

研究報告：秋田大学保健学専攻紀要22(1)：77 - 85, 2014

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意識

中 村 順 子* 木 下 彩 子** 高 橋 美岐子***
佐 藤 沙 織*** 浅 見 洋****

要 旨

ルーラル（地方）の住民の死生観と終末期医療に関する意識を横断的経時的に明らかにする調査のひとつとして、高齢化率が40%を超える秋田県阿仁地域の住民796名に質問紙調査を行った。297名の回答から以下の結果と考察を得た。

過疎が進むルーラルである阿仁地域の住民の「死」に対する印象は「自然」「寂しさ」「別離」であり理想的な「死」は「人に迷惑をかけない」死であった。

身体に負担がかかっても最期まで治療の継続を希望する者は17%おり、死に臨んでも尚、医療で治そうとするモデルすなわち医学モデルの発想は存在している。最期の療養場所として37%の住民しか在宅を希望していないのは現実には在宅死を支える医療のシステムがないことからと考えられる。しかし同時に27%の住民は在宅死が可能であると考えており、最期の療養場所として自宅を希望し、かつ実現が可能であると考えている者も21%いることが明らかになった。在宅死を可能にする条件の3位に「訪問看護の支援」が上がっており、訪問看護を中心とする在宅ケアシステムの充実を図ることが住民の希望を可能にする一つのつであると考えられる。

はじめに

日本は未曾有の高齢社会に突入し、中でも秋田県の高齢化率は30%を越え、日本で最も高齢化率が高くなった¹⁾。同時に人口流出も続き1年間に約1万人強の人口の減少が予測されており、地方における過疎化の問題も深刻化している。

このような中、国は2005年に「患者の意思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」ことを提言した。2006年には医療制度改革により在宅医療へのシフトを明確にし、同年またそれ以降の診療・介護報酬の改定、さらに2012年に示された「在宅医療・介護安心2012」等により全国各地で看取りケアの充実に向けた様々な取り組みが展開されてきている²⁾。それらの動きにより、都市部（アーバン）では在宅死亡率の減少に一定の歯止

めがかかっているが、アーバンと比較して高齢化や過疎化、特に医療過疎が急速に進行するルーラル（田舎・農村）では在宅死亡率の減少は続いている。浅見らによると農村部（能登地方）での終末期医療に関する意識の調査では、在宅死に対するニーズの減少が明らかであり、家族に見守られながら住み慣れた自宅で死にたいという日本の伝統的な死生観の変容が見られるという³⁾。

本研究では高齢化率40%を超える日本海側の3地域（石川県白山地域、島根県弥栄・三隅地域と秋田県阿仁地域）で終末期医療と死生観に関する住民の意識調査を横断的（3地域同時に）経時的（同様の調査を3地域に2年後も行う）に行い、ルーラルにおける住民の意識の変容を明らかにして、過疎地域における終末期医療のあり方を検討することを目的にしている。本調査はそのベースラインになる調査である。

* 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻

** 日本赤十字秋田看護大学

*** 日本赤十字秋田短期大学

**** 石川県立看護大学

Key Words: 死生観

ルーラル

在宅終末期医療

本稿では特に秋田県の阿仁地域の住民に対して行った1回目の調査から、この地域における住民の終末期医療に関する意識を明らかにしてその死生観を探り、ニーズと課題を明らかにすることを目的とする。尚、今日一般的には自宅以外の居宅も含めて「在宅」と呼び、そこでの死を「在宅死」と呼ぶが、本調査では自宅と特化して聞いているので「自宅死」と呼ぶことにする。

研究方法

1. **研究デザイン**：「死生観・在宅終末期医療についての意識調査」⁴⁾を基に研究者らで検討を加えて作成した自記式質問紙を用いた量的記述研究。
2. **研究対象者**：調査対象は秋田県北秋田市の阿仁地域に在住の40歳～70歳代の男女それぞれ各世代100名ずつ合計800名を住民基本台帳から無作為に抽出した。
3. **データ収集方法**：郵送調査。返信用封筒を同封して回収した。
4. **調査期間**：2011年8月～9月に行った。
5. **調査内容**：対象の属性、健康状態と介護経験の有無、「死」についての考え（頻度と印象）、理想的な死、終末期の療養生活についての思い（告知、療養場所、自宅死の可能性、自宅死を可能にする条件等）、以上全25項目。
6. **分析**：SPSS ver15 を用いて全世代と各世代ごとの設問に対する割合を単純集計、必要に応じてクロス集計を行った。
7. **研究の妥当性の確保**：3地域の研究者間で検討を重ねて行った。

倫理的配慮

本研究は研究対象者の権利や尊厳の尊重、特にプライバシーの保護のために以下の倫理的配慮を行い、これらを説明文に明記して、日本赤十字秋田看護大学研究センターの倫理審査委員会の承認を持って開始した（承認番号23 - 004）。

1. 対象の抽出は住民基本台帳から、無作為に標本を

表1 対象者の属性

平均年齢・年代別割合		n = 291	
		n	%
平均	61.6 ± 11.2歳		
	40代	53	18.2
	50代	75	25.8
	60代	77	26.5
	70代	86	29.6
性 別			
		n	%
男性		139	47.3
女性		155	52.7
同居人数		n = 296	
		n	%
平均	3.1 ± 1.6人		
	1人	34	11.5
	2人	99	33.4
	3人	65	22.0
	4人	34	11.5
	5人	26	8.8
	6人以上	38	12.8
同居者うちわけ		n = 263	
		n	%
配偶者		221	84.0
子		111	42.2
親		102	38.8
孫		27	10.3
その他		21	8.0
兄弟姉妹		5	1.9
病院受診			
		n	%
受診している		174	59.2
受診していない		120	40.8
健康状態			
		n	%
健康		88	29.7
やや健康		142	48.0
やや健康ではない		51	17.2
健康ではない		15	5.1
介護経験の有無			
		n	%
ある		138	46.6
ない		158	53.4
同居家族の死別経験			
		n	%
ある		241	81.4
ない		55	18.6
臨終の立会い			
		n	%
ある		223	75.3
ない		73	24.7

抽出する無作為標本抽出を行う。これにより意図的な住民台帳閲覧を防ぐ。

頼用紙に明記した。

結 果

2. 台帳からの転記は研究者が手書きで行い、郵送が済み次第シュレッダーにて破棄する。
3. 個人名や個人が特定される記載はなく、又返信は無記名であることから個人名は得られた結果とは一切関連しない。
4. 研究の目的・意図を明確にして理解しやすい文言にした。
5. 研究への参加は任意であること、拒否する権利があること、拒否しても一切の不利益はないこと。
6. 返送をもって研究参加の同意を得たものとする。
7. 研究結果は学会、雑誌等で発表することを調査依

宛先不明等で返却されたものが4件、796名に対し送付したうち300名が回収された（回収率37.7%）。そのうち297名を有効回答とした（有効回答率37.3%）。尚、各質問によりnが異なるので、各質問の無回答については記載せず、質問ごとにn数を表に示した。

1. 対象者の属性（表1）

平均年齢61.6（±11.2）歳，男性47.3%女性52.7%であった。平均同居人数は3.1（±1.6）人であり，同居者は84%が配偶者であった。健康状態は「やや健康」と「健康」を合わせて77.7%であるが59.2%が病院受診をしていた。介護経験は46.5%があると答え，その中では60歳代が33.6%と最も多く，ついで70歳代の29.2%であった。同居している方の死別経験がある者が81.4%おり臨終に立ち会ったことのある者も75.3%

表2 死についての考え

質問項目	多重回答（%）				
死について考える頻度 (n = 293)	よく考える (19)	時々考える (44.7)	どちらともいえない (8.2)	あまり考えない (19.8)	考えることがない (5.5)
死についての不安やおそれ (n = 292)	感じる (19.9)	やや感じる (24.3)	どちらともいえない (28.8)	あまり感じない (20)	感じない (7)
死の印象 (n = 295)	寂しい (42.4)	別離 (42.1)	自然 (34.3)	安らか (23.2)	孤独 (21.9)
理想的な死 (n = 297)	迷惑をかけない (69)	自然な死 (65.3)	苦痛が少ない (63.3)	闘病生活が短い (47.8)	人生に悔いがない (35.7)
尊厳死への関心 (n = 280)	とても関心がある (15.7)	やや関心がある (30.4)	どちらともいえない (26.1)	あまり関心がない (2.5)	全く関心がない (2.5)

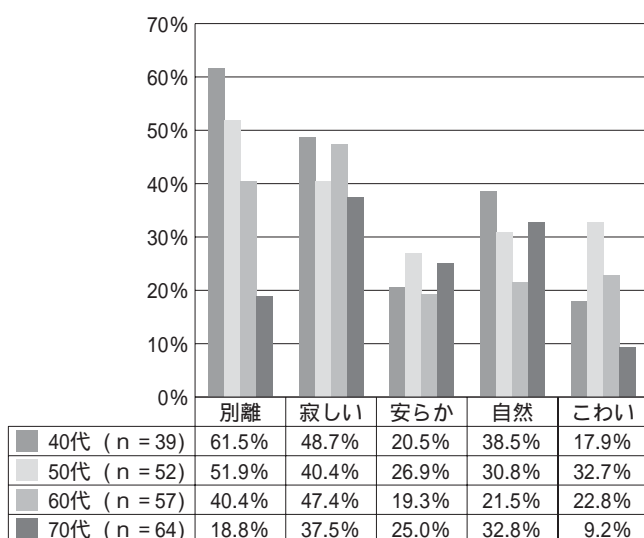


図1 死についての考え・世代別(当てはまるものの各世代における割合)

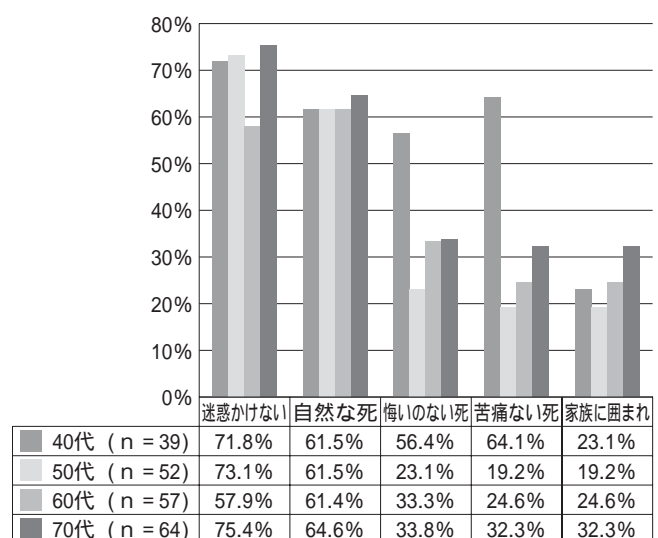


図2 理想的な死・世代別各世代の中における割合

と高い値であった。年代別に臨終立会いの有無をみると最も多いのは70代の29.6%，ついで60代の27.4%，50歳代は26.5%，40歳代は14.8%であった。

2. 「死」についての印象や考える頻度 (表2・図1・図2)

まず最初の設問群では、「死」についての考え、印象、理想的な死とは何か、尊厳死への関心について聞いた。

「死」について考える頻度は、「よく考える」と「時々考える」を合わせて64.8%，「あまり考えない」「考えないようにしている」を合わせて24.3%であった。「死について考えるのはどんな時か」の問いで最も多数であったのは「家族や身近な人が亡くなったとき」であった。「死」についての不安や恐れは「どちらとも言えない」が最も多く28.8%であり、「感じる」と「やや感じる」を合わせて44%，「感じない」と「やや感じない」を合わせて27%であった。

「死」の印象を多重回答で聞いた。選択肢は「別離」「寂しい」「自然」「安らか」「孤独」「苦しい」など14項目とその他の合計15項目である。最も多かったのは「寂しい」の42.4%。以下「別離」「自然」「安らか」「孤独」と続いた。世代別で見ると、死を「こわい」と感じる割合が一番多いのは50代であった。40代・50代で最も当てはまるものが多かったのは「別離」であるが、60代・70代では「寂しい」が当てはまると回

答したものが最も多かった。

理想的な死についても多重回答で聞いた。選択肢は「苦痛が少ない」「それまでの人生に悔いがない」「闘病生活が短い」など9項目である。ここでは「周囲に迷惑をかけない」が最も多く69.0%，ついで「自然な死であること」「苦痛が少ないこと」「闘病生活が短いこと」と続いた。尊厳死への関心は「とても関心がある」「やや関心がある」を合わせて46.1%，「どちらとも言えない」が26.1%「あまり関心がない」「まったく関心がない」が合計で17.6%であった。世代別では60代を除いて各世代とも「周囲に迷惑をかけない」が最も多く、特に70代では75.4%がこの項目を選んでいる。

3. 終末期医療に関する設問 (表3)

次の設問群では終末期の療養生活や医療に関して聞いた。設問の前提はいずれも「もしもあなたが、またはあなたの一番身近な人が治る見込みがない病気になったら」というものである。

病名の宣告（医師から病名を教えてほしいか）については、「自分と家族の両方に教えてほしい」が最も多く69.4%であり、自分には教えず「家族だけに教えてほしい」は6.8%「誰にも教えてほしくない」は5%にとどまった。同様に余命の宣告についても「自分と家族両方に教えてほしい」が62.6%，自分には教えず「家族だけに教えてほしい」は9.5%であった。

身体負担の大きい治療の継続について、「ぜひ続け

表3 終末期医療に関する考え

質問項目	回 答 (%)				
病名の宣告 (n = 294)	自分だけに教えて (16)	家族だけに教えて (6.8)	自分と家族に教えて (69.4)	誰にも教えないで (5.1)	その他 (2.7)
余命の宣告 (n = 341)	自分だけに教えて (20.1)	家族だけに教えて (9.5)	自分と家族に教えて (62.6)	誰にも教えないで (5.8)	その他 (2.0)
療養時に世話してほしい人 (n = 345)	配偶者 (54.6)	子 (49.5)	看護師 (42.7)	医師 (31.2)	ヘルパー (22.4)
身体負担が大きい治療 (n = 291)	ぜひ続けてほしい (4.1)	どちらかといえば続けて (12)	どちらかといえばやめて (44.3)	ぜひやめてほしい (14.8)	わからない (14.8)
療養したい場所 (n = 296)	自宅 (37.2)	病院(ホスピス) (27.7)	病院(一般病棟) (13.5)	福祉施設 (6.4)	その他 (14.9)
家族を療養させたい場所 (n = 292)	自宅 (32.2)	病院(ホスピス) (23.3)	病院(一般病棟) (13.5)	福祉施設 (10.6)	その他 (16.8)
自宅死希望理由 (n = 339)	住み慣れたところが良い (42.9)	専門家が近くにいる安心 (31)	身の回りの世話してもらえる (25.9)	家族に面倒みてほしい (17.7)	家族に看取られたい (23.5)
自宅死実現可能性 (n = 292)	可能だと思う (27.4)	どちらかという可能 (16.1)	どちらともいえない (26.7)	どちらかという不可能 (20.9)	不可能 (8.9)
自宅死不可能理由 (n = 292)	十分な医療受けられない (54.9)	緊急時の対応できない (53)	介護する家族がいない (35.4)	往診してくれる医師がいない (35.2)	
自宅死可能条件 (n = 296)	家族の理解と協力 (82.1)	かかりつけ医の支援 (63.5)	訪問看護師の支援 (59)	ヘルパーの支援 (43.2)	本人の意思 (38.8)

表4 療養したい場所と自宅死の実現可能性のクロス表

n = 297

療養したい場所	可能だと思う	どちらかという と可能 だと思う	どちらとも いえない	どちらかとい うと不可 能だと思う	不可能だ と思う	
自宅	41	22	26	13	7	110
病院(ホスピス・緩和ケア病棟)	14	16	23	21	8	82
病院(一般病棟)	8	3	13	10	6	40
福祉施設	2	3	6	4	2	19
その他	15	2	10	13	3	44
合 計	80	47	78	61	26	297

てほしい」「続けてほしい」が合わせて16.1%である一方、「どちらかというやめてほしい」「ぜひやめてほしい」は合わせて69%、「わからない」が14.8%であった。

療養時にお世話してほしい人は「配偶者」が最も多く54.6%、「子」が49.5%であるが、「看護師」42.7%、「医師」31.2%と続き「ヘルパー」は22.4%であった。また「嫁」は11.5%であり上位から6番目であった。

治る見込みがない病気になった場合療養したい場所について聞いた。選択肢は「自宅」「近親者の家」「福祉施設」「病院(一般病棟)」「病院(ホスピス・緩和ケア病棟)」「その他」の6つである。この中で最も多いのは「自宅」の37.2%、ついで「病院(ホスピス・緩和ケア病棟)」の27.7%であった。家族を療養させたい場所も「自宅」が32.2%、「病院(ホスピス・緩和ケア病棟)」23.3%であった。「病院(一般病棟)」については「自分が療養したい」は13.5%であり「家族を療養させたい」は17.1%である。その療養場所を選んだ理由について、「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」「身の周りのお世話をしてもらえて、楽」「家族に面倒をみてほしい」「家族に看取られたい」「専門家に看取られたい」「その他(自由記載)」の7つの選択肢を多重回答で聞いた。もっとも多かったのは「住み慣れたところがよい」の42.9%、ついで「医療の専門家がいて安心」31.0%「身の回りのお世話をしてもらえて楽」25.9%「家族に看取られたい」23.5%「家族に面倒をみてほしい」17.7%「専門家に看取られたい」16.3%であった。「住み慣れたところがよい」と回答した者(126名)の70.6%(89名)は「自宅」を希望しており、福祉施設は0.2%(2名)であるが「病院(一般病棟)」と回答した者も0.4%(5名)いた。また「医療の専門家がいて安心」を選んだ者の希望場所で最も多かったのは「ホスピス・緩和ケア病棟」(48.4%)であり「一般病棟」は22.0%であった。療養したい場所と自宅死の実現可能性のクロス集計を行ったところ、自宅を希

望するものの57.3%は可能、どちらかというと可能と答えているが、どちらとも言えないと回答しているものも23.6%であった。(表4)

家族を自宅で看取することは実現可能かと聞いた。「可能だと思う」と「どちらかというと可能」を合わせると43.5%であった。一方「不可能」「どちらかというと不可能」で29.8%であり、「どちらともいえない」が26.7%であった。

「どちらともいえない」「どちらかというと不可能」「不可能」と回答した者にその理由を聞いた。その結果一番多いのは「自宅では十分な医療を受けられないから」54.9%であり、以下「緊急のときに対応できないから」53.0%、「介護する家族がいないから」35.4%、「往診してくれる医師がいないから」35.2%、「自宅で看取することに家族の不安が大きいから」30.5%、「自宅では最期のときに苦しむかもしれないから」18.9%であった。

最後に在宅の看取りを可能にする条件について全員に聞いた。最も多かった回答は「家族の理解と協力」82.1%、ついで「かかりつけ医師の支援」63.5%、第3位として「訪問看護師の支援」59.0%であった。以下「ヘルパーの支援」43.2%、「患者本人の強い意思」33.8%、「病気療養のために住宅整備」31.1%、「家族への終末期ケアの教育」24.3%、「自治体などの経済的支援」23.3%であった。

考 察

秋田県の県北内陸部に位置する調査地域は調査時点(2011年8月)で人口は3421人、高齢化率は44.1%であり、平成の大合併により市の一部になった地域である。旧町内には有床診療所があったが、医療計画の再編により無床診療所となった。現在日常的な診療はこの診療所1か所で医師2名により行われている。この地域の中心地から、市が新たに作った入院可能な総合病院まではおよそ30km、1日1往復のバスが運行して

いる。自家用車がない住民にとっては通院もままならない状況である。また、在宅医療を支える訪問看護ステーションも当該地域にはなく、他の地域から訪問を行っている。調査地域は高齢化率が高く人口減少が続く過疎地域であり、医療過疎も進んでいる地域と言える。このような地域における住民の死生観や終末期医療に関する意識を把握することは、今後の地域医療政策にも大きな影響を及ぼすことになると思われる。

1. 死生観に関して

年代を問わず、「死」を半数以上の住民は日常的に考えている。特に身近な人の死に出会ったときは、「死」を考えている。その「死」を不安や恐れとして感じているのは44.2%と半数弱である。一方、「死」から受ける印象は「別離」「寂しい」「自然」といった、知っている人や身近な人と永遠に別れてしまう寂しさが40%を超え、選択肢にあった「こわい」18.5%を大きく上回る結果が出た。この回答には世代間の差はない。最も若い40代も後期高齢者を含む70代もともに「別離」と感じ、「寂しい」と感じるものが多かった。70代は、「寂しい」「安らか」「自然」という、「死」を恐れの対象ではなく自然の摂理と受け止めるかのような回答が40代に比べ高い。「こわい」が最も高いのは50代でありそろそろ「死」を身近に感じ始めるせいなのかもしれない。

「理想的な死」のトップは全世代を通じて「周囲に迷惑をかけない」であった。全ての世代で70%以上の回答を得ている。東北地方の人々は忍耐強く、人に迷惑をかけることを嫌うと言われる。特定高齢者の健康上の安心の調査の際も「家族に迷惑をかけたくない」という思いが強かった⁵⁾。秋田県の県民性はよくメディアなどでも「ええふりこき」（見栄っ張り）と評されることもあり、周囲に迷惑をかけたくないという気持ちも人一倍強いかも知れない。しかし実は今回同様の調査を行った残り2地域（島根県と石川県）と比べると、阿仁地域が一番「迷惑をかけない死が理想」と答えている人の割合が少なかった（阿仁地域69.0%、石川県白山麓79.4%、島根県73.9%）。これは、東北地方や秋田県の県民性などの狭い地域性だけでは説明できない。「人に迷惑をかけない」生き方、そして死に方は日本人の心性の中に根強く存在すると考えられる。古くは和辻が指摘するように、日本人は間柄を強く意識し、また「突発的忍従性」と言われるような「いさぎよさ」を美德とする⁶⁾ならば、「迷惑をかけて」死んでゆくことは最も日本人が嫌うことなのであろう。そのような日本人（特に高齢者）の生き方、死に方、そしてそれらに対する支援の仕方を考えるとき、「お世

話される・する」という直線的で一方性の関係では、心の中に申し訳なさ、ふがいなさが残るであろう。自尊感情を最後まで持てるような支援、関わり、日本人に対する関わりに関して、民族性を踏まえてさらに検討する必要があると考える。

1976年に、病院・診療所における死亡者数が自宅における死亡者数を逆転してから、その差は大きく開く一方であり、2010年の自宅死亡者は全死亡者に対し12.6%である⁷⁾。このことは「死」が住民の日常生活、身近なところにはないことを意味し、「現代人は死から遠くなった」と言われるゆえんとも言える。これは地方においても例外ではなく、秋田県においても自宅死の数は全国と同様のカーブで減り続けており、2010年の自宅死亡者数は全死亡者数に対し約10.0%であり⁸⁾、これは前年より低下している。ルールでは自宅死は減り続けているのである。

人は身近にないこと、知らないこと、体験したことのないことに直面すると恐怖心が湧くのは当然であり、死を不安やおそれとしてとらえていたものが全体の4割を超えるのはそのせいであろう。一方で死の印象を問うと、全体の半数以上が「死」を「自然」と感じ、「寂しい」と受け止めていた。現代においては臨終直前に救急車で病院へ運んだり、依然治る見込みがないと知っていても可能な限りの治療を希望する傾向についての指摘がある⁹⁾。また自宅死が実現できないだろうと考える2大理由のひとつとして「急変時の対応をどうするか」が常にあげられている¹⁰⁾。このことは、死に直面してもなお治療により何とかできるのではないかという思いの表れのひとつと考えられる。死が遠くなっている現代の人々が、人が死ぬ存在であることを忘れてしまっているかのように思われることを示す一つの事柄である。今回の結果からもその一端が見えるといえるのではないだろうか。

2. 終末期医療に関する住民の意識について

現代の日本ではがんを含む病名や予後の告知は比較的日常的なことになった。調査地域の住民の意識も世代を問わず病名も予後（余命）も自分と家族に教えてほしいと回答したものが多い。自分の最期に関しては自分の関心事にしたい、自分の意思を大事にしたいと多くの人が考えていると言えるであろう。そして自分の意思で考える一つの答えとして、身体負担が大きい治療は約70%がやめてほしいと願う一方、16%は続けてほしいと思っている。20世紀を病院の世紀¹¹⁾と呼ぶ医学モデル（治療モデル）の世紀は終焉を迎え、21世紀は生活モデル（QOLを目指すモデル）の世紀であると言っても、終末期医療についてさえ医学モデルと

いう治すモデルに依拠する考え方が、ルーラルである阿仁地域にも存在していることが改めて明らかになったとも言える。しかし多くの住民は負担の大きい治療はせず自然に別れたいと願っているわけであり、地域医療にかかわるすべての医療者は終末期医療に対する考え方や対応の仕方を再認識する必要があると考える。

さて最期の療養場所の希望で自宅と答えた割合は37.2%であり4割に満たない。全国的な調査では約6割の国民は自宅で最期を迎えたいといっている¹²⁾ことと比べるとかなり低い値である。これは、調査地は現実的に自宅での看取りの体制が困難な状況であることが回答に反映されていると推測される。

しかし自宅死の可能性を問うと、27%は可能性があると回答し、不可能と考えている割合は30%程度であって、最期を自宅で迎えたいと考えているものと自宅死の可能性を考えている者の数字は10ポイント程度の差にとどまっている。これは全国調査では自宅を最後の療養場所としたいものが60%台であるが本当に自宅にいられるすなわち可能性があると回答するものが10%台に大きく下がることとかなり異なっている。更に自宅を希望する者110名の中の41名(37.3%)は自宅死が可能と答え、どちらかという可と答えたものと合わせると57.3%が、希望しかつ可と考えていることがわかった。ここから、この地域においては、最後の療養場所として自宅を望みかつそれは可能だと考えている人がこの地域全体の3割弱は存在すること、それはいわば建前ではなく本音でそれを願っている人がその程度いると言える。

自宅死が不可能と考える理由で最も多いのは「自宅では十分な医療を受けられない」と「緊急時の対応ができない」であり、これは前述したように「死に臨む状態でも医療を受けることでなんとかできるのではないか」という医学モデル的な発想が住民には残っているせいと言えるであろう。「かかりつけ医の不在」が不可能理由に挙げられたのは調査地域の医療の現状を反映している。

一方、可能だと考える半数弱の住民が考える条件は「家族の理解」「医師の支援」「訪問看護師の支援」であった。鈴木は人が生まれるときにも看護の支援が必要のように、死ぬときにも支援が必要であると言¹³⁾、秋山も助産師ならぬ助死師が必要と述べている¹⁴⁾。積極的に治す医療ではない、穏やかな死を支える、ケアを中心とした医療も現代では必要とされているのである。「死」が遠くなってしまった現代では、理想とする死を支えるために支援は必要であり、そのための在宅医療を含む在宅ケアシステムの充実が求められる。本調査では、医療過疎の調査地域の住民も在宅ケアシ

ステムが構築されれば自宅死ができるのではないかと考えていることが分かったと言える。調査地域は現実的に自宅で穏やかに看取ることがかなり困難とも言える地域であり(医療のバックアップが殆どない)、だからこそ「死に方」に対する期待、理想も含めての回答になっていることも考えられるかもしれない。

浅見が言うところの「伝統的な死生観に変容が起きている」と指摘することからは¹⁵⁾、「死」そのものをどう受け止めるか、ということと同時に「自宅死」やそれを含み家族に守られて死ぬという伝統的な「死に方」に対する期待や考え方の変容とも言えるのではないと思われる。浅見は伝統的な「家族に見守られて死ぬ」という死生観が、過疎地域では減少してきていると指摘しており¹⁶⁾、阿仁地域も自宅死を希望するものは高い数字ではない。しかし前述したように2割強は自宅死を望みかつ可能性があると考えている。この数字は全国調査と比べて低くはなくむしろ上回っている。これらの結果を死生観が変容してきているとみるのか、理想とする死を支える在宅ケア状況の不備により現実的な死に場所の選択をしているとみるのかは更に踏み込んだ調査が必要なのではないだろうか。

医療の過疎化の原因のひとつに医師不足があげられることは多くの県民が知っていることであろう。しかし、本調査では訪問看護が充実することが自宅死を可能にする条件の上位に上げられた。終末期の医療が、医学モデルではなく看護師によるケアを中心とした“支える医療”であり純粋な生活モデルであるならば、少ない医師であっても訪問看護が充実することにより自宅死の可能性は高まる。医療過疎そのものの問題は急性期の医療提供や搬送など課題は多岐に渡るが、少なくとも終末期医療に関しては“住み慣れた土地で親しい人たちに囲まれて人生の幕を引く”ことは“訪問看護を含む支える医療の充実”を目指すことで可能となるのではないかと、住民は期待しているとは言えないだろうか。

結 論

過疎が進むルーラルである秋田県阿仁地域の40代から70代の住民の死に対する印象は「自然」「別離」「寂しさ」であり、理想的な死は「迷惑をかけない死」であった。一方、身体に負担がかかっても最期まで治療の継続を希望するものもあり、医療に望みをつなぐ、すなわち医学モデルの考え方は存在している。最期の療養場所としておよそ4割の住民は自宅を希望し、3割は自宅死が可能であると考えている。全体の2割の住民は自宅で療養を希望しかつ実現も可能だと考えて

いることが明らかになった。自宅死を可能にする条件として、家族の理解、医師の支援とともに訪問看護の充実があげられた。医療過疎になってきている地域でも、終末期医療が“支える医療”であり“QOLを目指す生活モデルの医療”であると認識し、訪問看護を含む在宅ケアシステムが充実していくことで、住み慣れた場所で最期を迎えたいという住民の希望をかなえることはできるのではないかと考えられる。

本研究にご協力くださいました、阿仁地域の住民の皆様へ深く感謝申し上げます。本研究は文科省科学研究補助金（基盤研究B）「ルーラル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）の分担研究であり本研究の一部は第16回日本在宅ケア学会学術集会で発表した。

文 献

- 1) 秋田県公式 web サイト：<http://www.pref.akita.lg.jp/www/contents/1139298239060/index.html>2012.2012年11月20日検索
- 2) 厚生労働省ホームページ：在宅医療・介護安心2012 http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/anshin2012.pdf 2012年11月1日検索
- 3) 浅見洋：奥能登における住民の在宅終末医療に関する意識 珠洲市・能都町住民への意識調査より . 2009, 2007 - 2010年度科学研究補助金「調査研究中間報告書」
- 4) 前掲書3
- 5) 中村順子, 木下彩子, 阿部範子, 酒井志保, 大高恵美, 佐藤美恵子他：C市の特定高齢者にとって健康上の安心とは. 日本赤十字秋田短期大学紀要14：9-16, 2009
- 6) 和辻哲郎：風土. 岩波文庫, 東京, 1979, 161-185
- 7) 厚生労働省ホームページ：終末医療に対する意識調査 2008 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000vj79-att/2r9852000000vkcw.pdf> 2011年10月検索
- 8) 平成22年秋田県衛生統計年鑑：<http://www.pref.akita.lg.jp/www/contents/1333333995753/files/akitaei.pdf> 2012年11月26日検索
- 9) 秋山正子：在宅ケアの不思議な力. 医学書院, 東京, 2010, 52-56
- 10) 前掲書7
- 11) 猪飼周平：病院の世紀の理論. 有斐閣, 東京, 2010, 212-231
- 12) 前掲書7
- 13) 鈴木正子：生と死に向き合う看護 自己理解からの出発. 医学書院, 東京, 1999, 11-13
- 14) 秋山正子：プロフェッショナル仕事の流儀. NHK テレビ, 2010年3月16日放映

Views on life and death and the awareness of home terminal care among residents of the Ani region

Yoriko NAKAMURA* Ayako KINOSHITA** Mikiko TAKAHASHI***
Saori SATO*** Hiroshi ASAMI****

* Akita University Graduate School of Health Science

* * The Japanese Red Cross Akita College of Nursing

* * * The Japanese Red Cross Junior College of Akita

* * * * Ishikawa Prefectural Nursing University

To elucidate the views on life and death as well as to determine the awareness of terminal care, among rural residents in a continuous cross-sectional manner, a questionnaire survey was conducted on a total of 796 residents of the Ani region of Akita Prefecture, where elderly people comprise over 40% of the population. Responses were obtained from 297 subjects, and the results are described below.

The residents of the Ani region, a rural area with a shrinking population, viewed “death” as “natural” and resulting in “loneliness”, and “separation”, and regarded “not causing trouble to others” as the ideal “death”. In addition, 17% of subjects wished to continue treatment until the end of their lives even if it exerted a physical burden. This indicates the presence of the concept of a model in which patients attempted to recover through medical treatment even in the face of death, in other words the model of medicine. The finding that only 37% of residents wished to spend the terminal stage at home was thought to be due to the reality that no medical system supporting death at home exists. At the same time, however, 27% of residents felt that death at home was feasible, and 21% wished to spend the terminal stage at home and also felt that it was feasible. “Support for visiting nursing” ranked third among the conditions required to enable death at home, indicating that enhancement of homecare systems centered around visiting nursing is crucial for enabling residents to spend the terminal stage as desired.