

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

*The interest and related factors concerning introductory
educational activities as to terminal care among the elderly*

松井 美帆

Miho MATSUI

◎広島大学大学院保健学研究科

森山 美知子

Michiko MORIYAMA

◎広島大学医学部保健学科

■KEY WORDS 終末期ケア (terminal care) 教育 (education) 高齢者 (elderly)
リビング・ウィル (living wills) アドバンス・ディレクティブ (advance directives)

要 旨

本研究の目的は、終末期ケアの啓発活動への高齢者の関心とその規定要因を明らかにすることである。対象は中国地方の老人クラブ会員258名で、医療保健専門家による終末期ケアに関する教育講演については58.9%に関心がみられた。関連要因として年齢があり、前期高齢者に関心が高い傾向であった他、終末期ケアに関する家族や医療従事者との話し合いをはじめ、かかりつけ医の有無、家族機能、手術経験などが関連していた。一方、延命治療の意向では医師や家族に判断を任ずとした非自己決定群が58.6~61.1%であり、リビング・ウィルをよく知っているものは12.2%であった。以上のことから、前期高齢者の世代から家族や医療従事者との関係に配慮した上で、自分の意向を事前に周囲と話し合っておくことやアドバンス・ディレクティブについて啓発活動を行なうことの重要性が示唆された。

SUMMARY

The purpose of this study was to clarify elderly interest in medical professional's lecture as to terminal care, and related factors. Subjects were 258 Senior Citizens' Club Members, 58.9% were interested. Age was a related factor, that is, younger elderly were more interested. Other factors such as discussion about terminal care with family or medical staff, consulting family physician, family function, and experience in surgery were associated with their interest. On the other hand, more than half rely on doctor or family to do decision-making about life-sustaining treatment, if impossible to recover and only 12.2% understood living wills well.

Therefore it is important to educate younger elderly to have discussion about end-of-life issues and advance directives in consideration of the relationship with their relatives.

I. はじめに

生命倫理に関する教育は、これまで医療技術の発達に伴い生じた人工授精や出生前診断などの生命の開始及び臓器移植、尊厳死・安楽死など終末期をめぐる問題や医療従事者・患者関係を内容として行なわれ、その方法及び効果の検討についても多くの報告がなされてきた¹⁻⁵⁾。そして、終末期における治療の意思決定に関わる尊厳死やリビング・ウィルに療の意思決定に関わる尊厳死やリビング・ウィルについては、ターミナルケアなどの教育において将来医療従事者となる医学生、看護学生や研修医などを中心に行なわれた内容が多い⁶⁻¹⁰⁾。終末期には患者の意識レベルの低下等によって意思決定に困難を生じることが少なくなく、治療に対する患者の事前の意思表示は重要と考えられる。しかし、実際にはリビング・ウィルが用意されていない、また、家族等身近な人との話し合いも行われていないことから患者の意向を確認できないことも多く、依然として家族や医療従事者の倫理的ジレンマとなっている。従って、この問題を解決するためには終末期の意思決定についての現状を一般人に知らせ、事前の意思決定についての理解を深めることが重要と考えられるが、その実践介入的な研究報告は少ないのが現状である。

近年、我が国においても死への準備教育の重要性が認識されており、その目標の一つに死と死へのプロセスをめぐる倫理的問題への認識として延命治療の是非や尊厳死・安楽死への理解を促すことが挙げられている¹¹⁾。一方で、高齢者については死の準備教育の必要性と同時に、記憶力の低下や死に隣接している年代であるため、教育を行なうことの難しさが指摘されており死の準備教育を行なうに当たっては配慮を要する¹²⁾。我が国では高齢者に対する死の準備教育は吉田らの報告がみられるのみで、その内容は1回の健康教育における講演「老いに生きる」で禁煙や検診受診の勧め、ぼけ防止、生きがい、死への備えの話を行った結果、一般的な健康管理などの講演の後に、死への備えに関する話しに拒否的な反応を示した人は全体の7%と少なく、主観的に健康な高齢者に対して「死への準備教育」は受け入れられたとしている¹³⁾。このことから医療施設や療養の場において高齢者が多くを占める状況の

中、患者の自己決定の支援に当たってはその理解を深めるために啓発活動を行なっていくことが重要と考えられる。一般に、健康教育については学習者のレディネスに影響を与える要因として健康状態、健康に対する価値観、発達上の特徴、これまでの学習経験などが指摘されている¹⁴⁾。しかし、高齢者を対象に死に関わる終末期ケアの啓発活動を行なうに当たって考慮すべき点については十分に明らかになっていない。

そこで、終末期の倫理的課題の解決の1つとして、高齢者へのリビング・ウィルの理解を進めることを目的とした教育プログラムの予備的検討のため、本研究では高齢者を対象に終末期ケアに関する啓発活動への関心とその規定要因を明らかにすることを目的とした。

II. 方 法

1. 対象者

中国地方広島市、宇部市の65歳以上の老人クラブ会員565名を対象とした。層化抽出法により性別を要因として各市の単位クラブに同数の質問紙配布を依頼した。広島市の人口は112万人、高齢化率14.2%、宇部市は人口17万人、高齢化率19.9%となっている¹⁵⁾。

2. 質問紙の構成と調査方法

平成15年6～7月に無記名による留置き自記式質問紙調査を行なった。調査内容は、基本属性、健康状況・医療状況、終末期ケアに関する啓発活動への関心、終末期ケアの意向、価値観であった。基本属性と標準化された尺度を除く質問項目を図1に示す。基本属性では年齢、都市、婚姻状況、世帯構成、職業、教育歴、収入、宗教を、健康状況については健康状態、健康習慣を、医療状況ではかかりつけ医の有無、入院・手術経験、かかりつけ医及び入院時における医療従事者との関係、終末期の病気や事故などによる家族の入院経験を問うた。終末期ケアに関する啓発活動の関心については『医療保健専門家による終末期ケアに関する講演があった場合、聴きに行きたいと思われますか』との質問に「非常にそう思う」から「全くそう思わない」の4段階で回答を得た。また、終末期ケアの意向については延

命治療として心肺蘇生法、人工呼吸器の使用、人工栄養の3つの医療処置の意向、リビング・ウィルの認知度、終末期ケアに関する家族または医療従事者との話し合い、最近5年以内の家族の死について質問を行なった。

さらに価値観については自律性、死に対する態度、宗教的態度、家族機能について測定を行った。自律性はAPI (Autonomy Preference Index)¹⁶⁾ 日本語版である「医療に対する自律性尺度」を使用した¹⁷⁾。APIは意志決定と情報希求の2つの因子で構成されており、それぞれに一般的な質問項目と具体的な病気の場面を設定した項目からなる。本研究では意志決定度、情報希求度をみる目的で一般的な質問項目部分(信頼性係数; 意志決定 $\alpha = .76$ 、情報希求 $\alpha = .82$)のみを用いて意志決定4項目、情報希求7項目について「まったくあてはまらない」から「まったくそのとおり」の5段階で評価した。

「死に対する態度尺度」(DAP)は、死に対してもっている態度を多次的に評価するもので4つの下位尺度である死の恐怖、積極的受容、中立的受容、回避的受容について「そう思わない」から「そう思う」の5段階で測定を行った^{18,19)}。「宗教的態度」については、向宗教性、靈魂観念の計10項目からなる宗教的態度尺度を用いて「まったく反対」から「まったく賛成」の4段階で評価した²⁰⁾。

家族機能は凝集性、適応性、コミュニケーションの3つの次元から構成される「家族機能尺度」(FACESⅢ)を用いた。家族メンバーの情緒的なつながりを測る凝集性、家族に状況的危機や発達の危機があった場合に、家族システムの勢力構造や役割関係などを変化させる能力である適応性について各10項目を「まったくない」から「いつもある」の5段階で測定した^{21,22)}。

3. 倫理的配慮

倫理的配慮については、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、研究成果の公表について対象者に文書及び口頭で説明を行った。研究依頼書には同意書及び同意取消書を添え、参加協力の意思のあったものに文書で同意を得た後、質問紙とは別に回収を行っ

た。また、研究の参加を中止する場合は同意取消書への記入を依頼し、その際の質問紙の返却は原則無記名であることから不可能な場合があることを伝えた。

4. 分析方法

高齢者の終末期ケアに関する教育講演への関心に関連する要因を検討するため、全体および男女別に関心の有無の2群間で基本属性、健康・医療状況、終末期ケアの意向、価値観の各項目についてカテゴリ変数では χ^2 検定、間隔尺度についてはt検定を行なった。また、延命治療の意向については4つの意向と自己決定のあり方から2群間で検定を行なった。さらに、全体の単変量解析で有意差のあった項目($0 < p < 0.1$)を独立変数としてロジスティック回帰分析を行った。統計処理にはSPSS 12.0J for Windowsを用い、有意水準を5%未満とした。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の概要

質問紙票は336名から回答を得(回収率59.5%)、そのうち教育講演への関心についての質問項目に欠損を認めない258名を分析対象とした(有効回答率45.7%)。対象者の平均年齢は75.2±5.4歳、男性が55.8%で、婚姻状況では女性において死別等が52.6%みられ、世帯構成では28.2%が一人暮らしであった(表1)。

また、健康状態については全体で大変よい9.3%、まあまあよい23.7%、ふつう46.3%、やや～大変悪い20.6%で、健康習慣は58.9%に認められた。医療状況ではかかりつけ医を有するものが79.8%、入院経験65.8%、手術経験51.0%、かかりつけ医及び入院時における医療従事者との関係は医師に対しては大変よい34.4~40.2%、まあまあよい53.1~53.3%、看護師では大変よい27.2~32.0%、まあまあよい57.6~60.1%と大半がよいと回答していた。終末期の病気や事故による家族の入院経験は43.3%に認められた。

2. 終末期ケアの意向と教育講演に対する関心

(1) 高齢者の終末期ケアの教育講演への関心
終末期ケアの啓発活動への関心があるとしたもの

表1 対象者の特性

	全体(n=258)	男性(n=144)	女性(n=114)
年齢			
75歳未満	125 (49.0)	67 (47.5)	58 (50.9)
75歳以上	130 (51.0)	74 (52.5)	56 (49.1)
都市			
広島市	110 (42.6)	60 (41.7)	50 (43.9)
宇部市	148 (57.4)	84 (58.3)	64 (56.1)
婚姻状況			
既婚	190 (74.2)	130 (91.5)	54 (47.4)
死別・未婚	66 (25.8)	12 (8.5)	60 (52.6)
世帯構成			
夫婦のみ	145 (55.9)	93 (64.6)	49 (44.5)
夫婦と子供	45 (17.7)	30 (20.8)	15 (13.6)
3世代	26 (10.2)	11 (7.6)	15 (13.6)
一人暮らし	41 (16.1)	10 (6.9)	31 (28.2)
職業			
自営業・勤め・その他	42 (16.5)	28 (19.4)	14 (12.5)
主婦	51 (20.0)	0 (0)	51 (45.5)
無職	162 (63.5)	115 (79.9)	47 (42.0)
教育歴			
小・中学校	35 (13.9)	22 (15.5)	13 (11.9)
旧制中学校	125 (49.8)	60 (42.3)	65 (59.6)
高等学校	50 (19.9)	29 (20.4)	21 (19.3)
短大・大学・その他	41 (16.3)	31 (21.8)	10 (9.2)
収入			
100万/年未満	39 (16.7)	5 (3.7)	34 (34.3)
100~200万未満	40 (17.1)	14 (10.4)	26 (26.3)
200~300万未満	77 (32.9)	55 (40.7)	22 (22.2)
300万以上	78 (33.3)	61 (45.2)	17 (17.2)
宗教			
仏教	228 (91.2)	131 (94.2)	97 (87.4)
キリスト教・その他	22 (8.8)	8 (5.8)	14 (12.6)

人数(%)

は全体で58.9%であった。また、「非常にそう思う」とした回答が、統計的な有意差 ($p=0.06$) はなかったものの男性9.7%に対して女性に21.9%と多い傾向であった (表2)。

(2) 延命治療の意向と教育講演の関心

回復の見込みが難しい状況における延命治療の意向について心肺蘇生法、人工呼吸器の使用、人工栄養の3つの医療処置で全体では「希望する」10.5~12.7%、「希望しない」27.6~30.8%、「医師の判断に任す」44.5~46.9%、「家族の判断に任す」11.8~14.2%、であり、医師に判断を任すとした回答が最も多く認められた。このように「希望する」または「希望しない」と自らの意向を明示した自己決定群が38.9~41.4%に対して、「医師の判断」または「家族の意向」に任せる非自己決定群は58.6~61.1%と多い傾向であった。

延命治療の意向と教育講演の関心では、4つの意向と関心の有無について全体の人工栄養 ($p=0.083$)、女性の心肺蘇生法 ($p=0.067$) で違いを認めたが、意思決定の2群間と比較を含め統計的に有意差はなく、延命治療の意向による教育講演への関心の差はなかった (表3)。

さらにリビング・ウィルの認知度については全体で「よく知っている」12.2%、「聞いたことはある」70.1%、「全く知らない」17.7%であり、大部分の対象者がリビング・ウィルの具体的な内容を知らなかった。また、家族または医療従事者と終末期ケアに関する話し合いを行なったことがあるものは16.9%、最近5年以内の家族の死を経験したものは18.1%であった。

表2 終末期ケアの啓発活動に対する関心

		全体(n=258)	男性(n=144)	女性(n=114)
関心有り	非常にそう思う	39 (15.1)	14 (9.7)	25 (21.9)
	まあそう思う	113 (43.8)	67 (46.5)	46 (40.4)
	計	152 (58.9)	81 (56.2)	71 (62.3)
関心無し	あまりそう思わない	93 (36.1)	55 (38.2)	38 (33.3)
	全くそう思わない	13 (5.0)	8 (5.6)	5 (4.4)
	計	106 (41.1)	63 (43.8)	43 (37.7)
	検定1		$p=0.060$	
	検定2		$p=0.328$	

検定1: χ^2 検定 (2×4表)

検定2: χ^2 検定 (2×2表)

人数(%)

表3 延命治療の意向と啓発活動に対する関心

医療処置	意向	全体			男性			女性			
		関心有り	関心無し	計	関心有り	関心無し	計	関心有り	関心無し	計	
心肺蘇生法	自己決定群	希望する	22 (9.0)	9 (3.7)	21(12.7)	10 (7.3)	8 (5.8)	18(13.1)	12(11.3)	1 (0.9)	13(12.2)
		希望しない	41(16.8)	29(11.9)	70(28.7)	20(14.6)	17(12.5)	37(27.1)	21(19.6)	12(11.2)	33(30.8)
	非自己決定群	医師の判断	69(28.3)	45(18.5)	114(46.8)	38(27.7)	27(19.7)	65(47.4)	31(29.0)	18(16.8)	49(45.8)
		家族の意向	14 (5.7)	15 (6.1)	29(11.8)	9 (6.6)	8 (5.8)	17(12.4)	5 (4.7)	7(6.5)	12(11.2)
		検定1	$p=0.350$			$p=0.964$			$p=0.067$		
	検定2	$p=0.525$			$p=0.749$			$p=0.194$			
人工呼吸器	自己決定群	希望する	18(7.3)	8 (3.2)	26(10.5)	9(6.5)	7 (5.1)	16(11.6)	9 (8.3)	1 (0.9)	10 (9.2)
		希望しない	41(16.6)	35(14.2)	76(30.8)	20(14.5)	18(13.0)	38(27.5)	21(19.3)	17(15.6)	38(34.9)
	非自己決定群	医師の判断	68(27.5)	42(17.0)	110(44.5)	38(27.5)	27(19.6)	65(47.1)	30(27.5)	15(13.8)	45(41.3)
		家族の意向	19 (7.7)	16(6.5)	35(14.2)	11(8.0)	8 (5.8)	19(13.8)	8 (7.3)	8 (7.3)	16(14.6)
		検定1	$p=0.456$			$p=0.951$			$p=0.141$		
	検定1	$p=0.734$			$p=0.592$			$p=0.983$			
人工栄養	自己決定群	希望する	20 (8.1)	8 (3.2)	28(11.3)	10(7.1)	5 (3.6)	15(10.7)	10 (9.3)	3 (2.8)	13(12.1)
		希望しない	32(13.0)	36(14.6)	68(27.6)	17(12.1)	21(15.1)	38(27.2)	15(14.0)	15(14.0)	30(28.0)
	非自己決定群	医師の判断	71(28.7)	45(18.2)	116(46.9)	38(27.1)	27(19.3)	65(46.4)	33(30.8)	18(16.8)	51(47.6)
		家族の意向	23 (9.3)	12(4.9)	35(14.2)	14(10.0)	8 (5.7)	22(15.7)	9 (8.5)	4 (3.8)	13(12.3)
		検定1	$p=0.083$			$p=0.344$			$p=0.319$		
	検定2	$p=0.208$			$p=0.307$			$p=0.433$			

検定1: 2×4表 (意向: 希望する、希望しない、医師の判断、家族の判断) 人数(%)
 検定2: 2×2表 (意向: 自己決定群、非自己決定群)

(3) 教育講演への関心と関連要因

終末期ケアに関する教育講演への関心の関連要因について単変量解析を行った結果、基本属性では全体 ($p=0.042$) および男性 ($p=0.042$) で年齢が挙げられ、前期高齢者に関心が高い傾向がみられた。一方、健康状態や健康習慣との関連はみられなかった。また、家族や医療従事者との終末期ケアの話合いの有無と教育講演への関心は、全体 ($p=0.000$)、男性 ($p=0.037$)、女性 ($p=0.004$) で有意な関連を認めた。

さらに、全体で有意差のあった項目にかかりつけ医の有無、延命治療の意向として人工栄養を加えた項目を独立変数として全体、男女別に多変量解析を行なった。その結果、全体では終末期ケアの話合い ($p=0.034$) やその対象となる家族や医療従事者との関わりとして家族機能の凝集性 ($p=0.009$)、かかりつけ医の有無 ($p=0.037$) が教育講演への関心に関連していた。その他に医療状況として手術経験 ($p=0.007$) などが挙げられた (表4)。

IV. 考 察

1. 終末期ケアの教育講演に対する関心と啓発活動の必要性

本研究は高齢者の終末期ケアに関する教育講演への関心とその関連要因を明らかにすることを目的とした。その結果、関心があると回答したものは58.9%に認められ、特に女性に非常に関心が高いものが多かった。このことは、配偶者との死別や一人暮らしが女性に多いことから推測された。

実際に行なわれた講演や教育などに対する対象者の受け入れや満足度については、先の吉田らの報告にあるように、内科医による病棟で経験した終末期医療について感じたこと、リビング・ウィルの説明、すべての人はいずれ死を迎えるのだから死から目を背けない生き方をすることが大切であるといった死への備えについての講演では拒否的態度は7%と少なかったとしている¹³⁾。また、患者の自己決定法が制定されている米国において、Murphyらの報告では地域の高齢者を対象にCD-ROMによるアド

表4 終末期ケアの啓発活動への関心についての単変量解析とロジスティック回帰分析

	全体		男性		女性	
	N (%)	単変量解析	N (%)	単変量解析	N (%)	単変量解析
年齢		$p=0.042^*$		$p=0.042^*$		ns
75歳未満	125 (49.0)		67 (47.5)		58 (50.9)	
75歳以上	130 (51.0)		74 (52.5)		56 (49.1)	
かかりつけ医の有無		$p=0.098$		$p=0.034^*$		ns
有り	205 (79.8)		110 (76.9)		95 (83.3)	
無し	52 (20.2)		33 (23.1)		19 (16.7)	
手術経験		$p=0.005^{**}$		$p=0.057$		$p=0.052$
有り	131 (51.0)		78 (54.5)		53 (46.5)	
無し	126 (49.0)		65 (45.5)		61 (53.5)	
終末期ケアの話し合い		$p=0.000^{***}$		$p=0.037^*$		$p=0.004^{**}$
有り	42 (16.9)		21 (15.1)		21 (19.1)	
無し	207 (83.1)		118 (84.9)		89 (80.9)	
延命治療：人工栄養		$p=0.083$		ns		$p=0.049^*$
希望する	28 (11.3)		15 (10.7)		13 (12.1)	
希望しない	116 (47.0)		65 (46.4)		51 (47.7)	
医師の判断	35 (14.2)		22 (15.7)		13 (12.1)	
家族の意向	68 (26.4)		38 (27.1)		30 (28.0)	
家族機能：凝集性(5-50点) [#]		$p=0.021^*$		ns		$p=0.094$
≥36(点)	104 (55.9)		60 (55.5)		44 (56.4)	
<36(点)	82 (44.1)		48 (44.4)		34 (43.6)	
宗教的態度：向宗教性(4-28点) [#]		$p=0.009^{**}$		$p=0.067$		$p=0.095$
≥20(点)	108 (52.2)		60 (49.2)		48 (56.5)	
<20(点)	99 (47.8)		62 (50.8)		37 (43.5)	
死に対する態度：積極的受容 [#] (4-20点)		$p=0.028^*$		$p=0.058$		ns
≥10(点)	128 (57.1)		62 (52.1)		66 (62.9)	
<10(点)	96 (42.9)		57 (47.9)		39 (37.1)	

人数 (%)

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

[#]家族機能、宗教的態度、死に対する態度は間隔尺度として分析

単変量解析：家族機能、宗教的態度、死に対する態度はt検定、その他の項目は χ^2 検定

多変量解析：ロジスティック回帰分析

バンス・ディレクティブの教育を行った結果、プログラムの満足度は10段階評価で8.27と高い結果であった²³⁾。循環器疾患リハビリプログラムにおける終末期の問題や患者の意思決定に関する教育でも否定的な反応を示した患者は8.6%と少なかったとしている²⁴⁾。これらの報告からは、終末期の死に関わる問題をテーマに教育を行なうことについて、高齢者を含め参加した多くの対象者から講演や教育が受け入れられたといえる。一方、今回の調査では実際の講演などの評価ではなく、教育講演に対する関心を尋ねたため異なる結果を示しており、すべての対象者に関心がみられたわけではなかった。しかし、この差は適切なプログラムを行なうことにより、関心の無いものでも終末期ケアの問題に対する理解や教育に対する受け入れが深まる可能性を意味してい

るともいえる。

さらに、延命治療の意向については希望するが10.5~12.7%と末期医療に関する意識調査等検討会報告書による痛みを伴う末期状態の延命治療の希望16.0%とほぼ同様の結果であった²⁵⁾。これに対して医師や家族に任せたいとする非自己決定群が58.6~61.1%と多かったことから、実際の医療においては医療従事者も判断に苦渋している状況が少なからずあること^{26,27)}、さらには自らの意向を表明しておくことを伝えていく啓発活動の必要性が示唆された。そして、非自己決定群の教育講演に対する顕著な拒否的態度は認めなかった。よって、これらの対象者を含み医療に関わることの多い年代である高齢者を対象に、終末期に患者の意向が確認できないことから起こる問題やその解決として認知度の低かったり

ピング・ウイルなどの事前の意思表示に関する啓発活動を行い、その効果を検討していく必要がある。

2. 啓発活動への関心に関連する要因の検討

啓発活動への関心に関連のみられた要因として、単変量解析の結果では全体および男性で年齢があり前期高齢者に関心が高い傾向であった。一般に後期高齢者ほど痴呆などにより意思決定に困難を生じる可能性が高いことから、関心の高かった前期高齢者の世代に終末期ケアに関する自らの意向を考える機会として啓発活動を行うことが重要といえる。高齢者に対しては地域を始め医療施設やナーシングホームなど各々の療養の場において、延命治療の意向やアドバンス・ディレクティブに関する介入を行なった研究は多く、これにより医療従事者との話し合いやアドバンス・ディレクティブの作成率が高まったとしている報告も散見される²⁸⁻²⁹⁾。

そして、家族や医療従事者との終末期ケアに関する話し合いは有意に関連しており、終末期ケアに関わる実際の問題を理解する上で、身近な家族や医療従事者とのディスカッションは重要と考えられた。このことはかかりつけ医を有することや家族機能における凝集性の高さといった結果にも現れていた。かかりつけ医は医療相談や情報を得る身近な存在であり、終末期医療の問題を考える上でも重要といえる。Brownの報告では、通常の診察時にかかりつけ医が患者にアドバンス・ディレクティブの紹介を行なった結果、26人中6人が作成したが、時間的要因や前もって記録しておく医療処置について患者にアドバイスする難しさを問題として挙げ、広く一般人へ教育することの必要性を指摘している³⁰⁾。また、我が国の状況としてMasudaらの報告では、死亡前にリビング・ウイルを作成していた患者の主治医を対象とした調査において、自由回答式質問に回答のあった120人中54%の医師がリビング・ウイルを受け取った後、患者や家族と話し合いを行なったとしている³¹⁾。このように患者がリビング・ウイルを示していた場合、終末期ケアの話し合いのきっかけとなることも多いにありえる。

また、家族機能としてメンバーの情緒的つながりである凝集性の高さは啓発活動への関心に関連していた。米国におけるアドバンス・ディレクティブの

研究は、地域住民をはじめとして医療施設の入院患者や外来患者を対象に医師や看護師、ソーシャルワーカーなどによるその理解と普及を目的とした介入が行なわれている^{28, 29, 32)}。一方、我が国では現実にこのような話し合いは患者本人にではなく、終末期や介護保険施設入所時などに家族に対して行なわれることが依然として多く、本調査結果でも16.9%が有りとした話し合いの内容は家族が入院した時に関するものが大半であった。家族は患者の良き理解者と考えられるが、患者や家族間の意向が必ずしも一致しているとは限らない。そのために終末期になって意見の不一致などから意思決定に困難を生じることがある。よって、これらの倫理的課題の解決に当たっては、まずは自分の意向をよく考えた上で家族と話し合っておくこと、さらに医療従事者との話し合いやリビング・ウイルにより意向を表明しておくことなどが重要である。

以上のことから、リビング・ウイルの理解を進めるに当たっては啓発活動への関心に関連する要因として、家族や医療従事者との関係に配慮した上で、前期高齢者の世代から終末期ケアに関する自らの意向について話し合いを行なっておくことを啓発活動によって伝え、その効果を検討していく必要がある。

3. 本研究の限界

本調査の回収率は59.5%であり、研究目的である終末期ケアに関する啓発活動への関心の質問項目では回答者の23.2%に無回答が認められた。そのため今回の調査結果はこれらの対象者を除いた、一部の地域における結果であることを考慮しなければならない。

V. まとめ

高齢者の終末期ケアに関する啓発活動への関心とその関連要因を検討した結果、58.9%に関心がみられ、年齢、かかりつけ医の有無、家族の情緒的つながり、家族や医療従事者との終末期ケアに関する話し合いなどが関連していた。また、延命治療の意思決定では58.6~61.1%が医師や家族などに判断を任せたいとし、実際に話し合いをもったことがあるものは16.9%と少なく、リビング・ウイルの認知度も

よく知っているものは12.2%であった。以上のことから、終末期ケアに関する啓発活動の必要性が示唆され、前期高齢者の世代から家族や医療従事者との関係に配慮した上で、周囲と話し合いを行ない延命治療に対する自らの意向やリビング・ウィルについて考えておくことを内容とした啓発活動に関する実証的研究が望まれる。

文 献

- 1) 赤林朗：臨床倫理学の展望 医学における“clinical ethics”の必要性, 医学のあゆみ 193(3), 202-203, 2000.
- 2) 小島操子：生命倫理をめぐって 看護における生命倫理教育, 保健の科学 41(4), 274-280, 1999.
- 3) 福本陽平, 村上不二夫, 瀬口雅人, 他：医療倫理の教育における能動的学習法の試みと医学生への教育効果, 医学教育 31(2), 77-81, 2000.
- 4) 大林雅之：医学教育のこれから バイオエシックス教育のあり方, Pharma Medica 13(1), 49-52, 1995.
- 5) 石井トク：生命倫理と看護教育 生命倫理の教育方法について考える, 看護教育 31(9), 528-534, 1990.
- 6) 岡田一義, 斎藤穎, 松本紘一, 他：初期卒後教育における生命倫理教育のあり方 1年目研修医の意識調査から, 日大医学雑誌 61(10), 376-384, 2002.
- 7) 安藤詳子, 西川晶子, 松村悠子：ターミナルケアにおける倫理教育, 生命倫理 12(1), 175-182, 2002.
- 8) 柿川房子：ターミナルケアにおける看護職の課題と教育の方法に関する実践的研究, 日本保健医療行動科学学会年報 17, 201-218, 2002.
- 9) 庄司進一：医療従事者となる学生のためのターミナルケア教育, 看護教育 32(13), 838-845, 1991.
- 10) 平山正実：医師へのターミナルケア教育 デス・エデュケーションについて 安楽な死か尊厳ある死か, ターミナルケア 1(7), 444-447, 1991.
- 11) アルフォンス・デーケン：死への準備教育の意義—生涯教育として捉える 死を教える, メヂカルフレンド社, 東京, 1-62, 1986.
- 12) 山本俊一, アルフォンス・デーケン編：老年期の教育死を教える, メヂカルフレンド社, 東京, 203-215, 1986.
- 13) 吉田浩二, 相田一郎, 望月吉勝, 他：健康な老人に対する死への準備教育, 日本公衆衛生雑誌 39(6), 355-360, 1992.
- 14) 安酸史子監訳：ナースのための患者教育と健康教育, 医学書院, 東京, 119-201, 1996.
- 15) 総務省統計局：<http://www.stat.go.jp/data/ssds/>, 2003.12.25.
- 16) Ende J, Kazis L, Ash A, et al, Measuring patients' desire for Autonomy, Journal of General Internal Medicine 4, 23-30, 1989.
- 17) Ohki M, Fukuhara S, Development and validation of the autonomy preference index for the Japanese subjects, Japanese Health Psychology 3, 11-24, 1995.
- 18) Gesser G, Wong PTP, Reker GT, Death attitudes across the life-span: The development and validation of the death attitude profile (DAP), Omega: Journal of Death and Dying 18, 113-128, 1987.
- 19) 河合千恵子, 下仲順子, 中里克治, 老年期における死に対する態度, 老年社会学 17, 107-116, 1996.
- 20) 金児暁嗣, 現代における非合理性の復権と家族の宗教観, 教学研究所紀要1, 1-27, 1991.
- 21) Olson DH, McCabbin HI, Larsen A, et al, Family inventories. St.Paul, MN; Family Social Science, University of Minnesota, 1985.
- 22) 草田寿子, 岡堂哲雄, 家族関係査定法, 心理検査学, 垣内出版, 東京, 573-581, 1993.
- 23) Murphy CP, Sweeney MA, Chiriboga D: An educational intervention for advance directives, Journal of Professional Nursing 16(1), 21-30, 2000.
- 24) Huffner JE, Barbieri C: Effects of advance care education in cardiovascular rehabilitation program: a prospective randomized study, Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation 21(6), 387-391, 2001.
- 25) 厚生省健康政策局：末期医療に関する検討会報告書, 中央法規, 東京, 2000.
- 26) Asai A, Maekawa M, Akiguchi I, et al: Survey of Japanese physicians' attitudes towards the care of adult patients in persistent vegetative state, Journal of Medical Ethics 25(4), 302-308, 1999.
- 27) Konishi E, Davis AJ: Japanese nurses' perceptions about disclosure of information at the patients' end of life, Nursing and Health Sciences1, 179-187, 1999.
- 28) Dexter PR, Wolinsky FD, Gramelspacher GP: Ef-

- fectiveness of computer-generated reminders for increasing discussions about advance directives and completion of advance directive forms. A randomized, controlled trial, *Annals of Internal Medicine* 128(2), 102-101, 1998.
- 29) Meier DE, Fuss BR, O'Rourke D, Marked improvement in recognition and completion of health care proxies. A randomized controlled trial of counseling by hospital patient representatives, *Archives of Internal Medicine* 156(11), 1227-32, 1996.
- 30) Brown M: Participating in end of life decisions: the role of general practitioners, *Australian Family Physician* 31(1), 60-62, 2002.
- 31) Masuda Y, Fetters MD, Hattori A, et al: Physicians' reports on the impact of living wills at the end of life in Japan, *Journal of Medical Ethics* 29(4), 248-252, 2003.
- 32) Ratner E, Norlander L, McSteen K: Death at home following a targeted Advance-Care Planning Process at home: The kitchen table discussion, *Journal of the American Geriatrics Society* 49(6), 778-781, 2001.

【原稿受理：2004年1月16日】