

笹川保健財団 研究助成

助成番号：2019A-101

(西暦) 2020年 2月 12日

公益財団法人 笹川保健財団

会長 喜多悦子 殿

2019年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研 究 報 告 書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

在宅医療現場での人生の最終段階における医療に関する倫理コンサルテーションのニーズ
調査と倫理コンサルテーションチームの形成

所属機関・職名 医療法人財団老蘇会 静明館診療所

氏名 大友 宣

1 研究の目的

厚生労働省で策定している「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」の中では、倫理的な課題を検討するために、複数の専門家からなる話し合いの場の設置が求められている。国内においては「人生の最終段階における医療体制整備事業」が実施された2014年以降倫理コンサルテーションチームの活動が報告されるようになってきている。一方、在宅医療を行っている診療所や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所などは小規模でかつ、一人の患者・利用者に対して複数の事業所が関係することが多く、倫理コンサルテーションチームの設置が困難である。2018年度の診療報酬改定において、在宅医療の現場においても「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」に即して意思決定していくことが求められている。そこで、札幌市在宅医療協議会では地域包括ケアシステムの一部として、複数の専門家からなる話し合いの場の設置を検討することとした。

当研究では在宅医療現場での人生の最終段階における医療について

- ・医師、看護師、ケアマネジャー、施設職員などを含めた各職種がどのような課題を感じているか明らかにする
- ・各職種の方々がどのように対応しているかについて明らかにする
- ・在宅医療の倫理コンサルテーションチームについてのニーズを明らかにする
- ・多職種からなる倫理コンサルテーションチームを形成する
- ・倫理コンサルテーションチームの地域への波及方法を検討することを目的とした。

2 研究の内容・経過

2.1 フォーカス・グループ・ディスカッション

2.1.1 目的

在宅医療現場での人生の最終段階における医療について「医師、看護師、ケアマネジャー、施設職員などを含めた各職種がどのような課題を感じているか」「各職種の方々がどのように対応しているか」「在宅医療の倫理コンサルテーションチームについてのニーズ」を明らかにするためにフォーカス・グループ・ディスカッションを行った。

2.1.2 方法

2019年8月5日札幌市において事業を行っている在宅医療、在宅ケアに関わる医療介護従事者を対象に、人生の最終段階における医療についてのフォーカス・グループ・ディスカッションを行った。参加者は病院医師1名、在宅医2名、訪問看護師3名、介護支援専門員（ケアマネジャー）1名、地域包括支援センター職員1名、MSW2名であった。ファシリテーターが1名司会となり半構造的に質問しながらディスカッションを行った。対象者の許可を得て録音し逐語録にした。

2.1.3 結果

主な発言として下記のようなものがあった。

＜高齢化＞「高齢化が目に見えて体感するんですよ。そんな中で亡くなる方もかなり多いんですけど。そういう中でみんながどういうことを考えているのかなっていうのを知りたくて」

＜身寄りない人＞「お一人様がそういった状況になったときに、どのようにその方の生きるを支えていったらいい」「身寄りのない高齢者が増えている」「お一人様の件は困難に感じています」

＜認知症の人＞「認知症、その他含めて本人の権利というところもいろいろ変わってくる」

＜人生の最終段階の意思決定＞「先生方とうまく連携をとって、なるべくならご自宅で最期を迎えられるようなご支援ができるかということは、日々考えながらやっているところです」「意思決定支援というところが難しいというところ」

＜本人と家族＞「本人が判断できなかつたり、家族がちゅうちょしたり悩んでいるときに、どういうふうに背負っておけばいいのかというところは、大事なところかなと思います」「本人の意思よりも、それを取り巻く家族、支えてくれる家族、身元保証人になってくれる家族ですとか、そういったところの方向に目が行きがち」「家族は負担感に感じているというときに、それでも家に帰りたいと言っていた本人の気持ちをどこまで尊重するんだろう」

＜多職種連携＞「救急医と在宅をということで勉強会を開いて、職種で議論していかなきゃいけない」「医療介護連携というところでの役割というのを果たしていきたい」「看護師だけではどうもやっぱり頑張れない」「定期的な例会とともにいろんな関係職種との連携が、そこでその土俵を使ってできるようになっていく」「プロセスガイドラインが出たけれども、とはいっても介護業界でなかなか多職種でチームをつくるといっても難しいよねというお話を聞いた」「お医者さまとどう連携をとっていかとか」「チームとしてもっと幅広く成り立っているかといったら、そこがまだ不十分かな」「心の揺らぎが出てくるんです。そのときに、やっぱり多職種連携というところが大事になってくる」

＜あうん＞「昔は、あうんで決まっていた部分が非常にあって」

＜かかりつけ医＞「かかりつけ医というのがすごいキーワードだと思っている」

＜在宅死と検死＞「この人かなり長い経過をかけて弱っているな、みたいな人が半分固まったような状態で運ばれてきたりだとか、そういうのが毎朝、朝氣付かれたみたいなので何件も運ばれて来る」「僕たちが到着すると、一生懸命心臓がもまれているわけですよ。これこれ、こういう理由だから、止めていいですよ、という話になると、今度は警察が来られて検死をしくちゃいけないと」

2.1.4 考察

フォーカス・グループ・ディスカッションの中では地域の中での看取りの問題に関して多く話し合われた。課題に感じていることとしては人生の最終段階における意思決定（いわゆる、アドバンス・ケア・プランニングや事前指示）に関する問題、かかりつけ医などに関する問題などが挙げられた。また、

独居や認知症の患者や利用者、身寄りのない方々への対応も課題と考えられていた。多職種連携は解決策の一つとして挙げられていた。質的に分析がまだ不十分であり現在分析を進めているところである。

2.2 地域における臨床倫理コンサルテーションチーム（チームりんりん）の運用

2.2.1 目的

在宅医療現場での人生の最終段階における医療について、「多職種からなる倫理コンサルテーションチームを形成する」「倫理コンサルテーションチームの地域への波及方法を検討する」ことを目的に地域における臨床倫理コンサルテーションチームの運用を行った。

2.2.2 方法

下記のように臨床倫理コンサルテーションチームの形成を行い、運用を開始した。

5月8日	札幌市在宅医療協議会役員会にて趣旨説明と調査協力をお願いを行った。
5月22日	医療法人財団老蘇会静明館診療所にて倫理委員会を開催し、研究の趣旨説明を行った。倫理委員による審査を経て承認を得た。
5月24日～ 6月17日	札幌市在宅医療協議会、札幌訪問看護ステーション連絡協議会、札幌市介護支援専門員連絡協議会、地域包括支援センターのセンター長会議へ連絡。倫理コンサルテーションチームメンバーについて立候補を募ることを周知した。
7月20日	倫理コンサルテーションチームメンバーが確定した。医師3名、看護師3名、地域包括支援センター職員1名、介護支援専門員1名でメンバーは8名、事務局は医療ソーシャルワーカー2名とした。

2.2.3 結果

下記のように地域における臨床倫理コンサルテーションチームの運用を行った。

8月5日	第1回ミーティングで趣旨説明とフォーカス・グループ・ディスカッションを実施した。
9月3日	第2回ミーティングでチームの名称を「チームりんりん」とした。コンサルテーションの方法の検討、アンケート内容の検討を行った。
10月10日	第3回ミーティングでアンケートの内容決定、コンサルテーション申込用紙の様式検討、事例検討を行った。
11月12日	第4回ミーティングで臨床倫理研修会の趣旨検討、事例検討を行った。
12月16日	第5回ミーティングで研修会の内容検討を行った。
1月14日	第6回ミーティングで研修会のファシリテーションについて打ち合わせ

今年度は運用の方法検討、アンケート作成、研修会の検討などを行っていた。コンサルテーションチームの議論を経て、事例検討、アンケート調査、臨床倫理の研修会を実施することができた。

2.2.3.1 事例検討

コンサルテーションチームの中で 2 例の事例検討を行った。

＜遠隔地にいるキーパーソンの要求が強く頻回である 90 歳代独居女性＞
 本人は独居で生活しているが、遠隔地に住む娘が指示・要求がケアマネジャーに対して頻回である方の事例の報告があった。チームメンバーで検討を行った。事例検討では事例の背景を掘り下げた上で、どのような方策がありうるか検討した。検討の中では利用者や家族、専門職があるべき姿を強調しすぎると相談者が窮屈に感じてしまう側面もあり、落とし所を探る重要性があると考えられた。また、状況が変化するときのために備えて置くことが重要であると考えられた。

＜高度機能障害があり提案を受け入れることが難しい 50 歳代男性＞
 夫婦で生活しておりふたりとも介助が必要な事例の報告があった。チームメンバーで検討を行った。事例検討では事例の背景を掘り下げた。今の所介入できる手段が限られてはいるものの報告者との信頼関係はある程度保たれており、それがリソースとなるものと思われた。保健師などもケアチームに入れチームで検討していくことを検討した。

2.2.4 考察

地域における臨床倫理コンサルテーションチームを形成するために各ステークホルダーに声掛けし有志を募ったが、職種により応募者にバラツキが見られた。今回はチームを一つだけ形成したが、倫理コンサルテーションチームの地域への波及方法を検討することはできなかった。事例検討や研修会を企画しながら地域への波及を検討していく必要がある。

2.3 地域における臨床倫理ニーズに関するアンケート

2.3.1 目的

在宅医療現場での人生の最終段階における医療について「医師、看護師、ケアマネジャー、施設職員などを含めた各職種がどのような課題を感じているか」「各職種の方々がどの様に対応しているか」「在宅医療の倫理コンサルテーションチームについてのニーズ」を明らかにするためにアンケート調査を行った。

2.3.2 方法

先行研究とフォーカス・グループ・ディスカッションから調査項目について検討・作成した。本調査項目の表面的妥当性、認容性は、在宅医療、在宅ケアに関わる多職種合計 6 名を対象としたパイロット調査で確認した。パイロット調査を行い、調査票の表面妥当性・認容性について、設問の答えやすさ、

難しさ、言葉遣い、現状に対する違和感のなさなどについて意見を聴取し、それにもとづいて調査票の内容、言葉遣いなどについて修正を行った。以下のような調査項目とした。

- (1) 対象者背景：年齢、性、職種、在宅医療、在宅ケアの経験
- (2) 在宅医療での人生の最終段階における医療について①どの様な課題を感じているか②どの様に対応しているか
- (3) 在宅医療の倫理コンサルテーションチームについてどのようなニーズがあるか

調査対象としては札幌市における在宅ケア多職種を調査対象に無記名の質問紙による郵送法の調査とした。対象は札幌市在宅医療協議会会員、また、札幌市内の訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、居住系施設職員とした。調査票は郵送法にて返信してもらい研究事務局にて保管した。一度郵送した後、2週間ほど時間をおき再度郵送し、返答率を高めた。

2.3.3 結果

各事業所へ 1,027 通発送した。事業所閉鎖・移転などがあり、30 通は配送できなかった。997 件配送され、返信は 542 通であり、回収率は 54.4%となった。年齢別では 20 歳代 2 名(0.4%)、30 歳代 62 名(11.4%)、40 歳代 187 名(34.5%)、50 歳代 184 名(33.9%)、60 歳代 87 名(16%)、70 歳代 11 名(2%)、80 歳代 1 名(0.2%)であった。男女別では女性 322 名(59.4%)、男性 218(40.2%)であった。職種別(複数回答可)ではケアマネジャー 259 名(47.8%)、看護師 149 名(24.9%)、医師 109 名(20.1%)、管理者 97 名(17.2%)、社会福祉士 41 名(7.6%)、保健師 24 名(4.4%)などであった。所属する事業所(複数回答可)は病院 48 名(8.9%)、診療所 84 名(15.5%)、訪問看護ステーション 110 名(20.3%)、施設 33 名(6.1%)、居宅介護支援事業所 250 名(46.1%)、地域包括支援センター 20 名(3.7%)であった。経験年数は無経験 36 名(6.6%)、10 年未満 198 名(36.5%)、10 年～20 年未満 231 名(42.6%)、20 年～30 年未満 59 名(10.9%)、30 年～40 年未満 8 名(1.5%)、40 年以上 5 名(0.9%)であった。主な結果は図 1-図 3 の通りである。

自由回答の記載には以下のようなものがあつた。

＜医師の意見＞ 「医師がプライドを捨てられる事！」 「Dr のターミナルはこうあるべき」という意見が強い」
＜8050問題＞ 「80歳代の親の年金で50歳代の無職の子どもが同居」
＜医療と介護＞ 「医療現場と介護現場で考え方に温度差を感じる」
＜倫理の研修＞ 「倫理について研修や勉強の機会が少ない」
＜身寄りのない人＞ 「家族や身寄りのない人の増加が予測される」
＜本人と家族＞ 「本人よりも家族の思いを優先してしまう」 「家族がどんな形でも生きていてほしいと願うとき」
＜連携＞ 「医療職と連携を取る際に敷居の高さを感じてしまう」
＜コミュニケーション＞ 「多職種が関わり本人の意向が伝わるようなコミュニケーションの構築」
＜高額医療＞ 「高額医療機器、高価薬の価格決定のあり方にも倫理的問題を感じる」
＜社会資源＞ 「社会資源がなく意向を実現させて上がられないことがある」
＜認知症の人＞ 「独居で認知症がある場合」
＜経済的得失＞ 「経済的得失が臨床倫理の妨げになっている」
＜価値観＞ 「一人一人価値観が違う」

2.3.4 考察

地域における臨床倫理の課題については、本人に身寄りがなかったり、本人が認知症だったりする場合の意思決定に困難を感じる割合が高かった。また、病院との価値観の違い、医療と介護の連携に課題を感じている専門職が多かったが、在宅ケアチーム内の不一致の割合は少なかった。人生の最終段階の医療やケアの話避けたいと思う割合は最も低かった。

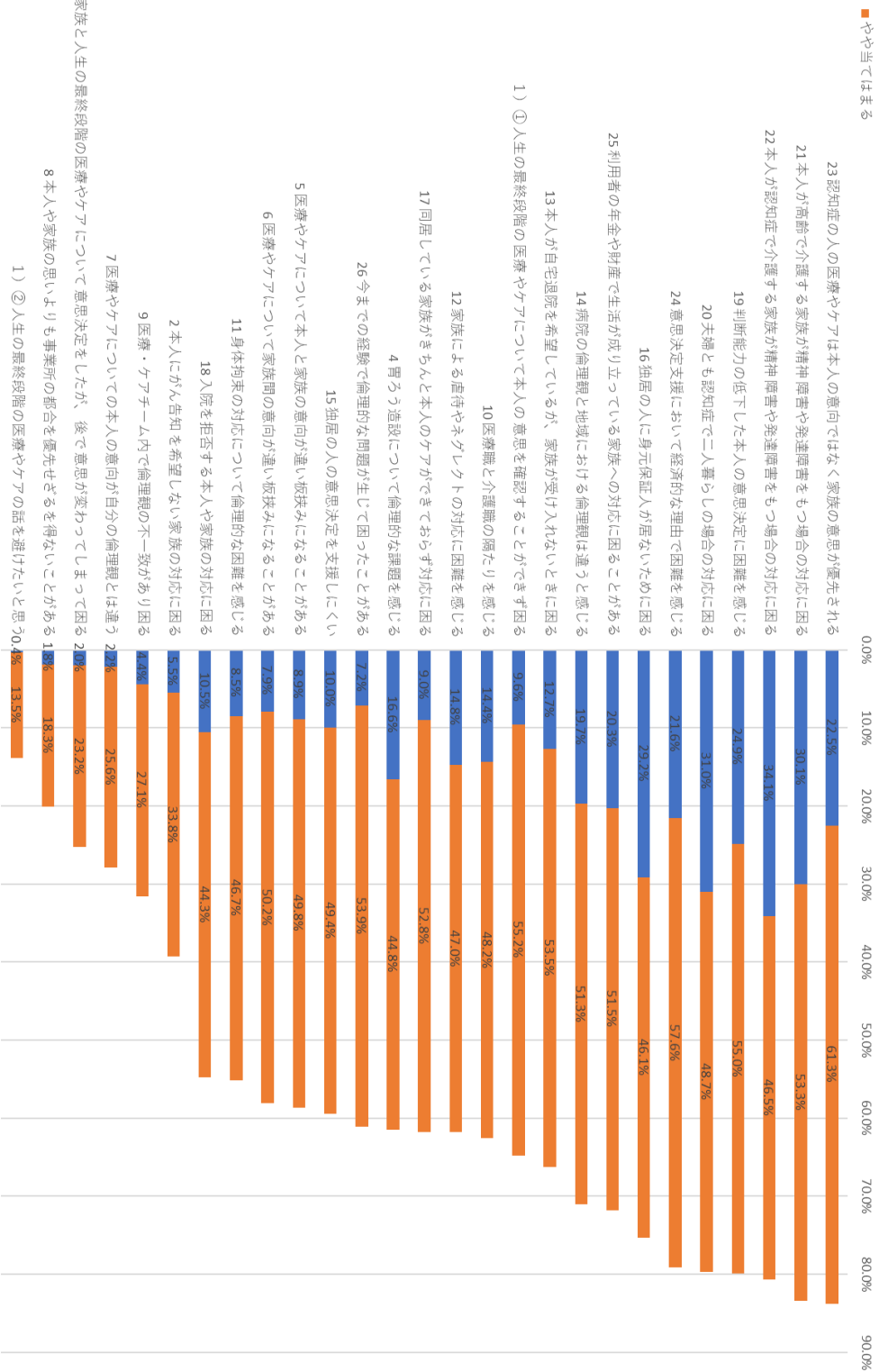
臨床倫理的課題の解決策についてはケアチーム内で話し合いができていく割合が高かった。人生の最終段階における対応は話し合い対応を決めている割合も高かった。

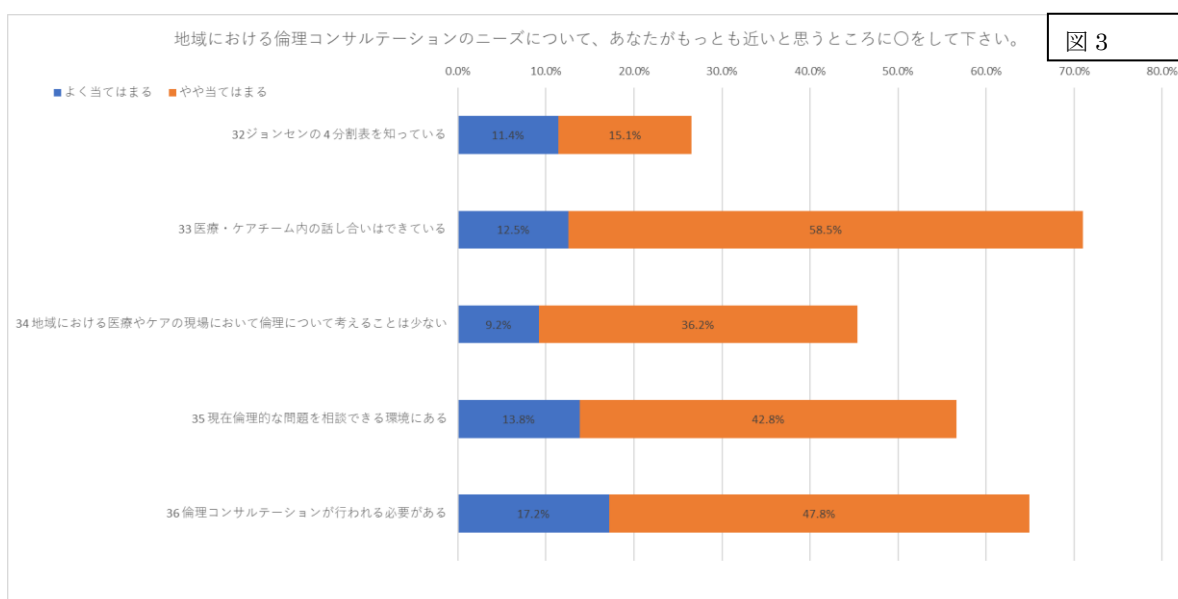
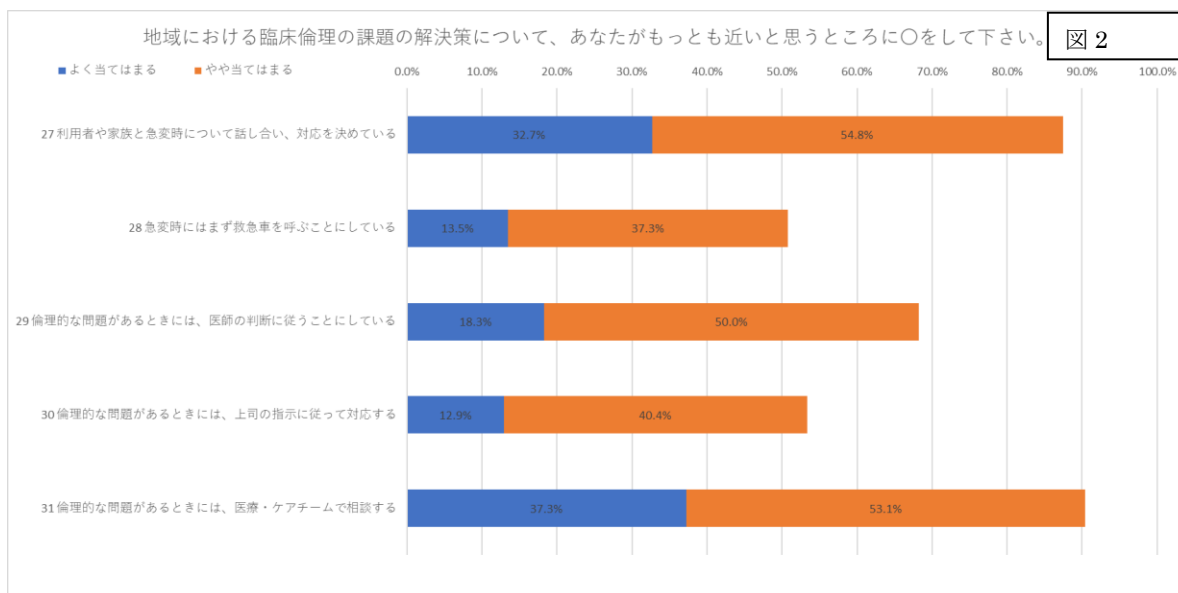
倫理コンサルテーションのニーズについては医療・ケアチーム内で話し合いはできていると感じているものの倫理コンサルテーションが行われる必要があると答える割合は高かった。臨床倫理の研修会などでよく使われているジョンセンの4分割表は知っている割合は低かった。

クロス解析や、質的分析がまだ不十分であり現在分析を進めているところである。

地域における臨床倫理の課題について、あなたがもっとも近いと思うところに○をしてください。

図 1





2.4 地域における臨床倫理研修会（在宅もやもや研修会）

2.4.1 目的

臨床倫理コンサルテーションを地域に波及させるため、在宅医療・ケアにおける課題を臨床倫理的な視点から検討することを体験し、学ぶことを目的に2020年1月20日「在宅モヤモヤ研修会～臨床倫理を学んでケアチームで話し合おう～」と題して研修会を実施した。

2.4.2 方法

対象は札幌市内の在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員、その他在宅医療・ケアに関わる専門職種とした。研修ではフォーカス・グループ・ディスカッション、アンケート調査などの結果から、臨床

倫理の基礎知識を学ぶことと身寄りがない方の倫理的課題を検討することとした。内容としてはミニレクチャーとグループワークを組み合わせた。講義は「身寄りがない人の入院及び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」について、外部講師を招いて解説していただいた。

2.4.3 結果

定員は 60 名としており、参加者は 51 名、ファシリテーターが 9 名であった。51 名（85%）からアンケートを回収することができた。研修会に満足したか 100 点満点で聞いたところ平均 82 点であった。また、研修会は明日からの実践に役立つか 100 点満点で聞いたところ 77 点であった。自由記載では以下のような記載があった。

＜研修会の改善点＞「事例検討の時間が短かった」「倫理の本質が理解しづらかった」「言葉が難しかった」

＜現場における倫理的課題の解決に必要な研修＞「医師との研修をもっとしたい」「ガイドラインの周知」「人生会議で何をどのように決めたら良いか」「法的な考えの整理」「ジレンマが生じたときの考え方」

＜感想＞「勉強になった」「楽しくお話できた」「もやもやしている」「ファシリテーターを養成してください」「ネガティブ・ケイパビリティという言葉を知って良かったです。」「もやもやしていることも大切と学んだ」

2.4.4 考察

札幌市内の在宅ケア多職種の間関心が高く研修会の参加者の募集には特段の工夫は必要なかった。初めての研修会開催となり、できるだけ短い時間で簡単なことを学ぶこととしたが、参加者にとって時間が短く、不消化に感じることもあったようであった。研修会を重ねなければ臨床倫理コンサルテーションの地域への普及は困難であると考えられるが、方法や内容は今回のアンケートなどを元に検討することができる。

3 研究の成果

当研究では在宅医療現場での人生の最終段階における医療について

- ・ 医師、看護師、ケアマネジャー、施設職員などを含めた各職種がどのような課題を感じているか明らかにする
- ・ 各職種の方々がどのように対応しているかについて明らかにする
- ・ 在宅医療の倫理コンサルテーションチームについてのニーズを明らかにする
- ・ 多職種からなる倫理コンサルテーションチームを形成する
- ・ 倫理コンサルテーションチームの地域への波及方法を検討する

ことを目的とした。この項目に沿って当研究の現時点での成果を記載する。

3.1 医師、看護師、ケアマネジャー、施設職員などを含めた各職種がどのような課題を

感じているか明らかにすることができたか

アンケート調査では量的に各職種が感じている課題を量的に把握することができた。また、フォーカス・グループ・ディスカッションやアンケート調査の自由記載に豊富な量の質的なデータが得られた。認知症や精神疾患、身寄りのない人など意思決定支援がより困難な対象者に対する課題が明らかになっている。ここに焦点を当てることによって各職種の関心を得ることができると思われる。

3.2 各職種の方々がどの様に対応しているかについて明らかにする

アンケート調査やフォーカス・グループ・ディスカッションによりどのように対応しているかについてのデータが得られた。多職種連携をして意思決定支援が必要な方への対応をしていったり、臨床倫理的な課題について話し合ったりしている。法人内に相談窓口がある事業所も見られた。

3.3 在宅医療の倫理コンサルテーションチームについてのニーズを明らかにする

アンケート調査やフォーカス・グループ・ディスカッションにより臨床倫理コンサルテーションチームのニーズについてのデータが得られた。医師が独善で決める体制ではなく多職種でコミュニケーションを図るような方法でコンサルテーションができると良い。また研修会のニーズもあると考えられた。

3.4 多職種からなる倫理コンサルテーションチームを形成する

札幌市内の各ステークホルダーの協力があり多職種からなる倫理コンサルテーションチームを形成することができた。倫理コンサルテーションや事例検討は中心業務として必要であるが、研修会の企画やアンケート調査の実施にもコンサルテーションチームのメンバーが活躍できることが分かった。

3.5 倫理コンサルテーションチームの地域への波及方法を検討する

今回は研修会を行った地域への波及方法を検討したが、波及するまでには至っていない。研修会などは行いながら、どの様は波及方法が適切か今後も検討していく必要がある。

4 今後の課題

4.1 データ解析

データを得ているが解析が終了するには至っていない。今後も解析を継続し、発表と投稿を行う。特にアンケート調査のクロス解析と質的分析が必要となっている。

4.2 地域における臨床倫理コンサルテーションチームの継続

コンサルテーションチームの形成を行うことができたが、恒常的に倫理コンサルテーションを受け付けることができる体制を構築する必要がある。現在のチームメンバーにも声掛けしながら発展的にチームが継続できるようにすることは今後の課題である。

4.3 臨床倫理の波及とコンサルテーションチームの拡大

チームを複数もち、どこでも活動ができたり倫理コンサルテーションできたりする環境を整えていく必要がある。

5 研究の成果等の発表予定

国内学会にて発表予定、また、日本在宅医療連合学会誌へ投稿予定である