

人生の最終段階の医療処置における国民の希望と  
医療者が最善と考える処置の差  
および  
医療・介護従事者による人生の最終段階における話し合いの実態

- I. 人生の最終段階の医療処置における国民の希望と医療者が最善と考える処置との差-一般国民と医療・介護従事者に対する意識調査の解析より-
- II. 人生の最終段階における話し合いの実施、代理意思決定者の確認および話し合いの内容の文書による他職種との共有-その実態と関連する要因 医療・介護従事者に対する意識調査の解析より-

研究分担者	濱野淳	筑波大学医学医療系 講師
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 疾患制御医学専攻 博士課程
研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授 筑波大学 ヘルスサービス開発研究センター センター長

#### 研究要旨

＜研究I: 人生の最終段階の医療処置における国民の希望と医療者が最善と考える処置との差-一般国民と医療・介護従事者に対する意識調査の解析より->

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では、人生の最終段階における医療・ケアの提供にあたって、医療・ケアチームは、丁寧に、本人の意思をくみ取り、関係者と共有する取組を進めることが重要とされ、価値観の異なる立場での合意形成のプロセスが必要としている。諸外国の先行研究では、医師と看護師の間では、人生の最終段階における患者の意向に関する認識が異なっていることや、国民と患者、そして、医療者の中で、延命治療の希望に関する意向が必ずしも一致しないと報告されている。本研究では、無作為に抽出された全国の国民、医師、看護師、介護職員を対象とした無記名式自記式アンケート調査「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の解析から、人生の最終段階において国民が希望する医療処置と、医師・看護師・介護職員が最善と考える医療処置の実態を明らかにし、違いを検証した。研究結果から、がん疾患によって人生の最終段階を迎えた場合に、国民が希望する医療処置と医師、看護師、介護職員が最善と考える医療処置は必ずしも一致しない可能性が示された。また、一部の国民は「抗がん剤や放射線による治療」、「人工呼吸器」、「心肺蘇生」などの積極的な治療、延命処置を望んでいることが示された。本研究結果を踏まえ、今後は、国民の意向が必ずしも医療・介護職が考える最善と一致しないことを理解したうえで、医療・介護職が積極的に本人の意向や価値観を尋ねることを重要視していくことが望ましいと考えられる。また、心不全、慢性呼吸器疾患、認知症、

フレイルなど死因につながる可能性の高い非がん疾患に罹患した場合の国民の意向と、医療・介護職が最善と考える医療処置の比較する研究や、実際に疾患に罹患し、病状が変化している状況における患者の意向や、その患者に関わる医療・介護職が考える最善の医療処置を明らかにし、比較検証する研究も必要と考えられる。

#### ＜研究II:人生の最終段階における話し合いの実施、代理意思決定者の確認および話し合いの内容の文書による他職種との共有-その実態と関連する要因 医療・介護従事者に対する意識調査の解析より->

人生の最終段階における話し合いを持つことは、人生の最終段階における医療・ケアの質やQOLを向上させることが先行研究で示されている。しかし、人生の最終段階において、患者と医師・看護師・介護職員の話し合いの実態および関連する要因は明らかになっていない。本研究では、無作為に抽出された全国の医師、看護師、介護職員を対象とした無記名式自記式アンケート調査「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の解析から、看取りが近い患者本人と医師・看護師・介護職員の人生の最終段階に関する話し合いの実態および関連する要因を調査した。解析対象者全員における単変量解析の結果を考慮して二項ロジスティック解析を行った結果、「看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合いを持つこと」に有意に関連する要因のうち、医師、看護師、介護職員に共通する要因として、「人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴」と「少なくとも1ヶ月に1名以上看取りが近い患者に関わること」が明らかになった。今後は、看取りが近い患者と関わる頻度の多い医師、看護師、介護職員を対象として、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の有用性について検証していく必要があると考えられる。本研究で、看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合いを十分に行っていると考えている医師は、回答者全体の約1/4であったことを踏まえ、看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合いを進めるために、効果的な教育研修プログラムの開発・普及や制度的な支援が必要と考えられる。

#### ＜研究IおよびIIから得られた提言＞

研究I・IIの結果から、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で示されているように、本人の意思をくみ取り、関係者と共有するために、国民、医療・介護職それぞれがお互いの意向や価値観が異なる可能性を認識したうえで、お互いの立場を理解し合いながら、合意形成のプロセスを進めて行くことや、看取りが近い患者と関わる頻度の多い医師、看護師、介護職員を対象として、人生の最終段階の意思決定支援に関する研修を開催していくことが重要と考えられる。

## 研究I: 人生の最終段階の医療処置における国民の希望と医療者が最善と考える処置との差-一般国民と医療・介護従事者に対する意識調査の解析より-

### A. 研究目的

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（プロセス・ガイドライン）では、人生の最終段階における医療・ケアの提供にあたって、医療・ケアチームは、本人の意思を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含め、できる限り把握することが必要とされている。平成24年度に行われた人生の最終段階における医療に関する意識調査で、国民は、様々な人生の最終段階の状況において希望する治療方針を詳細に尋ねたところ、どのような状況でも侵襲性が高い等の一定以上の治療は望まない傾向であったと報告されている<sup>1</sup>。

また、諸外国の先行研究では、医師と看護師の間では、人生の最終段階における患者の意向に関する認識が異なっていることや、国民と患者、そして医療者の間で、延命治療の希望に関する意向が必ずしも一致しないと報告されている<sup>2,3</sup>。

そして、プロセス・ガイドラインでは、医療・ケアチームは、丁寧に、本人の意思をくみ取り、関係者と共有する取組を進めることが重要とされ、価値観の異なる立場での合意形成のプロセスが必要とされている。

そこで、本研究の目的は、人生の最終段階において国民が希望する医療処置と、医師・看護師・介護職員が最善と考える医療処置の実態を明らかにし、違いを検証することとした。

### B. 研究方法

本研究は2017年12月に厚生労働省により実施された無作為に抽出された全国の国民、医師、看護師、介護職員を対象とした無記名式自記式アンケート調査「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の解析である。

研究班は、厚生労働省より先の調査データを、回答者の個人が同定されない形式で授受され、解析に用いた。

国民、医師、看護師、介護職員に対して、「もし、あなたが末期がんと診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくく、呼吸が苦しいといった状態です。しかし、痛みはなく、意識や判断力は健康な時と同様に保たれて場合、どのような医療を希望しますか」と質問した。

医療処置は（1）抗がん剤や放射線による治療（2）飲水できなくなった場合の点滴（3）経口摂取できなくなった場合の中心静脈栄養（4）経口摂取できなくなった場合の経鼻栄養（5）経口摂取できなくなった場合の胃瘻（6）人工呼吸器（7）心肺蘇生の7つについて、それぞれ回答を求めた。

国民の回答選択肢は、「望む・望まない・分からない」、医師、看護師、介護職員の回答選択肢は、「勧める・勧めない・分からない」とした。

無回答などにより情報が欠損している回答者は、解析対象から除外した。

解析にはSPSSを用い、単純な2群間比較にはカイ2乗検定・Fisherの正確確率検定を用いた。P<0.05を有意差ありとした。

倫理的配慮として、厚生労働省からのデータ利用に関しては、筑波大学倫理審査委員会の審査による承認の上、実施とした。

### C. 研究結果

回答者および解析対象者は、国民973名（回収率16.2%）、医師1039名（回収率23.1%）・1012名、看護師1854名（30.9%）・1824名、介護職員752名（37.6%）であった。回答者の背景として、国民においては、男性535名（55.0%）、65歳以上448名（46.1%）であった。医師、看護師、介

護職員においては、実務経験 31 年以上の人数・割合がそれぞれ 481 名 (47.5%)、612 名 (33.6%)、29 名 (3.8%) であった。勤務場所として最も多いのは、医師、看護師はともに病院 652 名 (64.4%)、838 名、(45.9%) であり、介護職員においては、介護老人福祉施設 396 名 (52.9%) であった。(Table I-1)

提示されたシナリオにおける医療処置として、国民は「飲水できなくなった場合の点滴」(48.5%)、「抗がん剤や放射線による治療」(27.5%)、「経口摂取できなくなった場合の中心静脈栄養」(13.8%)の順に多く、医師は「飲水できなくなった場合の点滴」(59.5%)、「抗がん剤や放射線による治療」(22.5%)、「経口摂取できなくなった場合の中心静脈栄養」(18.6%)、看護師は「飲水できなくなった場合の点滴」(56.4%)、「経口摂取できなくなった場合の中心静脈栄養」(20.0%)、「抗がん剤や放射線による治療」(18.7%)、介護職員は「飲水できなくなった場合の点滴」(53.6%)、「心肺蘇生」(15.4%)、「抗がん剤や放射線による治療」(15.2%)の順に多かった。(Table I-2)

国民が望む割合と、医師・看護師・介護職員が勧める割合を比較すると、国民が、「抗がん剤や放射線による治療」、「人工呼吸器」を望む割合が、医師、看護師、介護職員が勧める割合より有意に多いことが分かった。また、国民が「心肺蘇生」を望む割合が、医師、看護師が勧める割合より有意に多いことが分かった。(Table I-3)

医師、看護師、介護職員がそれぞれの医療処置を勧める割合を比較すると、「飲水できなくなった場合の点滴」、「人工呼吸器」については、職種間で有意な差はなかった。医師においては、介護職員よりも「抗がん剤や放射線による治療」を勧める割合が有意に多く、看護師、介護職員よりも「経口摂取できなくなった場合の経鼻栄養」を勧める割合が有意に多く、そして、看護師よりも「経口摂取できなくなった場合の胃瘻」を勧める割合が多いことが分かった。また、介護職員は医師、

看護師より「心肺蘇生」を勧める割合が有意に多いことも分かった。(Table I-4)

## D. 考察

人生の最終段階において国民が希望する医療処置と、医師・看護師・介護職員が最善と考える医療処置の実態を明らかにし、違いを検証することを目的に厚生労働省により実施された無作為に抽出された全国の国民、医師、看護師、介護職員を対象とした無記名式自記式アンケート調査「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の解析を行った。

提示されたシナリオにおける医療処置として、「飲水できなくなった場合の点滴」については、国民の 48.5%が希望し、医師、看護師、介護職員の 53.6~59.5%が勧めると回答した。また、「抗がん剤や放射線による治療」、「人工呼吸器」、「心肺蘇生」については、医師、看護師が勧める割合よりも国民が希望する割合が有意に多いことが明らかになった。

この結果は、人生の最終段階において、医療・ケアの質の評価指標とされている積極的治療の有無、人工呼吸器の使用、心肺蘇生の実施について<sup>4</sup>、一部の国民は、医療者が考える最善の医療処置と異なる意向を持ち、より積極的な治療・延命を望むことを示している。

また、「飲水できなくなった場合の点滴」、「経口摂取できなくなった場合の経鼻栄養」、「経口摂取できなくなった場合の胃瘻」という支持緩和療法については、医師は支持緩和療法を勧める傾向があるものの、国民は支持緩和療法を強く望んでいない可能性が考えられる。

これらのことから、国民と医療者が考える人生の最終段階における最善の医療処置は必ずしも一致していない可能性がある。これは、人生の最終段階における積極的治療の効果と限界に関して、国民と医療者の間に知識や経験の差があることが理由の1つとも考えられるが、今後、国民と

医療者が考える人生の最終段階における最善の医療処置が一致しない理由について、検証を進めていく必要がある。

医師、看護師、介護職員の職種間において、それぞれの医療処置を勧める割合を比較した結果、「飲水できなくなった場合の点滴」、「人工呼吸器」以外については、職種によって勧める割合が異なることが分かった。

これは、各職種の職業倫理観や知識・経験に影響を受けている可能性がある。

介護職員においては、医師、看護師より「心肺蘇生」を勧める割合が有意に多いことが分かった。

川上らは、介護職員の看取りに対する認識と、認識に影響する要因に関する研究において、介護職員は、「利用者の容態が急に变化し、亡くなること」「利用者がいつ亡くなるのか、判断できないこと」などを不安と感じ、「看取りの経験や知識の不足のため、看取りに対する自分自身の不安がある」と報告している<sup>5</sup>。

そして、看取りの経験がない介護職員は、「心肺停止など、急に状態が変化した時にどう対応するか」ということについて学習した経験が少ないことも明らかになっている。

これらのことから、介護職員が人生の最終段階において、医師、看護師よりも心肺蘇生を勧める理由として、介護職員は、人が亡くなりゆく経過や看取りの際の対応について知識、経験が十分でないことが考えられる。

## E. 提言

### (1) 臨床

本研究結果は、がん疾患によって状態が悪化し、余命が限られている場合を想定した場合の国民、医療・介護職の意向が必ずしも一致しない可能性を示唆している。臨床現場において、医療・介護職は、専門的な観点で正確な情報を伝え、最善と考えられる方向性を提示することが重要視されている一方で、本人の意向と、その理由を尋ね、

本人の意向に沿った理由を共に考えていくことは十分浸透していないと考えられる。本研究結果に基づいて、国民の意向が必ずしも医療・介護職が考える最善と一致しないことを理解したうえで、医療・介護職が積極的に本人の意向や価値観を尋ねることを重視していくことが望ましいと考えられる。

### (2) 研究

本研究は、がん疾患によって状態が悪化し、余命が限られている場合のみを想定して国民の意向や、医療・介護職が最善と考える医療処置を評価している。

しかし、我が国の死因の約 2/3 は非がん疾患であることを考えると<sup>6</sup>、今後は、心不全、慢性呼吸器疾患、認知症、フレイルなど死因につながる可能性の高い疾患に罹患した場合の国民の意向と、医療・介護職が最善と考える医療処置の比較する研究が必要と考えられる。また、本研究のように仮定したシナリオに基づいた意向だけでなく、実際に疾患に罹患し、病状が変化している状況における患者の意向や、その患者に関わる医療・介護職が考える最善の医療処置を明らかにし、比較検証することも必要と考えられる。

## F. 研究発表

なし

## G. 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. Kissane LA, Ikeda B, Akizuki R, Nozaki S, Yoshimura K, Ikegami N. End-of-life

- preferences of the general public: Results from a Japanese national survey. *Health Policy (New York)*. 2015;119(11):1472-1481.
2. Cardona M, Lewis E, Shanmugam S, et al. Dissonance on perceptions of end-of-life needs between health-care providers and members of the public: Quantitative cross-sectional surveys. *Australas J Ageing*. March 2019.
  3. Yun YH, Kim K-N, Sim J-A, et al. Comparison of attitudes towards five end-of-life care interventions (active pain control, withdrawal of futile life-sustaining treatment, passive euthanasia, active euthanasia and physician-assisted suicide): a multicentred cross-sectional survey of Korea. *BMJ Open*. 2018;8(9):e020519.
  4. Miyashita M. 総説 緩和ケアのQuality indicator. *Palliat Care Res*. 2007;2((2)):401-415.
  5. 川上 嘉明, 浜野 淳, 小谷 みどり, 桑田 美代子, 山本 亮, 木澤 義之, 志真 泰夫. 介護職員の看取りに対する認識と認識に影響する要因—混合研究法を用いた探索的研究—. *Palliat Care Res*. 2019;14(1):43-52.
  6. 平成 29 年(2017)人口動態統計月報年計(概数)の概況. p.11-12.  
<http://www.pinkribbonfestival.jp/about/pdf/h29.pdf> (最終アクセス: 2019/4/26)

Table I-1 回答者背景

Table I-1-① 国民の基本属性

		国民 (n=973)	
		n	%
性別	男性	535	55.0
	女性	411	42.2
年齢	20-39 歳	148	15.2
	40-64 歳	354	36.4
	65-74 歳	236	24.3
	75 歳以上	212	21.8
最終学歴	中学	109	11.2
	高校	328	33.7
	短大・専門学校	178	18.3
	大学・大学院	329	33.8

Table I-1-② 医師・看護師・介護職員の基本属性

	医師 (n=1012)		看護師 (n=1824)		介護職員 (n=740)		
	n	%	n	%	n	%	
実務経験年数	1-15	139	13.7	317	17.4	386	51.5
	16-30	392	38.7	895	49.1	334	44.6
	31-	481	47.5	612	33.6	29	3.9
勤務場所	病院	652	64.4	838	45.9	n. a*	n. a*
	診療所	337	33.3	300	16.4	n. a*	n. a*
	介護老人保健施設	n. a*	n. a*	194	10.6	340	45.4
	介護老人福祉施設	n. a*	n. a*	199	10.9	396	52.9
	訪問看護ステーション	n. a*	n. a*	210	11.5	n. a*	n. a*
	その他	10	1.0	63	3.5	6	0.8

\*n. a : not applicable

Table I-2 がん疾患による人生の最終段階において国民が希望する医療処置および医師・看護師・介護職員が勧める医療処置

医療処置	国民 (n= 973)		医師 (n=1039)		看護師 (n=1854)		介護職 (n=752)									
	望む n	%	望まない n	%	勧める n	%	勧めない n	%								
抗がん剤や放射線による治療	268	27.5	407	41.8	234	22.5	523	50.3	346	18.7	819	44.2	114	15.2	333	44.3
飲水できなくなった場合の点滴	472	48.5	273	28.1	618	59.5	242	23.3	1045	56.4	407	22.0	403	53.6	157	20.9
経口摂取できなくなった場合の中心静脈栄養	134	13.8	559	57.5	193	18.6	638	61.4	370	20.0	992	53.5	86	11.4	413	54.9
経口摂取できなくなった場合の経鼻栄養	95	9.8	623	64.0	156	15.0	668	64.3	159	8.6	1291	69.6	65	8.6	474	63.0
経口摂取できなくなった場合の胃瘻	58	6.0	693	71.2	107	10.3	736	70.8	144	7.8	1333	71.9	62	8.2	468	62.2
人工呼吸器	79	8.1	634	65.2	50	4.8	830	79.9	76	4.1	1413	76.2	33	4.4	476	63.3
心肺蘇生	110	11.3	673	69.2	53	5.1	857	82.5	108	5.8	1412	76.2	116	15.4	399	53.1

Table I-3 がん疾患による人生の最終段階において国民が希望する医療処置と医師・看護師・介護職員が勧める医療処置の比較

Table I-3-① 国民と医師の比較

医療処置	国民 望む		医師 勧める		p
	n	%	n	%	
抗がん剤や放射線による治療 (n=675, 758)	268	39.7	234	30.9	<0.001
飲水できなくなった場合の点滴 (n=745, 860)	472	63.4	618	71.9	<0.001
経口摂取できなくなった場合の中心静脈栄養 (n=693, 831)	134	19.3	193	23.2	0.066
経口摂取できなくなった場合の経鼻栄養 (n=718, 824)	95	13.2	156	18.9	0.002
経口摂取できなくなった場合の胃瘻 (n=751, 843)	58	7.7	107	12.7	0.001
人工呼吸器 (n=713, 880)	79	11.1	50	5.7	<0.001
心肺蘇生 (n=783, 910)	110	14.0	53	5.8	<0.001

Table I-3-② 国民と看護師の比較

医療処置	国民 望む		看護師 勧める		p
	n	%	n	%	
抗がん剤や放射線による治療 (n=675, 1165)	268	39.7	346	29.7	<0.001
飲水できなくなった場合の点滴 (n=745, 1461)	472	63.4	1054	72.1	<0.001
経口摂取できなくなった場合の中心静脈栄養 (n=693, 1362)	134	19.3	370	27.2	<0.001
経口摂取できなくなった場合の経鼻栄養 (n=718, 1450)	95	13.2	159	11.0	0.123
経口摂取できなくなった場合の胃瘻 (n=751, 1477)	58	7.7	144	9.7	0.115
人工呼吸器 (n=713, 1489)	79	11.1	76	5.1	<0.001
心肺蘇生 (n=783, 1520)	110	14.0	108	7.1	<0.001

Table I -3-③ 国民と介護職員の比較

医療処置	国民 望む		介護職員 勧める		p
	n	%	n	%	
抗がん剤や放射線による治療 (n=675, 447)	268	39.7	114	25.5	<0.001
飲水できなくなった場合の点滴 (n=745, 560)	472	63.4	403	72.0	0.001
経口摂取できなくなった場合の中心静脈栄養 (n=693, 499)	134	19.3	86	17.2	0.356
経口摂取できなくなった場合の経鼻栄養 (n=718, 539)	95	13.2	65	12.1	0.537
経口摂取できなくなった場合の胃瘻 (n=751, 530)	58	7.7	62	11.7	0.016
人工呼吸器 (n=713, 509)	79	11.1	33	6.5	0.006
心肺蘇生 (n=783, 515)	110	14.0	116	22.5	<0.001

Table I-4 がん疾患による人生の最終段階において医師・看護師・介護職員が勧める医療処置の比較

Table I-4-① 医師と看護師の比較

医療処置	医師		看護師		p
	n	%	n	%	
抗がん剤や放射線による治療 (n=758, 1165)	234	30.9	346	29.7	0.585
飲水できなくなった場合の点滴 (n=860, 1461)	618	71.9	1054	72.1	0.884
経口摂取できなくなった場合の中心静脈栄養 (n=831, 1362)	193	23.2	370	27.2	0.04
経口摂取できなくなった場合の経鼻栄養 (n=824, 1450)	156	18.9	159	11.0	<0.001
経口摂取できなくなった場合の胃瘻 (n=843, 1477)	107	12.7	144	9.7	0.028
人工呼吸器 (n=880, 1489)	50	5.7	76	5.1	0.545
心肺蘇生 (n=910, 1520)	53	5.8	108	7.1	0.219

Table I-4-② 医師と介護職員の比較

医療処置	医師		介護職員		p
	n	%	n	%	
抗がん剤や放射線による治療 (n=758, 447)	234	30.9	114	25.5	0.047
飲水できなくなった場合の点滴 (n=860, 560)	618	71.9	403	72.0	0.966
経口摂取できなくなった場合の中心静脈栄養 (n=831, 499)	193	23.2	86	17.2	0.009
経口摂取できなくなった場合の経鼻栄養 (n=824, 539)	156	18.9	65	12.1	0.001
経口摂取できなくなった場合の胃瘻 (n=843, 530)	107	12.7	62	11.7	0.585
人工呼吸器 (n=880, 509)	50	5.7	33	6.5	0.544
心肺蘇生 (n=910, 515)	53	5.8	116	22.5	<0.001

Table I-4-③ 看護師と介護職員の比較

医療処置	看護師		介護職員		p
	n	%	n	%	
抗がん剤や放射線による治療 (n=1165, 447)	346	29.7	114	25.5	0.095
飲水できなくなった場合の点滴 (n=1461, 560)	1054	72.1	403	72.0	0.936
経口摂取できなくなった場合の中心静脈栄養 (n=1362, 499)	370	27.2	86	17.2	<0.001
経口摂取できなくなった場合の経鼻栄養 (n=1450, 539)	159	11.0	65	12.1	0.493
経口摂取できなくなった場合の胃瘻 (n=1477, 530)	144	9.7	62	11.7	0.205
人工呼吸器 (n=1489, 509)	76	5.1	33	6.5	0.237
心肺蘇生 (n=1520, 515)	108	7.2	116	22.5	<0.001

## II. 人生の最終段階における話し合いの実施、代理意思決定者の確認および話し合いの内容の文書による他職種との共有-その実態と関連する要因 医療・介護従事者に対する意識調査の解析より-

### A. 研究目的

人生の最終段階における話し合いを行った患者は、自らの希望に沿った医療・ケアを受けられ、人生の最終段階における医療・ケアの質やQOLが向上されることが報告されている<sup>2,4</sup>。また、話し合いを持つことで人生の最終段階における効果の乏しい積極的な医学介入の頻度が減少することが報告されている<sup>4,5</sup>。

我が国の代表的な遺族調査である「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 (J-HOPE 研究)」では、人生の最終段階の治療の目標や過ごし方に関する話し合いをもつことは、遺族評価による「患者の望ましい死の達成」や「人生の最終段階に受けたケアの質」の評価が有意に高かったと報告されている<sup>6</sup>。

そして、2016年度より「人生の最終段階における医療体制整備事業」の事業として「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」が全国で開催され、人生の最終段階において、多職種が患者の意向を尊重した話し合いができるような教育プログラムが実施されている。

しかし、人生の最終段階において、患者と医師・看護師・介護職員の話し合いの実態および関連する要因は明らかになっていない。

そこで、本研究の目的は、看取りが近い患者本人と医師・看護師・介護職員の人生の最終段階に関する話し合いの実態および関連する要因を明らかにすることとした。

### B. 研究方法

本研究は2017年12月に厚生労働省により実施された無作為に抽出された全国の医師、看護師、介護職員を対象とした無記名式自記式アンケート調査「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の解析である。

研究班は、厚生労働省より先の調査データを、回答者の個人が同定されない形式で授受され、解析に用いた。

各職種において、看取りが近い患者と十分な話し合いを行っている回答した人を明らかにし、これに関連する要因と、代理意思決定者を確認することおよび人生の最終段階における話し合いの内容を文書で他職種と共有することを、臨床経験年数、勤務場所、看取りが近い患者との関わりの頻度、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修(患者の意向を尊重した意思決定のための研修会(E-FEILD)、もしくはがん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会(PEACE))の受講歴の有無を用い二項ロジスティック回帰分析を行った。

無回答などにより情報が欠損している回答者は、解析対象から除外した。

解析にはSPSSを用い、単純な2群間比較にはカイ2乗検定・Fisherの正確確率検定を、多変量解析には二項ロジスティック回帰分析を行い、モデル適合度はHosmer-Lemeshowテストを用いた。P<0.05を有意差ありとした。

倫理的配慮として、厚生労働省からのデータ二次利用に関しては、筑波大学倫理審査委員会の審査による承認の上、実施とした。

### C. 研究結果

回答者および解析対象者は、医師1039名(回収率23.1%)・1012名、看護師1854名(30.9%)・1824名、介護職員752名(37.6%)・749名であった。

解析対象者の基本属性(TableII-1)は、実務経験年数31年以上481人(47.5%)、612人(33.6%)、29人(3.9%)、医師、看護師の勤務場所は病院が最も多く、それぞれ652人(64.4%)、838人(45.9%)で、介護職員は、介護老人保健福祉施設が396人

(52.9%)と最も多かった。

調査項目「人生の最終段階の意思決定支援に係る研修を受けていますか」に対し、「受けたことがある」と回答したのはそれぞれ 205 人 (20.3%)、164 人 (9.0%)、26 人 (3.5%)、「あなたは死に近い患者とどのくらい関わりますか」に対し、「1ヶ月に1名以上」と回答したのは、それぞれ 403 人 (39.8%)、549 人 (30.1%)、115 人 (15.4%)、「あなたは、担当される死に近い患者の医療・療養について、患者本人と十分な話し合いを行っていますか」に対して、「十分行っている」と回答したのはそれぞれ 281 人 (27.8%)、324 人 (17.8%)、139 人 (18.6%)であった。

解析対象者全員における単変量解析の結果、医師において、「看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合いを持つ」ことに有意に関連するのは、実務経験( $p<0.001$ )、病院勤務( $p<0.001$ )、診療所勤務( $p<0.001$ )、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴( $p<0.001$ )、死に近い患者と関わる頻度( $p<0.001$ )であった (TableII-2-①)。

看護師においては、病院勤務( $p<0.001$ )、診療所勤務( $p<0.001$ )、介護老人福祉施設勤務( $p<0.001$ )、訪問看護ステーション( $p<0.001$ )、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴( $p<0.001$ )、死に近い患者と関わる頻度( $p<0.001$ )であった (TableII-2-②)。

介護職員においては、実務経験( $p=0.009$ )、介護老人保健施設勤務( $p<0.001$ )、介護老人福祉施設勤務( $p<0.001$ )、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴( $p=0.004$ )、死に近い患者と関わる頻度( $p<0.001$ )であった (TableII-2-③)。

これらの変数を考慮し解析対象者全員に二項ロジスティックス解析を行うと、「看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合いを持つこと」に有意に関連する要因は、医師において、病院勤務( $p<0.001$ )、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴( $p<0.001$ )、少なくとも

1ヶ月に1名以上看取りが近い患者に関わること( $p<0.001$ )であった (TableII-3-①)。

看護師においては、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴( $p=0.007$ )、少なくとも1ヶ月に1名以上看取りが近い患者に関わること( $p<0.001$ )であった (TableII-3-②)。

介護職員においては、介護老人保健施設 ( $p<0.001$ )、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴( $p=0.006$ )、少なくとも1ヶ月に1名以上看取りが近い患者に関わること( $p=0.001$ )であった (TableII-3-③)。

また、二項ロジスティックス解析の結果、「代理意思決定者を確認すること」に有意に関連する要因は、医師において、病院勤務( $p<0.001$ )、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴 ( $p=0.004$ )、少なくとも1ヶ月に1名以上看取りが近い患者に関わること( $p=0.043$ )であった。そして、「人生の最終段階における話し合いの内容を文書で他職種と共有すること」に有意に関連する要因は、医師において、病院勤務( $p<0.001$ )であった (TableII-3-①)。

#### D. 考察

看取りが近い患者本人と医師・看護師・介護職員の人生の最終段階に関する話し合いの実態および関連する要因を明らかにすることを目的に厚生労働省により実施された無作為に抽出された全国の医師、看護師、介護職員を対象とした無記名式自記式アンケート調査「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の解析を行った。

医師、看護師、介護職員はいずれも回答者の約60%が「看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合い」について「十分行っている」「一応行っている」と回答していた。

J-HOPE 研究では、がん患者遺族の80.6%が医療者と人生の最終段階に関する話し合いが行われたと回答しているが、本調査結果では、医療者が話し合いを持つ頻度がより少ない可能性が示

唆されている。頻度が異なる原因として考えられるのは、二項ロジスティクス解析の結果、話し合いを持つことに有意に関係する要因として「少なくとも1ヶ月に1名以上看取りが近い患者に関わること」があることから、J-HOPE 研究は緩和ケア病棟を中心として、緩和ケアを積極的に行っている施設で亡くなったがん患者遺族を対象としているため、医療者が看取りの近い患者に関わる頻度が多いことが予想され、その結果、遺族から見た話し合いの頻度が多かった可能性が考えられる。

そして、「看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合いを持つこと」に有意に関連する要因のうち、医師、看護師、介護職員に共通する要因として、「人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴」と「少なくとも1ヶ月に1名以上看取りが近い患者に関わること」であった。

これは、看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合いを持つためには、人生の最終段階にある患者と関わる経験と体系的な学習の機会が必要であることを示唆している。

近年の系統的レビューで、コミュニケーション技術の習得を含む研修会は、医療者が看取りの近い患者本人と人生の最終段階について話すことに良い影響を与える可能性を示唆している<sup>7</sup>。一方で、過去の研究は質が必ずしも高くないため、人生の最終段階について話すことに関する研修会の有用性については、結論が出せないとされている。本調査においても、横断研究であることや、関連する要因が十分に探索できていないことから体系的な学習の機会があることと看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合いを持つことの因果関係については言及できない。

「代理意思決定者を確認すること」、「人生の最終段階における話し合いの内容を文書で他職種と共有すること」に有意に関連する要因として、医師において「病院勤務」であることが明らかに

なった。これは、各施設において代理意思決定者を確認することや、話し合いの内容を文書で共有することが求められていることが影響している可能性がある。また、「人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴」、「少なくとも1ヶ月に1名以上看取りが近い患者に関わること」が「代理意思決定者を確認すること」に有意に関連する要因となっていることは、適切な教育や経験によって、医師が代理意思決定者を確認するようになる可能性が示唆される。

## E. 提言

### (1) 臨床

人生の最終段階における医療・ケアのゴールについて話し合うことは、価値がある介入行為と考えられ、早い段階からの話し合いが推奨されている。しかし、本研究結果では、看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合いを十分に行っていると考えている医師は、回答者全体の約1/4であった。この結果からは、生命を脅かす疾患に罹患している患者に対して、適切なタイミングで医療・ケアのゴールに関する話し合いを始めることが十分にできていない可能性が考えられる。その理由としては、生命予後の予測が難しいことなどが挙げられているが<sup>8</sup>、近年では、生命予後の長さに関わらず、本人の価値観や気がかりについて話し合うことの重要性が示されており、アドバンスケアプランニング（自らが望む人生の最終段階の医療・ケアについて医師や家族と話し合うこと）の普及・啓発が重要と考えられている<sup>9</sup>。よって、医療・介護職がアドバンスケアプランニングを実践するための教育研修プログラムの開発・普及や制度的な支援が必要であると考えられる。

### (2) 研究

本研究は、横断研究であるため、看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合いを持

つことに影響する因子については、明らかになっていない。

そのため、今後は、看取りが近い患者と関わる頻度の多い医師、看護師、介護職員などを対象とした教育研修プログラムを開発し、クラスターランダム化比較試験などの手法を用いて、看取りが近い患者本人と医師・看護師・介護職員などの話し合いが進むための効果的な介入方法を検証する必要がある。

また、患者本人と話し合うことが、人生の最終段階の医療・ケアの質や満足度にどのような影響を与えるか、そして、どのようなことを話し合うと、患者本人が望む医療・ケアを利用できるようになるのかということも明らかにしていく必要がある。

## 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

- Mack JW, Weeks JC, Wright AA, Block SD, Prigerson HG. End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. *J Clin Oncol*. 2010;28(7):1203-8.
- Mori M, Ellison D, Ashikaga T, McVeigh U, Ramsay A, Ades S. In-advance end-of-life discussions and the quality of inpatient end-of-life care: a pilot study in bereaved primary caregivers of advanced cancer patients. *Support Care Cancer*. 2013;21(2):629-36.
- Wright AA, Keating NL, Balboni TA, Matulonis UA, Block SD, Prigerson HG. Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *J Clin Oncol*. 2010;28(29):4457-64.
- Wright AA, Zhang B, Ray A, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*. 2008;300(14):1665-73.
- Mack JW, Cronin A, Keating NL, et al. Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: a prospective cohort study. *J Clin Oncol*. 2012;30(35):4387-95.
- Yamaguchi T, Maeda I, Hatano Y, et al. Effects of End-of-Life Discussions on the Mental Health of Bereaved Family Members and Quality of Patient Death and Care. *J Pain Symptom Manage*. 2017;54(1):17-26.e1.
- Lord L, Clark-Carter D, Grove A. The effectiveness of communication-skills training interventions in end-of-life noncancer care in acute hospital-based services: A systematic review. *Palliat Support Care*. 2016;14(04):433-444.
- Bernacki RE, Block SD. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA Intern Med*. 2014;174(12):1994-2003.
- Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53(5):821-832.e1.

Table II-1 解析対象者の基本属性

	医師 (n=1012)		看護師 (n=1824)		介護士 (n=749)	
	n	%	n	%	n	%
<b>実務経験年数</b>						
1-15	139	13.7	317	17.4	386	51.5
16-30	392	38.7	895	49.1	334	44.6
31-	481	47.5	612	33.6	29	3.9
<b>勤務場所</b>						
病院	652	64.4	838	45.9	n. a*	n. a*
診療所	337	33.3	300	16.4	n. a*	n. a*
介護老人保健施設	n. a*	n. a*	194	10.6	340	45.4
介護老人福祉施設	n. a*	n. a*	199	10.9	396	52.9
訪問看護ステーション	n. a*	n. a*	210	11.5	n. a*	n. a*
その他	10	1.0	63	3.5	6	0.8
<b>人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴</b>						
あり	205	20.3	164	9.0	26	3.5
<b>看取りが近い患者に関わる頻度</b>						
1ヶ月に1名以上	403	39.8	549	30.1	115	15.4
半年に1名以上	230	22.7	631	34.6	349	46.6
1年に1名程度	131	12.9	270	14.8	200	26.7
ほとんどない	225	22.2	337	18.5	72	9.6
<b>看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合いを行っているか</b>						
十分行っている	281	27.8	324	17.8	139	18.6
一応行っている	385	38.0	809	44.4	280	37.4
ほとんど行っていない	135	13.3	301	16.5	232	31.0

代理意思決定者の確認	看取りが近い患者と関わっていない	196	19.4	354	19.4	89	11.9
人生の最終段階における話し合いの内容を文書で他職種で共有している	行っている	830	82.0	1541	84.5	597	79.7
	共有している	587	58.0	969	53.1	362	48.3

\*n. a : not applicable

Table II-2 看取りが近い患者との話し合い、代理意思決定の確認、他職種と話し合いの内容の共有に関連する要因に関する単変量解析

Table II-2-① 医師 (n=1012)

	看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合い		代理意思決定者を確認する		人生の最終段階における話し合いの内容を文書で他職種と共有する		p*
	Yes n %	No n %	Yes n %	No n %	Yes n %	No n %	
実務経験年数							0.006
1-15	108 10.7	28 2.8	120 11.9	19 1.9	101 10.0	7 0.7	0.009
16-30	281 27.8	109 10.8	335 33.1	57 5.6	254 25.1	23 2.3	
31-	277 27.4	194 19.2	375 37.1	106 10.5	232 22.9	42 4.2	
勤務場所							
病院	516 51.0	126 12.5	582 57.5	70 6.9	483 47.7	27 2.7	<0.001
病院以外	138 13.6	204 20.2	235 23.2	112 11.1	93 9.2	45 4.4	
診療所	130 12.8	202 20.0	225 22.2	112 11.1	85 8.4	45 4.4	<0.001
診療所以外	524 51.8	128 12.6	592 58.5	70 6.9	491 48.5	27 2.7	
人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴							
あり	188 18.6	12 1.2	192 19.0	13 1.3	168 16.6	19 1.9	0.782
看取りが近い患者に関わる頻度							0.008
1ヶ月に1名以上	354 35.0	41 4.1	369 36.5	34 3.4	327 32.3	23 2.3	
半年に1名以上	195 19.3	33 3.3	213 21.0	17 1.7	166 16.4	26 2.6	
1年に1名程度	81 8.0	46 4.5	118 11.7	13 1.3	70 6.9	11 1.1	
ほとんどない	22 2.2	202 20.0	114 11.3	111 11.0	17 1.7	5 0.5	

\*p: カイ2乗検定

Table II-2-② 看護師

看護師 (n=1824)

	看取りが近い患者本人と人生の最終段階 に関する話し合い				代理意思決定者を確認する				人生の最終段階における話し合いの内容 を文書で他職種と共有する				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
実務経験年数													
1-15	189	10.4	122	6.7	250	13.7	67	3.7	160	8.8	18	1.0	0.243
16-30	575	31.5	310	17.0	766	42.0	129	7.1	501	27.5	56	3.1	
31-	369	20.2	223	12.2	525	28.8	87	4.8	308	16.9	48	2.6	
勤務場所													
病院	563	30.9	265	14.5	743	40.7	95	5.2	487	26.7	63	3.5	0.772
病院以外	555	30.4	385	21.1	781	42.8	185	10.1	471	25.8	57	3.1	
診療所	52	2.9	245	13.4	175	9.6	125	6.9	25	1.4	26	1.4	<0.001
診療所以外	1066	58.4	405	22.2	1349	74.0	155	8.5	933	51.2	94	5.2	
介護老人保健施設	132	7.2	58	3.2	173	9.5	21	1.2	122	6.7	7	0.4	0.035
介護老人保健施設以外	986	54.1	592	32.5	1351	74.1	259	14.2	836	45.8	113	6.2	
介護老人福祉施設	157	8.6	37	2.0	188	10.3	11	0.6	135	7.4	10	0.5	0.089
介護老人福祉施設以外	961	52.7	613	33.6	1336	73.2	269	14.7	823	45.1	110	6.0	
訪問看護ステーション	175	9.6	26	1.4	190	10.4	20	1.1	154	8.4	13	0.7	0.143
訪問看護ステーション以外	943	51.7	624	34.2	1334	73.1	260	14.3	804	44.1	107	5.9	
人生の最終段階の意思決定支援に係 る研修の受講歴													
あり	129	7.1	35	1.9	152	8.3	12	0.7	120	6.6	8	0.4	0.072
看取りが近い患者に関わる頻度													
1ヶ月に1名以上	467	25.6	71	3.9	506	27.7	43	2.4	411	22.5	38	2.1	<0.001

半年に1名以上	468	25.7	147	8.1	572	31.4	59	3.2	408	22.4	47	2.6
1年に1名程度	155	8.5	111	6.1	28	1.5	42	2.3	116	6.4	32	1.8
ほとんどない	29	1.6	303	16.6	201	11.0	136	7.5	22	1.2	5	0.3

\*p : カイ2乗検定

Table II-2-③ 介護職員

介護職員 (n=749)

	看取りが近い患者本人と人生の最終 段階に関する話し合い				代理意思決定者を確認する				人生の最終段階における話し合い の内容を文書で他職種と共有する						
	Yes n	%	No n	%	p*	Yes n	%	No n	%	p*	Yes n	%	No n	%	p*
実務経験年数	0.009														
1-15	196	26.2	184	24.6		294	39.3	92	12.3		170	22.7	18	2.4	0.356
16-30	208	27.8	123	16.4		279	37.2	55	7.3		180	24.0	17	2.3	
31-	15	2.0	14	1.9		24	3.2	5	0.7		12	1.6	3	0.4	
勤務場所	0.043														
介護老人保健施設	156	20.8	179	23.9	<0.001	245	32.7	95	12.7	<0.001	138	18.4	14	1.9	1
介護老人保健施設以外	262	35.0	139	18.6		350	46.7	55	7.3						
介護老人福祉施設	260	34.7	132	17.6	<0.001	346	46.2	50	6.7	<0.001	221	29.5	24	3.2	0.863
介護老人福祉施設以外	158	21.1	186	24.8		249	33.2	100	13.4		140	18.7	14	1.9	
人生の最終段階の意思決定支援 に係る研修の受講歴	0.043														
あり	22	2.9	4	0.5	0.004	25	3.3	1	0.1	0.043	20	2.7	1	0.1	0.708
看取りが近い患者に関わる頻度	<0.001														
1ヶ月に1名以上	86	11.5	29	3.9		109	14.6	6	0.8		76	10.1	7	0.9	0.417
半年に1名以上	228	30.4	115	15.4		279	37.2	70	9.3		197	26.3	19	2.5	
1年に1名程度	92	12.3	107	14.3		150	20.0	50	6.7		76	10.1	12	1.6	
ほとんどない	8	1.1	64	8.5		48	6.4	24	3.2		8	1.1	0	0.0	

\*p: カイ2乗検定

Table II-3 看取りが近い患者との話し合い、代理意思決定の確認、他職種と話し合いの内容の共有に関連する要因に関する

二項ロジスティック解析

Table II-3-① 医師

	看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合い				代理意思決定者を確認する				人生の最終段階における話し合いの内容を文書で他職種と共有する			
	Exp(B)*	95% CI †	p		Exp(B)*	95% CI †	p		Exp(B)*	95% CI †	p	
実務経験年数												
1-15	1.00		0.185		1.00		0.358		1.00		0.316	
16-30	1.08	0.64-1.84	0.765		1.13	0.61-2.10	0.704		0.58	0.19-1.81	0.348	
31-	0.80	0.47-1.34	0.387		0.86	0.47-1.57	0.616		0.44	0.14-1.38	0.157	
勤務場所												
病院	2.95	2.10-4.15	<0.001		2.84	1.91-4.23	<0.001		8.88	4.65-16.9	<0.001	
人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴	6.00	3.18-11.3	<0.001		2.47	1.34-4.57	0.004		0.69	0.37-1.3	0.253	
看取りが近い患者に関わる頻度												
1ヶ月に1名以上	3.72	2.48-5.57	<0.001		1.62	1.02-2.59	0.043		0.90	0.46-1.77	0.758	

\* Exp(B) : 推定オッズ比

† 95% CI : 95% Confidence interval

Table II-3-② 看護師

## 看護師

	看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合い			代理意思決定者を確認する			人生の最終段階における話し合いの内容を文書で他職種と共有する		
	Exp(B)*	95% CI †	p	Exp(B)*	95% CI †	p	Exp(B)*	95% CI †	p
実務経験年数									
1-15	1.00		0.686	1.00		0.037	1.00		0.558
16-30	1.13	0.85-1.51	0.765	1.48	1.06-2.01	0.023	0.98	0.56-1.72	0.943
31-	1.11	0.82-1.51	0.387	1.55	1.08-2.23	0.019	0.79	0.44-1.42	0.431
勤務場所									
病院	1.05	0.84-1.30	0.676	1.49	1.13-1.97	0.005	0.86	0.58-1.27	0.439
人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴	1.76	1.16-2.66	0.007	2.09	1.13-3.84	0.018	1.80	0.85-3.80	0.125
看取りが近い患者に関わる頻度									
1ヶ月に1名以上	5.34	4.00-7.07	<0.001	2.36	1.66-3.37	<0.001	1.59	1.05-2.42	0.030

\* Exp(B) : 推定オッズ比

† 95% CI : 95% Confidence interval

Table II-3-③ 介護職員

## 介護職員

	看取りが近い患者本人と人 生の最終段階に関する話し 合い		代理意思決定者を確認する		人生の最終段階における 話し合いの内容を文書で 他職種と共有する				
	Exp(B)*	95% CI †	p	Exp(B)*	95% CI †	p	Exp(B)*	95% CI †	p
実務経験年数									
1-15	1.00		0.015	1.00		0.143	1.00		0.327
16-30	1.55	1.13-2.13	0.006	1.48	1.00-2.18	0.049	1.05	0.52-2.12	0.896
31-	0.82	0.37-1.81	0.622	1.24	0.44-3.45	0.686	0.37	0.09-1.45	0.161
勤務場所									
介護老人保健施設	0.46	0.33-0.62	<0.001	0.46	0.33-0.62	<0.001	1.11	0.54-2.27	0.779
人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴	4.65	1.54-14.3	0.006	4.65	1.54-14.3	0.006	2.47	0.31-19.8	0.394
看取りが近い患者に関わる頻度									
1ヶ月に1名以上	2.23	1.40-3.54	0.001	2.23	1.40-3.54	0.001	1.17	0.49-2.79	0.720

\* Exp(B) : 推定オッズ比

† 95% CI : 95% Confidence interval

## <研究I・IIの結語>

研究IIによって、がん疾患によって人生の最終段階を迎えた場合に、国民が希望する医療処置と医師、看護師、介護職員が最善と考える医療処置は必ずしも一致しない可能性が示された。また、一部の国民は「抗がん剤や放射線による治療」、「人工呼吸器」、「心肺蘇生」などの積極的な治療、延命処置を望んでいることが示された。そして、医師、看護師、介護職員の職種間において、それぞれの医療処置を勧める割合は、職種によって異なり、その理由として、各職種の職業倫理観や知識・経験に影響を受けている可能性が考えられた。

研究IIによって、回答した医師・看護師・介護職員の約60%が看取りの近い患者と人生の最終段階に関する話し合いを行っていることが明らかになった。また、「看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合いを持つこと」に有意に関連する要因のうち、医師、看護師、介護職員に共通する要因として、「人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴」と「少なくとも1ヶ月に1名以上看取りが近い患者に関わること」が挙げられた。今後は、看取りが近い患者と関わる頻度の多い医師、看護師、介護職員を対象として、人生の最終段階の意思決定支援に関する教育を広めていく必要があると考えられる。

研究I・IIの結果から、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で示されているように、本人の意思をくみ取り、関係者と共有するために、国民、医療・介護職それぞれがお互いの意向や価値観が異なる可能性を認識したうえで、お互いの立場を理解し合いながら、合意形成のプロセスを進めて行くことや、看取りが近い患者と関わる頻度の多い医師、看護師、介護職員を対象として、人生の最終段階の意思決定支援に関する研修を開催していくことが重要と考えられる。