

## アドバンス・ケア・プランニングの実践状況と関連因子

研究代表者：田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 教授  
研究協力者：井上恵 ジョージメイソン大学ソーシャルワーク 助教授  
研究分担者：濱野淳 筑波大学医学医療系 講師  
研究協力者：Joshua Gallagher 筑波大学人間総合科学研究科フロンティア医科学専攻  
研究協力者：羽成恭子 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学

### 研究要旨

全国から無作為抽出された施設に勤務する医師と看護師のアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に対する実践とそれに関連する因子について検証した。約 29%の医師と 28%の看護師が ACP を実践していると回答した。ACP の実践では医師と看護師間で有意差は無かったが、現在は実践していないが、実践を検討中であると答えたのは、医師の方が看護師より有意に多かった。人生の最終段階の意思決定支援に係る研修を受けた経験と死が近い患者との関わりの多さは、医師が ACP を実践する要素になることが示唆された。また、実務経験の長い看護師と、病院勤務の看護師は ACP の実践を行っているとの回答が、実務経験の短い者と病院以外に勤務の者に比べ有意に低かった。しかし、意思決定支援に係る研修を受けた看護師は、実務経験の年数が上がるほど ACP を実践していることがわかった。死が近い患者との関わりの多さは、看護師にとっても医師と同様、ACP を実践する要素になることが示唆された。本研究の結果より、ACP の普及には研修の充実が不可欠であると考えられる。また、個々の医療・療養に関わる施設が ACP をいかに業務に取り込んでいくのか考察が必要とされる。

#### A. 研究目的

人生の最終段階における医療に関する意識調査を行った。なお、本論文では、医療従事者のアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に対する実践に焦点をあて、二つの主要目的を掲げた。

##### <主要目的 1>

医師と看護師の ACP の実践状況を明らかにし、ACP の実践に医師と看護師間で違いがあるのかを探る。

ACP とは、将来もしも病気や事故等で意思決定能力低下が生じ、医療やケアについて自分で決定したり伝えたり出来なくなった場合に備えて、あらかじめ自身の考えを家族や医療従事者と話し合っておくプロセスである<sup>1)</sup>。自身の望む医療やケアのあり方を伝えておくことで、家族や関係者が本人の考えに沿った決断をする

助けになる。つまり ACP は自己決定権を尊重する術の一つでもある<sup>2)</sup>。

患者の自己決定権の尊重を早くに法制化している欧米諸国では、ACP の概念も実践も日本に比べて普及している<sup>3)</sup>。例えば、米国では、1990 年に「患者の自己決定権法（Patient Self-Determination Act）」が連邦レベルで制定され、その中で、ACP のプロセスの一部である「アドバンス・ディレクティブ（Advance Directives、以下 AD）」という事前指示書を作成する患者の権利を保障する事が明記されている。具体的には、公的保険制度であるメディケアとメディケイドに参加する医療サービス機関（例：病院、ナーシングホーム、ホスピス）に対して全ての新患者に AD の所有の有無の確認と、所持していない患者に対しては、AD に関する情報を書面

にて提供することが義務付けられている<sup>4)</sup>。この法律施行後、医療サービス受領者間でのAD保有率は上昇している<sup>5)</sup>。さらに数々の研究で、ADを所有することが患者の自己決定権を尊重するだけでなく、難しい決断を時には強いられる家族の心理面の負担を減らし、望まない治療あるいはあまり効力の期待できない治療等の削減に効果があることが報告されている<sup>6)7)</sup>。

一方日本では、ACPに関連する取り組みやADはまだ法制化されていないこともあり、これらに対する一般市民の認知度や普及率は欧米諸国に比べて低いものとなっている<sup>8)</sup>。Miyataらが40歳から65歳の一般市民を対象に行ったアンケート調査<sup>8)</sup>では、60%が終末期医療に関する希望を話し合ったり書面で残したり、意思決定代理人を決めておいたりすることは重要だと回答したが、実際にそういった事を行ったと答えたのは、わずか10%であった。また、Nakazawaらが医師を対象に行ったアンケート調査<sup>9)</sup>では、62.6%が患者がADを所有することが大切だと回答したが、患者にそのようにいつもあるいはよく勧めていると回答した医師は30.3%にとどまっている。同調査ではさらに、医師は患者個人よりも家族を中心とした意思決定を好む傾向や、ACPに関する会話の難しさや自信の低さについても指摘している。

厚生労働省は、こういった日本の現状をふまえて、人生の最終段階における医療を患者の意思を尊重したものとするために、「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」を策定している。このガイドラインでは、ACPやADといった具体的な表現は使われていないが、本人との話し合いの重要性について示されている。本研究は、厚生労働省が、一般国民および医療・介護従事者の人生の最終段階における医療に対する意識やその変化を把握するために5年おきに実施している調査に基づいたものである。平成29年に行われた調査では初めてACPの解説が調査票に含まれ、

ACPについての質問が加えられた。そこで、医師と看護師がどの程度ACPを実践しているのか、またACPの実践に関して医師と看護師間で差異があるか等の解析を行った。

### ＜主要目的2＞

#### 医師と看護師のACPの実践に影響を与える因子を探る。

米国の先行研究では、研修やトレーニングが医療従事者のACPに関する知識の向上や実践の奨励につながるということが報告されている<sup>10)11)</sup>。日本でも終末期医療に関するガイドラインが厚生労働省を始め様々な学会からも提供され、それに伴い研修等の実施も始まっている<sup>12)</sup>。そういった研修の影響を検証することは重要である。また、終末期医療の経験が医療従事者のACP実践に関係することも報告されている<sup>13)</sup>。そういった先行研究で特定された因子も含めて、何がACPの実践に関係しているかを検証した。

## B. 研究方法

対象は全国から無作為抽出された施設に勤務する医師と看護師である。調査票は無記名式自記式で、2017年12月から2018年1月にかけて郵送配布、郵送回収された。4,500人の医師と6,000人の看護師に調査票が送付され、医師の回収率は23.1%で看護師は30.9%であった。

調査票の中で、ACPの解説は次のようにされた。「今後の医療・療養について患者・家族等と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスのことである。患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアに関わる人々の間で共有されることが望ましい。そして、ACPの話し合いには次の内容が含まれる。患者本人の気がかりや意向、患者の価値観や目標、病状や予後の理解、医療や療養に関する意向や選好、その提供体制。」

解析に使用した質問は次の項目である。a)人生の最終段階の患者・利用者に対してACPの内容を実践しているか(している、していない、の二者択一)。b)前記の

質問で実践していないと回答した者に今後の ACP の実践についてどのように考えているか（検討中である、検討していないの二者択一）。c) 人生の最終段階の意思決定支援に係る研修を受けているか（受けている、受けていない、今後受ける予定）。受けていないという回答と今後受ける予定という回答は組み合わせて、2 値変数とした。d) 実務経験の年数（1-5、6-10、11-15、16-20、21-25、26-30、31-35、36-40、41-45、46-50、50 年以上）。これは、カテゴリが多いため連続変数として取り扱い、1-5 年を 1 とし、一つカテゴリが上がるごとに値が増えるようにして、50 年以上を 11 とした。e) 死が近い患者との関わり（亡くなることはまずない、1 年に 1 名程度、半年に 1 名以上、1 ヶ月に 1 名以上）。これは頻度が増すほど値が大きくなる順序尺度の変数として取り扱った。f) 勤務している施設（病院、診療所、訪問看護ステーション、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、その他）。これは、病院以外の施設を組み合わせ、病院勤務かそうでないかという 2 値変数とした。

解析には Stata を用い、主要目的 1 のためには 2 変量解析を行い、主要目的 2 のためには多項ロジットモデルを使用した。多項ロジットモデルのアウトカム変数は質問項目の a と b を組み合わせたものを使い、次の 3 つのカテゴリを作った。ACP の内容を実践している、実践はしていないが実践を検討している、実践も検討もしていない。基準となるベースカテゴリーは、実践も検討もしていないグループとした。また実務経験の年数と研修のインターアクションも多項ロジットモデルに投入した。欠損値についてはリストワイズ除去を使用し、 $P < 0.05$  を有意差ありとした。多項ロジットモデルは医師と看護師を分けて解析した。

### C. 研究結果

#### <主要目的 1>

医師と看護師の ACP の実践状況を明らかにし、ACP に対する認識や態度に医師と看護師間で違いがあるのかを探る。

解析には ACP に関する欠損値のない 972 名の医師と 1,702 名の看護師からの回答を使用した。

ACP の内容を実践していると答えた医師は 284 名 (29.2%) で、看護師は 479 名 (28.1%) であった (Table1)。医師と看護師間で有意差は無かった。

**Table1 医師と看護師の ACP の実践状況**  
n=2,674 (人)

	実践 している	実践 していない	X <sup>2</sup> 検定 P-value
	n=763 n (%)	n=1,911 n (%)	
医師	284 (29.2)	688 (70.8)	P=0.554
看護師	479 (28.1)	1,223 (71.9)	

また、現在は実践していないが、実践を検討中であると答えた医師 (265 名、32.9%) の割合の方が看護師 (265 名、22.1%) より有意 ( $p < 0.001$ ) に多かった (Table2)。

**Table2 ACP を実践していない医師と看護師の今後の実践検討状況**  
n=1,883 (人)

	検討 している	検討 していない	X <sup>2</sup> 検定 P-value
	n=490 n (%)	n=1,911 n (%)	
医師	225 (32.9)	458 (67.1)	P<0.001
看護師	265 (22.1)	935 (77.9)	

#### <主要目的 2>

医師と看護師の ACP の実践に影響を与える因子を探る。

回答者の属性は医師と看護師毎に Table3 に表示した。リストワイズ除去の後に最終の多項ロジットモデルに含まれる回答者のみを表示した。解析対象者は医師 916 名と看護師 1,577 名で、263 名の医師 (28.7%) と 435 名の看護師 (27.6%) が ACP の内容を実践していると回答した。一方、現在は実践していないが実践を検討中と答えた医師は 213 名 (23.3%) で看護師は 250 名 (15.9%) であった。214 名 (23.4%) の医師と 335 名 (21.2%) の看護師は人生の最終段階の意思決定支援に係る研修を受けていると回答した。実務経

**Table3 医師と看護師の属性** n=2,493 (人)

	医師 n=916		看護師 n=1,577	
	n (%)	M (SD)	n (%)	M (SD)
<b>ACP の実践</b>				
ACP の内容を実践している	263 (28.7)		435 (27.6)	
実践はしていないが実践を検討中	213 (23.3)		250 (15.9)	
実践も検討もしていない	440 (48.0)		892 (56.6)	
<b>人生の最終段階の意思決定支援に係る研修</b>				
受領済み	214 (23.4)		335 (21.2)	
未受領	702 (76.6)		1,242 (78.8)	
実務経験の年数		6.11 (2.23)		5.44 (1.95)
<b>死が近い患者との関わり</b>				
亡くなることはまずない	203 (22.1)		265 (16.8)	
1年に1名程度	117 (12.8)		249 (15.8)	
半年に1名以上	218 (23.8)		574 (36.4)	
1ヶ月に1名以上	378 (41.3)		489 (31.0)	
<b>勤務施設</b>				
病院	612 (66.8)		755 (47.9)	
病院以外	304 (33.2)		822 (52.1)	

験の年数については、5年毎のカテゴリーを連続変数として取り扱ったため、医師の平均が6.11で看護師の平均が5.44であった。これは実務年数21-25年の回答には5の値が、26-30年には6の値、31-35年には7の値が付けられていることを考慮すると、医師の平均実務年数は26-30年のカテゴリーよりも少し上で、看護師の平均実務年数は21-25年のカテゴリーと26-30年のカテゴリーの中間ぐらいに位置すると解釈できる。また、死が近い患者との関わりが1ヶ月に1名以上あると答えた医師は378名(41.3%)で看護師は489名(31.0%)であった。大半の医師(66.8%)と約半数近くの看護師(47.9%)は病院勤務であった。

多項ロジットモデルの解析結果によると、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修を受けた医師は、ACPの実践も実践の検討もしていないと回答するよりも、実践していると答える傾向にあった(OR=4.03, p<0.05)(Table4)。また、死が近い患者との関わりが多い医師ほど、有意にACPの実践を検討している(OR=1.23, p<0.05)か、既に実践している(OR=1.88, p<0.001)と回答することが示された。同じく看護師も、死が近い患者との関わりが増えるほど、実践を検討している(OR=1.20, p<0.05)あるいは既に実践している(OR=1.90, p<0.001)と答える傾向にあった。反対に、実務年

数の長い看護師(OR=0.60, p<0.001)と病院勤務の看護師は(OR=0.89, p<0.01)は、ACPの実践も実践の検討もしていないと回答するよりも実践していると回答する傾向が低かった。しかし、看護師の実務経験の年数と研修のインターアクションが有意にポジティブ(OR=1.22, p<0.05)であることから、研修を受けていることはACPの実践に正の相関があることが示された。

#### D. 考察

人生の最終段階における医療に関する意識調査から、医師と看護師のACPに対する実践とそれに関連する因子について検証した。

解析の結果によると、ACPの実践では医師と看護師間で有意差は無かった。しかし、現在は実践していないが、実践を検討中であると答えたのは医師の方が看護師より有意に多かった。ACPは多職種チームで行うことが望ましいが、将来の医療や療養のあり方を話し合う上で、やはり医師の果たす役割は大きく、実践を検討中と答えた医師が多かったのも、そういった実情を踏まえたものかもしれない。

また、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修を受けることは、ACPの実践を推奨する上で重要だということが示唆された。これは、米国の先行研究の結果<sup>10)11)</sup>

Table4 ACP の実践に関連する要因 n=2,493 (人)

	医師 n=916		看護師 n=1,577	
	実践を検討している (n=213)	実践している (n=263)	実践を検討している (n=250)	実践している (n=435)
	Vs. 実践も検討もしていない (n=440)		Vs. 実践も検討もしていない (n=892)	
	Odds ratio (95%CI)	Odds ratio (95%CI)	Odds ratio (95%CI)	Odds ratio (95%CI)
人生の最終段階の意思決定支援に係る研修済み	1.62 (0.46-5.76)	4.03* (1.27-12.84)	1.43 (0.47-4.37)	1.67 (0.70-3.99)
実務経験の年数	0.97 (0.89-1.06)	1.02 (0.93-1.12)	0.97 (0.90-1.05)	0.89** (0.82-0.96)
研修と実務経験の年数とのインターアクション	1.07 (0.88-1.30)	1.04 (0.86-1.24)	1.07 (0.88-1.29)	1.22* (1.04-1.42)
死に近い患者との関わり	1.23* (1.03-1.47)	1.88*** (1.54-2.30)	1.20* (1.04-1.38)	1.90*** (1.65-2.19)
病院勤務	1.47 (0.94-2.29)	1.01 (0.64-1.61)	1.10 (0.82-1.48)	0.60*** (0.46-0.79)

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

とも合致するものである。本研究では、意思決定支援に係る研修は、医師の ACP の実践に直接効果があり、看護師の ACP の実践には実務年数とのインターアクションという形で影響を与えていた。したがって、今後 ACP の定義や具体的な方法等も含めた研修を充実させ、医師や看護師、他の医療従事者がそういった研修を受けることを推奨することは ACP を普及する上で非常に重要である。過去の研究<sup>13)</sup>でも報告されているように、本研究でも医師と看護師ともに、死に近い患者との関わりが多い者ほど ACP を実践あるいは検討しているという結果を得た。死に近い患者をケアする機会が多ければ、患者本人が医療に関する決断が出来ない場面や、医療・療養についてあらかじめ話し合いがなされていけば遭遇しなかったかもしれない難しい場面に直面するであろうことが推測される。そういった臨床経験が ACP の重要さを認識し、実践することにつながっているのではないだろうか。

また、看護師においては、実務経験が長くなれば、ACP の実践をしていると回答するオッズ比が低くなるという結果を得た。言い換えれば、実務経験の短い看護師ほど ACP を実践しているということである。これは、ACP という概念が比較的新しいということもあり、実務経験の長く

ない看護師が学生時代に ACP の概念を学び実践につなげている可能性がある。しかし実務経験年数と研修のインターアクションが ACP の実践をしていると回答するオッズ比を高くするという結果を鑑みると、実務経験の長い看護師にとっては、ACP に関する研修を受けることが ACP を実践に移す要因と成り得ると考えられる。

病院勤務か否かということは、医師の ACP 実践には有意ではなかったが、看護師の実践には有意であった。病院勤務の看護師は、他の医療・介護施設勤務の看護師に比べて ACP 実践を行っていないかった。これは、病院特有の多忙な業務の影響が関係しているかもしれない。殿城が行った質的研究<sup>14)</sup>で、終末期医療に係る一般病棟の看護師が、業務の忙しさやプライバシーの守られたコミュニケーションが取れる場所の確保の難しさ、更に多忙な医師との情報共有の難しさから、患者や家族と希望する医療について話し合うことがいかに困難であるかを指摘している。本研究でも、こういった病院が抱える特徴が、看護師の ACP 実践の障害になっていたのかもしれない。忙しい医療現場、特に病院で、いかに ACP が実践出来る環境を整えていくか、多職種チームでの話し合いと工夫が必要とされる。

今回の調査では、医療従事者の性別や年齢、自身の医療に対する希望といった

情報も収集されたが、それらの情報と医師や看護師としての ACP の実践状況に対する回答の紐付けが出来なかった。次回の調査では、性別や年齢、自身の医療に対する希望等の因子も含めて解析を行うことが望ましい。

#### E. 結論

ACP の実践の普及を図る上で、研修が重要な役割を果たすことが示唆された。ACP に対する認識を深めて ACP を実践する技術を身につけるためにも、全ての医療従事者が ACP 関連の研修を受けることが望ましい。更に、個々の医療・療養に関わる施設が ACP をいかに業務に取り込んでいくのか考察が必要とされる。

#### F. 健康危険情報

特記なし

#### G. 研究発表

なし

#### 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) 木澤義之：これからの治療・ケアに対する話し合い—アドバンス・ケア・プランニング。  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000189051.pdf>
- 2) Snyder, L. (2012). American College of Physicians ethics manual: Six edition. *Journal of Annals of Internal Medicine*, 156, 73-104.
- 3) 大野博：患者の自己決定権の国際比較とわが国への示唆. 日本医療経済学会会報 2017;30 巻1号 28-43.
- 4) Baker, M. E. (2002). Economic, political, and ethnic influences on end-of-life decision making: A decade in review. *Journal of Health and Social Policy*, 14, 27-39.
- 5) Hunsaker, A. E., & Mann, A. (2013). An analysis of the Patient Self-Determination Act of 1990. *Journal Of Human Behavior In The Social Environment*, 23(7), 841-848.
- 6) Braun, U. K., Beyth, R. J., Ford, M. E., & McCullough, L. B. (2008). Voices of African American, Caucasian, and Hispanic surrogates on the burdens of end-of-life decision making. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 267-74.
- 7) Zhang, B., Wright, A. A., Huskamp, H. A., Nilsson, M. E., Maciejewski, M. L., Earle, C. C., . . . Prigerson, H. G. (2009). Health care costs in the last week of life. *Archives of Internal Medicine*, 169, 480-488.
- 8) Miyata, H., Shiraishi, H., & Kai, I. (2006). Survey of the general public's attitudes toward advance directives in Japan: How to respect patients' preferences. *BMC Medical Ethics*, 7:E11.
- 9) Nakazawa, K., Kizawa, Y., Maeno, T., Takayashiki, A., Abe, Y., Hamano, J., & Maeno, T. (2014). Palliative care physicians' practices and attitudes regarding advance care planning in palliative care units in Japan: A nationwide survey. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 31(7), 699-709.
- 10) Berns, S. H., Camargo, M., Meier, D. E., & Yuen, J. K. (2017). Goals of care ambulatory resident education: Training residents in

- advance care planning  
conversations in the outpatient  
setting. *Journal of Palliative  
Medicine*, 20(12), 1345-1351.
- 11) Detering, K., Silvester, W., Corke,  
C., Milnes, S., Fullam, R., Lewis,  
V., & Renton, J. (2014). Teaching  
general practitioners and  
doctors-in-training to discuss  
advance care planning: Evaluation  
of a brief multimodality education  
programme. *BMJ Supportive &  
Palliative Care*, 4(3), 313-321.
  - 12) 厚生労働省：患者の意思を尊重した  
人生の最終段階における医療体制に  
ついて。  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisak  
unitsuite/bunya/kenkou\\_iryou/iry  
ou/saisyu\\_iryou/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/saisyu_iryou/index.html)
  - 13) Snyder, S., Hazelett, S., Allen,  
K., & Radwany, S. (2012).  
Physician knowledge, Attitude,  
and experience with advance care  
planning, palliative care, and  
hospice: Results of a primary care  
survey. *American Journal of  
Hospice & Palliative Medicine*,  
30(5), 419-424.
  - 14) 殿城友紀：一般病棟でターミナルケ  
アに携わる看護師の思い。日本赤十  
字看護大学紀要 2009:23、66-75.