筑　波　大　学

博 士 （ 医 学 ） 学 位 論 文

アドバンスケアプランニングを
より効果的に実践するための実証研究

―全ての人ひとりひとりの希望にそった
人生の最終段階における医療・ケア提供のために―

２０２０

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科
羽成　恭子

目次

第１章　研究背景..... 1

１．はじめに

２．人生の最終段階における意思決定の文化的背景

３．日本におけるアドバンスケアプランニングの取り組み

４．諸外国におけるアドバンスケアプランニングの取り組み

５．アドバンスケアプランニングにおいて予め話し合っておく内容

６．まとめ

第２章　アドバンスケアプランニングに関する文献的考察 7

１．アドバンスケアプランニングの定義

２．アドバンスケアプランニングの効果

３．アドバンスケアプランニングの３つのステップ

４．アドバンスケアプランニングで実践する内容

５．アドバンスケアプランニングの対象者・タイミング

６．アドバンスケアプランニングの中でも特に話し合うことに促進的に関連する要因・障壁となる要因

７．アドバンスケアプランニングを行う際の医療介護提供者の役割

８．まとめ

第３章　研究目的..... 19

第４章　【研究 1】アドバンスケアプランニングにおける話し合いを行うことと過去の介護経験やその他の要因の関連..... 20

A.　研究背景および研究目的

B. 研究方法

C. 研究結果

D. 考察

E. 結論

第 5 章 【研究 2】希望する人生の最期の場所の選択と地域医療に対する安心感の関連. . 45
A. 研究背景および研究目的
B. 研究方法
C. 研究結果
D. 考察
E. 結論

第 6 章 【研究 3】希望する人生の最終段階の療養場所の選択と想定される疾患の関連. . 56
A. 研究背景および研究目的
B. 研究方法
C. 研究結果
D. 考察
E. 結論

第 7 章 総合的考察. 74

第 8 章 結論. 82

概要図 ..... 83・84

本研究に関する質問紙
人生の最終段階における医療に関する意識調査 85

人生の最終段階に関する意識調査 99

謝辞 103

出典 104

第 1 章

研究背景

1. はじめに

日本は、平均寿命がこの 70 年間延伸し続け[1]、死亡者数も増加し続けており[2]、世界でも類をみない高齢多死社会に突入している。高齢者の数も増加し、介護を必要としている人の人数も増加していることに加え[3]、年間約 100,000 人が家族介護を理由に離職をしている[4]。一方、諸外国でも今後高齢化は急速に進行していくことが予想され[5]、日本のみならず世界においても、全ての人ひとりひとりが自身の希望する人生の最終段階を経て最期をむかえることへの備えが必要である。

人生の最終段階にどのような疾患を患うか、どのような状態になるのかは自身で選択することはできないが、がんや心疾患、老衰、脳血管疾患など、死亡に至る疾患や状態になった際、自身がどのような医療やケアや療養を受けたいのかは本来選択することが可能なはずである。近年はいずれの疾患であっても新たな治療法や新薬の開発で、治療の選択肢が広がっており、自身の人生における価値や目標に沿った治療の選択が可能となってきた。しかし、高齢者の 43%は人生の最終段階の治療に関する意思決定が必要となるものの、そのうち 70%は意思決定が必要な時に判断能力を喪失しているという報告が示唆するように[6]、自身で人生の最終段階の治療に関する意思決定が困難となる場合が考えられる。意思決定能力を失ったときに、どのような治療の選択肢があり、どのような意思決定が必要になるかは予測不能なことが多く、その適用基準も状況に応じて様々である[7]。近年では、代理意思決定者や家族、そして医療介護提供者が個人の人生における価値や目標を、あらかじめ話し合いを通して共有することで、患者自身が意思決定困難な状況でも患者の意向を反映した意思決定が可能になると考えられている。そして、将来受ける治療を含む医療や介護、療養に関連する個人の人生における価値や目標や好みを理解し、周囲の人々と共有していくというプロセスを重視したアドバンスケアプランニング（Advance care planning：以下 ACP）の重要性が指摘されている。ACP に関する海外の論文本数は 1993 年までは年間 1 桁台であったが、1994 年からは 2 桁台となり、2017 年では 800 件を超えてきていることからも[8]、その重要性が広く認識されてきていることが読み取れる。

2. 人生の最終段階における意思決定の文化的背景

人生の最終段階に関することを考え、意思決定をする際、国や地域の文化的背景を考える必要がある。それは、人生の最終段階という言葉は、文化的要因が大きく関わる“死”を想定もしくはイメージすることが避けられないという点と、意思決定様式がそもそも文化的

に異なるためである。先行研究では、率直な人生の最終段階に関する話し合いは文化や人種間で異なることが指摘されている[9]。日本では「死」に関することは、縁起でもない話と敬遠されてしまう文化的な背景がある。そして、日本を含むアジアにおける意思決定様式は、個人の Autonomy よりも、家族の調和を重視することが好まれることがわかっている[10,11]。これは、アジアでは個人の決断に常に価値が置かれるわけではなく、家族等の代理意思決定者がベストな意思決定をしてくれるという信頼が根付いている文化的な背景（例えば儒教でいう“孝”という教え）が関連しているかもしれない[12]。そしてアジアでは、自身の気持ちをより間接的に伝えたいと考える傾向や、自身の価値や目標や好みに関する話し合いでは暗黙のコミュニケーションを好む傾向が指摘されている[12]。このような文化的背景を考えると、日本における人生の最終段階に関する話し合いの促進が容易でないことは想像に難くない。しかし、だからこそ医療介護提供者は、ACP を行うことができる適切な機会を逃すことなく関わっていく必要があると考える。

3. 日本におけるアドバンスケアプランニングの取り組み

日本ではすでに ACP に関連する取り組みが様々なされている。厚生労働省は、よりよき人生の最終段階における医療の実現を目指し「人生の最終段階の医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を 2007 年に策定した。その後、高齢多死社会の進展に伴い地域包括ケアの構築に対応する必要があることや、ACP の概念の普及を鑑み、ACP の重要性、代理意思決定者をあらかじめ定めることの重要性、繰り返し話し合いを行いその都度文書でまとめ、本人・家族・医療ケアチームで共有することの重要性が盛り込まれる形で、ガイドラインは 2018 年に改訂がなされている[13]。2016 年からは各施設から多職種で参加する「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」が導入され、医療介護提供者のスキルアップがはかられている。また、ACP を広く一般国民へ普及するため、2018 年 11 月に厚生労働省は ACP の日本語愛称を“人生会議”と決定し[14]、以降人生会議に関するリーフレットや学習サイトを整備している。なお、このように ACP の普及が進められてきている我が国における ACP の実状に関しては、厚生労働省が一般国民を対象として 5 年毎に実施している「人生の最終段階における医療に関する意識調査」で調査されている。2017 年に実施された調査では[15]、人生の最終段階における医療・療養についてこれまでに考えたことがあると回答した人は 59.3%、死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について、家族等や医療介護関係者と話し合ったことがあると回答した人は 39.5%、自分が意思決定できなくなったときに備えて、どのような医療・療養を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面をあらかじめ作成しておくことに賛成と回答した 66.0%のうち、

実際に書面作成をしているのは 8.1%であったという結果が公表されている。一般国民レベルで考えた際に、ACP の実践にはまだまだ課題があると考えられる。

4. 諸外国におけるアドバンスケアプランニングの取り組み

諸外国における ACP の取り組みは、国によって様々である。ACP はアメリカ合衆国においてこの 40-50 年の間に考え出され実践へ移され、イギリスで新たな実践も加えられ、双方がお互い刺激しあいながら発展してきており [16]、それぞれの国において、法的な整備もなされている。両国とも、自分の意思を表明できない状況になった際、医療に関する意思決定を行ってくれる代理意思決定者を合法的に選択することが許されている。なお、アメリカ合衆国では、個人の人生の最終段階における医療的介入に関する希望を記載したリビングウィルは法的な根拠をもっているが、イギリスではそのようなものはない。アジアでは、特に台湾と韓国で ACP に関わる先進的な取組がなされている。台湾では 2015 年 12 月に「病人自主権利法」という法律が制定され、完全な行為能力を有する希望者が、「医療の事前指示書（AD : アドバンス・ディレクティブ）に関する相談（アドバンスケアプランニング）」を通じて、あらかじめ AD を作成し、5 つのケース（末期患者・不可逆性昏睡患者・植物状態の患者・極めて重篤な認知症・政府が公示する深刻な疾病）のどれかになった場合に延命治療を受けるかどうかを決めておくことを促進しており、ACP クリニックというものが設けられている。韓国では、2016 年に「延命治療決定法」が制定され、2018 年 2 月から施行されている。対象となる者は、医師 2 人に死が迫っていると判断された患者に限られ、原則的には本人の意思を示した書面が必要になる。内容として、人工呼吸器の取り外しのほか、心肺蘇生や抗がん剤の中止が盛り込まれ、こうした治療を最初から差し控えることも可能となっている。なお、薬物投与による安楽死は認められてはいない。

諸外国における一般国民を対象とした ACP の実状に関しては、人生の最終段階の話し合いを実施しているのはアメリカ合衆国では 48-62%[17,18]、オランダでは 64%[19]、カナダでは 52%[20]、事前指示書の作成はアメリカ合衆国では 26%[17]、韓国では 4.7%[21] と報告されている。

5. アドバンスケアプランニングにおいて予め話し合っておく内容

国際的・学際的な ACP の専門家 52 人が参加する Delphi 法により ACP の定義が示された際、ACP 実践における 41 の推奨事項も示され、その中には ACP において予め考え話し合っておく内容として、人生の最終段階における治療のみに限らず、ケアや療養に関する事項も含まれる [22] と記載されている。特に日本では、がん患者の遺族を対象とした研究において、人生の最終段階に関して最も話し合いがなされた内容は、蘇生措置よりも療養場所で

あったことが示されており[23]、人生の最終段階をどこで過ごし、どこで最期をむかえるかを話し合い、備えておく必要が窺える。これは、我が国における人生の最終段階の療養場所や死亡場所が、2000 年の介護保険の成立、2006 年の在宅療養支援診療所の新設や介護保険の特定疾患に末期がんを指定するという経過を経て、徐々に多様化していることが関係している可能性が考えられる。実際に、全死亡に対してどの程度の死亡がそれぞれの場所で発生したかに注目すると、病院：2000 年 78.2%、 2018 年 72.0%、介護施設（介護保健施設・介護福祉施設を合わせたもの）: 2000 年 0.5%、2018 年 2.6%、老人ホーム : 2000 年 1.9%、2018 年 8.0%、自宅 : 2000 年 13.9%、2018 年 13.7%であり[24]、介護施設や老人ホームでの死亡の割合が増加していることがわかる。なお、患者が抱える疾患ががんでなくても、各病院の機能分担が進み、医療費抑制のため入院期間の短縮が診療報酬の改定を伴いながら進められている昨今において、病院側としても人生の最終段階の療養を目的とした長期の入院を可とすることは困難と予想され、入院の時点から次の療養場所の選択を患者・家族に求めているのが実状と考えられる。人生の最終段階の療養を希望する場所で受けることは、患者や家族にとってよい死（good death）の構成要素であることから[25]、先述のように多様化する人生の最終段階の死亡場所や療養場所に関して、あらかじめ個人の希望を話し合っておくことは重要である。

6. まとめ

高齢多死社会をむかえている日本を含めた世界の状況において、全ての人ひとりひとりが個人の希望する人生の最終段階を過ごすことを可能にするため、ACP の重要性が指摘されている。特に日本では人生の最終段階の療養場所や死亡場所の多様化に伴い、あらかじめ希望するそれぞれの場所についても話し合っておく必要があると考えられる。今後 ACP をより促進するために、これまでに明らかとなっている ACP に関する知見を俯瞰した上で、さらなる ACP の促進に寄与する知見を探求する研究が必要であると考える。

参考文献

1. Ministry of Health, Labour, and Welfare. Life Expectancies at Specified Ages. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life16/dl/life16-02.pdf. Accessed March 26, 2020.
2. 厚生労働省. 令和元年（2019）人口動態統計の年間推計 2019; https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikei19/dl/2019suikei.pdf.

Accessed 8 月 25 日, 2020 年.

3. Ministry of Health, Labour, and Welfare Present condition and future prediction of Long-Term Care Insurance System. 2018; https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000213177.pdf. Accessed April 2, 2020.
4. Ministry of Internal Affairs and Communications. The results of employment structure basic survey. 2017; https://www.stat.go.jp/data/shugyou/2017/pdf/kgaiyou.pdf. Accessed April 2, 2020.
5. 内閣府. 平成 30 年版高齢社会白書 2 高齢化の国際的動向 第 1 節 高齢化の状況 2018 年; https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_1_2.html#:~:text=. Accessed 8 月 26 日, 2020 年.
6. Silveira MJ, Kim SY, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med.* 2010;362(13):1211-1218.
7. Barnato AE. Challenges In Understanding And Respecting Patients' Preferences. *Health Aff (Millwood).* 2017;36(7):1252-1257.
8. 谷本真理子, 芥田ゆみ, 和泉成子. 日本におけるアドバンスケアプランニング研究に関する統合的文献レビュー. *Palliative Care Research.* 2018 年 13 巻(4 号):341-355.
9. McDermott E, Selman LE. Cultural Factors Influencing Advance Care Planning in Progressive, Incurable Disease: A Systematic Review With Narrative Synthesis. *J Pain Symptom Manage.* 2018;56(4):613-636.
10. Kwak J, Haley WE. Current research findings on end-of-life decision making among racially or ethnically diverse groups. *Gerontologist.* 2005;45(5):634-641.
11. Bito S, Matsumura S, Singer MK, Meredith LS, Fukuhara S, Wenger NS. Acculturation and end-of-life decision making: comparison of Japanese and Japanese-American focus groups. *Bioethics.* 2007;21(5):251-262.
12. Mori M, Morita T. End-of-life decision-making in Asia: A need for in-depth cultural consideration. *Palliat Med.* 2020:269216319896932.
13. 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. 2018 年; https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf. Accessed 8 月 26 日, 2020 年.
14. 厚生労働省. 「人生会議」してみませんか. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html. Accessed 8 月 26 日, 2020 年.
15. 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. 2018; https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf. Accessed 8 月 9 日, 2020.

16. Stein GL, Fineberg I. Advance Care Planning in the USA and UK: A Comparative Analysis of Policy, Implementation and the Social Work Role. *British Journal of Social Work.* 2013;43((2)):233-248.

17. Rao JK, Anderson LA, Lin FC, Laux JP. Completion of advance directives among U.S. consumers. *Am J Prev Med.* 2014;46(1):65-70.

18. Center PR. Views on End-of-Life Medical Treatments. 2013; https://www.pewforum.org/2013/11/21/views-on-end-of-life-medical-treatments/. Accessed April 2, 2020.

19. Raijmakers NJ, Rietjens JA, Kouwenhoven PS, et al. Involvement of the Dutch general population in advance care planning: a cross-sectional survey. *J Palliat Med.* 2013;16(9):1055-1061.

20. Teixeira AA, Hanvey L, Tayler C, Barwich D, Baxter S, Heyland DK. What do Canadians think of advanced care planning? Findings from an online opinion poll. *BMJ supportive & palliative care.* 2015;5(1):40-47.

21. Shin DW, Lee JE, Cho B, Yoo SH, Kim S, Yoo JH. End-of-life communication in Korean older adults: With focus on advance care planning and advance directives. *Geriatrics & gerontology international.* 2016;16(4):407-415.

22. 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.* 2017;18(9):e543-e551.

23. 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.

24. 厚生労働省. 第 1 編　人口・世帯　第 2 章　人口動態　第 1-25 表　死亡数・構成割合、死亡場所 x 年次別 2019; https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html. Accessed 8 月 31 日, 2020 年.

25. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol.* 2007;18(6):1090-1097.

第 2 章

アドバンスケアプランニングに関する文献的考察

高齢多死社会をむかえている日本を含めた世界の状況において、昨今アドバンスケアプランニング（Advance care planning：以下 ACP）の重要性が、臨床現場、研究分野、厚生労働省をはじめとした公的セクターでも認識され、多くの議論や研究、活動が広がっている。本章では ACP に関するこれまでに明らかとなっている知見を俯瞰するため、PubMed を用いて文献的考察を行った。

１．アドバンスケアプランニングの定義

2017 年、老年学・緩和医療を専門とする医師で、数々の ACP の研究に携わっている Sudore らにより、国際的・学際的な ACP の専門家 52 人が参加する Delphi 法を用い、ACP の定義が以下のように示され [1]、以降、臨床分野でも研究分野でも引用されている。「Advance care planning is a process that supports adults at any age or stage of health in understanding and sharing their personal values, life goals, and preferences regarding future medical care. The goal of advance care planning is to help ensure that people receive medical care that is consistent with their values, goals and preferences during serious and chronic illness.」定義には、ACP のゴールは個人が、自身の人生における価値や目標や好みに一致した医療ケアを受けることであると明示され、ACP はゴールにむけたプロセスであると定義されている。示された ACP の定義の中には、事前指示書に関する文言は含まれておらず、ACP のゴールが事前指示書の作成ではなく、あくまでも自身の人生における価値や目標や好みに一致した医療ケアを受けることであると示されたことは注目すべき点である。歴史的な背景として、アメリカ合衆国で行われた 9000 名を対象としたランダム化比較試験：SUPPORT study にて [2]、事前指示書作成の介入（看護師が病状理解を確かめ事前指示書作成をし、医師へ伝える）では、集中治療室の利用、疼痛緩和、事前指示書の厳守、患者・家族満足度が非介入群と差が認められず、患者アウトカムの改善にはつながらないことが示された。考察として、事前指示書作成のみではその後状況が変化した時に希望が変わる可能性や、代理意思決定者がその内容を知らなかったり、どうしてその選択を患者がしたのか理解できなかったりしたことが指摘され、以降、患者・家族・医療介護提供者が話し合うプロセスが重要であることが認識された。そして ACP の効果に関するシステマティックレビューでは、SUPPORT study が示される 2000 年より前は事前指示書作成への介入をし、その作成率をアウトカムにしている研究が多かったが、

2000 年以降はコミュニケーションを通して話し合いをするプロセスへ介入し、話し合いがなされるかどうかをアウトカムにするものへとシフトしてきていることが示されている[3]。今後より一層、将来受ける医療やケアに関連する個人の人生における価値や目標や好みを理解し、周囲の人々と共有していくというプロセスを重視した実臨床における ACP の実践や、研究分野における探索が進むと考えられる。

2．アドバンスケアプランニングの効果

国内外における介入研究を含む様々な先行研究により、ACP には多様な効果があることが明らかとなっている。対象者に ACP に関する情報提供や教育を行った場合、人生の最終段階の医療に関する希望を記載した文書作成が促進され、患者と代理意思決定者の話し合いが向上したことが示されている[4]。また、意思決定支援を行うと、事前指示書、治療の選択、ケアの目標に関する知識が向上し、事前指示書作成や話し合いが促進され[5,6]、意思決定時の対立が減少することが示されている[5]。 そして、ACP の実践により患者・家族・医療介護提供者間の人生の最終段階における個人の希望が明確となり[7]、話し合いが増し[7,8]、希望しない延命治療を避け[7,9]、個人が希望するケアと提供されるケアが一致するようになること[3]が示唆されている。また、ACP は人生の最終段階のケアに対する患者や家族の満足感を増し、自分は大切にされている、自分が主体的に関わっている、という気持ちや安心感をもたらし、心の安らぎや安堵感が得られることが示されている[7,8]。加えて、ACP により自身の希望する場所で最期をむかえることができるようになることも報告されている[9,10]。これらは全て、個人が自身の望む人生の最期をむかえ、少しでも「いい人生だった」と思うことにつながると考えられる。なお、患者自身のみならず、家族の感情やスピリチュアルなニーズに応えることができ[11]、患者が亡くなった後の状況においては、ACP がなされていた場合、遺族のストレス、不安およびうつが軽減する報告もされており[12,13]、患者のみならず、家族・遺族への効果も認められている。

一方、ACP が医療経済に与える影響については、情報が限定的である。ACP を行うと緩和ケアを望み、積極的な治療に対する希望が減り[14-16]、集中治療室の利用は減少することを報告する先行研究があり[17]、医療費の削減となる可能性は示唆されてはいるものの[14]、ACP と医療費の関係を明らかにする質の高い研究が不足しているため、結論は出ていない。

３．アドバンスケアプランニングの 3 つのステップ

対象者に事前指示書作成に関する情報提供を行った半年後に、ACP におけるプロセスをどの程度進めているか電話でインタビューをした研究が 2005 年にアメリカで行われ、ACP を実践する際には、3 つのステップ：考えること・話し合うこと・書面作成があることが示された [18]。この 3 つのステップを提示した文献では、個人の将来の状況は必ずしも見通せるわけではなく、事前指示書は特異的な状況を指定して記載するというよりは広範な内容の指示であり、必ずしも書面が最終形ではないという理由で、書面作成よりも、個人が家族や医療介護提供者と考え、話し合いをしていくプロセスが重要であることが強調されている。書面作成に焦点をおいてしまうと、医療組織は事前指示書をどのくらい作成しているか情報提供が求められたり、ともすると事前指示書作成が医師の実績評価に組み込まれてしまったり、患者自身の自己決定を奪ってしまう可能性が指摘されている [19]。これらの先行研究をもとに、わが国の状況から考えると、仮に医療機関や介護施設で DNAR（do not attempt resuscitation）をカルテに記載するためだけの書面作成が医療介護提供者主体でなされていたり、診療報酬に起因する入院期間の制限により患者の意向が話し合われないまま退院や転院を強いられていたりするならば、ACP のステップを踏んでいないばかりか、それは患者自身の希望を考え話し合うことを通して行う自己決定の機会を奪っていると考えられる。ACP は個人が、自身の人生における価値や目標や好みに一致した医療ケアを受けるためのプロセスであることから、医療介護提供者は、書面作成をただ促すのではなく、そのプロセスに含まれる考えることや話し合うことに促進的に関わる必要があると考える。

４．アドバンスケアプランニングで実践する内容

ACP の効果が様々な研究により明らかとなり、世界各国で ACP の促進がなされるにあたり、ACP では具体的にどのようなことを実践するのか国際的な統一見解が必要となった。そこで、Rietjens や Sudore らがヨーロッパ、アメリカ、オーストラリアから ACP に関する 109 人の専門家が参加する Derphi 法を用いて、ACP における 41 の推奨として、ACP に含まれる要素や実践する内容を提示している [20]。例えば ACP では、個人に ACP を実践する意義やゴールが説明され、診断、今後の見通し、治療や療養の選択肢について情報提供され、個人の人生における目標や希望が探索され、何を選択するか話し合いをもつ必要性が示されている。

５．アドバンスケアプランニングの対象者・タイミング

前述の定義[1]から、いかなる年齢や健康状態であってもなされることが読み解けるACP に関して、先行研究では ACP を開始するタイミングについて一定の見解は得られていない。しかし、医療介護提供者が ACP を実践する際には、いつ開始をするかのタイミングは関心事であり、緩和ケアを開始するタイミングを検討する際に用いられるサプライズクエスチョン[21]を、ACP を開始するか検討する際に代用することがある。なお、サプライズクエスチョンは、「この患者さんが 1 年以内に亡くなったら驚きますか？」と自問自答し、もし驚かないなら緩和ケアの対象者であると判断するツールである。ただし、疾患を有し、残された時間が例えば 1 年以内など、限られた人のみが ACP の対象者と考えるには不足がある。なぜならば、実際に治療方針や入院するかどうかなどを決定しなければならない状況において、自己決定能力を喪失している成人の割合は、身体疾患に関する状況では平均 34%、精神疾患（認知症を含む）に関する状況では平均 45%と報告されており[22]、成人いずれの世代においても ACP を促進し、自身の人生の最終段階の医療について考え、話し合って備えておくことは重要だからである。

ACP を実践するタイミングに関する明確な指針を示した文献はないが、ACP を実践する対象者によって、話し合っておく内容が異なることを、アメリカ合衆国において person-centered care のシステム構築を目指す組織：Respecting Choices®が提示している[23]。なお、1985 年に倫理の専門家が家族も臨床医も患者が話し合いに参加できない時の意思決定に関連するモラルの苦悩が頻発していることを認識したことがきっかけとなり、1986～87 年に外来透析患者を対象とした ACP プログラムが発足し、これが Respecting Choices®の原型となった。1990 年には、事前指示書（advance directive）特別委員会が設立され、患者・家族・医師が医療に関する意思決定に対してよりよい準備ができるように ACP プログラムの充実がはかられ実施された。その後は 1993 年から指導者講習が開始され、1995-96 年には Respecting Choices®の各種プログラムに対する市民におけるアウトカム評価の研究がなされ、2012 年に ACP プログラムの質の向上、普及を担う現在の Respecting Choices®となった。以降も現在まで国際的な研修や研究を通して ACP を発展させてきており、2017 年からは医療介護提供者がより深く患者の価値や目標を理解し、あらかじめプランを作成するスキルを向上させる Shared Decision Making in Serious Illness (SDMSI)の普及が始まっている。この Respecting Choices®は ACP を実践する際の対象者を 3 つに区別している。第一段階の対象者は健康な成人もしくは慢性疾患をもっている人で、ACP をまだしたことがない人達である。なお、このような対象者における ACP の目指すところは、今後の計画の

モチベーションをあげ、かかりつけの医療者や代理意思決定者の選択を支援し、永久的で重篤な神経外傷が起こった際の指示や基本的な事前指示書の作成を行うこととされている。第二段階の対象者は、度重なる入院や機能の悪化が認められるような慢性疾患がより進行した患者で、第三段階の対象者は、フレイルのある高齢者や、予後が 12 カ月以内と想定される患者である。特に第三段階における ACP は、迅速に、先々を想定し、疾患やその時の状況に特異的な人生の最終段階の話し合いを行い、ケアの目標に重点がおかれた話し合いが必要とされており、アメリカ合衆国においては、この段階での計画として国からも認識されている Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) program が位置づけられている。日本では、アメリカ合衆国のように ACP の対象者の区別や、国として認証する事前指示書というものが示されてはいないが、諸外国の経験を参考にして、より効果的な ACP が国民に提供されるよう、ACP の対象者の選択や、ACP 開始のタイミングに関する知見を集積し、それを国民にも、医療介護提供者にも伝わるよう提示していくことは、今後の課題と考えられる。

6．アドバンスケアプランニングの中でも特に話し合うことに促進的に関連する要因・障壁となる要因

これまで記載してきた通り、ACP では書面作成よりも、個人が家族や医療介護提供者と話し合いを行っていくプロセスの重要性が強調されている。先行研究では、一般市民（先述の ACP の対象者としては第一段階の人達）を対象として、話し合いを行うことに促進的に関連する要因、障壁となる要因が諸外国における研究で探索されている。なお、日本における同様の研究は認められない。

(ア)個人が話し合いを実践することに関連する要因

個人が話し合いを実践することに関連する要因は先行研究で多数示されており、ここでは、アンダーソンのサービス利用における行動モデル[24]に用いられている要因の分類を参考にして記載をする。

集団・地域レベルの特性

- 素因

  宗教[25]や文化[26]によって話し合いの実践が左右されることが示唆されている。なお、先行文献として見つけることができていないが、個人が生まれ育った国がどこであるのか、その国の法律がどのようなものであるかも、話し合いの実施には関連があることが予想される。

- 利用促進要因

住んでいる国家の制度や政策も ACP の実践に関わりがあることが予想される。

個人の属性

- 素因

[基本属性]

個人の年齢が高齢であること[25,27-30]、女性[25,28]、結婚していること[30]、健康状態が悪いこと[30]、個人に疾病があること[27,31,32]（がん[33]、認知症[34]）、過去の死別経験[27,31,35]は、話し合いをすることに促進的に関連することが指摘されており、一方、独居[29]、黒色人種[32]、ヒスパニック[30]、 健康状態がよいこと[26]は話し合いの障壁となることが指摘されている。

[社会的要因]

最終学歴が低いこと[29]は、話し合いの障害となることが指摘されている。一方、過去のボランティア活動[35]は促進的に関連することが示唆されている。

[信念]

個人のもつ信念によって話し合いに向き合う姿勢が異なる可能性が指摘されている[25]。

- 利用促進要因

[財政的要因]

高収入であることは話し合いに促進的に関連することが示されている[28,32]。

[組織的要因]

かかりつけ医がいること[32]は話し合いをすることに促進的に関連することが指摘されているが、医療介護提供者が ACP を躊躇していると[26]話し合いは進まない。また、自身の仕事に関する要因も話し合いを行うことに関連が指摘されている[27]。

[その他後天的な要因]

延命治療を希望しないこと[27]、ACP へ取り組む姿勢があること[31]、もともと ACP に親しみがあること[36]、誰か ACP を促進してくれる人の存在があること[31]は話し合いの実践に促進的に関連することが示されている。ACP に関する知識がないこと[37,38]、医療者への信頼や長男への信頼が強いこと[26]、ACP を実施する際のツールへのアクセスが困難[26,37]であること、家族介護者が多忙であること[26]は、話し合いの障壁となる可能性が示唆されている。

(イ)医療介護提供者が個人と話し合いを実践することに関連する要因

医療介護提供者を対象として、患者を相手として話し合いを実践することに関連する要因を探索する先行研究からは、医療介護提供者のコミュニケーション技術の不足や準備不足[39]は話し合いの障壁となる可能性が指摘されている。一方、患者がどの程度話し合いに対して前向きな姿勢をもっているのか、ACP の知識をどの程度もっているのかを理解する技術をもっていることや、患者との関係性が長いこと[40,41]は、話し合いを開始することに促進的に関連することが示唆されている。

これらの話し合いを行うことに促進的に関連する要因、障壁となる要因は、全て日本以外からの報告である。なお、家族中心の意思決定様式を好むアジアの文化における話し合いは、自律性を重んじる文化をもつ欧米とは異なる可能性を指摘した文献[42]は認められるが、我が国における話し合いに関連する要因を探索した先行研究は認められない。我が国に適合した ACP における話し合いを促進するため、日本の一般国民を対象とした、話し合いに関連する要因を探索する必要があると考える。

また、話し合いを促進する要因として過去の死別経験[27,31,35]が指摘されているが、死別に至る前の“介護経験”というプロセスが話し合いを促進する要因となるのかを探索した研究は認められない。先行研究における死別経験の中には、突然の死別や、長期の介護期間を経てからの死別等が区別されることなく含まれていると考えられる。家族介護は介護者の精神的なつらさとの関連性が指摘されていること[43]を加味すると、介護経験というプロセス自体を死別とは区別して、話し合いの実施と関連する要因であるかを探索する必要があると考えられる。

7．アドバンスケアプランニングを行う際の医療介護提供者の役割

先述の ACP に含まれる要素や実践する内容を提示している 41 の推奨には[20]、医療提供者としてふさわしいのは、診断や今後の見通し、治療、療養の選択肢を話し合い、どういった目標や個人の治療や療養に関する希望の範囲であれば実現可能かを検討し、患者の診療録に話し合った内容を記載する者であると記載されている。しかし実際には、ACP における話し合いを行うことに様々な障壁が指摘されていることに加えて、話し合いの重要性について医療介護提供者はもとより一般国民が気づいていても、人生の最期を想定した話し合いを行うこと自体が感情的に困難なことである[7]ため、話し合いの実践につながらないことがある。がん患者を対象とした研究を扱ったシステマティックレビューにて、人生の最期を想定した話し合いの心地よさの程度というもの

は、個人ひとりひとりの知識や、その人が過去に経験してきた親しい人との死別のプロセスとの関連が高い[44]ことが指摘されており、医療介護提供者は話し合いを促進する要因や障壁となる要因を認識しつつ、正しい知識につながる情報提供をし、個人の経験に基づく意向を確認していく役割があると考えられる。けれども、具体的にどのような情報提供が効果的であるのかを示した先行研究は認められない。ACP の話し合いで取り扱う内容は疾患そのものに関すること、治療、療養と多岐にわたるため[20]、全ての事項でどのような情報提供が必要か探索することは難しい。しかし、個人の希望を家族と共に予め考え話し合っておいた方がいい内容で、医療介護提供者の情報提供によりその希望が変化する事項に関しては、どのような情報提供が患者の希望をより具体的に引き出すことに関連するのかを探索し、医療介護提供者がそれを認識した上で ACP の話し合いに関わることが重要であると考える。

８．まとめ

ACP は事前指示書作成よりも、個人ひとりひとりが自身の将来の医療につて考え、家族や医療介護提供者と話し合いを行い、個人の意向を理解し共有していくプロセスの重要性が認識され、強調されるようになってきている。ACP の効果は患者のみならず家族にももたらされることが明らかとなっており、ACP の普及を目指して、話し合いを行うことに関連する要因が多数探索されてきたが、日本人を対象とした同様の研究は認められなかった。今後、介護経験という要因を含めて、話し合いを行うことに関連する要因について日本人を対象として明らかにする研究や、話し合いを行う際に医療介護提供者がどのような情報提供を行うことがよいのかを探索する研究が必要であると考える。

参考文献

1. Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage.* 2017;53(5):821-832.e821.
2. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. *JAMA.* 1995;274(20):1591-1598.
3. Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ, Wouters EFM, Janssen DJA. Efficacy

of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 2014;15(7):477-489.

4. Walczak A, Butow PN, Bu S, Clayton JM. A systematic review of evidence for end-of-life communication interventions: Who do they target, how are they structured and do they work? *Patient Educ Couns.* 2016;99(1):3-16.
5. Aslakson RA, Schuster AL, Reardon J, et al. Promoting perioperative advance care planning: a systematic review of advance care planning decision aids. *Journal of comparative effectiveness research.* 2015;4(6):615-650.
6. Jain A, Corriveau S, Quinn K, Gardhouse A, Vegas DB, You JJ. Video decision aids to assist with advance care planning: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open.* 2015;5(6):e007491.
7. Murray L, Butow PN. Advance care planning in motor neuron disease: A systematic review. *Palliative & supportive care.* 2016;14(4):411-432.
8. Weathers E, O'Caoimh R, Cornally N, et al. Advance care planning: A systematic review of randomised controlled trials conducted with older adults. *Maturitas.* 2016;91:101-109.
9. Martin RS, Hayes B, Gregorevic K, Lim WK. The Effects of Advance Care Planning Interventions on Nursing Home Residents: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(4):284-293.
10. Song K, Amatya B, Voutier C, Khan F. Advance Care Planning in Patients with Primary Malignant Brain Tumors: A Systematic Review. *Front Oncol.* 2016;6:223.
11. Mori M, Ellison D, Ashikaga T, McVeigh U, Ramsay A, Ades S. In-advance end-of-life discussions and the quality of inpatient end-of-life care: a pilot study in bereaved primary caregivers of advanced cancer patients. *Support Care Cancer.* 2013;21(2):629-636.
12. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010;340:c1345.
13. Yamaguchi T, Maeda I, Hatano Y, et al. Effects of End-of-Life Discussions on the Mental Health of Bereaved Family Members and Quality of Patient Death and Care. *J Pain Symptom Manage.* 2017;54(1):17-26.e11.
14. Starr LT, Ulrich CM, Corey KL, Meghani SH. Associations Among End-of-Life Discussions, Health-Care Utilization, and Costs in Persons With Advanced Cancer: A Systematic Review. *Am J Hosp Palliat Care.* 2019;36(10):913-926.
15. Ashana DC, Chen X, Agiro A, et al. Advance Care Planning Claims and Health

Care Utilization Among Seriously Ill Patients Near the End of Life. *JAMA network open.* 2019;2(11):e1914471.

16. Dixon J, Matosevic T, Knapp M. The economic evidence for advance care planning: Systematic review of evidence. *Palliat Med.* 2015;29(10):869-884.
17. Khandelwal N, Kross EK, Engelberg RA, Coe NB, Long AC, Curtis JR. Estimating the effect of palliative care interventions and advance care planning on ICU utilization: a systematic review. *Crit Care Med.* 2015;43(5):1102-1111.
18. Sudore RL, Schickedanz AD, Landefeld CS, et al. Engagement in multiple steps of the advance care planning process: a descriptive study of diverse older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(6):1006-1013.
19. Teno JM, Sabatino C, Parisier L, Rouse F, Lynn J. The impact of the Patient Self-Determination Act's requirement that states describe law concerning patients' rights. *J Law Med Ethics.* 1993;21(1):102-108.
20. 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.* 2017;18(9):e543-e551.
21. Moroni M, Zocchi D, Bolognesi D, et al. The 'surprise' question in advanced cancer patients: A prospective study among general practitioners. *Palliat Med.* 2014;28(7):959-964.
22. Lepping P, Stanly T, Turner J. Systematic review on the prevalence of lack of capacity in medical and psychiatric settings. *Clin Med (Lond).* 2015;15(4):337-343.
23. Respecting choices ® . Types of Curriculum and Certification. https://respectingchoices.org/types-of-curriculum-and-certification/. Accessed 8 月 20 日, 2020 年.
24. Andersen RM. National health surveys and the behavioral model of health services use. *Med Care.* 2008;46(7):647-653.
25. Llewellyn R, Jaye C, Egan R, Cunningham W, Young J, Radue P. Living into death: a case for an iterative, fortified and cross-sector approach to advance care planning. *Anthropol Med.* 2017;24(3):350-365.
26. Radhakrishnan K, Saxena S, Jillapalli R, Jang Y, Kim M. Barriers to and Facilitators of South Asian Indian-Americans' Engagement in Advanced Care Planning Behaviors. *J Nurs Scholarsh.* 2017;49(3):294-302.
27. Inman L. Advance directives. Why community-based older adults do not discuss

their wishes. *J Gerontol Nurs.* 2002;28(9):40-46.

28. Teixeira AA, Hanvey L, Tayler C, Barwich D, Baxter S, Heyland DK. What do Canadians think of advanced care planning? Findings from an online opinion poll. *BMJ supportive & palliative care.* 2015;5(1):40-47.
29. Black K, Reynolds SL. Factors associated with advance care planning among older women in Southwest Florida. *J Women Aging.* 2008;20(3-4):249-264.
30. Moorman SM, Inoue M. Persistent problems in end-of-life planning among young- and middle-aged American couples. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2013;68(1):97-106.
31. McDonald DD, Deloge JA, Joslin N, et al. Communicating end-of-life preferences. *West J Nurs Res.* 2003;25(6):652-666; discussion 667-675.
32. Kale MS, Ornstein KA, Smith CB, Kelley AS. End-of-Life Discussions with Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(10):1962-1967.
33. Lovell A, Yates P. Advance Care Planning in palliative care: a systematic literature review of the contextual factors influencing its uptake 2008-2012. *Palliat Med.* 2014;28(8):1026-1035.
34. Sharp T, Moran E, Kuhn I, Barclay S. Do the elderly have a voice? Advance care planning discussions with frail and older individuals: a systematic literature review and narrative synthesis. *Br J Gen Pract.* 2013;63(615):e657-668.
35. Carr D, Khodyakov D. End-of-life health care planning among young-old adults: an assessment of psychosocial influences. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2007;62(2):S135-141.
36. Tripken JL, Elrod C, Bills S. Factors Influencing Advance Care Planning Among Older Adults in Two Socioeconomically Diverse Living Communities. *Am J Hosp Palliat Care.* 2018;35(1):69-74.
37. Yap SS, Chen K, Detering KM, Fraser SA. Exploring the knowledge, attitudes and needs of advance care planning in older Chinese Australians. *J Clin Nurs.* 2018;27(17-18):3298-3306.
38. Kavalieratos D, Ernecoff NC, Keim-Malpass J, Degenholtz HB. Knowledge, attitudes, and preferences of healthy young adults regarding advance care planning: a focus group study of university students in Pittsburgh, USA. *BMC Public Health.* 2015;15:197.
39. Gorman TE, Ahern SP, Wiseman J, Skrobik Y. Residents' end-of-life decision making with adult hospitalized patients: a review of the literature. *Acad Med.* 2005;80(7):622-633.

40. De Vleminck A, Houttekier D, Pardon K, et al. Barriers and facilitators for general practitioners to engage in advance care planning: a systematic review. *Scand J Prim Health Care.* 2013;31(4):215-226.

41. van der Steen JT, van Soest-Poortvliet MC, Hallie-Heierman M, et al. Factors associated with initiation of advance care planning in dementia: a systematic review. *J Alzheimers Dis.* 2014;40(3):743-757.

42. Mori M, Morita T. End-of-life decision-making in Asia: A need for in-depth cultural consideration. *Palliat Med.* 2020:269216319896932.

43. Oshio T. How is an informal caregiver's psychological distress associated with prolonged caregiving? Evidence from a six-wave panel survey in Japan. *Qual Life Res.* 2015;24(12):2907-2915.

44. Johnson S, Butow P, Kerridge I, Tattersall M. Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers. *Psychooncology.* 2016;25(4):362-386.

第 3 章

研究目的

高齢多死社会が進む日本や世界各国において、全ての人ひとりひとりが、より質が高く、本人が希望する、満足感の高い人生の最終段階の医療や、療養を得た後に最期を迎えるために、今後ますます ACP の実践・普及が必要である。ACP に関する文献的考察から、ACP においては個人が希望する将来の医療や療養を考え、家族や医療介護提供者と話し合い行うプロセスが重要であることが理解できた。また、介護経験という要因を含めて、話し合いを行うことに関連する要因を明らかにする日本人を対象とした研究や、話し合いを行う際に医療介護提供者がどのような情報提供を行うことがよいのかを探索する研究が必要であることが見いだされた。そして、人生の最終段階の療養場所や最期の場所は選択肢が広がっているという我が国の状況を踏まえると、ACP を通してあらかじめ人生の最終段階の療養場所や最期の場所を検討する際に有益な情報提供を探索する意義が大きいと考えられた。

これらのことを踏まえ、本研究は、個人の希望にそった人生の最終段階の医療やケアや療養が提供されるよう、個人の ACP における話し合いの実施に関連する要因の中でも、医療介護提供者の関わりによって介入可能な要因を探求する 3 つの研究を通して、医療介護提供者が個人のどのような要因に関心をもち、どのような情報提供をしながら ACP の話し合いを促進していくことが効果的であるのかを明らかにすることを目的とした。

【研究 1】 アドバンスケアプランにおける話し合いを行うことと、過去の介護経験やその他の要因の関連を明らかにする。

【研究 2】 希望する人生の最期の場所の選択と地域医療に対する安心感の関連を明らかにする。

【研究 3】 希望する人生の最終段階の療養場所の選択と想定される疾患の関連を明らかにする。

なお、文献的考察で得られた知見および、【研究 1】【研究 2】【研究 3】の関わりを概念的に捉えるための、研究概要図を作成した。

第4章

【研究　１】

アドバンスケアプランニングにおける話し合いを行うことと、過去の介護経験やその他の要因の関連

A. 研究背景および研究目的

一般市民を対象として、アドバンスケアプランニング（Advance care planning：ACP）の話し合いを促進する要因を探索した先行研究では、話し合いを促進する要因として過去の死別経験[1-3]が指摘されているが、なぜ死別経験が話し合いを促進するのか、死そのものの経験か、その前のプロセスなのか、などは明らかになっていない。そこで、死そのものではなく、死別に至る前の“介護経験”というプロセスが話し合いを促進する要因となるのではないかと仮説をたて、それを検討することとした。介護経験が介護者自身の将来の希望する医療等について話し合いを実施することに関連があるとしたら、医療介護提供者が個人と話し合いを始める際、個人の過去の介護経験の有無を把握することで個人の話し合いに対する準備状態を認識するための一つの要因と成り得る。加えて、医療介護提供者は介護者が、介護を通して自身の将来希望する医療について考え話し合っている可能性を認識した関わりをもつことが可能になる。

また、一般市民を対象としてACPの話し合いを促進する要因を探索した先行研究は諸外国で実施されていたが、日本にはまだない。我が国でACPを普及するためにも、日本人を対象とした研究が必要である。

これらを踏まえ、【研究　１】における研究目的は、ACPにおける話し合いを行うことに関連する要因を明らかにすること、とくに促進要因となりうるのが死そのものか、その前のプロセス（過去の介護経験）かに着目することとした。

B. 研究方法

１．研究デザインと研究対象者

本研究は、厚生労働省が2017年12月に一般国民を対象として実施した、「人生の最終段階における医療に関する意識調査」で収集されたデータを用いた横断研究である。「人生の最終段階における医療に関する意識調査」は、厚生労働省が5年毎に国民を対象に実施をしているアンケート調査である。厚生労働科学研究費「人生の最終段階における医療のあり方に関する調査の手法開発及び分析に関する研究」（平成28年度～

平成 30 年度）に筆者は研究協力者として参加しており、研究班として質問紙票作成の段階で質問項目に関する助言を厚生労働省へ提出した。助言の全てが反映されたわけではないが、厚生労働省の検討・変更および最終的判断がなされ質問紙が確定となり、厚生労働省により 2017 年 12 月に意識調査は実施された。意識調査の結果のデータは個人が同定されない形式で厚生労働省から研究班へ授受され、本研究に用いた。

研究対象者は全国の 20 歳以上の男女から層化二段無作為抽出で選出された。具体的には、平成 27 年国勢調査区から各地点の標本数が 20～47 程度となるように 150 地点を無作為抽出した上で、各地点の住民基本台帳から無作為抽出がなされた[4]。厚生労働省から 6000 人に対して調査に関する説明および調査票が郵送され、回答は郵送で回収された。最大 2 回のリマインダーがなされ、973 名から回答が得られた。本研究においては、人生の最終段階に関する話し合いの実施の有無、性別、年齢、同居家族、最終学歴、かかりつけ医の有無、大切な人との死別経験および大切な人の介護経験の有無に関する情報が欠損している回答者は除外し、最終的には 836 人が解析対象となった（有効回答率：13.9%）。

２．解析項目

［目的変数］

質問紙票では、「あなたの死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とどのくらい話し合ったことがありますか。」という問があり、回答者は「詳しく話し合っている」、「一応話し合っている」、「話し合ったことはない」のうちから一つを選択する形式であった。話し合ったことはないを選択した回答者を人生の最終段階に関する「話し合いなし群」、詳しく話し合っているもしくは一応話し合っているを選択した回答者を、「話し合いあり群」とした。なお、人生の最終段階に関する話し合いあり群では、誰と話し合ったのかが追加で問われ、家族、友人、医療介護関係者、その他の中から複数回答を得た。

［独立変数］

質問紙票には、「あなたは、身近で大切な人の病気やけがによる介護を、最近５年間に経験しましたか。」（以下、介護経験）、「あなたは、身近で大切な人の死を、最近５年間に経験しましたか。」（以下、死別経験）という問が含まれており、回答者はそれぞれに対して、病院で経験した、介護施設で経験した、在宅で経験した、経験していないを複数回答可で選択した。回答者を、それぞれの問に対し、「経験なし」、もしくは「経験あり」（病院、介護施設、在宅いずれか一つもしくは複数であっても）の二グループに

分けた。

共変量は先行研究を参考に選択し[1,5,6]、性別、年齢（20 歳～39 歳、40 歳～64 歳、65 歳以上までのカテゴリを作成）、同居家族の有無、最終学歴、かかりつけ医の有無とした。同居家族に関しては、夫または妻、父母等 9 つの選択肢から同居している家族全員を選択する形式であり、家族構成としてみた際に可能な限り不自然でない構成にするために、人生の最終段階に関する話し合いと婚姻状況の関連を調査した先行研究を参考にし[6,7]、4 つのグループ（同居家族なし、配偶者と同居あり、配偶者は含まず子供や孫と同居あり、配偶者や子供は含まず親や兄弟もしくはその他の親戚と同居あり）を作成した。最終学歴に関しては、回答者は中学、高校、短期大学・高等専門学校・専門学校、大学・大学院から選択し、先行研究を参考にし[8]短期大学・高等専門学校・専門学校もしくは大学・大学院を選択した回答者を高学歴、それ以外を低学歴と 2 グループに分けた。かかりつけ医に関しては、その有無で 2 グループに分けた。なお、質問紙票には回答者の年収や健康状態に関する質問項目は含まれていなかった。

＜追加分析①＞

本研究では介護もしくは死別を経験した場所と、人生の最終段階の話し合い実施の有無に関連があるのかを検討する追加分析を行った。その際、自宅での介護や死別の経験は、家族が日々の介護に主体的に関わるという点で、病院や介護施設における経験と異なることを重要視し、介護や死別の経験に関して（A）経験がない、（B）在宅での経験がある、（C）病院もしくは、及び介護施設において経験があり在宅での経験はない、といった 3 つのカテゴリを作成した。なお、（B）在宅での経験があるというグループには、在宅での経験のみ、在宅での経験および、病院もしくは/および介護施設での経験があると回答した回答者も含まれる。そして、（a）経験がない、もしくは病院、介護施設で経験がある、（b）在宅での経験がある、という 2 つのカテゴリも作成した。介護もしくは死別をした場所として自宅を重視するのは、先行研究において、死亡の質[9]、家族介護者のメンタルヘルス[9]や負担[10]等が、他の場所と異なることが指摘されていることに基づいている。

＜追加分析②＞

本研究では、死別経験のある対象者において、死別経験の心残りの有無と人生の最終段階の話し合い実施の有無に関連があるのかを検討するサブグループ解析を行った。「あなたは、身近で大切な人の死を、最近 5 年間に経験しましたか。」の問に対し病院で経験した、介護施設で経験した、在宅療養で経験した、のいずれかでも選択した人を抽出し、「大切な人の死において、心残りがありますか」の質問に対する回答に対し心

残りありと、心残りなしの 2 つのカテゴリを作成した。なお、心残りの有無に関して無回答であった回答者は、追加分析②からは除外した。

3．統計学的解析

まず初めに、解析対象者の基本属性を確認し、どの程度の対象者が人生の最終段階に関する話し合いをしていたのか算出した。カイ二乗検定およびフィッシャーの正確検定を用いて単変量解析を実施し、人生の最終段階に関する話し合いの有無と、各独立変数との関連を分析した。その後、多変量ロジスティック回帰分析を行い、人生の最終段階に関する話し合いの有無と、死別経験、介護経験およびその他の要因との関連に関して分析を行った。これらは、全解析対象者での分析と、解析対象者を 65 歳以上もしくは、65 歳未満という年齢による層別化を行った上での分析を実施した。なお、解析対象者を 65 歳で層別化したのは、日本老年学会と日本老年医学会合同で示された高齢者の定義 [11] および国民健康保険制度の年齢の線引き [12] を参考にした。また、追加分析②では、心残りのある死別経験をした人が、「どうしていたら心残りがなかったと思いますか」という複数回答可能な質問に対する回答をしており、単純集計を行った。

統計学的解析には、Stata 15 (StataCorp, College Station, TX, USA)を用いた。統計学的有意差に関しては、単変量解析では多重比較の問題を考慮し、ボンフェローニ補正を行い $P<0.003$ を用いた。一方、多変量ロジスティック回帰分析に関しては $P<0.05$ を用いた。

4．倫理的配慮

厚生労働省から提供されたデータは、すべて個人が特定されない形式で与えられた。また、本研究は筑波大学倫理委員会の承諾を得て実施した（No.1254）。

C. 研究結果

1．解析対象者の基本属性

解析対象者には 836 人が含まれた。解析対象者選択のフローチャートを Figure 1 に記載した。Table 1 には、解析対象者の基本属性を示した。約半数は男性で(n=465; 55.6%)、364 人(43.5%)は 65 歳以上であった。513 人(61.4%)は配偶者と同居しており、137 人(16.4%)は同居家族がいなかった。介護経験があると回答したのは 312 人(37.3%)、死別経験があると回答したのは 359 人（42.9%）であった。なお、死別経験があると回答した人のうち、死別に対して心残りがあると回答した人は 151 人であった。

２．人生の最終段階に関する話し合いの実施状況

人生の最終段階に関する話し合いの実施状況についてTable 1に示した。346人(41.4%)は、人生の最終段階に関する話し合いをしたことがあると回答した。話し合いをしたことがある人のうち274人は家族とのみ話し合いをしたと回答し、38人は家族および友人と話し合いをしたと回答した。一方で、医療介護関係者と話し合いをしたことがあると回答したのは16人であった。

３．人生の最終段階に関する話し合いと、死別経験、介護経験およびその他の要因との関連に関する単変量解析

Table 2に単変量解析結果を示した。全解析対象者において、介護経験の有無は人生の最終段階に関する話し合いとの関連が示された一方、死別経験の有無は関連が示されなかった。性別、年齢やかかりつけ医の有無は、人生の最終段階に関する話し合いとの関連が示された。なお、最終学歴や同居家族に関しては、関連が認められなかった。年齢65歳での層別化を行った上での分析は、概ね全解析対象者における分析結果と一致していたが、65歳以上の対象者では、介護経験および性別は人生の最終段階に関する話し合いとの関連が示されなかった（いずれも P 値：0.003）。65歳未満の対象者では、かかりつけ医の有無は人生の最終段階に関する話し合いと関連が認められなかった（P 値：0.484）。

＜追加分析①＞

Table 3には在宅での死別・介護経験に注目して作成した変数を用いた単変量解析結果を示した。(A) 経験がない、(B) 在宅での経験がある、(C) 病院もしくは、及び介護施設において経験があり在宅での経験はない、といった3つのカテゴリ変数を用いた分析においては、全対象者における分析では、介護経験と話し合いを実施することには関連が認められ、対象者を65歳未満に層別化した場合も、同様の結果であった。一方、死別経験の有無は全対象者においても、年齢で層別化した対象者においても、話し合いとの関連は認められなかった。また、介護や死別経験に関して（a）経験がない、もしくは病院、介護施設で経験がある、（b）在宅での経験がある、という2つのカテゴリ変数を用いたところ、全対象者における分析では、在宅で介護経験があることと、話し合いを実施することには関連が認められ、対象者を65歳未満と層別化した場合も同様の結果であった。なお、死別経験の有無は全対象者においても、年齢で層別化した対象者においても、話し合いとの関連は認められなかった。

＜追加分析②＞

Table4 には死別経験がある人のみをサブグループとして抽出し、人生の最終段階における話し合いと、死別経験における心残りの有無との関連を分析した単変量解析結果を示す。死別経験における心残りの有無と話し合いには、関連は示されなかった。

4．人生の最終段階に関する話し合いと、死別経験、介護経験およびその他の要因との関連に関する多変量ロジスティック回帰分析

多変量ロジスティック回帰分析には全ての変数を用いた。結果を Table 5 に示す。全解析対象者において、人生の最終段階に関する話し合いは、介護経験があることと関連があることが示された(odds ratio [OR] 1.88, 95% confidence interval [95% CI] 1.35-2.64)。一方、死別経験とは関連が認められなかった。年齢で層別化をした分析でも、人生の最終段階に関する話し合いは、介護経験があることと関連があることが示されたが、死別経験とは関連が認められなかった。

男性は女性と比較すると、全解析対象者における分析および年齢による層別化をした分析においても、人生の最終段階に関する話し合いを行っていないことが示された（全解析対象者 : OR 0.40, 95% CI 0.30-0.55、65 歳以上 : OR 0.48, 95% CI 0.30-0.76、65 歳未満：OR 0.38, 95% CI 0.25-0.58)。年齢に関しては、65 歳以上と比較して、20-39 歳、40-64 歳までの対象者は人生の最終段階に関する話し合いを行っていないことが示された。かかりつけ医をもっていることは、65 歳以上の対象者においては人生の最終段階に関する話し合いを行っていることが示された(OR 2.39, 95% CI 1.46-3.92)。高学歴であることは、全解析対象者における分析では人生の最終段階に関する話し合いを行っていることに関連したが、年齢による層別化をした分析では有意な関連は指摘できなかった。同居家族に関しては、配偶者と同居している人は、65 歳未満の分析において、人生の最終段階に関する話し合いを行っていることと関連が示された（OR 2.09, 95% CI 1.11-3.94)。

＜追加分析①＞

在宅での死別・介護経験に注目し、介護や死別の経験に関して (A) 経験がない、(B) 在宅での経験がある、(C) 病院もしくは、及び介護施設において経験があり在宅での経験はない、の３カテゴリ変数を用いた追加分析においては (Table 6)、介護を行った場所や年齢に関わらず、介護経験があることは話し合いを行うことと関連が認められた。なお、死別経験は話し合いとは関連が認められなかった。一方（ａ）経験がない、もしくは病院、介護施設で経験がある、（ｂ）在宅での経験があるというカテゴリ変数

を用いた追加分析では（Table7）、全対象者および 65 歳未満の層別化した対象者において、自宅で介護経験があると話し合い実施と関連していることが示された。なお、自宅での死別経験は話し合いとの関連が示されなかった。

＜追加分析②＞

死別経験のある対象者において、死別経験の心残りの有無と人生の最終段階の話し合い実施の有無に関連があるのかを検討するサブグループ解析では（Table8）、サブグループ全対象者および 65 歳以上の層別化した対象者において、死別経験に心残りがあることは、話し合いを行うことと正の関連が示された。

５．＜追加分析②＞における死別経験のある人の心残りの理由

Figure2 には、死別経験のある 151 人が複数回答で選択した心残りの理由を示した。最も選択されたのは「大切な人の苦痛がもっと緩和されていたら」38 人であった。「望んだ場所で最期を迎えていたら」は 37 人であり、「あらかじめ大切な人と話し合えていたら」22 人、「もっと早く医療介護提供者と話し合えていたら」8 人であった。

D. 考察

【研究 1】では、日本の一般市民を対象として、ACP における話し合いを行うことと、過去の介護経験やその他の要因の関連を探索した。日本人における話し合いの要因を明らかにしたのは本研究が初めてである。その結果、年齢に関わらず、介護経験は人生の最終段階に関する話し合いを行うことと関連することが示唆された。なお、今回の調査では、死別経験は人生の最終段階に関する話し合いと関連は認められなかった。加えて、人生の最終段階に関する話し合いを行っていないことと関連する要因として、男性、年齢が若いこと、かかりつけ医がいないことも示唆された。本研究は、死別経験に関わらず、介護経験は人生の最終段階に関する話し合いを行うことと関連があることを示した最初の研究となった。

本研究結果より、介護をするというプロセスは、死別経験よりも、人生の最終段階に関する話し合いを行うことに対する積極的な気持ちをもたらす可能性が考えられた。介護経験が人生の最終段階に関する話し合いを行うことに関連する理由としては、介護経験には、薬のマネージメントを行ったり [13]、代理意思決定の役割を担ったり [14] という様々なプロセスが含まれていることが関与している可能性があげられる。また、介護は介護者の人生を変えてしまう可能性があることや [15]、大きな負担になることが様々な疾患の患者の介護者において報告されている [16-22]。このような経験が、介護者自身の

人生の最終段階に関する話し合いを行うことに促進的に関わっている可能性があると考えられる。

本研究結果より、実際の臨床現場へいくつかの提案をもたらす可能性がある。介護した経験を持つ者は、そのような経験を持っていない者と比較して、すでに自身の将来の治療やケアに対する希望を考えたり、話し合ったりしている可能性があり、少なからず話し合いに対する準備があると考えることができる。よって、話し合いを始める対象者の過去の介護経験の有無を把握することは、医療介護提供者がその対象者と人生の最終段階に関する話し合いを進めていく際の一助となる可能性がある。逆に、介護経験がない者と人生の最終段階に関する話し合いを行う際には、治療やケアに対する具体的なイメージや希望をもっていない可能性があることを認識しておくことに意義があると考えられる。さらに、医療介護提供者は患者の介護者にも注目をし、その介護経験が、介護者自身の将来の人生の最終段階の医療に関する話し合いに関連している可能性を認識した対応を行ったほうがよいと考えられる。介護のプロセスに医療介護提供者が関わることを通して、介護者自身の ACP の話し合いの質をよりよいものにできる機会となり得る。例えば、介護者に対し、治療やケアに対する意見や質問、負担がないかなどをたずねることなどは意義があると思われる。なお、本研究では特に介護提供者が主体的に介護に関わる自宅に注目をして作成した変数を用いて、介護を提供した場所を考慮した介護経験と ACP の話し合いとの関連について追加分析をした。自宅での介護経験がある、もしくは病院や介護施設にて介護がある場合には、介護経験がない人と比較して年齢と関係なく話し合いとの関連が示された。また、自宅での介護経験は、そのような経験がない人もしくは病院や介護施設での介護経験があった人と比較して、特に 65 歳未満の対象者において話し合いを実施することとの関連が示された。これらの結果より、介護を提供している場所によって、ACP における話し合いの実施が大きく変化することはないが、特に自宅で介護を提供している 65 歳未満の介護者に対して、医療介護提供者が、その介護経験が将来の介護者自身の ACP における話し合いに関連することを意識した関わりをすることで、若い世代へより質の高い話し合いを提供することが可能になると考えられる。

本研究では、死別経験の有無は人生の最終段階に関する話し合いに関連が示されなかった。しかしながら先行研究（全て海外）では、大切な人や友人との死別経験は、人生の最終段階における話し合いとの関連が指摘されている [1-3]。本研究結果が先行研究と異なった理由について 2 つの可能性を考える。1 つ目として、先行研究と本研究の死別経験に関する尋ね方が異なるため、本研究では死別経験と話し合いとの関連は示さ

れなかったという可能性である。先行研究では死別経験の有無を過去 10 年以内とするか[2]、もしくは期限の設定をしていない[1,3]。一方、本研究では過去 5 年以内の死別経験の有無を尋ねており、期間が 5 年という限定的なものであったため、結果が先行研究と異なった可能性がある。2 つ目として、本邦で実際には死別経験は話し合いとの関連があるにも関わらず、本調査ではその関連が示されなかったという可能性がある。本研究では死別経験がある人のみを対象としたサブグループ解析を行い、サブグループ全対象者および 65 歳以上の層別化した対象者において、死別経験に心残りがあることは、話し合いを行うことと正の関連が示された。そして、心残りの原因として最も選択されたのは、大切な人の苦痛が緩和できていなかったことであった。Carr らの研究では、過去 10 年以内の両親や配偶者との死別の中でも、身体的苦痛を伴うような死であった場合に話し合いがなされることを指摘しており[2]、本研究のサブグループ解析結果と類似している。これらを踏まえると、死別経験の中に含まれる心残りという要因や、65 歳以上もしくは未満で異なる本研究には含まれない要因が、人生の最終段階に関する話し合いに関連をしている可能性が考えられ、今後より詳細に要因を分析することで、死別経験と人生の最終段階に関する話し合いの関係性を理解することにつながると考えられる。そして、死別経験における心残りの理由として「大切な人の苦痛が緩和できていたら」の次に多かった、「望んだ場所で最期を迎えていたら」および、「あらかじめ大切な人と話し合えていたら」は、ACP における話し合いに関する心残りである。医療介護提供者は、心残りを伴う死別経験がある人との ACP における話し合いの際には、亡くなった人とどのような話し合いをしていたのか、またはできていなかったのかを聞き出すことで、その経験に基づいた将来の医療や療養場所への希望を、より具体的に話し合えるようになる可能性が考えられる。

今回の分析では、介護経験以外にも、ACP における話し合いとの関連が示唆される要因があった。65 歳以上の解析対象者において、かかりつけ医があることは人生の最終段階に関する話し合いを行うこととの関連が認められた。この結果は先行研究の結果と同様のものであり[6]、また、疾患を有していることや[3]、複数の慢性疾患を患っていること[6]と、人生の最終段階に関する話し合いの関連性が指摘されていることと矛盾しない結果であった。これらを総合的に考察すると、定期的に医師の診察を受けることや、疾患を有していることは、それらがない場合と比較して、人生の最終段階に関するケアについて考えたり話し合ったりする機会がもたらされていると考えられる。しかしながら、本調査では、解析対象者の健康状態に関する情報が得られていない。そして、本研究では、かかりつけ医があることは人生の最終段階に関する話し合いを行うこと

との関連が認められた一方で、実際に医療介護提供者と話し合いをしたと回答する人がほとんどいなかったことが示された。この理由としては、日本では、人生の最終段階に関する話し合いを促進する医療介護提供者の体系的なアプローチや支援がないことが考えられる。いくつかの人生の最終段階のケアに関する教育的プログラムが近年普及してきており[23,24]、本研究の結果は、我が国において、かかりつけ医が人生の最終段階における医療やケアに関する話し合いを促進するような研修を、さらに充実させ普及させる必要性を指摘している可能性が考えられる。

また、本研究の分析では、男性は女性と比較して、人生の最終段階に関する話し合いを行っていないことが示され、海外の先行研究と同様の結果であった[5,25-27]。医療介護提供者は、この傾向を認識し、男性における人生の最終段階に関する話し合いをより促進してく必要がある。加えて、年齢を重ねるほど人生の最終段階に関する話し合いを実施していることが示され、これも先行研究と同様の結果であった[5,25,27,28]。しかし、あらゆる内科的・精神科的セッティングによる治療や入院に関する意思決定の状況を明らかとしたシステマティックレビューでは、自己決定能力を喪失している人の割合は身体疾患に関する状況では平均 34%、精神疾患（認知症を含む）に関する状況では平均 45%と報告されており[29]、高齢者のみならず、若い世代にも人生の最終段階に関する話し合いを促進していくことは重要であると考えられる。

そして、本研究の分析では、65 歳未満の対象者では、配偶者と同居していることと、人生の最終段階に関する話し合いが行われていることの関連が指摘された。Kale らは、アメリカ合衆国の 65 歳以上の集団において、婚姻状態にあること、もしくはパートナーと共に住んでいることは、人生の最終段階に関する話し合いとの関連があると報告しているが[6]、本研究の分析では同様の結果は得られなかった。この差異は、研究対象者の年齢の違いや、日本人が家族とグループで意思決定をしていくという意思決定様式を好むこと[30]に由来するものかもしれない。ただし今回の研究では、どうして同居家族のメンバーの違いが人生の最終段階に関する話し合いと関連するのかについて明らかにするだけの情報が不足しており、今後これらに関してはさらなる研究が必要と考えられる。

本研究には、いくつかの限界がある。第 1 として、今回用いたアンケート調査の有効回答率が低いため、一般化可能性には注意が必要である。本研究の解析対象者の年齢分布は、日本の人口構成分布と概ね一致しており、極端な年齢分布の不均衡は認められてはいない。またアンケート調査では、人生の最終段階に関する医療や介護に興味のない人は、そもそも回答しなかった状況も考えられ、これが選択バイアスとなり、人生の最

終段階に関する話し合いをしたことがあると回答した 41.4%に関して、過大評価をしている可能性がある。ただし、それでも日本における人生の最終段階に関する話し合いを行っている人の割合はアメリカ合衆国（62%；回答率不明）[31]、オランダ（64%；回答率 78%）[25]、カナダ（52%；回答率不明）[5] など諸外国と比較すると低いため、日本において人生の最終段階に関する話し合いをさらに促進していくことが必要である。また、国や地域を問わず、介護をすることは一般的なこととなっている昨今、日本でのみ行われた本研究結果であっても、全世界で医療介護を提供している人達にとって、人生の最終段階に関する話し合いを行っていく上で、非常に重要な情報であると考えられる。第 2 の限界としては、介護経験がある場合に、どのような介護を病院・介護施設・自宅で提供していたのか情報が不足していること、および死別経験がある場合に、心残りの有無以外にどのような死別であったのか情報が不足していることがあげられる。本研究では死別経験の有無は、人生の最終段階に関する話し合いとの関連は指摘されなかったが、介護経験の有無は話し合いに関連が認められたため、介護経験には死別経験に含まれない要因が含まれている可能性が考えられる。一方、死別経験に関しては、死別に含まれる心残りという要因や、65 歳以上もしくは未満で異なる本研究には含まれない要因が話し合いを行うことと関連している可能性が考えられた。従って、今後、死別経験もしくは介護経験のどの要因が人生の最終段階に関する話し合いに関連しているのかをさらに調査する必要がある。より深く人生の最終段階に関する話し合いに関連する要因を明らかにすることは、介護をしている人達に対して、医療介護提供者が話し合いを促進していく一助となると考えられる。第 3 の限界として、本研究は横断研究であるため、因果関係に関して論ずることはできない。すでに人生の最終段階に関する話し合いを行った人が、積極的に家族の介護をしていたという可能性もある。加えて、介護経験が人生の最終段階に関する話し合いの形式や、話し合いの末の意思決定の内容までに影響をしているかも不明であり、いずれも今後さらなる研究が必要である。このような状況においても、人生の最終段階に関する話し合いを促進するという視点で考えると、今回の結果は介護経験が、介護者自身の人生の最終段階に関する話し合いに関連する要因であると考え、臨床に応用する知見を検討することは、意義があると思われる。第 4 の限界は、年齢を重ねることと、人生の最終段階に関する話し合いの関連がどうして生じるのかを説明することができないことである。本研究では、全解析対象者における結果は、年齢によって修飾されている可能性があったので、年齢による層別化を行い、介護経験と人生の最終段階に関する話し合いの関連を解析した。その結果、介護経験は層別化分析において、65 歳以上でも 65 歳未満でも、人生の最終段階に関す

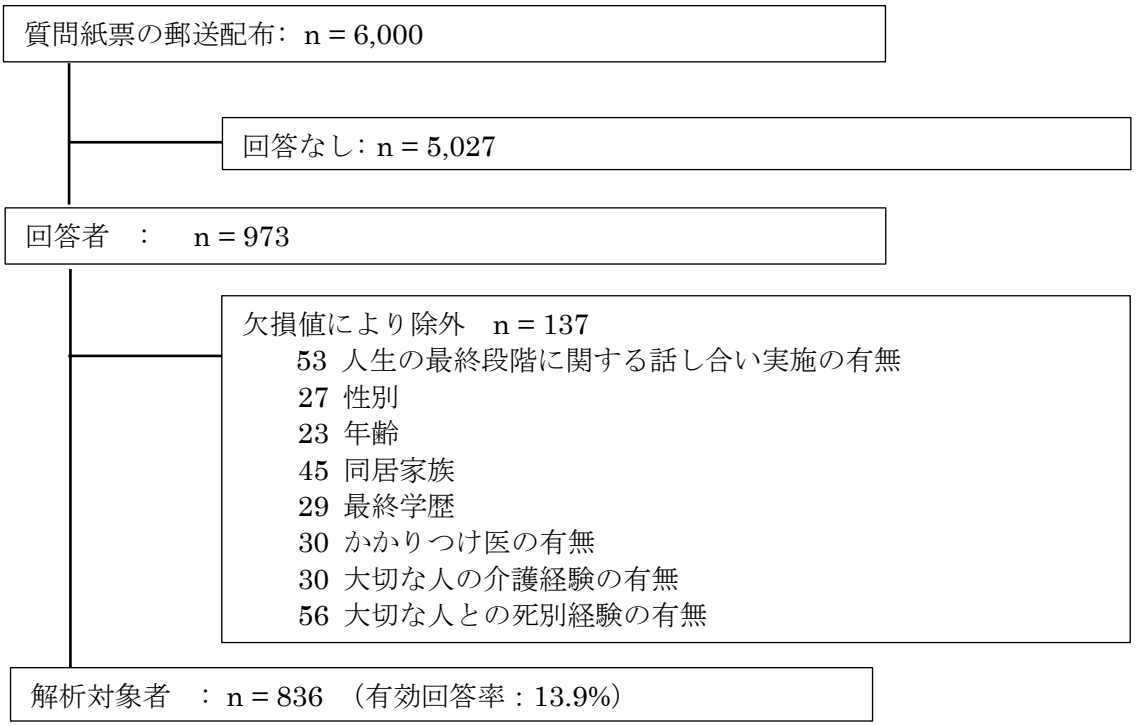
る話し合いと関連することが示された。しかしながら、年齢により変化する要因の全てが今回の分析に含まれているわけではないと考えられ、今後は話し合いに関連する年齢特異的な要因を明らかにする調査が必要である。第 5 の限界は、対象者の疾患の有無に関する情報が不足していたことである。この情報の欠損により、かかりつけ医の有無と人生の最終段階に関する話し合いの関連について検討することが困難であったが、かかりつけ医は話し合い促進の重要な役割を担うことができる可能性を指摘することは可能であると考えられる。

本研究の強みは、筆者が調べた限り、死別経験とは独立して、介護経験が人生の最終段階に関する話し合いと関連があることを調査した最初の研究であることである。

E. 結論

【研究 1】では、死別経験とは独立して、介護経験が人生の最終段階に関する話し合いと関連することが示唆された。本結果の臨床応用としては、医療介護提供者は、過去の介護経験のある個人と話し合いを始める際には、個人がすでに自身の将来の治療やケアに対する希望を考えたり、話し合ったりしている可能性があり、少なからず話し合いに対する準備があると認識しておく必要がある。また、医療介護提供者は患者の介護者にも注目をし、その介護経験が介護者自身の将来の人生の最終段階の医療に関する話し合いに関連している可能性を認識した上で対応したほうがよいと考えられた。そして、男性や若い人に対して、人生の最終段階に関する話し合いを行うことを促進する教育や、かかりつけ医が人生の最終段階における医療やケアに関する話し合いを促進するような研修の充実・普及が必要であると考えられる。

【Figure 1】解析対象者選択までのフローチャート



【Table 1】対象者の基本属性　　n = 836

	人数（%）
性別	
男性	465 (55.6)
女性	371 (44.4)
年齢	
65 歳以上	364 (43.5)
65 歳未満	472 (56.5)
20-29	38 (4.6)
30-39	99 (11.8)
40-49	139 (16.6)
50-59	132 (15.8)
60-69	165 (19.7)
70-79	168 (20.1)
80 以上	95 (11.4)
最終学歴	
高学歴（専門学校、 大学、 大学院）	462 (55.3)
低学歴（中学、高校）	374 (44.7)
かかりつけ医	
いる	355 (42.5)
いない	481 (57.5)
同居家族	
なし	137 (16.4)
配偶者と同居あり	513 (61.4)
配偶者は含まず子供や孫と同居あり	67 (8.0)
配偶者や子供は含まず親や兄弟もしくはその他の親戚と同居あり	115 (13.7)
その他の組み合わせ	4 (0.5)
介護経験	
なし	524 (62.7)
あり	312 (37.3)
在宅での介護経験がある	101
在宅でのみ	39
在宅と病院	40
在宅と介護施設	7
在宅と病院および介護施設	15
病院もしくは/および介護施設での介護経験がある	211
病院でのみ	124
病院と介護施設	33
介護施設のみ	54
死別経験	
なし	477 (57.1)
あり	359 (42.9)
在宅での死別経験がある	87
在宅でのみ	59
在宅と病院	22

在宅と介護施設	4
在宅と病院および介護施設	2
病院もしくは/および介護施設での死別経験がある	272
病院でのみ	186
病院と介護施設	31
介護施設のみ	55
死別経験あり	359
心残りあり	151
心残りなし	195
無回答	13
人生の最終段階に関する話し合い	
話し合いあり	346 (41.4)
家族とのみ話し合いあり	274
友人とのみ話し合いあり	5
家族および友人と話し合いあり	38
医療介護提供者とのみ話し合いあり	2
家族・友人・医療介護提供者以外の他の人とのみ話し合いあり	7
医療介護提供者と家族・友人・他の人と話し合いあり	14
家族や友人、その他の人と話し合いあり	6
話し合いなし	490 (58.6)

【Table 2】人生の最終段階に関する話し合いと、介護経験、死別経験および その他の要因との関連　（単変量解析）

		全対象者 n = 836			65 歳以上 n = 364			65 歳未満 n = 472		
		話し合いあり群 n = 346	話し合いなし群 n = 490	*P* value	話し合いあり群 n = 185	話し合いなし群 n = 179	*P* value	話し合いあり群 n = 161	話し合いなし群 n = 311	*P* value
	人数(%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
介護経験										
なし	524 (62.7)	184 (53.2)	340 (69.4)	<.001	99 (53.5)	123 (68.7)	0.003	85 (52.8)	217 (69.8)	<.001
あり	312 (37.3)	162 (46.8)	150 (30.6)		86 (46.5)	56 (31.3)		76 (47.2)	94 (30.2)	
死別経験										
なし	477 (57.1)	182 (52.6)	295 (60.2)	0.029	102 (55.1)	102 (57.0)	0.722	80 (49.7)	193 (62.1)	0.010
あり	359 (42.9)	164 (47.3)	195 (39.8)		83 (44.9)	77 (43.0)		81 (50.3)	118 (37.9)	
性別										
男性	465 (55.6)	156 (45.1)	309 (63.1)	<.001	95 (51.4)	119 (66.5)	0.003	61 (37.9)	190 (61.1)	<.001
女性	371 (44.4)	190 (54.9)	181 (36.9)		90 (48.6)	60 (33.5)		100 (62.1)	121 (38.9)	
年齢										
20-39 歳	137 (16.4)	36 (10.4)	101 (20.6)	<.001	-	-	-	-	-	-
40-64 歳	335 (40.1)	125 (36.1)	210 (42.9)							
65 歳以上	364 (43.5)	185 (53.5)	179 (36.5)							
最終学歴										
高学歴（専門学校、 大学、 大学院）	462 (55.3)	190 (54.9)	272(55.5)	0.864	64 (34.6)	48 (26.8)	0.108	126 (78.3)	224 (72.0)	0.151*
低学歴（中学、高校）	374(44.7)	156 (45.1)	218 (44.5)		121 (65.4)	131 (73.2)		35 (21.7)	87 (28.0)	
かかりつけ医										
あり	355(42.5)	180 (52.0)	175 (35.7)	<.001	141 (76.2)	109 (60.9)	0.002	39 (24.2)	66 (21.2)	0.484*
なし	481 (57.5)	166 (48.0)	315 (64.3)		44 (23.8)	70 (39.1)		122 (75.8)	245 (78.8)	
同居家族 [i]										
なし	137 (16.4)	53 (15.4)	84 (17.2)	0.447*	35 (18.9)	31 (17.4)	0.660*	18 (11.3)	53 (17.1)	0.272*
配偶者と同居あり [ii]	513 (61.8)	221 (64.2)	292 (59.8)		124 (67.0)	114 (64.1)		97 (61.0)	178 (57.4)	
配偶者は含まず子供や孫と同居あり [iii]	67 (8.0)	29 (8.5)	38 (7.8)		19 (10.3)	26 (14.6)		10 (6.3)	12 (3.9)	
配偶者や子供は含まず親や兄弟もしくはその他の親戚と同居あり	115 (13.8)	41 (11.9)	74 (15.2)		7 (3.8)	7 (3.9)		34 (21.4)	67 (21.6)	

この表はカイ二乗検定結果を示すが、一部はフィッシャーの正確検定を用いた(*にて示す).

[i] n = 832

[ii] 配偶者とのみ同居、配偶者および息子、娘、義理の息子、義理の娘、孫との同居が含まれる

[iii] 配偶者との同居はなく、息子、娘、義理の息子、義理の娘、孫との同居が含まれる

【Table 3】＜追加分析①＞
人生の最終段階に関する話し合いと、場所を考慮した介護経験、死別経験
およびその他の要因との関連　（単変量解析）

		全対象者 n = 836			65 歳以上 n = 364			65 歳未満 n = 472		
		話し合いあり群 n = 346	話し合いなし群 n = 490	*P*value	話し合いあり群 n = 185	話し合いなし群 n = 179	*P*value	話し合いあり群 n = 161	話し合いなし群 n = 311	*P*value
	人数(%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
介護経験										
(A)なし	524 (62.7)	184 (53.2)	340 (69.4)	<.001	99 (53.5)	123 (68.7)	0.011*	85 (52.8)	217 (69.8)	<.001*
(B)在宅での経験がある[i]	101 (12.1)	56 (16.2)	45 (9.2)		27 (14.6)	20 (11.2)		29 (18.0)	25 (8.0)	
(C)病院もしくは、及び介護施設で経験がある	211 (25.2)	106 (30.6)	105 (21.4)		59 (31.9)	36 (20.1)		47 (29.2)	69 (22.2)	
死別経験										
(A)なし	477 (57.1)	182 (52.6)	295 (60.2)	0.066	102 (55.1)	102 (57.0)	0.553*	80 (49.7)	193 (62.1)	0.031*
(B)在宅での経験がある[i]	87 (10.4)	43 (12.4)	44 (9.0)		29 (15.7)	21 (11.7)		14 (8.7)	23 (7.4)	
(C)病院もしくは、及び介護施設で経験がある	272 (32.5)	121 (35.0)	151 (30.8)		54 (29.2)	56 (31.3)		67 (41.6)	95 (30.5)	
介護経験										
(a)なし、もしくは在宅以外[ii]であり	735(87.9)	290(83.8)	445 (90.8)	0.002	158 (85.4)	159 (88.8)	0.352 *	132 (82.0)	286 (92.0)	0.002 *
(b)在宅であり	101 (12.1)	56 (16.2)	45 (9.2)		27 (14.6)	20 (11.2)		29 (18.0)	25 (8.0)	
死別経験										
(a)なし、もしくは在宅以外[ii]であり	749 (89.6)	303 (87.6)	446 (91.0)	0.108	156 (84.3)	158 (88.3)	0.290 *	147 (91.3)	288 (92.6)	0.594 *
(b)在宅であり	87(10.4)	43 (12.4)	44 (9.0)		29 (15.7)	21 (11.7)		14 (8.7)	23 (7.4)	

この表はカイ二乗検定結果を示すが、一部はフィッシャーの正確検定を用いた(*にて示す).

[i] 在宅で経験した人、在宅および介護施設もしくは・および病院で経験したが含まれる

[ii] 在宅以外には病院、介護施設が含まれる

【Table 4】＜追加分析②＞
人生の最終段階に関する話し合いと、死別経験のある人の心残りの有無との
関連（単変量解析）

		全対象者 n = 346			65 歳以上 n = 153			65 歳未満 n = 193		
		話し合いあり群 n = 161	話し合いなし群 n = 185	*P*value	話し合いあり群 n = 81	話し合いなし群 n = 72	*P*value	話し合いあり群 n = 80	話し合いなし群 n = 113	*P*value
	人数(%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
死別経験あり										
心残り　あり	151	84 (52.2)	67 (36.2)	0.003	41 (50.6)	20 (27.8)	0.005 *	43 (53.8)	47 (41.6)	0.108
心残り　なし	195	77 (47.8)	118 (63.8)		40 (49.4)	52 (72.2)		37 (46.2)	66 (58.4)	

この表はカイ二乗検定結果を示すが、一部はフィッシャーの正確検定を用いた(*にて示す).

【Table 5】人生の最終段階に関する話し合いと、介護経験、死別経験および
その他の要因との関連　（多変量ロジスティック回帰分析）

	全対象者 n = 832		65 歳以上 n = 363		65 歳未満 n = 469	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
介護経験がある (reference:介護経験がない)	1.88	1.35-2.64	2.38	1.44-3.93	2.10	1.32-3.34
死別経験がある (reference:死別経験がない)	0.97	0.70-1.34	0.84	0.52-1.36	1.12	0.71-1.76
性別（男性）	0.40	0.30-0.55	0.48	0.30-0.76	0.38	0.25-0.58
年齢						
(reference: ≥ 65 歳以上)	1	N/A				
20-39 歳	0.31	0.18-0.53				
40-64 歳	0.49	0.34-0.71				
高学歴（専門学校、 大学、 大学院）	1.51	1.08-2.11	1.60	0.98-2.60	1.38	0.86-2.21
かかりつけ医あり	1.38	0.99-1.92	2.39	1.46-3.92	0.82	0.49-1.35
同居家族						
(reference:なし)	1	N/A	1	N/A	1	N/A
配偶者と同居あり [i]	1.48	0.97-2.26	1.31	0.71-2.40	2.09	1.11-3.94
配偶者は含まず子供や孫と同居あり [ii]	0.99	0.52-1.87	0.69	0.31-1.55	2.46	0.86-7.03
配偶者や子供は含まず親や兄弟もしくはその他の親戚と同居あり	1.21	0.69-2.11	1.06	0.31-3.57	1.66	0.81-3.40

OR, odds ratio; 95% CI, 95% confidence interval; N/A, not applicable

[i] 配偶者とのみ同居、配偶者および息子、娘、義理の息子、義理の娘、孫との同居が含まれる

[ii] 配偶者との同居はなく、息子、娘、義理の息子、義理の娘、孫との同居が含まれる

【Table 6】＜追加分析①＞
人生の最終段階に関する話し合いと、場所を考慮した介護経験、死別経験
およびその他の要因との関連　（多変量ロジスティック回帰分析）

	全対象者 n = 832		65 歳以上 n = 363		65 歳未満 n = 469	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
介護経験						
(A) (reference:なし)	1	N/A	1	N/A	1	N/A
(B)在宅での経験がある [i]	2.14	1.32-3.49	2.07	1.00-4.27	2.89	1.50-5.57
(C)病院もしくは、及び介護施設で経験がある	1.80	1.23-2.63	2.55	1.45-4.47	1.78	1.04-3.06
死別経験						
(A) (reference:なし)	1	N/A	1	N/A	1	N/A
(B)在宅での経験がある [i]	1.12	0.67-1.89	1.10	0.54-2.23	1.14	0.50-2.57
(C)病院もしくは、及び介護施設で経験がある	0.92	0.64-1.31	0.75	0.44-1.28	1.13	0.70-1.83
性別（男性）	0.41	0.30-0.55	0.47	0.29-0.75	0.39	0.26-0.59
年齢						
(reference: ≥ 65 歳以上)	1	N/A				
20-39 歳	0.31	0.18-0.53				
40-64 歳	0.50	0.34-0.73				
高学歴(専門学校、 大学、 大学院)	1.53	1.09-2.13	1.61	0.99-2.62	1.40	0.87-2.25
かかりつけ医あり	1.38	0.99-1.93	2.40	1.46-3.95	0.83	0.49-1.38
同居家族						
(reference:なし)	1	N/A	1	N/A	1	N/A
配偶者と同居あり [ii]	1.51	0.99-2.30	1.35	0.73-2.50	2.10	1.11-3.98
配偶者は含まず子供や孫と同居あり [iii]	0.98	0.51-1.86	0.73	0.32-1.67	2.27	0.78-6.57
配偶者や子供は含まず親や兄弟もしくはその他の親戚と同居あり	1.19	0.68-2.09	1.11	0.33-3.74	1.56	0.76-3.22

OR, odds ratio; 95% CI, 95% confidence interval; N/A, not applicable

[i] 在宅で経験した人、在宅および介護施設もしくは・および病院で経験したが含まれる

[ii] 配偶者とのみ同居、配偶者および息子、娘、義理の息子、義理の娘、孫との同居が含まれる

[iii] 配偶者との同居はなく、息子、娘、義理の息子、義理の娘、孫との同居が含まれる

【Table 7】＜追加分析①＞
人生の最終段階に関する話し合いと、場所を考慮した介護経験、死別経験
およびその他の要因との関連　（多変量ロジスティック回帰分析）

	全対象者 n = 832		65 歳以上 n = 363		65 歳未満 n = 469	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
(b)介護経験が在宅である (reference:介護経験がないもしくは在宅以外[i]である)	1.77	1.11-2.81	1.43	0.72-2.83	2.51	1.35-4.68
(b)死別経験が在宅である (reference:死別経験がないもしくは在宅以外[i]である)	1.16	0.71-1.89	1.32	0.69-2.55	0.97	0.44-2.11
性別（男性）	0.41	0.31-0.56	0.49	0.31-0.78	0.39	0.26-0.59
年齢						
(reference: ≥ 65 歳以上)	1	N/A				
20-39 歳	0.28	0.16-0.48				
40-64 歳	0.52	0.35-0.75				
高学歴（専門学校、 大学、 大学院）	1.57	1.13-2.20	1.65	1.02-2.67	1.46	0.91-2.33
かかりつけ医あり	1.42	1.02-1.98	2.22	1.37-3.59	0.99	0.60-1.61
同居家族						
(reference:なし)	1	N/A	1	N/A	1	N/A
配偶者と同居あり[ii]	1.44	0.95-2.18	1.23	0.68-2.24	1.95	1.04-3.63
配偶者は含まず子供や孫と同居あり[iii]	0.87	0.46-1.64	0.65	0.29-1.45	1.85	0.65-5.26
配偶者や子供は含まず親や兄弟もしくはその他の親戚と同居あり	1.14	0.65-2.00	1.15	0.34-3.94	1.37	0.67-2.77

OR, odds ratio; 95% CI, 95% confidence interval; N/A, not applicable

[i] 在宅以外には病院、介護施設が含まれる

[ii] 配偶者とのみ同居、配偶者および息子、娘、義理の息子、義理の娘、孫との同居が含まれる

[iii] 配偶者との同居はなく、息子、娘、義理の息子、義理の娘、孫との同居が含まれる

【Table 8】＜追加分析②＞
人生の最終段階に関する話し合いと、死別経験のある人の心残りの有無との関連（多変量ロジスティック回帰分析）

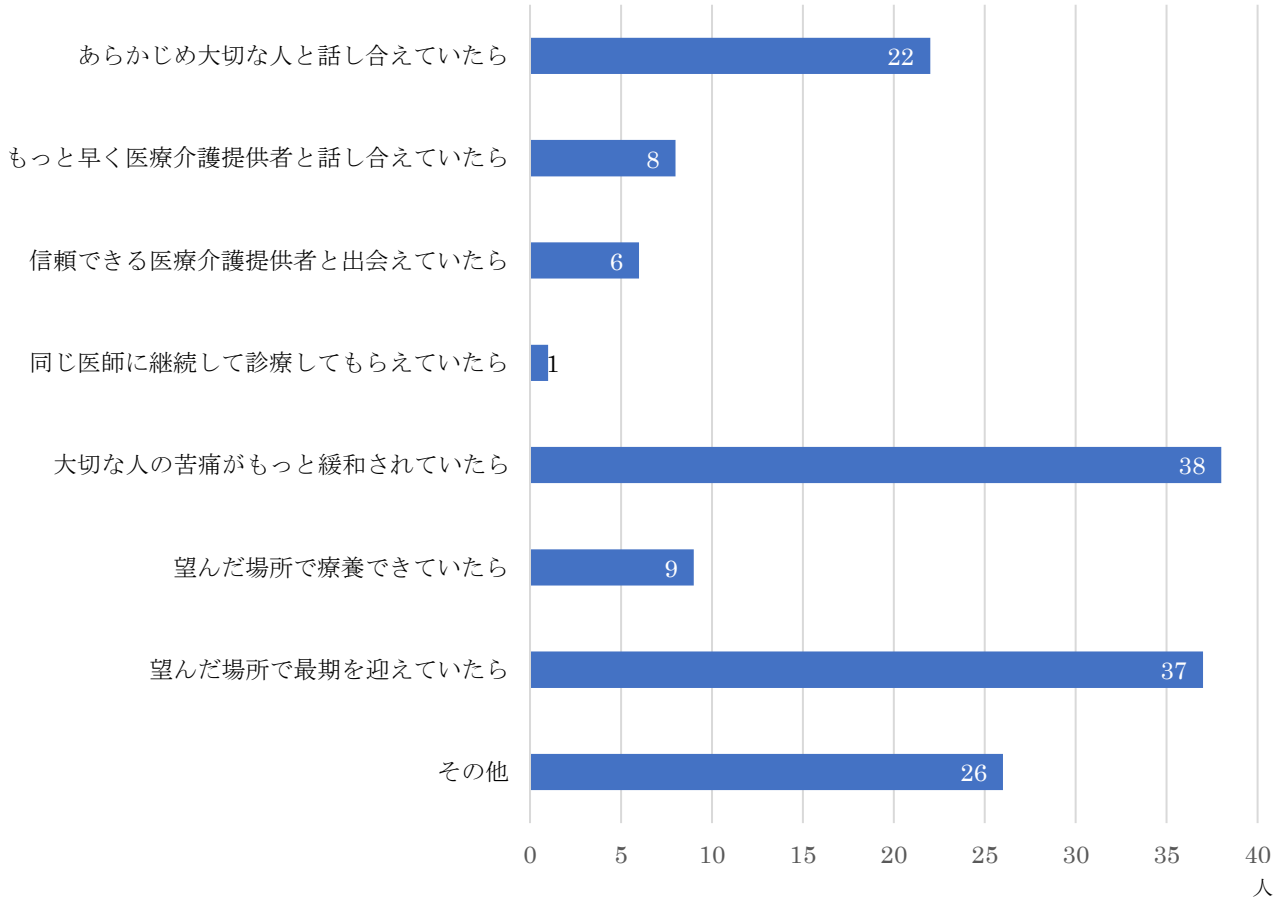
	死別経験がある人 n = 343		65 歳以上 n = 152		65 歳未満 n = 191	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
介護経験がある (reference:介護経験がない)	2.54	1.54-4.22	4.35	1.91-9.88	2.57	1.32-4.98
死別経験があり心残りあり (reference:死別経験があり心残りなし)	2.11	1.31-3.41	3.87	1.69-8.87	1.45	0.76-2.76
性別（男性）	0.46	0.28-0.74	0.44	0.20-0.99	0.42	0.22-0.80
年齢						
(reference: ≥ 65 歳以上)	1	N/A				
20-39 歳	0.37	0.15-0.94				
40-64 歳	0.78	0.44-1.38				
高学歴(専門学校、 大学、 大学院)	0.93	0.55-1.59	1.37	0.59-3.21	0.74	0.36-1.53
かかりつけ医あり	1.79	1.07-2.99	2.93	1.26-6.85	1.32	0.65-2.67
同居家族						
(reference:なし)	1	N/A	1	N/A	1	N/A
配偶者と同居あり [i]	0.94	0.49-1.82	1.00	0.35-2.86	1.27	0.52-3.09
配偶者は含まず子供や孫と同居あり [ii]	0.95	0.35-2.56	1.00	0.26-3.93	1.51	0.31-7.40
配偶者や子供は含まず親や兄弟もしくはその他の親戚と同居あり	0.73	0.31-1.71	0.71	0.13-3.76	0.92	0.32-2.62

OR, odds ratio; 95% CI, 95% confidence interval; N/A, not applicable

[i] 配偶者とのみ同居、配偶者および息子、娘、義理の息子、義理の娘、孫との同居が含まれる

[ii] 配偶者との同居はなく、息子、娘、義理の息子、義理の娘、孫との同居が含まれる

【Figure 2】＜追加分析②＞　死別経験のある人の心残りの理由
（死別経験があり、心残りがあると回答した 151 人による複数回答）



参考文献

1. Inman L. Advance directives. Why community-based older adults do not discuss their wishes. *J Gerontol Nurs.* 2002;28(9):40-46.
2. Carr D, Khodyakov D. End-of-life health care planning among young-old adults: an assessment of psychosocial influences. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2007;62(2):S135-141.
3. McDonald DD, Deloge JA, Joslin N, et al. Communicating end-of-life preferences. *West J Nurs Res.* 2003;25(6):652-666; discussion 667-675.
4. 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会．人生の最終段階における医療に関する意識調査　報告書．平成 30 年 3 月；https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf. Accessed 8 月 18 日, 2020 年.
5. Teixeira AA, Hanvey L, Tayler C, Barwich D, Baxter S, Heyland DK. What do

Canadians think of advanced care planning? Findings from an online opinion poll. *BMJ supportive & palliative care.* 2015;5(1):40-47.

6. Kale MS, Ornstein KA, Smith CB, Kelley AS. End-of-Life Discussions with Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(10):1962-1967.
7. Moorman SM, Inoue M. Persistent problems in end-of-life planning among young- and middle-aged American couples. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2013;68(1):97-106.
8. Black K, Reynolds SL. Factors associated with advance care planning among older women in Southwest Florida. *J Women Aging.* 2008;20(3-4):249-264.
9. Hatano Y, Aoyama M, Morita T, et al. The relationship between cancer patients' place of death and bereaved caregivers' mental health status. *Psychooncology.* 2017;26(11):1959-1964.
10. Kinoshita H, Maeda I, Morita T, et al. Place of death and the differences in patient quality of death and dying and caregiver burden. *J Clin Oncol.* 2015;33(4):357-363.
11. Ouchi Y, Rakugi H, Arai H, et al. Redefining the elderly as aged 75 years and older: Proposal from the Joint Committee of Japan Gerontological Society and the Japan Geriatrics Society. *Geriatrics & gerontology international.* 2017;17(7):1045-1047.
12. Ministry of Health, Labour, and Welfare. The Japanese medical care system for elderly in the latter stage of life. https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info02d-35.html. Accessed March 26, 2020.
13. Gillespie R, Mullan J, Harrison L. Managing medications: the role of informal caregivers of older adults and people living with dementia. A review of the literature. *J Clin Nurs.* 2014;23(23-24):3296-3308.
14. Beanlands H, Horsburgh ME, Fox S, et al. Caregiving by family and friends of adults receiving dialysis. *Nephrol Nurs J.* 2005;32(6):621-631.
15. Cantor MH. Strain among caregivers: a study of experience in the United States. *Gerontologist.* 1983;23(6):597-604.
16. Agren S, Evangelista L, Stromberg A. Do partners of patients with chronic heart failure experience caregiver burden? *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2010;9(4):254-262.
17. Gusdal AK, Josefsson K, Adolfsson ET, Martin L. Informal Caregivers' Experiences and Needs When Caring for a Relative With Heart Failure: An Interview Study. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;31(4):E1-8.

18. Chiao CY, Wu HS, Hsiao CY. Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *Int Nurs Rev.* 2015;62(3):340-350.
19. Harding R, Gao W, Jackson D, Pearson C, Murray J, Higginson IJ. Comparative Analysis of Informal Caregiver Burden in Advanced Cancer, Dementia, and Acquired Brain Injury. *J Pain Symptom Manage.* 2015;50(4):445-452.
20. Ge L, Mordiffi SZ. Factors Associated With Higher Caregiver Burden Among Family Caregivers of Elderly Cancer Patients: A Systematic Review. *Cancer Nurs.* 2017;40(6):471-478.
21. Zhu W, Jiang Y. A Meta-analytic Study of Predictors for Informal Caregiver Burden in Patients With Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2018;27(12):3636-3646.
22. Gilbertson EL, Krishnasamy R, Foote C, Kennard AL, Jardine MJ, Gray NA. Burden of Care and Quality of Life Among Caregivers for Adults Receiving Maintenance Dialysis: A Systematic Review. *Am J Kidney Dis.* 2019;73(3):332-343.
23. Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, Morita T. The palliative care knowledge questionnaire for PEACE: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among physicians. *J Palliat Med.* 2013;16(11):1423-1428.
24. Tsuneto S. Past, present, and future of palliative care in Japan. *Jpn J Clin Oncol.* 2013;43(1):17-21.
25. Raijmakers NJ, Rietjens JA, Kouwenhoven PS, et al. Involvement of the Dutch general population in advance care planning: a cross-sectional survey. *J Palliat Med.* 2013;16(9):1055-1061.
26. Perkins HS, Cortez JD, Hazuda HP. Advance care planning: does patient gender make a difference? *Am J Med Sci.* 2004;327(1):25-32.
27. Llewellyn R, Jaye C, Egan R, Cunningham W, Young J, Radue P. Living into death: a case for an iterative, fortified and cross-sector approach to advance care planning. *Anthropol Med.* 2017;24(3):350-365.
28. Ng QX, Kuah TZ, Loo GJ, et al. Awareness and Attitudes of Community-Dwelling Individuals in Singapore towards Participating in Advance Care Planning. *Ann Acad Med Singapore.* 2017;46(3):84-90.
29. Lepping P, Stanly T, Turner J. Systematic review on the prevalence of lack of capacity in medical and psychiatric settings. *Clin Med (Lond).* 2015;15(4):337-343.

30. Bito S, Matsumura S, Singer MK, Meredith LS, Fukuhara S, Wenger NS. Acculturation and end-of-life decision making: comparison of Japanese and Japanese-American focus groups. *Bioethics.* 2007;21(5):251-262.
31. Center PR. Views on End-of-Life Medical Treatments. 2013; https://www.pewforum.org/2013/11/21/views-on-end-of-life-medical-treatments/. Accessed April 2, 2020.

第 5 章

【研究　２】

希望する人生の最期の場所の選択と地域医療に対する安心感の関連

A. 研究背景および研究目的

ACP における話し合いを行う際、医療介護提供者が具体的にどのような情報提供を行うことが効果的であるのかわかっていない。個人ひとりひとりに必要な情報を全て示すことは不可能ではあっても、個人がより自身の人生の価値や目標や希望に沿った選択が可能になることに貢献する情報提供を探求する必要がある。ACP を通してあらかじめ話し合っておく必要がある内容として、【研究　２】では、人生の最期の場所に焦点をあてる。

日本の一般市民を対象として希望する最期の場所を調査した先行研究では、自宅を選択する市民が最も多い（38.2－55.0%）ことが報告されてきた[1-4]。最期をむかえる場所として自宅を希望することには、年齢[5,6]、性別[4]、結婚しているかどうか[7]、在宅ケアになじみがあるか[4]といった個人の背景要因が関連することが報告されている。一方で、一般市民に対し、実際に自宅で最期を迎えることは可能と思うかを調査した先行研究では[5,8]、いずれも 6 割を超える調査対象者が“実現困難だと思う”と回答しており、一般市民においては、そもそも自宅で最期をむかえることは困難であると認識している状況が示されている。そして、人生の最期をむかえる場所として、医療機関や介護施設を選択した人に、なぜ自宅以外を選択したのか問うと、“介護してくれる家族等に負担がかかるから”、“症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族等も不安だから”と回答が得られており[9]、在宅療養に対する不安があるために、自宅以外を希望している人がいる可能性が考えられる。これらを考慮すると、不安要素を軽減し、地域の医療に対する安心感を高めることで、最期を自宅で過ごしたいと考える人が増える可能性がある。しかしこれまで、最期をむかえる場所として自宅を選択することと、地域で提供される医療に対する安心感の関連を調査した研究は認められない。

【研究 2】では、一般市民を対象として、最期をむかえる場所として自宅を選択することと、地域で提供される医療に対する安心感の関連を調査することを目的とした。結果としてそれらの関連が示されれば、医療介護提供者が地域の医療に対する安心感を高めるような取り組みを行い、かつ情報提供を行うことで、人生の最期の場所として自宅を希望する人が増える可能性が示唆されることになる。

B.　研究方法

1. 研究対象者

対象は、2016 年 10 月 1 日に開催された第 7 回小田原市立病院市民公開講座「がんを知ろう！早期発見から治療まで」に参加した 141 名とし、114 名から回答を得た（回収率 80.9%）。なお、小田原市立病院は 417 床を有する神奈川県西部地域で唯一の地域がん診療連携拠点病院であり、1 年に 1 回、地域住民を対象として、がん診療に関わる市民公開講座を開催している。

2. 調査票

本研究は、無記名式自記式アンケート調査とした。アンケートに含む質問項目は、厚生労働省が 5 年毎に国民を対象として実施している「人生の最終段階における医療に関する意識調査」調査票[10]を参考にして作成し、がん医療に対する安心感尺度[11]を含めた。このがん医療に対する安心感尺度は、地域の医療に対する安心感を構成する要素として、地域において、有能で態度のよい専門家を信頼していること、迅速に必要なケア・サービス・情報へアクセスできること、自宅にいられること、個人としてのアイデンティティや自尊心を感じられることなどが先行研究[12-14]で指摘されていたことに基づいて我が国で作成された尺度である。尺度は実行可能性を検索するために地域の安心感に関する質問への欠損データの割合を考慮し、その後、探索的因子分析を用いて地域の安心感に関わる 5 つの項目を見出し作成され、妥当性は主因子分析法により確認され、信頼性はクロンバックのα係数：0.91 で確認されたものである。なお、地域の医療に対する安心感を計測する尺度は、がん医療に対する安心感尺度以外に認められなかったため、本調査ではこれを代用した。倫理的配慮として調査票は無記名とし、回答するかは任意である説明文を添え、アンケート調査に協力する意思があるかを問う設問を設置し、「はい」を選択した場合には協力同意が得られたとみなし、「いいえ」を選択した場合には協力同意がないとみなし、解析対象から除外することとした。

3. 解析対象者の選択

アンケート調査に協力する意思を問う設問に「いいえ」と回答した 2 名、がん患者 19 名、医療従事者かどうか不明 7 名、がん医療に対する安心感尺度の回答が得られていない 14 名、年齢不明 2 名、性別不明 2 名、希望する最期の場所の回答が得られていない人 18 名を除いた 71 名を解析対象とした（有効回答率 50.4%）。なお、がん患者を除外

したのは、すでに最期を迎えたい場所を検討している可能性があると考えられたからである。

4. 解析項目

［目的変数］

アンケート質問紙票には、仮説の病状「病気は治る見込みはなく死期がせまっている（6 か月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられている。疲れやすいものの食事はとれ、痛みはない。意識や判断能力も健康な時と同様に保たれている」が示されており、その上で「どこで最期をむかえたいですか」との質問に対し、今まで通った病院、専門的医療機関（がんセンターなど）、緩和ケア病棟・ホスピス、介護施設、自宅、その他、わからない、から一つを選択する形式であった。対象者を、この設問に基づき希望する最期の場所が自宅か自宅以外の 2 群に分け、これを目的変数として用いた。

［説明変数および調整要因］

がん患者や一般国民のがん医療に対する地域や国の政策に対する安心感を測定することを目的として作成された“がん医療に対する安心感尺度”[11]を用い、解析対象者を安心感尺度の点数が平均点以下もしくは平均点より高値の 2 群にわけ、説明変数とした。がん医療に対する安心感尺度は、もしがんになってもこの地域で、a)安心して病気の治療を受けられる、b)あまり苦しくなく過ごせると思う、c)苦痛や心配には十分対処してもらえると思う、d)いろいろなサービスがあるので安心だ、e)安心して自宅で療養できる、f)希望すれば自宅で最期まで過ごすことも可能だという 6 項目から構成されており、それぞれが 7 点の Likert scale（まったくそう思わない : 1 点～とてもそう思う : 7 点）となっている。なお項目 f)を除いた 5 項目で使用することも可能とされており、本研究においては目的変数を希望する最期の場所が自宅か自宅以外かとしているため、項目 f)は除外して使用することとした。なお、本研究において安心感尺度を連続変数として扱わず、その平均点を用いて 2 値変数を作成した理由は、解析対象者が少なく、がん医療に対する安心感尺度の合計点数が最小値から最大値まで幅広く、そこに解析対象者が分散したため、意義のある解析が難しいと判断したためである。また、最大値は 34 点（2 人）であったが、ほぼ全ての Likert scale が最高点であったことを考慮して、外れ値として扱うこととした。そして、本研究では地域の医療に対する安心感と、人生の最期を迎える場所として自宅を選択することに関連があるかを明らかにすることを目的とした研究であるため、調整要因として年齢（60 歳以上か 60 歳未満か）、性別、医療介護

提供者かどうか、および定期的な通院の有無を用いた。なお、質問紙票には、基礎疾患の有無についても回答を求めているが、質問紙の構造として、定期的な通院があると回答した人が、基礎疾患の種類に回答をする形式であり、基礎疾患の有無という変数を作成して定期的な通院の有無とともにモデルに投入すると、共線性が生じてモデルが不安定となるため、今回は定期的な通院の有無を調整要因とした。

5. 統計学的解析

まず初めに、解析対象者の基本属性、希望する最期の場所およびがん医療に対する安心感尺度の単純集計を行った。がん医療に対する安心感尺度が平均点より高値か低値かを説明変数として、単変量解析（Fisher 検定）を行い、希望する最期の場所が自宅か自宅ではないかに関して比較を行った。次に、希望する最期の場所が自宅か自宅ではないかを目的変数として、多変量ロジスティック回帰分析を用いてがん医療に対する安心感尺度との関連を分析した。なお、この際年齢、性別、医療介護提供者かどうか、定期的な通院の有無を調整要因として回帰式に投入した。解析には Stata 15 (StataCorp, College Station, TX, USA)を用い、$P<0.05$ を有意差ありとした。

6. 倫理的配慮

本調査は小田原市立病院の倫理委員会の審査および筑波大学の倫理委員会審査（第1229 号）の上実施となった。

C. 研究結果

1. 解析対象者の基本属性、希望する最期の場所およびがん医療に対する安心感尺度の集計

解析対象者は 71 人であり、基本属性を Table 1 に示す。女性は 63.4%であり、40 代から 50 代が 49.3%を占めていた。また、62.0%が医療介護提供者であった。

希望する最期の場所の単純集計結果を Figure 1 に示す。希望する最期の場所としては、自宅が最も選択され (27 人 (うち 8 人が一般市民)、38.0%)、緩和ケア病棟・ホスピス、病院が続いた。がん医療に対する安心感尺度を、希望する最期の場所が自宅、もしくは自宅以外に分けて Figure 2 に示す。なお、解析対象者全体のがん医療に対する安心感尺度の点数は、最小値 9 点、最大値 34 点であり、外れ値として扱った 34 点を除いた平均点は 23.0 点、中央値 24 点であった。

2. 単変量および多変量ロジスティック回帰分析結果

最期をむかえる場所として自宅を選択することとがん医療に対する安心感尺度に関する単変量分析結果を Table 2 に示す。がん医療に対する安心感尺度が 24 点以上の対象者は、24 点未満の対象者と比較すると、統計学的有意に最期をむかえる場所として自宅を選択する割合が高くなることが示された（P=0.025）。対象者の年齢・性別・医療介護提供者かどうか、定期的な通院の有無を調整した多変量分析（Table 3）では、がん医療に対する安心感尺度が 24 点以上であることと、最期をむかえる場所として自宅を選択することの間に統計学的有意に正の関連を認めた。（odds ratio 3.08, 95% confidence interval 1.04-9.16）。

D. 考察

【研究 2】では、地域がん診療連携拠点病院を有する地方都市で開催された、がんに関する市民公開講座の参加者を対象として、地域のがん医療に対する安心感尺度を用い、最期をむかえる場所として自宅を選択することと、地域で提供される医療に対する安心感の関連を探索した。その結果、地域のがん医療に対する安心感が高い人は低い人と比較して、人生の最期をむかえる場所として自宅を選択することが示唆された。

先行研究では、直接的にがん医療に対する安心感と、人生の最期をむかえる希望の場所との関連性を示したものは、著者の文献レビューでは見つかっていない。しかし先行研究では、がんを患い人生の最期をむかえる場所として、医療機関や介護施設を選択した人に、なぜ自宅以外を選択したのかを複数回答で尋ねたところ、理由の第一・二として“介護してくれる家族等に負担がかかるから”（医療機関や介護施設を選択した人の 53.2%）、“症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族等も不安だから（同 38.0%）”が示されている[9]。また、症状が急に悪くなったときに、入院できる病院があるのか（同 20.3%）、訪問診療を受けられるか不安だ（同 17.9%）という理由も示されている。実際に自宅で最期をむかえることには、家族介護者の負担や、退院した後、地域の時間外の対応や緩和ケアの提供体制が整っていないことが障害となることが指摘されており[15]、最期をむかえる場所として自宅以外を選択する際に伴う不安は、概ね現実に考えられうる障壁と一致している。本研究に用いた地域のがん医療に対する安心感尺度には、あまり苦しくなく過ごせると思う、苦痛や心配には十分対処してもらえると思う、いろいろなサービスがあるので安心だ、という項目が含まれており、最期までの自宅療養が実現可能であるだろうという知識や情報を有している場合に、最期をむかえる場所として自宅を選択している可能性が考えられる。そして、地域住民を対象とした先行研究では、特定の疾患の想定はない中で終末期となった際、相談できる医療関

係者がいると認識していること、自宅での看取りでも医療を十分に受けられると思っていること、自宅でも急変時対応はできると考えていることは、最期をむかえる場所として自宅を希望することに関連があることが示され[2]、自宅での療養において不安となる要素に対する知識や情報をもつことは、最期をむかえる場所として自宅を希望することに促進的に関わることが指摘されており、本調査結果と類似している。

本調査結果および先行研究から得られる知見より、特に、地域の医療に不安を抱いているために、最期をむかえる場所として自宅を選択したいのにしていない住民に対し、地域における医療の安心感を高める取り組みを行い、かつ情報提供を行うことで、自宅で最期をむかえたいと希望する人が増える可能性が考えられる。具体的には、一般国民の約 40%は訪問看護をあまりよく知らないと回答し、約 80%は 24 時間の医師や看護師による訪問診療をあまり知らないと回答している先行研究からも示唆されているが[4]、多くの国民は人生の最終段階の在宅療養サービスについての知識が不足している可能性があり、安心感が高い住民を増やす取り組みとしては、在宅療養を支える各地域の医療介護資源の情報提供や、在宅でも十分な医療が受けられるという知識の普及が重要と考えられる。なお、地域の医療に不安を抱いているために、最期をむかえる場所として自宅を選択したいのにしていない住民と特記したのは、最後をむかえる場所として自宅以外を選択する理由は、必ずしも在宅療養が不安だからという理由だけではないと考えられるからである。つまり、何かしらの好意的な理由をもって自宅以外を選択している場合には、地域の医療の安心感を高める取り組みや情報提供をしても、希望する場所が変わらない可能性があると考えられる。

今回の調査にはいくつか限界がある。第一に、調査対象者の選択バイアスがある。調査対象者は市民公開講座参加者であり、また、医療介護関係者が半数以上であるため、もともと医療に関して関心が高い、もしくはある一定の知識を有している可能性があり、本研究結果を一般化して考える際には注意が必要である。選択バイアスがない一般市民では、今回の調査結果よりも人生の最終段階における医療や療養に関する知識を持っている人が少なく、安心感尺度が低値である人数が多いと予想され、より知識のある人と安心感尺度に差が生じ、希望する最期をむかえる場所として自宅を選択することへの関連性が明確に示される可能性が考えられる。なお、本研究の調査対象者が選択した希望する最期をむかえる場所の割合は、一般市民を対象とした先行研究[1-4]と概ね同様の割合であったことは、本研究の調査対象者が先行研究と比較して著しく特殊な考えを有していたとは考えにくい。また調査対象者の半数以上が医療介護関係者であったことに対しては、希望する最期をむかえる場所を自宅と選択することと安心感尺度の関連性を検索する多変量ロジスティック分析に、回答者が医療介護関係者かどうかを調整要因として投入することで対応をした。加えて、特

定の疾患に限らない地域の医療に対する安心感尺度が認められなかったため、地域のがん医療に対する安心感尺度を代用しており、これはあくまでもがん医療に関する尺度であるため、他の疾患を想定して希望する最期をむかえる場所を検討する際に、この結果を当てはめることにも注意が必要である。第二に、研究デザインが横断研究であるため、関連要因間の因果関係を言及することはできない。希望する最期をむかえる場所として自宅を考えている場合には、地域の医療や介護に関する情報を積極的に収集し、安心感を高めている可能性も考えられる。しかし、これまでの先行研究にて、自宅で最期をむかえることを希望していても、様々な不安により自宅療養は実現困難と考えていることが示されていることから[8]、本研究結果を、地域の医療に対する安心感を高めることで、自宅で最期をむかえることを希望する人が増える可能性があるとして議論をすることに関しては、今後の在宅療養を促進するという視点からは意義があることと考えられる。第三に、本調査では対象者に希望する最期の場所を選択する際に、医療に関する不安の有無、不安を感じているのであればどのようものか、各療養場所を選択した理由や選択しなかった理由を尋ねていないため、直接的に地域の医療に対する安心感と、希望する最期をむかえる場所との関係性を言及することはできない。今後は、最期をむかえる場所を選択する際に、地域の医療に対して不安があるために自宅を選択しない人に、不安を軽減する介入を実施し、自宅を選択する人が増えるのか、介入研究を行う必要があると考える。

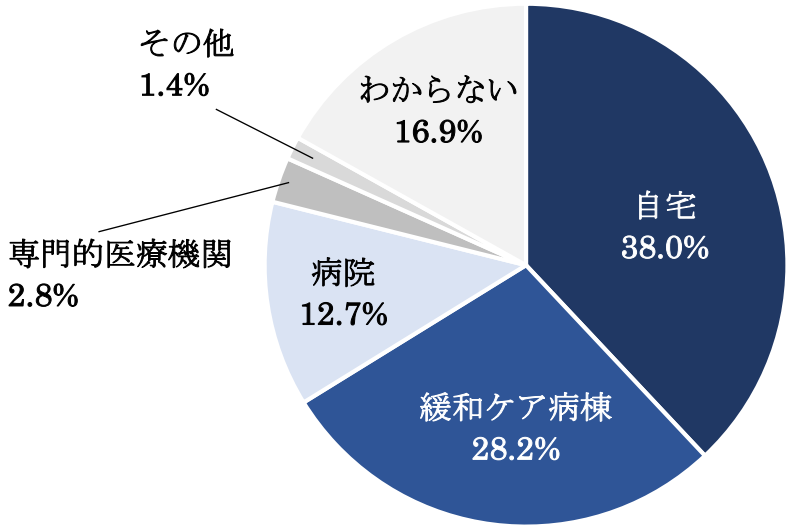
E. 結論

【研究 2】では、地域のがん医療に対する安心感尺度を用い、最期をむかえる場所として自宅を選択することと、地域で提供される医療に対する安心感の関連を調査した。その結果、地域の医療に対する安心感が高い人は低い人と比較して、人生の最期をむかえる場所として自宅を選択する可能性が示唆された。これにより、地域の医療に対する安心感を高める取り組みをし、かつ情報提供を行うことを通して、何かしらの不安により最期をむかえる場所として自宅以外を選択している人が、自宅を選択する可能性があることが指摘できる。今後は、直接的に地域の医療に対する安心感を高める介入を行い、最期をむかえる場所として自宅を選択する人が増えるかどうかの研究や、具体的にどのような方法で、どのような内容の情報提供をすることで地域の安心感が高くなるのかを研究する必要がある。

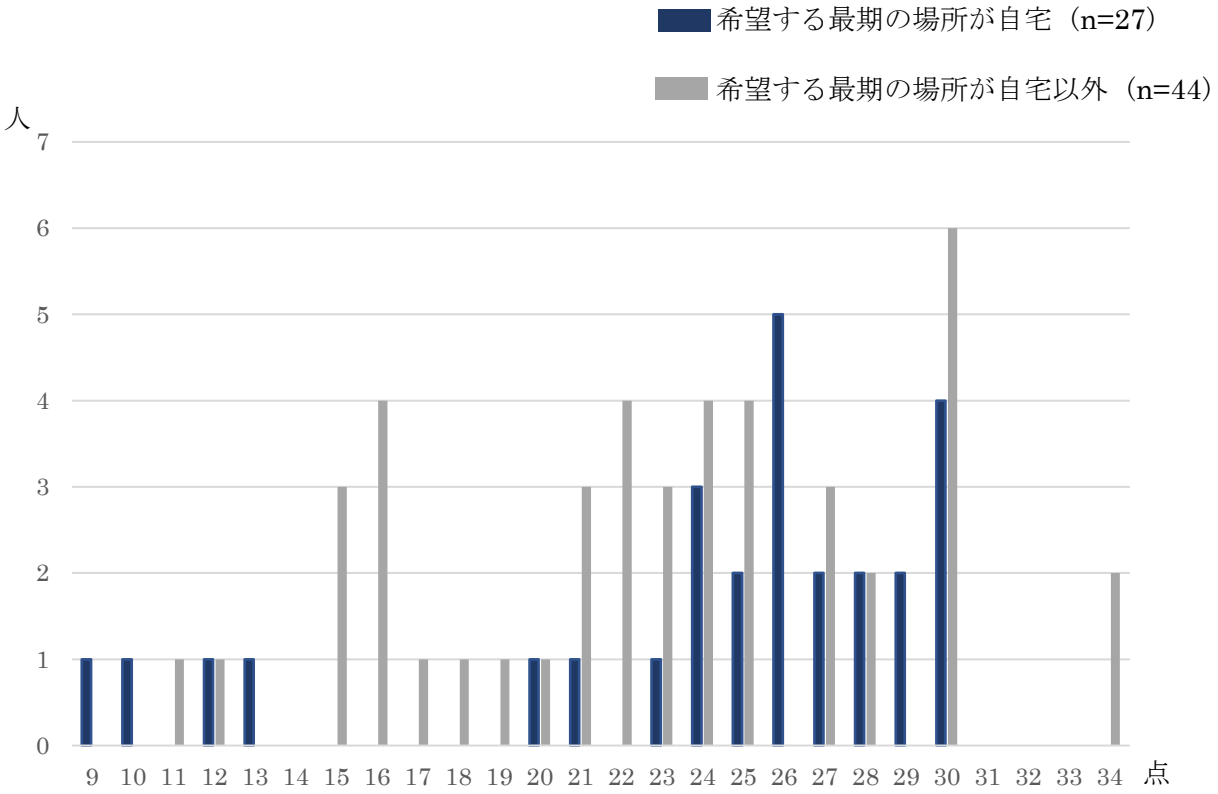
【Table 1】対象者の基本属性

		解析対象者(n=71)	
		%	（人）
性別			
	男性	36.6	26
	女性	63.4	45
年齢			
	10-19	1.4	1
	20-29	9.9	7
	30-39	8.4	6
	40-49	22.5	16
	50-59	26.8	19
	60-69	16.9	12
	70-79	11.3	8
	>80	2.8	2
一般市民		38.0	27
医療介護提供者		62.0	44
	医師		6
	看護師		19
	薬剤師		3
	技師		3
	医療事務		2
	介護士		1
	ケアマネジャー		0
	その他		9
病院受診	なし	50.7	36
	あり	49.3	35
	糖尿病		1
	高血圧		12
	高脂血症		1
	その他		21
	看取り経験あり	29.6	21
人生の最期を考えたことがある		77.1	54

【Figure 1】希望する最期の場所　　n=71



【Figure 2】がん医療に対する安心感尺度の点数



34 点を外れ値として扱い、平均点 23.0 点　中央値 24 点

【Table 2】最期をむかえる場所として自宅を選択することとがん医療に対する安心感尺度の関連（単変量解析）　（n=69）

		希望する最期をむかえる場所				
		自宅		自宅以外		*P*
		%	人	%	人	
がん医療に対する安心感尺度						
	24 点未満	23.3	7	76.7	23	
	24 点以上	48.8	20	51.2	19	0.025

【Table 3】最期をむかえる場所として自宅を選択することとがん医療に対する安心感尺度の関連（多変量解析）　（n=69）

	希望する最期をむかえる場所	
	odds ratio	95% confidence interval
がん医療に対する安心感尺度		
（reference: 24 点未満）	1	N/A
24 点以上	3.08	1.04-9.16

※　年齢・性別・医療介護提供者かどうか、定期的な通院の有無で調整を行った

参考文献

1. Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol.* 2007;18(9):1539-1547.
2. 石川孝子，福井小紀子，澤井美奈子．武蔵野市民の終末期希望療養場所の意思決定に関連する要因　年代別比較．*日本公衆衛生雑誌.* 2014; 61 巻(9 号):545-555.
3. 稲垣安沙，高野純子，野口麻衣子，山本則子．地域在住高齢者のアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の実施状況と関連要因：横断研究．*日本看護科学会誌.* 2020;40 巻 56-64
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.* 2011;42(6):882-892.
5. Nishie H, Mizobuchi S, Suzuki E, et al. Living will interest and preferred end-of-life care and death locations among Japanese adults 50 and over: a population-based survey. *Acta Med Okayama.* 2014;68(6):339-348.
6. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan. *Support Care Cancer.* 2012;20(10):2575-2582.

7. Wilson DM, Cohen J, Deliens L, Hewitt JA, Houttekier D. The preferred place of last days: results of a representative population-based public survey. *J Palliat Med.* 2013;16(5):502-508.
8. 終末期医療のあり方に関する懇談会 厚. 終末期医療のあり方に関する懇談会 「終末期医療に関する調査」結果について 2010; https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yp23-att/2r9852000000ypwi.pdf. Accessed 8 月 5 日, 2020.
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に関する意識調査 報告書. 2018; https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf. Accessed 8 月 9 日, 2020.
10. 厚生労働省. 人生の最終段階における医療に関する意識調査 調査票. 2012 年; https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002wehvatt/2r9852000002wem7.pdf. Accessed 7 月 29 日, 2020.
11. Igarashi A, Miyashita M, Morita T, et al. A scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan: a potential new endpoint of cancer care. *J Pain Symptom Manage.* 2012;43(2):218-225.
12. Funk LM, Allan DE, Stajduhar KI. Palliative family caregivers' accounts of health care experiences: the importance of "security". *Palliative & supportive care.* 2009;7(4):435-447.
13. Milberg A, Strang P, Carlsson M, Börjesson S. Advanced palliative home care: next-of-kin's perspective. *J Palliat Med.* 2003;6(5):749-756.
14. Milberg A, Strang P. Met and unmet needs in hospital-based home care: qualitative evaluation through open-ended questions. *Palliat Med.* 2000;14(6):533-534.
15. Wahid AS, Sayma M, Jamshaid S, et al. Barriers and facilitators influencing death at home: A meta-ethnography. *Palliat Med.* 2018;32(2):314-328.

第 6 章

【研究　3】

希望する人生の最終段階の療養場所の選択と想定される疾患の関連

A.　研究背景および研究目的

日本の一般国民を対象とした先行研究では、希望する人生の最終段階の療養場所としては自宅が最も選択されており(44%- 64%)[1,2]、諸外国からの報告と類似している[3,4]。また、希望する人生の最終段階の療養場所を選択する際には、年齢[2,5]、性別[1]、婚姻状態[3]、家族の負担になることへの不安[5]、自身の長期入院の経験、親しい人の入院[2]や在宅介護に親しみがあるか[1]などが関連していることが示されている。しかし、これらの研究では特定の疾患は想定されず、「重い病気のために人生に限られた時間しか残されていない場合、どこで療養を受けたいですか」という設問に回答を得て調査が行われている。しかし、筆者の臨床経験から考えると、想定する疾病の特徴によって、希望する療養場所が変わるのではないかと仮説をたてている。筆者の調べた限り、同一集団に対し、疾患を想定して希望する人生の最終段階の療養場所をたずねた調査は見つかっていない。

そこで【研究 3】の目的は、希望する人生の最終段階の療養場所は、想定される疾患によって異なるかを明らかにすることである。想定される疾患によって希望する場所が異なるのであれば、人生の最終段階の療養場所を議論する際に、個人の希望をより正確に把握するため、疾患を想定して話し合いをする必要がある。

B.　研究方法

1．研究デザインと研究対象者

本研究は【研究 1】と同様、厚生労働省が 2017 年 12 月に一般国民を対象として実施した、「人生の最終段階における医療に関する意識調査」で収集されたデータを用いた横断研究である。「人生の最終段階における医療に関する意識調査」は、厚生労働省が 5 年毎に国民を対象に実施をしているアンケート調査である。厚生労働科学研究費「人生の最終段階における医療のあり方に関する調査の手法開発及び分析に関する研究」（平成 28 年度～平成 30 年度）に筆者は研究協力者として参加しており、研究班として質問紙票作成の段階で質問項目に関する助言を厚生労働省へ提出した。助言の全てが反映されたわけではないが、厚生労働省の検討・変更および最終的判断がなされ質問紙が確定となり、厚生労働省により 2017 年 12 月に意識調査は実施された。なお、

希望する療養場所に関する項目は、2003 年、2008 年、2013 年の同調査でも調査されており、2013 年の調査には、末期がん、慢性の重い心臓病、認知症が進行した状態、交通外傷後の植物状態を想定して治療場所、希望する治療について調査がなされていた。2017 年 12 月実施の調査には、末期がん、慢性の重い心臓病、認知症が進行した状態を想定して、希望する療養場所を調査する項目が含まれた。意識調査の結果のデータは個人が同定されない形式で厚生労働省から研究班へ授受され、本研究に用いた。

研究対象者は全国の 20 歳以上の男女から層化二段無作為抽出で選出された。具体的には、平成 27 年国勢調査区から各地点の標本数が 20～47 程度となるように 150 地点を無作為抽出した上で、各地点の住民基本台帳から無作為抽出がなされた[6]。厚生労働省から 6000 人に対して調査に関する説明および調査票が郵送され、回答は郵送で回収された。最大 2 回のリマインダーがなされ、973 名から回答が得られた。本研究では、人生の最終段階の療養を希望する場所の有無、性別、年齢に関する情報が欠損している回答者は除外し、最終的に 889 人が解析対象となった（有効回答率：14.8%）。

２．解析項目

［目的変数］

本研究では、希望する人生の最終段階の療養場所を目的変数とした。質問紙票では以下 3 つの疾患：がん・慢性の重い心臓病・認知症のシナリオを例示し、「どこで過ごしながら医療・療養を受けたいですか。」と質問をし、それぞれの疾患シナリオにおいて希望する人生の最終段階の療養場所の選択を求めた。具体的に例示した疾患シナリオは、①「末期がんと診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくく、呼吸が苦しいといった状態です。しかし、 痛みはなく、意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。」、②「慢性の重い心臓病が進行して悪化し、今は食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態です。しかし、意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。」、③「認知症が進行し、自分の居場所や家族の顔が分からず、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態で、かなり衰弱が進んできました。」であった。なお、疾患シナリオ全てにおいて、以降の見通しが「回復の見込みはなく、およそ 1 年以内に徐々にあるいは急に死に至る、とのことです。」と付記された。回答者は、医療機関、介護施設、自宅のいずれか一つから回答を選択した。

［独立変数］

先行研究[1-3]で希望する療養場所を選択する際に関連が指摘されている回答者の年齢、

性別、同居者の有無（婚姻状態の類似として代用）、過去 5 年以内の大切な人の介護経験の有無（以下、介護経験）、過去 5 年以内の大切な人との死別経験の有無（以下、死別経験）、およびかかりつけ医の ACP における役割を考慮して [7]、かかりつけ医の有無をそれぞれ独立変数とした。年齢は、日本老年学会と日本老年医学会合同で示された高齢者の定義 [8] および国民健康保険制度の年齢の線引き [9] を参考にして 65 歳以上と 65 歳未満というカテゴリを作成した。なお、質問紙票には回答者の年収や健康状態に関する質問項目は含まれていなかった。

３．統計学的解析

まず初めに、解析対象者の基本属性の記述を行った。そして、3 つの疾患シナリオそれぞれにおける希望する人生の最終段階の療養場所について、解析対象者の分布を記述し、その分布が 3 つの疾患シナリオ間で異なっているのか、カイ二乗検定を用いて比較した。次に、年齢、性別、同居者の有無、かかりつけ医の有無、介護経験の有無、死別経験の有無でそれぞれ層別化をして、3 つの疾患シナリオそれぞれにおける希望する人生の最終段階の療養場所について、解析対象者の分布を記述した。また、各疾患シナリオと希望する場所の関係は、独立変数の年齢、性別、同居者の有無、かかりつけ医の有無、介護経験の有無、死別経験の有無によって違いがあるのか分析をした。具体的な分析方法は、（ｉ）希望する場所をアウトカムとして、各疾患シナリオと 1 つの独立変数を投入した多項ロジスティック回帰分析と、（ii）同じく希望する場所をアウトカムとして各疾患シナリオと 1 つの独立変数の積を投入した多項ロジスティック回帰分析をし、（ｉ）と（ii）の尤度比検定を行った。なお、（ｉ）と（ii）どちらの式にも年齢を調整要因として投入した。ただし、年齢の作用を分析する際には、性別を調整要因として投入した。

質問紙票では、各疾患シナリオにおいて自宅を選択した理由、もしくは自宅以外（介護施設もしくは医療機関）を選択した理由を複数回答で尋ねており、それぞれ解析対象者の分布を記述した。

統計学的解析には、Stata 15 (StataCorp, College Station, TX, USA)を用いた。統計学的有意差に関しては $P<0.05$ を用いた。

４．倫理的配慮

厚生労働省から提供されたデータは、すべて個人が特定されない形式で与えられた。また、本研究は筑波大学倫理委員会の承諾を得て実施した（No.1254）。

C.　研究結果

解析対象者には 889 人が含まれた。解析対象者選択のフローチャートを Figure 1 に記載した。Table 1 には、解析対象者の基本属性を示した。約半数は男性で(n=498; 56.0%)、397 人(44.7%)は 65 歳以上であった。727 人（81.8%）に同居家族がおり、介護経験がある人は 322 人（37.4%)、死別経験があるのは 371 人（41.7%）であった。

Figure 2 には、疾患シナリオ別の希望する人生の最終段階の療養場所を示した。疾患シナリオ①の末期がんの場合、49.6%が自宅を選択し、介護施設を選択したのは 10.9%、医療機関を選択したのは 39.5%であった。疾患シナリオ②の慢性の重い心臓病の場合、最も多く選択されたのは医療機関で 50.6%であったのに対し、疾患シナリオ③の認知症の場合、最も選択されたのは介護施設 54.5%であった。Figure 3 には、層別化をして疾患シナリオ別の希望する人生の最終段階の療養場所を示した。いずれの変数で層別化をしても、疾患シナリオ①の末期がんの場合は自宅が、疾患シナリオ②の慢性の重い心臓病の場合は医療機関が、疾患シナリオ③の認知症の場合は介護施設が最も選択される割合が大きかった。そして、各疾患シナリオと希望する療養場所の関係は、年齢、性別、同居者の有無、かかりつけ医の有無、介護経験の有無、死別経験の有無によって違いがあるのか分析したところ、各疾患シナリオと希望する療養場所の関係は年齢によって違いがあることが示された（p<0.0001)。一方、性別（p=0.2079)、同居者の有無(p=0.4767)、かかりつけ医の有無(p=0.3989)、介護経験の有無(p= 0.8320)、死別経験の有無（p=0.0879）はいずれも各疾患シナリオと希望する療養場所の関係に作用が示されなかった。

Figure 4 には各疾患シナリオにおいて自宅を選択した理由、Figure 5 には介護施設を選択した理由、Figure 6 には医療機関を選択した理由を示した。疾患シナリオが末期がんの場合で自宅を選択した対象者では、「経済的に負担が大きいと思うから」が最も選択されていた。疾患シナリオが慢性の重い心臓病で医療機関を選択した対象者では「急な症状増悪時の対応に自分も家族等も不安だから」が、疾患シナリオが認知症の場合で介護施設を選択した対象者では、「介護してくれる家族等に負担がかかるから」が最も選択された。

D.　考察

【研究 3】は、日本の一般市民を対象として、希望する人生の最終段階の療養場所が、想定される疾患によって異なるかどうかを探索した。人生の最終段階に想定される疾患を、がん、慢性の重い心臓病、認知症の 3 つとし、それぞれについて対象者に希望す

る人生の最終段階の療養場所をたずね、がんの場合では自宅が最も選択され、慢性の重い心臓病の場合は医療機関、認知症の場合は介護施設が最も選択された。また、想定される疾患と希望する人生の最終段階の療養場所の関係は、年齢によって異なることが示された。先行研究は[1,4,5,10]、希望する人生の最終段階の療養場所を尋ねる際には疾患が想定されていないか、ある特定の疾患が想定されている調査であり、その結果として自宅が最も選択されていた。それに対し本研究は、希望する人生の最終段階の療養場所は、想定される疾患によってそれぞれ異なることを示した最初の研究となった。

希望する人生の最終段階の療養場所が、想定される疾患によってそれぞれ異なる結果となった理由を対象者がその場所を選択した理由と、先行文献を参考に考察する。想定される疾患ががんの場合、日本の一般国民を対象とした先行研究にて、人生の最終段階にがんのケアを通してよい死（good death）をむかえるための構成要素として、家族と十分な時間を過ごし、亡くなる時に家族がそばにおり、静かな環境で過ごすことを重要と考えている人の割合が高く、一方、最後までがんと闘い続けることや、できる限り長く生きることを重要と考えている人の割合は少なかったことが示されており[11]、自宅で過ごすことをイメージしていると推測したが、実際自宅を選択した理由として最も多かったのは「経済的に負担が大きいと思う」であった。これは自宅で療養したいという前向きな選択ではなく、介護施設や医療機関での療養は経済的負担が大きいから、やむを得ず自宅を選択したという可能性も考えられる。一方、想定される疾患が慢性の重い心臓病の場合は、医療機関を選択した回答者の割合が最も多く、医療機関を選択した理由として「急な症状増悪時の対応に自分も家族も不安だから」、「急な症状増悪時にすぐに入院できるか不安だから」という回答が多かった。人生の最終段階の慢性心疾患は、集中的な症状マネージメントや[12,13]緩和ケア[14]が必要とされており、一般国民は入院においてそれらに対する医療やケアが提供されるとイメージしている可能性が考えられた。想定される疾患が認知症の場合、介護施設が最も選択されたが、介護施設を選択した理由としては、「介護してくれる家族等に負担がかかるから」が最多であった。認知症の経過は他の疾患と異なり緩徐に、進行性に認知機能が低下するとされ[15]、これに伴い記憶障害や見当識障害、失行、失認などにより行動の問題が生じたり、抑うつや易怒性のような精神的問題が生じたりして[15]、自身が家族の負担になることを避けたいとイメージしていたと考えられる。一方、実際に疾患を有する患者に対して、希望する人生の最終段階の療養場所を調査した先行研究では、疾患によって希望する場所は異なる可能性が指摘されている[16]。がん患者を対象とした研究では、希望する人生の最終段階の療養場所は、自宅が最も選択されていた[5,16,17]。心疾患の患者では自宅が[16]、認

知症の患者では介護施設が最も選択されていたか[18]、もしくは介護施設と自宅がほぼ同等であった報告がある[19]。一般国民を対象とした本研究結果は、患者を対象とした希望する人生の最終段階の療養場所の調査結果と概ね類似していた。心疾患では、本研究と先行研究では結果が異なったが、これは、疾患がない時に希望していたことと、実際に疾患になった場合の希望は変化している可能性や[20]、身体症状に由来するかもしれない。

本研究結果は、疾患の想定を行わずに希望する人生の最終段階の療養場所を話し合うと、本来疾患によって異なる場所を希望する可能性があるにも関わらず、どのような状況であっても選択した 1 つの場所のみを自身が認識したり、周囲とその認識を共有したりする可能性があることを示唆している。実際に治療方針や入院するかどうかなどを決定しなければならない状況において、自己決定能力を喪失している人の割合は身体疾患では平均 34%、精神疾患（認知症を含む）では平均 45%と報告されており[21]、あらかじめ希望する人生の最終段階の療養場所を考え話し合っておくことは重要である。なお、Respecting Choices®[22]は ACP を実践する際の対象者を 3 つに区別しており、第一段階の対象者は健康な成人もしくは慢性疾患をもっている人で、ACP をまだしたことがない人達と示している。このような対象者における ACP の目指すところとして、永久的で重篤な神経外傷が起こった際の指示や基本的な事前指示書の作成を行うこととされている。今回の調査に用いた想定される疾患のうち、認知症に関しては、認知機能の低下により、がんや慢性心疾患よりも早期に自己決定能力を喪失することから、第一段階の対象者においても、突然の外傷や不慮の事故等を想定した話し合いのみならず、特に認知症を含めた典型的な異なる疾患軌跡[23]をたどる複数の疾患を想定して話し合いをしておくことは意義があると考えられる。そして、一般国民ひとりひとり、および医療介護提供者も、想定される疾患によって希望する療養場所が変わり得るという認識をあらかじめ持つこと自体が重要である。その上で、健康な時から健康状態が変化する毎に、いくつかの疾患を想定し、その時々における希望する療養場所を検討していく必要があると考える。

なお、希望する人生の最終段階の療養場所を議論する際に、諸外国とは異なる日本の医療・介護保険制度を考慮しておく必要がある。例えばアメリカ合衆国では、ホスピスケアはメディケアのもと疾患に限らず予後が 6 か月未満と診断された患者に提供されており、類似の制度は、イギリス、ドイツ、カナダなどでも認められる。一方日本では、緩和ケアや在宅介護の提供には疾患の制限がある。日本では緩和ケアを提供して医療保険制度において診療報酬が得られるのは、患者が悪性腫瘍か後天性免疫不全症候群

か末期心不全という限られた診断がされている場合のみである。介護保険制度においては、65 歳以上であれば疾患に限らず介護が提供されるが、40 歳~59 歳であれば、特定の 16 種類の疾患（がんや認知症などが含まれる）にのみ制度に基づく介護が提供される。このように疾患によって受療できる医療や介護に制限があることは、希望する人生の最終段階の療養場所が疾患によって異なることに影響している可能性があるかもしれない。これらのような制度のもと、一般国民が希望する人生の最終段階の療養場所を考える際には、制度に関する知識の普及のみならず、個人が希望する場所で受療できる、もしくはできない医療や介護を具体的に説明することで、より個人が熟慮をした希望する場所を選択することが可能になると考えられる。ホスピスケアに関して疾患の制限がない国においては、希望する人生の最終段階の療養場所を議論する際には、疾患によって希望する場所が異なる可能性を考慮した上で、議論を進めていく必要があると思われる。

そして、本研究では、想定される疾患と希望する人生の最終段階の療養場所の関係は、年齢によって異なることが示された。既に先行研究では、年齢と希望する人生の最終段階の療養場所には関連があることが示されている[2,4,5]。疾患を想定した上で、希望する人生の最終段階の療養場所を検討しても、年齢を重ねると希望する場所は変わる可能性があるので、1 回のみならず、繰り返し行っていくことが重要であると考えられる。

本研究には、いくつかの限界がある。第 1 として、今回用いたアンケート調査の有効回答率が低いため、一般化可能性には注意が必要である。ただし、本研究の解析対象者の年齢分布は、日本の人口構成分布と概ね一致しており、極端な年齢分布の不均衡は認められてはいない。またアンケート調査では、人生の最終段階に関する医療や介護に興味のない人は、そもそも回答しなかった状況も考えられ、これが選択バイアスとなりうる。人生の最終段階に関する医療や介護に興味がない人は、知識や情報が十分でなく、疾患に関わらず病院を選択する可能性があると考えられ、病院という選択が過小評価されている可能性がある。過小評価を考慮しても、希望する人生の最終段階の療養場所は各疾患で明らかな差が認められているので、疾患の想定をした上で希望する人生の最終段階の療養場所を話し合うことの重要性を述べることが可能と考える。第二の限界は、今回の調査では一般市民が対象であるので、本研究結果を疾患を有する患者（特に予後が短いと想定される患者）に反映することは好ましくない。アンケートの質問紙では回答者に直接疾患の有無をたずねてはいないが、かかりつけ医がいると回答したのは約 3 割であった。人生の最終段階の医療や介護に関する話し合いを実践する際、対象者は 3 つに区別されて考えられており[22]、本研究の対象者は、疾患を有し予後 1 年以

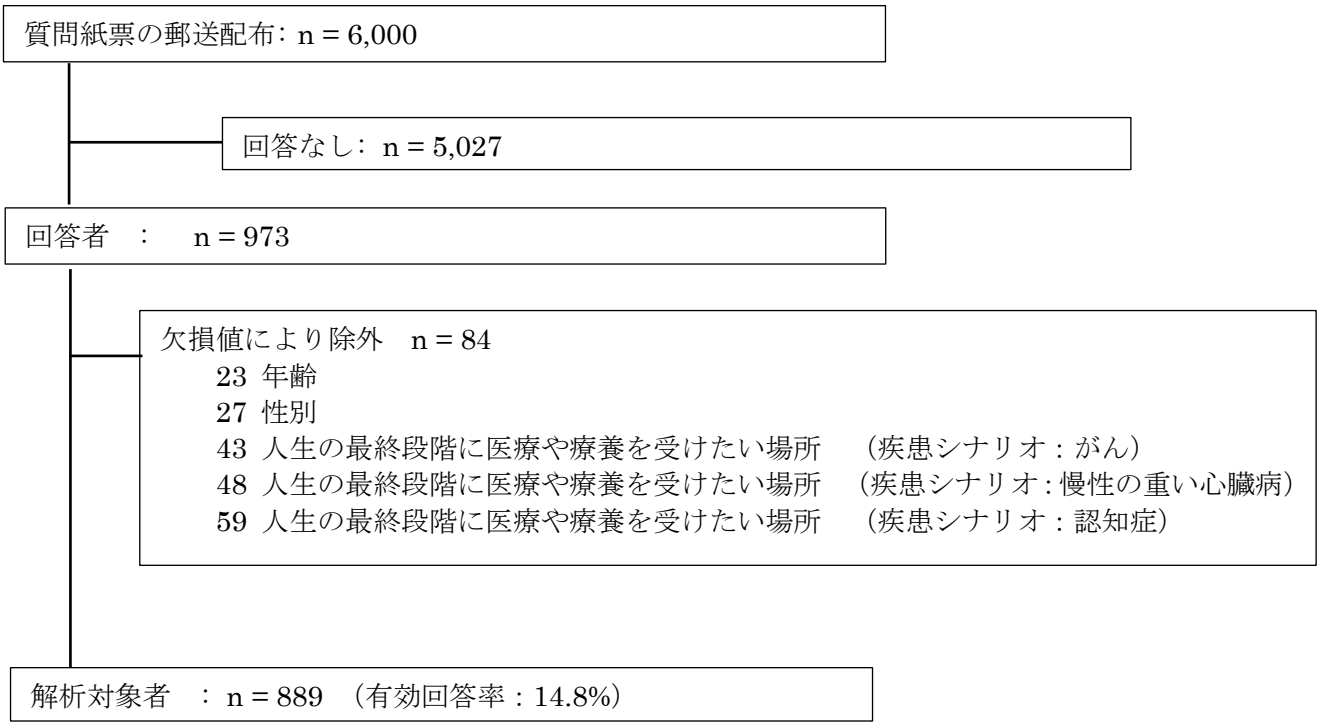
内の患者ではなく、疾患がないか、もしくは慢性疾患を有している者と考えられ、そのような状況の人と希望する人生の最終段階の療養場所を話し合う時には、具体的な疾患を想定することに意義があると考えられる。疾患を有し予後 1 年以内と考えられている患者の場合には、個人の希望のみならず、症状、医療・介護ニーズ、家族、医療介護提供者に関する要素を総合的に検討した上で、希望する療養場所、最期の場所を決定する必要があると考えられる。第 3 の限界として、本研究では想定される疾患と希望する人生の最終段階の療養場所の関係は年齢によって異なることが示されたが、年齢を重ねることで具体的にどのように異なるかは、今回用いた分析手法から述べることが困難である。ただし、年齢によって想定される疾患と希望する人生の最終段階の療養場所の関係が異なることを踏まえ、話し合いは 1 回のみでなく、人生において何回か繰り返し行っていくことを認識しておくことに意義があると考えられる。なお、先行研究では、婚姻状態 [3]、家族の負担になることへの不安 [5]、自身の長期入院の経験や親しい人の入院 [2] や在宅介護に親しみがあるか [1] などが、希望する人生の最終段階の療養場所の選択に関連があることが示されている。先行研究では疾患を想定せずに療養場所を選択している点が本研究とは異なっており、本研究と異なる結果となった可能性がある。今後療養場所の選択に関連する要因の理解をさらに深める研究から得られる知見は、どのように希望する場所を議論していくことがよりよいのかを理解する一助になると考えられる。

本調査の強みは、同一集団に対し複数の疾患を想定した上で、希望する人生の最終段階の療養場所がどこであるかを調査し、想定される疾患によって希望する場所が異なることを指摘したことである。

E. 結論

【研究 3】により、希望する人生の最終段階の療養場所は、想定される疾患によってそれぞれ異なることが示唆された。一般市民を対象として希望する人生の最終段階の療養場所を話し合う際は、疾患の想定がなければ、本来希望していない場所が希望の場所と認識・共有されてしまう可能性があるため、全ての疾患を提示することは困難ではあるが、軌跡の異なる疾患を提示した上で話し合いを進めることにより、より個人の希望を正確に認識・共有できる可能性がある。なお、疾患を想定して希望する人生の最終段階の療養場所を話し合っても、年齢によっても変化する可能性があり、1 回のみならず、繰り返し話し合いの機会をもつ必要があると考えられる。

【Figure 1】解析対象者選択までのフローチャート

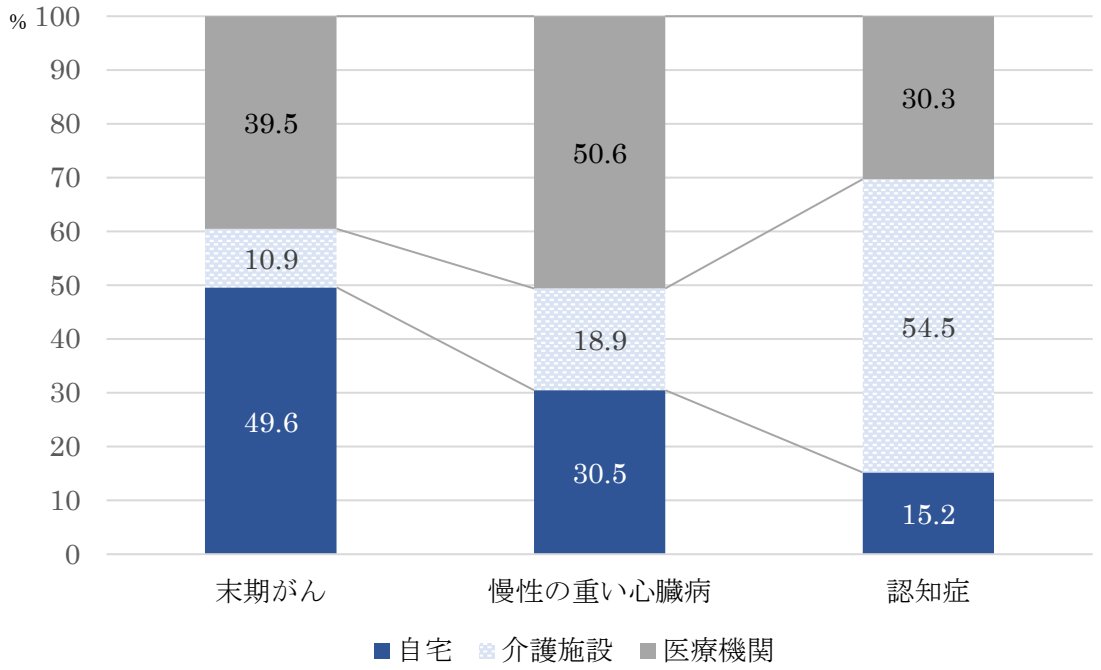


【Table 1】対象者の基本属性

	n=889
	人数（%）
性別	
男性	498 (56.0)
女性	391 (44.0)
年齢	
65 歳以上	397 (44.7)
65 歳未満	492 (55.3)
20-29	39 (4.4)
30-39	107 (12.1)
40-49	137 (15.4)
50-59	133 (15.0)
60-69	188 (21.1)
70-79	188 (21.1)
80 以上	97 (10.9)
最終学歴	
大学・大学院	317 (35.7)
短期大学・高等専門学校・専門学校	171 (19.2)
高校	306 (34.4)
中学	92 (10.4)
不明	3 (0.3)
かかりつけ医	
いる	332 (37.4)
いない	549 (61.7)
不明	8 (0.9)
同居家族	
なし	142 (16.0)
少なくとも一人以上同居家族がいる	727 (81.8)
不明	20 (2.2)
介護経験	
あり	332 (37.4)
なし	549 (61.7)
不明	8 (0.9)
死別経験	
あり	371 (41.7)
なし	484 (54.4)
不明	34 (3.8)
人生の最終段階における医療に関する話し合い	
あり	351 (39.5)
なし	505 (56.8)
不明	33 (3.7)

【Figure 2】疾患シナリオ別　人生の最終段階における医療や介護を受けたい場所

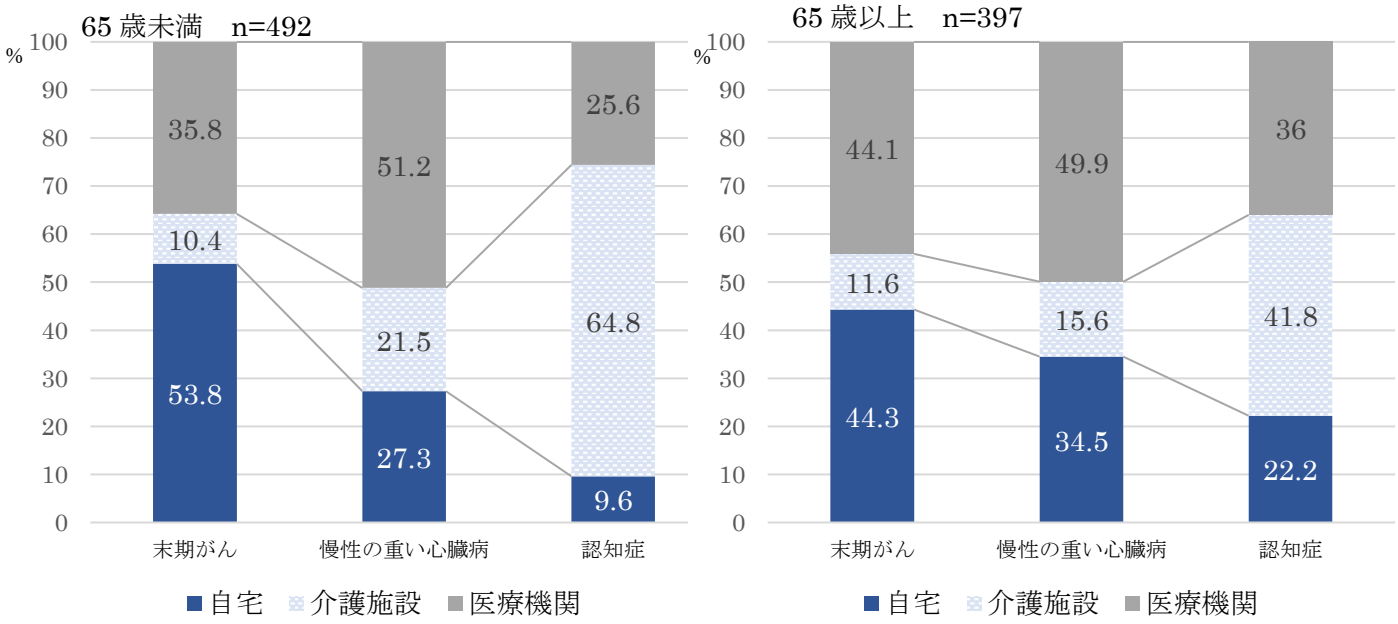
n=889



カイ二乗検定：　p<0.0001

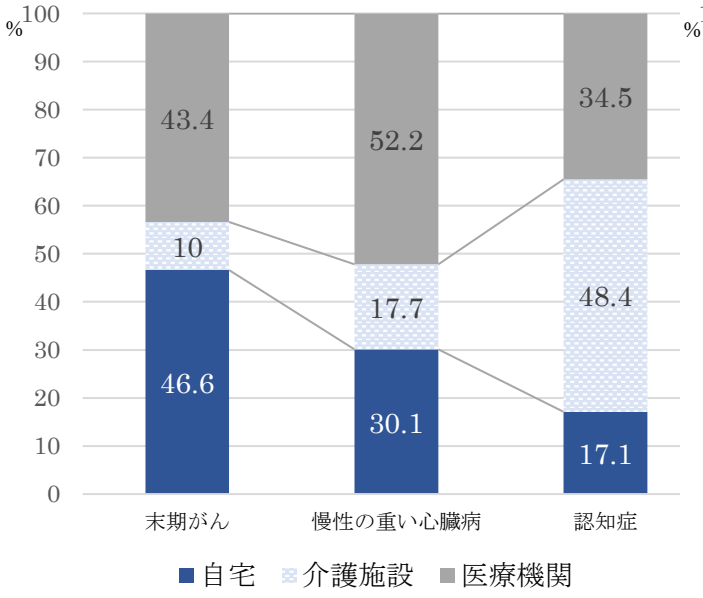
【Figure 3】疾患シナリオ別　人生の最終段階における医療や介護を受けたい場所
層別化集計結果

（1）　年齢による層別化

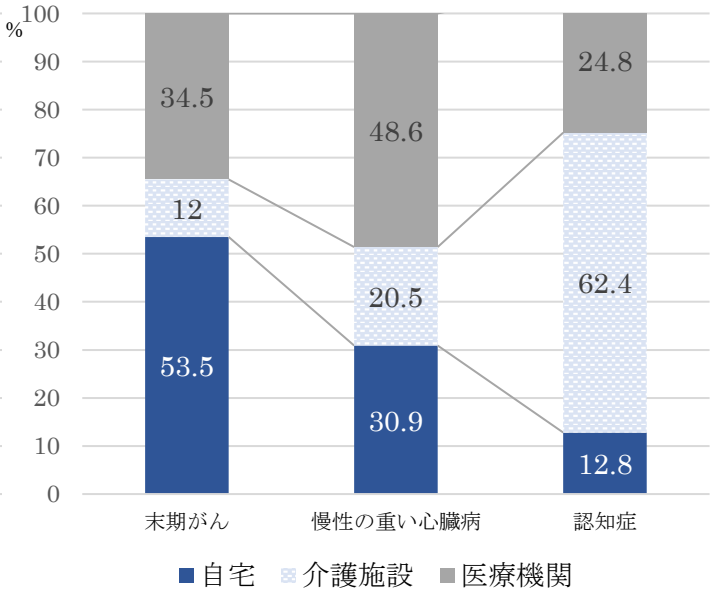


（２） 性別による層別化

男性　n=498

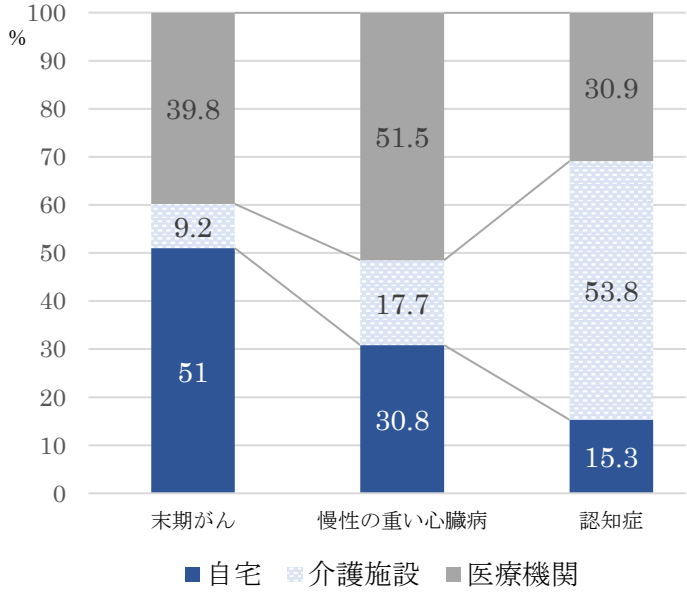


女性　n=391

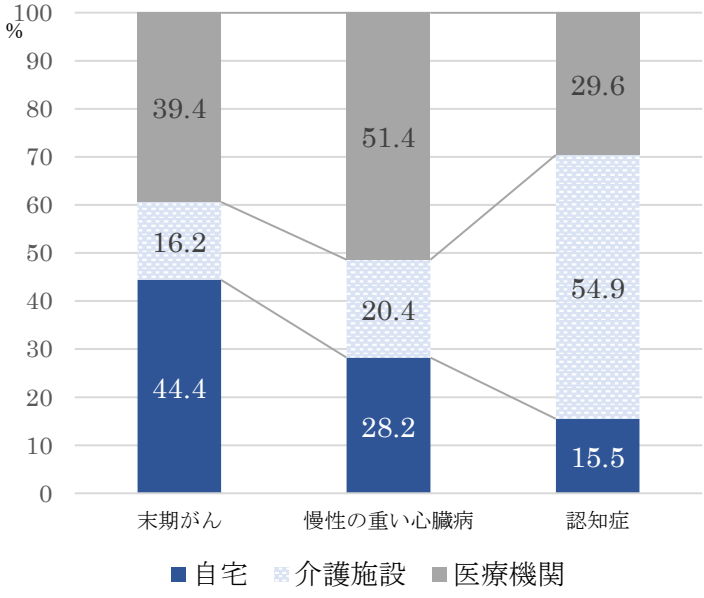


（３） 同居者の有無

同居者あり　n=727

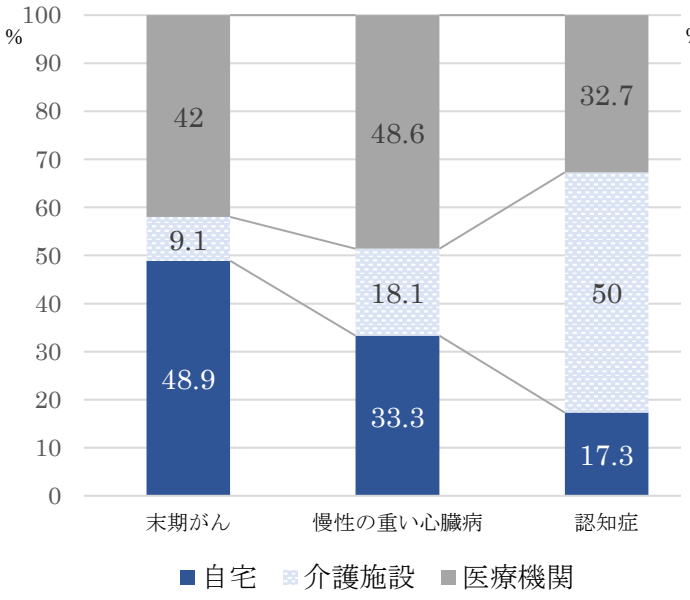


同居者なし　n=142

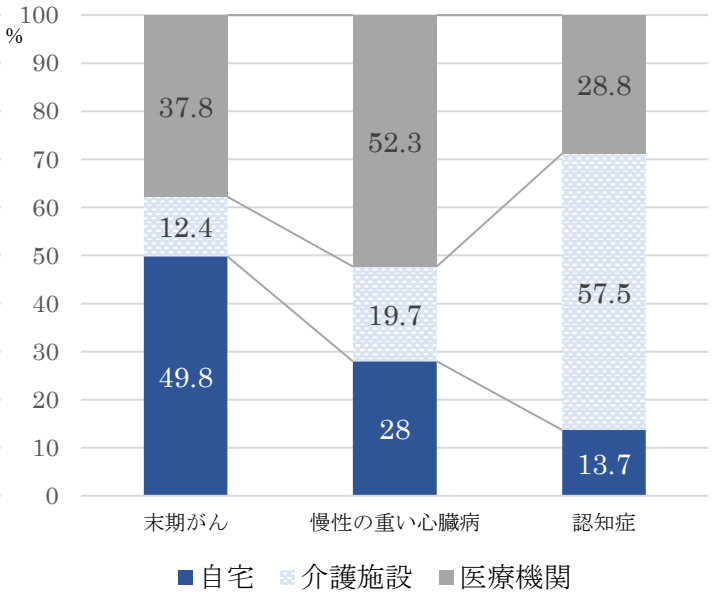


（４） かかりつけ医の有無

かかりつけ医あり　n=364

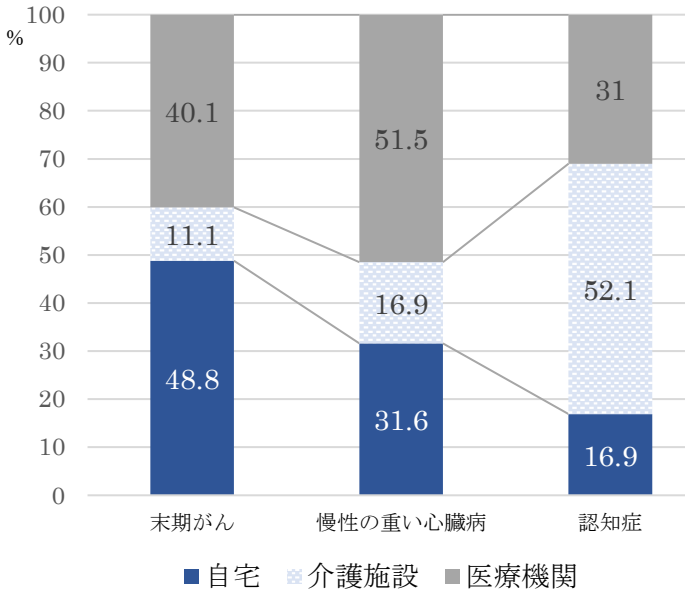


かかりつけ医なし　n=518

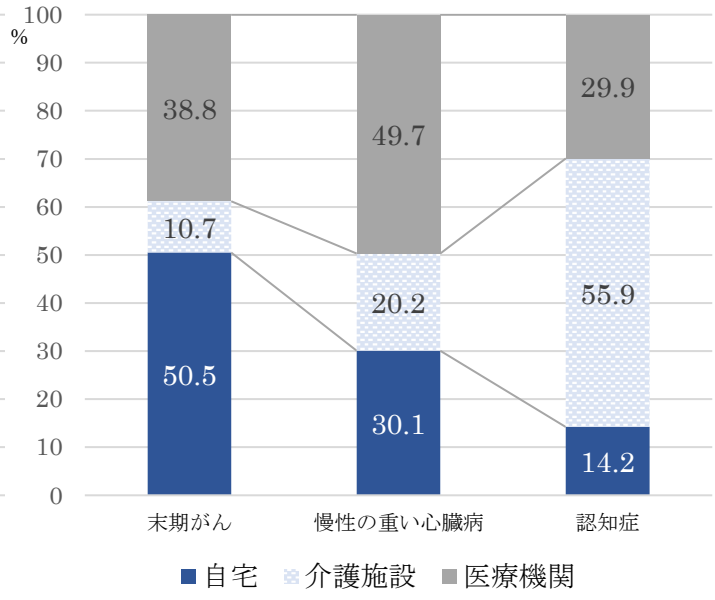


（５） 介護経験の有無

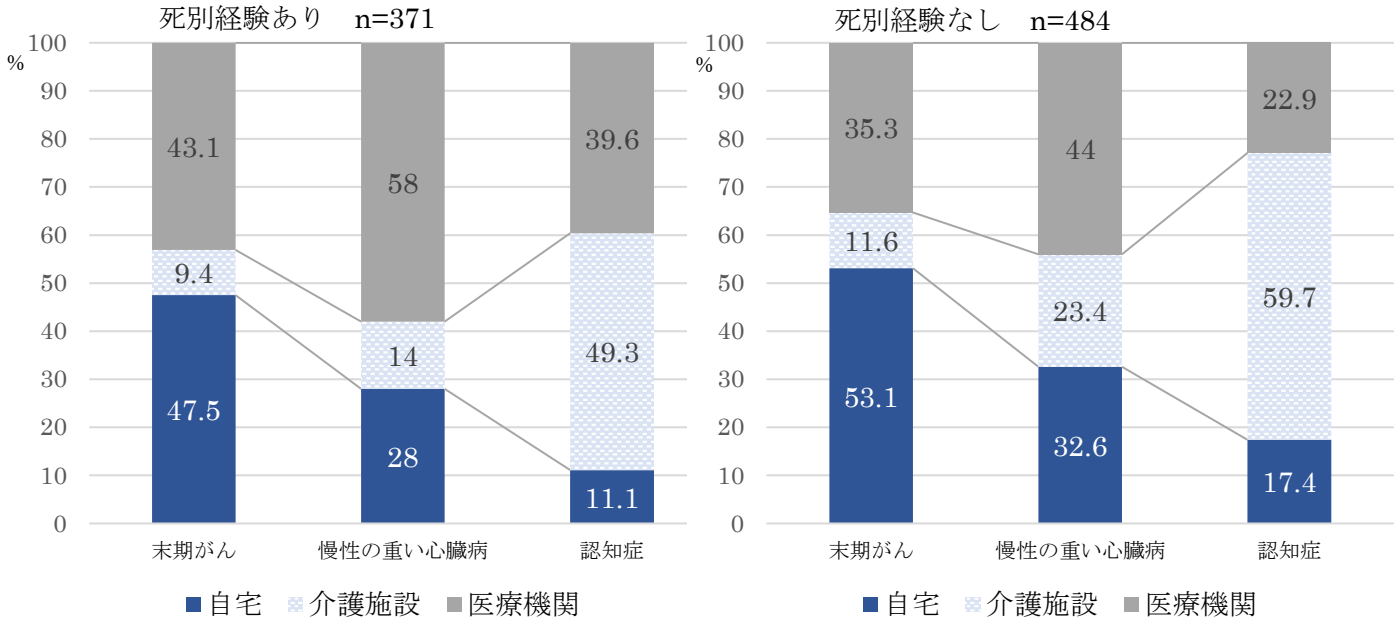
介護経験あり　n=332



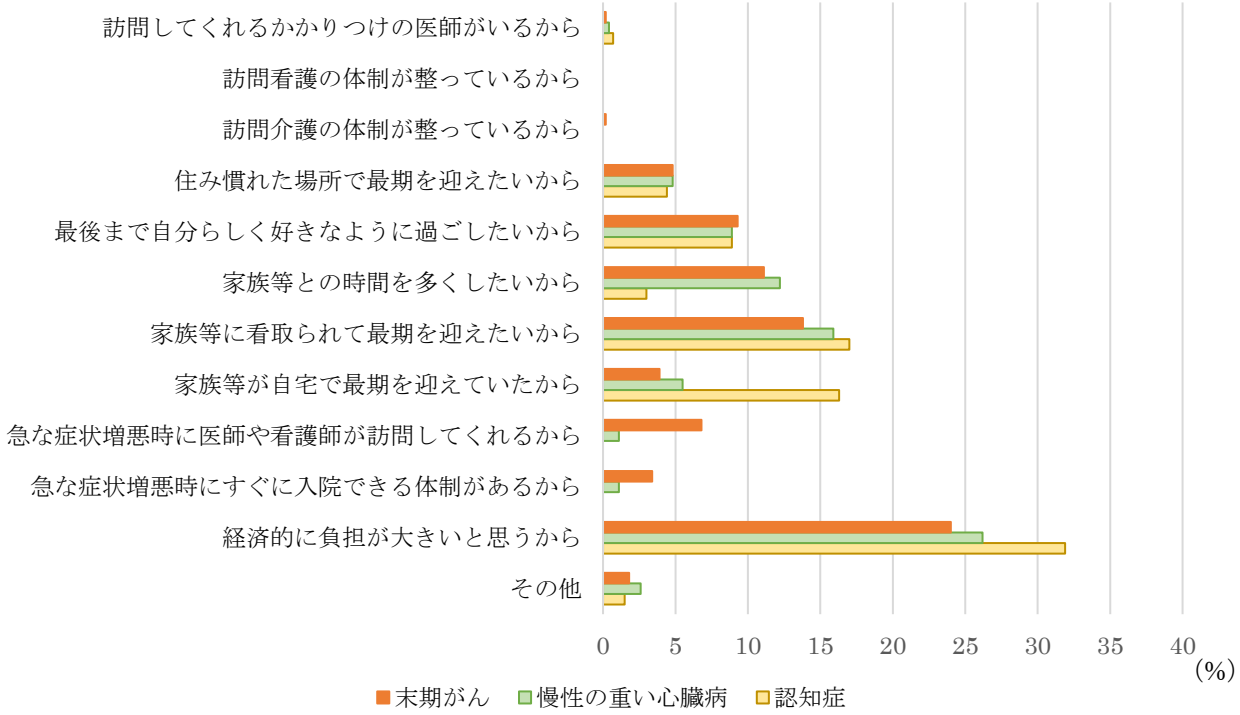
介護経験なし　n=549



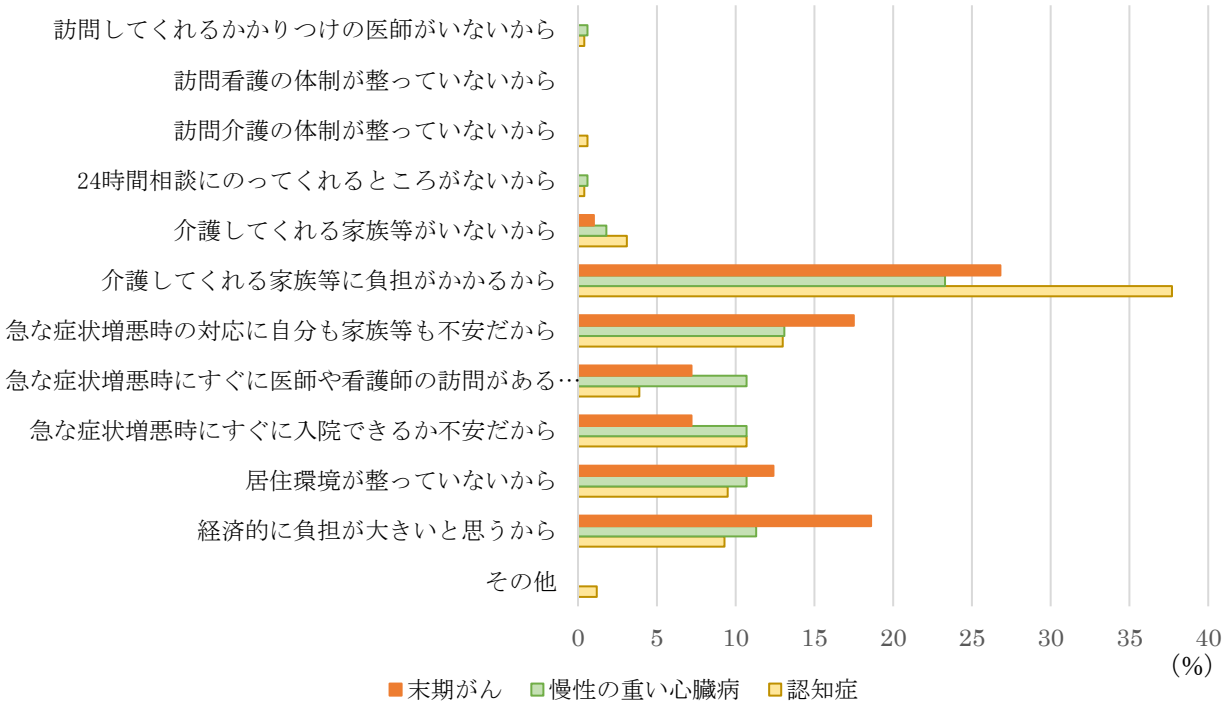
（６） 死別経験の有無



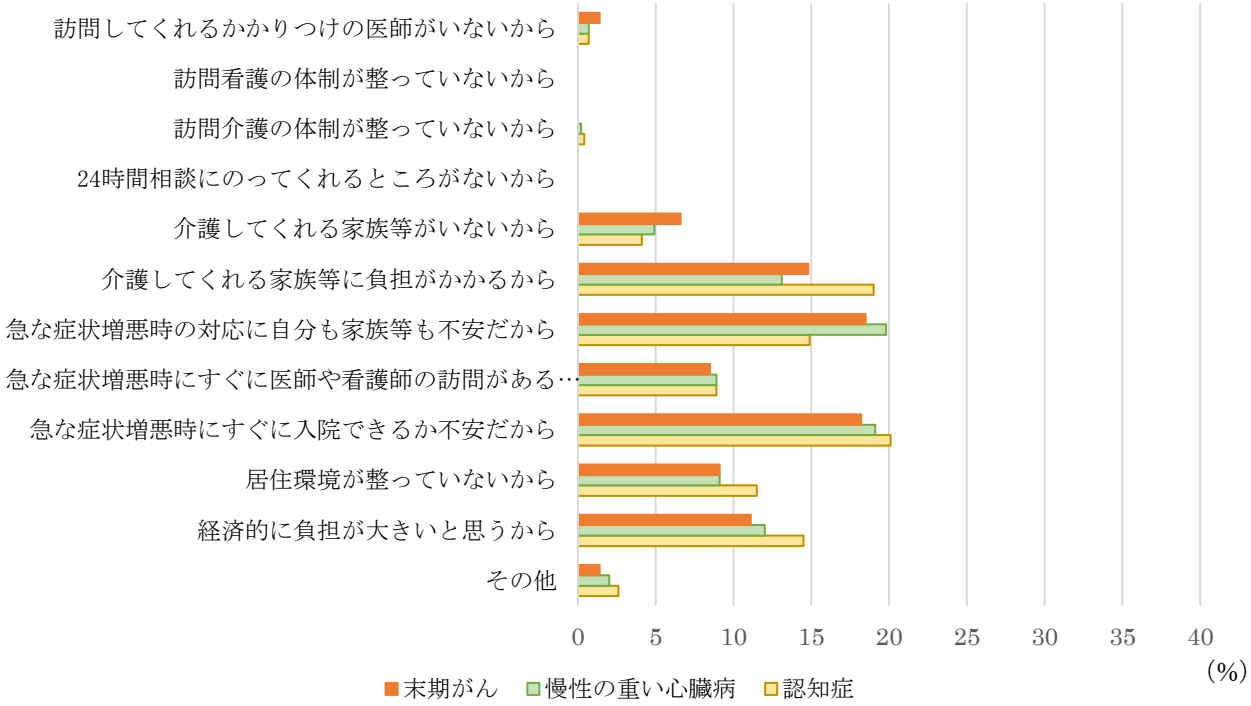
【Figure 4】各疾患シナリオで療養場所として自宅を選択した理由
（末期がん : 441 人　慢性の重い心臓病 : 271 人　認知症 : 135 人　複数回答可）



【Figure 5】各疾患シナリオで療養場所として介護施設を選択した理由
（末期がん：97 人　慢性の重い心臓病：168 人　認知症：485 人　複数回答可）



【Figure 6】各疾患シナリオで療養場所として医療機関を選択した理由
（末期がん：351 人　慢性の重い心臓病：450 人　認知症：269 人　複数回答可）



参考文献

1. Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, Sawai M, Watanabe M. Japanese people's preference for place of end-of-life care and death: a population-based nationwide survey. *J Pain Symptom Manage.* 2011;42(6):882-892.
2. Nishie H, Mizobuchi S, Suzuki E, et al. Living will interest and preferred end-of-life care and death locations among Japanese adults 50 and over: a population-based survey. *Acta Med Okayama.* 2014;68(6):339-348.
3. Wilson DM, Cohen J, Deliens L, Hewitt JA, Houttekier D. The preferred place of last days: results of a representative population-based public survey. *J Palliat Med.* 2013;16(5):502-508.
4. 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.* 2013;12:7.
5. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan. *Support Care Cancer.* 2012;20(10):2575-2582.
6. 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会. 人生の最終段階における医療に関する意識調査 報告書. 平成 30 年 3 月; https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf. Accessed 8 月 18 日, 2020 年.
7. Senior H, Grant M, Rhee JJ, et al. General practice physicians' and nurses' self-reported multidisciplinary end-of-life care: a systematic review. *BMJ supportive & palliative care.* 2019.
8. Ouchi Y, Rakugi H, Arai H, et al. Redefining the elderly as aged 75 years and older: Proposal from the Joint Committee of Japan Gerontological Society and the Japan Geriatrics Society. *Geriatrics & gerontology international.* 2017;17(7):1045-1047.
9. Ministry of Health, Labour, and Welfare. The Japanese medical care system for elderly in the latter stage of life. https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info02d-35.html. Accessed March 26, 2020.
10. 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.* 2017;18(4):367.e319-367.e327.

11. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol.* 2007;18(6):1090-1097.
12. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *Circulation.* 2017;136(6):e137-e161.
13. Okumura T, Sawamura A, Murohara T. Palliative and end-of-life care for heart failure patients in an aging society. *Korean J Intern Med.* 2018;33(6):1039-1049.
14. McIlvennan CK, Allen LA. Palliative care in patients with heart failure. *BMJ.* 2016;353:i1010.
15. Sachs GA, Shega JW, Cox-Hayley D. Barriers to excellent end-of-life care for patients with dementia. *J Gen Intern Med.* 2004;19(10):1057-1063.
16. Skorstengaard MH, Neergaard MA, Andreassen P, et al. Preferred Place of Care and Death in Terminally Ill Patients with Lung and Heart Disease Compared to Cancer Patients. *J Palliat Med.* 2017;20(11):1217-1224.
17. Natsume M, Watanabe K, Matsumoto S, et al. Factors Influencing Cancer Patients' Choice of End-of-Life Care Place. *J Palliat Med.* 2018;21(6):751-765.
18. Wiggins N, Droney J, Mohammed K, Riley J, Sleeman KE. Understanding the factors associated with patients with dementia achieving their preferred place of death: a retrospective cohort study. *Age Ageing.* 2019;48(3):433-439.
19. Nakanishi M, Honda T. Processes of decision making and end-of-life care for patients with dementia in group homes in Japan. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;48(3):296-299.
20. Neergaard MA, Brogaard T, Vedsted P, Jensen AB. Asking terminally ill patients about their preferences concerning place of care and death. *Int J Palliat Nurs.* 2018;24(3):124-131.
21. Lepping P, Stanly T, Turner J. Systematic review on the prevalence of lack of capacity in medical and psychiatric settings. *Clin Med (Lond).* 2015;15(4):337-343.
22. Respecting choices ® . Types of Curriculum and Certification. https://respectingchoices.org/types-of-curriculum-and-certification/. Accessed 8 月 20 日, 2020 年.
23. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care.

BMJ. 2005;330(7498):1007-1011.

第 7 章

総合的考察

日本のみならず世界各国において、今後高齢多死社会が進行していく昨今、全ての人ひとりひとりが、より質が高く、本人が希望する、満足感の高い人生の最終段階を過ごすことへの備えが必要である。このような状況において、個人ひとりひとりが自身の将来の医療につて考え、家族や医療介護提供者と話し合いを通して、個人の意向を理解し共有していくプロセスであるアドバンスケアプランニング（Advance care planning：ACP）の重要性が認識され、強調されるようになってきている。そして、医療介護提供者は話し合いを促進する要因や障壁となる要因を認識しつつ、個人の選択に効果的な情報提供をし、個人の意向を確認していく役割があると考えられる。そこで本研究は、個人の希望にそった人生の最終段階の医療やケアや療養が提供されるよう、個人の ACP における話し合いの実施に関連する要因の中でも、医療介護提供者の関わりによって介入可能な要因を探求する 3 つの研究を通して、医療介護提供者が個人のどのような要因に関心をもち、どのような情報提供をしながら ACP の話し合いを促進していくことが効果的であるのかを明らかにすることを目指した。

【研究 1】では、日本の一般市民を対象として、ACP における話し合いを行うことと、過去の介護経験やその他の要因の関連を探索した。その結果、介護経験は人生の最終段階に関する話し合いを行うことと関連することが示唆された。また、人生の最終段階に関する話し合いを行っていないことと関連する要因として、男性、年齢が若いこと、かかりつけ医がいないことも示唆された。【研究 2】では、人生の最期の場所の選択と地域医療に対する安心感の関連を探索した。結果、地域の医療に対する安心感が高い人は低い人と比較して、人生の最期をむかえる場所として自宅を選択する可能性が示唆された。【研究 3】では、希望する人生の最終段階の療養場所の選択と想定される疾患の関連を探索した。結果、希望する人生の最終段階の療養場所は、想定される疾患によってそれぞれ異なることが示唆された。また、想定される疾患と希望する人生の最終段階の療養場所の関係は、年齢によって異なることが示された。

医療介護提供者は、ACP における話し合いを行う際、先行研究で示されてきた個人の宗教[1]、文化[2]、人種[3,4]、年齢[1,4-7]、性別[1,6]、婚姻状態[4]、同居家族[7]、最終学歴[7]、収入[3,6]、健康状態[2,4]、個人の疾病[3,5,8]（がん[9]、認知症[10]）、かかりつけ医の有無[3]、過去の死別経験[5,8,11]、自律性[12]、延命治療に対する意向[5]などの話し合いを実施することに関連する要因を把握することで、個人がどの程度話し合いに対する準備がありそうか想定することが可能である。しかし、これらの要因は医療介護提供者が変更したり、介入したりすることは難しい。一方、【研究 1】で介護経験があることと話し合いの実施に関連が示されたわけだが、

これは、医療介護提供者が個人と話し合いを実施する際に介護経験の有無の把握を通して、個人の話し合いに対する準備の程度を想定することに有用であることだけにとどまらない。医療介護提供者は介護のプロセスに関わることを通して、介護者自身のACPの話し合いや、希望する医療・ケア・療養等の選択を考えることに携わることができる可能性も考えられ得る。プライマリケアの領域における総合内科医（家庭医の概念も含まれる）の役割は、THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINEに“個人，家族，そして地域を志向する人間中心のアプローチを展開することや、適切で効果的な介入によって健康と幸福を増進すること”と記載されている[13]。総合内科医を対象とした研究のシステマティックレビューでは、総合内科医は患者や家族と良好なコミュニケーションを確立し、ACPへの関わりをはじめとする人生の最終段階におけるケアに非常に重要な役割を持っていることを認識していることが示されている[14]。これらからプライマリケア領域において、総合内科医が患者のみならず家族や地域にも目をむけACPを進めていく役割があること、また、総合内科医らもそれを自覚していることがうかがえる。しかし現実的には、総合内科医が人生の最終段階に関する話し合いをもつのは、死亡前の1週間～1か月以内であるとされ、遅すぎるという指摘がされている[15-17]。これには、家族－医師間の関係性が不良なこと、患者・家族の非現実的な希望や解決困難な意見が医師の意見と異なり、医師と患者や家族もしくは介護者間のコミュニケーションの障壁があること[14]、患者側がACPの重要性を認識していないことや興味がないこと[17]などが影響していると考えられる。

一方、日本における介護の状況を見てみると、要介護者と主に介護を担う親族らが在宅で同居しているケースのうち、双方が65歳以上の「老老介護」の割合は59.7%、75歳以上どうしの割合は33.1%でこれまでで最多となっており[18]、介護者もいずれは同じ地域において被介護者となり、地域の医療介護提供者から介護を提供される可能性がある。すでに訪問診療の医師が介護者をはじめとした家族全員の主治医を担っている場合も少なくない。家族全員の主治医であればもちろんだが、家族全員の主治医でなくとも訪問診療を担っている医師は、患者のみならず介護者を含めた家族構成、家族背景や、家族の文化的価値観を熟知していることが多く、最適なタイミングを見極め、ACPの話し合いを提供できる最適な存在であると考えられる。また、医師のみならず、同じ訪問看護師や薬剤師、ケアマネジャーが家族内の複数の患者の医療・介護を担っていることもある。今回得られた結果は、今まさに介護を通して自身の将来の人生の最終段階にむけて考え、話し合いを実施する可能性がある介護者へ、医療介護提供者が積極的に関わることで、より質の高い話し合いを提供できる機会となることを提案するものと考える。医療介護提供者は、介護者と良好な関係性を構築し、コミュニケーションに気を配りつつ、介護者自身のACPにおける話し合いを行

う絶好の機会を逃すことのないように、日々の診療を担うべきである。

ただし、そもそも日本では「死」に関することは、縁起でもない話と敬遠されてしまう文化的な背景があること、介護者は介護のプロセスにおいて様々な負担を感じていること[19-25]を考えると、ACP の話し合いの進め方によっては、かえって介護者のつらさを増すことも考えられ好ましくない。アメリカ合衆国の ACP におけるコミュニケーションに注目したランダム化比較試験[26]から得られた「重篤な病気をもつ患者との話し合いの手引き」[27]を参考にしたり、「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」や、コミュニケーションスキルトレーニング（SHARE）[28]に参加したり、医療介護提供者が質の高い話し合いを提供するための取り組みの普及が、合わせて重要である。

そして、【研究 2】【研究 3】より、医療介護提供者は、人生の最終段階の療養場所や最期の場所を話し合う際には、特に認知症を含めた典型的な異なる疾患軌跡[29]をたどる複数の疾患を想定して示すと共に、地域の医療の実状を情報提供することで、より個人の希望を正確に引き出すことが可能になると考えられる。あらかじめ人生の最終段階に関する想定や情報提供が豊富な状況で、自身の人生の最終段階に関することを考え話し合うことは、ひとりひとりが何を大切にしているのか、何を重要と考えているのか、人生の価値や目標は何であるのかを考えることにつながり、より自身の希望に沿う人生の最終段階に関する医療やケアや療養を決定していくことが可能になると考えられる。ただし、疾患を想定した上で、希望する人生の最終段階の療養場所を検討しても、年齢を重ねると希望する場所は変わる可能性が本研究結果で示唆されており、先行研究でも述べられているよう[30]、定期的な話し合いを重ねる必要性を医療介護提供者が理解しておくことが重要である。なお、【研究 3】では、人生で残された時間が 1 年と想定し、末期がん・慢性の重い心臓病・認知症となった場合、医療機関を療養場所として希望する人がそれぞれ 39.5%、50.6%、30.3%認められ、国が推進する地域包括ケアシステムの目指す方向性とは異なる希望をもつ人がいることが明らかとなった。そして、医療機関を選択した回答者は、急な症状増悪時の対応に不安を抱いていることや、家族の負担になりたくないと考えていることが示唆された。一方、療養場所を自宅と選択する場合、いずれの疾患想定であっても、介護施設や医療機関での療養は経済的負担が大きいからという理由が最も選択されており、必ずしも前向きな気持ちでの選択ではなかったことが推測される。【研究 2】の結果も併せて考えると、今後、地域包括ケアシステムをさらに促進するためには、地域における患者の急変時対応の充実や、家族介護者の負担を減らすようなケアプランの作成や介護施設の充実をはかることはもとより、医療介護提供者がもっと地域住民へ、病気になっても地域の医療・介護により安心感をもって自宅で療養できるという情報発信や、疾患毎の進行は異なり、その結果疾患毎に必要な医療、

介護や経済的負担が異なることなどの情報発信をしていく必要があると考える。

今後の我が国のACPにおける話し合いを全ての人に促進する視点で考えると、【研究 1】の結果から、その必要性や重要性を若い人達や男性にも伝わる方法で周知していく必要があると考えられる。我が国の生涯未婚率は右肩上がりであり、特に男性では 2015 年では23.4%だが2035年には約29%まで増加すると見積もられている[31]。生涯未婚の男性は将来的に単身世帯となる可能性は否定できず、先行研究における未婚[4]や独居[7]は話し合いの障壁となりうるという結果を加味すると、より話し合いがなされない状況も考えられうる。このような社会的な状況も考えると、本研究結果からは具体的な方法を提案することはできないものの、特に若いうちから男性に効果的なACPにおける話し合いに対する情報提供や促進につながる取組を考える必要があると思われる。我が国において、より国民が親しみやすいように厚生労働省がアドバンスケアプランニングの名称を“人生会議”とし、11月30日を“人生会議の日”と決めた。また、具体的にどのような内容を話し合っておけばよいのかパンフレット等も厚生労働省のホームページからダウンロードが可能である。しかし、そもそも ACP における話し合いに興味がない人には、なかなか伝わらない可能性もある。Andersen モデル[32]に基づいて考えると、我が国における死について話し合うことがまだまだタブー視されている社会的・文化的背景を変えることはすぐには難しくとも、個人要因の中のニードを高めるような利用促進要因に働きかける具体的な取り組みを考える必要がある。若い男性はいわゆる就労年齢の男性を想定できるので、企業における健康診断にACPの情報提供を組み込むことや、入職・転職・退職時に新たな人生のステージをよりよく生きるための備えとしてACPの情報提供を行うことを考える。また、産科領域では誕生する子供のための両親学級を開催している病院がほとんどであり、そのような機会にも人生への備えという大きな枠組みでACPの重要性を伝えることも一つかもしれない。そして、小学校や中学校におけるいのちの授業においても、具体的なACPの内容は含まずとも、限りがあるからこそ“どう生きるか”を考えることが大切であることを伝える視点が必要と考える。

また、【研究 1】では65歳未満の対象者において、かかりつけ医がいることと話し合いの実施には関連は認められなかったが、かかりつけ医は若い人や男性ではACPの話し合いがなされにくいことを改めて認識することは、意義があると考えられる。今回の研究では個別の疾患については調べていないが、特に生活習慣病のような長期にかかりつけ医が関わる疾患をもつ患者に対しては、将来の医療に関する話し合いを意識的に診療に組み込むことで、男性や若い人のみならず、基礎疾患をもち、今後ACPがまさに必要となってくる患者へ、その機会を提供できる可能性も考えられる。そして、介護経験があるとACPにおける話し合いしていることと関連があった結果より、病院で診療する医師も、患者と共に来院

した介護を担う家族へも目を向け、介護が介護者自身の話し合いのきっかけになりうる状況であることを意識し、介護者自身の将来の医療や療養に関する話し合いをより充実したものにしうる介入が可能な機会を逃さないようにすることが重要である。今後ますますかかりつけ医を持つことの促進と、同時にかかりつけ医の ACP に関する研修の充実・普及を進める必要があると考えられる。そして、今後は医療介護提供者の日々の診療での関わりのみならず、何等かの理由により介護に携わることが困難な家族が、介護に参加できるような取り組みや環境整備を、政策や教育などを通して社会で進めていく視点が重要である。介護に関わる家族が増えることにより、その介護経験を通して自身の将来の医療やケアに関して、考え話し合いをもつ人が増えることが期待できる。

今回の一連の研究には限界がある。一つ目の限界として、今回の研究で人生の最終段階の話し合いに関連する全ての要因が明らかとなったわけではないことである。例えば、話し合いを行うことと関連が示唆された過去の介護経験や、先行研究で示されている死別経験のうち、それらの経験の中でもどのような要因が関連していたのかは明らかにできていない。人生の最終段階に関する話し合いに関連する要因をさらに明らかにすることは、医療介護提供者が話し合いを促進していく一助になると考えられる。二つ目の限界として、ACP における希望する人生の最終段階の療養場所や最期の場所を考える際に、地域の医療の実状をどのように情報提供していくかまでは検討できていない。【研究 1】で過去の介護経験は自身の将来の医療やケアについて話し合いを行うことに関連が示されたこと、および【研究 3】で、医療機関を療養場所として選択する人は、急な症状増悪時の対応に不安を抱いていることや、家族の負担になりたくないと考えていることが示唆されたことより、これまで介護をしたことがない人や、療養期間中の不安を感じている人が、具体的な介護や療養をイメージできる情報を提供することで、より本人の希望に則した話し合いが促進される可能性がある。特に介護経験がない人の場合、それぞれの場所（自宅、病院、介護施設、老人ホーム等）でどのような医療や介護サービスを利用して療養をするのかイメージが湧かず、不安を抱えている人が多いことが予想される。そこで、今後への展望として、特に在宅療養を検討する際に参考にできる具体的かつ客観的な情報を明示する研究に取り組む必要があると考えている。具体的には、医療・介護連結レセプトデータを用い、疾患軌跡が異なるいくつかの疾患を選択し、それぞれの疾患の患者が、人生の最終段階にどのような医療や介護サービスを、どこでどの程度、どのくらいの期間利用していたのかを記述的に研究する。それらを患者や家族にわかりやすく可視化して情報提供することで、患者や家族がより具体的に在宅療養を含めた人生の最終段階の療養場所・最期の場所を検討することが可能になると考えている。

参考文献

1. Llewellyn R, Jaye C, Egan R, Cunningham W, Young J, Radue P. Living into death: a case for an iterative, fortified and cross-sector approach to advance care planning. *Anthropol Med.* 2017;24(3):350-365.
2. Radhakrishnan K, Saxena S, Jillapalli R, Jang Y, Kim M. Barriers to and Facilitators of South Asian Indian-Americans' Engagement in Advanced Care Planning Behaviors. *J Nurs Scholarsh.* 2017;49(3):294-302.
3. Kale MS, Ornstein KA, Smith CB, Kelley AS. End-of-Life Discussions with Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(10):1962-1967.
4. Moorman SM, Inoue M. Persistent problems in end-of-life planning among young- and middle-aged American couples. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2013;68(1):97-106.
5. Inman L. Advance directives. Why community-based older adults do not discuss their wishes. *J Gerontol Nurs.* 2002;28(9):40-46.
6. Teixeira AA, Hanvey L, Tayler C, Barwich D, Baxter S, Heyland DK. What do Canadians think of advanced care planning? Findings from an online opinion poll. *BMJ supportive & palliative care.* 2015;5(1):40-47.
7. Black K, Reynolds SL. Factors associated with advance care planning among older women in Southwest Florida. *J Women Aging.* 2008;20(3-4):249-264.
8. McDonald DD, Deloge JA, Joslin N, et al. Communicating end-of-life preferences. *West J Nurs Res.* 2003;25(6):652-666; discussion 667-675.
9. Lovell A, Yates P. Advance Care Planning in palliative care: a systematic literature review of the contextual factors influencing its uptake 2008-2012. *Palliat Med.* 2014;28(8):1026-1035.
10. Sharp T, Moran E, Kuhn I, Barclay S. Do the elderly have a voice? Advance care planning discussions with frail and older individuals: a systematic literature review and narrative synthesis. *Br J Gen Pract.* 2013;63(615):e657-668.
11. Carr D, Khodyakov D. End-of-life health care planning among young-old adults: an assessment of psychosocial influences. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2007;62(2):S135-141.
12. Mori M, Morita T. End-of-life decision-making in Asia: A need for in-depth cultural consideration. *Palliat Med.* 2020:269216319896932.
13. Practice EAoTiG. THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE SHORT VERSION. 2005; https://www.woncaeurope.org/file/bae1def1-c0b9-47ef-8a3f-

5a9a334ba25a/Definition%20EURACTshort%20version.pdf.

14. Senior H, Grant M, Rhee JJ, et al. General practice physicians' and nurses' self-reported multidisciplinary end-of-life care: a systematic review. *BMJ supportive & palliative care.* 2019.
15. Abarshi E, Echteld M, Donker G, Van den Block L, Onwuteaka-Philipsen B, Deliens L. Discussing end-of-life issues in the last months of life: a nationwide study among general practitioners. *J Palliat Med.* 2011;14(3):323-330.
16. 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 Care.* 2013;30(5):419-424.
17. Johnson CE, McVey P, Rhee JJ, et al. General practice palliative care: patient and carer expectations, advance care plans and place of death-a systematic review. *BMJ supportive & palliative care.* 2018.
18. 厚生労働省. 2019 年 国民生活基礎調査の概況 Ⅳ介護の状況 2019 年; https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/05.pdf. Accessed 10 月 14 日, 2020 年.
19. Agren S, Evangelista L, Stromberg A. Do partners of patients with chronic heart failure experience caregiver burden? *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2010;9(4):254-262.
20. Gusdal AK, Josefsson K, Adolfsson ET, Martin L. Informal Caregivers' Experiences and Needs When Caring for a Relative With Heart Failure: An Interview Study. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;31(4):E1-8.
21. Chiao CY, Wu HS, Hsiao CY. Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *Int Nurs Rev.* 2015;62(3):340-350.
22. Harding R, Gao W, Jackson D, Pearson C, Murray J, Higginson IJ. Comparative Analysis of Informal Caregiver Burden in Advanced Cancer, Dementia, and Acquired Brain Injury. *J Pain Symptom Manage.* 2015;50(4):445-452.
23. Ge L, Mordiffi SZ. Factors Associated With Higher Caregiver Burden Among Family Caregivers of Elderly Cancer Patients: A Systematic Review. *Cancer Nurs.* 2017;40(6):471-478.
24. Zhu W, Jiang Y. A Meta-analytic Study of Predictors for Informal Caregiver Burden in Patients With Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2018;27(12):3636-3646.
25. Gilbertson EL, Krishnasamy R, Foote C, Kennard AL, Jardine MJ, Gray NA. Burden of Care and Quality of Life Among Caregivers for Adults Receiving

Maintenance Dialysis: A Systematic Review. *Am J Kidney Dis.* 2019;73(3):332-343.

26. Bernacki R, Paladino J, Neville BA, et al. Effect of the Serious Illness Care Program in Outpatient Oncology: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine.* 2019;179(6):751-759.

27. 木澤義之, 竹之内沙弥香. ACP の支援のポイント　重篤な病気をもつ患者との話し合いの手引き. https://chugai-pharm.jp/content/dam/chugai/contents/bj/003/doc/bj003_psjh_j_01.pdf. Accessed 11 月 11 日, 2020 年.

28. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2014;32(20):2166-2172.

29. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ.* 2005;330(7498):1007-1011.

30. 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.* 2017;18(9):e543-e551.

31. 厚生労働省. 平成 29 年版厚生労働白書　社会保障と経済成長　第 1 章子どもを産み育てやすい環境づくり. 2017 年; https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/17/dl/2-01.pdf. Accessed 10 月 26 日, 2020 年.

32. Andersen RM. National health surveys and the behavioral model of health services use. *Med Care.* 2008;46(7):647-653.

第 8 章

結論

本研究では、今後アドバンスケアプランニング（Advance care planning：ACP）における話し合いをさらに促進するために、医療介護提供者がなにをするべきかを明らかにすることを目的に取り組んだ。その結果、医療介護提供者は死別経験のみならず、介護経験を含む個人の話し合いを行うことに関連する要因に関心を持ち、把握し、個人の話し合いにむけた準備状態を認識した上で、地域の医療に関する安心感を高めるような具体的な情報提供や、具体的な疾患の想定を示し、個人の人生の価値や目標に則した医療に関する話し合いを行うことが効果的であることが示唆された。また、年齢や想定により個人の希望は変わることを理解し、定期的な話し合いを重ねる必要性を認識しておくことが重要である。

そして、今回得られた結果は、今まさに介護を通して自身の将来の人生の最終段階にむけて考え、話し合いを実施する可能性がある介護者へ、医療介護提供者が積極的に関わることで、より質の高い話し合いを提供できる機会となることを提案するものと考える。介護者を含めた患者家族の関係性や価値観を熟知している医療介護提供者は、介護者と良好な関係性を構築し、コミュニケーションに気を配りつつ、介護者自身の ACP における話し合いに関わることができる絶好の機会を逃すことのないように、日々の診療を担うべきである。

今後は、全ての人ひとりひとりの希望にそった人生の最終段階における医療・ケア提供のために、ACP の必要性や重要性を若い人達や男性にも伝える取り組みや、ACP を担うかかりつけ医をもつことを促進し、地域医療の安心感を高める施策や、家族等が介護に関わりやすくなる政策の推進が必要である。そして、明らかとなっていない ACP における話し合いの実施に関する要因のさらなる探索や、話し合いの際に活用できるより具体的な情報を明らかにする研究が必要であると考える。

本研究は ACP を今後さらに実臨床で効果的に実践するための具体的な知見を示すことができたと考えられる。全ての人が、人生の最終段階に希望する医療やケアが受けられることに貢献する一助となることを期待する。

研究概要図　（【研究　1,2,3】の位置づけ）

個人がACPにおける話し合いを実践することに関連する要因

一般市民を対象とした研究

集団・地域レベルの特性

素因
- 生まれ育った国
- 国の法律
- 文化
- 宗教

利用促進要因
- 国の制度・政策

個人の属性

素因
＜基本属性＞
- 年齢
- 性別
- 人種
- 疾患の有無
- 健康状態
- 死別経験の有無
- 家族構成・同居家族
- 婚姻状態

＜社会的要因＞
- ボランティア活動の有無
- 教育

＜信念＞
- 信念

全て国外からの報告

利用促進要因

＜財政的要因＞
- 収入

＜組織的要因＞
- かかりつけ医の有無
- 医療従事者のACPへの姿勢
- 仕事に関連した環境要因

＜その他　後天的要因＞
- ACP実践や実施する際のツールへのアクセスが可能か
- ACPを促進してくれる人の存在の有無
- 家族介護者が忙しいか否か
- ACPの知識の有無
- ACPへの親しみの程度
- 延命治療の希望の有無
- 医療介護者への信頼の有無
- 長男への信頼の有無

【研究1】 話し合いを行うことと介護経験やその他の要因との関連があるか

医療介護提供者

医療介護提供者がACPにおける話し合いを実践することに関連する要因
- コミュニケーションスキル
- ACPの知識
- ACPを始める準備
- 患者との関係性

個人の素因を認識した上で、介入可能な要因にはたらきかけ話し合いを促進する

人生の最終段階の療養場所・最期の場所を考える際
【研究2】地域の医療に対する安心感は関連するか
【研究3】具体的な疾患の想定は関連するか

家族

アドバンスケアプランニング（ACP）

考える → 話し合い → 書面作成

単に書面作成をするのではなく、個人が何に価値をおき、何を人生の目標とし、将来の医療に何を希望するか理解し話し合い、共有するプロセスが重要である。

Life

Personal life goal

ACPの効果
- 個人が希望するケアと提供されるケアが一致
- 患者や家族のケアへの満足度の向上
- 自分は大切にされているという気持ちや安心感が得られる
- 望まない延命治療の回避
- 希望する場所で最期をむかえられる

個人が望む人生の最終段階を過ごすこと

研究概要図　（結果や結果に基づく考察等含む）

個人がACPにおける話し合いを実践することに関連する要因

一般市民を対象とした研究

集団・地域レベルの特性

素因
- 生まれ育った国
- 国の法律
- 文化
- 宗教

利用促進要因
- 国の制度・政策

個人の属性

素因
＜基本属性＞
- **年齢**
- **性別**
- 人種
- 疾患の有無
- 健康状態
- **介護経験**
- 死別経験の有無
- **家族構成・同居家族**
- 婚姻状態

＜社会的要因＞
- ボランティア活動の有無
- 教育

＜信念＞
- 信念

【研究1】

利用促進要因
＜財政的要因＞
- 収入

＜組織的要因＞
- **かかりつけ医の有無**
- 医療従事者のACPへの姿勢
- 仕事に関連した環境要因

＜その他　後天的要因＞
- ACP実践や実施する際のツールへのアクセスが可能か
- ACPを促進してくれる人の存在の有無
- 家族介護者が忙しいか否か
- ACPの知識の有無
- ACPへの親しみの程度
- 延命治療の希望の有無
- 医療介護者への信頼の有無
- 長男への信頼の有無

医療介護提供者

- ✓ 話し合い実践に関連する介護経験を含む要因を把握し、個人の話し合いにむけた準備状態を認識する【研究1】
- ✓ 最期を自宅で迎えたい人を増やすためには、安心感を高めるような地域医療体制の取り組みを進め、地域の医療に関する具体的な情報提供を行う【研究2】
- ✓ 人生の最終段階の療養場所の話し合いに際しては、具体的な疾患の想定を示す【研究3】
- ✓ 介護経験が介護者自身の話し合いに関わっていることを認識した対応が重要で、介護者自身に質の高い話し合いを提供できる機会を逃さないようにする【研究1】

家族

【今後の取り組み・政策への反映】
- ✓ 話し合いの必要性や重要性を若い人達や男性にも伝える【研究1】
- ✓ 家族等が介護に関わりやすい環境整備【研究1】
- ✓ かかりつけ医の促進【研究1】

介護経験がない人へ、より具体的な介護や療養をイメージできる情報を明示化する研究が、今後必要である。

アドバンスケアプランニング（ACP）

考える → 話し合い → 書面作成 → 考える → 話し合い → 書面作成

年齢や想定により個人の希望は変わることを理解し、
定期的な話し合いを重ねる必要性を認識しておくことが重要である【研究3】

Life

Personal life goal

ACPの効果
- 個人が希望するケアと提供されるケアが一致
- 患者や家族のケアへの満足度の向上
- 自分は大切にされているという気持ちや安心感が得られる
- 望まない延命治療の回避
- 希望する場所で最期をむかえられる

個人が望む人生の最終段階を過ごすこと

郵便番号
住所
病院名
番号

一般国民票

人生の最終段階における医療に関する意識調査

「ご記入に際してのお願い」

(1)　宛名の方ご本人がお答えください。

(2)　ご記入は質問の番号にそってお願いします。

(3)　一部の方だけにお答えいただく質問もございますが、その場合は【…の方に】といった指示があります。

(4)　お答えは、あてはまる番号に○印をつけてください。

「調査票回収についてのお願い」

ご記入いただきました調査票は、12月29日（金）までに返信用封筒にてご投函

＜調査主体＞　厚生労働省 医政局 地域医療計画課 在宅医療推進室

〒100-0031 東京都千代田区霞が関1-2-2

＜調査実施機関＞　株式会社　オノフ

【人生の最終段階における医療・療養についてお尋ねします】
あなたが末期のがん、もしくは重い病気により、治る見込みがなく、あなたの死が近い場合を想像して、受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養についてお尋ねします。

問1　あなたは、人生の最終段階における医療・療養についてこれまでに考えたことがありますか。（○は1つ）

1. ある	2. ない

問2　あなたの死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とどのくらい話し合ったことがありますか。（○は1つ）

※　「ご家族等」の中には、家族以外でも、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めてほしいと思う人（友人、知人）を含みます。

1. 詳しく話し合っている	2. 一応話し合っている
3. 話し合ったことはない	

（問2で「1. 詳しく話し合っている」「2. 一応話し合っている」と回答の方にお尋ねします。）

問2－1　どなたと話し合いましたか。（複数回答可）

1. 家族・親族	3. 医療介護関係者
2. 友人・知人	4. その他（　　）

（問2で「3　話し合ったことはない」と回答の方にお尋ねします。）

問2－2　これまで話し合ったことはない理由は、何ですか。（複数回答可）

1. 話し合いたくないから
2. 話し合う必要性を感じていないから
3. 話し合うきっかけがなかったから
4. 知識が無いため、何を話し合っていいか分からないから
5. その他（　　）

問3　もし、ご家族等や医療介護関係者等の方と医療・療養について話し合う時期があるとすると、いつ頃が良い年齢だと思いますか。（話し合ったことがある方は、いつ頃でしたか。）（○は1つ）

1. 20歳未満	6. 年齢は関係ない
2. 20－39歳	7. その他（　　）
3. 40－59歳	8. わからない
4. 60－69歳	
5. 70歳以上	

問4　もし、ご家族等や医療介護関係者等の方と医療・療養について話し合うきっかけがあるとすると、どのような出来事だと思いますか。（話し合ったことがある方は、何がきっかけでしたか。）（複数回答可）

1. 誕生日
2. 結婚
3. 妊娠・出産（配偶者の場合も含む）
4. 自分の病気
5. 退職
6. 還暦
7. ご家族等の病気や死
8. 人生の最終段階についてメディア（新聞・テレビ・ラジオ等）から情報を得た時
9. 医療や介護関係者による説明や相談の機会を得た時
10. その他（　　）

問5　あなたの死が近い場合の受けたい医療・療養や、受けたくない医療・療養について、どのような情報源から情報を得たいと思いますか。（複数回答可）

1. 新聞	7. 研修会や講演会
2. 雑誌	8. 医療機関・介護施設
3. 書籍	9. 自治体（都道府県・市区町村）
4. テレビ	10. その他（　　）
5. ラジオ	
6. インターネット	

問6　あなたの死が近い場合の受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養を考えるために、どのような情報を得たいと思いますか。（複数回答可）

1. 人生の最終段階の心身の状態の変化
2. 人生の最終段階に受けられる医療の内容
3. 人生の最終段階に過ごせる施設・サービスの情報
4. 人生の最終段階に受けた医療や療養の場所に関する体験談
5. 人生の最終段階における、自分の意思の伝え方や残し方
6. 人生の最終段階の相談・サポート体制
7. その他（　　）
8. 知りたくない

問7　あなたは、自分が意思決定できなくなったときに備えて、どのような医療・療養を受けたか、あるいは受たくないかなどを記載した書面をあらかじめ作成しておくことについてどう思いますか。（○は1つ）

1. 賛成である
2. 反対である
3. わからない

（問7で「1.　賛成である」と回答の方にお尋ねします。）

問7－1　実際に書面を作成していますか。（○は1つ）

1. 作成している
2. 作成していない

問8　あなたは、意思決定できなくなったときに備えて、どのような医療・療養を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面に従って治療方針を決定することを法律に定めてほしいと思いますか。（○は1つ）

1. 定めてほしい
2. 定めなくてもよい
3. 定めるべきでない
4. わからない

問9　自分が意思決定できなくなったときに備えて、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めてほしいと思う人、もしくは人々を選定しておくことについてどう思いますか。（○は1つ）

1. 賛成である
2. 反対である
3. わからない

（問9で「1. 賛成である」と回答の方にお尋ねします。）

問9－1　実際に選定していますか。（○は1つ）

1. 選定している
2. 選定していない

（問9－1で「1. 選定している」と回答の方にお尋ねします。）

問9－2　選定された人は、あなたの希望について、どの程度知っていると思いますか。（○は1つ）

1. 十分に知っていると思う
2. 知っていると思う
3. よく知らないと思う

問10　あなたは、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）について、知っていますか。（○は1つ）

1. よく知っている
2. 聞いたことはあるがよく知らない
3. 知らない

問11　人生の最終段階の医療・療養について、あなたの意思に沿った医療・療養を受けるためには、ご家族等や医療介護関係者等とあらかじめ話し合い、また繰り返し話し合うこと（アドバンス・ケア・プラニング＜ACP＞）が重要と言われています。このような話し合いを進めることについて、あなたはどう思いますか。（○は1つ）

1. 賛成である
2. 反対である
3. わからない

問12　どこで最期を迎えたいかを考える際に、重要だと思うことはなんですか。（複数回答可）

1. 信頼できる医師、看護師、介護職員などにみてもらうこと
2. 自分がなじみのある場所にいること
3. 家族等との十分な時間を過ごせること
4. 自分らしくいられること
5. 人間としての尊厳を保てること
6. 体や心の苦痛なく過ごせること
7. 不安がないこと
8. 家族等の負担にならないこと
9. 可能な限り長生きすること
10. 積極的な医療を続けられること
11. 経済的な負担が少ないこと
12. どんなことでも相談できる窓口があること
13. その他（　　）

【ここから先の質問では、あなたご自身が回復の難しい状態になった場合の医療に関するご希望を伺います。3つの異なる状態を示すので、それぞれについてお答えください。】
※病状による変化は参考資料をご参照ください。

問13　もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療・療養を希望しますか。

―あなたの病状―
末期がんと診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくく、呼吸が苦しいといった状態です。しかし、痛みはなく、意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。
―医療上の判断―
「回復の見込みはなく、およそ１年以内に徐々にあるいは急に死に至る」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問13－1　どこで過ごしながら医療・療養を受けたいですか。（○は1つ）

1. 医療機関　　2. 介護施設　　3. 自宅

→ 問13－3

問13－2　どこで最期を迎えることを希望しますか。（○は1つ）

1. 医療機関　　2. 介護施設　　3. 自宅 → 問13－4

→ 問13－3

→（問13－1、問13－2で「1. 医療機関」「2. 介護施設」をお選びの方にお尋ねします。）

問13－3　なぜ、自宅以外を選択したのか、お考えに近いものをお選びください。（複数回答可）

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がいないから
2. 訪問看護（看護師の訪問）体制が整っていないから
3. 訪問介護（ホームヘルパーの訪問）体制が整っていないから
4. 24時間相談にのってくれるところがないから
5. 介護してくれる家族等がいないから
6. 介護してくれる家族等に負担がかかるから
7. 症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族等も不安だから
8. 症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師の訪問が受けられるか不安だから
9. 症状が急に悪くなったときにすぐ病院に入院できるか不安だから
10. 居住環境が整っていないから
11. 経済的に負担が大きいと思うから
12. その他（　　）

→（問13－2で「3自宅」をお選びの方にお尋ねします。）

問13－4　なぜ自宅を選択されたのか、お考えに近いものをお選び下さい。（複数回答可）

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がいるから
2. 訪問看護（看護師の訪問）体制が整っているから
3. 訪問介護（ホームヘルパーの訪問）体制が整っているから
4. 住み慣れた場所で最期を迎えたいから
5. 最期まで自分らしく好きなように過ごしたいから
6. 家族等との時間を多くしたいから
7. 家族等に看取られて最期を迎えたいから
8. 家族等が自宅で最期を迎えていたから
9. 症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師が訪問してくれるから
10. 症状が急に悪くなったときにすぐに入院できる体制が整っているから
11. 経済的に負担が大きいと思うから
12. その他（　　）

問13－5　下記のア～キの医療を望みますか。（○はそれぞれ1つ）

	1 望む	2 望まない	3 わからない
（記入例）⇒	①	2	3
（ア）副作用はあるものの、多少なりとも悪化を遅らせることを期待して、抗がん剤や放射線による治療	1	2	3
（イ）口から水を飲めなくなった場合の点滴	1	2	3
（ウ）口から十分な栄養をとれなくなった場合、首などから太い血管に栄養剤を点滴すること（中心静脈栄養）	1	2	3
（エ）口から十分な栄養をとれなくなった場合、鼻から管を入れて流動食を入れること（経鼻栄養）	1	2	3
（オ）口から十分な栄養をとれなくなった場合、手術で胃に穴を開けて直接管を取り付け、流動食を入れること（胃ろう）	1	2	3
（カ）呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること（言葉を発声できなくなる場合もあります）	1	2	3
（キ）心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置（心臓マッサージ、心臓への電気ショック、人工呼吸などを行うこと）	1	2	3

問14　もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療・療養を希望しますか。

―あなたの病状―
慢性の重い心臓病が進行して悪化し、今は食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態です。しかし、意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。
―医療上の判断―
「回復の見込みはなく、およそ 1 年以内に徐々にあるいは急に死に至る」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問14－1　どこで過ごしながら医療・療養を受けたいですか。（○は1つ）

1. 医療機関　　2. 介護施設　　3. 自宅

→ 問14－3

問14－2　どこで最期を迎えることを希望しますか。（○は1つ）

1. 医療機関　　2. 介護施設　　3. 自宅 → 問14－4

→ 問14－3

→（問14－1、問14－2で「1. 医療機関」「2. 介護施設」をお選びの方にお尋ねします。）

問14－3　なぜ、自宅以外を選択したのか、お考えに近いものをお選びください。（複数回答可）

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がいないから
2. 訪問看護（看護師の訪問）体制が整っていないから
3. 訪問介護（ホームヘルパーの訪問）体制が整っていないから
4. 24時間相談にのってくれるところがないから
5. 介護してくれる家族等がいないから
6. 介護してくれる家族等に負担がかかるから
7. 症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族等も不安だから
8. 症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師の訪問が受けられるか不安だから
9. 症状が急に悪くなったときにすぐ病院に入院できるか不安だから
10. 居住環境が整っていないから
11. 経済的に負担が大きいと思うから
12. その他（　　）

→（問14－2で「3自宅」をお選びの方にお尋ねします。）

問14－4　なぜ自宅を選択されたのか、お考えに近いものをお選び下さい。（複数回答可）

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がいるから
2. 訪問看護（看護師の訪問）体制が整っているから
3. 訪問介護（ホームヘルパーの訪問）体制が整っているから
4. 住み慣れた場所で最期を迎えたいから
5. 最期まで自分らしく好きなように過ごしたいから
6. 家族等との時間を多くしたいから
7. 家族等に看取られて最期を迎えたいから
8. 家族等が自宅で最期を迎えていたから
9. 症状が急に悪くなった時にすぐに医師や看護師が訪問してくれるから
10. 症状が急に悪くなった時にすぐに入院できる体制が整っているから
11. 経済的に負担が大きいと思うから
12. その他（　　）

問14－5　下記のア～キの医療を望みますか。（○はそれぞれ1つ）

	1 望む	2 望まない	3 わからない
（記入例）⇒	①	2	3
（ア）肺炎にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること	1	2	3
（イ）口から水を飲めなくなった場合の点滴	1	2	3
（ウ）口から十分な栄養をとれなくなった場合、首などから太い血管に栄養剤を点滴すること（中心静脈栄養）	1	2	3
（エ）口から十分な栄養をとれなくなった場合、鼻から管を入れて流動食を入れること（経鼻栄養）	1	2	3
（オ）口から十分な栄養をとれなくなった場合、手術で胃に穴を開けて直接管を取り付け、流動食を入れること（胃ろう）	1	2	3
（カ）呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること（言葉を発声できなくなる場合もあります）	1	2	3
（キ）心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置（心臓マッサージ、心臓への電気ショック、人工呼吸などを行うこと）	1	2	3

問15　もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療・療養を希望しますか。

―あなたの病状―
認知症が進行し、自分の居場所や家族の顔が分からず、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態で、かなり衰弱が進んできました。
―医療上の判断―
「回復の見込みはなく、およそ 1 年以内に徐々にあるいは急に死に至る。」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問15－1　どこで過ごしながら医療・療養を受けたいですか。（○は1つ）

1．医療機関　　2．介護施設　　3．自宅

→ 問15－3

問15－2　どこで最期を迎えることを希望しますか。（○は1つ）

1．医療機関　　2．介護施設　　3．自宅 → 問15－4

→ 問15－3

→（問15－1、問15－2で「1. 医療機関」「2. 介護施設」をお選びの方にお尋ねします。）

問15－3　なぜ、自宅以外を選択したのか、お考えに近いものをお選びください。（複数回答可）

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がいないから
2. 訪問看護（看護師の訪問）体制が整っていないから
3. 訪問介護（ホームヘルパーの訪問）体制が整っていないから
4. 24時間相談にのってくれるところがないから
5. 介護してくれる家族等がいないから
6. 介護してくれる家族等に負担がかかるから
7. 症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族等も不安だから
8. 症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師の訪問が受けられるか不安だから
9. 症状が急に悪くなったときにすぐ病院に入院できるか不安だから
10. 居住環境が整っていないから
11. 経済的に負担が大きいと思うから
12. その他（　　）

→（問15－2で「3. 自宅」をお選びの方にお尋ねします。）

問15－4　なぜ自宅を選択されたのか、お考えに近いものをお選び下さい。（複数回答可）

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がいるから
2. 訪問看護（看護師の訪問）体制が整っているから
3. 訪問介護（ホームヘルパーの訪問）体制が整っているから
4. 住み慣れた場所で最期を迎えたいから
5. 最期まで自分らしく好きなように過ごしたいから
6. 家族等との時間を多くしたいから
7. 家族等に看取られて最期を迎えたいから
8. 家族等が自宅で最期を迎えていたから
9. 症状が急に悪くなった時にすぐに医師や看護師が訪問してくれるから
10. 症状が急に悪くなった時にすぐに入院できる体制が整っているから
11. 経済的に負担が大きいと思うから
12. その他（　　）

問15－5　下記のア～キの医療を望みますか。（○はそれぞれ1つ）

	1 望む	2 望まない	3 わからない
（記入例）⇒	①	2	3
（ア）　肺炎にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること	1	2	3
（イ）　口から水を飲めなくなった場合の点滴	1	2	3
（ウ）　口から十分な栄養をとれなくなった場合、首などから太い血管に栄養剤を点滴すること（中心静脈栄養）	1	2	3
（エ）　口から十分な栄養をとれなくなった場合、鼻から管を入れて流動食を入れること（経鼻栄養）	1	2	3
（オ）　口から十分な栄養をとれなくなった場合、手術で胃に穴を開けて直接管を取り付け、流動食を入れること（胃ろう）	1	2	3
（カ）　呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること（言葉を発声できなくなる場合もあります）	1	2	3
（キ）　心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置（心臓マッサージ、心臓への電気ショック、人工呼吸などを行うこと）	1	2	3

【フェースシート】
最後に、あなたご自身のことについてお答えください。

（1） 性別（○は１つ）

1. 男性	2. 女性	3. その他

（2） 満年齢（○は１つ）

1. 20－24歳	5. 40－44歳	9. 60－64歳	13. 80-84歳
2. 25－29歳	6. 45－49歳	10. 65－69歳	14. 85歳以上
3. 30－34歳	7. 50－54歳	11. 70－74歳	
4. 35－39歳	8. 55－59歳	12. 75－79歳	

（3） 同居している方はいらっしゃいますか。（○は１つ）

1. いる	2. いない

→（(3)で「1. いる」と回答の方にお尋ねします。）

(3)－1 同居しているのはどなたですか。<u>あてはまる回答全てに○</u>をつけてください。

1. 夫又は妻	4. 娘	7. 兄弟姉妹	10. その他
2. 父母	5. 息子の妻	8. 孫	
3. 息子	6. 娘の夫	9. その他の親族	

（4） あなたが最後に卒業された学校はどちらですか。中退、在学中も卒業とお考えください。（○は1つ）

1. 中学（小学校・高等小学校を含む）
2. 高校（旧制中学を含む）
3. 短期大学、高等専門学校・専門学校（高卒後3年以内の教育）
4. 大学・大学院

（5） あなたには、信頼しているかかりつけ医がいますか？（○は１つ）

1. いる	2. いない

（6） あなたは、身近で大切な人の病気やけがによる介護を、最近5年間に経験しましたか。（複数回答可）

1. 入院で経験した	3. 在宅療養で経験した
2. 施設入所で経験した	4. 経験していない

（7） あなたは、身近で大切な人の死を最近5年間に経験しましたか。（複数回答可）

1. 病院で経験をした	3. 在宅で経験をした
2. 施設で経験をした	4. 経験していない

→（（7）で「1. 病院で経験をした」「2. 施設で経験をした」「3. 在宅で経験をした」と回答の方にお尋ねします。）

（7）－1 大切な人の死において、心残りがありますか。（○は 1 つ）

1. ある	2. ない

→（（7）－1で「1. ある」と回答の方にお尋ねします）

（7）－2 どうしていたら心残りがなかったと思いますか。（複数回答可）

1. あらかじめ身近で大切な人と人生の最終段階について話し合えていたら
2. もっと早く医療や介護関係者等と人生の最終段階について話し合いをしていたら
3. 信頼できる医療や介護関係者等と出会えていたら
4. 同じ医師に継続して診療してもらえていたら
5. 大切な人の苦痛がもっと緩和されていたら
6. 望んだ場所で療養できていたら
7. 望んだ場所で最期を迎えていたら
8. その他（　　）

回答は以上になります。

ご協力ありがとうございました。

第 7 回　小田原市立病院市民公開講座ご出席者　殿

人生の最終段階に関する意識調査

ご協力のお願い　　平成 28 年 10 月 1 日

本日は小田原市立病院市民公開講座にご出席頂き、ありがとうございます。

この度、「人生の最終段階に関する意識調査」とし、アンケート調査を行うことと致しました。
この調査は、地域住民の方々が人生の最終段階に関して、どのように考えているのか実態を把握する目的で実施致します。調査結果は、医療提供の質向上のために参考にさせて頂きます。
なお、本調査は『平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金　地域医療基盤開発推進研究事業　人生の最終段階における医療のあり方に関する調査の手法開発及び分析に関する研究』の一環での実施となります。

ご回答頂く時間としては、約 5～10 分です。
答えにくい設問がありましたら、その設問は回答いただかなくても構いません。
お答え頂いた内容は、全て統計的に示し、個人名や回答内容などプライバシーに関わる情報が公表されることは決してないことをお約束致します。
なお、アンケート調査にご協力頂かなくても、ご出席者に不利益が生じることは一切ございません。

ご多忙のところ、誠に恐縮ではございますが、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

【倫理的事項】
本研究は「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（平成 27 年 4 月 1 日　文部科学省・厚生労働省）」の内容を厳守しています。また本研究は、小田原市立病院倫理委員会の承認を得て実施しています。

【本調査に関するお問い合わせ先】
小田原市立病院　緩和ケア科　部長　羽成恭子
〒250-8558　小田原市久野　46 番地
TEL：0465-34-3175（代表）

アンケート内容をご確認の上、当てはまる番号に、〇をしてください。

このアンケートに協力していただけますか？	
1　はい（→問1．へ）	2　いいえ（→以下から理由を教えて下さい）
理由はどのようなことですか？（複数回答可）	
1　今は考えるのがつらいから	2　そっとしておいて欲しいから
3　回答しにくい内容が多いから	4　体調が悪いから
5　アンケートが苦手だから	6　役立たないと思うから
7　回答する時間がないから	8　その他（　　）

アンケートに協力して頂ける方は、以下からお答えください。
当てはまる番号に、〇をしてください。

問1．性別を教えて下さい			
1　男性	2　女性		
問2．お住まいはどちらですか？			
1　小田原市	2　湯河原町	3　箱根町	4　真鶴町
5　南足柄市	6　開成町	7　山北町	8　大井町
9　中井町	10　松田町	11　その他	

次ページにお進みください→

問3．医療・介護関係のご職業をしていますか？　もしくはしていましたか？			
１　はい	２　いいえ（→問4へ）		
「はい」と答えた方に伺います 職種は何ですか？			
１　医師	２　看護師	３　薬剤師	４　検査技師
５　医療事務	６　介護士	７　ケアマネージャー	８　その他
問4．年齢を教えて下さい。			
１　10-19 歳	２　20-29 歳	３　30-39 歳	４　40-49 歳
５　50-59 歳	６　60-69 歳	７　70-79 歳	８　80 歳以上
問5．この 1 年間に定期的な医療機関への通院がありますか？			
１　ある（→問5の①・②へ）	２　ない（→問6へ）		
問5の①　定期的に通院しているのは、小田原市立病院ですか？			
１　はい	２　いいえ		
問5の②　診療の対象となっているものは何ですか？（主なものを1つ選んでください）			
１　糖尿病	２　高血圧	３　高脂血症	４　腎臓病
５　がん	６　その他		
問6．ご家族を過去 10 年間にがんで亡くされた経験がありますか？			
１　はい	２　いいえ		

問7．あなたの今のお気持ちについておうかがいします。
あなたのお考えに最も近い番号 1 つに〇をつけて下さい。

「もしがんになっても、この地域で・・・」	まったくそう思わない	そう思わない	ややそう思なわい	どちらでもない	ややそう思う	そう思う	とてもそう思う
安心して病気の治療を受けられる	1	2	3	4	5	6	7
あまり苦しくなく過ごせると思う	1	2	3	4	5	6	7
苦痛や心配には十分対処してもらえると思う	1	2	3	4	5	6	7
いろいろなサービスがあるので安心だ	1	2	3	4	5	6	7
安心して自宅で療養できる	1	2	3	4	5	6	7
希望すれば自宅で最期まで過ごすことも可能だ	1	2	3	4	5	6	7

次ページにお進みください→

問8．自分の人生の最期について考えた経験がありますか？
１　はい　　２　いいえ
「はい」と答えた方→考えたきっかけは何でしたか？ 「いいえ」と答えた方→何があったら考えるきっかけになりそうですか？ （複数回答可）
１　自分の年齢　　２　退職 ３　自分の病気　　４　家族や親しい人の病気 ５　家族や親しい人が亡くなる　　６　相談する相手の存在 ７　著名人の病気や訃報　　８　自然災害（地震や洪水など） ９　テレビの特集番組　　１０　インターネットの情報 １１　本・雑誌の情報 １２　考える必要性への理解 １３　考えるべき内容が明確だったから（明確だったら） １４　その他（　　）

問9．自分の人生の最期について、あらかじめ考えておく必要性を感じていますか？
１　はい（→問9の①・②へ）　　２　いいえ（→問9の③へ）
問9の①　なぜ必要性を感じていますか？（複数回答可）
１　自分のことは自分で決めたいから　　２　家族に迷惑をかけたくないから ３　いつ何が起こるかわからないから　　４　決めておかないと不安だから ５　歳をとったから　　６　病気があるから ７　その他（　　）
問9の②　あらかじめ考える際に、誰かと話し合いたいですか？
１　はい　　２　いいえ（→問１０へ）
「はい」と答えた方に伺います 誰と話し合いたいですか？（複数回答可）　理由もご記載下さい。
１　家族　　２　親しい友人 ３　医療者　　４　同じ悩みを持っている人 ５　その他（　　） 理由
問9の③　問9で「いいえ」と答えた方に伺います。なぜ必要性がないと感じますか？ （複数回答可）
１　先のことはわからないから　　２　自分では決められないから ３　家族に全てまかせてあるから　　４　まだ考える年齢ではないから ５　考えるのがこわいから　　６　相談相手がいないから ７　その他（　　）

次ページにお進みください→

問10．自分の人生の最期のことを考えて具体的に準備していることがありますか？		
1　はい　　2　いいえ（→問11へ）		
「はい」と答えた方に伺います 具体的に準備をしていること、重要視していることに それぞれ〇をつけて下さい（複数回答可）		
	準備している	重要視している
大切な人へメッセージを伝える		
エンディングノートの作成		
最期に過ごす場所（自宅・施設・病院など）の意思表示		
延命治療（心臓マッサージや人工呼吸など）する/しないの意思表示		
遺言作成		
残りの人生で必要な資金計画		
保険の見直し		
身の回りの物の整理や処分		
相続整理		
後見人の指定		
葬儀や墓の意思表示		
その他（　　）		

問11．以下のような病状になった場合

①・②の設問　**それぞれ1つずつ**当てはまる番号に〇をつけて下さい。

＜病状＞・病気は治る見込みがなく死期がせまっている
（6か月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられている。
・疲れやすいものの食事はとれ、痛みはない。
・意識や判断能力も健康な時と同様に保たれている。

① どこで過ごしながら医療を受けたいですか？	② どこで最期をむかえたいですか？
1　今まで通った病院に入院	1　今まで通った病院
2　専門的医療機関（がんセンターなど）に入院	2　専門的医療機関（がんセンターなど）
3　緩和ケア病棟・ホスピスに入院	3　緩和ケア病棟・ホスピス
4　介護施設	4　介護施設
5　自宅	5　自宅
6　その他（　　）	6　その他（　　）
7　わからない	7　わからない

ご協力ありがとうございました。
スタッフにお渡しいただくか、
回収ボックスへ入れて下さい。

謝辞

本学位論文記載にあたり、多くの方のご指導、ご助力を頂きました。

筑波大学医学医療系教授前野哲博先生には、主査として細部にわたりご指導、ご助言頂き、ここに深謝の意を表します。筑波大学医学医療系教授佐藤晋爾先生、准教授橋爪祐美先生、助教福重瑞穂先生には、副査として様々な視点からのご助言を頂き、深謝の意を表します。また、指導教員の筑波大学医学医療系教授田宮菜奈子先生には、本研究実施の機会を与えて頂き、その遂行および論文の記載に至るまで、終始ご指導を賜り感謝の意を表します。副指導教員の筑波大学准教授杉山雄大先生には、研究の具体的な分析手法、結果の考察および論文の記載の細部にわたりご指導を賜りましたこと、感謝申し上げます。田宮研究室の先生方、先輩、同期、後輩のみなさまには、示唆に富み刺激的な議論の機会を頂き感謝申し上げます。多くのご支援を頂きました田宮研究室秘書の方々、本当にありがとうございました。

本学位論文に含まれる研究は、厚生労働科学研究費「人生の最終段階における医療のあり方に関する調査の手法開発及び分析に関する研究」（平成 28 年度～平成 30 年度）の研究助成により実施されたものであり、感謝の意を表します。また、「人生の最終段階における医療に関する意識調査」質問紙票にご回答頂いた方々へ、お礼申し上げます。

最後に、大学院生活を送ることを応援し、協力してくれた家族、私を信じ支え続けてくれた一番の理解者へ、心からの感謝を伝えます。ありがとう。

出典

本学位論文では *Journal of Pain and Symptom Management* 2020 (10.1016/j.jpainsymman.2020.08.010) に掲載された論文の内容を、Elsevier の Copyright (https://www.elsevier.com/about/policies/copyright#top)の規定にしたがって再利用している。