

【研究ノート】

在宅死の看取りにおける家族介護者の現状と看取り文化の構築に関する考察

林美枝子

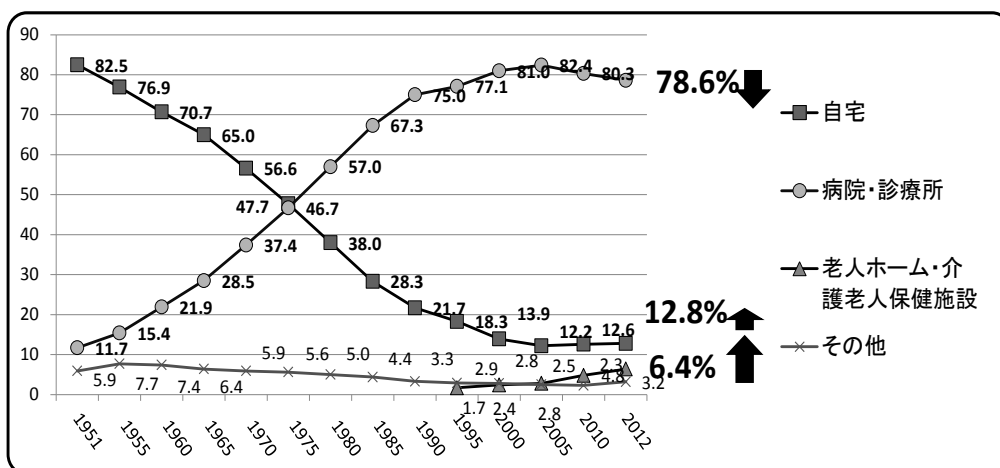
1 はじめに

日本の 2014 年の高齢化率は 26.7% (2015 年厚生労働省発表) であるが、今後、2035 年にはその推計値は 33.4% (国立社会保障・人口問題研究所 2012) となり、日本人の 3 人に 1 人が 65 歳以上の超高齢社会が到来する。これは同時に多死社会の到来も意味し、年間死亡数は 2015 年の 130 万人 (2015 年 10 月推計値) から、2025 年 (いわゆる団塊世代がすべて後期高齢者となる年) までに 158 万人に達すると予想されている (国立社会保障・人口問題研究所 2002)。もし現在高止まりとなっている病院での死亡率が現況の 78.6% 近辺で推移し (図 1 参照)、病院の増設、療養病床の増床がないなら、この年だけでも 12 万 4 千人余りの死に場所が不足することになる。

厚生労働省はその対策として 2012 年を「地域包括ケア元年」と位置づけ、在宅療養や在宅での看取りを誘導する政策を推進している。また 2014 年にはいわゆる「医療・介護一括法」が制定され、2025 年までに、概ね徒歩 30 分圏内、人口 1 万人程度の中学校区を単位として、「地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク」を意味する「地域包括ケアシステム」を各市町村が構築することになった (社会保障制度改革国民会議 2013)。今後の日本では、「介護保険制度」を利用し「地域包括ケアシステム」を受け皿とした在宅の看取りが増加することになり、家族介護者の大量発生は不可避である。

終末期の患者が病院で看取られる人数が、在宅で看取られる人数を上回るようになったのは 1976 年のことである。看取りの経験知は「家」単位で姑から嫁に継承される個別的なものであり、共有知識として広く社会的継承の対象となつてはいなかったため¹⁾、看取りが病院化したことで、家族を家で看取る経験知や技術は絶えることになった。

図 1 死亡の場所別にみた構成割合 (%) の年次推移 (人口動態統計年報より作成)



そこで、本研究では在宅での看取りに関して家族介護者の現状を調査し、家族介護者の経験知がどのような新たな看取り文化を生み出そうとしているのかを考察することとした。

2 研究の背景

死に場所の病院化が進行した日本で、2000年代に入るとターミナル期や臨死期のQOLが議論されるようになり、近年では死の質(Quality of Death=QOD)²が耳目を集め、行き過ぎた死の医療化に対する反省や在宅死の見直しが聞こえてくるようになる。最後まで住み慣れた場所で自分らしく逝きたいと、在宅での看取を希望する率はFukuiらの研究では42.9% (Fukui et al. 2011:885)、総務省が行なった2012年の意識調査では54.6% (総務省2012)と高率であり、概ね2人に1人前後が在宅死を希望していることが分かった。しかし図1が示すように2012年現在の日本の在宅死率は12.8%である。死に場所に関する希望と現実が、日本では大きく乖離していることになる。

筆者が入通院患者を対象に実施した調査票研究では、在宅死の希望は51.8%で、総務省の数値とほぼ同じであったが、それが現実を選択可能であると答えたのは32.6%であった。在宅死の選択を阻害する要因は、家族が担うことになる重い介護負担への懸念や遠慮である(林ら2015:31-32)。

では、在宅死と家族介護者にはどのような関連要因が指摘されているのであろうか。Souvagetらは日本における在宅死の実施と関連する要因を分析したが、離婚率が高い県は在宅死の実施率が低く、家族員数が多い県は在宅死の実施率が高い等の結果を明らかにしている(Souvaget et al. 1996:91)。Ishikawaらは患者が在宅死を選択できるためには、家族が在宅死を好ましいと考えていることが有意に関連しているとし、看取りの場の選択は患者本人より、家族の意思が尊重される傾向にあると指摘した(Ishikawa et al. 2014:5)。

家族の介護がなぜ負担の重いものになるのかを、井藤は終末期のがん患者の家族介護者がいかに死を受けとめたかの聞き取り調査から考察している。余命告知の悲嘆反応から突き動かされるように家族は内発的に介護に奔走すると指摘している(井藤2015:244-245)。

また山岸によると、がんの看取りをした家族のうち在宅で家族を看取った経験があったのはわずかに15%であった(山岸2013:100)。「家」単位で看取りの知識が継承されていた半世紀前と比べると、現在の日本の家族介護力は極めて低下していると言えよう。「地域包括ケアシステム」が構築途上であるため、在宅死への誘導は、経験知のない家族介護者に終末期のケアを丸投げするリスクも抱えている。しかしその一方で、須佐の研究からは、患者の失禁や褥瘡、食欲不振などの症状を改善しようと、家族介護者は様々なやり方を試みて、彼らなりのケアを確立していることも明らかになっている(須佐2004:6)。

これらの先行研究から、本研究の調査では家族介護者における介護力の現状やその向上のための工夫、得られた経験知、看取りの体験が与えた影響を中心に聞き取りを行った。

3 研究計画と倫理的配慮

本研究は、医療人類学分野における新たな看取り文化の構築とその社会的継承の研究であり、先述した調査票調査の結果から、家族介護者の看取りの現状把握が必要であるとして、発想にいたったものである。経験者の具体的な個々の語りを記録し、新たな看取り文化の構築に資する経験知の有無を確認するために、研究倫理委員会の承認を得て、聞き取

り調査を2014年の8月から9月にかけて実施した。

対象者は、事前に情報収集を行った在宅支援のクリニックや訪問看護ステーション、地域包括ケアセンターのケアマネージャーから紹介を受けた在宅看取りの介護経験者6人で、彼らから聞き取った7事例を本稿では考察している。

全ての対象者に対して、事前に研究の目的や方法に関する説明を行い、研究協力の承諾書に署名をもらってから聞き取りを開始した。回数は1回から3回、時間は各2時間から5時間、場所は看取り介護が行なわれた調査対象者の自宅である。録音した聞き取り内容はテキスト化した後に、改めてその発言内容を直接、あるいは郵送で2015年3月までに内容確認をしてもらい、研究データとして使用する許可を得た。

4 調査結果報告

図2は看取りが行われた順に、7事例を整理したものである（事例2と事例6は同じ対象者が行った）。主な家族介護者と代替的家族介護者、看取られた患者との関係、それぞれの性別、看取り時のそれぞれの年齢、看取られた患者の疾病や死因を一覧表にした。

全て主たる家族介護者は北海道S市に在住する女性で、介護当時の年齢は40歳代1名、60歳代5名、70歳代が1名であった。家族介護者たちの職業は病院勤務のフルタイムの看護師（事例3）、家で事業所を営む保険業者（事例5）、すし店の経営者（事例7）、高齢者施設の経営者（事例2, 6）、専業主婦（事例1 介護時は高校教師、看取り時はその退職後、事例4）である。対象となった事例は、婚出した娘が実母を自宅に引き取って看取った事例が2件（事例1, 5）、娘が父とともに母を共同名義のマンションで看取った事例が1件（事例3）、妻が夫を自宅で看取った事例が2件（事例4, 6）、息子が建てた家に母を引き取り、嫁が看取った事例が1件（事例2）、娘がその息子とともに建てた家に同居していた認知症の母とともに引っ越し、その新居で終末期を看取った事例が1件（事例7）である。在宅死を厳密に患者が住み慣れた我が家で看取られること、と定義するなら、本調査の親を看取った事例の多くはこの定義から外れている。事例4以外の親世代にあたる患者は、住み慣れた我が家を後にして娘や息子の家に移動し、そこで看取られているからである。介護者に患者の配偶者が含まれている場合のみ、患者にとって住み慣れた自宅での看取りになっているため、本調査の在宅での看取りとは、家族介護者にとって住み慣れた自宅で看取った事例と言うことになる。

家族介護者たちは、看取られる場が患者にとって快適なものとなるよう環境整備に様々な配慮を行っていた。例えば事例7の家族介護者は、自営業を息子とともに営んでいるが、認知症の介護をしていた母のために新築の家屋を息子とともに建てている。一階がそこへ移り住んだ彼女と母親のスペースで、車いすでの移動が可能のように幅の広い廊下を持つバリアフリー設計になっていた。看取りは広いダイニングキッチンに面した庭に囲まれた明るい和室で行われ、朝食時に2階から下りてくる幼い孫たちは、まず曾祖母の顔を見るためにこの和室に足を運んだ。事例1, 3もリビングに面する和室に終末期のベッドを設置し、事例4, 5, 6はリビングそのものにベッドを運び込んでいた。かつての日本では死を看取る空間は安静が確保できるような人の出入りがほとんどない奥まった座敷であったが、現在の看取りの空間は家族が集う場や、家の中でも賑やかな場所が敢えて選択されていた。褥瘡になりにくい高額の水オーター・ベッドを事例5は購入し、他の事例では介護用のベ

図2 事例一覧

事例	看取り年	看取られた者と家族介護者	死因、疾病	事例	看取り年	看取られた者と家族介護者	死因、疾病
1	1997		老衰 (認知症)	5	2013		肺がん
2	2002		老衰	6	2013		肺がん
3	2008		胃がん	7	2014		老衰 (認知症)
4	2012		肺がん				

看取られた者 主な家族介護者 家族介護者 女性 男性 看取られた者 主な家族介護者

ッドをレンタルしていたが、その設置場所は業者の指示ではなく、患者本人の希望や家族の意思で決められていた。理由として挙げられたのは、トイレや浴室に近いこと、玄関に近いこと、訪問医療や介護のケアを受けやすいこと、家族介護者が家事をしながら患者の様子を見守ることができるので、食事や団欒の時間を家族と共有することができるからなどであった。伝統的日本の死生観における死の穢れを忌避する感覚は、どの事例からも全く感じられなかった。看取り時に使用した寝具類が処分されることなく保管されている様子からもこのことは理解できた。他のレンタル品、あるいは購入したものとしては、簡易トイレや歩行器、加湿器、空気清浄機等であるが、事例3、5ではベッドから見やすい位置にテレビが新たに購入された。特に事例5では、部屋にある家電品のスイッチを患者がすべてベッドの手元から操作できるように、配線や無線ランの使用がなされていた。何人かの家族介護者は、看取りの場所から庭や外の風景が見えること、窓から風や陽光が入ること、調理や水道の音、洗濯機を回す音が聞こえることが、在宅で療養する意義であったと語っていた。家族が会話の声を潜めることや、子供たちに静かにするようにと注意することもなかったと言う。

在宅での看取りは、患者本人の意思であり、認知症以外の患者は、皆病識を持ち余命の告知も受けていた。老衰で亡くなった事例1、末期の胃がんで亡くなった事例4は、以前から病院や医師、入通院を毛嫌いしていたため、事例2と6では自宅兼高齢者介護施設は

もともと自宅で家族を看取りたいと考えて建設したものであるから、事例5はがん治療の入院時に褥瘡ができたことで病院への不信感がつのったため、事例4はかわいがっていたペットと暮らしたい、妻の手料理を最後まで食べたいと本人が望んだので、それぞれ在宅での看取りが選択されていた。認知症の介護をしていた事例7は、突然食事をしなくなったために診察に連れて行った病院で、既にターミナル後期で医療的には何もできないと告げられ、在宅療養がそのまま突然看取りとなった。在宅を看取りの場として選択する理由はきわめて個別的な事情であることがわかる。

事例4以外は、図2のように介護の代替者となる同居あるいは別居家族がおり、介護保険制度ができる前の看取りである事例1以外は、全てケアマネージャーによるケアプランに沿って、介護保険制度の介護給付を上限枠まで利用して看取りが行われた。その保険適用のサービスに加えて、10割自己負担となる生活支援のサービスを頼んだのは、自営業をしていた事例5と7だけであった。地域のボランティアの支援はどの事例も一切受けてはいない。むしろターミナル中期以降は、隣近所との行き来さえほとんどなくなっていた。主たる家族介護者も同居する他の家族も看取りに集中せざるをえない状況であったことが分かる。

4件の介護者は、以前に家族の病院での看取りの付き添いを経験したことがあったが、事例6(事例2の時の看取り体験)以外は在宅での看取りは未経験で、在宅介護のスタート時点で少なからぬ混乱や戸惑いを味わっている。事例7では、在宅での看取りが決まり病院から帰宅した直後、地域包括支援センターに、何をどうしてよいか分からない、助けてほしいと、悲鳴のような相談電話をかけている。駆けつけてくれたケアマネージャーが、既にターミナル後期に入っている患者のために迅速な対応をし、すぐに訪問看護がスタートした。対象者たちは的確な情報を与えてくれる専門職と幸運にも出会えたことで、こうした初期の不安を払拭していく。現職の看護師である事例3であっても、在宅での看取りの経験はなく、介護保険制度のことも実はよく知らなかった。事例4は夫の意思を尊重したいと考え、在宅支援機関の援助を受けながら看取りをスタートしたが、いざとなったら病院へ、と最後まで気持ちは揺れていた。しかし夫が入院していた頃の病院への行き来と比べ、在宅での介護が始まると体力的な負担は軽くなり、結局、最後まで1人で夫を看取ることができた。事例1と7の患者は、認知症で入浴の極端な拒否や徘徊もあった。看取りが始まる前のまだ患者に体力があった頃のほうが苦労は多く、寝たきりとなった看取り期はむしろ楽であったと言う。疼痛への対応で麻薬系のパッチ等を貼付したり剥がしたりする際の工夫や、褥瘡ができないように体圧分散をする体位変換のこつ、食欲が減退している時のメニューや、嚥下力が弱まっている時の水分補給の方法などに関する経験知を集めることができたが、そのほとんどは患者により快適なケアを提供したいという配慮や、患者の痛みや不具合への共感から工夫された看取り文化の萌芽であった。

在宅での看取りは正しい選択であったと家族介護者たちに感じさせている理由の1つは、残された時間で交わされた患者との密度の濃いコミュニケーションである。夫婦で高齢者施設を営んでいた事例6では、引き継ぐべき経営方針の打ち合わせや種々の手続きに追われる毎日であったが、時間を見つけては死について語り合ったという。事例4では夫婦で予期悲嘆の時間を共有し、今日は泣く日と決めては、2人で1日中泣いて過ごしたと言う。

最初は在宅での看取りに途惑っていた家族介護者たちであったが、看取りを終え、ある

程度の時間が経過した現在、もう一度在宅死を看取ることができるならもっと上手に看取ることができるように思っていた。では、予想したよりも介護の負担が軽かったからなのかと言えば、けしてそうではない。自分自身の終末期において在宅での看取りを希望するか、と言う質問には、ほとんどの家族介護者は、施設、あるいは病院での死を希望していたからである。理由は依然として「家族への高い負担への懸念」であった。家族への強い思いが介護者に献身的介護を行わせることを経験者は身をもって知っているからこそ、自分の最期を大切な家族に看取ってもらうことに抑制的なイメージしか思い描けなくなるのではないかと井藤は述べているが（井藤 2015:176）、まさに本調査の事例もそのことは示唆している。在宅介護の負担の重さを経験したからこそ、同じ経験を家族にはさせたくないと考えている傾向が見て取れた。ただ1人、事例5の家族介護者は、在宅での看取りを選択すると答えてくれた。娘一家から今度は自分たちが看取るからと言われていることがその理由である。娘一家は父母による祖母への看取りを見守っていたことで、在宅死の意義を高く評価するようになったのだと言う。看取りの体験は他にも建設的な影響を与えている。既に述べたように事例4は最後まで在宅での看取りに確信がもてず、看取った後もサポートしてくれた医療関係者が彼女の家を訪ねグリーフケアをしてくれていた。しかし現在は成年後見制度の手続きを行い、1人暮らしである自らの終末期や死後の始末に関する備えを始めている。専業主婦で、夫の死を深く嘆いていた彼女が、自分の終末期や死に関する明確な意思決定を行い、それを現実のものとするための行動を起こしていたのである。夫の在宅での看取りは、彼女に悲嘆だけではなく一種の生きる力も与えてくれていた。

事例3の介護者は現職の看護師であるが、ターミナル前期は有給休暇の消化や時短就業で乗り切り、ターミナル中期、後期、臨死期のみ介護休業制度を利用して看取っている。実は日本の介護離職者は年間10万人を超え、その復職率は特に女性においては極めて低い（総務省 2013:72）。現政権にとっては介護離職による労働力の損失対策は喫緊の政策課題であり、2015年には「介護離職0」を目指す取り組みも始められている。事例3は、病院の上司の理解と介護休業制度の利用に加え、代替の介護者としての父親の存在が大きかった。父親はパートの仕事を辞め、娘がいない間の妻の介護や付き添いを買って出ることによって、娘の就業継続を下支えしてくれた。しかし調査時、彼女は母を看取った家族のマンションで1人暮らしをしていた。

「父は元気ですが、今近所のサービス付き高齢者住宅に入居しています。自分（父親のこと）がもし介護が必要になり、在宅で看取られる事態になった場合、今度こそ娘の私が仕事を続けることができなくなるのでは、と考えたからです。要介護になる前に入居できる施設を父が探してきた時は驚きましたが、私は父の決断に同意しました。」ともに家族を看取った経験が、残された父親の別居を導く結果となっていたが、これはお互いを尊重しあう気持ちの表れでもあった。

また、今回の対象者で、仕事に就いていた4名は、自営業の3名が仕事をセーブし、雇用されていた1名が介護休暇制度を利用したことで、皆離職をすることなく看取りを終えることができていた。その後の経済状態はほぼ旧に復しており、聞き取りを行った場所には看取り時のレンタルベッドや介護用品は既に返却、あるいは処分され、生活環境も元にもどっていた。しかし対象者たちは自分の老いや死と以前よりも真摯に向き合うようにな

っている。

自宅で死を看取することは、前述したようにほとんどの対象者にとって初めての経験であったが、何れの事例も定期訪問診療に訪れた医師から「そろそろ覚悟をしてください」と、死が不可避であることをターミナル後期には告げられている。事例4はその頃まで食事が可能で、事例6は臨死期であっても亡くなる日の朝までアイスクリームを食べていたと言う。呼吸の変化や意識の混濁や消失に慌て、離れて住んでいる家族・親族を呼び集め、最後の息が止まるまで寄り添って見送った事例、息が荒くなった患者に対処しようと上半身を起こして抱きかかえた状態のまま看取った事例、朝、足がベッドから出ていることに気が付いた時には既に亡くなっていた事例など、その最後も様々であった。

「前の日にも私たちは普通に会話をしていたのです。こんなに突然に亡くなるなんて思いもしなかった。でも母は苦しまないで亡くなったと思う。死に顔がとてもきれいだった。」

「みんなで周りを囲み、体をさすった。最初の義母のときもそうでしたし、夫の時も笑いそして泣きながら皆で見送りました。ドラマのようでしたね。お医者様からは理想の死に方ですと言われました。」

死を受け入れると言う予期悲嘆は患者本人だけではなく、家族にとっても極めて高いストレスとなる。生活は物理的にも精神的にも、そして経済的にも死にゆく者が中心となり、介護者のメンタルヘルスは自助的に対応するしかない。事例7は同居している幼い子供がいる家であったが、毎朝まずは患者の顔を見に行く習慣が先述したように繰り返されており、未明に患者が亡くなった時も、この習慣通りに既に亡くなっている曾祖母の姿を子供たちに見せ、亡くなったことを伝えている。子供たちは子供たちなりに死を理解したように感じたと言う。今回の調査事例では長い人は3か月程度、短い人は10日間ほどの看取り期間であったが、認知症以外の患者とは、葬儀社の選定、遺影用の写真の用意、連絡者リスト作り、葬儀費用の工面や墓についてまで話し合いをしていた事例が何件かあった。しかしこれも、一種の死の受容の方法ではなかったろうか。

看取り後の家族介護者であるが、事例1は介護体験を綴ったノートを大切にっていて、そのノートの記録に照らし、郵送した聞き取り内容のテキストを修正して返送してくれた。事例3は看取りの支援をしてくれたクリニックの求めに応じて、ピアサポートの場で自らの看取り体験を公表したことがあると言っていた。事例4は夫が生前受けた在宅療養に関する新聞取材の紙面をファイルに保管していて、それを時々読み返していた。遺影は看取ったリビングに置かれ、夫がかわいがっていたペットの世話をする毎日である。皆、職場や仕事、日常生活に戻り、客観的に自らの看取り体験を思い出しては反芻しているように思われた。

5 考察

在宅死の誘導政策は、生きている者のためにのみ設計されていた日本の家屋を、老いや看取りに対応可能なものへと変容させる起爆剤になるかもしれない。そこでは訪問医療や介護の専門家や、生活援助のボランティアが通ってくることを前提とした間取りの工夫や動線の確保が求められる。しかし今回の聞き取りで介護家族が整えようと腐心していた看取りの環境は、死を迎えるためのものではなかった。むしろ最後まで生きるための工夫で

あった。家族団欒のスペースや、家族の息遣いが感じられる場で看取りが行われたことがその証左であろう。また事例1, 3, 5には患者にとっては長男であり、家族介護者にとっては兄である家族が離れた場所に住んでいる。以前は看取りの主たる担い手であった長男の嫁もそこには居ることになるが、3事例の語りからは「長男」や「長男の嫁」は存在感の薄いものとなっていた。

聞き取り内容には、褥瘡ができにくい寝具やベッドの選び方、排泄や入浴を介助するためのこつ、試行錯誤をしてたどり着いた介護食のメニューなど、他の家族介護者にとって有益で具体的な生活援助の情報が盛り込まれている。しかし7例の聞き取りであっても、それらは患者の介護度や疾病によって多様なものであり、情報を整理して体系化するためには、さらなる経験知の集積が必要であることを示していた。

また、在宅での看取りは家族・親族観にも影響を与えていた。聞き取りからは、家族の強い絆を看取りによって再確認した、再構築できたと言う感想が多く聞かれた。しかしそれらは現実の家族を指して表現されたものではない。看取る者と看取られる者を核として、看取ることを目的とした「機能的家族集団」とでも表現するしかない一群の家族のみを意味している。例えばある事例では、亡くなった母親の遺体は、翌日には家族介護者の実家を継いでいる兄が引き取りに来て、葬儀は実家がある町で、その兄を喪主として行われている。また別の事例では、看取りにほとんど手を貸すことのなかった患者の親族との間で、金銭を巡る葛藤が起り、結局は互いに絶縁状態になってしまった。看取りは一群の家族を結束させもするが、そこに加わらなかった家族、あるいは加わることができなかった家族・親族との間に軋轢も生じさせるものであることがわかる。

さらに今回の事例では地域社会のボランティアだけではなく、友人、知人といった患者本人や家族介護者のパーソナルネットワークがほとんど機能していなかった。事例1では友人の一言が在宅での看取りを家族介護者に決心させていたが、その友人との連絡も看取りの間は行われていなかった。在宅診療の医師や看護師、ケアマネージャーなどの専門家とは強固な信頼関係を培っていくのだが、むしろその他の人間関係は極度に収縮し、一時停止すら起こっていた。地域社会がもつ様々な人的資源との連携を、看取りを契機に患者や介護家族が拡大させることこそが「地域包括ケアシステム」の目指す姿であり、一時的な「機能的家族集団」の閉じた絆が強化され、介護の高負担を誘発する事態は、むしろまったく逆の状況であろう。看取りを通して経験的に学び取ることができた多くの知識や技術は、調査対象者たちに一種の自尊心や自信を与えていた。それは看取りの経験者たちこそが、今後の地域包括ケアシステムを支える貴重な地域人材の資源となる可能性を秘めていることを示唆している。既に看取りの経験者のグリーンケアのために、事例3では、先述したように医療関係者によるピアサポートの会が試みられていた。構築されつつある「地域包括ケアシステム」においても、是非、経験知をもつ家族介護者を活用する道筋を工夫するべきであろう。ピアサポーターの制度が普及すれば、在宅での看取りにおける「機能的家族集団」の閉鎖性も弱まり、家族介護の高負担意識が緩和するかもしれない。

今回の調査からは、既に病院死が一般化した過程で、死生観の変容は起きており、むしろ在宅死の看取りでそれらが表出されるということが理解できた。これまで医療人類学では遺体の処理の仕方や葬送儀礼の変化、墓制の新たな潮流などを通してこの死生観の変容を考察してきたが、ここに在宅死の看取りが加わったことになる。

6 まとめ

以上の調査結果とその考察から、看取り文化の萌芽を示唆していると思われる以下のよ
うな結論を得た。

- ・家族介護者は看取りの当初、少なからぬ混乱や戸惑いを味わうが、医療や介護の専門家と繋がることで不安を払拭し、経験的に学び取った多くの知識や技術が、一種の自尊心や自信を与えてくれる。
- ・余命を自認している患者と家族の濃密なコミュニケーションは、その両者に予期悲嘆を乗り越えさせ、一種の死の受容のための新たな方法を提案している。
- ・看取りは家族観や死生観に影響を与える体験であるが、介護にかかわった家族の一群を閉鎖的に結束させもするが、その他の家族・親族との軋轢も生じさせる。看取り文化で彼らを支え、次には彼らがピアサポーターとなって次世代の家族介護者を支える制度の構築によって、その閉鎖性から開放することが必要である。

7 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、無事に看取りを終えた事例のみを対象としている点にある。在宅死の看取りの体験者を探することは困難であったため、医療・介護の関係者の紹介に頼ることにしたが、結果的には、医療や介護支援の成功例のみが調査対象事例となってしまった。全ての調査対象が在宅での看取りに意義を見出し、その経験を貴重なものであったと考えていることは、看取り文化の萌芽を示唆する結果をもたらしてはいるが、同時に、本研究のバイアスともなっている。

社会的継承に足る新たな看取り文化を構築するためには、多様な経験知の集積が必要であり、そのための方法論の試みが今後の研究課題であろう。

謝辞・付記

本研究は日本医療大学から学術助成金を得て実施したものである。聞き取りにご協力をいただいた家族介護者の皆さまに感謝の意を表したい。

本研究は日本医療大学研究倫理委員会の承認を得て実施している（研究番号 日本医療大学 2014-5）。

本稿は2014年に韓国で行われた East Asian Anthropological Association の大会における研究発表をまとめたものである。

注

1 かつて在宅死が当たり前であった明治時代、良妻賢母思想のもとで良家の子女が学ぶ女学校では看取りの技術や知識は家事を担う主婦が身につけるべきものであるとして家政学の教科書にその作法、遺体への初歩的な対応の仕方が掲載されていた（新村 1991:239-243）。しかしこれらの知識は社会的継承の対象とはなっていなかった。

2 The Economist Intelligence Unit（イギリスの雑誌『エコノミスト』の調査機関）は2010年から各国のQODを評価公表しているが、日本は2015年10月の発表で80ヶ国中14位であった（1位イギリス）。2013年の「社会保障制度改革国民会議」の報告書には「死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れたものとする」ためとしてQODに言及している（社会保障制度改革国民会議 2013:32）。日本のQODの評価が14位である理由は、終末期医療ががん患者に特化していたからであるが、看取りが在宅化、介護化する流れの中で終末期医療が全疾病に対するものとして扱われるように制度が整ってきたことで、今後この順位は変わるとされる。

参考文献

- Fikui Sakiko, Yoshiuchi Kazuhiro, Fujita Junko, Sawai Minako et al.
2011 Japanese People's Preference for Place of End-of-Life Care and Death: A Population-Based Nationwide Survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol.42 No.6, 882-892.
- 林美枝子, 松永隆裕, 矢野智之, 飯島美抄子
2015 「終末期の在宅療養や在宅死の意思決定に関する要因の研究—入通院者に対する調査結果から—」『日本医療大学紀要』第1巻:24-37.
- 井藤美由紀
2015 『いかに死を受けとめたか 終末期がん患者を支えた家族たち』ナカニシヤ出版
- Ishikawa Yoshiki, Fukui Sakiko, Saito Toshiya, Fujita Junko et al.
2013 Family Preference for Place of Death Mediates the Relationship between Patient Preference and Actual Place of Death: A Nationwide Retrospective Cross-Sectional Study. *PLOS ONE*, Vol8 Issue3 e56848.
- 国立社会保障・人口問題研究所
2002 『日本の将来推計人口（平成14年1月推計）』.
<http://www.ipss.go.jp/pp-newest/j/newest02/newest02.pdf> 【2015/12/25】
2012 『日本の将来推計人口（平成24年1月推計）』.
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.pdf> 【2015/12/25】
- Sauvaget, Catherine, Tsuji Ichiro, Li, GJing,H., Hosokawa Toru et al.
1996 Factors Affecting Death at Home in Japan. *Tohoku J. Exp.Med.*, 180, 87-98.
- 新村拓
1991 『老いと看取りの社会史』法政大学出版局.
- 総務省
2012 『高齢者の健康に関する意識調査』.
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/gaiyo/pdf/kekka.pdf> 【2015/12/25】
- 総務省統計局
2013 『平成24年就業構造基本調査 結果の概要』.
https://www.e-stat.GL08020103.do?_pdf 【2015/12/20】
- 須佐公子
2004 「高齢者の在宅死を看取った家族の体験の意味の分析と看護者の役割の検討」『在宅医療助成勇美記念財団2002年度在宅医療助成報告書』1-14.
http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20080327074244.pdf 【2015/12/25】
- 社会保障制度改革国民会議
2013 『社会保障制度改革国民会議報告書』.
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>
- 山岸暁美
2013 「在宅療養移行の時期とコミュニケーションの適切性に関する研究」編集「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会『遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2』98-103. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

(はやし・みえこ／日本医療大学)