

## 地域包括ケアにおける アドバンス・ケア・プランニングと 意思決定支援に関する多職種連携に 係る研究

### 西川 満則 氏

国立長寿医療研究センター地域医療連携室長  
緩和ケア診療部 EOL ケアチーム医師



### 要旨

地域包括ケアにおいて、人生の最終段階についての「本人・家族の選択と心構え」を促すことは重要である。諸外国では、アドバンス・ケア・プランニングファシリテーター（ACPF）がこれらを促した結果、患者の思いが酌まれ、地域に繋がれ尊重される等の有用性が明らかにされているが、日本での報告は少ない。本研究では、研修を受けたACPFが、人生の最終段階について、患者の思いを酌むために相談支援を導入し、その思いがどのように地域に繋がれるかを明らかにするために、相談支援の導入率や患者の思いが繋がれる転帰を追跡した。ACPFへの依頼66例のうち、55例(83.3%)に相談支援が導入されたが、追跡を試みた49例のうち18例(36.8%)は、退院後の患者の思いについての転帰を追うことができなかった。しかし、「訪問診療ありの在宅医療」については、患者の思いを繋ぎやすい要因である可能性が示唆された。また、ACPFの有用性を明らかにするため、先行研究を参考に、あらかじめ患者の意向が酌まれ、その酌まれた意向が尊重される割合、患者・家族満足度を主要評価項目に設定した、ACPFを介入群とする、介入群30例、非介入群30例からなる、ランダム化比較試験のプロトコール素案を作成した。

### 1.背景

人生の最終段階まで、住み慣れた地域で、その人らしい生活をおくることができるよう、地域包括ケアシステム構築が進められ、その土台として、「本人・家族の選択と心構え」を促す重要性が指摘されている。諸外国では、「本人・家族の選択と心構え」を促すアドバンス・ケア・プランニングファシリテーター（ACPF）の有用性が明らかにされているが、日本での報告、とりわけ、酌まれた患者の思いを繋ぐことについての報告は少ない。

### 2.目的

(1) 患者家族の難しい医療・ケアの選択を支援する「アドバンス・ケア・プランニングファシリテーター（ACPF）」の研修(図1、図2)を行い、研修を受けたACPFによる介入によって患者の思いを酌み、その思いを繋ぐ体制構築の実現可能性を明らかにすることである。

(2) ACPFを介入群とするランダム化比較試験のプロトコール素案を作成することである。

### 3.方法

(1) ACPF養成研修会を実施するまでのプロセスを記述し、研修を受けたACPFが患者の思いを酌むための相談支援の導入率、そして、酌まれた思いが繋がれた先を、追跡し記述した。  
(2) 有識者会議を経て、ランダム化比較試験のプロトコール素案を作成した。

### 4.結果

(1) 倫理委員会の承認を得た。愛知県知多半島医療圏近隣の7病院の39人の委員からなる「知多半島において、アドバンス・ケア・プランニングとエンド・オブ・ライフディスカッションを推進する会」(G-ACPEL)を設立した。G-ACPEL主催で、人生の最

終段階についてアドバンス・ケア・プランニングを推進する人材育成のための研修会を実施した。研修プログラムは、国立長寿医療研究センターが作成した、Education For Implementing End-of-Life Discussion (E-FIELD)を参考に構成した。E-ラーニング教材も作成した。97名参加の研修会を実施した。

ACPFを中心とした医療ケアチームは、平成27年4月1日から平成27年10月31日までに、66件の依頼を受けた。前もって行う意思決定支援をアドバンス・ケア・プランニング(ACP)、さし迫った段階で行う意思決定支援をエンド・オブ・ライフディスカッション(EOLD)と定義して記述した。66例の依頼のうち、55例(83.3%)が、ACPやEOLDの依頼で、相談支援導入率は83.3%で、そのうち、ACPは20例(36.4%)、EOLDは35例(63.6%)であった。

55例のうち、複数回依頼のあった6例を除いた49例について、退院後6ヶ月まで追跡した。11例(22.4%)が病院外死亡、17例(34.7%)が最初にACPファシリテーションを行った病院内で死亡、3例(6.1%)が生存、18例(36.8%)が不明であった。

死亡まで追跡できた28例中、12例が望んだ場所で最期を迎え、内訳は、訪問診療ありの在宅8例、介護老人保健施設1例、緩和ケア病棟1例、最初にACPファシリテーションを行った病院2例であった。訪問診療ありの在宅看取りでは、患者の思いが繋がれ、望んだ場所で最期を迎えられた(P=0.0002)。

18例の不明例については、訪問診療なしの在宅医療が3例、介護老人福祉施設が4例、介護老人保健施設が1例、有料老人ホームが4例、医療療養型病院が2例、一般病院が1例、緩和ケア病棟が3例であった。

(2) ACPFを介入群とするランダム化比較試験のプロトコル素案概要を記す。

目的：研究目的は、高齢者のエンド・オブ・ライフケアにおける、アドバンス・ケア・プランニングファシリテーターの有効性を明らかにすることである。

主要評価項目：1)あらかじめ患者の意向が酌まれ、その酌まれた意向が尊重された割合、2)患者・家族満足度。

副次評価項目：3) impact of events scale、4) Hospital anxiety and depression scale

介入：Advance care planning：ACPの教育プログラムである、Education For Implementing End-of-Life Discussion：E-FIELDを受講した、Advance care planning facilitator：ACPFを介入群とする。

対象：適格基準は、1) A病棟に入院中の、80歳以上の患者、2) 試験参加について患者本人から文書で同意が得られている患者。

除外基準は、1)予後が14日以内と予想される患者、2)意識が清明でなく、認知障害があり、コミュニケーションが不可能な患者、3)日本語を理解し話すことのできない患者、3)以前にACPを開始している患者、4)家族のいない患者、5)参加を拒否する患者、6)その他、本試験の対象として担当医師が不適切と判断した患者  
予定登録数：予定登録数：60例。 $\alpha=0.05$  (有意水準または危険率)、 $1-\beta=0.80$ (検出力)において、2群の割合の比較でのサンプルサイズの計算と、先行研究を参考に、ACPF介入群30例、通常介入群30例の60例のサンプルサイズを見積もった。

予定登録期間：2年。総研究期間：2年。ただし、6ヶ月以内の登録期間の延長は、プロトコル改訂手続き不要とする。

問い合わせ先：国立長寿医療研究センター在宅連携医療部  
TEL：0562-46-2311

## 5. 考察

(1)：ACPFの養成、相談支援導入は、実現可能である。ACPFへの依頼のうち、83.3%で、患者の思いを酌むための相談支援の導入ができた。訪問診療ありの在宅医療では、比較的患者も思いを繋ぎやすいが、36.8%は退院後の患者の思いについての転帰を追跡できなかった。ACPFが患者の思いを酌み、繋ぐ、実現可能性を明らかにした。

(2)：ACPF介入の有用性を明らかにするためのランダム化比較試験のプロトコル素案を作成した。



図1 ACPF養成研修(講義風景)



図2 ACPF養成研修(ロールプレイ風景)