

高齢者の人生の最終段階における医療とケアの 意思決定に関する文献レビュー

Review of Literature on Decision Making of Medical Treatment and Care
in the Final Stages of the Elderly's Life

安孫子 尚子¹⁾ *
Shoko Abiko

キーワード 高齢者, 人生の最終段階, 意思決定
Key Words elderly, final stage, decision making

抄 録

目的 高齢者の人生の最終段階における医療とケアの意思決定を促進するために必要な意思決定項目を先行文献から明らかにする。

方法 キーワード「高齢者」「人生の最終段階」「最終段階」「終末期」「意思決定」「意思決定支援」を検索し、研究テーマに合致した11件を抽出した。抄録および本文を精読し人生の最終段階の医療とケアに必要な意思決定項目を整理、分類した。

結果 意思決定項目は、延命治療、療養場所、意思表示方法であり、延命治療は心肺蘇生法や人工栄養、人工呼吸器など、療養場所は医療機関や自宅、ホスピス・緩和ケア病棟など、意思表示方法は、ADなどが明らかになった。

考察 高齢者の意思決定支援は、治療内容に対する具体的な説明、入院経験や医療知識による療養場所の選択肢と病状の変化による療養場所の変更の提示、意思表示方法には本人の望む医療とケアの実現と家族の精神的負担軽減につながる書面作成の説明が示唆された。

1) 聖泉大学看護学部看護学科 School of Nursing, Seisen University

* E-Mail abiko-s@seisen.ac.jp

I. 緒言

厚生労働省は(2018a),「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」(以下,ガイドライン)を改訂した。2007年のガイドラインでは,人生の最終段階における医療とケア方針の決定は,本人の意思に従い,本人,家族,医師・ケアチームが話し合うことを推進し,改訂では,人生の最終段階の医療とケアについて本人が家族等や医療・ケアチームと事前に話し合うプロセス,ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念が盛り込まれた。

我が国の人口動態統計年報(2016)によると,人生の最終段階を過ごす場所は,1951(昭和26)年の自宅82.5%,病院9.1%が,2010(平成22)年では自宅12.6%,病院77.9%と変化し,自宅から医療機関へと移行している。しかし,高齢者の健康に関する意識調査(2018b)では,最期を迎えたい場所は自宅54.6%,病院27.7%などの医療施設であり,高齢者の意識と現状との違いが明らかになった。また,医療機関において行われる最終段階の医療の選択肢は,医療技術の進歩に合わせて抗がん剤や放射線による治療や,抗生剤の服用や点滴,経鼻栄養や胃瘻など多様化している。今後,高齢化の急激な進展に伴い,高齢者本人が人生の最終段階の多様な医療を選択するための支援について考えることが重要である。

諸外国では本人が意思決定を行うための法律や,最終段階を選択するための制度が整備されている(辻,2012)。イギリスの意思能力法(Mental Capacity Act)は2005年に制定され,本人が事前に治療の指示を行う権利と本人に代わり治療の決定を行う代理人を指名する永続的代理権,身寄りがなく意思決定能力がない人の重大な医療行為などを決定する独立意思決定能力代弁者を設ける法的な仕組みになっている(田中,2014)。台湾の患者自主権利法は2016年に制定され,医療に関する患者本人の知る権利,選択の自由,自己決定権等を保証し,終末医療について患者本人の事前の意思決定の制度を整備している(岡村,2016)。さらに,アメリカやオランダではリビング・ウィル(以下,LW)や事前指示書について法制化され保障されている(三浦,2011)。一方,日本では,2012年の障害者総合支援法において,障害者等の意思決定支援への配慮について明文化されるのみ

で法律や制度の整備は十分ではない。人生の最終段階の医療の決定を行うことは医師会等のガイドラインにとどまっており,どのような医療をどこまで決定するのかが高齢者本人や家族に委ねられている。

人生の最終段階において,高齢者は意思が明瞭であっても意思決定ができない者が多く(高橋,布施,2012),高齢者の意思決定ができない背景には,家族や親せき,医療従事者などの他者に負担をかけたくない思いがある(木内,吉田,2004)。しかし,高齢者に代わって代理意思決定を行う家族は,人工呼吸器や人工栄養,点滴などの生命に関わる重要な決断を行うことに対する精神的な負担が大きい(武,2014)。代理意思決定を行う家族への精神的負担の軽減と,高齢者の家族に負担をかけたくない思いへの支援には,高齢者自らが人生の最終段階の医療に関する意思決定を行い,家族などに対する意思表示が必要である。

日本看護協会は,最終段階の医療に関する意思決定への看護について,本人の意思確認ができないまま最終段階を迎えてしまう事態を避けるために,その前から,患者や家族の話し合いや意思決定を尊重する看護の提供を行い,家族への支援としては,本人と患者家族との意向の相違がある場合の調整を行うことと報告している。

看護職が高齢者の人生の最終段階の医療とケアの意思決定を支援するためには,意思決定項目を明らかにする必要がある。看護職が意思決定項目による意思決定支援を行うことは,高齢者にとって,自らの意思に沿った人生の最終段階の医療とケアを受けることが可能となり,高齢者の意思に基づいて行われる家族の決断は,家族の精神的な負担の軽減につながる。本研究では,高齢者の人生の最終段階における医療とケアの意思決定を促進するために必要な意思決定項目を先行文献から明らかにする。

II. 用語の定義

人生の最終段階とは,がん末期,慢性疾患の急性増悪の繰り返しによる数日から2,3か月,脳血管疾患の後遺症や老衰などの数か月や数年にわたる期間を言う。2015年に厚生労働省ガイドラインが報告されるまで用いられた終末期を同義とする。

高齢者とは、年齢が65歳以上のものである。

Ⅲ. 研究方法

1. 文献検索方法

研究論文の検索エンジンは、医学中央雑誌（医中誌 web 版 ver.5）を用いた。期間は、2003年から2019年までに発表された原著論文または研究論文とした。検索時のキーワードは、「高齢者」「人生の最終段階」「最終段階」「終末期」「意思決定」「意思決定支援」とし、「高齢者」と「人生の最終段階」「最終段階」「終末期」と「意思決定」「意思決定支援」をすべて AND でつないで検索し、抄録ありで絞り込みを行った。

2. 分析対象文献の選定基準と除外基準

医学中央雑誌での検索結果のうち原著論文および研究論文を選定した。研究論文の選定基準は、高齢者を対象とし、人生の最終段階における医療とケアに対する意思決定項目に関連することである。まず、表題、抄録の内容を概観し、研究論文の体裁に着目して重複論文と事例、特集論文を除外した。次に、研究論文の本文内容を概観し、研究対象に着目して、家族、意思決定をできない状況の本人、医療職や看護職に関する論文を除外し、意思決定に対する法整備が行われている海外の論文を除外した。また、意思決定項目に影響を与えられとされるプログラムや尺度開発に関する論文についても除外した。最後に研究論文の内容を精読し、高齢者本人の人生の最終段階における医療とケアの意思決定に関するものか否かを検討した結果、意思決定に関係がない論文を除外し、本研究の対象論文を抽出した。

3. 文献の分析方法

対象論文11件は、文献の特性（著者名、研究タイトル、発行年、出典、対象の特性と年齢、研究目的、研究方法）を抽出して整理した。論文の抄録および本文を精読し、高齢者の人生の最終段階における医療とケアの意思決定を行うために必要な意思決定項目、論文の結果および考察を分類し、今後必要な支援を検討した。

Ⅳ. 結果

1. 文献の抽出結果

医学中央雑誌での検索結果291件の研究論文を選定し、表題、抄録の内容を概観し、研究論文の体裁に着目して重複論文と事例、特集論文の103件を除外した。次に、188件の研究論文の本文内容を概観した。研究対象に着目して、家族、意思決定をできない状況の本人、医療職や看護職、日本国外の論文、プログラムや尺度開発に関する173件を除外した。最後に14件の研究論文の内容に着目し、高齢者本人の人生の最終段階における医療とケアの意思決定に関するものか否かを検討した結果、意思決定に関係がない論文2件と人工呼吸器のみの意思決定に言及した1件を除外し、11件を本研究の対象論文とした。

2. 高齢者の人生の最終段階の医療とケアにおける意思決定

1) 研究の動向と背景

高齢者の人生の最終段階の医療とケアの意思決定に関する11件の対象論文を表1に示す。対象論文を年代別にみると、2003年1件、2004年1件、2006年3件、2009年1件、2010年1件、2011年1件、2015年2件、2016年1件であり、経年的に研究が行われていた。研究方法は、自記式質問紙調査9件、聞き取りによる構成的質問紙調査1件の量的研究10件、質的研究の半構造的面接法による質的帰納的分析1件であった。量的研究の10件は、終末期ケアにおける意識調査5件、意向調査3件、希望の伝達や尊厳死やLWといった意思表示方法に関する研究2件であった。質的研究の1件は、どのような意思決定を行っているかを明らかにする研究であった。

2) 高齢者の人生の最終段階の医療とケアにおける意思決定項目について

高齢者の意思決定項目については、延命治療に関すること10件、療養場所に関すること6件、意思表示方法に関すること11件であった。()内に論文数を示す。

延命治療の意思決定項目には、心肺蘇生法(7)、人工栄養(7)、人工呼吸器(6)、点滴(3)、抗生剤(3)、人工透析(2)があった。また、回答者に治療不可能な場合はどう考えるかという前提条件を提示したうえで、告知希望や治療の有

表1 高齢者の人生の最終段階の医療とケアにおける意志決定項目について

No	著者 (発行年)	タイトル	辞典	対象		研究目的	研究方法	延命治療に関する項目		療養場所に関する項目		意思表示方法に関する項目	結果および考察
				年齢	相数			延命治療に関する項目	療養場所に関する項目				
1	松井美帆, 井上正規 (2003)	入院高齢患者の終末期ケアに関する意向	生命科学 13 (1), 113-121	平均年齢72.7歳	大学病院内科病棟の入院患者92名 (男性29名, 女性23名)	入院高齢患者の終末期ケア、特に入院患者の意向に関する調査	構成的質問紙を用いた面接による調査	心肺蘇生法, 人工呼吸器, 人工透析, 人工栄養, 点滴, 抗生物質	専門的医療機関, ホスピス, 自宅	アドバンス・ディレクティブ (AD) の希望とその理由, 家族の希望とその実現への意向	積極的延命治療を望まない, 医師や家族に判断を委ねるものが過半数, ADへの支持は過半数を超えていた。指示理由には家族判断の根拠, 自身の意向を示すことの重要性であり, 不支援理由は家族や医師のその場で決定であった。積極的治療とADにも家族の意向を思いやる我が親の特徴を示している。		
2	地城住氏と看護従事者との対話 (2004)	地域住民と看護従事者との対話におけるターミナルケアの意識の現状	広島国際大学看護学誌 1, 11-18		高齢者本人とその家族, 看護従事者 (男性63名, 女性85名)	高齢者本人とその家族, 看護従事者の意向に関する調査	自己式質問紙調査	積極的治療 (治療不可能時の治療有無), 治療不可能時の告知希望 (病名, 病状, 死期)		リビングウィル (LW) の必要性	がん告知希望AD, 治療不可能時の告知と病状説明は過半数を超えて, 苦痛緩和を多く希望した。療養場所には緩和病棟の存在 (利用の理解は浸透) していた。LWの理解は49%に次いでいなかった。回答であった。がん告知, 死期や病状説明は全国と同様に増加し医療従事者の本人に対する自己決定支援が必要である。LWの認知度はまだ低く, 選択肢としての啓蒙が必要である。		
3	松井美帆 (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	厚生労働省 53 (1), 22-26	一般高齢者75.4歳, 入院患者72.7歳	一般高齢者312名 (大規模), 入院患者27名 (小規模)	一般高齢者と大学病院内科病棟, 入院患者の終末期ケアの意向について明らかにする	自己式質問紙調査, 記式調査 (両者は面接による聞き取り調査)	心肺蘇生法, 人工呼吸器, 人工栄養, 水分補給, 抗生物質	治療を受けていた医療機関, ホスピス, 緩和ケア病棟, 自宅	LWの支持	延命治療とその決定は, 一般高齢者は医師判断, 入院高齢者は希望しかなかった。終末期の療養場所には自宅, 入院高齢者は病院であった。意思表示は, 一般高齢者は72%以上の支持, 入院患者では55%と有意に低い。入院高齢患者は, 医師の変化や家族化による家族への負担などに影響しており, 看護師の選択肢の提示と自己決定への支援が必要である。		
4	土田麻理 (2006)	終末期がん患者の療養上の意思決定	高知女子大学看護学誌 31 (1), 19-26	50歳代3名, 60歳代2名, 70歳代3名	入院終末期がん患者8名 (男性6名, 女性2名)	終末期がん患者の療養に関する意思決定について明らかにする	半構造的面接法による質的帰納的分析	抗がん治療, 民間医療, 緩和医療	医療機関, 自宅	家族への伝言	終末期がん患者の意思決定は, 治療, 療養の場, 日常生活, 人生の終末の迎え方, 治療不可能な場合との付き合い方, 社会的役割に関するものであった。がん患者は複数の場面で意思決定を行っており, 支援者は, 残された時間と患者自身の信念や価値観, 希望に合わせて反映する支援が必要である。		
5	平川仁尚, 益田雄一, 萩原文也 (2006)	終末期がんの場および仕事前の意向に関する調査	ホスピスケアと在宅ケア, 14 (3), 204-205	平均年齢67.7歳	終末期ケアに関する講演会参加者217名	高齢者の終末期ケアの希望を明らかにする	自己式質問紙調査	医療施設 (療養病棟), 自宅	医療機関, 高齢者施設 (療養病棟), 自宅	事前意思表示の問題点 (家族による本人意思未実施, 法的根拠なし, 状態変化による治療希望変化)	療養場所については, その時でいいとわからない, 及び自宅であった。認知症などの判断能力を失った状況設定では, わかりない, 次いで高齢者施設であった。進行がんの場合は, 病院, その時でいいとわからないの順であった。事前意思表示については, 医師や家族に判断を委ねておき事前の意思表示の必要性は高かった。療養場所は, 本人の病状によって選択肢が変化する。		
6	松井美帆, 川崎涼子, 新田子 (2008)	難病高齢者における終末期ケアの意向に関する調査	厚生労働省 56 (3), 18-23	難病高齢者71.9歳, 都市部高齢者75.4歳	老人ケア協会会員498名 (難病患者385名, 都市部高齢者313名)	難病高齢者の終末期ケアの意向を明らかにする	自己式質問紙調査	人工呼吸器, 人工栄養	治療を受けていた医療機関, ホスピス, 緩和ケア病棟, 高齢者施設, 自宅	LWの認知と支持, 代理人指定	終末期療養の場は, 自宅が70%以上と多く, 都市部高齢者と有意な差があった。延命治療は, 医師判断に委ねているが, 治療を希望しないものは都市部が多い。事前意思表示のLWは10%を超え, 代理人指定も難病患者の方が多い。難病では, かかりつけ医を中心とした医師と本人の意向により, 自宅希望が多く, 事前意思表示においても, 社会的結びつきによる話し合いの機会が多くなると考えられる。		
7	古谷彩名, 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 認知症とオンを比較して	京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 6, 73-77	30歳代13名, 40歳代20名, 50歳代16名, 60歳代29名, 70歳代5名	一般健康者98名 (男性40名, 女性58名)	一般健康者の認知症とリビングウィルの意識を明らかにする	自己式質問紙調査	人工呼吸器, 人工透析, 人工栄養, 点滴, 抗生剤, 昇圧剤, 強心剤	人工呼吸器, 人工透析, 人工栄養, 点滴, 抗生剤, 昇圧剤, 強心剤	LWの必要性 (認知症またはがんに限らず)	認知症がなくても延命治療を考慮, 生計と治療の希望しないものは差がなかった。事前意思表示でも生命維持の治療を望まず, 苦痛緩和を望んでいた。療養の場所は, 自宅で過半数, 必要時の緩和ケア病棟や入院であった。ホスピス会員は, 延命治療の実施は尊厳ある生き方を全うできなくなる現実を踏まえた回答であり, 緩和ケア病棟による苦痛緩和によって自分らしい生き方ができると考えられている。		
8	小林聖雪, 小野典子, 堀内晶, 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)	臨床養生学 16 (1), 79-89	30歳代まで5名, 50歳代まで45名, 60歳代70名, 70歳代以上77名	ホスピス協会会員197名, 大生106名	ホスピス協会会員の終末期医療の意識を明らかにする	自己式質問紙調査	延命治療の希望 (治療不可), 延命治療の希望, 人工栄養	治療を受けていた医療機関, 緩和ケア病棟, 専門的医療機関, 高齢者施設	LWへの関心	終末期医療の関心は60%。病名告知や病状説明は約7割であった。疼痛薬化による治る見込みがなくても生命維持の治療を望まず, 苦痛緩和を望んでいた。療養の場所は, 自宅で過半数, 必要時の緩和ケア病棟や入院であった。ホスピス会員は, 延命治療の実施は尊厳ある生き方を全うできなくなる現実を踏まえた回答であり, 緩和ケア病棟による苦痛緩和によって自分らしい生き方ができると考えられている。		
9	島田中里, 中里和弘, 荒井子, 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	平均年齢6.5歳	高齢者急性期病院外来入院患者988名 (男性512名, 女性476名)	高齢者急性期病院外来入院患者の終末期医療の希望と事前伝達の状況把握と関連要因を明らかにする	自己式質問紙調査	延命治療の希望, 人工栄養	終末期医療に関する家族や友人とのコミュニケーション (会話の有無, 記録の有無)	終末期医療に関する家族や友人とのコミュニケーション (会話の有無, 記録の有無)	終末期医療の伝達方法は, 会話したことがある44.4%, 記録がある12.0%, 男性は女性の割合が高く, 年齢, 学歴, 差別医療, 世帯構成と関係はない。会話と記録の有無の組み合わせでは, どちらがなし47.6%であった。会話のある人は, 意思決定困難時の代理決定者が決まっておらず, 人工栄養は希望せず, 死への関心があり, 死について考えることを回避しない特徴があった。		
10	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 (研究会前後の比較)	弘前医療福祉大学紀要 6 (1), 83-89	60歳代2名, 70歳代13名, 80歳代6名	老人ケア協会会員22名 (男性14名, 女性8名)	高齢者の延命治療の意向とリビングウィルに関する意識を明らかにする	自己式質問紙調査	心肺蘇生法, 人工栄養, 点滴, 苦痛の緩和, 自然のまま	LWの知識, 家族や身近な人への相談, 伝言, 文書作成	LWの知識, 家族や身近な人への相談, 伝言, 文書作成	延命治療は, 苦痛緩和以外は16%が77.3%, 延命治療に関する相談経験は, 40.9%。事前意思表示のLWは, 研究会前後で4.3%と12.1%と増加していた。LWに関する講習会終了後は, 家族や身近な人への相談や事前意思表示の意向も増加した。意思表示を支援する方法のひとつにLWは高齢者に受け入れられる示唆を得た。		
11	西田弘典, 荒井秀典 (2016)	終末期の医療およびケアに関する意識調査	日本老年医学会雑誌 53 (4), 374-378	平均年齢84.7歳	市民講座に参加した一般市民176名 (男性117名, 女性59名)	高齢者終末期医療の意識を明らかにする	自己式質問紙調査	心肺蘇生法, 人工呼吸器, 気管切開, 経管栄養, 抗生物質, 手術, 化学療法, 放射線療法	LW 積極的発言書の知識	LW 積極的発言書の知識	LWを知っているのは49%で, 作成は8%であった。治療方針の決定者は, 自身の51%であったが, 7歳以上で担当医師の割合が増えた。人工栄養については, 最終まで抜く措置を希望するものが多かった。終末期に望まない医療を望む人は75歳以上で少なくなっている。高齢者本人の意思決定能力がある間に栄養ケアを医師と話し合い, 本人希望による支援が必要である。		

無(2)、講習会の参加者やホスピス協会会員を対象とした調査では、手術や化学療法、放射線療法に加えて、自然のまま迎えたいという意思決定項目の選択肢があることが確認できた。療養場所の意思決定項目には、治療を受けていた医療機関と専門的医療機関(6)、自宅(5)、ホスピス・緩和ケア病棟(4)、高齢者施設(3)があった。すべての論文で確認できた意思表示方法の意思決定項目には、LW(7)、アドバンス・ディレクティブ(以下、AD)(1)、家族への伝言(1)、家族や友人のコミュニケーション(1)があり、事前に他者や家族などに対する伝達や文書作成という意思表示の方法について確認できた。意思決定項目の詳細については、文献を用いて説明する。

延命治療に関することについては、松井、井上(2003)が病名の告知をされている内科病棟入院の高齢者52名に対して、終末期ケアとADに関する意向を調査した。回復の見込みが難しい終末期の延命治療として、心肺蘇生法、人工呼吸器、人工透析、人工栄養、水分補給、抗生物質の選択肢を提示し、調査した結果、入院高齢者は、すべての医療処置について希望しない47.1~54.9%、医師の判断に任せる23.6~31.4%と回答した。松井(2006)は、一般高齢者313名と入院高齢者52名に対して、終末期ケアの意向を比較し、延命治療の意向は、回復の見込みが難しい状況における心肺蘇生法、人工呼吸器、人工栄養について確認している。延命治療内容とその決定について、一般高齢者は、医師判断に任せる44.3~45.6%、入院高齢者は、延命治療しない49.0~53.0%であった。古家ら(2009)は、高齢者を含む一般健常者96名に対して、認知症とがんに焦点を当て疾患に対する死のイメージや病気への理解と延命治療の知識、尊厳死とLWの意識について調査した。その結果、一般健常者は、がんという疾患に対して認知症よりも延命治療を考え、治療を希望しないものが多かった。塩谷(2015)は、老人クラブ所属の高齢者22名に対して、延命治療の意向とLWの認知と関心について調査した。その結果、高齢者は苦痛緩和以外の延命治療はしてほしくない77.3%と回答し、心肺蘇生法や経管栄養、輸液などの希望もなかった。療養場所に関することについては、土居内(2006)ががんの告知を受け治療が望めないと理解しているがん患者6名に対して、どのような療養上の意思決定を行っているか

について半構造化面接を行い、質的帰納的に分析した。その結果、がん患者の療養場所は、自分が望む治療が受けられ家族の介護負担が軽減する場合は医療機関、家族の受け入れがある場合は自宅という意思決定を行っていた。松井ら(2009)は、離島の高齢者260名と都市部高齢者565名に対して、延命治療と療養場所、LWの意向について質問紙調査を行った。その結果、離島の高齢者が望む療養場所は、自宅73.1%、病院12.9%、都市部高齢者が望む療養場所は、自宅44.6%、病院30.0%であり高齢者の住む環境による有意な差があった。意思表示の方法に関することについては、11文献中7文献にLWへの支持や必要性について報告されていた。松井、井上(2003)は入院高齢者の終末期ケアに対する意向の調査を行った。意思表示方法についてはADが支持され、男性が41.4%、女性が73.9%で女性の方が多かった。平川ら(2006)は、中・高年者249名に対して、終末期ケアの場所と意思表示に関する希望について質問紙調査を行った。意思表示については、医師や家族に判断を委ねており事前の意思表示の必要はないと37.3%が回答した。島田ら(2015)は、高齢者急性期病院の外来通院患者968名に対して、終末期医療に関する希望とその伝達方法の実態について質問紙調査を行った。終末期医療の伝達方法は、会話したことがある44.4%、記録がある12.0%と会話による伝達が多かった。また、会話と記録による伝達は、男性より女性が多いが、年齢、学歴、死別経験、世帯構成に差はなかった。会話と記録のどちらもないのは47.6%であった。伝達方法について会話がある人は、意思決定困難時の代理決定者が決まっており、人工栄養は希望せず、死への関心があり、死について考えることを回避しない特徴があった。

V. 考 察

1. 研究の動向と背景

高齢者の人生の最終段階における医療とケアの意思決定に関する研究は、経年的に取り組まれている。この背景には、2007年から取り組まれている厚生労働省のガイドラインや日本老年医学会(2012)の「終末期医療の意思決定に関するガイドライン」などの意思決定に関するガイドラインの発表によって、高齢者を支援する看護職をはじ

めとする専門職の意思決定支援への意識や取り組みの継続がうかがえる。

2. 高齢者の人生の最終段階の医療とケアにおける意思決定項目について

高齢者の人生の最終段階の医療とケアにおける意思決定項目は、延命治療、療養場所、意思表示方法であった。

延命治療の項目において、厚生労働省（2018b）の継続的に行っている人生の最終段階における医療に関する意識調査では、肺炎の罹患時に行う抗生剤の投与、経口による水分摂取ができない場合の点滴や中心静脈栄養、経口による栄養摂取ができない場合の経鼻や胃瘻、呼吸機能の低下による人工呼吸器の装着、心肺停止時の心臓のマッサージや電気ショック、人工呼吸について質問されている。今回の延命治療の項目、心肺蘇生法、人工栄養、人工呼吸器、点滴、抗生剤の5項目については、延命に重要な治療であり、意思決定項目に必要な選択肢になりうる。また、人工透析についても、厚生労働省調査の質問項目にはなかったが、現在、我が国の慢性腎臓病患者が約1,300万人存在し、腎不全による血液透析の腎代替療法は約34万人に行われている（一般厚生労働統計協会、2019）ことから、延命治療の選択肢として捉えられていると考える。牧らは（2016）、高齢者の最終段階に関する認識のなかで、医療者の役割には、高齢者に対する治療内容の十分な選択肢等を説明する必要性があることを報告している。高齢者の延命治療の意思決定支援には、選択肢それぞれの内容の具体的な説明が必要である。医療の現場で用いられる専門用語は一度では理解しがたい。具体的な説明は、高齢者の理解度に合わせた内容で繰り返し行う必要がある。

療養場所については、入院経験の有無や現在の生活環境、選択肢の知識が関係していると考えられる。入院経験のない一般高齢者や近隣に入院できる医療機関のない離島に住む高齢者は自宅、入院経験のある患者や近隣に医療機関がある都市部高齢者は病院と回答している。また、ホスピス協会の会員はその活動の中で、最終段階で行われる医療やケアに関する情報交換が行われている（小林ら、2011）。最終段階の療養場所に対する選択肢の知識を持つホスピス協会会員は、最終段階を主に自宅で過ごすか、必要時に緩和ケア病棟への入院と

いう病状に応じた療養場所の選択が可能となっている。これらのことから療養場所の意思決定支援は、高齢者本人の病状や生活背景を把握し、延命治療の希望などからも選択肢の説明を行う必要がある。また、病状に応じた療養場所の変更も選択肢を説明する中で重要な内容である。

意思表示方法については、厚生労働省（2018b）の人生の最終段階における医療に関する意識調査では、事前指示書の作成について賛成66.0%と報告している。ADは、将来自らの判断能力が失われたこと自体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することで、事前指示や事前指示書と訳されており、LWや代理人を指示することを包含している。本研究でも11件すべての文献にADやLW、家族への伝言による意思表示方法があり、自らの意思を事前に指示することに対する高齢者の認識は拡大しつつあると考える。しかし、同調査の事前指示書の作成は8.3%と少ないことが報告され認知度と書類作成にはそれぞれの支援が必要と考える。意思表示の方法への支援は、高齢者が意思決定を行いその内容を書面によって表示することが人生の最終段階において希望する医療やケアを受けることが可能になり、家族の高齢者の希望に基づいた医療とケアを決断は家族の精神的負担を軽減につながることを伝えていく必要がある。

高齢者の希望する人生の最終段階の医療とケアの実現には、高齢者の意思決定と医療とケアの現場で行われる高齢者とその家族、医療機関や介護施設の関係者との情報共有と体制の整備が重要である。高齢者が人生の最終段階に行われる医療とケアについて家族や友人、知人、所属する老人クラブや趣味活動グループなど、社会的なつながりのなかで話し合う機会をもつこと、話し合いは、治療や療養場所、意思表示方法の具体的な選択肢について検討されること、高齢者の意思決定に対して家族、医療機関や介護施設の専門職が情報共有し医療とケアの提供が行われることで、高齢者は人生の最終段階で行われる延命治療や療養場所を選択し意思表示することが希望する医療やケアの提供につながると感じ、意思決定が促進されるのではないかと考える。

VI. 結 語

高齢者の人生の最終段階における医療とケアの意思決定項目を明らかにするために、11件の研究論文に関する文献レビューを行った。意思決定項目は、延命治療、療養場所、意思表示方法であった。延命治療には、心肺蘇生法、人工栄養、人工呼吸器、点滴、抗生剤、人工透析があり、その支援には、治療内容の具体的な説明の必要性が示された。療養場所では、入院経験の有無や現在の生活環境、選択肢の知識によって、自宅、医療機関、ホスピスや緩和ケア病棟、高齢者施設の選択が行われており、その支援には高齢者の病状や生活環境の把握と、ご本人の病状の変化によって療養場所変更も含めた説明が示された。意思表示方法では、LWを含むADに対する認知は拡大しているが、その書面作成はまだ十分ではないことが明らかとなった。その支援は、意思表示をすることが高齢者の希望する医療とケアの提供や家族の精神的負担の軽減につながると伝えていくことが示された。今回の文献検討の課題は1つのデータベースしか用いなかったという検索方法の限界と、対象論文の研究対象者の高齢者には、内科病棟や終末期のがん患者という健康状態の異なる者、わずかながら65歳未満の者が含まれており、高齢者の意思決定項目への影響が否めない。延命治療、療養場所、意思表示方法の意思決定をさらに促進するために、今後は、意思決定する時期や支援する職種とその支援内容について取り組んでいく必要がある。

付 記

本研究はJSPS 科研費17K12603の助成を受けたものである。本研究における利益相反は存在しない。

文 献

浅田庚子, 渡邊能行. (2004): 地域住民と看護従事者におけるターミナルケアの意識の現状, 広島国際大学看護学ジャーナル, 1, 11-18.
土居内麻理. (2006): 終末期がん患者の療養上の意思決定, 高知女子大学看護学会誌, 31 (1), 19-26.
古家彩名. (2009): 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部研究科人間健康科学系専攻紀要, 6, 73-77.
平川仁尚, 益田雄一郎, 葛谷雅文, 他. (2006): 終末期ケアの場所および事前の意思表示に関する中・高齢者の希望に関する調査, ホスピスケアと在宅ケア, 14 (3), 201-205.
一般財団法人厚生労働統計協会. (2019): 国民衛生の動向・厚生指標増刊, 腎疾患, 66 (9) 176-178, 一般財団法人厚生労働統計協会, 東京.
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.
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.
厚生労働省 (2016): 人口動態統計年報, 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/dl/s03.pdf/>, [検索日2019年7月15日].
厚生労働省 (2018a): 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン, <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html/>, [検索日2019年9月1日].
厚生労働省 (2018b): 人生の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, [検索日: 2019年9月1日].
牧信行, 小杉一江, 永嶋智香, 他. (2016): 終末期の延命治療に対する代理意思決定 高齢者の認識と課題, 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 39 (3), 150-156.
松井美帆, 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.
松井美帆. (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, 厚生指標, 53 (1), 22-26.
松井美帆, 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, 厚生指標, 56 (3), 18-23.
Mental Capacity Act-2005, <https://www.mind.org.uk/information-support/legal-rights/mental-capacity-act-2005/>, [検索日2019年9月1日].
三浦久幸. (2011): 高齢者終末期の医療とケア, 日本老年医学会誌, 48 (3), 211-215.

- 内閣府 (2013) : 高齢者の健康に関する意識調査,
<http://www.8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/zentai/index.html/>, [検索日2019年9月1日].
- 日本看護協会 : 意思決定支援と倫理 (1) 代理意思決定の支援, <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/problem/jinsei.html>, [検索日2019年9月1日].
- 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, <http://www.jpn-geriat-soc.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf>, [検索日2019年9月1日].
- 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, 日本老年医学会雑誌, 53 (4), 374-378.
- 岡村志嘉子. (2016) : 立法情報 台湾患者自主権利法の制定, http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_9851748_po_02660210.pdf, [検索日2019年9月1日].
- 島田千穂, 中里和弘, 荒井和子, 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.
- 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.
- 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.
- 武ユカリ. (2014) : 決断をせまられた患者・家族のケア意思決定が難しい要因とその時にナースにできること, 看護学雑誌, 69 (4), 360-365.
- 田中美穂, 児玉聡. (2014) : 英国の終末期医療における意思能力法2005の現状と課題—任意後見である永続的代理権と独立意思能力代弁人の意義をめぐって—, 生命倫理, 24 (1), 96-106.
- 辻彼南雄. (2012) : 日本の看取り, 世界の看取り調査編 終末期, 看取りについての国際制度比較調査, http://www.ilc-japan.org/study/doc/summary_1101.pdf, [検索日2019年9月1日].