

## 郡部の高齢者の在宅死に及ぼす要因

人見裕江<sup>\*1</sup> 中村陽子<sup>\*2</sup> 大澤源吾<sup>\*1</sup> 宮原伸二<sup>\*4</sup> 徳山ちえみ<sup>\*3</sup> 小河孝則<sup>\*4</sup>

## 要 約

郡部の高齢者の在宅での看取りの実態を分析し、在宅死を可能にする要因について調べた。都道府県市町村名簿から町村名を各都道府県から2町村を抽出し、各町村の保健福祉課、民生課または社会福祉協議会、在宅介護支援センターの担当者に、2種類の質問紙を同封し郵送して、返送を依頼した。

質問内容は①町村の高齢化率、死亡率、サービスの整備状況等の特性、②その町村の3年間の各在宅死の事例に関する死亡場所、死亡病名、状態悪化から死亡までの期間、在宅療養期間、ADL・痴呆の程度等死亡時の状況、サービス利用状況、本人および家族の看取りの場の希望等についてであった。

回答のあった38町村の在宅死の割合は29.0%と全国平均25.0%よりも高く、65歳以上人口25.1%と高齢地域である。そのうち3年間の死亡者が整理されていた20町村は保健医療福祉サービスの充実がなされていることがうかがえる町村であった。

男女ともに心疾患と脳血管疾患が多く、心疾患等による急性死亡は年齢が若く、高齢になるほど慢性死亡が多かった。在宅で利用していたサービスとして、往診50.4%、保健婦の訪問指導21.1%、訪問看護34.9%、ホームヘルパー12.0%、訪問入浴10.8%、配食サービス0.03%であった。

本人と家族の9割が在宅での看取りを希望し、在宅死となっていたことから、往診に限らず治療システムとしての社会的支援が重要である。脳血管疾患の人や寝たきりによる要介護度が高い人の場合は福祉混合型サービスの利用がなされ、在宅死を可能にしていた。重度の痴呆症では9割が短期療養であり、保健医療型サービスが多く利用されていた。

社会的支援の導入期に、本人および看取る家族のニーズや介護負担感を視野に入れた支援が求められる。特に重度の痴呆症の人では、早期に福祉混合型の多様なサービス利用を勧めることが重要である。

## はじめに

高齢者は身体機能が低下しても可能な限り、地域社会で家族と余生を送りたいと希望している<sup>1)</sup>。そのためには要介護高齢者の社会的支援が整備されることが必要であり、介護者のマンパワーの確保と介護力の保持が不可欠である。介護者の年齢や要介護高齢者の性別・精神症状、家族構成を考慮しなければならない<sup>2,3)</sup>。高齢介護者の場合、要介護高齢者の日常生活動作（ADLという）をさらに低下させる。したがって、頻繁な介護サービス、24時間体制の介護サービス導入等の社会的支援をこれまで以上に優先的に実施することが求められる<sup>2,3)</sup>。

一方、要介護高齢者の療養場所の選択には、要介護高齢者のADL、家族構成が強く関連している<sup>4,5)</sup>。

在宅療養を中断して入院または入所などする場合、要介護高齢者のADLの経時的低下が見られる。在宅療養を中断する者は主介護者が高齢であり、独居、老人世帯が多く、副介護者の人数が少なく、部屋数が少なく<sup>4-6)</sup>、ヘルパーの利用が多い反面、デイケアの利用が少ないことが示されている<sup>6)</sup>。介護者の主観的健康度の低下には介護している要介護高齢者とのコミュニケーション能力の低下がある。介護者の生活満足度の悪化には、ソーシャルサポートの有無、介護経験を肯定的に評価しているかどうかというコーピングのあり方が問われている<sup>7-9)</sup>。

要介護高齢者の在宅療養に対する満足度には、年齢・年収・ADL・心理状態よりもソーシャルサポートのみが影響し、在宅サービスの技術よりもケアのやさしさ・思いやりへのニーズがある<sup>7)</sup>。

\*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科 \*2 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 \*3 玉野看護福祉総合専門学校 \*4 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科  
(連絡先) 人見裕江 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

ところで、高齢者のターミナルケアの対象は、種々の病気の終末期、ついで痴呆、植物状態、超高齢の虚弱者などである。人間としての尊厳性、QOLや高齢者の人権尊重が重要課題である<sup>10)</sup>。人口動態による高齢者の自宅・病院死亡率の年次変化をみると、1980年以降自宅死亡は年々減少し、1992年には25.0%となり、病院死は73.4%となり、在宅で終末を迎えることが困難になっている<sup>11)</sup>。厚生省の平成6年人口動態社会経済面調査（末期患者の医療）<sup>12)</sup>によれば、死亡者の介護者の約半数が配偶者であった。後期高齢者になると死亡者が男性の場合、介護者は配偶者が多く、女性の場合は嫁または娘が多い。死亡者の約半数が在宅医療を希望し、介護者の約半数が「医療機関に入院しての療養」を希望していた。在宅医療には公的サービスの充実および医療の充実を含めた安心感の提供が、また施設医療には生活の質の保障が必要である<sup>13)</sup>。

在宅死に最も強い影響を及ぼした要因は患者が高齢であることと医師の往診である<sup>14-15)</sup>といわれている。在宅癌患者の方が入院癌患者よりも、食事や睡眠という基本的な部分と総合的な生活満足度においてQOLが高いことが示されている<sup>16)</sup>。

病院で死亡した高齢者の家族に心残りが多く、これには在宅で看取りたかったという希望と医療やケアへの不満が多い。在宅ターミナルケア支援には、家族成員への指導が必要である。また福祉サービスの充実だけでなく、医療も併せて充実していく必要がある<sup>17-18)</sup>。終末期患者の在宅継続群は中止群より患者の状況が有意に悪い状況にあるにもかかわらず、最期まで自宅で看たいという「介護意志」、介護者の「家事との両立」「患者の変化への適応」が高くなっている。また、中止群の入院の主な理由として、「急激な症状悪化に伴う介護者の不安の増大」があり、症状の憎悪の状況を受け入れる準備ができるように整えることが必要である<sup>19)</sup>。フィリップ・アリエスが工業化社会における死に対して、現行の不当で恥ずべき屈辱的な状態の中での延命か、それともこの延命をある時点で停止させるための権利の承認と規定化というジレンマが起こると述べている<sup>20)</sup>。看取りの場の選択においても死亡者や家族の権利の承認と規定化の問題の検討が問われる。

少子高齢社会における国民生活の保障のために、ゴールドプランから新ゴールドプランに始まる医療法の改正および社会福祉関連八法および地域保健法の改正により、保健医療福祉サービスを整備し、介護保険の導入への展開となっている。医療福祉経済の破綻対策として、施設サービスから在宅サービス志向へとさらには、地方分権法の制定により、地域

の特色を生かしたコミュニティづくり、民間企業ボランティアの有効活用等一連の政策である医療福祉の構造改革が進められている<sup>22,23)</sup>。後期高齢者の死亡率が増加し、高齢者の介護問題はターミナルケアの問題でもある<sup>21,22,24)</sup>。郡部はいわゆる田舎地域であり、わが国の経済の高度成長に伴う都市化・産業化の背景から若者の都市への流出に伴い、郡部は都市に比べてより高齢化率が高く、高齢者の介護問題、あるいは死の問題がより集約していると考えられる<sup>21-28)</sup>。

## 目 的

本研究の目的は郡部に在住する高齢者が在宅死を求める場合、在宅死を可能にする要因を明らかにすることである。

## 方 法

1. 対象町村は、全国都道府県市町村名簿を用い、町村名を各都道府県から2町村ずつ無作為抽出した。各町村の保健福祉課、民生課または社会福祉協議会、在宅介護支援センターの担当者に、2種類の質問紙を同封し郵送して、返送を依頼した。
2. 高齢者は65歳以上で、在宅における看取りがなされたと考えられる、死亡場所が在宅であった事例を通じ、在宅死の実態を分析する。その結果をもとに、郡部の高齢者の在宅死に及ぼす要因を明らかにする。
3. 質問紙は以下の2種類である。
  - (1) 一種類は「農村における在宅死の実態調査」であり、対象の町村の人口、高齢化率、年間死亡数、死亡率および死亡場所別死亡数、在宅支援に関する保健医療福祉サービスの整備状況、在宅での看取りに熱心な医師の存在の有無等その町村の特性について質問した。1994年4月～1997年3月の3年間分を遡って記載するよう依頼した。
  - (2) さらに一種類は「在宅（自宅）死亡状況について」であり、対象の各町村が把握している在宅死の各事例に対して、死亡病名、状態悪化から死亡までの期間、在宅療養期間、死亡時の状況、保健医療福祉サービスの利用状況、本人および家族が希望する死（看取り）の場の希望等について質問した。（1）と同様に、1994年4月～1997年3月の3年間分の記載を依頼した。
4. 高齢者は65歳以上で、在宅における看取りがなされたと考えられる、死亡場所が在宅であった事例を選定してもらった。
5. 質問紙の配布は1997年9月～12月であった。

6. 分析は Windows 版 SPSS6.1を用いて行った。

## 結 果

回答のあった38町村（回収率40.4%）のうち、質問紙（1）の死亡場所別死亡数、質問紙（2）の3年間在宅死亡状況について集計、整理されていたのは、20町村であった。

### 1. 農村における在宅死の調査について

38町村の3年間の居住人口における平均在宅死亡率は29.0%で、居住人口の65歳以上の高齢化率は平均25.1%と高齢地域であることが示されていた。しかし、死亡場所別死亡数の記載のあった20町村は、保健医療福祉サービスが充実している様子がうかがわれた。公立か私立病院や診療所を有し、老人保健施設を有していたのは2町村であった。訪問看護ステーションは6町村で開設していた。特別養護老人ホームを有していた。デイサービスやショートステイ事業（1町村は3町合同で利用可能）とホームヘルパー派遣事業を実施し、いずれも在宅介護支援センターを有していた。在宅での看取りに関心を示す医師は5町村に存在し、死亡者や家族の希望にそって在宅での看取りをすすめていた。

### 2. 在宅死亡状況について

#### 【死亡者の背景】

20町村における3年間の死亡者数は767名（男371名、女396名）であった。死亡時の年齢は平均81.7歳で、標準偏差は11.6であった。64歳以下は6.8%、65-74歳は13.8%、75-84歳は30.8%、85歳以上は48.6%であり、95歳以上が7.3%であった。5歳毎にみると、男女ともに85-89歳男23.2%、女31.7%と最も多かったが、次いで男性では80-84歳に比べ、女性では90歳以上のより高齢での死亡が多く、男女の死亡年齢層との間に有意差（ $p<0.001$ ）が認められた（表1）。

表1 男女別死亡時年齢

年齢別	n=767(人)			
	全体	男 (%)	女 (%)	
	358	100.0	357	100.0
64歳以下	33	9.2	19	5.3
65-69歳	30	8.4	13	3.6
70-74歳	46	12.8	17	4.8
75-79歳	54	15.1	35	9.8
80-84歳	68	19.0	79	22.1
85-89歳	83	23.2	113	31.7
90- 歳	44	12.3	81	22.7
(不明 52人)				

$\chi^2=44.261, ***$

\*\*\*  $p<0.001$ を示す

死亡疾患名は、男女とも心臓病と脳血管疾患が多く、それぞれ20%以上を占め、次いで男性はがん、肺炎が多く、女性は老衰、肺炎と続き、死亡疾患名と性差との間に有意差（ $p<0.001$ ）が認められた。

在宅で利用していたサービスは、利用者の多い順から、往診50.4%、訪問看護34.9%、保健婦の訪問指導21.1%、ホームヘルパー12.0%、訪問入浴10.8%、配食サービス0.03%であった。サービス利用の数で比べると、利用なしは36.2%、2つまでのサービス利用が38.0%と多く、3つ以上の利用が25.7%であった。サービス利用の数が2つまででは往診、訪問看護、訪問指導の保健医療サービスが優先的に利用され、3つ以上の利用になるとホームヘルパー、訪問入浴などの福祉サービスの導入がなされていた。

死亡直前の医療的処置では、何らかの処置を実施したのは315名73.1%であった。その内容では、利用の多い順から、内服薬の服用41.3%、点滴を実施したもの41.1%、酸素療法を実施したものは15.6%、尿カテーテル挿入の実施は8.8%、麻薬の使用7.2%、吸引を実施したもの5.1%、経管栄養を実施したものの4.6%、IVHを実施したものの2.3%、気管切開を実施したものの0.9%、その他の処置を実施したものの2.1%であった。最も多かったのは内服薬の服用および点滴で、次いで酸素療法の実施が多かった。酸素療法は、酸素療法の実施の有無と死亡疾患別との間に有意差は認められなかった。在宅療養期間が長い人に多く使用され、酸素療法の実施の有無と在宅療養期間との間に有意差（ $p<0.001$ ）が認められた。

救急蘇生は4.8%で実施していた。何らかの処置や救急蘇生の実施の有無と死亡原因との間に有意差は認められなかった。

看取りの場としてどこを望んだかについて、本人が希望する看取りの場として、在宅での死を希望していたのは91.8%で、病院は3.0%、その他は5.2%であった。家族が看取りの場として希望したのは、在宅での看取りが85.7%、病院は8.5%、老人保健施設や特別養護老人ホームは0.1%、その他は4.5%であった。

#### 【急性・慢性死亡別要因】

状態悪化から死亡までの期間が1週間以内（急性死亡とする）と1週間以上（慢性死亡とする）とに分け、性・疾患・年齢の要因との関連を検討した（表2）。

急性死亡は男性で53.1%、女性46.9%であった。慢性死亡は女性の方が多く55.4%であった。死亡疾患別でみると、急性死亡では男性で最も多いのは心疾患の40.8%、脳血管疾患の26.3%、肺炎13.2%であった。女性では脳血管疾患が25.7%、老衰の23.6%、肺炎17.4%であった。死亡疾患別と急性・慢性死亡との間に有意差（ $p<0.001$ ）が認められた。年齢との関係を見ると、急性死亡で最も多いのは75歳以上の後期高齢者が66.3%であったが、慢性死亡でも同様に75歳以上が最も多く、87.7%と9割を占めていた。

表2 急性・慢性死亡別要因

性別	急性死亡 (%)		慢性死亡 (%)	
	全体	175 100.0	370 100.0	
男	93	53.1	165	44.6
女	82	46.9	205	55.4
$\chi^2=3.482(n.s.)$				
疾患別	全体	76 100.0	144 100.0	
	肺炎	10 13.2	25 17.4	
	脳血管疾患	20 26.3	37 25.7	
	心疾患	31 40.8	24 16.7	
	がん	9 11.8	24 16.7	
	老衰	6 7.9	34 23.6	
	(事故・自殺5人 その他52人)		$\chi^2=19.669,***$	
年齢別	全体	98 100.0	179 100.0	
	64歳以下	14 14.3	4 2.2	
	65-74歳	19 19.4	18 10.1	
	75歳以上	65 66.3	157 87.7	
$\chi^2=21.895,***$				
(一) n.s.				
*** p<0.001を示す				

表3 療養期間との関連要因

年齢別	短期療養 (%)		長期療養 (%)	
	全体	125 100.0	152 100.0	
64歳以下	15	12.0	3	2.0
65-74歳	21	16.8	16	10.5
75歳以上	89	71.2	133	87.5
$\chi^2=14.906,***$				
性別	全体	98 100.0	179 100.0	
	男	59 60.2	78 43.6	
	女	39 39.8	101 56.4	
$\chi^2=7.005, **$				
疾患別	全体	97 100.0	123 100.0	
	肺炎	15 15.5	20 16.3	
	脳血管疾患	24 24.7	33 26.8	
	心疾患	31 32.0	24 19.5	
	がん	13 13.4	20 16.3	
	老衰	14 14.4	26 21.1	
$\chi^2=5.110(n.s.)$				
寝たきり度別	全体	43 100.0	177 100.0	
	J-A	18 41.9	33 18.6	
	B-C	25 58.1	144 81.4	
$\chi^2=10.471, **$				
痴呆状態別	全体	44 100.0	162 100.0	
	軽・中度痴呆	4 9.1	77 47.5	
	重度痴呆	40 90.9	85 52.5	
	Fisherの直接確率 0.0003		$\chi^2=21.429,***$	
サービス利用	全体	37 100.0	91 100.0	
	保健医療型	34 30.9	3 3.3	
	福祉混合型	76 69.1	88 96.7	
	Fisherの直接確率 0.0000		$\chi^2=25.281,***$	
臨死期の医療的処置	全体	22 100.0	138 100.0	
	有	20 90.9	112 81.2	
	無	2 9.1	26 18.8	
	Fisherの直接確率 0.3713		$\chi^2=1.249(n.s.)$	
(一) n.s.				
** p<0.01				
*** p<0.001を示す				

年齢と急性・慢性死亡との間に有意差 ( $p<0.001$ ) が認められた。

#### 【在宅療養期間との関連要因】

状態悪化から死亡までの期間を、在宅療養期間が1ヶ月以内（短期療養とする）と1ヶ月以上（長期療養とする）とに分け、在宅療養期間との関連要因を検討した（表3）。

在宅療養期間と年齢との関係では短期療養では最も多いのは75歳以上の後期高齢者が71.2%であったが、長期療養でも同様に75歳以上が最も多く、87.5%とほぼ9割を占めていた。年齢と短期・長期療養との間に有意差 ( $p<0.001$ ) が認められた。

短期療養は男性で60.2%、女性39.8%で、長期療養は女性の方が多く56.4%であった。性差と短期・長期療養との間に有意差 ( $p<0.01$ ) が認められた。

死亡疾患別でみると、短期療養では最も多いのは心疾患の32.0%、脳血管疾患の24.7%、肺炎15.5%であった。長期療養では脳血管疾患が26.8%、老衰の21.1%、心疾患の19.5%であった。死亡疾患別と短期・長期療養との間に有意差は認められなかった。

在宅療養期間と状態悪化直前の寝たきり度では、短期療養ではランク J-A が41.9%、B-C が58.1%、長期療養ではランク J-A が18.6%、B-C が81.4%であった。寝たきり度別と短期・長期療養との間に有意差 ( $p<0.01$ ) が認められた。

在宅療養期間と状態悪化直前の痴呆の程度では、短期療養では軽・中度痴呆が9.1%、重度痴呆が90.9%と短期療養の9割が重度痴呆であった。長期療養では軽・中度痴呆が47.5%、重度痴呆が52.5%であった。痴呆の程度と短期・長期療養との間に有意差 ( $p<0.001$ ) が認められた。

在宅療養期間とサービス利用方法については、往診・訪問看護・訪問指導等の2つまでのサービス利用している人（保健医療型とする）とヘルパーや訪問入浴などの利用が含まれる3つ以上のサービス利用の人（福祉混合型とする）とで比較した。在宅療養期間が長期になればサービス利用の数は増えるが、短期療養で保健医療型が30.9%、福祉混合型69.1%、長期療養で保健医療型が1.8%、福祉混合型53.7%であった。サービス利用方法と短期・長期療養との間に有意差 ( $p<0.001$ ) が認められた。

利用したサービスの種類を短期・長期療養でみると（表4）、往診は短期療養で16.5%、長期療養で83.5%であった。訪問指導は短期療養で10.5%、長期療養で89.5%であった。訪問看護は短期療養で12.0%、長期療養で88.0%であった。ヘルパーは短期療養で4.2%、長期療養で95.8%であった。訪問入浴の利用は全員が長期療養であった。

表4 サービス内容と療養期間

サービスの種類	サービス利用者(人)	短期療養者	(%)	長期療養者	(%)
往診	139	23	16.5	116	83.5
訪問指導	105	11	10.5	94	89.5
訪問看護	92	11	12.0	81	88.0
ヘルパー	48	2	4.2	46	95.8
PT/OT	10	0	0	10	100.0
訪問入浴	27	0	0	27	100.0
送迎入浴	7	1	14.3	6	85.7
歯科診療	2	0	0	2	100.0
歯科衛生士	2	0	0	2	100.0
デイサービス	16	2	12.5	14	87.5
ショートステイ	4	1	25.0	3	75.0

在宅療養期間と死亡直前の臨死期の医療的処置では、短期療養で与薬・点滴・酸素吸入等何らかの処置を実施したのは90.9%であった。長期療養で処置を実施したのは81.2%で、在宅療養期間と死亡直前の臨死期の医療的処置との間に有意の差は認められなかった。死亡直前の臨死期の医療的処置の有無と短期・長期療養との関係でみると（表5）、与薬は短期療養で43.1%、長期療養で56.9%であった。点滴は短期療養で19.4%、長期療養で80.6%であった。酸素吸入は短期療養で29.1%、長期療養で70.9%であった。経管栄養・尿カテーテル・気管切開の実施は全員が長期療養であった。

表5 臨死期の処置と療養期間

処置の種類	処置を受けた者(人)	短期療養者	(%)	長期療養者	(%)
経管栄養	9	0	0	9	100.0
点滴	67	13	19.4	54	80.6
尿カテーテル	7	0	0	7	100.0
酸素吸入	15	3	29.1	12	70.9
吸引	11	1	9.1	10	90.9
気管切開	3	0	0	3	100.0
与薬	107	14	43.1	93	56.9
麻薬	10	3	30.0	7	70.0

在宅療養期間と本人が希望する看取りの場は、短期療養では在宅死希望が53.5%、長期療養では在宅死を全員が希望していたが、療養期間と看取りの場の希望との間に有意差が認められなかった。本人と家族が希望する看取りの場が在宅であることと実際の死亡場所が在宅であるということとは、9割が一致していた。在宅療養の期間とサービス利用の数と本人や家族が希望する看取りの場との間に有意差は認められなかった。

#### 【サービス利用との関連要因】

サービス利用方法は、往診・訪問看護・訪問指導等の2つまで保健医療型のサービス利用者とヘルパーや訪問入浴などの利用が含まれる3つ以上の福祉混合型のサービス利用者として分けた。サービス利用のタイプが保健医療型・福祉混合型との関連要因を検討した（表6）。

表6 サービス利用との関連要因

サービス利用のタイプ	保健医療型 2つまで		福祉混合型 3つ以上	
	全体		全体	
年齢別	全体	277 100.0	188 100.0	
	64歳以下	10 3.6	4 2.1	
	65-74歳	23 8.3	23 12.2	
	75-84歳	88 31.8	61 32.4	
	85歳以上	156 56.3	100 53.2	
			$\chi^2=2.782(n.s.)$	
性別	全体	278 100.0	188 100.0	
	男	124 44.6	92 48.9	
	女	154 55.4	96 51.1	
			$\chi^2=0.846(n.s.)$	
疾患別	全体	222 100.0	155 100.0	
	肺炎	38 17.1	29 18.7	
	脳血管疾患	48 21.6	52 33.5	
	心疾患	49 22.1	29 18.7	
	がん	28 12.6	26 16.8	
	老衰	60 27.0	19 12.3	
			$\chi^2=16.139,**$	
寝たきり度別	全体	267 100.0	184 100.0	
	J-A	74 27.7	35 19.0	
	B-C	193 72.3	149 81.0	
			$\chi^2=4.492,*$	
痴呆状態別	全体	254 100.0	180 100.0	
	軽・中度痴呆	99 39.0	104 57.8	
	重度痴呆	155 61.0	76 42.2	
			$\chi^2=14.958,***$	
療養期間別	全体	110 100.0	91 100.0	
	短期療養	34 30.9	3 3.3	
	長期療養	76 69.1	88 96.7	
			$\chi^2=25.281,***$	
看取りの場	本人の希望			
	全体	222 100.0	161 100.0	
	在宅	217 97.7	156 96.9	
	病院等施設	5 2.3	5 3.1	
			$\chi^2=0.267(n.s.)$	
	家族の希望			
	全体	223 100.0	175 100.0	
	在宅	206 92.4	167 95.4	
	病院等施設	17 7.6	8 4.6	
			$\chi^2=1.551(n.s.)$	

(-) n.s.

\* p&lt;0.05

\*\* p&lt;0.01

\*\*\* p&lt;0.001を示す

サービス利用方法と年齢層との関係では保健医療型サービス利用では最も多いのは75歳以上の後期高齢者が88.1%であったが、福祉混合型サービス利用でも同様に75歳以上が最も多く、85.6%といずれも9割を占めていた。年齢層と保健医療型・福祉混合型との間に有意差（p<0.001）が認められた。

保健医療型サービス利用は男性で44.6%、女性55.4%で、福祉混合型でも同様にやや女性の方が多かった。性差とサービス利用方法との間に有意差は認められなかった。

死亡疾患別でみると、保健医療型サービス利用で最も多いのは老衰の27.0%、心疾患の22.1%、脳血管疾患の21.6%、肺炎17.1%であった。福祉混合型サービス利用では脳血管疾患が33.5%、肺炎・心疾

患の18.7%であった。死亡疾患別とサービス利用方法との間に有意差 ( $p<0.01$ ) が認められた。

状態悪化直前の寝たきり度では、保健医療型サービス利用ではランク J-A が27.7%，ランク B-C が72.3%，福祉混合型サービス利用ではランク J-A が19.0%，B-C が81.0%であった。寝たきり度別とサービス利用方法との間に有意差 ( $p<0.05$ ) が認められた。

状態悪化直前の痴呆の程度では、保健医療型サービス利用では軽・中度痴呆が39.0%，重度痴呆が61.0%であった。福祉混合型サービス利用では軽・中度痴呆が57.8%，重度痴呆が42.2%であった。痴呆の程度とサービス利用方法との間に有意差 ( $p<0.001$ ) が認められた。

在宅療養期間との関係についてみると保健医療型サービス利用では短期療養で30.9%，長期療養では69.1%であった。福祉混合型サービス利用では、短期療養で3.3%，長期療養が96.7%と9割であった。短期・長期療養期間とサービス利用方法との間に有意差 ( $p<0.001$ ) が認められた。

本人が希望する看取りの場との関係についてみると、保健医療型サービス利用では在宅希望の人97.7%，病院等施設希望の人は2.3%であった。福祉混合型サービス利用では在宅希望の人96.9%と、本人が希望する看取りの場とサービス利用方法との間に有意差は認められなかった。家族が希望する看取りの場が在宅である人は、保健医療型サービス利用では在宅希望の人92.4%，病院等施設希望の人は7.6%であった。

## 考 察

郡部に居住する高齢者の在宅での看取りについては、38町村の在宅死の割合は29.0%であり、全国平均25.0% (1992) よりも高かった。また、65歳以上人口は25.1%であり、全国平均は15.0% (1997) で、本研究地区は高齢地域であることが認められた。20町村は公立か私立病院や診療所をもち、老人保健施設をもっていたのは2町村で、訪問看護ステーションは6町村で開設していた。特別養護老人ホームをもっており、デイサービスやショートステイ事業 (1町村は3町合同で利用可能) とホームヘルパー派遣事業を実施し、いずれも在宅介護支援センターをもっていた。在宅での看取りに関心をもつ医師は5町村に存在し、死亡者や家族の希望にそって在宅での看取りをすすめていた。これらのことから本研究地区である町村は比較的保健医療福祉サービスの充実がなされていることがうかがえる。

郡部における在宅死の実態として、死亡疾患名は

男女ともに心疾患と脳血管疾患が多く、それぞれ20%以上を占め、全国の死亡原因<sup>1,22)</sup>と類似していた。男性の方が状態の悪化から死亡までの期間が短い急性死亡が多かった。急性死亡では心疾患による死亡が多く、脳血管疾患や老衰では死亡までの期間が長く慢性死亡が多くなっていた。さらに状態が悪化してから死亡までの期間と年齢による差が認められ、高齢者は死亡までの期間が長期化していた。これらの結果は、村井らの報告<sup>10,20,23)</sup>と同様で、急性死亡は年齢が若い程多く、高齢になるほど緩やかな死の過程をたどっていると推察し得る。在宅での看取りの過程における生理的側面の援助において留意すべき点であることが示唆された。

在宅療養期間が1ヶ月以内の短期療養と1ヶ月以上の長期療養との関連要因として、年齢・性別・疾患別・ADL・痴呆の程度・サービス利用の種類との間に有意差が認められた。すなわち長期療養では後期高齢女性が多く、脳血管疾患が最も多く、寝たきり度における要介護度が高いことが示された。

サービス利用については短期療養で、2種類までの保健医療型サービスを3割、3種類以上の福祉混合型サービスを7割が利用していた。長期療養では9割以上が福祉混合型サービスを利用していた。

在宅療養において利用していたサービスで、最も多かったのは往診で、次いで訪問看護、訪問指導が多く利用されていた。巻田ら<sup>17)</sup>の研究と同様にホームヘルパー派遣事業、訪問入浴、デイサービス等の福祉サービスは医療および保健サービスに比べ、その利用は低率にとどまっていた。長期療養では9割以上が福祉混合型サービスを利用していたが、短期療養で福祉混合型サービスを7割が利用していた。すなわち、本研究では、サービス利用方法においては、在宅療養移行期のサービス導入が、ある程度の期間までの在宅療養期間を維持できることが指摘し得る。

しかし、死亡直前期の福祉サービスの利用は低率にとどまっており、ホームヘルパー派遣事業や訪問入浴、デイサービスあるいはショートステイ、配食サービス等を利用するための検討が必要である。社会的支援の差異については、田宮らが指摘しているように、その地域における保健・医療・福祉の社会的要因が関与している結果である<sup>15,17,18,25)</sup>。したがって、在宅療養期間を維持し、在宅死を可能にするためには、在宅療養移行期のサービス導入において、まず福祉混合型サービスを導入することが重要である。そのためには、その地域の保健医療福祉の社会的要因を十分把握する。さらに、社会的支援の活用に関する情報提供等社会資源へつなげるまでの、

導入時の問題点を明らかにすることを指摘している(5,8,13,17-19,25-27)。

また、本研究の対象であった在宅死となった本人とその家族が希望していた看取りの場と実際の死亡場所は、9割が一致していた。すなわち、本人と家族の9割が在宅での看取りを希望し、実際に在宅死を可能にしたことになる。渋谷らは<sup>18,19)</sup> 在宅死を可能にする条件として、本人と家族が在宅死を望むことがあげられているが、これは本研究でも同様の結果が認められた。

橋本<sup>13)</sup>は、本人が88%在宅死を希望し、全家族は在宅死に満足していた。しかし、平成6年度人口動態社会経済面調査<sup>12)</sup>によれば全死亡者をみた場合に約半数が在宅医療を、介護者の約半数が入院医療を希望しており、フィリップ・アリエスのいう死の権利の承認と規定化というジレンマ<sup>20)</sup>を考慮するならば、それぞれの医療場面におけるサービスを保証することが必要であると推察される。そこで、在宅・入院医療それぞれの医療場面におけるサービスの種類を検討する必要が認められる。

在宅療養において利用していたサービスの種類は、医療面では往診が最も多く利用され、次いで訪問看護、訪問指導の利用が多く、巻田や田宮・渋谷<sup>14,15,17,18)</sup>の研究と同様であった。しかし、ただ単に往診や訪問看護ではなく、疾病に関する治療も行いながら、身体的緩和ケアに加え、精神面での安定を得られる治療システムが必要であることを指摘し得る。これらは巻田ら<sup>17-19)</sup>も同様の指摘をしている。山岸ら<sup>19)</sup>は、在宅療養の満足度と社会的支援との間に有意な相関を認めたことを指摘している。

本研究では、3種類以上のサービス利用である福祉混合型サービスの利用は、脳血管疾患の人が最も多く利用し、長期療養、寝たきり度における要介護度が高い場合が多いことが示された。しかし、重度の痴呆症の人は短期療養が多く、2種類以内の保健医療型サービスの利用が多いことが明らかとなった。往診に限らず治療システムとしての社会的支援が重要である。脳血管疾患の人、あるいは寝たきり度における要介護度が高い人の場合は有効な社会的支援がなされ、在宅死を可能にしていたといえる。一方で、重度の痴呆症の人は短期療養が多く、福祉混合型サービスの利用が少ないことが明らかとなった。それ故、重度の痴呆症の人は早期に福祉混合型サー

ビスの利用を勧める必要性が指摘できる。

本研究では、本人と家族の9割が在宅での看取りを希望し、実際に在宅死を可能にしたことが明らかとなった。しかし、山岸ら<sup>19)</sup>の指摘の様に、在宅療養の満足度には社会的支援が影響することから、重度の痴呆症の場合、福祉混合型サービスの利用が少なく、より十分な支援が必要であると推察される。在宅療養の継続は、すなわち在宅死において、麻原ら<sup>27,28)</sup>の研究によれば「痴呆の症状への対応」「将来の心配」「精神的健康の問題」という介護負担感と世間体得点とに関連がある。介護負担感が大きいほど世間体を気にする傾向があることが指摘されている。社会的支援の導入期には、本人および看取る家族の希望や介護負担感を視野に入れた援助が求められる<sup>29,30)</sup>。特に重度の痴呆症の人では、早期の段階で、在宅での看取りにおける福祉混合型サービス利用が勧められる。そして、看護に関わる者は、死別に伴う悲嘆過程を考慮するならば、上記の様な支援に重要な関心を示す必要性が示唆されている<sup>27-30)</sup>。在宅死を支援する看護職の関わりとして非常に重要であると考える。

## ま と め

郡部の高齢者の在宅での看取りの実態や在宅死を可能にする要因とサービス利用について調べた結果、以下のことが明らかになった。

1. 高齢者本人と家族が在宅での看取りを希望していた。
2. 在宅療養開始時期から、福祉混合型のサービスを導入する。
3. 往診に限らず治療システムとしての社会的支援が重要である。脳血管疾患の人や寝たきりによる要介護度が高い人の場合は福祉混合型サービスの利用が、在宅死を可能にする。
4. 社会的支援の導入期に、本人および看取る家族の希望や介護負担感を視野に入れた支援が求められる。特に重度の痴呆症の人では、多様なサービス利用を勧めることが重要である。

本研究は、平成10年度全国農業共済連合会研究助成(研究代表 宮原伸二教授)の成果を再分析したものである。ご協力いただきました皆様に深謝いたします。

## 文 献

- 1) 厚生統計協会編(1991)国民福祉の動向, **38**, 176-192.
- 2) 横山美江, 清水忠彦, 早川和生, 由良昌子(1992)在宅要介護老人の介護者における健康状態と関連する介護環境要.



- 日本公衆衛生雑誌, **39**(10), 777-783.
- 3) 上田照子, 橋本美智子, 高橋祐夫, 後藤博文, 来嶋安子, 大塩まゆみ, 水無瀬文子, 青木信雄, 中園直樹 (1994) 在宅要介護老人を介護する高齢者の負担に関する研究. 日本公衆衛生雑誌, **41**(6), 499-505.
  - 4) 武田俊平, 斎藤 茂, 渡辺紀久子, 工藤次子 (1994) 都市部の要介護老人における在宅群と入院・入所群の判別分析. 日本公衆衛生雑誌, **41**(1), 3-11.
  - 5) 黒田研二, 肖 林, 岡本悦司, 高鳥毛敏雄, 新庄文明, 多田羅浩三 (1992) 在宅要介護老人, 病院長期入院老人, 入所者の特性に関する比較研究. 日本公衆衛生雑誌, **39**(4), 215-222.
  - 6) 藤田利治, 石原伸哉, 増田典子, 樺澤ゆかり, 森千代子, 難波貴代, 太田英代, 萱島伸子, 児玉寛子, 橋本修二, 母里啓子, 尾崎米厚, 箕輪真澄 (1992) 要介護老人の在宅介護阻害要因についてのケース・コントロール研究. 日本公衆衛生雑誌, **39**(9), 687-695.
  - 7) 若松弘之, 今中雄一, 前澤政次, 岩崎 栄 (1996) 利用者による在宅ケアの評価—利用者満足度を中心に—. *Bull Natl Inst Public Health*, **45**(2) 150-158.
  - 8) 杉澤秀博, 中村律子, 中野いずみ, 杉澤あつ子 (1992) 要介護者における主観的健康観および生活満足度の変化とその関連要因に関する研究. 日本公衆衛生雑誌, **39**(1), 23-32.
  - 9) 杉原陽子, 杉澤秀博, 中谷陽明, 柴田 博 (1999) 在宅要介護高齢者のストレスに対する介護期間の影響. 日本公衆衛生雑誌, **45**(4), 320-335.
  - 10) 村井淳志 (1997) 京都老人のターミナルケア研究会から高齢者の介護とターミナルケア. 別冊総合ケア高齢者の介護とターミナルケア, 72-80.
  - 11) 厚生省 (1994) 厚生白書, 32-35.
  - 12) 厚生省大臣官房統計情報部 (1994) 人口動態社会経済面調査の概況 (末期患者の医療), **10**, 16-17.
  - 13) 橋本住夫, 谷澤 洋, 牛谷義秀, 篠田 毅, 八重尾筈子, 竹田歌子, 塚田裕一 (1995) 在宅死に対する一考察—アンケート調査を通して—. 癌と化学療法, **22**(12), 314-344.
  - 14) 田宮菜奈子, 荒記俊一, 七田恵子, 巻田ふき, 大淵律子, 大竹登志子, 鎌田ケイ子, 川上憲人, 旗野脩一 (1994) ねたきり老人の在宅死に影響を及ぼす要因—往診医の存在, 年齢との関係を中心に—. 日本公衆衛生雑誌, **37**, 33-38.
  - 15) 田宮菜奈子 (1985) 在宅ターミナルケア. 臨床成人病, **21**(11), 75-81.
  - 16) 川口夕子, 田村ひろみ, 服部みち子, 海老原毅, 杉田比呂美 (1994) 終末期の在宅癌治療における問題点と対応. 癌と化学療法, **21**(12), 322-324.
  - 17) 巻田ふき, 七田恵子, 旗野脩一 (1991) 老人を看取った家族の心残りに関する研究. 社会老年学, **33**, 48-55.
  - 18) 渋谷えり子, 野川とも江, 大塚真理子, 林 裕栄, 井上織恵 (1997) 在宅要介護高齢者の死亡場所の関連要因の検討. 第28回地域看護学会集録, 日本看護協会, 51-53.
  - 19) 山岸佳代子, 渡辺美由紀, 渡辺睦子, 濱口恵子, 石垣靖子, 近藤 敦, 秋山守文, 田村里子, 菅野裕教, 瀬戸山修 (1995) 在宅医療の継続を左右する因子について. 癌と化学療法, **22**, 326-330.
  - 20) フィリップ・アリエス (1997) 死の歴史, みすず書房.
  - 21) 広井良典 (1997) ケアを問い直す, ちくま新書.
  - 22) 広井良典 (1998) 医療保険改革の構想, 日本経済新聞社.
  - 23) 厚生統計協会編 (1997) 国民福祉の動向, **44**(12), 4-29.
  - 24) 岡本祐三 (1996) 高齢者医療と福祉, 岩波新書.
  - 25) 結城美智子, 飯田澄美子 (1996) 在宅要介護高齢者の介護者における家族・身内とのかかわりと介護負担感との関連. 老年看護学, **1**(1), 42-56.
  - 26) 昆 啓之, 安達元明 (1998) 終末期にある癌患者の療養の場を決定する要因. 日本公衆衛生雑誌, **44**(5), 339-345.
  - 27) 麻原きよみ, 百瀬由美子 (1997) 在宅要介護老人の介護者の世間体とサービス利用および介護負担感に関する研究. 老年看護学, **2**(1), 97-105.
  - 28) 麻原きよみ (1999) 一過疎農山村における家族介護者の老人介護と農業両立の意味に関する記述的研究. 日本看護科学学会, **19**(1), 1-12.
  - 29) Karen Robinson and Joan K Austin (1998) Wife Caregivers' and Supportive Others' Perceptions of the Caregivers' Health and Social Support. *Research in Nursing & Health*, 51-57.
  - 30) 金子史代, 飯吉令枝, 佐々木美佐子, 桑野タイ子, 小野沢康子, 水戸三津子 (1997) 在宅要介護者の介護における社会的サポートの効果に関する研究, 第28回地域看護学会集録, 日本看護協会, 57-59.



# **The Factor to Make the Palliative Care at Home of Elderly People Possible in Countryside.**

Hiroe HITOMI, Yoko NAKAMURA, Gengo OSAWA, shinji MIYAHARA,  
Chiemi TOKUYAMA and Takanori OGAWA

(Accepted Jun. 7, 2000)

Key words : ELDERLY PEOPLE, SOCIAL SERVICE, THE PALLIATIVE CARE AT HOME,  
DEATH AT HOME, THE COUNTRYSIDE

## **Abstract**

The factors which enable elderly people in countryside to die in their own homes were examined determining the social services available to them. Two rural areas were selected at random from each prefecture in Japan.

The questionnaire requested information about : 1) The number of elderly people, 2) The number of elderly people who died and the number who died at home, and 3) The type of social services available. More detailed information was also requested about those who die at home, including 1) The cause of death, 2) Age at death, 3) Condition of the patient at the time of death, 4) The type of social services being used for the patient, and 5) Whether the patient or family members had requested that the patient would be allowed to die at home or not.

Thirty eight replies were received. Twenty nine percent of elderly patients died in their homes. This is slightly higher than the national average 25.0% in Japan. Those over 65 years old comprised 25.1% of the total number of people.

Only 20 of the 38 who returned the questionnaires supplied the more detailed information about those who died at home. The total number of those who died at home was 767, of which 371 were males and 396 were females. The average age at death  $81.7 \pm 11.6$ . The most common causes of death were heart diseases and stroke. Those who died suddenly of heart attacks, pneumonia, etc. were relatively younger while the more elderly died of chronic illnesses.

Home care services being provided included: visiting by public health nurse (21.2%), nurse care (34.9%), physicians house call (50.4%), home helper service (12.0%), help for bathing (10.8%) , and delivering meals (0.03%).

Of those patients and their families who wishes to die at home, 90% were able to do so. It is necessary to determine the medical and social support services that are available as soon as possible, those who provide services should endeavor to understand the needs of the patients.

Finally, it was found that patients suffering from dementia did not use social services. Such services should be made available at an early stage of illness.

Correspondence to : Hiroe HITOMI

Department of Nursing, Faculty of Medical Welfare  
Kawasaki University of Medical Welfare  
Kurashiki, 701-0193, Japan

(Kawasaki Journal of Medical Welfare Vol.10, No.1, 2000 87-95)