

報告

人口減少地域における在宅終末期療養の諸問題

—奥能登の住民に対する意識調査より—

浅見 洋¹ 田村幸恵¹ 浅見美千江²

概要

本稿は、2007年度に奥能登（珠洲市と能登町）で実施した「死生観と在宅終末期療養についての意識調査」に関する部分報告である。奥能登は全国や石川県全体に比べて自宅死割合の多い地域であったが、近年自宅死割合は急激に減少しつつある。本調査における在宅終末期療養の希望は48%を超えるが、対象地域の自宅死割合は2006年度には11.1%まで減少している。2006年4月から始まった厚生労働省の在宅終末期医療の推進という政策は、奥能登という人口減少が著しい地域ではほとんど成果を見いだすことができない。

人口減少地域においてこれまでの高い在宅死亡率を支えてきたのは「住み慣れた場所で最期を迎えたい」という住民のニーズであり、そうしたニーズを現実化するための阻害要因になっているのは介護負担感と医療不安感である。医療過疎が進行する人口減少地域では、こうした阻害要因の克服は都市部以上に達成困難な課題であり、財政的にも解決の糸口を見いだせない状況である。特に、訪問看護ステーションの未整備と人手不足、家族や地域文化の衰退が自宅死と在宅終末期療養の低落傾向に拍車をかけている。

キーワード 人口減少地域、在宅終末期ケア、在宅死、介護負担、訪問看護ステーション

1. 調査の背景

2005年7月29日の「第17回社会保障審議会医療保険部会」において、厚生労働省は配布資料「中長期の医療費適正化効果を目指す方策について」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。¹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を描いている。また、自宅等（自宅のみではなく、ケアハウス・グループホーム等多様な居住の場を含む）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ている。こうした在宅の終末期医療を推進する具体的施策として、2006年4月の「診療報酬と介護報酬の改定」では、24時間体制で患者を往診する「在宅療養支援診療所」の創設や在宅ターミナルケアへの対応としてターミナルケア加算などが盛り込まれた。²

しかし、そうした医療政策の実施にもかかわらず、期待された自宅等での死亡割合の増加は現時点では実現していない。全国並びに石川県人口動態統計によれば、全国、石川県全体、奥能登（本稿では珠洲市と能登町を指す）の2000年以降の自宅死割合の推移は表1のようである。（表1）³

表1 自宅死割合

%

	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年
全国	13.9	13.5	13.4	13.0	12.4	12.2	12.2
石川県	13.4	13.8	13.0	12.9	11.1	10.8	9.5
奥能登	18.5	20.2	16.8	17.2	14.0	13.3	11.1
珠洲市	19.0	21.7	15.4	15.3	18.0	13.4	13.8
能登町	18.0	18.8	18.0	19.0	10.9	13.3	8.9

¹ 石川県立看護大学² 石川県医療在宅ケア事業団

奥能登の自宅死割合は1995年度は25.1%と全死亡者の1/4を占めていたが、2006年度には11.1%と1/10程度まで低下している。⁴また、2005年度までは全国平均を上回っていたが、新しい医療政策が実施された2006年度には全国平均を下回った。本調査の対象地域である珠洲市と能登町間の低落傾向には若干の差異が認められるが、全国や石川県全体に比べて両自治体の自宅死割合の減少率は総じてかなり大きいといえる。

奥能登が近年まで自宅死亡割合の多い地域であった要因として、この地が典型的な農漁村地域であって、伝統的なイエの形態とその機能（特に高齢者の扶養機能）が比較的良好に維持されてきたこと、近隣に大規模な地域中核病院がなかったことなどが考えられる。しかし、急激な過疎化、高齢化、少子化によって生じた一人暮らし、高齢者の2人暮らし世帯の増加、在宅介護の担い手となる世代の減少などが自宅死割合の急激な低落傾向に拍車をかけてきた。（表2）³過去5年間（2003年～2007年）の人口減少率は珠洲市8.1%、能登町6.6%であり、高齢化率は珠洲市が2003年36.1%から2007年39.5%へ、能登町が2003年33.9%から2007年37.6%へとさらに高齢化に拍車がかかっている。

表2 人口・高齢者人口の変化 n (%)

珠洲市		年度	能登町	
総人口	65歳以上		総人口	65歳以上
18,703	6,749 (36.1)	2003年	22,264	7,548 (33.9)
18,342	6,761 (36.9)	2004年	21,863	7,521 (34.4)
18,050	6,740 (37.3)	2005年	21,792	7,728 (35.5)
17,579	6,794 (37.6)	2006年	21,298	7,737 (36.3)
17,189	6,794 (39.5)	2007年	20,795	7,814 (37.6)

また、財政的問題、マンパワーを含む医療資源不足によって、近年過疎地における在宅終末期医療体制の整備はほとんど進展していない。むしろ、医師不足、看護師不足などによってますます医療の過疎化が進行している。さらに、全国的に進む家族、地域共同体の衰退と崩壊、医療を取り巻く地域間格差の拡大によって、将来的に在宅終末期療養者・死亡者の割合は、在宅医療システムの整備が進む都市部よりも、さらに低くなると予想される。人口減少地域の住民ほど望んだような療養場所、死に場所を現実化できない状況が生まれつつある。

2006年4月から始まった厚生労働省による在宅

終末期医療の推進という政策は、過疎化が進み人口減少が著しい地域ではほとんど成果を見いだすことができない。われわれはそうした現状把握に基づいて、石川県下でも人口減少が特に顕著である奥能登を対象として2007年度に「死生観・在宅終末期療養についての意識」調査を実施した。本稿はその「在宅終末期療養についての意識」の部分を中心とした調査報告であり、それによって人口減少地帯における在宅終末期療養の問題点を住民ニーズという側面から明らかにしようとするものである。

2. 死生観・在宅療養についての意識調査

2.1 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歳の住民、各自治体600名（各年代150名）、計1200名を対象に、2007年7月に郵送調査を実施した。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所属機関内に設置したメールボックスにて行った。

2.2 調査内容

調査票は2004年度に実施された厚生労働省「終末期療養に関する調査」⁵などを参考に、独自に作成した自記式質問紙である。調査項目の内容は大別して①対象の背景、健康状態、死別体験、②死生観（死に対する不安感と理想的な死）、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。

2.3 分析方法

返信された調査票の結果はSPSS15.0を用いて単純集計・クロス集計を行った。

2.4 倫理的配慮

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「住民基本台帳閲覧申出書」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自治体庁舎内の指定された場所で行った。また、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個々の回答用紙、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る恐れのある記述はしなかった。

2. 5 調査結果

(1) 対象者の属性

調査票の返送総数は706通、回収率58.8%であり、回答が無記入であるものを除いた703通を有効回答(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%)、年代別では40代180人、50代190人、60代177人、70代156人、平均年齢59.1歳(SD±11.1)であった。同居家族数は1人暮らしが45人(6.4%)、2人が206人(29.3%)、3人が164人(23.3%)、4~5人が174人(24.8%)、6人以上が112人(15.9%)、不明2人(0.3%)であった。

(表3)

病院受診の有無については355人(50.5%)、介護経験の有無については339人(48.2%)が「有る」と回答した。また、身近な人々のたちの臨終に立ち会った経験を持つ人は449人(78.1%)であった。

(2) 理想的な死

「あなたは〈理想的な死〉とはどんな〈死〉だと思いますか」(5件法)という設問で、「とてもそう思う」という回答は、有効回答数701の内、「長い闘病生活のない死」549人(78.3%)、「周囲に迷惑をかけない死」523人(74.6%)、「苦痛・恐怖の少ない死」449人(64.1%)、「あまりお金をかけない死」378人(53.9%)、「それまでの人生に悔いの無い死」283人(40.4%)、「家族や親しい人に囲まれての死」185人(26.4%)、「死ぬ準備を整えた後での死」177人(25.2%)、「出来る限り長生きした後での死」113人(16.1%)、「自己決定による死」85人(12.1%)の順に多かった。

(図1)

(3) 療養場所とその理由

「あなた自身が、治る見込みのない病気で死期が迫っている場合」を想定した上で、「最後まで療養したい場所」について尋ねたところ、有効回答数672の内、自宅323人(48.1%)、病院178人(26.5%)、施設49人(7.3%)、わからない110人(16.4%)、その他12人(1.8%)という結果であった。(表4)

表3 同居家族数 (n=703)

	%				
	1人	2人	3人	4~5人	6人以上
	6.4	29.3	23.3	24.8	15.9

表4 療養したい場所 (n=672)

	%				
	自宅	病院	施設	わからない	その他
奥能登	48.1	26.5	7.3	16.4	1.8
珠洲市	51.2	25.1	7.6	14.2	1.9
能登町	44.3	28.2	6.9	19.0	1.6

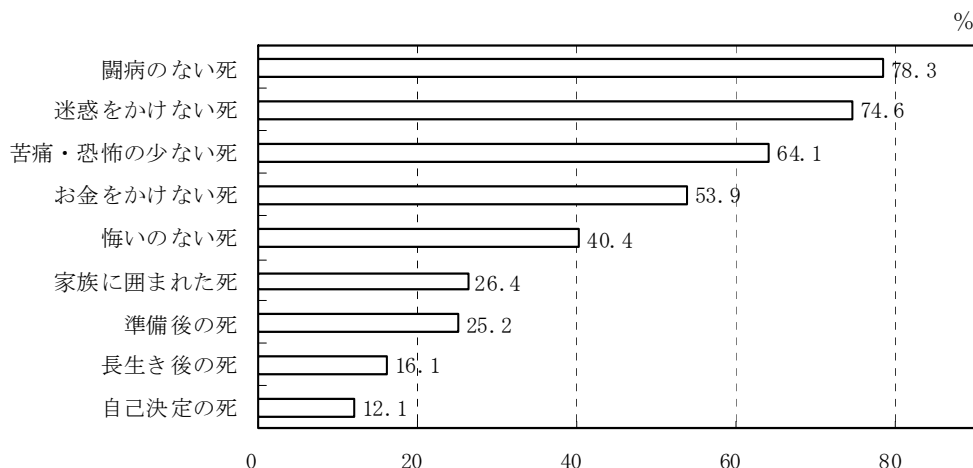


図1 理想的な死 (n=701)

療養したい場所を「自宅」と答えた人に複数回答で「自宅希望の理由」を尋ねたところ、有効回答数 323 の内、「住み慣れた場所で最後を迎えたいから」200 人 (61.9%)、「最後まで好きなように過ごしたいから」161 人 (49.8%)、「家族との時間を多くしたいから」151 人 (46.7%)、「家族に看取られて最後を迎えたいから」95 人 (29.4%)、「病院では自分望むように最後を迎えられないから」41 人 (12.7%)、「家族や知人が自宅で最後を迎えていたから」19 人 (5.9%)、その他 8 人 (2.5%) の順であった。(図 2)

「家族が、治る見込みのない病気で死期が迫っている場合」を想定した上で、「最後まで療養させたい場所」を訪ねたところ、有効回答数 665 の内、自宅 260 人 (39.1%)、病院 252 人 (37.9%)、施設 43 人 (6.5%)、わからない 83 人 (12.5%)、その他

27 人 (4.1%) という結果であった。その内「療養させたい場所」を病院と答えた割合は、40 代 (29.9%)、50 代 (36.6%)、60 代 (38.2%)、70 代 (49.3%) であり、年代が高くなるに従って増加していた。(表 5)

(4) 在宅死の実現可能性と阻害要因

「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、有効回答数 670 の内、①「可能だと思う」161 人 (24.0%)、②「どちらかというところ可能だと思う」131 人 (19.6%)、③「どちらともいえない」185 人 (27.6%)、④「どちらかというところ不可能だと思う」126 人 (18.8%)、⑤「不可能だと思う」67 人 (10.0%) であった。(表 6)

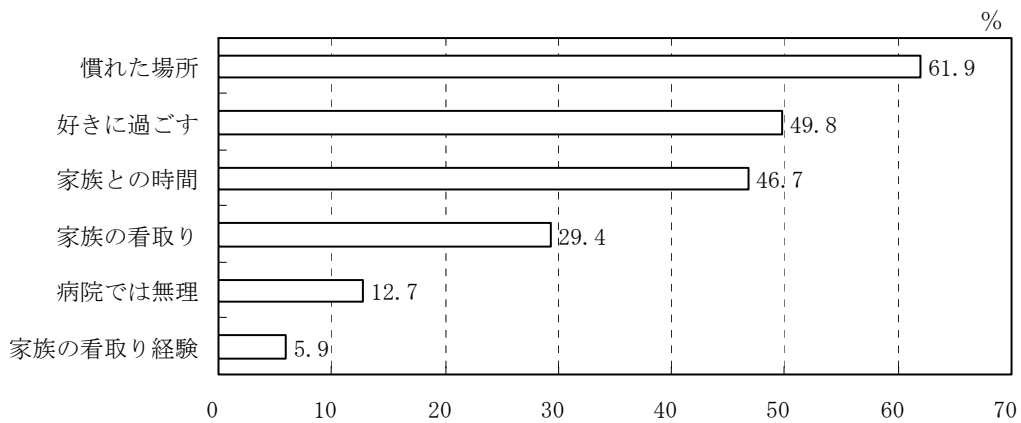


図 2 自宅死希望の理由 (n=323)

表 5 家族を療養させたい場所 (n=665) %

	40代	50代	60代	70代
自宅	41.8	40.4	41.8	30.7
病院	29.9	36.6	38.2	49.3

表 6 在宅死の実現可能性 (n=670)

回 答	人数 (%)
可能だと思う	161 (24.0)
どちらかというところ可能だと思う	131 (19.6)
どちらともいえない	185 (27.6)
どちらかというところ不可能だと思う	126 (18.8)
不可能だと思う	67 (10.0)

上記の問いで③, ④, ⑤と回答した378人に対して, 在宅終末期医療が不可能な理由を複数回答で尋ねたところ, 有効回答数323の内, 多い順に「緊急時に家族に迷惑をかけるかも知れないから」162人 (42.9%), 「自宅では最後に痛み等に苦しむかも知れないから」158人 (41.8%), 「介護してくれる家族がないから」138人 (36.5%), 「経済的に負担が大きいから」104人 (27.5%), 「24時間相談にのってくれる機関がないから」85人 (22.5%), 「訪問看護や訪問介護体制が整っていないから」71人 (18.8%), 「往診してくれる医師がないから」65人 (17.2%) であった。

(図3)

(5) 在宅死を可能にする条件

「自宅を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。有効回答数701の内, 「とてもそう思う」という回答は「家族の理解と協力」458人 (65.3%), 「往診してくれる医師の支援」424人 (60.5%), 「訪問看護や訪問介護体制の整備」418人 (59.6%) と

いう項目で高かった。「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」, 「本人・家族への終末期ケアの教育」, 「本人の強い意志」という項目ではほぼ同数で, 40%前後の回答割合であった。

(図4)

3 調査結果の考察

3. 1 理想的な死について

奥能登住民の望む理想的な死は「長い闘病生活のない死」(78.3%), 「周囲に迷惑をかけない死」(74.6%), 「苦痛・恐怖の少ない死」(64.1%), 「あまりお金をかけない死」(53.9%)の順であり, おおよそ「苦痛の少ない死」と「周囲に負担をかけない死」に大別できる。そうした理想的な死の実現に近づくためには, 在宅終末期医療における緩和ケアの充実, 家族の介護負担と経済的負担を軽減するような医療的, 経済的支援が不可欠である。しかし, 人口減少地域においては, そうした医療の充実や介護負担の軽減をはかるための人的資源と財政的余裕がないのが現実である。

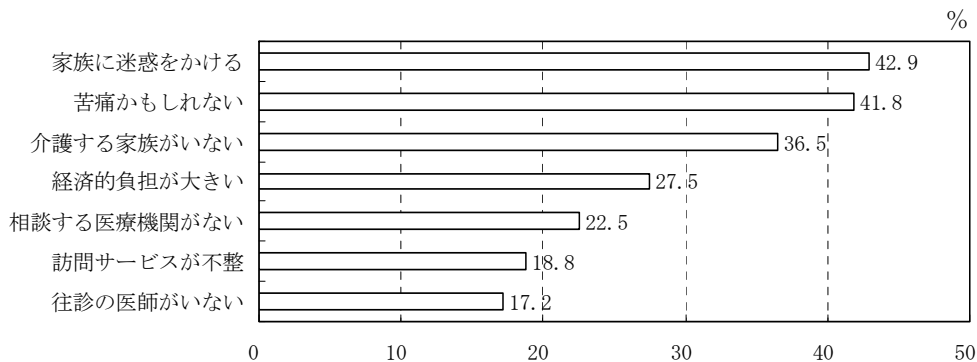


図3 在宅死の阻害要因 (n=378)

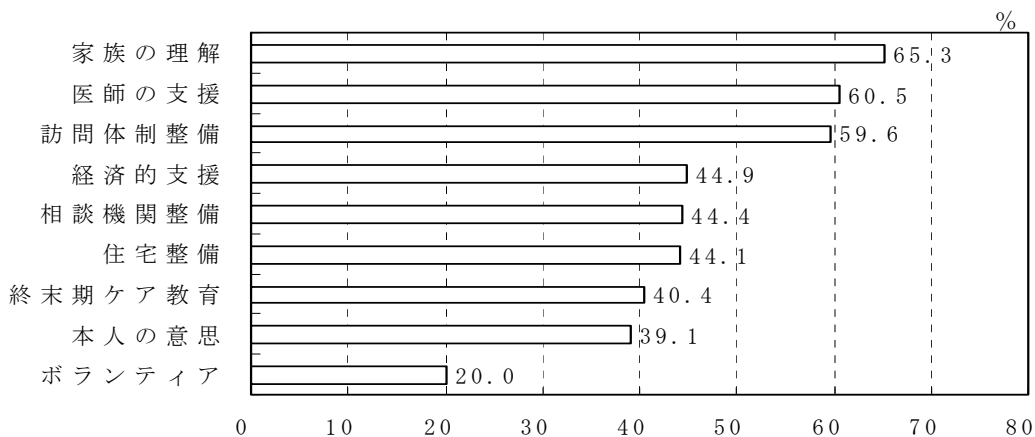


図4 在宅死を可能にする条件 (n=701)

終末期の緩和ケアの対象としては、単に身体的な苦痛のみではなく、精神的、社会的、霊的 (Spiritual) な苦痛がある。⁶ 奥能登を含めた石川県下でも医師会や看護協会などを中心に、身体的な苦痛のケアにはさまざまな研修会などが実施されている。⁷ しかし、それ以外の苦痛の緩和については医療的な取り組みがほとんどなされていないのが実状である。能登地域では、これまで家族、地域共同体、伝統宗教や儀礼などが介護や身体的苦痛以外の苦痛への対処の一端を担ってきた。⁸ しかし、単独世帯、二人世帯、核家族の増加などの家族の縮小、地域共同体の精神的結びつきの基盤であった民俗文化の衰退、宗教文化によって培われてきた看取りの文化や葬送儀礼等の形骸化などにともなって、「苦痛の少ない死」と「周囲に負担をかけない死」という住民の望む理想的な死の実現はますます困難になりつつあると考えられる。

また、「自己決定による死」(12.1%)、「出来る限り長生きした後での死」(16.1%)、「家族や親しい人に囲まれての死」(26.4%)を理想的な死とする回答はそれほど多くなかった。日本人、とりわけ能登のような伝統的な意識が支配的な農山村地域では、自己決定や自己実現より人々の関係の中に生死があるとする関係論的な死生観が支配的だと考えられる。⁹ そうした自己決定よりも周囲の人々への配慮や自然のプロセスに身を委ねようとする住民の伝統的な心性を考慮に入れると、療養者と関係する家族や近親者に配慮した療養場所、ケアプランの策定のみならず、住居や地域づくりなどの療養環境の整備も理想的な死の実現のための重要な課題と考えられる。

「長命で家族に囲まれて死を迎える」という伝統的な日本人の理想的な死のイメージは、病院での延命治療に対する否定的なイメージや医療不安、介護負担感によってさらに衰退していくと思われる。M・バンゲが「日本では、個人は自分の職務と一体化していて、職務のなかに個人は消えている」と書いたように、日本社会では伝統的に集団内での役割や職務が個人の意志に優先しがちであり、社会集団への役割を果たすために個人の生命が捧げられることも稀ではなかった。¹⁰ こうした家族集団や地域集団での職務、役割、関係などを重視する考え方は、個人主義的な死生観が支配的な都市部に比べて、少子高齢化と人口減少が進む地域により顕著に見いだされる。孫世代の養育といった高齢者の家庭内での役割の喪失、地域の伝統文

化や生活習慣の受けつぎといった集団内での生きがいの喪失も、人口減少地域の急激な自宅死の減少と無関係ではないと思われる。

3. 2 在宅療養に関する希望について

本調査では「あなた自身が、治る見込みのない病気で死期が迫っている場合」という想定で、「あなたが最後まで療養したい場所を教えてください」という問いを立てた。その結果、「自宅」48.1%、「病院」26.5%、「施設」7.3%、「わからない」16.4%という結果が得られた。回答結果からは終末期療養場所について判断に迷っている住民が少なくないことが認められる。こうした迷いは、現代の高齢者医療制度の度重なる変更、過疎地の将来像の不透明さと相まって、ますます深まりつつある。

自宅希望者にその希望理由を複数回答で聞いたところ、「住み慣れた場所で最後を迎えたいから」(61.9%)、「最後まで好きなように過ごしたいから」(49.8%)の割合が最も多かった。対して、「病院では自分が望むように最後を迎えられないから」という割合は12.7%に過ぎなかった。奥能登の人々が在宅終末期療養を希望する理由は、病院での療養を忌避しているというよりも、「最後まで自分の住み慣れた場所で、自分の望むように、自由に気楽に過ごしたい」というニーズの表れであろう。

他方、「家族に看取られて最後を迎えたいから」(29.4%)、「家族との時間を多くしたいから」(46.7%)という回答はあまり高くなかった。これは終末期を家族とともに過ごしたくないということではなく、「家族に迷惑をかけたくない」という思いの反映であり、むしろ家族主義的な死生観の裏面と解すべきであろう。自分の望むようにという意識には、家族に迷惑をかけずに過ごしたいという思いも内包されているのである。家族主義的な死生観は、住み慣れた地域で家族とともに最後まで生きたいというニーズと同時に、家族や周囲の人々に迷惑をかけずに「気楽に過ごしたい」というアンビバレントな終末期療養のニーズを生み出している源泉である。

70歳代において自分自身が療養したい場所の希望と家族を最後まで療養させたい場所の希望が逆転し、家族を療養させたい場所としては、病院が自宅を上回った。また、「家族を療養させたい場所」を病院と答えた割合は年代が高まるに従って増加していた。年齢に応じて介護経験は高くなると考えられるから、年齢と介護経験が増すに同じ

て介護負担感、困難感が増し、家族を療養させること、看取ることを躊躇するのだと考えられる。家族の介護負担感を解消するためには、終末期医療と関わる社会資源の充実と有効活用、家族への支援機能の強化、地域共同体の再構築が必要である。

3. 3 在宅療養の実現可能性と阻害要因について

在宅療養を可能にする条件は高い順から「家族の理解と協力」(65.3%)、「往診医の支援」(60.5%)、「訪問看護・介護の整備」(59.6%)であった。そして、在宅死を「可能」あるいは「やや可能」と回答した人々を除いて、在宅死を不可能だと考える理由について問うたところ、「緊急時に家族に迷惑をかけるかも知れないから」(42.9%)、「自宅では最後に痛み等に苦しむかも知れないから」(41.8%)の順に多かった。緊急時対応に対する不安、痛みへの不安、家族に迷惑をかけるという思いが在宅終末期医療の阻害要因である。

また、今回の調査結果から、①家族の理解と協力を在宅療養の可能条件としながら、家族に迷惑をかけるかも知れない、②往診医や訪問看護を在宅療養の可能条件としながら、自宅では痛み等に苦しむかも知れないと考える人々が多くいることが明らかになった。こうした錯綜し、交錯する思いは「介護負担に対する不安」の反映であると同時に、終末期療養に関する「医療環境への不安」の表れである。それゆえ、在宅終末期療養の実現可能性を拡大するには、家族の負担を軽減するような支援体制の整備、在宅での終末期医療を担う在宅療養支援診療所の増加、終末期医療と関わる地域内の諸機関の相互連携の強化、地域外の地域中核病院との連携強化が必要と思われる。

4 まとめ

奥能登はこれまで在宅死割合の高い地区であり、その高さを支えてきたのは「住み慣れた場所で最期を迎えたい」、「最期まで好きなように過ごしたい」という住民のニーズである。しかし、こうしたニーズは「緊急時に家族に迷惑をかけるかも知れない」、「自宅では最後に痛み等に苦しむかも知れない」という不安感をともなった思いと表裏一体である。在宅での介護負担感、医療不安感の軽減には、何よりも在宅医療を支える医療資源とシステムの充実、その有効活用が必要である。在宅医療において何よりも充実すべき医療資源、シス

テムとは在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションである。しかし、在宅支援診療所の届出数は全国の一般診療所の約1割に満たないのが現状であり、訪問看護ステーションが開設されている市町村は全体の52.9%にすぎない。¹¹また、日本訪問振興財団が実施した調査によれば、実際に活動している訪問看護ステーションは平成19年度4月から20年度4月の1年間で156ヶ所も減少している。¹²人口規模が小さく人口減少率の高い自治体ほど未設置であるか、活動を停止している。人口減少地域では医師不足によって地域内の中核病院は縮小を余儀なくされ、居宅支援事業、訪問看護事業が廃止されるところも少なくない。本稿の調査対象地域内の中核病院では2008年10月に居宅支援事業を廃止しており、能登中部の比較的規模の大きな中核病院でも2007年度で訪問看護事業から撤退している。

訪問看護サービスは医師が充実した訪問診療を実行する行う上で欠かせないばかりでなく、在宅療養者の生活をまるごとウオッチしているという点で在宅医療の中核であるといつてよい。しかし、訪問看護ステーションの人材不足は地域中核病院以上に深刻であり、離職者も少なくない。こうした傾向は2006年度以降、拍車がかかり、在宅サービスの需要に十分に答えることができない状態が生まれている。特に、人口減少地帯に設置されている零細・小規模ステーションにおける看護師の確保は容易ではない、全国的には人材不足によって約4割の訪問看護ステーションが訪問の利用を断っており、新規の利用者の受け入れが困難になっているという報告があり、ステーションの閉鎖を余儀なくされたケースさえ存在する。奥能登では3つの訪問看護ステーションが設置されているが、訪問看護師の人材確保は深刻な問題である。

こうした訪問看護の現状では、在宅死4割目標はまさに絵に描いた餅である。

訪問看護師の就業希望者が増加しない背景としては、看護師不足に加えて、「責任が重い」、「土・日・24時間の拘束」、「低賃金」など、勤務、待遇における訪問看護に特有な問題もある。在宅終末期療養の充実にはまずその中核である訪問看護師の育成と確保、待遇改善を実現するような施策の具体化が不可欠である。しかし、働き手となる人材の減少と赤字財政に喘ぐ人口減少地域にとって、こうした問題は容易に解決不可能なアポリア(袋小路)である。また、マンパワーの不足を含む医療体制の未整備とともに、人口減少地域における

自宅死割合の減少の背景には、地域共同体と家族の相互扶助機能とそれを支える文化的基盤の衰退が垣間見える。人口減少による地域共同体と家族の変容と縮小は、在宅療養に不可欠である介護力と介護意識の低下を招き、同時に地域住民の共同意識や互助の精神をさえていた地域文化を衰退させている。それゆえ、人口減少地帯において在宅終末期療養が抱えている諸問題は医療政策と文化政策の貧困に由来するところが大きいと考える。

本稿は、特定地域（奥能登）の住民に対する意識調査の報告であり、ここから直ちに人口減少地域における在宅終末期療養の諸問題を一般化して論ずることはできない。また、人口減少地域における在宅終末期療養に関する意識は、人口減少のすすみ具合や高齢化率の推移、生活環境の変化などにもなつて変容すると考えられる。それゆえ、本稿のような意識調査とそれに基づく報告はより広範な対象に対して経時的に積み重ねられていく必要があると考えている。

5 謝辞

本報告は科学研究費補助金基盤研究(B) 1920015「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。

調査に御協力いただいた珠洲市、能登町住民の皆さま、調査対象の抽出を実施していただいた水島ゆかり氏（前石川県立看護大学助教）、19年度の石川県立看護大学卒業生（阿部あゆみ、佐々木美奈、中川真里、米田亜樹子、窪野裕佳子）に感謝いたします。

引用文献と注釈

- 1) 第17回社会保障審議会医療保険部会：資料1「中長期の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.
- 2) 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/dl/tp0314-1a01.pdf>, 6-16, 2006.
- 3) 人口動態統計が搭載された2つのHPから作成した。
 - ・厚生労働省統計表データベースシステム,
<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/>,2008.
 - ・いしかわ統計指標ランド,
<http://toukei.pref.ishikawa.jp/search/>,2008.
- 4) 浅見洋, 水島ゆかり, 金川克子, 他5名：人口減少地帯における在宅終末期医療と実態と住民の意識—第1報:中能登町の場合—。石川看護雑誌, 4, 12, 2007.
- 5) 厚生労働医政局：終末期医療に関する調査等検討会 報告—今後の終末期医療の在り方について。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s723-8.html>.
- 6) 鈴木志津枝, 内布敦子：緩和・ターミナルケア看護論ヌーヴェルヒロカワ。10, 2005.
- 7) 全国的に在宅ホスピス, 在宅における緩和医療推進のための研修会が開催されているが, 石川県医師会でも2005年度から石川県の委託を受けて, 「在宅終末期医療推進のための実地研修会」を毎年, 加賀, 能登, 金沢地区の3地区で実施している。
- 8) 浅見洋：在宅における終末期高齢者が表出した死生観とその宗教学的考察—訪問看護師への聞き取り調査を通して。宗教研究, 349, 259-284, 2006.
- 9) 浅見洋：日本人の死生観とケアニーズ。臨床看護（へるす出版）, 11, 1948-1953.
- 10) Maurice Pinguet : La mort volontaire au Japon, 竹内信夫訳『自死の日本史』筑摩書房。第7刷, 序論IX, 1989.
- 11) 社団法人全国訪問看護事業協会：訪問看護事業の報酬体系・提供体制のあり方に関する調査研究事業「概要版」。51-54, 2008.
- 12) 日本訪問看護振興財団：訪問看護ステーション設置数等の調査のとりまとめ。ほうもん看護新聞, 141, 2008.

（受付：2008年10月30日，受理：2009年2月3日）

**Problems of Home End-of-Life Care in Depopulating Areas
—From the consideration investigation of the Inhabitant of Okunoto —**

Hiroshi ASAMI, Yukie TAMURA, Michie ASAMI

Abstract

This paper is a partial report of research on “The Consciousness concerning Views on Life and Death, and Home End-of-Life Care” in Okunoto, Suzu City, and Notochou, conducted in 2007. Recently, the home death ratio has been decreasing rapidly, although Okunoto had been a region where a high number of home death ratio exist, compared with Japan as a whole and Ishikawa Prefecture. The actual home death ratio in this study region decreased by about 11.1% in 2006, although the target for home End-of-Life Care exceeds 48% in this research. The policy of promoting home terminal care, was begun by the Ministry of Health and Labor in April 2006, has been unable to establish any results in this region, where the population decrease has been remarkable.

It was the needs of inhabitants who wanted to "live their last moments in the place where they had lived for so long" that supported the past high at-home death rate in these areas of population decline. It is the feeling of burden and medical worries that become a disincentive in realizing such needs. Overcoming such deliberate factors is difficult, as is the situation in the decreasing population zone, where medical treatment depopulation progresses more than in the city and, as a result, the beginnings of a financial solution cannot be found. In particular, the decline of visits to the unfinished nursing station, staff shortage, the family, and the regional culture encourages the tendency for one prefer staying at home for their final period of recuperation.

Key words depopulating areas, home end-of-life care, dying at home, nursing load, home visit, nursing care station