

厚生労働行政推進調査事業費補助金
厚生労働科学特別研究事業

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
ガイドラインの改訂のための研究

令和4年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 田宮 菜奈子

令和6(2024)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・ケアの決定プロセスに関するガイドラインの改訂のための研究1

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 教授／ヘルスサービス開発研究センター センター長

II. 分担研究報告

1：「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」意識調査の結果の分析

1ー (1) COVID-19 パンデミック下における人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実態

1ー (2) 人生の最終段階における医療・ケアを受けたい場所に関連する要因12

研究分担者 羽成恭子 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター 研究員

研究分担者 杉山雄大 国立国際医療研究センター研究所糖尿病情報センター 医療政策研究室長

研究協力者 浜崎曜子 筑波大学大学院人間総合科学学術院 大学院生

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 教授／ヘルスサービス開発研究センター センター長

1ー (3) アドバンス・ケア・プランニングの認識および実施状況と医師の属性との関連25

研究協力者 坂本彩香 筑波大学大学院人間総合科学研究群 大学院生

研究分担者 井口竜太 東京大学医学部附属病院 講師

研究分担者 羽成恭子 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター研究員

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 教授／ヘルスサービス開発研究センター センター長

2：各自治体における ACP の普及等の取組状況やガイドラインの活用状況調査

2ー (1) 新型コロナウイルス感染拡大による全国の自治体におけるアドバンス・ケア・プランニングの普及・啓発活動への影響—全国調査より—42

研究協力者 森岡典子 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 准教授

研究分担者 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

研究分担者 杉山雄大 国立国際医療研究センター研究所糖尿病情報センター 医療政策研究室長

研究分担者 井口竜太 東京大学医学部附属病院 講師

研究分担者 羽成恭子 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター 研究員

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 教授／ヘルスサービス開発研究センター センター長

研究協力者 町田亜子 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 技術補佐員

2ー (2) 自治体における人生の最終段階における医療・ケアの普及啓発の実態と課題 平成 30 年ガイドライン改訂後の全国査49

研究分担者 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
 研究協力者 森岡典子 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 准教授
 研究協力者 寺嶋美帆 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 技術補佐員
 研究分担者 羽成恭子 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター 研究員
 研究分担者 杉山雄大 国立国際医療研究センター研究所糖尿病情報センター 医療政策研究室長
 研究分担者 井口竜太 東京大学医学部附属病院 講師
 研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 教授／ヘルスサービス開発研究センター センター長

3：新型コロナウイルス感染拡大を踏まえた海外の ACP の動向や、国内外の ACP の取り組みに関する文献レビュー

3- (1) COVID19 パンデミック下の施設・医療スタッフにおけるアドバンス・ケア・プランニングの障壁と促進因子—文献レビューより—57

研究分担者 井口竜太 東京大学医学部附属病院 講師
 研究協力者 坂本彩香 筑波大学大学院人間総合科学研究群 大学院生
 研究分担者 Mayers, Thomas David 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 教授／ヘルスサービス開発研究センター センター長

3- (2) COVID-19 がアドバンス・ケア・プランニングに与えた影響に関するシステマティックレビュー ..62

研究分担者 Mayers, Thomas David 筑波大学医学医療系 助教
 研究分担者 井口竜太 東京大学医学部附属病院 講師
 研究協力者 坂本彩香 筑波大学大学院人間総合科学研究群 大学院生
 研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 教授／ヘルスサービス開発研究センター センター長

III. 研究成果の刊行に関する一覧表67

人生の最終段階に国民が希望する医療や療養に関連する要因

—一般国民を対象とした調査結果の分析—

- 1- (1) COVID-19 パンデミック下における人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実施状況と話し合い実施に関連する要因
- 1- (2) 人生の最終段階における医療・ケアを受けたい場所に関連する要因

研究分担者	羽成恭子	筑波大学ヘルスサービス開発研究センター	研究員
研究分担者	杉山雄大	国立国際医療研究センター研究所糖尿病情報センター	医療政策研究室長
研究協力者	浜崎曜子	筑波大学大学院人間総合科学学術院	大学院生
研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学医学医療系 ヘルスサービス開発研究センター	教授/ センター長

研究要旨

高齢多死社会が進む我が国において、いざという時のために、自身がどのような医療やケアを求めるのかをあらかじめ話し合っておくプロセスであるアドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）を促進することは重要である。

前回の国民対象の意識調査から5年を経て、令和4年12月に実施された「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」は、COVID-19 拡大後初めての国民対象の意識調査であり、今後我が国における ACP をさらに普及啓発し、実装することを目指し、以下2つの研究を行った。研究1- (1) は COVID-19 パンデミック下における人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実施状況と話し合い実施に関連する要因を明らかにすることを目的とした。研究1- (2) では人生の最終段階に医療・ケアを受けたい場所がどこであるか、また、選択される際、病状設定が統一された状況下で、どのような要因に関連するのかを明らかにすることを目的とした。

いずれの研究も令和4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「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」データの解析を行った。研究1- (1) では解析対象となったのは2874人で、人生の最終段階の医療・ケアに関して「話し合いあり」と回答したのは874人（30.4%）で、話し合いのきっかけは、自分の病気、家族の病気、介護、死別と回答した者が目立ち、新型コロナウイルス感染症と回答した人は88人であった。多変量修正ポアソン回帰分析では「話し合いあり」は ACP を知っていることと最も強い関連が認められ、65歳以上と正の関連が、男性は負の関連が認められた。研究1- (2) では、想定する疾患が末期がん、慢性の重い心臓病の場合には医療機関が、認知症の場合には施設が最も選択され、想定される疾患によっては、医療・ケアを受けたい場所が異なることが示唆された。

なお、疾患を想定せず、予後1年という設定では、未回答者が296人となり、回答者においては、医療・ケアを受けたい場所として病院を選択した者が最も多かった。人生の最終段階に関する話し合い実施に関連する要因はCOVID-19拡大を経ても、感染拡大前と変化は認められなかった。自身の病気や家族の病気・介護等により、人生の最終段階に関する話し合いの必要性に迫られているような状況において、話し合いがなされているため、医療介護従事者は、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に準じた具体的な話し合いの場を作ることが、話し合いがより促進されることにつながると考えられた。そして、話し合いを実施する人を増やすためには、ACPの普及啓発が重要と考えられるが、地域や国、世界規模で生命を脅かすような未曾有の出来事が起きた場合であっても必ずしもACPの普及にはつながらない可能性が考えられるため、国民対象には、自治体や国レベルで積極的、継続的にACPの普及啓発が必要である。普及啓発に際しては、男性や65歳未満の国民にも届けることを意識した取り組みが求められ、ACPの意義や必要性を周知していくことが、さらなる人生の最終段階に関する話し合いの増加につながる可能性が考えられた。

加えて、ACPで話し合われることの多い、希望する医療・ケアを受けたい場所の検討に際しては、想定する疾患や全身状態の設定が漠然としていると、選択が難しい可能性が考えられ、あらかじめい

A. 研究目的

1- (1) COVID-19パンデミック下における人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実施状況と話し合い実施に関連する要因

近年、緩和ケア領域のみならず、プライマリケア領域や救急領域においても、アドバンス・ケア・プランニング(Advance care planning 以下ACP)の重要性が注目されている。高齢多死社会が進む我が国において、いざという時のために、自身がどのような医療やケアを求めるのかをあらかじめ話し合っておくプロセスであるACP¹を促進することは重要である。我が国も、厚生労働省がACPの愛称を「人生会議」と定めたのは平成30年であり、同年に「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」の改訂も行われた。

このような状況の中、令和2年1月にCOVID-19感染者が国内で初めて報告されて以降、感染者の急増や医療現場の逼迫を受け緊急事態宣言が示されるという、未曾有の事態を経験することになった。感染拡大当初、COVID-19により著名人が

亡くなったニュースは、国民に大きな衝撃や悲しみを与え、また未知の感染症に対する恐怖をもたらした。そして、医療現場では、緊急度もしくは重症度の低い患者の入院や治療の機会が奪われ、入院患者は家族との面会が禁止された。医療者もCOVID-19患者への対応に追われ、それぞれが手探りでかつてない状況を乗り越える必要があった。介護現場においても、感染予防の観点から物理的に距離を保つ必要があり、デイサービスが中止になったり、各種訪問サービスの継続が困難となったなど、状況が一変した。このような状況において、自身もしくは家族の人生の最終段階について考え、あるいは話し合いをする機会が増えた可能性が考えられる。前回の国民対象の意識調査から5年を経て、厚生労働省により令和4年12月に実施された「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」は、COVID-19拡大後初めての国民対象の意識調査であり、本研究は、COVID-19拡大後の、人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実態を明らかにするとともに、話し合い実施に関連がある要因を明らかにすることを目的とした。本研究結果は、未知の感染

症の発生・拡大時の ACP の実装に備えるのみならず、社会レベルもしくは個人レベルでも、想定をしていない変化が急速に生じた際にも、その恩恵が多数示されている ACP を効果的に実装していくことにつながると考える。

1- (2) 人生の最終段階における医療・ケアを受けたい場所に関連する要因

我が国においては、「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が重要なことの一つと考えられている^{2,3}。そして国内外の先行研究では、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^{4,6}、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。前回平成 29 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」データ分析から、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⁷。具体的には、末期がんの場合には自宅、慢性の重い心臓病の場合には病院、認知症の場合には施設が最も選択された。ただし、同研究では、希望する療養場所を選択する際に、先の 3 つの疾患想定と共に示された病状設定が様々であったため、設定された病状で希望する療養先を選択した可能性も考えられた。令和 4 年 12 月に厚生労働省により実施された「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」では、病状設定を可能な限り統一し、末期がん、慢性の重い心臓病、認知症の想定をして、それぞれの医療・ケアを受けたい場所を尋ねている。本研究では、人生の最終段階に医療・ケアを受けたい場所がどこであるか、また、選択される際、病状設定が統一された状況下で、どのような要因が関連するのかを明らかにすることを目的とした。これにより、ACP を進める際に取り上げられる内容である、あらかじめ希望する医

療・ケアを受けたい場所^{8,9}を考える際の具体的な方法を提案することにつながると考える。

B. 研究方法

いずれの研究も令和 4 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・ケアに関する意識調査」データの解析を行った。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、3000 人から回収されている（回収率 50.0%）。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。なお、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、筑波大学医の倫理委員会審査の承認の上実施している（令和 4 年 9 月 2 日第 1791 号）。

1- (1) COVID-19 パンデミック下における人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実施状況と話し合い実施に関連する要因

① 人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実施に関連する要因

意識調査の一般国民票に含まれる「あなたが人生の最終段階で受けたいもしくは受けたくない医療・ケアについて、ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っていると思いますか。」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」として従属変数に定めた。また、同調査票に含まれる質問より、話し合いの有無に関連する要因について独立変数を定め、統計学的手法を用いて検討した。特に、ACP を知っていることと、人生の最終段階の医療やケアに関する話し合い実施の関連に注目し、「あなたは、人生会議（アドバンスケアプ

ランニング<ACP>)についてこれまで知っていましたか」という質問項目に対する回答、「よく知っている」、「聞いたことはあるがよく知らない」、「知らない」を独立変数として分析した。なお、無回答などにより従属変数および一部の独立変数の情報が欠損している回答者は、解析対象から除外した。

② COVID-19 拡大により人生の最終段階に関する話し合いが増えたのかの集計

一般国民票に含まれる「あなたは今般の新型コロナウイルス感染症の流行により、人生の最終段階における医療・ケアについて、話し合う機会がどのように変わりましたか」という調査項目については、単一回答である「増えた」、「減った」、「変わらなかった」、「わからない」を単純集計した。

研究①、②いずれも単純な2群間比較にはカイ2乗検定・Fisherの正確確率検定を、多変量解析には多変量修正ポアソン回帰分析を用いた。なお、研究①に関しては、解析対象者全体での分析に加えて、65歳以上/未満で層別化した分析を行った。

1- (2) 人生の最終段階における医療・ケアを受けたい場所に関連する要因

意識調査の一般国民票では末期がん、慢性の重い心臓病、認知症を想定してそれぞれの場合に希望する医療・ケアを受けたい場所を質問している。また、疾患は何も想定せず、残された時間が1年を想定して希望する医療・ケアを受けたい場所を尋ねている(質問項目の詳細についてはTable1参照)。回答者は各設定において、希望する療養場所を「それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか」と質問し、医療機関、介護施設、自宅から単一回答を求められている。

群間比較にはカイ2乗検定を用いた。なお、解析対象者全体での分析に加えて、65歳および性別で層別化した分析も行った。

Table1.質問項目

末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。意識や判断能力は健康な時と同様に保たれています。
慢性の重い心臓病と診断され、状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。意識や判断能力は健康な時と同様に保たれています。
認知症と診断され、自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。今は食事や着替え、トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。
(疾患想定なし) あなたが病気で治る見込みがなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えたとき

いずれもの研究も解析には Stata18.0 MP を用い、 $P < 0.05$ を有意差ありとした。

C. 研究結果

1- (1) COVID-19 パンデミック下における人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実施状況と話し合い実施に関連する要因

調査票回答のあった3000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2874人(男性1234人、65歳以上1179人)であった(有効回答率47.9%)。全解析対象者のうち「話し合いあり」と回答したのは874人(30.4%)、「話し合いなし」と回答したのは2000人(69.6%)であった。「話し合いあり」と回答した人における、話し合いのきっかけとなった出来事は、家族の病気453人、家族の介護349人、自分の病気345人、家族の死288人であったのに対し、新型コロナウイルス感染症と回答した人は88人であった。なお、「話し合いなし」と回答した人のうち、話し合いをしていない理由は、きっかけがなかった1252人、知識がなく何を話し合っていないかわからなかった627人、話し合う必要性を感じていない438

人であった。

ACPを「よく知っている」と回答したのは171人、「聞いたことはあるがよく知らない」は617人、「知らない」は2086人であり、「知らない」と回答した人の中でも「話し合いあり」と回答した者が491人いた。

① 人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実施に関連する要因

<解析対象者全員における解析結果>

単変量解析では、年齢、性別 ACP をよく知っているかどうかという要因が、「話し合いあり」かどうか有意に差が認められていたことを踏まえ、多変量修正ポアソン回帰分析を行った。「話し合いあり」は、男性は負の関連が(リスク比:0.78、95%信頼区間:0.70-0.88)、65歳以上であることは正の関連が(1.62、1.45-1.80)、ACP をよく知っていること(3.02、2.65-3.45)、および ACP を聞いたことはあるがよく知らない(1.68、1.49-1.89)は正の関連が示された。

<65歳で層別化した解析結果>

多変量修正ポアソン回帰分析の結果、65歳以上の群において「話し合いあり」は、男性は負の関連が(リスク比:0.79、95%信頼区間:0.68-0.92)、ACP をよく知っていること(2.47、2.02-3.03)、および ACP を聞いたことはあるがよく知らない(1.72、1.48-1.99)は正の関連が示された。

一方で 65歳未満の群においても男性は負の関連が(0.77、0.65-0.92)、ACP をよく知っていること(3.31、2.78-3.93)、および ACP を聞いたことはあるがよく知らない(1.62、1.33-1.98)は正の関連が示された。

② COVID-19 拡大により人生の最終段階に関する話し合いが増えたのかの集計

「あなたは今般の新型コロナウイルス感染症の流行により、人生の最終段階における医療・ケアについて、話し合う機会がどのように変わりましたか」という調査項目において、「増えた」と回答したのは13.5%で、「減った」0.8%、「変わらなかった」70.1%、「わからない」13.6%、「無回答」2%となり、変化がなかったという回答が最も多かった(Graph1)。

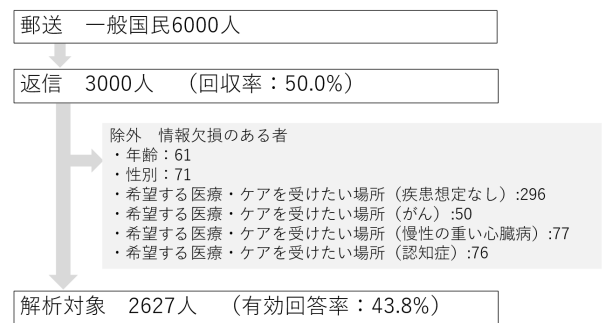
1- (2) 人生の最終段階における医療・ケアを受けたい場所に関連する要因

調査票に回答のあった3000人のうち、情報欠損がある回答者は除外し(Figure1.)、最終的な解析対象者は2627人であった(有効回答率43.8%)。なお、疾患想定をせずに、希望する医療・ケアを受けたい場所を尋ねた質問項目に対しては、296人が欠損値の扱いとなった。

解析対象者の基本属性はTable2.に示す。各想定疾患における希望する医療・ケアを受けたい場所は以下となった(Graph2)。

病状設定：末期がん

Figure1. 回答者フローチャート



医療機関 1729人(65.8%)、介護施設 334人(12.7%)、自宅 564人(21.5%)であった。

病状設定：慢性の重い心臓病

医療機関 1755人(66.8%)、介護施設 357人(13.6%)、自宅 515人(19.6%)であった。

病状設定：認知症

医療機関 964人(36.7%)、介護施設 1366人(52.0%)、自宅 297人(11.3%)であった。

病状設定：なし

Table2. 解析対象者の基本属性

	n	(%)
性別		
男性	1126	42.9
女性	1501	57.1
年齢		
≥ 65	994	37.8
< 65	1633	62.2
同居者		
同居者あり	2257	85.9
配偶者かパートナー	1726	
父母	443	
子	1064	
子の配偶者かパートナー	83	
兄弟姉妹	136	
孫	95	
その他の親族	47	
同居者なし	357	13.6
無回答	13	0.5

医療機関 1596 人(60.7%)、介護施設 233 人(8.9%)、自宅 798 人(30.4%)であった。

病状設定が「末期がん」、「慢性の重い心臓病」、「認知症」および「疾患想定なし」の場合、それぞれ希望する医療・ケアを受けたい場所の割合をカイ 2 乗検定にて 2 群間で分析したところ、「疾患想定なし」と各疾患想定と比較ではいずれも $P < .0001$ 、であり、「末期がん」と「認知症」、「慢性の重い心臓病」と「認知症」の 2 群間比較でも $P < .0001$ と統計学的有意差が認められた。一方で「末期がん」と「慢性の重い心臓病」の 2 群間比較では、 $P = 0.203$ と有意差が認められなかった (Table3)。

65 歳で層別化した分析では、「疾患想定なし」と「認知症」の場合に、65 歳以上と未満の間で、選択場所が有意に異なることが示された (Graph3a, 3b)。性別で層別化した分析では、「認知症」の場合のみ、男女間で有意に選択する場所が異なることが示された (Graph4a, 4b)。

D. 考察

1- (1) COVID-19 パンデミック下における人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実施状況と話し合い実施に関連する要因

本研究は、COVID-19 拡大後初めての国民を対象とした「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」を用いたものであり、COVID-19 拡大後の ACP、特に人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実態を明らかにするとともに、話し合い実施に関連がある要因を明らかにした。

人生の最終段階で受けたいもしくは受けたくない医療・ケアについて、話し合っていると回答したのは 30.4%であり、前回平成 29 年の同意識調査¹⁰の 39.5% (回収率: 16.2%)、前々回平成 25 年の同意識調査¹¹の 42.2% (回収率 43.6%) よりは低い数字となった。回収率に大きな差があることから、前回と今回の結果を単純に比較することは困難であるが、COVID-19 拡大により、人生の最終段階に関連する話し合いは増えたのではないかという仮説を裏付ける結果は得られなかった。COVID-19 拡大後に行われた我が国の先行研究¹²においても、一般国民を対象とした ACP の実施率は 9.4%という報告がある。また、別項の Mayers らによる分担研究年度終了報告書にも記載がある通り、対象者は様々だが、COVID-19 拡大後に ACP が増加もしくは減少したのかは統一された結果が得られていない。COVID-19 拡大により、話し合いをしたくても家族と会えず話し合いができなかった可能性や、調査票の定義には合わない、例えば COVID-19 により重篤な状態となった際には延命治療はして欲しくない等の意向を家族に伝えただけ、という人は話し合いをしたことがある群には反映されていない可能性が考えられる。

本研究においてはさらに、実際に人生の最終段階に関する話し合いを実施したと回答した人に、COVID-19 が人生の最終段階に関連する話し合いのきっかけとなったかについて集計しているが、

COVID-19 が話し合いのきっかけとなったと答えた者は、10.0%であった。また、COVID-19 拡大により話し合いが増えたと回答した人は 13.5%であった。COVID-19 拡大という、これまで経験をしたことのない事態はあったものの、人生の最終段階の医療・ケアに関する話し合い実施に関連する要因は、COVID-19 拡大前から指摘されている年齢や性別であった¹³。この結果から、人生の最終段階における医療・ケアをあらかじめ話し合っておくことを含む ACP の普及啓発という視点においては、地域や国、世界規模で生命を脅かすような未曾有の出来事が起きた場合であっても必ずしも ACP の普及にはつながらない可能性が考えられる。

また、本研究では、人生の最終段階に関する話し合いの実施と最も強い関連が認められたのは、ACP を知っていることであった。これは、ACP を普及啓発することが、人生の最終段階に関する話し合いの実施につながる可能性を示唆している。一方で、人生の最終段階に関する話し合いをする必要に直面し、ACP という概念を知ったという場合も考えられるが、横断研究である本研究においては、話し合い実施の前もしくは後に ACP の知識を得たかまでは区別することはできない。今後は ACP の普及が ACP の実施に関連するのかを、縦断的な研究手法を用いて明らかにしていく必要があると考える。

なお、ACP という名称や概念を知らなくても、人生の最終段階に関する話し合いをしている人がいることも明らかとなった。実際に人生の最終段階に関する話し合いをしなければならない状況に直面し、話し合いが実現した可能性が考えられる。話し合いのきっかけは自身の病気、家族の病気や介護、死別と回答した者が多いことを考えると、話し合いの必要性に迫られているような状況においては、医療介護従事者が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に準じた具体的な話し合いの場を作ることで、

話し合いがより促進されると考えられた。

そして、ACP を男性や 65 歳未満の国民に普及していくことが、個人の人生の最終段階に関する話し合いを増やすことに効果的と考えられる。このような対象者は必ずしも病気や介護・死別経験があるわけではないため、国や市区町村などの自治体等が実施する ACP の普及啓発において、まずは人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書¹⁴にも記載があるように、ACP の意義や必要性等をわかりやすく理解できる機会を増やしていくことが、人生の最終段階に関する話し合いの増加につながる可能性があると考えられる。

1- (2) 人生の最終段階における医療・ケアを受けたい場所に関連する要因

令和 4 年に実施された「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」データを用いて、人生の最終段階に希望する医療・ケアを受けたい場所を明らかにした。想定する疾患が末期がん、慢性の重い心臓病の場合には医療機関が、認知症の場合には施設が最も選択された。なお、疾患を想定せず、予後 1 年という設定では、未回答者が 296 人となり、回答者においては、希望する医療・ケアを受けたい場所として病院を選択した者が最も多かった。

前回平成 29 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」データでは、希望する療養場所は、想定される疾患が末期がんでは自宅が、慢性の重い心臓病では病院が、認知症では施設が最も選択され、人生の最終段階に想定される疾患が異なると、希望する療養場所が異なる可能性を示唆したが⁷、特に末期がんを想定した場合で本研究とは結果が異なっていた。さらに、一般国民を対象として、疾患を想定せずに希望する療養場所を尋ねると自宅が最も選択されるという先行研究^{4,5,15}とも異なる結果であった。前回平成 29 年の意識調査においては、末期がんの想定はほ

ば今回と同様だが、慢性の重い心臓病では、呼吸の苦しさは設定されていなかった。また、先行研究における想定された疾患や状態は様々であり、想定が異なると、また回答者の集団が異なると、希望する療養場所は異なることが考えられた。なお、今回の意識調査において、想定された疾患、もしくは全身状態のどちらが医療・ケアを受けたい場所の希望に影響したかは区別できない。そして、具体的な疾患や全身状態の想定がない場合に、296人が無回答であることに示されるように、希望する医療・ケアを受けたい場所を検討する際の設定が漠然としていると、選択が難しい可能性が考えられ、ある程度具体的な設定をすることは重要と考えられた。

なお、年齢（65歳以上もしくは未満）と性別にて層別化して想定する疾患による希望する医療・ケアを受けたい場所を比較したところ、いずれにおいても、希望する医療・ケアを受けたい場所が一部異なる可能性が示唆された。

人生の最終段階の療養をどこで過ごしたいかの希望は、あくまで個人の好みや、その時の様々な身体・精神的、社会的要因などと複雑に関連して¹⁶変化し、希望する療養場所と、実際にケアを受ける場所が一致するかは不明確であることを考えると、どのような疾患や全身状態を設定し、どのような要因（例えば年齢や性別等）を考慮すると、どこが最も希望する療養場所として選択されるかを同定することの重要性は高くないと考えられる。大切なのは、可能な範囲で具体的な設定をして希望する療養場所を考えた方が、より個人の好みや、大切にしたいこと等への理解が深まり、あらかじめ個人の希望が叶うよう準備をすることができる可能性があることである。今回の調査より、漠然とではなく、あらかじめいくつかの疾患や全身状態を具体的に想定した上で、希望する療養場所を検討する方が、より本人の希望を聞き出せる可能性が考えられた。

研究1-(1)、1-(2) いずれにおいても、研究の限界として、一般国民を対象とした意識調査であるため、COVID-19感染者、特定の疾患をもつ集団や、施設利用者等、特定の集団にこの結果を反映することは避ける必要がある。また、研究Iにおいては、先行研究で人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いもしくは ACP を実施することと関連する個人の要因（基礎疾患の有無、かかりつけ医の有無、介護・死別経験の有無、最終学歴、婚姻状態）が調査票では尋ねられていないため、今後は可能な範囲で、これらの情報も含めた研究が望まれる。

E. 結論

両研究からの提言

人生の最終段階に関する話し合い実施に関連する要因は COVID-19 を経ても、感染拡大前と変化は認められなかった。自身の病気や家族の病気・介護等により、人生の最終段階に関する話し合いの必要性に迫られているような状況において、話し合いがなされているため、医療介護従事者は、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に準じた具体的な話し合いの場を作ることが、話し合いがより促進されることにつながると考えられた。そして、話し合いを実施する人を増やすためには、ACP の普及啓発が重要と考えられるが、地域や国、世界規模で生命を脅かすような未曾有の出来事が起きた場合であっても必ずしも ACP の普及にはつながらない可能性が考えられるため、国民対象には、自治体や国レベルで積極的、継続的に ACP の普及啓発が必要である。普及啓発に際しては、男性や 65 歳未満の国民にも届けることを意識した取り組みが求められ、ACP の意義や必要性を周知していくことが、さらなる人生の最終段階に関する話し合いの増加につながる可能性が考えられた。

加えて、ACP で話し合われることの多い、希望

する医療・ケアを受けたい場所の検討に際しては、想定する疾患や全身状態の設定が漠然としており、選択が難しい可能性が考えられ、あらかじめいくつかの疾患や全身状態を具体的に想定した上で、希望する医療・ケアを受けたい場所を検討する方が、より本人の希望を聞き出せる可能性が考えられた。

F. 研究発表

未

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

無し

2. 実用新案登録

無し

3. その他

無し

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*. May 2017;53(5):821-832.e1. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331
2. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol*. Jun 2007;18(6):1090-7. doi:10.1093/annonc/mdm068
3. Ikari T, Hiratsuka Y, Cheng SY, et al. Factors associated with good death of patients with advanced cancer: a prospective study in Japan. *Support Care Cancer*. Nov 2022;30(11):9577-9586. doi:10.1007/s00520-022-07363-1
4. 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*. Dec 2011;42(6):882-92. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.02.024
5. Chung RY, Wong EL, Kiang N, et al. Knowledge, Attitudes, and Preferences of Advance Decisions, End-of-Life Care, and Place of Care and Death in Hong Kong. A Population-Based Telephone Survey of 1067 Adults. *J Am Med Dir Assoc*. Apr 1 2017;18(4):367.e19-367.e27. doi:10.1016/j.jamda.2016.12.066
6. Jiraphan A, Pitanupong J. General population-based study on preferences towards end-of-life care in Southern Thailand: a cross-sectional survey. *BMC Palliat Care*. Mar 14 2022;21(1):36. doi:10.1186/s12904-022-00926-3
7. Hanari K, Moody SY, Sugiyama T, Tamiya N. Preferred Place of End-of-Life Care Based on Clinical Scenario: A Cross-Sectional Study of a General Japanese Population. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. Jan 31 2023;11(3)doi:10.3390/healthcare11030406
8. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol*. Sep 2017;18(9):e543-e551. doi:10.1016/s1470-2045(17)30582-x
9. 山口崇. 終末期の話し合い (End-of-Life discussion) の実態と終末期の患者 quality of life・遺族の精神的な健康に及ぼす影響に関する研究. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3 (J-HOPE3) . Ⅲ付帯研究 (2):50-54. 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

10. 平成 30 年 3 月. Accessed 2023 年 4 月 17 日,
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyui_ryo_a_h29.pdf

11. 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. Accessed 2023 年 4 月 17 日,

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf

12. Miyashita J, Takeshima T, Maehara K, Hamaguchi S, Fukuhara S. Association between resilience and advance care planning during the COVID-19 pandemic in Japan: a nationwide cross-sectional study. *Sci Rep*. Jan 25 2023;13(1):1371. doi:10.1038/s41598-023-28663-4

13. Hanari K, Sugiyama T, Inoue M, Mayers T, Tamiya N. Caregiving Experience and Other Factors Associated With Having End-Of-Life Discussions: A Cross-Sectional Study of a General Japanese Population. *J Pain Symptom Manage*. Mar 2021;61(3):522-530.e5. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.08.010

14. 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書. Accessed 22/03, 2024.

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200748.pdf>

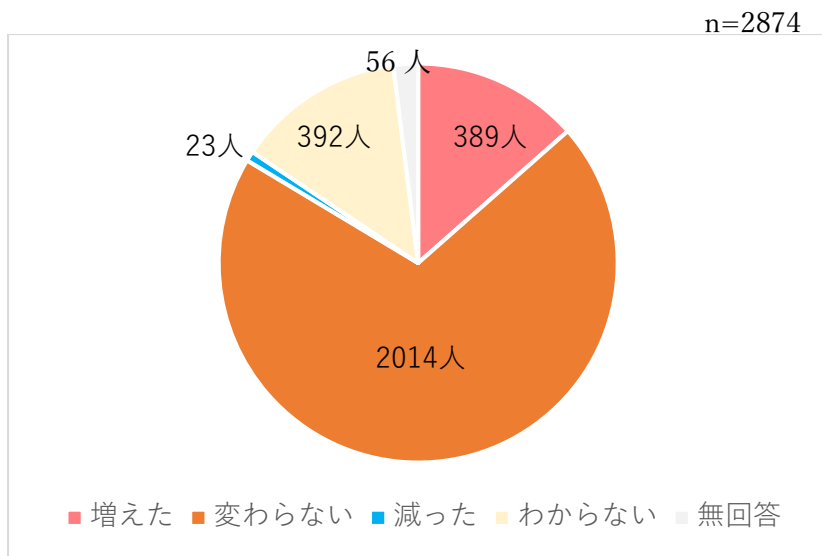
15. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care*. Feb 15 2013;12:7. doi:10.1186/1472-684x-12-7

16. Wahid AS, Sayma M, Jamshaid S, et al.

Barriers and facilitators influencing death at home: A meta-ethnography. *Palliat Med*. Feb 2018;32(2):314-328.

doi:10.1177/0269216317713427

Graph1. COVID-19 感染症の流行により、人生の最終段階における医療・ケアについて、話し合う機会がどう変化したか



Graph2. 各想定における人生の最終段階に希望する療養場所

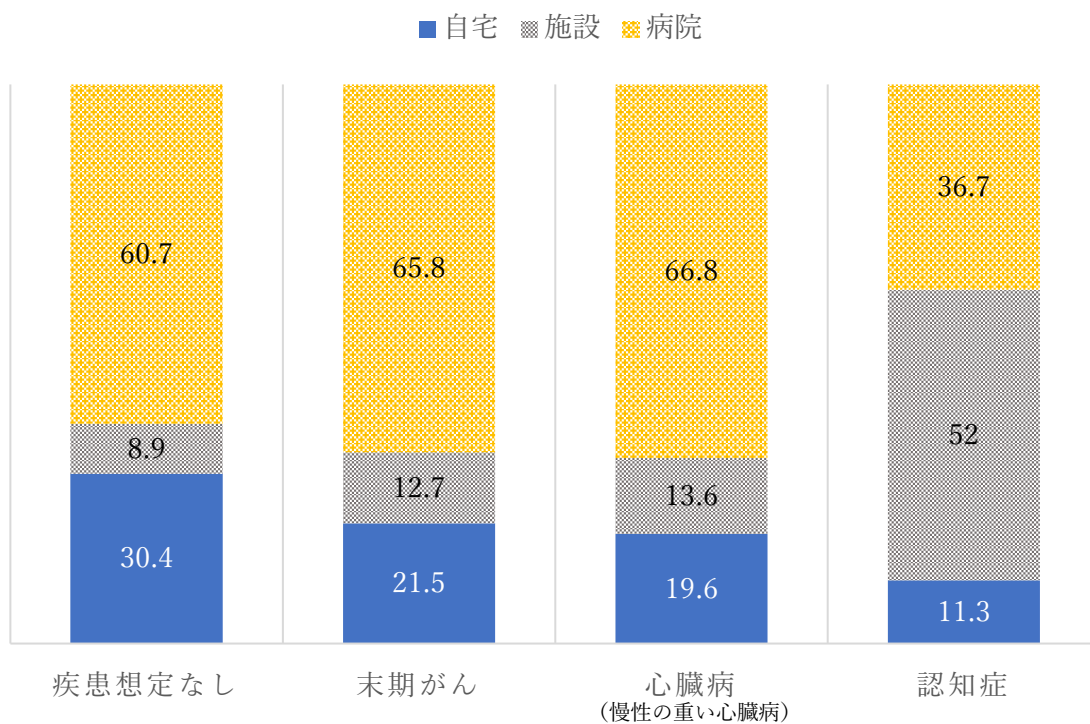
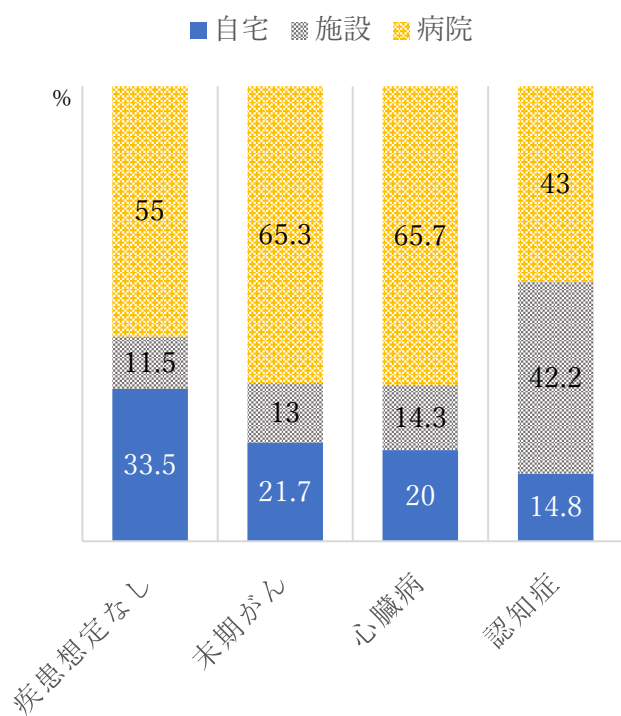


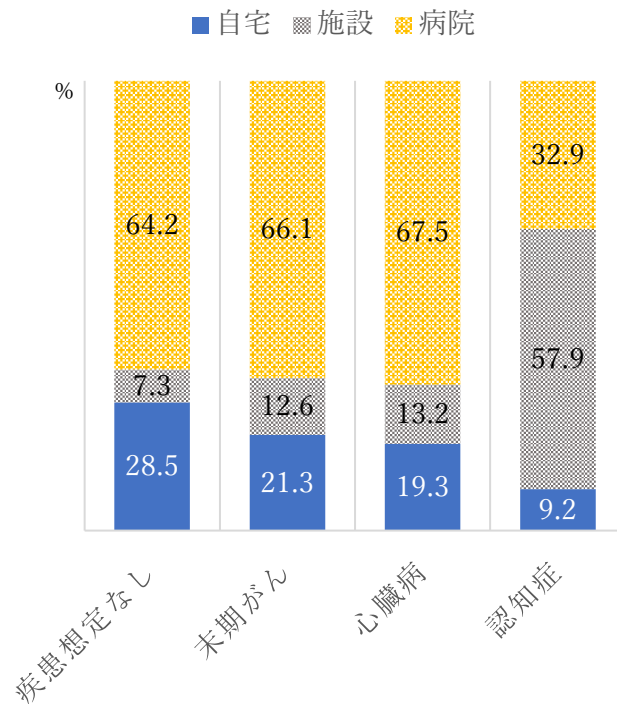
Table3. 希望する療養場所の割合の2群間比較

		カイ2乗検定
疾患想定なし	末期がん	$P<.0001$
疾患想定なし	慢性の重い心臓病	$P<.0001$
疾患想定なし	認知症	$P<.0001$
末期がん	慢性の重い心臓病	$P=0.203$
末期がん	認知症	$P<.0001$
慢性の重い心臓病	認知症	$P<.0001$

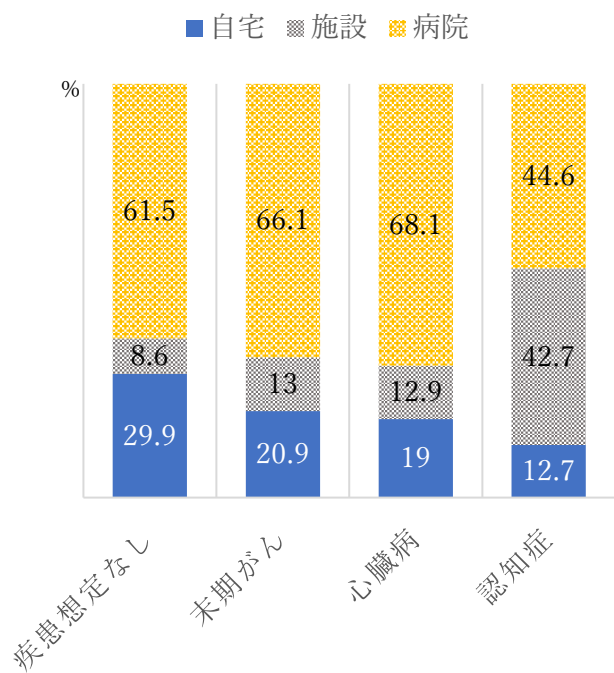
Graph3a 各想定における人生の最終段階に希望する療養場所（65歳以上）



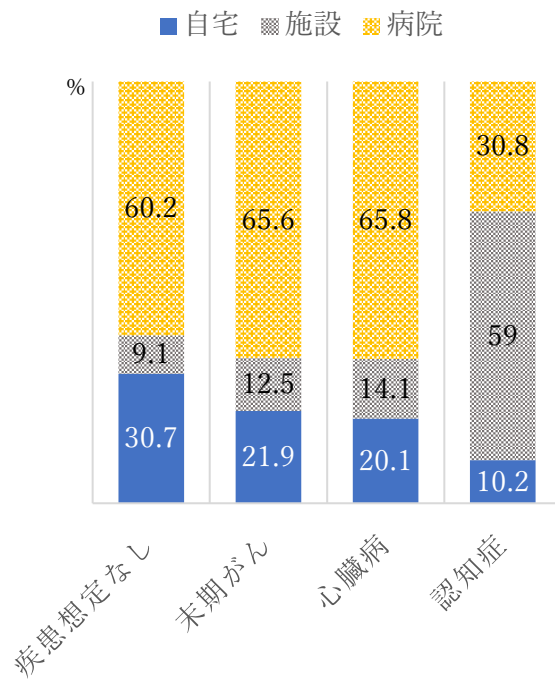
Graph3b 各想定における人生の最終段階に希望する療養場所（65歳未満）



Graph4a 各想定における人生の最終段階に希望する療養場所（男性）



Graph4b 各想定における人生の最終段階に希望する療養場所（女性）



※心臓病：慢性の重い心臓病

人生の最終段階に国民が希望する医療や療養に関連する要因

—一般国民を対象とした調査結果の分析—

1- (1) COVID-19 パンデミック下における人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実施状況と話し合い実施に関連する要因

1- (2) 人生の最終段階における医療・ケアを受けたい場所に関連する要因

研究分担者	羽成恭子	筑波大学ヘルスサービス開発研究センター	研究員
研究分担者	杉山雄大	国立国際医療研究センター研究所糖尿病情報センター	医療政策研究室長
研究協力者	浜崎曜子	筑波大学大学院人間総合科学学術院	大学院生
研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学医学医療系 ヘルスサービス開発研究センター	教授/ センター長

研究要旨

高齢多死社会が進む我が国において、いざという時のために、自身がどのような医療やケアを求めるのかをあらかじめ話し合っておくプロセスであるアドバンス・ケア・プランニング（以下ACP）を促進することは重要である。

前回の国民対象の意識調査から5年を経て、令和4年12月に実施された「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」は、COVID-19拡大後初めての国民対象の意識調査であり、今後我が国におけるACPをさらに普及啓発し、実装することを目指し、以下2つの研究を行った。研究1- (1) はCOVID-19パンデミック下における人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実施状況と話し合い実施に関連する要因を明らかにすることを目的とした。研究1- (2) では人生の最終段階に医療・ケアを受けたい場所がどこであるか、また、選択される際、病状設定が統一された状況下で、どのような要因が関連するのかを明らかにすることを目的とした。

いずれの研究も令和4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「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」データの解析を行った。研究1- (1) では解析対象となったのは2874人で、人生の最終段階の医療・ケアに関して「話し合いあり」と回答したのは874人（30.4%）で、話し合いのきっかけは、自分の病気、家族の病気、介護、死別と回答した者が目立ち、新型コロナウイルス感染症と回答した人は88人であった。多変量修正ポアソン回帰分析では「話し合いあり」はACPを知っていることと最も強い関連が認められ、65歳以上と正の関連が、男性は負の関連が認められた。研究1- (2) では、想定する疾患が末期がん、慢性の重い心臓病の場合には医療機関が、認知症の場合には施設が最も選択され、想定される疾患によっては、医療・ケアを受けたい場所が異なることが示唆された。

なお、疾患を想定せず、予後1年という設定では、未回答者が296人となり、回答者においては、医療・ケアを受けたい場所として病院を選択した者が最も多かった。人生の最終段階に関する話し合い実施に関連する要因はCOVID-19拡大を経ても、感染拡大前と変化は認められなかった。自身の病気や家族の病気・介護等により、人生の最終段階に関する話し合いの必要性に迫られているような状況において、話し合いがなされているため、医療介護従事者は、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に準じた具体的な話し合いの場を作ることが、話し合いがより促進されることにつながると考えられた。そして、話し合いを実施する人を増やすためには、ACPの普及啓発が重要と考えられるが、地域や国、世界規模で生命を脅かすような未曾有の出来事が起きた場合であっても必ずしもACPの普及にはつながらない可能性が考えられるため、国民対象には、自治体や国レベルで積極的、継続的にACPの普及啓発が必要である。普及啓発に際しては、男性や65歳未満の国民にも届けることを意識した取り組みが求められ、ACPの意義や必要性を周知していくことが、さらなる人生の最終段階に関する話し合いの増加につながる可能性が考えられた。

加えて、ACPで話し合われることの多い、希望する医療・ケアを受けたい場所の検討に際しては、想定する疾患や全身状態の設定が漠然としていると、選択が難しい可能性が考えられ、あらかじめい

A. 研究目的

1- (1) COVID-19パンデミック下における人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実施状況と話し合い実施に関連する要因

近年、緩和ケア領域のみならず、プライマリケア領域や救急領域においても、アドバンス・ケア・プランニング(Advance care planning 以下ACP)の重要性が注目されている。高齢多死社会が進む我が国において、いざという時のために、自身がどのような医療やケアを求めるのかをあらかじめ話し合っておくプロセスであるACP¹を促進することは重要である。我が国も、厚生労働省がACPの愛称を「人生会議」と定めたのは平成30年であり、同年に「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」の改訂も行われた。

このような状況の中、令和2年1月にCOVID-19感染者が国内で初めて報告されて以降、感染者の急増や医療現場の逼迫を受け緊急事態宣言が示されるという、未曾有の事態を経験することになった。感染拡大当初、COVID-19により著名人が

亡くなったニュースは、国民に大きな衝撃や悲しみを与え、また未知の感染症に対する恐怖をもたらした。そして、医療現場では、緊急度もしくは重症度の低い患者の入院や治療の機会が奪われ、入院患者は家族との面会が禁止された。医療者もCOVID-19患者への対応に追われ、それぞれが手探りでかつてない状況を乗り越える必要があった。介護現場においても、感染予防の観点から物理的に距離を保つ必要があり、デイサービスが中止になったり、各種訪問サービスの継続が困難となったなど、状況が一変した。このような状況において、自身もしくは家族の人生の最終段階について考え、あるいは話し合いをする機会が増えた可能性が考えられる。前回の国民対象の意識調査から5年を経て、厚生労働省により令和4年12月に実施された「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」は、COVID-19拡大後初めての国民対象の意識調査であり、本研究は、COVID-19拡大後の、人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実態を明らかにするとともに、話し合い実施に関連がある要因を明らかにすることを目的とした。本研究結果は、未知の感染

症の発生・拡大時の ACP の実装に備えるのみならず、社会レベルもしくは個人レベルでも、想定をしていない変化が急速に生じた際にも、その恩恵が多数示されている ACP を効果的に実装していくことにつながると考える。

1- (2) 人生の最終段階における医療・ケアを受けたい場所に関連する要因

我が国においては、「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が重要なことの一つと考えられている^{2,3}。そして国内外の先行研究では、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^{4,6}、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。前回平成 29 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」データ分析から、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⁷。具体的には、末期がんの場合には自宅、慢性の重い心臓病の場合には病院、認知症の場合には施設が最も選択された。ただし、同研究では、希望する療養場所を選択する際に、先の 3 つの疾患想定と共に示された病状設定が様々であったため、設定された病状で希望する療養先を選択した可能性も考えられた。令和 4 年 12 月に厚生労働省により実施された「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」では、病状設定を可能な限り統一し、末期がん、慢性の重い心臓病、認知症の想定をして、それぞれの医療・ケアを受けたい場所を尋ねている。本研究では、人生の最終段階に医療・ケアを受けたい場所がどこであるか、また、選択される際、病状設定が統一された状況下で、どのような要因が関連するのかを明らかにすることを目的とした。これにより、ACP を進める際に取り上げられる内容である、あらかじめ希望する医

療・ケアを受けたい場所^{8,9}を考える際の具体的な方法を提案することにつながると考える。

B. 研究方法

いずれの研究も令和 4 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・ケアに関する意識調査」データの解析を行った。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、3000 人から回収されている（回収率 50.0%）。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。なお、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、筑波大学医の倫理委員会審査の承認の上実施している（令和 4 年 9 月 2 日第 1791 号）。

1- (1) COVID-19 パンデミック下における人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実施状況と話し合い実施に関連する要因

① 人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実施に関連する要因

意識調査の一般国民票に含まれる「あなたが人生の最終段階で受けたいもしくは受けたくない医療・ケアについて、ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っていると思いますか。」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」として従属変数に定めた。また、同調査票に含まれる質問より、話し合いの有無に関連する要因について独立変数を定め、統計学的手法を用いて検討した。特に、ACP を知っていることと、人生の最終段階の医療やケアに関する話し合い実施の関連に注目し、「あなたは、人生会議（アドバンスケアプ

ランニング<ACP>)についてこれまで知っていましたか」という質問項目に対する回答、「よく知っている」、「聞いたことはあるがよく知らない」、「知らない」を独立変数として分析した。なお、無回答などにより従属変数および一部の独立変数の情報が欠損している回答者は、解析対象から除外した。

② COVID-19 拡大により人生の最終段階に関する話し合いが増えたのかの集計

一般国民票に含まれる「あなたは今般の新型コロナウイルス感染症の流行により、人生の最終段階における医療・ケアについて、話し合う機会がどのように変わりましたか」という調査項目については、単一回答である「増えた」、「減った」、「変わらなかった」、「わからない」を単純集計した。

研究①、②いずれも単純な2群間比較にはカイ2乗検定・Fisherの正確確率検定を、多変量解析には多変量修正ポアソン回帰分析を用いた。なお、研究①に関しては、解析対象者全体での分析に加えて、65歳以上/未満で層別化した分析を行った。

1- (2) 人生の最終段階における医療・ケアを受けたい場所に関連する要因

意識調査の一般国民票では末期がん、慢性の重い心臓病、認知症を想定してそれぞれの場合に希望する医療・ケアを受けたい場所を質問している。また、疾患は何も想定せず、残された時間が1年を想定して希望する医療・ケアを受けたい場所を尋ねている(質問項目の詳細についてはTable1参照)。回答者は各設定において、希望する療養場所を「それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか」と質問し、医療機関、介護施設、自宅から単一回答を求められている。

群間比較にはカイ2乗検定を用いた。なお、解析対象者全体での分析に加えて、65歳および性別で層別化した分析も行った。

Table1.質問項目

末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。意識や判断能力は健康な時と同様に保たれています。
慢性の重い心臓病と診断され、状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。意識や判断能力は健康な時と同様に保たれています。
認知症と診断され、自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。今は食事や着替え、トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。
(疾患想定なし) あなたが病気で治る見込みがなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えたとき

いずれもの研究も解析には Stata18.0 MP を用い、 $P < 0.05$ を有意差ありとした。

C. 研究結果

1- (1) COVID-19 パンデミック下における人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実施状況と話し合い実施に関連する要因

調査票回答のあった3000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2874人(男性1234人、65歳以上1179人)であった(有効回答率47.9%)。全解析対象者のうち「話し合いあり」と回答したのは874人(30.4%)、「話し合いなし」と回答したのは2000人(69.6%)であった。「話し合いあり」と回答した人における、話し合いのきっかけとなった出来事は、家族の病気453人、家族の介護349人、自分の病気345人、家族の死288人であったのに対し、新型コロナウイルス感染症と回答した人は88人であった。なお、「話し合いなし」と回答した人のうち、話し合いをしていない理由は、きっかけがなかった1252人、知識がなく何を話し合っているかわからなかった627人、話し合う必要性を感じていない438

人であった。

ACPを「よく知っている」と回答したのは171人、「聞いたことはあるがよく知らない」は617人、「知らない」は2086人であり、「知らない」と回答した人の中でも「話し合いあり」と回答した者が491人いた。

① 人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実施に関連する要因

<解析対象者全員における解析結果>

単変量解析では、年齢、性別 ACP をよく知っているかどうかという要因が、「話し合いあり」かどうか有意に差が認められていたことを踏まえ、多変量修正ポアソン回帰分析を行った。「話し合いあり」は、男性は負の関連が(リスク比:0.78、95%信頼区間:0.70-0.88)、65歳以上であることは正の関連が(1.62、1.45-1.80)、ACP をよく知っていること(3.02、2.65-3.45)、および ACP を聞いたことはあるがよく知らない(1.68、1.49-1.89)は正の関連が示された。

<65歳で層別化した解析結果>

多変量修正ポアソン回帰分析の結果、65歳以上の群において「話し合いあり」は、男性は負の関連が(リスク比:0.79、95%信頼区間:0.68-0.92)、ACP をよく知っていること(2.47、2.02-3.03)、および ACP を聞いたことはあるがよく知らない(1.72、1.48-1.99)は正の関連が示された。

一方で 65歳未満の群においても男性は負の関連が(0.77、0.65-0.92)、ACP をよく知っていること(3.31、2.78-3.93)、および ACP を聞いたことはあるがよく知らない(1.62、1.33-1.98)は正の関連が示された。

② COVID-19 拡大により人生の最終段階に関する話し合いが増えたのかの集計

「あなたは今般の新型コロナウイルス感染症の流行により、人生の最終段階における医療・ケアについて、話し合う機会がどのように変わりましたか」という調査項目において、「増えた」と回答したのは13.5%で、「減った」0.8%、「変わらなかった」70.1%、「わからない」13.6%、「無回答」2%となり、変化がなかったという回答が最も多かった(Graph1)。

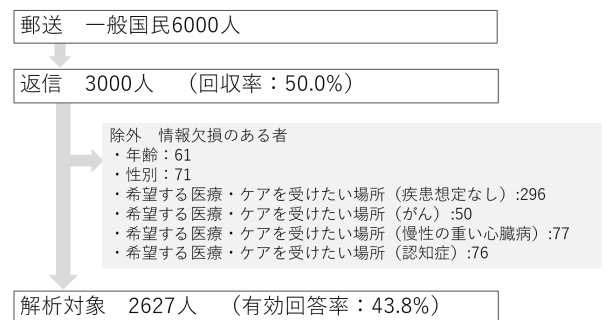
1- (2) 人生の最終段階における医療・ケアを受けたい場所に関連する要因

調査票に回答のあった3000人のうち、情報欠損がある回答者は除外し(Figure1.)、最終的な解析対象者は2627人であった(有効回答率43.8%)。なお、疾患想定をせずに、希望する医療・ケアを受けたい場所を尋ねた質問項目に対しては、296人が欠損値の扱いとなった。

解析対象者の基本属性はTable2.に示す。各想定疾患における希望する医療・ケアを受けたい場所は以下となった(Graph2)。

病状設定：末期がん

Figure1. 回答者フローチャート



医療機関 1729人(65.8%)、介護施設 334人(12.7%)、自宅 564人(21.5%)であった。

病状設定：慢性の重い心臓病

医療機関 1755人(66.8%)、介護施設 357人(13.6%)、自宅 515人(19.6%)であった。

病状設定：認知症

医療機関 964人(36.7%)、介護施設 1366人(52.0%)、自宅 297人(11.3%)であった。

病状設定：なし

Table2. 解析対象者の基本属性

	n	(%)
性別		
男性	1126	42.9
女性	1501	57.1
年齢		
≥ 65	994	37.8
< 65	1633	62.2
同居者		
同居者あり	2257	85.9
配偶者かパートナー	1726	
父母	443	
子	1064	
子の配偶者かパートナー	83	
兄弟姉妹	136	
孫	95	
その他の親族	47	
同居者なし	357	13.6
無回答	13	0.5

医療機関 1596 人(60.7%)、介護施設 233 人(8.9%)、自宅 798 人(30.4%)であった。

病状設定が「末期がん」、「慢性の重い心臓病」、「認知症」および「疾患想定なし」の場合、それぞれ希望する医療・ケアを受けたい場所の割合をカイ 2 乗検定にて 2 群間で分析したところ、「疾患想定なし」と各疾患想定と比較ではいずれも $P < .0001$ 、であり、「末期がん」と「認知症」、「慢性の重い心臓病」と「認知症」の 2 群間比較でも $P < .0001$ と統計学的有意差が認められた。一方で「末期がん」と「慢性の重い心臓病」の 2 群間比較では、 $P = 0.203$ と有意差が認められなかった (Table3)。

65 歳で層別化した分析では、「疾患想定なし」と「認知症」の場合に、65 歳以上と未満の間で、選択場所が有意に異なることが示された (Graph3a, 3b)。性別で層別化した分析では、「認知症」の場合のみ、男女間で有意に選択する場所が異なることが示された (Graph4a, 4b)。

D. 考察

1- (1) COVID-19 パンデミック下における人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実施状況と話し合い実施に関連する要因

本研究は、COVID-19 拡大後初めての国民を対象とした「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」を用いたものであり、COVID-19 拡大後の ACP、特に人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いの実態を明らかにするとともに、話し合い実施に関連がある要因を明らかにした。

人生の最終段階で受けたいもしくは受けたくない医療・ケアについて、話し合っていると回答したのは 30.4%であり、前回平成 29 年の同意識調査¹⁰の 39.5% (回収率: 16.2%)、前々回平成 25 年の同意識調査¹¹の 42.2% (回収率 43.6%) よりは低い数字となった。回収率に大きな差があることから、前回と今回の結果を単純に比較することは困難であるが、COVID-19 拡大により、人生の最終段階に関連する話し合いは増えたのではないかという仮説を裏付ける結果は得られなかった。COVID-19 拡大後に行われた我が国の先行研究¹²においても、一般国民を対象とした ACP の実施率は 9.4%という報告がある。また、別項の Mayers らによる分担研究年度終了報告書にも記載がある通り、対象者は様々だが、COVID-19 拡大後に ACP が増加もしくは減少したのかは統一された結果が得られていない。COVID-19 拡大により、話し合いをしたくても家族と会えず話し合いができなかった可能性や、調査票の定義には合わない、例えば COVID-19 により重篤な状態となった際には延命治療はして欲しくない等の意向を家族に伝えただけ、という人は話し合いをしたことがある群には反映されていない可能性が考えられる。

本研究においてはさらに、実際に人生の最終段階に関する話し合いを実施したと回答した人に、COVID-19 が人生の最終段階に関連する話し合いのきっかけとなったかについて集計しているが、

COVID-19 が話し合いのきっかけとなったと答えた者は、10.0%であった。また、COVID-19 拡大により話し合いが増えたと回答した人は 13.5%であった。COVID-19 拡大という、これまで経験をしたことのない事態はあったものの、人生の最終段階の医療・ケアに関する話し合い実施に関連する要因は、COVID-19 拡大前から指摘されている年齢や性別であった¹³。この結果から、人生の最終段階における医療・ケアをあらかじめ話し合っておくことを含む ACP の普及啓発という視点においては、地域や国、世界規模で生命を脅かすような未曾有の出来事が起きた場合であっても必ずしも ACP の普及にはつながらない可能性が考えられる。

また、本研究では、人生の最終段階に関する話し合いの実施と最も強い関連が認められたのは、ACP を知っていることであった。これは、ACP を普及啓発することが、人生の最終段階に関する話し合いの実施につながる可能性を示唆している。一方で、人生の最終段階に関する話し合いをする必要に直面し、ACP という概念を知ったという場合も考えられるが、横断研究である本研究においては、話し合い実施の前もしくは後に ACP の知識を得たかまでは区別することはできない。今後は ACP の普及が ACP の実施に関連するのかを、縦断的な研究手法を用いて明らかにしていく必要があると考える。

なお、ACP という名称や概念を知らなくても、人生の最終段階に関する話し合いをしている人がいることも明らかとなった。実際に人生の最終段階に関する話し合いをしなければならない状況に直面し、話し合いが実現した可能性が考えられる。話し合いのきっかけは自身の病気、家族の病気や介護、死別と回答した者が多いことを考えると、話し合いの必要性に迫られているような状況においては、医療介護従事者が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に準じた具体的な話し合いの場を作ることで、

話し合いがより促進されることが考えられた。

そして、ACP を男性や 65 歳未満の国民に普及していくことが、個人の人生の最終段階に関する話し合いを増やすことに効果的と考えられる。このような対象者は必ずしも病気や介護・死別経験があるわけではないため、国や市区町村などの自治体等が実施する ACP の普及啓発において、まずは人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書¹⁴にも記載があるように、ACP の意義や必要性等をわかりやすく理解できる機会を増やしていくことが、人生の最終段階に関する話し合いの増加につながる可能性があると考えられる。

1- (2) 人生の最終段階における医療・ケアを受けたい場所に関連する要因

令和 4 年に実施された「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」データを用いて、人生の最終段階に希望する医療・ケアを受けたい場所を明らかにした。想定する疾患が末期がん、慢性の重い心臓病の場合には医療機関が、認知症の場合には施設が最も選択された。なお、疾患を想定せず、予後 1 年という設定では、未回答者が 296 人となり、回答者においては、希望する医療・ケアを受けたい場所として病院を選択した者が最も多かった。

前回平成 29 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」データでは、希望する療養場所は、想定される疾患が末期がんでは自宅が、慢性の重い心臓病では病院が、認知症では施設が最も選択され、人生の最終段階に想定される疾患が異なると、希望する療養場所が異なる可能性を示唆したが⁷、特に末期がんを想定した場合で本研究とは結果が異なっていた。さらに、一般国民を対象として、疾患を想定せずに希望する療養場所を尋ねると自宅が最も選択されるという先行研究^{4,5,15}とも異なる結果であった。前回平成 29 年の意識調査においては、末期がんの想定はほ

ば今回と同様だが、慢性の重い心臓病では、呼吸の苦しさは設定されていなかった。また、先行研究における想定された疾患や状態は様々であり、想定が異なると、また回答者の集団が異なると、希望する療養場所は異なることが考えられた。なお、今回の意識調査において、想定された疾患、もしくは全身状態のどちらが医療・ケアを受けたい場所の希望に影響したかは区別できない。そして、具体的な疾患や全身状態の想定がない場合に、296人が無回答であることに示されるように、希望する医療・ケアを受けたい場所を検討する際の設定が漠然としていると、選択が難しい可能性が考えられ、ある程度具体的な設定をすることは重要と考えられた。

なお、年齢（65歳以上もしくは未満）と性別にて層別化して想定する疾患による希望する医療・ケアを受けたい場所を比較したところ、いずれにおいても、希望する医療・ケアを受けたい場所が一部異なる可能性が示唆された。

人生の最終段階の療養をどこで過ごしたいかの希望は、あくまで個人の好みや、その時の様々な身体・精神的、社会的要因などと複雑に関連して¹⁶変化し、希望する療養場所と、実際にケアを受ける場所が一致するかは不明確であることを考えると、どのような疾患や全身状態を設定し、どのような要因（例えば年齢や性別等）を考慮すると、どこが最も希望する療養場所として選択されるかを同定することの重要性は高くないと考えられる。大切なのは、可能な範囲で具体的な設定をして希望する療養場所を考えた方が、より個人の好みや、大切にしたいこと等への理解が深まり、あらかじめ個人の希望が叶うよう準備をすることができる可能性があることである。今回の調査より、漠然とではなく、あらかじめいくつかの疾患や全身状態を具体的に想定した上で、希望する療養場所を検討する方が、より本人の希望を聞き出せる可能性が考えられた。

研究1-(1)、1-(2) いずれにおいても、研究の限界として、一般国民を対象とした意識調査であるため、COVID-19感染者、特定の疾患をもつ集団や、施設利用者等、特定の集団にこの結果を反映することは避ける必要がある。また、研究Iにおいては、先行研究で人生の最終段階の医療やケアに関する話し合いもしくは ACP を実施することと関連する個人の要因（基礎疾患の有無、かかりつけ医の有無、介護・死別経験の有無、最終学歴、婚姻状態）が調査票では尋ねられていないため、今後は可能な範囲で、これらの情報も含めた研究が望まれる。

E. 結論

両研究からの提言

人生の最終段階に関する話し合い実施に関連する要因は COVID-19 を経ても、感染拡大前と変化は認められなかった。自身の病気や家族の病気・介護等により、人生の最終段階に関する話し合いの必要性に迫られているような状況において、話し合いがなされているため、医療介護従事者は、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に準じた具体的な話し合いの場を作ることが、話し合いがより促進されることにつながると考えられた。そして、話し合いを実施する人を増やすためには、ACP の普及啓発が重要と考えられるが、地域や国、世界規模で生命を脅かすような未曾有の出来事が起きた場合であっても必ずしも ACP の普及にはつながらない可能性が考えられるため、国民対象には、自治体や国レベルで積極的、継続的に ACP の普及啓発が必要である。普及啓発に際しては、男性や 65 歳未満の国民にも届けることを意識した取り組みが求められ、ACP の意義や必要性を周知していくことが、さらなる人生の最終段階に関する話し合いの増加につながる可能性が考えられた。

加えて、ACP で話し合われることの多い、希望

する医療・ケアを受けたい場所の検討に際しては、想定する疾患や全身状態の設定が漠然としており、選択が難しい可能性が考えられ、あらかじめいくつかの疾患や全身状態を具体的に想定した上で、希望する医療・ケアを受けたい場所を検討する方が、より本人の希望を聞き出せる可能性が考えられた。

F. 研究発表

未

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

無し

2. 実用新案登録

無し

3. その他

無し

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*. May 2017;53(5):821-832.e1. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331
2. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol*. Jun 2007;18(6):1090-7. doi:10.1093/annonc/mdm068
3. Ikari T, Hiratsuka Y, Cheng SY, et al. Factors associated with good death of patients with advanced cancer: a prospective study in Japan. *Support Care Cancer*. Nov 2022;30(11):9577-9586. doi:10.1007/s00520-022-07363-1
4. 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*. Dec 2011;42(6):882-92. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.02.024
5. Chung RY, Wong EL, Kiang N, et al. Knowledge, Attitudes, and Preferences of Advance Decisions, End-of-Life Care, and Place of Care and Death in Hong Kong. A Population-Based Telephone Survey of 1067 Adults. *J Am Med Dir Assoc*. Apr 1 2017;18(4):367.e19-367.e27. doi:10.1016/j.jamda.2016.12.066
6. Jiraphan A, Pitanupong J. General population-based study on preferences towards end-of-life care in Southern Thailand: a cross-sectional survey. *BMC Palliat Care*. Mar 14 2022;21(1):36. doi:10.1186/s12904-022-00926-3
7. Hanari K, Moody SY, Sugiyama T, Tamiya N. Preferred Place of End-of-Life Care Based on Clinical Scenario: A Cross-Sectional Study of a General Japanese Population. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. Jan 31 2023;11(3)doi:10.3390/healthcare11030406
8. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol*. Sep 2017;18(9):e543-e551. doi:10.1016/s1470-2045(17)30582-x
9. 山口崇. 終末期の話し合い (End-of-Life discussion) の実態と終末期の患者 quality of life・遺族の精神的な健康に及ぼす影響に関する研究. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 3 (J-HOPE3) . Ⅲ付帯研究 (2):50-54. 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

10. 平成 30 年 3 月. Accessed 2023 年 4 月 17 日,
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyui_ryo_a_h29.pdf

11. 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. Accessed 2023 年 4 月 17 日,

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf

12. Miyashita J, Takeshima T, Maehara K, Hamaguchi S, Fukuhara S. Association between resilience and advance care planning during the COVID-19 pandemic in Japan: a nationwide cross-sectional study. *Sci Rep*. Jan 25 2023;13(1):1371. doi:10.1038/s41598-023-28663-4

13. Hanari K, Sugiyama T, Inoue M, Mayers T, Tamiya N. Caregiving Experience and Other Factors Associated With Having End-Of-Life Discussions: A Cross-Sectional Study of a General Japanese Population. *J Pain Symptom Manage*. Mar 2021;61(3):522-530.e5. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.08.010

14. 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書. Accessed 22/03, 2024.

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200748.pdf>

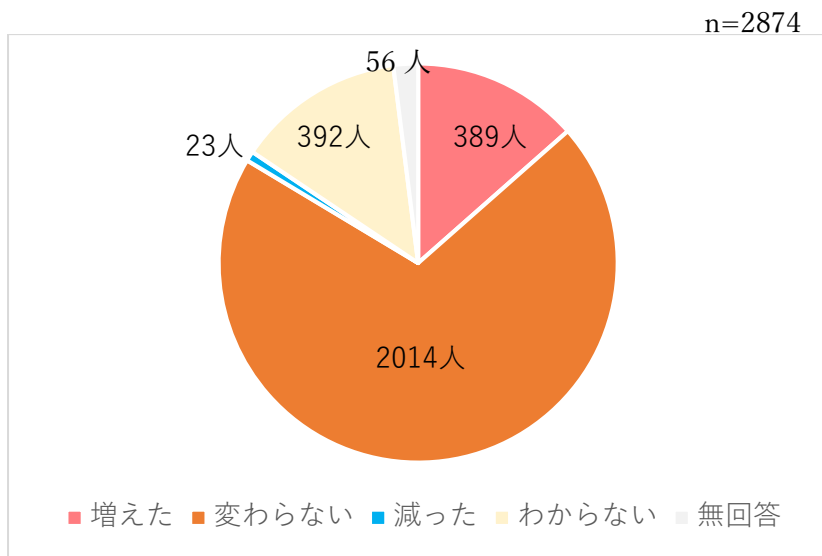
15. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care*. Feb 15 2013;12:7. doi:10.1186/1472-684x-12-7

16. Wahid AS, Sayma M, Jamshaid S, et al.

Barriers and facilitators influencing death at home: A meta-ethnography. *Palliat Med*. Feb 2018;32(2):314-328.

doi:10.1177/0269216317713427

Graph1. COVID-19 感染症の流行により、人生の最終段階における医療・ケアについて、話し合う機会がどう変化したか



Graph2. 各想定における人生の最終段階に希望する療養場所

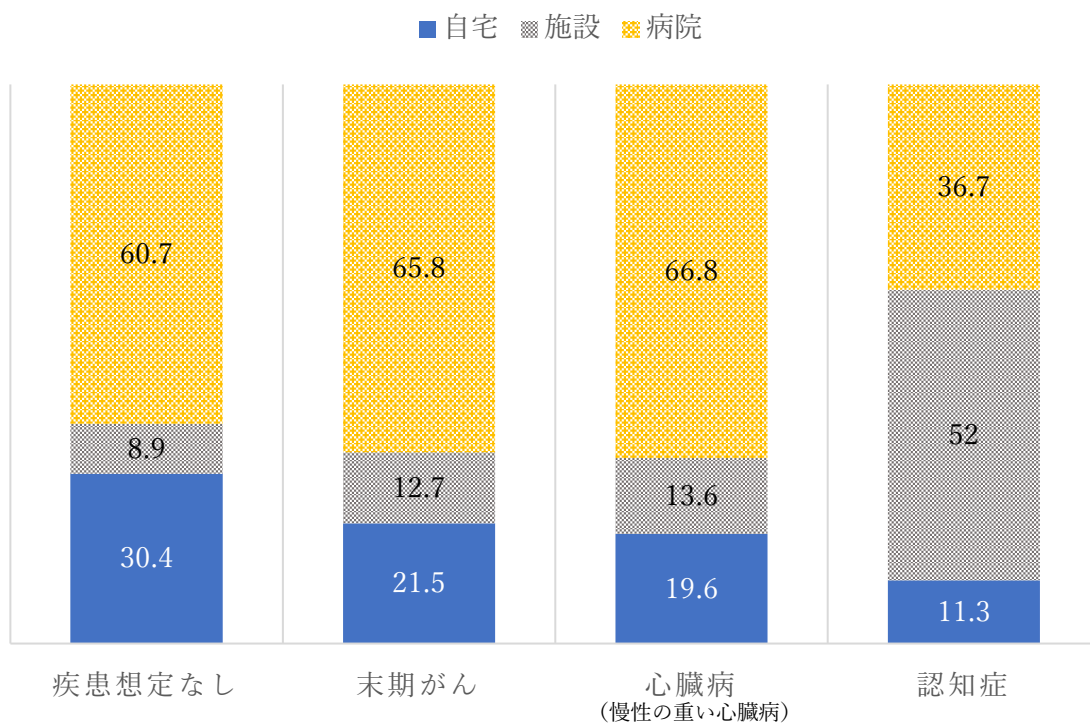
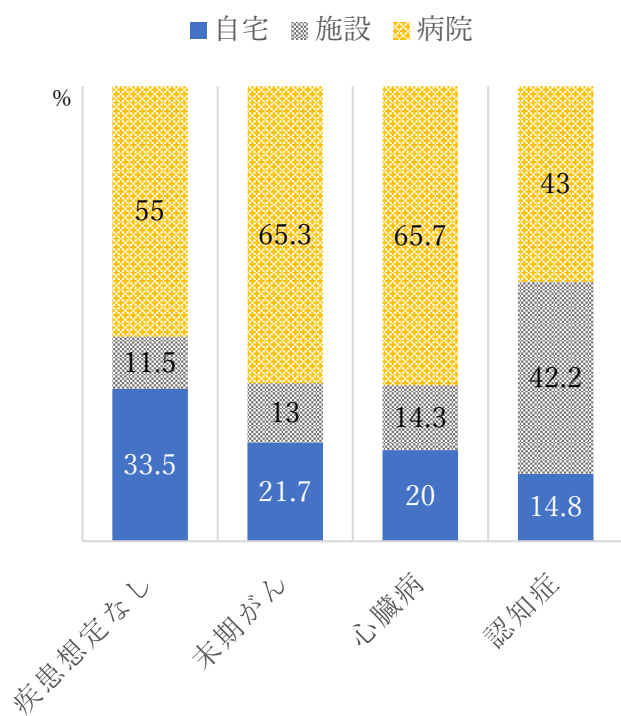


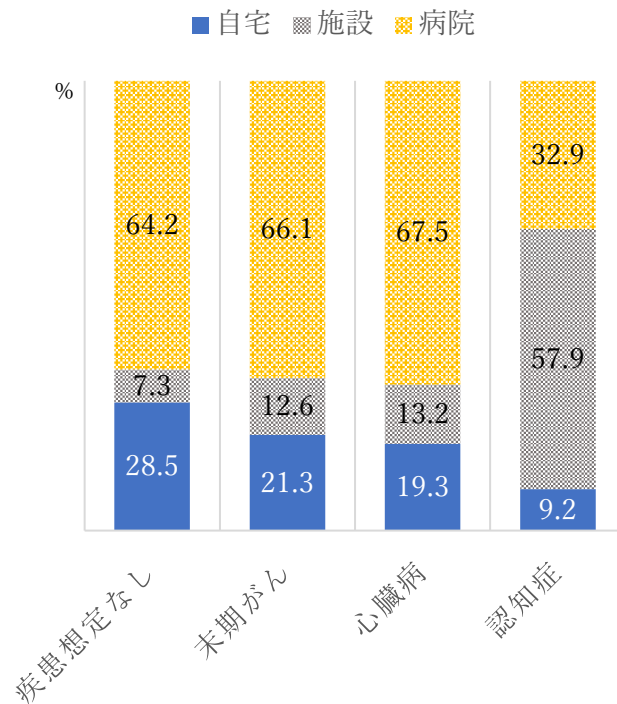
Table3. 希望する療養場所の割合の2群間比較

		カイ2乗検定
疾患想定なし	末期がん	$P<.0001$
疾患想定なし	慢性の重い心臓病	$P<.0001$
疾患想定なし	認知症	$P<.0001$
末期がん	慢性の重い心臓病	$P=0.203$
末期がん	認知症	$P<.0001$
慢性の重い心臓病	認知症	$P<.0001$

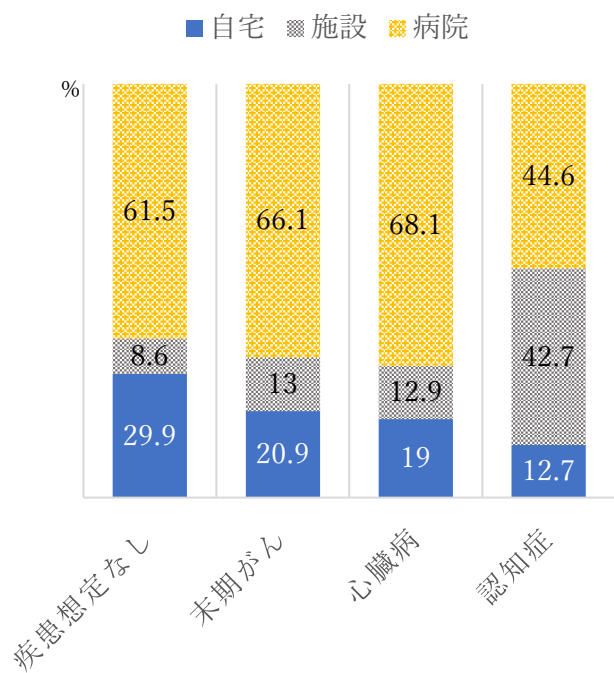
Graph3a 各想定における人生の最終段階に希望する療養場所 (65歳以上)



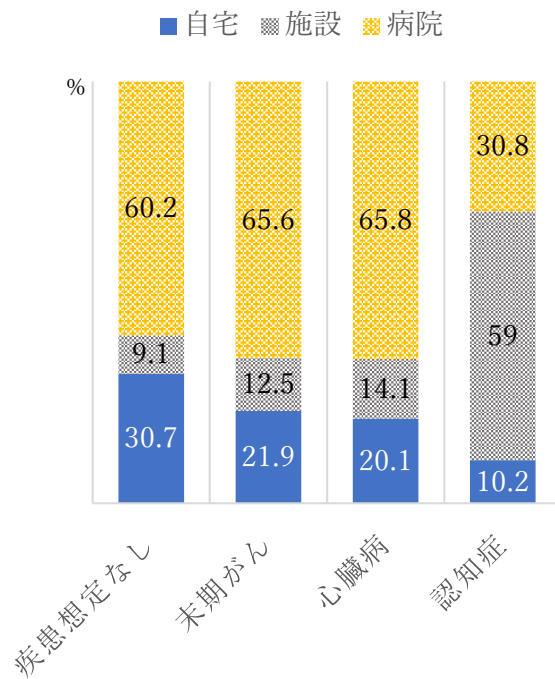
Graph3b 各想定における人生の最終段階に希望する療養場所 (65歳未満)



Graph4a 各想定における人生の最終段階に希望する療養場所 (男性)



Graph4b 各想定における人生の最終段階に希望する療養場所 (女性)



※心臓病：慢性の重い心臓病

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

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

研究要旨

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

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

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

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

A. 研究目的

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

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

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

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

B. 研究方法

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

(i) 調査対象者

【研究 1】

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

【研究 2】

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

(ii) 分析対象の設問および回答の用語定義

1) ACP の認識

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

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

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

2) ACPの実施

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

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

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

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

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

C. 研究結果

【研究1】

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

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

1) ACPの認識と医師の属性

ACPの認識と医師の属性の関連について表1-2に示す。

(i) ACPの認知度

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

(ii) ACP 推進への賛同

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

(iii) ACP への医療・介護従事者介入

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

2) ACP の実施と医師の属性

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

3) 感度分析

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

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

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

【研究 2】

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

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

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

1) ACP の認識

ACPの認識と看護師、介護支援専門員の属性の関連を表 2-3 に示す。

(i) ACP の認知度

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

(ii) ACP 推進への賛同

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

(iii) ACP への医療・介護従事者介入

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

2) ACP の実施

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

話し合いの内容については、「人生の最終段階

の病状や医療・ケアの内容や意向」が最も多く

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

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

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

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

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

3) 感度分析

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

D. 考察

【研究 1】

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

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

1) ACP の認識と医師の属性

(i) ACP の認知度

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

(ii) ACP の推進

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

(iii) ACP への医療・介護従事者の介入

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

2) ACP の実施と医師の属性

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

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

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

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

【研究 2】

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

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

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

2) ACP の認識

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

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

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

2) ACP の実施

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

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

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

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

【総合考察】

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

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

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

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

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

E：本研究の限界

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

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

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

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

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

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

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

F. 結論

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

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

G. 研究発表

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

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

【参考文献】

1. Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. Definition from a Multidisciplinary Delphi Panel. J Pain Symptom Manag. 2017;53(5):821-832.
2. 日本老年医学会「ACP 推進に関する提言」. 2019.
3. Hamano J, Hanari K, Tamiya N. Attitudes and Other Factors Influencing End-of-Life Discussion by Physicians, Nurses, and Care Staff: A Nationwide Survey in Japan. Am J Hosp Palliat Med. 2020;37(4):258-265.
4. Snyder S, Hazelett S, Allen K, Radwany S. Physician Knowledge, Attitude, and Experience With

- Advance Care Planning, Palliative Care, and Hospice: Results of a Primary Care Survey. Am J Hosp Palliat Med. 2013;30(5):419-424.
5. Bowman MA, Steffensmeier K, Smith M, Stolfi A. Physician Advance Care Planning Experiences and Beliefs by General Specialty Status and Sex. South Med J. 2018;111(12):721-726.
 6. AlFayyad IN, Al-Tannir MA, AlEsa WA, Heena HM, Abu-Shaheen AK. Physicians and nurses' knowledge and attitudes towards advance directives for cancer patients in Saudi Arabia. PLoS One. 2019;14(4):1-13.
 7. Inoue M, Hanari K, Hamano J, Gallagher J, Tamiya N. Current Engagement in Advance Care Planning in Japan and Its Associated Factors. Gerontol Geriatr Med. 2019;5:233372141989269.
 8. Sinclair C, Gates K, Evans S, Auret KA. Factors Influencing Australian General Practitioners' Clinical Decisions Regarding Advance Care Planning: A Factorial Survey. J Pain Symptom Manage. 2016;51(4):718-727.e2.
 9. 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会. 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編」. 改訂平成 30 年 3 月
 10. 厚生労働省. 「令和 2 (2020) 年医療施設 (静態・動態) 調査 (確定数) ・病院報告の概況」. (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/20/>)
 11. 厚生労働省. 「令和 2 (2020) 年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」. (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/20/>)

【研究 1】

<表 1-1：対象者属性>

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

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

i) ACP についてよく知っている

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

ii) ACP を進めることに賛成

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

iii) ACP への医療・介護従事者の介入が必要

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

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

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

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

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

【研究 2】

<表 2-1：対象者属性>

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

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

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

i) 看護師

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

X²検定 P<0.001

ii) 看護師 介護施設勤務の人のみ

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

X²検定 P<0.001

iii) 介護支援専門員

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

X²検定 P<0.001

ACP: アドバンス・ケア・プランニング

<表 2-3 アドバンス・ケア・プランニング (ACP) の認識>

i) ACP についてよく知っている

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

ii) ACP を進めることに賛成

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

iii) ACP への医療・介護従事者の介入が必要

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

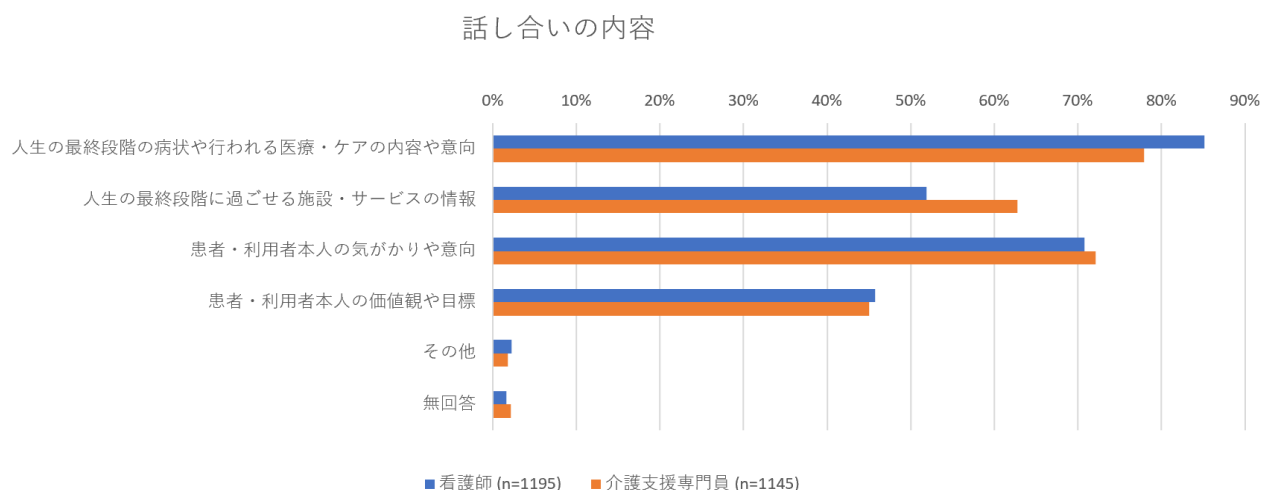
ACP:アドバンス・ケア・プランニング、OR: オッズ比、CI: 信頼区間、NA: Not applicable

<表 2-4 アドバンス・ケア・プランニング (ACP)の実施>

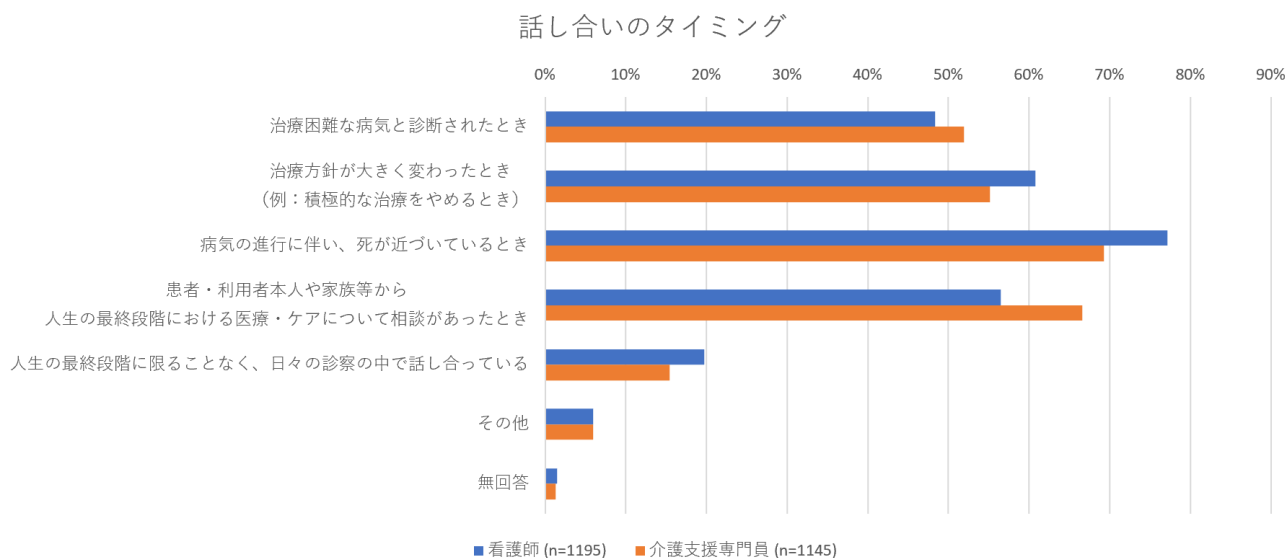
	看護師					介護支援専門員				
	二変量解析			多変量 ロジスティック 回帰分析		二変量解析			多変量 ロジスティック 回帰分析	
	実施あり (n=1195)	実施なし (n= 907)	p	実施あり		実施あり (n= 1145)	実施なし (n= 469)	p	実施あり	
	n (%)	n (%)		OR	95%CI	n (%)	n (%)		OR	95%CI
性別										
男性	114 (57.6)	84 (42.4)	0.83	0.78	[0.57-1.08]	348 (70.2)	148 (29.8)	0.65	0.92	[0.73-1.16]
実務経験年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

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

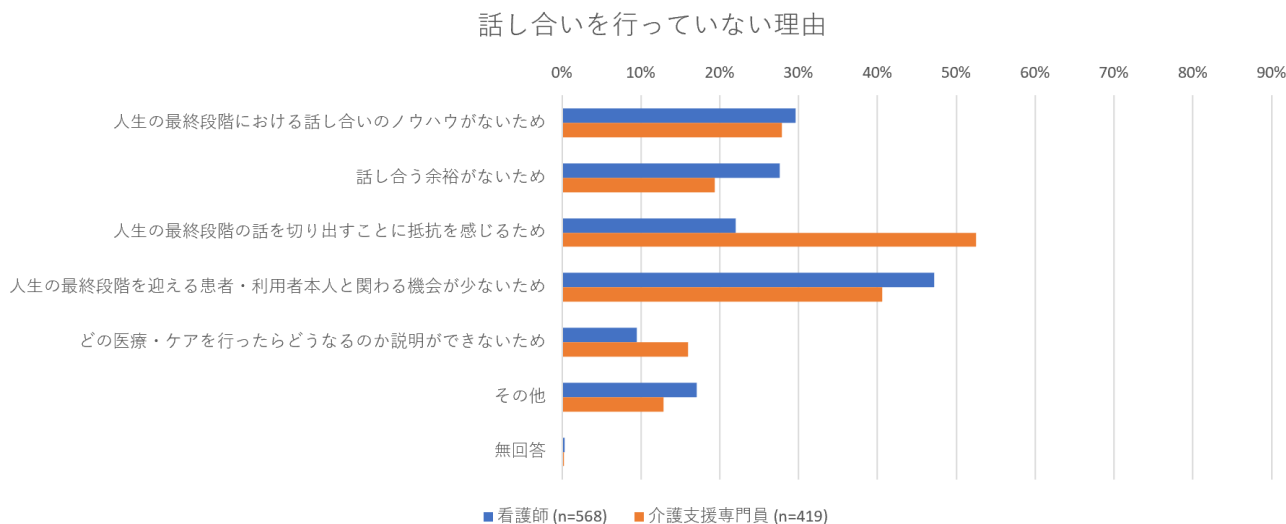
<図 2-1 アドバンス・ケア・プランニング における話し合いの内容>



<図 2-2 話し合いのタイミング>



<図 2-3 話し合いを行っていない理由>



令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

新型コロナウイルス感染拡大による全国の自治体における
アドバンス・ケア・プランニングの普及・啓発活動への影響—全国調査より—

研究協力者	森岡典子	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科	准教授
研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学医学医療系 ヘルスサービス開発研究センター	教授/ センター長
研究分担者	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
研究分担者	杉山雄大	国立国際医療研究センター研究所糖尿病情報センター	医療政策研究室長
研究分担者	井口竜太	東京大学医学部附属病院	講師
研究分担者	羽成恭子	筑波大学ヘルスサービス開発研究センター	研究員
研究協力者	町田亜子	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科	技術補佐員

研究要旨

全国の市町村を対象とした質問紙調査を実施し、新型コロナウイルス感染拡大によるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の普及・啓発事業への影響を検証するため、新型コロナウイルス感染症感染まん延防止等重点措置実施地域と未実施地域における ACP 普及・啓発事業の実施状況、新型コロナウイルス感染拡大による影響を比較した。調査に回答し、令和元年度より以前に ACP 普及・啓発事業を実施していた 433 市町村を対象とした。令和4年度の市町村事業では、まん延防止等重点措置実施地域の方が、住民向け事業、医療・介護従事者向け事業のいずれも実施割合が高かった。新型コロナウイルス感染症の感染拡大による影響があると回答した割合については、集合研修形式の事業への影響度が高く、地域による差はなかった。医療・介護従事者向けのいずれの事業は、対面による集合研修形式からオンライン形式への移行が進んでいることが示唆されたが、住民向け事業はオンライン形式への変更が進んでおらず、感染拡大に伴い中止・延期とした市町村が多かった。

A. 研究目的

平成30年に「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」改訂版が策定された。改訂版ガイドライン策定にあたって、厚生労働省の検討会の報告書では、アドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）に関する住民および医療・介護従事者の意識向上に向けた普及・啓発事

業の展開を市町村が担うよう明記された[1,2]。しかし、令和2年1月より始まった新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況下において、市町村におけるこれらの ACP 普及・啓発活動の事業がどの程度影響を受け、どのように事業展開されているかについては明らかになっていない。本研究では、全国の市町村を対象とした質問紙調査デー

タの二次解析を行い、新型コロナウイルス感染拡大による ACP の普及・啓発事業への影響を検証することを目的とした。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

全国 1,720 市町村(特別区を含む)の在宅医療・介護連携推進事業担当部局を対象としたオンラインによる自記式質問紙調査(横断調査)データの二次解析を行った。当該調査は、令和 4 年 10 月に行われた。質問項目は、令和 4 年度の ACP 普及・啓発事業の実施状況、新型コロナウイルス感染拡大による影響、普及・啓発事業展開にあたっての困難等が含まれた。これらは、厚生労働省ガイドライン等[1,2]の内容を基に、在宅医療・看護等の専門家により選定された項目である。回答にあたっては、研究の説明書および同意確認項目を調査票に含める形で参加者の同意を得た。912 市町村より回答が得られ、本研究では、コロナ禍による影響を検証するため、令和元年度以前より ACP 普及・啓発事業を実施していた 433 市町村を分析対象とした。

2. 変数

1) ACP に関する普及啓発活動の具体的内容

住民を対象とした事業として、①住民を対象とした講演会やセミナーの開催、②広報誌等による在宅医療・介護に関する住民への情報提供、③窓口設置など人生の最終段階における医療・ケアに係る個別相談支援(エンディングノートの作成等を含む)の 3 項目を用いた。医療・介護従事者向けの事業として、①医療従事者を対象とした講演会・研修会の開催、②介護従事者を対象とし

た講演会・研修会の開催、③医療従事者と介護従事者との懇談会・検討会の開催の 3 項目を用いた。これらについて、事業の実施、実施している場合に(令和元年度以前と比較し)新型コロナウイルス感染拡大による取組実施への影響有無および具体的な影響の内容(自由記述)を変数として用いた。

2) 市町村属性

その他の市町村属性として、既存統計調査等より、人口、高齢化率、財政力指数、令和 4 年 1 月時点でのまん延防止等重点措置地域[3]かどうか等入手し、調査データと連結して用いた。

3. 解析方法

普及・啓発事業の実施状況、新型コロナウイルス感染拡大による取組実施への影響有無について割合を算出した。まん延防止等重点措置実施地域か否かによる影響割合の比較には、 χ^2 乗検定を実施した。解析には Stata MP ver16 を用いた。統計的有意水準は両側 5%とした。

具体的な影響の内容に関する自由記述については、研究者 2 名が独立してコードを抽出し、3 名の研究者のディスカッションにより内容の類似性に基づきカテゴライズした。

5. 倫理的配慮

本研究は、東京医科歯科大学統合教育機構倫理委員会の審査を得て実施した(番号 No. C2022-017)。

C. 研究結果

分析対象 433 市町村の特徴を表 1 に示す。人口規模は中央値(四分位範囲) 48,091 人(20,494 人-116,624 人)、高齢化率は中央

値（四分位範囲）31.4%であった。コロナウイルスが分析対象となった。本研究の対象は全国の1,741市町村よりも人口規模が大きい傾向にあったが、その他の特性はほぼ同じであった。令和4年1月時点でまん延防止等重点措置実施地域であったのは372市町村（85.9%）であった。

各普及啓発活動を実施した市町村の割合を表2に示した。住民向け事業としては、講演会やセミナーの開催85.2%、情報提供窓口設置など人生の最終段階における医療・ケアに係る個別相談支援56.8%、広報誌等による在宅医療・介護に関する情報提供65.4%であった。医療・介護従事者向け事業としては、医療従事者を対象とした講演会・研修会の開催57.3%、介護従事者を対象とした講演会・研修会の開催63.7%、医療従事者と介護従事者との懇談会・検討会の開催55.2%であった。いずれもまん延防止等重点措置実施地域の方が、実施割合が統計学的有意に高い傾向であった。

各事業の展開において、新型コロナウイルス感染拡大による影響有と回答した市町村の割合を表3に示した。全体で見ると住民対象の講演会やセミナーの開催、医療従事者を対象とした講演会・研修会の開催、介護従事者を対象とした講演会・研修会の開催、医療従事者と介護従事者との懇談会・検討会の開催において80%以上の市町村が、影響があったと回答していた。いずれもまん延防止等重点措置実施地域か否かによる違いはなかった。

具体的な影響内容の自由記述からは、以下のコードが抽出された。住民対象の講演会やセミナーの開催では368市町村から444コード、医療従事者を対象とした講演

会・研修会の開催では248市町村から277コード、介護従事者を対象とした講演会・研修会の開催では276市町村から307コード、医療従事者と介護従事者との懇談会・検討会の開催では239市町村から269コードが抽出された。これらのコードは、「中止」「一部変更して実施」の2つのカテゴリーに分類できた（表4）。「一部を変更して実施」のカテゴリーには、「一部を変更して対面で実施」、「対面以外の方法で実施」の2つのサブカテゴリーが含まれた。住民対象の講演会やセミナーの開催では、約半数が「中止」で、「対面以外への方法で実施」は26%であった。医療従事者・介護従事者向け事業では「中止」は23.8~37%で、「対面以外への方法で実施」は50%を超えていた。

D. 考察

本研究では、全国調査のデータを用いて、新型コロナウイルス感染拡大による市町村の業務負担増が、ACPの普及・啓発事業の展開を制限するか、あるいは住民のACPに対するニーズの高まりに対応した事業促進の要因となっているかを検討した。多くの市町村で住民対象の講演会やセミナーの開催が実施されたものの、半数以上が中止となり、オンライン上でのワークショップへの移行が進んでいないことがわかった。また、医療・介護従事者向け事業を実施した市町村は半数程度であったが、実施した市町村では、オンライン上でのワークショップなどの代替手段によって、事業を継続していた。

1. 住民対象事業

新型コロナウイルス感染拡大に対応するため市町村行政における業務量が非常に増

加していたが、そのような中においても、85%以上の自治体で住民対象の講演会等事業を展開していた。特に、まん延防止等重点措置実施地域での実施割合が高かった。新型コロナウイルス感染においては高齢者の重症化や死亡率の高さが指摘されており、より一層 ACP が重要であることが指摘されており[4,5]、テレビや新聞などのマスコミでも連日報道されていた。新型コロナウイルス感染拡大が住民、特に高齢者やその家族にとって、自分自身や身内の死について考える機会となった可能性がある。

一方で、まん延防止等重点措置実施地域かどうかによらず、半数以上の市町村が住民向けの講演会等事業を少なくとも1回は中止しており、オンラインでの開催に移行した市町村は少なかった。令和2年以降、政府は「三密（密室、密集、密接）キャンペーン」を推進しており[6]、多くの対面集合イベントが中止されていたことが影響しているかもしれない。新型コロナウイルス感染拡大により ACP への関心が高まる中、市町村では ACP に関する普及・啓発活動は一層推進していく必要がある。オンライン上での講演会など新しい手法を取り入れた先駆的な事例を自治体間で共有しながら取り組みを進めることが必要である。また、最近では、ACP に関するウェブツールが開発されている[7]。今後の市町村における事業において、このような情報技術の活用は、ACP の推進に大きく寄与するものと考えられる。

2. 医療・介護従事者対象事業

医療・介護従事者向け事業については、まん延防止等重点措置実施地域かどうかによらず、約半数程度の市町村しか事業展開をしていなかった。ACP を推進するためには、

関係他職種が、研修を通じて各職種への理解を深めることができるような連携支援体制を構築する必要性が指摘されており[8]、市町村が中心となった研修実施のより一層の推進が必要である。

一方で、コロナ禍においても既に医療・介護従事者対象事業を実施していた市町村においては、講演会等を中止した割合が少なく、対面式からオンラインイベントやビデオ・DVD の配布に移行した市町村が半数以上となった。地域の感染状況にかかわらず、感染予防対策の観点から医療・介護従事者向けのオンラインイベントを開催することを当初から企画していたことが示唆される。より強固な多職種連携のためには対面での関係が不可欠であることも指摘されており[8,9]、オンラインイベントであっても、対面でのワークショップと同様の関係性の有効性を促すような設計が必要である。

3. 研究の限界

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、本研究は、自治体の行政担当職員を対象とした横断的かつ自己申告による調査であった。Social desirability bias のため、自治体における普及・啓発事業実施状況を過大に評価している可能性がある。また、新型コロナウイルス感染拡大による影響を過小評価した可能性がある。これは、分析対象の市町村人口が全国の市町村よりも大きく、小規模な市町村ほど影響を受けた可能性があるためである。

E. 結論

新型コロナウイルス感染拡大を受けて、市町村では ACP の普及・啓発事業展開に影響がでていた。医療・介護従事者向け講演

会・研修事業は、対面式からオンラインへの開催形式の変更に成功したものの、住民向けの講演会等は半数の市町村で中止となり、オンライン開催への移行は進んでいなかった。新型コロナウイルス感染拡大により一層 ACP の必要性が高まる中、情報技術を活用した先駆的な試みを共有しながら、住民向け活動を維持・推進していくことが必要である。

F. 研究発表

- 1) Morioka, N.; Kashiwagi, M.; Tamiya, N. Impact of the Covid-19 pandemic on dissemination activities for advance care planning in Japanese municipalities: a secondary analysis of a nationwide survey. IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023 (Yokohama, Japan) (示説演題採択)
- 2) Morioka, N.; Kashiwagi, M.; Machida, A.; Hanari, K.; Sugiyama, T.; Inokuchi, R.; Tamiya, N. Japanese Local Governments' Dissemination Activities for Advance Care Planning: A Descriptive Analysis of a Nationwide Survey during the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, 20, 5408. <https://doi.org/10.3390/ijerph20075408>

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

引用文献

1. 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する 報 報 告 書 2018. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000200742.html> (2023 年 4 月 10 日アクセス)
2. 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」の改訂について. 2018
 - 1) <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/000197665.html> (2023 年 4 月 10 日アクセス)
3. 内閣府. 新型コロナウイルス感染症関連 <https://www.cao.go.jp/others/kichou/covid-19.html> (2023 年 4 月 10 日アクセス)
4. Damayanthi, H.D.W.T.; Prabani, K.I.P.; Weerasekara, I. Factors associated for mortality of older people with COVID 19: A systematic review and meta-analysis. *Gerontol. Geriatr. Med.* 2021, 7, 23337214211057392. <https://doi.org/10.1177/23337214211057392>.
5. Dadras, O.; SeyedAlinaghi, S.; Karimi, A.; Shamsabadi, A.; Qaderi, K.; Ramezani, M.; Mirghaderi, S.P.; Mahdiabadi, S.; Vahedi, F.; Saeidi, S.; et al. COVID-19 mortality and its predictors in the elderly: A systematic review. *Health Sci. Rep.* 2022, 5, e657. <https://doi.org/10.1002/hsr2.657>.
6. 首相官邸. “3つの密を避けましょう” 2020 <https://www.kantei.go.jp/jp/content/00061868.pdf>(2023 年 4 月 10 日アクセス)
7. Dupont, C.; Smets, T.; Monnet, F.; Pivodic, L.; De Vleminck, A.; Van

- Audenhove, C.; Van Den Block, L. Publicly available, interactive web-based tools to support advance care planning: Systematic review. *J. Med. Internet Res.* **2022**, *24*, e33320. <https://doi.org/10.2196/33320>.
8. Chikada, A.; Takenouchi, S.; Nin, K.; Mori, M. Definition and recommended cultural considerations for advance care planning in Japan: A systematic review. *Asia Pac. J. Oncol. Nurs.* **2021**, *8*, 628–638. <https://doi.org/10.4103/apjon.apjon-2137>.
9. Morita, T.; Nozue, Y.; Imura, C. What is the Concept of “Kao – no – mieru Kankei (Face – to – Face Relationships)” in the Community Palliative Care? *Palliat. Care Res.* **2012**, *7*, 323–333. (In Japanese). <https://doi.org/10.2512/jspm.7.323>.

表 1 分析対象となった市町村の特性(n=433)

Variables	N or Median	% or IQR
Population (median, IQR)	48,091	20,494–116,624
Percentage of +65 aged population (median, IQR)	31.4	27.1–37.3
Financial capability index (median, IQR)	0.6	0.4–0.8
Municipality category (n, %)		
City	279	64.4
Ward	7	1.6
Town	133	30.7
Village	14	3.2
Number of hospitals per 10,000 population (median, IQR)	0.6	0.3–0.9
Number of clinics delivering home care per 1000 aged +65 population (median, IQR)	0.5	0.3–0.7
Number of home-visiting nursing agencies per 1000, aged +65 population (median, IQR)	0.3	0.2–0.4
Number of LTC facility beds per 1000, aged +65 population (median, IQR)	27.8	21.9–34.4
Percentage of home deaths (median, IQR)	14.2	11.4–17.2
Percentage of LTC facility deaths (median, IQR)	8.9	6.2–11.5
Focused anti-infection measures as of January 2022 (n, %)		
Yes	372	85.9
No	61	14.1

IQR: interquartile range.

表2 新型コロナウイルス感染拡大による事業への影響—まん延防止重点対策実施・未実施地域の比較—

Awareness-Raising Activity by Municipalities		Implementation of Focused Anti-Infection Measures [‡]						p-Value for Comparisons between Areas with and without Measures *
		Overall (n = 433)		Areas with Focused Anti-Infection Measures (n = 372)		Areas without Focused Anti-Infection Measures (n = 61)		
		Number of Municipalities That Conducted Each Activity	% [‡]	Number of Municipalities That Conducted Each Activity	% [‡]	Number of Municipalities That Conducted Each Activity	% [‡]	
(A) For community residents	Workshops for residents	369	85.2	323	86.8	46	75.4	0.020
	Individual consultation services	246	56.8	214	57.5	32	52.5	0.459
	Information to residents concerning healthcare and long-term care at the end-of-life	283	65.4	246	66.1	37	60.7	0.405
(B) For healthcare providers and care workers	Workshops for healthcare providers	248	57.3	219	58.9	29	47.5	0.097
	Workshops for care workers	276	63.7	244	65.6	32	52.5	0.048
	Discussion and review meetings among healthcare professionals, care workers, and local government officers	239	55.2	214	57.5	25	41.0	0.016

[‡] The focused anti-infection measures have been implemented from the beginning of January 2022 to the end of March 2022. * Comparisons between areas with and without focused anti-infection measures by Chi-squared tests. [‡] The values represent the percentages among the 433 total municipalities. [‡] The values represent the percentages in the 372 municipalities with focused anti-infection measures. [‡] The values represent the percentages in the 61 municipalities without focused anti-infection measures.

表3 新型コロナウイルス感染拡大による事業への具体的な影響内容に関する質的分析

Awareness-Raising Activity by Municipalities		Implementation of Focused Anti-Infection Measures [‡]			p-Value for Comparisons between Areas with and without Measures *
		Overall	Areas with Focused Anti-Infection Measures	Areas without Focused Anti-Infection Measures	
		Number of Municipalities That Felt the Impact of the Pandemic/Number of Municipalities That Conducted Each Activity (%)	Number of Municipalities That Felt the Impact of the Pandemic/Number of Municipalities That Conducted Each Activity (%)	Number of Municipalities That Felt the Impact of the Pandemic/Number of Municipalities That Conducted Each Activity (%)	
(A) For community residents	Workshops for residents	317/369 (85.9%)	280/323 (86.7%)	37/46 (80.4%)	0.254
	Individual consultation support to residents for health and care at the end-of-life	42/246 (17.1%)	36/214 (16.8%)	6/32 (18.8%)	0.787
	Information to residents concerning healthcare and long-term care at the end-of-life	40/283 (14.1%)	35/246 (14.2%)	5/37 (13.5%)	0.907
(B) For healthcare providers and care workers	Workshops for healthcare providers	215/248 (86.7%)	192/219 (87.7%)	23/29 (79.3%)	0.213
	Workshops for care workers	232/276 (84.1%)	208/244 (85.3%)	24/32 (75.0%)	0.137
	Discussions and review meetings among healthcare professionals, care workers, and the local government	195/239 (81.6%)	173/214 (80.8%)	22/25 (88.0%)	0.382

[‡] The focused anti-infection measures have been implemented from the beginning of January 2022 to the end of March 2022. * Comparisons between areas with and without focused anti-infection measures by Chi-squared tests.

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

自治体における人生の最終段階における医療・ケアの普及啓発の実態と課題
平成30年ガイドライン改訂後の全国調査

研究分担者	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
研究分担者	森岡典子	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科	准教授
研究協力者	寺嶋美帆	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科	技術補佐員
研究分担者	羽成恭子	筑波大学ヘルスサービス開発研究センター	研究員
研究分担者	杉山雄大	国立国際医療研究センター研究所糖尿病情報センター医療政策研究室長	
研究分担者	井口竜太	東京大学医学部附属病院	講師
研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学医学医療系 ヘルスサービス開発研究センター	教授/ センター長

研究要旨

【目的】日本では、Advance Care Planning(以下、ACP)の普及啓発が進められている。本研究は、全国調査により、「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（平成30年3月14日公表）」（以下、平成30年度版ガイドライン）の公表後の市町村におけるACPの地域住民への普及・啓発の取組や平成30年度版ガイドラインの活用状況、地域住民への普及・啓発等の取組における課題を明らかにし、今後の取組の方向性について検討することを目的とした。

【方法】本研究は、全国の都道府県と市町村を対象に実施された横断的なアンケート調査である。質問項目は地域住民に対するACPの普及啓発の取組状況や取り組み内容、地域住民への普及・啓発等の取組における課題などであった。普及啓発に取り組んでいる市町村の特性については、マルチレベルロジスティック回帰分析を用いて評価した。

【結果】43都道府県（回収率：91.5%）、912市町村（回収率：53.1%）から回答を得た。住民に対してACPの普及啓発に「Active（はい）」と回答した市町村は63.6%(n=580)であり、マルチレベルロジスティック回帰分析の結果、財政力指数が高いこと、所在する都道府県においても普及啓発の取組が実施されていることが市町村における普及啓発に有意に関連していた。普及啓発に取り組んでいる市町村では、普及啓発の方法などの活動に多くの課題を有していた。

【考察】平成29年の調査結果と比較すると、普及啓発に取り組む市町村が大幅に増加し、63.6%の市町村が普及啓発の取組を行っていることが明らかになった。取組が行えていない市町村に対しては、財政支援に加え、都道府県による支援が望まれる。さらに、多くの市町村が、普及啓発の目的、目指す成果が具体化・明確化できていない可能性が示されたことから、成果や実績を定量的に測定するための指標の開発が必要であることが示唆された。

A. 研究目的

Advance Care Planning(以下 ACP) は、将来の治療やケアのゴールやプリファレンスを定め、家族や医療従事者 healthcare providers との話し合いや文書化、見直しを可能にするものである [1][2][3][4]。日本では、平成 18 年に、厚生労働省の専門委員会が終末期医療の決定プロセスの検討が始まり、平成 29 年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が策定された [5][6]。このガイドラインには、本人や家族への適切な情報提供と説明、患者、家族、医療者との十分な話し合いに基づく本人の意思決定の重要性など、ACP の概念が取り入れられている [5][6]。

このように、日本では人生の最終段階における医療・ケアに対する意思決定プロセスとして、ACP が推奨されている。しかし、国民への普及・啓発が進んでいるとはいえない。厚生労働省が平成 29 年 12 月に実施した意識調査では、国民の 75.5% が ACP について「知らない」と回答、「聞いたことがあるがよく知らない

(19.2%)」を合わせると、国民の約 90% 以上が ACP について認知していないことが明らかになっている [7]。さらに先行研究では、地域住民に対して ACP の普及・啓発の取組があると回答した市町村は 36.4% と一部に限られ、財政力が低い自治体ほど取組が行われていないという結果が示されている [8]。

政府は、人生の最終段階における ACP の普及・啓発のあり方を議論した政府の専門委員会の平成 30 年 3 月の最終報告書には、リーフレットの配布やセミナーの開催を通じた市町村による ACP の地域住民への普及・啓発の必要性が強調されている [6]。平成 30 年 3 月 14 日の「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」(以下、平成 30 年度版ガイドライン) [9] の公表後、政府は ACP を普及・啓発するリーフレットの作成やイベントの開催など、自治

体や関係団体を巻き込んだ周知を行うとともに、地域住民への普及・啓発を含む事業を都道府県や市町村で進められるよう、自治体に対して財政支援を行ってきた [10]。

日本は、高齢者人口が増え続け、団塊の世代が 75 歳以上となる令和 7 年には高齢者の医療・介護需要は約 100 万人を超え、ピークになることが予測されている。死亡者数も増加傾向にあり、令和 3 年は約 144 万人で前年に比べ 6 万 8 千人の増加となっている [11]。高齢化の進展に伴い、高齢者の救急搬送の割合も上昇傾向にあるが [12]、その中には、本人の意思が共有できないために、人生の最終段階における本人の望まない救急搬送が行われているという指摘もある [13]。こうした状況下において、Japan Geriatrics Society は、Recommendations for the Promotion of Advance Care Planning”を公表し、独自の文化や制度などの社会環境をもつ日本において、ACP について正しく理解し、活用するための clinical guideline を示している [14]。

長寿社会となった現在、日本では高齢者の生涯を支え、一人ひとりが自分らしい生き方で人生の最期を迎えられるようにすることがますます重要になってきている。そうした中で日本では ACP は不可欠なものとして認識されており、地域住民への ACP の普及・啓発に取り組む都道府県や市町村が増えていることが予測される。しかし、平成 30 年度版ガイドラインの公表以降、全国の自治体を対象とした調査は行われていないため不明である。また、市町村における普及・啓発の取組に都道府県の役割、市町村で行われている実際の取組内容、取り組みにあたっての課題はこれまで明らかにされていない。

本研究では、全国調査により、平成 30 年度版ガイドラインの公表後の市町村における ACP の地域住民への普及・啓発の取組や平成 30 年度版ガイドラインの活用状況、地域住民への普及・啓

発等の取組における課題を明らかにし、今後の取組の方向性について検討することを目的とした。

B. 研究方法

1 研究デザインと対象

本研究は、横断研究であった。対象は、日本の47都道府県の在宅医療担当部局、1718市町村(特別区を含む)の在宅医療・介護連携推進事業担当部局であった。

令和4年10月にWeb調査を実施した。厚生労働省医政局地域医療計画課を通じて、都道府県の在宅医療担当部局に調査への協力依頼とWeb調査サイトが記載された実施要領が送付された。市町村に対する調査は、都道府県の在宅医療担当部局の協力を得て、各都道府県から調査への協力依頼と実施要領が送付された。

(倫理面への配慮)

本研究は、東京医科歯科大学統合教育機構倫理審査委員会の承認を得て実施した(C2022-017)。Web調査サイトの研究同意ボックスへのチェックをもって調査協力への同意の確認を行い、回答完了で研究協力の同意とした。

2. 調査項目

調査項目は、医学・看護学の研究者、人生の最終段階の医療や救急医療に日常的に携わっている医師、政府の政策立案者が参加する研究班会議で検討された。調査項目は、以下のとおりであった。1)自治体名、2)住民に対するACPの普及啓発の取り組み状況(はい、いいえ、現在検討中)、普及啓発の取り組みの開始年、啓発普及を行っていない理由(自由記載)、2)ACPの普及啓発に関して令和4年度の事業化の状況(事業化している、かつて事業化していたが、今年度は事業化していない、事業化していない)、3)ACPの普及啓発の具体的な取組、4)普及啓発にあたり、自治体で苦勞していることや困っていること

(自由記載)、であった。自治体名(都道府県名、市町村名)はそれぞれIDに変換した。

3. 分析方法

初めに、市町村の地域住民に対するACPの普及啓発の取り組み状況(はい、いいえ、現在検討中)に層別化し、日本の政府統計ポータルサイトから入手した市町村レベルの財政力指数 financial capability index (FCI)、総人口、人口変動率、人口密度、65歳以上の人口割合、平均年齢、独居高齢者の割合、在宅死亡の割合の記述統計を示した。FCIは、地域公共団体の財政力を示す指標で、基準財政収入額を基準財政需要額で除した数値の過去3年間の平均値である。FCIが高いほど、財源に余裕があるといえる。さらに、普及啓発の取組を行っている市町村について、取り組みの開始年、ACPの普及啓発の具体的な取組、ガイドラインの活用状況(活用している、活用予定、活用していない)、の記述統計を示した。

地域住民へのACPの普及啓発に取り組んでいる市町村の特性を検討するために、地域住民へのACPの普及啓発の取組状況を「Active(はい)」と「Inactive(いいえ or 現在検討中)」に二区分した変数を従属変数とし、日本の政府統計ポータルサイトから抽出した市町村のFCI、総人口、人口密度、65歳以上の人口割合、平均年齢、在宅死の割合との関連をbivariate analysisにより調べた。次に、独立変数間の相関を確認し、多変量解析のモデルに投入する変数を選定した。そして、ACPの普及啓発の取組状況(active/inactive)を従属変数、municipality levelの、財政力指数、総人口、人口密度、在宅死亡割合、市町村が所在する都道府県におけるACPの普及啓発の取組状況(active/inactive)を独立変数として投入したマルチレベルロジスティック回帰分析を行った。データの解析には、SAS version9.4(SAS Institute, Cary, NC)とStata version11(StataCorp)を用いた。

最後に、質的データである「啓発普及を行っていない理由」と「普及啓発にあたり自治体で苦労していることや困っていること」は、質的記述的分析を行った。記載された記述を意味ごとに区切り、可能な限り回答者の表現を活用し、コード化した。さらに、コードを類似性にそって、サブカテゴリ、カテゴリ化した。“普及啓発にあたり自治体で苦労していることや困っていること”については、抽出されたカテゴリを logic model のコンポーネントである「resources/inputs」, 「activities」, 「outputs」のテーマに分けて結果を示した。質的データの分析過程では、質的研究の実績を有する3名で複数回にわたりディスカッションを行い、分析の適切性を確保するよう努めた。

C. 研究結果

43 都道府県（回収率：91.5%）、912 市町村（回収率：53.1%）から回答を得た。住民に対して ACP の普及啓発に「Active」と回答した市町村は 63.6%(n=580), 「Inactive」は 25.1%(n=229)、“Under consideration”は、11.2%(n=103)であった。

自由記載のデータを分析した結果、取り組んでいない理由として 234 コードが抽出された。27 のサブカテゴリから、1) 市町村で普及啓発に取り組む体制が整っていない、2) 関係団体に事業委託している、3) 地域の医療資源や社会資源が整っていない、4) 普及啓発の取組に向け準備段階である、5) 関係者の知識・理解が不足している、6) ニーズの把握ができていない、7) 普及啓発の方法が分からない、の 7 つのカテゴリが抽出された。

地域住民への ACP の普及啓発の取組状況を「Active」と「Inactive (Inactive or under consideration)」に二区分し、市町村の特性との関連を調べた結果、いずれも有意な関連を示した

($p<.0001$)。地域特性の変数同士の相関を調べた結果、「65 歳以上の人口割合」と「平均年齢」が強く相関していたため、「65 歳以上の人口割合」をモデルに投入することとした。最終的に、municipality factor として、財政力指数、総人口、人口密度、在宅死亡割合を、加えて、所在する都道府県における Awareness-raising activities (active/inactive) を prefecture factor として独立変数として投入した、マルチレベルロジスティック回帰分析を行った。その結果、FCI が高い (Adjusted odds ratio: 2.78, 95% Confidence Interval: 1.40-5.51)、所在する都道府県で地域住民への ACP の普及啓発に取り組んでいる (Adjusted odds ratio: 1.90, 95% Confidence Interval: 1.25-2.90) 市町村は、地域住民への ACP の普及啓発活動に有意に取り組んでいた。

市町村における普及啓発の取組を開始した時期は、平成 18 年が最も早く、平成 30 年度ガイドラインが公表された平成 30 年から開始した市町村は 121 と最も多かった。平成 30 年以降に取り組むを開始した市町村は全体の 66.8% (n=384) であった。取り組み内容は、「住民を対象とした講演会やセミナーの開催」が 81.5% (n=473) で最も多く、次いで「広報誌等による在宅医療・介護に関する住民への情報提供」62.1% (n=360) であった。平成 30 年度ガイドラインを「活用している」市町村は 32.1%(n=186)であった。

自由記載データの分析の結果、市町村が地域住民に対する ACP の普及啓発にあたり困っていることとして、796 コードから、57 のサブカテゴリ、10 のカテゴリが抽出された。抽出されたカテゴリを「Resources/Input」、「Activities」、「Outputs」テーマに分類した結果、「Resources/Input」では、1) 医療・介護サービス提供体制、2) 市町村において普及啓発に取り組む体制、3) 地域住民の特徴、「Activities」では、4) 普及啓発のための実態把握、5) 住民への普及啓発の方法、6) 講演会・研修会の企画、7)

媒体の作成・活用、8) 関係機関・者への普及啓発、9) 意思決定支援に関する個別対応、

「Outputs」では、10) 取り組みのアウトカム評価、のカテゴリが示された。

D. 考察

日本の市町村における住民に対する ACP の普及啓発の取り組み状況は 63.6% であり、平成 30 年度ガイドラインの公表前に実施された調査結果 (36.4%) と比較すると [8]、普及啓発に取り組む市町村が大幅に増加していた。本結果は、われわれが知る限り、はじめて得られた知見である。多くの市町村が平成 30 年、令和元年に地域住民への普及・啓発の取り組みを開始しており、平成 30 年度ガイドラインの公表 [9]、政府や学会等の関係団体の取組 [14] が、市町村の普及啓発活動の推進に寄与した可能性を示唆している。

さらに、マルチレベル分析の結果、普及啓発活動を行っている市町村の特徴として、FCI が高いことに加え、新たな知見として、所在する都道府県で住民への啓発普及活動が実施されている市町村ほど、普及啓発活動を行っていることが明らかになった。日本の地方自治法では、都道府県は市町村を包括する広域の地方自治体として位置付けられ、市町村の区域を超える事務であって複数の市町村にわたる「広域にわたる事務」、国や都道府県と市町村との間の連絡調整、市町村相互の連絡調整等の「市町村の連絡調整に関する事務」、事務の規模が大きいため、これを処理するのに大きな財源力を必要とするもの、事務の性質からして高度な技術力や専門的な能力を必要とする「規模や性質において一般の市町村が処理することが適当でないと認められる事務」の処理が都道府県の役割とされている [16]。本研究では、市町村で ACP の普及啓発を行っていない理由として、人員不足など「市町村において普及啓発に取り組む体制が整っていないこと」や「関係団体に事業委託している」ことをあげていた市町村が多い結果が示された。本結果は、住民に対する普及啓発

は、市町村単独では難しく、都道府県と市町村が一体的に取り組むことの重要性を示唆している。

さらに、本研究では、市町村での住民に対する ACP の普及啓発推進にあたっての

「Resources/Input」「Activities」「Outputs」別の課題も初めて明らかにした。本結果から特に市町村が「Activities」に多くの課題を有していることがわかった。1つ目の「Resources/Input」では、「医療・介護サービス提供体制」、「自治体としての取り組み体制」のほか、「地域住民の特徴」が課題にあがっていた。「医療・介護サービス提供体制」の整備は、人口減少社会における医療・介護需要の急増という課題に対し、要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を最後まで続けていくことができるよう各地域で、様々な支援やサービスを提供する「地域包括ケアシステム」であり、団塊の世代の人が 75 歳以上の後期高齢者となる令和 7 年を目途に、市町村や都道府県が中心となり国全体でこのシステムの構築に取り組んでいる [18]。ACP の実現にあたっては、住民が望む医療やケアが実践できることが重要であり、ACP を取り巻く外部環境である「地域包括ケアシステム」の構築は、ACP の普及啓発と同時にすすめていかなければならない重要な課題といえる。

「市町村において普及啓発に取り組む体制」は普及啓発に取り組んでいない市町村だけでなく、取り組んでいる市町村においても課題であることが明らかになった。日本の地方公務員数は、行政改革による定数削減などにより、減少傾向が続いている [19]。国や自治体が危機的な財政状況に直面している。加えて少子高齢化や公務員の減少等、これまでと異なる社会環境を迎える中、今後も一定レベルで推移するものと考えられ、増加の可能性は低い。そのため、都道府県や市町村といった自治体主体による普及啓発の強化だけでなく、関係機関や学会など自治体に代わる新たな担い手や地域住民との協働による取組も同時に進めていくことが必要かもしれない。

さらに、「地域住民の特徴」として「終末期ケアへの住民の意識・関心の低さ、違い」や「終末

期の話題に対する住民の抵抗」が多く挙げられていた。日本の ACP の概念が徐々に知られるようになり、日本の成人の約 70% が ACP への参加に前向きな姿勢を持っているという結果も示されている [19]。一方で、日本は、ハイコンテクストな文化のため、自分の希望を明示することを避け、非言語コミュニケーションを期待する傾向にあること [20][21]、家族中心の意思決定を重視するが [20]、家族の中では個人的な意見を述べることによって家族に負担をかけることを恐れること [22] が知られている。本結果は、こうした特徴をもつ日本人に対して ACP の普及啓発を進めていくことの難しさを示している。そのため、こうした特徴の市町村においては、住民全体への周知だけでなく、身近な人が意思決定を強化・支援するための取組が必要かもしれない。

2 つ目の「Activities」では、「普及啓発の実態把握」「住民への普及啓発の方法」「講演会・研修会の企画」「媒体の作成・活用」「関係機関・者への普及啓発」「意思決定支援に関する個別対応」といった ACP の具体的な取組に対する課題が多く挙げられていた。さらに、3 つ目の「アウトカム」では、評価指標の設定やアウトカム評価の方法が課題に挙げられていた。地域住民への ACP の普及啓発に取り組む市町村の数は増えたが、目的や現状把握、目指す成果が具体化・明確化できておらず、多く市町村が悩んでいる現状にあるといえる。これらの結果は、地域住民への ACP の普及啓発の目的・成果について、国や都道府県全体で検討し、市町村での取り組みの成果・実績を定量的に測定するための指標を提示する必要性を示唆している。市町村だけでなく、都道府県で比較可能な指標を設定することにより、現状把握や効果的な取組を明確にできる可能性がある。

最後に、本研究にはいくつか限界がある。まず、調査に参加したのは、912 市町村であり、全 1720 市町村を分母とすると回収率は平成 29 年の調査を下回る 48.6% であった。これは日本で COVID-19 の第 8 波による影響かもしれない。そのため、普及啓発に取り組んでいる市町村数は

過小評価の可能性はある。ただし、研究対象となった市町村と全国の市町村の特性を比較した結果、大きな違いは認められなかった。そのため、分析対象となった市町村は全国と大きな偏りが生じていないと思われる。63.6% の市町村が地域住民に対する ACP の普及啓発の取組を行っている」と回答し、平成 29 年に比べて増加したことが示されたが、試行錯誤しながら普及啓発に取り組んでいる市町村が多い可能性が示唆された。今後、具体的な取組やその効果を明らかにするためには、成果や実績を定量的に測定するための指標の開発とさらなる評価が必要である。

E. 結論

本研究は平成 30 年度ガイドラインの公表以降、市町村における地域住民に対する ACP の普及啓発の取組状況を調査した日本初の全国調査である。平成 29 年の調査結果と比較すると、普及啓発に取り組む市町村が大幅に増加し、63.6% の市町村が普及啓発の取組を行っていることが明らかになった。市町村の取組には、財政力に加え、都道府県が重要な役割を担っているという本結果から、取組が行えていない市町村に対しては、引き続き国からの財政支援に加え、都道府県による支援が望まれる。さらに、多くの市町村が、普及啓発の目的、目指す成果が具体化・明確化できていない可能性が示されたことから、国民に対する ACP の周知だけでなく、成果や実績を定量的に測定するための指標の開発とさらなる評価が必要であることが示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

1. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, van der Heide A, Heyland DK, Houttekier D, Janssen DJA, Orsi L, Payne S, Seymour J, Jox RJ, Korlage IJ. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol.* 2017 Sep;18(9): e543-e551.
2. Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, Matlock DD, Rietjens JAC, Korlage IJ, Ritchie CS, Kutner JS, Teno JM, Thomas J, McMahan RD, Heyland DK. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage.* 2017 May;53(5):821-832.e1.
3. Miyashita J, Shimizu S, Shiraishi R, Mori M, Okawa K, Aita K, Mitsuoka S, Nishikawa M, Kizawa Y, Morita T, Fukuhara S, Ishibashi Y, Shimada C, Norisue Y, Ogino M, Higuchi N, Yamagishi A, Miura Y, Yamamoto Y. Culturally Adapted Consensus Definition and Action Guideline: Japan's Advance Care Planning. *J Pain Symptom Manage.* 2022 Dec;64(6):602-613.
4. Chikada A, Takenouchi S, Nin K, Mori M. Definition and Recommended Cultural Considerations for Advance Care Planning in Japan: A Systematic Review. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2021 Sep 15;8(6):628-638.
5. 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(平成 19 年 5 月).URL: <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf> in Japanese)
6. 厚生労働省.人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会. 人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200748.pdf>
7. 厚生労働省. 平成 29 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果(確定版) URL: <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200749.pdf>
8. Kashiwagi M, Tamiya N. Awareness-raising activities for community residents about decision-making regarding end-of-life care: A nationwide survey in Japan municipalities. *Geriatr Gerontol Int.* 2020 Jan;20(1):72-77.
9. 厚生労働省.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(改訂 平成 30 年 3 月). URL: <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
10. Ministry of Health, Labour and Welfare. Integrated reform of medical care and long-term care 医療と介護の一体的な改革 URL: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html> (in Japanese)
11. 厚生労働省.令和 3 年(2021)人口動態統計月報動態統計月(概数)の概況.URL: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai21/dl/gaikyouR3.pdf>
12. 総務省消防庁.令和 4 年版 救急救助の現状.URL: <https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/post-4.html>
13. Sugiura M, Ohira S, Tanaka T. DNAR order in end-of-life cancer patients and the actual

- state of emergency transportation. *Journal of Japanese Association for Acute Medicine*, 29(5): 125-131 (in Japanese)
14. The Japan Geriatrics Society Subcommittee on End-of-Life Issues; Masafumi Kuzuya, Kaoruko Aita, Yoko Katayama, Tomohiro Katsuya, Mitsunori Nishikawa, Satoshi Hirahara, Hisayuki Miura, Hiromi Rakugi, Masahiro Akishita. Japan Geriatrics Society "Recommendations for the Promotion of Advance Care Planning": End-of-Life Issues Subcommittee consensus statement. *Geriatr Gerontol Int*, 20(11):1024-1028, 2020.
 15. 総務省. 地方財政状況調査関係資料. URL: https://www.soumu.go.jp/iken/shihyo_ichiran.html (in Japanese)
 16. Local Self-government Law. URL: <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=322AC0000000067> (in Japanese)
 17. Tsutsui T. Implementation process and challenges for the community-based integrated care system in Japan. *Int J Integr Care*. 2014;14:e002. 地域包括ケアシステム
 18. 総務省. 地方公共団体の行政改革等. URL: https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichigyousei/c-gyousei/teiin/index.html (in Japanese) 令和4年度地方公共団体定員管理調査
 19. Omomo M, Tsuruwaka M. Factors promoting ACP and factors hindering ACP. An Analysis of the Care Process and Specific Support of Home Care Nurses for Elderly People Living Alone. *J Jpn Assoc Bioeth*, 28(1): 11-21, 2018. (in Japanese).
 20. Matsumura S, Bito S, Liu H, Kahn K, Fukuhara S, Kagawa-Singer M, Wenger N. Acculturation of attitudes toward end-of-life care: a cross-cultural survey of Japanese Americans and Japanese. *J Gen Intern Med*. 17(7): 531-9, 2002
 21. Miyashita J, Kohno A, Cheng SY, Hsu SH, Yamamoto Y, Shimizu S, Huang WS, Kashiwazaki M, Kamihiro N, Okawa K, Fujisaki M, Tsai JS, Fukuhara S. Patients' preferences and factors influencing initial advance care planning discussions' timing: A cross-cultural mixed-methods study. *Palliat Med*, 34(7):906-916, 2020.
 22. Shimada C, Hirayama R, Wakui T, Nakazato K, Obuchi S, Ishizaki T, Takahashi R. Reconsidering long-term care in the end-of-life context in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 16 Suppl 1:132-139, 2016.

COVID-19 パンデミック下の施設・医療スタッフにおける
アドバンス・ケア・プランニングの障壁と促進因子 -overview of review-

研究分担者	井口竜太	東京大学医学部附属病院	講師
研究協力者	坂本彩香	筑波大学大学院人間総合科学学術院	大学院生
研究分担者	Mayers, Thomas David	筑波大学医学医療系	助教
研究分担者	杉山雄大	国立国際医療研究センター研究所糖尿病情報センター	医療政策研究室長
研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学医学医療系 ヘルスサービス開発研究センター	教授/ センター長

研究要旨

本研究では、COVID-19 パンデミック下において、各医療施設（病院、外来、施設）の医療スタッフのアドバンス・ケア・プランニング(以下 ACP)実施に関する障壁と促進因子を特定することを目的とした。本研究は、レビュー論文をレビューするデザイン (Overview of reviews) に則り MEDLINE、CENTRAL、Web of Science、Embase データベースを利用した。COVID-19 パンデミック下において、施設・医療スタッフにおける ACP 実施の障壁と促進因子に対するレビュー論文を対象とした。言語制限は設けず令和元年 12 月 8 日から 令和 5 年 7 月 30 日までの文献探索を行った。レビューの結果、パンデミック以前から指摘されていたスタッフ教育や情報共有の欠如が浮き彫りになったことが明らかになり、短期的なトレーニングやオンラインによる情報共有が ACP 実施を促進する可能性が示された。

A. 研究目的

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）パンデミックは、患者、家族、医療スタッフ間のアドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）の実施に影響を及ぼした [1]。そして、病院、外来、介護・看護施設それぞれで勤務する医療スタッフによって、ACP 実施の障壁と促進因子が異なることが多く報告された [2-4]。従って、様々な医療現場における ACP の障壁と促進要因を包括的に評価することは、患者、家族、医療スタッフ、政策立案者にとって対応を考える上で有益である。本研究では、各医療施設（病院、外来、施設）で勤

務する医療スタッフにおいて、COVID-19 パンデミック下で ACP 実施に関する障壁と促進因子を特定することを目的とした。

B. 研究方法

本研究はレビュー論文をレビューする (Overview of reviews) デザインに則り研究を行った。MEDLINE、CENTRAL、Web of Science、Embase データベースを利用し、施設や医療スタッフに対する ACP の障壁と促進因子をレビューした論文を対象とした。令和元年 12 月 8 日から 令和 5 年 7 月 30 日まで探索を行い、言語による

制限は設けなかった。論文の質は AMSTAR-2 assessment を使用して行った。レビュー開始前に International Prospective Register of Systematic Reviews (CRD42022351362) に登録した。

C. 研究結果

7 件のレビュー論文が対象となった (図 1)。対象施設としては、病院、外来、施設であった (表 1)。論文の質としては低いものが多かった (図 2)。ACP を進めるにあたって施設での共通した障壁は、面会制限、医療資源や人員不足、医療従事者間の連携不足が挙げられた。介護施設や老人ホームにおいては、緩和ケア医の不足とスタッフの心理的負担が ACP の障壁となり、患者情報共有のための遠隔医療の利用は、ACP 実施の促進要因であった。病院においては、緩和ケアの短期的なトレーニング (病院では ACP に焦点を当てたトレーニングを受けた後に緩和ケアチームに 1 日同行する、介護施設ではスタッフに対してオンラインで ACP のトレーニングを実施する) や、緩和ケア医が急性期医療チームに加わることが ACP 実施の促進要因であった。

ケアハウスやナーシングホームでは、スタッフへの ACP 教育や精神的サポートが促進要因となることが分かった (表 2)。

D. 考察

・遠隔医療の利用

病院、外来施設、介護施設間の情報共有を強化するために、ACP 情報を網羅的に共有できる統合システムの開発は、特に遠隔地や過疎地域で有用なものとなりうる。

・スタッフ教育とサポートの強化

医師、看護師、介護スタッフ向けの ACP に関する短期教育プログラムの開発は、ACP に関する知識とスキルを向上させる有効な方法となりう

る。

・コミュニティベースでの ACP 促進

特に高齢者に対して、コミュニティレベルで ACP に触れる機会を多くすることで、高齢者の ACP 普及に寄与しうる。それにより、施設入居中含む状態悪化時、患者本人や家族の意向にあった医療の提供が出来ることが可能となり、さらに医療スタッフの負担軽減に繋がりうる。

E. 結論

COVID-19 パンデミックによる面会制限は、ACP 実施に大きな障害となった。しかし、病院や施設におけるスタッフへの ACP 教育の不十分さや、ACP の情報共有欠如はパンデミック以前から指摘されており、今回これらの問題が浮き彫りとなった。ACP の短期的なトレーニング方法の開発や、オンラインでのトレーニングプログラム開発、そして即時のオンライン情報共有システムの開発は、今後 ACP 実施を促進する可能性がある

F. 研究発表

Inokuchi R, Hanari K, Shimada K, Iwagami M, Sakamoto A, Sun Y, Mayrs T, Sugiyama T, Tamiya N. Barriers to and facilitators of advance care planning implementation for medical staff after the COVID-19 pandemic: an overview of reviews. *BMJ Open*. 2023;13(10):e075969.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

無し

2. 実用新案登録

無し

3. その他

無し

参考文献

1. Connolly M, Bell M, Lawler F, et al. Hospital-based palliative and end-of-life care in the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Am J Hosp Palliat Care* 2022;39:1105–20.
2. Orem K, Baharlou S, Popp B, et al. Rapid implementation of eMOLST order completion and electronic registry to facilitate advance care planning: MOLST documentation using telehealth in the COVID-19 pandemic. *NEJM Catal Innov Care Deliv* 2020;1:6.
3. Bradshaw A, Dunleavy L, Walshe C, et al. Understanding and addressing challenges for advance care planning in the COVID-19 pandemic: an analysis of the UK Copvall survey data from specialist palliative care services. *Palliat Med* 2021;35:1225–37.
4. Wentlandt K, Wolofsky KT, Weiss A, et al. Identifying barriers and facilitators to palliative care integration in the management of hospitalized patients with COVID-19: a qualitative study. *Palliat Med* 2022;36:945–54.

図1.
論文選択のフローチャート

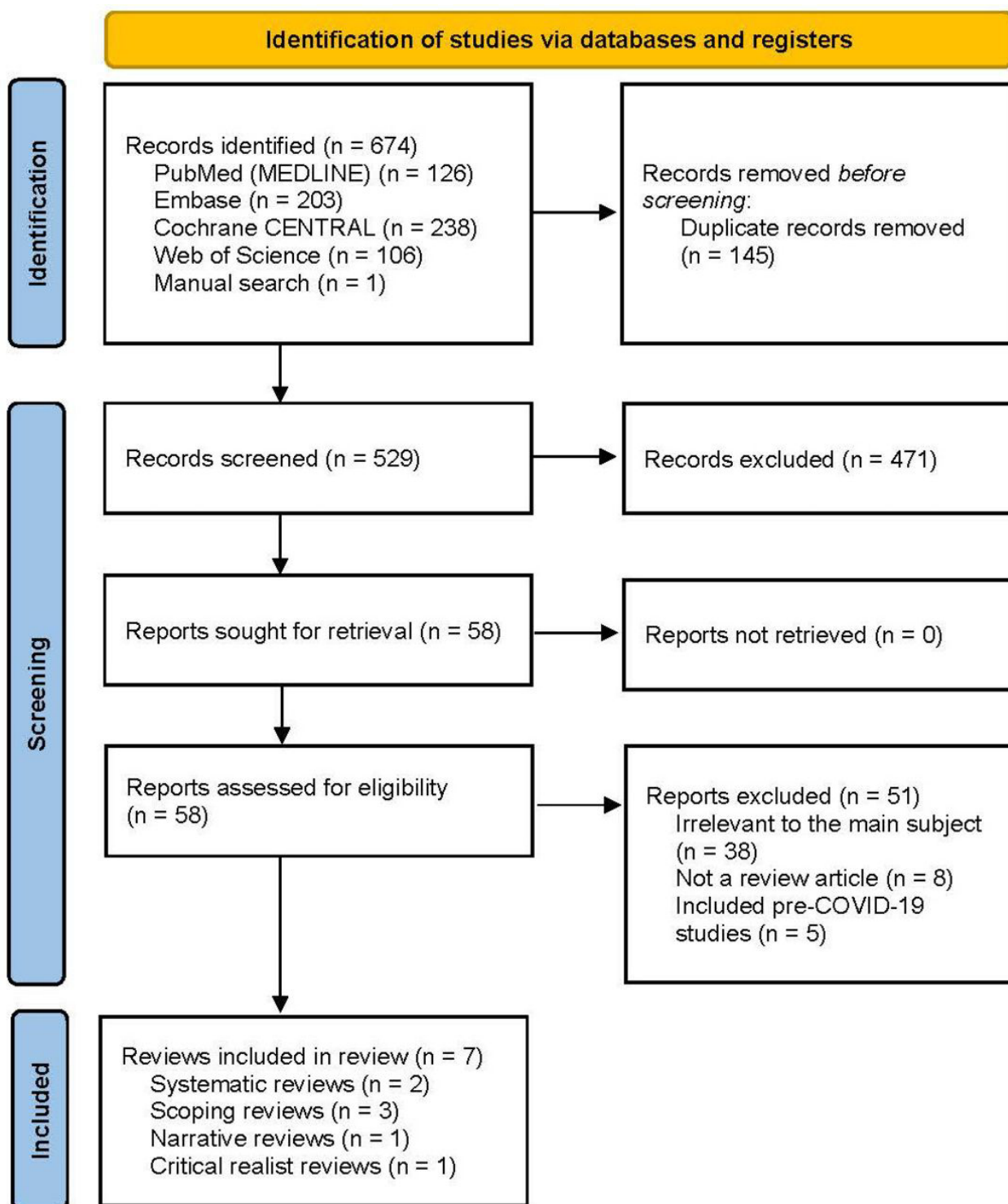


図 2. AMSTAR-2 assessment を使用した論文の質評価

	AMSTAR-2 item																Overall rating
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Hirakawa (2021)	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Grey	Grey	Red	Red	Grey	Green	Critically low
Spacey (2021)	Red	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Grey	Grey	Red	Red	Grey	Green	Critically low
Gesell (2021)	Red	Red	Green	Yellow	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Grey	Grey	Red	Red	Grey	Green	Critically low
Connolly (2021)	Red	Red	Green	Yellow	Green	Green	Red	Yellow	Red	Red	Grey	Grey	Red	Red	Grey	Green	Critically low
Bolt (2021)	Red	Red	Red	Yellow	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Grey	Grey	Red	Red	Grey	Red	Critically low
Lieneck (2021)	Red	Yellow	Red	Yellow	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Grey	Grey	Red	Red	Grey	Red	Critically low
Spacey (2022)	Red	Red	Red	Yellow	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Grey	Grey	Red	Red	Grey	Green	Critically low

表 1. 各論文が対象とした医療施設

First Author	年	レビュータイプ	医療施設
Connolly	令和 3 年	Scoping review	病院
Lieneck	令和 3 年	Systematic review	外来
Bolt	令和 3 年	Scoping review	認知症を扱う介護施設
Spacey	令和 3 年	Systematic review	ケアホーム
Hirakawa	令和 3 年	Narrative review	医療施設の絞り込みなし
Gesell	令和 3 年	Scoping review	医療施設の絞り込みなし
Spacey	令和 4 年	Systematic review	ケアホーム

表 2. ACP の障害・促進因子

ACP を障害する因子	ACP を促進する因子
病院・外来・施設共通	
面会制限 資源や人材不足 病院・施設・外来・訪問診療の連携減少	遠隔医療を使いスタッフと患者、家族、親戚と ACP 情報共有を行う
病院	
緩和ケア医の不足	緩和ケアの短期トレーニングプログラムの作成 緩和ケア医が急性期医療チームに入る 緩和ケア医が家族やスタッフからの相談を受ける体制を作る
施設	
スタッフの精神的な負担	スタッフへの持続的な教育と精神的なサポート

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

COVID-19 がアドバンス・ケア・プランニングに与えた影響に関するシステマティックレビュー

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

研究要旨

本レビューでは、COVID-19 流行下におけるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）のさまざまな障壁と促進要因を明らかにすることを目的とし、COVID-19 パンデミック期間中に発表された研究のうち、COVID-19 パンデミックと ACP の関連について報告した研究を対象とした。

スクリーニングの結果 115 件が選択基準に合致し、13 ヶ国からの報告が含まれていた。COVID-19 パンデミックは、患者との面会制限、病状の急速な進行による意思決定の困難さ、医療体制の逼迫などの課題をもたらした。それにより従来の ACP である、患者主体で家族・近親者・医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行う方法を変更する必要性が生じたことが明らかとなった。

COVID-19 パンデミック下のような医療危機において、遠隔医療の普及、新たな ACP 文書作成プロセスの作成、緩和ケア専門家と多職種によるケアチームの結成、臨床医・患者・介護者への ACP 実施の指導體制の構築などの多様な対応が有効である可能性が示唆された。

A. 研究目的

このシステマティックレビューの目的は、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）のさまざまな障壁と促進要因を明らかにし、COVID-19 の流行が ACP の実践において異なる背景や異なる集団の間でどのように影響したかを明らかにすることである。

B. 研究方法

本システマティックレビューは PRISMA ガイドラインに則り実施した。MEDLINE/PubMed、EMBASE、Cochrane Central Register of Controlled Trials、Web of Science、Google Scholar を用い、COVID-19 パンデミック期間中

に発表された研究のうち、COVID-19 パンデミックと ACP の関連について報告したものを対象とした。検索期間は令和4年11月までとした。本レビュー開始前に International Prospective Register of Systematic Reviews（CRD42022359092）に登録した。

C. 研究結果

文献検索で該当した 843 件の研究のうち、115 件が選択基準に合致した。内訳は、非ランダム化研究が 34 件（29.6%）、レター/意見/論説が 28 件（24.3%）、量的記述研究が 20 件（17.4%）、質的研究が 19 件（16.3%）、報告（症例報告を含む）が 7 件（6.1%）、混合法が 7 件（6.1%）であ

った。また 115 件の研究のうち、31 件 (27.0%) は学会抄録であった。対象となった研究は、13 の異なる国からの様々な背景での研究が含まれていた。最も多かったのは病院 (n=42, 36.5%; 診療所、救急部などを含む)、介護施設 (n=21, 18.3%; 介護施設やサービス付き住宅などを含む)、オンライン/遠隔医療 (n=15, 13.0%) であった。研究参加者の多くは、多様な患者集団 (n=58, 50.4%; COVID-19 患者、入院患者、外来患者、介護施設入居者、認知症と診断された患者など) および医療従事者 (n=34, 29.6%; 医師、看護師、レジデント、介護施設スタッフなど) であった。

分析プロセスによって、研究は四つの主要なカテゴリーに分けられた。(1)状況 (n = 35) - ACP の実践に関する状況を記述する研究。(2)教育 (n = 22) - 一般市民または専門家向けの ACP 関連の教育プログラム/介入を記述する研究。(3)革新 (n = 32) - 新しい ACP 関連の革新を記述する研究。;(4)推奨 (n = 26) - ACP の実践に関する推奨を提供した専門家や組織の文書。

抽出された ACP の障壁と促進要因について、コード化し量的に分析した。165 の障壁が 25 のコードに分類され、250 の促進要因が 21 のコードに分類された。最も頻繁に発生する ACP 促進要因のコードは以下の通りである。遠隔医療/バーチャル ACP プラットフォーム (n = 41, 16.4%)、臨床医のトレーニング (n = 29, 11.6%)、ケアチームの協力体制 (n = 24, 9.6%)、ACP 文書化プロセスの革新と柔軟性 (n = 23, 9.2%)、ACP の話し合いのための指針とプロトコル (n = 20, 8.0%)、ACP/緩和ケアの専門家 (n = 18, 7.2%)、患者/家族のためのリソース/教育 (n = 16, 6.4%)、ACP が必要な人の特定 (n = 12, 4.8%)、医療システムの改善 (n = 11, 4.4%)、情報発信の改善 (n = 11, 4.4%)、臨床医のためのリソース (n = 11, 4.4%)、及び一般市民の ACP の認識 (n = 8, 3.2%)。

最も頻繁に発生する ACP の障壁コードは以下の通りであった。ソーシャルディスタンスと面会制限 (n = 35, 21%)、技術的/遠隔医療の障壁 (n = 10, 6.1%)、ACP の認識/知識の欠如 (n = 9, 5.5%)、限られたリソース (n = 9, 5.5%)、個人防護具の必要性 (n = 9, 5.5%)、急速な病気の進行 (n = 9, 5.5%)、医療体制のひっ迫 (n = 9, 5.5%)、時間的制約 (n = 9, 5.5%)、COVID-19 の予後に関する不確実性 (n = 8, 4.8%)、文化的小および宗教的信念 (n = 7, 4.2%)、終末期ケアについて話し合うことに対する臨床医と患者の不快感 (n = 7, 4.2%)、及び医療システムの障壁 (n = 7, 4.2%)。

対象となった 115 の研究のうち、3 件 (2.6%) の研究が COVID-19 パンデミック中に ACP の関与/文書化が減少したと報告し、29 件 (25.2%) の研究が増加したと報告した。ACP の関与/文書化の増加 (%増加) は、分析可能なデータを含んだ 18 の研究によると、25.4%から 396% (平均 137.75%) であった。これらのうち 1 件の研究では、生命維持治療 (LST) 文書化の 3163% の増加も報告された。また ACP の増加を報告した 34 の研究のうち、ACP 関連の教育介入と革新を記述した研究 (n = 6) では ACP の 25.4-101.6% (平均 55.2%) の増加が報告された。ACP 関連の革新を記述した研究 (n = 10) では ACP の 33.3-396% (平均 151%) の増加が示された。

D. 考察

本研究は、COVID-19 パンデミック下における ACP に関する包括的な分析を行い、課題と機会の双方について明らかにした。本研究の結果は、パンデミックがさまざまな状況での ACP の認識、実施、および受け入れにどのように影響を与えたかを示しており、健康危機による ACP の緊急度の増加が強調された。このパンデミック期間中の ACP の促進要因には、ソーシャルディスタンスによる制限にもかかわらず ACP の議論を

続けることを可能にした遠隔医療サービスの利用拡大が含まれる。遠隔医療の技術は医療提供の格差を埋める潜在性を示し、ACP をより人々にとってアクセスしやすくした。また本研究の結果は、世界的なパンデミックの状況が急速に変化していく中であっても、柔軟性と適応力を持った ACP 文書化プロセスの革新が、患者の希望が記録され尊重されることを保証するための鍵となることを示した。またそのほかに重要な促進因子として、医療従事者の教育とトレーニングも、ACP の会話の質を向上させ、スタッフが ACP の話し合いを敏感かつ効果的に行うことができることを担保する上で重要であると特定された。ACP と緩和ケアの専門家を含む多職種ケアチームは、患者と家族に包括的なサポートを提供し、さらに ACP プロセスを促進する重要な役割を果たした。

一方で本研究では、パンデミック中の ACP に対するいくつかの障壁も明らかにした。その中には、ACP の話し合いや意思決定における家族の関わりを制限してしまう、厳格なソーシャルディスタンスの対応や面会制限によって生じる課題が含まれていた。病気の急速な進行とひっ迫した医療体制もまた、医療従事者が適切に患者と ACP を行うことを困難にした。テクノロジーの障壁、特に情報格差は、高齢者や農村部、サービス提供が不十分な地域の人々においてとくに、遠隔医療へのアクセスを制限していると指摘された。本研究によって、COVID-19 の予後や刻々と変化するパンデミックの見通しの不確かさが、ACP の意思決定やコミュニケーションの困難さにどのように寄与したかが明らかとなった。

本研究の結果から、COVID-19 パンデミックのような医療危機の際に ACP の実施を増やすため、以下の方法が効果的であると考えられる。

1) 遠隔医療サービスの拡大：ACP の話し合いのためにバーチャルプラットフォームを利用

し、ソーシャルディスタンスや面会制限に関連する障壁を克服し、特に高齢者や農村部の人々など、テクノロジーの障壁によりサービス提供が不十分な人が ACP によりアクセスしやすくする。

- 2) ACP 文書の革新：電子署名やバーチャル証人を含む、パンデミックによる制限に対応するための ACP 文書プロセスにおける柔軟性と革新を採用する。
- 3) 医療従事者のトレーニングの強化：ACP と緩和ケアのトレーニングを医療従事者に提供し、バーチャル ACP における臨床コミュニケーションスキルや最善の手法について重きをおく。
- 4) 多職種チームの利用：包括的な患者中心の ACP のために、ACP と緩和ケアの専門家を含む多職種ケアチームを活用する。
- 5) 技術的障壁の対処：情報格差を解消し、すべての人々が ACP の話し合いのための遠隔医療サービスに平等にアクセスできるようにする。
- 6) 一般市民および医療従事者の ACP 認識の向上：教育とリソースを通じて、一般市民と医療従事者の ACP の認識と理解を高めるための対策を強化する。
- 7) 早期の ACP の促進：人生のより早い段階で ACP の話し合いを積極的に開始することを推奨することで、十分な準備や患者中心のケアを確保する。
- 8) 明確な ACP ガイドラインとプロトコルの開発：COVID-19 のような状況やそれを超える状況に対応する、ACP の話し合いのための特別なガイダンスとプロトコルを作成し、普及させる。
- 9) 臨床医のサポートとリソースの強化：ACP 情報ウェブサイト、視覚支援、サポートセンターなどのリソースを提供し、臨床医が ACP の話し合いを効果的にナビゲートできるよう

にする。

- 10) ACPにおけるコミュニティエンゲージメントの促進：地域のコミュニティを活用したり、必要に応じて宗教的観念も取り入れたりすることで、ACPにかかわる情報発信を改善し、ストーリー仕立ての情報やメディアを利用して一般市民の認識と参加を高める。

ACPへの関与を促進する重要な手段として、ACPに対する一般市民の認識を高めることが挙げられる。本レビューに含まれる研究には、ACPに関わっていく必要性を啓発するさまざまな努力や推奨事項が記載されており、大規模な取り組み、ACP関連資料の大量配布、早期のACPによる意思決定の必要性を周知するためのメディアによる広報の増加などが含まれる。

リソースの改善の必要性と連動して、情報発信の改善もACPの促進要因として挙げられた。情報発信を改善する戦略には、地域のコミュニティの活用や必要に応じて宗教的観念を取り入れた取り組み、短いビデオの使用、モチベーションなストーリーが含まれる。ACPに関するメッセージング戦略の強化は、ACPの重要性についての一般市民の認識を改善し、ACPへの関与を促進する可能性がある。これらの戦略の具体案として、日本におけるACPの普及を増やすためには、例えば著名で尊敬されている日本の有名人に、ACPについての自身の話を共有してもらうことなどが考えられる。また、欧米ではACPは「個々の患者の希望を尊重する方法」として強調されるが、ACPによってケアに関する意思決定を行う家族の負担を軽減させることができることにより着目し「家族を助ける方法」として説明することもできる。最後に、広く流通している日本のソーシャルネットワーキングプラットフォームやIT業界のリーダーとの提携は、ACPの情報発信だけでなく、ACPの提供や文書化プロセスに革新的な解決策を生み出すのに役立つかもしれない。

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・ケアについて医療従事者からの適切な情報の提供と説明、多職種の医療・介護従事者および本人、家族とで繰り返し話し合いが行われることが重要であると述べている。本研究では、パンデミック下では通常行っている方法において多様な障壁が生じること、生じた障壁に対し遠隔医療や電子署名などの新しいテクノロジーを活用することによりACPで重要なプロセスに沿った実施が可能となることが明らかとなった。ガイドラインで述べられている原則が重要であることは状況によらず不変であるが、パンデミックだけでなく様々な医療危機や患者状況、医療状況に応じて工夫しながら実施を継続していくことが必要である。

E. 結論

本レビューの結果から、COVID-19パンデミックはACPの受け入れや実施に肯定的な影響を与えた可能性が示唆された。パンデミックは厳格なソーシャルディスタンス、COVID-19の予後に関する不確実性、急速な病気の進行、および医療体制のひっ迫など、重大な課題を提示したが、医療従事者は遠隔医療の広範な採用やACP文書化プロセスの柔軟性、多職種ケアチームおよびACPと緩和ケアの専門家の活用、臨床医、患者および介護者へのACP関連の指針、リソース、教育の提供など、革新的な解決策を見つけることでこの課題と向かい合った。本システムティックレビューの結果は、多くの国において多くの障壁があったにもかかわらず、COVID-19パンデミックが多様な人々の間でACPを促進する機会となったことを示していた。COVID-19パンデミック下において、ACPの提供と促進の課題にどのように医療従事者が立ち向かったかを研究することは、将来的な医療危機に対処し、さらに医療

における ACP の実践を改善するための重要な洞察を提供した。

F. 研究発表

Mayers T, Sakamoto A, Inokuchi R, Hanari K, Ring, H.Z, Tamiya N. Situation, Education, Innovation, and Recommendation: A Large-Scale Systematic Review of Advance Care Planning in the Age of COVID-19. Healthcare 2024, 12, 667. <https://doi.org/10.3390/healthcare12060667>

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

参考文献 なし

研究成果の刊行に関する一覧表：

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
森岡典子 (研究協力者)	Japanese Local Governments' Dissemination Activities for Advance Care Planning: A Descriptive Analysis of a Nationwide Survey during the COVID-19 Pandemic	International Journal of Environmental Research and Public Health	20(7)		2023
坂本彩香 (研究協力者)	Association between physicians' characteristics and their knowledge, attitudes, and practices regarding advance care planning: a cross-sectional study	BMC Palliative Care	22(1)		2023
井口竜太 (研究分担者)	Barriers to and facilitators of advance care planning implementation for medical staff after the COVID-19 pandemic: an overview of reviews	BMJ Open	13(10)		2023
Mayers, Thomas David (研究分担者)	Situation, Education, Innovation, and Recommendation: A Large-Scale Systematic Review of Advance Care Planning in the Age of COVID-19	Healthcare	12(6)		2024

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 学長

氏 名 永田 恭介

次の職員の令和5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 厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 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の改訂のための研究 (22CA2028)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学医療系/ヘルスサービス開発研究センター・教授/センター長
(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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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

機関名 国立研究開発法人
国立国際医療研究センター
所属研究機関長 職名 理事長
氏名 國土典宏

次の職員の（元号） 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 厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 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の改訂のための研究（22CA2028）
3. 研究者名（所属部署・職名） 国立国際医療研究センター糖尿病情報センター医療政策研究室・室長
（氏名・フリガナ） 杉山 雄大・スギヤマ タケヒロ

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）
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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:人を対象とする医学系研究に関する倫理指針）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	筑波大学	<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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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

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 田中 雄二郎

次の職員の令和5年度厚生労働行政推進調査事業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 厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 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の改訂のための研究 (22CA2028)
3. 研究者名 (所属部署・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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	東京医科歯科大学	<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)

倫理指針対象外であるが、本学統合教育機構倫理審査委員会において審査済

(※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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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

機関名 国立大学法人東京大学
 所属研究機関長 職名 学長
 氏名 藤井 輝夫

次の職員の令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金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。

- 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
- 研究課題名 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の改訂のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院・講師
(氏名・フリガナ) 井口 竜太・イノクチ リョウタ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 令和6年度の委員会で審査予定)
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

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 永田 恭介

次の職員の令和5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 厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 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の改訂のための研究 (22CA2028)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学医療系・助教
(氏名・フリガナ) Mayers, Thomas David

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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職 名 筑波大学長

氏 名 永田 恭介

次の職員の令和5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 厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 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の改訂のための研究 (22CA2028)
3. 研究者名 (所属部署・職名) ヘルスサービス開発研究センター・研究員
(氏名・フリガナ) 羽成恭子 ・ ハナリキョウコ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。