

報告

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

— 第 1 報：中能登町の場合 —

浅見 洋 水島ゆかり 金川克子 浅見美千江*

桜井瑞彦** 松栄拡美*** 吉田由紀江****

概 要

本稿は、石川県中能登町における「在宅終末期医療の実態と住民の意識」に関する調査研究の中間報告である。中能登町における在宅死割合は近年減少傾向ではあるが、全国や石川県と比較すると在宅死割合の高い町である。また、住民の約 4 割が「終末期に最後まで療養したい場所」を「自宅」と回答している。そうした実態を支えている最大要因は「住み慣れた場所で、最期まで好きなように過ごしたい」という住民意識である。対して、「家族に囲まれて」や「出来るだけ長生きして」という伝統的死生観に依拠する在宅死希望は減少しつつある。こうした調査結果を踏まえると、地域中核病院をもたない中能登町で在宅終末期医療を充実させるためには、①在宅療養支援診療所の増加、②町内の診療所、訪問看護ステーション等の連携強化、③地域包括支援センターの在宅終末期医療に関する啓発活動と相談機能の強化が当面の課題となる。

キーワード 人口減少地帯、在宅終末期看護、死生観、在宅死、介護負担

1. はじめに

2005 年 7 月 29 日、「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。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イメージが描かれている。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想定）での死亡を 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¹⁾。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

や在宅でのターミナルケア加算などが盛り込まれた²⁾。

医療費抑制のために終末期医療を病院から在宅に誘導するという医療政策の背景になったのは、2004 年度に実施された厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告」（以下「報告書」と略記）である。そこでは、対象となった一般住民 5,000 人中の 59%（約 6 割）が「終末期を自宅で療養したい」と回答し、在宅終末期医療のニーズが高かったという調査結果と、病院から在宅医療への移行が医療費の抑制効果をもたらすという試算が公表されている。³⁾しかし、こうした報告やそれに基づく方針には、住環境の未整備、家族の負担増などの課題が多く、かつ地域差、特に人口減少地域における医療の現状把握、地域住民の死生観、地域の文化的変容の将来予測がほとんどなされていない。

それゆえ本報告では、まず石川県下の典型的な人口減少地域をモデルとして選び、既存の統計資料などによってその地域の在宅死の実態を把握することとした。次いでモデル地域で「死生観・在宅終末期療養についての意識」調査を実施し、それを厚生労働省の政策転換の根拠となった「終末期医療に関する調査」と比較検討しつつ考察した。

* (社)石川県医療在宅ケア事業団

** ビーハラ推進協議会

*** 中能登訪問看護ステーション

**** 中能登町役場

それによってモデル地域の在宅終末期医療の実態と住民の意識を把握し、さらにその地域の在宅終末期療養に関する課題に言及することとした。

2. 中能登町の概要と在宅死の推移

本報告の対象である鹿島郡中能登町は、平成2005年3月1日に鳥屋町、鹿島町、鹿西町が合併して誕生した新しい町である。能登半島のほぼ中央部に位置し、呂知地溝帯を中心とする平野部、その両側は東側に石動山、西側には眉丈山が連なる丘陵地からなる。史跡「石動山」や眉丈山の「雨の宮古墳群」など数多くの遺跡があり、能登文化発祥の地として、豊かな自然と文化遺産と歴史的伝統を保持する農村地域である。基幹産業は、農業のほか能登地域最大の織物産地であり、能登上布という特産品がある。繊維に関する地場産業はあるが、隣接する七尾市、羽咋市に職場をもつ人も少なくない。面積は89.36km²、合併直前の人口は20,192人（2005年2月28日現在）であったが、2006年10月1日現在では20,016人と176人減少している⁴⁾。また、2005年の人口動態統計では高齢化率は24.6%（全国19.5%）であった。

1998年の中能登町全体（旧鳥屋、鹿島、鹿西町の総計）の総死亡数は201人（男性：119人、女性：82人）、内在宅死は60人（男性37人、女性23人）であり、町全体の死亡数に対する在宅死割合は29.9%であった。それに比して2004年の総死亡数は214人（男性：123人、女性：91人）、内在宅死は36人（男性26人、女性10人）、在宅死割合は16.8%であった。在宅死割合は1996年：28.6%→1998年：29.9%→2000年：20.6%→2002年：21.0%→2004年：16.8%で推移しており、増減を繰り返しながらも全体的には減少傾向が続いている⁵⁾（表1）。

表1 中能登町における在宅死割合（%）

	中能登町	石川県	全国
1996	28.6	17.5	16.7
1997	26.7	15.5	16.1
1998	29.9	15.8	15.9
1999	19.1	14.6	15.0
2000	20.6	13.4	13.9
2001	19.2	13.8	13.5
2002	21.0	13.0	13.4
2003	15.3	12.9	13.0
2004	16.8	11.1	12.4

* 文献5) 6) 7) より作成

石川県の在宅死亡割合は1996年：17.5%→2000年：13.4%→2004年：11.1%で推移しており⁶⁾、全国のそれは1996年：16.5%→2000年：13.9%→2004年：12.4%であって⁷⁾、中能登町は石川県全体や全国との比較ではかなり在宅死割合の高い町と言える。しかし、低落率が比較的大きく、在宅死割合の格差は減少しつつある⁶⁾。また、全国的にも石川県でも在宅死割合は戦後一貫してなだらかな減少傾向にある。この低落傾向は在宅医療の充実がその骨子であった2000年4月の介護保険の施行後もほとんど変化がない。そうした点で、介護保険の導入等の医療制度改革は全国的にも、地域的にも在宅死の増加にはほとんど寄与しなかったと言える。

男女の在宅死割合では、石川県全体では一貫して女性が男性より高い傾向が見いだされる。それに比して、中能登町では1999年のように女性が高い場合と2004年のように男性が高い場合が混在しており、男女の死亡割合に一定の傾向は見いだしがたい（表1）。

死因は2004年度では、悪性新生物が60件（28.0%）、心疾患31件（14.5%）、脳血管疾患31件（14.5%）、肺炎17件（7.9%）、その他（事故、自殺を含む）75件（35.1%）であり、全国の死亡統計（悪性新生物31.1%、心疾患15.5%、脳血管疾患12.5%）の割合と同じような傾向である^{6) 8)}。

本稿で示した中能登町の統計は合併以前の旧鳥屋、鹿島、鹿西の3町の統計を総合したものであるが、旧3町の死亡統計では個々の在宅死割合にほとんど差異を見いだすことができない⁹⁾。これは旧3町が近距離にあつて、合併以前からほぼ同じような医療環境、社会・文化的背景、住民意識をもった地域であったことを示している。

終末期医療と関連する医療福祉施設としては、2005年4月現在で町内に診療所9カ所（内在宅療養支援診療所1カ所）、訪問看護ステーション1カ所、居宅介護支援事業所3カ所、訪問介護事業所2カ所、地域包括支援センター1カ所、介護老人福祉施設1施設、介護老人保健施設1施設、デイサービスセンター4カ所、デイケア（短期入所施設併設）1カ所がある。地域中核病院は町内にはなく隣接の七尾市2カ所（公立能登総合病院434床、恵寿総合病院454床）と羽咋市（公立羽咋病院198床）にあり、町中心部からは車で20分～30分程度の距離にある（表2）。

表2 中能登町の医療福祉施設

医療機関・福祉機関	施設数
診療所	9
在宅療養支援診療所	1
訪問看護ステーション	1
居宅介護支援事業所	3
訪問介護事業所	2
地域包括支援センター	1

(2006年4月現在)

3. 死生観・在宅療養についての意識調査

3. 1 調査方法

調査票「死生観・在宅療養についての意識調査」を作成し、中能登町の選挙人名簿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480名（各年代120名）を対象に、2006年7月に郵送調査を実施した。データ分析にはSPSS V13.0を使用し、単純集計した。

3. 2 調査内容

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、家族を療養させたい場所、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）である。

3. 3 倫理的配慮

本調査の開始に先立って、中能登町長、並びに同町の関係部署の同意を得た。また、調査対象の抽出は中能登町選挙管理委員会の許可を得て指定の場所で実施し、対象者の名簿と住所は調査終了時点で廃棄した。

調査用紙は無記名の選択式とし、調査対象者に対しては研究趣旨、方法、個人情報の保護に加えて、質問紙の回答は本研究以外に使用しないこと、回答は自由意志によることを依頼書に明記した。

3. 4 調査結果

(1) 対象者の属性

調査票の返送数は165通、回収率は34.4%であり、内163通を有効回答とした。回答者の内訳は男性66人(40.5%)、女性95人(58.3%)、不明2名(1.2%)であった。年代別では40代32人、50代43人、60代41人、70代47人であり、平均年齢は61.6歳(±11.4)であった。同居家族数は1人暮らしが14人(8.6%)、2人が42人(25.8%)、3-5人が80人(49.1%)、6人以上が27人(16.6%)であった。介護経験の有無については、全体では63人(38.7%)の人たちが「介護経験がある」と回答しており、60、70歳代では53.3%が「介護経験がある」としていた。また、身近な人々の臨終に立ち会った経験を持つ人は119人(73.0%)で、60、70歳代では85.2%に達していた。

(2) 療養したい場所とその理由

「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」を尋ねたところ、有効回答数158（無回答5）の中、自宅66人(41.8%)、病院41人(25.2%)、施設19人(11.7%)、わからない25人(15.8%)、その他7人(4.3%)という結果であった。その他の自由記述欄には「寂しくない場所」、「その時の家族の状況による」等の書き込みが見られた。

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66の中、「住み慣れた場所で最後を迎えたいから」47人(71.2%)、「最後まで好きのように過ごしたいから」36人(54.5%)、「家族との時間を多くしたいから」26人(39.4%)、「病院では自分が望むように最後を迎えられないから」16人(24.2%)、「家族に看取られて最後を迎えたいから」14人(21.2%)、「家族や知人が自宅で最後を迎えていたから」8人(12.1%)の順であった(表3)。

表3 在宅希望の理由 (n=66)

	中能登町 n(%)	全国 %
住み慣れた場所で最後を迎えたいから	47(71.2)	62.4
最後まで好きのように過ごしたいから	36(54.5)	47.4
家族との時間を多くしたいから	26(39.4)	42.6
病院では自分が望むように最後を迎えられないから	16(24.2)	12.0
家族に看取られて最後を迎えたいから	14(21.2)	34.5
家族や知人が自宅で最後を迎えていたから	8(12.1)	5.8
その他	2(3.0)	1.2

「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、回答数 155 の中、自宅 52 人 (33.5%)、病院 59 人 (38.1%)、施設 11 人 (7.1%)、わからない 27 人 (17.4%)、その他 6 人 (3.9%) という結果であった。「その他」には 40、50 代の 4 人が「本人の希望」、60 代で「ホスピス」、「その時に応じて」とい自由記述が見られた。

「自分自身が療養したい場所」は自宅、病院 (41.8%, 25.2%) の順であったのに対して、「家族を療養させたい場所」は病院、自宅 (33.5%, 38.1%) の順で逆転していた。「介護経験がない」人では逆転はなかったが、「介護経験のある」人では病院 (28 人)、自宅 (19 人) と大きく逆転していた。

(3) 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、有効回答数 154 の中、①「可能だと思う」32 人 (20.8%)、②「どちらかというとも可能だと思う」22 人 (14.3%)、③「どちらともいえない」52 人 (33.8%)、④「どちらかというとも

可能だと思う」36 人 (23.4%)、⑤「不可能だと思う」7 人 (4.5%) であった。

③、④、⑤と回答した 95 人に対して、その理由を複数回答で尋ねたところ、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」46 人 (48.4%)、「自宅では最後に痛み等に苦しむかもしれないから」36 人 (37.3%)、「介護してくれる家族がいないから」34 人 (35.7%)、「経済的に負担が大きいから」28 人 (29.4%)、「24 時間相談にのってくれる機関がないから」25 人 (26.3%)、「訪問看護や訪問看護体制が整っていないから」22 人 (23.1%)、「往診してくれる医師がいないから」18 人 (18.9%) の順となった。「家族への迷惑・負担」感と「医療的な不安」を阻害要因と考える人が多く、訪問看護や往診医等の医療体制の不備を阻害要因とした回答はあまり多くなかった (表 4)。

阻害要因と回答者の年代、同居家族人数、介護経験等の有無について χ^2 検定を行ったところ、「介護者がいない」($p=0.018$) という阻害理由と「同居家族人数」以外に有意差は見いだせなかった。

表 4 在宅療養が困難である理由(n=91)

理 由	当てはまる n (%)
緊急時に家族に迷惑をかけるかも知れないから	46 (48.4)
自宅では最後に痛み等に苦しむかもしれないから	36 (37.8)
介護してくれる家族がいないから	34 (35.7)
経済的に負担が大きいから	28 (29.4)
24 時間相談にのってくれる機関がないから	25 (26.3)
訪問看護や訪問看護体制が整っていないから	22 (23.1)
往診してくれる医師がいないから	18 (18.9)
自宅で最後を迎えるのは一般的でないから	6 (6.3)
わからない	5 (5.2)

表 5 在宅死を可能にする条件(n=155)

	とても そう思う	やや そう思う	どちらとも いえない	やや そう思わない	思わない	不明
家族の理解と協力	72.4	16.6	7.4	0.6	0.6	2.5
往診医の支援	70.6	16.6	6.7	1.2	3.1	1.8
訪問看護・介護の整備	65.0	19.6	8.6	0.6	2.5	3.1
24 時間の相談機関	58.9	22.7	8.0	1.2	3.7	4.9
自治体等の経済的支援	57.7	24.5	8.0	0.6	5.5	3.7
住宅の整備	55.2	31.3	6.1	0.6	4.3	2.5
終末期ケアの教育	46.6	28.8	16.0	1.2	1.8	5.5
本人の強い意志	45.4	27.6	14.7	0.6	6.7	4.9
ボランティアの支援	28.8	29.4	27.0	1.8	8.0	4.9

(4) 在宅死を可能にする条件 (表5)

「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」(複数回答)という問いに対しては、全ての項目で「とてもそう思う」「ややそう思う」という回答(有効回答数155)が多かった。中でも「とてもそう思う」は「家族の理解と協力」118人(72.4%)、「往診してくれる医師の支援」115人(70.6%)、「訪問看護や訪問介護体制の整備」106人(65.0%)がかなり高い比率であった。対して「ボランティアの支援」47人(28.8%)、「本人の強い意志」74人(45.4%)、「終末期ケアの教育」76人(46.6%)という回答は半数に満たなかった。

(5) 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」という設問には、「とてもそう思う」という回答は「長い闘病生活のない死」130人(79.8%)、「周囲に迷惑をかけない死」127人(77.9%)、「苦痛・恐怖の少ない死」112人(68.7%)、「あまりお金をかけない死」105人(64.4%)の順に多く、長く苦痛のともなう療養生活や家族の介護負担、経済負担に関して否定的に考える傾向が見られた。対して「自己決定による死」26人(16.0%)、「出来る限り長生きした後での死」31人(19.0%)、「家族や親しい人に囲まれての死」48人(29.4%)とする回答は少なく、自己決定、長命、家族に囲まれてなどといった事は、それほど強い理想的な死の条件とはなっていなかった(表6)。

4 考察

4.1 中能登町の在宅死の傾向について

中能登町の在宅死割合は1998年以前が25-30%、1999-2002年が20%前後、2003年以降

が15-17%と低落傾向にある。しかし、全国や石川県の在宅死割合と比較すると、中能登町は在宅での死亡割合の高い町といえることができる。

中能登町がこれまで在宅死亡割合の多い町であった一つの要因は、この地が典型的な農村地帯でありながら、能登地域の他市町村に比して人口減少の始まりが遅く、減少の度合いも緩やかであったということが考えられる。著しい過疎化が進みながらも、伝統的な地域文化、住民意識が根強く残る能登地域にあって、町内に居住し、七尾市や羽咋市など近隣の諸都市に職場を持つ、いわゆる都市近郊に類似した中能登町の社会的構造が伝統的な自宅での看取りを温存する要因の一つであったと思われる。

また、中能登町には総合病院がなく、医療依存度の高い患者は近隣や他の市町の地域中核病院に通院、入院せざるを得ないことと、看取りに積極的に取り組む訪問看護ステーションと訪問診療・往診に意欲的に取り組む医師の存在が、在宅死の割合を高く維持してきたと言える。

しかし、地域の医療者の努力では補いきれないほどに、人口減少、家族形態の変化、地域産業の衰退が急速にすすみ、住民の伝統的な死生観や看取りの意識が変化していると考えられる。地域がその文化的特色を失い、住民が全国的に進む均質化の波とグローバリゼーションに巻き込まれることによって、死亡場所の割合もまた全国的な傾向に近づいているのである。

4.2 在宅療養に関する希望について

本調査で「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41.8%、病

表6 理想的な死(n=156)

	とても そう思う	やや そう思う	どちらとも いえない	やや そう思わない	そう 思わない	%
長い闘病生活のない死	79.8	11.7	4.3	0.0	0.0	4.3
周囲に迷惑をかけない死	77.9	12.6	4.3	0.6	0.6	3.7
苦痛・恐怖の少ない死	68.7	18.4	6.7	0.6	1.2	4.3
あまりお金をかけない死	64.4	20.9	6.7	0.6	1.8	5.5
それまでの人生に悔いのない死	52.8	23.3	12.3	1.2	3.7	6.7
死ぬ準備を整えた後での死	36.8	25.2	23.3	1.2	8.6	4.9
家族や親しい人に囲まれての死	29.4	27.6	25.8	1.2	11.0	4.9
出来る限り長生きした後での死	19.0	23.9	30.7	3.1	19.6	3.7
自己決定による死	16.0	20.2	31.9	2.5	20.9	7.4

院 25.2%, 施設 11.7%という結果が得られた。

対して「中長期の医療費適正化効果を目指す方策について」では「医療費適正化の方向性」をイメージ化するための根拠として、①終末期を自宅等（医療機関以外の場所）で送ることを希望する国民の割合：約 6 割、②自宅等の死亡割合：約 2 割、が前提とされている。①の約 6 割という数値は、「自分が痛みを伴う末期状態（死期が 6 か月程度よりも短い期間）……」という緩和医療、医療依存度の高い終末期状態を想定した質問に影響を受けている。しかし、在宅での終末期療養者には脳血管疾患や老衰も多く、そうした患者は悪性新生物や心疾患ほどには緩和医療の必要性や医療依存度が高いとはいえない¹⁰⁾。また、「報告書」では、1998 年と 2003 年度の病院と自宅での療養希望の割合にほとんど変化がなかった。とすれば、この 5 年間の在宅死割合の低落の主因は、人々の終末期の療養場所の希望の変化にではなく、医療環境、社会・文化環境、産業構造等の外的変化に求めるべきであろう。

在宅療養を希望する理由としては、「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」の割合が「報告書」と同様、1, 2 位を占めた。これは報告書に比較してかなり高い割合である。また、「病院では自分が望むように最後を迎えられないから」(24.2%)という割合も、報告書(12.0%)のほぼ 2 倍であり、中能登の人々には「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」というニーズが強いと言える。

反面、「家族との時間を多くしたいから」「家族に看取られて最後を迎えたいから」という回答は「報告書」と比べて低かった。これは「家族に迷惑をかけたくない」という思いの反映、家族主義的な意識の反映と解するべきであろう。自分の望むようにという意識の中には、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¹¹⁾。

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、家族の場合、病院が自宅を上回った。これは特に介護未経験者に比して、介護経験者の場合に顕著であった。介護経験者は看取りの体験や自分の高齢化によって介護困難感が増し、家族を看取することを躊躇すると考えられる。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的資源の充実と有効活用、家族への支援機能の強化が必要である。

また、若干回答項目に違いはあるが、「報告書」では「老人ホームに入所したい」ないしは「老人ホームに入所させたい」という回答がいずれも 0.7%であった。それに比して、本調査では「施設」と回答した人が、自分自身の場合 11.7%、家族の場合 7.1%であり、施設での終末期療養に肯定的な回答がかなり多く見られた。中能登町の場合、これまでも町内や近隣の自治体にある介護老人福祉施設で終末期を過ごした人がかなりおり、そうしたことが反映していると考えられる。

4. 3 在宅療養の実現可能性と阻害要因

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」「往診医の支援」「訪問看護・介護の整備」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」「自宅では最後に痛み等に苦しむかもしれないから」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療養の阻害要因だと解される。

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、家族に迷惑をかけたくない、②往診医や訪問看護を在宅療養の可能条件としながら、在宅で緩和医療や緊急時に対応可能な医療環境が整って欲しいと考えている人々が多くいることが明らかになった。こうした人々の思いは「介護負担に対する不安」の反映であると同時に、地域中核病院がなく、かつ 24 時間往診可能な在宅療養支援診療所が 1 ヶ所しかない「医療環境への不安」の現れである。だとすれば、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町内関係機関の相互連携の強化、町外の地域中核病院との連携強化などが必要と思われる。

4. 4 在宅での理想的な死の実現のために

中能登町住民の望む理想的な死は「長い闘病生活のない死」「周囲に迷惑をかけない死」「苦痛・恐怖の少ない死」「あまりお金をかけない死」であった。「あまりお金をかけない死」も「周囲に迷惑をかけない死」に含め得るとすれば、理想的な死は「苦痛の少ない安らかな死」と「周囲の人々に負担をかけない死」に大別できる。そうした理

想的な在宅死の実現に近づけるためには、在宅終末期医療における緩和ケアの推進と人々の介護負担を軽減するような支援が不可欠である¹²⁾。

先の回答に比べると「自己決定による死」「出来る限り長生きした後での死」「家族や親しい人に囲まれての死」を理想的とする回答は多くなかった。それゆえ、本調査に基づいて考察する限り、日本の人口減少地帯の終末期医療では、自己決定を基本とするアメリカ流の生命倫理の原理はあまり有効ではない。自己決定よりも、周囲の人々への配慮や自然な在り方に身を委ねようとする日本人の心性に配慮するためには、相談機関や家族支援体制の整備が重要になる。また、長命で家族に囲まれて死を迎えるという日本古来の伝統的死生観は、病院での延命治療に対する否定的なイメージや高齢化、核家族化の進行によってこれからも衰退し続けるであろう。それゆえ、将来の在宅終末期医療では「延命」や「家族に囲まれて」ということより、周囲の人々に遠慮せずに「気楽に過ごすこと」と苦痛の少ない「安らかな死」の演出が望まれるのではないだろうか。

5 まとめ

中能登町はこれまで在宅死割合の高い町であり、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」という不安感と表裏一体である。在宅での自由さと家族に迷惑をかけるという思い、在宅での気楽さと医療への不安というアンビバレントなものの解消は、後者（家族の介護負担、緊急時の医療への不安）を軽減することによってのみ可能である。

医療への不安を解消するには、終末期医療と関わる医療資源の増加と有効活用、医療者の終末期医療に関する意識と技術の向上が求められる。地域中核病院をもたない中能登町の場合、在宅医療において充実すべき医療資源とは在宅療養支援診療所と訪問看護・介護関連の諸機能である。しかし、町内の在宅療養支援診療所は1カ所であり、不足感是否めない。それゆえ、在宅療養支援診療所の増加が期待されるが、その開設にはさまざまな克服すべき課題があり、2006年10月現在、全国の開設数は一般診療所の約1割に満たない¹³⁾。そのため、代替措置として、町内の全ての診療所、

訪問看護ステーション、訪問介護事業所が終末期医療に関して有機的な連携と協力体制を構築することを提案したい。

また、終末期医療における療養者、家族の不安は介護負担を筆頭に、治療に関すること、医療機関の選択や費用に関することなど多岐にわたる¹⁴⁾。現在の中能登町でそうした多岐にわたる支援機能、相談機能、紹介機能を、中心的に、かつ包括的に担い得るのは地域包括支援センターだと思われる。それゆえ、地域包括支援センターには終末期医療に関する啓発活動と在宅療養者とその家族への支援機能、相談機能等の一層の充実を期待したい。

*本稿は平成18年度石川県立看護大学附属地域ケア総合センター「調査研究事業」の成果報告の一部である。

引用文献・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」。
2006. 8. 30, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0729-9c.html>.
- 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）。2006. 6. 1, 6-10, <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/dl/tp0314-1a01.pdf>.
- 3) 厚生労働省医政局：終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について。
2004. 8. 20, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>.
- 4) 中能登町役場：中能登町ウェブサイト。2006. 10. 1, <http://www.town.nakanoto.ishikawa.jp/webapps/www/index.jsp>.
人口数等は中能登町役場鳥屋庁舎企画課公表したものであり、国勢調査等の数値とは異なる。
- 5) 石川県県民文化局県民交流課統計情報室：いしかわ統計指標ランド 統計ライブラリー。2006. 10. 5, <http://toukei.pref.ishikawa.jp/library/main.html>.
- 6) 石川県健康福祉部保健推進課：衛生統計年報 平成16年度 人口動態編。60-232, 2006.
- 7) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成17年度厚生統計要覧。38, 2006.
- 8) 厚生統計協会：厚生指標 国民衛生の動向。44-50, 2006.
- 9) 石川県県民文化局県民交流課統計情報室：平成15年 石川県統計書。石川県, 10-17, 2005.

- 10) 浅見洋：在宅療養の終末期患者が表出した死生観－訪問看護師への聞き取り調査を通して－. 宗教研究, 369, 267-298, 2006.
- 11) 浅見洋：現代における氏のイメージ, 細見博志編：生と死を考える－「死生学入門」金沢大学講義集, 北國新聞出版局, 97-98, 2004.
- 12) 人見裕江, 中村陽子, 大澤源吾, 他3名：郡部の高齢者の在宅死に及ぼす要因. 川崎医療福祉会誌, 10(1), 93, 2000.
- 13) 朝日新聞 (2006年10月22日付朝刊) の報道記事によれば, 全国の在宅支援療養所数の届け出数は9720ヵ所であり, 一般診療所の約1割である。
- 14) 早川富博, 都筑瑞夫, 池戸昌秋, 他3名：中山間部における住宅死の現況. 日本農村医学会雑誌, 50(5), 688, 2002.
- (受付：2006年11月2日, 受理：2006年12月7日)

The State and Resident Consciousness of Home End-of-Life Care in Depopulating Areas

— First Report: Nakanoto Town —

Hiroshi ASAMI, Yukari MIZUSHIMA, Katsuko KANAGAWA
Michie ASAMI, Mizuhiko SAKURAI, Hiromi MATSUE, Yukike YOSHIDA

Abstract

This document is an interim report of a research study regarding “The State and Resident Consciousness of Home End-of-Life Care” in Nakanoto Town. Although the proportion of individuals dying at home in Nakanoto Town has declined in recent years, this village still has a high death-at-home ratio compared to the death-at-home ratios of Japan as a whole and of Ishikawa Prefecture. Approximately 40% of Nakanoto residents responded that they would like to receive care until the end of their life at home. The most prevalent reason given for this response was that they had grown accustomed to living there, and that they would like to continue living the way they please until their death. Desires to die at home that rely upon traditional views of life and death, such as “to be surrounded by family” or “to live as long as possible”, are waning. Based on these findings, it has been determined that the following three items need to be implemented immediately in order to enhance home end-of-life care in Nakanoto Town, which does not have a core medical center: (1) an increase in the number of home care support clinics; (2) reinforcement of the partnership between clinics in the village and home-visit nursing care stations; and (3) enhancement of educational activities and consultation capabilities related to home end-of-life care at comprehensive support centers in the area.

Keywords Depopulating areas, home end-of-life care, views of life and death, dying at home, the burden of nursing care