

過疎地域在住高齢者の意思決定に関連する要因 ——地域包括支援センター職員の経験をもとにした検討——

古田 加代子¹, 興水 めぐみ², 伊藤 裕子¹, 肥田 佳美³

Factors related to the decision-making of elderly individuals living in depopulated areas

—An examination based on the experience of staff at the regional comprehensive support center—

Kayoko Furuta¹, Megumi Koshimizu², Hiroko Ito¹, Yoshimi Hida³

要約 本研究は、過疎地域在住高齢者の意思決定に関連する要因について、半構造化面接から明らかにすることを目的とした。過疎地域で活動する 12 名の地域包括支援センター職員の協力を得て、得られたデータを質的手順に従い分析した。その結果、促進要因としては【過疎地域で暮らす自分の現状や将来を受け止めている】【子どもや家族と意思決定の話し合ができる良好な関係にある】など 9 のカテゴリーが抽出された。抑制要因としては【意思決定の必要性の認識が低い】【迷惑をかけたくないで自分より家族や周りの人の意向を優先する】など 9 のカテゴリーが抽出された。また促進要因と抑制要因は、本人の現状や将来についての認識、情報、経済、子どもや家族との関係、周囲からの支援、物理的環境に分類でき対になることが確認できた。過疎地域在住高齢者の意思決定を推進するために、専門職に期待される役割が大きいと考えられた。

キーワード：意思決定、過疎地域在住高齢者、促進要因、抑制要因、アドバンス・ケア・プランニング

1. はじめに

医療の高度化や介護保険施行後に療養場所の多様化が進んだことにより、日本においても高齢者が人生の最終段階において重要な意思決定を迫られる場面が増加してきている。そのため厚生労働省は 2007 年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドライン」を策定した(厚生労働省, 2007)。さらに 2015 年には「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」に改訂し、「人生会議」の呼称を用いて普及啓発を進めている(厚生労働省, 2015)。「人生会議」の趣旨は、高齢者が認知機能や身体機能が低下してコミュニケーションが取れなくなる前に自分の価値観や意向を明示することであり(厚生労働省, 2018a)、親族やケア提供者らと主体的かつ継続的に話し合うプロセスを重要視している。これはイギリスやカナダなどで推進されている「最期までその人らしい最善の生」を生きるためのアド

バンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning:以後 ACP とする)におけるアプローチを参考にしている(西川, 長江, 横江, 2020)。

日本における高齢者の意思決定は、終末期医療に関する意思決定に端を発しているが、諸外国の ACP の基盤となった Respecting Choice(西川他, 2020)においては、健康な段階にある人から予後 1 年程度が予測される人までを対象にしたアプローチが示されている。また ACP は「どう生きたいか」という生き方の問いそのものであるため、健康な人も含めて地域住民に早期から普及する必要性があると言われている(長江, 2018)。

全国の自治体のおよそ半数を占める過疎地域(総務省, 2022)は、高齢化が進み、医療や介護のための社会資源に限りがあるという課題を抱えている。保健医療福祉に携わる専門職や、医療施設や介護施設の不足だけでなく、親族の都市部への転出等でインフォーマルな資源についても十分でない高齢者も多い(杉井, 2017)。また過疎地域の高齢者は疾患の有無にかかわらず、日常生活の自立

¹愛知県立大学看護学部, ²滋賀医科大学医学部看護学科, ³椋山女学園大学看護学部

度が少し低下するだけで、都市部の高齢者に比較し、移動手段の確保、買い物、貯金の引き落とし等様々な面で不便を感じ、生活様式の変更を余儀なくされるようになる。例として、買い物の支援が断たれると、生活継続が困難になる場合もある。つまり自立度が高い時期から生活様式の変更を余儀なくされた場合には、自分の居住場所を含め、様々な意思決定が必要となってくる。

これらの意思決定は高齢者だけの問題ではなく、家族の問題でもある。加藤らは医療現場において突然の代理意思決定を求められた家族等が、意思決定に至るまでに苦悩した経験を報告している(加藤, 竹田, 2017)。過疎地域においては子ども世代が都市部に転出し、高齢者のみで暮らす世帯も多い。そのため、日頃から高齢者本人が自分の意思や意向を表明し、代理意思決定をする家族等と意識的に話し合いの機会を持つ重要性がますます高まっていると考えられる。

地域で暮らす高齢者の ACP に関する研究は、医療機関や福祉施設と比較し非常に限られている。都市部に住む高齢者の ACP 実施状況については、話し合いは約 6 割が実施しており、医療に関する内容が最も多かったが、意思決定の内容別に実施率に差が見られたという報告がある(稲垣, 高野, 野口, 山本, 2020)。しかし過疎地域に暮らす高齢者の ACP に関する研究は見当たらなかった。そのため、今後過疎地域で ACP を推進するためにも、過疎地域在住高齢者の意思決定に関連する要因について明らかにすることが重要となる。

II. 目 的

本研究は過疎地域在住高齢者の ACP を推進するための示唆を得るために、過疎地域に暮らす高齢者の意思決定に関連する要因を明らかにすることを目的とした。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究とした。

2. 研究対象者

過疎地域で高齢者の支援を 1 年以上行っている地域包括支援センター(以下、地域包括とする)職員を対象とした。地域包括には保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等を配置することとされている。本研究で取り扱う

意思決定は医療やケアに限らず幅広いこと、地域包括では多職種が協働して高齢者の包括的支援にあたっていることから職種は限定しないこととした。

3. データ収集方法

中部地方および近畿地方から各 1 県を選び、その県内の過疎地域にある地域包括管理者に対して、研究協力を依頼した。承諾が得られた管理者から職員に研究協力依頼書を配布していただき、同意の得られた職員を研究対象者とした。

研究参加者には面接前にフェースシートの記入依頼をし、インタビューガイドに基づいたおよそ 60 分間の半構造化面接によりデータを収集した。インタビューはこれまでに高齢者の意思を尊重しながら支援してきた事例の中で、印象的だった事例を想起していただき、①高齢者が意思決定していたまたは意思決定を支援した内容、②意思決定を促進する要因、③意思決定を抑制する要因について語っていただいた。面接内容は対象者の同意を得て、IC レコーダーに録音した。

4. 分析方法

録音したデータから逐語録を作成し、対象者ごとに文脈を読み取りながら、対象者の発言を用いて意思決定を促進する要因と抑制する要因を抽出した。データは一つの意味内容ごとにコード化し、意味内容の類似性からカテゴリー化して抽象度を高めた。分析結果の厳密性を確保するために 4 名の研究者で分析を行うとともに、複数の研究対象者にメンバーチェックを依頼した。

5. 倫理的配慮

対象者には研究の趣旨、参加および途中辞退の自由、データの匿名性の保持、データの厳重管理と研究目的外使用の禁止、協力しなくても不利益を被らないことなどを文書と口頭で説明し、文書で同意を得た。本研究は研究者の研究機関の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号: 4 愛県大学情第 57-1 号)。

6. 用語の操作的定義

本研究では主要な用語を次のように操作的に定義する。

1) 過疎地域: 総務省(2021)が「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法」(2021 年 4 月 1 日制定) 第 2 条, 第 3 条, 第 41 条, 第 42 条によって、人口要件, 財政力要件により指定した地域とする。総務省は過疎地域について

「人口の著しい減少に伴って地域社会における活力が低下し、生産機能及び生活環境の整備等が他の地域に比較して低位にある地域」と規定しており、市町村全体が指定された市町村と、一部地域が指定されている市町村がある。

2) 意思決定：高齢者自らの意思が反映された生活を送ることが可能となるように、生き方、日常生活、医療、ケア、身分等すべての自分らしい最善の生を生ききるために関係する内容について、高齢者自らが意思を持つこと。

IV. 結 果

1. 研究対象者の概要(表1)

対象者は12人で6箇所の地域包括に属していた。年代は40歳代が6人で最も多く、30歳代が4人、50歳代と60歳代が各1人であった。性別は女性9人、男性3人であった。総経年数の平均は19.3年、地域包括での経年数は平均5.8年、現在の地域包括での経年数は平均4.7年であった。地域包括における専門職としての種別は、保健師・看護師が8人と最も多く、社会福祉士が4名であり、2名は主任ケアマネージャーを兼ねていた。インタビュー時間は平均で53.8分(最短38分、最長86分)であった。

表1 対象者の概要

ID	年代	性別	総経年数	職種	地域包括 経年数	現職場 経年数
1	40	女性	12	看護師	2	2
2	30	男性	16	保健師・看護師	9	4
3	60	女性	40	保健師・看護師	3	3
4	40	男性	26	社会福祉士	16	16
5	30	女性	12	保健師・看護師	1	1
6	30	男性	10	保健師・看護師	3	3
7	40	女性	29	社会福祉士・主任ケアマネ	6	6
8	40	女性	20	社会福祉士	9	6
9	40	女性	14	保健師・看護師	4	4
10	30	女性	12	社会福祉士	5	5
11	40	女性	20	保健師・看護師	7	5
12	50	女性	20	保健師・看護師、社会福祉士、主任ケアマネ	4.5	1.8
平均			19.3		5.8	4.7

*「ケアマネ」は「ケアマネージャー」の略称である。

2. 過疎地域在住高齢者の意思決定を促進する要因と抑制する要因(表2・3)

過疎地域在住高齢者の意思決定を促進する要因と抑制する要因に分け、以下主な内容を、カテゴリは【 】、サブカテゴリは< >、データは「 」で示す。

1) 意思決定を促進する要因

53のコード、26のサブカテゴリを経て9のカテゴリが抽出された。

(1) 【意思決定と意思表出できる状態にある】

地域包括職員は高齢者が先祖代々の畑を作り続けることや友人との交流など<生きる目的を持っている>ことや、<自分の現状から前向きに対処を考えられる>ことを挙げていた。また「介護が必要になれば、(娘さんと)お互いに意見を言い合えるのかなっていうことはあって、遠慮する方ではなかったの・・・」<認知症がなく意思表出できる状態にある>ことや<情報収集力がある><エンディングノートの存在を知っている>ことを要因として語った。

(2) 【過疎地域で暮らす自分の現状や将来を受け止めている】

地域包括職員は「ここで住むと決めたなら、ちゃんとサービス使わないと生活できないので、それも嫌だけどただ住むといわれてもできないよって現実を分かっている」など<過疎地域で住み続けるための現実を知っている>ことを述べていた。加えて<家族や子どもの状況からいざという時に支援を受けることが難しいことを理解している>など、高齢者が現実を理解する必要性を挙げていた。

(3) 【過疎地域で暮らし続けることに不安がつる】

他の高齢者との比較や子ども、親戚からの度重なる説得等により<自立度が低下している現状を突きつけられる>ことや、過疎地域で生命線となる<車の運転に対する限界を感じ不安がある>ことが要因になると語られた。

(4) 【意思決定をするために必要な体験・経験がある】

<過去に医療を受けた経験がある><転居先が知った土地である>など、過去の経験が意思決定に影響することが語られた。また高齢者が自分の将来を見据えディサービスの見学をするなど<施設や介護サービスの見学や利用体験がある>ことや、「娘さんの旦那さんとうまくやれるっていうことは大きいのかな。行って気兼ねなく過ごせる(ことを体験できた)ところ」と<子ども宅での同居を試すことができた>経験を挙げていた。

(5) 【意思決定するための情報が得やすい】

近所づきあいが濃く、近所の人から情報が入りやすいなど<親密な近所付き合いから高齢者に関する様々な情報を得やすい>ことが語られた。加えて<相談先の地域包括支援センターが相談しやすい所にある><専門職からのわかりやすい情報提供がある><医師や専門職とのつながりがある>など専門職からのサポートが要因になると語られた。

(6) 【自分の思いを実現するための金銭的余裕がある】

地域包括職員は「サービス付き高齢者住宅を選ぶのか、

表2 過疎地域在住高齢者の意思決定を促進する要因

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
意思決定と意思表出できる状態にある	生きる目的を持っている	生きる目的を持っている
	自分の現状から前向きに対処を考えられる	生きがいがある
	認知症がなく、意思表出できる状態にある	自分の現状から前向きに対処を考えられる
	情報収集力がある	認知症がない
	エンディングノートの存在を知っている	自分の意見をきちんと周囲に伝えられる
過疎地域で暮らす自分の現状や将来を受け止めている	過疎地域で住み続けるための現実を知っている	情報収集力がある
	家族や子どもの状況からいざという時に支援を受けることが難しいことを理解している	エンディングノートの存在を知っている
	健康状態が悪化している	自分の現状をきちんと捉えられる
過疎地域で暮らし続けることに不安がつのる	自立度が低下している現状を突き付けられる	過疎地域で住み続けるためには介護サービスを活用しないといけない現実を知っている
	車の運転に対する限界を感じ不安がある	遠方の子どもがいざという時にすぐ駆け付けられないことを受け止めている
		家族の状況をとらえ、家族による介護が難しいことを理解している
		筋力低下を自覚している
意思決定をするために必要な体験・経験がある	過去に医療を受けた経験がある	旅行の不安定さを自覚している
	転居先が知った土地である	1人で暮らすことが難しいことを説得される
	施設や介護サービスの見学や利用体験がある	周り的高齢者との比較から、身体機能の低下に気付く
		本人が引き起こした車の事故による不安・焦燥感がある
	子ども宅での同居を試すことができた	車の運転に限界を感じる気持ちがある
意思決定するための情報が得やすい	親密な近所付き合いから高齢者に関する様々な情報を得やすい	過去の受診経験がある
	相談先の地域包括支援センターが相談しやすい所にある	入院治療による体調改善の経験がある
	専門職からのわかりやすい情報提供がある	転居先が知った土地である
	医師や専門職とのつながりがある	転居先施設の見学を行った
		デイサービスの見学を行った
		デイサービスの体験がある
自分の思いを実現するための金銭的余裕	自分の思いを実現するための金銭的余裕がある	子ども宅での同居をならして試すことができた
子どもや家族と意思決定の話し合いができる良好な関係にある	子どもや家族との関係が良好である	子ども宅で気兼ねなく過ごせることを確認できた
	子どもと定期的に連絡を取り合っている	転居予定先の近所の人と関係が作れた
	時期をみて家族と意思決定に関する話し合いができる関係にある	受け入れ先の子どもに部屋が準備されていた
専門職や知人からの意思決定に関する問いかけがある	専門職から今後の生活に対してタイミングを計った問いかけがある	近所の人から情報が入りやすい
	昔なじみの地域の人からの話がある	地区の集まりで情報を得ることができる
		近所の人と情報共有の機会がある
		近所付き合い合いが濃い
身近に自分の希望を実現できる医療・介護施設がある	入所先が身近に感じられる	地域のひととの関係が良好である
	入所希望先が居住地に近い	相談先の地域包括支援センターが相談しやすい所にある
		専門職からのわかりやすい情報提供がある
		支援機関や支援者とのつながりがある
		専門職から本人と医師とのコミュニケーションのサポートがある
	在宅医療に携わる医師がいる	施設入所に関する金銭的な余裕がある

普通のアパートを選ぶのかにしても、金銭的には全然問題がなかった」と、＜自分の思いを実現するための金銭的余裕がある＞ことが要因であると語った。

(7) 【子どもや家族と意思決定の話し合いができる良好な関係にある】

子どもが会いに来たり、電話で連絡を取り合ったりと＜子どもや家族との関係が良好である＞ことや子どもと定期的に連絡を取り合っている＞ことが挙げられた。加えて「(いざという時に)どうするか決めておくっていうよりは、そういう事態になった時に、きちんと家族

で話し合おうということを決めておくといいと思う」というように＜時期を見て家族と意思決定に関する話し合いができる関係にある＞ことが大事であると述べられた。

(8) 【専門職や知人からの意思決定に関する問いかけがある】

地域包括職員は「本人さんが自分自身に向き合っている感じがする、入院して(家に)帰ってきた時に、(意思を確認するタイミングにしている)」と＜専門職から今後の生活に対してタイミングを計った問いかけがある＞ことを挙げていた。また幼なじみや近所の人など＜昔なじみの

表3 過疎地域在住高齢者の意思決定を抑制する要因

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
意思決定の必要性の認識が低い	意思決定するための能力が低下している	認知力が低下している 意識障害がある
	自立した生活が送れる健康状態である	健康状態が良い (介護認定は)非該当である
	自分の健康状態について正しく認識できていない	健康状態に関して過剰な自信を持っている 病気を受容していない
共助、公助を利用することに対して抵抗がある	共助、公助を利用することに対して抵抗がある	介護サービス利用への抵抗感がある 家庭内で介護を抱え込み、公的機関とつながることに抵抗がある 福祉に対しての地域に負のイメージがある 近所の支援が手厚いため本人が公的サービス利用の決断の時期を遅らせる
	迷惑をかけたくないので自分より家族や周りの人の意向を優先する	家族には迷惑をかけたくないので、自分の将来について話をしたがらない 子どもや家族との価値観の違いを察して、意思を表出しにくい 金銭的に豊かでないので家族や周りの人の意向を考えてしまう 家族が介護サービスを拒否するため、本人が介護サービス利用を決められない
将来の姿に向き合うことを避けたい 思いがある	介護が必要な状態に向き合いたくないという思いがある	家族の意向が本人の意思より前面に出て優先される 家族の介護困難感が強く、希望が強く表出される 要介護状態に向き合えない気持ちがある 子どもの所に転居した場合の生活について考えたくないと思う 介護が必要な状態のことを前もって考えたくないという思いがある 自分は自宅でまだ暮らせると頑なに言い続ける 支援を受けなくてもまだいけると言い続ける 介護サービスの話に聞く耳を持たない
	死に関する話を避けたい気持ちがある	死に関する話を避けたい気持ちがある 終末期の経過についてイメージがつかない 介護サービスなどに関して入ってくる情報が少ない 井戸端会議から取ってくる情報中心で情報がアップされにくい 近所からの経験的な情報が入りやすく決断を鈍らせる
自分の将来を考えるための情報が不足している	介護サービスなどについて部分的な情報しか収集できていない	身寄りがなく相談のつてもらえる人がいない 身寄りがなく相談のつてもらえる人がいない
	経済的な問題から将来が考えられない	経済的な問題から将来が考えられない 経済的な困窮があり、将来が考えられない 家のローンから新しい生活を考えにくい 意思決定について具体的に考える機会がない
家族や子どもと将来について話し合う機会を逸している	家族や子どもたちと将来に関する具体的な話をする機会が持ていない	家族と自立度が低下した場合を想定して、具体的な介護に関する話ができない 子どもたちが遠方で話し合いができない 子どもと疎遠になっている 子どもに障害があり親の将来について判断できない
	離れて暮らす子どもたちが親の状態を把握しておらず、話し合いの子どもは親に将来のことを尋ねにくいと考えている	離れて暮らす子どもたちが親の状態を把握しておらず、話し合いの必要性を感じていない 子どもは親に将来のことを聞きにくいと考えている
	子ども同士の意思が固まっていない	子ども同士の意思が統一されていない 子ども同士の意思決定に時間がかかる
意思決定するための支援が不足している	意思決定するための専門的支援が限られる	医療機関のインフォームドコンセントの不十分さ 住民が遠慮し医師に相談・質問がしづらい 法律関係の相談ができる機会が限られる 意思決定をサポートするマンパワーが少ない
希望が実現しにくい環境にある	移動の決断をするために必要な保証人がいない	移動の決断をするために必要な保証人がいない
	利用できる介護施設が限られサービス供給量が少ないため、本人の交通の便が悪く実現したいことが阻害されてしまう環境である	利用できる介護施設が限られサービス供給量が少ないため、本人の希望が通りにくい 交通の便が悪く実現したいことが阻害されてしまう環境である

地域の人からの話がある>ことも要因であると語られた。

(9) 【身近に自分の希望を実現できる医療・介護施設がある】

顔見知りが入所していることや、ケアしてくれる人が顔見知りであるなど<入居先が身近に感じられる>ことや<入所希望先が居住地に近い>ことが、促進要因として語られた。また「診療所の往診があつて、在宅看取りを熱心に考えていらっしゃる診療所の先生なんです」と<在宅医療に携わる医師がいる>ことも挙げられた。

2) 意思決定を抑制する要因

46のコード、19のサブカテゴリーを経て9のカテゴリーが抽出された。

(1) 【意思決定の必要性の認識が低い】

認知力の低下や意識障害など<意思決定するための能

力が低下している>ことや健康状態が良く、介護認定非該当など<自立した生活が送れる健康状態である>ことが、自分の将来と向き合えない状態にしていると語られた。また健康状態に関しての過剰な自信や病気を受容していないなど<自分の健康状態について正しく認識できていない>ことも意思決定を抑制すると述べられた。

(2) 【共助、公助を利用することに対して抵抗がある】

地域包括職員は「医療はそうでもないんですけど、福祉は後退的なものっていうか、あんまり嬉しくないものって、恥ずかしいものまでいく人もいるんで・・・」と<共助、公助を利用することに対して抵抗がある>地域住民の特性を挙げた。

(3) 【迷惑をかけたくないので自分より家族や周りの人の意向を優先する】

地域包括職員は「子どもには心配かけたくないので、自分のそういう不安はあまり話されたいだろうし・・・」と＜家族や周りの人に迷惑をかけたくないので、自分の意思を表出しない＞高齢者の姿について語った。一方、＜本人よりも家族の意向が強くと表出されている＞ことも一因であると述べられた。

(4) 【将来の姿に向き合うことを避けたい思いがある】

地域包括職員は、高齢者が自分は自宅でまだ暮らせると頑なに言い続ける姿や「やはりどうしても一人でいられなくなる時が来るんですけど、(中略)本人もそんなことは考えたくないというのが大きいので・・・」と＜介護が必要な状態に向き合いたくないという思いがある＞ことを挙げていた。また「下手したら亡くなるなんて想像、なかなかご本人も向き合いたくないところなので、ちょっと難しいなと感じます」と、高齢者に＜死に関する話を避けたい気持ちがある＞ことを語られた。

(5) 【自分の将来を考えるための情報が不足している】

過疎地域の高齢者について「意思決定する材料がない」と意思決定できなくて、(中略)彼らはそれをどこでとるかというところと井戸端会議で取ってくるので、それがアップデートされないんですよ」と＜介護サービスなどについて部分的な情報しか収集できていない＞ことを語った。また＜身寄りがなく相談にのってもらえる人がいない＞ことも情報不足に繋がっていると述べていた。

(6) 【経済的な問題から将来が考えられない】

高齢者の中には「借金の関係で生活環境が変わるといところで、(中略)すごく恐怖とまでは言わないんですけど、不安を抱えておられて」と＜経済的な問題から将来が考えられない＞者がいることが語られた。

(7) 【家族や子どもと将来について話し合う機会を逸している】

子ども達が遠方で話し合いができないことや子どもと疎遠になっているなど＜家族や子どもたちと将来に関する具体的な話をする機会が持てていない＞ことが挙げられた。一方、子ども側の要因として「離れていて必要な物送るとか、持ってくるとか、元気かって言うことの交流まではしている人もいるんですけど、状態をよく把握できていない方も多い」と＜離れて暮らす子どもたちが親の状態を把握しておらず、話し合いの必要性を感じていない＞＜子どもは親に将来のことを尋ねにくいと考えている＞ことが挙げられた。また＜子ども同士の意味が固まっていない＞ことで、親の意思確認ができないと語る者もいた。

(8) 【意思決定するための支援が不足している】

過疎地域の高齢者に関して「相談しようにも、例えば法律に関することは近くにもないところで、本人が出向くということはなかなかできない」と＜意思決定するための専門的支援が限られる＞ことが挙げられた。また＜移動の決断をするために必要な保証人がいない＞と親族などからのサポートが影響すると語る者もいた。

(9) 【希望が実現しにくい環境にある】

過疎地域はディサービスなどの＜利用できる介護施設が限られサービス提供量が少ないため、本人の希望が通りにくい＞ことや、「交通の便が悪い。(中略)車に乗れないともうどこにも行けないって、自分はそうしたいけどそうはいかないって」というように＜交通の便が悪く実現したいことが阻害されてしまう環境である＞ことが述べられた。

3. 過疎地域在住高齢者の意思決定を促進する要因と抑制する要因の対比(表 4)

過疎地域在住高齢者の意思決定を促進する要因と抑制する要因を対比させると、①本人の現状や将来についての認識、②情報、③経済、④子どもや家族との関係、⑤周囲からの支援、⑥物理的環境にすべて対の形で大きく分類できた。

表 4 過疎地域在住高齢者の意思決定の促進要因と抑制要因との対比

分類	促進要因	抑制要因
本人の現状や将来についての認識	<ul style="list-style-type: none"> ・意思決定と意思表出できる状態にある ・過疎地域で暮らす自分の現状や将来を受け止めている ・過疎地域で暮らし続けることに不安がつのる ・意思決定をするために必要な体験・経験がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・意思決定の必要性の認識が低い ・共助、公助を利用することに対して抵抗がある ・迷惑をかけたくないので自分より家族や周りの人の意向を優先する ・将来の姿に向き合うことを避けたい思いがある
情報	<ul style="list-style-type: none"> ・意思決定するための情報が得やすい 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の将来を考えるための情報が不足している
経済	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の思いを実現するための金銭的余裕がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・経済的な問題から将来が考えられない
子どもや家族との関係	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもや家族と意思決定の話し合いができる良好な関係にある 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族や子どもと将来について話し合う機会を逸している
周囲からの支援	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職や知人からの意思決定に関する問い合わせがある 	<ul style="list-style-type: none"> ・意思決定するための支援が不足している
物理的環境	<ul style="list-style-type: none"> ・身近に自分の希望を実現できる医療・介護施設がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・希望が実現しにくい環境にある

V. 考 察

過疎地域在住高齢者の意思決定の促進要因と抑制要因は、対になり大きく 6 つに分類されることが明らかになった。そこで本人の現状や将来についての認識、経済、子どもや家族との関係といった本人の生き方や考え方などに依拠すると考えられる要因と、情報、周囲からの支援、

物理的環境といった周囲の環境により影響を受けていると考えられる要因の2つの視点から、結果を考察する。

1. 本人の生き方や考え方に依拠すると考えられる要因

高齢者の意思決定には本人の現状や将来についての認識が大きく関係していることが明らかになった。本人が意思決定と意思表出できる状態にあり、過疎地域で暮らし続ける現状や将来について受け止め、介護サービスを体験するなどの行動を起こしている場合には意思決定の促進要因になっていた。一方、意思決定の必要性の認識が低く、自分の将来の姿と向き合うことを避け、共助、公助の利用に抵抗がある場合には抑制要因になっていた。

意思決定は多要因が絡んで、プロセスが流動的で、様々な人が関与するものであり、人間の営みの中でもっとも複雑なもの(阿部, 2021)と言われている。高齢者が意思決定するためには、意思決定しようとするものの全体像を捉え、自分にとっての意味や価値と負担、家族にとっての良否、決定の過程、決定の仕方など様々なことを検討材料にして、その時に最良の決断を下すことになる。そして意思決定は複雑であるがゆえに、能動的な行為を繰り返すことで、自律的な選択になると考えられる。従って今回の結果に示されたように高齢者が過疎地域で暮らしている現状や将来と対峙し、意思決定と意思表出できる心身の状態と判断材料としての体験や経験を持ち合わせていることは、促進要因となると考えられる。反対に意思決定の必要性の認識が低く、自分の将来の姿と向き合うことを避けている場合には、意思決定が必要な内容の構造や全体像をつかむことができず、自ら考えるという行為に至らないと推測できる。先行研究においては ACP の実施状況には、介護経験有りと何らかの形で自分の思いを書き残す「記録」の実施が有意に関連していたことが明らかになっている(稲垣, 高野, 野口, 山本, 2020)。人間の誰もがたどる老化やそれに関連する介護などの状況を「我が事」としてとらえられるか、そのことを自ら考えようとするかが意思決定を促進したり、抑制したりする分岐点になると推測される。また抑制要因として挙げられた共助、公助の利用に対する抵抗に関しては、自助や互助の意識が非常に高く、福祉制度の利用を恥ととらえる認識が存在するという過疎地域の特徴が表れていると考えられる。このことは意思決定を抑制するだけでなく、健康的な生活が阻害され、セルフネグレクトの危険性も孕んでいる。この意味でも専門職の支援により適切な意思決定につながることを期待される。

経済状態に関しては金銭的余裕があることが促進要因

に、金銭的な問題を抱えていることが抑制要因として関連していた。介護保険導入から20年余りが経過し、制度の定着とともに介護サービスを受けることが権利であるという意識が浸透してきた(湯沢, 宮本, 2010)。そして自立度が低下して誰かの手助けが必要になった時に介護サービスを活用したいと考えている者はおよそ7割にのぼる(内閣府, 2010)。また介護サービスや、多様な住宅サービスを受ける際にも自己負担が必要であることは、今や国民にとって周知の事実となっている。国民の介護に関する不安の中で、介護が必要になった場合に困る点として「介護に要する経済的負担が大きいこと」を5割強があげていた(内閣府, 2010)という結果がある。過疎地域の高齢者も同様の考えを持っていることは容易に想像できる。

子どもや家族との関係性においては、意思決定の話し合いができる良好な関係にある場合は促進要因になり、話し合う機会を逸している場合は抑制要因になるという結果が得られた。ACPは患者が自分に行われる医療行為に関して事前に意思表示をする事前指示書を発展させて、高齢者が家族や保健医療福祉関係者らと継続的に話し合い、自分の意向や希望を表すことを目的にしている(阿部, 2021)。つまり高齢者が自身の考えだけで書いた事前指示書が必ずしも最良の回答ではなく、話し合いによって、自分にとって最良の解を導いていくプロセスが重要という考え方がACPの根幹にある。このために介護の主体を担い、高齢者が代理決定者に選ぶ可能性が高い子どもや家族との話し合いは不可欠(厚生労働省, 2018b)なものとなる。高齢者の自立度が低下した状況や死に関することなどは話題にあげにくい内容ではあるが、子どもと定期的な連絡を取り合い、話し合いのタイミングを具体的に決める等の準備ができる関係性は、意思決定のために最も重要な促進要因になると考えられる。一方過疎地域では子ども世代が都市部に転出している場合も多い。親世代は自分達とは別の生活を築いている子ども等に迷惑をかけたくないという思いから、子ども世代は離れているがゆえに親の状況を正しく把握していないという現状から、話し合う機会を逸して抑制要因となっている状況が明らかになった。高齢者と子供や家族との関係性は、単に仲の良し悪しやコミュニケーションの量ではなく、一步踏み込んだ意思決定の話し合いができる関係性があるかが重要になると言える。

2. 周囲の環境により影響を受けていると考えられる要因

高齢者に限らず意思決定には情報が重要な役割を果た

す。本研究でも情報が得やすいことが促進要因になり、情報不足が抑制要因になることが明らかになった。情報源のひとつは互助をもとにした親密な近所付き合いから得られており、様々な情報が得られる反面、経験的で部分的な情報になりがちであるとの指摘もあった。介護などに関する意思決定は、正確で網羅的な情報がベースになり、話し合いによって進展すると考えられるが、インターネットなどが発達した現代でも過疎地域の高齢者の情報源は、限定的である現状を示していると考えられる。地域包括支援センターをはじめ、専門職からの情報提供が促進要因として鍵を握っていることも示され、情報を発信することに期待が寄せられていると考えられる。

周囲からの支援については、専門職や知人からの意思決定に関する問いかけが促進要因に、意思決定するための支援の不足が抑制要因になることが示された。高齢者は介護が必要な自分の状態や死に向き合うことを避けると言われている。また一方で専門職は話し合いのきっかけやタイミングを計ることを課題としている(鶴若, 大桃, 門田, 2016)。しかし ACP の根幹となる「話し合い」は、高齢者の先の見えない不安に対して、「半歩先の予測」をもたらし、不安を軽減させ主体性を導く効果があると言われている(西川他, 2020)。このために専門職や周囲の人々の果たす役割は大きく、特に専門職は豊富な経験に基づき、予測のための情報を提供することが可能で、過疎地域における ACP 推進に重要な役割を果たすと考えられる。

物理的環境については、身近に自分の希望を実現できる医療・介護施設がある場合には促進要因に、交通の便の悪さや介護サービス提供量が本人の希望に合致しない場合には抑制要因になることが示された。過疎地域は、医療サービスに加え、人口密度が希薄で運営の効率の悪さから介護サービス事業所が少ないことが特徴と言われている(畑野, 2021)。当然のことながら選択肢の少なさは、意思決定を迷わせることになると推測される。しかし数少ない入所先が身近に感じられるなど高齢者のニーズに叶えば、他の選択肢の必要がないほど決定をスムーズにすると考えられる。

3. 研究の限界と課題

本研究は過疎地域で活動する地域包括職員の客観的な視点からこれまで明らかにならなかった過疎地域在住高齢者の意思決定を推進する要因、抑制する要因を抽出できたことに意義がある。しかし当事者である高齢者の意思決定の受け止め方との差異がある可能性があり、その点が限

界となる。今後は高齢者の視点から過疎地域における意思決定推進のための課題を探るとともに、過疎地域の特徴を生かした ACP 推進プログラムの開発が課題となる。

謝 辞

本研究に快くご協力をいただきました地域包括支援センター職員の皆様に深謝申し上げます。本研究は科学研究費助成事業の助成(基盤研究 C 課題番号 21K11003)を受けて実施した研究の一部であり、本論文に関して開示すべき利益相反状態はない。

文 献

- 阿部泰之. (2021). *正解を目指さない意思決定支援 人生最終段階の話し合い*(pp. 45-88). 東京: 南江堂.
- 畑野秀樹. (2021). 農村(中山間地域)における在宅医療. *月間地域医学*, 35(4), 353-356.
- 稲垣安沙, 高野純子, 野口麻衣子, 山本則子. (2020). 地域在住高齢者のアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の実施状況と関連要因: 横断研究. *日本看護科学学会誌*, 40, 56-64.
- 加藤真紀, 竹田恵子. (2017). 高齢者の終末期にかかる家族の意思決定に関する文献レビュー. *日本看護研究学会誌*, 40(4), 685-694.
- 厚生労働省. (2007). 人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドライン.
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079906.pdf>
- 厚生労働省. (2015). 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>
- 厚生労働省. (2018a). 人生の最終段階における医療・ケアのプロセスに関するガイドライン.
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
- 厚生労働省. (2018b). 人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の 在り方に関する報告書.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200748.pdf>
- 長江弘子(編). (2018). *看護実践に生かすエンド・オブ・ライフケア*(pp. 95). 東京: 日本看護協会出版会.

内閣府, 大臣官房政府広報室. (2010). 介護保険制度に関する世論調査.

<https://survey.gov-online.go.jp/h22/h22-kaigohoken/index.html>

西川満則, 長江弘子, 横江由理子(編). (2020). *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* (pp2-7). 東京: 南山堂.

総務省. (2021). 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法.

https://www.soumu.go.jp/main_content/000744745.pdf

総務省. (2022). 過疎対策.

https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/c-gyousei/2001/kaso/kasomain0.htm

杉井たつ子. (2017). 過疎地域における高齢者の転出に関する分析-転出した高齢者の実態把握と要因の分析-. *日本建築学会計画系論文集*, 82(731), 163-16.

鶴若麻里, 大桃美穂, 角田ますみ. (2016). アドバンス・ケア・プランニングのプロセスと具体的支援-訪問看護師が療養者へ意向確認するタイミングの分析を通して-. *生命倫理*, 26(1), 90-99.

湯沢雅彦, 宮本みち子. (2010). *新版 データで読む家族問題* (pp. 182-189). 東京: 日本放送出版協会.