

修士論文

経験学習に基づいた中堅看護師 ACP ファシリテーター育成研修の開発

Applying experiential learning model: Development and evaluation of ACP facilitator
knowledge and skills training program for mid-career nurses

熊本大学大学院 社会文化科学教育部博士前期課程 教授システム学専攻
173-G 8801 天野裕香

指導(主):江川 良裕 准教授

指導(副):合田 美子 准教授、鈴木 克明 教授

2023 年1月

要旨(日本語)

Advance Care Planning(以下、ACPとする)は、自分の価値や意思を踏まえ、医療者と患者家族間で話し合い今後の治療・ケア計画を決めるものである(厚生労働省 2018)。ACPの遂行にあたりファシリテーターとして介入する中堅看護師には、患者・家族らの意思と医療者間の合意形成と協調的に対立を解消させ、患者にとって最善の医療・ケアを導く、高度な能力を必要であり、人材育成が必要である。

ACPに関する研修はいくつか行われているが、ACPにおけるマネジメントを行うのに必要なファシリテーション・スキルを育成する研修報告はない。現状のACP実践研修の成果は「知識の向上」「自信につながった」などで評価される一方、「知識にはつながったがすぐには実践できない」と臨床実践での転用が困難な状況である。

ACPは、対話の繰り返しであり社会的構成主義に位置付けられる。その特性から相互学習の研修がほとんどであり、外部リソースで行われている。ACPファシリテーターの研修は、座学・事例検討とロールプレイが中心で設計される。既存研修をKolbの経験学習モデルで検証すると、具体的経験と内省における特に「描写」「外化」(中原 2021)が不足しており省察が不十分であることや抽象的概念化の支援がないことがわかった。経験学習は、具体的経験だけでは、職場での能力向上には結び付かず、内省と概念化が重要であると言われており(池尻ら 2022)実践への活用に至っていない要因であることが示唆される。

ACPファシリテーターに必要な前提知識を完全習得させる学習支援と経験学習に基づいた内省的観察と抽象的概念化の学習支援を強化することで、OJTに必要な知識とスキルを習得することを目指した研修の開発を行う。開発した研修の専門家レビューでは、IDerの専門家レビューを受け学習目標と研修評価の方法の改善を行った。また、ACPファシリテーター経験を多く持つ専門家レビューでは、現場でACPの実施における看護師に求められるニーズと学習目標が概ね合致しており、ロールプレイシナリオは、現場でも汎用性があることを受けたが、研修時間や研修内容の難易度が高いとの懸念があった。形成的評価では、個人学習と集合学習ともに1対1の形成的評価を行った。個人学習では、概ね問題なく取り組めたが、事例問題には正解がないため自己での答え合わせに不安があった。集合研修では、前提テストで想定より大幅に時間を要したことや話し合いや個人ワークの時間が足りず中途半端になってしまい、概念化のワークシートはほとんど記載するまでに至らなかったなどの課題が上がった。ロールプレイにおいては、実践をビデオでとり自分のファシリテーターの姿を「描写」することができたとの意見が多く、リフレクション後にもう1度実施する機会があることでより深い学びにつながるのではと、受講生からの意見があった。

本研修は、ACPファシリテーターとしての必要な知識と業務スキルを習得するのに有用であり、ロールプレイの実践を描写することで効果的なリフレクションに繋がった。課題は、研修時

間の再構成と前提テストと事前学習の相関性についてである。また、評価方法と行動目標の整合性を上げることも重要な課題である。

Abstract

Advance Care Planning (ACP) is defined as deciding future treatment and care plans in which medical professionals and patients' families discuss based on their own values and intentions (Ministry of Health, Labour and Welfare 2018). Mid-career nurses who intervene as facilitators need to have a high level of ability to accurately listen to the intentions of patients and their families and to guide the best medical care for patients. However, there is a lack of training programs specifically designed to develop the facilitation skills required for effective ACP management. While existing ACP training programs have shown improvements in knowledge and confidence, their practical application in clinical settings remains limited.

ACP is a repetition of dialogue and is positioned as social constructivism. Most ACP training programs rely on mutual learning and external resources.

It's facilitator training, which is conducted through external resources, is designed mainly through classroom lectures, case studies, and role plays. Examining existing training using the Kolb experiential learning model, it was found that there was a lack of "depiction" and "externalization" (Nakahara 2021) in concrete experience and introspection, and that there was insufficient reflection and no support for abstract conceptualization. Ikejiri et al. (2022) state that "concrete experience" alone does not lead to improvement of abilities in the workplace, and that introspection and conceptualization through experience are important. In addition, with regard to the acquisition of knowledge so that group learning can be carried out efficiently, individual study using self-study materials will be conducted in advance.

In the expert review of the developed training, learning goals and training evaluation methods were improved in response to IDer's expert review. In addition, a review of experts with a lot of experience as ACP facilitators generally found that the needs and learning goals required of nurses in the implementation of ACP in the field are generally in agreement, and that role-play scenarios are versatile in the field. The other hand, there were concerns about the training time and the difficulty of the training content. In formative evaluation, both individual learning and group learning were performed one-to-one.

In the individual study, I was able to work on it without any problems, but I was worried about matching the answers on my own because there were no correct answers to the case questions. In the group training, the assumption test took much longer than expected and there was not enough time for discussion and individual work, so the conceptualization worksheet was hardly completed. In the role play, there are many opinions that they were able to "portray" their own facilitator by taking the practice on video, and it is necessary to

add that having another opportunity to implement it after reflection will lead to deeper learning.

This training was useful for acquiring the necessary knowledge and work skills as an ACP facilitator, and led to effective reflection by describing the practice of role-play.

The subject is the restructuring of training time and the correlation between prerequisite tests and pre-training. It is also important to improve the consistency of evaluation methods and action goals.

要旨(日本語)	
Abstract	
第1章 背景・目的	p.1
1-1.研究背景	
1-2.ACP の理解および(スタッフとしての)実施に関するスキル習得の教育	
1-3.ACP ファシリテーターに関するスキルと習得の教育	
第2章 先行レビューと先行事例	p.5
2-1.看護師のファシリテーション能力育成に関する研究の成果と課題	
第3章 研究課題	p.9
3-1.ACP のマネジメントをおこなうファシリテーション・スキル	
3-1-1.療養病院の中堅看護師への ACP に関するインタビューとカテゴリー抽出	
3-1-2.ACP におけるファシリテーターのスキルと業務内容	
3-1-3. ACP ファシリテーターの業務分析	
3-2.現場 OJT の前提となるレベルにするための学習強化ポイント	
第4章 ACP におけるファシリテーション・スキル研修の設計と開発	p.20
4-1. ACP 研修の全体構造	
4-1-1.ACP実践に必要な基礎知識を確実に習得するための事前学習の開発	
4-2.擬似経験学習で OJT につなげられるようなスキルの習得目指した集合学習の開発	
4-2-1.ACP ファシリテーターのコミュニケーション・スキルを育成する Off-JT の位置付け	
4-2-2.集合学習の開発	
第5章 形成的評価	p.26
5-1.専門家レビュー	
5-1-1.内容領域専門家によるレビュー	
5-1-2.IDer 専門家によるレビュー	
5-2.形成的評価	
5-2-1.個人学習の1対1評価	
5-2-2.集合学習における形成的評価	
第6章 考察・結論	p.32
6-1.考察	
6-1-1.事前学習の独学教材の成果	
6-1-2.経験学習モデルに基づいた集合学習の成果	
6-2.結論	
6-2-1.実践における今後の課題と改善策	
6-2-2.2024 年度の実践計画	
資料・付録	p.36

参考文献	p.135
謝辞	p.137

第1章 背景・目的

2010年以降日本の高齢化多死社会に伴って、医療は病の完治を目的としていたところから病と共に生き本人の Quality Of Life(以下、QOLとする)に重要性を持つようになった。延命処置の差し控えや医療処置の希望だけを記した事前指示(Advance Directive)、医師から患者・家族へ一方向の治療説明と承諾の確認だけでは対応しきれなくなっている。それに代わり医療者は患者にとっての最善の医療・ケアを患者・家族らとの対話を用いて決定するプロセスを Advance Care Planning(以下、ACPとする)として遂行しているが、その実践率は非常に低く普及していない現状がある。

ACPは、ACPファシリテーターが中心となり行われており、入院患者に関しては看護師が担うことが多い。その理由として、看護師は患者・家族に一番身近であり、医療者間の価値観に共感し、目標達成のために協働する調整役として役割を果たしてきた経験を活かして行われているだけで看護師を対象にした ACP ファシリテーター研修を受講しているわけではない。

本研究の目的は、経験学習を通して中堅看護師が ACP ファシリテーターとして ACP プロセスを患者・家族らと医療従事者で協同して取り組めるようコーディネートするのに必要なスキル・態度について抽出し、臨床現場に活かす方法が検討できることを目的とした研修開発を行うことである。

1-1. 研究背景

日本は2010～2025年に向けて、益々超高齢社会と多死社会になっている。この環境変化を受け、医療は病の完治を目的としていたところから、病と共に生き本人の Quality Of Life(以下、QOLとする)に重要性が高まっている。つまり、今までのように生体的な疾患における生体的な最善の治療を説明し、患者の承諾を得るだけのインフォームド・コンセントあるいは延命処置の差し控えや医療処置の希望だけを記した事前指示の Advance Directive(以下、ADとする)だけでは本人の QOL の重要性を保つことができない状況になっている。

ADは、患者の自立性を高め、倫理的アプローチを可能になると予測していたが、実際には事前指示の内容は患者に実行されなかった症例が多かった(森・森田 2020)。大きな理由としては、ADが医師と患者本人だけで実施され、本人の意思決定能力が消失した場合その意思が反映されないことであった。そこで、厚生労働省(2018)は自分の価値や意思を踏まえ医療者と患者家族間で今後の治療・ケア計画を決める話し合いのプロセスを Advance Care Planning(以下、ACPとする)とし、「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」を作成し、その取り組みを推奨している。ACPの早期介入により、もたらされる効果として生活の質の改善、不安と抑うつ軽減、生存期間の延長などが挙げられている(Safiya Karim 2022)。

しかしながら、厚生労働省(2017)によると、「人生の最終段階における医療・療養について詳しい話し合いを家族・医療介護関係者 としている割合」は、一般(2.7%)、医師(9.2%)、看護師(5.7%)と医療関係者の間でも低い値のままであり、十分に ACP が普及していない状況が伺え、今後の課題は 1 人でも多くの医療者が ACP の教育プログラムを利用する必要性と ACP 普及促進である(西川 2021)。また、ACP 教育には、ACP の理解および実施に関するスキル習得の教育と、多職種間で進める ACP におけるマネジメントを行うファシリテーション・スキルの教育を行うことが必要である。

1-2. ACP の理解および(スタッフとしての)実施に関するスキル習得の教育

ACP に関しての教材や書籍は、数多く存在している。また、ACP 実践の研修も数多く行われており、ACP コミュニケーション・スキルのトレーニングや臨床倫理研修などがある。看護師を対象にした ACP 教育の学習課題は、意思決定支援方法の理解と ACP の実践では、ACP を促進するためのコミュニケーション・スキルとしている(田島 2018)。

代表的な研修・教育プログラムには、厚生労働省の委託事業で日本緩和医療学会が事業実施機関となっている PEACE 研修(患者・家族の意思の断片を集めパズルのようにそのパーツを組み合わせて意思の全体像を組み上げるトレーニング)や Shared Decision Making 研修(患者・家族が病状や治療を理解し、医療職も患者・家族の意向や治療の選好を理解し皆で合意させるためのスキル研修)。また、多要素介入で ACP 実践を行う Serious Illness Care Program(以下、『SICP』とする)の中で活用される Serious Illness Care guide¹(以下、『SICG』とする)のトレーニングなどが行われている。Rachelle Bernick(2015)は、臨床医の研修時間を最小限に抑えるために 2.5 時間のトレーニングプログラムを設計した。SICP を行った患者家族は、深刻な病気に関する会話の全体的な質は有意に高く、SICP の導入後、医療者と患者は患者の価値観と目標、予後、病気の理解について話し合いの機会が増えた。より明確に文書化され、より検索しやすくなったこともわかった。看護師を対象とした研修では、国立がん研究センター東病院が実施する NURSE 研修があり、患者体験を通して患者の気持ちに気付きことが目的でありロールプレイ中心の研修である。効果は、患者への関わりについて学び自信に繋がったとあるが、臨床現場への活用についての評価はない。

Vanessa Peck(2018)は、ACP のコミュニケーションを促進させるツールやコミュニケーションガイドが患者への ACP を実施するのに有用に働くため、トレーニングすることを推奨している。ACP コミュニケーションガイドとツール研修の成果について(資料1)、患者家族と深刻な病

¹重篤な病を持つ患者に対してのコミュニケーションガイドである。病気の理解度の確認や疾患に関する情報量、予後について、患者の目標、恐怖、心配、批判的能力、家族の関与などの重要なトピック、および臨床医の推奨する医療ケアに関して、臨床医と患者・家族間の議論を支援するものである。SICG を使用した ACP ミーティングのプロセスは、1)患者との ACP 導入、2)患者・家族の疾患に関する理解の確認、3)今後の見通しを共有する 4)患者の大切なことについて聞く 5)患者に話し合いの内容確認と継続的サポートをコミットメントする 6)話し合いの内容記録を行う 7)他職種との内容共有を行う以上の七つの工程からなる。

気に関する会話の全体的な質は有意に高く、医療者と患者は患者の価値観と目標、予後と病気の理解について話し合いの機会が増えたことや受講者の感想として普段行っている声掛けの中にもツールに当てはまるものがあり、自信がついた。また、あまり使ったことがないスキルについても現場で活用したいとの意見があったことを挙げている。一方で、ACP 実践において臨床医が患者の予後について議論する時、患者の感情を理解し対応することに苦労しており、研修前後の終末期ケア計画内容と延命治療に関しての有意差がない(Christina Maら 2020)ことがあげられており、(Elizabeth2021)ツールやガイドが対応する患者には限界があり、医師のコミュニケーションスキルの重要性が高いことがわかる(Vanessa Peck 2018)、これは看護師も同様のことが言える田中、木澤ら(2015)は、Peace 緩和研修会終了者に ACP と臨床倫理に関する 550 分の研修を開催した。結果は、知識の習得と EOL 相談に関する困難間の減少は見られたが、現場に出てからのフォローアップ研修では、研修3ヶ月後研修生の50%が実践事例を取れず、研修内容を活用できなかった。廣畑・大島(2020)は、卒後3年目～中堅看護師を対象に、「倫理」「ACP の知識」を座学で学び、その後グループワークによるディスカッションを行う研修を行なった。研修者評価は、「参考になるがすぐに実践へは活かせない」との意見が多かったとしており、おおよその研修で同様の結果であった。既存研修には、現場での ON The Job Training に繋がるまでのレベルに至っている研修報告は見当たらない。

1-3. ACP ファシリテーターに関するスキルと習得の教育

日本老年医学会(2019)は、ACP ファシリテーターを「本人の価値観や意向、人生の目標に一致した医療・ケアの意思決定を実現するために、本人、家族等、医療・ケアチームと協働し、本人中心の意思表示や意思決定のための対話を促進する熟練した医療・ケア提供者らである」と定義している。ACP ファシリテーターの役割と、中堅看護師がチーム医療で意識して実践していることを比較すると、医療ケアチームで協働すること、対人間の意見を調整すること、患者の目標を達成するために患者家族と医療チームの円滑なコミュニケーションスキルを促進させることなど多くの共通点があることがわかる(表1)。これより入院患者における ACP ファシリテーターの役割を担うのは看護師が適任であることが示唆される。

一方、先行研究では、ACP の実践における看護師の課題に、患者の意思決定支援を他職種間で連携・協働しながらアプローチするスキルや患者・家族の意向を中立的な立場でヒヤリングし、ズレを調整することの力不足を挙げている(増田 2019; 浅井、旗持、上村ら 2020; 竹川 2021)。

現状、日本老年医学会の「ACP 推進に関する提言」で ACP ファシリテーターになりうる人は、特定のトレーニングの受講義務化や限定された職種はなく、患者をよく理解しよき理解者と思われている人とされており、ACP ファシリテーターの育成研修、特に看護師を対象にしたものはない。ACP ファシリテーターは、臨床医師あるいは看護師と患者・家族間の対話だけでなく、医療チームで患者・家族へのアプローチあるいは、患者・家族、医療チームで実践する ACP をコーディネートするスキルが求められ、その人材育成は、急務である。

本研究の目的は、中堅看護師を対象とした ACP ファシリテーター育成研修プログラムの開発と実践を通して、その成果と課題を明らかにすることである。ACP ファシリテーターは ACP プロセスを患者・家族らと医療チームで協働して取り組めるようコーディネートするが、ファシリテーターにとって必要なスキル・態度を抽出し、臨床現場に活かす方法が経験学習を通して検討できることを目的としたものである。

表1; ACP ファシリテーターの役割とチーム医療における中堅看護師の役割意識

ACP ファシリテーターの役割	チーム医療における中堅看護師の役割意識	共通点
<p>本人の価値観や意向、人生の目標に一致した医療・ケアの意思決定を実現するために、本人、家族等、医療・ケアチームと協働し、本人中心の意思表示や意思決定のための対話を促進する熟練した医療・ケア提供者らである</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携と協働で大切にしている ・多職種の専門性や価値観を理解する ・対人間の関係を調整する ・目標を達成のためにチームの目的・ビジョンを共有する ・医療チーム間の円滑なコミュニケーションを図る ・患者のもっとも身近な存在としてアドボゲーターの役割を担う ・チーム・アプローチを遂行するキーパーソンとしての役割意識を持つ 	<p>医療ケアチームで協働する 対人間の意見を調整する 患者の目標を達成するため、患者家族、医療チームの円滑なコミュニケーションスキルを促進させる</p>

第2章 先行レビューと先行事例

先行研究・事例では、ACPミーティングにおけるファシリテーション・スキル研修や看護師を対象としたコミュニケーション・ガイド、ツールを活用するためのコミュニケーション・スキルの研修、倫理カンファレンスにおけるファシリテーション・スキル研修がある。しかし、看護師を対象とした多職種の医療チームで行うACPに対してのマネジメントを行うファシリテーターとしてのスキルを習得するための人材育成研修はなく、研修開発が急務であることは明らかである。

2-1. 看護師のファシリテーション能力育成に関する研究の成果と課題

看護を対象にしたACPファシリテーターの先行研究は少ないが、先行事例に厚生労働省のE-Field研修がある。ACPの知識と医療倫理の習得、ACP実践のプロセスを事例検討とロールプレイで体験し、受講者同士でフィードバックするものである。ロールプレイは、コミュニケーション・ツールを使用し、ケースワーカー、患者、観察者役を受講者が体験する。内容はACPの話し合いの導入に対して行う。一般的に病院で行われるACPは、臨床医を主体として行われることが多く、ファシリテーターの役割を臨床医が担うことが多く、患者・家族に対して医師がファシリテートすることを指しており、医療チームでACPを実践するための調整などの役割は扱われていない。そのため、患者・家族との話し合いや医療者間の価値観の対立などファシリテーションが必要になる場面のロールプレイ設定はなく、他のACP研修でも同様であり、ACPファシリテーターに必要なスキルに対してロールプレイ設定が不十分であることが示唆される。

成果が出ている研修に、看護師を対象とした倫理カンファレンスのファシリテーター研修がある。倫理カンファレンスは、ACPの実施に重要でありACPカンファレンスの内容として議論されることも多い。臨床倫理には、絶対的な正解はないため、しばしば職種間の信念対立が起こる。対立に対して、他職種の対話を通しお互いの価値を共有しながら、解決策を探ることが重要であり、グループワークを重ねることでジレンマへの向き合い方と対応方法について考えることである。倫理カンファレンスの充実には、ファシリテーターの役割が大きく影響するが、先行文献は、各施設カンファレンスの事例報告が多く、具体的なファシリテーション・スキルが明らかになっていなかった(中馬夕佳、山下早苗 2016)。しかし、ACPの推進や患者のQOLの向上を目指した変換期において倫理カンファレンスの重要性が急激に高まっている。脇丸、八代(2019)は、より良い倫理カンファレンスを運営する上でファシリテーターに必要なマネジメントスキルのカテゴリとサブカテゴリ、具体的行動(表2)を臨床指導看護師へのインタビューをもとに抽出した。倫理カンファレンスのファシリテーターは、事前に事例の情報収集や方向性など準備を行い、参加者が発言しやすい雰囲気作りと瞬時の判断力を持ってカンファレンスがうまく進行できるよう、中立的立場で参加者の意見を整理し、多角的視点を持って問題点を把握すること、参加者間の意見交換を通して新たな気づきとお互いの価値観を尊重して、今後の実践に役立つカンファレンスを行うこと。また、カンファレンスの効果測定などを振

り返る機会が必要であることをあげている。また、看護師は、倫理の知識不足や明確な答えがないことなどの理由でファシリテーターに対して苦手意識を持っており、知識の習得とツールの紹介だけでは不足感があり、問題解決のために学習内容をどう活用してカンファレンスを発展させていくかを明確にし、繰り返しカンファレンスを開催し、振り返りを行うことで効果的なカンファレンスの開催ができるようになることを提案している。これより経験学習を通しての学びが重要であることがわかる。

倫理カンファレンスファシリテーターの育成研修の先行事例として、丹生淳子ら(2021)は、アクションリサーチの研究方法に基づき、看護管理者を対象に配属部署での倫理カンファレンス継続開催者とスタッフナースの倫理的感受性及び倫理的看護実践を向上させることと看護管理者が倫理カンファレンス開催への自信を得ることを目標とした OFF-the Job training と On the Job training を行なった²。研修成果は、リフレクション効果で状況に対する知見の広がりや倫理カンファレンスでのファシリテーターの役割についてレパトリーを増やすことができ、看護管理者のファシリテーター能力の向上や倫理カンファレンス開催への自信に繋がったとしている。また、浦山、森(2020)も参加型の研修プログラムを採用している。倫理のように、明確な結論が出ないテーマの場合、相互に学びあう要素を研修に取り入れることで主体的な学習が効果的に行える。また、研修の達成感を高めるためには、研修後のアクションプランを立案でき、行動変容につながる仕組みが必要であると提案している。

多職種連携に関する先行事例では、学生の教育プログラムを扱ったものが多かった。学生は、多職種連携の必要性に対応できるように、学生には教育プログラムが行われている。群馬大学で行われているチームワーク実習³は、医学、看護学、検査技師化学、理学・作業療法学専攻の3学年を対象に行われている「多専攻職種による模擬体験型チーム医療実習」であり、各専門職の役割や価値観について、事前に話し合ってもらい理解した上で医療チームでの取り組みを行う。

² 研修内容について、受講生は倫理カンファレンス開催における自部署の課題抽出と進行方法を考え、研修開催者と共有し自分の役割を確認する。次に研修開催者は受講者に対して「倫理カンファレンス運営研修」を開催する。受講生は、各自持ち寄った事例をもとに、5名のグループとなりファシリテーター役を決めて模擬倫理カンファレンスを行い、フィードバックをもとに、臨床現場で開催するときの工夫を行う。研修後、自部署で他職種(二職種以上)倫理カンファレンスを計画し開催する。カンファレンス終了後に、研修開催者はファシリテートしてフォーカスインタビュー形式で振り返りを行う。振り返りの内容は、「倫理カンファレンスの準備」「倫理カンファレンスの開催状況」「スタッフナースの変化」「次回の準備や計画」「取り組みをおこなって感じたこと」についてである。振り返りをもとに次のカンファレンスを計画し、再び倫理カンファレンスを行う。

³ 研修内容について、受講生はまず班編成を行い、実習内容の説明やチーム医療についての講演を受講し、アイスブレイクをチームメンバーで行う。次に、症例立脚型チーム医療模擬体験という、実習施設にいる病態を持つ症例(模擬症例)を選び、1グループ一つ準備する。学生たちは、自分の目指す専攻職種の医療者としてチーム医療のあり方を3回に分けて議論し、レポートを提出する。その中で、それぞれの専攻学生が患者中心の医療を押し進めるためには、他職種との連携と誰がファシリテーターとして行動するかについて学び、それをもとに実習計画書を作成する。臨時実習では、協力施設で2日間行う。各グループは、学内の事前学習で学んだ実習施設の組織や機能を基に実習課題をもって臨むが、チーム医療の実際を現場で学ぶ。実習後、各班で臨地実習の成果を発表する。全体発表で他の施設に実習へ行った学生の発表を聞き、自分が参加できなかった他の分野における専門職の連携の実際を学ぶことができる。最後にチームワークについて振り返りを行う実習報告を作成し、まとめたものを共有する。

専門職間の連携・協働のあり方について、各職種の価値観を知ることの重要性がわかる。

表2;倫理カンファレンスのファシリテーター・スキル

カテゴリ	サブカテゴリ	具体的な行動
瞬時の判断力	事例の方向性を示す 意見をまとめ整理する 多角的な視点を持つ 話がそれたときの軌道修正 具体策を導き出す 時間管理 問題点を把握する 展開させていく判断力	瞬時の判断を行うためには、事前に患者の情報を把握しておき、患者の課題の抽出、カンファレンスの進行の大筋を決めておく必要がある。
雰囲気作り	声かけの工夫 活発な意見交換を促す 安心できる雰囲気作り 相手の意見を尊重する 正しい答えを示すプレッシャー	発言が少ない時にどのような声かけを行うと発言が促進されるのかで苦慮しているまた、相手の意見を否定せず、発言しやすい雰囲気作りが必要であるとの意見が多数ある。また、ファシリテーターの意見は的確でないといけないというプレッシャーを自ら感じるとの意見がある。
事前準備	進行の仕方を十分に理解する 進行方向の明確な提示十分な情報収集 話し合う焦点を明確にする 明確な目標設定	スタッフには倫理カンファレンスに慣れていないものが多く。研修を1度受けただけでは、現場でできるようにならないので何回か研修を受ける必要があると感じている者が多い。また、カンファレンスにおけるファシリテーター自身の十分な事前準備と参加者への進行方向の提示・共通理解が挙げられた。
参加者間の相互作用の促進	新たな気づきを促す 参加者が自ら問題解決へと導く 参加者同士の相互作用	ファシリテーターは、参加者の気づきを引き出し、問題解決へと導くヒントを与えるヒントを工夫している。また、お互いの意見を話し合うことで違う視点の共有ができるようにしている。
中立の姿勢	自分の意見を誘導しない 中立な立場にたつ	中立的立場で、参加者の意見をまとめつつかく意見を整理し、黒子に徹し、意向を要約する。
価値観を尊重する	ジレンマに向き合う それぞれの立場の価値を考える 看護間の違いを尊重する	各職種のゴールが違うので、良いところで着地点を導き出す。価値の違いを認識し、互いの価値を尊重した最善策を模索している。
今後の看護に生かす	日々の看護を振り返り、次に生かす 看護の喜びを共有する 参加者が達成感を得られる 医療者としての自覚を養う 看護感を養う	カンファレンスの成果として、取り決めごとや今後の方向性を決定することができるように心がけている。

表2;倫理カンファレンスのファシリテーター・スキル

カテゴリ	サブカテゴリ	具体的な行動
確認 作業	参加者の共有理解を促す 参加者の意見の理解 参加者のモヤモヤが解決した か確認	参加者が発言した内容の確認やわかりづらい 表現の場合わかりやすい言葉への変換など参 加者全員が正しく共通理解できよう工夫して いる。

岡野(2019)は、E-learning クラウドシステムを活用した多職種教育の実践と成果について報告している。横浜市立大学・東京大学(主幹)・東邦大学などの大学が共同し、がん最適化医療を実現する医療人育成プログラム(ACPを含む)であり、「自他融合的価値観」の成果を取り入れることで、多様な新ニーズに対応できる多職種の人材養成を目標としている。内容は、講師の講義を聴講し、LMS上で医学・看護学博士生の他職種で学びを共有するものである。ACPにおいて他職種連携の重要性が見て取れるが、教育プログラム自体は、座学メインであり学生にとってどれほどの効果があるかは定かではなく教育の改善が必要であると述べている。

第3章 研究課題

第2章で倫理カンファレンスにおけるファシリテーター研修や ACP の知識とツールにおける研修は一定効果をあげているが、ACP におけるマネジメントをおこなうファシリテーション・スキルの研修がないことがわかった。第3章では、現場の中堅看護師が現状どの程度 ACP の知識と実践力があるかについてインタビュー調査を行い、先行研究と合わせて分析した。結果、中堅看護師は、ACP の知識と実践についての知識と経験のばらつきが生じている。また、研修を受講した看護師が、臨床現場で研修内容を活かさない一つの要因は、既存研修で扱われる ACP ファシリテーターの役割が、臨床医を中心とした ACP ミーティングにおける患者・家族とのファシリテーションであり、看護師が担う ACP ファシリテーターの業務内容とは相違していることがわかった。先行研究では、ACP ファシリテーターの看護師として、役割や支援方法の確立がされておらず、ACP の実践力だけでなく、医療チームで患者の意思決定支援ができるようにマネジメントし、コーディネートするファシリテーション・スキルを持った人材の育成が急務である。まず、研究者は医療チームで取り組む患者への ACP 実践をプロジェクトとして作業を洗い出し、ACP ファシリテーターの業務を整理、その役割を明確にした。また ACP 実践研修や倫理カンファレンスのファシリテーター研修の先行事例には、事例やロールプレイを通じた経験学習が多く計画されているが、その成果は、知識の向上と自信の向上に留まっており臨床現場に生かされるまで至っていない現状がある。OJT につながる研修を開発するため、既存研修から課題を抽出するため、Kolb の経験学習サイクルで研修を検証した。結果、学習目標に合わせた具体的経験のシナリオ不足や内省プロセスである描写、比較、批判のうち描写と比較の不足、抽象的概念化の欠落と能動的実験への介入が不十分であり、このプロセスを強化することで、臨床現場での OJT に必要な知識・スキルを習得でき、現場で活用可能になると考える。

3-1. ACP のマネジメントをおこなうファシリテーション・スキル

現場の中堅看護師が、現状どの程度 ACP の知識と実践力があるかについてインタビュー調査を行い、中堅看護師の ACP についての認識・知識を調査した先行研究と合わせて分析した。結果、ACP の知識と実践についての知識と経験のばらつきが生じている。また、ACP には、「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」が作成されているが、内容は指針程度のもので ACP におけるファシリテーターの役割や支援方法の確立はされていない。今後は、医師と患者家族間の ACP を実践するだけでなく、医療チームで患者の意思決定支援ができるように、ACP をマネジメントしコーディネートするスキルを持ったファシリテーターの育成が必要である。

3-1-1. 療養病院の中堅看護師への ACP に関するインタビューとカテゴリー抽出

臨床現場の中堅看護師(中堅看護師4名と退院調整ナース1名)を対象にインタビューを行い、ACP に対する意識調査と困難感、実践の実情と課題について資料2に沿って調査を実

施した。本人承諾を得た後、半構造的インタビューとその内容を録音し、逐語録を作成してカテゴリーを抽出した。調査対象の病院は、慢性期病院で延命治療に関する事前指示(AD)は、すでに実施されていた。しかし、ACPの体制に沿った実践については十分に行えていないことがわかった。要因としては、研修・勉強会参加の機会があったスタッフが5人中1人で、研修内容は、意思決定支援についてであり、ACPに関しては知識不足がある。およそそのスタッフは、定義と意思決定者の優先順位、繰り返しの話し合いの必要性を理解していた。

ACP実践に関しては、未経験と全員が回答したが、聴取の中でACPに近い経験や支援を実践している看護師が5人中3人いた。それは、意図的な実践ではなく無意識であった。しかし、患者の価値観や人生観を話す機会はなく、急に死をイメージさせるような話し合いの導入になっていることに課題を感じていた。実践への不安は、医療用語を知らない患者・家族に対しての説明や拒否されたときの対応やACPの導入方法、医師が話すべき事柄と看護師が話している内容の選別、代理意思決定者が決定しない時の対応などがあがった。一部意見では、ACPがわからないため具体的にはわからないとの回答もあった。ACP/ADの切り出しのタイミングは、入院時、状態変化時、退院が決まった時、退院時とあったが、日常的な家族、患者との会話をタイミングとしてキャッチしている事例は、少なかった。全員意見として、医師のICや院内他職種間での患者目標の設定、意向が違った場合の擦り合わせ方法、地域医療提供者とのADの共有方法の意見があった。

ACPにおける意思決定支援に対して、看護師の認識と実践の先行研究で、病床機能・疾患に関係なく、共通している点は患者の尊厳と意思決定の尊重や家族への配慮、医療チームとの連携と調整、緩和ケアの重要性について認識し実践していることである。また、実践と課題に関しては、実践は今までの経験で行われていることや患者・家族の思いを尊重することを意識しているが挙げられ、課題に関しては他職種の連携が必要であるが中々できていないこと、意思決定が患者本人ではなく家族に委ねられること、ACPの導入方法がわからないあるいは難しいことを挙げている(浅井、旗持、上村ら2020;谷本、高橋、服部ら2015;増田、筒井、安田2019)。ACPには、「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」が作成されているが、内容は指針程度のもので、詳細なものではなく看護師としての役割や支援方法の確立は急務であるとされている。浅井、旗持、上村ら(2020)は、意思決定支援が不十分になる要因として患者・家族の思いなど多職チームの情報共有不足と調整役のリソースナースを活用した体制整備の必要性とリソースナースの調整役割の強化が必要であることを課題に挙げており、中堅看護師にはACPを実践するだけでなく、医療チームで患者の意思決定支援ができるようにマネジメントし、コーディネートするファシリテーション・スキルを習得させる人材育成が必要である。

3-1-2. ACPにおけるファシリテーターのスキルと業務内容

前述したが、ACPファシリテーターの業務を明らかにした先行研究はない。また、先行研究はACP実践における看護師の役割と実践で、今後の課題はファシリテーターとしての役割の

明確化が必要であると提起している(浅井 2020)。研究者は、プロジェクト全体を細かな作業(Work)に分解(Breakdown)し構成図(Structure)を作成する Work Breakdown Structure⁴(以下、WBS とする)を使用し、医療チームをプロジェクトチームとして、患者の ACP に対しての作業を洗い出すことで、ACP ファシリテーターの業務を整理した(資料 6、7 参照)。ACP ファシリテーターの業務内容を表 3 に記載する。

ACP ファシリテーター業務は、1) 多職種からなる ACP チームの結成 2) ACP 開始の準備では、多職種カンファレンスを通して各職種の価値観をすり合わせた医療的知見と日頃の患者家族の言動から読み取れる意向や意思を情報共有することで、患者・家族にとって最善の医療・ケアの方針を考え、選択におけるメリット・デメリットについて整理しておくこと 3) 患者・家族とのミーティングでは、ACP の話し合いに対しての同意とインフォームド・コンセントの実施、患者・家族ら間の意思・意向の確認、人生観や価値観の確認について患者・家族と医療チームで共有させ、今後の医療・ケアについての選好に従って、患者の意思決定支援を行う 4) 内容をもとに ACP の書類作成を行い 5) 多職種が、すぐに閲覧できるよう電子カルテの決まった場所に記載し共有する。また、ACP カンファレンスで意思決定までに至らず課題が発生した場合は再度 ACP カンファレンスを企画・実施することである。

ACP におけるファシリテーターの能力として、竹川(2019)は、患者やその家族との円滑なコミュニケーション関係確立、サポートに加え、周囲の医療従事者への情報提供、患者の家族および多職種にわたる医療従事者の中でのコーディネータ力などをあげている(表 3-1)。その能力は、1. パートナーシップの関係を早期に構築する能力 2. 心理状況をアセスメントし情緒的サポートを行う能力 3. 患者の病状や治療方法についての的確な情報を提供する能力 4. 意図的に対話を促進し価値観を明確にする能力 5. 患者さん・ご家族の考えの共有及び合意形成する能力 6. 倫理的視点で情報の整理・分析をして医療者に説明する能力 7. 望む生活実現に向けた療養環境などの調整する能力 8. 患者さんの希望や揺れる代理意思決定を後押しする能力 9. 他職種やご家族のチームをコーディネートする能力とされている。先述のようにファシリテーターには、高度なスキルが必要で新人には困難であることがわかる。しかし、中堅看護師といっても経験年数だけでは十分にスキルを持ち合わせているか定かではない。そこで、日本看護協会が提唱しているクリニカルラダーでどのようなスキルを持ち合わせていければ良いのかを明らかにすることとした。クリニカルラダーは、看護実践の場や看護師の背景に関わらず、全ての看護師の共通する看護実践能力の指標を示しており(資料 4 参照)、看護の核となる実践能力を「ニーズを捉える力」「ケアする力」「協働する力」「意思決定を支える力」を基盤に、レベル I ～レベル V までの段階に分けている。研究者は、研修対象をレベル III 以上の中堅看護師とした。レベル III は、「ケアの受け手やその関係者、他職種と連携する協働する力」やケアの受け手や周囲の人々に意思決定に必要な情報提供や場の設定を行う意思決定を

⁴ プロジェクトの作業を段階的に細かなタスクに分解して計画を立て、実績管理することです。プロジェクト全体でやるべき作業を洗い出す際に役立つツールとして活用されている。WBS のメリットは、プロジェクトの目的や成果物から逆算し、漏れや重複に注意しながらタスクを洗い出すことができる。

支える力」を備えておりファシリテーター能力に必要な前提となるスキルを持ち合わせている。ACP ファシリテーターの能力とクリカルラダーレベルⅢの既存能力を比較し、不足している能力を表 3-1 に示した。不足している能力には、ACP 実践時に死をイメージさせる場面での情緒的サポートや患者・家族、医療チームの意思決定に必要な意向を表出できるようにサポートすること、日本の風土を踏まえ ACP に消極的な患者家族から漏れなく情報をヒヤリングするスキル、意見の相違がある場合はその要因を探りカンファレンスの調整ができること、患者が選好する医療ケアが実現できるように他職種間の調整または連携を行うことができることが挙げられる。それら不足している能力に対して、さらにその能力に必要な知識とスキルの洗い出しを行った(表 3-2)。ACP ファシリテーター研修でクリカルラダーⅢの受講生には、どのような学習課題があるかを分析した結果、コミュニケーション・スキル(沈黙・反復)、本人にとって最善の医療・ケアに関する優先順位を決定するためのツールの活用スキル医療ケアを提供するためのステークホルダーを選択し、コンサルテーションを依頼できる患者の意思を尊重した目標が正確に提示できるスキル、また、意図的に対話を促進し価値観を明確にする能力、患者・家族の考えの共有および合意形成への調整能力、倫理的視点で情報の整理・分析し医療者に説明する能力、多職種や家族のチームをコーディネートする能力を研修で学ぶ必要性があることがわかる。

表 3; ACP ファシリテーター業務

多 職 種 の A C P カ ン フ ァ レ ン ス	① 医師だけの決定ではなく、医療ケアチームで話し合うことの必要性を説明する ② 患者の情報をカンファレンス参加者と共有する(全ての部門が持っている情報を出させる) ③ 患者背景と各部門の価値観を踏まえた考えを引き出せるようにファシリテートする ④ 各部門間で、意見の相違が出た場合は、その要点を記録に残す ⑤ ディスカッションのガイドとして、医療倫理原則(自律尊重原則、与益&無利害、公正)に従って、話し合う。 ⑥ 与益&無利害に従って、各選択肢におけるメリット・デメリットを話し合い記載しておく。 ⑦ 自律尊重原則に従って、患者・家族に確認が必要な事項を追加で挙げておく(患者の価値観や人生観、患者の社会的背景・事情など。 ⑧ 方針が左右される患者の背景などを確認しておくべき事柄も挙げておく ⑨ I.C 内容の方向性を最終的に議事録に記載し、カンファレンス参加者に承認を得る
--	---

表 3; ACP ファシリテーター業務

A C P ミ ー テ ィ ン グ	<ul style="list-style-type: none"> ① 医師より ACP についての必要性を患者家族に説明する ② 医師の治療方針とケアの選択肢を説明する。(医師は、医療エビデンスに基づいた最善と思われる治療ケアまた、医療チームで話しあった ACP カンファレンスで決定したことを患者に話す) ③ 各選択肢のメリット・デメリットについて説明する。 ④ 患者家族の意思(価値観、人生観、患者の社会的背景と事情)を SICG に沿ってヒヤリングする ⑤ 患者家族の意思確認で不足している部分(ACP カンファレンスで確認が必要であるとされた項目)をヒヤリングする。 ⑥ 患者家族の思いをうまく表出できるように、コミュニケーションスキル(傾聴、共感、沈黙、会話の繰り返し)を活用する。 ⑦ 患者家族の持つ課題を抽出し、整理する。 ⑧ 医療側の提案と患者側の意思に差異がある場合は、お互いが納得するまで話し合う。 ⑨ 決裂した場合は、他の最善策を検討するために相違点の整理と課題の整理を行い、ACP カンファレンスで再度議題にあげる(『本人にとっての最善の医療・ケアに関連する7項目』に沿って話しあいを行う) ⑩ 患者家族から得た情報を明文化し、相違ないかを確認する ⑪ 意思に変化があった場合、患者の状態に変化があり医療ケアの必要性が出た場合は再度話し合いの場を持つことを伝える。 ⑫ 窓口が、ACP ファシリテーターである旨を伝える。 ⑬ ACP ミーティングの話し合いの内容と事前指示書を作成する。 ⑭ 電子カルテに内容を記載する。 ⑮ 事前指示書を作成し、内容を患者家族に確認し、間違いがないか確認する。
---	--

(続き)

表 3-1; レベルⅢの看護師能力と ACP ファシリテーターの能力ギャップ

ACP ファシリテーター能力	クリニカルラダーで習得している能力	不足の能力
パートナーシップの関係を早期に構築する能力	傾聴、共感などのコミュニケーション能力と看護ケアを通じての信頼関係の構築は、現場の実践を通して、習得されているスキルである。	
心理状況をアセスメントし情緒的サポートを行う能力	情報収集に基に、身体的・精神的・社会的スピリチュアルな側面のあらゆる情報から総合的に患者を捉え、優先度の高いニーズを捉える。	ACP に関して、バッドニュースなど患者にとって死をイメージさせる様な場面では特に情緒的サポートが必要である。
患者の病状や治療方法についての的確な情報を提供する能力	患者家族の意思決定に必要な情報を提供する。例えば、療養の場や治療・検査についてのメリット・デメリットなど今までの臨床経験で培われている能力である それぞれの意向の違いが理解できる。患者・家族らの意向の違いを多職種に代弁できる。	患者・家族の気持ちを引き出し、意思決定プロセスを促進させることができる。 患者・家族らと医療スタッフの意向が異なる場合において、意向の違いの原因を捉え、カンファレンスを調整できる。
意図的に対話を促進し価値観を明確にする能力	診療記録だけでなく、個別性を踏まえ、他職種からの情報も得て、患者にとって必要な情報収集を行う。患者・家族などの希望も踏まえて、入院生活や退院調整に必要な情報を得ることができる。	
患者さん・ご家族の考えの共有及び合意形成する能力	一般的な患者の意思に関しては、ヒヤリングし共有する能力を持ち合わせる	事前指示や死をイメージさせる意思についてヒヤリングすることは、日本の風土でもあるが拒否されたりすることも多く漏れなく情報をとるスキル。

表 3-1;レベルⅢの看護師能力と ACP ファシリテーターの能力ギャップ

ACP ファシリテーター能力	クリニカルラダーで習得している能力	不足の能力
倫理的視点で情報の整理・分析をして医療者に説明する能力	看護倫理・医療論理の知識に関しては、現場での実践などを通してあるいは看護学校で習っているため習得済みである。しかし、倫理的視点に関しては、研修で重要となる前提知識となるため、前提条件とする	臨床倫理の4原則は不足していれば学んでもらう必要あり。
望む生活実現に向けた療養法、環境などの調整する能力	患者の個別性に合わせた適切なケアを行う。例えば、患者の入院前からの習慣についての情報を考慮した	生活行動援助を計画・実施する。患者の意思に合わせた医療ケアを提供するためにどの職種と連携すれば良いのか、その条件を達成できるかを調整できる。
患者さんの希望や揺れる代理意思決定を後押しする能力	患者のキーパーソンが誰か確認できる	キーパーソン＝代理意思決定者では無いことがわかり、患者本人の意思の推定が可能な家族らを選定するスキル。
他職種やご家族のチームをコーディネートする能力	患者のニーズに対応するため、関係者と協力し他職種連携を進める。患者の現在ある状況を捉え、必要な職種がわかり、協力を求めることができる。	他職種間の連携が機能するように調整できる。

(続き)

表 3-2; 受講生に不足している ACP ファシリテーター能力に必要な知識・スキル

ACP ファシリテーター能力	受講生が不足している能力	不足知識・スキルの項目
パートナーシップの関係を早期に構築する能力	傾聴、共感などのコミュニケーション能力と看護ケアを通じての信頼関係の構築は、現場の実践を通して、習得されているスキルである。	
心理状況をアセスメントし情緒的サポートを行う能力	ACP に関して、バッドニュースなど患者にとって死をイメージさせる様な場面では特に情緒的サポートが必要である。	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーションスキル(傾聴・共感・沈黙・反復)。
患者の病状や治療方法についての確かな情報を提供する能力	患者・家族らと医療スタッフの意向が異なる場合において、意向の違いの原因を捉え、カンファレンスを調整できる。	<ul style="list-style-type: none"> ・「本人にとって最善の医療・ケアに関する7項目のツール」がわかる ・各項目に記載する具体的内容がわかる。 ・臨床倫理の4原則がわかる。 ・ツールの活用方法がわかる。
意図的に対話を促進し価値観を明確にする能力	診療記録だけでなく、個別性を踏まえ、他職種からの情報も得て、患者にとって必要な情報収集を行う。患者・家族などの希望も踏まえて、入院生活や退院調整に必要な情報を得ることができる。	
患者さん・ご家族の考えの共有及び合意形成する能力	事前指示や死をイメージさせる意思についてヒヤリングすることは、日本の風土でもあるが拒否されたりすることも多く漏れなく情報をとるスキル	<ul style="list-style-type: none"> ・「インフォームド・コンセント」について説明できる ・SICG の項目を非侵襲的な言葉を用いて、話すスキル <ul style="list-style-type: none"> ➢ 「非侵襲的言葉」とはどのようなものか話わかる ・患者に合わせた話し方ができる <ul style="list-style-type: none"> ➢ 1.話し合いを始める <ul style="list-style-type: none"> ① 目的を伝える ② 将来の意思決定のための準備 ③ 許可を求める ➢ 2.患者の理解と意向を患者に確認する <ul style="list-style-type: none"> ① 病状理解度の確認 ② 病状の把握をどの程度理解したかの意向確認

表 3-2; 受講生に不足している ACP ファシリテーター能力に必要な知識・スキル

ACP ファシリテーター能力	受講生が不足している能力	不足知識・スキルの項目
倫理的視点で情報の整理・分析をして医療者に説明する能力	看護倫理・医療論理の知識に関しては、現場での実践臨床倫理の4原則は不足していれば学んでもらう必要あり	<ul style="list-style-type: none"> ・情報を4原則に振り分けられる。 ・臨床倫理の4原則を患者の状況に当てはめて考えられる。医療の利益・不利益を考えられる。患者の意向は何かを言動から分析でき、患者にとっての「自律の尊重」は何かを明文化できる。
望む生活実現に向けた療養法、環境などの調整する能力	生活行動援助を計画・実施する。患者の意思に合わせた医療ケアを提供するためにどの職種と連携すれば良いのか、その条件を達成できるかを調整できる	<ul style="list-style-type: none"> ・医療ケアを提供するためのステークホルダーを選択し、コンサルテーションを依頼できる。
患者さんの希望や揺れる代理意思決定を後押しする能力	キーパーソン＝代理意思決定者では無いことがわかり、患者本人の意思の推定が可能な家族らを選定する支援ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・「代理決定者になりうる人物」の条件を説明できる ・代理意思決定者の選定支援ができる
他職種やご家族のチームをコーディネートする能力	他職種間の連携が機能するように調整できる。	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の意思を尊重した目標が正確に提示できる ・目標達成に必要なステークホルダーの選定ができる。

(続き)

3-1-3. ACP ファシリテーターの業務分析

ACP ファシリテーターの業務を明らかにした先行研究はない。また、先行研究で ACP における看護師の役割と実践で、今後の課題はファシリテーターとしての役割の明確化が必要であると提起している(浅井 2020)。研究者は、プロジェクト全体を細かな作業(Work)に分解(Breakdown)し構成図(Structure)を作成する Work Breakdown Structure⁵(以下、WBS とする)を使用し、医療チームをプロジェクトチームとして、患者の ACP に対しての作業を洗い出

⁵ プロジェクトの作業を段階的に細かなタスクに分解して計画を立て、実績管理することです。プロジェクト全体でやるべき作業を洗い出す際に役立つツールとして活用されている。WBS のメリットは、プロジェクトの目的や成果物から逆算し、漏れや重複に注意しながらタスクを洗い出すことができる。

すことで、ACP ファシリテーターの業務を整理した(資料 6、7参照)。ACP ファシリテーターの業務内容を以下表 2 に記載する。

ACP ファシリテーター業務は、1) 多職種からなる ACP チームの結成 2) ACP 開始の準備では、多職種カンファレンスを通して各職種の価値観をすり合わせた医療的治験と日頃の患者・家族の言動から読み取れる意向や意思を情報共有することで行い患者・家族にとって最善の医療・ケアの方針を考え、選択におけるメリット・デメリットについて整理しておくこと 3) 患者・家族とのミーティングでは、ACP の話し合いに対しての同意とインフォームド・コンセントの実施、患者・家族ら間の意思・意向の確認、人生観や価値観の確認について患者・家族と医療チームで共有させ、今後の医療・ケアについての選好に従って、患者の意思決定支援を行う 4) 内容をもとに ACP の書類作成を行い 5) 多職種が、すぐに閲覧できるよう電子カルテの決まった場所に記載し共有する。また、ACP カンファレンスで意思決定までに至らず課題が発生した場合は再度 ACP カンファレンスを企画実施することである。

3-2. 現場 OJT の前提となるレベルにするための学習強化ポイント

ACP ファシリテーターにとって、ACP 業務を遂行するために必要な知識やスキルは ACP における基礎的スキルや医療倫理に関する知識、コミュニケーション・ツールやガイドを用いた患者・家族との会話だけでなく、ACP におけるマネジメントを行う、ファシリテーション・スキルが必要となる。しかし、ファシリテーション・スキルに関して、既存研修の取り扱いはない。

ACP ファシリテーター育成研修で、代表的な研修に厚生労働省委託事業「意思決定支援教育プログラム(以下、『E-FIELD: Education For Implementing End-of-Life Discussion』とする)」がある、内容は ACP の一般的知識や患者への ACP の話し合いの導入に関するコミュニケーション・スキル、倫理的判断における事柄と ACP プロセスと ACP ミーティングにおいてのファシリテーションが中心になっている。ACP は、研修で学んだ内容を臨床現場で実践し、経験を繰り返すことで習得できるスキルであり、臨床現場での継続的学習が必要である。中野(2020)は、実践的な経験から経験学習プロセスを研修に組み込み、集合研修後は現場での実践につながるようにフォローアップ研修を行い、集合研修での学びを活用できるような仕掛け作りを提案しており、既存研修でも、事例検討とロールプレイを中心に研修が設計されている(資料6参照)。

しかし、研修を Kolb(1984)の提唱する経験学習モデルで調査した結果(表 4 参照) ACP に必要な患者と家族の意見対立や調整あるいは、多職種間の価値を理解し意見対立が起こった際のすり合わせなどの経験の具体的経験がないことや内省的観察においては、「描写」「外化」「比較」が不足していること、抽象的概念化の介入がないこと、能動的実験へつながる支援がないことがわかった。中原(2021)は、「経験学習モデルにおいては『内省的観察・抽象的概念化』と『能動的実験・具体的経験』という二つのモードが循環しながら、知識が創造され、学習が生起される」ため、どれか欠けているとサイクルは循環しないと述べており、OJT につながるためには、経験学習サイクルに従い不足部分のプロセス強化を行う必要がある。

表 4:Kolb の経験学習モデルを用いた E-FIELD 研修の学習支援の不足部分抽出

経験学習モデルのプロセス	研修評価の視点	E-FIELD 研修に対する分析・評価
具体的経験	学習者が他者、人工物に働きかけることで起こる相互作用であり、自分の能力より以上のことを行う。	ロールプレイでの、患者対医師や看護師の ACP ミーティングが主であり、医療従者と患者、患者の家族の 3 者ミーティングや ACP カンファレンスでの他職種間の意見対立患者と家族間の意見対立などのシナリオはなく、ACP 実践のプロセスに関して事例検討を行う機会はあるが、ファシリテート・スキルに必要なマネジメントを実践する機会はない。
内省的観察	自分の行為・経験・出来事の意味を客観的にいろいろな角度から振り返り、意味付けること。内省プロセスを「描写」「比較」「批判」という三つ程度の工程で分析して考えることが多い(中原 2021)。忠実に経験したことを描写すること、外化することは難しいとされている。	ロールプレイでは、ロールプレイ終了後観察者や役を実践したものが、振り返りを行っているが、ビデオなどを撮影して振り返りを行っているのではないため描写においては、全てを明確に覚えているとは限らない。外化についても自分の経験と出来事にどのような意味があるかを振り返る時間は設けられていない。また、模擬患者を使用しているわけではないため、役をこなすことに集中してしまい目標を達成できない可能性もある。比較に関しては、フィードバック(4分)内容はどのような点が良かったのか?どのような話し方が有効だったか?改善した方が良いところはどこか?検討したいことはあるか?の質問であり、学習者が議論し合う時間は設けられていない。批判に関しては、ロールプレイ後に現場に行った時にどのように話しかけるかを記載する時間が設けられているため、新たな改善策を考える時間は設けられているが設定時間が1分と短い。
抽象的概念化	経験を一般化し他の状況下でも応用できる知識・ルール、ルーティンを自ら作り上げること。	介入なし。
能動的実験	応用できるようになった知識やルールを用いて、実際に実践すること。	同じ役の経験を2.3回行っているケースもあるが、学習した知識とルールをどのように活用したのかなど意図的介入はされていない。OJT で活用できるようなアクションプランなどの作成は行っていない。

第4章 ACPにおけるファシリテーション・スキル研修の設計と開発

第3章では、中堅看護師の ACP における知識と経験に差が生じていることや看護師のファシリテーション・スキルの能力に必要な知識とスキルと業務内容について明らかにしている。学習課題の特性にあわせ、集合学習では経験学習モデルに準じた研修の設計を行う。集合研修前には、前提テストを設けた。前提テスト不合格の受講者には、研究者が作成した個別学習の独学教材(付録 1)を使用し、ACP に必要な基礎知識と ACP におけるファシリテーション・スキルの基礎知識を習得させることで、集合学習時に受講者の知識水準を揃えておき、効率的に学習がスタートできるようにする。集合学習では、看護師を対象とした医療チームで患者の意思決定支援ができるようにマネジメントをおこなうファシリテーション・スキルを習得するために、「患者の思い、価値観や家族の意向または各職種の価値観を把握することで、相互理解を促し、協調的に対立を解消し、納得感のある決定を行うための具体的方法がわかる。」を学習目標にし、学習方法を模擬体験から質的研究の分析手法であるグランディッド・セオリー・アプローチ援用したワークシートを活用し、内省と概念化を行うことで、OJT につながるアクションプランをたてるように設計する。また、経験学習モデルに当てはめたときに既存研修で不足していた具体的経験のシナリオの追加と内省における「描写」、抽象的概念化を強化する。

4-1. ACP 研修の全体構造

ACP における知識・スキル、経験に関して、3-1-1.で、個人差があり、看護師を対象にした ACP ファシリテーターの知識とスキルに関する不足部分があることが、3-1-2.で述べている。ACP ファシリテーターの業務プロセスは、3-1-3.大きく5つに分けることができ、その中で、2) 医師を含めた他職種カンファレンスの開催をおこなう3) ACP について患者・家族と話し合いを行うことにフォーカスし、研修の開発を行う。ファシリテーターの育成にとって重要なことは、皆で想像できる”学び合い、育ち合い”の場を成立させることである。「分かち合い(社会構成主義的学習観)の学び方であり、環境や他者との相互作用の中で生まれる能動的な営みこそが学習(学びあい)だと位置付けている」(浦山 2020 pp.37)。

この学習課題の特性からファシリテーターの人材育成研修では、実践的な経験から経験学習プロセスを研修に組み込み、集合研修後は現場での実践につながるようにフォローアップ研修を行い、集合研修での学びを活用できるような仕掛け作りを提案している。(松村、大杉、伊藤ら 2005)。また、事前の個人学習を設け、基礎的な知識を完全習得できる教材作成を行うことで、集合学習時には履修者全員が、ある程度の水準に達して授業内容を踏まえ、応用から研修の開始ができることを目指す。研修の企画を表 5 に記載する。

表5;ACPファシリテーター研修企画

項目	内容
対象者	中堅看護師(クリニカルラダーⅢ以上)の看護師
参加人数	最低受講生3名+ファシリテーター1名
研修時間	300分+前提テスト(目安65分) (かかる時間に個人差があるため前提テスト時間を省く)
研修構成	事前学習:独学教材「ACP入門編」 前提テスト 導入 本日のスケジュール・目的提示 具体的経験 ロールプレイ4事例 内省 リフレクションシート記載 概念化 患者の思いと反応考察シートとまとめのワークシートを記載 アクションプラン アクションプランシート記載

4-1-1.ACP実践に必要な基礎知識を確実に習得するための事前学習の開発

事前学習では、①ACPの実践に必要な知識の習得ができる②事例に関して、患者・家族・医療ケア従事者の持つ情報を抽出し、整理できる。また、整理した情報をもとに患者の最善の医療・ケアを模索し患者の目標を明文化できることを目標とする。

紙媒体の独学教材を作成し集合学習前に実施してもらおう。教材内には、章ごとに臨床現場で、起こりそうな事例を用いた小テストを複数作成し回答の解説を行い、学びを深化させ、基礎知識を応用できることを目指す(資料7)。3-1-2.で述べているように、コミュニケーション・スキル(沈黙・反復)、本人にとって最善の医療・ケアに関する優先順位を決定するためのツールの活用スキル、医療ケアを提供するためのステークホルダーを選択しコンサルテーションを依頼できるスキル、患者の意思を尊重した目標が正確に提示できるスキルに対して、必要な基礎的知識を独学教材で扱っている。その対応内容を表6に示す。

独学教材の内容(付録1)は、研修の目的と学習目標の提示、教材の使用法と進め方、第1章.ACPと支援について、代理意思決定者について 第2章.インフォームド・コンセントについて、「本人にとっての最善の医療・ケアに関する7項目について 第3章.ACPファシリテーターとしての役割とスキル、第1章の事例解答と解説である。参考資料には、厚生労働省の「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」とその解説編。患者・家族と医療者の間に倫理的ジレンマが起こった際の対応について、指定図書で学習を行う。

表 6: ACP ファシリテータースキルに必要な基礎スキルに対して独学教材の事前学習内容

ACP ファシリテータースキルに必要な基礎スキル	独学教材の事前学習内容
コミュニケーション・スキル (沈黙・反復)	・ACP ファシリテーター入門編～復習教材～ 第 6-6. コミュニケーションスキル「反復」「沈黙」
本人にとって最善の医療・ケアに関する優先順位を決定するためのツールの活用スキル	・ACP ファシリテーター入門編～復習教材～ 第 2 章 5. 本人にとっての最善の医療・ケアに関連する 7 項目について ・ACP ファシリテーター入門編～復習教材～ 第 3 章 6-5. 医療ケアチームで意見が分かれた時の対応法
医療ケアを提供するためのステークホルダーを選択し、コンサルテーションを依頼できるスキル	・ACP ファシリテーター入門編～復習教材～ 第 2 章 3. 代理意思決定者とは 第 3 章 6. ACP ファシリテーターとしての役割とスキル 6-5. 医療ケアチームで意見が分かれた時の対応法
患者の意思を尊重した目標が正確に提示できるスキル	・ACP ファシリテーター入門編～復習教材～ 第 1 章 3. 3つのバイヤスと対応法 第 1 章 2. ACP 4つの段階 第 2 章 4. インフォームド・コンセントについて

作者が作成

4-2. 擬似経験学習で OJT につなげられるようなスキルの習得目指した集合学習の開発

4-2-1. ACP ファシリテーターのコミュニケーション・スキルを育成する Off-JT の位置付け

ACP ファシリテーターのコミュニケーション・スキルの習得において、それが毎日のように発生するタスクである前提で、最も効果的な教育方法は、ON the Job Training (以下、『OJT』とする)での、実践と省察、そして先輩の足場かけ支援が有効である。鈴木(2015)は、職場での人材育成に関して、「自己学習と OJT を主軸に捉え」、「OJT や自己啓発で実現できない(あるいはそれを支援するために行う)」ことに対し、教育訓練があるとしており、OJT で実現できない部分を補う研修の開発を目指すことを提案している。今回、OJT と OFF-JT を組み合わせることで、効果的・効率的な研修ができるようにしたいと考えている。OJT の課題は三つあり、一つ目は ACP ミーティングの内容は、シビアな話し合いであるため失敗が許されない、二つ目は基礎的知識とコミュニケーションスキルを 1 から OJT で行うのは非効率である、三つ目は指導者の人材が少ない場合である。Off-JT では、OJT の課題に対応するように設計を行う。シビアな話し合いであるため失敗は許されないことに対して、模擬体験学習を活用した研修を行い、ACP ファシリテーター役を行うことで学びを得る。メリットは、失敗しても許されることと、設定により難易度を調整し、いろいろな優しい事例から困難事例に挑戦できる。他の受講者やオブザーバーとのフィードバックを行うことで相互的な協調学習が行えることである。基礎的知識とコミュニケーションスキルを 1 から OJT で行うのは非効率であるため、基礎的知識の内容である、意思決定に関連する法的な知識、合意形成を行う上での手順、治療の選好を尋ね最

善の選択を支援する、倫理カンファレンスの進め方、ACP ファシリテーターについての知識等必要な知識は集合学習の前に習得できるようにしておく。コミュニケーション・スキルには言語的コミュニケーションだけでなく、非言語的コミュニケーションスキル「沈黙」「圧を感じさせない話し方」などがある(西川 2021)。これらのスキルは、実際にロールプレイで実践する必要がある。指導者の人材が少ない場合に対しては、院外では、ACP ファシリテーター養成研修が行われているが、年間で数回程度、参加者の制限もある。1日～2日間研修であるため、多くの人材を1施設から研修に出すのは困難な状況である。それに加え、研修生は研修後すぐに現場に役立つことができないのは先行研究で明らかであり、OJT で ACP 実践とファシリテーション・スキルを指導できるスタッフはおらず、OJT での教育を1から現場の指導者に委ねることは困難な状況であるなどの課題がある。OJT の課題点を補うために業務場面を想定したロールプレイ演習による集合研修を行う。

4-2-2.集合学習の開発

既存研修は、3-2の表4でも述べているが、経験学習モデル(図1)に基づくとファシリテーターに必要な具体的経験のシナリオと内省的概念化の「描写」「比較」に不足部分があること。抽象的概念化の支援がないことがわかっている。本研修では、経験学習モデルに基づいて設計する。また、前提テストを設けて集合学習が効果的に行えるようにする。前提テストの評価条件は、復習教材を見ながらでも可、合格基準は、前提テスト(付録2参照)で選択問題は、全て正解するまで行う。事例問題は、解答のポイントが掴めていれば合格とする。

集合研修の学習目標を「患者の思い、価値観や家族の意向または各職種の価値観を把握することで、相互理解を促し、協調的に対立を解消し、納得感のある決定を行うための具体的方法がわかる。」とする。学習方法は、経験学習サイクルに基づいて、項目ごとに必要な学習支援について、ロールプレイを通して、内省的観察はロールプレイの内容をビデオ撮影したものを視聴し、ALACT モデルをもとに自分自身と相手の実際の話し合いと双方の思い、相手の反応を見た時の双方に感じたこと、その話し合いで、自分はどうなって欲しいと望んだのか、相手はどうなりたいと感じたのかを記載し、リフレクションシート(資料8)を使用し振り返ることで、効果的に「描写」が行えるようにする。その後、患者・家族・他職種の思い・価値観について質的研究の分析手法であるグランディッド・セオリー・アプローチの指向プロセスを援用し、抽象的概念化を行なう。抽出した概念を OJT に活用できるようにアクションプランを作成して終了する。表7に詳細を記載。

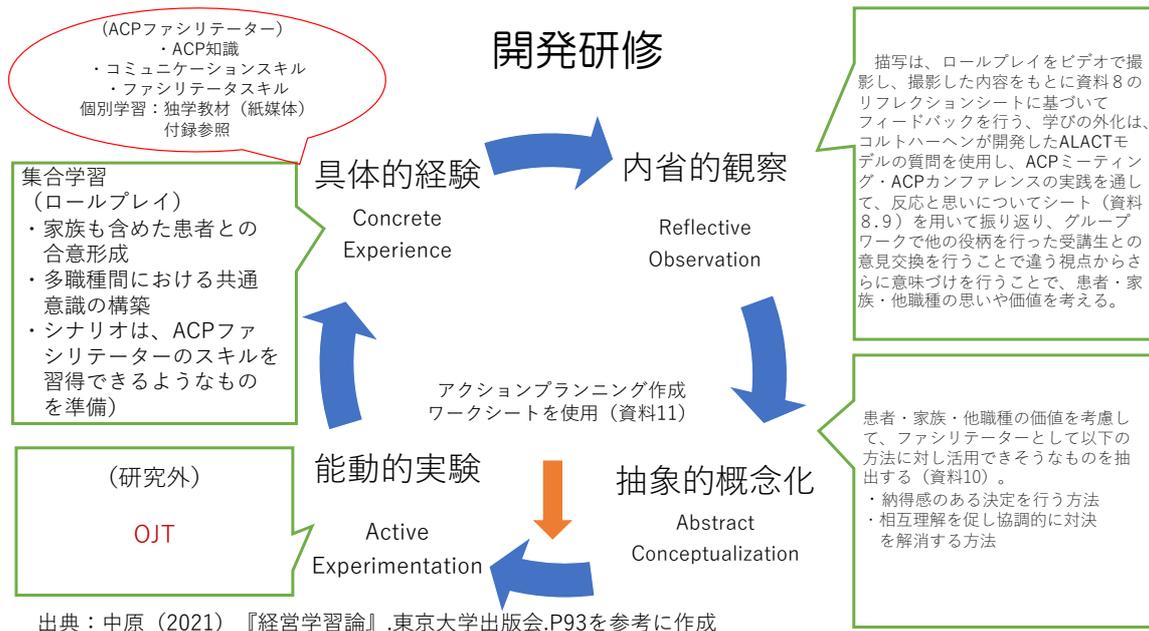


図1;Kolb の経験学習サイクルと研修内の学習内容

表7;経験学習に基づいた集合学習の企画内容

項目	内容
具体的経験	<p>1-1.ロールプレイ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・シナリオ:患者の状況や患者家族の情報を作成し提供 ・シナリオ数:4題 (付録) ・役 : 全て受講生。 <p>パターン1 ACPファシリテーター、患者、家族の話し合い</p> <ul style="list-style-type: none"> (ア) 患者と家族で療養施設の希望に相違がある (イ) 患者と家族で希望する治療(透析)に相違がある <p>パターン2 ACPファシリテーター、医師、ケアマネージャー</p> <ul style="list-style-type: none"> (ウ) 患者の意思決定尊重についての対立 <p>パターン3 ACPファシリテーター、医師、薬剤師</p> <ul style="list-style-type: none"> (エ) 患者の内服治療における対立 <p>パターンごとに以下の手順 1-1-1~3を行なう、内容はビデオで撮影する</p> <p>1-1-1.役割決定</p> <p>1-1-2.シナリオを読んで役作り(資料7)</p> <p>1-1-3.10 分の対話 交代時間</p>
内省的観察	<p>2-1.ビデオで撮影したロールプレイの内容を視聴しながらリフレクションシート(資料3)に記載する</p> <p>2-1-1.個人ワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リフレクションシートの記載、自分の役以外のマスも埋める <p>2-1-2.グループワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リフレクションシートの共有と患者・家族の思い・価値の特徴について、資料4のワークシートを使用し話し合う ・リフレクションシートの「Keep(うまくいった点).Problem(うまくいかなかった点).Try(やってみたいこと)」の部分も振り返りとして行う <p>2-2.資料4のワークシートで考察した患者、家族の思い・価値観を知った上で、ACPファシリテーターとしてどのように「合理的で納得感のある決定を行うか」「相互理解を促し協調的に対立を解消するか」の具体策を考える</p> <p>2-2-1.個人ワーク</p> <p>2-2-2.グループワーク</p> <p>グループワークで内容を共有する。文章単位で切り分け、類似している内容をいくつかまとめ、それを短文化する作業を行う</p> <p>注意点:言葉は切片化せずに文章でまとめる</p> <p>*2-1、2-2を、(ア)~(エ)のシナリオで行う</p>
概念化	<p>3-1.リフレクションシート(ア)~(エ)で記載した、内容をもとに ACPファシリテーターの「合理的で納得感のある決定を行う方法」「相互理解を促し協調的に対立を解消する方法」について話し合う</p> <p>個人ワークとグループワークを行う</p>
能動的実践	<p>アクションプランに沿って記載し、目標期限までに実践(本研修の範囲外)</p>

第5章 形成的評価

5-1. 専門家レビュー

5-1-1. 内容領域専門家によるレビュー

開発した研修について、数多くの ACP の実践実績と ACP ファシリテーター (SME) によるレビューを実施した。レビューアは、慢性期病院機能を持ち、在宅診療も行っている院長にお願いした。質問項目は、A) 多職種連携で行う ACP の課題はなにか？ B) ACP の実践に対して看護師に求める役割は何か？ C) ロールプレイに使っている事例はそれぞれ職場で起こりそうなことか？ D) 研修全体のボリュームについて E) アクション・プランの妥当性について E) その他にお気づきの点などについて設定した。アンケートと結果は、資料 13 に記載する。病院全体の課題として看護師だけでなく、職員スタッフ全体の ACP についての理解と知識がまだまだ不十分であること、看護師が患者家族のアドボゲーターとしての役割や多職種との意見交換や調整ができていないことがわかる。また、カンファレンスについてのファシリテーターの役割を担える人材がいないことも課題としてあげており、研修のニーズと目標設定に差異はないことがわかる。研修全体の印象については、1日と長時間の研修であり、ディスカッションを中心としているので、研修内容も答えがなく難しい内容なので職員が拒否感を抱かないか懸念を抱いていた。ロールプレイのシナリオは、よくある内容なので参考になるとの意見があった。時間の配分や目標が高くなりすぎないように目標を見直す必要がある。

5-1-2. IDer 専門家によるレビュー

IDer 専門家によるレビューを本学専攻修了者で、看護管理者の2名に依頼した。質問項目とレビュー結果について表 8 に記載する。アンケート結果では、実際に起こりそうなロールプレイになっているか、事前学習は、十分な内容かどうか、受講生の関連知識を総動員させているかについての質問は十分であるとの回答をいただいた。

改善点の余地がある項目としては、行動目標の設定と評価の整合性について、目標よりも行動目標が大きいことや複数の目標が混在していること、アクションプランだけでは不十分であることや合否の判定基準の曖昧さがある点、「納得感のある決定を行う方法」、「相互理解を促し協調的に対立を解消する方法」が習得できたかどうかについての評価方法が明確でないことが上がった。現在の目標に対しての課題分析を行い、下位目標を整理することで改善が考えられる。現在は目標の細分化が不十分なことで、評価基準と目標の整合性が保たれていない可能性がある。

不足部分は、学習目標の到達により、現場でどのように活用できるのか ACRS モデルの Reference(関連性)が不足している点、モデル事例を研修中では見当たらない、ロールプレイの機会が少なく練習機会を増やすことで自信につながるのではないかと意見が出た。また前提テストに関しては、言語の統一と読みやすさ、ACP の役割についての設問の追加、前提テストの振り返り方法の改善などが上がった。前提テストなどの言動統一や見やすさに関しては

修正する。良い例のモデルに関しては、前提テストのモデル事例に関して記載しているが、ロールプレイに関して行っていない。研修時間の短縮のためにもビデオ視聴などにして事前学習に追加したいが、現在既存のモデルケースがなく今後の課題である。

表 8; iDer レビューのアンケート調査

質問	Aさん	Bさん
1) 研修の可否の判断基準は明確か？	(妥当) 学習者がこの学びを通して行動目標に達成したか否かをアクションプランだけでは判断できないと感じました。しかし用いるチェックリストの項目に紐づいた情報を、事例や実践から導き出せるなら、その学習者はゴールに達成したと言えると考えます。補足として、行動目標には抽象的で測定が難しい表現が複数あり、改善の余地があると考えます。また納得感のある決定に至っているか否か、記載された内容に虚偽や誘導が存在しないかは測定が難しい要素を含んでいることは、本研究の限界という部分では標記しておいてもいいかもしれません。	現在記載の内容は妥当と思います。しかし、目標全体を評価しているのかとなると不足があると考えます。アクションプランの内容をみて評価となると、行動目標の「学んだスキルとノウハウを現場で活かすための方法を計画できる」のみとなります。「納得感のある決定を行う方法」、「相互理解を促し協調的に対立を解消する方法」の評価方法が不明でした。
2) ロールプレイに使っている事例はそれぞれ職場で起こりそうなことか？	(起きそう) 今回の内容は特定の疾患で発生する課題ではなく、疾患を置き換えたとしても使用が可能で、汎用性があると考えます。(例:療養先の決定、治療、意思決定における信念対立)	(起きそう)
3) 事前テストと学習資料は集まってからの時間を有効に使うために必要かつ十分なものか？	(十分) 内容的には前提テストと読み取りましたので、その視点でコメントします。学習の最低ラインを確保すること、学習者が内容を深めたいと感じたときに、適切な情報にたどり着ける情報(表現)が含まれている点が良いと思います。	(十分)
4) 研修の冒頭で、研修の目的を職場での現実的な課題に紐づけているか？	(一部欠けている) ACP のファシリテーターがこの行動目標に達成すると現実に生じているどんな場面や課題に繋がる(活かされる・活用できる)かがわかりにくい点は改善の余地があります。	(十分)
5) 受講者の経験や関連知識を総動員させているか？	(十分) 実際には、療養先や治療など複数の意思決定が混在しながら話をするようになるが、本研修では、混在させずに1つ1つテーマにし、段階的に考える機会が提供されている点、個人の考えと他者の知見を共有できる構成になっている。	(十分)

表 8; IDer レビューのアンケート調査

質問	Aさん	Bさん
6)原理原則を示すだけでなく、よい事例を見せているか？	(十分) 臨床で遭遇しやすい患者背景や、患者が陥りがちな思考を事例(キャラクター)に盛り込まれている点が、臨床を想起しやすいと考えます。	(一部かけている) 受講者の良い例を共有(または、講師が見せる)などができて良いと思いました。 ファシリテーションスキルの何がどう使われているかの解説があると良いと思いました。
7)研修の中で練習の機会を十分与えているか？	(一部かけている) 複数の課題に対してのアプローチを考えられるようにはなっているが、同一のレベル(難易度)でも実践ができると、ARCSの「C」の要素が強化されると考えます。	(一部かけている) 1回行って、自身の課題を次に活かすと考えると2回あると良いと思いました。
8)職場での応用を奨励しているか？	(一部かけている) 内省の機会は複数盛り込まれているが、概念化させるための具体的な介入方法が不明確です。この点に加わるとさらに良いと考えます。	(十分)
9)その他にお気づきの点	患者・家族の考えを引き出す手法だけでなくファシリテーターがもつ行動特性や考えに影響を受け易い事柄だけに、測定方法やゴール設定に苦慮されたのではないかと感じました。今後、求められる要素だと思いますので、改善されより良いものに近づけることを願っています。本法人でも実践し、完成度を高めて頂きたいと感じました。	下に記載。
<p>(Bさん回答) 9)その他にお気づきの点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学習資料、研修の事例は、現実的で内容に没入できると思います。・研修対象者が分かりませんでした。(見つけられませんでした)・研修目的と行動目標にずれがあるように思います。(「目的」の内容の表現不足? 「追加すべき情報がわかる」はどこに? (誰に?) 何についてなのか、もう少し説明があると良いと思います。行動目標の方が目的に比べ範囲が広い? ように読み取れました。)・行動目標の一つ目は、複数の目標に細分化できます。リフレクションシートでは、「患者・家族の思い・価値観」の把握後、「納得感のある決定を行う方法」、「相互理解を促し協調的に対立を解消する方法」に分けてありました。患者・家族の思い・価値観を把握することは、「納得感のある決定を行い、相互理解を促し協調的に対立を解消する方法」の前提目標と思います。 ・前提テストの合格基準が明示されていると良いと思います。 <p>【前提テストについて】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前提テストの解答が、学習資料のどこに載っているのか、わかりにくいです。・前提テストと学習資料の文言は統一した方が良い。(前提テストp1<学習資料の内容>)・(Q1に対し、選択肢の「C」は設問との関係がわかりませんでした。)・(Q2の設問:「…ガイドラインについて誤っているもの…」は、「〇〇のガイドラインをふまえた支援? 考え方?」について)の言葉が必要だと思います。「誤っているものは間違っているもの」になっています。)・学習資料内の添付資料のガイドラインから出題されているものは、解答、解説は一見学習資料内に見当たらないです。設問の項目として「〇〇ガイドラインより△△について」と記載したり、前提テストの解答に具体的な解答の場所を示してはどうかと思いました。・資料は黄色の表示はもう少し読みやすい色がよいと思います。・前提テストの「ACPファシリテーターの役割とスキル」は、役割を理解し、行動できると考えると、役割についての設問があるとよいのではないのでしょうか。 ・研修の4つの事例の、ACPファシリテーターの活用するスキルに質的な違いがあるのか気になりました。 ・資料5:「概念化」の部分は、表の記入がスムーズにできるか気になりました 		

(続き)

5-2. 形成的評価

事前学習の独学教材と集合研修における1対1研修をそれぞれに行い研修の成果と課題改善方法について検討した。個人学習では、概ねスムーズに行えたが事例問題でははっきりとした正解がないため、教材内の答え合わせに困惑することがあった。また、不正解時の振り返る箇所をもう少し明確にしてほしいとの方々があった。集合研修では、受講生全員が前提テストの想定時間より大幅に時間を要した。焦りが出てしまい、不正解時の解説に十分目を通す時間がなかった。ロールプレイは問題なくスムーズに行えており、他の受講生のファシリテーターの様子を見て学びを得たとの声があり、相互学習につながった。内省のリフレクションは、グループワークのファシリテートを行うことで促進されたが、介入がないと意見がなかなか出てこなかった。ビデオ視聴は、自分の話の構成や声のトーン・話し方・どのような態度で話しているかが可視化できており、描写と外化に効果はあった。概念化では、時間不足であまり意見の抽出ができなかった。結果、経験学習に基づいた研修は、内省的観察まで一定の効果があつたが、概念化を抽出するまでには至らなかった。

5-2-1. 個人学習の1対1評価

受講生に対して、「アドバンス・ケア・プランニングファシリテーター入門編」独学教材について、1対1の形成的評価を行った。まず、受講者には、形成的評価の説明と協力の承諾を得て、行った。形成的評価は、2023年3月4日に実施。所要時間は、想定時間が65分であるのに対し、50分で取り組めた。第1章のおさらい問題は、1.6問中5問正解。第2章のおさらい問題3問中2問正解、おさらい問題(医療倫理について)5問中3問正解、第3章3問中1正解で、部分的な不足があった。受講生の感想は、おさらい問題に関しての解説が書いてあるので、理解がしやすい。解決策には、正解がないためテストの答え合わせを行うために同じ文言がない場合に不安になることであった。また、「人生の最終段階における医療・ケアのプロセスに関するガイドラインとその解説編」を読む機会がなかったとあった。

5-2-2. 集合学習における形成的評価

テクニカルラダーⅢ以上の中堅看護師を対象に行った。1名は慢性病院の病棟で勤務する5年目看護師、1名は救急救命センターの20年目看護師、1名は退院調整看護師12年である。本研究と本研修の目的と協力の依頼を行い、承諾を得て研修を行った。集合研修は、2023年3月6日に実施。集合学習前に受講生全員が前提テストを実施したが、想定時間より大幅な時間を要した。学習者の感想は、制限時間の焦りが出てしまい、不正解時の解説に十分目を通す時間がなかったなどの意見があった。また、ACPの内容とファシリテーターの内容が混在しており、両方に知識がない状態で時間の設定が短かった。ロールプレイに関しては、問題なくスムーズに行えており、他の受講生のファシリテーターの様子を見て学びを得たとの声があり、相互学習につながった。内省のリフレクションは、グループワークのファシリテートを行うことで促進されたが、介入がないと意見がなかなか出てこなかった。ビデオ視聴は、自分

の話の構成や声のトーン・話し方・どのような態度で話しているかが可視化できており、描写とに効果があった。概念化では、時間不足であまり意見が出てこなかったため、ファシリテーターの介入が必要であった。内省的観察までは、ファシリテーターのサポートがなくても、自身の行動を振り返り、課題や良かった部分の振り返りを行うことができたが、概念化を抽出するには、不十分であった。しかし、少ない事例からの学びを元に自身の課題を見出し、研修後のアクションプランに反映して考えることができた。

研修終了後に、受講生の学び・感想を以下に述べる。ACPには正解がなく自分の判断も合っているかどうか自信がないと後輩とかにどのように教えればいいのかわからない。今までの経験の中から、色々とロールプレイで話しをした。コミュニケーション・スキルをもう少し学びたい。目標に立ち返って考えることが大切であると感じた。こうだと決めつけるのではなく、ちょうど良いところを模索することが重要であることがわかった。難しかった、頭が爆発しそうになったが、1回の受講ではできるようにならないと思うので、また受けてみたい。他の人にも、受講してもらいたいと思う。受講者からの研修改善要望は、2-1~4のタスクを4事例まとめておこなったが、はじめに1つの事例を通してやって、ワークのやり方を理解した上で他の3事例に取り組めるともっとやりやすかった。ワークが複雑で、何をすればいいのか質問しないとわからない部分があった。4事例行ったが、2事例くらいにしてワークの部分をもっとしっかり書く時間が欲しかった。時間は、長いがすぐに時間が経った。経過時間記録と受講者の反応と発言・質問それに対する研修者の介入を資料15に示した。また、ACPファシリテーターの実践をリフレクションした内容結果を資料17と表9に示す。質問は、①チームは、どのくらい上手に話し合いができたかを5段階で評価1が全くできなかった、5が十分できたである。結果は、評価2が1名、3が1名、4が1名であった。自己評価の理由は、話し合いというより誘導になっていたことがビデオを見てわかった。患者家族が意見しやすい場づくりが、まだできていないと感じたなど質問②では良かった点、質問③では改善点、質問④では気づきについて質問した。回答内容は、具体的な内容になっておりファシリテーターとしての課題を述べることができていた。

表 9;研修の振り返り用紙結果

受講生	Aさん	Bさん	Cさん
①チームは、どのくらい上手に話し合いができたか	5段階中評価2 (できなかった) ・目的が話し合いに参加したメンバーに伝わっていたが不明瞭だった。 ・患者、家族の認識を途中で承認する必要があった。 ・設定(思い)が全て表出できていなかった。表出することで方向性が変わるパターンもあったかもしれない	5段階中評価4 (できた) それぞれがみんなに意見を出せた。 それぞれの立場で理解しながら話すことができた。	5段階中評価3 (どちらとも言えない) 話し合いというより誘導になっていたことがビデオを見てわかった。 患者家族が意見しやすい場づくりが、まだできていないと感じた。

表 9; 研修の振り返り用紙結果

受講生	Aさん	Bさん	Cさん
②ファシリテーターやチームの話し合いでどんな点がよかったですか？	<ul style="list-style-type: none"> •YES/NO の質問だけではなく、オープンな質問で自由な表出をしてもらうことで正直な思いを引き出せたと思う 	<ul style="list-style-type: none"> •それぞれの立場を理解しながら活かすことができた。 •事例に対して必要な情報は、こんなことなど具体的に出すことができた。 	<ul style="list-style-type: none"> •最初に何を目的とした話し合いなのかを伝えられた。 •誰に対して質問しているのか氏名を言って当てることで、話しをそれることや話しが止まることがないようにできた。
③ファシリテーターやチームの話し合いで「もっとこうすればよかった」という点はなんでしょう？	<ul style="list-style-type: none"> •途中でフィードバックを行い、共通認識できるように配慮する 	<ul style="list-style-type: none"> •1つ1つの事例に対して、もう少し時間をかけて振り返りができると良い。 •何が良い点か何が悪い点なのか具体的に出してつなげられるとよい。 	<ul style="list-style-type: none"> •自己紹介と入院生活を通しての患者との関係性を最初にいうことで信頼性が上がり、本音を言いやすいのではないかと考える
④その他、ファシリテーターやチームの話し合いについて気づいたことはありませんか？	無記入	<ul style="list-style-type: none"> •もっとどのように情報が必要なのかを整理する場面があってもよかったと思う 	<ul style="list-style-type: none"> •他のスタッフがやっていることは見たことがないため、話し方や進めかたが勉強になった。

(続き)

第6章 考察・結論

経験学習に基づいた研修設計の成果について考察した結果、経験学習に基づいた研修は、学びを臨床現場で具体的にどのように活かすか計画しコミットメントすることに繋げることができた。今後の課題としては、研修時間の再構成と前提テストと事前学習の相関性を高めること。また、ACP ファシリテーターの構造をより細分化し下位目標を明確にすることで、目標と評価方法との整合性を上げることである。

6-1.考察

学習成果を出すためには、経験学習は体験とフィードバックだけは、自己を深く振り返ることはできない。内省的観察支援には、内省プロセスの「描写」「外化」「比較」「批判」ができるように支援する必要がある。描写には、ビデオ撮影したものを視聴しながら、リフレクションを促すシートを用いて行うまた、外化にはグループワークで他の受講生からのフィードバックを行うことで学びを深めることができた。また、意見交換を行うことは、批判と比較が可能となることが示唆された。概念化に関しては、G-MTA を援用したワークシートを用いて行ったが、ワークシートに記載する内容があまり出てこず、カテゴリー化しルールやノウハウを抽出することはできず、文脈を短文し ACP ファシリテーターとしての対応をどのようにすべきかを書き出すまでで終了した。概念化までに至らなかった理由としては、G-MTA では少なくとも 10~20 事例程度必要であると言われているが、今回は 4 事例であり症例数が少なかったこと、また G-MTA の分析を受講者に行わせることは困難が高かったのではないかと考える。また、概念化するタイミングは、OJT での実践経験を踏まえた上で行うことが有効ではないかと考える。

6-1-1.事前学習の独学教材の成果

教育の主軸は、自己学習と OJT であり、研修はそれが実現しないときに行われるものである(鈴木 2015)。今回は、OJT の課題として指導者不足であるため OJT に必要な前提知識とスキルの習得を目的としている。もう1つは、ACP の対話は社会的構成主義に位置付けられ、集合学習による相互学習が効果を高めるため研修を採用した。研修が効果的効率的に行われるため前提知識の水準を合わせることを目的に事前学習を設計した。

ACP ファシリテーターの能力は先行研究で、すでに明らかにされていたが、ACP ファシリテーターの役割業務については、明確にされたものはなかった。ACP ファシリテーターの業務については、WBS のツールを使用し業務プロセスの細分化とタスク遂行に必要な知識とスキル、成果物を分析したことで ACP ファシリテーターに必要なスキルを構造化することができた。各タスクの成果物も抽出するため学習目標の評価基準の参考にもなる。

ID にも、課題分析方法はあるがプロジェクト単位の学習目標を分析するのは、難しい。WBS で、細分化したタスクに対して課題分析を行うことで抜けなく全体を捉えた学習も目標を立案できる。今回は、前提テストの内容を全て網羅した事前学習課題になっていなかったた

め、前提テストに時間を要した。独学教材は、教材設計マニュアル(鈴木 2002)にそって作成した。独学教材であったが、学習を進める上での大きな問題はなく終了した。解説があり進めて行きやすかった、また他のもやってみたいとの声があり次の学習異様国も繋がった。しかし、おさらい問題の事例問題でポイントを押さえたいとすれば正解としたが自己採点するには、不安があったとの感想があった。今回は、事後テストを設けなかったが自信を持って独学研修を終えてもらうためにも事後学習を設ける必要がある。今回のもう一つの課題は、知識を応用できるようにするには不正解になった人に追加問題を作成しておくことである。練習の機会が十分でなかった点も、前提テストに時間を要した要因としてあげておく。

6-1-2. 経験学習モデルに基づいた集合学習の成果

コミュニケーション・スキル習得を学習目標に上げる既存研修は巷にたくさんある。コミュニケーションには、経験学習に基づいた学習者同士の相互学習が効果的である。集合学習時間を効率的に活用できるように前提テストを設けたが、時間がかかってしまった。要因としては、前提テストと事前学習内容の乖離と事前学習の練習機会の不足、事後テストの不足が挙げられる。事前学習資料には ACP ファシリテーターの内容が中心で ACP の基礎知識については学習の機会を提供していない。ACP の知識を持ち合わせているであろうものを対象者に選んだが、知識は不十分であった。この後は、ACP ファシリテーター研修の前に ACP ミーティングの実践研修を設計し、スモールステップで受講できるような仕組みを作る。

集合研修では、Kolb の経験学習サイクルに基づいて研修の開発を行なった。サイクルごとの支援と成果について考察する。具体的経験では、学習目標に合わせてロールプレイを設定した。事例ごとに、ミーティング参加者を ACP ファシリテーターと患者・家族の 3 者、カンファレンス参加者を ACP ファシリテーターと医師、医療従事者とした。シナリオは、意見の対立内容とし、シナリオの内容は汎用性があり、今までにも経験したことがありそうなものにした。初めはシナリオに忠実に行うことでいっばいになり、それぞれの役に没入し、役の思いや価値観を体験できない状況であったため、目的を再度確認した。その後は、役に集中することができた。

ビデオで撮影したものを視聴(描写)し、視聴内容(生データ)を見ながら、ACP ファシリテーターの意図した関わりと患者の反応・思い、患者は何を望んでいるのかを予測し記載していく(ALACT モデル)(外化)。その後、異なる視点でそのできごとにさらに意味づけを行う(比較)うまくいった点(KEEP)うまくいかなかった点(PROBLEM)やってみたこと(TRY)をリフレクションシートで振り返る。これは、内省プロセスの「描写」「外化」「比較」「批判」を支援する内容に基づいたものになっている(中原 2021)。特に「描写」は自分の行なったことでもすぐに忘れる「外化」は、描写で意味づけされたものを他の視点で意味づけることができないといけない。この過程を自分の振り返りにビデオの視聴、ALACT モデルを活用したシートにとりリフレクションは効果があったと考える。看護学生に対して効果的なコミュニケーション・スキルの学習方法についての調査では、学習方法ごとの効果的な学びについて、口頭指導は、個別的で状況に応じた指導が役立つことや他者との意見や対応の違いを知ることができる、カンファレンス

は他者との意見や対応の違いを知ることができる。また、プロセスレコードは、自己を振り返り、客観視できることや会話の流れや意味、相手の反応を考えるようになったとの意見があったとしている。しかし、ロールプレイには高い効果を示した項目はなかった(村中 2005)。これからもわかるようにロールプレイをただ行なっただけでは、学習成果は得られないことと、オブザーバーやファシリテーターからのフィードバックも本質的な自己の振り返りや改善策を考えることにはつながらないことがわかる。今回の研修では、全てのプロセスを踏んでいる。しかし、リフレクションシートの記載方法などの質問を受講者から質問をうけ説明を追加しているので、レイアウトや書き方の文言を変えるなど改善が必要である。

抽象的概念化に関しては、G-MTA を援用し、ACP カンファレンスおよびミーティングの場において ACP ファシリテーター・患者・家族・医療者それぞれの役柄を演じることで患者、家族、医療者の思い・価値観を明文化し理解する。その上で、「ACP ファシリテーターが納得感のある決定を行い、相互理解を促し協調的に対立を解消する方法」について書き出すことができた。概念化するにあたり、本来であれば、少なくとも 10 程度の生データが必要であるが、今回は時間の都合上、4 事例とした。しかし、4 事例でも個人ワーク、グループワークの時間が短いと全員から意見が出ており、研修のタイムスケジュールを見直す必要がある。

アクションプランで、研修内での経験から学び得たことと自身の課題と目標を記載することで、現場で具体的にどのように目標を達成するか計画を記載し、コミットメントできる。受講生は、全員具体的で実現可能性の高い目標と計画を立案できていた。研修中に ACP ファシリテーターとしてのあるべき姿を考えることができたことで自分とのギャップが抽出できたことが示唆される。

6-2. 結論

経験学習に基づいた研修は、学びを臨床現場での活用方法を具体的に計画することができ実践へのコミットメントに繋げることができた。また、描写と外化の支援を強化することで ACP ファシリテーターの言語的コミュニケーション・スキルだけでなく、非言語コミュニケーション・スキルの向上に役立つことが示唆された。

6-2-1. 実践における今後の課題と改善策

個人学習については、アドバンス・ケア・プランニングファシリテーター入門編を事前学習としていたにもかかわらず、前提テストにかなりの時間を要した。要因として考えられるのは、事前学習と前提テストの整合性が取れていないことである。ACP に関する基礎知識は既存知識として扱っているため、個人学習の内容には入れていなかったことが大きな要因である。次回は、ACP における基礎知識を習得させる教材も取り組むようにする、あるいは本研修の前提研修として、ACP 研修を行うことを勧案する。

集合研修に関しては、IDer レビューでの指摘があったように目標と評価基準の整合性の

課題がある。現在の学習目標を課題分析し細分化することで、目標と評価基準の整合性がある程度担保できるようになるのではないかと考える。また、評価方法はアクションプランだけでなく、事後テスト(資料 15)を入れることで、合格基準の整合性を高められるように改善する。WBS での ACP ファシリテーターの業務分析を深く細分化することで、ACP ファシリテーターに必要なノウハウ・スキルがより明確となり下位目標の積み重ねによって、行動目標と評価方法の妥当性につながると考え今後の課題とする。

本研究では、今まで明確にならなかった ACP ファシリテーターの業務プロセスを細分化し、プロセスごとのタスクとノウハウ、スキルを細分化することで、ACP ファシリテーターに必要な知識と業務スキルの構造を整理しニーズに合わせた研修目標の設定ができた。経験学習に基づいた研修は、経験と内省と概念化を循環させる支援を行うことで、学びにつながり、OJT への準備ができる。また、内省で最も困難とされている「描写」「外化」について、ロールプレイ内容を撮影し(中原 2021)リフレクションのワークシートを用いることで、多くの学びを得ることにつながることを示唆された。

今後の課題は、研修時間の再構成と前提テストと事前学習の相関性を高めること。また、ACP ファシリテーターの構造をより細分化し、下位目標を洗い出すことでより行動目標と評価方法との整合性を上げることである。

6-2-2.2024 年度の実践計画

1回目の形成的評価で終了しており、今回の課題をもとに研修の改善を行い2回目の形成的評価の内容を秋期の教育工学学会で発表する。また、12月には、当法人での研修実施を行う。

資料・付録目次

- (資料1) ACP コミュニケーション・スキル研修の内容
 - (資料2) 中堅看護師のACP実践の現状におけるインタビュー調査
 - (資料3) ACPファシリテーター能力の知識とスキル
 - (資料4) 看護師のクリニカルラダー
 - (資料5) ACPファシリテーターの業務分析(WBS)
 - (資料6) 既存研修のACPにおけるロールプレイ
 - (資料7) 独学教材の章ごとに習得した知識の応用確認テスト
 - (資料8) 集合学習企画書(ロールプレイと事例検討)
 - (資料9) 集合学習用資料3 リフレクションシート
 - (資料10) 集合学習用資料4 ワークシート(A C P患者家族、他職種の思い)
 - (資料11) 集合研修用資料5 ワークシート(まとめ)
 - (資料12) 集合研修用資料6 アクションプランシート
 - (資料13) SMEレビューアンケートと結果
 - (資料14) IDerレビューアンケート
 - (資料15) 集合研修事後テスト
 - (資料16) 概念化シート: 受講者記載内容
 - (資料17) 受講後アンケート
-
- (付録1) 個人学習の独学教材
 - (付録2) 前提テスト
 - (付録3) 集合研修のロールプレイシナリオ

(資料 1) ACP コミュニケーション・スキル研修の内容

研修名	概要	研修内容	研修成果
<p>臨床医の 2.5HSICG トレーニング 出典: Safiya Karim, Oren Levine and Jessica Simon et al.(2022)The Serious Illness Care program The in Oncology: Evidence, Real-World Implementation and Ongoing Barriers. Current Oncol.29,:527-1536 DOI:https://doi.org/10.3390/currenocol29030128</p>	<p>Ariadne Labs によって設計された Serious Illness Care Program は、生命を制限する病気の患者の価値観と目標についての会話を改善するためのものであり、臨床医師に対しては SICIP で活用される重篤な病を持つ患者に対してのコミュニケーションガイド Serious Illness Care guide のトレーニング</p>	<p>①訪問の前日に患者との面会通知を行い ②臨床医師に SICIP 資料を提供し、内容の説明が行われる。 ③標準化されたテンプレートを使用して会話を医療記録に記録し情報共有を行い、意思決定を行うための情報提供を行う。 ④ACP 内容をビデオの録画を使用し、内省の外化と標準化された患者との面接におけるデモンストレーションを行う。 ⑤会話ガイドへのオリエンテーション、フィードバックを提供する資格のあるファシリテーターによる実践的なロールプレイセッションを行う。</p>	<p>深刻な病気に関する会話は SICIP の実装後、より明確に文書化され、より検索しやすくなったこともわかった。</p>

(資料 1) ACP コミュニケーション・スキル研修の内容

研修名	概要	研修内容	研修成果
<p>2.5 時間の SICG トレーニング 出典: Rachele Bernick (2015) Development of the Serious Illness Care Program: a randomized controlled trial of a palliative care communication intervention BMJ オープン 5: e009032</p>	<p>臨床医の時間を最小限に抑えるために、介入臨床医が SICG を使用する能力を開発するための 2.5 時間のトレーニングプログラムを設計した。</p>	<p>① ACP ディスカッションに関するセッションから始まる。(約 30 分程度) ② Serious illness conversation guide(以下 SIDG) の使用に関するデモンストレーションと討議(約 30 分) ③ 参加者全員による個別の練習が行われ、緩和ケア担当医からの個別のフィードバックを含むロールプレイが行われる(60 分以上)。 ④ トレーニングセッションには、セッションごとに 6~10 人の参加者が含まれる。 ⑤ 訓練を受けた俳優は、デモンストレーションとロールプレイの両方で標準化された患者を演じる。 ⑥ 臨床医は SICG を使用し会話の導入方法を学ぶ。 ⑦ 研修後すべての介入臨床医は、トレーニングで提供される情報を振り返り、参照用に困難なシナリオのガイダンスを提供される。 ⑧ トレーニングは、電子カルテにアクセスして完了する、 ⑨ 臨床医向けのチュートリアルを受け取り終了する。</p>	<p>患者家族とは、深刻な病気に関する会話の全体的な質は有意に高く、医療者と患者は患者の価値観と目標、予後と病気の理解について話し合いの機会が増えた。</p>

(続き)

(資料 1) ACP コミュニケーション・スキル研修の内容

研修名	概要	研修内容	研修成果
<p>出典: 關本(せきもと) 翌子 (2015) 看護師のためのコミュニケーションスキル研修-患者の感情表出を促す “NURSE“-。医学新聞, 2015.10</p>	<p>参加者が体験的にスキルを身につけるために1日がかりの研修の内、講義は1時間程度とし残り時間全てをロールプレイに充てている。</p>	<p>1 グループ:5 人(患者役 1 人, 看護師役 1 人, オブザーバー3 人)+ファシリテーター(進行役)とサブファシリテーター各 1 人 グループの全員が看護師役・患者役を順番に行うため、一回 50 分のロールプレイを 5 回実施する。</p> <p>ロールプレイ: ①グループ全員でシナリオを読み合わせ ②設定確認と役作りなど看護師役と患者役双方の準備 ③看護師役は、各場面で言葉かけの内容を考え“NURSE”を実際に活用するとともに、自分の今までのコミュニケーションを振り返っていく。 *コミュニケーションが難しい点や意見を聞きたい点があれば、看護師役はいつでも「タイム」を取り、ディスカッションを行うことができる。ディスカッション中は、患者役は離れた場所に移動して、議論の内容を聞かないようにイヤホンをする)。 ④ディスカッションでは、オブザーバーが重要な役割を担う (ロールプレイの内容は、サブファシリテーターが板書し、ディスカッションの参考にする)オブザーバーのフィードバックをもとに看護師役は、新たな像を作り上げていく。 ⑤ディスカッション後は、元の場所からロールプレイを再開することも、少し前にさかのぼってやり直すこともできる。 ⑥5 人全員での振り返りをファシリテーターがまとめて一回のロールプレイが終了となる。</p>	<p>アンケート調査にて、「こんなに頭を使って患者さんと話したことはなかった。意図的なかかわりによって引き出せる情報が大きく異なることに驚いた」「普段行っている声掛けの中にも “NURSE” に当てはまるものがあり、自信がついた。あまり使ったことがないスキルについても今後使えるようになっていきたい」といった声が挙がった</p>

(続き)

(資料 2) 中堅看護師の ACP 実践の現状におけるインタビュー調査

対象者: 中堅看護師 看護師経験年数 10 年以上リーダーの経験がある者 4 名 + 退院調整看護師 1 名

実施方法:

・1対1でインタビューを行う(録音の承諾を得て録音させてもらう(半構造化インタビュー))

インタビュー内容:

- ・ACPの既存知識・スキル
- ・実践に対しての困り事
- ・失敗した談・実践時に気をつけていること
- ・ACP 介入への成功体験・リビング・ウィルを取るときの切り出し方
- ・切り出しの困難感の有無について
- ・介入のタイミング

上記以外は、部分的に掘り下げて聞いていく。

(資料 2) 中堅看護師の ACP 実践の現状におけるインタビュー調査

質問内容項目(見出し)	回答内容(語り)
ACP 知識	・ACP への知識不足
学習の機会	・ACP 研修・勉強会参加機会不足
ACP の定義	・ACP の定義は知っている(なんとなく)
不安	漠然とした不安(知識がないので) 患者にシビアな悪い話をどのように話すか 医師の話すべき内容を話してしまっていないか 対象によって話かたを変えているが妥当性が心配
困難感	家族が AD を拒否されるときのアプローチ法 代理意思決定者が決まらないときの対応 本人が AD を拒否したときの対応 家族の意見を優先しがち。本人が置き去り 死をイメージさせるような話を医師より先にすること 健康な人へのアプローチ 「えっ！」ってなると、次に話がしづらい 入院時の元気な人への AD は拒否感が強く話しづらい 一般人に対しての医療内容をイメージさせる説明の仕方
ACP(AD)のタイミング	入院時、転院時、状態が変化したとき、状態悪化時、退院時、患者からの治療方法の変更を申し出た時 入院時、元気な患者に医師より先に AD の説明をしないといけないと困る
コミュニケーションスキル	患者全体を把握するコミュニケーションスキルが足りていない 拒否した時や決められない時は、パンフレットを渡して後日調整している ACP の切り出し方が難しい IC 後の本人家族の理解度の確認と追加説明をしている オープンクエスチョンで話し、意見がなければクローズにしていくようにしている
AD で困っていること	家族の意見を優先しがち。本人が置き去り

結果

(資料 2) 中堅看護師の ACP 実践の現状におけるインタビュー調査

	質問内容項目(見出し)	回答内容(語り)
質問項目以外の結果	信頼関係を築き家族の意向を聞く機会を得る努力	現在、コロナで家族の面会は謝絶になっており、プライマリーからの週 1 回の電話での状態報告となっている)電話は、調整してプライマリーが書けるようにしている
	信頼関係を築き家族の意向を聞く機会を得る努力	リハビリの進行具合の見学やケア調整カンファレンス、退院調整カンファレンスなどを使用し 対面の機会を増やしている
	ACP の工程	IC は先に医師にしてもらいたい(看護師)
	ACP の実践	繰り返し患者と家族に意向の確認をしている 地域医療者へ退院時に AD 内容の申し送り(紙媒体) 患者の意向に合わせてケアを行い、退院調整し希望する療養場所に帰れた事例で透析拒否していた患者の意見が変わったときに、急性期病院で治療できるように迅速に対応した 本人に日常のケアの中で、今後の意向を聞くようにしている 退院が決定した時に、患者の意思を確認している
	医療者提供者との連携	退院時カンファレンスと病棟カンファレンスを行っている
	失敗事例	AD が実施されなかった 各医療種の意向の違いを擦り合わせることができない 院内で目標設定できてなくて、退院に時間がかかった
	話し合いの阻害要因	勤務体制により、夜勤が多く接する機会が多い 医師によって、IC の仕方が様々 家族・本人への普及不足

(続き)

(資料3) ACP ファシリテーター能力の知識とスキル

能力	知識	スキル
パートナーシップの関係を早期に構築する能力	<ul style="list-style-type: none"> 2 疾患・病態・疾患予後が説明できる 2 関係性を構築する関わり方が言える 2 患者の意向に肯定的な関わりの方の具体的な方法が言える 2 病態に合わせた、日常生活援助ケアを計画できる 	<ul style="list-style-type: none"> 0 専門的知識・技術を持ち、患者個々に応じたケアを提案し、提供できる 0 身体機能の維持につとめ苦痛を緩和することができる 0 何気ない会話を糸口にして信頼関係を築くことができる 0 患者に肯定的なフィードバックができる
心理状況をアセスメントし情緒的サポートを行う能力	<ul style="list-style-type: none"> 2 ACPのタイミングとなる、患者のちよつとした思いの表出方法が言える 2 せん妄・認知レベル・疼痛スケールなどで使用される各ツールが言える 2 精神に影響を与える身体症状や環境について言える 2 非言語コミュニケーションとして、どのようなものがあり、それが何を意味するか推測できる 	<ul style="list-style-type: none"> 0 何気ない会話を糸口にして信頼関係を築き、意向確認のタイミングを図ることができる 0 せん妄程度の確認(せん妄ツールの活用)・認知の程度の確認(長谷川式スケールの活用)ができる 0 食欲や発言などを通して、患者の心理状態を確認することができる
患者の病状や治療方法についての確かな情報を提供する能力	<ul style="list-style-type: none"> 2 患者の疾患、治療法についてわかる。治療におけるメリット・デメリットが説明できる 2 専門用語を使わずに患者・家族の認知に合わせた説明の仕方が選択できる 2 患者・家族の理解度を確認する方法が言える 2 患者合わせた伝わりやすい会話のペースと間の取り方、音量の判断ができる 	<ul style="list-style-type: none"> 0 今後起こり得る状態や終末期医療についての捉え方を確認し、補足説明をすることができる 0 患者合わせた伝わりやすい会話のペースと間の取り方、音量で話すことができる

(資料3) ACP ファシリテーター能力の知識とスキル

能力	知識	スキル
<p>意図的に対話を促進し価値観を明確にする能力</p>	<ul style="list-style-type: none"> 2 患者との信頼関係構築のポイントが言える 2 患者にとっての ACP の重要性が言える 2 “自分の人生について”考えるという認知を高めるコミュニケーション方法を選択できる 2 終末期には、どのような一般的などのような不安があるのか言える 2 傾聴の具体的方法が言える 2 生きがいや大切にしていることが聞き出せるような意図的なコミュニケーション方法が言える 	<ul style="list-style-type: none"> 0 保清や散歩など日々のケアの中で快を提供しながら、大切なことや気がかりなことの表出を促すことができる 0 ACP の重要性の理解を促し、“自分の人生”について考えるという認識を高めることができる 0 状態や終末期医療についての不安の緩和を図ることができる 0 ライフヒストリー、病いの体験の語りを促し、傾聴することができる 0 意図的な対話により生きがいや大切にしていることの言語化を促すことができる
<p>患者・家族の考えの共有および合意形成への調整能力</p>	<ul style="list-style-type: none"> 2 インフォームドコンセントで得られる患者・家族の情報が何か言える 2 意思決定プロセスを支援する共有型看護相談モデルを理解する(9つのスキルと 30 の技法) 	<ul style="list-style-type: none"> 0 患者の真意が伝わるようにアドボケーター(代弁者)になれる 0 患者が家族や医療者に気遣うことなく真意を述べるように自律性を保障できる 0 意思決定プロセスのリフレクションを助け患者が語った意思決定内容とその根拠(価値観)を繰り返し伝え、真の共有、合意形成を図ることができる 0 IC 後の面談を通して、患者・家族の意思の本音を聞き出すことができる 0 患者・家族の意思決定支援ができる 0 意思決定プロセスを支援する共有型看護相談モデルを参考に、支援できる 0 患者の意向を確認しながら、日常生活での目標を設定することができる

(続き)

(資料3) ACP ファシリテーター能力の知識とスキル

能力	知識	スキル
倫理的視点で情報の整理・分析し医療者に説明する能力	<ul style="list-style-type: none"> 2 本人の意思の確認ができる場合・できない場合の代理意思決定者を決定方法が言える 2 患者に意思決定ができない場合に該当するかのアセスメントができる(看護師としての見解が述べられる) 2 生命倫理の4原則について述べることができ、判断できる 2 事前指示書(アドバンス・ディレクティブとリビングウィル)2つの違いについて、また法的効果がどこまであるか知っている 	<ul style="list-style-type: none"> 0 意思決定者の判断のために各部署担当者とのカンファレンス開催の調整ができる 0 生命倫理の4原則に基づいた、診療の補助やACPの意思決定支援ができる
患者の希望や揺れる代理意思決定を後押しする実行力	<ul style="list-style-type: none"> 2 揺らぎとは自分自身の持てる力に自分自身が働きかけ、自分自身の持てる力を最大限に発揮できる可能性を持つ概念であることが説明できる 2 傾聴と称賛の説明ができる 2 患者に寄り添うとは何か説明できる 	<ul style="list-style-type: none"> 0 患者の意思の揺らぎや不安に寄り添うことができる 0 対話により患者の最善を共に言語化できるように意思決定プロセスを支援することができる 0 患者との対話と現状の認知のなかでゆれ動きながら自己の中に潜む力や能力を呼び起こし優先したい価値に気づかせることができる 0 患者に寄り添い、ともに考える存在であることを伝えることができる 0 パートナーシップの関係の認識を高めることができる 0 患者が人生で果たしてきた役割やできごとに傾聴、称賛し、患者の人生を肯定することができる
多職種や家族のチームをコーディネートする能力	<ul style="list-style-type: none"> 2 患者と各職種の間わりについて説明できる 2 どのような時にどの部署と連携すれば良いか判断できる 2 ファシリテーターとしての役割と具体的方法が説明できる 	<ul style="list-style-type: none"> 0 医療機関で継続支援ができるように情報共有やコーディネートすることができる 0 療養者の希望を実現できるよう最期まで望む環境にいられるように、地域の医療者と連携することができる 0 家族のサポート力をヒヤリングできる 0 他部署との交渉コミュニケーションスキルを習得できる 0 必要時、他部署とのカンファレンスが調整できる 0 カンファレンスの司会ができ、ファシリテーターとしての役割ができる

(続き)

(資料4) クリニカルラダーⅢ看護師の習得スキル

定義		看護の核となる実践能力：看護師が論理的な思考と正確な看護技術を基盤に、ケアの受け手のニーズに応じた看護を臨地で実践する能力					
レベル	レベル毎の定義	I	II	III	IV	V	
II	ニーズをとりとえる力	<p>【行動目標】</p> <p>【レベル毎の目標】</p> <p>□ 即言を聴けながらケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、心理的、文化的側面から必要な情報を収集することができる</p> <p>□ ケアの受け手の状況から緊急度をとりとえることができる</p>	<p>□ 自立したケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、心理的、文化的側面から必要な情報を収集することができる</p> <p>□ 得られた情報をもとに、ケアの受け手の全体像としての課題をとりとえることができる</p>	<p>□ ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に必要となる情報を提供できる</p> <p>□ ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に必要となる情報を提供できる</p>	<p>□ ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に必要となる情報を提供できる</p> <p>□ ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に必要となる情報を提供できる</p>	<p>□ ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に必要となる情報を提供できる</p> <p>□ ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に必要となる情報を提供できる</p>	
III	ケアする力	<p>【行動目標】</p> <p>【レベル毎の目標】</p> <p>□ 指導を受けながら看護手順に沿ったケアを実施できる</p> <p>□ 指導を受けながら、ケアの受け手に基本的援助ができる</p> <p>□ 看護手順やトライアルに沿って、基本的看護技術を用いて看護援助ができる</p>	<p>□ ケアの受け手の個別性を考慮しつつ標準的な看護計画に基づきケアを実施できる</p> <p>□ ケアの受け手に対してケアを実施する際に必要な情報を得ることができる</p> <p>□ ケアの受け手の状況に応じた援助ができる</p>	<p>□ ケアの受け手の個別性を考慮しつつ標準的な看護計画に基づきケアを実施できる</p> <p>□ ケアの受け手の状況に応じた援助ができる</p>	<p>□ ケアの受け手の個別性を考慮しつつ標準的な看護計画に基づきケアを実施できる</p> <p>□ ケアの受け手の状況に応じた援助ができる</p>	<p>□ ケアの受け手の個別性を考慮しつつ標準的な看護計画に基づきケアを実施できる</p> <p>□ ケアの受け手の状況に応じた援助ができる</p>	<p>□ ケアの受け手の個別性を考慮しつつ標準的な看護計画に基づきケアを実施できる</p> <p>□ ケアの受け手の状況に応じた援助ができる</p>
IV	ケアする力	<p>【行動目標】</p> <p>【レベル毎の目標】</p> <p>□ 即言を聴けながらケアの受け手を看護していくために必要な情報が向かえることができる</p> <p>□ 即言を聴けながらケアの受け手とケアの役割を共有する</p> <p>□ 即言を聴けながらケアの受け手とケアの役割を共有する</p> <p>□ 即言を聴けながらケアの受け手とケアの役割を共有する</p>	<p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p> <p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p>	<p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p> <p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p>	<p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p> <p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p>	<p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p> <p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p>	<p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p> <p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p>
V	ケアする力	<p>【行動目標】</p> <p>【レベル毎の目標】</p> <p>□ 即言を聴けながらケアの受け手を看護していくために必要な情報が向かえることができる</p> <p>□ 即言を聴けながらケアの受け手とケアの役割を共有する</p> <p>□ 即言を聴けながらケアの受け手とケアの役割を共有する</p> <p>□ 即言を聴けながらケアの受け手とケアの役割を共有する</p>	<p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p> <p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p>	<p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p> <p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p>	<p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p> <p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p>	<p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p> <p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p>	<p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p> <p>□ ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる</p>

(出典：日本看護協会ホームページより
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/fukyukeihatsu/ladder.pdf>)

Project Framework (WBS Level-1)

Process

1. ACPプロジェクト体制の結成

Process Definitions

医師は、患者にACP実施に必要な段階を判断し、ACPプロジェクトの開始を決定する。患者の状態に合わせて、ACPのどの介入段階を判断する。

2. 医師を含めた多職種カンファレンスの実施

患者の意思の尊重を原則とし、家族にとっても最良の意思決定支援を行う。医師の医学的知見だけでなく、他職種の情報・知見を統合する。

3. ACPについて、患者・家族に話し合いの実施（ACPミーティング）

ACPを行っても良い適切なタイミングであるかどうかの判定を行う。患者に意思決定能力がある場合、患者・家族にACPの介入段階を併せて、切り出す。

4. ACPの作成と共有

ACPで話し合った内容を最終で確認し、書面を添削（電子カルテなど）、他職種がいつでもどこからでも共有できるようにする。適宜、ACPの見直しを行う。

Outputs

□医師
 ・患者プロフィール（病状・予後などの医学的知見）
 □ACPファシリテーター（看護師）
 ・ACPチームメンバー表
 □医師とチームメンバー
 ・患者のACP介入段階におけるスケジュール
 □看護師
 患者・家族の1 C時の反応を捉えるための反応確認シート
 □看護師・リハVEJ
 IC後に、患者・家族の1 C内容がわかっているかと理解の程度確認シート

□医師・看護師・多職種
 カンファレンス議事録
 □医師・看護師・他職種
 ACPスケジュール評価修正スケジュール書
 □医師・看護師・多職種
 事前指示書の妥当性評価

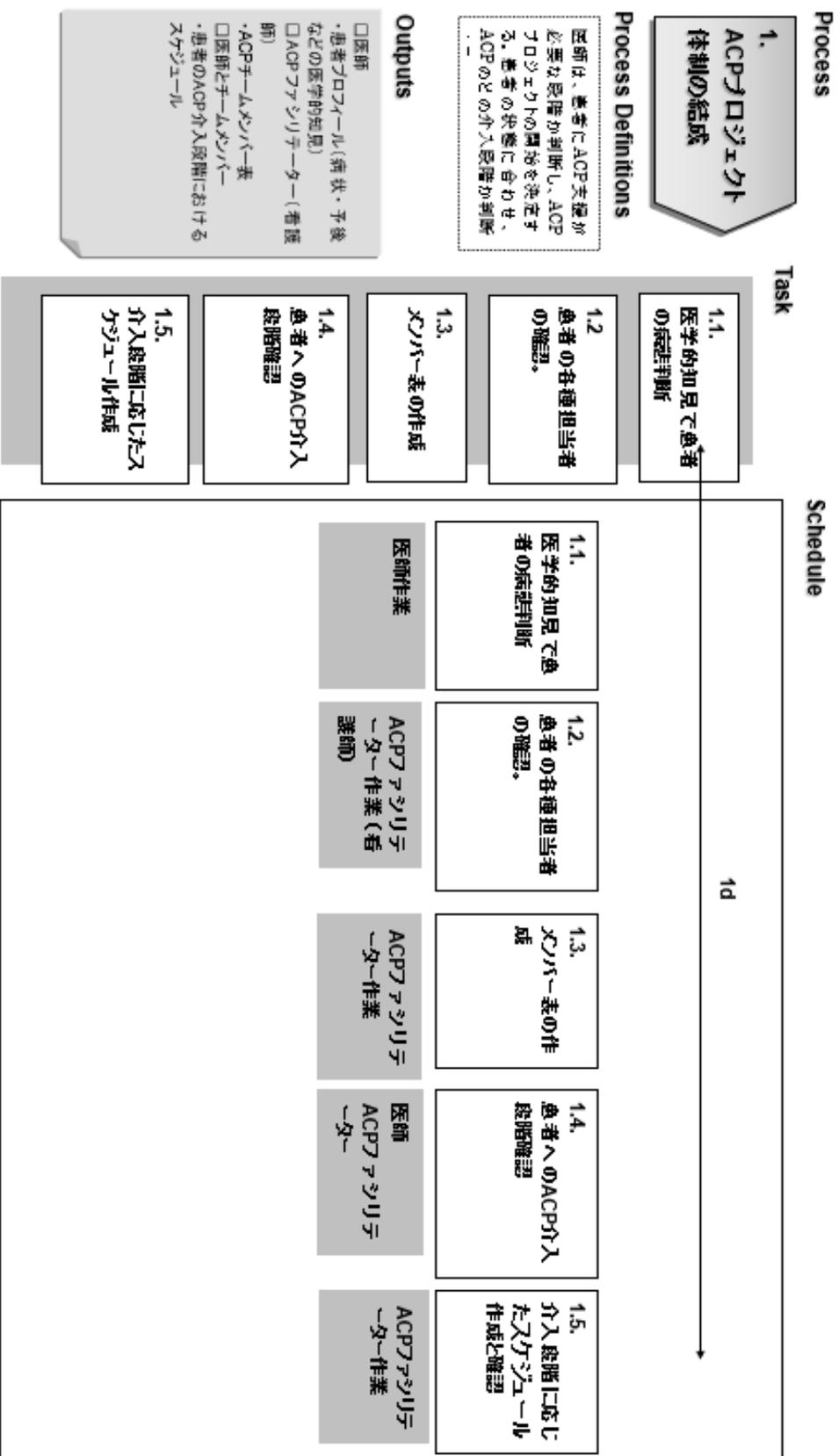
□医師・看護師・多職種
 カンファレンス議事録
 □医師・看護師・他職種
 ACPスケジュール評価修正書
 □医師・看護師・多職種
 事前指示書の妥当性評価

□医師・多職種
 ACP記録の書面作成
 □医師・看護師・多職種
 添削した内容を記載する場所の統一ルール
 □医師・看護師・多職種
 ACP作成書類の再評価スケジュール
 □ACPファシリテーター
 医療提供者のサポート体制構築
 (看護師)
 看護ケア計画書
 (リハVEJ)
 リハVEJ計画書
 (地域連携)
 退院支援計画書
 (多職種)
 退院共同計画書

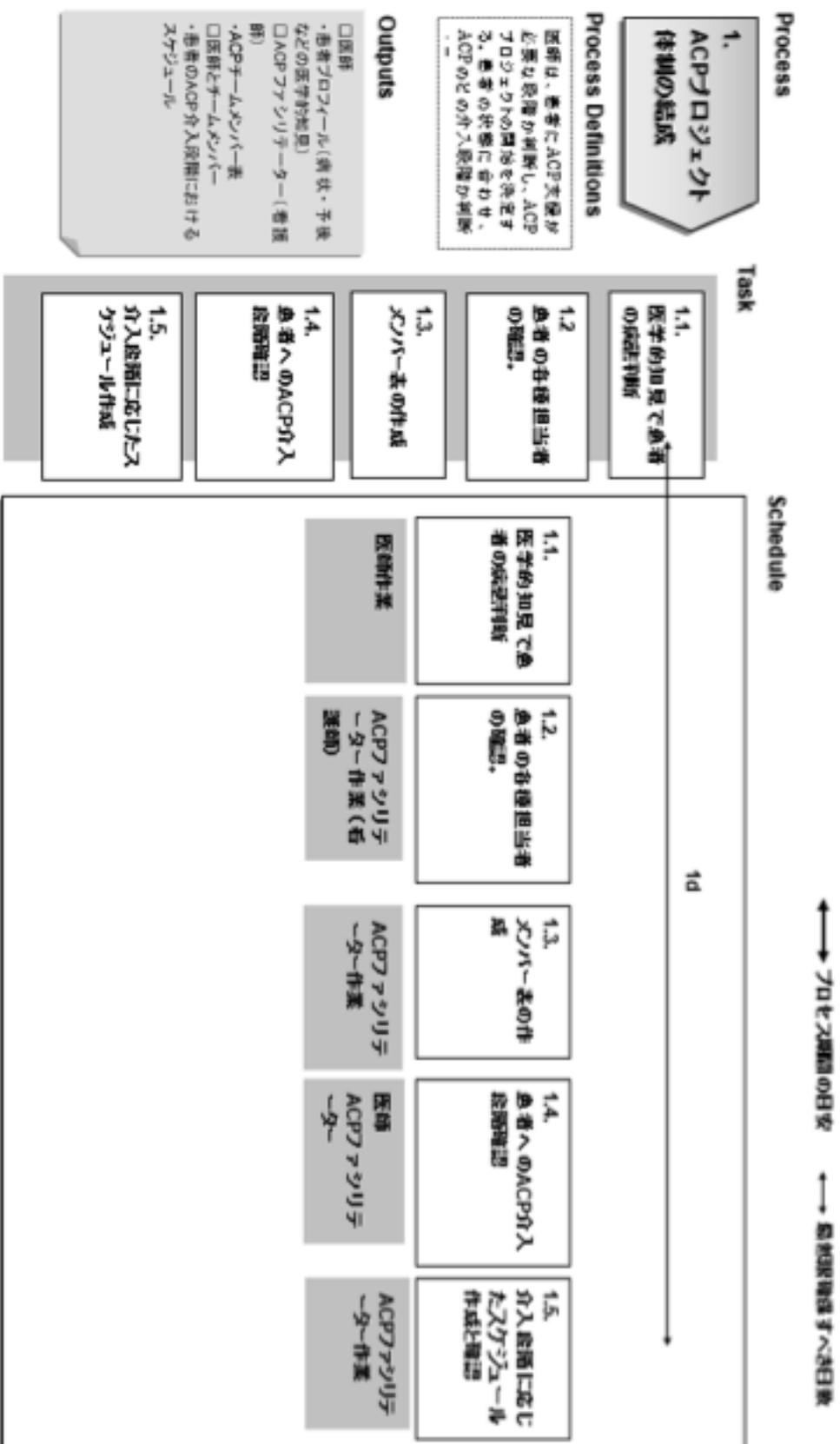
(資料 5) ACP ファシリテーターの業務分析 (WBS)

Process Specification (MBS Level-2)

↔ プロセス期間の目安 ↔ 最低限確保すべき日数



Process Specification (MBS Level-2)



Task Description (WBS Level 3)

Process	1. ACPプロジェクト外体制の結成
Task	1.2. 患者の各種担当者の選定
Task Definitions	患者の主治医・プライマリ・ケア・リハビリ・遠隔調整看護師・コメディカルで構成されたACPのワーキングチームを構成

Quality Check Points	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------

OK	Activity	Description	Know-how
<input type="checkbox"/>	1.2. ACPプログラムのチームの選定	受け持ち看護師が、中堅看護師以上のスキルを持っているか確認。それ以下の看護師がプライマリの場合は、ACPプログラマーとは別にローキンプチーム員を追加する。 プライマリが中堅以上の場合は、プログラマーを兼ねる	プログラマーは、日本看護協会JNAラダーⅡのスキルを習得しているものとす。 (スキルを以下に示す) ・基本的な看護手順に使用必要に応じて助言を得て看護を実施する ・標準的な看護計画に基づき自立して看護を実施する ・ケアの受け手に適切な判断をもち看護を実施する ・幅広い視野で予測的判断をもち看護を実施する ・より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択しQOLを高めるための看護を実施する。

Inputs	<input type="checkbox"/> 看護師としてのスキル習得状況
Outputs	<input type="checkbox"/> プログラマーの選定
Consulting Tools	<input type="checkbox"/> 日本看護協会JNAラダー

<input type="checkbox"/>	1.3. メンバー別の作成	医師の診断・医師からのACP介入判断をした結果を整理収集し、関連して行く患者を選定し、メンバーを作成する。	関連患者の選定は、医師から情報を提供してもらい、患者が入院前に関わっていた地域医療提供施設からの情報(ケアチーム)も参考に、また、より詳細に入院前の状態を確認したい場合は、遠隔電話で聞くなど追加情報を得る。
--------------------------	---------------	---	---

Inputs	<input type="checkbox"/> 患者の入院前情報 <input type="checkbox"/> 医師の知見
Outputs	<input type="checkbox"/> 患者に関連するメンバー表
Consulting Tools	<input type="checkbox"/> 入院前の情報提供書 <input type="checkbox"/> 患者の状態把握シート

<input type="checkbox"/>	1.4. 患者へのACP介入の開始	入院前、現在の患者の状態把握と入院前にするACPあるいは事前指示書があるかどうかの確認を患者・家族、入院前の医療提供者から情報収集する。それぞれの情報を統合し、患者のACP介入判断を判断する。	ACPは4段階に分けることができるが、病院での入院期間の制限により、第3段階からの介入にせざるおえない場合が多い。意思決定の段階である。将来、自分はどういう医師・ケアを受けたい・受けたくないか決定する段階で、表明した価値観などに照らし合わせながら、将来の医師・ケアを選択肢の中から適切な段階といえる。例えば、「心臓病生は望まない」などのDNAR (Do Not Attempt Resuscitation) など、この段階に含まれる。 事前指示の介入はSPIC-TJPを参考にしたい。
--------------------------	-------------------	--	---

Inputs	<input type="checkbox"/> 入院前の患者状態 <input type="checkbox"/> ACPの有無 <input type="checkbox"/> 現在の患者の状態
Outputs	<input type="checkbox"/> 患者のACP介入段階
Consulting Tools	<input type="checkbox"/> ACP4つの段階 <input type="checkbox"/> SPIC-TJP (supportive and palliative care indicator Tool)

Task Description (MBS Level-3)

Process	1. ACPプロジェクト体制の結成
Task	1.5 介入段階に応じたスケジュール作成と確認
Task Definitions	患者の主治医・セラピスト・スクリベーターは頻度や場所・コアスキルで決められたACPのワーキングチームを構成

Quality Check Points	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------

OK	Activity	Description	Know-how
<input type="checkbox"/>	1.5.1. 介入段階に応じたスケジュールの作成	介入段階に応じて、ACPの初出し初めを決める。医師に患者の健康を共有し、ACPの初出しをどのよ次に行うかを検討し、今後のスケジュールを作成する。患者・家族のスケジュール調整を行う。また、キーパーソンが誰であるかを患者に通知する。	【ACP4つの段階】 <ul style="list-style-type: none"> 意思形成：形を成していない、本人の意思の断片（ピース：piece）を言葉にするステージ 意思表明：ピースをパズルのようにつなぎ合わせ、価値観、大切にしていること、譲れないこと、気持ち、目標、嗜好等を表明するステージ 意思決定：表明された価値観等に照らして、将来の段階7つの2つ以上の選択肢から1つ以上を選ぶステージ 意思実現：決定した本人の意思を、関係者の意向や状況認識や価値の対立等に配慮しながら、実現するステージ

Inputs	<input type="checkbox"/> 患者の意欲・価値観・意向 <input type="checkbox"/> 患者の入院前に日常生活レベル・健康状態 <input type="checkbox"/> 患者の認知障害の有無・精神状態 <input type="checkbox"/> 家族背景・キーパーソン
Outputs	<input type="checkbox"/> ACP支援スケジュール
Consulting Tools	<input type="checkbox"/> ACP4つの段階 <input type="checkbox"/> 患者のアセスメント(NANDA13領域による分類) <input type="checkbox"/> 長谷川式認知スケール

<input type="checkbox"/>	1.5.2. ICのセラピスト	キーパーソンが誰であるかを患者に通知する。患者への通知が難しく患者に意思決定権がないと判断した場合、代理意思決定者（スケジュール調整者）	患者の意思決定権がないと判断した場合、代理意思決定者の選出が重要になる。意思決定者の選定は、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 厚生省）、患者WGAない人の入退院の医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン（2019 厚生省）を参考にし、
--------------------------	-----------------	--	---

Inputs	<input type="checkbox"/> 患者のキーパーソン <input type="checkbox"/> 医師と看護師、患者・家族の日頃調整
Outputs	<input type="checkbox"/> IC(ACP)日程の決定
Consulting Tools	<input type="checkbox"/> 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

↔ フロントページの目安 ← → 監査記録簿への抄入数

Process

2. ACPについて、患者・家族に話し合い実施

Process Definitions

ACPを行うても負い適切なケア
 が必要であるかどうかの判定
 を行う患者に意思決定能力
 がある場合、患者・家族に
 ACPの介入期間に併せて、
 実施す

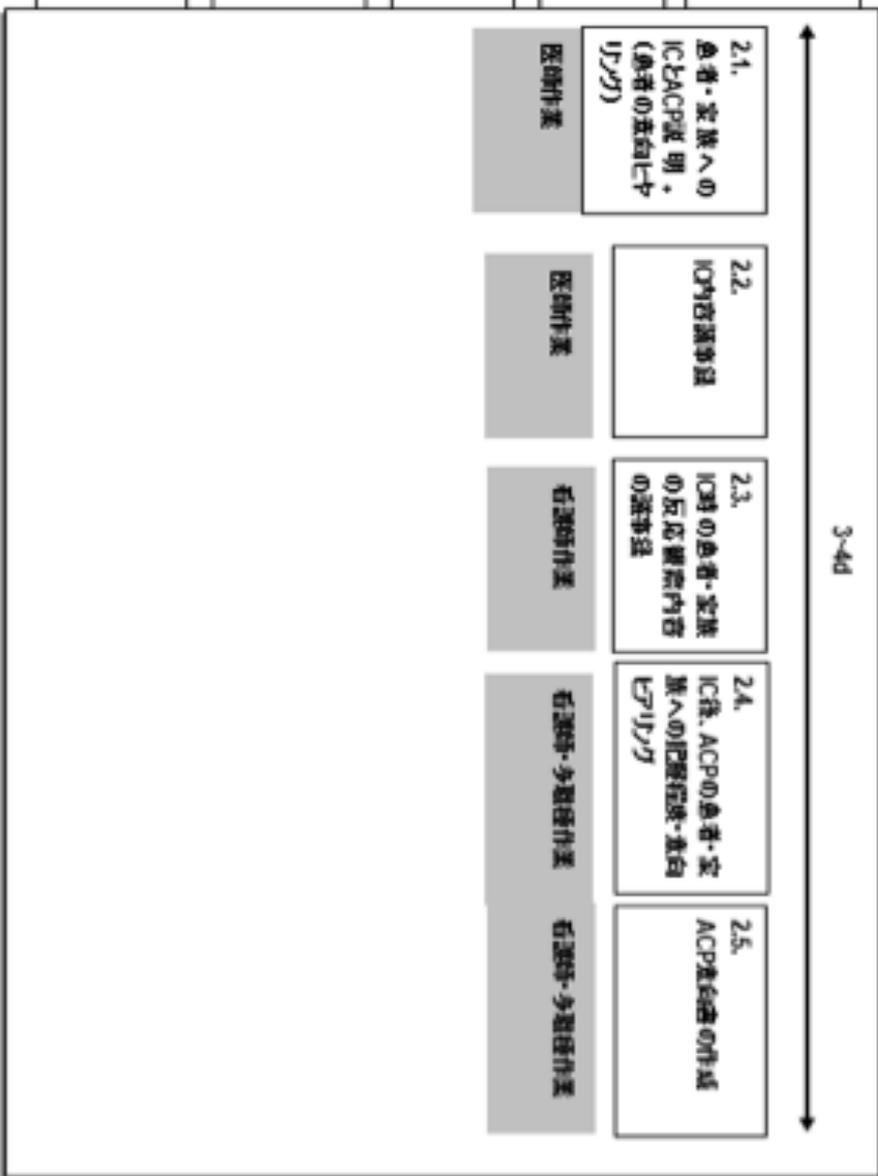
Outputs

- 医師
- 患者家族とのIC-ACP議事録
- 看護師
- 医師とのICの患者家族の反応
 への受け入れ状況の議事録
- ACP担当看護師

Task

- 2.1. 患者・家族へのICとACP説明。(患者の意向ヒアリング)
- 2.2. IC内訳議事録
- 2.3. IC時の患者・家族の反応観察内容の議事録
- 2.4. IC後、ACPの患者・家族への把握程度・意向ヒアリング
- 2.5. ACP意向書の作成と最終確認

Schedule



Task Description (WBS Level-3)

Process	2. ACPについて、患者・家族に話し合い実施		Quality Check Points
Task	2.3. IC時の患者・家族の反応観察内容の整理 2.4. IIC後、ACPの患者・家族への把握程度-意向(FIT) 2.5.ACP意向書作成		<input type="checkbox"/>
Task Definitions	IC時の患者・家族の意識、音聲と反応を観察し、IC後に患者・家族の意識変化、医師には伝えなかった意向を確認し、患者側に記載する		

OK	Activity	Description	Know-how
<input type="checkbox"/>	2.3.1. ICに同席し、IC時の患者・家族の反応を観察する。	ICの前、患者・家族には自分の思いを医師に伝えるように説明しておく。また、専用用語などで、医師の説明がわからないときは、受診看護師が説明するよう伝えるべく、事前にIC時の患者・家族の観察項目を整理しておく。	患者の意思決定に大きく関与するキーパーソンや同席した医師の関与性など気になることは、先に話ししておく。看護記録(正式な文章に書けないことは、別紙に記載しておく)も用意できるようにする。 経緯、「わからないので、先生にお任せします。1と、言え患者・家族には特に注意が必要、ACPを推奨する。また彼からフィードバック可能な点あり
			Inputs <input type="checkbox"/> 患者・家族の意識・言葉発する回数・表情・全身の状況(顔・四肢末梢の色、呼吸様式)ソング態度・落ち込みの程度など) <input type="checkbox"/> 患者・家族間、家族-家族間の関係性 <input type="checkbox"/> 患者の意思決定に影響を与えそうな人 <input type="checkbox"/> 患者より先に自分の意見をいう家族 Outputs <input type="checkbox"/> IC時の患者・家族の看護記録 Consulting Tools <input type="checkbox"/> IIC時の患者・家族の観察シート

<input type="checkbox"/>	2.4.1 患者・家族へのICの把握程度-意向(FIT)	<ul style="list-style-type: none"> IC時に想定した患者と家族の人間関係を整理しておく。患者の意向が変化すれば、医師が中心にならないように患者の意向が優先されることを伝える。 ICの内容を患者・家族それぞれに「医師AとBのような話をされたか？」を問を説明してもらう。 患者・医師が医師からの説明をわかっていない部分に関して補足説明を行う。 I・Oを聞いた感傷の表出を促す。医師には伝えなかった感傷を引を出す。 今までにACPあるいは事前指示について話し合ったことの経験があるか確認し伝える。 ACPを引出されたことに対しての感傷や受け入れについてヒアリングする。 	<ul style="list-style-type: none"> ICだけでなく、入院前に関わっていた医療従事者からの情報を得ておく。また、追加してヒアリングしたい場合は、直接担当などにも電話で確認しておく。 入院時、入院中の患者や家族からの得た情報も参考に、「ヒアリングシート」 明確な質問に付しても、なぜその質問を行うのかを問を出し、真の問題を知る。 患者・家族の意見に傾聴する。 患者の意向に対しては、指示的態度を示す。 患者・家族の意向を確認し本人に伝えることで、患者が自分の気持ちに気づけるよう感傷を確認する作業を行う。 患者のペースに合わせてながら、質問になるないように対応の中からも患者が自分の気持ちに気づくようにする。
			Inputs <input type="checkbox"/> フィラ活動結果 Outputs <input type="checkbox"/> 事前指示書の同意 <input type="checkbox"/> ACP介入開始について、患者、家族の同意 Consulting Tools <input type="checkbox"/> ACPヒアリングシート(または事前指示書)

<p>2A.2 ACPヘルプ トを用いて患者に 医師とのMCと相違 ないか確認する</p>	<p>・10時に想定した患者と家族の人間関係を整理して おく。 ・患者の意向が優先されず、家族が中心にならない ように患者の意向が優先されることを伝える。 ・ACPヘルプトを用いて、患者の意向が医師との 話し合いの内容と一致しているか確認する。 ・事前指示についても同様に行な ・患者の状況に応じて判断材料を提供する ・「考えられない」と拒否を示した場合、またの機会 を設けることを伝える ・「患者」「家族」「医師」どの意向に相違がある場合 は、相違部分を明確にし、時間をかりながら一緒に 考えたいように伝える</p>	<p>10だけでなく、入院前に関わっていた医療提 供者からの情報を得ておく、また、追加して「<u>ワリ ノゾ</u>」したい場合は、直轄担当などに電話で確 認しておく。 入院時、入院中の患者や家族から得た情報も 参考になる。 【確認方法】 ・患者・家族・医師の治療・療養方針に相違があ る場合などは医師にその旨を伝える。 ・患者・家族の意見には、傾聴の態度で接し、感 情を共有する ・患者・家族の本音を聞くために、別々に意思を 確認する必要があるか、判断し必要であれば 別々に話す機会を設ける Shared decision making (SDM) モデルも参考にできます</p>
<p>□ 25.1 ACPで、患者・家 族が問題(課題) に思っていること を「<u>ヒヤリ</u>」がす る</p>	<p>・看護婦に相談された内容に、関しての本当の問題 課題を明確にする ・療養の問題がある場合に置いて、患者の優先順位 が何であるかを「<u>ワリノゾ</u>」する、また意思決定するた めにまず何を要望しなければいけないかを確認する ために家族が「<u>ヒヤリ</u>」に焦点を当てて話しを進める</p>	<p>・患者の価値観や「<u>ライフ</u>」を聞きながら問 題の背景を深掘りすることが出来るように促す ・患者の問題が複雑あるかどうかを確認するため には、身体・精神・生活の3側面での「<u>ヒヤリ</u>」す る ・問題が複雑ある場合、因果関係を整理する ・患者の優先順位を決めるのに、日常生活で一 番負担になっていることを確認する。 ・患者・家族自身が外部で得ている情報で誤解 や混乱している場合は、整理し、誤っている部分 を修正し正確な情報を提供する</p>

<p>Inputs</p> <p>□ 患者・家族の興奮・高直を促す場面・表情・全 身の状態(顔・四肢末端の色、呼吸様式)ソフ ワリノゾ(顔・四肢末端の色、呼吸様式)ソフ ワリノゾ(顔・四肢末端の色、呼吸様式)ソフ ワリノゾ(顔・四肢末端の色、呼吸様式)ソフ □ 患者・家族間、家族-家族間のコミュニケーション 内容</p>	<p>Outputs</p> <p>□ 事前指示書の同意 □ ACP介入開始について、患者、家族の同意</p>	<p>Consulting Tools</p> <p>□ ACPヘルプト(または事前指示書) □ SDMモデル</p>	<p>Inputs</p> <p>□ 患者・家族の興奮・高直を促す場面・表情・全 身の状態(顔・四肢末端の色、呼吸様式)ソフ ワリノゾ(顔・四肢末端の色、呼吸様式)ソフ ワリノゾ(顔・四肢末端の色、呼吸様式)ソフ □ 患者・家族間、家族-家族間のコミュニケーション 内容</p> <p>Outputs</p> <p>□ 事前指示書の同意 □ ACP介入開始について、患者、家族の同意 □ 患者・家族の抱える問題の抽出</p> <p>Consulting Tools</p> <p>□ ACPヘルプト(または事前指示書)</p>
--	--	--	--

Process

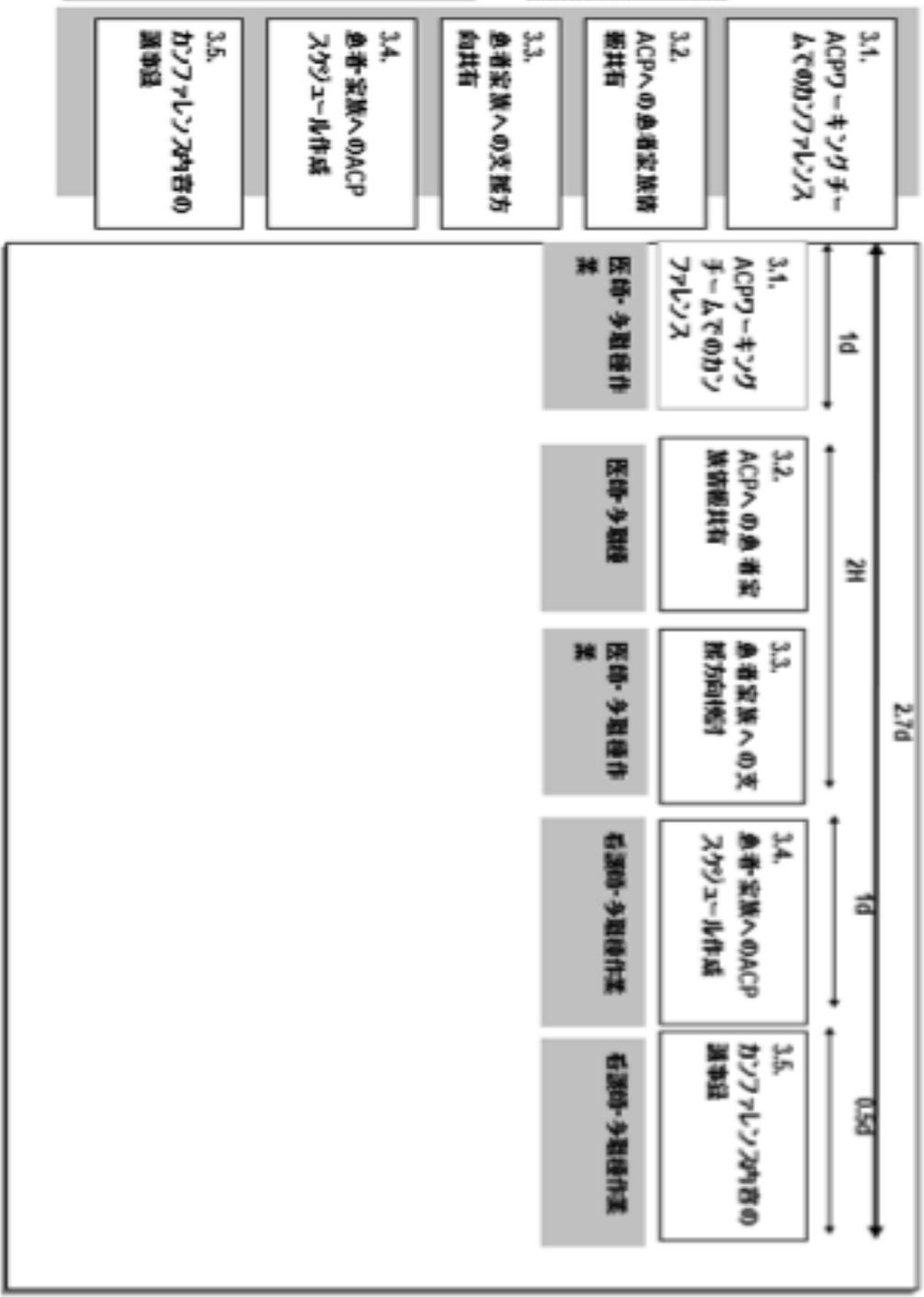
3. 医師を含めた多職種カンファレンスの実施

患者の意思の尊重を原則とし、要領はもとめても意見の尊重は医師の医療的知見だけでなく、治療後の満足・抱負を共有し、

Outputs

- 医師・看護師・多職種カンファレンス議事録
- 医師・看護師・他職種 ACP スタージェームル習得導入ワークショップ書(事前指示書含む)
- 事前指示書の妥当性評価

Schedule



Task Description (WBS Level-3)

Process	3 医師を含めた多職種カンファレンスの実施		Quality Check Points
Task	3.1 ACPワーキングチームでカンファレンス		<input type="checkbox"/>
Task Definitions	ACPワーキングチームが中心となり医師・（看護師）・リハビリ・物理療法・栄養科・薬剤師でのカンファレンスを実施する		

OK	Activity	Description	Know-how
<input type="checkbox"/>	3.1.1. カンファレンスのシユムを作成	医師からのICとACFに対する、患者家族の意思決定、また、患者家族が懸念に思っていること、困っていること、判断しかなることを懸念に挙げ、お示しておく	ACPワーキングチームに集めておいて欲しい情報は、シユムを参考にすることができる
			Inputs <input type="checkbox"/> 患者の経過記録 <input type="checkbox"/> 患者の医師記録 Outputs <input type="checkbox"/> カンファレンスシユム Consulting Tools <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	3.1.2. シユム内容あるいは療養生活の情報収集	<ul style="list-style-type: none"> - 通常であればできるようなことでも、採集や入院の環境変化によって一時的にできないことがある - セルフレケア能力（健康問題にしたいのに対応していき能力のこと）の低下により、看護師がケアしていることが所科で確認出来る 	<ul style="list-style-type: none"> - 情報収集には、看護記録や日常の看護師カンファレンスで確認出来る
			Inputs <input type="checkbox"/> フレッシュ結果 Outputs <input type="checkbox"/> クラウドソフト情報 Consulting Tools <input type="checkbox"/> 業種別貸出書表辞典（一般図書） <input type="checkbox"/> 業種別ノウハウ集

<input type="checkbox"/>	3.1.3. セルフレケア能力を査定する。	<ul style="list-style-type: none"> - 療養生活の中でも、患者が自分自身の問題が生じた場合にどのような対応をしているかを把握出来るかは、実際に患者にヒアリングを行う。（例えば、患者が生じたときにどのケアシユムで止め止めを飲んでいるか？ 痛み止めの内服は、看護師が管理しているのか？ など） - 身体症状の悪化により精神症状が出現していないか - 意思決定を阻害している原因の探索する - 症状をより悪化させる環境要因はないかを探索する 	<ul style="list-style-type: none"> - その行動を促すのに必要な能力は - 自分の身体に関心を向けれること - 身体のコントロール 必要量を持つこと - 薬量を持ち手調すること - 意思決定すること - 知識・技術を身につけていること - 状況に合わせた行動のレバレッジを持つこと
			Inputs <input type="checkbox"/> 身なりや服装環境の状態 <input type="checkbox"/> 健康問題発生時の行動パターン <input type="checkbox"/> 患者の療養生活記録 Outputs <input type="checkbox"/> セルフレケア能力アセスメント Consulting Tools <input type="checkbox"/>

Task Description (MBS Level 3)

Process	3. 医師を含めた多職種カンファレンスの実施	Quality Check Points
Task	3.2.ACPへの患者家族情報共有	<input type="checkbox"/>
Task Definitions	ACP開始時の患者・家族の意思や問題などを共有する。	

OK	Activity	Description	Know-how
<input type="checkbox"/>	3.2.1 情報収集した内容をアセスメントする	3.1.2～3.2.3も、収集した内容をアセスメントし、カンファレンスで必要な内容を整理する ・療養生活の中で、ACPに関連するよみ内容の発言などがあれば、議案に属を追加する	レジュメ内容に関連する内容は必要であるが、ACP後の療養生活の中でのよみとした発言などにも、注意し発言があったときは、なぜその発言があったかを患者に誘導して聴取する

Inputs	<input type="checkbox"/> 患者のよみとした発言
	<input type="checkbox"/> ACPに関連した患者家族の意思変化
Outputs	<input type="checkbox"/> 情報へのアセスメント内容
Consulting Tools	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	3.2.2. ACPレジュメにばい、患者家族の情報を提示する	今までの得た情報をカンファレンスで情報提供する。	わかりやすく、簡潔に伝える。

Inputs	<input type="checkbox"/> レジュメに関連した患者情報
Outputs	<input type="checkbox"/> 患者・家族情報
Consulting Tools	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>			

Inputs	<input type="checkbox"/>
Outputs	<input type="checkbox"/>
Consulting Tools	<input type="checkbox"/>

Task Description (WBS Level-3)

Process	3. 医師を含めた多職種カンファレンスの実施		Quality Check Points
Task	3.3.患者家族への支援方向検討		<input type="checkbox"/>
Task Definitions	医師・看護師・関連する他部署の意見・情報を統合し、患者家族の意思決定支援の方向性を検討する		

OK	Activity	Description	Know-how
<input type="checkbox"/>	3.3.1. 各部署の患者・家族の情報収集する	事前に依頼したリソースに合わせた、各部門の患者・家族の情報を集約して貰う。	各職種の見解が入るプロセスで、患者・家族の情報を色んな角度や領域の情報を得ることが出来る。
			Inputs <input type="checkbox"/> 各部署からの情報 Outputs <input type="checkbox"/> 多方面から得た患者の情報は Consulting Tools <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	3.3.2. システムにある課題を再度アセスメントする	各部署の情報をもとにシステムプロセスを行い、課題を上げていた内容の妥当性を再度検証し、課題と患者の目標を明確にする	情報の追加により、本来課題だと思っていたものの適合性が取れない場合が出てくる。また、新たな患者の症状変化などを起こしている場合もあるため。
			Inputs <input type="checkbox"/> 新しい患者家族の情報 Outputs <input type="checkbox"/> 患者の課題と目標 Consulting Tools <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	3.3.3. 課題に対しての意思決定支援のデータ入力作業	各部署からのシステムプロセスと関係を持たないのかをシステム上で確認し、システム同士で意見が割れた場合は、ツールドクターが介入し、すり合わせを行い、統一したデータ入力作業ができるようにする	すり合わせには、患者の目標を再度確認し、それに合わせた各部署の業務の支援方法を提示する
			Inputs <input type="checkbox"/> 他部門の意向 <input type="checkbox"/> 他部門のアセスメント内容 Outputs <input type="checkbox"/> 目標に合わせた意思決定支援方法 Consulting Tools <input type="checkbox"/>

Task Description (WBS Level-3)

Process		3. 医師を含めた多職種カンファレンスの実施		Quality Check Points	
Task		3.4.患者-家族へのACPスクリュール作成		<input type="checkbox"/>	
Task Definitions		カンファレンスで話し合った内容をACPスクリュールに反映させる			
OK	Activity	Description	Know-how	Inputs	Outputs
<input type="checkbox"/>	3.4.1. 医療者間の連携を回り、意思決定にまつわるケアが継続できるよう調整する	各部署に具体的なケア方針の通知と部署間が互恵どのような連携するかを検討する	患者へのケアが意識して行うことが重要である。また、各部門間の連携は、業務の中でも患者の状態が変化した時に24時間をばたいたる看護師が、オンラインの連携提供ができる部門へ発注できるように役割を担う。	<input type="checkbox"/> 各部門の具体的なケア <input type="checkbox"/> 部署間の連携方法 <input type="checkbox"/> 相談ツール	<input type="checkbox"/> 患者-家族の意思 <input type="checkbox"/> ACPスクリュール <input type="checkbox"/> ACPマニュアル
<input type="checkbox"/>	3.4.2. 家族が支援者になれるかどうか検証する	家族のサポート力の確認収集を行い、患者の支援者になるかどうかをアセスメントする。支援者として、どのように協力を得るかを検討を行う 家族の思いが強まるなど感じた場合は、患者と家族の意見の相違点を明確にしておく	各部署と家族とのやり取りや協力具合、家族の面会時などの経過を振り返っておく。 患者の意思が優先されるべきではあるが、家族の意思もあるため、家族の抱える課題についても解決できるようにケア介入する 長期かけてそれぞれが家族関係が構築されているため、家族はこころをなご自分の価値観を押し付けたいように感じる。 家族はACPの促進者または課題のいずれかである可能性があり特に日本のような家族向けの文化では、日本の患者は家族の意見や意思決定における潜在的な負担を共にする傾向があることを考え、ACPへの家族の関与は不可欠である	<input type="checkbox"/> 家族のサポート力 <input type="checkbox"/> 患者-家族の関係性 <input type="checkbox"/> 経済的情報 <input type="checkbox"/> 家族へのサポート依頼の提案 <input type="checkbox"/> 相談ツール	<input type="checkbox"/> 患者-家族の意思 <input type="checkbox"/> ACPスクリュール <input type="checkbox"/> ACPマニュアル
<input type="checkbox"/>	3.4.3. ACPスクリュールの見直しを行う	初期に計画した、ACPの1段階の介入段階に変更があれば、スクリュールの内容を修正する。	患者が状態悪化の場合は、事前指示を撤回し、いかなる状況でも意思決定者の意思を行わなければならない。状態の改善を見込める場合は、意思決定支援の内容を変更する。	<input type="checkbox"/> 患者-家族の意思 <input type="checkbox"/> ACPスクリュール <input type="checkbox"/> ACPマニュアル	<input type="checkbox"/> 患者-家族の意思 <input type="checkbox"/> ACPスクリュール <input type="checkbox"/> ACPマニュアル

Task Description (WBS Level-3)

Process	3. 医師を含めた多職種カンファレンスの実施	Quality Check Points
Task	3.5.カンファレンス内容の議事録	<input type="checkbox"/>
Task Definitions	カンファレンス内容も決定したことを議事録として、電子カルテに転載する	

OK	Activity	Description	Know-how
<input type="checkbox"/>	3.5.1 議事録の要点 をまとめる	電子カルテに転載する内容は、正確なものなので簡単に かきまとめる	電子カルテには書けないような、主要などの情報は、ACP カンファレンス議事録として、共有できるように転載を促す る

Inputs	<input type="checkbox"/> フォルダ整理票
Outputs	<input type="checkbox"/> エビデンス集
Consulting Tools	<input type="checkbox"/> 標準エビデンスシート <input type="checkbox"/> エビデンス集整理シート

<input type="checkbox"/>	3.5.2. 電子カルテに 記録する	要点を電子カルテの転載ルールに沿って決められた場所 に転載する	事前指示などの内容もあるため、全部門のスタッフ が十分に確認できるような場所に記載しておく 情報が必要であるようにテンプレートなどを作成して おく、内容は、A)ケア内容、B)面談シート、C)調整 すべき内容の項目など
--------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--

Inputs	<input type="checkbox"/>
Outputs	<input type="checkbox"/> 電子カルテへの入力
Consulting Tools	<input type="checkbox"/> 電子カルテ転載ルール

<input type="checkbox"/>		
--------------------------	--	--

Inputs	<input type="checkbox"/>
Outputs	<input type="checkbox"/>
Consulting Tools	<input type="checkbox"/>

↔ フロア公開の目安 ↔ 最低限確保すべき日数

Process

4. ACPの作成と共有

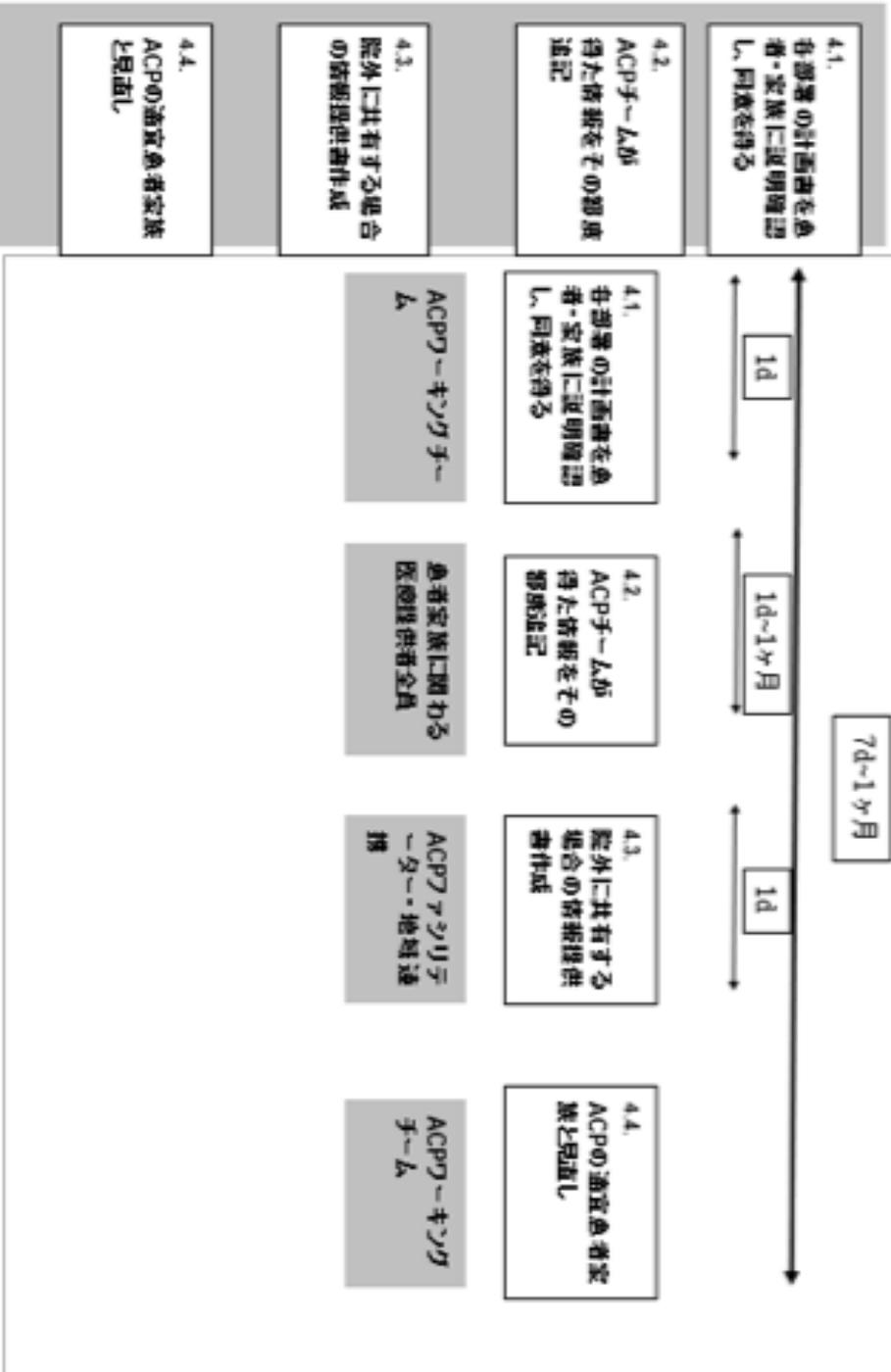
Process Definitions

ACPを話し合った内容を患者家族に最終で確認し、書面を渡し(電子カルナなど)、他職種がいつまでもどこからでも共有できるようにする。

Outputs

- 医師・多職種カルテ記載場所、記載手順のマニュアル
- 医師・看護師・多職種 誰した内容を記載する場所の統一ルール
- ACP見直しのタイミングルール

・Schedule



Task Description (WBS Level-3)

Process	4. ACPの作成と共有	
Task	4.1. 各部署の計画書を患者・家族に説明確認し、同意を得る	
Task Definitions	意思決定に関わる看護ケアの計画を説明し、同意を得る	

Quality Check Points	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------

OK	Activity	Description	Know-how
<input type="checkbox"/>	4.1.1. カンファレンスの内容をもとに支援ケア計画を立案する	カンファレンスで掲げた患者課題と目標に合った支援へのケア計画を立案する	最終の意思決定が、患者にとって「なんともなく、気づいたらおこなうこと」に決まっていたか、いかに決まらなければならぬか、患者の意思決定を最終確認することが重要です。患者に意思決定権がない場合、代理意思決定者に確認する。 患者は、選択肢の処をイテラティブに繰り返すことにより強い意思を持ってその案に導くことができます。

Inputs	<input type="checkbox"/> フレッシュアップ結果
Outputs	<input type="checkbox"/> エビデンス事項
Consulting Tools	<input type="checkbox"/> 標準エビデンスシート <input type="checkbox"/> セブリス支援認定シート

<input type="checkbox"/>	4.1.2. 1つの選択をした場合の今後の救急生活について説明する	<ul style="list-style-type: none"> 立案した内容を患者とその家族に説明します。患者が、そのケアを選択した場合にどのような状況になるか、今後の生活のイメージを膨らませる 提供する情報は、患者の身体状況を予測し、できるだけの見通しのある構想レベルでの情報提供をする 	<p>患者の距離や心理的反応を確認しながら、今後の生活について確認作業を行います。患者が納得して案に導くように支援する。</p> <p>患者が選択すべき方向性が決定した場合、その段階でさらに情報を提供し、意思決定の方向性を決める</p>
--------------------------	-----------------------------------	---	--

Inputs	<input type="checkbox"/> フレッシュアップ結果
Outputs	<input type="checkbox"/> フラウドアップ情報
Consulting Tools	<input type="checkbox"/> 業種別見出版表録(一般図書) <input type="checkbox"/> 業種別ノウハウ集

<input type="checkbox"/>	4.1.3. 患者・家族の同意を得る	<ul style="list-style-type: none"> 患者の意思決定が固まっているかの確認をする ACPの内容や方向性に異論がないかを確認し、同意を得る 	<p>患者の状態が変化した場合や意思に変わった場合についてACPの見直しが必要とされることを伝える。</p> <p>ACPの有効期間は、6ヶ月とされておりその更新時期がきたら変化がなくても、再度患者家族の意思決定に異論がないかの確認を取るように伝えることで、定期的に確認しても経過がなくなればOKになる。</p>
--------------------------	--------------------	--	--

Inputs	<input type="checkbox"/>
Outputs	<input type="checkbox"/> フラウドアップ認定書 <input type="checkbox"/> エビデンス資料
Consulting Tools	<input type="checkbox"/> 標準エビデンスシート

Task Description (WBS Level 3)

Process	4. ACPの作成と共有	Quality Check Points
Task	4.2.1 ACPチームが得た情報をその都度追記	<input type="checkbox"/>
Task Definitions	ACPの意思決定に関わる情報があれば、管理記録に必ず	

OK	Activity	Description	Know-how
<input type="checkbox"/>	4.2.1. 患者とのコミュニケーションの気づきを拾い上げる	患者の生活環境や会話などを通して、情報関係を築き患者の思い(いきがいや大切に思っていることなど)を引き出す関わりを構築する。	看護者は、患者と関わる時間が多いのでケアを行いながら、関わり出したい情報を開けるように患者との関与した会話を行う以下に具体例を挙げる。 竹川(2021)A)ケア内容:1.患者の興味、行動の観察、2.思いや感情の共有、3.事前意思決定の必要性の説明、4.観察された情報と補足説明、5.患者の質問内容とそれに対する回答、6.患者の意思決定状況、7.患者の価値観・希望など、患者の健康と、家族などにかかわった場合は、関係の円滑なケアを行う
			Inputs <input type="checkbox"/> 患者の行動 <input type="checkbox"/> 患者の生体情報 Outputs <input type="checkbox"/> 転写項目・関係収集子エントリのテンプレート作成 Consulting Tools <input type="checkbox"/> 転写項目・関係収集子エントリのテンプレート

<input type="checkbox"/>	4.2.2. ACPの意思決定について変化や向き合い方を促進	ACPへの受け入れを促している患者などは、特に変化のサインを見過ごさないようにする。サインがあれば、その会話から話を広げられれば、新人などは、チームに報告し今後の決定支援についてどのようにアプローチしていくか、検討する	例えば「7割に集めるのが良い」報告があっても辛い「聞きにくい」報告があれば「良い良くなるのか?」「今までと少しはいいのかわ?」などに構わないが、柔軟に返答をかけるのは重要(注)も重要である(患者の興味、生体生体情報、呼吸器系、行動など)
			Inputs <input type="checkbox"/> 患者の生体情報 <input type="checkbox"/> 患者の興味 Outputs <input type="checkbox"/> 意思決定支援に繋がる記録 Consulting Tools <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	4.2.3. 看護時間カンファレンスの開催	ACP介入回数や事例は、カンファレンスを行い、意思決定支援に関するケアを新しい情報とする	新人など臨場が活いにくいケースをケアが伴わない場合が多いその時は、中間看護所が一層に付添い情報の追加を促す対応を行う
			Inputs <input type="checkbox"/> 患者の興味 <input type="checkbox"/> 患者の生体情報 Outputs <input type="checkbox"/> カンファレンス議事録 <input type="checkbox"/> 看護計画の修正 Consulting Tools <input type="checkbox"/>

Task Description (WBS Level-3)

Process	4. ACPの作成と共有			Quality Check Points									
Task	1.1. E-Profile の準備			<input type="checkbox"/>									
Task Definitions	7.1活動の結果を受け、コッパルメンバーの主要業務に向けた E-Profile を、効果的に得るための準備を行う。												
OK	Activity	Description	Know-how										
<input type="checkbox"/>	4.3.1 院外に共有する 場合の情報 提供書作成	在在での業務を希望した場合、地域の医療従事者生命 保険を活用するためのケアマネージャーなどに情報を送る必 要がある。患者のケアが継続できるように必要な情報をまとめる	ACPのソフトの対応をまとめて記載する。 集ことの連携統一用紙に記載する	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Inputs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7.1活動結果</td> </tr> <tr> <th>Outputs</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> E-Profile案項</td> </tr> <tr> <th>Consulting Tools</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 標準E-Profileシート</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ペジネクス併設記録シート</td> </tr> </tbody> </table>	Inputs	<input type="checkbox"/> 7.1活動結果	Outputs	<input type="checkbox"/> E-Profile案項	Consulting Tools	<input type="checkbox"/> 標準E-Profileシート	<input type="checkbox"/> ペジネクス併設記録シート		
Inputs													
<input type="checkbox"/> 7.1活動結果													
Outputs													
<input type="checkbox"/> E-Profile案項													
Consulting Tools													
<input type="checkbox"/> 標準E-Profileシート													
<input type="checkbox"/> ペジネクス併設記録シート													
<input type="checkbox"/>	4.3.2 ACPをチーム メンバー間で 共有するように進 捗-調整する	情報が患者家族の思いや意思決定と相違ないか確認す る。誰に何の目的で提供するかを説明し、承諾を得る 医療機関、在宅医療等、連携先候補可能な情報共有やユ ーザーを呼ぶ。	患者同僚者のリソースと情報が医療的に妥当性を確認す るため、情報提供者のリソースを作っておく	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Inputs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7.1活動結果</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> E-Profile案項</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> クラウドソフト情報</td> </tr> <tr> <th>Outputs</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> クラウドソフト想定課題</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> E-Profile資料</td> </tr> <tr> <th>Consulting Tools</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 標準E-Profileシート</td> </tr> </tbody> </table>	Inputs	<input type="checkbox"/> 7.1活動結果	<input type="checkbox"/> E-Profile案項	<input type="checkbox"/> クラウドソフト情報	Outputs	<input type="checkbox"/> クラウドソフト想定課題	<input type="checkbox"/> E-Profile資料	Consulting Tools	<input type="checkbox"/> 標準E-Profileシート
Inputs													
<input type="checkbox"/> 7.1活動結果													
<input type="checkbox"/> E-Profile案項													
<input type="checkbox"/> クラウドソフト情報													
Outputs													
<input type="checkbox"/> クラウドソフト想定課題													
<input type="checkbox"/> E-Profile資料													
Consulting Tools													
<input type="checkbox"/> 標準E-Profileシート													
<input type="checkbox"/>				<table border="1"> <thead> <tr> <th>Inputs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 必要な社会資源の確認</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 患者のメンバーホルダー確認</td> </tr> <tr> <th>Outputs</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 情報提供書作成</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 情報提供者への同意</td> </tr> <tr> <th>Consulting Tools</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Inputs	<input type="checkbox"/> 必要な社会資源の確認	<input type="checkbox"/> 患者のメンバーホルダー確認	Outputs	<input type="checkbox"/> 情報提供書作成	<input type="checkbox"/> 情報提供者への同意	Consulting Tools	<input type="checkbox"/>	
Inputs													
<input type="checkbox"/> 必要な社会資源の確認													
<input type="checkbox"/> 患者のメンバーホルダー確認													
Outputs													
<input type="checkbox"/> 情報提供書作成													
<input type="checkbox"/> 情報提供者への同意													
Consulting Tools													
<input type="checkbox"/>													

Task Description (WBS Level-3)

Process	4. ACPの作成と共有
Task	4.4.ACPの適宜患者家族と見直し
Task Definitions	ACP見直しのクイズを見習ヒヤヒヤとこたやく。患者まで患者の意思決定が実行できるように適宜話し合いを繰り返す

Quality Check Points	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------

OK	Activity	Description	Know-how
<input type="checkbox"/>	4.4.1. 価値観・意思の共有と合意形成を支える	患者の意思が互ひるよりに代弁者になる。また、患者が意思や医療者に共通なことでいく意思を述べられるよりに自律性を保つ。	患者の抱った意思決定内容とその根拠(価値観)を繰り返し、互の共感、合意形成を図る。

Inputs	<input type="checkbox"/> 患者の意思 <input type="checkbox"/> 意思決定の根拠
Outputs	<input type="checkbox"/> ACPに関する意思決定
Consulting Tools	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	4.4.2. ACPに取り組む患者の力を高める	患者に寄り添い、とくに考え存在であることを認め、サポートチームの関与の距離を高める。	患者が人生で果たしてきた役割や得意なこと、長を振り返り、患者の人生を肯定する。
--------------------------	-------------------------	--	---

Inputs	<input type="checkbox"/> 患者のクイズストーリー <input type="checkbox"/> 患者の思い
Outputs	<input type="checkbox"/> 患者の前進きな活動 <input type="checkbox"/> ACPへの取り組みの姿勢
Consulting Tools	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	4.4.3. 適切なタイミングでACPの見直しを行う	事前指示書が必須になる状態、患者家族の意思が変化した場合、遠隔調整時期、誕生日、結婚変化があったクイズで、ACPの形を切り直し、受け入れ状況を確認しながら、医師・看護師・患者・家族のACP面談あるいはACPカウンセリングの間促しを調整する。	医師提供が必須になる状態には、70%の患者に意思決定能力がないことが明らかになり、SPiCTのツールに当てはまる状況になった場合は、患者にその旨を伝え、事前指示書の話し合いを促す。
--------------------------	----------------------------	--	--

Inputs	<input type="checkbox"/> 患者の状況 <input type="checkbox"/> 患者の病状
Outputs	<input type="checkbox"/> ACP見直し
Consulting Tools	<input type="checkbox"/> SPiCTツール

(資料6) 既存研修の ACP におけるロールプレイ

E-Field 研修のロールプレイ

E-Field 研修目標:

1. 生活の場、暮らしの場をフィールドとする医療・ケアチームが「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」を理解する
2. 意思決定、およびその支援に必要な知識を習得する - 普段の暮らしに関わる中で、本人の選好や価値観を知り、それを共有し、医療やケアに反映すること、また本人が意思表示できない場合でも、これまでの話し合いを踏まえて意思を推定し、代弁者になりえること
3. 日常臨床・ケアの中で、ご本人と共に ACP(人生会議)を積み重ねていくことの重要性を理解する
4. 家族等が本人の最善・利益を考えられるよう相談・支援の在り方について習得する - どのような生活を送りたいのか、これから先をどう生きたいのかを共に考えるプロセスを重視 - 医療はあくまでその一部であり、治療の選択や療養場所の選択だけが目的ではないことを理解する

研修内のロールプレイ:

目的: 京子さん(患者)の意思に関わる人たちと共に推定する
関係者が合意形成するプロセスを体験させる

ロールプレイの内容

タイムスケジュール	内容	ファシリテーターの介入 (以下、F) 研修設計者の介入	研修生が行うこと
不明	講義	本人の推測意思に関して概要の説明(講師)	—
10分	動画の視聴	(F)ワークシート配布	配布されているワークシートに各場面での思いや考えをメモする
5分以内	配役と個人ワーク	(F)配役を研修生に指名(甥、夫、サービス付き高齢者施設介護スタッフ、社会福祉士(以下、MSW)(カンファレンス司会者)病棟看護師、観察者)	個人ワーク:役割を担うための情報や思考の整理 ・割り振られた役に関する情報を整理し、各自、どんなふうに演じるかの方針を検討しておく ・観察者の方は、お手元の資料に目を通し、どんな視点で観察すれば良いのかを整理しておく
15分以上	ロールプレイ	<ul style="list-style-type: none"> ・ロールプレイの目的を提示(講師) ・動画の視聴で前述したようにメモをとることを指示する(講師) ・ロールプレイの設定を説明(設定内容) 今後の治療・ケアのおおまかな方針を立てるためにも、まず息子に病院の普段の京子さんを診てもらい、京子さんに関わる人たちで推定意思*注釈を確認する ・初めのカンファレンス開始のストーリーは講師側より提示する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・司会のMSW役が以下のように進行 ・MSW役:「今日は、京子さんなら、どのように今後を過ごされることを望んでいるかを考えてみたいと思います。京子さんの意思や価値観、希望について、皆さんの把握されていることをまずは共有してみましょうか?」とスタート ・姪、サ高住のスタッフ、病棟看護師の順で話をしてもらおう。 ・次に、息子に、姪、サ高住スタッフ、病棟看護師の話聞いて、どう感じたか、また京子さんならどう考えるかを話してもらおう ・その後、全員で、与えられた役を演じながらディスカッションを行う
15分	ロールプレイのグループ内のまとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・司会者の役割のかたに、フィードバックの方法を指示し、研修者グループ内全員でディスカッションをさせる(講師) ・京子さんならどう考えるかという視点で、ディスカッションさせる ・フィードバックの目的:関係者が合意形成するプロセスを体験させる 	<ul style="list-style-type: none"> ・司会者の役割の人が以下の順で内容のフィードバックを促す。 その後、全員でディスカッションという流れで進行する 1 観察者 京子さんの意向を推定する、最善を探るといふことに 意識を向けられるような医療・ケア職の関わりがあったかどうか 2 息子・姪役 京子さんの意向を推定する、最善を探るといふことに意識を向けられるような医療・ケア職の関わりがあったかどうか 3 医療・ケア職役 京子さんの意思を推定するために、自分がどのように話し合いをすすめようと思ったか、姪・息子役からのフィードバックを受けて、どう感じ、どう関わりを改善したらよいと思ったか
不明	講義:まとめ	本人の推定意思を行っていくに当たってのポイントを解説(講師)	—

出典:令和3年度 厚生労働省委託事業:人生の最終段階における医療体制整備事業[本人の意向を尊重した意思決定のための研修会]

URL:<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000936793.pdf>より作者が作成)

・E-Field 研修(A 研修と開催もとは同じ)アドバンス・ケア・プランニング (人生会議)の実践を学ぶ編

研修の学習目標:

1) ACP(人生会議)の中で最も実践が難しい「話し合いの導入」ができるようになる2) 本人の ACP (人生会議)の話し合いに関するレディネス(準備状態)を確認することができる

方法:

ACP の概要知識を講義で、説明した後に行う。

①ロールプレイの目的

②ACP の実践を学ぶ、「もしもの時について話し合いを始める」

③ロールプレイのポイント

一般的なルールに従い、以下の3点に着目して行う

- ・病状の認識を確かめる
- ・準備状態(レディネス)を確認する
- ・もしもの時について話し合いを導入する

ロールプレイの流れ:

①事例の提示:ストーリーを提示

患者紹介内容は、家族背景、全身状態、既往歴、日常の生活動作レベルについて、変形性関節症の悪化により妻の介護を必要としておる。家族と医療者の話し合いの末、全人口膝関節置換術を受けた。その後、生活動作の改善は見られず、大半がベッド上生活へ術後より食事の時に咽せるようになった。手術後3ヶ月目、誤嚥性肺炎を発症。これを機により嚥下機能の低下が進み、ミキサー食に移行。全身状態も悪化し痩せが進行した。医師は、予後の見解を説明。たまに咽せるが、本人はまだまだ元気だと思っている。

②ロールプレイの場면을提示

外来フォローで病院に来院(膝の手術から4ヶ月後)受講生は、患者に会う約束をしています。医療毛に関する専門職として「今後のこと、もしものとき」について話そうと考えています。

③個人作業

あなたは医療・ケアに関わる専門職(自分の職種の良い)として、楠木さんと、「今後のこと、もしものとき」について話そうと考えています

どんな言葉で話し始め、声掛けをするか、書き出してみましょう(約10分)

④ペアになって、AさんBさんを決める

⑤タイムスケジュール説明

役になりきる :2分 ロールプレイ :10分 フィードバック :5分 言葉の修正 :2分

⑥ロールプレイの実践方法を説明

・座席を受講生たち自らで考え調整させる

Aさんは 役、Bさんは 役です

先ほど提示した情報以外は、自由に設定して構わない。

2分間で各々の役になりきる(楠木さん役は、在宅での生活情報も振り返える)

・時間が余っても役を解かず、楠木さんと医療・福祉従事者の関係で会話を続けること

⑦フィードバック(5分)

- 病状の認識を確かめる
- 準備状態(レディネス)を確認する
- もしもの時について話し合いを導入するについて、
- どのような点がよかったか
- どんな話し方が有効だったか
- 改善した方がよいところはどこか

医療・福祉従事者役のワークシートを共に見ながら話し合いを行う

⑧言葉の修正

- フィードバックの内容を活かして、明日からの実践で使える言葉を完成させてください
- あとは、話し合いを進める際のポイントを講師が講義形式で行い研修終了。

(出典:E-Field 研修ホームページ https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/acp_kobe-u/acp_kobe-u/doc/9_0_20191129.pdf)

(資料 7) 独学教材の章ごとに習得した知識の応用確認テスト

独学教材より抜粋

【おさらいの解答】

例1)

60歳男性 既往歴に脊髄症があり下半身麻痺。下肢動脈閉鎖で両下肢潰瘍形成あり。感染しており、敗血症のリスクが高い。医師からは、アンプタを進められるが本人は、「痛いのが一番嫌だからやりたくない。」「それで命を落とすことになってもよい」と言っている。あなたはどのように判断しますか？

〔これは、アンプタ治療が、敗血症予防となるので医学的有益がありますが、患者の意思を尊重し、勝手にアンプタをすることはできないということになります。〕

例2)

70歳女性 糖尿病で、治療中。腎障害により透析が必要になった。本人は、「透析なんてしたくない、自然に行きたい」と言っている。どのように判断しますか？

〔本人の意思を尊重し、勝手に透析をしてはいけませんね。〕

例3)

30歳男性 交通事故で救急搬送。宗教上の問題で、輸血はできない。輸血を行わなければ生命の危機的状態である。どのように判断しますか？

〔何度も、説明を繰り返し本人が理解して、拒否するなら輸血はできません。〕

例4)

80歳女性 心室頻拍でICD植え込み術を行なっています。本人から「機械が作動した時の衝撃が怖くて夜も眠れず不安だ。こんなことなら、不整脈でなくなってもいいから、機械を止めてほしい」という希望を伝えられた。

〔何度も、説明を繰り返し本人が理解して、それでも希望がある場合は、主治医に報告しICD中止の検討を行なってください。〕

例5)

70歳男性 誤嚥性肺炎を繰り返しており、よくむせていた。ある日、昼食中に窒息を起こした。気道閉塞の解除をしたが、心肺停止状態となった。以前、患者は『DNAR』を希望していたが、急なこと

〔DNARなので、呼吸器の装着はしてはいけません。家族が強く人工呼吸器の装着を希望した際は、患者の推定意思であるかどうかの確認を行い、家族だけの希望ではないことを確認することが重要です。〕

だったので心肺蘇生を行なった。心拍は再開したが自発呼吸が再開しない人工呼吸器を装着は装着するか？

(資料7)

独学教材より抜粋

6-5.医療・ケアチームで意見が分かれた時の対応法

「ACP入門～人生会議の始め方ガイド～」のP. 42～48を読んでおいてください。

例1の解答と解説】

Q1.あなたが、ACPファシリテーターとして関わるなら、誰にどのように関わりますか？

また、追加で収集したい情報はどのようなことですか？

治療方針と患者の意向に相違があるため、情報の不足分を情報収集し患者の情報と医療提供者側の情報を整理する。患者に関わるステークホルダーを選定し、情報を得る。

また、追加で収集したい情報はどのようなことですか？

患者の意思と本当に課題に感じている事柄(社会的背景・価値観・事情など)を情報追加する

Q2.あなたの考える患者にとっての最善の医療・ケア考える過程で大事なことはなんですか？

患者の真意を再度確認し、医学的無益が患者に有益をもたらすような医療・ケアを考へること。患者が意思決定能力を失っても患者の代理意思決定者が患者意思の推定が行えるように患者家族にも話し合いに参加してもらうように理解を促す

Q3.患者は、家族には伝えないでほしいと言っていますが、あなたはどのように対応しますか？もし、患者の家族に伝えることの承諾を取りたい場合、どのように患者に説明しますか？

死亡する前に70%の患者は意思決定能力がなくなっており、患者と医療者のみで決めた事前指示は希望通りには実現しないことが多い。話し合いの過程を家族が入って知ることによって患者意思の推定ができるので事前指示が現実的なものなる。

【上記の内容を具体的にするとどのようになるか解説と、その後のストーリー】

1 情報の整理

治療方針と患者の意向に相違がある。

(自律尊重原則:自律的な患者の意思決定を尊重する)

「もう十分に生きた」と思っている

(資料 8) 集合学習企画書(ロールプレイと事例検討)

集合学習企画書(ロールプレイと事例検討)

[目的]

インタビューを通して、患者の思い、価値や家族の意向を把握承認でき、各職種の価値観を承認し相違点を比較して追加すべき情報がわかる。

[行動目標]

- ・患者の思い、価値観や家族の意向または各職種の価値観を把握することで、相互理解を促し協調的に対立を解消し、納得感のある決定を行うための具体的な方法がわかる
- ・学んだスキルとノウハウを現場で活かすための方法を計画できる

[評価方法]

- ・アクション・プランの内容をみて、エキスパート1名による妥当性の評価を行う評価は、チェックリストを用いて行う。チェックリストは、熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学分野(2009)「ともに考えるための臨床倫理チェックリスト」(『適切な手続きのための臨床倫理チェックリスト』改訂版)にある「10 患者(および家族)の意向に関するチェックリスト(資料 1)」「12 患者にとって善の利益となる医療行為を模索するためのチェックリスト(資料 2)」を使用する。3段階評価

[合格基準]

- ・なしがあれば、不合格。(どちらか1人の評価者が×をつけた段階で)
→不足点が解消されるように指導し、アクションプランに追加する

項目	内容
具体的経験	<p>1-1.ロールプレイ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・シナリオ:患者の状況や患者家族の情報を作成し提供 ・シナリオ数:4題 ・役 :全て受講生。 <p>パターン1 ACPファシリテーター、患者、家族の話し合い (オ) 患者と家族で療養施設の希望に相違がある (カ) 患者と家族で希望する治療(透析)に相違がある</p> <p>パターン2 ACPファシリテーター、医師、ケアマネージャー (キ) 患者の意思決定尊重についての対立</p> <p>パターン3 ACPファシリテーター、医師、薬剤師 (ク) 患者の内服治療における対立</p> <p>パターンごとに以下の手順 1-1-1～3を行なう、内容はビデオで撮影する</p> <p>1-1-1.役割決定 1-1-2.シナリオを読んで役作り(資料7) 1-1-3.10 分の対話 交代時間</p>
内省的観察	<p>2-1.ビデオで撮影したロールプレイの内容を視聴しながらリフレクションシート(資料3)に記載する</p> <p>2-1-1.個人ワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リフレクションシートの記載、自分の役以外のマスも埋める <p>2-1-2.グループワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リフレクションシートの共有と患者・家族の思い・価値の特徴について、資料4のワークシートを使用し話し合う ・リフレクションシートの「Keep(うまくいった点).Problem(うまくいかなかった点).Try(やってみたいこと)」の部分も振り返りとして行う <p>2-2.資料4のワークシートで考察した患者、家族の思い・価値観を知った上で、ACPファシリテーターとしてどのように「合理的で納得感のある決定を行うか」「相互理解を促し協調的に対立を解消するか」の具体策を考える</p> <p>2-2-1.個人ワーク 2-2-2.グループワーク</p> <p>グループワークで内容を共有する。文章単位で切り分け、類似している内容をいくつかにまとめ、それを短文化する作業を行う 注意点:言葉は切片化せずに文章でまとめる *2-1、2-2を、(ア)～(エ)のシナリオで行う</p>
概念化	<p>3-1.リフレクションシート(ア)～(エ)に記載した、内容をもとに ACPファシリテーターの「合理的で納得感のある決定を行う方法」「相互理解を促し協調的に対立を解消する方法」について話し合う 個人ワークとグループワークを行う</p>
能動的実践	<p>アクションプランに沿って記載し、目標期限までに実践(本研修の範囲外)</p>

(タイムスケジュール次ページへ記載)

	時間	内容	詳細
			詳細
			目標の提示と本日のタイムスケジュール
10時00分～5分	5分	導入	疑問点や解釈などの質問を受け付け
10時05分～15分	10分	前提テキストの質疑応答	
10時15分～31分	16分	1-1ロールプレイ パターン1-1	
10時31分～47分	16分	1-1ロールプレイ パターン1-2	
10時47分～11時03分	16分	1-1ロールプレイ パターン2-1	
11時03分～19分	16分	1-1ロールプレイ パターン3-1	
11時19分～30分	10分	休憩	
11時30分～12時10分	40分	・パターン1-1 2-11フリクション (個人ワーク) : 15分 2-11フリクション (グループワーク) : 5分 2-2患者・家族 医療従事者の思い、反応について (個人ワーク) : 5分 2-3患者・家族 医療従事者の思い、反応について (グループワーク) : 15分	
12時10分～13時00分	50分	休憩	
13時00分～40分	40分	・パターン1-2 2-11フリクション (個人ワーク) : 15分 2-11フリクション (グループワーク) : 5分 2-2患者・家族 医療従事者の思い、反応について (個人ワーク) : 5分 2-3患者・家族 医療従事者の思い、反応について (グループワーク) : 15分	
13時40分～14時20分	40分	・パターン2-1 2-11フリクション (個人ワーク) : 15分 2-11フリクション (グループワーク) : 5分 2-2患者・家族 医療従事者の思い、反応について (個人ワーク) : 5分 2-3患者・家族 医療従事者の思い、反応について (グループワーク) : 15分	
14時20分～30分	10分	休憩	
14時20分～15時00分	40分	・パターン3-1 2-11フリクション (個人ワーク) : 15分 2-11フリクション (グループワーク) : 5分 2-2患者・家族 医療従事者の思い、反応について (個人ワーク) : 5分 2-3患者・家族 医療従事者の思い、反応について (グループワーク) : 15分	
15時00分～15時10分	10分	概念化ワークシート (個人ワーク)	資料5
15時10分～30分	20分	概念化ワークシート (グループワーク)	資料5
15時30分～50分	20分	抽出した短文化したものを使用し文書作成	
15時50分～16時10分	20分	アクション・プラン (個人ワーク)	資料6

(資料9) 集合学習用資料3 リフレクションシート

(資料3)リフレクションシート
 事例について、全体の話し合いについて、記載してください。自分が行った役以外の部分も記載してください。
 記載する順番は自由で、全てを埋める必要はありません。

役名	何をしましたか？	何を考えていたか？	どのように感じていたか？	何を望んでいたのか？
役名	① 話の内容 (実際)	③話しあいの狙い	⑤患者の反応を見て、どのように感じたか	⑦どうなって欲しいと思ったか
役名	②話の内容	④話しをされて何を考えたか	⑥ACPファシリテータの反応を見て、どのように感じたか	⑧どうなりたいと感じたか
Keep(うまく行った点)			Try(やってみたいこと)	

Problem (うまくいかなかった点)				

(資料 10) 集合学習用 資料4 ワークシート(A C P 患者家族、他職種の思い)

(資料4) ACPの話し合いに関して、患者・家族の思い・価値観を記載してください		
	反応	思い
患者	<p>例え：「また倒れた時にどうしたいですか?」と尋ねると「そんなことは、そうならないとわかん!」とつい口調で言われた</p>	<p>例え：疑問が漠然としすぎていて、困ったってしまっている人には、話したくないと思ったのではないか。</p>
家族		

(資料 11) 集合研修用資料 5 ワークシート(まとめ)

(資料5)まとめ

患者・家族・他職種の思い・価値を考えましたね、それらを考慮したフナシリターターのスキルとして活用できそうなものを箇条書きで書き出し、短文化してください。短文化したら、それらキーワードを使用し、「1.合理的で納得感のある決定を行う方法」「2.相互理解を促し協調的に対立を解消する方法」について文章にしてください

		短文化	
フナシリターターのスキルとして活用できそうなこと	<ul style="list-style-type: none"> ・例え：導入で急に漠然とした質問はしない ・ ・ ・ 		<ul style="list-style-type: none"> ・例え：質問方法の選択
1.納得感のある決定を行う方法			
2.相互理解を促し協調的に対立を解消する方法			

(資料6) アクションプラン

本日の学びを今後の臨床現場でそのように活かすのか、実際に計画をしてみましょう。内容は、現実可能性の高いものにしてください

(1) 自分の課題 (現状の自分)		
例	患者に侵襲を与えないような質問の仕方がわからない	
1.		
2.		
(2) 目標 (あるべき姿)		
例	患者に侵襲を与えないような質問を選択できる	
1.		
2.		
	何を行うか	実践時期
例	<ul style="list-style-type: none"> 質問方法について、本を購読する (1冊) ACPカンファレンスで、患者・家族への質問を提案し多職種からフィードバックを得て、最善の方法を模索する 	1ヶ月以内
	1. 納得感のある決定を行う方法	
	2. 相互理解を促し、協調的に対立を解消する方法	

(資料 13)SME レビューアンケートと結果

このアンケートでは、内容専門家による視点で、研修のレビューのご協力をいただき、誠にありがとうございます。チェックリストを送付させていただきます。

【研修の説明と目標】

研修の目標 1.患者さん・ご家族の考えの共有及び合意形成する能力(意図的対話を用いて患者の意思を確認でき、表面的な意思だけの確認とにならないようにする)

→行動目標:

2. 患者家族らの意志や医療者側の医療ケアについて、情報の収集と分析を行い患者にとっての最善を導けるようなディスカッションができるように導く能力

→行動目標:「本人にとっての最善の医療・ケアに関連する7項目」のガイドに沿って、医療・ケア 行為が危害とならない患者・家族らにとっての最善策を導く様に対話を進行でき、その経緯と結果を議事録に記載する。

以下の質問に答えてもらう、半構造化インタビューを行う。

[資料] 1.集合研修企画書 2.前提テスト 3.個別学習資料

数多くの ACP の実践実績／ACP ファシリテーターの視点

A) 多職種連携で行う ACP の課題はなにか？

コメント

自分自身は、研修を色々出て学んでいるが他の職員はほとんど研修を受けていないので、にわか ACP になっていることがほとんどである。多職種で退院カンファレンスを行ったりするがファシリテートする人間がいなくて、方向性がぼやっとなることが多い。みんな ACP のとりあえず持ってカンファレンスでの意見が出せるようにしてほしい

B) ACP の実践に対して看護師に求める役割は何か？

コメント

看護師も同様で ACP の知識がないスタッフがほとんどである。患者・家族の思いを聞いても理解してない人が多い。患者・家族の思いをきちんと把握してほしいと思う。あと、他の職種と協議できていないし、看護師としての立場で議論にならない。看護師の視点で、発言してほしい

C) ロールプレイに使っている事例はそれぞれ職場で起こりそうなことか？

(ロールプレイシナリオに記載)

起きそう ・ たまに起きそう ・ ほとんど起きそうにない ・ 起きそうにない

コメント

うちの病院にいそだし、何回か同じような経験をしたことがあるので、現実的だと思う

D) 研修全体のボリュームについて。

コメント

かなり長い感じはするね。でも、他の研修も1～2日間くらいでも短いからこんなものか。うちのスタッフは疲れるかも

E) アクション・プランの妥当性を確認お願いいたします。

コメント

難しいね。みんなできるかな。

F) その他にお気づきの点がありましたら教えてください。

コメント

当院の職員は、学習に慣れていないから、話し合いとかの研修に対して苦手意識を持っている子が多いので心配。

以上ご協力ありがとうございます。アドバイスをもとに、研修の改善を行いより良いものにしていきます。

(資料 14)IDer レビューアンケート

このアンケートでは、内容専門家による視点で、研修のレビューのご協力をいただき、誠にありがとうございます。チェックリストを送付させていただきます。時間の調整がつくようでしたら、インタビューをさせていただけると幸いです。

【研修の説明と目標】

[目的]

インタビューを通して、患者の思い、価値や家族の意向を把握承認でき、各職種の価値観を承認し相違点を比較して追加すべき情報がわかる。

[行動目標]

- ・患者の思い、価値観や家族の意向または各職種の価値観を把握することで、相互理解を促し協調的に対立を解消し、納得感のある決定を行うための具体的な方法がわかる
- ・学んだスキルとノウハウを現場で活かすための方法を計画できる

以下の質問にご回答ください。一番近い内容項目を○で囲ってください、□内に文章をご記入ください。

IDer の視点から

1. 研修の合否の判断基準は明確か？

(集合学習企画書に記載)

やさしすぎる(それじゃあ使い物にならない)・安当・難しすぎる(そこまでは不要)

コメント

2. ロールプレイに使っている事例はそれぞれ職場で起こりそうなことか？

(集合学習企画書に記載)

起きそう ・ たまに起きそう ・ほとんど起きそうにない ・ 起きそうにない

コメント

3. 事前テストと学習資料は集まってからの時間を有効に使うために必要かつ十分なものか？

(『前提テスト.pdf』『復習学習(個別学習)資料.pdf』参照)

基礎知識の事前学習・事前学習の確認テスト・事前学習がない

過剰 ・ 十分 ・ 一部不足 ・ ほとんどが不足 ・ 不十分

コメント

4. 研修の冒頭で、研修の目的を職場での現実的な課題に紐づけているか？

十分 ・ 一部欠けている ・ 十分でない ・ 全くない

コメント

5. 受講者の経験や関連知識を総動員させているか？

(研修は講義なしのロールプレイと個人・グループワークの構成であり、事前学習の内容をベースにしている)

十分 ・ 一部欠けている ・ 十分でない ・ 全くない

コメント

6. 原理原則を示すだけでなく、よい事例を見せているか？

→(ロールプレイ内で受講生のものだけなので、限界はある)

十分 ・ 一部欠けている ・ 十分でない ・ 全くない

コメント

7. 研修の中で練習の機会を十分与えているか？

(ロールプレイ1回は ACP ファシリテータとして経験。本当は 1 人2回経験したかったが

時間の設定上困難であった)

十分 ・ 一部欠けている ・ 十分でない ・ 全くない

コメント

8. 職場での応用を奨励しているか？

→(集合学習企画書とリフレクションシートに記載。アクションプランを作成し職場に活用できるよう経験学習モデルに基づいている)

十分 ・ 一部欠けている ・ 十分でない ・ 全くない

コメント

9. その他にお気づきの点がありましたら教えてください。

コメント

以上ご協力ありがとうございます。アドバイスをもとに、研修の改善を行いより良いものにしていきます。

(資料 15) 集合研修事後テスト

事後テスト

以下の事例について問いに答えなさい。

【事例】

Bさん

70歳男性

現病歴:慢性呼吸器疾患の急性増悪で急性期病院へ入院加療中に転倒し、左大腿骨頸部骨折を発症。今後歩くことを目標にするのであれば、手術が必要である。手術自体は1時間程度で終了するが、慢性呼吸器疾患があるため、全身麻酔後に人工呼吸器管理になるリスクが半分程度あるようです。一度は、承諾したが後から手術を拒否しました。家族の妻と長男は、手術をしてほしいと言っています。

認知:良好、精神障害なし

ADL:入院前は、天気の良い日は外に出て、リハビリを兼ねて犬の散歩に行くのが日課

家族構成:妻と長男夫婦と同居

キーパーソン:妻、妻との関係性はよく買い物と一緒にいき、旅行をしていた。

役割:民生委員をされており責任感が強く、自尊心が高い。亭主関白で、ライフイベントについては全部自分で決定してきた。

価値・趣味:家族には迷惑をかけるようなことはしたくない。寝たきりになるくらいなら死んだほうがまし。趣味は、旅行と犬の散歩。食べることは、大好き。よく定年前は、同僚と食事に行っていた。健康には、気遣っており「孫が、中学生になるまでは生きていたい」と言っている。

Q1.この事例において、優先されるべき意思は誰の意思でしょうか？また、そのように判断した理由はなんですか？

- ・優先すべき意思:本人
- ・認知機能は、良好で精神障害がないため

Q2.患者は、代理意思決定者に妻を指名していました。患者に意思決定能力がなかった場合本人の推定意思は、どのように考えますか？その理由となる情報を上記より抜粋しなさい。

・代理意思決定者は妻であるが、長男夫婦も本人と同居しており推定意思は長男夫婦からの情報も重要であると考えられる。

本日あなたは、Bさん受け持ちです。午後からBさんの治療方針ケアに関する多職種カンファレンスに出席します。情報を患者から得る必要があります。

Q3.あなたは、どのように患者に話しかけますか？具体的な話し言葉で記載してください。また、患者さんからどのようなことを聞きたいですか？

話し始め

・こんにちは、今日受け持ちをしている。天野元浩です。Bさんのこれからの生活についてお話を伺いたいです。

聞きたいこと

・どの様に人生を歩んできたか。・何を大切にしてきたのか・再度趣味について・民生委員を行なってきた理由、孫との関係、長男との関係、妻との関係、迷惑をかけたくない理由、何を迷惑と考えているのか・どう言うことを寝たきりと考えているのか・手術に対する不安(具体的に)・人工呼吸器を使用することに対する思い。

Q4.事例を通して、ACPファシリテーターとして望ましい行動と望ましくない行動を最低5つ記載しなさい

(望ましい行動)

1. 意図的対話を用いて患者の意思を確認することができる。
2. 患者・家族の意思や医療者側の医療ケアについて情報の収集と書く立場の意見を共感的に捉えられる。
3. 情報の整理を行い、患者にとって最善を導き出せるようなディスカッションができる様に導くことができる。
4. 患者・家族が決定した医療・ケアを受ける上で様々な課題を発見・分析し、適切な計画を立ててその課題を処理し、解決できる

(望ましくない行動)

1. 誘導・威圧的な表現や態度となり表面的な意思確認としてしまう。
2. 自己の立場のみを主張し協調性がない行動
3. 目的から外れた内容になっても修正できない。

【事例】

Cさん 80歳

男性

現病歴:脳梗塞後遺症で、右麻痺。意識にムラはあるが意思の疎通は可能で、簡単な指示には従ってくれる。現在は、誤嚥性肺炎を繰り返しており、抗生剤で治療を行っている。嚥下機能は低下しているが、たまにむせる程度。ペースト食を食べている。

認知レベル:発熱があると、ボーッと意識障害をきたす

ADL:車椅子生活、部分介助で移乗可能。失禁なし 要介護3

家族構成:妻 長女は近所に住んでいる。患者さんは、妻が大好きで面会に来ると笑顔を見せる。毎日妻は、面会にきてくれる

社会資源の活用:デイケアに2回/週 訪問看護 1回/週

価値観:調理師免許をもち、料理屋を営んでいたため、食事をするのが生きがい、「死んでもいいから最後の時まで食べたい。」とよく言っていた。

また、病院が嫌いで「最後は家で過ごしたい」と言っていた。

最近、フレイルが進み、むせも多く食事量が減少してきた、栄養状態の悪化もあり仙骨部に褥瘡形成を確認、人工栄養法の選択を妻にしました。このままでは、褥瘡から感染症を合併し、死に至る可能性もあると医師より説明を受けている。妻だけでは、決められずに悩んでいます。

Q1.この事例に対して、患者の意思決定能力はありますか？ある場合、患者の意思をどのように確認しますか？

・認知症は軽度あるが、本人の意思決定能力はある。

確認方法:発熱があると意識障害があるため解熱している時に時間を作りゆっくりと説明を行う

Q2.さらに本人の価値観を知るためには、どのような言葉がけをしたら良いでしょうか？本人と医療者または患者家族と医療者が相互に何を伝えるべきか何を知るべきかという観点から具体的なセリフを書き出してください。

(例)Cさんの「これは受け入れ難いということ」を尋ねるための質問 妻への「医療を受けた上で、どのように暮らしたいと思っているか」を尋ねるための質問ワンポイントアドバイス:本人のセリフの後に「どうしてそう思うのですか？」と追記で尋ねると会話が深まる

医療者の具体的なセリフ

患者「
」

妻へ「
」

Q3.この患者さんの情報を整理してください

本人の(推定)意思	死んでもいいから最後の時まで食べたい。 最後は家で過ごしたい。
医学的無益	経管栄養をしないことで褥瘡が改善しない。そのために褥瘡から感染し死に至る可能性がある。
医学的有益	経管栄養を実施することで栄養状態が完全し、褥瘡の改善・感染のリスクの低下、退院の可能性が上がる
人生の物語	調理師免許をもち、料理屋を営んでいた 食事をすることが生きがい 妻が大好き
家族の感情	本人に対する感情は不明 意思決定について悩んでいる
苦痛緩和(グリーフケアを含む)	発熱しないように解熱剤の使用
制度や地域資源の制限	デイケアに2回/週 訪問看護 1回/週 介護保険:要介護3

患者さんが意識の良いときに、オープンクエスチョンではなく「はい・いいえ」で答えられる質問で、人工栄養の意向を聞いたところ「食事は継続しながら、人工栄養をすることを望んだ」。経鼻からの栄養を行うことを選択し開始したが、自分で抜去してしまった。本人は「抜いてしまうから、手を縛ってほしい」と希望があり本人の同意のもと左手の上肢抑制を行った。しかし、妻が来院時に「手を縛られるのを見るのは、辛い。こんなことなら人工栄養は中止してください」と言って、面会にくる回数が減った。

Q4.ACP ファシリテーターとしての ACP における課題は何か？

- ・抑制の必要性の検討
- ・経管栄養への理解度(妻の)
- ・本人と医療者とでどの様なやり取りで抑制を開始したかを妻へ伝える
- ・妻が本人に今後どのようになって欲しいかを再確認する。

Q5.患者に関連する部署を集めて、カンファレンスを開催したいが必要な部署はどこか？

- ・主治医
- ・受け持ち看護師
- ・退院調整看護師
- ・担当リハビリ技師
- ・薬剤師
- ・訪問看護師
- ・ケアマネージャー
- ・かかりつけ医

Q9.どのような目的で開催しますか？カンファレンス開始時に司会者として話すことを考えましょう

目的：妻が人工栄養の中止を希望されていることに関する今後の継続の有無

話し初めの内容(具体的に)：妻からCさんが経管栄養をしている時に抑制をされている姿を見て、経管栄養の中止を申し出ています。この点について今後の対応を含めて考えていきましょう。

多職種カンファレンスでは、入院前に患者の担当であったケアマネージャーが同席した。医師の見解は、「一時的にでもしっかりと人工栄養を入れてあげれば、褥瘡も改善の見込みがあるしできれば継続したい」看護師「本人の意思で抑制を希望しているので、本人も良くなることを希望しているのではないか。奥さんの気持ちもわかるけど」ケアマネージャー「自分で管を抜去するってことは、辛いのではないか。奥さんは、患者のことを大切に思っているから患者さんが抑制されているのを見るのが辛いのだと言っています。患者さんも奥さんの面会がないのは、寂しいと思っているはず」

Q10. ファシリテーターとしてこの意見の相違をどのように埋めますか？具体的な方法を記載してください。また、倫理的な視点などで判断した時の最善の方法を記載しなさい。

意見相違への具体的方法：経管栄養を中止することでのメリット・デメリットの整理を行う。4分割法を使用し情報の整理を行う。

最善の方法：情報の整理を行い、本人の思いや妻の思いを再度聞いていく。ACPを行う。

(資料 16)経過時間記録用紙と受講者の反応と質問、研修者の介入

研修内容	想定時間	実際の所要時間	受講生の様子・質問・感想
導入	5分	15分	質問:ACP ファシリテーターとしての立ち位置がよくわからない 介入:ACP ファシリテーターの役割の理解が不十分であったので、中立的な視点を持ちつつ、時には看護師の視点を持って行うことを説明した。
前提テストの質疑応答	10分	30分	受講生の反応:言葉の定義がそもそもわからなくて解くのに時間がかかった。研修前にこの内容をもう少ししっかりしておけばよかった。できなくて焦ってしまった。解答を見ても自分の答えが合っているのか判断に迷った。やればやるほどわからなくなる。 介入:解答を見て、正解であることを伝え自信を持たせるようにした。
1-1 ロールプレイ パターン1-1	16分	13分 + 補足説明 6分	受講生の反応:シナリオに忠実になりすぎて、紙をずっと見ていた 介入:ロールプレイの意図がシナリオを忠実であることよりも、その役柄に没頭し、感じたことや思ったことに集中することを追加説明した。また、このワークの成果物は、患者・家族・他職種の思いを知ることであることを再度伝えた。
1-1 ロールプレイ パターン1-2	16分	26分	介入:10分のロールプレイだが、患者家族への思いの表出を促している途中であったので、3分延長した。 受講生の反応:患者の反応を見て、話の深掘りの仕方をどうしたら良いか迷う。 時間がなく対応できず、先にすすめた。
1-1 ロールプレイ パターン2-1	16分	16分	受講生の様子:要領を得てきて、スムーズに行えるようになった 受講生の反応:本当の医師みたい
休憩	10分		延長した為、ロールプレイ終了後に休憩を予定していたが、4事例め後から変更した。
1-1 ロールプレイ パターン3-1	16分	16分	受講生の反応:日頃は、自分の話し方しか聞かないので、他の人の介入の仕方を見るのは、学びになった。こんなふうによければいいのかなど具体的な方法を学ぶことができた。

(資料 16)経過時間記録用紙と受講者の反応と質問、研修者の介入

研修内容	想定時間	実際の所要時間	受講生の様子・質問・感想
<p>・パターン1-1 2-1 リフレクション(個人ワーク):15分 2-1 リフレクション(グループワーク):5分 2-2 患者・家族、医療従事者の思い、反応について(個人ワーク):5分 2-3 患者・家族、医療従事者の思い、反応について(グループワーク):15分</p>	40分	個人 15分	<p>ビデオ撮影の映像共有を Air Drop で共有したが、回線の影響などで手こずってしまい、時間のロスが発生した。今回は、休憩時間を設けてその時間に共有する。 受講生の質問:リフレクションシートは資料3だけを書けばいいのか? 介入:補足説明、2枚目も記載すること。資料3はした部分(Keep, Try, Problem)の部分も記載することを説明した 受講者の反応:時間がなくて、不十分にしか書けなかった。もう少し時間が欲しい。 介入:動画が13分のもものが多く、2-1のリフレクション時間を押すため、動画視聴は、10分で切るように説明を追加した</p>
<p>休憩・パターン1-2 2-1 リフレクション(個人ワーク):15分 2-1 リフレクション(グループワーク):5分 2-2 患者・家族、医療従事者の思い、反応について(個人ワーク):5分 2-3 患者・家族、医療従事者の思い、反応について(グループワーク):15分</p>	10分	個人 20分 グループ ワーク: 10分	<p>受講者の質問:何をみて患者の思いをかくのか? 介入:資料3のワークシートをみて記載する。患者の思いからこういう反応になったのではないか。この反応はこのような思いから出たものではないかというふうに記載する。</p>
<p>・パターン2-1 2-1 リフレクション(個人ワーク):15分 2-1 リフレクション(グループワーク):5分 2-2 患者・家族、医療従事者の思い、反応について(個人ワーク):5分 2-3 患者・家族、医療従事者の思い、反応について(グループワーク):15分</p>	40分	個人 ワーク 15分 GW 5分 個人 ワーク 15分 GW 15分	<p>受講生の反応:2-2のワークが5分の段階で、ほとんど記載されていない 介入:10分追加した。意図しては、この分析をもとにそれぞれの価値観や思いを知ることになり概念形成していくので、しっかりと埋めてもらおう。</p>

(続き)

(資料 16) 経過時間記録用紙と受講者の反応と質問、研修者の介入

研修内容	想定時間	実際の所要時間	受講生の様子・質問・感想
<p>・パターン3-1 2-1 リフレクション(個人ワーク):15分 2-1 リフレクション(グループワーク):5分 2-2 患者・家族、医療従事者の思い、反応について(個人ワーク):5分 2-3 患者・家族、医療従事者の思い、反応について(グループワーク):15分</p>	40分	個人15分 GW5分 個人5分 GW3分 5分	<p>受講生の反応:2-3で話し合いが進まなかった 介入:ファシリテーターとして、患者・家族の思い、反応からファシリテーターとしてどのようなことができるのかを表出するようにして、気づきを促進させた。 受講生の感想:ゴールの設定が難しく、質問の仕方がわからない。価値を聞くことは、今までは医療者同士で聞けないことが多かった。今までの認識を変える必要がある。</p>
概念化ワークシート(個人ワーク)	10分	10分	質問なし
概念化ワークシート(グループワーク)	20分	15分	時間が延長した為、5分短縮した
抽出した短文化したものを使用し文書作成	20分	15分	時間が延長した為、5分短縮した
アクション・プラン(個人ワーク)	20分	20分	<p>受講者の質問:何を記載すればいいのか 介入:アクションプランは、まとめのワークシートに記載した内容をもとに記載する</p>

(続き)

(資料 16)概念化シート:受講者記載内容

1. 納得感のある決定を行う方法

- ・背景や環境は人それぞれ同様ではない。「多様な価値観であることを許容」し、その人の「体験の回想から人生の目標設定を行う」。(A)
- ・人生の最後をどのように迎えていきたいのか具体的にイメージをわかせる。選択肢を提示する。(B)
- ・実体験から具体化し、最後の人生の迎え方を表現できるように、信頼関係を築く(C)

2. 相互理解を促し協調的に対立を解消する方法

- ・それぞれの立場の異なる職種が共通認識できる材料に基づき必要な資源の選択を行う。(A)
- ・問題点を明確化し、それを共有する。問題に対して解決策を考えられ患者・家族へ提示できる。(B)
- ・現状と理想を言葉や視覚で感じることでギャップを理解してもらう。(C)
- ・その上で理想に近づける環境づくりを支援する。(C)

(資料 17) 受講後アンケート

振り返りシート 参加者用

名前 A さん

Q チームは、どのくらい上手に話し合いができましたか？ 1 ② 3 4 5
全くできなかった 十分できた

<どんな点が>

- ・目的が話し合いに参加したメンバーに伝わっていたかが不明瞭だった。
- ・患者家族の認識を途中で承認する必要があった。
- ・設定(思い)が全て表出できていなかった。表出することで方向性が変わるパターンがあったかもしれない。

Q ファシリテーターやチームの話し合いでどんな点が良かったですか？具体的に記載してください。

- ・Yes/No の質問だけでなく、Open な質問で自由な表現を知ってもらうことで正直な思いを引き出せたと思う

Q ファシリテーターやチームの話し合いで「もっとこうすれば良かった」という点は何でしょう？

具体的に記載しましょう

- ・途中でフィードバックを行い、共通認識できるよう配慮する。

Q その他、ファシリテーターやチームの話し合いについて気づいたことはありませんか？

(資料 17) 受講後アンケート

振り返りシート 参加者用

名前 B さん

Q チームは、どのくらい上手に話し合いができましたか？ 1 2 3 ④ 5
全くできなかった 十分できた

<どんな点が>

Q それぞれの意見を持って話すことができたため

Q ファシリテーターやチームの話し合いでどんな点が良かったですか？具体的に記載してください。

- ・それぞれの立場を理解しながら話すことができた。
- ・事例に対して必要な情報が具体的に聞き出すことができていた。

Q ファシリテーターやチームの話し合いで「もっとこうすれば良かった」という点は何でしょう？

具体的に記載しましょう

- ・1つ1つの事例に対してもう少し時間をかけて振り返りができると良い
- ・何が良い点で、何が悪い点なのか具体的に出して次へと繋げられると良いと思う。

Q その他、ファシリテーターやチームの話し合いについて気づいたことはありませんか？

- ・もっとどのような情報が必要なのかを整理する場面があっても良かったと思う。

(続き)

(資料 17) 受講後アンケート

振り返りシート 参加者用

名前 C さん

Q チームは、どのくらい上手に話し合いができましたか？ 1 2 ③ 4
5

全くできなかった 十分できた

<どんな点が>

- ・いつも通りしたつもりだが、話し合いというより誘導のような形をとっているのがビデオをとってわかった。
- ・本人や家族の本音が聞けるような場の作り方がまだ勉強不足と感じた

Q ファシリテーターやチームの話し合いでどんな点が良かったですか？具体的に記載してください。

- ・最初に何を目的とした話し合いなのか伝えられた。
- ・誰に対して質問しているのか、氏名を言ってあてたことで、それることや話しが止まることのないようにはできた。

Q ファシリテーターやチームの話し合いで「もっとこうすれば良かった」という点は何？

具体的に記載しましょう

- ・自己紹介と入院生活を通して患者との関係性を最初に言うことで信頼性が上がったり、本音を言いやすいのかなと考える。

Q その他、ファシリテーターやチームの話し合いについて気づいたことはありませんか？

- ・他のスタッフがやっていることは見たことがないため、話し方や進め方が勉強になった。

(続き)

個人学習の独学教材

アドバンス・ケア・プランニングファシリ テーター入門編

復習教材

この教材は、ACPファシリテーターとして現場でACPの実践を行う上で、実践に活用できる必要な知識を習得できることを目的に作成されています。

あなたは、患者さんの思いを第1に
考えたACPできていますか？



アドバンス・ケア・プランニングファシリテーター入門編

はじめに

今回の研修は、今までに ACP の研修を受けたことのない方を対象にしているので、なんとなく ACP を知っていて、実践してきたと思います。

本教材は、ACP ファシリテーターとして現場で ACP の実践を行う上で、実践に必要な知識を習得できているか復習する教材です。研修当日は、ロールプレイ・事例検討を行い、スキルの習得と受講生同士での学び合いを目指します。集合研修当日に必要な前提となる知識を習得するための復習学習（個別学習）になります。第 1 章はじめに事例がありますので取り組んでいただき、答えられるようなら、第 1 章と第 2 章は取り組む必要はありません。第 3 章に進んでください。

本教材の事例では、知識だけでなく、皆さんが実践に役立てるように現場で発生しそうな事例を取り扱っています。

患者にとっての ACP は人生を左右する重要なことです。WIN・WIN な ACP が行える看護師になりましょう

学習目標

- ① ACP の実践に必要な知識の習得ができる
- ② 事例に関して、患者・家族・医療ケア従事者の持つ情報を抽出し、整理できる。
- ③ 整理した情報をもとに患者の最善の医療・ケアを模索し患者の目標を明文化できる

学習手順

教材の章は、3 つに分かれています。すでに知っているところは、取り組まなくても構いません

【教材の進め方】

- ・事例はどこから始めても構いません。「学習の目安時間」を記載しましたので、学習時間に合わせて進めてください。
- ・確認テストは、資料を読みながら解答しても構いません。
- ・各事例は、先に事例の答えをを考えてから先に進めてください。

アドバンス・ケア・プランニングファシリテーター入門編

目次

- 研修の目的・学習目標について
- 本教教材の使用方法・進め方

第1章 ACP とりあえずやってみよう！（学習の目安時間：30分）

1. アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは
2. ACP 支援について
3. 代理意思決定者とは

第2章 患者にとっての最善とは？（学習の目安時間：20分）

4. インフォームド・コンセントについて
5. 本人にとっての最善の医療・ケアに関連する7項目について

第3章 ACP ファシリテーターとして（学習の目安時間：15分）

6. ACP ファシリテーターの役割とスキル

第1章事例解答

- 解答

第1章 ACP とりあえずやってみよう！

今までも経験はしたことのある ACP ですね、今までの経験をもとに事例の設問について考えてみましょう。

Jさん

85歳 女性

現病歴：大動脈弁狭窄症に伴う心不全を発症、トイレで胸の苦しさを感じ救急車で来院。急性期ICUに入院した。入院時は、非侵襲的陽圧換気療法と血管拡張薬・カテコラミンの点滴治療を行った。治療効果もあり、入院1週間で一般病床へ心大血管リハビリを行い、なんとかトイレにまで歩けるようになった。しかし、トイレまでの往復でも軽度の息切れを感じる程度である。医師からは、低侵襲手術カテーテルで大動脈弁置換術を行う方法（TAVI）を進められている。TAVIをしないと、活動量は制限され1年以内に寝たきりにな

る可能性もあるとのこと、また「心臓機能の低下は、進行すると治療効果がないため、手術をするなら今が良い」と医師から説明された。合併症リスクは、高齢であり手術後に寝たきりになる可能性がある。医師は、治療エビデンスに基づき手術を推奨する。患者は「もう十分に生きてし、家族に迷惑をかけたくない」と手術を拒否している。

【ケアマネジャーの情報提供書より】

独居、5年前に夫は他界。キーパーソンは娘で既婚者今は、遠方に暮らし義母の介護をしている。患者は、「これ以上、娘には負担をかけたくない」と言っている年金で暮らしており、月10万円程度。貯金を崩して生活している。ケアマネには、サービスを使用するとお金がかかるからあまり利用したくないと言っている。

住居は、アパートの2階に住んでいる。

最近、動く息切れがするが休憩しながらなんとか一人で暮らせている。

楽しみは、家で韓流ドラマを見ること。日頃は、あまり出歩くことはない。

毎日、娘さんより電話があり話している。ケアマネとの面会には、娘は対応してくれている。今回の手術に関しては、娘に話さないように言われている

介護申請:要支援1

経済的背景:余裕があるとは言えない。サービスを利用するのも拒否的である。

人生観:不明。

Q1.あなたはACPファシリテータとして患者に関わっていきます。この事例に対して、ACPを進めるにあたり必要だと思われる職種や患者に関連する人をあげなさい。

[]

追加で情報を収集したいことは、どのようなことですか？

[]

Q2.この事例において、あなたの考える患者にとっての最善の医療・ケアとはどのようなものですか？

[]

Q3.患者は、家族には伝えないでほしいと言っていますが、あなたはどのように対応しますか？もし、患者の家族に伝えることの承諾を取りたい場合、どのように患者に説明しますか？



皆さん同じような事例を経験したことがあるのではないのでしょうか？“正解”は1つではないと思います。しかし、ACPの基礎になる考え方であるガイドラインや臨床倫理、考え方の参考にできるルールごとを学ぶことで、大体、ACPに関わる人々の納得感を高めることができるようになると思います。この教材ではそのガイドラインや参考になる考え方を学び習得してほしいと思います。

この事例は、最終の確認テストで解けるようになっていただければと思います。
解答は、最終ページに記載。

1. アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは

1-1. H30 ガイドライン改訂の要点（変更箇所 2点）

1. 介護の現場にも普及する

- 名称が医療にケアが付け加わった。これは介護施設・在宅も含めたガイドラインになるよう、配慮された。

2. ACPの概念が追加になった

- 話し合いには、本人が意思決定能力を失うことを想定し、本人が信頼でき本人の意思を推定できる家族などを事前に決めておき、話し合いに参加してもらうことが重要である
- 本人の意思は変化するので、医療・ケアの方針について繰り返し話すことが重要であることを強調している

1-2. アドバンス・ケア・プランニングの特徴

・医学的な最善が本人にとっての最善とは限らない！

- 「できる限り長く生きる事」E-FIELD研修資料（2021）が、必ずしも本人の望みでは無い場合がある
- 本人の持つ価値観や人生観に沿った患者のQOLの質は「生命の維持」より優先される場合がある

・今後の病状の見通しが不確実であること

・ACP=A D（アドバンス・ディレクティブ）あるいはDNARではないが、「対立

する概念はない」森（2020）

- 患者に意思決定能力がない場合、家族など（親族だけを指さない）が重要な役割を果たす
- 医療上の話し合いをするのか、医療行為と関係ない生き方全般の話し合いなのかは区別される

平成30年度に厚生労働省が改定した、ガイドラインとその解説を熟読してください。
（添付資料1.2）

【日本におけるACPの傾向】

米国・欧国で出したACPの定義は、患者の自己決定権を何より重んじる文化・医療風土が基盤となった推奨項目である。それに比較し、森雅紀（2021）は、「アジア諸国では本人の自立より家族などを含めた集団的な意思決定プロセスが重んじられることが多くあり、患者の文化特性は患者の価値観人生観に大きく影響する。」述べており、2019年「台北宣言」では「家族の文化を尊重しつつ、患者の意向を中心に置くこと」が謳われています。

【3つのバイアスと対応法】

森（2021）がまとめた行動経済学をACPに活用する方法について、「患者には3つのバイアス、①disability bias（気持ちは移り変わる）/②availability bias（客観的な情報より身近な体験が意志決定を左右する）/③hot-cold bias（感情が昂っているときは、過小評価しやすい）があることを理解し、対応として、①本当にそうなった時には、患者の気持ちは揺らいでいくことを忘れない②知識より経験の方が強く印象に残る、感情が高ぶっているときは過小評価しやすい②③に関しては、そのことを知っていることで患者・家族がなぜそのような言動をとるかの理解に役立つ。また、患者の損失を回避する工夫として、ACPの話し合いをデフォルト運用する（話し合いのタイミングをシステムとしてあらかじめ決めておく）ACPをしておいたらいいことではなく、ACPをしておいたら避けられる困ったこと、に焦点を当てる。」と述べている。ACPを行う上で、患者・家族にはこれらのような特徴があることを覚えておいてください。

2. ACP支援について

2-1.ACP4つの段階

ACPIには、大きく分けて4つのステップがある。

STEP1：意思形成

本人のまとまった意思ではなく、1つ1つの場面で発せられる言葉の段階です。

例えば、「私は、人に世話になってまで生きたくない」「話せないのはいやだ」「痛みは、とってほしい」などです。

STEP2：意思表示

本人の1つ1つの言葉を組み合わせ、価値観、人生観、最低限持ち合わせたい機能、目標、選好などを表してもらう段階です。

例えば、「私は、人に世話になってまで生きたくない。家族に迷惑をかけたくないから」「話せなくなるのは、自分の意思が伝えられないので嫌」

STEP3：意思決定

自分の価値観などをもとに、自分が望む将来の医療・ケアを選択肢の中から選んでもらう段階です。

例えば、「心肺蘇生は望まない」などのDNAR（do not attempt resuscitation）
「意識障害を来した場合は、経管栄養などの延命処置を受けない」など

STEP4：意思実現

本人の意思を、関係者の意向やその場の状況、関係者の価値観の対立などに配慮しながら実現する段階です。

例えば、「経管栄養などは行わず、痛みなどのコントロールは積極的に行う」などです。

これら4つのステップがうまく進むように看護師はどのように支援すればいいのでしょうか？

2-2.ACP支援のプロセス

- ① ACPの目的を患者・家族などに理解できるように説明し、
- ② 患者の目標や価値の確認について、家族らを含めて行い共有する
- ③ 患者の病状や今後の医療について、説明し選択肢を与える。
- ④ 各メリット・デメリットの情報を提供し、患者が理解できるように支援する
- ⑤ 代理意思決定者を選ぶ支援を行う
- ⑥ 人生の最終段階の医療に関する希望を家族や医療チームで決定できるように話し合いの場を提供する
- ⑦ 将来希望する医療ケアを患者、家族などと医療チームで共有し、記録に残す

3.代理意思決定者とは

*患者の意思決定能力がないと判断された場合に、委託された代理人が患者の最善利益を考えて意思決定を行うこと

[代理意思決定者となる人]

- 多くは家族（キーパーソン）に託される
- 患者の意思を一番知りその思いを支持している。また、患者も信頼している人が代理意思決定者に適任である

• 患者の介護者＝代理意思決定者とは限らない

代弁者の条件

- ① 18歳以上
- ② 患者からの信頼がある
- ③ 本人のことをよく知っている

【おさらい問題】

問 1～6の問題に答えよ。

（問1）誤っているもの全てに丸をつけなさい。

1. 患者が希望したので、ACP の話し合いを開始したが本人はしっかりしているので、家族は現段階で不要である
2. 患者は施設に入所、家族は疎遠であるため患者のことはよくわからない。ACP の話し合いには参加しなかった。
3. 患者は、血縁にあたる家族がないので自分のことをよく知っている知人に代理意思決定者になってもらうように頼んだ。
4. 患者は、認知症で意思決定能力がないと判断された。「胃ろうが必要になったことを家族に説明したところ、家族は、「本人は、『何もしないでほしい』と言っていたが、遠方の家族が希望しているので行ってください。」と希望し、希望に沿って胃ろうを行った。

（問2）

Aさん（88歳）は、テレビを見ていて「息をするのに機械をつけて話すこともできないのは嫌だ」「ご飯は口から食べたい、喉を詰まらせてもいいから味気ないのは嫌だ」と

話していました。ご飯があまり食べられなくなった A さんに経管栄養が必要になりました。家族に話したところ家族は、経管栄養を希望しています。A さんの意思決定に妥当なものは以下のどれでしょうか？

- A. 家族の意向に沿って経管栄養をする
- B. 本人は、口から食べることを希望していて、味気のないものを嫌がっているので経管栄養はしない。
- C. 現在はフレイルが強いため、経管栄養で栄養治療を行えば、また食べられるようになるであろうという医療の見解で医師が経管栄養を行う判断をする
- D. 本人にもう一度、意思の変更がないか本人を含めて話し合いを行う

(問3) 正解と思われるもの全てに○をつけなさい。

- A. 川崎協同病院事件は、医療チームの判断と患者の意思確認をとっていれば有罪にならなかった
- B. 50歳男性、独身。キーパーソンは母。糖尿病性腎症で透析が必要になった。急性期では、何度もICを行ったが、透析導入を希望せず「DNR」で、慢性期病院へ転院。軽度の呼吸苦が出現、家族の説得で透析を希望した。その意向を聞いて急性期に転院へ透析導入目的で転院した。
- C. うつ病44歳男性。キーパーソン同居している母。うちでは引きこもりで、母とは話していない。脳出血で入院、呼吸停止し人工呼吸器が必要な状態になった。母は、「この子が先に死なないと心配で死ねない。だから何もしないでください」との希望あり。DNAR対応し、2時間後に死亡した
- D. 80歳女性。認知症で意思決定能力なし。キーパーソン息子(精神疾患あり)患者は、心不全で水分制限あり。しかし、息子は「本人が、ジュースを飲みたがるので」と言って、面会時にペットボトルのジュースを飲ませている。体重が増強し、心不全症状が悪化している。本人と家族の意向なので、主治医の判断で水分制限を解除した。

(問4) 誤っているもの全てに丸をつけなさい

- A. 癌の患者が、「これ以上辛い治療は望まない、家で過ごしたい」と言っている。治療は望まないと言っているので、痛み止めなどの服薬も全て中止した。
- B. 入院している患者の言ったことは、日々変わっていくのである程度、意見が固まったところで電子カルテに記載した。

- C. 完全房室ブロックの患者が「高齢なので」と、手術を拒否した。患者は、手術すればまた歩行ができるようになる可能性が高いので、家族を含めてもう一度ICを行い、「手術を拒否する理由が高齢である以外にないか」本人に確認した。
- D. 患者の思いの断片（ピース）は、「気がかりや心配なこと不安なこと」「大切にしていること」「価値観」「療養場所」「希望」などである。

【おさらい問題】（解答）

問1～5の問題に答えよ。

（問1）1.2.4

- 1. 2 患者が希望したので、ACPの話し合いを開始したが本人はしっかりしているので、家族は現段階で不要である→患者の70%が死に至るときには意思決定能力がないと言われており、初めから話し合いに同席し患者の意思を知っていく必要がある4.患者の尊重を第一におく、家族は患者の意思の推定を行うものなので、患者の意思表示があったにもかかわらず、家族の希望は優先されない。

（問2）D

患者の意思表示があるため、一番に優先させる。

（問3）A, B

C.本人の意向ではなく、家族の意向である。本人の意向が確認できず、家族も患者の意思推定ができないため、医療従事者の第3者が倫理的側面を含め、慎重に話し合う必要がある。

D.患者は認知症があり、水分制限の必要性の把握はできていない。患者の本当の意思とは判断しづらい、倫理的側面も配慮し医療チームで話し合う必要あり。

（問4）A, B

- A. 痛み止めなどを用いて患者の苦痛を取り除く必要はあるため、中止はしない
- B. 患者の言葉や考えは、その都度電子カルテに記載する。

上記事例のポイントは、疑問詞で話されても、解答を考えずに相手の思いを復唱することです。解答しなければと考えがちですが、まずは、患者の思いを復唱していくことで

患者自身の思いを整理していきます。患者さんも自分の気持ちが整理できずに話して思いを話される方が多いので、表面上の言葉だけでなく対話を進める上で、その言葉の真相を聞いていくことが重要です。

ただし、ただ言葉を繰り返すだけでは、患者に適当に対応されていると感じさせてしまいますので、傾聴と共感の態度を忘れないようにしてください。

第2章 患者にとっての最善とは？

4. インフォームド・コンセントについて

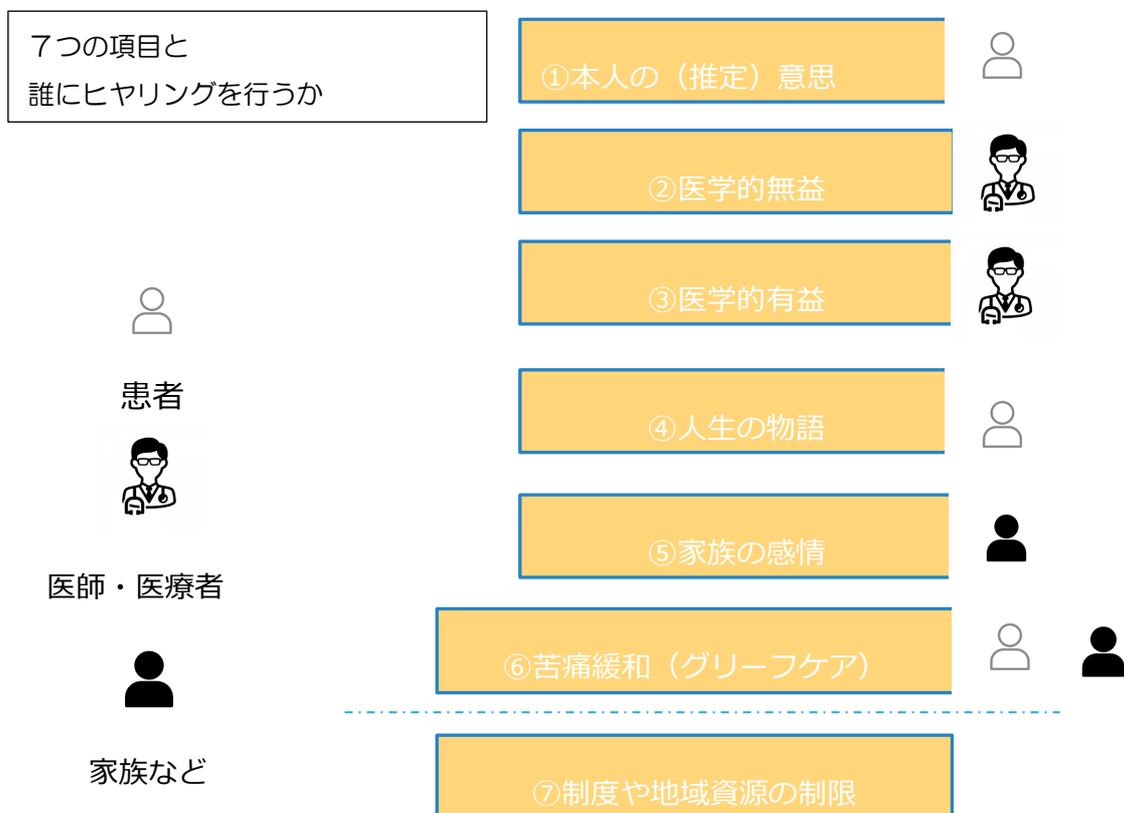
医師が、本人・家族に医療行為の医学的な意味とメリット・デメリットについて説明し、本人がその説明をよく理解したうえで、その医療行為の実施について医師に与える同意・承諾をICと言います。日本の臨床では、「説明」＝「I.C」と呼ぶことが多いですがそうではありません。事前指示に同意サインを得たことで、ACPを行なったことになるのも間違いです。

「インフォームド・コンセントのあり方」

医療・ケアチーム側からは医療・ケアの情報を本人・家族に提供し、本人は自らの価値観や意向や人生の目標を医療・ケアチーム側に伝えます。両者は、対話しながら、本人の視点から治療の目標を共同で設定し、意思決定も共同で行うことが推奨されている。

5. 本人にとっての最善の医療・ケアに関連する7項目について

「ACP入門～人生会議の始め方ガイド」のP37～52を読んで、「本人にとっての最善の医療・ケアに関連する7項目」についての理解を深めてください。



【おさらい問題】

以下の例は、日頃経験したことがありそうな患者の最善の医療・ケアを考える場面を挙げました。何を優先させるべきか考えてみてください。解答は、2ページ後にきさしてあります。まずは答えを見ずに考えてみてください。

例1)

60歳男性 既往歴に脊髄症があり下半身麻痺。下肢動脈閉鎖で両下肢潰瘍形成あり。感染しており、敗血症のリスクが高い。医師からは、アンプタを進められるが本人は、「痛いのが一番嫌だからやりたくない。」「それで命を落とすことになってもよい」と言っている。あなたはどのように判断しますか？

()

例2)

70歳女性 糖尿病で、治療中。腎障害により透析が必要になった。本人は、「透析なんてしたくない、自然に行きたい」と言っている。どのように判断しますか？

()

例3)

30歳男性 交通事故で救急搬送。宗教上の問題で、輸血はできない。輸血を行わなければ生命の危機的状態である。どのように判断しますか？

()

<優先順位を考えるのに参考になる考えかた>

本人の意思・医学的無益・医学的有益の関係を以下の図に示します。

「絶対的順序はないですが、害になることは患者が希望してもしない、有益になることでも患者の十分な理解のもとではできないということです。」木下（2021）

【おさらいの解答】

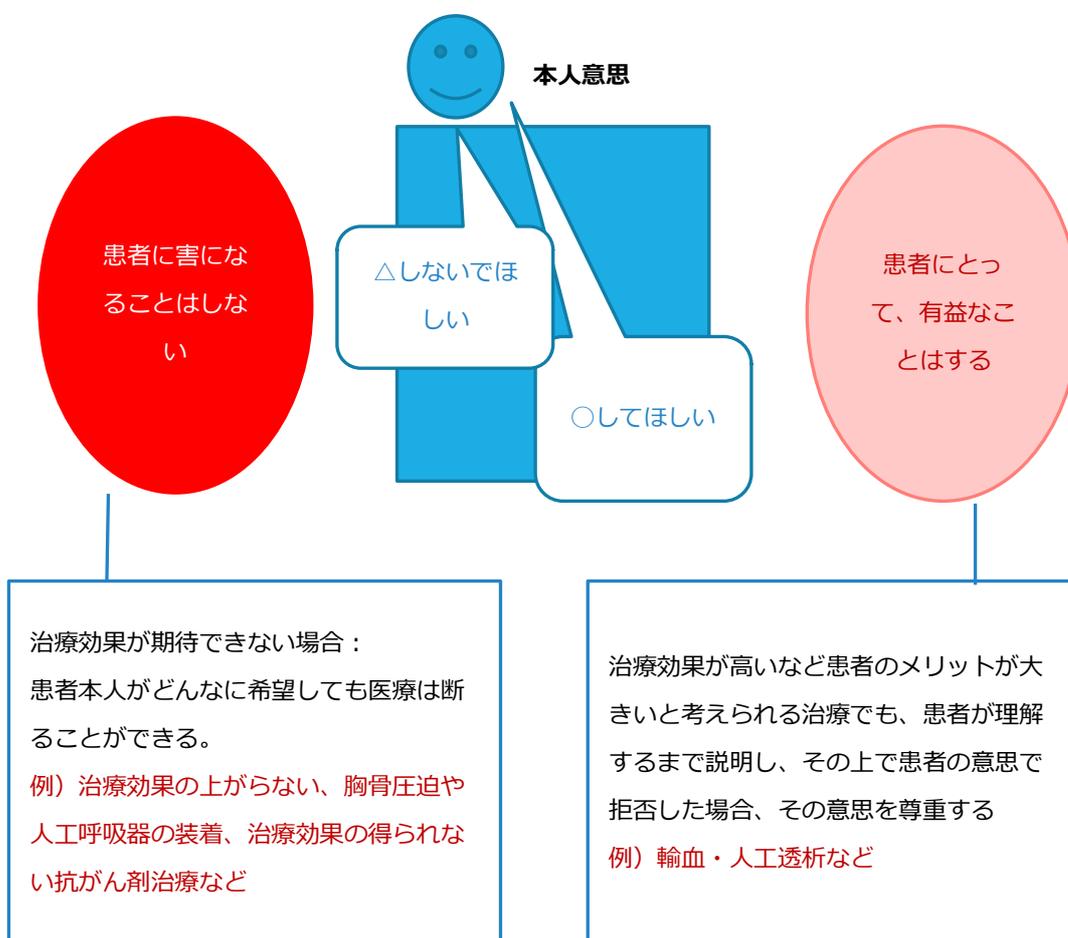
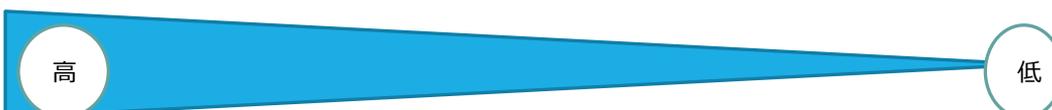
例1)

60歳男性 既往歴に脊髄症があり下半身麻痺。下肢動脈閉鎖で両下肢潰瘍形成あり。感染しており、敗血症のリスクが高い。医師からは、アンブタを進められるが本人は、「痛いのが一番嫌だからやりたくない。」「それで命を落とすことになってもよい」と

言っている。あなたはどのように判断しますか？

これは、アンプタ治療が、敗血症予防となるので医学的有益がありますが、患者の意思を尊重し、勝手にアンプタをすることはできないということになります。

優先順



70歳女性 糖尿病で、治療中。腎障害により透析が必要になった。本人は、「透析なんてしたくない、自然に行きたい」と言っている。どのように判断しますか？

本人の意思を尊重し、勝手に透析をしてはいけませんね。

例3)

30歳男性 交通事故で救急搬送。宗教上の問題で、輸血はできない。輸血を行わなければ生命の危機的状態である。どのように判断しますか？

〔 何度も、説明を繰り返し本人が理解して、拒否するなら輸血はできません。 〕

例4)

80歳女性 心室頻拍でICD植え込み術を行なっています。本人から「機械が作動した時の衝撃が怖くて夜も眠れず不安だ。こんなことなら、不整脈でなくなってもいいから、機械を止めてほしい」という希望を伝えられた。

〔 何度も、説明を繰り返し本人が理解して、それでも希望がある場合は、主治医に報告しICD中止の検討を行なってください。 〕

例5)

70歳男性 誤嚥性肺炎を繰り返しており、よくむせていた。ある日、昼食中に窒息を起こした。気道閉塞の解除をしたが、心肺停止状態となった。以前、患者は『DNAR』を希望していたが、急なことだったので心肺蘇生を行なった。心拍は再開したが自発呼吸が再開しない人工呼吸器を装着は装着するか？

〔 DNARなので、呼吸器の装着はしてはいけません。家族が強く人工呼吸器の装着を希望した際は、患者の推定意思であるかどうかの確認を行い、家族だけの希望ではないことを確認することが重要です。 〕

第3章 ACPファシリテーターとして

6.ACPファシリテーターの役割とスキル

6-1.ACPファシリテーターとは

2019年 一般社団法人日本老年医学会「ACP推進に関する提言」にて、本人の価値観や意向、人生の目標に一致した医療・ケアの意思決定を実現するために、本人、家族等、医療・ケアチームと協働し、本人中心の意思表示や意思決定のための対話を促進する熟練した医療・ケア提供者らである。

6-2.ACPファシリテーターの役割と必要なスキル

ACPファシリテーターとしての役割は、患者・家族にとって最善の医療・ケアの計画ができるよう、患者の意思と医療・ケアの最善策について倫理的側面を踏まえた上で決定できることである。

また、ACPファシリテーターに必要なスキルを、以下に述べる1～4にまとめた。

- 1.患者さん・ご家族の考えの共有及び合意形成する（意図的対話を用いて患者の意思を確認でき、表面的な意思確認とならないようにする）
- 2.患者家族らの意志や医療者側の医療ケアについて、情報の収集と各立場の意見を共感的捉え、整理することで意見の違いや合意部分を整理し追加の情報を得ていくことで、患者にとっての最善を導けるようなディスカッションができるように導く
- 3.多様な患者・家族や医療従事者の考えや立場を理解し、相手の意見を聞いてしぶんの考えを正確に伝えることができるとともに、自分役割を果たしつつ他者と協力・協働して患者の最善の医療・ケアの計画を考えることができる
- 4.患者が意思決定した医療・ケアを受ける上で、さまざまな課題を発見・分析し、適切な計画を立ててその課題を処理し、解決できる

6-3.ACPファシリテーターとしての役割)

【他職種のACPカンファレンス】

成果物：患者へどのような方針でI.C.(informed consent)を行うかの検討を行った議事録

- ① 医師だけの決定ではなく、医療ケアチームで話し合うことの必要性を説明する
- ② 患者の情報をカンファレンス参加者と共有する（全ての部門が持っている情報を引きだし整理する）
- ③ 患者背景と各部門の価値観を踏まえた考えを引き出せるようにファシリテートする
- ④ 各部門間で、意見の相違が出た場合は、その要点を記録に残す
- ⑤ ディスカッションのガイドとして、医療倫理原則（自律尊重原則、与益&無利害、公正）「本人にとっての最善の医療・ケアに関する7項目」に基づいた、話し合いを行う。
*与益&無利害に従って、各選択肢におけるメリット・デメリットを話し合い記載しておく。
- ⑥ 自律尊重原則に従って、患者・家族などに確認が必要な事項を追加で挙げておく（患者の価値観や人生観、患者の社会的背景・事情など）
- ⑦ 方針が左右される患者の背景などを確認しておくべき事柄も挙げておく
- ⑧ I.C内容の方針を最終的に議事録に記載し、カンファレンス参加者に承認を得る

6-4.ACPミーティング

成果物：ACP議事録、事前指示書

- ① 医師よりACPについての必要性を患者家族に説明する
- ② 医師の治療方針とケアの選択肢を説明する。（医師は、医療エビデンスに基づいた最善と思われる治療ケアまた、医療チームで話しあったACPカンファレンスで決定したことを患者に話す）
- ③ 各選択肢のメリットデメリットについて説明する。
- ④ 患者家族の意思（価値観、人生観、患者の社会的背景と事情）をSICGに沿ってヒヤリングする
- ⑤ 看護師は、患者家族の意思確認で不足している部分（ACPカンファレンスで確認が必要であるとされた項目）をヒヤリングする。
- ⑥ 患者家族の思いをうまく表出できるように、コミュニケーションスキル（傾聴、共感、沈黙、反復）を活用する。
- ⑦ 患者家族の持つ課題を抽出し、整理する。
- ⑧ 医療側の提案と患者側の意思に差異がある場合は、お互いが納得するまで話し合う。
- ⑨ 決裂した場合は、他の最善策を検討するために相違点の整理と課題の整理を行い、ACPカンファレンスで再度議題にあげる（『本人にとっての最善の医療・ケアに関連する7項目』に沿って話しあいを行う）
- ⑩ 患者家族から得た情報を明文化し、相違ないかを確認する
- ⑪ 意思に変化があった場合、患者の状態に変化があり医療ケアの必要性が出た場合は再度話し合いの場を持つことを伝える。
- ⑫ 窓口が、ACPファシリテーターである旨を伝える。
- ⑬ ACPミーティングの話し合いの内容と事前指示書を作成する。
- ⑭ 電子カルテに内容を記載する。
- ⑮ 事前指示書を作成し、内容を患者家族に確認し、間違いがないか確認する。

6-5.医療・ケアチームで意見が分かれた時の対応法

「ACP入門～人生会議の始め方ガイド～」のP. 42～48を読んでおいてください。

例1の解答と解説】

Q1.あなたが、ACPファシリテーターとして関わるなら、誰にどのように関わりますか？
また、追加で収集したい情報はどのようなことですか？

治療方針と患者の意向に相違があるため、情報の不足分を情報収集し患者の情報と医療提供者側の情報を整理する。患者に関わるステークホルダーを選定

また、追加で収集したい情報はどのようなことですか？

患者の意思と本当に課題に感じている事柄(社会的背景・価値観・事情など)を情報追加する

Q2.あなたの考える患者にとっての最善の医療・ケア考える過程で大事なことはなんですか？

患者の真意を再度確認し、医学的無益が患者に有益をもたらすような医療・ケアを考えること。患者が意思決定能力を失っても患者の代理意思決定者が患者意思の推定が行えるように患者家族にも話し合いに参加してもらうように理解を促す

Q3.患者は、家族には伝えないでほしいと言っていますが、あなたはどのように対応しますか？もし、患者の家族に伝えることの承諾を取りたい場合、どのように患者に説明しますか？

死亡する前に70%の患者は意思決定能力がなくなっており、患者と医療者のみで決めた事前指示は希望通りには実現しないことが多い。話し合いの過程を家族が入って知ることによって患者意思の推定ができるので事前指示が現実的なもの

【上記の内容を具体的にするとどのようなようになるか解説と、その後のストーリー】

1 情報の整理

治療方針と患者の意向に相違がある。

(自律尊重原則:自律的な患者の意思決定を尊重する)

「もう十分に生きた」と思っている

家族に迷惑をかけたくないと思っている

患者は手術を拒否している。

(与益&無危害:利益を多く、危害を及ぼすことは避けるという考え。身体的危害だけを重視しすぎない。利益と負担は、公平に配分されるべき)

家族に迷惑をかけることは、患者にとっての危害であると思っている。

〈治療のメリット・デメリット〉

・メリット

高齢であることを考慮し、手術は低侵襲の術式を選択しているので合併症を起こ

すリスクが少ない→ADLを低下させることなく、長期に自律した生活を送れる。
→心不全の進行を遅らせることができる→家族に迷惑をかける時期を遅らせる
ことができる

・デメリット

手術後の合併症を引き起こす確率は、1%程度(寝たきりになる確率)

(公正:2者関係だけでは、決められない外部的環境の視点)

高齢者の手術実績はスタンダードであり、ガイドラインの治療の対象に値する。

2

患者の意思と本当に課題に感じている背景・価値観を情報追加する

ケアマネジャーの情報提供書より

独居、5年前に夫は他界。キーパーソンは娘で既婚者今は、遠方に暮らし義母の介護をしている。患者は、「これ以上、娘には負担をかけたくない」と言っている
年金で暮らしており、月10万円程度。貯金を崩して生活している。ケアマネには、
サービスを使用するとお金がかかるからあまり利用したくないと言っている。

住居は、アパートの2階に住んでいる。

最近、動く息切れがするが休憩しながらなんとか一人で暮らせている。

楽しみは、家で韓流ドラマを見ること。日頃は、あまり出歩くことはない。

毎日、娘さんより電話があり話している。ケアマネとの面会には、娘は対応してく
れている。今回の手術に関しては、娘に話さないように言われている

介護申請:要支援1

経済的背景:余裕があるとは言えない。サービスを利用するのも拒否的である。人生観:不
明。

事情:患者の住居は2階であり、ADLの低下によりそこに住めない可能性がある。

以上より、手術を拒否している理由は、他にありそうだ。

4

患者の懸念事項とされる事項を分析し、意図して情報を得る内容を確認する

価値観:不明。長生きしたと言っている。家族に迷惑をかけたくないと思っている。

社会的背景:キーパーソンは娘で既婚者今は、遠方に暮らし義母の介護をしている。患者
は、「これ以上、娘には負担をかけたくない」と言っている 患者家族に意思を確認する:
患者から得たい情報は、手術を拒否する理由をしっかりと聞き、不安・懸念事項を洗い出
す。患者が、「十分生きた」「家族に迷惑をかけたくない」→なぜそう思うのかを聞いて
いく。患者から得ている事前情報をもとに、意図的な対話を行う。事前情報によると 医
療費への不安、手術後も自律した生活ができるかどうかの心配、単純に手術というものに
関しての不安があるのではないかと予測できる。

患者に話を聞くと、「家族に迷惑をかけたくない理由は娘が介護をしているし、遠方なの
で心配と迷惑をかけたくない。手術をしたら、面会に来たり洗濯物を頼んだりしないとい

けないから迷惑をかける。それに、年金暮らしに貯金もそんなに多くないし、手術をしたら大きなお金がかかるでしょ？お金がないのに長生きしても意味がない。それなら、早く死んだほうがいい。」「2階に家があるので歩けなくなったら家にも帰れなくなる。」
「手術に対しての不安はない。詳しいことはよくわかっていないけど」「娘には、心配をかけるので手術のことも黙っていてほしい。」とのこと。

5. 課題の整理

患者の課題は、金銭的負担と家族への負担を一番に感じており1人で娘に迷惑をかけずに生活することが価値である。手術に関しての十分な知識が、提供できていない様子。娘へ黙ってほしいとのこと、代理意思決定者になりうる存在であり手術をしない選択をする場合やはり家族には伝えるべき事柄である。

課題に関しての調整できることを考える

6 金銭的不安に対して、高額医療制度が使用できることや医療費控除などを受けられる。家族への負担に対しては、洗濯物なども2泊3日程度の入院であるので家族に負担なく対応できること。

手術に対しての説明補足は、局所麻酔で治療ができるため筋力低下も翌日には歩けるし、リハビリを行うので回復する。理学療法士から術後リハビリの工程を説明してもらった。今動くと息切れを感じて生活制限があるが、手術によってそれがなくなることなどを追加の情報として提供した。

患者の家族に対して、手術を拒否するにも代理意思決定者としてACPなどの話しをしないといけないので連絡の許可をお願いした。やれるべき治療があるのに本人の意向だけでは、後で家族とトラブルになる可能性があるため。了承を得て、家族に連絡、娘の意向は、もっと長生きをしてほしいので手術を希望した。

7 患者さんは、上記の話し合いを通じて「娘がそこまでいうのであれば、仕方ない。息切れが治まるのなら、娘に迷惑かけずに暮らせるしすぐに歩けるようになるなら大丈夫ね。」と言い、手術を行うことを同意した。

この事例では、患者の言葉を表面的に捉えずに患者の真意を確認するためのコミュニケーションを図ることと、患者にとっての懸念事項・課題を見つけ、資源を活用し多職種との調整を行うことで解決すること、医療倫理などの優先すべき事柄に基づき最善の医療ケアを考えたことがうまくいった要因と考えられる。

(付録 2) 前提テスト

前提テスト

名前

<前提テストと学習の進め方>

前提テストを回答していただき、自信がないあるいは知識として持ち合わせていない項目があれば、学習資料で学んでください。

第3章は、集合学習(研修)に必要な知識ですので学習を終了して参加してください。

<学習資料の内容>

第1.2章:アドバンス・ケア・プランニングの基礎的知識

→Q1～6

第3章 :ACP ファシリテーターの役割とスキル

→集合学習(研修)に必要な知識ですので、必ず学習してきてください。

<設問>

Q1. アドバンス・ケア・プランニング(人生会議)について誤っているもの全てに○をつけなさい。また、誤っている文章を正解文に修正しなさい。

- A. 入院中の終末期患者全員に行われる。
- B. 患者の価値観を今後の治療やケアに反映させるための話し合いである。
- C. 延命治療の希望についてあらかじめ文書に書き残しておくことである。
- D. アドバンス・ケア・プランニングでは、日頃の患者が発する言動は反映させない。
- E. 日本では、法的に効力が認められていない。

Q2. 人生の最終段階における医療・ケアの意思決定プロセスに関するガイドラインについて誤っているもの全てに○をつけなさい。

- A. 患者様本人はしっかりしており、自分の意見が言える。「家族は話し合いに参加しなくても良い」と患者は言っているので、家族の参加は進めず医療チームで十分に話し合ったうえで、本人の意向を第一に尊重して方針を決める

- B. 人工呼吸器管理の中止を家族が強く希望してきた。本人の希望は確認できないので、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行い、中止した。
- C. 本人の意思が確認できないので、家族がいなかったので遠方の甥に患者の意向を推定するよう促した、患者とは疎遠であると言われたが本人にとって最善の方針を聞こうと思う。
- D. 「自ら(患者)の意思を推定するもの」は、患者が信頼している者で、患者の血族か内縁の家族である必要がある。
- E. 本人の推定意思をより確かなものにするために、アドバンス・ケア・プランニング(人生会議)を繰り返し行うことが推奨されている。

Q3. 人生の最終段階における意思決定に関連する法的な知識のうち正しいものはどれか全て○つけなさい。

- A. ACP ガイドラインに従って行われた人工呼吸器の差し控えは、刑法上の犯罪(殺人罪、嘱託殺人罪)にあたる。
- B. 本人の意思決定能力がなく家族の希望と主治医1人の独断判断で行われた人工呼吸器の中止は、刑法上の犯罪(殺人罪、嘱託殺人罪)にあたる。
- C. ACP のプロセスで話し合った内容は、数回に一度まとめて記録に残す。
- D. ガイドラインでは、生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死をその対象としない。
- E. 医療・ケアチームとの話し合いの中で妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られなかったので、院長に相談し判断を仰いだ。

 学習の振り返りを行いたい方は、資料第1章へ

Q4. インフォームド・コンセントについて誤っているものは間違っているもの全てに○をつけなさい。また、誤っている文章を正解文に修正しなさい。

- A. インフォームド・コンセントが成立する要件は、①患者意思決定能力②家族らの意思決定能力③医療者による十分な説明④患者の理解・認識と論理的思考⑤患者の意思表示である。

- B. 患者に認知症診断がある場合は、意思決定能力がないものと判断し、家族とのインフォームド・コンセントを行う。
- C. 医師は、並列で医療に関するメリット・デメリットを患者に説明した後、患者は困惑していたが患者に全て決定してもらった。
- D. 患者が、自分の受けたい医療を提供してもらうために、医療従事者に自分の人生観などを説明した上で、患者にとって最善の治療を決定した。
- E. 患者は、医師から説明も受けようとせずに、「お任せするので」と言って、手術に同意した

➡ 学習の振り返りを行いたい方は、資料第2章へ

Q5. 人生の最終段階の医療・ケアに関する意思決定について

以下の事例で、患者の意思・医学的無益・医学的有益についてそれぞれ記載し、どう判断すべきだったかを記載しなさい。

- A. CO2 ナルコーシス治療中の患者で、非侵襲的陽圧環境治療中であったが、マスクを何回も外し嫌がったので、治療を中断した。患者はその数時間後に意識障害をきたし呼吸停止の状態となった。

患者の意思:

医学的無益:

医学的有益:

どうすべきか

[]

- B. 意識障害をきたしている患者に対し、食事が取れないので、栄養を管理のため家族にも説明せずに経管栄養を開始した。

患者の意思:

医学的無益:

医学的有益:

どうすべきか

[]

- C. 悪性腫瘍で入院中の患者さん意思決定能力はあるが、患者家族に本人には伝

えないでほしいと言われたので、本人は何も説明せず抗がん剤治療を開始した。

患者の意思:

医学的無益:

医学的有益:

どうすべきか

()

D. コロナ病床で、重症度が中等度の感染患者入院依頼があった、しかし病棟が忙しかつたので入院を断った

患者の意思:

医学的無益:

医学的有益:

どうすべきか

()

E. 延命治療のために人工呼吸器管理となった家族の強い意向で、主治医が独断の判断で呼吸を離脱抜管した。その後、数時間後に患者は亡くなった

患者の意思:

医学的無益:

医学的有益:

どうすべきか

()

 学習の振り返りを行いたい方は、資料第2章へ

Q6.以下の事例に対して、問いに答えなさい。

【事例】

Aさん 80代女性

疾患:脳出血、糖尿病

現病歴:脳出血後の後遺症で意識障害と吸引を施行している。急性期の医師からは、意識障害が改善することはないと説明を受けDNARとなっていた。今回、自宅での療養が困難な状況にて家族の意向で急性期病院より転院となる。

ADL:独居で発症前日常生活自立していた。現在は寝たきり。

患者の価値観:病院が嫌いで、糖尿病があり入院指導を進めた時も拒否をしていた。

インシュリンの自己注射も進めていたが、「注射は嫌い！」と言い、受診時、注射薬が残っていることも多かった。娘には、よく「好きなものを食べて生きていきたい。それで悪くなくても、その時はその時で悔いはない。」と言っていた。

ACP: 転院当日、医師より家族にリビングウィルの再度確認を行った。家族は、「Aさんが健康な時から痛いこと苦しいのは嫌だから延命治療はしてほしくない」との思いを尊重し、DNARを希望された。

キーパーソン: 娘(家から病院まで10分程度のところに住んでいる)

経済面: 年金暮らしで生活の余裕はなく。月に10万円程度の収入

【場面】

あなた(看護師)は、Aさんの家族のもとに入院の説明とともにリビングウィルのサインをもらいに行きました。その時、キーパーソンである娘が「心臓が止まった時は、心臓マッサージのみしてほしい」と言ってきました。あなたはどのように対応しますか？

Q1. あなたは、娘さんにどのような声かけから始めますか？

()

娘にどうしてそのように思うのかを伺ったところ、「父を亡くしており、死に目に会えなかったことをとても悔やんでいる。だから、母の時は、自分が到着するまで心臓マッサージをしてほしい。」とのことであった。

Q2. あなたは、直ちに娘さんの意向を医師に報告しICの調整を行うべきですか？

はい ・ いいえ

Q3. 「はい」「いいえ」とお答えした両方に、その判断をした理由について、()に記入してください。

()

Q4. 「はい」「いいえ」と答えた方。それぞれ患者の家族(娘)にどのような声かけを行いますか？

()

Q5. この事例で、臨床倫理に基づいて考えた場合、「医学的有益」「医学的無益」で考えられることを記載しなさい。

医学的有益:

医学的無益:

Q6.本人にとっての最善の医療・ケアに関連する7項目にそれぞれの情報を整理してください。

本人の(推定)意思	
医学的無益	
医学的有益	
人生の物語	
家族の感情	
苦痛緩和(グリーフケアを含む)	
制度や地域資源の制限	

 学習の振り返りを行いたい方は、資料第2章「本人にとっての最善の医療・ケアに関する7項目」へ

以上。

(付録3) 集合研修のロールプレイングシナリオ

事例1：ロールプレイ設定（患者）

主治医より、配偶者と自分に余命2～3年程度と説明があったが、今までにも3か月に一回ペースで心不全を繰り返し入院しており、症状が改善しているので大したことがないと思っている。

【事例】

- 70歳の元会社員。野田さん
- 44歳から脂質異常と高血圧で内服治療を行っていた。
- 60歳の時に急性心不全と不整脈を発症した。それから、67歳から繰り返し心不全で入院をしていた。
- 最近、入院の間隔が狭くなっている。
- 今回の入院時には、人工呼吸器を一時的に装着し治療を行った。
- 現在は、治療後のリハビリを行うために地域包括ケア病床に転院してきた。
- 妻と長男夫婦と同居。2世帯。日中は、妻も仕事で誰もいないので一人で暮らしている。
- 孫が帰ってくるので、長男の妻が帰ってくるまで、一緒に留守番をしている
- TVの視聴が趣味で、家に引きこもりがち
- 今回の転院時に当院の医師よりリビングウィルの説明をされたが、まだ返事がない

ロールプレイ設定（患者）

体調	入院した時は死ぬかと思ったが、今は全然大丈夫
話し合いについて	急ですね。今はそういう時代なんですね
病状の説明	余命2～3年と言われたが、元気だからピンとこない
どこまで知りたいか	特にどこまででも聞きます
目標	家に帰りたい。孫と留守番を一緒にしてるので
恐れ・不安	前のように、急に悪くなった時に1人だと心配
支えとなるもの	どんなに大変な時も家族がいたし、なんとか一人で乗り越えてきた
欠かせない能力	苦しいのは本当に嫌だった。あれが続くのだけは嫌だ。
延命治療	返事なし
家族の理解	あまり話すのは得意ではないから、今までも話してこなかった

ロールプレイ設定（患者）

体調	入院した時は死ぬかと思ったが、今は全然大丈夫
話し合いについて	急ですね。今はそういう時代なんですね
病状の説明	余命2～3年と言われたが、元気だからピンとこない
どこまで知りたいか	特にどこまででも聞きます
目標	家に帰りたい。孫と留守番を一緒にしてるので
恐れ・不安	前のように、急に悪くなった時に1人だと心配
支えとなるもの	どんなに大変な時も家族がいたし、なんとか一人で乗り越えてきた
欠かせない能力	苦しいのは本当に嫌だった。あれが続くのだけは嫌だ。
延命治療	返事なし
家族の理解	あまり話すのは得意ではないから、今までも話してこなかった

事例1：ロールプレイ設定（ACPファシリテーター）

【話し合いの目標】「患者・家族で療養場所について意見が割れています。患者・家族にはの思いや価値観、目標を中心にどのような治療・ケアを希望するか」に注目して話し合いを進められる

主治医より、配偶者と自分に余命2～3年程度と説明があったが、今までにも3か月に一回ペースで心不全を繰り返し入院しており、症状が改善しているので大したことがないと思っている。

【事例】

- 70歳の元会社員。野田さん
- 44歳から脂質異常と高血圧で内服治療を行っていた。
- 60歳の時に急性心不全と不整脈を発症した。それから、67歳から繰り返し心不全で入院をしていた。
- 最近、入院の間隔が狭くなっている。
- 今回の入院時には、人工呼吸器を一時的に装着し治療を行なった。
- 現在は、治療後のリハビリを行うために地域包括ケア病床に転院してきて、2週間が経つ。
- 妻と長男夫婦と同居。2世帯。日中は、妻も仕事で誰もいないので一人で暮らしている。
- 孫が帰ってくるので、長男の妻が帰ってくるまで、一緒に留守番をしている
- TVの視聴が趣味で、家に引きこもりがち
- 今回の転院時に当院の医師よりリビングウィルの説明をされ、「今回のように元気になるなら」と全ての治療を希望した。

事例1：ロールプレイ設定（ACPファシリテーター）

患者との関係性：野田さんのプライマリーであり、受け持つことが多いので、いろいろな話をしてきた。

【話し合いをして情報をとり、整理しておきたいこと】

- もう少しで自宅へ退院予定である。
- 家族は、また急に悪くなって家に誰もいなかった時のことを心配している
- 訪問看護などを検討している（現在未申請）
- 塩分・水分の制限が守れず、入院になるケースが多い生活習慣の見直しが必要。（栄養士から言われている）
- 介護申請し、訪問看護を入れることで再発リスクを予防すること、次悪化した時の治療への希望を聞きたい

【目的】

目標や価値観、野田さんの希望する今後の医療・ケアについて話し合うために家族の面会時に面談室で患者と家族の3人で話し合うことにした。家族（妻）には事前に話しておいた。

事例1：ロールプレイ設定（家族妻）

主治医より、配偶者と自分に余命2～3年程度と説明があったが、今までにも3か月に一回ペースで心不全を繰り返し入院しており、症状が改善しているので大したことがないと思っている。

【事例】

- 70歳の元会社員。野田さん
- 44歳から脂質異常と高血圧で内服治療を行っていた。
- 60歳の時に急性心不全と不整脈を発症した。それから、67歳から繰り返し心不全で入院をしていた。
- 最近、入院の間隔が狭くなっている。
- 今回の入院時には、人工呼吸器を一時的に装着し治療を行なった。
- 現在は、治療後のリハビリを行うために地域包括ケア病床に転院してきた。
- 妻と長男夫婦と同居。2世帯。日中は、妻も仕事で誰もいないので一人で暮らしている。
- 孫が帰ってくるので、長男の妻が帰ってくるまで、一緒に留守番をしている
- TVの視聴が趣味で、家に引きこもりがち
- 今回の転院時に当院の医師よりリビングウィルの説明をされ、「今回のように元気になるなら」すべての治療を希望。

先日、プライマリーナースから、「退院が近いこと」「塩分と水分管理が原因で入院を繰り返していることへの対応」を話したいと言われた。

事例1：ロールプレイ設定（家族妻）

体調	時折、階段を上がるのが辛そうで一度には上がれない
話し合いについて	夫は全然私には話してくれないので、よくわかりません
病状の説明	難しいことはよくわからないけど、心臓の機能が悪いんですね
どこまで知りたいか	あまり怖いことを聞くと不安です。日中一人だから
目標	本人は家にいたいと思っています。しかし、前回急に倒れているので次も同じようになっては困ります。施設とか、人目につくところが安心かも。
恐れ・不安	前は家族がいたから良かったけど、急に悪くなった時に1人だと心配
支えとなるもの	孫の世話をしているのでそれが支えになっているのではないかと、孫が成人するまでは行きたいと言っていた
欠かせない能力	人に迷惑をかけるのをとても嫌がるので、トイレには一人で行きたいんじゃないかしら
延命治療	延命治療に関しては、私も話さずらくて話してません。前回の人工呼吸で腕を縛られたのが相当嫌だったようです。
家族の理解	あんまり何を考えているのかは、わかりませんがいつも家族を大事に思ってくれています。

事例2：ロールプレイ設定（患者）

大動脈弁狭窄症に伴う心不全で入院、低侵襲手術カテーテルで大動脈弁置換術を行う方法(TAVI)を医師より薦められている？

TAVIをしないと、活動量は制限され1年以内に外出はできなくなるし、心臓機能の低下は、症状が出てからでは治療効果がない。しかし、高齢であり手術に伴う合併症リスクがある。手術後に寝たきりになる可能性もあり。医師は、治療エビデンスに基づき手術を推奨する。

【事例】

- 85歳の主婦。溝口さん
- 高血圧で内服していた。近くのクリニックがかかりつけである。
- 独居、5年前に夫は他界。
- キーパーソンは娘で既婚者今は、遠方に暮らし義母の介護をしているので「これ以上、娘には負担をかけたくない」
- 年金で暮らしており、月10万円程度。貯金を崩して生活している。
- ケアマネには、サービスを使用するとお金がかかるからあまり利用したくないと言っている。
- 住居は、アパートの2階に住んでいる。
- 最近、動く息切れがするが休憩しながらなんとか一人で暮らせている。
- 楽しみは、家で韓流ドラマを見ること。日頃は、あまり出歩くことはない。
- 毎日、娘さんより電話があり話している。ケアマネとの面会には、娘は対応してくれている。
- 今回の手術に関しては、娘に話さないように言われている

事例2 ロールプレイ設定（患者）

体調	歩くとまだ少し息切れがする。だいぶマシ
話し合いについて	高齢だし、もう十分に生きたから何も希望はしてないけど、話しておかないとね
病状の説明	手術しないと悪くなるかもしれないけど、合併症とか言われると怖いね。寝たきりになるのは、いやだからやりたくない
どこまで知りたいか	難しいことは、わからないけど聞きます。
目標	家には、帰りたい。家族に迷惑をかけたくない
恐れ・不安	2階に家があるけど大丈夫か？お金はないので
支えとなるもの	特になし
欠かせない能力	一人で暮らしたい。楽に死にたい
延命治療	そんなに望んでない
家族の理解	心配させたくないなので、話さないでほしい

事例2：ロールプレイ設定（ACPファシリテーター）

患者との関係性：2年目看護師が受け持ちなので、コンサルを受けて介入することになった。2～3回日々の受け持ちをした程度

大動脈弁狭窄症に伴う心不全で入院、低侵襲手術カテーテルで大動脈弁置換術を行う方法(TAVI)を医師より薦められている

TAVIをしないと、活動量は制限され1年以内に外出はできなくなるし、心臓機能の低下は、症状が出てからでは治療効果がない。しかし、高齢であり手術に伴う合併症リスクがある。手術後に寝たきりになる可能性もあり。医師は、治療エビデンスに基づき手術を推奨する。

【話し合いをして情報をとり、整理しておきたいこと】

- 疾患・手術に関する理解
- 家族に話さないで、一人で決めようとしていること
- 医師の医療方針と患者の意見・家族の意向が割れている

【目的】

3者間の意見抽出と整理を行い、相違点の抽出を行い、相違を解決するための追加質問ができる。

事例2：ロールプレイ設定（家族娘）

大動脈弁狭窄症に伴う心不全で入院、低侵襲手術カテーテルで大動脈弁置換術を行う方法(TAVI)を医師より薦められている？。

TAVIをしないと、活動量は制限され1年以内に外出はできなくなるし、心臓機能の低下は、症状が出てからでは治療効果がない。しかし、高齢であり手術に伴う合併症リスクがある。手術後に寝たきりになる可能性もあり。医師は、治療エビデンスに基づき手術を推奨する。

【事例】

- 患者：85歳の主婦。溝口さん
- 高血圧で内服していた。近くのクリニックがかかりつけである。
- 独居、5年前に夫は他界。
- キーパーソンは娘で既婚者。遠方に暮らし義母の介護をしているので「これ以上、娘には負担をかけたくない」と、患者から言われている
- 患者年金で暮らしており、月10万円程度。貯金を崩して生活している。
- ケアマネには、サービスを使用するとお金がかかるからあまり利用したくないと言っている。
- 住居は、アパートの2階に住んでいる。
- 最近、動く息切れがするが休憩しながらなんとか一人で暮らせている。
- 楽しみは、家で韓流ドラマを見ること。日頃は、あまり出歩くことはない。
- 毎日、娘さんより電話があり話している。ケアマネとの面会には、娘は対応してくれている。

今回、患者が手術をしたくないと言っているので、娘も同席し今後について話し合うことで病院から呼ばれた

事例2：ロールプレイ設定（家族娘）

体調	体力が落ちたように感じる。入院前はもう少し自分で動けた
話し合いについて	私しか身内がないので参加します
病状の説明	難しいことはよくわからないけど、心臓の機能が悪いんですね
どこまで知りたいか	母のことなので、全て知りたい
目標	母が思うようにしてあげたいが、長生きはしてほしい
恐れ・不安	一人暮らしは、心配
支えとなるもの	特に無趣味なので、
欠かせない能力	人に迷惑をかけるのをとても嫌がるので、一人で暮らせること
延命治療	延命治療に関しては、一度も話したことはありません。そんなに希望していないのかも
家族の理解	他人の世話になるのを嫌います。きっと今回も家族の私に気を使っているのだと思う

事例3：ロールプレイ設定（医師）

慢性呼吸器疾患の既往があり。今回は転倒し、左大腿骨頸部骨折を発症。今後歩くことを目標にするのであれば、手術が必要である。手術自体は1時間程度で終了するが、慢性呼吸器疾患があるため、全身麻酔後に人工呼吸器管理になるリスクがありましたが手術を受けることにしました。手術中に誤嚥し抜管できない状態が2週間続いたため嚥下機能が低下しむせることが多くなりました。

医師は、回復期リハビリを進めましたが、患者は家に帰りたと言っています。長年患者を担当していたケアマネージャーを含めて、医療者でカンファレンス開催することになりました。

ケアマネージャーは、患者の意思を尊重して家に帰してリハビリをした方がいいと言っています。

【事例】

- 85歳の元会社員。松波さん
- 軽度認知症あり。たまに物忘れがある程度
- 慢性呼吸不全があるため、誤嚥性肺炎を起こすと重篤化する恐れあり
- 患者は、「最後まで口から食べたい。悪くなくても、自然に最後を迎えたい」と言っている
- 水分でむせることが多いので、とろみ刻み食を食べている
- 同居の妻も高齢で、きざんだりとろみをつけるのは難しいと言っている
- ADLは、トイレになんとか行ける

事例3：ロールプレイ設定（ケアマネージャー）

慢性呼吸器疾患の既往があり。今回は転倒し、左大腿骨頸部骨折を発症。今後歩くことを目標にするのであれば、手術が必要である。手術自体は1時間程度で終了するが、慢性呼吸器疾患があるため、全身麻酔後に人工呼吸器管理になるリスクがありましたが手術を受けることにしました。手術中に誤嚥し抜管できない状態が2週間続いたため嚥下機能が低下しむせることが多くなりました。

医師は、回復期リハビリを進めましたが、患者は家に帰りたと言っています。長年患者を担当していたケアマネージャーを含めて、医療者でカンファレンス開催することになりました。

ケアマネージャーは、患者の意思を尊重して家に帰してリハビリをした方がいいと言っています。

【事例】

- 85歳の元会社員。松波さん
- 軽度認知症あり。たまに物忘れがある程度
- 慢性呼吸不全があるため、誤嚥性肺炎を起こすと重篤化する恐れあり
- 患者は、「最後まで口から食べたい。悪くなくても、自然に最後を迎えたい」と言っている
- 水分でむせることが多いので、とろみ刻み食を食べている
- 同居の妻も高齢で、きざんだりとろみをつけるのは難しいと言っている
- ADLは、トイレになんとか行ける

事例3：ロールプレイ設定（ACPファシリテーター）NO1

慢性呼吸器疾患の既往があり。今回は転倒し、左大腿骨頸部骨折を発症。今後歩くことを目標にするのであれば、手術が必要である。手術自体は1時間程度で終了するが、慢性呼吸器疾患があるため、全身麻酔後に人工呼吸器管理になるリスクがありましたが手術を受けることにしました。手術中に誤嚥し抜管できない状態が2週間続いたため嚥下機能が低下しむせることが多くなりました。

医師は、回復期リハビリを進めましたが、患者は家に帰りたと言っています。長年患者を担当していたケアマネジャーを含めて、医療者でカンファレンス開催することになりました。

ケアマネジャーは、患者の意思を尊重して家に帰してリハビリをした方がいいと言っています。

【事例】

- 85歳の元会社員。松波さん
- 軽度認知症あり。たまに物忘れがある程度
- 慢性呼吸不全があるため、誤嚥性肺炎を起こすと重篤化する恐れあり
- 患者は、「最後まで口から食べたい。悪くなくても、自然に最後を迎えたい」と言っている
- 水分でむせることが多いので、とろみ刻み食を食べている
- 同居の妻も高齢で、きざんだりとろみをつけるのは難しいと言っている
- ADLは、トイレになんとか行ける

事例4：ロールプレイ設定（ACPファシリテーター）NO2

患者との関係性：松波さんのプライマリーであり、受け持つことが多いので、色々話していた。

【話し合いをして情報を取り、整理しておきたいこと】

- 患者の思い・家族の思いを代弁する
- 医師・ケアマネそれぞれの意見を聴取する
- それぞれの意見の相違点・共通点を抽出する
- 患者の目標の確認を行う
- 大きな相違点において議論する
- 納得感のある、内容をすりあわせる

【目的】

それぞれの職種の価値観に共感しながら意見を聴取し、情報の整理をし合意形成を行い相互理解を促進させることで、意見の対立を解消することができる

事例3：ロールプレイ設定（患者背景）

体調	ご飯が食べれないけど、なんとか歩けるようになった
話し合いについて	そろそろ考えないといけない
病状の説明	ご飯をむせると死んでしまうかもしれんと言われている
どこまで知りたいか	そんなに詳しく聞いてもよくわからん。先生にまかせる
目標	最後まで口でご飯は食べたい。食べられないのなら死んだ方がいい。苦しくないように死にたい
恐れ・不安	特にない
支えとなるもの	現役の時は、よく家族で食事に出かけた。美味しいものを食べるのが唯一の楽しみ
欠かせない能力	食べること。
延命治療	DNAR。経管栄養などもしない。呼吸苦に対してのコントロールは積極的にしてほしい
家族の理解	本人の希望に沿ってあげたいが、窒息などを家出すると困るのでご飯はむせず食べて家に帰ってきてほしい

事例4：ロールプレイ設定（患者背景）

体調	家の中で生活するのが精一杯
話し合いについて	最後くらいは、自分の思いを尊重してほしい
病状の説明	かなり悪い状態で治療はできないと聞いている。
どこまで知りたいか	特にどこまででも聞きます
目標	家で最後を迎えたい。苦しくないように死にたい
恐れ・不安	息がえらくなることだけが心配
支えとなるもの	家族と過ごしてきた時間
欠かせない能力	苦しいのは本当に嫌だった。苦しくなく生きたい
延命治療	DNAR。経管栄養などもしない。呼吸苦に対してのコントロールは積極的にしてほしい
家族の理解	本人の希望に沿ってあげたい。

事例 4：ロールプレイ設定（医師）

事例 1 の患者。

最近、入院の間隔が狭くなっている。今回の入院時人工呼吸器を一時的に装着し治療を行なった。心肥大も進行しており、根本的な治療はできないため内服の治療で対応。

ACP の話し合いの結果、延命治療は望まない。経管栄養なども望まずとのことになり家族も同意している。

家族構成：妻と長男夫婦と同居。2世帯。日中は、妻も仕事で誰もいないので一人で過ごしている。

【事例】

- 70歳の元会社員。野田さん
- 44歳から脂質異常と高血圧で内服治療を行っていた。
- 60歳の時に急性心不全と不整脈を発症した。それから、67歳から繰り返し心不全で入院をしていた。
- TVの視聴が趣味で、家に引きこもりがち
- 食事は、妻が作っているが、「塩分制限の食事を作ると主人が食べない。」と困っている。
- 昼は、自分でコンビニの惣菜やカップラーメンなど好んで食べている。
- 本人は、好きなものを食べて死にたいと言っている。
- 医師としては、患者の意向に沿って塩分制限も緩和したいと思っている。
- 栄養士は、塩分の過剰摂取が原因で入院を繰り返しているので昼食を減塩のお弁当に変更して患者・家族にも積極的な塩分制限指導を行うべきと主張している。

事例 4：ロールプレイ設定（ACPファシリテーター） NO1

事例 1 の患者。

最近、入院の間隔が狭くなっている。今回の入院時人工呼吸器を一時的に装着し治療を行なった。心肥大も進行しており、根本的な治療はできないため内服の治療で対応。

ACP の話し合いの結果、延命治療は望まない。経管栄養なども望まずとのことになり家族も同意している。

家族構成：妻と長男夫婦と同居。2世帯。日中は、妻も仕事で誰もいないので一人で過ごしている。

【事例】

- 70歳の元会社員。野田さん
- 44歳から脂質異常と高血圧で内服治療を行っていた。
- 60歳の時に急性心不全と不整脈を発症した。それから、67歳から繰り返し心不全で入院をしていた。
- TVの視聴が趣味で、家に引きこもりがち
- 食事は、妻が作っているが、「塩分制限の食事を作ると主人が食べない。」と困っている。
- 昼は、自分でコンビニの惣菜やカップラーメンなど好んで食べている。
- 本人は、好きなものを食べて死にたいと言っている。
- 医師としては、患者の意向に沿って塩分制限も緩和したいと思っている。
- 栄養士は、塩分の過剰摂取が原因で入院を繰り返しているので昼食を減塩のお弁当に変更して患者・家族にも積極的な塩分制限指導を行うべきと主張している。

事例4：ロールプレイ設定（ACPファシリテーター）NO2

患者との関係性：野田さんのプライマリーであり、受け持つことが多いので、色々話していた。

【話し合いをして情報をとり、整理しておきたいこと】

- 患者の思い・家族の思いを代弁する
- 医師・栄養士それぞれの意見を聴取する
- それぞれの意見の相違点・共通点を抽出する
- 患者の目標の確認を行う
- 大きな相違点において議論する
- 納得感のある、内容をすりあわせる

【目的】

それぞれの職種の価値観に共感しながら意見を聴取し、情報の整理をし合意形成を行い相互理解を促進させることで、意見の対立を解消することができる

事例4：ロールプレイ設定（栄養士）

事例1の患者。

最近、入院の間隔が狭くなっている。今回の入院時人工呼吸器を一時的に装着し治療を行なった。心肥大も進行しており、根本的な治療はできないため内服の治療で対応。

ACPの話し合いの結果、延命治療は望まない。経管栄養なども望まずとのことになり家族も同意している。

家族構成：妻と長男夫婦と同居。2世帯。日中は、妻も仕事で誰もいないので一人で過ごしている。

【事例】

- 70歳の元会社員。野田さん
- 44歳から脂質異常と高血圧で内服治療を行っていた。
- 60歳の時に急性心不全と不整脈を発症した。それから、67歳から繰り返し心不全で入院をしていた。
- TVの視聴が趣味で、家に引きこもりがち
- 食事は、妻が作っているが、「塩分制限の食事を作ると主人が食べない。」と困っている。
- 昼は、自分でコンビニの惣菜やカップラーメンなど好んで食べている。
- 本人は、好きなものを食べて死にたいと言っている。
- 医師としては、患者の意向に沿って塩分制限も緩和したいと思っている。
- 栄養士は、塩分の過剰摂取が原因で入院を繰り返しているので昼食を減塩のお弁当に変更して患者・家族にも積極的な塩分制限指導を行うべきと思っている

参考文献

- 浅井克仁、旗持智恵子、上村里沙、中村雅美、南村二美代(2020) 熟練看護師が捉える慢性心不全患者のエンド・オブ・ライフに向けた意思決定支援における問題状況.大阪府立大学看護学雑誌,26(1):29-38
- 池尻亮平、池田めぐみ、田中聡ほか(2022) 思考のモデリングが経験学習と職場における能力向上に与える影響-若年労働者を大層にした調査をもとに-.日本教育工論文誌,46(1):15-24
- 岡崎美晴、江口秀子、吾妻知美、神谷美紀子、遠藤圭ら(2014) チーム医療を実践している看護師が多職種と連携・協働する上で大切にしている行為 -テキストマイニングによる自由記述の分析-.甲南女子大学研究紀要 看護学・リハビリテーション学編,(8):1-11
- 木下康仁(2003) グランディッド・セオリー・アプローチの実践.弘文堂初版第1刷
- 厚生労働省(2018) 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 <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>(参照日 2023.2.28)
- 厚生労働省(2017) 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. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-IseikyokuSoumuka/0000200749.pdf> (参照日 2023.2.28)
- 關本(せきもと) 翌子(2015) 看護師のためのコミュニケーションスキル研修-患者の感情表出を促す“NURSE“-.医学新聞,2015.10 https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2015/PA03147_03(参照日 2023.3.9)
- 鈴木克明(2002) 教材設計マニュアル.北大路書房
- 鈴木克明(2015) 研修設計マニュアル-人材育成のためのインストラクショナルデザイン-. 北大路書房,初版1刷
- 田中祐子、木澤義之、坂下明大(2015) アドバンスケアプランニングと臨床倫理に関する研修会の実施とその評価.Palliative Care Research ,10(3):310-314
- 竹之内沙也加(2019) ACP における支援のポイント-重篤な疾患を持つ患者との話し合いの手引き-<https://chugai-pharm.jp/contents/bj/003/03/#ac-id=> (参照日 2023.3.19)
- 竹川幸恵(2021) アドバンス・ケア・プランニングにおける看護師の役割.日本呼吸器ケア・リハビリテーション学会誌.29(3):424-429
- 中原淳(2013) 経験学習の理論的系譜と研究動向.日本労働研究雑誌,(639):4-14
- 中原淳(2021) 経営学習論 増補新装版-人材育成を科学する-.一般財団法人 東京大学出版会,pp101
- 中野民夫、浦山絵里、森雅浩(編著)(2020) 看護師のためのファシリテーション-学び合い育ち合う組織のつくり方-.医学書院,pp37

- 西川満則(2021) ACP の現状と課題. IRYO, 75(2):150-153
日本看護協会ホームページ
<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/problem/informed.html> (参照日 2023.3.20)
- 日本老年医学会(2019) ACP 推進に関する提言. 日本老年医学会雑誌, 56(4):411-416
増田繁美、筒井裕子、安田千寿(2019) 医療療養病床の慢性期高齢患者に対するエンド・オブ・ライフケアにおける看護師の認識と実践. 聖泉看護学研究 (8):1-12
松村勘由、大杉 成喜、伊藤 由美、植木田 潤、大崎 博史他(2005) 特別支援教育コーディネーター養成研修マニュアル-養成研修の立案者用-. 国立特別支援教育総合研究所ホームページ https://www.nise.go.jp/kenshuka/josa/kankobutsu/pub_c/c-60/c-60_04_1.pdf (参照日2023.3.20)
- 村中陽子(2005) 看護教育におけるコミュニケーション・スキル教授モデル開発に関する研究-看護学生のコミュニケーション・スキルの学習経験と認識の実態. 日本看護学教育学会誌, 15(2)
- 森雅紀、森田達也(2020) Advance Care Planningのエビデンス-何がどこまでわかっているのか?- . 医学書院, pp.2-5
- 堀公俊(2018) ファシリテーター入門. 日本経済新聞出版社, 2版1刷
- 脇丸夕佳、八代利香(2019) 倫理カンファレンスにおける看護師のファシリテーションスキル. 日本看護倫理学会誌, 11(1):40-49
- Elizabeth Beddard-Huber, Gina Gaspard, and Kathleen Yue(2021) *Adaptations to The Serious Illness Conversation Guide to Be More Culturally Safe*, INTERNATIONAL JOURNAL OF INDIGENOUS HEALTH, 16(1):38-49
- Rachelle Bernick(2015) Development of the Serious Illness Care Program: a randomized controlled trial of a palliative care communication intervention BMJ オープン 5: e009032
- Safiya Karim, Oren Levine and Jessica Simon et al.(2022) *The Serious Illness Care program The in Oncology: Evidence, Real-World Implementation and Ongoing Barriers.* Current Oncol. 29: 527-1536
<https://doi.org/10.3390/curroncol29030128>

謝辞

本論文の作成にあたり、ご指導受け賜りました指導教員の江川良裕准教授、合田美子准教授、鈴木克明教授に深く感謝いたします。また本論文の評価にご協力いただきました教授システム学修士の豊場沢子先生、佐久間あゆみ先生、同院の院長先生並びに看護職員3名の方々、そして大学院での学習を最後まで応援し、支援して下さった家族、親族、友人に心から感謝いたします。数多くの支えがあったと思います、本当にありがとうございました。