

都市における在宅死と医療福祉の課題

中村陽子*¹ 宮原伸二*² 人見裕江*³

要 約

戦後日本においては疾病構造の変化，医療技術の高度化，病院化の進展の中で，死亡に関しては，在宅での死は減り，病院での死が急増しているのが現状である．1965年には死亡者全体の29%が病院死であったが，1995年には74%になり，日本人の死に場所は家から病院へと変わった．

死についての今日の人々の意識や実態は，高度経済成長期をへて，ここ30年の時代環境で大きく変化した．さらに，現在多くの国民は在宅死を再び望むようになってきた．高齢者の在宅死を可能にするためには，医療福祉の役割として，現在存在するサービスを整備するだけでは課題への対応は困難であり，新たなケアマネジメントが重要となってくる．具体的な内容としては，死への不安や恐怖に対して，あらゆる専門職との連携が重要となる．特に心理の専門家やボランティアとの連携が，看取りにおける心の援助を可能にすると思われる．家族・地域を包括した看取りの教育が急務である．死の教育こそが看取りの文化を継承していく．

また，都市の看取りを考える場合，これまで日本にあった隣近所による助け合いの精神に基づいた相互扶助の援助に変わる，新しい援助が重要になってくると考えられる．地域共同体意識の低い都市においては，地域が看取りの力を持ちうるためのまちづくりが重要な課題である．

介護者に犠牲を強いることのない，介護を生きがいのある魅力あるものにし，自己決定に基づく死に場所選びを可能にするため，医療福祉として統一された援助が重要となる．医療福祉はその役割を負う．

はじめに

わが国は世界にも例をみない速度で高齢化が進行し，1998年には65歳以上の老年人口割合は全人口の16%となった．さらに2018年には25%を越える超高齢社会を迎えようとしている．このような老年人口の増加に伴い，心身の衰弱による介護を必要とする要介護高齢者数も増加することが予想されている¹⁾．疾病，障害をもった高齢者およびその家族を支援するために1989年に高齢者保健福祉推進十か年戦略，1992年に老人訪問制度，1997年に介護保険法が制定され，2000年4月には介護保険法が施行されるに至り，様々な施策が展開されている．

現在，保健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の推進へと変遷している．しかしながら疾病構造の変化，医療技術の高度化，病院化の進展の中で，死亡に関しては，在宅での死は減り，病院での死が急増しているのが

現状である．1965年には死亡者全体の29%が病院死であったが，1995年には74%になり，日本人の死に場所は家から病院へと変わった．

死についての今日の人々の意識・実態は，高度経済成長期をへて，ここ30年の時代環境で大きく変化する中で，現在多くの国民は在宅死を再び望むようになってきた²⁾．

第二次世界大戦後は世界的に健康権が承認されて，近代医療は制度的にも積極的に推進されるようになった．1960年代はあらゆる病的な問題は医療的な解決が可能であるという理想に支えられて医療への社会的な支出が急上昇した時代でもある．イヴァン・イリッチはこうした現象を皮肉を込めて医療化と呼び，人は「死ぬという行為において主体的である権利」を失ったことを指摘している³⁾．

一方日本の医療水準は，公衆衛生とともにめざましく向上した．1961年国民皆保険の施行は，全ての国民に医療をもたらすと同時に，病院や診療所など

*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

の施設の増加と医療スタッフの分化分業をもたらした。現代社会において医療は科学的になってきたがその結果、死は医療にとって敗北であり面目を失うこととなり、死そのものに直面しないように対処することになったと、中川⁴⁾が指摘している。すなわち、病を治し命を救うという目的で発展してきた医療は、死を敗北として徹底的に戦う事を旨とし、無意味な延命と思われる医療行為が続けられてきたのである。そして、死が医療のみの対象になってしまった。現在は死の自己決定、死に場所選びに関心が払われるようになっていく。それは1981年以降、がんが日本人の死亡原因の第1位になり、現在医療をもってしても予後不良な疾病が終末医療への関心を高めたからである。また、急速な高齢者の増加は国民にとって介護の問題をもたらす、看取りが切実な問題となった。1981年岡村は、人生が、出生から始まって死に到る旅であることは、否定しようのない事実である。つまり、生きていることは同時に死んでいくことである。社会福祉が人々の生活を援助する仕事であるならば、当然そのなかに、人々の死の準備を援助する仕事を含めなければならないと述べている⁵⁾。

しかしながら現在日本においてはターミナルケアや死をめぐる問題は「医療」の問題として議論されることが多い⁶⁾。生と死を一連の自然な流れとしてとらえ、命の質を尊重する考えの人々が増え、日本人の死生観であった「暁の上での死」を再び思い描くようになった今、死を看取るための住宅環境、介護、家族関係および経済的な問題等社会福祉の役割はことのほか重要である。また、人生の最後の時期をどこで、どのように過ごし、その場に誰が、どのように関わるのかというマネジメントの役割を社会福祉は負うことが推測される。しかし、ターミナルケアや死をめぐる問題に関して、社会福祉からの視点からみた研究は少ないのが現状である。

このような状況において本研究は死をめぐる問題を医療と福祉という異なった領域としてとらえるのではなく、生活者の視点に立った医療福祉の役割として考えたい。本研究の目的は、福祉及び医療の先行研究をもとに、都市における在宅死について医療福祉の立場で考察し、その課題を明らかにすることである。

医療・社会福祉における看取りについて

日本において看取りに関する問題が本格的に議論され始めたのは、ホスピスにおけるケアの実践が医療機関で本格化したことに始まる。1977年「死の臨床研究会」が発足し、1980年代に入り淀川キリスト

教病院ホスピスや聖隷ホスピスが開設した。1990年厚生省は「緩和ケア病棟・定額制」の健康保険医療制度を発足させた。以来ここ数年ホスピス・緩和ケア病棟は増加してきている。わずかながらも看取りに関する研究について医療や社会福祉の立場から考察されるようになった。

日本における看取りの研究は、がん患者を中心とした終末医療として行われてきた。人間が死に向かう時どのようなニーズを持つのかを柏木⁷⁾は①身体的ニーズ②精神的ニーズ③社会的ニーズ④宗教的ニーズの4項目をあげている。死に向かう人のニーズは疼痛への対処としての緩和ケアであると柏木は述べ、そして1980年看取りの場としてホスピスを開設した。医療における看取りの研究はがん患者を対象とした痛みの除去やチーム医療の観点からのものが多い^{8,9)}。これは1981年日本人の死因の第1位ががんになり、4人に1人ががんによって亡くなるようになったことと大きく関係していると思われる。

E・キューブラー・ロスは、1969年「死ぬ瞬間」において、末期患者が死を受容するまでの心理過程「5段階」を発表した。E・キューブラー・ロスによると末期患者に死が近い事を告げると、多くの患者は①否認②怒り③取引④抑鬱⑤受容の一連の心理過程を示すとされている。この研究は世界のターミナルケア研究に大きく貢献した。佐々木¹⁰⁾は、ロスの研究が日本で高く評価される要因を社会福祉の観点から次の2つの事項に要約している。ロスが末期患者に対して行ったインタビューは、社会福祉の援助技術の側面からケースワークに依拠していたことさらに末期患者の精神的苦痛を面接を通じて共有したことである。さらにキュア（治療）の見込みのない患者に対して、ケア（介護）の必要性を強調した。ロスの福祉観は人間本来の固有の人間性に着目するものであり、患者の自主性を尊重するものであったと述べている。しかしながら社会福祉の分野での看取りに関する研究は遅く、本格的に議論され始めたのは、1988年頃である¹¹⁾。中村は医療ソーシャルワークは患者が医療機関内や在宅で闘病生活する上で、疾病から派生するさまざまな生活の困難や生活障害に対して、それらの問題や困難を解決するための実践の体系であり、その課題は生活問題の解決を通して自助能力を強めることにある¹²⁾と述べている。社会福祉における看取りに関する研究の遅れについては、残念ながら末期の患者に対するソーシャルワークの有効な方法や技術は、厳密に言って端緒についたばかりであると述べ、その理由としてソーシャルワークとは生きること、回復し社会に復帰する「生」の方法論である¹³⁾、と述べている。つまり、

中村の報告は、社会福祉における援助が生きていくためのものであり、死を援助するという視点が存在しなかったことをうかがわせるものである。

1986年全国社会福祉協議会老人福祉施設協議会から「老人のターミナルケア」が刊行されたが、社会福祉の視点からのターミナルケアの研究としては遅い。また、困難を除去し生活問題を解決することをその役割とする社会福祉における看取りの研究は、理論・実践を含め極めて少ない。

以上のような現状に対し、広井は「死は医療のものか？」と問うている⁶⁾。ターミナルケアをめぐる問題が医療の問題として議論されることが多いなか、「福祉」がターミナルケアの相当部分を担うことで、ターミナルケアに新しい可能性が開けるのではないかと述べている⁶⁾。広井の提起した問題は、これまで医学的な判断に任されてきた死の自己決定の問題を明らかにした。つまり本人の意思を尊重した看取りの実践を示唆するものであった。これに対し横内¹⁴⁾、石井^{15,16)}は、死に対する判断には、医学的な判断のみが重要であり死生観を大切にする死の自己決定の危険性を「みなしの死」として批判している。これまで死の問題について医師及び医療関係者との間でこのような議論が行われてこなかったことを考えれば両者の議論は次の点において重要であると考え。それは日本においては、死に関する法体系は医師を中心としたものであり、この事実こそが死の医療に対する依存を生み出してきた。しかし、死及び看取りの兆候に関する十分な情報の提供が、相互の信頼を高め死生観に基づいた本人及び家族の自己決定を可能にするのではないかと考える。著者ら^{17,18)}は、看取りの調査研究を通して、医療に比較して福祉の役割が少なかったことと同時に、人々の医療依存の心情の強さを明らかにしてきた。広井の述べるように福祉の役割の重要性に同意するものであるが、これまでの医療・福祉という分野別の対応の限界を感じないわけではない。人間の生活において医療と福祉の線引きはなく複雑にからみながら問題は存在する。しかしながら現在、都市における看取りを「みなしの死」の危惧を無くし、心残りの少ない尊厳ある死にするためには、福祉の役割が大きく問われている。その役割としては、死生観に基づいた自己決定を可能にするための情報公開に深く関わることである。また、本人・家族共に死の受容ができ、しかも近づく別れを感じ合いながらも共に癒されるような援助が重要であることが指摘できる。福祉がこれらの役割を担うことにより、広井のいうターミナルケアに新しい可能性が生まれてくると考える。

医療福祉における看取りについて

1960年代前半に、いわゆる福祉六法体制が成立し、社会保障制度が軌道にのった後、1960年代後半から1970年代前半にかけて社会福祉の整備・拡大がなされてきたが、その中心は主に施設福祉の分野であった。1967年12月の「社会福祉施設緊急整備5カ年計画」はその具体的例である。社会福祉における高齢者への対策は施設収容であった¹⁹⁾。

社会福祉における施設収容主義と医療政策、とくに高齢者介護の問題を論ずるとき重要な出来事として国民皆保険があげられる。この制度により、誰でも病気やけがをしたときに医療を受けられるようになった。岡本が指摘するように、この制度が高齢者の死亡率を減らし、平均寿命の延びに果たした役割は大きかった²⁰⁾。しかし、国民皆保険制度に続く1973年の老人医療無料化制度は社会的入院を増加させる結果となった。1980年代から慢性疾患の高齢入院患者の比率が6割以上の「特例許可老人病院」を増やし、介護職員を多くし、検査や薬の診療報酬を定額にした「介護力強化病院」を相次いで導入した。これらの制度の導入は、厚生省が徐々に社会的入院を制度的に容認してきた感を抱かせるものであった。その結果、長期入院を余儀なくされた高齢者は、病院で死を迎えることになった。人口動態統計²¹⁾によると、それまでは在宅死亡が多かったが1976年を境にして在宅死と施設内死が逆転し、在宅死亡が46.3%となり、施設死亡は48.3%（病院死亡43.5%）となった。1976年以後、在宅死亡は減り続け、1998年には在宅死亡は15.9%となった。

こうした医療・福祉における政策の歴史が死を医療のものにした。1970年代後半の低成長に入ってから、施設整備を求める世論とともに、立ち後れていた在宅福祉のニーズが主に老人問題を契機に高まった。国の医療財政危機に伴い、在宅福祉の分野へ福祉施策の中心が徐々に移行した。そして1980年代には社会福祉政策が、在宅福祉対策を軸に展開することになった。1989年の「高齢者保健福祉推進10カ年戦略」の策定を経て、1990年の福祉関係八法の改正は、社会福祉が市町村を単位とした在宅福祉、地域福祉を軸に展開することを明確にした。日本の社会福祉が、社会福祉関係八法改正以降、地域自立生活援助を進める背景には社会福祉ニーズの変容があり、社会福祉の国民化と地域化が求められるようになってきたからである。地域で家族や友人と暮らしながら、自立生活が可能になるような支援システムを作っていくことが重要な課題となっている。その国民的な社会福祉のニーズ変容の中で、最も大きな

課題は、在宅要介護高齢者の介護の問題である。在宅介護の社会化は、在宅福祉を推進し、医療と福祉との連携を重要な課題にした。

医療と福祉の連携が地域社会の生活のあらゆる局面で高い水準が達成されれば、少なくともホスピス等の特殊な専用施設はその必要性がなくなる²²⁾と岡本は指摘している。一方で医療・福祉の分野では「生活の質」(Quality of Life)ということが関心を集めるようになり、大多数の高齢者は生きがいをもって、自分なりに納得できる人生を送りたいと願うようになった²³⁾。そうした願いは人生の最後をどこで迎えるか、死に場所選びを自己決定することとなり、その場の希望として在宅が選ばれるようになった。

佐藤²⁴⁾は人生の最後は家族に囲まれながら自分の家で、静かに生涯を閉じていくのが自然であり、それがもっとも幸せな姿なのでありその幸せを築くことが在宅ケアの意味するものであると述べている。

医療・福祉の連携のもとに住み慣れた家での生活を支援するためには、要介護高齢者の在宅サービス等を中心とした社会的支援の整備が重要である。医療・福祉の連携のための在宅支援についての研究は以下にあげられる。これまで要介護高齢者の介護負担やその要因に関しては研究がなされている^{25,26)}。介護に関しては、横山²⁷⁾、上田ら²⁸⁾による介護者のマンパワーの確保と介護力についての研究がある。これらの研究によると介護においては介護者の年齢や要介護高齢者の性別・精神状態及び家族構成を考慮する必要があることを指摘し、介護者が高齢の場合は頻回な介護サービスや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必要があるとしている。また、要介護高齢者の療養場所の選択には、要介護高齢者のADLや家族構成が強く関連しているという武田²⁹⁾、黒田ら³⁰⁾の研究がある。これらの研究は在宅療養を中断する原因として、主介護者が高齢で、独居ないし高齢世帯に多く、副介護者の人数が少なく、部屋数が少ないことを明らかにしている。さらに、藤田ら³¹⁾は、以上のことに加えて社会資源の利用としては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を指摘している。これらの研究は、在宅での介護における課題を明らかにし、在宅サービスの充実にあたってはサービスの内容についての検討も重要であることを示唆している。また、その人らしさが発揮できる環境整備への働きかけと同時に介護者への精神的援助の重要性も明らかにしている。

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及び心理状態よりも社会的支援のみの影響し、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ことを明らかにした若松ら³²⁾の研究がある。また、在宅死に関しては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ことを明らかにした田宮ら^{33,34)}の研究がある。これらの研究によると、往診医の存在が自宅での死亡割合を引き上げたことを明らかにしている。著者ら¹⁷⁾は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期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ことを示し、地域における保健医療福祉の社会的背景を十分把握する必要があることも指摘した。さらに、社会的支援の活用に関する情報提供等を社会資源へつなげるまでの導入時の問題を明らかにすることを指摘した。川口ら³⁵⁾は、看取りにおけるQOLに関して在宅がん患者の方が入院がん患者よりも、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が高いことを示した。

巻田³⁶⁾、渋谷ら³⁷⁾は、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かったことを明らかにした。在宅での看取りの支援には、家族への支援が重要で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事を示唆した。また、在宅死を可能にする要因として、医療福祉の連携の重要性を明らかにした。これらの研究は、在宅死を可能にする条件として、本人も家族も共に在宅死を望むことをあげている。

山岸ら³⁸⁾は在宅医療の継続を左右する要因の研究を行い、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関わらず、最後まで自宅で看たいという「介護意志」がある一方で、介護者の「家事との両立」「患者の変化への対応」の問題があげられたことを指摘した。また、中止群の入院の主な理由として、「急激な病状悪化に伴う介護者の不安の増大」があり、病状の増悪の状況を受け入れる準備を整えることが医療福祉の役割として重要であることを指摘している。野川³⁹⁾はこれまで介護経験が負担やストレスといった否定的な研究が多い中、介護を生きがいのある魅力ある活動としてとらえ直すため、介護者の主観的な介護継続意志に焦点を当てた研究をおこなった。この研究では従来のターミナルケアとケアマネジメントシステムの課題として在宅ホスピスやターミナルケアで重要となる視点を以下の9項目あげた。

①在宅医療の確保—救急入院体制、往診医（かかりつけ医）、病院連携システム、24時間体制

②ケアの確保—訪問看護、介護等24時間体制の支援

また一方、長寿化が進行するなかで、団塊の世代の高齢化と、とくに75歳以上の後期高齢者人口が今後著しく増加することが予想されている。厚生白書⁴⁴⁾によれば後期高齢者人口は、1995年717万人であったが2005年には1100万人を超え、さらに2015

年には1500万人を超えると予想されている。これまでは3大都市圏（東京・大阪・名古屋）の高齢人口の伸びは全国平均よりも低かったが、今後は3大都市圏で高齢化の進展が急速であると予想されている⁴⁵⁾。岡本は後期高齢者の看取りが深刻な問題であることを指摘し、対策を急ぐ声が少なくないことを指摘している²⁰⁾。都市の本質は自由な職業選択と地域移動に支えられている⁴⁶⁾。都市では、地縁血縁や職場からの支援が及びにくい生活基盤の弱い公的支援の必要な住民の存在が予想される。都市においてどこで死ぬかは、今後大きな問題になることは確かであるが、波平は日本における伝統的な「死の文化」は、都市と農漁村部において地域差や家族差が大きくなることを推測している⁴⁷⁾。都市における在宅死亡率は全国平均と比較しても低い。1997年の全国の在宅死亡率が16.1%に対して、大阪市は14.8%であり、東京区部は、12.8%と更に低い⁴⁸⁾。こうした背景の中でも、都市における看取りに関する実証研究は少ないことが指摘できる。

高鳥毛ら⁴⁹⁾は大阪における研究で、在宅ケアに関連する要因としては住環境が関係すること、さらに退院から在宅ケアに継続される要因としては部屋数と対象者のADLが関係していることを指摘した。

東京における在宅高齢者の看取りについて、訪問看護ステーションにおける研究より、小林は看取りを終えた介護者の満足度に関係する要因として介護者が実子であったことをあげている⁵⁰⁾。都市においては、これまで家制度の延長により、嫁の役割であった介護が、実子の役割へと変わってきていることを示唆するものである。

京都市における山本ら⁵¹⁾の在宅介護者についての研究は、介護者の高齢化と要介護者の重度化および長期化を指摘している。また、現状の在宅介護が介護者の犠牲のもとに成り立っている状況を明らかにし、個々の生活実態に即したサービスの量と質の向上が早急かつ重要な整備課題であることを指摘している。現在、都市の生活様式は多様になってきている。これまでの在宅サービスの整備ではなく、各人にとって使いやすい多種多様な在宅サービスの充実を図ることが都市においては極めて重要な課題ではないかと推察し得る。

太田⁵²⁾は都市（東京）で介護を必要とする70歳代、80歳代の多くの者は、大正から昭和の始めにかけて農村からでてきた上京者であり、その者たちが持つ老いの課題を①高齢化社会の入り口で老いること②農村生活者が都市生活者として老いることを強いられていること③自分の生まれ育った所と遠く離れて老いること④老後を過ごす大都市は古い都市で

はなく新興の大都市であり、若い生活者中心の生活様式から成り立っている都市構造のなかで老いを迎えること⑤大都市の歴史的な大転換期といわれる変貌の時期に老いていかなければならないことをあげている。共有できる歴史も思い出も持たないもの同士の人間関係は希薄になりがちであり、共同体意識の低いことが看取りの課題であることが示唆される。都市での人間関係の困難さをかかえた中で、死に場所を都市に選ぶ以外になかった高齢者の在宅死を24時間対応で看取ってきた柳原病院は、例えば1人暮らしでも、家で死にたいという高齢者の自己決定を支えようとする実践的知識を援助するものであり、都市における在宅での看取りの実践は重要であると指摘している⁵³⁾。

都市における在宅死と医療福祉の課題

在宅での死が9割を越えていた戦前までは、家族は往診医や派出看護婦、さらには親族や隣近所の中で、家で看取りを行い、湯灌にはじまる埋火葬に至るすべてをこなしてきた⁴¹⁾。都市における看取りを考えた場合、都市に生活を求めて移住してきた世代にとって、生活はこれまで農村部にみられたような相互扶助に基づいた関係はなく、多くの問題を抱えながら単独で家族単位の生活を余儀なくされてきた。それは生活基盤確立のための労働を主とした生活で、家のローンの返済であったり、子供の教育費用であった。こうした世代が高齢者として、死を迎えようとしている。畠中⁵⁴⁾は都市における地域福祉の課題を考えたとき、従来からある近隣関係の緊密さや助け合い精神の度合いを指標とした農村型モデルに対して、都市型モデルの開発が必要な時期にきていると指摘している。都市における在宅死を可能にする要因として、これまで日本に存在した隣近所による助け合いの精神に基づいた相互扶助の援助に変わる新しい援助が重要になってくると示唆される。在宅での看取りを支援するためには、これまでの生活史が尊重されるような医療福祉の統一されたケアマネジメントが重要である。大橋⁵⁵⁾は、サービスを必要としている人々に必要なサービスをアセスメントし、時には新しいサービスを開拓することが必要であると指摘している。共有できる歴史や思い出をもたないもの同士の都市における看取りのためには、地域が看取りの力になり得るような孤独への対処とあらゆる援助者が情報提供者になりうるような新たなサービスを生み出すまちづくりを行っていくことが大きな課題となる。

また、産業構造の変化、人口構造の変化、核家族化、家の狭少化、及び共稼ぎは介護力の不足をよび

起こし、病院を家の延長として捉え手軽に利用する心情を生み出した。その結果、看取りと死後の処置は、医療の専門家と葬儀社が請け負うものとなった。こうした現象は死を不安なものにし、恐怖の対象としてしまった。医療施設が整備され、これまで在宅で亡くなっていた人が病院で死亡するケースが多くなってきたことはすでに多くの指摘が見られる。かつては子供たちは、親や親族の死を身近に体験していた。しかし、死は家庭から切り放され、人々は死を身近なものとして体験することが少なくなった⁵⁶⁾。著者らは医療福祉の課題として社会サービスの連携や調整の必要性はもちろんのことであるが、看取りを社会化するため心の援助や死の教育が重要であると推測する。名倉⁵⁷⁾は人の死はその人の生活文化と強くかかわる現象であり、高齢者の死をめぐる不安に対し共感的に受け止める心の援助が重要であると指摘し、さらに介護家族の心の援助をも共に行う看取りの援助の包括性を指摘している。村井⁵⁸⁾は看取りの援助課題として生活文化と深く関わる食の援助と心の援助の重要性を指摘した。著者らはこれからの医療福祉の課題として取り上げるべき援助内容を明らかにしたい。即ち看取る者への看取りを行う際の心理的な教育や食を通しての癒しが得られるような食事のあり方及び看取りが行えるような住居環境を中心とする社会経済的環境の整備に関して、多岐にわたる専門職からの看取りを行う者へ教育することが重要と考える。報道によると、淀川キリスト教病院ホスピスがホスピスの入院患者へおこなった調査に、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。著者らの行っている調査研究においても同様な結果が得られた。かつて、末期の結核に犯されながらも在宅での日々を食べることで癒された作家がいた。正岡子規^{59,60)}である。子規は孤立することのない豊かな人間関係を持ち、多くの友人の訪問に慰められた。また食べては失禁し、活発になった腸の激痛に泣きながらも食べることで癒された。最後寝返りすら困難な状況となったが庭の朝顔、まちから聞こえてくる物売りの声に季節の変化を感じ生きていることを実感した。子規の生きた時代と現代とを比較することは困難であるかもしれない。しかしながら著者らがおこなっている調査研究において子規のような豊かな人間関係を持ち、子規のように食べた者は極めて少なかった。安易に経管栄養等の医学的な方法に頼ることのない食の援助が重要であることが示唆される。病状に即した食の援助を在宅で受けられることは極めて重要である。しかしながら著者ら¹⁸⁾がおこなった調査研究にお

いては、食事に関するサービスはほとんど使用されていなかった。これまでの栄養指導において個人の生活史や嗜好が大切にされてこなかった問題を指摘するためには、看取りの場においては、食事が癒しになるような栄養士との関わりや歯科医師及び歯科技工士との連携が重要であると考えられる。また摂取状況にあった食事サービスと共に、看取りを行う家族への食事サービスの配慮は極めて重要である。

一方在宅での看取りにおいて入浴は重要な援助となっていた。同じく著者らがおこなっている調査研究においても、入院中の3ヶ月間一度も入浴をしなかった末期のがん患者が、家で久しぶりに入浴した時「生きていてよかった」と喜びの声を出した例もみられた。入浴は日本人の生活習慣と深く結びついて極めて重要な援助である。発熱や呼吸困難がみられても、在宅においては本人の意思を大切にしてお風呂が実施されていた。しかし、入浴における介助の困難さを訴える者は多かった。困難な理由の一つに風呂の狭さや段差等の環境の問題が指摘された。看取りの場において住環境の整備を検討することが重要である。在宅での看取りの意義は、ゆっくり風呂につかったり好きな物を食べたり飲んだりしながら家族が思いを伝え合い、別れを告げることである。そのためには、医学的には身体的な状況が十分理解され、痛みが緩和された状態であること、また在宅サービスは本人と家族が介護負担のない豊かな時間を共有できることの保障が重要であろう。

看取りの家族への援助の他にもボランティアとの連携が、看取りにおける心の援助を可能にすると推察される。ボランティアの存在は個別のニーズに柔軟に対応できる利点がある。また、専門職とは異なる生活者としての思いを共有できる点で有効である。ボランティアが行う援助が、都市の新しいサービスを生み出す契機になる可能性も考えられる。また、死への恐怖や不安、看取りの後の残された家族の悲嘆の回復にとってボランティアとしての宗教者の果たす役割は重要である。著者らの看取りを終えた家族へのインタビューにおいても、看取りを終えた家族の多くは死者が生きていたときと同様に仏壇に好物を供え、季節の花を手向けそして毎日の出来事を語りかけ孤独と向き合っていたものが多かった。そして法要は、亡くなったものへの供養と同時に残された家族への大きな癒しになっていた。都市においては、看取りを終え残されるものは平均寿命の長い高齢の妻であることが多いが、地域に看取りを迎えようとしている者とその家族がいること、また看取りを終えた高齢者が一人で生きていることを伝えあえるようなボランティアの連携も重要である。地域

にある宗教施設が癒しの活動の場になることも、看取りのまちづくりにとって重要ではないかと考える。さらに重要な事項としては、家族・地域を包括した看取りの教育が急務である。また、福祉におけるこれからの看取りの世代である実子への死の教育こそが都市における看取りの文化を継承していくであろうと推察する。死の兆候に対する医学的な事前教育として、死への理解を生み、在宅での看取りを決意しながらも最後の場面で救急車にたよることがないよう多面的な教育が必要になってくるであろう。看取りの文化とは、死の持つ普遍性を理解させ、個人の尊厳を重視し自己決定に基づく死のあり方を支えていけるような価値をもった社会の実現であろう。

どこで、誰に、どのように看取られたいか高齢者

の死の問題は、人間の生老病死というサイクルのなかの重要な課題と直面することである。とりわけ終末期における介護は、老年期に死と社会がどのように対峙するのか、その状況をいかに支え合うのかという課題を提起する。家で死にたいという思いを実現するためには、どのような社会システムを構築したらよいか問われているのである。医療福祉の役割は、これまで述べたように高齢者の願いをかなえ、生活状況に即した援助システムの構築が緊急の課題である。従来のように介護者に犠牲を強いることなく、介護を生きがいのある魅力あるものにし、自己決定に基づく死に場所選びを可能にするために、医療福祉の役割と発展は重大である。

文 献

- 1) 厚生統計協会(1991)国民衛生の動向。厚生指針, **38**(9), 東京, p123.
- 2) 厚生省大臣官房統計情報部編(1995)人口動態社会経済面調査(高齢者死亡)。厚生統計協会, 東京, pp23.
- 3) Illich I, 金子嗣郎訳(1979)脱病院化社会・医療の限界。晶文社, 東京, pp136-162.
- 4) 中川米造(1997)ターミナルケアと医療哲学・高齢者の介護とターミナルケア。琵琶湖長寿科学シンポジウム実行委員会編, 別冊総合ケア, 医歯薬出版, 東京, pp19-24.
- 5) 岡村重夫(1981)新しい老人福祉。ミネルバ書房, 東京, p216.
- 6) 広井良典(1997)ケアを問う。ちくま新書, 東京, pp58-60.
- 7) 柏木哲夫(1982)死にゆく人のケア。医学書院, 東京, pp4-7.
- 8) 中島美智子・白井幸子(1983)プロンプトン・カクテルによる疼痛治療。現代のエスプリ「ホスピスと末期ケア」, No.189, 至文堂, 東京.
- 9) Pickett M, Colley M E and Gordon D B(1998) Palliative care: past, present, and future perspective. *Seminars in Oncology Nursing*, **14**(2), 86-94.
- 10) 佐々木隆志(1997)日本における終末ケアの探求。中央法規, 東京, pp34-35.
- 11) 佐々木隆志(1997)日本における終末ケアの探求。中央法規, 東京, p16.
- 12) 中村永司(1985)社会福祉方法論の課題。佛教大学社会学部論叢, 16-21.
- 13) 中村永司(1996)仏教とターミナル・ケア。水谷幸生編, 法蔵館, 京都, pp200-210.
- 14) 横内正利(1998)「みなしの末期」の社会的合意はない—生存権を侵す危険あり。ばんぼう, 4月号, 26-29.
- 15) 石井暎禧(1998)老人への医療は無意味か—痴呆老人の生存権を否定する「竹中・広井報告書」。社会保険旬報, No. 1973, 6-13.
- 16) 石井暎禧(1998)みなし末期という現実(上)広井への回答。社会保険旬報 No. 1985, 14-15.
- 17) 人見裕江, 中村陽子, 大澤源吾, 宮原伸二, 徳山ちえみ, 小河孝則(2000)郡部の高齢者の在宅死に及ぼす要因。川崎医療福祉学会誌, **10**(1), 87-95.
- 18) 中村陽子, 宮原伸二, 人見裕江(2000)都市における在宅死の実態と医療福祉サービスの課題。川崎医療福祉学会誌, **10**(1), 17-22.
- 19) 社会福祉士養成講座編集委員会編(2000)介護概論。中央法規, 東京, pp11-21.
- 20) 岡本祐三(1996)高齢者医療と福祉。岩波新書, 東京, ppP55-67.
- 21) 厚生省大臣官房統計情報部編(1996)平成8年人口動態統計。上巻, 厚生統計協会, 東京, pp132-134.
- 22) 岡本祐三(1996)高齢者医療と福祉。岩波新書, 東京, pp192-193.
- 23) 山下袈裟男, 園田恭一(1994)転換期の福祉政策。ミネルヴァ書房, 東京, p38.
- 24) 佐藤 智(1988)これからの在宅ケア。医学書院, 東京, pp140-147.
- 25) 安梅勅江(1989)地域社会の変化と地域家庭の介護力。社会福祉研究, **48**, 19-24.

- 26) Miller B, Mcfall S and Montgomery A (1991) The Impact of Elder Health, Caregiver Involvement, and Global Stress on Two Dimension of Caregiver Burden. *J Gerontology*, **46**, 9-19.
- 27) 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因. *日本公衆衛生雑誌*, **39** (10), 777-783.
- 28) 上田照子, 橋本美智子, 高橋祐夫, 伊藤博文, 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.
- 29) 武田俊平, 齊藤 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
- 30) 黒田研二, 趙 林, 岡本悦司, 高鳥毛敏夫, 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.
- 31) 藤田利治, 石原伸也, 増田典子, 捲澤ゆかり, 森千代子, 難波貴代, 太田英代, 簗島伸子, 児玉寛子, 橋本修二 (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.
- 32) 若松弘之, 今中雄一, 前沢政次, 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.
- 33) 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) 寝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.
- 34) 田宮菜奈子 (1985) 在宅ターミナルケア. *臨床成人病*, **21**(11), 75-81.
- 35) 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.
- 36) 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.
- 37) 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回地域看護学会特集録, *日本看護協会*, 51-53.
- 38) 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, 管野裕教, 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.
- 39) 野川とも江 (2000) 介護家族の QOL. *中央法規*, 東京, p53.
- 40) 宮原伸二, 人見裕江 (1999) 農村における在宅死の多角的研究. *日本農村医学会誌*, **47**(6), 879-893.
- 41) 新村 拓 (1998) 死と医療をめぐる三題・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*, **13** (5), 341-344.
- 42) 新村 拓 (1997) 死と病と看護の社会史. *法政大学出版局*, 東京, p124.
- 43) 波平恵美子 (1988) 脳死・臓器移植・癌告知. *福武書店*, 東京, pp39-40.
- 44) 厚生白書平成12年版 (2000) 新しい高齢者像を求めて. *厚生省*, 東京, p344.
- 45) 厚生白書平成12年版 (2000) 新しい高齢者像を求めて. *厚生省*, 東京, pp11-15.
- 46) 高鳥毛敏夫 (1999) 21世紀に向けた地域保健. *公衆衛生*, **63**(1), 2-3.
- 47) 波平恵美子 (1995) 病と死の文化. *朝日選書*, 東京, pp39.
- 48) 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, pp134-135.
- 49) 高鳥毛敏夫, 多々羅浩三, 黒田研二, 中西範幸, 西垣千春, 岡本悦二, 西 信夫, 中川祐子, 趙 林, 新庄文明 (1990) 老人の入院および在宅ケアに関連する要因に関する研究. *日本公衆衛生雑誌*, **37**(4), 255-262.
- 50) 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度に関連する要因の検討・都市における訪問看護指導対象者の調査から. *日本地域看護学会誌*, **1**(1), 30-35.
- 51) 山本 隆 (1995) 都市で高齢者を支える. *啓文社*, 京都, pp160-180.
- 52) 太田貞司 (1992) 在宅ケアの条件. *自治体研究社*, 東京, pp57-58.
- 53) 増子忠道, 宮崎和加子 (1997) 最後まで家にいられる在宅ケア. *中央法規*, 東京.
- 54) 畠中宗一 (1993) 大都市における地域福祉の可能性. *大阪市大生活部紀要*, **40**, 255-263.
- 55) 大橋謙策 (1998) 社会福祉構造改革と地域福祉の実践. *東洋堂企画出版社*, 東京, pp45-47.
- 56) 医療経済研究機構編 (1996) 医療白書. *日本医療企画*, 東京, p197.
- 57) 名倉道隆 (1997) 高齢者の死生観と終末期の心の援助・高齢者の介護とターミナルケア. *琵琶湖長寿科学シンポジウム実行委員会編, 別冊総合ケア*, *医歯薬出版*, 東京, pp12-18.
- 58) 村井敦志 (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. *琵琶湖長寿科学シンポジウ*

ム実行委員会編，別冊総合ケア，医歯薬出版，東京，pp72-80.

59) 正岡子規（2000）病牀六尺．第37版，岩波書店，東京．

60) 正岡子規（1999）仰臥漫録．第42版，岩波書店，東京．

（平成12年12月12日受理）

Deaths at Home and Social Welfare Issues in Urban Areas

Yoko NAKAMURA, Shinji MIYAHARA and Hiroe HITOMI

(Accepted Dec. 12, 2000)

Key words : URBAN AREAS, DEATH AT HOME, MEDICAL WELFARE

Abstract

After WW II, the number of people who die at a hospital is dramatically increasing, rather than dying at home, due to a change in structure of illness, development of medical skill, and an increase of hospital use in Japan. In 1965, 29% of the mortality statistics shows death-at-hospital. However, in 1995, 74% of people died at hospital. The place where Japanese people die changed from home to hospital.

Through the economic growth, the environment around death has been changed in the last thirty years. People change their awareness towards death. However, now, more people are hoping that they can end their lives at home. To make it possible for older people to die at home, providing a current service is not merely enough as a role of social welfare. We need a new care management system. In the concrete, we need a team network among various professionals, to care anxiety and fear against death. I think that teamwork with psychological professionals and volunteers is especially necessary to provide a mental support to a client. We must start providing care-giving education including family and community. Only the death education takes over the care-giving education.

Moreover, thinking about death in an urban area, I think that a new support system, which should be based on the old Japanese virtue taking care of neighborhood, will be necessary. In other words, people have little sense of community in an urban area, thus the community has to develop the strong connection among people.

We need a standard support system as social welfare not to make care givers sacrificed, and to make care-giving profession meaningful and make possible for people to be able to choose a place to die. Medical social welfare plays the role.

Correspondence to : Yoko NAKAMURA

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

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.10, No.2, 2000 195-204)