

勤労世代男女の死生観と終末期のケアへの期待

ヒ オキ アツシ タナカ タカハシ ワダ アケミ
日置 敦巳*1 田中 耕*2 和田 明美*3

目的 自己の死と終末期のケア・医療環境についての勤労世代住民の意識およびそれに関連する因子を明らかにする。

方法 二段抽出法により無作為抽出した30～59歳の岐阜県岐阜地域住民1,200人に対し、死に対する意識、終末期のケアおよび医療への期待について面接調査を実施した。回答率は77.2%であった。

結果 死についてどう感じているかという質問に対し、「考えたことがない」と回答した者の割合は30歳代では約4割であり、40歳代と50歳代では約1/4であった。臨終立会経験のある者ではその割合は低かった。予後不良の疾患の告知希望に関連する因子として、「低年齢」「臨終立会経験」「死を恐れていないこと」「死を受け入れようと努力していること」「死について気になるが恐れていないこと」が選択された。自己の死を迎える場所として約8割が自宅を希望しており、現状との大きな乖離がみられた。

結論 死を取り巻く現状を知り、自己の死についての考察を深めることによって、住民に終末期のケアに関して真剣に考えてもらうようにすることも必要と考えられた。

キーワード 終末期, 死, 死生観, 告知

I はじめに

終末期の医療やケアについての議論が行政レベルでも行われるようになってきている¹⁾²⁾。一方で、普段から死について考えている人は少なく³⁾⁴⁾、死が身近とならない限り死に対する関心は必ずしも高くないことが示されている⁵⁾。勤労世代にとって、死は身近なものではなく、特に日本人では宗教面・教育面からも死について考える機会を得ることが少ない⁴⁾。さらに近年、医療施設での死の割合が高まって⁶⁾、普段の生活の中で死と接する機会が減少している。死について考えることはより良く生きることもつながるとされている⁵⁾⁷⁾⁸⁾。住民に、自分自身の死について考えてもらう機会を提供することは人生の

質の向上に有意義であることが示唆される。

今回、岐阜県内の一地域における勤労世代の男女の死生観と関連する因子について分析を行った。

II 対象と方法

調査対象は岐阜県南部の岐阜地域住民である。当地域は、岐阜県内の5つの二次医療圏の1つであり、2000年10月1日現在、面積992km²、3市12町2村(17市町村)で構成されていた。2000年の国勢調査人口は794,691人、65歳以上の人口割合は15.9%であった⁹⁾。

二段抽出法により無作為抽出した30～59歳の住民1,200人に対して、事前に調査依頼の手紙を

* 1 岐阜県西濃地域保健所長 * 2 岐阜県西濃地域振興局環境課担当課長 * 3 岐阜県経営管理部福利厚生室管理監

送付後、2002年2月に調査員が各家庭を訪問し、調査票に基づいて面接調査を実施した。回答は926人から得られた(回答率77.2%)。回答者の性別構成は、男436人(47.1%)、女490人(52.9%)、年齢階級別では、30歳代294人(31.7%)、40歳代297人(32.1%)、50歳代335人(36.2%)であった。

調査内容は、死に対する意識(「死についてどう感じているか」という質問に対し、「死を恐れていない」「受け入れようと努力している」「気になるが恐れていない」「恐れている」「考えたことがない」から1つ選択)、「不治の病」(以下「予後不良の疾患」)にかかった場合の告知希望の有無(「希望する」「希望しない」「わからない」)、自分自身の希望する死亡場所(「自宅」「老人ホーム等の施設」「医療施設」「その他」)、親の死亡場所の希望、死の受容に向けて必要と考えるもの(「緩和医療」「ホスピス」「家族や仲間の支援」「相談機関」「宗教」「必要ない」から複数回答)、臨終立会経験の有無および回答者の性別、年齢、職業である。調査票作成時、対象者の氏名は無記入とした。

分析に際し、年齢階級別の割合の差については χ^2 検定を、性別または臨終立会経験別の割合の差については年齢階級別または性・年齢階級

の層別にMantel-Haenszel検定を用いた。また、予後不良の疾患に罹患した場合の告知希望に関連する因子については、告知を希望するかそれ以外(希望しない、またはわからない)であるかを目的変数とし、年齢、性別、臨終立会経験、死に対する意識を説明変数として多重ロジスティックモデルを用いて分析を行った。

III 結 果

図1は、性別、年齢階級別にみた死に対する意識である。30歳代では、「死についてどう感じているか」という質問に対し、「考えたことがない」と回答した者の割合が38%と高かった($p < 0.005$)が、一方で「死を受け入れようと努力している」者も約1/4みられた。男女差はみられなかった。また、40歳代と50歳代でも「死について考えたことがない」者が26%みられた。

図2は、予後不良の疾患に罹患した場合の告知希望の有無である。全体の約2/3が告知を希望していたが、30歳代に比べて40歳代と50歳代では告知希望の割合が低くなっていた($p < 0.001$)。

図3は、自分自身または親が死を迎える最後の場所の希望である。自分自身、親ともに「自宅」が最も多く、本人の場合は、女より男で自宅の割合が高かった($p < 0.01$)が、親の場合には男女差はみられなかった。親に対しては、自分自身の場合より自宅の場合がやや低く、医療施設の割合が高くなっていた。

図4は、死の受容に向けて必要と考えるものである。「家族・仲間の支援」が約6割と最も多く、「緩和医療」「相談機関」「ホスピス」が続い

図1 性別、年齢階級別にみた死に対する意識

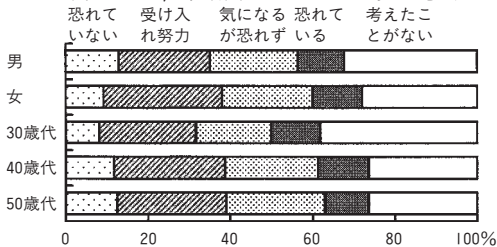


図2 性別、年齢階級別にみた予後不良の疾患告知希望の有無

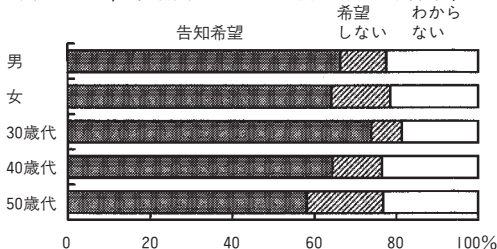
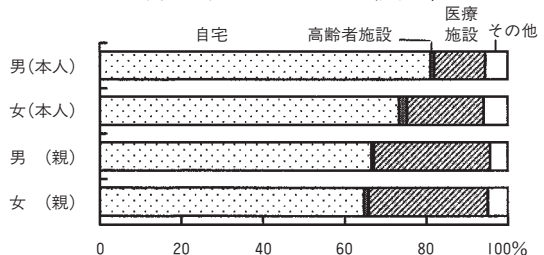


図3 本人および親の死亡場所の希望



た。「宗教」は1割に満たなかった。「緩和医療」および「ホスピス」との回答は女で割合が高く（それぞれ $p < 0.05$, $p < 0.001$ ）、男では「不要」と回答した者の割合が女より高かった（ $p < 0.001$ ）。

臨終立会経験は40歳代と50歳代では6割を超え、男より女でその割合が高かった（ $p < 0.05$ ）（図5）。

臨終立会経験の有無別に死に対する意識をみると、経験のある者では「死について考えたことがない」者の割合が低く（ $p < 0.001$ ）、「死を受け入れようと努力している」者と「死について気になるが恐れていない」者の割合が高い（ $p < 0.05$ ）（図6）。これを性・年齢階級別にみると、男では臨終立会経験者で「死について気になるが恐れていない」者、女では「死を受け入れよ

うと努力している」者の割合が高かった。

臨終立会経験の別に予後不良の疾患の告知希望の有無についてみると、経験のある者では告知について「わからない」と答えた者の割合が18.4%と、経験のない者（27.5%）より低かった（ $p < 0.001$ ）（図7）。一方で、告知を「希望する」者の割合は経験者（67.7%）では非経験者（61.1%）より高かった（ $p < 0.01$ ）。これを男女別にみると、男では臨終立会経験者で告知希望の割合が71.7%と非経験者の58.9%より高かったが、女ではそれぞれ64.4%、63.4%と差がみられず、30歳代女の立会経験者では非経験者より「希望しない」者の割合が高かった。

死に対する意識別に予後不良の疾患の告知希望の有無をみると、「死を恐れていない」者では告知を希望する者の割合が高く、「死を恐れている」者と「死について考えたことがない」者では告知について「わからない」が多く、特に「恐れている」者では希望しない者の割合が高かった（図8）。

告知希望について多重ロジスティック分析の結果をみると、「年齢が低いこと」「臨終立会経験があること」「死を恐れていないこと」「死を受け入れようと努力していること」「死について気になるが恐れていないこと」が告知を希望することと関連していた（表1）。

図4 死の受容に向けて必要と考えるもの

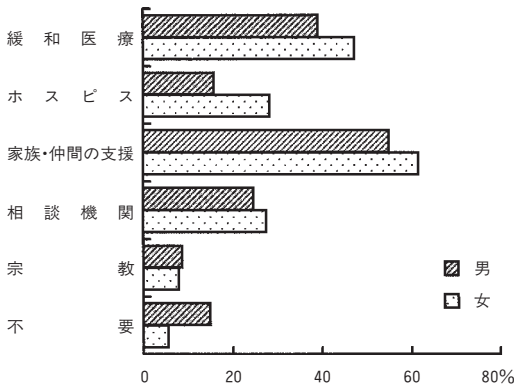


図5 性別、年齢階級別にみた臨終立会経験の有無

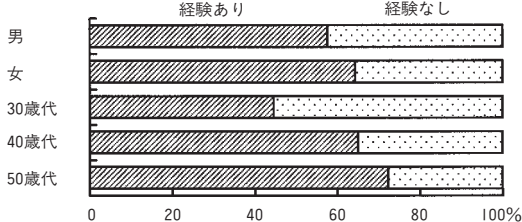


図6 臨終立会経験の有無別にみた死に対する意識

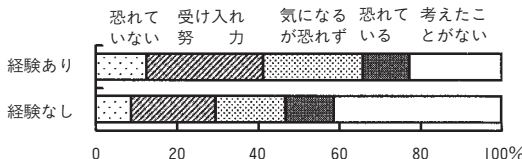


図7 臨終立会経験の有無別にみた予後不良の疾患告知希望の有無

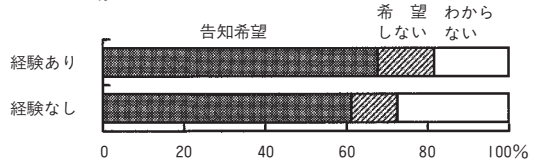


図8 死に対する意識別にみた予後不良の疾患告知希望の有無

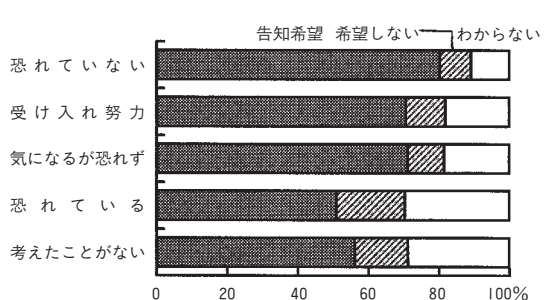


表2は、死に対する意識別にみた「死の受容に向けて必要と考えるもの（複数回答）」である。「家族・仲間の支援」の割合が全体の約6割と最も高く、死を恐れていない者でも4割が必要と回答している。死について考えたことがない者では、「何も必要ない」との回答がやや多い傾向にあるものの、必要と考える者の割合は全体と同じ傾向であった。死を恐れている者では、「家族・仲間の支援」「緩和医療」「ホスピス」の割合が高く、「宗教」の割合が低い傾向にあった。一方、死を恐れていない者では、「宗教」と「何も必要ない」の回答が多い傾向にあった。

IV 考 察

本調査は、勤労世代男女の死についての意識と終末期のケアおよび医療に関する希望との関連について明らかにすることを目的として実施した。岐阜県内の人口の約4割を占める地域から無作為に抽出しており、回収率も77.2%あったことから、県民の死に対する意識をかなり反映しているものとする。

「死についてどう感じているか」という質問に対し、「考えたことがない」と回答した者は30歳代で約4割であったが、40歳代と50歳代では約1/4と少なかった。しかしながら、この数値は「死というもの」についてどのように感じているかという一般的な感覚であって、自分自身の死について深く考えたことがない者の割合となるとさらに高いものと推測する。臨終立会経験のある男では経験のない者に比べ、どの年齢階級においても「死について気になるが恐れていない」者の割合が、また女では「死を受け入れようと努力している」者の割合が高くなっており、臨終に立ち会ったことで、死について考える機会を得たものと推測する。

自分自身または親が死を迎える場所として「自宅」を希望する者の割合は、それぞれ約3/4、約2/3とかなり高くなっていった。これは在宅死の割合が2割にも満たない現状⁶⁾¹⁰⁾とは著しくかけ離れた数値であり、終末期に向けたケアについての住民の現状認識が低いということになる。質

表1 予後不良疾患の告知希望に関連する因子

	オッズ比	95%信頼区間
年齢	0.957	0.941-0.974
性別		
男	1.000	
女	0.860	0.648-1.141
臨終立会		
経験なし	1.000	
経験あり	1.422	1.053-1.921
死に対する意識		
考えたことがない	1.000	
恐れていない	3.344	1.918-5.830
受け入れ努力	1.912	1.309-2.791
気になるが恐れていない	2.017	1.353-3.006
恐れている	0.785	0.498-1.238

表2 死に対する意識別にみた死の受容に向けて必要と考えるもの（複数回答）
(単位 %)

	緩和医療	ホスピス	家族・仲間の支援	相談機関	宗教	不要
総数	43.5	22.5	58.5	26.2	8.3	9.9
恐れていない	31.7	15.8	42.6	15.8	12.9	16.8
受け入れ努力	45.0	29.4	63.0	31.9	12.2	2.9
気になるが恐れていない	44.8	19.4	57.2	25.4	7.0	10.4
恐れている	52.8	26.9	65.7	23.1	3.7	11.1
考えたことがない	42.1	19.4	58.6	27.0	6.1	12.6

問様式が異なるため直接の比較はできないが、1998年に旧厚生省が実施した「末期医療に関する意識調査」結果¹¹⁾によると、痛みを伴う末期状態で「自宅で最後まで療養」したいとの回答は約1割であり、「自宅療養し必要になれば医療施設に入院」と回答した者を加えると約6割が自宅療養を希望している。今回の調査では、痛みに関する記述を質問文の中に入れなかったことから、在宅死を希望する者の割合が高くなったものとする。単に場所のみを志向するのではなく、患者の状態¹¹⁾¹²⁾や環境によって、スタッフや家族からのより望ましい身体的・精神的ケア¹²⁾が総合的に受けられる環境づくりを支援する必要がある。

悪性腫瘍など、予後不良の疾患の告知を希望した者は全体の約2/3であり、「末期医療に関する意識調査」結果¹¹⁾の72.6%と比較するとやや低い割合であった。多重ロジスティック分析の結果からは、臨終立会経験者と年齢の低い者で「希望する」者の割合が高くなっていった。身近な人などの死を体験する中で、告知は必要なものとするようになることが示唆された。一

方、加齢に伴って臨終立会経験者の割合は高くなるものの、年齢が低い方が告知希望者の割合が高いという結果であった。年齢層による考え方の相違の可能性が推測できるが、本調査は断面調査であるため判断できない。

「死の受容に向けて必要と考えるもの」としては、「家族・仲間の支援」「緩和医療」が多く、「宗教」は少なかった。がん告知推進の方向に動いている¹³⁾中で、告知後の精神的支援の必要性はますます高くなっていく。日本では、欧米のように宗教に期待¹⁴⁾¹⁵⁾できる可能性が低く、家族や仲間による支援の充実について検討することが必要と考える。また、普段から自分自身の死について考え、死に対する心構えをもってもらうことにより、「生」の充実が図られることもあろう。

文 献

- 1) 厚生省健康政策局総務課監修. 21世紀の末期医療. 東京：中央法規出版, 2000；29-106.
- 2) 岩崎康孝. ターミナルケア—行政の立場から. 日医雑誌 2003；129(11)：1751-4.
- 3) 亀山正邦. 長寿時代の医療技術と死生観. 総合臨床 1998；47(1)：9-10.
- 4) 広井良典. 死生観を問なおす. 東京：筑摩書房, 2001；9-27.
- 5) アルフォンス・デーケン. Death Educationの必要性. がんと化学療法 1992；19(9)：1247-52.
- 6) 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成12年人口動態統計 上巻. 厚生統計協会, 2002；136-7.
- 7) Kübler-Ross E(鈴木晶訳). 続 死ぬ瞬間. 東京：読売新聞社, 1999；37-318.
- 8) 上島国利. ターミナルケアの現状と課題. 日医雑誌 2003；129(11)：1691.
- 9) 岐阜県統計調査課編. 平成12年国勢調査結果—第1次基本集計結果. 岐阜県, 2001；8-134.
- 10) 井田栄一, 宮地ますみ, 田實武弥. 在宅ホスピスケアにおける精神的援助. 血液・腫瘍科 2002；45(6)：500-7.
- 11) Weitzen S, Teno JM, Fennell M, et al. Factors associated with site of death : a national study of where people die. Med Care 2003；41(2)：323-35.
- 12) Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. JAMA 2004；291(1)：88-93.
- 13) 古川俊治. 日本における法の立場からみた癌告知. 日医雑誌 2003；130(3)：441-4.
- 14) Astrow AB, Puchalski CM, Sulmasy DP. Religion, spirituality, and health care : social, ethical, and practical considerations. Am J Med 2001；110(4)：283-7.
- 15) Lo B, Ruston D, Kates LW, et al. Discussing religious and spiritual issues at the end of life : a practical guide for physicians. JAMA 2002；287(6)：749-54.