

2025 年度博士論文

地域在住高齢者における Advance Care Planning のプロセスモデルの構築と
活用可能性の検討

桜美林大学大学院 国際学術研究科 国際学術専攻
老年学学位プログラム

郷原 志保

目次

第1章 序論	1
I. 研究の背景.....	1
II. 本研究の目的と意義.....	6
III. 本論文の構成.....	6
IV. 用語の定義.....	7
第2章. 地域在住高齢者における Advance Care Planning のプロセスの解明	8
I. 研究の背景	8
II. 目的	9
III. 方法	9
IV. 結果	11
V. 考察	26
VI. 本研究の限界と今後の課題.....	36
第3章. ACP のプロセスモデルの構築と活用可能性の検討	37
I. 先行研究との比較	37
II. 目的	39
III. 方法	39

IV. 結果	41
V. 考察	54
VI. 本研究の限界と今後の課題.....	58
第4章. 総合考察.....	61
I. 本研究の特徴.....	61
II. 本研究の主要な知見.....	61
III. 本研究の限界と今後の課題.....	62
IV. モデルの活用可能性について	63
謝辞.....	66
引用文献	67
資料：インタビューガイド	76

第1章 序論

I. 研究の背景

1. 高齢者を取り巻くエンドオブライフ・ケアの現状

わが国は超高齢社会を迎え、人生の最終段階をどこで療養し、どのような医療やケアを受けたいか、また、意思決定能力が低下した際、その決定を誰に委ねるのかといった意思決定は、生命の尊厳において非常に重要な課題となっている。しかし、高齢者は基礎疾患に加え老化が重なり、予後予測が困難である場合が多い。また、脳血管疾患や認知症などによって意識レベルや判断能力の低下が起こる可能性が高い。そのため、医療者の介入が必要となる段階では本人による意思表示が難しく、本人の希望を反映した医療・ケアの実現が困難な現状がある¹⁾²⁾。このような背景から、人生の最終段階における医療やケアの選択の意思表示においては、近い将来に訪れるであろう自身の人生の終末についての理解を深めるとともに、「その時が来たら」ではなく、元気な「今のうち」から始める準備性を培っていくことが求められている。

1990年代後半以降、本人の意思を尊重し、日常生活を最期まで支援するエンドオブライフ・ケアの概念が医療・看護分野で注目されている。エンドオブライフ・ケアとは、死を意識する段階から始まる包括的支援のあり方として、「診断名、健康状態、年齢にかかわらず、差し迫った死あるいはいつかは来る死について考える人が、生が終わる時まで最善の生を生きることが出来るように支援すること」と定義されている³⁾。また、Kueblerは「緩和ケアとホスピスケアの両方の観点を含み、患者と家族の多次元的な観点から支持するヘルスケアの領域であり、死ぬ瞬間までのQuality of Life(以下、QOLとする)を保証するもの」と述べている⁴⁾。医療措置やそれに付随するケアを包含しつつ、多様な生き方や価値観を持つ人々の生き方を支援するために、地域、高齢者介護施設、病院が多層的かつ継続的にエンドオブライフ・ケアを展開していくことが求められている。

英国では、2008年にNational Health Service エンドオブライフ・ケア戦略により、Gold Standards Framework という実践枠組みを公的に導入し、死に対する社会の意識改革や、患者の事前の意思決定支援、医療介護従事者の人材育成、終末期連携パスの導入などが行われた。また、米国では2013年に全米緩和ケア国家プロジェクトとして、終末期患者への全人的ケアの提供、患者を中心とした意思決定支援、ケアの継続性を重視した多職種連携の普及の推進と必要性が示された。一方、日本においては、2012年に在宅医療連携拠点事業として、病院中心の医療から地域中心の医療への重点化とプライマリケアの充実へシフトする生活中心の医療システムが推進され、国民の生や死に対する価値観の意識化とパラダイムシフトの必要性が示された。地域包括ケアシステムの土台は、本人の選択と本人・家族の心構えであり、やがて来る死を意識して、大切な人とともにどこで暮らし、どのような暮らし方を望むのかを考えるプロセスは、まさにエンドオブライフ・ケアを具現化したものと言える。また、厚生労働省や日本老年医学会では、医療的有用性よりも本人の意思を尊重し、家族との合意形成のプロセスを重要とする人生の最終段階における意思決定プロセスのガイ

ドラインを提示している^{5,6)}。しかし実際には、自身のエンドオブライフの過ごし方の希望について、68.6%の人は「話し合ったことがない」と回答している⁷⁾。死を日常的に意識しない段階で、自らの最期を想像し、希望を明確にすることは容易ではない。少し先の将来を見据えて元気なうちから自分の人生を振り返り、これからをどのように生きたいと望むのかを考え、あらかじめ意思表示しておくことが、本人の意思を尊重したQOLの高い最期を迎えるために重要なことである。こうした背景のもと、事前の意思表示である Advance Directive（以下、AD とする）や、本人・家族・医療・ケア従事者が対話を通じて意思を共有する Advance Care Planning（以下、ACP とする）への期待が高まっている。しかし AD を実践していく上では、医学的知識を持たない一般の人々が適切な文書を自力で作成することは難しく、また、AD に記載された希望が、どのような経緯で作成されたものかわからない状態で、informed な本人の意思と認めることへの難しさが指摘されている^{8,9)}。さらに、AD は本人が書き残しておきたいという思いよりも、周囲の者が書き残してほしいと希望する傾向が強いことが課題となっている¹⁰⁾。AD を法制度の中に位置づけた米国であっても、AD 作成率は低く推移しており、医療実践上の問題やADに対する患者との相違などの問題が散見されるようになった^{8,11)}。このような社会的な流れの中で、単に医療やケアの希望などの文書作成を重視するADよりも継続的な話し合いのプロセスを重要視するACPが支持されるようになった。

2. 諸外国におけるACPの取り組みと日本の課題

ネガティブに捉えがちな「病気」や「老い」、やがて訪れる「死」についての話題を前向きにとらえ、単に人生の最終段階の医療の選択に留まらず、最期まで生き活きとその人らしく生活をしていくために必要な話し合いのプロセスを重視する取り組みとしてACPが注目されている。ACPとは、人生の最終段階において、本人の意思が尊重され、本人が希望する「生を全う」できるよう、年齢を問わず健康な時から人生の最終段階における医療やケアについて考える機会を持ち、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合うプロセスを指し^{3,12,13)}、欧米を中心にその取り組みは普及している。2018年には、欧州緩和ケア協会(EAPC)が実施した国際調査で、ACPを“Advance care planning enables individuals to define goals and preferences for future medical treatment and care, to discuss these goals and preferences with family and healthcare providers, and to record and review these preferences if appropriate.”(アドバンス・ケア・プランニング(ACP)により、個人は将来の医療やケアの目標や選好を定義し、これらの目標や選好について家族や医療従事者と話し合い、必要に応じてこれらの選好を記録して見直すことができる)と定義した。

諸外国における先行研究では、あらかじめ話し合っておくことで、本人や遺族の不安やストレスを軽減し、ACPの介入をした群は、しなかった群と比較して医療への満足度が有意に高かったことが報告されている^{14,15)}。また、ACPは質の高いエンドオブライフ・ケアに必須であるとされ、実施することによって自己コントロール感が高まるとされている¹⁶⁾。

ACP は一時点の意思決定を指すのではなく、対象者の準備段階、時間的経過とともに変化するものとして捉え、対象者の状況に合わせて再検討していくことの重要性が示されている¹⁷⁾。このように諸外国においても ACP の普及は重要視されており、国際的な ACP 学会である ACP-international では、一般市民の意識をどのように ACP に結び付けるか議論される中で、コミュニティ・エンゲージメントを意識した戦略が提起された¹⁸⁾。

一方、ACP は日本においても 2014 年から国立長寿医療研究センターを中心に「患者の意向を尊重した意思決定のための研究会」が行われ、厚生労働省も 2018 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関するガイドライン」を改訂した。本人の意思を基本とした意思決定支援のあり方について、本人や身近な人のもしもの時に備えて、日頃から家族等の信頼できる者と繰り返し話し合いを行い、その内容を共有していくことの重要性を示した。

日本における ACP の定義について厚生労働省は「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」としており⁶⁾、日本老年医学会では「将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスである」としている⁵⁾。また、日本医師会では「将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者を主体に、その家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者の意思決定を支援するプロセスのこと」としている¹⁹⁾。さらに Miyashita らのデルファイ法による研究では、「必要に応じて信頼関係のある医療・ケアチーム等の支援を受けながら、本人が現在の健康状態や今後の生き方、さらには今後受けたい医療・ケアについて考え(将来の心づもりをして)、家族等と話し合うこと」と定義した²⁰⁾。このように現在の日本において ACP は様々な定義されているが、どの定義においても話し合いのプロセスそのものが ACP であることを主張している。しかし日本では、患者の自己決定権が制度化されていないため、本人が示した意思表示の内容を医師が実施することの法的な保証はない。また、ACP の活用範囲が医療者の介入を前提としている現状がある。そのため、健康なうちから自分の人生を振り返り、どのような最期を迎えたいのか考えることの重要性を唱えている意思決定支援のあり方との間にずれが生じている。さらに、ACP を実践する上での課題として、その必要性は共有されているものの、定義があいまいで具体的に何をすれば良いのか、何をどのように聞けば良いのか、適切なタイミングがいつであるのかなど、実践方法については探索的な状況にある^{9, 21)}。

ACP 推進の望むべき結末は、患者本人が ACP を“無理なく”自発的に行える社会になることであるとされており²²⁾、日本老年医学会は高齢者の ACP を開始する時期について、医療を受けていない高齢者においても、要介護認定を受ける頃までには ACP を開始すべきであると提言している²³⁾。しかしながら、自己決定を重んじる欧米や欧州と比べ、日本の高齢者は他者に遠慮し、運命に身を任せ、医師や家族にエンドオブライフの意思決定を委ねる傾向にあることが指摘されている²⁴⁾。また医療の場でも、家族主義的傾向によって本人の意思よりも家族全体の意思が重視される傾向にあり、本人の意思が法律によって守られてい

る欧米とは極めて対照的である²⁵⁾。

日本の高齢者は人間存在を間柄存在として捉える傾向や²⁵⁾、自身の意思を反映させたいという思いよりも、家族へ負担が掛からないことを優先する思いが強い関係配慮的な自己決定になる傾向が強いとし、「配慮」が「遠慮」に転化しやすいことが指摘されている²⁶⁾。特に高齢者は、選択を他者に依存することによって安心感を得、自身の意思を表明しない傾向が強いことから、医療倫理の原則である自立の尊重、つまり自己決定権の重視との間において、理想と現実の差が課題となっている。しかし、近年の世帯構成の変化は、家族でさえも本人の意向を十分に把握できていない現状をもたらしており、家族にとっては代理意思決定を担う重責による精神的な負担が強いとされている^{27,28)}。さらに、家族による代理意思決定は、本人の意思を推定するよりも家族自身の希望を優先させる懸念や、家族の経済的・精神的負担の回避という思惑が入る危険性が指摘されている²⁹⁾。

3. 日本人の死生観と宗教観について

日本における死生に関する研究は、1977年に日本死の臨床研究会が発足し、患者・家族への支援を全人的な立場から研究・実践の取り組みが始まった。これを契機とし、本人らしく最期まで生きることへの支援が唱えられるようになった。その後、1982年にはアルフオンス・デーケンによる「生と死を考えるセミナー」が開催され、死生観教育の重要性が広まりを見せた。死生観は、概念の明確な定義づけが行われなまま様々な分野で用いられており、多義にわたる。広義の用法では、死と生に関する考え方や姿勢全般が死生観に含まれるものとされ、狭義の用法では、死と生に関して反省的に吟味され、当人が主体的に引き受けた思想であるとされている³⁰⁾。さらに、死生観は人間にとって最も基本的な価値観であるとし、人格の成熟に伴い展開され変化するものであることから³¹⁾、その人の生き方に強く影響を与えるものであると言える。

日本人高齢者の死生観は、人とのつながりをもとに、これまで生きてきた人生の意味やあり方を模索する中で、居住している地域の伝統的な宗教的・俗習的な死生観が影響していると報告されている³²⁻³⁴⁾。日本には、参拝やお盆、お彼岸など、古くから継承されてきた時節の宗教行事がある。さらに、仏壇に手を合わせて故人と交流を図るといった日常的な宗教的实践も生活の中に根付いている。これらの行為は、死に関する場面でポジティブな精神的变化をもたらし、肯定的な死生観の形成を促す要因であるとされている^{35,36)}。したがって、日本人高齢者の死生観を検討する際には、宗教観との関連を考慮する必要があると考える。また、日本では、死生が自然の所与と考えられてきたため、生への過剰な執着は見苦しいものとみなされてきた³⁷⁾。生への過剰な執着を嫌う姿勢は、現代の延命治療に対する拒否的な受け止めにも表れているとされている。

日本人は無宗教であるとの見解も散見されるが、日本人の宗教観は神道と仏教が主流とされている。神道は万物に神が宿るという自然崇拜の信仰で、穢れ、不浄を忌む習俗であり、死を穢れとした。この汚穢への対処として葬送儀礼が発達してきたとされている。死者の魂

を弔い、祀り、その魂を神や仏と同一視して祀る先祖崇拜は、仏教信仰の流れの中で日本人の生活の中に定着し、神道と仏教が調和した宗教観が主軸となったとされている³⁸⁾。

1950年代、在宅での看取りは8割を超え、病院での看取りは1割に満たなかった。しかし近年、約7割は病院で死を迎え、死は身近な生活の場から徐々に切り離され、日常生活から遠ざけられるようになった。このような社会的変化の中で、広井は、日本人の死に対する価値観が曖昧化・希薄化している状況を「死生観の空洞化」として捉えている³⁹⁾。死生観の空洞化は、死に関する宗教的・文化的な意味づけや、社会的に共有された死への理解が失われつつある状態を指す。このような背景により、人々は死に対する不安や恐怖の対象も変化してきた。従来は「死そのもの」、すなわち、死後の世界や生の終わりに対する抽象的な恐れが中心であったが、近年では、死に至る過程、つまり、身体の衰えや介護の必要性、認知症や寝たきり、過度な延命治療などに対する具体的かつ現実的な不安が強調されるようになってきている。言い換えれば、死がもはや超越的な出来事としてではなく、医療・介護の延長線上にある現実的な「過程」として捉えられるようになった。このような変化とともに、死に至る過程においては、医療やケアの選択肢が増えている一方で、それらを選択する際の基盤となる価値観や死生観が脆弱であるという指摘もなされている⁴⁰⁾。こうした死生観の揺らぎは、宗教や信仰への関心の低下と関連している可能性があり、個人が死について考える機会の減少にもつながっている⁴¹⁾。

特定の宗教的な儀礼や信仰心に限らず、人は誰でも思想信条、人生観、死生観をもち、死について考えることは、いかに生きるかについて考えることと深く結びついている⁴²⁾。そのため、死を単なる医療的事象としてではなく、自身の人生の一部として受け入れおだやかな最期を迎えるためには、死を身近なものとして捉え直し、生と死の意味を探究する姿勢が求められる⁴³⁾。また、自己の死や他者の死に備えて心構えを育みつつ死生観を言語化することは、死生観や宗教観の醸成を促すものであり³⁵⁾、これらはエンドオブライフ・ケアにおいて不可欠な要素であると考えられる。

4. ACPのプロセスと影響要因、関連要因について

ACPは、単に自身のエンドオブライフ期に受けたい、または、受けたくない医療やケアの内容を文書化することを目的としているものではなく、どのように生きていきたいのかの話し合いの中で、生き方を意識化し、価値観を互いに理解していくことを目的としている⁴⁴⁾。ACPの中で繰り返される話し合いは、特定の治療法や医療的介入そのものよりも、治療の目標や患者の価値観、思想、信条といった個人の意思に焦点が当てられる。その結果、患者および家族は話し合いのプロセスそのものに価値を見出すようになる¹⁴⁾。

エンドオブライフに関する話し合いは繊細な話題であるため、本人の真の意思の表出を促し、ACPを促進するためには段階を経る必要があるとされている。Sudoreらは、ACPを巡る行動変容のプロセスとして、5つの段階を示している。熟考の準備→熟考→吟味→行動→振り返りのプロセスを辿るとされており、これらの段階は円環モデルのように繰り返す

ものであると述べられている⁴⁵⁾。このプロセスにおける各段階から次の段階へ進むためには、準備性を培い、様々な障壁を乗り越えていく必要がある^{46,47)}。

ACP への影響要因として、高齢であることや高学歴、過去の大病の経験、家族の代理決定の負担軽減を図りたい思考が ACP の促進要因として報告されている^{13,48-50)}。一方、認知症などの疾患の有無に加え、エンドオブライフ・ケアへの知識不足、死に逝く過程に対する思考の回避、低いリテラシーやソーシャルネットワークの弱さなどが ACP を阻害する要因として挙げられている^{44,45,49)}。ACP の促進要因に関する先行研究の多くは、事前指示やリビングウィルを含む意思決定や文書化を促す行動変容にのみ焦点を当てているものが多い。また、阻害要因を示した先行研究においては、どのように障壁を乗り越えていくのか、または乗り越えられずにいるのかを明らかにしたものはない。様々な健康レベルに応じた ACP の特性とその支援方法や、ACP の促進要因、阻害要因については、すでに多くの先行研究で報告されている⁵¹⁾。しかし、日本人の地域在住高齢者が人生の最終段階を迎える中、どのように ACP を迎えるのかというプロセスを明らかにし、そのプロセスモデルを示した研究はない。

II. 本研究の目的と意義

1. 目的

本研究の目的は、地域在住高齢者における ACP のプロセスの解明および、ACP のプロセスモデルの構築と活用可能性について検討することである。

2. 意義

地域在住高齢者における ACP のプロセスを検証し、促進要因と阻害要因を明らかにすることは、対象者の ACP に対する準備状態の把握と、行動変容を促進するプログラムを理論的に構築することにつながる。ひいては、意思表示を促進することによって、高齢者の尊厳と QOL を尊重した人生の最終段階における医療やケアの提供につながることを期待される。

III. 本論文の構成

本論文は、第 1 章から第 4 章により構成されている。第 1 章では、本研究の背景と目的を述べる。第 2 章では、第 1 研究として、「地域在住高齢者における ACP のプロセス」を明らかにすることを目的とし、インタビューデータをもとに解明した ACP のプロセスの結果を述べる。第 3 章では、第 2 研究として「ACP のプロセスモデルに関して実践で活用可能なモデルとしての妥当性を検討すること」を目的とし、第 1 研究で明らかになった地域在住高齢者の ACP のプロセスをもとに、エキスパートインタビューを経て構築した ACP プロセスモデルの結果について述べる。第 4 章では総合考察として、第 1 研究および第 2 研究の結果より導き出された新たな知見と、地域在住高齢者 ACP のプロセスモデルの活用

可能性について述べる。

IV. 用語の定義

<エンドオブライフ・ケア>

どの時期からエンドオブライフと呼ぶかに関しての明確な定義はないが、日本老年医学会は高齢者のエンドオブライフを「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可逆的となった状態」と定義している。また、エンドオブライフ・ケアに関しては、WHOが「End-of-life care is the active, total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment.」とし、治療が効果を示さない疾患を抱える患者への積極的かつ包括的なケアであるとしている。米国国立衛生研究所（NIH）および国立老化研究所（NIA）では、「End-of-life care is the term used to describe the support and medical care given during the time surrounding death.」とし、死に至る過程にある人々に対する支援と医療ケアと定義している。我が国においては、Izumiらが「to assist persons who are facing imminent or distant death to have best quality of life possible till the end of their life regardless of their medical diagnosis, health conditions, or ages.」⁵²⁾と定義し、「健康状態、疾患名、年齢にかかわらず差し迫った死あるいは、いつか来る死について考える人が最期まで最善の生を生きることができるよう支援すること」と訳して用いられている。日本緩和医療学会による定義では、「病いや老いなどにより、人が人生を終える時期に必要なとされるケア」としている。

以上の内容をふまえ、本研究ではエンドオブライフ・ケアを「人生の終焉を迎えつつある時期にある人へのケア」と定義する。

第2章 地域在住高齢者における Advance Care Planning のプロセスの解明

I. 研究の背景

ACP は、人生の最終段階における医療やケアについて個人の価値観や希望を明確にし、それを家族や医療者と共有するプロセスである。高齢化が急速に進展する我が国において、高齢者が自己の価値観に基づき意思決定を行うことの重要性は極めて高い。一方、日本の社会文化的背景や制度上の課題から、ACP に関する認識の浸透や実践は十分とは言えず、高齢者を対象とした研究も断片的である。日本人高齢者を対象とした ACP に関する先行研究を概観し、我が国における高齢者の意思決定支援の実践的課題および理論的基盤構築に向けての課題を以下に示す。

2000 年から 2025 年までに発表された文献を対象とし、検索キーワードを「アドバンス・ケア・プランニング (ACP) / Advance Care Planning」「高齢者」「意思決定/意思表明」を用いた。高齢者を対象とした ACP に関する介入及び実態、認識に焦点を当てた研究のうち、表題と抄録の内容を概観し、研究論文の体裁に着目して事例、文献検討、特集論文を除外し抽出された 27 件の研究をレビューした結果、量的研究が 19 件、質的研究が 8 件であった。発表年は 2000 年以降に集中しており、以降、ACP への関心が急速に高まっていることが示されていた。

多くの先行研究において、高齢者の ACP に対する認知度は低く、ACP への理解が浸透していない現状が示されていた。「将来の医療やケアについて話し合いをすること」の必要性については高い関心が示されている一方で、ACP を実施している高齢者は 10~35% 程度であった。実施している人は、施設入所者よりも地域在住高齢者の実施率が低い傾向にあった。高齢者が ACP を実施しない主な要因として、将来の死に直面することへの不安、家族への負担回避や遠慮、ACP に関する情報不足、医療者の ACP 実施スキルの未熟さが挙げられていた。また、一部の介入研究では、ACP の実施が患者の満足度や家族の心理的負担の軽減に寄与することや、ACP が本人の望まない延命治療の抑制や在宅看取りの促進につながった事例も報告されていた。しかしながら、日本人高齢者における ACP の実施状況は依然として限定的であり、その背景には文化的、制度的、実践的な多層的要因が関与していることが示されている。特に、「死について語ること」への忌避感や、家族間での遠慮、医療者との関係性の希薄さが、ACP の障壁として大きな課題となっていると考えられる。また、ACP を「書面に書き残す行為」と捉える傾向が強く、プロセスとしての対話が重要視されていないことが課題となっていた。さらに近年の家族構成では、独居高齢者や高齢者単独世帯が増加しており、ACP において前提とされがちな「対話の相手」としての家族の存在が、必ずしも確保されていない状況がみられている。こうした家族との同居・別居といった生活環境の違いは、ACP の話し合いの機会や深度に影響を及ぼす可能性がある。

先行研究で明らかとなったこれらの課題から、今後、ACP の実効性を高めていくためには、高齢者自身が何を望み、どう生きていきたいと考えるのかの価値観や希望を明確にし、

それを言語化し、共有していくための支援の在り方を示していく必要がある。そのため本研究では、地域在住高齢者が家族や重要他者と人生の最終段階について対話をするに至ったきっかけや思いの変化のプロセスを明らかにすることを目的とした。その過程において、対話を促進する要因を抽出し、ACP に対する障壁の解消に向けた支援の方向性を示すことが可能になるのではないかと考えた。特に、様々な世帯構成の中で、高齢者がいかにして ACP に関する対話を始め、継続し、共有していくのかという視点は、今後ますます重要性を増すと考えられる。

II. 目的

インタビューデータを用いて、地域在住高齢者における ACP のプロセスについて明らかにすることを目的とした。

III. 方法

1. 対象

本研究では、地域在住の 65 歳以上の高齢者のうち、自身の人生の最終段階に関して、家族や重要な他者、あるいはかかりつけ医や地域の保健師等の医療・福祉専門職と話し合った経験を有する者 10～20 名を研究対象者とし、理論的飽和が得られるまで調査を行った。研究対象者の選定にあたっては、過去に他研究で協力を得た民生委員に本研究の趣旨を説明し、対象者の紹介を依頼した。この方法は、地域における高齢者との接点を有する実務者の協力を得ることで、研究対象者の抽出を円滑に進めることが可能となる利点がある。一方で、民生委員の主観的判断や研究の趣旨、ACP に対する理解度によって、対象者の選定に偏りが生じる可能性も否定できない。そのため、民生委員には事前に研究の趣旨や対象者の選定条件などの詳細を事前に説明し、対象者の選定が研究目的に沿うように努めた。また、実際に対象者へインタビューを行う際にも、話し合い経験の有無や内容を確認し、研究の信頼性を確保するよう配慮した。その後は、スノーボール・サンプリング法を用いて、紹介を通じて対象者を抽出した。

対象者には、調査の目的と内容を口頭および文書にて説明し、研究参加への同意が得られた者を調査対象者とした。なお、インタビューを通じて、人生の最終段階について考えるようになったきっかけや経緯、心情等を語る過程を明らかにする本研究の性質上、以下の者は対象から除外した。

- ・ 医療・福祉サービスを継続的に受給している者
- ・ 認知機能障害により、自身の経験の想起が困難な者
- ・ 言語的に意思表出ができない者
- ・ 聴覚障害等により、インタビュアーの問いの聞き取りや理解が困難な者

2. データ収集方法と期間

地域在住高齢者における ACP のプロセスを明らかにするため、家族や重要他者、または、かかりつけ医や地域の保健師などの医療専門職と自身の人生の最終段階に関して話し合った経験のある者に対し、インタビューガイドを用いた半構造化面接を実施した。データの収集期間は 2022 年 2 月～11 月であった。

インタビューガイドは、①自身の人生の最終段階について考えるきっかけとその際の心境、②家族や重要他者等に自身の考えや思いを伝えるにあたっての心境の変化やきっかけとなる出来事、③家族や重要他者等と話し合う中での自身の心境や行動の変化、④話し合う際に影響を受けた人や出来事など、とした。インタビュー時は、対象者に承諾を得た上で IC レコーダーを用いたインタビュー内容の録音とメモの記載による記録を行った。インタビューは原則 1 人 1 回の面接とし、1 回の面接でデータ収集が完了しなかった場合、または、データの内容について研究対象者へ確認が必要になった場合には追加で面接を実施した。

また、フェースシートを用いて対象者の属性（年齢、性別、同居者の有無と世帯構成、就業の有無、最終学歴、介護経験の有無と年数、被介護者との続柄と介護場所、看取り経験の有無と続柄・看取り場所、自身の健康感、既往歴と現在の通院状況、生命の危機を感じるような経験の有無、宗教観、エンドオブライフ・ケアに関する研修等の受講経験の有無）を収集した。

3. 分析方法

分析方法は、インタビューデータから逐語録を作成し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach：以下、M-GTA）の手法を用いて分析を行った。M-GTA は、人間と人間が直接的にやり取りをする社会的相互作用において、その現象がプロセス的性格を持つ研究に適しているとされている。本研究は、既存の理論に当てはめるのではなく、地域在住高齢者の ACP に関する個々の経験の語りから共通する動きを見出し、予測可能な形で示すという理論生成を行う中で、支援のあり方の検討につなげることを目的としている。また、データに密着した分析から生成される人間行動に関するモデルを示すことを可能としており、実践への還元や応用につながるものと考えた。

分析手順は以下の通りである。

- ・ 分析テーマを「人生の最終段階について考えるプロセス」とし、分析焦点者を「人生の最終段階について話し合った経験のある高齢者」と設定した。
- ・ 分析テーマに即してインタビューデータを検討し、関連性がある個所を具体例（バリエーション）として抽出しながら概念生成を行った。
- ・ 概念生成には、分析シートを用いて行った。分析シートは、概念名、定義、具体例、理論メモから構成され、概念生成を行うと同時に継続比較分析を行いながら概念間の関連性、対極性を検討した。
- ・ 概念生成を行うごとに、概念の重複や統合可能な部分はないかを確認しながら、さらに

上位のカテゴリーにまとめ、概念間およびカテゴリー間の関係性について結果図とストーリーラインを作成した。

- ・ 結果図をもとに、プロセスのコアとなる概念およびカテゴリーの検討を行った。結果図に示されたコアとなる概念およびカテゴリーの周辺概念について、促進または阻害要因としての影響を検討した。

4. 分析結果の妥当性の確保

質的研究の妥当性は、研究しようとする現象の性質、本質、意味、属性および特徴が明らかにされ、理解されているかで評価されるとしている^{53, 54)}。本研究では、地域在住高齢者における ACP のプロセスを明らかにするために行った分析結果の妥当性を確保するために、次のような方策をとった。

はじめに、予備的調査として地域在住高齢者における ACP のプロセスの本質を捉えるためにはどのようにデータ収集を行っていくべきかを検討し、インタビューガイドを作成した。作成したインタビューガイドの内容を高齢者のエンドオブライフ・ケアに関する内容の研究に従事している研究者と検討した後に、地域在住の高齢者へパイロットスタディを行い、修正を重ねた。また、M-GTA は対象者から得られた語りを切片化するのではなく、分厚いデータの文脈としてコンテキスト性を寸断せずに活かすことを可能にした分析手法である。さらに分析結果全体を結果図として示すことで、地域在住高齢者が ACP についてどのようなプロセスを辿るのかというダイナミックな動きを示すことを可能としている。これらの分析には老年医学、老年福祉学、老年看護学の専門家からスーパーバイズを受け、精度を高めた。

5. 倫理的配慮

研究対象者には、研究の趣旨、倫理的配慮（研究の任意性、研究の中断・撤回の自由、協力者が不利益を被らないこと、匿名性と個人情報保護のための情報管理の方法、データの取扱いと破棄、結果の公表など）を説明し、同意書への署名を持って同意を取得した。本研究は桜美林大学研究活動倫理委員会の承認を受けて実施した（承認番号 21049）。

IV. 結果

インタビューから分析を進めていく中で、11 名の分析が終了した時点で理論的飽和に至ったと判断したが、確認のため 3 名を追加し、14 名で終了した。M-GTA では、2 段階基準で理論的飽和を判定する⁵⁵⁾。第 1 段階では、継続比較分析を行う中で、これ以上インタビューを追加しても分析内容に新たな概念は生まれないことを確認し、理論的飽和を判断した。第 2 段階として、結果図において主要なカテゴリー間の関係が固まり、これ以上データを追加しても結果図に大きな変更はないことを確認し、理論的飽和を判断した。

1. 対象者の概要

対象者の概要を表 1 に示す。男性 3 名、女性 11 名の計 14 名の対象者にインタビューを行った。

対象者の年齢は 68～88 歳であり、平均年齢は 73.5 歳であった。インタビューの総時間は 16 時間 26 分で平均 71 分であった。

表 1. 対象者の概要

性別	年齢	同居者の有無	就業の有無	最終学歴	介護経験の有無	看取り経験の有無	ご自身の健康感	通院している疾患	生命の危機を感じる ような経験の有無	エンドオブライフ に関する研修等の 受講経験	宗教への信仰心
A	女性	60歳代	あり	なし	なし	あり	まあまあ健康である	あり	なし	あり	あまりない
B	女性	70歳代	なし	なし	なし	あり	まあまあ健康である	なし	なし	なし	少しある
C	女性	70歳代	あり	なし	なし	あり	まあまあ健康である	なし	あり	あり	ある
D	女性	60歳代	あり	あり	あり	あり	まあまあ健康である	あり	なし	なし	ある
E	女性	60歳代	あり	なし	なし	あり	まあまあ健康である	なし	あり	なし	ある
F	女性	70歳代	あり	なし	なし	あり	まあまあ健康である	あり	あり	なし	少しある
G	女性	70歳代	なし	あり	あり	あり	まあまあ健康である	あり	なし	なし	ある
H	女性	70歳代	あり	なし	なし	あり	まあまあ健康である	あり	なし	なし	あまりない
I	男性	80歳代	あり	なし	なし	なし	まあまあ健康である	なし	なし	なし	あまりない
J	女性	70歳代	あり	なし	なし	あり	とても健康である	あり	なし	なし	あまりない
K	女性	80歳代	なし	なし	なし	なし	まあまあ健康である	なし	なし	なし	ない
L	男性	70歳代	あり	なし	なし	あり	あまり健康でない	あり	なし	なし	とてもある
M	男性	70歳代	あり	なし	なし	あり	とても健康である	あり	あり	なし	なし
N	女性	60歳代	なし	なし	なし	あり	まあまあ健康である	あり	あり	なし	なし

2. 分析結果

1) テキストマイニングによる共起ネットワーク分析

14名のインタビューデータを逐語録としてテキスト化し、データ全体の傾向を予備的に把握するため、テキストマイニングソフト KH Coder[®]を用いて計量テキスト分析を行った。これにより、語の出現頻度や共起関係などを可視化し、語彙の分布や語間の関連性を確認した。この予備的分析を通じて、M-GTAによる詳細な質的分析に先立ち、データの特徴的な語彙や関心領域を俯瞰的に捉えることが可能となり、その後の分析作業に対する視座を得た。

計量テキスト分析とは、インタビューデータなどの質的データをコーディングによって数値化し、様々な多変量解析を行うことで、類似性および関連性の抽出や規則性の探査など、計量的分析手法を適用して分析する方法である。KH Coder[®]は、テキストの要約に相当する作業をコンピュータに委ねることによって再現性が保証され、分析結果の客観性が高まるとされている^{56, 57)}。研究者の恣意的な分析を排除し、客観的に語りの内容を分析するのに適したツールであり、有用な分析方法とされている⁵⁸⁾。本研究では、共起ネットワーク分析を行い、テキスト全体の語の共起関係の探索を行った。共起ネットワーク図は、出現パターンの似通った抽出語を線で結ぶことで、語句と語句の関係性を語句の結びつきの強さから解釈することで、文章を読むだけでは理解できない特徴的なパターンやルールを探索することが可能とされている。共起ネットワークは、中心性に基づいて、語の出現頻度や語と語の結びつきの程度により、円の大きさや色あるいは円を結ぶ大きさによって表わされる。共起ネットワークでは、線で結ばれているかが重要であり、近くに位置されているだけで線で結ばれていない場合には共起関係にはならない。色付けは、それぞれの語がネットワーク構造の中でどの程度中心的な役割を果たしているかを示すものである。なお、同じサブグラフに含まれる語は実線で結ばれるのに対し、互いに異なるサブグラフに含まれる語は破線で結ばれる。

KH Coder[®]に投入したテキストデータから抽出された語の総数は、7,367語であった。本研究では、ACPのプロセスにおける各概念およびカテゴリー間の動きを見るために、テキストマイニングに投入する語を抽出語リストから動詞および形容動詞と、動詞に接続してサ行変格活用の動詞となり得る名詞であるサ変名詞を選択した。出現数による語の取捨選択については、各出現回数が平均値以下のものは除外した。最小出現を22に設定し、描写する共起関係の絞り込みにおいては描写数を60に設定し、共起ネットワーク図を作成した。

共起ネットワークにおける媒介中心性は、それぞれの語がネットワーク構造の中でどの程度中心的な役割を果たしているかを示すものであり、黄色から青色の順に中心性が高くなることを示している。媒介中心性の共起ネットワーク図を見ると、インタビュー内容の最も中心となる語は「死ぬ」、「世話」であり、次いで「施設」、「生活」、「相談」であった。(図1)「死ぬ」は、「元気」(jaccard 0.02)、「生きる」(jaccard 0.03)、「施設」(jaccard 0.03)、「世話」(jaccard 0.02)、「考える」(jaccard 0.02)と共起関係を持っていた。「世話」は、「死

ぬ」(jaccard 0.02)、「相談」(jaccard 0.02)、「迷惑」(jaccard 0.03) と共起関係を持っていた。「死ぬ」は「世話」と相互に共起関係を認めた。また、もっとも強い共起関係を認めたのは、「迷惑」-「掛ける」(jaccard 0.40) であり、次いで「一緒」-「住む」(jaccard 0.12) であった。インタビュー内容全体の中心は、「死」や「世話」など自身の最期や、そこに向かう過程での世話に関する内容が大きいという結果が示された。

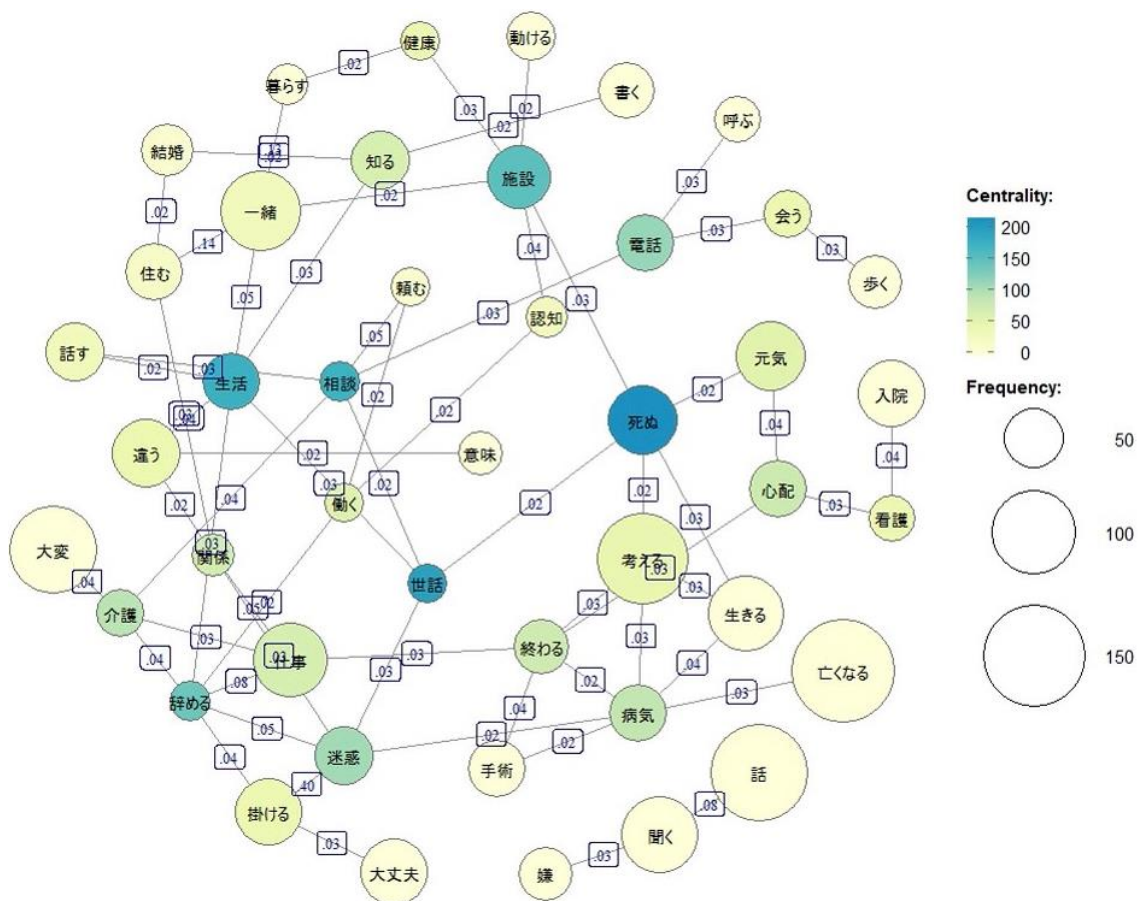


図1.共起ネットワーク図(中心性)

2) M-GTA による分析

14名のテキストデータをM-GTAの手法を用いて分析した結果、「人生の最終段階について考えるプロセス」の構造として47の概念を生成し、それぞれの概念に合う定義を設定した(表2)。

表2. 概念名と定義

ワークシート	概念名	定義	バージョン数
1	曖昧な最期	この先訪れるであろう最期の時について考えを巡らす、漠然としており、具体的にイメージできないこと	34
2	自分の最期と重ねる	他者を看取る経験から、自分の最期の時を想像すること	12
3	看取りの責任	親の看取りは家族が担うものという子としての義務感や責任感を背負っていること	13
4	期間限定の看取り	最期を迎えるまでの時間には限りがあることを認識していること	9
5	生活変更不可避	看取りや介護に関わることによって、今までの生活から変更を余儀なくされること	13
6	老親と子の力関係不均衡	看取り多介護が必要な状況になった時、実親、義親と子世代との実質的なパワーバランスが変更になることで、軋轢や確執などが生じやすくなること	47
7	生活の延長にある死	“死”は単独で存在するのではなく、日々の生活を送る中で、延長線上に存在するものであると認識していること	13
8	察して欲しい	直接的な言葉は交わさなくても、自分の意向や考えは分かっていると信じていること	18
9	延命治療への拒否感	いのちを引き延ばすだけの治療には苦しみしかないという気持ちを抱いていること	18
10	自分の居場所	最期の時を迎える場所は、住まいとしての場所だけでなく、自分が其処に居て良いのだと思える場所のことだと感じていること	12
11	住まいの変更	良い意味でも悪い意味でも、最期を迎えるときには、住まいの変更を余儀なくされる可能性について考えを巡らすこと	17
12	家族への貢献感	自分は単に介護させる側の人間ではなく、まだまだ家族に対して役に立てることがあるのだと思うこと	7
13	迷惑意識	家族と言えども、子どもは独立した存在であり、親として子どもの負担にはなりたくないと思うこと	18
14	親役割からの移行困難	親としての立ち位置から移行できないこと	15
15	子どもの意向に従う	世話になる身になった時には、我を通すよりも子どもの意向に耳を傾けるようにするべきだと生き方を変更すること	10
16	動けなくなる	世話になることや人の助けが必要になる状況の境界は、自分の思うように動けるか、動けないかであること	15
17	成り行きに任せる	人生の流れに抗うことなく身を任せること	12
18	重荷を分かち合う	一人では担いきれない選択や決断を、誰かと分かち合うことで、心理的負担の軽減を図ろうとすること	10
19	一人では逝けない	最期の時は、一人ではなく誰かそばにいて欲しいと願う気持ち	11
20	自立主義的生活規範	なるべく人の世話にはならず、自分の力で生活していこうと思うこと	19
21	血縁よりも地縁	遠くに住む親族より、居住している場所での繋がりの方が強いと実感すること	6
22	取り残される感覚	残りの人生を一人で過ごすことになることが近い未来に起こる現実として捉えたときの焦燥感？虚無感？寂寥の思いを抱くこと	14
23	先達者から学ぶ	地域や家族内でのかわりの中で、様々な人たちとの出会いや出来事を経験すること	14
24	過去を顧みる	大切な人や家族の看取りや介護をする中で、本当に良かったのか？と今でも思い悩むこと	26
25	故人の名残	家族（配偶者）が亡くなった後も、変わらず生活を共に過ごしているかのように存在を意識すること	6
26	一方通行の意思伝達	話し合う余地もなく一方的に意思を伝えられたことにより、自分の気持ちを伝えるのを躊躇すること（あきらめること、飲み込むこと）	17
27	ほどよいコミュニティ	近すぎず、遠すぎず、何かあれば助け合える距離感にある近所づきあいを維持していくこと	25
28	家意識による制約	家や土地を守ることへの責任感や義務感を子どもの代まで引き継ぐことへの葛藤を抱くこと	26
29	老いへの抗い	年齢を重ねるとともに老いていく自身の身体状況に抗うように、健康に気をつかい、心身が衰えないように努力すること（同時に、年寄り扱われることへの抵抗感も含まれる）	18
30	最期の時を意識する	自分の人生の最期を意識し、身の回りの整理を始める（始めようと思いはじめ）ことで、家族や周囲にも“そういう歳になってきた”と意識づけること	18
31	頃合いを見計らう	話し合うタイミングを見計らうこと	16
32	見送り方の変化	時代の変化とともに、故人の見送り方が変わることで、死との向き合い方（付き合い方）も変化していること	16
33	近所づきあいの変化	時代の流れとともに、コミュニティとの関わり方が変化していることを実感すること	11
34	循環型家族機能	家族同士、世話になるのは迷惑ではなく、お互い様の気持ちを持っていないと成り立たないこと	13
35	予想外の余生	自分が思い描いていた余生とは違う現実になったこと	6
36	老いの自覚	年を重ねるごとに心身の衰えを感じることで、あと少ししたら、自分は1人で生活し続けることができなくなっていくのだらうと予測し、落胆する気持ち	9
37	“今”を生きる	予測できない未来について思い悩むよりも、日々を前を向いて生きていくことだけを考えていくこと	29
38	曖昧な保証	いずれ子どもたちの世話になるとは思いつつも、子どもたちが世話をしてくれる保証はないこと	8
39	共に歩む存在	人生を共に歩んできた存在がいることで、生きていく支えになっていること	12
40	もしもの時への憂慮	現実的な問題に直面することで、不安や恐怖が強くなること	18
41	逝き方の希望	自分にとっての理想の死を考えること	17
42	家族を慮る	家族（子世代）には家族なりの事情があることを承知した上で、遠慮や気兼ねの思いを抱くこと	13
43	さらけ出させる相手	自分の気持ちを解放できる存在がいることが支えになっていること	4
44	人生への肯定感	自分の人生を振り返り、「幸せだった」と肯定的な受け止めをすること	10
45	やらない理由さがし	必要性を感じていながらも、まだ、自分の気持ちに整理がつかず先延ばしにすること	8
46	先祖を敬う	誰に言われるわけでもなく、自然と先祖を敬う、節目に合わせてお墓参りに行くなどの習慣を大切に思うこと	8
47	仕方がないこと	老いや死を自然な流れの一つとして受け入れていること	3

次に、継続比較分析により5つのカテゴリーと12のサブカテゴリーを抽出した(表3)。
【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、< >は概念を示す。次に、カテゴリーとサブカテゴリーの構造について説明する。

(1) 【死の意味づけ】

【死の意味づけ】は、《死との接近経験》、《故人との繋がり》の2つのサブカテゴリーと、<逝き方の希望>、<生活の延長にある死>の2つの概念で構成された。

《死との接近経験》の内容は、<曖昧な最期>、<自分の最期と重ねる>、<過去を顧みる>の概念から生成された。他者の看取りの経験から、最期の迎え方のあり方について考えを巡らすことや、最期を迎えるまでの時間には限りがあることを認識し、自分の最期と重ね想像するなどが語られていた。それと同時に「まだ実感がないので、あんまり真剣には考えてないですけども。」や「想像がつかないんだね。自分が悪くなって、体が不自由。そこがまだ、ちょっと想像がつかないんだよね。」という語りにあるように、我がこととして考えるにはまだ漠然としており、具体的なイメージにつながない内容が示されていた。《故人との繋がり》の内容は、<故人の名残>、<見送り方の変化>、<先祖を敬う>の概念から生成された。時代の変化とともに故人の見送り方が変わることで、死との向き合い方も変化しつつあるが、先祖を敬う気持ちや節目に合わせて墓参りに行くなどの習慣を大切にすること、家族の死後も変わらず生活を共に過ごしているかのように存在を意識することなど、現代日本人の故人や死との向き合い方が示されていた。

これらの内容から【死の意味づけ】は、身近な人との死別経験をきっかけに、遠い存在として感じていた“死”というものが決して特別で特異なものではなく、自分の生活の延長に存在する、ごく身近なものであると実感することで、自分にとっての“死”とは何かを考え、意味づけしているプロセスであった。

(2) 【老いとの対峙】

【老いとの対峙】は、《老いの不自由さ》、《孤独感の喚起》の2つのサブカテゴリーと、<老いへの抗い>、<取り残される感覚>、<自立主義的生活規範>の3つの概念から構成された。

《老いの不自由さ》の内容は、<老いの自覚>、<動けなくなる>の概念から生成された。「ちょっといつもと違う、体の調子が。あれ、こんなこと今までなかったかなって言うようなことが、ちらちらと出てくるから。これは年のせいだなんて思います。」との語りにあるように、日々の生活を送る中で感じる何気ない変化から、自身の心身の衰えを実感していた。「体の自由が利かなくなっちゃうと。その辺がちょっと心配。そうなったらしょうがないけど。」と、老いていくことで感じる生活上の不自由さだけでなく、自分の体が自分の思う通りに動かなくなることで、自立した生活を継続していくことが困難になっていくことへの不安な思いが語られていた。

《孤独感の喚起》の内容は、<取り残される感覚>、<一人では逝きたくない>の概念か

ら生成された。年を重ねていく毎に、配偶者や近しい友人との別れがより現実味を帯びる中で、残りの人生を一人で過ごすことを想像したときの焦燥感や寂寥の思いを募らせていた。元気なうちは誰にも頼らず一人で生活し続けられたとしても、加齢に伴う心身の変化を実感し、これから先の人生において、“もし動けなくなるようなことがあったら”という“もしも”の時が具体化してくることで、本当に一人で暮らし続けていけるのか、という不安や、誰かそばにいて精神的に支えて欲しいというプロセスが示されていた。

(3) 【肯定的受け止め】

【肯定的受け止め】は、《あるがままを受容する》と、＜“今”を生きる＞、＜人生への肯定感＞の2つの概念から構成された。

《あるがままを受容する》は、＜仕方がないこと＞、＜成り行きに任せる＞の概念から生成された。「納得できるっていうか、亡くなっていくことに。そんなに悪いことっていうか、とんでもなく悲しいこととか切ないことじゃなくて、しょうがないよねって。」という語りにあるように、老いや死を自然な流れの一つとして受け入れ、人生の流れに抗うことなく、身を任せるという老いや死に対する向き合い方が示されていた。＜“今”を生きる＞は、先々のことを思い悩んで過ごすよりも、「沈み込んだ気持ちは持たない。いつでも前へ前へと。そんなような気持ちで今もいます。」や「やっぱり暗くなるじゃないですか、終わりを考えると。だったら、きょう明日は明るく元気で生きて。」と、今、目の前にある生活を大切に一日一日、前を向いて生きていくことだけを考えていく姿勢が語られていた。また、＜人生への肯定感＞では、物質的に恵まれた人生よりも、精神的に満ち足りた人生の方が「幸せ」や「満足」といった感情につながるという内容の語りがみられていた。今までの人生を振り返ってみることで、様々な出来事を、様々な人に支えられながら乗り越えてきたからこそ得られる人生への満足感や達成感が、老いていく自分や今のありのままの自分を肯定的に受け止めることにつながっていることが示された。

(4) 【家族との関係文脈】

【家族との関係文脈】は、《家族内での存在意義》、《家族であること》の2つのサブカテゴリーと、＜老親と子の力関係不均衡＞から構成された。

《家族内での存在意義》は、＜循環型家族機能＞と＜家族への貢献感＞の概念から生成された。家族の一員として、世話になること、世話をすることはお互い様の気持ちをもって支え合っていくものであり、巡り巡って自分に返ってくるものであるという語りが聞かれた。「今まで皆さんにお願いばかりしてたから。私も何か力にならなくちゃいけないと。常にそんなことは思っていました。」という語りの内容から、単に、世話を受けるだけの存在ではなく、家族に対して役に立てることがあるのだと家族員としての役割を担うことで、家族内での自分の立ち位置を維持していた。

《家族であること》は、＜看取りの責任＞と＜家意識による制約＞の概念から生成され

た。「それは自分の親だからしょうがないですよ。」という語りにあるように、親の介護や看取りは家族が担うものという責任感や義務感が“家族”という枠組みの中に存在しており、それを家族員の一員として背負って生きていくことが暗黙知となっていることが語られていた。一方で、「昔であれば代々家を継ぎますよね。長男なり長女なりが。今はそれがないじゃない。」のような<家意識による制約>は、家を守る、土地を守ることを代々受け継いできた親世代が、その責任や義務感を子どもの代まで引き継ぐことへの葛藤も同時に抱いていた。

(5) 【言葉にすることを回避】

【言葉にすることを回避】は、《胸の内に抱える》と《伝えることへの躊躇い》の2つのサブカテゴリーから構成された。

《胸の内に抱える》は、<子どもの意向に従う>と<一方通行の意思伝達>の2つの概念から生成された。いずれ子どもの世話になる時期が来ることを想定し、「自分じゃ判断できないのよ。ある程度年とると、きっと。自分で判断が難しくなると思う。だからやっぱり子供に言われたことは素直になった方が良いと思う。」や「そういうのって周りももっと大変だと思う。だからある程度になった時には素直にならなきゃ。老いては子に従って。」という語りにあるように、世話になる立場になった時には、自分の意思を押し通す（主張する）よりも、子どもの意向に沿うことを良しとする規範意識が示された内容であった。それと同時に、「娘からは自宅は無理だからねって言われてます。現実問題としてね。ここに通いに来られないじゃないですか。私がここで最期を迎えたいって叫んでも、それは無理だからねって。はい、わかりましたって。」という語りにあるように、子どもの意向を一方向的に伝えられたことにより、話し合いの余地もなく子どもの意向に従うしかない、自分の気持ちを表出することを諦める心情が示されていた。

《伝えることへの躊躇い》は、<曖昧な保証>と<もしもの時への憂慮>の2つの概念から生成された。家族という形の中でのつながりの強弱は目に見えるものではなく、また、関係性の評価についても相互に確認し合うことはない。曖昧さを含む関係性や意思表示によって、お互いの思いや意向に相違がないことの確信が得られず、自分と同じ気持ちでいてくれるのだろうかと思ひ悩み、直接的な表現を用いて言語化し、伝えることを躊躇ってしまう心情が語られていた。これらは、曖昧さを含ませることでの自己防衛の側面も併せ持つプロセスであると考えられる。

(6) 《居場所探し》

《居場所探し》は、<生活変更不可避>と<自分の居場所>の2つの概念から生成された。

<生活変更不可避>では、看取りや介護に関わることを通じて、従来の生活様式を維持することが難しくなり、生活の変化を受け入れざるを得ない状況が語られていた。その語りに

は、元の生活へのこだわりよりも、その時々状況に応じて調整していく必要性の認識が含まれていた。また、家や住まいという物理的な環境を示す“居場所”のみならず、「生まれ育ったここ、離れるの、嫌だから」や「この他どこへ行けっていうのっていうか。たとえ息子たちがおいでよって、娘たちがおいでよって言われても、つまらなくあちらで過ごすより、ここに多少不自由でも居たほうがいいんですけど。」のように、生まれ育った場所や長年住み慣れた場所など、自分が慣れ親しんだ環境が<自分の居場所>であると語る言葉の中には、「離れる」や「行くところがない」という語りも同時に含まれており、<自分の居場所>がこの先も“ここにある”とは限らないという思いが示されていた。

(7) <<身終いの準備>>

<<身終いの準備>>は、<最期の時を意識する>、<頃合いを見計らう>、<先達者から学ぶ>の3つの概念から生成された。

<最期の時を意識する>という概念のもとになった語りや具体的な行動としては、「自分とせめて主人の物だけは、なるべく、元気なうちにきれいにしていきたいなっていう気持ちはあるんですけどね。」や「だんだん弱ってきたときに、そんなに人間って生きてられないんだねとか、周りも一緒になって悩んでくれたり考えてくれたりしたときに(中略)初めて、死の迎え方みたいのが来るのかなと思って。」など、自身の人生の最期を意識し、身の回りの整理を始めたり、大事なことをノートなどに書き残すなどをしていった。身の回りの整理をすることは、自分にもしものことがあった時に残された家族が困らないようにと準備することだけではなく、子どもたちにも“そういう歳になってきたのだ”ということを意識づけることにもつながっていた。

また、<頃合いを見計らう>では、「実際会わないと、あのねっていう話ってなかなかできないですからね。」や「ついでの話みたいには無理だから。お盆とかお正月ぐらいに来たときに、もし機会があれば今から少しずつ話しとかなきゃなと思ってます。」など、対面のコミュニケーションを重視し、家族が集まる機会を自然なタイミングとして活用したいと考えていた。また、子どもたちや家族は話を受け入れる準備ができているのかという世代間の準備度への配慮などを意識したうえで、家族や子どもたちに自分の意向をいつ伝えるべきか頃合いを見計らっていた。

<先達者から学ぶ>については、「ほんとにいいも悪いも色々勉強させてもらってます。」や「自分より上の年の人と話ししていると、教えてくれてんだよね。」、「肝心のことは年寄りのほうが経験してるから、聞いとけば、やんなくても聞いとけば、何かんときに役に立つから。」などの語りがあるように、自身の親の看取りの経験、同年代グループでの情報交換により周囲とともに死を考えるという共同のアプローチや、弱ってからは準備できないという実感の継承がうかがえた。

(8) 《人生の伴走者》

《人生の伴走者》は、＜重荷を分かち合う＞、＜共に歩む存在＞、＜さらけ出せる相手＞の3つの概念から生成された。

一人では担いきれない選択や決断を、「みんなに頼って、自分たちが背負い込まない。」という語りがあるように、意思決定の共同作業や責任を分散することによって心理的負担の軽減を図ろうとする内容が示されていた。「本人が他人に打ち明けることによって、精神的な、解放されるっていうか、心配が飛んで、多少でも心配が飛んでってくれるんじゃないかな。自分で、いくらか前を向く姿勢が出てくるんじゃないかな。話すことによって、随分違う。」という存在が＜さらけ出せる相手＞となり、心の底の本音を語ることにつながっていた。＜共に歩む存在＞では、今までの人生の中で経験してきた様々な出来事を共に乗り越えてきた存在を「いるだけで安心」や「かけがえのない」と表現していた。

表3. 概念名、サブカテゴリー、カテゴリー一覧

カテゴリー	サブカテゴリー	概念名
死の意味づけ	死との接近経験	曖昧な最期
		自分の最期と重ねる
		過去を顧みる
		看取りは期間限定
		逝き方の希望
		生活の延長にある死
	故人との繋がり	故人の名残
		見送り方の変化
先祖を敬う		
	居場所探し	自分の居場所
		生活変更不可避
老いとの対峙	老いの不自由さ	老いの自覚
		動けなくなること
		老いへの抗い
	孤独感の喚起	一人では逝きたくない
		取り残される感覚
	自立主義的生活規範	
肯定的受け止め	あるがままを受容する	仕方がないこと
		成り行きに任せる
		"今"を生きる
		人生への肯定感
	身終いの準備	最期の時を意識する
		頃合いを見計らう
		先達者から学ぶ
家族との関係文脈	家族内での存在意義	家族への貢献感
		循環型家族機能
		老親と子の力関係不均衡
	家族であること	看取りの責任
		家意識による制約
	*	いつまでも親であること
	*	迷惑意識
言葉にすることを回避	胸の内に抱える	一方通行の意思伝達
		子どもの意向に従う
	伝えることへの躊躇い	曖昧な保証
		もしもの時への憂慮
	*	察して欲しい
	*	やらない理由さがし
	人生の伴走者	重荷を分かち合う
		共に歩む存在
		さらけ出させる相手

*は、カテゴリーと同等の説明力を持つ概念

3) 結果図とストーリーライン

M-GTA は動的な構造化を目指す分析手法であり、結果図で示した概念およびカテゴリーの位置と、それらをつなぐ矢印は特徴を列挙することではなく、現象ごとの影響関係、行動推移のパターンなどのプロセスを捉えて構造化していることを意味している。以上のことを踏まえ、ストーリーラインと結果図を以下に示す（図2）。

地域在住高齢者は【老いとの対峙】の中で、身体的な「老いの不自由さ」だけでなく、精神的な老いを「孤独感の喚起」という形で自覚していた。老いる現実には直面しながらも、なるべく人の世話にはならず自分の力で生きていこうと「自立主義的生活規範」の意識を持ちつつ、健康に気を遣い、心身が衰えないように「老いへの抗い」行動をとっていた。また、他者の死を間近で経験する「死との接近経験」はより鮮明な記憶として残り、折に触れその記憶が想起されることで、自分の時には「こうしたい」という「逝き方の希望」を考えるきっかけとなっていた。また、家族や大切な人が亡くなった後も、共に過ごしているような感覚を抱きながら故人に思いを馳せる「故人との繋がり」を通して、「死」や「老い衰えること」は特別なものではなく「生活の延長にある（死）」のものであると実感し、このような経験を重ねていくことで、自身の中で【死を意味づけ】していた。このような「先達者から学ぶ」経験を経ることで次第に自分の「最期の時を意識」し、身の回りの物を整理し始めることで、今まで生きてきた人生の整理と残りの人生の過ごし方を模索し始めていた。

身の回りの物を整理し始めるという行動を起こすことは、本人だけでなく、家族や周囲の人たちにも「そういう時期になってきた」と意識づけることにつながっており、切り出しづらい話題について、お互いに準備が整っているか「頃合いを見計らう」行動が「身終いの準備」につながっていた。一方で、【家族との関係文脈】の中で子（家族）としての親の「看取りの責任」や、代々受け継いできた家や土地を守ることに関する「家意識による制約」は、継承して欲しいという思いと現代社会では受け入れづらい面を持ち合わせていることでの葛藤がみられていた。また、家族の世話になるだけではなく、自分がいることで家族の助けになっているという「家族への貢献感」と、お互い様の気持ちをもって互いに支えていくことは巡り巡って自分に返ってくるものであるという「循環型家族機能」の中で、自身の【家族内での存在意義】を見出すことにつながっていた。

しかしながら、年齢を重ねていくとともに、親世代と子世代の実質的なパワーバランスが少しずつ変化していくことへの戸惑いや抵抗感から「老親と子の力関係不均衡」が生じていた。これらのプロセスの根底には、子（家族）に対して「迷惑意識」、「いつまでも親であること」、「察して欲しい」という3つのコア概念が存在していた。家族とはいえ子は独立した存在であり、親として子の負担にはなりたくないという感情と、親という役割から子供に家族機能の主軸を受け渡すことへの戸惑いから「いつまでも親であること」という相反する感情を持ち合わせている中で、このような複雑な感情を言葉として直接的に伝えずとも、家族であるならば「察して欲しい」という思いが【言葉にすることを回避】につながっていた。

【言葉にすることを回避】は、親として＜子どもの意向に従う＞ことが子（家族）のためであるという思いや、話し合う間もなく子（家族）の意向を一方的に伝えられたことによりコミュニケーションが＜一方通行の意思伝達＞となり、自分の本心を言い出せずに「胸の内に抱える」こと。さらに＜もしもの時への憂慮＞に対して、子どもたちが世話をしてくれる保証はない＜曖昧な保証＞から、「伝えることへのためらい」となっていた。様々な思いや葛藤がある中で、自分の気持ちを＜さげすむ相手＞に、一人では担いきれない選択や決断の＜重荷を分かち合い＞ながら＜共に歩む存在＞として「人生の伴走者」を得ることによって、人生を【肯定的に受け止める】ことにつながっていた。一方、看取りや介護が必要になった状況を想像し、今と同じような生活を続けていくことは難しいのではないかと＜生活変更不可避＞であることを認識することや、物理的な生活拠点の安定性だけでなく情緒的なつながりや安心感を＜自分の居場所＞に求めるという「居場所探し」は、常に不安定さや焦燥感を抱えている状態であることを示していた。それらの影響により、向き合うべき課題に対し＜やらない理由（を）探し＞て先延ばしにしたり回避したりする傾向にあった。

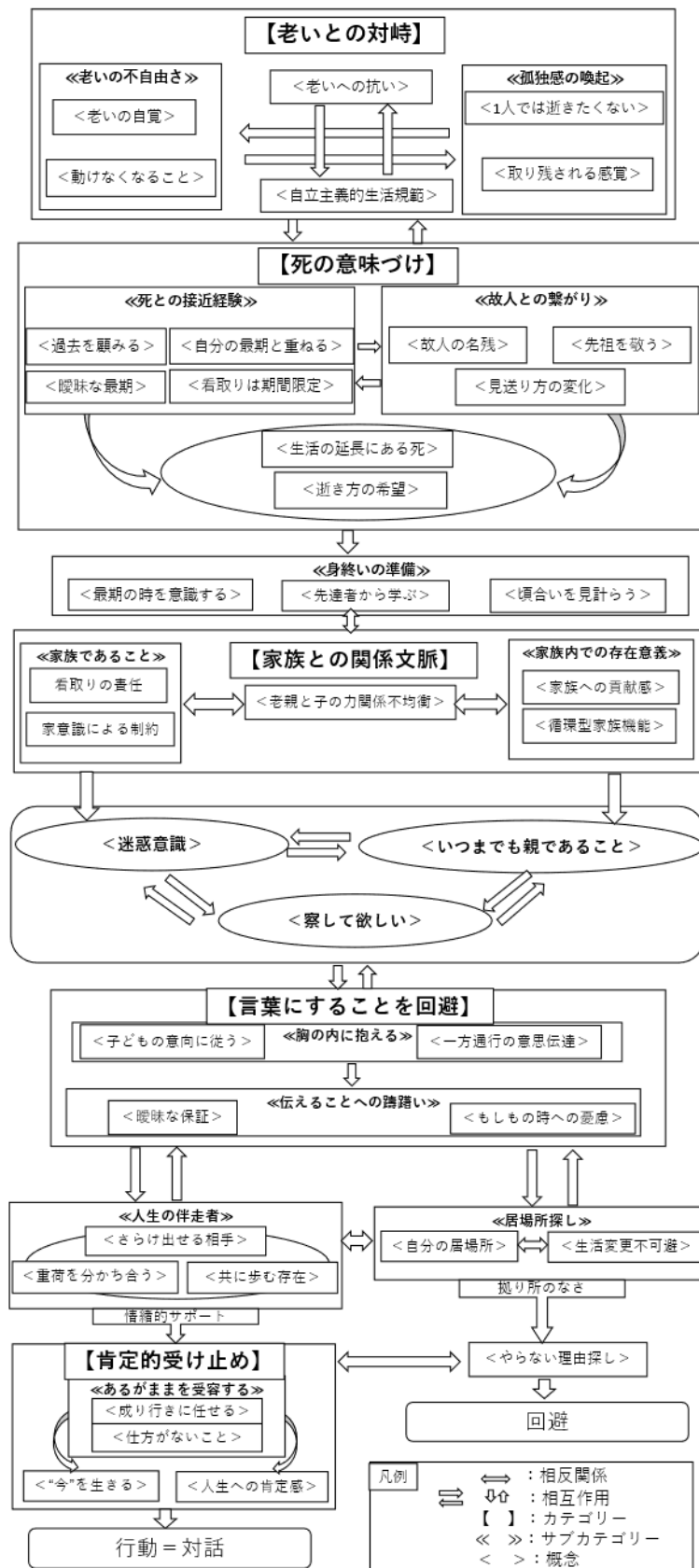


図 2. 結果図

V. 考察

1. 対象者の概要

本研究は地域の民生委員の協力のもと、選定条件に該当する対象者の紹介を依頼し、インタビューを行った。その結果、対象者は男性3名、女性11名となり、性別に偏りが生じた。これは、地域在住高齢者において、日常的にコミュニティとの関わりが多いことや、地域の福祉関係者と接点を持ちやすい層が女性に多いこと、ACPに関心をもって話し合った経験のある高齢者が女性に偏っていたという実態を反映していた可能性がある。先行研究においても、女性の方が、ACPに対する関心が高く、話し合いの意向も強い傾向が示されている⁵⁹⁻⁶²)。このように対象者の性別がACPのプロセスや語りの特徴に影響を与えた可能性は否定できない。語りの内容からも性差に起因すると考えられる微妙なニュアンスの違いが観察された。しかし、深層にある感情の動きやACPに対する行動の変化やアプローチといった本研究の本質的なテーマにおいては、性別を超えて共通するプロセスが明らかとなっている。例えば、「老いとの対峙」に見られるような自己効力感の揺らぎや、「人生の伴走者」に見られるような他者との関係性を通じた支えの模索といったプロセスは、男女ともに共通した経験として語られており、これは人間の普遍的な心理的側面を反映しているものと考えられる。したがって、本研究で得られた知見は、性差を内包しつつも、特定の状況下における普遍的意義をもつと言えよう。

2. テキストマイニングにおける共起ネットワーク分析について

本分析では、質的分析に先立ち、インタビューデータ全体の語彙的傾向を把握するため、KH Coder[®]を用いた予備的分析を行った。その結果、語の出現頻度や共起関係から、高頻度かつ中心的な概念を明らかにすることができた。

共起ネットワーク分析においては、「死ぬ」や「世話」といった語が媒介中心性の高い語として抽出され、これらが高齢者にとって人生の最終段階を語る際の主要な関心事であることが示された。また、「相談」や「迷惑」などの語との共起も確認され、人生の最終段階における他者との関係性や介護・支援に対する懸念が、高齢者の語りにおいて重要な位置を占めていることがうかがえた。さらに、「死ぬ」と「元気」「生きる」「考える」との共起関係は、高齢者が死を語る際に、現在の健康状態やこれまでの生活を回顧しながら、自身の死生観を構築している可能性を示唆しているものと考えられる。また、「死ぬ」と「施設」、「世話」の共起からは、最期の時期を介護施設等で迎えることを想定する意識が表れていると考える。特に、「世話」が「迷惑」「掛ける」と強く結びついていた点は、介護や支援を受けることに対して、「他者に迷惑をかけたくない」という意識が共有されている可能性を示している。さらに、「一緒」「住む」といった語の共起からは、家族と共に暮らしたいという願望と、その実現が難しいと感じる葛藤が読み取れた。

平成24年版高齢社会白書の調査によれば、「治る見込みのない病気になった場合に最期を迎えたい場所」として「自宅」を選択した人は54.6%であったが⁶³)、令和元年版の同様

の調査では51.0%であり⁶⁴⁾、若干の減少傾向が見られる。一方、「病院・介護療養型医療施設」と回答した人の割合は同期間に増加しており、自宅で最期を迎えたいと希望する人は減少傾向にあると考える。自宅で最期まで過ごしたいと願うことは、家族に迷惑をかけることだという風潮が、現代の日本の中での社会通念となりつつあるのではないかと懸念される。地域包括ケアがますます重要視される我が国において、本研究の結果は、「住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らす」という理念を掲げる地域包括ケアシステムと、地域で暮らす高齢者との思いに乖離が存在する可能性を示唆している。これらの結果を踏まえ、今後は、家族に過度な負担が偏らないよう支援体制を再構築し、地域全体で高齢者を支える包括的な仕組みの整備が早急に求められる。

また、「死ぬ」や「世話」などが高齢者の語りの中心語として抽出され、これらが「迷惑」「施設」「一緒に住む」などと共起していたことは、単に人生の最終段階への準備という文脈だけではなく、老年期における自立と依存、関係性への意識といった複雑な内面の揺らぎを反映していると考えられる。特に、依存への抵抗と配慮の意識は、社会的文脈に根差したものであり、日本における高齢者の「老い」の経験の一端を示している。つまり、高齢者は単に「死」に関する事柄だけでなく、他者との関係性や社会的役割への配慮を含めて、人生の最終段階を総合的に捉えていることが明らかとなった。これらの分析結果から、地域在住高齢者の内面的動機や関係性への配慮を理解する上での示唆に富んでおり、M-GTAを用いた分析を進めるうえで、語られた経験の背後にある意味構造を明らかにするために基盤となるものとする。

3. 地域在住高齢者における ACP のプロセスの中核となる 3 つの概念について

地域在住高齢者における ACP のプロセスの中核となる動きは<迷惑意識>、<いつまでも親であること>、<察して欲しい>の 3 つの概念であった。この 3 つの概念について考察する。

日本人の理想的な死の迎え方について浅見は、死に臨んでも身近な人々に迷惑をかけない過ごし方を願う人々が多く、その背景には、日本人の関係論的な人間理解に由来すると述べている³⁷⁾。人に迷惑をかけないようにすることは日本人的な行動規範の一つであるとされ²²⁾、迷惑意識がその言葉通りに他者へ「迷惑をかける」ことを意味しているのではなく、尊厳ある自立した生き方を嗜好する意識を表しているとされている²³⁾。つまり、迷惑をかけたくないという心情は、一見すると、援助する側の子や家族に対する配慮のように見えるが、「家族に迷惑をかけたくない」という心情の根底には、「家族に迷惑をかけるような自分でいたくない」というニュアンスが含まれており、自立した生活を続けていくことが自尊心の保持につながっているのではないかと推察された。

日本人高齢者の迷惑に対する意識についての先行研究によると、迷惑をかけたくないという思いは、大切な人との関係を良好に保ちたいという願いとともに、情緒的サポートを得たいという思いが含まれるとされている⁶⁵⁾。親としての立ち位置はどんなに年を重ねても

変わることなく、親が子を思う気持ちも変わらない。子どもに迷惑が掛からないよう、人の世話にはならず自分の力で生きていくことが価値基準となっている可能性が考えられた。特に日本人高齢者には、こうあらねばならぬという規範意識が強く残っている人たちが多い。子どもを頼って生活するべきではないという規範意識が暗黙知となり、誰かの世話になることへの抵抗感と、人に世話を受けなければ生活を維持できなくなっていくことでの自己概念のあり方が、自己の存在価値を低めることにつながっているのではないかと考えられる。

また、親として子どもには負担をかけまいとする配慮が、自らの意思を主張することに対して「迷惑がかかるのではないか」との懸念を生じさせていた。それにより、自分の意思や考えを言葉にして伝えることへの心理的障壁になっていると考えられる。日本人のコミュニケーションの特徴としてメッセージの曖昧化があり、「言わなくても分かる」ことを理想とする「以心伝心」や「察し」の文化がある。以心伝心や察しという言葉が示すように、日本人は言語への依存度が低くとも相手と情報を共有する高いコンテクスト文化であると言われている¹⁶⁾。日本人の高コンテクスト文化は、直接的な表現を用いて明確に自己表現することを控えることを伝統的に求められてきた社会背景がある²⁴⁾。したがって、言語化された本人の意思は、必ずしもその人にとっての真意を全て表しているとは限らない。そのため、それらを前提とした関わりが求められると考える。さらに、日本人は親子関係の間に典型的に具現する一体関係を最も望ましいものとして理想化しており²⁵⁾、家族という枠組みの中で築き上げてきた関係性の中で、家族だからこそ“言わなくても分かってくれているだろう”という期待がある反面、自分と家族の間で意向に相違があった場合を想像し、あえて直接的な表現を控えたり、自分の気持ちを言語化することを避ける傾向にあることも考えられる。

ACPのプロセスにおける意思形成や意思表明は他者との協働で成り立ち、話し合いによる相互理解によって自己の価値や生への意味を見出していくとされている²⁶⁾。そのため、地域在住高齢者に対してACPの推進における家族との対話や自己の価値観の表現を促進していくためには、これらの障壁があることを理解した上で支援していく必要があると示唆された。また、戦後の日本社会では、三世代同居世帯を標準的なモデルとして、伝統的な「家文化」に支えられた家族のイメージが前提とされ、看取りや介護も問題は「家族の問題」とされてきた²⁷⁾。さらに、2019年からの新型コロナウイルス感染症の蔓延は地域コミュニティの変化を加速させ、地域における集団社会を前提とした考え方・住まい方から、個・家を前提と考え方となったことで、より帰属意識が地域（土地）から家（家族）へと変化していった。しかしながら核家族化、高齢者単独世帯の増加により家族内の世代間で支えていくことが困難となっている²⁸⁾。そのため家族を基盤とした支援のあり方から、地域住民を基盤として隣人同士で支え合う社会構造の再構築が求められると考える。

4. 各概念およびカテゴリーについて

1) 【老いと対峙】について

【老いと対峙】は、《老いの不自由さ》、《孤独感の喚起》、〈老いへの抗い〉、〈自立主義的生活規範〉の概念およびサブカテゴリーから生成された。老年期は身体的・精神的機能の衰退や、社会的役割・人間関係の喪失を経験する時期であり、これらの要素が不安を引き起こすとされている。

【老いと対峙】には、従来通りの生活を続けられなくなることへの漠然とした不安や、これまでできてきたことが徐々に困難になることによる喪失感が含まれていた。「不自由さ」という言葉には、単に身体的制限だけでなく、日本人が持つ「老い」に対する否定的なイメージも影響していることが推察される。先行研究においても、高齢者自身が否定的な老年観や隠退的な老年規範意識を内在化していることが指摘されている⁶⁶⁾。特に、老年期初期とされる時期には不安感が高まる傾向があるとされ⁶⁰⁾、本研究の対象者においても、前期高齢者が64.2%と半数以上を占めており、この時期特有の老いや喪失への不安が表出していたと考えられる。

老いが進むにつれ、「誰かの世話になって生きていく」という現実味が増し、それに伴い不安感や自尊心の低下への懸念も強くなる。このような心情は、《孤独感の喚起》にも関連していた。長年連れ添った配偶者の死別を意識し、「いずれは一人になる」という現実と向き合う中で、孤独感が高まっていた。また、周囲の人たちとの死別経験は、「自分だけが取り残されていく」という感覚を生み出していた。この「取り残される感覚」は、物理的に誰かが側にいるかどうかとは必ずしも関係しない。むしろ、社会的なつながりの強さとは異なる情緒的なつながりの強さが影響しているものと推察された。先行研究においては、孤独感是对人ネットワークの量ではなく質によって左右されることが示されている⁶⁷⁻⁶⁹⁾。さらに、健康状態の悪化も孤独感を高める要因とされている⁷⁰⁾。本研究の対象者は、自身の「老い」を自覚することを契機に、健康管理に努め、散歩や運動を習慣的に行うなど〈老いへの抗い〉行動を生活の中に取り入れていた。こうした行動は、「できる限り自分の力で生活し、人に頼らず生きたい」という思いの表れであると考えられる。同時に、子どもに頼るべきではないという規範意識、すなわち、家族扶養への否定的傾向が影響しているとも考えられる⁶⁶⁾。この意識は、地域在住高齢者におけるACPのプロセスの中核となる〈迷惑意識〉や〈いつまでも親であること〉と相互に影響する概念であると考えられる。

今回のインタビュー対象者は、身体的・精神的な老いに抗いながら健康を維持し、自立した生活を続けようと努めていた。このような姿勢は、子どもに負担をかけたくないという思いにもつながっていると考えられる。日本は現在、致命的疾患による死よりも、老衰やフレイルの進行によって死を迎えるケースが増加する超高齢社会の只中にある。英国のナショナルヘルスサービス(NHS)では、フレイルの進行度に応じて今後のケア方針を予測的に立て、エンドオブライフ・ケアを早期から検討することが推奨されている⁷¹⁾。また先行研究においても虚弱高齢者に対するACPの早期介入の有用性が示されている⁷²⁾。つまり、フレ

イルの状態を適切にアセスメントすることがACPを進めていく上での一つの指標になる可能性があるのではないかと考える。

2) 【死の意味づけ】について

【死の意味づけ】は、《死との接近経験》、《故人との繋がり》、＜生活の延長にある死＞、＜逝き方の希望＞の概念およびサブカテゴリーから生成された。家族や身近な人の看取りを経験することにより、自分の最期を重ね合わせ、「自分の時はこうありたい」と理想を抱くようになっていた。また、看取りの経験は、最期の迎え方について考える契機にもなっていた。さらに、歳を重ねていく中で、老いや死を意識し始め、「死は特別なものではなく日々の暮らしの延長にあるもの」と認識していた。先行研究においても、親しい人との死別体験は「死への関心」を高め、自身の死生観形成に影響する重要な要因であると報告されている^{34,73)}。しかしながらそのイメージは依然として漠然としており、自分事と思いつつも、どこかまだ他人事のような曖昧さを含んでいた。遠くない未来に自分の死があることを理解し、どのように過ごしていきたいか考える必要があると認識しつつも、まだ実感がわかず「その時」が来たら考えると先延ばしにする傾向がみられた。このような傾向の背景には、自分自身の死は認識できないという死の不可知性が影響していると考えられる。自らの死に関する不可知性は様々なところで論じられており、これには「人称の死」の問題が影響しているものと考えられる。

死には三つの視点があるとされる。すなわち、「一人称の死(自己の死)」、「二人称の死(近親者の死)」、「三人称の死(他人の死)」である。フランスの哲学者ウラジーミル・ジャンケレヴィッチは「一人称の死は体験できないため、これを語ることは不可能である」と指摘している。一方、二人称の死の経験は、自身の生きる意味を再考し、成熟をもたらす契機とされている。先行研究では、身近な人との死別経験や看取りの経験などがACPの動機づけとなることが示されている⁷⁴⁾。しかし本研究で明らかになったのは、それらの経験が死への関心を高めるきっかけになっているものの、「死」を自分に引き寄せて、自らの生の終焉を迎える過程を認知する段階にまでは至っていないのではないかとという点である。日本では依然として病院死が多くを占める中、人が死にいたる過程が医療の管轄下にあるという意識が広く共有されている。そのため、実際に看取りの場に立ち会った経験があったとしても、それは臨終の場という一時点でしかなく、生の終焉に向かう過程を目の当たりにして経験している人は少ない。また日本においては、死についての体系的な教育がほとんどされておらず、死をどう捉えるかが個人の経験に大きく依存している。その結果、物理的に死を意識する機会が限られている現状がある⁷³⁾。このような状況から、看取りや死別といった経験の有無だけでは、死生観の醸成には直結しない可能性があると考えられる。

また、先行研究では、自身の大病の経験がACPへの影響要因として報告されている。しかしながら本研究においては、大病や生命の危機を経験したものであっても、ACPに対する促進的な働きかけとして受け取れるような語りは聞かれなかった。この背景には、イン

タビュー時点においてすでに大病や生命の危機を乗り越え、住み慣れた地域において以前と同じように生活できているという安心感や自己効力感が影響していたと考えられる。つまり、「病気になっても、また乗り越えることができる」という自信が形成されているものと考えられる。このような心的傾向には、時間展望による影響が大きいのではないかと考える。

時間展望とは、心理学者 Lewin によって提唱された概念で、個人が「過去・現在・未来」という時間の中で、どのような意味づけをして生きているかを示すものである。過去の大病や困難を乗り越えた経験は、個人の心理的回復力（レジリエンス）を高め、「たとえ困難があっても乗り越えられる」という確信を形成することで、死を遠く曖昧なものとして捉える傾向を助長している可能性が考えられる。レジリエンスの高い人は、予期される困難に対し柔軟かつ前向きに適応する力を持つ一方で、その適応の枠組みの中で死の不可知性を相対化し、実感としての「死」から距離をとる傾向にあるのではないかと考える。したがって、大病や看取りといった経験があったとしても、それらが直接的に ACP に結び付かないのは、レジリエンスの働きによって、死への関心よりも今を生き抜くことに重きを置かれている可能性が推察される。

3) 《身終いの準備》について

《身終いの準備》は、＜最期の時を意識する＞、＜頃合いを見計らう＞、＜先達者から学ぶ＞の概念から生成された。

終うとは、物事が終わることや終局を意味する実用日本語であり、公用語としては用いられない言葉である。同音語に「身仕舞」という言葉があるが、これは、身なりを繕い整えること。また、化粧して美しく着飾ること、身じたくの意味を持つ。つまり身終いは、人生の最期を迎えるための支度をする事として、自分の身の回りを整理するという意味で用いられることが多い。終焉活動の略語である終活は 2010 年に新語・流行語大賞にノミネートされたのを機に世間に認知され、一過性のブームで終わることなく、終活に取り組む人は年々増加傾向にある。終活という言葉が生み出された当初は自分の葬式や墓、遺産などについて準備しておくことが主であった²⁵⁾。しかしこの 10 年で終活に対する世間のとらえ方は少しずつ変化し、現在では、自分のためというよりも家族や周囲の人たちのためという意味合いが強くなっている。この背景として、超高齢社会や単身世帯の増加等の社会構造の変化、医療の高度化が挙げられている⁷⁵⁾。

日本では従来、三世同居など多数の家族員による相互の支え合いが可能であった。しかしながら、少子化や核家族化の影響により、老後の経済的問題や介護の問題など子世帯にかかる負担が大きくなっていった⁷⁶⁾。それにより、子世代に「迷惑をかけたくない」という思いが終活を社会に浸透させていった。また、自分の身の回りを整理することは、単にモノを整理するという意味を持つだけでなく、今までの人生を振り返ることにつながっていた。さらに整理するという行動は、今、そしてこれからの自分に必要なもの、不必要なものが鮮明になり、自分が本当に望むことは何かを考える時間でもあった。つまり、身終

いの準備は自己のライフレビューをすることで、人生の課題ややり残したことが明確になり、残りの人生をどのように過ごしていくべきかが鮮明になるのではないかと考える。それと同時に、人生の幕引きを迎えることを自分自身で納得することでもある。さらに、身終いの準備は、本当に自分に必要なものが鮮明になり、人間関係をも含めた取捨選択の時期なのではないかと考える。自分の人生に寄り添ってくれる人、理解者は誰なのかを見定め、情緒的なつながりをより強固にし、煩わしい人間関係や余計な気構えからの解放される段階でもあると推察される。

この身終いの準備を含む終活は、かつては死ぬ準備をする活動として批判する人も多く、縁起でもないことと忌避されてきた。また、子世代にとっては親の老いや老後の問題と向き合うことであり、敬遠し先送りにしたいという思いを抱えている⁵⁰⁾。儒教的な思想の影響を強く受けた文化の中で育った日本人は、親子間にある上下関係のバイアスが根強く残っているとされている。つまり、子世代にとっては、いくら歳を重ねたとしても親であることには変わりなく、特に親世代と世帯を別にしていない子世代にとっては、親の老いを身近に感じる機会も少ないことから、老親扶養の意識へとシフトチェンジしにくい現状がある。そのため、終活と称した身終いの準備を始めることは、“そういう時期になってきたのだ”と、お互いに人生の終い方について向き合うための準備期間となっていた。

4) 【家族との関係文脈】について

【家族との関係文脈】は、「家族であること」、「家族内での存在意義」、「老親と子の力関係不均衡」の概念およびサブカテゴリーから生成された。

家族とは、それぞれの学問領域において様々に定義されている。家族看護学者のフリードマンは、家族は相互に情緒的に巻き込まれ、物理的に近くで生活をしている人々から成ると定義している⁷⁷⁾。家族の在り方は時代とともに変化し、従来の伝統的な家族像や親子像が通用しなくなるほど、夫婦や家族の在り方が多様化している^{78,79)}。1960年代から1970年代前半までの高度経済成長期に広く定着した戦後近代家族の形は、1980年代頃から変化が顕在化し、“家族役割はこうあるべき”という家族規範が揺らぎ始めた時期とされている⁸⁰⁾。その時代で当たり前とされる家族の在り方はあくまでその時代、社会が生み出す観念であり、決して普遍的なものではない。「家族であること」を構成する「看取りの責任」や「家意識による制約」には、先行世代から受け継いだものを後続世代に引き継いでゆく垂直系列の軸を持った相互扶助・相互支援的な共同体としての家族像が語られていた。しかしながら、このような価値観や考え方を子世代に強いることへの迷いや抵抗感も同時に含まれていた。

先行研究においては、近年、家の存続を重要視する家意識が極めて弱くなっていることが指摘されている。一方で、老親扶養に対する意識は若年層で賛成率が高く、高齢層で低い傾向にあると報告されている⁸¹⁾。本研究においては、「家族内での存在意義」に見るとおり、自分はまだ一方的に世話になるだけの存在ではなく、家族の中で役割を持ち、家族に対して

貢献できることがあるのだと家族内での自分の立ち位置を模索していた。家族の中で役割を形成することは、家族との現状の関係性を受け入れつつ、家族の一員であるという心理的居場所の確保や、家族の役に立つことで自己価値を見出しているものと考えられる。今回インタビューを行った対象者の平均年齢は73.5歳で、前期高齢者が14名中9名と比較的年齢層の低い高齢者を対象としたため、親役割から状況的にも心理的にも離脱していないことを示しているのではないかと推察される。

親役割から離脱することは脱親性の獲得と言われ、子どもが独立したことによって老親が子どもの養育や親役割の責任が終了したことを認識し、子どもの生活の自立性を尊重し、過度な介入や役割固執を回避する心理的態度を指す。親役割の終了は安堵感や達成が得られる一方、脱親性の獲得が困難な場合には、生きがいの喪失や脱力感、虚無感を生むと指摘されている⁸²⁾。役割の喪失や生きがいを見失うことは、アイデンティティの揺らぎが生じ、心理的安定性に影響を及ぼす可能性が高い。さらに養う側から養われる側への移行や、家長としての立ち位置を委譲することなどを含む離脱の側面は、老親と子の間のパワーバランスに軋轢を生じさせる可能性がある。これは、コア概念である<いつまでも親であること>と相互に影響し合うカテゴリーであると考えられる。

5) 【言葉にすることを回避】について

【言葉にすることを回避】は、「胸の内に抱える」、「伝えることへの躊躇い」のカテゴリーから生成された。これは、コア概念である<察して欲しい>からつながるカテゴリーであると考えられる。ACPは本来、家族や重要他者、医療ケア従事者とのコミュニケーションプロセスとされている。しかしながら地域在住高齢者にとっては、自身の人生の最終段階についての思いや考えを【言葉にすることを回避】する傾向にあることにより、ここに矛盾が生じる。

日本人のコミュニケーションの特徴としては先述の通り、以心伝心や察しを基とする高コンテクスト文化があるが、さらに「間」や「ホンネとタテマエ」のように、あからさまな表現は不躰として婉曲な表現を用いたり、会話と会話の行間＝「間」から会話の方向性や解釈を読み取るなどの特徴があるとされている⁸³⁾。このように、他者に自らの意思を伝えるとき、送り手側は相手に送るメッセージを無意識に曖昧化し、受け手側は、前後の文脈や非言語的なメッセージによってその意味合いを補完し解釈する。つまり、送り手側は“きっと伝わっているだろう”や“分かってくれているはず”という前提のもと、受け手側に解釈を委ねる傾向にあると言える。このようなコミュニケーションが成立するためには、メッセージの受け手・送り手双方の調和的な関係が成り立っていることが求められるのではないかと考える。この相互依存的なコミュニケーションのあり方は、相手への配慮や遠慮が先行して自分の真意を伝えられないことや、拒絶されることへの不安を増大させる側面を併せ持つと指摘されている⁸⁴⁾。また、相手の気持ちを汲み取るほどに、知っているが故の苦悩をもたらすと指摘している⁸⁵⁾。本研究においても、家族間での意向の相違を対話を通して埋め

るのではなく、摩擦を回避する傾向が強いことが明らかとなった。

日本では古くからの文化規範として、自己主張しないことが集団ひいては社会に適応的であるとされてきた経緯がある。自身の思いや考えを主張しないことが美德という価値観のもと、日本人は自己主張を回避し協調性を重んじる文化が根付いてきた。そのため、対話を重ねながら自分の意向を相手に伝えることを基本とする ACP のプロセスを日本人に適応するには、日本人のコミュニケーションの特性を踏まえた工夫や配慮が求められるのではないかと考える。

6) 《人生の伴走者》から【肯定的受け止め】について

《人生の伴走者》と【肯定的受け止め】は強い相互関係にある概念であると考えられる。

《人生の伴走者》は、〈さらけ出せる相手〉、〈重荷を分かち合う〉、〈共に歩む存在〉の 3 つの概念から生成された。これらの概念は、高齢者を取り巻く情緒的サポート者の存在を示すものと考えられる。たとえ自分の意向が心に定まったとしても、人は揺らぎや迷い、不安を抱えることがある。その際、本心をさらけ出しても受け入れ、理解してくれると信じられる存在がいること。また、自らの気持ちを安心して開放できる存在がいること。さらに、揺らぎや迷いが生じた際に、共に悩み考えてくれる存在がいること。そして、これまでの人生を共に歩んできた存在がいることが、生きていく上での重要な支えになっていることが示された。

先述の【言葉にすることを回避】は、相手に対する遠慮や気兼ねの思いが先立ち本心を伝えることを躊躇するのに対し、《人生の伴走者》は、あるがままを受け入れてくれる、理解してくれる人の存在によって、自分の思いをさらけ出すことができる心理的な安定性を確保した状態であると言える。高齢者を取り巻く人間関係は、死別や社会的役割の変化によって喪失や縮小を繰り返すとされている。加齢とともに経験する喪失や縮小を、多層的な人間関係の他の層の人々が補う形で維持されると言われている⁸⁶⁾。

個人を取り巻くネットワークについては、コンボイモデルの理論が広く提唱されている。このモデルは、全ての個人が生涯を通じて支え合いながら生活しているという理論に基づき、個人を中心とした援助的な関係（対象の数や親密さの程度、役割の変化など）を同心円状に構成したものである。コンボイの内側の層に位置する親密な関係を中心とした他者との長期的な相互作用のなかで、人生を共に歩む身近な存在が拠りどころとなり、情動的満足感を得ることで、生き方の方向性や生きる意味を見出すことにつながっているものと考えられる。生きる意味や目的を見出すことは、自身の人生を焦点化することであり、自分にとっての幸福とは何か、何を大切に生きてきたのかななどを意識化することにつながっている。これらは、抽象的で曖昧であるために、暗黙知化していることが多く、日常生活の中で表現する経験を持つ人は少ないとされている⁸⁷⁾。この暗黙知化した意識を言語化することは、死と死にゆくことへの態度の醸成につながるとされている⁸⁸⁾。コンボイを媒介とした人生の伴走者を得ることは、自身の人生について、過去のみならず現在、未来を含めた生

そのものを見つめなおし、人生の終焉を迎えることへの肯定的な態度に影響を及ぼすと考える。つまり、これらのプロセスを経ることによって得られた人生への肯定感は、ACPを促進するにあたって直接的に作用する重要な要因であると考えられる。

7) <居場所探し>から<やらない理由探し>について

<居場所探し>と<やらない理由探し>は互いに関連しあう概念であると考えられる。

<居場所探し>は、<自分の居場所>と<生活変更不可避>から生成された。年を重ねるにつれ、近い将来に訪れるであろう医療や介護が必要となる時期を想像し、いつまでの今と同じような生活を継続することが困難になる可能性を予測するようになる。そのような<生活変更不可避>の状況を見据えて心構えをしつつも、住み慣れた自分の“家”を離れることへの不安や寂寥感が込められているのではないかと考える。また、<自分の居場所>の中で語られていたのは、自分がここにいて良いのだと思える場所が必要だと感じている内容であった。精神的安寧が得られる場所こそが自分の居場所であり、安住できる居場所であることが示されていた。住み慣れた家で生活を続けていきたいと願いつつも、家で過ごすことが本当に自分や家族にとっての幸せなのか。最後まで自宅で過ごすことを望むことで、家族や周囲の人たちに迷惑をかけてしまうのであれば、どこか別の場所を探したほうが良いのではないかと、最期を迎える場所、自分が望む場所はどこなのかと、自分自身でも答えを出せない不安定さを含む概念であると考えられる。

高齢者の居場所に関しての先行研究では、自らが住む場所での他者との様々な経験を共有する出来事を介して「必要とし」「必要とされる」関係性を構築することが高齢者にとってかけがえのない「居場所」の創出につながるとされている⁸⁹⁾。また西川は、いつも自分を受け入れてくれる自己受容感が得られる場所があることが、自己効力感や自己有用感につながっていると述べている⁹⁰⁾。さらに大川は、「居場所の喪失」に対する支援の有用性を指摘している⁹¹⁾。

<居場所探し>では、居場所の喪失に対する不安を抱きつつも、【言葉にすることを回避】から自分の思いを素直に表現して良いものだろうかと思悩、向き合うべき課題を先延ばしにする<やらない理由探し>につながっているものと考えられる。先延ばしの傾向が強い人ほど、積極的な医療健康行動をとりにくいことが指摘されており⁹²⁾、先延ばしの行動の根底には、不安や失敗から逃れたいという人間の本能的な部分が影響していると言われている。ACPにおいてもまた、<人生の伴走者>から【肯定的受け止め】がACPを促進する要因である一方、<居場所探し>から<やらない理由探し>は、ACPを阻害する要因であると考えられる。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究を通して、地域在住高齢者における ACP のプロセスを検討することができた。近年、ACP は政策的・制度的に推進され、医療・ケアの現場においてもその重要性が強調されている。しかしながら、本研究の対象者は、「人生の最終段階について話し合った経験のある者」としていたが、インタビューを進めていく中で、本人としては“話し合っている”つもりであっても、実際には意思の伝達にとどまり、コミュニケーションを通じた双方向的な話し合いのプロセスとはなっていない場合が多く見受けられた。すなわち、伝えているつもりであっても、相互の理解や受け止め方には齟齬があり、ミスコミュニケーションが生じている可能性が高いと考えられる。このような現象は、制度的枠組みの中で ACP が形式的に導入されている中で、その本質的な目的である「相互理解に基づく意思決定支援」が十分に機能していない現状を示唆しているものと推察される。また、収集されたデータにおいては、話し合いの内容や頻度に一定の幅がみられ、これは個人による経験の差として認識できる一方で、地域在住高齢者における多様な実態を反映するものとして解釈することが可能である。これらを踏まえ、今後は対象者の選定における「話し合い経験」の範囲や定義をどのように設定していくかが課題となる。

さらに、高齢者が自身の医療選択の意向を伝える主な手段は、家族などのインフォーマルなネットワークにおける日常的なコミュニケーションである。そのため、家族との間で将来的な疾患の進行や認知症の進行があった場合に希望する治療やケアについて話をすることは、終末期ケアに備えた重要な準備行動と位置づけられる。親子間の会話には、高齢者自身の要因のみならず、話を受け止める側である子どもの態度や意識が影響することが指摘されている⁹³⁾。親子の会話は自然発生的に生起するのではなく、親と子側の要因を総合的に理解してアプローチすることが必要となってくる。したがって、高齢者が安心して人生の最期に関する希望に関する話題を切り出せるような関係性の構築と、家族の準備性についても併せて検討していく必要があるのではないかと考える。

加えて、近年の家族形態の多様化により、独居高齢者や高齢者単独世帯の増加が顕著になっている現状を鑑みると、家族構成や同居の有無が ACP における話し合いの有無や内容、進行の深度に与える影響は極めて大きいと考えられる。本研究の対象者の多くは、家族と同居または定期的な交流を有していた。そのため、家族との関係性が希薄な高齢者や社会的孤立を抱える高齢者層の実態については、十分に検討することができなかった。今後は、そうした多様な生活背景を持つ高齢者にも焦点を当てた調査が求められ、ACP の促進・阻害要因をより包括的に明らかにしていく必要がある。また、ACP のプロセスにおける個人属性や社会的要因の影響の強さや関連性を明らかにするためには、質的研究のみならず、量的手法を用いた検証も今後の課題である。多様な家族形態や社会関係の中で、どのような要因が ACP を促進あるいは阻害するのかを明らかにし、地域における支援体制の構築や政策的な介入に資する知見の蓄積が期待される。

第3章 ACPのプロセスモデルの構築と活用可能性の検討

I. 先行研究との比較

近年では、諸外国で構築された ACP のモデルを日本語版に翻訳し、具体的な臨床実践への示唆に富む知見も得られている。しかしながら現状としては、ACP に関する介入研究や実践報告が増加する一方で、理論的検討が不十分であると言える。第 2 章研究で明らかになった地域在住高齢者の ACP のプロセスは、諸外国での先行研究で示されたものとは異なる結果が示された。Sudore らが示した ACP プロセスでは、熟考の準備→熟考→吟味→行動→振り返りのプロセスを辿るとされており、これらのプロセスは円環モデルのように繰り返すものであるとしている(図 3)。この ACP プロセスは、行動変容理論 (Transtheoretical Model : 以下、TTM) と社会的認知理論が理論基盤となっており、行動変容の段階に応じた対応や、適切な時期に正しい介入を行うことが重要であるとし、実際の行動だけでなく、その行動に潜む思いや感情なども含めて捉えていくことの必要性を述べている⁴⁵⁾。

この ACP プロセスに基づき、ACP に対する理解度や準備状況などの進捗状況を評価するための国際的な尺度として Advance Care Planning Engagement Survey (以下、ACPES) が開発された⁹⁴⁾。我が国においても岡田らがこの尺度を翻訳し、日本人にも適用可能性のあるものとして紹介している⁹⁵⁾。熟考の準備の段階を「死について考える時期ではない」、熟考の段階を「死に対して考えがよぎる」、吟味の段階を「自分が考えたことを価値づける」、行動の段階を「重要他者との対話」、「医療者との対話」、「書面に書く」としている。

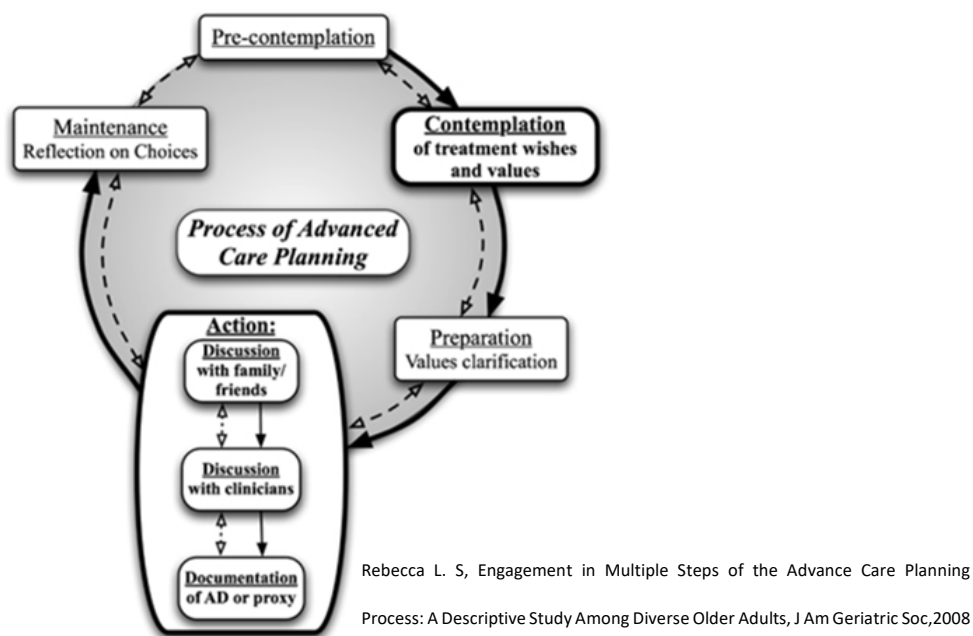


図 3. Sudore による ACP プロセス

第2章研究で示された地域在住高齢者のACPの構成概念をもとに、Sudoreらが示したモデルとの対比を見ると、熟考の準備の段階および熟考の段階におけるプロセスで日本人特有の価値観や文化的背景の影響が強く見受けられた。また、吟味の段階では、「自分が考えたことを価値づける」ことの根底には<迷惑意識>や<いつまでも親であること>、<察して欲しい>という概念がコアとして存在し、全てのACPプロセスに影響を与えていることが明らかとなっている。また、「重要他者との対話」においては、【言葉にすることを回避】という日本人特有の高コンテクスト文化により、直接的な表現を避ける傾向にあることが特徴的である。そのため、Sudoreらによって示されたACPプロセスをそのまま日本人のACPプロセスに当てはめるのは難しいのではないかと考えた。

日本人は自身の意思を表明することが経験的に乏しい文化であるからこそ、他者と話すこと、すなわち対話を基盤とし、「気づき」「考える」という段階から語りを引き出していくことや、行動化を促す段階に至るまでを丁寧に関わっていくことが必要である。しかしながら、現行、行政等各所から地域在住高齢者向けに配布されているACPを促進する媒介として用いられている人生会議のパンフレットを概観すると、人生の最終段階における医療やケアの選択に関する希望や思いを書き記す書式となっている。つまり、現行のパンフレットは、ADを目的とした意思表示に近いものと言えよう。

諸外国における先行研究でも、医療処置の選好などを文書化するといったADの完了をアウトカム指標としているものが多い^{11,96)}。これは、ACPの本来の意図とするナラティブな語りを通して自身が生きてきた軌跡を振り返る中で、人生の最期の時をどのように生きていき、どのように終焉するのかの意思を表明し、他者と共有するプロセスとは異なる主旨のものとなっている。そのため、本研究で明らかになった地域在住高齢者のACPプロセスを基に、新たなプロセスモデルを構築する必要があると考えた。さらに、そのモデルを活用してACPを促進するための具体的な介入方法を検討していくことが求められる。

第2章研究で明らかになった結果を実践での応用が可能なモデルにするためには、具体性の高い表現は特異的で一般化しにくく、現場に密着した抽象度の高い表現を用いた方がより汎用性が高いと言える。結果図に示したACPのプロセスは、各概念およびカテゴリー名は具体性が高く、また数も多い。第2章研究で示された地域在住高齢者のACPのプロセスを実践での活用が可能な汎用性の高いモデルにしていく必要があると考えた。

モデル構築においては、M-GTAによる分析結果で明らかになった地域在住高齢者のACPのプロセスの様子から、実践において必要な具体的な介入方法を示していくことが求められる。そのため、段階ごとに各概念およびカテゴリーを再編成し、プロセスを簡略化する必要があると考えた。特にM-GTAは、理論生成の先にある実践的活用を明確に意図した研究方法であり、それを応用するものによる理解と修正による一般可能性へと開かれた手法とされている。また、応用が検証の立場にたつ研究方法であり、実践現場に活用されてこそその研究手法であり、研究結果を実践の場をつなぐ存在として「応用する人間」の役割を強調している。それゆえに、地域在住高齢者のリアリティに即した記述に際して、どのような表

現を用いるかは、実践者と研究者の相互理解の上で成り立つものであり、プロセスモデルを構築する上で重要な鍵を握るものと考ええる。

II. 目的

本研究の目的は、地域在住高齢者における ACP のプロセスを実践で活用可能なモデルとして構築することである。モデルの定義と構成要件、既存のモデルとの比較検討、既存の研究知見との関連を検討し、モデルの理論的及び臨床的な妥当性を検討する。これらの理論的検討により、本モデルが地域在住高齢者の ACP プロセスモデルとして一定の妥当性を有し、かつ、健康なうちから将来を見据えて ACP に取り組む際の基盤となるのではないかと考えた。

そこで第 3 章では、M-GTA によって生成された地域在住高齢者の ACP のプロセスからモデルを構築し、実践的活用可能性について検討することを目的とした。地域在住高齢者が辿る ACP のプロセスモデルを示すことによって、地域で高齢者の保健医療福祉に携わる医療・ケア従事者が、モデルに基づき ACP を促進する介入の方策を考えていくための基礎資料として活用されることが期待される。

III. 方法

1. プロセスモデルの試案作成

モデル活用時の基本的枠組みを抽出するにあたり、第 2 章で述べた地域在住高齢者の ACP のプロセスを用い、以下の 2 段階で検討を行い、地域在住高齢者の ACP のプロセスモデルを構築した。

モデル構築での必要条件は、問題となっていることの記述、つまり、何が要因になっているかによって介入の方向性が決定し、介入される側と介入する側が明確になる。続いて、介入の構成要素を明確化することで、実践への応用を可能とする。加えて、モデルのもとになる理論の存在があることで実践を支える軸になり、モデルの説明を可能とする⁹⁷⁾。

そこで、第 1 段階では、本研究で得られた結果図に示されている ACP のプロセスを、構造構成主義的質的研究法 (Structure-Construction Qualitative Research Method : 以下、SCQRM) を用いて暫定的なプロセスモデルを作成した。構造構成主義は、仮説から理論までを一元的に包括可能なモデル構築を可能としている⁹⁸⁾。SCQRM は、モデル構築が研究目的である場合において、関心相関的選択に基づき M-GTA を分析ツールの一つとして採用している^{98, 99)}。本研究ではインタビューデータをもとに地域在住高齢者の ACP のプロセスモデルを構築することを目的としているため、それに適した M-GTA を分析枠組みとし、概念やカテゴリ間関係を捉え、暫定的なモデルの作成を行った。

次に、第 2 段階では、作成した暫定モデル図について、高齢者の医療・保健・福祉に携わるエキスパート集団によりモデルの適切性、包括性、理解可能性の検討と、地域在住高齢者による表面妥当性の検討を行った。

2. プロセスモデルの妥当性および実践への応用可能性の検討

1) エキスパートインタビューによる適切性、包括性、理解可能性の検討

地域在住高齢者へのインタビューを分析して作成したプロセスモデルをもとにエキスパートインタビューを実施し、適切性、包括性、理解可能性について検討した。

主な質問は、暫定版プロセスモデルが地域在住高齢者の ACP のプロセスモデルとして適切か、ACP のプロセスが包括されているか、重要な事柄が欠落していないかをフォーカスグループ・インタビュー（Focus Group Interview：以下、FGI）の原則と手順に則り 2 回実施した¹⁰⁰⁾。

FGI は、あらかじめ選定された研究関心のテーマについて焦点が定まった議論をしてもらう目的のために、明確に定義された母集団から少人数の対象者を集めて行うディスカッションであり¹⁰¹⁾、グループダイナミクスを活用しながら質的に情報を把握する科学的な方法の一つであるとされている¹⁰⁰⁾。

FGI に参加する専門家は、高齢者の保健医療福祉の専門家（在宅医療に携わる医師、高齢者看護に携わる看護師、高齢者福祉に携わる保健師、高齢者看護の教育に携わる看護教員）とし、先行研究において最適とされる人数を参考に 4 名を選出した^{102, 103)}。参加者の基本属性および略歴等は事前調査票に記入してもらった。

FGI は、オンライン会議システム ZOOM にて行い、ディスカッションの様子は録画機能を用いて記録した。録画した記録からディスカッションの内容を逐語録化し整理した。また、参加者の表情の変化やうなずき等の仕草、ディスカッションの展開を記録した。なお、実施に先立ち、模擬対象者に対し練習会を行い、ファシリテーションガイドのブラッシュアップを行った。

2) 地域在住高齢者による表面妥当性の検討

本研究で構築したモデルをもとに地域在住高齢者を対象とした ACP 促進に向けた介入を実践していく際に応用可能なモデルを作り上げていくことを念頭に、地域在住高齢者も参加し、住民の考えや価値観をモデルに取り入れて構築していくことが必要と考えた。そのため、第 1 回 FGI 後に予備的要約を行った暫定版プロセスモデルをもとに、表現の明確性やプロセスとしての順序性、整合性、不足内容についての意見交換を行った。

研究参加者の募集は機縁法に則り、本研究の趣旨を説明し参加に同意が得られた 6 名とした。対象者の選定条件は、医療福祉サービスの利用や介護保険サービスの利用経験のない元気な高齢者とした。選定条件の設定理由は、自立した生活を営む高齢者が、近い将来に訪れる自身の人生の最終段階について想像し、価値観や残りの人生をどのように過ごしたいかについて話し合いを促進するためのモデルを作成することである。このモデルは、初見で理解できるとともに、高齢者が個々の状況に応じて理解し、活用できる柔軟さや適応性を備えている必要があると考えた。

対象者は研究者が設営した会場に集まり、研究の目的と主旨、内容、検討事項を説明した

上で実施した。対象者は円卓に自由に座ってもらい、意見交換の導入部分のみ研究者が介入した。話し合いが進んだところで自然と対象者の中から進行役が選出されたため、研究者は、意見交換の内容が逸脱したときにのみ介入した。意見交換の様子は IC レコーダーへの録音とメモにて記録し、後日、逐語録化し整理した。

3. 分析方法

エキスパートインタビューによる適切性、包括性、理解可能性の検討では、FGI に参加したメンバーに個人番号 a~d を付与して匿名化し、逐語録を作成した。記述したデータを読み取り、まとまりごとに予備的要約を行った。

予備的要約は、逐語録より「重要な内容」「意味深い内容」を抽出してセグメント化し、意味のまとまりごとに重要アイテムとしてのコードを付与した。コーディングに際しては、発言時の発言者の仕草や表情と他の参加者の反応記録を考慮しながら、特異的な背景を持つ個人の意見なのか、同意的な反応が得られている発言なのかを把握し、グループダイナミクスも考慮した。

予備的要約を行ったものを、第2回目の FGI の際にメンバー全体へフィードバックした。その後、第1回目の FGI の予備的要約を踏まえて再度ディスカッションを行い、FGI の結果により得られた課題と暫定版モデルを照らし合わせ、適切性と包括性の観点からモデルの修正を行った。

次に、地域在住高齢者による表面妥当性の検討では、第1回目の FGI 終了後に修正した暫定版プロセスモデルをもとに、地域在住高齢者の内的視点を意識しながらディスカッションの核となる内容を抽出し、修正した。

IV. 結果

1. プロセスモデル試案の生成

先行研究および SCQRM におけるモデル構築の手法を参考に、①モデルの基となる理論の検討、②構成概念およびカテゴリーの再編成、③問題の明確化、要因の再検討、④介入要素の検討の手順で暫定的なプロセスモデルを生成した。

① モデルの基となる理論の検討

ACP に関連した尺度開発における先行研究では、ACPES が社会的認知理論や行動変容理論に基づき4つの行動変容要素（知識、反省、自己効力感、準備）に焦点を置き、ACP のプロセスを評価するためのツールとして作成され¹⁰⁴⁾、その短縮版が Okada らによって翻訳されている⁹⁵⁾。また、山口らが開発した「もしも」のときの医療・ケアにおける話し合い行動意図尺度は、計画的行動理論をもとに [結果評価]、[影響感]、[コントロール感]、[遵守意思]、[行動信念] の6因子から構成されるもので、ACP の基盤となる話し合いを実行しようとする意思に関する要因を検討したものである¹⁰⁵⁾。ほかにも、国内の一般人を

対象とした Readiness for ACP (以下、RACP) Scale は、ACP を実施する上で本人の考えや思いを理解するための尺度として、TTM を理論基盤に作成されている¹⁰⁶⁾。

ACP を支える理論基盤については様々な先行研究で示されているが、諸外国における先行研究では ACP を健康行動の変化という観点から論じ、TTM を理論基盤としたものが多くみられる。しかし、ACP のアウトカムとして AD の完了としているものや、生死の決定は「神」に委ねるといった願望による影響を示しているものが散見された。

宗教的信仰と精神性による ACP への影響について明確に議論されている先行研究は少ないが、高い宗教心は ACP の採用率の低さと関連していることが報告されている。日本においては、特定の信仰宗教を持たない人々が多く、宗教的態度については仏神への報恩感謝の念や靈魂観念などがベースとなっている¹⁰⁷⁾。また、自然宗教的な価値観として、人知を超えた力の存在や、自然に宿る神など超自然的なものへの畏敬の念が信仰の対象となっている点¹⁰⁸⁾は、諸外国における信仰心とは異なると言えよう。

さらに、ACP のアウトカムにおいても、日本においては継続的な話し合いのプロセスを記録として書面に書き残すことを重要としており、AD や事前指示書の作成完了は重要視してはいない。特に欧米などと比較し、価値観を明確に言語化することへの抵抗感が強い日本人とは ACP に対する考え方や取り組み方とは異なるため、同じ理論基盤のもと適用させることには限界があるものと考えられる。さらに、TTM を基盤とした ACP の介入研究でも、介入による行動変容への関与に関して明確な結果は現れていないものが多い^{109, 110)}。

本研究では、地域在住高齢者を対象とした観点から、自分に残された時間や能力といった将来展望を限りあるものであると認識すると情動調整の動機づけが高まり情動調整を促進させる目標を優先的に選択するという社会情動的選択性理論 (Socioemotional selectivity theory: 以下、SST) をモデル構築の基盤として検討した。

人は時間的展望をどのように捉えるかによって、社会的目標の設定や人間関係の選択に大きな影響を及ぼすとされている。先行研究においても、人は年齢とともに未来志向的な思考が減少し現在の思考が増加するとされ、老年期においては青年期と比較して時間的展望が短いことが報告されている¹¹¹⁾。時間を有限と知覚した場合、人は将来よりも“今”を重視し、“今”の情動的満足や価値を含んだ情動的目標を優先するようになる¹¹²⁾。情動的目標が優先された時、人は限られた時間を情動的に満足できるよう、親しい人との親密な関係を重視するとされている^{113- 115)}。さらに、人生の実存的な意味を求めるために感情を中心に据えるようになる中で、親密な人間関係を維持するようになるかとされている。このように社会的相互作用における情動的満足感と時間の経過に対する認識が、動機づけや環境的な経験の強力な推進力となりうるとしている。

SST を理論基盤として考えると、高齢になり時間的制約を認識した時、ソーシャルネットワークの拡大や新しい知識の獲得よりも、情動的満足や心理的幸福を最適化するための感情的なコントロールと意味づけが優先される。特に高齢者は、年齢と共に時間軸がより限定的になるにつれて、感情的な意味の優先順位が高まることから、新規的な関係性よりも、

より情緒的なつながりの深い、より小さく、有意義なソーシャルネットワークを構築する傾向にある¹¹²⁾。行動変容の動機づけにおいては、より感情的に意味のある目標が優先されることから、高齢者の ACP プロセスモデルの理論基盤は TTM よりも SST が適切ではないかと考えた。つまり、地域在住高齢者を対象に ACP の推進を考えた場合、先行研究で様々に述べられているような、人生の最終段階を迎えるにあたっての死生観教育や正しい知識や情報の提供、死について抵抗なく語り合えるような場を提供していくことよりも、第一に求められるのは、情緒的サポートが得られるような存在の有無や、関係性の構築を促していくことなのではないかと考える。

第2章研究の結果でも示したように、自身の人生の最終段階について考える意思形成の段階から、それを他者に伝える意思表示の段階への移行には、自分の想いや希望をありのまま伝えることのできる相手の存在の有無が鍵となっていた。つまり、情緒的な安定性やサポート者の存在が ACP を促進させる要因であるという結果を示している。以上のことから、SST は、残りの人生の時間を意識する時期にある高齢者の ACP のプロセスモデルを構築する本研究の目的に合致すると考えた。

② 構成概念およびカテゴリーの再編成と再定義

第2章研究で明らかになった地域在住高齢者の ACP のプロセスを、実践への応用が可能な汎用性の高いモデルとして提示するために、SCQRM の手法に基づき、構成概念およびカテゴリーの再編成と再定義を行った（図4および表4）。この手続きでは、対象者の具体的な発言に基づく意味の抽出と、語りの背後にある価値観や関係性の構造を精査しながら、概念およびカテゴリーの再編成と再定義を進めた。これらは、構造構成主義的アプローチにおける「意味の構築」と「関係性の再定義」の視点から導かれたものであり、論理的飛躍を避けるために、逐語録の精査とカテゴリー間の整合性の確認を繰り返し行った。これらにより、単なるラベリングの変更にとどまらず、データに基づいた妥当な再編成となるよう慎重に検討した。

1) 老いとの対峙

【老いとの対峙】は、身体的な衰えや記憶力の低下などの心身の変化に気づく段階を指していた。生活の困難さや大切な人たちとの別れが現実のものとなって、より身近に感じることで、今後の生き方の再考を促す契機となっていた。こうした自己の老いの認知は、老年期における自己認識段階とも整合しており、本研究では「認知（気づき）」と再編成し、「自己の身体的・精神的・社会的老いを自覚する段階」と定義した。

2) 死の意味づけと身終いの準備

【死の意味づけ】と《身終いの準備》は、家族や身近な人の死を経験する中で、「死は避けられないもの」と認識し、自身の死に対する意味づけを行っていた。この経験を契機に自

身の人生の整理や残りの時間の過ごし方について考えるようになっていた。こうした段階は、ACP の準備段階として先行研究でも指摘されており、本研究では「準備」として概念を統合し、「自分の人生の整理と残りの人生の過ごし方を模索する段階」と再定義した。

3) 家族との関係文脈

【家族との関係文脈】では、これまで担ってきた役割を少しずつ子世代へ譲りつつあることを自覚しながらも、「まだ親としての役割を果たせるのではないか」との思いから、役割の変化に戸惑い、自身の家族内での立ち位置を模索していた。こうした家族関係の動的な変化は、日本の家族文化に根差した現象として先行研究においても報告されている。そこで本研究では、このような状況を「現実との対峙」と再編成し、「家族内での自分の立ち位置を模索する段階」と定義した。

4) 迷惑意識・いつまでも親であること・察して欲しい

《迷惑意識》<いつまでも親であること>【察して欲しい】は家族や周囲に対して迷惑をかけたくないという思いや、親としての役割意識、そして自らの思いを言葉にせずとも理解して欲しいという期待を示したものである。これらは、他者との関係性の中で自己をどのように位置づけるかという価値観を反映しており、地域在住高齢者の ACP プロセス全体に影響する中核を成す概念である。そのため本研究ではこれらの概念を統合し、「土台となる価値観」として再編成し、「ACP プロセスの土台となる価値観」と定義した。このカテゴリーは、諸外国の先行研究では明確に見られない日本人高齢者特有の家族観や関係志向性を反映する概念であり、文化的背景を踏まえた ACP のプロセスモデルの全体を方向付ける基盤であることを示している。

5) 言葉にすることを回避

【言葉にすることを回避】は、自己の思いや感情を他者に理解し共感してもらいたいという感情と同時に、それらを直接的な言葉で表現することへの躊躇いという、相反する感情を内包していた。この両側面は、自己表出に伴う内的な揺らぎや葛藤を捉えていることから、本研究では「葛藤」と再編成し、定義を「自分の真意をどのように伝えるか悩む段階」とした。

6) 人生の伴走者・肯定的受け止め

《人生の伴走者》と【肯定的受け止め】は、これまでの人生を共に歩んできた存在が、生きる支えや心理的安定性をもたらす状況を示していた。これらは、他者から理解され、受け入れられているという感覚により、自己を肯定的に受容する基盤として、他者からの情緒的サポートが重要な役割を果たしていることが示唆されていた。そこで本研究ではこれらを統合し、「情緒的サポートあり」と再編成し、「本心をさらけ出しても受け入れてくれる、理

解してくれる存在により人生を肯定的に受け止める段階」と定義した。このカテゴリーは ACP のプロセスにおいて、他者との相互理解を通じて自己の思いや価値観を明確化し、意思表示を促進（行動）する要因として機能していることを示している。

7) 居場所探し・やらない理由探し

《居場所探し》と《やらない理由探し》は、自身の身体的・精神的な不安定さの中で、現実の課題から距離を取ろうとしたり、先延ばしにする様子として表出されたものである。これらは、他者との繋がり希薄さや支えの欠如に伴う心理的安全性を欠いた状態により、自分の居場所の不確かさに揺れ動く状況を示していた。これらの内容から「情緒的サポートなし」と再編成し、「居場所の不安定さから、向き合うべき課題を先延ばしにしようとする段階」と定義した。このカテゴリーは ACP の過程において、支えとなる他者の不在が心理的安全性を損なうことで、自己の意思表示や意思決定を阻害（回避）する要因として作用していることを示している。

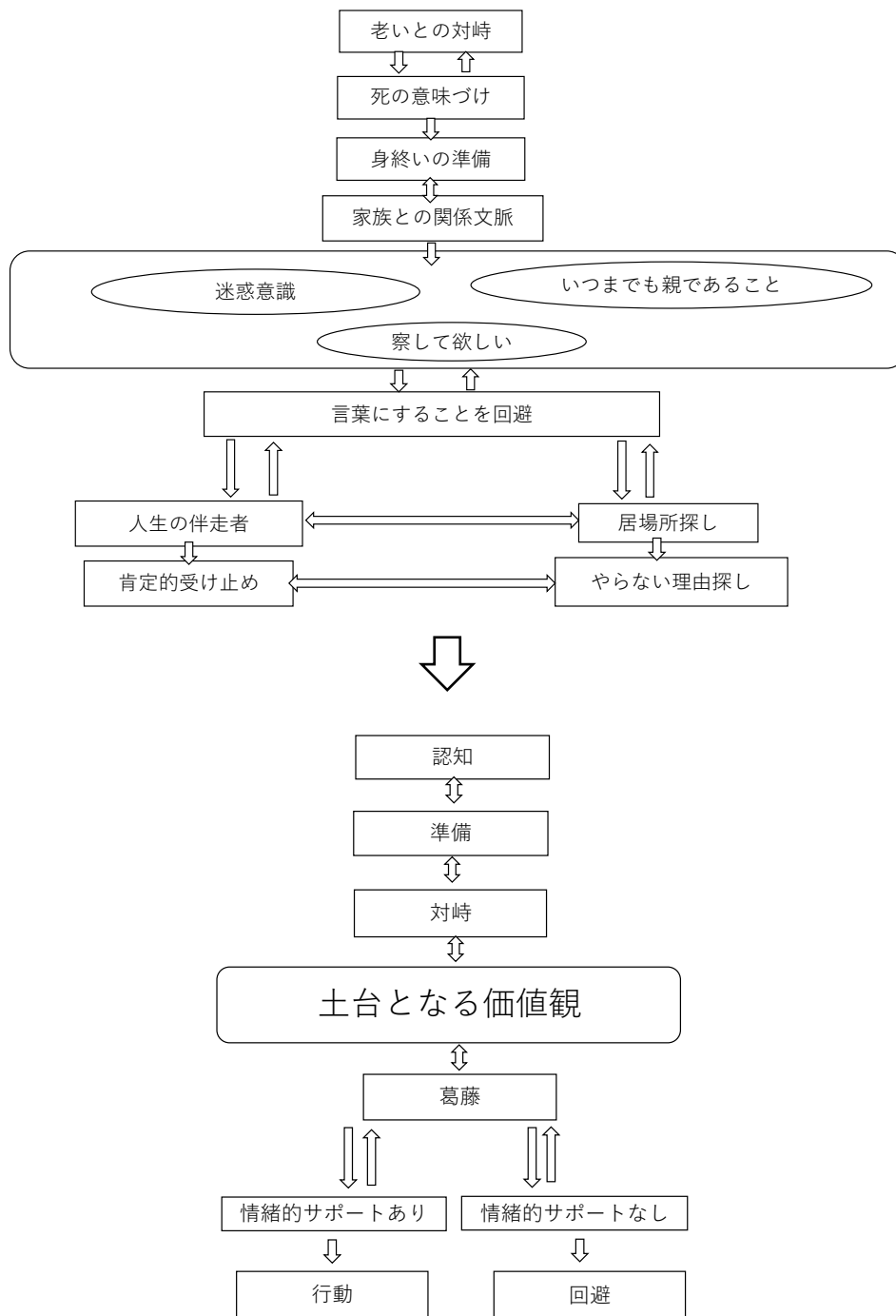


図4. プロセスの簡略化

表4. 概念およびカテゴリーの再編成と定義

概念およびカテゴリー	再編成後	定義
【老いとの対峙】	認知（気づき）	自己の身体的・精神的・社会的老いを自覚する段階
【死の意味づけ】	準備	自分の人生の整理と残りの人生の過ごし方を模索する段階
《身終いの準備》		
【家族との関係文脈】	現実との対峙	家族内での自分の立ち位置を模索する段階
<迷惑意識>	土台となる価値観	ACP プロセスの土台となる価値観
<いつまでも親であること>		
<察して欲しい>		
【言葉にすることを回避】	葛藤	自分の真意をどのように伝えるか悩む段階
《人生の伴走者》	情緒的サポートあり	本心をさらけ出しても受け入れてくれる、理解してくれる存在がいることで情緒的に安定した状態
【肯定的受け止め】	行動	残りの人生と向き合う段階
《居場所探し》	情緒的サポートなし	拠り所のなさ、孤独感、心もとない状態
<やらない理由探し>	回避	向き合うべき課題を先延ばしにしようとする段階

③ 問題の明確化、要因の再検討

②において、構成概念およびカテゴリーを再編成し簡略化した内容をもとにモデル図を作成し、暫定版モデル図とした。また、SCQRMの手法に則り、問題の明確化と要因の再検討を行った（図5）。

問題の明確化は、葛藤と対峙の中で逡巡する中で、情緒的なサポートが得られない場合には、ACPに対して回避的な心理や行動になる傾向にあることであり、要因は情緒的サポートの有無の差であると考えた。

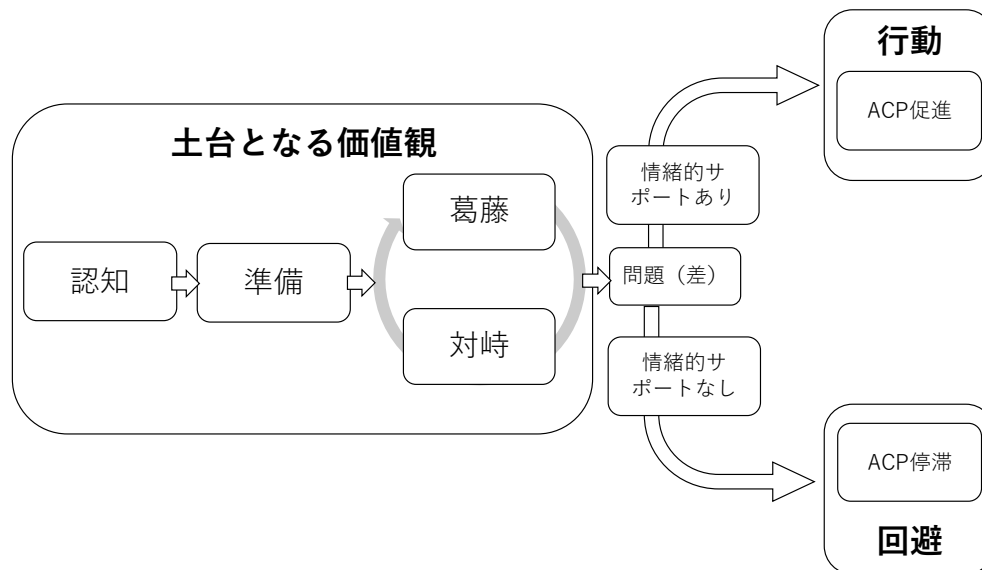


図 5. 暫定モデル図

④ 介入要素の検討

介入要件は、③問題の明確化において地域在住高齢者の ACP プロセスの分岐点となる“情緒的サポートあり”と“情緒的サポートなし”に着目した。

本研究で示された地域在住高齢者の ACP プロセスでは、情緒的サポートの有無により、その後の行動の変化に影響を与えることを示唆している。情緒的サポートはソーシャルサポートの中でも最も密接に感情状態と関連することが示されており、傾聴や共感、慰め、元気づけといったコミュニケーションを主としたサポートである。情緒的サポートによる恩恵は、「他者との関わりは感情的に良い効果をもたらす」という信念があることで有効になるとされている。一方、他者と感情を分かち合う習慣を持たない人にとっては、他者からの働きかけがかえってネガティブな感情をもたらしてしまう危険性もあるとされている¹¹⁶⁾。

“情緒的サポートあり”の場合には、自分をありのままにさらけだせる相手、受け止めてくれる存在がいることで、今まで生きてきた人生の肯定感につながっていた。自分の人生を内省し人生を統合する段階にある高齢者にとって、自らの人生を納得して歩んでこられたかを見つめ直す中で、自分の人生の聞き手との出会いは、自己を同一化させていく上で重要な役割を担うものとする。人生の納得感や肯定感を得られたものは、次の段階、つまり、自分の意思を表明するという ACP の次のプロセスへと進んでいく。しかし、“情緒的サポートなし”においては、心を開いて本音を打ち明けることのできる相手が不在であることにより、心理的不安定さや心の拠り所のなさが、自分自身の存在や経験を受け止めてくれる他者がいないという孤独感を増幅させ、自身の人生に納得できずに後悔の残る絶望へとつながっていく。よって、自身の存在基盤が不安定な状態は、人生の終焉を迎える不安への対処や準

備との対峙を困難とし、ACPのプロセスは停滞するものと考えられる。

以上のことから、地域在住高齢者のACPプロセスの介入要件は、情緒的サポートのあり・なしであると考えた（図6）。

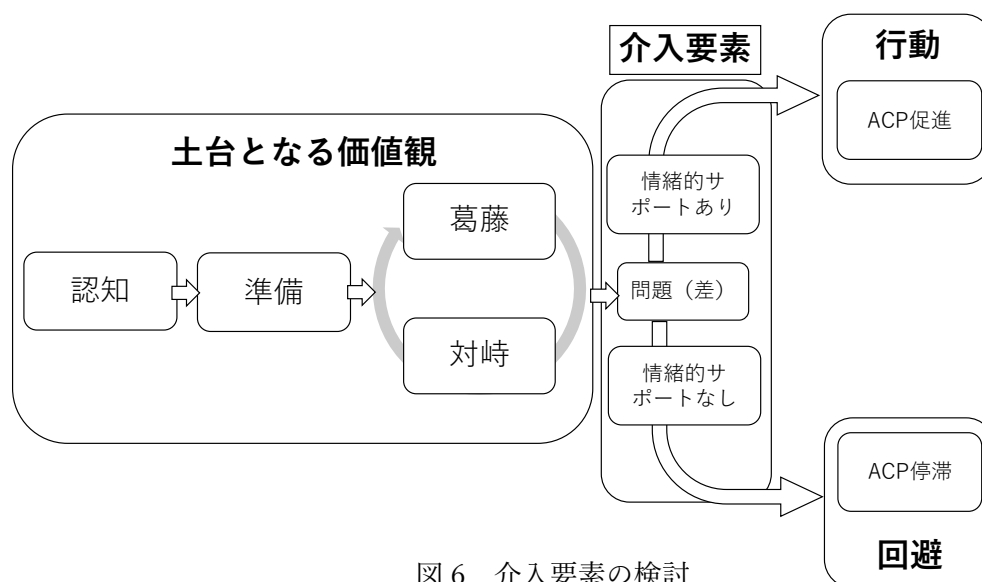


図6. 介入要素の検討

2. プロセスモデルの妥当性および実践への活用可能性の検討

1) エキスパートインタビューによる適切性、包括性、理解可能性の検討

モデルの基となる理論について、SSTを選択した理由について説明した後、TTMや社会的認知理論や計画的行動理論との比較検討を行った。

地域在住高齢者を対象としたACPに関しては、何か良い結果が得られることを期待して行動を変えようという側面よりも、周囲との対話を重ねた調和の中で、より双方にとって負担のない選択をしていくという傾向が強い。日本人の地域在住高齢者のACPプロセスには、選択の自由を行使するよりも、周囲の人たちと責任や意思決定を共有したいと願う傾向がみられる。この特徴をふまえると、健康行動の変化として「よい結果が得られることへの期待」に基づいて説明するTTMやその他の理論よりも、より情動的な感情の動きに着目するSSTの方が適合するのではないかとの意見で終結した。

また、本暫定モデルは、地域在住高齢者のACPプロセスを示すものである。コア概念である「いつまでも親であること」という表現については、「親」という語が親役割をもたない人々をモデルの対象から除外してしまう可能性があるとの指摘があった。そこで、モデル化にあたっては、「いつまでも親であること」に込められたジェネラティビティ（次世代への継承）という側面を踏まえつつ、親が子を思う気持ちや親役割の象徴性を包括的に表現するために「支え導く存在であること」へ修正した。

次に、コア概念である「迷惑意識」、「支え導く存在であること」、「察して欲しい」の

定義については、「土台となる価値観」から「日本人特有のメンタリティ」と変更した。価値観は態度や行動を形作る内的な基準であり、行動の善・悪を判断するための根底となる物の見方であるとするならば、〈迷惑意識〉、〈支え導く存在であること〉、〈察して欲しい〉は、物事を判断する基準というよりも、行動や態度、思考の方向性を示す日本人特有のメンタリティ、つまり心的傾向を表すものではないかとの意見があがった。

また、モデル図の図示については、ACP は繰り返しの話し合いの中で行きつ戻りつを繰り返しながら進んでいくプロセスを辿るものであるため、試案で作成した一方向に進んでいくプロセスではなく、円環モデルや螺旋モデルの方が適切ではないかとの意見があがった。

2) 地域在住高齢者による表面妥当性の検討

暫定版プロセスモデルを基に、地域在住高齢者 6 名を対象としてグループインタビューを実施した(表 5)。インタビューでは、構成要素の妥当性や過不足、表現の明確さなどについて意見を求めた。その結果、全体構造については概ね理解可能との反応が得られた。一方で、第 1 回エキスパートインタビューで〈いつまでも親であること〉を〈支え導く存在であること〉へ再編成した点に関しては、「親である意識はすべての行動の基盤であり、自己の中心的なアイデンティティを示す感情である」との意見が示された。

これらの意見から、親という表現は地域在住高齢者の ACP プロセスの中核を成す重要なキーワードであると考えた。そのため、〈いつまでも親であること〉から〈支え導く存在であり続けること〉への再編成を修正し、親というキーワードを残しつつも、親としての役割を担っていない人をも包含する表現として〈親的役割〉とし、第 2 回エキスパートインタビューでの検討事項とした。

表5. グループインタビュー参加者の概要

性別	年齢	同居者の有無	就業の有無	最終学歴	介護経験の有無	看取り経験の有無	ご自身の健康感	通院している疾患	生命の危機を感じるような経験の有無	エンドオブライフに関する研修等の受講経験	エンドオブライフに関する話し合い経験の有無
a 女性	74	あり	なし	高校	あり	あり	まあまあ健康である	高血圧	なし	なし	なし
b 女性	76	あり	あり	高校	あり	あり	まあまあ健康である	悪玉コレステロール	なし	なし	なし
c 女性	73	あり	なし	高校	あり	あり	まあまあ健康である	高血圧	なし	なし	あり
d 女性	77	あり	なし	高校	あり	あり	まあまあ健康である	高血圧	なし	なし	あり
e 女性	78	あり	なし	高校	あり	なし	まあまあ健康である	高血圧、不整脈	なし	なし	なし
f 女性	76	あり	なし	高校	あり	あり	まあまあ健康である	鼻	なし	なし	なし

3) 第2回エキスパートインタビューでの適切性、包括性、理解可能性の再検討

地域在住高齢者による表面妥当性の検討を行った後、再度エキスパート集団による FGI を実施し、地域在住高齢者の ACP を実践的視点から解釈・統合を行いモデルの構築を行った。

主な討議内容は、モデルのコア概念である〈支え導く存在であること〉への再編成に対し、地域在住高齢者からの「親」という言葉に込めた思いをモデルに反映して欲しいという意見から、〈親的役割〉に再度修正した点について説明し、合意が得られた（表6）。

また、モデルの図示については、第1回 FGI での意見を基に、円環モデルへと変更し、葛藤と対峙のスパイラルから情緒的サポートの有り無しにより、促進的にも回避的にも動く可能性があることを示す二方向性の矢印を示すことで、介入要件を明確に表すことができた。また、健康ステージの変化に伴い自身の思いや意向も変化することを鑑み、行動の先をゴールとするのではなく、健康ステージの変化を認知し、その時々で必要となる準備につながるといったモデル図とした（図7）。

表6. 概念およびカテゴリーの再編成と定義の再検討

概念およびカテゴリー	再編成後	定義
【老いとの対峙】	認知（気づき）	自己の身体的・精神的・社会的老いを自覚する段階
【死の意味づけ】	準備	自分の人生の整理と残りの人生の過ごし方を模索する段階
《身終いの準備》		
【家族との関係文脈】	現実との対峙	家族内での自分の立ち位置を模索する段階
〈迷惑意識〉	日本的メンタリティ	ACPを進めるうえでの前提条件となる日本人特有の価値観や思考
〈親的役割〉		
〈察して欲しい〉		
【言葉にすることを回避】	葛藤	自分の真意をどのように伝えるか悩む段階
《人生の伴走者》	情緒的サポートあり	本心をさらけ出しても受け入れてくれる、理解してくれる存在がいることで情緒的に安定した状態
【肯定的受け止め】	行動	残りの人生と向き合う段階
《居場所探し》	情緒的サポートなし	抛り所のなさ、孤独感、心もとない状態
〈やらない理由探し〉	回避	向き合うべき課題を先延ばしにしようとする段階

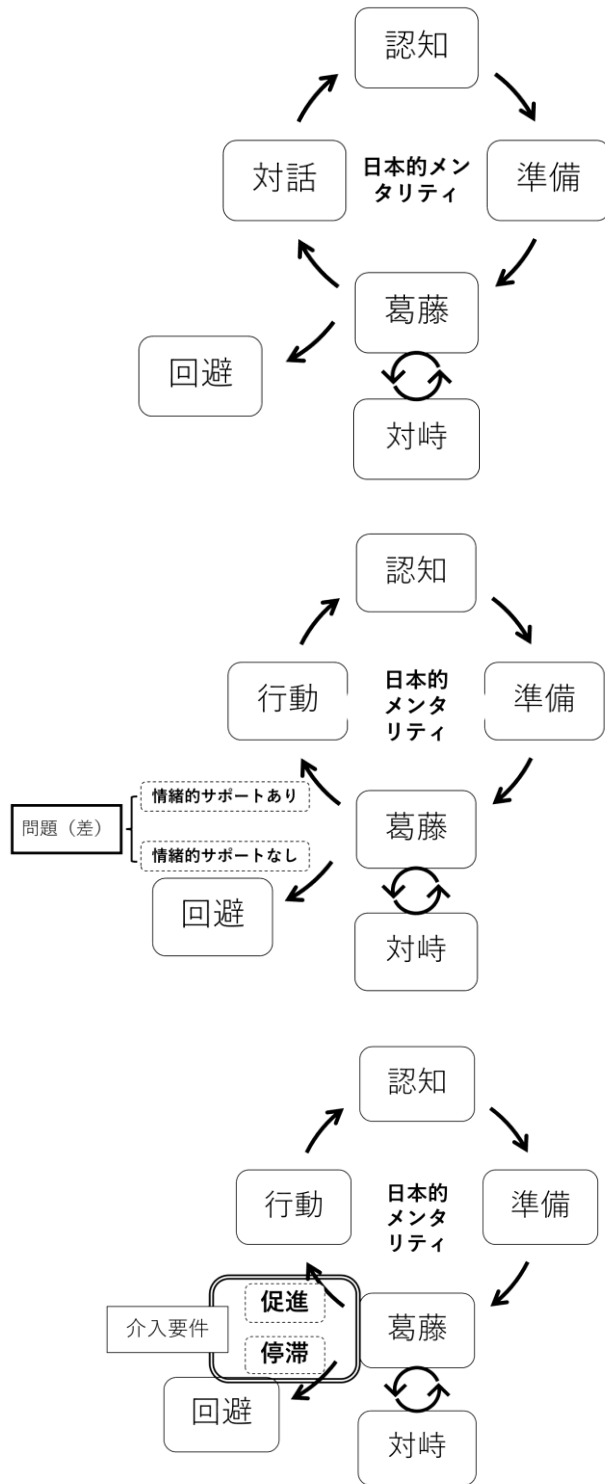


図 7. 暫定モデル図の再検討

V. 考察

地域在住高齢者における ACP のプロセスモデルを実践への応用可能なモデルとしての妥当性を検討するため、4 名の専門家によるエキスパートインタビューと、6 名の地域在住高齢者によるグループインタビューによって、地域在住高齢者の ACP のプロセスモデルの適切性、包括性、理解可能性と表面妥当性について討議された。その結果、既存のモデルとは異なる新たな知見を得るとともに、モデルの活用可能性を見出すことができた。

1. モデルの基となる理論について

第 2 章の結果から、高齢者は、自らの希望や意志を強く主張するよりも、周囲との関係を重視しながら行動を選択していることが明らかになった。彼らは、言葉にして表明することを躊躇いながらも、他者との関係性の中で自律を模索するという行動の変化を示していた。このことを受け、自己の良い結果をもたらされること期待した行動変容を図る他の理論では、日本人高齢者の ACP に応用するには符合しない部分が多いことを示すことができた。これは、本研究の意義であり、新規的な部分であると言える。

本研究が主張する SST は、限られた時間を大切にしようとする高齢者の行動背景のもと、快情動をもたらすような親密な関係を中心とした相互作用を維持し、「自分にとって本当に大切なものは何か」や人生の価値を見出し、それを共有したいという思いが行動の動機づけとなっている。日本型の ACP は、重要他者との関わりの中で自分自身を見つめ、その人が大切にしていることに気づいていく学習過程であるとしている^{117, 118)}。欧米では個人の自己決定権が強調される文化があり、自分の意向を明確にし、それを尊重することが重視される中で、ACP もその延長として発展してきた。一方、日本人は家族中心の価値観や集団主義と調和を重視する価値観が尊重される文化的背景を持ち、必ずしも自らの価値観を言語化して他者に伝えることに積極的ではなく、むしろ「察して欲しい」「共に考えて欲しい」といった関係志向的な姿勢を見せることが多い。こうした傾向は ACP の実践に大きな影響を与えている¹¹⁹⁾。他者との調和や相互作用の中で自分という存在のあり方に価値を見出す傾向にある日本人にとって、自己決定権を主張する欧米で発展してきた ACP のフレームワークを同じように日本で普及させるのは難しいことは先行研究でも指摘されている¹²⁰⁾。そのため、日本人高齢者の文化的・心理的特性を踏まえ、ACP における意思形成のプロセスを個人内の熟慮だけでなく、関係性の中での気づきや共有のプロセスとして捉える視点が必要であり、本研究で示した SST を理論基盤とする ACP プロセスモデルは、一定の適切性を得られるものと考えられる。

高齢者の価値観や希望を引き出すためには、SST の視点に基づき、安心できる関係性の構築と共感的な対話の場づくりが必要となる。さらに、SST が重視する「今、この瞬間を情動的に満たされたものにしたい」という動機づけに着目すると、ACP の支援もまた、将来の医療やケアの選択に備えるといった目的にとどまらず、「今、何を望むのか」といった価値観を共有するプロセスとして位置づけることが重要である。このような支援のあり方は、

日本人高齢者にとって納得感のある ACP の実践につながるものとする。

2. 地域在住高齢者の ACP プロセスモデルについて

本研究の結果、地域在住高齢者における ACP プロセスモデルは、認知、準備、葛藤と対峙、そして行動という流れを辿ることが明らかとなった。特に、情緒的サポートの有無が ACP プロセスの促進・回避の鍵を握ることが示され、これまでの先行研究では十分に位置づけられてこなかった「情緒的サポート」という側面の重要性を新たに理論的に示した点が、本研究の大きな特徴である。一方、情緒的サポートが得られない拠り所のなさや不安定さは、ACP に対して回避的な行動や態度につながりやすいという構造が示され、これは、従来の ACP モデルでは十分に説明されてこなかった日本的文化における「他者との関係性」や「迷惑をかけたくない」という心理的背景を反映した新たな知見である。

Sudore らによって提唱された ACP プロセスは、熟考の準備→熟考→吟味→行動→振り返りといった比較的直線的かつ合理的な意思決定プロセスを前提としているのに対し、本研究で抽出されたプロセスは、認知→準備→葛藤と対峙→行動（あるいは回避）という、より循環的・心理的葛藤を含む段階を示しており、日本人高齢者特有のプロセスのあり方を明らかにした。特に注目すべきは、行動の段階に進む前に「葛藤と対峙」という段階が存在している点である。この段階では、「自分の希望を伝えることで家族を困らせてしまうのではないか」「家族と意見が異なる場合どうするか」といった対人関係的・情動的な迷いが強く現れており、ACP を進めるうえでの大きな障壁であるとともに、日本的価値観との関係性を示唆している。

欧米においては、ACP における障壁を乗り越える手段として、情報提供や意思決定支援ツールなどの手段的・情動的サポートが重視されているが、本研究では、情緒的サポートが日本人高齢者にとっての意思形成や対話の促進に寄与する要素として特に重要であることを示した。これは、ACP を制度的なプロセスとして捉えるのではなく、人間関係の中で育まれていく感情的・関係性の調整という視点で理論モデルに組み込んだ点で新規性を有している。

このように、本研究で構築された ACP プロセスモデルは、既存のモデルを単に適用するのではなく、日本における社会的・文化的文脈を踏まえた理論的補完として機能し得るものであり、今後の研究や実践に向けた応用可能性を有しているものとする。ACP の支援における介入設計においても、情報提供だけでなく、心理的葛藤に寄り添う支援体制や、継続的な対話を可能にする関係性の構築支援が必要であることが示唆された。

3. 日本人高齢者における ACP の文化的特徴

本研究では、ACP プロセスにおける日本人特有の文化的特徴を明確に示した。特に、自己の価値観や思いを表現する際の障壁として、〈迷惑意識〉、〈親的役割〉、〈察して欲しい〉という日本人特有の価値観による影響を踏まえたプロセスモデルを示したのは本研究

の独自性であり、新規的な部分であると言える。

日本人は、個人の意思や希望を主張することよりも、他者との調和を大切にし、言葉にせずとも相手に理解を求める「察し」の文化が根強い。このような文化背景が、ACP における意思決定において重要な役割を果たしている。日本人のコミュニケーションは、遠慮と言う文化的フィルターを通ることで簡略化・減量化される発話を互いに察し合う行為であり、曖昧かつ多義的なその真意を理解するために、様々な状況要素を瞬時に取捨選択する高い水準のコンテキストを共有していなくてはならないと指摘されている¹²¹⁾。この察しが機能するのは、ごく身近な集団に属する相手との関係性において成立するものであり、相手が発したメッセージを正しく解釈するための情報が受け手側に備わっている必要があると言われている¹²²⁾。相手はきっと自分の言動の意図を察してうまく対処してくれるはずだという相互信頼主義や相互依存主義が、察しのコミュニケーションに影響しているとされる。このような察しのコミュニケーションが醸成した背景として、日本人の血縁関係をベースとした調和的な対人関係が前提とされている。地域住民によるグループインタビューの内容からも、家族成員間の関係性や、家族内での自分の存在のあり方が ACP に影響していることが示されていた。

1970 年代、日本では「家族は福祉の含み資産」とされ、家族が福祉機能を担うことが日本の美風として称揚されてきた。その後、1990 年代から「介護の社会化」が推進され、2000 年の介護保険法の施行以降、介護や福祉などを家族に任せるという家族主義からの脱却へと変化していった¹²³⁾。この家族主義の変化に伴う脱家族化は、老親扶養や介護意識に対する変化にもつながっているものと考えられる。それゆえに、高齢者自身も養老扶養期待に対する意識が低下し、身体的、経済的な負担をかけないようにとの配慮へと転換していった。

身体的、経済的な負担を低減しようとする行動とは反比例するように、情緒的なつながりを求める動きが同時にみられているものと推察される。情緒的なつながりを求める動きは、見方によっては依存性と捉えかねないが、人間は誰もが一定の依存状態から切り離すことのできない存在であり、また、相互依存による一体感はコミュニケーションを円滑化し、信頼関係を基盤にした問題解決力や決定力の強化につながる。情緒的サポートを受けることで、高齢者は自身の価値観や希望を明確にしやすくなり、ACP における意思決定が促進されることが多い。また、情緒的サポートは高齢者の心理的安定を促進し、自身の人生の最期に向き合う際の不安や恐怖を軽減する効果があるとされている¹²⁴⁾¹²⁵⁾。これらの要因が相互に作用し、高齢者が自分らしい最期を迎えるための ACP の実践に大きく寄与するものと考えられる。

しかし、親としての役割意識が高齢者の意思表示の障壁となることも考えられる。役割を期待されることによって、自身が他者から承認を得られていると感じ、自分の行動や自己に対する信頼感が高まるとされている。一方で、役割期待は、コミュニケーションが拘束され対人関係に一定のルールを与える側面があると指摘されており、この役割期待と役割遂行との間にあるギャップが葛藤として認識されやすい。本研究においても、親役割を遂行した

いという思いと、親役割からの移行時期を迎えつつある現実との間での揺らぎを抱えつつ、自分の立ち位置を模索している状態が示されていた。そのような中、自身の思いをどの立ち位置からどのように伝えるべきかを思い悩み葛藤していた。

家族間の意思疎通や対話は、自然発生的に生起するものではなく、意図をもったコミュニケーションの場面となることが多い。それには、「言わなくても分かってくれているはず」という察しのコミュニケーションや、他者との関係性の中で意思決定する文化的な影響は、本人の意向を反映した人生の最終段階の迎え方、過ごし方を実現していく上で考慮すべき要件と言えよう。

4. 日本人高齢者の ACP を促進する要因

高齢者の ACP を促進していくためには、情緒的安定性や良好な家族機能による意図的なコミュニケーションが必要であると考えられる。情緒的なつながりを持つ関係性は、対話の機会を増加させる。対話の中で得られる共感的フィードバックは、自分の真意を表現することに対しての抵抗感を低減させ、思いの共有を促進する可能性がある。大野が、共有する相手が誰であるかが重要な問題である¹²⁶⁾と指摘しているように、今後、家族のライフスタイルの変化や家族機能の変化、家族の多様性などにより、情緒的なつながりを持つ関係性の構築を家族員が担う場面が減少していく可能性が高い。以前は、血縁関係に基づく家族機能のあり方から高齢者の ACP について考えられてきたが、家族の在り方は、人々の生活の中で徐々に認知・理解され、社会変動に応じて変遷するものである。家族という枠組みに捉われることない情緒的なつながりの再構築を、コミュニティの中に求めていく必要があるのではないかと考える。

地域の中での様々な出来事や出会いを通して得られた自分の人生の先達者となる人とのつながりは、次の段階に進むための後押しとなっていくものである。家や家族などの小さなコミュニティの中で展開されてきた ACP のプロセスが、先達者という鏡を通して、家や家族という枠組みの中での展開から地域、社会へと視野を広げ、今までの考え方や、自分一人では経験し得なかった出来事を知る機会となる。人は地域社会との関係性の中で、自分の人生を解釈し、自分なりの意味づけをしているとされている¹²⁷⁾。長江は、その人のありようの理解は地域やその人のコミュニティを視野に入れて考えることが必要であると述べている^{118, 128)}。人間は歴史的・生活史的存在であり、日々の積み重ねがその人を形成している。さらに、その人を形成しているのは、その人のみならず、その人と生活を共にする人たちと生活の場や空間であり、そうした日常を意識化することが、自己の存在を肯定的に捉え、生きる意味や目的を見出すことにつながっていると考える。

しかしながら地域においては、人と人とのつながりが希薄になっている昨今、地域の力となるコミュニティの再生が求められている¹²⁹⁾。先行研究においても、社会的なネットワークの弱い高齢者ほど ACP について考える機会が低い一方¹³⁰⁾、地域住民と今後の生き方や暮らし方を含めた語りの機会を持つことは、現実を踏まえた自分事として ACP に主体的に

取り組むことにつながるとされている¹³¹⁾。

5. コミュニティの再構築と ACP の進展

老・病・死・喪失を受け止め、支え合うコミュニティとしてコンパッション都市の構想がある。死に逝く人のケアやグリーフケアはコミュニティの中で共有し、死に向き合うことが新たなケアの文化を構築していくという考えのもと発展しつつある¹³²⁾。これは単に死生観教育やスピリチュアルケアの議論に留まらず、地域が新たなケアの場として再生していくことを目指したものである。かつて日本は自宅での看取りが 8 割を超えていた。しかし、1976 年、病院での看取りが自宅での看取りを上回り、その後も自宅での看取りは減少している。2025 年に団塊の世代が後期高齢者となり、2040 年には死亡者数がピークに達するとされている。多死社会を迎えるわが国では、人生の最期を迎える場所の確保が喫緊の課題となっている。このような社会背景のもと、家族という枠組みの中で人生の最期を支えていくことには限界が生じてくる。そのため、新たなケア文化の構築と実践が求められる。

死は非日常のものであるため、普段は考えることもなく、それゆえに死という現象は手ごたえがなく恐怖心を伴う。しかし、身近で看取りの経験をする中で、人生の有限性を体感でき、自分事として捉えることができるような死生観の醸成につながっていくことが明らかとなっている¹²⁶⁾。家族の中で閉鎖的に扱われてきた「死」というものを、地域やコミュニティの中で共有し、支え合っていく中で、情緒的なつながりが育まれていくのではないだろうか。

エンドオブライフ・ケアにおける Well-being とは何かを考えると、死や最期を迎えるまでの過程の中で生じる不安や孤立、孤独に関する問題に対し、医療やケアサービスの提供を前提とするのではなく、喪失と共に生きる社会を構築し、それを受け入れながら暮らしていけるような社会変革を行う必要があるのではないかと考える。高齢者の老いや最期を迎えるまでの過程が次世代に受け継がれ、生活の中で死生観が醸成されていくことが本来の死生観教育のあり方なのではないだろうか。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、地域在住高齢者へのインタビューから M-GTA の分析により得られた結果をもとに、地域在住高齢者の ACP のプロセスモデルを作成し、その適切性、包括性、理解可能性について検討した。

包括性、理解可能性については、エキスパートインタビューと地域在住高齢者に対してのグループインタビューで十分な検討ができたものとする。しかし、適切性においては、理論上、妥当な研究手法に則り構築したモデルであるものの、実践で活用した際に、新たな視点や修正点が明らかとなってくるのではないかと考える。元来、M-GTA は現場で実践される必要な修正がなされることにより、より活用可能な理論生成を目的とした分析手法である。本研究においても、M-GTA を分析ツールとして採用していることから、実践の場面で活用

されることでモデルの適切性が確保されるものとする。具体的な実践的活用については今後の検討課題であるが、エキスパートインタビューでも意見に上がった内容をふまえ、素案として以下に示す。

現行、行政等各所から地域在住高齢者向けに配布されている ACP を促進する媒介として用いられている人生会議等のパンフレットや冊子を概観すると、治療やケアの選択に関する内容や代理決定者の選定、かかりつけ医の有無などを記載する内容が多い。厚生労働省による人生会議普及・啓発用資材においても、1. 大切にしていることは何か、2. 信頼できる人は誰か、3. 信頼できる人や医療・ケアチームとの話し合い、4. 話し合った内容を伝える、といった4つのステップを示している。

地域在住高齢者を対象とした ACP 普及・啓発には、まず、自身の身体的な老いや人生の終焉が遠くない将来に訪れる時期にあるという「認知」を促すこと、次に、自分にとって必要なものと、そうでないものとの取捨選択を通して残りの人生の過ごし方、生き方の希望を明確にする「準備」を促すこと、そして自身の意思を表明する相手との情緒的な関係性の構築を促していくことの必要性を示している。そして、その前提には察しや遠慮、迷惑意識や親意識などによる影響があることを踏まえて、地域在住高齢者自身もその認識を持つことで、他者との対話につながるとした。これらのプロセスを経たうえで、1. 大切にしていることは何か、2. 信頼できる人は誰か、3. 信頼できる人や医療・ケアチームとの話し合い、4. 話し合った内容を伝える、といった内容につなげていくことが効果的であるとする。つまり、何の前準備もなくパンフレットや冊子等への記載を促すのではなく、その前段階として本モデルを活用した介入を行うことで、漠然とした思いや希望がより具体化し、また、言語化することや思いを伝えることへの障壁を自身で認識することで、それらを踏まえた上での行動変容へとつながりやすくなることが期待される。今後は、地域在住高齢者への ACP 普及・啓発を担う行政機関との連携や、デスカフェなどでの介入を想定し、具体的なプログラムや教育内容の構築に向けて発展させていきたい。

次に、グループインタビューの参加者は、全員女性であり、婚姻経験を有していた。グループインタビューにおいて議論の中心となった「親」としての意識については、性差や婚姻経験の有無が影響を及ぼしている可能性がある。ACP への影響要因については、性差による違いがあるとする研究も、そうでないとする研究が混在しており、その実態は明らかとなっていない。また、母性と父性の違いに起因する「親」としての意識の差は、ACP のプロセスにおける対話への姿勢や、情緒的サポートの享受においても影響を及ぼす可能性があると考えられる。この点については、今後の研究課題としてさらに検討を深めていく必要がある。

加えて、婚姻経験の有無に関する先行研究では、既婚者は未婚者と比較して幸福感や生活満足度が高く、抑うつ傾向が低いことが報告されている。さらに、未婚者は他者との親密な関係の構築や維持において、不安定な愛着スタイルや親密回避傾向を示すという研究結果が示されている¹³³⁾。これらの知見は、本研究で明らかとなった「他者との情緒的なつながり

りの有無が ACP の促進につながる」という結果にも影響を与えている可能性がある。

また、現在の配偶者の有無（有配偶・無配偶）と、生涯を通じた婚姻経験の有無（未婚・既婚歴あり）という二つの側面を明確に区別して検討するには至っていない。先行研究では、死別や離別により無配偶状態であっても、過去に婚姻経験を有していたものは、社会的・情緒的なネットワークを構築している可能性が高いとされており¹³⁴⁾、これらの経験が ACP に対する態度や他者との対話に影響を与えている可能性が示唆されている。

本研究の結果において、情緒的サポートの享受が ACP を促進する要因であることが示されたが、その理解をより精緻化するためには、近年の家族形態の多様化などの社会背景を踏まえつつ、このような婚姻経験の「現在の状態」と「過去の経験」を区別し、それぞれが ACP に及ぼす影響についての検討が必要である。今後は、ライフコースを通じた家族関係の変化に着目した研究の展開が期待される。

第4章 総合考察

I. 本研究の特徴

本研究は、地域在住高齢者における ACP のプロセスに着目し、その構造的理解を試みたものである。ACP は一般に、①意思形成、②意思表示、③意思決定、④意思実現という4段階のステップから構成されている。本研究における対象者は、自身の人生を見つめ直し、医療やケアの選択、エンドオブライフ期に対しての認識と意思表示の段階にあると捉えられる。

本研究では、地域在住高齢者の ACP プロセスを質的に分析し、「認知」「準備」「葛藤」「対峙」「行動」および「回避」といった構成要素からなるプロセスモデルを構築した。このモデルは、ACP の初期段階である意思形成および意思表示のプロセスを詳細に可視化した点において独自性を有している。

II. 本研究の主要な知見

本研究の主たる知見として、ACP の初期段階における主要な障壁が「死」そのものへの恐怖ではなく、「自分の意思を他者に表出した際に受け止めてもらえるのか」という他者との関係性における不安定性であることが明らかとなった。人は変化することで得られる喜びよりも、今持っているものを失うことへの不安の方が大きいと言われている。意思形成と意思表示の過程に関わる他者との関係においても、現状を維持し、何か新しい行動を起こして関係性が変化することを回避する意識が働いているものと推察される。この関係性の不確実性に対する不安は、現状維持バイアスによる影響により、やるべきことを先延ばしにする傾向につながっているものと考えられる。つまり、家族との関係性において、自己の意思を表明することで関係性がこじれてしまうのではないかと、という不安を抱えることにより、対話を回避する傾向がみられることは、現状維持バイアスの一端と考えられる。また、一般的に、人生の終焉を意識するような状態にならない限り、もしくは、高齢になって死を身近に感じるようにならないければ ACP を意識することはないように思われる。ACP に関する話し合いの意識や自発性についての研究は少なく、また、ACP についても名称理解に留まっており具体的な実践レベルには至っていない現状がある。特に実践的な研究においては、医療者主導の ACP が主流であるがゆえに、医療やケアの選択に関する内容にとどまり、本人の価値観や人生観に基づく意思決定が十分に反映されていない点は重要な課題である。本研究では、ACP が単なる AD と混同されている実態にも警鐘を鳴らすとともに、高齢者自身による能動的な意思形成・意思表示を支援する必要性を提起した。さらに Morrison が指摘しているように、ACP に関する数多くの研究が進められる中であっても、ACP に関する取り組みが必ずしも患者の意向を尊重したケアの実現につながっていない現状がある^{135, 136)}。このように、ACP についての介入方法やアウトカム評価は今後さらに議論を重ねていく必要がある。しかし日本老年医学会では、健康レベルを問わず、できるだけ早めに ACP

を開始することを推奨している。さらに、令和6年度診療報酬改定では、入院料算定の施設基準に、原則すべての病棟において「ACPを繰り返し行い、人生の最終段階における医療・ケアを本人の意思決定を基本に行うこと」が新たに加えられ、ガイドラインの内容をふまえた意思決定支援に関する指針を作成することを地域包括診療料等の要件に追加された。医療やケアを必要とする段階になって初めて、自分の望む生き方や残りの人生の過ごし方を考え始めるのでは、やはり時期が遅すぎる。意思形成には多くの時間を要し、かつ、意思表示は他者に対しての遠慮や曖昧さの許容、空気を読むなどの日本的メンタリティを乗り越えて、ありのままの思いを言語化し他者に伝えるためのトレーニングが必要であると考えられる。今後は、ACPの普及を医療・介護の現場における形式的な取り組みにとどめることなく、地域社会に根ざした持続可能な実践として確立していく必要がある。本研究の成果は、ACPの初期段階における意思形成・意思表示のプロセスに対する理解を深めるとともに、地域在住高齢者に対する介入プログラムの開発、さらにはエンディングノート等の支援ツールの構築に資する実践的な示唆を提供するものである。また、ACPをめぐる意思表示には、日本文化特有の他者への遠慮や察しの文化が影響しており、それを乗り越えるためには、自己の価値観や思いを言語化し、他者に伝えるトレーニングが必要である。今後は、こうした心理的・文化的特性を踏まえた支援の在り方についても、継続的な研究と実践の積み重ねが求められる。

III. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、地域在住高齢者におけるACPの初期段階に焦点を当て、そのプロセスを明らかにすることを目的として実施した。第2章研究および第3章研究を通して、ACPが単なる意思表示の行為ではなく、個人の生き方や価値観、他者との関係性の中で形成される動的なプロセスであることを示した点に意義がある。しかしながら、以下のような限界を有している。

対象者を「人生の最終段階について話し合った経験のある者」としていたが、実際には一方向の意志の伝達にとどまり、双方向的な対話として成立していないと見受けられるケースも少なくなかった。このため、ACPを「対話を通じた意思決定支援」として捉える立場からは、対象者の経験に幅があったことが結果の解釈に影響を及ぼしている可能性がある。今後は、「話し合い経験」の内容や深度によって対象者の選定を割り付けるなどの調整を行うことで、より精密なACPの実態を把握することにつながるのではないかと考える。

次に、対象者の多くは家族と同居または定期的な交流を有しており、家族との関係性が希薄な高齢者や、社会的孤立を抱える高齢者層の実態については十分に検討できなかった。近年の家族形態の多様化を踏まえると、このような層を含めた検討はACPの普及と支援の方策を検討する上で不可欠であり、今後の課題である。さらに、研究参加者の属性に偏りがみられた点も限界として挙げられる。性差や婚姻歴、家族構成の違いによる影響を十分に検討できていなかった。今後は多様なライフコースの視点からACPへの行動や態度との関連に

についても検討していく必要がある。

また、第3章研究で構築した地域在住高齢者のACPプロセスモデルは、理論的妥当性を有するものの、実践的活用の段階には至っていない。今後、行政機関や医療機関、デスカフェなどでの活用を視野に、実際の普及・啓発活動や教育的介入の場面でモデルの適切性を検証していく必要がある。

最後に、ACPのプロセスは一時的なものではなく、時間の経過とともに変化する動的なものである。本研究では、インタビューにおける回想を通じて、時間の流れに伴う心の動きや行動の変化をある程度捉えることはできたが、縦断的な変化を追跡するには至らなかった。今後は、意思形成・意思表示・意思決定という一連の過程を、加齢に伴う生活実態や人間関係の変化、あるいは健康状態の変化と関連づけて継続的に追跡し、ACPプロセスの変容を縦断的に検討していくことが課題である。

IV. モデルの活用可能性について

本研究で明らかとなったACPのプロセスモデルは、地域在住高齢者における意思形成および意思表示のプロセスを可視化するものであり、今後、地域包括ケアの実践現場におけるACP支援の質向上に資する有効な枠組みとなり得る。特に、「認知」「準備」「葛藤」「対峙」といった段階を経ることで、高齢者は自己の価値観やエンドオブライフの生き方について内省を深め、最終的に「行動（意思表示）」または「回避」という選択に至る過程は、ACPを支援する人々が高齢者の心理的準備状態を見極め、適切なタイミングと方法で介入する上での指針となる。加えて、本研究が明らかにしたACPの障壁となり得る「死」への恐怖よりもむしろ「他者との関係性における不確実性」や「自己表現への躊躇」といった要因は、日本特有の文化的背景を踏まえた支援の重要性を示唆している。すなわち、ACPを推進する上では、単なる情報提供にとどまらず、高齢者が安心して自己の思いを表出できるような「関係性の土壌づくり」が不可欠である。そのためには、地域包括支援センターや在宅医療・介護チームといった多職種連携による継続的かつ対話的な支援体制の構築が求められる。また、高齢者が自己の意思を言語化しやすくするためのACPに関連するパンフレットやエンディングノートなどの支援ツールの整備も有効であると考えられる。さらに、医療者や介護職者に対するACPに関する教育・研修においても、本研究で示されたプロセスモデルを活用することで、画一的な説明や選択肢の提示ではなく、個々の対象者の心理的準備状況に応じた関わり方を学ぶことが可能となる。具体的には、本モデルを基盤として、高齢者の心理段階（認知～対峙）を把握するための簡易評価ツールやスクリーニングシートを開発・活用することで、ACP支援のタイミングと支援の方向性を可視化し、より個別化された支援を提供することが可能となる。加えて、「関係性の土壌づくり」を実現するための実装的方策として、自己の価値観や人生観について対話する場を持つことが効果的であると考えられる。例えば、地域包括支援センターや社会福祉協議会等と協働し、ライフレビューや死生観を語るカフェやワークショップなどを開催することで、対話への障壁の低減につながるものと考え

る。また、内省を深めるための支援として、ACP の実践を単なる医療やケアの選択の提示ではなく、高齢者自身がこれまでの人生や出来事を語る中で、自然と価値観を言語することが、ACP への準備性を培う有効なアプローチとなるものと考え。このように、地域在住高齢者に対する ACP を「人生の最終段階における医療やケアの選択」に留まらず、高齢者の人生の語りを通して価値観を再構築するライフストーリーワークとして位置づけることも、今後の実装的展開における新たな方向性となり得るものと考え。

したがって、本研究の成果は ACP を医療行為の直前に行われる説明と同意といった、いわゆるインフォームド・コンセントのような一時的、形式的な行為としてではなく、本人と支援者との継続的な関係性の中で対話を重ねながら育まれるプロセスとして捉える視点を提示した点に意義がある。現行の ACP の運用においては、その本質が十分に実践に反映されず、形式化・文書化が先行する傾向も指摘されている中で、本研究が示したプロセスモデルは、地域包括ケアの深化および高齢者の意思決定支援の質的向上に資する、より本質的な理解を促すものである。さらに今後は、本モデルを基にした教育プログラムや支援ツールの開発、地域における多様な実装事例の検証および評価研究へと展開していくことで、より実践的な応用可能性が広がるものと考え。

謝辞

本研究を学位論文としてまとめるにあたり、大変多くの皆様のご支援、ご協力、ご助言、ご指導を賜りました。自分一人では成し得なかったと改めて実感しております。この場をお借りし、心より御礼申し上げます。

本論文の作成にあたり、研究の全過程を通じて多大なるご指導を賜りました、指導教授の渡辺修一郎先生に心より深く感謝申し上げます。研究の途上において困難に直面し、進むべき道を見失いかけた際にも、常に前向きなお言葉と的確なご助言をいただき、研究を最後まで遂行することができました。

また、主査の中谷陽明先生には、自身では十分に捉えきれていなかった研究の本質をご指摘頂き、研究の方向性を見失うことなく論文を完成させることができました。ここに深く御礼申し上げます。

副査の新野直明先生には、研究計画の立案から論文作成、ならびに試問に至るまで、終始丁寧かつ細やかな指導を賜りました。数多くの貴重なご助言により、本論文をより完成度の高いものとすることができましたことに、心より感謝申し上げます。

石丸昌彦先生には外部副査としてご指導頂き、死生学の専門的視点から、現代日本が抱えるACPの課題について多くの示唆に富むご指摘を賜りました。あわせて、論文全体にわたり誤字脱字や表現の適切さに至るまで、細部にわたる丁寧なご指摘をいただきましたことに深く感謝申し上げます。

最後に、センシティブな内容の調査にもかかわらず、快く協力を申し出てくださいました地域の高齢者の皆様、そして温かい励ましの言葉で支えてくださったゼミの皆様に厚く御礼申し上げます。

「第2章 地域在住高齢者における Advance Care Planning のプロセスの解明」は、公益社団法人 在宅医療助成勇美記念財団 2021 年度（後期）公募助成事業を受けて実施した。

郷原志保：「地域在住高齢者における Advance care planning の行動変容プロセスの検証および促進要因と阻害要因の検討」

本研究の内容は、日本エンドオブライフケア学会第7回学術集会で発表した。

郷原志保、須佐公子、渡辺修一郎：「地域在住高齢者の Advance Care Planning を巡る行動変容プロセスの検討」日本エンドオブライフケア学会第7回学術集会、2024年10月13日

文献

- 1) 長江 弘子. 【保健医療社会学の研究動向と展望】 エンド・オブ・ライフケアの概念とわが国における研究課題. 保健医療社会学論集 2014; 25(1): 17-23
- 2) 西岡 弘晶, 荒井 秀典. 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 2016; 53(4): 374-378
- 3) 長江弘子. エンドオブライフケアにおける意思決定支援: その人らしく生きぬくために医療者ができること. 看護技術 2016; 62(12): 1121-1280
- 4) Kuebler Kim K., Berry Patricia H., Heidrich Debra E.et. エンドオブライフ・ケア : 終末期の臨床指針: 医学書院, 2004
- 5) 日本老年医学会. 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として. 2013
- 6) 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン.2018
- 7) 厚生労働省. 人生の最終段階における医療に関する意識調査. 2018
- 8) 足立 智孝, 鶴若 麻理. アドバンス・ケア・プランニングに関する一考察 米国のアドバンス・ディレクティヴに関する取組みを通して. 生命倫理 2015; 25(1): 69-77
- 9) 角田 ますみ. 日本におけるアドバンスケアプランニングの現状 文献検討と内容分析から. 生命倫理 2015; 25(1): 57-68
- 10) 清水 哲郎. 【「人生の最期をどう生きるか、どう支えるか、どう迎えるか」】 本人・家族の意思決定を支える 治療方針選択から将来に向けての心積りまで. 医療と社会 2015; 25(1): 35-48
- 11) Yadav Kuldeep N, Gabler Nicole B, Cooney Elizabeth.et. Approximately one in three US adults completes any type of advance directive for end-of-life care. Health Affairs 2017; 36(7): 1244-1251
- 12) 西川 満則, 久保川 直美, 高梨 早苗ら. 【非がん・高齢者疾患の緩和ケア 病態に即したケア、モルヒネの使い方、意思決定支援の方法がわかる!】 意思決定支援の方法 Advance Care Planning(ACP)と End-Of-Life Discussion(EOLD). 薬事 2015; 57(12): 1981-1985
- 13) 谷田 憲俊. 将来を想定した意思表示(事前指示)とアドバンス・ケア・プランニングの生命倫理. ホスピスケアと在宅ケア 2018; 26(1): 2-10
- 14) Detering Karen M, Hancock Andrew D, Reade Michael C.et. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. Bmj 2010; 340
- 15) Aw D, Hayhoe B, Smajdor A.et. Advance care planning and the older patient. QJM: An International Journal of Medicine 2012; 105(3): 225-230
- 16) Wright Alexi A, Zhang Baohui, Ray Alaka.et. Associations between end-of-life discussions,

- patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *Jama* 2008; 300(14): 1665-1673
- 17) Sudore Rebecca L, Lum Hillary D, You John J.et. Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. *Journal of pain and symptom management* 2017; 53(5): 821-832. e821
 - 18) 濱吉 美穂. ACP 普及のための地域住民へのアプローチ. *日本在宅ケア学会誌* 2024; 28(1): 14-18
 - 19) 日本医師会. 終末期医療に関するガイドラインの見直しとアドバンス・ケア・プランニング (ACP) の普及・啓発. 日本医師会 生命倫理懇談会答申 2020
 - 20) Miyashita Jun, Shimizu Sayaka, Shiraishi Ryuto.et. Culturally Adapted Consensus Definition and Action Guideline: Japan's Advance Care Planning. *Journal of Pain and Symptom Management* 2022; 64(6): 602-613
 - 21) 島田千穂. 高齢者の治療選択とアドバンス・ケア・プランニングを支える看護師の役割. *老年看護学* 2020; 25(1): 5-11
 - 22) 阿部 泰之. 【緩和ケア-最新の動向と今後の展望】アドバンス・ケア・プランニングと地域連携. *医学と薬学* 2019; 76(6): 841-847
 - 23) 日本老年医学会「エンドオブライフに関する小委員会」. ACP 推進に関する提言. *日本老年医学会* 2019
 - 24) 平川 仁尚. 高齢者のアドバンス・ケア・プランニングにおけるケアマネジャーの役割と課題. *ホスピスケアと在宅ケア* 2019; 27(1): 66-67
 - 25) 島田 千穂, 中里 和弘, 荒井 和子ら. 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* 2015; 52(1): 79-85
 - 26) 倉林 しのぶ, 平 洋, 鈴木 隆ら. 終末期医療に関する意識と認識 群馬県 A 病院における組合員および外来患者を対象とした質問紙調査結果より. *臨床倫理* 2016(4): 23-31
 - 27) 牧野公美子, 杉澤秀博. 認知症高齢者の終末期医療と看取り場所を最終決断した遺族の代理意思決定に対する「満足感」と「後悔」に関連する要因—介護老人福祉施設で行われた看護支援に着目して—. *老年学雑誌* 2020; 10: 82-97
 - 28) 牧野 公美子, 杉澤 秀博, 白柳 聡美. 施設内看取りを代理意思決定し看取る過程で家族が経験した精神的負担と代理意思決定に対する思い : 介護老人福祉施設に入所する認知症高齢者の家族の場合. *老年看護学 = Journal of Japan Academy of Gerontological Nursing* : 日本老年看護学会誌 2020; 25(1): 97-105
 - 29) 箕岡 真子. 【認知症におけるターミナルケア】 認知症の終末期ケアにおける倫理的視点. *日本認知症ケア学会誌* 2012; 11(2): 448-454
 - 30) 諸岡了介. 死と「迷惑」—現代日本における死生観の実情—. *宗教と社会* 2017; 23: 79-93
 - 31) 山本 俊一. *死生学のすすめ*: 医学書院, 1992:29-30

- 32) 高岡哲子, 紺谷英司, 深澤圭子. 高齢者の死生観に関する過去 10 年間の文献検討: 死の準備教育確立に向けての試み. 紀要 2009; 3: 49-58
- 33) 中木 里実, 多田 敏子. 日本人高齢者の死生観に関する研究の現状と課題. 四国大学紀要, A(人文・社会科学編) 2013(41): 1-10
- 34) 櫛 直美, 大野 麻衣子. 高齢者の死生観に関連する要因の検討. ホスピスケアと在宅ケア 2018; 26(3): 335-341
- 35) 細井 順, 川邊 圭一, 川原 啓美ら. ホスピス患者の死生観. 死の臨床 2001; 24(1): 58-61
- 36) 河村 諒, 中里 和弘. 高齢者施設における宗教的な関わりの臨床的意義と課題 特別養護老人ホームの介護職員への調査を通して. Palliative Care Research 2020; 15(3): 175-183
- 37) 浅見 洋. 日本人の死生観とケアニーズ. 臨牀看護 = The Japanese journal of clinical nursing, monthly 2007; 33(13): 1948-1953
- 38) 的場 恒孝. 医療者として宗教観・死生観を知り考える. 久留米医学会雑誌 2015; 78(1): 7-19
- 39) 広井 良典. 死生観を問いなおす: 筑摩書房, 2001:9-14
- 40) 友居 和美. 日本の死生観に関する研究知見と課題 : 世代継承性概念による考察. 社会問題研究 2021; 70: 81-93
- 41) 林文. 健康観・死生観と宗教的な心. W'Waves: 35-38
- 42) 清水 哲郎, 会田 薫子. 医療・介護のための死生学入門. 東京: 東京大学出版会, 2017
- 43) Deeken Alfons. 生と死の教育. 東京: 岩波書店, 2001
- 44) Frechman Erica, Dietrich Mary S, Walden Rachel Lane.et. Exploring the uptake of advance care planning in older adults: an integrative review. Journal of pain and symptom management 2020
- 45) Sudore Rebecca L, Schickedanz Adam D, Landefeld C Seth.et. Engagement in multiple steps of the advance care planning process: a descriptive study of diverse older adults. Journal of the American Geriatrics Society 2008; 56(6): 1006-1013
- 46) Ko Eunjeong, Hohman Melinda, Lee Jaehoon.et. Feasibility and acceptability of a brief motivational stage-tailored intervention to advance care planning: a pilot study. American Journal of Hospice and Palliative Medicine® 2016; 33(9): 834-842
- 47) Schickedanz Adam D, Schillinger Dean, Landefeld C Seth.et. A clinical framework for improving the advance care planning process: start with patients' self - identified barriers. Journal of the American Geriatrics Society 2009; 57(1): 31-39
- 48) Lall Priya, Dutta Oindrila, Tan Woan Shin.et. "I decide myself"-A qualitative exploration of end of life decision making processes of patients and caregivers through Advance Care Planning. Plos one 2021; 16(6): e0252598

- 49) 大桃 美穂, 鶴若 麻理. アドバンス・ケア・プランニングの促進要因と障壁 独居高齢者-訪問看護師間のケアプロセスと具体的支援の分析を通して. 生命倫理 2018; 28(1): 11-21
- 50) 中里 和弘, 涌井 智子, 平山 亮ら. 終末期ケアに関する親子間コミュニケーションの関連要因 高齢の親を持つ子世代を対象に. 日本老年医学会雑誌 2018; 55(3): 378-385
- 51) Butler Mary, Ratner Edward, McCreedy Ellen.et. Decision aids for advance care planning: an overview of the state of the science. Annals of internal medicine 2014; 161(6): 408-418
- 52) Izumi Shigeko, Nagae Hiroko, Sakurai Chihoko.et. Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics. Nursing ethics 2012; 19(5): 608-618
- 53) Holloway Immy, Wheeler Stephanie, 伊庭 久江ら. ナースのための質的研究入門 : 研究方法から論文作成まで. 第2版: 医学書院, 2006
- 54) 北 素子, 谷津 裕子. 質的研究の実践と評価のためのサブストラクション: 医学書院, 2009
- 55) 木下 康仁. 定本 M-GTA: 実践の理論化をめざす質的研究方法論: 医学書院, 2020
- 56) 樋口 耕一. 計量テキスト分析および KH Coder の利用状況と展望. 社会学評論 2017; 68(3): 334-350
- 57) 西村 奏咲, 清水 忠. テキストマイニングを用いたアンケート解析. 薬学教育 2021; 5(0): n/a
- 58) 辻 麻由美, 吉田 浩二. テキストマイニングを用いた日本の論文の事前指示に関する質問項目内容の可視化. 日本看護研究学会雑誌 2020; 43(2): 255-264
- 59) 田口 香代子, 三浦 香苗. 高齢者の生への価値観と死に対する態度. 昭和女子大学生活心理研究所紀要 2012; 14: 57-68
- 60) 山崎 久美子, 山崎 幸子. 【老年医学と性差】 高齢者心理の性差. Geriatric Medicine 2003; 41(6): 823-826
- 61) 大宮 朋子, 福井 小紀子, 中島 梨枝子. 終末期の療養場所の選定における性差の検討. 厚生指標 = Journal of health and welfare statistics 2018; 65(5): 8-14
- 62) 宇野 千晴, 伊澤 有理沙, 風岡 優流ら. 地域在住高齢者における ACP の認知度と関連する因子の検討. 名古屋栄養科学雑誌 2024; 10: 15-25
- 63) 内閣府. 平成 24 年版高齢社会白書. 内閣府 2012
- 64) 内閣府. 令和元年版高齢社会白書. 内閣府 2019
- 65) 池内 朋子, 小野 真由子, 長田 久雄. 対人関係における高齢者の「迷惑をかけたくない」思い : 文献研究による検討. 応用老年学 2022; 16(1): 89-98
- 66) 小田利勝. 高齢者の老年規範意識の構造. 神戸大学発達科学部研究紀要 2000; 8(1): 255-269
- 67) 内田由紀子, 遠藤由美, 柴内康文. 人間関係のスタイルと幸福感: つきあいの数と質からの検討. 実験社会心理学研究 2012; 52(1): 63-75

- 68) 豊田弘司, 大賀香織, 岡村季光. 居場所 (安心できる人) と情動知能が孤独感に及ぼす効果. 奈良教育大学紀要 人文・社会科学 2007; 56(1): 41-45
- 69) 五十嵐祐. 孤独感と対人環境の再帰的構築. 心理学評論 2020; 63(4): 403-417
- 70) 内閣府. 令和3年度 高齢者の日常生活・地域社会への参加に関する調査結果 (全体版) .2021
- 71) 会田 薫子. 老衰のエンドオブライフ・ケアに必要な「医療とケアの倫理」 : 「適切な医学的判断」と「人生の物語り」のある終末期ケアのために. 訪問看護と介護 2015; 20(10): 839-845
- 72) Wang Xinying, Huang Xin-Lin, Wang Wei-Jia.et. Advance care planning for frail elderly: are we missing a golden opportunity? A mixed-method systematic review and meta-analysis. BMJ open 2023; 13(5): e068130
- 73) 杉野 美和, 秋山 智. 自己の死への意識から見えた非医療従事者の死生観 平井らの死生観尺度を用いて. 広島国際大学看護学ジャーナル 2018; 15(1): 31-46
- 74) 青井 悠里子, 柏原 未知, 井上 かおりら. 健康高齢者の人生の最終段階における医療・ケアの意思表示に関連する要因の検討. 岡山県立大学保健福祉学部紀要 2020; 26: 1-10
- 75) 鶴若 麻理, 大桃 美穂, 角田 ますみ. 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 2016; 26(1): 90-99
- 76) 岡本 美代子, 島田 広美, 齋藤 尚子. 都市と地方における高齢者の死生観と終活の現状. 医療看護研究 2017; 13(2): 62-69
- 77) 上別府 圭子. 家族看護学. 別巻: 医学書院, 2018
- 78) 久保田裕之. 「家族の多様化」 論再考—家族概念の分節化を通じて—. 家族社会学研究 2009; 21(1): 78-90
- 79) 稲富百合子. ホーソン文学における家庭と墓の円環イメージ-「ウェイクフィールド」を中心に. 共通教育論集 2023; 1: 1-17
- 80) 梶井祥子, カジイショウコ. 家族の「多様化」と規範意識の変容. 札幌大谷大学社会学部論集 2013(1): 261-289
- 81) 桐野匡史, キリノマサフミ, 柳漢守ら. 老親と同居している成人子の老親扶養意識と人口学的要因および家族凝集性との関連性. 岡山県立大学保健福祉学部紀要 2007; 14: 19-28
- 82) 橋本有理子. 老年期における家族的役割, 社会的役割と精神的健康との関連性に関する研究. 関西福祉科学大学紀要 2006; 9: 117-130
- 83) 大野佳代子. 日本人のコミュニケーション・スタイルについての一考察: 会話の曖昧性. 東海女子短期大学紀要 2002; 28: 109-118
- 84) Uchida Yukiko, Endo Yumi, Shibana Yasufumi. Well-being and social relationship styles: Effects of quantity and quality of social relationships. THE JAPANESE JOURNAL OF

- EXPERIMENTAL SOCIAL PSYCHOLOGY 2012; 52(1): 63-75
- 85) 杉原 百合子, 山田 裕子, 武地 一. 認知症高齢者の家族が行う意思決定過程と影響要因に関する研究 家族介護者の語りの介護開始時期からの分析. 日本認知症ケア学会誌 2010; 9(1): 44-55
 - 86) 李 義昭. 高齢期における人間関係の再構築. 追手門経済論集 2007; 42(1): 164-182
 - 87) 大武美保子. 高齢者が人生の終わりを前向きに捉えるための会大武 美保子話支援. 人工知能 2017; 32(1): 95-102
 - 88) 竹田恵子, 太湯好子. 日本人高齢者のスピリチュアリティ概念構造の検討. 川崎医療福祉学会誌 2006; 16(1): 53-66
 - 89) 中村美智代. 高齢者の居場所研究についての動向と課題. 甲子園短期大学紀要 2017; 35: 17-24
 - 90) 西川真理子. 居場所の条件—高齢者の居場所から大学生の居場所を考える— 2017
 - 91) 大川 一郎. 特別論文 老年期と居場所:その心理的意味. 高齢者のケアと行動科学 = Journal of care and behavioral sciences for the elderly 2003; 9(1): 3-11
 - 92) 福富 雅夫, 安藤 悠人, 三谷 羊平. 高齢層における年齢と時間選好の関係. 行動経済学 2020; 13(0): 94-104
 - 93) Glass Anne P, Nahapetyan Lusine. Discussions by elders and adult children about end-of-life preparation and preferences. Preventing Chronic Disease 2007; 5(1): A08
 - 94) Sudore Rebecca L, Stewart Anita L, Knight Sara J.et. Development and validation of a questionnaire to detect behavior change in multiple advance care planning behaviors. PloS one 2013; 8(9): e72465
 - 95) Hiroko Okada, Sayaka Takenouchi, Tsuyoshi Okuhara.et. Development of a Japanese version of the Advance Care Planning Engagement Survey: Examination of its reliability and validity. Palliative and Supportive Care 2020; 19(3): 341-347
 - 96) Silveira Maria J., Kim Scott Y.H., Langa Kenneth M. Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. New England Journal of Medicine 2010; 362(13): 1211-1218
 - 97) 長嶋 祐子. リハビリテーション看護の実践モデルの構築. Journal 2017(Issue)
 - 98) 西條 剛央. 「構造構成的質的心理学」の構築. 質的心理学研究 2003; 2(1): 164-186
 - 99) 西條 剛央. 構造構成主義による人間科学の基礎づけ : 科学哲学の難問解明を通して(<特集>心理学・人間科学メタ理論の新展開). 科学基礎論研究 2013; 40(2): 93-114
 - 100) 安梅 勅江. ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法 : 科学的根拠に基づく質的研究法の展開: 医歯薬出版, 2001
 - 101) 千年 よしみ, 阿部 彩. フォーカス・グループ・ディスカッションの手法と課題:ケース・スタディを通じて. 人口問題研究 2000; 56(3): 56-69
 - 102) 仙波 真二. 〈論文〉ブレインストーミング再考—意味のイノベーションにおけるブレイン

- ンストーリーミングの解釈に関する一考察一. 商経学叢 2021; 68(2): 327-332
- 103) 小高 良友. ブレインストーリーミングの効用 : 臨床社会学や文章作成方法との関連で. 東海学院大学紀要 = Bulletin of Tokai Gakuin University 2011(5): 41-44
- 104) Sudore R. L., Heyland D. K., Barnes D. E. .et. Measuring Advance Care Planning: Optimizing the Advance Care Planning Engagement Survey. J Pain Symptom Manage 2017; 53(4): 669-681 e668
- 105) 山口 乃生子, 山岸 直子, 會田 みゆきら. 「もしも」のときの医療・ケアにおける話し合い行動意図尺度 : Web 調査による信頼性と妥当性の検討. Palliative Care Research 2023; 18(4): 213-223
- 106) Shima Sakai, Hiroko Nagae, Mitsunori Miyashita.et. Developing an Instrument to Assess the Readiness for Advance Care Planning. Journal of Pain and Symptom Management 2022; 63(3): 374-386
- 107) 金児 暁嗣. 日本における近代的価値観と宗教意識の変質. 都市文化研究 2003; 1: 23-35
- 108) 林 文. 現代日本人にとっての信仰の有無と宗教的な心－日本人の国民性調査と国際比較調査から－. 統計数理 = Proceedings of the Institute of Statistical Mathematics 2010; 58(1): 39-59
- 109) Fried Terri R, Redding Colleen A, Robbins Mark L.et. Promoting advance care planning as health behavior change: development of scales to assess Decisional Balance, Medical and Religious Beliefs, and Processes of Change. Patient education and counseling 2012; 86(1): 25-32
- 110) Levoy Kristin, Salani Deborah A, Buck Harleah. A systematic review and gap analysis of advance care planning intervention components and outcomes among cancer patients using the transtheoretical model of health behavior change. Journal of pain and symptom management 2019; 57(1): 118-139. e116
- 111) 都筑 学. 時間的展望に関する文献的研究. The Japanese Journal of Educational Psychology 1982; 30(1): 73-86
- 112) Carstensen Laura L. Socioemotional selectivity theory: The role of perceived endings in human motivation. The Gerontologist 2021; 61(8): 1188-1196
- 113) Carstensen L. L. Motivation for social contact across the life span : a theory of socioemotional selectivity. Nebr Symp Motiv 1992; 40: 209-254
- 114) Frieder R. Lang, Laura L. Carstensen. Time counts: Future time perspective, goals, and social relationships. Psychology and Aging 2002; 17(1): 125-139
- 115) 池内 朋子, 長田 久雄, Tomoko Ikeuchi ら. 未来展望尺度の作成 : Future Time Perspective Scale 日本語版. 老年学雑誌 = Journal of gerontological research 2014; 4: 1-9
- 116) 中島 実穂, 丹野 義彦. Interpersonal Regulation Questionnaire 日本語版の信頼性と妥当

- 性. パーソナリティ研究 = The Japanese journal of personality 2022; 30(3): 134-143
- 117) 高橋 在也, 岩城 典子, 長江 弘子ら. 生き方の理解と支えあいのための場の模索 エンドオブライフを考える市民参加型プログラムの事例から. 生命倫理 2016; 26(1): 159-168
- 118) 長江弘子. 1. 患者・家族の生活文化に即したエンド・オブ・ライフケア. 日本透析医学会雑誌 2013; 46(3): 360-361
- 119) Morishita-Kawahara Miki, Harasawa Nozomi, Sakai Shima. .et Advance Care Planning Practice among Citizens in Japan: A Cross-Sectional Study. 日本エンドオブライフケア学会誌 2023; 7(1): 16-25
- 120) Associations with the Japanese population's preferences for the place of end-of-life care and their need for receiving healthcare services. Journal of Palliative Medicine. J Palliat Med. 2012; 15(10): 1106-1112
- 121) 伊藤 明美. 「あわせ」をめぐる探索的研究 ― 遠慮と察しのコミュニケーションを再考する ―. 藤女子大学文学部紀要 2023(60): 51-75
- 122) 林 千賀. 「察する」とは何か、その発話解釈のメカニズムを探る : 関連性理論からの試み. 城西国際大学紀要 = Josai International University bulletin 2018; 26(2): 1-22
- 123) 乾 順子. 同居・扶養・介護についての意識はどう変わってきたのか. 女性学講演会 2022; 第 25 期: 1-18
- 124) 家高 将明, 三田村 知子, 清水 香織ら. <投稿論文>高齢者通所サービスにおけるソーシャルサポートがもつ効果の可能性に関する研究 : 情緒的サポート及び情動的サポートからの分析. 人間福祉学研究 = Japanese Journal of Human Welfare Studies 2014; 7(1): 129-141
- 125) 小野 真由子, 長田 久雄. ソーシャルサポートと死に対する態度の関連 自尊感情の媒介効果の検討. 応用老年学 2018; 12(1): 21-31
- 126) 大野裕美. アドバンスケアプランニングの前提として死生観教育は必要か. 医療福祉政策研究 2023; 6(1): 31-44
- 127) エンドオブライフケアとコミュニティ: 「つながり」のケアとは何か. 看護技術 2016; 62(12)
- 128) 長江 弘子. エンドオブライフケアにおける意思決定支援 : その人らしく生きぬくために医療者ができること. 看護技術 = The Japanese journal of nursing arts: 臨床ナースをサポートする専門誌 2016; 62(12): 1121-1280
- 129) 島田 美喜. 地域での終末期の住民意識とソーシャルキャピタルとの関連要因の検討. 地域医学 2014; 28(3): 220-226
- 130) Miyashita Jun, Hayashi Shinu, Yamamoto Yosuke. Association between direct interpersonal involvement with a dying family member and discussions regarding advance care planning among Japanese older adults. Geriatrics & Gerontology International 2021;

21(2): 197-202

- 131) 榎本 晃子, 田口 理恵. アドバンス・ケア・プランニング普及啓発プログラムが地域在住高齢参加者に与えた影響. 共立女子大学看護学雑誌 2021; 8: 33-43
- 132) 竹之内 裕文. 死生を支え合うコミュニティの思想的拠り所 : 手がかかりとしての「対話」と「コンパッション」. 現代宗教 = Contemporary religion 2022: 61-91
- 133) 神原 歩, 武藤 拓之, 袖川 芳之ら. 未婚と関連する心理特性の検討 : 愛着スタイルに着目して. 社会心理学研究 = Japanese journal of social psychology 2024; 40(2): 152-161
- 134) Carr Deborah, Springer Kristen W. Advances in Families and Health Research in the 21st Century. Journal of Marriage and Family 2010; 72(3): 743-761
- 135) Sean Morrison R. Advance directives/care planning: clear, simple, and wrong. Journal of Palliative Medicine 2020; 23(7): 878-879
- 136) Morrison R. Sean, Diane E. Meier, Robert M. Arnold. What's Wrong With Advance Care Planning? JAMA 2021; 326(16): 1575

別添資料：インタビューガイド

資料：インタビューガイド

研究 ID：	インタビュー日：
開始時間：	終了時間：
<p>本日はお時間を頂きましてありがとうございます。</p> <p>インタビューをさせて頂く〇〇の〇〇と申します。どうぞよろしく願いいたします。</p> <p>説明書でもご説明いたしましたが、今回のインタビューは、ご自身の人生の最終段階の過ごし方や希望などについて、ご家族などと話し合われた際の率直なお気持ちやお考えをお答えいただければと思います。途中でもし、答えづらい質問などがあった場合には、遠慮なく仰っていただいて結構です。</p> <p>それでは早速ですが、質問に移りたいと思いますので、録音を開始します。</p>	
1	〇〇さんは、ご自身の人生の最終段階についてお考えになったことはありますか。
2	お考えになるきっかけや、その際の心境についてお聞かせいただけますか。
3	その後、ご家族や周囲の方にお気持ちを伝えるにあたって、何か心境の変化や、きっかけとなる出来事のようなことはあったのでしょうか。
4	話し合われる中で、〇〇さんのお気持ちに変化などはありましたか？
5	〇〇さんが、人生の最終段階について話し合いをされる際に、影響を受けた人や物、出来事など、何かありましたか。
<p>それではお時間ですので、ここでインタビューは終了させて頂きます。</p> <p>貴重なお話をありがとうございました。〇〇さんの方から何かご質問などはありますでしょうか。</p> <p>録音の音声を確認した後で、〇〇さんご自身に確認させて頂きたいことなどが生じた際には、ご連絡させて頂く場合もありますので、その際は宜しく願いいたします。</p> <p>本日はご協力いただきありがとうございました。</p>	
インタビュー時間：	