

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)。

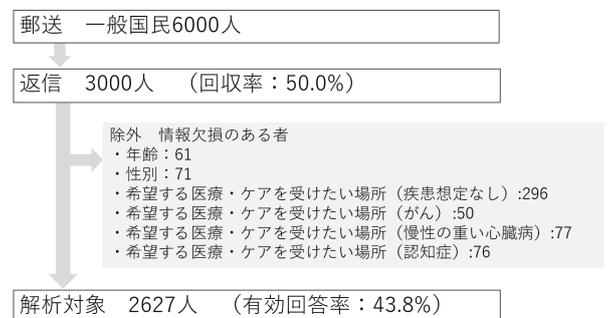
1- (2) 人生の最終段階における医療・ケアを受けたい場所に関連する要因

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 年の同意意識調査¹⁰の 39.5% (回収率: 16.2%)、前々回平成 25 年の同意意識調査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>

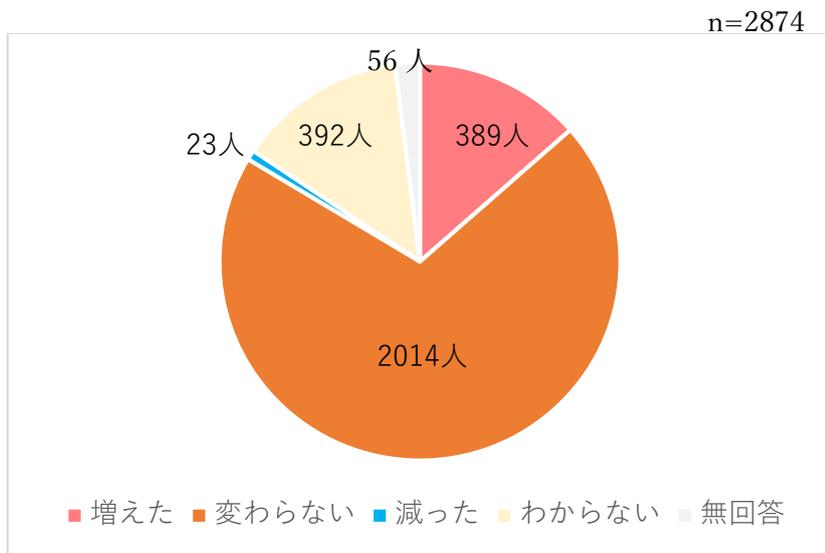
15. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care*. Feb 15 2013;12:7. doi:10.1186/1472-684x-12-7

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

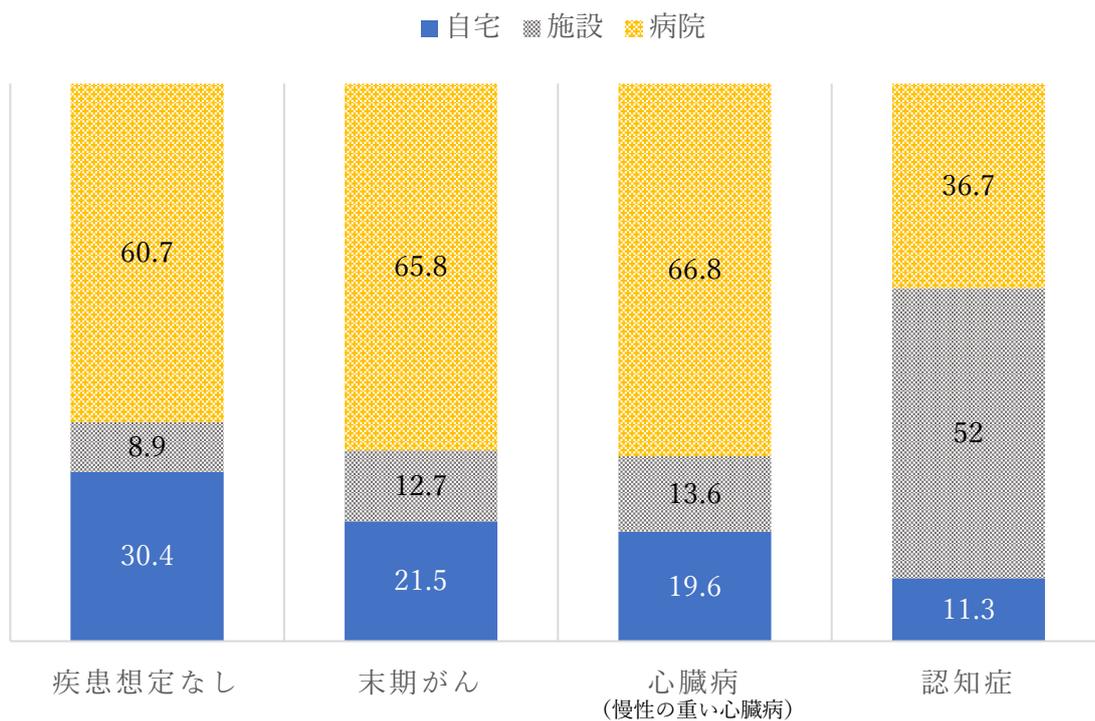
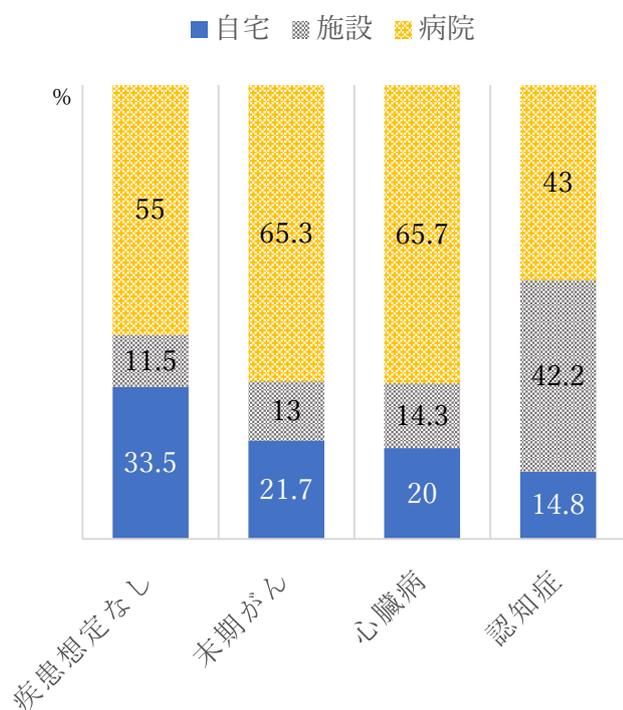


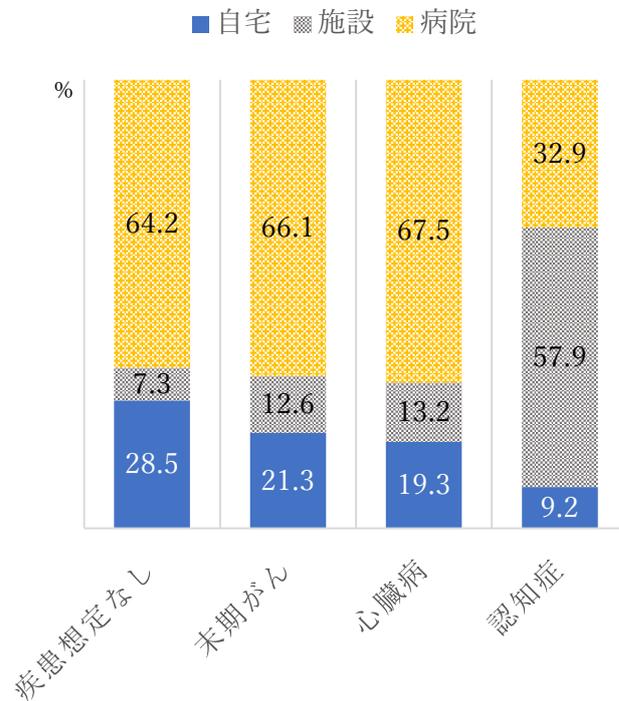
Table3. 希望する療養場所の割合の2群間比較

		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	$P<.0001$

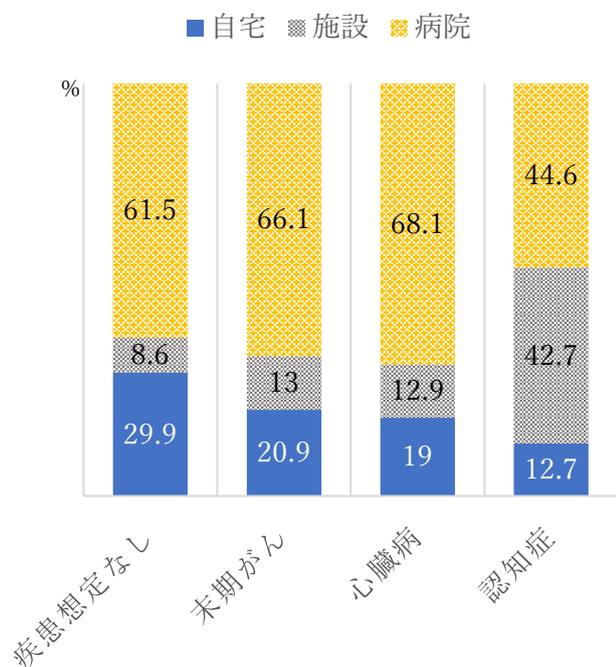
Graph3a 各想定における人生の最終段階に希望する療養場所 (65歳以上)



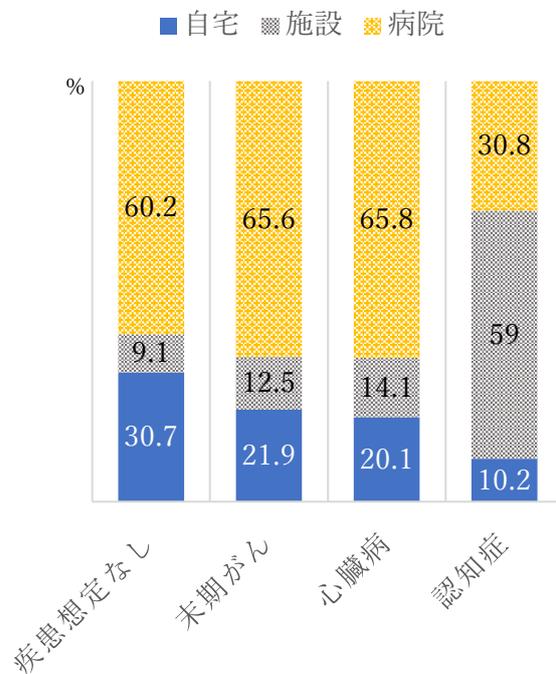
Graph3b 各想定における人生の最終段階に希望する療養場所 (65歳未満)



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