

## 人生の最終段階における医療について話し合うことに関連する要因 —一般国民に対する意識調査の二次解析より—

研究代表者：田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 教授  
研究協力者：羽成恭子 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学  
研究分担者：濱野淳 筑波大学医学医療系 講師

### 研究要旨

アドバンスケアプランニングの一つの要素である、希望する将来の医療ケア等の“話し合い”を促進する要因に関しては、主に患者-医療者間において研究されており、一般国民における家族等の身近な人と話し合いを行うことに関連する要因は、明らかとはなっていない。一般国民に対し実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の二次解析から、人生の最終段階における医療や療養を家族等と話し合いをすることに 関連する要因を調査した。全対象者における多変量解析に加え、年齢 65 歳で層別化をして関連要因を検討した。男性であることは、全年齢を通して話し合いをすることと有意に負の関連が認められた。65 歳以上では、かかりつけ医があること、過去 5 年以内に病気やけがによる病院での介護経験があることが有意に正の関連が認められた。一方 65 歳未満では、かかりつけ医があることと話し合いをすることには有意な関連は認められず、配偶者と同居していること、過去 5 年以内に病気やけがによる在宅での介護経験があることが、有意に話し合いをもつことと正の関連が認められた。医療介護関係者が、希望する将来の医療ケア等の話し合いを患者と進める際には、対象者の年齢・性別・同居者の情報・過去の介護経験などを認識することが、その後の話し合いを実施するにあたり有用な情報となると考えられる。

#### A. 研究目的

アドバンスケアプランニングは、年齢・健康状態に関わらず、個々人の価値観、人生のゴール、将来の医療ケアに関する好みを理解し共有することで、成人を支援するプロセスと定義されている<sup>1</sup>。過去のランダム化比較試験を含む研究で、アドバンスケアプランニングは、人生の最終段階におけるケアや、患者・家族の満足度を改善する等の利点が指摘されている<sup>2</sup>。アドバンスケアプランニングは3つの構成要素（考えること・話し合いを行うこと・書面の作成）から成り<sup>3</sup>、話し合いを行うことに関しては、これまで主に患者-医療者間における話し合いの促進関連要因が研究されてきた<sup>4,5</sup>。一方、一般国民のレベルで、個々人が家族等の

身近な人と将来の医療ケアに関する好み等の話し合いを行うことに 焦点をおいた研究は乏しく、身近な人と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要因は明らかにはなっていない。

2017 年 12 月に実施された一般国民を対象とした「人生の最終段階における医療に関する意識調査」において、厚生労働省は、人生の最終段階における医療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かを問い、詳しく話し合っている・もしくは一応話し合っていると回答した割合は約 40%と公表している<sup>6</sup>。話し合いを行っているとは回答した一般国民は、どのような背景や要因を有しているのかを調査することは、今後医療介護提供者が患者とアドバンスケアプランニ

ングを進めていく際の参考になると共に、より介入的に話し合いを進める必要がある対象者を明らかにする可能性がある。

そこで、本研究の目的は、人生の最終段階における医療に関して、家族等身近な人と話し合いをすることに関連する要因を明らかにすることとした。

## B. 研究方法

本研究は2017年12月に厚生労働省により実施された一般国民を対象とした無記名式自記式アンケート調査「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の二次解析である。なお、調査票は全国の20歳以上の男女から層化二段階無作為抽出で抽出された一般国民6000人に郵送で配布され、973人から回収されている（回収率16.2%）。

研究班は、厚生労働省より先の調査データを、回答者の個人が同定されない形式で授受され、解析に用いた。

意識調査票の一般国民票に含まれる「あなたの死が近い場合に受きたい医療・療養や受たくない医療・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」という調査項目において、「詳しく話し合っている」もしくは「一応話し合っている」と回答した人を「話し合いあり」、「話し合ったことはない」と回答した人を「話し合いなし」として、話し合いがあることと関連する要因を統計学的手法を用いて検討した。なお、関連する要因は、同調査票に含まれるフェースシートの情報を用いた。無回答などにより情報が欠損している回答者は、解析対象から除外した。

解析にはStataを用い、単純な2群間比較にはカイ2乗検定・Fisherの正確確立検定を、多変量解析には多重ロジスティック回帰分析を行い、モデル適合度はHosmer-Lemeshowテストを用いた。P<0.05を有意差ありとした。なお、解析対象者全体での分析に加えて、65歳で層別化した分析も行った。

倫理的配慮として、厚生労働省からの

データ二次利用に関しては、筑波大学倫理審査委員会の審査による承認の上、実施とした。

## C. 研究結果

調査票に回答のあった973人のうち、情報欠損があるデータは除外し、最終的に二次解析対象となったのは822人であった（有効回答率13.7%）。

解析対象者の基本属性（Table1）は、男性460人（56.0%）、60歳以上421人（51.2%）、同居者がいるのは689人（83.8%）であった。同居者（複数回答）に関しては、配偶者と回答した552人が最も多く、息子251人、娘206人が続いた。

調査項目「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」に対し、「考えたことがある」と回答したのは506人（61.6%）で、「あなたの死が近い場合に

Table1 対象者の基本属性

	解析対象者(n=822)	
	n(人)	%
性別	男性	460 56.0
	女性	362 44.0
年齢	20-29	38 4.6
	30-39	98 11.9
	40-49	138 16.8
	50-59	127 15.5
	60-69	166 20.2
	70-79	163 19.8
	>80	92 11.2
同居者	あり	689 83.8
最終学歴	中学校	88 10.7
	高校	276 33.6
	短期大学・専門学校	164 19.9
	大学・大学院	294 35.8
かかりつけ医	あり	348 42.3
5年以内の介護経験	あり	303 36.9
5年以内の身近で大切な人の死	あり	346 42.1
*考えたこと	あり	506 61.6
*話し合ったこと	あり	343 41.7

※人生の最終段階における医療・療養について

受けない医療・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」に対し、「話し合いあり」と回答したのは343人(41.7%)であった。

話し合いをした相手(複数回答)としては、家族・親族と回答した人が最多322人(93.9%)で、医療者と回答した人は15人(4.4%)であった。なお、「話し合いあり」と回答した人に、話し合いのきっかけとなった出来事(複数回答)を問うと、家族等の病気や死307人(89.5%)、自分の病気306人(89.2%)と回答した人がほぼ同数であった。

身近で大切な人の死を最近5年以内に経験した人のうち、151人(43.6%)がその死において心残りがあると回答した。

解析対象者全員における単変量解析の結果、女性( $p=0.000$ )、65歳以上( $p=0.000$ )、かかりつけ医を持っている( $p=0.000$ )、人生の最終段階の医療について考えたことがある( $p=0.000$ )、過去5年以内の病院での介護経験がある( $p=0.000$ )、過去5年以内の自宅での介護経験がある( $p=0.001$ )、身近で大切な人の死を経験したことがある( $p=0.017$ )、過去5年以内の身近で大切な人の死において心残りがある( $p=0.000$ )は、「話し合いなし」と比較すると「話し合いあり」の割合が有意に多かった。一方、父母との同居( $p=0.025$ )、息子との同居( $p=0.001$ )、娘との同居( $p=0.034$ )があると「話し合いあり」が有意に少なかった(Table2)。単変量解析を65歳で層別化して実施すると、65歳以上・未満いずれの層においても、女性、人生の最終段階の医療について考えたことがある、過去5年以内の病院での介護経験がある、過去5年以内の身近で大切な人の死において心残りがある場合には、「話し合いなし」と比較すると「話し合いあり」の割合が有意に多かった。また、65歳以上の層では、かかりつけ医をもっている場合( $p=0.003$ )には、「話し合いなし」と比較すると「話し合いあり」の割合が有意に多かった。

これらの変数を考慮し解析対象者全員

に多重ロジスティックス解析を行うと、人生の最終段階の医療や介護に関する希望をについて家族等と話し合うことは、年齢を重ねること(Odds Ratio (OR): 1.28; 95% confidence interval (CI): 1.14-1.44)、最終学歴が短大・専門学校以上であること(OR: 1.56; CI: 1.10-2.20)、配偶者と同居していること(OR: 1.48; CI: 1.05-2.10)、過去5年以内の病院での介護経験があること(OR: 1.95; CI: 1.35-2.82)とは正の関連が認められ、男性(OR: 0.41; CI: 0.30-0.56)、息子と同居(OR: 0.59; CI: 0.42-0.85)とは負の関連が認められた(Table3)。65歳で層別化すると(Table3)、65歳以上でも未満でも、男性は話し合いをすることと負の関連が認められた。65歳以上の場合、かかりつけ医がいることは、話し合いをすることと正の関連が認められるが、65歳未満では、有意な関連は認められていない。また、65歳以上の場合と未満の場合では、誰と同居しているかによって、話し合いと関連する要因は異なる。加えて、大切な人の病気やけがによる介護を経験している場合に、65歳以上では入院での介護経験が、65歳未満では在宅での介護経験が、それぞれ話し合いをすることと正の関連が認められた。なお、過去5年以内の看取り経験における心残りの有無は、話し合いをすることに関連する要因とはならなかった。

#### D. 考察

人生の最終段階における医療に関して、家族等身近な人と話し合いをすることに関連する要因を明らかにすることを目的に、一般国民に実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の二次解析を行った。

厚生労働省による「人生の最終段階における医療に関する意識調査」は5年毎に実施されており、今回の調査では、死が近い場合に受けない医療・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「話し合いあり」と回答した割合は前回の同調査と変化は認め

Table2 「話し合いあり」に関連する要因分析(単解析)

		全年齢層 n=822			65歳以上 n=357			65歳未満 n=465		
		話し合いあり n=343		Chi-squared test	話し合いあり n=184		Chi-squared test	話し合いあり n=159		Chi-squared test
		n(人)	%		n(人)	%		n(人)	%	
性別	男性	157	34.1	<b>p=0.000</b>	96	45.7	<b>p=0.008</b>	61	24.4	<b>p=0.000</b>
	女性	186	51.4		88	59.9		98	45.6	
65歳	以上	184	51.5	<b>p=0.000</b>	-	-	-	-	-	-
	以下	159	34.2		-	-		-	-	
最終学歴 短大・専門学校・大学	以上	190	41.5	p=0.874	65	57.0	p=0.156	125	36.3	p=0.100
	以下	153	42.0		119	49.0		34	28.1	
かかりつけ医	あり	177	50.9	<b>p=0.000</b>	140	56.9	<b>p=0.003</b>	37	36.3	p=0.616
	なし	166	35.0		44	39.6		122	33.6	
人生の最終段階の医療について考えたこと	あり	300	59.3	<b>p=0.000</b>	156	71.6	<b>p=0.000</b>	144	50.0	<b>p=0.000</b>
	なし	43	13.6		28	20.1		15	8.5	
配偶者との同居	あり	238	43.1	p=0.248	127	51.8	p=0.868	111	36.2	p=0.214
	なし	105	38.9		57	50.9		48	30.4	
父母との同居	あり	31	31.3	<b>p=0.025</b>	0	0.0	<b>p=0.006</b> (Fisher)	31	33.7	p=1.000 (Fisher)
	なし	312	43.1		184	52.6		128	34.3	
息子との同居	あり	83	33.1	<b>p=0.001</b>	41	43.6	p=0.073	42	26.7	<b>p=0.017</b> (Fisher)
	なし	260	45.5		143	54.4		117	38.0	
娘との同居	あり	73	35.4	<b>p=0.034</b>	18	36.7	<b>p=0.031</b> (Fisher)	55	35.0	p=0.836 (Fisher)
	なし	270	43.8		166	53.9		104	33.8	
息子の妻と同居	あり	19	46.3	p=0.626 (Fisher)	15	45.4	p=0.472 (Fisher)	4	50.0	p=0.454 (Fisher)
	なし	324	41.5		169	52.2		155	33.9	
娘の夫と同居	あり	6	54.5	p=0.540 (Fisher)	6	60.0	p=0.752 (Fisher)	0	0.0	p=1.000 (Fisher)
	なし	337	41.5		178	51.3		159	34.3	
5年以内の大切な人の病気やけがによる病院での介護	あり	117	57.3	<b>p=0.000</b>	65	69.1	<b>p=0.000</b>	52	47.3	<b>p=0.001</b>
	なし	226	36.6		119	45.2		107	30.1	
5年以内の大切な人の病気やけがによる介護施設での介護	あり	53	49.1	p=0.097	21	51.2	p=0.965	32	47.8	<b>p=0.011</b>
	なし	290	40.6		163	51.6		127	31.9	
5年以内の大切な人の病気やけがによる自宅での介護	あり	56	57.1	<b>p=0.001</b>	27	57.4	p=0.385	29	56.9	<b>p=0.000</b>
	なし	287	39.6		157	50.6		130	31.4	
5年以内の大切な人との死別	あり	161	46.5	<b>p=0.017</b>	82	53.3	p=0.574	79	41.2	<b>p=0.008</b>
	なし	182	38.2		102	50.3		80	29.3	
5年以内の大切な人との死別において心残り	あり	84	55.6	<b>p=0.000</b>	41	67.2	<b>p=0.007</b>	43	47.8	<b>p=0.002</b>
	なし	259	38.6		143	48.3		116	30.9	

Table3 「話し合いあり」に関連する要因(多重ロジスティック回帰分析)

	全年齢層 <sup>※1</sup> n=822(人)		65歳以上 <sup>※2</sup> n=357(人)		65歳未満 <sup>※3</sup> n=465(人)	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
性別(男性)	0.41	0.30-0.56	0.47	0.29-0.76	0.37	0.25-0.57
年齢(連続変数)	1.28	1.14-1.44	-	-	-	-
教育歴(短大・専門学校・大学以上)	1.56	1.10-2.20	1.60	0.95-2.67	1.54	0.94-2.52
かかりつけ医あり	1.30	0.91-1.85	2.44	1.47-4.08	0.83	0.49-1.40
配偶者と同居あり	1.48	1.05-2.10	1.30	0.77-2.18	1.97	1.17-3.31
父母と同居あり	0.75	0.45-1.27	-	-	0.88	0.50-1.55
息子と同居あり	0.59	0.42-0.85	0.77	0.46-1.30	0.48	0.30-0.77
娘と同居あり	0.79	0.54-1.16	0.47	0.24-0.92	0.98	0.61-1.58
息子の妻と同居あり	1.36	0.66-2.78	-	-	2.80	0.61-12.83
娘の夫と同居あり	1.14	0.30-4.27	-	-	-	-
大切な人の病気やけがによる介護 病院で経験あり	1.95	1.35-2.82	2.78	1.57-4.91	1.56	0.94-2.60
大切な人の病気やけがによる介護 施設入所で経験あり	1.10	0.69-1.76	0.90	0.43-1.89	1.32	0.70-2.48
大切な人の病気やけがによる介護 在宅で経験あり	1.58	0.97-2.57	1.24	0.61-2.55	2.44	1.24-4.80
5年以内の看取り経験 において心残りあり	1.49	0.98-2.28	1.75	0.91-3.40	1.5	0.85-2.67
5年以内の看取り経験 において心残りなし	0.77	0.52-1.14	0.61	0.34-1.10	1.05	0.61-1.81

OR: Odds Ratio 95%CI: 95% confidence interval

※1 R<sup>2</sup>=0.1128 Hosmer-Lemeshow chi2(8)=11.97 Prob>chi2=0.1527※2 R<sup>2</sup>=0.1085 Hosmer-Lemeshow chi2(8)=1.66 Prob>chi2=0.9897※3 R<sup>2</sup>=0.1034 Hosmer-Lemeshow chi2(8)=6.59 Prob>chi2=0.5817

なかった<sup>7)</sup>。

「話し合いあり」の場合に、話し合いの相手として家族を選択した者の割合は9割を超え、本調査データを用いた解析により、家族内での話し合いをすることに関する理解を深めることが可能であると考えられる。

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「話し合いあり」の場合、年齢を重ねることは、正の関連性が認められた。また、話し合いのきっかけとなった出来事が、家族等の病気や死、自分の病気と回答した人が主だったことも加味すると、死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養を、自身が身近なこととして意識するような実体験が、話し合いをすることと関連していると考えることができる。加えて、経験する場所の違いはあるものの、過去5年以内の介護経験も、家族等と話し合いをすることと正の関連があり、この介護

経験というものも、死が近い場合に受けたい医療・療養を考える身近な実体験であると考えることができる。

同居している家族に焦点をあてると、全年齢を対象とした解析もしくは、65歳未満に層別化した際に、配偶者がいることは、話し合いがなされることと正の関連がみられたが、息子や娘と同居していることは、話し合いがなされることと負の関連が指摘された。これに関しては、考えられる理由を、先行研究などを参考に、今後考察していこうと思っている。

一方、かかりつけ医は、特に65歳以上に層別化すると、話し合いと正の関連が得られており、65歳以上では、同居の家族よりも、かかりつけ医が人生の最終段階における医療や介護の話し合いを促進する役割を担っている可能性があると考えられる。

臨床の現場において、死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医

療・療養についての会話を医療介護関係者が患者と行う際には、会話をする対象者の性別・年齢や同居する家族構成、これまでの介護経験の有無について情報を得ることは、対象者の家族も含めた話し合いを進める上で参考になると考えられる。今回の解析結果からは、例えば、若い男性で、配偶者がいない、もしくは配偶者と同居しておらず、介護経験がないような場合には、家族等身近な人と死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養についての会話が進められていない可能性を念頭に、丁寧な状況把握や、医療介護提供者が話し合いを促進的に行うなど、きめ細かい話し合いのサポートが必要となる可能性がある。

今回の調査の最大の限界は、調査票の回収率が低いことである。なお、調査票は、全国の20歳以上の男女から層化二段階無作為抽出で抽出された一般国民に対し郵送されたが、回収された調査票の地域によるばらつきまでは把握できていない。また、調査票に含まれていない項目に関しては、話し合いとの関連性を議論することができない。

このような限界を考慮しても、先行研究では、一般国民レベルにおいて、個々人が、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と話し合うことに関連する要因を調査されていないため、本研究は、臨床現場での話し合いや、類似の研究を進めていく上での一助となると考える。

#### E. 結論

本研究においては、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「話し合いあり」の場合、自身がそれらを身近なこととして意識するような実体験に結びつく項目が関連する要因として考えられた。また、65歳以上の場合、かかりつけ医が話し合いを促進する役割を担っている可能性がある。医療介護関係者が、先のような話し合いを進める際には、対象者の年齢・性別・同居者の情報・

過去の介護経験の有無についても情報を得ることが、その後の話し合いを実施するにあたり有用と考えられる。

#### F. 健康危険情報

特記なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

#### 参考文献

1. Rebecca L. Sudore, Hillary D. Lum, John J. You, et al: Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. *J Pain Symptom Management*, 2017; 53: 821-833,
2. Karen M Detering, Andrew D Hancock, Michael C Reade, et al: The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomized controlled trial. *BMJ*, 2010; 340: c1345
3. Rebecca L. Sudore, Adam D. Schickedanz, C. Seth Landefeld, et al: Engagement in multiple steps of the advance care planning process: a descriptive study of diverse older adults. *JAGS* 2008; 56: 1006-1013,
4. Kathryn Almack, Karen Cox, Nima Moghaddam, et al: After you: conversations between patients and healthcare professionals in planning for end of life care. *BMC Palliat Care* 2012; 11: 15

5. Shoaib Fakhri, Ruthe A. Engelberg, Lois Downey, et al: Factors affecting patient' s preferences for and actual discussions about end-of-life care. J Pain Symptom Manage. 2016;52: 386-394.
6. 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 3 月  
[http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo\\_a\\_h29.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf)
7. 人生の最終段階における医療に関する意識調査 平成 26 年 3 月  
[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847\\_3.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf)

謝辞 :

本研究のデータ分析にあたっては、筑波大学筑波大学理工学群社会工学類 経営工学主専攻 4 年 佐々木健佑さんにご協力を頂いた。