

筑 波 大 学

博 士 （ 医 学 ） 学 位 論 文

主治医機能を果たす医療機関に通院する  
非がん慢性疾患患者の Advance Directive に  
対する意識とその関連要因の検討

2 0 1 9

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

濱田 修平

# 目次

第 1 章	背景 . . . . .	5
第 1 節	Advance Directive を取り巻く環境と現状 . . . . .	5
第 1 項	日本における高齢化進行	
第 2 項	Advance Directive の意義	
第 3 項	日本国民の Advance Directive への関心と医師にとっての Advance Directive	
第 4 項	プライマリ・ケア医が担う Advance Directive に関する役割	
第 5 項	がん・非がんの臨床経過	
第 6 項	患者と医師の間での Advance Directive 話し合いに関する 促進因子・障壁因子	
第 2 節	本研究の意義と目的 . . . . .	16
第 2 章	第 1 回調査 . . . . .	18
第 1 節	方法 . . . . .	18
第 1 項	研究デザイン	
第 2 項	研究対象	
第 3 項	調査フロー	
第 4 項	質問項目の内容と回答方法	
第 5 項	統計学的手法	
	1. 記述統計	
	2. 単変量解析	
	3. 多変量解析	

第 6 項	倫理的配慮	
	1. 全般的事項	
	2. 同意について	
	3. データ処理および管理	
第 2 節	結果	27
第 1 項	研究対象	
第 2 項	記述統計	
第 3 項	単変量解析	
第 4 項	多変量解析	
第 3 節	考察	30
第 1 項	主治医機能を果たす医療機関に通院する非がん患者の Advance Directive に対する意識の実態	
第 2 項	本調査の限界	
第 4 節	結語	33
第 3 章	第 2 回調査	35
第 1 節	方法	35
第 1 項	研究デザイン	
第 2 項	研究対象	
第 3 項	調査フロー	
第 4 項	質問項目の内容と回答方法	
第 5 項	統計学的手法	
	1. 記述統計	
	2. 主治医機能を果たす医療機関に通院する非がん患者の	

	Advance Directive に関する医師との話し合いを希望することに 関連する要因の解析	
第 6 項	倫理的配慮	
第 2 節	結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	40
第 1 項	研究対象	
第 2 項	主治医機能を果たす医療機関に通院する非がん患者の Advance Directive に関する医師との話し合いを希望することに 関連する要因	
	1. 記述統計	
	2. 単変量解析	
	3. 多変量解析	
第 3 節	考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	44
第 1 項	主治医機能を果たす医療機関に通院する非がん患者の Advance Directive に対する意識の実態	
第 2 項	主治医機能を果たす医療機関に通院する非がん患者の医師との Advance Directive に関する話し合いを希望する・経験している関連要因	
第 3 項	本研究の限界	
第 4 節	結語・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	50
第 4 章	総合考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	52
第 5 章	引用文献・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	53
	謝辞・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	61

出典	62
図表	63
参考資料	86
参考論文	96

# 第 1 章

## 背景

---

### 第 1 節 Advance Directive を取り巻く環境と現状

#### 第 1 項 日本における高齢化進行

日本は世界でも類を見ない急激な速度で高齢化が進行している。平成 30 年版高齢社会白書によると 2017 年 10 月 1 日現在の日本の人口は 1 億 2,671 万人、65 歳以上人口は、3,515 万人で、総人口に占める割合（高齢化率）も 27.7%であり、世界一の高齢化社会<sup>1</sup>を迎えている。65 歳以上人口は 1947 - 1949 年生まれの「団塊の世代」が 75 歳以上となる 2025 年には 3,677 万人に達すると見込まれ、その後も 65 歳以上人口は増加傾向が続き、2042 年に 3,935 万人でピークを迎え、その後は減少に転じると推計されている。総人口が減少する中で 65 歳以上の者が増加することにより高齢化率は上昇を続け、2036 年に 33.3%で 3 人に 1 人となる。2042 年以降は 65 歳以上人口が減少に転じても高齢化率は上昇を続け、2065 年には 38.4%に達して、国民の約 2.6 人に 1 人が 65 歳以上の者となる社会が到来すると推計されている<sup>2</sup>。

高齢化を反映して死亡者数も増加傾向にある。戦後直後の 1947 年の死亡者数は 113 万人であったが、医学・医療の進歩、公衆衛生の向上などにより死亡の状況は急激に改善され、1966 年には死亡数が最も少ない 67 万人となった。その後、高齢化の反映で緩やかな上昇に転じ、2017 年の死亡者数は 134 万人<sup>3</sup>に達し、2040 年の死亡者数推計は 168 万人とピークを迎える<sup>4</sup>とされる多死社会となっている。2017 年の簡易生命表<sup>5</sup>によると、平均寿命は男性 81.09 歳、女性 87.26 歳と過去最高を更新している。こうした高齢化が進行する

ことで、複数の疾患を抱える患者は増加<sup>6,7</sup>し、がんや心不全や COPD をはじめとした非がんなどの患者も増加している。特に非がん疾患も含め、治療により病気の回復が期待できなくなる終末期には QOL に沿った緩和ケアが必要であるとされている<sup>8</sup>が、終末期患者の 70.3% で患者の意向に沿った意思決定が難しいと報告されている<sup>9</sup>。また、診断がつきやすく治療方針などから話し合う必要があるがんでは患者の意向に沿った治療方針を進めやすいが、高齢者の認知症や老衰、COPD や慢性心不全の急性増悪を繰り返し徐々に増悪していく経過では、どの時点で患者の意向に沿った治療方針を進めるかはっきりしないため、死が差し迫る時機まで話し合う契機を逸してしまい、患者の意向に沿った医療処置の方針決定が困難になることが多い。特に救急診療の場面では、人工呼吸器や透析など積極的治療が患者の意向を確認できずに行われることが多い<sup>10</sup>。身体の状態が悪化し、自分の意思を表明できない状態に陥った際に、自分が望む医療を希望通りに享受するには、一人一人が意思表示できるうちに自身の生命にかかわる場面でどのような医療を希望するのかを考え、周囲に伝える必要がある時代となっている。

## 第 2 項 Advance Directive の意義

患者の意向に沿った医療を実現するための一つの方策として、Advance Directive(AD)<sup>11</sup>がある。AD は「事前指示」とも邦訳され、代表的な定義として意思決定能力を失う前に口頭・書面により自分自身に行われる医療行為に関する意思表示を前もって示す行為と定義される<sup>12</sup>。AD には大きく分けて 2 つの側面がある。1 つ目は内容的指示、2 つ目が代理人指示である<sup>13</sup>。

内容的指示としては、代表的な形式として Living will が挙げられる。患者自身の意思決定ができなくなった際に備えて、生命維持治療に関する意向について希望する治療内容を口頭・書面で示しておくもので、例えば、人工透析、人工呼吸器使用、抗菌薬の使用、人

工栄養、心肺蘇生などを受けるか拒否するかということを口頭・書面で示すもの<sup>11</sup>である。

その他の形態として、アメリカ合衆国で広く活用されている Physicians orders for life sustaining treatment(POLST)「生命維持治療に関する医師指示書」<sup>14</sup>がある。POLSTは医療従事者が1年以内に亡くなっても驚かない重篤な疾患に罹患した患者を対象に、医療者と患者が相談し、心肺停止時や生命危機時の際の医療処置に関する対応の希望について細かな項目にわたり記入し、医師が指示を示す書式である。POLSTは患者本人が意思決定能力を失った時では効力を発揮しない特徴がある。医療処置の内容としては、生命危機の際に積極的治療を希望するか、苦痛緩和のみを希望するか、経口摂取困難時に人工栄養を希望するかどうかなど<sup>14</sup>である。しかし、アメリカ合衆国各州においてもPOLSTの運用に関しては議論が分かれている。その背景として、医療費削減の道具である、必要な医療を制限している、偏見と差別を助長している、医師と患者の話し合いの場を奪うなどの理由<sup>15</sup>が挙げられている。日本においては、日本集中治療医学会倫理委員会がPOLSTに基づくDNAR指示が可能かについて検討した結果、POLST運用基盤は本邦では脆弱であり、DNAR指示の誤解と誤用が多い本邦においては急性期医療領域で合意形成がないPOLSTを検証なく導入し運用することに危惧があるため、現時点でPOLSTの使用は推奨できないと結論している<sup>16</sup>。

代理人指示は患者本人が意思表示できなくなった際に意思決定について患者の希望や関心をよく知る親族や親しい友人などを決めて書面で示しておくもの<sup>11,17</sup>である。代理人指示のみの運用では、代理意思決定者が患者にどのような治療希望があるのか分からないことがあり、代理意思決定者が倫理的、精神的負担を強いられること<sup>18</sup>があった。このため、アメリカ合衆国の大半の州においては内容的指示（主にLiving will）と代理人指示を一つの形式にまとめている。

このようにADは患者の意向を尊重した医療を行う目的で内容的指示と代理人指示が示されているが、実際の臨床現場ではいくつかの課題も浮き彫りになっている。報告により

差はあるものの、アメリカ合衆国においては 26.3%<sup>19</sup>、日本においては 3%程度しか AD を保有していない<sup>20</sup>。そのため、実際の現場では利用できる機会が多くはないこと、事前指示の存在に気が付かれないこと<sup>21</sup>、代理意思決定者にとって、患者が判断したことの理由が分からないこと<sup>22</sup>、複雑な治療を行うかどうかの選択で AD の内容を生かすことが難しいこと<sup>23</sup>などが課題として挙げられた。これらは患者と代理意思決定者や医師が話し合ったことがないために生じた問題であり、AD を生かすためにはこの話し合いのプロセスが重要と考えられるようになった。また、重症入院患者を対象に AD を増やすように意図した介入がもたらす効果を調査すること目的としたランダム化比較試験では集中治療の期間や医療コスト、患者と医師との心肺蘇生に関する話し合いなど AD を増やすように介入しても介入がない群と比較して差は認めなかった<sup>24</sup>。こうした背景から Advance Care Planning(ACP)が提案されるようになってきた<sup>25</sup>。

ACP は「今後の治療・療養について患者家族と医療者があらかじめ話し合う自発的なプロセス」と定義され、患者本人の気がかりや意向、価値観、目標、病状や予後の理解、治療や療養に関する希望を含む内容を患者が希望すれば、家族・友人とともに行われる。また、話し合いの結果は記録され、定期的に見直され、ケアに関わる人の間で共有されることが望ましいとしている<sup>26</sup>。すなわち、患者本人の意向を尊重した医療を提供するには AD の内容だけではなく、患者本人を知る人との話し合いのプロセスが大切であるということが重視されるようになってきた。ACP を行うことで、AD を保有することが増える傾向にあると報告<sup>27,28</sup>がある。

これまでも AD を保有することで、患者にとって侵襲的治療を受ける頻度<sup>29,30</sup>や病院での死亡は少なくなるとの報告<sup>31</sup>がある。また、より患者の意向が尊重されたケアがなされることが多くなり、患者家族には、不安や抑うつが減少し、患者・家族ともに満足感が向上する<sup>32</sup>と報告されている。

2017 年時点での 65 歳以上の人口が 27.7%と超高齢化が進行する日本において、特に徐々

に症状が増悪していく認知症や老衰、COPD、慢性心不全などでは、終末期に自分の意思表示ができなくなる可能性が高いことから、意思表示が可能な元気なうちに AD について話し合い、本人の意向に沿った終末期を考えることが必要な社会となってきた。

### 第3項 日本国民の Advance Directive への関心と医師にとっての Advance Directive

急激な高齢化を反映し、AD は法制度としては確立されていないが、日本において AD に関する関心が高まっている。厚生労働省がおおよそ 5 年に 1 度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(平成 30 年)によれば、2016 年に無作為抽出された一般国民でアンケートに回答した者のうち、事前指示書をあらかじめ作成しておくことに 66.0% が賛成すると回答した<sup>33</sup>。一方、事前指示書を作成しておくことに賛成と回答した一般国民のうち、実際に事前指示書を作成していると回答したのは 8.1%に過ぎない<sup>33</sup>。2012 年に同様に実施した調査において、事前指示書作成に賛成する一般国民は 69.7%、事前指示書作成に賛成で実際に事前指示書を作成した一般国民は 3.2%であり<sup>20</sup>、ここ 4 年間では事前指示書の作成への考えや行動には大きな変化がないことが分かる。一般国民は事前指示書作成に賛成であるが、事前指示書を作成している国民は少数であり、この傾向は諸外国でも同様な傾向<sup>9</sup>である。

2016 年実施の調査<sup>33</sup>において、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一般国民は 59.3%であり、これまでに話し合いをしたことがある一般国民は 39.5%（「詳しく話し合っている」、「一応話し合っている」の合計）と回答している。人生の最終段階における医療・療養について話し合いをしたことがあると回答した人の話し合いの相手（複数回答）は 94.3%が家族・親族であり、医療介護関係者は 4.2%と、医療介護関係者が人生の最終段階における医療・療養について患者の希望を把握していない実態がある。

人生の最終段階における医療・介護について家族や医療介護関係者と話し合ったことがない一般国民の理由（複数回答）として、「話し合いたくないから」と回答した者は 5.8%と少数であり、「話し合うきっかけがなかったから」が 56.0%、「話し合う必要性を感じないから」が 27.4%、「知識がないため、何を話し合っているのか分からないから」が 22.4%と話し合いの契機や AD に関連する知識がないことを挙げている。一方、話し合いの契機として「自分の病気」が 52.8%、「家族等の病気や死」が 61.2%と病気に関係して、話し合いを考える傾向が伺われた。

人生の最終段階における医療・療養に関する情報について、受けた情報源として一般国民の 67.6%が医療機関・介護施設を挙げ、インターネット 33.0%のほぼ 2 倍近い希望があった。

人生の最終段階における医療・介護について話し合う時期に対する医師・看護師の回答について年齢は関係ないとした者は各々 45.7%、45.5%、40～59 歳は 17.7%、21.4%であったが、一般国民では年齢は関係ないと回答した者は 32.0%、40～59 歳は 12.6%である一方、60～69 歳が 20.6%、70 歳以上が 19.6%であったことから、一般国民は年齢を重ねてから話し合いたい傾向がみられている。

このように、日本の一般国民は AD に関する関心は高いものの、実際に AD を作成する行動に移すことや話し合う契機が少ないため、医療介護従事者との話し合いは殆どない実態が浮き彫りになっている。一方で、医療介護従事者に対しては、一般国民は AD に関する情報提供を求めていることが明らかにされている<sup>33</sup>。また、諸外国では患者は AD に関する相談を医師と行いたい傾向にある<sup>34</sup>と報告している。

AD に関して患者に情報提供することが求められている医療介護従事者のうち、患者の医学的な状態を把握する医師が AD に関する話題提供を行うことは国民や患者のニーズに沿っていると思われる。

しかし、AD の相談相手は家族・親族であることが大多数であり、医療関係者にはほと

んど伝わっておらず、相談できていない<sup>6,9</sup>。そのため、患者の意向が医療者に伝わっておらず、医師と患者との間で AD の話し合いは進んでいない。この理由の一つとして医師と患者の間での AD の話しにくさ<sup>35</sup>が挙げられている。

主のがん患者の調査では、医師側の要因として、複雑な感情を感じるので話題にあげたくない<sup>36</sup>、AD に関するコミュニケーションのトレーニングが不足している<sup>37</sup>、時間がないこと<sup>27</sup>、予後予測が不確かで、患者を傷つけないこと<sup>38</sup>が挙げられている。患者側の要因として、不安や疾患に対する否認<sup>39,40</sup>、家族を傷つけないという思いがあること<sup>41</sup>が挙げられている。

医師は AD に関する話題提供について、患者に心理的負担をかけているのではないかと考え、心理的負担を感じている。本研究の Clinical Question は「どのような患者であれば医師も患者も心理的負担を感じずに、医師が AD の話題を持ちかけることができるか」である。この点が分かれば、臨床の現場において AD の話題を進めていくことができるかもしれない。

#### 第 4 項 プライマリ・ケア医が担う Advance Directive に関する役割

患者・家族に終末期ケアにおける決断についての会話を促す ACP プログラムである Respecting Choices では、ACP を行う方針を①55-65 歳の健康成人もしくは重篤を有する若者、②疾患の悪化過程にある人、合併症を有する生命予後が限られる重篤な疾患を有する人、③予後が 1 年程度と予測される人の 3 段階に分けて考え、①の段階では医療ケアの決定についての代理意思決定者を決めておくこと、健康状態の重大な変化によって治療の目標を変えるかを考え始めること、②の段階では合併症で望まない状態に陥ったとしてどのくらい治療を行うのか、③の段階では医療処置の希望を示しておく<sup>42</sup>、というように人生の段階によって複数回に分けて適切な時期に適切な話題を提供するのがよい<sup>43</sup>とされている。

る。このように病気が進んでから AD の話し合いを始めるのではなく、意思表示が可能な元気なうちに AD について話し合うことが薦められている。

このような比較的元気である生活習慣病や軽度から中等度の COPD をはじめとした慢性の臓器障害の患者を中心に診療を行うプライマリ・ケア医は、元気なうちに AD について話し合う機会を持つことができる医療者の一人として挙げられる。アメリカ合衆国での一地域住民の健康問題についての調査によると、地域住民 1000 人当たり、1 か月間で何らかの症状を訴える住民は 800 人ほどで、医療へのアクセスを考える住民は 327 人、実際に診療所外来受診する住民は 217 名、そのうちプライマリ・ケア医への診療所外来受診は 113 名であり、病院外来への受診は 21 名であったと報告している<sup>44</sup>。日本における調査でも同様な傾向が報告され<sup>45</sup>、比較的元気な地域住民の診療については、診療所や地域の小病院に所属しているプライマリ・ケア医を中心とした医師が担っている実態がある。比較的元気である患者を中心に診療を行うプライマリ・ケア医が AD について話し合いを行うことで、生命の危機に瀕した患者を診療することが多く、AD について話し合う機会の多い臓器別専門医への負担を軽減することができるかもしれない。また、AD の議論や考え方を広め、患者の意思を反映させる医療を進めていくことに繋がるものと思われる。

欧米では医療者への相談閾値が高く、書面にも残しづらい AD について、患者の状態に精通するプライマリ・ケア医が議論することで、重度な病気や end-of-life care（終末期における医療）について適切に方向づけでき<sup>46</sup>、患者の AD への参加を促進する<sup>47</sup>と報告されている。また、AD の記載を増やす介入で最も効果的であったのは、プライマリ・ケア医への複数回の通院を通じて医師患者の相互関係を強くすること<sup>27</sup>との報告があり、患者が質の高いプライマリ・ケアを受けた経験と AD の記載に関係があること<sup>48</sup>が報告されている。このようにプライマリ・ケア医が患者との AD の議論に関わることにより AD 共有が増える可能性がある。

プライマリ・ケアの一つの定義として、1996 年のアメリカ合衆国国立科学アカデミー

(National Academy of Sciences, NAS) は『プライマリ・ケアとは、患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスである』<sup>49</sup>と定めた。しかし、日本におけるプライマリ・ケアの定義としては現時点で定まったものはない。この背景として、用いられる場面や状況によって、意味合いが相違することがあるためである。そこで本研究においては、NAS が定義したプライマリ・ケアの定義に近い実践を行っている総合診療医（家庭医療専門医）が勤務する「主治医機能を果たす医療機関」での診療をプライマリ・ケア、そこで勤務する医師をプライマリ・ケア医として定義した。

## 第 5 項 がん・非がんの臨床経過

プライマリ・ケア医が日常診療する患者は、がん患者や重症度が高い心不全や COPD などの慢性臓器障害の患者よりも、生活習慣病や複数の軽度から中等度の慢性臓器障害の非がん疾患の患者を診療していることが多い<sup>50</sup>。プライマリ・ケア医が通院することが可能な比較的元気な非がん患者と AD についての話し合いをすることは、患者の意思決定能力があるうちに患者の意向や価値観を共有するという意味でよい機会と考えられる。

がんと非がんでは臨床経過が異なることは以前より指摘されている。がんでは全身機能は比較的保たれた期間が続き、死亡前 1-2 か月で急速に全身状態が悪化する傾向がある(図 1-1)<sup>51</sup> ため、終末期の判断が比較的容易である<sup>52</sup>。しかし、非がん疾患は、例えば心不全や腎不全などの臓器不全疾患においては、肺炎などの感染症を契機とした全身状態の急激な悪化と改善を繰り返しながら徐々に状態が悪化し、改善することもあるが、改善せず死亡するといった転帰を辿る(図 1-2)<sup>51</sup>。このため、急激な全身状態の悪化が生じた際に可逆的な変化であるかどうかの判断が難しい。また、認知症や老衰による状態の変化は、全身

機能の低下した状態が長時間続き、全体的に緩やかな機能低下の軌跡をたどり、死亡に至る(図 1-3)<sup>51</sup>。このため、どの時点で終末期であるか判断困難な軌跡を辿る<sup>52</sup>。このため、様々な予後予測ツールが検討されている<sup>53</sup>ものの、非がん疾患の予後予測は難しいと言われている。

高齢化進行で死因構成に変化が生じており、1995 年における日本の死因順位は総死者数 922139 人に対し、第 1 位悪性新生物 263022 人(28.5%)、第 2 位心疾患 146552 人(15.9%)、第 3 位脳血管疾患 139206 人(15.1%)、第 4 位肺炎 79629 人(8.6%)、第 5 位不慮の事故 45323 人(4.9%)となっているが、2016 年においては、総死者数 1307748 人に対し、第 1 位は悪性新生物が 372986 人(28.5%)、第 2 位心疾患 198006 人(15.1%)、第 3 位 肺炎 119300 人(9.1%)、第 4 位 脳血管疾患 109320 人(8.4%)、第 5 位 老衰 92806 人(7.1%)と肺炎、老衰の全体に占める割合が増加傾向となっている<sup>3</sup>。このようにがんにより亡くなる方は増加しているが、非がん疾患により亡くなる方の絶対数のがん以上に増加している。非がん患者についての調査を行うことは、AD の議論を推進するにあたり、重要であると思われる。

#### 第 6 項 患者と医師の間での Advance Directive 話し合いに関する促進因子・障壁因子

非がん疾患における諸外国での調査では、1997 年当時、AIDS 患者を対象に行われた質的研究において抽出された促進・障壁因子(表 1、2)<sup>54</sup>を元に、AIDS<sup>55</sup>、COPD<sup>56</sup>、うつ血性心不全<sup>57</sup>の患者に対して、医師との AD に関する話し合い経験に関する促進・障壁因子の検討がなされている。AIDS 患者を対象とした調査では医師側の障壁因子として、「患者はそれほど重篤ではない」、「患者はまだ終末期における医療について話す準備ができていない」こと、促進因子として「患者が過去に重篤となったことがあること」が挙げられている。患者側の促進因子として、「家族友人を看取ったことがある」が挙げられている<sup>55</sup>。COPD 患者の調査では医師側の促進因子に「患者と医師の関係性は良好」、障壁因子はない一方、

患者側の促進因子に「自分の主治医は終末期に関する医療について話すことをよく思っている」、「ほかの人が自分に終末期に関する医療について話かけたことがある」、障壁因子に「体調不良になった際にどのような治療を受けたいか分からない」、「自分の体調がとても悪くなった際にどの医師が診てくれるかわからない」が挙げられている<sup>56</sup>。うつ血性心不全での調査では、医師側の促進因子として良好な医師患者関係、長期間の診療関係を、患者側の促進因子として医師への信頼、心不全に対してよく診てくれていることを挙げている。医師側の障壁因子として、個々人の予後予測が不確実であること、患者側の障壁因子として、「体調不良になった際にどのような治療を受けたいか分からない」のほか、「死について話すより生きることを考えたい」を挙げており、重症者ほど「死について話すより、生きることを考えたい」とする傾向にあると報告している<sup>57</sup>。これらの調査では、単変量解析での報告のみであり、背景因子を調整した関係性の検討は行われていない。

年齢、性別、自己健康感などの背景因子を調整し、外来患者を対象とした多変量解析を行っている調査では、患者が医師との AD の話し合った経験を有する関連因子として、促進因子に「家族友人を看取った経験」、「宗教信仰」、障壁因子に「終末期の受けたい医療について話すに体調不良を感じていない」、「生きることに集中したい」、「どの医師が治療してくれるかわからない」ことが挙げられている。患者が医師との AD について話し合いを希望する関連因子として、促進因子に抑うつ、不安、「将来の生活が心配である」、「家族友人に迷惑をかけることが心配であること」、障壁因子に「どの医師が治療してくれるか分からないこと」を挙げている<sup>58</sup>。

日本においてこうした AD の話し合いに関する促進・障壁因子は分かっていないことが多く、AD に関する話題を向けにくい実際の臨床現場における医師にとって、どのような患者に対して AD の話題を話しかけやすいか、その特徴が分かれば、医師からの AD に関する話し合いを持ちかける一つの手掛かりになる可能性がある。

## 第2節 本研究の意義と目的

多死社会が進む日本において、ADを含む人生の最終段階における医療に関する議論を進めることは喫緊の課題である。ADの議論を進めるに当たり、一般国民は、医師をはじめとする医療従事者からの話題提供を求めているにも関わらず、医師は話題提供をしていない現状がある。その背景には多くの障壁が指摘されているが、患者に心理的負担をかけるのではないかと感じて、医師は心理的負担を感じている。そこで、どのような患者が医師も患者も心理的負担を負わずにADの話題を持ちかけることができるのかが明らかにされ、医師が把握しておくことは、医師からのADに関する話し合い提起を行う上での一助となる可能性がある。

診療現場の多くを担うプライマリ・ケア医が診療することの多い非がん患者に対するADの話し合いの促進・障壁因子を明らかにし、把握することは医師側からADについての話題を負担なく提起する一助となる可能性があり、ADに対する議論の障壁・促進因子を意識した対応はADに関する議論を増やす<sup>59,60</sup>とされているため、プライマリ・ケア医と非がん患者とのAD相談の機会が増えるかもしれない。その結果、ADの話し合いを進めていくことができるかもしれない。

先行研究では、患者背景にがん患者、非がん患者が混在しており、プライマリ・ケア、専門外来を問わず、外来における患者の傾向を報告しているが、非がん患者の医師とのAD相談に関する促進・障壁因子の検討に関する報告は少ない。

プライマリ・ケアの現場においては、ADが重要であると感じている患者ほど、AD相談を希望する傾向が高い報告はある<sup>61</sup>が、プライマリ・ケアの現場に特化した患者の医師とのAD相談についての関連因子を検討した調査も少なく、特に、AD相談が望まれると考えられるプライマリ・ケアの現場での非がん患者の調査はほとんどみられない。

そこで、本研究の目的は以下の通りである。

主治医機能を果たす医療機関に定期通院する非がん患者を対象とし、

- ・記述統計を通じて AD に対する意識の実態を明らかにすること。
- ・AD に関して医師と話し合いを希望する非がん患者の関連要因を明らかにすること。

本研究では、2 回の調査を実施している。その位置付けは、第 1 回調査では先行研究から抽出した促進・障壁因子について調査することで、日本のプライマリ・ケア場面での患者の意向を把握するとともに、AD に関して医師との話し合いを希望する非がん患者の関連要因の探索を行った。第 2 回調査では日本の別地域のプライマリ・ケア場面での調査を通じ、地域による意識の差を認めないか、第 1 回調査で把握が不十分であった患者の通院期間や患者の身体状況の詳細を追加調査することで、AD に関して医師との話し合いを希望する非がん患者の関連要因の検討において、患者の背景に即した要因が抽出されるよう調査を行った。

## 第 2 章

### 第 1 回調査

---

#### 第 1 節 方法

##### 第 1 項 研究デザイン

本研究は研究対象者が記入する自記式質問票(患者用調査票)ならびに研究対象者の背景に関し、対象者の外来主治医が記入する研究対象者調査票(医師用調査票)を用いた横断調査研究である。(参考資料参照)

##### 第 2 項 研究対象

第 1 回調査は北海道の 12 万人都市にある一般病床 276 床の地域中核病院である A 病院の一般内科外来において、2017 年 2 月 27 日から 3 月 28 日まで実施した。A 病院のある人口 12 万人都市は人口 190 万人都市に隣接する都市であり、A 病院から隣接する 190 万人都市の中心部までおよそ車で 30 分程度の場所に位置している。

研究対象者は、調査機関の一般内科外来に 6 か月以上通院する 20 歳以上の非がん患者ならびにその診療担当医とした。調査場所の外来を 6 か月以上担当し、調査協力の同意が得られた診療担当医を調査担当医師とした。調査担当医師は日本プライマリ・ケア連合学会認定の家庭医療専門医もしくは 5 年以上プライマリ・ケアに従事している医師とした。その調査担当医師の外来を調査実施 1 か月間に受診した患者を連続サンプリングした。

6 か月以上通院する患者を対象とした背景として、仮に定期処方を受けているものとすれ

ば処方日数の最大限度は 90 日分であり、「定期通院をしている」ことの定義を「少なくとも複数回の受診をしていること」とすると、最大通院間隔である 3 か月処方患者が最低 2 回受診するためには 6 か月必要と考慮したためである。

本研究における「非がん患者」とは調査時点で悪性腫瘍に対する治療が必要ではない、もしくは治療していない患者を指し、化学療法、放射線治療、緩和ケアを受けていない患者と定義した。

20 歳以上を対象とした背景として、多くの AD に関する医師—患者間の相談の先行研究においては各国の成人年齢以上を対象としていたことが多い<sup>58,61</sup> こと、高齢者のみを対象とした調査では、プライマリ・ケア外来での患者の AD に対する意向を捉えられないことが挙げられる。

#### [研究参加者の適格基準]

- ①20 歳以上
- ②調査機関のプライマリ・ケア外来に 6 か月以上継続通院している
- ③非がん患者
- ④悪性腫瘍の既往があっても治癒した患者

#### [除外基準]

- ①研究参加に不同意である患者
- ②1 度以上本研究に参加した経歴のある患者
- ③認知症や四肢不自由などの理由で質問紙票に回答困難な患者

### 第 3 項 調査フロー (図 2)

①調査機関である医療機関の一般内科・総合診療科の受付において、診療受付時に受付スタッフ（事務職員ないし看護師）が、調査担当医師の外来受診患者が選択基準のうち「20歳以上」、「初診より180日以上の経過」、「定期受診目的」に該当しているかを「確認票」（資料参照）を用いて確認した。

②調査担当医師は受付で確認された患者が診療前に適格基準に該当するか「確認票」を用いて確認した。

③受付で確認され、医師が適格基準を満たすとした患者を調査対象患者とした。診療終了時に調査担当医師が調査対象患者に対して質問紙による研究調査について依頼を行った。

④患者用調査票は患者説明書（参考資料参照）、封筒とともに調査担当医師もしくは調査担当医師の外来診療補助を行う看護師が対象患者に対して診察室内もしくは外来待合で手渡しして協力を依頼した。診察した医師は、患者の研究同意の有無、調査内容についてわからないようにし、それを患者にも伝えた。

⑤診療終了直後に調査担当医師が診療した調査対象患者の疾患群（プライマリ・ケア国際分類）、重症度判定、対象者の定期診療を開始した年月を医師用調査票に記入した。

患者用・医師用調査票の突合は、診察室内で各調査票に通し番号を付しているのので、診察室内で対象患者に渡した通し番号の調査票について、対象患者が診察室より退出する際に、医師がその場で同じ通し番号の医師用調査票を記入するため可能となっている。

⑥研究調査の同意については研究対象患者が質問紙に回答し、提出された時点で同意したものと見なした。患者用調査票は対象患者自身で封筒に入れ、あらかじめ準備された調査票回答箱に提出するよう対象患者に案内した。調査票回答箱は調査期間が終了するまでは開封せず、終了した時点で研究者が調査票回答箱ごと回収した後に開封した。その後、研究者が、通し番号を割り振った患者用調査票と医師用調査票でマッチングした。

#### 第4項 質問紙票の内容と回答方法

AD を「自分の考えを周囲に伝えることができなくなる位、病気や体の衰えが進行した際の、自分が受けたい治療・受けたくない治療」<sup>11</sup>と定義とした。

日本において、AD に関して医師との話し合いを希望することに関連する要因を評価する妥当性を検討された尺度がなかった。そのため、先行研究と研究者間の議論より調査項目を検討した。調査項目を選択する際には、先行研究で報告されている患者が医師と AD を相談する促進因子、障壁因子<sup>55,56,57,58</sup>を元に、臨床的に有用な項目を優先し、以下の項目について調査した。(参考資料参照)

#### ■患者用調査票

##### [患者背景]

- ・ 年齢
- ・ 性別（男性・女性）
- ・ 学歴（小中学校、高校・旧制中学、短期大学・専門学校、大学、大学院）

##### [目的変数と参考項目]

「全く当てはまらない」「当てはまらない」「多少当てはまる」「当てはまる」「とても当てはまる」の 5 件法の Likert Scale で調査した。

- ・「AD についてあらかじめ主治医と話をしたいと思う」（目的変数）
- ・「AD についてあらかじめ家族・友人などの身近な人と話をしたいと思う」（参考調査項目）

##### [AD に関係する経験項目]

次の 2 項目は経験の有無を尋ねた。

- ・「家族・友人を看取った経験」
- ・「家族・友人の意思代理決定経験」

次の3項目は「全く当てはまらない」「当てはまらない」「多少当てはまる」「当てはまる」

「とても当てはまる」の5件法の Likert Scale で調査した。

- ・「AD について今まで考えたことがある」
- ・「AD について今まで主治医と話したことがある」
- ・「AD について今まで家族・友人など身近な人と話したことがある」

#### 【促進因子】

次の6項目は「全く当てはまらない」「当てはまらない」「多少当てはまる」「当てはまる」

「とても当てはまる」の5件法の Likert Scale で調査した。

- ・「AD を考えることは自分にとって重要である。」
- ・「主治医は自分を人として見てくれていると感じる。」
- ・「主治医を信頼している。」
- ・「主治医は自分の病気をよく診てくれている。」
- ・「将来の生活が心配だと感じる。」
- ・「自分が体調不良になった際に友人や家族に迷惑がかかることが心配に思う。」

#### 【障壁因子】

次の3項目は「全く当てはまらない」「当てはまらない」「多少当てはまる」「当てはまる」

「とても当てはまる」の5件法の Likert Scale で調査した。

- ・「死について話すより生きることを考えたいと思う。」
- ・「死について話をすると、死が近づいてくるように感じる。」

- ・「自分の体調がとても悪くなった際にどの医師が診てくれるかわからない。」

## ■医師用調査票

対象患者の健康状態のうち、特に身体機能が低下傾向であり、日常生活内でも支障がある患者が医師との AD の話し合いの希望に関係すると予想したことから、対象者の有する健康状態が悪化するリスクについて、該当者に何らかの緩和ケアアプローチが必要とされる指標として利用されている Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT<sup>TM</sup>)<sup>62</sup> の評価指標の一部 (図 3) を用いて調査をした。対象患者の疾患群について、非がん疾患は多彩であり、個々の病名を調査するのでは実際の臨床現場での調査実施可能性が低下してしまうため、疾患系統別で調査する方針とした。プライマリ・ケアの現場での調査であることも踏まえ、これらを踏襲できる分類として、研究調査協力医師が治療・経過観察している疾病分類を International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2)<sup>63</sup> の大分類を元に調査した。

## 第 5 項 統計学的手法

### 1. 記述統計

「AD についてあらかじめ主治医と話をしてほしいと思う」に関して、回答のあったものを分析対象とし、次の項目に関し、記述統計を行った。

- 1) 患者属性 (年齢、性別、学歴、本調査においてはこれらに加え、自己健康感、患者の自認する通院期間)
- 2) 医師が調査した ICPC-2 大分類による疾患群
- 3) AD についての話し合いの希望について

「AD についてあらかじめ主治医と話をしたいと思う」

「AD についてあらかじめ家族・友人などの身近な人と話をしたいと思う」

- 4) 患者の AD に関連する経験に関する項目
- 5) 患者の医師との AD 相談に関する促進因子、障壁因子
- 6) SPICT 該当の有無

## 2. 単変量解析

目的変数である「AD についてあらかじめ主治医と話をしたいと思う」に対して、「全く当てはまらない」「当てはまらない」と回答したものを非希望群、「多少当てはまる」「当てはまる」「とても当てはまる」と回答したものを希望群に 2 値化した。

説明変数に関しては、「全く当てはまらない」「当てはまらない」「多少当てはまる」「当てはまる」「とても当てはまる」の 5 件法で尋ねた質問項目は「全く当てはまらない」「当てはまらない」と回答したものを非該当・非希望群、「多少当てはまる」「当てはまる」「とても当てはまる」と回答したものを該当・希望群に 2 値化した。年齢に関して、実年齢のまま取り扱った。学歴に関しては高校卒業以下と短大卒業以上に 2 値化した。SPICT について各項目のいずれかに該当した対象者は SPICT「該当」群として集計した。

以上のような変数の定義を行い、目的変数を「AD についてあらかじめ主治医と話をしたいと思う」、説明変数として年齢、性別、学歴、看取り経験、意思代理決定経験、「AD について今まで考えたことがある」、AD に対する相談の促進因子・障壁因子、疾患群、SPICT とした。年齢について Mann-Whitney U 検定を行った。名義変数については  $X^2$  検定、Fisher's exact 検定で有意水準 0.05 未満として単変量解析を行った。

「AD について今まで家族・友人など身近な人と話したことがある」、「AD について今まで主治医と話したことがある」、「AD についてあらかじめ家族・友人などの身近な人と話をしたいと思う」については目的変数と類似の変数であるため、単変量解析の対象とはしな

かった。

### 3. 多変量解析

変数の定義は単変量解析と同様とした。目的変数を「AD についてあらかじめ主治医と話をしたいと思う」とし、年齢、性別、学歴、SPICT を解析モデルへ投入することとした。AD に関する経験に関連する項目、AD に対する相談の促進因子・障壁因子については、多重共線性を考慮して説明変数同士の相関係数  $r > 0.4$  となった変数同士で解析モデル投入変数の選択を検討した。相関係数の算出は各変数の 2 値化する前の 5 件法の回答度数を用いて Spearman の順位相関係数を算出した。(以降、「相関係数」とする。)説明変数同士の相関係数  $r < 0.4$  の変数については、単変量解析の結果に関わらず、多変量解析モデルに投入することとした。ただし、ICPC-2 疾患群に関しては、全部で 17 疾患群であり、全ての疾患群を解析モデルに投入するには多すぎるため、単変量解析で有意な疾患群のみを多変量解析モデルへ投入する方針とした。多変量解析には二項ロジスティック回帰モデルを用い、選択した変数を強制投入し、有意水準を 0.05 未満とした。

統計解析ソフトは IBM SPSS ver.22 を使用した。

## 第 6 項 倫理的配慮

### 1. 全般的事項

このアンケート調査には現在の研究対象者の Advance Directive に関する考え、過去の代理意思決定経験、看取りの経験、死生観を伺うという心的外傷に触れる可能性のある質問項目を含むため、研究対象者にとって精神的苦痛が生じる可能性がある。アンケート調査を行う前に、研究対象者にとってアンケート調査に回答すると事で死に関する経験の思い

出しや思考による精神的苦痛が生じる可能性があることを患者説明書に明記した。万が一、調査により体調不良などが生じた際には、調査担当医師・診療スタッフが適切な診療対応をとるものとした。第 1 回調査は江別市立病院倫理委員会、筑波大学医の倫理委員会の承認(No1152)を得て、調査を実施した。

## 2. 同意について

アンケート調査への回答は自由意思に委ねられ、研究対象者が回答を拒否できること、研究に協力しないことにより不利益は生じないことを文章により十分に告知した。アンケート調査質問票への記入を持って研究参加に同意したものとみなすため、調査参加の同意文書は取得しなかった。調査参加後の参加撤回に関しては、無記名式アンケートであるため、参加撤回できない旨を明記した。

## 3. データ処理および管理

研究対象者へのアンケート調査、調査担当医師に対する疾病状況の調査で得られる情報についてすべて研究専用の番号のみを使用し、個人が特定できるような情報は用いなかった。調査担当医師が研究対象者の疾病状況の調査する際には通し番号のみ使用し、研究に用いる情報は、連結不可能匿名化とした。

データの管理では以下の 1)・3)の配慮を行った。1)収集したデータは電子的に処理を行った。2)収集した調査用紙ならびに解析のために入力したデータファイルは、鍵のかかるキャビネットで研究者以外の者が取り出せないように保管した。3)保存期間は研究実施終了より 10 年間とし、保存期間終了後は物理的に破壊した後に破棄する方針とした。

## 第2節 結果

### 第1項 研究対象

調査対象患者 646 名で、19 名の未提出者を除いた 627 名(97.1%)から回答を得た。このうち患者用または医師用調査票に無回答であった 19 名を除いた 608 名(94.1%)を記述統計の対象とした。単変量解析は目的変数「AD について主治医と話をしたいと思う」に対して回答を得た 495 名(76.6%)を対象とし、多変量解析は患者用調査票の回答項目に欠損があった合計 118 名を除く、377 名(58.3%)を対象とした。(図 4)

表 3 は患者属性を示す。属性として年齢(平均±SD)66.8±13.1 歳、男性 225 名(37.0%)、短大卒以上 138 名(25.6%)であった。SPICT 該当ありは 9 名(1.5%)であった。表 4 は ICPC-2 疾患群を示す。回答の多い疾患群は消化器疾患 140 名(23.0%)、循環器疾患 313 名(51.5%)、筋骨格系疾患 36 名(5.9%)、心理精神 74 名(12.2%)、呼吸器疾患 83 名(13.7%)、内分泌代謝疾患 396 名(65.1%)であった。

調査担当医師は合計で 8 名であり、家庭医療専門医が 1 名、5 年以上のプライマリ・ケアの経験を有する医師が 7 名であった。これらの調査担当医師は半日で平均 20 名の患者の診察を行い、一人あたりの患者の診察時間は約 10 分前後であった。

### 第2項 記述統計

各質問項目の回答割合について、AD についての話し合いの希望・経験に関し、該当する・経験があると回答した割合は以下の通りである。その他の質問項目の回答割合を併せて図 5 に示した。

希望：

- ・「AD について主治医と話し合いたいと思う」：58.3%
- ・「AD についてあらかじめ家族・友人などの身近な人と話をしたいと思う」：64.0%

経験：

- ・「AD について主治医と話したことがある。」：20.4%
- ・「今までに AD について家族・友人など身近な人と話したことがある」：51.5%

### 第3項 単変量解析

目的変数を「AD について主治医と話をしたいと思う」とし、前出の従属変数との単変量解析結果を表 5 に示す。疾患群で該当者のいない「妊娠・出産・家族計画」、「男性性器」については解析を行わなかった。

有意水準 0.05 未満を満たす説明変数は次のとおりである。

#### \*経験に関する項目

- ・「AD について今まで考えたことがある」( $p<0.01$ )
- ・「家族、友人の意思代理決定経験がある」( $p<0.01$ )

#### \*AD に対する相談の促進因子・障壁因子

##### [促進因子]

- ・「AD について考えることは自分にとって重要である」( $p<0.01$ )
- ・「主治医は自分を人として見てくれていると感じる」( $p<0.01$ )
- ・「主治医を信頼している」( $p=0.02$ )

- ・「主治医は自分の病気をよく診てくれている」( $p=0.045$ )
- ・「将来の生活が心配だと感じる」( $p<0.01$ )
- ・「自分が体調不良になった際に家族や友人に迷惑がかかることが心配に思う」( $p<0.01$ )

#### [障壁因子]

- ・「死について話をすると、死が近づいてくるように感じる」( $p<0.01$ )

#### [ICPC-2 疾患群]

- ・心理・精神疾患群 ( $p=0.02$ )

### 第4項 多変量解析

目的変数である「ADについて主治医と話をしたいと思う」とし、説明変数を前節に記述した方針に従い、二項ロジスティック回帰モデルに強制投入した。多変量解析を行うに当たり、5件法の回答度数より算出した Spearman の順位相関係数  $r>0.4$  となった説明変数の組み合わせは、①「ADについて今まで考えたことがある」、「ADについて考えることは自分にとって重要である」、②1)「主治医は自分を人として見てくれていると感じる」2)「主治医を信頼している」3)「主治医は自分の病気をよく診てくれている」であった。①について相関係数は0.63であり、先行研究において「ADについて考えることは自分にとって重要である」と患者が考えていることが、医師とのAD相談希望の促進因子として挙げられている<sup>54</sup>ことから、「ADは自分にとって重要である」を解析モデルへの投入変数とした。②について相関係数は1)2)間で0.81、2)3)間で0.85、1)3)間で0.80であった。いずれの相関係数も高値であり、相関が高いことから、このうち1つのみを多変量解析モデルへ投入することとし、 $p$ 値が0.01未満と3変数で最も低かった「主治医は自

分を人として見てくれていると感じる」を投入変数とした。その結果を表 6 に示す。

モデル適合性の検討を行った結果、モデル  $X^2$  検定  $p<0.01$ 、Hosmer&Lemeshow 検定  $p=0.462$ 、予測率 77.7%、C 統計量 0.740(95%信頼区間 0.682-0.797, $p<0.01$ )であった。

有意な説明変数として挙げられた変数は次の通りである。

- ・心理・精神疾患群(参照：該当しない)：調整オッズ比 3.00(95%信頼区間 1.08-8.30, $p=0.03$ )
- ・「AD について考えることは自分にとって重要である」(参照：該当しない)：調整オッズ比 7.69(95%信頼区間 3.83-15.44, $p<0.01$ )
- ・「主治医は自分を人として見てくれていると感じる」(参照：該当しない)：調整オッズ比 6.80(95%信頼区間 1.12-41.42, $p=0.04$ )

### 第 3 節 考察

#### 第 1 節 主治医機能を果たす医療機関に通院する非がん患者の Advance Directive に対する意識の実態

主治医機能を果たす医療機関に通院する非がん患者の Advance Directive に対する意識が明らかになった。

まず、本調査対象者の 58.3%が AD に関する話し合いを希望した。先行研究の中では本邦では厚生労働省が実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」<sup>33</sup>が最も大きな調査であるが、本調査との相違として年齢、通院患者、健康状態の違いが挙げられる。先行研究では、研究対象が一般国民であり、年齢は 50.3%が 60 歳以上で、信頼するかかり

つけ医がいると回答した割合は 41.4%であった。健康状態に関しては尋ねられていなかった。本調査では平均 66.8 歳で、60 歳以上が 72.9%であった。本調査は一般国民と比較して対象者は、全体としてやや高齢な通院患者であり、健康状態の背景に相違があることも考慮する必要がある。

本調査での AD に関する話し合いの経験についてみると、主治医との話し合いの経験がある対象者は 20.4%であり、家族・友人との話し合いの経験がある対象者は 51.5%であった。AD の話し合いの希望と経験の回答割合の差は、家族・友人相手では 5.7%であるが、主治医相手では 31.1%であった。このように、主治医との AD の話し合いを経験している患者は家族・友人と AD の話し合いを経験している患者よりは少なく、患者とプライマリ・ケア医の間に障壁が存在していることが明らかになった。プライマリ・ケアの場面において医師と患者の間における AD の話し合いの障壁因子は先行研究で指摘されており、医師側の要因として、AD に関する話題への不快感、組織としてのサポートの欠落、補てんがないこと、時間がないこと、患者が議論を切り出すことを待っていることが挙げられ、患者側の要因としては興味や知識がない、社会的隔離、信頼できる代理人がいない、宗教的・文化的・民族的伝統、医師が議論を切り出すことを待っていることが挙げられている<sup>27,64</sup>。一般市民を対象としたアメリカ合衆国での調査において、家庭医を持つ一般市民は AD を持つことが増える<sup>65</sup>と言われている。今回の調査と先行研究<sup>33</sup>を踏まえると、プライマリ・ケア場面における非がん患者において、半数の患者は AD の話し合いを希望しているにも関わらず、話し合いができていないのは希望患者の更に半数であることから、プライマリ・ケア医は AD の話し合いを持つことを考慮することが重要と考えられた。

さらに、本調査の医師との AD の話し合いに関する促進・障壁因子の回答分布をみると、促進因子では、先行研究<sup>56,57,61</sup>において「AD は重要である」とする外来患者 78.6%<sup>61</sup>、「主治医は自分を人として見てくれていると感じる」：68-83%、「主治医を信頼している」：85-87%、「主治医は自分の病気をよく診てくれている」：78-83%、「将来の生活が心配だと

感じる」：49-68%、「自分が体調不良になった際に友人や家族に迷惑がかかることが心配に思う」：58-61%が「該当する」と回答していた<sup>56,57</sup>。本調査では各項目とも先行研究と同割合もしくは高い割合で「該当する」と回答していた。一方、障壁因子では先行研究<sup>56,57</sup>での回答割合と比較すると、先行研究では「死の話題より生きることを考えたい」：66-75%、「体調不良時の主治医が分からない」：49-64%が「該当する」と回答しており<sup>56,57</sup>、本調査では「該当する」と回答した患者は同程度の割合であったが、「死の話題で死が近づくように感じる」では欧米における先行研究において14-16%が「該当する」との回答<sup>56,57</sup>に対して、43.2%と本調査における対象患者の方が高割合であった。この背景として、日本人の死生観として他者と死の話題を避けたがる民族的背景<sup>66</sup>が反映されているかもしれない。

## 第2項 本調査の限界

第1回調査の多変量解析からは6か月以上通院する非がん患者のうち、ADについて主治医と話したいと思う患者の関連要因として、心理・精神疾患群、「ADについて考えることは自分にとって重要である」、「主治医は自分を人として見てくれていると感じる」は促進因子として挙げられた。多変量解析モデルにおけるモデル適合性は、C統計量が0.740であり、その他の指標についてもおおむね問題のない数値を示していた。しかし、先行研究で説明変数として投入されている「ADについて考えることは自分にとって重要である」は、本調査では調整オッズ比が7.72と比較的大きく、主治医に対する信頼が高い集団においては、「ADが重要である」という原因によって「ADについて主治医と話をしたい」という結果につながる中間因子として考えられた。また、「ADについて考えることは自分にとって重要である」との相関係数が高かった「ADについて考えたことがある」は同様の項目を聴取しているかもしれない。本調査の多変量解析では、これらの項目に他の項目が影響を受けており、他の項目が有意に関連する項目として抽出されなかった可能性が考えられた。

これらの影響を除くためには、次の調査では「AD について考えることの重要性」や「AD について考えたことがある」項目は、説明変数から除いて検討する必要性があると考えた。

また、本調査で SPICT™ を用いて緩和ケアを必要とするほどの重症患者については、関連要因としては認めず、該当者は 9 名であった。プライマリ・ケア外来における患者集団では日常生活に支障が全くない患者が多いのは、先行研究でも示されている<sup>67</sup> ため、説明変数としては比較的軽症な身体状況も含めた重症度の評価が必要である。また、本調査で仮定しなかった説明変数として、プライマリ・ケア領域で重要視される継続性や患者経験<sup>48</sup> である患者の自己健康観が「AD の話し合い希望」に関連する要因として考えられた。

以上より、軽症な身体状況も評価できる重症度尺度、通院期間、患者の自己健康観を説明変数とした解析モデルを仮定し、第 2 回調査を実施した。

#### 第 4 節 結語

本調査対象者の 58.3% が AD に関する話し合いを希望した。実際の AD に関する話し合いの経験についてみると、AD の話し合いの希望と経験の回答割合の差は、家族・友人相手では 5.7% であるが、主治医相手では 31.1% であり、主治医との AD の話し合いを経験している患者は家族・友人と AD の話し合いを経験している患者よりは少なく、患者とプライマリ・ケア医の間で障壁が存在していることが明らかになった。この調査結果から、医師と患者の AD の話し合いには医師からの話題提供の機会がないことが障壁になっている状況をみているものと思われた。

多変量解析からは 6 か月以上通院する非がん患者のうち、AD について主治医と話したいと思う患者の関連要因として、心理・精神疾患群、「AD について考えることは自分にとって重要である」、「主治医は自分を人として見てくれていると感じる」は促進因子として挙

げられた。一方で、高い調整オッズ比より「ADについて考えることの重要性」や「ADについて考えたことがある」が中間因子として考えられた。また、「ADの話し合い希望」に関連する要因として考えられた軽症な身体状況も評価できる重症度尺度、通院期間、患者の自己健康観を調査していないため、本調査の多変量解析では、これらの要因により他の項目が影響を受け、他の項目が有意に関連する項目として抽出されなかった可能性が考えられた。中間因子や患者の重症度、通院期間を考慮した調査が必要と考えられたため、第2回調査を実施することとした。

## 第 3 章

### 第 2 回調査

---

#### 第 1 節 方法

##### 第 1 項 研究デザイン

第 2 回調査においても第 1 回調査と同じ研究デザインである。本研究は研究対象者が記入する自記式質問票(患者用調査票)ならびに研究対象者の背景に関し、対象者の外来主治医が記入する研究対象者調査票(医師用調査票)を用いた横断調査研究である。(参考資料参照)

##### 第 2 項 研究対象

第 2 回調査は二施設で実施した。一つは茨城県の 7 万人都市にある一般病床 30 床の地域病院である B 病院の一般内科外来において 2017 年 10 月 18 日から 11 月 17 日まで実施した。もう一つは茨城県の 4 万人都市にある地域中核病院の分院である C 診療所の一般内科外来において 2017 年 11 月 6 日から 12 月 5 日までの間で実施した。両施設共に人口 20 万人都市から車で 30 分のアクセスに位置する。

研究参加者、調査担当医師、「非がん患者」の定義、研究参加者の適格基準、除外基準は第 1 回調査と同一のものである。(第 2 章第 1 節第 2 項参照)

##### 第 3 項 調査フロー (図 2)

調査フローは第1回調査と同一である。(第2章第1節第3項参照)

#### 第4項 質問項目の内容と回答方法

第1回調査で実施した質問・調査内容は、第2回調査でも同様の内容で実施した。(第2章第1節第4項参照) 第2回調査では、第1回の結果を踏まえて、第1回調査においてADを医師と話し合いをしたいことに対する関連因子として仮定していなかった比較的軽度の身体症状を評価できる「患者の身体重症度」、「通院期間」、「主観的健康観」について調査項目を追加した。

##### ■患者用調査票（追加項目のみ）

(1)「主観的健康観」：患者本人の主観的健康観を評価する目的として、次の選択肢（1:悪い～5:良いの5段階）からなる項目

(2)「通院期間」：患者本人が自認する通院期間。対象者が現在の主治医の診察を受けるようになってどれ位経つかについて、次の選択肢（「1年未満」「1年～2年未満」「2年～3年未満」「3年～4年未満」「4年以上」）からなる項目

以上の2項目を追加項目とした。

##### ■医師用調査票（追加項目のみ）

(1)「患者の身体重症度」：医師が調査対象者の全身状態の評価を目的として緩和ケア領域で活用される Palliative Performance Scale (PPS)<sup>68</sup> (図6) は、起居、活動レベルおよび日常の症状、自己ケア、経口摂取、意識レベルの5つより全身機能状態を評価するための尺度である。0%（死亡）から100%（健全）までの11段階に分かれており<sup>68</sup>、比較的軽度の身体症状も100%の健全と区分することができる。

(2)「通院期間」: 調査担当医師がカルテより対象者の定期診療を開始した年月(例: 2013年5月)とした。ただし、診療開始年のみしか調査できなかった場合は、その年の初頭(1月)より診療を開始したものと見なした。客観的な通院期間より、患者の経験として患者が自認する通院期間が AD 希望に関連する要因と考えたため、多変量解析を行う際には患者が自認する通院期間を解析モデルに投入する説明変数として優先した。

## 第5項 統計学的手法

### 1. 記述統計

まず初めに調査結果について、以下について集計を行った。集計対象を「ADについてあらかじめ主治医と話をしたいと思う」に関して、回答のあったものとし、次の項目に関し、記述統計を行った。

1) 患者属性(年齢、性別、学歴、自己健康感、患者の自認する通院期間)

2) PPS

3) 医師が調査した ICPC-2 大分類による疾患群

4) 「ADについてあらかじめ主治医と話をしたいと思う」

「ADについてあらかじめ家族・友人などの身近な人と話をしたいと思う」

5) 患者の AD に関する経験に関する項目

6) 患者の医師との AD 相談に関する促進因子、障壁因子

7) SPICT 該当の有無

8) 医師がカルテより調査した定期通院開始年月より調査時点までの定期通院期間

## 2. 主治医機能を果たす医療機関に通院する非がん患者の Advance Directive に関する医師との話し合いを希望することに関連する要因の解析

患者の AD に関する医師との話し合いの希望の有無に関する要因を検討するため、取得データについて次のように処理、解析を行った。

目的変数「AD についてあらかじめ主治医と話をしたいと思う」について該当の有無については、第 1 回調査と同様な方法で 2 値化した。(第 2 章第 1 節第 5 項参照)

説明変数に関して、第 1 回調査で行われた調査項目の回答値の処理は同様に行った。(第 2 章第 5 節参照) 新たに追加した調査した自己健康感、患者本人の自認する通院期間、PPS については順序変数として取り扱った。医師がカルテより調査した診療期間については対象者背景の参照としての調査とし、多変量解析には用いない方針とした。

### 1) 単変量解析

第 2 回調査においては、第 1 回調査で行っていた調査項目についての変数の取り扱いについては、従前どおりの取り扱いとした。(第 2 章第 5 節参照) 目的変数を「AD について主治医と話をしたいと思う」、説明変数として年齢、性別、学歴、自己健康感、通院期間、看取り経験、意思代理決定経験、「AD について今まで考えたことがある」、AD に対する相談の促進因子・障壁因子、疾患群、SPICT、PPS とした。年齢については Mann-Whitney U 検定を行った。名義変数、順序変数について  $\chi^2$  検定、Fisher's exact 検定で有意水準 0.05 未満として単変量解析を行った。カルテより確認した診療期間は月数に換算して Mann-Whitney U 検定を行った。

第 2 回調査も「AD について今まで家族・友人など身近な人と話したことがある」、「AD について今まで主治医と話したことがある」、「AD についてあらかじめ家族・友人などの身近な人と話をしたいと思う」については目的変数と類似の変数であるため、単変量解析の

対象とはしなかった。

## 2) 多変量解析

第2回調査においては、目的変数「ADについてあらかじめ主治医と話をしたいと思う」、とし、年齢、性別の他、説明変数として単変量解析で有意な関連を認めた変数を多変量解析モデルに投入する方針とした。第1回調査では調査した経験に関する項目、促進・障壁因子は全て解析モデルに投入する方針としていたが、全ての変数を投入することにより、単変量解析で有意ではなかった項目に、単変量解析で有意であった項目が影響を受け、有意に関連する項目として抽出されない可能性があると考えたため、第2回調査では解析モデルへ投入する説明変数の選択方針を変更した。PPSに関してはCOPD患者における先行文献にて、全身状態が悪いほど医師とのADに関する相談経験があるとする研究<sup>69</sup>並びに研究者間の検討で、全身状態において症状の有無がプライマリ・ケアの現場では意義があるものと考えた。また、PPS<sup>70</sup>は緩和ケア領域で全身状況を評価するツールとして妥当性が吟味されている。しかし、本研究でのプライマリ・ケアの場面では比較的元気な人が多く、研究に参加した患者の全身状態に差が少ないため、定量的ツールとして用いるよりは症状の有無で2群に定性的に分けたほうが、臨床的意義があると判断した。比較的身体状態がよい外来患者においてPPSを2群化する際に、100/90以下、90以上/80以下の区分が考えられたが、90以上/80以下の区分が実際には曖昧であり、その区分の妥当性に疑問を呈されていること<sup>70</sup>、100/90以下の症状の有無で分ける事が分かりやすいため、100/90以下を2群に分ける指標として用いた。そのため、全く症状がない「100」と何らかの症状がある「90以下」で2群に分け、各々症状なし群/あり群として解析モデルに強制投入する方針とした。SPICTに関して、単変量解析の結果で有意であった場合には、健康状態指標についてPPSと同時に投入することとなるため、PPSのみ、SPICTのみを投入する2モデルを検討することとした。順序変数である自己健康感、患者の自認する通院期間について、有意な変数に関しては、ヒストグラムによる回答分布によって2値化し、解析モデルに投入

することとした。「AD について今まで考えたことがある」、「AD について考えることは自分にとって重要である」は中間因子として参考調査項目扱いとし、多変量解析モデルには投入しない方針とした。多重共線性を考慮して説明変数同士の相関係数  $r > 0.4$  となった変数同士で解析モデル投入変数の選択を検討した。相関係数の算出は 5 件法の回答度数を用いた Spearman の順位相関係数を算出した。多変量解析には二項ロジスティック回帰分析モデルを用いて、選択された変数を強制投入し有意水準 0.05 未満として有意な変数を調査した。

統計解析ソフトは IBM SPSS ver.22 を使用した。

## 第 6 項 倫理的配慮

全般的事項、同意について、データ処理および管理に関しては第 1 回調査と同様に配慮し、調査を実施した。(第 2 章第 6 節参照) 追加調査項目を設けた上で、調査を実施するため、筑波大学医の倫理委員会へ追加倫理審査を申請し、筑波大学医の倫理委員会の承認 (No1152-1) を得て、調査を実施した。

## 第 2 節 結果

### 第 1 項 研究対象

調査対象患者は 339 名で、3 名の未提出者を除いた 336 名 (99.1%) から回答を得た。この回答を得た対象者を研究 1 の記述統計の対象とした。研究 2 の目的変数「AD について主治医と話をしたいと思う」に対して回答を得た 295 名 (87.0%) を単変量解析の対象とし、患者・

医師調査票の回答項目に欠損があった合計 25 名を除く、270 名(79.6%)を多変量解析の対象とした。(図 7)

研究 3 の解析対象者は、目的変数「AD について主治医と話したことがある。」に対して回答を得た 292 名(86.1%)とし、そのうち患者・医師調査票の回答項目に欠損があった合計 23 名を除く、269 名(79.3%)を多変量解析の対象とした。(図 8)

調査担当医師は合計で 7 名であり、家庭医療専門医が 5 名、5 年以上のプライマリ・ケアの経験を有する医師が 2 名であった。これらの調査担当医師は半日で平均 20 名の患者の診察を行い、一人あたりの患者の診察時間は約 10 分前後であった。

## 第 2 項 主治医機能を果たす医療機関に通院する非がん患者の Advance Directive に関する医師との話し合いを希望することに関連する要因

### 1. 記述統計

表 7 は患者属性を示す。属性として年齢(平均±SD)69.9±11.3 歳、男性 142 名(42.3%)、短大卒以上 70 名(20.8%)であった。患者が自認する通院期間において 3 年以上通院している患者は 114 名(33.6%)、PPS が 100 である患者は 250 名(74.4%)、自己健康感の最頻値は 3(167 名,49.7%)であった。SPICT 該当ありは 6 名(1.8%)であった。カルテ記録上、医師が確認した定期診療継続期間(平均±SD)は 47.5±58.0 か月であった。表 8 は ICPC-2 疾患群を示す。回答の多い疾患群は消化器疾患 86 名(25.6%)、循環器疾患 247 名(73.5%)、筋骨格系疾患 48 名(14.3%)、心理精神 88 名(26.2%)、内分泌代謝疾患 185 名(55.1%)であった。各質問項目の回答割合について、AD についての話し合いの希望・経験に関し、該当する・経験があると回答した割合は以下の通りである。その他の質問項目の回答割合を併せて図 8 に示した。

希望：

- ・「AD について主治医と話をしたいと思う」：65.2%
- ・「AD についてあらかじめ家族・友人などの身近な人と話をしたいと思う」：70.8%

経験：

- ・「AD について主治医と話したことがある。」：26.2%
- ・「今までに AD について家族・友人など身近な人と話したことがある」：58.3%

## 2. 単変量解析

目的変数を「AD について主治医と話をしたいと思う」とし、説明変数との単変量解析結果を表 9 に示す。疾患群で該当者のいない「妊娠・出産・家族計画」、「女性性器」については解析を行わなかった。

有意水準 0.05 未満を満たす説明変数は次の通りである。

[経験に関する項目]

- ・「AD について今まで考えたことがある」( $p<0.01$ )

\*AD に対する相談の促進因子・障壁因子

[促進因子]

- ・「AD について考えることは自分にとって重要である」( $p<0.01$ )
- ・「主治医は自分を人として見てくれていると感じる。」( $p<0.01$ )
- ・「主治医を信頼している。」( $p=0.02$ )
- ・「主治医は自分の病気をよく診てくれている。」( $p=0.02$ )

- ・「将来の生活が心配だと感じる。」 ( $p<0.01$ )

#### [障壁因子]

- ・「死について話すより生きることを考えたいと思う。」 ( $p=0.01$ )
- ・「死について話をすると、死が近づいてくるように感じる。」 ( $p=0.01$ )

#### [背景項目]

患者の自覚する通院期間( $p=0.03$ )

年齢、性別、学歴、自己健康感、SPICT、PPS、看取り経験、意思代理決定経験、各疾患群は有意な関連を示さなかった。

なお、SPICT は単変量解析において有意な関連を示さなかったが、SPICT と PPS との関係を見たところ、SPICT 該当者の PPS は次の通りであった。

PPS 60 : 3 名   PPS 70 : 1 名   PPS 80 : 2 名

### 3. 多変量解析

目的変数「AD について主治医と話をしたいと思う」に対して、年齢、性別の他、PPS は 100/90 以下の 2 群化、通院期間はヒストグラムを通じて度数分布を確認し、3 年以上/3 年未満の 2 群化(図 9)した。また、多変量解析を行うに当たり、5 件法の回答度数より算出した Spearman の順位相関係数が  $r > 0.4$  となった説明変数の組み合わせを抽出したところ、1)「主治医は自分を人として見てくれていると感じる」、2)「主治医を信頼している」、3)「主治医は自分の病気をよく診てくれている」であった。それぞれの相関係数は 1) 2) 間で 0.83、2) 3) 間で 0.78、1) 3) 間で 0.74 であり、いずれも両側検定  $p<0.01$  であ

った。いずれの相関係数も高値であることから、このうち1つのみを多変量解析モデルへ投入することとし、各々の説明変数と目的変数の2×2表を作成した(表9)。表のセルのうち「0」がないのは「主治医は自分の病気をよく診てくれている」のみであったため、この質問項目を多変量解析モデルへ投入した。「ADについて今まで考えたことがある」、「ADを考えることは自分にとって重要である」は中間因子であると考えられたため、説明変数として解析モデルに投入しなかった。その他、単変量解析で有意な関連を示した質問項目を説明変数として多変量解析モデルに投入した二項ロジスティック回帰分析を行った結果を表10に示す。

モデル適合性の検討を行った結果、モデル X<sup>2</sup> 検定  $p<0.01$ 、Hosmer&Lemeshow 検定  $p=0.679$ 、予測率 77.8%、C 統計量 0.688(95%信頼区間 0.612-0.764, $p<0.01$ )であった。

有意な説明変数として挙げられた変数は次の通りである。

- ・「通院期間」(参照:3年未満) 調整オッズ比 2.10(95%信頼区間 1.06-4.13, $p=0.03$ )
- ・「PPS」(参照:PPS100) 調整オッズ比 0.50(95%信頼区間 0.26-0.97, $p=0.04$ )
- ・「主治医は自分の病気をよく診てくれている。」(参照:該当しない) 調整オッズ比 13.42(95%信頼区間 1.20-150.34, $p=0.04$ )
- ・「将来の生活が心配だと感じる。」(参照:該当しない) 調整オッズ比 2.61(95%信頼区間 1.26-5.40, $p=0.01$ )

### 第3節 考察

第1項 主治医機能を果たす医療機関に通院する非がん患者の Advance Directive に対す

## る意識の実態

本調査対象者も第1回調査と同様に65.2%とおおよそ2/3がADについて主治医との話し合いを希望した。一方、70.8%がADについて家族・友人との話し合いを希望した。

ADに関する話し合いの経験についてみると、主治医との話し合いの経験がある非がん慢性疾患患者は26.2%であり、家族・友人との話し合いの経験がある非がん慢性疾患患者は58.3%であった。ADの話し合いの希望と経験の回答割合の差は、家族・友人相手では12.5%、主治医相手では39.0%であった。患者とプライマリ・ケア医の間でADについての話し合いに関する障壁が存在していることが第1回調査に引き続いて明らかになった。本調査と第1回調査と比較すると、調査対象者のADについての話し合いの希望・経験を有する割合は高く、ADの話し合いの希望と経験の回答割合の差は大きくなっていた。この理由の一つとして、調査対象の都市の規模の違いがある。本調査では大都市より離れている人口4万人、7万人の小都市で調査を行っており、第1回調査を実施した調査機関は大都市に近い地理的状況である。調査担当医は患者との大都市近郊の医師より関係が密接であったとしても地域の医師数が少ないために、多くの患者の診療を行わなければならないため、患者が話し合いを希望していても、話し合いに応える時間がないことを反映したものかもしれない。

また2回の調査対象者を比較すると、平均年齢と心身精神疾患該当者の違いがあった。平均年齢においては、第1回調査が66.8歳と第2回調査69.9歳と比較して約3歳若かった。心理精神疾患群該当者においては、第1回調査は12.2%であるのに対し、第2回調査は26.2%と約14%の相違を認めた。第1回調査実施医療機関は人口190万人の大都市近隣の地域中核病院での調査であり、精神科外来、デイサービス外来、閉鎖病棟59床を有する医療機関での調査であったことで、第1回調査の対象患者が比較的若く、精神科外来での診療を受けている心身精神該当者が多かったと予想された。その他の項目において第1回

調査と第 2 回調査の記述統計に大きな傾向の差はなく、調査集団としては第 1 回調査・第 2 回調査ともにほぼ同様な集団を調査しているものと考えられた。

## 第 2 項 主治医機能を果たす医療機関に通院する非がん患者の医師との Advance Directive に関する話し合いを希望する・経験している関連要因

第 2 回調査を通じて、日本のプライマリ・ケア外来に 6 か月以上通院する非がん患者のうち、AD について主治医と話したいと思う患者の有意な促進因子として「3 年以上の通院期間」、「主治医は自分の病気をよく診てくれている」、「将来の生活が心配だと感じる」の 3 点が挙げられ、有意な障壁因子は医師が判断する「PPS90 以下」が挙げられた。

多変量モデルにおけるモデル適合性は、C 統計量が 0.688 と 0.7 より低いものの、その他の指標はおおむねモデル適合性は問題のない数値を示していた。

がん・非がんを問わず 18 か月以上通院している患者を対象とした家庭医・専門医外来での横断研究<sup>58</sup>、18 歳以上を対象としたプライマリ・ケア外来での横断研究<sup>61</sup>などの先行研究はあるが、通院期間の長さについて患者の AD 相談希望との関連を調査されていなかった。本研究で明らかになった AD 相談希望の要因としての「3 年以上の通院期間」について、長期間通院継続してきた非がん患者は、少なくとも通院期間中、通院が困難になる程度の疾患悪化を来していないもしくは死に至ることはなく通院から脱落しなかった患者である可能性が高い。こうした一定の健康状態を保っていた通院期間が長い患者ほど、プライマリ・ケア医との関係構築がなされる機会が多くなるために、AD について主治医との話し合いを希望する患者が多かったと考えられた。この結果は、これまでの終末期がん患者の調査では年単位の通院期間の評価が難しいこと、プライマリ・ケア外来での調査では通院期間の具体的調査が殆どなされていないことから、新規性がある結果である。

また、「主治医は自分の病気をよく診てくれている」も AD 相談希望の促進因子として明ら

かになったが、これは先行研究で「患者は自身のことをよく知っている医師との AD 相談を希望する」<sup>71</sup> ことが報告されていることと類似の結果と考えられる。

この 2 項目の結果は、プライマリ・ケア外来において AD を相談できるまでの医師患者関係を構築することが重要であり、この関係構築には長期間の関わりがある方が有利であることを示唆した結果かもしれない。

さらに、「将来の生活が心配だと感じる」ことに関しては、先行研究でも同様に促進因子として指摘<sup>58</sup>されており、本研究結果はこの知見と矛盾しない。一方、先行研究で指摘されている医師との AD に関する相談の促進因子である不安、抑うつ傾向<sup>58</sup>を含む心理精神疾患群は今回の研究では、医師との AD 相談希望との関連は示されなかった。これは、調査機関におけるプライマリ・ケア外来の心理精神疾患群には軽い不眠症のみ訴える患者が多いことが影響していることが考えられた。

有意な障壁因子として「PPS90 以下」が挙げられた。PPS90 以下は医師が患者に何らかの症状があると認識していることと同義である。すなわち、今回の調査ではプライマリ・ケアの場面における非がん患者は症状がある患者の方が医師との AD 相談希望を持たない傾向があることが認められた。この背景として、病態治癒の可能・不可能の違いが挙げられる。がん患者では、「がん」であるという事実を医師からの告知により、治癒不可能な病気に対峙し、悪化するであろう自身の身体状況と向き合うことになるため、症状の悪化や身体機能の低下の時が AD について話すタイミングと言われている<sup>43</sup>。しかし、非がん患者では徐々に進行する病勢でありながら、病状が回復することがある。この際に患者自身が身体状況を回復させることに意識が向かい、回復への希望を持つため、AD のような死を想起する話題を忌避することが多くなると思われた。このため、身体症状を有する PPS90 以下の患者は AD について主治医と話すことを避けることが多い結果となったと考えられた。一般に身体症状を有する患者は今後、徐々に身体症状が悪化すると予想されるため、AD の話題を持ち出さなければ AD について話し合うタイミングを逃してしまうかもしれない。

だからこそ身体症状を有する非がん患者に対して、プライマリ・ケア医は障壁が存在する可能性があることを把握しつつも、AD についての話し合いを考慮することがよいと考える。

AD は一般健康人、外来患者、入院患者の順で話し合っていた内容が変わっていく傾向にある<sup>72</sup>も、一方で、遅すぎる場合は、身体状況の低下により、コミュニケーションが取れなくなるために AD に関する相談は行われなくなってしまう<sup>73</sup>。Respecting Choices<sup>42</sup>をはじめとして人生の段階によって複数回に分けて適切な時期に適切な話題を提供するのがよい<sup>43</sup>としている。

そこで、本研究で明らかになった知見をもとに鑑みると、プライマリ・ケア外来に通院する非がん患者のうち、長期間通院し、信頼など関係性が構築された患者、将来の生活に不安を覚える患者は医師との AD に関する話し合いを希望している可能性が高い。一方、何らかの症状を有する患者は、AD について医師と話し合いたくない人が多い傾向を認めた。プライマリ・ケア医はこのことを把握した上で、外来に通院する非がん慢性疾患患者に対し、患者の置かれている状況や不安、障壁に考慮しつつ、適切なタイミングで AD に関する話題を持ちかけることが重要であると考えられた。

本研究では目的変数と SPICT 該当の有無について関連は認められなかった。当初、身体機能が低下傾向であり、日常生活内でも支障がある患者が医師との AD の話し合いの希望に関係すると予想していた。本研究において SPICT 該当者が医師との AD についての話し合い希望に関係を示さなかったのは、該当者が 6 名と少なく検出力が小さかったことが原因と考えられた。比較的健康状態がよい患者が通院するプライマリ・ケア外来では SPICT に該当するような患者は少なく、健康状態が良くない入院患者の集団を対象に SPICT を用いて身体状況の評価を行うとよいと考えられた。

### 第 3 項 本研究の限界

本研究の限界が 6 点ある。一つ目として研究者間で先行研究から代表的な関連要因を選択して調査をしているため、調査関連要因が十分網羅されていない可能性がある。二つ目としては、横断研究であり、因果関係は証明されていない。三つ目として、日本の一地域での調査であることから日本全体に対して一般化できるかはさらなる検討が必要である。今回は北海道の人口 12 万人の地方都市ならびに茨城県の人口 4 万人、7 万人の地方都市に所在する医療機関で調査を行ったが、人口 100 万人を超えるような大都市に所在する医療機関での調査も考慮に入ると思われる。四つ目として PPS による患者の状態評価に関して、緩和ケアの場面において妥当性は評価されている<sup>70</sup>が、プライマリ・ケア場面における妥当性の吟味されていない。しかし、本調査でがんの調査と比較することができた点では、プライマリ・ケアでの応用は臨床的意義が高かった。今後、複数のプライマリ・ケアセッティングで、非がん患者を経時的にフォローすることで、AD への相談への意識の変化やその背景を追跡できるかもしれない。五つ目に同時に併診している臓器別専門医の有無や医師の AD に関する要素の調査、すなわち医師側の要因を考慮していない点が挙げられる。併診している専門医の存在や担当医師の AD に関する考え方は今回の患者のプライマリ・ケア医との AD 相談希望の有無に影響を与えている可能性がある。六つ目に今回の研究では主治医がプライマリ・ケア医である比較的軽症な患者を対象とした調査であり、臓器別専門医など他の専門医での調査をしていないことが挙げられる。主治医が臓器別専門医である患者を対象とした際に、今回の研究で挙げられた医師との AD の話し合いの促進・障壁因子の結果が変わる可能性がある。例えば、身体症状のある患者は医師との AD の話し合いを希望しない傾向であるという結果が挙げられた。これは、プライマリ・ケア医が主治医を担当していることで、患者がプライマリ・ケア医を自分の考えを周囲に伝えることができなくなる位、病気や体の衰えが進行した際の自分が受けたい治療・受けたくない治療の相談相手として想定していないことから、希望しない傾向であるという結果に至った可能性が否定できない。この可能性を検証するためには、自分の考えを周囲に伝えること

ができなくなる位、病気や体の衰えが進行した際の、自分が受けたい治療・受けたくない治療の相談相手として誰を想定しているのかについて、プライマリ・ケア外来や臓器別専門医の外来に通院している患者を対象とした調査が必要である。

#### 第4節 結語

第2回調査は大都市にアクセスが遠い地域での調査であったため、第1回調査と比較すると調査対象者のADについての話し合いの希望・経験を有する割合は高く、ADの話し合いの希望と経験の回答割合の差は大きくなっていた。その他の調査項目に関しては第1回調査と本調査の記述統計に大きな傾向の差はなく、調査集団としては第1回調査・本調査ともにほぼ同様な集団を調査しているものと考えられた。

本調査では、中間因子や患者の重症度、通院期間を配慮した調整した解析を行ったところ、日本のプライマリ・ケア外来に6か月以上通院する非がん患者のうち、ADについて主治医と話したいと思う患者の有意な促進因子として「3年以上の通院期間」、「主治医は自分の病気をよく診てくれている」、「将来の生活が心配だと感じる」の3点が挙げられ、有意な障壁因子は医師が判断する「PPS90以下」が挙げられた。身体症状があることがADについての話し合いの障壁となっている背景として、非がん慢性患者では徐々に進行する病勢でありながら、病状が回復することがある。この際に患者自身が身体状況を回復させることに意識が向かい、回復への希望を持つため、ADのような死を想起する話題を忌避することが多くなると思われた。このため、身体症状を有する患者はADについて主治医と話すことを避けることが多い結果となったと考えられた。今回、調査場面がプライマリ・ケアの限られた場面であり、同時に併診している臓器別専門医の有無や医師側の要因を考慮していない調査であることから、身体症状の有無がADの話し合いの要因に当たるか、今

後更なる検討が必要と考えられた。

## 第4章

### 総合考察

---

日本のプライマリ・ケア外来に定期通院する非がん慢性疾患患者について、AD に関する話し合い経験は家族・友人を相手としているのは 55%程度であったが、医師相手では 25%程度と差を認めた。一般国民のほとんどが医師との話し合いの経験を有しておらず、プライマリ・ケア医が相手でも医師との AD の話し合いは希望者の半数が実際に行われていないことから、プライマリ・ケア医は AD についての話し合いを持つことを考慮することが重要と考えられた。

プライマリ・ケア外来に通院する非がん患者のうち、長期間通院し、信頼など関係性が構築された患者、将来の生活に不安を覚える患者は医師との AD に関する話し合いを希望している可能性が高い。一方、何らかの症状を有する患者は、AD について医師と話し合いたくない人が多い傾向が認められた。患者から AD に関する話題を持ちかけることを期待されるプライマリ・ケア医はこのことを把握した上で、外来に通院する非がん慢性疾患患者に対し、患者の置かれている状況や不安、障壁に考慮しつつ、適切なタイミングで AD に関する話題を持ちかけることが重要であることを意識して診療に当たることが望まれる。

## 第 5 章

### 引用文献

---

1. United Nations Department of economic and social affairs. World Population Prospects: The 2017 Revision
- 2 内閣府 平成 30 年版高齢社会白書（全体版） 2018 年
3. 厚生労働省 人口動態統計 平成 29 年(2017)
4. 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 29 年推計）」
- 5 厚生労働省 平成 29 年簡易生命表 平成 30 年(2018)
6. Marcel E. Salive. Multimorbidity in Older Adults, Epidemiologic Reviews, 2013; 35(1):75–83.
7. Ishii S, Ogawa S, Akishita M. The State of Health in Older Adults in Japan : Trends in Disability, Chronic Medical Conditions and Mortality. PLoS ONE 2015;10(10): e0139639.
8. The Gold Standard Framework. <http://www.goldstandardsframework.org.uk/>
9. Silveira MJ, Kim SYH, Langa KM. Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. New England Journal of Medicine. 2010;362(13):1211-1218.
10. 木下 順弘、有賀 徹、横田 裕行、小池 薫 救急医療における終末期症例登録の解析結果について ―日本救急医学会委員会報告― 日本救急医学会雑誌 2016;27(11):716-721.
11. Mahon MM. An advance directive in two questions. J Pain Symptom Manage. 2011;41(4):801-807.

12. Aitken PV Jr. Incorporating advance care planning into family practice. *Am Fam Physician* 1999;59(3):605-614,617-620.
13. Brown BA. The history of advance directives a literature review. *Journal of gerontological nursing*. 2003;29(9):4-9.
14. National POLST paradigm.  
Available from: <http://polst.org/professionals-page/?pro=1>
15. Brugger C, Breschi LC, Hart EM, Kummer M, Lane JI, Morrow PT, et al. The POLST paradigm and form: Facts and analysis. *Linacre Quarterly*. 2013 ;80(2):103-138.
16. 日本集中治療医学会倫理委員会 生命維持治療に関する医師による指示書 (Physician Orders for Life-sustaining Treatment, POLST) と Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示 日本集中治療医学会誌 2017;24:216-26.
17. Niebrój L. Advance directives and the concept of competence: are they a moral barrier to resuscitation? *Journal of Physiology and Pharmacology*. 2007;58(5):477-84.
18. Sansone P, Phillips M. Advance directives for elderly people: Worthwhile cause or wasted effort ? *Social Work*. 1995;40:397-401.
19. Rao JK, Anderson LA, Lin FC, Laux JP. Completion of advance directives among U.S. consumers. *American journal of preventive medicine*, 2014; 46(1):65-70.
20. 厚生労働省 終末期医療に関する意識調査等検討会. 人生の最終段階における医療に関する意識調査 報告書 2014 年 3 月
21. Glick KL, Mackay KM, Balasingam S, Dolan KR, Casper-Isaac S. Advance directives: barriers to completion. *Journal of the New York State Nurses Association* 1998;29(1):4-8.
22. Schaden E, Herczeg P, Hacker S, Schopper A, Krenn CG. The role of advance directives in end-of-life decisions in Austria: survey of intensive care physicians.

BMC Med Ethics. 2010;11:19.

23. Teno JM, Licks S, Lynn J, Wenger N, Connors AF Jr, Phillips RS, et al. Do Advance Directives Provide Instructions That Direct Care? Journal of American Geriatrics Society 1997;45(4):508-512.

24. Alfred F. Connors Jr et al. 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.

25. Emanuel LL, Danis M, Pearlman RA, Singer PA. Advance Care Planning as a Process: Structuring the Discussions in Practice. Journal of the American Geriatrics Society 1995;43: 440-446.

26. NHS End of Life Care Programme publication supported by NCPC. Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff. 2007 Available for : <http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf> access 2018/8/22.

27. Ramsaroop SD, Reid MC, Adelman RD. Completing an advance directive in the primary care setting: what do we need for success? Journal of the American Geriatrics Society. 2007; 55(2): 277-283.

28. Hammes BJ, Rooney BL, Gundrum JD. A comparative, retrospective, observational study of the prevalence, availability, and specificity of advance care plans in a county that implemented an advance care planning microsystem. Journal of the American Geriatrics Society. 2010 ;58(7):1249-55.

29. Mack JW, Cronin A, Keating NL, Taback N, Huskamp HA, Malin JL, et al. Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: a prospective cohort study. Journal of Clinical Oncology. 2012;30(35):4387.

30. Teno JM, Gruneir A, Schwartz Z, Nanda A, Wetle T. Association Between Advance Directives and Quality of End-of-Life Care: A National Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007;55(2):189-194.
31. Degenholtz HB, Rhee Y, Arnold RM. Brief communication: The relationship between having a living will and dying in place. *Annals of Internal Medicine*. 2004;141(2):113-117.
32. 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.
33. 厚生労働省 終末期医療に関する意識調査等検討会. 人生の最終段階における医療に関する意識調査 報告書 2018 年 3 月
34. Fischer S, Min SJ, Kutner J. Advance directive discussions do not lead to death. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:400-401.
35. Bernacki RE, Block SD. American College of Physicians High Value Care Task F. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA Intern Med*. 2014;174(12):1994-2003.
36. Wendler D, Rid A. Systematic review: the effect on surrogates of making treatment decisions for others. *Ann Intern Med*. 2011; 154(5): 336-346.
37. Buss MK, Lessen DS, Sullivan AM, Von Roenn J, Arnold RM, Block SD. Hematology/oncology fellows' training in palliative care: results of a national survey. *Cancer*. 2011;117(18):4304-4311.
38. Clayton JM, Butow PN, Arnold RM, Tattersall MH. Discussing life expectancy with terminally ill cancer patients and their carers: a qualitative study. *Support Care Cancer*. 2005;13(9):733-742.

39. Mack JW, Cronin A, Taback N, Huskamp HA, Keating NL, Malin JL, et al. End-of-Life Care Discussions Among Patients With Advanced Cancer: A Cohort Study. *Ann Intern Med.* 2012;156:204–210.
40. Michael M, Susan B. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer.* 2007;110(8):1665-1676.
41. Beck A, Brown J, Boles M, Barrett P. Completion of advance directives by older health maintenance organization members: the role of attitudes and beliefs regarding life-sustaining treatment. *J Am Geriatr Soc.* 2002; 50(2):300-306.
42. Respecting Choices, <https://respectingchoices.org/>
43. 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. *Psycho-Oncology.* 2016;25(4):362-386.
44. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med.* 2001;344(26):2021-5.
45. Fukui, T., Rahman, M., Ohde, S. et al. Reassessing the Ecology of Medical Care in Japan. *J Community Health* 2017;42(5): 935-941.
46. Spoelhof GD, Elliott B. Implementing advance directives in office practice. *Am Fam Physician.* 2012;85(5):461-466.
47. Perry A. Pungo. Advance directives in primary care setting. *Wien Klin Wochenschr* 2004;116(13):417-419
48. Aoki T, Miyashita J, Yamamoto Y, Ikenoue T, Kise M, Fujinuma Y., et al. Patient experience of primary care and advance care planning: a multicentre cross-sectional study in Japan. *Family Practice.* 2017;34(2):206-212.
49. Institute of Medicine; Committee on the Future of Primary Care; Molla S.

Donaldson, Karl D. Yordy, Kathleen N. Lohr, Neal A. Vanselow, Editors. Primary Care: America's Health in a New Era. Washington, DC: The National Academies Press, 1996

50. 山田隆司, 吉村学, 名郷直樹, 浅井泰博, 古賀義規, 井上陽介, 濱崎圭三, 三瀬順一, Lamberts H, Okkes I. 日常病・日常的健康問題とは ICPC(プライマリ・ケア国際分類)を用いた診療統計から(第 1 報). プライマリ・ケア. 23: 80-89, 2000.

51. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. JAMA. 2003;289(18):2387-2392.

52. 淀川キリスト教病院ホスピス 編: 緩和ケアマニュアル 第 5 版 p2 最新医学社, 2007.

53. Fox E, Landrum-McNiff K, Zhong Z, et al. Evaluation of Prognostic Criteria for Determining Hospice Eligibility in Patients With Advanced Lung, Heart, or Liver Disease. JAMA. 1999;282(17):1638-1645.

54. Curtis JR, Patrick DL. Barriers to Communication About End-of-Life Care in AIDS Patients. Journal of General Internal Medicine 1997;12: 736-741.

55. Curtis JR, Patrick DL, Caldwell ES, Collier AC. Why Don't Patients and Physicians Talk About End-of-Life Care? Barriers to Communication for Patients With Acquired Immunodeficiency Syndrome and Their Primary Care Clinicians. Arch Intern Med. 2000;160(11):1690-1696.

56. Knauff E, Nielsen EL, Engelberg RA, Patrick DL, Curtis JR. Barriers and Facilitators to End-of-Life Care Communication for Patients with COPD. Chest. 2005;127(6):2188-2196.

57. Matthias G, Daniel T, M. CJ, Mehtap G-Y, Lawrence LS, H. KA. Facilitators of and Barriers to Advance Care Planning in Adult Congenital Heart Disease. Congenital Heart Disease. 2013;8(4):281-288.

58. Fakhri S, Engelberg RA, Downey L, Nielsen EL, Paul S, Lahdya AZ, et al. Factors Affecting Patients' Preferences for and Actual Discussions About End-of-Life Care. *J Pain Symptom Manage*. 2016;52(3):386-394.
59. Au DH, Udris EM, Engelberg RA et al. A Randomized Trial to Improve Communication About End-of-Life Care Among Patients With COPD." *Chest* 2012; 141(3): 726-735.
60. Curtis JR, Engelberg RA, Nielsen EL, Au DH, Patrick DL. Patient-physician communication about end-of-life care for patients with severe COPD. *European Respiratory Journal* 2004; 24 (2) 200-205.
61. O'Sullivan R, Mailo K, Angeles R, Agarwal G. Advance directives Survey of primary care patients. *Canadian Family Physician* 2015;61:353-356.
62. SPICCT<sup>TM</sup> website (<http://www.spict.org.uk>)
63. World Health Organization, ed. International Classification of Health Problems in Primary Care 2, ICPC-2. Oxford University express; 1998.
64. Doukas DJ, Hardwig J. Using the family covenant in planning end-of-life care: obligations and promises of patients, families, and physicians. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(8):1155-1158.
65. Morrison RS, Meier DE. High Rates of Advance Care Planning in New York City's Elderly Population. *Arch Intern Med*. 2004;164(22):2421-2426.
66. 谷田恵美子, 遠藤明美, 安原由美子ほか, 「死への準備」に対する認識 ; 死を回避したい思いと死後の世界観の尊重. *インターナショナル Nursing Care Research*, 2010 ;9 (4) : 1-9.
67. Takeshima T, Kumada M, Mise J, et al. Reasons for encounter and diagnoses of new outpatients at a small community hospital in Japan: an observational study. *Int J*

Gen Med. 2014; 7: 259-269.

68. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care*. 1996;12(1):5-11.

69. Leung JM, Udris EM, Uman J, Au DH. The Effect of End-of-Life Discussions on Perceived Quality of Care and Health Status Among Patients With COPD. *Chest*. 2012;142(1):128-133.

70. Ho F, Lau F, Downing MG, Lesperance M. A reliability and validity study of the Palliative Performance Scale. *BMC Palliat Care*. 2008;7:10.

71. Hancock K, Clayton JM, Parker SM, Wal der S, Butow PN, Carrick S, et al. Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. *Palliative Medicine*. 2007;21(6):507-517.

72. Auriemma CL, Nguyen CA, Bronheim R, et al. Stability of end-of-life preferences: A systematic review of the evidence. *JAMA Internal Medicine*. 2014;174(7):1085-1092.

73. Billings J, Bernacki R. Strategic targeting of advance care planning interventions: The goldilocks phenomenon. *JAMA Internal Medicine*. 2014;174(4):620-624.

## 謝辞

---

本論文を作成するに当たり、御多忙の中、熱心かつきめ細やかなご指導賜りました筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻・地域医療教育学の前野哲博先生、前野貴美先生、筑波大学医学医療系・附属病院 医療連携患者相談センターの濱野淳先生、筑波大学医学医療系・医学教育学の春田淳志先生に心より深謝申し上げます。

また、本研究調査にご協力賜りました諸先生方、調査機関のスタッフの皆様に多大な御尽力を賜り、心より御礼申し上げます。

特に、本研究調査開始時にあたり、御尽力賜りました江別市立病院前院長の梶井直文先生、北海道立羽幌病院院長の阿部昌彦先生、国民健康保険町立南幌病院院長の日下勝博先生に心より感謝申し上げます。

本調査にご協力いただきました皆様に感謝とお礼を申し上げ、謝辞と代えさせていただきます。

## 出典

---

本学位論文では Journal of General and Family Medicine (DOI:10.1002/jgf2.238) に掲載された論文の内容を、John Wiley & Sons Australia 社の規定にしたがって再利用している。

## 图表

図1-1 自然経過の軌道（悪性腫瘍）

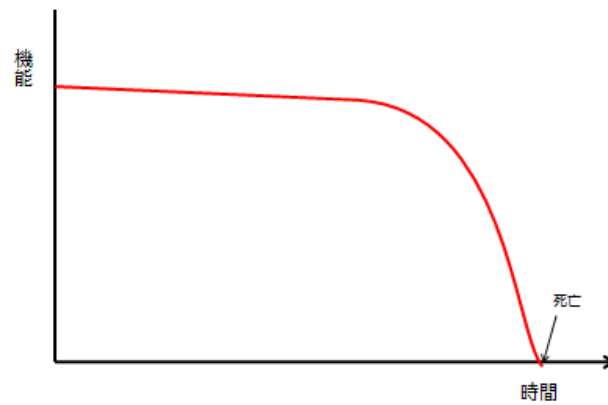


図1-2 自然経過の軌道（認知症・老衰）

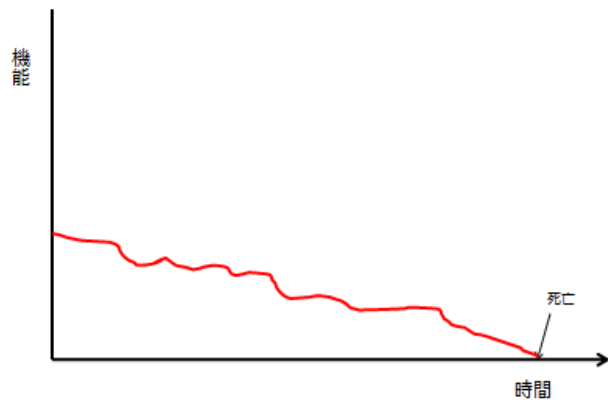
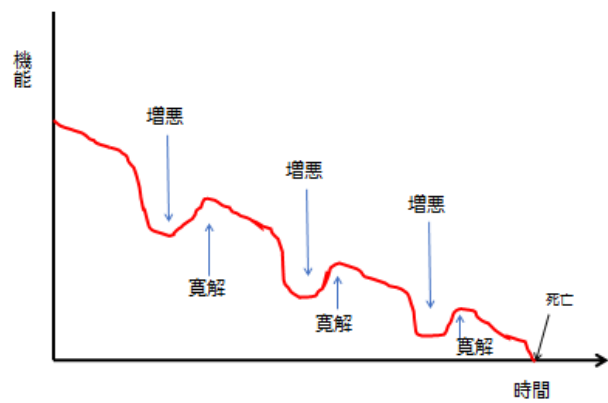


図1-3 自然経過の軌道（非がん 心不全・呼吸不全 など）



\*引用文献 14 を参照に作成

図2. 調査フロー

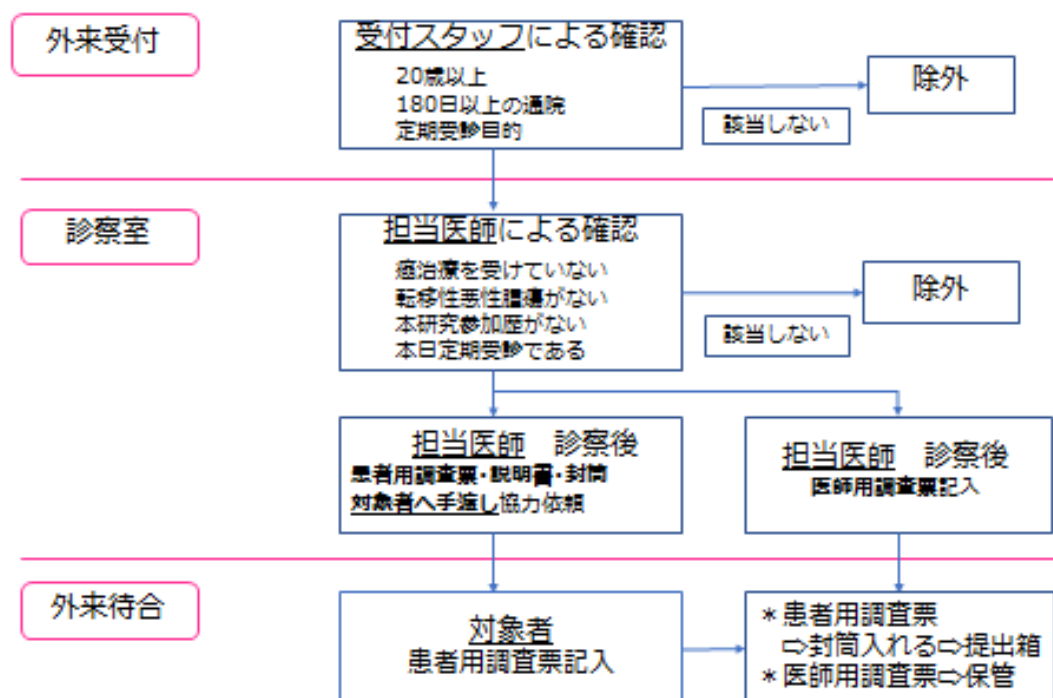


図 3 Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT)の一部

		確認項目
ADL		1日の50%以上をベッドもしくは座って過ごす
		現状より更に介護が必要と思われる
心血管		安静時や最小労作時において呼吸困難・胸痛を伴う NYHA classⅢ/Ⅳの心不全
		安静時や最小労作時において呼吸困難・胸痛を伴う広範もしくは治療不可能な冠動脈疾患
呼吸器		増悪時で安静もしくは最小労作での呼吸困難を伴う重症慢性肺疾患
		酸素療法中
		呼吸不全のため人工呼吸器（レスピレーター・NIPPV）が必要である
腎疾患		stage 4以上の慢性腎疾患（eGFR30ml/min未満）もしくは維持透析中
		他の生命に支障があるような状態・治療を合併した腎不全
肝疾患		1年以内に以下の1つ以上の合併症を認めた進行肝硬変 利尿薬抵抗性腹水 肝性脳症 肝腎症候群 細菌性腹膜炎 反復性静脈瘤出血
その他		不可逆的な健康状態の悪化や死の危険性を伴う状態や合併症を有している

\*引用文献 62を参照し作成

図 4. 第 1 回調査 患者フローチャート

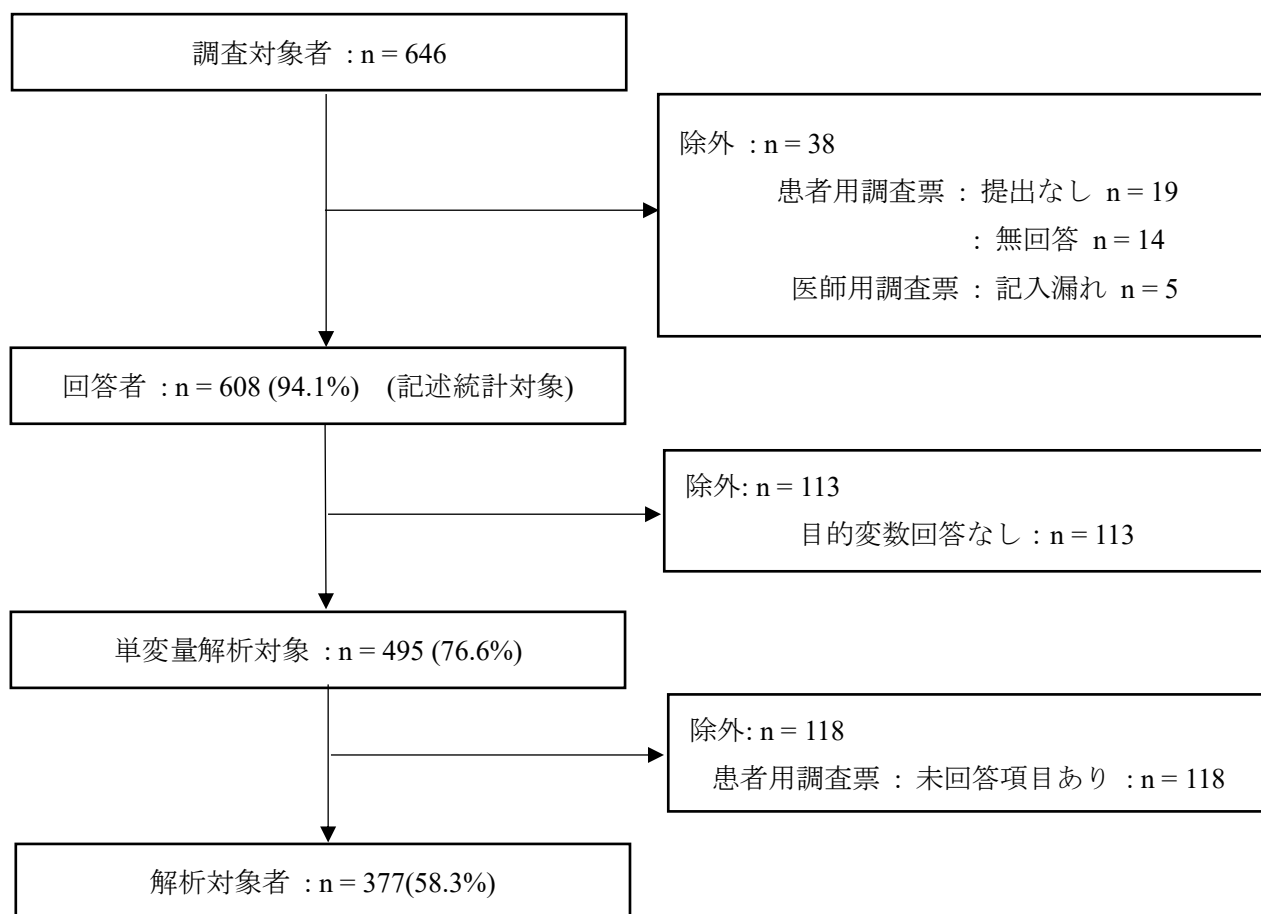


図5. 第1回調査における調査項目回答割合

目的変数

参考調査項目

経験

促進因子

障壁因子

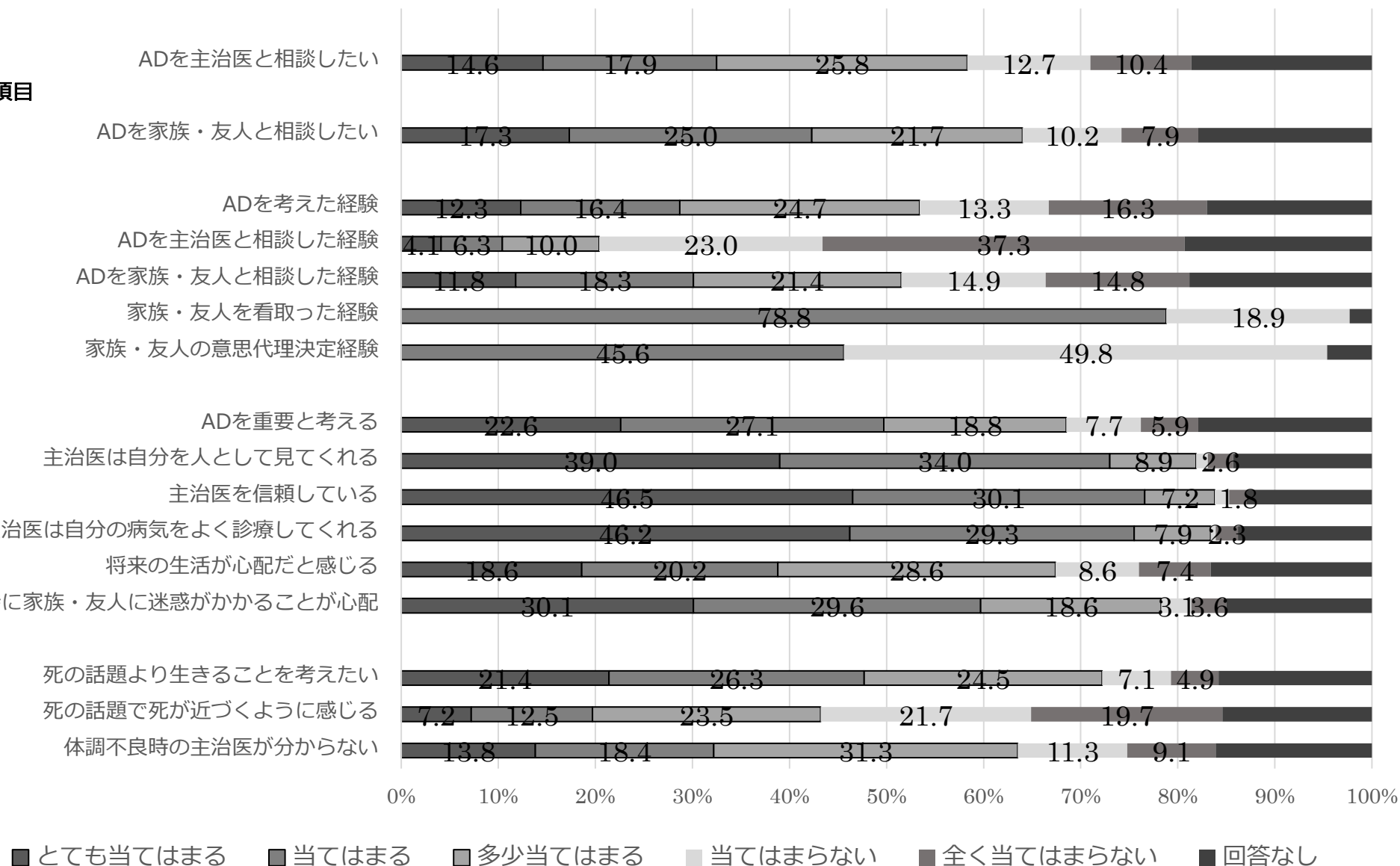


図 6 Palliative Performance Scale (PPS)

レベル	起居	活動と症状	ADL	経口摂取	意識レベル
100	100% 起居している	正常の活動・仕事が可能 症状なし	自立	正常	清明
90		正常の活動が可能 いくらかの症状がある			
80		何らかの症状はあるが 正常の活動が可能			
70	ほとんど	明らかな症状あり 通常の仕事や業務が困難			
60	起居している	明らかな症状があり 趣味や家事を行うことが困難	時に介助	正常 もしくは 減少	清明 もしくは 混乱
50	ほとんど 座位か臥床	著明な症状があり どんな仕事もすることが困難	しばしば 介助		
40	ほとんど臥床	著明な症状があり ほとんどの行動が制限される	ほとんど 介助		清明
30	常に臥床	著明な症状があり	全介助		もしくは
20		いかなる活動も行うことができない		数口以下	傾眠±混乱
10				マウスケア	

\*PPS 決定方法：左から右に優先度が高い順に並んでおり、左から順番にみて、患者に最も該当するレベルを決定する。

\*引用文献 68 を参照し作成

図 7. 第 2 回調査 (AD 相談希望) 患者フローチャート

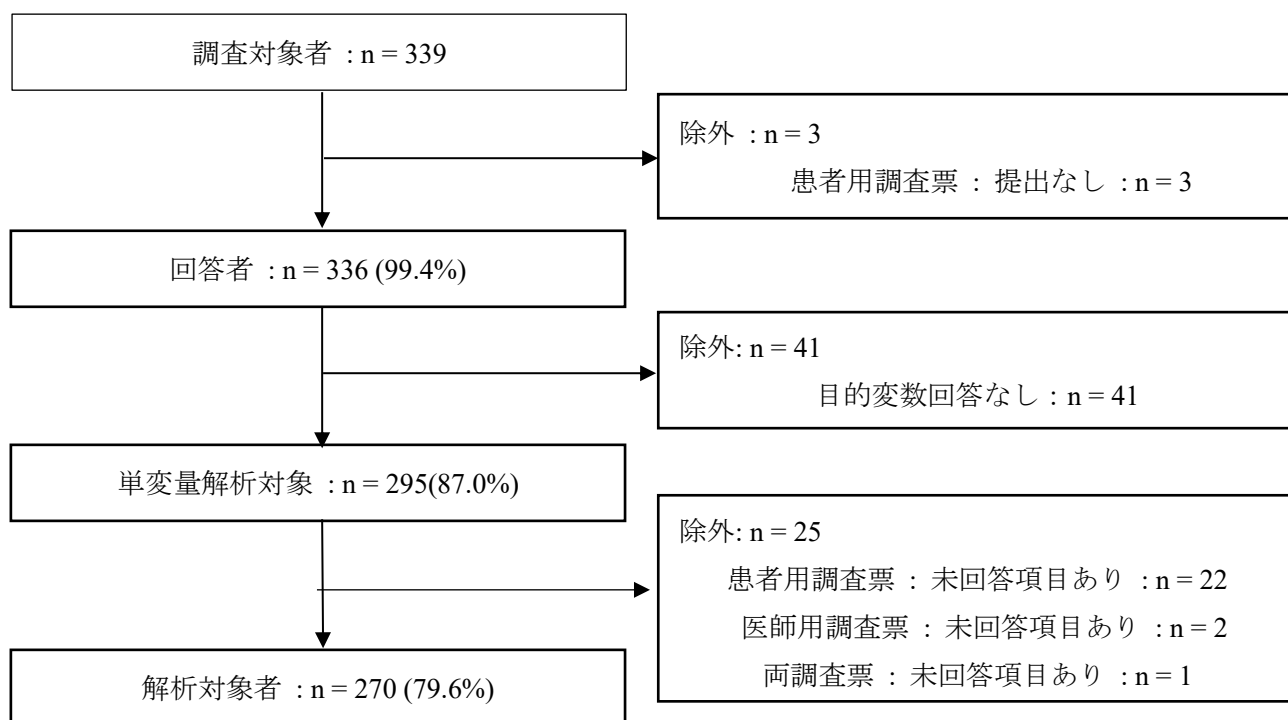


図8. 第2回調査における調査項目回答割合

目的変数

参考調査項目

経験

促進因子

障壁因子

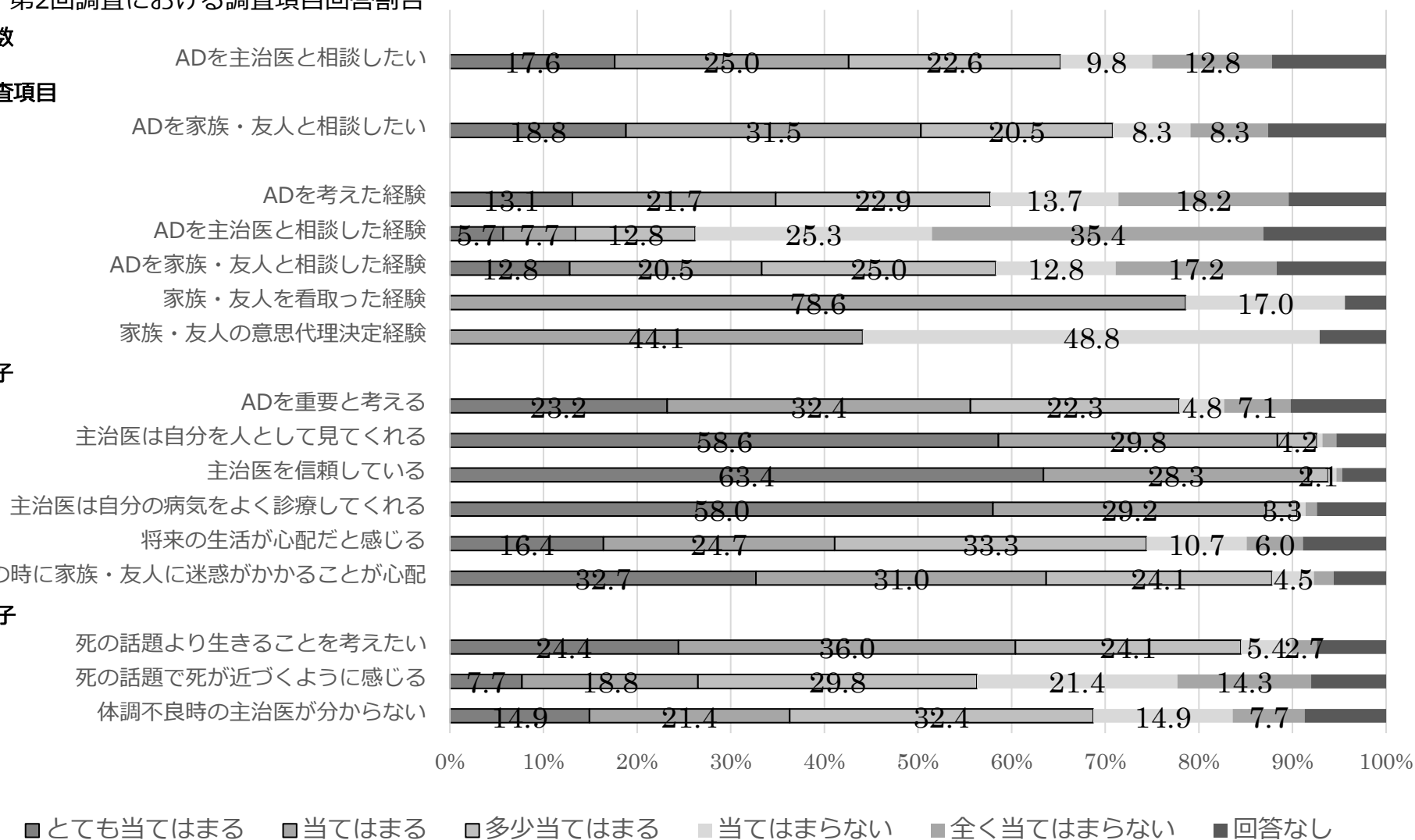


図9. 患者が自覚する通院期間

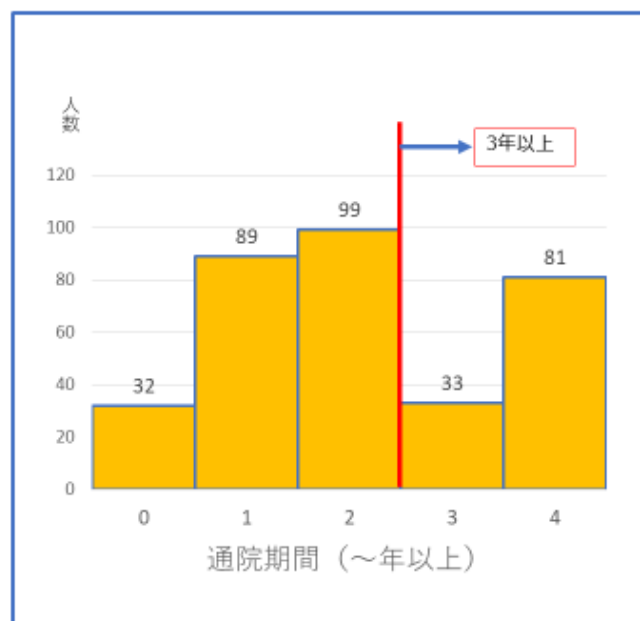


表1 終末期の医療に関する相談の障壁要因

---

\* 患者と医師で抽出された障壁因子

死を議論することに不快を感じる

患者が終末期の治療について話をするのに重篤ではないこと

死を議論することが有害事象ないしは死を誘起するかもしれない

患者は医師を守るために終末期の相談を避ける

患者・医師はお互いに終末期の治療について話を持ちかけるまで待っている

\* 患者で抽出された障壁因子

特定の集団に対する医療システムによる差別

AIDS患者、女性、非白人、同性愛者、薬物使用者、低学歴者

治療の希望は流動的であり、患者が変えられない希望を持ちたがらない

Living willが相談を不要にしていることが障壁

\* 医師で抽出された障壁因子

AIDS患者が若年

診療時間内に時間がなさすぎるし、他に多くの問題を相談している

患者の希望をひそかに傷つけることが怖い

医師の役割は患者を気分よくすることだ

終末期の相談はエネルギーと準備を必要とする

医師が十分積極的ではないと受け取られることを恐れている

積極的な治療の多くは議論がとても複雑（心肺蘇生、抗菌薬、経管栄養等）

患者と家族の文化が医師の文化と相違している

保険会社が終末期における医師の変化を求めている

医師が患者の死の準備ができていない

---

\* 引用文献54を参照に作成

表2 終末期の医療に関する相談の促進要因

---

* 患者と医師で抽出された促進因子
終末期の医療に関する患者-医師のコミュニケーションの質
医師への信頼性
家族・友人を看取った経験
家族に心配かけたくない
患者-医師関係の期間や継続性
* 患者で抽出された促進因子
将来の生活の質への関心
終末期の自立性を望むこと
医師が患者を「人として」治療すること
医師がAIDSの専門家であること
* 医師で抽出された促進因子
終末期の相談をする親しい人が存在する
ヘルスケアシステムによる期待された終末期の相談
「会話の契機」としての患者の自己決定法

---

| \* 引用文献54を参照に作成 |

表3 第1回調査における患者属性(n=608)

		n (%)
年齢(歳)	(mean±SD)	66.8 ± 13.1
	20-39	22 (3.6)
	40-64	194 (31.9)
	65-74	212 (34.9)
	75-	165 (27.1)
	回答なし	15 (2.5)
性別	男性	225 (37.0)
	女性	325 (53.5)
	回答なし	58 (9.5)
学歴	小中学	154 (25.3)
	高校・旧制中学	295 (48.5)
	短大・専門	76 (12.5)
	大学	60 (9.9)
	大学院	2 (0.3)
	回答なし	21 (3.5)
SPICT	該当する	9 (1.5)

\* SPICT

内約：50%以上ベッド臥床 6人 現在以上に介護が必要 4人  
非代償性肝硬変 1人 (重複回答あり)

表4 第1回調査における疾患群(n=608)

疾患群（ICPC-2分類）	患者数（複数回答） n(%)
全身・部位不特定	16 (2.6)
血液	23 (3.8)
消化器	140 (23.0)
眼	3 (0.5)
耳	2 (0.3)
循環器	313 (51.5)
筋骨格	36 (5.9)
神経	18 (3.0)
心理精神	74 (12.2)
呼吸器	83 (13.7)
皮膚	8 (1.3)
泌尿器	26 (4.3)
内分泌	396 (65.1)
女性性器	1 (0.2)
社会問題	9 (1.5)

表5 第1回調査 対象者属性と単変量解析結果

説明変数		総数 n=495	ADについて主治医と話をしたいと思う		
			はい n=355 (%)	いいえ n= 140 (%)	P 値
年齢 (平均±SD)		65.86±13.41	66.36±12.73	64.63±14.95	0.37 †
性別 (参照：男性)	回答なし	11( 2.2)			
	男性	187(37.8)	137(43.2)	50(37.9)	0.34 †
	女性	262(52.9)	180(56.8)	82(62.1)	
	回答なし	46( 9.3)			
学歴	小・中学校	114(23.0)	81(23.6)	33(23.9)	0.86 †
	高校・旧制中学	240(48.5)	169(49.3)	71(51.4)	
	短期大学・専門学校	69(13.9)	49(14.3)	20(14.5)	
	大学	56(11.3)	42(12.2)	14(10.1)	
	大学院	2( 0.4)	2( 0.6)	0( 0.0)	
	回答なし	14( 2.8)			
	(参照：高卒以下)				
	高卒以下	354(73.6)	250(72.9)	104(75.4)	
	短大以上	127(26.4)	93(27.1)	34(24.6)	0.65 †
経験	ADについて今まで考えたことがある				
	該当する	312(63.0)	256(74.9)	56(41.5)	<0.01 †
	該当しない	165(33.3)	86(25.1)	79(58.5)	
	回答なし	18( 3.7)			
家族・友人を看取った経験がある	はい	398(80.4)	288(83.2)	110(79.1)	0.30 †
	いいえ	87(17.6)	58(16.8)	29(20.9)	
	回答なし	10( 2.0)			
家族・友人の意思代理決定経験がある	はい	241(48.7)	186(55.0)	55(40.4)	<0.01 †
	いいえ	233(47.1)	152(45.0)	81(59.6)	
	回答なし	21( 4.2)			
促進因子	ADについて考えることは自分にとって重要である				
	該当する	402(81.2)	320(92.8)	82(61.2)	<0.01 †
	該当しない	77(15.6)	25( 7.2)	52(38.8)	
	回答なし	16( 3.2)			
主治医は自分を人として見てくれていると感じる	該当する	468(94.5)	343(98.8)	125(90.6)	<0.01 §
	該当しない	17( 3.4)	4( 1.2)	13( 9.4)	
	回答なし	10( 2.0)			
主治医を信頼している	該当する	475(96.0)	345(98.3)	130(93.5)	0.02 §
	該当しない	15( 3.0)	6( 1.7)	9( 6.5)	
	回答なし	5( 1.0)			
主治医は自分の病気をよく診てくれている	該当する	469(94.7)	339(98.5)	130(94.9)	0.05 §
	該当しない	12( 2.6)	5( 1.5)	7( 5.1)	
	回答なし	14( 2.8)			
将来の生活が心配だと感じる	該当する	387(78.2)	290(85.0)	97(72.9)	<0.01 †
	該当しない	87(17.6)	51(15.0)	36(27.1)	
	回答なし	21( 4.2)			
自分が体調不良になった際に家族や友人に迷惑がかかることが心配に思う	該当する	446(90.1)	331(96.2)	115(83.9)	<0.01 §
	該当しない	35( 7.1)	13( 3.8)	22(16.1)	
	回答なし	14( 2.8)			

表 5. 続き

## 障壁因子

死について話すより生きることを考えたいと思う					
	該当する	413(83.4)	302(87.8)	111(83.5)	0.23 †
	該当しない	64(12.9)	42(12.2)	22(16.5)	
	回答なし	18( 3.6)			
死について話をすると、死が近づいてくるように感じる					
	該当する	246(49.7)	190(55.2)	56(40.9)	<0.01 †
	該当しない	235(47.5)	154(44.8)	81(59.1)	
	回答なし	14( 2.8)			
自分の体調がとても悪くなった際にどの医師が診てくれるかわからない					
	該当する	361(72.9)	263(76.9)	98(73.1)	0.41 †
	該当しない	115(23.2)	79(23.1)	36(26.9)	
	回答なし	19( 3.8)			
ICPC-2 大分類					
全身及び部位不特定	該当する	13( 2.6)	12( 3.4)	1( 0.7)	0.12 §
	該当しない	482(97.4)	343(96.6)	139(99.3)	
血液	該当する	22( 4.4)	13( 3.7)	9( 6.4)	0.18 †
	該当しない	473(95.6)	342(96.3)	131(93.6)	
消化器	該当する	121(24.4)	93(26.2)	28(20.0)	0.15 †
	該当しない	374(75.6)	262(73.8)	112(80.0)	
眼	該当する	2( 0.4)	2( 0.6)	0( 0)	1.00 §
	該当しない	493(99.6)	353(99.4)	140( 100)	
耳	該当する	2( 0.4)	2( 0.6)	0( 0)	1.00 §
	該当しない	493(99.6)	353(99.4)	140( 100)	
循環器	該当する	255(51.5)	182(51.3)	73(52.1)	0.86 †
	該当しない	240(48.5)	173(48.7)	67(47.9)	
筋骨格	該当する	28( 5.7)	21( 5.9)	7( 5.0)	0.69 †
	該当しない	467(94.3)	334(94.1)	133(95.0)	
神経	該当する	13( 2.6)	12( 3.4)	1( 0.7)	0.12 §
	該当しない	482(97.4)	343(96.6)	139(99.3)	
心理・精神	該当する	58(11.7)	49(13.8)	9( 6.4)	0.02 †
	該当しない	437(88.3)	306(86.2)	131(93.6)	
呼吸器	該当する	65(13.1)	48(13.5)	17(12.1)	0.68 †
	該当しない	430(86.9)	307(86.5)	123(87.9)	
皮膚	該当する	5( 1.0)	4( 1.1)	1( 0.7)	1.00 §
	該当しない	490(99.0)	351(98.9)	139(99.3)	
内分泌・代謝・栄養	該当する	318(64.2)	231(65.1)	87(62.1)	0.54 †
	該当しない	177(35.8)	124(34.9)	53(37.9)	
泌尿器	該当する	23( 4.6)	17( 4.8)	6( 4.3)	1.00 §
	該当しない	472(95.4)	338(95.2)	134(95.7)	
女性性器	該当する	1( 0.2)	1( 0.3)	0( 0)	1.00 §
	該当しない	494(99.8)	354(99.7)	140( 100)	
社会問題	該当する	7( 1.4)	5( 1.4)	2( 1.4)	1.00 §
	該当しない	488(98.6)	350(98.6)	138(98.6)	
SPICT	該当する	8( 1.6)	5( 1.4)	3( 2.1)	0.69 §
	該当しない	487(98.4)	350(98.6)	137(97.9)	

†:Mann-Whitney U 検定

\* SPICT内訳

現在以上に介護が必要 3人 50%以上ベッド臥床 5人

‡:カイ二乗検定

肝硬変 1人

(重複回答あり)

§:Fisher正確検定

表6. 第1回調査 ADについて主治医と話をしたいとする関連要因（二項ロジスティック回帰分析）（n=377）

説明変数	参照	単変量解析		多変量解析		P 値 <sup>¶</sup>
		粗オッズ比	95%信頼区間	調整オッズ比	95%信頼区間	
年齢	（実年齢）			1.01	0.99 - 1.03	0.24
性別	男性	0.80	0.53 - 1.21	0.67	0.40 - 1.14	0.14
学歴	高卒以下	1.14	0.72 - 1.79	1.21	0.66 - 2.21	0.54
心理・精神疾患	該当しない	2.33	1.11 - 4.88	3.00	1.08 - 8.30	<b>0.03</b>
SPICT	該当しない	0.65	0.15 - 2.76	0.26	0.02 - 2.85	0.27
看取り経験	該当しない	1.31	0.80 - 2.15	1.07	0.53 - 2.16	0.84
意思代理決定経験	該当しない	1.80	1.20 - 2.70	1.13	0.66 - 1.94	0.66
促進因子						
ADについて考えることは自分にとって重要である	該当しない	8.12	4.75 - 13.86	7.69	3.83 - 15.44	<b>&lt;0.01</b>
主治医は自分を人として見てくれていると感じる	該当しない	8.92	2.85 - 27.86	6.80	1.12 - 41.42	<b>0.04</b>
将来の生活が心配だと感じる	該当しない	2.11	1.30 - 3.43	1.90	0.99 - 3.64	0.05
自分が体調不良になった際に家族や友人に迷惑がかかることが心配に思う	該当しない	4.87	2.38 - 9.98	2.29	0.84 - 6.22	0.11
障壁因子						
死について話すより生きることを考えたいと思う	該当しない	1.43	0.81 - 2.50	0.73	0.33 - 1.62	0.44
死について話をすると、死が近づいてくるように感じる	該当しない	1.79	1.19 - 2.67	1.67	0.98 - 2.83	0.06
自分の体調がとて悪くなった際にどの医師が診てくれるかわからない	該当しない	1.22	0.77 - 1.93	0.66	0.35 - 1.24	0.20

¶:P値（多変量解析）

二項ロジスティック回帰分析（強制投入法） モデルX<sup>2</sup>検定 p<0.01 Hosmer&Lemeshow検定 p=0.462 予測率 77.7% C統計量 0.740

表7. 第2回調査における患者属性(n=336)

		n (%)	n(%)		
年齢 (歳)	(mean±SD)	69.9 ± 11.3	自己健康感	1 (悪い)	2 (0.6)
	回答なし	2 (0.6)		2	45 (13.4)
性別	男性	142 (42.3)		3	167 (49.7)
	女性	187 (55.6)		4	74 (22.0)
	回答なし	7 (2.1)		5 (良い)	44 (13.1)
	小中学	86 (25.6)		回答なし	4 (1.2)
学歴	高校・旧制中学	172 (51.2)	PPS	50	1 (0.3)
	短大・専門	34 (10.1)		60	3 (0.9)
	大学	36 (10.7)		70	5 (1.5)
	大学院	0 (0)		80	19 (5.7)
	回答なし	8 (2.4)		90	54 (16.1)
	1年未満	32 (9.8)		100	250 (74.4)
通院期間	1-2年未満	89 (26.5)		回答なし	4 (1.2)
	2-3年未満	99 (29.6)		SPICT	該当者
	3-4年未満	33 (9.5)	記録期間(月)	(mean±SD)	47.5±58.0
	4年以上	81 (24.1)			
	回答なし	2 (0.6)			

\* SPICT 内訳：現在以上に介護が必要 3人 50%以上ベッド臥床 1人  
重症慢性肺疾患 2人 HOT 1人 (重複回答あり)

表8. 第2回調査における疾患群

疾患群 (ICPC-2分類)	患者数（複数回答）
	n (%)
全身・部位不特定	3 (0.9)
血液	2 (0.6)
消化器	86 (25.6)
眼	2 (0.6)
耳	3 (0.9)
循環器	247 (73.5)
筋骨格	48 (14.3)
神経	26 (7.7)
心理精神	88 (26.2)
呼吸器	16 (4.8)
皮膚	4 (1.2)
泌尿器	12 (3.6)
内分泌	185 (55.1)
男性性器	2 (0.6)
社会問題	4 (1.2)

表9. 第2回調査 対象者属性と単変量解析結果

説明変数		総数 n=295	ADについて主治医と話をしたいと思う		
			はい n=219 (%)	いいえ n= 76 (%)	P 値
年齢 (平均±SD)		69.90±11.30	69.63±10.78	66.95±12.73	0.08 †
性別 (参照：男性)	回答なし	2( 0.7)			
	男性	130(44.1)	96(44.7)	34(44.7)	0.99 †
	女性	161(54.6)	119(55.3)	42(55.3)	
	回答なし	4( 1.3)			
学歴	小・中学校	70(24.1)	55(25.6)	15(20.0)	0.65 †
	高校・旧制中学	156(53.8)	111(51.6)	45(60.0)	
	短期大学・専門学校	30(10.3)	23(10.7)	7( 9.3)	
	大学	34(11.7)	26(12.1)	8(10.7)	
	回答なし	5( 1.7)			
	(参照：高卒以下)				
	高卒以下	64(21.7)	49(22.8)	15(20.0)	0.62 †
自己健康感	短大以上	226(76.6)	166(77.2)	60(80.0)	
	1：悪い	1( 0.3)	1( 0.5)	0( 0)	0.94 †
	2	41(13.9)	32(14.8)	9(11.8)	
	3	147(49.8)	108(50.0)	39(51.3)	
	4	67(22.7)	49(22.7)	18(23.7)	
	5：良い	36(12.2)	26(12.0)	10(13.2)	
	回答なし	3( 1.0)			
	Palliative Performance Scale (PPS)				
	50	1( 0.3)	1( 0.5)	0( 0)	0.77 †
	60	3( 1.0)	2( 0.9)	1( 1.3)	
通院期間 (患者申告)	70	4( 1.4)	3( 1.4)	1( 1.3)	
	80	17( 5.8)	12( 5.5)	5( 6.8)	
	90	45(15.2)	30(13.8)	15(20.3)	
	100	222(75.3)	170(78.0)	52(70.3)	
	回答なし	3( 1.0)			
	半年以上～1年未満	32(10.8)	22(10.1)	10(13.1)	<b>0.03</b> †
	1年以上～2年未満	76(25.8)	57(26.1)	19(25.0)	
	2年以上～3年未満	85(28.8)	55(25.2)	30(39.5)	
(参照：3年未満)	3年以上～4年未満	28( 9.5)	26(11.9)	2( 2.6)	
	4年以上	73(24.7)	58(26.6)	15(19.7)	
	回答なし	1( 0.3)			
	3年未満	193(65.6)	134(61.5)	59(77.6)	<b>0.01</b> †
	3年以上	101(34.4)	84(38.5)	17(22.4)	
	経験				
	ADについて今まで考えたことがある				
家族・友人を看取った経験がある	該当する	185(62.7)	160(74.8)	25(34.7)	<b>&lt;0.01</b> †
	該当しない	101(34.2)	54(25.2)	47(65.3)	
	回答なし	9( 3.1)			
家族・友人の意思代理決定経験がある	はい	243(82.4)	183(84.7)	60(78.9)	0.25 †
	いいえ	49(16.6)	33(15.3)	16(21.1)	
	回答なし	3( 1.0)			
家族・友人の意思代理決定経験がある	はい	137(46.4)	103(48.6)	34(45.9)	0.70 †
	いいえ	149(50.5)	109(51.4)	40(54.1)	
	回答なし	9( 3.1)			

表 9. 続き

促進因子

ADについて考えることは自分にとって重要である

該当する	253(85.8)	208(96.3)	45(60.0) <0.01 †
該当しない	38(12.9)	8( 3.7)	30(40.0)
回答なし	4( 1.4)		

主治医は自分を人として見てくれていると感じる

該当する	277(93.9)	205( 100)	72(94.7) <0.01 §
該当しない	4( 1.4)	0( 0)	4( 5.3)
回答なし	14( 4.7)		

主治医を信頼している

該当する	291(98.6)	218( 100)	73(96.1) 0.02 §
該当しない	3( 1.0)	0( 0)	3( 3.9)
回答なし	1( 0.3)		

主治医は自分の病気をよく診てくれている

該当する	284(96.3)	214(99.5)	70(94.6) 0.02 §
該当しない	5( 1.7)	1( 0.5)	4( 5.4)
回答なし	6( 2.0)		

将来の生活が心配だと感じる

該当する	233(79.0)	183(86.7)	50(67.6) <0.01 †
該当しない	52(17.6)	28(13.3)	24(33.4)
回答なし	10( 3.4)		

自分が体調不良になった際に家族や友人に迷惑がかかることが心配に思う

該当する	273(92.5)	206(94.9)	67(89.3) 0.08 §
該当しない	19( 6.5)	11( 5.1)	8(10.7)
回答なし	3( 1.0)		

障壁因子

死について話すより生きることを考えたいと思う

該当する	265(89.8)	203(94.9)	62(84.9) 0.01 †
該当しない	23( 7.8)	12( 5.1)	11(15.1)
回答なし	7( 2.4)		

死について話をすると、死が近づいてくるように感じる

該当する	178(60.3)	142(66.4)	36(48.0) 0.01 †
該当しない	111(37.6)	72(33.6)	39(52.0)
回答なし	6( 2.0)		

自分の体調がとても悪くなった際にどの医師が診てくれるかわからない

該当する	212(71.9)	164(77.4)	48(65.8) 0.05 †
該当しない	73(24.7)	48(22.6)	25(34.2)
回答なし	10( 3.4)		

表 9. 続き

ICPC-2 大分類					
全身及び部位不特定	該当する	2( 0.7)	2( 0.9)	0( 0)	0.55 §
	該当しない	293(99.3)	217(99.1)	76( 100)	
血液	該当する	2( 0.7)	2( 0.9)	0( 0)	0.55 §
	該当しない	293(99.3)	217(99.1)	76( 100)	
消化器	該当する	74(25.1)	49(22.4)	25(32.9)	0.07 †
	該当しない	221(74.9)	170(77.6)	51(67.1)	
眼	該当する	2( 0.7)	2( 0.9)	0( 0)	0.55 §
	該当しない	293(99.3)	217(99.1)	76( 100)	
耳	該当する	2( 0.7)	2( 0.9)	0( 0)	0.55 §
	該当しない	293(99.3)	217(99.1)	76( 100)	
循環器	該当する	214(72.5)	160(73.1)	54(71.1)	0.74 †
	該当しない	81(27.5)	59(26.9)	22(28.9)	
筋骨格	該当する	40(13.6)	28(12.8)	12(15.8)	0.51 †
	該当しない	255(86.4)	191(87.2)	64(84.2)	
神経	該当する	23( 7.8)	16( 7.3)	7( 9.2)	0.59 †
	該当しない	272(92.2)	203(92.7)	69(90.8)	
心理・精神	該当する	74(25.1)	56(25.6)	18(23.7)	0.74 †
	該当しない	221(74.9)	163(74.4)	58(76.3)	
呼吸器	該当する	14( 4.7)	10( 4.6)	4( 5.3)	0.51 §
	該当しない	281(95.3)	209(95.4)	72(94.7)	
皮膚	該当する	4( 1.4)	3( 1.4)	1( 1.3)	0.73 §
	該当しない	291(98.6)	216(98.6)	75(98.7)	
内分泌・代謝・栄養	該当する	164(55.6)	126(57.5)	38(50.0)	0.26 †
	該当しない	131(44.4)	93(42.5)	38(50.0)	
泌尿器	該当する	10( 3.4)	6( 2.7)	4( 5.3)	0.24 §
	該当しない	285(96.6)	213(97.3)	72(94.7)	
男性性器	該当する	1( 0.3)	1( 0.5)	0( 0)	0.74 §
	該当しない	294(99.7)	218(99.5)	76( 100)	
社会問題	該当する	4( 1.4)	4( 1.8)	0( 0)	0.30 §
	該当しない	291(98.6)	215(98.2)	76( 100)	
SPICT	該当する	5( 1.7)	3( 1.4)	2( 2.6)	0.61 §
	該当しない	290(98.3)	216(98.6)	74(97.4)	
医師カルテから確認した診療期間(月数±SD)		47.47±57.96	52.76±66.13	38.68±39.93	0.63 †
		データ欠損	10( 3.4)	6( 2.7)	4( 5.3)
†:Mann-Whitney U 検定					
‡:カイ二乗検定					
§:Fisher正確検定					
		* SPICT内訳	現在以上に介護が必要 2人	50%以上ベッド臥床 1人	
			重症慢性肺疾患 2人	HOT 1人	(重複回答あり)

表10. 第2回調査 ADについて主治医と話をしたいとする関連要因 (二項ロジスティック回帰分析) (n=270)

説明変数	参照	単変量解析		多変量解析		P 値 <sup>¶</sup>
		粗オッズ比	95%信頼区間	調整オッズ比	95%信頼区間	
年齢	(実年齢)			1.02	0.99 - 1.05	0.16
性別	男性	1.00	0.59 - 1.70	0.98	0.53 - 1.80	0.94
通院期間	3年未満	2.18	1.19 - 3.98	2.10	1.06 - 4.13	<b>0.03</b>
Palliative Performance Scale	100	0.67	0.37 - 1.21	0.50	0.26 - 0.97	<b>0.04</b>
促進因子						
主治医は自分の病気をよく診てくれている	該当しない	12.23	1.34 - 111.23	13.42	1.20 - 150.34	<b>0.04</b>
将来の生活が心配だと感じる	該当しない	3.14	1.67 - 5.88	2.61	1.26 - 5.40	<b>0.01</b>
障壁因子						
死について話すより生きることを考えたいと思う	該当しない	3.00	1.26 - 7.14	1.36	0.41 - 4.53	0.62
死について話をすると、死が近づいてくるように感じる	該当しない	2.14	1.25 - 3.65	1.50	0.80 - 2.83	0.21

¶:P値 (多変量解析)

二項ロジスティック回帰分析 (強制投入法) モデルX<sup>2</sup>検定 p<0.01 Hosmer&Lemeshow検定 p=0.679 予測率 77.8% C統計量 0.688

## 参考資料

**『主治医機能を果たす医療機関に通院する非癌慢性疾患患者の Advance Directive に対する意識とその影響要因の検討』のための調査研究への御協力をお願い（患者説明書）**

当院の外来に定期通院している患者さんを対象に、人生の最終段階における医療への考えに関するアンケート調査を行っております。

このアンケート調査は、20 歳以上の定期通院されている慢性疾患の患者さんを対象として、我が国の医療において、将来病気が悪くなったり、年齢を重ねて身体が衰えた際の治療の選択について医師と患者さんの間でお話のやりとりをより円滑にすることに役立てることを目的としております。

このアンケートへのご回答は患者さんの自由であり、ご回答を拒否されても、なんら不利益が生じることはございません。診察にも影響を与えることはありません。

回答に必要な時間はおおよそ 5 分程度です。皆様の貴重なお時間ではございますが、調査の趣旨を御理解頂き、御協力いただければ幸いです。

❶この『主治医機能を果たす医療機関に通院する非癌慢性疾患患者の Advance Directive (治療選択に関する事前の意思表示) に対する意識とその影響要因の研究』は筑波大学医学医療系 医の倫理委員会により許可されています。

❷アンケートへのお名前の記入は不要です。

❸患者さんの人生の最終段階における医療への考え、経験、主治医に対する思い、死生観を伺う質問に○をつけてご回答頂くアンケート内容で、お気持ちにご負担をおかけする可能性があります。万が一、回答中に御気分が悪くなられましたら、近くのスタッフにお声かけ下さい。

❹本調査ではあなたの「病名」と「病気の程度」のみを本日の担当医師から聞きますが、集計ではあなた自身の事と分からないように取り扱います。個人に関わる情報は調査しませんので、あなた自身が特定されるようなことはございません。

❺調査にご協力戴けますようでしたら、ご回答頂きアンケート用紙をお渡しする封筒に入れて、ご案内する調査票回答箱にお入れ下さい。回答箱にお入れ頂いた時点で、調査参加にご同意頂いたものとします。お渡し頂いた後はアンケート用紙をお返しできませんので、あらかじめご了承ください。

お問い合わせ先

筑波大学大学院人間総合科学研究科 地域医療教育学 教室

調査担当者： 濱野 淳 濱田 修平

電話：029-853-3189

外来に定期通院している患者さんの  
人生の最終段階における医療に関するアンケート調査 （確認票）

**外来受付での確認** ※受付スタッフが記入

はい	いいえ	確認内容
		20歳以上の患者さんですか？
		初診日より180日以上経過している患者さんですか？
		本日定期受診を目的に来院された患者さんですか？

すべて「はい」に該当する患者さんのみ調査対象です  
該当する場合は、この「確認票」をつけてカルテもしくは受付票を診察室へ回してください。

**診察室での確認** ※調査担当医師が記入

確認内容
現在、悪性腫瘍に対して化学療法、放射線療法、緩和ケアを受けていない患者さんですか？
転移性悪性腫瘍がない患者さんですか？
本日定期受診をした患者さんですか？
本研究に参加した経歴のない患者さんですか？

以上の確認内容は全て「はい」に該当しますか？

	はい	<input type="checkbox"/> 該当患者さんに関して診療後医師用調査票にご記入をお願いします。
	いいえ	<input type="checkbox"/> 調査対象外

外来に定期通院している患者さんの  
人生の最終段階における医療に関するアンケート調査

通し番号

(患者用調査票)

このアンケート調査は、我が国の医療において、将来、病気が悪くなったり、年齢を重ねて身体が衰えた際の治療の選択の際に、医師と患者さんの間でお話のやりとりをより円滑にすることに役立てることを目的としております。

このアンケートへのご回答はあなたの自由であり、ご回答を拒否されても、あなたになんら不利益が生じることはございません。医師の診察にも影響を与えることはありません。

調査にご協力戴けますようでしたら、ご回答頂き、このアンケート用紙をお渡しした封筒に入れて、ご案内する調査票回答箱にお入れ下さい。

お問い合わせ先

筑波大学大学院人間総合科学研究科 地域医療教育学 教室

調査担当者：濱野 淳 濱田 修平

電話：029-853-3189

(1) 次の質問にお答え下さい。該当するものに○を記入下さい。

ご年齢	歳
性別	1 男性      2 女性
最後に卒業された学校 (中途退学の方は、その前の卒業した学校)	1 小中学校      2 高校・旧制中学 3 短期大学/専門学校      4 大学 5 大学院

(2) 次の質問について該当するところに○を記入下さい。

	はい	いいえ
これまで家族・友人など身近な人が亡くなる場面に立ち合った経験がある		
これまで家族・友人など身近な人の病気が進行して、あなた自身が本人の代わりに医療者より病状や治療について話を聞いて、方針を決めたことがある		

裏面に続きます

<p>(3)</p> <p>次の質問についてそれぞれあなたの考えに最も近い箇所に○をしてください</p> <p>病気や体の衰えが進行し、自分の考えを周囲に伝えることができなくなった際の、自分が受けたい医療・受けたくない医療の選択について</p> <p>(ここでの「医療」とは心臓マッサージ、人工呼吸器の使用、飲み込みができず、食事をするときむせて肺炎を繰り返す場合の胃瘻（栄養を胃の中に入れるために胃に通じるお腹に穴を開ける処置）などのことを言います。)</p>	1 全く当てはまらない	2 当てはまらない	3 多少当てはまる	4 当てはまる	5 とても当てはまる
今まで考えたことがある	1	2	3	4	5
考えることは自分にとって重要である	1	2	3	4	5
今まで家族・友人など身近な人と話したことがある	1	2	3	4	5
あらかじめ家族・友人などの身近な人と話をしたいと思う	1	2	3	4	5
今まで主治医と話したことがある	1	2	3	4	5
あらかじめ主治医と話したいと思う	1	2	3	4	5
<p>(4)</p> <p>次の文章についてそれぞれあなたの考えに最も近い箇所に○をしてください</p>	1 全く当てはまらない	2 当てはまらない	3 多少当てはまる	4 当てはまる	5 とても当てはまる
主治医は自分を人として見てくれていると感じる	1	2	3	4	5
主治医を信頼している	1	2	3	4	5
主治医は自分の病気をよく診てくれている	1	2	3	4	5
将来の生活が心配だと感じる	1	2	3	4	5
自分が体調不良になった際に家族や友人に迷惑がかかることが心配に思う	1	2	3	4	5
死について話すより生きることを考えたいと思う	1	2	3	4	5
死について話をすると、死が近づいてくるように感じる	1	2	3	4	5
自分の体調がとても悪くなった際にどの医師が診てくれるかわからない	1	2	3	4	5

質問は以上です。御協力ありがとうございました。

## 診療後医師用調査票

通し番号

(医師用調査票)

(1) 対象患者さんについて、先生が治療・経過観察している問題（プライマリ・ケア国際分類）について全てに○をして下さい。

	全身及び部位不特定		血液		消化器		眼
	耳		循環器		筋骨格		神経
	心理・精神		呼吸器		皮膚		内分泌・代謝・栄養
	泌尿器		女性性器		男性性器		社会問題
	妊娠・育児・家族計画						

(2) 対象患者さんについて、次の項目のうち、該当する項目に○をして下さい。

(患者さんの疾病状態について、何らかの緩和ケアアプローチが必要とされる指標として利用されている「SPICCT<sup>TM</sup>」より引用)

		確認項目
ADL		1日の50%以上をベッドもしくは座って過ごす
		現状より更に介護が必要と思われる
心血管		安静時や最小労作時において呼吸困難・胸痛を伴う NYHA classⅢ/Ⅳの心不全
		安静時や最小労作時において呼吸困難・胸痛を伴う広範もしくは治療不可能な冠動脈疾患
呼吸器		増悪時で安静もしくは最小労作での呼吸困難を伴う重症慢性肺疾患
		酸素療法中
		呼吸不全のため人工呼吸器（レスピレーター・NIPPV）が必要である
腎疾患		stage 4以上の慢性腎疾患（eGFR30ml/min未満）もしくは維持透析中
		他の生命に支障があるような状態・治療を合併した腎不全
肝疾患		1年以内に以下の1つ以上の合併症を認めた進行肝硬変 利尿薬抵抗性腹水 肝性脳症 肝腎症候群 細菌性腹膜炎 反復性静脈瘤出血
その他		不可逆的な健康状態の悪化や死の危険性を伴う状態や合併症を有している

外来に定期通院している患者さんの  
人生の最終段階における医療に関するアンケート調査

通し番号

(患者用調査票)

このアンケート調査は、我が国の医療において、将来、病気が悪くなったり、年齢を重ねて身体が衰えた際の治療の選択の際に、医師と患者さんの間で話のやりとりをより円滑にすることに役立てることを目的としております。

このアンケートへのご回答はあなたの自由であり、ご回答を拒否されても、あなたになんら不利益が生じることはありません。医師の診察にも影響を与えることはありません。

調査にご協力戴けますようでしたら、ご回答頂き、このアンケート用紙をお渡しした封筒に入れて、ご案内する調査票回答箱にお入れ下さい。

お問い合わせ先

筑波大学大学院人間総合科学研究科 地域医療教育学 教室

調査担当者：濱野 淳 濱田 修平

電話：029-853-3189

(1) 次の質問にお答え下さい。該当するものに○を記入下さい。

ご年齢	歳	
性別	1 男性	2 女性
最後に卒業された学校 (中途退学の方は、その前の卒業した学校)	1 小中学校	2 高校・旧制中学
	3 短期大学/専門学校	4 大学
	5 大学院	

(2) あなたの健康状態について、あなたが感じているところに○を記入下さい。

<div style="text-align: center;"> <span>良い</span> ←————→ <span>悪い</span> </div>				
5	4	3	2	1

(3) あなたが現在の主治医の診察を受けるようになってどれ位経ちますか？

該当するところに○を記入下さい。

1 年未満	1 年～ 2 年未満	2 年～ 3 年未満	3 年～ 4 年未満	4 年以上

(4) 次の質問について該当するところに○を記入下さい。

	はい	いいえ
これまで家族・友人など身近な人が亡くなる場面に立ち合った経験がある		
これまで家族・友人など身近な人の病気が進行して、あなた自身が本人の代わりに医療者より病状や治療について話を聞いて、方針を決めたことがある		

<p>(5)</p> <p>次の質問についてそれぞれあなたの考えに最も近い箇所に○をしてください</p> <p>病気や体の衰えが進行し、自分の考えを周囲に伝えることができなくなった際の、自分が受けたい医療・受けたくない医療の選択について</p> <p>(ここでの「医療」とは心臓マッサージ、人工呼吸器の使用、飲み込みができず、食事をするときむせて肺炎を繰り返す場合の胃瘻（栄養を胃の中に入れるために胃に通じるお腹に穴を開ける処置）などのことを言います。)</p>	1	2	3	4	5
全く当てはまらない	全く当てはまらない	当てはまらない	多少当てはまる	当てはまる	とても当てはまる
今まで考えたことがある	1	2	3	4	5
考えることは自分にとって重要である	1	2	3	4	5
今まで家族・友人など身近な人と話したことがある	1	2	3	4	5
あらかじめ家族・友人などの身近な人と話をしたいと思う	1	2	3	4	5
今まで主治医と話したことがある	1	2	3	4	5
あらかじめ主治医と話をしたいと思う	1	2	3	4	5
<p>(6)</p> <p>次の文章についてそれぞれあなたの考えに最も近い箇所に○をしてください</p>	1	2	3	4	5
全く当てはまらない	全く当てはまらない	当てはまらない	多少当てはまる	当てはまる	とても当てはまる
主治医は自分を人として見てくれていると感じる	1	2	3	4	5
主治医を信頼している	1	2	3	4	5
主治医は自分の病気をよく診てくれている	1	2	3	4	5
将来の生活が心配だと感じる	1	2	3	4	5
自分が体調不良になった際に家族や友人に迷惑がかかることが心配に思う	1	2	3	4	5
死について話すより生きることを考えたいと思う	1	2	3	4	5
死について話をすると、死が近づいてくるように感じる	1	2	3	4	5
自分の体調がとても悪くなった際にどの医師が診てくれるかわからない	1	2	3	4	5

質問は以上です。御協力ありがとうございました。

## 診療後医師用調査票

通し番号

(医師用調査票)

(1) 対象患者さんについて、先生が治療・経過観察している問題（プライマリ・ケア国際分類）について全てに○をして下さい。

	全身及び部位不特定
	耳
	心理・精神
	泌尿器
	妊娠・育児・家族計画

	血液
	循環器
	呼吸器
	女性性器

	消化器
	筋骨格
	皮膚
	男性性器

	眼
	神経
	内分泌・代謝・栄養
	社会問題

(2) 対象患者さんについて、次の項目のうち、該当する項目に○をして下さい。

(患者さんの疾病状態について、何らかの緩和ケアアプローチが必要とされる指標として利用されている「SPICCT™」より引用)

		確認項目
ADL		1日の50%以上をベッドもしくは座って過ごす
		現状より更に介護が必要と思われる
心血管		安静時や最小労作時において呼吸困難・胸痛を伴う NYHA classⅢ/Ⅳの心不全
		安静時や最小労作時において呼吸困難・胸痛を伴う広範もしくは治療不可能な冠動脈疾患
呼吸器		増悪時で安静もしくは最小労作での呼吸困難を伴う重症慢性肺疾患
		酸素療法中
		呼吸不全のため人工呼吸器（レスピレーター・NIPPV）が必要である
腎疾患		stage 4以上の慢性腎疾患（eGFR30ml/min未満）もしくは維持透析中
		他の生命に支障があるような状態・治療を合併した腎不全
肝疾患		1年以内に以下の1つ以上の合併症を認めた進行肝硬変
		利尿薬抵抗性腹水 肝性脳症 肝腎症候群 細菌性腹膜炎 反復性静脈瘤出血
その他		不可逆的な健康状態の悪化や死の危険性を伴う状態や合併症を有している

(3) 対象患者さんについて、該当する箇所に○をしてください。

【Palliative Performance Scale】

レベル	起居	活動と症状	ADL	経口摂取	意識レベル
100	100% 起居している	正常の活動・仕事が可能 症状なし	自立	正常	清明
90		正常の活動が可能 いくらかの症状がある			
80		何らかの症状はあるが 正常の活動が可能		時に介助	
70	ほとんど 起居している	明らかな症状あり 通常の仕事や業務が困難			
60	明らかな症状があり 趣味や家事を行うことが困難	ほとんど 介助	清明 もしくは 混乱		
50	ほとんど 座位か臥床			著明な症状があり どんな仕事もすることが困難	
40	ほとんど臥床			著明な症状があり ほとんどの行動が制限される	全介助
30	常に臥床	著明な症状があり			
20		いかなる活動も行うことができない			
10					

＊レベル決定方法

左から右へ優先度の高い順に並んでおり、左から順番に見て患者に最も該当するレベルを決定する。

(4) 対象患者さんの定期診察を始めたのはいつですか？年月を記入下さい。

西暦	年	月
----	---	---