

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 30 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 田宮菜奈子

令和元年（2019）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ヘルスサービスリサーチ分野 教授  
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター センター長

概要図 ..... 8

### 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」のデータ解析

1-(1)人生の最終段階に希望する医療や療養に関して家族等との話し合いに関連する要因 一般国民  
に対する意識調査の解析より- ..... 9

研究協力者 羽成恭子 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻 博士課程

研究協力者 井上恵 ジョージメイソン大学ソーシャルワーク 助教授

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授  
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター センター長

1-(2)人生の最終段階に希望する医療・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解析より- ..... 17

研究協力者 羽成恭子 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻 博士課程

研究分担者 Thomas D. Mayers 筑波大学医学医療系 助教

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授  
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター センター長

1-(3)人生の最終段階の医療処置における国民の希望と医療者が最善と考える処置との差 一般国民  
と医療・介護従事者に対する意識調査の解析より- ..... 24

研究分担者 濱野淳 筑波大学医学医療系 講師

研究協力者 羽成恭子 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻 博士課程

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授  
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター センター長

1-(4)人生の最終段階における話し合いの実施、代理意思決定者の確認および話し合いの内容の文書  
による他職種との共有 -その実態と関連する要因：医療・介護従事者に対する意識調査の解析よ  
り- ..... 34

研究分担者 濱野淳 筑波大学医学医療系 講師

研究協力者 羽成恭子 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻 博士課程

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授  
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター センター長

1-(5)病院における療養場所等の希望の聴取および引き継ぎ状況と人生の最終段階に対する支援体制との関連 -施設長に対する意識調査の解析より- ..... 48

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授  
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター センター長

研究協力者 小竹理奈 筑波大学医学群医学類 5年

研究協力者 宮田澄子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 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 羽成恭子 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻 博士課程

2. 「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の調査票案作成に対する事前調査

2-(1) 全国の市町村における人生の最終段階における医療のあり方に関する媒体作成の実態 ..... 54

研究分担者 柏木聖代 東京医科歯科大学教授

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授  
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター センター長

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ..... 57

## 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ヘルスサービスリサーチ分野 教授  
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター センター長

### 研究要旨

本研究は、平成 29 年 12 月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。

最終年度となる平成 30 年度では、「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、あらたに 1-(3)人生の最終段階の医療処置における国民の希望と医療者が最善と考える処置との差-一般国民と医療・介護従事者に対する意識調査の解析より-、および 1-(4)人生の最終段階における話し合いの実施、代理意思決定者の確認および話し合いの内容の文書による他職種との共有-その実態と関連する要因：医療・介護従事者に対する意識調査の解析より-を実施した。また、平成 29 年度に分析を開始した研究も 1-(1) 人生の最終段階に希望する医療や療養に関して家族等との話し合いに関連する要因-一般国民に対する意識調査の解析より-、1-(2) 人生の最終段階に希望する医療・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解析より-および、1-(5) 病院における療養場所等の希望の聴取および引き継ぎ状況と人生の最終段階に対する支援体制との関連 -施設長に対する意識調査の解析より-としてさらなる分析を行うと共に、考察を深めた。初年度から継続して行っている研究 2-(1) 全国の市町村における人生の最終段階における医療のあり方に関する媒体作成の実態は、最終的な分析を終え、まとめるに至った。

これにより、平成 28 年・29 年度に実施してきた研究・調査とあわせて、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、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提言を示し、今後取り組むべき課題の示唆につながった。



研究分担者氏名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名

阿部智一 筑波大学医学医療系 客員教授  
柏木聖代 東京医科歯科大学 大学院 保健衛生学研究科 教授  
堀田聡子 慶應義塾大学 大学院健康マネジメント研究科 教授  
濱野淳 筑波大学医学医療系 講師  
Thomas D. Mayers 筑波大学医学医療系 助教

## 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」のデータ分析

厚生労働省により平成 29 年 12 月に実施された「人生の最終段階における医療に関する意識調査」のデータを、研究班は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。

1-(1) 人生の最終段階に希望する医療や療養に関して家族等との話し合いに関連する要因-一般国民に対する意識調査の解析より-、1-(2) 人生の最終段階に希望する医療・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解析より-および1-(5) 病院における療養場所等の希望の聴取および引き継ぎ状況と人生の最終段階に対する支援体制との関連-施設長に対する意識調査の解析より-は、平成 29 年度中に分析を開始し、同年度の報告書に一部

結果を報告済であるが、平成 30 年度にさらなる分析を進め、考察を深めた。

あらたに分析を開始した研究は 2 つであった。  
1-(3) 人生の最終段階の医療処置における国民の希望と医療者が最善と考える処置との差-一般国民と医療・介護従事者に対する意識調査の解析より-に関しては、一般国民と医師・看護師・介護職員を対象とした調査票内の同じ内容を含む設問を用い、一般国民と医療介護従事者の意向の差について検討を行った。1-(4) 人生の最終段階における話し合いの実施、代理意思決定者の確認および話し合いの内容の文書による他職種との共有-その実態と関連する要因：医療・介護従事者に対する意識調査の解析より-では、医療介護従事者における人生の最終段階における話し合いの実態を調査した。

### 2. 「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の調査票作成に対する事前調査

2-(1) 全国の市町村における人生の最終段階における医療のあり方に関する媒体作成の実態は、初年度（平成 28 年）に調査を実施し、以降分析及び考察を継続しており、本年度最終的な分析を終え、まとめるに至った。

各調査の詳細は、結果も含めて個別の分担研究報告書を参照されたい。

（倫理面への配慮）

いずれの研究も、筑波大学倫理審査委員会の審査による承認の上、実施している。

## C. 研究結果

主なものを以下に示す。

### 1. 「人生の最終段階における医療に関する意識調査」のデータ分析

1-(1) 人生の最終段階に希望する医療や療養に関して家族等との話し合いに関連する要因-一般国民に対する意識調査の解析より-

全解析対象者において、人生の最終段階に希望する医療や療養に関して家族等と話し合うことは、

年齢を重ねること、最終学歴が短大・専門学校以上であること、配偶者と同居していること、および過去5年以内の病院での介護経験があることと正の関連が認められた。一方、男性および息子と同居していることとは負の関連が認められた。65歳以上の解析対象者では、かかりつけ医がいることは、話し合いと正の関連が示された。

#### 1-(2) 人生の最終段階に希望する医療・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解析より-

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。また、性別・年齢（65歳以上か未満か）・過去5年以内の自宅における死別経験があるかどうかで層別解析を行った結果、いずれの解析においてもinteraction testは $p < 0.0001$ であった。

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

国民が希望する医療処置と、医師、看護師および介護職員が最善と考える医療処置は必ずしも一致しないという結果を得た。

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

医師・看護師・介護職員において話し合いをしていることと関連が認められたのは、研修の受講があることと、看取り患者数が多いことであった。医師において、代理意思決定者の確認をしていることは、病院勤務をしていること、研修の受講があること、看取り患者数が多いことと関連があった。医師において、他職種との文書の共有をしていることは、病院勤務をしていることと関連が認められた。

#### 1-(5) 病院における療養場所等の希望の聴取および引き継ぎ状況と人生の最終段階に対する支援体制との関連 —施設長に対する意識調査の解析より—

次の連携先へ患者の医療情報のみならず、療養希望まで引き継いでいる病院は、患者支援の専門職員がいる、話し合い内容をミーティングで共有する、病气診断時から話し合いをすることとの関連が認められた。

#### 2. 「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の調査票作成に対する事前調査

##### 2-(1) 全国の市町村における人生の最終段階における医療のあり方に関する媒体作成の実態

「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**

平成 29 年 12 月に実施された「人生の最終段階における医療に関する意識調査」データを用い、一般国民の側面と、医療介護従事者の側面から研究を実施した。これにより、多面的な検討・考察を行うことを通して、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提言を示し、今後取り組むべき課題の示唆につながった。

研究結果から考える主な提言は以下である。

特に病院に勤務している医療介護従事者は、患者本人のみならず、患者の介護を担う家族が、自身の将来希望する医療やケアを考え、話し合いをしている可能性があることを念頭においた診療をすることが求められる。そして、医療・療養場所を検討する話し合いの際には、個人の年齢や性別、過去の死別経験も考慮しつつ、より具体的な疾患を設定した上で話し合うことが望まれる。なお、人生の最終段階の医療に関する国民の意向は、必ずしも医療介護従事者が考える最善と一致しないことを理解した上で、医療介護従事者は積極的に本人の意向や価値観を尋ね、重要視することが望ましい。

医療介護従事者に対しては、看取りが近い患者と人生の最終段階に関する話し合いを効果的に実施するための教育研修プログラムの開発・普及・有用性の検討および制度的な支援が必要であることも示された。この際、特に高齢者を診療する機会があるかかりつけ医が、より効果的に話し合いに関わることができるような研修アプローチがよいと思われる。

引継ぎ内容に患者の意向を含める病院は、患者の意向に沿う医療やケア提供のための支援が手厚いことが示唆されたことは、病院という施設単位で、患者の意向に沿った医療やケアを提供するための、より積極的な支援体制を検討していく必要性を後押しするものと考えられる。

そして今後、住民に対して人生の最終段階の医療に関する普及啓発を進めていくためには、国全体としての普及啓発の取り組みや、国による市町村への財政的支援が必要であると考えられる。この際には、若い人や男性に人生の最終段階に関する話し合いの重要性が伝わるような取り組みや工夫を意識的に取り入れていくことは、普及啓発に効果的と考えられる。

なお、話し合った内容を文章とし、個々人と家族や医療介護従事者等とが共有していく取り組みの検討については今後への課題である。

## 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、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提言を示し、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

- Kyoko Hanari, Joshua Gallagher, Nanako Tamiya: The factors associated with discussion of preferences for future medical treatment with their family in elderly people. Results from a national questionnaire survey of the general population in Japan.  
The 6th Conference on Global Aging Tsukuba, 2018/7/7
- Kyoko Hanari, Nanako Tamiya, Thomas Mayers, Megumi Inoue, Joshua Gallagher: Differences of preferred place to receive end-of-life care depending on assumed diseases: results from a national questionnaire survey of the general population in Japan.  
22<sup>nd</sup> International congress on palliative care in Canada
- Kyoko Hanari, Nanako Tamiya: National questionnaire survey on Advance Care Planning in Japan.  
The Gerontological Society of America —2018 Annual Society Meeting—

## 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

謝辞：

本研究の実施にあたっては、筑波大学ヘルスサービスリサーチ分野のみなさん、およびヘルスサービス開発研究センター秘書の、石津裕子さん、村田由紀子さん、森田千代さん、谷津真琴さん、中山文子さんに多大なるご協力を頂きました。ここに感謝申し上げます。

## 各研究要旨のまとめ

~~~~~

### 1-(1)

#### 人生の最終段階に希望する医療や療養に関して家族等との話し合いに関連する要因-一般国民に対する意識調査の解析より-

アドバンスケアプランニング（ACP）は事前指し書の作成率を上げ、人生の最終段階に関する話し合いを促進し、本人が希望するケアと提供されるケアが一致するようになることが示されており、日本においては 2016 年度より「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」が全国で開催されるなど、医療介護提供者が ACP に基づいて患者の希望に沿った人生の最終段階の医療や介護を提供できるような働きかけが進んでいる。また、厚生労働省は 2018 年 11 月に ACP の日本語愛称を“人生会議”と決定し、その普及に力を入れており、今後は国民からのニーズが高まることが予想される。しかし、ACP の 3 つのプロセス（考えること・話し合うこと・文章に記載すること）のうち、話し合うことに関して、厚生労働省実施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」等の結果から、この 15 年間“話し合いをしたことがある”と回答する割合は約 40%のまま推移している。

そこで本研究は、人生の最終段階に希望する医療や療養に関して、家族等との話し合いに関連する要因を明らかにすることで、今後、このような話し合いがより実施されるようになるための課題や提言を得ることを目的とし、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」データの解析を行った。

その結果、全解析対象者において、人生の最終段階に希望する医療や療養に関して家族等と話し合うことは、年齢を重ねること、最終学歴が短大・専門学校以上であること、配偶者と同居していること、および過去 5 年以内の病院での介護経験があることと正の関連が認められた。一方、男

性および息子と同居していることとは負の関連が認められた。65 歳以上の解析対象者では、かかりつけ医がいることは、話し合いと正の関連が示された。

これらの結果から、特に病院に勤務している医療介護提供者は、患者本人のみならず、患者の介護を担っている家族が、入院という経験をきっかけにして自身の将来の希望する医療やケアを考え、話し合いをしている可能性があることを念頭においた診療をすることが求められる。そして今後、若い人や男性に、このような話し合いの重要性を伝えると共に、具体的な方法等の情報提供が必要と考えられる。また、特に 65 歳以上の国民におけるこのような話し合いには、かかりつけ医の役割も大きいと考えられ、かかりつけ医がより効果的に人生の最終段階の医療に関する話し合いに関われるよう、研修等のアプローチの充実が重要であると考えられた。

~~~~~

### 1-(2)

#### 人生の最終段階に希望する医療・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解析より-

日本人における「望ましい死」として、人生の最終段階を望んだ場所で過ごすことを重要と考えている一般国民は 90%を超えている。そして先行研究のシステマティックレビューでは、人生の最終段階を過ごしたい場所として、自宅が最も選択されることが示されており、厚生労働省はできる限り住み慣れた地域で療養することができるよう、様々な在宅医療の推進施策を進めている。しかし一方で、研究対象者の属性により希望する医療・療養の場所には差異が生じ、個人の好みの多様性も影響することが指摘されており、必ずしも全員が自宅で療養したいと考えているわけではないことも考える必要がある。先行研究では、

想定される疾患によって、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所が異なるかは明らかとなっていない。

そこで本研究は、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所が、想定される疾患によってどのように異なるかを分析し、臨床において医療や療養の場所に関する話し合いをする際の一助とすることを目的とした。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」データを用い、人生の最終段階の病状を「末期がん」、「慢性の重い心臓病」および「認知症」と設定し、それぞれの想定される疾患において、どこで過ごしながら医療・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。また、性別・年齢（65 歳以上か未満か）・過去 5 年以内の自宅における死別経験があるかどうかで層別解析を行った結果、いずれの解析においても interaction test は  $p < 0.0001$  であった。

人生の最終段階に希望する医療・療養の場所は、想定される疾患によって異なる可能性が示唆され、そして、さらにその程度には性別、年齢および過去 5 年以内の自宅での死別経験が関与している可能性が示された。人生の最終段階に希望する医療・療養の場所を考えたり話し合う際には、個人の年齢や性別、過去の死別経験も考慮しつつ、より具体的な疾患を設定する必要があることが示唆された。

~~~~~

### 1-(3)

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

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインでは、人生の最終段階

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

~~~~~

### 1-(4)

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

人生の最終段階における話し合いを持つことは、人生の最終段階における医療・ケアの質や QOL を向上させることが先行研究で示されている。しかし、人生の最終段階において、患者と医師・看護師・介護職員の話し合いの実態および関連する要因は明らかになっていない。本研究では、無作為に抽出された全国の医師、看護師、介護職員を対象とした無記名式自記式アンケート調査

「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の解析から、看取りが近い患者本人と医師・看護師・介護職員の人生の最終段階に関する話し合いの実態および関連する要因を調査した。解析対象者全員における単変量解析の結果を考慮して二項ロジスティック解析を行った結果、「看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合いを持つこと」に有意に関連する要因のうち、医師、看護師、介護職員に共通する要因として、「人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴」と「少なくとも1ヶ月に1名以上看取りが近い患者に関わること」が明らかになった。今後は、看取りが近い患者と関わる頻度の多い医師、看護師、介護職員を対象として、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の有用性について検証していく必要があると考えられる。

~~~~~

#### 1-(5)

#### 病院における療養場所等の希望の聴取および引き継ぎ状況と人生の最終段階に対する支援体制との関連 —施設長に対する意識調査の解析より—

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」において、「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引き継いでいる」または「治療方針だけでなく今後の療養場所などの希望も引き継いでいる」をアウトカムとし、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）との関連を調査した。「治療方針だけでなく今後の療養場所などの希望も引き継いでいる」と回答した病院では、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、人生の最終段階における医療・療養の方針について本人・家族との話し合いを治療

困難な病気と診断されたときに行っている、患者が望む医療・療養の実現の支援に専門の職員を配置しているといった、人生の最終段階における医療・療養に対してより積極的な支援を行っている施設の割合が有意に高かった。これらの結果から、人生の最終段階において患者の意向に沿った医療・ケアが行われるための連携・支援の体制がより手厚い病院では、医療情報だけでなく、今後の療養場所などの希望も把握し、次の連携先へと引き継ぐことができている可能性が高いことが考えられた。

~~~~~

#### 2-(1)

#### 全国の市町村における人生の最終段階における医療のあり方に関する媒体作成の実態

本研究では、自治体における人生の最終段階における医療のあり方に関する普及啓発を目的とした住民向けのリーフレットやパンフレット等の媒体作成の実態を明らかにすることを目的とした。対象は1,741自治体で、調査は2017年2～3月に実施された。1,158市町村から回答を得た（回収率66.5%）。人生の最終段階における医療のあり方に関する普及啓発を行っている市町村のうち(n=451)、普及啓発を目的とした住民向けのリーフレットやパンフレットなどの「媒体を作成した」と回答した市町村は109、「媒体を作成中」と回答した市町村は25であった。「媒体を作成した」もしくは「媒体を作成中」と回答した市町村を「媒体作成あり(n=134)」、作成していないと回答した市町村を「媒体作成なし(n=317)」を従属変数とし、市町村特性との関連について多変量解析により検討した。その結果、「高齢者率が高い」ことと媒体作成は負の関連を示した。

## 「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

- ✓ 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
- ✓ 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掲載していた学会は77学会であった
- ✓ 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へ、悪化時の新たな介入はしない傾向あり
- ✓ 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 データ分析

アドバンスケアプランニング（ACP）の3段階プロセス Multiple steps of the Advance Care Planning Process (Sudore R, et al. JAGS 56,2008)

（平成29・30年度）

OR : odds ratio

↑ 基づく各研究結果のまとめ

### Contemplation(考へること)

人生の最終段階に希望する医療・療養の場所に関連する要因

- ・ 想定疾病により希望場所が異なった末期がん：自宅(50.3%)
- ・ 慢性の重い心臓病：医療施設(51.2%)
- ・ 認知症：介護施設(55.0%)
- ・ 個人の年齢や性別、過去の死別経験も関連している可能性がある。

人生の最終段階の医療処置における国民の希望と医療者が最善と考へる処置との差

- 国民：
- ・ 飲水できなくなった場合の点滴:48.5%希望
  - ・ 抗がん剤や放射線による治療:27.5%希望
  - ・ 人工呼吸器:8.1%希望
  - ・ 心肺蘇生:11.3%希望

医療者(医師：医、看護師：看、介護職員：介)：

- ・ 飲水できなくなった場合の点滴；  
医59.5% 看56.4% 介53.6% が勧める
- ・ 抗がん剤や放射線による治療；  
医22.5% 看18.7% 介15.2% が勧める
- ・ 人工呼吸器；  
医4.8% 看4.1% 介4.4% が勧める
- ・ 心肺蘇生  
医5.1% 看5.8% 介15.4% が勧める

国民が希望する医療処置と、医療・介護従事者が最善と考へる医療処置は必ずしも一致しない。

### Discussion(話し合うこと)

人生の最終段階に希望する医療や療養に関して家族等との話し合いに関連する要因

- 話し合うことに関連が認められた要因 (OR)
- 全年齢：男性 (0.41)、年齢 (1.26)、  
高学歴 (1.45)、配偶者と同居 (1.61)、  
病院での介護経験がある (1.82)
- 65歳以上：  
・ かかりつけ医がある (2.54)  
・ 病院での介護経験がある (2.66)
- 65歳未満：  
・ 配偶者と同居がある (1.89)  
・ 息子と同居 (0.52)

医師と看護師のアドバンスケアプランニング実践に関連する因子

- ・ 死に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

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

ACPの実践  
病院：24.7% 介護保険施設：36.3%

### 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等と共有していくために必要な取り組みの検討

医師・看護師・介護職員の人生の最終段階における話し合いの実施、代理意思決定者の確認および話し合いの内容の文書による他職種との共有

各項目と関連したもの

- ・ 話し合い (医師・看護師・介護職員) ；  
研修の受講があること・看取り患者数多い
- ・ 代理意思決定者確認 (医師) ；  
病院勤務・研修受講・看取り患者数多い
- ・ 他職種との文書の共有 (医師) ；病院勤務

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要因

関連が認められた要因 (OR)

- ・ 患者支援の専門職員がいる (2.79)
- ・ 話し合い内容をミーティングで共有する (2.45)
- ・ 病気診断時から話し合いをする (1.94)



人生の最終段階に希望する医療や療養に関して  
家族等との話し合いに関連する要因  
-一般国民に対する意識調査の解析より-

研究協力者 羽成恭子 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻 博士課程  
研究協力者 井上恵 ジョージメイソン大学ソーシャルワーク 助教授  
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授  
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター センター長

研究要旨

アドバンスケアプランニング (ACP) は事前指示書の作成率を上げ、人生の最終段階に関する話し合いを促進し、本人が希望するケアと提供されるケアが一致するようになることが示されており、日本においては 2016 年度より「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」が全国で開催されるなど、医療介護提供者が ACP に基づいて患者の希望に沿った人生の最終段階の医療や介護を提供できるような働きかけが進んでいる。また、厚生労働省は 2018 年 11 月に ACP の日本語愛称を“人生会議”と決定し、その普及に力を入れており、今後は国民からのニーズが高まることが予想される。しかし、ACP の 3 つのプロセス (考えること・話し合うこと・文章に記載すること) のうち、話し合うことに関して、厚生労働省実施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」等の結果から、この 15 年間“話し合いをしたことがある”と回答する割合は約 40%のまま推移している。

そこで本研究は、人生の最終段階に希望する医療や療養に関して、家族等との話し合いに関連する要因を明らかにすることで、今後、このような話し合いがより実施されるようになるための課題や提言を得ることを目的とし、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」データの解析を行った。

その結果、全解析対象者において、人生の最終段階に希望する医療や療養に関して家族等と話し合うことは、年齢を重ねること、最終学歴が短大・専門学校以上であること、配偶者と同居していること、および過去 5 年以内の病院での介護経験があることと正の関連が認められた。一方、男性および息子と同居していることとは負の関連が認められた。65 歳以上の解析対象者では、かかりつけ医がいることは、話し合いと正の関連が示された。

これらの結果から、特に病院に勤務している医療介護提供者は、患者本人のみならず、患者の介護を担っている家族が、入院という経験をきっかけにして自身の将来の希望する医療やケアを考え、話し合いをしている可能性があることを念頭においた診療をすることが求められる。そして今後、若い人や男性に、このような話し合いの重要性を伝えると共に、具体的な方法等の情報提供が必要と考えられる。また、特に 65 歳以上の国民におけるこのような話し合いには、かかりつけ医の役割も大きいと考えられ、



かかりつけ医がより効果的に人生の最終段階の医療に関する話し合いに関われるよう、研修等のアプローチの充実が重要であると考えられた。

## A. 研究目的

アドバンスケアプランニング (以下 ACP) 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>。過去のシステマティックレビュー・メタ解析から、ACP は事前指示書の作成率を上げ、人生の最終段階に関する話し合いを促進し、本人が希望するケアと提供されるケアが一致するようになることが示されており<sup>2)</sup>、日本においては 2016 年度より「人生の最終段階における医療体制整備事業」の事業として「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」が全国で開催されるなど、医療介護提供者が ACP に基づいて患者の希望に沿った人生の最終段階の医療や介護を提供できるような働きかけが進んでいる。また、我が国においては、厚生労働省が 2018 年 11 月に ACP の日本語愛称を“人生会議”と決定し、その普及に力を入れている。これにより今後、国民レベルで ACP が普及され、そのニーズが高まることが予想される。

しかし、ACP の 3 つのプロセス (考えること・話し合うこと・文章に記載すること)<sup>3)</sup>のうち、話し合うことに関して、平成 20 年実施の「終末期医療に関する調査」<sup>4)</sup>および平成 25 年実施の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」<sup>5)</sup>では、国民の約 40%のみが“話し合ったことがある”と回答しており、平成 29 年度実施の一般国民を対象とした同調査<sup>6)</sup>でも、その割合に増加は認められていない。今後、このような話し合いを促進するために、話し合いを行っている一般国民がどのような要因を有しているのかを調査し、より介入的に ACP を進める必要がある対象者を明らかにすることは重要である。

そして日本人は、人生の最終段階の医療に関する話し合いにおいて、家族との **group-oriented decision making** を好み、治療方針決定の際には特に家族の役割が大きい<sup>7)</sup>ことを考慮した調査が必要である。しかし我が国において、一般国民の個々人が、家族等の身近な人と将来希望する医療や療養に関する話し合いを行うことに関連する要因に焦点をおいた研究は認められない。

そこで本研究は、人生の最終段階に希望する医療や療養に関して、家族等との話し合いに関連する要因を明らかにすることで、今後、このような話し合いがより実施されるようになるための課題や提言を得ることを目的とした。なおこれは、平成 29 年度分に報告した研究の分析を、より深め吟味したものである。

## 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」データの解析である。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」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。また、話し合いを医療介護提供者のみとしたことがある人に関しては、今回の調査から除外した。

解析には Stata を使い、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。

(倫理面への配慮)

厚生労働省からのデータ利用に関しては、筑波大学倫理審査委員会の審査による承認の上、実施している。

### 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、最終的に解析対象となったのは 829 人であった (有効回答率 13.8%)。

解析対象者は (Table1)、男性 461 人 (55.6%)、65 歳以上 358 人 (43.2%)、同居者 (複数回答) に関しては、配偶者 559 人 (67.4%) と回答した人が最も多く、息子 255 人 (30.8%)、娘 208 人 (25.0%) が続いた。

全解析対象者のうち「話し合いあり」と回答したのは 338 人 (40.8%)、「話し合いなし」と回答したのは 491 人 (59.2%) であった。「話し合いあり」を選択した回答者のうち、話し合いをした相手(複数回答)は、家族・親族が 96.5%、親友は 15.7% であった。

単変量解析の結果 (Table1)、全解析対象者において「話し合いなし」と比較し「話し合いあり」の割合が有意に多かったのは、女性、65 歳以上、かかりつけ医がいること、息子と同居していないこと、過去 5 年以内の介護経験 (介護提供場所は問わない)、および過去 5 年以内に病院において死別経験があることであった。65 歳以上の解析対象者の分析では、「話し合いあり」の割合が有意に多かったのは、女性、かかりつけ医がいること、娘と同居していないこと、および過去 5 年以内に病院において介護経験があることであった。64 歳以下の解析対象者の分析では、女性、息子と同居していないこと、過去 5 年以内の介護経験 (介護提供場所は問わない)、および過去 5 年以内に病院において死別経験があることであった。

これらの変数を考慮し、多重ロジスティックス解析を行った結果を Table2 に示す。全解析対象者において、人生の最終段階に希望する医療や療養に関して家族等と話し合うことは、年齢を重ねること (Odds Ratio (OR): 1.26; 95% confidence interval(CI):1.12-1.41)、最終学歴が短大・専門学校以上であること (OR:1.45 ; CI : 1.03-2.04)、配偶者と同居していること (OR:1.61 ; CI : 1.15-2.27)、および過去 5 年以内の病院での介護経験があること (OR:1.82 ; CI : 1.25-2.64) と正の関連が認められた。一方、男性 (OR:0.41 ; CI : 0.30-0.55)、および息子と同居していること (OR:0.62 ; CI : 0.45-0.87) とは負の関連が認められた。65 歳以上の解析対象者では、かかりつけ医がいること (OR:2.54 ; CI : 1.53-4.24)、および過去 5 年以内の病院での介護経験があること (OR:2.66 ; CI : 1.51-4.66) は正の関連が認められ、男性 (OR:0.45 ; CI : 0.27-0.73)、および娘と同居していること (OR:0.46 ; CI : 0.24-0.91) は負の関連が認められた。64 歳以下の解析対象者では、配偶者と同居していること (OR:1.89 ; CI : 1.14-3.12) と正の関連が認

められたが、男性(OR:0.39 ; CI : 0.26-0.59)、および息子と同居していること (OR:0.52 ; CI : 0.33-0.83)は負の関連が認められた。

なお、過去5年以内の死別経験の有無は、その場所を問わず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

人生の最終段階に希望する医療や療養に関して、家族等身近な人との話し合いに関連する要因を明らかにするために、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」のデータ解析を行った。

今回の調査では、我々の知る過去の研究からは指摘されていない、過去5年以内の介護経験が、人生の最終段階に希望する医療や療養に関する話し合いを家族等と行うことと関連があることが示唆されたことは興味深い。特に介護提供の場所が病院であると、有意に話し合いと関連することが示された。病院は介護施設や自宅より医療的選択肢が多く、介護者にとっては患者の意思決定の全てもしくは一端を担っていた可能性が考えられ、このような経験が自身の将来希望する医療や療養を考えると、家族等と話し合いをすることにつながった可能性が考えられる。特に病院に勤務している医療介護提供者は、患者本人のみならず、患者の介護を担っている家族が、自身の将来の希望する医療やケアを考え、話し合いをしている可能性があることを念頭においた診療をすることが求められる。

一方で、今回の調査では死別経験と話し合いの有無の関連性は指摘できなかった。過去の死別経験が人生の最終段階に希望する医療や療養に関する話し合いと関連していることを示した文献<sup>8</sup>の結果とは異なった。死別経験の中には、療養や介護等の期間がなく、人生の最終段階の医療に関

する意思決定や選択をする時間がないまま死別となったケースも含まれていたことが考えられ、自身の将来希望する医療や療養を考えたり話し合ったりすることにはつながらなかった可能性がある。ただし、今回の調査は死別の状況に関する情報がないため、この結果を一般化して議論する際には注意が必要である。

また、人生の最終段階に希望する医療や療養に関して、家族等身近な人との話し合いには、年齢を重ねることと正の関連性が認められ、男性であることは負の関連を認めた。これは、諸外国における結果と矛盾しない結果であった<sup>9,10</sup>。今後は、若い人や男性に、これら話し合いの重要性を伝えていくことや、具体的な方法等をわかりやすく情報提供していく必要が考えられる。

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。今後は、かかりつけ医がより効果的に人生の最終段階の医療に関する話し合いに関わるよう、研修等のアプローチの充実が重要であると考えられる。

一方、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示唆された。なぜこのような結果が得られたかは今回の調査からは検討することが難しいため、今後さらなる調査が必要と考えられる。

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。また、人生の最終段階に希望する医療や療養に関して、家族等身近な人との話し

合いをすることと介護経験との関連性が示唆されたが、具体的にどのような介護を行っていたのか、もしくは介護する場所が異なると、どのような要素が異なるかなどは、今回の調査からは把握することができない。今後より詳細な調査が必要であると考えられる。

## E. 結論

特に病院に勤務している医療介護提供者は、患者本人のみならず、患者の介護を担っている家族が、入院という経験をきっかけにして自身の将来の希望する医療やケアを考え、話し合いをしている可能性があることを念頭においた診療をすることが求められる。

また、今後は、若い人や男性に、人生の最終段階に希望する医療や療養に関して話し合っておくことの重要性を伝えると共に、具体的な方法等をわかりやすく情報提供していく必要が考えられる。

そして、特に 65 歳以上の国民におけるこのような話し合いには、かかりつけ医の役割も大きいと考えられ、かかりつけ医がより効果的に人生の最終段階の医療に関する話し合いに関われるよう、研修等のアプローチの充実が重要であると考えられる。

## F. 健康危険情報

特記なし

## G. 研究発表

Kyoko Hanari, Joshua Gallagher, Nanako Tamiya: The factors associated with discussion of preferences for future medical treatment with their family in elderly people. Results from a national questionnaire survey of the general population in Japan.

The 6th Conference on Global Aging Tsukuba,

2018/7/7

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

## 参考文献

1. Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage* 2017;53:821-32.e1.
2. Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ, Wouters EFM, Janssen DJA. Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association* 2014;15:477-89.
3. Sudore, R. L., Schickedanz, A. D., Landefeld, C.S., et al. Engagement in multiple steps of the advance care planning process: a descriptive study of diverse older adults. *J Am Geriatr Soc* 2008;56: 1006-13
4. 終末期医療のあり方に関する懇談会  
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/s1027-12.html>
5. 平成 24 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002wehv.html>
6. 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会。人生の最終段

階における医療に関する意識調査報告書  
平成 30 年 3 月

[https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo\\_a\\_h29.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf)

7. Bito S, Matsumura S, Singer MK, Meredith LS, Fukuhara S, Wenger NS. Acculturation and end-of-life decision making: comparison of Japanese and Japanese-American focus groups. *Bioethics* 2007;21:251-62.
8. Carr D, Khodyakov D. End-of-life health care planning among young-old adults: an assessment of psychosocial influences. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences* 2007;62:S135-41.
9. Teixeira AA, Hanvey L, Tayler C, Barwich D, Baxter S, Heyland DK. What do Canadians think of advanced care planning? Findings from an online opinion poll. *BMJ supportive & palliative care* 2015;5:40-7.
10. Moorman SM, Inoue M. Persistent problems in end-of-life planning among young- and middle-aged American couples. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences* 2013;68:97-106.

Table 1 人生の最終段階に希望する医療やケアについて家族等と話し合うことに関連する要因-単変量解析

	全対象者 n=829		65歳以上 n=358		64歳以下 n=471		P value
	話し合いあり n(%)	話し合いなし n(%)	話し合いあり n(%)	話し合いなし n(%)	話し合いあり n(%)	話し合いなし n(%)	
性別	461 (55.6)	309 (67.0)	91 (43.3)	119 (56.7)	61 (24.3)	190 (75.7)	
男性	368 (44.4)	186 (50.5)	87 (58.8)	61 (41.2)	99 (45.0)	121 (55.0)	<b>0.000</b>
女性	358 (43.2)	178 (49.7)	-	-	-	-	-
年齢	471 (56.8)	160 (34.0)	311 (66.0)	-	-	-	-
≥65歳	358 (43.2)	178 (49.7)	180 (50.3)	-	-	-	-
<65歳	471 (56.8)	160 (34.0)	311 (66.0)	-	-	-	-
最終学歴	457 (55.1)	184 (40.3)	273 (59.7)	49 (45.4)	125 (35.8)	224 (64.2)	0.183*
短大・専門学校・大学・大学院	372 (44.9)	154 (41.4)	218 (58.6)	131 (52.4)	35 (28.7)	87 (71.3)	0.183*
中学・高校	349 (42.1)	174 (49.9)	175 (50.1)	109 (44.7)	39 (37.1)	66 (62.9)	0.483*
かかりつけ医あり	480 (57.9)	164 (34.2)	316 (65.8)	71 (62.3)	121 (33.1)	245 (66.9)	0.002*
なし	559 (67.4)	237 (42.4)	322 (57.6)	122 (49.6)	113 (36.1)	200 (63.9)	0.181*
同居をしている家族	270 (32.6)	101 (37.4)	169 (62.6)	58 (51.8)	47 (29.8)	111 (70.2)	0.024*
配偶者との同居あり	255 (30.8)	83 (32.5)	172 (67.5)	56 (58.3)	43 (27.0)	116 (73.0)	0.024*
配偶者との同居なし	574 (69.2)	255 (44.4)	319 (55.6)	124 (47.3)	117 (37.5)	195 (62.5)	0.680
息子との同居あり	208 (25.0)	73 (35.3)	134 (64.7)	32 (65.3)	56 (35.4)	102 (64.6)	0.031*
息子との同居なし	622 (75.0)	265 (42.6)	357 (57.4)	148 (47.9)	104 (33.2)	209 (66.8)	0.002*
娘との同居あり	210 (25.3)	115 (54.8)	95 (45.2)	33 (34.7)	53 (46.1)	62 (53.9)	0.002
娘との同居なし	619 (74.7)	223 (36.0)	396 (64.0)	147 (55.9)	107 (30.1)	249 (69.9)	0.012*
過去5年以内の介護経験	109 (13.2)	54 (49.5)	55 (50.5)	20 (47.6)	32 (47.8)	35 (52.2)	0.002*
病院にて	720 (86.8)	284 (39.4)	436 (60.6)	160 (50.6)	128 (31.7)	276 (68.3)	0.012*
介護施設にて	101 (12.2)	55 (54.5)	46 (45.5)	21 (44.7)	29 (53.7)	25 (46.3)	0.002*
自宅にて	728 (87.8)	283 (38.9)	445 (61.1)	159 (51.1)	131 (31.4)	286 (68.6)	0.002*
過去5年以内の死別経験	241 (29.1)	116 (48.1)	125 (51.9)	46 (45.1)	60 (43.2)	79 (56.8)	0.006
病院にて	588 (70.9)	222 (37.8)	366 (62.2)	134 (52.3)	100 (30.3)	232 (69.9)	0.006
介護施設にて	92 (11.1)	35 (38.0)	57 (62.0)	21 (61.8)	22 (37.9)	36 (62.1)	0.554*
自宅にて	737 (88.9)	303 (41.1)	434 (58.9)	159 (49.1)	138 (33.4)	275 (66.6)	0.554*
過去5年以内の死別経験	87 (10.5)	43 (49.4)	44 (50.6)	21 (42.0)	14 (37.8)	23 (62.2)	0.225*
病院にて	742 (89.5)	295 (39.8)	447 (60.2)	159 (51.6)	146 (33.6)	288 (66.4)	0.225*
介護施設にて							
自宅にて							

\*Fisher exact test

Table2 人生の最終段階に希望する医療やケアについて家族等と話し合うことに関連する要因-多重ロジスティックス解析

	全対象者 <sup>※1</sup> n=829		65歳以上 <sup>※2</sup> n=358		64歳以下 <sup>※3</sup> n=471	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
性別（男性）	<b>0.41</b>	<b>0.30-0.55</b>	<b>0.45</b>	<b>0.27-0.73</b>	<b>0.39</b>	<b>0.26-0.59</b>
年齢	<b>1.26</b>	<b>1.12-1.41</b>				
最終学歴（短大・専門学校・大学・大学院）	<b>1.45</b>	<b>1.03-2.04</b>	1.37	0.82-2.30	1.41	0.87-2.27
かかりつけ医がいる	1.37	0.96-1.94	<b>2.54</b>	<b>1.53-4.24</b>	0.92	0.55-1.53
同居している家族						
配偶者	<b>1.61</b>	<b>1.15-2.27</b>	1.59	0.94-2.69	<b>1.89</b>	<b>1.14-3.12</b>
息子	<b>0.62</b>	<b>0.45-0.87</b>	0.69	0.41-1.16	<b>0.52</b>	<b>0.33-0.83</b>
娘	0.82	0.57-1.19	<b>0.46</b>	<b>0.24-0.91</b>	1.05	0.66-1.67
過去5年以内の介護経験						
病院にて経験あり	<b>1.82</b>	<b>1.25-2.64</b>	<b>2.66</b>	<b>1.51-4.66</b>	1.43	0.83-2.47
介護施設にて経験あり	1.39	0.84-2.28	1.14	0.53-2.48	1.59	0.81-3.10
自宅にて経験あり	1.21	0.75-1.95	0.93	0.45-1.91	1.90	0.97-3.70
過去5年以内の看取り経験						
病院にて経験あり	1.06	0.74-1.53	1.14	0.66-1.96	1.15	0.69-1.92
介護施設にて経験あり	<b>0.77</b>	<b>0.46-1.31</b>	<b>0.52</b>	<b>0.22-1.19</b>	<b>0.98</b>	<b>0.50-1.93</b>
自宅にて経験あり	1.36	0.83-2.25	1.41	0.72-2.78	1.29	0.58-2.84

OR: odds ratio, 95%CI: 95% confidence interval

※1Hosmer-Lemeshow  $\chi^2(8)=14.44$  ,  $Pro>\chi^2=0.0709$

※2Hosmer-Lemeshow  $\chi^2(8)=6.01$  ,  $Pro>\chi^2=0.6461$

※3Hosmer-Lemeshow  $\chi^2(8)=16.60$  ,  $Pro>\chi^2=0.034$

人生の最終段階に希望する医療・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解析より-

研究協力者 羽成恭子 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻 博士課程  
研究分担者 Thomas D. Mayers 筑波大学医学医療系 助教  
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授  
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター センター長

研究要旨

日本人における「望ましい死」として、人生の最終段階を望んだ場所で過ごすことを重要と考えている一般国民は 90%を超えている。そして先行研究のシステマティックレビューでは、人生の最終段階を過ごしたい場所として、自宅が最も選択されることが示されており、厚生労働省はできる限り住み慣れた地域で療養することができるよう、様々な在宅医療の推進施策を進めている。しかし一方で、研究対象者の属性により希望する医療・療養の場所には差異が生じ、個人の好みの多様性も影響することが指摘されており、必ずしも全員が自宅で療養したいと考えているわけではないことも考える必要がある。先行研究では、想定される疾患によって、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所が異なるかは明らかとなっていない。

そこで本研究は、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所が、想定される疾患によってどのように異なるかを分析し、臨床において医療や療養の場所に関する話し合いをする際の一助とすることを目的とした。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」データを用い、人生の最終段階の病状を「末期がん」、「慢性の重い心臓病」および「認知症」と設定し、それぞれの想定される疾病において、どこで過ごしながら医療・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。また、性別・年齢 (65 歳以上か未満か)・過去 5 年以内の自宅における死別経験があるかどうかで層別解析を行った結果、いずれの解析においても interaction test は  $p < 0.0001$  であった。

人生の最終段階に希望する医療・療養の場所は、想定される疾患によって異なる可能性が示唆され、そして、さらにその程度には性別、年齢および過去 5 年以内の自宅での死別経験が関与している可能性が示された。人生の最終段階に希望する医療・療養の場所を考えたり話し合う際には、個人の年齢や性別、過去の死別経験も考慮しつつ、より具体的な疾患を設定する必要があることが示唆された。



## A. 研究目的

日本人における「望ましい死」として、人生の最終段階を望んだ場所で過ごすことを重要と考えている一般国民は 90%を超えている<sup>1</sup>。そして先行研究のシステマティックレビューでは、人生の最終段階を過ごしたい場所として、自宅が最も選択されることが示されており<sup>2,3</sup>、厚生労働省はできる限り住み慣れた地域で療養することができるよう、様々な在宅医療の推進施策を進めている。しかし一方で、研究対象者の属性により希望する医療・療養の場所には差異が生じ、個人の好みの多様性も影響することが指摘されており<sup>2</sup>、あらかじめ個人が人生の最終段階に希望する療養場所を考え、家族等と共有しておくことは重要と考えられる。

先行研究<sup>2,3</sup>では、人生の最終段階に設定される疾患は“がん”もしくは“非がん”というカテゴリで分けられており、想定される疾患によって、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所が異なるかは明らかとなっていない。

厚生労働省は平成 29 年に一般国民を対象として実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」において、想定される疾患を「末期がん」、「慢性の重い心臓病」および「認知症」と設定した上で、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所を、それぞれについて医療機関・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 47.4%で最多であり、一方「重い心臓病」では医療機関 48.0%、「認知症」では介護施設 51.0%が最多であったと既に結果は公表されている<sup>4</sup>。なお、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>5</sup>。これらの結果より、一般国民において、設定される疾患が異なると、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所も異なる可能性が考えられた。そして我々が知る限り、同じ調査対象に、想定される疾患を複数提示した上で、それぞれの疾患の場合に、人生の最終段階に希望する医療・療

養場所が異なるかどうかを検討した先行研究はない。

本研究は、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所が、想定される疾患によってどのように異なるかを分析し、臨床において医療や療養の場所に関する話し合いをする際の一助とすることを目的とした。なおこれは、平成 29 年度分に報告した研究を、より分析を深め吟味したものである。

## 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」データの解析である。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」および「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おり、想定される疾患によって希望する医療・療養の場所が異なるかを検討した。

解析には Stata を用い、群間比較にはカイ 2 乗検定を用いた。P<0.05 を有意差ありとした。また interaction test を行った。

（倫理面への配慮）

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

している。

### 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、最終的に解析対象となったのは 795 人であった（有効回答率 13.3%）。解析対象者の基本属性を Table1 に示す。

**Table1 対象者の基本属性**

		解析対象者 (n=795)	
		n (人)	%
性別	男性	435	54.7
	女性	360	45.3
年齢	20-29	38	4.8
	30-39	99	12.5
	40-49	135	17.0
	50-59	129	16.2
	60-69	157	19.7
	70-79	156	19.6
	>80	81	10.2
同居者	あり	667	83.9
	なし	128	16.1
最終学歴	中学校	80	10.1
	高校	265	33.3
	短期大学・専門学校	162	20.4
	大学・大学院	288	36.2
かかりつけ医	あり	329	41.4
	なし	466	58.6
5年以内の介護経験	あり	299	37.6
	なし	496	62.4
5年以内の身近で大切な人の死	あり	348	43.8
	なし	447	56.2
*話し合ったこと	あり	327	41.1
	なし	468	58.9

※人生の最終段階における医療・療養について

男性 435 人 (54.7%)、60 歳以上 394 人 (49.5%)、

同居者がいるのは 667 人 (83.9%) 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は 348 人 (43.8%) であった。

それぞれの疾患における希望する療養場所の結果を示す (Figure1)。

#### 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 311 人 (39.1%)、介護施設 84 人 (10.6%)、自宅 400 人 (50.3%) であった。

#### 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 407 人 (51.2%)、介護施設 155 人 (19.5%)、自宅 233 人 (29.3%) であった。

#### 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 244 人 (30.7%)、介護施設 437 人 (55.0%)、自宅 114 人 (14.3%) であった。

病状設定が「末期がん」、「慢性の重い心臓病」および「認知症」の場合、それぞれの希望する医療・療養の場所の割合には有意差が認められた。

性別・年齢 (65 歳以上か未満か)・過去 5 年以内の自宅における死別経験があるかどうかで層別解析を行った。いずれの解析においても interaction test は  $p < 0.0001$  であった。

女性は男性と比較して (Figure2)、想定される疾患が「認知症」の場合は、介護施設を選択する割合が高かった。65 歳未満は 65 歳以上の人と比較して (Figure3)、「認知症」の場合に、介護施設を選択する割合が高かった。一方、過去 5 年以内に自宅にて死別経験があると、経験のない人と比較して「末期がん」、「慢性の重い心臓病」および「認知症」いずれを想定した場合も、希望する医療・療養場所として自宅を選択する割合が高かった (Figure4)。

## D. 考察

本研究は、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所が、想定される疾患によってどのように異なるのかを分析した。疾患は、「末期がん」、「慢性の重い心臓病」および「認知症」の3つを想定した。

今回の調査からは、人生の最終段階に想定される疾患が異なると、希望する医療・療養場所が異なる可能性が示唆された。

想定される疾患が「末期がん」の場合は、自宅が最も選択されており、先行研究<sup>2</sup>と矛盾しない結果であった。しかし「慢性の重い心臓病」および「認知症」が想定された場合には、それぞれ医療機関、介護施設が最も選択されていた。これには、国民がもつそれぞれの疾患に対する印象が関わっているかもしれない。「末期がん」に対しては、がん対策推進基本計画が遂行されてきたことで、“がんになっても住み慣れた地域で”というイメージが定着してきている可能性を考える。「慢性の重い心臓病」は苦しくなるのではないかという身体症状の出現をイメージし、病院を選択している人がいるのかもしれない。「認知症」に関しては、家族に負担をかけることを避けたいと考えて、介護施設を選択していることが考えられる。ただし、各疾患のどの要素が希望する医療・療養場所の選択に関わったかに関して、本調査から言及することが難しいため、今後のさらなる調査が必要である。

そして本調査の *interaction test* の結果を加味すると、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所を選択する際には、想定される疾患が影響しており、さらにその程度には、性別、年齢および過去5年以内の自宅での死別経験が関与している可能性が示唆された。

女性は男性と比較して、また、65歳未満は65歳以上と比較して、想定される疾患が「認知症」の場合、介護施設を選択する割合がより高

かった。女性や比較的若年者の方が家族に迷惑をかけたくないという思いがあるのかもしれない。なお、先行研究<sup>2</sup>における希望する療養場所と年齢に関する検討では、高齢と、希望する療養場所として自宅を選択することは関連が示されているが、この先行研究では疾患によって希望する療養場所が異なるかどうかは検討されておらず、さらなる議論が必要である。

過去5年以内に自宅にて死別経験があると、経験のない人と比較して「末期がん」、「慢性の重い心臓病」および「認知症」いずれを想定した場合も、希望する医療・療養場所として自宅を選択する割合がより高いことが示された。これは、自宅における死別経験に基づき、将来の自身の自宅での療養の具体的なイメージが得られている可能性が考えられる。なお、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%と最多であり<sup>5</sup>、本研究結果とは矛盾しない。ただし、これに関しても先行研究は疾患が想定されていないことに留意が必要である。

上述のように、想定される疾患によって人生の最終段階に希望する医療・療養場所が変わる可能性が読み取れた。そして、さらにその程度には性別、年齢および過去5年以内の自宅での死別経験が関与している可能性が示唆された。

人生の最終段階に療養を希望する場所を考えたり話し合う際には、個人の年齢や性別、過去の死別経験を考慮しつつ、より具体的な疾患設定が必要であると考えられた。

## E. 結論

人生の最終段階に希望する医療・療養の場所は、想定される疾患によって異なる可能性が示唆され、そして、さらにその程度には性別、年齢および過去5年以内の自宅での死別経験が関与している可能性が示された。人生の最終段階

に希望する医療・療養の場所を考えたり話し合う際には、個人の年齢や性別、過去の死別経験も考慮しつつ、より具体的な疾患を設定する必要があることが示唆された。

## F. 健康危険情報

特記なし

## G. 研究発表

Kyoko Hanari, Nanako Tamiya, Thomas Mayers,  
Megumi Inoue, Joshua Gallagher

Differences of preferred place to receive end-of-life care depending on assumed diseases: results from a national questionnaire survey of the general population in Japan.

22<sup>nd</sup> International congress on palliative care in Canada

## 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. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Annals of Oncology* 2007;18: 1090-97.
2. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, et al. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care* 2013;12:7.
3. Higginson IJ, Sen-Gupta GJ. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliat*

*Med* 2000;3:287-300.

4. 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会. 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書 平成 30 年 3 月 [https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo\\_a\\_h29.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf)
5. 終末期医療に関する意識調査等検討会. 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 26 年 3 月 [https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847\\_3.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf)
6. Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, Sawai M, Watanabe M. Japanese people's preference for place of end-of-life care and death: a population-based nationwide survey. *J Pain Symptom Manage* 2011;42:882-92.
7. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2012;20:2575-82.
8. 宮下光令, 平井啓, 崔智恩. 在宅療養への移行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.

Figure1 各疾患における人生の最終段階における希望する医療・療養場所 (n=795)

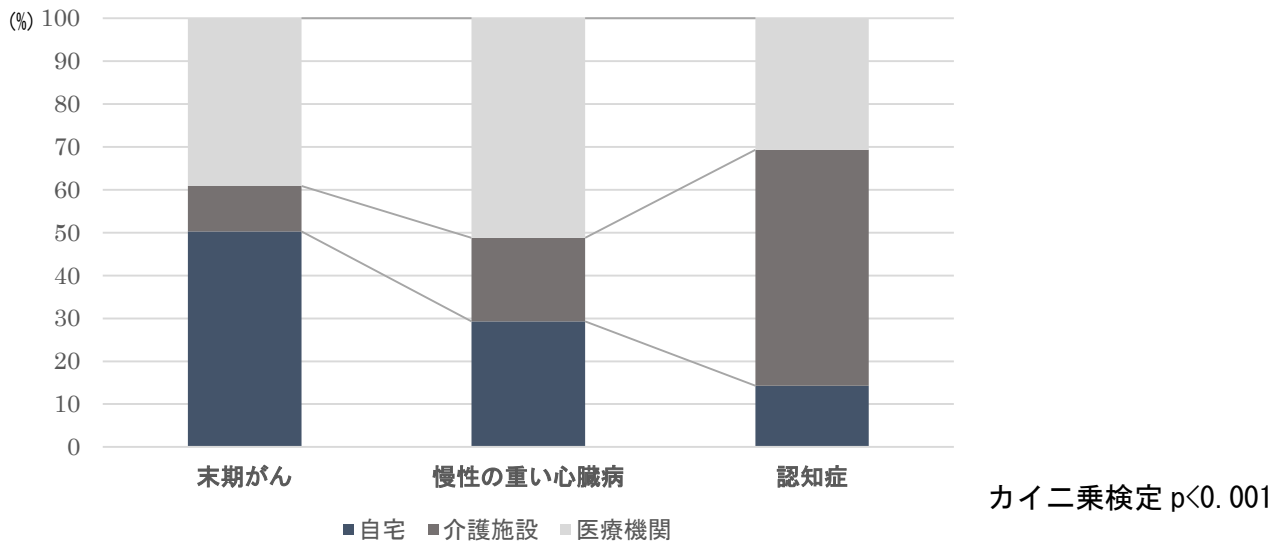


Figure2 各疾患における人生の最終段階における希望する医療・療養場所 性別による層別解析

Figure2-1 男性 (n=435)

Figure2-2 女性 (n=360)

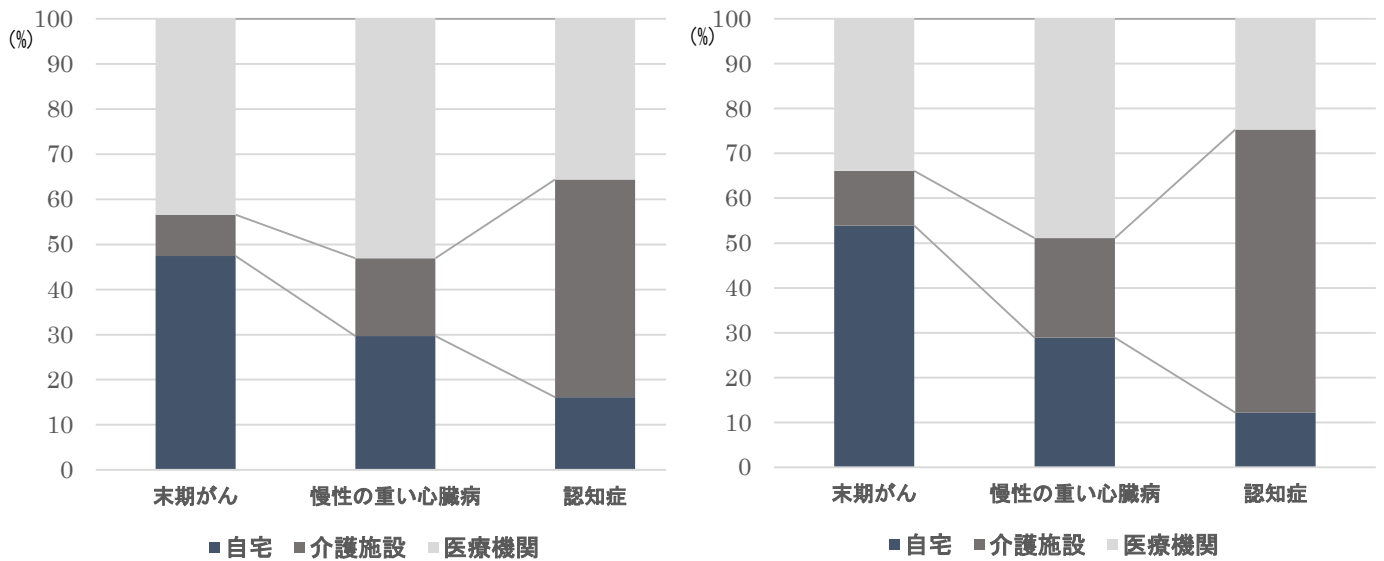
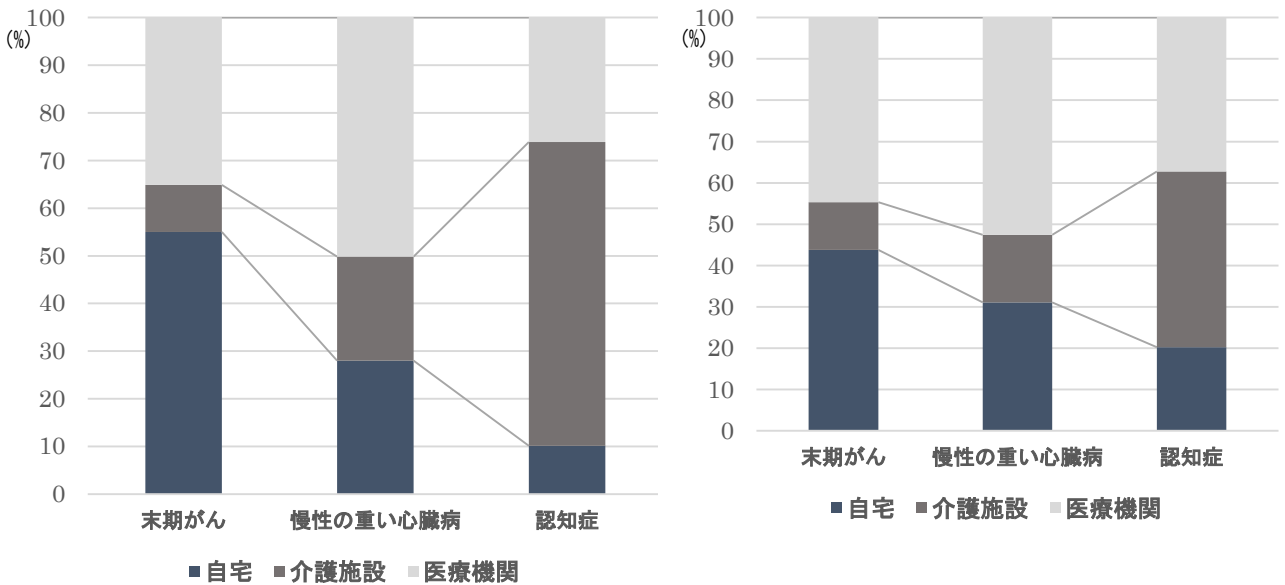


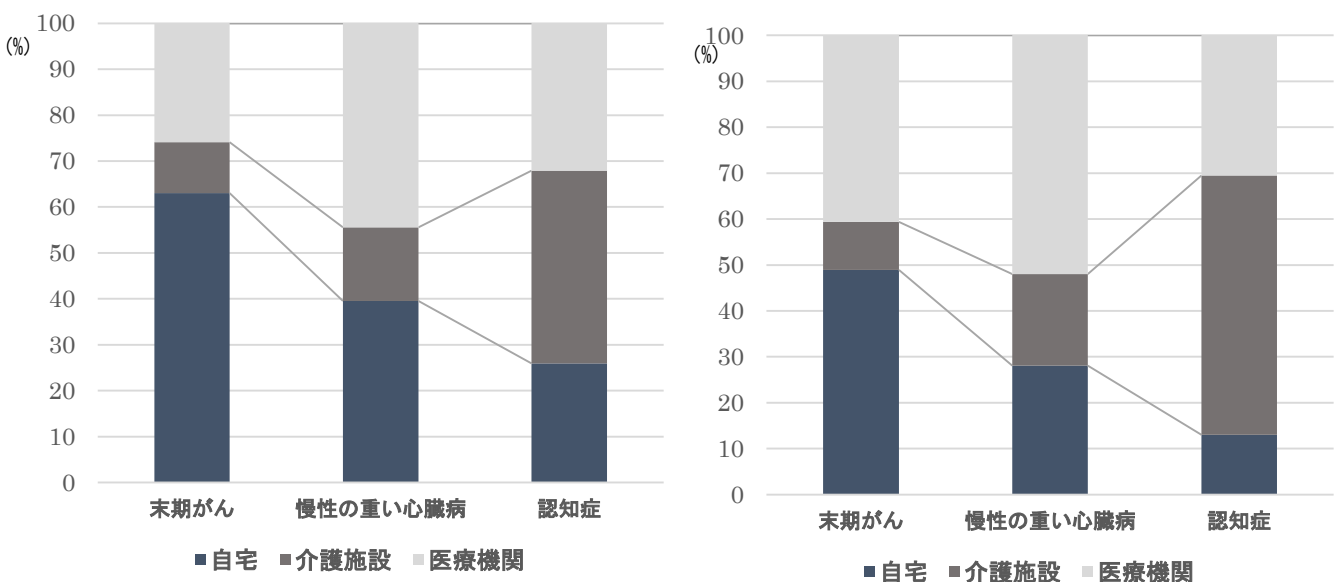
Figure3 各疾患における人生の最終段階における希望する医療・療養場所 年齢による層別解析  
 Figure3-1 65歳未満 (n=464) Figure3-2 65歳以上 (n=331)



interaction test  $p < 0.0001$

Figure4 各疾患における人生の最終段階における希望する医療・療養場所 死別経験の有無による層別解析

Figure4-1 過去5年以内に自宅で死別経験あり (n=81) Figure4-2 過去5年以内に自宅で死別経験なし (n=714)



interaction test  $p < 0.0001$

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

研究分担者 濱野淳 筑波大学医学医療系 講師  
研究協力者 羽成恭子 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻 博士課程  
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授  
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター センター長

### 研究要旨

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

#### A. 研究目的

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（プロセス・ガイドライン）では、人生の最終段階における医療・ケアの提供にあたって、医療・ケアチームは、本人の意思を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含め、できる限り把握することが必要とされている。平成24年度に行われた人生の最終段階における医療に関する意識調査で、国民は、様々な人生の最終段

階の状況において希望する治療方針を詳細に尋ねたところ、どのような状況でも侵襲性が高い等の一定以上の治療は望まない傾向であったと報告されている<sup>1</sup>。

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

そして、プロセス・ガイドラインでは、医療・

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

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

## B. 研究方法

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

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

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

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

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

無回答などにより情報が欠損している回答者は、解析対象から除外した。

解析には SPSS を用い、単純な 2 群間比較にはカイ 2 乗検定・Fisher の正確確率検定を用いた。

$P < 0.05$  を有意差ありとした。

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

## C. 研究結果

回答者および解析対象者は、国民 973 名（回収率 16.2%）、医師 1039 名（回収率 23.1%）・1012 名、看護師 1854 名（30.9%）・1824 名、介護職員 752 名（37.6%）であった。回答者の背景として、国民においては、男性 535 名（55.0%）、65 歳以上 448 名（46.1%）であった。医師、看護師、介護職員においては、実務経験 31 年以上の人数・割合がそれぞれ 481 名（47.5%）、612 名（33.6%）、29 名（3.8%）であった。勤務場所として最も多いのは、医師、看護師はともに病院 652 名（64.4%）、838 名、（45.9%）であり、介護職員においては、介護老人福祉施設 396 名（52.9%）であった。（Table 1）

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

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



を望む割合が、医師、看護師が勧める割合より有意に多いことが分かった。(Table 3)

医師、看護師、介護職員がそれぞれの医療処置を勧める割合を比較すると、「飲水できなくなった場合の点滴」、「人工呼吸器」については、職種間で有意な差はなかった。医師においては、介護職員よりも「抗がん剤や放射線による治療」を勧める割合が有意に多く、看護師、介護職員よりも「経口摂取できなくなった場合の経鼻栄養」を勧める割合が有意に多く、そして、看護師よりも「経口摂取できなくなった場合の胃瘻」を勧める割合が多いことが分かった。また、介護職員は医師、看護師より「心肺蘇生」を勧める割合が有意に多いことも分かった。(Table 4)

#### D. 考察

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

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

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

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

これらのことから、国民と医療者が考える人生の最終段階における最善の医療処置は必ずしも一致していない可能性がある。これは、人生の最終段階における積極的治療の効果と限界に関して、国民と医療者の間に知識や経験の差があることが理由の1つとも考えられるが、今後、国民と医療者が考える人生の最終段階における最善の医療処置が一致しない理由について、検証を進めていく必要がある。

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

これは、各職種の職業倫理観や知識・経験に影響を受けている可能性がある。

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

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

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

これらのことから、介護職員が人生の最終段階において、医師、看護師よりも心肺蘇生を勧

める理由として、介護職員は、人が亡くなりゆく経過や看取りの際の対応について知識、経験が十分でないことが考えられる。

## E. 結論

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

今後は、プロセス・ガイドラインで示されているように医療・ケアチームは、丁寧に、本人の意思をくみ取り、関係者と共有するために、国民、医療・介護専門職がお互いの意向や価値観が異なる可能性を認識したうえで、理解しながら、合意形成のプロセスを進めて行くことが求められる。

## 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. Kissane LA, Ikeda B, Akizuki R, Nozaki S, Yoshimura K, Ikegami N. End-of-life preferences of the general public: Results from a Japanese national survey. *Health Policy (New York)*. 2015;119(11):1472-1481.
2. Cardona M, Lewis E, Shanmugam S, et al. Dissonance on perceptions of end-of-life needs between health-care providers and members of the public: Quantitative cross-sectional surveys. *Australas J Ageing*. March 2019.
3. Yun YH, Kim K-N, Sim J-A, et al. Comparison of attitudes towards five end-of-life care interventions (active pain control, withdrawal of futile life-sustaining treatment, passive euthanasia, active euthanasia and physician-assisted suicide): a multicentred cross-sectional survey of Korea. *BMJ Open*. 2018;8(9):e020519.
4. Miyashita M. 総説 緩和ケアのQuality indicator. *Palliat Care Res*. 2007;2((2)):401-415.
5. 川上 嘉明, 浜野 淳, 小谷 みどり, 桑田 美代子, 山本 亮, 木澤 義之, 志真 泰夫. 介護職員の看取りに対する認識と認識に影響する要因—混合研究法を用いた探索的研究—. *Palliat Care Res*. 2019;14(1):43-52.

Table 1 回答者背景

Table 1-1 国民の基本属性

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

Table 1-2 医師・看護師・介護職員の基本属性

	医師 (n=1012)		看護師 (n=1824)		介護職員 (n=749)		
	n	%	n	%	n	%	
実務経験年数	1-15	139	13.7	317	17.4	386	51.5
	16-30	392	38.7	895	49.1	334	44.6
	31-	481	47.5	612	33.6	29	3.9
勤務場所	病院	652	64.4	838	45.9	n. a*	n. a*
	診療所	337	33.3	300	16.4	n. a*	n. a*
	介護老人保健施設	n. a*	n. a*	194	10.6	340	45.4
	介護老人福祉施設	n. a*	n. a*	199	10.9	396	52.9
	訪問看護ステーション	n. a*	n. a*	210	11.5	n. a*	n. a*
	その他	10	1.0	63	3.5	6	0.8

\*n. a : not applicable

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

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

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

Table 3-1 国民と医師の比較

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

Table 3-2 国民と看護師の比較

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

Table 3-3 国民と介護職員の比較

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

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

Table 4-1 医師と看護師の比較

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

Table 4-2 医師と介護職員の比較

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

Table 4-3 看護師と介護職員の比較

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



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

研究分担者 濱野淳 筑波大学医学医療系 講師  
研究協力者 羽成恭子 筑波大学大学院人間総合科学研究科  
疾患制御医学専攻 博士課程  
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授  
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター センター長

### 研究要旨

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

#### A. 研究目的

人生の最終段階における話し合いを行った患者は、自らの希望に沿った医療・ケアを受けられ<sup>1</sup>、人生の最終段階における医療・ケアの質やQOLが向上されることが報告されている<sup>2-4</sup>。また、話し合いを持つことで人生の最終段階における効果の乏しい積極的な医学介入の頻度が減少することが報告されている<sup>4,5</sup>。

我が国の代表的な遺族調査である「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究

(J-HOPE 研究)」では、人生の最終段階の治療の目標や過ごし方に関する話し合いをもつことは、遺族評価による「患者の望ましい死の達成」や「人生の最終段階に受けたケアの質」の評価が有意に高かったと報告されている<sup>6</sup>。

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

プログラムが実施されている。

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

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

## B. 研究方法

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

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

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

無回答などにより情報が欠損している回答者は、解析対象から除外した。

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

倫理的配慮として、厚生労働省からのデータ二次利用に関しては、筑波大学倫理審査委員会の審

査による承認の上、実施とした。

## C. 研究結果

回答者および解析対象者は、医師 1039 名 (回収率 23.1%)・1012 名、看護師 1854 名 (30.9%)・1824 名、介護職員 752 名 (37.6%)・749 名であった。解析対象者の基本属性 (Table1) は、実務経験年数 31 年以上 481 人 (47.5%)、612 人 (33.6%)、29 人 (3.9%)、医師、看護師の勤務場所は病院が最も多く、それぞれ 652 人 (64.4%)、838 人 (45.9%) で、介護職員は、介護老人保健福祉施設が 396 人 (52.9%) と最も多かった。

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

解析対象者全員における単変量解析の結果、医師において、「看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合いを持つ」ことに有意に関連するのは、実務経験(p<0.001)、病院勤務(p<0.001)、診療所勤務(p<0.001)、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴(p<0.001)、死が近い患者と関わる頻度(p<0.001)であった (Table2-1)。

看護師においては、病院勤務(p<0.001)、診療所勤務(p<0.001)、介護老人福祉施設勤務(p<0.001)、訪問看護ステーション(p<0.001)、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴(p<0.001)、死が近い患者と関わる頻度 (p<0.001) であった (Table2-2)。

介護職員においては、実務経験(p=0.009)、介護老

人保健施設勤務(p<0.001)、介護老人福祉施設勤務(p<0.001)、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴(p=0.004)、死に近い患者と関わる頻度(p<0.001)であった (Table2-3)。

これらの変数を考慮し解析対象者全員に二項ロジスティクス解析を行うと、「看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合いを持つこと」に有意に関連する要因は、医師において、病院勤務(p<0.001)、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴(p<0.001)、少なくとも1ヶ月に1名以上看取りが近い患者に関わること(p<0.001)であった (Table3-1)。

看護師においては、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴(p=0.007)、少なくとも1ヶ月に1名以上看取りが近い患者に関わること(p<0.001)であった (Table3-2)。

介護職員においては、介護老人保健施設(p<0.001)、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴(p=0.006)、少なくとも1ヶ月に1名以上看取りが近い患者に関わること(p=0.001)であった (Table3-3)。

また、二項ロジスティクス解析の結果、「代理意思決定者を確認すること」に有意に関連する要因は、医師において、病院勤務(p<0.001)、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴(p=0.004)、少なくとも1ヶ月に1名以上看取りが近い患者に関わること(p=0.043)であった。そして、「人生の最終段階における話し合いの内容を文書で他職種と共有すること」に有意に関連する要因は、医師において、病院勤務(p<0.001)であった (Table3-1)。

#### D. 考察

看取りが近い患者本人と医師・看護師・介護職員の人生の最終段階に関する話し合いの実態および関連する要因を明らかにすることを目的に厚生労働省により実施された無作為に抽出された全国の医師、看護師、介護職員を対象とした無記名式

自記式アンケート調査「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の解析を行った。

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

J-HOPE 研究では、がん患者遺族の80.6%が医療者と人生の最終段階に関する話し合いが行われたと回答しているが、本調査結果では、医療者が話し合いを持つ頻度がより少ない可能性が示唆されている。頻度が異なる原因として考えられるのは、二項ロジスティクス解析の結果、話し合いを持つことに有意に関連する要因として「少なくとも1ヶ月に1名以上看取りが近い患者に関わること」があることから、J-HOPE 研究は緩和ケア病棟を中心として、緩和ケアを積極的に行っている施設で亡くなったがん患者遺族を対象としているため、医療者が看取りの近い患者に関わる頻度が多いことが予想され、その結果、遺族から見た話し合いの頻度が多かった可能性が考えられる。

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

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

近年の系統的レビューで、コミュニケーション技術の習得を含む研修会は、医療者が看取りの近い患者本人と人生の最終段階について話すことに良い影響を与える可能性を示唆している<sup>7</sup>。一方で、過去の研究は質が必ずしも高くないため、人生の最終段階について話すことに関する研修会の有用性については、結論が出せないとされている。本調査においても、横断研究であることや、関連す

る要因が十分に探索できていないことから体系的な学習の機会があることと看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合いを持つことの因果関係については言及できない。

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

## E. 結論

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

## 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. Mack JW, Weeks JC, Wright AA, Block SD, Prigerson HG. End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. *J Clin Oncol*. 2010;28(7):1203-8.
2. Mori M, Ellison D, Ashikaga T, McVeigh U, Ramsay A, Ades S. In-advance end-of-life discussions and the quality of inpatient end-of-life care: a pilot study in bereaved primary caregivers of advanced cancer patients. *Support Care Cancer*. 2013;21(2):629-36.
3. Wright AA, Keating NL, Balboni TA, Matulonis UA, Block SD, Prigerson HG. Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *J Clin Oncol*. 2010;28(29):4457-64.
4. Wright AA, Zhang B, Ray A, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*. 2008;300(14):1665-73.
5. Mack JW, Cronin A, Keating NL, et al. Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: a prospective cohort study. *J Clin Oncol*.

2012;30(35):4387-95.

6. Yamaguchi T, Maeda I, Hatano Y, et al. Effects of End-of-Life Discussions on the Mental Health of Bereaved Family Members and Quality of Patient Death and Care. *J Pain Symptom Manage*. 2017;54(1):17-26.e1.
7. Lord L, Clark-Carter D, Grove A. The effectiveness of communication-skills training interventions in end-of-life noncancer care in acute hospital-based services: A systematic review. *Palliat Support Care*. 2016;14(04):433-444.

Table 1 解析対象者の基本属性

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

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

\*n. a : not applicable

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

Table 2-1 医師 (n=1012)

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

\*p: カイ2乗検定



Table 2-2 看護師

看護師 (n=1824)

	看取りが近い患者本人と人生の最終段階に関する話し合い				代理意思決定者を確認する				人生の最終段階における話し合いの内容を文書で他職種と共有する						
	Yes n	%	No n	%	p*	Yes n	%	No n	%	p*	Yes n	%	No n	%	p*
実務経験年数	0.34														
1-15	189	10.4	122	6.7		250	13.7	67	3.7		160	8.8	18	1.0	0.243
16-30	575	31.5	310	17.0		766	42.0	129	7.1		501	27.5	56	3.1	
31-	369	20.2	223	12.2		525	28.8	87	4.8		308	16.9	48	2.6	
勤務場所	0.1														
病院	563	30.9	265	14.5	<0.001	743	40.7	95	5.2	<0.001	487	26.7	63	3.5	0.772
病院以外	555	30.4	385	21.1		781	42.8	185	10.1		471	25.8	57	3.1	
診療所	52	2.9	245	13.4	<0.001	175	9.6	125	6.9	<0.001	25	1.4	26	1.4	<0.001
診療所以外	1066	58.4	405	22.2		1349	74.0	155	8.5		933	51.2	94	5.2	
介護老人保健施設	132	7.2	58	3.2	0.067	173	9.5	21	1.2	0.059	122	6.7	7	0.4	0.035
介護老人保健施設以外	986	54.1	592	32.5		1351	74.1	259	14.2		836	45.8	113	6.2	
介護老人福祉施設	157	8.6	37	2.0	<0.001	188	10.3	11	0.6	<0.001	135	7.4	10	0.5	0.089
介護老人福祉施設以外	961	52.7	613	33.6		1336	73.2	269	14.7		823	45.1	110	6.0	
訪問看護ステーション	175	9.6	26	1.4	<0.001	190	10.4	20	1.1	0.011	154	8.4	13	0.7	0.143
訪問看護ステーション以外	943	51.7	624	34.2		1334	73.1	260	14.3		804	44.1	107	5.9	
人生の最終段階の意思決定支援に係る研修の受講歴	0.003														
あり	129	7.1	35	1.9	<0.001	152	8.3	12	0.7	0.003	120	6.6	8	0.4	0.072
看取りが近い患者に関わる頻度	<0.001														
1ヶ月に1名以上	467	25.6	71	3.9		506	27.7	43	2.4		411	22.5	38	2.1	<0.001

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

\*p : カイ2乗検定

Table 2-3 介護職員

介護職員 (n=749)

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

\*p: カイ2乗検定

Table 3 看取りが近い患者との話し合い、代理意思決定の確認、他職種と話し合いの内容の共有に関連する二項ロジスティック解析

Table 3-1 医師

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

\* Exp(B) : 推定オッズ比

† 95% CI : 95% Confidence interval

Table 3-2 看護師

## 看護師

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

\* Exp(B) : 推定オッズ比

† 95% CI : 95% Confidence interval

Table 3-3 介護職員

## 介護職員

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

\* Exp(B) : 推定オッズ比

† 95% CI : 95% Confidence interval

## 病院における療養場所等の希望の聴取および引き継ぎ状況と人生の最終段階に対する支援体制との関連 —施設長に対する意識調査の解析より—

研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター センター長
研究協力者	小竹理奈	筑波大学医学群医学類5年
研究協力者	宮田澄子	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 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	羽成恭子	筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻 博士課程

### 研究要旨

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」において、「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引き継いでいる」または「治療方針だけでなく今後の療養場所などの希望も引き継いでいる」をアウトカムとし、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）との関連を調査した。「治療方針だけでなく今後の療養場所などの希望も引き継いでいる」と回答した病院では、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、人生の最終段階における医療・療養の方針について本人・家族との話し合いを治療困難な病気と診断されたときに行っている、患者が望む医療・療養の実現の支援に専門の職員を配置しているといった、人生の最終段階における医療・療養に対してより積極的な支援を行っている施設の割合が有意に高かった。これらの結果から、人生の最終段階において患者の意向に沿った医療・ケアが行われるための連携・支援の体制がより手厚い病院では、医療情報だけでなく、今後の療養場所などの希望も把握し、次の連携先へと引き継ぐことができている可能性が高いことが考えられた。

#### A. 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）の終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン<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。では他の医療機関、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。日本

老年医学会の高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン<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を行い、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。

## B. 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(回収率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」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今後の療養場所などの希望も引き継いでいる」のいずれか)と定義した。

また、「治療方針などの医療情報のみ引き継いでいる」と回答した対象者を「医療情報のみ」群、「治療方針だけでなく今後の療養場所などの希望も引き継いでいる」と回答した対象者を「医療情報と療養希望」群と定義した。

独立変数は病院の属性、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、アドバンスケアプランニング(以下、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、t検定、Wilcoxon順位和検定で単変量解析を行い、その後、 $P<0.1$ の項目およびACPの実践の有無、事前指示書の使用の有無を説明変数として多重ロジスティック回帰分析を行って、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.14.2(Stata Corporation, College Station, TX, USA)を使用した。

本研究におけるデータの利用に関して、受領した時点で個人名など研究対象者の個人を識別する符号を含まない形で提供を受けた調査票情報であり、研究対象者におけるプライバシーは保護されている。

また、本研究は2018年4月13日に筑波大学医の倫理委員会の承認を得ている。(承認番号:第1254号)

## C. 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「特に定めていない」「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、「医療情報のみ」群は94名(35.2%)、「医療情報と療養希望」群は173名(64.8%)であった。

「医療情報のみ」群と「医療情報と療養希望」群の各独立変数との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、「医療情報と療養希望」群では、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「医療情報のみ」群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、「医療情報と療養希望」群では、複数の専門家からなる委員会がある施設( $P<0.001$ )、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定めていない施設 (P=0.007) の割合は有意に低かった。同様に、「医療情報と療養希望」群では、人生の最終段階についての話し合いを治療困難な病気と診断されたときにしている施設 (p=0.003)、治療方針が大きく変わったときにしている施設 (p=0.048) が有意に多く、患者が望む医療に対して施設での対応と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、事前指示書を用いている施設は「医療情報と療養希望」群で割合が高かったものの、有意差は見られなかった。

ロジスティック回帰分析を行った結果を表2に示す。「医療情報と療養希望」群では、人生の最終段階についての話し合いを治療困難な病気と診断されたときに行っていること(オッズ比、95%CI:1.94、1.03-3.66)、話し合った情報を関係者間で日々のミーティングで共有していること(2.45、1.28-4.68)、患者が望む医療・療養を実現するための支援を行っていない・特段の対応はしていないことに比べ、専門の職員を配置していること(2.79、1.19-6.56)が有意に正の関連を示した。

その他の ACP の実践や事前指示書の使用といった病院の人生の最終段階に対する支援体制に関する項目では有意な関連は見られなかった。

#### D. 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引き継いでいる」または「治療方針だけでなく今後の療養場所などの希望も引き継いでいる」をアウトカムとし、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今後の療養場所などの

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の話し合いを治療困難な病気と診断されたときに行っている、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に専門の職員を配置している施設の割合が有意に高かったことから、WHO Definition of Palliative Care<sup>3)</sup>や終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン<sup>1)</sup>、高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン<sup>2)</sup>に推奨されているような患者本人の意向に沿った人生の最終段階の医療・ケアを行うための支援・連携がより充実し、積極的に行われている病院では、医療情報だけでなく今後の療養場所などの希望も把握し、連携先へ引き継ぐことができている可能性が高いと考えられる。

実際に、National Coalition for Hospice and Palliative Care の Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care<sup>4)</sup>では、よりよい終末期医療の指標の一つとして終末期医療・ケアの継続性をあげており、よりよい人生の最終段階を実現するための支援として、次の連携先へ患者本人の今後の療養場所などの希望を把握し、連携先へ引き継ぐことを考えることは重要であると考えられる。

本研究の結果は、病院において、患者本人の今後の療養場所などの希望を把握し、連携先へ引き継ぐために、人生の最終段階における医療・ケアに対するより充実した、積極的な支援体制を検討する必要性を後押しするものである。

今回の調査での限界として、今後の療養場所などの希望を施設で聴取しているか、聴取していないかに関しては把握できていないことがあげられる。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、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

見つかり、今後これらの関係についてさらなる解析を行っていく。

#### **E. 結論**

本研究の結果から、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・家族を支援し、連携するための体制がより手厚く、整っている病院では、人生の最終段階について話し合った内容に関して医療情報だけでなく今後の療養場所などの希望についても把握し、次の連携先へ引き継ぐことができている可能性があることが考えられる。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.
3. WHO. WHO Definition of Palliative Care. 2002.
4. National Consensus Project Committee. Clinical Practice Guideline for quality Palliative Care. 2018.

表1 「医療情報のみ」群、「医療情報と療養希望」群と各独立変数との単変量解析結果

施設属性	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		n	p値
	医療情報のみ (n=94)	医療情報と療養希望 (n=173)		
<b>訪問診療の実施</b>				
はい	32 (39.0)	77 (51.3)	232	0.073
いいえ	50 (61.0)	73 (48.7)		
<b>在宅療養支援病院</b>				
はい	17 (21.5)	41 (28.3)	224	0.27
いいえ	62 (78.5)	104 (71.7)		
<b>医療療養病床、介護療養病床の有無</b>				
はい	49(57.7)	68(50.8)	219	0.32
いいえ	36(42.4)	66(49.3)		
<b>施設票質問項目</b>				
<b>人生の最終段階についての話し合い</b>				
治療困難な病気と診断されたとき				
する	53(57.0)	129(75.0)	265	0.003
しない	40(43.0)	43(25.0)		
治療方針が大きく変わったとき				
する	49(52.7)	112(65.1)	265	0.048
しない	44(47.3)	60(34.9)		
患者、家族等から人生の最終段階の医療について相談があったとき				
する	45(48.4)	102(59.3)	265	0.088
しない	48(51.6)	70(40.7)		
<b>事前指示書の利用</b>				
用いている	45(48.4)	98(58.0)	262	0.14*
用いることもある				
用いていない	48 (51.6)	71 (42.0)		
<b>複数の専門家からなる委員会</b>				
ある	21 (22.8)	82 (47.7)	264	<0.001
ない	71 (77.2)	90 (52.3)		
<b>ACPの実践</b>				
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)		
<b>職員の意思決定支援の研修への参加</b>				
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)		
<b>話し合った情報の関係者間での情報共有</b>				
日々のミーティングで共有している				
はい	23(24.5)	76(44.2)	266	0.001
いいえ	71(75.5)	96(55.8)		
特に定めていない				
はい	15(16.0)	10(5.8)	266	0.007
いいえ	79(84.0)	162(94.2)		
<b>患者が望む医療・療養を実現するための支援</b>				
専門の職員を配置	13 (14.9)	51 (31.1)	251	<0.001**
担当医師や医療・ケアチームが支援するよう指導	24 (27.6)	62 (37.8)		
特段の対応はしていないが必要な支援は行っていると思う				
支援は行っていない	50(57.5)	51(31.1)		

(無印：X二乗検定、\*：「用いていない」とそれ以外でX二乗検定、\*\*：「支援は行っていない」、「特段の対応はしていない」が必要な支援は行っていると思う」を0、「担当医師や医療・ケアチームが支援するよう指導」を1、「専門の職員を配置」を2としてWilcoxon順位和検定)

表2 「医療情報と療養希望」群であることを従属変数とした多変量解析結果  
全体 (n=238)

	オッズ比	95%信頼区間	P値
人生の最終段階についての話し合いを治療困難な病気と診断されたときに行っている	1.94	1.03-3.66	0.039
人生の最終段階についての話し合いを治療方針が大きく変わったときに行っている	0.83	0.43-1.61	0.59
事前指示書を用いている, 用いることもある	0.83	0.45-1.55	0.57
複数の専門家からなる委員会がある	1.56	0.77-3.19	0.22
ACPを実践している	1.51	0.73-3.12	0.26
職員を意思決定支援の研修に参加させている	1.63	0.84-3.16	0.15
話し合った情報を関係者間で日々のミーティングで共有している	2.45	1.28-4.68	0.007
患者が望む医療・療養を実現するための支援			
支援は行っていない			
特段の対応はしていないが必要な支援は行っていると思う	(reference)		
担当医師や医療・ケアチームが支援するよう指導している	1.97	0.98-3.96	0.056
専門の職員を配置し、支援している	2.79	1.19-6.56	0.018

## 全国の市町村における人生の最終段階における医療のあり方に関する媒体作成の実態

研究分担者 柏木聖代 東京医科歯科大学教授  
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授  
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター センター長

### 研究要旨

本研究では、自治体における人生の最終段階における医療のあり方に関する普及啓発を目的とした住民向けのリーフレットやパンフレット等の媒体作成の実態を明らかにすることを目的とした。対象は1,741自治体で、調査は2017年2～3月に実施された。1,158市町村から回答を得た(回収率66.5%)。人生の最終段階における医療のあり方に関する普及啓発を行っている市町村のうち(n=451)、普及啓発を目的とした住民向けのリーフレットやパンフレットなどの「媒体を作成した」と回答した市町村は109、「媒体を作成中」と回答した市町村は25であった。「媒体を作成した」もしくは「媒体を作成中」と回答した市町村を「媒体作成あり(n=134)」、作成していないと回答した市町村を「媒体作成なし(n=317)」を従属変数とし、市町村特性との関連について多変量解析により検討した。その結果、「高齢者率が高い」ことと媒体作成は負の関連を示した。

#### A. 研究目的

日本は少子高齢多死社会を迎えている。2017年の年間死亡者数は約134万人であるが(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152万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)。こうした状況から終末期の医療に対する国民の関心は高まっており、2017年に厚生労働省が実施した調査によると、約60%が終末期における医療・ケアについてこれまで考えたことがあると回答している。

人生の最終段階における医療のあり方に関して、近年、自治体では、住民を対象とした講演会の開催のほか、事前指示等の内容を含むリーフレットや冊子等の媒体を作成し、住民への配布による普及・啓発に取り組んでいる。しかしながら、

その実態は明らかになっていない。

そこで、本研究では、自治体における人生の最終段階における医療のあり方に関する普及啓発を目的とした住民向けのリーフレットやパンフレット等の媒体作成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

調査期間は2017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

媒体の作成状況であった。

媒体に記載されている内容については、「終末期を迎えたときの療養場所や治療の希望などについて、予め思いを表明したり家族等と共有したりすることや何度でも見直すことの重要性の説明」「終末期にある人の心身の変化の説明」「延命治療とは何かについての全体的な説明」「個別の延命治療に関する具体的な説明」「在宅医療・介護サービスの説明」「その他」の選択肢の中から該当するものをすべて選択してもらった。最後に、本人が意思などを記入する欄の有無、本人記入欄がありの場合は、記入する内容について尋ねた。

#### 4. 分析方法

人生の最終段階における医療に関する媒体の作成の有無を従属変数とし、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

1,741市町村に調査票を配布し、1,158市町村から回答を得た（回収率66.5%）。

人生の最終段階における医療のあり方に関する普及啓発を行っている市町村のうち(n=451)、普及啓発を目的とした住民向けのリーフレットやパンフレットなどの「媒体を作成した」と回答した市町村は109、「媒体を作成中」と回答した市町村は25であった。「媒体を作成した」もしくは「媒体を作成中」と回答した市町村を「媒体作成あり(n=134)」、作成していないと回答した市町村を「媒体作成なし(n=317)」とし、媒体作成の有無を従属変数とし、bivariate analysisを行った。その結果、媒体作成に有意に関連したのは、「人口が多い」「高齢化率が高い」「独居高齢者の割合が高い」市町村であった。次いでbivariate analysisにおいて有意水準10%で統計的に有意な関連が示された変数を投入し、logistic regression analysisを行った。その結果、「高齢者率が高い」とことと媒体作成は負の関連を示した。

市町村が作成した媒体の内容については、対象年齢は、「対象年齢を決めていない」と回答した市町村が73.5%と最も多かった。媒体の配布方法は、「市民を体調とした講演会や講座での配布」が73.8%と最も多く、次いで「手渡し」48.5%、「配架」45.5%の順であった。媒体配布時に説明を行っているかについては、66.9%が「行っている」と回答し、説明者の職種で最も多かったのは、「医師もしくは看護師」77（46.4%）であった。

媒体の内容に含まれる要素については、「人生の最終段階を迎えたときの療養場所や治療の希望などについて、予め思いを表明したり家族等と共有したりすることや何度でも見直すことの重要性の説明」が73.9%と最も多く、次いで、「在

宅医療・介護サービスの説明」47.7%の順であった。

自記入する様式を設けているかについては、71.1%が「設けている」と回答し、「人生の最終段階に過ごしたい療養場所、最期を迎えたい場所」が53.1%と最も多く、次いで、「緊急時の連絡先（家族等の近親者や医療機関など）」50.0%であった。一方、「本人の意思を記載する項目は設けていない」と回答した市町村は39.1%であった。

#### D. 考察

人生の最終段階における医療のあり方に関する普及啓発を目的とした住民向けのリーフレットやパンフレットなどの媒体を作成していた市町村は134であり、全体のわずか7.6%であった。多変量解析の結果、高齢化率が低い市町村ほど媒体を作成していることが明らかになった。この結果から、高齢化率が高い市町村では、要介護高齢者や認知症高齢者など高齢者に焦点を当てた事業や施策が優先され、終末期における医療の決定プロセスに関する普及啓発への取り組みが行えていない可能性が考えられた。

市町村で作成された媒体の約70%は配布時に医師や看護師等から説明が行われ、「人生の最終段階を迎えたときの療養場所や治療の希望などについて、予め思いを表明したり家族等と共有したりすることや何度でも見直すことの重要性の説明」について記載されたものであった。以上から、市町村で作成された媒体は、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示されている「終末期における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の内容に即したものになっていることがうかがわれた。

#### E. 結論

普及啓発を目的とした住民向けのリーフレット

やパンフレットなどの媒体を作成している市町村は134の市町村(7.6%)であり、高齢化率が低い市町村ほど媒体を作成していた。

#### F. 健康危険情報

該当なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

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
無し							

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
無し					



H31年 2月 27日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職名 国立大学法人筑波大学長

氏名 永田 恭介



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 2. 研究課題名 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 (H28—医療—一般—013)
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野・教授 分野長  
(氏名・フリガナ) 田宮 菜奈子・タミヤ ナナコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	筑波大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

H31年2月27日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職名 国立大学法人筑波大学長

氏名 永田 恭介 印



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 2. 研究課題名 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(H28—医療—一般—013)
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 国立大学法人筑波大学医学医療系・客員教授  
(氏名・フリガナ) 阿部 智一・アベ トシカズ
- 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	筑波大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する口をチェックを入れること。



平成31年1月24日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 吉澤靖之



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 2. 研究課題名 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
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院保健衛生学研究科 教授  
(氏名・フリガナ) 柏木 聖代 (カシワギ マサヨ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	筑波大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。  
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2019年 4月 24日

厚生労働大臣 殿

機関名 慶應義塾大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 長谷山 彰



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 2. 研究課題名 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(H28—医療—一般—013)
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 健康マネジメント研究科・教授  
(氏名・フリガナ) 堀田 聡子・ホッタ サトコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。



平成31年 3月 5日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職名 国立大学法人筑波大学

氏名 永田 恭介



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 2. 研究課題名 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 (H28-医療 - 一般 - 013)
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学医療系・講師  
(氏名・フリガナ) 濱野 淳・ハマノ ジュン

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	筑波大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

2019年 5月 7日

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職名 国立大学法人筑波大学長

氏名 永田 恭介



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 2. 研究課題名 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  
(H28—医療—一般—013)
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 国立大学法人筑波大学医学医療系・助教  
(氏名・フリガナ) Mayers, Thomas David・メイヤー トーマス デビッド

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	筑波大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

- (留意事項)
- ・該当する口にチェックを入れること。
  - ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。