

離島で暮らす高齢者の在宅療養・死亡場所にかかわる特徴

入院施設の有無に着目して

ホリコシ ナオコ クワハラ ユウキ タグチ アツコ
堀越 直子* 桑原 雄樹* 田口 敦子^{2*}
ナガタ トモコ ムランマ サチヨ
永田 智子* 村嶋 幸代^{3*}

目的 多死社会を迎える離島地域で、看取り体制の構築に向けた示唆を得るために、離島地域での看取りの実態および在宅療養・死亡場所にかかわる特徴を入院施設の有無別に明らかにすることを目的とした。

方法 離島振興法等に指定された1島1市町村中5島を抽出し、要介護認定を受け、2009年4月1日～2011年7月31日の期間に亡くなった65歳以上の療養者の介護者(85人)を対象とした。Mixed Methodの埋め込みデザインを採用し、調査票を用いた半構造化面接を行い、死亡場所、死亡年齢、性別、死亡原因疾患、療養希望場所などについて尋ねた。

結果 入院施設なし群の自宅死亡の割合は39.0%(41人中16人)で、入院施設あり群の18.2%(44人中8人)に比べて、有意($P=0.029$)に高かった。自宅死亡のうち、がんで亡くなった人は、24人中6人で、①家族介護力があること、②往診医が確保されていること、③疼痛コントロールが可能なことの3つの条件を満たした場合、入院施設の有無にかかわらず、離島地域でも看取りの可能性が高い疾患であることが示された。また、入院先の医療職から在宅療養を勧められ、島内の自宅で亡くなった者がいた。

結論 在宅療養を支援する専門職は、療養者の疾患の特性や家族の情報をいち早く捉え、医療職との連携に努めることの重要性が示唆された。

Key words : 介護保険, 高齢者, 在宅療養, 死亡場所, 離島

I 緒 言

近年、我が国の高齢化の進展は著しく、日本の65歳以上の人口は、2030年に31.8%になると推計されている¹⁾。住み慣れた家や地域で療養したいと考える人は多く、在宅療養を希望する人は63.3%、そのうち10.9%の人が自宅で最期を迎えたいと希望している²⁾。厚生労働省は医療構造改革のなかで、在宅医療を推進しており、2012年までに自宅で死亡する者の割合を25%まで上げることを目標としているが、実際には入院施設での死亡が8割を占めており、自宅死亡割合は1割程度にとどまっている³⁾。

自宅死亡率が高い地域の要因として、先行研究で

は、24時間の医療体制が整備されていること⁴⁾、看取りに熱心な医師、訪問看護ステーションの存在、入院施設がないなどの医療過疎であること⁵⁾などが指摘されている。医療過疎が問題とされている地域に、山間部、豪雪地帯等と並んで離島地域がある。離島地域は、わが国の国土、排他的経済水域等の保全など重要な役割を担っており、離島振興法等に指定された310の有人離島に約69万人が住んでいる⁶⁾。終末期は自宅で迎えたいと希望している高齢者が、都市部の44.6%と比べ、離島地域は73.1%と高いこと⁷⁾に加え、入院施設がない地域の自宅死亡の割合が高いという先行研究^{5,8)}の知見を当てはめると、離島地域の在宅死亡率は高いことが予想されるが、その実態は明らかになっていない。また、離島地域の高齢化率は、すでに30%を超え、高齢社会を先取りする地域であるが、人口規模の大きな幅や医療資源が豊富な都市部と陸続きではないなどの地理的条件や伝統的観念⁹⁾の存在など、多様な地域特性を持ち合わせている。そのため、同じように医療過疎地域ではあっても、在宅療養、死亡場所にかか

* 東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 地域看護学分野

^{2*} 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻 健康開発看護学講座 地域ケアシステム看護学分野

^{3*} 大分県立看護科学大学

連絡先: 〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1
東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻
地域看護学分野 堀越直子

わる療養者の特徴が異なる可能性が考えられる。しかし、これまで全国規模で島単位での死亡場所（島内・島外）に焦点をあてた研究はほとんどなく、離島地域で暮らす高齢者ができるだけ長く島での療養生活を継続するために必要な看取りを見据えた早急な支援策を検討することが焦眉の急の課題であると考える。

そこで本研究では、多死社会を迎える離島地域で、高齢者の看取り体制の構築に向けた示唆を得るために、島内の入院施設の有無に着目し、離島地域での看取りの実態と死亡場所にかかわる療養者の特徴を検討することを目的とした。

Ⅱ 方 法

1. 研究デザイン

離島地域の療養経過の実態が明らかではなく、質問紙調査では把握できない詳細な療養経過や療養中の思いなどを把握するため、量的デザインの中に質的構成要素を埋め込む Mixed Method の埋め込みデザイン¹⁰⁾を採用し、質問紙を用いた後ろ向き半構造化面接調査を行った。

2. 対象地域

離島振興法等に指定された全域指定市町村のうち、島内に役所があり、最小限の保健医療福祉の専門職配置が期待できる¹¹⁾ 1島1市町村の26市町村（26島）から、島内にサービス資源が十分でない1,000人以下の島（8島）および一通りのサービス資源が充実している10,000人以上の島（3島）を除外した後、南から順に依頼した。そのうち、入院施設、入所施設などの整備状況を考慮し、調査期間中に実施可能かつ調査に同意が得られた5島を選定した。

離島地域では、有床診療所であっても入院機能を持たない診療所があることを考慮し、「入院施設あり」は病院あるいは10床以上の有床診療所の入院施設があること、「介護保険施設あり」は介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設のいずれかの入所施設があることと定義した。

3. 対象者の選定基準

採算面より民間企業の参入が期待できない多くの離島地域で、公的資源である介護保険のサービス利用状況を把握することは重要であり、対象者からの情報収集の負担を軽減するため、介護保険認定審査会資料より療養経過の情報収集が容易な要介護認定を受けた高齢者を対象とした。

対象地域5島に住民票を有し、要介護認定を受けた65歳以上の高齢者で、2009年4月1日～2011年7月31日の期間に亡くなった者を、本研究では「療養

者」とし、その介護者を「対象者」とした。なお、療養者が独居であった場合は、別居の介護者から話を伺った。また、調査期間中、入院中であった者、島外に長期外出していた者などは除外した。

4. 対象者の選出

対象地域の自治体の担当職員に対象者の選定基準を示し、該当者選出の協力を依頼した。依頼内容は、①該当者に介護認定審査会資料の閲覧を含め、調査の受託について打診すること、②調査を受けることに前向きな返事を得た介護者に対して、調査者が何う旨の説明をし、内諾を得ることである。内諾を得られた者に対して、調査者が訪問し調査内容を改めて説明して、書面で同意を得た。

5. 調査方法

2011年8月～10月にデータ収集を行った。

1) 介護認定審査会資料からの情報収集

対象者の同意を得て、面接調査を実施する前に、自治体が所有する介護認定審査会資料から療養者の生活機能や傷病に関する経過、介護保険サービス利用状況等の情報を転記した。

2) 面接調査

対象者に、調査票を用いて、40～90分の半構造化面接を行い、遺族の方の心情を考慮し、録音はせず対象者の語りの内容を忠実に書きとることに努めた。対象者の自宅もしくは対象者の指定場所に調査者が訪問し、プライバシーが保護されるよう配慮した。また、亡くなられてからの期間が短い方への配慮としては、離島での終末期ケア経験のある保健師1人が調査者として面接調査を実施し、専門職として継続的支援の必要性が高いと判断する場合は、各市町村保健師に引き継ぐなど、対象者に対する配慮を行った。

6. 調査内容

介護認定審査会資料および面接調査より以下の項目について情報を得た。なお、調査内容は、本調査実施前に、離島で就業中の介護支援専門員1人にヒアリングし、本土在住の介護者2人にプレテストを行い修正した。また、調査者は対象地域の文化や方言について事前に情報収集を行い、面接調査前に島内での看取りについて、各市町村関係者や保健師などから話を伺った。

1) 量的データ

(1) 療養者に関する調査項目

死亡場所、死亡年齢、性別、家族構成、死亡原因となった疾患、島内出身の有無、在島年数、島への愛着の有無、療養希望場所、身体的苦痛の有無、在宅療養を支援する専門職（医師、看護師、保健師、介護支援専門員等）から在宅療養を勧められた経験

の有無、在宅で受けた医療ケアの内容などを尋ねた。

(2) 主介護者に関する調査項目

主介護者の性別、療養者に対する療養希望場所、以前に介護した経験の有無、副介護者の人数を尋ねた。なお、副介護者とは、主介護者と同様の介護を主介護者に代わって行える者とした。

2) 質的データ

介護保険の初回認定から死亡までを対象期間とし、療養場所、療養期間、介護保険のサービス利用状況、傷病に関する経過を尋ねた。また、介護者の困りごと、介護の方針、島での療養継続要因についての自由な語りを質的データとして収集した。

7. 分析方法

まず、介護保険認定審査会資料を参照しながら、質的データから得られた死亡前1年以内の療養場所などの経過を整理・図示し、療養者間の療養経過の類似性について検討した。次に、量的データの各変数について、島内の入院施設の有無別に記述統計を算出した。さらに、対象者の語りから得られた質的データを療養場所の経過に埋め込んで補い、その意味を提示した。解析には統計パッケージSPSSver18.0を用い、有意水準は両側5%とした。

8. 倫理的配慮

本研究は、東京大学大学院医学系研究科・医学部研究倫理委員会（承認番号3490）の承認を2011年6月27日に得た。研究協力を依頼する際は、調査の趣旨、協力の任意性、個人情報保護について文書と口頭で説明し、書面にて対象者本人の同意を得た。

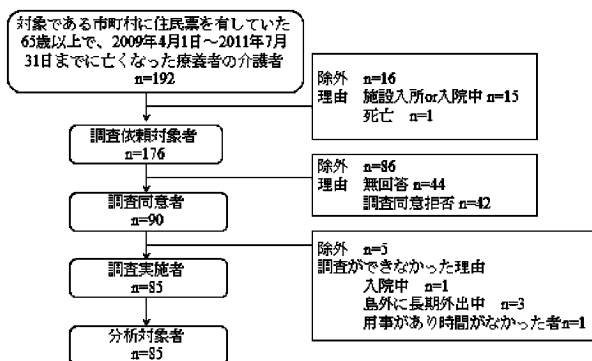
III 結 果

※面接調査から得られた質的データ(対象者の語り)は斜字で示した。

1. 対象者の選定 (図1)

選定基準を満たした対象者は、5島で192人であった。そのうち、90人(46.9%)から同意が得られ、調査期間中、入院中であった者、島外に長期外出し

図1 対象者の選定



ていた者、用事があり時間がなかった者の5人を除いた85人(44.3%)に面接調査を実施した。

島内に入院施設がある島(以下、入院施設あり群)は5島中2島(A, B)で、対象者は44人であった。一方、島内に入院施設がない島(以下、入院施設なし群)は5島中3島(C, D, E)で、対象者は41人であった。

2. 対象地域の島の概要 (表1)

対象地域の離島の高齢化率の平均は、入院施設あり群33.9%、入院施設なし群27.9%であった⁶⁾。なお、入院施設なし群の3島全てに診療所は存在し、対象地域の全島で常駐の医師による往診が行われていた。また、5島すべてに介護保険施設のいずれかがあった。対象地域における各入所施設の定員は、30~50人で、待機者数が30人を超える入所施設はなかった。

3. 療養者・対象者の概要

対象者85人のデータから、図2のように経過記録が作成された。

1) 死亡場所の割合からみた特徴 (表2)

島内で亡くなった者の割合は、入院施設あり群で93.2%(44人中41人)、入院施設なし群で65.9%(41人中27人)であり、島内死亡は入院施設あり群に有意に多かった($\chi^2=9.906$; $P=0.002$)。自宅死亡の割合は、入院施設なし群(39.0%)の方が入院施設あり群(18.2%)より高く、入院施設死亡の割合は、入院施設あり群(59.1%)の方が入院施設なし群(31.7%)より高かった。また、入所施設死亡の割合は、入院施設なし群(29.3%)の方が入院施設あり群(22.7%)より高かった。入院施設あり群と入院施設なし群とで死亡場所の割合に差があるかどうかを検定したところ、有意差があり($\chi^2=$

表1 対象地域の島の概要

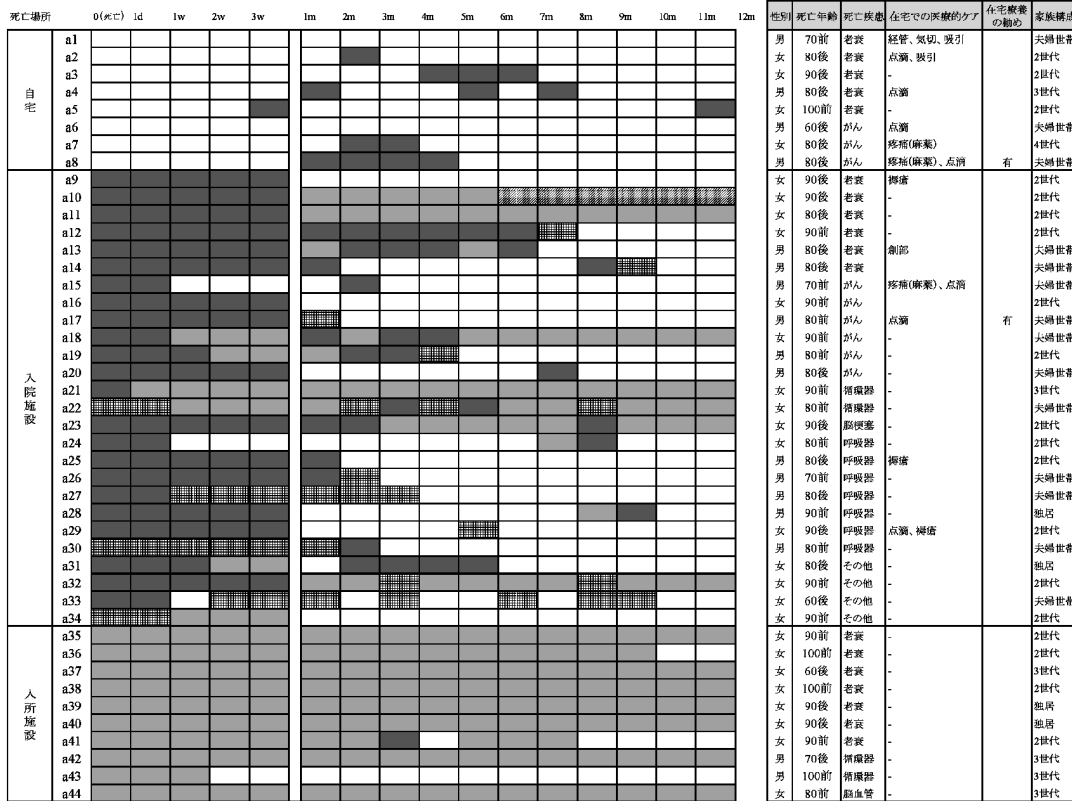
対象地域の島	入院施設あり群 ^{注1)}		入院施設なし群 ^{注2)}		
	A島	B島	C島	D島	E島
人口規模 (人)	3,486	2,469	2,581	1,796	1,762
高齢化率 (%)	36.7	31.0	36.4	19.3	27.9
入院施設 ^{注3)} の有無	有	有	無	無	無
診療所の有無	有	有	有	有	有
往診医の有無	有	有	有	有	有
介護保険施設の有無	有	有	有	有	有

人口総数と高齢化率は、平成17年国勢調査より算出

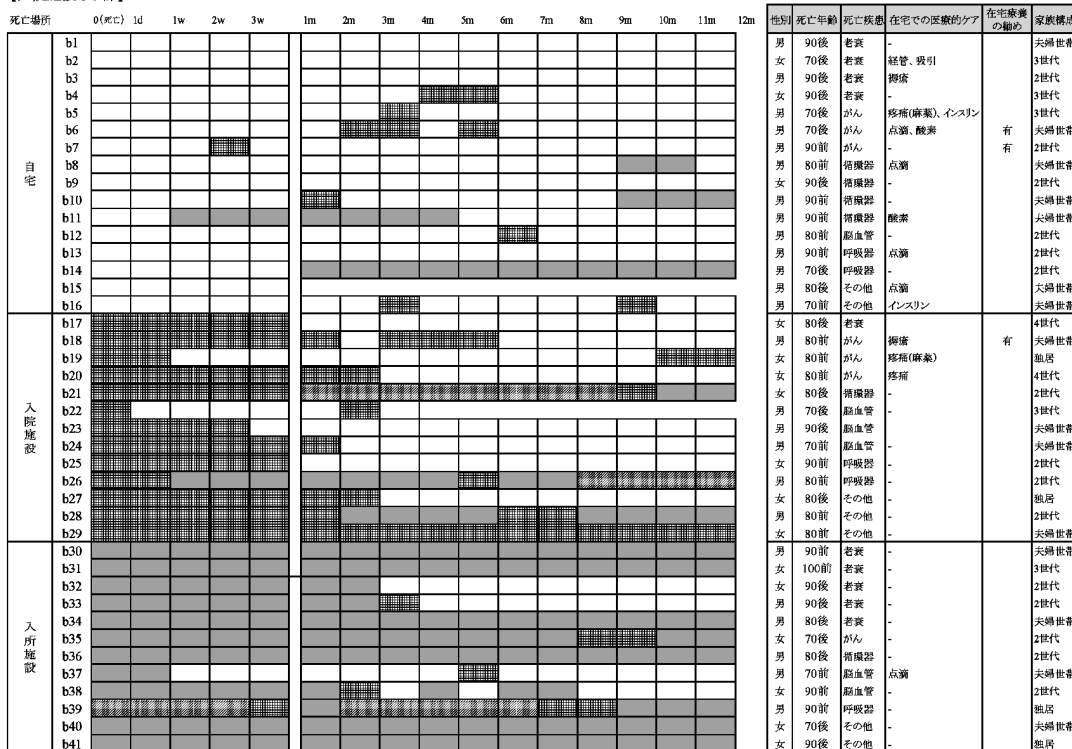
- 1) 入院施設あり群：島内に病院あるいは10床以上の有床診療所がある群
- 2) 入院施設なし群：島内に10床未満の有床診療所あるいは無床診療所がある群
- 3) 入院施設：病院あるいは10床以上の有床診療所

図2 入院施設の有無別の死亡に至るまでの療養場所経過

【入院施設あり群】 n=44



【入院施設なし群】 n=41



1行は、1事例の療養経過を記す
 島外入院施設：日帰りおよび1泊以上の入院
 島内入院施設：1泊以上の入院および死亡当日の受診
 島内または島外の入所施設：介護保険施設等の入所および28日間以上のショートステイ
 ID615-b22は、1年未満のデータ
 死亡年齢：表中の死亡年齢は、年代および前半と後半を併した。例えば70前は、70代前半を示す
 在宅療養の軌跡は、入院施設の医師から在宅療養の軌跡を受けた医師の有無

■ 島内自宅
 ■ 島内入所施設
 ■ 島内入院施設
 ■ 島外自宅(島外親族宅含む)
 ■ 島外入所施設

7.085 ; $P=0.029$), 入院施設なし群では, 自宅死亡の割合が約4割と最も高く, 入院施設あり群では, 医療機関死亡の割合が約6割と最も高い結果となった。

2) 療養者・対象者の属性 (表3)

療養者85人のうち, 男性は42人 (49.4%), 女性は43人 (50.6%) で, 療養者の平均寿命は, 男性

84.3歳, 女性89.7歳であった。また, 世帯構成は2世代世帯が34人 (40.0%) と最も多く, 次いで夫婦世帯29人 (34.1%), 3世代世帯11人 (12.9%), 独居8人 (9.4%) の順であり, 入院施設の有無にかかわらず, 自宅死亡に独居者はいなかった。島内出身者は75人 (88.2%), 在島年数が30年以上だった者は81人 (95.3%) であった。調査対象者である介護者からみて島に愛着を持っていた療養者は81人 (95.3%) と大多数であった。島内の自宅で療養したいと希望していた療養者は72人 (84.7%), 対象者である主介護者は68人 (80.0%) であった。島への愛着や島内で療養することに対し, 対象者から以下の語りが聞かれた。

「島での生活が人生そのものなので, (療養者は島への) 愛着が強い (ID; a28)」

「島で育った者にとって, 島で最期を迎えるということが一番良いことだと思う (ID; a10)」

4. 死亡場所における療養者・対象者の特徴

入院施設なし群で自宅死亡した16人の特徴は以下の通りであった。死亡原因となった疾患は, 「老衰」

表2 島内の入院施設の有無別にみた療養者の死亡場所 n=85

死亡場所	入院施設あり群 ^{注1)} [うち島内死亡]	入院施設なし群 ^{注2)} [うち島内死亡]	P値
自宅	8(18.2)[8]	16(39.0)[16]	0.029
入院施設	26(59.1)[23]	13(31.7)[0]	
入所施設	10(22.7)[10]	12(29.3)[11]	

表中の値はn(%), χ^2 検定

- 1) 入院施設あり群: 島内に病院あるいは10床以上の有床診療所がある群
- 2) 入院施設なし群: 島内に10床未満の有床診療所あるいは無床診療所がある群

表3 島内の入院施設の有無と療養者の死亡場所別による属性

死亡場所		全 体 n=85	入院施設あり群 ^{注1)}			入院施設なし群 ^{注2)}		
			自 宅 n=8	入院施設 n=26	入所施設 n=10	自 宅 n=16	入院施設 n=13	入所施設 n=12
〈療養者の基本属性〉								
死亡時年齢	男性	84.3±7.9	78.8±7.5	83.5±5.3	88.0±12.0	85.6±8.2	82.3±7.5	87.3±7.2
	女性	89.7±8.1	93.5±5.7	89.1±7.7	90.9±10.9	90.0±7.8	86.6±3.0	90.7±8.8
性別	男性	42(49.4)	4	11	2	13	6	6
	女性	43(50.6)	4	15	8	3	7	6
家族構成	独居	8(9.4)	0	2	2	0	2	2
	夫婦世帯	29(34.1)	3	11	0	7	4	4
	2世代世帯	34(40.0)	3	12	4	6	4	5
	3世代世帯	11(12.9)	1	1	4	3	1	1
	4世代世帯	3(3.5)	1	0	0	0	2	0
出身地域	島内	75(88.2)	8	24	9	15	13	6
在島期間	30年以上	81(95.3)	8	25	9	15	13	11
島への愛着	あり	81(95.3)	8	25	9	15	13	11
〈主介護者の基本属性〉								
性別	男性	16(18.8)	1	7	2	3	2	1
	女性	69(81.2)	7	19	8	13	11	11
介護経験	あり	37(43.5)	7	11	3	8	5	3
副介護者数	1人以上	54(63.5)	7	15	7	10	9	6
〈島内自宅での療養希望あり〉								
療養者		72(84.7)	8	22	6	15	10	11
主介護者		68(80.0)	8	23	6	15	10	6

表中の値はn(%),もしくはmean±SD

- 1) 入院施設あり群: 島内に病院あるいは10床以上の有床診療所がある群
- 2) 入院施設なし群: 島内に10床未満の有床診療所あるいは無床診療所がある群

と「循環器疾患」が4人ずつ、次いで「がん」が3人であった。16人のいずれにも1人以上の同居家族がおり、副介護者が1人以上いた者は10人であった。16人のいずれにも身体的苦痛はなく、うち1人は麻薬による疼痛コントロールがされていた。主介護者は13人が女性で、以前に介護した経験があった者は8人であった。

一方、入院施設あり群で自宅死亡だった8人の死亡原因となった疾患は、「老衰」が5人、「がん」が3人であった。8人のいずれにも1人以上の同居家族がおり、副介護者が1人以上いた者は、7人であった。8人のうち2人は麻薬による疼痛コントロールがされていた。主介護者は7人が女性で、以前に介護した経験があった者も7人であった。

5. 死亡原因による死亡場所の特徴 (表4)

死亡原因となった疾患ががんであった者は、入院施設あり群で自宅死亡3人、島内の入院施設死亡6人であった。一方、入院施設なし群で自宅死亡3人、島外の入院施設死亡3人、島内の入所施設死亡1人であった。入院施設の有無にかかわらず、がんが自宅死亡した6人のうち、独居者はおらず副介護者が2人以上いる者は4人だった。また、6人のいずれも自宅療養中に往診を利用しており、そのうち3人が麻薬を使用した疼痛コントロールが可能であった。

また、死亡原因となった疾患が呼吸器疾患であった者は、入院施設あり群で7人のいずれもが島内の入院施設死亡であり、自宅死亡者がいなかった。一方、入院施設なし群では、自宅死亡2人、島外の入院施設死亡2人、島外の入所施設死亡1人であった。

6. 島外の入院施設への入院

死亡前1年以内に、入院施設に1回以上入院したことがある者は、入院施設あり群44人中33人(75.0%)で、そのうち島外での入院を経験した者は、12人(27.3%)であった。一方、入院施設なし群は、島外での入院を経験した者は41人中25人(61.0%)であり、島外での入院に対する困りごととして、金銭的な問題が聞かれた。

「島外の滞在費や病院までのタクシー代など月に30万円以上は(医療費とは)別にかかった(ID; b6)」

「島外入院中は、(付き添い者のために病院の近くに)アパートを借りていたため、費用がかさんだ(ID; b18)」

また、その他の困りごととして、島外での入院経験のある者を介護した対象者は、入院施設への移動手段の不便さを挙げていた。

「(島外の入院施設に)入院中、呼び出しがあっても船便がないので、すぐに病院に行けなかった(ID; a23)」

表4 がん死亡者における島内の入院施設の有無と療養者の死亡場所別による属性

死亡場所	ID	入院施設	死亡地域	性別	家族構成	副介護者の人数	往診の有無 ¹⁾	疼痛の有無	疼痛コントロール(麻薬使用の有無)	在宅療養の勧め ²⁾	死亡場所の希望
自宅	a6		島内	男	夫婦世帯	0	有	無	—	—	島内ならどこでも
	a7	あり	島内	女	4世代世帯	2	有	有	有	—	島内自宅
	a8		島内	男	夫婦世帯	2	有	有	有	有	島内自宅
	b5		島内	男	3世代世帯	3	有	有	有	—	島内自宅
	b6	なし	島内	男	夫婦世帯	0	有	無	—	有	島内自宅
	b7		島内	男	2世代世帯	3	有	無	—	有	島内自宅
	病院	a15		島内	男	夫婦世帯	0	有	有	有	—
a16			島内	女	2世代世帯	0	無	無	—	—	島内自宅
a17		あり	島内	男	夫婦世帯	0	有	無	—	有	島内自宅
a18			島内	女	夫婦世帯	1	無	無	—	—	島内自宅
a19			島内	男	2世代世帯	1	無	無	—	—	島内施設
a20			島内	男	夫婦世帯	0	無	無	—	—	島内自宅
施設		b18		島外	男	夫婦世帯	1	有	無	—	有
	b19	なし	島外	女	独居	1	有	有	有	—	島内自宅
	b20		島外	女	4世代世帯	2	無	有	—	—	島内自宅
施設	b35	なし	島内	女	2世代世帯	1	有	無	—	—	島内自宅

1) 在宅療養中に往診医の利用の有無

2) 入院施設の医師から在宅療養の勧めを受けた経験の有無

「島外（の入院施設）に行ったら、家族や親戚、知人など誰も面会に行けなくなる（ID; a5）」

さらに、死亡前1年以内に入院歴があり、自宅死亡した者は、入院施設あり群で8人中6人、入院施設なし群で16人中7人であった。入院施設あり群の6人全員は、島内の入院施設であった。入院歴がある者のうち、入院施設の医師から、自宅での療養を勧められていた者は、入院施設あり群に1人、入院施設なし群に2人いた。

「（入院施設の医師から）今帰らないと、二度と（自宅に）帰れなくなると言われた（ID; a8）」

一方、専門職の勧めがない中、悩みながら家族の判断で島内に戻ってきた者もいた。

「療養者を島に連れて帰るか悩んでいるとき、後押ししてくれる相手がいなかった（ID; b6）」

また、死亡1年以内に入院歴がなく、自宅死亡した11人のうち、在宅療養を支援する専門職から在宅療養を勧められていた者はいなかった。

Ⅳ 考 察

1. 死亡場所の割合と療養者および介護者の特徴

今回、入院施設あり群と入院施設なし群の自宅死亡の割合は、それぞれ18.2%と39.0%であり、全国の自宅死亡の割合12.6%³⁾と比べて高かった。この理由として2側面が考えられる。1つは、自宅死亡を希望する療養者および介護者の割合が8割を超え、全国の割合63.3%²⁾を大きく上回っており、都市部に比べ、離島で暮らす高齢者は、住み慣れた島への愛着が強く、自宅での療養を希望する者が多い集団⁷⁾であったためと考えられる。もう1つは、地域に入院施設がないと、入院施設の利用が困難なため⁸⁾、十分な入院サービスが受けられず、自宅死亡が増えるという可能性である。実際、入院施設あり群に比べ、入院施設なし群の自宅死亡割合は高く、入院施設がない地域の自宅死亡の割合が高い^{5,8)}という先行研究と一致した。

入所施設死亡の割合は、入院施設の有無にかかわらず、全国の入所施設死亡の割合4.8%³⁾と比べて高かった。この理由として、65歳以上の人口10万人当たりの介護老人福祉施設数の全国平均¹²⁾と比べ、今回対象とした地域では、人口当たりの入所施設数が多かったためと考える。島内に入所施設がある離島では、比較的島内の入所施設に入所しやすい状況であったと言える。また、離島地域は、入所施設が看取りの場として機能していたことが明らかになった。

2. 在宅療養・死亡場所にかかわる特徴

入院施設なし群での自宅死亡は約4割であった。これらの者に多くみられた特徴として、同居家族が

いること、副介護者が1人以上いることがあった。本研究では療養者の世帯は、全国の65歳以上の者のいる世帯割合²⁾（単独世帯24.2%、夫婦世帯29.9%、2世代世帯18.5%、3世代世帯16.2%）と比較すると、単独世帯が9.4%と少なく、2世代世帯が40.0%と多いことから、本研究の対象者は、家族介護力のある世帯が多かったと言える。また、往診医の存在は、自宅死亡の割合を高める¹³⁾と言われており、自宅死亡の多くが、在宅での医療的ケアを受けていたことから、入院施設の有無にかかわらず、往診医の存在は、重要であったと考える。さらに、自宅死亡のがん患者の中には、麻薬による疼痛コントロールがなされ、痛みの訴えがなかった者がいた。非がん疾患は、療養経過が疾患ごとに異なり、予後の予測が困難である¹⁴⁾のに対し、末期のがん患者は予後の予測が立ちやすく、在宅での療養期間が比較的短いことから、在宅での看取りがしやすいと言われている¹⁵⁾。実際、自宅死亡で、死亡原因ががんであった者は、老衰に次いで多かった。そのため、末期のがん患者は、①家族の介護力が十分にあること、②往診医が島内にいること、③疼痛のコントロールが可能であることの3つの条件を満たした場合、入院施設の有無にかかわらず、離島地域でも看取りの可能性が高い疾患であることが示された。

一方、死亡原因となった疾患が呼吸器疾患だった者の死亡場所は、入院施設なし群は自宅と島外の入院・入所施設にみられたが、入院施設あり群では島内の入院施設のみであった。呼吸困難感がないことは、自宅死亡と関連がある¹⁶⁾と言われている。呼吸器疾患による呼吸困難感などの症状出現は、死に直結する不安を抱きやすく、酸素吸入や点滴、吸引などの医療的処置を必要とすることが多いため入院施設に入院する割合が高い疾患であると言える。そのため、島内の入院施設の有無が療養場所に影響を与えることが推察された。

3. 島外の入院施設へ入院することの困難さ

死亡前1年以内に1回以上の入院歴があった者は、入院施設あり群の方が、入院施設なし群より多かったが、島外での入院歴は、入院施設なし群で多かった。このことから、入院施設あり群の療養者は、入院施設なし群の療養者に比べ、入院サービスを受ける機会が多いが、入院目的で島を離れることは少ないと言える。一方、入院施設なし群にとって、入院は島を離れることを意味し、医療費以外の費用が発生することによる金銭的な問題¹⁷⁾や交通手段が乏しく、地理的な問題からくる困りごとをより多く抱えていたと考えられる。へき地では、医療資源が豊富な都市部へのアクセスが困難であるという

特徴があるが^{18~20)}、離島地域では、この問題がさらに厳しくのしかかっていると考えられる。他のへき地では、都市部への主な交通手段として、自動車の活用が可能であるが、離島地域では、船もしくは飛行機しか利用できず、入院にともなう移動費や付添者の滞在を確保するための費用、すぐに入院先へ移動できないという問題を抱えていた。このため、入院にともなう交通費や付添者への滞在費などの助成費用の確保は重要である。

また、居住年数が長く居住流動性が低い療養者にとって、入院施設への入院や入所施設への入所などにより住み慣れた島を離れるという決断は、居住区という物理的だけではなく情緒的なつながり²¹⁾を断つことでもありと考えられる。そのような状況の中で、入院先の医師から在宅療養を勧められ、島外の入院施設から在宅療養へ復帰できた者もいた。医療職から自宅での看取りを提案された家族は、自宅で看取る意向を表明する者が多い²²⁾と報告されており、入院先の医療職が在宅療養の可能性を提示することは、在宅療養を望む療養者あるいは家族にとって、在宅療養を後押しするきっかけになっていたと考える。とくに療養者が島外の入院施設に入院している場合、島に戻ることにさえ不安を抱えている可能性があるため、専門職からの帰島を視野に入れた支援は重要であると考えられる。このことから、療養者および家族の意向に沿った療養支援を実現するために、療養者や家族が希望する療養場所を専門職が把握すること²³⁾は重要であると言える。島の特徴である狭小性¹¹⁾は、在宅療養を支援する保健師や介護支援専門員などの専門職にとって、地域全体の情報を捉えることが容易であることにつながる。そのため、療養者の病状や家族状況をいち早く把握できることは強みであり、島内で提供可能な社会資源を考慮した上で、計画的に医療職に働きかけ、連携していくことが重要である。

4. 本研究の意義と限界

本研究は、入院施設の有無に着目し、島外に入院することの困りごとを抱えながら離島で暮らす高齢者の在宅療養や死亡場所にかかわる特徴を明らかにした。この知見は、在宅療養を支援する専門職にとって、療養者や家族に対する支援策の確立に寄与するものと考えられる。

以下、本研究の限界と今後の課題について述べる。まず、主介護者が島内に在住している者を対象としたため、身寄りのない独居者や島外在住の家族のもとで療養していた者などが含まれておらず、対象者に偏りが生じた可能性がある。また、対象者によって、介護時期が異なり、療養経過の情報にリ

コールバイアスが生じている可能性がある。さらに、1島1市町村という比較的、医療・福祉サービスが整備されている島であり、離島全体を必ずしも代表しているとは言えない。また、対象者の語りは調査者が把握できた部分に限定されており、本研究の大きな限界であるが、忠実に書きとることに努め、さらに、介護保険の状況記録を用いて、時系列に出来事などを思い出す配慮を実施し、対象者の語りを引き出すことに努めた。今後は、質的データより得られた変数を用いて、量的調査を実施する必要がある。また、独居者や介護者が島外在住である者をリクルートできる方法を工夫し、調査期間を延ばし複数回の訪問を実施するなどの対応が必要であると考えられる。さらに、前向き調査の実施や様々な高齢化率の島を対象とするなど、対象地域を広げていく必要がある。

V 結 論

全国の離島地域では、入院施設がない島での自宅死亡が約4割であった。また、自宅死亡のうち、がんは老衰に次いで死亡原因となった疾患が多く、家族介護力が十分にあること、往診医が島内にいること、疼痛のコントロールが可能であることの3つの条件を満たした場合、入院施設の有無にかかわらず島内での看取りの可能性が高い疾患であった。さらに、島外の入院施設に入院することは、経済的問題や地理的な問題などの困りごとに加え、情緒的なつながりを断つ決断であり、療養者や家族にとって大きな負担であることが明らかになった。そのため、在宅療養を支援する保健師や介護支援専門員は、島外で療養している者も含め、療養者の疾患の特性や家族の状況をいち早く把握し、医療職と連携していくことなど看取り体制の充実に取り組むことが重要である。

本研究の一部は、平成22年度公益財団法人医療科学研究所研究助成金（研究代表者：堀越直子）によって行われた。

本研究にご協力いただきました対象者の皆様、自治体の関係機関の皆様、財団法人日本離島センターの皆様にご心より感謝申し上げます。

(受付 2012. 6.15)
(採用 2013. 4.15)

文 献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口：平成18年12月推計. 東京：厚生統計協会，2007；79.
- 2) 厚生労働統計協会，編. 厚生指針増刊 国民衛生

- の動向 2011/2012. 東京：厚生労働統計協会, 2011.
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成23年人口動態統計 上巻. 東京：厚生労働統計協会, 2013; 160-161.
 - 4) 牧野鈴美, 宮島美枝子, 金田順子, 他. 中山間地域高齢者の療養場所移行の現状と支援の必要性. 日本看護学会論文集：地域看護 2008; 38: 179-181.
 - 5) 宮原伸二, 人見裕江. 農村における在宅死の多角的検討. 日本農村医学会雑誌 1999; 47(6): 879-893.
 - 6) 財団法人日本離島センター. 離島統計年報2009：CD-ROM版. 東京：財団法人日本離島センター, 2011.
 - 7) 松井美帆, 川崎涼子, 新田章子, 他. 離島高齢者における終末期ケアの意向に関する調査. 厚生 の指標 2009; 56(3): 18-23.
 - 8) 杉本浩章, 近藤克則, 樋口京子, 他. 在宅死亡患者割合に関連する因子の研究：全国訪問看護ステーション調査. 老年社会科学 2003; 25(1): 37-47.
 - 9) 近藤功行. 終末期ケアと伝統的宗教儀礼の関わり：琉球列島における調査研究. 日本公衆衛生雑誌 1992; 39(10): 799-808.
 - 10) Creswell JW, Plano Clark VL. 人間科学のための混合研究法：質的・量的アプローチをつなぐ研究デザイン [Designing and Conducting Mixed Methods Research] (大谷順子, 訳). 京都：北大路書房, 2010.
 - 11) 大湾明美, 宮城重二, 佐久川政吉, 他. 沖縄県有人離島の類型化と高齢者の地域ケアシステム構築の方向性. 沖縄県立看護大学紀要 2005; 6: 40-49.
 - 12) 総務省統計局. 統計でみる都道府県のすがた2011. 東京：日本統計協会, 2011.
 - 13) 田宮菜奈子, 荒記俊一, 七田恵子, 他. 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 1990; 37(1): 33-38.
 - 14) Coventry PA, Grande GE, Richards DA, et al. Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: a systematic review. *Age Ageing* 2005; 34(3): 218-27.
 - 15) 村嶋幸代. 平成19～21年度厚生労働省科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)総合研究報告書 複数の訪問看護ステーションによる地域単位の24時間訪問介護・看護の効果的・効率的な実施方法の開発研究(主任研究者 村嶋幸代) 2010.
 - 16) 早川富博, 都筑瑞夫, 池戸昌秋, 他. 中山間部における在宅死の現況. 日本農村医学会雑誌 2002; 50(5): 683-689.
 - 17) McRae S, Caty S, Nelder M, et al. Palliative care on Manitoulin Island. Views of family caregivers in remote communities. *Can Fam Physician* 2000; 46: 1301-1307.
 - 18) 今道英秋, 鈴川正之. 離島等のへき地を有する小規模市町村の初期救急医療体制の分析および初期救急医療体制を向上させるための方策に関する検討. 日本臨床救急医学会雑誌 2009; 12(3): 335-342.
 - 19) 横田尚亮, 宇田 淳. 過疎地域における3次救急医療施設へのアクセス時間に関する研究：広島県を事例として. 広島国際大学医療経営学論叢 2011; 4: 81-94.
 - 20) Cinnamon J, Schuurman N, Crooks VA. Assessing the suitability of host communities for secondary palliative care hubs: a location analysis model. *Health Place* 2009; 15(3): 822-830.
 - 21) 園田美保. 住区への愛着に関する文献研究. 九州大学心理学研究 2002; 3: 187-196.
 - 22) 服部文子, 植村和正, 益田雄一郎, 他. 訪問診療対象高齢者における在宅死を可能にする因子の検討. 日本老年医学会雑誌 2001; 38(3): 399-404.
 - 23) 佐々木恵, 新井明日奈, 荒井由美子. 要介護高齢者における死亡場所の希望と実際：訪問看護師による把握. 日本老年医学会雑誌 2008; 45(6): 622-626.
-

Home care and place of death for elderly people living in the remote islands of Japan An examination on the presence of inpatient facilities

Naoko HORIKOSHI*, Yuki KUWAHARA*, Atsuko TAGUCHI^{2*},
Tomoko NAGATA* and Sachiyo MURASHIMA^{3*}

Key words : elderly people, home care, long-term care insurance, place of death, remote islands

Objectives The purpose of this study was to clarify the actual status of end-of-life care for elderly people living in the remote islands of Japan, and whether the presence of inpatient facilities was related to the place of death, so as to obtain suggestions for constructing a system of end-of-life care.

Methods The survey targeted caregivers (85 people) who cared for elderly people (aged 65 and over), who had been legally certified for long-term care, and who had died between April 2009 and July 2011 in five islands of Japan. Islands were selected from a list of remote islands specified in the Remote Islands Development Act and related laws. Using a mixed method embedded design, we conducted semi-structured interviews using a questionnaire that assessed the place and cause of the elderly patient's death, age at death, gender, and whether the patient or family members had requested that the patient be allowed to die at home.

Results The proportion of elderly people who died at home in the group living on remote islands with no inpatient facilities was 39.0% (16 of 41 people), compared with 18.2% (8 of 44 people) living on islands with inpatient facilities. The difference was significant ($P=0.029$). Among the 24 elderly people who died at home, 6 died of cancer. Terminally ill cancer patients were released to die at home under three conditions: the caregivers could provide sufficient care, the visiting physician was present, and pain control was provided. It was also possible for elderly cancer patients to receive end-of-life care in remote islands that did not have inpatient facilities. In addition, among the elderly people who died at home in the remote islands, home care had been recommended by medical staff.

Conclusion It is important for professionals coordinating home care to understand the characteristics of diseases, perform early assessment of caregiver situations, and collaborate with medical staff.

* Department of Community Health Nursing, Division of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

^{2*} Nursing Science of Community Health Care System, Health Development Nursing Science, Health Sciences, Tohoku University Graduate School of medicine

^{3*} Oita University of Nursing and Health Sciences