

## 原著

# 人口減少地域における終末期自宅療養希望の減少傾向について

## — 奥能登での意識調査に基づいて —

浅見 洋, 彦 聖美, 浅見美千江<sup>1</sup>

### 概要

本稿では、典型的な人口減少地域である奥能登における二時点（2007年8月、2010年8月）の意識調査を基に、地域住民の「終末期療養場所の希望」を経時的に比較した。その結果、「自分が療養したい場所」と「家族を療養させたい場所」を「自宅」と回答した割合は「病院」と回答した割合に比して有意に減少していた。また、「家族を療養させたい場所」として「自宅」を選択した割合は07年39.1%、10年36.1%、「病院」を選択した割合は07年37.8%、10年40.2%であり、3年間で希望割合が逆転していた。特に若い世代と同居数の少ない住民ほど、終末期での自宅療養希望が減少していることが明らかになった。また、自宅療養希望理由の「家族との時間を多くしたいから」が有意に減少していた。さらに、自宅療養不可能理由としては介護負担と医療不安が大きいこと、自宅療養可能条件としては家族支援と地域医療の整備の必要性が示唆された。

キーワード 人口減少地域, 終末期療養, 自宅療養, 経時的変化

### 1. はじめに

現在の日本における終末期医療の在り方を方向付けたのは2004（平成16）年7月に答申された「終末期医療に関する調査等検討会」の報告書<sup>1</sup>である。この報告書に基づいて、厚生労働省は2005年7月29日の「第17回社会保障審議会医療保険部会」における配布資料<sup>1</sup>で、終末期医療における「医療費適正化の方向性（イメージ）」を提示した。そこには、「患者の意志を尊重した適切な終末期医療の提供」により「自宅等での死亡割合を4割」に引き上げることによって、2015年度には約2,000億円、2025年度には約5,000億円の医療給付費が削減できるとの医療費削減イメージが描かれている。また、自宅等（特別養護老人ホーム、グループホーム等を含む）での死亡割合を4割に引き上げるために、①在宅医療提供体制の充実（往診・訪問診療に対応できる医師の確保、訪問看護サービスの普及等）、②地域における高齢者の多様な居住の場の整備が提言され、2006年4月の「診療報酬と介護報酬の改定」<sup>ii</sup>では、在宅終末期医療にターミナル

ケア加算、施設での看取り介護には見取り加算の導入が盛り込まれた。

そうした医療政策、診療報酬改定の基礎資料となったのは2003（平成15）年2-3月に実施された厚生労働省医政局総務課の「終末期医療に関する調査」<sup>2</sup>（以下、全国調査03）である。この意識調査の特徴の一つは調査対象（13,794人）に一般国民5,000人が含まれているということである。このように医療福祉政策を方向付ける意識調査が医療・福祉関係者のみではなく、一般国民を含んで実施されることは民主的な政策決定の手法として評価すべきことである。しかし、限られた数の一般国民への意識調査に基づいた医療政策の決定は、地方で暮らす住民の具体的なニーズを十分に反映していない場合もある。また、国民ニーズに基づく全国一律の施策はそれぞれの地域社会が育ててきたケアシステム（例えば、看取りの文化など）を弱体化し、イーミック（emic）<sup>iii</sup>なケアの視点<sup>3</sup>を喪失させる場合もある。地方、特に過疎化と少子高齢化とが急速に進行する地方の人口減少地域<sup>iv</sup>では、地域住民の意識調査と地域

<sup>1</sup> 石川県医療在宅ケア事業団訪問看護管理部長

<sup>i</sup> 第17回社会保障審議会医療保険部会、資料1「中長期的医療費適正化効果を目指す方策について」、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0729-9c.html>, 2005.

<sup>ii</sup> 厚生労働省保険局：「診療報酬の算定方法を定める件」等の改正等について（通知）、<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/tp0314-1.html>, 2006.

<sup>iii</sup> イーミック（emic）は専門的（エティック）に対する「民間的」の意であり、イーミックなケアとは医療者ではなく、地域社会が育ててきたケアを意味する。

<sup>iv</sup> 本稿では「人口減少地域」を単に「人口が減少する地域」という一般的な意ではなく、「人口減少、少子高齢化が進行する地方の過疎地域」という意を込めて使用する。

社会、文化等の特徴を踏まえたよりきめ細やかな医療福祉ニーズの把握が必要であると考えらる。

2006年度の医療制度改革はかなりの程度まで実施されている。その結果、表1にあるように、実施目標であった自宅等での死亡割合の4割目標にはほど遠いとはいえ、これまで減少し続けてきた自宅死割合の低落傾向に歯止めがかかり、自宅死亡割合では若干の増加傾向が見られる。ただし、こうした傾向は大都市圏に顕著な傾向である<sup>4)</sup>。

表1 奥能登の自宅死亡割合の変移 (%)

	1985	1995	2005	2007	2008	2009
全国	28.3	18.3	12.2	12.3	12.7	12.4
石川県	32.9	18.6	10.8	9.9	10.1	10.0
奥能登	48.2	25.0	13.3	11.6	13.6	11.3

『平成21年人口動態統計』<sup>5)</sup>の「死亡数、死亡の場所集計の年次推移」では、全国の1995年の年間総死亡者数に占める老人ホーム（特別養護老人ホームを含む）の死亡割合は1.5%、2005年は2.1%であったが、「看取り加算」が創設された2006年には2.3%、2008年には2.9%に増加している。欧米などに比して死亡場所として老人ホームを選択する人々が多いとはいえないが、確実に増加しつつある。また、全国的には病院から老人ホームへと死亡場所が若干移動する傾向が認められる。

奥能登は典型的な人口減少地域であり、その人口は2010年10月の国勢調査では35,874人、高齢化率は40.9%、1999年～2010年の10年間人口減少率は19.7%である<sup>6)</sup>。そうした、奥能登の高齢化の最大の特徴は歪な人口構成比にある。2010年10月1日現在では、70代と60代の人口が各々6,500人を超えるのに対して、20代の人口は1,354人と1/4以下である<sup>7)</sup>。すなわち、将来の地域社会、医療福祉を担う世代、親世代を扶養する年代が極端に少ないのである。若者たちは10代後半から進学や就職等をきっかけにほとんどが都会に出て行き、現状では仕事場が少ない過疎地に帰ってくる可能性はほとんどない。それゆえ、将来的にはますます少子高齢化と過疎化が進み、生産年齢人口の流出が加速度的に進むことが予測される。同時にそれは終末期療養においては家族内介護者が極端に少なくなること、医療資源の枯渇、自治体の財政基盤の弱体化をも意味している。

## 2. 研究目的

奥能登での住民への死生観と終末期療養に対する意識調査に基づいて、人口減少地域における自宅終末期療養希望の変容とその要因を明らかにすること。

## 3. 研究方法

### 3.1 調査方法

調査票「死生観・在宅終末期療養についての意識調査」を作成し、珠洲市と能登町（以下、奥能登）の2つの自治体の住民台帳から層化抽出法によって抽出した40歳代から70歳代の住民を対象として2回の郵送調査を実施した。1回目は各自治体600名（各年代150名）、計1,200名を対象に、2007年8月に郵送調査を実施し、2回目は各自治体1,200名（各年代300名）、計2,400名を対象に、2010年8月に実施した。2回とも対象となる住民個々に研究趣意書、調査用紙、回答用紙、切手を貼った返信用の封筒（無記名）を同封し、返信された回答用紙の回収は石川県立看護大学内に設置したメールボックスで行った。

### 3.2 調査内容

調査票は厚生労働省の「終末期療養に関する調査」などを参考に、独自に作成した自記式質問紙を用いた。調査項目の内容は大別して①対象者の背景（対象者の属性、健康状態、介護および死別体験）、②死生観（死について考える頻度と不安感、理想的な死）、③在宅療養について（自分が療養したい場所、家族を療養させた場所、在宅死の可能性、在宅死の阻害要因、在宅死を可能にする要因）の3項目である。

### 3.3 分析方法

調査項目ごとにはSPSS 18.0J for Windowsを用いて単純集計を行い、本稿の研究目的である「自宅終末期療養希望の変容とその要因」を明らかにするために必要な調査項目のみを分析対象とした。分析の際には必要に応じて $\chi^2$ 検定を行い、5%水準で有意ならば\*、1%水準で有意ならば\*\*と表示した。

### 3.4 倫理的配慮

研究実施に関しては、石川県立看護大学倫理委員会の承認を得た。調査対象の抽出にあたっては、調査対象の居住地である自治体に住民基本台帳法第11条の2第1項に基づいて「住民基本台帳閱

覧申出書」と閲覧者名簿を提出し、許可を得た。抽出作業は、届け出た閲覧者が各自治体庁舎内の指定された場所で行った。調査用紙の郵送にあたっては同封した調査の趣意書に、各自の自由意志によって回答が拒否できること、回答は無記名であることを明記した。また、集計が終わった時点で回答済み用紙、対象者の名簿等は全て廃棄し、公表においては個人が特定されないように統計処理を行った。

#### 4. 結果

##### 4.1 対象者の属性

対象者の基本属性については表2で示す。

表2 対象者の基本属性

項目	人数 (%)	人数 (%)
性別	2007年 (n=703)	2010年 (n=1073)
男性	279 (39.7)	465 (43.3)
女性	419 (59.6)	601 (56.0)
不明	5 (0.7)	7 (0.7)
年代	2007年 (n=703)	2010年 (n=1073)
平均年齢	59.9±11.1	60.9±10.9
40歳代	180 (25.6)	230 (21.4)
50歳代	190 (27.0)	280 (26.1)
60歳代	177 (25.2)	298 (27.8)
70歳代	156 (22.2)	265 (24.7)
同居人数	2007年 (n=701)	2010年 (n=1065)
1人	45 (6.4)	89 (8.4)
2人	206 (29.4)	348 (32.7)
3人	164 (23.4)	241 (22.6)
4人	106 (15.1)	183 (17.2)
5人	68 (9.7)	85 (8.0)
6人以上	112 (16.0)	119 (11.2)

2007年(以下、07年)調査の調査票の返送総数は706通/1200通、回収率58.8%、回答が無記入であるものを除いた703通を有効回答(有効回答率58.6%)とした。回答者の内訳は男性279人(39.7%)、女性419人(59.6%)、不明5人(0.7%)であった。2010年(以下、10年)の調査票の返送総数は1073通/2400通、回収率44.7%であり、1073通を有効回答(有効回答率44.7%)とした。回答者の内訳は男性465人(43.3%)、女性601

人(56.0%)、不明7人(0.7%)であった。

年代別では07年が40歳代180人(25.6%)、50歳代190人(27.0%)、60歳代177人(25.2%)、70歳代156人(22.2%)、平均年齢59.9±11.1歳、10年が40代230人(21.4%)、50代280人(26.1%)、60代298人(27.8%)、70代265人(24.7%)、平均年齢60.9±10.9歳であった。

同居家族数は、07年は1人暮らしが45人(6.4%)、2人が206人(29.4%)、3人が164人(23.4%)、4人が106人(15.1%)、5人が68人(9.7%)、6人以上が112人(16.0%)であった。10年は1人暮らしが89人(8.4%)、2人が348人(32.7%)、3人が241人(22.6%)、4人が183人(17.2%)、5人が85人(8.0%)、6人以上が119人(11.2%)であった。

##### 4.2 自分が療養したい場所

表3「自分が療養したい希望」にあるように、終末期療養の場所として「自宅」を選択した割合は07年48.9%、10年42.6%と減少し、「病院」を選択した割合は07年26.9%、10年30.5%、「施設」を選択した割合は07年7.4%、10年8.3%と若干増加している。

表3 自分が療養したい場所 (%)

	自宅	病院	施設	わからない
2007年 (n=662)	48.9	26.9	7.4	16.8
2010年 (n=1014)	42.6	30.5	8.3	18.6

表4にあるように、自分が療養したい場所を「自宅」と「自宅以外」(病院、施設、わからないの総計)の2群に分けて $\chi^2$ 検定を実施したところ、この3年間で自宅での療養希望者は有意に減少していた。

性別比較では男性が5.5%(50.9%→45.4%)、女性6.7%(47.2%→40.5%)減少しており、男女間で有意差が認められた。

年代別では40歳代9.4%(49.1%→39.7%)、50歳代8.5%(49.2%→40.7%)、60歳代5.5%(48.2%→42.7%)、70歳代1.9%(49.3%→47.4%)と若い世代ほど大きく、40歳代、50歳代の希望者の減少には経時的に有意差が認められた。

同居人数別では1-2人世帯で自宅希望が有意に減少していた。ただし、同居人数に関わらず10年度でも4割以上(40.4%~44.3%)に自宅療養希望が見られた。

自宅療養希望の人々にその理由を尋ねたとこ

表4 療養したい場所の比較

	2007年 (n=662)	2010年 (n=1014)	χ <sup>2</sup> 検定
	人数 (%)	人数 (%)	
自宅	324 (48.9)	432 (42.6)	**
自宅以外	338 (51.1)	582 (57.4)	
性別	2007年 (n=657)	2010年 (n=1011)	χ <sup>2</sup> 検定
	人数 (%)	人数 (%)	
男性	自宅 135 (50.9)	199 (45.4)	ns
	自宅以外 130 (49.1)	239 (54.6)	
女性	自宅 185 (47.2)	232 (40.5)	*
	自宅以外 207 (52.8)	341 (59.5)	
年代	2007年 (n=662)	2010年 (n=1014)	χ <sup>2</sup> 検定
	人数 (%)	人数 (%)	
40歳代	自宅 85 (49.1)	87 (39.7)	*
	自宅以外 88 (50.9)	132 (60.3)	
50歳代	自宅 91 (49.2)	112 (40.7)	*
	自宅以外 94 (50.8)	163 (59.3)	
60歳代	自宅 79 (48.2)	123 (42.7)	ns
	自宅以外 85 (51.8)	165 (57.3)	
70歳代	自宅 69 (49.3)	110 (47.4)	ns
	自宅以外 71 (50.7)	122 (52.6)	
同居人数	2007年 (n=660)	2010年 (n=1010)	χ <sup>2</sup> 検定
	人数 (%)	人数 (%)	
1-2人	自宅 112 (47.5)	167 (40.4)	**
	自宅以外 124 (52.5)	246 (59.6)	
3-4人	自宅 121 (47.6)	178 (44.2)	ns
	自宅以外 133 (52.4)	225 (55.8)	
5人以上	自宅 90 (52.9)	86 (44.3)	ns
	自宅以外 80 (47.1)	108 (55.7)	

\*\* : p<0.01 \* : p<0.05

表5 自宅療養希望理由

	2007年 (n=324)	2010年 (n=428)	χ <sup>2</sup> 検定
	%	%	
住み慣れた場所で最期を迎えたいから	62.0	66.1	ns
最期まで好きに過ごしたいから	49.7	51.2	ns
家族との時間を多くしたいから	46.6	40.2	*
家族に看取られて最期を迎えたいから	29.3	28.5	ns
病院では自分の望むように最期を迎えられないから	12.7	12.9	ns
家族や知人が自宅以最期を迎えていたから	5.9	6.5	ns
その他	2.5	2.6	ns

\* : p<0.05

表6 家族を療養させたい場所 (%)

	自宅	病院	施設	わからない
2007年 (n=640)	40.9	39.9	6.7	13.1
2010年 (n=980)	37.2	41.4	7.0	14.3

表7 家族を療養させたい場所の比較

項目	2007年 (n=640)	2010年 (n=980)	χ <sup>2</sup> 検定
	人数 (%)	人数 (%)	
自宅	262 (40.9)	365 (37.2)	ns
自宅以外	378 (59.1)	615 (62.8)	
性別	2007年 (n=635)	2010年 (n=977)	χ <sup>2</sup> 検定
	人数 (%)	人数 (%)	
男性	自宅 91 (35.4)	165 (38.6)	ns
	自宅以外 166 (64.6)	263 (61.4)	
女性	自宅 169 (44.7)	198 (36.1)	**
	自宅以外 209 (55.3)	351 (63.9)	
年代	2007年 (n=640)	2010年 (n=980)	χ <sup>2</sup> 検定
	人数 (%)	人数 (%)	
40歳代	自宅 75 (46.3)	83 (39.3)	ns
	自宅以外 87 (53.7)	128 (60.7)	
50歳代	自宅 75 (41.9)	107 (40.1)	ns
	自宅以外 104 (58.1)	160 (59.9)	
60歳代	自宅 69 (42.9)	101 (36.3)	ns
	自宅以外 92 (57.1)	177 (63.7)	
70歳代	自宅 53 (31.2)	74 (33.0)	ns
	自宅以外 95 (68.8)	150 (67.0)	
同居人数	2007年 (n=638)	2010年 (n=977)	χ <sup>2</sup> 検定
	人数 (%)	人数 (%)	
1-2人	自宅 91 (40.1)	122 (30.7)	*
	自宅以外 136 (59.9)	276 (69.3)	
3-4人	自宅 101 (40.6)	160 (40.8)	ns
	自宅以外 148 (59.4)	232 (59.2)	
5人以上	自宅 70 (43.2)	82 (43.9)	ns
	自宅以外 92 (56.8)	105 (56.1)	

\*\* : p<0.01 \* : p<0.05

ろ、表5にあるように、両年とも「住み慣れた場所で最後を迎えたいから」、「最後まで好きなように過ごしたいから」が多く、経時的には若干増加していた。また、「家族との時間を多くしたいから」が有意に減少していた。

#### 4.3 家族を療養させたい場所

表6にあるように、終末期に「家族を療養させたい場所」として「自宅」を選択した割合は07年40.9%、10年37.2%、「病院」を選択した割合は07年39.9%、10年41.4%であり、3年間で「自宅」と「病院」の希望割合が逆転した。

表7は家族を療養させたい場所を「自宅」と「自宅以外」（病院、施設、わからないの総計）の2群に分けて $\chi^2$ 検定を実施した表であり、性別では女性で有意に減少していた。

年代別では有意差が認められなかったものの、40歳代～60歳代で自宅希望が減少し、70歳代は逆に増加していた。

同居数別では1～2人世帯で自宅希望が有意に減少し、3～4人世帯、5人以上世帯では希望者数にほとんど変化がなかった。

#### 4.4 自宅療養の可能性

「自分または家族が望めば、自宅で最後を迎えることは実現可能だと思いますか」という設問に対する回答は、表8にあるように07年と10年で経時的な変化はほとんど認められなかった。

自宅療養が可能と答えた以外の回答者に不可能

表8 自宅療養の可能性 (%)

	可能	どちらとも いえない	不可能
2007年 (n=672)	43.9	27.5	28.6
2010年 (n=1012)	43.0	29.6	27.4

理由を尋ねたところ、表9にあるように、「当てはまる」とする回答が「緊急時に家族に迷惑をかけるかもしれないから」、「自宅では最後に痛み等に苦しむかもしれないから」が両年とも4割を超えた。また、可能とそれ以外の2群に分けて $\chi^2$ 検定を実施したところ、「経済的負担が大きいから」で「当てはまる」とする回答が07年より10年で有意に減少していた。

#### 4.5 自宅療養を可能にする条件

「自宅で最後を迎える事を可能にするためには、どのような条件が必要だと思いますか」という設問では、9項目を立て5件法で回答してもらった。その結果は表10にあるように、「とてもそう思う」という回答は「家族の理解と協力」、「往診してくれる医師の支援」、「訪問看護や訪問介護体制の整備」という項目で高かった。

### 5. 考察

#### 5.1 自宅療養希望減少の人口学的要因

本調査結果では「自分が療養したい場所」、「家族を療養させたい場所」を「自宅」とする回答は、両方ともこの3年間で有意に減少した。特に、「家

表9 自宅療養不可能理由

	2007年 (n=360)	2010年 (n=556)	$\chi^2$ 検定
	%	%	
緊急時に家族に迷惑をかけるかもしれないから	44.9	44.6	ns
自宅では最期に痛み等に苦しむかもしれないから	43.5	41.9	ns
介護してくれる家族がないから	38.0	37.8	ns
経済的に負担が大きいから	28.7	22.8	*
24時間相談にのってくれる機関がないから	23.4	20.5	ns
訪問看護や訪問介護体制が整っていないから	19.6	18.9	ns
往診してくれる医師がないから	17.9	16.0	ns
わからない	7.7	8.8	ns
その他	7.2	7.4	ns
自宅で最期を迎えるのは一般的ではないから	5.5	6.3	ns

\* : p < 0.05

表 10 自宅療養を可能にする条件

(%)

	2007年 (n=703)	2010年 (n=1073)
家族の理解と協力	65.3	64.0
往診してくれる医師の支援	60.5	59.9
訪問看護や訪問介護体制の整備	59.5	58.1
自治体などの経済的支援	45.0	46.1
24時間相談にのってくれる機関	44.2	46.3
病気療養のための住宅の整備	44.2	44.4
本人・家族への終末期ケアの教育	40.1	38.4
本人の強い意思	39.3	40.4
ボランティアの支援	20.1	20.2

族を療養させたい場所」としては自宅と病院の希望割合が逆転した。選択項目が異なるのでそのまま比較するはできないが、2008年に実施された「終末期医療に関する調査」<sup>5</sup>では自宅療養希望の割合は、1998年57.7%→2003年58.8%→2008年63.3%と増加傾向にあった。このような調査結果の差異は人口減少地域の人口学的な特徴に起因すると考える。

本調査では、自分であれ、家族であれ、同居人数が少ないほど、病院希望が多いことが明らかになった。また、多くの人口減少地域の人口学的な特徴は高齢者に比して若者、特に生産年齢人口が極端に少ないという歪な人口構成比にある。また、今回の調査対象者では一人暮らし、二人暮らし世帯がこの3年間でかなり増加している。(表2参照)

地域を支え、家族で主介護者となり得る世代の減少は自宅療養希望が減少する背景の一つである。また、介護者がいたとしても介護者となるべき家族自体が高齢者であったり、家計を支える勤労者であったりすることも多い。介護者の体力、家計を考慮した場合、自宅療養を希望することは「家族に迷惑をかけたくない」という意識が強い人口減少地域においてはますます困難になってきている。

## 5.2 自宅療養希望減少の死生学的要因

若い世代ほど自宅療養希望の減少割合は大きかった。この背景には人口減少地域における人口学

的な要因や医療福祉システムの変化などの社会的な要因に加えて、住民の死生観、人生観の変容等の死生学的要因が存在すると考える。

地域で暮らし、共に生活した親を自宅で看とり、老い、死に、共同体での葬送によって先祖の群れに加えられる。近代日本の農山村地域で普通に見られた「看取り」「葬送」「死者ケア」などの地域文化が消失しつつある。そうした文化変容によって衰退するものの一つに「いのちの受け継ぎ」という伝統的な死生観があると考えられる。死に逝く者は生活を共にした家、屋敷、田畑、墓地を息(生き)継ぐ息子、息女(むすめ)たちに遺し、祭ってきた先祖の列に加えられてきた<sup>8)</sup>。自宅での「看取り」とはそうしたいのちが受け継がれる営みの一つであった。

奥能登の自宅での死亡割合は1974年まで5割を超えていた<sup>6)</sup>。つまり、現在奥能登に住んでいる高齢者の多くには家族を自宅で看取った体験があり、そうした体験をもつ高齢者が終末期自宅療養を希望する割合や家族の看取りを希望する割合が高い。それに比して家族が病院で亡くなった体験しかもたない若い世代では終末期自宅療養の希望は減少すると推測される。本調査の自由記述の中にはそうした住民の意識の変化を示す、以下のような記述が見られた。

「田舎の高齢者はまじめによくお世話をする方が多いと思う。逆に60歳以下の年代では一つしかない病院をコンビニ代わりに相談や受診など、介護が必要になりそうな方をすぐに入院させたがる傾向が強いと感じています。」

そのように、死の病院化、医療化、専門化が進み<sup>9)</sup>、病院死が85%を超える現在、人口減少が

<sup>5</sup> 厚生労働省保険局：第1回終末期懇談会 資料3「終末期医療に関する調査」結果、2008年10月21日。http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf.

急速に進む農山村の住民の中にも病院死を当然視するような死生観が一般化しつつあると考えられる。

### 5.3 自宅療養の希望の理由

終末期を自宅で過ごしたいという希望は4割を超えるが、その希望の理由は「住み慣れた場所で最後を迎えたいから」、「最後まで好きなように過ごしたいから」であり、それに比して「家族との時間を多くしたいから」は有意に減少している。そこには伝統的な家族主義の衰退が垣間見える。

「住み慣れた場所で最後を迎えたいから」とは、慣れ親しんだ家庭や地域において日常生活の連続として死を迎えたいとする思いである。また、「最後まで好きなように過ごしたいから」とは、最後の生のあり方を日常生活から乖離されて治療と延命のために管理されるのではなく、気を使わない空間で、可能な限り自由に生活したいという思いである。

例えば、自由記述には以下のような記述が見られる。「82歳の母の遠い母がいますけど、病院へ行かないで家で亡くなりたいといつも言っています。現在は畑で野菜を作っています。」「父が亡くなったとき、だめとわかってから一度家へ連れてきたかったが（外泊ではなく外出）相談すらできなかった。本人は家を出て、そのまま一度も家に戻らずに死ぬとは思っていなかったの、一度家の畳に座らせて、庭などを見せたかった。非常に心残りであった。」「住み慣れた場所で誰にも気を使わず、それで信頼できる介護サービスを受けたいと思います。」

また、「自分、または家族が望めば、自宅で最後を迎えることは実現可能だと思いますか」という問いに対しては、可と考える人が約4割強で、この3年間でほとんど変化がなかった。自由記述に「私は子供がいなくて、親類も遠くに住んでいるので1人で死を迎えなくてはならない時があるかもしれません。1人だから病院や施設ではなく、1人であっても在宅療養で、死を迎えられる介護体制であってほしいと願っています」というように、単身の高齢者であっても在宅療養を望む声は少なくないのである。

### 5.4 自宅療養の実現不可能理由

自宅療養が可能、どちらかという可と答えた以外の住民に「自宅療養の実現不可能理由」を尋ねた結果、「緊急時に家族に迷惑をかけるかも

知れないから」、「自宅では最後に痛み等に苦しむかもしれないから」という介護負担、医療不安をあげた回答が多く、次いで「介護してくれる家族がいないから」であった。対して「24時間相談にのってくれる機関がないから」、「訪問看護や訪問介護体制が整っていないから」、「往診してくれる医師がいないから」という医療システムの不整備をあげた人々は少なかった。また、経済的負担が大きいと考える人はこの3年間でかなり減少していた。

自宅療養を可能だと考えている人は、それを支える地域の医療資源が整っており、経済的にも負担を感じていない住民だと思われる。

自由記述には「子供に負担をかけたくないという思いで病院を選んだが、自宅でも苦痛をやわらげられ介護を受けられれば自宅のほうがいいかな!!」とあり、介護負担、医療不安という不可能理由がなくなれば、自宅療養の可能性が増大すると思われる。

### 5.5 自宅療養を可能にする条件

家族支援と医療の整備（往診医の支援、訪問看護・介護体制の整備）の必要性が自宅療養を可能にする条件と考えられており、次のような自由記述が見られた。

「昨年、在宅で末期がんの父をおくりました。介護用品や往診の医師や看護師（訪問）さんの体制が整っているのに驚きました。経費もとても安くすみ、ずっと一緒に過ごせて父も私たちも本当に幸せでした。」「誰しも住み慣れた家で親しい方に囲まれ、家族に見守られ最期を迎えたいと思います。できるだけ、家族の負担が少なくなり、訪問看護か往診してくださるお医者さんがいてくれるのが理想で、国か県のレベルでそういう制度を作してほしいと感じます。」

さらに、その他の可能条件としては「自治体などの経済的支援」、「24時間相談にのってくれる機関」、「病気療養のための住宅の整備」という項目で「とてもそう思う」という回答が両年とも4割を超えており、自宅療養のための環境整備が強く望まれていた。

## 6. おわりに

本調査においては、自宅終末期療養の希望が減少しつつあるとはいえ、自宅療養希望と現実の療養場所との間には依然として大きなギャップが存在することが明らかとなった<sup>10)</sup>。昨今の在宅終

末期医療における制度改革は自宅も含めて現実の在宅療養者を増加させる方向でそのギャップを埋めようとしてきた。しかし、人口減少地域ではむしろ自宅療養希望が減少しているという事態が生じている。そうした希望の減少が人口学的要因や死生学的要因に起因するところが大きいとするならば、終末期療養場所の問題は政治的、文化的課題でもあって、単なる医療的制度改革では解決を見いだせない。

人間の生死の事柄に制度的な解決法を求める以前に、それらを人間個々に課された人生論的な課題として受け止める必要がある。特に、死が人間の生にとって不可避であるだけに、人生の最後の時期を、いかにどのように過ごすかは普遍的な実存的課題であろう。

本調査の回収率は2007年調査が58.8%、2010年調査が44.7%であり、こうしたランダムに抽出された対象への郵送法による調査としては、非常に高い回収率であった。この回収率の高さは対象地域である奥能登の住民たちが死生観や終末期医療について非常に高い関心を持っていることを示しているように思われる。その一つの証左として、自由記述の欄には、本調査に対して感謝の気持ちを書いたものが非常に多くあった。こうした記述の大半は「自分たちの地域の在宅医療に関して関心を持ってきていることへの感謝」と「死生観や終末期療養について考える機会をもてたことに対する感謝」であった。つまり、本調査のように地域に対する調査は、期せずして地域住民に対する死生観教育の機会を提供していると言えると思う。

「どんなことがあっても家族を守り（子供たちへの愛情）現在まで生きてこられたのだと思う。今は孫たちをかわいがり、出来る範囲での気遣いをしながら命の絆を大切にしています」という自由記述には、自己の生死をイエにおける「いのちの受け継ぎ」の中に位置づけようとする近代日本の農山村地域に伝統的であった死生観が垣間見えるようであった。

「地域で育ち、屋敷を受け継ぎ、地域で暮らし、共に暮らした親を自宅で看とり、老い、死に、先祖の眠る墓地に葬送される」ということは、現在人口減少地域で暮らす高齢者がごく普通に描いてきた生死の光景であった。こうした「いのちの受け継ぎ」という死生観が消失しようとしている。そして、死への過程や葬送が異空間で、医療職や葬儀屋という専門職の手によってなされることが

一般化しつつある現在、人口減少地域の住民たちは「人生の意味はどこにあるのか」、「われわれはどこに行くのか」という2つのスピリチュアルな哲学的問いの前に立たされているように思われる。

本稿が示唆した人口減少地域における自宅終末期療養希望の減少傾向は、単なる死に場所の問題ではなく、われわれの生死に関わる実存的な問いを提起しているのである。そして、日本が全体として人口減少時代に入った今日<sup>vi</sup>、現代的な生死の在り方に関わる実存的な問いは、過疎化が進行する地域の住民のみではなく、将来的には都市部の住民も直面せざるを得ない普遍的課題になりつつあると考える。

- \* 本稿は2007-2010年度科学研究費補助金（基盤研究（B））「人口減少地帯における死生観とケアニーズの実態と変容に関する研究」の成果報告の一部である。
- \* 調査にご協力いただいた住民の皆さまと調査を手伝っていただいた方々に感謝いたします。

#### 引用文献

- 1) 終末期医療に関する調査等検討会：今後の終末期医療の在り方。中央法規、3-125、2005。
- 2) 同上。19-125、2005。
- 3) Leininger, M. M. McFarland, M. R.: Culture Care, Diversity & Universality. A Worldwide Nursing Theory, 2ed., Jones and Bartlett Publishers, Boston, 8-9, 2006。
- 4) 太田秀樹：高齢者在宅医療。日老医誌、48、243、2011。
- 5) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成21年人口動態統計上巻。厚生統計協会、150-156、2001。
- 6) 浅見洋：人口減少地帯における死生観とケアニーズの実態と変容に関する研究。2007-2010年度科学研究費補助金研究成果報告書、8、2011。
- 7) 同上。9、2011。
- 8) 田代志門：受け継がれていく生。岡部建、竹之内裕文編、清水哲郎監：どう生きどう死ぬかー現場からの死生学、弓箭書院、175-180、2009。
- 9) イバン・イリイチ他著、尾崎浩訳：専門家時代の幻想。新評論、7-92、1984。
- 10) 浅見洋：日本人の死生観とケアニーズ。臨床看護、33（13）、1948-1953、2007。

<sup>vi</sup> 総務省統計局：『平成22年国勢調査 人口等基本集計結果要約』kusei/2010/kihon1/pdf/youyaku.pdf。



## Reduced Willingness to Receive Home Terminal Care in the Depopulating Areas Based on an Investigation in Okunoto

Hiroshi ASAMI, Kiyomi HIKO, Miche ASAMI

### Abstract

This paper presents a chronological comparison of the “preferred place of terminal health care” of local residents, based on a survey of people’s attitudes conducted over two periods (August 2007 and August 2010) in the typically depopulating areas of Okunoto. In response to “Where would you like to receive treatment?” and “Where would you like your family to take care of you?”, the number of people who answered “at home” was significantly less compared with those who answered “in hospital”. Furthermore, in response to “Where would you like your family to take care of you?”, 39.1% answered “at home” in 2007 and 36.1% gave the same answer in 2010, whereas 37.8% answered “in hospital” in 2007 and 40.2% gave the same answer in 2010. Preferences had reversed over a period of three years. In particular, it was also evident that home care was less desired by the younger generation and those living in small households. One of the reasons given by individuals desiring home care was “to spend more time with my family”, but the number of such individuals decreased significantly. It became apparent that home care was not always possible because of concerns regarding the nursing care and medical treatment available. Results suggest that family support and consolidation of community healthcare are required in order to make home care possible.

Keywords depopulating areas, terminal health care, home health care, time-dependent change