

## 原 著

がん・呼吸器疾患専門病院におけるAdvance Care Planning (ACP)  
推進の取り組みと職員の意識の変化小笠原啓子<sup>1)</sup>, 竹内 愛<sup>2)</sup>, 藤田浩美<sup>3)</sup>, 村田佳代子<sup>3)</sup>  
小嶋麻衣子<sup>3)</sup>, 中富雅子<sup>3)</sup>, 佐伯達矢<sup>3)</sup>独立行政法人 国立病院機構 山口宇部医療センター 緩和ケア内科<sup>1)</sup> 宇部市東岐波685番地 (〒755-0241)  
地方独立行政法人 下関市立市民病院 緩和ケア内科<sup>2)</sup> 下関市向洋町1-13-1 (〒750-8520)  
独立行政法人 国立病院機構 山口宇部医療センター 看護部<sup>3)</sup> 宇部市東岐波685番地 (〒755-0241)

Key words : アドバンス・ケア・プランニング, 終末期医療, 意思決定支援, 質問紙調査

## 和 文 抄 録

【目的】 がん・呼吸器専門病院においてAdvance Care Planning (ACP) 推進の取り組みを行い、職員の意識調査により活動全体を評価し、今後取り組むべき課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】 ACPワーキンググループによるACP推進の取り組み（職員や患者・家族に対する教育・啓蒙活動、院内マニュアル等の文書作成）を行い、職員（医師・看護師・リハビリ療法士・医療ソーシャルワーカー）を対象としたアンケート調査でACPの認知度や終末期医療・ケアの意思決定に対する意識の変化を検証した。

【結果】 アンケート結果から、取り組み後に職員のACPの認知度は上昇していた。しかし実際に終末期医療・ケアに多職種で関わっているか、本人の意思や価値観が反映できているかという点では意識の変化がなかった。終末期の意思決定支援を難しいと思う割合も依然として高く、その理由として「意識レベルの低下や認知症等により本人の意思が不明」「本人と家族（および医療者）間の意見の食い違い」「話し合いを始めるタイミングが分からない」「スタッフの能力不足」「業務上の問題がある」「家族とのコミュニケーション不足」「職種間の連携不足」な

どの意見があった。

【結論】 ACPワーキンググループの取り組み後に職員のACP認知度は向上した。しかしACPをさらに推進するためにはそれだけでは不十分で、今後の取り組みとして、患者・家族へのさらなる啓蒙、具体的な症例を用いた多職種カンファレンスの実施、スタッフや家族間の情報共有ツールの開発・活用、および効率的なACP実践方法の検討が必要と思われた。

## 緒 言

アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning : ACP) は、終末期に患者の意思決定能力が失われても、本人の意向が尊重された形で医療・ケアが提供されるように、前もって話し合っておくことの重要性が認識されて生まれた概念である。歴史的にみると、終末期における自己決定権の尊重と過剰な医療の抑制のため20世紀後半に諸外国で患者の事前指示 (Advance Directive : AD) が法制化されたが、1991年前後に米国で行われた調査 (SUPPORT研究<sup>1)</sup>) で、ADによる効果が十分にみられないことが報告され、より包括的なコミュニケーションプロセスとしてのACPが提言された。

日本では、2018年に厚生労働省が「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を改訂し<sup>2)</sup>、その中にACPの考え方が盛り込ま

れた。さらに公募により「人生会議」という愛称を付け、11月30日を「いい看取り・看取られ」の語呂合わせから「人生会議の日」と定め、ACPの普及啓発・認知度の向上を図っている<sup>3)</sup>。

ACPの定義は、当初はばらつきがあったが、2017年に米国のSudore、また欧州緩和ケア学会(EAPC)が、それぞれデルファイ法を用いた研究を行い、多国間の専門家による合意形成を行った<sup>4, 5)</sup>。日本では2018年に日本医師会、2019年に日本老年医学会がそれぞれ定義を発表しており<sup>6, 7)</sup>、2022年9月に宮下らによって修正デルファイ法を用いたコンセンサス研究による「日本版ACPの定義」が発表された<sup>8)</sup>。いずれも、「本人(患者)を中心として、本人の価値観・目標・意向を家族等と医療・ケアチームとで共有し、意思決定を支援するプロセス」という点において共通している。しかし病院におけるACPの組織的な取り組みにおいては未だに確立された方法はなく、それぞれの現場において試行錯誤を繰り返している段階であり、今後さらなる研究結果の蓄積が期待されている<sup>9, 10)</sup>。

当院は、がん・呼吸器疾患を専門とする病床数365床の病院で、うち25床は緩和ケア病棟である。山口県特定領域がん診療連携推進病院(肺がん)に指定されており、一般病棟に入院している患者の6割以上ががん患者で、多くは肺がん、悪性胸膜中皮腫など、呼吸器系の悪性腫瘍患者である。令和5年度の全退院患者における死亡退院の割合は約1割であった。診断から終末期まで一貫として関わる中で、終末期医療・ケアの意思決定支援は必須であるが、これまでは急変時のDNAR(Do Not Attempt Resuscitation)など主治医主導によるADに留まることが多かった。そこで組織的なACP推進のための取り組みを行い、ACPの認知度および終末期医療・ケアの意思決定支援における職員の意識の変化を調査したので報告する。

## 方 法

2019年12月病院内にACPワーキンググループを立ち上げた。発足時のコアメンバーは、緩和ケア内科医師2名と、各病棟より1~2名ずつ選出した認定看護師9名(緩和ケア、がん性疼痛看護、がん化学療法看護、がん放射線療法看護、慢性呼吸器疾患

看護)の合計11名であった。活動内容は表1に示すように二つの柱に分け、①教育・啓蒙活動②文書作成とした。

### ①教育・啓蒙活動

職員への教育・啓蒙目的に、広報誌「ACP便り」の発行、院内・院外講師による研修会開催、およびワーキンググループメンバーによる各部署での出前講座を行った。「ACP便り」は、ワーキンググループメンバーがワーキング会議の中で担当した勉強会の内容を“ミニレクチャー”としてまとめ、さらにACPに関する様々な情報(Q&A、研修会の告知・報告など)を掲載して1~2ヵ月に一度発刊し、院内各部署(全22か所)に一部ずつ配布するほか、院内WEBに公開し、すべての職員が閲覧できるようにした。

研修会は病院職員全員を対象に、年に数回、外部講師を招いてのコミュニケーション講座や、ワーキンググループメンバーによる寸劇形式のACPシミュレーションを行った。それぞれの参加者は30~50名程度で、看護師、医師、薬剤師など多職種に参加があった。出前講座では、ワーキンググループメンバーが医局・外来・全病棟・薬剤科等各部署に出向

表1 ACPワーキンググループの取り組み

#### ① 教育・啓蒙活動(図1)

- ・情報誌「ACP便り」発行
- ・院内勉強会・出前講座
- ・患者・家族向けポスター・リーフレット作成
- ・病院広報誌への記事掲載

#### ② 文書作成(図2)

- ・ACPの指針
- ・ACP(人生会議)アンケート
- ・ACPマニュアル・フローチャート
- ・ACPカンファレンスの進め方(会話例)

き、ACPに関する文書の内容・使用方法などを具体的に説明した。

また患者・家族への啓蒙目的に、ポスターやリーフレットを作成し、院内に掲示・配布し、病院の広報誌にもACPについての記事を掲載した。

作成した「ACP便り」「ポスター・リーフレット」の一部を図1に示す。

## ②文書作成

「ACPの指針」、ACPを始めるきっかけ作りとしての「ACP（人生会議）アンケート」、「ACPのマニュアル」「フローチャート（人生会議アンケートを用いたACPの実践）」、「ACPカンファレンスの進め方（会話例）」を作成した。文書の一部を図2に示す。

また、電子カルテ内に多職種で使用できる「ACP記録」「ACPカンファレンス」のテンプレートを作成し、スタッフ間で情報を共有しやすくするため「ACPフォルダ」をクリックすると全てのACPに関する記録が時系列で閲覧できるようにした。

上記の取り組み前後に職員を対象としたアンケート調査を実施し、ACPの認知度および終末期医療・ケアの意思決定支援における意識の変化を検証した。

### 調査対象：

当院に勤務するすべての医師、看護師、リハビリ療法士（以下、リハビリ）、医療福祉士（以下、MSW）を対象とした（表1）。対象者数は1回目275名、2回目289名であった。これらの職種は療養先の決定など終末期医療・ケアの意思決定支援に関与することから選定した。

### 調査期間：

1回目のアンケートは2019年12月中旬～下旬、2回目は2021年12月下旬～2022年1月上旬に実施した。

### 調査方法：

無記名自記式調査票を配布して調査を行った。調査期間内に提出されたものを集計対象とした。職種は選択式とし、医師、看護師、リハビリ・MSWに分類した。性別・年齢・経験年数は不問とした。

「①ACPがどういったものか知っている」「②終末期医療・ケアにおいて本人の意思や価値観が十分反映できている」「③終末期医療・ケアにおいて多職種で支援している」「④終末期医療・ケアの意思決定支援をすることは難しい」という項目に対して

「そう思う」「ややそう思う」「あまりそう思わない」「そう思わない」の4件法で評価した。また難しいと感じる理由について自由記載で評価した。

加えて2回目の調査において「この1年でACPに関して行ったこと」を尋ね、「ACP便りを読んだ」「ACPに関する医学（看護）雑誌や書籍を読んだ」「インターネットで検索した」「院内の研修や勉強会に参加した」「院外の研修や勉強会に参加した」「患者に対してACPを行った」「自分の家族に対してACPを行った」「その他」の選択式（複数回答可）で評価した。

### 解析方法：

統計学的解析は医学統計解析ソフトGraphPad Prismを用いてFisherの正確確率検定にて行った。無回答は欠損値として除外した。

### 倫理的配慮：

本研究は、山口宇部医療センター倫理審査委員会の承認を得て実施した。アンケートは無記名として個人が特定できないように配慮し、任意提出とした。アンケートの目的・研究結果の使用用途について文書で通知した。

## 結 果

調査票の回収率は1回目90.9%（250/275）、2回目89.0%（257/289）であった。回答者の属性を表2に示す。内訳は医師で1回目20/33（回収率60.6%）、2回目25/37（回収率67.6%）、看護師で1回目213/225（回収率94.7%）、2回目215/235（回収率91%）、リハビリ・MSWで1回目2回目ともに17/17（回収率100%）であった。

結果を図3に示す。「①あなたはACPがどういったものか知っている」という項目では、「そう思う」「ややそう思う」と答えた割合の合計は1回目45.2%、2回目では65.8%と有意に増加していた（ $P < 0.001$ ）。

「②あなたが担当する患者の終末期医療・ケアにおいて、本人の意思や価値観が十分反映できている」という項目では、「そう思う」「ややそう思う」と答えた割合は、1回目50.8%、2回目50.5%と大きな変化はみられず（ $P = 0.85$ ）。「③あなたが担当する患者の終末期医療・ケアにおいて多職種で支援している」という項目でも1回目64.8%、2回目67.3%

**ACP 便り** 第8号

※ACPはAdvance Care Planningの略です

皆さん、あけましておめでとうございます。  
ACPワーキンググループです。  
昨年はACPワーキンググループの活動にご理解・ご協力いただき、誠にありがとうございました。本年もどうぞよろしく申し上げます。  
今年最初のACP便りは「実践！ACP」をテーマにお送りします。

<ACPミニレクチャー①>

今回のテーマ…**ACPの実践とACPを進めるうえでのエビデンス**

ACP便りを毎回読んでくださっている皆さんは、すでに「ACPとは何か」を十分理解されていると思いますが、どうやって実践したらいいのかわからない・・・という方も多いのではないのでしょうか。そんな方々のために、今回は「ACPの実践」と「ACPを進めるうえでのエビデンス」についてご説明します。

**<ACPの実践>**

まず、一般的なルールとして・・・

- ① 礼儀正しく、ていねいに
- ② 患者・家族等の防衛規制に応じて機密的でないコミュニケーションを行う
- ③ 患者や家族の感情に留意し、負の感情に気づいたら、感情への対応を優先する
- ④ もしも・・・、万が一・・・という前置きで始める
- ⑤ 面談の終わりには、感謝を伝え、わからないことはいつでも質問できることを伝える

**ACP 便り** 第11号

※ACPはAdvance Care Planningの略です

皆さん、こんにちは！ACPワーキンググループです。  
今回のACP便りは、みなさんからいただいたご質問にお答えします。

Q.「ACP(人生会議)アンケート」はいつ読んだらいいですか？

ACP便り第9号でご紹介した「ACP(人生会議)アンケート」を覚えておられますか？忘れたい・・・という方は添付資料1をご覧ください。また、MyWebライブラリ内にあるACPフォルダから印刷することもできます。  
「ACP(人生会議)アンケート」は、代理意思決定者の選定や、本人の価値観を知るために情報収集を行う、いわばACPを始めるきっかけを作るものです。現在、ACPの実践モデルとして、以下の図が掲載されています。



命の危険が迫った状態になると約70%の方が医療やケアなどについて自分で決めたり、人に伝えたりすることができなくなると言われています。

あなたに「もしも」のことがあつて、あなた自身が判断できなくなると「治療方針」や「延命治療」などの重大な決断は家族に委ねられます。

私たち医療者は「その時」のあなたの意思を最大限尊重して治療やケアにあたります。

よろしければ今のうちから、あなたの大切な人や身近な医療者に「あなたの願い」伝えておかれませんか？

※このような前もっての話し合いは、あなたについての大切な決断をするときに、重要な助けとなることがあります。 「縁起でもない」「できれば先延ばしにしたい」そう思われている方に無理強いするものではありません。

山口宇部医療センター

**“もしも”の時の話  
してみませんか？**

11/30は人生会議の日  
人生の終わりまで  
あなたどのように  
過ごしたいですか

もしもの時のために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、大切な人たちと繰り返し話し合い、共有する取り組みを人生会議(ACP:アドバンスケア・プランニング)と呼びます。

↑ ACP 便り

← ポスター

↓ リーフレット

**大切な人や医療者に  
伝えてありますか？**

自分らしい生活を送るため  
あなたの気持ち・・・

**ACP**  
Advance Care Planning  
アドバンスケア・プランニング

体がつらい時に  
過ごしたい場所  
はどこですか？

治療とともに  
大切にしたいこと  
はなんですか？

あなたの意思を  
理解している人  
は誰ですか？

- ・ ACP (アドバンスケア・プランニング) とは？
- 万が一の時に備えてあなたの大切にしている事や願い、どのような医療やケアを望んでいるのかについて自分自身で考えたり、あなたの信頼する人たちと話し合ったりすることを「ACP (アドバンス・ケア・プランニング)」と言います。
- ・ ACPは、もしもの時にあなたの意思する人が、あなたの代わりに治療やケアについて難しい決断をする場合に重要な助けとなります。
- ・ 今のあなたはこのような話は必要ないかもしれません。
- ・ でも、今話し合いをしておけば、万が一あなたが自分の気持ちを伝えなくなった時には、心の声を伝えることができ、ご家族やご友人の心の負担は軽くなるでしょう。

図1 教育・啓蒙活動

### ACP（人生会議）アンケート

記入日 \_\_\_\_\_  
お名前 \_\_\_\_\_

① あなたが今後希望される医療やケアを提供することができるように、あなたにとってどのようなことが重要かを前もってお聞きして、スタッフで共有しておきたいと思うのですが、よろしいでしょうか？

はい → 次の質問へ  
 いいえ → ここで終了です  
(以下の質問には答えずこのアンケートをスタッフに渡してください)

② 病状が進んで自分の意思を伝えられなくなったとき、あなたの代わりに治療やケアの方針を決めてほしい人（代理意思決定者）はどなたですか？  
またその理由を教えてください。

夫・妻  子供  兄弟・姉妹  他の親族  友人・知人  親  その他

その人のお名前 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
理由 \_\_\_\_\_

③ その人に、代理意思決定者になってほしいことを伝えてありますか？  
 はい  いいえ

④ 質問③で「はい」と答えた方へ  
その人に、自分の価値観や尊重してほしいことなどを伝えてありますか？  
 はい  いいえ

⑤ 質問③または④で「いいえ」と答えた方へ  
まだ伝えていない理由を教えてください。

考えたことがなかったから  話さなくてもわかってもらえるから  
 話す機会がなかったから  他の人には決めてほしくないから  
 話しにくい内容だから  
 その他（具体的に）

⑥ 今後の人生で、あなたが大切にしたいことは何ですか？（自由にご記入ください）

⑦ もしもあなたが「こんな状態になったら生きているのがつらい」と感じるとすれば、どのような状態でしょうか？（複数選択可）

からだの自由が利かず、自分で身の回りのことができない状態  
 意識障害や認知症などで意思の疎通ができない状態  
 口うまく飲んだり食べたりできず、点滴やチューブ栄養が必要な状態  
 自宅や住み慣れた場所で生活できず、入院・入所が必要な状態  
 車や公共交通機関を利用して外出ができない状態  
 医療に高額な費用がかかる状態  
 その他（具体的に）

⑧ 今後、病状が進んだ場合の療養場所や、そこで受けたい医療やケアについて医療者と相談したいですか？

今すぐ相談したい  
(相談したい内容: \_\_\_\_\_)

いずれ相談したい  
(相談したい時期: \_\_\_\_\_)

相談したくない  
(その理由: \_\_\_\_\_)

※ 「いずれ相談したい」「相談したくない」を選択された方は、相談したくなかったときに、スタッフに声をお掛けください。

(2021年7月作成)

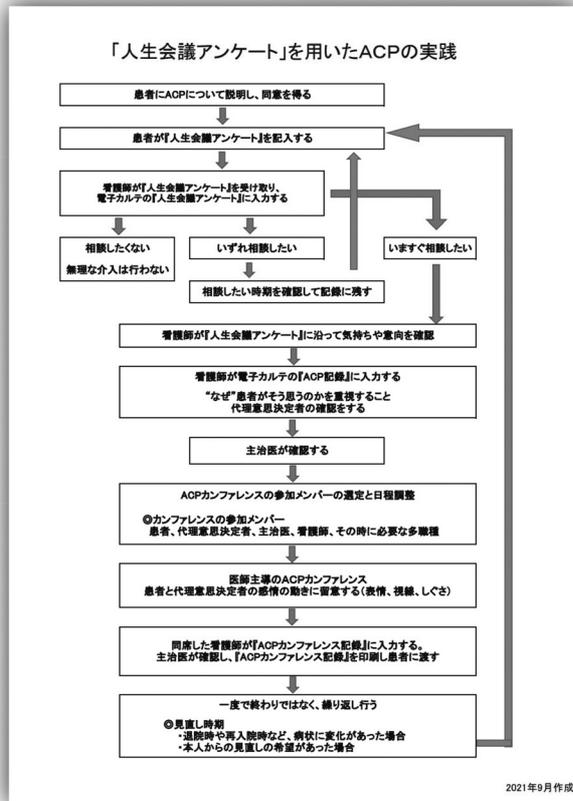


図2 作成した文書（一部）

とほとんど変化はみられなかった (P=0.33).

「④あなたが担当する患者の終末期医療・ケアの意思決定を支援することは難しい」という項目では、「そう思う」「ややそう思う」と答えた割合は、1回目69.2%、2回目75.5%とわずかに増加していた (P=0.07).

患者の終末期医療・ケアの意思決定を支援するこ

とを難しいと思う理由を、自由意見で記入してもらったところ、表3に示すように大別して①意識レベルの低下や認知症などで本人の意見がわからない②本人と家族（および医療者）の意見が食い違う③本人が話し合いを嫌がる④病状の変化によって思いが変化する⑤話し合いを始めるタイミングが分からない⑥スタッフの能力不足（特にコミュニケーション

表2 回答者の属性

職種	1回目			2回目		
	n	%	回収率 (%)	n	%	回収率 (%)
医師	20	8.0	60.6(20/33)	25	9.7	67.6(25/37)
看護師	213	85.2	94.7(213/225)	215	83.7	91.5(215/235)
リハビリ・MSW	17	6.8	100(17/17)	17	6.6	100(17/17)
全体	250	100	90.9(250/275)	257	100	89.0(257/289)

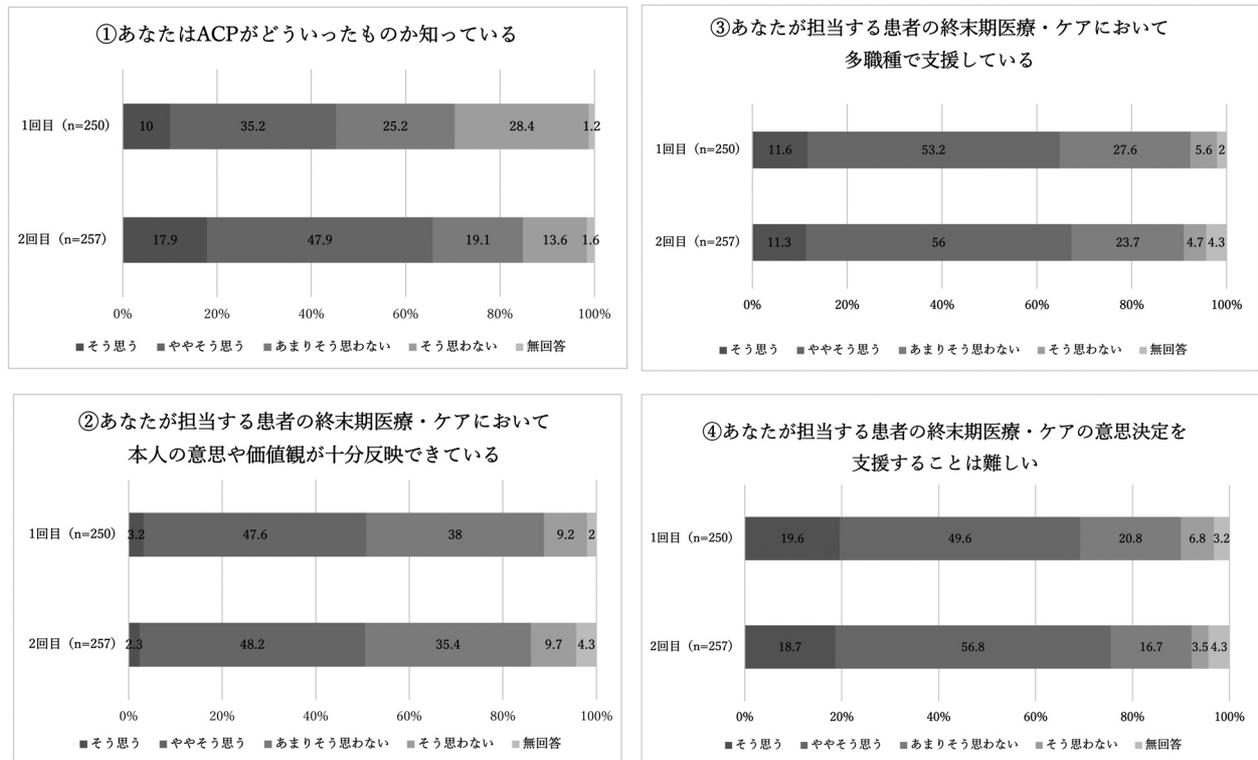


図3 アンケート結果 (1回目と2回目の比較)

能力) ⑦業務上の問題がある(時間がとれない) ⑧  
 家族とのコミュニケーション不足⑨職種間の連携不  
 足, という意見があった。1回目, 2回目ともに①

が最も多く, 次いで②となった。

また2回目のアンケートで「この一年ACPに関  
 して行ったこと」を尋ねたところ, 図4に示すよう

表3 終末期医療・ケアの意思決定を支援することは難しいと思う理由(自由記載)

意見	1回目(人)	2回目(人)
① 意識レベルの低下や認知症などで本人の意思がわからない	22	23
② 本人と家族(および医療者)の意見が食い違う	15	15
③ 本人が話し合いを嫌がる	2	1
④ 病状の変化によって思いが変化する	3	1
⑤ 話し合いを始めるタイミングが分からない	10	4
⑥ スタッフの能力不足(特にコミュニケーション能力)	8	3
⑦ 業務上の問題がある(時間がとれない)	3	5
⑧ 家族とのコミュニケーション不足	5	9
⑨ 職種間の連携不足	3	2

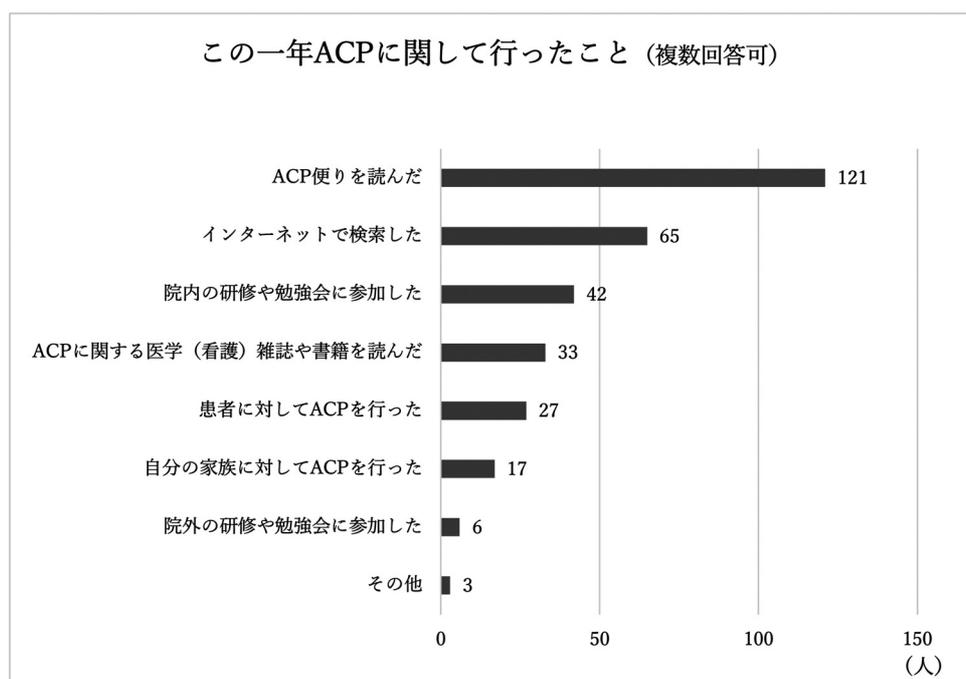


図4 この1年ACPに関して行ったこと

にACPワーキンググループが発行した「ACP便りを読んだ」は121人（全アンケート回答者数の47.1%）と最も多く、そのほか「インターネットで検索した」65人（同25.3%）、「院内の研修や勉強会に参加した」42人（同16.3%）と続いた。また「患者に対してACPを実施した」のは27人（同10.5%）であった。

## 考 察

この研究は、がん・呼吸器疾患専門病院において組織的なACP推進の取り組みを行い、取り組み後に職員の意識がどう変化したかをアンケート調査で明らかにしたものである。

先行研究から、患者によるACPへの理解<sup>11)</sup>や医療者のエンドオブライフに関する知識やスキル<sup>12)</sup>がACPを促進することが指摘されており、ACPワーキンググループの活動として、患者・家族向けのポスター・パンフレットを作成し、職員を対象とした勉強会の開催や、広報誌の作成を行った。またACPに関するスタンダードなガイドや、具体的に活用できるテンプレートがないことがACPを阻害する要因として挙げられている<sup>13)</sup>ことから、院内での「ACPの指針」、「ACPマニュアル」、「フローチャート」「ACPの進め方（会話例）」を作成し、電子カルテ内に多職種が使用できる「ACP記録」、「ACPカンファレンス」のテンプレートを作成し、「ACPフォルダ」をクリックするとこれまでのACPに関する記録が時系列で表示されるようにした。加えてACPを開始するきっかけ作りとしての「ACP（人生会議）アンケート」を作成した。

小松ら<sup>14)</sup>や鹿角ら<sup>15)</sup>は一般病棟における医療職のACPの認知度を20%程度と報告しているが、当院では1回目にアンケートを行った時点で45.2%の職員が「ACPを知っている」と答えており、ACPに対する関心が比較的高いことが示された。2年後は65.8%とさらに認知度が上昇していた。2回目に実施した「この一年ACPに関しておこなったこと」の質問では、「ACP便りを読んだ」と回答したものが121人と最多であり、このうち102人（約86%）が「ACPを知っている」と回答し、3番目に多い「院内研修・勉強会に参加した」と答えた42人のうち39人（約93%）が「ACPを知っている」と回答した。

この結果からACPワーキンググループの教育・啓蒙活動が認知度向上に貢献した可能性が示唆された。また、「インターネットで検索した」と回答したものは65人と2番目に多く、自ら興味を持って学ぶ姿勢が伺われた。しかし実際に「患者にACPを行った」と回答したものは27人と少なかった。

「②あなたが担当する患者の終末期医療・ケアにおいて本人の意思や価値観が十分反映できている」という項目では、1回目と2回目ではほとんど変化がみられず、「③終末期医療・ケアにおいて多職種で支援している」という項目に「そう思う」「ややそう思う」と答えた割合も、やや増加したものの、有意差は認められなかった。これらの結果から、ACPの認知度が向上しても実践に反映されておらず、実践における何らかの障壁が存在していることが示唆され、今後さらにACPを推進するためには、その障壁を取り除く必要があると思われた。

「④終末期医療・ケアの意思決定を支援することは難しい」という項目では、「そう思う」「ややそう思う」と答えた割合が1回目より2回目で増えており、ACPの知識が増えたことで意識が高まり、その難しさを改めて感じたことが一つの要因ではないかと推測した。意思決定支援を難しいと感じる理由としては、「意識レベルの低下や認知症などで本人の意思がわからない」という意見が1回目、2回目ともに最も多くみられた。ACPは終末期の医療・ケアにおいて本人の意向に基づいた意思決定支援を行うことであるため、「あらかじめ意思を確認しておくこと」が求められる。終末期においては約70%の患者が意思決定能力を失っているという報告もあり<sup>16)</sup>、ACPは本人の意思が確認できるうちに開始しなければならない。しかし、ACPは患者にとって非常に繊細な内容であり、心の準備ができていない状態で無理に進めてしまうと、むしろ害になってしまうため、その見極めが最も重要かつ難しい。「話し合いを始めるタイミングがわからない」という意見の中には、「本人の不安が強い」と患者の心理状態を懸念する声もあった。当院の「ACPの指針」では、「患者本人がACPの介入を希望しない場合は行わない」と明記し、ACPのきっかけ作りとして作成した「ACP（人生会議）アンケート」は、まず患者にリーフレットを用いてACPの説明をした上で、同意が得られた場合に実施する手順としてい

るが、「(患者・家族で) ACPについて理解してくれる人、関心がある人が増えるとより進めやすいと感じた」という意見もあり、さらに患者・家族に対する啓蒙活動が求められている。

「本人と家族(および医療者)の意見が食い違う」という意見も1回目2回目ともに多く、具体的には「患者は家に帰りたいが、家族は家で看られないと言っている場合」という例が挙げられており、また「医療者側の意見が強く反映される」という意見があった。患者の意向やご家族の事情を十分に確認した上で、医療者は自分の価値観を押し付けることのないよう、多職種で多角的にサポートする必要がある。そのためには、患者・家族・医療者間での十分なコミュニケーションが鍵になる。意思決定支援が難しい理由として「スタッフの能力不足(特にコミュニケーション能力)」と答えた人数は取り組み後にやや減少していたが、これまでの取り組みは、受動的で教科書的な内容に留まっていたため、スタッフのコミュニケーション能力の向上に貢献したかどうかは不明である。今後は、実際の症例を用いて多職種で行う症例検討会など実践的な教育を通じて、コミュニケーション能力のさらなる向上を図ることが重要であると考えている。

「業務上の問題がある(時間がとれない)」「家族とのコミュニケーション不足」と答えた人の中には「2020年からの新型コロナウイルス感染症の拡大に伴って感染対策など様々な業務が増えていること」、また「家族の面会が制限されていること」が影響していると記載した人もいた。忙しい日常業務の中でも効率よくACPを進め、家族との連携がスムーズに図れるような情報共有ツールの作成など実施方法を工夫することが求められる。

鶴若<sup>17)</sup>は、急性期病院の医師と看護師からみてACPを促進する要因と障壁を、患者個人、医療者、関係性、ヘルスケア体制の4つのレベルから捉えている。当研究において、前述した「意識レベルの低下や認知症などで本人の意思がわからない」は患者個人のレベル、「話し合いを始めるタイミングがわからない」、「スタッフの能力不足(特にコミュニケーション能力)」は医療者のレベル、「家族とのコミュニケーション不足」は関係性のレベル、「職種間の連携不足」「業務上の問題がある(時間がとれない)」はヘルスケア体制のレベルに相当する。

今後取り組むべき具体的な課題として、患者個人のレベルでは、早い段階から患者や家族にACPについての啓蒙を行い、今後の在り方・希望について考えるきっかけをつくること、医療者のレベルでは実践力を養うための多職種での症例カンファレンスの実施、関係性のレベルでは患者・家族・医療者間の情報共有のためのツールの開発・活用、ヘルスケア体制のレベルでは時間的制約がある中で効率よくACPを行う方法を確立することを考えている。

本研究の限界と課題は、医師のアンケート回収率が他職種に比べて低く、ACPに関心の高い医師がより多く回答している可能性があり、職種間での意識の違いは検証できなかった。また今回はアンケートの対象職種を医師、看護師、リハビリ療法士、MSWに限定したが、実際には薬剤師や栄養士、心理療法士などもACPに関わるため、今後はできるだけ多くの職種を対象として意識を評価すること、また医療者側からだけでなく、患者側からもACPの成果について評価を行うことが必要と思われる。

## 結 論

本研究より、ACP推進の取り組み(患者・家族へのポスター・リーフレットの作成、職員向けの広報誌「ACP便り」発行、院内・院外講師による研修会開催、ワーキンググループメンバーによる出前講座等の教育・啓蒙活動、「ACPの指針」「ACPマニュアル」「フローチャート」等の文書作成)後に職員のACPに関する認知度は上昇した。しかし、ACPの目的である終末期医療・ケアに多職種に関わり、患者の意思や価値観を反映させるという成果には結びついておらず、今後は患者・家族へのさらなる啓蒙、実際の症例を用いた多職種カンファレンスの実施、情報共有ツールの開発・活用、効率的な実践方法の確立が必要であると考えた。

本内容の一部は第4回 日本緩和医療学会 中国・四国支部学術大会(2022年8月、Web)で発表した。

## 謝 辞

歴代のACPワーキンググループメンバーおよびアンケート調査にご協力いただいた職員の皆様方に厚く御礼申し上げます。

## 研究資金

記載すべき資金提供はなし。

## 利益相反関係の有無

すべての著者の申告すべき利益相反はなし。

## 各著者の貢献内容

小笠原は研究の構想およびデザイン、研究データの収集、分析および解釈、原稿の起草に貢献した。その他の著者は研究の構想およびデザイン、研究データの収集、分析および解釈、原稿の重要な知的内容に関わる批判的な推敲に貢献した。すべての著者は投稿論文ならびに出版原稿の最終承認、および研究の説明責任に同意した。

## 引用文献

- 1) A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognosis and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. *JAMA* 1995 ; 274 (20) : 1591-1598.
- 2) 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. 2018年改訂. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (参照2024-08-05)
- 3) 厚生労働省. 報道発表資料2018年11月. [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02615.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02615.html) (参照2024-08-05)
- 4) 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. *Lancet Oncol* 2017 ; 18 (9) : 543-551.
- 5) 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 (5) : 821-832.
- 6) 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 [https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180307\\_31.pdf](https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180307_31.pdf) (参照2024-08-05)
- 7) 日本老年医学会倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」編：日本老年医学会「ACP推進に関する提言」2019年. 2019. [https://jpn-geriat-soc.or.jp/press\\_seminar/pdf/ACP\\_proposal.pdf](https://jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf) (参照2024-08-05)
- 8) J. Miyashita, et al. Culturally Adapted Consensus Definition and Action Guideline : Japan's Advance Care Planning. *J Pain Symptom Manage* 2022 Dec ; 64 (6) : 602-613.
- 9) 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.
- 10) 谷本真理子, 茶田ゆみ, 和泉成子. 日本におけるアドバンスケアプランニングに関する総合的文献レビュー. *Palliative Care Research* 2018 ; 13 (4) : 341-355.
- 11) Spelten, ER, Geerse, O., Julia van Vuuren, et al. Factors influencing the engagement of cancer patients with advance care planning : a scoping review. *European journal of cancer care* 2019 May ; 28 (3) : e13091. doi : 10.1111/ecc.13091.
- 12) De Vleminck, A., Houttekier, D., Pardon, K., et al. Barriers and facilitators for general practitioners to engage in advance care planning : a systematic review. *Scandinavian journal of primary health care* 2013 ; 31 (4) : 215-226.
- 13) 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* 2019 Sep 18 ; 9 (9) : e030275, 2019. doi : 10.1136/bmjopen-2019-030275.

- 14) 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. *Palliat Care Res* 2017 ; 12 (3) : 701-707.
- 15) 鹿角昌平, 木下貴司, 松村真生子. アドバンス・ケア・プランニングに関する病院職員の意識と実践の状況. *Palliat Care Res* 2020 ; 15 (3) : 251-258.
- 16) Silveira, M.J., Kim, S. Y., Langa, K. M. Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. *The New England journal of medicine* 2010 ; 362 (13) : 1211-1218.
- 17) 鶴若麻理. 急性期病院の医師と看護師からみたACPを促進する要因と障壁. *J. Seizon and Life Sci* Vol. 32-1, 2021 ; 328 (1) : 89-106.

### The Initiatives to Promote Advance Care Planning (ACP) and Changes in Staff Awareness at a Hospital Specializing in Cancer and Respiratory Diseases

Keiko OGASAWARA<sup>1)</sup>, Kana TAKEUCHI<sup>2)</sup>  
 Hiromi FUJITA<sup>3)</sup>, Kayoko MURATA<sup>3)</sup>,  
 Maiko KOJIMA<sup>3)</sup>, Noriko NAKATOMI<sup>3)</sup> and  
 Tatsuya SAEKI<sup>3)</sup>

1) Palliative Care Internal Medicine, NHO Yamaguchi Ube Medical Center, 685 Higashikiwa, Ube, Yamaguchi 755-0241, Japan 2) Palliative Care Internal Medicine, Shimonoseki City Hospital, 1-13-1 Kouyoutyou, Shimonoseki, Yamaguchi 750-8520, Japan 3) Nursing Department, NHO Yamaguchi Ube Medical Center, 685 Higashikiwa, Ube, Yamaguchi 755-0241, Japan

### SUMMARY

**【Objective】** The purpose of this study was to promote Advance Care Planning (ACP) at a

hospital specializing in cancer and respiratory diseases, evaluate the overall initiative through a staff awareness survey, and clarify issues that need to be addressed in the future.

**【Methods】** The ACP Working Group carried out initiatives to promote ACP (educational and enlightenment activities for staff, patients, and their families, and prepared documents such as in-hospital manuals), and conducted a questionnaire survey of staff (doctors, nurses, rehabilitation therapists, and medical social workers) to verify changes in awareness of ACP and attitudes toward decision-making regarding end-of-life care.

**【Results】** The survey results showed that awareness of ACP had increased after the initiative. However, there was no change in awareness in terms of whether multiple professions were actually involved and whether the patient's wishes and values were reflected in end-of-life care. There was still a high percentage of staff who thought that supporting end-of-life decision-making was difficult with reasons given including "the patient's will is unclear due to a decrease in consciousness or dementia", "differences in opinion between the patient and their family (and medical professionals)" and "not knowing when to start ACP discussion", "lack of staff ability", "work-related issues", "lack of communication with the family" and "lack of cooperation between professions".

**【Conclusion】** After the initiatives of the ACP Working Group, the awareness of ACP among the staff members improved. However, this is not enough to promote ACP, and efforts will require further enlightenment of patients and their families, holding multi disciplinary conferences using specific cases, developing and utilizing communication tools between staff and families, and considering efficient methods for implementing ACP.