

健康高齢者の人生の最終段階における医療・ケアの 意思表示に関連する要因の検討

青井悠里子* 柏原未知** 井上かおり*** 森永裕美子**** 實金栄***

要旨：本研究は、人生の最終段階における医療・ケアの意思表示に関連する要因を明らかにすることを目的とした。A県内の65歳以上高齢者611人に調査票を配布し213人より回答を得た。調査内容は、人生の最終段階における医療・ケアについての検討・書面への記載・他者への伝達の有無、死別経験の有無とその深慮の有無、家族機能認知、意思表示がないことにより生じる不利益に関する認識等であった。結果、人生の最終段階における医療・ケアについての検討の有無と「死別経験」「死別経験の深慮」「死を意識するような経験の深慮」、意思表示がないことにより生じる不利益に関する認識に有意差がみられた。また、検討内容の他者への伝達の有無による、家族機能認知得点に有意差がみられた。したがって、意思表示を浸透させるためには、死別を経験した遺族に死別経験を深慮する機会を作ることや家族機能を高める介入が有効であると考えられた。

キーワード：意思決定支援、人生の最終段階における医療・ケア

I. 緒言

近年、健康な時から終末期について考え活動する「終活」を行う高齢者が増えていることから、高齢者の終末期への関心は高まっていると考えられる。しかしながらその内容は、葬儀、墓、相続など「死後」の事柄に主眼を置かれることが多く¹⁾、人生の最終段階をいかに過ごすかに焦点を当てたものではない。平成29年度の厚生労働省の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」²⁾(以降、厚労省調査)によると、人生の最終段階における医療について、家族と話し合ったことがあると答えた者は4割、意思表示の書面を作成している者は1割にも満たない。その理由として、核家族化の進行に伴い高齢者の単独世帯あるいは夫婦のみの世帯が増加している³⁾ことから、家族間の話し合いが進みにくい状況にあると考えられる。

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン⁴⁾では、患者の意思が確認または推定できない場合、患者にとって最善の治療方針を家族及び医療・ケアチームで話し合うとし

ているが、ガイドラインの存在を知らない医療者が3～4割いる⁵⁾ことから、患者が意思表示の書面を作成していなければ、望まない延命処置や医療処置へ移行する可能性がある。また、家族が代理意思決定を行う際に、患者の意思や意向がわからず苦悩したり、代理意思決定後も不確かさに悩んだりとの報告⁶⁾があることから、家族の心理的負担を軽減するためにも、患者の意思表示が必要である。さらに、2000年より介護保険制度が施行され2006年より地域包括支援センターを中心に地域全体で高齢者の支援を行う「地域包括ケア」を推進していることから、高齢者の終末期医療の中心が病院から介護施設や在宅へと移行しつつある⁷⁾が、介護施設や在宅の場では終末期医療に対する知識が十分ではなくケアの質は必ずしも高いとは言えない⁸⁾との指摘がある。高齢者が意思表示をしておくことで、家族・医療・ケアチームが連携を図りながら高齢者の意思に配慮したケアを提供することができると考えられ、介護施設や在宅におけるケアの質向上においても意思表示は重要である。

* 岡山大学病院

** 岡山済生会総合病院

*** 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

**** 香川大学医学部看護学科

人生の最終段階における医療の希望や家族間の話し合いには、個人の価値観や過去の経験が関連するといわれている。例えば、看取りの経験がある者は、自身も在宅での看取りを選択する機会が多い⁹⁾ことや、介護経験を有する者や身内に認知症患者がいる者は、家族間で話し合う機会が多い¹⁰⁾ことが報告されている。しかしながら、家族間の話し合いのみならず、人生の最終段階をどのように過ごしたいかについての検討や書面への記載といった意思表示に焦点を当て、その関連要因を明らかにした報告はない。

そこで本研究では、健康高齢者に対する意思決定支援に関する基礎資料を得ることをねらいに、人生の最終段階における医療・ケアの意思表示に関連する要因を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 調査対象

A県内に在住する65歳以上の高齢者を対象とした。対象者の選定基準は、①認知機能に著しい障害がなく、調査票への回答が可能な者、②重い病気や障害により自宅で24時間の介護や看護を受けていない者とした。対象者への協力依頼は、調査に同意の得られた市町村の担当者を介して行ったケースとB大学学生を介して行ったケースの二通りであった。調査票は、611人に配布し、213人より回答を得た(回収率34.9%)。

2. 調査方法

調査は、無記名自記式質問紙により行った。対象者への調査票の配布は、市町村の担当者を介して協力依頼したケースは、①担当者より紹介を受けた市町村が主催する健康教室において研究者が直接配布、②事前に担当者および地域住民に了解を得た上で、対象者の自宅郵便受けに配布を行った。また、B大学学生を介して協力依頼したケースは、配布も学生を介して実施した。回収は個別郵送法であった。なお、調査期間は平成30年7月～9月の3か月間であった。

3. 調査内容

調査内容は、基本的属性、意思表示の状況、個人の経験、経験の深慮、家族機能認知、死生観、意思表示がないことにより生じる不利益に関する認識、

人生の最終段階における意向とした。

1) 基本的属性

年齢、性別、世帯構成、健康状態を調査した。健康状態は、「あなたの現在の健康状態はいかがですか」との問いに、「健康ではない」から「健康」の4件法で回答を求めた。

2) 意思表示の状況

人生の最終段階に受けた医療・ケアおよび受けたくない医療・ケア(以降、希望する医療・ケア)について、①検討しているか(以降、『検討の有無』)について、「検討あり」「検討なし」の2件法で回答を求めた。次に、「検討あり」と回答した者に対して、②検討内容を書面に記載しているか(以降、『記載の有無』)、③検討内容を家族またはそれに代わる他者に伝えているか(以降、『伝達の有無』)について、それぞれ2件法で回答を求めた。最後に、家族またはそれに代わる他者に伝えていないと回答した者に対して、④家族またはそれに代わる他者と話し合いたいと思うか(以降、『話し合い希望の有無』)について、2件法で回答を求めた。

3) 個人の経験

個人の経験として、介護経験、身近な人との死別経験、死を意識するような病気等の経験の有無とその経験によりどのようなことを感じたか(以下、経験の深慮)について回答を求めた。また、臓器提供意思表示カードへの記入の有無について尋ねた。回答は、経験の有無を2件法、経験の深慮を3～5件法で求めた。

4) 家族機能認知

家族機能認知の測定には竹本ら¹¹⁾の尺度を用いた。これは、「家族の凝集性」4項目、「家族の適応力」4項目、「家族のコミュニケーション」4項目の3因子12項目で構成され、家族機能に対する認知を評価する尺度である。過去2ヶ月間の家族の様子に対する印象について、「よくあてはまる」1点、「だいたいあてはまる」2点、「あまりあてはまらない」3点、「ほとんどあてはまらない」4点の4件法で回答を求めた。この尺度は、得点が高いほど家族機能が良くないと認知していることを示すものである。

5) 死生観

死生観の測定には平井ら¹²⁾の死生観尺度を用いた。これは、「死後の世界観」4項目、「死への恐怖・不安」4項目、「解放としての死」4項目、「死からの回避」4項目、「人生における目的意識」4項目、

「死への関心」4項目、「寿命観」3項目の7因子27項目で構成され、回答は、「当てはまらない」1点、「ほとんど当てはまらない」2点、「やや当てはまらない」3点、「どちらともいえない」4点、「やや当てはまる」5点、「ほとんど当てはまる」6点、「当てはまる」7点の7件法で求めた。

6) 意思表示がないことにより生じる不利益に関する認識

意思表示の書面を作成していなければ、「望まない延命処置や医療を受ける可能性があることの認識（以降、望まない医療を受けることに関する認識）」と、「家族が代理意思決定する場合に、意思決定後も苦悩する家族がいることの認識（以降、代理意思決定者の苦悩に関する認識）」について、2件法で回答を求めた。

7) 人生の最終段階における意向

厚労省調査を参考に、医療およびケアが必要になる場面として、『認知症が進行し、自分の居場所や家族の顔がわからず、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態で、かなり衰弱が進んできた』を設定し、このような状況になった場合に、あらかじめ設定した医療およびケア8項目について、「希望しない」「希望する」「どちらともいえない」の3件法で回答を求めた。

4. 分析方法

基本的属性、意思表示の状況、意思表示がないことにより生じる不利益に関する認識、人生の最終段階における意向について、単純集計を行った。また、意思表示への関連要因の検討として、①意思表示の状況のうち、『検討の有無』と個人の経験の有無、経験の深慮の有無、意思表示がないことにより生じる不利益に関する認識の有無、についてそれぞれ χ^2 二乗検定を行った。経験の深慮については、3～5件法による回答を、深慮の有無の2群に分類し分析した。②意思表示の状況である『検討の有無』、『記載の有無』、『伝達の有無』による、家族機能認知の合計得点および下位因子得点、死生観の下位因子得点の差について、それぞれ Mann-Whitney のU検定を行った。なお、有意水準は、 $p < 0.05$ とした。

5. 倫理的配慮

市町村の担当者およびB大学学生に対して、研究

の趣旨および倫理的配慮（調査への協力は自由意思に基づくこと、プライバシーの保護、データの取り扱い等）について、文書と口頭により説明を行い、口頭により同意を得た。対象者に対しては、研究の趣旨および倫理的配慮について文書（調査票を手渡しにより配布した対象者には口頭による説明も実施）にて説明し、調査票への回答をもって同意を得たものとした。なお、本研究は、岡山県立大学倫理審査委員会の承認を得た後に実施した（受付番号18-15）。

Ⅲ. 結果

1. 基本的属性

基本的属性の結果を表1に示した。回答者の平均年齢は77.4歳、性別は、女性142人（67.6%）、男性68人（32.4%）であった。世帯構成は、ひとり暮らし52人（25.0%）、夫婦のみ82人（39.4%）、二世帯以上74人（35.6%）であった。健康状態は、健康ではない7人（3.3%）、あまり健康ではない29人（13.7%）、まあまあ健康126人（59.7%）、健康49人（23.2%）であった。

2. 意思表示の状況

意思表示の状況の回答分布を表2に示した。希望する医療・ケアについての『検討の有無』では、「検討なし」68人（32.4%）、「検討あり」142人（67.6%）であった。「検討あり」と回答した者の、検討内容の書面への『記載の有無』は、「記載なし」117人（83.6%）、「記載あり」23人（16.4%）、検討内容の他者への『伝達の有無』では、「伝達なし」65人（46.4%）、「伝達あり」75人（53.6%）であった。また、他者への「伝達なし」と回答した者の他者との『話し合い希望の有無』は、「希望しない」9人（14.3%）、「希望する」54人（85.7%）であった。

3. 意思表示がないことにより生じる不利益に関する認識

意思表示がないことにより生じる不利益に関する認識の回答分布を表3に示した。「望まない医療を受けることに関する認識」では、「なし」77人（36.3%）、「あり」135人（63.7%）であった。「代理意思決定者の苦悩に関する認識」では、「なし」47人（22.3%）、「あり」164人（77.7%）であった。

表1. 対象者の状況

1) 年齢 (n=211)	平均	±SD (範囲)
	77.4	6.4 (65-91)
2) 性別 (n=210)	人	(%)
女	142	(67.6)
男	68	(32.4)
3) 世帯 (n=208)		
ひとり暮らし	52	(25.0)
夫婦のみ	82	(39.4)
二世帯以上の同居	74	(35.6)
4) 健康状態 (n=211)		
健康ではない	7	(3.3)
あまり健康ではない	29	(13.7)
まあまあ健康	126	(59.7)
健康	49	(23.2)

表2. 意思表示の状況

単位: 人 (%)

1) 検討の有無 (n=210)	
なし	68 (32.4)
あり	142 (67.6)
2) 記載の有無 (n=140)	
なし	117 (83.6)
あり	23 (16.4)
3) 伝達の有無 (n=140)	
なし	65 (46.4)
あり	75 (53.6)
4) 話し合い希望の有無 (n=63)	
なし	9 (14.3)
あり	54 (85.7)

表3. 意思表示がないことによる不利益に関する認識

1) 望まない医療を受けることに関する認識 (n=212)	
なし	77 (36.3)
あり	135 (63.7)
2) 代理意思決定者の苦悩に関する認識 (n=211)	
なし	47 (22.3)
あり	164 (77.7)

単位: 人 (%)

4. 人生の最終段階における意向

人生の最終段階における意向の回答分布を表4に示した。『口から水が飲めなくなった場合、点滴を希望するか』について、「希望しない」81人(38.2%)、「希望する」66人(31.1%)、「どちらとも

もいけない」65人(30.7%)であった。『口から十分な栄養を摂ることが難しくなった場合、中心静脈栄養法を希望するか』について、「希望しない」138人(65.1%)、「希望する」25人(11.8%)、「どちらともいけない」49人(23.1%)であった。『口から十分な栄養を摂ることが難しくなった場合、経鼻栄養法を希望するか』について、「希望しない」154人(72.6%)、「希望する」11人(5.2%)、「どちらともいけない」47人(22.2%)であった。『口から十分な栄養を摂ることが難しくなった場合、胃ろうを希望するか』について、「希望しない」173人(81.2%)、「希望する」5人(2.3%)、「どちらともいけない」35人(16.4%)であった。『誤嚥の可能性があっても、介助により食べたいものを食べることを希望するか』について、「希望しない」92人(43.4%)、「希望する」36人(17.0%)、「どちらともいけない」84人(39.6%)であった。『肺炎や貧血などの合併症を起こした場合、合併症のための治療を希望するか』について、「希望しない」101人(47.9%)、「希望する」39人(18.5%)、「どちらともいけない」71人(33.6%)であった。『息苦しくなった場合、酸素吸入を希望するか』について、「希望しない」59人(28.0%)、「希望する」84人(39.8%)、「どちらともいけない」68人(32.2%)であった。『痛みなどの苦痛が強い場合、意識を下げ苦痛を緩和する治療(鎮静)を希望するか』について、「希望しない」31人(14.7%)、「希望する」141人(66.8%)、「どちらともいけない」39人(18.5%)であった。

5. 意思表示への関連要因

1) 意思表示の状況と個人の経験およびその深慮

意思表示の状況のうち希望する医療・ケアの『検討の有無』と個人の経験およびその深慮の有無との χ^2 二乗検定の結果を表5に示した。有意であった項目は、「死別経験」、「死別経験の深慮」、「死を意識するような経験の深慮」であった。

2) 意思表示の状況と意思表示がないことにより生じる不利益に関する認識

意思表示の状況のうち、希望する医療・ケアの『検討の有無』と意思表示がないことにより生じる不利益に関する認識の有無との χ^2 二乗検定の結果を表6に示した。有意であった項目は、「望まない医療を受けることに関する認識」と「代理意思決定者

表4. 人生の最終段階における意向 単位：人 (%)

1) 点滴 (n=212)		5) 経口摂取 (n=212)	
希望しない	81 (38.2)	希望しない	92 (43.4)
希望する	66 (31.1)	希望する	36 (17.0)
どちらともいえない	65 (30.7)	どちらともいえない	84 (39.6)
2) 中心静脈栄養 (n=212)		6) 合併症治療 (n=211)	
希望しない	138 (65.1)	希望しない	101 (47.9)
希望する	25 (11.8)	希望する	39 (18.5)
どちらともいえない	49 (23.1)	どちらともいえない	71 (33.6)
3) 経鼻栄養 (n=212)		7) 酸素投与 (n=211)	
希望しない	154 (72.6)	希望しない	59 (28.0)
希望する	11 (5.2)	希望する	84 (39.8)
どちらともいえない	47 (22.2)	どちらともいえない	68 (32.2)
4) 胃ろう (n=213)		8) 鎮静 (n=211)	
希望しない	173 (81.2)	希望しない	31 (14.7)
希望する	5 (2.3)	希望する	141 (66.8)
どちらともいえない	35 (16.4)	どちらともいえない	39 (18.5)

表5. 検討の有無と個人の経験およびその深慮

個人の経験とその深慮	検討の有無	
	なし	あり
1) 介護経験 (n=208)	なし 26 (12.5)	あり 42 (20.2)
2) 介護経験の深慮 (n=140)	なし 1 (0.7)	あり 2 (1.4)
3) 死別経験 (n=206)	なし 5 (2.4)	あり 0 (0.0) *
4) 死別経験の深慮 (n=196)	なし 7 (3.6)	あり 4 (2.0) *
5) 死を意識する経験 (n=208)	なし 51 (24.5)	あり 93 (44.7)
6) 死を意識する経験の深慮 (n=69)	なし 5 (7.2)	あり 2 (2.9) *
7) 臓器提供意思表示カード記載 (n=199)	なし 60 (30.2)	あり 124 (62.3)
	あり 2 (1.0)	あり 13 (6.5)

単位：人 (%)， χ^2 検定，* : $p < 0.05$

の苦悩に関する認識」であった。

3) 意思表示の状況と家族機能認知

意思表示の状況のうち、他者への『伝達の有無』による、家族機能認知の合計得点および下位因子得点の差の検定を行ったところ、家族機能認知の合計得点および下位因子の「家族の凝集性」と「家族のコミュニケーション」に有意差がみられた (表7)。「検討の有無」および「記載の有無」による家族機能認知得点に有意差はなかった。

4) 意思表示の状況と死生観

意思表示の状況のうち、『伝達の有無』による、

表6. 検討の有無と意思表示がないことによる不利益に関する認識

不利益に関する認識	検討の有無	
	なし	あり
1) 望まない医療を受けることに関する認識 (n=209)	なし 34 (16.3)	あり 42 (20.1) *
2) 代理意思決定者の苦悩に関する認識 (n=208)	なし 24 (11.5)	あり 23 (11.1) *
	あり 43 (20.7)	あり 118 (56.7)

単位：人 (%)， χ^2 検定，* : $p < 0.05$

表7. 伝達の有無による家族機能認知得点

家族機能認知	伝達の有無	
	なし	あり
合計得点 (n=113)	25.5	22.2 *
凝集性 (n=122)	7.7	6.5 *
適応力 (n=118)	9.0	8.3
コミュニケーション (n=125)	8.7	7.3 *

Mann-WhitneyのU検定，* : $p < 0.05$

本尺度は、家族機能がよくないと認知しているほど、得点が高くなる

表8. 伝達の有無による死生観下位因子得点

死生観	伝達の有無	
	なし	あり
死後の世界観 (n=130)	14.7	14.1
死への恐怖・不安 (n=130)	16.7	13.1 *
解放としての死 (n=126)	17.0	15.7
死からの回避 (n=129)	14.0	11.8 *
人生における目的意識 (n=126)	17.0	16.2
死への関心 (n=121)	14.6	14.4
寿命観 (n=133)	12.3	12.9

Mann-WhitneyのU検定，* : $p < 0.05$

死生観尺度の下位因子得点の差の検定を行ったところ、「死への恐怖・不安」、「死からの回避」に有意差がみられた (表8)。「検討の有無」および「記載の有無」による死生観に有意差はなかった。

IV. 考察

1. 意思表示の状況

本研究において、希望する医療・ケアの『検討の有無』について、「検討あり」と回答した者は67.6%、そのうち、「検討内容を家族またはそれに代わる他者に伝えている」と回答した者は53.6%、

「検討内容を書面に記載している」と回答した者は16.4%であった。

厚労省調査では、「人生の最終段階における医療・療養について考えたことがある」と回答した者は59.3%、家族等や医療介護関係者と話し合ったことがある」と回答した者は39.5%、「意思表示の書面を作成している」と回答した者は8.1%であった。本研究とは回答方法が異なるため、一概に比較できないが、希望する医療・ケアについての検討・伝達・記載といったいずれの項目においても、本調査の方が割合が高い結果であった。これには、厚労省調査では対象者を20歳以上としているのに対し、本調査では65歳以上の高齢者に限定したことが影響していると考えられる。すなわち若年者より高齢者の方が死は差し迫るものであることから、高齢者の方が人生の最終段階に対する意識は高く、考える機会が多いことが考えられた。

しかしながら、本調査において希望する医療・ケアについて「検討あり」と回答した者が約7割いる一方で、その内容を記載している者の割合は激減することから、書面に残すことの重要性や必要性を認識していないことや、記載する機会がないことが考えられた。また、伝えていないと回答した者の割合も減少することから家族と話し合う機会が少ないことや家族と話し合うことの重要性を認識していないことが考えられた。さらに、書面に記載していると回答した者に比べ、家族等に伝えていないと回答した者が多いことから、書面に記載して自身の意思を伝えるよりも、口頭で伝えていない者の方が多くなることが明らかになった。これには、「加齢に伴い、思いを記述する機会の減少や、書字機能の低下の影響が考えられ、高齢になるほど単なる識字率とは異なるリテラシーの個人差が拡大する。」¹⁾との指摘があることから、加齢に伴う手指の巧緻性の低下や身体機能の低下を伴う疾患によって書字機能が低下し、意思を書面に残すことが困難になったことが要因の一つと考えられる。したがって、高齢者が自ら書面に記載することが困難な場合に、家族等と意向について話し合いを進める中で、家族等が記載する作業を手助けしたり、代筆したりするなどの支援を行う必要があると考えられる。

2. 人生の最終段階における意向

人生の最終段階における意向について、医療お

よびケアが必要になる場面として、『認知症が進行し、自分の居場所や家族の顔がわからず、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態で、かなり衰弱が進んできた』を設定し、このような状況になった場合の医療・ケアにおける意向について回答を求めた。

結果、点滴を「希望しない」38.2%、「希望する」31.1%、中心静脈栄養を「希望しない」65.1%、「希望する」11.8%であった。また経鼻栄養を「希望しない」72.6%、「希望する」5.2%、胃ろうを「希望しない」81.2%、「希望する」2.3%、肺炎や貧血などの合併症の治療を「希望しない」47.9%、「希望する」18.5%であった。このうち、中心静脈栄養の希望、経鼻栄養の希望、胃ろうの希望において、厚労省調査と同様の結果となった。しかしながら、点滴の希望及び合併症治療の希望については、厚労省調査では「希望する」と回答する者の割合が高く、本研究結果とは逆転している。人生の最終段階における医療は人間の生死を決めると同時に人間の尊厳に関わる選択であり個人の死生観とも深くかかわる¹³⁾とされている。また、年代によって死生観が異なることが示唆されている¹⁴⁾ことから、本研究と、厚労省調査との結果の差異は対象者の年齢の違いにより生じたものであると考えられる。さらに、高齢者は自身の身体機能の低下とともに死を身近に感じていると考えられることや、死が迫った時に心身の苦痛緩和を望む¹⁵⁾との報告もあることから、比較的苦痛が少ないと考えられる点滴や合併症の治療であっても、希望しない者が多いことが推測された。

また、厚労省調査や本調査においても経管栄養を希望する者が少ない理由に、マスメディアなどで、意思表示に関する話題として経管栄養や心肺蘇生が多く取り上げられるために、視聴者が得る情報に偏りがあることが考えられる。さらに「どちらともいえない」の回答が3割を超えるものに注目すると、「点滴」、「誤嚥の可能性があっても食べたいものを食べる」、「合併症治療」、「酸素吸入」であった。これには、日本尊厳死協会をはじめ、多くの自治体が提示する事前指示書では、心肺蘇生の実施や人工呼吸器の使用、経管栄養の実施に関する意向が中心であることから、点滴や経口摂取などの実施について考える機会がなく決断できていないことが考えられた。したがって、意向を示しておく必要があるケア項目について情報提供を行い、考えることができる

よう支援していく必要があると考えられる。

3. 意思表示への関連要因

意思表示への関連を検討したところ、希望する医療・ケアの『検討の有無』と死別経験およびその深慮、死を意識する経験の深慮、意思表示がないことにより生じる不利益に関する認識に有意差があり、それらの関連性が示唆された。すなわち、死別経験を有し、死別経験や死を意識するような経験から、自らの死や自身の最期のあり方について考えた者ほど、希望する医療・ケアについて検討していることが示唆される結果となった。これについては、配偶者の看取りに満足感があつた高齢者であっても、半数以上に後悔がある¹⁶⁾との報告があることから、看取りの経験を通して、自分自身や自身を看取る家族のために、人生の最終段階に向けて準備を行う意識が強くなることが考えられた。また、意思表示の書面を作成していなければ、望まない医療を受ける可能性があることや代理意思決定者が苦悩する可能性があることについて認識している者ほど、希望する医療・ケアについて検討していることが示唆される結果となった。これには、意思表示がないことにより生じる不利益を認識していることが、事前に意思を示しておくことへの動機づけになっていることが考えられた。厚労省調査では、希望する医療・ケアについて話し合ったことがない理由の一つに、「話し合う必要性を感じていない」があることから、意思表示の普及のためには、その必要性のみならず、実施しない場合に被る不利益についても情報提供する必要があるといえる。

希望する医療・ケアの『伝達の有無』による家族機能認知得点の比較では、家族機能認知合計得点に有意差があり、それらの関連性が示唆された。すなわち、家族機能が良くないと認知しているほど、検討内容を伝えていないことが示唆される結果となった。下位因子に着目すると、『伝達の有無』と「家族の凝集性」および「家族のコミュニケーション」において有意差があり、それらの関連性が示唆された。すなわち、互いに関心を示すことが少なく話し合う機会を持ちにくい家族や、話し合う重要性を認識していても、話し合いにくい関係性にある家族ほど意向を家族員に伝えていないことが示唆された。

また、希望する医療・ケアの『伝達の有無』による死生観下位因子得点の比較では、「死への恐怖・

不安」、「死からの回避」に有意差があり、それらの関連性が示唆された。すなわち、死への恐怖や不安が強い者、また死を回避したいと考える者ほど、希望する医療・ケアについて話し合っていないことが示唆される結果となった。先行研究においても、自らの死にゆくプロセスと向き合うことのできる人ほど終末期医療の希望について伝達している可能性がある¹⁾との報告があることから、死は誰にでも起こり得るものとして向き合うことができている者ほど自身の人生の最終段階について考え、家族等に伝達することができていると考えられる。

4. 臨床への示唆

本研究より、人生の最終段階において希望する医療・ケアについて、検討していると回答した者の割合は多いが、書面に記載している、家族等と話し合っていると回答した者の割合は激減することから、家族と話し合うことや書面に記載することの重要性や必要性に対する認識が低いことが考えられた。このことより、高齢者が自身の望む人生の最終段階を過ごすためには、家族等と話し合った上で書面に記載しておくことの重要性を周知する必要があると考えられる。さらに、意思表示には、①死別経験およびその深慮、②家族機能認知、③意思表示がないことにより生じる不利益に関する認識、等が関連していることが示唆された。したがって、①患者の死後、遺族への悲嘆ケアの一環として、介入時期を考慮した上で、遺族と看取りの経験を振り返る機会を持つなどして死別経験を深慮する機会を作る、②家族間の関係性に歪みがあると捉えた場合には、意識して関わりを持ち、家族間の話し合いを促進する、③意思表示の必要性のみならず、意思表示がないことにより被る不利益についても情報提供することが、重要であると考えられた。また、意思表示をする者が少ない要因として、「具体的な場面を想像できない」という限界が指摘されている¹⁷⁾ことから、意向を示しておく必要がある医療・ケア項目について情報提供することも重要であると考えられる。

V. 結論

本研究は、健康高齢者の人生の最終段階における医療・ケアの意思表示への関連要因を明らかにすることを目的に実施した。結果、死別経験およびその

深慮、家族機能認知、意思表示がないことにより生じる不利益に関する認識、等が関連していることが示唆された。

近年、わが国の医療現場では、意思決定支援において、欧米の流れを受け、繰り返し話し合うアドバンス・ケア・プランニング（ACP）が重要視されている。「時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思は変化しうるものである」⁴⁾ことから、本人と家族、医療・ケアチームが繰り返し話し合うことが重要であることに異論はない。しかしながら、本人の意思または推定意思が確認できない場合には、家族や医療・ケアチームによって治療方針が決定されるため、自身が望む人生の最終段階を迎えるために、まずは、自身が希望する医療・ケアについて意思表示しておくことが重要であると考えられる。また、ガイドラインの改訂版⁴⁾において、記録に残すことの重要性が明示されていることから、本人の意思は変化しうるものであることを前提に、その都度希望を書き示しておくことが必要であると考えられる。

付記

本調査にご協力いただきました皆様に深謝申し上げます。

文献

- 1) 島田千穂、中里和弘、荒井和子、会田薫子、清水哲郎、鶴若麻理、石崎達郎、高橋龍太郎 (2015). 終末期医療に関する事前の希望伝達の実態とその背景. 日本老年医学会雑誌, 52(1):79-85.
- 2) 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. 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf. 2018年11月15日アクセス.
- 3) 内閣府. 平成28年版高齢者社会白書. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf_index.html. 2018年11月15日アクセス.
- 4) 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>. 2018年11月15日アクセス.
- 5) 終末期医療に関する意識調査等検討会. 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書 (2014). https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041846_3.pdf. 2018年11月15日アクセス.
- 6) 二神真理子、渡辺みどり、千葉真弓 (2010). 施設入所認知症高齢者の家族が事前意思代理決定をするうえで生じる困難と対処のプロセス. 老年看護学, 14(1):25-33.
- 7) 流石ゆり子、牛田貴子、亀山直子、鶴田ゆかり (2006). 高齢者の終末期ケアの現状と課題: 介護保険施設に勤務する看護職への調査から. 老年看護学, 11(1): 70-78.
- 8) 杉本浩章、近藤克則 (2006). 特別養護老人ホームにおける終末期ケアの現状と課題. 社会福祉学, 46(3): 63-74.
- 9) 荒木晴美、新鞍真理子、炭谷靖子 (2012). 介護者自身が最期を迎えたい場所の選択に関連する要因. 日本看護研究学会雑誌, 35(2):11-18.
- 10) 越谷美貴恵 (2006). 中高年者の希望する認知症終末期ケアに関する意識調査. 日本認知症ケア学会誌, 5(1): 35-43.
- 11) 竹本与志人、香川幸次郎、白澤政和 (2009). 血液透析患者の精神的健康と家族機能に対する認知的評価ならびに主介護者の療養継続困難感との関連性. メンタルヘルスの社会学, 15:16-27.
- 12) 平井啓、坂口幸弘、安部幸志、森川優子、柏木哲夫 (2000). 死生観に関する研究: 死生観尺度の構成と信頼性・妥当性の検証. 死の臨床, 23(1): 71-76.
- 13) 涌波満、前沢政次、棚原陽子、涌波淳子 (2007). 高齢者の終末期医療に対する本人の意思と家族意向の形成プロセスに関する質的研究. プライマリ・ケア, 30(1):45-52.
- 14) 富松梨花子、稲谷ふみ枝 (2012). 死生観の世代間研究. 久留米大学心理学研究, 11:45-54.
- 15) 中木里美、多田敏子 (2013). 日本人高齢者の死生観に関する研究の現状と課題. 四国大学紀要, (41):1-10.
- 16) 細貝瑞穂、福間美紀、長田京子 (2018). 配偶者を亡くした高齢者の看取りの思いと医療者からの情報提供との関連. 島根大学医学部紀要, 40:27-35.
- 17) 赤林朗、甲斐一郎、伊藤克人、津久井要 (1997).

アドバンス・ディレクティブ（事前指示）の日本
社会における適用可能性：一般健常人に対するア
ンケート調査からの考察. 生命倫理、7(1):31-40.

Factors related to decision-making about medical treatment and care at the end-of-life stage in healthy elderly individuals

YURIKO AOI*, MISATO KASHIHARA**, KAORI INOUE***
YUMIKO MORINAGA****, SAKAE MIKANE***

**Okayama University Hospital*

***Okayama Saiseikai General Hospital*

****Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University*

*****School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University*

Abstract In this study, we aimed to identify factors related to decision-making about medical treatment and care at the end of life. Survey forms were distributed to 611 elderly people aged ≥ 65 years in A prefecture, and responses were collected from 213 people. The contents of the survey included the following: presence or absence of the experience of discussing preferred medical treatment and care at the end-of-life stage, filling a form indicating preferences, and communicating it to others, presence or absence of experience of separation by death and serious consideration of it, recognition of family function, and recognition of disadvantages caused by absence of statement of will. The results showed significant differences in the presence or absence of the experience of discussing medical and nursing care at the end-of-life stage, based on experience of separation by death, serious consideration of the experience of separation by death, serious consideration of experience of being aware of death, and recognition of disadvantages caused by absence of the statement of will. Additionally, a significant difference was observed in the cognitive scores of family function depending on whether or not the preferences were communicated to others. Accordingly, to disseminate the statement of will, providing bereaved families with opportunities to seriously consider the experience of separation by death or interventions that improve family function was considered to be effective.

Keywords : support for decision-making, end-of-life stage