

人生の最終段階に希望する医療や療養に関して
家族等との話し合いに関連する要因
-一般国民に対する意識調査の解析より-

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専攻 博士課程
研究協力者 井上恵 ジョージメイソン大学ソーシャルワーク 助教授
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター センター長

研究要旨

アドバンスケアプランニング (ACP) は事前指示書の作成率を上げ、人生の最終段階に関する話し合いを促進し、本人が希望するケアと提供されるケアが一致するようになることが示されており、日本においては 2016 年度より「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」が全国で開催されるなど、医療介護提供者が ACP に基づいて患者の希望に沿った人生の最終段階の医療や介護を提供できるような働きかけが進んでいる。また、厚生労働省は 2018 年 11 月に ACP の日本語愛称を“人生会議”と決定し、その普及に力を入れており、今後は国民からのニーズが高まることが予想される。しかし、ACP の 3 つのプロセス (考えること・話し合うこと・文章に記載すること) のうち、話し合うことに関して、厚生労働省実施の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」等の結果から、この 15 年間“話し合いをしたことがある”と回答する割合は約 40%のまま推移している。

そこで本研究は、人生の最終段階に希望する医療や療養に関して、家族等との話し合いに関連する要因を明らかにすることで、今後、このような話し合いがより実施されるようになるための課題や提言を得ることを目的とし、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」データの解析を行った。

その結果、全解析対象者において、人生の最終段階に希望する医療や療養に関して家族等と話し合うことは、年齢を重ねること、最終学歴が短大・専門学校以上であること、配偶者と同居していること、および過去 5 年以内の病院での介護経験があることと正の関連が認められた。一方、男性および息子と同居していることとは負の関連が認められた。65 歳以上の解析対象者では、かかりつけ医がいることは、話し合いと正の関連が示された。

これらの結果から、特に病院に勤務している医療介護提供者は、患者本人のみならず、患者の介護を担っている家族が、入院という経験をきっかけにして自身の将来の希望する医療やケアを考え、話し合いをしている可能性があることを念頭においた診療をすることが求められる。そして今後、若い人や男性に、このような話し合いの重要性を伝えると共に、具体的な方法等の情報提供が必要と考えられる。また、特に 65 歳以上の国民におけるこのような話し合いには、かかりつけ医の役割も大きいと考えられ、

かかりつけ医がより効果的に人生の最終段階の医療に関する話し合いに関われるよう、研修等のアプローチの充実が重要であると考えられた。

A. 研究目的

アドバンスケアプランニング (以下 ACP) 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¹⁾。過去のシステマティックレビュー・メタ解析から、ACP は事前指示書の作成率を上げ、人生の最終段階に関する話し合いを促進し、本人が希望するケアと提供されるケアが一致するようになることが示されており²⁾、日本においては 2016 年度より「人生の最終段階における医療体制整備事業」の事業として「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」が全国で開催されるなど、医療介護提供者が ACP に基づいて患者の希望に沿った人生の最終段階の医療や介護を提供できるような働きかけが進んでいる。また、我が国においては、厚生労働省が 2018 年 11 月に ACP の日本語愛称を“人生会議”と決定し、その普及に力を入れている。これにより今後、国民レベルで ACP が普及され、そのニーズが高まることが予想される。

しかし、ACP の 3 つのプロセス (考えること・話し合うこと・文章に記載すること)³⁾のうち、話し合うことに関して、平成 20 年実施の「終末期医療に関する調査」⁴⁾および平成 25 年実施の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」⁵⁾では、国民の約 40%のみが“話し合ったことがある”と回答しており、平成 29 年度実施の一般国民を対象とした同調査⁶⁾でも、その割合に増加は認められていない。今後、このような話し合いを促進するために、話し合いを行っている一般国民がどのような要因を有しているのかを調査し、より介入的に ACP を進める必要がある対象者を明らかにすることは重要である。

そして日本人は、人生の最終段階の医療に関する話し合いにおいて、家族との **group-oriented decision making** を好み、治療方針決定の際には特に家族の役割が大きい⁷⁾ことを考慮した調査が必要である。しかし我が国において、一般国民の個々人が、家族等の身近な人と将来希望する医療や療養に関する話し合いを行うことに関連する要因に焦点をおいた研究は認められない。

そこで本研究は、人生の最終段階に希望する医療や療養に関して、家族等との話し合いに関連する要因を明らかにすることで、今後、このような話し合いがより実施されるようになるための課題や提言を得ることを目的とした。なおこれは、平成 29 年度分に報告した研究の分析を、より深め吟味したものである。

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」データの解析である。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・療養や受けたくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とどのくらい話し合ったことがありますか」という調査項目において、「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。また、話し合いを医療介護提供者のみとしたことがある人に関しては、今回の調査から除外した。

解析には Stata を使い、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。

(倫理面への配慮)

厚生労働省からのデータ利用に関しては、筑波大学倫理審査委員会の審査による承認の上、実施している。

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、最終的に解析対象となったのは 829 人であった (有効回答率 13.8%)。

解析対象者は (Table1)、男性 461 人 (55.6%)、65 歳以上 358 人 (43.2%)、同居者 (複数回答) に関しては、配偶者 559 人 (67.4%) と回答した人が最も多く、息子 255 人 (30.8%)、娘 208 人 (25.0%) が続いた。

全解析対象者のうち「話し合いあり」と回答したのは 338 人 (40.8%)、「話し合いなし」と回答したのは 491 人 (59.2%) であった。「話し合いあり」を選択した回答者のうち、話し合いをした相手(複数回答)は、家族・親族が 96.5%、親友は 15.7% であった。

単変量解析の結果 (Table1)、全解析対象者において「話し合いなし」と比較し「話し合いあり」の割合が有意に多かったのは、女性、65 歳以上、かかりつけ医がいること、息子と同居していないこと、過去 5 年以内の介護経験 (介護提供場所は問わない)、および過去 5 年以内に病院において死別経験があることであった。65 歳以上の解析対象者の分析では、「話し合いあり」の割合が有意に多かったのは、女性、かかりつけ医がいること、娘と同居していないこと、および過去 5 年以内に病院において介護経験があることであった。64 歳以下の解析対象者の分析では、女性、息子と同居していないこと、過去 5 年以内の介護経験 (介護提供場所は問わない)、および過去 5 年以内に病院において死別経験があることであった。

これらの変数を考慮し、多重ロジスティックス解析を行った結果を Table2 に示す。全解析対象者において、人生の最終段階に希望する医療や療養に関して家族等と話し合うことは、年齢を重ねること (Odds Ratio (OR): 1.26; 95% confidence interval(CI):1.12-1.41)、最終学歴が短大・専門学校以上であること (OR:1.45 ; CI : 1.03-2.04)、配偶者と同居していること (OR:1.61 ; CI : 1.15-2.27)、および過去 5 年以内の病院での介護経験があること (OR:1.82 ; CI : 1.25-2.64) と正の関連が認められた。一方、男性 (OR:0.41 ; CI : 0.30-0.55)、および息子と同居していること (OR:0.62 ; CI : 0.45-0.87) とは負の関連が認められた。65 歳以上の解析対象者では、かかりつけ医がいること (OR:2.54 ; CI : 1.53-4.24)、および過去 5 年以内の病院での介護経験があること (OR:2.66 ; CI : 1.51-4.66) は正の関連が認められ、男性 (OR:0.45 ; CI : 0.27-0.73)、および娘と同居していること (OR:0.46 ; CI : 0.24-0.91) は負の関連が認められた。64 歳以下の解析対象者では、配偶者と同居していること (OR:1.89 ; CI : 1.14-3.12) と正の関連が認

められたが、男性(OR:0.39 ; CI : 0.26-0.59)、および息子と同居していること (OR:0.52 ; CI : 0.33-0.83)は負の関連が認められた。

なお、過去5年以内の死別経験の有無は、その場所を問わず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

人生の最終段階に希望する医療や療養に関して、家族等身近な人との話し合いに関連する要因を明らかにするために、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」のデータ解析を行った。

今回の調査では、我々の知る過去の研究からは指摘されていない、過去5年以内の介護経験が、人生の最終段階に希望する医療や療養に関する話し合いを家族等と行うことと関連があることが示唆されたことは興味深い。特に介護提供の場所が病院であると、有意に話し合いと関連することが示された。病院は介護施設や自宅より医療的選択肢が多く、介護者にとっては患者の意思決定の全てもしくは一端を担っていた可能性が考えられ、このような経験が自身の将来希望する医療や療養を考えると、家族等と話し合いをすることにつながった可能性が考えられる。特に病院に勤務している医療介護提供者は、患者本人のみならず、患者の介護を担っている家族が、自身の将来の希望する医療やケアを考え、話し合いをしている可能性があることを念頭においた診療をすることが求められる。

一方で、今回の調査では死別経験と話し合いの有無の関連性は指摘できなかった。過去の死別経験が人生の最終段階に希望する医療や療養に関する話し合いと関連していることを示した文献⁸の結果とは異なった。死別経験の中には、療養や介護等の期間がなく、人生の最終段階の医療に関

する意思決定や選択をする時間がないまま死別となったケースも含まれていたことが考えられ、自身の将来希望する医療や療養を考えたり話し合ったりすることにはつながらなかった可能性がある。ただし、今回の調査は死別の状況に関する情報がないため、この結果を一般化して議論する際には注意が必要である。

また、人生の最終段階に希望する医療や療養に関して、家族等身近な人との話し合いには、年齢を重ねることと正の関連性が認められ、男性であることは負の関連を認めた。これは、諸外国における結果と矛盾しない結果であった^{9,10}。今後は、若い人や男性に、これら話し合いの重要性を伝えていくことや、具体的な方法等をわかりやすく情報提供していく必要が考えられる。

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。今後は、かかりつけ医がより効果的に人生の最終段階の医療に関する話し合いに関わるよう、研修等のアプローチの充実が重要であると考えられる。

一方、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示唆された。なぜこのような結果が得られたかは今回の調査からは検討することが難しいため、今後さらなる調査が必要と考えられる。

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。また、人生の最終段階に希望する医療や療養に関して、家族等身近な人との話し

合いをすることと介護経験との関連性が示唆されたが、具体的にどのような介護を行っていたのか、もしくは介護する場所が異なると、どのような要素が異なるかなどは、今回の調査からは把握することができない。今後より詳細な調査が必要であると考えられる。

E. 結論

特に病院に勤務している医療介護提供者は、患者本人のみならず、患者の介護を担っている家族が、入院という経験をきっかけにして自身の将来の希望する医療やケアを考え、話し合いをしている可能性があることを念頭においた診療をすることが求められる。

また、今後は、若い人や男性に、人生の最終段階に希望する医療や療養に関して話し合っておくことの重要性を伝えると共に、具体的な方法等をわかりやすく情報提供していく必要が考えられる。

そして、特に65歳以上の国民におけるこのような話し合いには、かかりつけ医の役割も大きいと考えられ、かかりつけ医がより効果的に人生の最終段階の医療に関する話し合いに関われるよう、研修等のアプローチの充実が重要であると考えられる。

F. 健康危険情報

特記なし

G. 研究発表

Kyoko Hanari, Joshua Gallagher, Nanako Tamiya: The factors associated with discussion of preferences for future medical treatment with their family in elderly people. Results from a national questionnaire survey of the general population in Japan.

The 6th Conference on Global Aging Tsukuba,

2018/7/7

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. Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage* 2017;53:821-32.e1.
2. Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ, Wouters EFM, Janssen DJA. Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association* 2014;15:477-89.
3. Sudore, R. L., Schickedanz, A. D., Landefeld, C.S., et al. Engagement in multiple steps of the advance care planning process: a descriptive study of diverse older adults. *J Am Geriatr Soc* 2008;56: 1006-13
4. 終末期医療のあり方に関する懇談会
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/s1027-12.html>
5. 平成24年度人生の最終段階における医療に関する意識調査
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002wehv.html>
6. 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会。人生の最終段

階における医療に関する意識調査報告書
平成 30 年 3 月

https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf

7. Bito S, Matsumura S, Singer MK, Meredith LS, Fukuhara S, Wenger NS. Acculturation and end-of-life decision making: comparison of Japanese and Japanese-American focus groups. *Bioethics* 2007;21:251-62.
8. Carr D, Khodyakov D. End-of-life health care planning among young-old adults: an assessment of psychosocial influences. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences* 2007;62:S135-41.
9. Teixeira AA, Hanvey L, Tayler C, Barwich D, Baxter S, Heyland DK. What do Canadians think of advanced care planning? Findings from an online opinion poll. *BMJ supportive & palliative care* 2015;5:40-7.
10. Moorman SM, Inoue M. Persistent problems in end-of-life planning among young- and middle-aged American couples. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences* 2013;68:97-106.

Table 1 人生の最終段階に希望する医療やケアについて家族等と話し合うことに関連する要因-単変量解析

	全対象者 n=829		65歳以上 n=358		64歳以下 n=471		P value
	話し合いあり n(%)	話し合いなし n(%)	話し合いあり n(%)	話し合いなし n(%)	話し合いあり n(%)	話し合いなし n(%)	
性別	461 (55.6)	309 (67.0)	91 (43.3)	119 (56.7)	61 (24.3)	190 (75.7)	
男性	368 (44.4)	186 (50.5)	87 (58.8)	61 (41.2)	99 (45.0)	121 (55.0)	0.000
年齢	358 (43.2)	178 (49.7)	-	-	-	-	-
≥65歳	471 (56.8)	160 (34.0)	311 (66.0)				
最終学歴	457 (55.1)	184 (40.3)	59 (54.6)	49 (45.4)	125 (35.8)	224 (64.2)	
短大・専門学校・大学・大学院	372 (44.9)	154 (41.4)	119 (47.6)	131 (52.4)	35 (28.7)	87 (71.3)	0.183*
中学・高校	349 (42.1)	174 (49.9)	135 (55.3)	109 (44.7)	39 (37.1)	66 (62.9)	
かかりつけ医あり	480 (57.9)	164 (34.2)	43 (37.7)	71 (62.3)	121 (33.1)	245 (66.9)	0.483*
なし	559 (67.4)	237 (42.4)	124 (50.4)	122 (49.6)	113 (36.1)	200 (63.9)	
同居をしている家族	270 (32.6)	101 (37.4)	54 (48.2)	58 (51.8)	47 (29.8)	111 (70.2)	0.181*
配偶者との同居あり	255 (30.8)	83 (32.5)	40 (41.7)	56 (58.3)	43 (27.0)	116 (73.0)	
配偶者との同居なし	574 (69.2)	255 (44.4)	138 (52.7)	124 (47.3)	117 (37.5)	195 (62.5)	0.024*
息子との同居あり	208 (25.0)	73 (35.3)	17 (34.7)	32 (65.3)	56 (35.4)	102 (64.6)	
息子との同居なし	622 (75.0)	265 (42.6)	161 (52.1)	148 (47.9)	104 (33.2)	209 (66.8)	0.680
娘との同居あり	210 (25.3)	115 (54.8)	62 (65.3)	33 (34.7)	53 (46.1)	62 (53.9)	
娘との同居なし	619 (74.7)	223 (36.0)	116 (44.1)	147 (55.9)	107 (30.1)	249 (69.9)	0.002
過去5年以内の介護経験	109 (13.2)	54 (49.5)	22 (52.4)	20 (47.6)	32 (47.8)	35 (52.2)	
病院にて	720 (86.8)	284 (39.4)	156 (49.4)	160 (50.6)	128 (31.7)	276 (68.3)	0.012*
介護施設にて	101 (12.2)	55 (54.5)	26 (55.3)	21 (44.7)	29 (53.7)	25 (46.3)	
自宅にて	728 (87.8)	283 (38.9)	152 (48.9)	159 (51.1)	131 (31.4)	286 (68.6)	0.002*
過去5年以内の死別経験	241 (29.1)	116 (48.1)	56 (54.9)	46 (45.1)	60 (43.2)	79 (56.8)	
病院にて	588 (70.9)	222 (37.8)	122 (47.7)	134 (52.3)	100 (30.3)	232 (69.9)	0.006
介護施設にて	92 (11.1)	35 (38.0)	13 (38.2)	21 (61.8)	22 (37.9)	36 (62.1)	
自宅にて	737 (88.9)	303 (41.1)	165 (50.9)	159 (49.1)	138 (33.4)	275 (66.6)	0.554*
過去5年以内の死別経験	87 (10.5)	43 (49.4)	29 (58.0)	21 (42.0)	14 (37.8)	23 (62.2)	
病院にて	742 (89.5)	295 (39.8)	149 (48.4)	159 (51.6)	146 (33.6)	288 (66.4)	0.593*
介護施設にて							
自宅にて							

*Fisher exact test

Table2 人生の最終段階に希望する医療やケアについて家族等と話し合うことに関連する要因-多重ロジスティックス解析

	全対象者 ^{※1} n=829		65歳以上 ^{※2} n=358		64歳以下 ^{※3} n=471	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
性別（男性）	0.41	0.30-0.55	0.45	0.27-0.73	0.39	0.26-0.59
年齢	1.26	1.12-1.41				
最終学歴（短大・専門学校・大学・大学院）	1.45	1.03-2.04	1.37	0.82-2.30	1.41	0.87-2.27
かかりつけ医がいる	1.37	0.96-1.94	2.54	1.53-4.24	0.92	0.55-1.53
同居している家族						
配偶者	1.61	1.15-2.27	1.59	0.94-2.69	1.89	1.14-3.12
息子	0.62	0.45-0.87	0.69	0.41-1.16	0.52	0.33-0.83
娘	0.82	0.57-1.19	0.46	0.24-0.91	1.05	0.66-1.67
過去5年以内の介護経験						
病院にて経験あり	1.82	1.25-2.64	2.66	1.51-4.66	1.43	0.83-2.47
介護施設にて経験あり	1.39	0.84-2.28	1.14	0.53-2.48	1.59	0.81-3.10
自宅にて経験あり	1.21	0.75-1.95	0.93	0.45-1.91	1.90	0.97-3.70
過去5年以内の看取り経験						
病院にて経験あり	1.06	0.74-1.53	1.14	0.66-1.96	1.15	0.69-1.92
介護施設にて経験あり	0.77	0.46-1.31	0.52	0.22-1.19	0.98	0.50-1.93
自宅にて経験あり	1.36	0.83-2.25	1.41	0.72-2.78	1.29	0.58-2.84

OR: odds ratio, 95%CI: 95% confidence interval

※1Hosmer-Lemeshow $\chi^2(8)=14.44$, $Pro>\chi^2=0.0709$

※2Hosmer-Lemeshow $\chi^2(8)=6.01$, $Pro>\chi^2=0.6461$

※3Hosmer-Lemeshow $\chi^2(8)=16.60$, $Pro>\chi^2=0.034$