千葉科学大学紀要　9.　125－137.　2016
【原著】

在宅療養高齢者の終末期医療に対する事前の意思表示の現状と課題

Current State and Issues Surrounding the Home-care Elderly's Prior Expression of Will toward Their End-of -life Care

高橋　方子[1)]・菅谷　しづ子[1)]・鈴木　康宏[1)]・石津　みゑ子[1)]・布施　淳子[2)]

Masako TAKAHASHI, Shizuko SUGAYA, Yasuhiro SUZUKI,
Mieko ISHIZU and Junko FUSE

キーワード：在宅療養高齢者、終末期医療、意思、訪問看護師

目的：本研究は訪問看護師の在宅療養高齢者の終末期医療の意思に関する認識から、事前の意思表示の現状と課題を検討することを目的とした。
方法：訪問看護師756人を調査対象とし、郵送法にて無記名自記式質問紙調査を実施した。
結果：133人から回答が得られ（回収率は17.6％）、回答に不備のあるものを除いた107人を分析対象とした。終末期医療に対する意思を事前に文書で伝えていた在宅療養高齢者は治療方針、臨終場所、医療処置の内容、代理判断者について平均1人にも満たない極めて少ない状況であり、口頭で意思を伝えていた人も平均4人に満たない状況だった。事前の意思表示の必要性は対象者のうち103人（96.2％）が「必要である」と回答した。また訪問看護師の終末期医療に対する意思把握の困難感および病気の見通しや病名の告知をまず説明すべき人についての回答理由はいずれにおいても意思決定能力の低下があげられていた。
結論：現状では終末期医療に対する事前の意思表示を示している人は少ないが、事前の意思表示の必要性は高いと推測された。自分の人生観や死生観に根ざした終末期医療に対する意思を事前に考えられるような機会を如何に作るかが今後の課題であると考えられた。

1．はじめに

超高齢社会・多死時代を迎えつつあるわが国において、厚生労働省の療養病床の転換と削減の推進に伴い、今後在宅で療養しつつ終末期を迎える高齢者の増加が見込まれている。この終末期を迎える高齢者がどのように死を迎えるかは、すなわちどのように生きるかであり[1)]、在宅療養高齢者の終末期医療に対する意思を尊重することはその高齢者の生き方を支えることにも繋がる。これに関しては、2007年に厚生労働省から出された「終末期医療決定プロセスに関するガイドライン」[2)3)4)]において、終末期医療の決定は患者の意思を基本とすることが明記されている。さらに、第IX次生命倫理委員会による報告書[5)]でも、「死を迎える高齢者に対して、国民には現在の社会の構築を担った先達に対し敬意を払い共感する事が求められ、そのためにまず本人の意思が最優先されるべき」と示されている。このことからも終末期医療における意思の尊重は極めて重要といえる。本人の意思の尊重に関しては、事前に自分の意思を文書で示す事前指示があるが、わが国においては在宅療養高齢者のなかで事前指示を残している人は少ないのが実情である。そのため在宅療養高齢者の事前の意思表示の在り方を検討することは終末期医療の直近の課題であると考えられる。

在宅療養高齢者の終末期医療に関する研究において、訪問看護師は日々の在宅療養看護のなかで在宅療養高齢

連絡先：高橋方子　mastakahashi@cis.ac.jp
1）千葉科学大学看護学部看護学科
Department of Nursing, Faculty of Nursing, Chiba Institute of Science
2）山形大学医学部看護学科
School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University
（2015年9月9日受付，2015年11月12日受理）

者の思いや考えを把握し自己決定ができるような支援をしているとの報告[6) 7) 8)]がある。また訪問看護師が看取りの場所についての希望を把握している場合はその通りになる場合が多い[9)]ことも報告されている。このように訪問看護師は在宅療養高齢者の終末期医療の意思に深く関与していると考えられる。そこで本研究は、訪問看護師の在宅療養高齢者の終末期医療の意思に関する認識から、事前の意思表示の現状と課題を検討することを目的とした。

2. 用語の定義

2. 1　終末期

病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態[10)]。

2. 2　終末期医療

痛みやその他の身体的症状を和らげるのみならず、患者の心理的・精神的な要求を真摯に受けとめ、援助し、患者の QOL を維持・向上させる医療[11)]。

2. 3　事前の意思表示

患者あるいは健常人が、将来判断力を失った際に、自らに行われる医療行為に対する意向を前もって示すことであり、医療行為に関して医療者側に与える指示，自らが判断せきなくなった際に委任すべき代理決定者という内容を含む[12)]。

3. 研究方法

3. 1　調査対象

福祉保険医療のネットワークシステムである WAM ネット[13)]から抽出した東北地方において、東日本大震災の被害が比較的少なかった地域（青森県，秋田県，山形県，宮城県の一部）で看取り対応が表示されている訪問看護ステーション252施設の訪問看護師を対象とした。1施設3名の訪問看護師に調査を依頼し、計756人を調査対象とした。

3. 2　調査方法

調査期間は平成23年12月21日～平成24年1月31日で、方法は無記名自記式郵送法とした。各訪問看護ステーション所長に、文書で本研究の趣旨および3名の訪問看護師を調査対象とすることを説明し、調査対象者に調査依頼、調査説明書、調査票および返信用封筒を配布してもらった。なお調査票の返却をもって調査協力の意思を確認した。

3. 3　調査内容

調査内容は対象者の属性と勤務している訪問看護ステーションの特徴、終末期医療に対する事前の意思表示の現状、訪問看護師の意思把握の現状および終末期医療の意思決定に対する認識であった。

3. 3. 1　対象者の属性

年齢、性別、訪問看護師経験年数、臨床看護師経験年数、職位、勤務形態、専門資格、および最終学歴について調査した。

3. 3. 2　所属する訪問看護ステーションの特徴

近藤らの在宅高齢者終末期ケアの調査研究[13)]を参考に質問項目を作成し、設置主体、24時間連絡体制加算および医療機関との連携状況（平成22年度における指示書占有率の高い医療機関の医師との関係）について調査した。

3. 3. 3　終末期医療に対する事前の意思表示の現状

上記と同様に近藤らの調査研究[14)]を参考に質問項目を作成し、平成22年度に看取った利用者数と終末期医療に対する意思表示の状況（治療方針、臨終の場所、医療処置の内容、意思表示ができなくなった場合の代理判断者および臓器移植についての希望に関して意思表示があった人数）を調査した。

3. 3. 4　終末期医療に対する意思把握に関する訪問看護師の認識

事前の意思表示の必要性とその理由および意思把握に対する困難感とその理由を質問した。回答は「まったくそう思わない」「あまりそう思わない」「どちらかといえばそう思う」「多少そう思う」「まあまあそう思う」「非常にそう思う」の6段階で求めた。なお、理由については自由記述で回答を求めた。

3. 3. 5　終末期医療の意思決定に対する訪問看護師の認識

終末期医療の在り方検討会による終末期医療に関する調査[15)]を参考に病気や病名の見通しを説明すべき人及び意見を聞くべき人について質問し、またその回答理由を尋ねた。

3. 4　分析方法

分析は統計ソフト SPSS20.0J を使用し、各質問項目の回答を単純集計した。また数値で回答した項目は平均値を算出し、年齢、訪問看護師経験年数および臨床看護師経験年数は年数ごとにカテゴリーに分けて度数を検討した。「意思把握に対する困難感」、「事前の意思表示の必要性」、「病気や病名の見通しの告知をまず説明する人」についての回答理由である自由記述は意味内容の類似性から分類しカテゴリー化を行った。

3．5　倫理的配慮

本研究は山形大学医学部倫理審査委員会の承認（承認番号151号）を得て実施した。研究目的や研究方法などの研究内容、研究参加における自由意思と同意の示し方、研究参加による不利益、そして研究結果の公表について書面にて説明し、調査用紙の返信を以て研究参加の同意を得た。質問紙の郵送はそれぞれの訪問看護ステーションとしたが、個人で返送できるよう返信用封筒を同封し研究参加の自由意思を保証した。なお入力はデータ入力専門の業者に依頼し、守秘義務の遵守については契約を交わし個人情報の保護に努めた。またデータは統計処理を行い個人が特定されないようにした。

4．結果

訪問看護師756人を対象とし、133人から回答が得られ回収率は17.6％だった。133人のうち回答に不備のあるものを除いた107人を分析対象とした。有効回答率は14.2％であった。

4．1　対象者

4．1．1　対象者の属性

対象である訪問看護師は全員女性で、年齢は40代が最も多く44人（41.1％）、平均年齢は45.4±8.3歳であった。また訪問看護師経験年数は5年未満の人が36人（33.6％）と最も多く、その平均経験年数は7.5±4.9年であり、臨床看護師経験年数は15年以上が最も多く51人（47.7％）、平均16.4±9.2年であった。最終学歴は専門学校卒が93人（86.9％）と大部分を占めた。なお職位はスタッフが83人（77.6％）に対し、管理職は23人（21.5％）であった（表1）。

表1　対象者の属性

n=107

項目（Mean±SD）		人数	（%）
年齢（45.4±8.3）	20代	2	（ 1.9 ）
	30代	26	（ 24.3 ）
	40代	44	（ 41.1 ）
	50代以上	33	（ 30.8 ）
	無回答	2	（ 1.9 ）
訪問看護師経験年数（7.5±4.9）	5年未満	36	（ 33.6 ）
	5～10年未満	35	（ 32.7 ）
	10年～15年未満	28	（ 26.2 ）
	15年以上	6	（ 5.6 ）
	無回答	2	（ 1.9 ）
臨床看護師経験年数（16.4±9.2）	5年未満	6	（ 5.6 ）
	5～10年未満	22	（ 20.6 ）
	10年～15年未満	21	（ 19.6 ）
	15年以上	51	（ 47.7 ）
	無回答	7	（ 6.5 ）
最終学歴	専門学校卒	93	（ 86.9 ）
	大学卒	6	（ 5.6 ）
	その他	6	（ 5.6 ）
	無回答	2	（ 1.9 ）
職位	管理職	23	（ 21.5 ）
	スタッフ	83	（ 77.6 ）
	無回答	1	（ 0.9 ）

4．1．2　対象者が所属する訪問看護ステーションの特徴

設置主体はその他の団体を除けば医療法人が30人（28.0％）で最も多く、次いで地方公共団体が10人（9.3％）、社会福祉法人は8人（7.5％）の順であった。訪問エリアは市街地近郊が最も多く51人（47.7％）、次いで農村・漁村地域が22人（20.6％）だった。また24時間連絡加算体制については行われていると回答した人は92人（86.0％）であった（表2）。

対象者が所属する訪問看護ステーションと医療機関との連携は、訪問看護ステーションにおける医療機関からの指示書占有率でみてみると、同一医療機関の指示書占有率が80％以上と回答した人が40人（37.4％）、80～50％程度が19人（17.8％）であった。指示書件数が最多の医療機関の種類は病院・有床診療所と回答した人は63人（58.9％）であり、またその医療機関の医師との関係性は、気兼ねなく連絡が取れるなど信頼関係が取れていると思うと回答した人は68人（63.6％）であった（表3）。

表2　対象者が所属する訪問看護ステーションの特徴

n=107

項目		人数	（%）
設置主体	医療法人	30	（ 28.0 ）
	地方公共団体	10	（ 9.3 ）
	社会福祉法人	8	（ 7.5 ）
	公的・社会保険関係団体	6	（ 5.6 ）
	医師会	6	（ 5.6 ）
	看護協会	5	（ 4.7 ）
	その他の団体	39	（ 36.4 ）
	無回答	3	（ 2.8 ）
訪問エリアの特徴	市街地近郊	51	（ 47.7 ）
	農村・漁村地域	22	（ 20.6 ）
	市街地	21	（ 19.6 ）
	その他	11	（ 10.3 ）
	無回答	2	（ 1.6 ）
24時間連絡体制加算	行っている	92	（ 86.0 ）
	行っていない	12	（ 11.2 ）
	その他	3	（ 2.8 ）

表3　対象者が所属する訪問看護ステーションと医療機関との連携

n=107

項目		人数	%
指示書占有率 医療機関が占める割合	80%以上	40	（ 37.4 ）
	80～50%程度	19	（ 17.8 ）
	50～30%程度	14	（ 13.1 ）
	30～10%程度	21	（ 19.6 ）
	その他	4	（ 3.7 ）
	無回答	9	（ 8.4 ）
一番指示件数の多い医療機関の種類	病院・有床診療所	63	（ 58.9 ）
	無床診療所	35	（ 32.7 ）
	無回答	9	（ 8.4 ）
その医療機関の医師との関係	気兼ねなく連絡が取れるなど信頼関係があると思う	68	（ 63.6 ）
	必要時面談に応じてくれる程度	21	（ 19.6 ）
	あまり面識がないなど，意思疎通は充分ではないと思う	5	（ 4.7 ）
	その他	4	（ 3.7 ）
	無回答	9	（ 8.4 ）

4．2　平成22年度の死亡状況と終末期医療に対する事前の意思表示の状況

各訪問看護ステーションが関わった死亡者数の平均±標準偏差は20.0±25.2人であり、このうち在宅での死亡者数は9.2±17.4人だった（表4）。この死亡例のうち病名や病気の見通しの告知を受けた人は7.7±11.1人であった。死亡例で、文書で意思を伝えていた人の場合は治療方針については0.9±5.0人、臨終場所は0.8人±4.1人、医療処置では0.4人±1.9人、代理判断者については0.9±4.2人だった。また、口頭で意思を伝えていた人の場合は、治療方針については3.9±6.8人、臨終場所は3.9人±6.3人、医療処置では2.8人±6.0人、代理判断者については3.6±9.4人だった（表5）。

4．3　意思把握に対する訪問看護師の認識

4．3．1　意思把握に対する困難感

意思把握に関しては、非常にそう思うと回答した訪問看護師は22人（20.6%）、まあまあそう思うと回答した人は15人（14.0%）、多少そう思うと回答した人は29人（27.1%）であり、これらを合わせて困難との回答は計66人（61.7%）を占めた。一方、まったくそう思わないは6人（5.6%）、あまりそう思わないは20人（18.7%）、どちらかと言えばそう思わないは15人（14.0%）であり、困難と思わないと回答した人は計41人（38.3%）であった（図1）。

意思把握は困難であると回答した66人全員がその理由を記載していた（表6）。その理由は「判断力が低下している」、「意思表示が困難である」、「意思を示す習慣がない」、「意思がはっきりしない」、「意思は変化する」、「本人と家族の意思が異なる」、「家族の意思の影響が大きい」、「医師の対応による影響が大きい」、「信頼関係がいる」、「時間が必要である」、「安易に聞ける内容ではない」、「把握するタイミングが難しい」の計12項目に分類された。

これに対して、意思把握は困難と思わないと回答した人は41人で、そのうち理由を記載していたのは24人（58.5%）であった（表7）。その理由は「意思把握は基本である」、「意思決定能力があれば可能である」、「認知症がなければ可能である」、「自分なりのイメージがある」、「十分なコミュニケーションが必要である」、「受け手の状況が影響する」、「様々な方法で把握する」の計7項目に分類された。

4．3．2　事前の意思表示の必要性についての認識

事前の意思表示の必要性は「非常にそう思う」と回答した人は45人（42.1%）、「まあまあそう思う」は32人（29.9%）、「多少そう思う」は26人（24.3%）で103人（96.2%）が「必要である」という回答だった（図2）。

事前の意思表示を必要とする理由は「その人の尊厳を守る」、「本人の意思に添う援助がしたい」、「本人の意思により対応が異なる」、「支援の方向が決められる」、「いずれは意思表示ができなくなる」、「代理判断に影響する」、「望まない医療を受けなくて済む」、「本人や家族の満足に影響する」、「意思は変化する」、「状況による」、「その通りにならない」の11項目に分類された（表8）。

表4　平成22年度の死亡状況

項目	Mean±SD
総死亡数	20.0±25.2
在宅での死亡人数	9.2±17.4

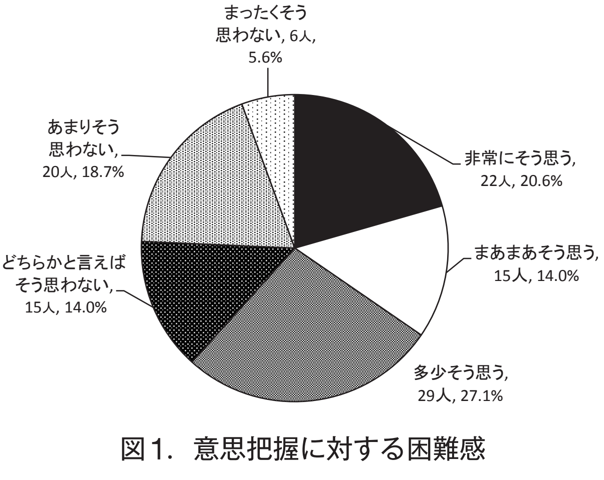

図1．意思把握に対する困難感

表5　平成22年度の死亡者における病気の見通しについての告知および意思表示の状況

項目		Mean±SD
告知有		7.7±11.1
文書で意思を伝えていた人	治療方針	0.9±5.0
	臨終場所	0.8±4.1
	医療処置	0.4±1.9
	代理判断者	0.9±4.2
	臓器移植	0
口頭で意思を伝えていた人	治療方針	3.9±6.8
	臨終場所	3.9±6.3
	医療処置	2.8±6.0
	代理判断者	3.6±9.4
	臓器移植	0

表６　意思把握は困難であると回答した理由（ｎ＝66人，複数回答あり）

項目	具体的内容
判断力が低下している	認知症のため判断力が低下している（5件）。
	脳卒中の人が多い。
	判断力が低下している（4件）。
	病気の理解度に差がある（2件。）
意思表示が困難である	自分から意思表示をすることが困難な状態にある（2件）。
	ほとんど会話ができない。
	言葉がでない。
	意思疎通ができれば可能である（2件）。
意思を示す習慣がない	判断は家族にゆだねるのが習慣である（2件）。
	日頃から自分の意思を伝えない。
	終末期について聞いたり考えることはタブーである。
	地域性もあり、高齢者が自分の考えを表出しない。
意思がはっきりしない	自分の意思をはっきり伝えない（3件。）
	自分の本当の気持ちを伝えない。
	自分の言葉を正直に出さない。
	本心かどうかわからない（3件）。
意思は変化する	状況が変化すれば気持ちが変わる（2件）。
	一度では決められない。
	聞くたびに話が異なる。
	支援者との関係によって気持ちが変わる。
本人と家族の意思が異なる	本人の思いと家族の思いが食い違う（3件）。
	本人の気持ちがわかっても家族が同じ気持ちとは限らない。
	本人は終末期と思っていても家族が否定的。
	家族間で意見が一致しない(3件）。
家族の意思の影響が大きい	家族が判断するのが現状である(5件）。
	家族があってこその本人である（3件）。
	家族の影響が大きい（3件）。
	家族は最後は病院にお願いする。
	家族の意思が中心になる。
	家族の意思に左右される。
	家族が本人への告知を希望しない。
医師の対応による影響が大きい	医療側の考え方、説明の仕方や在宅医療の体制に大きく左右される。
	主治医の説明の仕方による影響が大きい。
	医師の判断に任せせるという人が多い。
	告知をされていないと確認できない。
信頼関係がいる	信頼関係がないと意思把握は難しい（2件）。
	素直に自分の気持ちを伝えてくれる関係がいる。
	信頼関係があれば確認しやすい。
時間が必要である	信頼関係を築く時間がいる（2件）。
	訪問期間が短いほど把握しずらい（2件）。
安易に聞ける内容ではない	気分を悪くさせないで聞きだしたらいいか苦慮している。
	こちら側から確認する場合にコミュニケーションが難しいと感じる。
	告知されていても深い内容なので困難がある。
	どう生きるかを問うことが重要である。
	どうすればよいか方法論を学んでいない。
把握するタイミングが難しい	意思を確認するタイミングが難しい（3件）。
	いつどの時期に関るかによって把握がしづらい。
	状況により話のもっていき方が難しいと思う。
	病状によって進行も早いため意思把握するタイミングが難しい。

4．4　終末期医療の意思決定に対する訪問看護師の認識

4．4．1　病気や病名の見通しの告知をまず説明する人

最も多かった回答は病名や病気に対する見通しはまず誰に説明したほうが良いかについてはまた「本人に説明すべきである」と回答した人は9人（8．4％)、「本人の状況を見て判断する」と回答した人は73人（68.2％)、「家族に説明したほうが良い」と回答した人は17人（15.9％）だった（図3)。

「本人に説明すべきである」と回答した理由は「本人に説明することが基本である」、「本人に説明することが良い結果をもたらす」、「状況による」の3項目に分類された（表9)。

表7　意思把握は困難と思わないと回答した理由（n＝24 人　複数回答あり）

項目	具体的内容
意思把握は基本である	本人の意思把握をすることは終末期医療の基本である（2件）。
	本人や家族の意思により訪問看護の方針が決まる。
	本人の意思把握を尊重できるところが在宅医療のよい点である。
	本人や家族の意思を把握して納得して医療を受けてもらうことがベストである。
意思決定能力があれば可能である	意思決定能力のある方であれば意思把握は可能である。
	自分の意思が伝えられる人であれば可能である。
	がん疾患の人は最後まで意思がある。
認知症がなければ把握できる	認知症がなければ自分の考えを伝えてくれる。
	認知症がある場合は意思把握は難しい（3件）。
自分なりのイメージがある	自分なりのイメージがあるので把握できる（2件。）
	自分の体調から終末期を予測している人が多い。
十分なコミュニケーションが必要である	日々のケアの中でコミュニケーションを積み重ねていく（4件）。
	終末期に関することを段階を踏みながら聞いていくことで意思を確認できる。
	じっくり時間をかけて話を聞く。
	コミュニケーションを十分とるようにしている。
	よく話を聞くことで意思を把握できる。
	訪問を重ねる中で把握できる。
受け手の状況が影響する	意思を把握できるかはそれを聞く相手による。
	意思を知ろうとする気持ちが重要である。
様々な方法で把握する	家族からの情報も有効である。
	表情や声の調子、家族の情報など複数の情報からある程度理解できる。
	今までの生き方など周囲の人からも確認する。

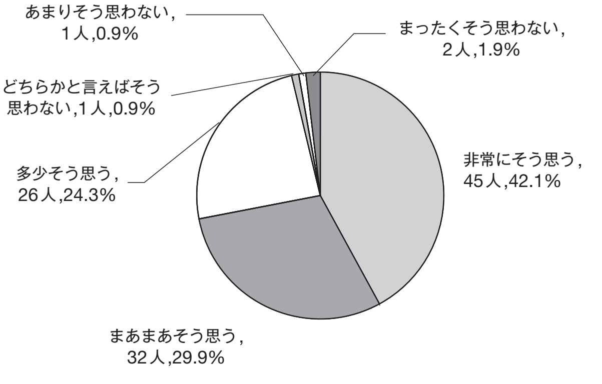

図2．事前の意思表示の必要性

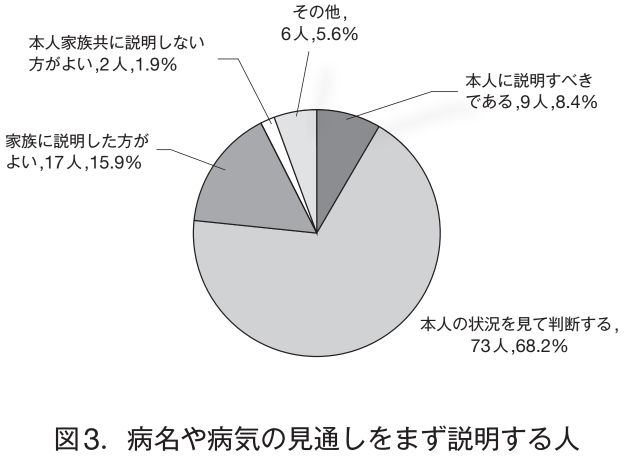

図3．病名や病気の見通しをまず説明する人

表８　事前の意思表示を必要とする理由　(n＝91人　複数回答あり)

項目	具体的内容(抜粋)
その人の尊厳を守る	再発作などで意思表示不可となった場合の事を考えると病前もしくは発症後に意思確認できるとその利用者の尊厳が保てる。
	人間としての尊厳である。
	一人の人間として終末期をどのように送りたいかを知ることで、本人への尊厳にもつながる。
	本人らしく最期を迎えられるため事前の意思表示があっても良いと思う。
本人の意思に添う援助がしたい	できるだけ本人の意思に添えるよう支援したい。
	それをふまえ看護していきたいから。
	本人の気持ちを尊重したいと思っている。
	自分の事なのだから、考えた思いを表示していただき、それをかなえたいと常々思っている。
本人の意思によって対応が異なる	意思によって対応が変わる事があるため。
	事前の意思表示によって対応が全く違ってくるため。
	関わっていく看護師の対応にも違いがでてくるため。
	意思表示されている事で、本人の希望どおりに終末を迎えられるよう、私達も家族に働きかける事ができるから。
支援の方向が決められる	意思表示ができなくなるので、事前に知っておいた方が、家族もこちらもすすむ方向が決めやすい。
	周囲がもその人の意思表示があると迷い少なく支援できる。
	事前の意思確認でその後の方向性が大きく変わるため。
	意思が分からない状態でのケアは、これでいいのか、分からない部分がある。
いずれは意思表示できなくなる	最期を迎える時をどう迎えたいか本人にも考えてほしいから。
	意思表示ができなくなった場合が多いため。
	加齢に伴い意思表示できなくなる事が予測される。
代理判断に影響する	自分で判断できるうちから、意思表示をしておくと、できなくなった場合でも代理人がその人の立場に立ち、その人ならこうするだろうと気持ちを推し量ってくれる。
	家族の考えで経過する事が多いが、本人の考えがあればそれも参考になる事もあるだろうと思う。
	本人の意思を尊重しながら家族が考える事ができる。
	周囲の人々が判断する材料は事前の個人の意思に添うことが多い。
望まない医療を受けなくてすむ	望まない医療を受けなくてすむ。
	病状により、たとえば意識が亡くなったり、失語になったり自分の意思がはっきり示せなくなった場合の今後の療養生活について、本人が望まれない医療処置が行われる場合がある。
	医療技術の進歩により、生かされる場合もある。
	高度医療を受けている方達をみるとこれで幸せなのかという疑問がある。
	望まない延命治療につながらないために必要である。
本人や家族の満足に影響する	本人の意思を把握できていないと、終末期、満足感を十分得られない。
	意思が確認をとれていない場合、家族、本人共に満足できない生活を送ってしまう事も考えられる。
	今まで、在宅での看取りの場面に関わった時、意思通りに本人や家族を支援し、看取った後に本人の思いを叶える事ができて良かったという言葉が聞かれたから。
	意思表示で援助方法が変わり、満足度が変わってくる。
意思は変化する	その時の状況により人の判断というのは変わってくる。
	意思は直前に変更される事もあり、事前に決定できない事もある。
	日が経つにつれて、考えが変化してくる事も考えられるため大切な事は繰り返し確認が必要である。
状況による	本人の状況(精神状態)によって必要である時とそうでない時があると思う。
	本人が意思表示したいという思いがあるのであれば傾聴するが、また否定的であったり、怒りがあったりすると難しいと思う。
	意思表示は必要であるが、本にの性格、家族との関係など、状況によって難しい時がある。
その通りにならない	事前の意思表示があればよいと思うが、必ずしもその通り実行できるとも思わない。
	ほとんどの人は家で死にたいと元気な時は言うが、家人又は子供がそれを受け入れられない。
	看取りの現状を説明するとほぼできず、家族が想像したのと違うと言う場合がある。

「本人の状況を見て判断する」と回答した理由は「本人の意思決定能力が必要である」、「本人が受け止められる状況であることが必要である」、「本人に説明することでよくない影響がある」、「本人を支える人が必要である」、「本人の性格、家族背景等複数の要因を考慮する」、「本人と家族の両方に説明が必要である」、「本人と家族の考えが一致していない」の7項目に分類された（表10）。

「家族に説明したほうが良い」と回答した理由は、「本人に説明することでよくない影響がある」、「家族は本人の状況を把握している」、「本人に説明するか家族に判断してもらう」、「家族が納得する必要がある」、「家族が支えになる」の5項目に分類された（表11）。

4．4．2　終末期医療の決定にあたりまず意見を聞く人

終末期医療の決定にあたりまず誰の意見を聞いたほうが良いかについては、治療方針については「本人の状況を見て判断する」と回答した人が61人（57.5%）、「本人の意見を聞いたほうがよい」と回答した人が29人（27.4%）だった。また医療処置については「本人の状況を見て判断する」と回答した人が49人（46.2%）、「本人の意見を聞いたほうがよい」と回答した人が43人（40.6%）だった。臨終場所については「本人に意見を聞いたほうがよい」と回答した人が51人（47.7%）、「本人の状況をみて判断する」と回答した人が47人（43.9%）だった。また代理判断については「本人の状況をみて判断する」と回答した人が40人（37.7%）、「家族の意見を聞いたほうがよい」と回答した人が37人（34.9%）だった（図4）。

5．考察

5．1　対象者が所属する訪問看護ステーションの特徴について

本調査の対象である訪問看護ステーションの特性を近藤ら[13]による全国の訪問看護ステーションを対象とした調査結果と比較した。その他を除き医療法人による設置主体が一番多いこと、指示書占有率が80%以上の期間が最も多く3割程度であること、訪問エリアが市街地近郊が最も多く50%を超えることなど類似点が多かった。

5.2　わが国の終末期医療に対する事前の意思表示の状況

本研究において、平成22年度の各訪問看護ステーションが関わった死亡者数は平均20.0人であり、この死亡者のうち文書で終末期医療に対する意思を伝えていた人は治療方針、臨終場所、医療処置の内容、代理判断者など各項目について平均1人にも満たない極めて少ない状況であった。また同様に口頭で意思を伝えていた人も文書で意思を伝えていた人よりも多いが平均4人にも満たず20%未満であり、やはり少ない状況であることが明らかになった。このことは他の報告でも同様の傾向がみられ、近藤ら[14]は訪問看護師が直接本人に「自宅で死にたい」という意思を確認した事例は18.8%であったと報告しており、また佐々木ら[9]も訪問看護師による要介護高齢者本人の死亡場所の希望は6割が未把握であり、家族の希望も約4割弱が未把握だったと報告していた。このように、わが国の在宅療養高齢者においては事前に終末期医療の指示を示している人は極めて少なく、また意思把握は困難な現状があると推測された。

5．3　終末期医療に対する事前の意思表示おける課題

5．3．1　事前の意思表示の必要性について

事前の意思表示に関しては107人中103人（96.2%）が必要であると回答し、その理由として、本人の意思により対応が異なることや支援の方向が定まること、代理判断にも影響することや、望まない医療を受けなくて済むことがあげられた。事前に本人の意思が示されていればそれが終末期医療の指針となることは当然のことながら本調査においても確認された。

一方で訪問看護師の意思把握に対する困難感からは本人の意思の把握に苦慮していることがうかがわれた。意思把握に対する困難感は困難であると回答した人が困難でないと回答した人をやや上回り、その理由として、判断力の低下や意思表示の困難さを挙げていた。また困難でないと回答した人も意思決定能力があれば可能である、あるいは認知症がなければ可能であるというように本人の意思決定能力を理由として挙げていた。さらに病気の見通しや病名の告知の説明者は本人の状況をみて判断すると回答した人が最も多かったが、その理由でも本人の意思決定能力があげられた。このように意思決定能力が問題となっている状況をふまえると、いずれ意思決定能力がなくなった場合に備えて、意思決定能力がある時に事前に意思表示をしておくことが重要であると考えられた。

また「病気の見通しや病名の告知をまず誰に説明したほうがよいか」の回答理由では、「本人が受け止められる状況であることが必要である」、「本人に説明することでその後の生活によくない影響がある」ことが理由としてあげられていた。松井ら[16]の調査において対象者のほとんどが入院して初めて終末期医療について考えたとういう結果が得られているが、病気になる以前から自分の人生の最後をどう迎えるかについて考えることにより、病気の見通しや病名の告知をある程度自分で受け止めることが可能になるのではないかと推測された。

これらの訪問看護師の事前の患者の意思表示に対する認識や意思把握の困難感、病気の見通しや病名の告知をまず説明すべき人についての認識から、自分で意思決定ができる状態で事前に自分の終末期医療について考えることが重要であると推測される。また意思決定にあたり

横内[17]はもっとも問題なのは薄弱な根拠で安易に自己意思を決定し表明してしまうことであるとしている。自分の人生観や死生観に根ざした終末期医療に対する意思を事前に考えられるような機会をどのように作るかが今後の課題であると考えられた。

5．3．2　事前の意思表示の扱いについて

「事前の指示は必要である」と回答してもその理由に、本人の意思があってもそのとおりにならないことが述べられていた。さらに意思把握が困難であると回答した理由でも「本人と家族の意思が異なる」ことや「家族の意思の影響が大きい」ことが述べられ、病気の見通しや病名を説明すべき人に関して「本人の状況をみて誰に説明するか判断したほうがよい」と回答した人の理由でも「本人と家族の考えが一致していないこと」や「本人を支える人が必要である」ことが述べられていた。このように本人の意思ではあるが家族の意思が大きく影響することは明白である。清水ら[18]は家族は終末期ケアの対象者であり、またケアの分担者として当事者となる可能性が大いにあると述べている。事前に終末期医療に対する意思を考える際には家族の気持ちや状況に配慮し、事前の意思表示に至るプロセスから家族と共有することが現実的な意思表示となると考えられた。

また事前の指示は必要であると回答した理由および意思把握が困難であると回答した理由に「意思は変化する」ことが述べられていた。横内[17]は，終末期医療の決定において状況が変化し本人の価値観自体が変わってしまえば事前の意思がどれだけそれらを反映させるかという疑問も残ると述べている。また清水[19]は知的な衰えといっても個人差があり，本人に好きだ，嫌いだという気持ちが残っている限りはその気持ちに寄り添うことが必要であると述べている。このように意思は変化することを念頭におき、事前の意思表示が現状においても本人の意思となりうるかを確認するという共通認識を持つことが重要と考えられた。

6．結論

本研究において、終末期医療に対する意思を事前に文書で伝えていた人は治療方針、臨終場所、医療処置の内容、代理判断者など各項目について平均1人にも満たない極めて少ない状況であった。また同様に口頭で意思を伝えていた人も文書で意思を伝えていた人よりも多いが平均4人にも満たない状況であることが明らかになった。

また訪問看護師の終末期医療に対する意思把握の困難感および病気の見通しや病名の告知をまず説明すべき人についての回答理由では、いずれにおいても意思決定能力の低下があげられており、終末期医療に対する事前の意思表示の必要性は高いと推測された。患者が自分の人生観や死生観に根ざした終末期医療に対する意思を事前に考えられるような機会や家族とそのプロセスを共有できるような機会を如何に作るかが今後の課題であると考えられた。

表9　本人に説明すべきと回答した理由　（ｎ＝９人　複数回答あり）

項目	具体的内容（一部抜粋）
本人に説明することが基本である。	予後などどこまで話すかは人によりけりと思うが、説明は本人に話した方がよいと思う。
	本人の人生だから。
	本人の意思決定が重要である。
本人に説明することがよい結果をもたらす	本人の意思を確認する事により、本人の納得できる治療処置ができる。
	本人に説明があれば家族もストレスがなく対応への心使いが違う。
	家族の考えと本人の考えが違う時があるので、まずは、本人に説明し、家族にはどう説明するかを相談する方が、医師との信頼関係も築ける。
状況による	原則本人と考えるが、状況に応じて考える必要もある。
	病状や性格的なもので家族に相談する方もいる。
	いちがいに言えない。

表10　本人の状況を見て誰に説明するか判断した方がよいと回答した理由　（ｎ＝９人　複数回答あり）

項目	具体的内容（一部抜粋）
本人の意思決定能力が必要である	意思決定能力のある高齢者なら本人には説明した方がいいと思う。
	本人の意思決定能力がしっかりしているのであれば本人でかまわない。
	本人に説明しても判断できない状態なら家族に説明していくのが今の状況だと思う。
本人が受け止められる状況であることが必要である	決定能力があると判断しても、やはり精神面や病状においては本人には負担が重い場合もあると思われます。
	病気に対しての思いや病状の状況によって本人の精神状況が不安定であれば慎重に対応した方がようと思う。
	本人に説明する事も必要だが、本人がその内容に耐えられるか判断すべき。
本人に説明することでよくない影響がある	本人が聞いたことで今後の生活に支障がでるケースもあると思うから。
	本人の考え方や性格にもよるので、告知されたショックで死期を早めることや精神的な落ち込みをもたらす事もある。
	基本的には個人の意思が尊重されるべきと思うが、人によっては単刀直入に説明されるとショックを受けられ、その後の人生に悪影響を及ぼす事があるから。
本人を支える人が必要である	いくら意思決定能力があっても高齢者でもあるし、まずは家族間で話し合って本人に説明するかどうか判断すべきだと思う。
	一人で生きているのでないから。
	本人が知るべきであるが、家族が支えになる必要があるから。
本人の性格、家族背景等複数の要因を考慮する	本人の性格、家族背景を考慮して関わっていく必要がある。
	家庭環境も様々でありケースバイケースで最良の方法を検討する。
	基本的には本人、家族ともに説明が必要だと思うが、家庭環境の違いもあるので、また、介護者の年齢を考えるとなんとも言えない。
本人と家族の両方に説明が必要である	本人への説明も重要だが、関わる家族や介護者への説明も重要だと思う。
	自己判断が可能なケースであっても、発病前の家族のあり方などは理解してない事が多いため、本人と家族に説明が必要。
	必ず介護が必要になってくると思うので、介護者と共に説明するのがいいと思う。
本人と家族の考えが一致していない	本人の希望や家族の希望などが違う場合が多いため
	本人が説明してほしいと前もって話していたとしても家族が話してほしくないと希望する事もある。
	本人の希望に沿うのが一番と考えるが、家族と考えが一致していない場合もある。そのため、本人の身体的状況も含め検討した方が良いと考える。

表11　家族に説明したほうがよいと回答した理由（n＝15人　複数回答あり）

項目	具体的内容（一部抜粋）
本人に説明することでよくない影響がある	本人に終末期である事を伝えた場合、気力、体力が一気に低下し回復できないと思う。
	本人にも伝えるがご家族に先に伝えた方が接し方の面で、本人に不安を与えないのではないかと思わるため。
	病名や余命しだいでは、本人のショックが大きい事も考えられる。
家族は本人の状況を把握している	精神面で強いか弱いかという面を家族から情報を得てからの方がいいと思うので。
	本人に説明する事も重要だが、まずは本人の事を把握している家族に説明した方が良いと思う。
	本人の性格も考え、まず本人に対し、どのように話すべきか、家族との話し合いを持つべき。
本人に説明するか家族に判断してもらう	本人が自分の病気や見通しの説明を冷静に聞き入れる状況になっているか判断するのは難しいと思う。まずは家族に説明し、本人に伝えていいか確認した方が良いと思われる。
	家族に説明し、本人に告げるかどうか判断をしてもらう必要がある。
	本人の性格上話しても良いか判断できるのは、身近にいる家族なので、まず家族へ説明し、本人にも説明して良いか決めてもらう方がよい。
家族が納得する必要がある	家族に十分な説明をした後で本人に告知すべきだと思う。
	まずは家族に説明し納得される事が必要。
	話の内容等に応じて家族も納得した上で本人にお話しした方がよいと思う。
家族が支えになる	家族は本人を支えなければならないから。
	本人を支える家族からまず説明した方がよい。
	一人での在宅医療には無理がある。介護する家族あっての在宅だと考える。

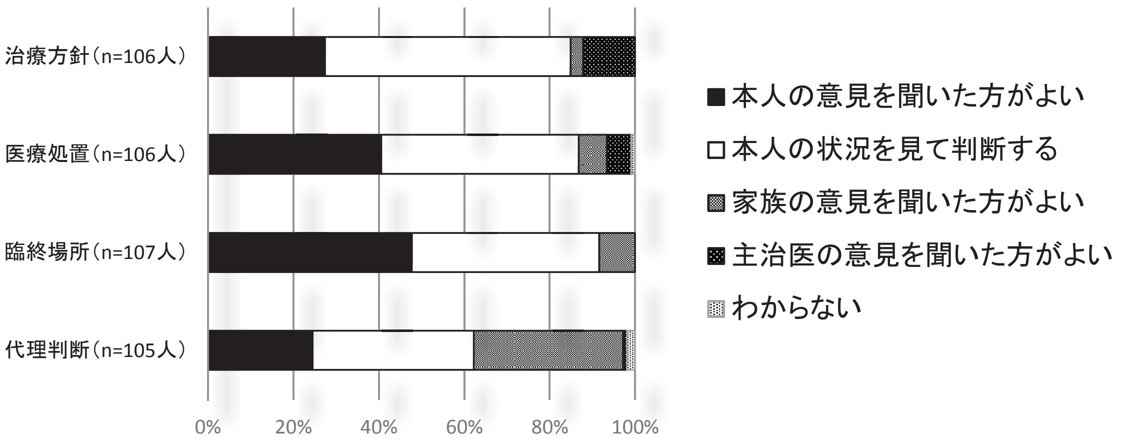

図4.　終末期医療の決定にあたりまず意見を聞く人

謝辞

本研究にご協力いただいた訪問看護師の方々に深く感謝申し上げます。

引用文献

1）三山吉夫：認知症を伴う高齢者の現状と課題．老年精神医学雑誌，22（12），1363-1368，2011.
2）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．医政発第0521011号，2007.
3）永池京子：終末期医療決定のガイドラインが語るもの．インターナショナルナーシングレビュー，31（2），16-20，2008.
4）日本医師会　第Ｘ次生命倫理懇談会：終末期医療に関するガイドラインについて（平成18・19年度生命倫理懇談会答申）．http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080227_1.pdf,（参照2011-5-23）
5）日本医師会　第Ⅸ次生命倫理懇談会：ふたたび終末期医療についての報告(平成16･17年度)．日本医師会ホームページ http://www.med.or.jp/nichikara/seirin17.pdf,（参照2011-5-23）.
6）村松ちづか，川越博美：熟練訪問看護者の意思決定の構造．日本地域看護学会誌，3（1），19－25，2001.
7）園田芳美，石垣和子：癌末期高齢者のターミナルケアにおける家族間調整に関する質的研究　終末期の療養場所選択に焦点をあてて．千葉看護学会会誌，13（1），102-110，2007.
8）園田芳美，石垣和子：明確な意思表示のできない終末期高齢者と家族のターミナルにおける意思決定に関する訪問看護支援．老年看護学会誌，13（2），72－79，2009.
9）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，45（6），622-626，2008.
10）社団法人日本老年医学会：「高齢者の終末期医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」．日本老年医学会雑誌，38（4），582-583，2001.
11）社団法人日本老年医学会：「高齢者の終末期医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」．2012
12）栗秋佐智恵，上村智彦：がん患者の臨死期における意思決定についての後方視的検討．Palliative Care Research，9（3），118-123，2014.
13）WAMNET：WAMネットとは．http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/whatwamnet/PC_OPEN_whatWamnet_Top.html,（参照2011-9-5）.
14）近藤克則：全国訪問看護ステーション調査の枠組みと主な知見，在宅高齢者の終末期ケア．宮田和明，近藤克則，樋口京子編．中央法規出版，東京，8-49，2004.
15）厚生労働省：終末期医療に関する調査等検討会報告書平成16年7月，厚生労働書ホームページ，http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html,（参照2009/11/19）.
16）松井美帆，森山美知子：終末期ケアに関する啓発活動への高齢者の関心と規定要因，生命倫理，14（1），65-74，2004.
17）横内正利：高齢者における終末期医療，終末期医療．シリーズ生命倫理学編集委員会編．丸善出版．東京，62-65，2012.
18）清水哲郎，会田薫子：終末期ケアにおける意思決定プロセス，終末期医療．シリーズ生命倫理学編集委員会編．丸善出版．東京，20-41，2012.
19）清水哲郎：高齢者ケアにおける意思決定プロセス，科学（岩波書店），80（1），93-97，2010.

Current State and Issues Surrounding the Home-care Elderly's Prior Expression of Will toward Their End-of -life Care

Masako TAKAHASHI[1)], Shizuko SUGAYA[1)], Yasuhiro SUZUKI[1)],
Mieko ISHIZU[1)] and Junko FUSE[2)]

1) Department of Nursing, Faculty of Nursing, Chiba Institute of Science
2) School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University

Keyword：home-care elderly, end-of -life care, will, visiting nurse

Purpose：The purpose of this research is to consider the current state and issues surrounding the home-care elderly's prior expression of will toward their end-of -life care (hereinafter "End-of -life care"), by basing on the visiting nurse's awareness toward such issues.

Method： We chose 756 visiting nurses as the survey subjects, and we had them fill out the answers without revealing their identity and had them mail back the survey.

Result：Answers were obtained from 133（17.3%）visiting nurses (with 107 valid responses received). The result showed a staggeringly low number that did not even reach an average of 1 person, for the home-care elderlies who priory expressed their will in writing for their treatment policy, deathbed, description of medical treatment and authorized decision-maker on their behalf. The elderlies who verbally expressed such will also showed a low number of not even reaching an average of 4 persons. Out of survey subjects, 103 persons (96.2%) responded "necessary" when asked about the necessity of elderlies expressing one's will in advance. Furthermore, regarding the reason behind the answer to the questions "why is it difficult to assess the will of elderlies for their end-of -life care?" and "who should be the first person to be notified on the name/state of the illness?", the subject visiting nurses stated "decline of elderly's decision-making capability" as such reason.

Result： The result showed that although very few elderlies priory expressed their will toward their end-of -life care at present state, our speculation is that there is a high need for elderlies to express such will. For the future challenge, we need to figure out an arrangement so that elderlies will have a chance to priory express one's will for their end-of -life care in line with their view of life and death.