

人生の最終段階に国民が希望する医療や療養に関連する要因
-一般国民を対象とした調査結果の分析-

- I. 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
II. 人生の最終段階に希望する医療・療養の場所に関連する要因 想定される疾病別分析

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。厚生労働省においては 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%のまま増加がみられない。そこで研究I. 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。

また、日本人における「望ましい死」として、人生の最終段階を望んだ場所で過ごすことを重要と考えている一般国民は 90%を超えている。そして先行研究のシステマティックレビューでは、人生の最終段階を過ごしたい場所として、自宅が最も選択されることが示されており、厚生労働省はできる限り住み慣れた地域で療養することができるよう、様々な在宅医療の推進施策を進めている。しかし一方で、研究対象者の属性により希望する医療・療養の場所には差異が生じ、個人の好みの多様性も影響することが指摘されており、必ずしも全員が自宅で療養したいと考えているわけではないことも考える必要がある。先行研究では、想定される疾患によって、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所が異なるかは明らかとなっていない。そこで研究II. は、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所が、想定される疾患によってどのように異なるかを分析し、臨床において医療や療養の場所に関する話し合いをする際の一助とすることを目的とした。

研究I・IIいずれも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。研究Iでは、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話し合うことは、年齢を重ねること、および過去5年以内の病院での介護経験があること等と正の関連が認められた。一方、男性であることは負の関連が認められた。特に65歳以上では、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。研究IIでは、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所は、想定される疾患によって異なる可能性が示唆され、そして、さらにその程度には性別、年齢および過去5年以内の自宅での死別経験が関与している可能性が示された。

これらの結果より、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。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。加えて、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所を考えたり話し合う際には、個人の年齢や性別、過去の死別経験も考慮しつつ、より具体的な疾患を設定する必要があることが示唆された。

A. 研究目的

I. 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

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。

II. 人生の最終段階に希望する医療・療養の場 所に関連する要因 想定される疾病別分析

日本人における「望ましい死」として、人生の最終段階を望んだ場所で過ごすことを重要と考えている一般国民は 90%を超えている⁸。そして先行研究のシステマティックレビューでは、人生の最終段階を過ごしたい場所として、自宅が最も選択されることが示されており^{9,10}、厚生労働省はできる限り住み慣れた地域で療養することができるよう、様々な在宅医療の推進施策を進めている。しかし一方で、研究対象者の属性により希望する医療・療養の場所には差異が生じ、個人の好みの多様性も影響することが指摘されており⁹、あらかじめ個人が人生の最終段階に希望する療養場所を考え、家族等と共有しておくことは重要と考えられる。

先行研究^{9,10}では、人生の最終段階に設定される疾患は“がん”もしくは“非がん”というカテゴリーで分けられており、想定される疾患によって、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所が異なるかは明らかとなっていない。本研究は、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所が、想定される疾患によってどのように異なるかを分析し、臨床において医療や療養の場所に関する話し合いをする際の一助とすることを目的とした。

B. 研究方法

両研究は 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、両研究の解析に用いた。なお、倫理的配慮として、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。

I. 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

意識調査の一般国民票に含まれる「あなたの死が近い場合に受たい医療・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のくらし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。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。

II. 人生の最終段階に希望する医療・療養の場 所に関連する要因 想定される疾病別分析

意識調査票の一般国民票では、「もしもあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療・療養を希望しますか」という設問が、「末期がん」・「慢性の重い心臓病」・「認知症」のそれぞれのシナリオで問われている。そして、それぞれのシナリオにおいて想定される残された期間を 1 年以内

とした時に「どこで過ごしながらか医療・療養を受けたいですか」と問い、医療機関・介護施設・自宅のいずれか一つを選択する形式となっており、想定される疾患によって希望する療養場所が異なるかを検討した。

解析には Stata を用い、群間比較にはカイ 2 乗検定を用いた。P<0.05 を有意差ありとした。また interaction test を行った。

C. 研究結果

I. 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

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%）。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。

単変量解析（Table1）の結果を踏まえた上で、多重ロジスティック解析（Table2）を行った。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。

II. 人生の最終段階に希望する医療・療養の場 所に関連する要因 想定される疾病別分析

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 795 人であった（有効回答率 13.3%）。解析対象者の基本属性は Table3 に示す。

Table3 対象者の基本属性

		解析対象者 (n=795)	
		n (人)	%
性別	男性	435	54.7
	女性	360	45.3
年齢	20-29	38	4.8
	30-39	99	12.5
	40-49	135	17.0
	50-59	129	16.2
	60-69	157	19.7
	70-79	156	19.6
	>80	81	10.2
同居者	あり	667	83.9
最終学歴		80	10.1
	中学校	265	33.3
		162	20.4
	高校	288	36.2
	短期大学・専門学校		
	大学・大学院		
かかりつけ医	あり	329	41.4
5年以内の介護経験	あり	299	37.6
5年以内の身近で大切な人の死	あり	348	43.8
*話し合ったこと	あり	327	41.1

※人生の最終段階における医療・療養について

それぞれの疾患における希望する療養場所の結果を示す (Figure1)。

病状設定：末期がんの場合

希望する医療・療養場所は医療機関 311 人 (39.1%)、介護施設 84 人 (10.6%)、自宅 400 人 (50.3%)であった。

病状設定：慢性の重い心臓病の場合

希望する医療・療養場所は医療機関 407 人 (51.2%)、介護施設 155 人 (19.5%)、自宅 233 人 (29.3%) であった。

病状設定：認知症の場合

希望する医療・療養場所は医療機関 244 人 (30.7%)、介護施設 437 人 (55.0%)、自宅 114 人 (14.3%) であった。

病状設定が「末期がん」、「慢性の重い心臓病」および「認知症」の場合、それぞれの希望する医療・療養の場所の割合には有意差が認められた。

性別・年齢 (65 歳以上か未満か)・過去 5 年以内の自宅における死別経験があるかどうかで層別解析を行った。いずれの解析においても interaction test は $p < 0.0001$ であった。

女性は男性と比較して (Figure2)、想定される疾患が「認知症」の場合は、介護施設を選択する割合が高かった。65 歳未満は 65 歳以上の人と比較して (Figure3)、「認知症」の場合に、介護施設を選択する割合が高かった。一方、過去 5 年以内に自宅にて死別経験があると、経験のない人と比較して「末期がん」、「慢性の重い心臓病」および「認知症」いずれを想定した場合も、希望する医療・療養場所として自宅を選択する割合が高かった (Figure4)。

D. 考察

I. 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

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こと、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¹¹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^{12,13}。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。

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。

II. 人生の最終段階に希望する医療・療養の場 所に関連する要因 想定される疾病別分析

今回の調査からは、人生の最終段階に想定される疾患が異なると、希望する医療・療養場所が異なる可能性が示唆された。

想定される疾患が「末期がん」の場合は、自宅が最も選択されており、先行研究⁹と矛盾しない結果であった。しかし「慢性の重い心臓病」および「認知症」が想定された場合には、それぞれ医療機関、介護施設が最も選択されていた。これには、国民がもつそれぞれの疾患に対する印象が関わっているかもしれない。「末期がん」に対しては、がん対策推進基本計画が遂行されてきたことで、“がんになっても住み慣れた地域で”というイメージが定着してきている可能性を考える。「慢性の重い

心臓病」は苦しくなるのではないかという身体症状の出現をイメージし、病院を選択している人がいるかもしれない。「認知症」に関しては、家族に負担をかけることを避けたいと考えて、介護施設を選択していることが考えられる。ただし、各疾患のどの要素が希望する医療・療養場所の選択に関わったかに関して、本調査から言及することが難しいため、今後のさらなる調査が必要である。

そして本調査の interaction test の結果を加味すると、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所を選択する際には、想定される疾患が影響しており、さらにその程度には、性別、年齢および過去 5 年以内の自宅での死別経験が関与している可能性が示唆された。

女性は男性と比較して、また、65 歳未満は 65 歳以上と比較して、想定される疾患が「認知症」の場合、介護施設を選択する割合がより高かった。女性や比較的若年者の方が家族に迷惑をかけたくないという思いがあるのかもしれない。なお、先行研究⁹における希望する療養場所と年齢に関する検討では、高齢と、希望する療養場所として自宅を選択することは関連が示されているが、この先行研究では疾患によって希望する療養場所が異なるかどうかは検討されておらず、さらなる議論が必要である。

過去 5 年以内に自宅にて死別経験があると、経験のない人と比較して「末期がん」、「慢性の重い心臓病」および「認知症」いずれを想定した場合も、希望する医療・療養場所として自宅を選択する割合がより高いことが示された。これは、自宅における死別経験に基づき、将来の自身の自宅での療養の具体的なイメージが得られている可能性が考えられる。なお、先行研究において、在宅で看取りを経験した遺族のうち、自身の予測される余命が 1~2 カ月くらいの場合に希望する療養場所では、自宅が 58%と最多であり¹⁴、本研究結果とは矛盾しない。ただし、これに関しても先行研究は疾患が想定されていないことに留意が必要であ

る。

上述のように、想定される疾患によって人生の最終段階に希望する医療・療養場所が変わる可能性が読み取れた。そして、さらにその程度には性別、年齢および過去 5 年以内の自宅での死別経験が関与している可能性が示唆された。

人生の最終段階に療養を希望する場所を考えたり話し合う際には、個人の年齢や性別、過去の死別経験を考慮しつつ、より具体的な疾患設定が必要であると考えられた。

E. 結論

両研究からの提言

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。そして今後は、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、具体的な方法をわかりやすく情報提供していく必要が考えられる。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る。

加えて、人生の最終段階に希望する医療・療養の場所は、想定される疾患によって異なる可能性が示唆され、そして、さらにその程度には性別、年齢および過去 5 年以内の自宅での死別経験が関与している可能性が示された。人生の最終段階に希望する医療・療養の場所を考えたり話し合う際には、個人の年齢や性別、過去の死別経験も考慮しつつ、より具体的な疾患を設定する必要があることが示唆された。

F. 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.
6th Conference on Global Aging Tsukuba, 2018/7/7, 筑波

Kyoko Hanari, Nanako Tamiya, Thomas Mayers, Megumi Inoue, Joshua Gallagher
Differences of preferred place to receive end-of-life care depending on assumed diseases: results from a national questionnaire survey of the general population in Japan.
22nd International congress on palliative care in Canada

G. 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. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Annals of Oncology* 2007;18: 1090-97.
9. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, et al. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care* 2013;12:7.
10. Higginson IJ, Sen-Gupta GJ. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliat Med* 2000;3:287-300.
11. 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.

12. 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.
13. 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.
14. 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 平成 26 年 3 月
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf

Table1 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

性別	全数 n=829 n(%)	65歳以上 n=358		64歳以下 n=471		P value	P value	
		話し合いあり n=338 n(%)	話し合いなし n=491 n(%)	話し合いあり n=178 n(%)	話し合いなし n=180 n(%)			話し合いあり n=160 n(%)
男性	461(55.6)	152(33.0)	309(67.0)	91(43.3)	119(56.7)	61(24.3)	190(75.7)	0.000
女性	368(44.4)	186(50.5)	182(49.5)	87(58.8)	61(41.2)	99(45.0)	121(55.0)	
年齢								
≥65歳	358(43.2)	178(49.7)	180(50.3)	-	-	-	-	-
<65歳	471(56.8)	160(34.0)	311(66.0)	-	-	-	-	-
最終学歴								
短大・専門学校・大学・大学院	457(55.1)	184(40.3)	273(59.7)	59(54.6)	49(45.4)	125(35.8)	224(64.2)	0.183*
中学・高校	372(44.9)	154(41.4)	218(58.6)	119(47.6)	131(52.4)	35(28.7)	87(71.3)	
かかりつけ医								
あり	349(42.1)	174(49.9)	175(50.1)	135(55.3)	109(44.7)	39(37.1)	66(62.9)	0.483*
なし	480(57.9)	164(34.2)	316(65.8)	43(37.7)	71(62.3)	121(33.1)	245(66.9)	
同居をしている家族								
配偶者との同居あり	559(67.4)	237(42.4)	322(57.6)	124(50.4)	122(49.6)	113(36.1)	200(63.9)	0.181*
配偶者との同居なし	270(32.6)	101(37.4)	169(62.6)	54(48.2)	58(51.8)	47(29.8)	111(70.2)	
息子との同居あり	255(30.8)	83(32.5)	172(67.5)	40(41.7)	56(58.3)	43(27.0)	116(73.0)	0.024*
息子との同居なし	574(69.2)	255(44.4)	319(55.6)	138(52.7)	124(47.3)	117(37.5)	195(62.5)	
娘との同居あり	208(25.0)	73(35.3)	134(64.7)	17(34.7)	32(65.3)	56(35.4)	102(64.6)	0.680
娘との同居なし	622(75.0)	265(42.6)	357(57.4)	161(52.1)	148(47.9)	104(33.2)	209(66.8)	
過去5年以内の介護経験								
病院にて	210(25.3)	115(54.8)	95(45.2)	62(65.3)	33(34.7)	53(46.1)	62(53.9)	0.002
経験なし	619(74.7)	223(36.0)	396(64.0)	116(44.1)	147(55.9)	107(30.1)	249(69.9)	
介護施設にて	109(13.2)	54(49.5)	55(50.5)	22(52.4)	20(47.6)	32(47.8)	35(52.2)	0.012*
経験なし	720(86.8)	284(39.4)	436(60.6)	156(49.4)	160(50.6)	128(31.7)	276(68.3)	
自宅にて	101(12.2)	55(54.5)	46(45.5)	26(55.3)	21(44.7)	29(53.7)	25(46.3)	0.002*
経験なし	728(87.8)	283(38.9)	445(61.1)	152(48.9)	159(51.1)	131(31.4)	286(68.6)	
過去5年以内の死別経験								
病院にて	241(29.1)	116(48.1)	125(51.9)	56(54.9)	46(45.1)	60(43.2)	79(56.8)	0.006
経験なし	588(70.9)	222(37.8)	366(62.2)	122(47.7)	134(52.3)	100(30.3)	232(69.9)	
介護施設にて	92(11.1)	35(38.0)	57(62.0)	13(38.2)	21(61.8)	22(37.9)	36(62.1)	0.554*
経験なし	737(88.9)	303(41.1)	434(58.9)	165(50.9)	159(49.1)	138(33.4)	275(66.6)	
自宅にて	87(10.5)	43(49.4)	44(50.6)	29(58.0)	21(42.0)	14(37.8)	23(62.2)	0.593*
経験なし	742(89.5)	295(39.8)	447(60.2)	149(48.4)	159(51.6)	146(33.6)	288(66.4)	

* 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—多変量解析

	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 同居している家族	1.37	0.96-1.94	2.54	1.53-4.24	0.92	0.55-1.53
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	1.82	1.25-2.64	2.66	1.51-4.66	1.43	0.83-2.47
病院にて経験あり	1.39	0.84-2.28	1.14	0.53-2.48	1.59	0.81-3.10
介護施設にて経験あり	1.21	0.75-1.95	0.93	0.45-1.91	1.90	0.97-3.70
自宅にて経験あり						
過去5年以内の看取り経験	1.06	0.74-1.53	1.14	0.66-1.96	1.15	0.69-1.92
病院にて経験あり	0.77	0.46-1.31	0.52	0.22-1.19	0.98	0.50-1.93
介護施設にて経験あり						
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> $\chi^2=0.034$

Figure1 各疾患における人生の最終段階における希望する医療・療養場所 (n=795)

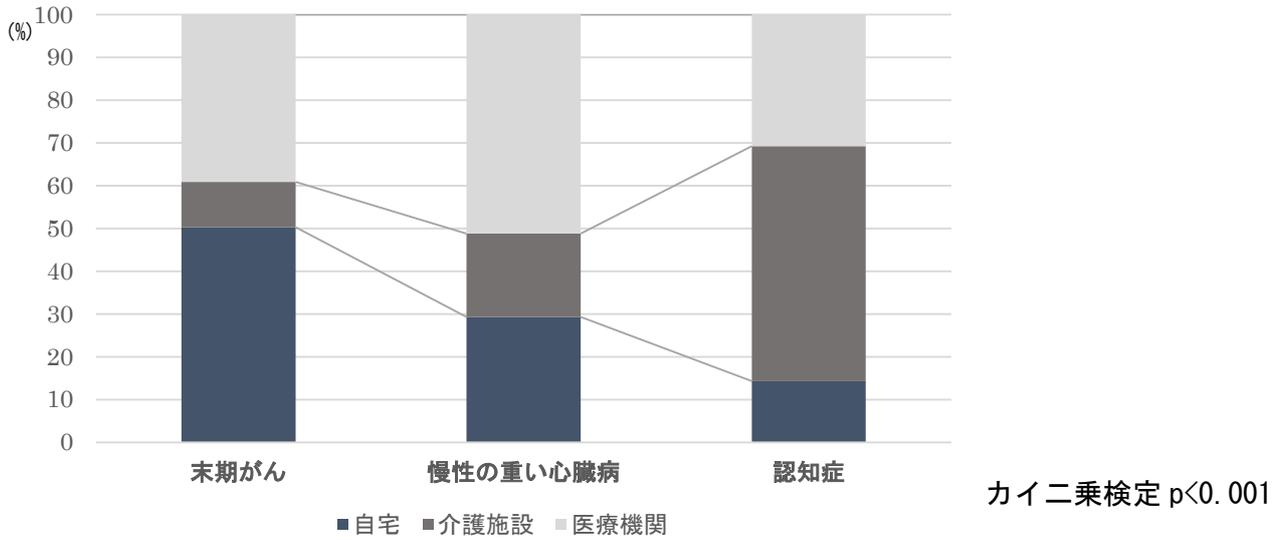


Figure2 各疾患における人生の最終段階における希望する医療・療養場所 性別による層別解析
Figure2-1 男性 (n=435) Figure2-2 女性 (n=360)

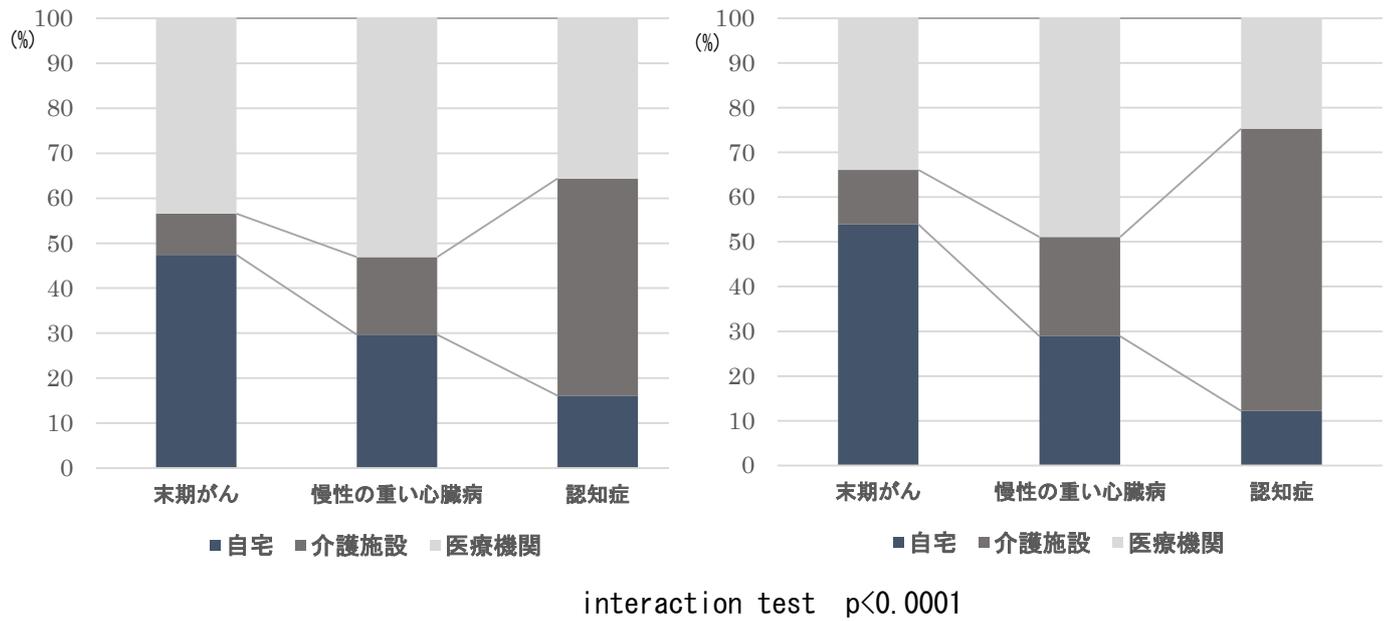


Figure3 各疾患における人生の最終段階における希望する医療・療養場所 年齢による層別解析

Figure3-1 65歳未満 (n=464)

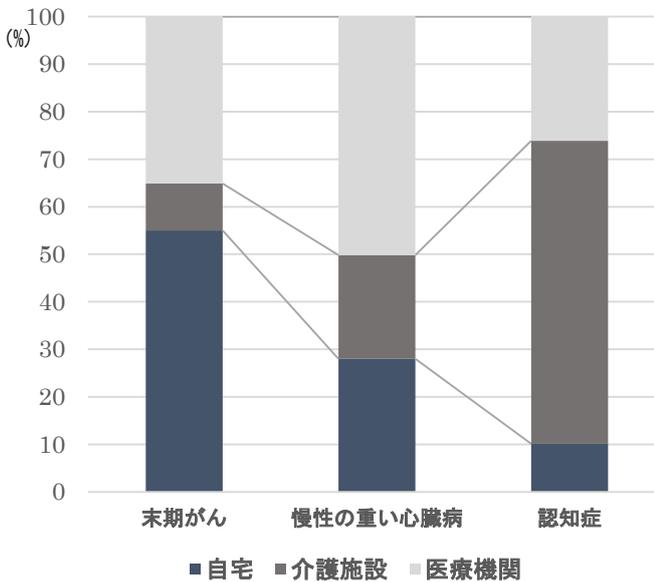
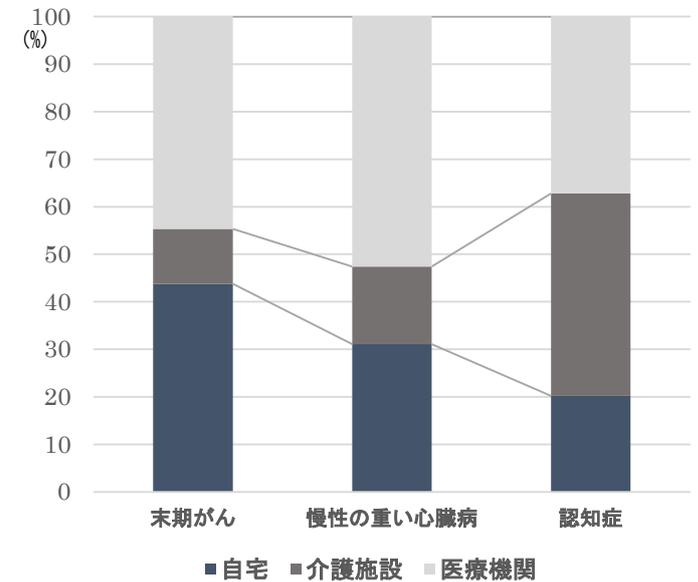


Figure3-2 65歳以上 (n=331)



interaction test $p < 0.0001$

Figure4 各疾患における人生の最終段階における希望する医療・療養場所 死別経験の有無による層別解析

Figure4-1

過去5年以内に自宅で死別経験あり (n=81)

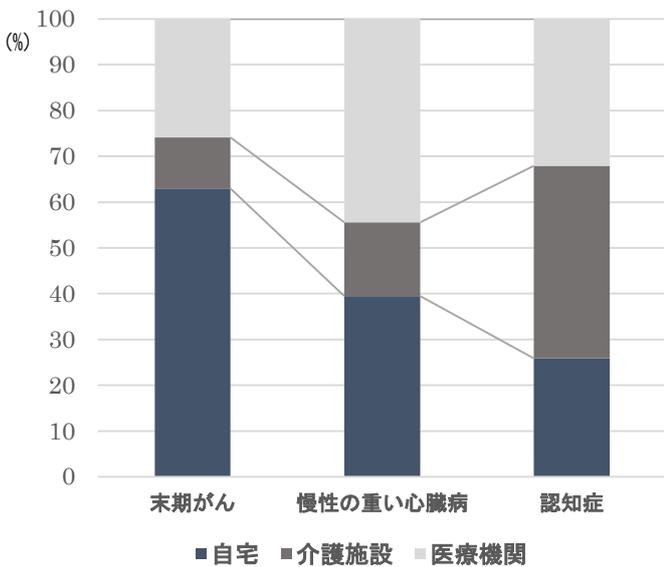
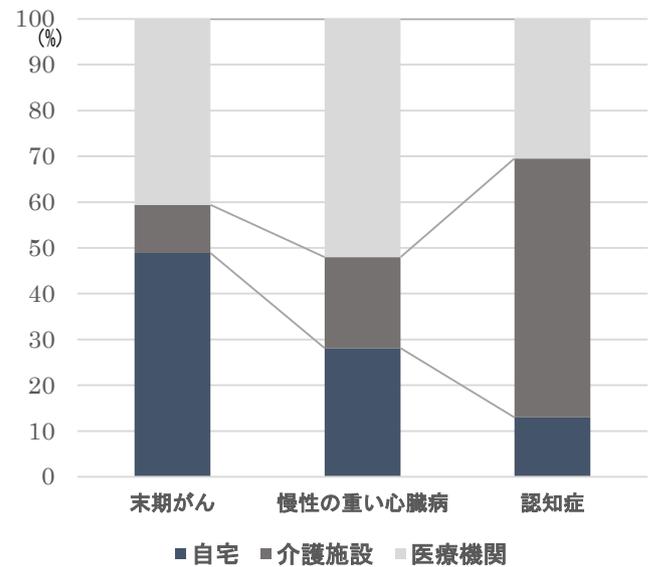


Figure4-2

過去5年以内に自宅で死別経験なし (n=714)



interaction test $p < 0.0001$