

高齢者の「人生の最終段階における治療方針に関する話し合い」実践を阻害する家族・社会的要因の分析：日台国際比較研究

宮下 淳

福島県立医科大学白河総合診療アカデミー 講師／京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医療疫学分野 研究員
(助成時：京都大学大学院 医学研究科社会健康医学系専攻医療疫学教室 博士後期課程)

【スライド1】

本日はこのような発表の機会をいただき、誠にありがとうございます。

『高齢者の「人生の最終段階における治療方針に関する話し合い」実践を阻害する家族・社会的要因の分析：日台国際比較研究』という題で発表させていただきます。

【スライド2】

人生の最終段階における治療方針に関する話し合いは、アドバンスケアプランニング、ACPと呼ばれています。先日、厚生労働省がアドバンスケアプランニングを『人生会議』という名称にすると発表がありましたが、これが今後定着するかどうか分かりませんので、今回はアドバンスケアプランニングと呼ばさせていただきます。

ACPとは、意思決定が必要な時に自分で意思を伝えることができない事態を想定して、将来の医学的な意思決定について、あらかじめ準備しておくプロセスを指します。もともとACPはオートノミーの強い北米大陸で発展してきましたが、近年アジア諸国においても、各国の状況は異なるものの、関心は高まっております。日本においては、ACP/終末期に関する法律はありません。しかしながら、ACP話し合い実践の割合は、ここ10年で倍増しております。さらに台湾では、自然死法・病人自主権利法といった法律が制定されており、この法律制定後に国民全体のACPに対する関心が高まっております。

スライド1

高齢者の「人生の最終段階における治療方針に関する話し合い」実践を阻害する家族・社会的要因の分析：日台国際比較研究

宮下淳

京都大学大学院医学研究科
社会健康医学系専攻医療疫学分野
博士後期課程

スライド2

背景と目的 アドバンスケアプランニングの定義とアジアでの広がり	
人生の最終段階における治療方針に関する話し合い Advance Care Planning, ACP 意思決定が必要な時に自分で意思を伝えることができない事態を想定して、将来の医学的な意思決定についてあらかじめ準備しておくプロセス <small>(Teixeira et al. 2015; Singer et al. 1996)</small>	
日本	台湾
<ul style="list-style-type: none"> ACP/終末期に関する法律はない。 ACP話し合い実践の割合は、成人全体の39% (10年で倍増) <small>(厚生労働省, 2014)</small> 	<ul style="list-style-type: none"> ACP/終末期に関する法律がある。 <ul style="list-style-type: none"> ✓自然死法 (2000年) ✓病人自主権利法 (2015年) 医療者の終末期医療への意識変化 年間3000人近いACP介入 <small>(Chu et al. 2018; Huang et al. 2016)</small>

【スライド3】

さて、ACP実践において重要なことは、患者の意思決定能力が失われる前に話し合いを始めることです。しかしながら、先行研究によると、患者の心証に配慮して、医療者はACP開始をすることを躊躇し、適切なACP開始時期を見いだすことができないと言われております。つまり、適切なACP開始時期に関するコンセンサスが今のところないというのが現状です。

従って、患者が許容できるACP開始時期（ACP許容病期）が明らかになれば、適切な時期に適切な介入が可能になるのではないかと考えられます。

そこで今回の研究の目的は、日本と台湾において、ACP許容病期を国別に記述し、早期のACP許容に関連する要因を同定することです。

スライド3

背景と目的
アドバンスケアプランニング開始時期と研究目的

What is known	What is unknown
<ul style="list-style-type: none"> • 終末期の患者の多くは、意思決定能力を失っている。 (Kaspers et al. 2013) • 患者の心証に配慮して、医療者は、ACPを開始することに躊躇する。 (Doukas DJ. 1991; De Vleminck A. 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> • 適切なACP開始時期に関するコンセンサスはない。

患者が許容できるACP開始時期（ACP許容病期）が明らかになれば、適切な時期に適切な介入が可能になる。

日本と台湾において

- ACP許容病期を国別に記述する。
- 早期のACP許容に関連する要因を同定する。

3

【スライド4】

方法です。

質問紙調査を用いた混合研究法（収斂デザイン）を用いました。

各施設の40歳から75歳の外来予約患者の中から、ランダムサンプリングの手法を用いて抽出し、回答を依頼しました。

【スライド5】

ところで、高齢者の多くは典型的な3つのコースのうちのいずれかをたどって身体機能が低下していくと言われており、これをIllness Trajectoryといいます。本日の午前の辻先生の特別講演でも出てきたのですが、これらの典型的な3つのIllness Trajectoryを考慮す

スライド4

方法
デザインとセッティング、サンプリング方法

- 質問紙調査を用いた混合研究法（収斂デザイン）
- 40歳以上75歳未満の成人患者
除外基準：認知症・中枢神経疾患により回答不可
- 内科系外来の予約患者からランダムサンプリング

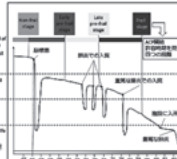
日本	台湾
白河厚生総合病院 淀さんせん会金井病院 亀田総合病院 総合医療センター成田病院 1セット：連続5外来日 各病院1セットで調査。	国立台湾大学病院家庭医療学科 台北市立病院 1セット：連続5外来日 各病院2セットで調査。

4

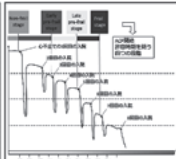
スライド5

方法
シナリオによる三種類の質問紙の作成と翻訳

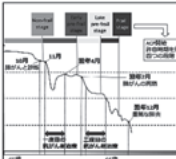
異なるIllness Trajectoryに基づく
三つのシナリオ (Murray SA et al. 2005)



シナリオ 1
脳梗塞



シナリオ 2
心不全



シナリオ 3
肺がん

作成	1：シナリオ原案作成、専門医（6名）にインタビュー 2：質問紙を提示し、患者（7名）にインタビュー 3：パイロットテスト（21名）
翻訳	順翻訳 + 逆翻訳 → 台湾語訳版の完成

5

ることで、汎用性の高いACP許容病期を見いだすことができると考えました。

そこで、異なる Illness Trajectory に基づく脳梗塞、心不全、肺がんの3つのシナリオを作成し、それらのシナリオに基づく3種類の日本語の質問紙を開発しました。さらに翻訳を行い、台湾語版を開発しました。

【スライド6】

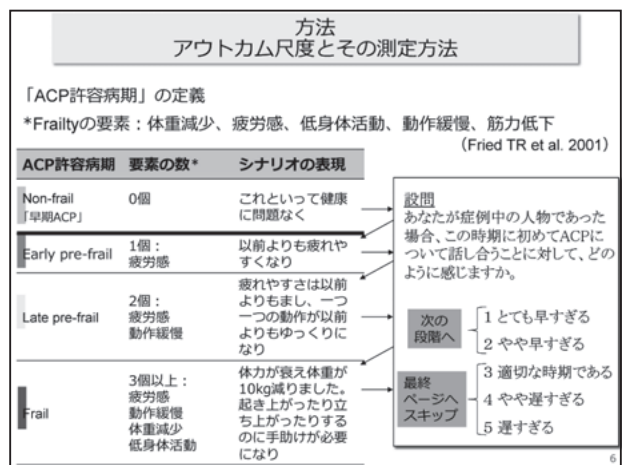
ACP 許容病期の定義です。

Fried等の研究による Frailty の5つの要素を用いて、要素の数によって、Non-frail、Early pre-frail、Late pre-frail、Frail の4段階を定義しました。

回答者等は、このシナリオを読み進める中で、各段階において『あなたが症例中の人物であった場合、この時期に初めてACPについて話し合うことに対して、どのように感じますか』という問いに、繰り返し回答します。

回答者が『適切な時期である』、『やや遅すぎる』、『遅すぎる』を選択した最も早い段階を、ACP 許容病期と定義しました。さらに、Non-frail 段階におけるACPを早期ACPと定義し、二値変数化しました。

スライド6



【スライド7】

解析方法です。

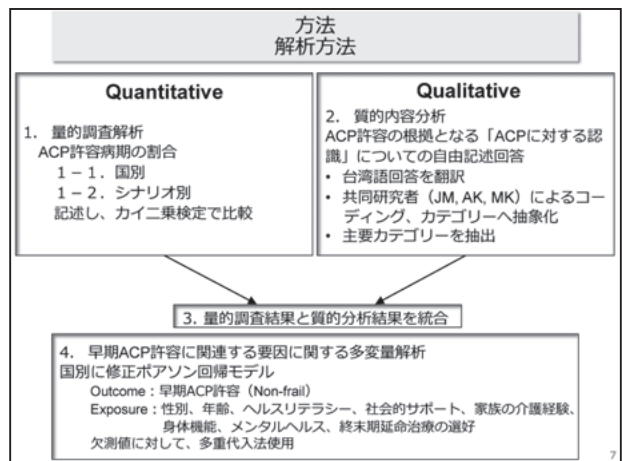
まず、ACP 許容病期の割合を国別、シナリオ別に記述し、カイ二乗検定で比較しました。

ACP に対する認識についての自由記述回答を、質的内容分析の手法を用いて解析し、カテゴリーを抽出しました。

さらに量的調査結果と質的分析結果を統合しております。

そして、補足的な解析として、修正ポアソン回帰モデルを用いて早期ACP 許容に関連する要因を同定しました。

スライド7



【スライド8】

結果です。

日本から366名、台湾から335名の回答を得ました。

台湾の回答者のほうが若く、女性が多く、ヘルスリテラシーが高く、身体機能が高いという結果でした。

【スライド9】

国別のACP許容病期の割合を示します。

濃いグレーの部分で早期ACPを示しています。台湾の回答者のほうが、日本の回答者に比べて、有意に早期ACP許容割合が高いという結果でした。

さらに、Early pre-frail段階までのACP許容割合、つまり濃いグレーと黒を足した合計ですが、両国とも90%を高く上回っている結果でした。

【スライド10】

質的内容分析の結果を示します。

4つのカテゴリーが抽出されました。

『転ばぬ先の杖』のカテゴリーは、将来の疾病に備えて意思を伝えることは重要であるという認識を示し、両国とも60%を超える回答者に言及されました。

『終末期の具体的なイメージが不可欠』のカテゴリーは、終末期を具体的にイメージできるようになるまではACPの話し合いは難しいという認識を示し、両国とも20%弱の患者が言及しました。

『必然の終末期と向き合う』は、死は避けられないことなので終末期の治療選択について常日頃考えることは当然であるという認識を示し、台湾の患者において有意に多く言及されました。

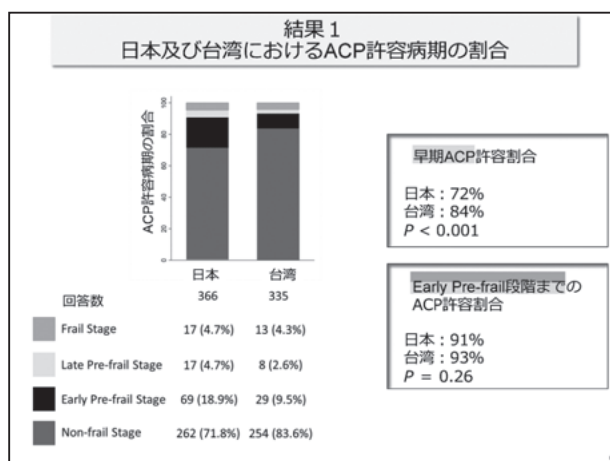
『医療者主導の話し合い』は、医療者がACPの話し合いを開始するならそれを受け入れることに抵抗はないという認識を示し、日本の患者において有意に多く言及されました。

スライド8

結果 日本及び台湾における各質問紙の回答者特性						
特性	日本 N = 366 (回答率80%)			台湾 N = 335 (回答率72%)		
	脳梗塞	心不全	肺がん	脳梗塞	心不全	肺がん
回答数	123	124	119	111	113	111
年齢, 平均(SD)	62.5 (8.6)	64.0 (8.1)	61.5 (9.2)	56.2 (9.5)	54.9 (8.7)	56.0 (8.7)
女性, n (%)	69 (56)	66 (53)	55 (46)	91 (82)	89 (79)	92 (83)
ヘルスリテラシー ^a , 平均(SD)	32 (8.6)	34 (9.7)	34 (8.8)	41 (7.3)	42 (7.6)	42 (7.6)
社会的サポート ^b , 平均(SD)	70 (24)	64 (28)	66 (26)	61 (26)	67 (27)	60 (27)
身体機能 ^c , 平均 (SD)	82 (26)	82 (25)	84 (29)	95 (11)	92 (18)	92 (18)
メンタルヘルス ^d , 平均 (SD)	71 (19)	69 (19)	71 (20)	72 (21)	72 (21)	68 (22)
家族の介護経験, n (%)	58 (48)	51 (41)	57 (49)	62 (56)	54 (48)	66 (59)

^a EU-HLS-16尺度; ^b 修正MOS-SS尺度; ^c PF12, physical functioning subscale of SF-12 (the 12-Item Short Form Survey); ^d MH12, mental health subscale of SF-12

スライド9



スライド10

結果2 ACP許容の根拠となるACPに対する認識 質的内容分析					
カテゴリー	日本		台湾		P値*
	N	(%)	N	(%)	
転ばぬ先の杖	161	(63)	162	(60)	0.43
終末期の具体的なイメージが不可欠	45	(18)	49	(18)	0.90
必然の終末期と向き合う	12	(5)	48	(18)	<0.001
医療者主導の話し合い	52	(20)	27	(10)	0.001

*日本と台湾における各カテゴリーの回答者の割合をカイ二乗検定

【スライド11】

各カテゴリーに言及した患者における早期ACP許容割合を示します。

『終末期の具体的なイメージが不可欠』に言及した患者における早期ACP許容割合は他のカテゴリーに比べて非常に低い、という結果でした。

【スライド12】

最後に、早期ACP許容に関連する要因を修正ポアソン回帰モデルを用いて解析しました。

特筆すべき要因として年齢要因を挙げます。日本のモデルにおいては高齢者ほど早期ACPを望まない、という結果であったのに対し、台湾では高齢者ほど早期ACPを望む、という逆転した結果でした。

下のグラフは、国別・年齢ごとの早期ACP許容割合を示します。

グラフから、台湾の高齢者において非常に高い早期ACP許容割合が見て取れます。年齢要因以外では、日本のモデルでは有意な結果になったものはありませんでした。台湾では濃厚な社会的サポート、低いメンタルヘルスが、早期ACP許容に関連していることが分かりました。

【スライド13】

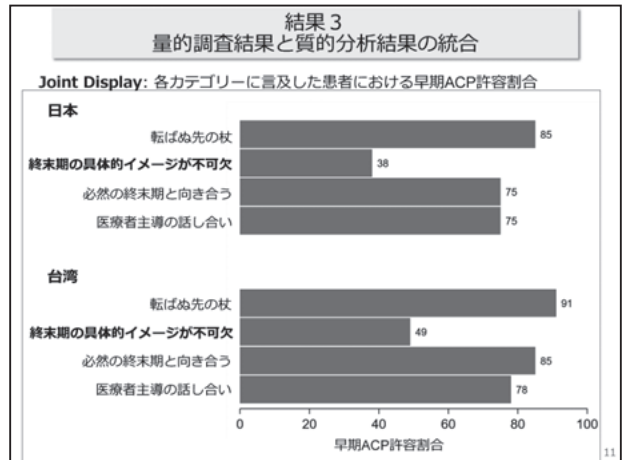
考察に移ります。

日本と台湾、両国の90%の患者において、early pre-frail段階までのACP開始を許容していることが分かりました。

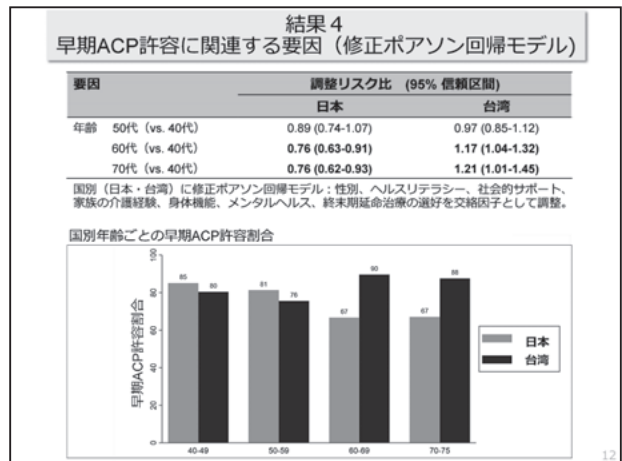
さらに60%を超える患者が『転ばぬ先の杖』としてのACPを認識していることが分かりました。

一方で20%弱の患者は、終末期の具体的なイメージがないとACPの話し合いができない、と回答しており、早

スライド 11



スライド 12



スライド 13

考察
日本と台湾におけるACP開始に関する共通点と相違点

- 日本、台湾の両国の共通点として
 - ✓90%の患者: 「early pre-frail」段階までのACP開始を許容。
 - ✓60%を超える患者: 「転ばぬ先の杖」としてのACP認識。
 - ✓20%弱の患者: 「終末期の具体的なイメージ」がACP話し合いに不可欠。早期ACPを選択しない傾向。
- 台湾では、日本よりも多くの患者が早期ACPを許容。台湾の高齢者の非常に高い早期ACP許容割合
 - 先行研究
 - ✓自然死法が、台湾の高齢者の終末期の希望を実現
 - ✓台湾の高齢者の意思決定に関する自律性の高まり (Chiu T-Y. 2009; Morita T 2015)
- 日本では、台湾よりも受動的な姿勢。医療者主導のACPの話し合いを望む
 - 先行研究
 - ✓「遠慮」の文化が日本の高齢者の終末期の治療選択に影響 (Bito S. 2007; Yamaguchi S. 2015)

期ACPを選択しない傾向がありました。

日本と台湾の相違点ですが、台湾では、日本より多くの患者が早期ACPを許容していました。台湾の高齢者の非常に高い早期ACP許容割合が、この結果に寄与していると考えられます。自然死法の制定により、台湾の高齢者の意思決定に関する自律性が高まっているという報告があり、本研究は先行研究を裏付ける結果でした。

日本では、医療者主導のACPの話し合いを望む、という台湾よりも受動的な姿勢が浮かび上がりました。「遠慮」の文化が、日本の高齢者の終末期の治療選択に影響を及ぼすという先行研究があり、この点においても本研究は先行研究を裏付ける結果でした。

【スライド14】

結論です。

多くの患者は、Frailty要素を一つでも認めたとき、ACPの話し合い開始を許容することが分かりました。患者の病状認識に配慮しながら、医療者が主導して話し合いを進めていくことが望ましいと考えられます。

さらに、台湾のように、日本においても法整備を行うことによって、日本の高齢者がACPに対してより積極的な姿勢を持つ可能性があると考えられます。

早期ACPの関連要因や、ACPに対する認識を考慮することで、各国の文化に適したACP促進プログラムの開発ができるのではないかと考えられます。

スライド 14

結論/まとめ

- 多くの患者は、Frailtyの要素を一つでも認めた時、ACPの話し合い開始を許容する。
患者の病状認識に配慮しながら、医療者が主導して話し合いをすすめていくことが望ましい。
- 法整備によって、日本の高齢者がACPに対してより積極的な姿勢をもつ可能性がある。
- 各国の文化に適したACP促進プログラムの開発が必要。

14

質疑応答

会場： 台湾の法整備というお話ですが、なぜ台湾で自然死法ができたのか。既にもうACPに対する許容…高齢だから死ぬのは仕方ないということを受け入れている文化があって、それを支えるための法整備なのか、それとも無駄な医療は必要ないという背景が何かあって法整備ができたのか、どちらなのでしょう。

宮下： 私も、そこまで詳しくないのですが、何回か台湾を訪れていろいろ話した中では、やはり90年代のアメリカのPatient Determination Actがモデルになって、医療費

の削減などの意味合いが強かったと思われませんが、その後、医療者からの啓蒙活動がかなり強く行われて、台湾においては非常にそれが浸透してきているような印象があります。

会場：なるほど。そうすると、先生としては、法整備はどう位置付けられるのでしょうか。日本にそういう自然死法的なものが突然入ったときに、医療従事者それから患者さんは受け入れられるかどうかというのはいかがでしょうか。

宮下：今回の研究結果からも分かるように、かなり多くの患者さんが早くから終末期の医療についての知識を求めているなどというのが実感で、それに対して医療者は応えられていないという実感があります。なので、まずは医療者がそういうことを認識することが非常に大切だと思いますし、それを後押しする法整備があってもいいのではないかな、と。そうすることによって、一気に高齢者に対して関心が広まっていくと考えられます。

会場：分かりました。どうもありがとうございました。

会場：聞き逃したかもしれないので、教えてほしいのですけれども、脳梗塞・心不全・肺がんの3つのシナリオで聞かれていて、その3群で、抄録だと、結構、日本はがんのほうを受け入れが高いけれども、それ以外は60%台だと。そこら辺で他の分析で差がありましたでしょうか。

宮下：すみません。今回時間の関係で、シナリオ別を出すことはできなかったのですが、シナリオ別では、やはりがんの、いわゆる最期に一気に下がる Illness Trajectory のシナリオの場合のほうが早期ACPを望むということは、台湾においても日本においても、両者とも同じ傾向にありました。

会場：私は膵臓がんをやっている外科医ですのでこういう話をするのですが、膵臓がんという病気は非常に予後が悪いこともあって、治療の開始の時点で既にどういう終末を迎えるかまで全て話してしまうのですが、それはACPに当たるのかどうかというのが、ちょっと分からない。どこからをもってACPと言うのか。ターミナルケアという言葉をやと使わないアドバンスドケアプランニングなので、「前もって」であればいつから始めてもいいということだと思い、治療の開始の時点からそういうことを話しているのです。それを含めると、先生がされた調査というのは一定程度がんや病気が進んでいる人に、治療の話とケアプランニングの話は別なものだとして調査されているのか、それとも、治療の最初からそういう話がされているものとして調査されているのか、どちらでしょうか。

宮下：アドバンスドケアプランニングは定義が非常に広いので、今回の研究に関しては、不可逆的な意識障害や、いわゆる本当に終末期で予後が短くなったときに、その

延命治療…挿管とか人工呼吸器装着、心肺蘇生、あるいは経管栄養の、その辺の内容をシナリオの前に書かせていただいて、「そういったことを延命治療とします」として、「その延命治療を望むか望まないかという話し合いを切り出されたときに、あなたはどう思いますか」ということをシナリオの中で聞いていくのです。

がんのシナリオは肺がんが今回モデルだったのですが、ちょっと息切れが出てきた、まだ肺がんと診断されてない前、その後診断されました、1回目の化学療法を始めて、2回目の化学療法を始めて、という感じでだんだんと落ちていく中で、どの段階からその話は始めたらいいですか、と。そういうことで、診断されることから、やはりそういう話し合いをしたほうがいいという結論でした。