

博士学位論文

認知症の人の看取り

—ソーシャルワーカーへ期待されること—

2013 年度

松尾 弥生

熊本学園大学大学院

社会福祉学研究科社会福祉学専攻

論文の内容の要旨

論文題目 「認知症の人の看取り ―ソーシャルワーカーへ期待されること―」

氏名 松尾 弥生

本稿は、認知症の人の看取りをいかにして支えることが出来るかという問いを立て、認知症の人の思いにそった看取りを可能とする諸条件を検討し、その一つとして、ソーシャルワーカーの役割を提示するものである。

第1章では、認知症の人の看取りに関わる三つの問題性について指摘する。まず、看取りには認知症の人の思いが不可欠である。ところが、認知症の人は何も分からなくなってしまう、ましてや死が近づいた終末期の認知症の人にとって、自分自身の気持ちを表明することなど不可能である、と一般には認識されている。しかし、認知症の人、全てに妥当するわけではなく、言葉以外での表現方法を用いその気持ちを表す可能性があることを提案する。その上で、認知症の人の看取りにおいては、そういった言葉以外での表現、僅かなサインに配慮できるかどうかが重要であり、親密な関係を築きやすい生活の場である施設や在宅での看取りの可能性を提案する。また、認知症の人の看取りを支援する上で、ソーシャルワーカーとしての関わり、担うべき役割を取り上げ、グループホームでの実践事例を用いながら検証する。以上、三つの問題性を起点としながら終章にむけて、認知症の人、つまり、当事者の思いに沿った看取りを可能とするためのソーシャルワーカーの役割を特に、事例を基にして提示する。

第2章では、まず、認知症ケアについて、イギリスの老年心理学者トム・キットウッドの提唱した「パーソン・センタード・ケア」の理念を中心に論じる。重度の認知症であっても人と人との関係性の中で、その人らしく生きることが出来るとし、一人の人格をもつ人として尊重され、その人格を認めるケアを行っていくことが重要であること、その新しいケア文化が再認識される。その上で、パーソン・センタード・ケアを理念とするドイツのケア施設におけるホスピスに関する訪問調査結果を報告する。施設ソーシャルワーカーへのインタビューから、認知症の人を中心とし、チームとしてその死を受け容れ分かち合う支援体制が整っていたことが確認される。ドイツのソーシャルワーク実践は活発であり、日本の認知症の人の看取りに示唆を与えるものである。

日本のソーシャルワーク実践についても、踏襲しておかねばならない。第3章では、認知症の人を支えるソーシャルワークについて、特に、生活期から終末期におけるソーシャルワークの役割について整理をする。認知症を発症した場合、日常生活に支障をきたし始める。進行度合いを鑑みながら、生活状況を見守ることが重視される。一人で暮らすことが困難、また、家族介護者の疲弊がたまった場合など、当事者の意思を尊重したうえで、

その同意のもと、フォーマル、インフォーマルサービスといった社会サービスの活用が目指される。また、認知症の人を支える啓発活動は全国的に広まっており、認知症を支える地域づくりもソーシャルワーク実践の一環であることが確認される。

以下、第4章、第5章では、本論文の主要な論点である認知症の人の看取りにおけるソーシャルワーカーの役割について、事例を用いながら考察を深める。

第4章では、認知症の人の看取りに焦点をあてる。認知症の人の看取りの難しさは、認知症の人が、言葉で的確にその意思を表明することが困難である、というケア現場の経験が基礎となる。当事者の意思の把握が難しいため、ケアの全般において様々な倫理的課題が予想される。特に看取りの場面においては、死に直結するような判断が迫られる場面も多くあり、家族やスタッフは様々な状況の推移の中で揺れ動く倫理的ジレンマに陥りやすい。しかしながら、認知症の人を中心に据え、周りを取り囲む全ての人々が悩み葛藤する、この過程こそが重要なのである。認知症の人の気持ちを慮るがゆえの葛藤は、認知症の人がひとりの人格を持った人として周囲の人々や社会から受け入れられ尊重されていること、そして尊重された死へと向かっていることの証左である。それは、生活の場である認知症グループホームでの三つの看取り事例からも確認される。生活の場であるグループホームだからこそ、作り上げることのできる当事者の意向にそった看取りを示すことが出来る。この三事例は、家族、スタッフ、医療機関との連携もスムーズであり、また、当事者との深い関係性があつたからこそ、良好な結果を迎えることができたと言えるだろう。しかしながら、最期の場面において倫理的課題も配慮しながら、認知症の人の意向にそうことは困難を極める。そこで、その解決方法の一つとして、当事者の希望する医療や最期の過ごし方を書き記す「事前指示書」の活用を提案する。

第5章では、入所者・家族・スタッフを対象とし、事前指示書の活用を踏まえたデス・エデュケーションワークショップの構築過程を叙述する。デス・エデュケーションワークショップは、開催後のアンケート結果から判断し、認知症の人の思い、そして死について考えを深めることのできる有意義な機会であつたと認識でき、ソーシャルワーカーの役割の一つとして提案することが出来た。事前指示書の活用に関しても、チームの全てのスタッフが、積極的に取り組む結果となつた。

その後さらに、事前指示書を活用し、1人の入所者の望む看取りを実践することが出来た。スタッフの看取りに向かう過程で感じる葛藤、家族の揺らぎ、ソーシャルワーカーの奮闘ぶりをそれぞれの立場から、アンケートやインタビューを用い示し、その過程が時系列的に記述される。改めて、家族、かかりつけ医、スタッフのチームアプローチの中心にソーシャルワーカーの存在の必要性を確認する。一方で、事前指示書の活用の際には、考察課題も抽出される。事前指示書の当事者が認知症の進行によりその意思の判断がつきにくい状況下では、家族の意向が優先される。さらに、当事者のもつ価値観やそれまでの生き方を考慮し、当事者の立場に立って考えていくことが基本となるが、事前指示書に記入する過程においてソーシャルワーカーの役割が重要でないかと推察する。

第6章では、3, 4, 5章で導き出したソーシャルワーカーの役割を踏まえて、認知症の人の看取りにおいて期待される責務についてまとめる。

認知症の人の看取りの場合、結局のところ、家族に様々な判断を委ねるケースが多い。身近な人の死に向き合わなければならない家族に対し、ソーシャルワーカーとしての伝え方があるのではないかと考える。それは、相談援助職としての傾聴、共感、受容を基本としながら、分かりやすく説明し、共に考え、家族自身が当事者の思いに考えをさせながら、家族が自己決定していけるよう支援することである。

そして、チームアプローチの中心に、ソーシャルワーカーの位置がある。ソーシャルワーカーの役割は、連携だけにとどまらず、家族、かかりつけ医、スタッフそれぞれが導き出した答えを調整することにある。当事者、家族の意思を尊重受容し、チームに伝え、具体化していけるよう働きかけを行う。チームアプローチにおけるソーシャルワークとは、各々の役割を調整しながらチームを機能的に動かし、当事者の希望する最期の有様に案内することにある。つまり認知症の人そのものの死への歩み方に添いながら、チーム一緒に同じ方向に歩んでいけるよう導くことが、認知症の人の看取りにおけるソーシャルワーカーの期待される役割である。

第7章では、本論文におけるまとめと提言として、序論で提案した認知症の人の看取りにおける三つの問題性について明らかになったことをまとめる。

認知症の人は、病気の進行に伴い全てのことが認知できなくなる存在であると理解されやすい。しかし、本研究では、認知症の人と関わった事例を通して、認知症の人は、最期の時期を迎えようとした際も、その思いを何らかの形で表示し得るということを示す。

また、その思いをくみ取るためには、当事者と関わる環境が重要である。認知症の人の看取りを行ったスタッフは、当事者が症状の進行の中で何を示そうとしているか、理解しようと、そのきづきを基にあらゆるケアの工夫を行い実践している。その実践を通して、認知症の人の僅かなサインを察知し、当事者の思いに丁寧に向き合った看取りを行っていた。生活の場である施設での認知症の人の看取りの有意性を明らかにし得たと言えるだろう。

その上で、認知症の人の看取りにおいて、ソーシャルワーカーの担うべき役割を、実践事例を整理し記述する。当事者、家族、スタッフそれぞれの立場で共感し、悩み、揺らぎながらも、認知症の人の「死」に添っていかなければならない。当事者の思いにそった看取りに近づくためには、ソーシャルワーカーが舵取りを行う事が重要である。繰り返すが、ソーシャルワーカーがその方針を決めるのではなく、あくまでも当事者の思いを具現化するのである。また、新たな看取りの文化構築のために、デス・エデュケーションの効果も実践事例よって明示することが出来た。看取りへの様々な、実践を積み重ねていくことは、ソーシャルワーカーとしての拡がりを可能とするであろう。

認知症の人の看取り
ーソーシャルワーカーへ期待されることー

目次

| | |
|------------------------------|----|
| 第1章 問題性の所在 | 1 |
| 第2章 ドイツの認知症ケアを巡るケアと法制度に学ぶ | |
| 1. 認知症の人とパーソン・センタード・ケア | 3 |
| (1) 認知症とは何か | |
| (2) 認知症の人の「人格」のとらえ方 | |
| (3) 認知症の人の状態 | |
| (4) 認知症の人は何を求めているか | |
| 2. 認知症の人を支える諸制度 | 6 |
| 3. ドイツ 2008 年介護改革 | 8 |
| (1) 2008 年介護改革の背景 | |
| (2) 2008 年介護改革ー認知症ケアの展開ー | |
| (3) 「改革」後の認知症ケアの現状 | |
| (4) パーソン・センタード・ケア施設における取り組み | |
| 4. ドイツでの看取りに対するソーシャルワーク実践 | 19 |
| (1) ドイツ看取り関連法律とホスピス運動 | |
| (2) 看取りに向けてのチームアプローチ | |
| 第3章 認知症の人を支えるソーシャルワーク | |
| 1. 高齢者福祉におけるソーシャルワーク | 24 |
| 2. 認知症ケアに対するソーシャルワークの役割 | 27 |
| 第4章 認知症の人の看取りから明らかになったこと | |
| 1. 認知症の人の看取りにおける諸問題 | 30 |
| (1) 「看取り」について | |
| (2) QOD と認知症の人の看取り | |
| (3) 認知症の人の看取りにおける倫理的課題と社会的議論 | |
| 2. グループホームにおける看取り | 38 |
| (1) グループホームの変遷と看取りの実態 | |
| (2) グループホームでの看取り事例 | |
| ① グループホーム入居 7 年目の Y さんの場合 | |

- ② グループホームから自宅で最期を迎えた T さんの場合
- ③ 緊急ショートステイ利用中に最期を迎えた K さんの場合
- (3) グループホームでの看取りに求められる支援 —ソーシャルワークとの関連—
 - a 終末期ケア
 - b 患者の状態
 - c 環境条件

第5章 デス・エデュケーションとしてのソーシャルワーク

- 1. 看取りにおけるソーシャルワーカーとしての関わり・・・・・・・・・・ 51
- 2. デス・エデュケーションワークショップの構築過程とその結果・・・・・・・・ 51
- 3. 事前指示書を用いた看取りの実践 —現場スタッフの葛藤と家族の思い—・・ 56
 - (1) M さんの看取り事例
 - (2) 各ステージのスタッフの思い
 - ①徐々に食事が低下していったステージ
 - ②家族から点滴中止の希望があったステージ
 - ③亡くなる直前のステージ
 - ④亡くなった後のステージ
 - (3) 家族の思い
 - (4) ソーシャルワーカーの思い
 - (5) 事前指示書の重要性と留意点

第6章 認知症の人の看取りにおけるソーシャルワーカーの役割・・・・・・・・・・ 71

第7章 まとめと提言・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 74

謝辞・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 76

資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 77

引用文献・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 81

参考文献・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 85

第1章 問題性の所在

65歳以上の高齢者人口は、平成23(2011)年時点2975万人、総人口に占める割合、高齢化率も23.3%と過去最高となっている。総人口が減る一方、高齢者の数は増加を続け、平成25(2013)年には高齢化率25.1%、平成47(2035)年に33.4%で3人に1人が高齢者となる社会が到来する、と推計されている。一方では、加齢の進みにしたがって、認知症の発症の割合も増加し、85歳以上の高齢者では、4人に1人が認知症であると言われている。他方では、認知症の人の生活を支えるケアの在り方は、この20年間で質的に変化している。つまり、大規模ケアから小規模ケアへ、画一的サービスから個別的サービスへ、「その人らしく」を支えるケアへ、というように新しい言葉を耳にすることが当たり前となっており、認知症の人に添うケアがすすめられている。しかしながら、認知症の人の生活を支えるケアの延長線上に、看取りは必ず「ある」はずにもかかわらず、看取りに価値を認める働きかけはあまり活発ではない。認知症の人の看取りにおける諸問題も取り上げられ整理されつつあるが、ケア現場での標準化には至っていない。認知症の人を支えることを主目的とするグループホームでさえも、看取りを行っている施設は全体の2割程度と低いのが現状である¹。本論文では、こうした現状に対し、以下3つの視点に問題意識を据えつつ考察をしていきたい。

まず、一般の多くの人たちは、「認知症の人は、病気が進行するにつれ、全ての事を忘れ何も分からなくなってしまう存在である」と理解している。ましてや、死が近づいた終末期の認知症の人にとって、物事の判断能力や死に対する自分自身の気持ちを表明することなど不可能である、と認識している。しかし、その症状は全ての人に妥当するわけではない。端的な言葉、または言葉以外での表現方法を用いて、自分自身の死に向かう思い、その意思を態度で示すことのできる認知症の人たちがいる。認知症ケア現場で確認される認知症の人のサインを事例として取り上げ、認知症の人の思いを示していきたい。

次に医療との関係についてである。日本人の死を迎える場所は、病院が全体の8割強をしめている。救急医療の発達により、存命率があがっていることが、長寿社会実現の一助となったのは言うまでもない。だが他方で、医療設備の整った環境で、出来る限り最善の治療を尽くしてもらえる病院で死を迎えることが、人にとっての幸せである、そうされることが当たり前である、また、逆にそうしないことは病者を見殺しにしてしまうことと同じなのではないか、と認識している人は多い。もちろん、痛みとともに最期を迎える場合、適切な苦痛緩和が行われる病院での治療が、痛みなく最期を迎える場ともなりうる。しかし、疼痛緩和が在宅医療でも可能であることを斟酌すると、病院で死を迎える事が全ての人にとっての意思であるとは言い切ることはできない。特に認知症の人の看取りにおいては、認知症の人の発すわずかなサインに気づきうる環境かどうか、重要である。その意味において、生活の場が重要であり、つまり、そのサインに気づきうるかどうかは、人と人との関係性が大きく影響する。認知症の人が老いの過程で、死を迎える場所として、施設や在宅での看取りの可能性を提案したい。

最期に、認知症の人の支援を考える上で、ソーシャルワーカーとしてどのような関わりをもてるのか。現状では、権利擁護や生活相談、それら職務に関わり様々な機関とのコーディネート役などが考えられる。基本的にはその主務は社会的な生活への支援である。そして、認知症の人が生活期から看取り期の段階へ移ると、ソーシャルワーカーとしての関わりは希薄化すると考えがちである。死を迎えるということは医療の領域であると考えられてきたからだ。しかし、介護期間が長期化する動向において、看取りに関わるのは医療だけではない、という新たな看取りの文化が求められている。その中でも特に認知症の人の看取りの文化構築において、ソーシャルワーカーが担うべき重要な役割があることを提案したい。

以上、認知症の人の看取りに関わる 3 つの問題性について指摘する。本論文では、その問題性を起点としながら、認知症の人、つまり、当事者の思いに添った看取りを可能とするためのソーシャルワーカーの役割を究極の論点とする。その上で、日本の介護保険法のモデルとなり、また、2008 年介護改革、ホスピスボランティアの養成など認知症の人の文化的な死に対する取り組みが活発であるドイツを事例として取り上げる。その一環として、施設訪問調査で明らかになったソーシャルワーク実践について検証する。

なお、本研究では、認知症の人の「看取り」について論じるわけだが、「看取り」とは、「死を間近に控えた認知症の人に関わりながら、当事者の意思を尊重し、可能な限りその人らしい最期へと支えるチームケア」と定義づけることとする。また、ソーシャルワーカー＝社会福祉士という狭義の概念ではなく、その看取りの空間を作り上げるソーシャルワーク的支援を行っている中心的な存在をソーシャルワーカーとする。

第2章 ドイツの認知症を巡るケアと法制度に学ぶ

1. 認知症の人とパーソン・センタード・ケア

(1) 認知症とは何か

2004年12月、厚生労働省はそれまで使用してきた「痴呆」という用語を「認知症」に変更し、関連する法律や公的文書において「認知症」という名称に統一した。その背景には、「痴呆」という名称が差別的であり、また差別を生みだしているといった指摘がある。そして「痴呆」の用語が症状を適切に表わしておらず、早期発見・早期診断等の取り組みの支障となっているからだ。「痴」は「おろかなこと」、「呆」もまた「おろかなこと」「ぼんやりしていること」を意味している。軽蔑感を与える表現を変えることで、誤ったイメージの払拭を狙っているのだが、確かに、従来使われた「痴呆老人」や「呆け老人」という言葉を耳にする機会は少なくなってきた。表現方法を変えるという事で、無意識のうちにその言葉の持つイメージは変えられた。たしかに、認知症という疾病の理解に向けた一助にはなっている。では認知症とはどういった疾病なのか。認知症という疾病は、「一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続性に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態を言い、それが意識障害のないときにみられる²⁾」である。生まれつき知的機能が低下しているのではなく、いったん発達した知能が低下したうえで、日常生活、社会生活に支障をきたし始めることではじめて「認知症」と判断される。

認知症の人の日常生活を支えるためには、認知症ケアが必要である。本研究では、「介護」ではなく、「ケア」という表現を用いる。日本老年医学会の定義付けでは、ケアとは、「フォーマルかインフォーマルかを問わず、患者とその家族を対象として行われる介護・看護・医療・その他の支援³⁾」としている。認知症の人を支える支援のあり方を考える際、認知症の人を支える現場では、介護・看護に限らず、地域社会といったように大きな枠組みの中での支援もとても重要である。たとえば認知症の人が、昔住んでいた家を求めて、母親を求めて、子供を求めて、または安心できる場所を求めて、自宅／施設の扉を開け歩き始める。家族やスタッフが認知症の人の外出に気がつかなかった時、近所の人が電話をかけてきてくれる。「あんたんとこのおばあちゃん、外にでとらんね？」まさに、人は地域で支えられている。認知症の人を支えるためには、認知症介護だけではなく、認知症ケアと包括する必要がある。

目指すべき認知症ケアのあり方として、認知症の人のケアにおいて英国の老年心理学者トム・キットウッドが打ち出したパーソン・センタード・ケアの理念は、従来の概念を整理するとともに新たな認知症ケアのあり方、方向性を指し示している点で注目される。

彼は1997年に“*Dementia reconsidered The person comes first*⁴⁾”を出版した。その著書の主題は次のように表現できる。認知症は脳の委縮によって引き起こされる恐ろしい病気、そのいわゆる認知症の人の問題行動に対し、その場しのぎのウソを用いるなどしてうまく対処することが最善のケアであるという従来の考え方に対して、彼は認知症の人がひとりの人格を持った人として、周囲の人々や社会から受け入れられ、全人的な視点から認

知症の人を理解することの重要性を提唱した。この考え方は当時の英国の高齢者ケアに一石を投じる一冊となり、1998年、*the Age Concern Book of the Year* 賞を受賞している。今日では、この概念が世界的に広まり、認知症ケアの目指すべきところはパーソン・センタード・ケアである、と言えるまでに至っている。だが、パーソン・センタード・ケアを和訳すると「その人を中心としたケア」となり、本人の思いを尊重したケアこそがパーソン・センタード・ケアである、という安易にイメージしやすい概念認識へつながっている。その点に関して老年医学博士であり、パーソン・センタード・ケアの認定トレーナーである水野裕は危惧している⁵。以下、トム・キットウッドが本来伝えようとした認知症の人への目指すべきケアのあり方を再考する。

(2) 認知症の人の「人格」のとらえ方

トム・キットウッドは著書の中でこう記述している。

「The time has come to bring the balance down decisively on the other side, and to recognize men and woman who have dementia in their full humanity. Our frame of reference should no longer be **person- with-DEMENTIA**, but **PERSON-with-dementia**.⁶」

「今や、決然と反対側にはかりを傾ける時がきた。それは完全な人間として認知症の人を理解することである。わたしたちの考え方の基本となる準拠枠は、**認知症**の人ではなく**認知症の人**でなくてはならない。⁷。「人」に着眼するということ。認知症であってもなんら変わりのない、同じ人間であるということ。その言わんとすることは、最もらしい当たり前のことであるが、認知症の人をめぐるケアの歴史の中ではそれが当たり前ではなかった。認知症になると何もできない、全てを忘れてしまう恐ろしい病気といったように、「認知症」という病気の負のイメージが知らず知らずのうちにスティグマ化しており、それが私たちに無意識のうちに影響を与えている。世界に大きな影響を与える一冊になった理由が、西洋哲学者の「人は、合理的思考ゆえに道徳的地位が与えられ保護される対象になり得る」という「パーソン論」からの脱却であるが故であろう⁸。つまり、アルツハイマー病患者は、脳神経細胞の病理学的変性によってその人格は崩壊し抜け殻のようになってしまい、何もわからなくなるという“**non-person**”として扱われてきた背景があり⁹、一人の人格として認められていない。しかし、トム・キットウッドは、人はそれぞれパーソナリティーを持ち、重度の認知症であっても、人と人との関係性の中で、その人らしく生きることが出来るとし、一人の人格をもった人として尊重し、その人格を認めるケアを行っていく重要性を述べた。その上で、たとえ重度の認知障害があっても、我—汝タイプの出会いや関係を作ることは可能であるとしている。パーソン・センタード・ケアとは、認知症の人がひとりの人格を持った人として周囲の人々や社会から受け入れられ、尊重されていると実感できるケアであり、認知症ケア従事者の目標とすべき理念である。

(3) 認知症の人の状態

では、人格を認めその人の視点や立場に立って理解し、ケアを行うことためにはどのようにその人に向き合えばいいか。トム・キットウッドによれば、認知症の人の状態には五つの要因（①脳神経障害②性格傾向③生活歴④健康状態、感覚機能⑤その人をめぐる社会心理学的状況）があり、それらの相互作用によって症状が現れる。つまり、五つの要因すべてが、認知症の人がどのように感じ、考え、行動するかに影響し、それが、認知症の人の状態を表している。①脳神経障害とは、アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症など、何らかの脳の器質的変化によって引き起こされる障害のことを指す。記憶を司る海馬の損傷によって脳が委縮し、そのことで引き起こされる記憶障害などがその代表的なものである。②性格傾向とは、その人ごとの性格や社会経験などの違いなど、人間として持っている強さや弱さをも含めた全体性を指す。もともと外向的な人は内向的な人に比べ集団生活にうまく適応しようというように、その傾向は認知症状においても関係する。③生活歴とは、生まれ育った環境や職業など、人は自分の過去の経験に照らし合わせて今ここで自分におきていることを理解する。④健康状態、感覚機能とは、その時々々の身体状態がその人の認知症の状態に影響を与えていることを意味する。具体的には、義歯が合わず義歯を外してしまう行為、便秘による腹部の不快感をうまく表現できずに大声を出すというようなことが考えられる。⑤その人をめぐる社会心理学的状況とは、日々の人と人との交流を通して築かれるものであり、その人を取り巻く対人関係が本人の行動に与える影響が非常に大きいとされている。言葉を話すということが難しくなった認知症の人の周りに、非言語的な方法を用いた接し方、笑顔や温かく思いやりに満ちた雰囲気のある人の存在は重要である。認知症の人の状態は、脳内の変性だけでなくこれら五つの要因が関係しあって生じている。その認識が求められている。

(4) 認知症の人は何を求めているか

46歳という若さでアルツハイマー型認知症と診断されたクリスティーン・ブライデンは、自身の体験記の中でこう表現している。

「あなたが私たちにどう接するかが、病気の進行に大きな影響を与える。あなたの接し方によって、私たちは人間らしさを取り戻し、自分たちはまだ必要とされている、価値ある存在なのだと感じる事が出来るのだ。— 私たちに自信を与え、抱きしめ、励まし、生きる意味を与えてほしい。今の私たちがまだ出来ることを認めて尊重し、社会的なつながりを保たせてほしい。私たちが以前の私たちになることはとても大変だ。だから今のままの私たちを受け入れて、なんとか正常に機能しようと努力していることを理解してほしい。¹⁰⁾

トム・キットウッドは認知症の人たちが人格をもった人として尊重され続けるために、「ヒトが人として機能するために最低限必要なこと」として、愛という中心的ニーズに向かって重なり合う五つの大きなニーズを用いた。それは、なぐさめ、結びつき、共にいること、

たずさわること、自分であること、である¹¹。「なぐさめ」とは、愛情に満ちた関わりによって不安を軽減し、温かい配慮や親密感をその人が感じられるようにすることと言い換えることが出来る。認知症の人は、突然認知症となって記憶力、理解判断力といったものがなくなるのではなく、時間をかけ徐々にそういった認知機能が低下していく。その過程を自覚しつつ、言いようのない不安感に包まれる認知症の人も少なくなく、その不安を受け入れ配慮してくれる環境を求めている。「結びつき」とは、人は社会的な生き物であり、誰かほかの人々や大切な物と結びついていると感じる事を必要とする。認知症の人は、時間、場所、人との結びつきが薄れていく記憶障害を抱えながら生活をしている。そういう時にこそ、なじみの場所やなじみの家具、またはなじみの人と話し、つながりをもち安心していたいと感じている。「共にいること」とは、社会から排除されず、人や社会とのつながりの中で生きているということを実感できることである。認知症という病気のために、疎外され差別を受けやすい環境に陥りやすい。そうではなく、一人の人間として社会との関わりを継続していくことを求めている。「たずさわること」とは、自分自身が社会と関わりをもっているということを実感できること。認知症になると、何もできなくなると思われがちであるがそうではない。身体が覚えている家事（調理、洗濯物干し、掃除など）や職業（農作業や大工仕事など）の経験など、それらの力が活かされる環境を設けることで、もっている力を活かし、認知症の人自身の生きがいや生活の張りの自覚へとつながる。「自分であること」とは、アイデンティティと言い換えることもでき、まさに、自分自身の個性が尊重されることである。かつての自分自身や現在の自分を認め、尊重してもらうことで、時を貫いて一人の人として存在し続けることなのである。

2. 認知症の人を支える諸制度

認知症の人をケアするうえで介護保険制度の活用は不可欠である。高齢化率が 17.3%となった 2000 年に介護保険法が制定された。1980 年代より急速に高齢化が進み、要介護高齢者が増加、また介護期間の長期化などで介護ニーズは増大している。核家族化の進行により、従来要介護高齢者を支えていた家族の状況も変化しているためである。そうした動向のなかで介護保険は、要介護高齢者の介護を社会全体で支えあう仕組みとして、ドイツの介護保険制度を参考にしながら、医療保険、年金保険、労災保険、雇用保険に続く 5 つめの社会保険制度として施行された。介護保険制度は、給付と納付の関係が明確な社会保険方式によって、従来の措置制度から利用者選択による契約制度へと転回し、介護サービスを総合的に利用できることが特徴的である。介護保険制度における被保険者は 40 歳以上の者とし、65 歳以上の第 1 号被保険者と 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者である第 2 号被保険者に区分される。保険者は市町村、あるいはその広域連合である。介護保険での給付は原則として 65 歳以上、または 40 歳以上の特定疾病に罹患し要介護状態または要支援状態と判断された人が対象となる。もともと、初老期における認知症と診断がついた場合は、65 歳未満であっても 40 歳以上であれば介護保険サービスを活用することが出来る。

認知症の人が介護保険サービスを利用するためには、保険料を納付し、申請した上で要介護の可否を調査する要介護認定を受けなければならない。保険者の設置する介護認定審査会によって、要支援、要介護と認定された人のみが介護保険サービスを利用することが出来る。介護保険サービスは、介護老人福祉施設や介護老人保健施設といった施設サービス、訪問介護や通所介護といった在宅サービス、小規模多機能型居宅介護や認知症対応型共同生活介護といった地域密着型サービスの3種類に分類され、利用者や家族が、介護支援専門員（ケアマネジャー）などと相談しながら、「介護計画」（ケアプラン）を作成して利用者の希望するサービスを選択できる。介護保険制度は5年ごとに見直されることが制定時に定められている。2005年の介護保険改正では、増加する認知症の人や独居高齢者に対応するために、地域密着型サービスの導入と地域包括支援センターの設置が新たなサービス体系として創設された。その地域包括支援センター業務の一つとして権利擁護業務が設けられ、そのセンターには三専門職、つまり社会福祉士、保健師および主任ケアマネジャーが配置されている。高齢者虐待の早期発見と防止、成年後見制度の手続き支援、悪質商法などの被害防止などが具体的業務として示されている。2012年からは、高齢者が住み慣れた地域で安心して自立した生活を継続できるための「地域包括ケアシステム」の強化が進められている¹²。

2000年の介護保険制度施行と同時に、新たに制度化されたのが成年後見制度である。介護保険による福祉サービス利用の契約化に伴って導入された。成年後見制度は、任意後見制度と法定後見制度に分けられる。任意後見制度では、判断能力があるうちに、予め自らが選任した代理人に財産管理などの代理権を与える契約を結ぶ。成年後見制度では、判断能力の低下した認知症の人が不利益を被ることのないよう、家庭裁判所が選任した親族、弁護士や司法書士、社会福祉士が成年後見人となって法的手続きを進めることができる。法定後見制度は、被後見人の判断能力の程度によって後見、保佐、補助の三つに分けられる。具体的には、介護保険サービス利用に際しての契約や施設の入退所、受診・治療・入院費用の支払いといった身上監護と、生活費の送金や日用品の買い物、不動産の管理・処分、通帳の保管、遺産相続などの手続きといった財産管理など、それらのケースごとに後見を受けることが出来る。成年後見制度の申立人は親族が行うケースが多いが、該当する親族がない場合には、市町村長が申し立てをすることが出来る¹³。

私の関わりの中には次のようなケースがある。訪問介護を利用していたRさんの自宅は、数年前の腐敗した食べ物が散乱し排せつ物の処理がうまくできておらず、ネズミの糞は至るところに落ちており、極端に不衛生な環境であった。電気も止められ、風呂にも入らず、日に一度届けられる弁当が一日の栄養源なので低栄養状態にある。訪問介護員は生活援助から開始し、Rさんとのコミュニケーションを徐々に図っていった。Rさんは毎月末になると最寄りの郵便局へいく。遠方に住む息子に年金を支送るためである。息子は数年間にわたってRさん宅には帰省していないにもかかわらず、お金を送金してほしいという手紙を定期的を送ってきていた。「息子がお金に困るとるけん、お金ば送らん」と、受給した

年金のほぼ全てを送金していた。このままでは、健康状態にも危険が及びかねないと、行政は、息子による経済的虐待と判断し、市町村長申し立てによる成年後見制度の活用を取り決めた。Rさんには司法書士の保佐人がつき、その後、有料老人ホームで生活することとなった、息子からの手紙は届けられるが、Rさん自身、有料老人ホームでの生活を維持したいという気持ちが芽生え、全額送金することはなくなった。保佐人が預金通帳等を管理し、安心した暮らしが守られることとなった。

成年後見制度とは別に、社会福祉協議会を窓口とする日常生活自立支援事業がある。成年後見制度の対象者が判断能力の低下した人であるのに対し、日常生活自立支援事業の対象者は、判断能力が不十分な人とされる。出来る限り自立した生活を継続していくためには、福祉サービスの利用やそれに付随した日常的な金銭管理等の援助、預金通帳、保険証書、実印・銀行印などの保管などのサービスを活用しなければならない。

上記のように認知症の人を法制度面から支えるだけでなく、認知症の人の理解に向けた住民啓発運動も活発に行われている。2005年厚生労働省は「認知症を知り地域をつくる10カ年」という構想を打ち出した。2014年度の到達目標は、認知症を理解し、支援する人（サポーター）が地域に数多く存在し、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりである。認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を支援する「認知症サポーター」は、全国で440万人（2013年9月時点）を越え、全国に広まっている。徘徊する認知症の人を発見しやすい新聞配達員やコンビニエンスストアの店員、企業や銀行等金融機関、自治会や民生委員、小中学生など多くの住民が認知症について学ぶ機会を得ている。サポーターの数は右肩上がりに増加している。サポーター数が増えることで認知症の人が安心して暮らせる地域になるとは言い切れないが、地域全体が認知症の人に関心を持ち、どのような支援が必要なのかを考えるにはよい機会である。制度というハード面だけでなく、支援者養成というソフト面からの支援の輪を広げていくことが重要であろう。

3. ドイツ 2008年介護改革

(1) 2008年介護改革の背景

2008年7月に、ドイツでは認知症ケアの改善目的とする「2008年介護改革」（以下、「改革」と略記）が施行される。「改革」はケアの現場においてどのように具体化されているのか。ケア現場での現状と「改革」に対するソーシャルワーカーの評価を中心に、改革の進展を検証する。

18世紀後半にイギリスから始まった産業革命は、19世紀前半にはヨーロッパ全土に拡大する。大量生産・販売が可能となり、市場競争を通じて近代資本主義経済の確立を促すのだが、その過程において都市部への人口の集中、小生産者・職人層の没落を伴い、貧困層が拡大する。教会や寄付などによる従来の慈善的活動が低下し国民の社会不安は高まるなかにおいて、当時の宰相ビスマルク¹⁴は、社会保障制度の充実を図り、社会福祉関係立法をすすめる。1883年に疾病保険（Krankenversicherung）、1884年に災害保険

(Unfallversicherung)、1889年に年金保険(Rentenversicherung)、1927年に失業保険(Arbeitslosenversicherung)が制定される¹⁵。ドイツでは法改正が繰り返されながら、社会保険制度の充実が図られてきたが、1970年代後半より、増加する高齢の要介護者を医療保険や社会扶助費だけでは支える事が難しくなる。そして25年以上にわたる議論を重ねた上で1994年5月に公的介護保険法(Soziale Pflegeversicherung)が制定、1995年に施行される。社会法典第11編第一章には、公的介護保険に関する一般原則として、「自己決定と自己責任の原則」「在宅介護優先の原則」「予防・リハビリテーション優先の原則」という三原則が記載されている。ドイツの介護保険の対象者は、肉体的・精神的な病気および障害のために日常生活¹⁶において継続的に介護(最低6ヶ月)を必要とする人であるため、要介護状態にあるものは年齢に関係なく保険給付を受けることができる。原則として、疾病保険の加入者は自動的に介護保険の被保険者となり、被保険者の扶養家族にも適用される。保険料は使用者と雇用者が折半して負担する。また、ドイツの公的介護保険制度の被保険者は、各州におかれている公的医療保険の被保険者、つまり疾病金庫に付設される介護金庫である。

要介護認定は、各州の疾病金庫連合会によって設置されているMDK¹⁷の訪問審査を基に行われる。MDKの審査結果を受けた介護金庫は、その審査結果に基づき要介護認定を申請者に文書で通知する¹⁸。表2-1では要介護度別の介護内容と時間についてまとめている。被保険者の年齢区分はないが、20歳未満の受給者の割合はほぼ5%であるのに対して65歳以上の受給者のしめる割合は80%程度。実質的にはドイツ介護保険も高齢者を主たる対象者としている¹⁹。1995年の要介護者は110万人であったが、2009年の時点で給付を受けている人は224万人、その内およそ154万人が在宅で、およそ70万人が施設介護を受けている。資料表2-2で示されているように在宅介護を受けている人の6割は要介護1である。要介護度が上がるほど、在宅介護を選択する人は少なくなる。

表 2-1 要介護度別介護内容

| 要介護度 | 介護の分野および頻度 | 介護時間 |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 要介護 1 | <ul style="list-style-type: none"> 相当程度介護を要する 身体的介護、栄養補給および移動の分野に関し、1日1回の介助と、週に何度かの家事手伝いが必要。 | 1日最低90分介護が必要(うち基本介護が45分以上) |
| 要介護 2 | <ul style="list-style-type: none"> 重度介護を要する 身体的介護、栄養補給および移動の分野に関し、1日3回の介助と、週に何度かの家事手伝いが必要。 | 1日最低3時間介護が必要(うち基本介護が2時間以上) |
| 要介護 3 | <ul style="list-style-type: none"> 非常に重度な介護を要する 身体的介護、栄養補給および移動の分野に関し、24時間体制の介護と、週に何度かの家事手伝いが必要。 | 1日最低5時間介護が必要(うち基本介護が4時間以上) |

(資料)田近栄治 2007「ドイツから見た日本の介護保険」(『健康保険 61』)を参考にして作成

表 2-2 介護度別 在宅介護施設介護の割合 (2009 年)

| | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 |
|---------------|-------|-------|-------|
| 在宅介護 (154 万人) | 60.8% | 30.3% | 9.0% |
| 施設介護 (70 万人) | 40.8% | 39.5% | 19.6% |

(資料) Bundesministerium für Gesundheit

ドイツの介護保険の給付内容には、在宅介護給付、部分的施設介護給付、施設介護給付の3つに分けられる。在宅介護給付は、現物給付と金銭給付を組み合わせた給付の受給も可能である。介護保険施行後 1995 年から 2009 年までの介護保険財政収支の年次推移が表 2-3 である。2009 年時点の介護保険の総支出額は 203 億ユーロであり、最も多額であるのは施設介護給付の約 93 億ユーロ (全支出額の 45.8%)、次いで在宅の要介護者に対する金銭給付額が約 44 億ユーロ²⁰である。

2003 年から給付されている「追加的な世話」の給付とは、認知症や精神病や精神障害など重度の長期介護を必要とする場合に給付されている。年次推移でみた場合、入所施設給付や現物給付、デイケア・ナイトケアが増加する一方、金銭給付は減少傾向にある。ドイツの介護保険は 1995 年 1 月から保険料徴収が行われ、同年 4 月から在宅介護給付が開始された。そして翌年 7 月から入所施設給付の開始、これに伴い保険料率も 1.7%に引き上げられた。1990 年代は黒字が続いていたが、保険料収入の伸び悩みや要介護者の増加などにより 1999 年を境に赤字へと転換している²¹。赤字続きへの対応策として、2005 年 1 月からは子どものいない被保険者からの 0.25%の追加保険料が課せられる。2008 年は介護保険改革に並行して介護保険料が 1.7%から 1.95%に増額されたことで、再び黒字へ転換している。介護保険給付額の 3 年毎の段階的増額は決まっており、増額した介護保険料で増加の予想される給付額をカバーできるのが、今後の焦点である。

表 2-3 介護保険財政収支の年次推移 1995 年～2009 年 単位：10 億ユーロ

| 年次推移 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 収入 | 8.41 | 12.04 | 15.94 | 16.0 | 16.32 | 16.54 | 16.81 | 16.98 | 18.86 | 16.87 | 17.49 | 18.49 | 18.02 | 19.77 | 21.31 |
| 支出 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付費支出 | 4.42 | 10.25 | 14.34 | 15.07 | 15.55 | 15.86 | 16.03 | 16.47 | 16.64 | 16.77 | 16.98 | 17.14 | 17.45 | 18.2 | 19.33 |
| (内訳) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金銭給付 | 3.04 | 4.44 | 4.32 | 4.28 | 4.24 | 4.18 | 4.11 | 4.18 | 4.11 | 4.08 | 4.05 | 4.02 | 4.03 | 4.24 | 4.47 |
| 現物給付 | 0.69 | 1.54 | 1.77 | 1.99 | 2.13 | 2.23 | 2.29 | 2.37 | 2.38 | 2.37 | 2.4 | 2.42 | 2.47 | 2.6 | 2.75 |
| 代替介護 | 0.13 | 0.13 | 0.05 | 0.06 | 0.07 | 0.1 | 0.11 | 0.13 | 0.16 | 0.17 | 0.19 | 0.21 | 0.24 | 0.29 | 0.34 |
| デイケア・ナイトケア | 0.01 | 0.03 | 0.04 | 0.05 | 0.05 | 0.06 | 0.07 | 0.08 | 0.08 | 0.08 | 0.08 | 0.09 | 0.09 | 0.11 | 0.15 |
| 追加的な世話の給付 | - | - | - | - | - | - | - | 0 | 0.01 | 0.02 | 0.02 | 0.03 | 0.03 | 0.06 | 0.19 |
| 短期入所 | 0.05 | 0.09 | 0.1 | 0.11 | 0.12 | 0.14 | 0.15 | 0.16 | 0.16 | 0.2 | 0.21 | 0.23 | 0.24 | 0.27 | 0.31 |
| 介護者の社会保障 | 0.31 | 0.93 | 1.19 | 1.16 | 1.13 | 1.07 | 0.98 | 0.96 | 0.95 | 0.93 | 0.9 | 0.86 | 0.86 | 0.87 | 0.88 |
| 介護用品 | 0.2 | 0.39 | 0.33 | 0.37 | 0.42 | 0.4 | 0.35 | 0.38 | 0.36 | 0.34 | 0.38 | 0.38 | 0.41 | 0.46 | 0.44 |
| 施設介護 | | 2.69 | 6.41 | 6.84 | 7.18 | 7.48 | 7.75 | 8.0 | 8.2 | 8.35 | 8.52 | 8.67 | 8.83 | 9.05 | 9.29 |
| 障害者入所施設 | | 0.01 | 0.13 | 0.22 | 0.2 | 0.21 | 0.21 | 0.21 | 0.23 | 0.23 | 0.23 | 0.24 | 0.24 | 0.24 | 0.25 |
| 報酬付加給付 | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.21 |
| 介護相談所 | | | | | | | | | | | | | | 0.01 | 0.03 |
| MDK 運営費用 | | 0.23 | 0.23 | 0.24 | 0.24 | 0.24 | 0.25 | 0.26 | 0.26 | 0.27 | 0.28 | 0.27 | 0.27 | 0.28 | 0.31 |
| 事務費 | | 0.32 | 0.36 | 0.55 | 0.56 | 0.55 | 0.56 | 0.57 | 0.58 | 0.59 | 0.58 | 0.62 | 0.62 | 0.65 | 0.68 |
| その他の支出 | | 0 | 0.01 | 0.02 | 0.01 | 0.02 | 0.02 | 0.01 | 0.06 | 0.07 | 0.01 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 支出計 | 4.97 | 10.86 | 15.14 | 15.88 | 16.35 | 16.67 | 16.87 | 17.36 | 17.56 | 17.69 | 17.86 | 18.03 | 18.34 | 19.14 | 20.33 |
| 余剰 | 3.44 | 1.18 | 0.8 | 0.13 | 0.03 | 0.13 | 0.06 | 0.38 | 0.69 | 0.82 | 0.36 | 0.45 | 0.32 | 0.63 | 0.99 |
| 欠損 | | | | | | | | | | | | | | | |

(資料) : Bundesministerium für Gesundheit “Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung - Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung 1995 bis 2009”

1995年の公的介護保険法施行後、ドイツ国内で起こった様々な議論、特に介護の質に関する取り組みが特筆されねばならない。試行後7年の2002年、公的介護保険法を一部改正した「介護サービス補充法」と、「介護の質保障法」が新しく成立した。「介護サービス補充法」(Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz)では、ボランティアによる見守りへの助成、認知症高齢者への給付の上乗せ、要介護者や家族への助言や相談の拡充が盛り込まれた。具体的には、認知症高齢者をはじめ知的障害者や精神障害者に対してデイケア、ナイトケアあるいは「見守り」など、特定の補充的サービス支援されるもので、要介護度に関係なく年間460ユーロの給付が定められる。「介護の質保障法」(Pflege-Qualitätssicherungsgesetz)では、施設や在宅における介護専門者のレベルアップだけでなく、介護サービス提供者の責任の強化を始め、受給者保護の強化、MDKと施設管理者との連携の強化などが目的に掲げられている。それら法制度の施行は、介護の質の確保策への本格的な取り組みの証左といわれている。

そして2003年に、人間の尊厳に値する入所生活を保障することを目的とし、介護施設における介護の質の確保策としての「ホーム法」(Heimgesetz)の改正が施行される。この法律では、入所契約の透明化、施設に対する監督の強化、老人施設・障害者施設など入居者ホーム協議会への参加の拡大、施設の管理者・MDK・介護金庫・社会扶助機関などの協力体制の強化などが定められる²²。現場からの批判が制度改正につながった事例と言われている。

(2) 2008年介護改革—認知症ケアの展開—

2008年7月ドイツ連邦政府は、ドイツ連邦保健省による2008年3月の介護起案書²³をもとに「改革」を進めた。改革では、要介護者や家族介護者たちのニーズに即し、介護の質を改善することを第一の目的とし、12項目に及ぶ様々な改革が行われた。本節では認知症ケア関連の改革に焦点を絞り、以下4つの項目、即ち①介護給付額の段階的引き上げについて、②世話アシスタント導入について、③在宅介護支援の強化について、④施設ケアにおける品質及び透明性の強化について検討する。

まず、改革に際して介護給付額の段階的引き上げが重要である。介護保険被保険者の治める介護保険料の増額と同時に、2012年度を目途に介護給付の段階的な増額も行われる。介護給付増額の対象は在宅介護の場合に限られるが、高齢者施設に住む認知症の要介護者にも給付の増額が認められている。その際、要介護3のみが対象であるが、2012年度までに認知症の要介護者への介護給付額がおよそ100ユーロ段階的に増額される。また在宅介護を受けている要介護の認知症高齢者には、月々の介護サービスとは別に年460ユーロの重度の長期介護を必要とする場合の付加給付が、年2400ユーロの付加給付として給付される²⁴。改革の特徴は認知症の要介護者に対する給付を手厚くした引き上げる点にある²⁵。それぞれの給付額を2012年度までに2007年比で8~19%分を段階的に引き上げるわけだが、2015年以降は3年毎の見直しも計画されている。

表 2-4 ドイツ介護保険の主要な給付額引き上げ（月額） 単位：ユーロ

| | | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 |
|----------------------|-------------------|-------------|----------|------------|
| 在宅介護 | 現物給付 | 384 | 921 | 1432 *1918 |
| | 2008.7.1~ | 420 | 980 | 1470 *1918 |
| | 2010.1.1~ | 440 | 1040 | 1510 *1918 |
| | 2012.1.1~ | 450 | 1100 | 1550 *1918 |
| | 金銭給付 | 205 | 410 | 665 |
| | 2008.7.1~ | 215 | 420 | 675 |
| | 2010.1.1~ | 225 | 430 | 685 |
| | 2012.1.1~ | 235 | 440 | 700 |
| 代替介護 | 1 年のうち 4 週間までの上限額 | 205*1432 | 410*1432 | 665*1432 |
| | 2008.7.1~ | 215*1470 | 420*1470 | 675*1470 |
| | 2010.1.1~ | 225*1510 | 430*1510 | 685*1510 |
| | 2012.1.1~ | 235*1550 | 440*1550 | 700*1550 |
| 短期介護 | 年額上限 | 1432 | 1432 | 1432 |
| | 2008.7.1~ | 1470 | 1470 | 1470 |
| | 2010.1.1~ | 1510 | 1510 | 1510 |
| | 2012.1.1~ | 1550 | 1550 | 1550 |
| 通所介護・夜間介護 | 月額上限 | 384 | 921 | 1432 |
| | 2008.7.1~ | 420 | 980 | 1470 |
| | 2010.1.1~ | 440 | 1040 | 1510 |
| | 2012.1.1~ | 450 | 1100 | 1550 |
| 重度の長期介護を必要とする場合の付加給付 | 月額上限 | 460 | 460 | 460 |
| | 2008.7.1~ | 2400 | 2400 | 2400 |
| 完全施設介護 | 包括月額 | 1023 | 1279 | 1432*1688 |
| | 2008.7.1~ | | | 1470*1750 |
| | 2010.1.1~ | | | 1510*1825 |
| | 2012.1.1~ | | | 1550*1918 |
| 福祉用具 | 包括月額 | 31 | | |
| 補助具 | 90%まで支給 | ただし最大 25€まで | | |
| 住宅改修 | | 2557€まで | | |

(資料) Bundesministerium für Gesundheit 2008 「Das bringt die Pflegereform 2008」を基に作成

*は、2002年4月1日より認知症、精神病、精神障害などの重度で長期介護を必要とする場合に給付。

次に、世話アシスタントの導入に関する改革点についてである。施設に居住する認知症高齢者への介護の質、とりわけ身体拘束などが行われていることについては、長い間課題とされてきた。そこで施設の認知症高齢者に対する世話の改善として、介護「報酬加算 (Vergütungszuschlag)」を導入した。具体的に、相当程度のケアを必要とする入居者の付加的な世話や活動のためには、介護報酬に対する給付に応じた加算を請求することができる。その要件として、入居者の付加的な世話および活動のために「世話アシスタント (Betreuungskräfte)」の配置が制度化される。世話アシスタントは身体介助等の直接援助は行わず、日常生活での会話やアクティビティ、外出支援など、従来的人员配置では補足できなかったコミュニケーションに重点をおいた役割を担う。介護金庫によって財政的にも措置されており、経費として 200 万ユーロが追加的に用意される。世話アシスタントになるための資格要件として、指定機関での 160 時間の研修を修了した者²⁶とある。それを修了した者の中から、高齢者施設で生活する 25 人の認知症高齢者につき 1 人の世話アシスタントが MDK から派遣される。世話アシスタントの配置は、結果的に施設スタッフの余力を生み、施設介護の質の改善をねらいとするものである。

次に、在宅介護支援の強化に関してである。認知症高齢者は在宅での生活の継続を望み、現在でもその願いは施設入居を上回っている。在宅の要介護者や家族介護者のニーズに応えた新しい制度政策として、「介護支援拠点 (Pflegestützpunkte)」の設置がある。在宅での生活を個別的にそして包括的に支援するのが狙いであり、ケースマネジメント的機能を果たすことが求められている。地方自治体ごとに一箇所ずつ設け、その地域のサービス資源の情報を集約し、個々人の相談に対して的確な評価をもって支援することを目的としている。したがって介護支援拠点で働く人にはケースマネジメントに対応できる専門的知識をもった職員が望ましいとされている。具体的な設置基準として、介護金庫及び疾病金庫が、身近な地域での加入者の相談、扶助及び世話のため、介護支援拠点を共同して設置する。介護支援拠点への助成においては、介護支援拠点一箇所当たり、4 万 5 千ユーロの助成が行われる。また、セルフヘルプグループやボランティアグループなどの設立が並行して行われる場合は、追加的に 5 千ユーロの助成が行われる。ドイツ連邦保険庁は、それらの助成金原資を介護保険より上限総額 6 千万ユーロとして、2011 年 6 月末まで提供する²⁷。

また、「改革」では、施設ケアにおける質及び透明性の強化が図られることになる。介護金庫は、MDK 又は介護金庫の有識者による質の検査（「定期検査」「臨時検査」「再検査」の 3 種類を行う）を実施する。まず、2010 年以前に少なくとも 1 回、2011 年以降は 1 年に 1 度のペースで介護施設における検査を行うこと。質の検査は原則として予告なしに行われるものとし、その検査結果はインターネットなどを通じて、要介護者や家族がいつでも無料で閲覧が出来るようにすること。また、MDK 又は介護金庫の行った質の検査結果は施設内で良く見える場所に掲示されなければならない。質の検査の基準において認知症の人々に対するケアや身体拘束に関する設問も多く、こうして質及び透明性の強化が図られているのである。介護金庫は介護施設用に作成されている介護保険法第 115 条 (2008 年 12

月)に沿う「質の検査基準 82 項目」²⁸を提出した。この 82 項目は大まかに五つの分野に関しそれぞれ検査基準がある。まず、①介護と医療的世話に関して 35 項目、②認知症の居住者及び精神医学的症候変化のある居住者の対応について 10 項目、③社会的世話および日常について 10 項目、④居住・まかない・家事・衛生について 9 項目、⑤居住者への調査 18 項目の 5 分野である。その 82 項目の検査結果をカテゴリーごとに 1.0 (最優) から 5.0 (不可) までの 5 段階評価を行い、この評価を単純平均したものを施設の総合評価として 5 段階が公示される。2009 年 10 月には 1057 施設の結果が公表されており、その中では 12 施設が「不可」という評価が下された²⁹。それらの施設では即刻改善が義務付けられ、再検査が行われる事となる。

(3) 「改革」後の認知症ケアの現状

「改革」に対するケア現場での評価を調べるために、認知症ケアの質の向上に対し関心が高いとされる 4 か所の高齢者施設を選定した。2009 年 4 月末から 6 月にかけて、短期間で「改革」の現状を把握するために、ケアのコンセプトとして「パーソン・センタード・ケア³⁰」を掲げ、認知症高齢者の観察法である DCM 法 (Dementia Care Mapping : 認知症ケアマッピング³¹) を 2 年以上取り入れている 4 施設 (A~D 施設と表記) を選定した。4 施設では、共通の理念のもとで認知症ケアが提供され、欧米諸国や日本を始めとする世界共通の評価スケールを持つ DCM 法を定期的に活用している。私は、数日間ボランティアとして活動した上で、現場職員や管理者に対し、インタビューと資料収集を行った。

表 2-5 調査施設概要 (2009 年 7 月時点)

| | A 施設 | B 施設 | C 施設 | D 施設 |
|-----------------------|-------------------|----------------|------------------|----------------------------------|
| 施設所在地の州 | ノルトライン=ヴェストファーレン州 | ハンブルク州 | ブレーメン州 | ノルトライン=ヴェストファーレン州 |
| 系統 | プロテスタント系非営利組織 | 営利組織 | 営利組織 | プロテスタント系非営利組織 |
| 施設コンセプト | PCC | PCC | PCC | PCC |
| 入居者 (女/男) | 82 人 (65/17) | 198 人 (160/38) | 61 人 (42/19) | 79 人 (66/13) |
| 平均要介護度 | 1.2 | 1.7 | 1.7 | 1.5 |
| 人員配置基準 ³² | 3.4 対 1 | 2.4 対 1 | 2.2 対 1 | 3.2 対 1 |
| 世話アシスタント | 2009,4~ 1 人配置 | 未配置 | 2009,5~ 2 人配置 | 2009,2~ 1.5 ³³ 人配置 |
| DCM | 2007~ 年 2 回 | 2005~ 年 4 回 | 2007~ 年 2 回 | 2003~ 年 2 回 |
| 自由の制限措置 ³⁴ | あり | なし | あり | なし |

(資料) 施設概要一覧 2009 年 7 月の訪問調査より筆者作成

表 2-5 は、ドイツ北西部の 3 州に立地する 4 箇所の高齢者施設の概要である。4 箇所とも施設コンセプトを「パーソン・センタード・ケア」(PCC と表記する)としているが、各施設の母体や入居者数など、施設概要は全く違っている。「改革」が施設運営や認知症ケアにどのような影響を与えてか居るのかに関するインタビューでは、総体としては以下のような回答である。「改革」は十分ではないにしろ、概ね期待通りのものであるとの評価であった。ただ「改革」が進められたといっても、現場で「改革」が取り入れられたのは最近のことであり、十分な評価が下しにくいというのが現状である。以下は、個々の施設による「改革」への評価である。

A 施設：

介護保険料額が増額したことに対しては保険財政が赤字続きだったことで仕方がないことだと考える。独身であれば介護保険料率は 2.2%と一般の人の 1.95%より高額であるが、それに対する国民の反対は聞かれない。介護支援拠点設置については、ドイツ人の理想である「家にできる限り住み続けたい」ことと、在宅介護を進めたい政府の思いが合致したといえる。その具体化として介護支援拠点が配置されたことで、不十分ではあるが以前よりは良い。また、年 1 回予告なしに MDK の調査が入り、その結果はホームページで公開され、チェックができるため、利用者の施設選択の際の有効な情報源となると思う。

B 施設：

要介護者を抱える家族などに助言できる専門的教育を受けた人がいなかったが、介護支援拠点を設置したことで困っている人も少なくなった。在宅ケアを推進していくことは当然であり、そうでもしないと介護保険は破綻すると考える。認知症ケアがずっと認められていなかったが、施設に世話アシスタントが配置されたことでそれは変わった。しかし、配分方法等が州ごとの裁量で決まり、ハンブルク州ではまだ実際に給付がされておらず、それに関して、第二次世界大戦後の分権化による自治体権限が問題となっている。またかかりつけ医³⁵問題がある。精神障害の診断が出た場合に直ちに認知症と判断されがちで、高齢者施設に入居する人が多い。認知症なのか、精神疾患なのか、という専門的な診断能力において、かかりつけ医の差が問題となっている。

C 施設：

「改革」で MDK の調査が 1 年に 1 度行われることは有益であり、施設の透明性が図れると考えられる。また、介護支援拠点の設置により、認知症について相談できる場所ができ、在宅で認知症の人と暮らす家族の人はとても助かっている。世話アシスタント配置資金の導入により 2 人のスタッフを新規雇用できた。160 時間という研修時間は十分ではないが、彼らは認知症高齢者にとってとても大切な存在であり、以前と比べると良い。ただし

政府がこの職種を低質レベルの仕事であると捉えていることは問題である。

D 施設：

「改革」は、介護現場の声が後押ししたと考えてよい。大きな変化ではないが、良いスタートである。介護支援拠点については期待通りのものである。世話アシスタントの配置については専門的な学校に通っていたわけではないので、どうしても賃金は安くなる。しかし、外出支援や料理、歌など、とても専門的な仕事であり、セオリーだけでは不十分である。そういった点からも、世話アシスタントの性格や介護に対する考え方などがとても重要である。

(4) パーソン・センタード・ケア施設における取り組み

施設コンセプトとしてパーソン・センタード・ケアを掲げ、DCM を取り入れたケアを行っている D 施設 (Perthes-Haus Münster 訪問日 2009,6,16~19) の取り組みを、「改革」により導入された世話アシスタントの現状と共に取り上げる。

D 施設は入居者 79 名のうち、要介護度 0 が 2 名、要介護度 1 が 40 名、要介護度 2 が 31 名、要介護度 3 が 6 名であり、うち 48 名が認知症高齢者であった。全施設職員の 50%以上が有資格者 (老年介護士または看護師など³⁶) である。自己評価機能として、職員・利用者へのアンケート、DCM、ISO を取り入れている。DCM に関しては、2003 年から活用しており、マッパーの資格を持ったスタッフや外部のマッパーがユニットごとに年に 1 度は実施している。年を重ねるごとにマッピングの結果も良くなっており、それに伴い、ケアの質向上に関連していると管理者 Reinhard Christ 氏は話す。

ドイツ滞在中、様々な施設を訪問した筆者だが、訪問先で車椅子へのベルト固定やフロアごとの施錠、つなぎ服の着用をしている認知症高齢者を目にし、自由よりも安全を優先するドイツの福祉現場の現状にショックを受けた。しかし、D 施設では全く拘束のないケアが実践されており、その点について尋ねた。Reinhard Christ 氏は、「私たちは全て利用者にとっての最善のケアをやっている。リーダーを始め他の職員がこのパーソン・センタード・ケアの考え方に賛同してくれているから可能であると感じる。また職員によってこのコンセプトの向き不向きがあり、合わない人は他の施設へ移っていく。この考え方は何度も何度も教えていくことが大切であると考えます。MDK や医者が認知症の方にとってとても有効な施設であるといってくれるのがありがたいです。³⁷」と話す。パーソン・センタード・ケアのコンセプトが浸透しているからこそその実践結果であった。また、施設から、市街地へ自由に外出する高齢者も見受けられた。外出することも特に問題ではなく、警察や地域の人々も施設のことを理解してくれているので常に協力体制が整っているとのことだった。

介護スタッフ Ms.Dihek Keves 氏 (老年介護士) も、ケアのコンセプトがパーソン・センタード・ケアなので、拘束を行っていた以前の施設と比べると、ストレスも軽減し働いていて楽しい。スタッフ間のコミュニケーションもよく、とても居心地の良い職場だと話

してくれた。

D 施設では認知症の人に対する世話アシスタントもいち早く導入している。D 施設に世話アシスタントが 1.5 人配属されたのは 2009 年の 2 月からである。図 2-1 は、D 施設で 2 月から世話アシスタントとして働いているマリアさんのタイムスケジュールである。午前と午後のアクティビティ内容として、歌、ボール遊び、飾りづくり、外出支援、趣味のサポート、体操、裁縫、エクセサイズ、個人のバイオグラフィーを振り返る、バザーレ・スティムラチオン³⁸、10 分間のアクティビティなどを行っているとの事だった。

図 2-1 タイムスケジュール

| | |
|-----------------|---------------------------------------------|
| 9 : 30-11 : 30 | 朝食介助 |
| 11 : 00-11 : 45 | アクティビティ |
| 11 : 45 | ランチを厨房に取りに行く |
| 12 : 00-13 : 00 | リビングにて昼食介助 食後にベッド臥床かソファでの休憩かを希望される方のサポート |
| 13 : 00-13 : 30 | 休憩 |
| 13 : 30-14 : 00 | 病臥の方の部屋を訪れ会話や歌をうたう |
| 14 : 00-14 : 30 | 申し送りに参加 |
| 14 : 30-15 : 30 | コーヒー、ケーキの準備（毎週水曜日はワッフル作り） |
| 15 : 30-16 : 40 | アクティビティ |
| 16 : 40-17 : 00 | 記録 |

(資料) Perthes-Haus Münster の取り組み 2009 年 6 月訪問調査より筆者作成



写真 2-1 ワッフル作り 15 時



写真 2-2 一対一の会話 16 時

マリアさんにこの仕事を始めたきっかけと魅力、現在抱えている課題についてインタビューを行った。「この仕事はやりがいもあり責任のある仕事でとても楽しいのですが、他方で給料は安く、仕事を続けるのに難しい点もあります。また、9時から17時まで認知症の方と過ごすので、気持ちの面で大変な負担があります。午後から気力が出ないときもあるので、そういう時は昼食の休憩中に隣の公園に行き、気分転換を図っています。でも、名札を見て名前を呼んでくれたり、歌の文句を口ずさんでくれたりしたときなど、些細なことなのですがとても印象的なことが多く、そんなときにこの仕事の喜びを感じます。」と答えてくれた。

このインタビューから1年後の2010年8月、再度D施設を訪ねた。世話アシスタント配置後1年半が経過し、改めてこの職種の現状について尋ねた。Reinhard Christ氏はこの職種の果たす役割は大きく、出来るだけ給料を上げたいがなかなか難しいと話された。認知症高齢者1人当たり100ユーロの支給で25人分の2500ユーロが施設に入ってくるが、そこから材料費や経費などを引くと、人件費として使える給料は少ないとのことだった。また、別の施設で話を聞くと、週20時間近く働いても支払える給料は800ユーロほどで、精神的プレッシャーを考えると賃金は安いとのことである。

身体的ケアが重視されていた「改革」改正前に比べると、「改革」は認知症高齢者の生活の質を向上させる点に目標がおかれた。世話アシスタントの具体的な業務内容等を確認することで、認知症の人、一人ひとりの思いに向き合いその人自身を尊重した暮らしの支援につながっていた。コミュニケーションの業務が必要であるということが明言され、その具体化として世話アシスタントが配置されたことは、高齢者施設における認知症ケアの質の確保において、大きな一歩であるといえるだろう。同時に、認知症高齢者ケア専門の世話アシスタントに求められる資質や専門性は高いものであると考えられる。しかし、現場でもこの施策に対する評価が高い反面、25名に1名という少ない配置基準ではまだまだ不十分であるという声が聞かれた。また、160時間という研修の必要性から誰でもができる職種ではないことがわかるが、専門性の確立までには至らないのが実情である。その仕事は専門的であるが、大学卒や国家資格などの有資格者でないために、低い賃金にもつながっている。また、マリアさんのインタビューからわかるように、常に認知症の人と過ごさなければならないストレスや、バーンアウトが考えられ、世話アシスタントの精神面をサポートしていく体制が必要である。この職種が正当に評価され、認知症ケアにおける全体的な質の向上とケアの標準化につながることを期待したい。

4. ドイツでの看取りに対するソーシャルワーク実践

(1) ドイツ看取り関連法律とホスピス運動

欧米諸国における看取りの法整備は日本と比べ着実に進展している。効率的で質の高い看取りを提供していくために、既存制度の見直しや新たな法制度の整備が進められている。

それらの牽引力の一つとなったのが WHO や EU などの国際機関による緩和ケアに対する報告書や勧告の存在である。2004 年 WHO は高齢者の緩和ケアに関する報告書³⁹を公表している。高齢人口の増加を今後 20 年の予測値と共に説明した上で、多くの高齢者が慢性疾患で死亡しているにもかかわらず、多くの国で緩和ケアが軽んじられていると述べている。様々な問題点を掲げた上で、今後各国で具体的に取り組むべき事項として、高齢者に関わる複数の医療福祉関係者間における情報の共有と医療と福祉の円滑な提供体制の確立、ガン患者以外の患者に対する緩和ケアの提供などを挙げており各国の高齢者施策の中に緩和ケアの概念を取り入れる重要性を説いている。そういった流れの中で、ドイツでは 2007 年「地域において専門的な緩和ケアを提供するための法律⁴⁰」、2009 年には「患者指示 (Living Will) 法」および「重症疾患および死を迎える患者のケアに関する (国家) 憲章」などが制定された⁴¹。

ヨーロッパ緩和ケア学会 (European Association for Palliative care : EAPC) は、世界最大の緩和ケアの学会である。ヨーロッパ緩和ケア学会特別委員会が 2005 年に提出したドイツにおける緩和ケア実態の報告書⁴²によると、ドイツでは多数のケアサービスを持っているが、全てのニーズに対応できるまでには至らず、またサービスの分配では同等でなくいくつかの領域において「盲点」がある、と指摘している。多くの患者は自宅で看取りを希望しているがより多くのサービスと専門的スタッフの配置が必要である。医師、看護師、その他専門職は、緩和ケアに関する教育やトレーニングについて不十分である。家庭医は緩和ケアにおいて重要な役割を担っている。以前は緩和ケアを行うにあたっての正式な専門家としての認定がなかったが、医師連盟協会は認定資格をつくり現在多くの医師がこの資格を取得、今後 10 年以内に新たな上級の認定資格を設けることを目指す、としている。様々な問題点を抱えていることが理解でき、緩和ケアが一般的なものとなるよう取り組んでいることがわかる。

2007 年 12 月、ドイツ共同連邦委員会は「地域において専門的な緩和ケアを提供するための法律」を発表した。制度施行 4 年が経過し、現状はどうなっているのか、制度施行後の緩和ケアに対する先行研究が多く公表されている。Lueckmann らは、ドイツの緩和ケアに対しての取り組みはよいアイデアであるが、緩和ケアの標準化については難しいとしている。つまり 2007 年の制度改革では、人員および緩和ケアチームの構造要件に関して統一の規格や規制が明確化しておらず、医療の提供と責任の点において問題がある。今後各種団体との共通の理解が必要である、としている⁴³。

ドイツにおける看取りは、可能な限り住み慣れた自宅で暮らせるようサポートすることが原則である。藤本は「ドイツの看取りでは、施設サービスよりも在宅サービスが優先される。在宅での看取りでは、多くのボランティアが精神面のサポートを行っている」と述べ、高齢者への終末期ケア、在宅サポートに関して論じている⁴⁴。2010 年 8 月、ドイツ介護金庫 AOK のスタッフにインタビューを行った⁴⁵。その場においても、ドイツの現状として、病院よりもホスピス施設、ホスピス施設よりも自宅で最期を迎える人がさらに増え

ているとのことである。

まず、ドイツでは在宅サービスが入居サービスよりも優先される。その前提において、「医療改革 2001」により自宅を終の棲家として支援する、そうした在宅サービスとしての終末期ケアの導入を開始する。その具体的内容としては、以下の通りである。入院治療を必要としない人を対象とする入所ホスピスへの補助や、入院治療・入所ホスピスを必要としない人への、ボランティアによる死への寄り添い (Sterbebegleitung) を行う在宅ホスピスステーション (Ambulante Hospizdienste) への援助などである。また、財源の確保を得て、ホスピス施設・緩和ケア施設・在宅ホスピスステーション/在宅緩和ケアステーションの整備も進められている。(ホスピス施設 1996年 30 施設→2002年 100 施設→2008年 162 施設, 緩和ケア施設 1996年 28 施設→2003年 90 施設→2008年 166 施設, 在宅ホスピスステーション/在宅緩和ケアステーション 1996年 451 施設→2002年 1156 施設→2008年 1,500 施設) また、ドイツではホスピス活動を行うボランティア養成も盛んであり、特定の研修を終えたドイツホスピス・緩和ケア連盟加入者数は約 8 万人と数えられている⁴⁶。介護サービスは在宅介護サービス事業所や在宅看護ステーションが行い、その他の精神的面の支援を担っているのがホスピスボランティアである。ボランティアとして登録する人は専門職とは限らず、研修者のボランティアによる死への寄り添いが推し進められていることは、これからの日本の看取りの文化構築に示唆を与えるものである。

(2) 看取りに向けてのチームアプローチ

本節では、ドイツのソーシャルワーカーへの看取りに対するインタビュー⁴⁷を中心に、認知症の人の看取りにおけるボランティアの具体的な実践について報告するとともに、示唆を得ることにしたい。

ディアコニー・エッセンのソーシャルワーカー、クラウディア・ハートマン氏は認知症の人へのボランティアの関わりについてこう述べている。「ボランティアは、ケアはしないで、友情的なコンタクトを取ることが中心となる。つまり、いるだけで心理的な支援になれるように努めている。介護施設では身体ケアが中心となるため、ボランティアは心理的な支援を担う。⁴⁸」認知症の人のそばにいてだけで心理的支援につながる。パーソン・センタード・ケア理念の認知症の人が求めている“結びつき”や“共にいること”と言い換えることができるだろう。認知症の人は、その症状がゆえに、社会的に他者との関係が失われやすい状況にある。そのため、定期的にボランティアが訪れ、「なじみの関係」を育むことは心理的・情緒的にも安心感を与える。また、ボランティアとの交流は社会とのつながりを維持する点で重要でもある。

「認知症の 7 割程の人が在宅でケアされており、ボランティアがいるだけで、家族は自分の時間がつくれて楽になる。ボランティアは、認知症の人だけでなく、家族の人とのコミュニケーションとれるようになるので重要である。また、介護施設にいる認知症の人の場合でも、介護者の負担が多すぎ、認知症のその人の世話をすることができない状況があ

り、その負担の軽減の点でもボランティアが必要である。⁴⁹」ボランティアの活動が、認知症の人に対する支援だけではなく、家族や介護スタッフの負担軽減が目的でもあることが興味深い。日本では、認知症の人を介護する家族がその介護に疲弊し、虐待を行うというケースが頻発している。認知症の人は常に誰かの見守りを必要とする場合が多く、家族は、夜も安心して休めないという状況が起こりやすい。疲れもたまり、精神的に追い詰められやすいのが現状である。介護現場にいるドイツのボランティアが、家族や介護スタッフのレスパイト的存在になっていることが分かる。ボランティアが家族とのコミュニケーションを重視することは、家族の抱えているストレスや悩みを分かち合い、また、家族が心理的にどういう状況であるか、そうした確認のための重要なつながりを築くのである。

認知症の人の看取りでボランティアによる支援が手厚いのも特徴的である。前項でも述べたように、ドイツではホスピス活動においてボランティアの役割が位置付けられている。そのホスピスボランティアになるためには、研修を修了する必要がある。ホスピスコーディネーター、クッチャー・ベティナー氏へのインタビューでは、ホスピスボランティアの現状について説明を受けた。「在宅の看取りケアのネットワークを作るために、15人のボランティアの上に、1人のコーディネーターと1人の医者が必要である。様々な職業の人がボランティアに登録しており、自分の仕事の前や後で活動を行っている。ボランティアをするためには、100時間の研修を受けることが必要である。死を迎えるためにどんなふうになればいいか、どんなふうに悲しみを受けるかを研修する。⁵⁰」多くのボランティアが医師とコーディネーターの下で一つのチームとなり在宅の看取りを機能的に支援している。ボランティア活動が盛んなドイツならではの取り組みであるが、100時間という研修時間の長さから、看取りにおける体系的な学びを習得することの必要性が表れている。

認知症の人が死に向かうステージにいる場合、ボランティアは具体的に以下の関わりを行っている。ハートマン氏は「認知症の重度の方でも、感覚があるので、感覚を通してコミュニケーションをとることが可能である。例えば、音楽をかけたらどんなふうに反応するか、どんな音で違和感がでるのか、どの音楽を聞くか、どの音楽を聞いたらどんな反応するか、どんな触り方が嫌なのか、観察している。⁵¹」「香り、料理の匂い、クリスマスの時のケーキの特別な匂い、その匂いを通してコミュニケーションをすることができる。言葉以外のコミュニケーションを考えている。⁵²」と話す。認知症の状態が重度であっても、感覚機能は維持されていると言われている。言葉以外のコミュニケーション方法、五感を刺激する関わりを重視したつながりが大切にされていた。またボランティアは、前もって重度障害児への非言語的情報伝達を活用したコミュニケーション法、つまり「スヌーズレン⁵³」を学び、重度の認知症の人に実践しているとのことであった。

また、看取りの時期にある認知症の人では、今、どのように感じているのか察知するために呼吸状態の把握が重要であると話された。「息をすること。どんなふうに息をすることか、相手が苦しんでいるのか、楽なのか、相手の感覚への反応によって、相手のことをもっと理解できるようになるために、訓練で把握できるようにしている。⁵⁴」息づかいを感じら

れるように訓練を受けるボランティア。かすかな反応を読み取ることで、より深い感覚の交流につながっていく。看取りの時期に近づくほど、より些細な気づきが問われるのだ。

ハートマン氏は、看取りについて「死の看取りというのは、その人の傍に今までずっといてくれた家族の人や周りの人が、専門家や新しい人に任せないで、その人の死を受け入れることが大事。命の一部として死ぬことを受け入れることが大事だと思う。専門的な技術や知識ばかりではなく、人と向かい合い、お互いに助け合うことが大事。⁵⁵」と話す。死に往く人の傍らにずっと寄り添い支援していた人たちが、チームとしてその死を受け入れ分かち合う。つまり、日々の生活の延長上に死があり、その故にこそ、その死を専門職だけでなく、家族・友人・ボランティアが見守り支えていく。また、ケアで疲弊しないようお互いが助け合えるチームアプローチが導入されている。

生活のつながりを重視し、そしてその人を支え続けた人たちと共に迎える看取り。ドイツでは、生きることから死を迎えることが、ゆるやかにつながっている印象を受けた。切れ目のないつながりは、その人の生・死を支える他者の存在があることで成立し、そして、パーソン・センタード・デスを体現していた。ホスピスボランティア養成が体系的にすすめられていることも、死への理解、地域全体のデス・エデュケーションにもつながっているのではないだろうか。認知症の人を中心とし、チーム一丸となって互いを支えあう看取りの実践は、日本での看取りの文化を再考する際の足がかりとなるだろう。

第3章 認知症の人を支えるソーシャルワーク

1. 高齢者福祉におけるソーシャルワーク

認知症の人を支える上で、ソーシャルワークはどう関わっていくのか。まず、ソーシャルワーク概念から考察したい。

2000年7月、国際ソーシャルワーカー協会と国際ソーシャルワーカー学校連盟が「ソーシャルワーク専門職」の定義を採択する。社団法人日本社会福祉士会の倫理綱領としても採択されている「ソーシャルワークの定義」は以下のものである。

「ソーシャルワーク専門職は、人間の福利（ウェルビーイング）の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人々のエンパワメントと解放を促していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人々がその環境と相互に影響しあう接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークの拠り所とする基盤である。⁵⁶」

日本社会福祉士会の倫理綱領前文では、社会の進展に伴う社会変動が、ともすれば環境破壊及び人間疎外をもたらすことに着目するとき、その専門職がこれからの福祉社会にとって不可欠の制度であることを自覚すべきとし、専門職ソーシャルワーカーの職責について的一般社会及び市民の理解を深め、その啓発に努める⁵⁷、とある。すでに1981年に全米ソーシャルワーカー協会が「ソーシャルワーカーの実践の定義」を示しているが、その実践が4つに分類され明確化されている。

「ソーシャルワーク実践は、以下の四つの事柄に対する専門的責任ある援助からなる。(1)人々に対しては、その成長、問題解決、対処能力を強化する。(2)制度に対しては、人々に社会資源やサービスを提供する効果的で人道的な制度を発展させる。(3)社会資源、社会サービス、社会的機会を与える制度と人々とを連携する。(4)政策に対しては、その改善と発展に貢献する。⁵⁸」

人々、制度、人々と制度の連結、政策へのアプローチをそれぞれのレベルで取り組み、関わっていくことが強調されている。さらに、それぞれの実践介入の範囲を、「四つの目標とソーシャルワーカーの機能」として述べている。

「四つの目標とソーシャルワーカーの機能」

(1) 人々に対しては、その成長、問題解決、対処能力を強化する。

1 アセスメント Assessment

2 診断 Diagnosis

3 問題発見・問題確認 Detection/Identification

4 支持・支援 Support/Assistance

5 助言・相談 Advice/Counseling

6 アドボカシー Advocacy

(2) 制度に対しては、人々に社会資源やサービスを提供する効果的で人道的な制度を発展させる。

- 1 管理・運営 Administration
 - 2 政策策定 Program Development
 - 3 スーパービジョン Supervision
 - 4 強調 Coordination
 - 5 コンサルテーション Consultation
 - 6 評価 Evaluation
 - 7 職員訓練 Staff Development
- (3) 社会資源、社会サービス、社会的機会を与える制度と人々を連携する。
- 1 紹介 referral
 - 2 組織化 Organization
 - 3 動員 Mobilization
 - 4 交渉 Negotiation
 - 5 職員訓練 Exchange
- (4) 政策に対しては、その改善と発展に貢献する。
- 1 政策分析 Policy Analysis
 - 2 計画作成 Planning
 - 3 政策開発 Policy Development
 - 4 再検討 Reviewing
 - 5 政策弁護 Policy Advocacy^{5 9}

ソーシャルワーカーという社会福祉実践をおこなう職種は、ケースワーカーや生活相談員児童ソーシャルワーカー、スクールソーシャルワーカーといった様々な呼称をもち、その果たすべき役割が明確化されていない現状もあり、職業的アイデンティティは曖昧である。上記の機能範囲からも理解できるように、ソーシャルワーカー専門職の求められる機能は幅広い。また、ソーシャルワークの関わる人々も乳幼児から高齢者までのすべてが含まれ、その人たちが遭遇する様々な生活問題は数知れない。ソーシャルワーク実践を行うにあたっては、その実践の領域の把握とともに各領域の専門性を理解することも必要である。

「社会福祉士」という国家資格が制定された翌年の 1988 年に、奥田は以下のように述べている。「本制度が有効に活用され、専門職業としてソーシャルワークが日本社会に承認され、相応の社会的評価を受け、また社会福祉従事者にとっても、身分の安定と、クライアントにより充実したサービスを提供できるような職場環境を確保するには、まだまだ多くの問題が残されている^{6 0}」と指摘している。この論文発表からおおよそ 25 年が経過しているわけだが、問題解決に至ったとは言い切れない。とくに、専門職業としての認知の低さは否めない。その一因として、芝野はソーシャルワークが対象とする問題やニーズの整理と類型化が進まず、したがって、それに対応する処遇の方法（実践手続き）についても整理され、類型化され、専門的援助の手続きが具体的に示されていないためであるとしている^{6 1}。

人間と人間との関係性の中で専門性を発揮することに必要性と社会性があり、ソーシャルワーカーは当事者に合わせ、「場」を作り上げていく力量を必要とされる。人々が環境と相互に影響する接点に介入する、すなわち、その接点の部分に「場」の構築が求められる。ソーシャルワークには、具体的な生活上の問題に対処するために生活に焦点を定め、その当事者と環境に関わることが求められる。

高齢者福祉におけるソーシャルワークで考えてみると、医療や看護といった他の対人援助に係る専門職と比べると、ソーシャルワークの実践は理解されづらい傾向があるといえるだろう。当事者がその生活上の問題に遭遇しない限りはソーシャルワーカーと関わることも少ないため、ソーシャルワークの専門性は捉え難いのである。2000年に施行された介護保険制度では、その制度的理念として、在宅生活の継続を大きな柱とされている。したがって、在宅支援過程におけるソーシャルワーカーの実践は、相談援助、生活支援、各種サービスの活用、家族・地域への対応などといった点で大きな役割を担うはずである。また2005年の介護保険改正においては、社会福祉士の配置を定めた地域包括支援センターにおける業務に、総合相談支援業務や権利擁護義務が具体的に明記されている。孤独死、虐待、介護者の介護放棄、老老問題といったように、様々な社会問題が発生しており、それらの諸問題への対応と予防・阻止に向けての支援活動の展開が期待されている。そのうえで、石井は在宅ケアにかかわるソーシャルワーカーの基本的な立場・職業的な位置づけを、「学問的な基盤は、社会福祉学をはじめとした社会科学であり、社会における人間の在り方、人間とそれを取りまく環境との相互関係や人間と人間との関係など、関係論的思考や、制度・政策の立案やその運用的発想と開発、社会的活動（ソーシャルアクション）、ネットワークのよさなどがこの職種の特徴でもあり、また本来持ち合わせる強みといえるのかもしれない。⁶²⁾」と述べている。

怪我や病気などによって入院し、加療後退院する。入院前と比べ当事者の生活状況は変化しており、スムーズな在宅復帰に向けての支援を行うのが医療ソーシャルワーカーである。医療ソーシャルワーカーとして求められる具体的な役割とは何なのか。石井に依れば、それは在宅医療を支える一職種として当事者とその家族に伴走することと、在宅医療チームにおける共同作業（共同の臨床知）への貢献である、としている。当事者と家族のニーズに沿い問題点を意識しながら客観的・専門的ニーズを考えた支援活動を行っていく。その際、アドボカシー的な役割も担っていく。また、当事者と家族を取り巻く各種機関の連携効果が発揮されるためにはチーム全体を機能的に回している役割が必要であり、それがソーシャルワーカーに求められているとしている⁶³⁾。また、村上は医療ソーシャルワーカーの経験を踏まえながら、ソーシャルワーカーのチャレンジに着目している。つまり医療と福祉の橋渡し役、多様で複雑な機関や専門職との連携をはかるだけでなく、人と環境（社会資源および諸システム）の両方に働きかけるというエコロジカル視点をもつソーシャルワーカーならではのチャレンジャーたる働きが重要な時代であるとしている⁶⁴⁾。片岡は終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの役割として、終末期ケアにおける心理的援助、

デス・エデュケーションプログラムの開発、経済的問題への対応、社会資源の紹介及び活用への対応、在宅生活及び地域医療体制の整備と創設、生活保障の視点を伴った連携構築を述べている⁶⁵。だが、実際には連携機能の担い手としてのソーシャルワーカーの配置を求める声は少ない。また、医療職が患者・家族に向き合える環境作りとして、ソーシャルワーカーの機能とその必要性を認められるとしても診療報酬の点数配当のない専門職の配置は経営上困難であることは否めない⁶⁶。

ソーシャルワーカーの職業的価値観は臨機応変に物事に向かうことが求められる。当事者の求める生き方を支えていくためには、ソーシャルワーカーはその専門性を活かし、各種機関との連携だけにとどまらず当事者の希望を具現化するアプローチを実践していかねばならない。今まではなかった支援のあり方や「場」を作り上げる過程に、ソーシャルワークの専門性が発揮されることが期待される。

2. 認知症ケアとソーシャルワークの役割

認知症の発症に気づくきっかけとなるのは、身近にいる家族が、もの忘れや言動の間違い、今まで出来ていたことが出来なくなるという変化に気づく時であろう。薬の管理が出来なくなる、同じことを何度も繰り返す、時間や日付が曖昧になってくる、自宅に戻れなくなる、電話の対応が出来なくなる、火の不始末が増えてくるといった認知症の症状である。認知症と認知症でない単なるもの忘れとの基本的な違いは、認知症の場合には、体験自体を忘れてしまうことである。認知症の場合は、薬を飲むこと、または飲んだことさえも忘れてしまう一方、もの忘れの場合は、飲んだことを忘れてしまうということに気づくことが出来る。認知症が発症する場合、日常生活に様々な支障をきたし始め、今までどおりの生活を送ることが困難となる。身近にいる家族は、不安な思いを抱きながら、いつもと違う変化の故をかかりつけ医に相談するケースが多い。また、最近では、一人暮らし高齢者の生活の変化に気づいた近所の人や民生委員、かかりつけ医や保健師などが、地域包括支援センターに相談するという事例も増えている。

認知症発症期の場合でのソーシャルワークとしての関わりは、まず、地域包括支援センター職員が、当事者の生活状況の確認にあたる。認知症の人が当事者である場合、現在の生活習慣・生活環境の確認（栄養状態、受診状況、健康面、衛生面など）、家族の介護力、地域の支援状況、住宅環境、支払い等が滞りがちな金融機関手続きの状況確認というように、医療と介護に限らず、その枠を越える生活状況を確認することが求められる。特に独居や高齢者のみの世帯の場合には、不安なく安心した生活が送れているか、生命の危険に至っていないか、独居や高齢者のみの生活が可能かどうかの判断が訪問者に求められる。全く食事が取れていない、腐敗した食べ物を摂取している、受診・服薬管理が全くできていない、電気料金の支払いが滞ることで電気が止められている、電化製品の使用方法を誤ることで起こりうる脱水や凍死といった生命の危険が危ぶまれる場合には、適切な介入が必要となる。東京都の場合では以下のような判断が求められる。即ち、認知症のために生

活力・意欲が低下し、極端に不衛生な環境で生活している、必要な栄養摂取が出来ていない、つまり、客観的にみると本人の人権が侵害されている場合には、セルフネグレクト（自己放任）となり、「虐待に準じた対応が求められる状況」とみなされ、要見守り・支援の対象、または介入・緊急避難の対象と判断される⁶⁷。当事者が判断能力の低下している人、または不十分な人として確認される場合には、第2章2節で述べた成年後見制度や日常生活自立支援事業の当事者として、支援が必要か検討されることもある。

ソーシャルワーカーは、生活状況の確認・アセスメントに伴い、当事者の意志を尊重し、その同意のもと、社会サービスの活用につなげる。社会サービスの活用については、区市町村の介護保険担当の窓口、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所などが対応する。

担当するソーシャルワーカーは、当事者のニーズと社会資源を結びつけ、かつ効果的な結果が生じるように努める。社会サービスには2つの種類がある。公的機関などが設けているフォーマルサービスと、NPO 団体や「認知症を抱える家族の会」といったような民間団体の設けているインフォーマルサービスである。

まず、代表的なフォーマルサービスとしては、介護保険のサービス活用である。給付と納付の関係が明確な社会保険方式によって、社会全体で介護を支えることを目的とし、利用者選択によって介護サービスを総合的に利用できる仕組みとなっている。介護保険サービスは、介護老人福祉施設や介護老人保健施設といった施設サービス、訪問介護や通所介護といった在宅サービス、小規模多機能型居宅介護や認知症対応型共同生活介護といった地域密着型サービスの三種類に分類され、当事者や家族が、ケアマネージャーなどと相談しながら、当事者の希望するサービスを選択できる。認知症の人は、長年暮らし続けている自宅にしながら、家族介護以外で支援が必要な部分を介護保険サービスで補うケースが主である。独居や老老介護といった高齢者のみの世帯では、訪問介護や訪問看護、訪問入浴などの利用から始まる場合が多い。社交的な人であれば、他者との交流や楽しみ目的での通所介護の利用なども考えられる。同居する家族のレスパイト的支援でもある短期入所、在宅での生活が困難となってきた場合は、グループホームといった施設入所が検討される。介護保険制度では、在宅生活の継続を基本的な方針としており、したがって在宅支援過程におけるソーシャルワーカーの実践は、相談援助、生活支援、各種サービスの活用、家族・地域への対応などといった点で多岐にわたる。当事者の抱える生活問題を整理しながら、当事者の状況に添った支援構築が求められる。

インフォーマルサービスには全国各地に、様々なサービスがある。「認知症を抱える家族の会」は介護当事者団体であり、全国40支部をもつ社団法人である。電話相談・会報の発行などを通じて認知症介護に携わる家族を支えるとともに、啓蒙活動や行政への要望などを行っている⁶⁸。熊本県では、高齢者・障害者・子どもなど誰もが気軽に集い支えあう地域福祉の拠点「地域の縁がわづくり」事業が行なわれている⁶⁹。2011年8月時点、地域の縁がわとして助成金の交付を受け、縁がわづくりに取り組んでいる場所は、229箇所⁷⁰にのぼる。様々な団体がそれぞれの地域において、高齢者と子どもとの世代間交流や子育て

サロン、引きこもりやニート支援、認知症高齢者の見守りなど、福祉をキーワードとしたまちづくりの展開を行っている。ニーズへの対応として、介護保険サービス利用につなげるだけでなく、地域に用意されている資源に結びつけることも重要な課題である。

その他、認知症発症期におけるソーシャルワークの役割として、認知症に対する正しい理解を啓蒙することが挙げられる。認知症は、癌や慢性疾患などと比べても、偏見が生まれやすい疾患である。認知症は、脳が障害を受けることで、自分のことも家族のことも全てを忘れ分からなくなる、目的もなく歩き回り人格も変わってしまう大変な病気であるというイメージを抱いている人は少なくない。トム・キットウッドの述べるオールドカルチャーの思考である。しかし、実際には、その認知症の症状は様々な要因とその相互作用からなり、認知症の人の症状に決定的に影響を与えているのは介護の質という、認知症の人を取り巻く環境そのものである。講演会の開催や地域で行われるサロン、小中学校などの教育機関などにおいて、認知症の正しい知識を伝え、地域住民と協力して徘徊訓練などを行うなどの認知症の人を支える地域へと活動することが課題である。また第1章2節で述べた認知症サポーターも、地域で認知症の人とその家族を支援し、見守る体制を強化するためのものである。平成25年9月時点、全国で約440万人が養成されており、さらにサポーターの自主的な活動を支援していく仕組みの構築が求められる。

第4章 認知症の人の看取りから明らかになったこと

1. 認知症の人の看取りにおける諸問題

(1) 「看取り」について

死を見守るケアにおいては、緩和ケア、ホスピスケア、ターミナルケア、看取りなど、様々な用語があり、「看取り」の考察に先立ち、ここで用語の整理をしておきたい。まず、日本老年医学会の定義付けに準じ、ケアとは、「フォーマルかインフォーマルかを問わず、患者とその家族を対象として行われる介護・看護・医療・その他の支援⁷¹」とする。高齢者の終末期には他職種の共同に基づく包括的なケアが必要であるとしている。緩和ケアとは、「治療を目的にするのではなく、治療が不可能な疾患に伴う不快な症状のコントロールを目的とするケア」⁷²であり、WHO（世界保健機構）の定義によれば以下のようなものである「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理・社会的問題、スピリチュアルな問題に関する的確な評価を行い、それが障害とならないように予防したり、対処することでQOLを改善するアプローチである⁷³」。ホスピスケアとは、「末期癌などの疾患で苦しむ人に対し、人生の最期を安らかに暮らせるよう援助すること」。ターミナルケアとは、ホスピスの対象である癌患者から対象を広げ、「回復の見込みのない疾患末期に、苦痛を軽減し精神的に穏やかに過ごすためにケア」とある。死を見守るケアにおいては様々な用語があふれ、その線引きは難しい。その難しさを踏まえたうえで、本研究では「看取り」という言葉を用いていきたい。

私があえて「看取り」という言葉を選択する理由を以下に述べる。まず、「看取り」について、箕岡⁷⁴の定義「死を間近に控えた人に対して、無益な延命治療をせずに自然の経過で死にゆく高齢者を見守るケア」に準じつつ、以下のように定義づける。「看取り」とは、「死を間近に控えた認知症の人に関わりながら、当事者の意思を尊重し、可能な限りその人らしい最期へと支えるチームケア」とする。「死を間近に控えた」については、日本老年医学会⁷⁵の終末期の定義に準じて、「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」とする。定義の中で、「その人らしい最期」という表現を用いている。抽象的な文言であるが、その意味を述べていく。私自身、高齢者の人々と接するなかで、さまざまな最期に出会っている。救急搬送され病院で亡くなられた人、自宅で好きなものを食べながらスッと逝かれた人、痛みながら亡くなられた人、治療を望まれなかった人、家族に囲まれ亡くなられた人、さまざまな人の死に際に添う中で、このように看取りたい、このように看取られたいと思う人がいる。その人々の逝き方に共通することはその人らしく“自然”なのである。「老い」を受け入れ、老化の過程を意識しすぎず、おのずと「死」を自分のものとして迎え入れ、自然に、そして納得した表情を浮かべて逝かれる。死を目前にし、感極まる私に対し、「私の死から学びなさい。」と諭した人がいた。人は生まれ、必ず死を迎える、「汝死すべきことを忘るなかれ」の言葉を想起させた出会いであったが、老人から

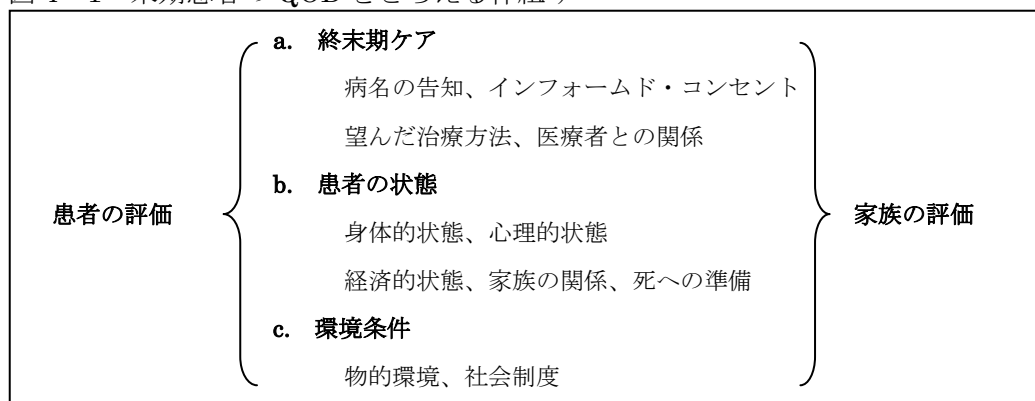
若者へ、その人らしく死に向かう自然な経過を教示されたのかもしれない。年長者が自然の摂理に従って死にゆく、その過程を静かに見守るケア、「看取り」。私は、ケアワーカーまたは、ソーシャルワーカーとして、認知症の人の生活から看取りまでを支援するケア現場に身を置いている。次項からは、認知症の人の看取りに焦点をあて、生活の場での人らしく自然に死を迎えることの尊さとそれを実現する難しさを、看取りの実践事例を用いながら、検証していく。

(2) QOD と認知症の人の看取り

トム・キットウッドは、著書の中で、パーソン・センタード・ケアの本当の目的は、認知症の過程全体を通して、その人のパーソンフッドを高め、穏やかなパーソン・センタード・デスを実現することであると述べている⁷⁶。また、アルフォンス・デーケンは、QOL : Quality of life 生活の質という言葉とともに、QOD : Quality of death 死に方の質という考え方を述べている。このQODを高めていくこと、すなわち希望どおりの死を迎えるためには、死に方の質を見つめなおすことが大切である。カール・ベッカーは、死にたかった場所で、死にたかった死に顔で、死にたかった意識で死なせてあげられたかどうか、ということが大事であり、本人の希望通りの死を迎えるためには準備が必要である⁷⁷としている。また、終末期ケアに関する医療委員会では、質の高い死を「患者や家族の希望にかない、臨床的・文化的・倫理的基準に合致した方法で、患者、家族及び介護者が悩みや苦痛から解放されるような死」と定義づけている⁷⁸。生きている者は必ず死を迎える。その避けることのできない事象を受け入れ、自分の死に方を考えながら生きていくことは、その残された人生を豊かなものとする。そして当事者の希望通りの死に方を行うためには、必ずその希望を全うさせようとする他者の支えが必要である。医学の進歩により、最期を迎える場の選択も増え、どのような死の迎え方をするか、最期の過ごし方を希望するかなど、考え方も多様になってきている。本人の想いとそれを成就させようとする他者の存在により、ある程度、当事者の満足のある死を達成することが出来た人も少なくない。

癌を抱えた人などは、ホスピスや緩和ケア病棟の充実などにより、当事者の望む満足のある死を迎える人も増えつつある。QOD : 死に方の質、末期患者のQODをとらえる枠組み(図4-1)は、その人が質の高い死を迎えられたかどうかを考える上で参考になり、以下、取り上げることにする。この枠組みの目的は、患者の死にゆく過程が、患者や家族の価値観や期待に照らし合わせて満足すべきものであったか否かを評価することにある。

図 4-1 末期患者の QOD をとらえる枠組み



(資料) 袖井孝子 末期患者の QOD をとらえる枠組み『死の人間学』2007 を参考に作成

安らかな死を可能とするために、基本的には終末期ケア、患者の状態、環境条件の 3 点が整っているか (いたか)、患者・家族の立場から評価する。終末期ケアについては、病名の告知について時期や方法は適切であったか、望んだ治療方法が行われたかどうか、医療者との関係においてコミュニケーションが十分に図れ、信頼関係が保たれていたかどうかなどである。患者の状態については、不快な症状や痛みのコントロールができていたか、安らかな毎日や死の受容に至っていたかどうか、経済的な不安を抱えることなく過ごすことが出来たか、家族との十分な時間がとれていたか、遺言や遺産相続などについて前もって準備を行っていたかなどが挙げられる。環境条件については、最期を過ごす空間が望みどおりであり、快適であったか、家族と過ごせる場所や環境としてふさわしい場であったかなどがあり、それらは物的環境に含まれる。そして、患者の症状やニーズに対応できる医療サービス・介護サービスであるか、公的・私的な保険の有無や有効性などが社会制度として挙げられる⁷⁹⁾。

満足のいく質の高い死を実現するためには、これら諸条件が整っていることが求められる。質の高い死を迎える事が出来たかどうかの判断は、「最期は苦しまずに逝けて幸せそうだった。」「遠方の家族にも会えたとし大往生だった。」「最善の治療をさせてあげる事が出来たとし良かった。」といった主観的なものに頼っている場合が多い。こうして細やかに客観的に、生存しているうちから患者・家族からその評価を行い振り返りつつ丁寧に行っていくことで、より質の高い看取りに向かうことが出来る。QOD の構成要素を用いた評価のあり方を、実践として用いる事が可能であるならば、その過程は教育・研修の一つとして介護環境の改善を育み、より豊かな看取りの構築につながるであろう。だが袖井の指摘にもあるように QOD を評価する上で、調査対象者である患者の回答を得る事の難しさが挙げられる。末期には意識が低下するため、その評価には限界がある。望ましくは、患者の状態が悪化する前に面接を行うとあるが、その当時者が認知症の人であるならば、その評価には特段の工夫が必要とされる。

認知症の人は、記憶障害と複数の認知機能の障害によりコミュニケーション能力が低下、

言葉を用いての意思表示が困難である。木之下⁸⁰は、「本人が自らの状態を的確に言葉で表現できない」という特徴があるとしている。認知症の人の場合、当事者の思いを成就させようとする他者の存在があっても、希望どおりの満足のいく死を支えられたかどうかは定かでない。当事者の最期の思いを言葉で確認することが難しいため、その場面において悩みを抱えている家族・医療従事者は少なくない。また、認知症の人は、何も分からない重度の障害者というレッテルを貼られ世間から差別を受けやすい立場にある。「最善の医療およびケア」を受け、尊厳をもって死を迎える権利を有しているにも関わらず、治療のある病院でさえも認知症の人への理解は乏しい。認知症であるというだけで入院を断られたり24時間の付き添いや追加料金を請求されたりなど、病名で人格が差別されていると判断されかねない現実⁸¹や、明確な医療判断を伴わないで末期とみなし、放置されている事実⁸²が危惧されている。また、認知症の人を抱える家族が抱く医療者に対する不満として、身体拘束や認知症の人に対して説明をしてもらえず、当事者の願いに合う援助がうけられないとの声が上がっている⁸³。そして、大谷⁸⁴は、1人のグループホーム利用者の死から、病院等医療機関における認知症ケアの視点の欠如、個人の尊厳に対する意識の薄さを問いつけている。治療の場である医療機関と生活の場である施設や在宅という違いはあるが、その違いで済まされる問題ではない。

認知症の人は、その思いを「的確に」「言葉で」表現しづらいという特徴はあるが、別の表現方法でその思いを伝えられる。口元が緩み軽くなずかれたり、頬が強張っていたり眉間にしわを寄せたり、目で何かを伝えようとしていたり口をつぐんだり、身体がとでもリラックスし全身をスタッフに委ねられたり、逆に緊張して身体が突っ張っていたり。そして死を迎える直前まで、首の動かし方で意思を伝え、また、好きな時に好きな食べ物を食べ、コミュニケーションを図っていた人もいる。認知症の人との付き合いが長くなればなるほど、そしてその関係性が濃ければ濃いほど、その人の意志を判断する要素が生活の随所に散りばめられているような気がしてならない。認知症の人は、その意思をその人なりの仕草や表情で、表現されている。そして、密着度の高いかわりがあると、その人のちょっとした会話、表情から意を汲み取ることも可能である⁸⁵とされている。認知症ケアを行う私たちは、認知症の人が表現されているその僅かなサインに気付き、どう受け止めるか、そこに認知症ケアの専門性が発揮される。一人ひとりの表現に向き合いその思いに気付き、家族や他職種と共有を図ることが重要である。認知症の人がひとりの人格を持った人として周囲の人々や社会から受け入れられ、尊重されていると実感できるケア・医療が受けられる社会の実現こそが、認知症の人の看取りにおいて重要なことである。認知症の人が満足のいく質の高い死を迎えられたかどうかの判断は、家族、友人、ケアを行った人々が行うことになるが、その人の死を見守るケアは当事者の意思が出来る限り尊重されたものでなければならない。そうした最期にあたっての尊重においては、以下に述べるような倫理的な問題も包含されている。

(3) 認知症の人の看取りにおける倫理的課題と社会的議論

認知症の人が死に至る過程は緩やかなスロープを下りるように迎えるとされている。認知症の進行や生理的な老化に伴い、機能が低下した状態が長く続き、さらに少しずつ身体機能が低下する。嚥下機能の低下をきっかけに食事が減少し、いわゆる「枯れるように」最期を迎える。重度のアルツハイマー型認知症の場合、発症後約7年で失禁が出現し、その後しばらくすると歩行障害が出現、最期の半年～2年は寝たきりで過ごす。この時期には肺炎などの感染症や転倒・骨折など急性期対応が増加、嚥下反射が徐々に低下し、誤嚥性肺炎を繰り返すようになり多臓器不全や栄養障害などで死に至ることが多い⁸⁶。その上で、認知症の人の死に向かう各ステージにおいては、様々な倫理的課題が含まれている事が指摘されている⁸⁷。認知症の人の自己決定とは何か、意思能力をどこまで尊重するか、人工呼吸器といった延命措置をするのかしないのか、胃瘻を栄養補給と考えるのか否か、何もしない自然の看取りが最善か否か、といったように、どちらかが正しくどちらかが明らかに間違っているとは言えない微妙な判断を、家族、スタッフは、迫られることがある。認知症の人の意思確認が難しい場合、必ず考えなければならない問題である。箕岡は、“看取り”を倫理的な熟慮なしに、漫然と実施されていることに言及している。介護施設などで治療の有益性・無益性について医学的に十分考察することなく延命治療をたやすく差し控えている場合や、また逆に病院などで、過剰あるいは無益と思われる延命治療を、法的訴追をおそれ実施している場合などを指摘している⁸⁸。認知症の人の生活の場であるグループホームでの看取りが進まない理由の一つには、看取りに関わる倫理的責任を負うことで起こりうる訴訟に耐えられないという点も考えられる。

認知症の人の看取りを行う場面において重要なのが倫理的判断である。倫理には①自立尊重原則②善行原則③無危害原則④公正原則の四つの原則がある⁸⁹。

①自立尊重原則とは、他人の自己決定を尊重する、あるいは他人がよい自己決定をすることができるよう支援すること

②善行原則とは、本人の利益・幸福のために善い行為を行うこと

③無危害原則とは、本人に危害が及ぼすことを避けること

④公正原則とは、人々を公平・平等に扱う、利益と負担を公平に配分すること

この四つの原則に則り、認知症の人のケア・看取りをよりよい倫理的判断のもとで考えていかなければならない。四つの原則を踏まえたうえで、認知症の人の胃瘻の問題について考えてみたい。

先に述べたように、認知症の人の最期は、嚥下機能の低下をきっかけに食事が減少すると同時に、嚥下反射の機能も低下し誤嚥性肺炎を繰り返す人が多い。病院に入院し適切な治療を受けることで肺炎は治まるが、誤嚥しやすいことは変わらない。医療機関では、退院後の誤嚥性肺炎リスクを鑑み、経口摂取ではなく胃に直接栄養を注入する胃瘻の手術がすすめられる。胃瘻をするのかしないのか、その判断を家族は求められる。ここでの問題は、胃瘻を行うことがその人にとっての日常的な食事（栄養補給）として考えられるか

どうかである。胃瘻造設手術は、胃の内部から内視鏡を使い、腹壁を切開し胃内に管を埋め込み、その管を通して食べ物や医薬品を流し込むための手術である。手術時間は15～20分と短時間であり、体の負担も少なく行うことが出来る。医療の進歩に伴って胃瘻造設手術が安全かつ容易になったこと、在院日数の短縮による病院から次の施設への転出目的もあり、日本での施行率は爆発的に伸びている。1993年には約6,500本であったPEGキットの販売数は、2001年には45,000本、2008年には106,000本に上っている⁹⁰。胃瘻造設後、基本的な日常ケアとして、口腔内ケアや嚥下訓練が必要とされ、また、氷や嚥下しやすい食べ物等の経口摂取は可能である。嚥下訓練後、経口からの栄養摂取の安全が確認されれば、胃瘻を外すことも可能である。しかし、認知症の人に胃瘻を造設した場合、その胃瘻を外す処置がおこなわれたという事例は、ほとんど耳にしない。

重度の認知症の人に対する胃瘻を含む経管栄養の有用性については、倫理的な理由からエビデンスレベルでの高い研究はなされていない。しかし、1999年にFinucaneらが、末期認知症患者に対する胃瘻を含む経管栄養については、顕著な延命効果は証明できないと報告した。欧米ではこの報告以降、重度認知症患者に対する経管栄養は患者の苦痛を増大させるため、進行期認知症には経管栄養を実施すべきではないというコンセンサスが形成されてきたという⁹¹。欧米では、脳卒中の後遺症や重度の認知症で食べられなくなったら寿命という文化が根付いており、一方日本では食べられなくなったら「胃瘻」という処置が存在する。私がドイツの老人ホームを訪れた際も、胃瘻による栄養補給を行っている入居者はほとんど見かけなかった。好きなものを食べられる分だけ食べる。食べられなくなる事に対して積極的なケアを行っている様子はない。ミュンスターの老人ホームでのインタビューでは、平均入所期間は2年であり、食べられなくなった時が寿命であり、ほとんどの人がその老人ホームで最期を迎えるとのことであった。一方、日本のE特別養護老人ホームを実習生として訪問した時のことである。30人のフロアのうち、28人の入居者が胃瘻であり皆ベッド上で栄養補給を行っていた。一人ひとりの顔を覗き込むと、顔色はピンク色でハリのある頬、皺ひとつなく80代90代の頬とは思えない。ただボーっと無表情に天井の一点を見つめ言葉を口にするのしない入居者が寝ていた。胃瘻造設後7年目の入所者もおられ、「生きながらえさせている」という言葉を想起してしまった。そのK特別養護老人ホームの、かかりつけ医二人に対し、「長年胃瘻をされている入居者ご家族が、胃瘻をやめてほしいと希望された場合どのような対応をされますか？」と質問した際、以下のような返答があった。「今までそういったご家族はおられなかったので想像が付きません。ただ、そういったご家族もいらっしゃるかもしれませんね。そうなった場合、どうするか、現段階はなんとも言えません。胃瘻を作る前に家族と十分な話し合いをもち共通理解を図ることが必要だと思います。」また、別の医師は「胃瘻を外すことは、その人の命を終えさせてしまうことにつながる。医師としての倫理に反するので私は胃瘻を外すことはできません。そういったご家族が現れた場合、私は主治医をおり、別の医師にお願いしていただくことになるでしょう。」と述べた。

胃瘻を巡る倫理的課題は山積している。箕丘は、著書においてアルツハイマー病終末期における経管栄養に対する賛否両論について示している⁹²。まず、人工栄養を実施する理由として、実施しなければ餓死させることになり、家族はそれによって罪の意識が生じる、「差し控え」はできるが患者の直接死因となる「中止」はできない、介護者の負担や労力の節約になる、どのような状態であっても一日でも長く生きてほしいという家族の要望がある、などを挙げている。一方、人工栄養を差し控える理由として、死までの時間を引き延ばすだけに過ぎない、自然に経口摂取しなくなった場合は口渴・飢えに苦しんでいるのではなく、餓死とは異なる、認知症の人がその治療目的を理解できないときには、侵襲的治療は負担となる、有益でないとの医学的エビデンスがある。さらに、身体栄養状況を示す検査データなどの改善がケアの質を示すのではなく、本人や家族の治療目的に沿った真の意味での QOL の改善によって評価されるべきである、変えることのできない病気の経過を無理に変えることは必ずしも倫理的ではない、としている。

胃瘻の問題については、認知症の人の思いを考慮したうえで、家族、専門職の対話を深め、慎重に決定すべきことである。認知症ケアにおける倫理的課題がクローズアップされるなかで、日本老年医学会は、2012年1月に「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する「立場表明 2012」⁹³を発表した。

2001年6月に、同学会では「立場表明」を提出しているが、患者中心の医療、死や終末期に関する議論の活発化、尊厳ある終末期を迎えたいと願う人々が増えたこと、そして介護保険制度発足後医療施設から在宅や施設への看取りの場の拡充等の変化を踏まえ、改訂された。「人の〈老化〉と〈死〉に向かい合う高齢者医療は、人文・社会・自然科学で得られた幅広い成果に基づく生命科学を基盤にした、〈生命倫理〉を重視した全人的医療であるべきである」とした基本的な立場を示した上で、下記の11項目について、同学会の考え方や提言を行っている。

1. 年齢による差別（エイジズム）に反対する
2. 個と文化を尊重する医療およびケア
3. 本人の満足を物差しに
4. 家族もケアの対象に
5. チームによる医療とケアが必須
6. 死の教育を必修に
7. 医療機関や施設での継続的な議論が必要
8. 不断の進歩を反映させる
9. 緩和医療およびケアの普及
10. 医療・福祉制度のさらなる拡充を
11. 日本老年医学会の役割

この「立場表明」が注目を浴びた一つとして、治療の差し控えや中止にまで踏み込んだ

意見を表明したことである。立場表明 2012 では、胃瘻を含む経管栄養や、気管切開、人工呼吸器装着などの適応を慎重に検討すべきとし、「何らかの治療が、患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させる可能性があるときには、治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要がある」とした。また、患者に対して、「考えられる予後や終末期の医療やケアに伴って起こりうる病状経過についての話し合いと合意が必要である」ことを述べた上で、患者の意思の確認が困難なケースでは、家族などと患者の意思を推定することや、事前指示書などの導入を検討することを推奨している。さらに、死の教育に関しても述べてあり、医療・介護・福祉従事者など終末期の医療及びケアに携わる者は、実践的な教育を受けるべきであり、国民にひろく理解を得るための啓発活動が必要であるとしている。

三山は、重度の認知症の人の看取りに対して、以下のように、納得死という概念を提唱している。

「認知症高齢者の終末期の対応に、本人・家族や近親者が悩み、医療従事者が悩むなかから、本人が納得するであろう（確証はない）終末（死）を支援することが望ましいと考え、「納得死」を提唱した。医師は家族に、終末期の認知症高齢者が、体が衰え枯れていく様子をよく説明し、あわせて積極的な延命措置の内容をも説明し、家族間で十分に話し合う機会を与え納得するであろう結論を出すように支援する必要がある。…求められる治療や最期の迎え方を本人を中心に家族がしっかり考える過程、家族や友人、医療従事者が「これでよいのだろうか」と、悩むプロセスこそが、納得死に近づくものと考え⁹⁴。」

認知症の人は、その思いを「的確に」「言葉で」表現できないがゆえに、様々な判断が家族、医療従事者に委ねられる。認知症の人の自己決定、権利擁護、意思能力をどこまで尊重するか、延命治療や栄養補給としての胃瘻の選択についてなど、認知症の人の生活・看取り支援には、多くの倫理的問題が伏在している。特に看取りの場面においては、人間の死に直結するような選択を迫られる場面も多くあり、様々な倫理観の中で揺れ動く倫理的ジレンマに陥りやすい。この選択は間違っていなかったのだろうか、あの時ああしていればもっと違った結果になっていたのではないかと、結果一つ一つに悩むことも少なくない。しかしながら、認知症の人を中心に据え、周りを取り囲む全ての人々が悩み葛藤する、その過程こそが重要なのである。認知症の人の気持ちを慮るがゆえの葛藤は、認知症の人がひとりの人格を持った人として周囲の人々や社会から受け入れられ尊重されていること、そして尊重された死へと向かっていることの証左ではないだろうか。スタッフの日々のケアの中で、悩み葛藤する過程の重要性を振り返ることは難しいが、その経験は、次に向き合うケアに生かされているはずである。簡単には答えを導き出せない課題を抱え解決に向かおうとすること、そのものが、認知症の人の尊厳に通じているということを、スタッフが自覚することで、悩みを抱える辛さからも救われるだろう。認知症の人を支えることは、あらゆる倫理観に向きあう専門性の高い職務なのである。

次節からは、認知症の人が生活するグループホームでの看取りの実態を述べた後、看取

り事例を取り上げる。その事例を通じて看取りの場面に求められるソーシャルワーク支援について、論述していきたい。

2. グループホームにおける看取り

(1) グループホームの変遷と看取りの実態

本項では、グループホームにおける看取りについて、介護者、ソーシャルワーカーとしての経験をもとに叙述する。認知症の人の意思が尊重され、尊厳をもって死にゆく過程を見守るケアが行われることを検証するために、認知症の人の生活の場であるグループホームを選択した。グループホームだから良い看取りが行えるというわけではない。劣悪なケアを行っているグループホームなども問題となっているが⁹⁵、小規模介護施設であり治療の場でなく生活の場であるグループホームの実践から、ソーシャルワーカーとしてどういう役割が担えるかを導き出していきたい。

グループホーム（認知症対応型共同生活介護）とは、入所定員 5～9 人の少人数で介護スタッフとともに共同生活する形態の施設である。比較的安定した症状にある認知症の人が入所している。介護保険法第 7 条第 15 項では、「要介護者であって、認知症の状態であるものについて、その共同生活を営むべき住居において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うこと」としている。1990 年代前半より、福岡県の「宅老所よりあい」をはじめとし、全国でグループホームの先駆けとなる取り組みが始まった。そして、1997 年に「痴呆対応型老人共同生活介護援助事業」が創設され、2000 年の介護保険制度施行時には「痴呆対応型共同生活介護」として、介護サービスの一つに組み込まれた。

グループホーム設立制度の変遷

| | |
|--------|--------------------------------------------------------------|
| 1997 年 | 「痴呆対応型老人共同生活介護援助事業」制度創設（運営費補助） |
| 1998 年 | 「痴呆性老人グループホーム施設整備費補助事業」 |
| 2000 年 | 介護保険制度施行 「痴呆対応型共同生活介護」開始 *ゴールドプラン 21 2004 年までの設置 3,200 か所 |
| 2006 年 | 「認知症対応型共同生活介護」へ名称変更 地域密着型サービスに位置づけられる |

介護保険制度施行直前 266 か所だったグループホームの数はその後伸び続け、2011 年の調査では 10,617 か所に上っている⁹⁶。グループホームの特徴は、家庭的な雰囲気のもとで、介護スタッフと一緒に家事や趣味を楽しみながら、通常の住宅と同じような空間をもつ施設で暮らすことにある。グループホームケアの目指すケアとして挙げれば、以下のものが掲げられ各々のグループホームなりにそのケアが実践されている⁹⁷。

①慣れ親しんだ生活様式が守られる暮らしとケア

- ②認知障害や行動障害を補い、自然な形でてる力を発揮できる暮らしとケア
- ③小人数の中で一人ひとりが個人として理解され受け入れられる暮らしとケア
- ④自信と感情が生まれる暮らしとケア
- ⑤豊かな人間関係を保ち支えあう暮らしとケア

グループホームは小規模、家庭的なケア環境、個別ケア、なじみの関係、その人らしさ、個別性の尊重、といった言葉と共に、認知症ケアの切り札としてクローズアップされ続けている。制度開始時は、増え続ける認知症の人々に対し、家庭的な雰囲気のもとで、一人ひとりの生活を尊重した安心した暮らしを提供することが目的とされていた。しかし、その目的にも変化が求められている。入所者の ADL や認知症状の重度化が進み、「生活を支える」から、住み慣れたグループホームで「生活から看取りまで」という視点に立つケアが求められるようになってきている。厚生労働省の調査によると介護保険サービス開始直後では、要介護 1、要介護 2 の入所者が全体の 7 割近く、要介護 4、要介護 5 の人は 1 割弱であったが、2007 年の実績では要介護 1、要介護 2 の人が 5 割弱、要介護 4、要介護 5 が 2 割近くを占めている。要介護度 4、要介護 5 の人はこの 7 年の間に 10.9%から 21.3%と倍以上の伸びを示し、グループホーム入所者の重度化が進んでいることが分かる。

2007 年に全国認知症グループホーム協会が報告した全国調査「認知症グループホームにおける看取りに関する研究事業⁹⁸」では、グループホームにおける看取りの現実がまとめられている。入所者家族の意識に関する調査においては、ADL が重度化した場合に希望する介護の場所は、「現在のグループホーム」が 68.1%と最も高く、特に入居 3 年以上たった家族に関しては 73%という結果が出ており、入居期間が長ければ長いほどその希望は高いことが分る（表 4-1）。終末期を想定した場合の介護場所に関する質問の回答では、「暮らし慣れたグループホームで介護したい」が全体の 63.9%と最も高く、「医療設備の整った病院などで介護したい」の 25.5%を大幅に上回っている。重度化した場合の介護を希望する場所の結果と同様に、入居 3 年以上たった家族の意向は、グループホームを選択する家族が 73%と高い結果が出た。（表 4-2）利用者家族の意向として、特別養護老人ホームといった他の介護施設や医療設備の整った病院よりも、現在のグループホームでの終末期に向けたニーズが高まっていることが確認できる。

表4-1 重度化した場合の介護の場所 (%)

| | 調査数 (N) | 合計 | 自宅 | 現在のグループホーム | 特養や療養施設など他の介護施設 | 病院 | その他 | 無回答 |
|--------|---------|-----|-----|------------|-----------------|------|-----|-----|
| 全体 | 935 | 100 | 0.9 | 68.1 | 19.7 | 8.7 | 1.5 | 1.2 |
| 1年未満 | 207 | 100 | 0.5 | 64.7 | 23.7 | 7.2 | 1.9 | 1.9 |
| 1-2年未満 | 245 | 100 | 0.4 | 66.5 | 20.4 | 9.8 | 2 | 0.8 |
| 2-3年未満 | 191 | 100 | 1 | 68.6 | 18.8 | 10.5 | 0.5 | 0.5 |
| 3年以上 | 248 | 100 | 0.8 | 73 | 17.7 | 6.5 | 1.2 | 0.8 |
| 無回答 | 44 | 100 | 4.5 | 63.6 | 11.4 | 13.6 | 2.3 | 4.5 |

(資料) : 2005 年グループホーム実態調査結果 (全国認知症グループホーム協会)

表4-2 終末期を想定した場合の介護の場所 (%)

| | 調査数 (N) | 合計 | 自宅で介護したい | グループホームで介護したい | 病院などで介護したい | 考えていない | その他 | 無回答 |
|--------|---------|-------|----------|---------------|------------|--------|-----|-----|
| 全体 | 935 | 100.0 | 3.4 | 63.9 | 25.5 | 3.4 | 2.7 | 1.2 |
| 1年未満 | 207 | 100.0 | 2.9 | 59.4 | 26.6 | 4.3 | 4.8 | 1.9 |
| 1-2年未満 | 245 | 100.0 | 4.5 | 60.8 | 26.9 | 4.9 | 2.9 | 0 |
| 2-3年未満 | 191 | 100.0 | 3.1 | 64.9 | 26.2 | 2.1 | 2.1 | 1.6 |
| 3年以上 | 248 | 100.0 | 1.2 | 73 | 21.8 | 2.4 | 1.2 | 0.4 |
| 無回答 | 44 | 100.0 | 13.6 | 45.5 | 29.5 | 2.3 | 2.3 | 6.8 |

(資料) : 表4-1に同じ

グループホームの本来の役割は、馴染みの生活環境において、入居者の人の残存能力を活かしながら、当事者本位の穏やかな生活を支援していくことにある。それは、終末期においてこそ、当事者・家族の希望に基づき、穏やかな最期を迎えることが望ましい支援のあり方であるといえる。だが、グループホームでは看護師の配置率が低く、他施設に比べれば医療的ケア体制は脆弱であるため、看取りの実践には多くの問題を抱える。2007年の報告書⁹⁹によると、最近1年間でグループホームの中で入所者の看取りを行った経験のある事業所は、全体の2割程度と低い結果となっている。調査対象事業所759事業所のうち、最近1年間にグループホームを退居した入所者の数は2,521人。退居先は、「医療機関」が41.7%、次いで、「介護保険施設」への移動が23.8%、「自宅」が8.9%、「介護保険施設以外の介護施設」が5.9%となっている。また、「死亡による退居」は17.8%となっている。表4-2から読み取れるように、グループホームで最期を迎えてもらいたいという、グループホーム入所者家族の思いにそぐわない結果となっている。全国認知症グループホーム協会はその後、継続研究として2009年に「認知症グループホームにおける重度化対応と医療連携に関する調査研究報告書¹⁰⁰」をまとめている。その中で特筆すべき点は以下のことである。

これまでにターミナルケアの実践経験を持つ事業所は 37%程度にとどまり、2 割強の事業所が「ADL のレベルが高い利用者を中心にサービスを提供していくべき」、との考えを持っていた。また、1 割程度の事業所からは、「重度化した利用者はなるべく退居してもらうようにしている」との回答が寄せられているということだ。しかし、同時に、「状況・希望に応じた多様な対応ができるようにしていくべき」が 57.6%で、圧倒的に重度化・ターミナル対応に前向きな事業者の方が多くなっているのである。グループホームスタッフのターミナルケアに関する意識においても、「終末期ケアにやりがいを感じる」「本人や家族の希望があればここで終末期ケアを提供したい」と答えたスタッフが 6 割以上見られ、介護老人保健施設に比較して有意性が高かったとの結果も出ている¹⁰¹。だが思いとは別に、終末期ケアへの自信を問う質問に対しては、低い結果が出ており、看取りに対する意識の高さに反して実践については自信がないとする回答が多く見られている¹⁰²。また、スタッフの思いがあっても、「医療的安心度の少ないグループホームより病院のほうが安心」「一日でも長く生きてほしい」といった家族の思いによってグループホームでの看取りが行われないケースもある。2013 年に実施されたグループホーム利用者の重度化の実態に関する調査研究¹⁰³では、グループホーム内での医療的な対応に限界がある場合、多くの人は医療施設へ転居しており、グループホーム内で看取られた人は、全体の 1 割に過ぎないのである。その数値は 2007 年に実施された調査結果よりも低い数値となっており、終の棲家としての存在価値が問われかねないのである。入所者の人との関わりの中で、積極的に最期まで生活を支えていきたいという思いを持っている事業所は多い。おそらく、家庭的な空間の中で尊厳あるケアを目指すグループホームにあってはなおさら、入所者とスタッフとの家族のような深いつながり、入所者に対する情愛が生まれるがゆえに、目の前の入所者を最期まで支えていきたい、看取りたいと思うのだろう。また、認知症の人自身も、それまでの生活で築き上げた他の入所者やスタッフとの人間関係を大切に、なじみのある土地、居心地の良い家、慣れ親しんだ空間でいつまでも過ごしたいと願っているのではないだろうか。グループホームといった生活の場での看取りの良さは、今まで培ってきた関係性を継続しながら、入所者一人ひとりにそったケアが出来ることにある。関係が密接であるほど、当事者の生活スタイル、意向、考え方、食事の嗜好などを把握できやすい環境にあり、グループホームならではの看取りが、可能となる。しかしながら、グループホームで看取りをしたいと希望する事業所は増えているにもかかわらず、2013 年に看取った割合は 2007 年と比べ減少している。次項では、グループホームでの看取り事例を参考にしながら、グループホームで求められる看取りの支援について細かく分析し、検証する。

(2) グループホームでの看取り事例

検討の対象とされる三つの事例は、いずれも筆者の関わるグループホーム内のものであり、以下のような「研究倫理」が準備されている。

研究倫理の配慮

事例検討、インタビュー及びアンケート調査などの意見聴取にあたっては、以下のような倫理的配慮にそってすすめた。

(1) 事例検討、インタビュー及びアンケート調査は、私の勤務する F 施設¹⁰⁴の入所者、スタッフ、家族の協力を得て行われたが、その F 施設の管理者に本調査研究への同意を求めた。(2011 年 4 月 1 日)

(2) 第 4 章 2 項の看取り事例については、事例対象者が既に死去しており、対象者から承諾をえることは困難であったため、キーパーソンである家族に、研究の趣旨、匿名性、倫理的配慮などを説明し事例使用の同意を得た。

(3) 第 5 章 2 項のアンケート実施対象の入所者、家族、スタッフに対し、混乱を避けるため、書面でなく口頭にて研究目的、協力内容を説明し了承を得た。

(4) 第 5 章 3 項のアンケート実施対象のスタッフに対し口頭と文書にて研究の趣旨、自由意思による参加、匿名性、倫理的配慮などを説明し研究参加の同意を得た。

(5) インタビューを実施したスタッフ 1 名・家族 1 名に対し、口頭と文書にて研究の趣旨、自由意思による参加、匿名性、倫理的配慮などを説明し研究参加の同意を得た。

(6) インタビュー方法については、事前に IC レコーダー使用の許可を取り、自由にリラックスして話ができるようご自宅へ訪問するなどしてインタビュー場所の配慮を行った。インタビュー結果を対象者に送付し、論文中の記述は対象者の語りに一致するかの確認をとり了承を得た。

(7) 本研究の調査で得られたデータはすべて匿名扱いとし、本研究以外には使用しないことを説明、本論文活用に関する合意を得た後、希望者には研究結果を配布することを伝えた。

① グループホーム入居 7 年目の Y さんの場合

(X 年 4 月 86 歳で死去 女性 要介護 4)

主疾患：認知症、大腿骨骨折、脳血管性認知症、便秘症、胃炎

性格は生真面目で常にご主人をたて家を守られてこられた Y さんは、60 代後半、娘の病気に心労がつのり認知症症状が出現する。X-7 年グループホーム入所。穏やかな生活を送っていたが 6 年後の X-1 年徐々に ADL の低下・嚥下困難となり、低栄養状態、褥創が発生する。その後、誤嚥性肺炎を併発。X 年少しずつ活気が見られなくなり、臥床時間も長くなり 3 月には、夜間の排痰困難がみられ、食欲も減退。このため、かかりつけ医の判断で 24 時間持続点滴療法・在宅酸素療法を導入①することになる。夜間は、家族が交代で 2 か月間付き添う②こととなった。家族は延命治療を望まれず「7 年間過ごしたグループホームは母にとって我が家同然であり、最期までホームで過ごさせて欲しい」と強く希望される。かかりつけ医からは「Y さんは認知症のため社会的入院は難しい状況」とグループホームでの看取りを提案される。スタッフ一人ひとりが「最期まで Y さんに心から寄り添いたい、

家族の思いに沿いたい」という思いで一つになり Y さんの「看取り」に取り組むこととなった。夜勤者の精神的負担軽減のために、急変時の連絡体制を整える③と同時に、看取りに向けての会議④を重ねた。最寄りのかかりつけ医は夜間不在となるため、緊急時の対応のために携帯電話での連絡の了承⑤を得る。4月に入ると徐々に排痰が困難となり、呼吸困難、全身の浮腫も著しくみられるようになり、3週間後には、血圧が測定不能、かかりつけ医に連絡するとすぐに呼吸が停止し家族全員に見守られる中、永眠。家族・スタッフで Y さんに感謝の言葉を語りかけながら死後の処置を行い、自宅へ搬送した。

支援経過

| 年 | Yさんの状況 | ケア | 家族 |
|-------------|-----------------------------------|----------------|---------|
| 60代後半 | 認知症の症状が出現 | | 共に生活 |
| X-7年(79歳) | グループホーム入居 歩行可能 | | 度々の面会 |
| | 手伝いを好み穏やかに過ごす | | |
| X-1年7月(85歳) | ADL低下 嚥下困難が見られ始める | ミキサー食、吸引機購入 | |
| X-1年11月 | 低栄養状態により褥瘡発生 | 点滴療法、エアマット導入 | |
| X-1年12月 | 誤嚥性肺炎 | かかりつけ医の往診 | |
| X年2月(86歳) | 家族と共に誕生日を祝う | | |
| | 活気も低下し臥床時間の増加 | パルスオキシメーター購入 | |
| X年3月 | 食欲減退・排痰困難 | 24時間持続点滴療法 | 泊まり込み開始 |
| | | 在宅酸素療法 | |
| X年3月中旬 | 看取りに向けての話し合い(家族・スタッフ・かかりつけ医の意思確認) | | |
| X年4月上旬 | 呼吸困難・全身浮腫著明 | 人員配置の工夫 | |
| X年4月下旬 | 努力呼吸・血圧測定不能・永眠 | かかりつけ医の往診・死亡診断 | 最期を見届ける |

② グループホームから自宅で最期を迎えた T さんの場合

(X年6月 95歳で死去 男性 要介護1)

主疾患：肺炎気、管支喘息、高血圧症

家族のことを常に気にかける優しい性格で「自分のことは自分でしたい」という強い意志を持たれていた。X-1年8月より、肺炎を繰り返し療養目的のため、同年12月にグループホームへ入居。X年4月上旬、家族と共に誕生日のお祝いをし、Tさんもとても喜ばれる。4月下旬頃より、徐々に食欲の低下・微熱症状がみられ排痰も困難になり臥床時間が長くなる。5月には、痰が肺に貯留したことで呼吸抑制が生じ、意識消失しグループホーム近隣の病院に入院。入院中は、活気・食欲が減退し夕方になると荷物をまとめ病院から出ようとする見当識障害も出現する。かかりつけ医からは「高齢であり、いつ何があってもおかしくない状況」と終末期の診断がおりる。5月中旬、退院しグループホームに戻る。この

時期に看取りに向けての話し合いが行われ、当事者より「入院・点滴治療は受けたくない」⑥という意味が伝えられる。家族も延命治療は望まれず「出来るだけ自然の流れで看取りたい」とグループホームで過ごす穏やかな時間を希望。かかりつけ医は家族の意向を踏まえ、「疾患による治療目的の点滴は行うが延命の為の栄養・水分補給の点滴は行わない。呼吸が苦しいと訴えがあった時には、酸素吸入を行う。経口摂取が難しくなった場合は、無理な提供はしない。」と提案し、Tさん、家族、スタッフに説明した。容体が急変した際の連絡の手順を確認しあう。介護保険の看取り加算の説明⑦も行い家族に了承を得る。訪問看護の利用も開始⑧し、週2～3回訪問し、全身状態の観察等を行いながら、グループホームの看護師との連携を図る。スタッフは支援されることへのストレスが最小限となるよう心からの言葉かけや触れ合い⑨を大切に、そして心地よい空間づくり⑩に努める。6月中旬、かかりつけ医の往診にて「今日が峠でしょう」と家族へ伝えられる。スタッフより、自宅もグループホームから近隣であり、遠方に住んでいる家族も揃っていたため「Tさんと一緒に自宅に帰り、我が家で看取られてはどうか」と提案⑪、かかりつけ医に相談し了承をえた後、スタッフ総出でTさんを自宅まで搬送。自宅に到着し、畳の上に敷かれた布団に横になられるとスーッと表情・呼吸ともに穏やかになり、家の中の生活音・水路を流れる水の音・昔懐かしい汽車の音に全身で耳を傾けながら、翌日家族に見守られる中、永眠される。

支援経過

| 年 | Tさんの状況 | ケア | 家族 |
|-------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------|
| X-1年8月(94歳) | 肺炎を頻発 | | 在宅介護 |
| X-1年12月 | 療養目的のためグループホーム入所 | | |
| X年3月 | 微熱・痰がらみの咳が続く | 内服調整、点滴療法 | |
| X年4月(95歳) | 誕生日のお祝いをとても喜ぶ | 加湿機付き空気清浄機 購入 | 家族参加 |
| X年4月下旬 | 食欲減退、微熱、排痰困難、 臥床時間が長くなる | | |
| X年5月上旬 | 呼吸抑制による一過性の意識消失 | | 救急搬送、入院 |
| | 入院中、活気低下、見当識障害の出現 | かかりつけ医が終末期の判断 | 再入居を依頼 |
| X年5月中旬 | グループホームへ戻る | | |
| | 看取りに向けての話し合い(当事者・家族・スタッフ・かかりつけ医の意思確認) | | |
| | 臥床時間が長くなる | 訪問看護利用開始 | 毎日面会する |
| X年6月上旬 | 努力呼吸・声かけに無反応 | | |
| X年6月中旬 | | 往診「今日が峠」 スタッフ:自宅での看取りを提案 | 看取り受け入れ |

| | | | |
|--|------------|------------|---------|
| | 自宅へ戻り、翌日永眠 | | 自宅での看取り |
| | | * 看取り加算を利用 | |

③ 緊急ショートステイ利用中に最期を迎えたKさんの場合

(X年8月86歳で死去 女性 要介護4)

通所介護、訪問介護、介護保険適用外の自費のショートステイ利用

主疾患：高血圧症、骨粗しょう症、慢性心不全、肝炎、アルコール依存症、腰痛症

元薬剤師のKさんは自立心が強く気丈な人であり、自分の納得したサービス以外はうけない。X年5月下旬総合病院退院後、施設入所先決定まで期間、F施設が自主事業として行っている自費ショートステイを利用することとなる。日中は通所介護を利用していたが、倦怠感強くほぼベッドで過ごされる。かかりつけ医の週2回の往診を継続。X年6月「私は人格を無視されている、家に帰りたい。」^⑫と訴えられ、通所介護スタッフが自宅への送迎を行い、週2回3時間を自宅で過ごすという訪問介護の利用を開始する。ショートステイ利用中は食事摂取5割も満たない日々が続いていたが、自宅に戻れるとうなぎ弁当を食べ、好きな酒肴でビールやお酒を嗜まれた。薬への依存が高く、常備薬の鎮痛剤を日に10錠以上服用することもあった。Kさんは持っている常備薬をスタッフには管理させず、その危険性等をかかりつけ医と相談しあうが断固として自己管理を強く希望する。そこで、家族、かかりつけ医と相談、Kさんの自己責任において服薬をし、服用量はスタッフへ伝えるということを文書において約束する^⑬。X年7月上旬 レベル低下、服薬依存、食欲減退、在宅酸素療法導入、無呼吸症状が出現、かかりつけ医は終末期の診断を行う。Kさんの意向として「病院ではなく、ここで（通所介護の空間）死にたい。ここがいい。」^⑭家族は「本人に従います」と話される。通所介護とショートステイは同じ空間にあり、グループホーム入所の場合と違って、自室に入ると誰からも干渉されることのないプライベート空間が確保しづらい。ショートステイの空間での看取りでいいのか、Kさんにとってよい看取りの環境^⑮ではないのではないか、同空間で通所介護を利用されている他利用者の人々はどうか、など、スタッフの戸惑いは大きく^⑯、何度となくスタッフ会議を開く。その後、ここで最期を迎えたいというKさんの望みに向き合うという方向性で統一し、Kさんの看取りを行うこととなる。主かかりつけ医とは昼夜問わずいつでも連絡可能な体制をとる。X年7月中旬、「私の手を握ってずっと傍にいて。夜中も近くにいてほしい。」と話される。家族とスタッフの夜間交代でKさんの付添開始^⑰。その頃よりSPO2低下、嚥下困難、精神錯乱状態、介護拒否、無呼吸・呼吸困難が始まる。そして、X年7月下旬自宅への訪問が最後の日となり、その10日後、スタッフ呼びかけに対し、「はい」と強く手を握ったのを最後に、ショートステイの空間で深夜永眠される。深夜、かかりつけ医の死亡宣告の後、死後の処置を行い、家族と共に自宅へ戻られる

支援経過

| 年 | Kさんの状況 | ケア | 家族 |
|----------|----------------------------------|--------------------------|--------|
| X年 4 月 | 郡内の病院を転々とする | | 対応に苦慮 |
| X年 5 月下旬 | 施設入所先決定までの緊急ショートステイの利用開始 | かかりつけ医往診(週2回) | |
| X年 6 月 | 食欲減退「家に帰りたい」との訴え | 自宅での訪問介護サービス利用開始(週2回3時間) | 食事の提供 |
| | 自宅ではお酒を飲みながら食欲旺盛 | | |
| X年 6 月中旬 | 「私は薬剤師！」と常備薬を過剰に内服 | かかりつけ医と相談(文書を交わす) | |
| X年 7 月 | 徐々にレベルが低下 | | |
| X年 7 月上旬 | 食欲減退、無呼吸症状 | 在宅酸素療法導入 | |
| | 「病院でなくここで死にたい」との訴え | スタッフ会議を重ねる | |
| | 看取りに向けての話し合い(当事者・家族・スタッフ・かかりつけ医) | | |
| | | かかりつけ医との連携確認 | |
| X年 7 月中旬 | 「私の手握ってずっと傍にいて」との訴え | 1対1の付き添い体制づくり | 夜間付き添い |
| | 精神錯乱状態、介護拒否、無呼吸・呼吸困難 | | |
| X年 7 月末 | 「家にはもう行けない」 | 訪問介護を終了 | |
| X年 8 月中旬 | 永眠 | | |

(3) グループホームでの看取りに求められる支援 —ソーシャルワークとの関連—

看取りを行うには、関係者全員の看取りを行うという揺るぎない合意のもと、入所者自身の状況、家族の協力、かかりつけ医・医療との連携、諸サービスの活用、マンパワーの確保、など解決すべき問題をクリアする必要がある。本章では、グループホームで看取りを行うために予測される必要条件を第1節で述べた。その必要条件の一つひとつについて、F施設の事例を用いながら、以下、QODを構成する枠組み(図4-1)と関連させながら考察していきたい。

a 終末期ケア

グループホームの環境では医療との連携がなければ看取りは行えない。そのためには、まず、かかりつけ医と共に、認知症の人が望んでいるであろう死の迎え方について検討することから始まる。認知症の人の場合、その意思を表現することが徐々に困難となっていくため、看取りを迎える場所として、病院がいいのか、施設がいいのか、在宅がいいのか、その選択時に、かかりつけ医の診断は大きな影響力をもつ。医療面から見た当事者の症状、健康状況、認知症の進行具合、そして今後予測される状況を、家族、スタッフで共有し、当事者は何を望んでいるか、どのような看取りを行っていくかを想定する。その際、スタッフは、グループホームで出来る事、出来ない事、どのように最期まで関わる事ができ

るか、スタッフの介護力の把握、グループホームで対応できる医療行為の範囲を見極め、それを医療側に適切に伝えることが求められる。初期の段階で医療との連携を図る過程が重要であり、それは、その後の看取りの経過を滞りなく進めるかどうかにもかかってくる。例えば、急変時の連絡体制を整える③や携帯電話での連絡の了承⑤といったように、些細なことでも、スタッフが気兼ねなく相談できる関係性を築きあげることで、スタッフの精神的なプレッシャーを取り除く効果もある。かかりつけ医との信頼関係、連絡体制を構築させ、死亡時期を含めた的確な助言・指示をいつでも仰ぐことができる環境づくりが必須である。

b 患者の状態

看取りを開始するにあたって、それぞれの立場での意思確認が必要である。まず、当事者の意思である。本章第 1 節で述べたように、言語的コミュニケーションが難しくとも、その人なりの仕草や表情で、意思が表現される。それまでの当事者とスタッフの関係性を活かし、その意思を確認することは可能である。ただし、出来ることならば、言語的コミュニケーションが可能である段階で（入所時など）当事者の理解できる言葉でその意思を確認することは必要である。例えば、「最後までここで過ごしたいですか？」や「痛くなった時は病院に行きたいですか？」などである。2 つ目の質問に関しては印象に残っている事例がある。グループホームに入居され 10 年目、ADL も低下し、起位動作困難、食事もベッド上で食べ、家族やスタッフ、医師の間では、もうそろそろという会話もあがっている時での会話である。その人は元気な時は簡単な意思疎通が可能である。その日は嚙下もスムーズで表情もよい。会話の中で「〇〇さん、ここで寝てばかりだけどきつくくないですか？」「いや、きつくない。」「じゃあ、皆のいるところに行きますか？」「いや、行きたくない。」とはっきり答えられた。そして、「〇〇さん、天国に行くことって怖いですか？」「怖くない。」「死ぬのは怖くないですか？」「・・・(無言)。」「じゃあ、もしここで過ごしている時に急に痛くなった時はどうしたいですか？ここで過ごしたいですか？」「病院に行く。」本人ははっきりと痛みがあるときは病院に行きたいと告げられた。その意思を筆者は他スタッフ、医師、家族に伝えなければならぬと感じた。グループホームスタッフは長年の付き合いから、入所者のことを家族のように思い、そしてグループホームで看取りたいという思いがある。しかし、それはスタッフの意思であり、当事者の意思は何かという問いは持ち続けなければならない。当事者の意思を尊重するという一番大切なことがおざなりにされないよう、思い込みを避けて、意を決して問うていく事を忘れてはならない。どういう状態であったとしても、当事者にその意思を尋ねること、事例からも分かるように、「入院・点滴治療は受けたくない」⑥、「私は人格を無視されている、家に帰りたい。」⑫、「病院ではなく、ここで(デイサービスの空間)死にたい。ここがいい。」⑭という言葉が聞かれたことで、その人の思いに添う、最期まで支えよう、看取りをやろうという家族、スタッフの動機付けになったことは否めない。死に対して、入所者に問うということは酷で

はないかという意見もある。だが、私の経験上、死を恐れている人はいるかもしれないが、近い将来に迫る「死」を受け入れている高齢者は少なくない。それは認知症であっても同じことである。できる限り、意思確認が可能な時に当事者の意思を引き出すことが必要と思われる。

次に家族関係、家族の意思確認がある。看取りをおこなうにあたって、家族の抱える疑問を適宜尋ね、その都度解消する必要がある。キーパーソンだけでなく、遠方の家族を含め、その意思を家族とともに話し合う必要がある。どのような看取りをしたいのか、最期はどこで迎えさせてあげたいのか、家族の意思をまとめることがとても重要である。その意思確認の基で、連絡方法を整え、また、家族とスタッフが共に看取りを行っていくよう支援すること、それがソーシャルワーカーの役割となる。すでに述べたようにグループホームでの三つの看取り事例においても家族の意向を汲んだ支え方を行っている。家族が交代で2か月間付き添う②、家族とスタッフの夜間交代でKさんの付添開始⑩といったように、家族にとって納得できる最期の送り方をサポートすることも忘れてはならない。在宅介護ができずにグループホームに入所させてしまい、家族（父を、母を）を支えることができなかつたと後悔している家族も少なくない。看取り期に、その時できる最善を尽くせるよう支援していくことで、看取った後の家族の精神的落ち込みを軽くすることが可能となる。そして、「Tさんと一緒に自宅に帰り、我が家で看取られてはどうか」と提案⑪した事例では、「自宅」で家族と過ごす時間を提案したことが特徴的である。長年住んだ、慣れ親しんだ我が家で最期の時を過ごす、家族やスタッフが、認知症の人に対する深い情愛がなければ、決断することは困難であるように思える。家族相互の関係が良好で、十分にコミュニケーションがとれていたという背景も、この良好な結果に至った理由であろう。

c 環境条件

QODを構成する要素の環境条件には、社会制度と物的環境がある。グループホームでの看取りを行う際の社会制度としては、患者の症状やニーズに適切に対応できる医療サービスや福祉サービスが提供され得ているかということが問われる。グループホームで症状の重度化した入所者の生活の継続や看取りを行っていくには、医療・看護との連携が不可欠である。当事者の意思を引き出す視点に加え、症状や痛みのコントロールを実践できているかどうかも重要である。出来るだけ、痛みを伴った最期とならないよう医療の立場からその症状の把握をしていかねばならない。そのため厚生労働省は2006年度の介護報酬改定で、看護師の配置や訪問看護との連携を評価する「医療連携体制加算」（1日につき利用者1人39単位）を導入した。加算の適用条件としては、以下のすべてを満たすことが必要となる。

- ① 職員として常勤の看護師を1名以上配置すること（准看護師は不可）。または、病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上配置すること。
- ② 看護師による24時間連絡体制を確保していること

③ 「重度化した場合における対応に関わる指針」を整備し、入居の際に入居者または家族に指針の内容を説明し、同意をえること。¹⁰⁵

そしてさらに、2009年には看取り加算も導入された。日本認知症グループホーム協会の報告書ではグループホームケアの特性を活かしながら、グループホームを医療の場にしないことが重要であり、在宅診療と同様に、グループホームに「医療を届けてもらう」という姿勢が望まれる、としている¹⁰⁶。その意味においても、ソーシャルワーカーの職務にとって、他職種・家族との連携調整は必須である。具体的には以下のようなことである。計画作成担当者であれば、看取りカンファレンスや看取りケアプランの説明、同意、家族の意思の周知を他機関へ行わなければならない。事例と照らし合わせて考えてみる。看取り加算の説明⑦においては、ソーシャルワーカーは、家族の加算制度の理解を図り、そして、当事者の意思に沿った看取りケアプランであるか確認しながら関係者の意見をまとめ、その方向性を定める。看取りケアプランの内容に関しては、訪問看護ステーション等の活用も含まれる場合も多い。訪問看護の利用の開始⑧で、かかりつけ医とのより深い連携を図ることが可能である。グループホームには限られた看護師しか配置されておらず、(看護師の配置基準はないため、看護師が配置されていないグループホームも多い) その中で、医療的判断を任せられる負担は大きい。そこで、外部の訪問看護ステーションと共に、医療面のサポートを行う事で、より確実に医療を提供する機会が可能となる。24時間持続点滴療法・在宅酸素療法を導入①といったようにグループホーム内で行う医療行為においても、かかりつけ医を中心とした全面的なバックアップがなければその実践は難しいだろう。

ではスタッフとして具体的にどのようなサポートができるか。基本的な生活を支える支援は勿論であるが、当事者は死を間近に控えている。死を迎える直前はどのような過程をたどるのか、全身症状の変化、排泄量・排泄物の変化、呼吸方法の変化といった事を知っておかねばならない。特に夜勤者にとって、他の8人の入所者の安眠を確保しつつ、死を間近に控えた人の変化に集中をしなければならぬ。日勤帯は3人のスタッフがいるが、夜勤帯は1人のスタッフで対応・判断しなければならぬため、看取りに向けての会議④を通じて、幾度も、死にゆく過程を整理し学ぶ。Kさんの事例では、職員の戸惑いは大きく⑩なかなか最初の足並みがそろわなかったことが記述されている。その経験によれば、不安感を共有しどのようにしたら解消できるかを一緒に考える会議を繰り返すことで、スタッフ間の意識を高め、統一したケアを目指すことが可能となる。

物的環境に関する事柄を列記してみたい。最期を過ごす空間が当事者の望み通りのものであるのか、快適な環境であるのか、家族と過ごせる場所の有無、建物を取り巻く環境の良否も含まれる¹⁰⁷。部屋の清潔さ、日照、風の通り具合、室温の調整、花を飾る、視線の高さに合わせて写真を飾る、お香やアロマオイルを用いる、好みの音楽をかける、というような心地よい空間づくり⑩、看取りの環境⑮を作り上げるのである。心穏やかに過ごせる個室環境は重要であり、また、最期の時間を家族とともに同じ部屋で過ごすことのように、家具の整理等行う事も環境を整えていく上では大切なことである。そして一番

大切な環境は、訪室のたびにおこなう、スタッフの心からの言葉かけや触れ合い⑨といった人的環境ではないだろうか。当たり前すぎることであるが、死を間近に控えた段階で、苦痛を感じていないか、身体の体勢に無理はないか、身体の緊張はないか、寂しさを感じていないか、今どのようなことを感じているのか思い図り、そして、心地よい時を過ごしてもらおうよう安心できる言葉かけ、触れ合いが心安らかにすごすためには必要なことである。一つ一つの言葉かけや触れ合いが、認知症の人がひとりの人格を持った人として尊重されていること、そして尊重された死を準備していくのである。

グループホームで看取りを行うために考えられる必要条件に関して、以上、事例を用いながら示してきた。当事者に寄り添いながら、医療との連携を図り、家族との協働、他の入所者やスタッフ同士の関係性などを活かし、最期まで尊厳を支えるケアとして、グループホームならではの看取りの実践が求められている。

第5章 デス・エデュケーションとしてのソーシャルワーク

1. 看取りにおけるソーシャルワーカーとしての関わり

医療設備の整っていない環境下での看取りは、様々な倫理的課題や解決すべき諸問題をクリアして初めて実施することができる。そうした環境のもとにおいて、各機関との連携調整の職務を負うソーシャルワーカーに期待される役割は重大なのである。

看取りに向き合う上で、当事者・家族・スタッフの心の準備は重要である¹⁰⁸。近年身近な人を看取るに直面する機会がへり、看取りに対し怖さを抱く者も少なくない。看取りの経験に乏しい家族・スタッフへの看取りに向けての教育、つまり、デス・エデュケーション（死の準備教育）は、メンタルヘルスの観点からも必要である。また、グループホームというような、病院ではなく生活の場での看取りでは、医療的観点のみならず社会的制度等を踏まえた幅広い視点を学ぶことが必要である。生活の場での看取りの場合、医療保険制度の活用にとどまらず、介護保険制度、各種福祉サービスの活用、グループホームの場合は看取り加算の活用、当事者が認知症である場合の成年後見制度の活用といったように、社会的制度の活用が求められる。また、看取り過程においてかかりつけ医との連携にとどまらず、看護師、ケアマネージャー、家族、スタッフとのチームアプローチも必要とされる。そのため、チームアプローチの中心を担うソーシャルワーカーとしてのデス・エデュケーション（死の準備教育）の実践は、当事者・家族・スタッフにとって重要なことなのである。

そこで以下に、F施設内で行った、入所者・家族・スタッフに対するデス・エデュケーションワークショップを構築していく過程、およびその内容、アンケート結果から出された意見についてまとめてみたい。デス・エデュケーションワークショップの取り組みの中で、当事者が自己決定の出来ない状態になる場合をも想定している。その際、「事前指示書¹⁰⁹」を活用したが、それは、受ける治療についての要望と自分の最期についての希望を記載したものである。同意を得られた入所者・家族に対し、事前指示書への記入を依頼し、指示書に沿う看取りを重要な一つの指針とした。第3節では、認知症のあるMさんの事前指示書を用いた看取りの実践が、家族・スタッフの考えにどのような影響をもたらしたかについて明らかにする。

2. デス・エデュケーションワークショップの構築過程とその結果

施設概要

F施設は、G県H郡にある人口12000人弱の観光と農業が主体の自然豊かなI村に立地する。介護保険開始の2000年にH郡ではじめてのグループホームとして設立される。それは介護保険では認知症対応型共同生活介護と呼ばれ、9名×2ユニットの小規模なケアが特徴的である。また、小規模通所介護、住宅型有料老人ホーム18戸、サービス付き高齢者住宅10戸、訪問介護事業所が併設されている（2013年12月時点）。すべての施設が徒歩圏内にあり、家庭的な雰囲気の下、入所者の思いに沿ったケアの提供が目指されている。

デス・エデュケーションワークショップの目的

認知症ケアにおいては、理念にそうケアの実践や症状の理解などに加えて、看取りへの支援の視点も重要である。グループホーム開設後、多くの入所者とのかかわりの中で6名の看取りが行われている（2011年12月時点）。2011年12月時点でのグループホームの平均要介護度は4であり、まさにすぐそこに死が訪れる。2009年にF施設内での看取りに対するアンケートにおいて、「本人に寄り添いたいと思った」「訪問看護やかかりつけ医との連携の大切さを感じた」「満足感を得られた」との回答がある一方、「死に対する漠然とした不安がある」「一人の夜勤が不安」「死が怖い」「これでいいのかと思った」との意見も出された。2007年に開設したサービス付き高齢者住宅の入居者の人々からは、最期のあり方に対して希望があるのだけど、そういった話し合いの場を持ってほしい、勉強会を開いてほしいとの要望も出されていた。

グループホームという小規模な施設においては、スタッフだけの看取りは不可能であり、家族や医療機関との協働が必要である。そこで「デス・エデュケーションワークショップ」をテーマとし、第1回ワークショップ「最期まで自分らしく生ききろう」、第2回ワークショップ「認知症の人の思いについて学ぼう」、第3回ワークショップ「認知症の人の看取りについて考えよう」を開催した。参加者自身の死生観を考えるきっかけを作り、認知症の人の看取りへの理解を深めることを目的とし、2011年12月より3ヶ月連続で入所者・家族・スタッフ合同のワークショップを開催した。

第1回ワークショップ「最期まで自分らしく生ききろう」

（入所者8名、家族21名、スタッフ24名、計53名参加）

他者の看取りを実践していくための準備活動として、まずは参加者自身の死生観を広くむためのワークショップを行う。人間が「死」を迎えることはどういう事か、どのような段階を経て最期の瞬間を受け入れるのかについて、小津安二郎監督の「東京物語」(DVD)などを用い説明した。さらにブレインストーミング法を用いて、「身近な人が余命わずかだと宣告された時どのようなことをしてあげたいですか」「あなたにとっての自分らしさとはなんですか」など、グループワークを行なった。おそれ、不安視されている死を、役割・世代をこえてざっくばらんに話すことで死をタブー視しないことへと繋げた。そして、疑似体験として自分の死を意識し、何が大切か認識しなおす目的の個人ワーク、つまり「余命半年と宣告されました。大切な人へ最後の手紙を書いてみましょう」を行う。まとめとして、死を特別視するのではなく、死を意識しながら生きることの大切さを意識する、とした。

以下、ワークショップ開催後のアンケートに記入された意見である。

- ・ 普段意識することのない自分の死について考えてみてもっと死に対して目を向けてい

きたいと思いました（30代スタッフ）

- ・死に対して日頃感じていることを確認できたようです。改めて一日一日自分の思う自分らしさで自分らしく生きていきたいです。（50代家族）
- ・死に対して重く受け止めたくないと思っていましたが、親を含め重く受け止める必要性を感じました。（50代家族）
- ・死について…なんだか日頃あまり考えていないので不安になった。（60代家族）
- ・いざ大切な人に対して書く手紙は実際には向き合って書けなかった。涙が出て考えられなかった。（60代スタッフ）
- ・みんなで考えるとあまり深刻にならずに自分や家族の生死について考えることができた。（70代家族）
- ・思っていることを書き残しておくことが大事だと思う。（80代入所者）
- ・自分らしさをつくづく考へさせられました。（80代入所者）

また、自分はどこで死を迎えますか、どこで死を迎えたいですかという問いに対し、死を迎える場所として病院を選択する一方、自宅を選択する人が病院を選択する人を上回る結果になった。病院で死を迎えたいと答えた理由として、家族に迷惑をかけたくないからの意見が一番多かった。そして入所者は、今、住んでいる F 施設での最期をほぼ全員が希望していることがわかった。

第 1 回のワークショップでは、死は入所者のことに限らず普遍的なものであること、そして死を自分のこととして意識しながら生活することの意義が共有される。

第 2 回ワークショップ「認知症の人の思いについて学ぼう」

（入所者 6 名、家族 18 名、スタッフ 17 名、計 41 名参加）

認知症の人の看取りを準備するためには、認知症の人がどのような生活状況にあるのか、認知症の人の思いを理解することが重要である。まず「認知症」という病気と症状について、記憶障害や認知機能の障害について説明したうえで、認知症で必ずみられる中核症状、そして介護の力で軽減される周辺症状について話をした。認知症ケアの歴史的な流れを述べた後、認知症ケアの理念である「パーソン・センタード・ケア」について説明。認知症の人の様々な状態は、脳の障害、性格、生活歴、環境、健康状態の 5 つの相互作用によって影響すると考えられ具体的な事例を交えながら話をした。その上で認知症という病気があっても、同じ感情をもった「人」であるということを忘れてはならず、認知症の人が感じている事、求めている事を私たちは理解しようと努めることの大切さを話した。最後に、認知症の人を自宅で介護をするという困難さについて説明したうえで、家族介護を経験したスタッフのその当時の思いについて話をしてもらう。さらに、私が介護者のたどる 4 つの心理的ステップについて説明を加えた。最後に、認知症と診断されながら、本の出版や講演を活発に行われたクリスティーン・ブライデン氏の言葉を入居者の方に朗読してもら

い、ワークショップを終えた。

以下ワークショップ開催後のアンケートに記入された意見である。

- ・加齢による物忘れと認知症による物忘れの違いがよくわかった。(20代スタッフ)
- ・認知症の祖父がどんな思いで話をしている私はこれからどのように対応していけばいいかわからなかったが、今回の学びで「人は人なんだな」を感じた。病気であっても認知症であってもその人は一人の人間なんだってことでした。(20代家族)
- ・ホームに入居されている利用者のご家族へは利用者の方同様にお客様というイメージがありどこまで踏み込んでお話ししているのか戸惑うことがある。少しでもご家族とスタッフの思いが同じ方向に進むよう話し合える雰囲気になったらいいなと思いました。(30代スタッフ)
- ・認知症の人が何をしたいかなかなかわからなく色々な行動に悩んでいます。今日の話で接し方が少しは理解できました。(60代家族)
- ・認知症の人と理解し愛することが難しい。心が開かない私に何か問題があり、優しくなれない自分にもどかしさを感じました。でもとても勉強になりました。(60代家族)
- ・周囲の理解がどんなに必要か、又周囲の人たちの勉強をもっと早く進めて欲しいと思う。(80代入所者)
- ・父親のことを思い出して色々少し分かったように思います。(80代入所者)
- ・介護の奥の深さをしみじみと感じます。(80代入所者)

認知症の人を理解するためには、当事者のそれぞれの「いま」がどのような状態・環境であるのかを様々な視点から考えること、その大切さが確認される。自分の気持ちを言葉で表現しにくい、という症状だからこそ、一つ一つの行動からその思いに気づかねばならない。スタッフ、家族が共に学ぶことで、それぞれの抱えている困難さをお互いが知ることが出来る、それもワークショップの意義である。

第3回ワークショップ「認知症の人の看取りについて考えよう」

(入所者6名、家族13名、スタッフ31名、計50名参加)

第1回、第2回のワークショップの内容の振り返りを行ったうえで、認知症の人の看取りへの理解を深めるための第3回ワークショップを開催した。まず、看取りについて概念の整理を行い、施設の看取り指針の説明を行った。その上で、ホームで看取りをすることが最善とも限らず、入所者にとってその時々にもっとも相応しいケアとは何か、と問いその環境を見極め整えていくことが大切であるとお互いに確認する。看取りにおいては様々なケースがあり、具体的にイメージしやすいよう5名の人の看取り事例を説明した。50日間に亘って家族がグループホームで夜間付添い看取った事例、グループホームで看取り期を過ごし最期の1日を自分の家で過ごし家族に囲まれ最期を迎えた事例、1時間前まで普

段どおりに生活されていたが急死し検死を受けた事例。…最後に紹介した事例では、死は予測できない事を感じるものである。認知症の人の看取りに向けてF施設で出来ること、出来ないことの整理を行ったうえで、権利擁護事業、成年後見制度の活用について、また、警察による検死を受けなければならない状況についても説明した。一人ひとりの最期を考えていくうえで事前指示書の記入を提案、その具体的内容についてわかり易く話をした。事前指示書については、事前にかかりつけ医に相談し作成、かかりつけ医の協力を再確認することができた。ワークショップ後よりF施設の各事業所担当者より順次説明、事前指示書の記入、それに即した対応に向け体制を整えていく事となった。質疑応答の時間では事前指示書の代理判断者について、検死の流れ、自宅へ連れ帰るタイミングの判断についての質問があり、関心の高さが伺えた。

以下ワークショップ開催後のアンケートに記入された意見である。

- ・一人ひとり生き方が違い一人ひとり満足すること好きなことが違うと思う。高齢者だけでなく若い人にも定期的に行う必要があると感じた。(30代スタッフ)
- ・スタッフの立場としては、予め意向が汲み取れている方が落ち着いて対応出来ますし、このような書類を機に御家族とも話し合える場が出来たらいいなと思いました。なかなか遠慮しがちなテーマを皆で考えられる機会を持ててよかったです。(30代スタッフ)
- ・本人の本当の気持ち、素直な感情を表すことができる事前指示書にしたい。(40代家族)
- ・これを機会に本人家族スタッフとの良い関係が持てたらとまた話題に出来ることになることはよかったです。(50代スタッフ)
- ・何か出来ることはないかといろいろ考えていたのですが具体的になりつつあります。機会があればボランティアできればと思っています。(50代家族)
- ・今まで口に出して看取りについて話し合ったことがなかったので良い機会になった。(60代家族)
- ・なかなか思う様になりませんが老老介護で頑張っています。事前指示書理解できました。主治医の先生とも話して必要以上の治療はせず、感情がある状態で看取れたらと常に話しています。(60代家族)
- ・死というものが生きることの延長にあるという考えを思うようになり、より前向きに明るく大切に生きていきたいと思った。(70代家族)
- ・お互いに普段から意思の疎通を図り出来るだけ精神的に開放された穏やかな日を過ごしたいと思った。(80代入所者)
- ・よく家族と話し合ふ事が一番大切な事と思いました。(90代入所者)

ワークショップ開催後のアンケート結果から判断すると、参加者が認知症の人の思い、そして死について考えを深めることのできる有意義な機会を持ち得た。死を迎えるにあた

って、事前に最期の迎え方についての意思が表わされていたとしても、看取りにおいて、当事者の思いが揺れ動くことは当たり前である。ただ、そこに向かう足並みを当事者・家族・スタッフがそろえる意味でも、この事前指示書は有効である、という予測を立てることが出来る。このワークショップで確認できる事は、この集いが認知症の人の看取り、認知症の人の「死」を問い考え、家族、スタッフの協働に向けた第一歩になりうることである。死の準備教育を継続し、認知症の人の看取りを巡って意見を交わすことによって、死を特別視することなく、すぐそばにある自然のものとしてとらえ、自分自身の最期はどうありたいか、どうしたら実現できるか、という共同の認識に至りたい。今後起こりうる課題としては、事前指示書をどこまで尊重できるか（心肺停止状態となり心肺蘇生を拒否している方に対し医療介護従事者として心肺蘇生を行わずにいれるのか）が予測できる。今後、スタッフ全員の意識の向上、介護技術の向上、冷静客観的な判断力を培うことが求められる。

3. 事前指示書を用いた看取りの実践 ―現場スタッフの葛藤と家族の思い―

F施設では、デス・エデュケーションワークショップ後より、「事前指示書」を全入所者・家族に配布し、希望する最期の過ごし方について記入後回収とする。その後、初めての「事前指示書」を活用、看取りを実践試みる機会を得る。看取り過程において、家族、主治医、スタッフのチームアプローチの中心にソーシャルワーカーの存在があり、改めてチームアプローチにおけるソーシャルワークの必要性を確認する。デス・エデュケーションワークショップと事前指示書を用いる認知症の人の看取りが、当事者の考えにどのような影響をもたらしたか、以下その事例を通して明らかにする。方法としては、事前指示書を用いた看取りを実践した事業所スタッフ 9 名にアンケートをおこない、その結果についてまとめる。アンケート結果より、「看取り」の四つの各ステージごとに対し、徐々に食べられなくなっていったステージ、家族から点滴中止の希望があった時のステージ、亡くなる直前のステージ、亡くなった後のステージにおいて揺れ動く気持ちが述べられている。一人の最期を見守る中で、事前指示書が本人の思いに添うものになるかどうかに関して、悩みを抱えているスタッフの声があった。他方で、スタッフの意識統一の一助となるということがアンケートより確認される。その上で、看取った家族と、看取りを支援し、チームアプローチの中心的なソーシャルワーカー1名に対し1時間程度の半構成的面接を行い、その思いについて語ってもらった。

(1) Mさんの看取り事例

(X年6月 92歳で死去 女性 要介護5)

主疾患：認知症

事前指示書：あり (X年2月に家族が記入)

F施設の事前指示書で選択した内容：

栄養面に関して→「出来る限り食事、水分を問題がないなら口から入るのみとする」
 検査・治療に関して→「積極的な検査・治療は望まない」
 心肺停止の処置→「回復不能な心肺停止の場合心肺蘇生を希望しない」
 最期に迎えたい場所→「グループホーム／有料老人ホーム／サービス付高齢者住宅
 にて迎えたい」

支援経過

| 年 | 当事者の状況 | ケア | 家族 |
|--------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| X-5年 | 入所 | | 遠方に在住 |
| X年4月 | ベッド臥床の日が増え、食事量低下 | | 事前指示書記入 |
| X年5月上旬 | 甘いパンなどを好んで食べられる。 | 当事者のADLレベル低下についてスタッフと話合う。他利用者への配慮を行うことを話し合い、その内容を家族に連絡する。 | |
| | 受診 | 食事水分低下を報告、胃瘻はご家族が希望されていないことを伝える。 | |
| | 点滴（ラクトリンゲル 200ml）施行 | | |
| X年5月中旬 | ジャムパン、チョコプリン、ゼリーなど好まれる。日中点滴 200ml 施行する。排尿量も少ない | 錠剤服用できていないため服薬調整 | 「点滴が入らなくなった場合は何もせず終末期を迎えさせて下さい。」 |
| | 「もうゴールが近いから…」と笑顔でスタッフに告げる。 | | |
| X年5月下旬 | 吐き気あり、内服服薬困難 | 死後について話し合う。密葬希望され、死後はレンタカーにて自宅へ搬送、死亡診断書はかかりつけ医に書いていただくことを取り決める。 | |
| | 入浴は清拭対応 | | |
| | 往診、点滴 500ml 開始 | 朝一回の服薬へ内服変更 | |
| | 呼名に対しうなずきのみの方がふえる | 居室の環境を整える | |
| | 体交時「背中が痛い。まだ大丈夫じゃない。」 | | |
| X年6月上旬 | | | 「今の環境で過ごせていることに感謝します」 |
| | 夜間腹痛 「痛いよ～、全部痛いよ～」 | 痛み止め処方 | 「今のままで様子を見たい、痛みを取り |

| | | | |
|--------|------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| | | | 除いて欲しい」 |
| | 苦しくないですかの問いに「大丈夫、全然苦しくない。」 | エアマット | |
| | 点滴中「そのひもはやめて」体動で点滴もれをする。 | 何度も話し合う | 「今後は点滴をやめ食べられるのみでの関わりをお願いします。」 |
| | アイスはどうですかの問いに「冷たい物だったらね。」 | 医師へ家族の思いを報告、翌々日より点滴中止 | |
| X年6月中旬 | 口腔ケア時吐き気みられる 呼びかけに対し自分の名前を言う | | 毎日面会される |
| | 食べたいものはありますか「ソーダ」ソーダはないのでアイスはどうですか「それもいいわね」アイス5口食べる。 | | |
| X年6月下旬 | 衰弱著明 両下腿一足背の浮腫 | 往診 | |
| | 肩呼吸あり、家族へ連絡。その後、しばらくして呼吸停止。永眠する。 | エンジェルケア | 家族と共に自宅へ搬送する |

(2) 各ステージのスタッフの思い

①徐々に食事が低下していったステージ

元々食べることが大好きであった M さんであるが、徐々に食事が低下していく。その過程でスタッフは以下のように感じていた。

(受容)

- ・ 人の身体は終末期を迎える頃には栄養としての食べ物が必要なくなるのかなと感じました。エネルギーとしてではなく、楽しみ（好きなもの）として食べたいものが残るのかもしれない。誤嚥のリスクもある人なのに好きなパンだけは固形で食べられていたので驚いた。
- ・ M さんの食の変化は日に追うごとに変わってきているのはわかりましたが、これも自然の流れと私自身受け止めています。
- ・ 老いていく過程では、それはそれで自然なことだと思います。本人が食べたくないものを無理に口に入れても、それは美味しくないし、苦痛に感じることだと思います。
- ・ 高齢でもある M さんが食べる量が減れば衰弱されますます食べられなくなる、それは自然なことだと思う。

(不安・心配)

- ・ 先の見えない症状ゆえ、本人の体も心配であった。

- ・ 食べ物が口から摂取されなくなると、体力も落ちていくのだと思い心配でした。

食事が入らなくなっていくことで、それを人の死に向かう自然な過程としてとらえるスタッフがいる一方で、漠然とした不安を感じるスタッフもいる。死に向かい始める M さんを今後どのように見守っていくか、スタッフで「看取り」に向けた話し合いが設けられる。M さんとの付き合いの長さや、家族の「病院ではなくなじみのあるこの居場所で最期を迎えさせたい」という希望に沿って、M さんの看取りを行う事が決まる。その際、スタッフが感じていたことは以下のことである。

- ・ 初めての経験だったので、どうなるのか全く分からなかった。本当にとっても家族のような立場になることを感じました。
- ・ 最後の時を、ここ（F 施設）で過ごされるということで穏やかにその時を迎えられたらよいと思いました。
- ・ 自分（私）にできることは、本人・家族の思いに沿っていきたいと感じました。
- ・ できる限りのことはお世話しようと思いました
- ・ M さんには最期の時を迎えられるまで誠実にお世話をさせていただく。
- ・ 本人の今後のことについて、家族の不安を解消できるようにすぐ駆けつけてくれるかかりつけ医やホームで見られる体制を作るように、みんなで協力できればと思った。
- ・ それはとても責任の重いことだと思いました。（今までに経験もないし知識もない。どういう展開になるかも不安）

当事者・家族の意向に添い、出来る限り支えていこうという謙虚な言葉が多数聞かれた。看取りを行う事に対して、前向きな意見が聞かれた一方で、人の死に添うことへの責任の重さを感じたスタッフもいた。初めての看取りに対するスタッフ自身の不安感が表れている。

② 家族から点滴中止の希望があった時のステージ

食事低下が進み始めるなかで、かかりつけ医診断の下、経口摂取を継続しつつ水分補給のための点滴治療が行われる。以前、M さんは食事量が低下した際、一時的に点滴治療を受け、その後元気になられたという背景がある。もしかしたら元気になられるかもしれないという期待を寄せるスタッフがいる中で、点滴開始一カ月後、家族より「今後は点滴をやめ食べられるのみでの関わりをお願いします。」と点滴を止める希望が聞かれた。家族の希望に沿って、また、M さんの点滴を拒否する言葉を聞いたことにより点滴を中止した。その際のスタッフの揺れ動く気持ちは以下のものであった。

(受容)

- ・ 初めは延命に対して努力されないことに疑問を持ちました。病院にいたら当たり前だった。点滴（栄養）酸素などの治療をすべて家族が拒否されて、本人は？どう思っているのだらうと思いました。しかし、本人が一番自然な形で終末期を迎えたいと感じられ、自分で選ばれていると感じました。点滴に対しては本人も「やめて」などの発言があり、認知症の部分もあり、単語のみでは判断できかねるが、点滴という治療自体拒否されていて、家族も本人の気持ちをくみ取って判断されているのかなと後々に思いました。
- ・ 本人様が苦しくないようになるのなら、そのほうが良いのかな・・・と思いました。（点滴だけだと、体がきつい、との事だったので）
- ・ このような家族様のおもい、また考え方など知り驚きましたが、家族の希望であれば私たち介護者は何も言えないのではないのでしょうか。一人ひとり考え方の相違があるように！！
- ・ 一瞬本当にやめていいのかな～と思いました。点滴を長くし続ける意味もないかな一と感じました。
- ・ 家族が希望されているのであれば仕方がないのかな。それはそれで延命治療しないという見方も一つの選択肢かな。
- ・ 点滴も入りづらくなりもれで手足が腫れているを見てMさんも「ひもは止めて」との言葉もあり苦痛よりも穏やかにとの思いがあったのでその時期にきたのかなと思った。

(葛藤)

- ・ それぞれの家庭があり何とも言えない気持ちになりました。
- ・ 正直なところ、まだ点滴を続けていくべきではないだろうかと思った。

点滴を止めるという選択に対し、スタッフは悩みながらも受け入れる事となった。家族の決定だったかもしれないが、当事者の点滴を止めてほしいというサインを感じ取ったことで折り合いをつけているスタッフもいた。当事者の望む最期にむけ、家族と共に緩やかな合意が図られていくステージであった。

③ 亡くなる直前のステージ

認知症の人は段々と理解ができなくなり、最後は何もわからなくなると思われがちである。だが実際は、言葉や表情でもってその意思を伝えることのできる方も多く、同時に、その意思をくみ取れる環境であるかどうかが重要である。Mさんも例外ではなく、亡くなる直前様々なサインをスタッフに示している。

(Mさん自身が表現されたサイン)

- ・スタッフに「もうゴールは近いから」
- ・「痛い」と発言(点滴をみて)「はずして」
- ・点滴中に「そのひもはやめて」
- ・「どこか痛いですか?」「いや」(首をふる)
- ・「どこか痛いですか?」「背中」(背中をさすると)「そう」
- ・声かけに対する首のうなずきや首を振られる
- ・何か食べたいものはないですか?→「アイスクリーム」と答えられる
- ・お名前はなんですか?→「〇〇〇〇」と口頭で答えられる
- ・好きなもの、パンとかチョコなど少しづつ口に近づけてご自分の手で食べられる
- ・きついときは目を開けられず声かけにも答えられなかった
- ・Mさんが大好きなアイスクリームも食べれなくなって、衰弱されているとき、「ご気分はどうですか〜?」と尋ねたときはっきりと閉眼したまま「悪くはないですよ」と言われた時、その人の意思だと思った

これらのサインより、亡くなる直前のステージであったとしてもその意思を表現することは可能である。例え言葉で表現できなくとも、しっかりと喜怒哀楽を感じ、それを何らかの形で伝えようとする。スタッフはMさんの気持ちを表すサインをくみ取りながらケアを行っていた。しかし、そのサインが全てであるとも言いきれない。あるスタッフは以下の言葉を残している。「複雑な判断などには困難さがあると思います。今回のことで最後は人間本来の欲求がとても強く出るように感じました。〈好きなものは食べたい〉〈痛いからしたくない〉といったように。でも、点滴をしないとどうなるのか?までは理解できていたのかどうかは疑問です。しかしどのような考え方で生きてこられたのかその方向性は認知力低下しても変わらないのでは?と感じました。」認知力の低下が起こっていないならば、ある事象に対して起こりうる予測をたて、その判断をすることが可能であるが、そこまでの判断力は乏しいのかもしれない。認知症の進行の度合いにもよるが、その判断のレベルは個人差が出てくるであろう。

④ 亡くなった後のステージ

X年6月下旬、かかりつけ医の往診の翌朝永眠される。Mさんの看取りを終え3か月たった率直な感想は以下のようであった。

(満足感)

- ・対応したのは4月からと僅かではありましたが、とても濃いMさんの人生を見させていただき感謝しています。今回、自分の家族の時にはどうするのか?自分だったらどうしてほしいのかということ深く考えさせられましたが、今でもMさんのようには

出来かねるだろうなと思っています。病院に行けばここまでの対応は難しいので…

- ・ 悲しかったと同時に、最後が安らかにゆくことが出来て良かったという思いがありました。
- ・ Mさんに限らず、命あるものいつかは死すと考えていますので！Mさんの死は悲しいですが、私は老衰と思っています。又年齢的にも。
- ・ 自然なことだと思う
- ・ 本人の思いのままこれでよかったのかなーと感じました。他に何かあったのかなあーとも思いましたが、“やっぱりこれでよかったんだ”とも安心できました
- ・ 楽になられたんだなと思いました
- ・ Mさん本人が望まれた最期だったと感じました。最初は不安だったが普段のMさんの状態を報告や相談する事で不安の軽減が図れた。
- ・ 入所されてからの5年間の事を思った。最初のころは「死にたい」と口にされ、スタッフにも暴言や攻撃的な言葉が目立った。それでも徐々に笑顔もみられ感謝の言葉も言われるようになり、楽しいと思える時間を過ごしていただけたのかなと思いました。
(悔しさ)
- ・ もう少し本人にとって何かしてあげることが出来たのではないか、とても悔しい思いがあった。

Mさんの看取りを終え、達成感を感じたスタッフほとんどである。死を受け入れることは簡単なものでないが、一人ひとりがその死に対し折り合いをつけていくしかないのである。また、Mさんは事前指示書を用いた看取りを行った最初の事例であり、事前指示書活用に対して感じたことを記入してもらった。まず、Mさんの思いにそった指示書であったと思うかという問いに対し、以下のような意見がある。

(Mさんの思いにそっていた)

- ・ 一番近い思いであったと思います。どれが正確？という難しい部分が多いと思います。表情もとても穏やかに過ごされていたので…
- ・ そう思います
- ・ M氏と家族の意向に沿った支援が出来たのではないか

(分からない)

- ・ それは分かりません
- ・ 本人の想いを尊重したものであればよかったと思いますが実際は分かりません
- ・ 認知症であってもなくても本人の思いはこの先医療がどんなに発達してもわからない事実だと思う。あくまで書類上の約束であって人の本心というものは他人が簡単に踏み込んではいけないものだと私は思う。特に「生死」に関しては言葉では言いあらわせないと感じる。

(Mさんの思いにそっていない)

- ・ 思いにそっているとは思わなかった

次に、事前指示書を活用してどう感じたかという問いに対して、以下のような意見が出される。

- ・ 必要なことだと思います。いつか来る時の準備として。
- ・ 本人の思いに沿ったことが出来る
- ・ 意識の統一ができた
- ・ 事前指示書を活用して初めてのケースでしたがドクターからの治療提案に対して家族の思いを伝えることが出来た。いろんな選択をする時に決めやすい。
- ・ 本人の希望より、多くは家族の希望だったと思う。今回のケースに関しては活用というより確認だったように感じる。いろいろな意見があると思うが、率直にそう感じた。

Mさんの思いにそった看取り、事前指示書であったかどうかは、Mさん自身にしかわからず、スタッフの回答はスタッフ自身の想像の範囲内での言葉である。しかし、事前指示書の活用に関しては、Mさんはどう感じているのだろうかという足がかりとして有効であり、家族・かかりつけ医・スタッフの意識統一を図るためには重要なものであることが分かった。特にかかりつけ医に対し、当事者の希望を事前に伝えることが出来たのは有効であった。最後に、Mさんの看取りにおいてソーシャルワーカーはどのような存在であったかをスタッフに問うた。

- ・ 家族の気持ちを聞き、本人の訴えを汲み取りどうしていくのかという道をつくる大切な立場の人。しっかり本人を取り巻く環境を理解し、チームの一人一人がどう接していくことが大事なのかまとめる人がいることで、一本化したサービスが入所者へ提供できると考えます。
- ・ 頼りになる存在
- ・ 的確な指示アドバイスを頂き、スムーズに連携を図れました。
- ・ 皆をまとめ家族との連絡を密にしてもらい医師病院側との事が上手く行った
- ・ スタッフの不安、家族の不安を親身に聞き入れてくれる存在であった。

との意見が聞かれた。家族・かかりつけ医・スタッフとの連携・調整を図りながら、チームアプローチの中心となって、信頼できる存在として看取りの場をまとめていったことが伺える。看取りを行う中で、スタッフや家族の不安を傾聴し受け入れ、スタッフの心理的負担を軽減する役割を担っていたことが分かる。そして看取りにおけるソーシャルワーカーへ期待される役割として、以下のような意見が挙げられる。

- ・ 全ての情報を開示し、言葉の裏にある本意の部分に対しての判断など、家族、本人のこの言葉（訴え）に対しての指示をまとめ一本化し分かりやすくチームに伝えていく事、本人の意向に一番近い方向を見つけていく事
- ・ アドバイスやスタッフ教育
- ・ 施設内における中心人物として、初期から終末期において頼れる存在

- ・ それぞれの家族に添った対応

助言や相談に留まらず当事者・家族・スタッフそれぞれの思いをまとめ上げ、チームを牽引し当事者の意向に添えるケア、当事者の代弁者として、看取りの場を作り上げることが期待されていることが確認できる。また、アンケート結果より、看取りにおけるソーシャルワーカーの専門性が確認されている。

(3) 家族の思い

スタッフアンケートの結果を、お互いに共有し、あらためて M さんの息子に語ってもらう。それは、M さん死去 5 か月後での 1 時間程度の半構成的面接である。

問：医療施設でない施設での看取りに対して不安はなかったか？

不安はありませんでした。

病気ではないですからその方が望ましいと思っていました。病院というのは色々無駄なことするところだと思っています。年を取って老化で仕方がないことに対して、本人が嫌かどうか、苦しいかどうかを考慮せずに治療をするところですから。そういう所で死なせたくないはずと思っていたので、その希望が叶ってよかったと思っています。

しかし、母は幸運にも健康で老衰死だったから別に問題はなかったけれど、もし痛みがあったりはっきりした病気だったりしたら、難しいこともあったでしょうね。

問：施設に対し点滴をやめることを伝える葛藤があったと思うがその時の気持ちは？

点滴をどうしたらいいか決めるのが難しかった。

事前指示書を作りましたよね。胃瘻は最初からやめるときっちり決めていたわけだし、同様に、点滴もしないと書いていたのですが。事前指示書には、「回復不能の状態になったときに」という条件が書いてあるわけです。

難しいのはですね、「回復不能な状態」かどうか分からないからです。実際に 5 月の時点で、S さんから電話がかかって来ました。水も食事もなかなか入らないので、点滴をしようと思うのですが、と聞かれたら、つついそうしようとなるわけです。

厳密に言えば、事前指示書に書いたのだからこれは点滴をしてももう助からないものか、点滴をして、ある程度それによって多少は回復して、また食べられるようになるか、またそういう可能性がどのくらいあるのかというのをはっきりさせた上で返事をしないといけないわけですが。つまり、事前指示書に従うならば、私は「母は回復不能な状態なのですか？」と聞くべきだし、施設の S さんは「回復の可能性はない」と言うべきだったのかもしれない。

しかし、私としても「回復不能なのですか？」と聞くのも気持ちの上でためらう

ところもあったし、Sさんもたぶん回復不能だろうと予想できても、この時点でははっきりしない点もあったと思うのです。何カ月か前には食欲がなくなって点滴をして食欲が出てきて元気になって、ということもあったので。今回はダメかどうかというのをわざわざ判断するよりも、まあ、とりあえず点滴を試してみようということになるのは仕方がなかったし、自然なことだったと思います。

それで難しいのは、何週間かたった後ですよ。つまり、回復しない場合、いつやめるかというわけになるわけです、難しいのは。スタッフ家族皆で話をして状況を聞いて、結局は点滴を始めてから1カ月位でやめたと思うのですけれど。

何も食べられないまま2週間か3週間かたった時に、「こうやって人は死んでいくのかな」とそう感じました。多少は、点滴を打ち切るというのは、難しいと言えば難しい。元々しなきゃよかったのかという気持ちにもなるし。でも、点滴をしてその上でこれは回復しないのだなと感ずることができたのはよかったと思います。そう感じて、点滴を止めて下さいと言ったのですから。

点滴ならいつでもやめられるわけですから。胃瘻だとやめるのは難しい…もし勧められても胃瘻は絶対にしなかったと思います。本質的には一緒なのかもしれないですけど。

問：事前指示書について、Mさんの思う通りであったか？

わからないですね。だから、僕なり家内なりにとって自分がしてほしいところを考えて判断するしかないと思いました。

実際は、母も病院がすごく嫌いでした。しっかりしていた時もそうだし、色々分からなくなってからも、病院に行ったら殺されるとよく言っていました。そう考えると母の思いにはそっているかなと。

でもそれはむしろそれは後付けの理由で、母がどう考えたかなと想像して書いたわけではなくて、自分がどうされたいかを考えて書きました。母の判断をそれほど高く評価していたわけではないので。

問：死ぬ間際にMさんの意思表示を感じられることはあったか？

死ぬ一週間位前ですかね、僕が施設に行って、「会えてうれしいですよ。お母さんもうれいすか」と聞いたら、「うれしくない」と首を振るのです（笑い）。そこにSさんが来られて、Sさんも同じ質問を試してみたのです。すると先ほどと同じ返事が返って来て、二人で笑いました。そんな感じで意思表示をしっかりと。

いらなかったらアイスクリームにも首ふるし、色んな事で。スタッフの方も、色々聞いて下さるわけですよ。死ぬ間際の頃でも、「何か欲しいものありませんか？」「アイスはどうですか？」点滴の針をさす時でも、「すみませんね、痛くって」と言ってやったださるわけですよ。

そういうのを見て涙が出てくるというか。5年間施設でお世話になっていたわけだけど、夜中に騒いだりひどいことを言ったりとかしているのに、丁寧に見ていただいて。色々して下さいって、本当に感謝しています。本当に丁寧な言葉で…こちらの施設の方針なのだと思います。人として扱ってもらっていると、認知症の人でも、感謝の気持ちというのも出てくるのでしょうか。重要なことですよ。

問：家族との関わりの中でソーシャルワーカーの役割、存在はどういったものだったか？

本当に5年間こちらでお世話になって、5年の付き合いがあって、意思疎通がうまくいくようになってそれが良かったかなと。我々も信頼していたし、色んな事を御相談出来たし。ソーシャルワーカーの存在が重要です。十分に頂いたというのが実感です。本当によくして頂いた。

Mさんは入居5年目で看取りの時期を迎える。Mさん自身が痛みを伴う病気もなかったというのも起因しているが、家族は不安を感じることなく、施設での看取りを希望した。Mさん家族は事前指示書において、「出来る限り食事、水分を問題がないなら口から入るのみとする」つまり、胃瘻も点滴もしないことを選択している。ただし、Mさんが口から食べ物が入らなくなった当初、点滴を行っている。なぜなら、数か月前までは、いったん食欲が落ちたとしても、応急的な点滴を行う事で症状が改善されていたためである。その当時のことを、点滴開始時点では回復不能な状態との判断はつけにくく、その決定は仕方なく、自然なことだっただろうと振り返っている。その後、食べられない状況が続き、点滴を継続しても回復はしないという事から、家族はMさんの死を予感し、3週間後に点滴を打ちきるという選択をした。予め点滴は行わないと選択していたとしても、その場面を迎えた場合、状況次第で気持ちは揺れ動くものである。点滴を行うか行わないのか、継続するのか中止するのか、中止する場合、いつ中止するのかそれぞれの場合での判断の難しさをそのことが物語っている。

認知症によって意思の確認が困難であるMさんの場合、最期の意向を確認することも出来なかった。事前指示書に関しては、家族の希望するMさんの最期に則したものであった、といえる。Mさんは病院嫌いだったという生活歴からの判断もあったが、それよりも自分がどうされたいかを考え選択したとのことであった。Mさん家族に限らず、家族が決定せざるを得ないケースは多々あり、したがって事前指示書の内容を選択するにあたっての説明が重要である。Mさん家族の場合、看取りに対する情報や知識は十分もっていた家族であったが、そうでない家族の場合、その家族が理解できる説明を行わなければならないだろう。

Mさんの意思は明らかに最期まで残っていたこと、そのことはスタッフアンケートや家族の語りからも確認される。家族は、認知症であるMさんは人として扱ってもらっている、という感謝の気持ちを述べている。Mさんはしっかりと喜怒哀楽を感じそれを伝

え、それに対して対応するスタッフは、Mさんのその場その場の気持ちを考えながら最期まで人格を尊重したケアを行っている。おそらく、Mさんの言葉や仕草を尊重出来なければ、Mさんは気持ちを発することを止めていたのではないだろうか。一人の人として尊重され、Mさんは自身が尊重されていると実感できるケアが行えていたからこそ、最期までMさんは自分の意思を表示することが出来ていたのではないかと推察される。

(4) ソーシャルワーカーの思い

スタッフアンケート結果を踏まえたうえで、Mさん死去5か月後にソーシャルワーカー（生活相談員）S氏に対し1時間程度の半構成的面接を行いその思いについて語ってもらった。

問：認知症のあるMさんの看取りに対して、どのようなことを大切にしましたか？

目をつぶっていたけど、多く声掛けしようと思った。どんなに目をつぶっている時間が長くても人としてぞんざいな扱いはしないということ、耳は聞こえるから。その人らしくなるべく声かけをするようにしていった。「何か食べたいものは？」「息子さん来られていますよ」「注射を指します、痛いですよ」毎日声かけるように心掛けた。音楽よりも声かけを。家族に対しては1日1回1分でもいいから、顔を出して下さいと声をかけた。それが私の出来る事かなと感じて。

認知症という病気では、その人のサインをキャッチするというのが私達の仕事。進行していくことは自然な形だと思う。100%のキャッチは出来ないと思うけど、なんとなく、苦痛の表情だったりとか、難しいけれどそういうのを気づいていくのが大事だと思う。

問：Mさんの看取りで難しかったことは？

家族が点滴を抜いてほしいと仰ったときに、まだ早いんじゃないかというスタッフ間の揺れる気持ちを一緒にするのが難しかった。そういう段階を踏まえたうえで、主治医との相談やスタッフ間の気持ちを一緒にさせること、食べられるものだけでも食べてもらおうともっていくのが難しかった。正直、点滴を外したり抜いたりするのが、少し早いのかなという気がした。先生から、点滴だけが全てではない、心臓にも負担をかけてしまうからね、という言葉が大きかった。家族も希望されているのなかそれに向けて何が出来るとかなと考えるようになった。Mさん自身、あまり苦しまず、ほんとに頑張られたんだなと思った。最期まで自分達で看取れてよかったと思う。家族とスタッフで100%ではないけれど、いい看取りだったかなとは思っている。

問：事前指示書について、Mさんの思うものであったかどうか。

本人に聞いてはないから、100%とは分からない。でも家族が代弁者でもあるので、家族の意向に添えたかなとおもう。点滴に関しては家族に沿ったものではなかったかもしれない。

家族から、「密葬でしたい、最期はこの洋服を着せてください、部屋には写真だけおい
てください、お花をおいて下さい、レンタカーで自宅まで送ってください」と引き出すこ
とができそれを皆に伝えることが出来た。部屋の空間作りや、もしもの場合があった時ど
うされますか、の確認を一つ一つできた。事前指示書がなかったら、そこまで深くきけた
かなという疑問がある。そういうとこまで聞いていくことが私の仕事。

死を言うてはいけないという風習があるが、事前指示書があったからこそ、聞きやすか
った。家族は、僕たちの意向どおりしてくれてありがとうと言ってくれた。事前指示書な
かったら、そこまで深く考えなかつたらう。

問：看取りに向き合う上で、ソーシャルワーカーはどのような存在だと思うか？

家族との架け橋、スタッフと最期どういう形で看取りを行うのかという話し合い、かか
りつけ医との連絡など、なるべく中心にいて、皆の思いを統一させるために、動かなけれ
ばならない。それに向き合うきっかけである存在、何気ない働きかけしかしていないが、
大切だと思う。

特にスタッフに対しては、スタッフ間のケアの統一、方向性を間違わないように導き出
すことが大切である。情報共有、かかりつけ医の見解、Mさんを実際サポートしていくの
はスタッフであり、スタッフ一人ひとりが中心になってもらわないと困る、そういう働き
掛け、そうなるために 休みの日でも会議を開いてきっかけづくりを行った。看
取りは、一人でするものでもなくチームでするものだと思う。

ソーシャルワーカーのS氏は、点滴を中止してほしいという家族の希望があったとき、
S氏自身、少し早いのではないかという見解であった。だが、家族の意向に添うために、
スタッフの不安感を受け止めながら、点滴を中止するという方向にチームをまとめている。
スタッフの揺らぐ気持ちをまとめることの困難さを語っているが、S氏がチームをまとめ
えたのは、主治医からの点滴だけがすべてではないという助言があったからこそ、出来た
のだろう。主治医に対しても、S氏がMさん家族の意向を丁寧に伝えたことで、点滴中止
という医療措置の経過をたどり、結果的にはMさん家族の希望する最期を迎えたのである。
S氏は主治医と家族を結びつける役割を果たしていたのである。

S氏はMさんの看取りにおいて家族の様々な意向を聞き出すことが出来たのは、事前指
示書があったからだと答えている。看送り方を具体的に導き出すことで、家族の納得のい
く最期を作り上げることができている。事前指示書をきっかけとして、死を語る機会が出
来ていたからであろう。ソーシャルワーカーとして、看取りの方向性を間違わないよう、
家族、主治医、スタッフそれぞれの立場の意向を尊重し、調整を行っている。特にスタッ
フは、Mさんの日々を支援していく立場であり、一人ひとりが責任をもってケアを行うよ
う話し合いを重ね、チームの気持ちが一つになるよう働きかけを行っていた。一人が責任
を負うのではなく、チームが共にMさんをしっかり見送っていこうと一丸となって取り組

んだことが、チームとして納得のいく看取りへとつながっている。

(5) 事前指示書の重要性と留意点

事前指示書が M さんの看取りにおいてどのような役割を示したかについて、以下に、スタッフアンケート、家族、ソーシャルワーカーへのインタビューを基に考察する。まず、M さんの思いに添った事前指示書であったかどうかについては、認知症の進行により M さんの思いに添ったものかどうかは不明であるが、キーパーソンである息子夫婦の考えには添っていた、との意見が多かった。家族自身もそう述べており、事前指示書を作成すべき当事者が認知症の進行によりその意思を表明し難い状況下では、家族の意向が優先されることが有りうる。そういう場合には、事前指示書の内容が当事者にとって最善の利益と一致しているかどうか、慎重に検証する事が必要である。当事者のもつ価値観やそれまでの生き方を考慮し、当事者の立場に立ってケアしていくことが基本となる。

次に、事前指示書の果たす意味であるが、かかりつけ医・家族・スタッフの看取りの方向性を示すものであることが確認された。ソーシャルワーカーは、事前指示書があったからこそ、最期にむけて、家族と共に話し合い、ケアの在り方をスタッフと共に考えていくことが出来たと語っている。当事者自身の「死」のあり方について考える契機となり、チームとして最期に向かうプロセスをスムーズにさせるものである。「死」を目前にしたとき、家族、スタッフの気持ちは揺らぎ不安を感じることも少なくない。もっとも、事前指示書があったから揺らぎはなくなるとも言えないが、事前指示書を用い当事者を中心に同じ方向に進むことは、少なからず安心感をもたらすだろう。看取りへの備えとして、また、当事者の選択を最大限尊重できるものとして、有効である。

一方で、予測される事前指示書の留意点として、二つのことが挙げられる。まず、事前指示書にとらわれすぎないという事である。当事者の身体的状況が突然変化し、事前指示書で示していた状況から乖離する場合もありうる。例えば、病院でなく施設で最期を迎えたいと希望していた場合であっても、医療依存度が高くなった場合は、転院し、治療を受けることが当事者にとって苦しまないで最期を迎えることも起こりうる。事前指示書が全ての判断の根拠としてとらえるのではなく、当事者にとっての最善の利益とは何かを常に問いながら、臨機応変に対応していくことが必要である。

二つ目は、事前指示書作成を受け入れるにいたるまでのプロセスの慎重性である。「死」は忌み嫌うもの、縁起の悪いものとしてとらえる当事者、家族は少なくない。「死」について話をするのを気が重いものとしてとらえ、まだその時期にきていないからと避けようとすることもある。M さんの家族のように、普段から最期について考えている家族は特別と考えてよい。当事者や家族へのデス・エデュケーションを行う際には、当事者の受け入れの状況を見極め、当事者への説明方法の工夫が必要である。慎重に段階を踏んでいくことで、当事者、家族との信頼関係を深めることにもつながるだろう。「死」に添うためには、「死」を身近に感じられるものでなければならない。そのためにも、デス・エデュケーシ

ョンの実施や事前指示書の作成などがきっかけの一つとなり、死を迎えること、生き方を考えること、当事者の意向や価値観を尊重することを促すことが重要である。

第6章 認知症の人の看取りにおけるソーシャルワーカーの役割

認知症の人は、認知機能の低下と記憶障害により、他者の支えなしでは生活することが困難である。そのため、認知症の人の生活を支えるために、家族、友人、近所の人が常に協力し合い、その暮らしを支援している。身近な人の支えだけでは生活が困難となると、そこにフォーマルやインフォーマルな福祉サービスの活用が始まる。そして、やがて、看取りの時期を迎える。人は、今までの生活やつながりを継続しながら穏やかに逝きたいと願う。生活の場での看取りの良さはまさに、今まで培ってきた関係を維持しながら、その関係が途切れることなく、最期を向かえ得ることにある。したがって、これまで、培ってきたつながりを維持しながら、看取りに向けての新たな関係を築き上げることが求められる。例えば、グループホームのような、病院ではなく生活の場での看取りの場合、介護スタッフの支えに加え、家族、かかりつけ医、訪問看護、成年後見人、グループホーム入所者、友人、ボランティアといったように、様々な立場の人が関わりあう。そして、そうした生活の場において看取るには、様々な立場の人々との連携が必要であり、チームアプローチがとても重要である。その「看取りの場」の構築の目的は、当事者の思いを尊重した上での死という「時」の共有を、当事者を取り巻く人と図っていくことである。認知症の人の思いを全て尊重することは困難である。しかし、当事者がどのように感じどのようなことを希望しているかに想像をめぐらせ、実践しようとすることは可能である。各々が漫然とした関わりをもつのではなく、チームとして、機能的に動いていくことで、その人らしい死への過程を一緒に作り上げることが目指される。そこで重要な役割を担うのがソーシャルワーカーである。

チームアプローチにソーシャルワークの視点は外せない。全米ソーシャルワーカー協会が打ち出したソーシャルワーク実践の定義では、「人々に対しては、その成長、問題解決、対処能力を強化する」という専門的責任があることが述べられている。家族として、介護スタッフとして、看護師として、看取りの場面で悩む場面は多々ある。それぞれが悩み葛藤を抱えながらも、何らかの答えを出していかなければならない。チームアプローチにおけるソーシャルワーカーの役割は、連携だけにとどまらず、それぞれが導き出した答えを調整することにある。第5章でMさんの看取りについて紹介したが、その看取りを支えたソーシャルワーカーは、「ソーシャルワーカーがかかりつけ医・家族・スタッフとの連携でなるべく中心にいて、皆の思いを統一させるために動かなければならない」と述べている。ソーシャルワーカーには当事者の希望する「看取りの場」を作り上げていく力量を必要とされる。チームアプローチにおけるソーシャルワークとは、各々の役割を調整しながらチームを機能的に動かし、当事者の希望する最期の有様に案内することである。

あらゆる選択肢の中でどの方向を導き出すか。特に、身近な人の死に向き合わなければならない家族に対し、ソーシャルワーカーとしての伝え方があるのではないかと思われる。つまり、それは、相談援助職としての傾聴、共感、受容を基本としながら、一方的な助言

に留まらず家族自身が選択し自己決定できるよう支援することにある。認知症の人の看取りの場合、結局のところ、家族の判断に委ねられるケースが多い。認知症の人の多くが、事前指示書等を用い自己の意思を表明していないからだ。当事者は高齢で病状が急変する確率も高く、家族はその場で最期の方針の答えを求められる場合もある。身近な存在の死に対し、動揺し戸惑いを隠せない家族もいる。ソーシャルワーカーは、家族との関わりを開始した時点で、高齢で認知症という症状を念頭に置き、今後予測される事態、どういったリスクが生じるか、丁寧に家族へ伝えていくことが必要である。口から食べ物が入らなくなった場合の当事者の支え方については、例えば以下のように説明する。人間は食べられなくなった場合どういう経過を辿るのか、口から入るのみとしどのような医療的措置も行わない場合について、口から入らなくなった場合の代替の栄養補給法について、水分補給のための点滴について、胃瘻について、中心静脈栄養法について、それぞれのメリットと考えられるリスク、考えられる予後、施設で対応できること対応できないことを、分かりやすく伝えるのである。家族に対する十分な説明は、当事者が食べられなくなるという問題に対し、家族としてどのような手段を選択するかということにつながる。このように、あらゆる選択肢を想定し、事細やかに伝えるわけである。具体的には、死を迎える場面においても同様である。以下にソーシャルワーカーSさんの語りを引用したい。

「Aさんは食べられる分だけを食べるという最期の方針を決められ家族もとても満足のいく見送り方をされました、一方でBさんの場合は、事前指示書で高齢者アパートを最期の場所と示されていましたが、巡視時に心肺停止状態で発見され、突然死ということで検死を受けなければならず最終的に病院に運ばれました、突然死という最期を迎えられた場合、警察による検死を受けなければなりません、それが老衰の場合では違います。いよいよという状況に至った場合、私達はかかりつけ医に連絡し往診を依頼します。人間は最期を迎えるとき、様々なサインを示されます。それは…」といったように、様々な看取りの場面から学んだ経験を家族に示しながら説明していくのである。

選択をするのは家族であり、そこに至るまでの過程を共に考える。そして家族自身が当事者の思いに考えをさせながら、自己決定していけるよう支援する事がソーシャルワーカーとしての責務である。

ソーシャルワーカーは、家族に対する説明には大きな責任が伴う事を自覚しなければならない。死という繊細な事柄ゆえに、言葉の使い方一つにしても慎重さが求められ、相手の理解力に合わせた説明が必要である。また、合意形成を図る時には、ソーシャルワーカーは自身の看取りの価値観を強制してはならない。ソーシャルワーカー自身の価値観と当事者の価値観は別物である。例えば、代替の栄養補給法である胃瘻について、胃瘻は辛く生きながらえさせるだけ、という考え方の一方で、胃瘻をすることで家族との時間を長く共有できる、という考え方もある。自己決定の出来なくなった当事者にかわって、当事者の思いを推察するしかできない家族が選択を委ねられる場合、ソーシャルワーカーの説明の仕方によって選択の幅が狭くなったりすることが起こってはならない。ソーシャルワ

カー自身の看取りの価値観が大きく影響する危険性を理解したうえで、伝え方の工夫が必要である。その上で、ソーシャルワーカーとして得てきた経験や過去の事例を教訓として、より客観的に示しながら、当事者、家族にその最期を決定してもらうようナビゲートしていかなければならない。当事者にとっての最善の道を整理することが、ソーシャルワーカーとしての責務なのである。その後、当事者、家族の意思を尊重受容し、チームに伝え、具体化していけるよう働きかけを行う。つまり認知症の人そのものの死への歩み方に添いながら、チームと一緒に同じ方向に歩んでいけるよう導くことが、認知症の人の看取りにおけるソーシャルワーカーの役割である。

第7章 まとめと提言

最期の過ごし方を希望することが可能となっている。リビングウィル、エンディングノート、事前指示書等を用い、また、自分の思いを他者に伝える事で、自分らしい最期の送り方を希望する人は少なくない。しかし、認知症の人は病気の進行により、次第に意思決定能力も低下し、自分のことを自分で決める事が困難になってくる。当事者の意思にどう添っていくか、自己決定をどのように受け止めるかを考えていく上で、認知症を抱えている当事者が満足できる看取りへの働きかけは、困難を極める。私たちは認知症の人、当事者の自己決定を尊重した最期を迎える事が出来たなどと決めつけることは出来ず、また、安易に当事者の気持ちを汲み、望む最期を迎えさせることが出来たとは言えないのであろう。スタッフが出来ることは、「本人はどのように感じているのだろうか」「どのようなことをしてもらいたいと感じているのだろうか」「本人はこの医療行為を望んでいるのだろうか」「本人は辛く感じているのではないか」「本人は今、幸せに感じそれを伝えたいのではないだろうか」と思いをめぐらし、その思いを尊重しよう、共感的に理解しようとする姿勢以外にないはずである。

トム・キットウッドは、ケアを提供するうえで本当の目的は、認知症の過程全体を通して、その人らしさを保つことであり、穏やかでその人を中心としたパーソン・センタード・デスを実現することであると述べている。穏やかなパーソン・センタード・デスとは、認知症の人がひとりの人格を持った人間として周囲の人々から尊重されながら、その思いに添った「死」に寄り添うケアそのものである。

本論文においては、認知症の人の看取りにおける3つの問題性を明らかにした。

認知症の人は、病気の進行に伴い全てのことが認知できなくなる存在であると理解されやすい。しかし、認知症の人と関わった事例を通して、認知症の人は、最期の時期を迎えようとした際も、その思いを何らかの形で表示し得るということを示すことが出来た。

また、その思いをくみ取るためには、当事者と関わる環境が重要である。認知症の人の看取りを行ったスタッフは、当事者がどのように感じているかを理解しようと、あらゆるケアの工夫を行い実践している。その実践を通して、認知症の人のわずかなサインを察知し、当事者の思いに丁寧に向き合った看取りを行っている。生活の場である施設での認知症の人の看取りの有意性を明らかにしたと言えるだろう。

その上で、認知症の人の看取りにおいて、ソーシャルワーカーの担うべき役割を、実践事例を整理し記述している。当事者、家族、スタッフそれぞれの立場で共感し、悩み、揺らぎながらも、認知症の人の「死」に添っていかなければならない。当事者の思いにそった看取りに近づくためには、ソーシャルワーカーが舵取りを行う事が重要である。繰り返すが、ソーシャルワーカーがその方針を決めるのではなく、あくまでも当事者の思いを具現化するのである。また、新たな看取りの文化構築のために、デス・エデュケーションの効果も実践事例よって明示することが出来た。看取りへの様々な、実践を積み重ねていく

ことは、ソーシャルワーカーとしての拡がりを可能とするであろう。

今回は、筆者の実践事例をもとに認知症の人の看取りにおける諸問題を論述した。様々な提言を行ったわけだが、グループホームにおける看取りや、ソーシャルワーカーの看取りへの働きかけの標準化への支援方法までは述べる事が出来なかった。また、生活の場での看取りをすすめ、論述していく中で、在宅の視点が抜けていることも大きな反省である。認知症の人が家で死にたいと希望した時、どのように当事者・家族を支えるか、安心して老い死を迎えられる地域を育むことができるか、ソーシャルワーカーとしての支援のあり方を今後とも模索していきたい。

*本論文第2章3節「ドイツ2008年介護改革」は、拙稿「ドイツにおける認知症ケアの展開—2008年介護改革—」（『社会関係研究』第16巻第2号2011年3月所収）に加筆・修正を加えたものである。

謝辞

本研究を進めるにあたり、多くの方々に支えていただきました。ここに深く感謝の意を表します。

研究活動全般にわたり、多くの温かい励ましとご指導、ご鞭撻をいただきました熊本学園大学大学院社会福祉学研究科の豊田謙二教授に心から感謝します。豊田教授には、熊本学園大学修士課程在学中より大変お世話になりました。様々な課題に対し、問い続ける姿勢の大切さ、そして研究の面白みを教えて下さいました。諦めることなく学位論文を執筆することが出来たのは、長い間、励まして下さった豊田教授のお陰です。本当にありがとうございました。

学位論文審査において、貴重なご指導とご助言を頂いた熊本学園大学大学院社会福祉学研究科の小川全夫教授、下地明友教授、九州大学大学院人間環境学研究院の高野和良准教授に心より感謝申し上げます。

日独比較研究調査において、本研究の示唆や大学院ゼミの参加の機会を与えてくださったデュッセルドルフ大学島田信吾教授、熊本学園大学社会福祉学部黒木邦弘准教授、デュッセルドルフ大学島田ゼミの皆さまに感謝申し上げます。

また、パーソン・センタード・ケアの考え方を一から教えてくださった いまいせ心療センター認知症疾患医療センター長水野裕先生、村田康子先生、中村裕子先生、ドイツ留学の際、施設実習先の紹介とドイツ福祉についてご教授をくださいました **Christian Mueller-hergl** 先生、立命館大学産業社会学部の津止正敏教授、宅老所よりあいの下村恵美子氏、熊本県認知症介護指導者の方々、認知症介護研究・研修センター東京センターの先生方、東京センター認知症介護指導者養成研修第 35 期修了生の仲間、施設調査を快く受け入れてくださった各施設・機関のスタッフの方々、そして老人福祉の現場で介護の基本や認知症の一人一人ひとりの立場に立って考えることの大切さを教えて下さり、大学院での学びを温かく見守り応援して下さいました 介護老人保健施設孔子の里 松永美根子副施設長に、改めて感謝いたします。

博士課程在学中、同期の福崎はるさん、上村朋子さん、豊田ゼミの皆さまとの共同の学びが研究を進めていく上で大きな励みとなりました。そして、仕事と大学院の両立を応援して下さい、そして研究においても多大な協力をして下さった職場の皆さまに心より感謝申し上げます。皆さまのご理解とご支援があり、書き上げることが出来ました。

最後に、いつも心の支えになり、一番の応援者でいてくれた夫、娘、両親、弟、妹、祖父母に心から感謝します。

資料

事前指示書のすすめ

■「ゆりかご」から誰もがいつかは訪れる「その日」まで・・・

私たちが生きる延長線上には、遅かれ早かれ必ず「最期」はやってきます。死は誰にでも訪れる自然な出来事です。

「突然の病気・事故」「認知症」など、今の自分の意思とは違う生活を強いられることがあるかもしれません。今後の人生を考えるうえで、自分の最期について見つめ直してみましよう。

■事前指示書とは・・・

自分自身が自己決定が出来ない状態になった場合に、ご自身が受ける治療についての要望と自分の最期についての希望を記載した書類です。

■事前指示書のすすめ

当事業所では、利用者の方がどこでどのように最期を迎えたいのかを「事前指示書」として書き残しておくことをすすめています。

当事業所では、この事前指示書に沿って、出来る限り利用者の方一人ひとりの思いや希望にそった生活の支援を行えるよう、努めてまいります。

■事前指示書の取り扱いについて

本指示書は、記入後2部コピーします。原本は当事業所が保管し、コピーした分は、利用者・家族、かかりつけ医にお渡しします。なお、事前指示書に記入した内容に関しては、いつでも修正、変更可能です。

事前指示書

私が判断出来なくなった場合（病気で意思の疎通が出来なくなった時、回復不能な状態に至った時）私の意思を尊重下さい。又最期をどこでどのように迎えたいのかの意思をこの指示書に託します。

希望する欄に○をつけて下さい。

（栄養面にて回復不能な状態に陥った時）

- () 出来る限り食事、水分を問題がないなら口から入るのみとして下さい。
- () 栄養補給の為に点滴治療を行ってください
- () 経管栄養して栄養を与えて下さい
1) 経鼻チューブを鼻から胃の中に入れます。
2) 胃ろうを腹部の皮膚から直接胃に入れます。
- () 中心静脈ラインを確保して下さい。必要な栄養（水分、塩分、炭水化物、アミノ酸及び脂肪）を点滴して与えて下さい。

（検査・治療について回復不能な状態に陥った時）

- () 積極的な検査・治療は望みません
- () かかりつけ医が必要と判断した最低限の検査・治療を希望します
- () 設備が整った病院、また以下の希望する病院に搬送し入院を希望します。
希望する病院 ① _____
② _____

（心肺停止の処置）

*回復不可能な心肺停止の場合（自然死、ガン死など）、心肺蘇生を

- 1 希望します () 2 希望しません ()

(最後に迎えたい場所について)

- 1.グループホーム／有料老人ホーム／サービス付高齢者住宅にて迎えたい ()
- 2.病院で迎えたい ()
- 3.自宅で迎えたい ()
- 4.その他 ()

個人的要望・・・最期の時を迎えるにあたり希望する事

例：最期の時は私のお気に入りの洋服を着せて下さい

私の愛する人たちの写真をベッドの側において下さい

()

私の家族、かかりつけ医、私の大切な人へ

私()は自分の死について考え、自分の意思で決定する為の指示書です。私が回復不能な時、自ら判断が出来なくなったときは本指示書を尊重し対応して下さい。本指示書は本人、家族が、変更・破棄しない限り有効です。

私の要望や意思を忠実に果たして頂いた方々に感謝するとともに、その方々が要望に従った行為に対し一切の責任は私自身にあることを付記します。

平成 年 月 日

氏名 (利用者) 印

住所

身元引受人 (家族) 印

住所

かかりつけ医 印

ホーム長 印

この指示書は身体に変化があった時は見直し、内容に変化があれば再作成して下さい

注

- ¹ 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会 2007 「認知症グループホームにおける看取りに関する研究事業」
- ² 日本神経学会 2010 『認知症疾患治療ガイドライン 2010』医学書院 1 頁
- ³ 社団法人日本老年医学会 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」 2012 社団法人日本老年医学会 ホームページ <http://www.jpn-geriat-soc.or.jp> アクセス日時 2012.06.29
- ⁴ Tom Kitwood 1997 『Dementia reconsidered The person comes first』 Open University Press
- ⁵ 水野裕 2008 『実践パーソン・センタード・ケア —認知症をもつ人たちの支援のために』ワールドプランニング 3 頁
- ⁶ Tom Kitwood 前掲 4
- ⁷ トム・キットウッド著 高橋誠一訳 『認知症のパーソン・センタード・ケア 新しいケアの文化へ』筒井書房 2005 18 頁
- ⁸ 箕岡真子 2010 『認知症ケアの倫理』ワールドプランニング 18 頁
- ⁹ 箕岡 前掲 8 74 頁
- ¹⁰ Christeine Bryden, 馬籠久美子・桧垣陽子訳, 2005, 『私は私になっていく—痴呆とダンスを』クリエイツかもがわ, 127 頁
- ¹¹ トム・キットウッド著 高橋誠一訳 『認知症のパーソン センタード ケア 新しいケアの文化へ』筒井書房 2005
- ¹² 厚生労働省ホームページ http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/hoken.pdf
- ¹³ 法務省ホームページ <http://www.moj.go.jp/MINJI/minji17.html#a1> アクセス日時 2013.11.30
- ¹⁴ ドイツ帝国初代宰相、任期期間は 1871~1918 年である
- ¹⁵ 小早川俊哉 2007 「ドイツの介護保険-Soziale Pflegeversicherung-」(『道都大学紀要』道都大学社会福祉学部第 32 号)
- ¹⁶ 対象となる日常生活には、身体衛生、食事、移動、家事の、4 つの ADL の面が挙げられる。
- ¹⁷ MDK(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) : 疾病保険のメディカルサービスである。本来は疾病金庫の事業に関連する医学的審査や医療上の問題に関する助言を行うことを任務としているが、介護保険の実施に伴って介護保険者から要介護認定および質の審査を委託されている
- ¹⁸ 上田武史・田中耕太郎・府川哲夫編著 2008 『社会保障改革—日本とドイツの挑戦—』ミネルヴァ書房
- ¹⁹ 田近栄治 2007 「ドイツから見た日本の介護保険」『健康保険 61』
- ²⁰ 介護保険の金銭給付では、在宅の家族介護者への「介護手当」であり、その「家族」は血縁であることを問わない。近隣者やボランティアが介護を行う場合であっても「介護手当」は給付される。
- ²¹ 松本勝明 2007 『ドイツの社会保障論—介護保険—』信山社
- ²² 上田 前掲 18
- ²³ Bundesministerium für Gesundheit 2008 “Das bringt die Pflegereform 2008”
- ²⁴ 『毎日新聞』(2009 年 2 月 12 日付) 13 面
- ²⁵ 河口洋行・田近栄治・油井雄二 2010 「デンマーク及びドイツの医療・介護制度—日本での地域ケアの推進と財政規律の堅持への示唆—」『社会保険旬報』No. 2436
- ²⁶ Richtlinien nach § 87b abs.3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen (Betreuungskräfte RI vom 19. August 2008)
- ²⁷ 田中謙一 2009 「ドイツの 2008 年介護改革」『週刊社会保障』No. 2512
- ²⁸ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI 「Vereinbarung nach § 115 Abs.1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger prüfungsresultate in der stationären Pflege」2008.12
- ²⁹ 小柳治宣 2010 「ドイツ介護改革のゆくえ」『週刊社会保障』No. 2573
- ³⁰ 英国ブラッドフォード大学の老年心理学の故トム・キットウッド教授がこれからの認知症ケアのあるべき姿として、1980 年代後半に認知症ケアの現場で働く人達に示した理念。介護専門職はその人の立場に立った理解を重視して認知症に苦しむ人々の健康状態を最高のレベルに維持し個人のニーズに対応することで、認知症に苦しむ人々が能力を発揮できるように支援する
- ³¹ パーソン・センタード・ケア理念を反映させ、「利用者(認知症の人)の立場に立って、ケアの質を評価するもの」である観察ツール。ケアの現場を第三者(マッパー)が客観的に「利用者の立場」から評価し、観察・評価した内容を現場にフィードバックし、スタッフと一緒に今後のケアプランやサービ

ス内容を考える方法。

- ³² 総利用者数に対し一日を通しての常勤職員数（フルタイム換算：39h/週）を割って算出。ただし、A施設D施設においてはノルトライン＝ヴェストファーレン州の州法に人員配置基準によって算出。要介護度0・・・利用者18名に対し有資格者1人、要介護度1・・・利用者4名に対し有資格者1人、要介護度2・・・利用者2.5名に対し有資格者1人、要介護3・・・利用者1名に対し有資格者1.8人を配置する。利用者の要介護変更など状況が変わり次第MDKに連絡し人員配置基準を変更する。ただ雇用者の背景によって差異も発生するため厳格な州法ではない。
- ³³ D施設では週20時間働くスタッフと週10時間働くスタッフを雇用しているため、1.5人と表記する。
- ³⁴ 第1章で述べた「自由の制限措置」である。ベッド格子の取り付けや薬剤による沈静化などの身体拘束を行う際は事前に裁判所の許可が必要である。
- ³⁵ ドイツではかかりつけ医制度をとっている。体調不良時はまず、かかりつけ医の診断を受けその後、病院で受診するというルールがあり、かかりつけ医の診断が不可欠である。
- ³⁶ Altenpflege, Krankenschwester, Diakon, Fachkraft Gerontopsychiatrie, Azubi in der Altenpflege, Hauswirtschaftlerin(kitchen), Sozialpeadagogin(social worker), FSJ(social year)といった有資格者
- ³⁷ Perthes-Haus Münster, Reinhard Christ, 2009年6月18日インタビュー
- ³⁸ ドイツで1980年頃に考え出された重度障害児の非言語的情報伝達を活用したコミュニケーション方法。昏睡の患者、意識レベルの低い患者、感覚を障害された患者にも対応できることが分かり1998年よりドイツの看護教育にも取り入れられている。最近では重度の認知症患者にも有効とされる。
- ³⁹ World Health Organization 「Better Palliative Care for Older People」2004, World Health Organization on the web, 24 June 2011
<http://www.euro.who.int/_date/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf>
- ⁴⁰ Gemeinsamer Bundesausschuss 「Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung」2007, Gemeinsamer Bundesausschuss on the web, 24 June 2011, <<http://www.g-ba.de/informationen/dmp/>>
- ⁴¹ 岡村世里奈 2010 「欧米諸国における高齢者終末期ケアの動向」病院69巻1号
- ⁴² EAPC 「EAPC Task Force on the development of Palliative Care in Europe GERMANY」2005, EACP on the web, 24 June 2011, <<http://www.eapcnet.org/download/forPolicy/Germany.pdf>>
- ⁴³ Sala Lena Lueckmann, Mareike Behmann, Susanne Bisson, and Nils Schneider. "Good idea but not feasible" -the views of decision makers and stakeholders towards strategies for better palliative care in Germany: a representative. BMC Palliat Care .2009
- ⁴⁴ 藤本健太郎 2009 「ドイツにおける終末期ケア ネットワークによる在宅高齢者のサポーター」『海外社会保障研究』No.168 36-37頁
- ⁴⁵ AOK デュッセルドルフ支部長 Herr. Gerd Gottelt ,2010年8月5日インタビュー
- ⁴⁶ 藤本 前掲44
- ⁴⁷ 2013年度日本学術振興会科学研究費助成事業に基づく日独研究プロジェクトで行ったインタビューより Hospizverein Koordinatorin, Bettina Kutzscher, Diakoniewerk Essen, Claudia Hartman, 2013年8月28日インタビュー
- ⁴⁸ Diakoniewerk Essen, Claudia Hartmann, 2013年8月28日インタビュー
- ⁴⁹ 同上、48
- ⁵⁰ Hospizverein Koordinatorin, Bettina Kutzscher, 2013年8月28日インタビュー
- ⁵¹ 同上、50
- ⁵² 前掲50
- ⁵³ 前掲38
- ⁵⁴ 前掲50
- ⁵⁵ 前掲50
- ⁵⁶ 社団法人日本社会福祉士会 ホームページ http://www.jacsw.or.jp/01_csw/05_rinrikoryo/ アクセス日時 2011.11.06
- ⁵⁷ 社団法人日本社会福祉士会 ホームページ 同上
- ⁵⁸ 北島英治 2008 『ソーシャルワーク論』ミネルヴァ書房 52頁
- ⁵⁹ 北島 前掲58 54頁
- ⁶⁰ 奥田いさよ 1988 「ソーシャルワークの職務分析に関する試論」日本社会福祉学会『社会福祉学』90頁
- ⁶¹ 芝野松次郎 2005 「エビデンスに基づくソーシャルワークの実践的理論家—アカウンタブルな実践へのプログラマティック・アプローチ—」ソーシャルワーク研究 22頁

-
- 6² 石井三智子 2008 「在宅医療とソーシャルワークの現状と課題」(佐藤智他『在宅医療と人材養成・人材確保』中央法規) 270 頁
- 6³ 石井 前掲 62 284 頁
- 6⁴ 村上須賀子 2008 「退院支援と在宅医療における医療ソーシャルワーカーの役割—実践事例の分析から—」(佐藤智他『在宅医療と人材養成・人材確保』中央法規) 270 頁
- 6⁵ 片岡靖子 2007 「終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの役割と課題」九州保健福祉大学研究紀要 8
- 6⁶ 中土純子 2006 「在宅医療におけるソーシャルワーカーの現状と課題」武蔵野大学現代社会学部紀要第 7 号
- 6⁷ 東京都「高齢者虐待防止に向けた体制構築のために—東京都高齢者虐待マニュアル」 1 頁
- 6⁸ 認知症介護研究・研修東京センター2006『新しい認知症介護—実践者編—』中央法規 13 頁
- 6⁹ 熊本県庁ホームページ「地域の縁がわ@くまもと」
<http://www.pref.kumamoto.jp/site/engawa/engawatowa.html> アクセス日時 2011. 9. 28
- 7⁰ 熊本県庁ホームページ 前掲 69
- 7¹ 社団法人日本老年医学会 2012 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」 社団法人日本老年医学会 ホームページ <http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/> アクセス日時 2012. 06. 29
- 7² 柏木哲夫「終末期をめぐる様々な言葉」総合臨床第 56 巻第 9 号
- 7³ 結城康博・平野智子 2011『介護と看取り 老後をどう生き、「最期」をどこで迎えるのか』毎日新聞社 120 頁
- 7⁴ 箕岡真子 2011 「認知症終末期の臨床倫理」老年精神医学雑誌 第 22 巻第 12 号 1405 頁
- 7⁵ 社団法人日本老年医学会 前掲 71
- 7⁶ Tom Kitwood 1997『Dementia reconsidered The person comes first』Open University Press 101 頁
- 7⁷ カール・ベッカー2008 「死生観教育の必要性」日本ホスピス・在宅ケア研究会飛騨高山大会[編]『ひびきあう生と死 未来を拓くスピリチュアルケア』雲母書房 108 頁
- 7⁸ 袖井孝子 2007『死の人間学』金子書房 10 頁
- 7⁹ 袖井 前掲 78 14-16 頁
- 8⁰ 木之下徹・元永拓郎・本間昭 2007「認知症のターミナルケアにおけるチームケア・アプローチの役割と意義」老年精神医学雑誌 第 18 巻第 9 号 972 頁
- 8¹ 三山吉夫 2011 「認知症を伴う高齢者の終末期の現状と課題」老年精神医学雑誌 第 22 巻第 12 号 1367 頁
- 8² 新田國夫 2005 「認知症高齢者の終末期」月刊総合ケア Vol. 15 No. 11 38 頁
- 8³ 認知症介護研究・研修東京センター2003「医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアのあり方に関する研究報告書」
- 8⁴ 大谷のみ子 2005 「認知症ケアの延長上での死」月刊総合ケア Vol. 15 No. 10
- 8⁵ 特定非営利法人 2007 日本介護支援協会 グループホームにおける福祉ターミナルの手引き
- 8⁶ 平原佐斗司 2012 「末期認知症の緩和ケア」日本認知症ケア学会誌 第 11 巻第 2 号 463 頁
- 8⁷ 新田國夫 2005 「認知症高齢者の終末期」月刊総合ケア Vol. 15 No. 11 39 頁、諏訪さゆり 2006 「認知症高齢者が医療を受ける場面での倫理の課題」老年看護学 Vol. 10 No. 2 30 頁
- 8⁸ 箕岡真子 2011 「認知症終末期の臨床倫理」老年精神医学雑誌 第 22 巻第 12 号 1406 頁
- 8⁹ 箕岡真子 2010『認知症ケアの倫理』ワールドプランニング 27 - 29 頁
- 9⁰ 会田薫子 2010「認知症高齢者の終末期と胃瘻栄養法—PEG の施行要因分析と価値判断を経た代替療法の提案—」勇美記念財団 2009 年度在宅医療助成一般公募報告書
- 9¹ 平原 前掲 86 466 頁
- 9² 箕岡 前掲 8 108-109 頁
- 9³ 社団法人日本老年医学会 前掲 3
- 9⁴ 三山 前掲 81 1368 頁
- 9⁵ 永田千鶴 2009『グループホームにおける認知症高齢者ケアと質の探究』ミネルヴァ書房 11 頁
- 9⁶ 厚生労働省ホームページ 平成 23 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service11/dl/sankou.pdf> アクセス日時 2013. 3. 28
- 9⁷ 公益社団法人 日本認知症グループホーム協会ホームページ 「グループホームとは」
http://ghkyo.or.jp/top/modules/pico/index.php?content_id=17 アクセス日時 2012. 3. 20

-
- ⁹⁸ 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会 2007 「認知症グループホームにおける看取りに関する研究事業」
- ⁹⁹ 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会 前掲 98
- ¹⁰⁰ 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会 2009 「認知症グループホームにおける重度化対応と医療連携に関する調査研究報告書」
- ¹⁰¹ 松井美帆、新田章子、川崎涼子、中村梓子、岩下友華 2010 「認知症グループホーム職員における看取りの意識」ホスピスと在宅ケア Vol. 18, No. 1 11 頁
- ¹⁰² 松井 前掲 101 12 頁、平川仁尚、葛谷雅文、加藤利章、植村正和 2008 「介護老人保健施設 1 施設における看護・介護職員の終末期ケアに関する意識と死生観」ホスピスと在宅ケア Vol. 16 No. 1
- ¹⁰³ 公益社団法人日本認知症グループホーム協会 2013 「認知症グループホームにおける利用者の重度化の実態に関する調査研究報告書」
- ¹⁰⁴ F 施設は、観光と農業の盛んな自然豊かな村に立地する。グループホーム 2 ユニット、小規模通所介護、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、訪問介護などを運営する。
- ¹⁰⁵ 特定非営利法人シルバー総合研究所 2007 『看取りケアと重度化対応ケアマニュアル 特養・グループホーム編』日総研
- ¹⁰⁶ 公益社団法人 日本グループホーム協会 前掲 98
- ¹⁰⁷ 袖井 前掲 78 15-16 頁
- ¹⁰⁸ 平川仁尚、植村和正 2009 「高齢者終末期ケアに関わる介護スタッフの教育」Geriatric Medicine 老年医学 vol. 47 No. 4 481-484 頁
- ¹⁰⁹ F 施設内で使用している「事前指示書」を、一部改変し本論文資料として添付する。

参考文献

- 1 Diakonie in Duesseldorf 2009 “Das sterben Besleiten-dem Leben zuliebe-”
- 2 Tom Kitwood 1997『Dementia Reconsidered the person comes first』 Open University Press
- 3 Naomi Feil 藤沢嘉勝監訳 2001『バリデーション』 筒井書房
- 4 アルフォンス・デーケン 2001『生と死の教育』 岩波書店
- 5 アルフォンス・デーケン 1993『死とどう向き合うか、今世界のホスピスでは』 NHKビデオ
- 6 飯田亘之・甲斐克則 2008『終末期医療と生命倫理』 太陽出版
- 7 石飛幸三 2010『「平穏死」のすすめ』 講談社
- 8 岩田正美 2010『ソーシャルワークとはなにか』 日本図書センター
- 9 上野千鶴子他 2008『家族のケア家族へのケア』 岩波書店
- 10 岡本民夫・平塚良子編著 2010『新しいソーシャルワークの展開』 ミネルヴァ書房
- 11 岡本民夫・平塚良子編著 2004『ソーシャルワークの技能』 ミネルヴァ書房
- 12 尾崎新 1999『「ゆらぐ」ことのできる力 ゆらぎと社会福祉実践』 誠信書房
- 13 小澤勲 2005『認知症とは何か』 岩波新書
- 14 北島英治他 2010『ソーシャルワーク実践の基礎理論』 有斐閣
- 15 北島英治 2008『ソーシャルワーク論』 ミネルヴァ書房
- 16 クリスティーン・ブライデン, 馬籠久美子・桧垣陽子訳 2005『私は私になっていく—痴呆とダンスを』
クリエイツかもがわ
- 17 五十子敬子 2007『医をめぐる自己決定—倫理・看護・医療・法の視座—』 イウス出版
- 18 島菌進・竹内整一 2008『死生学[1]死生学とは何か』 東京大学出版会
- 19 下村恵美子 2011『生と死をつなぐケア』 雲母書房
- 20 社団法人日本社会福祉士会 2009『保健医療1 ソーシャルワーク実践』 中央法規
- 21 白澤政和・東條光雅・中谷陽明 2002『高齢者福祉とソーシャルワーク』 有斐閣
- 22 袖井孝子 2007『死の人間学』 金子書房
- 23 ソフィア・T／ブトゥリム著／川田誉音訳 1986『ソーシャルワークとは何か』 川島書店
- 24 高橋都・一之瀬正樹 2008『死生学[5]医と法をめぐる生死の境界』 東京大学出版会
- 25 田中千枝子 2008『保健医療ソーシャルワーク論』 勁草書房
- 26 特定非営利法人 シルバー総合研究所 2007『看取りケアと重度化対応ケアマニュアル 特養・グループホーム編』 日総研
- 27 トム・キットウッド著 高橋誠一訳 2005『認知症のパーソン・センタード・ケア 新しいケアの文化へ』 筒井書房
- 28 豊田謙二 2004『質を保障する時代の公共性』 ナカニシヤ出版
- 29 豊田謙二・黒木邦弘 2009『「宅老所よりあい」解体新書』 雲母書房
- 30 豊田謙二 2011『一人ひとりの社会福祉』 ナカニシヤ出版
- 31 永田千鶴 2009『グループホームにおける認知症高齢者ケアと質の探究』 ミネルヴァ書房
- 32 星野一正 1991『医療の倫理』 岩波新書

- 33 箕岡真子 2010 『認知症ケアの倫理』 ワールドプランニング
- 34 箕岡真子・稲葉一人 2011 『わかりやすい倫理 日常ケアに潜む倫理的ジレンマを解決するために』
ワールドプランニング
- 35 水野裕 2008 『実践パーソン・センタード・ケア 認知症をもつ人たちの支援のために』 ワールドブ
ランニング
- 36 村上須賀子・京極高宣・永野なおみ 2008 『在宅医療ソーシャルワーク』 勁草書房
- 37 村瀬孝生 2011 『看取りケアの作法』 雲母書房
- 38 奥田いさよ 1988 『社会福祉学』 日本社会福祉学会
- 39 岩村偉史 2006 『社会福祉国家 ドイツの現状—ドイツ人の人生の危機への備え』 三修社
- 40 宮崎 和加子、 田邊 順一 2011 『認知症の人の歴史を学びませんか』 中央法規
- 41 共同新聞社社会部 2008 『いのちの砂時計 終末期医療はいま』 日本評論社
- 42 結城康博・平野智子 2011 『介護と看取り 老後をどう生き、「最期」をどこで迎えるのか』 毎日新
聞社
- 43 高橋誠一 2005 『認知症のパーソンセンタードケア 新しいケアの文化』 筒井書房
- 44 佐藤智 2008 『在宅での看取りと緩和ケア』 中央法規
- 45 佐藤智他 2008 『在宅医療と人材養成・人材確保』 中央法規
- 46 柴田久美子 2005 『抱きしめておくりたい～看取りの日々を生きる～』 西日本新聞社
- 47 終末期医療に関する調査等検討会編集 2005 『今後の終末期医療の在り方』 中央法規
- 48 小澤勲 2005 『認知症とは何か』 岩波新書
- 49 松田雅央 2006 『ドイツ 人が主役のまちづくり ボランティア大国を支える市民活動』 学芸出版社
- 50 松本勝明 2007 『ドイツの社会保障論—介護保険—』 信山社
- 51 上田武史・田中耕太郎・府川哲夫編著 2008 『社会保障改革—日本とドイツの挑戦—』 ミネルヴァ書
房
- 52 斉藤孝 2000 『身体感覚を取り戻す 腰・ハラ文化の再生』 NHK Books
- 53 大井玄 2008 『「痴呆老人」は何を見ているか』 新潮新書
- 54 大田仁史ほか 2010 『終末期介護への提言「死の姿」から学ぶケア』 中央法規
- 55 中川恵一 2010 『死を忘れた日本人』 朝日出版社
- 56 林諄 2009 『生活支援の理念と介護における尊厳の理解』 日本医療企画
- 57 徳永進 2004 『人あかり』 ゆみる出版
- 58 徳永進他 2008 『ひびきあう生と死 未来を拓くスピリチュアルケア』 雲母書房
- 59 日本死の臨床研究会 2003 『高齢社会とターミナルケア』 人間と歴史社
- 60 認知症介護研究・研修東京センター 2006 『新しい認知症介護—実践者編—』 中央法規
- 61 本沢巳代子 1996 『公的介護保険 ドイツの先例に学ぶ』 日本評論社

参考資料

- Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI
「Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie
1 die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der
Krankenversicherung sowie gleichwertiger prüfergebnisse in der stationären Pflege」2008
2 Richtlinien nach § 87b abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen
Betreuungskräften in Pflegeheimen (Betreuungskräfte RI vom 19. August 2008)
3 Bundesministerium für Gesundheit 2008 「Das bringt die Pflegereform 2008」
4 EAPC2005 「EAPC Task Force on the development of Palliative Care in Europe GERMANY」 EACP
5 Gemeinsamer Bundesausschuss 2007 「Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter
Palliativversorgung」 Gemeinsamer Bundesausschuss
Sala Lena Lueckmann, Mareike Behmann, Susanne Bisson, and Nils Schneider. "Good idea but not
6 feasible 2009 「the views of decision makers and stakeholders towards strategies for better
palliative care in Germany: a representative」 BMC Palliat Care .
7 World Health Organization 2004 「Better Palliative Care for Older People」 World Health
Organization,
8 荒牧弥生 2010 「ドイツにおける認知症ケアの展開—2008年介護改革—」 『社会関係研究』 熊本学園
大学社会関係学会
9 内出幸美 2007 「グループホームでの認知症の終末期ケアの実践と課題」 老年精神医学雑誌 第18巻
第9号
10 海老根理絵 2008 「死生観に関する研究の概観と展望」 東京大学大学院教育学研究科紀要 第48巻
大和田猛 2010 「認知症高齢者ケアにおける実存主義ソーシャルワーク再考—ある認知症高齢者の生
11 活関与観察を通して—」 青森保健大雑誌 11
12 御牧由子 2010 「継続医療を支えるソーシャルワーカーの活動」 臨床栄養 Vol. 117 No. 4
13 片岡靖子・岡崎利治 2008 「社会福祉援助技術演習におけるデス・エデュケーションの試み～社会福
祉援助技術観形成過程における諸問題～」 久留米大学文学部紀要 第8号
14 加藤佳也 2006 「レヴィナス倫理学から見た認知症老人のいる社会」 発達人間学論集 第9号
15 金田千賀子 2008 「認知症高齢者介護家族に対するソーシャルワークの接近・介入としてのケアマネ
ジメント」 医療福祉研究 第4号
16 北川公子・津田さとみ・菅原峰子 2005 「痴呆性高齢者のターミナルに関する文献概観」 老年看護学
Vol, 10 No, 1
17 北島洋美・杉澤秀博 2010 「認知症末期にある特別養護老人ホーム入居者に対する介護スタッフのケ
アプロセス」 社会福祉学第51巻第1号

- 18 木戸宣子 2011「医療ソーシャルワーカー」老年精神医学雑誌 第22巻第12号
- 19 木之下徹・元永拓郎・本間昭 2007「認知症のターミナルケアにおけるチームケア・アプローチの役割と意義」老年精神医学雑誌 第18巻第9号
- 20 黒岩卓夫・林法子 2009「在宅での看取りが検視になってしまった例」老年医学 47(4)
- 21 齋藤正彦 2008「認知症医療；発症から看取りまで—特集のイントロダクションとして—」老年精神医学雑誌 第19巻第10号
- 22 佐藤和子 2010「地域ネットワークプロセス 認知症を切り口にして」病院 69巻11号
- 23 諏訪さゆり 2006「認知症高齢者が医療を受ける場面での倫理の課題」老年看護学 Vol.10 No.2
- 24 曾根千賀子・渡辺みどり・千葉真弓他 2011「介護老人福祉施設での認知症高齢者の終末期における事前意思を支えるケア内容と方法—長野県内介護老人福祉施設の特徴—」長野県看護大学紀要 13
- 25 武田純子 2009「グループホームでの看取り」死の臨床 Vol.32 No.1
- 26 武田純子 2011「認知症緩和ケアと看取りを实践する“グループホーム“での看護」ナーシング・トゥデイ Vol.26 No.4
- 27 田中雅博 2011「認知症終末期におけるスピリチュアルケア」老年精神医学雑誌 第22巻第12号
- 28 田村光 2007「介護支援専門員から見た認知症のターミナルケアの实践とその課題—介護支援専門員に求められるもの—」老年精神医学雑誌 第18巻第9号
- 29 中野一茂 2010「介護におけるグリーフケア」共栄学園短期大学研究紀要第26号
- 30 中村孝一 2008「認知症介護に関わるスタッフが行うソーシャルワークに関する質的研究」社会事業研究
- 31 新田國夫 2005「認知症高齢者の終末期」月刊総合ケア Vol.15 No.11
- 32 野田智子 2010「地域医療福祉部門の管理 MSWの視点での発展を考える」病院 69巻12号
- 33 蜂谷佐和子 2010「“生命”の延長線上にある看取りを」ケアマネージャー Vol.12 No.9
- 34 馬場先淳子 2007「安心ある看取りを支える認知症ケア」月刊総合ケア Vol.17 No.8
- 35 福崎はる 2010「学校における職員研修内容の構築過程についての一考察～職員間の枠組み活用という視点を用いて～」家族療法研究
- 36 二神真理子・渡辺みどり・千葉真弓 2010「施設入所認知症高齢者の家族が事前意思代理決定をするうえで生じる困難と対処のプロセス」老年看護学 Vol.14 No.1
- 37 松田水月・荒木隆俊 2010「介護学生の死生観—終末期教育を考える—」羽陽学園短期大学紀要 第8巻 第4号
- 38 真辺一範 2005「特定施設・居住系サービスでの死」月刊総合ケア Vol.15 No.10
- 39 箕岡真子 2007「生命倫理の立場からみた“看取り”—終末期認知症における延命治療（PEG, 肺炎治療）について—」癌と科学療法 第34巻
- 40 箕岡真子 2011「認知症終末期の臨床倫理」老年精神医学雑誌 第22巻第12号
- 41 箕岡真子 2010「日本における新しい「認知症ケアの倫理 Ethics of Dementia Care」の創造と発展」認知症ケア事例ジャーナル
- 42 三山吉夫 2011「認知症を伴う高齢者の終末期の現状と課題」老年精神医学雑誌 第22巻第12号

- 43 武藤とみ子 2011「認知症の人の終末期ケアマニュアル作成と人材育成 実践の振り返りから死生観の再構築」認知症ケア事例ジャーナル
- 44 森塚恵美・多久島寛孝 2011「介護保険施設における認知症高齢者の End of Life Care～文献検討による考察～」保健科学研究誌 No. 8
- 45 柳原清子・柄澤清美 2003「介護老人福祉施設職員のターミナルケアに関する意識とそれに関連する要因の分析」新潟青陵大学紀要第 3 号
- 46 吉澤豊 2002「ターミナルケアにおける P S W の役割 ホスピスでの経験から」精神保健福祉 Vol. 33 No. 3
- 47 岡村世里奈 2010「英国の高齢者終末期ケアの動向④判断効力の不十分なものと終末期の意志決定」病院 69 卷 11 号
- 48 岡村世里奈 2010「より良い高齢者終末期ケア体制構築のために求められる条件 諸外国の取り組みを通して」病院 69 卷 12 号
- 49 岡村世里奈 2010「欧米諸国における高齢者終末期ケアの動向」病院 69 卷
- 50 河口洋行・田近栄治・油井雄二 2010「デンマーク及びドイツの医療・介護制度ー日本での地域ケアの推進と財政規律の堅持への示唆ー」『社会保険旬報』No. 2436
- 51 芝野松次郎 2005「エビデンスに基づくソーシャルワークの実践的理論家ーアカウンタブルな実践へのプログマティック・アプローチー」ソーシャルワーク研究
- 52 小早川俊哉 2007「ドイツの介護保険-Soziale Pflegeversicherung-」『道都大学紀要』道都大学社会福祉学部第 32 号
- 53 小塚治宣 2010「ドイツ介護改革のゆくえ」『週刊社会保障』No. 2573
- 54 松井美帆、新田章子、川崎涼子、中村梓子、岩下友華 2010「認知症グループホーム職員における看取りの意識」ホスピスと在宅ケア Vol. 18, No. 1
- 55 石井三智子 2008「在宅医療とソーシャルワークの現状と課題」佐藤智他『在宅医療と人材養成・人材確保』中央法規
- 56 大谷るみ子 2005「認知症ケアの延長上での死」月刊総合ケア Vol. 15 No. 10
- 57 中土純子 2006「在宅医療におけるソーシャルワーカーの現状と課題」武蔵野大学現代社会学部紀要第 7 号
- 58 天津栄子 2007「認知症のターミナルケアが目指すもの」老年精神医学雑誌第 18 卷第 9 号
- 59 田近栄治 2007「ドイツから見た日本の介護保険」『健康保険 61』
- 60 田中謙一 2009「ドイツの 2008 年介護改革」『週刊社会保障』No. 2512
- 61 藤本健太郎 2009「ドイツにおける終末期ケア - ネットワークによる在宅高齢者のサポート -」『海外社会保障研究』NO. 168
- 62 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会 2007「認知症グループホームにおける看取りに関する研究事業」
- 63 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会 2009「認知症グループホームにおける重度化対応と医療連携に関する調査研究報告書」

- 64 認知症介護研究・研修東京センター2003「医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアのあり方に関する研究報告書」
- 65 平川仁尚、葛谷雅文、加藤利章、植村正和 2008「介護老人保健施設 1 施設における看護・介護職員の終末期ケアに関する意識と死生観」ホスピスと在宅ケア Vol.16 No.1
- 66 平川仁尚、植村正和 2009「高齢者終末期ケアに関わる介護スタッフの教育」老年医学 47 (4)
- 67 片岡靖子 2007「終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの役割と課題」九州保健福祉大学研究紀要 8、
- 68 片岡靖子・長友真美・岡崎利治・前田直樹 2006「対人援助職におけるデス・エデュケーションの必要性について (I) 九州保健福祉大学 7
- 69 平原佐斗司 2012「末期認知症の緩和ケア」日本認知症ケア学会誌 第11巻第2号
- 70 会田薫子 2010「認知症高齢者の終末期と胃瘻栄養法—PEG の施行要因分析と価値判断を経た代替療法の提案—」勇美記念財団 2009 年度在宅医療助成一般公募報告書
- 71 安藤千晶 2012「中等度—重度認知症高齢者の疼痛アセスメントのための日本語版 DOLOPLUS2 の有用性」聖路加看護大学大学院 博士論文

参考ホームページ

- 1 Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V. (ドイツホスピス・緩和ケア連盟)
<http://www.hospiz.net/bag/index.html>
- 2 EAPC (ヨーロッパ緩和ケア学会) <http://www.eapcnet.org/download/forPolicy/Germany.pdf>
- 3 Gemeinsamer Bundesausschuss (ドイツ共同連邦委員会) <http://www.g-ba.de/informationen/dmp/>
- 4 World Health Organization (WHO)
http://www.euro.who.int/_date/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf
- 5 Bundesministerium für Gesundheit (ドイツ連邦保健省) <http://www.bmg.bund.de/>
- 6 社団法人日本社会福祉士会 http://www.jacsw.or.jp/01_csw/05_rinrikoryo/