

アドバンス・ケア・プランニングの認識および実施状況と
医師・看護師・介護支援専門員の属性との関連

| | | | |
|-------|-------|------------------------------|-------|
| 研究協力者 | 坂本彩香 | 筑波大学大学院人間総合科学学術院 | 大学院生 |
| 研究分担者 | 井口竜太 | 東京大学医学部附属病院 | 講師 |
| 研究分担者 | 羽成恭子 | 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター | 研究員 |
| 研究代表者 | 田宮菜奈子 | 筑波大学医学医療系 教授／ヘルスサービス開発研究センター | センター長 |

研究要旨

アドバンス・ケア・プランニング(以下 ACP)は多職種が関わることで、患者の価値観やゴールに沿った医療・ケアを提供することを目標とするが、以前の厚生労働省の意識調査結果では、医師、看護師、介護支援専門員の各職種で ACP の実施率が低いことが示されていた。この問題を踏まえ、ACP の普及に向けた効果的な方法を模索するため、最新の厚生労働省の意識調査結果を基に ACP の認識および実施状況と各職種の属性との関連について、研究 1 では医師に着目し、研究 2 では看護師、介護支援専門員に着目し分析した。

研究 1 の結果は、医師対象アンケートの有効回答率は 28.0%であり、ACP の推進に賛成と回答した医師が多い一方で、ACP を実施している医師の割合は 63.5%と低く、2017 年の前回調査と比較すると ACP を十分行っている医師は減少していた (18.2%)。ただし、医師票回収率が前回調査の 23.1%よりも今回 32.5%と上昇していることによる影響が考えられ単純比較はできない。ACP の認識および実施と医師の診療科、性別、勤務施設には有意な関連がみられ、実務経験年数との関連は認めなかった。診療所医師では ACP の認知度、ACP 推進や医療者介入への賛同、ACP の実施いずれにおいても有意に低い結果であり、ACP を知っていても実施が少なかった。

研究 2 の結果は、有効回答率は看護師 38.2%、介護支援専門員 53.8%と前回調査よりも上昇しており単純比較はできないが、ACP を十分行っているものは 2 職種とも減少した。一応行っていると回答したものと合わせると介護支援専門員では 56.0%から 70.9%へと上昇していた。ACP の認識に関しては、看護師は男性や診療所、介護施設勤務者で低く、介護支援専門員では男性で低かった。また ACP の実施に関しては、看護師は診療所勤務者で少なく、介護施設や訪問看護ステーション勤務者では多かった。介護支援専門員ではいずれの属性でも差は認めなかった。また、介護施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所の勤務者では、看護師、介護支援専門員ともに ACP の実施率が認知度を上回っていた。

これらの結果より、かかりつけ医の役割が期待される診療所に勤務する医師・看護師に対し、認知度向上や ACP の実施をサポートするマテリアルの提供などのアプローチが、今後 ACP を普及するうえで有効である可能性がある。また、看護師や介護支援専門員においては、ACP の知識が不十分なままに人生の最終段階の医療・ケアについての話し合いが行われている可能性が示唆されており、高齢者の医療・介護を担う人材に対する ACP の十分な教育機会が望まれる。

A. 研究目的

アドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）は、患者の価値観やゴールに沿った医療・ケアを受けられることを目標とし¹、多職種の医療・ケア従事者（医師、看護師、訪問看護師、メディカルソーシャルワーカー、介護支援専門員等）が本人や家族とともに話し合うことで実践されるものである。² しかし、前回平成 29 年に厚生労働省が実施した、人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査結果を用いた研究では、医師、看護師、介護職員いずれにおいても人生の最終段階の話し合いの実施割合は低いことが報告されている³。

医師は、ACP における個々の価値観を解釈し具体的な医療・ケアについて話し合うプロセスにおいて重要な役割を担っている³。しかし、平成 29 年の調査では人生の最終段階における医療・ケアについての話し合いを適切に行っている医師は 27.8%と依然少ないことが報告されている³。医師の属性と ACP の関連についての先行研究では、性別や年齢、ACP の経験、人生の最終段階の患者を診療する頻度が ACP の知識や実施と有意に関連し、医学教育を受けた国は関連がないと報告されており³⁻⁷、実務年数や勤務場所、教育レベルと ACP との関連については結果が一定していない。^{3,4,6-8} また、先行研究の多くは対象者が少なく、背景にもばらつきがあるため、医師の属性と ACP の関連については明らかではない。医師の属性と ACP の認識および実施状況との関連が明らかとなれば、今後本邦で ACP を広めるために効果的なアプローチ方法や対象を検討するうえで有用となる。そのため研究 1 では、医師の属性と ACP の認識および実施状況の関連を明らかにすることを目的とした。

また、前述のように ACP の実施において医師は重要な役割を担う一方で多職種が関わるべきものであり、看護師、介護支援専門員についても同様の解析を行うことで、今後の ACP の普及へ向

けて多方面からより効果的なアプローチが可能となると考え、研究 2 では看護師、介護支援専門員の属性と ACP の認識および実施状況の関連を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

本研究は、令和 4 年度厚生労働省実施の「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」の結果を用いた横断研究である。

(i) 調査対象者

【研究 1】

無作為抽出された病院および診療所に勤務する医師 4500 人（1 病院につき 2 名（うち 1 名は、人生の最終段階における医療・ケアに特に携わっていると考えられるものを回答者とするように依頼）、1 診療所につき 1 名）であり、回答が得られたのは 1462 人であった（回収率 32.5%）。

【研究 2】

無作為抽出された医療介護施設に勤務する看護師 5500 名（1 病院につき 2 名（うち 1 名は、人生の最終段階における医療・ケアに特に携わっていると考えられるものを回答者とするように依頼）、他 1 施設につき 1 名：病院 1500 施設、診療所 1500 施設、訪問看護師ステーション 500 施設、介護老人福祉施設・介護老人保健施設 500 施設）および介護支援専門員 3000 名（1 施設につき 1 名：介護老人福祉施設・介護老人保健施設 700 施設、居宅介護支援事業所 2300 施設）である。回答が得られたのは看護師 2347 名（回収率 42.8%）、介護支援専門員 1752 名（回収率 58.4%）であった。

(ii) 分析対象の設問および回答の用語定義

1) ACP の認識

本研究では ACP の認識を問う設問として、認知度：「あなたは人生会議（アドバンス・ケア・

プランニング<ACP>)について、これまで知っていましたか。)、推進:「あなたは、人生会議を進めることについて、どう思いますか。)、医療・介護従事者の介入:「あなたは、上記解説の人生会議(アドバンス・ケア・プランニング<ACP>)に医療・介護従事者が介入することについてどう思いますか(脚注:同頁内にACPの解説あり)」の3つの設問を用いて解析した。

ACPの認知度については、「よく知っている」を「よく知っている」、「聞いたことはあるがよく知らない」「知らない」を「よく知らない」と定義した。ACPの推進については「賛成」を「賛成」、「反対」「わからない」を「賛成ではない」、ACPへの医療・介護従事者の介入については「必要」を「必要」、「不要」「わからない」を「必要ではない」として解析した。ACPの認知度については、「よく知っている」を「よく知っている」、「聞いたことはあるがよく知らない」「知らない」を「よく知らない」と定義した。

2) ACPの実施

ACPの実施については「あなたは、担当される患者・利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアについて、十分な話し合いを行っていると思いますか。」という設問を用い、「十分行っている」「一応行っている」と回答した者を「ACPを実施している」、「ほとんど行っていない」「人生の最終段階の患者・利用者本人に関わっていない」と回答した者を「ACPを実施していない」として解析を行った。

また研究2では、ACPを「十分行っている」「一応行っている」と回答した人における、話し合いの内容と話し合いのタイミングについて(「どのような内容を話し合っていますか。」「あなたは患者・利用者本人やその家族等と人生の最終段階の医療・ケアについての話し合いをいつ行っていますか。))、ACPを「ほとんど行っていない」と回答した人における、話し合いを行って

いない理由(「ほとんど行っていない理由は何ですか。))の結果について単純集計を行った。

研究1、2ともに、統計解析にはStata MP 15.1を用い、群間比較は二変量解析では χ^2 検定またはFisher正確確率検定、多変量解析ではロジスティック回帰分析を行った。両側検定、有意水準は $p<0.05$ とした。

なお、本研究は厚生労働省が実施したアンケート調査の2次データを利用したものであり、アンケート調査内容には要配慮個人情報を含まず、厚生労働省から結果データを受け取る時点ですでに連結不可能匿名化データとして提供された。また、本研究は筑波大学医学医療系医の倫理委員会にて倫理審査を受け承認を得て実施した。

C. 研究結果

【研究1】

回答数1462人のうち、本研究における解析対象データの欠損がある202人を除外し、最終的に解析対象となったのは1260人(有効回答率28.0%)であった。

解析対象者の属性を表1-1に示す。男性が84.3%と本邦における医師の男女比よりやや男性が多く、また実務経験年数は31年以上の医師が50.7%であった。診療科(複数選択可)では内科が45.8%、また勤務施設では病院勤務の医師が57.2%であった。ACPの認知度は46.4%という結果であったが、ACPを進めることについては77.0%の医師が賛成と答えた。一方でACPを十分行っている医師は18.2%、一応行っていると回答した医師と併せてもACPを実施している医師は63.5%という結果であった。

1) ACPの認識と医師の属性

ACPの認識と医師の属性の関連について表1-2に示す。

(i) ACPの認知度

ACPをよく知っている、と回答した医師は内科、総合診療科、緩和ケア科、外科の医師で有意に多く、診療所医師および介護施設勤務医で少なかった。性別や実務経験年数による差はみられなかった。

(ii) ACP 推進への賛同

ACPを進めることに賛成である、と回答した医師は、内科で多く、男性医師や診療所医師で少なかった。実務経験年数による差はみられなかった。

(iii) ACP への医療・介護従事者介入

ACPに医療・介護従事者の介入が必要であると回答した医師は、緩和ケア科の医師で多く、男性医師や診療所医師で少なかった。実務経験年数による差はみられなかった。

2) ACP の実施と医師の属性

ACPの実施と医師の属性の関連について表 1-3 に示す。ACPを行っているという医師は、男性医師、内科、総合診療科、緩和ケア科、外科の医師で多く、その他診療科や診療所医師では少なかった。実務経験年数による差は認めなかった。

3) 感度分析

ACPの実施と属性の関連について、人生の最終段階の患者と関わっていないと回答した医師を除外した感度分析①、それに加えて内科または総合診療科と回答した医師のみで検討した感度分析②を施行した。感度分析①、②いずれにおいても、ACPの実施は診療所勤務医師で有意に少なかった。

また、ACPを知っているか否かと他の回答結果との間に有意な関連を認めたため、ACPを知らないという医師を除外した感度分析③を行った。対象者数が減少するため主解析と同一の説明変数を用いた多変量解析は行うことができず、感度分析③については、二変量解析のみ実施し

た。ACPを知っている医師のみでの解析でも、診療所医師ではACPの実施が少なく、男性ではACPへの医療者介入に賛同と回答した医師が有意に少なかった。

【研究 2】

看護師の回答数 2347 人のうち、本研究における解析対象データの欠損がある 245 人を除外し、最終的に解析対象となったのは 2102 人(有効回答率 38.2%)であった。また介護支援専門員も同様に、回答数 1752 人のうち 138 人を除外し、解析対象は 1614 人(有効回答率 53.8%)であった。

解析対象者の属性を表 2-1 に示す。看護師、介護支援員ともに男性の比率が低く(9.4%、30.7%)、実務経験年数は看護師では 16-30 年が 51.7%を占めるのに対し介護支援専門員は 1-15 年と経験年数の少ない職員が 58.4%であった。ACPの認知度は看護師 46.3%、介護支援専門員 47.5%という結果であったが、ACPを進めることについては各々 87.2%、82.6%が賛成と答え、医療・介護従事者の介入についても各々 87.2%、82.6%が必要であると回答した。また、ACPを実施しているもの(十分行っている・一応行っている)は各々 56.8%、70.9%といずれも ACP の認知度を上回った。

ACPの認識と実施との関連について表 2-2 に示す。看護師、介護支援専門員ともに ACPを知っているほど実施している人は有意に多い結果であった。一方、ACPを知らない人のうち、ACPを実施していると回答した人は看護師全体では 41.4%、介護施設勤務の看護師では 77.7%、介護支援専門員では 65.0%であった。

1) ACP の認識

ACPの認識と看護師、介護支援専門員の属性の関連を表 2-3 に示す。

(i) ACP の認知度

ACPの認知度は、看護師では男性、診療所や介護施設の勤務者で低く(オッズ比(OR) 0.52 [95%信頼区間(CI) 0.38-0.72], 0.12 [0.87-0.16], 0.33 [0.25-0.44])、実務経験年数が多い人で高かった(実務経験年数 16~30年 OR 1.57 [95%CI 1.20-2.05], 31年以上 1.73 [1.29-2.30])。介護支援専門員では、男性、介護施設勤務者で認知度が有意に低かった(OR 0.69 [95%CI 0.55-0.86], 0.19 [0.05-0.73])。

(ii) ACP 推進への賛同

看護師では、男性や診療所勤務者で ACP の推進に対する賛同が低く(OR 0.45 [95%CI 0.31-0.67], 0.29 [0.21-0.39])、実務経験年数では差はなかった。介護支援専門員では、男性で賛同が低く(OR 0.65 [95%CI 0.50-0.85])、実務経験年数や勤務施設では差はなかった。

(iii) ACP への医療・介護従事者介入

看護師では男性、診療所や介護施設に勤務する者で医療・介護従事者の介入が必要と回答したものが少なく(OR 0.41 [95%CI 0.27-0.63], 0.23[0.16-0.32], 0.62[0.39-0.99])、実務経験年数では差はなかった。介護支援専門員では、男性で医療・介護従事者の介入が必要と回答する者が少なく(OR 0.40 [95%CI 0.30-0.55])、実務経験年数や勤務施設での差はなかった。

2) ACP の実施

ACP の実施と属性の関連について表 2-3 に示す。ACP を行っていると回答した人は、看護師では診療所勤務者で少なく(OR 0.14[95%CI 0.11-0.18])、介護施設や訪問看護ステーション勤務者で多く(OR 2.43 [95%CI 1.75-3.38], 3.30 [2.32-4.71])、性別や実務経験年数では差がなかった。介護支援専門員では、いずれの属性に関しても有意差は認めなかった。

話し合いの内容については、「人生の最終段階

の病状や医療・ケアの内容や意向」が最も多く

(看護師 95.1%, 介護支援員 77.9%)、「患者・利用者本人の価値観や目標」について話し合っている人は看護師 45.8%、介護支援専門員 45.1%であった(図 2-1)。

話し合いのタイミングについては、「病気の進行に伴い、死が近づいているとき」が最も多く

(看護師 77.2%、介護支援専門員 69.3%)、「人生の最終段階に限ることなく、日々の診察の中で話し合っている」と回答したのは看護師 19.8%、介護支援専門員 15.5%であった(図 2-2)。自由記載では、入院時(看護師 n=25)や入所時(看護師 n=11、介護支援専門員 n=21)のほか、経口摂取低下などの状態悪化時(看護師 n=8、介護支援専門員 n=7)といった、病気の進行だけに限らない全身状態の低下を挙げた意見もみられた。

また、話し合いを行っていない理由としては、「人生の最終段階を迎える患者・利用者本人と関わる機会が少ないため」が最も多かったが(看護師 47.2%、介護支援専門員 40.6%)、その他とした回答も多かった(看護師 17.1%、介護支援専門員 12.9%) (図 3)。自由記載欄には、認知症などの本人の理解力の不足(看護師 n=14、介護支援専門員 n=11)、のほか、医師の協力や理解の不足(看護師 n=13)、施設として実施する体制がない(看護師 n=8)といった意見が挙げられた。また、看取りをおこなっていないから(看護師 n=4、介護支援専門員 n=2)、外来やクリニックであるから(看護師 n=6)といった意見もみられた。また、介護支援専門員では、本人・家族が必要と感じていない・人生の最終段階であることを受け入れられていない(n=10)という意見や、医療職などの他職種が行っている(n=11)という意見もあり、なかには介護支援専門員の行うべき業務ではないという意見(n=5)も含まれていた。また、話を切り出すことに抵抗を感じると回答した介護支援専門員の自由記載欄には、本人・家族がまだ先のことと感じている(n=2)、急かしたくない

(n=1)、余計なことを言うと主治医に失礼(n=1)といった意見も挙がった。

3) 感度分析

ACP の実施と属性の関連について、人生の最終段階の患者と関わっていないと回答した人を除外した感度分析を施行した。看護師における ACP の認知度と実務経験年数の関連のみ消失したが、他の結果については前述の主解析の結果と同様の結果が得られた。

D. 考察

【研究 1】

医師の属性と ACP の認識および実施との関連について検討を行った。ACP の認識および実施と医師の属性では、性別、診療科、診療所勤務との間に有意な関連がみられ、実務年数との間には有意な関連は認めなかった。

ACP を進めることについては 77.0%と多くの医師が賛成と答えた一方で、ACP を十分行っている医師は 18.2%と平成 29 年調査時の 27.3%よりも減少していた。医師票回収率が平成 29 年調査時の 23.1%と比較して 32.5%へ上昇しているため単純比較はできないが、ACP の実施が増加しているとは言い難い結果であると考えられる。

1) ACP の認識と医師の属性

(i) ACP の認知度

内科や総合診療科、緩和ケア科、外科の医師は、その他の診療科と比較して人生の最終段階の患者と関わる機会が多いため、ACP の認知度の高さに繋がっていると考えられた。また診療所に勤務する医師では ACP の認知度が有意に低い結果であった。病院勤務医では緩和ケア研修などにより ACP についての知識を得る機会があるが、診療所医師では研修等による教育機会が少ない可能性があり、認知度の低さに影響していると考えられる。

(ii) ACP の推進

内科医では ACP の推進に対する賛同が多く、人生の最終段階の患者の診療を担う機会が多いためと考えられる。男性では、認知度には性差がないものの ACP 推進への賛同は少ないという結果であり、この理由は明らかではない。また、診療所医師は ACP の推進に賛同すると回答した医師が有意に少ないものの、非賛同者のほとんどは「分からない」と回答しており、ACP の知識が不足していることが影響した結果と考える。

(iii) ACP への医療・介護従事者の介入

緩和ケア医では医療・介護従事者の介入が必要という回答が多く、これは緩和ケア科が人生の最終段階の患者を専門領域とした診療科であるが故と考えられる。また、男性医師では医療者介入が必要という回答が有意に少なく、男性医師は ACP に積極的でないという報告とも一致する結果である⁵。しかし性差が生じている理由は明らかではない。勤務場所に性差があり結果に影響している可能性も考慮したが、性別と勤務場所に有意な関連は認めなかった。診療所医師で医療・介護従事者の介入が必要であるという回答が少なかったのは、推進への非賛同が多かったことと同様に、ACP の知識不足が一因と考えられる。

2) ACP の実施と医師の属性

内科や総合診療科、緩和ケア科、外科の医師では ACP の実施が有意に多い結果であった。これらの診療科は、その他の診療科と比較すると人生の最終段階の患者を診療する機会が多いためと考えられる。

男性は ACP の実施が有意に多い結果であったが、これは男性で ACP の推進への賛同や医療者介入が必要と回答した医師が少なく、ACP に対して積極的ではない結果であったことと矛盾する。先行研究でも、男性医師の方が ACP の実施が少なかったと報告されており本研究の結果とは

一致しない⁵。ACP の認識および実施における性差の理由は明らかではなく、今後さらなる検討が必要である。

診療所医師では ACP の実施が有意に少ない結果であり、ACP の認識についての結果とも矛盾しない。診療所勤務医では、人生の最終段階の患者と関わっていない医師や、関わることの少ない診療科の医師がより多く含まれている可能性を考え、感度分析として「人生の最終段階の患者と関わっていない」と返答したものを除いた感度分析①、感度分析①の対象者からさらに内科や総合診療科と回答した医師のみに限定して検討した感度分析②を行った。しかし、2つの感度分析いずれにおいても、やはり診療所医師で ACP の実施が有意に少ない結果であった。さらに、ACP を知らない医師を除外した感度分析③では、ACP を知ってはいても診療所医師は実施が有意に少ない結果であった。病院では、入院時や手術時など ACP を実施するきっかけとなる出来事が多いものの、診療所ではなかなか ACP を実施する機会がないことが一因として考えられる。

【研究 2】

看護師および介護支援専門員の属性と ACP の認識および実施との関連について検討を行った。ACP の認識は 2 職種とも男性で有意に低く、また看護師では診療所勤務者で ACP の認識・実施いずれも低かった。

平成 29 年の前回調査³と令和 4 年の本調査を比較すると、ACP を十分行っている人は、看護師で 17.8%→7.2%、介護支援専門員で 18.6%→8.7%となった。また、一応行っていると回答した人を合わせると、看護師で 62.2%→56.8%、介護支援専門員で 56.0%→70.9%という結果であった。アンケート回収率は看護師、介護支援専門員ともに大幅に上昇しているため（30.9%→42.7%、37.6%→58.4%）単純比較することはできない

が、介護支援専門員で一応行っていると回答した人が増加しているものの、まだ ACP が十分に普及したとは言い難い現状である。

2) ACP の認識

ACP の認識では、3 項目いずれについても看護師、介護支援専門員ともに男性で有意に低い結果だった。これは前述の医師の属性との関連でも同様の結果であり⁴、先行研究でも男性医師は ACP に積極的でないという報告がある⁵。3 職種すべてにおいて一致した結果ではあるが、性差が生じている理由は明らかではない。

また看護師では診療所勤務者で ACP の認知度や推進・医療者介入への賛同のいずれも有意に低い結果であった。しかし ACP の推進や医療者介入に対する賛同については、必要と回答しなかった人のほとんどが「わからない」との回答であり、ACP の知識不足によるものであると考えられる。これは医師について検討した先の研究でも同様の結果であった⁴。

一方、介護支援専門員では介護施設勤務者で認知度が有意に低いものの、他の 2 項目では勤務施設による差はみられなかった。これは介護支援専門員が、ACP の詳細な知識がなくとも ACP の必要性を感じやすい立場にあることを反映しているのではないかと考える。

2) ACP の実施

看護師では介護施設勤務者で認知度が低い一方で実施は有意に多いという結果であり、また看護師・介護支援専門員ともに全体では ACP の認知度を実施率が上回る結果となった。“アドバンス・ケア・プランニング”という用語についての知識は不十分であったとしても、“人生の最終段階の医療・ケアについての十分な話し合い”は行っている、と回答する人が少なからずいることは医師調査の結果でもみられていたが、この傾向は介護施設に勤務する看護師および介護支援専門員

で特に顕著であった。しかし ACP を実施していると回答した人のうち、「患者・利用者本人の価値観や目標」について話し合っている人は看護師、介護支援専門員とも半数に満たず、ACP における重要な要素である、本人の価値観を尊重した話し合いになっていない可能性も考えられ、今後 ACP に関するさらなる教育機会が望まれる。

また、看護師では診療所勤務者で ACP の実施が有意に少なく、これは医師と同様の結果である⁴。ACP 実施のタイミングについては、看護師・介護支援専門員ともに、自由記載で入院時や入所時という回答が多くみられており、こうしたきっかけが少ないことが診療所での実施の少なさと関連していると考えられる。

ACP を実施していない理由についての自由記載欄には、看護師では医師の協力や理解の不足、介護支援専門員では医療職が行うべき、という意見が複数みられた。多職種で担うべきとされている ACP だが、実際には医師による主導がないと実践し難い現状が伺われた。「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 解説編」¹⁰では、ACP を担う医療・ケアチームについて、一般的には担当の医師と看護師及びそれ以外の医療・介護従事者が基本となるが、本人の状態や背景に応じて、ソーシャルワーカーや介護支援専門員、介護福祉士、その他の関係者が加わることも想定されることや、医療ケアチームにおいて医師の考えを追認するだけでなく、それぞれの専門家として貢献することが認められるようになってきた現実を重視すべきと明記されている。しかし、これらの点についてまだ十分に理解されていない可能性があり、ACP についての知識の普及および多職種へのアプローチが望まれる。

【総合考察】

本邦において、診療所は地域におけるかかりつけ医として長期にわたって患者の健康状態や家族

状況、地域の医療・介護体制について精通しており、ACP の中心的役割を担うことが期待されている²。しかし、本研究の結果からは、診療所の医師・看護師ともに ACP についての認識や実施が十分ではないことが示された。

「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 解説編」⁹において、ACP は担当の医師と看護師及びそれ以外の医療・介護従事者が担うことが基本とされている。また、人生の最終段階とされる状態について、がんの末期のように予後が予測出来る場合だけでなく、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合など多様であることが述べられ、どのような状態が人生の最終段階かは、本人の状態を踏まえた医療・ケアチームの判断によるべきとされている。入院を要さずとも人生の最終段階に至る患者も想定され、担当している患者が人生の最終段階にあるかを判断し ACP を実施することが、かかりつけ医の役割を担う診療所医師にも期待される。

今後 ACP を普及するうえで、地域におけるかかりつけ医の役割が期待される診療所の医療従事者に対し、認知度向上および、平時の診療でも ACP を実施しやすくするための資料等の提供などのアプローチが有効な可能性がある。

また、介護施設など人生の最終段階における医療・ケアの話し合いが多く行われている施設であっても、ACP の知識は不十分である可能性が示唆されており、多職種で担うべきであるという ACP の在り方を含めた ACP の知識の普及も望まれる。

E：本研究の限界

本研究の限界として、以下の点が挙げられる。アンケート調査対象は無作為抽出で行われているが、有効回答率は医師 28.0%、看護師 38.2%、介護支援専門員 53.8%であり、自己選択バイアスが

生じている可能性がある。回答者は未回答者よりも ACP に対して肯定的であることが考えられ、本研究の結果を一般化するには注意が必要である。

また、本研究で用いたアンケートの設問では、「本人と話し合いを実施している」、という定義を用いていたため、認知機能低下などで本人に話し合う十分な能力がなく、医師が家族と話し合いを実施しているようなケースが除外されてしまっている可能性がある。アンケート設問には、注釈として「患者・利用者本人の意思が確認できない場合は、患者・利用者本人の意思に基づいて家族等と十分な話し合いを行っていると思いますか。」という記載があるものの、実回答では担当患者の多くが話し合いをできる状態ではないことや、家族と話し合いを実施していることを理由として、話し合いを行っていないとした回答も複数みられた。

さらに、ACP の定義についてはアンケート本文内に記載はあるが、実践されている内容の詳細を問う設問はないため、急変時の蘇生コードの確認のみなど、ACP の内容が不十分な医師も含まれている可能性がある。

また研究 1 においては、病院勤務の医師および看護師では 1 病院 2 名の調査対象者のうち、1 名は人生の最終段階における医療・ケアに特に携わっていると考えられるものを回答者とするように依頼されていたため、病院勤務の医師・看護師全体よりも ACP の認識や実施が多かった可能性がある。本研究の結果では診療所の医師・看護師は ACP の認識や実施が少ないという結果であったが、病院勤務の調査対象者における選択バイアスの影響が考えられる。しかし、医師については本邦では一般診療所 102,612 施設¹⁰ に対し診療所従事医師が 107,226 人¹¹ と、医師 1 名の診療所が多いため、病院勤務医と同様に人生の最終段階における医療・ケアに特に携わっていると考えられるものを回答者とするように指定したとしても回答

者はほぼ同一となると考えられる。診療所では ACP について知っている医師が少ないという結果は変わらず、やはり診療所に対する ACP の普及が望まれる。

また医師の属性については、診療科は複数選択可となっている設問であったため、診療所勤務の内科または総合診療科の医師においても、外科や小児科、皮膚科、整形外科などの他診療科を併せて選択している医師も含まれていた。内科・総合診療科を主診療内容としていない医師のなかには、同一患者における継続的な内科診療を行っていない者もいる可能性があり、こうした医師では人生の最終段階における医療・ケアについて話し合いを行うべき立場とは言い切れない。

F. 結論

診療所勤務の医師および看護師では ACP の認知度が低く、ACP の実施も有意に少なかった。今後 ACP を普及するうえで、地域におけるかかりつけ医の役割が期待される診療所の医師・看護師に対し、認知度向上および、平時の診療で ACP を実施しやすくするためのマテリアルの提供などのアプローチが有効な可能性がある。

また、看護師や介護支援専門員において、ACP の知識が不足したままに話し合いが行われている可能性があり、多職種への ACP の十分な教育機会が望まれる。

G. 研究発表

1. 学会発表
第 82 回日本公衆衛生学会総会 令和 5 年 11 月 2 日口演
2. 論文掲載
Sakamoto A et al. Association between physicians' characteristics and their knowledge, attitudes, and practices regarding advance care planning: a cross-sectional study. BMC Palliative Care. 2023;22:134.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

【参考文献】

1. Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. Definition from a Multidisciplinary Delphi Panel. J Pain Symptom Manag. 2017;53(5):821-832.
2. 日本老年医学会「ACP 推進に関する提言」. 2019.
3. Hamano J, Hanari K, Tamiya N. Attitudes and Other Factors Influencing End-of-Life Discussion by Physicians, Nurses, and Care Staff: A Nationwide Survey in Japan. Am J Hosp Palliat Med. 2020;37(4):258-265.
4. Snyder S, Hazelett S, Allen K, Radwany S. Advance Care Planning, Palliative Care, and Hospice: Results of a Primary Care Survey. Am J Hosp Palliat Med. 2013;30(5):419-424.
5. Bowman MA, Steffensmeier K, Smith M, Stolfi A. Physician Advance Care Planning Experiences and Beliefs by General Specialty Status and Sex. South Med J. 2018;111(12):721-726.
6. AlFayyad IN, Al-Tannir MA, AlEsa WA, Heena HM, Abu-Shaheen AK. Physicians and nurses' knowledge and attitudes towards advance directives for cancer patients in Saudi Arabia. PLoS One. 2019;14(4):1-13.
7. Inoue M, Hanari K, Hamano J, Gallagher J, Tamiya N. Current Engagement in Advance Care Planning in Japan and Its Associated Factors. Gerontol Geriatr Med. 2019;5:233372141989269.
8. Sinclair C, Gates K, Evans S, Auret KA. Factors Influencing Australian General Practitioners' Clinical Decisions Regarding Advance Care Planning: A Factorial Survey. J Pain Symptom Manage. 2016;51(4):718-727.e2.
9. 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会. 「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 解説編」. 改訂平成 30 年 3 月
10. 厚生労働省. 「令和 2 (2020) 年医療施設 (静態・動態) 調査 (確定数)・病院報告の概況」. (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/20/>)
11. 厚生労働省. 「令和 2 (2020) 年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」. (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/20/>)

【研究 1】

<表 1-1：対象者属性>

| | | Total n = 1260 | |
|------------------|--------------------|----------------|--------|
| | | n | (%) |
| 性別 | 男性 | 1062 | (84.3) |
| 実務経験年数 (年) | 1-15 | 153 | (12.1) |
| | 16-30 | 468 | (37.1) |
| | ≥31 | 639 | (50.7) |
| 診療科 (複数選択可) | 内科 | 577 | (45.8) |
| | 総合診療科 | 71 | (5.6) |
| | 緩和ケア科 | 130 | (10.3) |
| | 外科 | 216 | (17.1) |
| | その他 | 572 | (45.4) |
| 勤務施設 | 病院 | 721 | (57.2) |
| | 診療所 | 478 | (37.9) |
| | 介護施設 | 17 | (1.3) |
| | その他 | 44 | (3.5) |
| ACPについて知っていたか | よく知っている | 585 | (46.4) |
| ACPを進めることについて | 賛成 | 970 | (77.0) |
| | 反対 | 17 | (1.3) |
| | わからない | 273 | (21.7) |
| ACPへの医療・介護従事者の介入 | 必要 | 1,035 | (82.1) |
| | 不要 | 43 | (3.4) |
| | わからない | 182 | (14.4) |
| ACPの実施 | 十分行っている | 229 | (18.2) |
| | 一応行っている | 571 | (45.3) |
| | ほとんど行っていない | 273 | (21.7) |
| | 人生の最終段階の患者に関わっていない | 187 | (14.8) |

<表 1-2：アドバンス・ケア・プランニング (ACP) の認識と医師の属性との関連>

i) ACP についてよく知っている

| | 二変量解析 | | | 多変量 ロジスティック回帰分析 | |
|------------|---------------------|------------|--------------------|--------------------|----------------|
| | よく知っている (n= 585) | | よく知らない (n= 675) | よく知っている | |
| | n(%) | n(%) | p | OR | 95%CI |
| 性別 | | | | | |
| 男性 | 493 (46.4) | 569 (53.6) | 0.897 | 1.05 | [0.72 - 1.52] |
| 実務経験年数 | | | 0.118 | | |
| 1~15 | 79 (51.6) | 74 (48.4) | | ref | |
| 16~30 | 227 (48.5) | 241 (51.5) | | 1.26 | [0.82 - 1.95] |
| ≥31 | 279 (43.7) | 360 (56.3) | | 1.22 | [0.79 - 1.86] |
| 診療科(複数回答可) | | | | | |
| 内科 | 294 (50.9) | 283 (49.1) | 0.003 | 1.85 | [1.29 - 2.64] |
| 総合診療科 | 61 (85.9) | 10 (14.1) | <0.001 | 6.73 | [3.29 - 13.78] |
| 緩和ケア科 | 121 (93.1) | 9 (7.0) | <0.001 | 15.23 | [7.42 - 31.26] |
| 外科 | 127 (58.8) | 89 (41.2) | <0.001 | 1.56 | [1.04 - 2.35] |
| その他 | 192 (33.6) | 380 (66.4) | <0.001 | 0.77 | [0.54 - 1.09] |
| 勤務施設 | | | | | |
| 病院 | 434 (60.2) | 287 (39.8) | <0.001 | ref | |
| 診療所 | 121 (25.3) | 357 (74.7) | <0.001 | 0.33 | [0.25 - 0.44] |
| 介護施設 | 5 (29.4) | 12 (70.6) | 0.16 | 0.33 | [0.11 - 0.97] |
| その他 | 25 (56.8) | 19 (43.2) | 0.16 | 1.34 | [0.69 - 2.61] |

ii) ACP を進めることに賛成

| | 二変量解析 | | | 多変量 ロジスティック回帰分析 | |
|------------|----------------|----------------------|--------|--------------------|----------------|
| | 賛成 (n= 970) | 反対/わからない (n= 290) | p | 賛成 | |
| | n (%) | n (%) | | OR | 95%CI |
| 性別 | | | 0.007 | | |
| 男性 | 803 (75.6) | 259 (24.4) | | 0.54 | [0.35 - 0.84] |
| 実務経験年数 | | | 0.009 | | |
| 1～15 | 132 (86.3) | 21 (13.7) | | ref | |
| 16～30 | 361 (77.1) | 107 (22.9) | | 0.66 | [0.39 - 1.12] |
| ≥31 | 477 (74.7) | 162 (25.4) | | 0.68 | [0.40 - 1.14] |
| 診療科(複数回答可) | | | | | |
| 内科 | 467 (80.9) | 110 (19.1) | 0.002 | 1.80 | [1.21 - 2.69] |
| 総合診療科 | 64 (90.1) | 7 (9.9) | 0.007 | 1.95 | [0.86 - 4.39] |
| 緩和ケア科 | 116 (89.2) | 14 (10.8) | <0.001 | 1.80 | [0.97 - 3.33] |
| 外科 | 177 (81.9) | 39 (18.1) | 0.057 | 1.42 | [0.89 - 2.27] |
| その他 | 407 (71.2) | 165 (28.8) | <0.001 | 1.02 | [0.68 - 1.54] |
| 勤務施設 | | | | | |
| 病院 | 613 (85.0) | 108 (15.0) | <0.001 | ref | |
| 診療所 | 305 (63.8) | 173 (36.2) | <0.001 | 0.37 | [0.27 - 0.50] |
| 介護施設 | 16 (94.1) | 1 (5.9) | 0.14 | 2.97 | [0.39 - 22.89] |
| その他 | 36 (81.8) | 8 (18.2) | 0.44 | 0.85 | [0.38 - 1.91] |

iii) ACP への医療・介護従事者の介入が必要

| | 二変量解析 | | | 多変量 ロジスティック回帰分析 | |
|------------|-----------------|----------------------|--------|--------------------|----------------|
| | 必要 (n= 1035) | 不要/わからない (n= 225) | p | 必要 | |
| | n (%) | n (%) | | OR | 95%CI |
| 性別 | | | 0.004 | | |
| 男性 | 858 (80.8) | 204 (19.2) | | 0.47 | [0.29 - 0.78] |
| 実務経験年数 | | | 0.14 | | |
| 1～15 | 134 (87.6) | 19 (12.4) | | ref | |
| 16～30 | 385 (82.3) | 83 (17.7) | | 0.78 | [0.45 - 1.36] |
| ≥31 | 516 (80.8) | 123 (19.2) | | 0.84 | [0.48 - 1.45] |
| 診療科(複数回答可) | | | | | |
| 内科 | 484 (83.9) | 93 (16.1) | 0.14 | 1.20 | [0.78 - 1.83] |
| 総合診療科 | 67 (94.4) | 4 (5.6) | 0.006 | 2.68 | [0.95 - 7.55] |
| 緩和ケア科 | 122 (93.9) | 8 (6.2) | <0.001 | 2.43 | [1.13 - 5.24] |
| 外科 | 191 (88.4) | 25 (11.6) | 0.008 | 1.52 | [0.90 - 2.58] |
| その他 | 439 (76.8) | 133 (23.3) | <0.001 | 0.70 | [0.46 - 1.09] |
| 勤務施設 | | | | | |
| 病院 | 628 (87.1) | 93 (12.9) | <0.001 | ref | |
| 診療所 | 350 (73.2) | 128 (26.8) | <0.001 | 0.54 | [0.39 - 0.75] |
| 介護施設 | 16 (94.1) | 1 (5.9) | 0.34 | 2.69 | [0.35 - 20.78] |
| その他 | 41 (93.2) | 3 (6.8) | 0.052 | 2.38 | [0.71 - 7.96] |

ACP: アドバンス・ケア・プランニング、OR: オッズ比、CI: 信頼区間

<表 1-3：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の実施と医師の属性との関連>

| | 二変量解析 | | | 多変量 ロジスティック回帰分析 | |
|------------|------------------|------------|------------------|--------------------|---------------|
| | 実施あり (n= 800) | | 実施なし (n= 460) | 実施あり | |
| | n (%) | n (%) | p | OR | 95%CI |
| 性別 | | | 0.027 | | |
| 男性 | 688 (64.8) | 374 (35.2) | | 1.58 | [1.05- 2.36] |
| 実務経験年数 | | | 0.002 | | |
| 1～15 | 113 (73.9) | 40 (26.1) | | ref | |
| 16～30 | 307 (65.6) | 161 (34.4) | | 0.91 | [0.56- 1.49] |
| ≥31 | 380 (59.5) | 259 (40.5) | | 0.72 | [0.44- 1.16] |
| 診療科(複数回答可) | | | | | |
| 内科 | 419 (72.6) | 158 (27.4) | <0.001 | 2.38 | [1.60- 3.55] |
| 総合診療科 | 64 (90.1) | 7 (9.9) | <0.001 | 3.38 | [1.44- 7.94] |
| 緩和ケア科 | 125 (96.2) | 5 (3.8) | <0.001 | 9.49 | [3.67- 24.53] |
| 外科 | 180 (83.3) | 36 (16.7) | <0.001 | 2.50 | [1.55- 4.05] |
| その他 | 258 (45.1) | 314 (54.9) | <0.001 | 0.56 | [0.37- 0.82] |
| 勤務施設 | | | | | |
| 病院 | 591 82.0 | 130 (18.0) | <0.001 | ref | |
| 診療所 | 167 34.9 | 311 (65.1) | <0.001 | 0.16 | [0.12- 0.22] |
| 介護施設 | 14 82.4 | 3 (17.6) | 0.10 | 1.16 | [0.31- 4.29] |
| その他 | 28 63.6 | 16 (36.4) | 0.98 | 0.67 | [0.33- 1.36] |

ACP: アドバンス・ケア・プランニング、OR: オッズ比、CI: 信頼区間

【研究 2】

<表 2-1：対象者属性>

| | | 看護師 n = 2102 | | 介護支援専門員 n = 1614 | |
|------------------|--------------------|-----------------|---------|---------------------|---------|
| | | n | (%) | n | (%) |
| 性別 | 男性 | 198 | (9.4%) | 496 | (30.7%) |
| 実務経験年数 (年) | 1-15 | 357 | (17.0%) | 943 | (58.4%) |
| | 16-30 | 1,087 | (51.7%) | 624 | (38.7%) |
| | ≥31 | 658 | (31.3%) | 47 | (2.9%) |
| 勤務施設 | 病院 | 985 | (46.9%) | NA | |
| | 診療所 | 440 | (20.9%) | 12 | (0.7%) |
| | 介護施設 | 259 | (12.3%) | 353 | (21.9%) |
| | 介護医療院 | 28 | (1.3%) | NA | |
| | 訪問看護ステーション | 262 | (12.5%) | 10 | (0.6%) |
| | 居宅介護支援事業所 | NA | | 1,222 | (75.7%) |
| | その他 | 128 | (6.1%) | 17 | (1.1%) |
| ACPについて知っていたか | よく知っている | 973 | (46.3%) | 767 | (47.5%) |
| ACPを進めることについて | 賛成 | 1,832 | (87.2%) | 1,333 | (82.6%) |
| | 反対 | 3 | (0.1%) | 5 | (0.3%) |
| | わからない | 267 | (12.7%) | 276 | (17.1%) |
| ACPへの医療・介護従事者の介入 | 必要 | 1,879 | (89.4%) | 1,424 | (88.2%) |
| | 不要 | 21 | (1.0%) | 21 | (1.3%) |
| | わからない | 202 | (9.6%) | 169 | (10.5%) |
| ACPの実施 | 十分行っている | 152 | (7.2%) | 141 | (8.7%) |
| | 一応行っている | 1,043 | (49.6%) | 1,004 | (62.2%) |
| | ほとんど行っていない | 568 | (27.0%) | 419 | (26.0%) |
| | 人生の最終段階の患者に関わっていない | 339 | (16.1%) | 50 | (3.1%) |

ACP: アドバンス・ケア・プランニング、NA: Not applicable

<表 2-2 アドバンス・ケア・プランニング (ACP) の認識と実施の関連>

i) 看護師

| | ACPを実施している | ACPを実施していない | 合計 |
|-----------|--------------------|-------------|------|
| ACPを知っている | 731 (75.1%) | 242 (24.9%) | 973 |
| 知らない | 464 (41.1%) | 665 (58.9%) | 1129 |
| 合計 | 1195 (56.9%) | 907 (43.1%) | 2102 |

X²検定 P<0.001

ii) 看護師 介護施設勤務の人のみ

| | ACPを実施している | ACPを実施していない | 合計 |
|-----------|--------------------|-------------|-----|
| ACPを知っている | 75 (84.3%) | 14 (15.7%) | 89 |
| 知らない | 132 (77.7%) | 38 (22.3%) | 170 |
| 合計 | 207 (79.9%) | 52 (20.1%) | 259 |

X²検定 P<0.001

iii) 介護支援専門員

| | ACPを実施している | ACPを実施していない | 合計 |
|-----------|--------------------|-------------|------|
| ACPを知っている | 594 (77.4%) | 173 (22.6%) | 767 |
| 知らない | 551 (65.0%) | 296 (35.0%) | 847 |
| 合計 | 1145 | 469 | 1614 |

X²検定 P<0.001

ACP: アドバンス・ケア・プランニング

<表 2-3 アドバンス・ケア・プランニング (ACP) の認識>

i) ACP についてよく知っている

| | 看護師 | | | | | 介護支援専門員 | | | | | |
|------------|--------------------|--------------------|--------|------------------------|-------------|--------------------|-------------------|--------|------------------------|-------------|--|
| | 二変量解析 | | | 多変量 ロジスティック 回帰分析 | | 二変量解析 | | | 多変量 ロジスティック 回帰分析 | | |
| | よく知っている (n=973) | よく知らない (n=1129) | p | よく知っている | よく知らない | よく知っている (n=767) | よく知らない (n=847) | p | よく知っている | よく知らない | |
| n(%) | n(%) | | OR | 95%CI | n(%) | n(%) | | OR | 95%CI | | |
| 性別 | | | | | | | | | | | |
| 男性 | 74 (37.4) | 124 (62.6) | 0.008 | 0.52 | [0.38-0.72] | 199 (40.1) | 297 (59.9) | <0.001 | 0.69 | [0.55-0.86] | |
| 実務経験年数 | | | <0.001 | | | | | 0.007 | | | |
| 1~15 | 131 (36.7) | 226 (63.3) | | ref | | 417 (44.2) | 526 (55.8) | | ref | | |
| 16~30 | 519 (47.7) | 568 (52.3) | | 1.57 | [1.20-2.05] | 326 (52.2) | 298 (47.8) | | 1.36 | [1.10-1.67] | |
| ≥31 | 323 (49.1) | 335 (50.9) | | 1.73 | [1.29-2.30] | 24 (51.1) | 23 (48.9) | | 1.30 | [0.71-2.40] | |
| 勤務施設 | | | | | | | | | | | |
| 病院 | 592 (60.1) | 393 (39.9) | <0.001 | ref | | NA | NA | | NA | | |
| 診療所 | 69 (15.7) | 371 (84.3) | <0.001 | 0.12 | [0.87-0.16] | 9 (75.0) | 3 (25.0) | 0.056 | Ref | | |
| 介護施設 | 89 (34.4) | 170 (65.6) | <0.001 | 0.33 | [0.25-0.44] | 124 (35.1) | 229 (64.9) | <0.001 | 0.19 | [0.05-0.73] | |
| 介護医療院 | 7 (25.0) | 21 (75.0) | 0.023 | 0.21 | [0.09-0.50] | NA | NA | | NA | | |
| 訪問看護ステーション | 168 (64.1) | 94 (35.9) | <0.001 | 1.24 | [0.93-1.65] | 6 (60.0) | 4 (40.0) | 0.53 | 0.44 | [0.07-2.76] | |
| 居宅介護支援事業所 | NA | NA | | NA | | 624 (51.1) | 598 (48.9) | <0.001 | 0.35 | [0.09-1.31] | |
| その他 | 48 (37.5) | 80 (62.5) | 0.040 | 0.40 | [0.27-0.58] | 4 (23.5) | 13 (76.5) | 0.046 | 0.10 | [0.02-0.56] | |

ii) ACP を進めることに賛成

| | 看護師 | | | | | 介護支援専門員 | | | | | |
|------------|----------------|---------------------|--------|------------------------|-------------|----------------|---------------------|-------|------------------------|-------------|--|
| | 二変量解析 | | | 多変量 ロジスティック 回帰分析 | | 二変量解析 | | | 多変量 ロジスティック 回帰分析 | | |
| | 賛成 (n=1832) | 反対/わからない (n=270) | p | 賛成 | 反対/わからない | 賛成 (n=1333) | 反対/わからない (n=281) | p | 賛成 | 反対/わからない | |
| n(%) | n(%) | | OR | 95%CI | n(%) | n(%) | | OR | 95%CI | | |
| 性別 | | | | | | | | | | | |
| 男性 | 159 (80.3) | 39 (19.7) | 0.002 | 0.45 | [0.31-0.67] | 390 (78.6) | 106 (21.4) | 0.005 | 0.65 | [0.50-0.85] | |
| 実務経験年数 | | | 0.095 | | | | | 0.98 | | | |
| 1~15 | 305 (85.4) | 52 (14.6) | | ref | | 780 (82.7) | 163 (17.3) | | ref | | |
| 16~30 | 964 (88.7) | 123 (11.3) | | 1.22 | [0.85-1.74] | 514 (82.4) | 110 (17.6) | | 0.97 | [0.74-1.27] | |
| ≥31 | 563 (85.6) | 95 (14.4) | | 0.92 | [0.63-1.34] | 39 (83.0) | 8 (17.0) | | 1.05 | [0.47-2.33] | |
| 勤務施設 | | | | | | | | | | | |
| 病院 | 898 (91.2) | 87 (8.8) | <0.001 | ref | | NA | NA | | NA | | |
| 診療所 | 334 (75.9) | 106 (24.1) | <0.001 | 0.29 | [0.21-0.39] | 11 (91.7) | 1 (8.3) | 0.70 | ref | | |
| 介護施設 | 227 (87.6) | 32 (12.4) | 0.80 | 0.66 | [0.43-1.02] | 303 (85.8) | 50 (14.2) | 0.069 | 0.53 | [0.07-4.20] | |
| 介護医療院 | 25 (89.3) | 3 (10.7) | 1.00 | 0.84 | [0.25-2.85] | NA | NA | | NA | | |
| 訪問看護ステーション | 233 (88.9) | 29 (11.1) | 0.36 | 0.80 | [0.51-1.25] | 8 (80.0) | 2 (20.0) | 0.69 | 0.30 | [0.02-3.92] | |
| 居宅介護支援事業所 | NA | NA | | NA | | 998 (81.7) | 224 (18.3) | 0.085 | 0.36 | [0.05-2.85] | |
| その他 | 115 (89.8) | 13 (10.2) | 0.35 | 0.86 | [0.46-1.60] | 13 (76.5) | 4 (23.5) | 0.52 | 0.27 | [0.03-2.84] | |

iii) ACP への医療・介護従事者の介入が必要

| | 看護師 | | | | | 介護支援専門員 | | | | |
|------------|----------------|----------------------|--------|------------------------|--------------|-----------------|----------------------|--------|------------------------|--------------|
| | 二変量解析 | | | 多変量 ロジスティック 回帰分析 | | 二変量解析 | | | 多変量 ロジスティック 回帰分析 | |
| | 必要 (n=1879) | 不要/わからない (n= 223) | p | 必要 | | 必要 (n= 1424) | 不要/わからない (n= 190) | p | 必要 | |
| | n (%) | n (%) | | OR | 95%CI | n (%) | n (%) | | OR | 95%CI |
| 性別 | | | | | | | | | | |
| 男性 | 165 (83.3) | 33 (16.7) | 0.004 | 0.41 | [0.27- 0.63] | 403 (81.3) | 93 (18.8) | <0.001 | 0.40 | [0.30- 0.55] |
| 実務経験年数 | | | 0.74 | | | | | 0.45 | | |
| 1~15 | 315 (88.2) | 42 (11.8) | | ref | | 840 (89.1) | 103 (10.9) | | ref | |
| 16~30 | 974 (89.6) | 113 (10.4) | | 1.05 | [0.71- 1.55] | 543 (87.0) | 81 (13.0) | | 0.80 | [0.59- 1.10] |
| ≥31 | 590 (89.7) | 68 (10.3) | | 1.07 | [0.70- 1.64] | 41 (87.2) | 6 (12.8) | | 0.80 | [0.32- 1.98] |
| 勤務施設 | | | | | | | | | | |
| 病院 | 917 (93.1) | 68 (6.9) | <0.001 | ref | | NA | NA | | NA | |
| 診療所 | 340 (77.3) | 100 (22.7) | <0.001 | 0.23 | [0.16- 0.32] | 11 (91.7) | 1 (8.3) | 1.00 | ref | |
| 介護施設 | 232 (89.6) | 27 (10.4) | | 0.92 | [0.39- 0.99] | 312 (88.4) | 41 (11.6) | 0.92 | 0.59 | [0.07- 4.75] |
| 介護医療院 | 26 (92.9) | 2 (7.1) | | 0.76 | [0.21- 3.99] | NA | NA | | | |
| 訪問看護ステーション | 246 (93.9) | 16 (6.1) | 0.011 | 1.17 | [0.66- 2.06] | 10 (100.0) | 0 (0.0) | 0.62 | 1.00 | [1.00- 1.00] |
| 居宅介護支援事業所 | NA | NA | | NA | | 1,078 (88.2) | 144 (11.8) | 0.98 | 0.50 | [0.06- 4.02] |
| その他 | 118 (92.2) | 10 (7.8) | 0.29 | 0.88 | [0.44- 1.75] | 13 (76.5) | 4 (23.5) | 0.13 | 0.24 | [0.02- 2.55] |

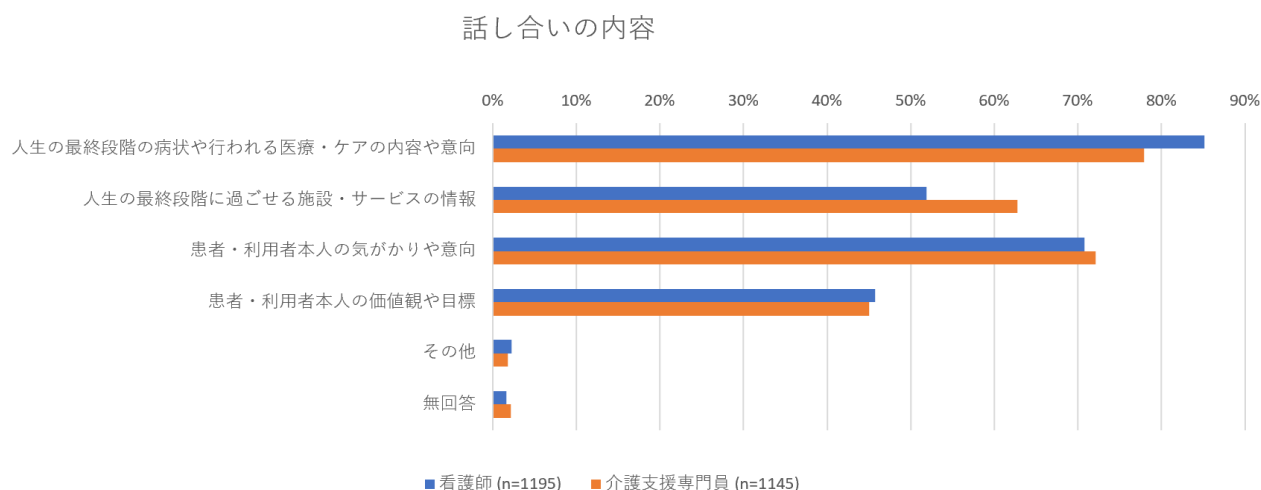
ACP:アドバンス・ケア・プランニング、OR: オッズ比、CI: 信頼区間、NA: Not applicable

<表 2-4 アドバンス・ケア・プランニング (ACP)の実施>

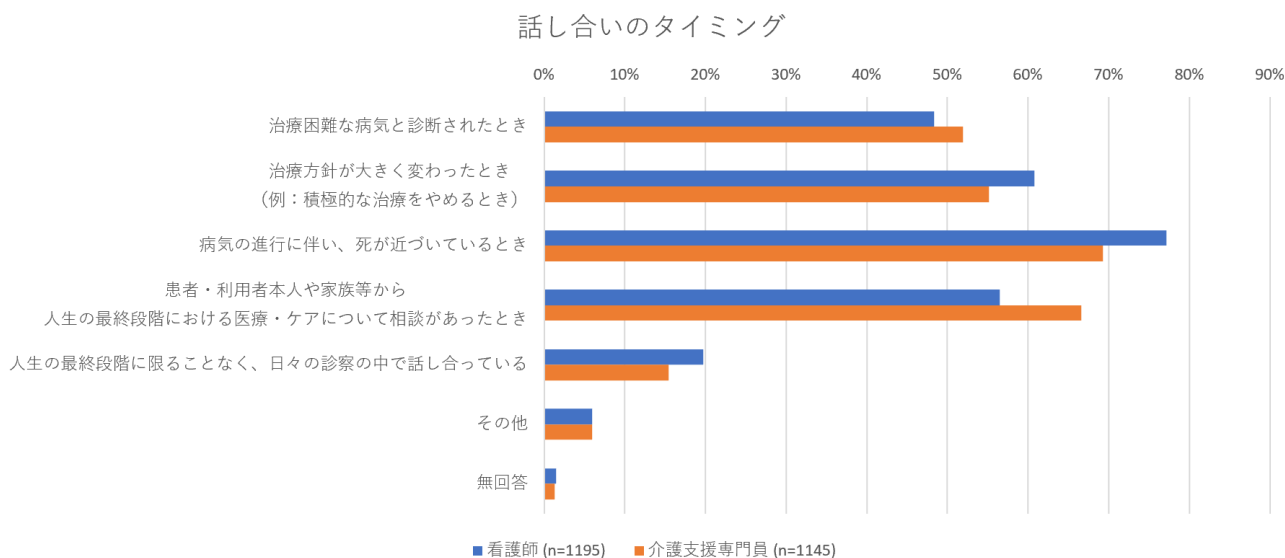
| | 看護師 | | | | | 介護支援専門員 | | | | |
|------------|------------------|------------------|--------|------------------------|-------------|-------------------|------------------|-------|------------------------|--------------|
| | 二変量解析 | | | 多変量 ロジスティック 回帰分析 | | 二変量解析 | | | 多変量 ロジスティック 回帰分析 | |
| | 実施あり (n=1195) | 実施なし (n= 907) | p | 実施あり | | 実施あり (n= 1145) | 実施なし (n= 469) | p | 実施あり | |
| | n (%) | n (%) | | OR | 95%CI | n (%) | n (%) | | OR | 95%CI |
| 性別 | | | | | | | | | | |
| 男性 | 114 (57.6) | 84 (42.4) | 0.83 | 0.78 | [0.57-1.08] | 348 (70.2) | 148 (29.8) | 0.65 | 0.92 | [0.73-1.16] |
| 実務経験年数 | | | 0.15 | | | | | 0.18 | | |
| 1~15 | 189 (52.9) | 168 (47.1) | | ref | | 666 (70.6) | 277 (29.4) | | ref | |
| 16~30 | 637 (58.6) | 450 (41.4) | | 1.23 | [0.94-1.61] | 440 (70.5) | 184 (29.5) | | 0.98 | [0.79-1.23] |
| ≥31 | 369 (56.1) | 289 (43.9) | | 1.13 | [0.84-1.51] | 39 (83.0) | 8 (17.0) | | 1.97 | [0.90-4.33] |
| 勤務施設 | | | | | | | | | | |
| 病院 | 609 (61.8) | 376 (38.2) | <0.001 | ref | | NA | NA | | NA | |
| 診療所 | 82 (18.6) | 358 (81.4) | <0.001 | 0.14 | [0.11-0.18] | 12 (100.0) | 0 (0.0) | 0.023 | ref | |
| 介護施設 | 207 (79.9) | 52 (20.1) | <0.001 | 2.43 | [1.75-3.38] | 259 (73.4) | 94 (26.6) | 0.26 | 1.60 | [0.57-4.47] |
| 介護医療院 | 19 (67.9) | 9 (32.1) | 0.24 | 1.34 | [0.60-3.00] | NA | NA | | NA | |
| 訪問看護ステーション | 220 (84.0) | 42 (16.0) | <0.001 | 3.30 | [2.32-4.71] | 8 (80.0) | 2 (20.0) | 0.73 | 1.81 | [0.28-11.64] |
| 居宅介護支援事業所 | NA | NA | | NA | | 855 (70.0) | 367 (30.0) | 0.13 | 1.34 | [0.49-3.66] |
| その他 | 58 (45.3) | 70 (54.7) | 0.007 | 0.51 | [0.35-0.74] | 11 (64.7) | 6 (35.3) | 0.59 | 1.00 | [1.00-1.00] |

ACP:アドバンス・ケア・プランニング、OR: オッズ比、CI: 信頼区間、NA: Not applicable

<図 2-1 アドバンス・ケア・プランニング における話し合いの内容>



<図 2-2 話し合いのタイミング>



<図 2-3 話し合いを行っていない理由>

