

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.