

笹川保健財団 研究助成

助成番号：2019A-005

(西暦)

2020年2月13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

地域診療所におけるコメディカルスタッフ主導のアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の
実行可能性

所属機関・職名 (公社)地域医療振興協会 地域医療研究所 研究員

氏名 望月 崇紘

1. 研究の目的

・地域診療所においてコメディカルスタッフが ACP の相談員として役割を十分に果たせるか、患者、家族の受け入れが良好かを明らかにし、現実的に実行可能な ACP のワークフローを示す。

・患者にとってどのタイミングで ACP を行うことが患者、家族に受け入れが良好か、地域診療所としてシステム化しやすいかを検討し、地域診療所において ACP をいつ行うのが適切か(特に介護保険主治医意見書作成時はどうか)を示す。

2. 研究の内容・実施経過

(1) ACP 相談員トレーニング, ACP 予備実施 ; 担当 望月, 三浦

(公社)地域医療振興協会所属診療所の中から、地理、施設規模(有床・無床)を考慮して、奈良県の都祁診療所、滋賀県のにしあざい診療所、岐阜県の久瀬診療所、青森県の東通村診療所の 4 施設を研究対象施設として選定した。各診療所所属のコメディカルスタッフから ACP 相談員候補を募集し、都祁診療所から看護師 1 名、にしあざい診療所から看護師 3 名、久瀬診療所からケアマネージャー 1 名、東通村診療所から看護師 3 名と社会福祉士 2 名に立候補、あるいは管理者から指名をしてもらった。ACP 相談員候補者には事前オンライン学習(約 2 時間)の受講してもらった上で、2019 年 2 月 11 日と 13 日に開催したロールプレイ研修会(約 4 時間)に参加してもらった。また、ACP 相談員研修会に先立ち、平成 29 年度厚生労働省委託事業で作成されたパンフレット「これからの治療・ケア に関する話し合い - アドバンス・ケア・プランニング -」を参考に、地域診療所の現場に即したパンフレットを独自作成し、相談員が円滑な話し合いを行うための利用ガイドも併せて作成した。研修会でトレーニングを受けた後から実践経験として ACP を 1-3 例ずつ実施し、3 月 13 日全体会議を開催し、作成した ACP パンフレットの改善点を話し合い、研究の流れについて再確認した。

(2) ACP 本実施 ; 担当 望月, 三浦

上記トレーニングを受けたコメディカルスタッフが相談員となって、介護保険主治医意見書作成時を中心に退院時、在宅診療移行時など将来の医療ケアへ関心の高い患者に対して ACP 相談会を実施した。ACP 相談員はその結果を主治医に報告し、主治医は患者の次回外来受診時に内容確認と追加協議を行った。そして、ACP 1 例実施する毎に患者、家族、ACP 相談員、主治医からそれぞれ質問紙に答えてもらった。2019 年 4 月 1 日から 6 月 30 日の 3 か月間を研究対象期間として、都祁診療所 6 例、にしあざい診療所 8 例、久瀬診療所 4 例、東通村診療所 1 例の計 19 例の ACP を実施した。改元に伴う大型連休と重なったこと、東通村診療所で特に実施件数が伸びなかったこともあり、想定していた ACP 実施数 30 例を大きく下回った。

(3)インタビュー調査；担当 望月，三浦

患者・家族、ACP 相談員、医師を対象に、地域診療所においてコメディカルスタッフが ACP を主導することが実行可能か、地域診療所において ACP をいつ行うのが適切かを探るための半構成的インタビューを実施した。患者インタビューは、上記質問紙でインタビューを受けることに同意していて、研究者がインタビューで訪問するときに都合がつけられる方に行った。ACP 相談員インタビューは、トレーニングを受けた 10 人全員、医師インタビューは、本研究に深く関係した医師に行った。インタビューとなった患者は高齢者が多く、記憶が新鮮なうちにインタビューを実施するために 2 回に分けてインタビューを実施することとした。まず 5 月に、都祁診療所患者 2 名・ACP 相談員 1 名、にしあざい診療所患者 1 名・相談員 1 名、久瀬診療所患者 2 名のインタビューを実施した。得られたデータを元にインタビューガイドの一部改訂を行って、7・8 月に都祁診療所医師 1 名、にしあざい診療所 ACP 相談員 2 名・医師 2 名、久瀬診療所患者 1 名・ACP 相談員 1 名・患者 1 名、東通村診療所患者 1 名・ACP 相談員 5 名・医師 1 名のインタビューを実施した。インタビューは被験者の許可を得て録音した。

(4)データ解析；担当 望月，和泉，山下，中村

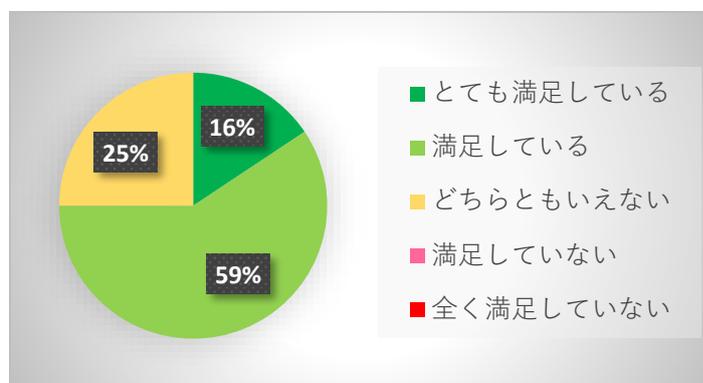
ACP 実施件数が 19 件と当初の想定 30 件を大きく下回ったため、質問紙調査データについて統計学的解析は行わずに簡易集計に留めた。インタビューデータは専門業者に依頼し文字起こしをし、質的内容分析を行った。

3. 研究の成果

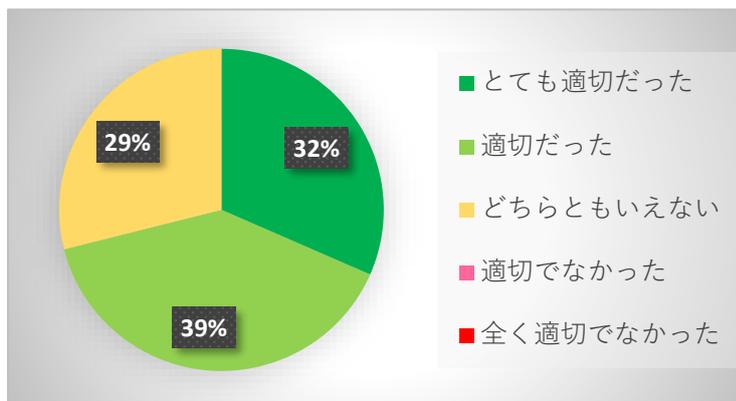
(1)アンケート結果

・ACP 相談員をコメディカルスタッフが務めたことへの評価

「もしもの時に受けたい医療や介護を前もって相談する人生会議の進行役を医師以外の医療者が務めました。医師以外の医療者が進行役を務めたことに満足しましたか？」[患者，家族アンケート N=32]

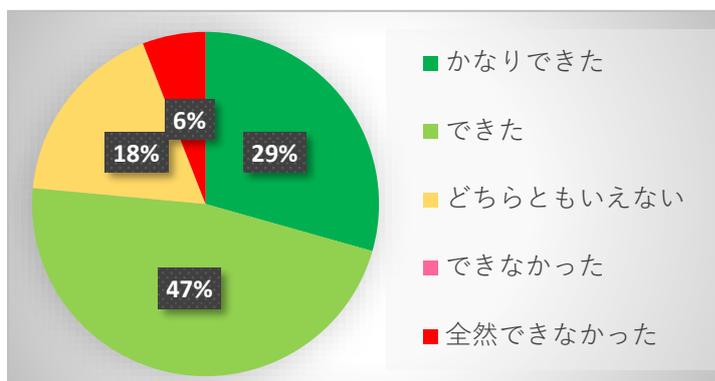


「コメディカルスタッフに相談員となって ACP の主導をしてもらいました。あなたはそれを適切と感じましたか？」 [ACP 相談員, 医師アンケート N=38]

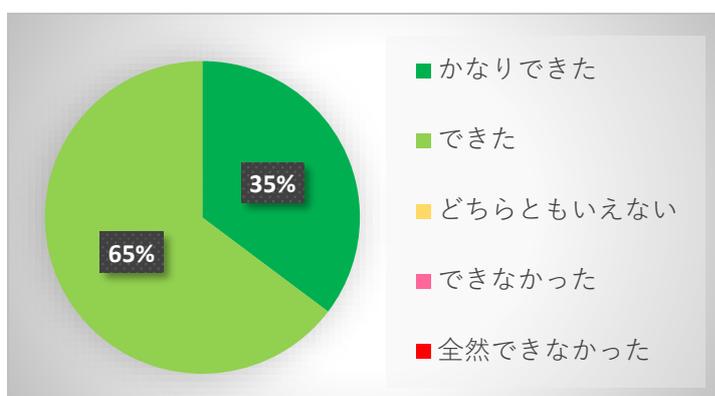


コメディカルスタッフが ACP 相談員を務めることに不満を抱く患者、家族はおらず、医療者側も ACP 相談員がコメディカルスタッフであることを不適切と評価することはなかった。

・コメディカルスタッフが相談員を務めた ACP により患者と家族は思いを共有できたか
「もしもの時に受けたい医療や介護について、家族（または大切な方）と共有することができましたか？」 [患者アンケート N=17]



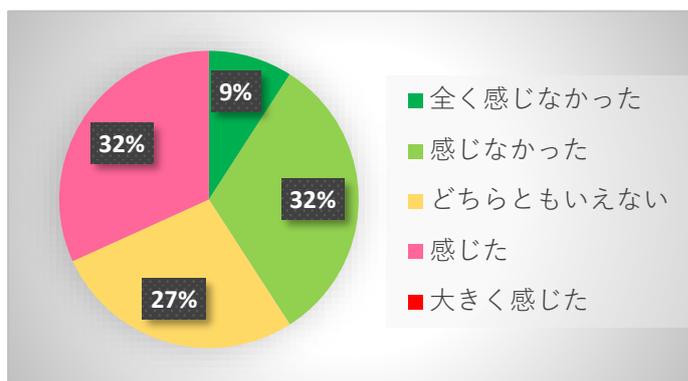
「患者様がもしもの時に受けたい医療や介護について、あなたは共有することができましたか？」 [家族アンケート N=17]



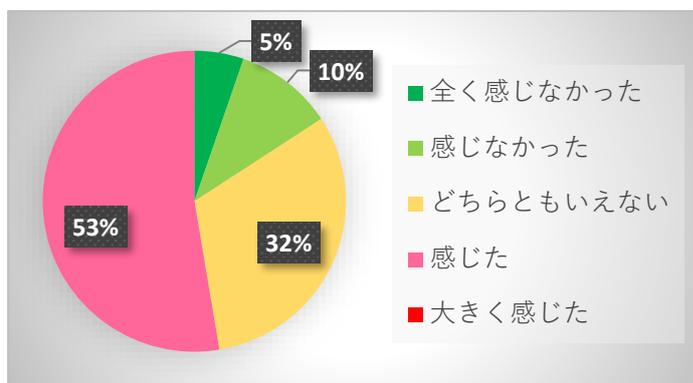
ACP 実施にあたり最も大事なことは患者と家族が思いを共有できたかどうかであるが、コメディカルスタッフが ACP 相談員を務めたとしても十分に思いを共有できたと感じており、ACP の質を損ねていないと評価できる。

・コメディカルスタッフが ACP 相談員を務めることによる医療者の負担増減

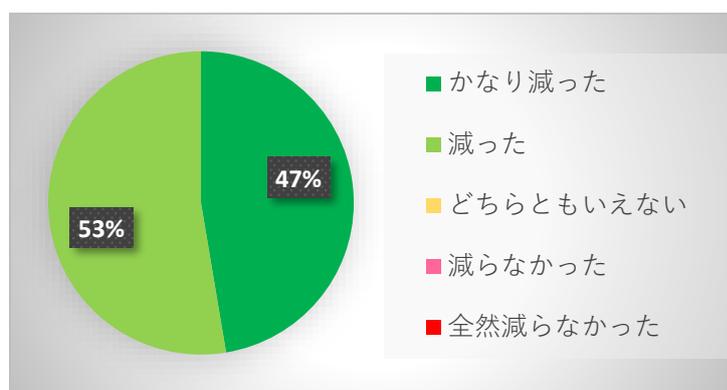
「あなたが ACP 相談会の進行役を務めたことに心理的に負担を感じましたか？」 [ACP 相談員アンケート N=19]



「あなたが ACP 相談会の進行役を務めたことに業務量的に負担を感じましたか？」 [ACP 相談員アンケート N=19]



「コメディカルスタッフが ACP 主導したことで、あなたの業務の負担は減りましたか？」 [医師アンケート N=19]



ACP 相談員となったコメディカルスタッフは少なからず心理的、時間的負担を感じていた。一方で、コメディカルスタッフが ACP を主導してくれるので、医師は次回外来時に簡単な確認作業のみで済み、自身の業務軽減を感じている。

(2)インタビュー結果

インタビューでは「地域診療所で ACP 相談員をコメディカルスタッフが務めることについて」だけでなく「いかに地域診療所で ACP を実践していくか」について豊富な知見が得られた。そこで「いかに地域診療所で ACP を実践していくか」についてコーディングを行い、カテゴリー化した。カテゴリーは、①ACP 促すためのシステム ②ACP 相談会 ③ ACP 相談員 ④患者 ⑤その他促進阻害要因の 5 つのドメインに分けることができ、それぞれ促進要因、阻害要因に分けた。

	促進要因	阻害要因
ACP 促すためのシステム	《介護保険主治医意見書時に ACP》 <意見書更新を理由づけにすれば継続できる> <介護保険更新時の ACP に違和感なかった>	《患者選定システムがない》 <組織が大きいと ACP に適した患者の情報共有が難しい> <患者選定が難しい>
	《区切りの年齢(65, 70, 75歳)に ACP》 <節目の年は入りやすい> <介護保険利用世代より若い世代から>	《タイムマネジメントが難しい》 <時間のやりくりは大変> <意識はしても業務量との兼ね合いになる>
	《ACPパンフレット配布》 <ACPパンフレットを配るだけなら現実的>	《ACP案内の障壁》 <診療所で ACP するには来院を"お願い"> <代理決定者の都合つけるのが大変>
	《外来での ACP》 <家族が外来に来たタイミングがよい> <話題になったときにすかさず ACP>	
	《ACPの案内方法》 <何かの一部としてきっかけがあると聞きやすい> <医師の説明が先にあると話しやすい>	
	《スタッフ間の協力》 <相談員単独ではなくチームで患者選定>	
	《ACPの啓発》 <ACPしないと自分も周りも困ることを知ってもらおう> <ACPを当たり前のものに>	
ACP 相談会	《自宅での ACP》 <おうちでの ACP はいろんな話聞ける> <来院する負担を避けることができる>	《話しにくい雰囲気》 <環境が違う会議室では患者が硬い> <改めて場を設定するとかしこまる>
	《簡易版 ACP》 <簡単に聞くことができかけになる> <簡単に答えた内容も共有できる>	《将来の医療ケアを考えることの難しさ》 <説明が伝わらないとき難しさを感じる> <深く考えてないから理由答えられない>
ACP 相談員	《コメディカルスタッフが ACP 主導する》 <コメディカルスタッフの方が気安くしゃべれた> <医師の労力削減>	《相談員の精神的負担》 <死ぬときのことを想像させるのが心苦しい> <不安と感じる患者への対処がしんどい>
	《相談員に職種は問わない》 <聞いてもらうのは医者でも看護師でもよい> <患者によって話しやすい人は違う>	
患者	《ACP がスムーズにできる患者》 <現実的に考えたことある人はやりやすい> <認知症なくコミュニケーションとれる患者だとスムーズに>	《ACP がうまくできない患者》 <人生なるようにしかならん> <家族に任せている>
	《ACP が必要と思われる患者》 <独り暮らしの患者> <考えがあっても家族で話したことない患者にはいい機会>	《ACP が不適当な患者》 <ACP が不安を煽る患者がいる>
その他促進阻害要因	《ACP へのポジティブな考え》 <患者さんのことを知ると自らの診療に役立つ> <患者の希望を共有する機会を提供する必要性を感じた>	
	《地域診療所ならではの利点》 <入院より診療所は患者の環境がわかる>	
	《AFP(Advance Financial Planning)》 <医療ケアより財産が気になる>	

注：《 》は主要カテゴリー、<>は代表的なコードを示す

①ACP 促すためのシステム

《タイムマネジメントが難しい》

本研究開始前に行ったアンケートではACPが大事であることは理解していても地域診療所ではACPがほとんど提供されていない実態があった。ACPを実施できない阻害要因として特に指摘されたのが《タイムマネジメントが難しい》にあるようにスタッフの忙しさである。

【ACP 相談員 1(看護師)】

ACPの話をしているとその人のことがよく分かって(いいけれど)、やりくりする時間がないだけ。だから何例も(ACPを)できないんですよ。そんなにいっぱいできない。

【ACP 相談員 2(看護師)】

自分で問診してても、家族背景とか、どんな介護保険サービス使ってるかっていうのも、(普段から)意識はしてるけれども、やはり業務の量とかを見ながら(ACP案内するか決めていきます)。

《ACPの案内方法》《スタッフ間の協力》⇔《患者選定システムがない》

忙しいだけでなく日常診療の中で《患者選定システムがない》とACP推奨すべき患者の情報交換ができず対象患者の選定が進まなかった。いざ患者を選定しても<診療所でACPするには来院を”お願い”>するのを躊躇したり、<代理決定者の都合つけるのが大変>で断念するケースがあった。それに対して<何かの一部としてきっかけがあると聞きやすい><医師の説明が先にあると話しやすい>と考えており、何らかのシステムに基づいて<相談員単独ではなくチームで患者選定>を行い、医師の案内の後にACPを行えばスムーズに実践できると感じていた。

《介護保険主治医意見書時にACP》

中でも、主治医意見書作成時にACPを数多く実施した診療所職員からは<意見書更新を理由づけにすれば継続できる>と考えており、患者側も<介護保険更新時のACPに違和感なかった>と述べられている。

【医師 1】

仕組みとしてはすごくスムーズで、最後に僕らのとこ来て、今日はお疲れさまでした、長い時間ありがとうございました、から入ります。ここでは最後に簡単な確認をして、私たちが話し合うことがあれば話しましょうっていうふうに位置付けてるので、もうだいたい話したので大丈夫ですっていう人は5分で終わりますし、もちろん話の中で込み入ったことになれば僕らが15分話す、追加で15分話すこともあるけども、そのようなまとめる時間みたいなふうに僕らは話をしていました。

【患者 1】

自分が呼ばれたら、「ああ、こういう調査をしてたんだな」と思って、初めて分かりました。そのとき(介護保険主治医意見書のための問診と)一緒だったからね、(なんで)わざわざ(もし

ものときの話をするのか」という心配はなかったです。

《区切りの年齢(65, 70, 75 歳)に ACP》《ACP パンフレット》

ただし、<介護保険利用者は認知症多い>との意見があり、介護保険主治医意見書の作成時には ACP 実施が進まず、<介護保険利用世代より若い世代から>アプローチをすべきという意見があった。具体的には、<節目の年は入りやすい>ので<肺炎球菌方式で 5 年ごとに ACP>することを考え、例えば 65 歳・70 歳・75 歳を対象に《ACP パンフレット配布》するか、《簡易版 ACP》を実施する提案があった。認知症の影響少なく、患者自身も違和感なく積極的に ACP 実施でき、プロセスとして ACP を継続できると考えられる。

《外来での ACP》

もしシステムに落とし込むことなく日常《外来での ACP》を実践しようとする場合は家族に共有するために<家族が外来に来たタイミングがよい>という意見や、<話題になったときにすかさず ACP>するのがよく、やはり ACP 相談会を実践しないまでも《簡易版 ACP》で十分という意見が聞かれた。

【医師 2】

僕は今回意識してやったのは、外来に家族が来たときっていうのは結構いいタイミングかなと思って。これ結構やる意味って、家族側のほうが大きいのかなと。なので、家族と一緒に連れてきて、じゃあ、ちょっと話題振ってみようかなって、血压高いねってこっちから仕掛けるみたいな感じで。

【医師 3】

やっぱり気分乗った時にやる方が効果的のところもあるので、ある程度こっちが(ACP のための時間を)指定するっていうよりかは、(気分が)乗った時には外さないっていう体制を整えたほうがいいのかと思うんですよ。なのでいいのは分かってるんだけど、やる気ない人にいくら呼んだって、こっちも話しにくいし、向こうも話す気ないし、取りあえず ACP パンフレット埋めに来ましたでは困るので。

《ACP の啓発》

本研究では一般住民に ACP 啓発のためのアプローチを事前に行わなかった。しかし、インタビューでは、<ACP しないと自分も周りも困るということを知ってもらおう>必要があり、<ACP を当たり前のものに>することで ACP 相談会をスムーズに開催できるという意見が多くあった。

② ACP 相談会

《自宅での ACP》⇔《話しにくい雰囲気》《患者に来院促すことへの躊躇》

本研究では ACP 相談会の実施場所について制限を設けていなかったが、患者宅で ACP 相談会を実施した診療所が 2 施設あった。相談員からは<おうちでの ACP はいろんな話聞

ける><おうちではリラックスして話せる>という意見が聞かれた。また<来院する負担を避けることができる>ため、独力で来院が難しい患者にも ACP 実施を提案しやすいという意見があった。逆に、診療所で ACP 行くと<環境が違う会議室では患者が硬い>ことから患者の話が十分に聞き出しにくいということがあった。

【ACP 相談員 1 (看護師)】

どういうことに生きがいを感じておられますかって聞いたときに、(お寺の)患者さんが、私はもう嫁に来たときからお供え物を毎日、ご飯を炊いて、一番初めのご飯をよそって、それを仏様のところにお供えして回って、それは自分が死ぬまでやりたいと。(その患者さんは)膝がものすごく悪いんですよ。訪問診療でよく水を抜いたりとかしてるんですけど。最近お嫁さんに鐘つくのは譲ったっておっしゃってましたけど。でもご飯を供えることは、どれだけ足が痛くても私ができたら死ぬまでやり通すのが自分の生きがいだと言われたんです。そして、そのお供えした後にお念仏を唱えるのが私の生きがいですって。

(別の患者には)診療所の会議室で相談会をさせてもらってたんですけど。でも、やっぱり環境が違うので、硬い。皆さん答えるのが硬い。私らの質問に対しては、答えてくれるんですけど、自分が思ってることをいろんな話を交えて話をしてくれるということはあまりなかったです。

【ACP 相談員 3 (看護師)】

やっぱり、家でやる方がその人の生活背景も見えるし、生活の中での言葉っていうのがすごく聞けて。例えば家族関係であったりとか、そういうことも話しやすいみたいで、話してくれるかな。家族のこととか、普段こういうことしてるから、こういうことしたいんだっていう、かしこまった答えじゃなくて、ほんとの日常の言葉が聞ける感じでしたね。おうちでした方が。診療所来ると少しかしこまってしまう。紙作ってきて、さあやりましょうかっていう感じで。会議っていう感じ。

(自宅で ACP すると)やっぱり本人がリラックスして話できるので、お伺いしても身構えるっていうことがないので。リラックスした感じで、いくらでも好きなことをお話ししてくれるので。

《簡易版 ACP》

本研究用では、厚生労働省委託事業で作成されたパンフレット「これからの治療・ケアに関する話し合い-アドバンス・ケア・プランニング-」を参考に、地域診療所の現場に即したパンフレットを独自作成したものを使用した。しかし、この ACP パンフレットを利用し相談会として大々的に実施しなくても、<簡単に聞くことがきっかけになる>し、<簡単に答えた内容も共有できる>ので意味があるという意見があった。

【ACP 相談員 1 (看護師)】

(もしものときの話を)ちらっと言って聞き出したことで、ご本人ももしかしたらその後、そういえばあのとき、ああいう話したなみたいなことも思われて、またちょっと話したいんですけどみたいな感じになるかもしれないですね。きっかけ作りってね、重要ですよ。

《将来の医療ケアを考えることの難しさ》《ACP パンフレットの問題点》

ACPは何を目的にするか、将来の医療ケアについてどんなものがあるか説明するも、<説明が伝わらないとき難しさを感じる>ことが多かった。選択形式で答える問いはよいが<深く考えてないから理由答えられない>ようで意味のある考えの共有が困難なときがあった。

③ACP 相談員

《コメディカルスタッフが ACP 主導する》《相談員に職種は問わない》

コメディカルスタッフは医師よりも身近な存在ゆえに<コメディカルスタッフの方が気安くしゃべれた>のではないかと医療者は考えている。患者は<聞いてもらうのは医者でも看護師でもよい>と答えることが多く、少なくともコメディカルスタッフに否定的な見解を述べることはなかった。一方、医師は<医師の労力削減>しつつ<医師も ACP 結果共有できた>と高評価している。

【ACP 相談員 4(看護師)】

先生には言えないことが言えるっていうメリットはあるのかなって思いましたね。先生の前だと、みんなどうしてもかっこつけてくなりますし。言えないこともどうしてもあるので。普段の地が出るのはコメディカルのほうがいいのかっていう気はします。

【患者 2】

[患者 2]身近でお世話をしてくださる方だから、看護師さんが一番中に入ってくれてるのはいいのかなとは思いますがね。

[インタビュアー]ACP 相談員は医者でも看護師でも特に問題ないですか？

[患者 2]はい、私は特に問題ないです。

《相談員の精神的負担》

一方で、ACP 相談員は時間的負担だけでなく、<死ぬときのことを想像させるのが心苦しい>と精神的負担を感じる方もいた。

【ACP 相談員 5(看護師)】

改めて死というものに対しての突っ込みどころを、あまり信頼関係取れてない人にいきなりお話しするというのが、ちょっとこちらのほうで心苦しいというのがありますね。

④患者

《ACP がうまくできない患者》《ACP が不適切な患者》

<人生なるようにしかならん><家族に任せている>と発言し、先々のことを考えていない、考えようとしぬ患者が《ACP がうまくできない患者》として挙げられた。また、<ACP が不安を煽る患者がいる>ので医療者が ACP 実施を見送るべきと判断する《ACP が不適切な患者》も例として挙げられた。

《ACP がスムーズにできる患者》《ACP が必要と思われる患者》

<現実的に考えたことある人はやりやすい>傾向にあり<認知症なくコミュニケーションとれる患者だとスムーズに>ACP できた。

<独り暮らしの患者>や<考えがあっても家族で話したことない患者にはいい機会>であり医療者が積極的に ACP 介入すべき患者と考えていた。

⑤その他

《ACP へのポジティブな考え》《地域診療所ならではの利点》

医療者からは<患者さんのことを知ると自らの診療に役立つ>という ACP に肯定的な意見が多くあった。また、<入院より診療所は患者の環境がわかる>ので地域診療所こそ ACP をやった方がよいという意見が聞かれた。

《AFP(Advance Financial Planning)》

<医療ケアより財産が気になる>患者が多くいて、ACP 単独よりも葬儀屋やフィナンシャルプランナーとコラボすることが人々の興味を引くのではないかと考えられた。

(3)結果の統合

上述のインタビューによる質的データとアンケートによる量的データを統合した。その結果、本研究の目的である「地域診療所においてコメディカルスタッフが ACP の実行可能性」は十分と考えられた。さらに、本研究のもう一つの目的である「地域診療所で ACP をどのタイミングで行うのがよいか」を含めた「地域医療診療所で ACP を実践していくためのアイデア」について、以下のように導き出した。

◆チームで患者選定し、医師による案内後、コメディカルスタッフが ACP を主導する

コメディカルスタッフが ACP 相談員を務めると、医師よりも気楽に話すことができ患者からの受け入れ良好である。医師からみてコメディカルスタッフが担当した ACP 結果に概ね異議なく、医師自身の業務負担減を期待でき、医師としてもコメディカルスタッフが ACP 主導することに肯定的である。コメディカルスタッフは時間的障壁や精神的負担を感じつつも、自身が ACP を主導することを妥当と感じる。ただし、相談会の主導をコメディカルスタッフが行うことはよいが、患者選定はチームで行う仕組みがあるとよく、最初の患者への声掛けは医師からするのが望ましい。

◆自宅訪問して ACP

自宅で ACP を行うことで、仏壇や畑、ペットなど患者が大切にしていること、生きがいについて患者背景を踏まえて話しがしやすくなる。診療所内で行うと患者も緊張してしまうが、自宅だと自分のペースで話すことができる。特に高齢者は独力で来院することが難し

いことがあり、代理決定者の都合も考えると相談会開催の依頼がしやすくなる。

◆区切りの年齢の患者に ACP パンフレットを配布し ACP を早期に知ってもらった上で、介護保険主治医意見書作成時に医療者介入の下で ACP を行う

介護保険主治医意見書のタイミングは ACP の対象患者選定をシステム化しやすく、患者も違和感なく ACP に臨むことができる。一方で、認知機能に問題のある患者が多く含まれるため、もう少し早い年齢層である 65 歳～75 歳等の区切りの年齢の患者全員に ACP パンフレットを渡すことで、早い年齢から ACP とは何か知ってもらうことができる。

◆外来で簡易版 ACP

家族同伴で外来受診をしたとき、診療中将来の医療ケアの話題になったときはチャンス。簡易 ACP を実施して患者と家族間で将来の医療ケアについて会話を促すことに意味がある。

◆人々が興味を持ちやすい AFP(Advance Financial Planning)とセットで ACP を啓発する

患者にとっては将来の医療ケアよりも財産処理の方が心配。葬儀屋やフィナンシャルプランナーとコラボした情報提供が関心を集めそう。地域住民の ACP の認知度が上がることで様々な取り組みがスムーズに行く。

4. 今後の課題

前述の「地域医療診療所で ACP を実践していくためのアイデア」を元に ACP パンフレットの改訂、住民に対する ACP の教育啓発を行いつつ、コメディカルスタッフ主導の ACP を実践していきたい。そして、また新たな PDSA サイクルを回し、地域診療所で ACP を実践していくためのシステムの構築を目指したい。

5. 研究の成果等の公表予定（学会、雑誌）

- ・2019 年 11 月 19 日トロントで開催された NAPCRG(North American Primary Care Research Group) Annual Meeting でポスター発表
- ・英語論文執筆し投稿予定