

武蔵野市民の終末期希望療養場所の意思決定に関連する要因 年代別比較

石川 孝子* 福井小紀子* 澤井美奈子*

目的 今後都市部における高齢化が著しく進むことから都市部の地域終末期ケア体制の推進が重要となる。終末期療養や看取りに対する認識は、年代によって大きく異なることが指摘されている。そこで、65歳以上と40-64歳の年代別に、都市部在住市民の終末期の希望療養場所と、医療福祉資源などの知識、経験、認識との関連を検討する。

方法 東京都武蔵野市民のうち層化無作為抽出した40歳以上の1,500人を対象に、無記名自記式質問紙調査を実施した。調査項目は、終末期の希望療養場所、属性、医療・介護の経験・知識・認識とし、終末期の希望療養場所との関連を年代別にロジスティック回帰分析で検討した。

結果 769人（回収率51.6%）から回答が得られた。終末期の希望療養場所は、65歳以上では自宅40.9%、自宅以外59.1%、40-64歳では自宅54.1%、自宅以外45.9%であった（ $P < 0.001$ ）。自宅療養選択に関連する要因は、65歳以上の群では、緩和ケアにおける薬物による疼痛管理の知識：「麻薬は中毒になるのではないかと心配」と認識していない（オッズ比：95%信頼区間1.90：1.17-3.08）、セルフケア：「服薬行動（風邪をひいたときにすぐに薬を飲まずに予防行動）」をしている（1.97：1.21-3.22）、社会的役割：「ボランティア」をしている（2.38：1.34-4.21）、在宅療養の認識：「在宅療養費用を入院費の8割以内が妥当」と認識している、「相談できる医療関係者が居る」と認識している（1.82：1.10-3.03, 1.90：1.06-3.41）、在宅医療の認識：「自宅での看取りでも医療を十分に受けている」と認識している（2.30：1.37-3.87）ことが挙げられた。40-64歳の群では、介護希望者：「介護士」を希望しない（2.80：1.62-4.83）、在宅医療の認識：「自宅でも急変時対応ができる」と認識している（2.97：1.15-7.66）、終末期の認識：「最期は自由な環境がいい」と認識している（4.57：2.43-8.59）ことが挙げられた。

結論 本研究の結果、終末期療養場所の希望と実際の隔たりを少なくするために、65歳以上では介護の社会化への意識変革、40-64歳では死生観の醸成をする機会を持つ、両年代共通として正しい知識の普及啓発の必要性が示唆された。

Key words：終末期，療養場所，在宅医療，緩和ケア，介護の社会化，死生観

日本公衆衛生雑誌 2014; 61(9): 545-555. doi:10.11236/jph.61.9_545

I 緒 言

厚生労働省の終末期医療に関する調査報告書¹⁾（以下、終末期調査）によると、終末期の療養場所として多くの一般国民は、自宅を望んでいる。しかし、実際は在宅死亡率が減少しており²⁾、希望と実際との間で隔たりがみられている。

我が国は高齢化が進み、2010年の高齢化率は23.0%、年間死亡者数は119.7万人²⁾となっており、2025年にはそれぞれ30.3%・153.7万人³⁾にのぼると

推計されている。とくに都市部では、2005年から2035年にかけて老年人口が50~75%以上の増加になると推計され⁴⁾、都市部において地域を単位とした終末期ケア提供体制を整えていくことは、終末期の療養場所の希望と実際との間で隔たりを解消するためにも極めて重要な課題である。

終末期のケア提供体制を整え、希望する在宅療養を実現するための先行研究には、多くの知見がみられる。これらの知見によれば、在宅療養の実現への阻害要因として、家族の負担^{1,5)}、急変時等の不安¹⁾、知識不足^{6,7)}、医療・介護の認識^{8,9)}などがあり、促進要因として、希望する最期の場所を本人・家族および関わる医療従事者が把握していること^{10,11)}、入院ベッドの保証¹²⁾、往診医の存在¹³⁾、介

* 日本赤十字看護大学
責任著者連絡先：〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 日本赤十字看護大学地域看護学分野福井研究室
福井小紀子

護者の状態¹⁴⁾、在宅看取りの経験¹⁵⁾などが報告されている。

終末期療養場所を決定する際には、死に関する認識が影響するといわれている^{16,17)}。このうち、死に関する意識や死生観は、年代による違いがあることが指摘されている^{18,19)}。また、国民年金をめぐる国民意識をみた調査では、世代により社会保障など様々な制度に対する意識や信頼感が異なることが報告されている²⁰⁾。

こうした背景から、在宅看取り、あるいは自身や家族の終末期の療養場所の決定にも意識や認識に関し年代により異なる要因が存在すると考えられるが、年代別の知見は見当たらなかった。そこで、本研究では、地域住民の終末期療養場所の希望と実際の隔たりを少なくするため、都市部在住市民の終末期希望療養場所と医療福祉資源などの知識、経験、認識との関連を介護保険の第一号および第二号被保険者である40-64歳および65歳以上の2つの年代別に明らかにすることを目的とする。

II 研究方法

1. 対象の選定

高齢化が急速に進展している都市部において、先駆的に様々な福祉関連の取り組みを行ってきた東京都武蔵野市を選定した。2012年5月1日現在、人口136,287（うち40歳以上74,280）人、高齢化率20.6%である。また、人口密度12,512人/平方キロであり、これは市町村別で全国3位である²¹⁾。

対象は、2012年5月1日時点で40歳以上の武蔵野市民1,500人とし、武蔵野市と個人情報保護協定を締結した社会調査専門業者が対象者を住民基本台帳より年齢、居住地域で層化して無作為抽出した。6月～7月に無記名式自記式質問紙調査を実施し、回答は返信用封筒を同封して郵送により回収した。

なお、標本数は、Peduzzi, et al.²²⁾を参考に独立変数の数、イベントの割合、回収率を考慮して決定した。

2. 調査項目

調査項目は、終末期の希望療養場所として、「自宅」、「病院」、「病院以外の施設」、「不明」の4択で尋ねた。終末期の過ごし方を決定する際には、医療従事者の意見に従うだけではなく、自ら選択するという基本的な意思決定のプロセスを踏むことが重要である²³⁾。そこで、本研究の調査枠組みは、意思決定論の先駆者であるサイモンの理論（何らかの問題に直面した人が、情報活動・設計活動・選択活動という3局面を経て最善の解決策を選択するプロセス）を用いた²⁴⁾。その中の情報活動である、「経

験」、「知識」、「創造力・直観（以下、認識とする）」3項目と「属性」を併せた4項目から導き出される療養場所に影響があると考えられる要因を独立変数とした。I. 基本属性（年齢、性別、家族形態、居住形態、職業、学歴、年収）、II. 経験（入院歴、入院満足度、訪問看護利用経験、介護経験、在宅看取りの介護経験談）、III. 知識（在宅療養を支える施設・制度の知識、病気の知識、緩和ケアにおける薬物による疼痛管理の知識）、IV. 認識（セルフケア能力、家族関係、社会的役割、介護希望者、在宅療養・在宅医療・医療・介護・終末期・経済状態の認識、在宅療養相談施設の利用意識）について尋ねた。

3. 分析方法

従属変数を終末期の希望療養場所「自宅」=1、「自宅以外」=0とし、これとI～IVとの関連性を明らかにするために、単変量解析（ χ^2 検定およびフィッシャーの正確確率検定）を65歳以上と40-64歳の年代別に行った。その上で、 $P < 0.10$ の関連性のみみられた変数を性、年齢で調整したステップワイズ法で投入するロジスティック回帰分析を用いた。その際、独立変数の解釈が可能となるよう、すべての変数においてオッズ比が1以上となるように変数設定を行った。分析は、SPSS (Ver17.0) を使用し、検定において有意水準は $P < 0.05$ とした。

本研究は日本赤十字看護大学倫理審査委員会の承認を得て実施した（2012年5月31日承認）。対象へは研究目的・内容および個人情報の保護などを調査票郵送時に同封した調査依頼状で説明し、調査票の返送を持って同意とみなす旨を明記して協力を依頼した。なお、調査票は無記名で個人が特定されないよう配慮した。研究に必要な情報はすべて匿名化して保存・活用するとともに、厳重に管理・保存を行った。

III 研究結果

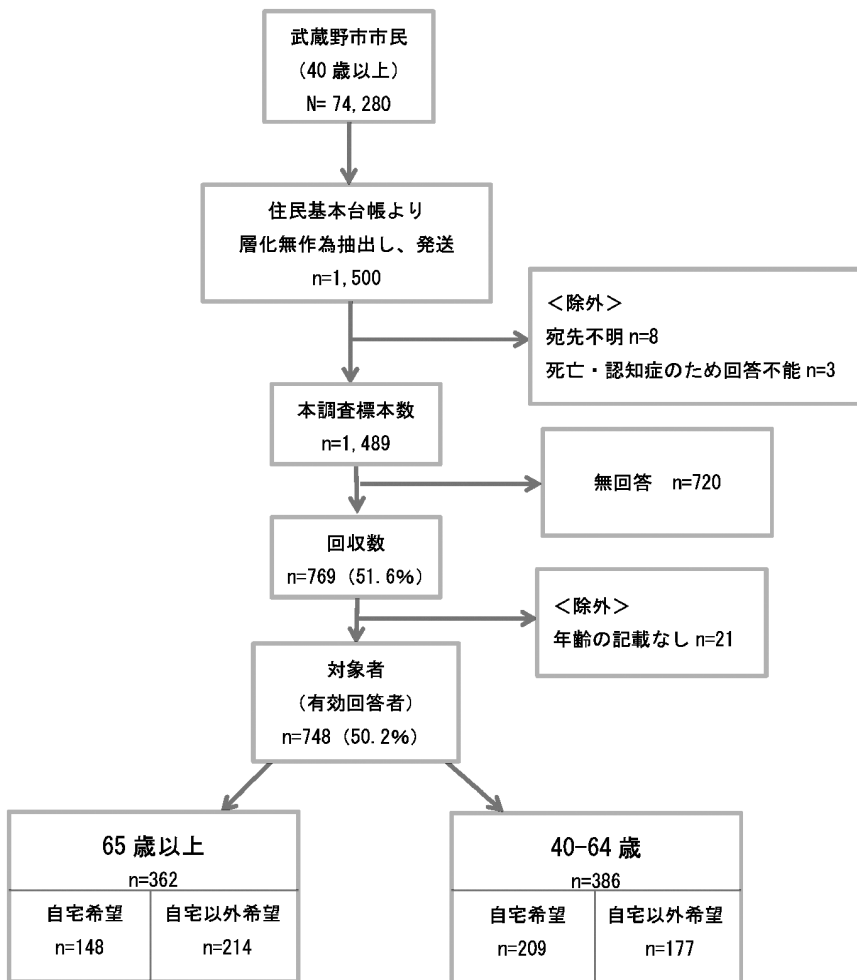
1. 対象の特徴

769人から回答が得られた（回収率51.6%、不達等11人を除く）。そのうち、年齢の記載のない21人を除いた748人（65歳以上：362人、40-64歳：386人）を分析対象とした（有効回答率50.2%：図1）。対象の特徴を表1に示す。平均年齢63.6±13.1歳（65歳以上：75.0±7.1歳、40-64歳：53.0±7.3歳）、男性41.7%（65歳以上：45.3%、40-64歳：38.3%）、大卒以上68.3%（65歳以上：53.9%、40-64歳：81.9%）であった。

2. 武蔵野市市民の終末期の希望療養場

終末期の希望療養場所は、自宅が357人で

図1 対象者抽出から分析対象者選定までの流れ



47.7%，自宅以外が391人で52.3%（病院23.5%，病院以外の施設11.4%，不明17.4%）であった。

年代別に終末期の希望療養場所を比較したところ、65歳以上は自宅40.9%，自宅以外59.1%，40-64歳は自宅54.1%，自宅以外45.9%であった。40-64歳のほうが有意に自宅を希望していた ($P < 0.001$)。

3. 終末期の希望療養場所決定に関連する要因

終末期の希望療養場所とⅠ. 基本属性，Ⅱ. 経験，Ⅲ. 知識，Ⅳ. 認識の単変量解析の結果を表2，3に示した。多変量解析のために使用した変数は，調整変数として性・年齢を投入し，65歳以上における性・年齢以外の調整変数の選択においては，単変量解析(表2および表3)で $P < 0.10$ であった，Ⅲ. 知識：在宅療養を支える施設の知識：がん支援相談センター，緩和ケアにおける薬物による疼痛管理の知識：麻薬は中毒になるのではないかと心配，Ⅳ. 認識：セルフケア能力：服薬行動，社会的役割：ボランティア，介護希望者：配偶者，在宅療養の認識：在宅療養費用，公的介護サービス体制が整っている，相談できる医療関係者が居る，在宅医療の認

識：医療の制度が整っている・自宅でも急変時対応ができる・自宅での看取りでも医療を十分に受けている，介護の認識：介護は家族よりヘルパーがいい，終末期の認識：最期は自由な環境がいい，の13変数とした。40-64歳でも同様に，Ⅱ. 経験：訪問看護利用経験，知人からの自宅看取りの介護経験談，Ⅳ. 認識：セルフケア能力：服薬行動，介護希望者：配偶者，介護士，在宅医療の認識：自宅でも急変時対応ができる，終末期の認識：最期は自由な環境がいい，の7変数とした。

表4に以上の手順で選択した変数をステップワイズ法で検討した多重ロジスティック回帰分析の結果を示した。終末期の希望療養場所に自宅を希望することに影響を及ぼす関連要因として，有意な関連が認められた変数は65歳以上では，緩和ケアにおける薬物による疼痛管理の知識：①「麻薬は中毒になるのではないかと心配」と認識していない(オッズ比：95%信頼区間1.90：1.17-3.08)，セルフケア：②「服薬行動(風邪をひいたときにすぐに薬を飲まずに予防行動)」をしている(1.97：1.21-3.22)，社会

表1 対象の特徴

項目	全 体 n=748	65歳以上 n=362	40-64歳 n=386
年齢	63.6±13.1歳	75.0±7.1歳	53.0±7.3歳
性別			
男	312(41.7%)	164(45.3%)	148(38.3%)
女	436(58.3%)	198(54.7%)	238(61.7%)
同居家族			
配偶者	514(68.7%)	243(67.1%)	271(70.2%)
息子	222(29.7%)	85(23.5%)	137(35.5%)
娘	217(29.0%)	76(21.0%)	141(36.5%)
自分の親	61(8.2%)	5(1.4%)	56(14.5%)
配偶者の親	19(2.5%)	2(0.6%)	17(4.4%)
なし(独居)	120(16.0%)	66(18.2%)	54(14.0%)
住居形態			
一戸建て(持ち家), 分譲マンション	573(76.6%)	303(83.7%)	270(69.9%)
職業			
あり(常勤, 非常勤・パートタイム, 自営業)	361(48.3%)	83(22.9%)	278(72.0%)
学歴			
大卒以上(短大・専門学校含む)	511(68.3%)	195(53.9%)	316(81.9%)
年収			
400万円未満	285(38.1%)	192(53.0%)	93(24.1%)
400万円~600万円未満	137(18.3%)	69(19.1%)	68(17.6%)
600万円以上	292(39.0%)	81(22.4%)	211(54.7%)
不明	34(4.5%)	20(5.5%)	14(3.6%)

的役割の有無：③「ボランティア」をしている(2.38:1.34-4.21), 在宅療養の認識：④「在宅療養費用を入院費の8割以内が妥当」と認識している, ⑤「相談できる医療関係者が居る」と認識している(1.82:1.10-3.03, 1.90:1.06-3.41), 在宅医療の認識：⑥「自宅での看取りでも医療を十分に受けている」と認識している(2.30:1.37-3.87)の6項目であった。

40-64歳で有意な関連が認められた変数は, 介護希望者：①「介護士」を希望しない(OR:95%CI 2.80:1.62-4.83), 在宅医療の認識：②「自宅でも急変時対応ができる」と認識している(2.97:1.15-7.66), 終末期の認識：③「最期は自由な環境がいい」と認識している(4.57:2.43-8.59)の3項目であった。

IV 考 察

本研究では, 高齢化が急速に進展している都市部において, 先駆的に様々な福祉関連の取り組みを行ってきた武蔵野市を対象地域として, 40歳以上の市民を対象に終末期の希望療養場所とその関連要因を調べた。その結果, 終末期の希望療養場所は, 自宅47.7%, 自宅以外52.3%であった。先駆的取り組み

をしてきた市であっても終末期調査¹⁾同様に, 実際の在宅死亡率(2012年で12.8%²⁾)との間に隔たりがあり, 大きな課題であることが明らかとなった。

今回の調査結果では, 年代を介護保険の第一号被保険者となる65歳で区切り比較したところ, 40-64歳の方が有意に自宅を希望していた。死に関する意識や死生観は, 年代による違いがあることが指摘されている^{18,19)}。65歳あたりからは死亡率が大きくなり, 近親者の死に遭遇する機会が多く, 死というテーマは身近で現実的なものとなるため, 65歳以上の年代と40-64歳の年代とでは異なる要因が存在すると考えられる。そこで, この2つの年代にわけ, 考察を展開する。

1. 終末期の療養場所に自宅を希望する人の関連要因(65歳以上)

終末期調査¹⁾で在宅療養実現の阻害要因として不安が挙げられている。本研究の結果, 在宅療養の認識として相談できる医療関係者が居ると認識していることが自宅を希望する要因であったことから, 不安の背景の一つとして, 専門職である相談者の不在が考えられる。がんの場合, 2002年の診療報酬改定により外来化学療法加算が新設されたのを機に, 外来で化学療法を受ける患者数が増加した。先行研究

表2 終末期希望療養場所と基本属性、経験、知識との関連 (単変量解析)

項目	比較カテゴリ	基準カテゴリ	65歳以上		40-64歳		P値
			自宅 n=148 n(%)	自宅以外 n=214 n(%)	自宅 n=209 n(%)	自宅以外 n=177 n(%)	
<I. 基本属性>							
性別	男性	女性	76(51.4%)	88(41.1%)	85(40.7%)	63(35.6%)	0.307
家族形態	同居	同居者あり	23(15.5%)	43(20.1%)	29(13.9%)	25(14.1%)	0.944
居住形態	一戸建て (持ち家)	一戸建て (賃貸), 賃貸マンション・アパート, 社宅, その他	124(83.8%)	179(83.6%)	141(67.5%)	129(72.9%)	0.247
職業	あり (常勤, 非常勤・パートタイム, 自営業)	無職	40(27.0%)	43(20.1%)	153(73.2%)	125(70.6%)	0.573
学歴	大卒以上 (短大・専門学校含む)	中学校, 高等学校, 不明, その他	78(52.7%)	117(54.7%)	175(83.7%)	141(79.7%)	0.301
年収 (年金含む)	400万以上	400万未満	64(43.2%)	86(40.2%)	157(75.1%)	122(68.9%)	0.176
<II. 経験>							
入院歴	あり	なし	100(67.6%)	147(68.7%)	114(54.5%)	91(51.4%)	0.539
入院満足度	とても良かった, まあ良かった	どちらともいえない, やや悪かった, 悪かった	66(44.6%)	103(48.1%)	59(28.2%)	55(31.1%)	0.542
訪問看護利用経験	あり	なし	6(4.1%)	3(1.4%)	6(2.9%)	13(7.3%)	0.043
介護経験	あり	なし	14(9.5%)	22(10.3%)	21(10.0%)	27(15.3%)	0.122
自宅看取りの介護経験談	聞いたことあり	なし	112(75.7%)	158(73.8%)	134(64.1%)	123(69.5%)	0.264
知人からの自宅看取りの介護経験談	聞いたことあり	なし	40(27.0%)	59(27.6%)	36(17.2%)	50(28.2%)	0.010
<III. 知識>							
在宅療養を支える施設の知識	よく知っている, まあ知っている	どちらともいえない, あまり知らない, 全く知らない	88(59.5%)	121(56.5%)	97(46.4%)	97(54.8%)	0.100
訪問看護	よく知っている, まあ知っている	どちらともいえない, あまり知らない, 全く知らない	41(27.7%)	47(22.0%)	37(17.7%)	41(23.2%)	0.183
在宅療養支援診療所	よく知っている, まあ知っている	どちらともいえない, あまり知らない, 全く知らない	64(43.2%)	95(44.4%)	71(34.0%)	74(41.8%)	0.113
レスパイトケア	よく知っている, まあ知っている	どちらともいえない, あまり知らない, 全く知らない	30(20.3%)	28(13.1%)	14(6.7%)	16(9.0%)	0.392
がん支援相談センター	よく知っている, まあ知っている, 利用したことがある	どちらともいえない, あまり知らない, 全く知らない	96(64.9%)	130(60.7%)	109(52.2%)	91(51.4%)	0.885
在宅療養を支える制度の知識	よく知っている, まあ知っている	どちらともいえない, あまり知らない, 全く知らない	71(48.0%)	115(53.7%)	116(55.5%)	102(57.6%)	0.675
介護保険	よく知っている, まあ知っている	どちらともいえない, あまり知らない, 全く知らない	69(46.6%)	86(40.2%)	53(25.4%)	52(29.4%)	0.377
高額療養費制度	よく知っている, まあ知っている	どちらともいえない, あまり知らない, 全く知らない	109(73.6%)	167(78.0%)	82(39.2%)	71(40.1%)	0.860
リハースモージェ	あり	なし	120(81.1%)	162(75.7%)	197(94.3%)	166(93.8%)	0.845
病気の知識	する	しない	125(84.5%)	181(84.6%)	116(55.5%)	108(61.0%)	0.274
通院歴	あり	なし	15(10.1%)	14(6.5%)	27(12.9%)	19(10.7%)	0.509
病気についての情報収集	する	しない	83(56.1%)	133(62.1%)	140(67.0%)	123(69.5%)	0.599
かかりつけ医への相談	する	しない	83(56.1%)	133(62.1%)	140(67.0%)	123(69.5%)	0.599
緩和ケアにおける薬物による疼痛管理の知識	思う ^b	思わない ^a	83(56.1%)	133(62.1%)	140(67.0%)	123(69.5%)	0.599
自宅でも十分に緩和ケアができる	思う	思わない	83(56.1%)	133(62.1%)	140(67.0%)	123(69.5%)	0.599
麻薬は死が早まるのではないかと心配	思う	思わない	83(56.1%)	133(62.1%)	140(67.0%)	123(69.5%)	0.599
麻薬は中毒になるのではないかと心配	思う	思わない	83(56.1%)	133(62.1%)	140(67.0%)	123(69.5%)	0.599

P値に a と提示したものはフィッシャーの正確確率検定, それ以外は χ^2 検定を用いた

b. 思う: 非常にそう思う, そう思う, ややそう思う/c. 思わない: どちらともいえない, あまりそう思わない, そう思わない, 全くそう思わない

表3 終末期希望療養場所と認識との関連 (単変量解析)

項 目	比較カテゴリ	基準カテゴリ	65歳以上		40-64歳		P値
			自宅 n=148 n(%)	自宅以外 n=214 n(%)	自宅 n=209 n(%)	自宅以外 n=177 n(%)	
〈Ⅳ. 認識〉							
セルフケア能力	行っている	行っていない	133(89.9%)	201(93.9%)	185(88.5%)	160(90.4%)	0.551
疾病予防	様子をみてひどくなくなら病院に行く	すぐに病院に行く	129(87.2%)	186(86.9%)	193(92.3%)	161(91.0%)	0.623
受診行動 (風邪をひいたときに病院に行くか)	院には行かない	院には行く					
服薬行動 (風邪をひいたときにまず自分でできる手当をする, できるだけ薬は飲まない)	とても良好, まあ良好	すぐに薬を飲む, 何もしない	104(70.3%)	124(57.9%)	138(66.0%)	102(57.6%)	0.090
家族関係							
社会的役割	あり	どちらともいえない, あまり良くない, 良くない	23(15.5%)	29(13.6%)	17(8.1%)	12(6.8%)	0.615
ボランティア	している	していない	42(28.4%)	32(15.0%)	30(14.4%)	18(10.2%)	0.214
介護希望者	希望する	希望しない	74(50.0%)	88(41.1%)	102(48.8%)	62(35.0%)	0.006
配偶者	希望する	希望しない	17(11.5%)	35(16.4%)	30(14.4%)	51(28.8%)	0.001
在宅療養の認識							
在宅療養費用	入院費の8割以内が妥当と認識	入院費の8割より高いと認識	52(35.1%)	47(22.0%)	85(40.7%)	62(35.0%)	0.255
家族への身体的負担がかかると	思わない ^d	思う ^e	3(2.0%)	5(2.3%)	4(1.9%)	1(0.6%)	0.243 ^a
公的介護サービス体制が整っている	思う ^b	思わない ^c	27(18.2%)	21(9.8%)	21(10.0%)	16(9.0%)	0.737
相談できる医療関係者が居る	思う ^b	思わない ^c	41(27.7%)	34(15.9%)	39(18.7%)	26(14.7%)	0.299
在宅医療の認識							
医療の制度が整っている	思う ^b	思わない ^c	20(13.5%)	17(7.9%)	13(6.2%)	7(4.0%)	0.317
自宅でも急変時対応ができる	思う ^b	思わない ^c	13(8.8%)	7(3.3%)	19(9.1%)	7(4.0%)	0.045
点滴など十分な治療が受けられる	思う ^b	思わない ^c	22(14.9%)	24(11.2%)	30(14.4%)	21(11.9%)	0.472
自宅での看取りでも医療を十分に受けている	思う ^b	思わない ^c	68(45.9%)	58(27.1%)	127(60.8%)	93(52.5%)	0.104
医師の認識							
医師への相談	遠慮せずに行ける, まあできる	どちらともいえない, あまりできない, 遠慮してできない	124(83.8%)	170(79.4%)	158(75.6%)	125(70.6%)	0.271
病院は24時間医療従事者が居て安心	思わない ^d	思う ^e	11(7.4%)	11(5.1%)	14(6.7%)	20(11.3%)	0.112
介護の認識							
他人を家に入れることに抵抗がある	思わない ^d	思う ^e	62(41.9%)	85(39.7%)	99(47.4%)	91(51.4%)	0.428
介護は家族よりヘルパーがいい	思う ^b	思わない ^c	69(46.6%)	75(35.0%)	114(54.5%)	107(60.5%)	0.242
サービスを受けることは後ろめたい	思わない ^d	思う ^e	89(60.1%)	145(67.8%)	160(76.6%)	145(81.9%)	0.197
終末期の認識							
家族に終末期を迎える場を伝えていく	伝えていない	伝えていない	36(24.3%)	41(19.2%)	12(5.7%)	11(6.2%)	0.845
最期は自由な環境がいい	思う ^b	思わない ^c	111(75.0%)	134(62.6%)	193(92.3%)	128(72.3%)	<0.001
経済状態の認識	十分ゆとりがある, ゆとりがある	どちらともいえない, ゆとりはない, 全くゆとりはない	37(25.0%)	66(30.8%)	59(28.2%)	49(27.7%)	0.905
在宅療養相談施設の利用意向	利用したい, まあ利用したい	どちらともいえない, あまり利用したくない, 利用したくない	113(76.4%)	151(70.6%)	147(70.3%)	119(67.2%)	0.512

P値に a と提示したものはフィッシャーの正確率検定, それ以外は χ^2 検定を用いた
b. 思う: 非常にそう思う, そう思う, ややそう思う/c. 思わない: どちらともいえない, あまりそう思わない, そう思わない, 全くそう思わない
d. 思わない: 全くそう思わない, そう思わない, あまりそう思わない/e. 思う: どちらともいえない, ややそう思う, そう思う, 非常にそう思う

表4 終末期希望療養場所と基本属性、経験、知識、認識との関連（ロジスティック回帰分析）

独立変数 ^a	従属変数	
	比較カテゴリ	基準カテゴリ
	「65歳以上」 n = 362	「40-64歳」 n = 386
	性年齢調整オッズ比 (下限-上限)	性年齢調整オッズ比 (下限-上限)
	P値	P値
Ⅲ. 知識		
緩和ケアにおける薬物による疼痛管理の知識		
麻薬は中毒になるのではないかと心配	非常にそう思う, そう思う, ややそう思う, どちらともいえない	あまりそう思わない, そう思わない, 全くそう思わない
	1.90 (1.17-3.08)	0.010
Ⅳ. 認識		
セルフケア能力		
服薬行動 (風邪をひいたときにまず自分でできる手当をする, できるだけ薬は飲まない)	希望しない	希望する
	1.97 (1.21-3.22)	0.007
社会的役割		
ボランティア	している	していない
	2.38 (1.34-4.21)	0.003
介護希望者	希望しない	希望する
	—	2.80 (1.62-4.83)
在宅療養の認識		
在宅療養費用	入院費の8割以内が妥当と認識	入院費の8割より高いと認識
	1.82 (1.10-3.03)	0.020
相談できる医療関係者が居る	思う ^b	思わない ^c
	1.90 (1.06-3.41)	0.032
在宅医療の認識		
自宅でも急変時対応ができる	思う ^b	思わない ^c
	2.30 (1.37-3.87)	0.002
自宅での看取りでも医療を十分に受けている	思う ^b	思わない ^c
	—	—
終末期の認識		
最期は自由な環境がいい	思う ^b	思わない ^c
	—	4.57 (2.43-8.59)
	モデル χ^2 検定: P<.001, 判別的中率: 65.5%	モデル χ^2 検定: P<.001, 判別的中率: 67.1%

a: 単変量解析 (χ^2 検定もしくはフィッシャーの正確確率検定) にて $P < 0.10$ の関連を満たす変数をステップワイズ法で投入
 b. 思う: 非常にそう思う, そう思う, ややそう思う/c. 思わない: どちらともいえない, あまりそう思わない, そう思わない, 全くそう思わない
 【従属変数】 終末期の希望療養場所 「自宅」 = 1, 「自宅以外」 = 0
 【独立変数】 調整変数: 年齢・性別
 65歳以上
 Ⅲ. 知識: <在宅療養を支える施設の知識>; <緩和ケアにおける薬物による疼痛管理の知識>; <麻薬は中毒になるのではないかと心配, Ⅳ. 認識: <セルフケア能力>; <服薬行動, <社会的役割の有無>; <ボランティア, <介護希望者>; <配偶者, <在宅療養費用・公的介護サービス体制が整っている・相談できる医療関係者が居る, <在宅医療の認識>; <医療の制度が整っている・自宅でも急変時対応ができる・自宅での看取りでも医療を十分に受けている, <介護の認識>; <介護は家族よりヘルパーがいい, <終末期の認識>; <家族に終末期を迎える場を伝える>
 65歳未満
 Ⅱ. 経験: <訪問看護利用経験>, <知人からの自宅看取りの介護経験談>, Ⅲ. 認識: <セルフケア能力>; <配偶者・介護士, <在宅医療の認識>; <自宅では急変時対応できない, <終末期の認識>; <最期は自由な環境がいい

では、急激な外来化学療法患者の増加により、外来看護師の患者へのケア体制、相談体制が整っていないことが指摘されている²⁵⁾。2003年にはDPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System) が導入され、平均入院日数が短縮した。こうしたことを背景に、疾患や障害の種類に関わらず、在宅で外来に頼る療養は専門職への相談機会や時間がない、あるいは少ないと思われ、在宅療養への不安の一要因となっていることが考えられる。実際、2008年に武蔵野市が、入院を経験した要支援・要介護高齢者に実施した調査の結果では、療養生活に関する不安の割合は、入院前よりも退院後のほうが高くなっている²⁶⁾。

不安を軽減するためには、正しい情報の周知が必要である。本研究の結果、在宅療養・在宅医療の認識として在宅療養費用を入院費の8割以内が妥当と認識していること、自宅での看取りでも医療を十分に受けていると認識していることが自宅を希望する要因であったことから、在宅医療を推進する上で周知すべき情報の内容として在宅医療費や、在宅で受けられる医療の正しい知識が挙げられる。この他、がんの場合には緩和ケアにおける薬物による疼痛管理の知識が挙げられる。本研究では、麻薬は中毒になるのではないかと心配していないことが、自宅希望に有意に関連していた。いまだに、医療従事者にも医療用麻薬への誤解があり²⁷⁾、日本の医療用麻薬の消費量は、先進国の中で最低レベル²⁸⁾である。麻薬に関する誤解を持った人が、入院治療における麻薬使用を恐れ、病院ではなく自宅を選択するという消極的な自宅希望をしていることが考えられる。医療用麻薬に関する誤解が終末期在宅療養実現困難の関連要因であった⁸⁾との先行研究の結果から、緩和ケアにおける薬物による疼痛管理の正しい知識と、自宅でも病院と同じ医療が行われるという在宅医療の正しい知識の周知により、積極的な自宅希望につながる可能性があることが示唆された。

また、正しい知識を得るには、自分から行動をとる、というセルフケア能力が必要である。本研究では、セルフケア能力のひとつとして、風邪をひいたときにすぐに薬を飲まず予防行動をしていることが自宅を希望する上での要因であった。

セルフケア能力に並ぶ行動面のひとつとして、本研究では、ボランティアをしていることが自宅を希望する要因であった。先行研究から、ボランティア活動を通じて人間関係が広がると、新たな社会的サポート・ネットワークを授受するようになる²⁹⁾ことが見出されている。本結果は、何らかのボランティア活動で、その体験から人とのつながりにポジティ

ブになり、他人を受け入れ、他人に世話をしてもらおうことへの抵抗が低くなり、自宅療養を希望することにつながっていることの表れではないかと考える。ボランティア活動は、在宅療養を考える際に大切な、介護を家族だけに依存するのではなく社会資源を積極的に活用しながら、家族と社会の間での共同的介護が行われる介護の社会化への意識変革を本人にもたらす可能性があるということが示唆された。

2. 終末期の療養場所に自宅を希望する人の関連要因 (40-64歳)

近年、介護を子どもに頼る意識が減少してきた。家族だけの介護を希望する割合も年々減少し、その傾向は若いほど顕著である^{30,31)}。ところが本結果では、自宅希望に関連する要因は、介護士による介護を希望しないことであった。2000年の介護保険法施行時には、第一号被保険者に対して丁寧な説明が実施された。しかし、現在は当時のような丁寧な説明はされずに第一号、第二号被保険者となる。そのため、40-64歳では家族や本人に介護が必要になるまで、具体的な在宅療養の内容を正しく理解していない可能性がある。本結果と併せて考えると、在宅療養では介護士による介護は受けられないと誤解をしている人がいることも想定される。第二号被保険者となる時期に、介護保険の説明とともに、在宅療養の正しい知識を周知することが必要である。また、在宅医療の認識として自宅でも急変時対応ができると認識していることが自宅を希望する要因であったことから、介護に関する制度だけではなく、医療に関する制度についての周知も必要である。

もう一つの要因に、終末期の認識として「最期は自由な環境がいい」と認識していることが抽出された。一般国民の多くは終末期の希望療養場所を自宅としていることから¹⁾、多くの人にとって自由な環境というのは自宅を指していることが推測される。在宅死には死の受容が必要条件であることから¹⁷⁾、終末期医療選択の際は、死生観が関連するといえる。アルフォンス・デーケン³²⁾は、「死を見つめることによって、自分に与えられた時間が限られているという現実を再認識することができ、それは毎日をどう生きて行ったらいいかと改めて考えることである。『死への準備教育 (デス・エデュケーション)』はそのまま『生への準備教育 (ライフ・エデュケーション)』にほかならない。」と述べている。どこまで治療を続けるのか、終末期をどう過ごすのかという「生と死の意味を考えること (死生観)」について、日頃から考える機会を持つことが必要である。

本研究では、高齢化が急速に進展している都市部

における終末期の希望療養場所決定に関わる要因を年代別に示す他にない成果を得ることができた。限界としては、武蔵野市全体の40歳以上の性別比は、男性：女性＝46.0%：54.0%であるが、全体の回収率が51.6%であり、回答者の性別比は、男性40.6%、女性59.4%と母集団と比較すると女性の割合が多くなっており、対象に偏りがあることが考えられる。

回答者は、6割以上が大卒以上（短大・専門学校含む）であった。平成22年度国勢調査によれば、短大・高専卒と大学・大学院卒合計は全体の34.7%と4割に満たず、40歳以上では24.3%、65歳以上では11.1%である³³⁾。今後は、学歴などの社会経済的状況が与える影響をより詳細に調査・検討する必要がある。

V 結 語

本研究結果から、終末期療養場所の希望と実際の隔たりを少なくするために検討すべき方策として、年代別に次の結果が得られた。65歳以上では、在宅療養費用・在宅医療、緩和ケアにおける薬物による疼痛管理の知識についての正しい知識の普及啓発の必要性である。加えて、ボランティア活動を行うことなどにより、他人を受け入れ、他人に世話をしてもらうことへの抵抗が低くなるような介護の社会化に対する意識変革の必要性が示唆された。

40-64歳の結果からは、介護保険第二号被保険者となる時期などに、在宅療養に関する医療・介護の正しい知識の普及啓発、さらに、どこまで治療を続けるのか、終末期をどう過ごすのかという死生観の醸成をする機会を持つ必要性が示唆された。

本研究は、日本赤十字看護大学大学院修士課程の修士論文の一部であり、2012年度「赤十字と看護・介護に関する研究」助成を受けて行った。本研究に御協力頂きました武蔵野市民、保健師、地域基幹病院の皆様に深謝いたします。

(受付 2013. 7. 8)
採用 2014. 5.31)

文 献

- 1) 終末期医療のあり方に関する懇談会. 終末期医療のあり方に関する懇談会報告書. 2010. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/06.pdf> (2013年7月2日アクセス可能)
- 2) 厚生労働省. 人口動態調査 人口動態統計 確定数 2012年. 2013. <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001028897> (2013年11月27日アクセス可能)
- 3) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口(平成24年1月推計):平成23(2011)年~平成72(2060)年. 2012. <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/sh2401top.html> (2013年11月27日アクセス可能)
- 4) 国立社会保障・人口問題研究所人口構造研究部. 日本の都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計):平成17(2005)~47(2035)年. <http://www.ipss.go.jp/pp-fuken/j/fuken2007/gaiyo.pdf> (2013年11月27日アクセス可能)
- 5) 横山渥子, 西村正二, 大頭信義, 他. 在宅緩和ケア:望む人全てが受けることができる在宅緩和ケアへ. ホスピスケアと在宅ケア 2005; 13(1): 28-35.
- 6) 浅野ふくみ. がん末期患者の在宅移行を支える:使いこなそう!訪問看護と介護保険 事例/病院の立場から 介護経験のない家族に対する退院支援. 看護 2010; 62(5): 77-78.
- 7) 伊賀瀬道也, 中村俊平, 越智雅之, 他. 末期がん患者の在宅診療の取り組み:退院支援の標準化に関する研究. 日本老年医学会雑誌 2007; 44(6): 734-739.
- 8) 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也, 他. 一般集団における終末期在宅療養の実現可能性の認識とその関連要因. Palliative Care Research 2007; 2(1): 101-111.
- 9) 太田秀樹. 在宅医療から在宅医学へ:医学教育へのチャレンジ 在宅看取りは,在宅医療と在宅医学の架け橋となるか. 保健の科学 2008; 50(6): 378-384.
- 10) 石附 敬, 和気純子, 遠藤英俊. 重度要介護高齢者の在宅生活の長期継続に関連する要因. 老年社会科学 2009; 31(3): 359-365.
- 11) 佐々木恵, 新井明日奈, 荒井由美子. 要介護高齢者における死亡場所の希望と実際:訪問看護師による把握. 日本老年医学会雑誌 2008; 45(6): 622-626.
- 12) 杉本浩章, 近藤克則, 樋口京子, 他. 在宅死亡患者割合に関連する因子の研究:全国訪問看護ステーション調査. 老年社会科学 2003; 25(1): 37-47.
- 13) 田宮菜奈子, 荒記俊一, 七田恵子, 他. ねたきり老人の在宅死に影響を及ぼす要因:往診医の存在,年齢との関係を中心に. 日本公衆衛生雑誌 1990; 37(1): 33-38.
- 14) 伊木雅之, 緒方 昭, 梶田悦子, 他. 高齢者の療養と死亡の場所に影響する要因に関する疫学調査. 日本公衆衛生雑誌 2001; 38(2): 87-94.
- 15) Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, et al. Japanese people's preference for place of end-of-life care and death: a population-based nationwide survey. J Pain Symptom Manage 2011; 42(6): 882-892.
- 16) 日置敦巳, 田中 耕, 和田明美. 勤労世代男女の死生観と終末期のケアへの期待. 厚生指針 2005; 52(3): 19-23.
- 17) 伊藤知子, 下風真衣, 坂本裕史. 在宅死に向けての取り組み:在宅死の現状と今後の課題. 市立室蘭総合病院医誌 2008; 33(1): 57-60.
- 18) 田中愛子. 共分散構造モデルを用いた老年期と青年期・壮年期の「死に関する意識」の比較研究. 山口医学 2001; 50(6): 801-811.

- 19) 日瀧淳子. 中年期の時間的展望と死に対する意識の関連: 時間的態度による年代別の検討. 神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要 2011; 4(2): 123-128.
- 20) 北岡伸一, 加藤愛治, 編. 年金改革の政治経済学: 世代間格差を超えて. 東京: 東洋経済新聞社, 2005; 67-115.
- 21) 武蔵野市. 人口統計(平成24年) 統計資料(平成24年5月1日現在). 2012. http://www.city.musashino.lg.jp/musashino_profile/jinkotokei/13987/011086.html (2013年7月2日アクセス可能)
- 22) Peduzzi P, Concato J, Kemper E, et al. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol* 1996; 49(12): 1373-1379.
- 23) 厚生労働省. 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2007. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf> (2013年11月27日アクセス可能)
- 24) ハーバート A・サイモン. 意思決定の科学 [The New Science of Management Decision] (稲葉元吉, 倉井武夫, 訳). 東京: 産業能率大学出版部, 1979; 55-56, 66-70.
- 25) 大松重宏. 患者はどこで過ごしたいのか: 療養先の選択と移行への支援 患者さんの退院に向けての意思決定への援助: ソーシャルワーカーの立場から. *緩和ケア* 2006; 16(3): 204-208.
- 26) 武蔵野市. 武蔵野市健康福祉総合計画策定のための武蔵野市要支援・要介護高齢者実態調査報告書. 2008; 45. http://www.city.musashino.lg.jp/dbps_data/_material/_files/000/000/004/687/9146-3.pdf (2013年11月27日アクセス可能)
- 27) ヤンセンファーマ. 「がん治療医の緩和医療に関する意識調査」集計結果: 緩和医療への関心は高いものの, 痛みに用いる薬への理解は不十分, 教育機会の充実を求める結果に. 2005. <http://www.janssen.co.jp/public/rls/news/2416> (2013年7月2日アクセス可能)
- 28) がん研究振興財団. がんの統計'11. 2011. http://ganjoho.jp/data/professional/statistics/backnumber/2011/cancer_statistics_2011.pdf (2013年7月2日アクセス可能)
- 29) 藤原佳典, 杉原陽子, 新開省二. ボランティア活動が高齢者の心身の健康に及ぼす影響: 地域保健福祉における高齢者ボランティアの意義. *日本公衆衛生雑誌* 2005; 52(4): 293-307.
- 30) 上野千鶴子. 老いる準備: 介護することされること. 東京: 学陽書房, 2005; 248.
- 31) 生命保険文化センター. 平成22年度生活保障に関する調査. 東京: 生命保険文化センター, 2010.
- 32) アルフォンス・デーケン. 死とどう向き合うか. 東京: 日本放送出版協会, 1996; 22.
- 33) 総務省統計局. 平成22年国勢調査産業等基本集計第10-1表 在学か否かの別・最終卒業学校の種類(6区分), 年齢(5歳階級), 配偶関係(4区分), 男女別15歳以上人口-全国. 2012. <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001038689&cycode=0> (2013年11月27日アクセス可能)
-

Age differences in decision-making factors on end-of-life care location for Musashino-city residents

Takako ISHIKAWA*, Sakiko FUKUI* and Minako SAWAI*

Key words : end-of-life, care location, home care, palliative care, socialization of care, awareness of death

Objectives Japan is predicted to continue its fast-aging trend, especially in urban areas. Therefore, promoting end-of-life services in urban areas is an urgent policy issue. In addition, the recognition of end-of-life care greatly varies by age. The aim of this study was thus to clarify the association by age between preferences regarding care location among people in urban communities and their experiences, knowledge, and perceptions related to end-of-life care.

Methods A total of 1,500 people aged 40 and older in Musashino-city participated in a cross-sectional nationwide survey. We asked about preferences regarding care location, demographic data, experiences, knowledge, and perceptions related to end-of-life care. We used logistic regression analyses.

Results A total of 769 (51.6%) responded. Of those over 65, 40.9% preferred homes and 59.1% preferred places other than homes as end-of-life care locations. For those aged 40–64, 54.1% preferred homes and 45.9% preferred places other than homes ($P < 0.001$). Logistic regression analyses revealed that the following factors affect people's preferences regarding location of care for those over 65: not recognizing that medication use can lead to addiction (odds ratio: 1.90; 95% confidence interval: 1.17–3.08); taking precautions before taking medicine (1.97; 1.21–3.22); volunteering (2.38; 1.34–4.21); recognizing that home cost is cheaper than hospital cost (1.82; 1.10–3.03); recognizing that they have health care workers to consult (1.90; 1.06–3.41); and recognizing that end-of-life care at home provides enough treatment (2.30; 1.37–3.87). Factors for the 40–64 year old group were as follows: not wanting informal caregivers to care (2.80; 1.62–4.83); recognizing that they can respond to sudden changes at home (2.97; 1.15–7.66); and want to be free at the end of the life (4.57; 2.43–8.59).

Conclusion These results suggest that changing people's thinking about the socialization of care is required to increase preferences of people over 65 for home death. For the 40–64 year old group, developing an awareness of death is required. For all generations, providing appropriate information and educating the people is required.

* Department of Community Health Nursing, Graduate School of Nursing, The Japanese Red Cross College of Nursing, Tokyo