

離島高齢者における終末期ケアの意向に関する調査

マツイ ミホ *1 カワサキ リョウコ *2 ニッタ アキコ *2 マツモト マサコ *3
松井 美帆 *1 川崎 涼子 *2 新田 章子 *2 松本 雅子 *3

目的 離島在住高齢者の終末期ケアの意向を明らかにすることを目的として、都市部高齢者と比較検討を行った。

方法 対象は60歳以上の老人クラブ会員825名で、長崎県五島列島における2島嶼部の福江島、宇久島に在住する離島高齢者260名、広島市、宇部市の都市部在住高齢者565名であった。有効回答である離島185名(71.2%)、都市313名(55.4%)を分析対象とした。対象者には、終末期の療養場所の希望、延命治療の意向、事前指示の認知と支持に関する自記式質問紙調査を行った。

結果 対象者の平均年齢は、離島高齢者71.9±5.7歳、都市高齢者75.4±5.4歳で、性別は男性が52.4%、55.3%であった。終末期の療養場所の希望については、離島高齢者では在宅が73.1%と最も多く、次いで病院12.9%、高齢者施設11.1%、都市高齢者では在宅44.6%、病院30.0%、ホスピス・緩和ケア病棟20.2%と有意な差を認めた。延命治療の意向については、両群で「医師の判断に任ず」が40.1~55.9%と最も多く、人工呼吸器、人工栄養では2群間で有意な差を認め、離島高齢者では「希望しない」が都市高齢者より多かった。事前指示について、リビング・ウィルの認知は離島高齢者で低かったが、リビング・ウィルについては共に70%以上が支持しており、代理人指定については離島高齢者では78%と都市高齢者62.2%より有意に支持率が高かった。

結論 離島高齢者における終末期ケアの意向については、都市部高齢者と異なる傾向が認められ、ホスピス・緩和ケアや事前指示に関する情報提供や、リビング・ウィルや代理人指定の支持の高さから、患者・家族との話し合いにより離島在住高齢者の意思を尊重した医療が提供されることが望まれる。

キーワード 終末期ケア、離島高齢者、延命治療、事前指示、リビング・ウィル、代理人指定

緒 言

超高齢社会はすなわち多死社会の到来ともいわれ、終末期ケアに対する関心が高まる一方で、高齢者の終末期のあり方が問われている。高齢者の終末期ケアの意思決定については、事前に意向が示されていることが少なく¹⁾、本人の希望に沿ったケアを行うことに困難を生じること

が少なくない。「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」では、終末期医療およびケアの在り方として、適切な情報と説明がなされ、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な原則であるとしている²⁾。

高齢者の終末期ケアに対する関心は高く、

* 1 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科准教授 * 2 同助教 * 3 九州医療センター看護師

「終末期医療に関する調査等検討会」報告書では、一般国民2,581人の80.1%が終末期医療に関心があり、このうち「非常に関心がある」は、20～40歳代の16.3%～22.4%に対して、50歳代30.5%，60歳代29.1%，70歳以上30.3%であった³⁾。また、末期状態（6カ月程度あるいはそれより短い期間）における療養場所については、自宅療養をした後で必要になった場合には緩和ケア病棟または医療機関に入院する48.3%，なるべく早く緩和ケア病棟または医療機関に入院する32.5%の一方、自宅で最期まで過ごしたい人は10.5%と少なかった。痛みを伴う末期状態の患者になった場合、心臓マッサージ等の心肺蘇生措置は「やめたほうがよい」または「やめるべきである」と回答したものが70.1%であり、単なる延命治療についても同様に74.0%が否定的であった。リビング・ウイル（書面による生前の意思表示）については「賛成する」と回答したものは59.1%であり、書面にする必要はないが「患者の意思を尊重するという考え方には賛成する」者を含めると84.3%が支持していた。

以上のように高齢者を対象とした終末期ケアの意向に関する調査は報告されているが、医療・介護サービスの社会資源に限られる島嶼部に在住する高齢者を対象とした終末期ケアに関

する報告は極めて少ない。近年、在宅緩和ケア支援センターが設立されるなど対策が図られる中、離島における高齢者の終末期ケアの意向を明らかにすることは、終末期を含めた今後の在宅ケアの在り方を検討する上でも有用と考えられる。そこで本研究では、離島在住高齢者および都市部高齢者を対象に、終末期ケアの意向について比較検討を行った。長崎県は596の離島を有し、全国第1位であり、そのうち有人離島数は73である。五島列島は長崎県本土の西方、約100kmに位置し、大小150の島々が約150kmにわたって連なる列島である⁴⁾。そこで離島として五島列島を対象とした。

方 法

(1) 調査の対象

対象は60歳以上の老人クラブ会員825名で、長崎県五島列島における2島嶼部の福江島、宇久島に在住する離島高齢者260名、広島市、宇部市の都市部在住高齢者565名であった。老人クラブは地域の高齢者の健康づくりや社会参加・生きがい対策の推進組織として位置づけられ、全国に804万7千人の会員を有し、長崎県の会員数は13万4千人、広島県15万4千人、山口県9万6千人である⁵⁾。対象の選定は、老人クラブの各单位地区役員を通じて性別による層化抽出法により男女同数に質問紙の配布を依頼し、534名（64.7%）から回答があり、このうち有効回答498名（60.4%）を分析対象とした。質問紙は留置き調査法により、離島高齢者260名に配布され、回収数（率）は198名（76.2%）、有効回答数は185名（71.2%）、都市高齢者565名に配布され、回収数（率）は336名（59.5%）、有効回答数は313名（55.4%）であった。長崎県福江島は五島列島最南端に位置し、一般病床230床の総合病院を含む2病院を有するが、最北端にある宇久島は内科・外科・小児科・眼科を診療科とする入院17床の診療所のみで、共に本土へは海路にて2時間を要する距離にある。

表1 対象の属性

(単位 人、()内%)

	離島高齢者	都市高齢者	p 値
	(n = 185)	(n = 313)	
年齢 (歳)	71.9±5.7	75.4±5.4	p<0.001**
性別			n.s.
男性	97 (52.4)	173 (55.3)	
女性	88 (47.6)	140 (44.7)	
世帯構成			p<0.001**
夫婦のみ	114 (63.7)	166 (53.9)	
2・3世代	27 (15.1)	87 (28.2)	
一人暮らし	38 (21.2)	55 (17.9)	
職業			n.s.
あり	40 (22.9)	51 (16.6)	
なし	135 (77.1)	257 (83.4)	
健康状態			n.s.
大変良い	8 (4.5)	29 (9.3)	
まあまあ良い	39 (21.8)	77 (24.8)	
ふつう	90 (50.3)	145 (46.6)	
やや悪い～大変悪い	42 (23.5)	60 (19.3)	
かかりつけ医			n.s.
あり	161 (87.5)	250 (80.4)	
なし	23 (12.5)	61 (19.6)	

注 **p<0.01

(2) 調査内容

調査内容は先行研究を参考に⁶⁾⁷⁾、基本属性として年齢、性別、世帯構成、職業の有無、健康状態、かかりつけ医の有無、終末期ケアに関する意向については終末期の療養場所の希望、延命治療の意向、事前指示の認知および支持に関する自記式質問紙調査を行った。調査時期は、離島高齢患者2007年7～9月、一般高齢者2003年6～7月であった。

(3) 分析方法

分析方法は対象者間の比較を検討するため *t* 検定、 χ^2 検定を行った。また、終末期の療養場所の希望、延命治療の意向、リビング・ウィルの支持について χ^2 検定を行った。本研究は研究者の所属機関における倫理委員会の承認を得た上で実施した。

結 果

(1) 対象の属性 (表1)

対象者の平均年齢は、離島高齢者71.9±5.7歳、都市高齢者75.4±5.4歳で都市高齢者が有意に高かった。性別は男性が52.4%、55.3%であった。世帯構成では夫婦のみが両群とも多く、離島高齢者では次いで一人暮らし21.2%であった。職業を有する者は自営業も含めて離島高齢者22.9%、都市高齢者16.6%、健康状態については、「大変よい」「まあまあ良い」が離島高齢者26.3%、都市高齢者34.1%、「ふつう」が離島高齢者50.3%、都市高齢者46.6%と両群で有意な差はみられなかった。かかりつけ医は離島高齢者87.5%、都市高齢者80.4%と「あり」とする回答が80%以上に認められた。

(2) 終末期ケアに関する意向

終末期の療養場所の希望については、離島高齢者では在宅が73.1%と最も多く、次いで病院12.9%、高齢者施設11.1%、これに対して都市高齢者では在宅44.6%、病院30.0%、ホスピス・緩和ケア病棟20.2%と、在宅の希望については両群で有意な差を認めた (表2)。

表2 終末期の療養場所の希望

(単位 人、()内%)

	離島高齢患者	都市高齢者	<i>p</i> 値
	(<i>n</i> = 171)	(<i>n</i> = 307)	
在宅施設	125 (73.1)	137 (44.6)	<i>p</i> < 0.001**
今まで治療を受けた病院	46 (26.9)	170 (55.4)	
ホスピス・緩和ケア病棟	22 (12.9)	92 (30.0)	
高齢者施設	5 (2.9)	62 (20.2)	
	19 (11.1)	16 (5.2)	

注 ***p* < 0.01

表3 延命治療の意向

(単位 人、()内%)

	離島高齢患者	都市高齢者	<i>p</i> 値
	心肺蘇生法	170 (100.0)	
希望する	14 (8.2)	46 (15.6)	
医師の判断	95 (55.9)	135 (45.9)	<i>p</i> = 0.002**
家族の意向	14 (8.2)	34 (11.6)	
希望しない	47 (27.6)	79 (26.9)	
人工呼吸器	167 (100.0)	296 (100.0)	
希望する	8 (4.8)	41 (13.9)	
医師の判断	67 (40.1)	131 (44.3)	<i>p</i> = 0.013*
家族の意向	20 (12.0)	39 (13.2)	
希望しない	72 (43.1)	85 (28.7)	
人工栄養	170 (100.0)	298 (100.0)	
希望する	10 (5.9)	42 (14.1)	
医師の判断	86 (50.6)	134 (45.0)	<i>p</i> = 0.013*
家族の意向	17 (10.0)	43 (14.4)	
希望しない	57 (33.5)	79 (26.5)	

注 **p* < 0.05, ***p* < 0.01

延命治療の意向に関して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、人工栄養については、両群で「医師の判断に任ず」が40.1～55.9%と最も多く、家族の判断に任ずとした回答を含めると、非自己決定群が過半数であった。また、人工呼吸器 (*p* = 0.002)、人工栄養 (*p* = 0.013) では2群間で有意な差を認め、離島高齢者では「希望しない」が43.1%、33.5%と都市高齢者28.7%、26.5%より多い一方で、延命治療を「希望する」ものは都市高齢者が13.9%、14.1%と離島高齢者4.8%、5.9%より多い傾向であった (表3)。

事前指示については、リビング・ウィルの認知、リビング・ウィルおよび代理人指定の是非について質問を行った。リビング・ウィルの認知では、離島高齢者では「よく知っている」2.3%、「聞いたことはあるが、内容はよく知ら

ない」33.1%、「全く知らない」64.6%に対して、都市高齢者では10.8%、70.5%、18.7%（同）であり、認知度について両群で有意な差を認めた。また、国内の先行研究を参考⁶⁾にリビング・ウイルに関する質問として「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ませんか」との問いに「非常にそう思う」から「全くそう思わない」の4件法で回答を得た。その結果、離島高齢者76.7%、都市高齢者72.9%と7割以上にリビング・ウイルの支持がみられた。さらに、代理人指定について「自分で意思表示ができなくなった時のために、決定を行う代理人を指定しておくべきと思われませんか」との問いには、離島高齢者78.0%、都市高齢者62.2%に支持がみられ、離島高齢者に有意に高い賛同がみられた（表4）。さらに、終末期ケアの意向について、家族または医療従事者と話し合いをしたことがあるのは離島高齢者13.9%、都市高齢者16.5%であった。

考 察

本研究は、離島高齢者の終末期ケアの意向について明らかにすることを目的として、都市部高齢者と比較検討を行った。質問紙の回収率は離島高齢者76.2%に対して、都市高齢者では59.5%とやや低く、共に老人クラブ役員を通して配付回収を行ったものの都市部においては地域交流が離島部に比較して少ないことなどが、回収率の低さに影響しているものと推測された。また、対象者の基本属性は年齢および世帯構成において両群間で有意差を認めた項目があったが、年齢については共に70歳代であり、前期高齢者が多くを占めていたといえる。

終末期の療養場所については、対象とした離島高齢者の主観的健康状態は比較的良好と回答したものが多く、かかりつけ医も8割以上に

表4 事前支持の認知と是非

(単位 人、()内%)

	離島高齢者	都市高齢者	p 値
リビング・ウイルの認知	178(100.0)	305(100.0)	p<0.001**
よく知っている	4(2.3)	33(10.8)	
聞いたことはある	59(33.1)	215(70.5)	
全く知らない	115(64.6)	57(18.7)	
リビング・ウイルの支持	172(100.0)	313(100.0)	p=0.380
支持	46(26.7)	70(22.4)	
非常にそう思う	86(50.0)	158(50.5)	
非支持	29(16.9)	70(22.4)	p<0.001**
あまりそう思わない	11(6.4)	15(4.8)	
全くそう思わない			
代理人の支持	177(100.0)	296(100.0)	p<0.001**
支持	46(26.0)	42(14.2)	
非常にそう思う	92(52.0)	142(48.0)	
非支持	33(18.6)	86(29.1)	
あまりそう思わない	6(3.4)	26(8.8)	
全くそう思わない			

注 **p<0.01

あったこと、一方で宇久島などでは医療機関が限られ、本土への受診は容易ではないことなども、在宅を希望するものが顕著に多かった要因と考えられた。ちなみに平成16年度の五島市全体では69.2%が病院、自宅10.3%、老人ホーム・老人保健施設9.5%の死亡場所として報告されている⁸⁾。このように離島においても五島市・福江島のように病院がある地域では、都市部ほどではないが病院が死亡場所として多い反面、高齢者の意向に反して在宅死が少ないといった現状にあるといえる。また、終末期に在宅療養を継続することが困難な要因として、家族の負担、急変時の対応の不安、経済的な負担などが指摘されており³⁾⁹⁾、本研究の都市高齢者ではこれらの理由等により在宅を選ぶものが少なかったのかもしれない。つまり、これらの阻害要因が解決されるならば、やはり終末期は在宅で過ごしたいと考える高齢者は多いと考えられ、終末期における適切な医療・介護サービスの提供により家族の介護負担が減少し、さらに高齢者が安心して終末期を在宅で過ごせるように支援していくことが課題であるといえる。

療養型病床に勤務する医師を対象に終末期高齢者の医療に関して調査した報告では、「延命治療をする」とした回答は22.2%であったのに

対して、「家族にお話しして積極的な治療はしない」との意見が77.8%に認められた¹⁰⁾。終末期医療における治療の選択は患者の自己決定が望まれるが、医療者と患者・家族の合意を目指すコミュニケーションが重要であるといえる¹¹⁾。また、人工呼吸器、人工栄養では2群間で有意な差を認め、離島高齢者に「希望しない」とする回答が多くみられ、終末期は在宅で過ごしたいとする希望や、治療によっては本土の医療施設に入院しなければならない離島特有の状況などが関係していると推測された。人工栄養について高齢患者を対象に実態調査を行った報告では、経口摂取が困難となり人工栄養の適応について検討された95例のうち、人工栄養非選択症例は32例(34%)であったとされている¹²⁾。

事前指示については、代理人指定の離島高齢者における支持が高く、その理由として島嶼^{しよ}地域においては同居家族・同居外家族を問わず社会との結びつきが強いこと¹³⁾、また働き盛りの世代が職を求めて島を出て行き、一人暮らしの高齢者が多いことなどが考えられた。高齢者の終末期ケアに関する講演を聴講した中・高齢者を対象に行った調査では、事前の意思表示について「希望を書面に残し、そのとおりに治療をしてほしい」10.1%、「希望を示した書面を参考にして、治療方針について話し合っ欲しい」26.7%、「治療に対する希望を伝えておけば、書面に残す必要はない」15.2%、「そのときの状況に応じて治療方針を決めてくれればよい」37.3%と支持率がやや低い結果となっていた¹⁴⁾。このことは調査に先立って行われた講演において、事前の意思表示の現状と問題点について、必ずしも家族や医師がその意思に従うわけではないこと、希望は死期が迫るにつれ変化し得ることなどの説明があったためと思われる。このように、事前指示は患者の意思を尊重する点では重要であるが、適切な作成についてなど検討すべき点が指摘されている¹¹⁾。2007年5月に終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインにより²⁾、患者本人による決定を基本とすることが最も重要な原則であることが示され、患者の意思が確認できない場合も患者にとって

最善の治療方針を家族・医療チーム、さらに複数専門家による検討・助言により、個々のケースに対応していく必要があると考えられる。

本研究の限界として、対照地域としての都市部が同一県内における比較ではないこと、また、両地域における調査時期が異なることが挙げられ、患者や家族の意向に沿ったケアへ向けて、終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインの周知・遵守が図られるよう、さらに追加調査が必要と考えられる。

離島高齢者における終末期ケアの意向については、都市部高齢者と異なる傾向が認められ、終末期の療養場所の希望として離島高齢者では在宅を選ぶものが多い反面、ホスピス・緩和ケアについては十分に知られていないことが推測された。また、リビング・ウィルについての認知度は低かったが、事前指示については賛同が高かった。離島医療についてはITを活用した離島医療支援や離島・へき地支援センター、へき地医療学講座の設置など新たな取り組みがなされている¹⁵⁾。以上のことから、離島高齢者の終末期ケアについても緩和ケアに関する情報提供や、患者・家族との話し合いにより高齢者の意思を尊重した医療の提供が望まれる。

文 献

- 1) 三浦久幸, 大田壽城. 高齢者の終末期医療 - 倫理ジレンマを乗り越えるために -. 日本老年医学雑誌 2007; 44: 162-4.
- 2) 厚生労働省. 終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインについて. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html>. 2008.5.1.
- 3) 終末期医療に関する調査等検討会. 今後の終末期医療の在り方. 東京: 中央法規. 2005.
- 4) 日本離島センター. <http://www.nijinet.or.jp/>. 2008.5.1.
- 5) 全国老人クラブ連合会. <http://www4.ocn.ne.jp/~zenrou/>. 2008.6.10.
- 6) 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用可能性. 生命倫理 1997; 7(1): 31-40.
- 7) 松井美帆. 一般高齢者と入院患者における終末期ケアの以降に関する比較調査. 厚生指標 2006; 53(1): 22-6.
- 8) 前田隆浩, 中里未央, 瀬尾幸, 他. へき地における高齢者医療. 日本老年医学雑誌 2007; 44: 58-61.

- 9) 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也, 他. 一般集団における終末期在宅療養の実現可能性の認識とその関連要因. Palliative Care Research 2007; 2(1); 101-11.
- 10) 萬谷直樹, 小暮敏明, 伊藤克彦, 他. 終末期高齢者の医療に関する医師と看護師の意識調査. 日本老年医学雑誌 2003; 40: 504-8.
- 11) 清水哲郎. 終末期医療としての高齢者医療 - 患者・家族・医療者間の倫理をめぐって -. Geriatric Medicine 2006; 44(1): 51-6.
- 12) 宮岸隆司, 東琢哉, 赤石康弘, 他. 高齢者終末期における人工栄養に関する調査. 日本老年医学雑誌 2006; 44: 219-23.
- 13) 志水幸, 小関久恵, 亀山育海. 離島高齢者の社会とのかかわりの状況に関する研究. 北海道医療大学看護福祉学部紀要 2004; 11: 73-8.
- 14) 平川仁尚, 益田雄一郎, 葛谷雅文, 他. 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 2006; 38(3): 201-5.
- 15) 中里未央, 前田隆浩. 長崎県の離島医療対応体制 - 県と大学の新たな取り組み -. 総合臨床 2004; 53(11): 2815-18.