



[原著]

高齢者の人生の最終段階における医療・ケアの意思決定に関連する要因

安孫子尚子^{1), 2)}、巽あさみ¹⁾

1) 人間環境大学大学院看護学研究科、2) 聖泉大学看護学部

要旨

本研究の目的は、高齢者の人生の最終段階における医療・ケアの意思決定に関連する要因を明らかにすることである。老人クラブ所属の高齢者 1,239 名に質問紙調査を実施し、有効回答 421 名を分析対象とした。人生の最終段階における医療・ケアの意思決定の有無別に介護や看取りの経験、意思決定に関する教育、人生の最終段階の医療・身体状況に関する知識の有無、人生の最終段階に関して重要であると考えられる項目を比較し、ロジスティック回帰分析を行った。

人生の最終段階における医療・ケアの意思決定がある高齢者は 22.8%であった（平均年齢 74.4±6.9 歳、男性 54.6%）。ロジスティック回帰分析の結果、人生の最終段階における医療・ケアの意思決定には介護経験、意思決定に関する教育、人生の最終段階の身体状況の知識、自然な最期を迎えるという考えが有意に関連していた。人生の最終段階に対する知識や重要であると考えられる項目に関する教育が高齢者の意思決定につながる可能性が示唆された。今後、高齢者の意思決定を促進する教育プログラムにその要素を取り入れていきたい。

キーワード：高齢者、人生の最終段階、意思決定

1. 緒言

超高齢社会のわが国において、その人らしい人生の最終段階を迎えるための保健・医療・福祉の一元化した取り組み、地域包括ケアシステムが構築された。このシステムの前提には本人による人生の最終段階の迎え方に対する選択と本人・家族の選択肢を実現するための心構えが必要であり、本人の意思決定の推進が求められている¹⁾。厚生労働省は、「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」を 2018 年に改訂した（以下、改訂ガイドライン）²⁾。本ガイドラインは、終末期医療の在り方検討会における検討を踏まえて 2007 年に「終末期医療の決定プ

ロセスに関するガイドライン」として作成されたものであるが、「終末期医療」という言葉は 2015 年の改訂において、本人の人生を最期まで尊重する医療やケアの提供を検討する重要性から「人生の最終段階における医療」へと変更されている³⁾。また、2014 年度からは患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けて医療体制整備事業を実施している。本事業では全国の 15 医療機関に患者と家族の相談支援に相談員や決定までのプロセスを共有する医療・ケアチームを配置した。医療体制整備事業総括報告書^{4) 5)}は相談員が患者本人の相談支援を行うことで患者は人生の最終段階に関する医療やケアに

連絡先：安孫子尚子
滋賀県彦根市肥田町 720 番地
聖泉大学看護学部

2023 年 6 月 18 日受付
2023 年 10 月 21 日受理

メールアドレス：abiko-s@seisen.ac.jp

対する意思決定の手がかりや心構えを得られ、患者と家族はその内容を話し合うことが可能になったと報告した。しかし、入院した患者の体調や症状の変動が相談の機会を失う現状になることも明らかにし、患者の人生の最終段階の医療・ケアについて考える動機づけを行うための情報提供は入院前が望ましく、また本人と家族等、医療・ケアチームで行う ACP とその合意に至ることが、本人にとって最もよい人生の最終段階における医療・ケアに繋がると考えられており、医療従事者等による意思決定支援が求められている。

ACP に関する取り組みについては、米国やオーストラリアで Respecting Choices プログラムの導入が既に行われているが 6) 7)、日本では、2018 年改訂の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（以下、改訂ガイドライン）でようやく ACP の概念が盛り込まれた。改訂ガイドラインによって ACP の活用の際は医療機関だけではなく看取りを行う介護現場にも拡大された。本人と家族等、医療・ケアチームで行う ACP とその合意に至ることが、本人にとって最もよい人生の最終段階における医療・ケアと考えられており、医療従事者等による意思決定支援が求められている。人々が尊厳のある最期を過ごすためには、高齢者自身が人生の最終段階の医療・ケアに対する意思決定を行う機会が繰り返し得られるとともに意思決定を行う行動への支援が必要不可欠である。

高齢者の人生の最終段階の医療・ケアの意思決定項目には、アドバンスディレクティブ（以下、AD）やリビングウィル（以下、LW）という他者に伝達する意思表示方法 8) 9)、心肺蘇生法や人工呼吸器という延命治療に関する知識 10) 11)、自宅や医療機関、緩和ケア病棟という療養場所の選択 12) 13) の項目がある。しかし、人生の最終段階の医療・ケアに対する希望として自分の意見をもつ高齢者であっても、その半数は他者への伝達ができおらず 14)、コミュニケーション能力がある在宅療養者においても意思表示をしない状況がある 15)。その背景には、高齢者が希望を叶えること

によって起こる家族や医療従事者など周囲にかかる負担や、高齢者と家族が考えている方針の相違があり、特に入院高齢者は意思表示に消極的である 16)。高齢者は加齢とともに疾患の進行や悪化、筋力の低下によって虚弱状態や要支援・要介護状態に陥りやすい。虚弱状態や要支援・要介護状態になった高齢者は、家族や介護保険サービス事業者、医療従事者など、他者からの支援を受けた生活となり、人生の最終段階における医療・ケアに対する意思決定について、周囲への気遣いから支援者に委ねがちになることが推察される。そこで、本人による人生の最終段階における医療・ケアの意思決定の促進には認知機能に問題がなく、様々な判断が可能な自立期にある高齢者の意思決定を支援することが重要であると考えた。

ACP に関する先行研究では、稲垣らは地域在住高齢者の ACP の伝達方法としての「記録」作成には療養場所や最期を迎える場所が自宅であることが関連し、ACP に関する「話し合い」には介護の経験が関連したと明らかにしている 17)。浅見らは住民が自分自身の最終段階である死を考えるきっかけには自分自身や身近な人が病気をした時や亡くなった時が多いと報告している 18)。また、塩谷が行った高齢者の延命治療と LW に関する調査では、LW では具体例を示して説明しても最終段階の想定の高齢者の困難さや最終段階のイメージすることへの限界から ACP の「記録」作成には至らないと考えられ、啓発資料を用いた教育によって延命治療の意向、家族との話し合い、意思表示の書面作成につながったと報告 19) している。書面作成は、高齢者自身の意思表示を表現するだけでなく、本人の価値観や意向を明示し、本人と家族等、医療・ケアチームで行う ACP とその合意に至る根拠として重要である 16)。高齢者の人生の最終段階における医療・ケアの意思決定には、必要な知識を得るとともに自分自身が意思決定について考えること、本人が家族と話し合うこと、またその決定に関する意思表示としての書面作成を行うことへの専門的な支援が重要と考える。高齢者が日常

生活の中で意思決定を考える機会に必要な項目を明らかにした教育プログラムの作成が望まれる。

以上のことから本研究は、人生の最終段階における医療・ケアに関する自立期の高齢者の意思決定について関連要因を明らかにし、高齢者の意思決定を促進するための健康教育内容の示唆を得る。

II. 研究方法

1. 研究目的

本研究では、高齢者の人生の最終段階における医療・ケアの意思決定の有無に関連する要因について明らかにすることを目的としている。これらの要因が明らかになることにより、医療機関で行われているACPが地域においても行われ、高齢者の意思決定を促進するうえでの健康教育内容の示唆となる。

2. 用語の定義

1) 高齢者：65歳以上の要介護・要支援認定を受けていない者

2) 人生の最終段階：日本老年学会が表明している病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い未来に死が不可避となった状態。

3) 意思決定：人生の最終段階の医療・ケアに対する本人による方針の決定である2)。本研究において、意思決定とは、自分の人生の最終段階の医療・ケアについて望む治療や最終段階の迎え方、療養場所などを考えたことがある、自分で決定した方針内容について親や配偶者、子供などと話し合ったことがある、自分の方針について他者に伝えるために必要な遺言書やACP、LWの書面作成などの伝達する方法を知っているという3項目を満たすこととした。

3. 対象者

本研究の調査対象は、A県老人クラブ連合会（以下、老ク連）に所属しB市とC町の老ク連に登録している25単位老人クラブ（以下、老人クラブ）で研究協力の同意が得られた14老人クラブ所属の1,239人である。

4. 調査方法

調査は2018年4月から5月に郵送法による自記式質問紙調査を実施した。B市とC町の老ク連の総会で各老人クラブ代表者に研究目的の説明を行い、所属会員への配布を依頼した。研究者は承諾を得た14老人クラブの代表者に対して研究依頼書、研究概要説明書、調査票、返信用封筒の一式を渡し、代表者は対象者に調査票を配布した。対象者は質問紙内の同意書欄に印をつけた調査票を返信用封筒に入れて個別に郵送し、研究者が回収した。

5. 調査項目

1) 基本属性

基本属性は年齢、性別、家族構成、現病歴の有無を尋ねた。家族構成については独居か夫婦および複合世帯かを尋ねた。現病歴は、高血圧、心疾患、骨折・筋骨格系、糖尿病、がん、呼吸器疾患、脳血管疾患について尋ねた。

2) 高齢者の経験に関する調査内容

高齢者の経験は介護と看取りの有無、意思決定の医療・ケアの選択に関する教育を受けた経験の有無を尋ねた。意思決定の医療・ケアの選択に関する教育を受けた経験の有る者には、教育の場所について、研修会、老人会、学会、市民講座、インターネット、テレビ、ラジオ、その他の複数回答で尋ねた。

3) 人生の最終段階における医療・ケアの意思決定に関する調査内容

人生の最終段階における医療・ケアの意思決定（以下、意思決定）については、自分の意思決定について他者に伝える伝達方法、人生の最終段階の医療・ケアの意思決定について考えたこと、自分の意思決定内容について他者と話し合ったことを「知っている」「知らない」または「ある」「ない」の2件法で回答を求めた。本研究では高齢者の意思決定をありとする条件は上記3項目すべて「知っている」および「ある」と回答した者とした。

4) 人生の最終段階において知っている医療の知識と死の直前に起こる身体状況の知識に関する調査内容

高齢者が人生の最終段階において知って

いる医療の知識（以下、医療知識）は、人生の最終段階における医療に関する意識調査21)の10項目を引用した。10項目は、①人工蘇生、②心臓マッサージ、③電気ショック (AED)、④人工呼吸、⑤人工呼吸器、⑥経鼻経管栄養、⑦胃ろう、⑧中心静脈からの点滴、⑨末梢静脈からの点滴、⑩抗生物質の点滴であり、「知っている」または「知らない」の2件法で回答を求めた。また、高齢者の死の直前に起こる身体状況の知識（以下、身体状況の知識という）は、森田、白土のエビデンスを踏まえた死亡までの経過22)の6項目を引用した。6項目は、①だんだん眠っている時間が長くなる、②声をかけても目を覚ますことが少なくなる、③のどもとでゴロゴロという音がする、④呼吸のリズムが不規則になる、⑤息をすると同時に肩やあごが動くようになる、⑥手足の先が冷たく、青ざめ、脈が弱くなるであり、「知っている」または「知らない」の2件法で回答を求めた。

5) 人生の最終段階における考え方（大切にしたいもの）に関する調査内容

人生の最終段階の過ごし方に関する考え方（以下、大切にしたいもの）は、萬代と日野原の患者の考えるQOLの13項目23)と浅見らの中山間の地域住民に対する死生観と終末期療養の希望調査5項目18)の18項目を引用した。18項目は、①最期まではっきりと思考する能力を持ちたい、②悔いのない状況でいたい、③不必要な痛みを避けたい、④大切に扱われたい、⑤話す能力がなくなっても人間として尊厳をもって扱ってほしい、⑥家族に迷惑をかけたくない、⑦家族に囲まれていたい、⑧死ぬ準備を整えたい、⑨自分のことは自分で決めたい、⑩死ぬ時に苦しみたくない、⑪闘病のない状況でいたい、⑫お金をかけない状況でいたい、⑬自然な最期を迎えたい、⑭長生きしたい、⑮愛する人の私の好ましい思い出を残したい、⑯自分の宗教や伝統に基づいて取り扱ってもらいたい、⑰死んだ後の自分の身体について大切に扱ってほしい、⑱医学教育や研究に何らかの貢献をすることによって役に立ちたいであり、「最重要」「やや重要」「どちらでもない」「や

や重要でない」「重要でない」の5件法で回答を得た。

6. 分析方法

統計解析には、統計ソフト SPSS version27 for Windows を用いた。分析対象者は人生の最終段階の医療・ケアの意思決定「あり」と「なし」の2群に分け、高齢者の属性と経験、高齢者の医療知識と身体状況の知識、人生の最終段階における高齢者の考え方で χ^2 検定を実施した。統計的有意水準は5%未満（両側検定）とした。高齢者の医療知識および身体状況の知識については、「知っている」と回答した項目数を半数以上と半数以下により高群および低群に分けた。高齢者の医療知識は4項目以下を低群、5項目以上を高群、身体状況の知識は項目数を半数以上と半数以下により4項目以上を高群、3項目以下を低群として χ^2 検定を実施した。人生の最終段階における高齢者の考え方は各項目について「最重要」「やや重要」を重要である群、「どちらでもない」「やや重要でない」「重要でない」を重要ではない群として2群に分け χ^2 検定を実施した。

単変量解析において有意差の認められた項目を独立変数とし、意思決定の有無を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った。

7. 倫理的配慮

本研究は、人間環境大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：2017N-026、承認日：2018年3月29日）。老ク連所属の老人クラブ代表者には研究概要説明書を用いて口頭による説明を行った。また、研究対象者には質問紙とともに研究目的、内容・方法、自由意思による研究参加であり不参加による不利益はないこと、本研究で知り得た情報は守秘義務を遵守し研究以外には利用しないこと、研究成果の公表等について明記した研究概要説明書を配布した。

III. 結果

1. 研究対象者の属性

分析対象は、回答が得られた831人（回収率68.1%）のうち全ての調査項目に回答した421人とした（有効回答率50.7%）。

表1 高齢者の人生の最終段階における医療・ケアの意思決定

			(n=421)	
項目			n	(%)
意思決定	あり		96	(22.8)
	なし		325	(77.2)
意思決定 (再掲)	伝達方法	知っている	209	(49.6)
		知らない	212	(50.4)
	考えたこと	あり	314	(74.6)
		なし	107	(25.4)
	話し合ったこと	あり	185	(43.9)
		なし	236	(56.1)

注) 意思決定ありは「伝達方法を知っている」「考えたことがある」「話し合ったことがある」の3項目を満たすこと

表2 高齢者の意思決定の有無と属性および経験との関連

					(n=421)			P	
項目					意思決定あり (n=96)		意思決定なし (n=325)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)			
属性	性別	男性	230	(54.6)	49	(51.0)	181	(55.7)	0.421
		女性	191	(45.4)	47	(49.0)	144	(44.3)	
	年齢	平均年齢74.4歳 (SD±6.9)							
		前期高齢者 (65~74歳)	223	(53.0)	45	(46.9)	178	(54.8)	0.173
	後期高齢者 (75歳以上)	198	(47.0)	51	(53.1)	147	(45.2)		
家族構成	独居世帯	34	(8.1)	4	(4.2)	30	(9.2)	0.110	
	夫婦および複合世帯	387	(91.9)	92	(95.8)	295	(90.8)		
現病歴	あり	339	(80.5)	82	(85.4)	257	(79.1)	0.168	
	なし	82	(19.5)	14	(14.6)	68	(20.9)		
経験	介護	あり	256	(60.8)	74	(77.1)	182	(56.0)	<0.001***
		なし	165	(39.2)	22	(22.9)	143	(44.0)	
	看取り	あり	330	(78.4)	84	(87.5)	246	(75.7)	0.014**
		なし	91	(21.6)	12	(12.5)	79	(24.3)	
	意思決定の医療・ケアへの教育	あり	78	(18.5)	38	(39.6)	40	(12.3)	<0.001***
		なし	343	(81.5)	58	(60.4)	285	(87.7)	

注) 検定方法 χ^2 検定

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

分析対象者は、男性 230 人 (54.6%)、女性 191 人 (45.4%) で、前期高齢者 223 人 (53.0%)、後期高齢者 198 人 (47.0%) で、平均年齢は 74.4 歳 (SD±6.9) であった。家族構成は、独居世帯 34 人 (8.1%)、夫婦および複合世帯 387 人 (91.9%) であり家族と同居するものが大半を占めていた。現病歴ありは 339 人 (80.5%) と多く、339 人のうち複数回答では高血圧症 173 人 (51.0%)、心疾患 66 人 (19.5%)、骨折、筋骨格系 59 人 (17.4%) の順に多かった。なお、調査時点での B 市の人口は 113,713 人、高齢者数は 27,081 人、高齢化率は 24.1%、介護認定率は 17.2% であり、C 町の人口は 20,846 人、高齢者数は 4,598 人、高齢化率は 22.1%、介護認定率 17.9% である。A 県の高齢化

率 25.1%、介護認定率 17.1% と比して平均的な状況であった。

2. 高齢者の人生の最終段階における医療・ケアの意思決定 (表 1)

高齢者の人生の最終段階における医療・ケアの意思決定 (以下、意思決定) ありは 96 人 (22.8%) であった。意思決定の有無を判定する項目別では伝達方法を知っている 209 人 (49.6%)、考えたことがある 314 人 (74.6%)、話し合ったことがある 185 人 (43.9%) であり、高齢者の多くは意思決定について考えていたが、伝達方法や話し合いについては半数よりも少なかった。

3. 高齢者の意思決定の有無と属性および経験との関連 (表 2)

高齢者の意思決定の有無と属性との差は

表3 高齢者の意思決定の有無と医療知識および身体状況の知識の有無との関連

			(n=421)				
項目			意思決定あり (n=96)		意思決定なし (n=325)		P
			n	(%)	n	(%)	
知っている医療知識	人工蘇生	あり	55	(57.3)	165	(50.8)	0.261
		なし	41	(42.7)	160	(49.2)	
	心臓マッサージ	あり	76	(79.2)	239	(43.5)	0.264
		なし	20	(20.8)	86	(26.5)	
	電気ショック (AED)	あり	72	(75.0)	220	(67.7)	0.172
		なし	24	(25.0)	105	(32.3)	
	人工呼吸	あり	67	(69.8)	190	(58.5)	0.045 *
		なし	29	(30.2)	135	(41.5)	
	人工呼吸器の装着	あり	75	(78.1)	214	(65.8)	0.023 *
		なし	21	(21.9)	111	(34.2)	
	経鼻経管栄養	あり	51	(53.1)	132	(40.6)	0.030 *
		なし	45	(46.9)	193	(59.4)	
	胃ろう	あり	73	(76.0)	186	(57.2)	0.001 **
		なし	23	(24.0)	139	(42.8)	
中心静脈栄養	あり	20	(20.8)	39	(12.0)	0.028 *	
	なし	76	(79.2)	286	(88.0)		
末梢静脈からの点滴	あり	25	(26.0)	66	(20.3)	0.230	
	なし	71	(74.0)	259	(79.7)		
抗生物質の点滴	あり	44	(45.8)	113	(34.8)	0.049 *	
	なし	52	(54.2)	212	(65.2)		
知っている医療知識の項目数	5項目以上	49	(51.0)	125	(38.5)	0.028 *	
	4項目以下	47	(49.0)	200	(61.5)		
死の直前に起こる身体状況の知識	だんだん眠っている時間が長くなる	あり	70	(72.9)	197	(60.6)	0.028 *
		なし	26	(27.1)	128	(39.4)	
	声をかけても目を覚ますことが少なくなる	あり	70	(72.9)	205	(63.1)	0.075
		なし	26	(27.1)	120	(36.9)	
	のどもとでゴロゴロという音がする	あり	42	(43.7)	80	(24.6)	< 0.001 ***
		なし	54	(56.3)	245	(75.4)	
	呼吸のリズムが不規則になる	あり	66	(68.7)	168	(51.7)	0.003 **
		なし	30	(31.3)	157	(48.3)	
	息をすると同時に肩やあごが動くようになる	あり	47	(49.0)	109	(33.5)	0.006 **
		なし	49	(51.0)	216	(66.5)	
手足の先が冷たく、青ざめ、脈が弱くなる	あり	70	(72.9)	208	(64.0)	0.105	
	なし	26	(27.1)	117	(36.0)		
死の直前に起こる身体状況の知識の項目数	4項目移乗	60	(62.5)	133	(40.9)	< 0.001 ***	
	3項目以下	36	(37.5)	192	(59.1)		

注) 検定方法 χ^2 検定

* P < 0.05, ** P < 0.01, *** P < 0.001

認められなかった。高齢者の経験では、意思決定のある者は意思決定のない者に比べて介護経験のある者 74 人 (77.1%) (P<0.001)、看取り経験のある者 84 人 (87.5%) (P=0.014)、意思決定の医療やケアの選択に関する教育を受けた者 38 人 (39.6%) (P<0.001) の割合が有意に高かった。

4. 高齢者の意思決定の有無と医療知識および身体状況の知識の有無との関連 (表3)

意思決定のある者は意思決定のない者と比べて、医療知識のうち人工呼吸 67 人 (69.8%) (P=0.045)、人工呼吸器の装着 75 人 (78.1%) (P=0.023)、経鼻経管栄養 51 人 (53.1%) (P=0.030)、胃ろう 73 人 (76.0%) (P<0.001)、中心静脈

からの点滴 20 人 (20.8%) (P=0.028)、抗生物質の点滴 44 人 (45.8%) (P=0.049) の割合が有意に高かった。また、医療知識の 10 項目のうち、5 項目以上の知識をもつ者 49 人 (51.0%) の割合が有意に高かった (P=0.028)。

身体状況の知識では、意思決定のある者は意思決定のない者と比べて、だんだん眠っている時間が長くなる 70 人 (72.9%) (P=0.028)、のどもとでゴロゴロという音がする 42 人 (43.7%) (P<0.001)、呼吸のリズムが不規則になる 66 人 (68.7%) (P=0.003)、息をすると同時に肩やあごが動くようになる 47 人 (49.0%) (P=0.006) の割合が有意に多かった。また、身体状況の知識の 6 項目のうち、4 項目以上の知識

表4 高齢者の意思決定の有無と考え方(大切にしたいもの)との関連

項目		(n=421)				P
		意思決定あり (n=96)		意思決定なし (n=325)		
		n	(%)	n	(%)	
最期まではっきりと思考する能力を持ちたい	重要である	77	(80.2)	238	(73.2)	0.116
	重要ではない	19	(19.8)	87	(26.8)	
悔いのない状況でいたい	重要である	83	(86.5)	254	(78.2)	0.074
	重要ではない	13	(13.5)	71	(21.8)	
不必要な痛みを避けたい	重要である	89	(92.7)	290	(89.2)	0.318
	重要ではない	7	(7.3)	35	(10.8)	
大切に扱われたい	重要である	69	(71.9)	235	(72.3)	0.934
	重要ではない	27	(28.1)	90	(27.7)	
話す能力がなくなっても、人間として尊厳をもって扱ってほしい	重要である	72	(75.0)	233	(71.7)	0.524
	重要ではない	24	(25.0)	92	(28.3)	
家族に迷惑をかけたくない	重要である	92	(95.8)	295	(90.8)	0.110
	重要ではない	4	(4.2)	30	(9.2)	
家族に囲まれていたい	重要である	63	(65.6)	192	(59.1)	0.249
	重要ではない	33	(34.4)	133	(40.9)	
死ぬ前の準備を整えたい	重要である	69	(71.9)	206	(63.4)	0.125
	重要ではない	27	(28.1)	119	(36.6)	
自分のことは自分で決めたい	重要である	64	(66.7)	204	(62.8)	0.485
	重要ではない	32	(33.3)	121	(37.2)	
死ぬ前に苦しみたくない	重要である	89	(92.7)	288	(88.6)	0.249
	重要ではない	7	(7.3)	37	(11.4)	
闘病のない状況でいたい	重要である	88	(91.7)	287	(88.3)	0.354
	重要ではない	8	(8.3)	38	(11.7)	
お金をかけない状況でいたい	重要である	75	(78.1)	241	(74.2)	0.429
	重要ではない	21	(21.9)	84	(25.8)	
自然な最期を迎えたい	重要である	92	(95.8)	283	(87.1)	0.016 *
	重要ではない	4	(4.2)	42	(12.9)	
長生きしたい	重要である	36	(37.5)	149	(45.8)	0.148
	重要ではない	60	(62.5)	176	(54.2)	
愛する人に私の好ましい思い出を残したい	重要である	43	(44.8)	131	(40.3)	0.433
	重要ではない	53	(55.2)	194	(59.7)	
自分の宗教や伝統に基づいて取り扱ってもらいたい	重要である	44	(45.8)	131	(40.3)	0.334
	重要ではない	52	(54.2)	194	(59.7)	
死んだ後の自分の身体について大切に扱ってほしい	重要である	45	(46.9)	136	(41.8)	0.382
	重要ではない	51	(53.1)	189	(58.2)	
医学教育や研究に何らかの貢献をすることによって役に立ちたい	重要である	21	(21.9)	74	(22.8)	0.854
	重要ではない	75	(78.1)	251	(77.2)	

注) 検定方法 χ^2 検定

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

をもつ者 60 人 (62.5%) の割合が有意に高かった (P<0.001)。

5. 高齢者の意思決定の有無と人生の最終段階の考え方(大切にしたいもの)との重要さとの関連(表4)

意思決定のある者は意思決定のない者と比べて、人生の最終段階で大切にしたいものの18項目のうち、自然な最期を迎えたいが重要であると回答した者92人(95.8%)のみに割合が有意に高かった(P=0.016)。

6. 高齢者の意思決定の有無に関するロジスティック回帰分析による検討(表5)

単変量解析において有意差の認められた高齢者の介護、看取り、意思決定の医療やケアの選択に関する教育を受けた経験の有無、医療知識と身体状況の知識の項目数、人生の最終段階の考え方のうち自然な最期を迎えたいことの重要さの6つを独立変数とし、意思決定の有無を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った。なお、独立変数間での相関係数をみたが多重共線性は認められなかったため一括投入した。その結果、介護の経験のある者(オッズ比=2.177、95%信頼区間=1.254-3.782)、意思決定の医療やケアの選択に関する教育

表5 高齢者の意思決定の有無に関するロジスティック回帰分析による検討

			(n=421)		
			調整済み オッズ比	95% 信頼区間	P
経験	介護	あり	2.177	(1.254-3.782)	0.006 **
	意思決定の医療・ケアへの教育	あり	3.917	(2.274-6.748)	< 0.001 ***
死の直前に起こる身体状況の知識	項目数	4項目以上	1.963	(1.193-3.228)	0.008 **
人生の最終段階の考え方 (大切にしたいもの)	自然な最期を迎えたい	重要である	3.146	(1.052-9.402)	0.040 *

注) 意思決定と高齢者の経験, 死の直前に起こる身体状況の知識項目, 考え方とのロジスティック回帰分析.

* P < 0.05, ** P < 0.01, *** P < 0.001

を受けた経験のある者 (オッズ比=3.917、95%信頼区間=2.274-6.748)、死の直前に起こる身体状況の知識の項目数の4項目以上の者 (オッズ比=1.963、95%信頼区間=1.193-3.228)、人生の最終段階の考え方での自然な最期を迎えたいについて重要であると回答した者 (オッズ比=3.146、95%信頼区間=1.052-9.402) が意思決定に有意に関連していた。

IV. 考察

1. 意思決定ありと回答した高齢者の特徴について

本調査では、意思決定についての伝達方法を知っている者が約5割、考えたことがある者が約8割、話し合いを行った者が約5割いたが、3項目を満たす高齢者の意思決定ありは、全体の2割程度にとどまっていた。属性では、性別や年齢はほぼ同割合であったが、家族構成は9割以上が夫婦および複合世帯であり、8割以上は現病歴があると回答した。2018年に全国で行われた意識調査(21)では、60歳以上で意思決定の伝達方法である書面をあらかじめ作成しておくことに賛成が57.3%で、そのうち書面を作成しているのは13.6%であった。また、医療や療養について家族や医療介護関係者との話し合いを行った者は46.6%であった。意識調査の年齢は60歳以上であり本調査との年齢に差を生じているために比較は難しいが、書面作成を事前に作成するという知識がある者を意思決定についての伝達方法を知っている者とし

て捉えると大きな差はないと考える。意思決定を考えたことがある者は、年齢階級別のデータがなく20歳以上の全年齢が59.3%であったが、今回の高齢者の約8割の方が高かった。高齢者の意思決定を考えたことがある割合が高かった理由としては、地域包括ケアシステム推進に向けた在宅医療と介護の連携推進や、地域住民に対する在宅生活継続への支援が地域包括支援センターを中心に行われ、その中でも医療福祉専門職によって人生の最終段階の医療に関する情報提供を受けることや人生の最終段階における医療やケアの方針が確認されることで、高齢者はそのことを考える機会が増加したためと考える。現病歴については、吉田、木内(2004)が老人クラブに所属する高齢者が死について話すこと、死について不安をもち、死について考え、他の人と死について話し合うには現在の健康状態の良い、普通、良くない、のうち良くない人が多かったと報告(24)しているが、本研究の高齢者は現病歴には関連がなかった。半数が高血圧症という現病歴はあるものの介護認定や日常生活への影響のない病状であり、意思決定を促進しない状況と考えられた。また、本研究で意思決定とした条件の伝達方法を知っている者が約5割、考えたことがある者が約8割、話し合いを行った者が約4割いたが、全てを満たしたものは約2割程度であった。伝達方法の知識や意思決定について考える態度が話し合いを行うという行動にはすぐには結びつかないとする。行動変容のKAPモデルは行動

に至らない状況やその背景を把握するためにも用いられており、知識 (knowledge)、態度 (attitude)、習慣 (practice) で分類されるが、知識・態度・行動 (習慣) は順番に進むわけではないといわれている 25)。高齢者の意思決定は医療・ケアという知識が増えるだけでは行動に至ることは難しく、知識に基づき、自分の大切にしたいものを考え伝達するという態度が具体化され、その態度が変容することで家族などとの話し合いを行う行動を促進したり、話し合う行動が知識に結びついたり、それぞれが影響し合うと考える。よって、高齢者が意思決定を行うためには、知識を教育するだけでなく、意思決定することの意味を含めた自分の人生に対する価値についても考える機会を設ける必要がある。改訂ガイドラインに基づき、地域で自立期にある高齢者やその家族に対して意思決定を促進するための知識・態度・行動 (習慣) を学ぶことができる取り組みが重要となる。

高齢者の意思決定支援は、人生の最終段階の医療とケアに関する知識を得たり、意思決定を伝達する方法を知るための情報提供を行い、意思決定について選択肢の内容を理解したうえで考えたり、周囲の人たちと話し合ったりする機会を設ける必要がある。また、高齢者の意思決定ありの者には介護や看取り、教育経験のある者が有意に多かった。前述した意識調査 (2018) では、話し合いのきっかけが家族の病気や死と報告されている 21)。高齢者は家族の介護や看取りの経験が自分自身の人生の最終段階を具体的にイメージさせる体験となり、行動変容へとつながったと考える。また、意思決定の医療・ケアへの教育の有無はオッズ比が最も高い。教育の実施時は、高齢者の介護や看取りの経験の有無から学習の動機づけを行い、人生の最終段階の医療とケアに関する知識に関する情報提供、参加者同士が話し合うなどの研究内容が分析の結果からも検討が必要である。高齢者の意思決定には、医療知識の項目や身体状況の知識の項目が半数を超えるほど有意に多かった。塩谷 (2015) は、老人クラブに所属する高齢者に対して心肺蘇生装置 (心臓マ

ッサージ、気管内挿管、気管切開、人工呼吸器など) や点滴や胃ろうや鼻チューブによる水分補給や栄養補給といった延命治療について LW の講習会の実施前後で調査している。高齢者が LW の講習会後は心肺蘇生、点滴や胃ろうによる延命治療よりも苦痛を取り除く治療のみを希望し、家族や身近な人に対して延命治療の意向の相談や伝達、文書作成に繋がったと報告 19) している。高齢者が最終段階で行われる医療の知識項目をより多く理解することは、自身が望む治療を選択することに繋がり、その選択を他者に相談、伝達し書類作成にまでつながる可能性があると思われる。

2. 高齢者の意思決定の有無と関連要因の検討について

ロジスティック回帰分析の結果、高齢者の意思決定には、高齢者の介護と教育の経験があること、身体状況の知識項目が 4 項目以上あること、人生の最終段階の考え方のうち自然な最期を迎えたいことが有意な関連を示していた。

榎本、田口 (2021) は、地域包括支援センターが実施した ACP の普及啓発プログラムの実施が知識獲得や向上、今後の自身の状態や状況のイメージの具体化、今後の生き方を選択するための主体性の獲得につながったと報告 26) している。高齢者が最終段階の迎え方について多くの知識を得ることは今後、高齢者自身に起こる健康状態の変化を具体的なイメージとして捉えることができる。高齢者の意思決定の促進には最終段階で起こる状況の変化や行われる医療についての知識に関する教育が不可欠である。また、稲垣ら (2020) は、ACP に関する「話し合い」には介護の経験が関連したと明らかにしている 17) が、本研究では、最終段階について考えること、伝達すること、話し合う全てを網羅する意思決定について介護や教育の経験が関連していた。教育を行う際に必要な動機づけとなる導入には、高齢者の経験を問いかけが必要であると考えられる。浅見ら (2016) の研究では、中山間地域の住民が理想的な死を複数回答で聞いたところ、2011 年と 2014 年の両データからも周囲に迷惑をかけない

死が最も多く、苦痛のない死、自然な死が次に多かった18)。今回、意思決定には人生の最終段階の考え方（大切にしたいもの）18項目のうち自然な最期を迎えたいという高齢者自身の考えが意思決定に有意な関連を示していた。自然な最期を迎えたいという考えが最終段階について考えること、伝達すること、話し合うことを促進する可能性がある。先行研究においても在宅療養者の終末期医療の意思把握には死に対する考え方の情報が重要であること27)、老人クラブ所属の高齢者の希望する最終段階には死ぬまで、死ぬ時、死後の希望があること14)など、高齢者の意思決定にとって最終段階をどのように迎えるかを考えることは重要である。意思決定を促進するための教育には高齢者が大切にしたい最終段階の過ごし方を具体的に考える内容が必要である。また、人生の最終段階を自然な最期を迎えたいという考えや心構えを持つことは、自分の生き方を全うするために必要な周囲との話し合いという行動に繋がると考える。さらに、高齢者にとって医療や介護、障害福祉の選択を行う時、要介護・要支援状態や在宅療養、入院療養の状況は、自分自身の希望を叶えることによる家族や医療従事者などの周囲にかかる負担を考え16)家族や医療従事者の考えを優先させてしまいがちになる。しかし、高齢者が最終段階を主体的に考えやすい自立期から人生の最終段階について教育をうけることによって、どのように最終段階を迎えたいのかを考える機会を持ち、行動を身につけることができれば、本人自身の選択と決定によって医療・介護・福祉の現場でも支援を受けることに繋がる。高齢者の人生の最終段階で大切にしたい価値観を引き出す関わりが重要である。

3. 限界と課題

本調査の限界は2点ある。1点目は、本結果はA県の高齢化率と介護認定率が平均的状況のB市とC町という地域に限定して実施した調査であり、地域による高齢者を取り巻く背景の特徴から他県や全国の地域に通用することは難しいと考える。2点目は、有効回答率50.7%と低かったこと

である。高齢者の回答には無回答が存在しており、今後、興味を持つことができる質問内容、答えやすい質問項目という改善が必要である。このような限界はあるものの、本研究は要介護・要支援状態や在宅療養者・入院患者ではない高齢者の意思決定についての実態を明示した点に意義がある。今後は、人生の最終段階における医療・ケアについて、どのような最終段階を迎えたいかという高齢者の考えに基づき、知識、態度、行動という変容へとつながる意思決定支援の教育プログラムの開発が望まれる。

V. 謝辞

本研究の実施にあたり多大なるご協力を賜りましたA県B市とC町の老人クラブ連合会並びに関係者の皆様に厚く御礼を申し上げます。本研究の一部は、第10回日本公衆衛生看護学会学術集会と6th GNPHN（国際保健師ネットワーク学術集会）（2022年1月8-9日、オンライン開催、大阪）で発表した。

COI 開示

本研究に関して開示すべきCOIはない。

引用文献

- 1) 地域包括ケア研究会. (2019). 平成30年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業, 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究, <地域包括ケア研究会> 2040年: 多元的社会における地域包括ケアシステム—「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会—, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
- 2) 厚生労働省. (2018). 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.pref.yamanashi.jp/knhokenf/documents/04_houmonkan-go02siryo02.pdf.

- 3) 厚生労働省. (2018). 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, <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf>.
- 4) 国立長寿医療研究センター. (2015). 平成 26 年度人生の最終段階における医療体制整備事業統括報告書, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197717.pdf>.
- 5) 国立長寿医療研究センター. (2016). 平成 27 年度人生の最終段階における医療体制整備事業統括報告書, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197715.pdf>.
- 6) Hammes B. J. , Rooney B. L. , Gundrum J. D. (2010). A comparative, retrospective, observational study of the prevalence, availability, and specificity of advance care plans in a county that implemented an advance care planning microsystem, *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(7), 1249-1255.
- 7) Detering K. M. , Hancock A. D. , Reade M. C. , et al. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ*, 340, c1345.
- 8) 島田千穂, 中里和弘, 新井和子, 他. (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.
- 9) 松井美穂, 井上正規. (2003). 入院高齢患者の終末期ケアに関する意向, *生命倫理*, 13(1), 113-121.
- 10) 西岡弘晶, 新井秀典. (2016). 終末期の医療およびケアに関する意識調査, *日本老年医学会雑誌*, 53(4), 374-378.
- 11) 古家彩名, 久保田正和, 木下彩栄. (2010). 認知症高齢者の尊厳死とリビングウィル—認知症とガンを比較して—, *京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要*, 6, 73-77.
- 12) 小林美雪, 小野興子, 堀内千晶, 他. (2011). ホスピス協会会員への「終末期医療に関する意識調査」結果の考察—60 歳以上の会員を対象として—, *臨床死生学*, 16(1), 79-89.
- 13) 松井美穂, 川崎涼子, 新田章子, 他. (2009). 離島高齢者における終末期ケアの意向に関する調査, *厚生*の指標, 56(3), 18-23.
- 14) 木内千晶, 吉田千鶴子. (2004). 高齢者の希望する終末期の迎え方, *岩手県立大学看護学部紀要*, 6, 77-82.
- 15) 高橋方子, 布施淳子. (2012). 訪問看護師による在宅療養高齢者の終末期医療に対する意思把握の方法, *日本看護研究学会雑誌*, 35(1), 99-105.
- 16) 松井美穂. (2006). 一般高齢者と入院高齢患者における終末期ケアの意向に関する比較調査, *厚生*の指標, 53 (1), 18-23.
- 17) 稲垣安沙, 高野純子, 野口麻衣子, 他. (2020). 地域在住高齢者のアドバンス・ケア・プランニング (ACP) の実施状況と関連要因: 横断研究, *日本看護科学会誌*, 40, 40-56.
- 18) 浅見洋, 中村順子, 伊藤智子, 他. (2016). ルーラルエリアにおける住民の死生観と終末期療養希望の変容—秋田・島根の中山間地における経時的調査より—, *石川看護雑誌*, 13, 33-43.
- 19) 塩谷千晶. (2015). 高齢者の延命治療とリビングウィルに関する意識調査 講習会前後の比較, *弘前医療福祉大学紀要*, 6(1), 83-89.
- 20) 日本老年医学会. (2012). 高齢者の

- 終末期の医療およびケアに関する日本老年医学会の立場表明 2012.
<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/tachiba.html/>
- 21) 厚生労働省. (2018). 人生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.
 - 22) 森田達也, 白土明美. (2016). 死亡直前と看取りのエビデンス, 2-12, 医学書院, 東京.
 - 23) 萬代隆, 日野原重明編. (1996). Quality of Life 医療新次元の創造, 20-21, メディカルレビュー社, 東京.
 - 24) 吉田千鶴子, 木内千晶. (2004). M市老人クラブ員の END OF LIFE に関する意識調査, 岩手県立大学看護学部紀要, 6, 67-76.
 - 25) 中村裕美子. (2021). 標準保健師講座 2 公衆衛生看護技術, 42, 医学書院, 東京.
 - 26) 榎本晃子, 田口(袴田)理恵. (2021). アドバンス・ケア・プランニング普及啓発が地域在住高齢参加者に与えた影響, 共立女子大学看護学雑誌, 8, 33-43.
 - 27) 高橋方子, 布施淳子. (2014). 在宅療養高齢者の終末期医療における意思把握に関する研究, 日本看護研究学会雑誌, 37(1), 49-60.

Factors Associated with Decision-Making Regarding End-of-Life Medical Treatment and Care Choices among Elderly

Shoko Abiko ^{1,2}, Asami Tatsumi¹

1) Graduate School of Nursing, University of Human Environments

2) Faculty of Nursing, Seisen University

Summary

This study aimed to determine the factors associated with decision-making regarding end-of-life medical treatment and care choices among the elderly. A questionnaire survey was administered to 1,239 community-dwelling members of senior clubs. Among these, 421 questionnaires, which did not have any missing data, were used for the analysis. We performed logistic regression to determine the relationship between end-of-life decision-making and experience in end-of-life care, death watch, education on decision-making, knowledge of medical treatments and physical conditions during the final stages, and important personal values regarding end-of-life care choices.

The percentage of participants with decision-making skills (Mean = 74.4 years, SD = 6.8; 54.6% males) was 22.8. The multivariate logistic regression analyses demonstrated that factors associated with decision-making included experience in end-of-life care, education on decision-making, knowledge of physical conditions during the final stages, and the perceived importance of having a natural death. The study results suggested that knowledge regarding and personal values regarding end-of-life care choices the final stage could influence decision-making. It would be important to incorporate these elements in decision-making education.

Keywords: elderly, end-of-life, decision-making