

都市における在宅死の実態と医療福祉サービスの課題

中村陽子*¹ 宮原伸二*² 人見裕江*³

要 約

都市における看取りの実態をもとに、在宅死を可能にするための医療福祉サービスのあり方を明らかにすることを目的として調査を行った。

調査は事前に協力の得られた大阪市の訪問看護ステーション（以下ステーション）18カ所に、郵送式質問紙法により実施した。

調査内容は、ステーションの概要及び1996年～1998年（3年間）のステーション利用者の死亡から性別、死亡場所を調べ、更に在宅死亡事例より年齢、性別、死亡病名、寝たきり度、利用した在宅サービス、医療的処置の状況を調査した。

調査対象の18カ所のステーションのうち24時間連絡体制をとっているのが13カ所（72%）あり、在宅での看取りの経験は15カ所（83%）あった。死亡事例は371名あり、そのうち在宅死亡は129名（34.8%）であった。在宅死の特徴としては死亡数に性別による差はなかったが、90歳以上に女が多かった。また、死亡病名は悪性新生物が一番多く男47%、女26%を占めていた。在宅サービスの利用は低調で全く利用なしも31.6%みられた。医療処置を受けた人は86%あった。また不安の緩和は46.2%、家族への死の兆候の指導は55.9%行われていた。

これからの都市の看取りを支えるためには、医療・福祉の枠を越えた医療福祉及び心理的な援助が求められる。また、総合的なマネジメントが重要といえる。

はじめに

1955年前後を境にして日本人の死を迎える場所に大きな変化がおこってきた。当時70%以上の日本人は自宅で最後の時を迎えていたが、その後日本が戦後の貧困を脱し1961年国民皆保険の施行と共に病院が整備され核家族化がすすみ、都市部では実に70～80%が病院で死を迎えるようになった。

そして今、人生の最後をどこで迎えるのか、また誰がどのように看取るのかについて関心が高まっている。

高齢化はこれまで地方において先行的に進行してきたが、1990年以降は大都市においても大規模かつ急速に高齢化がすすむと予想されている¹⁾。また、都市近郊型地域での高齢者のみの世帯の著しい増加は、看取りの介護をめぐる問題の顕在化を示している。

現在、医療・福祉の理念と政策は、地域ケア、在宅ケア、そして包括的な地域ケアへと推進し変遷し

ている。しかしながら、わが国をはじめ諸外国を含めても在宅での看取りについての研究は少ない²⁾。

その中であって本人、その家族の人生最後の自己決定を支援するため、医療福祉として統合された視点での実態把握と課題の明確化は、重要かつ緊急を要すると考える。そこで本研究の目的とするところは、大阪市の訪問看護ステーションの看取りの実態をもとに、在宅死を可能にするための医療福祉サービスのあり方を医療福祉の立場で考察する事である。

研究 方法

1. 調査方法

大阪市24区にある訪問看護ステーション（以下ステーション）70カ所に調査協力を郵送により行った。結果、調査協力の得られた18カ所のステーションに郵送式質問紙法による調査をおこなった。

2. 調査期間

調査期間は1999年2月～6月

3. 調査項目

*1 川崎医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 医療福祉学専攻 *2 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科 *3 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科
（連絡先）中村陽子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

- (1) ステーションの概要：開設者の状況，緊急時の対応体制，対応の状況，地域に看取りに熱心な医師の有無．
- (2) ステーションにおける看取り：1996～1998年間のステーションの死亡事例から・性別・死亡場所．
- (3) 在宅死亡の実態：(2) より在宅死亡事例の年齢，性別，死亡病名，寝たきり状況（厚生省分類），在宅サービス・医療処置の利用状況（死亡前0～2日の医療・看護処置．図1）である．

1．在宅サービス

- | | |
|---------------|--------------|
| ① ホームヘルプサービス | ⑩ 他の訪問看護 |
| ② リハビリ（PT，OT） | ⑪ 在宅介護支援センター |
| ③ 宅配給食 | ⑫ 訪問指導 |
| ④ 入浴サービス | ⑬ 歯科医師往診 |
| ⑤ ショートステイ | ⑭ 歯科衛生士訪問 |
| ⑥ デイケア | ⑮ 訪問栄養指導 |
| ⑦ 緊急通報サービス | ⑯ デイサービス |
| ⑧ ナイトケア | ⑰ 薬剤師訪問 |
| ⑨ 日常生活用具の貸与 | ⑱ その他 |

2．医療処置

- | | | |
|--------|----------|---------|
| ① 施行なし | ⑤ 胃ろう | ⑨ 気管切開 |
| ② IVH | ⑥ 尿カテーテル | ⑩ 与薬 |
| ③ 経管栄養 | ⑦ 酸素 | ⑪ 麻薬 |
| ④ 点滴 | ⑧ 吸引 | ⑫ 不安の緩和 |
| | | ⑬ 死の指導 |

図1 調査項目

4．分析の方法

調査項目は項目ごとに単純集計し，各項目間の関連をカイ2乗検定した．

5．大阪市について

調査対象の大阪市は，東京と大阪を中心とする国土の二極構造の一方の担い手として機能し，西日本の中核としてその役割を果たしてきた．大阪市の高齢化率は14.1%と全国平均（14.5%）（1995年）と比較して低いが，人口の高齢化速度は全国を上回っている．大阪市と他の指定都市等と比較しての大阪市の最大の特徴は，「単独世帯」数（大阪市30.1%・全国17.2%）が最も多く，また「単独世帯」と「夫婦のみの世帯」をあわせた高齢者世帯（大阪市56.8%・全国40.9%）の割合が最も高いことである．また，「大阪市総合計画21」にそって，保健・医療・福祉をはじめ各種施策の総合推進を図る高齢社会対策の長期指針「いきいきエイジング，みおつくしプラン」を1991年に15カ年計画で策定した．具体的実施計画として「高齢者保健福祉計画」が策定され，介護保険法施行まで保健・福祉サービスの提供体制の整備等を図ってきた³⁾

なお1996年・1997年の2年間における在宅死亡率

は，全国平均が16.7%・16.1%であるのに対し，大阪市は14.7%・14.8%と全国平均と比較して低く，東京区部は12.6%・12.8%と更に低くなっている⁴⁾．

研究結果

1．ステーションの概要について

開設者の状況は医療法人10カ所（56%），医師会4カ所（22%），看護協会1カ所（6%），社会福祉法人1カ所（6%），その他2カ所（11%），であった．緊急時の対応体制として，「24時間連絡体制」をとっている（24時間連絡体制加算届出をおこなっている）ステーションが13カ所（72%）．対応の状況は，直接連絡体制が14カ所（78%）で，設置母体施設経由が2カ所（11%），主治医経由が2カ所（11%）であった．地域に看取りに熱心な医者がいるか，については，いるが6カ所（33%），いるが熱心でない2カ所（11%），いない5カ所（28%），わからないが1カ所（6%），不明3カ所（18%），回答なしが1カ所（6%）となっている．

在宅での看取りの経験は15カ所（83%）のステーションがあった．2カ所のステーションが経験なしで内1カ所は開設後半年であった．在宅での看取りのもっとも多いステーションは3年間で27事例を経験していた．

2．ステーション利用者の死亡事例

ステーションの利用者の死亡事例は371名であり男女比は男171名（46.1%），女200名（53.9%）となっている．利用者の死亡場所は在宅が129名（34.8%），病院237名（63.9%），診療所1名（0.3%），老人保健施設2名（0.5%），特別養護老人ホーム2名（0.5%），であった．

3．ステーション利用者の在宅死亡事例の実態

在宅死亡129名の事例中，個別事例の調査協力がえられたのは114名（84%）で，男60名，女54名となっていた．

(1) 在宅死の年齢別割

在宅における死亡時年齢を図2に示した．64歳以下は7.0%，65～69歳は10.5%，70～74歳は14.1%，

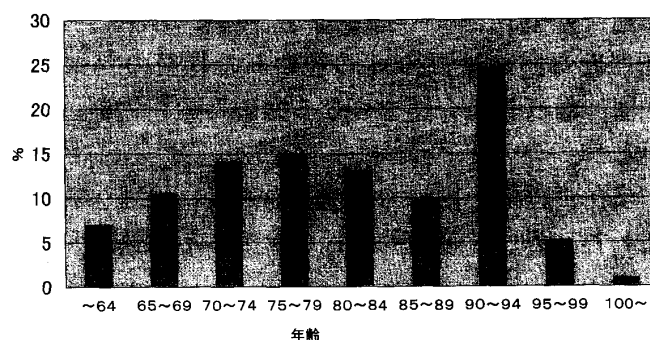


図2 死亡年齢 N=114

75～79歳は14.9%，80歳～84歳は13.1%，85～89歳は9.7%，90～94歳は24.6%，95～99歳は5.2%，100歳以上は0.9%であった．最頻値は90～94歳であり80歳以上は53.5%であった．図3はそれを男女別に見たものである．64歳以下は男8.3%，女5.6%，65～69歳は男が10%，女11.1%，70～74歳では男18.3%，女9.3%，75～79歳男15%，女14.8%，80～84歳は男18.3%，女7.4%，85～89歳男11.7%，女7.4%，90～94歳は男16.7%，女33.3%，95～99歳は男1.7%，女9.3%，100歳以上は女1.9%であった．最頻度は男が70～74歳と80～84歳にあり、女は90～94歳にあった．80歳以上の占める割合は男48.4%，女59.3%，90歳以上は男18.4%，女44.5%であった．

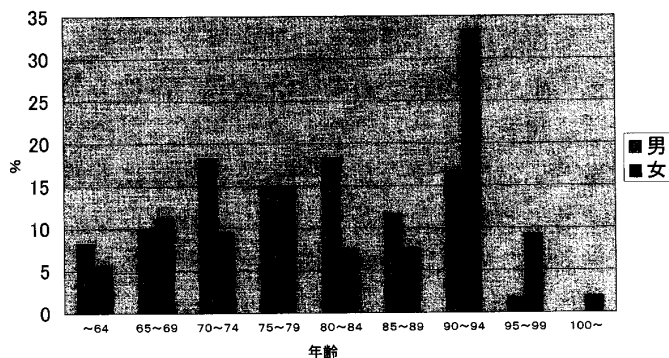


図3 死亡年齢（男女別） N=114

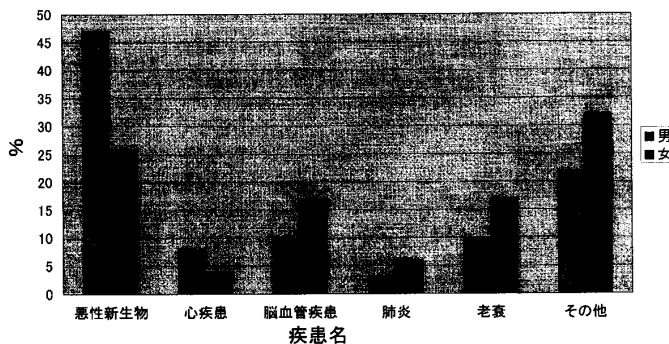


図4 死亡疾患名 N=114

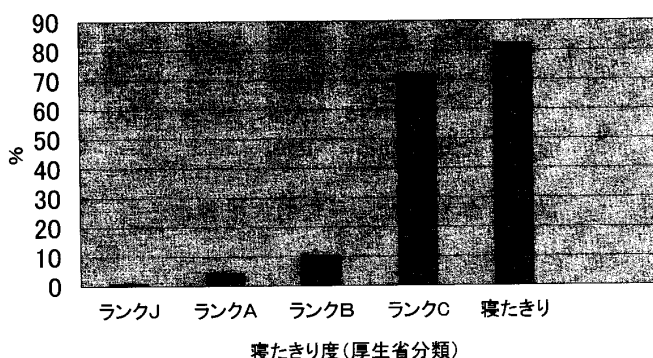


図5 寝たきり度 N=113

(2) 死亡病名

死亡病名（死亡診断書の第一病名）を図4に男女別に示した．男女共に悪性新生物が死因の第一で男が47%，女が26%であった．男が多いが性別と病名

には差は認められなかった．また、女に老衰と脳血管障害が多かった．

(3) 死亡直前の寝たきり度

図5は死亡直前の寝たきり度を示したものである．ランクJが0.9%，ランクA4.4%，ランクB10.5%，ランクC71.9%，で寝たきり（ランクBとランクC）が82.4%となっている．

(4) 在宅サービス利用状況

在宅サービスの利用状況を図6に示した．全員訪問看護は利用していたが，他の在宅サービスの利用状況は全体的に低かった．主に利用された在宅サービスは，ホームヘルプサービスが17.5%で一番多く，入浴サービスが14%，日常生活用品レンタルサービス13.2%，訪問指導9.6%である．在宅介護支援センターは8.8%で，ショートステイ・デイケア・他の訪問看護が共に7.0%であった．薬剤師訪問は3.5%，緊急通報サービスとデイサービスが2.6%，リハビリ（PT，OT）・在宅給食が1.8%，歯科医師往診・歯科衛生士訪問が0.9%でナイトケア・訪問栄養指導の利用はなかった．

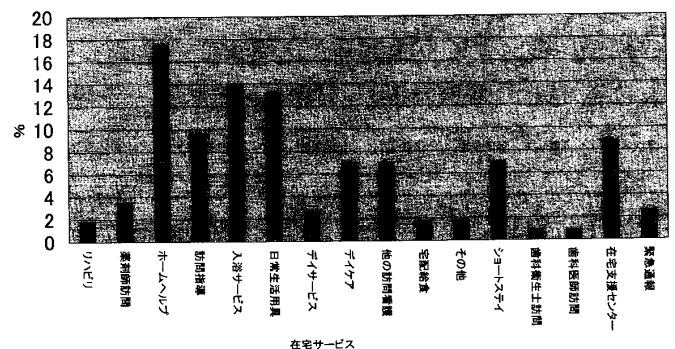


図6 在宅サービス利用状況 N=114

在宅で利用したサービスをそのサービスの数でみると，利用なしが31.6%，2～3個が40.4%，3個以上が13.2%で，不明14.9%であった．年齢および性別と在宅サービスとの関係を調べたが，差は認められなかった．

(5) 医学的処置の実施状況

図7の死亡当日から2日前の医療的処置の状況（N=93）をみると，医療・看護処置を受けた人は86%

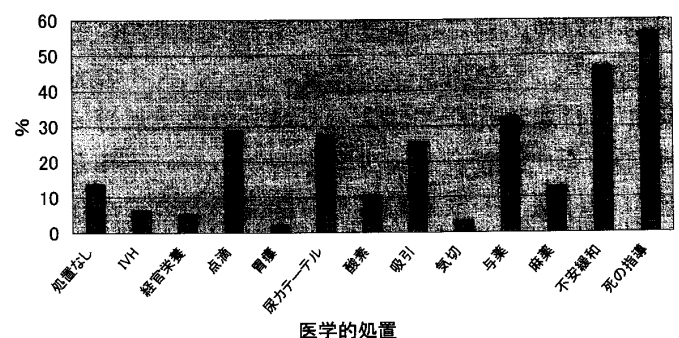


図7 医学的処置の実施状況 N=93

であった。その内容（複数回答）は薬の投与が32%、点滴29%、尿カテーテルが28%、吸引25.9%、麻薬の投与12.9%、酸素吸入10.8%、中心静脈栄養（IVH）6.5%、経管栄養5.4%、気管切開3.2%、胃瘻2.2%、である。また、家族への死の兆候の指導は55.9%、が不安の緩和は46.2%行われていた。

死亡病名と不安の緩和（ $p < 0.01$ ）、家族への死の兆候の指導（ $p < 0.05$ ）に有意な差が認められた。

考 察

1. ステーションの看取りについて

1997年全国の24時間連絡体制加算の届け出を行っているステーションは731カ所（35.7%）である⁵⁾。在宅ケアを始めるにあたって、がん末期の患者と家族にとって急変事、医療者がそばにいないことは非常に不安に思われるために24時間の緊急対応が整えられることが必要である⁶⁾。本調査対象ステーションでは13カ所（72%）が緊急時の対応体制をとっており「看取り」に対しての準備が多くのステーションでなされていると言えよう。

利用者129名（34.8%）の在宅死は、当然大阪市の在宅死亡率14.7%（1996年）と比較しても多い。また、「在宅での看取り」の経験のあるステーションも15カ所（83%）あった。全国107カ所のステーションにおける「在宅での看取りの経験」を問う質問に、84カ所（78.5%）のステーションが経験ありと答えており多くのステーションが在宅死を支えているとの報告がある⁷⁾。本調査ステーションも都市の在宅死を支えていると言え、今後都市における在宅死において訪問看護ステーションの果たす役割は重要になってくると思われる。

農村における在宅死の多角的検討によると、在宅死亡率の高いところには在宅での看取りを熱心に推進する医師がいてステーションが設置されているところが大半であった⁸⁾。との報告があるが、大阪市においては、地域に看取りに熱心な医師がいると答えたステーションは33%に留まり、いない、と不明を合わせると46%になる。現在の日本の状況では、訪問看護婦の24時間体制のみでは、たとえば激しい痛みに対する対応は麻薬の使用等、法律的にも困難である⁹⁾。また高度経済成長に伴い、人々の大都市集中や核家族化などによって自分の生まれ育った土地に長く住む割合が減少し、昔からのいわゆる「かかりつけ医」と家族ぐるみの関係が希薄になっている現状があげられる¹⁰⁾。これは都市における在宅死亡率の低さの要因の1つとも考えられるが、重要なことは優れた少数の在宅医による美しい在宅ホスピス「物語」ではなく、どこでもいつでも誰でも受け

ることができる普遍的な「制度」の存在である¹¹⁾。との指摘もあるように、医師間の地域レベルでの相互ネットワーク等の制度の早急な構築が必要ではないかと考える。

2. 都市における在宅死の実態について

年齢階級別死亡数の推移と予測を図8に示したが、わが国においては今後著しい後期高齢者の増加が予想されている。本調査における在宅死亡者の年齢も後期高齢者に多く、男の最頻度は70～74歳と80～84歳、女の90～94歳であった。80～90歳以上の在宅死は女が高値であるのは、わが国における平均寿命との関係にあると考えられる。1997年度の平均寿命は男77.19歳、女83.82歳¹²⁾であり女性が明らかに長生きであるため看取りの数も多いと思われるが、この問題に関しては、介護者との関係等多方面からの検討を更に深める必要がある。在宅死の占める割合には後期高齢者が多かったが、若い年齢は医療機関での積極的な治療を望むが高齢者層の死は比較的穏やかな経過をとることが多く、在宅での看取りに至ることが多いのではないか。

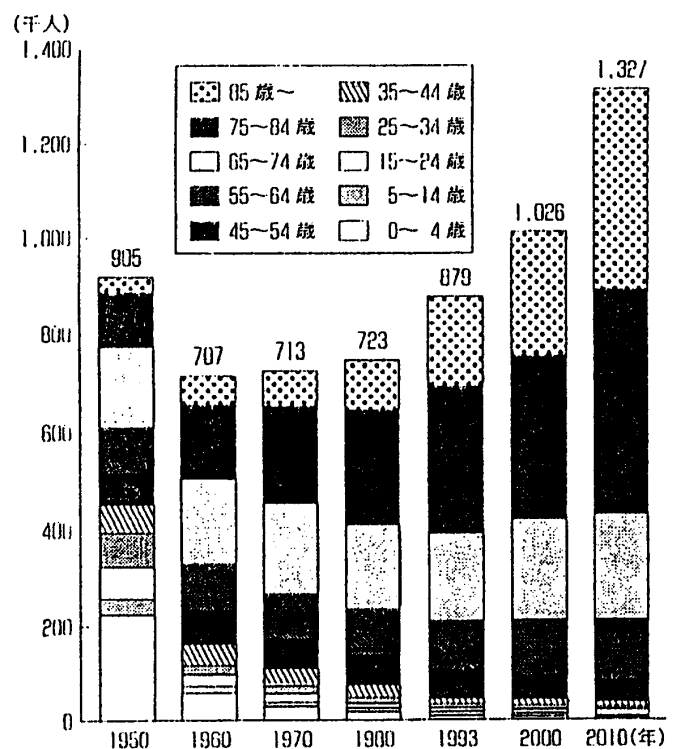


図8 年齢階級別死亡数の推移と予測

死亡病名は悪性新生物が男女共に第一であり、男（47%）が女（26%）より多かったが性別と病名には差が認められなかった。

また、現在、わが国における死因の第一位は悪性新生物である（人口動態統計1997年）が、80歳以上における死因の順位は脳血管疾患が一番多く、続いて心疾患、悪性新生物となっている。本調査では、80歳以上の死亡病名は悪性新生物が一番多かった。

本人の意思、予後不良、及び高齢を考慮して在宅での看取りが行われるためではないかと考える。

3. 在宅での医療福祉のサービスについて

(1) 在宅サービスについて

寝たきり度における調査においては、ランク B10.5%，ランク C71.9%を合わせると寝たきりが82.4%にもなり介護者の介護負担が予想される。

しかしながら、本調査の訪問看護と併用して受けた在宅サービスの利用状況をみると全体的に低かった。現在、総合的な在宅支援サービスについての研究¹³⁾が色々報告されているが、本調査では、在宅サービスを全く利用することがなかったが31.6%あった。大阪市が寝たきり高齢者のサービスに対する利用状況、今後の利用意志を把握するために行った、「大阪市在宅寝たきり高齢者実態調査」(1996年)¹⁴⁾によると、利用したことのあるサービスは日常生活用具給付が最も多く次いで、訪問指導、老人訪問看護、入浴サービスである。本調査における在宅サービスの利用に関してはホームヘルプサービスの利用が一番多く、入浴サービス、日常生活用具の給付が続いて多かった。また、半数以上がそのサービスを知らないと答えたのは、訪問口腔衛生指導(58.4%)、機能訓練(53.9%)、訪問栄養指導(51.1%)で、食事サービスについては32.8%が知らなかったと回答している。本調査においても歯科医師の往診、歯科衛生士の訪問は各1名で訪問栄養指導に至っては利用者なしであった。大阪市において在宅死の92歳の男性がそれまでおかゆ生活で老衰の状態が著しかったが、死の2ヶ月前に歯科医による訪問診療で入れ歯を作り以来、肉、そば、カレー等、死の直前まで好物を食べてなくなった事例が紹介されている¹⁵⁾。死のその日まで好きな物を食べて死ぬことは、まさに、在宅でこそ可能なことであり、死にゆく者の喜びが、その後残された家族にとっても癒しになることをこの事例は教えてくれている。淀川キリスト教ホスピスが123人のホスピス入院患者へおこなった調査によると死の1週間前に食事や水分摂取ができなくなるのは10人に1人程度で9人は可能であるということである¹⁶⁾。つまり、死を前にしても多くの人が何か食べたり飲んだりする事が可能であるということである。状態にあった形での摂取、嗜好を大切にしたい調理を可能にする訪問栄養指導等の利用も大いに利用されなくてはならない大切な援助である。

在宅サービスについては利用者の認知度も大いに関係するが、病院から在宅への移行に対し十分な退院計画が作成されることは少ないことに問題がある。日本にはデイスチャージプランニングナース(退院計画を行うナース)の存在は少なく、さらにケース

ワーカーといった職種の活動が他職種からその職能を十分認識されていないため窓口としての機能が果たされていない、という現状がある¹⁷⁾。との指摘もあるように在宅への移行時の在宅支援体制が整っていないことの問題は大きい。

(2) 医療的処置について

医療行為として多かったのは、与薬(32%)、点滴(29%)である。麻薬も悪性新生物の患者を対象に(12.9%)使用されていた。これまで疼痛の緩和は在宅療養において、医療的な大きな問題とされてきた^{18,19)}。日本にWHOがん疼痛治療法が紹介されてからすでに10年以上が経過している。しかし在宅療養場においてモルヒネ等の麻薬の使い方は十分普及しているとは言えない。がん疼痛治療の考え方は入院、在宅などの診療形態の変化によらず実施されるべきである²⁰⁾。との指摘にもあるように悪性新生物が日本における死亡病名の第一であり、また、本調査における死亡病名でも一番多かった(36.8%)ことを思えば、これからの在宅における看取りにとって徹底した疼痛の緩和と、そして、そうした医療技術を持った地域の医師の存在が重要である。

また、終末期における医療行為はまったくなかった。と言う事例が13(14%)みられた。医療行為がまったくなされなかった死亡病名は老衰が一番多かった。歳をとり、そして死を迎えると言う自然な看取りが在宅の場で少しずつ行われはじめている。

(3) 死への準備について

医師・看護婦によつて医療的処置として不安の緩和が46.2%行われていた。対象となった病名で最も多かったのは悪性新生物である。また死の指導についても55.9%に実施されており、悪性新生物が最も多く42%で続いて老衰が23%であった。不安の緩和及び死の指導は、共に医療的処置としては半数近くあるいは半数以上の対象者・及びその家族に援助として提供された。悪性新生物に不安の緩和が多いのは家族、本人共の予後不良な疾患に対する思いを汲み取ることか。また死の指導は悪性新生物と老衰に多かったが、現在医学をもってしても避けられないとされている死が対象となっている。

新村は医療社会史の視点から看取りの文化の変遷をこう述べている²¹⁾。「戦前までは在宅での死が9割を越えていた。家族は往診医や派出看護婦、さらには親族や隣近所といったネットワークに支えられながら、家での看取りを行った」また、「戦前までは死の作法を含む看取りの文化が家や地域社会に伝承されていた」と。そして今、看取りの文化を失った私たちは死を前にしてうろたえ、急変時その対応を見失ってしまう。新村の言う「終末期のケアや臨終

時の対応方法、死後の処置などに関する情報や技術が事前に提供されていれば、最後の場面で救急車を呼び入院をさせるようなこともかなり回避できるのではないかと思われる」は、この2つの死の教育への援助の意義を明らかにする。

大阪市における訪問看護ステーションの在宅死の実態を基に、医療福祉サービスの利用状況をみてきた。今回の調査において明らかになったことは、在宅における医療福祉サービスの利用の低さである。これは、在宅療養が家族介護の域をから出てないのではないかと介護者の介護負担を思う。家族のがんばりに支えられている現状から、本人・家族が人生の最後を満足のいく終わりにするための医療・福祉の役割は重要である。

大橋は、地域福祉における社会福祉観とサービス提供原理として、「サービスを利用している人も含めてあらゆる人が生きがいをもち、自己実現できる機会を作ることが重要である。また人間は、豊かに発達する可能性を秘めており、生涯にわたって発達・自己実現できる機会が保障されるべきである」と述べている²²⁾。死を前にしても人間は豊かに発達し、自己実現する可能性を秘め権利を有する。社会福

祉はそのために、物理的・精神的な統合性をもったサービスシステムの開発を必要とする。医療処置として行われていた「不安の緩和」「家族への死の兆候の指導」についての具体的な援助内容については今回調査の対象としなかったが、在宅死を支える援助として、心の援助の他に葬儀に関する準備等も考えられ、福祉の役割が見えてくる。広井はこれからのターミナルケアを考えるにおいて、医療のみならず介護など生活面のサービス、家族への支援を含めたソーシャル・サポートの重要性を述べ、これからのターミナルケアにおいてはこうした福祉的なサービスの充実や、医療と福祉・心理の連携を含めたより総合的なアプローチが求められる²³⁾。とこれからの医療福祉の方向性を提起している。

以上のことにより在宅死を可能にするためには、看取りを支えるシステムと医療と福祉の枠を越えた医療福祉として統合されたケアマネジメントが重要であり、心理・宗教・生命倫理そしてボランティアなどをも含めた総合的な援助実体が必要となってくる。そして都市の特徴として都市はその人材が揃いやすい場であることを付け加えておきたい。

文 献

- 1) 経済企画庁(1990) 21世紀の高齢者と地域福祉システム。
- 2) 小林奈美(1999) 要介護高齢者を看取り終えた介護者の感想とその満足に関する要因の検討。日本地域看護学会誌, **1**(1), 30-35。
- 3) 大阪市(1997) 大阪市高齢者保健福祉計画改訂版, 1-23。
- 4) 厚生省大臣官房統計情報部編(1997) 平成9年人口動態統計。上巻, 厚生統計協会, 東京。
- 5) 厚生省大蔵官房統計情報部編(1997) 平成9年訪問看護統計調査の概要。
- 6) 秋山正子(1998) 在宅ホスピスにおける訪問看護婦の役割・疼痛管理と投薬の指導。ターミナルケア, **8**(3), 211-217。
- 7) 川越博美(1998) 看取りの看護。訪問看護と介護, **3**(5), 327-332。
- 8) 宮原伸二, 人見裕江(1999) 農村における在宅死の多角的検討。日本農村医学会雑誌, **46**(6) 別冊, 879-893。
- 9) 佐藤 智, 酒井忠昭(1998) がん末期患者の治療の効果は病院より在宅 疼痛のメカニズムをめぐって。ターミナルケア, **8**(2), 93-99。
- 10) 安達文子(1998) ファイナルステージを自分で演出できるのか在宅死。在宅医療, **5**(1), 33-38。
- 11) 梁 勝則(1998) 在宅ホスピスを普遍的「制度」にするには。在宅医療, **5**(1), 19-28。
- 12) 財団法人厚生統計協会(1999) 国民福祉の動向。 **46**(9), 75。
- 13) 村嶋幸代, 柳 修平, 麻原きよみ, 山田雅子, 田上 豊(1998) 高齢者の在宅療養を支えるシステム 医療を含んだ24時間在宅ケアの必要性和有効性。Geriatric Medicine, **36**(12), 1789-1795。
- 14) 大阪市民生局高齢化社会対策室, 大阪市環境保健局保健部(1997) 大阪市高齢者保健福祉計画(改訂版)の概要。10。
- 15) 朝日新聞。1998年10月6日朝刊。
- 16) 朝日新聞。1996年10月13日朝刊。
- 17) 馬庭恭子(1998) 在宅ケア実践の心得。ターミナルケア, **8**(5), 394-397。
- 18) 仲野義康(1998) がん疼痛患者の在宅管理の実際と問題点。ターミナルケア, **8**(2), 100-106。
- 19) 神田斐子(1995) がんの痛みのアセスメントと対応。臨床看護, **21**(1), 54-65。
- 20) 的場元弘(1998) 在宅で診るがんの痛み。ターミナルケア, **8**(2), 92。

- 21) 新村 拓 (1998) 死と医療をめぐる課題—医療社会史の視点から看取りの文化の変遷を考える. 訪問看護と介護, **3** (5), 341-344.
- 22) 大橋謙策 (1995) 地域福祉論. 第一刷, 放送大学教育振興会, 東京, p30.
- 23) 広井良典 (1998) 医療経済学からみたホスピス・緩和ケアの将来. ターミナルケア, **8**(Suppl), 6-11.

(平成12年4月28日受理)

Current State of Deaths at Home and Problem of Medical Welfare Service in City

Yoko NAKAMURA, Shinji MIYAHARA and Hiroe HITOMI

(Accepted Apr. 28, 2000)

Key words : DEATH AT HOME, CITY, MEDICAL WELFARE SERVICE

Abstract

This study was conducted to clarify the actual status of deaths at home in city communities and medical welfare service that enable patients to die at home.

This investigation was done to 18 places of the Osaka City at the visit nursing station by the questionnaire by mailing.

The content of the investigation searched for sex and the death place from station user's death for three years from the outline and 1996 to 1998 of the station. In addition, age, sex, the death name of a disease, and bedridden degree from the staying at home death case, The execution of the staying at home service and the medical treatment used was investigated.

There were taking 24 hour system in the station 13 places in (72%), The staying at home death is 15 place (83%) each other. In the death, there are 371 people, and the staying at home death was 129 people (34.8%) sooner or later.

There were a lot of women in 90 years old or more about the staying at home death though there was no difference by sex in the number of the deaths when characterizing. Moreover, there was a lot of cancer of the death name of a disease. It was man 47%, and the woman 26%. There was 31.6% though the use of the staying at home service was not used slackly at all. There were 86% person who received the medical treatment. It was 46.2% of easing uneasiness, and a lot of one which was the guidance 55.9% of the symptom of the death in the family.

It is the staying at home death in the city and importance is help of the medical welfare (psychology) which exceeds the frame of the medical welfare. Moreover, it can be said that overall care management is important.

Correspondence to : Yoko NAKAMURA

Doctoral Program in Medical Welfare, Graduate School of
Medical Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan

(Kawasaki Journal of Medical Welfare Vol.10, No.1, 2000 17-23)