

原著論文

ルーラルエリアにおける住民の死生観と終末期療養希望の変容

—秋田・島根の中山間地における経時的調査より—

浅見 洋^{1§}, 中村順子², 伊藤智子³, 彦 聖美¹, 浅見美千江⁴

概要

高齢化率が40%を超える秋田県と島根県の2つのルーラルエリアの住民1,600名に対して、2011、2014年の2時点で「死生観と終末期療養についての意識調査」を実施した。最も理想的な死は両地域とも「周囲に迷惑をかけない死」で経時変化はなかった。しかし、死の印象は秋田で「寂しい」、島根で「別離」が最も多く、秋田で「孤独」「苦しい」が有意に減少し、島根で「消滅」が有意に増加するなど、死生観の変容に地域差があった。また、療養したい場所を「自宅」と回答した住民は秋田で増加し、島根で減少していた。こうした対照的な結果の一因は、秋田で「他地域の訪問看護ステーションが当該地域で新たに活動を開始した」など、地域ケアシステムの整備がなされたことと関係があると推測される。地域の死生観、療養希望、地域の特性を考慮したケアシステムの整備が期待されると同時に、ケアシステムの整備に伴って死生観や療養希望も変容することが示唆された。

キーワード ルーラルエリア, 死生観, 終末期療養, 経時的調査, 訪問看護

1. はじめに

2000年に介護保険制度が導入されて以来、介護の社会化が進展し、2014年には要介護認定者は500万人を超えている。約800万に達する団塊の世代が後期高齢者となる2025年以降は、国民の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれる。このため、厚生労働省は「2025年（平成37年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進」している¹⁾。そして、『地域包括ケア研究会報告書』において「地域包括ケアシステムでは、高齢者は自らの意志で〈住まい〉を選択し、本人の希望にかなった〈住まい方〉を確保した上で、心身の状況や〈住まいと住まい方〉が変化しても住み慣れた地域での生活を継続できるよう、〈介護・医療・予防〉〈生活支援〉という支援・サービスを柔軟に組み合わせて提供していく姿を想定している」²⁾と記している。そうしたわが国の高齢者医療のビジョンは「〈本人・家族の選択と心構え〉の上に成り立っている。つまり、本人が

選択した上でその生活を送っている姿である」³⁾とし、地域包括ケアシステムの構想が地域住民の「選択と心構えの上」に構築されるべきであるという理念を明示している。「住まいと住まい方」の選択と心構えをその根底にあって規定しているのは住まう人々（住民）の死生観である。終末期をどこで、どのように過ごしたいかという終末期療養希望は、住民がその文化的社会的な伝統の中で培ってきた死の印象や理想的な死の観念、つまり死生観に基づいていると考えられる。

本稿は秋田県北秋田市阿仁地域、島根県江津市山間部で2011年と2014年に実施した「死生観と終末期療養についての意識調査」の報告であるが、その背景にある研究意図は上述の地域包括ケア構想の理念と軌を一にしている。人口減少と高齢化が加速度的に進行するルーラルエリア（中山間地）⁵⁾における住民の死生観と終末期療養希望を明らかにしようとする本研究の意図は、地域住民の終末期医療における「選択と心構え」を把握しようとするところにある。われわれはすでに2011年に本研究対象の2地域と石川県白山市白

⁵⁾ 通常使用されているルーラル (rural) は、田舎の、田舎らしいをあらわす形容詞である。それゆえ、本稿ではルーラルエリア (rural area) を中山間地、田舎、僻地、人口減少地域等の総称として使用する。

¹⁾ 石川県立看護大学 ²⁾ 秋田大学大学院医学研究科

³⁾ 島根県立大学看護学部 ⁴⁾ 金城大学看護学部

山麓の住民を対象として、地域横断的に「死生観と終末期療養についての意識調査」を実施、公表した⁴⁻⁶⁾。その結果、ルーラルエリアでは自宅療養希望者が減少していること、在宅ホスピスの潜在的ニーズが強いこと、療養希望はアーバンエリア（都市部）とのアクセスの利便性によって変動すること等が明らかになった。また、自宅療養希望の減少には「周囲の人に迷惑をかけない死」、在宅ホスピスの潜在的ニーズの強さには「苦痛のない死」を理想的死と考える死生観との強い相関が見られた。

今回の研究報告の目的は、主に2つのルーラルエリアで2011年と2014年に同一の質問紙調査を用いて実施したアンケート調査を通して、両地域の死生観、終末期療養希望の経時的変容を把握することにある。本経時的調査の対象地域は、調査開始時点（2011年）で全国1,2位の高齢化率である秋田県（29.6%）、島根県（29.1%）在住の共同研究者がルーラルエリアと判断し、かつ自治体から調査協力が得られた地域である。対象として選定された北秋田市阿仁地域と江津市山間部⁶⁾は2005年の市町村合併で誕生し、いずれも市周辺部に位置する中山間地である。2014年調査時点の推定高齢化率はそれぞれ44.1%⁸⁾、44.2%⁹⁾であり、高齢化率は両地域とも3年間で5%以上増加し、少子高齢化、過疎化がすすんでいる。また、住民の生業の中心は農林業であり、美しい田園風景と豊かな山林をもつ豪雪地帯でもある。

北秋田市は秋田県内の市の中で2番目に人口減少率（9.9%）が高く、秋田県全体の約10%を占める面積（約1152.8 km²）をもつ。その中山間地である阿仁地域と医療機関が集積する市中心部とのアクセスはあまり良くない¹⁰⁾。2011年時点では阿仁地域の医療機関は無床診療所1ヵ所のみであったが、2014年調査時点では他地域の2つの訪問看護ステーションが訪問活動を行っていた¹¹⁾。

江津市は島根県内で最も人口減少率が高く（7.5%）、かつ山陰地方で面積が最も小さな市（約158.4 km²）である。調査対象地域である山間部に医療機関は存在しないが、市内中心部や近隣の浜田市の医療機関、訪問看護ステーション（江津市・浜田市内6ヵ所）とのアクセスは比較的良好な地域である¹²⁾。

⁶⁾ 江津市山間部は特定の地域ではなく分散した地域なので、本稿の統計値等は資料等からの推定値である。

2. 研究目的

厚生労働省（厚生省）は1993（平成5年）以来、政策決定の基礎資料とするために5年毎に「終末期医療に関する意識調査」を実施してきた。この意識調査の特徴の一つは調査対象に一般国民（5,000人）が含まれていることであり、民主的な政策決定の手法として高く評価することができる。しかし、こうした全国一律の意識調査は地域で暮らす住民の具体的な意識やニーズを十分に反映することができず、地域社会が育んできたケアシステム（例えば、看取りの文化など）を弱体化し、イーミック（emic）⁷⁾なケアの視点を喪失させる危うさを併せもっている。そして、現在、厚生労働省が構想している地域包括ケアシステムは、地域住民の終末期の住まいとその住まい方は「選択と心構えの上」に構築されるべきである、という理念に基づいている。

本研究では「選択と心構え」の根底に死生観があると解し、地域住民、特にルーラルエリアにおける住民の死生観と終末期療養希望を横断的経時的研究によって明らかにすることを目的としている。横断的研究は第一報として本誌第11巻で公表⁴⁾しており、第二報である本稿は「死生観と終末期療養の変容」に焦点を当てた経時的研究である。また、本研究はあくまでパイロットスタディであって、こうした基礎的な調査研究を地道に積み重ねていく必要がある。それによって得られた知見に基づいて、地域の状況とその住民意識を反映した終末期療養のあり方、地域ケアについてより深く考察するための基礎資料を提供することができる。

3. 研究方法

3.1 調査に関して

調査対象は、秋田県北秋田市阿仁地域（以下、秋田と略記）、島根県江津市山間部（島根と略記）在住の40歳代～70歳代の住民各地域800名（各年代200名×4）計1,600名を、2地域が属する住民基本台帳から2段階層化抽出法によって無作為抽出した。各年代の200名という対象数は回収率予測と検定精度を勘案して算出した。調査の具体的な実施は調査対象地区が属する県内在住研究者が担当し、総合集計並びに分析は研究代表者が実施した。

⁷⁾ 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、地域社会が育んできたケアを意味する。

独自に作成した自記式質問紙「死生観と終末期療養についての意識調査」を用い、2011年8月から9月、2014年8月から9月にかけて両地域の調査対象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、各地域担当の研究者が研究実施時に所属していた大学で回収した。

3.2 調査内容

調査票は厚生労働省が5年ごとに実施している「終末期療養に関する調査」¹³⁾とこれまで先行研究で使用された類似の調査票を参考に、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対象者の属性（年齢・性別・同居家族・健康状態・介護経験・死別体験）、②死生観（死のイメージ・死に対する不安・理想的な死・尊厳死）、③終末期医療について（告知について、延命治療について、世話をしてほしい人など）、④終末期療養について（療養場所について、在宅療養を実現可能にする条件など）の4つである。

3.3 分析方法

調査項目ごとにSPSS 21.0J for Windowsを用いて単純集計を行い、必要に応じてクロス集計、 χ^2 検定を実施した。検定結果は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

2011年の調査開始に先立って、石川県立看護大学、日本赤十字秋田看護大学、島根県立大学短期大学部の各倫理審査委員会の承認を得た⁸。ま

た、対象の抽出に際しては、調査対象の居住地である各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。さらに、対象者の名簿等は廃棄し、回答済み用紙は施錠ができる保管庫、データはパスワードを付したUSBメモリーで本論文公表後5年間保存することを記した。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

調査票の回収数（回収率）は秋田が2011年297人（37.1%）、2014年234人（29.3%）、島根が2011年350人（43.8%）、2014年285人（35.6%）であった。回答者の男女比（%）は秋田が2011年46.8:52.2、2014年44.4:55.1であった。島根が2011年43.4:56.3、2014年44.9:54.7であった。

回答者の平均年齢は秋田が2011年61.6±11.2歳、2014年61.6±11.3歳、島根が2011年62.1±15.0歳、2014年61.8±10.7歳であった。病院受診率、健康状態は両地域で経時的変化が見られなかった。

表1に示すように、同居家族数は一人暮らしが島根で2011年10.0%→2014年14.7%と有意に増加し、6人以上の大家族が秋田で2011年12.8%→2014年5.1%、島根で2011年6.3%→2014年2.8%と両地域とも有意に減少していた。総じて同居家族数は減少しており、経時的に家族の縮

表1 同居人数

地域	n (%)					
	秋田			島根		
年度	2011	2014	χ^2	2011	2014	χ^2
	n=297	n=234		n=350	n=285	
平均同居人数 (人)	3.1±1.55	2.9±1.34		2.8±1.3	2.7±1.25	
1人	34 (11.4)	33 (14.1)	n.s.	35 (10.0)	42 (14.7)	*
2人	99 (33.3)	87 (37.2)	n.s.	135 (38.6)	98 (34.4)	n.s.
3人	65 (21.9)	54 (23.1)	n.s.	82 (23.4)	80 (28.1)	n.s.
4人	34 (11.4)	30 (12.8)	n.s.	47 (13.4)	34 (11.9)	n.s.
5人	26 (8.8)	18 (7.7)	n.s.	28 (8.0)	23 (8.1)	n.s.
6人以上	38 (12.8)	12 (5.1)	*	22 (6.3)	8 (2.8)	*
無回答	1 (0.3)	-		1 (0.3)	-	

*p<0.05 **p<0.01 n.s.: not significant

⁸ 研究者の2011年4月時点の所属機関の倫理委員会による承認

小化が進行していた（4回の調査各々で回答者数が異なるので、本稿では経時的な変化を百分率の変化で示した）。

家庭内での同居者は配偶者とする回答が両地域で最も多かったが、秋田では配偶者との同居が2011年84.0%→2014年72.2%と有意に減少していた。また、親との同居も秋田で2011年38.8%→2014年30.8%と有意に減少していた。

4.2 死生観について

表2に示すように、「死について考える頻度」は2014年調査では両地域とも「よく考える」「時々考える」という回答の合計は67%以上であった。また、「あなたが死について考える時はどんな時ですか」という設問に対しては、「家族や身近な人が亡くなった時」「自分や身近な人が病気をした時」「なんとなく、ふとした時」が3割前後であった。秋田では「自分や身近な人が病気をした時」21.4%→29.9%、「なんとなく、ふとした時」21.4%→30.6%であり、経時的に増加していた。島根では「家族や身近な人が亡くなった時」30.6%→26.0%と経時的に減少していた。「死に対する不安と恐れ」に関する設問では「感じる」「やや感じる」という回答の合計が40%→50%で、両地域とも経時的変化はなかった。

表3に示すように、死の印象は「別離」「寂しい」「自然」の選択割合が高いが、秋田では両年とも「寂しい」、島根では「別離」とする回答が最も多かった。また、秋田で「孤独」が2011年21.9%→2014年15.0%、「苦しい」が2011年16.2%→2014年9.8%と有意に減少し、島根で「消滅」が2011年9.7%→18.2%と有意に増加しているなど、地域的な差異が見られた。

表4に示すように「理想的な死」は両地域で両年とも「周囲に迷惑をかけない死」が最も多く、次いで「苦痛のない死」「自然な死」が多かった。秋田で「家族に囲まれての死」が2011年26.9%→2014年19.2%と有意に減少していた。「苦痛のない死」「自然な死」「お金をかけない死」「長生きした死」に関しては、両地域で経時的な選択割合の増減が逆転しており、対照的な結果であった。

4.3 終末期医療と療養に関する住民の意識について

病名と余命の告知については、「自分と家族の両方に教えてほしい」という回答が両地域で両年

とも60%を超え、「自分だけに教えてほしい」という回答は15～20%に過ぎなかった。また、病名告知については秋田で「誰にも教えてほしくない」が2011年5.1%→2014年1.7%と有意に減少していた。身体的負担の大きい治療に関しては「続けてほしい」が島根で2011年14.6%→2014年7.4%と有意に減少していた。「尊厳死問題への関心」は両地域で両年とも40%台で経時的変化はなかったが、秋田で「あまり関心がない」が2011年15.2%→2014年9.4%と有意に減少していた。

表5に示すように、療養時にお世話してほしい人は両地域とも配偶者が最も多く、次いで秋田で子、島根で看護師であった。島根では子が2011年45.4%→2014年35.8%と有意に減少し、看護師とする回答を下回った。

表6に示すように、「治る見込みがなくなった場合、療養したい場所」は、両年とも自宅、病院（ホスピス・緩和ケア病棟）、病院（一般病棟）、福祉施設の順に多く、病院（ホスピス・緩和ケア病棟）が秋田で2011年27.7%→2014年36.4%と有意に増加した。秋田では自宅希望が30%台から40%台に増加したのに対し、島根では逆に40%台から30%台に減少した。

表7にみられるように、療養場所の選択理由としては「住み慣れたところがよい」「医療の専門家が近くにたくさんいて安心」の順に多かった。また、島根では「家族に看取られたい」が2011年24.9%→2014年14.7%と有意に減少していた。

「治る見込みがなくなった場合、家族を療養させたい場所」という設問では、表8で示すように、病院（ホスピス・緩和ケア病棟）が秋田で2011年23.3%→2014年32.3%、島根で2011年28.8%→2014年38.6%と有意に増加した。また島根では2014年調査で病院（ホスピス・緩和ケア病棟）38.6%が自宅35.4%を上回った。さらに、自宅とする回答は秋田で増加し、島根で減少するという対照的な結果であった。家族を療養させたい場所を自宅とする選択割合は、自分が自宅で療養したいとする選択割合よりも総じて低かった。

4.4 在宅終末期療養を可能にするもの

「自宅死の実現可能性」についての設問（6件法）では「可能だと思う」「どちらかというところまで可能だと思う」を合わせた選択割合が42.8%～45.4%、「どちらともいえない」が21.4%～26.6%、「どちらかというところまで不可能」「不可能だと思う」が

表2 死について考える頻度

n (%)

地域 年度	秋田			島根		
	2011	2014	χ^2	2011	2014	χ^2
	n=297	n=234		n=350	n=285	
よく考える	56 (18.9)	41 (17.5)	n.s.	46 (13.1)	44 (15.4)	n.s.
時々考える	131 (44.1)	116 (49.6)	n.s.	186 (53.1)	148 (51.9)	n.s.
どちらともいえない	24 (8.1)	18 (7.7)	n.s.	29 (8.3)	18 (6.3)	n.s.
あまり考えない	58 (19.5)	44 (18.8)	n.s.	52 (14.9)	48 (16.8)	n.s.
考えることがない	16 (5.4)	7 (3.0)	n.s.	11 (3.1)	10 (3.5)	n.s.
考えないようにしている	8 (2.7)	8 (3.4)	n.s.	20 (5.7)	7 (2.5)	*
無回答	4 (1.3)	-		6 (1.7)	10 (3.5)	

*p<0.05 **p<0.01 n.s.: not significant

表3 死の印象 (複数回答)

n (%)

地域 年度	秋田			島根		
	2011	2014	χ^2	2011	2014	χ^2
	n=297	n=234		n=350	n=285	
別離	125 (42.1)	94 (40.2)	n.s.	169 (48.3)	140 (49.1)	n.s.
寂しい	126 (42.4)	98 (41.9)	n.s.	160 (45.7)	121 (42.5)	n.s.
自然	102 (34.3)	88 (37.6)	n.s.	117 (33.4)	108 (37.9)	n.s.
安らか	69 (23.2)	60 (25.6)	n.s.	78 (22.3)	59 (20.7)	n.s.
孤独	65 (21.9)	35 (15.0)	*	60 (17.1)	40 (14.0)	n.s.
永遠	62 (20.9)	49 (20.9)	n.s.	59 (16.9)	50 (17.5)	n.s.
こわい	55 (18.5)	47 (20.1)	n.s.	87 (24.9)	70 (24.6)	n.s.
苦しい	48 (16.2)	23 (9.8)	*	51 (14.6)	44 (15.4)	n.s.
消滅	40 (13.5)	23 (9.8)	n.s.	34 (9.7)	52 (18.2)	**
むなしい	37 (12.5)	20 (8.5)	n.s.	39 (11.1)	21 (7.4)	n.s.
穏やか	22 (7.4)	20 (8.5)	n.s.	21 (6.0)	19 (6.7)	n.s.
転生	11 (3.7)	12 (5.1)	n.s.	19 (5.4)	16 (5.6)	n.s.
その他	8 (2.7)	4 (1.7)	n.s.	13 (3.7)	11 (3.9)	n.s.
完成	3 (1.0)	5 (2.1)	n.s.	4 (1.1)	2 (0.7)	n.s.
けがれ	0 (0.0)	1 (0.4)	n.s.	0 (0.0)	0 (0.0)	n.s.

*p<0.05 **p<0.01 n.s.: not significant

表4 理想的な死 (複数回答)

n (%)

地域 年度	秋田			島根		
	2011	2014	χ^2	2011	2014	χ^2
	n=297	n=234		n=350	n=285	
迷惑をかけない死	205 (69.0)	162 (69.2)	n.s.	257 (73.4)	210 (73.7)	n.s.
苦痛のない死	188 (63.3)	147 (62.8)	n.s.	237 (67.7)	195 (68.4)	n.s.
自然な死	194 (65.3)	138 (59.0)	n.s.	186 (53.1)	170 (59.6)	n.s.
闘病のない死	142 (47.8)	112 (47.9)	n.s.	198 (56.6)	155 (54.4)	n.s.
悔いのない死	106 (35.7)	71 (30.3)	n.s.	132 (37.7)	97 (34.0)	n.s.
お金をかけない死	98 (33.0)	84 (35.9)	n.s.	115 (32.9)	81 (28.4)	n.s.
家族に囲まれた死	80 (26.9)	45 (19.2)	*	82 (23.4)	65 (22.8)	n.s.
準備後の死	63 (21.2)	62 (26.5)	n.s.	77 (22.0)	68 (23.9)	n.s.
長生きした死	57 (19.2)	36 (15.4)	n.s.	55 (15.7)	47 (16.5)	n.s.

*p<0.05 **p<0.01 n.s.: not significant

表5 療養時にお世話してほしい人 (複数回答)

n (%)

地域 年度	秋田			島根		
	2011	2014	χ^2	2011	2014	χ^2
	n=297	n=234		n=350	n=285	
配偶者	161 (54.2)	133 (56.8)	n.s.	210 (60.0)	159 (55.8)	n.s.
子	146 (49.2)	113 (48.3)	n.s.	159 (45.4)	102 (35.8)	**
看護師	126 (42.4)	104 (44.4)	n.s.	170 (48.6)	140 (49.1)	n.s.
医師	92 (31.0)	75 (32.1)	n.s.	131 (37.4)	99 (34.7)	n.s.
ヘルパー	66 (22.2)	49 (20.9)	n.s.	74 (21.1)	61 (21.4)	n.s.
嫁	34 (11.4)	21 (9.0)	n.s.	25 (7.1)	26 (9.1)	n.s.
兄弟姉妹	30 (10.1)	28 (12.0)	n.s.	27 (7.7)	18 (6.3)	n.s.
その他	6 (2.0)	2 (0.9)	n.s.	5 (1.4)	9 (3.2)	n.s.
友人	2 (0.7)	2 (0.9)	n.s.	5 (1.4)	5 (1.8)	n.s.

*p<0.05 **p<0.01 n.s.: not significant

表6 療養したい場所

n (%)

地域 年度	秋田			島根		
	2011	2014	χ^2	2011	2014	χ^2
	n=296	n=220		n=341	n=216	
自宅	110 (37.2)	98 (44.5)	n.s.	140 (41.1)	84 (38.9)	n.s.
病院 (一般病棟)	40 (13.5)	30 (13.6)	n.s.	42 (12.3)	36 (16.7)	n.s.
病院 (ホスピス・緩和病棟)	82 (27.7)	80 (36.4)	*	104 (30.5)	77 (35.6)	n.s.
福祉施設	19 (6.4)	9 (4.1)	n.s.	14 (4.1)	14 (6.5)	n.s.
その他	45 (15.2)	3 (1.4)	-	41 (12.0)	5 (2.3)	-

*p<0.05 **p<0.01 n.s.: not significant

※複数回答した場合は、有効回答としなかった。

表7 療養場所の選択理由 (複数回答)

n (%)

地域 年度	秋田			島根		
	2011	2014	χ^2	2011	2014	χ^2
	n=297	n=234		n=350	n=285	
住み慣れたところがよい	126 (42.4)	100 (42.7)	n.s.	157 (44.9)	114 (40.0)	n.s.
医療の専門家が近くにたくさんいて安心	91 (30.6)	79 (33.8)	n.s.	105 (30.0)	86 (30.2)	n.s.
身の回りのお世話をしてもらえて楽	76 (25.6)	48 (20.5)	n.s.	85 (24.3)	66 (23.2)	n.s.
家族に看取られたい	69 (23.2)	50 (21.4)	n.s.	87 (24.9)	42 (14.7)	**
家族に面倒をみて欲しい	52 (17.5)	30 (12.8)	n.s.	28 (8.0)	14 (4.9)	n.s.
専門家に看取られたい	48 (16.2)	27 (11.5)	n.s.	50 (14.3)	30 (10.5)	n.s.
その他	26 (8.8)	22 (9.4)	n.s.	25 (7.1)	23 (8.1)	n.s.

*p<0.05 **p<0.01 n.s.: not significant

表8 家族を療養させたい場所

n (%)

地域 年度	秋田			島根		
	2011	2014	χ^2	2011	2014	χ^2
	n=292	n=220		n=337	n=223	
自宅	94 (32.2)	85 (38.6)	n.s.	126 (37.4)	79 (35.4)	n.s.
病院 (一般病棟)	50 (17.1)	41 (18.6)	n.s.	49 (14.5)	38 (17.0)	n.s.
病院 (ホスピス・緩和病棟)	68 (23.3)	71 (32.3)	*	97 (28.8)	86 (38.6)	**
福祉施設	31 (10.6)	18 (8.2)	n.s.	21 (6.2)	14 (6.3)	n.s.
その他	49 (16.8)	5 (2.3)	-	44 (13.1)	6 (2.7)	-

*p<0.05 **p<0.01 n.s.: not significant

※複数回答した場合は、有効回答としなかった。

表9 自宅療養を可能にする条件（複数回答）

n (%)

地域 年度	秋田			島根		
	2011	2014	χ^2	2011	2014	χ^2
	n=297	n=234		n=350	n=285	
家族の理解と協力	243 (81.8)	180 (76.9)	n.s.	285 (81.4)	212 (74.4)	*
かかりつけ医の支援	188 (63.3)	151 (64.5)	n.s.	250 (71.4)	182 (63.9)	*
訪問看護師の支援	177 (59.6)	145 (62.0)	n.s.	200 (57.1)	170 (59.6)	n.s.
ヘルパーの支援	128 (43.1)	100 (42.7)	n.s.	150 (42.9)	126 (44.2)	n.s.
患者本人の強い意思	100 (33.7)	67 (28.6)	n.s.	116 (33.1)	84 (29.5)	n.s.
病気療養のための住居整備	92 (31.0)	53 (22.6)	*	122 (34.9)	88 (30.9)	n.s.
家族への終末期ケアの教育	72 (24.2)	48 (20.5)	n.s.	76 (21.7)	72 (25.3)	n.s.
自治体などの経済的支援	69 (23.2)	52 (22.2)	n.s.	68 (19.4)	72 (25.3)	*
親戚、友人の理解と協力	65 (21.9)	33 (14.1)	*	33 (9.4)	34 (11.9)	n.s.
近隣の理解と協力	46 (15.5)	26 (11.1)	n.s.	39 (11.1)	37 (13.0)	n.s.
カウンセラーの支援	43 (14.5)	21 (9.0)	*	38 (10.9)	47 (16.5)	*
ボランティアの支援	16 (5.4)	11 (4.7)	n.s.	21 (6.0)	18 (6.3)	n.s.
その他	8 (2.7)	5 (2.1)	n.s.	4 (1.1)	6 (2.1)	n.s.

*p<0.05 **p<0.01 n.s. : not significant

25.4%～29.3%であった。

表9で示すように、「自宅療養を可能にする条件」では「家族の理解と協力」が両地域で両年とも70%を超える選択割合であり、次いで「かかりつけ医の支援」「訪問看護師の支援」が多かった。しかし、島根では「家族の理解と協力」は2011年81.4%→2014年74.4%、「かかりつけ医の支援」は2011年71.4%→2014年63.9%と経時的に有意に減少していた。また、島根では「自治体などの経済的支援」が2011年19.4%→2014年25.3%、「カウンセラーの支援」が2011年10.9%→2014年16.5%と有意に増加していた。それに比して、秋田では「病気療養のための住居整備」が2011年31.0%→2014年22.6%、「親戚、友人の理解と協力」が2011年21.9%→2014年14.1%と有意に減少していた。

5. 考察

5.1 死生観に関して

両地域ともに5割前後の住民が「時々死について考える」と回答し、考えるきっかけとなっていたのは「自分や身近な人が病気をした時」であった。そして、懐く「死の印象」として「別離」「寂しい」が多かった。仏教は古来「愛別離苦」を説き¹²⁾、S.フロイトは愛するものとの別離に伴う喪失感を悲哀 (Trauer) と定義しているが¹³⁾「別離」という印象の強さは終末期ケアにおけるグリーフケアの必要性、「寂しい」という印象の強さは終

末期ケアにおける死における寄り添い (Sterbebegleitung) = 看取りのもつ意義を示唆しているように思われる。しかし、秋田では両年とも「寂しい」「別離」の順に多いが、島根では逆転して「別離」「寂しい」の順であった。また、秋田では「孤独」「苦しい」について「当てはまる」とする回答が有意に減少し、島根では「消滅」とする回答が有意に増加している。このことは死生観とその変容に地域差があることを示唆している。

「理想的な死」としてもっとも多い回答は「周囲に迷惑をかけない死」である。そこには自己の死を単なる個人的な事柄ではなく、家族や親族などの血縁的集団や地縁集団と結びつけて捉え、死に際しても所属集団の人々に納得される死を求める日本人特有の集団主義的の死生観、生命観が垣間見られる¹⁴⁾。こうした集団主義的の死生観は日本の農村社会の伝統的な特徴でもあり、周囲が家族と見なされるならば本調査に見られるような「家族に囲まれての死」の減少へと反転する。また、「周囲に迷惑をかけない死」という思いの強さは、これまでしばしば在宅医療、在宅療養が進展しない要因として指摘されることがあった。しかし、こうした「周囲に迷惑をかけない死」の実現が医療システムの充実と医療、福祉資源の活用によって可能だという認識が変わるならば、逆に在宅終末期医療システムの構築に対する推進力ともなり得る¹⁵⁾。それ故に、療養者自身を取り巻く「周囲

の人々に対して迷惑をかけたくないという思い」と「療養者が自尊心を保ちながら残された人生の最後の日々をすごせるような周囲やサービス提供者との関わり」をいかに調整するかは、在宅医療、介護サービス提供者の重要な課題の一つである。

次いで多かった理想の死は「苦痛が少ないこと」「自然な死であること」「闘病生活が短いこと」である。これらは延命治療に対する拒否の回答の多さや尊厳死問題への関心の高さに呼応するものであり、緩和医療、在宅ホスピスの推進を望む人々のニーズと解することもできる¹⁶⁾。

5.2 終末期医療と療養に関する住民の意識に関して

インフォームド・コンセントの実施は法理であり¹⁷⁾、現代の医療現場では病名や余命の告知は医療者の義務として受け止められつつある。その背景にあるのは自己決定を原理とする個人主義的な欧米流の医療倫理である。しかし、本調査では世代を問わず、病名も余命も「自分と家族の両方に教えてほしい」と回答した者が圧倒的に多かった。そこには自分の最期に関してさえ、単に自己の問題ではなく、自己と関係する人々（特に身内）の関心事として受け止めようとする関係論的で家族主義的な死生観が見出される。特に精神的に濃密な人間関係を保ってきたルーラルエリアの住人には、家族や地域という場所における人間関係の中で自己の生死を捉えようとする死生観が醸成されているのである。

また、終末期医療における身体的負担の大きい治療に関しては「止めてほしい」という回答が増加していた。多くの住民が身体的負担の大きい治療はせずに自然な形で最後の日々を過ごすことを願っており、その数は経時的に増加している。しかし、極少数であるとはいえ、身体的負担の大きい治療の継続を希望している人々も少ないながら存在する。地域の終末期医療に携わる医療者は地域文化に根ざした医療ニーズと同時に、療養者とその家族が望む個別的な意向をよく理解して支援する必要も忘れてはならない。

本調査では在宅での療養希望者は2014年調査で秋田44.5%、鳥根38.9%と「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」等の7割という調査に比較するとかなり低い値である¹⁸⁾。これはアーバンエリアに比してルーラルエリアでは世帯の縮小化、家族介護者の減少、医療過疎によって在宅療養が困難であると捉える住民の意識

に起因している。そうした意識の反映として、先行研究ではルーラルエリアでは終末期に自宅の療養希望場所が減少しつつあると報告した¹⁹⁾。本調査でも鳥根で在宅での療養希望は減少していたが、秋田においては2011年37.2%→2014年44.5%と増加していた。秋田の本調査対象となった地域に関しては「在宅医療を支える訪問看護ステーションは当該地域にはないが、他地域から訪問をしてくれる事業所が前回調査時より2か所に増加した²⁰⁾」という報告がなされている。とすれば、在宅医療システム、特に訪問看護ステーションの充実が地域住民の死生観や自宅療養場所希望に影響を与え得る、という例証と解することができるように思われる。

自宅死の実現可能性を肯定的に捉える住民が42.8%～45.4%いるという現実、実際の在宅での死亡率（全国的には12%程度²¹⁾）とかけ離れた数値である。だとすると、この40%以上という数値は医療資源に恵まれなくとも自宅で最期を迎えたいと願う、条件さえ整えば可能だと考える人がその程度存在していると解する事ができるように思う。また、療養場所を選んだ理由として「住み慣れたところがよい」、療養時に世話してほしい人として「配偶者」が今でも圧倒的に多いことを勘案すると、ルーラルエリアの住民には住み慣れた土地で家族に見守られながら残された時間を穏やかに過ごしたいという本音（潜在的ニーズ）があると推測される。

自宅療養を可能とする最も大きな条件は、先行研究²¹⁾と同じように本調査でも「家族の理解と協力」であり、次いで「かかりつけ医の支援」、「訪問看護師の支援」であった。在宅での終末期療養にあたっては、介護してくれる家族の協力、訪問医等の存在は必要不可欠であるが、特に本調査では訪問看護師の支援とする選択割合が増加していた。また、鳥根では「療養時にお世話してほしい人」として有意に減少しているのは子であり、看護師という回答が多くなっていた。ルーラルエリアの住民は終末期在宅療養の支援者として、医療資源としては将来的に不足することが懸念される医師や同居できない子よりも、訪問看護師に期待する人々が増加していることが示唆された。

5.3 ルーラルエリアにおける地域包括ケアシステム構築の課題

ルーラルエリアは高齢化率や人口減少率が高いだけではなく、高齢者の一人暮らしや夫婦のみの

世帯など、家族が縮小化し、在宅療養者を介護する同居者が減少しつつある社会である。同居者がいても家計を支える働き手であり、療養者をつきつきりで介護する経済的、時間的余裕をもつ人は少ない。また、地域で暮らす人々はできるだけ同居者に「迷惑をかけたくない」「介護負担をかけたくない」と望みながらも、「住み慣れたところで最後の日々を過ごしたい」というアンビバレントな終末期療養に関する希望を抱いている。わが国の高齢者医療のビジョンである地域包括ケアシステムが地域住民の「選択と心構えの上」に構築されるべきであるとするならば、地域住民のこのアンビバレントな希望を実現することが、ルーラルエリアにおける地域包括ケアシステム構築の課題となる。

地域包括ケア研究会の2008年の報告書では「地域包括ケアにおいては、地域の住民が、住居の種別を問わず、生活における不安や危険に対して、自らの選択に基づき、おおむね30分以内に生活上の安全・安心・健康を確保するサービスや対応が提供され、また、サービスが24時間365日を通じて提供されることが理想となる」とある²²⁾。しかし、既設の医療機関、福祉施設があり、医療・介護・保健活動が経済活動として成り立つ可能性の高いアーバンエリアとは異なって、ルーラルエリアでは在宅医療・介護システムの不足や人材そのものの不足、経済的な非効率性は明らかである。そのため、地域住民が30分を超えた、もう少し広いエリアで社会資源を活用できるようなシステムが地方自治体主導で構築されねばならない。

さらに、地域住民の「選択と心構えの上」に地域包括ケアシステムが構築されるべきだとするならば、ルーラルエリアの人々の「選択と心構えの根底」にある死生観や療養希望を把握とする調査研究は一見迂遠ではあるが、ルーラルエリアに相応しいケアシステムの構築には欠かせない基礎研究である。

6. 結論

1. 最も理想的な死は両地域とも「周囲に迷惑をかけない死」で経時的変化はなかった。しかし、死の印象は秋田で「寂しい」、島根で「別離」が最も多く、秋田で「孤独」「苦しい」が有意に減少し、島根で「消滅」が有意に増加するなど、死生観の変容に地域間で差異が見られた。
2. ルーラルエリアで最期の療養場所として自宅を希望すると回答した住民は約4割であり、全国

調査に比して低い値にとどまった。在宅療養を可能とする条件は「家族の理解と協力」「かかりつけ医の支援」「訪問看護師の支援」の順であった。経時的には、将来の在宅医療の担い手、介護者の不在を補う存在として訪問看護師に対する期待が大きくなっていった。

3. 人口過疎と医療過疎が同時進行するルーラルエリアで地域包括ケアシステムを構築するにあたっては、地域住民の死生観と療養ニーズ、地域の医療・福祉資源の現状とそれらへのアクセスの利便性等を考慮しながら、より広いエリアでケアシステムの整備を図っていくことが重要だと思われる。また、訪問看護の整備など地域のケアシステムの整備によって死生観や療養ニーズが変容することが示唆された。

謝辞

本研究の調査に際して協力いただいた秋田大学大学院医学兼研究保健学専攻中村順子研究室の方々、島根県立大学看護学部協力者の皆さま、研究の資料提供にご助力いただいた秋田県北秋田市役所、島根県江津市役所の関係各位に御礼申し上げます。

利益相反

なし

* 本研究は科学研究費補助金・基盤研究(B)・研究課題番号：2320016「ルーラルエリアにおける住民の死生観と終末期療養ニーズの変容に関する総合的研究」(研究代表者：浅見洋)の研究成果の一部である。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省：地域包括ケアシステム。http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/(アクセス2015/9/27)。
- 2) 地域包括ケア研究会：地域ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～。6, 2014。
- 3) 同上。8。
- 4) 浅見洋, 中村順子, 伊藤智子, 他4名：現代日本のルーラルエリアにおける在宅終末期療養希望場所について－石川・島根・秋田での横断的意識調査の結果－。石川看護雑誌, 11, 29-39, 2014。
- 5) 中村順子, 木下彩子, 高橋美岐子, 他2名：阿仁地域における住民の死生観と在宅終末期医療に関する

- る意識. 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要, 22 (1), 77-85, 2014.
- 6) 伊藤智子, 加藤真紀, 阿川啓子, 他2名: 島根県江津市に暮らす中高年者の死生観と終末期療養ニーズに関する意識調査. 島根県立大学出雲キャンパス紀要, 8, 65-70, 2013.
- 7) 島根県政策企画局統計調査課: 平成22年度国勢調査-人口等基本集計-島根県集計 結果. 12, 2011.
- 8) 秋田県企画振興部総合政策課: 人口や経済などのデータからみる秋田の現状. 10, 2013. <http://www.pref.akita.lg.jp/www/contents/1385617140219/files/jouhouteikyoushiryou.pdf>. (アクセス 2015/9/27)
- 9) 島根県江津市健康福祉部: 第2次江津市保健福祉総合計画 (平成24年度~平成29年度). 13-14, 2014.
- 10) 北秋田市: 杜と祀り郷きたあきた 北秋田市勢覧 <https://www.city.kitaakita.akita.jp/shoukai/index.html>. (アクセス 2015/9/24)
- 11) 前掲5), 84.
- 12) 前掲9), 14.
- 13) 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.
- 14) 中村元, 福永光司, 田村芳朗, 他1名編: 仏教辞典. 岩波書店, 346, 1989.
- 15) Sigmund Freud: Trauer und Melancholie. Gesammelte Werke 10. Werke aus den Jahren 1913-1917: S. Fischer Verlag, 428-429, 1946.
- 16) 浅見洋: 現代における死のイメージ. 細見博志編: 生から死を考える-新「死生学入門」金沢大学講義集-, 北國新聞出版局, 86-128, 2013.
- 17) 伊藤智子, 加藤真紀, 阿川敬子: 「周囲に迷惑をかける死」を理想の死とする人の終末期療養ニーズ: 島根県の中山間地域での調査から. 保健の科学, 56 (9), 637-644, 2014.
- 18) 前掲4), 37.
- 19) 星野一生: 民主化の法理/医療の場合 (104) インフォームド・コンセントとIRB. 時の法令 (1706), 56-62, 2004.
- 20) 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.
- 21) 前掲4), 36.
- 22) 前掲11), 66.
- 23) 浅見洋, 水島ゆかり, 金川克子, 他4名: 人口減少地域における在宅終末期医療の実態と住民の意識. 石川看護雑誌, 4, 11-18, 2007.
- 24) 地域包括ケア研究会: 地域包括ケア研究会 平成20年度老人保健健康増進等事業報告~今後の検討の

ための論点整理. http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1_0001.pdf. (アクセス 2015/9/29).

Rural Residents' Views on Life and Death and Changes in their Wishes for End of Life Care—From Chronological Surveys in the Hilly and Mountainous Regions of Akita and Shimane

Hiroshi ASAMI, Yoriko NAKAMURA, Tomoko ITO, Kiyomi HIKO,
Michie ASAMI

Abstract

An “awareness survey on end of life care and views on life and death” was conducted twice, once in 2011 and once in 2014, on 1,600 residents of two rural areas in Akita Prefecture and Shimane Prefecture, where the population aging rate is over 40%. The most ideal form of death in both areas —“dying without burdening those around you”—did not change over time. However, the most common impression of death in Akita was of “loneliness,” whereas in Shimane it was of “separation.” Regional differences regarding changes in views on life and death were also observed, with impressions of “loneliness” and “pain” significantly decreasing in Akita, whereas that of “disappearance” significantly increasing in Shimane. Furthermore, the answers to assume the place that wanted to undergo medical treatment “home” increased in Akita and decreased in Shimane. It is estimated that one cause of this contrastive result is related to the regional care system’s maintenance, such as the “home nursing care stations from other areas beginning new activities in this area of Akita.” While the development of a care system that considers views on life and death, desired treatment, and the particularities of each region is expected, this study suggests that these views will change depending on the development of the care system.

Keywords Rural areas, Views on life and death, End of life care, Chronological surveys,
Home nursing care