



[原著]

## 高齢者の延命治療に対する意思表示の実態

北原 崇靖、山本 恵子

九州看護福祉大学

### 要旨

本研究では、B市で高齢者サロンに参加する認知機能・意思能力が保持されている65才以上の人を対象に郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。160サロンのうち175名から有効回答が得られた。延命治療の意思が「有り」56名(32.0%)、「無し」114名(65.1%)であった。延命治療の意思があり、それを他者に意思表示している人は37名(21.1%)、意思があっても他者に意思表示していない人が17名(9.3%)であった。事前指示書の要否に関しては、要98名(56.0%)、不要65名(32.0%)であり、要否の理由はいずれも家族への配慮を尊重しての回答が多かった。しかし実施に事前指示書を準備していたのは9名(5.1%)とごくわずかであった。

延命治療の意思があり、意思表示している高齢者も事前指示書の準備はしていない実態から、認知機能・意思能力が低下する前に家族や後見人、医療従事者など最期の選択に携わる関係者に、書面による意思表示をする事前指示書の活用を啓発していく必要があると考える。それらを行うことで自身の望む最期を迎えられる準備が可能であることが示唆された。

キーワード：延命治療、意思表示、高齢者、事前指示書、意思能力

### 【緒言】

#### 1. 日本の延命治療の現状と課題

厚生労働省は2025年を目途に、在宅医療推進のための地域包括ケアシステムの構築を行った。それにより、要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるシステムを目指している。政府は人生の最期を自分らしく迎えるためには、Advance Care Planning (以下ACPとする)を推奨し、家族と自分の最期について話し合う「人生会議」の普及を促している。厚生労働省が2013年度に行った人生の最終段階における医療に関する意識調査<sup>1)</sup>(以下、厚労省の意識調査とする)では、意思能力

が失われた際に備え意思表示した書面の必要性について、一般国民の69.8%が「必要」と答えている。しかし、実際の作成率は一般国民の3.2%に留まり、65歳以上では6.0%であった。自身の死が近い場合の医療について、家族らと「十分に話し合っている」と回答したのは4.8%にすぎず、文書のみならず話し合いでも意思表示できていなかった。自身の望む最期を迎えるためには、意思能力があるときに事前に意思表示することが重要であり、それをしないと自身の望む最期が迎えられないばかりでなく、延命治療が必要な状況になった際に家族や医療者らが混乱に陥ることになる。日本には安楽死法など法的整備が未整備の

連絡先：北原 崇靖  
〒865-0062 熊本県玉名市富尾888番地  
九州看護福祉大学看護福祉学部看護学科  
TEL：0968-75-1800  
Email：takayasu@kyushu-ns.ac.jp

2021年 4月19日受付  
2021年 10月 6日受理

ため、統一した事前指示書はない。そのため高齢者施設や病院では、独自の事前指示書を作成し、延命治療における混乱が生じないように工夫をしている。

現在の延命治療は、患者の意思が誰にも伝わらず意思能力が失われた場合、患者に代わり家族または医療従事者が延命治療の実施に関する意思決定を行う。山本ら<sup>2)</sup>は、「家族は衝撃と混乱の中で患者の状況や治療に関する複雑で多様な説明を受け、意思決定を余儀なくされることも多い」と述べている。

医療従事者は、患者本人に延命治療に関する意思確認が行われたうえで Cardio Pulmonary Resuscitation(以下 CPR とする)が決定していれば、その決定に基づき救命処置を行うが、CPR 未決定では処置の要否に混乱するなど多くの戸惑いが生じている<sup>3)</sup>ことから、意思確認は救命処置を行うにあたっては重要になってくる。

これらを回避すべく、国立長寿医療研究センターは、本人の意思決定を尊重した地域連携モデルを作成した。これは主治医を中心とし、患者の意思を他の医療機関や施設に事前指示書を用い情報提供することで情報共有でき、患者が望む最期を迎えることが出来る地域連携システムである。このモデルの注目すべき点は、意思能力があるうちに本人の意思を表示し、家族をはじめとする地域包括ケアシステムの中で共有できる点にある。厚生省の意識調査で示された意思表示の低さは、このモデルが機能すれば解決につながると考える。しかし、このモデルは国内共通のものではなく、また延命治療に関する本人の意思に注目して意思表示の現状とその要因について明らかにした研究は殆どない。

そこで本研究ではこの連携モデルを踏まえ、延命治療に対する本人の意思の有無と意思表示の実態を明確にするために、本人の意思に着目した本人が望む最期を迎えるまでのプロセスを概念図として作成し、最終的な到達点は、延命治療に対する高齢者自身の望む最期である (図 1)。「本人の意思」をもとに高齢者自身が望む最期までの状況を①本人が望む延命治療の意思の有無、

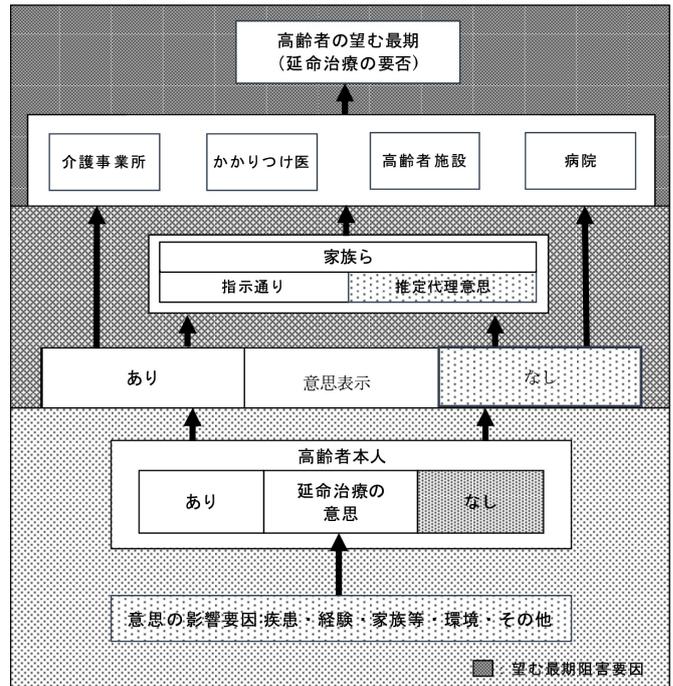


図 1 本人が望む最期を迎えるための意思表示の現状と実態の概念図

②本人が望む延命治療の意思伝達、③高齢者本人の望む最期の 3 段階とした。時には、様々な要因から一度決めた意思が揺らぐことは、本人にも家族にも予測される。意思が揺らぐ要因として先行研究では、①延命治療の意思の有無の段階では、家族など親しい人との死別経験やメディア情報、死生観など多岐にわたると言われている。しかし、本人が望む最期を迎えるためには、まず延命治療の内容を知ることが重要である。高齢者の多くは死について考えたことがあり<sup>4)</sup>、そこでまず自身の身体的情報やそれに対する治療内容や予後に関する正しい情報提供により、どのような最期を迎えたいかの考える意思を持つことが重要であるがその実態は明確にはなっていない。

②意思伝達の段階では、自身の意思を文書にて表示することが重要である。意思表示が無いと、意思がないものと扱われてしまう。また意思表示が困難な場合は、意思表示できるような環境整備が急務である。さらに延命治療の意思そのものが無い場合は、例え健康であっても人生のいずれかのタイミングで自分の最期を考える環境整備が急務となり、意思表示がないと家族らの推定代理意思に委ねるか医療機関の判断になる。本人が自身の延命治療の意思決定を

家族らに一任するという場合でも、家族らには、不安や責任は少なからずあると考える。

このように本人の意思の有無が、③本人が望む最期の段階では、大きく影響していることが分かる。本人の意思もしくは家族らの推定代理意思により望む最期が文書で表示されれば、その情報を医療機関や施設で共有することで統一した急変時の対応が可能となる。本人の望む最期を迎えるには、本人の意思が必要であり、その影響要因等を明らかにすることは、本人の望む最期を迎える一助になると考える。

## 【方法】

### 1. 目的

本研究では、高齢者の延命治療の意思の有無および意思表示の実態とその影響要因を明らかにすることを目的としている。この結果が意思表示の環境整備の一助になると考える。

### 2. 調査方法

#### 1) 調査

A 県 B 市社会福祉協議会(以下、B 市社協)主催の介護予防を目的とした高齢者ふれあいサロン(全 160 サロン)の参加者のうち、65 歳以上で意思能力があり本研究の同意を得られた方を対象とした。

A 県の高齢化率は全国平均 25.1 %と比較し大きな差異は見られなかったことから A 県を選定し、その中で高齢者サロン数が多い B 市を選定した。B 市が掲げるサロンの設立の目的は「家に閉じこもりがちな高齢者の外出する機会の増加を図る事」であり、サロン参加者の年齢・疾患などの制限はない。高齢者サロンの選定理由として、老人クラブは延命治療など高齢者サロンと比較し、健康意識が高く健康に対し積極的な高齢者が集いやすいということがあり、本研究の核となる延命治療の意思表示にバイアスがかかることが想定された。また、高齢者サロンでは終末期医療や延命治療などの内容の講習会などが調査段階では行われていないことから高齢者サロンに対象者を限定し調査を行った。

#### 2) 調査方法

B 市社協の主催する高齢者サロンの全体会議参加した各サロン代表者に、会議終了後、会場で本研究の概要説明を行い、調査依頼書と調査協力返信用葉書を同封した封筒を配布した。調査協力返信用葉書による返信があったサロンに人数分の調査票、個別の返信用封筒をサロン代表者宛に郵送した。調査対象の選別は、サロン代表者に一任し、調査対象者の同意は回答をもって同意とした。

#### 3) 調査項目

国立長寿医療研究センターの意思表示連携モデルを参考に項目を作成した。その際、意思決定の外的要因として先行研究では、世帯状況や医療職経験(家族を含む)、自身の健康状態、年齢、性別などが要因として挙げられており、それを踏まえ延命治療の選択を迫られる状況や意思に影響をもたらす要因を想定し質問項目を作成した。

主な質問項目は、①対象者の属性、②自身の健康状態、③延命治療に対する意思および意思表示の有無、④延命治療に対する準備などである。

#### 4) 分析方法

高齢者の延命治療に対する意思の有無を 2 群間に分け基本属性について  $\chi^2$  検定を行い意思の有無の影響要因を検討した。延命治療の意思表示に関しては単純集計を行い、延命治療の意思表示に影響する要因検討するために意思表示の有無を 2 群間で基本属性と  $\chi^2$  検定を行った。有意水準は 5 %とした。

#### 5) 倫理的配慮

研究目的、調査内容、研究の参加及び中止は自由であること、アンケートは無記名により個人は特定されないこと、プライバシーの保護について対象者に調査票に同封し、文書により説明を行った。倫理審査は、研究者が所属する大学の倫理委員会の承認を受けて実施した(承認番号 26-013)。

また、本研究による利益相反事項はない。

#### 6) 調査期間

2015 年 3 月下旬から 2015 年 5 月末日までの約 2 か月間。

3. 本研究における用語の操作的定義

日本では「延命治療」の定義が統一されていないため臨床医学委員会終末期医療分科会の報告などを参考に以下のように定義した。「家族ら」は厚労省・日本医師会・日本老年医学会の終末期医療における定義の「家族」<sup>5)</sup>をもとに、「事前指示書」は国立長寿医療研究センターでの定義<sup>6)</sup>を参考に以下のように操作的定義を行った。

1) 延命治療

治療しなければ死に至る病気・障害で、完全な治癒・回復の可能性も、限定的な回復の可能性もなく、余命が何日・何月の単位の終末期の死亡時期を遅延させる治療。治療内容が同様であっても筋萎縮性側索硬化症などの疾患に用いる人工呼吸器や経鼻経管栄養など生きるための必然的な治療は延命治療には含まない。

2) 家族ら

家族らを血縁関係に限定せず、本人が信頼を寄せる者として家族らとする。

3) 事前指示書

医療機関などの医療ケアを提供する機関に対して、文書で患者が望む医療に関する基本方針と実施方法とを確認するための患者の意思表示の手段としての書面であり、通常の事前指示書は、リビング・ウィルおよび医療代理人の指名の両方で構成される。

【結果】

1) 調査対象者の基本属性

全サロン160箇所へ依頼し、13箇所から調査の同意を得た。サロン毎に本調査該当者数を確認し、サロンの参加者331名に送付し、195名から返答があった。そのうち、本調査は高齢者を対象としているため年齢・性別の回答がないものを除去し、有効回答数は175名であった。

調査対象者の性別は、男性40名(22.9%)、女性135名(77.1%)で、年齢は65歳~93歳(平均年齢77歳、SD±6.65)であった(表1)。世帯状況は、他者と同居が124名、独居が50名、無回答が1名であった。同居者124名の内訳は、家族が117名(94.4%)、その他3名(2.4%)、

無回答4名(3.2%)であった。自身が医療職経験「あり」は32名(18.3%)で、家族の医療職経験者は40名(22.9%)であった。自身もその家族も医療職経験者は16名(9.1%)であった。自身も家族も医療職経験者がいない人は114名(65.1%)であり、自身および家族の医療関係者に関する無回答は2名(1.1%)であった(表1)。

2) 延命治療に対する意思

「あなたは、自分が回復の見込みがなくなったときの治療についての希望はありますか?」との質問(延命治療の意思)で希望する、あるいは希望しないという延命治療に対する意思があった方は、56名(32.0%)であった。延命治療の意思の有無と基本属性の関連性について $\chi^2$ 検定を行い、年齢の前期/後期高齢者の区別と、自身が健康だと思ふ是非に有意差がみられた。年齢や性別、生活環境、入院経験、現病歴、自身が罹患して死を考えた疾患について有意差はなかった(表1)。

さらに別の質問で延命治療の内容について、具体的に一つずつ意思の有無を確認すると延命治療の内容別要否は図2のような結果となった(延命治療の内容別要否)。

全項目無回答の人は175名中5名(2.9%)のみであり、170名(97.1%)はいずれかの項目で要否回答があった。

3) 延命治療に対する意思表示

延命治療の意思がある56人のうち、他者に意思表示している人は37名(66.1%)

表1 基本属性

分類	項目	n=175	延命治療の希望あり		延命治療の希望無し		NA	p値		
属性	性別	男性	40	10	25.0%	28	70.0%	2	5.0%	0.338
		女性	135	46	34.1%	86	63.7%	3	2.2%	
	年齢	前期高齢者	71	33	46.5%	38	53.5%	0	0.0%	0.002
		後期高齢者	104	23	22.1%	76	73.1%	5	4.8%	
	世帯状況	独居	50	21	42.0%	29	58.0%	0	0.0%	0.111
		同居	124	35	28.2%	85	68.5%	4	3.2%	
	自身の医療職経験	有	32	12	37.5%	19	59.4%	1	3.1%	0.526
		無	140	43	30.7%	93	66.4%	4	2.9%	
	家族の医療職経験	有	40	17	42.5%	22	55.0%	1	2.5%	0.121
		無	130	39	30.0%	88	67.7%	4	3.1%	
	自己健康観	健康	123	44	35.8%	76	61.8%	3	2.4%	0.041
		不健康	47	9	19.1%	37	78.7%	1	2.1%	
	入院経験	有	112	33	29.5%	75	67.0%	4	3.6%	0.401
		無	63	23	36.5%	39	61.9%	1	1.6%	
現病歴	有	86	26	30.2%	58	67.4%	2	2.3%	0.740	
	無	83	28	33.7%	53	63.9%	2	2.4%		
自身が罹患して死を考えた疾患	癌	15	4	26.7%	10	66.7%	1	6.7%	0.768	
	糖尿病	9	5	55.6%	4	44.4%	0	0.0%		
	高血圧	22	9	40.9%	13	59.1%	0	0.0%		
	狭心症	9	2	22.2%	7	77.8%	0	0.0%		
	心筋梗塞	3	1	33.3%	2	66.7%	0	0.0%		
	心不全	2	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%		
	脳出血	1	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%		
	脳梗塞	1	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%		
	その他	16	8	50.0%	7	43.8%	1	6.3%		

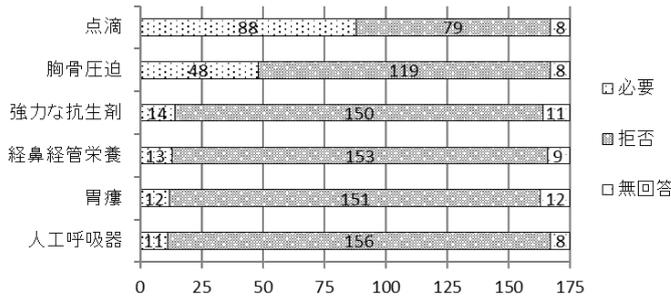


図2 延命治療の内容別要否

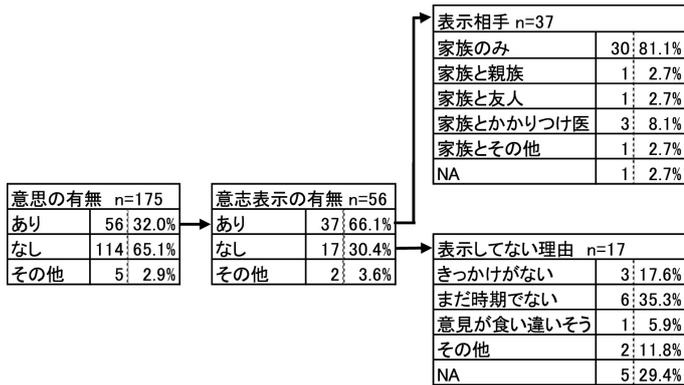


図3 延命治療の意思のある人の表示相手及び表示していない理由

で意思表示相手は36名が家族には意思表示をしていた。家族のみに意思表示した30名中9名(30.0%)は事前指示書を作成していた。(図3)

延命治療の意思があるにもかかわらず他者に意思表示していない17名の理由は、図3に示した。17名中最も多かったのが「時期でない」の6名(35.3%)であり、次いで「きっかけが無い」3名(17.7%)であった。無回答は5名(29.4%)であった。

延命治療の意思がない114名に、自身の意思能力が無くなった際の治療内容を決定する人が誰か質問したところ、家族56名(49.1%)、医師と家族37名(32.5%)、医療スタッフのみ1名(0.1%)、その他1名(0.1%)、無回答19名(16.7%)であった。

また、事前指示書については存在を知っている人は175名中72名(41.1%)であった。事前指示書の必要性については、必要としたのは49名(28.0%)、不要としたのが19名(10.9%)であった。必要と思う理由は「家族が困らないようにするため」が32名で最多で、不要と思う理由は、「家族に任せたい」が5名で最多であった。(表2)

175名中21名(12.0%)が事前指示書を

表2 高齢者における事前指示書の存在

事前指示書の既知	知っている	72	41.1%
	知らない	85	48.6%
	NA	18	10.3%
事前指示書の必要性	必要	49	28.0%
	不要	19	10.9%
	NA	4	2.3%
必要理由 n=98 *MA	自分の望む最期を迎えたいから	39	39.8%
	家族が困らないようにするため	66	67.3%
	自分の最期を人に任せたくない	6	6.1%
	その他	0	0.0%
	無回答	4	4.1%
不要の理由 n=56 *MA	家族に任せたい	20	35.7%
	自分の死を考えたくない	5	8.9%
	口頭で十分だと思う	1	1.8%
	考えが変わりそうだから	0	0.0%
	無回答	31	55.4%
事前指示書の使用	使っている	21	12.0%
	使っていない	154	88.0%

準備しており、21人中延命治療に対する意思がある人が11名(5.7%)、ない人が10名(5.7%)いた。意思がない10名全員が事前指示書は必要と回答しており、その理由は「家族が困らないようにするため」が最多の7名であった。

#### 4) 延命治療の意思表示への影響要因

意思表示の影響要因を意志表示の有無と基本属性で $\chi^2$ 検定・フィッシャー正確確率計算にて検定を行った。年齢、性別、世帯などいずれの項目も有意差はみられなかった。しかし、性別について有意差は出なかったが、傾向として性別は女性が多い傾向であった。(表3)

表3 延命治療の意思表示有無に関する影響要因

項目	意志表示ありn=37	意志表示なしn=17	p値
年齢	前期高齢者	19 51.4%	0.135241
	後期高齢者	18 48.6%	
性別	男	4 10.8%	0.055741
	女	33 89.2%	
世帯	同居	22 59.5%	0.549254
	独居	15 40.5%	
健康意識	健康	29 78.4%	1.00
	不健康	6 16.2%	
	NA	2 5.4%	
医療職経験	あり	11 29.7%	0.077761
	なし	26 70.3%	
	NA	0 0.0%	
入院歴	あり	20 54.1%	0.372298
	なし	17 45.9%	
	NA	0 0.0%	

#### 【考察】

##### 1) 延命治療に対する意思

延命治療について「自分が回復の見込みがなくなったときの治療についての希望」と聞くと意思があったのは32.0%であったが、延命治療内容別に意思を問うと97.1%

の人に意思があった。これは具体的な治療方針に対しては要否についての考えがあるが、漠然とどのような最期を迎えたいかという問いはイメージが困難であり、質問の仕方で意思が確認できたことから、延命治療に対する捉え方の相違があることが考えられる。このことから、延命治療に対する正しい知識の啓発も必要であり延命治療の意思を確認する際は具体的に是非を問うことで高齢者の考えを明確化できると考える。家族や医療従事者に最期について話し合うときは漠然と自身の生死にかかわる将来のことを問うよりも具体的に考えうる治療方法を問いかけることで望まない最期や治療を避けることができるのではないかと考える。

女性高齢者は男性高齢者より死に対して逃避的であり受容しにくい<sup>7)</sup>という報告があるが、本調査では延命治療の意思に対しての性別での有意差はなかったが、本調査でも同様の傾向はみられた。年齢では後期高齢者よりも前期高齢者の方が延命治療の意思があることが明らかになった。このことから、意思の確認や意思表示の促進は意思能力が保持されている早期または前期高齢者の時期で行うことが望む最期につながる一要因と考えられる。

対象者の半数近くは現病歴があると答えているため、外来通院等により治療を受けていることが考えられる。入院時は延命治療について確認される場合もあり意思表示の機会は得やすい。高齢者が入院せず通院している段階で医師や看護師などに延命治療の意思について相談や情報提供されるような機会を設けられるようなシステムが構築できると意思表示の機会がないまま意思能力を失うことは減少できるため、外来・通院治療の段階での啓発活動が必要と考える。現状では各病院・施設での裁量に任されているが、国を挙げてのシステム構築が、高齢者全員を対象とした延命治療の意思の事前確認に繋がることとなる。将来的には、高齢者にとどまらず、意思能力のある全国民が対象となることで、延命治療の現場で尊重すべき本人の意思の反映に繋がる。

## 2) 延命治療の意思表示

延命治療の意思表示に関して、意思があ

るにもかかわらず他者への意思表示をしていないことへの理由が、「時期でない」が最多であり、特に後期高齢者は延命治療に対する考えがあるが意思能力を失う状況を想定していないことなどが考えられる。また、「きっかけがない」の理由として、寡黙さや謙虚さが日本的価値観であるため<sup>8)</sup>、きっかけを能動的に設けるよりも健康診断などの定期的な医療機関とのかかわりや国勢調査などの公的な調査といった外部環境を用いて話す機会を設けることが効率的であると考えられる。つまり、病院や行政機関等できっかけを設けるような取り組みが効果的と考える。

延命治療の意思表示の影響要因として世帯を比較したが、同居・独居に関わらず、他者に延命治療の意思表示をしている相手としては家族がほとんどであり、独居が意思表示しにくいと環境であるという結果は出なかったことから、別世帯だとしても家族が重要となると考えられる。しかし、独居であった場合、緊急時の対応や遠方に住んでいる家族との連絡などに対応の遅れが危惧されるため、独居者は自宅などに誰が見ても理解できるような意思表示のツールを用意しておく必要があると考える。

延命治療の意思としての問いかけと延命治療の内容(図2)を問いかけた場合では、内容別として侵襲性が大きくなるほど「してほしくない」という回答であったため、「生かさされる」という最期は望まない生き方であると考えられる。松井<sup>9)</sup>の研究報告によると回復の見込みが厳しい状況における延命治療については心肺蘇生法、人工呼吸器、人工栄養の処置において医師の判断に任すが最多の結果となっている。今回の調査では、自身の延命治療の希望が医師任せにはなっておらず自身の考えがある結果となった。松井<sup>10)</sup>はかかりつけ医を有する者が対象者の大多数を占め、すでに医療従事者との信頼関係が築かれており、いざというときは主治医に判断死を任せればよいという高齢者が多いことが影響していると推測している。本研究ではかかりつけ医の存在やその関係性の深さについての質問項目はなかったが、意思表示相手として

医師が選択される割合が少ないこと、現病がある対象者が半数近くいることから、患者と医師の信頼関係についても調査していく必要がある。また、対象者が高齢者であることで、延命治療の内容による侵襲性や治療の予後等の情報が周知のものであるかが不明であり、治療内容の知識の有無や年代別での情報量等が平均的なものかが不明瞭であることが考えられるため今後はその点も含めた調査を行う。

### 3) 延命治療の意思表示への影響要因

事前指示書について、「知っているが書いていないこと」や不要の理由の最多が「家族に任せたい」という結果から、高齢者が考える家族の存在が大きく自身の希望より残された家族の生活のことを尊重していると考えられる。しかし、事前指示書が必要と答えた理由の最多が「家族が困らないようにするため」という結果から、自身の最期の選択を家族に委ね家族が不安を抱える、後悔するなどの状況を防ぐ目的だと考えられ、家族を思う気持ちの焦点のずれが事前指示書の要否の結果として挙げられたと考える。平成 26 年に行われた統計数理研究所による日本人の国民性第 13 次全国調査では、日本人が思う「一番大切なもの」の回答として家族が最も多い結果となっている。本調査でも同様の回答が得られているため、日本人の国民性が反映されている回答と考える。家族が他者の最期を決めることへの負担は多大なものがあり、事前指示書等の有無が手助けになると考え、事前指示書を書くに至るケースを今後増やしていくことが後悔しない最期の迎え方となると考える。そのため、事前指示書を書く必要性を認識し、自身のためにも残された家族のためにも啓発していく必要がある。

本研究対象者の特性として、A 県在住の意思能力のある高齢者であり、医療・介護施設の充実度などの地域性や高齢者サロン利用者という点からも一般化できるとは言い難いため、今後、都市部や地方など様々な地域を対象に調査を行う必要がある。

### 【結論】

延命治療の意思がある 56 名の中で、37

名が他者に意思表示しており、そのうち 9 名が事前指示書を作成していた。延命治療の意思がない 114 名も延命治療の治療内容別で聞くと 112 名(98.2%)の人が自分の意思をもっていただけから、自身の延命治療に対する意思が潜在化しており延命治療という意識までに至っていない可能性があると考えられる。年齢・世帯で延命治療の意思とその意思表示に差が出るということが分かった。延命治療に対して影響するものとして、家族が困らないようにしたい・家族に任せるとの意見が大きかった。事前指示書の周知と準備状況の割合は低いことから、まず事前指示書の詳しい内容や準備まで至らない原因・必要性を周知・啓発することが必要となる。厚生労働省の調査をはじめ意思決定支援等の調査や研究は経年的に行われており、事前指示書の必要性も認知され始めている。しかし、家族での話し合いの機会を設けることや意思の残し方についての細かなプロセス等の研究は少なく、日本はそれを整備するような制度や法律がない状況である。高齢者が望む最期を迎えるためには意思表示の必要性を理解してもらうような啓発を行う必要がある。そのため今後は、さらに調査対象や範囲を広げた意思表示状況や最期の迎え方などの実態調査を継続し、世代を超えた意思表示の方法について検討していく必要があると考える。

### 【引用文献】

- 1) 厚生労働省. 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. 2013, p.17-19.
- 2) 山本洋子, 中村美鈴他. 生命の危機状況における患者の代わりに延命治療の実施に関する意思決定を行う家族への看護師の関わりと困難. 第 30 回日本看護科学学会学術集会講演集. 2010, p. 229.
- 3) 阿部美佐子, 志自岐康子, 川村佐和子, 鈴木順子. 救急医療の場における家族の代理意思決定に関連する要因. 日本保健科学学会誌. 2007, 9 (4), p. 239.
- 4) 彦清美, 田島裕佳. 高齢者が捉える生

と死に関する文献検討. ホスピスケア  
と在宅ケア. 2011, 19 (1), p.42-  
49.

- 4) 厚生労働省医政局指導課. これまでの  
経緯と最近の動向. 2012, p.5-6.
- 5) 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・ケアの決定プ  
ロセスに関するガイドライン解説編.  
2018, p.5.
- 6) 国立長寿医療研究センター在宅連携医  
療部. 事前指示書. (日アクセス)
- 7) 中木里実, 多田敏子. 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. 2013, 41, p.4.
- 8) 田口知弘. 言語の背景には国民性や価  
値観がある. 朝日大学一般教育紀要.  
2010, 36.1-14 : p.2.
- 9) 松井美帆, 森山美知子. 高齢者のアド  
バンス・ディレクティブへの賛同と関  
連要因. 病院管理. 2004, 41 (2),  
p. 31.
- 10)前掲書 9) p.31.

## Indication of their intention regarding life-sustaining treatment: a questionnaire survey in elderly people

Takayasu Kitahara <sup>1)</sup>, Keiko Yamamoto <sup>1)</sup>

1) Kyushu University of Nursing and Social Welfare

### Summary

In this study, we conducted an anonymous, self-administered questionnaire survey, which was sent to the participants via postal mail. The participants included people in elderly salons in City B who were aged  $\geq 65$  years and retained their cognitive functions and mental capacities. Valid responses were obtained from 175 participants from 160 salons. Of the 175 respondents, 56 (32.0%) had made a decision about the preferred end-of-life care they want to receive, whereas 114 (65.1%) had not made a decision. Furthermore, 17 respondents (30.4%) had already made this decision even though they have not indicated their choice to anyone else. With respect to an advance directive, 98 respondents (56.0%) answered that they needed it, whereas 65 people (32.0%) answered that they did not need it. Interestingly, for both groups, a common reason for thinking that advance directives were or were not necessary was the consideration of their family members. Only 9 (5.1%) of all the respondents had prepared an advance directive.

This fact suggests that it is necessary to increase the awareness of the use of advance directives. The presence of those who have an opinion but have yet to share that opinion with others suggests that regardless of whether they live alone or with family members, they can prepare for their desired end of life by indicating their intention regarding life-sustaining treatment to those involved in making the final choice, such as family members, guardians, and medical professionals, before their cognitive functions and mental capacities are impaired.

**Keywords:** life-sustaining treatment, indication of intention, elderly people, advance directive, mental capacity