

2. ACP の取り組みの現況と課題

2) 緩和ケアチームにおけるプロジェクトの始動と実際

大谷弘行

(九州がんセンター 緩和治療科)

はじめに

アドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）支援を暗中模索のなかで漠然と進めても何も始まらない。すべては目の前の現場の課題から始まる。2012年の秋のある日の九州がんセンターの廊下での出来事だ。相談支援センターの師長から「多くの患者は、最期を過ごしたい場所で過ごしておらず、もしかすると望まない医療がなされているかもしれないと思うんです。何とかならないですかね～」と相談を受けた。とっさに抄読会で読んだACPの論文記事が思い浮び、対策提案としてのACPの概念を師長に紹介した。このように、廊下でのふとした会話から九州がんセンターにおけるACPプロジェクトが始動した。そして、以下の文言が頭によぎった。「何か物事を行うためには、誰のために、どんな環境で、一貫性をもたせ、どのように継続していくかが重要であることは言うまでもない」¹⁾

施設としての取り組みの概要

九州がんセンターのACPプロジェクトの始動にあたって、7つのことをポイントに置いた（表1）。すなわち、1. 現場の声（課題）の明確化、2. 病院全体への理解と動機づけ、3. 理論に基づいた取り組み、4. 各現場の既存の取り組みに織り込むこと、5. 現場主体の取り組み、6. 課題を明らかにし、現場で解決していくプロセス、7. 各現場の医療者自身の成功体験の積み上げである。

1. 現場の声（課題）の明確化

まずは、相談支援センターの師長のひとこと、

表1 九州がんセンターにおけるACPプロジェクトの6つの始動ポイント

〔誰のために〕
1. 現場の声（課題）の明確化
〔どんな環境で〕
2. 病院全体への理解と動機づけ
〔一貫性をもたせ〕
3. 理論に基づいた取り組み
・ 先行研究をもとに現場に合った応用
・ 行動経済学モデルの実装
〔どのように継続し〕
4. 各現場の既存の取り組みに織り込むこと
5. 現場主体の取り組み
6. 課題を明らかにし、現場で解決していくプロセス
7. 各現場の医療者自身の成功体験の積み上げ

「多くの患者は、最期を過ごしたい場所で過ごしておらず、もしかすると望まない医療がなされているかもしれないと思うんです。何とかならないですかね～」が、本当に現場の課題となっているのかの探索から開始した。すなわち、九州がんセンターの医療者392名に対し、先行研究に基づいて作成した「がん患者と家族への意思決定支援に関する」大規模の認識調査を行った。

結果は、やはり多くの医療者（65%）が、「治療目標に関する患者の意思決定支援の調整が難しい」と回答し、その要因として、「患者の意向や価値観が明確でないため、医療者間で一貫した先々の目標設定が難しい」「将来のもしものことをあらかじめ話し合うことで、患者・家族がなくなるのでは、と心配である」が挙げられた。また、医療者は「患者の全身状態が実際に悪くなってしまった際に行われる、今後の治療やケアの話し合いがとても困難である」と感じていた。これらの結果を踏まえ、この現状を解決するためには、がん治療を開始する前から、今後の治療のこ

とだけでなく、「今までに患者が大切にしてきたことや、価値観・そして治療をしていくうえで心配なこと」を確認し、早い段階より患者との関係構築を築きながら先々の意思決定を支援していくことが重要であると考えた。

2. 病院全体への理解と動機づけ

組織全体として動くためには、組織幹部の理解とトップダウンの働きかけ、組織全体の一体感の促進が必要とされる。このため、2012年12月1日に組織幹部全員が参加する、組織主催の地域医療者向けの講演会に「アドバンス・ケア・プランニング (ACP)」のテーマをさりげなく取り上げ（このころは誰もACPの言葉を知らない時代であった）、外部専門家に講演をしていただいた。

前述の「現場の声（課題）の明確化」とこの講演会をきっかけに、組織幹部の働きかけが促進し、組織幹部推薦によるACPプロジェクトチームが、組織幹部を委員長として、各科医師代表、各病棟・外来看護師代表、各メディカル組織（事務職含む）の代表も加わり発足し、月1回集まって話し合いの機会を設けることとなった。さらに、組織の職員全員に対しては、各部署代表に、月1回の話し合いの結果伝達と意見集約をお願いするとともに、前述の地域医療者向けの講演会「アドバンス・ケア・プランニング (ACP)」と同じ内容を、再度2013年5月に、同じ外部専門家に同日に2回講演いただき（講演施設内に全員が入りきれないため）、組織の職員全員に受講していただいた。

3. 理論に基づいた取り組み／4. 各現場の既存の取り組みに織り込むこと

組織全体として動くためには一貫性が求められる。さらに一貫性をもたせるためには、根拠に基づいた取り組みが不可欠である。先行研究において、ACP支援の本質はコミュニケーションであって、そのACPコミュニケーションの流れとして以下のように推奨されていた（表2）。すなわち、まず「本人の気がかりや体や心のつらさを共有」し、「本人の大切にしていることを共有しつつ信頼関係の構築」に努め、「今後のことを話す心の

準備を確認（現在の病状認識と治療に対する希望）」し、そして、心の準備の状態によって「一歩踏み出し（最善を望みつつ、最悪に備える会話）」、さらに、多職種で「希望・備えを支える」ことが求められている²⁾。このことから、この報告に基づいた組織の職員全員によるロールプレイなど、組織全体のACPコミュニケーションの向上に取り組んでいくことを想定した。

しかし、先行研究において、そもそも行動経済学観点から、人間の意思決定の特徴として、人は先々の予想される悪い話を「先延ばし」をするというバイアスがあること（「先延ばし」することは自然な反応であること）、また、患者も医療者も「何となく変だぞ、どうやら悪くなってきているぞ」という感覚があっても、現在までの互いの馴れ合いのなかで、悪い話をなかなか口頭で言い出しづらくなることが報告され³⁾、これらのバイアスによって、ACPコミュニケーション自体がスムーズになされない可能性を考えた（表3）。

このため、ACPコミュニケーションのきっかけづくりのナッジ (nudge: そっと後押しする) として、医療機関で外来・入院前に毎回記入が求められる（「デフォルト設定」）、既存に存在する自己記入式問診票 (PROMs: patient-reported outcome measures) に目をつけた。これは患者から直接得られる報告に基づくもので、「記載することで自らのことを考えるきっかけ」となり、診療場面では口頭ではなかなか言い出せない本音も互いに伝えやすくなるという可能性が示唆されているものである^{4,5)}。九州がんセンターでは、the Patient Dignity Question (PDQ) (患者の尊厳に関する質問) を意識し⁶⁾、この自己記入式問診票に「あなたの気持ちの確認用紙」という表題をつけ、患者の“本音”記載をもとに、「さりげなく」患者の思いを引き出し、その思いに寄り添いながら、ACPを含めた病ある生を生きるための患者との対話を重ねていくこととした（表2）。そして、「今後の医療・ケアの希望」について対話を1歩踏み込むかの判断を、記載状況と対話中の患者の表情を見ながら、コミュニケーションしながら進めていくロールプレイを繰り返した。ロールプレイのポイントは、「患者の記載」をもとに対

(表 2 つづき)

図 4

7. 医師から治療の目標について、どのような説明を受けましたか？
当てはまる口に✓をしてください

①まだ治療についての説明を受けていない.....□
 ②がんと完全に切り除くこと（がんが完治すること）が目標.....□
 ③がんと完全には切り除けないが、がんをできるだけ小さくすることが目標.....□
 ④がんと完全には切り除けないが、がんによる症状を和らげることが目標.....□
 ⑤よく分からない.....□

8. あなたはどのような治療を希望されますか？当てはまる口に✓をしてください

①抗がん治療や手術を

受けたいと思わない あまり受けたいと思わない 少し受けたいと思う 受けたいと思う
 分からない

②標準的ながん治療の継続が難しくなった場合でも、わずかでも効果が期待できる可能性があるなら、つらい副作用があっても、がん治療を

継続したいと思わない あまり継続したいと思わない 少し継続したいと思う
 継続したいと思う 分からない

9. 今までの生活を維持するために、がん治療と共に、あるいはがん治療よりも優先したいことがありますか？当てはまる口に✓をしてください

がん治療を優先したい 他に優先したいことがある（内容：.....）
 分からない

【3. あなたの気持ちの確認用紙（3枚目）（図5）】

※心の準備の状態によって「一步踏み出し（最善を望みつつ、最悪に備える会話）」

※そして多職種で「希望・備えを支える」

図 5

***** 以下、あなたに当てはまらない質問や答えづらい質問は、空欄で構いません *****

* 10. からだがつらい時の医療に関する希望(してほしくない事など)について、あなた自身で考えたり、家族(大切な人)や医療者に伝えたことがありますか？

* 家族にも、医療者にもだいたい伝えている 家族には伝えているが医療者には伝えていない

* 医療者には伝えているが家族には伝えていない 考えているが家族にも医療者にも伝えていない

* 考えたことがない 分からない

* 11. からだがつらい時の医療に関する希望(してほしくない事など)について医療者と話し合いたいですか？

* 今、話し合っておきたい 今は話し合いたくないがゆくゆくは話したい

* 今も今後も話し合いたくない 説明を受けてから改めて考えたい 分からない

* 12. からだがつらいなどの理由で自分の意思表示が難しい場合、どなたに(家族等)意思決定を、任せたいですか？

* (意思決定を任せたい人のお名前：..... 続柄：.....)

* 13. からだがつらい時に過ごす場所として、「どのような場所で過ごしたいか」また、その療養場所で「どのようなケアが受けられるのか」などを医療者へ相談したいですか？

* (例) 自宅で過ごす時の訪問診療について、緩和ケア施設について、がんセンター以外の病院について

* 今、医療者へ相談したいことがある (相談したい内容：.....)

* からだがつらくなった時に相談したい

* その時にならないと分からない

話を始めることであった。

5. 現場主体の取り組み／6. 課題を明らかにし、現場で解決していくプロセス／7. 各現場の医療者自身の成功体験の積み上げ

何か物事を行うためには、「誰のために、どん

な環境で、どのように継続し、一貫性をもたせるか」を考慮しなければならない。そして、ACPの本質はコミュニケーション（対話）である。これらを現場で実践し、さらに各部署での「ACPコミュニケーションの困りごと」を明らかにし、現場で解決していくことを促進するために、当初

表3 行動経済学観点からみた先々の予想される悪い話を「先延ばしする」人間の意思決定の特徴例

1. サンクコスト・バイアス (sunk cost bias) : 「ここまでやって来たのだから続けたい」 (人は、損失回避のため) それまでに費やしたものが大きければ大きいほど、もったいないと思うのでやめられない
2. 現状維持バイアス (status quo bias) : 「まだ大丈夫」 (人は、損失回避のため) 大きな変化を避けたい、現状の維持を好む傾向
3. 現在バイアス (present-bias) : 「今は決めたくない」 (人は、損失回避のため) つらい意思決定は、なるべく先延ばしにしたい傾向
4. 障害バイアス (disability bias) や 投影バイアス (projection bias) その時その時の病状によって、その方の価値観・生きがい絶えず揺れ動く

は各部署にファシリテーターを配置した。たとえば、現場で「ACP コミュニケーション」に行き詰まっている時には、ファシリテーターから「あなたの気持ちの確認用紙」の記載の意味するところ（たとえば「白紙は白紙でも意味があること」など）を、共に共有しながら、各現場の医療者自身の成功体験を積み上げていった。

現在は、ファシリテーター不在であっても、話し合った内容が電子カルテ内の「あなたの気持ちの確認用紙」のまとめの項目欄に記録され、スタッフ間で共有されている。「ここはしっかり聞いておこう」「今は聞かなくても大丈夫」などの判断が、現場でできるようになってきているようである。

アウトカム：「現場における組織的な課題」をもとに始まった取り組みの効果

これらの取り組みによって、患者調査において、「自ら今後のことを考えるきっかけとなった (76%)」「医療者との信頼関係ができた (76%)」「自身の意向が尊重された (68%)」「家族と今後のことを話し合うきっかけとなった (73%)」との回答を得、さらに、亡くなる直前の化学療法の施行（すなわち、「病」にふりまわされるまま、“亡くなる直前まで” 一目散に自らの人生を差し置いて

表4 「現場における組織的な課題」をもとに始まった取り組みの効果

2014年	亡くなる前14日以内の化学療法施行	4.3%
	亡くなる前30日以内の化学療法施行	16.4%
2015年	亡くなる前14日以内の化学療法施行	4.0%
	亡くなる前30日以内の化学療法施行	12.1%
2016年	亡くなる前14日以内の化学療法施行	3.4%
	亡くなる前30日以内の化学療法施行	10.1%

て積極的な治療を行う) が、年々低下傾向にあった(表4)。先延ばしになっていた絶えず気持ち揺れ動くその方の“生きがい”をもとにした先々の医療の話し合い(その方の“生きがい”を「自ら」のペースで「自ら」振り返っていただくコミュニケーション)が、さりげなく繰り返し行われ、亡くなる直前の化学療法施行の頻度が少なくなってきたことがうかがえる。なお、“生きがい”として、亡くなる直前まで闘いたい方もいるので、0%になることはないのは当然である⁷⁾。

今後の課題

システムの改善をとまなわない「ACP コミュニケーションだけ」であれば、全員が望むケアを受けることは保証できない⁸⁾。1施設だけの取り組みだけに終わらず、社会全体で、システムと包括的なアプローチの構築が必要である。しかし、地域ごとに特性があることから、医療ケアシステムの複雑さやシステムレベルに応じた変革が必要である。

福岡県久留米市では、久留米市と聖マリア病院が主体となって、「本人の意向を尊重した意思決定のための研修会 (E-FIELD: Education For Implementing End-of-Life Discussion)」を、医療者向けに開催している。しかし、今1度、久留米市として、「誰のために、どんな環境で、どのように継続し、一貫性をもたせるか」に立ち戻って、システムと包括的なアプローチの構築の見直しが必要と考えている。そして、その結果として、久留米市都市宣言『「人生会議」を大切にする市宣言』の発令を願っている。

まとめ

著名な米国医師会雑誌 (JAMA) に「What's Wrong With Advance Care Planning? (アドバンス・ケア・プランニングの何が間違っていたのか?)」と題した、緩和ケアを率いてきたオピニオンリーダーからの発言に世界は驚き、戸惑った。1960~1990年の延命治療のみであった時代からアドバンス・ディレクティブ (AD) へ、1990年のSUPPORT研究を経てアドバンス・ディレクティブからアドバンス・ケア・プランニング (ACP) へ、そして30年経った現在、世界ではACPからさらに発展していく過渡期にある。

医療やケアに正解はない。しかし、忘れてはならないのは、どんな時代も患者支援の本質は、何はともあれ患者中心のコミュニケーション (対話) であるということである。

文献

- 1) Massimo Costantini, et al : Liverpool Care Pathway for patients with cancer in hospital: a cluster randomised trial. *Lancet* **383** (9913) : 226-237, 2014
- 2) Donna M Zulman, et al : Practices to Foster Physician Presence and Connection With Patients in the Clinical Encounter. *JAMA* **323** (1) : 70-81, 2020
- 3) Anne-mei The, et al : Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *BMJ* **321** (7273) : 1376-81, 2000
- 4) M Di Maio, et al : The role of patient-reported outcome measures in the continuum of cancer clinical care: ESMO Clinical Practice Guideline. *Ann Oncol* **S0923-7534(22)00691-3**, 2022
- 5) L Y Yang, et al : Patient-reported outcome use in oncology : a systematic review of the impact on patient-clinician communication. *Support Care Cancer* **26**(1) : 41-60, 2018
- 6) Chochinov HM, et al : Eliciting Personhood Within Clinical Practice: Effects on Patients, Families, and Health Care Providers. *J Pain Symptom Manage* **49** (6) : 974-980, 2015
- 7) Mitsunori Miyashita, et al : The importance of good death components among cancer patients, the general population, oncologists, and oncology nurses in Japan: patients prefer "fighting against cancer". *Support Care Cancer* **23**(1) : 103-110, 2015
- 8) Vyjeyanthi S Periyakoil, et al : Caught in a Loop with Advance Care Planning and Advance Directives: How to Move Forward? *J Palliat Med* **25**(3) : 355-360, 2022