

厚生労働科学研究費補助金
(地域医療基盤開発推進研究事業)

人生の最終段階における医療のあり方に関する調査の手法開発
及び分析に関する研究

平成 29 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 田宮菜奈子

平成 30 年 (2018) 年 5 月

目次

I. 総括研究報告

人生の最終段階における医療のあり方に関する調査の手法開発及び分析に関する包括的実証研究..... 1

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 教授

概要図 10

II. 分担研究報告

1. 「人生の最終段階における医療に関する意識調査」調査票案作成に向けての事前調査

1-(1)人生の最終段階における医療のあり方に関する自治体による普及啓発の取り組み 11

研究分担者 柏木聖代 横浜市立大学医学部看護学科 教授

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 教授

1-(2)医学会における人生の最終段階の医療に関する用語の使用およびガイドライン策定状況 14

研究分担者 柏木聖代 横浜市立大学医学部看護学科 教授

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 教授

研究分担者 濱野淳 筑波大学医学医療系 講師

研究分担者 堀田聰子 慶應義塾大学大学院 教授

研究協力者 伊藤智子 筑波大学医学医療系 助教

1-(3)集中治療・救急医療に関わる医療従事者の終末期医療に対する意識調査..... 19

研究分担者 阿部智一 筑波大学医学医療系 客員教授

順天堂大学医学部附属順天堂医院総合診療科 先任准教授

研究協力者 永田功 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 教授

1-(4)高齢者施設から救命救急センターへ搬送された高齢救急患者の現状 22

研究分担者 阿部智一 筑波大学医学医療系 客員教授

順天堂大学医学部附属順天堂医院総合診療科 先任准教授

研究協力者 内田雅俊 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻

獨協医科大学救急医学講座 助教

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 教授

2. 「人生の最終段階における医療に関する意識調査」実施後、データ分析

2-(1)人生の最終段階における希望する医療・療養の場所に関連する要因—一般国民に対する意識調査の二次解析より— 28

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 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
研究分担者 濱野淳 筑波大学医学医療系 講師

2-(2)人生の最終段階における希望する医療・療養の場所に関連する要因 想定される疾病別分析-一般国民に対する意識調査の二次解析より-..... 35

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 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
研究分担者 濱野淳 筑波大学医学医療系 講師
研究分担者 Thomas D. Mayers 筑波大学医学医療系 助教

2-(3)アドバンス・ケア・プランニングの実践状況と関連因子..... 42

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

2-(4)医療施設と介護保険施設におけるアドバンスケアプランニングの現状と課題 -施設長調査の二次解析より-..... 49

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 宮田澄子 筑波大学医学医療系 客員研究員
介護老人保健施設ごぎょうの里 施設長
研究協力者 小竹理奈 筑波大学医学群医学類
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

2-(5)施設長に対する意識調査から見た病院における次の連携先への引継ぎ内容と人生の最終段階に対する支援体制との関連..... 55

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 宮田澄子 筑波大学医学医療系 客員研究員
介護老人保健施設ごぎょうの里 施設長
研究協力者 小竹理奈 筑波大学医学群医学類

III. 研究成果の刊行に関する一覧表..... 60

平成 29 年度厚生労働科学研究費補助金 （地域医療基盤開発推進研究事業）
人生の最終段階における医療のあり方に関する調査の手法開発及び分析に関する研究
総括研究報告書

人生の最終段階における医療のあり方に関する調査の手法開発及び分析に関する
包括的実証研究

研究代表者 田宮 菜奈子 筑波大学医学医療系 教授

研究要旨

本研究は、平成 29 年度に厚生労働省が実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」に向け、調査に盛り込むべき概念整理及び計測方法（質問項目等）を開発し、当該調査の実施にかかる提言を行うこと、及び本調査のデータを活用した追加的な分析により、今後の人生の最終段階における医療等のあり方の検討に資するデータを得ることを目的とした。

初年度（平成 28 年度）は、本調査を模した予備調査の実施を当初計画していたが、本調査の内容の検討を十分に行うことを目的として、全国予備調査は行わなかった。本調査の内容の充実を図るため、各国の終末期医療に関するガイドラインのレビューを行い、一地域におけるアンケート調査を実施した。また、自治体調査（1-(1)）・学会調査（1-(2)）を実施しデータ集計をした。また、救急調査（1-(3)）は平成 29 年度に実施できるよう準備を進めた。

2 年目（平成 29 年度）は、1. 人生の最終段階における医療に関する意識調査」調査票案作成に向けての事前調査として 1-(1)自治体調査、1-(2)学会調査のデータ解析と、1-(3)救急調査の実施及びデータ解析を行い 1-(4)として高齢者施設から救命救急センターへ搬送された高齢救急患者の現状も調査した。これらと初年度の調査結果も加味した上で、厚生労働省へ「人生の最終段階における医療に関する意識調査（仮）」の調査票案を作成し提示した。その後厚生労働省内での検討の末、平成 29 年 12 月には意識調査実施となった。平成 30 年 1 月からは 2. 「人生の最終段階における医療に関する意識調査」実施後データ分析を通して、2-(1) 人生の最終段階における医療について話し合うことに関連する要因、2-(2) 人生の最終段階における希望する医療・療養の場所に関連する要因、2-(3) 医師と看護師におけるアドバンス・ケア・プランニングの実践状況と関連因子、2-(4) 医療施設と介護保険施設におけるアドバンスケアプランニングの現状と課題、2-(5) 施設長に対する意識調査から見た病院における次の連携先への引継ぎ内容と人生の最終段階に対する支援体制との関連として分析を実施した。これらにより、人生の最終段階における医療に対する多側面の実態を明らかにすることができた。また、それぞれの研究から、国民がより質の高い人生の最終段階の医療を受けるための具体的な政策提言につながる結果が得られたことに加え、今後取り組むべき課題の示唆につながった。

A. 研究目的

本研究は、平成 29 年度に厚生労働省が実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」に向け、調査に盛り込むべき概念整理及び計測方法（質問項目等）を開発し、当該調査の実施にかかる提言を行うこと、及び本調査のデータを活用した追加的な分析により、今後の人生の最終段階における医療等のあり方の検討に資するデータを得ることを目的とした。

B. 研究方法

1. 「人生の最終段階における医療に関する意識調査」調査票案作成に向けての事前調査

1-(1)自治体調査、1-(2)学会調査のデータ解析と、1-(3)救急調査の実施及びデータ解析を行い 1-(4)として高齡者施設から救命救急センターへ搬送された高齡救急患者の現状も調査した。これらと初年度の調査結果も加味した上で、厚生労働省へ「人生の最終段階における医療に関する意識調査（仮）」の調査票案を作成し提示した。その後厚生労働省内での検討の末、平成 29 年 12 月には意識調査実施となった。

2. 「人生の最終段階における医療に関する意識調査」実施後データ分析

平成 30 年 1 月からは、「人生の最終段階における医療に関する意識調査」により収集されたデータを用い、2-(1)人生の最終段階における医療について話し合うことに関連する要因、2-(2)人生の最終段階における希望する医療・療養の場所に関連する要因、2-(3)医師と看護師におけるアドバンス・ケア・プランニングの実践状況と関連因子、2-(4)医療施設と介護保険施設におけるアドバンスケアプランニングの現状と

課題、2-(5)施設長に対する意識調査から見た病院における次の連携先への引継ぎ内容と人生の最終段階に対する支援体制との関連として調査を実施した。

各調査の詳細は、個別の分担研究報告書を参照されたい。

C. 研究結果

主なものを以下に示す。なお、各調査の詳細は、個別の分担研究報告書を参照されたい。

1. 「人生の最終段階における医療に関する意識調査」調査票案作成に向けての研究

1-(1)自治体調査

「財政力指数」が高い自治体ほど、有意に普及啓発の取り組みが行なわれていた。

1-(2)学会調査

人生の最終段階に関する用語を学会用語集に掲載していた学会は7学会であった。

1-(3)救急調査

心停止後低酸素性脳症患者には治療制限を考へ、悪化時の新たな介入はしない傾向があった。

1-(4)高齡者施設から救命救急センターへ搬送された高齡救急患者の現状調査

患者背景のみからの治療制限は、回復可能な患者の医療が過剰に制限される懸念が示唆された。

2. 「人生の最終段階における医療に関する意識調査」実施後データ分析

2-(1)人生の最終段階における医療について話し合うことに関連する要因

全年齢では男性が話し合うことに負の関連が認められ、65歳以上の対象者では、かかりつけ医がある、5年以内に病院での介護経験があることが話し合うことに有意に関連し

ていた。

2-(2) 人生の最終段階における希望する医療・療養の場所に関連する要因

希望する療養場所として最多であったのは、想定疾病が末期がんの場合は自宅、慢性の重い心臓病の場合は医療機関、認知症の場合は介護施設とそれぞれ異なった。いずれの疾患設定においても、身近で大切な人の死を最近5年以内に病院で経験した人は、希望する医療・療養の場所として有意に医療機関を希望していた。一方設定される疾患が慢性の重い心臓病もしくは認知症の場合、最近5年以内に身近で大切な人の病気やけがによる介護を経験した人は、希望する医療・療養の場所として自宅を選択していた。想定される疾患で希望する医療・療養の場所の選択が変わる可能性が示唆された。

2-(3) 医師と看護師におけるアドバンス・ケア・プランニングの実践状況と関連因子

医師・看護師のアドバンス・ケア・プランニング(ACP)実践に関連する因子として、死が近い患者と関わりが多いこと、関連する研修の受講があることが示された。

2-(4) 医療施設と介護保険施設におけるアドバンスケアプランニングの現状と課題

病院ではアドバンスケアプランニングの実践を行っていると感じた施設長は24.7%で、介護保険施設36.3%に比して少ないという結果がえられた。アドバンスケアプランニングの取り組みは始まったばかりであり、介護保険施設は困難例に対する専門性や倫理的な問題に対するチーム形成を行うことが課題と考えられた。

2-(5) 施設長に対する意識調査から見た病院における次の連携先への引継ぎ内容と人生の最終段階に対する支援体制との関連

「治療方針だけでなく療養の希望も引き継いでいる」と回答した病院では、人生の最終段階について話し合いが十分に行われている施設、複数の専門家からなる委員会がある施設、ACPの実践を検討している施設、職員を意思決定支援の研修へ参加させている施設、話し合った内容を日々のミーティングで共有している施設の割合が有意に高く、話し合った情報を関係者間で情報共有するか特に定めていない施設の割合が有意に低かった。また、最終段階についての話し合いを行う回数が有意に多く、患者が望む医療に対してより支援を積極的に行っていることが明らかとなった。

これらの結果は「人生の最終段階における医療のあり方に関する調査の手法開発及び分析に関する研究 概要図」に示した。

D. 考察

「人生の最終段階における医療に関する意識調査」調査票案作成に向けての事前調査からは、自治体や各学会における人生の最終段階における医療に関する意識や取り組みが明らかとなり、救急調査や高齢救急患者に関する研究からは、臨床現場における課題が明らかとなった。これら結果と、平成28年度の結果を踏まえ、「人生の最終段階における医療に関する意識調査」調査票案の作成につながり、厚生労働省の検討の後実施につながった。調査により収集されたデータから、人生の最終段階における医療に関連する事項に、国民・医療介護提供者・施設という多面的な分析・検討を行い、現状把握のみならず、今後の政策提言につながる結果を得ることができたと考える。

今回の研究結果から考える提言は以下である。

国民に対しては、人生の最終段階における医療の話し合いの促進と関連があるかかりつけ医を持つことを推進すること、人生の最終段階における医療や療養を受けたい場所を話し合う際には、想定される疾患をいくつか決めてから行うことがよりよいと考えられる。

医療介護提供者に対しては、介護を担っている家族は、その実体験が自身の人生の最終段階の医療を考えることと関連していることを念頭におき、家族のケアにも配慮が必要であると考えられる。また、医師や看護師がアドバンスケアプランニングを実践することができる研修の拡充が重要と考えられる。病院や介護保険施設においては、患者が望む医療に対して積極的に支援をできるような取り組みを検討していく必要があると考える。とくに、病院においては整備が重要である。

なお、人生の最終段階における医療や療養について、国民が考える機会を増やすための取り組みや、話し合った内容を文章とし、家族や医療介護提供者と共有していくために必要な取り組みについては、今後の課題である。

E. 結論

本研究により、人生の最終段階における医療に対する多側面の実態を明らかにすることができた。また、それぞれの研究から、国民がより質の高い人生の最終段階の医療を受けるための具体的な政策提言につながる結果が得られたことに加え、今後取り組むべき課題の示唆につながった。

F. 健康危険情報
該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

各研究要旨のまとめ

~~~~~

### 1-(1)

#### 人生の最終段階における医療のあり方に関する自治体による普及啓発の取り組み

本研究では、日本の自治体による終末期の医療に関する住民への普及・啓発の取り組みの実態を明らかにすることを目的とした。研究対象は、市区町村の在宅医療・介護連携推進事業担当部局(1,741自治体)であった。自治体の回収数は1,558(回収率66.5%)であった。人生の最終段階における医療について、住民に対する普及啓発を「行った(媒体の作成や講演会等の開催)」と回答した自治体は443(38.7%)、「準備中」が8(0.7%)、「取り組んでいない」が694(60.6%)であった。普及啓発の取り組みの有無を従属変数とし、多重ロジスティック解析により、「人口」「人口密度」「65歳以上の人口割合(人口、65歳以上の人口から算出)」等の自治体の特性に関する変数との関連をみた結果、「財政力指数」が高い自治体ほど、有意に普及啓発の取り組みが行なわれていた。

~~~~~

1-(2)

医学会における人生の最終段階の医療に関する用語の使用およびガイドライン策定状況

本研究の目的は、日本の医学系の学会における人生の最終段階における医療(終末期医療)に関する用語の学会での使用状況および定義、ガイドラインの策定状況等の実態を明らかにすることである。平成29年3月に日本医学分科会の126学会を対象に、

学会における人生の最終段階における医療(終末期医療)に関する用語の学会での使用状況および定義、ガイドラインの策定状況についてアンケート調査を実施した。用語・ガイドラインについて回答があった29学会を分析対象とした。人生の最終段階および人生の最終段階の医療に関する用語を学会用語集に収載していた学会は7学会であったが、収載されている用語は様々であった。「人生の最終段階」および「人生の最終段階における医療」を用語集に収載している学会はなかった。また、人生の最終段階の医療に関連するガイドラインを策定していると回答したのは、3学会であった。

~~~~~

### 1-(3)

#### 集中治療・救急医療に関わる医療従事者の終末期医療に対する意識調査

目的: 2014年に救急・集中治療における終末期医療に関するガイドラインが発表されて以降、集中治療に関わる医療従事者の終末期医療に対する質問紙による意識調査は行われておらず、現状は不明である。そこで、本研究では、集中治療・救急医療に関わる医療従事者の終末期医療に対する現状、考えを明らかにすることを目的とした。  
方法: 記述疫学研究で、集中治療・救急医療に関わる医療従事者を対象にインターネット上で無記名アンケート調査を行った。  
結果: アンケート回答人数195人、研究の同意が得られた人数185名(医師101名、医師以外の医療従事者84名)であった。終末期医療のガイドラインに対する認知度は、救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン-3学会からの提言-(2014



年) が最も高く (88.3%)、どのガイドラインも知らないと回答した割合は 8.2% だった。心停止後に低酸素性脳症となった高齢患者で、家族はおらず、本人の意思を記した文書はなく、推定意思もわからない症例を提示し、治療制限について聞いたところ、何かしらの治療制限をする 86.8%、治療制限しない 13.2% であった。そのような患者が敗血症性ショックになった場合、人工呼吸管理強化、輸液増量、昇圧剤開始、抗菌薬開始、血液浄化療法開始すると回答した割合は各々、28.9%、27.7%、21.4%、38.3%、11.3% であった。同様の症例設定でも、家族がいて、積極的治療を望む場合、人工呼吸管理強化、輸液増量、昇圧剤開始、抗菌薬開始、血液浄化療法開始すると回答した割合は各々、71.5%、70.2%、70.6%、75.3%、46.4% であった。Withhold、Withdraw を行う上での問題点として、法的サポートが不十分である 75.5%、医療従事者間で意見の統一が図れない 60.9%、医療従事者が Withhold や Withdraw の適応や方法になれていない 57% の順で高かった。また、現行の本人の意思を記す文書の問題点として、本人の意思を記した文書があっても事前に家族がその意思を知らず、本人の意思を記した文書の意向に家族が反対する 66.9%、法的サポートがない 62.9%、統一された書式がない 58.3% の順で高かった。

結論：終末期医療のガイドラインの認知度は高かった。心停止後に低酸素性脳症になった患者に対して何かしらの治療制限を考え、更なる状態悪化時には新たな介入はしない傾向を認めた。但し、家族の希望があれば、新たな介入を行う傾向となった。Withhold、Withdraw を行う上での問題点と

して、法的サポートの問題もあるが、医療従事者側にも問題があると認識していた。また、現行の本人の意思を記す文書の問題点として、患者家族側、法的サポート、文書の形式に問題を感じていることがわかった。

~~~~~  
1-(4)

高齢者施設から救命救急センターへ搬送された高齢救急患者の現状

目的：高齢者施設の利用者は、その多くが自立した生活が困難な虚弱高齢者である。このような患者にたいする救急医療については社会的、倫理的問題が指摘されているが、その実態は明らかではない。そこで、救命救急センターへ高齢者施設から救急車搬送された患者について検討した。

方法：2011年8月から2015年12月までに高齢者施設から獨協医科大学病院救命救急センターへ救急車搬送された65歳以上の患者109名について、後方視的観察研究を行った。

結果：年齢の中央値は83歳、男性45例、女性64例、合併症として57例が認知症を有しており、15例が寝たきりだった。心肺停止は18例であり、17例は死亡、1例は病前の状態まで回復し自宅退院した。非心肺停止患者は91例であり、35例が高度意識障害、9例がショック状態だった。疾患は神経疾患37例、呼吸器疾患15例、心血管疾患13例、消化器疾患10例、その他16例だった。12/91例(13%)が死亡した。10例で気管挿管が行われ、3例が死亡、2例が気管切開されたが、5例は抜管に至った。

結論：高齢者施設を利用している重症救急患者の予後は不良ではあるが、病前の状態

まで回復する患者も少なくなかった。本人の意思が確認できない状態で、患者背景のみから一律に侵襲的治療を制限することは、回復可能な患者に対する医療が過剰に制限される懸念がある。

~~~~~

## 2-(1)

### 人生の最終段階における医療について話し合うことに関連する要因—一般国民に対する意識調査の二次解析より—

アドバンスケアプランニングの一つの要素である、希望する将来の医療ケア等の“話し合い”を促進する要因に関しては、主に患者-医療者間において研究されており、一般国民における家族等の身近な人と話し合いを行うことに関連する要因は、明らかとはなっていない。一般国民に対し実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の二次解析から、人生の最終段階における医療や療養を家族等と話し合いをすることに関連する要因を調査した。全対象者における多変量解析に加え、年齢65歳で層別化をして関連要因を検討した。男性であることは、全年齢を通して話し合いをすることと有意に負の関連が認められた。65歳以上では、かかりつけ医があること、過去5年以内に病気やけがによる病院での介護経験があることが有意に正の関連が認められた。一方65歳未満では、かかりつけ医があることと話し合いをすることには有意な関連は認められず、配偶者と同居していること、過去5年以内に病気やけがによる在宅での介護経験があることが、有意に話し合いをもつことと正の関連が認められた。医療介護関係者が、希

望する将来の医療ケア等の話し合いを患者と進める際には、対象者の年齢・性別・同居者の情報・過去の介護経験などを認識することが、その後の話し合いを実施するにあたり有用な情報となると考えられる。

~~~~~

2-(2)

人生の最終段階における希望する医療・療養の場所に関連する要因 想定される疾病別分析—一般国民に対する意識調査の二次解析より—

厚生労働省は平成29年に実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」で、人生の最終段階の病状を末期がん、慢性の重い心臓病、認知症と設定し、それぞれについて、どこで過ごしながらか医療・療養を受けたいかを調査した。希望する療養場所として最多であったのは、設定疾病が末期がんの場合は自宅、慢性の重い心臓病の場合は医療機関、認知症の場合は介護施設とそれぞれ異なった。いずれの疾患設定においても、身近で大切な人の死を最近5年以内に病院で経験した人は、希望する医療・療養の場所として有意に医療機関を希望していた。一方設定される疾患が慢性の重い心臓病もしくは認知症の場合、最近5年以内に身近で大切な人の病気やけがによる介護を経験した人は、希望する医療・療養の場所として自宅を選択していた。介護を通して、具体的な医療や療養を体験し、自宅で過ごす状況を描くことができるようになり、希望する医療・療養の場所として自宅を選択した可能性がある。誰と同居しているかについて注目すると、末期がんや、慢性の重い心臓病を想定した場

合、それぞれ父母・息子の妻、息子といった同居者がいると、自宅で療養したいという希望がみられるが、想定される疾患が認知症では、誰と同居をしていたとしても、自宅を療養場所として希望するという有意な結果は得られなかった。これらの結果から、想定される疾患で希望する医療・療養の場所の選択が変わる可能性が示唆され、今後さらに解析を進める予定である。

~~~~~

2-(3)

### アドバンス・ケア・プランニングの実践状況と関連因子

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。

~~~~~

2-(4)

医療施設と介護保険施設におけるアドバンスケアプランニングの現状と課題-施設長調査の二次解析より-

平成 29 年の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の施設長対象調査部分の二次解析から、病院と介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設）における現状と課題を考察した。

病院では、人生の最終段階における患者・家族とともに考えていく ACP（アドバンスケアプランニング）の実践を行っていると答えた施設長は 24.7%で、介護保険施設 36.3%に比して少なかった。介護保険施設では介護報酬として、看取り介護加算（2006 年）、ターミナルケア加算（2009 年）が認められている。緩和的医療と療養や生活についての家族とのカンファレンス、評価、プラン作成とケアの提供を通して、ACP の萌芽的な取り組みはすでに行っているため、ACP を実践していると答えたことが考えられる。しかし、いずれにしても、ACP の実践を行っているのは双方、いまだ低率である。ACP の取り組みは始まったばかりであり、これからアプローチを重ね、介護保険施設は困難例に対する専門性や倫理的な問題に対するチーム形成を行うことが課題である。

~~~~~

2-(5)

### 施設長に対する意識調査から見た病院における次の連携先への引継ぎ内容と人生の最終段階に対する支援体制との関連

厚生労働省が平成 29 年に実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」(以下、本調査)において、「最終段階における医療について話し合うきっかけ」として最も多かったのは「家族等の病気や死」、ついで「自分の病気」であり、こうしたきっかけの場である病院においてどのように話し合いがなされ、それが引き継がれているのかは、重要である。そこで、「人生の最終段階について話し合った内容を次の連携先へ引き継いでいますか」という質問に対する回答により「治療方針などの医療情報のみ引き継いでいる」または「治療方針だけでなく療養の希望も引き継いでいる」で群別し、それらと病院の属性、人生の最終段階に対する支援体制(話し合いを何回行っているか、事前指示書の利用状況、ACP の実践状況など)との関連

を分析した。「治療方針だけでなく療養の希望も引き継いでいる」と回答した病院では、人生の最終段階について話し合いが十分に行われている施設、複数の専門家からなる委員会がある施設、ACP の実践を検討している施設、職員を意思決定支援の研修へ参加させている施設、話し合った内容を日々のミーティングで共有している施設の割合が有意に高く、話し合った情報を関係者間で情報共有するか特に定めていない施設の割合が有意に低かった。また、最終段階についての話し合いを行う回数が有意に多く、患者が望む医療に対してより支援を積極的に行っていた。各種の支援がなされている病院では、その後の引き継ぎに療養の希望も含んでおり、「話しあうきっかけ」となることが多い病院における支援が、その後の療養先への希望を把握し、かつそれを次の療養機関に伝える上で重要であることが示唆された。

「人生の最終段階における医療に関する意識調査」調査票案作成にむけての事前調査（平成28・29年度）

平成29年度の取り組み

- ✓ 1-(1)人生の最終段階における医療のあり方に関する自治体による普及啓発の取り組み  
「財政力指数」が高い自治体ほど、有意に普及啓発の取り組みが行なわれていた
- ✓ 1-(2)医学会における人生の最終段階の医療に関する用語の使用およびガイドライン策定状況  
人生の最終段階に関する用語を学会用語集に収録していた学会は7学会であった
- ✓ 1-(3)集中治療・救急医療に関わる医療従事者の終末期医療に対する意識調査  
心停止後低酸素性脳症患者には治療制限を考え、悪化時の新たな介入はしない傾向あり
- ✓ 1-(4)高齢者施設から救命救急センターへ搬送された高齢救急患者の現状  
患者背景のみからの治療制限は、回復可能な患者の医療が過剰に制限される懸念あり

平成28年度の取り組み

- ✓ 諸外国における終末期に関するガイドラインのレビュー  
ガイドラインに係る法律や倫理的配慮の整備の必要性が示唆された
- ✓ 小田原市立病院市民公開講座での参加者意識調査  
地域医療に安心感を持っている人は、死を迎える場所として自宅を選ぶ傾向があった

「人生の最終段階における医療に関する意識調査」実施後 二次的データ分析（平成29年度）

アドバンスケアプランニングの3段階プロセス Multiple steps of the Advance Care Planning Process (Sudore R, et al. JAGS 56,2018)に基づく各研究結果のまとめ

Contemplation(考えること)

2-(2)人生の最終段階における希望する医療・療養の場所に関連する要因

- ・想定する疾病により希望場所が異なった
- 末期がん：自宅(49.8%)
- 慢性の重い心臓病：医療施設(51.4%)
- 認知症：介護施設(54.8%)
- ・5年以内の病院での死別経験は、いずれの疾患想定でも医療機関を希望する
- ・5年以内の介護経験は、慢性の重い心臓病・認知症の場合には自宅を希望する

国民対象

Discussion(話し合うこと)

2-(1)人生の最終段階における医療について話し合うことに関連する要因

- 話し合うことに有意に関連があった要因
- 全年齢：男性は負の関連あり  
以下は全て正の関連あり
- 65歳以上：
  - ・かかりつけ医がある
  - ・5年以内に病院での介護経験がある
- 65歳未満：
  - ・配偶者と同居がある
  - ・5年以内の在宅での介護経験がある

Documentation(文章の作成)

今後の課題

話し合った内容を文章とし、家族や医療介護提供者と共有していくために必要な取り組みの検討

医療介護提供者・施設対象

今後の課題

より人生の最終段階における医療や療養について、国民が考える機会を増やすための取り組みの検討

2-(3)医師と看護師のアドバンスケアプランニング(ACP)に対する実践状況と関連因子

- 医師・看護師のACP実践に関連する因子
- ・死が近い患者と関わりが多いこと
- ・関連する研修の受講があること

2-(4)医療施設と介護保険施設におけるアドバンスケアプランニングの現状と課題

ACPの実践  
病院：24.7% 介護保険施設：36.3%

2-(5)病院における次の連携先への引継ぎ内容と人生の最終段階に対する支援体制との関連

- 治療方針と療養希望のどちらも次の連携先へ引き継いでいる施設に関連する要因
- ・人生の最終段階の話し合いが十分されている
- ・複数の専門家からなる委員会がある
- ・ACPの実践を検討している
- ・職員を意思決定の研修に参加させている
- ・話し合い内容をミーティングで共有している

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
分担研究報告書

人生の最終段階における医療のあり方に関する自治体による普及啓発の取り組み

研究分担者 柏木 聖代 横浜市立大学医学部看護学科 教授  
研究代表者 田宮 菜奈子 筑波大学医学医療系 教授

研究要旨

本研究では、日本の自治体による終末期の医療に関する住民への普及・啓発の取り組みの実態を明らかにすることを目的とした。研究対象は、市区町村の在宅医療・介護連携推進事業担当部局（1,741自治体）であった。自治体の回収数は1,558（回収率66.5%）であった。人生の最終段階における医療について、住民に対する普及啓発を「行った（媒体の作成や講演会等の開催）」と回答した自治体は443（38.7%）、「準備中」が8（0.7%）、「取り組んでいない」が694（60.6%）であった。普及啓発の取り組みの有無を従属変数とし、多重ロジスティック解析により、「人口」「人口密度」「65歳以上の人口割合（人口、65歳以上の人口から算出）」等の自治体の特性に関する変数との関連をみた結果、「財政力指数」が高い自治体ほど、有意に普及啓発の取り組みが行なわれていた。

A. 研究目的

日本は少子高齢多死社会を迎えている。2016年の年間死亡者数は約130万人であるが（厚生労働省人口動態統計）、団塊の世代が全て75歳以上になる2025年の死亡者数は約154万人と推計されており、出生数の2倍になると見込まれている（国立社会保障・人口問題研究所）。

終末期の医療に対する国民の関心は高まっており、2003年と2008年に厚生労働省が国民に対し実施した「終末期医療に関する意識調査」によると、約80%が終末期における医療に関心があると回答している。

しかし、将来、自分で判断できなくなった場合に備えて受けたくない医療や受けたい医療について明らかにしておく living will や、自分の代わりに治療方針を決定する人の指名を併せた Advance Directives

（以下、AD）は進んでいない。2004年に東京都在住の中高年を対象に実施した調査では、73.7%が治療方針について事前に口頭で表明したいと回答したが、事前指示書を書いたのは20.3%のみであったことが報告されている（Miyataら, 2006）。

日本には、米国や英国のようなADに関連した法律はなく、2007年に富山県の病院での延命治療中止が社会問題化した。このことを受け、同年、厚生労働省は「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を発表した。このガイドラインは、ADだけでなく、患者、家族、医療従事者での話し合いの過程が重要であることが述べられている。しかし、2013年の「終末期医療に関する意識調査」では、終末期に受けたくない医療や受けたい医療について、家族と全く話し合ったことがない者が55.9%であっ

たことが報告されている。さらに、2016年に実施された在宅医による訪問診療を受けている高齢者を対象とした調査では、32%は医師または家族に意思決定を委ね、事前指示書を書いたのはわずか1.9%であったことが報告されている（Tsudaら, 2017）。これらの報告から、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」はあまり国民に普及していない可能性が考えられる。

近年、自治体は、住民を対象とした講演会の開催、事前指示に関する内容を含むリーフレットや冊子体の作成と住民への配布など、終末期の医療に関する普及・啓発に取り組んでおり、いくつかの取り組みがマスコミ等でも取り上げられている。しかしながら、これまで終末期の医療に関する住民への普及・啓発に対する自治体への調査は行われておらず、その実態は明らかになっていない。

そこで、本研究では、日本の自治体による終末期の医療に関する住民への普及・啓発の取り組みの実態を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象

対象は、市区町村の在宅医療・介護連携推進事業担当部局（1,741自治体）であった。

### 2. 調査方法

本調査は、厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室が実施した調査であり、調査期間は、平成29年2月～3月であった。

### 3. 調査内容

調査項目は、人生の最終段階における医療について、行政が主体となって、住民に

対する普及啓発を目的としたリーフレット・パンフレット等の媒体の作成状況、資料の配布以外の取組の有無、有の場合はその内容であった。

## 4. 分析方法

基本統計量算後、人生の最終段階における医療について、行政が主体となって、住民に対する普及啓発の取り組みの有無（有は媒体の作成・講演会等の実施）に二区分したものを従属変数とし、e-statの統計でみる都道府県・市区町村のすがた（社会・人口統計体系）から抽出した平成26年1月1日現在の「人口」「人口密度」「65歳以上の人口割合（人口、65歳以上の人口から算出）」、「自宅死の割合」「人口1000人あたりの医療機関（病院・診療所）数」「要介護認定者割合」「財政力指数」「社会増減率（転入者数-転出者数/総人口）」「核家族の割合」「独居高齢者の割合」との関連を多重ロジスティック回帰分析により検討した。有意水準は5%とし、解析には統計パッケージSASを用いた。

### （倫理面での配慮）

本研究の対象となった自治体には、調査の趣旨、調査への協力は任意であること等を記載した協力依頼書および調査要項を調査票に添付し、調査票の回収をもって同意とみなした。

回収した調査票は、厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「人生の最終段階における医療のあり方に関する調査の手法開発及び分析に関する研究」において活用すること、今後、人生の最終段階における医療に関する施策を推進する

上での基礎資料として公表し、都道府県等の関係者に提供する可能性があることを明記した。

### C. 研究結果

自治体の回収数は 1,558 (回収率 66.5%) であった。

人生の最終段階における医療について、住民に対する普及啓発を「行った(媒体の作成や講演会等の開催)」と回答した自治体は 443 (38.7%)、「準備中」が 8 (0.7%)、「取り組んでいない」が 694 (60.6%) であった。

人生の最終段階における医療について、住民に対する普及啓発を「行った」および「準備中」を取り組み有りとし、普及啓発の取り組みの有無を従属変数とし、多重ロジスティック解析により、「人口」「人口密度」「65 歳以上の人口割合(人口、65 歳以上の人口から算出)」等の自治体の特性に関する変数との関連をみた結果、「財政力指数」が高い自治体ほど、有意に普及啓発の取り組みが行なわれていた。

### D. 考察

人生の最終段階における医療について、住民に対する普及啓発に取り組んでいる自治体は準備中を合わせて 451 自治体 (39.4%) であり、財政力指数の高さと有意に関連した。財政力指数は、自治体の財政力を示す指数であり、基準となる収入額を支出額で割った数値である。

自治体の財政力と自治体における事業の取り組み等との関連をみた研究はすでにくつか存在しており、子どもの医療費助成(別所, 2012)、妊婦健診(別所, 2012; 足立, 2015)、就学援助(湯田, 2009); 雁,

2009, 2013)、がん検診(高久, 2011)、成人歯科保健事業(尾崎, 2010)、予防接種への助成(Ibuka, 2015)、社会保障・衛生・教育・土木などの地方単独事業費(一般行政経費分)や子どもの医療費助成の水準(安藤, 2017)等との関連が報告されている。

財政的に逼迫している自治体においては、追加的負担の懸念から人生の最終段階の医療に関する普及啓発などの地方単独事業に対するインセンティブが働いていない可能性が考えられた。

### E. 結論

人生の最終段階における医療について、住民に対する普及啓発に取り組んでいる自治体は準備中を合わせて 451 自治体 (39.4%) であった。さらに多変量解析の結果、自治体の財政力が取り組み状況に有意な影響を与えていることが明らかになった。

### F. 健康危険情報 該当なし

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

なし

#### 2. 学会発表

なし

### H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

#### 1. 特許取得

なし

#### 2. 実用新案登録

なし

#### 3. その他

なし



厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
分担研究報告書

医学会における人生の最終段階の医療に関する用語の使用およびガイドライン策定状況

|       |        |               |    |
|-------|--------|---------------|----|
| 研究分担者 | 柏木 聖代  | 横浜市立大学医学部看護学科 | 教授 |
| 研究代表者 | 田宮 菜奈子 | 筑波大学医学医療系     | 教授 |
| 研究分担者 | 濱野 淳   | 筑波大学医学医療系     | 講師 |
| 研究分担者 | 堀田 聡子  | 慶應義塾大学大学院     | 教授 |
| 研究協力者 | 伊藤 智子  | 筑波大学医学医療系     | 助教 |

研究要旨

本研究の目的は、日本の医学系の学会における人生の最終段階における医療（終末期医療）に関する用語の学会での使用状況および定義、ガイドラインの策定状況等の実態を明らかにすることである。平成29年3月に日本医学分科会の126学会を対象に、学会における人生の最終段階における医療（終末期医療）に関する用語の学会での使用状況および定義、ガイドラインの策定状況についてアンケート調査を実施した。用語・ガイドラインについて回答があった29学会を分析対象とした。人生の最終段階および人生の最終段階の医療に関する用語を学会用語集に収載していた学会は7学会であったが、収載されている用語は様々であった。「人生の最終段階」および「人生の最終段階における医療」を用語集に収載している学会はなかった。また、人生の最終段階の医療に関連するガイドラインを策定していると回答したのは、3学会であった。

A. 研究目的

日本は今後高齢者数の増加に伴い、多くの方が人生の最終段階を迎え、必然的に死亡者数が増加する多死社会が到来するといわれている。こうした状況を踏まえ、厚生労働省は昭和62年以来、概ね5年毎に「人生の最終段階における医療」に関する検討を行っており、平成5年からは国民および医療従事者等に対して意識調査を実施してきた。平成27年に実施された意識調査では、従来「終末期医療」と表記していたものについては「人生の最終段階における医療」に表記が変更されている。しかし、学術論

文等では、類似概念をもつ用語として終末期医療、緩和医療、ターミナルケア、エンドオブライフケア、ホスピスケアなどの様々な用語が用いられている現状にある。

また、人生の最終段階における医療（終末期医療）に関するガイドラインは、平成19年に厚生労働省が策定（平成30年改定）した「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」をはじめ、学会等においてガイドラインを策定され、公表されているが、日本の医学系の学会における人生の最終段階における医療に関するガイドラインの作成状況等についての実

態は明らかになっていない。

そこで、本研究では、日本の医学系の学会における人生の最終段階における医療（終末期医療）に関する用語の学会での使用状況および定義、さらにガイドラインの策定状況等の実態を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象

平成28年2月時点で日本医学会のホームページの日本医学会分科会一覧に掲載されていた日本医学分科会の126学会を対象とした。

### 2. 調査方法

調査は平成29年3月に実施し、日本医学会分科会の各事務局に調査協力の依頼および調査票をメールにて添付にて送付し、メールもしくはFAXにて回収した。

### 3. 調査内容

調査項目は、以下のとおりであった。

#### 1) 学会の基本属性

会員数、評議員数、理事数等

#### 2) 人生の最終段階の医療（終末期医療）に関する学会での用語について

(1) (人生の最終段階の医療に関わらず) 学会独自の用語集を作成しているか

(2) 学会の用語集に人生の最終段階の医療に関する用語が収載されているか

(3) 用語集に収載されている人生の最終段階に関する用語

(4) (用語集作成の有無に関わらず) 人生の最終段階の医療に関する以下の用語について、学会である程度のコンセンサスが得られている定義の有無および定義：①人生の最終段階、②終末期、③エンドオブライ

フケア、④緩和医療・緩和ケア、⑤ホスピスケア、⑥ターミナルケア、⑦アドバンス・ディレクティブ(事前指示)、⑧リビングウィル、⑨ACP(Advance care planning)、⑩DNAR (Do not attempt resuscitation) 他

3) 学会で策定したガイドライン（指針）

(1) 学会でガイドライン（指針）作成に関する委員会設置状況

(2) 学会で人生の最終段階の医療（終末期医療）に関するガイドラインを策定しているか（人生の最終段階の医療に関して触れているものも含む）

(3) ガイドラインの名称および初回策定年月日、最終改訂年月日

(4) 人生の最終段階の医療に関する学会のガイドラインにおける以下の内容の記載状況：①人生の最終段階（終末期）の定義、②人生の最終段階（終末期）の判断、③人生の最終段階における医療（終末期医療）及びケアの方針の決定手続き、④アドバンス・ケア・プランニングについて、⑤延命措置への対応、⑥心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置、⑦人生の最終段階の患者に発生する症状への対応、⑧飲食ができなくなった場合の人工水分・栄養補給法の導入、⑨補完代替医療、⑩家族の定義、⑪死が間近な患者の治療方針についての家族との話し合い、⑫医療ケアチーム、⑬治療方針等について検討を行う委員会の設置、⑭死が間近な患者の治療方針やその代理人を定める書面（事前指示書）の作成、⑮人生の最終段階の医療における診療録の記載、⑯職員に対する人生の最終段階の医療に関する教育・研修の実施状況

(倫理面での配慮)

本研究は、平成29年2月1日に筑波大学

医学の倫理委員会【許可番号：1147】の許可を得て実施されたものである。研究対象には、個人情報取り扱い方法等について説明書に記載し、調査票への回答・返信をもって同意を得たものとした。

### C. 研究結果

126学会に送付し、38学会から回答を得た（回収率28.6%）。このうち、用語・ガイドラインに回答があった29学会を分析対象とした。

1. 学会独自の用語集の有無および人生の最終段階の医療に関する用語収載状況  
学会独自の用語集（以下、学会用語集とする）を作成していたのは17学会（59%）であった。このうち、人生の最終段階に関する用語を学会用語集に収載していたのは7学会であった。収載されている用語は表1のとおりであった。「人生の最終段階」および「人生の最終段階における医療」を用語集に収載している学会はなかった。

#### 2. 用語の定義等

学会でコンセンサスを得られている人生の最終段階の医療に関する用語の定義等は表2に示すとおりであった。

#### 3. 人生の最終段階の医療に関するガイドラインの作成状況

学会において何らかのガイドラインを作成していると回答した学会は19学会（66%）であった。このうち、人生の最終段階に関連するガイドラインを策定していると回答したのは、日本小児科学会、日本循環器学会、日本老年医学会の3学会であった。策定されたガイドラインは、「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン（日本小児科学会、平成24年4月20日策定）」、「循環器疾患における末期医

療に関する提言（日本循環器学会、平成24年3月25日策定）、「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～（日本循環器学会他2学会、平成26年11月4日）」、「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン：人工的水分・栄養補給の導入を中心として（日本老年医学会、平成24年6月27日策定）」であった。

### D. 考察

平成27年に実施された人生の最終段階における医療に関する意識調査から「終末期医療」の表記が「人生の最終段階の医療」に変更されたが、今回の調査においては、「人生の最終段階の医療」を学会用語集に収載していると回答した学会はなかった。終末期医療やターミナルケア、末期医療のように、類似概念をもつと考えられる用語を収載している学会があったが、漢字、カタカナ、英語など学会によって表記は様々であった。「人生の最終段階における医療」という用語が学会用語集に収載されていなかった背景として、学会用語集は、それぞれの専門分野で使用されている用語を収載していること、さらに編纂方針も学会によって異なっていることがあげられる。

また、人生の最終段階の医療に関連するガイドラインについて策定していると回答したのは3学会であった。日本がこれから先進国でも類を見ない超高齢多死社会となる。平成30年3月に厚生労働省の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が改訂されており、各学会においても人生の最終段階における医療のあり方についての検討が進んでいくの

ではないかと考える。

E. 結論

人生の最終段階に関する用語を学会用語集に掲載していた学会は7学会であったが、掲載されている用語は様々であった。「人生の最終段階」および「人生の最終段階における医療」を用語集に掲載している学会はなかった。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況  
(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1 学会用語集に掲載されている用語

| 掲載されている用語                    | 学会名                                 |
|------------------------------|-------------------------------------|
| 終末期                          | 日本脳神経外科学会、日本老年医学会                   |
| 終末期医療                        | 日本脳神経外科学会、日本老年医学会、日本形成外科学会、日本医学教育学会 |
| 終末期看護                        | 日本形成外科学会                            |
| 緩和医療                         | 日本脳神経外科学会、日本医学教育学会                  |
| 緩和ケア                         | 日本プライマリ・ケア連合学会                      |
| ホスピス                         | 日本脳神経外科学会、日本プライマリ・ケア連合学会            |
| ターミナルケア                      | 日本医学教育学会、日本プライマリ・ケア連合学会             |
| リビングウィル                      | 日本プライマリ・ケア連合学会                      |
| Terminal/末期医療                | 日本小児科学会                             |
| Do-not- intubate order       | 日本集中治療医学会                           |
| End-of life-care             | 日本集中治療医学会                           |
| End-of- life decision making | 日本集中治療医学会                           |
| Terminal care                | 日本集中治療医学会                           |
| Terminal stage               | 日本集中治療医学会                           |

表2 学会でコンセンサスを得られている人生の最終段階の医療に関する用語の定義等

| 学会                                | 用語                     | 定義等                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日本救急医学会、<br>日本集中治療医学<br>会、日本循環器学会 | 救急・集中治<br>療における終<br>末期 | 集中治療室等で治療をされている急性重症患者に<br>対して適切な治療を尽くしても救命の見込みがな<br>いと判断される時期                                                                                                                                                                                                                                   |
| 日本集中治療医学会                         | DNAR                   | 心停止時に心肺蘇生を実施しない。<br>※Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり<br>方についての勧告 (2016年12月20日)                                                                                                                                                                                                        |
| 日本循環器学会                           | 終末期                    | 循環器疾患の末期状態であり、妥当な医療の継続に<br>もかかわらず、死が間近に迫っている状況を指す。<br>※循環器における末期医療に関する提言 (2007年<br>11月)                                                                                                                                                                                                         |
|                                   | 患者の意思確<br>認            | 終末期の人工呼吸器の使用や蘇生術を行わない<br>(DNAR) こと等に関する患者の意思については、原<br>則として発症前の書面により確認する。可能なら入<br>院時に意思確認ができる方法を検討する。主治医を<br>含め看護師等チーム内の複数の職員が、書面の内容<br>確認を行う。また、患者の病状の変化に応じ、適宜、<br>患者の意思の再確認を行う。患者の意思が確認でき<br>ない場合は、緊急の場合を除き家族と十分相談し、<br>複数の家族の意思表示から患者の意思を推定する<br>ように努める<br>※循環器における末期医療に関する提言 (2007年<br>11月) |
| 日本プライマリ・<br>ケア連合学会                | 緩和ケア                   | 狭義には、末期癌患者の痛み、嘔気、全身倦怠、呼<br>吸苦などのさまざまな症状に対して、苦しい症状を<br>緩和させるようなケアをいう                                                                                                                                                                                                                             |
|                                   | ターミナルケ<br>ア            | 死は人生の一区切りであり、その大切な時期をどう<br>スムーズに乗り切るかを援助するケアである                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                   | リビングウィ<br>ル            | 自分が植物状態のような意思表示ができなくなる<br>場合を想定して、事前にどのような治療を望むのか<br>について文書として残しておくもの                                                                                                                                                                                                                           |

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
分担研究報告書

集中治療・救急医療に関わる医療従事者の終末期医療に対する意識調査

研究分担者 阿部 智一 筑波大学医学医療系 客員教授  
順天堂大学医学部附属順天堂医院総合診療科 先任准教授  
研究協力者 永田 功 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻  
研究代表者 田宮 菜奈子 筑波大学医学医療系 教授

研究要旨

目的：2014年に救急・集中治療における終末期医療に関するガイドラインが発表されて以降、集中治療に関わる医療従事者の終末期医療に対する質問紙による意識調査は行われておらず、現状は不明である。そこで、本研究では、集中治療・救急医療に関わる医療従事者の終末期医療に対する現状、考えを明らかにすることを目的とした。

方法：記述疫学研究で、集中治療・救急医療に関わる医療従事者を対象にインターネット上で無記名アンケート調査を行った。

結果：アンケート回答人数195人、研究の同意が得られた人数185名（医師101名、医師以外の医療従事者84名）であった。終末期医療のガイドラインに対する認知度は、救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン-3学会からの提言-（2014年）が最も高く（88.3%）、どのガイドラインも知らないと回答した割合は8.2%だった。心停止後に低酸素性脳症となった高齢患者で、家族はおらず、本人の意思を記した文書はなく、推定意思もわからない症例を提示し、治療制限について聞いたところ、何かしらの治療制限をする86.8%、治療制限しない13.2%であった。そのような患者が敗血症性ショックになった場合、人工呼吸管理強化、輸液増量、昇圧剤開始、抗菌薬開始、血液浄化療法開始すると回答した割合は各々、28.9%、27.7%、21.4%、38.3%、11.3%であった。同様の症例設定でも、家族がいて、積極的治療を望む場合、人工呼吸管理強化、輸液増量、昇圧剤開始、抗菌薬開始、血液浄化療法開始すると回答した割合は各々、71.5%、70.2%、70.6%、75.3%、46.4%であった。Withhold、Withdrawを行う上での問題点として、法的サポートが不十分である75.5%、医療従事者間で意見の統一が図れない60.9%、医療従事者がWithholdやWithdrawの適応や方法になれていない57%の順で高かった。また、現行の本人の意思を記す文書の問題点として、本人の意思を記した文書があっても事前に家族がその意思を知らず、本人の意思を記した文書の意向に家族が反対する66.9%、法的サポートがない62.9%、統一された書式がない58.3%の順で高かった。

結論：終末期医療のガイドラインの認知度は高かった。心停止後に低酸素性脳症になった患者に対して何かしらの治療制限を考え、更なる状態悪化時には新たな介入はしない傾向を認めた。但し、家族の希望があれば、新たな介入を行う傾向となった。Withhold、Withdrawを行う上での問題点として、法的サポートの問題もあるが、医療従事者側にも問題があると認識していた。また、現行の本人の意思を記す文書の問題点として、患者家族側、法的サポート、文書の形式に問題を感じていることがわかった。

## A. 研究目的

集中治療や救急医療において終末期医療は避けて通れぬ問題となっている。終末期医療に関するガイドラインの整備は徐々に進んでおり、2014年には救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン-3学会からの提言-が発表された。但し、臨床の現場でそれぞれの患者に対し終末期医療の決定をすることは依然難しい問題を含んでいる。集中治療に関わる医療従事者の終末期医療に対する質問紙による意識調査は過去に行われているが、2014年のガイドライン発表以降は行われておらず、現状は不明である。そこで、本研究では、集中治療・救急医療に関わる医療従事者の終末期医療に対する現状、考えを明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

本研究は記述疫学研究である。研究対象は集中治療、救急医療に関わる医療従事者で、特定非営利活動法人日本集中治療教育研究会のメーリングリストを利用し、インターネット上で無記名アンケート調査を施行した。アンケート調査は2017年5月に2週間行った。

### (倫理面への配慮)

本研究はインターネット上のアンケート調査で、アンケート全体を通して無記名であり、また入力された端末に関する情報は取得しないため、個人は特定されない。本研究は筑波大学医学医療系の倫理委員会承認されている。

## C. 研究結果

アンケート回答人数195人、研究の同意が得られた人数185名(医師101名、医師以外の医療従事者84名)であった。終末期医

療のガイドラインに対する認知度は、救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン-3学会からの提言-(2014年)88.3%、厚生労働省：人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン(2007/2015年)49.7%の順で高く、どのガイドラインも知らないと回答した割合は8.2%だった。心停止後に低酸素性脳症となった高齢患者で、家族はおらず、本人の意思を記した文書はなく、推定意思もわからない症例を提示し、患者の治療方針をどのように決定するのが良いと考えるか聞いたところ、医療チームで決定する43.4%、院内の倫理委員会で決定する34.6%、複数の医師で決定する17.6%であった。治療制限について聞いたところ、何かしらの治療制限する86.8%、治療制限しない13.2%であった。そのような患者が敗血症性ショックになった場合、人工呼吸管理強化、輸液増量、昇圧剤開始、抗菌薬開始、血液浄化療法開始すると回答した割合は各々、28.9%、27.7%、21.4%、38.3%、11.3%であった。同様の症例設定でも、家族がいて、積極的治療を望む場合、人工呼吸管理強化、輸液増量、昇圧剤開始、抗菌薬開始、血液浄化療法開始すると回答した割合は各々、71.5%、70.2%、70.6%、75.3%、46.4%であった。Withhold、Withdrawを行う上での問題点として、法的サポートが不十分である75.5%、医療従事者間で意見の統一が図れない60.9%、医療従事者がWithholdやWithdrawの適応や方法になれていない57%の順で高かった。また、現行の本人の意思を記す文書の問題点として、本人の意思を記した文書があっても事前に家族がその意思を知らず、本人の意思を記した文書の意向に家族が反対する66.9%、法的サポートがない62.9%、統一された書式がない58.3%の順で高かった。

#### D. E. 考察・結論

過去の質問紙による意識調査の結果や類似の研究と比較し、終末期医療のガイドラインの認知度は高くなっており、心停止後に低酸素性脳症になった患者に対して何かしらの治療制限を考え、更なる状態悪化時には新たな介入はしない傾向を認めた。Withhold、Withdrawを行う上での問題点として、法的サポートの問題もあるが、医療従事者側にも問題があると認識していた。また、現行の本人の意思を記す文書の問題点として、患者家族側、法的サポート、文書の形式に問題を感じていることがわかった。ガイドラインに則り、医療従事者が終末期医療を習熟することが必要であり、患者家族間の終末期に関するコミュニケーションの促進が必要と考えられた。

3. その他  
なし

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

該当なし

##### 2. 学会発表

Isao Nagata, Toshikazu Abe, Masatoshi Uchida, Nanako Tamiya

Attitudes towards end-of-life care of elderly critical patient with poor neurological prognosis among medical workers who engage in emergency care and intensive care

6th Conference on Global Aging

Tsukuba, 2018/7/7 発表予定, 筑波

#### G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし



厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
分担研究報告書

高齢者施設から救命救急センターへ搬送された高齢救急患者の現状

研究分担者 阿部 智一 筑波大学医学医療系 客員教授  
順天堂大学医学部附属順天堂医院総合診療科 先任准教授  
研究協力者 内田 雅俊 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻  
獨協医科大学救急医学講座 助教  
研究代表者 田宮 菜奈子 筑波大学医学医療系 教授

研究要旨

目的：高齢者施設の利用者は、その多くが自立した生活が困難な虚弱高齢者である。このような患者にたいする救急医療については社会的、倫理的問題が指摘されているが、その実態は明らかではない。そこで、救命救急センターへ高齢者施設から救急車搬送された患者について検討した。

方法：2011年8月から2015年12月までに高齢者施設から獨協医科大学病院救命救急センターへ救急車搬送された65歳以上の患者109名について、後方視的観察研究を行った。

結果：年齢の中央値は83歳、男性45例、女性64例、合併症として57例が認知症を有しており、15例が寝たきりだった。心肺停止は18例であり、17例は死亡、1例は病前の状態まで回復し自宅退院した。非心肺停止患者は91例であり、35例が高度意識障害、9例がショック状態だった。疾患は神経疾患37例、呼吸器疾患15例、心血管疾患13例、消化器疾患10例、その他16例だった。12/91例(13%)が死亡した。10例で気管挿管が行われ、3例が死亡、2例が気管切開されたが、5例は抜管に至った。

結論：高齢者施設を利用している重症救急患者の予後は不良ではあるが、病前の状態まで回復する患者も少なくなかった。本人の意思が確認できない状態で、患者背景のみから一律に侵襲的治療を制限することは、回復可能な患者に対する医療が過剰に制限される懸念がある。

A. 研究目的

日本は人口の高齢化に伴って、高齢者の救急搬送は増加傾向にあり、高齢者施設からの救急搬送も増加していることが報告されている。高齢者施設の利用者の多くはADL(activity of daily living)の低下により自立した生活が困難な虚弱高齢者である。そのため、疾病に罹患すると重症化し予後は不良である。しかし、高齢者施設から救命救急センターに搬送された患者についての報告は少ない。

また、すでにADLが低下し、治療によって回復しても自立した生活を送ることが難しいと予想される高齢者が救急搬送された場合、侵襲的治療で救命できる患者がいる一方で、本人、家族が侵襲的治療を望まないことも少なくない。そのため、救急の現場で侵襲的治療についての意思決定が行われていると思われるが、意思決定の詳細についての報告は知りうる限りではなく、その実態は明らかではない。

今回、高齢者施設から救命救急センターに救急車搬送された重症救急患者について、

その特徴と転帰、侵襲的治療についての意思決定の現状を調査しその現状を明らかにすることを目的に研究を行った。

## B. 研究方法

2011年8月～2015年12月に獨協医科大学病院救命救急センターへ高齢者施設から救急車搬送された65歳以上の入所、通所サービス利用者を対象とし、後方視的観察研究を行った。

(倫理面への配慮)

本研究については、獨協医科大学医院生命倫理委員会にて承認を得ており、後方視的観察研究であることから個別のインフォームドコンセントは不要と判断された。

## C. 研究結果

観察期間内に6192人の患者が救急搬送され、2909人が65歳以上だった。このうち112人(1.8%)の患者が高齢者施設から搬送され、3名がデータ欠損のため除外され、109人が分析対象となった(Figure 1.)。

対象患者の背景をTable 1.に示す。年齢の中央値は83歳、女性が64/109人(58.7%)だった。全員が何らかの合併症を有しており、認知症を有する患者が57/109人(52.3%)だった。21/109人(19.3%)は全く意思疎通不可能な重度認知症であり、寝たきり患者は15/109人(13.8%)だった。79/109人(72.5%)が施設入所者であり、入所施設は特別養護老人ホームが最も多かった[32/109人(29.4%)]。9/109人(8.3%)が搬送時ショック状態(収縮血圧90mmHg未満)であり、35/109人(32.3%)が高度意識障害(GCS 8以下)を呈していた。搬送の原因疾患は神経疾患が最も多く[37/109人(33.9%)]、その内訳は、症候性てんかん18人、脳血管障害17人、慢性硬膜下血腫1人、その他1人であった。

施設から搬送された高齢救急患者(109人)の意思決定の流れと転帰をFigure 2.に示す。治療制限の事前指示を有していた患者(7人)では、全例で搬送後に治療制限の意思が再確認され、侵襲的治療は行われなかった。5人が一般病棟に入院、2人が施設へ帰院した。治療制限の事前指示を有さない患者(102人)のうち、院外心肺停止で搬送された患者(18人)は全例で心肺蘇生が行われ、6人が心拍再開した。このうち全例で搬送後治療制限の意思決定がなされ、5人は搬送当日に死亡した。1人は入院加療後病前の状態まで回復し、自宅退院した。治療制限の事前指示を有さず、心肺停止以外で搬送された患者(84人)では11人で侵襲的治療が行われた。気管挿管が10人、手術が2人に行われた。気管挿管が行われた患者のうち、5人は一度は抜管に至っていた。

事前指示のない患者の搬送後治療制限の意思決定の詳細についてTable 2.に示す。本人による意思決定はなく、全例が代理による意思決定だった。代理決定者は不明を除くと子が最も多く(30%)、配偶者(16.3%)がそれに続いた。93.0%の意思決定は搬送当日に行われていた

## D. E. 考察・結論

今回我々は高齢者施設から救命救急センターへ救急車搬送された患者について検討を行った。高齢者施設からの救急搬送患者では原因疾患として神経疾患が多く、気管挿管が必要となった場合であっても抜管、生存退院した症例も少なくなかった。年齢、基礎疾患、ADLといった患者背景のみから一律に侵襲的治療を制限することは回復可能な患者に対する医療が過剰に制限される恐れがある。また、事前指示を持った患者は少数だった一方で、搬送後の意思決定のほとんどは搬送当日に行われていた。既に

家族が本人からの意思を受け取っていたか、家族内で侵襲的治療に対する暗黙の意思決定があったものの、施設に対して意思表示がされていなかったことが考えられる。事前指示書の一般化が本人の意思の治療への反映に必要と思われる。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

該当なし

(本報告の内容を、学術雑誌に投稿予定である)

### 2. 学会発表

内田 雅俊、阿部 智一、永田 功、小野 一之、田宮 菜奈子  
介護施設から救急搬送された重症救急患者の終末期意思決定  
第75回日本公衆衛生学会総会 2016.10 大阪

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

Table 1. 高齢者施設から救命救急センターに搬送された患者の背景 (n = 109)

|                                         |                   |
|-----------------------------------------|-------------------|
| 年齢 (中央値[四分位範囲])                         | 83 [79, 87]       |
| 女性/男性 (%)                               | 64/45 (58.7/41.3) |
| Charlson comorbidity index (中央値[四分位範囲]) | 2 [1, 3]          |
| 基礎疾患                                    |                   |
| 心筋梗塞 (%)                                | 4 ( 3.7)          |
| 心不全 (%)                                 | 17 (15.6)         |
| 糖尿病 (%)                                 | 22 (20.2)         |
| 脳血管障害 (%)                               | 50 (45.9)         |
| COPD (%)                                | 9 ( 8.3)          |
| 慢性腎臓病 (%)                               | 2 ( 1.8)          |
| 悪性腫瘍 (%)                                | 15 (13.8)         |
| 認知症 (%)                                 | 57 (52.3)         |
| 重度認知症 (%)                               | 21 (19.3)         |
| 寝たきり (%)                                | 15 (13.8)         |
| 施設入所者 (%)                               | 79 (72.5)         |
| 入所施設 (%)                                |                   |
| 特別養護老人ホーム                               | 32 (29.4)         |
| グループホーム                                 | 20 (18.3)         |
| 老人保健施設                                  | 7 ( 6.4)          |
| サービス付き高齢者向け住宅                           | 11 (10.1)         |
| 有料老人ホーム                                 | 9 ( 8.3)          |
| ショートステイ利用者 (%)                          | 14 (12.8)         |
| デイサービス利用者 (%)                           | 16 (14.7)         |
| 治療制限の事前指示 (%)                           | 7 ( 6.4)          |
| 搬送後治療制限の意思決定 (%)                        | 43 (39.4)         |
| 搬送時 vital sign (中央値[四分位範囲])             |                   |
| GCS (Glasgow coma scale)                | 9 [3, 13]         |
| SBP (Systolic blood pressure)           | 127 [95, 158]     |
| HR (Heart rate)                         | 82 [62, 103]      |
| RR (Respiratory rate)                   | 20 [15, 26.75]    |
| ショック (SBP < 90)                         | 9 ( 8.3)          |
| 高度意識障害 (GCS <= 8)                       | 35 (32.1)         |
| 原因疾患 (%)                                |                   |
| 院外心肺停止                                  | 18 (16.5)         |
| 神経疾患                                    | 37 (33.9)         |
| 心血管疾患                                   | 13 (11.9)         |
| 呼吸器疾患                                   | 15 (13.8)         |
| 消化器疾患                                   | 10 ( 9.2)         |
| その他                                     | 16 (14.7)         |

Table 2. 事前指示のない患者の搬送後治療制限の意思決定 (n = 43)

|           |           |
|-----------|-----------|
| 意思決定者 (%) |           |
| 患者自身      | 0 (0)     |
| 子         | 13 (30.2) |
| 配偶者       | 7 (16.3)  |
| 兄弟、姉妹     | 2 (4.7)   |
| 甥         | 2 (4.7)   |
| 孫         | 1 (2.3)   |
| 姪         | 1 (2.3)   |
| 不明        | 17 (39.5) |
| 意思決定日 (%) |           |
| 搬送当日      | 40 (93.1) |
| 入院2日目     | 1 (2.3)   |
| 入院4日目     | 1 (2.3)   |
| 入院20日目    | 1 (2.3)   |

Figure 1. 対象患者のフローシート

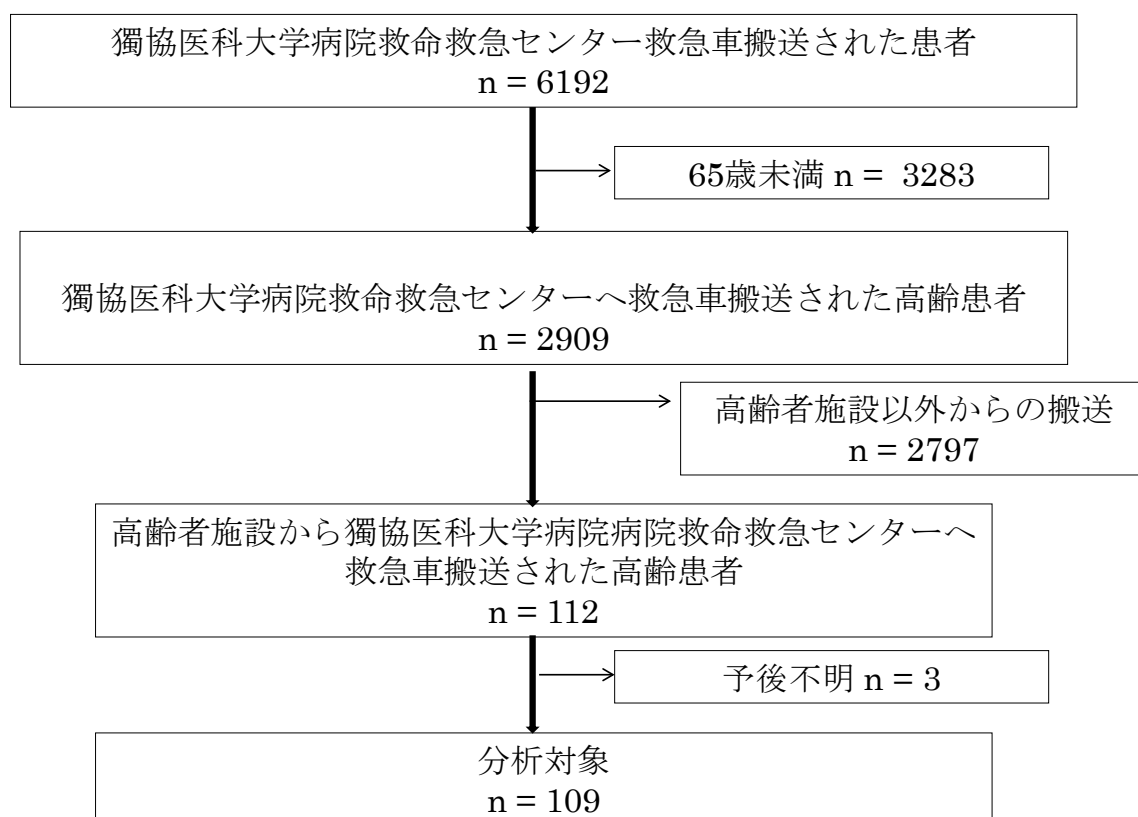
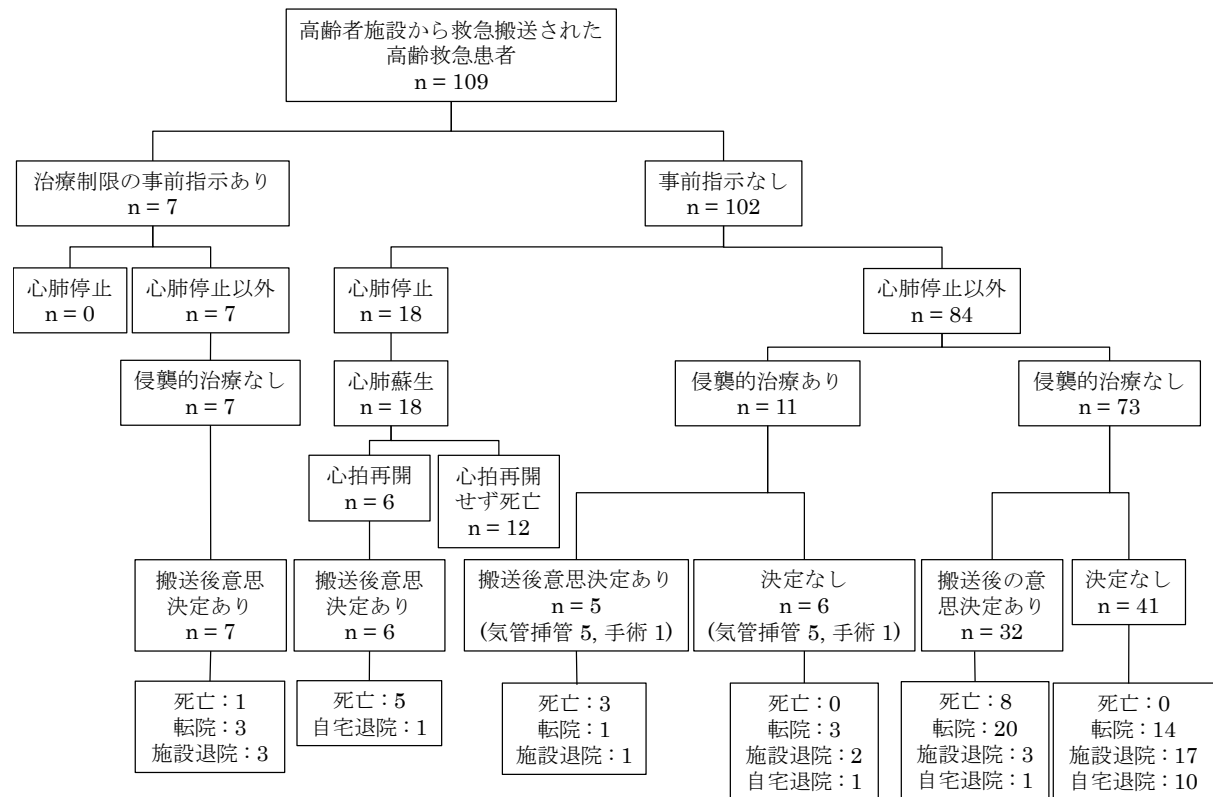


Figure 2. 高齢者施設から搬送された高齢患者の意思決定の流れと転帰



## 人生の最終段階における医療について話し合うことに関連する要因 —一般国民に対する意識調査の二次解析より—

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：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  
研究分担者：濱野淳 筑波大学医学医療系 講師

### 研究要旨

アドバンスケアプランニングの一つの要素である、希望する将来の医療ケア等の“話し合い”を促進する要因に関しては、主に患者-医療者間において研究されており、一般国民における家族等の身近な人と話し合いを行うことに関連する要因は、明らかとはなっていない。一般国民に対し実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の二次解析から、人生の最終段階における医療や療養を家族等と話し合いをすることに 関連する要因を調査した。全対象者における多変量解析に加え、年齢 65 歳で層別化をして関連要因を検討した。男性であることは、全年齢を通して話し合いをすることと有意に負の関連が認められた。65 歳以上では、かかりつけ医があること、過去 5 年以内に病気やけがによる病院での介護経験があることが有意に正の関連が認められた。一方 65 歳未満では、かかりつけ医があることと話し合いをすることには有意な関連は認められず、配偶者と同居していること、過去 5 年以内に病気やけがによる在宅での介護経験があることが、有意に話し合いをもつことと正の関連が認められた。医療介護関係者が、希望する将来の医療ケア等の話し合いを患者と進める際には、対象者の年齢・性別・同居者の情報・過去の介護経験などを認識することが、その後の話し合いを実施するにあたり有用な情報となると考えられる。

#### A. 研究目的

アドバンスケアプランニングは、年齢・健康状態に関わらず、個々人の価値観、人生のゴール、将来の医療ケアに関する好みを理解し共有することで、成人を支援するプロセスと定義されている<sup>1</sup>。過去のランダム化比較試験を含む研究で、アドバンスケアプランニングは、人生の最終段階におけるケアや、患者・家族の満足度を改善する等の利点が指摘されている<sup>2</sup>。アドバンスケアプランニングは 3 つの構成要素（考えること・話し合いを行うこと・書面の作成）から成り<sup>3</sup>、話し合いを行うことに関しては、これまで主に患者-医療者間における話し合いの促進関連要因が研究されてきた<sup>4,5</sup>。一方、一般国民のレベルで、個々人が家族等の

身近な人と将来の医療ケアに関する好み等の話し合いを行うことに 焦点をおいた研究は乏しく、身近な人と人生の最終段階に関する話し合いを行うことに関連する要因は明らかにはなっていない。

2017 年 12 月に実施された一般国民を対象とした「人生の最終段階における医療に関する意識調査」において、厚生労働省は、人生の最終段階における医療について家族等や医療介護関係者と話し合ったことがあるかを問い、詳しく話し合っている・もしくは一応話し合っていると回答した割合は約 40%と公表している<sup>6</sup>。話し合いを行っているとは回答した一般国民は、どのような背景や要因を有しているのかを調査することは、今後医療介護提供者が患者とアドバンスケアプランニ

ングを進めていく際の参考になると共に、より介入的に話し合いを進める必要がある対象者を明らかにする可能性がある。

そこで、本研究の目的は、人生の最終段階における医療に関して、家族等身近な人と話し合いをすることに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一般国民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」の二次解析である。なお、調査票は全国の20歳以上の男女から層化二段階無作為抽出で抽出された一般国民6000人に郵送で配布され、973人から回収されている（回収率16.2%）。

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。

意識調査票の一般国民票に含まれる「あなたの死が近い場合に受きたい医療・療養や受たくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とどのくらい話し合ったことがありますか」という調査項目において、「詳しく話し合っている」もしくは「一応話し合っている」と回答した人を「話し合いあり」、「話し合ったことはない」と回答した人を「話し合いなし」として、話し合いがあることと関連する要因を統計学的手法を用いて検討した。なお、関連する要因は、同調査票に含まれるフェースシートの情報を用いた。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Stataを用い、単純な2群間比較にはカイ2乗検定・Fisherの正確確立検定を、多変量解析には多重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。なお、解析対象者全体での分析に加えて、65歳で層別化した分析も行った。

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

調査票に回答のあった973人のうち、情報欠損があるデータは除外し、最終的に二次解析対象となったのは822人であった（有効回答率13.7%）。

解析対象者の基本属性（Table1）は、男性460人（56.0%）、60歳以上421人（51.2%）、同居者がいるのは689人（83.8%）であった。同居者（複数回答）に関しては、配偶者と回答した552人が最も多く、息子251人、娘206人が続いた。

調査項目「あなたは、人生の最終段階における医療・療養についてこれまでに考えたことがありますか」に対し、「考えたことがある」と回答したのは506人（61.6%）で、「あなたの死が近い場合に

Table1 対象者の基本属性

|                | 解析対象者(n=822) |          |
|----------------|--------------|----------|
|                | n(人)         | %        |
| 性別             | 男性           | 460 56.0 |
|                | 女性           | 362 44.0 |
| 年齢             | 20-29        | 38 4.6   |
|                | 30-39        | 98 11.9  |
|                | 40-49        | 138 16.8 |
|                | 50-59        | 127 15.5 |
|                | 60-69        | 166 20.2 |
|                | 70-79        | 163 19.8 |
|                | >80          | 92 11.2  |
| 同居者            | あり           | 689 83.8 |
| 最終学歴           | 中学校          | 88 10.7  |
|                | 高校           | 276 33.6 |
|                | 短期大学・専門学校    | 164 19.9 |
|                | 大学・大学院       | 294 35.8 |
| かかりつけ医         | あり           | 348 42.3 |
| 5年以内の介護経験      | あり           | 303 36.9 |
| 5年以内の身近で大切な人の死 | あり           | 346 42.1 |
| *考えたこと         | あり           | 506 61.6 |
| *話し合ったこと       | あり           | 343 41.7 |

※人生の最終段階における医療・療養について



受けない医療・療養や受けたくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とどのくらい話し合ったことがありますか」に対し、「話し合いあり」と回答したのは343人(41.7%)であった。

話し合いをした相手(複数回答)としては、家族・親族と回答した人が最多322人(93.9%)で、医療者と回答した人は15人(4.4%)であった。なお、「話し合いあり」と回答した人に、話し合いのきっかけとなった出来事(複数回答)を問うと、家族等の病気や死307人(89.5%)、自分の病気306人(89.2%)と回答した人がほぼ同数であった。

身近で大切な人の死を最近5年以内に経験した人のうち、151人(43.6%)がその死において心残りがあると回答した。

解析対象者全員における単変量解析の結果、女性( $p=0.000$ )、65歳以上( $p=0.000$ )、かかりつけ医を持っている( $p=0.000$ )、人生の最終段階の医療について考えたことがある( $p=0.000$ )、過去5年以内の病院での介護経験がある( $p=0.000$ )、過去5年以内の自宅での介護経験がある( $p=0.001$ )、身近で大切な人の死を経験したことがある( $p=0.017$ )、過去5年以内の身近で大切な人の死において心残りがある( $p=0.000$ )は、「話し合いなし」と比較すると「話し合いあり」の割合が有意に多かった。一方、父母との同居( $p=0.025$ )、息子との同居( $p=0.001$ )、娘との同居( $p=0.034$ )があると「話し合いあり」が有意に少なかった(Table2)。単変量解析を65歳で層別化して実施すると、65歳以上・未満いずれの層においても、女性、人生の最終段階の医療について考えたことがある、過去5年以内の病院での介護経験がある、過去5年以内の身近で大切な人の死において心残りがある場合には、「話し合いなし」と比較すると「話し合いあり」の割合が有意に多かった。また、65歳以上の層では、かかりつけ医をもっている場合( $p=0.003$ )には、「話し合いなし」と比較すると「話し合いあり」の割合が有意に多かった。

これらの変数を考慮し解析対象者全員

に多重ロジスティックス解析を行うと、人生の最終段階の医療や介護に関する希望をについて家族等と話し合うことは、年齢を重ねること(Odds Ratio (OR): 1.28; 95% confidence interval (CI): 1.14-1.44)、最終学歴が短大・専門学校以上であること(OR: 1.56; CI: 1.10-2.20)、配偶者と同居していること(OR: 1.48; CI: 1.05-2.10)、過去5年以内の病院での介護経験があること(OR: 1.95; CI: 1.35-2.82)とは正の関連が認められ、男性(OR: 0.41; CI: 0.30-0.56)、息子と同居(OR: 0.59; CI: 0.42-0.85)とは負の関連が認められた(Table3)。65歳で層別化すると(Table3)、65歳以上でも未満でも、男性は話し合いをすることと負の関連が認められた。65歳以上の場合、かかりつけ医がいることは、話し合いをすることと正の関連が認められるが、65歳未満では、有意な関連は認められていない。また、65歳以上の場合と未満の場合では、誰と同居しているかによって、話し合いと関連する要因は異なる。加えて、大切な人の病気やけがによる介護を経験している場合に、65歳以上では入院での介護経験が、65歳未満では在宅での介護経験が、それぞれ話し合いをすることと正の関連が認められた。なお、過去5年以内の看取り経験における心残りの有無は、話し合いをすることに関連する要因とはならなかった。

#### D. 考察

人生の最終段階における医療に関して、家族等身近な人と話し合いをすることに関連する要因を明らかにすることを目的に、一般国民に実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の二次解析を行った。

厚生労働省による「人生の最終段階における医療に関する意識調査」は5年毎に実施されており、今回の調査では、死が近い場合に受けない医療・療養や受けたくない医療・療養について、家族等や医療介護関係者と「話し合いあり」と回答した割合は前回の同調査と変化は認め

Table2 「話し合いあり」に関連する要因分析(単解析)

|                            |    | 全年齢層 n=822   |      |                     | 65歳以上 n=357  |      |                            | 65歳未満 n=465  |      |                            |
|----------------------------|----|--------------|------|---------------------|--------------|------|----------------------------|--------------|------|----------------------------|
|                            |    | 話し合いあり n=343 |      | Chi-squared test    | 話し合いあり n=184 |      | Chi-squared test           | 話し合いあり n=159 |      | Chi-squared test           |
|                            |    | n(人)         | %    |                     | n(人)         | %    |                            | n(人)         | %    |                            |
| 性別                         | 男性 | 157          | 34.1 | <b>p=0.000</b>      | 96           | 45.7 | <b>p=0.008</b>             | 61           | 24.4 | <b>p=0.000</b>             |
|                            | 女性 | 186          | 51.4 |                     | 88           | 59.9 |                            | 98           | 45.6 |                            |
| 65歳                        | 以上 | 184          | 51.5 | <b>p=0.000</b>      | -            | -    | -                          | -            | -    | -                          |
|                            | 以下 | 159          | 34.2 |                     | -            | -    |                            | -            | -    |                            |
| 最終学歴 短大・専門学校・大学            | 以上 | 190          | 41.5 | p=0.874             | 65           | 57.0 | p=0.156                    | 125          | 36.3 | p=0.100                    |
|                            | 以下 | 153          | 42.0 |                     | 119          | 49.0 |                            | 34           | 28.1 |                            |
| かかりつけ医                     | あり | 177          | 50.9 | <b>p=0.000</b>      | 140          | 56.9 | <b>p=0.003</b>             | 37           | 36.3 | p=0.616                    |
|                            | なし | 166          | 35.0 |                     | 44           | 39.6 |                            | 122          | 33.6 |                            |
| 人生の最終段階の医療について考えたこと        | あり | 300          | 59.3 | <b>p=0.000</b>      | 156          | 71.6 | <b>p=0.000</b>             | 144          | 50.0 | <b>p=0.000</b>             |
|                            | なし | 43           | 13.6 |                     | 28           | 20.1 |                            | 15           | 8.5  |                            |
| 配偶者との同居                    | あり | 238          | 43.1 | p=0.248             | 127          | 51.8 | p=0.868                    | 111          | 36.2 | p=0.214                    |
|                            | なし | 105          | 38.9 |                     | 57           | 50.9 |                            | 48           | 30.4 |                            |
| 父母との同居                     | あり | 31           | 31.3 | <b>p=0.025</b>      | 0            | 0.0  | <b>p=0.006</b><br>(Fisher) | 31           | 33.7 | p=1.000<br>(Fisher)        |
|                            | なし | 312          | 43.1 |                     | 184          | 52.6 |                            | 128          | 34.3 |                            |
| 息子との同居                     | あり | 83           | 33.1 | <b>p=0.001</b>      | 41           | 43.6 | p=0.073                    | 42           | 26.7 | <b>p=0.017</b><br>(Fisher) |
|                            | なし | 260          | 45.5 |                     | 143          | 54.4 |                            | 117          | 38.0 |                            |
| 娘との同居                      | あり | 73           | 35.4 | <b>p=0.034</b>      | 18           | 36.7 | <b>p=0.031</b><br>(Fisher) | 55           | 35.0 | p=0.836<br>(Fisher)        |
|                            | なし | 270          | 43.8 |                     | 166          | 53.9 |                            | 104          | 33.8 |                            |
| 息子の妻と同居                    | あり | 19           | 46.3 | p=0.626<br>(Fisher) | 15           | 45.4 | p=0.472<br>(Fisher)        | 4            | 50.0 | p=0.454<br>(Fisher)        |
|                            | なし | 324          | 41.5 |                     | 169          | 52.2 |                            | 155          | 33.9 |                            |
| 娘の夫と同居                     | あり | 6            | 54.5 | p=0.540<br>(Fisher) | 6            | 60.0 | p=0.752<br>(Fisher)        | 0            | 0.0  | p=1.000<br>(Fisher)        |
|                            | なし | 337          | 41.5 |                     | 178          | 51.3 |                            | 159          | 34.3 |                            |
| 5年以内の大切な人の病気やけがによる病院での介護   | あり | 117          | 57.3 | <b>p=0.000</b>      | 65           | 69.1 | <b>p=0.000</b>             | 52           | 47.3 | <b>p=0.001</b>             |
|                            | なし | 226          | 36.6 |                     | 119          | 45.2 |                            | 107          | 30.1 |                            |
| 5年以内の大切な人の病気やけがによる介護施設での介護 | あり | 53           | 49.1 | p=0.097             | 21           | 51.2 | p=0.965                    | 32           | 47.8 | <b>p=0.011</b>             |
|                            | なし | 290          | 40.6 |                     | 163          | 51.6 |                            | 127          | 31.9 |                            |
| 5年以内の大切な人の病気やけがによる自宅での介護   | あり | 56           | 57.1 | <b>p=0.001</b>      | 27           | 57.4 | p=0.385                    | 29           | 56.9 | <b>p=0.000</b>             |
|                            | なし | 287          | 39.6 |                     | 157          | 50.6 |                            | 130          | 31.4 |                            |
| 5年以内の大切な人との死別              | あり | 161          | 46.5 | <b>p=0.017</b>      | 82           | 53.3 | p=0.574                    | 79           | 41.2 | <b>p=0.008</b>             |
|                            | なし | 182          | 38.2 |                     | 102          | 50.3 |                            | 80           | 29.3 |                            |
| 5年以内の大切な人との死別において心残り       | あり | 84           | 55.6 | <b>p=0.000</b>      | 41           | 67.2 | <b>p=0.007</b>             | 43           | 47.8 | <b>p=0.002</b>             |
|                            | なし | 259          | 38.6 |                     | 143          | 48.3 |                            | 116          | 30.9 |                            |

Table3 「話し合いあり」に関連する要因(多重ロジスティック回帰分析)

|                           | 全年齢層 <sup>※1</sup><br>n=822(人) |           | 65歳以上 <sup>※2</sup><br>n=357(人) |           | 65歳未満 <sup>※3</sup><br>n=465(人) |            |
|---------------------------|--------------------------------|-----------|---------------------------------|-----------|---------------------------------|------------|
|                           | OR                             | 95%CI     | OR                              | 95%CI     | OR                              | 95%CI      |
| 性別(男性)                    | 0.41                           | 0.30-0.56 | 0.47                            | 0.29-0.76 | 0.37                            | 0.25-0.57  |
| 年齢(連続変数)                  | 1.28                           | 1.14-1.44 | -                               | -         | -                               | -          |
| 教育歴(短大・専門学校・大学以上)         | 1.56                           | 1.10-2.20 | 1.60                            | 0.95-2.67 | 1.54                            | 0.94-2.52  |
| かかりつけ医あり                  | 1.30                           | 0.91-1.85 | 2.44                            | 1.47-4.08 | 0.83                            | 0.49-1.40  |
| 配偶者と同居あり                  | 1.48                           | 1.05-2.10 | 1.30                            | 0.77-2.18 | 1.97                            | 1.17-3.31  |
| 父母と同居あり                   | 0.75                           | 0.45-1.27 | -                               | -         | 0.88                            | 0.50-1.55  |
| 息子と同居あり                   | 0.59                           | 0.42-0.85 | 0.77                            | 0.46-1.30 | 0.48                            | 0.30-0.77  |
| 娘と同居あり                    | 0.79                           | 0.54-1.16 | 0.47                            | 0.24-0.92 | 0.98                            | 0.61-1.58  |
| 息子の妻と同居あり                 | 1.36                           | 0.66-2.78 | -                               | -         | 2.80                            | 0.61-12.83 |
| 娘の夫と同居あり                  | 1.14                           | 0.30-4.27 | -                               | -         | -                               | -          |
| 大切な人の病気やけがによる介護 病院で経験あり   | 1.95                           | 1.35-2.82 | 2.78                            | 1.57-4.91 | 1.56                            | 0.94-2.60  |
| 大切な人の病気やけがによる介護 施設入所で経験あり | 1.10                           | 0.69-1.76 | 0.90                            | 0.43-1.89 | 1.32                            | 0.70-2.48  |
| 大切な人の病気やけがによる介護 在宅で経験あり   | 1.58                           | 0.97-2.57 | 1.24                            | 0.61-2.55 | 2.44                            | 1.24-4.80  |
| 5年以内の看取り経験 において心残りあり      | 1.49                           | 0.98-2.28 | 1.75                            | 0.91-3.40 | 1.5                             | 0.85-2.67  |
| 5年以内の看取り経験 において心残りなし      | 0.77                           | 0.52-1.14 | 0.61                            | 0.34-1.10 | 1.05                            | 0.61-1.81  |

OR: Odds Ratio 95%CI: 95% confidence interval

※1 R<sup>2</sup>=0.1128 Hosmer-Lemeshow chi2(8)=11.97 Prob>chi2=0.1527※2 R<sup>2</sup>=0.1085 Hosmer-Lemeshow chi2(8)=1.66 Prob>chi2=0.9897※3 R<sup>2</sup>=0.1034 Hosmer-Lemeshow chi2(8)=6.59 Prob>chi2=0.5817

なかった<sup>7)</sup>。

「話し合いあり」の場合に、話し合いの相手として家族を選択した者の割合は9割を超え、本調査データを用いた解析により、家族内での話し合いをすることに関する理解を深めることが可能であると考えられる。

死が近い場合に受ける医療・療養や受けたくない医療・療養について、家族等や医療介護関係者と「話し合いあり」の場合、年齢を重ねることは、正の関連性が認められた。また、話し合いのきっかけとなった出来事が、家族等の病気や死、自分の病気と回答した人が主だったことも加味すると、死が近い場合に受ける医療・療養や受けたくない医療・療養を、自身が身近なこととして意識するような実体験が、話し合いをすることと関連していると考えることができる。加えて、経験する場所の違いはあるものの、過去5年以内の介護経験も、家族等と話し合いをすることと正の関連があり、この介護

経験というものも、死が近い場合に受ける医療・療養を考える身近な実体験であると考えることができる。

同居している家族に焦点をあてると、全年齢を対象とした解析もしくは、65歳未満に層別化した際に、配偶者がいることは、話し合いがなされることと正の関連がみられたが、息子や娘と同居していることは、話し合いがなされることと負の関連が指摘された。これに関しては、考えられる理由を、先行研究などを参考に、今後考察していこうと思っている。

一方、かかりつけ医は、特に65歳以上に層別化すると、話し合いと正の関連が得られており、65歳以上では、同居の家族よりも、かかりつけ医が人生の最終段階における医療や介護の話し合いを促進する役割を担っている可能性があると考えられる。

臨床の現場において、死が近い場合に受ける医療・療養や受けたくない医

療・療養についての会話を医療介護関係者が患者と行う際には、会話をする対象者の性別・年齢や同居する家族構成、これまでの介護経験の有無について情報を得ることは、対象者の家族も含めた話し合いを進める上で参考になると考えられる。今回の解析結果からは、例えば、若い男性で、配偶者がいない、もしくは配偶者と同居しておらず、介護経験がないような場合には、家族等身近な人と死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養についての会話が進められていない可能性を念頭に、丁寧な状況把握や、医療介護提供者が話し合いを促進的に行うなど、きめ細かい話し合いのサポートが必要となる可能性がある。

今回の調査の最大の限界は、調査票の回収率が低いことである。なお、調査票は、全国の20歳以上の男女から層化二段階無作為抽出で抽出された一般国民に対し郵送されたが、回収された調査票の地域によるばらつきまでは把握できていない。また、調査票に含まれていない項目に関しては、話し合いとの関連性を議論することができない。

このような限界を考慮しても、先行研究では、一般国民レベルにおいて、個々人が、死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について家族等と話し合うことに関連する要因を調査されていないため、本研究は、臨床現場での話し合いや、類似の研究を進めていく上での一助となると考える。

#### E. 結論

本研究においては、死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について、家族等や医療介護関係者と「話し合いあり」の場合、自身がそれらを身近なこととして意識するような実体験に結びつく項目が関連する要因として考えられた。また、65歳以上の場合、かかりつけ医が話し合いを促進する役割を担っている可能性がある。医療介護関係者が、先のような話し合いを進める際には、対象者の年齢・性別・同居者の情報・

過去の介護経験の有無についても情報を得ることが、その後の話し合いを実施するにあたり有用と考えられる。

#### 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. Rebecca L. Sudore, Hillary D. Lum, John J. You, et al: Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. *J Pain Symptom Management*, 2017; 53: 821-833,
2. Karen M Detering, Andrew D Hancock, Michael C Reade, et al: The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomized controlled trial. *BMJ*, 2010; 340: c1345
3. Rebecca L. Sudore, Adam D. Schickedanz, C. Seth Landefeld, et al: Engagement in multiple steps of the advance care planning process: a descriptive study of diverse older adults. *JAGS* 2008; 56: 1006-1013,
4. Kathryn Almack, Karen Cox, Nima Moghaddam, et al: After you: conversations between patients and healthcare professionals in planning for end of life care. *BMC Palliat Care* 2012; 11: 15

5. Shoaib Fakhri, Ruthe A. Engelberg, Lois Downey, et al: Factors affecting patient' s preferences for and actual discussions about end-of-life care. J Pain Symptom Manage. 2016;52: 386-394.
6. 人生の最終段階における医療に関する意識調査 平成 30 年 3 月  
[http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo\\_a\\_h29.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf)
7. 人生の最終段階における医療に関する意識調査 平成 26 年 3 月  
[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847\\_3.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf)

謝辞 :

本研究のデータ分析にあたっては、筑波大学筑波大学理工学群社会工学類 経営工学主専攻 4 年 佐々木健佑さんにご協力を頂いた。

## 人生の最終段階における希望する医療・療養の場所に関連する要因 想定される疾病別分析 —一般国民に対する意識調査の二次解析より—

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：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  
研究分担者：濱野淳 筑波大学医学医療系 講師  
研究分担者：Thomas D. Mayers 筑波大学医学医療系 助教

### 研究要旨

厚生労働省は平成 29 年に実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」で、人生の最終段階の病状を末期がん、慢性の重い心臓病、認知症と設定し、それぞれについて、どこで過ごしながらか医療・療養を受けたいかを調査した。希望する療養場所として最多であったのは、想定疾病が末期がんの場合は自宅、慢性の重い心臓病の場合は医療機関、認知症の場合は介護施設とそれぞれ異なった。いずれの疾患設定においても、身近で大切な人の死を最近 5 年以内に病院で経験した人は、希望する医療・療養の場所として有意に医療機関を希望していた。一方設定される疾患が慢性の重い心臓病もしくは認知症の場合、最近 5 年以内に身近で大切な人の病気やけがによる介護を経験した人は、希望する医療・療養の場所として自宅を選択していた。介護を通して、具体的な医療や療養を体験し、自宅で過ごす状況を描くことができるようになり、希望する医療・療養の場所として自宅を選択した可能性がある。誰と同居しているかについて注目すると、末期がんや、慢性の重い心臓病を想定した場合、それぞれ父母・息子の妻、息子といった同居者がいると、自宅で療養したいという希望がみられるが、想定される疾患が認知症では、誰と同居をしていたとしても、自宅を療養場所として希望するという有意な結果は得られなかった。これらの結果から、想定される疾患で希望する医療・療養の場所の選択が変わる可能性が示唆され、今後さらに解析を進める予定である。

#### A. 研究目的

厚生労働省は 5 年毎の一般国民を対象とした「人生の最終段階における医療に関する意識調査」において、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所に関する設問を設けてきた。平成 29 年に実施した一般国民を対象とした同調査では、人生の最終段階の病状を末期がん、慢性の重い心臓病、認知症と設定し、それぞれについて、どこで過ごしながらか医療・療養を受けたいかを、医療機関・介護施設・自宅から単一選択で調査した。末期がんの場合には自宅を選択した者が最多の 47.4%であり、一方重い心臓病を想定した

場合には、医療機関を選択した者が最多 48.0%で、設定を認知症とすると、介護施設を選択した者 51.0%が最多であったと既に結果は公表されている<sup>1</sup>。平成 24 年に実施された同調査でも、ほぼ同様の結果が得られている<sup>2</sup>。

その他の先行研究では、生活全般にケアが必要だが身体的には苦痛のない状況で、生命予後が 1~2 か月程度の場合、どこでケアを受けたいか日本人へのアンケート調査が行われており、自宅と回答した人が 43.7%で最多であったと報告されている<sup>3</sup>。また、人生の最終段階のケアをどこで受けるかを論ずる先行研究では、

想定される疾患の代表はがんである<sup>4</sup>。一方、個人が人生の最終段階において希望する医療・療養場所と関連する要因を、想定される疾患別に検討した調査はない。

本研究は、人生の最終段階に希望する、医療・療養の場所と関連する個人の要因を、想定される疾患別に調査し、臨床において希望する医療・療養場所を選択していく際の一助となる情報を見出すとともに、今後への課題を明らかにすることを目的とする。

## B. 研究方法

本研究は2017年12月に厚生労働省が実施した一般国民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」の二次解析である。なお、調査票は全国の20歳以上の男女から層化二段階無作為抽出で抽出された一般国民6000人に郵送、配布され、973人から回収されている（回収率16.2%）。

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。

意識調査票の一般国民票では、「もしもあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療・療養を希望しますか」という設問が、末期がん・慢性の重い心臓病・認知症のそれぞれのシナリオで問われている。そして、それぞれのシナリオにおいて想定される残された期間を1年以内とした時に「どこで過ごしながら医療・療養を受けたいですか」と問い、医療機関・介護施設・自宅のいずれか一つを選択する形式となっている。選択した希望する場所と、これらに関連する個人の要因を、統計学的手法を用いて検討した。なお、関連する因子は、同調査票に含まれるフェースシートの情報を用いた。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Stataを用い、群間比較にはカイ2乗検定もしくはFisherの正確確率検定、多項ロジット解析を行った。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

調査票に回答のあった973人のうち、情報欠損があるデータは除外し、最終的に二次解析対象となったのは781人であった（有効回答率13.0%）。

解析対象者の基本属性（Table1）は、男性431人（55.2%）、60歳以上387人（49.6%）、同居者がいるのは657人（84.1%）であった。同居者（複数回答）に関しては、配偶者と回答した529人が最も多く、息子238人、娘200人が続いた。身近で大切な人の死を最近5年以内に経験した人は334人おり、そのうち200人（59.9%）が最近5年以内に介護の経験があると回答をした。

Table1 対象者の基本属性

|                | 解析対象者(n=781) |          |
|----------------|--------------|----------|
|                | n(人)         | %        |
| 性別             | 男性           | 431 55.2 |
|                | 女性           | 350 44.8 |
| 年齢             | 20-29        | 38 4.9   |
|                | 30-39        | 98 12.5  |
|                | 40-49        | 134 17.2 |
|                | 50-59        | 124 15.9 |
|                | 60-69        | 157 20.1 |
|                | 70-79        | 151 19.3 |
|                | >80          | 79 10.1  |
| 同居者            | あり           | 657 84.1 |
| 最終学歴           | 中学校          | 75 9.6   |
|                | 高校           | 262 33.5 |
|                | 短期大学・専門学校    | 160 20.5 |
|                | 大学・大学院       | 284 36.4 |
| かかりつけ医         | あり           | 323 41.4 |
| 5年以内の介護経験      | あり           | 289 37.0 |
|                | なし           |          |
| 5年以内の身近で大切な人の死 | あり           | 334 42.8 |
|                | なし           |          |
| *考えたこと         | あり           | 480 61.5 |

※人生の最終段階における医療・療養について

#### 【病状設定：末期がんの場合】

希望する医療・療養場所は医療機関 309 人 (39.6%)、介護施設 83 人 (10.6%)、自宅 389 人 (49.8%)であった。

3 群間の比較 (Table2) では、性別 ( $p=0.020$ )、年齢 65 歳以上 ( $p=0.007$ )、父もしくは母と同居あり ( $p=0.001$ )、息子の妻と同居あり ( $p=0.022$ )、身近で大切な人の死を病院で経験している ( $p=0.000$ ) という項目において、群間に有意な差を認めた。

病院を選択することを基準とした多項ロジット解析を示す (Table3)。男性は介護施設を選択することと、有意に負の関連を認めた。一方自宅を選択することは、年齢を重ねることと有意に負の関連を、父もしくは母と同居があることと有意に正の関連を認めた。介護施設もしくは自宅を選択することに関し、息子の妻との同居があることは正の関連を、5 年以内に身近で大切な人の死を病院で経験したことがある場合には負の関連が認められた。

#### 【病状設定：慢性の重い心臓病の場合】

希望する医療・療養場所は医療機関 401 人 (51.4%)、介護施設 154 人 (19.7%)、自宅 226 人 (28.9%)であった。

3 群間の比較 (Table2) では、教育歴が短大・専門学校・大学卒業以上 ( $p=0.000$ )、これまでに人生の最終段階に関して考えたことがある ( $p=0.045$ )、息子と同居あり ( $p=0.000$ )、息子の妻と同居あり ( $p=0.037$ )、5 年以内に身近で大切な人の死を病院で経験している ( $p=0.000$ )、介護施設で経験している ( $p=0.041$ ) という項目において、群間に有意な差を認めた。病院を選択することを基準とした多項ロジット解析を示す (Table3)。介護施設を選択することは、男性は有意に負の関連を認め、教育歴が短大・専門学校・大学卒業以上であることとは、有意に正の関連が示された。一方自宅を選択することは、これまでに人生の最終段階の医療や療養について考えたことがある、息子と同居している、5 年以内に身近で大切な人の介護経験があることと、有意に正の関

連が示された。また、5 年以内に身近で大切な人の死を病院や介護施設で経験したことがある場合には、介護施設もしくは自宅を選択することに関し、それぞれ負の関連が認められた。

#### 【病状設定：認知症の場合】

希望する医療・療養場所は医療機関 242 人 (31.0%)、介護施設 428 人 (54.8%)、自宅 111 人 (14.2%)であった。

3 群間の比較 (Table2) では、性別 ( $p=0.001$ )、年齢 65 歳以上 ( $p=0.000$ )、教育歴が短大・専門学校・大学卒業以上 ( $p=0.000$ )、かかりつけ医がいること ( $p=0.001$ )、配偶者と同居あり ( $p=0.026$ )、娘と同居あり ( $p=0.020$ )、身近で大切な人の死を病院で経験している ( $p=0.000$ )、介護施設で経験している ( $p=0.042$ )、自宅で経験している ( $p=0.015$ ) という項目において、群間に有意な差を認めた。病院を選択することを基準とした多項ロジット解析を示す (Table3)。介護施設を選択することについて、男性であること・年齢を重ねることは有意に負の関連を、教育歴が短大・専門学校・大学卒業以上であることは、有意に正の関連が認められた。一方自宅を選択することは、5 年以内に介護経験があると正の関連を持った。5 年以内に身近で大切な人の死を病院で経験したことがある場合には、介護施設もしくは自宅を選択することに関し、それぞれ負の関連が認められた。

#### D. 考察

本研究は、末期がん・慢性の重い心臓病・認知症の 3 つの病状設定のもと、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所と、関連する個人の要因を調査した。いずれの病状設定にも共通して認められたのは、男性は介護施設を選択していないことであった。また、病院で 5 年以内に身近で大切な人の死を経験したことがある場合には、介護施設もしくは自宅を選択していなかった。病院における大切な人との死別は、病院での死についての具体的なイメージにつながり、想定されるいずれの疾患であっても、死は医療機



関でなされるものとする機会となった可能性がある。一方、自宅で5年以内に身近で大切な人の死を経験したことがある場合に、自身の療養場所として必ずしも自宅を選択するというわけではなかった。なお、遺族を対象とした先行研究において、在宅で看取りを経験した遺族のうち、自身の予測される余命が1~2カ月くらいの場合に希望する療養場所では、自宅が58%と最多ではあったものの、必ずしも在宅療養を希望していないことを指摘している<sup>5</sup>。自らの問題となると、家族への負担などを考えて自宅以外の療養場所を希望することが考えられ、在宅療養における課題の検討が必要である印象を受ける。

一方、慢性の思い心臓病や認知症を想定した場合に、5年以内に介護経験があると、療養場所として自宅を選択することが示された。先の死別に関しては、一時点のみの関わりの可能性もあるが、介護は継続的な関わりである。介護経験は、より具体的な療養生活を描くことにつながり、自宅や介護施設での療養も可能と考えられたのかもしれない。

誰と同居しているかについて注目すると、末期がんや、慢性の思い心臓病を想定した場合、それぞれ父母・息子の妻、息子といった同居者がいると、自宅で療養したいという希望がみられるが、想定される疾患が認知症では、誰と同居をしていたとしても、自宅を療養場所として希望するという有意な結果は得られなかった。人生の最終段階について考える際、家族等の負担になりたくないとする人は多く<sup>6</sup>、認知症は認知機能低下に伴う生活の支障が生じることで、家族に負担をかけるという思いから、療養先として自宅を選択しないことにつながっていると考えられる。

今回の調査の最大の限界は、調査票の回収率が低いことである。なお、調査票は、全国の20歳以上の男女から層化二段階無作為抽出で抽出された一般国民に対し郵送されたが、回収された調査票の地域によるばらつきまでは把握できない。

また、調査票に含まれていない項目に関しては、希望する療養場所との関連性を議論することができない。

今回の調査より、想定される疾患によって人生の最終段階に希望する療養場所が変わる可能性が読み取れ、今後さらなる解析を行っていく予定である。

## E. 結論

今回の調査結果から、病院での死別経験は、自身の人生の最終段階の療養場所として、医療機関を希望することと関連が認められた。また、人生の最終段階の療養に直結すると考えられるような介護経験があると、人生の最終段階に希望する療養場所として自宅を選択することに関連する可能性が示唆された。また、人生の最終段階に想定される疾患によって、希望する療養場所が変わる可能性が考えられ、今後さらなる解析を行っていく方針である。

## 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. 人生の最終段階における医療に関する意識調査 平成30年3月  
[http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo\\_a\\_h29.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf)
2. 人生の最終段階における医療に関する意識調査 平成26年3月  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/000004>

- 1847\_3.pdf
3. Fukui S, Yoshiuchi K, et al: Japanese people' s preference for place of end of life care and death: a population-based nationwide survey. Journal of pain and symptom management, 2011;42 882-892
  4. Yamagishi A, Morita T, et al: Preferred place of care and place of death of general public and cancer patients in Japan. Support Cancer Care, 2012;20 2575-2582
  5. 宮下光令、平井啓ら:在宅療養への意向に関する意思決定と在宅で死亡した遺族の希望する死亡場所  
[https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/j-hope/J-HOPE\\_3\\_14.pdf](https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/j-hope/J-HOPE_3_14.pdf)
  6. 終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について 平成 22 年 12 月  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000ypwi.pdf>

謝辞 :

本研究のデータ分析にあたっては、筑波大学筑波大学理工学群社会工学類 経営工学主専攻 4 年 佐々木健佑さんにご協力を頂いた。

Table2  
設定される疾病別希望する医療・療養の場所 単変量解析 n=781

|                     |            | 末期がん          |               |             |                     | 慢性の重い心臓病      |               |             |                   | 認知症            |               |             |                     |                |
|---------------------|------------|---------------|---------------|-------------|---------------------|---------------|---------------|-------------|-------------------|----------------|---------------|-------------|---------------------|----------------|
|                     |            | 医療機関<br>n (%) | 介護施設<br>n (%) | 自宅<br>n (%) | p 値                 | 医療機関<br>n (%) | 介護施設<br>n (%) | 自宅<br>n (%) | p 値               | 医療機関<br>n (%)  | 介護施設<br>n (%) | 自宅<br>n (%) | p 値                 |                |
| 性別                  | 男性         | 189(43.8)     | 40(9.3)       | 202(46.9)   | <b>p=0.020</b>      | 231(53.6)     | 75(17.4)      | 125(29.0)   | p=0.168           | 154(35.7)      | 210(48.7)     | 67(15.6)    | <b>p=0.001</b>      |                |
|                     | 女性         | 120(34.3)     | 43(12.3)      | 187(53.4)   |                     | 170(48.6)     | 79(22.5)      | 101(28.9)   |                   | 88(25.1)       | 218(62.3)     | 44(12.6)    |                     |                |
| 年齢                  | 65歳以上      | 147(45.4)     | 37(11.4)      | 140(43.2)   | <b>p=0.007</b>      | 172(53.1)     | 53(16.3)      | 99(30.6)    | p=0.135           | 122(37.6)      | 138(42.6)     | 64(19.8)    | <b>p=0.000</b>      |                |
|                     | 65歳未満      | 162(35.4)     | 46(10.1)      | 249(54.5)   |                     | 229(50.1)     | 101(22.1)     | 127(27.8)   |                   | 120(26.3)      | 290(63.4)     | 47(10.3)    |                     |                |
| 最終学歴                | 短大・専門学校・大学 | 以上            | 176(39.6)     | 49(11.1)    | 219(49.3)           | p=0.900       | 223(50.2)     | 109(24.6)   | 112(25.2)         | <b>p=0.000</b> | 109(24.5)     | 293(66.0)   | 42(9.5)             | <b>p=0.000</b> |
|                     |            | 以下            | 133(39.5)     | 34(10.1)    | 170(50.4)           |               | 178(52.8)     | 45(13.4)    | 114(33.8)         |                | 133(39.5)     | 135(40.0)   | 69(20.5)            |                |
| かかりつけ医              | あり         | 133(41.2)     | 30(9.3)       | 160(49.5)   | p=0.522             | 160(49.5)     | 60(18.6)      | 103(31.9)   | p=0.305           | 107(33.1)      | 155(48.0)     | 61(18.9)    | <b>p=0.001</b>      |                |
|                     | なし         | 176(38.4)     | 53(11.6)      | 229(50.0)   |                     | 241(52.6)     | 94(20.5)      | 123(26.9)   |                   | 135(29.5)      | 273(59.6)     | 50(10.9)    |                     |                |
| 人生の最終段階の医療について考えたこと | あり         | 186(38.8)     | 50(10.4)      | 244(50.8)   | p=0.770             | 238(49.6)     | 88(18.3)      | 154(32.1)   | <b>p=0.045</b>    | 152(31.7)      | 260(54.1)     | 68(14.2)    | p=0.869             |                |
|                     | なし         | 123(40.9)     | 33(11.0)      | 145(48.2)   |                     | 163(54.2)     | 66(21.9)      | 72(23.9)    |                   | 90(29.9)       | 168(55.8)     | 43(14.3)    |                     |                |
| 配偶者との同居             | あり         | 217(41.0)     | 54(10.2)      | 258(48.8)   | p=0.471             | 280(52.9)     | 105(19.9)     | 144(27.2)   | p=0.289           | 166(31.4)      | 300(56.7)     | 63(11.9)    | <b>p=0.026</b>      |                |
|                     | なし         | 92(36.5)      | 29(11.5)      | 131(52.0)   |                     | 121(48.0)     | 49(19.4)      | 82(32.6)    |                   | 76(30.2)       | 128(50.8)     | 48(19.0)    |                     |                |
| 父母との同居              | あり         | 24(24.5)      | 8(8.2)        | 66(67.3)    | <b>p=0.001</b><br>※ | 42(42.9)      | 24(24.5)      | 32(32.6)    | p=0.167**         | 29(29.6)       | 50(51.0)      | 19(19.4)    | p=0.286<br>※        |                |
|                     | なし         | 285(41.7)     | 75(11.0)      | 323(47.3)   |                     | 359(52.6)     | 130(19.0)     | 194(28.4)   |                   | 213(31.2)      | 378(55.3)     | 92(13.5)    |                     |                |
| 息子との同居              | あり         | 88(37.0)      | 23(9.7)       | 127(53.3)   | p=0.437**           | 115(48.3)     | 33(13.9)      | 90(37.8)    | <b>p=0.000</b> ** | 79(33.2)       | 128(53.8)     | 31(13.0)    | p=0.633<br>※        |                |
|                     | なし         | 221(40.7)     | 60(11.1)      | 262(48.2)   |                     | 286(52.7)     | 121(22.3)     | 136(25.0)   |                   | 163(30.0)      | 300(55.3)     | 80(14.7)    |                     |                |
| 娘との同居               | あり         | 78(39.0)      | 27(13.5)      | 95(47.5)    | p=0.296**           | 107(53.5)     | 43(21.5)      | 50(25.0)    | p=0.347           | 64(32.0)       | 119(59.5)     | 17(8.5)     | <b>p=0.020</b>      |                |
|                     | なし         | 231(39.8)     | 56(9.6)       | 294(50.6)   |                     | 294(50.6)     | 111(19.1)     | 176(30.3)   |                   | 178(30.6)      | 309(53.2)     | 94(16.2)    |                     |                |
| 息子の妻と同居             | あり         | 8(20.0)       | 6(15.0)       | 26(65.0)    | <b>p=0.022</b><br>※ | 16(40.0)      | 5(12.5)       | 19(47.5)    | <b>p=0.037</b> ** | 13(32.5)       | 18(45.0)      | 9(22.5)     | p=0.239<br>※        |                |
|                     | なし         | 301(40.6)     | 77(10.4)      | 363(49.0)   |                     | 385(52.0)     | 149(20.1)     | 207(27.9)   |                   | 229(30.9)      | 410(55.3)     | 102(13.8)   |                     |                |
| 娘の夫と同居              | あり         | 4(36.4)       | 1(9.1)        | 6(54.5)     | p=1.000**           | 4(36.4)       | 2(18.2)       | 5(45.4)     | p=0.432**         | 3(27.2)        | 4(36.4)       | 4(36.4)     | p=0.107<br>※        |                |
|                     | なし         | 305(39.6)     | 82(10.7)      | 383(49.7)   |                     | 397(51.6)     | 152(19.7)     | 221(28.7)   |                   | 239(31.0)      | 424(55.1)     | 107(13.9)   |                     |                |
| 5年以内の介護の経験          | あり         | 119(41.2)     | 29(10.0)      | 141(48.8)   | p=0.760             | 153(52.9)     | 48(16.6)      | 88(30.5)    | p=0.242           | 94(32.5)       | 149(51.6)     | 46(15.9)    | p=0.338             |                |
|                     | なし         | 190(38.6)     | 54(11.0)      | 248(50.4)   |                     | 248(50.4)     | 106(21.5)     | 138(28.1)   |                   | 148(30.1)      | 279(56.7)     | 65(13.2)    |                     |                |
| 大切な人の死を5年以内に病院で     | 経験あり       | 116(50.9)     | 20(8.8)       | 92(40.3)    | <b>p=0.000</b><br>※ | 149(65.4)     | 27(11.8)      | 52(22.8)    | <b>p=0.000</b> ** | 98(43.0)       | 111(48.7)     | 19(8.3)     | <b>p=0.000</b><br>※ |                |
|                     | 経験なし       | 193(34.9)     | 63(11.4)      | 297(53.7)   |                     | 252(45.6)     | 127(23.0)     | 174(31.4)   |                   | 144(26.1)      | 317(57.3)     | 92(16.6)    |                     |                |
| 大切な人の死を5年以内に施設で     | 経験あり       | 34(38.2)      | 10(11.2)      | 45(50.6)    | p=0.946**           | 57(64.0)      | 12(13.5)      | 20(22.5)    | <b>p=0.041</b> ** | 38(42.7)       | 42(47.2)      | 9(10.1)     | <b>p=0.042</b><br>※ |                |
|                     | 経験なし       | 275(39.7)     | 73(10.6)      | 344(49.7)   |                     | 344(49.7)     | 142(20.5)     | 206(29.8)   |                   | 204(29.5)      | 386(55.8)     | 102(14.7)   |                     |                |
| 大切な人の死を5年以内に在宅で     | 経験あり       | 21(28.0)      | 8(10.7)       | 46(61.3)    | p=0.082**           | 35(46.7)      | 12(16.0)      | 28(37.3)    | p=0.244**         | 26(34.7)       | 31(41.3)      | 18(24.0)    | <b>p=0.015</b><br>※ |                |
|                     | 経験なし       | 288(40.8)     | 75(10.6)      | 343(48.6)   |                     | 366(51.8)     | 142(20.1)     | 198(28.1)   |                   | 216(30.6)      | 397(56.2)     | 93(13.2)    |                     |                |

Table3  
 設定される疾病別希望する医療・療養の場所 多項ロジット解析結果  
 病院を選択することを基準として比較  
 n=781(人)

|                     | 末期がん        |                   |             |                  | 慢性の重い心臓病    |                  |             |                  | 認知症         |                  |             |                  |
|---------------------|-------------|-------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|
|                     | 介護施設を選択     |                   | 自宅を選択       |                  | 介護施設を選択     |                  | 自宅を選択       |                  | 介護施設を選択     |                  | 自宅を選択       |                  |
|                     | RRR         | 95%CI             | RRR         | 95%CI            | RRR         | 95%CI            | RRR         | 95%CI            | RRR         | 95%CI            | RRR         | 95%CI            |
| 性別(男性)              | <b>0.58</b> | <b>0.35-0.98</b>  | 0.75        | 0.54-1.04        | <b>0.62</b> | <b>0.42-0.93</b> | 1.05        | 0.73-1.49        | <b>0.46</b> | <b>0.32-0.66</b> | 0.94        | 0.57-1.56        |
| 年齢(連続変数)            | 0.96        | 0.79-1.17         | <b>0.77</b> | <b>0.68-0.87</b> | 0.96        | 0.82-1.11        | 0.93        | 0.81-1.06        | <b>0.79</b> | <b>0.69-0.91</b> | 0.93        | 0.77-1.13        |
| 教育歴(短大・専門学校・大学以上)   | 1.07        | 0.61-1.89         | 0.77        | 0.53-1.10        | <b>2.09</b> | <b>1.33-3.30</b> | 0.76        | 0.52-1.12        | <b>2.50</b> | <b>1.71-3.65</b> | 0.84        | 0.49-1.44        |
| かかりつけ医(あり)          | 0.82        | 0.44-1.50         | 1.37        | 0.94-1.99        | 1.35        | 0.84-2.16        | 1.25        | 0.83-1.88        | 1.21        | 0.81-1.81        | 1.63        | 0.93-2.85        |
| これまでに考えたことがあるか※(ある) | 0.96        | 0.57-1.64         | 1.06        | 0.75-1.48        | 0.76        | 0.51-1.15        | <b>1.49</b> | <b>1.03-2.18</b> | 0.72        | 0.50-1.04        | 0.82        | 0.49-1.38        |
| 配偶者と同居あり            | 0.78        | 0.44-1.38         | 1.00        | 0.69-1.44        | 1.02        | 0.64-1.63        | 0.71        | 0.48-1.05        | 1.16        | 0.77-1.73        | 0.62        | 0.37-1.06        |
| 父母と同居あり             | 1.05        | 0.43-2.61         | <b>1.80</b> | <b>1.04-3.11</b> | 1.36        | 0.74-2.53        | 1.32        | 0.75-2.32        | 0.58        | 0.33-1.04        | 1.41        | 0.66-3.02        |
| 息子と同居あり             | 0.80        | 0.45-1.45         | 1.10        | 0.77-1.58        | 0.67        | 0.41-1.08        | <b>1.79</b> | <b>1.22-2.62</b> | 0.80        | 0.54-1.18        | 0.82        | 0.47-1.44        |
| 娘と同居あり              | 1.59        | 0.88-2.87         | 0.87        | 0.58-1.29        | 1.06        | 0.66-1.70        | 0.79        | 0.51-1.22        | 0.79        | 0.52-1.19        | 0.50        | 0.25-1.00        |
| 息子の妻と同居あり           | <b>3.78</b> | <b>1.14-12.54</b> | <b>2.71</b> | <b>1.13-6.52</b> | 1.10        | 0.36-3.31        | 1.38        | 0.64-2.96        | 1.31        | 0.56-3.04        | 1.24        | 0.45-3.40        |
| 娘の夫と同居あり            | 0.81        | 0.08-8.17         | 1.60        | 0.41-6.23        | 1.71        | 0.28-10.47       | 2.85        | 0.69-11.83       | 1.67        | 0.33-8.46        | 4.28        | 0.80-22.78       |
| 5年以内の介護の経験あり        | 1.11        | 0.62-2.00         | 1.26        | 0.87-1.82        | 1.19        | 0.75-1.89        | <b>1.52</b> | <b>1.02-2.26</b> | 1.30        | 0.88-1.94        | <b>2.20</b> | <b>1.28-3.79</b> |
| 大切な人の死を5年以内に病院で経験あり | <b>0.50</b> | <b>0.27-0.93</b>  | <b>0.45</b> | <b>0.31-0.65</b> | <b>0.31</b> | <b>0.19-0.53</b> | <b>0.40</b> | <b>0.26-0.61</b> | <b>0.44</b> | <b>0.30-0.66</b> | <b>0.20</b> | <b>0.10-0.37</b> |
| 大切な人の死を5年以内に施設で経験あり | 1.11        | 0.51-2.41         | 1.09        | 0.66-1.80        | <b>0.50</b> | <b>0.25-0.99</b> | <b>0.56</b> | <b>0.32-0.99</b> | <b>0.54</b> | <b>0.32-0.92</b> | 0.51        | 0.23-1.16        |
| 大切な人の死を5年以内に在宅で経験あり | 1.34        | 0.55-3.25         | 1.65        | 0.93-2.94        | 0.80        | 0.39-1.65        | 1.11        | 0.63-1.96        | 0.61        | 0.33-1.12        | 1.14        | 0.56-2.33        |

RRR: Relative risk ratio

95%CI: 95% confidence interval

※ これまでに人生の最終段階における医療・療養に関して考えたことがあるか

## 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を組み合わせて、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<br>P-value |
|-----|----------------|------------------|------------------------------|
|     | n=763<br>n (%) | n=1,911<br>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<br>P-value |
|-----|----------------|------------------|------------------------------|
|     | n=490<br>n (%) | n=1,911<br>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)      |
| ACP の実践             |            |             |              |             |
| 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)   |             |
| 人生の最終段階の意思決定支援に係る研修 |            |             |              |             |
| 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) |
| 死が近い患者との関わり         |            |             |              |             |
| 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)   |             |
| 勤務施設                |            |             |              |             |
| 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<br>(n=213)       | 実践している<br>(n=263)      | 実践を検討している<br>(n=250)       | 実践している<br>(n=435)      |
|                       | Vs. 実践も検討もしていない<br>(n=440) |                        | Vs. 実践も検討もしていない<br>(n=892) |                        |
|                       | Odds ratio<br>(95%CI)      | Odds ratio<br>(95%CI)  | Odds ratio<br>(95%CI)      | Odds ratio<br>(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<br>(0.46-5.76)        | 4.03*<br>(1.27-12.84)  | 1.43<br>(0.47-4.37)        | 1.67<br>(0.70-3.99)    |
| 実務経験の年数               | 0.97<br>(0.89-1.06)        | 1.02<br>(0.93-1.12)    | 0.97<br>(0.90-1.05)        | 0.89**<br>(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<br>(0.88-1.30)        | 1.04<br>(0.86-1.24)    | 1.07<br>(0.88-1.29)        | 1.22*<br>(1.04-1.42)   |
| 死に近い患者との関わり           | 1.23*<br>(1.03-1.47)       | 1.88***<br>(1.54-2.30) | 1.20*<br>(1.04-1.38)       | 1.90***<br>(1.65-2.19) |
| 病院勤務                  | 1.47<br>(0.94-2.29)        | 1.01<br>(0.64-1.61)    | 1.10<br>(0.82-1.48)        | 0.60***<br>(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\\_iryoku/iry  
ou/saisyu\\_iryoku/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/saisyu_iryoku/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.

## 医療施設と介護保険施設におけるアドバンスケアプランニングの現状と課題 -施設長調査の二次解析より-

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：宮田澄子 筑波大学医学医療系 客員研究員  
介護老人保健施設ごぎょうの里 施設長  
研究協力者：小竹理奈 筑波大学医学群医学類  
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

平成 29 年の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の施設長対象調査部分の二次解析から、病院と介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設）における現状と課題を考察した。

病院では、人生の最終段階における患者・家族とともに考えていく ACP（アドバンスケアプランニング）の実践を行っている」と答えた施設長は 24.7%で、介護保険施設 36.3%に比して少なかった。介護保険施設では介護報酬として、看取り介護加算（2006 年）、ターミナルケア加算（2009 年）が認められている。緩和的医療と療養や生活についての家族とのカンファレンス、評価、プラン作成とケアの提供を通して、ACP の萌芽的な取り組みはすでに行っているため、ACP を実践していると答えたことが考えられる。

しかし、いずれにしても、ACP の実践を行っているのは双方、いまだ低率である。ACP の取り組みは始まったばかりであり、これからアプローチを重ね、介護保険施設は困難例に対する専門性や倫理的な問題に対するチーム形成を行うことが課題である。

#### A. 研究目的

人生の最終段階における医療及びケアのあり方については、厚生労働省により、1982 年（昭和 62 年）以降概ね 5 年ごとに調査・検討されている。また、平成 19 年 5 月には「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」及び「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編」が策定された。平成 26 年 3 月の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」では、施設における国のガイドラインに沿った相談・体制等の整備状況の把握が行われ、病院、診療所、介護老人福祉施設の施設長調査が追加された。<sup>1</sup> 今回の研究対象とした平成 29 年の「人生の最終段階における医療に関する意識調

査」では、さらに介護老人保健施設が施設長調査に追加された。<sup>2</sup>

介護老人福祉施設及び介護老人保健施設の 2 施設は、介護保険制度開始以前から高齢者ケアを担ってきた施設で、介護老人福祉施設は 2006 年より「看取り介護加算」が、介護老人保健施設は 2009 年より「ターミナルケア加算」が創設されている。人生の最終段階の高齢者等は、施設での合意のもと、両施設での可能な範囲ではあるが緩和的な医療対応と、高齢者ケアの実績に基づいた療養を、ケアプランをもって受けられるようになっている。また、平成 29 年の今回の調査では、アドバンスケアプランニング（以下 ACP と略）についても調査を行った。調査紙では

「ACPとは、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、ケアにかか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ような内容が含まれる。・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、その提供体制等」と定義されていた。病院、診療所、介護老人福祉施設、介護老人保健施設における全国規模のACPの実践状況について今まで明らかにはなっていない。

本研究は、平成29年度の同調査データをもとに、人生の最終段階となった患者等（利用者も含む）の利用頻度が高い病院と介護保険施設（介護老人福祉施設と介護老人保健施設）における医療と療養の現況と相違点を検討すること、また導入段階のACPの課題を提示することを目的とした。

## 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」の二次解析である。施設長票は、病院施設長1500人、診療所施設長1500人、介護老人福祉施設1000人、介護老人保健施設1000人に郵便配布され、郵便回収された。

厚生労働省より回答結果は施設名等の匿名化・同定されない形式で研究班に供与された。無回答などにより情報が欠損している回答は、解析対象から除外した。

解析はStata 15を使用し、2群間比較は $\chi^2$ 検定を行い、 $p < 0.05$ 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のち、解析を行った。

## C. 研究結果

回収率は30.3% (1517/5000)で、施設数の内訳は病院406、診療所338、介護老人福祉施設406、介護老人保健施設367であった。<sup>2</sup>

フェースシートから施設長が有する資格（複数回答）の上位2つは、病院施設長は医師87.9%、なし4.4%、診療所施設長は医師78.4%、ケアマネジャー6.5%であった。介護老人福祉施設ではケアマネジャー51.2%、介護福祉士36.2%、介護老人保健施設では医師62.4%、ケアマネジャー19.6%であった。<sup>2</sup>介護老人福祉施設以外では施設長の多くは医師であった。

患者・家族等と施設職員との話し合いの実施状況は、平成30年3月の「人生の最終段階における医療に関する意識調査 報告書」<sup>2</sup>より、病院では十分行われている32.3%、介護老人福祉施設では51.5%、介護老人保健施設では48.0%であった。診療所では十分行われているは10.9%にとどまり、人生の最終段階の患者がいないので機会がないが最も多く37.9%であった。（機会がないは、病院3.7%、介護老人福祉施設1.0%、介護老人保健施設1.6%）ガイドラインの利用状況で、「人生の最終段階の患者に関わっていない」という回答に着目すると、病院7.1%、診療所43.5%、介護老人福祉施設5.6%、介護老人保健施設10.9%で有意( $p < 0.001$ )に関わっていないが診療所で多かった。（表1）そのため本研究では、臨床機会の少ない診療所を除外した、病院と介護保険施設（介護老人福祉施設と介護老人保健施設）で比較検討を行った。

表2に病院と介護保険施設の現状の比較を示す。患者や家族等と施設関係者が集まって十分な話し合いをしているか（問1）については、介護保険施設が有意に多かった( $p < 0.001$ )。話し合いの際の説明と資料の準備に関して（問6）は、介護保険施設では独自に作成した資料を使用していた( $p < 0.001$ )が、病院では説明はするが理解を促すような資料は準備していなかった( $p < 0.001$ )。

話し合いをするタイミング（問2）は、

治療困難な病気と診断されたとき、すなわち病状が顕性化し診断されたときに病院で有意に行われていた ( $p=0.03$ )。積極的な治療から方針を変えるとき、病気が進行して死が近づいたとき、患者家族から医療について相談があるときには有意差はなく、病状と関係なく自施設利用が始まるときは介護施設で有意に話し合いがもたれていた。 ( $p<0.001$ )

最終段階での医療等について、本人の意思表示ができるうちに表明してもらい事前指示も、施設方針として聞くが、介護保険施設では有意に多かった (問 3) ( $p<0.001$ )。 (表 2)

医療・ケアの質に係る研修は、介護保険施設の施設長の方が有意に参加させていた (問 8) ( $p=0.25$ )。 (表 2) 研修の内容は、病院ではがん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修 64.0%、施設内で独自に実施している研修 26.7%、患者の意思を尊重した意思決定のための研修会 (厚生労働省) 24.7% であった。介護福祉施設と介護保険施設では施設内で独自に実施している研修が最多で、各 73.2%、58.1%、厚生労働省の研修とは異なる人生の最終段階の意思決定支援に係る研修が 47.8%、41.9% で、厚生労働省の研修は、9.6%、16.3% と低調であった。 (問 8-1) <sup>2</sup>

多職種間の情報共有について、日々のミーティングで共有している、記録に残して共有しているという質問では、両方とも、介護保険施設で有意に多かった (問 9) ( $p<0.001$ )。 (表 2)

病院の方が有意だったのは、倫理委員会やコンサルテーションチームの設置が多い (問 5) ( $p<0.001$ )、スタッフの支援を専門の職員配置をして行っていることであった (問 13) ( $p<0.001$ )。 (表 2)

ACP の体制作りは開始されたばかりではあるが、ACP の実践については、介護保険施設が病院より、有意に多く行っていた (問 7) ( $p<0.001$ )。それぞれの実践割合は、介護老人保険施設 36.3%、病院 24.7% と、それほど高いわけではなかった。

#### D. 考察

人生の最終段階における医療・療養に関して、専門の人員配置や専門的な外部研修は、病院で多く取り組みが行われていた。しかしそれ以外は、介護保険施設が有意に多く、病院における ACP の実践のための仕組み作りはこれから始まる段階にあると考えられた。一方介護保険施設では、今回の調査からは、ACP の実践が有意に多く行われていた。介護保険施設の方が人生の最終段階の時期にある利用者が多く存在し、看取り介護加算やターミナルケア加算の要件を満たし、そのケアプランを実施すること自体が、ACP の実践につながったのではないかと考えられた。また、介護保険施設の方が有意に、事前指示も利用しながら、患者家族等が施設関係者と十分話し合い、多職種間での情報共有や日々のミーティングを行っていた。

介護保険施設の課題として、倫理委員会やコンサルテーションチームの設置が急務と考えられる。2018 年の厚生労働省のガイドライン解説<sup>3</sup>では、<合意が得られない場合、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外のものを加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。>また、<第三者である専門家とは、例えば医療倫理に精通した専門家や、国が行う「本人の意思を尊重した意思決定のための研修会」の修了者が想定されますが、本人の心身の状態や社会背景に応じて、担当の医師や看護師以外の医療・介護従事者によるカンファレンス等を活用することも考えられます>という記載がある。実際の現場、特に介護保険関係では、応募して推薦や抽選が必要な「本人の意思を尊重した意思決定のための研修会」(厚生労働省)に参加することは大変困難であるので、注の 2 番目にある、他のチーム編成でのカンファレンス等の活用が委員会相当という措置は検討すべきであるとする。近隣の介護保険施設や病院と連携をとり、合意が得られない場合の専門家からなる委員会を相互に提供しあうことも一つの解決方法と思われる。

しかし、ACPの実践を行っているという回答は、病院 24.7%、介護保険施設 36.3%程度と十分ではなく、国民も含めた啓蒙、認識、実践は必要である。

今回の研究では、多くの診療所は人生の最終段階の患者がいない、話す機会もないという状況であったため、分析から除外した。単科のクリニックが多く、在宅療養診療所 8.6%、有床診療所 5%であったことが影響したものと思われた。次回調査では、人生の最終段階にある患者を日常的にみている診療所を一定数含むような設計が必要である。また、診療所を利用する患者は、自分の意思を伝えられる可能性が、疾病が重篤になった病院患者、要介護状態が進んだ介護保険施設利用者に比して高いと考えられる。判断力があるうちに事前指示の内容や ACP について考えてみる場として、診療所の活用も検討したい。地域で望む生活とその終わりである死が穏やかに迎えられるような社会の実現が必要である。

## E. 結論

今回の調査結果から、医療系施設では ACP の実践が始まったばかりで、多職種連携で本人の人生の最終段階の生き方を尊重しながら、対話を重ねてみていく新たなアプローチが必要となっている。介護系の施設では、ACP の萌芽的なアプローチはなされているが、医療や倫理の視点を持ち、地域と連携しながら深めていく必要がある。地域で成熟した死を迎えるために、共同で課題をひとつひとつ解決していく必要があると考える。

## 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. 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書 平成 26 年 3 月  
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000042774.pdf>
2. 人生の最終段階における医療に関する意識調査 報告書 平成 30 年 3 月  
[http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryu\\_a\\_h29.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryu_a_h29.pdf)
3. 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  
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf>

## 謝辞：

本研究のデータ分析にあたり、筑波大学理工学群社会工学類 経営工学専攻 4 年 佐々木健佑さんのご協力に感謝いたします。

表 1 人生の最終段階に患者に関わっていないと回答した割合  
(ガイドライン利用にあたって)

|        | yes   | no    |
|--------|-------|-------|
| 病院     | 28    | 365   |
| (%)    | 7.12  | 92.88 |
| 診療所    | 137   | 178   |
| (%)    | 43.49 | 56.51 |
| 介護老人福祉 | 21    | 354   |
| (%)    | 5.6   | 94.4  |
| 介護老人保健 | 38    | 312   |
| (%)    | 10.86 | 89.14 |

( $\chi^2$ 検定、 $p < 0.001$ )

表 2 ACP 実施状況における病院と介護保険施設の比較 (単解析分析)

| 調査紙<br>設問<br>番号           | 質問内容と選択肢                                     | 回答             | 病院 n (%)    | 介護保険施設 n (%)<br>(介護老人福祉施設+介護老人保健施設) | $\chi^2$ 検定<br>p 値 |
|---------------------------|----------------------------------------------|----------------|-------------|-------------------------------------|--------------------|
| 問 1                       | 患者や家族等と施設関係者(医師、看護師、介護職員等)が集まって十分な話し合いをしているか | 十分行われている       | 131 (32.9)  | 385 (50.1)                          | <0.001             |
|                           |                                              | 一応行われている       | 224 (56.3)  | 325 (42.3)                          |                    |
|                           |                                              | ほとんど行われてない     | 27 (6.8)    | 38 (4.9)                            |                    |
|                           |                                              | 行ったことはない       | 1 (0.3)     | 11 (1.4)                            |                    |
|                           |                                              | 機会がない          | 15 (3.8)    | 10 (1.3)                            |                    |
| 問 2 患者・家族等との話し合いをいつ行っているか | 治療困難な病気と診断されたとき                              | yes            | 254 (63.8)  | 423 (54.7)                          | 0.003              |
|                           |                                              | no             | 144 (36.2)  | 350 (45.3)                          |                    |
|                           | 治療方針が大きく変わったとき                               | yes            | 224 (56.3)  | 421 (54.5)                          | 0.554              |
|                           |                                              | no             | 174 (43.7)  | 352 (45.5)                          |                    |
|                           | 病気が進行し死が近づいているとき                             | yes            | 316 (79.4)  | 622 (80.5)                          | 0.664              |
|                           |                                              | no             | 82 (20.6)   | 151 (19.5)                          |                    |
|                           | 患者家族等から医療について相談があった                          | yes            | 192 (48.2%) | 403 (52.1%)                         | 0.207              |
|                           |                                              | no             | 206 (51.8%) | 370 (47.9%)                         |                    |
|                           | 病状と関係なく自施設利用が開始                              | yes            | 107 (26.8)  | 354 (45.8)                          | <0.001             |
|                           |                                              | no             | 291 (73.1)  | 419 (54.2)                          |                    |
| 問 3                       | 事前指示の使用                                      | 施設方針として用いる     | 85 (21.5)   | 330 (42.9)                          | <0.001             |
|                           |                                              | 方針はないが用いることもある | 111 (28.1)  | 112 (14.6)                          |                    |
|                           |                                              | 用いていない         | 199 (50.4)  | 327 (42.5)                          |                    |
| 問 4 利用中に意思決定が             | 治療困難な病気と診断されたとき                              | yes            | 158 (39.9)  | 189 (24.5)                          | <0.001             |
|                           |                                              | no             | 238 (60.1)  | 582 (75.5)                          |                    |
|                           | 治療方針が大きく変わったとき                               | yes            | 143 (36.1)  | 196 (25.4)                          | <0.001             |



|                                   |                                  |              |             |             |         |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------|-------------|-------------|---------|
| できなくなる場合に備え、代理意思決定者をいつ確認するか       | ったとき                             | no           | 253 (63. 9) | 575 (74. 6) |         |
|                                   | 病気が進行し死が近づいているとき                 | yes          | 220 (55. 6) | 284 (36. 8) | <0. 001 |
|                                   |                                  | no           | 176 (44. 4) | 487 (63. 2) |         |
|                                   | 患者家族等から医療について相談があった              | yes          | 151 (38. 1) | 196 (25. 4) | <0. 001 |
|                                   |                                  | no           | 245 (61. 9) | 575 (74. 6) |         |
|                                   | 病状と関係なく自施設利用が開始                  | yes          | 141 (35. 6) | 523 (67. 8) | <0. 001 |
| no                                |                                  | 255 (64. 4)  | 248 (32. 2) |             |         |
| 問 5                               | 倫理委員会やコンサルテーションチーム等があるか          | yes          | 137 (34. 4) | 261 (65. 6) | <0. 001 |
|                                   |                                  | no           | 69 (9. 0)   | 701 (91. 0) |         |
| 問 6                               | 患者・家族等に説明時に施設独自に作成した資料を使用        | yes          | 78 (19. 7)  | 322 (42. 0) | <0. 001 |
|                                   |                                  | no           | 319 (80. 4) | 44 (58. 0)  |         |
|                                   | 患者・家族等に説明はするが資料は準備していない          | yes          | 270 (68. 1) | 355 (46. 3) | <0. 001 |
|                                   |                                  | no           | 127 (32. 0) | 412 (53. 7) |         |
| 問 8                               | 職員の人生の最終段階の意思決定支援にかかわる研修に参加      | yes          | 150 (38. 3) | 338 (45. 2) | 0. 025  |
|                                   |                                  | no           | 242 (61. 7) | 410 (54. 8) |         |
| 問 9 本人・家族等と話し合った情報、多職種の関係者で共有している | 記録に残して共有                         | yes          | 298 (75. 1) | 665 (86. 3) | <0. 001 |
|                                   |                                  | no           | 99 (24. 9)  | 106 (13. 6) |         |
|                                   | 日々のミーティングで共有                     | yes          | 134 (33. 0) | 338 (43. 7) | <0. 001 |
|                                   |                                  | no           | 272 (67. 0) | 435 (56. 3) |         |
|                                   | 特に定めていない                         | yes          | 68 (17. 1)  | 43 (5. 6)   | <0. 001 |
|                                   |                                  | no           | 329 (82. 9) | 728 (94. 4) |         |
| 人生の最終段階については共有していない               | yes                              | 3 (0. 8)     | 33 (4. 3)   | 0. 001      |         |
|                                   | no                               | 394 (99. 2)  | 738 (95. 7) |             |         |
| 問 13                              | 患者等が望む場所での医療・療養を実現するための支援を行っているか | 専門の職員配置      | 85 (21. 6)  | 50 (6. 6)   | <0. 001 |
|                                   |                                  | 担当医師やケアチーム配置 | 105 (26. 7) | 223 (29. 6) |         |
|                                   |                                  | 特に配置はないが大丈夫  | 157 (40. 0) | 394 (52. 3) |         |
|                                   |                                  | 支援は行っていない    | 22 (5. 6)   | 28 (3. 7)   |         |
|                                   |                                  | どちらとも言えない    | 18 (4. 6)   | 42 (5. 6)   |         |
| 問 7                               | 人生の最終段階の患者・家族等に対して ACP の実践をしているか | yes          | 97 (24. 7)  | 276 (36. 3) | <0. 001 |
|                                   |                                  | no           | 295 (75. 3) | 484 (63. 7) |         |

研究報告書

施設長に対する意識調査から見た病院における次の連携先への  
引継ぎ内容と人生の最終段階に対する支援体制との関連

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：宮田澄子 筑波大学医学医療系 客員研究員  
介護老人保健施設ごぎょうの里 施設長  
研究協力者：小竹理奈 筑波大学医学群医学類

研究要旨

厚生労働省が平成 29 年に実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」（以下、本調査）において、「最終段階における医療について話し合うきっかけ」として最も多かったのは「家族等の病気や死」、ついで「自分の病気」であり、こうしたきっかけの場である病院においてどのように話し合いがなされ、それが引き継がれているのかは、重要である。そこで、「人生の最終段階について話し合った内容を次の連携先へ引き継いでいますか」という質問に対する回答により「治療方針などの医療情報のみ引き継いでいる」または「治療方針だけでなく療養の希望も引き継いでいる」で群別し、それらと病院の属性、人生の最終段階に対する支援体制（話し合いを何回行っているか、事前指示書の利用状況、ACP の実践状況など）との関連を分析した。「治療方針だけでなく療養の希望も引き継いでいる」と回答した病院では、人生の最終段階について話し合いが十分に行われている施設、複数の専門家からなる委員会がある施設、ACP の実践を検討している施設、職員を意思決定支援の研修へ参加させている施設、話し合った内容を日々のミーティングで共有している施設の割合が有意に高く、話し合った情報を関係者間で情報共有するか特に定めていない施設の割合が有意に低かった。また、最終段階についての話し合いを行う回数が有意に多く、患者が望む医療に対してより支援を積極的に行っていた。各種の支援がなされている病院では、その後の引き継ぎに療養の希望も含んでおり、「話しあうきっかけ」となることが多い病院における支援が、その後の療養先への希望を把握し、かつそれを次の療養機関に伝える上で重要であることが示唆された。

他に比して圧倒的に多く、こうしたきっ

研究目的

人生の最終段階において本人の意向に沿った医療・ケアが行われるようにするために、厚生労働省（以下、厚労省）のガイドライン<sup>1)</sup>では、本人および家族、医療・介護従事者が繰り返し話し合うことが必要であると書かれている。一方、本調査において、「最終段階における医療について話し合うきっかけ」（公表報告書 I-2）は、いずれの調査においても「家族等の病気や死」、ついで「自分の病気」が

かけの場である病院においてどのように話し合いがなされ、それを他の医療機関、介護保険施設へと本人が移った場合に、それまで話し合った内容はどのように扱われているのかは、重要なポイントとなる。

また、日本老年医学会のガイドライン<sup>2)</sup>では、「医療機関から居宅介護に移行する場合など、本人・家族を中心として、医療機関内の医療ケアチームと、居宅介護

側の医療・介護チームとを含む、合意を目指すコミュニケーションを十分に行い、受け継ぐ側が納得してケアに取り組めるように配慮する」ことと書かれているが、具体的なことまでは言及しておらず、どこまで情報を伝えるのかは各施設によって異なっている。そこで、本研究では、病院における次の連携先への人生の最終段階に関する情報の引き継ぎ内容に着目し、これと病院の属性および人生の最終段階に対する支援体制との関連について、全国調査から考察することを目的とした。

## A. 研究方法

本研究は厚労省が2017年12月に実施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」の個票データを同省の許可を得て二次的に分析した。調査対象は無作為に抽出された病院の施設長(n=1500)であった。調査票は調査対象施設へ郵送配布され、施設長の協力をえて記入することとした。有効回答数は406名(406施設)(27.1%)であった。

従属変数を病院における次の連携先への人生の最終段階に関する内容の引き継ぎ体制(「人生の最終段階について話し合った内容を次の連携先へ引き継いでいますか」(問10)という質問に対して「治療方針などの医療情報のみ引き継いでいる」または「治療方針だけでなく療養の希望も引き継いでいる」のいずれか)とし、独立変数を病院の属性、人生の最終段階に対する支援体制(いつ話し合いを行っているか、事前指示書の利用状況、ACPの実践状況、関係者間・地域内での情報共有状況など)とした。解析においては $\chi^2$ 検定およびウィルコクソンの順位和検定で単変量解析を行い、各々の関連を検討した。有意水準は5%で設定し、統計ソフトはStata. 14を使用した。

本研究におけるデータの二次利用に関して、受領した時点で個人名など研究対象者の個人情報を選定できる情報が削除された連結不可能匿名化データであり、研究対象者におけるプライバシーは保護されている。

## B. 研究結果

得られた回答数(n=406)のうち、「人生の最終段階について話し合った内容を次の連携先へ引き継いでいますか」という質問に対して未回答もしくは「特に決めていない」「その他」「分からない」と回答した138名を除き、さらに「患者等、家族等と施設関係者が集まって十分な話し合いが行われていますか」に対して「人生の最終段階の患者がいないので、機会がない」と回答した1名を除いた267名を最終分析対象とした。

最終分析対象者のうち、「人生の最終段階について話し合った内容を次の連携先へ引き継いでいますか」という質問に対して「治療方針などの医療情報のみ」は94名(35.2%)、「治療方針だけでなく療養の希望も」は173名(64.8%)であった。

「人生の最終段階について話し合った内容を次の連携先へ引き継いでいますか」に対して、「治療方針などの医療情報のみ引き継いでいる」群と「治療方針だけでなく療養の希望も引き継いでいる」群で各々の独立変数と単変量解析を行った結果を表1に示す。

病院の属性に関して、「治療方針だけでなく療養の希望も」と回答した病院で訪問診療をしている施設、在宅療養支援病院である施設の割合が「治療方針のみ」と回答した病院での割合より高かったものの、有意差は見られなかった。同様に、医療もしくは介護療養病床があることとは有意な関連は見られなかった。

また、「治療方針だけでなく療養の希望も」と回答した病院では、人生の最終段階について話し合いが十分に行われている施設(P=0.009)、複数の専門家からなる委員会がある施設(P<0.001)、ACPの実践を検討している施設(P=0.002)、職員を意思決定支援の研修へ参加させている施設(P<0.001)、話し合った内容を日々のミーティングで共有している施設(P=0.002)の割合が有意に高く、話し合った情報を関係者間で情報共有するか特に決めていない施設(P=0.001)の割合は有意に低かった。同様に、「治療方針だけでなく療養の希望も」と回答した病院では、最終段階についての話し合いを行う回数が有意に多く

( $P=0.034$ )、患者が望む医療に対してより支援を積極的に行っていた ( $P<0.001$ )。

ACP を実践している施設、話し合った情報を関係者間で記録に残して共有している施設は「治療方針だけでなく療養の希望も」と回答した病院の方が割合が高かったが、有意差は見られなかった。同様に、事前指示書を用いているかどうか、代理意思決定人を何回確認しているかについても有意な差は見られなかった。

### C. 考察

本研究では、病院における次の連携先への人生の最終段階に関する情報の引き継ぎ内容において「治療方針などの医療情報のみ」または「治療方針だけでなく療養の希望も引き継いでいる」で群別し、これと病院の属性および人生の最終段階に対する支援体制との関連を探った。

「治療方針だけでなく療養の希望も引き継いでいる」と回答した病院では、十分な話し合いを行っている、人生の最終段階についてより多く複数回話し合いを行っている、複数の専門家からなる委員会があるといった厚労省のガイドライン<sup>1)</sup>でも推奨されているような患者の本人の意向に沿った終末期医療を行うための支援を行っている可能性が高いと考えられる。同様に、職員を意思決定支援の研修に参加させる、日々のミーティングで話し合った情報を関係者間で共有している、患者が望む医療・療養を実現させるための支援をより手厚く行っている施設の割合が有意に高いことから、「治療方針だけでなく療養の希望も引き継いでいる」と回答した病院では、患者本人の意向に沿った終末期医療を行うための支援・連携がより充実している可能性が高いと考えられる。

また、ACP を実践しているかどうかには有意な差は見られなかったものの、ACP 実践を検討していると回答した施設の割合が「治療方針だけでなく療養の希望も引き継いでいる」と回答した病院で有意に高かったことから、ACP 実践には至らずとも、患者本人の意向に沿った終末期医

療を行うための支援・連携を向上させる意欲がより高い可能性が考えられる。

今回の調査での限界として、調査票の回収率が低いことがあげられる。また、施設長が決めている体制と実際の現場での状況が異なっている可能性があることも考慮に入れなければならない。

今回の調査によって、病院における次の連携先への人生の最終段階に関する情報の引継ぎ内容と人生の最終段階に対する支援状況とに関連がある可能性が見いだせた。話し合いのきっかけとなることが最も多い場であると考えられるのは病院であるが、一方で、病院でのこうした取り組みは介護施設等に比して遅れている（本報告書前章参照）ことが明らかになり、病院における支援の充実が、その後の療養先への希望を把握し、かつそれを次の療養機関に伝える上で重要であることが示唆された。

### D. 結論

本研究から、人生の最終段階について話し合った内容に関して治療方針と療養希望のどちらも次の連携先へ引き継いでいる病院では、人生の最終段階において本人の意向に沿った医療・ケアが行われるために本人・家族と連携・支援するための体制がより手厚く、整っている可能性があることが考えられる。話し合うきっかけとして最も多い「本人や家族の病気」の場である病院における支援の充実が重要であると考えられた。今後、これらの関係について、より詳細に検討していく必要がある。

### 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. 厚生労働省. 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2007.
2. 日本老年医学会. 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として. 2012.

#### 謝辞 :

本研究のデータ分析にあたっては、筑波大学筑波大学理工学群社会工学類 経営工学主専攻4年 佐々木健佑さんにご協力を頂いた。

表1 単変量解析結果

問10 人生の最終段階について話し合った内容を次の  
連携先へ引き継いでいますか

| 施設属性                                      | 医療情報のみ引き継ぐ       |           | 医療情報と療養希望  |            | n   | p値     |
|-------------------------------------------|------------------|-----------|------------|------------|-----|--------|
|                                           | (n=94)           | (n=173)   |            |            |     |        |
| (4)1. 訪問診療をしている                           | yes              | 32 (39.0) | 77 (51.3)  |            | 232 | 0.073  |
|                                           | no               | 50 (61.0) | 73 (48.7)  |            |     |        |
| (4)3. 在宅療養支援病院である                         | yes              | 17 (21.5) | 41 (28.3)  |            | 224 | 0.27   |
|                                           | no               | 62 (78.5) | 104 (71.7) |            |     |        |
| (1)(イ)療養病床<br>(※)                         | 医療療養病床           | 33 (38.8) | 55 (41.0)  |            | 197 | 0.406  |
|                                           | 介護療養病床           | 6 (7.1)   | 1 (0.8)    |            |     |        |
|                                           | なし               | 36 (42.4) | 66 (49.3)  |            |     |        |
| <b>施設票質問項目</b>                            |                  |           |            |            |     |        |
| 問1 十分な話し合いが行われていますか<br>(※※)               | 十分行われている         | 29 (31.2) | 73 (42.7)  |            | 264 | 0.009  |
|                                           | 一応行われている         | 56 (60.2) | 95 (55.6)  |            |     |        |
|                                           | ほとんど行われていない      | 8 (8.6)   | 2 (1.2)    |            |     |        |
|                                           | 行ったことはない         | 0 (0.0)   | 1 (0.6)    |            |     |        |
| 問2 人生の最終段階について話し合いをいくつか行いますか<br>(※※※)     | 1つ選択             | 18 (19.2) | 33 (19.1)  |            | 266 | 0.034  |
|                                           | 2つ選択             | 26 (27.7) | 30 (17.3)  |            |     |        |
|                                           | 3つ選択             | 20 (21.3) | 25 (14.5)  |            |     |        |
|                                           | 4つ選択             | 20 (21.3) | 55 (31.8)  |            |     |        |
|                                           | 5つ選択             | 7 (7.5)   | 28 (16.2)  |            |     |        |
|                                           | 6つ選択             | 2 (2.1)   | 2 (1.2)    |            |     |        |
| 問3 事前指示書を用いていますか                          | 用いている            | 25 (26.9) | 37 (21.9)  |            | 262 | 0.05   |
|                                           | 用いることもある         | 20 (21.5) | 61 (36.1)  |            |     |        |
|                                           | 用いていない           | 48 (51.6) | 71 (42.0)  |            |     |        |
| 問4 代理意思決定人をいつ確認していますか<br>(※※※)            | 1つ選択             | 40 (44.4) | 55 (32.2)  |            | 261 | 0.065  |
|                                           | 2つ選択             | 14 (15.6) | 36 (21.1)  |            |     |        |
|                                           | 3つ選択             | 13 (14.4) | 27 (15.8)  |            |     |        |
|                                           | 4つ選択             | 17 (18.9) | 27 (15.8)  |            |     |        |
|                                           | 5つ選択             | 5 (5.6)   | 21 (12.3)  |            |     |        |
|                                           | 6つ選択             | 1 (1.1)   | 5 (2.9)    |            |     |        |
| 問5 複数の専門家からなる委員会はありますか                    | ある               | 21 (22.8) | 82 (47.7)  |            | 264 | <0.001 |
|                                           | ない               | 71 (77.2) | 90 (52.3)  |            |     |        |
| 問7 ACPを実践していますか                           | 実践している           | 19 (20.9) | 54 (31.8)  |            | 261 | 0.062  |
|                                           | 実践していない          | 72 (79.1) | 116 (68.2) |            |     |        |
| 問7-2 (問7で「実践していない」と回答した人で) ACPの実践について     | 実践を検討中である        | 24 (33.3) | 66 (56.9)  |            | 188 | 0.002  |
|                                           | 実践を検討していない       | 48 (66.7) | 50 (43.1)  |            |     |        |
| 問8 職員を意思決定支援の研修に参加させていますか                 | 参加させている          | 29 (31.9) | 94 (55.6)  |            | 260 | <0.001 |
|                                           | 参加させていない         | 62 (68.1) | 75 (44.4)  |            |     |        |
| 問9 話し合った情報を関係者間で共有していますか                  | 記録に残して共有している     | yes       | 72 (76.6)  | 145 (83.8) | 267 | 0.149  |
|                                           | 日々のミーティングで共有している | no        | 22 (23.4)  | 28 (16.2)  |     |        |
| 問9 話し合った情報を関係者間で共有していますか                  | 記録に残して共有している     | yes       | 23 (24.5)  | 76 (43.9)  | 267 | 0.002  |
|                                           | 日々のミーティングで共有している | no        | 71 (75.5)  | 97 (56.1)  |     |        |
| 問9 話し合った情報を関係者間で共有していますか                  | 特に定めていない         | yes       | 18 (19.2)  | 10 (5.8)   | 267 | 0.001  |
|                                           | 特に定めていない         | no        | 76 (80.9)  | 163 (94.2) |     |        |
| 問13 患者が望む医療・療養を実現するための支援をしていますか<br>(※※※※) | 専門の職員を配置         | 13 (14.1) | 51 (30.0)  |            | 251 | <0.001 |
|                                           | 担当医師・チームが支援      | 24 (26.1) | 62 (36.5)  |            |     |        |
|                                           | 必要な支援は行っている      | 44 (47.8) | 50 (29.4)  |            |     |        |
|                                           | 支援は行っていない        | 6 (6.5)   | 1 (0.6)    |            |     |        |

(無印: X<sup>2</sup>乗検定、※「医療療養病床もしくは介護療養病床がある」か「どちらもない」でX<sup>2</sup>乗検定、※※: 「十分行われている」とそれ以外でX<sup>2</sup>乗検定、※※※: 回答選択数を使ってWilcoxon順位和検定、※※※※: 「専門の職員を配置」を4、「担当医師・チームが支援」を3、「必要な支援は行っている」を2、「支援は行っていない」を1としてWilcoxon順位和検定)

別紙4

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト

書籍

| 著者氏名 | 論文タイトル名 | 書籍全体の編集者名 | 書 籍 名 | 出版社名 | 出版地 | 出版年 | ページ |
|------|---------|-----------|-------|------|-----|-----|-----|
| なし   |         |           |       |      |     |     |     |
|      |         |           |       |      |     |     |     |
|      |         |           |       |      |     |     |     |

雑誌

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|-------|---------|------|----|-----|-----|
| なし    |         |      |    |     |     |
|       |         |      |    |     |     |
|       |         |      |    |     |     |