

在宅での看取りに関連する住民の認識

—在宅死が多い地域を対象とした分析を通して—

スエダ チエ
末田 千恵*

目的 在宅死が多い地域住民の在宅療養や在宅看取りおよび地域特性に対する認識から、在宅での看取りに関連する要因を明らかにすることを目的とした。

方法 平成29年11月～平成30年1月に、横須賀市の市民活動サポートセンターが主催する地域活動に参加している住民700名を対象に、無記名自記式質問紙調査を実施した。調査項目は、基本属性や在宅看取りの経験や在宅療養や地域特性に関する認識40項目であった。分析方法は、探索的因子分析により、在宅での看取りに関連する要因を検討した。

結果 調査対象者は349名（有効回答率49.9%）で、基本属性は女性が226名（64.8%）で、年齢は65歳以上の高齢者が245名（70.4%）を占めていた。また200名（59.3%）が家族・友人知人・近所のいずれかに在宅看取りをした人がいると回答した。因子分析の結果、在宅死に影響を与えている要因として30項目から8因子が抽出された（累積寄与率51.2%、全体のCronbachの α 係数0.90）。抽出された因子は『安心できる療養体制（医療・看護・介護）』『家族の結びつき』『地元への愛着』『地域とのつながり』『死への畏敬と受容』『在宅療養への行政の支援』『療養する場への安心感』『在宅療養に必要な知識』であった。

結論 各自治体で在宅での看取りを促進していくためには、医療・看護・福祉のフォーマルな社会資源の充実、住民への在宅療養に関する知識の普及啓発により在宅療養に安心感をもてるようにすること、地域において住民同士が助け合えるようなインフォーマルな地域の介護力を醸成し、これからも住み続けたいという地域への愛着を感じられるような方略が重要である。

キーワード 在宅死、看取り、地域、住民、在宅療養

I 緒 言

日本では現在、地域包括ケアシステムの構築をめざし、住み慣れた地域での療養や看取りに向けた体制づくりが喫緊の課題となっている。厚生労働省の平成29年人口動態調査¹⁾によると、日本人の死亡場所別にみた年次死亡数の割合は、今から約40年前の昭和51年に病院死が在宅死を上回って以降、病院死の割合が増加し、現在、病院と診療所での死亡を合わせた割合は74.8%で、在宅死は13.2%となっている。日本におい

ては、昭和30年頃までは、人は自宅で最期を迎えることが普通であり、親族や近所の協力を得ながら家族を自宅で看取っていたが、病院死が在宅死を上回って約40年が経過した現在、病院で死を迎えることが一般化しており、家庭や地域における看取りの文化は消失し、人の死は身近なものではなくなっている²⁾といわれている。一方、内閣府の「高齢者の健康に関する意識調査」³⁾では、高齢者の54.6%が「自宅」で最期を迎えたいと希望しており、石川県民を対象とした調査⁴⁾では、希望の療養場所は、「最後まで自宅」が20.7%、武蔵野市民を対象とした調査⁵⁾でも、終末期の希望療養場所は、自宅が

* 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部講師

47.7%となっている。このことから、自宅で最期を迎えたいと希望している人の割合は高いものの、前述したように在宅死の割合は1割程度にとどまっております、自宅で最期を迎えることは困難な状況にあるといえる。

そのような状況の中で厚生労働省は、平成28年7月に全国の市区町村別の死亡場所別の割合（在宅医療にかかる地域別データ集⁶⁾）を初めて公開した。これによると全国の在宅死の割合が12.6%であったのに対し、横須賀市は22.9%と10ポイントも高く、隣接する市町村と比較しても高い割合となっている。在宅死の割合を高めた行政の取り組みとして、①市民啓発のためのシンポジウム開催や啓発冊子の作成、②医療と介護の関係職種との多職種連携のための会議設置や研修実施、③関係職種のスキルアップや理解を深めるためのセミナー等開催、④在宅医療を推進するための拠点づくり、⑤病院から退院する際の退院調整ルールづくり⁷⁾などを掲げている。このような行政の取り組みが在宅死の割合を高めることにつながったとする一方、住民の在宅療養・看取りや地域特性に対する認識からみた要因については、十分検討されていない。

そこで本研究は、在宅死が多い地域住民の在宅療養・在宅看取りや地域特性（生活環境や社会資源も含む）に対する認識から、在宅での看取りに関連する要因を明らかにし、今後、他の自治体においても在宅での看取りを促進する上での示唆を得ることを目的とした。

II 方 法

(1) 対象と調査方法

研究対象者は、横須賀市の市民活動サポートセンターが主催している講演会や支援している団体のイベントなどの地域活動へ参加した住民700名で、無記名の自記式質問紙調査と返信用封筒を入れた封筒を配付し、後日、郵送法にて回収した。

調査期間は、平成29年11月から平成30年1月であった。

(2) 調査項目

1) 基本属性

基本属性として、性別、年齢、家族構成、居住形態、介護や在宅看取りの経験の有無等を尋ねた。

2) 在宅での看取りに関連する住民の在宅療養や地域特性に関する認識

調査項目の作成にあたっては、在宅看取りを可能にする要因や阻害要因に関する先行研究⁸⁾⁻¹⁰⁾の知見を参考に項目を検討した。あわせて市内に勤務する主任介護支援専門員、地域看護および地域福祉の学識経験者に対し、在宅看取りを可能にする要因についてヒアリングを実施し、その結果を反映して作成した。作成した調査票をもとに、高齢者と成人5名に対しプレテストを行い、質問の表現が理解されるか、回答が困難ではないかを確認し、最終的に40項目からなる調査票を作成した。回答は、「5.とてもそう思う～1.まったく思わない」の5件法とした。

(3) 分析方法

はじめに、基本属性と各質問項目の記述統計量を算出し、回答の度数分布を確認した。作成した40の調査項目のうち、天井・フロア効果が見られる項目を削除した。そして在宅看取りに関連する住民の地域や在宅療養に対する意識構造を明らかにするために、探索的因子分析（最尤法・バリマックス回転）を行った。また、抽出された因子の内的一貫性を確認するためにクロンバックの α 係数（以下、 α 係数）を算出した。統計学的有意水準は5%とした。以上の分析には、IBM SPSS Statistics Ver.25.0（SPSS Inc. Chicago, IL, USA）を用いた。

(4) 倫理的配慮

調査は無記名で、調査の趣旨、調査への協力は自由意志に基づくこと、結果は、学会や論文等で統計処理をして公開し、個人が特定されることはないこと、協力しないことによる不利益は生じないこと、得られたデータは本研究のみに使用することなどを記入した調査依頼文を調

査票とともに配付した。返信用封筒に封入された質問紙への回答をもって、研究の同意が得られたものとした。

なお、神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認年月日：平成29年10月25日、承認番号：保大第29-38）。

Ⅲ 結 果

質問紙は、351名から回答が得られ（回収率50.1%）、このうち設問への回答漏れが多いものを除いた349名（有効回答率49.9%）を分析対象とした。

（1） 研究対象者の基本属性

研究対象者の属性について、性別は男性が123名（35.2%）、女性が226名（64.8%）であった。年齢は、75歳以上が最も多く120名（34.5%）、70～74歳が67名（19.3%）、65～69歳58名（16.7%）で、65歳以上の高齢者が70.4%を占めていた。家族構成は、配偶者と2人暮らしが160名（46.0%）と最も多く、2世代同

表1 研究対象者の基本属性（n=349）

	人数（%）
性別	
男性	123(35.2)
女性	226(64.8)
年齢	
59歳以下	65(18.7)
60～64歳	38(10.9)
65～69	58(16.7)
70～74	67(19.3)
75歳以上	120(34.5)
家族構成	
独居	57(16.4)
配偶者と2人暮らし	160(46.0)
2世代同居	111(31.9)
3世代同居	13(3.7)
その他	7(2.0)
居住形態	
一戸建（持家）	263(75.4)
集合住宅（持家）	58(16.6)
集合住宅（賃貸）	24(6.9)
その他	4(1.1)
家族の在宅看取りの経験	
あり	91(26.8)
近所に在宅看取りをした人 いる	104(31.8)
知人・友人で在宅看取りをした人 いる	144(43.6)

注 不詳を除いて割合を算出した。

居（親・子ども）111名（31.9%）、独居57名（16.4%）であった。居住形態は、一戸建（持家）が263名（75.4%）、集合住宅（持家）が58名（16.6%）であった。在宅での看取りの経験についてみると、家族を在宅で看取った経験のある者は91名（26.8%）で、近所に在宅看取りをした人がいると回答した者は104名（31.8%）、知人や友人で在宅看取りをした人がいると回答した者は144名（43.6%）で、家族・友人知人・近所のいずれかに在宅での看取りをした人がいると回答した者は200名（59.3%）であった（表1）。

（2） 在宅看取りに関連する要因についての探索的因子分析

全40項目の平均値と標準偏差を算出し、フロア効果が認められた「信じる宗教がある」を除外し、39項目とした。これら39項目のKOMの標本妥当性は0.874で、Bartlettの球面性検定より有意な結果が得られ、探索的因子分析に用いた。分析を繰り返して、因子負荷量がいずれかの因子で0.4以上を示す項目を採用した。その結果、最終的に計30項目から構成される8因子『安心できる療養体制（医療・看護・介護）』『家族の結びつき』『地元への愛着』『地域とのつながり』『死への畏敬と受容』『在宅療養への行政の支援』『療養する場への安心感』『在宅療養に必要な知識』（以下、因子名を『 』で表す）が抽出された（表2）。因子による累積寄与率は51.2%であった。30項目全体の α 係数は、0.90で、各因子の α 係数は、0.64～0.87であった。

Ⅳ 考 察

本研究では、在宅死が多い地域住民を対象として、在宅看取りの経験や在宅療養および地域特性に関する認識から、在宅での看取りに関連する要因を調査した。対象者のうち家族・友人知人・近所のいずれかに在宅での看取りをした人がいると回答した者は約6割であった。現在、在宅死が約13%という状況からみると高い割合

表2 在宅看取りに関連する要因についての因子分析 (n=349)

項目	因子負荷量							
	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6	因子7	因子8
第1因子：安心できる療養体制(医療・看護・介護)($\alpha = 0.84$) 24時間対応してくれる医師や看護師がいる 病院で、在宅療養を勧めてくれる 介護をする家族に対して手厚い支援がある 高齢でひとり暮らしになっても、安心して在宅療養できる 高齢者が入居できる施設がある 緊急時に入院できる病院がある 信頼できるかかりつけ医がいる	0.703 0.678 0.639 0.619 0.558 0.531 0.498							
第2因子：家族の結びつき ($\alpha = 0.79$) 家族間の結びつきが強い 親戚・親族の結びつきが強い 自分が介護をする場合、協力してくれる家族がいる 親や家族の介護をするのは当然である		0.793 0.622 0.589 0.554						
第3因子：地元への愛着 ($\alpha = 0.80$) お住まいの地域に愛着がある お住まいの地域は、住み心地がよい これからもずっとお住まいの地域で暮らしたい			0.882 0.593 0.581					
第4因子：地域とのつながり ($\alpha = 0.72$) 近隣・近所の人との結びつきが強い 近所にあなたが困った時に助けてくれる人がいる 自治会・老人会の活動が活発である お住まいの地域は、元気な高齢者が多い				0.567 0.531 0.510 0.508				
第5因子：死への畏敬と受容 ($\alpha = 0.64$) 自宅で最期を迎える場合でも、ご近所の目は気にならない 死について話すことに抵抗がない 家族が家で最期を迎えたいと希望する時は、叶えてやりたい 終活を考えることは、大切なことである					0.629 0.573 0.454 0.451			
第6因子：在宅療養への行政の支援 ($\alpha = 0.87$) 在宅療養に対する市(行政)の支援が充実している 市(行政)は、在宅療養に積極的に取り組んでいる						0.755 0.724		
第7因子：療養する場への安心感 ($\alpha = 0.68$) 病気や障害があっても安心して在宅療養ができる 自分の家に安心して療養できる部屋(居場所)がある 自分の家で最期を迎えるのは、自然なことである お住まいの地域の介護サービスは、充実している							0.590 0.447 0.439 0.430	
第8因子：在宅療養に必要な知識 ($\alpha = 0.64$) 介護のことで困ったらどこに相談すればよいか知っている 自分は在宅療養に関する知識がある								0.658 0.513
全体の α 係数 $\alpha = 0.90$ 累積寄与率51.2%								

注 因子抽出法：最尤法、回転法：Kaiserの正規化を伴うバリマックス法

であると考えられ、地域に在宅死が浸透している傾向があるのではないかと推測される。また、在宅での看取りに関連する要因として抽出された8因子は、各因子の項目の内容を検討し、以下のとおりに解釈した。

(1) 安心できる療養体制(医療・看護・介護)

第1因子は、「24時間対応してくれる医師や看護師がいる」「病院で、在宅療養を勧めてくれる」「介護をする家族に対して手厚い支援が

ある」「高齢でひとり暮らしになっても、安心して在宅療養できる」「高齢者が入居できる施設がある」「緊急時に入院できる病院がある」「信頼できるかかりつけ医がいる」の7項目で構成される。畑本らの研究によると在宅看取りで大変だったことは、「急変時の不安」が46.6%と最も多く¹¹⁾、また菅原の研究では在宅看取りの推進のためには在宅医療関係、訪問看護ステーション、療養者の環境の3つの条件が整うこと¹²⁾などが挙げられている。厚生労働省

は、平成18年の診療報酬・介護報酬の改定で、在宅療養支援診療所、在宅ターミナルケア加算などを新設、その後、在宅療養支援病院の創設など、診療報酬の改正ごとに在宅医療にインセンティブを与え、在宅医療体制の充実を図っている。しかし、本研究の結果から在宅での看取りには、在宅医療の充実に加えて、家族支援や施設などの介護や福祉の社会資源を含めた在宅療養体制を確立し、住民が居住地域に「在宅療養に安心感がもてるようにすること」が必要であるといえる。

(2) 家族の結びつき

第2因子は、4項目で構成され、「家族間の結びつきが強い」「自分が介護をする場合、協力してくれる家族がいる」「親や家族の介護をするのは当然である」など家族規範に関する内容であり、『家族の結びつき』と命名した。

厚生労働省が行った「人生の最終段階における医療に関する意識調査」¹³⁾では、一般国民が最期を迎える場所を考える上で重要だと思うことは、「家族等の負担にならないこと」が73.3%、瀧澤らの調査⁴⁾では、在宅での療養が困難だと思う理由について、「家族に負担がかかる」が72.2%と最も多かった。このことから、療養者本人が家族の介護負担に対して配慮する思いが、在宅死だけでなく在宅療養にも大きく影響していると考えられる。また、がん患者を在宅で看取った家族の覚悟を支えた要因には、家族・友人知人の協力と医療・福祉職などの援助者から支援の「周囲の人々の協力」⁹⁾があり、介護者の支援が在宅看取りの支えとなることや介護状況を「負担に思うが自分の役割と思っている」が50%であったという報告¹⁴⁾から、在宅ケアの専門職は、介護者の家族を介護したいという気持ちを大切にしつつも、介護者の「介護をするのが当然」という考え方を「介護を抱え込まず、周囲からのサポートを受けて介護を継続する」という考え方へ転換できるようなかわりが重要である。

(3) 地元への愛着および地域とのつながり

第3因子は、「お住まいの地域に愛着がある」「お住まいの地域は、住み心地がよい」など3項目で構成され、『地元への愛着』と命名した。また第4因子は、「近隣・近所の人との結びつきが強い」「近所にあなたが困った時に助けてくれる人がいる」など地域での横のつながりに関する4項目で構成され、『地域とのつながり』と命名した。柳瀬らの中核都市の市民を対象にした調査では、終末期に在宅療養を実現可能と認識する者は、地域の人は家族の介護をする際に助けになってくれると思っている者が多かったこと¹⁵⁾、また島田の調査では、住み続けたいという地域への愛着や人とのつながりが在宅での看取りにつながる要因になっていることが¹⁶⁾報告されており、本研究も同様の結果となった。このことから、日常からの近所付き合いや地域活動を通じて、困った時に助けてくれるような良好な関係を築くことで、住み心地の良さやこれから暮らしていきたいという地域への愛着が形成されるのではないかと考える。さらに地域への愛着から、近所に在宅療養をする人がいる場合でも住民同士が助け合う互助機能が発揮・強化されるという循環が生まれ、この循環が在宅での看取りを後押ししている要因となっていると推察される。現在、核家族化や単身世帯が増加している状況では家族の介護力には限界があり、互助によるインフォーマルサポートが在宅での看取りには有効であると考えられる。

(4) 死への畏敬と受容

第5因子は、「自宅以最期を迎える場合でも、ご近所の目は気にならない」「死について話すことに抵抗がない」「家族が家で最期を迎えたいと希望する時は、叶えてやりたい」など死に対する考え方や受け止めについての4項目であり、『死への畏敬と受容』と命名した。

アルフォンス・デーケン¹⁷⁾は、日本人において、死をタブー視する傾向は死への準備教育への関心とともに解消されていることやヤリピング・ウィルの考え方が普及してきている¹⁷⁾と述べて

いる。本研究の結果からも、自分の死を自然のこととして受け止めることや死と向き合う姿勢をもつことが在宅看取りにつながっていると示唆された。

(5) 在宅療養への行政の支援

第6因子は、「在宅療養に対する市（行政）の支援が充実している」「市（行政）は、在宅療養に積極的に取り組んでいる」の2項目で構成され、『在宅療養への行政の支援』と命名した。

この市では地域包括ケアシステムの構築へ向けた取り組みの中で、在宅療養に関する「市民啓発のためのシンポジウム開催や啓発冊子の作成」による広報活動が行われてきた経緯があり、このような住民への情報提供や啓発活動が有効であったと推察される。

(6) 療養する場への安心感

第7因子は、「自分の家に安心して療養できる部屋（居場所）がある」「自分の家で最期を迎えるのは、自然なことである」「地域の介護サービスは充実している」という療養する場所への安心感や信頼に関する内容であり、『療養する場への安心感』と命名した。これは、第1因子の医療・看護・介護の社会資源の充実による安心できる療養体制を構築することに加えて、地域や自宅に自分の居場所があり、ここで亡くなってもよいと思えるような信頼感や安心感ももてる「空間」や「場」があることは、在宅での看取りの重要な要素であると考えられた。

(7) 在宅療養に必要な知識

第8因子は、「介護のことで困ったら、どこに相談すればよいか知っている」「自分は在宅療養に関する知識がある」の2項目で構成され『在宅療養に必要な知識』と命名した。Sakaiらの調査¹⁸⁾では、終末期を自宅で過ごすことへの自信に関連する要因として、「在宅療養を支援する病院や診療所があると認識していること」「24時間訪問看護サービスがあると認識していること」が報告されており、住民が在宅で

利用可能な医療・看護・介護等の各種サービスの知識をもち理解を深めることで、病院信仰から脱却し在宅での看取りにつながると考えられた。

(8) 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、対象者は市民活動サポートセンターが主催する地域活動の参加者であり、高齢者が多かったことから、健康づくりや地域活動に関心のある人の意見が反映されている可能性、若い世代の認識を十分に反映できていない可能性が考えられる。今後は、研究対象者を幅広い年齢層へ拡大すると共に、在宅療養に関わっている専門職からみた在宅看取りに関連する要因についても検討する必要がある。

謝辞

本研究の実施にあたり、快く調査にご協力いただきました横須賀市の皆様、市民活動サポートセンターの皆様、ご指導いただきました法政大学宮城孝先生、神奈川県立保健福祉大学城川美佳先生に心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省. 平成29年人口動態調査. (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1.html>) 2019.3.22.
- 2) 新村拓. 在宅死の時代. 法政大学出版局, 2001; 2-9.
- 3) 内閣府. 平成28年版高齢社会白書 (http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf_index.html) 2019.3.22.
- 4) 瀧澤理穂, 牧野智恵, 洞内志湖. 石川県における在宅緩和ケアに関する意識調査—一般県民を対象として—. 石川看護雑誌 2012; 9: 81-90.
- 5) 石川孝子, 福井小紀子, 澤井美奈子, 武蔵野市民の終末期希望療養場所の意思決定に関連する要因年代別比較. 日本公衆衛生雑誌 2014; 61(9): 545-55.
- 6) 厚生労働省. 在宅医療にかかる地域別データ集. (<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>). 2019.3.22.
- 7) 横須賀市における在宅死亡率が全国でトップに!

- (横須賀市ホームページ). (<https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/3120/nagekomi/20160708zaitakushibouritsu.html>). 2019.4.1.
- 8) 廣田俊夫, 島田美喜, 安藤実里, 他. 終末期医療に対するへき地住民意識の特徴. 月刊地域医学 2016; 30(7): 564-75.
- 9) 大西奈保子. がん患者を在宅で看取った家族の覚悟を支えた要因. 日本看護科学会誌 2015; 35: 225-34.
- 10) 秋山正子. 訪問看護の実践からみた地域包括ケアにおける看取りー予防から看取りまで. 地域の中で最期まで生きることを支えるー. 医療と社会 2015; 25(1): 71-85.
- 11) 畑本英子, 三上ゆみ. 住み慣れた地域での看取りー看取りを継続できる要因と介護者の思いー. 新見公立大学紀要 2014; 35: 91-6.
- 12) 菅原千恵子. 訪問看護ステーションにおける在宅での看取り推進のための条件についての文献検討. 日本看護学会論文集: ヘルスプロモーション 2018; (48): 142-5.
- 13) 厚生労働省. 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. (https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf) 2019.3.22.
- 14) 有末裕子, 里中きよか, 小島奈保, 他. 在宅療養者が終末期・看取り期を迎える場所に対するキーパーソンの思いー訪問看護の役割を考えるー. 日本農村医学会雑誌 2018; 66(5): 589-94.
- 15) 柳瀬裕貴, 成瀬昂, 田口敦子, 他. 終末期在宅療養の実現可能性に関する地方中核都市と郡部在住の住民の認識とその関連要因. 日本地域看護学会誌 2015; 18(2-3): 23-32.
- 16) 島田美喜. 地域での終末期の住民意識とソーシャルキャピタルとの関連要因の検討. 地域医学 2014; 28(3): 220-6.
- 17) アルフォンス・デーケン. 新版死とどう向き合うか. NHK出版, 2011; p195.
- 18) Sakai M, Yanase H, Taguchi A, et al. Community residents' confidence in spending their end-of-life at home and the related factors: across-sectional study. *pnJ Health & Human Ecology* 2015; 81(4): 122-33.