

平成 30 年 9 月 5 日現在

機関番号：31603

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2014～2017

課題番号：26463494

研究課題名(和文)在宅死を可能にするための在宅ケア基盤づくりの方略—フィンランドと日本の比較検討

研究課題名(英文) Strategies to enable death at home in Japan: A comparative study between Finnish Lapland and Japan

研究代表者

スーディ 神崎和代 (SOUDI KANZAKI, KAZUYO)

いわき明星大学・看護学部・教授

研究者番号：40452990

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,700,000円

研究成果の概要(和文)： 両地域での比較調査研究等から、北海道より更に自然環境が厳しいフィンランド国ラップランド地域住民は在宅療養及び在宅死は可能であり、且、自然であると考えており、在宅療養・死を可能にする医療専門職者は訪問看護師であると答えているが、北海道民は在宅療養・死は困難であると考え、在宅療養・死を可能にするカギを握っているのは医師であると思っている。訪問看護師の役割・在宅医療情報が住民に届いておらず、誤解を招いていることが明らかになった。

調査を基に在宅療養・死を可能にする啓発プログラム案構築、在宅療養・死についての意思表示を可能にするテキスト出版、在宅死を支援するICTツールの可能性検証。

研究成果の概要(英文)： This four-year study on enabling death at home in Finnish Lapland and Hokkaido suggests that despite severe weather and a vast geography, the Lapland region has successfully developed a homehealth system in which people seem to accept dying at home as a given. They also think that nurses hold the key to achieving successful homehealth. By contrast, people in Hokkaido think that physicians have the key to home death's success. This study indicates that people lack relevant and accurate information on homehealth and dying at home in Hokkaido. This study suggests that this is due to perceptions of homecare and a death of knowledge.

Based on this study, the authors constructed a 2-hour program to provide relevant information on dying at home, published a text to allow individuals to make their own decisions about where to spend their final days, tested a ICT as a possible supportive tool enabling death at home.

研究分野：在宅看護

キーワード：在宅療養・死 在宅看護 意思表示 ICT as tool

## 1. 研究開始当初の背景

筆者の過去研究を含む先行研究において、人々は基本的(60~80%)には在宅(自身がホームと思っている場所)で療養をし、最期を迎えたいと願っているが、日本の在宅死の割合は、約13%に留まっている。中でも北海道は低い(8.7%)現状にあり、その理由として広域積雪・医療偏在が多いと推測されてきたが、日本全体の在宅死が1割強に止まっていること、北欧では高齢単独世帯41%・在宅死51%以上の地域があることを鑑みると、「北海道の在宅死亡率は広域積雪・遠隔地であるから」という要因のみでは説明しがたいと考えた。

日本における看取りの場所に関連する要因研究では、「在宅療養者と家族」が「在宅死を希望する」ことが在宅看取りを実現する重要な要因のひとつであることを示している。在宅死には、人々の在宅死・看取りの場所に対する意識が関連していると推測されるが、在宅ケアサービス機関が増加しているにも拘わらず在宅死が「増えない要因」や「阻む理由」を人々の「意識」と関連付けた調査は希少である。北欧諸国のなかでも気候と人口が類似しているフィンランドラップランド州又は地域(以下、L地域)と北海道で在宅死に関連する要因と人々の「意識」に焦点を当てての比較研究は意義深いと考え、研究を開始した。

## 2. 研究の目的

北海道及びL地域の在宅死に対する人々の意識と知識を明らかにする。の結果を受けて、北海道における在宅死を阻害する要因を探る。

「在宅死を阻害する要因」を解決する「啓発プログラム」案を開発する。

「啓発プログラム案」を道内で展開し、「意識」に対する変革効果を明らかにする。

## 3. 研究の方法

1年目:北海道内の対象者・地域の選定・医療者・住民組織に対する調査(L地域で対象者・地域選定・訪問によるインタビュー)。

2年目:初年度の調査結果を分析し、本調査用に住民・医療者の在宅死に対する意識・知識の課題を明らかにし、課題を特定。

3年目:L地域と北海道をICTでつなぎ、国際シンポジウムを実施。

4年目:明らかにした課題に対する「住民」「医療者」を対象とした具体的な啓発(研修)プログラム案開発し、啓発プログラム案を道内で展開・評価・修正し、学会発表・論文作成。又、フィンランド国のKanKuシステム、病院から在宅への流れの理解のために、医療行政官等からの聞き取り・訪問看護師との同行訪問等を実施。又、在宅療養・死を可能にするツールとしてのICTの可能性も検証。

## 4. 研究成果

1) 北海道とL地域の間で、「終末期を過ごす場としての在宅の認識」「相談できる主治医の存在」に有意な差が認められた。2) 大規模調査に向けての調査用30項目の選定。日本語・フィンランド語・英語の調査票作成。両地域で2519名に配布(回収率は北海道:64%、L地域29.4%)。3) 「在宅療養・在宅死を可能にする社会を目指して」と題したICTを活用した国際シンポジウム(北海道・L地域)を開催(104名の参加)両国で意見交換を行い、高い評価を受け、在宅療養・死におけるICTの持つツールとしての可能性を示す機会ともなった。4)蓄積データを基に【在宅療養・死啓発プログラム案を開発し、道内3か所で展開・検証した。結果、在宅療養・死に関する知識の欠如が在宅療養・死に対する意識に影響していると確認し、プログラム案の有効性を確認した。5)【在宅療養・死を望む意思表示の重要性】を認識するに至り、「医療事前指示書」と題した書籍を出版。

## 在宅死を可能にするための在宅ケア基盤づくりの方略:フィンランドと日本の比較検討に向けての2014年度基礎調査

スーディ神崎 和代(Kazuyo K. Sooudi)<sup>1)</sup>

御厩 美登里(Midori Mimaya)<sup>2)</sup>

鹿内 あずさ(Azusa Shikanai)<sup>3)</sup>

竹生 礼子(Reiko Takeu)<sup>3)</sup>

1) 札幌市立大学大学院 2)札幌市立大学看護学部 3)北海道医療大学看護福祉学部

概要:本研究は、人々が健康課題を持ちながらも住み慣れた地域で最後まで暮らし続けることができるために、人々の「在宅死」に関連する意識および知識について、フィンランド(ラップランド州又は地域、以下L州)と日本(北海道)を比較検討することによって在宅での看取り(死)に関連する要因を明らかにすることを目的とする。さらに、明らかになった在宅看取り(死)に関連する人々の「意識」の課題を克服するための啓発プログラムを開発することを最終目的とし、全研究期間は2014~2017年としている。

2014年度は、広域積雪地域、地域の点在という共通点を有しながらも、医療体制、文化的、宗教的背景などの異なるフィンランド国L州(中心都市は北極圏内)及び北海道住民を対象に、【在宅死】についての個別インタビューを対象者の居住地域において実施した。対象者は非医療職者成人とし、20歳(L州では18歳)~80歳代の各世代の男女から協力への同意を得られた合計45名を対象とした。結果: 家族、特に幼い子供を残して死ぬことへの不安が、死に直面した時の最大の不安要因であり、両地域に共通していた。死に対する恐怖(不安)が両地域で異なっていた(11.7% vs. 30.4%)。両地域で終末期を過ごす場所についての意識に違いがあり、L州では約82%が自宅としたのに対して、北海道

は 39.1%が自宅で過ごすべきだとする結果を得た。考察：在宅医療体制や文化的(あるいは宗教的、歴史的)な要因が背景にあると考えられる<sup>1)2)</sup>。L州ロヴァニエミ市では、病院 保護施設 在宅ケア 在宅病院の4者が連携をして在宅医療を進めるシステムを設けており、在宅療養者の【こぼれ】がないようにしていることが【終末期は在宅で】という認識の高さに繋がっていると推測できる。フィンランド人の80%がルーテル派のキリスト教徒、北海道民で何らかの信仰をしている割合は33.6%である<sup>3)</sup>ことも要因として推測できる。

#### はじめに

わが国は高齢化に伴って死亡者数が増加し、2025(平成32)年には160万人に達すると見込まれている。厚生労働省は、医療機関ではなく「在宅での看取り」を勧め、在宅死25%以上をめざすと述べている。日本における終末期に対する国民の意識調査(H15年・厚生労働省)<sup>4)5)</sup>によると、「終末期ケアをどこで受けたいのか」という問いに対して、「自宅で過ごしたのち病院」「最期まで自宅」を含めて約60%の人が「自宅」と回答している。一方、療養の場所として「最期まで自宅」を希望すると答えたのは、痛みが伴う末期状態になった場合が9.6%、高齢になった場合の終末期で22.7%(病院38.2%、施設24.8%)にとどまっていた<sup>1)2)</sup>。在宅での看取りを望まない理由の第一位として「家族の介護負担への懸念(80%)」があげられている<sup>2)</sup>。日本における在宅死の割合は、1951(昭和26)年に約83%であったが、1976(昭和51)年を境に病院で終焉をむかえる人が増加し、2009(平成21)年には、わずか12.4%となっている。北海道の在宅死の割合は、都道府県の中でも低い(全国47位：北海道8.3%)現状にある<sup>3)</sup>。北海道は、広域積雪地域・医療偏在地域が多いなどの理由から「医療を在宅で受ける」というよりも「医療機関への入院・施設入所の希望」が多く、さらに都市部に医療機関が集中しているため自宅を離れて治療・療養し、医療機関で亡くなる人が多いことが推測される。しかし、北海道同様に気候が寒冷で広域な北欧では、高齢者単独世帯が41%・在宅死の比率が51%を超える国もある(スウェーデン)<sup>4)</sup>。北海道の在宅死割合を低めている理由は、広域積雪地域、遠隔地が多いという要因のみでは説明しがたい。

日本における看取りの場所に関連する要因の研究<sup>6)</sup>では、「在宅療養者本人と家族が在宅死を希望する」ことが、在宅での看取りを実現する重要な要因のひとつであることを明らかにしている。在宅での看取りには、人々の在宅死や看取りの場所に対する意識が関連していると推測される。しかし、北欧諸国との医療体制や保健システムに関する研究は多数ある<sup>9)</sup>が、在宅医療や在宅ケアを

行う機関が増えている現状の中で、在宅での看取りが「増えない要因」や「阻む理由」を人々の「意識」に焦点をあてて明らかにした調査は希少である。北欧諸国のなかでも気候と人口(約500万人)がほぼ同様のフィンランド国L州と北海道の在宅死の状況を調査し、在宅での看取り(死)に関連する要因を人々の「意識」に焦点をあてて比較検討することが有効であると考えた。

研究者らが数年に及び実施してきた遠隔看護研究では、地域の医療機関や訪問看護師と在宅療養者との物理的な距離がある中で、積雪吹雪など悪天候時の医療機関や地域の看護職にアクセスする際に、ICTが物理的バリアを解消することを明らかにしてきた。その結果から、病気を持ちながら在宅で療養し、住み慣れた自宅で最後まで過ごすためには、在宅ケアの基盤整備(ネット環境整備など)のみならず、地域に暮らす人々自身の在宅療養継続についての「意識」などについての課題があるとの知見を得た。

フィンランドは北欧諸国の中で最も高齢化(若年層減少)が進んでおり、日本と共通課題を抱えている。しかし、後期高齢者の86%が健康課題を有しながらも在宅で生活を継続している。フィンランドの研究者らは、国の体制整備の他に高齢者の「自立心、残余能力を生かして楽しむ」などの意識も要因ではないかとしている。在宅死に対する「意識」の違いが関連していることも推察される。

#### 研究目的

先行研究および在宅医療の現場経験から北海道における在宅での看取りを遠ざけている理由は、必ずしも広域・積雪地帯という地域性や在宅ケア基盤を整えにくいことだけではないと考える。最後まで住み慣れた地域で暮らし続けることを可能にするためには、在宅死が少ない要因を明らかにする必要がある。そこで、最終目的は【在宅死を阻害する要因を特定し、在宅死を阻害する要因を解決するための啓発プログラムを開発する。そのプログラムを用いて効果を明確にする】とした4年間の研究計画を構築し、2014年度は、北海道及びフィンランド国L州における在宅死に対する一般市民の意識を明らかにすることを目的として基礎調査研究を行った。

#### 研究意義

本研究の独創性および特色は、人々の生活・人生を終焉まで在宅で暮らすことを可能にするためにフィンランドと北海道を比較することによって、人々の「意識」やその背景にある「文化」の影響を読み解き、人々の意識に働きかけた啓発をすることにある。在宅死の少ない北海道において、住み慣れた地で人生を全うすることを可能にする「在宅看取り(死)」に関する啓発プログラムを開発することにより、日本の「他の地域における在宅ケアの基盤整備」に広く活用できる可能性がある。

本研究の意義は、広域積雪地域である北海道において、在宅死に対する個人の意識を知り、明らかにすることで在宅ケア基盤づくりに役立つことにある。戦後変化してきた家族形態や超高齢社会において、日本のどの地域でも希望すれば「地域で死ぬる(その人らしく人生を全うする)」社会の実現に向けた取り組みに寄与する。

## ・研究方法

### 1. 対象者の選定条件と選定方法

対象者の選定条件としては、認知機能障がいのない成人で、コミュニケーションが可能な住民とし、フィンランド国L州ではフィンランド語を母国語として認識している者、北海道では日本語を母国語として認識している者とした。L州では、国立ラップランド大学の研究協力者の支援を得て、研究協力の同意を書面で得られた22名(18歳~80歳の複数世代の男女)を対象とした。北海道においては、既に協力体制にある地域保健センターなどの協力を得て、フィンランドと同様の要領で23名(20歳~80歳の複数世代の男女)を対象とした。

### 2. データ収集方法

インタビューガイドに沿って個別インタビューを行い、許可を得てインタビュー内容をICレコーダーに録音した。インタビューの所要時間は30分程度とし、研究期間は2014年4月~2015年3月、調査期間は2014年8月~2014年12月とした。

### 3. 倫理的配慮

札幌市立大学研究倫理委員会の承認を得て行った。以下の点については特に注意を払った。インタビュー場所は対象者が望む場所で、プライバシーが担保可能な環境とした。L州でのインタビューは本人の希望によりフィンランド語または英語で実施した。インタビューガイド及び同意書等は日本語・フィンランド語へのネィティブによる翻訳、更にフィンランド語から日本語への翻訳を行い、翻訳内容の信頼度を高めた。

### 4. 分析方法

量的データは単純集計、 $\chi^2$ 検定を用いて分析した。質的データは録音データに基づいて逐語録を作成し、意味内容を検討してコード化し、カテゴリに分類した。

## ・結果

対象者の平均年齢(L地域:45.2歳 $\pm$ 19.4、北海道:41.7歳 $\pm$ 14.0)、男女比はほぼ同じであった。意図的に幅広い年齢層から対象者を抽出しているので、年齢の標準偏差値が大きく、世帯構成についてはL州の方が北海道より一人世帯数がわずかながら多い(表1)。

終末期医療に関する意識の結果(表2)では、【一般的に終末期をどこで迎えるのが良いと思うか(複数回答)】の間でL州と北海道の意識の違いが著明に示された。北海道の11件に比してL州では20件が【自宅】と答

えた( $p=0.003$ )。しかし、【自分自身が終末期を迎える場所(複数回答)】については北海道では17件が【自宅】と答えており、他人の終末期を過ごす場所と自身が終末期を過ごす場所の認識の差が示された。一方、L州では全く差が認められなかった。

表1 対象者の基本属性 N=80

| 項目           | ラップランド州(N=22)          | 北海道(N=23)              |
|--------------|------------------------|------------------------|
| 年齢(歳)        | 45.2 $\pm$ 19.4(18-87) | 41.7 $\pm$ 14.0(20-85) |
| 性別           |                        |                        |
| 男性           | 10 (45.5)              | 9 (39.1)               |
| 女性           | 12 (54.5)              | 14 (60.9)              |
| 同居者の有無       |                        |                        |
| 同居者なし(ひとり世帯) | 5 (22.7)               | 2 (8.7)                |
| 同居者あり        | 17 (77.3)              | 21 (91.3)              |

次に特徴的な差が見られた項目は【気軽に相談できる主治医の有無】であった。L州では100%( $n=22$ )が【いる】と回答したが、北海道では30.4%( $n=7$ )のみが【いる】と答えた。

【看取りの場面の経験の有無】については両地域とも、ほぼ同数が【経験あり】と回答したが、【終末期には誰に介護をして欲しいか(複数回答可)】の問いへの回答に両地域で違いが認められた。L州では13名が【配偶者】を上げていたが、北海道では1名のみが【配偶者】を上げた。

在宅看取りに関する情報入手場所(複数回答可)への回答で北海道に特徴的なところは、16件が情報源として保健師・看護師・ケアマネジャー・介護職者・テレビを上げたが、L州では0件であった。

次に【在宅死を可能にする条件(複数回答可)】について、【財源】とする回答が北海道では14件あり、L州では5件のみであった。L州では条件の一つとして16件の【医療従事者】が上がっており、北海道では2件であった。加えて、L州の対象者はインタビューで前述の【医療従事者】とは在宅看護師を指すと100%が回答した。

【物理的環境整備】の回答は、L州では10件であり、北海道では約2倍の19件が必要条件と答えていた。

【終末期を迎えることを想像した時心配になる事柄】として、両地域で高い件数を示したのは、家族を残して逝くことへの不安(L州:29.4%、北海道23.9%)であった。中でも若い年齢層では、【幼い子供達のいく末を案じる】と語り、高齢者の場合は配偶者(特に認知症を患っている場合)を残すことへの不安は大きかった。

【漠とした死への恐怖・不安】は北海道の方が高値を示しており、L州の3倍の言語記録数(30.4%)があった。

【他の人に迷惑をかけるのではないかの不安】は、北海道では全言語記録数の10.9%( $N=5$ )を占めており、L州では2.9%( $N=1$ )のみであった。

表2 ラップランド州・北海道の終末期在宅医療に関する意識 N=80

| 項目              | ラップランド州(N=22)         |           | 北海道(N=23)  |          | p値       |
|-----------------|-----------------------|-----------|------------|----------|----------|
|                 | N                     | %         | N          | %        |          |
| 終末期を迎える場所(一般的)  | 自宅                    | 20        | 11         | 0.003 ** |          |
|                 | (複数回答) 高齢者施設          | 2         | 1          | 0.608 ns |          |
|                 | 病院                    | 1         | 8          | 0.022 *  |          |
|                 | その他                   | 0         | 4          | 0.109 ns |          |
|                 | わからない                 | 1         | 1          | 1.000 ns |          |
| 終末期を迎える場所(自分自身) | 自宅                    | 19        | 17         | 0.459 ns |          |
|                 | (複数回答) 高齢者施設          | 3         | 1          | 0.346 ns |          |
|                 | 病院                    | 0         | 3          | 0.233 ns |          |
|                 | その他                   | 1         | 3          | 0.608 ns |          |
|                 | わからない                 | 0         | 1          | 1.000 ns |          |
| 近隣とのつきあい        | なし                    | 3 (13.6)  | 0 (0.0)    | 0.109 ns |          |
|                 | 挨拶程度                  | 9 (40.9)  | 7 (30.4)   | 0.542 ns |          |
|                 | 物のやりとり                | 0 (0.0)   | 2 (8.7)    | 0.469 ns |          |
|                 | 行き来がある                | 10 (45.5) | 14 (60.9)  | 0.376 ns |          |
|                 | 気軽に相談できる主治医の有無        | あり        | 22 (100.0) | 7 (30.4) | 0.000 ** |
| 看取りの場面の経験の有無    | なし                    | 0 (0.0)   | 16 (69.6)  |          |          |
|                 | あり                    | 19 (86.4) | 18 (78.3)  | 0.699 ns |          |
|                 | なし                    | 3 (13.6)  | 5 (21.7)   |          |          |
| 終末期に望む介護者       | 医療専門職者                | 9         | 13         |          |          |
|                 | (複数回答) 配偶者            | 13        | 1          |          |          |
|                 | 子ども                   | 9         | 9          |          |          |
|                 | 友人                    | 1         | 1          |          |          |
|                 | その他                   | 2         | 5          |          |          |
| 在宅看取りに関する情報入手場所 | 市役所・公的機関              | 13        | 5          |          |          |
|                 | (複数回答) 労働組合・職場・学校の事務所 | 2         | 1          |          |          |
|                 | 市のガイドブック              | 1         | 0          |          |          |
|                 | 病院・医師                 | 4         | 9          |          |          |
|                 | 友人                    | 3         | 3          |          |          |
|                 | インターネット               | 9         | 4          |          |          |
|                 | 公共機関の保健師              | 0         | 4          |          |          |
|                 | 看護士                   | 0         | 3          |          |          |
|                 | ケアマネ・介護職              | 0         | 4          |          |          |
|                 | テレビ                   | 0         | 5          |          |          |
| 在宅死を可能にする条件     | 財源                    | 5         | 14         |          |          |
|                 | (複数回答) 地理的距離          | 10        | 19         |          |          |
|                 | 介護支援者                 | 2         | 17         |          |          |
|                 | 医療機器                  | 10        | 11         |          |          |
|                 | 医療従事者                 | 16        | 2          |          |          |
|                 | 家事支援者                 | 2         | 0          |          |          |
|                 | その他                   | 0         | 7          |          |          |

χ<sup>2</sup>検定 (Fisherの直接法)  
\*p<0.05 \*\*p<0.01 ns,not significant

表3 終末期を迎えることを想像した時心配になること N=80

| 項目                  | ラップランド州(N=34) |      | 北海道(N=46) |      |
|---------------------|---------------|------|-----------|------|
|                     | 記録単位数         | %    | 記録単位数     | %    |
| 家族を残すことへの不安         | 10            | 29.4 | 11        | 23.9 |
| 死への恐怖(準備が出来ていない)    | 4             | 11.8 | 14        | 30.4 |
| 痛みへの不安              | 4             | 11.8 | 2         | 4.3  |
| 終末期ケアの質への不安         | 3             | 8.8  | 0         | 0    |
| 独りで死に直面する不安         | 2             | 5.8  | 4         | 8.7  |
| 懐たきりの終末期になるのではという不安 | 2             | 5.9  | 0         | 0    |
| 人生でやり残したことへの悔い      | 2             | 5.9  | 3         | 6.5  |
| 経済的な不安(残す家族の)       | 1             | 2.9  | 4         | 8.7  |
| 認知症への不安             | 1             | 2.9  | 1         | 2.2  |
| 迷惑をかけるのではないかという思い   | 1             | 2.9  | 5         | 10.9 |
| 全く不安感なし             | 4             | 11.8 | 2         | 4.3  |

### 考察

対象者の年齢層、地域ごとの人数及び男女比のバランスは両地域でほぼ同じであり、対象者としては適切であった。

【終末期を過ごす場所】についてL州では他人でも自身の場合でも、【自宅】を上げているが、在宅療養を可能にする体制整備があるので在宅療養は一般的なケアの形と捉えていることが推測される。L州にあるロヴァニエミ市の例を挙げると、病院(療養病棟含) - 保護施設 - 在宅ケア(病院から在宅ケア移行する療養者全員を、最低2週間看護師を中心とする在宅ケアチームがフォローする) - 在宅病院(home hospital、在宅療養中に問題が発生した場合にはこの病院でフォロー

をし、定期や夜間巡回も行っている)の4機関連携を密にして、【こぼれ】がないような体制をとっている<sup>10)</sup>。この仕組みが一般に周知されているので、【療養は在宅で】という回答になっていると推測できる。本調査でも、【在宅ケアに関する情報収集は市役所を得てインターネットで補完する】と過半数が答えており、在宅ケア提供機関の自治体が情報源として機能していることが推測できる。

L州では在宅ケアの中心に看護師が据えられているので、【在宅での終末期を可能にする条件】に医療職者(全員が看護師と回答)という結果になり、在宅看護師は市民には馴染みのある存在であることを示している。もう一つの日本との相違は、国が【基本的なケアは在宅ケア】及び【自身でケア選択について決定する権利がある】ことを明確に示している<sup>11)</sup>ことも影響していると推測できる。日本でも地域包括ケアシステム構築に向けて動きだしているが、市民に在宅ケアシステムが周知されているとは言い難い現状がある。病院から自宅への移行の際にも、本人の意向よりも家族の事情などが優先される現実がある。

【財源が在宅死を可能にする条件】とした北海道の対象者はL地域の3倍であり、このことからL州では公的財源でカバーされている部分が大きいため問題が少ないと推測される。実際、在宅ケアの方が病院ケアより経済効果は高いことは多くのマネジドケア関連の先行研究で示されているが、北海道の一般市民は【病院より負担が大きい】と感じている傾向があり、加えて家族への迷惑になるという意識も強いと考えられ、この迷惑になるという意識は先行研究結果と同じである。在宅ケアへの移行を促進する中での自治体による適切な啓発活動が求められる。

【気軽に相談できる主治医の存在】はL州の100%に比して北海道では30%に留まっているが、北海道の遠隔地における医師不足により、ゲートキーパーとなる家庭医を確保するのが困難な状況も要因ではないかと推測できる。

【死への恐怖】の違いは宗教的な要因も推測できる。フィンランドでは80%以上がキリスト教(ルーテル派)で、L州が位置する北部では更にその数は高いと言われている。一方、北海道では<sup>12)</sup>、【信仰あり】は33.6%というデータがある。他に家庭教育や死のプロセス経験などの要因が考えられるが宗教的要因は否めない。

【終末期の不安】として家族を残して逝くことへの不安は両地域で共通して高い結果であり、自身よりも弱い立場の幼い子供や疾患をもつ配偶者を案じる気持は文化的、宗教的違いに関係なく、人間としての思いであることが推測された。

### 結論

□ 終末期を過ごす場としての在宅の認識(L州は在宅、北海道は病院)、気軽に相

談できる主治医の存在の2点に有意な差が認められた。

□ 終末期の不安要因として、死への恐怖、経済的な不安、家族へかける迷惑の項目で両地域に差が認められた。

□ 残していく家族(幼い子供、病気の配偶者)への不安は両地域に共通していた。

(地域ケアリング、2015 Vol.17 No.6 42-47)

本研究は平成 26 年度学術研究助成基金助成金(基盤研究C)を得て実施した。

#### 【文献】

- 1)Yeung, AB. (2010). The Re-Emergence of the Church in the Finnish Public Life? Christian Social Work as an Indicator of the Public Status of the Church. Journal of Contemporary Religion. 197-211.
- 2)Ubani, M. and Tirri, K. (2006). How do Finnish pre-adolescents perceive religion and spirituality? International Journal of Children's Spirituality. 357-370.
- 3)NHK. (2009). 全国県民意識調査の報告書.NHK 出版. 他

#### 5. 主な発表論文等

##### 【雑誌論文】(計 11 件内国際誌 3 本)

- 1) スーディ神崎和代、御厩美登里、鹿内あずさ、竹生礼子。(2015)在宅死を可能にするための在宅ケア基盤づくりの方略 地域ケアリング .17 巻 6 号 P.42 - 47 .
- 2) スーディ神崎和代。(2015)異分野連携・融合による超高齢社会支援: ICT を用いた遠隔看護システム構築の経験から . 日本機械学会年次大会論文集 (CDROM) 15 巻 1 号 P1 5.
- 3) Sooudi, KK., Kakiyama, K., Fujiwara, N. & Otsubo, N. (2016) Perception among Japanese Older Adults of the Robot as a Self-Health-Monitoring Agent .(2016). Journal of CJKMI 2016. P39-42.
- 4) スーディ神崎和代、竹生礼子、鹿内あずさ、川添恵理子。(2017)在宅療養・在宅死を可能にする社会を目指して: 研究報告 . 北海道ホームヘルス研究会 . 1-37. 他 7 本

##### 【学会発表】(計 17 件内 7 本は国際学会)

- 1) Sooudi, KK. Finnish - Hokkaido Sustainability Week Symposium 2015. 北極地域における人の暮らし (2015/11) .
- 2) Sooudi, KK. Kuopio Alzheimer's Symposium Finland. ICT use as a delaying tool for elderly patients with mild dementia. (invited speaker, 2015/6)
- 3) スーディ K. 和代、竹生礼子、鹿内あずさ、御厩美登里.日本在宅ケア学会 . 意思決定を支援する医療事前指示書 .(2015/7)
- 4) Sooudi, KK. Innovative approach to end of life care in Japan: preparing advance directives. 2016 New Zealand Alzheimer's

Conference (2016/11) .

5) スーディ K.和代、竹生礼子、鹿内あずさ、御厩美登里 .日本在宅ケア学会 .在宅での終末期ケアと看取りに対する意識 : 道民が抱く看取りのイメージと望む終末期療養の場 .(2017/7)

6) Kazuyo Kanzaki Sooudi , 2018

International Nursing Conference . International comparative study on contributing factors to a higher rate of dying at home. (2018/9 , 決定) 他 11 件

##### 【図書】(計 1 件)

スーディ神崎和代 編著、竹生礼子、鹿内あずさ、御厩美登里 .(2016)医療事前指示書 . ナカニシヤ出版 (ISBN978-4-7795-1023-6) [産業財産権]

出願状況 (計 0 件)

名称 :

発明者 :

権利者 :

種類 :

番号 :

出願年月日 :

国内外の別 :

取得状況 (計 0 件)

名称 :

発明者 :

権利者 :

種類 :

番号 :

取得年月日 :

国内外の別 :

[その他]

ホームページ等

#### 6. 研究組織

##### (1)研究代表者

スーディ神崎 和代

(SOOUDI KANZAKI, Kazuyo)

いわき明星大学 看護学部 教授

研究者番号 : 40452990

##### (2)研究分担者

竹生 礼子

(TAKEU, Reiko)

北海道医療大学 看護福祉部 教授

研究者番号 : 80433431

御厩 美登里

(MIMAYA, Midori)

札幌市立大学 看護学部 助教

研究者番号 : 90707564

鹿内 あずさ

(SHIKANAI, Azusa)

北海道文教大学 人間科学部 教授

研究者番号 : 50382502

##### (3)連携研究者 無し

研究者番号 :

##### (4)研究協力者 無し