

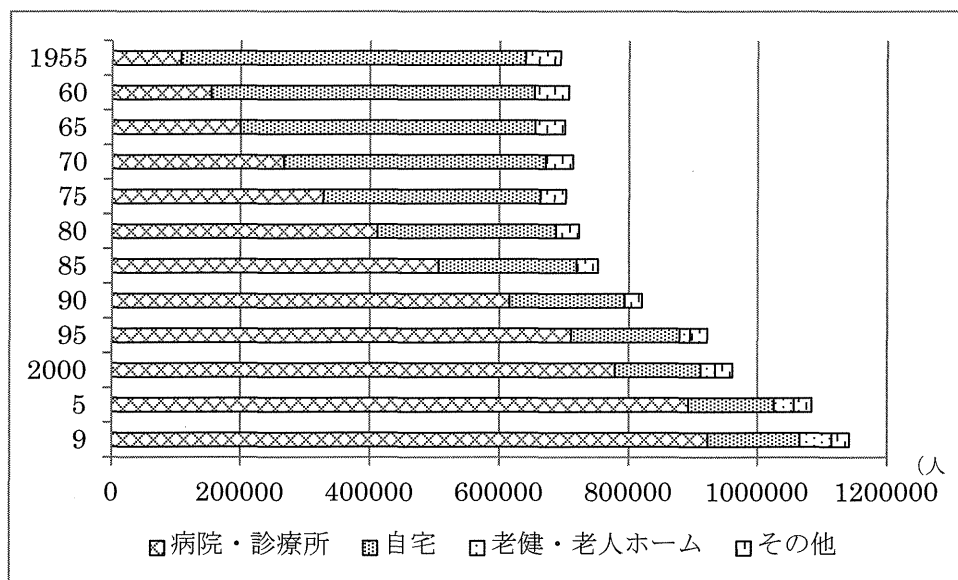
C. 結果

1. 死のタブー化 — 家庭から医療機関へ「死」の機能が移行

厚生労働省が行った人口動態調査によると平成 21 年度の出生者数 1,070,035 人、死亡者数 1,141,865 人と死亡者数が出生者数を上回り 71,830 人の自然減となっている。少子高齢化が著しく進展し我が国は人口減少社会の多死時代に入ってしまったといえよう。確かに数値上は多死時代である。しかし、果たして我々は出生よりも死亡が溢れている現実を実感しているのだろうか。

戦後、我々は死をタブー化し、死を忌むべき存在として不自然に日常生活圏から隔離するため看取りの場所を自宅から医療機関へと移してしまった。今からおよそ 55 年前の 1955 年の我が国の総死亡者数は 69 万人であったが、死亡場所の内訳は病院・診療所などの医療機関で亡くなった方が 11 万人で 15.4%であったのに対して、自宅で亡くなった方は 53 万人で 76.9%となっている。すなわち、終戦直後の我が国では看取りを自宅で行うことが一般的であった。しかし、1975 年には病院での死亡者数は 33 万人で全体の 46.7%を占めるようになり、自宅での死亡者数 33 万人とほぼ同数となる。その後も病院での死亡者数は増加傾向を示し 2005 年には 89 万人で全体の 82.4%を占めるまでに増加している。最新の統計では、2009 年の医療機関における死亡者数は 92 万人となっており実数ベースでは増加しているが全体の割合としては 80.8%と微減している。一方、自宅での死亡者数は減少傾向を示し、2005 年には 13 万人にまで減少し全体の 12.2%を占めるに過ぎない状況となっている。2009 年の最新の統計によると自宅での死亡者数は 14 万人と微増しており死亡者数全体の 12.4%となっており、減少傾向に歯止めがかかりつつある状況となっている。また、終の棲家として期待される特養などの老人ホームにおける死亡者数は増加傾向を示すものの 2009 年で 5 万人程度あり、死亡者全体の 4.3%を占めるにすぎず終の棲家として機能しているとは言い難い状況となっている。

図 1. 死亡場所の推移



(出典) 厚生労働省：人口動態調査。

この55年の間に我が国では、自宅で亡くなるのが一般的であったものが、病院で亡くなるのが一般的になるという非常に大きな変化が死亡場所について生じたのである。すなわち、55年前までは自宅という日常生活を過ごす場所に死が身近に存在していたのであるが、現在において死は日常生活を過ごす場所から切り離され、医療サービスを集中的に提供する医療機関へと移行されたのである。こうした看取り機能の医療機関への移行は、日常生活を過ごす全ての人から死を実感する機会を失わせ、死のタブー化、すなわち死は受け入れ祝るものから忌むべき存在として隔離するものへと変容していったのである。

ここで極めて重要な問題となるのは死を迎える人が看取りの機能の医療機関への移行を望んだ結果このような現象が生じたかどうかということである。データは古くなるが平成9年度の厚生白書によると高齢者の希望していた死亡場所として自宅を希望したものは89%、病院・診療所などの医療機関を希望したものは8%となっている。2004年に厚生労働省がまとめた終末期医療に関する調査等検討会報告書によれば、高齢になった場合の終末期を自宅で過ごしたいと希望したものは一般22.7%、医師48.9%、看護41.2%、介護38%となっており、医療・介護従事者ほど終末期に自宅療養を希望する割合が多くなる。また、自宅以外を希望した理由として家族の介護負担を理由にあげたものが最も多くなっており(83.6%)、潜在的な希望を含めると住み慣れた自宅を死亡場所としたい人が多いと考えるのが妥当であろう。看取られる側ではなく看取る側の理由により医療機関へ看取りの場所を移行させていったことが強く類推されるのである。

2. 看取り力の低下 — 地域における「死」を受容する仕組みの消滅

現代社会とは本来は日常生活圏に内包していた種々の機能を機械化、自動化または外部化することにより利便性を高め高度化していったと捉えることができるであろう。その代表的なものに看取り、療養、介護、冠婚葬祭などがあげられる^{文献9)}。日本の大多数の地域では伝統的に葬儀は村落・集落内にある葬式組などの地域住民の互助組織により執り行われてきた^{文献8)}。筆者は民俗学を専門としている研究者ではないため葬儀が地域内で住民によりどのように執り行われていたのか明確に述べることはできないが、少なくとも戦前から戦後すぐまでは村落・集落内の互助組織の助けを受け、自宅又は地域の宗教施設において葬儀が実施される場合が多かったようである。東京などの都市部においては大正時代には東京都葬祭具営業組合などの葬儀を生業とする事業者の組合が結成されており、事業として葬儀サービスを提供する事業者が存在したようであるが、葬儀会社を利用することが一般的になったのは昭和30年代以降のようである。さて、ここで筆者が述べたいのは1960年代までは間違いなく自宅を中心とした日常生活圏内に死を受容するシステムを有していたということである。すなわち、日常生活圏に「死」はありふれたものだったのである。そして、看取りの場所を自宅から医療機関へと移すに伴い看取り力を低下させ、地域・村落・集落などの日常生活圏に内包していた死を受容するシステムを喪失していったのである。

家庭内の看取り力、地域における死を受容するシステムを喪失した原因としては急速な少子化の進行、家族形態の変化、それに伴う機能の外部化・外部サービスの利用などが考えられる。人口動態統計より戦後の合計特殊出生率の推移をみると、第一次ベビーブームにあたる1947～49年には4以上であったものが、その後急速に低下し、10年後の1959年には2.04まで低下している。その後、第一次ベビーブーム世代が出産年齢に達した1971～74年(第二次ベビーブーム)まで合計特殊出生率2.0前後で推移するものの、その後、急速な減少傾向を示し、2005年には1.25まで低下している。家族形態の変化については、家族規模と家族構成という2つの側面から捉えることができる。国民生活基礎調査より家族規模について平均世帯人員を見てみると、1953年には5.0人であったものが、急激に低下

の傾向を見せ始め、1965年には3.75人と4人を下回り、1995年には2.91人と3人を下回る数値となり、その後も減少し続けている実態がある。家族構成についても65歳以上の高齢者のいる世帯の家族構成をみると1975年には「三世帯世帯」が54.4%と全体の半数以上を占めていたが、その後は減少を続け2004年には21.9%となり、この30年の間に半数以下にまで減少し、変わって「単独世帯」、「夫婦のみ世帯」、「親と未婚の子世帯」が倍増している。看取る側、介護する側である子供の数が少ないこと、そして世帯を別に行っていることにより看取りの負担が増大し、病院など医療機関へ看取りを移行させる圧力が発生したのである。また、地域コミュニティの弱体化、葬儀会社による外部サービスの発達などによる地域内の葬儀能力の喪失などが加わり、各家族の看取り力の低下と地域の「死」を受容する仕組みが急速に失われつつあるのである。

3. 自然現象としての「死」 — 自然科学的アプローチの限界

生物である限りその終わりである死は避けられないものであり自然の流れである。WHOが定義する緩和ケアの定義の中にも「緩和ケアは生命を肯定し、死を自然の過程と捉え、死を早めることも引き伸ばすこともしない。」とされている^{文献10}。にもかかわらず、現代社会において何故人は出生以上に多い死に立ち会う場面が少ないのであろうか。また死を実感しながら生きていないのであろうか。生と死はコインの表裏であり、本来、生きている我々の傍らにいつも寄り添っているものである。死をタブー化し忌むべき存在として目を背けることは、生すなわち生きることを軽薄化していることに他ならない。「Memento mori（死を記憶せよ）」とは古代ヨーロッパから哲学・芸術・文学の重要なテーマであり、人の最後を看取る中で看取る側の周囲の人は多くの教訓を得たのである。医学という自然科学が劇的に進歩する20世紀まで長い間、人類は生命の終わりという神秘の自然現象に畏敬の念を持って向いてきた。すなわち、死とは抗い忌むものではなく受け入れ学ぶものだったのである。そのため医学が発達するまで死を司ったのは宗教であった。

「死」とは「生命活動が不可逆的に停止すること」を意味する。現在、法医学では、人間の「死」を「心臓・肺・脳全ての不可逆的な機能停止」により規定している^{文献6}。つまり、心停止、自発呼吸停止、瞳孔散大の全てが確認された場合、人の死が確定する。人間の生理反応、すなわち自然科学的アプローチで死を議論するのが医学である。医学が高度に発達する以前は、いずれか一つのみの機能停止であっても速やかに他二者の機能停止に至るため、死亡は心停止を基準とする心臓死と同じ意味であった。しかし、医学の進歩により失われた生命活動を復活させる度合いは変化するため、死の厳密な時点を恒久的に規定することは困難になった。現在では人工心肺をはじめとした救命技術の進歩により、心肺停止状態でも恒常的に脳を生かして意識を保てる、あるいはそれを回復する可能性を残すようになったため、心肺停止と心臓死は同じ意味では説明が難しくなり、心肺停止による心肺脳全ての停止を心臓死と呼ぶようになった。一方、脳機能のみが死滅しても心肺機能を保てるようになり、この状態を脳死と言うようになった。臓器移植法などでも議論されているように、脳死を全ての人の死と認めるべきかどうか議論は決着しておらず、死の定義については医学的に議論が継続されている。

医学分野では人間の生理反応から死へアプローチするのに対して、宗教学、哲学、文化人類学などの分野では死生観・死後観念・祀りなどの観点から死へアプローチする。肉体も靈魂も永遠のものであるという古代エジプトの死生観がミイラによる死体の保存をもたらし、我が国でも肉体は滅んでも靈魂は永遠であるという仏教的な転生輪廻の思想がある。すなわち、避けられない自然現象としての死を受け入れるための意味付けを死後の世界を構築することにより行おうとしているのである。

医学・生理学など自然科学的に死を捉えるべきなのか、宗教・哲学・文化人類学など社会科学的に死を捉えるべきなのか、両者を融合していくべきなのか議論が必要であろう。自然科学的アプローチは人体の問題発生が死への帰着と捉えるため問題解決のため医学的治療を人体に施すことにより、一分一秒でも長く死に帰着させないことが正解とする傾向を生み出す。こうしたアプローチによる治療の積み重ねが多大な医学的進歩を生み出し、今まで救えなかった多くの命を救ってきたのは事実であろう。そして、治療を施すことにより日常社会へ復帰できるほど問題が回復する事例に対してはこうしたアプローチで積極的な治療を行うことは非常に大きな意味を持つ。しかし、回復が困難な事例に対して医学的治療を施し一分一秒の延命を施すことが果たして正解なのだろうか。ここに自然科学的アプローチの限界がある。自然の流れで枯れていかざるを得ない老木に多量の水と肥料を与え、それにより例えば老木がどのような状態になろうとも一分一秒でも長く生きさせることに何の意味があるのであろうか。

我々は家庭で看取りを行う看取り力を失いつつあり、地域での「死」を受容する仕組みも消滅しつつある。また、死後の世界を提示し「死」を受け入れ意味付けを行ってきた宗教も以前ほどの力を持ち合わせていない。自然科学的アプローチに問題はあるものの「死」を受容する場として病院に依存せざるを得ない状況を生み出してしまったのは他ならぬ我々なのである。

4. 「死」を受容する社会モデルの再構築に向けて

ここで、看取りに対する筆者の立場を明確にし、死を受容する社会モデルの再構築について考察を行いたい。死に行く過程において疼痛などの身体的苦痛を伴う場合も往々にしてあることから、筆者は看取りを行う際に医療従事者から適切な医療提供を受ける機会は保障されるべきであると考え。しかし、それは自然科学的アプローチに全てをゆだねるということではない。死を自然の過程として受け入れ受容する社会科学的方法をも加味し、適切な医療サービスを受けながら日常生活圏に看取りの機能を取り戻した、現代版の死を受容する社会モデルを構築することこそ多死時代を迎えた我が国に必要であると考え。

1) 専門職だけに任せないシステム

看取りということについては医学、看護学、福祉学の分野において積極的に議論が行われ終末期ケア、緩和ケア、end-of-life care などの在り様が議論され、ケアの質向上に向けた様々な研究や実践が行われている^{文献 1,2,3)}。こうした動きは評価されるべきであるが、最も重要なのは死すべき人が質の高いサービスを受けて死を迎えるまでの間に何をするか、残される看取る人が死をどのように受け入れ昇華し日常生活に戻っていくのかということであり、ケアの提供方法や在り方ではない。すなわち、死が比較的タブー化されていない医学、看護学、福祉学などの専門分野だけで議論を留めることは問題の本質的解決にはつながらない。死をタブー化し臭いものに蓋をしている一般の人々に情報を発信し、宗教や哲学などが有していた死を受け入れ意味付ける機能を各個人に返していく必要がある。

2) 看取り力（介護力を含む）の底上げと看取り育成

核家族化が進行し女性の社会進出が顕著な現在において、1960年代以前のように家庭・家族内において看取り・介護力を確保することは困難である。また、社会で老後を支えるという趣旨の下、介護保険が施行されており、介護や看取りに必要な適切な医療・看護・介護サービスを外部から受けることは当然の権利である。在宅においても適切な量のサービスを受けられるよう在宅医療・看護・介護サービスの提供体制を構築する必要があ

る。それと同時に介護・看取り育を実施し一般の人々が医療・看護・介護サービスを使いこなせるように教育していく必要がある。死を自然の過程と受け入れた上で、死を起点として生活を捉えれば、高齢者に対して行われる医療・看護・介護、及び高齢者を取り巻く環境や空間は、高齢者自身が残された生の中で自己実現していくための道具として位置付けられよう。道具が生を規定するのではなく、道具を活用して能く生き良く死ぬことが求められるのであり、そのためには道具を活用する能力を有さなければならない。サービスの提供体制は不十分ではあるが構築されつつあり、サービスの質も向上のための努力が続けられている。十分な量の道具があり道具の質が優れていたとしても、道具を使いこなす人が活用する能力を有さなければ全く意味をなさない。

3) 地域における互助組織とマネジメントシステム

冠婚葬祭が日常生活圏に内包されていたこと、またそれを支える葬式組などの地域内の互助組織が存在したことは先述した。2011年を迎える現代において、冠婚葬祭を自宅で行うことや、それを支える住民互助組織を地域で形成することは不可能と言ってよいであろう。看取り後のセレモニーである葬儀に関しても葬儀会社からサービスを購入することはあってよいことである。看取りや葬儀を地域内で実施していた時に地域が有していた最も大切な機能は、看取りや葬儀を行うマネジメントシステムであり、このマネジメントシステムを現代的に読み替え再構築しなければ在宅看取りを現代で実施し普及していくことは非常に困難になる。医療機関での看取りが比較的楽なのは医師が適切なマネジメント機能を発揮し看取りに必要な処置サービスを決定してくれるからである。看取りの当事者となる本人及び家族が一から情報収集を行い、その中から適切な行動を選択することは困難であり、全体をマネジメントし情報を整理して本人及び家族の意思決定をサポートする役割が重要である。1960年代の我が国では自宅で親戚家族を看取った人が大多数であり、地域内に葬式組などの機能を有しており他人の葬儀などを執り行うことも多かったため看取りから葬儀までのマネジメント可能な人材を多数地域に擁していたのである。看取りの場を自宅から医療機関に移行し30年が経過した現在、そうしたマネジメント機能は個人や地域から喪失している。現段階では医師や介護支援専門員がマネジメントしていく必要があるのであろうが、将来的には介護・看取り育を通して本人及び家族または親戚や近隣の本人をよく知る人などできる限り日常生活圏に近いところへ戻していく必要がある。

来年度以降は、在宅看取りの実態調査を実施し日常生活圏に看取りの機能を取り戻すための具体的モデル像について検討を行いたい。

【引用文献】

- 1)宮田和明ほか2名編著：在宅高齢者の終末期ケア－全国訪問看護ステーション調査に学ぶ－、中央法規、2004
- 2)A・デーケン編：日本のホスピスと終末期医療、春秋社、1991
- 3)佐藤智編：在宅での看取りと緩和ケア、中央法規、2008
- 4)新村拓：在宅死の時代、法政大学出版局、2001
- 5)シモーヌド・ボーヴォワール：おだやかな死、紀伊国屋書店、1995.
- 6)澤口彰子他11名：臨床のための法医学、朝倉書店、2005.
- 7)小松美彦：死は共鳴する－脳死・臓器移植の深みへ－、勁草書房、1996
- 8)高橋繁行：葬祭の日本史、講談社、2004
- 9)斎藤美奈子：冠婚葬祭のひみつ、岩波新書、2006
- 10)WHO：Cancer Pain Relief and Palliative Care, Report of a WHO Expert Committee
Technical Report Series, No.804, 1990.

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
分担研究報告書

在宅看取りにおける看護・介護負担に関する考察

研究分担者 孔相権（京都大学大学院医学研究科安寧の都市ユニット特定助教）

【研究要旨】

本研究は、先進的な在宅看取りサービスを提供するクリニックNとK事業所の活動に着目し、在宅看取りの評価を残された家族の立場より行うことにより、本人も家族も納得して在宅での生活を継続し死を迎えることができる社会システムの在り様を模索するものである。その中でも特に本研究においては、看取りを行った家族が主観的に感じた看護・介護負担について分析を行い、在宅看取りの実態を明らかにすることを目的とする。

調査対象である法人Oの在宅医療・看護・介護サービスを利用し平成20年1月1日から平成20年12月31日までの12ヶ月間に在宅で亡くなった方の家族を対象にアンケート調査を実施した。調査対象者は35名であったが医療法人社団O担当者の事前折衝で許可が取れた32家族にアンケート用紙を配布し28部回収し、回収率は87.5%であった。有効回答28事例を分析した結果、

- 1) 男女の内訳は男性20人と女性8人となっており男性の方が多いこと
 - 2) サービス提供を受けた期間は最短で5日から最長で2303日とサービス受給期間には差があり、情報開示許可を受けている25人の平均サービス受給期間は237日であること
死因ががんであった21人のサービス受給期間は約70日であり、老衰などが死因の事例と比較するとサービス受給期間が圧倒的に短くなる傾向がある
 - 3) 死因ががんであった21人のサービス受給期間は約70日であり、老衰などが死因の事例と比較するとサービス受給期間が圧倒的に短くなる傾向があること
 - 4) 主介護者が女性となる場合が多いこと
 - 5) 看護・介護負担感では、オムツ介助やトイレ介助などの排せつ介助、入浴介助、移動介助などの負担感が大きいこと
 - 6) 医療負担感は看護・介護負担感よりも負担感が大きいこと
- などを明らかにした。

以上の結果より、1施設における少数事例の研究ではあるが、家族の主観評価では、在宅看取り時に過度の医療・看護・介護負担が主介護者に生じる実態が明らかとなった。しかし、こうした負担に耐えながらも患者と家族が在宅看取りを選択していることは事実である。家族の負担感の軽減策を考えると同時に、病院での看取りよりもはるかに負担感が大きいと考えられる在宅看取りを、何故患者と家族が選択したのかという意味決定のメカニズムを解明することの方がより重要となると考えられる。意思決定のメカニズムを解明することにより、在宅で家族を看取するという行為に対する社会的位置付けを行い、本人も家族も納得して在宅での生活を継続し死を迎えることができる社会システムの在り様を模索することこそ、QOD（Quality of Death）の高い豊かな『看取り』につながるものと考えられる。

A. はじめに

本研究は、先進的な在宅看取りサービスを提供するクリニックNとK事業所の活動に着目し、在宅看取りの評価を残された家族の立場より行うことにより、本人も家族も納得して在宅での生活を継続し死を迎えることができる社会システムの在り様を模索するものである。その中でも特に本研究においては、看取りを行った家族が主観的に感じた看護・介護負担について分析を行い、在宅看取りの実態を明らかにすることを目的とする。

フリードリッヒ・ニーチェ著「悦ばしき知識」の中で、『神は死んだ』という言葉がある。『神は死んだ。神は死んだままだ。そして我々が神を殺したのだ。世界がこれまで持った、最も神聖な、最も強力な存在、それが我々のナイフによって血を流したのだ。この所業は、我々には偉大過ぎはしないか。こんなことが出来るためには、我々自身が神々にならなければならないのではないのか。』

筆者は哲学研究者ではないため、ここでこの非常に有名な言葉を意味論的に論じる能力を有しないが、一般的には、著しい科学の進歩や多様な価値観や大量の情報が、キリスト教的又は旧来的『神』すなわち「人間を導く超越的存在や真理」を、それに代わるものを見いだせぬまま、我々自身の手で殺してしまい、それゆえの人間の不幸と社会の混乱をニーチェは指摘したかったと解釈されている。この解釈の成否はわからないが、振り返って我が国では少なくとも『死』や『看取り』についてはそれに代わるものを見いだした。それが『医療』であり『自然科学』なのである。さて問題は、『神』の代わりに『医療』を見いだすことが、果たして我々の豊かさにつながったのかどうかということであり、筆者は豊かさにつながったということに対して懐疑的立場を取るのである。

観念的議論になったが、ここで現実的事象において筆者の問題意識の整理を行うと、筆者は『看取り』時に医療に絶対的に依存することに懐疑的なのである。依存するのではなく、上手に医療を活用し、本人又は家族の思いを実現しながらこの世から去って逝くことが可能な社会の在り様を模索したいのである。そのため、本研究では病院における看取りの対極と考えられている在宅看取りで、かつ在宅医療・看護・介護サービスを上手に活用したと考えられる事例に着目し、医療に依存する看取りではなく医療を活用する看取りの評価を行い、豊かな『看取り』についても考察を深めたいと考えている。

B. 対象および方法

1. 対象

本研究は、2006年5月に小規模多機能型居宅介護施設Nケアセンターを開設した医療法人社団O（以下：法人O）を調査対象としている。法人Oは兵庫県伊丹市に位置し、1988年2月に設立されたクリニックNを前身にしている。1999年4月に現在の名称に変更され、2000年4月に訪問看護ステーション、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、在宅リハビリをK事業部に統合している。2005年10月に通所介護事業所Nケアセンターを開設し、2006年5月に小規模多機能型居宅介護施設の認可を受けている（表1）。クリニックNとNケアセンターとの距離は徒歩2～3分程度の距離であり、協力医療機関クリニックNと極めて近接した位置に立地しているのがNケアセンターの特徴である。クリニックNとNケアセンターの外観写真を図1に、Nケアセンターの平面図を図2に示す。

表1 医療法人社団Nの沿革

医療法人社団O沿革	
1988年2月	クリニックN設立
1999年4月	医療法人社団O・クリニックN開設
2000年4月	K事業部に統合 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーション ・訪問介護事業所 ・居宅介護支援事業所 ・在宅リハビリ（クリニックN）
2005年10月	通所介護事業所 Nケアセンター開設
2006年 5月	小規模多機能型居宅介護施設Nケアセンター認可

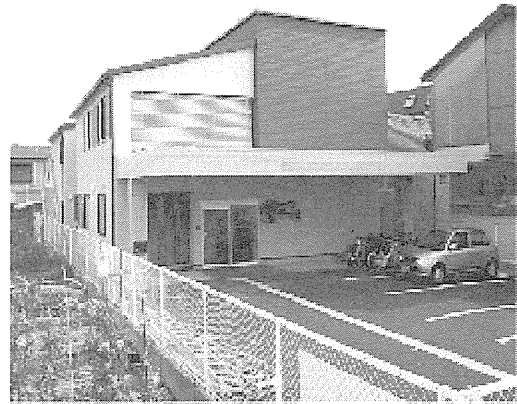


図1 クリニックNとNケアセンターの外観写真

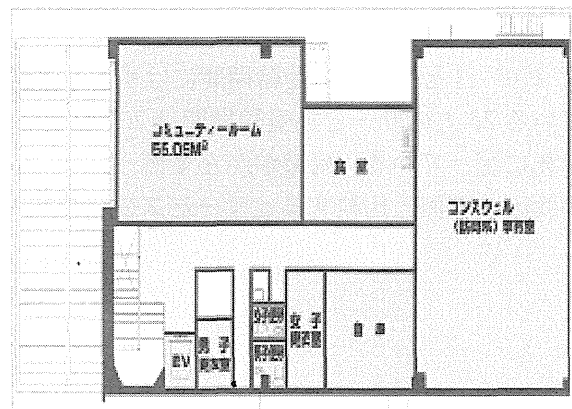
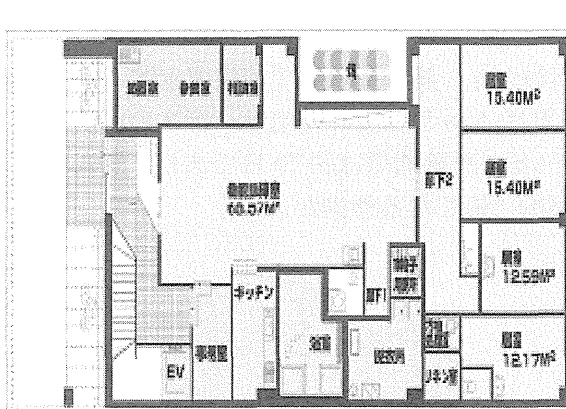


図2 Nケアセンター平面図

一般的に小規模多機能居宅介護施設は外環境の変化の影響を強く受ける認知症高齢者の対応を想定して制度化された施設であるが、Nケアセンターは協力医療機関Nクリニックと同一法人が運営していることから、その強みを活かし中重度の要介護高齢者を積極的に受け入れている。がん末期や難病、人工呼吸器、胃ろうなど他施設では受け入れ困難な高齢者も受け入れているため利用者は伊丹市内一円に及び、中重度でも在宅生活を望む要介護高齢者が広範囲から集まっているという結果になっている。同一法人内に訪問看護ステーション、在宅リハビリ、訪問介護事業所を有しており、通所系サービスだけではなく訪問系サービスも充実していることから、医療・看護・介護が連携してサービス提供を行い在宅看取りを積極的に支援していることが最大の特徴となっている。

2. 方法

調査対象である法人Oの在宅医療・看護・介護サービスを利用し平成20年1月1日から平成20年12月31日までの12ヶ月間に在宅で亡くなった方の家族を対象にアンケート調査を実施した。調査対象者は35名であったが医療法人社団O担当者の事前折衝で許可が取れた32家族にアンケート用紙を配布し28部回収し、回収率は87.5%であった。アンケート調査はインタビュー調査や行動観察調査のように精緻な実態把握を行うには適さないが、多くの調査対象を一度の調査で取り扱うことができるため、家族の意向などを全体的に把握するのに適している。本研究においてもアンケート調査を採用し、在宅サービスを受け在宅看取りを行った家族を調査対象に看取りを行った自宅情報、本人及び家族の看取りの希望、看取り時の看護・介護の負担感、利用した在宅サービスへの評価などについて実態把握を試みる。

C. 結果とD.考察

1. 調査対象者の諸属性 (n=28)

平成20年1月～12月までに法人OのK事業所が提供する在宅医療・看護・介護サービス又は小規模多機能型居宅介護施設Nケアセンターを利用し亡くなった32人が調査対象となった。調査対象者にアンケート調査用紙を郵送配布し28部を回収しカルテなど法人Oで保管されている資料の開示許可を25家族から受けた。アンケート及びカルテなどより明らかになった患者属性を表2に示す。表中の網掛けはインタビュー調査が可能であった9事例である。男女の内訳は男性20人と女性8人となっており男性の方が多い。情報の開示許可を得た25人の死亡時の平均年齢は72歳となっている。死因ではがんが最も多く21人となっており、老衰3人、心筋梗塞1人となっている。がん患者が多いことから死亡時の年齢は49～100歳と非常に年齢幅が大きい結果となっている。法人Oのサービス提供を受けた期間は最短で5日から最長で2303日とサービス受給期間には差があることがわかる。調査対象者で情報開示許可を受けている25人のサービス受給期間は237日となっており、8ヵ月程度の在宅サービスの提供を受け死に至っている。死因ががんであった21人のサービス受給期間は約70日であり、老衰などが死因の事例と比較するとサービス受給期間が圧倒的に短くなる傾向がある。

No.	氏名	年齢	開始時期	死亡日時	サービス 提供期間	死因	事業所	アン ケート	インタ ビュー	カルテ
1	M1	66	2007/12/12	2008/4/3	114日	中咽頭癌	K・Nケアセ ンター	○	○	○
2	M2	70	2008/4/4	2008/4/11	8日	胃癌	K	○	×	○
3	M3	71	2008/3/28	2008/4/23	27日	大腸癌	K	○	×	○
4	W1	87	2008/4/17	2008/4/28	12日	老衰	居/A苑 看・介/K	○	×	○
5	M4	69	2008/4/2	2008/5/6	35日	胃癌	K	○	○	○
6	W2	49	2007/12/4	2008/5/25	174日	肺癌(扁平 上皮癌)	K	○	○	○
7	M5	77	2008/5/9	2008/6/2	25日	S状結腸癌	K	○	○	○
8	M6	69	2008/6/2	2008/6/6	5日	肝不全・肝 癌	K	○	○	○
9	W3	82	2007/9/12	2008/6/9	271日	膵臓癌	K	○	×	○
10	W4	95	2005/1/17	2008/6/16	1247日	心筋梗塞	K	○	×	○
11	M7	77	2008/6/4	2008/6/20	17日	肺癌	K	○	×	○
12	W5	99	2005/9/12	2008/2/20	893日	老衰	K	○	○	○
13	M8	64	2008/2/18	2008/7/16	151日	膵臓癌	K	○	○	○
14	M9	72	2008/6/18	2008/7/23	36日	肺癌	K	○	×	○
15	M10	76	2008/7/15	2008/7/30	16日	食道癌 上 行結腸癌	K	○	×	○
16	M11	61	2008/8/5	2008/8/11	7日	前立腺癌	K	○	×	○
17	M12	69	2008/6/26	2008/8/26	62日	食道癌	K	○	×	○
18	W6	100	2002/5/28	2008/9/15	2303日	老衰	K	○	×	○
19	M13	54	2007/12/28	2008/9/29	277日	肺癌	K	○	×	○
20	M14	64	2008/10/31	2008/12/27	58日	肝臓K	K	○	×	○
21	W7	87	2008/1/17	2008/3/28	72日	全縦隔腫瘍	居/H 看・介/K	○	×	○
22	M15	66	2008/7/26	2008/10/5	72日	スキルス 胃癌	K	○	×	○
23	M16	62	2008/10/30	2008/11/10	12日	非ホジキン リンパ腫	K	○	×	○
24	M17	52	2008/11/18	2008/11/22	5日	肝癌	外来・K	○	○	○
25	M18	-	-	-	-	-	-	○	×	×
26	M19	-	-	-	-	-	-	○	×	×
27	W8	62	2007/12/16	2008/1/19	35日	大腸癌	K・Nケアセ ンター	○	○	○
28	M20	-	-	-	-	-	-	○	×	×

注) 事業所欄のKは法人Oの在宅事業部Kより在宅サービスを受けた事例である。居宅サービスを他事業所などで受けK事業が訪問サービスを実施した場合は居/O、看・介/Kなどの表記になる。

表2 調査対象者の諸属性

2. アンケート回答者と患者の関係

亡くなった患者とアンケート用紙回答者の関係を図3に示す。患者の妻が16人(57.1%)と最も多く半数を超えている。次いで息子や娘などの実子が7人、実子の配偶者3人(10.7%)、夫2人(7.1%)となっている。今回の調査では独居の患者が自宅で死を迎えた事例は存在しなかった。実子の内訳は息子3人(10.7%)、娘4人(14.3%)となっており娘の割合の方が大きい。また、アンケート回答者が夫や息子であっても主介護者が娘や息子の嫁である場合が多く、男性が主介護者となっている事例はほとんど確認できなかった。事例数が少ないため仮説の域を超えないが、男性が末期がんであることが判明し妻が健在で本人が在宅看取りを希望した場合、在宅看取りが実施される可能性が高いことが推測される。現時点では、主介護者となる妻・娘・義理娘といった女性の人手確保が重要のようである。しかし、各種将来推計などで示されるように将来の世帯構成変化などを考慮すると夫や息子が主介護者となり妻や両親を看取る事例や高齢の夫や妻が高齢の配偶者を看取る事例などが増加することが想定され、同居家族がいても家庭で介護力を期待できない場合や男性が主介護者の場合のサポート体制などについて今後議論する必要性が高まると考えられる。

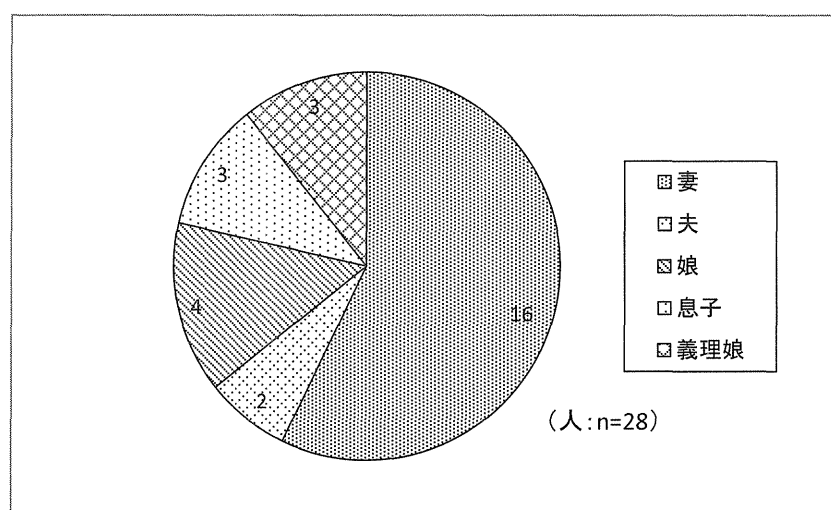


図3 アンケート回答者と患者の関係

3. 家族の医療・看護・介護負担感

1) 看護・介護負担感

在宅看取りを開始すると本人は家族と職員から様々なサポートを受け自宅療養し死の帰結を迎える。一般的に、家族が看取りに際して自宅よりも病院を選択するのは、家族の医療・看護・介護負担が在宅看取りの場合、病院での看取りよりも大きくなると考えられているからである。調査対象となった家族の看護・介護負担感を図4に示す。平均点は「非常に負担」5点～「全く負担でない」1点と1点刻みで項目に点数をつけ合計点数を回答者数で除して求めている。これより、排せつ介助、入浴介助、移動介助の負担感が大きいことがわかる。排せつ介助については、「オムツ介助」が該当者22人・平均点3.0、「ポータブルトイレ介助」が該当者10人・平均点3.2、「トイレ介助」が該当者13人・平均点3.2となっている。オムツ介助よりもポータブルトイレ介助やトイレ介助の方が負担感が若干大きくなっているが、これはポータブルトイレ介助やトイレ介助の場合、トイレ又はポータブルトイレまで本人を移動させなければならぬため負担感が大きくなったのではないかと考えられる。また、ポータブルトイレの場合は排せつ後の汚物の処理もしなければならず家族にとっては負担感が大きいようである。しかし、インタビュー調査によると下の世話を受けることに抵抗し、最後までトイレに行こうとする意思を見せた事例もあったことから、オムツ導入による多少の負担感軽減をどのように捉えるかが問題となる。わずかしかな負担軽減が見込めないでトイレに誘導し本人の自尊心を損なうことなく排せつ介助をすることが適切な場合もあろうし、家族の負担感が限界で少しでも看護・介護負担を低減する必要がある場合はトイレ介助からオムツ介助に切り替えることも有効であろう。本人及び主介護者の意向を調整しながら事例ごとに最適な排せつ介助を選択できるようにアドバイスすることが求められている。

入浴介助については、「入浴介助」が該当者16人・平均点3.0、「清拭」が該当者20人・平均点2.5となっている。排せつ介助とは異なり入浴から清拭に切り替えることにより、家族の負担感低減効果は大きい。しかし、インタビューでは「自宅でゆっくりお風呂に入る」ことを希望した者が確認されており、本人のQOLを向上させるという点においては、清拭ではなく出来る限り入浴介助し入浴してもらう方が効果的ということになる。最終的には排せつ介助と同様に事例ごとに判断すべき問題であるが、負担感軽減効果が見込めることから、在宅介護サービスを使い訪問入浴サービスの提供を受けるなど適切な入浴回数が確保される場合、家族のみの時は清拭で済ませるということでもよいのではないだろうか。

移動介助については、「移動介助」が該当者14人・平均点3.1、移動介助も含む「通院介助」が該当者13人・平均点2.7となっている。自宅療養であるため病院や施設のように車椅子に対応できるような廊下幅や間取りになっておらず、また介護される側が男性で介護する側が妻・娘・義理娘など女性の割合が多いため負担感が大きくなっていることが考えられる。移動介助の負担低減のためには病院や施設で行われているように車椅子の導入、移乗のためのリフト導入など様々な手段があるのであるが、自宅療養でそうした器具を導入することは自宅の大規模改修が必要となり現実的ではない。手すりの設置など軽微な自宅改修がせいぜいであろうが、自宅療養のために自宅を改修した事例はインタビュー調査も含めて1例しか確認することができなかった。

トイレ・浴室などの水回りの位置や間取りを考慮し、介護導線が最短となる部屋を療養室にすることが最も現実的解答であると考えられる。

一般的には高齢者の三大介護とは排せつ・入浴・食事介助であるが、今回の在宅看取り事例は自立度が最後まで維持されやすいがん患者が多かったためか「食事介助」の負担感は小さかった（該当者19人・平均点2.1）。それよりは「食事の工夫」（該当者22人・平均点2.7）の方

が負担感が大きい結果となったのが特徴的である。その他、身の回りの世話（「洗面介助」・「歯磨き介助」・「着替え介助」・「常にそばにいたること」）などの負担感は小さかった。

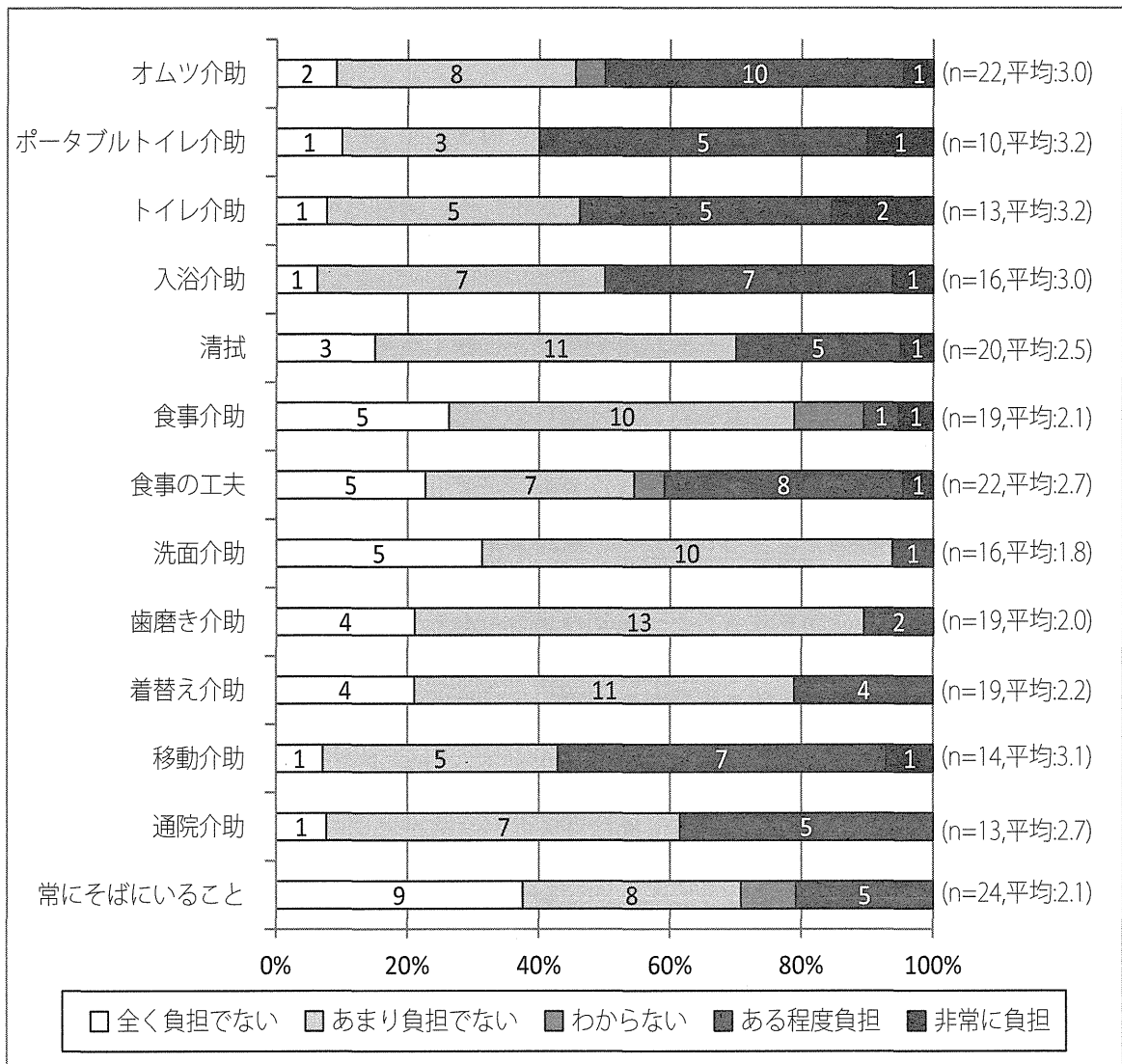


図4 看護・介護負担感

2) 医療負担感

本研究の調査対象事例の特徴はがん患者が多いということである。そのため、認知症高齢者などの一般的な高齢者の在宅ケアと異なり、家族・医師・看護師からの医療的サポートが必須となる。家族の医療負担感を図5に示す。看護・介護負担感と比べると医療負担感是非常に大きいことが分かる。特に負担感が大きかったのは「吸引」で該当者4人・平均点4.4となっており、次いで「IVH管理」が該当者2人・平均点3.5、「吸入」が該当者2人・平均点3.5、「点滴」が該当者11人・平均点3.4、「褥瘡処置」が該当者6人・平均点3.3と続いており、家族にとって負担感の大きい項目となっている。一方で平均点3.0未満の比較的負担感の小さかった項目としては、「酸素療法」が該当者8人・平均点2.4、「膀胱留置カテーテル」が該当者4人・平均点2.5、「血糖測定」が該当者2人・平均点2.5、「内服薬管理」が該当者20人・平均点2.6、「麻薬管理」が該当者9人・平均点2.9などが挙げられる。看護・介護項目では最も該当者が

少なかった「ポータブルトイレ介助」で該当者が10人と10人を超える該当者がいたのであるが、医療項目では「内服薬管理」が該当者20人、「点滴」が該当者11人と10人を超えているものの他の項目は該当者が10人以下であり、患者の症状により家族に求められる医療行為の種類に差異があることが認められる。「人工呼吸器管理」などは負担感が大きい項目ではないかと筆者は感じるが、該当者が1人でその該当者が負担感で「わからない」と回答しているため平均点3.0となり、負担感が大きい項目にならなかった。家族の負担感を正確に把握するためには各項目で該当者が最低でも10人を超える必要があると考える。そのため、医療負担感については今後事例数を増やした上での再分析が求められる。家族の大多数は医療従事者ではないため、医療行為に対して負担感が大きくなることは止むを得ない事象であると考えが、負担感をいさきながらも当該項目を実施できたことは間違いのない事実である。正確かつ丁寧に情報提供を行い、問題が生じた場合は医師・看護師などの医療従事者が速やかにサポートすることにより、家族に安心感を与えることが負担感低減につながるものと考えられる。

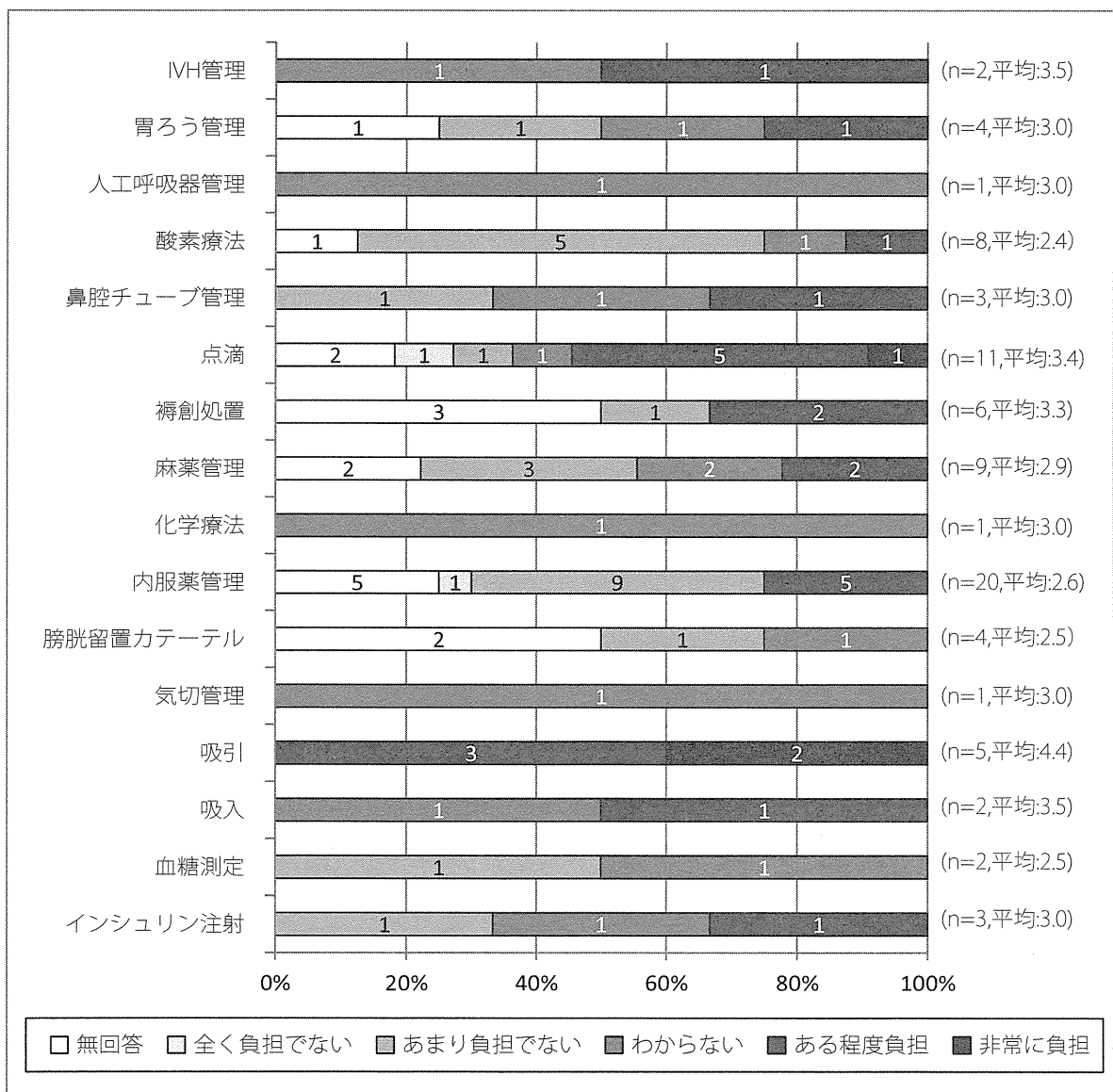


図5 医療負担感

E. まとめと今後の課題

1 施設における少数事例の研究ではあるが、家族の主観評価では、在宅看取り時に過度の医療・看護・介護負担が主介護者に生じる実態が明らかとなった。しかし、こうした負担に耐えながらも患者と家族が在宅看取りを選択していることは事実であり、何故患者と家族が在宅看取りを選択したのかという意思決定のメカニズムを今後明らかにすることが求められる。また、各種医療・看護・介護負担の負担感を正確に把握するためには事例数を増やすことが必要であり、事例数を増やした上で再分析することが今後の課題となる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
分担研究報告書

在宅看取り患者の特性およびサービス受給状況

研究分担者 孔 相権（京都大学大学院医学研究科安寧の都市ユニット特定助教）

研究代表者 川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

【研究要旨】

目的：本研究の目的は、終末期ケアにおける医療・介護連携を推進するにあたって、在宅看取り患者の特性およびサービス受給状況を明らかにすることである。

対象：平成20年1～12月までに、在宅医療を展開している医療法人Oが提供する在宅医療・看護・介護サービス又は小規模多機能型居宅介護施設Nケアセンターを利用し、亡くなった32名を調査対象とした。

方法：調査対象者にアンケート調査用紙を郵送配布し、回答のあった28名を分析対象とした。

結果：対象者28名のうち、男性は17名（60.7%）、女性は11名（39.3%）であった。平均年齢は、全体では73.6歳、男性では69.7歳、女性では79.7歳であった。平均在宅日数は、全体では245.5日、男性では79.4日（最短5日、最長752日）、女性では525.0日（最短6日、最長2,303日）であった。要介護度別にみると、全体では要介護1および5が最も多く（各25.0%）、要介護3が最も少なかった（7.1%）。性別に見ると、最も多かったのは男性では要介護5（41.2%）、女性では要介護2（54.5%）であった。

死に至った主傷病名で多かったのは、膵臓癌（17.9%）、老衰（14.3%）、胃癌（10.7%）、肺癌（10.7%）であった。

サービス受給状況をみると、利用したサービスとして多かったのは、訪問看護（92.9%）、福祉用具貸与（53.6%）、訪問診療（50.0%）であった。サービスの組み合わせを見てみると、3つ以上組み合わせている利用者は約6割であった。組み合わせとして多かったのは、訪問看護＋訪問診療（17.9%）、訪問看護＋福祉用具貸与＋訪問診療（14.3%）であった。

A. はじめに

本研究の目的は、終末期ケアにおける医療・介護連携を推進するにあたって、在宅看取り患者の特性およびサービス受給状況を明らかにすることである。

B. 対象および方法

1) 対象

平成20年1～12月までに、在宅医療を展開している医療法人Oが提供する在宅医療・看護・介護サービス又は小規模多機能型居宅介護施設Nケアセンターを利用し亡くなった32名を調査対象とした。

2) 方法

調査対象者にアンケート調査用紙を郵送配布した。回答のあった28名を分析対象とした。

3) 倫理的配慮

対象者には、調査の目的・方法について書面および口頭で説明した。調査協力は任意であること、匿名性が担保されること、目的以外では使用しないことについて説明を行い、同意を得た。

C. 結果、D. 考察、E. 結論

1) 患者の属性

対象者28名のうち、男性は17名(60.7%)、女性は11名(39.3%)であった。平均年齢は、全体では73.6歳、男性では69.7歳、女性では79.7歳であった。平均在宅日数は、全体では245.5日、男性では79.4日(最短5日、最長752日)、女性では525.0日(最短6日、最長2,303日)であった(図表1)。

図表1 性別にみた人数、平均年齢、平均在宅日数

	総数	男性	女性
人数(名)	28 (100.0%)	17 (60.7%)	11 (39.3%)
平均年齢(歳)	73.6	69.7	79.7
平均在宅日数(日)	245.5	79.4	525.0
最短在宅日数(日)	5	5	6
最長在宅日数(日)	2,303	752	2,303

要介護度別にみると、全体では要介護1および5が最も多く(各25.0%)、要介護3が最も少なかった(7.1%)。性別に見ると、最も多かったのは男性では要介護5(41.2%)、女性では要介護2(54.5%)、最も少なかったのは男性では要介護2および3(各5.9%)、女性では要介護3および5(各0.0%)であった(図表2)。

図表2 要介護度別にみた性別の人数および構成割合

	総数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	不明
総数	28 (100.0%)	3 (10.7%)	7 (25.0%)	2 (7.1%)	4 (14.3%)	7 (25.0%)	5 (17.9%)
男性	17 (100.0%)	2 (11.8%)	1 (5.9%)	2 (11.8%)	1 (5.9%)	7 (41.2%)	4 (23.5%)
女性	11 (100.0%)	1 (9.1%)	6 (54.5%)	0 (0.0%)	3 (27.3%)	0 (0.0%)	1 (9.1%)

死に至った主傷病名で多かったのは、膵臓癌（17.9%）、老衰（14.3%）、胃癌（10.7%）、肺癌（10.7%）であった（図表3）。

図表3 主傷病名別の人数および構成割合

	人数（人）	構成割合（%）
総数	28	100.0
膵臓癌	5	17.9
老衰	4	14.3
胃癌	3	10.7
肺癌	3	10.7
大腸癌	2	7.1
肝不全・肝癌	2	7.1
食道癌	2	7.1
中咽頭癌	1	3.6
S状結腸癌	1	3.6
心筋梗塞	1	3.6
前立腺癌	1	3.6
急性呼吸不全	1	3.6
非ホジキンリンパ腫	1	3.6
慢性閉塞性肺疾患	1	3.6

2) サービス受給状況

受給したサービスとして多かったのは、訪問看護（92.9%）福祉用具貸与（53.6%）、訪問診療（50.0%）であった（図表4）。

サービスの組み合わせを見てみると、3つ以上組み合わせている利用者は約6割であった。組み合わせとして多かったのは、訪問看護＋訪問診療（17.9%）、訪問看護＋福祉用具貸与＋訪問診療（14.3%）であった（図表5）。

図表4 利用サービス別の人数および構成割合

サービス内容	人数（人）	構成割合（％）
訪問看護	26	92.9
福祉用具貸与	15	53.6
訪問診療	14	50.0
訪問介護	10	35.7
訪問入浴	5	17.9
小規模多機能	2	7.1
デイサービス	1	3.6
ヘルパー	1	3.6

図表5 利用サービス組み合わせ別の人数および構成割合

サービス数	サービス内容	人数（人）	構成割合（％）
1	訪問看護のみ	1	3.6
2	訪問看護＋福祉用具貸与	2	7.1
	訪問看護＋訪問診療	5	17.9
	訪問看護＋訪問介護	1	3.6
	訪問看護＋訪問入浴	1	3.6
	福祉用具貸与＋訪問介護	1	3.6
	訪問診療＋訪問介護	1	3.6
3	訪問看護＋福祉用具貸与＋訪問診療	4	14.3
	訪問看護＋福祉用具貸与＋訪問介護	1	3.6
	訪問看護＋福祉用具貸与＋小規模多機能	2	7.1
	訪問看護＋福祉用具貸与＋デイサービス	1	3.6
	訪問看護＋福祉用具貸与＋ヘルパー	1	3.6
	訪問看護＋訪問診療＋訪問介護	2	7.1
	訪問看護＋訪問入浴＋福祉用具貸与	1	3.6
	訪問看護＋訪問入浴＋訪問看護	2	7.1
4	訪問看護＋福祉用具貸与＋訪問診療＋訪問介護	1	3.6
5	訪問看護＋福祉用具貸与＋訪問診療＋訪問介護＋訪問入浴	1	3.6