

## 地域活動に参加しているA市高齢者が考えている 終末期医療・ケアにおける段取りの実態調査

Actual survey for the end of life medical care planning  
by seniors who participate community activity  
in city A

森下 恵美<sup>1)</sup>・高橋 方子<sup>1)</sup>・梶原 睦子<sup>1)</sup>

Emi MORISHITA、Masako TAKAHASHI、Mutuko KAJIWARA

**【目的】**本研究はA市高齢者の終末期医療・ケアにおける段取りの実態を調査し、およびそれに基づく方策を明らかにすることを目的とした。

**【研究方法】**地域活動に参加しているA市高齢者317人を対象に質問紙による集合調査を行った。調査内容は対象者の属性、個人の背景、終末期医療・ケアの備えとした。終末期医療・ケアに対する備えは文献検討により抽出した『家族との交流』『地域における交流』『公的サービスの把握』『健康管理と主治医に関すること』『費用』について尋ねた。各質問項目は記述統計量を算出し、段取りとの関連要因の分析は $\chi^2$ 検定またはFisherの直接法を用いた。

**【結果】**回収率は87.7% (278部)、有効回答数は261部 (82.3%) だった。『家族との交流』は「家族の交流」、「終末期医療・ケアについての話し合い」、「代理で判断する人の話し合い」に有意な差がみられた。『地域における交流』は、地域に相談できる人のつながり、身近なところで見守ってくれる人の存在に有意な差がみられた。『公的サービスの把握』は「高齢者福祉のしおり」、「高齢者支援課の見守りネットワークサービス」に有意な差がみられた。健康管理や主治医に関しては、「もしもの時に連絡がつく準備」「もしもの時に薬や病状が分かる準備」「主治医との終末期医療・ケアの話し合い」に有意な差がみられた。『費用』に関しては「もしもの時の入院や手術・介護の費用の心づもり」に有意な差がみられた。

**【考察】**終末期医療・ケアの備えは、家族、主治医との終末期医療・ケアの話し合い、「地域で気軽に相談できる人の有無」、「公的サービスの把握」などと関連があった。このことからA市高齢者の終末期医療・ケアに対する段取りを促進する方策として、医療者の支援による終末期をテーマにした本人と家族や医師との話し合い、地域における住民同士の交流の推進、公的サービスの周知が有効との結論に至った。

---

連絡先：森下恵美 emorishita@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

(2021年9月29日受付, 2022年1月31日受理)

## I. 緒言

近年、終末期医療・ケアについて、本人の意思の尊重の重要性が特に論じられるようになった。本人の意思を尊重するためには、自分が意思決定できない状況になったときにうまく対処できるように前もって準備する、つまり終末期医療・ケアに対する備えをしておくことが求められる。国は2018年に改訂版の人生の最終段階における医療の意思決定のプロセスに関するガイドライン（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、2018）で、終末期医療の意思決定は本人による意思決定を基本とすることを示し、さらに本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性を考えて、家族等の信頼できる者も含めて、本人との繰り返しの話し合いが行われることの重要性を述べている。

しかし、独居高齢者や認知症患者の増加、非がん疾患で死亡する高齢者の増加にともなう本人の終末期医療・ケアについての意思の把握が困難な状況がある。

一まず独居高齢者に関しては、2017年の高齢者白書によれば、「65歳以上の一人暮らしの者の増加は男女ともに顕著であり、平成27（2015）年には男性約192万人、女性約400万人、65歳以上人口に占める割合は男性13.3%、女性21.1%となっている」ことが示され、今後も更に増加し続ける見通しとなっている。このことから本人が事前に終末期医療について意思を示していない場合に、代理で判断する家族がいない人が増加することが予想される。また家族が別に暮らす一人暮らしのケースもあるが、代理判断に関する研究では、代理判断の基礎として、愛する人の態度や好みについてのコミュニケーションや生活の経験を分かち合うことが必要と報告されており

（Vig, E, K, et al., 2006）、生活を共にしていない家族が本人の意思を推定することは難しいと考えられる。

次に認知症に関しては、令和3年版の高齢者白書によれば、認知症の推定有病率が2012年は65歳以上の高齢者の約7人に1人（有病率15.0%）であったが、2025年には約5人に1人になると推計されている（内閣府、2017）。認知症の程度にもよるが、判断力や意思表示をする能力が低下した場合、本人が自分の意思を示すことは難しい。特別養護老人施設の入所者を対象とした岩本らの全国調査（2009）では、終末期医療について本人の意思が優先されない最多理由として、認知症があり、本人の意思がわからないことをあげている。また高橋ら

（2016）の調査においても終末期医療についての意思把握が困難な理由として、本人の判断力の低下があげられている。

さらに高齢者の死亡原因は悪性新生物が第1位であるが、第2位は心疾患、第3位は脳血管疾患、または肺炎と、非がん疾患が死亡原因の多くを占めている（厚生労

働省、2019）。非がん疾患は全身状態の増悪と回復を繰り返し、終末期を予測することが難しい（濱村ら、2018）。増悪時は急激に悪化することも多く、症状改善のために侵襲性の高い治療を含む専門的な治療が必要とされ、最終段階でも侵襲性の高い治療が選択されることもある

（厚生労働省健康局がん・疾病対策課、2018）。平原（2009）は「非がん疾患の家族のほとんどは患者が死亡することを予測していなかった。」と述べており、患者本人も死を予測していないと報告している。非がん疾患の場合は、本人も家族も医療者も予後の予測が困難という特徴から、本人や家族が思いがけず意思決定をしなければならない状況になりやすい。

早坂・小野（2017）による看護師を対象とした調査では、46%の看護師が本人の意思を尊重した医療が提供できていないと回答し、その理由として、本人の意思が確認できないことをあげている。家族構成の変化や高齢者の健康問題は、どの人にもあてはまる可能性があり、意思決定能力が低下する前に、自分の終末期医療・ケアに対して備えておくことが求められる。

高齢者の終末期医療・ケアの備えに関する先行研究において、事前の指示に関して多くの報告があった。事前指示とは将来自らが判断能力を失った際、自分に行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示をしておくことであり、事前指示書はそれを文書で示したものである。高齢者が、リビングウィルあるいは事前の指示書について「知っていた」と回答した人は少なく、文書で示していると回答した人も少ないことや（西岡・荒井、2016；高橋ら、2016）、高齢者にリビングウィルに関する啓発活動を行った結果、効果が得られたという報告（塩谷、2015）、集団生活施設において、CPA（心肺停止）時に備えて、事前の意思確認書を作成しているという現状（森脇ら、2014）や介護老人保健福祉施設の事前の意思確認は入所時に看護職が行っている割合が高いことの報告（曾根ら、2011）があった。このような先行研究から、備えとして事前の意思を示しておく必要性が極めて高いことが示唆される。

一方、終末期医療・ケアの備えを日常生活の中でしておく必要を示唆する先行研究も散見された。たとえば、岩下ら（2019）は既往歴を有する高齢者は主治医があらかじめ本人・家族と面談し事前指示書を作成していることや救急隊が出動した際に救急処置をしないと家族から希望された場合には、主治医と連絡をとり、CPR（心肺蘇生法）行わない旨の指示があった場合に心肺蘇生を中止していると報告しており、日頃からの受診や主治医との話し合いも備えとして重要と考えられる。他にも、宮田・甲斐（2009）は認知症などで当事者が治療決定困難となるような状況に備えて、家族とコミュニケーションをとることの重要性を述べており、中里ら（2018）

も終末期ケアの備えとして、終末期ケアに関する親子のコミュニケーションについて調査を行っている。さらに杉井（2016）は、独居高齢者のセルフケアの実態について調査しており、その中で急な病気など緊急時に備えて日頃から子・友人と連絡をとるようにしていると報告し、河野ら（2009）もセルフケアを確立するための課題の一つとして、「今日も元気やなという近所の友人を作っている。」ことなどを報告している。高齢者のセルフケア行動として日頃から子供や知人と連絡を取り合うようにしている。独居高齢者が支援を求める先は、別居家族が6割以上を占めること、独居生活の中での安否確認の方法についても、近所の友人のサポートと答える人が多数であるなど、日頃のインフォーマルなサポート体制も備えの一つになると考えることができる。これらの先行研究をふまえると、自分が判断できなくなったときの終末期医療・ケアに対する備えは普段の生活から死去までの一連の流れの中で考える必要がある。

しかし、日常生活における終末期医療・ケアの備えに関しての研究はほとんど見当たらない。したがって本研究は、高齢者の日常生活の中での終末期医療・ケアに対する段取りの実態を調査し、その結果から今後どのような備えを行う必要があるかを明らかにすることを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

量的アプローチによる横断的調査研究

### 2. 研究対象者

A市主催のふれあいいきいきサロン参加者およびA市老人クラブの活動参加者317人とした。対象者が重複して活動に参加している場合はどちらかの会で回答してもらった。

### 3. 調査方法

研究者らが作成した質問紙による集合調査とした。研究者がA市職員とふれあいいきいきサロンや老人クラブ活動の開催時に訪問し、会の終了時に研究および倫理的配慮について説明した上で、調査票を配布して回答を依頼した。筆者は対象者からの、字が見えない、言葉の意味が分からないなどの質問に備えて室内に待機して対応した。回答を記入した調査票は、退出時に回収箱に投函してもらった。

### 4. 調査期間

2019年10月から11月であった。

### 5. 調査内容の抽出過程

終末期医療・ケアの備えは文献検討により作成した。

文献の検索は『医学中央雑誌』のWeb版ver5を使用した。まずキーワードを「終末期医療」、「高齢者」、「備え」または「準備」として検索し、本文ありでは「備え」では27件、「準備」では151件であった。次に、キーワードを「高齢者」、「事前指示」（最近5年間）または「エンディングノート」とし、本文ありでは「事前指示」では38件、「エンディングノート」5件であった。抽出された221件の論文を精読し、エンド・オブ・ライフケア看護学の指導教授と終末期医療・ケアに対する備えに該当する内容が記載されていると判断した17文献を対象とした。各論文から「日常生活における終末期医療・ケアの備えに関連する内容」を書き出し、それをもとに備えを抽出した。備えとして抽出した内容は①『家族との交流』、②『地域における交流』、③『公的サービスの把握』、④『健康管理と主治医に関すること』、⑤『費用』に分類した。さらにそれらを緊急性を軸として「普段の生活での備え」、「もしもの時の備え」、「もしもの時の段取り」に分類した。

なお本研究において日常生活とは「もしものを意識している常日頃の生活」、「普段の生活」とは「もしものを意識していない、特別なことがなくいつもと変わらない生活」、「もしもの時」とは「人生の最終段階に至り終末期医療・ケアについて意思決定ができなくなったとき」、「もしもの時の段取り」は「最終的に実際に意思決定ができなくなった状態の備え」と定義した。

### 6. 調査内容

#### (1) 対象者の属性

性別、年齢、世帯構成を尋ねた。

#### (2) 対象者の背景

「介護経験」、「看取りの経験」、「命に関わる病気や手術の経験」の有無を尋ねた。また「介護した人との続柄」、「看取った人との続柄」を複数回答で求めた。「自身の終末期医療・ケアについて考えた経験」、「終の棲家の希望について考えた経験」の2項目については「よく考えている」を1、「まったく考えていない」を4として4件法で回答を求めた。

#### (3) 終末期医療・ケアの備え

①『家族との交流』は、普段の生活としては「家族との交流」、「自分の悩みや困りごとを相談できる家族との関係」、「自分の健康状態に対する家族の理解」の有無を、もしもの時としては「終末期医療・ケアについての家族との話し合い」、「代理で判断する人についての家族との話し合い」の有無について尋ねた。

②『地域における交流』は、普段の生活としては「地域に気軽に相談できる友人の存在」、「地域の人と交流する機会」の有無について、もしもの時としては「身近なところに日々自身を見守ってくれる人の存在」の有無と

その人物について該当する選択肢をすべて選択してもらった。

③『公的サービスの把握』は、普段の生活は「高齢者の相談を担当する高齢者支援課の役割についての知識」、「高齢者福祉のしおりの把握」の有無について、もしもの時に関しては「見守りネットワーク（高齢者支援課と新聞販売店、郵便局との連携による見守り）」、「社会福祉協議会による見守り活動」、「エンディングノート」に対する知識を尋ねた。

④『健康管理・主治医に関すること』は、普段の生活は、「現在の健康状態に対する認識」、「健康診断の実施の有無」、「飲んでる薬など自身の病状の説明の可否」について、もしもの時に関しては「もしもの時に連絡がつくような準備」「もしもの時に病気を飲んでいる薬など自身の病状が分かる準備」「終末期医療・ケアについての主治医との話し合い」の有無を尋ねた。

⑤『費用』に関しては、普段の生活については「現在の収入範囲の生活状況」の良し悪しを、もしもの時に関しては「もしもの時の入院や手術、介護の費用の心づもり」を尋ねた。

もしもの時の段取りは、「もしもの時に自分の終末期医療・ケアの希望がわかるような段取り」、「もしもの時に代理判断してくれる人の段取り」の有無について尋ねた。これらの回答方法は「～している」を1とし「まったく～しない」を4として4件法で尋ねた。

## 7. 分析方法

(1) 各質問項目について記述統計量を算出した。

(2) 他の回答との関連性に関する検定ならびに結果の解釈を容易にするために、もしもの時の終末期医療・ケアの希望が分かる段取りと代理判断者の段取りに関して、「している」「まあまあしている」を『している群』とし、「あまりしていない」「まったくしていない」を『していない群』に分けて、個人の属性、背景、普段の生活での備え、もしもの時に向けての備えに関する質問の回答頻度に関して $\chi^2$ 検定またはFisherの直接法を行った。これらの統計解析にはSPSS (Statistic23) を使用した。

## 8. 倫理的配慮

A市市役所高齢者支援課およびA市社会福祉協議会の担当者、老人クラブ連合会会長に、文書と口頭で本研究の意義や方法、倫理的配慮について口頭と文書で説明し、承諾を得た。研究に対する質問はいつでも可能であることを伝え、文書に連絡先を付記した。

対象者には、文書と口頭で研究目的・意義・方法の説明・研究協力の自由意思・拒否権の尊重・プライバシー・個人情報の保護・研究協力によって起こり得る不利益と利益と対処、結果の公表方法、研究期間中および終了後

の質問・問い合わせについて説明した。

本研究は、千葉科学大学大学院研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号19-2）。

## III. 調査結果

地域活動に参加しているA市高齢者317人に調査票を配布し、回収部数は278部（回収率87.7%）だった。そのうち記入漏れが6項目以上の調査票を無効とし261部を有効回答とした。有効回答率は82.3%だった。調査項目は『 』で示した。

### 1. 対象者の属性

『年代』は前期高齢者が96人（36.8%）で後期高齢者は163人（62.5%）だった。85歳以上の高齢者が33人（12.7%）いた。『性別』は男性が83人（31.8%）、女性は177人（67.8%）だった。『世帯構成』は夫婦のみ世帯は118人（45.2%）、独居世帯は65人（24.9%）、二世帯世帯は58人（22.2%）だった（表1）。

### 2. 対象者の背景

『介護経験』が「あり」と回答した人は136人（52.3%）、「なし」は124人（47.7%）、介護経験があると回答した『看取り経験』「あり」と回答した人は173人（66.8%）、「なし」は86人（33.2%）、『命にかかわる病気や手術の経験』が「あり」が81人（32.1%）、「なし」は171人（67.9%）だった（表2）。

### 3. もしもの時の段取りの状況

『もしもの時に自分の終末期医療・ケアの希望がわかるような段取り』を「している」、「まあまあしている」と回答した人は81人で、している群は32%だった。

（表3）。

『もしもの時に代理判断してくれる人の段取り』を「している」、「まあまあしている」と回答した人は、113人で、している群は46.5%だった（表3）。

### 4. 終末期医療・ケアの備えとの関連要因

#### (1) 対象者の属性と背景

終末期医療・ケアの希望が分かる段取りでは、『介護経験』について有意な差が認められた（ $p=0.045$ ）。「している群」では介護経験ありと回答した人が49人（61.3%）だった。

代理判断者の段取りでは、『性別』、『介護経験』、『看取りの経験』に有意な差が認められた（ $p=0.006$ ）。「している群」で女性が84人（75.0%）、介護経験ありが69人（61.6%）、看取りの経験ありが85人（75.9%）だった（表4）

表1 対象者の属性

項目	選択肢	人	(%)
年代 (n=261)	65歳～69歳	41	( 15.7 )
	70歳～74歳	55	( 21.1 )
	75歳～79歳	69	( 26.4 )
	80歳～84歳	61	( 23.4 )
	85歳～89歳	20	( 7.7 )
	90歳以上	13	( 5.0 )
	無回答	2	( 0.8 )
性別 (n=261)	男性	83	( 31.8 )
	女性	177	( 67.8 )
	無回答	1	( 0.4 )
世帯構成 (n=261)	独居(一人暮らし)	65	( 24.9 )
	夫婦のみ世帯	118	( 45.2 )
	二世帯世帯(親と子)	58	( 22.2 )
	三世帯世帯(祖父母や孫を含む)	14	( 5.4 )
	その他	4	( 1.5 )
	無回答	2	( 0.8 )

表2 対象者の背景

項目	選択肢	人	(%)
介護経験 (n=260)	あり	136	( 52.3 )
	なし	124	( 47.7 )
看取り経験 (n=259)	あり	173	( 66.8 )
	なし	86	( 33.2 )
命にかかわる病気や手術の経験 (n=252)	あり	81	( 32.1 )
	なし	171	( 67.9 )
ご自身の終末期医療・ケア (n=258)	よく考えている	78	( 30.2 )
	まあまあ考えている	113	( 43.8 )
	あまり考えていない	61	( 23.6 )
	まったく考えていない	6	( 2.3 )
終の棲家の希望 (n=254)	よく考えている	60	( 23.5 )
	まあまあ考えている	115	( 45.1 )
	あまり考えていない	71	( 27.8 )
	まったく考えていない	9	( 3.5 )

表3 もしもの時の段取り

項目	選択肢	人	(%)
もしもの時に自分の終末期医療・ケアの希望がわかるような段取り n=253	している	32	( 12.6 )
	まあまあしている	49	( 19.4 )
	あまりしていない	85	( 33.6 )
	まったくしていない	87	( 34.4 )
もしもの時に代理判断をしてくれる人の段取り n=243	している	60	( 24.7 )
	まあまあしている	53	( 21.8 )
	あまりしていない	68	( 28.0 )
	まったくしていない	62	( 25.5 )

表4 対象者の属性と背景と段取りとの関連

項目	選択肢	終末期医療・ケアの希望がわかるような段取り				p値	代理判断者の段取り				p値	
		している群		していない群			している群		していない群			
		人	(%)	人	(%)		人	(%)	人	(%)		
性別	男性	21	( 25.9 )	60	( 35.1 )	0.146	28	( 25.0 )	49	( 37.7 )	0.035	*
	女性	60	( 74.1 )	111	( 64.9 )		84	( 75.0 )	81	( 62.3 )		
世帯構成	独居(一人暮らし)	20	( 24.7 )	41	( 24.1 )	0.214	26	( 23.2 )	33	( 25.6 )	0.153	
	夫婦のみ世帯	36	( 44.4 )	81	( 47.6 )		52	( 46.4 )	59	( 45.7 )		
	二世帯世帯(親と子)	23	( 28.4 )	33	( 19.4 )		26	( 23.2 )	27	( 20.9 )		
	三世帯世帯(祖父母や孫を含む)	1	( 1.2 )	12	( 7.1 )		4	( 3.6 )	10	( 7.8 )		
	その他	1	( 1.2 )	3	( 1.8 )		4	( 3.6 )	0	( 0.0 )		
介護経験	あり	49	( 61.3 )	82	( 47.7 )	0.045	69	( 61.6 )	57	( 43.8 )	0.006	**
	なし	31	( 38.8 )	90	( 52.3 )		43	( 38.4 )	73	( 56.2 )		
看取りの経験	あり	59	( 73.8 )	109	( 63.7 )	0.116	85	( 75.9 )	78	( 60.0 )	0.009	**
	なし	21	( 26.3 )	62	( 36.3 )		27	( 24.1 )	52	( 40.0 )		
命に関わる病気や手術の経験	あり	27	( 34.2 )	51	( 30.9 )	0.609	41	( 37.3 )	36	( 28.8 )	0.167	
	なし	52	( 65.8 )	114	( 69.1 )		69	( 62.7 )	89	( 71.2 )		

\* : p<0.05 \*\* : p<0.01

(2) 家族との交流

終末期医療・ケアの希望が分かる段取りについて、『終末期医療・ケアについて家族との話し合い』、『代理判断者についての話し合い』に有意な差が認められた (p < .001)。「している群」では終末期医療・ケアについて家族との話し合いをしていると回答した人が75人 (94.9%)、代理判断者の話し合いをしていると回答した人は66人 (84.6%) だった。

代理判断者の段取りでは、『終末期医療・ケアについて家族との話し合い』、『代理判断者についての話し合い』に加えて『家族との交流』、『悩み事や困りごとの相談』の4項目に有意な差が認められた (p < .001, p < .001, p = .002, p = .015)。「している群」では家族との交流ありが111人 (100%)、家族に悩み事や困りごとを相談できるが104人 (93.7%)、終末期医療・ケアについて家族との話し合いをしている92人 (83.6%)、代理判断者について家族との話し合いをしている89人 (81.7%) だった (表5)。

(3) 地域における交流状況

終末期医療・ケアの希望が分かる段取りでは、『地域で気軽の相談できる人の存在』について有意な差が認められた (p = .003)。「している群」では相談できる人がいると回答した人59人 (72.8%) だった。代理判断者の段取りでは、『地域に相談できる人のつながり』、『地域のひとと交流する機会』、『身近なところに日々見守ってくれる人の存在』の3項目に有意な差が認められた (p < .001, p = .047, p = .012)。「している群」では地域に相談できる人のつながりがある79人 (71.2%)、地域のひとと交流する機会がある97人 (87.4%)、身近なところに日々見守ってくれる人の存在がある108人 (97.3%) だった (表5)。

(4) 公的サービスの把握

終末期医療・ケアの希望が分かる段取りでは、『高齢者支援課の相談サービス』、『高齢者支援課の見守りネットワークサービス』について有意な差が認められた(p=.020、p=.008)。高齢者支援課の相談サービスにおいては「している群」サービスを知っていると回答した人が55人(70.5%)だった。高齢者支援課の見守りネットワークサービスでは、「していない群」において、情報を知らないと回答した人が126人(74.1%)だった。

代理判断者の段取りでは、『高齢者支援課の相談サービス』、『高齢者福祉のしおり配布サービス』、『高齢者支援課の見守りネットワークサービス』に有意な差が認められた(p=.003、p=.002、p=.030)。『高齢者支援課の相談サービス』に関しては、「している群」で「知っている」と回答した人は77人(69.4%)だった。『高齢者福祉のしおり配布サービス』『高齢者支援課の見守りネットワークサービス情報』に関しては、「していない群」で、しおりの配布サービスを知らないと回答した人は85人(65.9%)、見守りネットワークを知らないと回答した人は98人(76.0%)だった(表5)。

表5 家族との交流、地域における交流、公的サービスの把握と段取りとの関連

備え	項目	選択肢		終末期医療・ケアの希望がわかるような段取り		代理判断者の段取り		p値
		知っている 人(%)	していない 人(%)	知っている 人(%)	していない 人(%)	知っている 人(%)	していない 人(%)	
家族との交流	家族との交流	あり	78 (98.7)	161 (94.7)	0.177 <sup>1)</sup>	111 (100)	119 (92.2)	0.002 <sup>1)</sup>
	なし	なし	1 (1.3)	9 (5.3)		0 (0)	10 (7.8)	
普段の生活	悩み事や困りごとの相談	できる	76 (93.8)	145 (86.3)	0.079	104 (93.7)	107 (83.6)	0.015
	できない	できない	5 (6.2)	23 (13.7)		7 (6.3)	21 (16.4)	
家族との交流	健康状態の理解	理解している	77 (97.5)	155 (91.2)	0.102 <sup>1)</sup>	104 (94.5)	118 (91.5)	0.357
	していない	していない	2 (2.5)	15 (8.8)		6 (5.5)	11 (8.5)	
もしもの時	終末期医療・ケアについて家族との話し合い	している	75 (94.9)	88 (51.8)	<0.001 <sup>1)</sup>	92 (83.6)	62 (48.1)	<0.001
	していない	していない	4 (5.1)	82 (48.2)		18 (16.4)	67 (51.9)	
もしもの時	代理で判断する人について家族との話し合い	している	66 (84.6)	68 (40.5)	<0.001	89 (81.7)	40 (31.0)	<0.001
	していない	していない	12 (15.4)	100 (59.5)		20 (18.3)	89 (69.0)	
地域における交流	地域に相談できる人のつながり	あり	59 (72.8)	89 (53.3)	0.003	79 (71.2)	61 (48.0)	<0.001
	なし	なし	22 (27.2)	78 (46.7)		32 (28.8)	66 (52.0)	
普段の生活	地域の人と交流する機会	あり	71 (88.8)	135 (79.4)	0.071	97 (87.4)	100 (77.5)	0.047
	なし	なし	9 (11.3)	35 (20.6)		14 (12.6)	29 (22.5)	
もしもの時	身近なところに日々自身を見守ってくれる人の存在	あり	76 (95.0)	157 (91.8)	0.440 <sup>1)</sup>	108 (97.3)	115 (88.5)	0.012 <sup>1)</sup>
	なし	なし	4 (5.0)	14 (8.2)		3 (2.7)	15 (11.5)	
公的サービスの把握	高齢者支援課の相談サービス	知っている	55 (70.5)	94.5 (55.0)	0.020	77 (69.4)	65 (50.4)	0.003
	知らない	知らない	23 (29.5)	77 (45.0)		34 (30.6)	64 (49.6)	
公的サービスの把握	高齢者福祉のしおりの配布サービス	知っている	42 (53.2)	70 (40.9)	0.071	60 (53.6)	44 (34.1)	0.002
	知らない	知らない	37 (46.8)	101 (59.1)		52 (46.4)	85 (65.9)	
公的サービスの把握	エンディングノートの配布サービス	知っている	41 (51.3)	69 (40.1)	0.097	57 (50.4)	51 (39.2)	0.079
	知らない	知らない	39 (48.8)	103 (59.9)		56 (49.6)	79 (60.8)	
公的サービスの把握	高齢者支援課の見守りネットワークサービス	知っている	34 (42.5)	44 (25.9)	0.008	41 (36.9)	31 (24.0)	0.030
	知らない	知らない	46 (57.5)	126 (74.1)		70 (63.1)	98 (76.0)	
公的サービスの把握	社会福祉協議会による見守り活動	知っている	48 (62.3)	106 (62.4)	0.998	70 (63.1)	77 (60.6)	0.700
	知らない	知らない	29 (37.7)	64 (37.6)		41 (36.9)	50 (39.4)	

註1) Fisherの直接法による

\*: p<0.05 \*\*; p<0.01 \*\*\*: p<0.001

表6 健康管理と主治医に関すること、費用に関する実態と段取りとの関連

項目	終末期医療・ケアの希望がわかるような段取り				代理判断者の段取り			
	している群 人 ( % )	していない群 人 ( % )	p値		している群 人 ( % )	していない群 人 ( % )	p値	
健康 管理 ・ 主治 医に 関す ること	定期的な健康診断の実施状況	受けている 79 ( 97.5 )	受けていない 2 ( 2.5 )	0.154 <sup>1)</sup>	受けている 109 ( 96.5 )	受けていない 4 ( 3.5 )	0.180	
	通院している病気の有無	あり 75 ( 92.6 )	なし 6 ( 7.4 )	0.002	あり 98 ( 86.7 )	なし 15 ( 13.3 )	0.068	
	病気を飲んでいる薬など自身の病状説明	できる 66 ( 91.7 )	できない 6 ( 8.3 )	0.341	できる 89 ( 91.8 )	できない 8 ( 8.2 )	0.210	
	もしもの時に連絡がつく準備	している 71 ( 88.8 )	していない 9 ( 11.2 )	<0.001	している 98 ( 87.5 )	していない 14 ( 12.5 )	<0.001	***
	もしもの時に病気を飲んでいる薬など自身の病状が分かる準備	している 55 ( 71.4 )	していない 22 ( 28.6 )	<0.001	している 69 ( 63.3 )	していない 40 ( 36.7 )	<0.001	***
	かかりつけ医 (主治医) の有無	いる 71 ( 91.0 )	いない 7 ( 9.0 )	0.038	いる 98 ( 89.1 )	いない 12 ( 10.9 )	0.071	
	かかりつけ医 (主治医) に自身の体についての相談	できる 68 ( 93.2 )	できない 5 ( 6.8 )	0.791	できる 97 ( 96.0 )	できない 4 ( 4.0 )	0.067	
	かかりつけ医 (主治医) との終末期医療・ケアの話し合い	している 18 ( 25.0 )	していない 54 ( 75.0 )	0.016	している 20 ( 20.0 )	していない 80 ( 80.0 )	0.050	
	普段の生活	余裕がある 51 ( 66.2 )	余裕がない 26 ( 33.8 )	0.061	余裕がある 75 ( 67.6 )	余裕がない 36 ( 32.4 )	0.003	**
	もしもの時	している 64 ( 81.0 )	していない 15 ( 19.0 )	0.021	している 96 ( 85.7 )	していない 16 ( 14.3 )	<0.001	***

註1) Fisherの直接法による

\* : p<0.05 \*\* : p<0.01 \*\*\* : p<0.001

### (5) 健康管理や主治医との関係

終末期医療・ケアの希望が分かる段取りでは、『通院している病気の有無』、『もしもの時に連絡がつく準備』、『もしもの時に病気を飲んでいる薬など自身の病状が分かる準備』、『かかりつけ医（主治医）の有無』、『かかりつけ医（主治医）と終末期医療・ケアの話し合いの話し合い』に関しては有意な差が認められた（ $p=.002$ 、 $p<.001$ 、 $p<.001$ 、 $p=.038$ 、 $p=.016$ ）。「している群」では通院している病気があると回答した人は75人（92.6%）で、もしもの時に連絡がつく準備をしている人は71人（88.8%）、もしもの時に病気を飲んでいる薬など自身の病状が分かる準備をしている人は55人（71.4%）だった。かかりつけ医（主治医）が「いる」と回答した人は71人（91.0%）、『かかりつけ医（主治医）と終末期医療・ケアの話し合いの話し合い』に関しては「していない群」で話し合いをしていないと回答した人は124人（87.9%）だった。

代理判断者の段取りについては、『もしもの時に連絡がつく準備』をしている人は98人（87.5%）、『もしもの時に病気を飲んでいる薬など自身の病状が分かる準備』をしている人は69人（63.3%）だった（表6）。

### (6) 費用

終末期医療・ケアの希望が分かる段取りでは、『もしもの時の入院や手術・介護の費用の心づもりをしている』に関しては有意な差が認められた（ $p=.021$ ）。「している群」で心づもりを「している」と回答した人は64人（81.0%）だった。

代理判断者が分かる段取りでは、『現在の収入範囲の生活状況』、『もしもの時の入院や手術・介護の費用の心づもりをしている』の両方に有意な差が認められた（ $p=.003$ 、 $p<.001$ ）。『現在の収入範囲の生活状況』に関して、「している群」で「余裕がある」と回答した人は75人（67.6%）で、『もしもの時の入院や手術・介護の費用の心づもりをしている』に関しても「している群」心づもりを「している」と回答した人は96人（85.7%）だった（表6）。

## IV. 考察

### 1. 属性・背景と段取りとの関連

「終末期医療・ケアの希望が分かる段取り」は属性に関して有意な差は認められなかったが、「代理判断者の段取り」は女性が多い傾向がある。また背景に関しては、「終末期医療・ケアの希望が分かる段取り」、「代理判断者の段取り」とともに「介護経験」に関して有意な差が認められた。さらに「代理判断者の段取り」に関しては「看取りの経験」においても有意な差が認められ、介護経験や看取りの経験は終末期医療・ケアの段取りに影響し、

経験がある人の方が段取りをしていると推測できる。その背景には、木村、安藤（2015）が「医療・介護の意思決定の準備行動は将来像のイメージの仕方が影響する。」と述べているように死別経験を通して自身の将来像をイメージし、それがもしもの時の備えを促していることが考えられる。また宮本ら（2016）の研究においても、高齢者が事前にAHN（人工的水分・栄養補給療法）を決められない要因として家族の介護経験がないことをあげている。本研究の結果や先行研究から「介護経験」や「看取りの経験」がない人とその経験を分かち合う機会を作ることは、もしもの時についての段取りを促進できる可能性があると言えるだろう。

### 2. 家族との交流状況と段取りとの関連

「終末期医療・ケアの希望が分かる段取り」は、「家族との話し合い」について有意な差が見られた。また「代理判断者の段取り」に関しては、「家族との話し合い」に加えて「家族との交流」、「悩みごとや困りごとの相談」について有意な差が見られた。この結果から、「自分の終末期医療・ケアの希望が分かるような段取り」や「代理判断者の段取り」には「家族との話し合い」が関連していることが明らかになった。「家族との話し合い」に関しては、岩淵ら（2016）も終末期医療に関して患者が意思決定者となる要因については患者と家族が終末期医療について話し合うことが関連していると報告している。一方で、本研究の調査から終末期医療・ケアあるいは代理判断者について話し合ったことがある人の割合が50%以下であったことが明らかになっており、中里ら（2018）による65歳以上の実親を持つ人を対象とした調査でも、親と終末期ケアの話をしたことがあると回答した人は22.8%と低い割合であったことが報告されている。これらの結果から終末期医療・ケアや代理判断について話し合うことはあまり行われていない実態が浮かび上がってくる。中里ら（2018）が述べるように話し合いを促進するために、家族の特徴に合わせてどのような内容を話したらよいかを具体的に伝え、同席して双方の考えを整理するといった医療者の支援も必要ではないかと思われる。

また代理判断者の段取りに関しては、「家族との交流」、「悩みごとや困りごとの相談」についても有意な差が見られ、日常的な家族間の交流が重要であることが示唆されている。本研究の対象者は90%近くの人が家族との交流や悩み事を相談できると回答しているが、そのことが代理判断者をはじめとした終末期医療の意思決定に重要であることを伝えるような取り組みも必要ではないだろうか。

### 3. 地域における交流状況と段取りとの関連

地域における交流において「終末期医療・ケアの希望

が分かる段取り」は、「地域で相談できる人の有無」について有意な差が見られた。また「代理判断者の段取り」に関しては「地域で相談できる人の有無」に加え、「地域のひとと交流する機会の有無」、「身近なところで見守ってくれる人の有無」について有意な差が見られた。地域における交流は「終末期医療・ケアの希望が分かる段取り」や「代理判断者の段取り」を促進する要因になることが考えられる。中里（2018）は、自分もいずれ死にゆく存在としての自覚が終末期ケアを考える要因であると述べているが、高齢者の死生観に関する研究では他者と語り合いながら生と死について考える場が必要であると報告されている（中木・多田、2013）。こうした結果から、もしもの時に備えるためには、本人・家族へのアプローチだけでなく、地域で身体機能の低下に伴う不安や日々の暮らしの悩みを話すことができ、さらには終末期ケア・医療、代理判断者について考える機会を提供することが必要ではないだろうか。

#### 4. 公的サービスの把握と段取りとの関連

公的サービスの把握状況に関しては「終末期医療・ケアの希望が分かる段取り」、「代理判断者の段取り」とともに、「高齢者支援課の相談サービス」、「高齢者支援課の見守りネットワークサービス」について有意な差が認められた。また「代理判断者の段取り」に関しては「高齢者福祉のしおり配布サービス」にも有意な差が認められた。これらの結果をふまえると、公的サービスについて周知することは「自分の終末期医療・ケアの希望が分かるような段取り」や「代理判断者の段取り」を促進する要因になることが考えられる。河野ら（2009）は大都市と農村部の高齢男性高齢者のセルフケアについて調査を行い、困っていることの表出方法や社会資源の利用状況には地域を考慮する必要があると述べている。A市は居住地域により産業、医療機関、交通の便などに違いがあるため、地域性を踏まえて地域活動の内容に公的サービスの説明を企画することが有用と考える。

#### 5. 健康管理と主治医に関することと段取りとの関連

「終末期医療・ケアの希望が分かる段取り」に関しては、『通院している病気の有無』、『かかりつけ医の有無』、『かかりつけ医（主治医）との終末期医療・ケアの話し合い』に有意差がみられた。『通院している病気の有無』に関しては、荒木ら（2010）の、老人クラブに所属する60歳以上の男女を対象とした調査においても、死を迎えるための準備や終末期を過ごす場所の希望を伝えているかに関連していると報告されている。こうしたことから入院中の患者が対象であったが、自分の病気を意識することが自分の終末期医療・ケアを意識する契機になって

いると考えられる。また『かかりつけ医（主治医）との終末期医療・ケアの話し合い』は、自分の終末期医療・ケアの希望が分かるような段取りをするためには非常に重要であると思われる。佐藤・牧上（2008）は、療養病棟および回復期リハビリ病棟に入院した患者を対象に、病状が安定している時期に終末期医療の説明を行った群と行わなかった群を比較し、行った群は終末期医療の内容の理解度が上がったことや退院後の話し合いが多くなったことを報告している。また田中（2008）は「医療者は患者本人の意思を尊重する倫理的義務があること、わが国では家族優先の特殊な医療文化があることなどから患者本人の判断力があるうちに話し合い、リビングウィルや医療代理人を準備することが必要である」と述べている。さらに吉澤（2018）もそれぞれの疾患経過を念頭に置き、患者、家族にACP（advance care Planning）<sup>1</sup>を行い、AD（アドバンスディレクティブ）<sup>2</sup>やDNAR（do not attempt resuscitation）<sup>3</sup>を準備することが必要であり、その準備は主治医が一人で行うのではなく、チームアプローチが重要であると述べている。これらの先行研究から、当事者が十分な知識を持つことは段取りをする前提となる。そのような取り組みをしている国立長寿医療センターには看護外来で終活相談を行っている（国立長寿医療センター、2019）。A市においても中核病院でそのような取り組みを導入することも重要ではないかと考えられる。「終末期医療・ケアの希望が分かる段取り」、「代理判断者の段取り」に関して共通して『もしもの時に誰かに連絡する準備』と『自分の身体状況を知らせる準備』に有意差があった。杉井（2016）が独居高齢者の緊急時の備えについて報告しているように、連絡先や自身の医療情報が分かるようにしておくことは、一人の時に倒れてしまい医療機関に運ばれる状況を想定した行為として準備しておくことは必要なことである。

#### 6. 費用に関する実態と段取りとの関連

『現在の収入の範囲での生活状況』は「余裕がある」又は「まあまあ余裕がある」と回答した人、『もしもの時の入院や手術、介護費用の心積もり』では、「している」又は「まあまあしている」と回答した人は81.0%だった。『もしもの時の入院や手術、介護費用の心積もり』をしている人は、「終末期医療・ケアの希望が分かる段取り」

<sup>1</sup> 将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・ケア・療養に関する意向、代理意思決定者などについて患者・家族、医療従事者があらかじめ話し合うプロセス

<sup>2</sup> 将来自らの判断能力が失われた事態を想定して、自分に行われる医療行為への意向について医師へ事前に意思表示をする事

<sup>3</sup> 蘇生可能性がほとんどないため（侵襲的である）蘇生行為をしないという意向

と「代理判断者の段取り」に有意な差が認められた。杉本ら（2011）は、世帯の経済水準による終末期ケア格差について調査を行い、経済水準が低い方が介護力不足を理由に入院・入所する割合が高く、在宅の看取りにおいては、介護者と担当看護師から見たケアの質も低いと報告されている。収入範囲の限界もあるが、自身が望むような終末期医療・ケアを受けるためには、費用の心積もりも重要であると考えられる。

## VI. 結論

本調査の結果から、終末期医療・ケアの備えおよび代理判断者の段取りは『家族、主治医との終末期医療・ケアの話し合い』、『地域で気軽に相談できる人の有無』、『公的サービスの把握』などと関連があった。このことからA市高齢者の終末期医療・ケアに対する備えを促進する方策として、医療者の支援による終末期をテーマにした本人と家族や医師との話し合い、地域における住民同士の交流の推進、公的機関によるサービスの周知が挙げられる。

## V. 研究の限界

本研究の対象者は、地域活動の参加者であり、家族との交流もあり、健康管理も行なうなど普段の生活の備えを行っている人の割合が高かった。従って現段階では調査対象者に偏りがある。今後は、地域活動に参加していない人や家族との交流が少ない人や健康管理をしていないなど普段の生活での備えが行われていない可能性がある人を対象に調査を行い、現状を把握し、もしもの時の段取りを促進する方策を明らかにすることにより、A市の高齢者の終末期医療・ケアの備えを促進していきたい。

## 謝辞

本研究にご協力を賜りましたふれあいいきいきサロン参加者および老人クラブの活動参加者の皆様に心から感謝申し上げます。また本研究の趣旨に対するご理解とご協力を賜りましたA市高齢者支援課の皆様、A市社会福祉協議会担当者様、老人クラブ連合会会長様、アンケート調査をサポートして下さったボランティアの方に心より感謝を申し上げます。またご指導を賜りました諸先生方に深く感謝申し上げます。

なお本研究論文は森下恵美が千葉科学大学大学院看護学研究科修士課程に提出した論文（指導：高橋方子、梶原睦子）の一部を修正したものである。

## 利益相反

本研究における開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

## 文献

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に関する意識調査報告書（2018）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000200742.html>  
（検索日 2021-9-6）

内閣府（2017）：高齢者の姿と取り巻く環境の現状と動向平成29年度版高齢社会白書 - Bing（検索日 2021-9-6）

Vig, E. K, Taylor, J. S, Starks, H, Hopley, E. K, et al, (2006) : Beyond substituted judgment: How surrogates navigate end-of-life decision-making, *Journal of The American Geriatrics Society*, 54 (11), 1688-1693.

高齢者の健康・福祉 | 平成29年版高齢社会白書(概要版) - 内閣府 (cao.go.jp)（検索日 2021-9-6）

岩本テルヨ, 山田美幸, 加瀬田暢子 (2009) : 特別養護老人ホーム在り者の最後の場の決定に関わる現状と課題 全国調査を通して, *山口県立大学学術情報*, 2, 8-14.

高橋方子, 菅谷しづ子, 鈴木康宏, 他2名 (2016) : 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, *千葉科学大学紀要*, 9, 125-137.

厚生労働省 (2017) : 人口動態統計 (報告書), 人口動態調査結果概要 表1 年齢別死亡数

濱村麻里, 藤田美賀, 青木真奈美, 他1名 (2018) : 非がん疾患患者の人生の最終段階における意思決定支援の実態と課題, 第49回日本看護学会論文集, 慢性期看護, 243-246.

厚生労働省健康局がん・疾病対策課 (2018) : 第1回循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ議事録

平原佐斗司 (2009) : 非がん疾患の予後予測の指標の作成に関する研究 :

[http://www.zaitakuiryoyuumizaidan.com/data/file/data1\\_20110516101021.pdf\\_\\_](http://www.zaitakuiryoyuumizaidan.com/data/file/data1_20110516101021.pdf__) (検索日 2021-9-6)

早坂未央, 小野真利子 (2017) : 高齢患者の意思を尊重した看護 人生の最終段階における医療提供に対する看護者の意識調査, *日本精神科看護学術集誌*, 60 (1), 460-461.

西岡弘晶, 荒井秀典 (2016) : 終末期の医療およびケアに関する意識調査, *日老医誌*, 53 (4), 374-378.

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.

森脇義弘, 富田康彦, 田原良雄, 他1名 (2014) : 集団生活施設での状態悪化・心停止時に備えた本人の事前意思確認と看取りの可能性, *日本プライマリ・ケア連合学会誌*, 37 (2), 133-137.

- 曾根千賀子, 渡辺みどり, 千葉真弓, 他 4 名 (2011) : 介護老人福祉施設での認知症高齢者の終末期における事前意思を支えるケア内容と方法 長野県内介護老人福祉施設の特徴, 長野県看護大学紀要, 13, 39-50.
- 岩下具美, 市川通太郎, 山川耕司, 他 4 名 (2019) : 地方都市にある救命救急センターの高齢化に伴う課題と役割, 長野赤十字病院医誌, 31, 34-39.
- 宮田裕章, 甲斐一郎 (2009) : 高齢者介護施設における終末期ケアの現状と課題, Geriatric Medicine, 47 (4), 457-463.
- 中里和弘, 涌井 智子, 平山亮, 他 1 名 (2018) : 終末期ケアに関する親子間コミュニケーションの関連要因 高齢の親を持つ子世代を対象に, 日本老年医学会雑誌, 55 (3), 378-385.
- 杉井たつ子 (2016) : 独居高齢者の健康課題とセルフケアの実態 公営住宅団地における独居高齢者の健康に対する不安と事故の体験, 東海公衆衛生雑誌, 4 (1), 69-75.
- 河野あゆみ, 田高悦子, 岡本双美子, 他 2 名 (2009) : 大都市に住む一人暮らし男性高齢者のセルフケアを確立するための課題, 日本公衆衛生雑誌, 56 (9), 662-673.
- 高橋方子, 菅谷しづ子, 鈴木康宏他, 3 名 (2017) : 訪問看護師を対象としたデルファイ法による日本版バリュースヒストリーの開発, 日本看護研究学会雑誌, 40, (5) .
- 木村由香, 安藤孝敏 (2015) : エンディングノート作成にみる高齢者の「死の準備行動」応用老年学, 9 (1), 43-54.
- 宮本みき, 高橋秀人, 松田ひとみ (2016) : 老年期の人工的水分・栄養補給法に対する事前の意思を決められないことに関連する要因, 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 39 (1), 2-12.
- 岩淵正博, 佐藤一樹, 宮下光令, 他 2 名 (2016) : 終末期医療を患者・家族・医師の誰が主体となって決定したかについての関連要因と主体の違いによる受ける医療や Quality of Life への影響検討, *Palliat Care Res*, 11 (2), 189-200.
- 中里和弘, 涌井 智子, 平山亮, 他 1 名 (2018) : 終末期ケアに関する親子間コミュニケーションの関連要因 高齢の親を持つ子世代を対象に, 日本老年医学会雑誌, 55 (3), 378-385.
- 中木里実, 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, (A)41, 1-10.
- 河野あゆみ, 田高悦子, 岡本双美子, 他 2 名 (2009) : 大都市に住む一人暮らし男性高齢者のセルフケアを確立するための課題, 日本公衆衛生雑誌, 56 (9), 662-673.
- 荒木亜紀, 堀内ふき, 浅野祐子 (2010) : 地域在住高齢者の終末期の過ごし方の希望とその準備に関連する要因の件用, 日本在宅ケア学会誌, 14 (1), 78-85.
- 佐藤武, 牧上久仁子 (2008) : 病状安定期における終末期医療の選択・意思決定に関する啓発活動—主治医による療養病棟および回復期リハビリテーション病棟での介入効果—, 日本老年医学会雑誌, 45, (4), 401 - 407.
- 田中まゆみ (2008) : 【主治医として診る後期高齢者】主治医として知っておきたい後期高齢者の医療と生活 Advanced Directive (事前指示書) と Living Will (生前遺書), *Medicina*, 45, (7), 1308 -1313 .
- 吉澤明孝, 吉澤孝之 (2018) : 慢性呼吸不全を含む非がん疾患におけるエンドオブライフに向けた自己決定支援, 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 27, (2), 132-136.
- 国立長寿医療センター  
<https://www.ncgg.go.jp/hospital/shinryo/senmon/kan.go.html> (検索日 2021- 9-6)
- 杉本浩彰, 近藤克則, 樋口京子 (2011) : 世帯の経済水準による終末期ケア格差, 社会福祉学, 52 (1), 109-122.