

## 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

松井美帆<sup>1)</sup> 森山美知子<sup>2)</sup>

自分で意思決定ができなくなった時に受ける医療に対する事前指示であるアドバンス・ディレクティブについて、在宅高齢者313名を対象にその支持と関連要因について調査を行った。調査内容は基本属性、健康・医療状況、終末期ケアに関する意向、価値観として自律性、家族機能、向宗教性、死に対する態度であった。アドバンス・ディレクティブの支持は72.9%にみられ、そのうち54.9%が法制化に賛成していた。項目ごとに累積ロジスティック分析を行い、有意差のあった項目を独立変数として検討した結果、「リビング・ウィルの認知度」、「延命治療について人工呼吸器装着の拒否」、「向宗教性」、「死に対する積極的受容」が支持に関連していた。以上のことから、医療施設や療養の場に高齢者が急増する中、終末期ケアに関する啓発活動や価値観に配慮した上で死の準備教育を行うことなどにより、高齢者の自己決定を支援していく必要性が示唆された。

キーワード：アドバンス・ディレクティブ、高齢者、リビング・ウィル、支持要因、延命治療、価値観

### I. はじめに

アドバンス・ディレクティブとは事前指示とも訳され、患者または健康人が、将来判断能力がなくなった際のことを考えて、自らの望む医療について意向を前もって示しておくことで「リビング・ウィル」と「継続的委任状」の2つの形式がある。リビング・ウィルは医療行為に対して文書で医療者に指示を与え、継続的委任状は判断能力が失われたときに本人に代わって決定を行う代理人を指定する<sup>1)</sup>。

近年、病院、診療所等の医療機関で死を迎える人は昭和26年11.7%から、昭和55年57.0%と半数以上に達し、平成12年には81.0%と多くの人が病院で死を迎えるに至っている<sup>2)</sup>。このような

状況の中、終末期における治療についてはすでに患者の意向が確認できないことが少なくないことから、家族や医療者によって意思決定が行われるなど倫理的に困難な問題の解決が課題とされてきた<sup>3)</sup>。

リビング・ウィルについては医療技術の進歩に伴ってその是非が議論され、日本尊厳死協会などにおける普及活動によりリビング・ウィルを作成する人は増加傾向を示し、現在会員の75%は65歳以上の高齢者であるという<sup>4)</sup>。このように終末期ケアに対する高齢者の関心は高いと見られるが、法制化には至っていないこともあり実際の医療現場においてリビング・ウィルを提示する患者は非常に少ないのが現状である<sup>5)</sup>。しかし、急性期病棟のみならず、介護保険施設など療養の場において高齢者が今後増加していく中で、可能な限り健康な時から終末期ケアについて考え、自らの意向を示しておくことが重要である。特に高齢者で

<sup>1)</sup> 広島大学大学院保健学研究科

<sup>2)</sup> 広島大学医学部保健学科

は痴呆などにより意思決定に困難を生じることも多いため、リビング・ウィルのみならず、代理人の指定である継続的委任状を含めたアドバンス・ディレクティブについての検討が必要である。

米国では1990年患者の自己決定法制定以降、医療施設やナーシングホームにおいてアドバンス・ディレクティブの作成が求められ、これに関わる要因についても多くの研究から、年齢、性別、人種、教育歴、終末期における家族の入院経験などが指摘されている<sup>6-8)</sup>。

このようにアドバンス・ディレクティブの賛同に関連する要因を検討することは、我が国においてリビング・ウィルが十分な普及に至っていない実状を検討し、医療や療養の場に多くの高齢者が占める中、個別性に配慮した意思決定の支援やさらには一般人への啓発活動を行う上で有用と考えられる。そこで、本研究ではリビング・ウィルを中心に家族関係などを考慮して、高齢者のアドバンス・ディレクティブへの賛同に関連する要因を明らかにすることを目的とした。

## II. 方 法

### A. 対象者

中国地方の広島市中区、宇部市における65歳以上の老人クラブ会員を対象とした。調査にあたっては各都市の単位クラブ役員に対象者へのアンケート用紙の配布を依頼し、性別の偏りを避けるため、層化抽出法により男女ほぼ同数になるよう対象者を選定した。配布数は広島市が286名、宇部市279名で、留置法により回収を行った。

### B. 調査内容

アンケートは自記式質問紙調査で、基本属性、健康状況、医療状況、終末期ケアに関する意向、意思決定に関わる価値観により構成した。基本属性は年齢、性別、婚姻状況、世帯構成、職業、教育歴、収入、宗教、健康状況として健康状態、健康習慣の有無、医療状況としてかかりつけ医の有無、入院経験、手術経験、かかりつけ医及び入院時の医療従事者との関係、終末期の病気や事故による家族の入院経験であった。また、終末期ケアに関

してリビング・ウィルの認知度、アドバンス・ディレクティブの是非、回復の見込みが難しい状況での延命治療の意向(心肺蘇生法、人工呼吸器、人工栄養)、5年以内の家族の死、家族または医療従事者との終末期ケアに関する話し合いの有無、価値観では自律性、家族機能、宗教的態度、死に対する態度について測定を行った。

自律性はAPI (Autonomy Preference Index)<sup>9)</sup> 日本語版である医療に対する自律性尺度を使用した<sup>10)</sup>。APIは自己決定と情報希求の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。本研究では自己決定度、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; 自己決定  $\alpha = .76$ , 情報希求  $\alpha = .82$ )のみを用いて自己決定4項目、情報希求7項目について質問を行った。各質問は「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。

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(FACES III)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<sup>11,12)</sup>。

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<sup>13)</sup>。また、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<sup>14,15)</sup>。

倫理的配慮として、対象者には文書及び口頭で研究目的、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説明を行い、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。

### C. 分析方法

アドバンス・ディレクティブへの賛同に関連する要因を検討するため、基本属性、健康状況・医療状況、終末期ケアの意向、価値観の各項目を独立変数とし、アドバンス・ディレクティブの賛同を従属変数として累積ロジスティック回帰分析を行った。さらに、有意差のあった項目を独立変数としてアドバンス・ディレクティブへの賛同に関連する要因を検討した。

## III. 結 果

### A. 調査概要

広島市、宇部市の2都市を合わせた全対象者は665名で、回収数は336名(回収率59.5%)、有効回答数は313名(有効回答率55.4%)であった。都市別では広島市286名、回収数151名(回収率52.8%)、有効回答133名(有効回答率46.5%)、宇部市279名、185名(回収率66.3%)、有効回答180名(有効回答率64.5%)であった。

### B. 対象者の特性

対象者全体の平均年齢は75.4歳、性別は男性が55.3%であった。婚姻状況は既婚71.8%、死別25.2%、世帯構成では夫婦のみ53.7%、夫婦と子供17.2%、3世代11.0%、一人暮らし17.8%であった。職業は無職が最も多く65.3%、自営業9.4%、勤め2.3%、主婦18.2%、その他4.9%であった。教育歴は小学校・中学校18.4%、高等学校(旧制中学校含む)66.5%、短大・大学は12.8%みられた。収入は100万未満/年17.6%、100~300万未満51.7%、300万以上30.6%であった。宗教は仏教が91.4%を占めていた。2都市間で有意差のあった項目としては、年齢、世帯構成が挙げられ広島市では後期高齢者の割合が高く、世帯構成では3世代が少ない一方、一人暮らしは宇部市より多い傾向を認めた。

### C. アドバンス・ディレクティブの是非について

リビング・ウィルの認知度については「実際に作成している」0.6%を含め「よく知っている」

10.9%、「聞いたことはある」70.5%、「全く知らない」18.7%であった。

アドバンス・ディレクティブの是非について赤林らの研究<sup>16)</sup>をもとに『交通事故や病気により、将来自分のことを自分で判断できなくなった時のことを仮定して、あらかじめあなたに行われる治療について希望を示しておいた方がよいと思われるか』との問いに「非常にそう思う」22.4%、「まあそう思う」50.5%、「あまりそう思わない」22.4%、「全くそう思わない」4.8%と賛同するものが72.9%であった。

リビング・ウィルに賛同する理由としては、本人の意向を示すことにより「家族が判断するため」30.5%、「医療者が判断するため」19.5%、「自らの意向を示しておくことは重要」50.0%、賛同しない理由として「その場で家族に決めてもらう」26.6%、「医師に判断してもらう」44.3%、「死について考えたくない」27.8%等であった。

さらに、リビング・ウィルに賛同する対象者の法制化の意向については「必要がある」としたものが54.9%と半数強に認められた。

### D. アドバンス・ディレクティブへの賛同に関連する要因

アドバンス・ディレクティブへの賛同に関連する要因を明らかにするため、基本属性、健康状況・医療状況、終末期ケアの意向、価値観の各項目を独立変数として、カテゴリごとにも累積ロジスティック回帰分析を行った。その結果、基本属性では表1のとおり都市( $p=0.036$ )、性別( $p=0.013$ )において有意な関連を認め、広島市が宇部市より、男性より女性に賛同するものが多い傾向がみられた。

また、健康状況・医療状況についてはかかりつけ医があること( $p=0.038$ )、過去に手術経験を有するもの( $p=0.023$ )、かかりつけ医において看護師との関係が大変~まあまあよいもの( $p=0.028$ )、終末期の病気や事故による家族の入院経験があること( $p=0.000$ )が関連していた(表2)。さらに、終末期ケアについては、リビング・ウィルの認知度( $p=0.001$ )、回復の見込みが難しい状況における延命治療として人工呼吸器の使用

表1 基本属性との関連

項目	人数 (%)	p 値
都市		$p=0.036^*$
広島市	133 (42.5)	
宇部市	180 (57.5)	
年齢		ns
65~75 歳未満	146 (47.6)	
75 歳以上	161 (52.4)	
性別		$p=0.013^*$
男性	173 (55.3)	
女性	140 (44.7)	
婚姻状況		ns
既婚	222 (71.8)	
死別・離別・未婚・その他	87 (28.0)	
世帯構成		ns
夫婦のみ	166 (53.7)	
夫婦と子供	53 (17.2)	
3 世代	34 (11.0)	
一人暮らし	55 (17.8)	
職業		ns
自営業・勤め・その他	51 (16.6)	
主婦	56 (18.2)	
無職	201 (65.3)	
教育歴		ns
小・中学校	56 (18.4)	
旧制中学校	147 (48.4)	
高等学校	55 (18.1)	
短大・大学・その他	46 (15.0)	
収入		ns
100 万/年未満	50 (17.6)	
100~200 万未満	54 (19.0)	
200~300 万未満	93 (32.7)	
300 万以上	87 (30.6)	
宗教		ns
仏教	277 (91.4)	
キリスト教・その他	12 ( 4.0)	
特になし	14 ( 4.6)	

\* $p<0.05$ 

( $p=0.042$ ) が関連しており、リビング・ウィルについてよく知っている、延命治療として人工呼吸器を希望しないものでは有意な関連を認めた (表 3)。そして価値観では、自律性の意思決定 ( $p=0.021$ )、宗教的態度における向宗教性 ( $p=0.029$ ) が要因として認められた (表 4)。

これらの項目に 5 年以内の家族の死、家族また

表2 健康状況・医療状況との関連

項目	人数 (%)	p 値
健康状態		ns
大変よい	29 ( 9.3)	
まあまあよい	77 (24.8)	
ふつう	145 (46.6)	
やや~大変悪い	60 (19.3)	
健康習慣		ns
あり	165 (56.1)	
なし	129 (43.9)	
かかりつけ医の有無		$p=0.038^*$
あり	250 (80.4)	
なし	61 (19.6)	
入院経験		ns
あり	208 (66.5)	
なし	105 (33.5)	
手術経験		$p=0.023^*$
あり	155 (49.7)	
なし	157 (50.3)	
かかりつけ医との関係 (医師)		$p=0.078$
大変よい	96 (42.7)	
まあまあよい	113 (50.2)	
どちらともいえない	16 ( 7.1)	
かかりつけ医との関係 (看護師)		$p=0.028^*$
大変よい	74 (34.4)	
まあまあよい	125 (58.1)	
どちらともいえない	16 ( 7.4)	
入院・手術時の関係 (医師)		ns
大変よい	70 (36.1)	
まあまあよい	101 (52.1)	
どちらともいえない~ やや悪い	23 (11.9)	
入院・手術時の関係 (看護師)		ns
大変よい	57 (30.8)	
まあまあよい	105 (56.8)	
どちらともいえない~ やや悪い	23 (12.4)	
家族の入院経験		$p=0.000^{**}$
あり	131 (44.3)	
なし	165 (55.7)	

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ 

は医療従事者との話し合い、価値観の死に対する積極的受容を含めて独立変数とし、アドバンス・ディレクティブの賛同に関連する要因を検討した。その結果、表 5 に示すとおり、リビング・ウィルの認知度についてよく知っている ( $p=$

表3 終末期ケアとの関連

項目	人数 (%)	p 値
リビング・ウィルの認知度		$p=0.001^{**}$
よく知っている	33 (10.9)	
聞いたことはある	215 (70.5)	
全く知らない	57 (18.7)	
延命治療の意向: 心肺蘇生法		ns
希望する	46 (15.6)	
医師の判断に任す	135 (45.9)	
家族の意向に任す	34 (11.6)	
希望しない	79 (26.9)	
延命治療の意向: 人工呼吸器		$p=0.042^*$
希望する	41 (13.9)	
医師の判断に任す	131 (44.3)	
家族の判断に任す	39 (13.2)	
希望しない	85 (28.7)	
延命治療の意向: 人工栄養		ns
希望する	42 (14.1)	
医師の判断に任す	134 (45.0)	
家族の意向に任す	43 (14.4)	
希望しない	79 (26.5)	
5年以内の家族の死		$p=0.062$
あり	57 (19.1)	
なし	242 (81.9)	
家族または医療従事者との話し合い		$p=0.109$
あり	50 (16.5)	
なし	253 (83.5)	

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$

0.022), 延命治療の意向として人工呼吸器の拒否 ( $p=0.020$ ), 向宗教性 ( $p=0.023$ ), 死に対して積極的受容の態度を認めたもの ( $p=0.026$ ) では賛同が高い傾向にあった。

#### IV. 考 察

##### A. 健常高齢者の終末期ケアに関する意向

本研究では65歳以上の老人クラブ会員313名を対象に終末期ケアの意向について調査を行った。その結果、回復の見込みが難しい状況における延命治療については、3つの医療処置すべてにおいて医師の判断に任すとしたものが最も多く44.3~45.9%と半数に認められた。このことは、かかりつけ医を有するものが全対象者の80.4%と大多数を占め、すでに医療従事者との信頼関係が

表4 価値観との関連

項目	アドバンス・ディレクティブの是非		p 値
	支持	不支持	
自律性			
意思決定	7.69±2.83	7.86±2.85	$p=0.021^*$
情報希求度	31.2±4.03	32.1±3.83	ns
家族機能			
凝集性	37.5±9.04	36.5±7.77	ns
適応性	31.5±6.22	30.6±6.17	ns
宗教的態度			
向宗教性	21.2±4.32	19.1±3.92	$p=0.029^*$
靈魂観念	5.02±2.08	4.09±1.81	ns
死に対する態度			
死の恐怖	22.0±6.15	20.5±5.65	ns
積極的受容	11.7±4.95	10.2±3.65	$p=0.148$
中立的受容	11.6±2.61	11.3±2.37	ns
回避的受容	16.6±5.80	15.3±4.52	ns

\* $p<0.05$

表5 アドバンス・ディレクティブへの賛同に関連する要因

	要因	p 値
基本属性	都市	ns
	性別	ns
医療状況	かかりつけ医の有無	ns
	手術経験	ns
	かかりつけ医との関係 (看護師)	ns
	家族の入院経験	ns
終末期ケアの意向	リビング・ウィルの認知度	$p=0.022^*$
	延命治療の意向: 人工呼吸器	$p=0.020^*$
	5年以内の家族の死	ns
価値観	家族または医療従事者との話し合い	ns
	意思決定	ns
	向宗教性	$p=0.023^*$
	積極的受容	$p=0.026^*$

\* $p<0.05$

築かれており、いざという時は主治医に判断を任せばいいとする高齢者が多いことも影響していると推測された。そして、終末期ケアの意向に関する家族や医療従事者との話し合いが16.5%に止まることも、このような実態を現しているといえ

た。医師に加えて家族の判断に任すなど周囲に意思決定を委ねるとした回答が各処置において57.5～59.4%認められたのに対して、延命治療を希望するとした回答はわずか13.9～15.6%でこれまでの報告と同様の傾向であった<sup>17)</sup>。また、希望しないとしたものは26.5～28.7%であり、これらを合わせた自己決定を行った群は40.6～42.6%と周囲に判断を委ねる回答群よりやや少なかった。このように、本人の意向に基づき行われるべき治療について、医師の判断に任せるとした回答が多いことから、重篤な状況になる前にどのような終末期ケアを受けたいかについて可能な限り医療従事者と話し合い意向を示しておくことが重要と考えられた。

リビング・ウィルの認知度については、よく知っているものは10.9%であり、実際に作成しているのはわずか2人で、大部分の対象者では聞いたことはあるが実体はよくわからない様子であり、リビング・ウィルに関する啓発活動の重要性が示唆された。これに対してアドバンス・ディレクティブに賛同するものは「非常にそう思う」22.4%を含めて72.9%であった。「末期医療に関する意識調査等検討会報告書」<sup>17)</sup>によるとリビング・ウィルについて70歳以上の高齢者では賛成するが文書の必要はないものを含め74.2%が賛同しており、本研究でも比較的高い傾向を示していた。また、リビング・ウィルの法制化については54.9%と賛同者の約半数、全体では38.9%が賛成していたことから、延命治療は希望しないものの依然として法制化は望まないとするギャップが認められた。

さらに、アドバンス・ディレクティブに賛同する理由としては「自らの意向を示しておくことは重要」50.0%としたものが医師や家族が判断するためを上回って最も多く、自己決定の姿勢が強くなるかえた。一方、賛同しない理由では「医師に判断してもらおう」44.3%で延命治療の意向と同じく医師に任すとした回答が多く認められた他、「死について考えたくない」も27.8%あり、死に関わることから考えたくないとするものも一部の対象者にいることから、先の法制化についても十分な検討が必要であり国民のコンセンサスを得ていく

必要であろう。

## B. アドバンス・ディレクティブへの賛同に関連する要因

アドバンス・ディレクティブへの賛同に関連する要因として基本属性、健康状況・医療状況、終末期ケアの意向、価値観において有意差のあった項目等を独立変数として累積ロジスティック回帰分析を行った結果、リビング・ウィルの認知度、回復の見込みが難しい状況における人工呼吸器装着の拒否、向宗教性、死に対する積極的受容の態度が有意に関連していた。

リビング・ウィルの認知度については、よく知っている回答した群ではアドバンス・ディレクティブの賛同が高かった。このことは、一般人であってもリビング・ウィルの意義が理解されれば、これに賛同する者も多いことを意味していると考えられた。すなわち、我が国でリビング・ウィルが十分に普及しない理由については、人々がこれに賛同しないからとは一概にいえず、むしろリビング・ウィルについてよく知らないということが一因していると考えられた。このことは日本尊厳死協会のリビング・ウィル普及活動などにより、会員が増加傾向にあることなどからも窺える。また、延命治療について医療者に判断を委ねるとした回答が多くみられたように、終末期の治療決定については医療従事者も倫理的ジレンマを感じている実態が十分知られていないこともあるだろう。このことから、高齢者では痴呆により意思決定に困難を生じたり、家族の介護に対する負担感などへの配慮から自分の意思を表出しない傾向がみられることから<sup>18)</sup>、自らの終末期ケアに関する意向を事前に示しておくことの重要性について啓発活動を行っていくことも必要であると考えられた。既に、米国ではアドバンス・ディレクティブに関する教育・啓発活動が盛んに行われている。そして、高齢者に対してもナーシングホーム入所者と家族およびスタッフを含めた教育プログラムや<sup>19)</sup>、自律性に焦点を当てた介入による効果も認められている<sup>20)</sup>。

また、延命治療について人工呼吸器使用の拒否がアドバンス・ディレクティブの賛同に関連して

いた。75歳以上の高齢者を対象にアドバンス・ディレクティブの作成と延命治療の意向について調査した Beck らの研究では、文書により延命治療の意向を示しておくことが窮屈であると感じるものは作成者に少なく、一方で非作成者では家族が最良の判断をしてくれるだろうとする回答が多い傾向にあった<sup>21)</sup>。人工呼吸器の装着が患者に負担のかかる処置であるというイメージは否めず、アドバンス・ディレクティブによりこのような延命治療拒否を示すことは自然なことと受け止められた。我が国では、回復の見込みが難しい状況といえども一度装着された人工呼吸器を取り外すことは難しく、呼吸不全の状態では患者の意向の確認もままならないため、治療の中止等を巡って医療従事者や家族に倫理的ジレンマを生じさせている。このような状況において事前に患者のリビング・ウィルが存在すれば、治療を行うに際して有用な指針となりうる。一方で人工呼吸器の使用を希望するという回答も 13.9% 認めたことから、各人の意向に沿った治療決定を行うことが重要である。

さらに、価値観では向宗教性が関連していた。対象者の宗教は仏教が 91.4% を占めていた。本調査で用いた宗教的態度尺度は特定の宗教に限らず、信仰心の程度を測るものである。そして、向宗教性が高いほどアドバンス・ディレクティブの賛同は高い傾向にあった。同様に諸外国においても宗教団体に所属していることや<sup>22)</sup>、熱狂的な信仰心<sup>23)</sup> が関連要因として報告されており、我が国の高齢者についても信仰心の程度はアドバンス・ディレクティブの賛同など意思決定のあり方に影響を及ぼしていると考えられた。

そして、死に対する態度として積極的受容を示した群ではアドバンス・ディレクティブの賛同が高い結果であった。このことは、アドバンス・ディレクティブに賛同しない群の理由として死について考えたくないとの回答がみられたことから窺えた。ナーシングホームの高齢者を対象とした Palker らの調査ではアドバンス・ディレクティブの作成の有無に因らず、死に対する不安が少ないものでは生活や経験を自由に回想する傾向があったとしている<sup>24)</sup>。アドバンス・ディレクティブは死

と全く無関係とはいえないことから、このように死に対する態度が大きく影響すると考えられた。近年、死の準備教育の重要性が我が国でも認識されてきており、高齢者についても難しい年代ではあるが切実にこのような教育が必要とされている<sup>25)</sup>。より良い終末期のあり方を検討するに当たってはこれらの要因に配慮しながら、患者の自己決定への支援やアドバンス・ディレクティブに関する啓発活動を行なっていくことが重要と考えられる。

### C. 本研究の限界と今後の課題

今回の調査は、無作為抽出で全国的に調査を実施することや各地区の老人クラブに依頼することが困難であったため、地方の 2 都市の老人クラブ会員を対象とした。都市部と地方という選択を行ったが、高齢者の意識として一般化するには限界がある。今後の課題として、延命治療の意向や死への態度などに考慮して、高齢者に対してアドバンス・ディレクティブの啓発活動を実施し、その効果を対象地域からまず検討していく必要があると考える。

## V. 結 論

高齢者の延命治療の希望は 13.9~15.6% と少なく、アドバンス・ディレクティブの賛同は 72.9% に認められた。リビング・ウィルをよく知っているものは 10.9% のみであったが、アドバンス・ディレクティブへの賛同に関連していた。以上のことから、今回の対象地域では延命治療を望まず、高齢者においてもアドバンス・ディレクティブへの賛同が比較的高い中、リビング・ウィルが十分に普及していない現状については、終末期における意思決定のあり方に関してアドバンス・ディレクティブの理解を深める啓発活動の重要性が示唆された。また、その際は価値観について向宗教性、死に対する態度にも配慮する必要があると考えられた。

## 謝 辞

本調査にご協力いただきました広島市、宇部市の老人クラブ役員、会員の方々に深く感謝致します。

## 文 献

- 1) 内菌耕二 (監修), 看護学大辞典 (第5版), メヂカルフレンド社 (東京), 2002
- 2) 厚生労働省, 人口動態統計, 2000
- 3) 足立公一郎, 日本における尊厳死—その考え方と現状—, 御茶の水書房 (東京), 57-74, 2002
- 4) 日本尊厳死協会, <http://www.songenshi-kyoukai.com/>, 2003.12.12
- 5) 新井達潤, 並木昭義, 天羽敬祐, 他, 終末期患者に対する do-not-resuscitate order (DNR 指示) はどうあるべきか, 麻酔, 43(4), 600-611, 1994
- 6) Gordon NP, Shade SB, Advance directives are more likely among seniors asked about end-of-life care preferences, Archives of Internal Medicine, 159(7), 701-704, 1999
- 7) Havens GAD, Differences in the execution/nonexecution of advance directives by community dwelling adults, Research in Nursing & Health, 23(4), 319-333, 2000
- 8) Moody LE, Small BJ, Jones CB, Advance directives preference of functionally and cognitively impaired nursing home residents in the United States, Journal of Applied Gerontology, 21(1), 103-118, 2002
- 9) Ende J, Kazis L, Ash A, et al, Measuring patients' desire for Autonomy, Journal of General Internal Medicine, 4, 23-30, 1989
- 10) Ohki M, Fukuhara S, Development and validation of the autonomy preference index for Japanese subjects, Japanese Health Psychology, 3, 11-24, 1995
- 11) Olson DH, McCabbin HI, Larsen A, et al, Family inventories. St. Paul, MN; Family Social Science, University of Minnesota, 1985
- 12) 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
- 13) 金児暁嗣, 現代における非合理性の復権と家族の宗教観, 教学研究紀要, 1, 1-27, 1991
- 14) 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
- 15) 河合千恵子, 中下順子, 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
- 16) 赤林 朗, 甲斐一郎, 伊藤克人, 他, アドバンス・ディレクティブ (事前指示) の日本社会における適応可能性, 生命倫理, 7(1), 31-40, 1997
- 17) 厚生省健康政策局総務課, 末期医療に関する意識調査等検討会報告書, 中央法規 (東京), 2000
- 18) 橋本 肇, 高齢者医療の倫理, 中央法規 (東京), 11-28, 2000
- 19) Molloy DW, Guyatt GH, Russo R, et al, Systematic implementation of an advance directive program in nursing homes: a randomized controlled trial, JAMA, 283(11), 1437-1444, 2000
- 20) Patrick DL, Beresford SA, Ehreth J, et al, Interpreting excess mortality in a prevention trial for older adults, International Journal of Epidemiology, 24(1), S27-33, 1995
- 21) Beck A, Brown J, Boles M, et al, Completion of advance directives by older health maintenance organization members: the role of attitude and beliefs regarding life-sustaining treatment, Journal of the American Geriatric Society, 50(2), 300-306, 2002
- 22) Ejaz FK, Predictors of advance directives in institutionalized elderly, Journal of Gerontology Social Work, 33(4), 67-89, 2000
- 23) Havens GAD, Factors related to the execution/non execution of advance directives by community-dwelling adults with decisional capacity, University of Maryland at Baltimore, 1995
- 24) Palker NB, Nettles-Carson B, The prevalence of advance directives: lesson from a nursing home, Nurse Practitioner, 20(2), 7-8, 13, 17-18, passim, 1995
- 25) 山本俊一, 老年期の教育, 死への準備教育 (第1巻): 死を教える, メヂカルフレンド社 (東京), 203-215, 1986

(平成 15.12.15 受付, 平成 16.3.2 採用)

連絡先: 〒 734-8551 広島市南区霞 1-2-3  
 広島大学大学院保健学研究科  
 松井美帆



## FACTORS RELATED TO SUPPORTING ADVANCE DIRECTIVES AMONG THE ELDERLY IN JAPAN

Miho MATSUI<sup>1)</sup> and Michiko MORIYAMA<sup>2)</sup>

Advance directives are legal documents that enable a person to make decisions about medical intervention in advance. We conducted a questionnaire survey to examine factors related to supporting advance directives. Of the 313 Senior Citizen's Club members, 72.9% supported advance directives, and 54.9% agreed to enshrine into law. Regression analysis revealed that members who support advance directives were more likely to have higher levels in recognizing living wills, wish to refuse receiving mechanical respiration in the terminal stage, strong attitudes towards religion, and approach-oriented death acceptance. These results suggest the need to educate the elderly about terminal care and to provide death education to help them in their decision-making processes that reflect their values.

---

Keyword: advance directives/elderly/living wills/factors/life-sustaining treatments/personal values

---

<sup>1)</sup> Graduate School of Health Science, Hiroshima University

<sup>2)</sup> Institute of Health Science, Faculty of Medicine Hiroshima University