

地域終末期ケアの住民意識とケアシステム構築にかかる要因

島田, 美喜

(出版者 / Publisher)

法政大学大学院

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

大学院紀要 = Bulletin of graduate studies / 大学院紀要 = Bulletin of graduate studies

(巻 / Volume)

60

(開始ページ / Start Page)

231

(終了ページ / End Page)

242

(発行年 / Year)

2008-03-31

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00004366>

地域終末期ケアの住民意識とケアシステム構築にかかる要因

人間社会研究科 人間福祉専攻
博士課程後期3年 島田美喜

I はじめに

2000年より施行された介護保険制度は5年間が経過し、この間の諸問題を修正すべく制度改革が行われるとともに、2008年以降の医療制度改革でも終末期医療の方向性が示され、両者ともに重点項目として「在宅支援体制の強化」が提示されている。当初より介護保険の理念として施設ケアからの在宅ケアへの転換という基本方針が示されていたが、国民の施設依存の傾向は依然続いている。医療、介護の終末期ケア体制が十分とはいえないまでも徐々に整ってきているにもかかわらず、在宅死が実現可能であるとする国民は非常に少ない。このことは医療や介護の提供体制や国民の終末期ケアに関する認知度などのほかに、地域での看取りを促進する — あるいは妨げる — 要因があるのではないかと推測されるものである。

近年、「ソーシャルキャピタル」の概念を用いて社会生活の事象の要因分析や問題の解決方策などがさまざまな分野で論じられている。死が日常生活から離れて行ったこの変化は、「地域の崩壊」といわれる地縁組織や近所づきあいの希薄化が起きてきた時期に同調する。医療提供体制も家族構成も家庭で死を迎えられた時代とは大きく変容した現代において、地域での看取りを可能としてきた地域社会の果たしてきた役割などの要因を明確にし、新たな仕組みとして検討する必要あるのではないか。現在の「結い」ともいえるソーシャルキャピタルの豊かさが地域の力となり、コミュニティが再構築され、新たな価値を創造し、フォーマル、インフォーマルを問わず組織的な力が強化され、ひいては「地域の介護力」の向上につながり、最期まで住み慣れた地域に住み続けられる要因となるのではないか。

本研究は、地域での看取りを可能にする要因の1つとして、「ソーシャルキャピタル (Social Capital)」を念頭におき、地域終末期ケアシステムとの関係を明らかにするとともに、ケアシステム構築に必要な要因を明らかにすること目的とした。

II 研究方法

1 対象

M県I市とM町およびT県T市の住民368名（I市219名、M町68名、T市81名）。

2 調査方法

無記名自記式質問紙調査を保健推進員や地域リハビリ会などの研修会等の機会を利用して配布し、その場で回収した。一部は後日郵送にて回答があった。調査期間は2006年11月～2007年2月である。

調査項目は、以下のとおりである。

- ① 基本属性：性別、年代、職業、家族、居住年数、家の形態など
- ② 終末期ケアについて：経験、実現可能性について、何が必要か、ボランティアの必要性の有無などについて
- ③ ボランティア活動や近所づきあいについて：地域での活動の有無と内容、近所づきあいについて
- ④ 看取りの経験：「この3年以内に、身近な方を亡くされた経験のある方」のみを対象として看取った場所、満足度、必要な支援など、看取りの経験について

本研究ではソーシャルキャピタルを「社会における信頼・規範を共有したネットワーク」と定義し、「ネットワーク」については社会的交流が行えるテーマ的な地域活動を指標とし、「規範」は共生、共存、協働を表すことであり、地縁的活動への参加状況と終末期ボランティアへの参加の意識をもって指標とした。「信頼性」は信頼する機関や人を測定指標とした（表1）。

表1 ソーシャルキャピタルの指標

構成要素	本研究での調査項目
ネットワーク	【地域活動への参加状況】 ・趣味、スポーツなどの活動への参加 ・健康、医療、福祉などの活動への参加
規範	【地域活動への参加状況】 ・地縁的活動への参加 ・終末期ボランティアへの参加意志
信頼	【信頼できる機関・人】 ・公的機関への信頼 ・家族、親戚、知人への信頼 ・会社の同僚、ボランティアへの信頼

3 調査仮説と分析方法

調査結果から、以下の3点の仮説について定量分析を行う。分析はSPSS Ver.15を用い、2群間の差の検定にはMann - WhitneyのU検定、3群間の差はKruskal Wallis検定、潜在的ニーズの把握に因子分析を行った。

1) 地域終末期の意識とソーシャルキャピタルの関係

地域で終末期を迎える希望や可能性といった、個人の「地域終末期への意識」とソーシャルキャピタル指標にどのような関係がみられるか。ソーシャルキャピタルが豊かであれば地域で終末期を迎えることを促進するのではないか。

2) ソーシャルキャピタル指標の地域特性

地域によってどのようなソーシャルキャピタル指標の特徴があるか。また、それは地域終末期の意識にどのように影響しているか。

3) ケアニーズの地域差

地域によって終末期ケアニーズに違いはみられるか。都市部と農村部での違いが見られるか。

III 結果

1 地域終末期への意識とソーシャルキャピタルの関係

1) 地域終末期の意識

地域終末期ケアの意識に関する項目では、「死期が迫っている場合にどこで死を迎えたいか」という問いには「自宅」38.4%、「ホスピスなどの医療機関」32.2%、「病院」14.6%の順に多い。「在宅での終末期ケアは可能か」という問いには「可能である」22.7%、「困難である」47.9%という回答であった。

2) 終末期ケアの意識と「ネットワーク」「規範」との関係

「ネットワーク」と「規範」の測定指標としては12項目の「参加している地域活動」を設定した。このうち参加率の高い活動は、「町内会、自治会、子ども会など」44.3%、「健康」41.6%、「趣味、スポーツなど」24.2%の順で多い。

「どこで死をむかえたいか」と「参加している地域活動」のクロス集計のうち、「自宅で死を迎えたい」と回答した人の地域活動参加率についてみると、「その他の活動」を除くすべての項目について平均より高い傾向がみられる(表2)。同様に「在宅での終末期ケアは可能である」と回答した人についてみると、「趣味・スポーツ」、「環境など」、「その他の活動」を除くすべての項目で参加率が高い傾向にある(表3)。

このことから、「終末期ケアの意識」と「ネットワーク」「規範」の間には一定の関係がみられることが推測される。

表2 「自宅で死を迎えたい」と回答した人の地域活動参加率

		回答数	「自宅で死を迎えたい」 との回答率	総数の回答率と の差
総数		357	38.4%	
参加している活動	まちづくり	22	56.4%	18.0
	健康	61	41.2%	2.8
	医療	8	44.4%	6.0
	福祉	23	54.8%	16.4
	産直など	9	56.3%	17.9
	子ども関係	17	48.6%	10.2
	趣味・スポーツ	34	39.5%	1.1
	環境など	10	40.0%	1.6
	商工会、農・漁協	5	50.0%	11.6
	町内会	68	42.2%	3.8
	宗教・政治	16	48.5%	10.1
	その他の活動	6	33.3%	-5.1

表3 「在宅での終末期ケアは可能である」との回答した人の地域活動参加率

		回答数	「在宅での終末期ケアは 可能である」との回答率	総数の回答率と の差
総数		357	22.7%	
参加している活動	まちづくり	16	40.0%	17.3
	健康	34	22.8%	0.1
	医療	5	27.8%	5.1
	福祉	17	39.5%	16.8
	産直など	7	43.8%	21.1
	子ども関係	13	37.1%	14.4
	趣味・スポーツ	81	24.1%	1.4
	環境など	5	20.0%	-2.7
	商工会、農・漁協	5	50.0%	27.3
	町内会	36	22.5%	-0.2
	宗教・政治	10	30.3%	7.6
	その他の活動	3	16.7%	-6.0

3) 終末期ケアの意識と「信頼」との関係

この「信頼できる機関・人」と「どこで死を迎えたいか」のクロス集計のうち、「自宅で死を迎えたい」と回答した人の「信頼できる機関・人」は、「自治会」、「家族」、「知人」、「近所」、「親類」の5項目が平均より高い回答率であった(表4)。「在宅での終末期ケアは可能である」と回答した人とのクロスでは、「家族」のみが平均より高い回答率であった(表5)。これらの結果から、「終末期ケアの意識」と「信頼」との関係は、「家族」については関連があることが推測されるほか、組織としては「自治会」、人としては「近所」や「知人」が弱い関連があるとみられるが、その他の要因との関連はみられないと考えられる。

表4 「自宅で死を迎えたい」と回答した人が信頼する機関・人

		回答数	「自宅で死を迎えたい」との回答率	総数の回答率との差
総数		357	38.4%	
信頼する機関・人	市役所	13	36.1%	-2.3
	学校	11	34.4%	-4
	病院	17	33.3%	-5.1
	警察	10	31.3%	-7.1
	自治会	11	45.8%	7.4
	ボランティア	8	27.6%	-10.8
	会社	7	25.0%	-13.4
	近所	19	41.3%	2.9
	家族	61	45.2%	6.8
	親類	22	40.0%	1.6
	知人	27	41.5%	3.1
	同僚	10	29.4%	-9

表5 「在宅での終末期ケアは可能である」との回答した人の信頼する機関・人

		回答数	「在宅での終末期ケアは可能である」との回答率	総数の回答率との差
総数		357	22.7%	
信頼する機関・人	市役所	9	12.7%	-10
	学校	9	13.8%	-8.9
	病院	14	18.9%	-3.8
	警察	8	11.4%	-11.3
	自治会	7	9.9%	-12.8
	ボランティア	3	4.4%	-18.3
	会社	7	11.7%	-11
	近所	10	13.5%	-9.2
	家族	37	51.4%	28.7
	親類	14	20.0%	-2.7
	知人	16	21.9%	-0.8
	同僚	7	11.9%	-10.8

2 ソーシャルキャピタル指標の地域特性

1) 対象地域の概要

対象地域は、I市地方都市部（以下「地方市」）、M町I市と同県にある農村部（以下「農村」）である。T市は都市部（以下「都市」）である。高齢化率はM町が最も高く32.0%である（表6）。

表6 対象地域の概要

	I市	M町	T市
	地方都市	地方農村部	都市部
人口（平成17年国勢調査）	167,324	16,792	172,566
男性	80,553	8,211	85,889
女性	86,771	8,581	86,677
世帯数	56,857	4,747	74,768
高齢化率 （平成19年3月末現在）	24.9%	32.0%	18.0%
農家率 （平成12年2月1日現在）	12.5%	48.9%	0.6%
在宅終末期ケア事業	一部実施	実施	未実施

2) 地域によるソーシャルキャピタル指標の特徴

「ネットワーク」と「規範」の測定指標である「地域活動の参加」は表7で示すように、農村部、地方都市では「町内会、自治会など」の地縁的組織の参加率が高く、都市部では「健康」、「趣味やスポーツなど」といったある活動目的をもって活動している地域組織の参加率が高い。これらの参加率を「地方市と農村」、「農村と都市」、「地方市と都市」の組み合わせで、それぞれの差をみた。地域活動については、単純集計同様に「町内会、自治会など」の地縁的組織への参加や「まちづくり」「福祉」「産直、郷土料理など」は、都市部および地方都市と農村部の間に差がみられた。このことから、今回の対象地域の範囲においては、農村部では地縁的組織への参加は高く、都市化するに従って低くなっていく傾向が見られ、地域によって地域活動参加の種類の違いが明らかになった。

さらに「信頼できる機関・人」については、「自治会」について地方市と農村に差がみられた。「ボランティア」は3地域とも差がみられた。「市役所」、「学校」、「病院」、「近所」、「家族」、「親類」、「知人」について、農村と都市、都市と地方市に差がみられ、地方市と農村についてはほとんど差がみられなかったことから、これらの7つの要因は地方と都市の違いを表していると考えられる。得点分布においても、「学校」を除いた6つの要因の得点が地方市・農村の方が高く、3地域ともに差がみられなかった項目は「会社」と「同僚」であった。

さらにこれらの指標の地域ごとの特徴を明らかにするために因子分析を行った（表8）。

I市（地方市）およびM町（農村）では2因子、T市（都市）では3因子に分類された。これらの因子をみると、地方市および農村では公的機関と身近な人が混在し、公的な機関であっても身近な存在であることが推測される。一方、都市では公的な機関、日常生活に必要な機関、身近な人が明確に分けられている。

各地域の因子を詳細にみると、地方市の因子には、第1因子に【日常的なつながり】、第2因子に【公的なつながり】と名付けた。地方市の第1因子は日常的に関係を持っている機関や人が入っていると考えられる。この中に唯一の機関として病院が含まれていることは、日常的に病院の関わりが大きいことが推測される。第2因子は比較的生活を下支えする機関が含まれている。日常的ではないが頼りになる機関・人であると考えられる。地方市で分類できなかった因子が「ボランティア」である。信頼の得点も低かったことから、この地域でのボランティア活動は住民にとって身近である人とそうでない人とが分かれることが推測される。

農村の因子は、第1因子【公的で身近なつながり】、第2因子【日常的かつ身近なつながり】とした。第1因子に機関と人とが混在しており、ボランティアも入っていることから、この地域での地区組織活動の活発さと公的機関が身近であることが推測される。第2因子は身近な人々である。この人々の信頼の得点も高かったことから、日常支えられていることが推測される。

都市の因子は、第1因子【公的なつながり】、第2因子【日常的なつながり】、第3因子【身近なつながり】とした。他の地域との大きな違いは、信頼の得点で「家族」、「親類」、「病院」非常に低い得点を示していたことである。この違いは因子分析では、「病院」が第1因子に分類され、「家族」、「親類」が第3因子に分類されたことから、第1因子に分類された要因は、信頼度は低いものの、問題が起きたときには頼りになってもらいたいとい

う潜在的ニーズの現れと考えられる。都市では分類できない因子が「知人」であった。地方市でのボランティア同様、知人とのつながりが個人によって差があることが推測される。

表7 地域によるソーシャルキャピタル指標の特徴

	I市（地方市）		M町（農村）		T市（都市）		合 計	
	人	%	人	%	人	%	人	%
まちづくり	16	7.3%	22	33.8%	2	2.5%	40	10.9%
健康	52	23.7%	42	61.8%	59	72.8%	153	41.6%
医療	17	7.8%	0	0.0%	1	1.2%	18	4.9%
福祉	17	7.8%	21	30.9%	6	7.4%	44	12.0%
産直・郷土料理など	4	1.8%	11	16.2%	1	1.2%	16	4.3%
子ども関係	30	13.7%	3	4.4%	4	4.9%	37	10.1%
趣味・特技・スポーツなど	38	17.4%	18	26.5%	33	40.7%	89	24.2%
環境	18	8.2%	5	7.4%	3	3.7%	26	7.1%
商工会、農協、漁協	1	0.5%	9	14.7%	0	0.0%	10	2.7%
町内会、自治会、婦人会、子ども会など	89	40.6%	50	73.5%	24	29.6%	163	44.3%
宗教、政治	28	12.8%	3	4.4%	2	2.5%	33	9.0%
その他	13	5.9%	2	2.9%	5	6.2%	20	5.4%
N. A	54	24.7%	2	2.9%	10	12.3%	66	17.9%
合 計	377	(219)	188	(68)	150	(81)	715	(368)

カッコ内は実数

表 8 信頼できる機関・人の因子分析

	I 市 (地方市)		M 町 (農村)		T 市 (都市)		
	1	2	1	2	1	2	3
自治会	0.730	0.247	0.814	0.296	0.864	0.054	0.217
家族	0.678	0.335	0.784	0.300	0.649	0.147	0.297
親類	0.656	0.322	0.759	0.452	0.621	0.294	0.240
近所	0.653	0.302	0.698	0.356	0.588	0.329	0.308
知人	0.568	0.355	0.691	0.403	0.576	0.398	0.439
病院	0.512	0.480	0.602	0.561	0.141	0.854	0.122
警察	0.244	0.748	0.309	0.804	0.172	0.753	0.320
市役所	0.293	0.683	0.298	0.690	0.532	0.587	0.078
会社	0.329	0.641	0.455	0.685	0.289	0.159	0.840
同僚	0.432	0.600	0.354	0.671	0.311	0.261	0.835
学校	0.449	0.545	0.252	0.643	0.446	0.427	0.480
ボランティア	0.451	0.418	0.384	0.525	0.317	0.335	0.221
固定値	3.281	2.994	3.908	3.717	3.043	2.346	2.286
寄与率	27.339	24.948	32.565	30.975	25.361	19.553	19.050
累積寄与率	27.339	52.286	32.565	63.540	25.361	44.914	63.964
Cronbach α	0.886	0.857	0.920	0.874	0.871	0.811	0.869

因子抽出法：主因子法、回転法：バリマックス回転

3 地域による終末期ケア意識の違い

終末期ケア意識を「身近な人の看取り経験」、「死を迎えたい場所」、「在宅終末期ケアの可能性」の3項目で地域ごとに比較した(表9、10、11)。「看取り経験」の有無は農村部、地方都市で有意に高い。「死を迎えたい場所」は農村部、地方都市で「自宅」との回答が43%、41%と4割を超えているが、都市部では26%である。都市部では「ホスピスなど」の回答がもっとも多く5割を超えているが、農村部で25%、地方都市では27%となっている。農村部と都市部での差が大きく出た。「在宅終末期ケアの可能性」は、農村部、地方都市では3割弱が「実現可能である」と回答しているのに対し、都市部では15%程度であり、「実現困難である」との回答は農村部41%、地方都市47%、都市部57%で、都市部は他地域と比較し10%程度多いものの、検定での差は認められなかった。

以上のことから、地域活動の参加率や信頼する組織・人の得点が高いことをソーシャルキャピタルが豊かであると捉えたと、ソーシャルキャピタルの豊かな地域は在宅での終末期ケアの希望が高いが、在宅での終末期ケアの実現可能性について地域差はみられなかった。

表9 看取り経験の有無

(p=.000)

	I市(地方市)		M町(農村)		T市(都市)	
	人	%	人	%	人	%
あり	123	58.0%	46	69.7%	28	34.6%
なし	89	42.0%	20	30.3%	49	63.6%

表10 死期が迫っている場合、どこで死を迎えたいか

(p=.131)

	I市		M町		T市	
自宅で	88	41.3%	29	43.3%	20	26.0%
病院で	27	12.7%	14	20.9%	11	14.3%
ホスピスなどの医療機関	58	27.2%	17	25.4%	40	51.9%
専門的医療機関	1	0.5%	0	0.0%	1	1.3%
老人ホームなどの施設	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%
どこでもいい	16	7.5%	1	1.5%	2	2.6%
その他	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%
わからない	21	9.9%	6	9.0%	3	3.9%

表11 在宅での終末期ケアを望んだ時、実現可能だと思う

(p=.669)

	I市		M町		T市	
実現可能である	50	23.5%	19	28.8%	12	15.4%
実現困難である	100	46.9%	27	40.9%	44	56.4%
わからない	63	29.6%	20	30.3%	22	28.2%

*Kruskal Wallis検定 p<0.05

4 ケアニーズの地域差

1) 終末期ケアのニーズ

在宅での終末期ケアを望んだ時、「実現困難である」と回答した人に理由を尋ねると、「症状が悪化した時を考えると不安である」との回答がどの地域でも最も多い回答であった。次いで「病院の方が経済的に負担があっても世話をしてもらえる」、「家族は働かなければならないので介護できない」の順に回答があった。「自宅療養が可能となるために必要なもの」という問いには、「往診してくれる医師がいる」、「症状急変時にすぐ入院できる医療機関が近くにある」、「24時間いつでも対応できる訪問看護サービス」の順に回答があった。自由回答には、「ご近所との付き合い、困った時は助け合うという共通認識」、「地域の信頼できる方々の力を借りるような組織や取り組み」、「気軽に助け合える仲間がいること」といった地域でのつながりに言及したものから、研修会、講習会という知識の普及や啓発活動を期待する回答がみられた。これらのニーズは地域によって大きな差はなく、いずれの地域においても急変時に対応してもらえる医療サービスや家族介護を補完する介護サービスを求めている。さらに、地域の人々との信頼の基にお互いさまで助けあう、という地域のつながりを充実していく必要があるとの回答から、人と人とのつながりが終末期ケアにおいても重要であると感じている住民がいることも明らかになった。

2) 現在の問題や心配ごと

終末期に限らず、健康や収入など、現在の問題や心配ごとについてI市とM町に対して調査を行った。この問いには、『自分や家族の健康』が最も多く、I市では『家計・仕事・就職』などであった(図1)。T市に対しては都市特有の要因を探るため、それぞれの項目について「非常に心配である」から「心配ではない」の4段階を得点化し、単純集計と因子分析を行った。単純集計では、すべての項目についてが「心配ではない」か「あまり心配ではない」という回答が最も多く、「やや心配である」という項目で回答が多かったのは『施設入居の可能性』のみである。因子分析では3因子に分類された(図12)。因子名を【1 安定的な生活の基盤】、【2 喪失などの恐れ】、【3 健康の保持】とした。これらの因子は、家族のみならず近隣との関係は生活上において同レベルの問題であり、家族や友人の喪失や介護の不安など将来への不安、自分の健康上の問題に分類された。

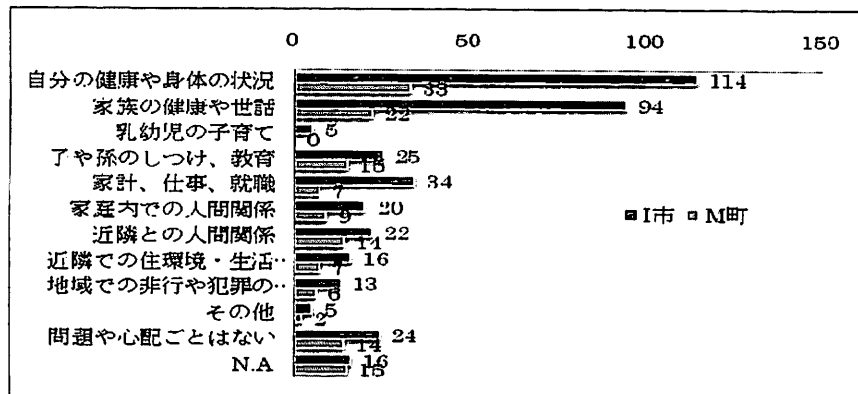


図1 現在の問題や心配ごと (I市・M町)

表12 問題や心配ごと (T市)

問題や心配ごと (T市)	1	2	3
地域のつながりが薄くなること	0.910	0.129	0.086
近隣の環境	0.869	0.184	0.158
今の収入	0.799	0.223	0.031
相談相手の不在	0.769	0.079	0.191
今後の収入	0.755	0.164	0.208
家族関係	0.643	0.153	0.171
家族の健康や世話	0.603	0.212	0.179
家族を失うこと	0.205	0.783	0.145
友人を失うこと	0.187	0.731	0.132
適切な介護が受けられるか	0.227	0.613	0.306
死の不安	0.153	0.556	0.329
認知症の恐れ	0.337	0.116	0.761
施設入居の可能性	0.208	0.366	0.529
自分の健康	0.026	0.429	0.499
信頼できる医師の不在	0.095	0.287	0.386
固定値	4.477	2.447	1.672
寄与率	29.846	16.310	11.145
累積寄与率	29.846	46.156	57.301
Cronbach α	0.922	0.824	0.728

因子抽出法：主因子法、回転法：バリマックス回転

5 終末期ケア意識に関係する諸要素

定量分析の結果から、終末期ケア意識に関係する諸要素としてあげられたものは、表13のとおりである。

まず、「どこで死を迎えたいか」という質問の回答を「自宅」とそれ以外の「施設」に分け、年齢、性別などの「基本属性」と地域活動参加などの「ソーシャルキャピタル」指標との関係を見た。有意差のみられた項目は、基本属性では「年齢」と「現在の地域に住み続けたいと思う」の2項目であった。ソーシャルキャピタル指標では、地域活動のうち「まちづくり」、「福祉」、「町内会」の3項目と「終末期ボランティアに参加したい」であった。「信頼できる機関・人」との関係では、「自治会」、「家族」、「知人」、「近所」、「親類」の信頼を高くあげている。

次に、「在宅での終末期ケアの可能性」との関係では、「看取り経験」、「終末期ボランティアは必要であると思う」と「まちづくり」、「福祉」、「商工会など」への参加について有意差がみられた。「信頼できる機関・人」との関係では、「家族」のみが平均より高い回答率であった。

この結果を前述の地域特性と合わせてみると、地域活動のうち「町内会、自治会など」の地縁的活動は農村部での参加率が高く、「家で死にたいと思える要素」の地域活動の内訳と一致する。裏返せば、都市部のテーマ型組織への参加率が高いという地域活動参加のパターンでは、「家で死にたいと思える要素」となり得ないといえる。さらに都市部では「家族」、「知人」、「近所」、「親類」への信頼の得点が低く(表14参照)、在宅での終末期ケアの可能性を低くする要素である。この傾向は「在宅での終末期ケアの可能性」にさらに大きく影響する。この終末期ケアの意識に関する要素は地域による差が大きいことが明らかになった。

表13 終末期ケア意識に関する諸要素

「家で死にたい」と思える要素
「基本属性」
・年齢 (0.032)
・現在の地域に住み続けたいと思う (0.011)
「ソーシャルキャピタル」
・地域活動に参加している
「まちづくり」 (0.017)
「福祉」 (0.025)
「町内会」 (0.028)
・終末期ボランティアに参加したい (0.001)
・「自治会」、「家族」、「知人」、「近所」、「親類」の信頼が高い
「家で死ぬのは可能である」と思える要素
・看取り経験 (0.006)
・終末期ボランティアは必要であると思う (0.009)
・地域活動に参加している
「まちづくり」 (0.016)
「福祉」 (0.018)
「商工会など」 (0.040)
・「家族」の信頼が高い

- 注 1. 「家で死にたい」と思える要素は、回答を「自宅」と「その他の施設」に分け、 χ^2 検定で5%水準に優位な結果が得られた項目（カッコ内はp値）と「信頼する機関・人」については回答率の高い項目をあげた。
2. 「家で死ぬのは可能である」と思える要素は、 χ^2 検定で5%水準に優位な結果が得られた項目（カッコ内はp値）と「信頼する機関・人」については回答率の高い項目をあげた。

IV 考 察

1 ソーシャルキャピタルの醸成と参加

住み慣れた自宅で最期を迎えたいと思えるには、家族への信頼や地域への愛着、近隣の人々との良好な結びつきなどが根底にある。これまでの調査などから、各種の地縁活動やボランティアへの参加は地域で人と人がつながるために有効であることが明らかになっている。本研究においては、身近な地域活動への参加が、地域で最期を迎えたい、という思いと関係することが明らかになった。地域終末期ケアといっても、活動自体が保健医療にかかわることでもなくとも、地域につながりを持っていることが重要なのである。ソーシャルキャピタルを醸成するためには既存の地縁活動の活用や参加が重要である。広井は¹⁾「神社やお寺という、高度成長期には周辺に追いやられていた社会資源の持つ意義を再評価し、それを保育などのケア、世代間交流、環境学習の場などに活用していく方向での様々な試みやネットワークづくりが考えられる。・・・神社やお寺がかつて共同体の中心に会ったように、コミュニティないし共同体というのは、「死」という次元を含んで初めて、完結した意味を持つのではないかと思われる。」と述べている。地域に根付いている拠点の元に人が集まり、顔の見える人と人とのつながりが重要なのではないだろうか。都市部や新興住宅地、大規模開発の集合住宅などの人のつながりがない地域では、新たなつながりの構築が必要である。ゲートキーパープログラムなど新たな人的ネットワークの手段の活用を検討する必要がある。

また、イギリスでは高齢になっても、障害を持っても住み慣れた家で住み続けたいという願望に対応するための社会サービスとして、ドアや窓、屋根、溝などの補修や配管工事、セキュリティ強化、住宅改修などが1970年代から“STAINING PUT”サービスとして提供されている。このサービスではさらに、弁護士や後見人、ソーシャルワーカー、ナースなどがチームを組み、人権擁護、財務管理、福祉、医療などそれぞれの立場から住み続けら

れるための支援を行っている。介護保険制度によって体制上はイギリスと同様のチームアプローチが可能となっているが、在宅療養への道筋を加速させるためには、サービスの絶対量を増やすことは必須である。

諸外国に比較して、その活動範囲や深さにおいて大きな差のあるボランティアやNPO活動は、今後は地域終末期ケア分野においてもその力を発揮していくべきかと思うが、本研究での因子分析でも明らかになったように、我が国においてはある程度の公的機関の介入によってシステムを構築し、その後民間活動に渡していくなどの戦略が必要である。本研究ではこの役割は、保健医療の専門的行政機関である保健所が果たすことが望ましいとの結論に達した。

2 地域全体で支える仕組み

地域で終末期を迎えるシステム構築のためには、生活全般を支えるプログラムが提供されるよう、社会保障制度を補完できるような地域のソーシャルキャピタルの組織化が重要である。医療、看護、福祉などの専門職からなるソーシャルキャピタルは当然のこと、近隣のつながりで本人、家族を支えることが地域終末期ケアを推進する。因子分析によって明らかになったように、都市部においては公的機関と近隣住民には普段のつながりは薄いですが、何か問題や心配事があったら助けをもらいたいという潜在ニーズがある。つながりが地域終末期の促進要因であることから、この潜在ニーズを顕在化させ、日常的なつながりを持ち、地域として機能することが重要である。

V まとめ

これまで地域での終末期ケアは疼痛緩和の方法や医療や介護のサービス受給の側面から論じられてきた。しかし、徐々にサービスが整ってきているにも関わらず、国民のニーズと現実とのギャップは埋まっていない。医療・福祉サービスをさらに充実することは言うまでもないことであるが、その他の要因が地域での看取りに関係しているのではないかという観点から、本研究ではソーシャルキャピタルを切り口に検討を行った。先駆的に地域医療を担い、地域での看取りを行ってきた関係者たちが従来的一般病棟、ホスピス緩和ケア病棟、末期がん患者だけを対象とした在宅での看取りに問題や限界を感じ、コミュニティケアを語り始め、実践に動き出している。生の延長としての死が生活の中にある、そして、それが人と人とのつながりの中で穏やかなものとなることが地域終末期ケアのゴールである。

引用文献

- 1) 広井良典 (2004), 地域の中での「死」や「スピリチュアリティ」の回復, ターミナルケア, Vol. 14. Nov.

参考文献

- 今井史 (2001), 結いする地元学のこころ, 現代農業 5月増刊, 農文教, PP. 80-86.
 宇沢弘文 (2000), 社会的共通資本, 岩波新書.
 宇沢弘文 (2003), 経済に人間らしさを — 社会的共通資本と協働セクター, 東洋経済新報社.
 佐藤寛編 (2001), 援助と社会関係資本 — ソーシャルキャピタル論の可能性, アジア経済研究所.
 竹中文良・広井良典ほか, 福祉のターミナルケアに関する調査研究事業報告書, 平成8年度社会福祉・医療事業財団長寿社会福祉基金助成.
 服部洋一 (2003), 米国ホスピスのすべて, ミネルヴァ書房.
 国際協力事業団 (2002), ソーシャルキャピタルと国際協力.
 厚生労働省 (2004), 終末期医療に関する調査等検討会報告書 — 今後の終末期医療の在り方について —.
 内閣府, ソーシャル・キャピタル: 豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて, 平成14年度委託調査.
 内閣府, 平成14年度「高齢者の健康に関する意識調査」.
 内閣府, 平成19年「国民生活白書」.
 World Health Organization (2004), Better Palliative Care for Older People.
 Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life: Adapting health care to serious chronic illness in old age. Arlington, VA, Rand Health, 2003.