作れること。
入院時に質問紙を活用して介入していく。
ACP の必要性の理解を深めるために事業所で事例を共有していく機会を持つこと

連携していくツールを充実させる事と思っています。
患者に関する全ての医療従事者のコミュニケーションスキルを上げる必要があると思う。
患者家族との面談をくり返し それぞれの思いを聴取、共有する
思い当たりません。
特記所見なし
ACP について学び、活かしていく
ACP の段階として、どのような生活で、どんな価値観なのかは入院や入所で療養の場が変わるたびに聞き直していることが多いのではないかと。情報が共有できると良い。実際紹介受診する方で、ACP に関連した情報提供をもらったことはほぼない。
がん治療を施行中に今後の診療、生活方針を聞いていく取り組み
信頼関係があって、患者さんが語ってくれる為継続した関わりが必要である。
日常の会話を大切にすること
コミュニケーションスキルの向上がないと信頼関係はできないので、まずはスキルトレーニングが必要
院内での ACP、コミュニケーションの研修会など *アンケートの回答には直接関係ないのですが、アンケートの設問に「実装」という言葉が使われています。一般的に使われている言葉なのでしょうか。私の勉強不足だと思うのですが、今まで「実装」という言葉を使ったことがありません。そのためアンケートの意図が少しわかりにくく、もしかしたら的外れの答えになっているかもしれません。申し訳ありません。
院内では複数の職種・スタッフが関わっているが、継続して関わるスタッフがいることで、患者さんとの信頼関係の構築、ACP 推進につながるのではないかと。思う。
がんの診断早期（診断から初期治療前まで）にがん相談支援センターを必ず訪れる仕組みを作ること。専門スタッフの早期介入。
まだ経験が浅いため、いろいろなことを経験し学ばせていただきたい。
ACP の取り組みについて入院時に説明する
まずは、日常、いつもの関わりが、一番大切じゃないでしょうか。患者さん家族と信頼関係が築けていれば、起こってくる事柄にも一緒に乗り越えられると思います。 ただ、ここ近年感じますが、権利主張ばかりおっしゃって、なかなか信頼関係を築きづらい患者さん家族が増えていると思います。病院の次々変える方など。 そのような方への対応が難しいと感じます。
受け持ち看護師が受け持ち患者を受け持てる看護体制、働き方改革といえども関係構築には時間がかかること、相手のもとで立ち止まる必要があることの共通認識
医師がひとりで診療を進めないこと、診療を共有できるように他職種が関わるができる仕組みを作ること
早期からの介入
がん分野の認定看護師など専門職を中心とした教育体制の整備
コミュニケーションスキルを学ぶ機会があるとよいと思います
ACP の目的を最初にお話する。
周知が必要
医者や看護師、リハスタッフが情報を共有しラポール形成することで信頼関係が築けると。思います。できるだけ早い段階で情報共有ができる環境を作るのが良いのではないかと。思います。

2. 「日常臨床・ケアの中に ACP を取り戻すこと」の具体的な内容について、自由記載にて下記の回答を得た。

<p>具体的にどのような場面でできるかを院内研修等で学ぶ機会をつくるとよいと思います。</p>
<p>一人一人が自分の考えだけでなく、人の意見も傾聴し、その場で自らの意見を現場でだせるように学びを深め意見がいえようになること。実際この夏から自分や家族の DNAR のシートを記入し自分がどう生きたいかのアンケートをまとめ今後職員全員でディスカッション予定である。</p>
<p>診断がついてあまり間を開けず、ご本人が意思表示ができるうちに、連携用紙の内容の情報を得て、多職種で共有</p>
<p>多職種参加型の研修会（症例共有や模擬体験）</p>
<p>ACP に取り組める時間を作るための業務整理、タスクシフト（ACP 実践には時間も必要）</p>
<p>今、看護師への研修等に取り入れています。日常の中の（排泄や清潔ケア、食事など）に対するケアでも、患者の意思決定を支援していく過程の中で、患者さんが大事にしたい価値観が見えてくると考えています。</p>
<p>限られた役割の者が行うのではなく、受け持ち看護師を含む多職種それぞれが意識的に行う必要がある</p>
<p>コミュニケーションスキルを高める教育体制づくり（怖がらずにそばにいて傾聴する）</p>
<p>日常診療やケアの中に、ACP を取り戻す。その通りだと思います。ACP と話すことによって「延命処置を早めに決めよう」というような流れだけにならないかが心配していましたし、そこを早めに決めることを医療従事者は迫る風潮があります。 日常的に、普段から「どう生きたいのか」ということを考えられる場がひつようだと感じています。</p>
<p>病状説明に同席し、患者の思いを傾聴する ケアをしながらでも会話をする時間を作る</p>
<p>普段の何気ない会話の中から患者の意向を確認し、状態の変化に応じて患者の意向を確認できるような取り組みを部署や病院で考える必要があると思います。</p>
<p>日々のカンファレンスで ACP を活用して共有する</p>
<p>多職種が余裕を持った業務ができるように、医師の ACP への理解促進</p>
<p>治療変更毎の確認</p>
<p>自身の医療機関では ACP と名を掲げて取り組めていないため、今後 ACP の名を掲げて導入</p>
<p>ACP を専門に相談できる部署が欲しい</p>
<p>職場内の啓蒙</p>
<p>まずは ACP という言葉すら知らない医療者が多いため、地道にお知らせから入らざるを得ない。</p>
<p>治療をするにあたって、初めから ACP の話を患者と会話をとおして継続的に行っていく</p>
<p>治療変更時のタイミングで確認するようにする</p>
<p>その方の大切にしている・していきたいこと、楽しみ等の価値観を知るためには、日常からの診療やケア等を通しての対話を大切にすること。</p>
<p>多職種カンファレンスの実施や研修会の開催</p>

共通のツールを元に思いに変化がないかを会話の中で聞いたり話したりが出来る関係性やスキルを持てること。
看護ケアで関わる中で、日々大事にしていることを確認していく。
それぞれが聴取した本人の思いを共有するツールの作成
なかなか時間的にも難しい時があるので、短時間で連携が取れるツールを作れば良いと思います。
日常のケアの中に ACP はあるのだという意識づけが必要だと思います。看護師対象で院内研修は行っていますが、E-FIELD 研修の受講機会を増やしてほしいと思います。(特に医師)
ACP の必要性をしっかりと意識づける 院内での勉強会
ACP を意識しすぎないことがまずは大事と個人的に考えます。
患者家族が信頼して話が出来る医療者が医療機関に常にいるような環境づくり
患者の話を聴き、向き合っていく
日常診療においてしなくてはならないことと認識されると良いと思います。ACP 関連の研修会に参加する医師はとでも限られています。外来こそ充実していくと良いと思います。
普段の診療中に患者さんの生活状況を聞き、希望を叶えるような診療を行うこと
いろんな段階もあるが、あまり ACP という形にとらわれすぎず、多職種で思いをつなぎ本人にとっての最善を考えていくツールであってほしい。
患者・家族の思いを丁寧に聞いていくこと
あまり ACP という形にとらわれない理解が必要ではないか
ACP の啓発活動など 申し訳ありません。「ACP を取り戻すこと」を実装していくにあたり・・・という設問の意味がよくわかりません。
改めて ACP という形にこだわるのではなく、関わるスタッフそれぞれが患者さんの思いを聞いていると思うため、それを周囲が共有し、ケアに関わることができると良いと思う。
すべての医療職が ACP について理解を深められるような教育体制の整備
まだ経験が浅いため、いろいろなことを経験し学ばせていただきたい。
情報共有すべきことを記録に残す
同じく日々の関わりが一番大切だと思います。あとは、その関係性ありつつ、病院や地域で患者さんと気持ちの整理を一緒に事前に整理できる機会やその機会があった時のツールがあればある程度聞き取る側の個人差が少なく取り組むことができるのでは。
今までしていたことが、ACP であることの認識ができるようなスタッフ教育
ACP の正しい考え方を職員全員に浸透させる研修をする。もしくは、要になる人のチームを作る。
全ての関わる職種が、ケアの中で意識的に関わり記録に残すこと、それを共有できるツールがあること
医療職が ACP について学ぶ勉強会の充実
いろんな職種が日常臨床・ケアの中で ACP があることを理解できるような取り組みが必要だと思います
日々の看護実践にも活用できるように、スタッフ同士で情報共有し継続看護につなげていく。

周知が必要
患者さん主体の医療を行うことが ACP に有用だと思えます。 多忙な状況では困難なためマンパワーを増やす必要があると考えます。

3. 「多職種で複数のセッティングで本人の思いを繋いでいくこと」の具体的な内容について、自由記載にて下記の回答を得た。

各職種で得た情報をカンファレンス等で共有し、思いを繋いでいくことを実践するとよいと思えます。
職員の中も多職種になるので職員同士の話し合いの機会を設けることと、地域の勉強会をその上で開催していくことをしたい。
スタッフだれでも簡単に、電子カルテ上で連携用紙にアクセスできるようにする
多職種参加型の研修会（症例共有や模擬体験）
関係性の構築（顔の見える関係づくり。多職種カンファレンスを繰り返し、それが当たり前になるように事例検討会などを行っていく。オンラインも利用して）
個人や部署の価値観に左右されることがないように、カンファレンスを企画することを研修の中に取り入れ始めたところです。チーム医療のコーディネーターは看護師だと考えていますので、看護師の意識を高めていくことが大切だと考えています。
サマリーなど記録を見に行かなければ見えないものではなく、聞き取ったことが多職種の目に自然と触れるような記録のあり方の検討
鹿児島県ACP 連携用紙の活用を推進する 院内・院外のカンファレンスの場を容易にできる仕組みを創る（WEB カンファレンス）
行わないといけないのは、ACP 連携シートをしっかり活用をしていくことです。思いを集めても、それを繋がないことで1からスタートにお互いなるのは極めて不合理です。
記録に残す 記録が埋もれていかなないようにシステムづくりとして、ACP の項目を作る
当院では様々な支援が必要な患者に対しては多職種で連携し、患者の思いを共有しているようにしていますが、全ての患者様の ACP については共有出来ていません。また、それには限界があるように思います。そのため、記録上でどの職業の方でも簡単に共有出来るような仕組み作りが大事であると思います。
レジメン変更や BSCに移行など、多職種で共有できるように活用していく
連携方法の強化
情報を共有する機会を設ける
自身の医療機関では ACP と名を掲げて取り組めていないため、今後 ACP の名を掲げて導入
多職種が介入してもらい、主治医の負担を減らしてほしい
チーム活動の充実
当施設では特に医師に ACP の断裂を起こさないように参加していただくようお願いしたい。
日常のカンファレンスを通しての情報共有
定期カンファレンスなどをセッティングする（習慣化する）とよいのではないか。話し合う場をセッティングするようにすると、その前に意識して思いを聴く習慣もつくと思う。

ACP 質問紙を用いて、患者さんから伺った現時点での意向等について、ACP 連携用紙に要約し、必要時、多職種カンファレンス等行い共有していく。
多職種カンファレンスの実施
共通のツールを用いながら多職種でのカンファレンスを行う。
カンファレンス時、ACP 連携用紙を活用していく。
介護支援専門員が主催する担当者会議だけでなく、全員で意向を共有する場や機会を持つ努力が必要と思います。
訪問報告書や計画書などを、このツールで完結出来たら良いと思います。
鹿児島県も、島根県のような医療情報ネットワークの構築を進めてほしい。ICT の活用で、多職種間で思いを繋いでいけるのではないかと思います。
カンファレンスの実施 ケースの振り返り
患者家族の思いを多職種で共有しすぎるくらいに共有すること
患者や家族の思いを定期的に共有できる場、カンファレンスなど
カンファレンスを行う
地域の中で共有した価値観を、家族や病院とも共有してほしい。
紹介状、申し送りに本人の思いを必ず記載する。それ用のスペースのある書式を用いる
書面だけでは、伝わりにくい事もあるためやはり、顔を合わしカンファレンスを行う事がより伝わりやすいと思う。今後、zoom カンファレンスがもっと普及していったらいい。
ACP 養子の活用で繋いでいく
多職種でのカンファレンスなどで気軽にお互いの意見を出せる環境を作る。
当院では、まだまだとり組みが遅れており、まずは多職種で自由に話し合える場を数多く作ることが重要だと思います。特に医師へ ACP の啓発を行い話し合いの場に参加してもらう環境づくりが必要な状況です。
院内、地域の関係機関と、必要に応じたカンファレンスが積極的に行えたら良い。
情報を共有すること、カンファレンス
まだ経験が浅いため、いろいろなことを経験し学ばせていただきたい。
記録の統一
やはり、思いをつなぐためには、ある程度の同じ情報共有ツールが必要かもしれません。
多職種カンファレンスの中で ACP の話になること、共有認識できること
カルテ内で共有できるツールがあること
患者を中心にケア方針を話し合い、定期的な話し合いの場と設けることが必要
カンファレンスの実施。
多職種カンファレンスで ACP の内容を活用できるような医療者の育成が必要と考えます
多職種に本人の意向を情報共有しカンファレンスを必要時行う。
チーム活動の構築
いろんな職種が把握してる患者さんの情報を統合できるツールがあれば環境を作りやすいと思われます。

4. 「治療については、主治医からきっかけとなる病状説明があること」の具体的な内容について、自由記載にて下記の回答を得た。

主治医(医師)にも ACP を理解できるような機会づくりが必要だと思います。
医師とのコミュニケーションが難しく、本人の意志が尊重されないこともここが原因の事もある。医療・介護は本人が中心だという事を時間はかかるが医学教育で強力に教えてほしいが無理だと思うので、地域全体で学び合う必要がある。PTA や学校の先生、コミュニティでの学習会、保健所の講習会に現場の医師や看護師が講師になって問題提起する事ができたら、日頃から終末期になる前に家族や本人から医師に意見が言えるのではないか。そう簡単ではないが、いつかは変わると思う。地域全体が生き方死に方の討論場になる。
病状に関する内容を、厳しことも含めて、ご本人が知りたいかどうかの意思確認を初診時に行い、記録に残す。
医師向けの研修会(症例共有や模擬体験)
ACP に対する医師の意識を上げる必要がある。教育が必要。(鹿児島県の PEACE 研修のフォローアップ研修として ACP 研修を加えて欲しい。)
主治医によっては、バッドニュースを伝えることが苦手であったり、家族の意向を優先して伝えることを躊躇してしまうことがあると思います。そのようなケースで緩和ケアチームが介入できる働きかけが必要だと考えます。
病状変化についてしっかり伝えられる場合が多いですが、主治医によってはそのような機会を持たないこともあり、状況に応じた病状説明は確実にを行い、患者・家族が向き合う機会を作る必要がある
大事な話をいつしか家族先行で実施し、患者に真実を伝えられないまま最期の時を迎える場面や苦しむ家族がまだまだ多く見受けられます。話し合いの場に看護師も積極的に参加し患者の代弁者として意見を述べる力をつけるべきだと常々考えています。医師はすぐには変えられないので、看護師の ACP に関する教育を行い患者の代弁者として最善の話し合いができる人材育成が必要ではないかと考えます。
主治医については、ACP の中心でなくて良いものの、きっかけ自体を与えるのは医師が最も適切だと考えます。がん治療に限らないのであれば、きっかけを与えるようなアプローチをしてから、それをその場ですぐに決めず、その後の訪問看護につなぎつつ話を進めるようなことをおこなっております。
説明時に現在の状況だけでなく、今後考えられることを説明し、少しずつ考えて行けるようにする
入院時や病状の変化時、検査時などに医師からの説明は必ずあるため、そのタイミングを大切にしていくことが大事だと思います。
医師に働きかける
医師の ACP の理解、コミュニケーションスキルの充実
IC の日程調整
自身の医療機関では ACP と名を掲げて取り組めていないため、今後 ACP の名を掲げて導入
時間的な余裕が欲しい
主治医の IC 内容を共有できるようなシステムづくり(診療録の活用)
病状説明が不足というより最悪ないという場面も見受けられるため、最善の考え方やコミュニケーションスキル等について医療者が研鑽する必要がある。

治療の初期段階から、ACPについても含めて患者と話をしていく必要あり
医師ははっきりと患者に伝えないことが多い、期待を持たせることがいいこととは限らないため、事前に本人の思いを知っておくと医師も伝えやすくなるのではないかと。
がん診断時、再発時、レジメン変更時、治療中止等の話し合い等のタイミングで ACP に関する話し合いをしていく。
医師の説明時に必ず看護師が同席、サマリーの勝浦
必要だと思われる方についてはこちらからも主治医へ声をかけ、可能であれば同席させて頂く。
主治医とのコミュニケーション。情報共有。
書面のやりとりだけでなく、直接主治医と面談を行う機会を作ること
初回診察や退院時説明時も参加が出来ることが望ましいと思います。
医師のコミュニケーションスキルの問題が大きい。緩和ケア研修会のように、E-FIELD 研修の受講も必須要件として欲しい。
多職種から主治医へのアプローチ
まずは家族やキーパーソンへの病状説明が重要と考えます。
病状説明への多職種の同席
主治医への働きかけ
病状説明はきっかけだとは思いますが、病状説明がないと始められないとは考えていません
病状説明時は常に患者さんの将来の希望を聞くこと
医師からの病状説明は必須。説明があると、その後患者さんとの対話が進む。
主治医からの説明に同席し、その後の思い等を傾聴する
医師に通常のコミュニケーショントレーニングに加え、悪い知らせを伝えるためのトレーニングを何度か行わせる。(一度では無理)
主治医から定期的にきちんとした治療・病状に関する説明を丁寧に行うこと。当たり前のことがきちんとできていないこともあると思います。
患者さんの病状認識、受けとめの状況を確認しながら、必要に応じて(希望があれば)主治医から説明の機会を設けていくことを、医師にも提案していきたい。
ACP をふまえて説明ができる医師は少ないのが現状のため、多職種協働での介入が必須である。
まだ経験が浅いため、いろいろなことを経験し学ばせていただきたい。
病状説明の記録の統一をしている
主治医もバットニュースを伝えることは大変な作業だと思います。 それを共有できれば一番いいのですが。 やはり医師の多職種連携の必要性の意識改革は大切かと。 あとは、日々関わる多職種スタッフも他業務あり大変だと思いますが、大事なタイミングで IC につける体制づくり大事だと思います。
医師への ACP 教育
病状説明が見える化(説明前に)できるツールや、把握できる仕組みを作ること。運用のルールを明確にすること。
治療方針を多職種で検討し、主治医の負担を軽減していくこと
主治医と一緒に看護師や心理士が説明に同席する

医師が病状説明を行う前に患者の思いを伝えることができる看護師がいるようになるとよいのかなと思います。
主治医からも ACP について話してもらおうと導入しやすいと思う。
医師の ACP への理解
然るべきタイミングで多職種と病状説明書できたら円滑に治療に移行できると思おます。

5. 「適切なタイミングで話すこと」の具体的な内容について、自由記載にて下記の回答を得た。

どのようなタイミングで話すかを研修等で具体的に提示しスタッフに共有していくことが大切だと思います。
ターミナル期を待つのではなく考え方として自分の今後の治療のあり方について本人家族に必ず聴くことを職員間の業務にしていることで、聴けていないことが浮き彫りになり、カンファレンスを繰り返す、その後の本人家族の言葉の意味をみんなで共有し理解しようと情報共有できている。そろそろだと思えば医師に提案したり、家族に提案したりできている。地域全体で共有できるといい。
「私の手帳」のような意思表示カードの作成
多職種参加型の研修会（症例共有や模擬体験）
ACP に対する医療従事者の意識をあげるための教育。医師の周囲の医療従事者の意識を挙げて、それが当たり前の状態になれば、医師を促すこともできる。まだまだ ACP に関する教育、研修が不十分であり、実践的な研修や教育が必要だと思う。
適切なタイミングの判断は難しいと考えます。タイミングを間違った時にフォローし合える医療者間の関係性を整えて置くことが求められると考えます。
外来は特に日常診療、処置などに追われることが多く、気がかりな患者さんがあっても関わりを持ってないスタッフもいる。画像評価時や病状説明時に専門の担当者が入ったとしても、そのことを繋いでいけるように仕組みづくりを行う
がんの診断時から患者自身が病気と向き合い今後どのように過ごしていきたいのか？患者が安心して相談できる医療者が常に必要だと考えます。信頼できる人がいること、時期としては、治療変更や療養の場を考える時期が重要になるとおもいます。
タイミングがこないと ACP はできない、という勘違いをしないようにしてもらいたいのので、意見抜粋である最初の「時期を問わず？大前提」の文章が最初にあることが大事だと思います。
タイミングを医師が伝え、それだけでなくそこから多職種で関わり合いながら紡いでいくことを、自然とできるようになると良いと思います。
自己判断でき、自分で動けるうちに話していく
適切なタイミングで話せるよう、普段から信頼関係を築き、患者の病状を常に医師と共有、把握することが大事だと思います。
適切なタイミングとは、難しいこともある。院内研修等で学びを深める。
診断時、治療開始時、治療変更時など多職種がかかわれるような体制の構築
スタッフ間でのコミュニケーション
自身の医療機関では ACP と名を掲げて取り組めていないため、今後 ACP の名を掲げて導入
時間的な余裕が欲しい

多職種連携
まずは適切なタイミングとはどのようなタイミングかを知っていただく必要がある。
治療の初期段階、再発時等に ACP について対話を積み重ねていく必要あり
治療変更のタイミングを逃さず説明するようにする。看護師も同席できるようにセッティングする。
質問 4 と同じです。
患者に関わるスタッフ間の連携、情報共有
必要だと思われる方についてはこちらからも主治医へ報告。必要なタイミングであることをキャッチできる様会話の内容や本人の変化に気が付けるようにスタッフ自身も力をつけていく。
再発時や繰り返しの入院時に意向を確認。
入院時や退院時等の節目だけでなく、本人が気持ちを吐露したいと判断できるそれぞれのタイミングを見逃さないモニタリングを行えるための研修
大事な時間ですので、アポを取りながら設定していく事と思います。
ACP コミュニケーションスキル研修
患者の病状をしっかり把握し自身の思いを適切なタイミングで話す そのためにも普段から信頼関係を構築する必要がある
は家族やキーパーソンへの病状説明が重要と考えます。
本人より前に家族へ病状を説明する機会を設けること
患者を知りタイミングを図る
適切なタイミングの例はあげられそうですが、一概に一律にすることは困難さもあるかと思 います。機械的に行うならこのタイミングでインタビューする、など決めても良いかと思 います。入院する全患者に質問票を記載してもらおうという意見もありましたが、そういうことではな いと思っています。
治療方針の変更の際に必ず本人の思いを聞く。
部屋持ちやケアの中で、本人の思いをつないでいき最善の選択ができるように支援してい くこと
お互いにしっかりと時間の取れるタイミングを検討する
上記トレーニングがうまくいけば自然とある程度はタイミングも良くなってくる。あとは医師以 外の医療スタッフがそれぞれ集めた情報をきちんと医師と共有しておくが良い。
「適切なタイミング」というのは患者さんによっても違いますし、病気や病状によっても違いま す。やはり医師個々人の ACP に対する理解やコミュニケーションスキルが重要です。 それを改善するのはなかなか困難です。医師に関しては、将来のことを考えれば研修医の 教育の中に ACP やコミュニケーションの教育を行なっていくのが良いのではないかと考え ており、研修医や医学生のポリクリで ACP に関する話や講義をしています。
日常臨床、ケアの中で思いを聞いていくことは大前提だが、診断時から本人の思いや病状 理解について把握し、本人に寄り添ってその都度思いを聞いていくことが大切だと思う。
病状説明や治療変更など方針転換時を話すきっかけとする意識の浸透。医療者のスキルア ップが重要。
まだ経験が浅いため、いろいろなことを経験し学ばせていただきたい。
入院時から記載していただく
やはり主治医との連携が一番大事だと思います。

タイミングを逃さない、指標となるマニュアル作り
一番は、説明に同席した後の、理解度や反応を意図的に聞くことができる場面を設けることを当たり前にしていく。そこからプロセスとして進めるために情報共有を始める仕組みを作る。
医療者が意識的に問いかける必要がある
治療開始時期や変更時、終了時期の看護師の介入。
適切なタイミングがわかることも話をできる力の育成も必要と思います。
ACP 質問用紙を配布する対象者や渡すタイミングを統一する。
周知活動
人それぞれに適切なタイミングは異なるのである程度、コミュニケーションに長けたスタッフで対応していくのが無難かもしれません。

6. 「地域全体で患者の思いを共有できるツールがあること」の具体的な内容について、自由記載にて下記の回答を得た。

緩和ケア地域連携会議や研修等で共有出来たらよいと思います。
病院に入院中から意識して傾聴した言葉も申し送りしてもらい、それを在宅でもつなぐといい。京都の思いをつなぐシートが鹿児島市だけでも共有できれば良いと思う。今うちでは思いをつなぐシートを書き始めている。
患者サロンのような部署
ツールの作成と普及活動(説明会)
鹿児島 ACP 連携用紙の推進。周知し定着させる。使いながら、実情に合った使い勝手の良いツールになるようアップデートしていけばよいと思う。とりあえず、みんなでやってみることが大切だと思う。
誰もが入力でき、更新できるサマリーを整えていけたらと考えます。
現在鹿児島 ACP 連携シートを活用し始めている。使いながら実働に合わせて内容検討をしていくことかと思うが、実際使用する人が限られ、続かない。多職種での意識付けが必要
現在、鹿児島県連携用紙を病棟から少しずつ実施しているところです
現在わずかではあるものの、ACP 連携シートが動き出しています。これからは、導入していない地域、医療機関でも、このシートのブランクを送付し、記載してもらえようようなアプローチを試みようかと思っています。
記録用紙の統一、システムづくり
鹿児島で統一したアプリやシステムがあると導入しやすくなると思う
恐らく病院や施設によって使用するツールが異なっているため、鹿児島県で統一し、地域全体で把握出来るようになればなと思います。
鹿児島緩和ケア地域連携情報提供書をツールとしている
ACP 連携用紙の普及と多施設参加の連携検討会
サマリーの作成。作成時間に負担のかからない方法の模索も必要
自身の医療機関では ACP と名を掲げて取り組めていないため、今後 ACP の名を掲げて導入
顔の見える連携の構築は如何でしょうか
共通書式の整備。

<p>ツールについてはあっても利用しない場合が考えられるため、地域連携の際にツールの使用を必須化するくらいしなかなければならない可能性を考える。</p>
<p>患者がいつも所持して確認することができる手帳のようなものの作成？</p>
<p>県内共通のツールを活用できていないため、活用できるように院内に周知する</p>
<p>院内スタッフへの ACP 連携用紙の活用についての周知を徹底し、その連携用紙を用いて地域全体で共有していく。</p>
<p>鹿児島 ACP サマリー</p>
<p>共通のツールの使用。ツールの広報。様々な場面で一人でも多くの人にまずその様なツールがあることを知ってもらい、活用が日常的なものになる様にしていく。</p>
<p>質問紙を活用し、連携用紙で話し合った内容を地域の連携先へお渡ししていく。</p>
<p>特にありません</p>
<p>いつでもツールに参加できる事。個人情報の問題も考慮必要と思います。</p>
<p>鹿児島 ACP 連携用紙を活用したいと考えています</p>
<p>地域住民などを対象としたサロンの実施</p>
<p>ツールがあってもやはり多職種で患者の思いを共有することが重要と考えます。</p>
<p>地域の医療機関との定期的なコミュニケーションを図る場が必要</p>
<p>ツールシートを活かす</p>
<p>実際県のツールを使ったこともありますが、各施設間でやり取りするには書き足していくことができるものではないし、書き足すと膨大になる。過去から今への変化も大事。システム上追記ができたり、やり取りしやすければ良いと思います</p>
<p>ツールはある程度のベースがあればそれを各施設でアレンジすることがよさそうです。</p>
<p>現在は、在宅調整する際など、医療者間のツールの一つとして活用しているが、もっと地域の方も自由に見ることができ、みんなで支えていくことが出来る仕組みがあるとよい。</p>
<p>ACP 用紙の活用、活用方法を勉強する</p>
<p>患者の思いは流動的であり、あまりツールにこだわると書き込むことに一生懸命になるので良くない面もあるのでは。それよりは関係する地域のスタッフと、こまめにコミュニケーションをとれる環境を作っておくほうが良いように感じる。</p>
<p>必要最低限のツールは必要かと思います。あまり細かく決める必要はなく、必要なポイントを押さえた上で自由に表記できる部分も必要かと思います。</p>
<p>院内ではカルテでの情報共有が多いが、カルテでは拾いきれない情報もあるため、共有できるツールについては検討していけたらと思う。</p>
<p>がん拠点病院であり、多くの患者ががん治療を受ける長い期間を通院や入院で訪れる。この時期は治療に強い希望を持ちながら生活している方が多く、最終段階について話すことがためられる方もとても多い。それが ACP のすすまない要因になっていることもある。地域で共有できるツールがあることは理想ではあるが、状況や場面によっても患者家族の気持ちは大きく変化するため、ツールありきで医療者主導の ACP になってはかえって信頼関係を損なう恐れもあると思う。そうならないように対策を取りたいが、教育が追いつかない状況である。</p>
<p>まだ経験が浅いため、いろいろなことを経験し学ばせていただきたい。</p>
<p>鹿児島 ACP 用紙の普及</p>

<p>まずは、情報共有ツール書式の確立かもしれません。 あとは、ある程度新人からベテランまで一定のレベルまで聞き取りできるための教育。 地域との連携も同じかと。</p>
<p>地域で使用しているツールを共有すること</p>
<p>現時点で、鹿児島県で共有するツールがあるため、そのツールを日常化できるように使っていく。</p>
<p>負担がなく、タイムリーに共有できるツールがあると継続できると考える</p>
<p>地域で統一されたツールの使用</p>
<p>他施設の活動状況がわかると院内職員の教育にも影響すると思います</p>
<p>退院時に ACP 連携シートもサマリーと一緒に共有する。</p>
<p>現在 医師会にて作成。活用を広げることが大切</p>
<p>オンライン上で情報共有するのが 1 番公立学校良さそうですが現状、難しそうです。 コアとなる公共施設があり簡単にやり取りできたらいいと思います。</p>

7. 「本人の思いを叶えるための地域の医療・ケアリソースを充実させること」の具体的な内容について、自由記載にて下記の回答を得た。

<p>地域全体で多職種での研修等で質の底上げができればよいと思います</p>
<p>思いをつなぐシート、ケアマネとの温度差のない連携</p>
<p>連携用紙の内容をデータベース化し、多施設からアクセスできるようにする</p>
<p>まずは現在ある医療・ケアリソースを見える化し、地域で共有する</p>
<p>鹿児島は離島・へき地が多くあり、研修会などの参加が難しいところもある。オンラインを活用した研修会の開催や、各拠点病院が中心になり、地域施設の相談窓口の設置、共同オンライン症例カンファレンス、医療機器の貸し出しシステムなどの体制を整えることも大切である。そうすると緩和ケア部門だけでなく、病院上層部、医師会との連携も必要。</p>
<p>本人の思いを聴き、多職種、多施設と連携していくために、一番近くにいる看護師の理解が必要だと考えます。看護師の教育課程の中に組み込んでいく必要があると考えます。</p>
<p>顔の見える連携づくりを積極的に行い、地域の問題点や、もっとこうあると良い、などの意見の交流と実践</p>
<p>緩和ケア領域における問題に対し気軽に相談できる窓口設置を検討中</p>
<p>特にターミナルをいかに受け入れるようなサポート体制があるのかが重要だと思いますので、そこを調整できるようにしていきたいと思っています。</p>
<p>入院時からの退院支援 緩和ケア病棟を増やしてほしい</p>
<p>地域全体で共有出来る仕組み作り(共通のツール)などがあればもっと医療やケアを充実させることが出来ると思います。</p>
<p>退院前カンファレンス等で、ACP で得た本人の思い希望が叶えられるように必ず、代弁して伝えている</p>
<p>医療の・ケアリソースの現状把握と公開</p>
<p>地域の中心となっている医療機関や地域包括支援センター等からの情報収集</p>
<p>自身の医療機関では ACP と名を掲げて取り組めていないため、今後 ACP の名を掲げて導入</p>
<p>ACP の専門スタッフを増やすこと</p>

共通書式の整備。地域での勉強会など(コロナ禍なので web などの活用も含む)
当施設としては地域のケアリソースの充実というよりは地域連携に関してまだ全く不足している実情を把握しているためケアの断裂を防ぐためにも特に後方医療機関との連携を更に充実させ、ケアも ACP も断裂させないようにする必要があると考える。
病院から在宅へ移行する際に患者の思いも引き継ぐこと。
地域との連携を充実させる。顔が見えるつながりがあると相談もしやすい、紹介しやすくなるのではないかと。
ACP 連携用紙を活用し、地域と連携を充実させていく。
多施設との研修会
共通のツールの使用。
病院と地域の関係職種、また地域住民との交流の場を設けていく。
特にありません
分かりません。
離島や地方などの方とも連携を図りやすくするために、ZOOM などを利用して交流の機会を持てる場があるとよいと思います
顔の見える連携づくり ケーススタディ
思い当たりません。
自施設のがん相談支援センターの活用
本人の思いを周りに伝えていく
鹿児島でも地域差が大きく、たとえ本人が家に帰りたくとも、資源の問題で実現までに時間を要したり、困難であることがある。リソースを共有できるようになると良いと思います。
充実させるにあたり、不足していることなどを取り上げる機会を持つこと。
ACP があると、本人の思いを多職種で分かち合い繋ぐことができる。また、家族や大切な方々へも思いをってもらう事で、支援する力も大きなものとなる。
地域での繋がりを大切にして、周知していく方法の検討
行政を動かす必要もある内容。在宅での医療がしやすい環境(お金の問題や仕組みの問題)を作ることで、参入する人も増えるのでは。仕組みとしては今後 IT 化を進めてネットワークを作りやすくすることは必要。
特にありません。
患者さんの希望があっても、地域、特に地方の場合は社会資源が限られていることも多々ある。患者さんのニーズに応じて、地域にある限られた社会資源を最大限活用し、患者さんの思いに可能な限り近付けるよう、支援を行っていきたい。
連携する医療者同士が直接情報共有できる機会を積極的に作ること。
まだ経験が浅いため、いろいろなことを経験し学ばせていただきたい。
情報共有が大事だと思う
日々のケースを大切にに取り組むことではないでしょうか。
地域格差での療養場所の選択が制限されない環境づくり
どの職種がどのような役割でいるのかを施設内で共有し、カンファレンスでも役割を明確にすることで患者さんの情報に責任が持てるのではないかと。
地域格差をなくす

カンファレンスの実施
すでに認定看護師などの資格を有している看護師のさらなる教育が必要ではないかと悩みます
必要な社会資源やサービスは早期に連携を図り地域スタッフにも情報共有していく。
周知活動
患者さん本人がアンケート形式で思いついたときに書ける書式があればいいと思います。

8. 「市民啓発を行っていくこと」の具体的な内容について、自由記載にて下記の回答を得た。

患者さんのみでなく患者さんのご家族自身とも自然と話し合えるような関係づくりができたらよいと思います。
個人情報に配慮した市民向けの学習会や患者会主催の患者側から見た医療や在宅医療のあり方への提言、小学、中学、高校での死についての講演会、養護教諭、校長会などでの啓発のための出前授業。
テレビた新聞で cm を打つ
メディアでの啓発や医療施設での啓発ビデオの放映など
自施設でできること:受診時に ACP に関するパンフレットを配布する、市民向けの研修会の開催 地域全体で取り組むこと:例えば、ここ 1 年間を強化年として緩和ケア部門会全体で市民向けの ACP 啓発のためのプロジェクトを考え、連携協力して系統立てたイベントを行ってみる(各施設がバラバラではなく、それぞれの研修会を関連付けて…)
病の終末期だけのものではなく、生き方を選択するためのものであることを啓蒙するためには、患者を通して家族の生き方の選択についても話ができる機会を作っていきたいと考えます。そうすることで、少しずつ広がり、定着していくのではないかと思います。
支援していくことを伝えながら、本人の意向に沿った医療・ケアを行うことの重要性について同じような目線で語り合ったりする機会が必要。
市民公開講座等で啓発していく機会を作ります
市民啓発運動としては、数年前から「縁起でもない話をしよう会」を開催し、地域において市民啓発活動を繰り返してきました。認知症にしろ、がんにしろ、胃ろうにしろ、縁起でもない一般の方々考えるものについて話し合う時間は、意外と地域の方々には話したがっていたんだということに気付かされます。
院内に ACP の取り組みについて掲示 CM を作る、広告に入れる、リビングなどの情報誌に載せる
市民講座などを開催し、ACP とは何かを知る機会を設けたり、元気なうちに ACP について考える、家族へ共有する機会を設けるとよいと思います。
入院患者だけでなく、市民が気軽に記入できるようになるとよい
市民公開講座等での啓発
YouTube などで知りたい人が知りたい時に見れるようにする
自身の医療機関では ACP と名を掲げて取り組めていないため、今後 ACP の名を掲げて導入
市民公開講座等の開催
地域での勉強会など(コロナ禍なので web などの活用も含む)

啓発活動は拠点病院としては行っていかなければならないと考えている。
医療と連携しながらの市民講座 日頃から ACP について市民が意識しておくことの啓発
積極的な広報が必要。市民が関心を寄せるイベントなど検討か。
行政もしくは各医療機関で行っているがん市民公開講座等で ACP についての啓発を行ってみる。
院内掲示
医療機関だけでなく、各事業所が介入になる際に説明をする。TV や説明文書・チラシなどの作成。高齢者クラブ等でも広報する。
窓口相談に来られた方へも、パンフレットでご案内していく。
市全体で市民に対しての啓発の機会を継続的に行っていくこと
必要な患者様へ声掛けを行う。
ACP についての市民公開講座などを検討していきたいと考えます
院外研修の開催
まずは院内啓発が重要と考えます。
自施設のがん相談支援センターの活用
ACP とはの勉強会や講義を行う
緩和ケア分野だけでなく、救急や高齢者、認知症なども含めて、将来のことは見据えた話ができる機会が増えると良いと思います。
市民対象の講座、講演、メディアなど何でも機会があれば積極的に啓発活動する。
元気な時から、自分の大切にしていること等、書き込めるようなところがあったらよい。
家族や周囲の人と話し合えるような環境を作れるように ACP を知ってもらうこと
定期的な講演会の開催。ただし講演会だと興味がある人しか来ないので、テレビなどのメディアを利用した、不特定多数に配信できるようなものも定期的に活用できると良い。
市民への講演などを通した啓発活動
医療者の中では、ACP という言葉を耳にする機会も多いと思うが、地域住民の方の中には ACP という言葉や、そういったことをあまり考える機会の少ない方も多いと思う。何か考えるきっかけになる機会(取り組み)については、検討していきたいと思う。
生き方、価値観の問題が大きいので、医療機関で講座などを行っても限界がある。
まだ経験が浅いため、いろいろなことを経験し学ばせていただきたい。
ACP の容姿を記載することが普通の事と伝える
地域も参加できる勉強会ができれば一番いいのかもしれませんが。
しかし、実際はまず一例一例を大切にすることが大事なのは。
一例一例を大切に組み合わせることでお互いの関係性を築き、次の例が来たときも話し合いなどでき、組み合わせることができるようになると思います。
病院のテレビで ACP の動画などを流す、駅などの大型掲示板で動画を流す
市民公開講座。公の相談窓口。誰でもパツと立ち寄れる場所の設置。
定期的なイベントや体験者や遺族の話など身近に感じられる取り組みが必要
院内の掲示物の工夫、公開講座の開催
地域全体で行っていることがわかるとよいと思います
ACP について知ることができる機会を設ける。
公的な機関からの情報発信
テレビやラジオ、You Tube などの広告を利用するのも 1 つの方法だと思います。

