

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

2016 年度（後期）一般公募「在宅医療研究への助成」

完了報告書

在宅高齢者の最期を過ごすための意思決定に関連する要因

－希望する最期の療養場所の比較－

申請者 杉浦愛美  
(共同研究者：花井俊典、山口三恵、神谷智子、杉浦美佐子)  
所属機関・職名 半田市医師会在宅医療サポートセンター コンダクター  
所属機関所在地 愛知県半田市東洋町 2-29 (半田市立半田病院内)  
提出年月日 2018 年 3 月 29 日

## I. 諸言

一般国民の多くは、最期の療養場所として自宅を望んでいる（厚生労働省，2014）。しかし、実際には約8割の人が病院などの医療機関で亡くなっている。死亡した場所の割合は、かつてはほとんどが自宅だったが、1976年を境に医療機関に逆転され、今では自宅で亡くなる人は約1割に過ぎない（厚生労働省，2018）。希望と実際との間で隔たりがみられている。

平成29年8月における65歳以上の高齢者人口は、3506万1千人であるが（総務省統計局，人口推計2017）、2042年には3,878万人となりピークを迎え（国立社会保障・人口問題研究所，2014）、特に75歳以上の人口割合は、現在の11%から21%に増加する。超高齢社会を迎えることは、医療機関や介護保健施設等の受入れにも限界が生じることが予測され、在宅医療は慢性期及び回復期患者の受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待されている（厚生労働省，2012）。超高齢社会を迎え、在宅医療が推進される過程で、2007年5月には厚生労働省から「終末期の決定プロセスに関するガイドライン」が発表され（厚生労働省，2007）、高齢者の終末期における意思決定の重要性が叫ばれるようになった。意思決定とは一般には、ある目標達成のための諸手段を考察し、分析し、その一つを選択決定する人間の認知的活動（ブリタニカ国際大百科事典 小項目事典）のことを言う。狭義の解釈では、所定の行動の代替の中から、特定のひとつの代替案を選び出すこと（流通用語辞典）である。

また近年、意思決定支援の具体的な方策の一つとして、患者への終末期医療に本人の希望を反映できる仕組みである事前指示書やアドバンス・ケア・プランニングを活用する取り組みが推進されている。

事前指示書は、アメリカでは「アドバンス・ディレクティブ（事前指示）（Advance Directives、以下 AD）」の名称で、「意思決定能力を喪失した場合の治療に関する意向を表明する口頭または書面で意思表示したもの」と定義されている（Gary S, 2014）。1990年には、「患者の自己決定権法」が制定され（岡村，2013）、アドバンス・ディレクティブとして州法に位置づけられ、人口の約41%、1億人以上が所持している（岩尾，2013）。一方、日本においては、事前指示書は未だ法制化はなされておらず（三浦ら，2007）、自分の意思を“リビングウィル”という形で書面に残すことは一般的ではない。事前指示書を作成することは、患者の自己決定尊重の他、家族が患者本人の意思を根拠なく憶測することの心理的感情的負担を軽減できることや、患者や家族と医療介護関係者とのコミュニケーションを促

進し、信頼関係を深めることにつながる（箕岡，2008）。しかし、厚生労働省の終末期医療に関する調査では、事前指示書を作成することについて賛成と回答した一般国民は 69.7%であったが、実際に事前指示書を作成している人は 3.2%と少なかった（厚生労働省，2014）。

アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning、以下 ACP）とは、「将来意思決定能力がなくなったときに備えて、予め自分が大切にしていること、治療や医療に関する意向、代理意思決定者などについて専門職者と話し合うプロセス」と定義されている（NHS，2007）。医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要とされている（厚生労働省，2007）。人生の最終段階において適切なタイミングで ACP を実施することにより、治療の希望や最期を過ごしたい場所、共に過ごしたい人など本人の意向に沿った医療やケアの実施を選択することが可能となり、最期まで尊厳ある生を生きることにつながる（西川ら，2017）。現在は「人生の最終段階」での実施が多い我が国において、健康な人も含めて地域住民に早期から ACP を普及することが望まれている（西川ら，2017）。さらに、看護職を含めた多くの職種には、患者・家族が希望する過ごし方を尊重した支援が今後増々求められると言える。

これまでの「最期の時の本人の意思」についての研究を概観すると、がん患者や入院経験のある患者を対象とした報告が多い（竹内ら，2015；成木，2013；松井，2006；水川，2008；杉野ら，2015；佐藤ら，2011；松下ら，1999；島田ら，2015）。地域住民については、石川ら（2014）の終末期希望療養場所の意思決定に関する報告があり、終末期療養場所の希望と実際の隔たりを少なくするために、65 歳以上では介護の社会化への意識変革、40-64 歳では死生観の醸成をする機会を持つ必要性があると述べている。しかし、上記のような在宅高齢者を対象とした「最期の時の本人の意思」についての研究は少ないのが現状である。

日本の在宅看取りの特徴として、本人・家族・関係者が、死を前提として話し合い、本人の尊厳と QOL を重視することを避ける傾向、家族に判断を任せる傾向があること、理想と現実のギャップが大きいことによって、看取りについての国民的コンセンサスが不足していることが報告されている（長寿社会開発センター，2012）。そのため、終末期では自分の意思が伝えられず、家族や医療・介護従事者が本人に代わって延命治療など、終末期医療への治療方針を決めざるを得ない場合がしばしば起こりうる。そのような事態をできるだけ避けるために、比較的元気なうちから在宅高齢者が最期を過ごすための意思決定をすることは、急務の課題であり、主体的に最期の療養場所を考えることができるような情報提供の内

容を考慮する必要があると考える。

## 1. 研究目的

在宅高齢者の在宅医療・介護保険サービスに関する経験、知識、認識と、最期の療養場所の希望との関連を明らかにし、在宅高齢者が最期の療養場所を考えるために、提供する情報の内容について検討することを目的とする。

## 2. 用語の操作的定義

### 1) 意思決定

「最期の療養場所」を決定する際に目標を選択し、その時点における利用可能な手段の中から特定の手段を選択することである。

### 2) 事前指示書

自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面のことを事前指示書という（厚生労働省，2014）。

### 3) アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning、以下 ACP）

「将来意思決定能力がなくなったときに備えて、予め自分が大切にしていること、治療や医療に関する意向、代理意思決定者などについて専門職者と話し合うプロセス」と定義されている（NHS，2007）。

### 4) 在宅高齢者

在宅で日常生活が自立し、単独で外出可能な 65 歳以上の者（病院または診療所の一般内科外来に安定した慢性疾患で通院中の患者を含む）とする。

### 5) 自宅

自分の生活の本拠となっている持ち家・借家・マンションなどとする。

### 6) 自宅以外

医療機関、介護施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、療養型病床、有料老人ホーム、グループホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向き住宅等）とする。

### 7) 希望する最期の療養場所

現在考えている、死が近い状態で最期に過ごしたい場所とする。

### 3. 研究の枠組み

比較的元気なうちから在宅高齢者が希望する最期の療養場所を選択できるための支援が必要である。

本研究では、意思決定の定義を示したハーバート A・サイモンの意思決定論を用いた。

意思決定論の先駆者といわれるサイモンは、自ら選択するという基本的な意思決定のプロセスを、哲学者 J. デューイの意思決定の捉え方を継承し、意思決定が 4 つの主要な局面から成り立っているとした (図 1)。

サイモンの意思決定プロセスは、①意思決定が必要となる条件を見極めるため環境を探索すること (情報活動)、②可能な行為の代替案を発見し、開発し、分析すること (設計活動)、③利用可能な行為の代替案のうちから、ある特定のものを選択すること (選択活動)、④過去の選択を再検討すること (再検討活動)、の 4 つの活動である (ハーバート A・サイモン, 1979)。

在宅高齢者への質問紙調査を実施し、在宅高齢者の在宅医療・介護サービスに関する経験、知識、認識と、最期の療養場所の希望との関連を明らかにし、在宅高齢者が最期の療養場所を考えるために、提供する情報の内容について検討する (図 2)。

## II. 研究方法

在宅高齢者の最期の療養場所の希望と、基本属性、在宅医療・介護保険サービスに関する経験、知識、認識との関連を明らかにする。

### 1. 研究デザイン

量的横断研究（自記式無記名質問紙調査）

### 2. 対象者

A市の65歳以上の老人クラブ会員 5616名

#### 1) A市の概要

面積47.42k m<sup>2</sup>、人口118,960人、高齢者人口27,898人、高齢化率23.45%である（2017年4月1日現在）。厚生労働省が公表した全市区町村別の集計では、2014年におけるA市の在宅死の割合は19.3%（厚生労働省，2017）であり、人口5万～20万人の1741自治体のうち、9位、愛知県では1位であった。

### 3. 調査期間

平成29年7月6日～10月5日

### 4. データ収集法

調査者が直接、老人クラブごとに調査用紙と回収用の封筒を配布する。対象者は記入後、自身で回収用封筒に入れ密封し、老人クラブごとに設置してある回収箱に投函する。調査者が直接回収する方法で、プライバシーを確保する。

### 5. 調査内容

#### 1) 基本属性

- (1) 年齢、性別、家族形態、最終学歴、職業、介護保険認定、かかりつけ医の有無
- (2) 主観的健康感
- (3) 客観的健康感
- (4) 意思決定スタイル

年齢は記述式、その他は選択式で回答を求めた。

## 意思決定スタイル（日本語版後悔・追求者尺度による把握）

消費者の意思決定を理解する上で経済学などの社会科学においては、意思決定に際して人間は合理的であり合理性を示すような基準に基づくとの仮定が示されてきた。しかし、これまでの意思決定研究においては、人間が期待効用理論の公理や条件に反するような決定のプロセスがあることを示す研究も多い（竹村，2005，2006）。サイモン（ハーバート A・サイモン，1997）も「現実の人間の認知能力には限界があることや時間や環境による制約があることから、全ての選択肢を正確に把握することは不可能である」と指摘し、「意思決定者は、限定された能力や時間の中で自らが満足するような基準である満足化基準を満たす選択肢を選ぶ」とする「満足化 (satisficing)」の理論を提唱している。さらに、サイモンの主張を引き継いだシュワルツ（Schwartz, 2002）らは、人が多肢選択の中で意思決定を行う状況においては、最上を求める“追及者 (Maximizer)”とまずまずの基準で手を打つ“満足者 (Satisficer)”に分かれるとし、それらを区別することで、意思決定スタイルを把握できる“後悔・追求者尺度”を開発した。

本研究においては、対象者の意思決定スタイルを把握する尺度として、磯部ら（2008）がシュワルツ（2002）によって作成された“後悔・追求者尺度”を、さらに日本人の生活様式に合致した質問項目に改良した“日本語版後悔・追求者尺度”を採用する。

マキシマイズ傾向の強さを測る尺度であり、高得点ほど“追及者 (Maximizer)”となる。質問数は16項目（後悔8項目、追求者8項目）で、各項目について「全く当てはまらない」1点から「非常に当てはまる」7点までの7件法で回答する。得点の範囲としては、1項目は1点～7点、最低16点（16項目×1点）、最高112点（16項目×7点）である。各因子の $\alpha$ 係数は、「後悔」が $\alpha=0.85$ 、「追求者」が $\alpha=0.74$ であり、これらの因子は概ね高い信頼性及び内的一貫性が確認されている（磯部ら，2008）。

- 2) 「経験」は、(1) 入院経験、(2) 介護経験、(3) 在宅看取り経験、(4) 在宅医療に関する講演会参加の有無について、選択式で回答を求めた。
- 3) 「知識」は、(1) 在宅医療に関する制度、(2) 事前指示書、(3) 医療代理人、(4) 在宅療養を支える職種（在宅主治医、訪問看護師、ケアマネジャー、薬剤師、地域包括支援センター）、(5) 在宅医療を受けたいと考えた時の相談窓口、(6) 医療用麻薬のイメージについて、選択式で回答を求めた。
- 4) 「認識」は、(1) 最期の医療について家族等との話し合いの有無、(2) 在宅医療を受けるとなった場合、不安なことについて、選択式で回答を求めた。

5) 最期の療養場所の希望について、選択式で回答を求めた。

具体的な内容を下記に示す。



調査内容

項目		内容
基本属性	年齢	年齢は記述式
	性別	男性、女性
	家族形態	独居、夫婦二人暮らし、その他家族など同居
	最終学歴	小学校、中学校、高等学校、大学以上（短大、専門学校含む）
	職業	なし、あり（常勤、非常勤・パートタイム、自営業）
	介護保険認定	申請し認定を受けている、要介護度 申請したが非該当であった、申請していない
	かかりつけ医の有無	いる・いない
	主観的健康感	とても健康、まあ健康、あまり健康でない、健康でない
	客観的健康感	良い（通院、服薬していない） 高血圧や糖尿病などの治療で定期的に通院している
意思決定	<p>次の質問について、どの程度自分に当てはまるか考え、該当する数字を1つ〇で囲んでください</p> <p><b>【選択肢】</b></p> <p>1 全く当てはまらない</p> <p>2 あまり当てはまらない</p> <p>3 どちらかという当てはまらない</p> <p>4 どちらともいえない</p> <p>5 どちらかという当てはまる</p> <p>6 まあまあ当てはまる</p> <p>7 非常に当てはまる非常に当てはまる</p> <p>①何かを購入した後に、違うものにしていけば良かったという事がよくある</p> <p>②選ぶのに苦労した商品でも、買った後に後悔することが多い</p> <p>③過ぎてしまった事に対して、“こうすれば良かった”などと考える事がよくある</p>	

	<p>④購入した商品が良かったとしても、“もっと良いものもあっただろうに”と思ってしまうことが多い</p> <p>⑤人生において、“あの時こうしておけば良かった”と強く思うことが多い</p> <p>⑥ある商品を購入した際、より良い商品があった可能性を考えて後悔する事がある</p> <p>⑦くよくよ過去の事を悔やむ方だ</p> <p>⑧自分は優柔不断だと思う</p> <p>⑨可能性がある限り物事を追求する事に苦労は惜しまない</p> <p>⑩何かの決断をする時は、ありとあらゆる選択肢を考えてみる</p> <p>⑪買い物の時間や、商品を選ぶ時間が他人より長いと思う</p> <p>⑫新しい商品、流行の健康法など、つねに情報収集は欠かさない</p> <p>⑬お気に入りのもの、タレント、歌手などはとことん追求する</p> <p>⑭一つのものを買うにも、他店と比べてみるが多い</p> <p>⑮どんな趣味でも、きわめてみたくなり、没頭するタイプである</p> <p>⑯商品を選ぶ時は、つねに最良のものを選ぶようにしている</p>	
経 験	1) 入院経験の有無	はい、いいえ
	2) 介護経験の有無	はい、いいえ
	3) 在宅看取り経験の有無	はい、いいえ
	4) 在宅医療に関する 講演会参加の有無	はい、いいえ
知 識	1) 在宅医療に関する制度 の知識	よく知っている まあ知っている どちらともいえない あまり知らない 全く知らない
	2) 事前指示書	よく知っている まあ知っている どちらともいえない

	あまり知らない 全く知らない
3) 医療代理人	よく知っている まあ知っている どちらともいえない あまり知らない 全く知らない
4) 在宅療養を支える職種 (在宅主治医、訪問看護師、 ケアマネジャー、薬剤師、 地域包括支援センター)	知っている なんとなく知っている 知らない
5) 在宅医療を受けたいと 考えた時の相談窓口	かかりつけ医 訪問看護ステーション ケアマネジャー 調剤薬局 病院の医療相談室 保健所 市区町村の窓口 地域包括支援センター 家族、友人 その他
6) 医療用麻薬のイメージ	①中毒や依存になる ②早死にする ③頭がおかしくなる ④本当はできるだけ使用しない方がいい薬 ⑤副作用が心配 ⑥痛みがとれる ⑦苦しいのが楽になる

認識	1) 在宅医療を受ける となった場合、不安なこと について（複数回答可）	①急に具合が悪くなった時にどうしたらいいのか ②身体の痛みが強くなった時にどうしたらいいのか ③家族に重い介護負担がかからないか心配 ④自宅での医療を受ける費用が高いのではないか ⑤認知症になっても自宅で医療を受けられるのか ⑥一人暮らしでも医療を受けることができるのか
	2) 最期の医療について 家族等との話し合いの有無	①詳しく話し合っている ②一応話し合ったことがある ③全く話し合ったことがない
最期の療養場所の希望		①自宅 ②自宅以外（病院、施設） ③わからない・迷っている

## 6. 分析方法

### 1) 分析対象者

3482名からの回答が得られた（回収率62.0%）。そのうち、年齢記載がない176名、「最期の療養場所の希望」の回答がない408名、性別の回答がない37名を除いた2861名を分析対象とした（有効回答率50.9%）（図3）。

### 2) 分析方法

(1) 対象者の基本属性、在宅医療・介護保険サービスに関する経験、知識、認識、最期の療養場所の希望を記述統計した。

意思決定スタイルは、“日本語版後悔・追求者尺度”を用いて、追及者1194名（41.7%）、満足者1183名（41.3%）の2群に分けた。分類は、中央値を基準として高い者を追及者、低い者を満足者とした。中央値に近い者は追及者、満足者どちらにも分類し難いと考え、対象からは中央値の者を除き、また、全問回答していない者は正確な得点を算出できないため、無回答とした（484名、16.9%）。

(2) 最期の療養場所の希望を「(A) 自宅」「(B) 自宅以外」「(C) わからない、迷っている」の3群に分けた。最期の療養場所の希望を「(A) 自宅」「(B) 自宅以外」の2群間、最期の療養場所の希望が明確な明確群「(A) 自宅+ (B) 自宅以外」、不明確な不明確群「(C) わからない、迷っている」の2群間、計2通りで、対象者の基本属性、在宅医療・介護保

険サービスに関する経験、知識、認識との関連する要因について、 $\chi^2$ 検定を用いて比較した。

分析には、統計解析パッケージ SPSS ver23.0 for Windows (IBM) を使用し、有意水準は5%とした。

## 7. 倫理的配慮

- 1) 本研究は人間環境大学大学院倫理委員会の承認（承認番号：UHE - 2016045 号 2017年6月7日）を得た。
- 2) 社会福祉協議会責任者、A市老人クラブ連合会代表者に研究の目的と方法について文書と口頭で、説明の上、研究協力の承諾を得た。
- 3) 老人クラブの会員に、以下を文書で説明した。
  - (1) 調査協力のお願いと研究の目的・方法
  - (2) すべての対象に研究への参加・協力は自由意思であり、それによって対象者が不利益を被ることは一切ないこと
  - (3) データは研究の目的以外では使用しないこと
  - (4) 個人が特定されることは決してないこと
  - (5) 対象者の同意は、質問紙調査票の返信をもって、同意とみなすこと
- 4) 調査票のデータは、研究責任者がそれぞれパスワードを設定したファイルに記録し、USBメモリに保存して、鍵の掛かるキャビネットに保管した。
- 5) 研究以外には得たデータは使用せず、個人情報個人が特定されないように匿名化した。
- 6) 調査票は研究終了後10年間保管しその後、すべてシュレッターにかけ個人情報は残らないようにする。USBメモリに保存したデータも復元不能にする。
- 7) 本研究に利益相反に相当する事項はない。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 対象者の特徴

##### 1) 概要

性別、年齢、世帯構成、最終学歴、職業、健康状態、かかりつけ医の有無、介護保険の申請状況、を表1に示す。

2861名（有効回答率50.9%）のうち、男性1239名（43.3%）、女性1622名（56.7%）であり、全体の平均年齢は76.9（SD±6.59）歳であった。年齢分布では65-74歳（前期高齢者）は1087名で全体の38.0%、75歳以上（後期高齢者）は1774名で62.0%を占めた。世帯構成は、独居460名（16.1%）、夫婦2人暮らし1193名（41.7%）、それ以外は1158名（40.5%）であった。最終学歴は、小学校71名（2.5%）、中学校1138名（39.8%）、高等学校1223名（42.7%）、大学以上342名（12.0%）であった。職業は、2329名（81.4%）がなし、455名（15.9%）がありと回答していた。

健康状態のうち、主観的健康観は「とても健康」「まあ健康」を合わせると、2106名（73.6%）がおおむね健康であると回答し、「あまり健康でない」「健康でない」を合わせると、727名（25.4%）が健康でないと回答していた。客観的健康観として、通院している者は2088名（73.0%）、かかりつけ医は2587名（90.4%）が「いる」と回答した。

介護保険申請済みの者は、310名（10.8%）、非該当の者は57名（2.0%）、未申請の者は2277名（79.6%）であった。

##### 2) 意思決定プロセス（情報活動）

###### （1）経験

入院経験、介護経験、看取り経験、在宅医療に関する講演会への参加の経験を表2に示す。

###### 入院経験、介護経験、看取り経験

入院した経験がある者は1764名（61.7%）、家族を介護した経験（以下、介護経験）がある者は1414名（49.4%）、家族を自宅で看取った経験（以下、看取り経験）がある者は1109名（38.8%）であった。

###### 在宅医療に関する講演会参加の有無

在宅医療に関する講演会に参加したことがある者は、444名（15.5%）であった。

###### （2）知識

在宅医療に関する制度、事前指示書、医療代理人、在宅療養を支える職種（在宅主治医、

訪問看護師、ケアマネジャー、薬剤師、地域包括支援センター)の知識については、表3に示す。

在宅医療を受けたいと考えた時の相談窓口、医療用麻薬のイメージは表4に示す。

#### **在宅医療に関する制度、事前指示書、医療代理人**

「看取りまでを前提とした在宅医療を制度として受けることができることを知っているか」という質問に対して、知っていると回答した者は1140名(39.8%)と半数以下であった。事前指示書、医療代理人について知っている者は、それぞれ361名(12.6%)、260名(9.1%)であった。

#### **在宅療養を支える職種(在宅主治医、訪問看護師、ケアマネジャー、薬剤師、地域包括支援センター)**

在宅療養を支える職種について、知っている、または、なんとなく知っていると回答した者は、在宅主治医は2016名(70.5%)、訪問看護師は2027名(70.8%)、ケアマネジャーは2024名(70.7%)、薬剤師は1903名(66.5%)、地域包括支援センターは1765名(61.7%)とすべての職種において認知率は6~7割であった。

#### **在宅医療を受けたいと考えた時の相談窓口**

「在宅医療を受けたいと考えたとき、どこに相談するか」という質問に対して、「かかりつけ医」を選択する者は2222名(77.7%)と多かった。次いで、家族1262名(44.1%)、行政窓口521名(18.2%)、地域包括支援センター463名(16.2%)、病院の相談窓口396名(13.8%)、ケアマネジャー276名(9.6%)、友人203名(7.1%)、訪問看護ステーション193名(6.7%)、調剤薬局81名(2.8%)、保健所40名(1.4%)、その他4名(0.1%)の順で多かった。

#### **医療用麻薬**

医療用麻薬のイメージについて今回、「①中毒や依存になる」「②早死にする」「③頭がおかしくなる」「④本当はできるだけ使用しない方がいい薬」「⑤副作用が心配」の5項目のマイナスイメージと、「⑥痛みがとれる」「⑦苦しいのが楽になる」の2項目のプラスイメージ、計7項目を選択肢として挙げ、回答を求めた。

医療用麻薬のマイナスイメージについて、「本当はできるだけ使用しない方がいい薬」を選択する者が1666名(58.2%)と一番多かった。次いで、同率で「中毒や依存になる」「副作用が心配」1100名(38.4%)、「頭がおかしくなる」578名(20.2%)、「早死にする」331名(11.6%)の順に多かった。医療用麻薬のプラスイメージについては、「痛みがとれる」

を選択する者は1913名(66.9%)、「苦しいのが楽になる」を選択する者は1631名(57.0%)であった。

### (3) 認識

在宅医療を受けるとなった場合、不安なこと、最期の医療について家族等との話し合いについては、表5に示す。

#### 在宅医療を受けるとなった場合、不安なこと

在宅医療を受けるとなった場合の不安なことは、「家族に重い介護負担がかからないか心配」を選択する者が2014名(70.4%)と一番多かった。次いで、「急に具合が悪くなったらどうしたらいいか」1510名(52.8%)、「認知症になっても自宅で医療をうけられるか」1160名(40.5%)、「身体の痛みが強くなった時にどうしたらいいか」1074名(37.5%)、「自宅で医療を受ける費用が高いのでは」978名(34.2%)、「一人暮らしでも医療を受けることができるか」925名(32.3%)の順に多かった。

#### 最期の医療について家族等との話し合いの有無

「最期の医療について、あなたが望むことを家族や信頼できる人と話し合ったことがあるか」という質問について、詳しく話し合っている者は141名(4.9%)、一応話し合っている者は1210名(42.3%)、全く話し合ったことはない者は1360名(47.5%)であった。

### 3) 最期の療養場所の希望

最期の療養場所の希望を表6に示す。

最期の療養場所の希望は、「自宅」が1489名で52.0%、「自宅以外」が1121名で39.2%(病院28.1%、施設11.1%)であり、「わからない、迷っている」と回答した者は251名で8.8%であった。

## 2. 最期の療養場所決定に関連する要因

最期の療養場所の希望を「(A) 自宅」「(B) 自宅以外」「(C) わからない、迷っている」の3群に分けた。

最期の療養場所の希望を「(A) 自宅」「(B) 自宅以外」の2群間、最期の療養場所の希望が明確な明確群「(A) 自宅・(B) 自宅以外」、不明確な不明確群「(C) わからない、迷っている」の2群間、計2通りで、対象者の基本属性、在宅医療・介護保険サービスに関する経験、知識、認識との関連する要因について、 $\chi^2$ 検定を用いて比較した。

### 1) 年齢、性別、世帯構成、最終学歴、職業、健康状態、かかりつけ医の有無、介護保険の



## 申請状況、意思決定スタイルとの関連

年齢、世帯構成、最終学歴、職業、健康状態、かかりつけ医の有無、介護保険の申請状況、意思決定スタイルと最期の療養場所の希望の比較を表7に示す。

前期高齢者よりも後期高齢者の方が (A、B2 群間  $p < 0.001$ )、女性よりも男性の方が (A、B2 群間  $p < 0.001$ )、有意に自宅を希望していた。また、自宅を希望する者は、家族と同居している者 (A、B2 群間  $p < 0.001$ )、介護保険申請済の割合が高かった (A、B2 群間  $p < 0.001$ )。反対に、自宅以外を希望する者は、介護保険未申請 (A、B2 群間  $p < 0.001$ ) や、一人暮らし、夫婦2人暮らしの世帯が高かった (A、B2 群間  $p < 0.001$ )。

最終学歴、職業、主観的・客観的健康感、かかりつけ医の有無に関しては、「自宅」「自宅以外」の2群間、「明確群」「不明確群」の2群間、2通り全ての群間で、有意差はなかった。

最良の結果を手に入れるために、あらゆる選択肢の情報を集めようとする“追及者 (Maximizer)”、自分の中に基準を持っており、自分が満足のいく選択をしようとする“満足者 (Satisficer)” どちらとも、2通り全ての群間で有意差はなく、意思決定スタイルについては、差のない集団であった。

## 2) 意思決定プロセスとの関連

### (1) 経験との関連

入院経験、介護経験、看取り経験、在宅医療に関する講演会参加と最期の療養場所の希望の比較を表8に示す。

#### 入院経験、介護経験、看取り経験

自宅以外に比して自宅は、看取り経験の割合が (A、B2 群間  $p < 0.001$ )、明確群に比して不明確群は、介護経験の割合が高かった (A+B、C2 群間  $p < 0.029$ )。入院経験については、有意差はなかった。

#### 在宅医療に関する講演会参加の有無

在宅医療に関する講演会参加の有無については、有意差はなかった。

### (2) 知識との関連

在宅医療に関する制度、事前指示書、医療代理人、在宅療養を支える職種 (在宅主治医、訪問看護師、ケアマネジャー、薬剤師、地域包括支援センター) の知識と最期の療養場所の希望の比較を表9に示す。

在宅医療を受けたいと考えた時の相談窓口、医療用麻薬のイメージと最期の療養場所の希望の比較を表10に示す。

### 在宅医療に関する制度、事前指示書、医療代理人

「看取りまでを前提とした在宅医療」、「事前指示書」、「医療代理人」の知識に関しては、「自宅」「自宅以外」の2群間、「明確群」「不明確群」の2群間、2通り全ての群間で、有意差はみられなかった。

### 在宅療養を支える職種（在宅主治医、訪問看護師、ケアマネジャー、薬剤師、地域包括支援センター）

在宅療養を支える職種の知識については1）と同様、2通り全ての群間で、有意差はなかった。

### 在宅医療を受けたいと考えた時の相談窓口

相談窓口として、「かかりつけ医」を選択する者が2222名（77.7%）と多かった。次いで、家族、行政窓口、地域包括支援センター、病院の相談窓口、ケアマネジャー、友人、訪問看護ステーション、調剤薬局、保健所、その他の順であった。不明確群に比して明確群は、かかりつけ医に相談する者が高かった（A+B、C2群間  $p < 0.002$ ）。

### 医療用麻薬

明確群に比して不明確群は、「痛みがとれる」（A+B、C2群間  $p < 0.001$ ）、「苦しいのが楽になる」（A+B、C2群間  $p < 0.001$ ）というプラスイメージを持つ者は低かった。医療用麻薬のマイナスイメージ（「①中毒や依存になる」「②早死にする」「③頭がおかしくなる」「④本当はできるだけ使用しない方がいい薬」「⑤副作用が心配」）については、2通り全ての群間で、有意差はみられなかった。

### （3）認識との関連

認識として、在宅医療を受けるとなった場合、不安なこと、最期の医療について家族等との話し合いと最期の療養場所の希望の比較を表11に示す。

#### 在宅医療を受けるとなった場合、不安なこと

自宅に比して自宅以外は、「家族に重い介護負担がかからないか心配」を選択する者が高かった（A、B2群間  $p < 0.004$ ）。また、明確群に比して不明確群も高かった（A+B、C2群間  $p < 0.038$ ）。自宅以外に比して自宅は、「在宅医療の費用」について不安であると選択する者が高かった（A・B2群間  $p < 0.004$ ）。

「急に具合が悪くなったらどうしたらいいか」、「身体の痛みが強くなった時にどうしたらいいか」、「認知症になっても自宅で医療をうけられるか」、「一人暮らしでも医療を受けることができるか」については、2通り全ての群間で、有意差はなかった。

### 最期の医療について家族等との話し合いの有無

自宅以外に比して自宅は、最期の医療について自分自身が望むことを家族や信頼できる人と「詳しく」話し合う割合が高かった (A、B2 群間  $p < 0.001$ )。また、自宅に比して自宅以外は、最期の医療について望むことを家族や信頼できる人と「一応」話している割合は高かった (A、B2 群間  $p < 0.001$ )。

#### IV. 考察

本研究では、在宅高齢者の在宅医療・介護サービスに関する経験、知識、認識と、最期の療養場所の希望との関連を明らかにし、在宅高齢者が最期の療養場所を考えるために、提供する情報の内容について検討することを目的とした。

今回、意思決定の定義を示したハーバート A・サイモンの意思決定論を用いた。サイモンは①意思決定が必要となる条件を見極めるため環境を探索すること（情報活動）、②可能な行為の代替案を発見し、開発し、分析すること（設計活動）、③利用可能な行為の代替案のうちから、ある特定のものを選択すること（選択活動）、④過去の選択を再検討すること（再検討活動）、の4つが意思決定プロセスであるとしている（ハーバート A・サイモン, 1979）。そのため、個人の意思決定の方法、スタイルが影響すると考え、意思決定スタイル（日本語版後悔・追求者尺度）により調査した。その結果、最良の結果を手に入れるために、あらゆる選択肢の情報を集めようとする“追及者 (Maximizer)”、自分の中に基準を持っており、自分が満足のいく選択をしようとする“満足者 (Satisficer)”の「最期の療養場所の希望」の比較では有意差はなく、意思決定スタイルについては差のない集団であった。

調査の結果、有効回答者 2861 名（有効回答率 50.9%）であった。平均年齢は  $76.9 \pm 6.59$  歳、男性 1239 名（43.3%）、女性 1622 名（56.7%）、介護保険を申請していない者は 2277 名（79.6%）と高かった。最期の療養場所について、希望が不明確な不明確群 251 名（8.8%）、明確な明確群 2610 名（91.2%）であり、明確群が 9 割以上であった。明確群のうち、自宅 1489 名（52.0%）、自宅以外 1121 名（39.2%）であった。「自宅以外」の内訳では、病院が 804 名（71.7%）と高かった。

最期の療養場所の希望が不明確な者、明確な者、それぞれの特徴について、表 12 に示す。

##### 1. 対象者の最期の療養場所の希望

研究における対象者の最期の療養場所の希望は、自宅を希望する者（52.0%）の割合は、自宅以外を希望する者（39.2%）を上回る結果であった。また、最期の療養場所の希望が不明確な者（8.8%）も存在し、最期の療養場所を選択するための意思決定支援の必要性が示唆された。

A 市では、全国的にも比較的在宅死亡率が 22.9%（厚生労働省, 2017）と高い。訪問診療を積極的に行う医師が多いことや、訪問看護ステーションが手厚く、医師が訪問診療を実施しやすい環境が影響していると考えられる。また、もともと、地域の医療・介護従事者を対象と

した活発な定例連携会議や研修会が多く、普段から多職種間で良好かつ円滑な連携がなされていることも要因と考える。しかし、上述のように在宅医療が推進している A 市であるが、終末期医療に関する意識調査結果（厚生労働省，2014）と同様に、最期の療養場所として自宅を希望する者が多いにも関わらず、実際の A 市の在宅死亡率との間に隔たりがあり、大きな課題であることが明らかとなった。

## 2. 最期の療養場所決定に関連する要因

本研究では、在宅高齢者の最期の療養場所選択のための意思決定において、サイモンの意思決定プロセスの「情報活動」（意思決定が必要となる条件を見極めるため環境を探索すること）の段階に焦点を当てて進めた。最期の療養場所決定に関する要因、提供する情報の内容、方策を考察するにあたり、意思決定プロセス（情報活動→設計活動→選択活動→再検討活動）の流れとして、最期の療養場所の希望が不明確な者（情報活動の段階にある者）、明確な者（設計活動、選択活動の段階にある者）の順に記述する。

### 1) 最期の療養場所の希望が不明確な者（情報活動の段階にある者）

最期の療養場所の希望が不明確な者について、年齢、家族構成等の属性では、有意差はなかった。「経験」では介護経験があること（A+B、C2 群間  $p < 0.029$ ）（表 8）が挙げられた。上田（2004）は、「介護保険施行後においても家族の介護による疲労は依然高く、在宅介護が家族の介護力に依存している部分大きい」と報告している。篠野（1993）の調査では、「家族に迷惑はかけられないと考え、在宅での最期を望みながら「どこで最期を迎えてもよい」と答える割合が多い」と報告している。介護経験を通して、「介護をすることは家族の負担が大きく、迷惑をかけたくない」と思うことから、最期の療養場所を迷う一要因となっていることが示唆された。荒木ら（2012）は、「介護者が自分自身で地域の資源を活用できるようなネットワークが整備され、介護協力者が確保しやすくなる地域づくりが必要である」と報告している。本研究においても、医療職、介護職が協働し在宅療養を支援する体制が整備されていることや、実際に在宅療養を支える職種の機能や役割について詳細に情報提供することが最期の療養場所選択への迷いや不安を軽減することにつながると考える。また、荒木（2012）らは、「介護サービスの使い勝手の検討や、家族や親族に介護協力者がいなくても、安心して在宅で最期を迎えたいと思えるような体制づくりが重要である」と報告している。本研究においても、ケースによって異なるが、今では認知症や独居であっても在宅療養は可能である（長尾，2012）ことを情報提供することで、最期の療養場所を選択す

るための判断材料になると考える。

「知識」では、在宅医療を受けたいと考えた時の相談窓口について、最期の療養場所の希望が不明確な者は、かかりつけ医に相談する割合が低かった (A+B、C2 群間  $p < 0.002$ ) (表 10)。一方、ケアマネジャー (A+B、C2 群間  $p < 0.049$ )、地域包括支援センター (A+B、C2 群間  $p < 0.041$ )、家族 (A+B、C2 群間  $p < 0.042$ ) の選択は有意に高かった (表 10)。上述より、医療職よりも介護職へ相談する傾向があった。石川ら (2014) は、「在宅療養の認識として相談できる医療関係者がいると認識していることが自宅を希望する要因であった」と報告している。また、「在宅療養実現の阻害要因として、専門職である相談者の不在が考えられる」と述べている。今回の調査結果では、かかりつけ医の有無について 90.4%が「いる」と回答していた。しかし、最期の療養場所の希望が不明確な者においては、かかりつけ医への相談が少ないことから、かかりつけ医は存在するものの、自身の病気や健康状態について普段から医師へ相談できているとは言い難いと考えられる。秋山ら (2016) は、「かかりつけ医を持つにあたり、まずは医師との信頼関係を築くことが重要であること、病状や治療法に関する心配事があるときには、正直にかかりつけ医に相談すること、納得できないまま治療を続けていると、後で後悔することになりかねない」と述べている。また、「一旦受診すると、かかりつけ医を「変えてはいけない」と思っている人は意外と多く、信頼できない医師は「変えてもよい」のである」と述べている。本研究においても、気軽に相談でき、信頼するかかりつけ医を持つことや、後述する専門職による「在宅医療に関する相談窓口」へアクセスし、医療や介護に関する悩みを相談できることを情報提供する必要性が示唆された。

医療用麻薬について、最期の療養場所の希望が不明確な者は、「痛みがとれる」(A+B、C2 群間  $p < 0.001$ ) (表 10)、「苦しいのが楽になる」(A+B、C2 群間  $p < 0.001$ ) (表 10) というプラスイメージの選択が高かった。前述した「介護経験者がある」ことにより、療養者が医療用麻薬を使用していたことがあり、知識があることなどが想定される。改めて在宅療養でも、医療用麻薬による疼痛コントロールは可能であること、さらには在宅療養をする場合、肉体的疼痛には麻薬を中心とした鎮痛薬で対処し、精神的、社会的な疼痛には医療・介護従事者に加え、家族、時には近所や友人で支えることができる (長尾, 2012) ことを情報提供する必要性があると考えられる。

「認識」では、最期の療養場所の希望が不明確な者は、在宅医療を受けるとなった場合、不安なことについて、「家族に重い介護負担がかからないか心配」(A+B、C2 群間  $p < 0.038$ ) (表 11) を選択する者が高かった。「経験」で記述した情報提供の内容と同様、医療職、介

護職が協働し在宅療養を支援する体制が整備されていることや、在宅療養を支える職種の機能や役割について詳細に周知することで、不安を軽減することにつながると考える。

## 2) 最期の療養場所の希望が明確な者（設計活動、選択活動の段階にある者）

次に、最期の療養場所の希望が明確である者について、自宅を希望する者、自宅以外を希望する者、それぞれの最期の療養場所決定に関連する要因、提供する情報の内容、方策を示す。

自宅を希望する者は、前期高齢者よりも後期高齢者の方が高かった (A、B2 群間  $p < 0.001$ ) (表 7)。1976 年までは、自宅で死亡する者の方が多く (厚生労働省, 2018)、後期高齢者の多くは自宅で死を迎えるのが当たり前であった時代に生きてきた経緯から馴染みがあり、自宅を希望する者が多いことが予測される。また、自宅を希望する者は、介護保険を申請済みの者が高かった (A、B2 群間  $p < 0.001$ ) (表 7)。実際に介護保険サービスを利用しながら自宅で過ごす良さを実感できるためと考える。さらに、自宅を希望する者は、家族と同居している者が高かった (A、B2 群間  $p < 0.001$ ) (表 7)。上田 (2004) は、「介護保険施行後においても家族の介護による疲労は依然高く、在宅介護が家族の介護力に依存している部分が多い」と報告している。また、荒木ら (2012) は、「介護協力者がいることが在宅で最期を迎えたいと思えるための重要な要素である」と報告している。本研究においても、在宅療養をする上で家族の介護力は重要であり、家族と同居していることで介護の協力が得られやすいと認識するため、自宅を希望する者が多いと考える。

「経験」では、自宅を希望する者は、看取り経験のある者が高く (A、B2 群間  $p < 0.001$ ) (表 8)、自宅での最期を希望するための大きな要因であることが明らかになった。荒木ら (2012) は、「看取り経験をすることは、自身の死のあり方を考える重要な機会となり、在宅での看取りを選択する割合が多くなる」と報告している。また、自宅を希望する者は、介護経験が低かった (A、B2 群間  $p < 0.004$ ) (表 8)。近年、高齢者が高齢者を介護する「老老介護」が増えている。どちらかが入院すると在宅療養生活を送ることは困難であり、介護者の健康管理は重要と言える。自宅を希望しつつも、介護協力者がいないことから在宅療養できない現実もあることを知った上で、最期の療養場所を選択することが重要であることを情報提供する必要性が示唆された。

「知識」では、自宅を希望する者は、在宅医療を受けたいと考えた時の相談窓口について、訪問看護ステーション (A、B2 群間  $p < 0.025$ )、ケアマネジャー (A、B2 群間  $p < 0.033$ )、病院の相談窓口 (A、B2 群間  $p < 0.046$ )、市町村の相談窓口 (A、B2 群間  $p < 0.010$ )、地域包括

支援センター (A, B2 群間  $p < 0.004$ ) への相談を選択肢として挙げる者が低かった (表 10)。上述のように、相談窓口を選択肢として挙げるのが全般的に少ないことは、自身の中で、「自宅を希望する」という明確な意思の表れと考える。

医療用麻薬については、自宅を希望する者は、「痛みがとれる」(A, B2 群間  $p < 0.001$ ) (表 10)、「苦しいのが楽になる」(A, B2 群間  $p < 0.001$ ) (表 10) というプラスイメージを持っている割合が低かった。また、「頭がおかしくなる」(A, B2 群間  $p < 0.044$ ) (表 16)、「本当はできるだけ使用しない方がいい薬」(A, B2 群間  $p < 0.012$ ) (表 10) というマイナスイメージを持っている割合が高かった。石川ら (2014) は、「麻薬に対する誤解から、入院治療による麻薬の使用を恐れ、病院ではなく、自宅を選択するという消極的自宅希望をしていることが考えられる」また、「緩和ケアにおける薬物による疼痛管理の正しい知識の情報提供が、積極的自宅希望につながる可能性がある」と報告している。A 市においても、医療用麻薬への正しい理解が必要であることが示唆された。

「認識」では、自宅を希望する者は、在宅医療を受けるとなった場合、不安なことについて、「自宅での医療を受ける費用が高いのでは」を不安に挙げる者が高かった (A, B2 群間  $p < 0.004$ ) (表 11)。石川ら (2014) は、「在宅療養・在宅医療の認識として在宅療養費用を入院費の 8 割以内が妥当と認識していることが自宅を希望する要因であった」と報告している。本研究においても、医師による訪問診療、往診費、訪問看護ステーションによる訪問看護利用費など、基本的な在宅医療の料金体系や自己負担の実態について情報提供する必要があることが示唆された。

自宅以外を希望する者は、介護保険が未申請である者が高かった (A, B2 群間  $p < 0.001$ ) (表 7)。石川ら (2014) は、「2000 年の介護保険法施行時には、第 1 号被保険者に対して丁寧な説明が実施された。しかし、現在は当時のような丁寧な説明はなされずに第 1 号、第 2 号被保険者となる。そのため、家族や本人に介護が必要になるまで、具体的な在宅療養の内容を正しく理解していない可能性がある」と述べている。本研究においても、介護保険を申請していないことで、利用できる介護サービスの知識が少なく、自らが自宅で介護を受ける状態の想像が難しいことが要因として考えられる。最期の療養場所の選択の意思決定を支援するためには、まず、第 1 号被保険者となる 65 歳前後を対象として、介護保険の説明と共に、利用できる介護サービスに関する情報提供をすることが必要であることが示唆された。

また、自宅以外を希望する者は、独居、夫婦 2 人暮らし世帯が高かった (A, B2 群間  $p <$



0.001) (表 7)。介護の協力が得られず、在宅療養をするのは困難と考えていることが予測される。前述したように、今では認知症や独居であっても在宅療養は可能である(長尾, 2012) ことを情報提供するとともに、対象者のニーズによっては、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、療養型病床、有料老人ホーム、グループホーム、ケアハウス、そして最近急増しているサービス付き高齢者向き住宅といった具体的な介護施設を紹介する必要性があると考えられる。

「経験」では、自宅以外を希望する者は、介護経験のある者が高かった (A、B2 群間  $p < 0.004$ ) (表 8)。最期の療養場所の希望が不明確な者と同様、医療職、介護職が協働し在宅療養を支援する体制が整備されていることや、実際に在宅療養を支える職種の機能や役割について詳細に情報提供することで、最期の療養場所の再検討をすることにつながると考えられる。

「知識」では、自宅以外を希望する者は、在宅医療を受けたいと考えた時の相談窓口について、訪問看護ステーション (A、B2 群間  $p < 0.025$ )、ケアマネジャー (A、B2 群間  $p < 0.033$ )、病院の相談窓口 (A、B2 群間  $p < 0.046$ )、市町村の相談窓口 (A、B2 群間  $p < 0.010$ )、地域包括支援センター (A、B2 群間  $p < 0.004$ ) への相談を選択肢として挙げる者が高かった (表 10)。上述の在宅療養を支える職種や公的機関への相談を肯定するとともに、後述する専門職による「在宅医療に関する相談窓口」の活用について周知する必要性が示唆された。また、医療用麻薬については、「痛みがとれる」 (A、B2 群間  $p < 0.001$ ) (表 10)、「苦しいのが楽になる」 (A、B2 群間  $p < 0.001$ ) (表 10) というプラスイメージを持っている割合が高く、また、「頭がおかしくなる」 (A、B2 群間  $p < 0.044$ ) (表 10)、「本当はできるだけ使用しない方がいい薬」 (A、B2 群間  $p < 0.012$ ) (表 10) というマイナスイメージを持っている割合が低かった。医療用麻薬は、最期の療養場所がどこであろうと、がん性疼痛に対して緩和治療を目的に勧められる。より具体的な医療用麻薬の情報提供の内容として、WHO (世界保健機関) のがん性疼痛緩和治療法に沿って薬を適切に使用すれば、安全に痛みを緩和することができること、内服や貼付剤に加えて、レスキュードーズを利用すること、副作用は適切な副作用防止薬を利用することで抑えることができる (桜井ら, 2008) ことなどを周知する必要性が示唆された。

「認識」では、自宅以外を希望する者は、「家族に重い介護負担がかからないか心配」と思う者が高かった (A、B2 群間  $p < 0.004$ ) (表 11)。「自宅で世話を受けるには家族の負担が大きい」という気持ちの表れと考える。また、自宅以外を希望する者は、最期に望む医療に

ついて話し合う割合が高かった（A、B2 群間  $p < 0.001$ ）（表 11）。話し合いをする中で、人の気持ちは変化しうるものであり、意思を尊重するために繰り返し行われることが重要である（厚生労働省，2018）ことや、意思決定した際に、終末期における自分の希望を事前に表明しておくリビングウィル（日本尊厳死協会，2018）について普及啓発する必要性が示唆された。

### 3. 最期の療養場所を考えるための提供する情報の内容

最期の療養場所の希望が不明確な者、明確な者の最期の療養場所を考えるための提供する情報の内容を検討した。

最期の療養場所の希望が不明確な者、明確な者別に、最期の療養場所を考えるための提供する情報を検討できたことは、本研究の成果である。

在宅高齢者の在宅医療・介護保険サービスに関する経験、知識、認識が、希望する最期の療養場所の選択、決定に影響していた。情報活動、設計活動・選択活動それぞれの段階における在宅医療・介護に関する情報提供すべき内容を表 13～15 に示すと共に、下記に記述する。

最期の療養場所の希望が不明確である者へは、介護経験があり、在宅医療を受けるとなった場合、「家族への介護負担」を不安としていることから、まずは、かかりつけ医をはじめ、様々な職種が関わり、在宅療養を支える制度が整っていることを重点的に情報提供する必要性があると考えられる。

最期の療養場所の希望が明確である者のうち、自宅を希望する者へは、医療用麻薬についてマイナスイメージを持っている者が多かった。麻薬に対する誤解から、病院ではなく、自宅を希望していることが考えられる。医療用麻薬の正しい知識を伝えることで、病院などの自宅以外も最期の療養場所の一案として捉えることができると考える。

自宅以外を希望する者は、介護保険未申請の者が多かったため、利用できる介護サービスの知識が少ないと考える。介護保険や利用できる介護サービスについて重点的に情報提供が必要がある。また、独居が多く、実際に自宅以外を希望しているため、具体的な介護施設を紹介する必要がある。

情報提供後は、在宅高齢者同士のグループディスカッション等を行い、他者の考えを知ることによって、新たな気づきとなることを期待でき、さらに、これまでの過程で選択、決定した「事前の意思」を家族や親しい人に実際に会話や文書で伝えることができるよう、リビングウィル

ルの普及啓発活動をすることも重要である。また、上述のように高齢者が主体となって、自分自身の最期の過ごし方について考える支援も大切であるが、医療者側からも高齢者が「もしものとき」について考え、さらに家族間での話し合いができるよう、ACPなどの積極的な意思決定支援を行うことも大切である。

平成26年介護保険法改正により、市区町村が実施する地域支援事業の包括的支援事業として、在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられた。この事業は、平成27年度以降取組が開始され、平成30年4月にはすべての市区町村で取り組むことが義務付けられた。事業項目の一つに、「在宅医療・介護連携に関する相談支援」が挙げられおり、在宅医療を希望する患者・利用者がある際には、面談の機会を設け、今後の方向性を確認、在宅支援者を調整する役割等を担うこととなる（厚生労働省、2018）。相談窓口を有効活用することで、最期の療養場所を考えるための意思決定につながると考える。

#### 4. 研究の限界と今後の課題

本研究では、回収数3482名、回収率62.0%と高く、分析対象者2861名、有効回答率50.9%であり、多くの調査データを得ることができた。この結果から、希望する最期の療養場所選択に関する要因について、最期の療養場所の希望が不明確な者、明確な者別に比較し、提供する情報の内容に寄与するデータを示すことは有意義であると考えられる。

しかし、今回の本研究を解釈する上では、A市の1地域の調査であり、全国的にも比較的在宅死亡率が高く、在宅医療が推進している地域での調査であった。そのため、今後は、他の地域でも最期の療養場所の希望に関する調査を実施し、高齢者が元気なうちから「最期の療養場所」を考えられるような情報の内容や支援方法を検討する必要があると考える。

## V. 結論

本研究は、在宅高齢者の在宅医療・介護サービスに関する経験、知識、認識と、最期の療養場所の希望との関連を明らかにし、在宅高齢者が最期の療養場所を考えるために提供する情報の内容について検討することを目的とした。

本研究結果から、在宅高齢者が最期の療養場所を考えるために、対象者別に重点的に提供する情報の内容として次の結果が得られた。

### 最期の療養場所の希望が不明確である者

- ・医療職、介護職が協働し在宅療養を支援する制度
- ・在宅療養を支える職種の機能や役割

### 最期の療養場所の希望が明確である者

(自宅を希望する者)

- ・医療用麻薬の正しい知識

(自宅以外を希望する者)

- ・介護保険、利用できる介護サービス
- ・具体的な介護施設の紹介

在宅医療・介護保険サービスに関する正しい知識や、看取り・介護経験を踏まえて、家族や親しい人、医療・介護従事者と話し合いをした上で、在宅高齢者が最期の療養場所を選択できる情報を提供することが重要である。

## 助成金

本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受け実施した。

## 謝辞

本研究の実施に際して、ご協力頂きました、A市老人クラブ連合会、A市社会福祉協議会の皆様に深謝致します。

## 文献（引用文献）

- 秋山正子, 太田秀樹, 高橋美保, 平原優美, 福井小紀子 (2016). *暮らしの健康手帳*. 東京, 健康と良い友だち社.
- 荒木晴美, 新鞍真理子, 炭谷靖子 (2012). 介護者自身が最期を迎えたい場所の選択に関連する要因, *日本看護研究学会雑誌*, 35 (2), 11-18.
- Fischer GS, Tulsky JA, Arnold RM (2014). Advance Directives and Advance Care Planning, *Encyclopedia of Bioethics* 4th ed. Ed. Bruce Jennings B, 99-105, Macmillan Library Reference.
- ハーバート A・サイモン (1979) / 稲葉元吉, 倉井武夫 (訳) (1989). *意思決定の科学*. 東京, 産業能率大学出版部.
- ハーバート A・サイモン (1997). *新版 経営行動* (二村敏子ほか訳). 東京, ダイヤモンド社.
- 篠野脩一 (1993). 人はどのように死にたいか, *公衆衛生*, 57 (9), 604-609.
- 石川孝子, 福井小紀子, 澤井美奈子 (2014). 武蔵野市民の終末期希望療養場所の意思決定に関連する要因, *日本公衆衛生雑誌*, 61 (9), 545-555.
- 磯部綾美, 久富哲兵, 松井豊, 宇井美代子, 高橋尚也, 大庭剛司, 竹村和久 (2008). 意思決定における日本語版後悔・追求者尺度作成の試み, *心理学研究* 79 (5), 453-458.
- 岩尾總一郎 (2013). 尊厳死のあり方—リビングウィルの法制化, *病院*, 72 (4), 270-274.
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2014). 日本の将来推計人口 (1月推計), <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.pdf> (閲覧日 2016年10月12日).
- 厚生労働省 (2007). 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン, [www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf) (閲覧日: 2017年7月21日).
- 厚生労働省 (2012). 在宅医療の体制構築に係る指針, [www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/.../h24\\_0711\\_03-01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/.../h24_0711_03-01.pdf) (閲覧日 2016年10月12日).
- 厚生労働省 (2014). 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書, [www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf) (閲覧日: 2017年7月21日).
- 厚生労働省 (2017). 在宅医療にかかる地域別データ集,

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html> (閲覧日：2017年12月27日).

厚生労働省 (2018). 在宅医療・介護連携推進事業の手引き,

[www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku...](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku...) (閲覧日：2018年1月17日).

厚生労働省 (2018). 第4回 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, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000191281.html> (閲覧日：2018年1月21日).

厚生労働省 (2018). 在宅医療の最近の動向,

[www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/...](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/...) (閲覧日：2018年1月21日).

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.

松下哲, 稲松孝思, 橋本肇, 高橋龍太郎, 高橋忠雄, 森真由美, 木田厚瑞, 小沢利男 (1999). 終末期のケアに関する外来高齢患者の意識調査, *日老医誌*, 36, 45-51.

箕岡真子 (2008). 事前指示の有用性とその普及における今後の課題, *Supplement I*, 35, 41-42.

三浦久幸, 太田壽城 (2007). 高齢者の終末期医療—倫理ジレンマを乗り越えるために—, *日老医誌*, 44, 162-164.

水川真二郎 (2008). 患者, 家族および医療従事者に対する「高齢者の終末期医療」についての意識調査, *日老医誌*, 45, 50-58.

長尾和宏 (2012). 「平穏死」10の条件. 東京, ブックンマン社.

長尾和宏 (2012). 産経新聞(兵庫版)「Dr. 和の町医者日記」連載 「在宅療養」シリーズ, <http://www.drnagao.com/media/sankei/ryoyo> (閲覧日：2018年1月22日).

成本迅 (2013). 医療現場で直面している意思決定の課題について, *日老医誌*, 50, 635-637.

NHS(2007). Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff: [www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf](http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf) (accessed 2017-07-21).

日本尊厳死協会 (2018). リビングウィルとは,

- www.songenshi-kyokai.com/living\_will.html (閲覧日：2018年1月21日).
- 西川満則, 長江弘子, 横江由理子 (2017). *本人の意思を尊重する意思決定支援 事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング*. 東京, 株式会社南山堂.
- 岡村世里奈 (2013). 事前指示をめぐる世界の状況と日本, *病院*, 72 (4), 281-285.
- 桜井隆, 徳山磨貴, 中山康子, 田中洋三, 山野恵美子, 吉田利康, 服部洋一, 蘆野吉和, 岩本ゆり, 土橋律子 (2008). *あなたの家にかえろう*. 兵庫.
- 佐藤武, 佐藤和典, 佐藤暁 (2011). 高齢者終末期での入院治療選択に関する署名による意思確認の試み, *日老医誌*, 48, 524-529.
- Schwartz, B., Ward, A., Monterosso, J., Lyubomirsky, S., White, K., & Lehman, D. (2002). Maximizing versus satisficing: Happiness is a matter of choice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1178-1197.
- 島田千穂, 中里和弘, 荒井和子, 会田薫子, 清水哲郎, 鶴若麻理, 石崎達郎, 高橋龍太郎 (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.
- 総務省統計局, 人口推計 (2017): -平成29年8月報-,  
<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/new.htm> (閲覧日: 2018年2月4日).
- 杉野美和, 奥山真由美, 道繁祐紀恵, 甲谷愛子 (2015). 高齢者への事前指示書の普及に関する文献的考察, *山陽論叢*, 22, 21-27.
- 竹村和久 (2005). 意思決定現象と行動意思決定論, *知能と情報 (日本知能情報フレンジイ学会誌)*, 17, 644-654.
- 竹村和久 (2006). リスク社会における判断と意思決定, *認知科学*, 13, 17-31.
- 竹内佐智恵, 犬丸杏里, 坂口美和, 後藤姉奈, 吉田和枝, 出原弥和, 辻川真弓 (2015). Advanced Care Planning (ACP) に関する文献レビュー, *三重看護学誌*, 17(1), 71-77.
- 長寿社会開発センター (2012). 理想の看取りと死に関する国際比較研究報告書平成23年度. 長寿社会開発センター国際長寿センター, 東京.
- 上田照子 (2004). 介護保険制度下における在宅要介護高齢者の家族の介護負担, *流通科学大学論文集*, 人間・社会, 16 (3), 175-180.

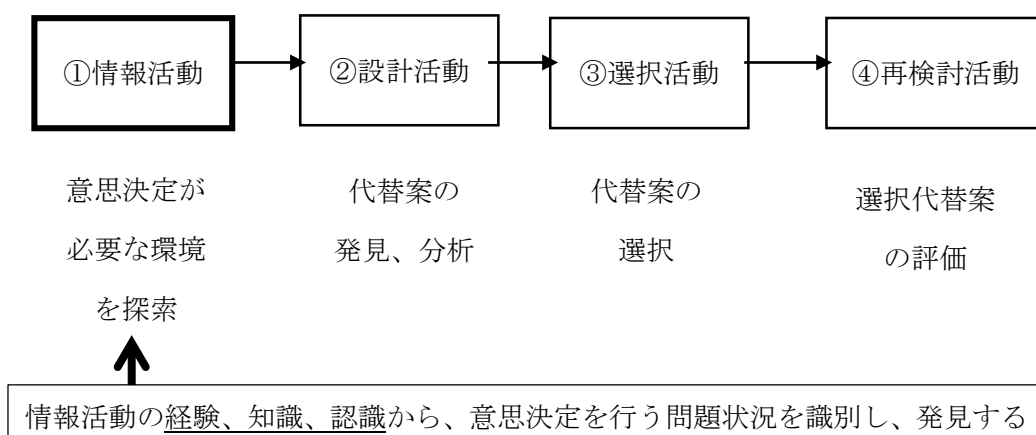


図1 サイモンの意思決定プロセス



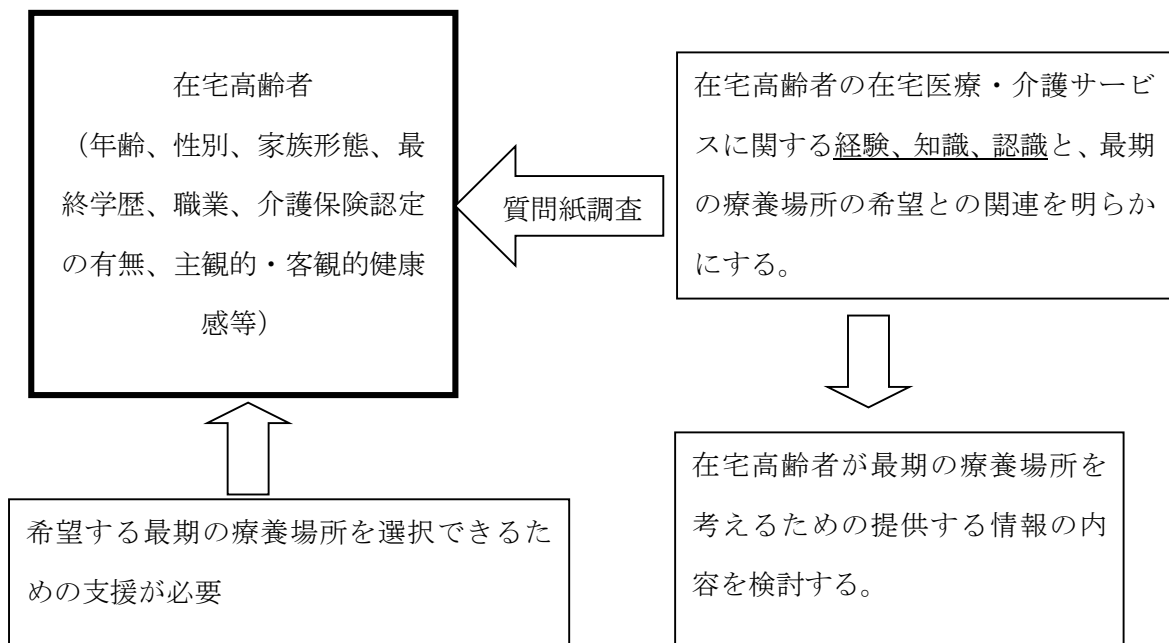


図2 研究の枠組み

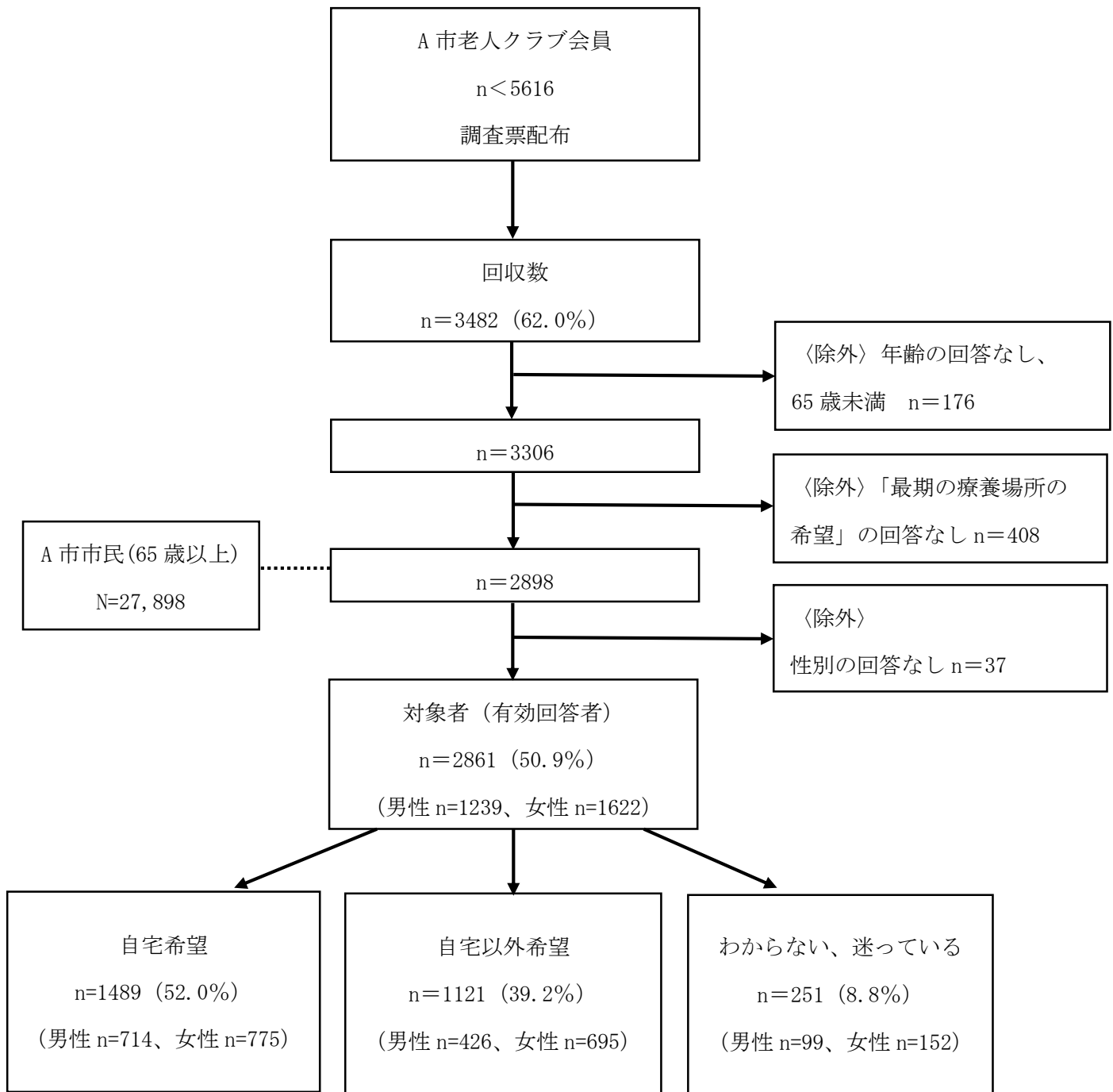


図3 対象者抽出から分析対象者選定までの流れ

表1 対象者の概要

N=2861

項目	n(平均)	% (SD)
平均年齢 (歳)	(76.89)	(±6.588)
前期 (74歳以下)	1087	38.0
後期 (75歳以上)	1774	62.0
性別		
男	1239	43.3
女	1622	56.7
家族構成		
一人暮らし	460	16.1
夫婦ふたり暮らし	1193	41.7
その他家族と同居	1158	40.5
無回答	50	1.7
最終学歴		
小学校	71	2.5
中学校	1138	39.8
高校	1223	42.7
大学以上	342	12.0
無回答	87	3.0
職業		
なし	2329	81.4
あり	455	15.9
無回答	77	2.7
主観的健康観		
とても健康、まあ健康	2106	73.6
あまり健康でない、健康でない	727	25.4
無回答	28	1.0
客観的健康観		
良い	704	24.6
通院している	2088	73.0
無回答	69	2.4
かかりつけ医の有無		
あり	2587	90.4
なし	233	8.1
無回答	41	1.4
介護保険		
申請済	310	10.8
非該当	57	2.0
申請未	2277	79.6
無回答	217	7.6

1) 無回答を含んで集計した

表2 経験（入院、介護、看取り、講演会への参加）

		N=2861	
項目		n	%
入院経験	あり	1764	61.7
	なし	1054	36.8
	無回答	43	1.5
介護経験	あり	1414	49.4
	なし	1409	49.2
	無回答	38	1.3
看取り経験	あり	1109	38.8
	なし	1684	58.9
	無回答	68	2.4
講演会へ参加した経験	あり	444	15.5
	なし	2366	82.7
	無回答	51	1.8

1) 無回答を含んで集計した

表3 知識（制度、事前指示書、医療代理人、在宅療養を支える職種）

		N=2861	
	項目	n	%
制度	よく知っている、 まあ知っている	1140	39.8
	どちらともいえない、 あまり知らない、 全く知らない	1598	55.9
	無回答	123	4.3
事前指示書	よく知っている、 まあ知っている	361	12.6
	どちらともいえない、 あまり知らない、 全く知らない	2357	82.4
	無回答	143	5.0
医療代理人	よく知っている、 まあ知っている	260	9.1
	どちらともいえない、 あまり知らない、 全く知らない	2487	86.9
	無回答	114	4.0
在宅療養を支える職種			
在宅主治医	知っている、 なんとなく知っている	2016	70.5
	知らない	598	20.9
	無回答	247	8.6
訪問看護師	知っている、 なんとなく知っている	2027	70.8
	知らない	555	19.4
	無回答	279	9.8
ケアマネ ジャー	知っている、 なんとなく知っている	2024	70.7
	知らない	570	19.9
	無回答	267	9.3
薬剤師	知っている、 なんとなく知っている	1903	66.5
	知らない	641	22.4
	無回答	317	11.1
地域包括支援 センター	知っている、 なんとなく知っている	1765	61.7
	知らない	815	28.5
	無回答	281	9.8

1) 無回答を含んで集計した

表4 知識（在宅医療の相談窓口、医療用麻薬のイメージ）

		N=2861	
項目		n	%
在宅医療の相談窓口			
かかりつけ医	相談する	2222	77.7
	しない	639	22.3
訪問看護ステーション	相談する	193	6.7
	しない	2668	93.3
ケアマネジャー	相談する	276	9.6
	しない	2585	90.4
調剤薬局	相談する	81	2.8
	しない	2780	97.2
病院の相談窓口	相談する	396	13.8
	しない	2465	86.2
保健所	相談する	40	1.4
	しない	2821	98.6
市区町村の窓口	相談する	521	18.2
	しない	2340	81.8
地域包括支援センター	相談する	463	16.2
	しない	2398	83.8
家族	相談する	1262	44.1
	しない	1599	55.9
友人	相談する	203	7.1
	しない	2658	92.9
その他	相談する	4	0.1
	しない	2857	99.9
医療用麻薬のイメージ			
中毒や依存になる	ならない	1100	38.4
	ならない	1761	61.6
早死にする	しない	331	11.6
	しない	2530	88.4
頭がおかしくなる	ならない	578	20.2
	ならない	2283	79.8
本当はできるだけ使用しない方がいい薬	そうではない	1666	58.2
	そうではない	1195	41.8
副作用が心配	そうではない	1100	38.4
	そうではない	1761	61.6
痛みがとれる	とれない	1913	66.9
	とれない	948	33.1
苦しいのが楽になる	ならない	1631	57.0
	ならない	1230	43.0

表5 認識（在宅医療を受けるとなった場合の思い、最期の医療について話し合いの有無）

		N=2861	
項目		n	%
在宅医療を受けるとなった場合、不安なこと			
急に具合が悪くなった時	不安	1510	52.8
	不安でない	1351	47.2
身体の痛みが強くなった時	不安	1074	37.5
	不安でない	1787	62.5
家族に重い介護負担がかからないか	不安	2014	70.4
	不安でない	847	29.6
自宅での医療を受ける費用が高いか	不安	978	34.2
	不安でない	1883	65.8
認知症になっても受けることができるか	不安	1160	40.5
	不安でない	1701	59.5
一人暮らしでも受けることができるか	不安	925	32.3
	不安でない	1936	67.7
最期の医療について話し合いの有無			
詳しく		141	4.9
一応		1210	42.3
全くない		1360	47.5
無回答		150	5.2

1) 無回答を含んで集計した

表6 希望する最期の療養場所

N=2861			
群	項目	n	%
明確群	自宅	1489	52.0
	自宅以外	1121	39.2
不明確群	わからない 迷っている	251	8.8

表6-1 自宅以外の内訳

n=1122		
場所	n	%
病院	804	71.7
介護施設	317	28.3



表7 属性と最期の療養場所の希望の比較

項目	(A) 自宅		(B) 自宅以外		(C) わからない、迷っている		p値
	n/平均	%/SD	n/平均	%/SD	n/平均	%/SD	
平均年齢 (歳)	77.72	±6.723	75.96	±6.323	76.15	±6.312	0.001
前期 (74歳以下)	500	33.6	480	42.8	107	42.6	0.001
後期 (75歳以上)	989	66.4	641	57.2	144	57.4	0.113
性別							0.001
男	714	48.0	426	38.0	99	39.4	0.001
女	775	52.0	695	62.0	152	60.6	0.001
家族構成							0.001
一人暮らし	211	14.2	213	19.0	36	14.3	0.001
夫婦ふたり暮らし	614	41.2	472	42.1	107	42.6	0.001
その他家族と同居	639	42.9	417	37.2	102	40.6	0.001
無回答	25	1.7	19	1.7	6	2.4	0.001
最終学歴							0.051
小学校	47	3.2	19	1.7	5	2.0	0.051
中学校	606	40.7	444	39.6	88	35.1	0.051
高校	610	41.0	502	44.8	111	44.2	0.051
大学以上	173	11.6	127	11.3	42	16.7	0.051
無回答	53	3.6	29	2.6	5	2.0	0.051
職業							0.191
なし	1233	82.8	889	79.3	207	82.5	0.191
あり	229	15.4	190	16.9	36	14.3	0.191
無回答	27	1.8	42	3.7	8	3.2	0.191
主観的健康観							0.731
とても健康、まあ健康	1093	73.4	826	73.7	187	74.5	0.731
あまり健康でない、健康でない	385	25.9	282	25.2	60	23.9	0.731
無回答	11	0.7	13	1.2	4	1.6	0.731
客観的健康観							0.901
良い	361	24.2	271	24.2	72	28.7	0.901
通院している	1089	73.1	827	73.8	172	68.5	0.901
無回答	39	2.6	23	2.1	7	2.8	0.901
かかりつけ医の有無							0.346
あり	1340	90.0	1021	91.1	226	90.0	0.346
なし	128	8.6	85	7.6	20	8.0	0.346
無回答	21	1.4	15	1.3	5	2.0	0.346
介護保険							0.001
申請済	189	12.7	98	8.7	23	9.2	0.001
非該当	38	2.6	18	1.6	1	0.4	0.001
申請未	1137	76.4	927	82.7	213	84.9	0.001
無回答	125	8.4	78	7.0	14	5.6	0.001
意思決定スタイル							0.232
追及者 (Maximizer)	612	41.1	487	43.4	95	37.8	0.232
満足者 (Satisficer)	603	40.5	461	41.1	119	47.4	0.232
無回答	274	18.4	173	15.4	37	14.7	0.232

1)  $\chi^2$  検定による

2) 無回答を含んで集計した

3) 意思決定スタイルの無回答は、全問回答していない者、欠損値 (中央値) とした

4) 平均年齢はt検定による

表8 経験（入院、介護、看取り経験）と最期の療養場所の希望の比較

N=2861

項目	(A) 自宅		(B) 自宅以外		(C) わからない、迷っている		p値		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	A、B 2群間	A+B、C 2群間	
入院経験	あり	902	60.6	712	63.5	150	59.8	0.167	0.471
	なし	561	37.7	395	35.2	98	39.0		
	無回答	26	1.7	14	1.2	3	1.2		
介護経験	あり	691	46.4	584	52.1	139	55.4	0.004	0.029
	なし	780	52.4	523	46.7	106	42.2		
	無回答	18	1.2	14	1.2	6	2.4		
看取り経験	あり	636	42.7	381	34.0	92	36.7	0.001	0.470
	なし	814	54.7	717	64.0	153	61.0		
	無回答	39	2.6	23	2.1	6	2.4		
講演会へ参加した経験	あり	235	15.8	166	14.8	43	17.1	0.486	0.450
	なし	1227	82.4	936	83.5	203	80.9		
	無回答	27	1.8	19	1.7	5	2.0		

- 1)  $\chi^2$ 検定による  
 2) 無回答を含んで集計した

表9 知識（制度、事前指示書、医療代理人、在宅療養を支える職種）と最期の療養場所の希望の比較

項目	(A) 自宅		(B) 自宅以外		(C) わからない、迷っている		p値 A、B 2群間	A+B、C 2群間
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
制度	584	39.2	447	39.9	109	43.4	1.000	0.405
事前指示書	176	11.8	149	13.3	36	14.3	0.305	0.411
医療代理人	1283	86.2	990	88.3	214	85.3	0.300	0.114
在宅療養を支える職種	68	4.6	39	3.5	7	2.8	0.154	0.433
在宅主治医	1021	68.6	814	72.6	181	72.1	0.248	0.889
訪問看護師	294	19.7	209	18.6	52	20.7	0.043	0.612
ケアマネジャー	172	11.6	94	8.4	13	5.2	0.553	0.879
薬剤師	1015	68.2	821	73.2	188	74.9	0.084	0.984
地域包括 支援センター	314	21.1	207	18.5	49	19.5	0.084	0.984
無回答	160	10.7	93	8.3	14	5.6		
無回答	968	65.0	759	67.7	176	70.1		
無回答	335	22.5	248	22.1	58	23.1		
無回答	186	12.5	114	10.2	17	6.8		
無回答	881	59.2	722	64.4	162	64.5		
無回答	442	29.7	298	26.6	75	29.9		
無回答	166	11.1	101	9.0	14	5.6		

1)  $\chi^2$ 検定による

2) 無回答を含んで集計した

表10 知識（在宅医療の相談窓口、医療用麻薬のイメージ）と最期の療養場所の希望の比較

項目	(A) 自宅		(B) 自宅以外		(C) わからない、迷っている		p値
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	A、B 2群間	
在宅医療の相談窓口							
かかりつけ医	1175 314	78.9 21.1	872 249	77.8 22.2	175 76	69.7 30.3	0.489
訪問看護ステーション	83 1406	5.6 94.4	87 1034	7.8 92.2	23 228	9.2 90.8	0.025
ケアマネジャー	123 1366	8.3 91.7	120 1001	10.7 89.3	33 218	13.1 86.9	0.033
調剤薬局	54 1435	3.6 96.4	19 1102	1.7 98.3	8 243	3.2 96.8	0.003
病院の相談窓口	183 1306	12.3 87.7	168 953	15.0 85.0	45 206	17.9 82.1	0.046
保健所	24 1465	1.6 98.4	14 1107	1.2 98.8	2 249	0.8 99.2	0.444
市区町村の窓口	242 1247	16.3 83.7	226 895	20.2 79.8	53 198	21.1 78.9	0.010
地域包括支援センター	208 1281	14.0 86.0	203 918	18.1 81.9	52 199	20.7 79.3	0.004
家族	646 843	43.4 56.6	490 631	43.7 56.3	126 125	50.2 49.8	0.868
友人	95 1394	6.4 93.6	90 1031	8.0 92.0	18 233	7.2 92.8	0.104
その他	1 1488	0.1 99.9	3 1118	0.3 99.7	251	100.0	0.195
医療用麻薬のイメージ							
中毒や依存になる	591 898	39.7 60.3	410 711	36.6 63.4	99 152	39.4 60.6	0.105
早死にする	184 1305	12.4 87.6	118 1003	10.5 89.5	29 222	11.6 88.4	0.148
頭がおかしくなる	324 1165	21.8 78.2	208 913	18.6 81.4	46 205	18.3 81.7	0.044
本当はできるだけ使用しない方がいい薬	891 598	59.8 40.2	616 505	55.0 45.0	159 92	63.3 36.7	0.012
副作用が心配	592 897	39.8 60.2	415 706	37.0 63.0	93 158	37.1 62.9	0.155
そうではない	902 587	60.6 39.4	820 301	73.1 26.9	191 60	76.1 23.9	0.001
痛みがとれる	754 735	50.6 49.4	710 411	63.3 36.7	167 84	66.5 33.5	0.001
苦しいのが楽になる							
ならない							

1)  $\chi^2$ 検定による

表11 認識（在宅医療を受けるとなった場合の思い、最期の医療について話し合いの有無）と最期の療養場所の希望の比較

項目	(A) 自宅		(B) 自宅以外		(C) わからない、迷っている		p値
	n=1489		n=1121		n=251		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
在宅医療を受けるとなった場合、不安なこと	773	51.9	607	54.1	130	51.8	0.743
急に具合が悪くなった時	716	48.1	514	45.9	121	48.2	
身体の痛みが強くなった時	537	36.1	443	39.5	94	37.5	0.976
不安	952	63.9	678	60.5	157	62.5	
家族に重い介護負担がかからないか	1007	67.6	816	72.8	191	76.1	0.038
不安	482	32.4	305	27.2	60	23.9	
自宅での医療を受ける費用が高いか	551	37.0	354	31.6	73	29.1	0.074
不安	938	63.0	767	68.4	178	70.9	
認知症になっても受けることができるか	628	42.2	440	39.3	92	36.7	0.189
不安	861	57.8	681	60.7	159	63.3	
一人暮らしでも受けることができるか	468	31.4	384	34.3	73	29.1	0.249
不安	1021	68.6	737	65.7	178	70.9	
最期の医療について話し合いの有無							
詳しく	92	6.2	37	3.3	12	4.8	0.001
一応	592	39.8	507	45.2	111	44.2	
全くない	716	48.1	531	47.4	113	45.0	0.737
無回答	89	6.0	46	4.1	15	6.0	

1)  $\chi^2$ 検定による

2) 無回答を含んで集計した

表12 最期の療養場所の希望が不明確な者、明確な者の特徴

対象者	特 徴
最期の療養場所の希望が不明確な者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護経験がある (A・B、C2群間 <math>p &lt; 0.029</math>) (表14)</li> <li>・相談窓口として医療職よりも介護職を挙げていた (A・B、C2群間 <math>p &lt; 0.002</math>) (表16)</li> <li>・医療用麻薬についてプラスイメージを持つ者が多い 「痛みがとれる」(A・B、C2群間 <math>p &lt; 0.001</math>) 「苦しいのが楽になる」(A・B、C2群間 <math>p &lt; 0.001</math>) (表16)</li> <li>・在宅医療を受けるとなった場合、「家族に重い介護負担がかからないか心配」を不安としている(A・B、C2群間 <math>p &lt; 0.038</math>) (表17)</li> </ul>
最期の療養場所の希望が明確な者	<p style="text-align: center;">自宅を希望する者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・後期高齢者(A、B2群間 <math>p &lt; 0.001</math>) (表13)</li> <li>・男性(<math>p &lt; 0.001</math>) (表13)</li> <li>・介護保険申請済(A、B2群間 <math>p &lt; 0.001</math>) (表13)</li> <li>・家族と同居している(A、B2群間 <math>p &lt; 0.001</math>) (表13)</li> <li>・看取り経験がある(A、B2群間 <math>p &lt; 0.001</math>) (表14)</li> <li>・介護経験が少ない(A、B2群間 <math>p &lt; 0.004</math>) (表14)</li> <li>・医療用麻薬についてマイナスイメージを持つ者が多い 「頭がおかしくなる」(A、B2群間 <math>p &lt; 0.044</math>) 「本当はできるだけ使用しない方がいい薬」(A、B2群間 <math>p &lt; 0.012</math>) (表16)</li> <li>・在宅医療を受けるとなった場合、「家族に重い介護負担がかからないか心配」、 「在宅医療を受ける費用」を不安としている 「家族に重い介護負担がかからないか心配」(A、B2群間 <math>p &lt; 0.004</math>) 「在宅医療を受ける費用」(A、B2群間 <math>p &lt; 0.004</math>) (表17)</li> </ul>
	<p style="text-align: center;">自宅以外を希望する者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険未申請(A、B2群間 <math>p &lt; 0.001</math>) (表13)</li> <li>・独居・夫婦2人暮らし世帯(A、B2群間 <math>p &lt; 0.001</math>) (表13)</li> <li>・介護経験がある(A、B2群間 <math>p &lt; 0.004</math>) (表14)</li> <li>・医療用麻薬についてプラスイメージを持つ者が多い 「痛みがとれる」(A、B2群間 <math>p &lt; 0.001</math>) 「苦しいのが楽になる」(A、B2群間 <math>p &lt; 0.001</math>) (表16)</li> <li>・在宅医療を受けるとなった場合、「家族に重い介護負担がかからないか心配」を不安としている(A、B2群間 <math>p &lt; 0.004</math>) (表17)</li> </ul>

表13 最期の療養場所の希望が不明確な者への提供する情報の内容

対象者	特徴	最期の療養場所を考えるための提供する情報の内容	期待される効果
最期の療養場所の希望が不明確な者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護経験がある</li> <li>・在宅医療を受けるとなった場合、「家族に重い介護負担がかからないか心配」を不安としている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療職、介護職が協働し在宅療養を支援する体制が整備されていること</li> <li>・実際に在宅療養を支える職種の機能や役割について</li> </ul>	最期の療養場所選択への迷いや不安を軽減できる
	相談窓口として医療職よりも介護職を挙げている	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気軽に相談でき、信頼するかかりつけ医を持つ必要性</li> <li>・専門職による「在宅医療に関する相談窓口」の紹介</li> </ul>	
	医療用麻薬についてプラスイメージを持つ者が多い	在宅療養をすすめる場合、肉体的疼痛には麻薬を中心とした鎮痛薬で対処し、精神的、社会的な疼痛には医療・介護従事者に加え、家族、時には近所や友人で支えることができる（長尾, 2012）こと	

表14 最期の療養場所の希望が明確な者（自宅を希望する者）への提供する情報の内容

対象者	特徴	最期の療養場所を考えるための提供する情報の内容	期待される効果
自宅を希望する者	介護経験が少ない	自宅を希望しつつも、介護協力がいないことから在宅療養できない現実もあることを知った上で、最期の療養場所を選択することが重要であること	介護協力体制があるのか、自宅で最期を過ごすことが実現可能であるか、再検討できる
	医療用麻薬についてマイナスイメージを持つ者が多い	WHO（世界保健機関）のがん性疼痛緩和治療法に沿って薬を適切に使用すれば、安全に痛みを緩和することができること、内服や貼付剤に加えて、レスキュードーズを利用すること、副作用は適切な副作用防止薬を利用することで抑えることができる（桜井ら，2008）こと	積極的自宅希望の選択へつながら
	在宅医療を受けるとなった場合、「在宅医療を受ける費用」を不安としている	医師による訪問診療、往診費、訪問看護ステーションによる訪問看護利用費など、基本的な在宅医療の料金体系や自己負担の実態について	自宅で最期を過ごすことへの不安軽減となる
	後期高齢者	特になし。	
	介護保険申請済	特になし。	
	家族と同居している	特になし。	
	看取り経験がある	特になし。	



表15 最期の療養場所の希望が明確な者（自宅以外を希望する者）への提供する情報の内容

対象者	特徴	最期の療養場所を考えるための提供する情報の内容	期待される効果
<p>自宅以外を希望する者</p>	<p>介護保険未申請</p>	<p>介護保険の説明と共に、利用できる介護サービスの紹介</p>	
	<p>・介護経験がある ・在宅医療を受けるとなった場合、「家族に重い介護負担がかからないか心配」を不安としている</p>	<p>・医療職、介護職が協働し在宅療養を支援する体制が整備されていること ・実際に在宅療養を支える職種の機能や役割について</p>	<p>最期の療養場所の再検討をすることにつながる</p>
	<p>独居・夫婦2人暮らし世帯</p>	<p>介護施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、療養型病床、有料老人ホーム、グループホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅等）の紹介</p>	<p>幅広い視点で最期の療養場所を選択できる</p>
	<p>医療用麻薬についてプラスイメージを持つ者が多い</p>	<p>在宅療養をする場合、肉体的疼痛には麻薬を中心とした鎮痛薬で対処し、精神的、社会的な疼痛には医療・介護従事者に加え、家族、時には近所や友人で支えることができる（長尾, 2012）こと</p>	<p>医療用麻薬への正しい知識が深まる</p>