

保健医療社会福祉研究

第28巻

基調講演

『自分らしい』死とは何か？

—死の脱家族化・脱共同体化のなかで—

上野千鶴子

シンポジウム

地域包括ケアシステムの激流の中で 個を守りぬく

compassionate community に向けて

—認知症未来共創ハブを手がかりに

堀田聡子

医療ソーシャルワーク実践からみる地域包括ケアシステム

—地域で個をどのように支援しているか—

齋藤慶子

超高齢社会への情報科学的アプローチ

檜山 敦

地域包括ケアシステムの激流の中で 個を守りぬく 全体討議

論文

病院における要介護高齢者と家族の「居所選択」の過程に関する質的研究

日比野絹子

調査報告

がん患者の家族における「納得いく最期」を迎えるために

検討すべき要因とその構造

萬谷和広

2020年3月

一般社団法人日本保健医療社会福祉学会

目 次

基調講演

『自分らしい』死とは何か？

- 死の脱家族化・脱共同体化のなかで— 上野千鶴子 1

シンポジウム

地域包括ケアシステムの激流の中で 個を守りぬく

compassionate community に向けて

- 認知症未来共創ハブを手がかりに— 堀田聡子 15

医療ソーシャルワーク実践からみる地域包括ケアシステム

- 地域で個をどのように支援しているか— 齋藤慶子 23

超高齢社会への情報科学的アプローチ

- 檜山 敦 31

- 地域包括ケアシステムの激流の中で 個を守りぬく 全体討議 39

論文

病院における要介護高齢者と家族の「居所選択」の過程に関する質的研究

- 日比野絹子 47

調査報告

がん患者の家族における「納得いく最期」を迎えるために

- 検討すべき要因とその構造 萬谷和広 61

[基調講演]

『自分らしい』死とは何か？ —死の脱家族化・脱共同体化のなかで—

上野 千鶴子*

上野でございます。

今回、大変なお題をいただきました。

「地域包括ケアシステムの激流の中で個を守り抜く」というのは、私がつけたタイトルではありません。これをお考えになった実行委員会の方々のお気持ちを付度してみました。激流というのは押し流されるということです。押し流されるのに抗して個を守りぬくのであれば、『当事者主権』を唱えてきた私の考えと似ているかもしれません。わたしの推量が当たっているかどうかはわかりません。あとの方々もこのお題に答えて報告いただくわけですが、話がどうかみ合うか後のお楽しみにしてください。

今回は、みなさんプロの方たちなので、パンピーこと一般ピープルの方たちには言わない、ちょっと踏み込んだ話をしたいと思います。最近「自分らしい生き方、老い方」って流行っていますが、「自分らしい」ってすごく変な言葉です。こんな日本語、これまで聞いたことがありません。「自分らしい」という言葉は、広辞苑にも載っていません。曰く言い難い、定義しがたいこの言葉の意味はいったい何だろうかと考えてきましたが、ズバリ答えを与えてくれた若者がいました。服部洋一君（服部洋一『生きられる死 米国ホスピスの実践とそこに埋め込まれた死生観の民族誌』三元社、2018年）と

いうアメリカのホスピスを研究した若き人類学者ですが、残念ながら夭折してしまいました。彼はきっぱり言っています。「自分らしい死」とは、ほかならぬ「死の個人化」であると、「死の個人化」の裏返しは、脱家族化、脱共同体化です。死は長い間共同体のものでした。あらゆる動物の中で、埋葬をやる動物は人間しかいません。たとえ直葬であっても、いまでも埋葬は行われています。これまで死は共同体のものであり、共同体の喪失を弔うものであったのが、いまはもう共同体は関わってくれませんが、簡素な家族葬になっています。それでもなお最近まで死は家族のものでしたが、それすらなくなって孤独死が増えてきました。たとえ家族がいても、遺骨を引き取りたくないとか、受け取りに来てくれと言ったら宅配便で送ってくれというひともいる時代になりました。

そうすると「自分らしい死」とは、何といても「死の脱家族化」であり、それ以前に「死の脱共同体化」が進行してしまっているということ的前提としてももの考えざるを得ない時代にわたしたちは来ています。ですから「自分らしい」という一見耳当たりのいい言葉は、そういう非常に厳しい時代背景をもっているんだ、つまりわたしたちが直面しているのはポストモダンの死だということを前提に、考えてみようと思いました。

*Chizuko Ueno：社会学者、東京大学名誉教授、

認定NPO法人ウイメンズアクションネットワーク（WAN）理事長

この変化の背景にはなんといっても人口構成がこれだけ変わったという事実があります。家族がこんなに小さく、脆くなったことです。そこに政治の変化、福祉をできるだけ安上がりしようというネオリベ改革が追いかけてきました。それに加えて、社会全体の個人主義化があります。ですから、お題にある「個を守りぬく」というのは個人主義のことで、個人主義にはいい面も悪い面も両方ありますが、こういう変化が進んでいるというということが前提だということを忘れないでいただきたいと思えます。

その中で死に方が変わってきました、今日は大量死時代です。その死因 TOP 3 を見てみますと、癌や脳・心臓血管疾患、つまり加齢に伴う死ですから、急性病や感染症で亡くなるのはレアケースになってきました。つまり予測できる確実な死です。それを見守る家族がいるかというともういないのが現実です。これまで在宅看とりは嫁の力なしではできないと言われてきましたが、「高齢社会をよくする女性の会」の代表、樋口恵子さんによれば、「嫁は今や日本における絶滅危惧種」だそうです。今さら家族介護に嫁の力を当てにするなんてできないということがはっきりしています。そもそも同居家族のいない独居世帯が急速に増えました。独居世帯は、いま高齢者世帯の27%、夫婦世帯は33%、これが独居予備軍ですから、近い将来高齢者独居世帯は5割を超す可能性があると言われていています。

最後は家で死んでもらうことを在宅ホスピスと言います。この方面で、アメリカは日本より一歩進んでいます。服部洋一君がアメリカの在宅ホスピスをフィールドワークしてわかったことは、病院に短期間いて、すぐ出されて、家に訪問ナースが来てくれて、点滴から何から全部家でやってくれる、わーうらやましいわあと思っていると、アメリカの在宅ホスピスは実は非常にシビアな社会経済状況のもとに進んだということを指摘しています。第一は施設はお金がかかるからとてもそんなところにおいておけない、

基本は住宅インフラがあるならそこにいてもらおうというものです。第二に、病院は金がかかりすぎるから何日も置いておけない、ですから施設からも病院からも出ていってもらう、基本は自宅でいてもらうということです。その背後にあるのは、アメリカの民間保険会社の非常に厳しい査定、つまり無駄な医療費はびた一文たりとも支払わないという条件があります。さらにその背後にあるのが、福祉のネオリベ改革ですね、つまり福祉をどんどん市場原理に委ねていこうという動きですが、その裏にあるのはもちろん、社会保障費の抑制という「不純な動機」です。考えてみれば介護保険ができた理由も、医療保険の財政破綻を糊塗したい、その主たる原因となっている社会的入院をやめさせてもっとコストの安い介護保険につけかえたいという「不純な動機」でした。そういう変化が怒涛のごとく起きてきて、今日を迎えています。その動きが2015年施行の医療介護一括法に結びつき、それが地域包括ケアと言われているものを生み出しました。これは皆様方よくご存じだから詳しいことは言いませんけれども、基本、病院も病床もこれ以上増やさない、入院期間は最小限に抑制する、基本はおうちに帰ってもらう、というものです。病院に在宅復帰率75%という縛りをかけました。このために2015年以降各病院においてMSWの需要が急速に高まりました。皆さん方も、その影響を被っておられるでしょう。このせいで病院の地域連携室とか退院移行支援コーディネーターという人たちが活躍することになりましたが、わたしが現場にお尋ねしてお聞きしますと、こんな答えが返ってきます。入院患者さんの退院カンファをレンスをおやりになる退院移行支援のコーディネーターのMSWの方に、「病院から出たことがありますか」と訊いたら「一度も出たことない」と。患者さんが戻る暮らしの現場を自分で見ないでカンファレンスをやってる、こんな人たちがやっついていのかって思いますけど。そういう人たちがばかりとはいいいませんが、こういう現実もあります。政府は一方で療養型病床を廃止するといいな

がら、他方で介護医療院なんてハンパなものを作ったりしてごまかしをしていますが、全体としては基本はおうちにいてもらうという、つまりできるだけ社会保障にお金を使いたくないという方向に向いているわけです。けれども、介護保険ができて以来20年にわたる調査の中で、施設と病院の好きな年寄りはいないと、わたしは断言していいと思っています。お年寄りはおうちにいるのが好き、そのおうちがごみ屋敷であっても、どんなに設備の整った施設よりもおうちが好き。そして家にいたいと、家族と一緒にいたいとは、同じではありません。お年寄りは誰もいないおうちでも、おうちが好きです。だとしたらお年寄りの個の幸せのためなら、政府の不純な動機が向かっている方向がおなじであれば、乗合船に乗ってもよかろうと、これを呉越同舟と申します。ですからわたくしは今、在宅シフトに旗を振っている国策協力者でございます（笑）。

福祉関係の専門家はもはや、福祉国家という言葉は使いません。なぜかという、もはや国だけが福祉の担い手ではないと考えているからです。それでそれを福祉多元社会と呼んでいますが、福祉のセクターには4つ、国家、市場、家族、市民社会があって、これをもとに比較福祉体制論を論じたのがエスピン=アンデルセンというひとです。このひとは最初、国家・家族・市場という3のセクターを提示しましたが、そこに異を唱えた人たちがいました。国家と市場に還元されない第三セクター、コミュニティとかボランティアセクターにあたるものを、エスピン=アンデルセンは忘れてるじゃないかといって批判したわけですね。だから国家、市場、家族の3つじゃ足りない。他方、社会福祉論をやっている人たちは、国家、市場、第三セクターの3元図式にもとづいて、日本における社会福祉学のいちばんの重鎮であった京極高宣さんは公・民・ボランティアセクターから成る3つのセクターを提示しました。そうすると社会福祉の中から家族がすっぽり抜けおちることになり

ます。家族って最強の福祉資源ですよ。これまで家族福祉は自助だと思われてきました、ですが、私の学生たちはこう言います、「先生、家族介護って共助でしょ」って。そりゃそうでしょう、彼らの実感だと思います。自分でどうにもできないひとを家族が助ける、これを共助といわずして何という。これを自助と呼ぶのは間違いかもしれません。学生は、自分の親の家を、結婚前から「実家」と呼びますし、世帯分離によって家族がどんどん分解していくと、親も親族ネットワークの一つにすぎなくなって、そこで行われる支え合いが「共助」のうちに入っていく可能性だっておおいにありえます。そうすると自助というのは本当に究極の個人単位、私が私を助けるというのしか自助に残らなくなるということもあるかもしれません。ですから社会福祉学の従来の3つのセクターに、エスピン=アンデルセンが基本にした家族を加えて、自助をできない個人を支える多元的な福祉のセクターが、国家、市場、家族、市民社会の4つであると、これが修正エスピン=アンデルセン・モデルです。

わたしはこれを簡略に、官・民・協・私の4元モデルと名付けました。奇妙なことに家族は私領域とよばれますが、実は市場も私領域です。福祉セクターとしての市場は、そこにサービス商品のマーケットがあるからそこでサービスを買いなさいというもの。けれど購買力のない人にはサービスを買う能力がないので、サービスを買うのも基本は自助です。ですから家族と市場は広い意味で私領域に属します。反対に、公領域にあるのは国家ばかりじゃない、国家のほかにもう一つコモンとかあるいはシビル、日本語で「協」といわれるセクターがあるじゃないかと言いついたのが社会福祉論者たちでした。これを市民社会と呼ぶ論者もいます。公をお上だけに独占させているのはけしからんというのでね。ですから私は、公をお上が独占する状態はアカンというので、公をあえて「官」と名付けました。官と協のふたつのセクターを合わせて、公領域といいます。

官・民・協・私の4つのセクターが互いに任務分担しながら、自助のできない個人を支えるかということを考えるのが、お題に応えることになるかと思いました。それぞれの分野にはそれぞれの責任と役割があるので官には官の責任と役割を果たしてもらわなければなりません。具体的に言えば、介護保険という制度をつくるのは官の役割でした。介護保険ができる前には、年寄り家族が面倒みるものでした。介護保険は、その家族の介護負担を軽減するという意図のもとに設計された政策です。ですから「利用者中心」を謳いながら、その実、年寄りのためにできた法律ではなく、介護家族のためにできたようなものです。介護保険は「介護の社会化の一步」と言われましたが、一步にすぎません。それどころか、いまは一步が、半歩くらい後退中です。介護保険のスタート当時はまだ家族の同居が前提で、高齢者の家族との同居率が高かったのですが、その後急速に独居率が増えました。年寄りが家にいるということはケアの家族化と同じではありません。家族の介護力を当てにしない在宅なら、在宅というのは単にケアが発生する場所だけを指す言葉であって、それを公的なセクターが支えていればそれは自助ではなく公助になります。

介護保険の蓋を開けてみたら、意図せざる効果がありました。私はずっと介護保険の流れを追ってきましたが、できた当初どんなことをいわれたか。「この辺じゃあこんなもの作っても使うもんはおらん。自分の家に他人入れるような者はこの辺にはおらん」と言われていたのが、なんと驚くなかれ、あっという間に権利意識が育ちました。初年度は各自治体の職員が利用者の掘り起こしに戸別訪問までしていました。そのころには「ヘルパーの車を家の前に駐めんでくれ、一ブロック離れたところに駐めて歩いて来い」という利用者がいたくらいです。ところが3年目の改定時には、初年度の利用促進が利用抑制に転じたくらい、社会意識が簡単に変わりました。結果として意図せざる効果が生まれたのは、最初から在宅志向で設計されたはずの

介護保険が、施設利用に急速に傾いたことです。施設入所のスティグマがなくなって利用者が---この利用者とは誰かといえば、家族です---施設を選択した、つまり施設入居の姥捨てスティグマを軽減する効果があったというのが専門家の見立てです。

世の中にはいつも揺り戻しがあります。いま起きていることは「再家族化」の動きです。介護保険はこれからどんどん悪くなります。介護保険は生まれてこれで19歳ですが、介護保険ウォッチャーによれば、介護保険は生まれてこのかた、ずっと被虐待児だった、と言われていきます。3年に1回の改定ごとにどんどん使い勝手が悪くなってきたからです。政府はこの先どうするかというと、制度の持続可能性という至上命令のもとに、要介護認定制度を厳格化して、要支援を外す方向に行くでしょう、ホンネを言うと、身体介助に限定して、生活援助はやめたいと思っているでしょう。そのやめた生活援助を地域のボランティアにお願いしますと、丸投げするようになるでしょう。それから自己負担率は上がっています。2015年の医療介護一括法以降、現場の人たちの話を聞くと、自己負担率が上がった世帯において利用抑制が起こっていると聞いています。公共サービスの利用がどんどん制限されていくと、現場の介護ニーズは減りませんから、それがどこに行くかということ、一つは、再家族化、つまり再び家族に押し戻されるという可能性があります。もうひとつは市場化、年寄りは小金をため込んでから、持っている金を放出してQOLのために自費サービスを購入して、内需拡大に貢献しろ、ということでしょう。ですから、いま政府がさかんに推奨しているのが混合利用です。保険外サービスをどんどん使え、と。でもこれだと使える人と使えない人、購買力のある人とない人ではっきり格差が出ますが、それをOKと言ってるわけです。

その次に出てきたのが、地域というマジックワードです。地域資源を活用しろと。なんなんだそれ、というのが私の深い疑問です。

社会保障の歴史というのは、前近代は共同体が社会保障を担っていました。それがどんどん家族に縮小されていって、さらにその家族からも脱家族化していったというプロセスがあります。家にいても、依存すべき家族がもはやいなければ、在宅ケアは家族ケアにはなりません。施設か在宅かということと、自助か公助か共助かかっていうことを間違えないでいただきたいのは、在宅だって自助だとは限らない、在宅だって家族ケアとは限らない、施設か在宅かは、単に集団処遇か個別ケアかという違いです。施設だとまとめて面倒を看られます。食事だって同じものを同じ時間に出されるけれども、在宅だとサービス提供の場所がその人の暮らしの流儀が埋め込まれた生活の場ですから、カスタムメイドでケアを提供するしかないのです。いまから思えば全室個室特養を作ったとき、当時それを推進した人たちが言ったのは、暮らしの場としての施設で高齢者の尊厳維持のためには個室が必要だということでした。現場の個室特養で、ユニットケアを担当している職員たちは、自分たちは家族のようなケアを目指しています、個室があって、リビングがあってここで家族のように食卓を囲む関係を作ってます、と言います。私たちが調査に入って、ここはどこですか、とお年寄りに聞くと、個室は自分の家、一步出たら町内だって言います。ユニットケアのユニットは家族でもなんでもありませんし、コモンスペースは団らんの場所ではありません。廊下が長い施設を歩いている認知症の年寄りに、ここはどこですかって聞いたら、学校ですと言います。学校にいい思い出のある人はほとんどいません。今から思えば、全室個室特養は、究極の個別性のある在宅ケアに移行するまでの、中間的な通過点にすぎなかったんじゃないかとさえ思えます。現に北欧の福祉先進国では、老人ホームの建設を廃止して、高齢者住宅に転換してきています。反対に地域密着型小規模多機能デイサービスが看取りの場となったり、泊まりつきのショートステイがロングステイになって、いつの間にか暮らしの場になっているというよう

なこともあります。施設がどんどん小規模化し、解体することになるかもしれません。施設が必要な人がゼロになることはないと思いますけれども、総量規制で施設をこれ以上増やそうということにはならないと思います。その中で新しく出てきた業態がサ高住というよくわからないものなのですが、これの品質管理ができていないことはどなたもご存じです。

施設か在宅かということと、そこにいる利用者にかなるサービスが利用可能か、それが自助か公助か共助のいずれに属するかということは、カテゴリー上分けて考えるべきです。年寄りには「家にいたい」、なのになぜそれができないかということ、年寄りに家にいてもらいたくない家族が意思決定者になっているからです。私が信頼している高齢者施設職員研修のカリスマと言われる高口光子さんは、施設に入所する時点で、年寄りには「わしはもう家には帰れん、ここでただ死を待つだけだ」という、大いなる断念とともに入所してくると言っています。その死を待つだけの年寄りに対して、自分たち職員に何ができるかと問いかけて、その年寄りの値打ちは、出会ったひとで決まる、つまり自分たち職員が決めるって言いました。素晴らしい覚悟で、それにふさわしい介護実践をやっておられますが、すべての施設に高口光子がいるわけではありません。

年寄りがなぜ家にいられないかと言えば、家族が「じいちゃん、ばあちゃん、悪いが出てっつてくれ」と家族が思うからです。もし在宅介護イコール家族介護でなければ、あるいは在宅に同居家族が一人もいなければ、家族に迷惑をかけたくないから施設入居するという年寄りの動機づけはなくなります。基本は家にいてもらえればいい、それをいかに支えるかを考えればよいのです。

もう施設はいらないとあって、施設解体に踏み切った施設長さんがいらっしゃいます。新潟県長岡市こぶし園という特養の施設長さんだった小山剛さんですが、「だった」と過去形でいうのは残念ながら急逝されました。私の『ケア

のカリスマたち』に登場していただきましたが、この本が彼の遺著になりました。何をやったかという、ユニットケアの単位ごとにサービスステーションをつくって、年寄りをそのひとの住んでいた地域に移し、家族に自由に入出りしてもらう。さらに、その地域にいる在宅のお年寄りのもとに24時間365日切れ目のない特養サービスのデリバリーをやりました。その目玉が1日3食365日の配食サービスでした。感心しました。水道や電気だけでなく、食はライフラインです。食べられる間は生きていけます。小山さんは「1日3食365日配食しないくらいならやらん方がまし」とおっしゃって、実践しておられます。

施設解体の一步を踏み出した小山さんですが、後に続く人たちがあんまりいません。施設っていったん作ってしまうと、厄介なものです。ベッドは埋めなきゃなんない、雇用を維持しないといけない、事業は継続しなきゃいけない・・・最近地方では待機高齢者が減って、空きが出ている施設もあります。老健施設長さんの集まりでは、「うちの辺じゃ年寄り狩りが始まっている」と言っていました。「何故ほかのひとにできない施設解体が小山さんにできたのか」って食い下がったら、お答えがこうでした。彼は障害者福祉畑の出身でした。障害者の方たちは、隔離されたコロニーという大規模施設から自立生活をしようと、運動をやってきました。24時間介護が必要な全身性障害者でも地域で自立生活できるなら、年寄りにできんわけないやろ、というのが彼の考えです。全くその通りだと思います。

ニーズあればサプライありで、事業者が現れました。「在宅老人ホーム」という商標登録をとったのは損保ジャパンです。24時間365日特養なみの切れ目のないサービスを特養入居費用並みでご自宅にお届けいたします、というものです。サービスの内容は、先ず第1に定期巡回随時対応型訪問介護です。第2に、緊急対応がつかます。第3にいま非常に使いにくくなった、「不適切利用」でがんじがらめになった介護保険の

保険外サービスを、プラスアルファの費用でやってくれます。第4に管理栄養士がついて1日3食365日カスタムメイドの配食サービスがあります。これで介護食や、病人食、減塩食のようなものも配達してくれます。これを自費で購入すれば自助になります。調査したときには、契約者の4割が独居世帯、これは独居世帯向けのサービスだと担当者は言っていました。

私が研究してきたのは、おうちでひとりで死ぬますか、という問いです。家族介護資源がまったく期待できないわたくしのようなおひとりさま、子どもいなければ孫もない、「負け犬」おひとりさまが家で死ぬための条件は何ですか、というものです。家でひとりで死んだからと言って、孤独死と呼ばれたくないというので、これをすっきりさっぱり「在宅ひとり死」と名付けました。今のところこの言葉は、私しか使っていませんから、商標登録 Chizuko Ueno と言いたいところですが、そんなせこいことは言いませんから、みなさまにも使って広めていただければと思います。

私がこの研究を始めたころには、「在宅看取りはご家族がいなければ無理です」って言われていました。それがここ2～3年、現場の人の答えが急速に変わってきましたね。「外野のノイズが少なければ少ないほどいいです」「関係者が少ないほどやりやすい」、「介入する家族がいなければ楽勝です」って現場の方がおっしゃるようになった。「外野のノイズの外野って何ですか」ってお聞きしますと、家族と近隣です。年寄りを家にひとりで置いとくのか、と家族を責めて、施設送りを上がりになってしまうのが、地域です。地域にはサポート機能だけでなく、排除機能もあります。ケアマネも悪いですね。問題が起きると、施設入居に誘導してしまいます。

このところ介護業界のキーワードになってきているのが、高齢者の自己決定支援ですが、こんなことをわざわざ言わなければならないのは、高齢者の意志よりも家族の意志の方が優先される傾向があるからこそですね。

研究の結果、在宅ひとり死ができることはわかりました。そのための3つの条件は、24時間対応の訪問介護、訪問医療、訪問看護、この3点セットがあれば家で死ねます。この中で一番大事なのは介護力です。そもそも年寄りに家にいてもらわなきゃ、医療も看護も手も足も出ません。医者や看護師が暮らしを支えるわけじゃありません。介護職が暮らしを支えるんです。ですから私は介護が面、看護が線、医療が点だと言っています。高齢化が原因で起きる死については、医者の出番はほとんどありません。死ぬのに医者はいない、医者には死んだ後に死亡診断書を書いてもらえばいいだけです。

念のため言っておきますと、在宅ひとり死と孤独死は何が違うか？孤独死の定義の中に、①立会人のいない死で②事件性がなく③死後一定時間以降に発見されたもの、というものがあります。③死後一定時間以降の定義は、自治体によってルールが違います。24時間ルールとか48時間ルールとか。ルールが変われば統計も変わります。8時間から72時間以内に発見してもらって主治医がついて死亡診断書を書いてもらえればすみます。②事件性はないので、警察の世話になる必要はありません。最後に残されたのは①「立会人のいない死」という条件のみ。これを孤独死と呼ぶ必要があるかどうか。私はおひとりさまです、同居人もいませんし、普段一人で暮らしております。こういう人間が死ぬ時にだけ、全員集合で関係者が集まるところで死ぬっておかしくないですか、いません、そんなの。現場で面白い話を聞きました。じいちゃんが死に際に子や孫がいっぱい集まって、「じいちゃん」て孫がふとんとりすがって泣いてたら、突然、死にかけてるじいちゃんが一言、こう言ったそうです、「うるさい」。こんなエピソードを聞いてくるのがフィールドワークの醍醐味ですね。静かに死なせてくれて、私もそう言いそうな気がします。臨終に立会人がいるかないかという条件は決定的なことではありません。これを私は「看取り立ち合いコンプレックス」と呼んでいます。このコンプレク

スは死にゆく人の側にではなく、残された人の側にある思い込みを変えれば済むと思います。

在宅死を独居の世帯でも可能にしようと厚労省が思っているのかどうかはよくわかりません。厚労省はいまでも家には家族がいると思っているかもしれません。在宅死を可能にしようというのが地域包括ケアシステムです。なぜ、「包括」とか「一体」とかいう用語が出てきたのかというと、看取りまでやろうと思ったら医療と介護の一体運用が必要だからです。なぜなら、これまでの社会保障制度は医療は医療、介護は介護、障害は障害というふうに縦割りだったからです。この縦割りの壁を崩して一体運用しなければならぬ、というのが「一体」とか「包括」が登場した由来だと思います。「地域包括」を英語でいうと、コミュニティ・インクルシブですから、地域を巻き込んで高齢者の在宅を支えるように聞こえます。厚労省のHPにある地域包括システムのモデルでは、医療と介護に加えて、生活支援のところに、老人クラブ、自治会、ボランティア、こういうセクターが表示されています。ここにわけのわからない地域という言葉が出てくるんですが、ほんとうにそういう地域が機能すると思っているのでしょうか。

ここでちょっと付け加えておきますと、在宅ひとり死って、家族がいなきゃお金のいる人じゃないと無理でしょって人がいますので、最近の新しい情報をお伝えいたします。私と共著を書いた小笠原 Dr の新しい本が、『なんとめでたいご臨終』です。在宅医のなかには「私はこういう看取りをやってきた」って自慢話や経験談書いている人が多いですが、医者は品がいいのかお金のことをお書きにならない、ところがこの本のとってもいいところは、お金がちゃんと出てきます。事例に挙げられている高齢おひとりさまの死ぬ前3ヶ月間のコスト負担額は、医療保険の1割負担、介護保険の1割負担、あと自己負担が少々、その内容は何かって言うと、死ぬ3カ月前に夜が不安だとおっしゃったので、

自費でヘルパーに泊りに入っていただいた費用
だそう。総額は公的負担と自己負担合わせ
ても月額40万から50万程度で済み、その中の実
質の自己負担は7万から8万で済んでいます。
つまり在宅ひとり死の費用は、せいぜい30万から
300万くらい、それだけ用意しておけば死ねる、
ということです。日本の年寄りには貧困層もいま
すけど、大半の年寄りは小金をため込んでいま
す。このくらい放出して死ねということなら、
介護保険内サービスと保険外の自費負担サー
ビスとを組み合わせようということになります
が、最近同じ Dr. から朗報を得ました。「上野さん、
ボクは経験値が上がってきたので、保険の自己
負担内で独居の在宅看取りができるようになった
」とおっしゃいました。ですから、在宅でひ
とりで死ぬためには大してお金がかからない
んですね。使いたい人はいくらでも使えばいい
んですが、使わずに死ぬことができるというこ
ともわかってきました。

とはいえ、介護保険は穴だらけ、限界だらけ
です。独居の在宅看取りをどこでどう誰が支
えるかというとき、家族、市場、市民社会の3
つのセクターがまた登場します。もういちど負
担を家族に押し戻せというのを「再家族化」と
言います。それから「市場化」オプションもあ
ります。これは自己負担でどんどん自費サー
ビスを市場で買えというものです。地域とい
うマジックワードには、ふたつの地域資源が
あります。ひとつはご近所、自治会、婦人会
といった伝統的な資源です。そこに新しい資
源が登場しました。これを私は選択縁と呼ん
でいます。選びあいの縁というものです。いま
からそれについてご説明したいと思います。

地域というのはほんとにマジックワード
です。何を指すのかよくわからない。社会学
には、昔からコミュニティとアソシエーション
の区別がありまして、コミュニティとは地縁
、血縁など自分が選べない、逃れられない、
人間関係です。他方、アソシエーションは
目的や利害を共有した人の集団です。そこ
に組織論で出てきた新しい概念がネットワ
ークというものです。アソシ

ーションには、メンバーシップ型とネットワ
ーク型の2通りがあります。メンバーシップ
型ではメンバーかメンバーでないかの境界
がはっきりしていますが、ネットワークには
境界がありません。コミュニティという言葉
はこれだけ普及したのに、もうひとつ社会
学の中で非常に重要な概念であるアソシ
エーションという言葉が嫌いな人がいるん
だろうと思うんですが、それだけでなく、
もうひとつネットワークという成員資格
を問わない、境界のない人間関係、この
新しい概念がなぜ出てこないかと思
議に思ってきました。地域、地域と言
われている旧来型の地域は、ムラ共同
体のようなものですね。日本各地に
看取りのカリスマ医師という方たち
がいらして、滋賀県には花戸貴司
Dr. という素晴らしい先生がおられ
ます。この方は、ご近所の見守り
のような社会関係資本が看取り
には大変大きな力がありますと
おっしゃっていますが、この方
の活動なさっている地域は、
滋賀県農村部、永源寺地区とい
う旧来型の地域社会が濃厚に
残っているところ。東京都で
通用するのでしょうか。この
前東京都の介護保険関係のお
役人とお会いしました。その
方が「これからは地域が大事
です」とおっしゃるので、「東
京都のどこに地域があります
か」と言ったら、絶句してお
られました。このような地
域が果たしてきた役割は、
監視とすれすれですね。例
を挙げましょう。高松市が
独居世帯の見守り協定を70
事業者と結びました。新聞
配達や牛乳配達のみならず、
ガス・水道のメーター検針
業者と協定を結んでいます
が、それに民生委員も加わ
って、監視システムすれす
れです。この見守り協定を
スタートして分かったこと
は、実は独居の世帯ではな
く家族が同居している世帯
の方に問題が起きたという
ことでした。例えば老姉妹
が同居していた家族で姉妹
が二人とも倒れていたとか
、老母と障害を持った初老
の息子の同居世帯で、老母
が倒れた後で障害を持った
息子が亡くなったケース
です。つまり、家族がい
れば地域は手を引く、家
族さえいれば大丈夫

夫だと公的機関も近隣も安心してしまう、という、福祉の家族頼みの現実が明らかになりました。実際には家族は見かけのうで複数世帯であっても、福祉資源としては機能していないということがこういう事例からもわかります。

家族を支えるネットワークがあればどうでしょう。ネットワークとは個人に帰属した人間関係のことです。息子介護を研究した平山亮君という若い男性研究者から教えてもらったことですが、老母を在宅で介護しているシングルの息子のところに、お母さんが長年培った友人たちが出入りして陰に日向にその介護をサポートしてくれたという美しいエピソードがあります。が、母が亡くなったとたん、あとにひとり取り残された息子がいるにもかかわらず、その介護関係のネットワークは潮が引くように引いていった、といいます。なぜなら、このようなネットワークは属人的なものであって、家族単位のものではないからです。家族というものは集団主体にならないんです。家族という実態は存在しません、家族は個人の集合です。そのようなネットワークは個人についたものですから、母のネットワークは息子のネットワークに移転しない、ということがはっきりわかります。

再び、地域とは何だろうか、と考えてみると、地域がポジティブに働く場合もあるが、ネガティブに働く場合もあります。年寄りを家から施設へと送り出す大きな圧力、つまり排除の機能も地域中にはあります。コミュニティの語源は、「コモン（共通）であること」、私たちが血縁、地縁、社縁と呼んできたものは、「血の共有」「土地の共有」「利害の共有」をもとにしたものです。前2者には選択性はありませんが、後者には選択性があります。社会学にはコミュニティとアソシエーションという用語がありますが、そのもとになるドイツ語がゲマインシャフトとゲゼルシャフトです。これのどれにも属さない新しいネットワーク型の関係が、選択縁です。

そこに最近登場したのが、社会関係資本という用語ですが、資本とは資本家の資本、つまりお金を生み出す、利益を生み出すもともになるも

のですが、社会関係もまた利益を生む資本になるという考えからです。社会関係資本をかんたんに言うと、コネですね、コネも利益を生み出すので資本と呼ぼうというのが社会関係資本なんです、その社会関係資本の中で一番強い資本はなんと言っても血縁です。で、同じ血をコモン（共通）にする人たちの集まりだから、結束力が高く、互助機能が強い反面、強制力も非常に強いです。これをボンディングタイプ（結束型）と呼びます。他方、あまり共通性のない人たちがつながり合う場合をブリッジングタイプ（橋わたし型）と呼んでいます。こういう社会学の用語よりも私が自分で考えた「選択縁」という言葉の方が分かりやすくて伝わりやすいと思います。なぜかという選びあうという縁という、他にも知縁、結縁とかいろいろ呼び方がありますが、もともと縁のなかった人たちが仏のもとに集う仏縁のようなものを思い浮かべてください。血縁、地縁を断って集うから、仏教用語で有縁に対して無縁といいます、無縁というのは縁がないという意味ではなく、無縁という名の縁のことです。教養のないNHKが、これを「無縁社会日本」というように使いました。選択縁を定義すると、①加入脱退が自由で、②強制力がなく、③頭のとっぺんからつまさきまでのプライバシーのないような包括的人間関係を要求しない、脱血縁、脱地縁、脱社縁の人間関係となります。これをコミュニティと呼んでほしくないというのが私の考えです。その一つの表れがコミュニティカフェと呼ばれる居場所づくりですが、もっと普通にわかる日本語でいうと、「街の縁側」、「地域の茶の間」と言います。やっている人たちの現場を見ると、これは従来型の地域ではありません。コミュニティカフェの日本におけるパイオニア、新潟の河田珪子さんのやっておられる「うちの実家」では、この場所をヨソモノを排除するコミュニティにしないために、細心の注意を払っておられます。「うちの実家」では、来る人に理由がいらぬ、資格がいらぬ、口実がいらぬ、を原則にしていますが、リピーターが定着していくとなじ

み要因がでてきます。なじみのひとたちとなじみでないひとたちが出て、なじみの人はなじみでない人を排除するようになる傾向に、心を砕いて、ルールをつくっておられます。初めて見た顔に「あんた、誰？」という顔をしない、というもの。これは地縁・血縁の共同体にはないものです。ボンディングタイプの社会関係資本がなぜ強いセキュリティ機能を持っているかという、「あんた、誰？」というヨソモノに対する警戒心が強く、防犯機能をもっているからです。ですからこういう開かれた集まりの場を作るというのは、これまでの地縁・血縁のコミュニティを維持管理するようなルールやコントロールとは全く違う性格のものだということは、いくら強調しても足りないと思います。

こういう官・民・協・私の資源を使い分けて、そのまま自分の住んでいる地域に居続け、自分の家で死ぬるかという、介護力がなければ家に居られません。くりかえしますが、介護力がないことは、家族のいないことと同じではありません。家族の介護力がなければ、介護力は外から付けたらいい。それができるのが、介護保険です。小笠原 Dr. はこうおっしゃいます。在宅看取りは介護保険がなければ可能ではなかった、ましてや独居の在宅看取りは介護保険抜きでは考えることすらできなかったと。

今起きているのは、今更介護保険は廃止できないが、制度はあっても使えなくしていく、これを制度の空洞化といいます。これが得意なのは政治家と官僚です。私は実は、介護保険については要介護認定制度廃止論者という最左翼です。要介護認定制度廃止は、制度のサステナビリティの名の下に、介護保険関係論者のあいだでは言うてはならない禁句になっていますが、なぜ認定制度があるかという利用料上限が決まっています、ここからさき一步も使わせないというハードルを設けるためだからです。ですが、この認定制度がどれほど不確実でいい加減なものかは現場の皆さんが痛感しておられるはずです。このことに一番強い異議申し立てをしたのは、認知症高齢者ひとと家族の会です。2015年

度改定期にあたって、この会は、要介護認定制度廃止を厚労省に要請しました。メディアがあまり報道しませんでした。私は大賛成です。こんなものやめてしまえばいい、やめてしまったらどうなるか、天井知らずが起ころ、モラルハザードが起きると言われていますが、つまり現場の皆さん方の判断は信頼できないということですね。これは堀田さんに教えていただいたんですが、オランダはこれに代わるものビュートゾルフ方式を編み出しました。英語でいうとコミュニティケアという意味のオランダ語だそうです。世界中どこでも、コミュニティ好きなんです。これは、ひとりの利用者に介護職、看護職半々からなる10人ぐらいの混成チームが関わって、利用者にとって最善の介護とは何かを集団で意思決定するというしくみです。集団で意思決定すると、とんでもないことは起きません。要介護認定制度廃止に代わって、認知症ひとと家族の会が提案した代替案も、利用者と家族を含めたサービス提供者会議で、集団的に合意形成する、というものでした。結果として何が起きたかという3つの効果があったといわれます。第1に利用者満足度が上がった、第2にワーカーの離職率が下がった、第3にコストは変わらなかったという、3つの大きな効果があったと。

何より思うのは、なにも皆さんの中からカリスマ的なソーシャルワーカーや、カリスマ的なケアマネが出てきてほしいなんて思わない、カリスマなんかいらぬ社会のほうがずっといいんです。カリスマが出てくる世の中は、ろくでもない世の中です。平均的な能力を持つ専門職の人たちが、平均以上の能力を発揮するための最大のポイントは何かという、士気、つまりモラルです。モラルが高い、動機付けのあるひとたちは、自分たちの能力以上の働きをしてくださいます。そのモラルがどこから出てくるかという、現場が裁量権を発揮できること、これに勝るものはありません。自分が利用者にこうしてあげたいと思うことが誰にも妨げられずに実践できる、ということが認められてれば、現

場のモラルは確実に上がるはずで。もしこの方式を採用すれば、ケアマネもいらなくなる、ケアマネのケアプラン通りにやらなくてもかまわないということになります。

私は、ケアマネさんの職能団体で、ここならいいだろうと思って、専門職の皆さんだからちょっと聞きたいですが、要介護認定制度に賛成ですか反対ですかって聞いたことがあります。その時の反応に深いトラウマを受けまして、今日に至るまでそのトラウマが解消されておりません。要介護認定制度をなくしていいと思いませんか、じゃあ誰がやるんですか、だって医療保険に要医療認定制度ってありますか、患者にとっての最善の医療を医師が判定する裁量権を持っています。医師国家資格というのはそれくらい大きな意思決定権を伴います。では医療保険の裁量権を医師が持っているならば、介護保険の裁量権をケアマネが持ってもいいと思いませんか、賛成の人手を挙げてくださって言ったら、きれいに半々に分かれました。私は、ケアマネ応援団のつもりでいたのに、半分の人が反対したので、ショックを受けました。えーっと思って手を挙げなかった人にどうしてですかって聞いたら、上限が決まってないとケアプランが作れまして、答えが返ってきました。ケアマネさんたち、本当にそれでいいのでしょうか。これではケアマネの社会的地位の向上など、のぞめません。

今、介護職が疲弊して離職すると言われていますが、そこに労働条件を変えないまま外国人を入れようなんて、政府はんでもないことばかり考えています。専門職でもない私がこの研究をずっとやっているのは、一貫して利用者として、の立場からでした。私の研究は、自分自身のため、私利私欲のためにやっております(笑)。私がほしい介護、わたしにとっての望ましい介護環境は何かというと、複数の専門職の方たちに関わっていただいて、そのあいだに序列のない、お互いに、相互補完性のある、風通しの良い多職連携のチームが私を支えていただければありがたいと思っています。そのための条件は

何かを考えつつつけてきたということです。

と最後に一番新しいフィールドのご紹介をして、私の話を終わりたいと思います。つい最近横浜市寿町というところに行ってきました。ここは住民のほとんどが簡易宿泊所を自分の住まいとする男性独居者で、生活保護受給率が9割以上、家族を断ち切って出てきたか、あるいは家族から捨てられるかして、家族とまったく無縁な人たち、究極のおひとりさまです。この地域の在宅医療を支えておられる山中 Dr. という方から、「上野さん、在宅ひとり死が知りたければ、ここには究極のひとり死があります、見に来てください」、とおっしゃったので、このこ行ってきました。家族を切り捨て、家族から捨てられた究極のおひとりさまでも、介護保険はお使いになれますし、医療保険もお使いになります。生活保護受給者ですから、事業者にとってはとりっばぐれがありません。この方たちが10年以上かけてやってこられたのは、行政、つまり生保のケースワーカー、それと民間、これは簡易宿泊所の管理人さんです、それに加えて介護、看護、医療の専門職の方たちが連携して、介護保険のヘルパーさんや訪問看護師さんが、女ひとりでも入れる安全な地域づくりでした。いまそういう地域に変わっています。お年寄りたちはこういう専門職がお入りになることを決して拒否しておられません。自分たちがやってることをこの Dr. は「私たちは家族のようなケアを提供しています」、とおっしゃいました。私はその「家族のような」っていうのが本当に嫌いなんですよ、コミュニティも嫌い、家族も嫌い、これを「負け犬の遠吠え」といいます(笑)。だけど結局、私以外のひとたちも、家族も地域もあてにならないという点では私と運命は同じだと思うんですけどね。私の目から見て、この人たちは素晴らしい介護実践をしていらっしゃると思う人たちほど、何故だか、自分たちの介護を「家族のような」という形容詞でおっしゃる傾向があります。なんですかそれって、聞くんですけど、「家族のような」といい続ける間は、家族介護が理想だが、不幸に

してそれが得られないかわいそうな人たちに、自分たちが家族に代わるケアを提供している、ということになります。「家族の代わり」というのはあくまで代用品なので、どんな代用品でも代用品というのはオリジナルに比べれば二級品です。自分たちの介護は家族介護の二級品だと思ってるのか、プロとしてそんなことでのいか、と言いたくなっちゃう。プロはもっと誇りを持ってほしい。僕たち私たちは、家族にできない介護をやってるプロですって、山中さんには胸を張ってほしかった。そう言いましたら山中さんは深く納得してくださって、「ああそうですね、これからうちのスタッフにもそう言います」っておっしゃいました。

それで最後にもういちど「自分らしい死」とは何かに戻りましょう。これまでは共同体の中の死、家族の中の死だったものが、「自分だけの死」に切り詰められていった、とお話しました。この変化に、いやも応もありません。このことに良いも悪い面も両方ありますが、良い面だけ取って悪い面は捨てるってわけにもいきません。グローバリゼーションは好きですか嫌いですかなんていう問いを立てても意味がないのと同じです。好きでも嫌いでもいやも応もなく進むという変化です。もう家族も地域もあてにならない、あてにしないということが前提となっていくでしょう。家族のような介護とか、地域の支え合って、耳に美しく聞こえるけども、こんなのウソばかり、と私は言いたいです。

こんなものをあてにできるのだろうか、あてにしていいのだろうか。それよりも責任と対価が伴うプロの医療、看護、介護連携をきちんと組み立ててもらえば、独居で在宅で死ぬるという現場が、ちゃんとここにありました。

最後にご紹介したいのが、中西正司さんと私が共著で書いた『当事者主権』です。「当事者主権」という言葉は辞書には載っていません。こんな漢字ばかりの言葉を作っても、誰も読まないと言われましたけれども、福祉業界にこの言葉は徐々に広がってきています。その後、障害者自立生活運動の国際的標語が“Nothing about us, without us”であると知りました。

「私たちについて私たち抜きに何事も決めないで」という長ったらしい英語より、当事者主権という方が分かりやすいでしょう。英語でどう訳すのかと英語の得意な人に聞くと、self-determinism という答えが返ってきます。が、ちょっとまって、self-determinism というのは、「自己決定・自己責任」につながるネオリベの標語ですね、ですからその訳語は採用したくない。この当事者主権という考え、つまり私が何をしたいかは私が決めるという立場をちゃんと誤解なく広めるためには、日本語でそのまま「スキヤキ」とか「カロウシ」のように「トウジシャシュケン」と世界に通用するようになればよいと願っております。

ありがとうございます。

On Individualization of Death: or Death Disembedded from Family and Community

Chizuko Ueno

Sociologist

Professor Emeritus, The University of Tokyo

Chief Director, Certified NPO, Women's Action Network

Community has become a key word for the elderly care in the trend towards Community Inclusive Care, in which the government promote death at home as they live in. This individualized death means that death, which once used to be embedded in the family and community, is now disembedded from family and community. Back behind this change there is an inevitable process of neo-liberalist reform of social welfare. The Long Term Care Insurance Law in 2000 is the outcome of this reform. Though family and community can no longer serve as a resource of terminal care, the illusionary vision of community is wide spread, with the reactionary process of re-familiarization. The following four actors of the multiple welfare society, namely, the state, market, family and the civil society, should play respective roles to perform their responsibilities, where the professional support can provide terminal care to individuals who can no longer afford family care and community care.

[シンポジウム]

compassionate community に向けて —認知症未来共創ハブを手がかりに

堀 田 聡 子*

堀田と申します。30分ぐらい、まず、私から話をさせていただきたいと思います。お手元の資料が50枚を超えるのですけれど、上野先生のお話を伺ってから、ピックアップする中身を考えようと思ひまして。コンパッションネットワークのお話に行きつくかどうか…ですが、今日は、認知症未来共創ハブという、新しく始めた活動のご紹介を中心にさせていただきたいと思ひます。

その前に、自己紹介です。いろんな顔を持っているのですけれども、中学校の頃から、筋ジストロフィーとか ALS のある方々で、24時間ケアが必要だけれども、家で暮らしてらっしゃる方々、自立生活をしてらっしゃる方のところに、介助者として伺うということ、細々と続けています。訪問介護員の資格も、大学時代に世田谷にある自立生活センター、障害のある講師の皆さんから学んで取りました。家族としては認知症などの病気を持つ者がいて、時にその支援もしています。

調査研究では、特に、担い手の観点から、より人間的で持続可能なケア、地域づくりを考えてきており、そういう立場から審議会等に参加することもあります。

2017年からは慶應義塾大学に籍を置いていて、研究室は藤沢にあります。それほど藤沢にはおらず、あちこちほつつき歩いています。

ほつつき歩くというのは、実は、20年以上前

から始めたこととして、大学時代に、47都道府県をヒッチハイクで制覇しました。今も、老眼まっしぐらと言われながら、視力だけはとてもいいんですね。行きたい方向の車のナンバーを見て、乗せてもらって、どこかで降ろされるわけですよ。降ろされると、全国津々浦々に、90年代ですけど、既に、もちろん、福祉施設というのは存在していて、さっき申し上げましたように、中学の頃から介助をしており、大学時代にヘルパーの資格も、取っておりましたので、古き良き時代というか、今だったらできるんだろうかと思うのですけれども、車を降ろされると、その地域を歩いて何らか施設を見つけて、ノックして、ボランティアをさせていただく。時にシーツ交換、時に身体介助的なことも、お手伝いをさせていただいたり、話し相手をしたり、そして泊めていただいたり。ということをやっていました。

あえて、それを申し上げているのは、その頃から今まで焼きついている風景っていうのが、いくつかあるんです。卒業後も、25年ぐらい歩き回っているということになるのですが、残念ながら、今、いわゆる先進事例、いい取り組みだっって言われている所にしか、なかなか、行くのが難しくなってくるなっていうふうに感じています。

でも、大学時代のは、車に乗せてもらって、降ろしてもらって、歩き回って、ノックするん

*Satoko Hotta : 慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科

ですから、本当に素晴らしい、ここで暮らしてもいいかもしれないって思うような所もあれば、人が、人として、普通に暮らすっていうこと、その支援が、いかにあたりまえでもあり、奇跡的なことなんだろうかと思わされる、そんなこともありました。施設の中には、お風呂の時間になったら、廊下で、裸で並ばせられて、順番にお風呂に入れられていくとか。決まった時間になったら、ポータブルがずらっと並べられて、そこで排泄をするとか。失って初めて気が付く尊厳とか権利っていうこと、それが普通だというふうに感じられてしまっているような福祉、介護の現場というのも、多く見てきたっていうのが、その時代のことで。

でも、一方で感じたのは、私たち、やはり、みんな、より良く生きたいと思っているし、できれば、より良い社会にしていきたい、よりいい仕事をしたいって願っているはず。まさか、何十人も、裸にされて並べられているとか、あるいは、拘束をしているとか、そういうことを、専門職の側も、やりたいと思っていないはずで、もちろん、やられたいと思っている人はいないはずで。しかし、それが普通になってしまっている。それに違和感をもっていたら、やっていけないっていうような、そんな場を生んでしまっている。それを生んでいるのは、どんな背景なんだろうか。もうちょっと、もともと人が持っている力、場が持っている力、それをしっかり解放していくためには、何ができるんだろうかということを考えながら、時に、介護の現場で働いてる人たちは、何を考えていて、どんな働き方をしていて、事業者側は、それに対して、何をやっていてっていう当時議論のベースになるデータがなかったことについて調査して、データを収集・公開したり。

そういうわけで、介護人材を中心に、最初は勉強してたんですが、人は足りないって言われるわけですね。改めて考えてみると、人が足りないって言っているけれども、それは、私たちが、もともと持っている力を発揮することを阻害する文脈を作ってしまったからなんじゃ

ないか。例えば、介護保険の訪問介護であれば、訪問介護計画書に従ってケアする、ある意味標準化されたことが期待されている。私たち、普通に気になる、掛けるということは、みんなが持つ心持ちですが、そこから生まれてくるケアの関係性ということから、疎外されてしまっている。

それで、オランダに行った頃から、あらためて、全ての人がもともと持つ力が、どう発揮されていくかということ、特に、このとき、認知症のある方、認知症中重度になっても、在宅で、1人で暮らしてらっしゃる方が、ご自分の力、いれば別居の家族、そして、時に地域の方々の力を使いながら発揮していけるか、そういった生態系そのものに刺激を与えるような専門職の在り方ってどういうことだろうということで、若干、関心を広げて、今に至ります。

そんなわけで、20年、歩き続けてきて、最初は、本当に脈絡なく、北海道のAさんと、九州のBさんが、同じようなことを考えてるので、出会っていただくと、もうちょっと加速するんじゃないか。誰にも頼まれてないけど、お見合いをしていただくっていう、時にそれを実践者同志、実践者と研究者、政策関係者だったり、メディアだったり。地域の中で、地域を超えて、出会って議論して、時に一緒にプロジェクトを立ち上げたり、後方支援する。そして、そこで起きている、生えてきている動きが、少なくとも邪魔されない。あるいは、どうやったら、もうちょっと、持続可能性が高まっていくっていうことにつながるんだろうかということを考えていました。

でも、オランダに行きまして、トランジション・マネジメントっていう考え方に会いました。複雑な要因が絡まっていることに関して、長期にわたって、さまざまな利害関係者のいる状態で、どうやって持続可能性を高めていくか。それを、どのように加速するかということに関わるマネジメントの考え方です。

まず環境エネルギーの領域で、その後、食、農業などで言われるようになって、近年、ケア

の領域でも、注目を集めるようになってきた。その考え方をこのところは頭に置きながら、あちこちの方々のお見合い的なことをさせていただくようになりました。

足元の、今日の私たちが、どうやって生きていくか。それを難しくさせている課題は、どこにあるのか。それを、どう解決するのかということ、着々と、皆さんは、日々、やっておられると思います。10年ぐらいやっていた調査のひとつに介護労働実態調査というのがあります。現在の実態を調べて、そこから課題を浮かび上がらせて、そして、明日に向かって、どうやったら良くできるのかということ提案していく。今から始まって、前に向かっていくという考え方です。

このトランジション・マネジメントで重視されているのは、しかし、足元からだけを原点に議論しようとする、どうしても行き詰まってしまうところがあるんじゃないか。そもそも、私たちは、どういうふうに、例えば、今日のテーマに近づけていくと、どういうふうに老いていきたいのか。どんな高齢期を迎えたいのか。皆さん、年代が違いますけれども、50年後くらいを想像するわけです。想像できる社会は、みんな違うと思うんですけど、どういうふうに老いていきたいのか。そのときに、あったらいいなという姿は、何があったら実現するのか。ありたい姿からバックキャストिंगということです。トランジション・マネジメントでは、トランジション・アリーナというんですけども、向かって行きたい方向性を、緩やかに共有していきながら、日々生えてきているイノベーションを加速するムーブメントをつくっていくというような、そんな考え方です。

それに会ってから、例えば先ほど上野先生からお話がありましたオランダの在宅ケア組織ビュートゾルフ。時に、コンパッションネットワークという、向かいたい方向性に向かっていく乗り物を共有することによって、生えてきている動きを加速する。そんなことを、この10年ぐらいは、やってきました。

ちょっと、動画を見ていただきたいと思います。

〈ビデオ〉

『認知症未来共創ハブ』とは、認知症のある方の思いや体験を中心に、さまざまな立場の方々と一緒に、認知症とともにより良く生きる、今と未来をつくっていきこうという活動です。認知症のある方々が、どんな喜びを持っていらっしゃるのか。それが、どんな生活のしづらさによって、やりにくくなっているのか。まず、ご本人のお話を伺って、ご本人の体験を体系化して、それを形成知とすることによって、企業や自治体、専門職の方々、様々な方々と一緒に、時に、商品やサービスをつくるスタッフにつなげていく。いろいろなステークホルダーと、認知症とともにより良く生きるということに向けた事業を展開していければと考えています。

共に創るということを実現していくためには、ご本人と、認知症の診断を受けていない私たち、それぞれの体験を、共通フレームをつくっていくということが、まず、とても重要なんではないかなと思っています。

(認知症未来共創ハブ・運営委員 筧)「認知症のある方が抱えている暮らしにくさ、困りごとを解決するためには、必ず、認知症のある方の本人の思いであり、声であり、体験であり、知恵が欠かせないと思います。その本人の思いや知恵を生かして、それを、社会に還元するためのデザインっていうことが、今、求められていると思います。」

(認知症未来共創ワークショップに参加された認知症のある方の感想)「いろんな方が知恵を出し合うと、ご本人だからこそ出るアイデアっていうのもあるんですけども、全然知らない発想から出てこられることもあって、すごいなと思ひまして、最先端だと思います。」

「本当に、私は、認知症になってから、すごく、もう、ふさぎ込んだりとか、泣いてばかりいたんですけども。自分が着替えが、すごく時間かかったときに、本当に、みんなが、裸族

だったらいいのって、本当にそうやって思ったんですよ。だけど、今回、こういうことで、裸族にならなくても、ちゃんと、みんなが、助けてくれるし。」

「やっぱり、私の場合は、これから先、どんどん進行していくことの不安はあります。でも、こうやって、多くの人たちが、認知症に関わってくれと思うと、自分の不安が少なくなっていくっていうのを感じております。ここだけで終わらずに、いろんなところで巻き込んで、やっぱり、何でもいいけど、実現できればいいかなと思ってます。」

（認知症未来共創ハブ・代表 堀田）「認知症になっても、安心して、笑顔で暮らしていける地域、ご自分たちの思いを形にしていけるという手応えが得られる、そのことが、認知症のある方々だけではなく、私たちにとって、誰もが、今、ここにこうしていいというふうに思える社会に向けて、大きなエンジンになっていくということ、目指したいなと思っています。」

（ビデオ終わり）

ということで、長々、自己紹介させていただいた私が、仲間たちと昨年度立ち上げて、今、毎日、冒険だなと思いつながら取り組んでいる活動を、ご紹介させていただきました。

これから、なぜ、これを始めようと思ったのかっていうところに焦点を置きながら、今、どんなチャレンジを、日々、感じながら、これを進めているかということをご紹介することで、私の持ち時間を使わせていただきたいなと思います。

認知症未来共創ハブは、慶應大学と、三つの別々の強みを持ったNPOと一緒に立ち上げたものです。一番右から、RUN 伴をやっています「認知症フレンドシップクラブ」、認知症フレンドリーコミュニティをつくろうという団体。「日本医療政策機構」という、患者中心の医療政策をつくってほしいという団体。それから、先ほどの動画も作ってくださったところで

すけれども、「issue+design」という、市民の持っている創造力を、デザインの力を使いながら社会課題の解決に生かしていこう、そんな強みをもった団体です。

なぜ、これを立ち上げたか。皆さんのお手元の資料にも、同じものが書かれているんですけども、三つの反省に立って、立ち上げました。私は、先ほど、お話ししましたように、認知症の専門家じゃないんですね。最初の、時間を取ってお話しした中にありましたが、どうやったら、人が持っている力が、いかに発揮されていくことができるかということ、中重度認知症、1人暮らしの方をめぐり暮らしの実態ということをひも解きながら考えるということをやってきました。

その専門じゃない私が、仲間たちと一緒に、これを立ち上げようと思った背景が3つあります。一つ目は、認知症に関係して、私たちの社会の中での体験というのは、本当に変わってきたんだろうかということ、痛感させられる出来事があったからです。2つお話しします。

もう、20年歩いてると申し上げましたけれども、とりわけ、最近になればなるほど、とてもイノベーティブな、最新の考え方や取り組みをやっている方々とお会いする機会が、とても増えてきていると思います。そういう立場からすると、認知症をめぐっても、動画にも、丹野さんをはじめ多くの方々が出てきましたけれども、この10年ぐらいで、潮目が変わったように思っていました。ご本人たちが、ご自身の声で、ご自身の生活、ご自身の生活をめぐる希望、そして難しさだったり、知恵を語っておられる。そのことが、社会を変えていく。実際、そういったことが次々に起きてきていると思っていました。

そんななか、去年の春、『認知症社会』っていうNHKスペシャルがあったんです。ご覧になった方もいらっしゃるかもしれないんですけども、私もゲストの1人として参加させて頂いて、後ろに視聴者の代表の方々も、たくさんお出になっていて、スタジオで3、4時間

ぐらい撮っていました。

最初に、高速道路を逆走するシーンが流れました。それを引き取って、ある有識者の方が、認知症のある方が増えるということは、犯罪者になり得る方が増えるということだとおっしゃいました。一方で、介護人材はどうだっというグラフが出ました。何十万人、不足が予測されています。そして、認知症のある方の数が増えていく。でも、ケアする人はいない。じゃあ、どうやってならないようにするかという話が出てきました。いかに、バランスいい食事、運動して、人と話す、交流するか。そんな話ですね。その後、なったらどんな支援があるのかということで、認知症疾患医療センターの話や、ビュートゾルフの話等もありました。認知症疾患医療センターのある医師は、そのセンターが、いかに、家族の話を多職種で聞いてらっしゃるかとお話をされ、スタジオ参加者のなかではそれは安心だねというお声があがりました。それはそれで大切ですが、そこには、暗に、ご本人が認知症になったら、自分のことを、十分に語れなくなってくる、ということが含まれているわけですが。

同じスタジオの中には、認知症になっても社会の役に立ちたい、仕事をしたいという思いをお持ちで、それを実現している、認知症のあるメンバーさん、それを実現する場となっている地域密着型通所介護事業所の方もいらしていました。

認知症の診断はショックだったけど、新たな仲間たちと出会って、新たな自分とも出会って新しい暮らしとしごとを拓いてきている。認知症のあるメンバーがそんなお話をしてくださっている、同じスタジオの中で、犯罪者になりうる人が増える、どうならないようにするのか。なったら、ご本人は、なかなかコミュニケーションがとれないから…って話がされているという。

冒頭のところは特に、カットしてほしいと私たちはお願いしました。でも、放映されました。バケツから水をかぶったような気分でした。結局、金魚鉢の中で、ぴちゃぴちゃと起きている

ことだけを、感じていたんじゃないか。本当に、社会は変わったんだろうか。一人ひとりの体験は変わったんだろうか。そのひとつ目です。

もう一つは、義理の父親が認知症になって痛感したことです。ご本人たちを中心に、さまざまな努力があって、認知症にかかわる施策、日本も、各国もやっています。そのなかで、私も、たまたま、オランダ発のアルツハイマーカフェをご紹介したものがオレンジブランでも認知症カフェとして明記され、広がっていったりとか。いろいろと、後方支援させていただいたこともあります。

しかし、うちの義父、認知症カフェなんて、絶対行きません。そして、かかりつけ医の診断や投薬にも、ご存知の通り、かかりつけ医の認知症にかかわる研修等も進んでいますが、どうかと思われました。介護事業所も多く存じ上げているので、近隣で、いいところを探そうとしました。そうすると、なかなか実際には難しい。本人や家族の受け止めをみても、10年前に認知症になっていたとしても、その体験は変わっていなかったんじゃないだろうか、何をやっていただろうっていうのが、背景一つ目のふたつ目の出来事です。

背景の二つ目です。なんだか、私、壇上で偉そうなことを言っています。だけど、じゃあ、私が、一介助者として、あるいは、嫁として、本当に、一上野先生は、最後におっしゃいました。本当に、一人一人、全く異なっている、家族なんてっていう人もいれば、家族こそは思っている、みんな、考え方が違うわけです。一人一人にとってそれぞれ異なる普通の暮らしの幸せということ、常に、中心にできていただろうかっていうと、胸を張ってできていたと、私には言えません。

介護する立場から見ると、朝になったら起きて、着替えて、3食、食べて、お風呂に入って寝てくれると安心するんですよね。だけど、私、昨日の夜、結構、飲みました。そうしたら、今朝は、「ご飯、いいか」っていうふう思うわけです。朝も、「着替えなくていいか」、出掛け

なくてもいい日は、って思ったりするわけです。ケアする側から見た安心を、押し付けようとしているんじゃないだろうかということを、改めて考えさせられました。

二つ目に関連することが、もう一つあります。じゃあ、専門職によるケアというのは、本人の普通の暮らしの幸せを、本当に、常に大事に、それをアドボケートする、実現に向けた洞察と支援ができていんだろうかということも、考えました。

例えば、認知症のある方がお風呂に入りたくないという声は、施設でも、あるいは、ご家族の声としても、よく伺います。でも、お風呂に入りたくないという声の後ろに、どれだけの、一人一人、違う理由があるか。例えば、先ほどの動画に出てきた山田さんは空間認知機能が低下されている。そうすると、お風呂に入るにあたって服を脱いだらハンガーに掛けていたらいいんだけど、それを取り上げて、どこから袖を通していいんだろかってことが難しい。あるいは、着替えにあたって、介助を受けること自体がいやだという方もありました。お風呂の中で、一回、うんちをした。そのことを、家族に見とがめられた。もう、決してお風呂には入りたくない。他の人は、こう言いました。体温調節が難しくなってきた、室温と脱衣所と浴室の温度が違うことが厳しいと。浴槽に入ると、ぬめっとする感じがする。その感覚が気持ち悪いという方もいらっしゃいました。

そういった一人一人違う、お風呂に入りたくないという理由。それを無理やり入れようとするから、時に、髪をつかむなどということになるかもしれないわけです。そこに、ご本人が、どういう世界を生きているのかということに、私たちは耳を傾けていたのか。そういう反省です。

三つ目は、先ほど申し上げたように、認知症になっても、あるいは認知症になったからこそ、参加したい、活躍したいという思いをもち、実現する方々が、動画の中の方々もそうですけれども、多くいらっしゃいます。にもかかわらず、やっ

ぱり認知症になりたくない、なったら終わりだと思いう方も少なくない。誰も加齢とともに認知機能が低下して、どこかで認知症と診断されることに可能性が高いわけですから、それを前提として、「備え」を、と思うんです。でも、一次予防に予算がつけやすいし、認知症予防教室っていうと、わんさか人が来るといような。ちょっと、これ、いかななものでしょうかということ。認知症はみんながなるものという前提で、どうやったら、認知症とともに、よく生きることができるか。それなりに納得して暮らすということができるといことに向かって、社会が追い付いていないからこその生活のしづらさ。しかし、それを乗り切る知恵。認知症の診断を受けたからって、人は突然、変わるわけじゃないので、これがやりたい、これを実現したい。そして実現するという、願いや希望、喜び、生きがい、そんなものを持ってらっしゃる。こういったご本人たちの体験や知恵、想いを中心に、学術的なエビデンスを組み合わせて、認知症フレンドリーな事業を認知症のある方と共に推進していきたい。そのことを少なくとも邪魔しない、あるいは後押しできる政策提言につなげる。こうした活動の社会的価値を見えるようにして、こうした取組みに参加するステークホルダーとその持続をはかっていくことができると考えて始動しました。

評議員にもなって頂いている、丹野智文さんの言葉を大事にしたいなと思っています。課題を乗り越えるだけじゃなくて、やりたいことをやり続けるということに軸にしたいということです。そういうわけで、今、認知症未来共創ハブの肝・起点にしているのは、認知症のある方の100人インタビューです。

ちょっと様子が違うかもって思ってから、今までの歩み。今まで、そして、今の喜び、生きがい、ときめき。今後、実現していきたいこと。でも、それを阻んでいること。いつ、どんな生活の場面で、具体的に、どんな暮らしにくさを感じてらっしゃるのか。それをどう切り抜けているのか。こんなことを、お聞きしています。

そんなことを聞いて、答えるのかと思われるでしょうが、実際、そうなんです。そんな、初めて出会う人に、あなたの喜びはって聞かれて、あなたの生きがいって聞かれて、べらべらお話しただくなんてなかなかいかないこともあります。これもチャレンジです。

そのお伺いした中身を、あえて、中核症状があって、行動・心理症状があって…という医療や介護の専門家の視点から見た症状の分類ではなくて、具体的に、認知症か否かにかかわらず、全ての人に共通する日常生活の11領域別に見える化しています。

さらに、その困りごとや暮らしにくさの背景には、どんな要因があるのか。個人の要因もあれば、先ほどのような、家族や専門職が理解してくれないとか、空間的な難しさがあるとか、社会意識、環境等、いろいろとありますけれども、まずは、この背景にある心身機能のトラブルを、今のところ、ご本人と一緒に分析して、64にひも付けていっています。そして、ご本人たちの知恵をセットで整理する。

近く、このインタビューに基づく、認知症当事者ナレッジライブラリーというのも、ウェブサイトで公開しようと思っています。一人一人が、どのように、認知症とともに歩んでおられるのか、よく生きるということを実現しているのかということ、ご本人と共に探索する手がかりにできればと考えています。

そして、動画に出てきたのはこちらです。そういった認知症のある方の100人インタビューに基づく知恵を、誰もが分かりやすい形で、生活のしづらさ、その背景にある心身機能の障害、それをカード化して示していく。認知症のある方、パートナーの方々、企業の方々、デザイナーたち、専門職の方、自治体の方、学生や研究者でワークショップを開催して、まずご参加くださったご本人の体験や想いを語って頂きながら、カードを共有して、課題を解決してよく生きるアイデアを出し合っていく。ここには例えば知的障害がある子を持つお母さん、強迫性障害の方等にもご参加いただきました。認知症のある

方にとってフレンドリーな商品やサービスというものは、必ずしも、認知症のある方だけのためのものではないってということで、一緒に、アイデアの種をつくっていくということをやっています。

これで終わらせていただきたいなと思います。どうもありがとうございます。

上野千鶴子先生とのディスカッション

上野：堀田さんのお話の中に、最後まで、コミュニティと地域が出てまいりませんでした。封印なさいましたか。

堀田：封印するつもりはなく、「個を守り抜く」のほうに、焦点を、ぐっと置くことにしたっていう感じで、お許しいただければ。

上野：堀田さんは引き出しをたくさん持っておられる中で、今日はこの話をどうしてもっていただいたようで、本当に良かったと思います。なぜかという、私が今、一番熱い関心を持っているのは、独居の在宅認知症ケアです。独居の在宅認知症ケアは、介護という介護の中で最もハードルが高いケア、独居の在宅認知症の方が家で死ぬるか、現場の方へずっと聞いて回ってるんですが、多くの方が、うーんと首をかしげて、難しいですね、やっぱり最後は施設かグループホームでしょうかとおっしゃいます。その際、施設入所を決める、在宅の限界って、どなたもおっしゃるのですが、誰が、いつ、どうやって判定するんですかとお聞きします。在宅の限界はケアマネが家族を誘導して、判断するんだそうです。ですが、施設やグループホームが上がりだとは思わないでほしい。堀田さんが今、やってらっしゃることは、ものすごく意義のあることだと思いました。しかも、防げるものとしての認知症でなくて、なるものとしての認知症とおっしゃったのが、よかったです。

私も、現場にいっぱい行ってますけど、認知症って、なぜだか、元教師が多いような気がし

ます。私と堀田さんの近未来です(笑)。そう思ってるので、自分も含めてなるものとしての認知症に、どう対応していくかを考えるとき、当事者からこういう知恵を集めるって、すごく大事だと思います。それに加えて、認知症当事者を支えるのに、地域とコミュニティと専門職に、何ができるかっていうことを、付け加えていただきたいですね。

堀田：ありがとうございます。奪わないこと、に尽きると思います。上野先生のご講演の中にもあったんですけども、私自身も、先ほどお話しした中重度認知症で、在宅で、1人暮らしをしてらっしゃる方が、どのように暮らしてらっしゃるかということ、日本とオランダで比較する、その文脈の中で、ビュートゾルフに出会ったんですね。10年くらい前のことです。

日本でも、70人ぐらいの認知症の方をめぐるネットワークを調査しました。そうすると、家族がいないほうがすっきりいけるって言われるんですね。家族やヘルパー、支援者の側から見ると、ぐちゃぐちゃなおうちで、大丈夫なんだろうかって思うようなおうちで暮らしていらっしゃる方も、少なからず、おられます。

けど、その人、その人なりに、それなりに、何だか知恵を使って暮らせてるんです。逆に、同居の家族がいらっしゃると、奪われていくリスクがあるんですよ。1回、火を起こすと、もう、料理はさせないほうがいいな。1回、指、切っちゃったら、もう、包丁持たせないようにしようってなるので、どんどん、家族がいることによって、家族が良かれ、この人の失敗体験を、いかにつくらないようにするかというふうになることによって、本人の知恵を働かせるっていう余地が、狭められていっちゃっている

思うんです。それを専門職が後押ししてしまうこともある。

です。1人暮らしの方が、いかに、それを可能にするかっていうところでいくと、そのご本人なりの、一見、めちゃくちゃかもしれないし、一見、いろんな危険なことも起きているかもしれないけれども、その方は、それなりに、危険とともに、あるいは、痛みとともに暮らすということも、選んでらっしゃるんだということ、しっかりと信じていることが、どれだけできるかということが、それが一番大きいんじゃないかなっていうふうに感じます。

上野：素晴らしいお答えです。私が現場で学んできたことと一致しています。100パーセント、共感いたします。そうすると、外野のノイズが少なれば少ないほどいい。おひとりさまだと最高、ということになるのでしょうか。

私が現場で聞いてきたのは、「在宅の限界」って、具体的に、どんなことを言うんですかってお聞きしたら、「異食行動」とおっしゃる。そんなややこしい言葉を使わなくても、何食べたんですかって聞いたら、おなかが空いておられたようで、夜中に冷凍食品をかじった跡があったそうです。死ぬわけじゃあるまいし、ほっといていいじゃないですかと申し上げました。それから、訪問すると、玄関に裸で出てきたという事例がありました。何が悪いんですか、暑い日だと、そういうこともあるじゃないですかって、食い下がりました。ご本人は、それで困っておられるんですかと、問い詰めると、最後に、何をおっしゃったかという、「私たちが困ります」っておっしゃいました。ご本人を奪わないことって、素晴らしいことだなと思いました。

[シンポジウム]

医療ソーシャルワーク実践からみる地域包括ケアシステム —地域で個をどのように支援しているか—

齋藤慶子*

皆さん、こんにちは。ゆみのハートクリニックで、ソーシャルワーカーをしております齋藤慶子と申します。当クリニックは、東京都にあり、訪問診療と外来を行っているクリニックです。本日は、実践をしているソーシャルワーカーの立場から、発表させていただきます。よろしくお願ひします。

はじめに、多くの方は、住み慣れた家で、自分らしく、豊かに暮らしたいとお考えでいらっしゃると思います。そして訪問診療では、その人らしさを支援していくことが大事だと考えています。しかし、その人らしさを支援することは、本当に難しいと思います。さまざまなご家庭に訪問させていただくと、さまざまな暮らしに出会います。

例えば、家政婦さんがいるような豪邸で暮らしている方もいれば、バス、トイレは共同で、介護用ベッドも入らないような、小さな一部屋で暮らしている方もいます。家族や資産の状況も違いますし、医療に対する思いも違います。

『1分でも、1秒でも、長く生きていきたいので、最先端の医療を受けさせてください』と話される方もいれば、『もう積極的な治療は希望しないので、薬もあんまり飲みたくありません』と話される方もいます。

そして何より、その方が歩まれてきた人生は、100人いたら、100通りの物語があると思いますので、人生のほんのわずかな時間お会いする私

たちが、その人らしさを教えていただいて支援することは、非常に難しいと思いながら、日々実践しております。

そのような中で、その人らしさをサポートするとは何か、当院の事例を通して、本日は、皆さんにお伝えしていきたいと思ひます。

最初の事例です。Aさん、70代の男性、心不全を患っていました。Aさんは、1年に1回、心不全による増悪入院を繰り返していました。3回目の入院で、ADLが低下され、当院から訪問診療が開始となっています。

その1年後には、多発性骨髄腫、いわゆる血液のがんと診断を受けました。進行が早く、その3カ月後には、医師より、『先は長くないかもしれない。早ければ3カ月ぐらいかもかもしれない。』と、説明がありました。そのときの、Aさんの背景です。

1人暮らしの生活保護受給者でした。6畳1間のアパートに住まわられていて、趣味はプラレール。Aさんは、介護用ベッドの隣に、プラレールを組み立てて、それを眺めるというのが生きがいの方でした。

医師からの説明を受けて、Aさんにそのときの思いを伺うと、『先が短いんだったら、やりたいことやって、家で死にたい。』と、はっきり私に教えてくれました。早速、その思いを、ケアマネジャーと生活保護のケースワーカーへ伝えると、あっさり在宅療養の継続を断られて

*Keiko Saito : ゆみのハートクリニック 在宅療養支援室

しまいます。

Aさんは、いい言葉で言うと、自分の気持ちをしっかり持っている方ですが、悪い言葉で言うと、わがままで、常にヘルパーたちを困らせているような方でした。ケースワーカーには、『区でこの状況を把握しているにもかかわらず、孤独死を認めることはできません。』と、冷たく言われてしまいました。私は、やっぱりAさんには、入院という選択肢しかないのかもしれないと思いましたが、それでも、Aさんの思いを実現したいという気持ちがあり、まずは、院内の他職種に働き掛けを行いました。

当院では、週1回、症例検討会を行っており、早速Aさんの検討をしました。最初は、地域の方が無理と言っているなら、無理ではないかと声が挙がりました。そこでソーシャルワーカーより、自宅以外の選択肢として、緩和ケア病床や介護保険施設等があるが、それぞれに課題があることを説明しました。

次に、自宅で療養継続が出来ない要因を探ると、Aさんの場合は、輸血が一つのハードルだということが挙がりました。しかし、当院では、外来はもちろんのこと、条件が合えば、自宅でも輸血を実施しておりますので、医学的な課題で療養継続が出来ないことはないということが多職種で確認できました。

では、何が課題なのかというと、生活を支える介護サービスの方々、不安に思っていることが、一番の要因ではないか、という話が挙がり、まずは支援者の不安を聞いて、どのようにサポートしていくのが良いか、院外の多職種で話し合ってみようという結論になりました。

院内の多職種を味方に付けた私は、早速、ケアマネジャーへカンファレンス開催の依頼をしました。今はまだ、独居の生活保護受給者を地域の一チームだけでサポートするのは不安も大きいため、地域包括支援センターへ相談の上、地域ケア会議として開催しました。また、このときに、訪問看護師や訪問薬剤師も加わっています。

地域包括ケア会議では、最初に、介護サービ

スのスタッフが不安に思っていることを、ざっくばらんに話し頂き、医師が一つ一つ、丁寧に答えるという形で話が進んでいきました。例えば、Aさんは薬を飲んでくれないというのが、不安につながっていました。しかし、Aさんは、薬を全く飲まないのではなく、自分が大事だと思う薬は飲んでいましたので、医師より、最低限飲んだ方が良い薬を提示し、その他はAさんに任せて良いという指示を出しました。

また、Aさんは、呼吸困難感があり、『苦しんでいるAさんを目の前にして、何もできないのが不安です』という話がありましたので、在宅酸素の指示を、本人の症状に合わせて4リットルまで増減可能としました。

これまでは、主に制限や管理をするという視点で支援していましたが、制限や管理を緩和していくという視点で話し合いを進めていきました。そうすると、最後のほうは、『Aさん、ラーメンが食べたいって言ってたけど、食べたい物、食べさせてあげよっか』や、在宅酸素を使用しているの、原則禁止のタバコ、そして飲酒なども、注意事項を守っている範囲内で、Aさんが望む暮らしを支えようというような話し合いになりました。このカンファレンスの最後には、反対していたヘルパーも、まずはやってみようと言ってくださったのです。

ただ、不安が全部解消できたわけではありませんので、毎月サービス担当者会議を実施しました。最初の1、2カ月は医療に関する不安が多く出ました。例えば、頓服薬をどのタイミングで飲ませたらいいか分からないや、苦しんでいるAさんをみると不安というような話がありました。しかし、3カ月目、4カ月目になると、囲碁を最後までやりたいって言うてるんだけど、囲碁のできるボランティアさんを知りませんかというような、Aさんのやりたいことを、どうやったら支えられるかというような話し合いになりました。

そうこうしているうちに、『もう、いつ死んでもいいや』と話していたAさんが、『もっと生きられる。外出する訓練がしたい。』と、前

向きな発言をするまでになったのです。このときのAさんはもちろんのこと、支えてくださっていたスタッフの皆さんの顔を思い浮かべると、すごく生き生きしていたなど、今でも思います。医師の予測の3カ月をはるかに超えて、8カ月目に、自宅から静かに旅立たれました。

私がAさんに教えていただいたのは、死を前にしても、人は希望を持つということです。ここで、どう死にゆきたいかという話し合いは、もちろん大事だと思いますが、最後までどう生きていきたいかを話し合うことが大事だと、教えていただきました。

続いての事例です。Bさん、90代、男性。心不全と、認知症を患っておられました。Bさんは、入院中せん妄を発症したり、薬の管理ができなかったり、何より一人暮らしということで、大学病院から当院へ依頼があり、退院と同時に訪問診療が開始となっています。

BさんはADLが自立されていて、自転車で喫茶店に行くというのが日課の方でした。また、戦争を体験されていたので、食物を確保することに非常にこだわりがあり、賞味期限が切れたお総菜など、同じ物ばかりが冷蔵庫に入りきらず、冷蔵庫の上にも置いてあるような状況でした。

高齢厚生年金を受給している一方、介護保険料を滞納されており、介護サービスの負担割合が3割でしたので、経済的負担が課題となり、実質介護保険サービスは利用できない状況でした。認知症のお1人暮らしの方を、在宅で支援することは非常に難しいと思いますが、それと同じぐらい難しいと感じるのが、低所得の方です。Bさんの場合、お部屋も非常に狭くて、人が1人通れるのがやっとな状況で、医師もベッドに座って診察をしていました。

退院後の実際の生活の経過を報告します。訪問診療が始まった春、医師が診察をして、処方箋を出しても、その処方箋を薬局へ持っていくことを忘れてしまうというような状況でした。訪問薬剤師を導入し、家まで薬を届けることはできましたが、飲み忘れや過剰服薬が散見され

ました。夏には、クーラーの操作ができず、暑い部屋の中で、脱水の状態で寝ていることもありました。

Bさんは、当院からかける電話には出られませんが、SOSを発信するために、Bさんから当院へ電話をかけることはできない状況でした。電話のかけ方の図を作成して壁に貼ったり、一緒に練習をしたりしましたが、習得するのは難しいようでした。入院はせん妄になるリスクも高いため、当院の車で送迎し、外来で点滴をしたり、涼んでもらったりという対応を繰り返しました。

また秋には、一時的な消失発作が繰り返されました。外出先で発作が起きると、通行人が、救急隊を要請してくれて、3次救急に運ばれますが、病院到着時には、症状が消失されているため、帰宅するというエピソードを繰り返しました。自宅で過ごす時間にも発作が起こっている可能性はあり、1人暮らしの難しさがあるなど私自身感じていました。

このときもBさんは、相変わらず介護保険のサービスは利用できていません。訪問診療や訪問薬剤の他に、地域包括支援センターや社会福祉協議会、隣人による見守りが、適宜行われていましたが、それでも1人でいる時間が、圧倒的に多い状況です。

医師からは、『1人暮らしは限界ではないか。本当に今の状況が、Bさんにとって最善なのだろうか。』と問いかけがあり、SWより地域包括支援センターへ相談し、地域ケア会議を開催することにしました。

会議の前に、Bさんへ思いを伺うと、『やっぱり、家はいいよね。』という反面、『1人は不安だから、施設もいいかな。』というように、迷われている発言がありました。また、自身のご病気のことについて問うと『何かあれば、救急車呼ぶから大丈夫だよ。』と言うのですが、依然として電話をかけることができない状況です。しかし、『救急車を呼ぶ』という発言から、治療を受けたい意思があると推察することが出来ました。

先ほどのAさんと違い、Bさんの意向は曖昧のため、自宅で過ごすことが最善なのかを検討する目的で、ケア会議を開催しています。しかし、最善かどうかを検討する前に、自宅で過ごすことが現実的であるという結論になりました。その理由は、経済的な課題や、要介護度の課題、そして不安定な病状の課題など複数あり、すぐに入居できる医療・介護保険施設を探すことが難しいことが挙げられました。そして、それ以上に、Bさんは認知症を患われていましたが、MMSEは18点と軽度の分類でありましたので、Bさん自身が、施設に入りたいという強い意思がないと、強制的に入所させてしまうことは出来ないが高齢福祉課からの話もありました。

このとき私は、Bさんは不安を抱えたまま、自宅での生活を継続しなければいけないのかと、少し落胆しました。その時、この会議に参加していたアパート管理会社の職員が、『実は今日、Bさんにアパートを退去してもらいたいと話するために参加しました。しかし、Bさんのために、地域の方が、これだけ真剣に話し合っているのを聞いて、手伝えることがあったら手伝いたい。』と発言しました。アパートの管理会社からすると、独居の方が死亡した状況で発見される事態は避けたいものです。しかし、このように発言して下さって、ハッとしました。落胆するのではなく、Bさんが安心して自宅で過ごすために、私たちに何ができるのか、その最善を考えようと気持ちを切り替えました。

その話し合いの結果、管理会社の職員も加わり、見守りを強化。そしてBさんは、喫茶店に行けるとというのが、最大の強みでしたので、そこを尊重しつつ、安全や権利を守るために、区長による成年後見制度の申し立て、そして、社会福祉協議会に金銭管理を委ねていただいて、配食サービスや、介護保険サービスを開始できるようにしました。

認知症を患われている方の意向を聴くのはとても難しいと感じますが、その方が発する言葉や暮らし方から、その人らしさを教えていただき、チームで最善を考えることが大事だとい

ことを、教えていただいた事例です。

間もなくBさんは、脳梗塞を発症し、総合病院へ救急搬送、その後、長期療養病床へ転院をされて、今もそこで過ごされています。

最後の事例です。Cさん、60代の男性。心不全と認知症を患われています。Cさんは、妻とお二人暮らしです。妻のほうが、10歳年上でしたが、亭主関白でした。

何か目標があるとか、何かやりたいことがあるということではなく、何気ない日常を大事にしているんだよ、と常々教えてくれました。子どもはおらず、その他の親族も疎遠でしたので、妻がCさんの代理意思決定者となっていました。

当院では、訪問診療を開始するときや病状に変化があったときなど、繰り返し意向を確認するようにしています。Cさんにも、訪問診療を開始するときに、これからどのように暮らしていきたいのか、最後はどこでどんなふうに過ごしたいのか質問をしています。Cさんは、『家はいいよね』と教えてくれました。認知症を患っているため、ご自分の病状を十分理解できていない部分もありました。一方妻は、その言葉を受けて、『私は、この人を自宅で看取りたい。』と、力強く教えてくれました。

それから1年後、病状は進行して、訪問看護を導入するために、介護保険の申請をしたときも、それからさらに1年後、医師から、心不全の末期と説明を受けたときも、Cさんと妻は、『家がいい』『家で看取りたい』と、力強く教えてくれました。

2回目、3回目のときは、私だけではなく、主治医やケアマネジャー、そして訪問看護師も、この強い思いを一緒に共有しています。当院が、繰り返し意向を確認する理由は、その時々で意向は変わるものと認識しているからです。もちろん、変わることが悪いのではなく、その揺れに寄り添いながら、その時々で、最善と一緒に考えるということを大事にしています。

ただ、これだけ思いが変わらなければ、私は、この思いをぜひ実現したいと思いました。しかし年末、ケアマネジャーから私宛てに連絡

がありました。『病状が進行していて転倒リスクがあるため、入院の調整をして欲しい。』という連絡でした。しかし私は、Cさんの意向も、妻の意向も、直接聞いていませんので、その日予定にはありませんでしたが、急遽医師の訪問を調整し、自宅にて緊急カンファレンスを開催しています。

医師より、『入院という選択肢もあるが、現在の病状を考えると、入院中に亡くなるリスクも高い。』と説明がありました。一方、ケアマネジャーや訪問看護師からは、『転倒するリスクが高く、妻だけではとても介護は出来ない。入院したほうが安全で良いと思う。』という説明がありました。

その後妻から、『まだ、自宅で看られるような気がするけれど、皆さんが駄目って言うなら、入院します。』と話がありました。Cさん自身も、『僕、入院してもいいよ。』と話されたため、その当日、総合病院へ入院となっています。

年が明けた1月4日、私はどうしても気掛かりだったので、妻へ連絡をしました。すると、『Cさんが、おうちに帰りたい。いつ帰れるのって聞いてくるの。退院したほうがいいでしょうか。』と、大変混乱している状況でした。しかし、SWの私が、勝手に退院しようと言える自信もなく、みんなで退院が現実的かどうか考えませんか、と提案し、入院中の病院の退院調整看護師へ、カンファレンス開催の依頼をしました。

早速調整を下さり、1週間後にカンファレンス開催が決定しましたが、カンファレンス当日、ケアマネジャーより『病状が進行して、退院できる状況ではないため、カンファレンスは中止します。』と連絡が入りました。ケアマネジャーとの電話を終えた後、私はすぐ妻へ連絡をしました。妻が納得しているのであれば良いと思いましたが、連絡してみると、『もう、退院できないみたいです。私がもうちょっと早く決断していれば良かったと後悔しています。』と、電話の向こうで泣かれていました。

その時私は妻へ、妻が今、Cさんの立場だっ

たとしたら、どうしてほしいと思うか質問すると、『私がCさんだったら、おうちに帰してほしい。』と話しました。では次に、妻がCさんにしてあげたいことはありますか、と質問すると、『私は、Cさんをおうちに連れて帰って、一粒でもいいからスジコを食べさせてあげたいんです。既に、冷蔵庫に買って、保存してあるんです。』と力強く話して下さったので、その思いがあるのなら、退院を諦めるのはまだ早い、と妻にお伝えし、関係機関への働き掛けをすることにしました。

まず、ケアマネジャーには、この妻の強い気持ちや伝え、退院後にどのようなサービスが利用できるのかを一緒に考えました。また、当院の医師から病院主治医へ直接連絡し、今の病状を共有すること、そして、在宅医療で可能な医療を説明しました。

また、私自身も、退院調整看護師に妻の意向を伝え、在宅チームで退院後の継続支援ができることを説明し、改めてカンファレンス開催の依頼をしました。すると快く調整を下さり、カンファレンスを開催しています。

ここでも、訪問看護師からは、リスクの説明が多くありました。例えば、移動中に亡くなるかもしれないリスク、自宅へ帰っても数時間しかいられないリスクなどです。しかし、この時は妻が、『それでも私は、Cさんを連れて帰りたい』と、力強く言うことができました。それを聞いていたスタッフ全員が、妻にそれだけ強い思いがあるのなら、退院を叶えてさしあげようと言言し、チームが一つになった瞬間でした。

カンファレンスの2日後に退院することを目指して、調整を開始しましたが、残念ながら翌日に病院から旅立たれてしまいます。この数日後、ケアマネジャーから私宛てに、改めて連絡をいただきました。『あの状況でも、退院という選択肢があることを初めて知った。非常に悔しいです。』と話して下さい、また、『今後は、サービスに意向を合わせるのではなく、意向にサービスを合わせたい。』と、力強くおっしゃっていただきました。

さらに、この1カ月後に、グリーンケアの目的で自宅へ伺うと、妻から、『退院できなかったことは、非常に残念だけれども、私にできることは全部やりました。』と、笑顔でお話しして下さいました。

まとめになります。医療ソーシャルワーク実践から見える地域包括ケアシステム、地域で、個をどのように支援しているかということですが、1) その人が望む暮らしや生き方を話し合うこと、2) 1人ではなくチームで最善を考えること、3) 最善を考えるために、クライアントの意向を中心とした支援であり続けることが大事であると思います。

今、地域では、社会資源やシステムが整いつつあるかもしれませんが、それだけでは、個を支えることはできない方も少なくないと思います。それらがつながり合って、初めて、その人らしい個を支えられると思います。私たちソーシャルワーカーは、クライアントの意向を、他職種や他機関などのチームにつなぎ、さらに、そのチームがつながり合って、安心して暮らせる場所、つまり地域を育てていく、それが大事なのではないかなと思います。以上になります。ご清聴、ありがとうございました。

上野千鶴子先生とのディスカッション

上野：とても具体的な事例報告、ありがとうございました。聞いていて、むらむらと、疑問がいっぱい湧いてきましたので、会場の皆さんを代弁して、いくつかご質問したいと思います。Aさんの事例ですが、市の職員が、孤独死は認められないと言ったそうですね。孤独死は認められないって、どういう意味なんでしょうか。誰かが、最期に立ち会えという意味でしょうか。ご報告によると、最後は自宅からの旅立ちとありますが、この方、独居の自宅で旅立たれたときは、みとり手はいたんでしょうか、いなかったんでしょうか。これは、孤独死になるのか、ならないのか、教えてください。発見者がいたとしたら、第一発見者が誰で、何時間後だった

のか、それが第一です。

二つ目の質問は、Bさんの事例です。ボーダーラインの低所得者の方のほうが、生保受給者より、いろんな意味で不利だというのは分かるんですが、老齢年金が、生保水準に達さない場合には、家賃補助とか、いろんな手があるはずですが、そういう手段は、お使いになりましたでしょうか。それと、介護保険を使うという際、この方は自転車で喫茶店へ行っていたとか、それでは、介護保険の認定出ませんわね。どうやって介護保険の要介護認定を通されたのかも、聞かせてほしいと思います。

それからCさんの事例ですが、専門職の方たちで退院カンファをおやりになる際に、推進勢力と抵抗勢力って、どういう方たちなんでしょうか。一番最初の退院カンファのときには、あなたご自身が落胆したとおっしゃるので、できれば、入院させたいと思っておられたということでしょうか。それが、最後のときには、ソーシャルワーカーが主導して、退院支援をしたいと思ったが、そのときの抵抗勢力は、今のお話だと、ケアマネとナースでしょうか。そのように、専門職同士の温度差に違いがあるときに、抵抗勢力は誰で、そういう人を、どうやって説得していけばいいのか、ご示唆をいただければ幸いです。

最後に、今日のご報告は、どれも面白かったのですが、地域とかコミュニティという用語は、最後までついに出てきませんでした。もしかしたら、上野の基調講演の抑圧効果かもしれません(笑)。会場に参加しておられる方は、全員、専門職の方ですよね。専門職の連携があれば、独居の在宅看取りも支えられるという結論であれば、上野は心から安堵いたします。ありがとうございます。

齋藤：ありがとうございます。まず、Aさんの最期についてですが、夜中に一人で旅立たれ、朝、予定通りに訪問したヘルパーより、当院へ状況報告の連絡があり、当院の医師が緊急訪問を行い、自宅で死亡診断を致しました。

次に、ケースワーカーに『孤独死』と言われた際は、正直に申し上げて腹が立ちました。訪問診療、訪問看護、ヘルパー、そしてケアマネジャーなど多職種で支えているのに、何をもって孤独死とお話しされているのかと質問をしました。

上野：そう言ったら、向こうは、なんて、返しました？

齋藤：私の質問には絶句していました。とにかくカンファレンスに参加して頂き状況を共有しました。それ以降、ケースワーカーは最後まで見守って下さいました。

Bさんですが、高齢厚生年金を受給されていきましたので、一般的には日常生活に不自由のない程度の年金収入がありました。しかし、用途不明の支出、例えばほぼ毎日喫茶店へ行ったり、食材を購入したりなど、私たちには把握できない支出があり、残高が毎月1万円程度になっていました。ご本人へ相談し、途中からは地域権利擁護事業を利用して通帳の管理をさせて頂きました。

また、介護保険の要介護認定についてですが、入院中に認定調査を受けていました。入院中は、活動に制限がありましたので、要介護1の認定が出たのだと予測します。3割負担がネックとなっていたことや入院医療機関の医療費滞納があったことなど、経済的課題が大きい状況がありました。

最後にCさんですが、この場合の抵抗勢力は、ケアマネジャーと、訪問看護師でしたが、その

症例ごとに違います。私自身は、ヘルパーなど介護従事者の支援が必要だと日頃から考えています。介護従事者は主に生活を支えて下さっていますが、同時に、命を守らなければいけないというような責任感を持って支援を行っている方が多いです。そして、当然ですが、命を預かることに不安を持たれる方も少なくありません。服薬管理、食事・水分管理、活動制限ばかり強調していくと、生活を支えるヘルパーの責任が重くなり、そこまで責任をもてないので、自宅での療養生活を継続していくのは難しいという方向になってしまいます。そうではなく、その人らしい暮らしを支えるためには、制限よりも緩和しながら、どうやって一緒に支えていくことが最善かを、多職種の意見も交えながら話しをしていくと、介護従事者も、安心して支援できると実感しています。

当院は独居率が約3割です。独居という理由で退院を諦めるということが多いのではないかと思います。また、在宅療養生活中断となる要因で一番多いのは、家族の介護負担です。そのため、当院では家族支援にも力を入れています。

上野：そうすると、抵抗勢力のいない独居の人のほうが、家にいられる可能性が高そうですね。貴重な実践例のご報告、ありがとうございます。私が介護職の方たちから聞く話では、現場の経験値が上がると、むしろ、在宅看取りに達成感を味わえるようになって、土壇場で病院に連れて行かれると、せっかくここまで見たのに、少々不謹慎な例えですが、「トンビに油揚げさらわれた」気分になる、とおっしゃいました。

[シンポジウム]

超高齢社会への情報科学的アプローチ

檜 山 敦*

皆さん、こんにちは。ご紹介、ありがとうございます。東京大学先端科学技術研究センターで講師をやっております檜山敦と申します。短い時間ですけども、よろしく願いいたします。

私の専門は、身体情報学分野と書いてあるとおり、人間の身体に関わるどころと、情報、コンピューターサイエンスに関わることを扱っています。つまりは、バーチャルリアティーのような、身体全体で体感するような情報メディアや、人間拡張という形で、ロボットの身体と人間の身体を融合させて、人間ができることを拡張するようなテクノロジーの研究開発を技術的なバックグラウンドとしてもっております。

その私が、今日、お話しさせていただきたいのは、超高齢社会を考えるとときに、情報科学の視点から、どういったことができるのだろうかということなんです。

超高齢社会、それを対象にした学問領域を表わす言葉として、ジェロントロジーという言葉がございますけれども、ジェロントロジーで扱われている研究の内容を、私なりの視点で、非常に乱暴かもしれないですけど、簡単に整理した図式がこちらになります。

支援するという視点から、二つの軸で整理しています。横軸が物理的な支援から心理的な支援に至る軸を表わしていて、縦軸が個人的な支援が下であって、上のほうが社会的な支援、コミュニティの支援としております。

今日のお話では、さっきのお二方は地域とコ

ミュニティーのキーワードを使われなかったのですが、このお話ではたくさん出てくるかなと思います。コミュニティにおける物理的な支援の研究としては、バリアフリーの環境をつくるとか、高齢者向けの交通手段、整理する、行動支援に関わる内容が当てはまるかと思えます。

個人に対する物理的な支援という意味では、健康増進に関わるような医療や、運動、栄養があると思います。個人における心理的な支援に関しては、生きがい、高齢者向けのエンターテインメントですね。社会、コミュニティにおける心理的な支援としては、社会とつながりを、どう維持できるかという社会参加が、キーワードになると思います。

それぞれ、この四つの領域に対して、私の専門である情報科学の視点からのアプローチということですが、左上の、行動支援に関わるころにおいては、ロボット技術や、1人乗りの電動車いすだとか、自動運転などのモビリティの技術が適用できます。

健康増進、ヘルスケアに関わるころだと、スマートウォッチなどのウェアラブル機器だとか、見守りに関わるころの「もののインターネット」の技術、IoT というものが適用可能になると思います。

生きがいに関わるお話であれば、バーチャルリアティーのような新しいエンターテインメ

*Atsushi Hiyama : 東京大学・先端科学技術研究センター、理化学研究所革新知能統合研究センター

ント、メディア技術が、役に立つかもしれない。

社会参加に関わるのところでは、ソーシャルメディアや、人工知能、AI が役に立つという感じ です。

私は、超高齢社会を対象にした情報科学の研究を、博士号を取得してから10年程、ずっと続けておりました、それまでに、この四つの領域について、こちらの映像にあるようなテクノロジーを研究開発してきました。

行動支援に関わるのところでは、遠隔操作ができるアバターと呼ばれるロボットですね。これを使って、自宅にいながらにして、もしくは、旅先から、若い人に授業を行うようなシステムの研究開発。ヘルスケアのところだと、3次元カメラを使って、歩行姿勢を計測して、インストラクターとあなたの歩き方の違いを可視化する技術。そうすることで、日頃のウォーキング活動を、正しい姿勢で、けがしないようにすることを助ける研究です。

生きがい、バーチャルリアリティを使ったエンターテインメントとしては、体がだんだん弱って行って、なかなか外出できなくなったときに、旅行体験を提供するバーチャルリアリティの技術の研究をしております。

もう一つ、社会参加のところは、一人一人の高齢者が持っているスキルを、社会に還元する形で、社会貢献をやっていこうという就労支援に関わる技術の研究になります。

まず、最後にお話ししました就労支援のお話しは、今日ではスキルシェアリングと呼ばれるものです。得意な力を使って、自分が空いている時間で働くこと、社会参加のきっかけをつくる。研究開発しているサービスの名前は、GBER といいます。英語でいう「Gathering Brisk Elderly in the Region : 地域の元気高齢者を集める」というものの頭文字を取って、GBER と名付けております。

高齢者の社会参加は今、私が一番力を入れている研究なのですが、なぜその研究を始めたのか。博士号取って、最初に取り組んだ研究プロジェクトが、ロボット技術や、バーチャルリア

リティーを使って、家事支援のロボットや、移動支援のパーソナルモビリティの研究開発を通じて、高齢者の生活を支えようっていうものでした。そこで、高齢社会について勉強するようになって、いろんな高齢者の人たちとかと話すようになって、感じたことっていうのは、われわれ若手や学生よりも、声が皆さん大きくて、いろんな知識持っていて、非常に元氣だと。若者のほうが、逆に、圧倒されるところがあることに始まります。

研究では、将来の人口ピラミッドを、資料としてよく使うのですが、こちらは2055年の人口ピラミッドです。高齢化率が、40パーセントを超えて、1人の若者が1人の高齢者を支えないといけない時代になってしまっています。

ただ、元氣な高齢者と接していると、実は、若い人のほうが支えられないと、この日本はやっていけないんじゃないのかなと感じるようになったわけです。実際、65歳以上の方たちの8割から9割の方は、自立した生活ができる人たちなのです。そういう人たちを、社会の活力と考えないで、定年退職した後は、支えられるだけの存在とみなす社会の図式のほうが、大きな問題なのではないかと考えるに至ったということです。

そこで、得意としている情報通信技術を活用して、元氣な高齢者が、社会の中で活躍できるような環境を整えることができれば、もしかしたら、右側のバーチャルに、再逆転した人口ピラミッドのように、たくさんいる高齢者が、少数の若者を支える社会構造を創出することができるのではないだろうか。

社会のマクロな視点からのお話から、今度は、個人の目線で見たとときの超高齢社会の変化を見たいと思います。今の日本の社会の仕組みがつけられていった、高度経済成長時代では、日本人の一生っていうのは、教育受けて、就労して、その後、リタイアして少しの期間があった後に、ケアにお世話になるっていう形でした。しかし、今の超高齢社会においては、医療技術の発達によって、リタイアした後に、健康な時間を20年

とか30年ぐらい獲得できたことが大きな変化でした。

ただ、テクノロジーを使った高齢者支援を考えると、多くの研究は、かつてと同じように、いまだに、ケア技術にフォーカスされがちです。例えば、介護ロボットを作って、学生さんたちが介護ロボットを動かすために、一生懸命、ロボットのほうを介護してるみたいなことがあります。

それはさておき、新しく獲得した人生の時間を、どのように生きていくのかについて考えるテクノロジーも必要なのではないだろうかと考えます。就労を、社会参加を活性化するようなテクノロジーの研究が今、必要なのではないのでしょうか。

その研究の中で生まれたのが、GBER っていうサービスです。この GBER が目指していることは、地域における、広い意味での社会参加の促進です。一番深い社会参加は、仕事かもしれないませんが、それ以外にも、ボランティア、趣味の活動、生涯学習活動みたいなものも含めて、地域のいろんな人が集まるイベントに参加を希望しているシニアをつないでいくプラットフォームとして、GBER を設計しております。

なぜ、広く社会参加を捉えているかという、高齢期になってくると、一人一人の心身の状況っていうのは変わってきているので、個々の望む形での日々の社会参加を助けたいと考えているからです。

GBER には三つの大きな機能があります。一つ目が、カレンダー機能ですね。このカレンダーの日付をタッチすると、「午前中、空いています。」「午後だけ、空いています。」「一日中、空いています。」「この日は、空いてません。」という形で、社会参加したい予定を発信することができます。

二つ目が、マップ機能です。自分自身の生活圏内で、今、どんな地域活動の求人があるのかを、簡単に検索できるようにしています。

三つ目が、Q&A カードと呼ばれるものです。画面の中では、「国際協力に関係した活動に興

味ありますか、ありませんか」っていうように簡単に答えられる形で質問がなされます。高齢者の人たちに、ソーシャルメディアで、自分がどういう活動に参加したいかという情報を発信してもらおうと思っても、皆様発信することを躊躇されるんですね。ただ、逆に、GBER のほうから、こんな活動、興味ないですか、どうですかって聞いていくと、暇な時間に、なんか、無限プチプチで遊ぶ感覚で、たくさん答えてくれるんですよ。そうすると、その人が求めている活動の紹介につなげることができる。そういう機能を持っております。

先ほどから、GBER と言っておりますけれども、GBER と似たような名前のサービス、ありますよね。移動のニーズと車をマッチングする Uber っていうのがあるんですけど、Uber とは違って、地域の人材のニーズと、地域参加を考えているシニアとをマッチングするサービスです。あんまり、GBER と言うと、社会実装している地域のシニアの人たちに怒られるんじゃないかと思ったんですけども、逆に、親しみを持ってもらえて、受け入れられるっていうのが、すごく面白いです。

この GBER、柏市の一般社団法人セカンドライフファクトリーというところが、実証実験フィールドとして、活用いただいております。セカンドライフファクトリーさんというのは、地域における、ご家庭の植木の剪定のお仕事、農家のお手伝いのような仕事、あと、福祉施設の家事支援とか、学童保育の仕事を職域として、地域のシニアの人たちの就労につなげる活動を行っている団体です。こちらのコミュニティーは、100名規模で、その中で、GBER を一生懸命使ってくださっているグループは、植木の剪定をやっているグループの32名ぐらいにとどまるのですが、この30名ぐらいの人たちが、すごく頑張っていて、2019年の3月までの3年間の延べ就労人数が、2700名を超えています。そこからまた半年ぐらいたっているんで、多分、今、3000名を超えるぐらい GBER を通じて地域参加を応援できていることになると思います。

3年間ちょっとした運用を踏まえて、より使いやすいGBERの再デザインに、今、取り組んでおります。カレンダー機能を、午前、午後だけじゃなくて、もっと細かい時間の単位でマッチングできるように、デザインを変えていくのと同時に、地図機能とQ&A機能も、より直感的に理解しやすく、操作しやすいデザインに変えていく取り組みを進めております。

GBERは柏のセカンドライフファクトリーさんが使い始めたものですが、3年間、運用していくと、いろんな地域であったり、企業の目に留まるようになっていったのか、今現在では、GBERを使った就労支援の実験として、例えば、JR九州さんが、OBの就労の実験に試験運用したり、KDDIさんが、地域のシニアの人たちの得意なものを発掘して、地域のニーズとつないでいくアプリケーションの中で、このGBERのマッチングアルゴリズムを活用しています。

新しいデザインのGBERは今、熊本県の高齢者の就労支援の事業の中で、活用が始まりました。さらに、埼玉県のシルバー人材センターでも、新しいGBERの試験的な運用に取り組んでいくという形で、全国に、就労の活性化、社会参加を活性化する輪が広がっていています。

熊本県のお話に関連して、2016年、熊本で震度7の地震が2回発生しました。そのときに、ITのベンチャー企業が、ボランティアのマッチングとか、救済物資のマッチングをするためのツールを開発して、急いで現場に持って行ったんですね。ただ、混乱している現場の中で、新しいツールが活用できるかという、やっぱり、なかなか難しく、その効果は、限定的にとどまらざるを得なかったと伺っています。

その代わりに、普段、日常使っているマッチングプラットフォームとしてのGBERが、災害が起きたときに、ボランティアのスケジュールマッチング、救済物資のマッチング、それから、ボランティアのスキル調査みたいな形で、活用できるように設計しておけば、普段から使い慣

れているから、何かあったときに、地域とつながりを途絶えさせずに維持することができる可能性があるんじゃないかと思っています。

今日、もう一つ、一つじゃない、二つか、ご紹介したいお話があります。2番目の話として、バーチャルリアリティーを使った旅行体験のお話を、次に紹介したいと思います。この研究を始めるに至った一つのターニングポイントというのが、2016年のバーチャルリアリティー元年と呼ばれた年になります。なぜ、バーチャルリアリティー元年と呼ばれたのか。その一つは、360度カメラというものが、皆さんが使っているコンパクトカメラと、ほとんど同じ値段で、手に入るようになったことです。シャッターを1回切れば、全ての方向の映像を、一度に撮影することができるカメラです。

二つ目が、右側にあるバーチャルリアリティーを体験するゴーグルですね。私が学生の頃は、1個買おうとすると、数百万とか数千万するような非常に高価なもので、あまり性能が良くなかったりするんですけど、今、バーチャルリアリティーを体験するゴーグルが、安い物だと、3万円から、当時、研究開発に使っていた物よりも、圧倒的に性能がいい物が買えるようになりました。それだけじゃなくて、既に、皆さんがお持ちのスマートフォンを、段ボールにレンズが付いている箱の中に差し込むだけで、スマートフォンそのものが、バーチャルリアリティーを体験できるゴーグルに早変わりします。

そして、三つ目。Facebookみたいなソーシャルメディアが、360度カメラで撮影されたバーチャルリアリティー映像に対応できるようになったことです。どこかに旅行に行って、その瞬間を映像でVR撮影をして、すぐに、ソーシャルメディアにあげることができる。それによって、離れた所にいる人たちと同じ空間を、1人称の視点で共有することができる。

その技術の成熟というものを踏まえて、福祉施設で、デイサービスやってらっしゃった方と一緒に、VRを使った旅行セラピーに取り組んでいます。

リハビリやっている人たちの話を伺うと、また、思い出の場所に立ってみたいということをよくおっしゃったりするんですね。そのときに、VRのカメラを使って、行ってみたい場所、思い出の場所の映像を撮影して、VRゴーグルを通して、なかなか外出できない人たちに提供する。そうすると、いままでリハビリは、あまり楽しそうにやっていたんだけど、すごく面白くなって体験してくれたりします。VRのいいところっていうのは、頭を動かして、体を動かしたりして体験しないといけないので、必然的に運動につながる要素もあることですね。

こちらの映像、この方は、普段、認知症であまり動かない方なのでですけど、ゴーグルかけたら突然立ち上がって、施設の人がびっくりして駆け寄る瞬間もありました。

いろんな所をVR旅行するためには、その映像を撮らなきゃいけないですよ。そのときに、元気なシニアの人たちの協力を得られないだろうかと考えました。車いすの方でも、旅行とかしたときに、カメラ持って撮影してくれれば、VR映像を提供できるようになる。

退職した後に、旅行する方って、結構、たくさんいるんですね。その人たちに、VRカメラの使い方を、ワークショップで教えて、また、施設の人のニーズに合わせて、旅行体験を提供するという仕組み作りも始めました。

この仕組みも、先ほどのGBERとつなぐことができると思っています。やり方としては、施設の中の高齢者の人たちが、行ってみたい場所、会いたい人みたいなニーズをアップロードして、それに合わせて対応できる元気シニアの人たちが、VRカメラを持って、現場に行って、映像を撮って、ソーシャルメディア等で共有をする形で、VR旅行体験っていう新しいセラピーを提供できるようになるかもしれません。

これは、一種の遠隔とのコミュニケーションっていう手段が体験できることを広げるお話につながっていくかと思います。その流れで、最後に三つ目の、遠隔社会参加ロボットを活用した事例を紹介したいと思います。

遠隔コミュニケーションの技術を活用して、離れた二つの地域のシニアコミュニティをつないで、お互いハッピーになるような仕組みを、実証実験したという話なんですけれども、このときの、二つのシニアコミュニティというのは、一つは、兵庫県西宮市にある清瀬台というニュータウンの老人会の人たちです。

ニュータウンというのは、未来の日本の高齢化率が、既に到来していて、もう、30パーセントか40パーセントが65歳以上だったりする地域です。この地域の人たちの一つのニーズとして、新しい技術、スマートフォンとタブレット端末の使い方を学んでみたいっていう声があるんですけど、ただ、周りに教えてくれる人がいない。

その反対に、もう一つのシニアコミュニティとして参加した、宮城県仙台市の中の仙台シニアネットクラブっていうのがあるんですね。仙台シニアネットクラブっていうのは、高齢者向けのIT教室の第1号みたいな、歴史のある団体なんですけれども、その教室の中で、一定のプログラムを受講した人は、シニア情報生活アドバイザーという資格をもらえて、地域の中で、IT教室の先生として仕事ができるようになるんですね。

ただ、それほど活躍できる場が、都会の中だと、もう既に、教室があったりするので、なかなか多くはなかったりする。教えたいシニアと、学びたいシニアの二つのコミュニティを、インターネットでつないであげれば、お互いのニーズとシーズが満たされるのではないかというのが、始まりにあってします。

そこで、最初は、Skypeのビデオコミュニケーションを使って、タブレット端末の使い方の方の遠隔授業をやったんですけど、ビデオ映像だけだと、やっぱり、臨場感が伝わらない。講師がどこを見て、誰と話してるのか、よく分からなかったりすることがあって、やっぱり、映像だけだと、できるコミュニケーションには限界があると。

そこで、遠隔操作ロボットですね。IBMさ

んとの共同研究で技術を導入してみることにしました。こちらの遠隔操作ロボットは、木でできた卓上型のロボットで、首振りができるようなものなんですけれど、このロボットに導入されている技術というのが、のぞき窓メタファーというものです。こちらのムービーの中で、この人が授業を行う先生だと思ってください。その人が見ている遠隔地の様子を映すディスプレイがある。このディスプレイを、窓と見立てることによって、例えば、左側見ようと思ったら、体を右側に倒してのぞき込んで、映像を見ますよね。見たい方向を見ようとする動きと、遠隔地のロボットの頭の動きをシンクロさせる形になっています。ディスプレイの上のカメラを使って、講師の動きを計測しています。頭を動かすと、その動きに応じて、遠隔地のロボットのカメラが動くことで、見たい方向の映像が見れるようになっています。

普通に売られている遠隔操作ロボットだと、コントローラーを使って操作しないといけなくなって、ロボットを操作すると、コミュニケーションがやりにくくなってしまふ。逆に、コミュニケーションに一生懸命になると、ロボットが動かなくなって、ただのビデオ会議と変わらない状態になってしまいます。

この仕組みを導入してあげることで、コミュニケーションを取る、自然な動きの中で、自分の存在感や注意を、遠隔地に伝えることができるようになって、Skypeで遠隔講義をやるよりも、コミュニケーションの頻度が増えてきました。それだけじゃなく、ロボットを介して、仙台の先生と記念写真を撮るような風景も見られるようになり、心理的な距離も近づける効果もあるのではないかと考えております。

ということで、超高齢社会における地域、コミュニティの中でのテクノロジー活用の仕方を考えたときに、個々ができることを増やしていくものとして、研究開発していきたいと思っています。できることが増えれば、その人が元気になる。その限界を拡張するのがテクノロジーです。地域包括ケアの中ではそういう役割があ

るのではないかと考えています。ありがとうございました。

上野千鶴子先生とのディスカッション

上野：檜山さんは、遅れていらしたので、前の方たちの報告を、聞いておられないんですが、これまで、要介護とか認知症等で、支援が必要な人たちをどうするかって話をしてきました。今日のパネリストの中で、高齢当事者は私だけです。檜山さんの話を聞いて、GBERって「ジジババ」って聞こえるんですが（笑）、私は高齢当事者として、GBERとバーチャルリアリティのユーザーになりたいかっていうと、とてもそんな気がしないんです。檜山さんはまだお若いから、自分が高齢になられたときの想像力がお働きにならないかもしれませんが、本当に、ご自身、ユーザーになりたいですか。

コメントを付け加えますと、私は、社会学者です。社会学者は技術論じゃなくて、制度論的に考えます。GBERがなぜ必要かっていうと、理由ははっきりしています。年齢差別によって、高齢者の職場からの排除があるからです。そうなれば、一番簡単なのは、高齢者カテゴリーを75歳に変えてしまふとか、あるいはいつそのこと、加齢には個人差が大きいですから、高齢者カテゴリーを自己申告制にするとか。あるいは年齢差別をやめて、定年制を廃止する、さらにその前提となる年功序列制度をやめるといふ、抜本的な制度の改正があれば、現役生活が続けられる元気高齢者はほっといていいんです。

今のGBERの提案を聞くと、そういう制度的な年齢差別、職場からの高齢者の排除があるばかりに、社会参加のツールが必要になる。ご自身でおっしゃったけども、こういうツールを高齢者向けとおっしゃるよりも、多世代のボランティア等を含めた、いろんなマッチングサービスにお使いになるのは、それはそれで、とても役に立つと思います。それでは、支援の必要な高齢者や認知症者にとってはどうなのでしょう

うか。

バーチャルリアリティについては、味わったらしい体験だと思います。でも、もし私ならと考えます。申し訳ないけど、バーチャルリアリティ体験よりも、外に連れ出して花見さしてくれるか、飲み屋に連れてってくれるほうが、なんぼかうれしいですよ、そりゃ。身体感覚って全身性のものですからね。ちゃんと介助してくれて、外に連れだしてくれよって、季節の変化を味あわしてくれよって思います。そういう意味では、私は、技術が解になるとは思えない人間です。

でも、檜山さんが、AIに年寄りの相手をさせとけとおっしゃらなかったのも、とっても安心しました。WinnyだとかSkypeとか、そういうテクノロジーでコミュニケーションツールが進化しましたが、テレプレゼンスとかSkypeみたいなツールの先にあるものは、やっぱり生きた人間であってほしいですね。生身の人間同士がお互いに交わるためのツールに、テクノロジーが介在するのはかまわないけども、ケアの基本のきはコミュニケーション、人間と人間の間のコミュニケーションですから、AIに年寄りの相手をさせるとおっしゃらなかったのも、心からほっといたしました。

というので、私の質問は、これです。まだ、相当先のこともかもしれませんが、檜山さんご自身が高齢者におなりになったときに、今、ご提案になった二つのツールを、お使いになりたいですか。

檜山：私が研究開発している技術は、その人その人ができることを増やすものです。私は、コンピュータやインターネットの中の世界に興味があるんじゃないで、実世界に興味があります。高齢当事者になったときには、実世界の中で、選択肢を増やし、できることを増やすために、やっぱり、テクノロジーは積極的に活用したいです。

AIとかロボットの分野では自動化する技術っていうのが、別の研究としてはあるんですけど

ども、私は自動化は好きではなくて、人それぞれが自在にものを考えて、持っている能力を発揮することを助ける方向の技術開発をやっています。人ありきの情報系の研究者です。

GBERがあれば、世の中のいろんな情報の中から、自分が地域の中で参加したい情報を見つけるのを助けてくれるので、そういうツールがあれば、積極的に活用していきたいと、私は思っています。

上野：高齢者に限らず、全世代に広がると思います。

檜山：技術としては、全世代に対して広げられる技術ですけども、そのボトルネックに、日本的な働き方であるメンバーシップ型の雇用っていうのがあります。定年延長とかしていくと、逆に、若い人の成長機会が奪われていきますし、それよりかは、もっと自由な形で、メンバーシップ型の雇用ではなくて、自分ができる範囲で働けるようにすることの方が望ましいです。それもまた、若い世代でも、必要になってくる話ですよ。だけれど、若い世代のほうは、今現在、古い働き方の価値観に、すごく固められてしまっていて、なかなか、若い世代の働き方からいきなり変えていくのは難しかったです。

逆に、シニアのほうは、いままでない労働市場だったりするので、新しい技術を導入して、新しい働き方のイメージを、皆さんに紹介しやすいようなところがあります。

GBERでシニア向けに展開している。シニアが求める働き方というのは、フルタイムで働き続けるというのではなくて、自分が空いている時間で、無理のない場所で、どんなことでもいいから、できる範囲でやりたいということ。そのためには柔軟な働き方ができるようにするための技術が必要。ただ、それを、既存の人材ビジネスの枠の中でやろうとすると、間に立って、人と仕事をつなぐエージェントの人のコストが非常にかかるんですね。なので、経済的に現実的じゃない。だから、抜本的に制度を

変えていくっていう方向には、なかなか、制度改正だけの動きではできない。だから、テクノロジーが、黒船的に、外から入り込んでいって、柔軟な働き方を加速するような形で、社会に入り込んでいく必要がある。そういう役割が技術にはあると思っています。

上野：はい、そこは100パーセント共感いたします。メンバーシップ型雇用は諸悪の根源。これが、高齢者を職場から排除する効果を持つてるわけですから、高齢者だけでなく、多世代に、多様な働き方ができたらいいですね。そのためのマッチングツールとして使えるということは、とてもよく分かりました。技術をやってる檜山さんの口から、実体験が一番基本だとおっしゃったので、それにも、共感いたしました。

今日のシンポのテーマは、地域がキーワードだったんですが、檜山さんも、地域もコミュニティもおっしゃいませんでした。おっしゃったことは、社会参加ってことですね。社会はコミュニティというよりも、アソシエーションです。

このツールがすごいなと思うのは、距離を超えることです。先ほど、事例を挙げられた仙台のグループが見つないでるのは、西日本ですか。

檜山：西宮市ですね。

上野：距離を超えるということは、地域に拘束されないということですね。そこは、このツールがもたらした恩恵で、国内に限らず、国際的にもつながりをつくれますから、とても使いでのあるものだと思います。今日は、地域とコミュニティは、ついに登場いたしませんでした。

檜山：私、たくさん、連呼したつもりではあるんですけど。

上野：地域完結よりは地域を越えるツールというように理解いたしました。

これで、全員の報告が終わりましたので、これから全体討議に移らせていただきます。

[シンポジウム]

地域包括ケアシステムの激流の中で 個を守りぬく 全体討議

座長 上野千鶴子さん 社会学者、東京大学名誉教授
認定NPO法人ウイメンズアクションネットワーク(WAN)理事長

シンポジスト

「compassionate community に向けて一認知症未来共創ハブを手がかりに」

堀田 聡子さん 慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科

「医療ソーシャルワーク実践からみる地域包括ケアシステム

—地域で個をどのように支援しているか—」

齋藤 慶子さん ゆみのハートクリニック 在宅療養支援室

「超高齢社会への情報科学的アプローチ」

檜山 敦さん 東京大学・先端科学技術研究センター

理化学研究所革新知能統合研究センター

上野：お待たせいたしました。役者が全員、そろいました。4人の話をお聞きになったと思うんですが、「地域包括ケアの激流」はどこに行ったのでしょうか（笑）。とはいえ、全員が、「個を守り抜く」という発想からのご発言でした。齋藤さんの事例など、どれも個にフォーカスしたカスタムメイドのサービスです。私の話した独居の在宅ケアは、究極のカスタムメイドです。こんなふうな「個を守り抜く」現場の実践があるんだ、そのためのツールもあるんだという気持ちに、なっていただいたと思います。他の報告者の話をじっくり聞いておられて、きっと、いろんなことを言いたくなっておられると思いますので、パネリストの3人のあいだで、やりとりしたいと思います。

堀田さんと齋藤さん、今日のご感想はいかがでしょう。それから、ご質問やご意見があれば、お願いします。

堀田：とても楽しい組み合わせで、勉強させて

頂きました。まず、齋藤さんのお話を伺って、本当にお一人おひとり完全にカスタムメイド、チームを分厚くしていってご本人が浮かび上がっていくというようなソーシャルワークを垣間見させて頂きました。

お尋ねしたいのは、今日の事例もそうでしたが、いま、ソーシャルワーカーの皆さんには、改めてご本人だけでなく、ご家族全体としてもさまざまな難しさをお持ちの方々への丸ごとの相談支援への期待が高まっていると思います。でも、多様な生きづらさを持つ個人と世帯を支える資源、少なくともサービスは十分にはまだない。そうするとソーシャルワーカーがつぶれてしまうのではないかと。齋藤さんが本人にとっての最善の利益をと考えたとき、ないものがないと思いませんか。そんなときに、何がおなかの中の支えになっているのでしょうか。あるいはそれがチームの存在ということになるのかもしれませんが、おうかがいしたいです。

一気にいいでしょうか。

上野：どうぞ。

堀田：檜山さんは、ワクワクしながらお聞きしました。ただ、実は高齢者クラウドは以前からうかがっていたのですが、やっぱり、その点は上野先生と近くて、私は「高齢者」クラウドには登録したくないって思うんです。

実際に、既に例えば岡山県の奈義町等では、「まちの人事部」が「しごとコンビニ」をやっていて、ここでは、高齢者も子育て中の方々も年代に関わらず、ちょっと手伝いたい、ちょっと仕事したいという人と、ちょっと手伝ってほしいというまちの企業のマッチング、登録者がスキルを高められる機会の提供、チームで仕事を受けるしなげ、登録者の希望に応じて仕事を創り出すはたらきかけなども行われています。そういうなかで、高齢者だけでなく、年齢、性、障害や疾病の有無・違いを超えてさまざまな働きにくさをもつ方々を考えたときに、どこに次のチャレンジがあると思っておられるかをお聞きしたいです。

特に、今日のお話でもご紹介しましたが、高齢者のなかでも、介護が必要になったとしても仕事をしたい、社会の役に立ちたいという方々の思いを、どうしたら実現できるかという動きを各地で介護事業所・企業の応援をさせて頂いていることもあって、よりいろいろな働きにくさを持つ方々の思いと力が発揮されるには、いまのシステムに何が加わるとういのかを教えてくださいたいと思います。

上野：さすが、現場をよく知ってらっしゃる堀田さんからの突っ込み。制度って欠陥と限界だらけです。丸投げされても、悲鳴をあげたくなる、私の力ではどうにもならないとお思いになる、その現場の人を支えているものは、何ですかかって、私も聞きたいです。今の堀田さんの質問に対するお答えを含めて、齋藤さん、いかがでしょうか。

齋藤：日々悩みながら支援をしています、そ

の言葉に耳を傾け、多職種と議論を重ねていく中で、最初は反対していたスタッフとも心が通じていき、ご本人を含めてチームでどう生きるかを考えていくうちに、上野先生は『家族』という言葉に嫌なお気持ちがあると思いますが。

上野：社会には家族のある人のほうが多いですから、かまいません。

齋藤：家族のように、一緒に支えているという感覚が芽生えてくると楽しくなっていきます。そして、成功体験の共有を繰り返していくことで、また、明日も頑張ろうと思えます。私が支援している側ですが、自分も一緒に成長していることがやりがいに繋がっていると思います。

上野：他の方の報告には、どんなご意見、ご感想を持たれましたか？

齋藤：堀田先生、檜山先生のお二人に同じご質問をしたいと思うのですが、堀田先生も、その方ごとにカスタマイズされていらっしゃると思いますが、それなりに時間がかかると思います。在宅医療も、距離の問題などがあり、顔を合わせてカンファレンスを実施するのが一番良いと思いますし、何時間も話し合えば、良いものが出来ることもあると思うのですが、これから高齢者の人口が増えていき、逆に働き手が減っていくとなると、時間を有効に使うことも大事になると思います。それについて堀田先生はどう考えておられるのかと、テクノロジーを使って、空間を超えた話し合いを、医療にも取り入れられると良いと思いますが、どうしても、画面を通してとなると、腹の内を割って話し合うことが、難しいと感じています。どう、テクノロジーで乗り越えていけるのかを檜山先生にお伺いしたいと思いました。

上野：そうですね。やっぱり、ソーシャルワーカーのプライドとしては、対面面接が基本だろうと思います。私だって、遠隔面接なんて、や

りたくないですよ。

檜山：テクノロジーの活用の意義は、0か1かではなくて選択肢を広げるところにあります。誰もが一つのやり方で助けられるわけではなくて、どうしても外出できない人、自由に動き回れない状態にある人が少しでも対面と同じ状態で社会とのつながりを持てることは喜ばれることです。ケアする方にも身体的な限界があって、ケアする側も助けることでより多くの人々が助けられる要素もあります。テクノロジーが発展していくことで、社会のセーフティーネットとなり、人ができることが増えるっていうことですね。

まず、GBER はあくまでツールであって、登録したいか、登録したくないかっていう話は現実にその地域で行われているシニアの人たちの活動内容が自分にあっていくかどうかの問題ですね。ツールがなぜ大事かという、若い人たちは、オンラインでいろんな会社にエントリーすることで効率的に就職活動をしています。しかし新卒採用と異なり、より頻繁にきめ細かなマッチングが必要になるシニアの就労と社会参加を考えると、逆に、ツールを活用しないと新卒採用よりマッチングコストが遙かにかかることから社会の中で活躍できる存在としてみてもらえていない問題があります。

地域の中で、高齢者を、アナログにつないでいくって活動はあるんですけども、それは、今でもかなり厳しい社会になってると思うんですよ。現に複数の地域のシニア団体から活動維持のためにツールの活用の相談を受けております。10年前、20年前とかだったら、まだ、若い人が支える力が強かったんで、それでもいいかもしれない。ただ、これから先の時代に、そういうやり方で、自分たちの生活が維持できるだろうか。その人たちの生活を、少数の若い人たちが、果たして支えられるだろうか。何でもかんでも、若い人や若いシニアの役割として、支える力を期待するってというのは、なかなか、厳しくなってくるんじゃないでしょうか。

働くほうも働くほうで、フルタイムで働くのが厳しかったりすると、GBERがあることで、時間軸上のマッチングだけではなくて、空間軸上のマッチングですね。自分が動ける範囲内でできることは何だろうか。時には、ネットワーク越しで、社会参加だったら、できるかもしれない人に、できる機会を提供する。

一人一人の興味、関心とか、持っている能力っていう情報を発掘していくことで、1人が何でも任されてやるっていうのではなくて、それぞれの持っている能力を組み合わせ、何かしら仕事に当たるってような、研究開発の中では、モザイク型就労というふうに呼んでいるんですけども、そういう技術が発展する必要があると考えてます。

特に、現状のシニア就労が、なかなか進まないところが、就労を希望しているんだけども、そういうところに登録しない人のほうが、増えてきてしまっているっていうのは、あまり、やる気を起こす、魅力的な求人っていうのが、そういう場所にはなかったりしてるんですね。その仕事を切り出していくっていうことが、次の研究のチャレンジになると思ってます。

それは、シニアだけにとってもではなくて、若い世代にとっても、いいことだと思ってます。なぜなら、先ほど、お話の中で、ちょっと出しました、メンバーシップ型の就労の足かせっていうものがあるんですけど、若い人は、職務が厳格に規定されているのではなくて、何でもかんでもやらされるってような就労状態になっています。

そうすると、仕事の量は、どんどん増えていくんですけども、収入は上がらなかったりする。役割が増えると、自分がキャリア形成に必要な経験を積む仕事に割く時間が減っていつてしまう。その状況を、何とか、仕事をタスク分解させていくことによって、ホワイトカラーの仕事をどんどん細かく取り出していつて、より魅力的な仕事として、シニアが活躍できる場所に展開していくことができるかもしれないと思っています。

それができれば、若い人は、本来、集中したい仕事に集中できますし、ライフイベントに直面したときに、仕事と家庭、ゼロ、1の選択を迫られるのではなくて、一人一人が持っている状況に合わせて、働きやすくなる。

ただ、そのためには、制度を変えただけでは、現状のリクルーティングの間に立つ人の人力では、もう、支えることができない状況になっていて、さらに、柔軟な働き方に対応していくにあたって、頻繁なマッチングが発生することになるんですね。仕事量が増えてしまう。そこはやっぱり、テクノロジーに頼らざるを得ない領域になってきます。

上野：別に、技術を軽視してはるわけではないんです。シルバー人材センターに載っている求人情報が、清掃や植木の剪定じゃ、登録する気になれませんよね。こういうツールが、最終的に働き方の革命につながればいいかと、私も思います。

檜山さんは、ここにいらっしゃる間に、最新の情報ツールを使って、私たちの講演や報告を、Skypeで聞いておられたとお聞きいたしました。今、そういう遠隔受信が、この場になくてもできるようになりました。それで、お感じになったご感想とか、ご意見はいかがでしょうか。

檜山：柏での植木の剪定の事例は、退職後に生き物にふれあうことに関心のある方たちが自ら開拓し、技術を活用して効率化している活動になります。それぞれの興味関心にあった活動を、仲間を集めて発掘して、その活性化に役立つ技術をお届けしたいです。Skypeについては、課題から言うと、一番難しかったのは、カメラで映したスライドが、白飛びしていて、よく見えないところがありました。そこで、事前にいただいた資料を別に表示させて、それで追いながら話を聞いていました。あと、私、イヤホンを持っていればよかったんですけど、持ってなかったんで、PCのスピーカーから出てくる音を聞いてたら、音が割れ気味な感じでした。

ただ、全体の雰囲気はなんとか理解はしました。ここにVR技術っていうものがあれば、会場の中に立っているような雰囲気で見れるから、理解が深まるかもしれないし、質問もしたくなるかもしれないですね。

上野：はい、分かりました。まだ、テクノロジーの成熟度が低いので、じゅうぶんに情報をゲットできなかったっていうことですね。

このシンポのテーマは「地域とコミュニティ」がキーワードだったんですが、堀田さんのご報告に、「コンパッションネットワークコミュニティ」っていうキーワードが出てきます。せつかくですから、短時間でご説明いただけますか。

堀田：はい。頑張ります。コンパッションネットワークコミュニティ、コンパッションってサファリングをシェアする、苦しみを分かち合うという意味だと提唱者のアランさんにかみ砕いて頂きました。1990年代以降ヘルスプロモーションの考え方を緩和ケアにという流れのなかで生まれてきた概念で、健康は医師や専門職の手のなかにあるのではなく、すべての人の責任、そして「生老病死を地域住民の手に取り戻そう」という趣旨です。

一人ひとりの手に取り戻そうというときに、「健康」は疾病・障害・喪失があってもなおポジティブな概念としてとらえられます。そしてコンパッションは健康への倫理的要請でもある。また喪失・死にゆくこと・死ということの普遍性にも関係するといっています。医療化しすぎて医療者側すらこんな支援をしようと思っていたのではなかった…と時に問いをもつ先進国、他方、人々の知恵とつながりを大切に暮らしながらも医療化の波が寄せつつある途上国、それぞれの文脈から生えてきた活動に、コンパッションネットワークコミュニティという概念が与えられ、そのナレッジの共有も進んでいます。

今日は、その手がかりのひとつとして認知症未来共創ハブを中心にお話させて頂きましたが、コンパッションネットワークコミュニティ、あるいはそ

のなかでの健康のとらえ方は、学びの在り方も転換を迫るものです。専門職が教えてくれるものではなく、先にさまざまなチャレンジに直面した方々が、実際にどう暮らしているのか、その体験・知恵と工夫、実際に、それを、どう「まあいっか」とつきあいながら暮らしているのか。これがその地域で暮らす人の学びになる。学び・共感とアクションの「サイクル」が展開において重視されています。

上野：それは、いい話ですね、でも、そんなもの、どこにあるんだと、言いたくなります。どこかにあるんですか。

堀田：今日は、イングランドの事例に加えて、国内では札幌の医療法人稲生会の取組みをお持ちしていました。それだけでなく、地域包括ケア、あるいは地域共生などの文脈で先進事例として紹介される取組みというのも、コンパッションネットコミュニティに通じるものも多いのではないかと思います。

待っていれば、お金や人、支援が降ってくるわけじゃない。いろいろな資源に限界があるからこそ、いま一度、実はわたしたち自身のなかに知恵も思いも詰まっているんじゃないか。それを解放することが、この「生老病死を地域住民の手に取り戻そう」にもつながるのではないかと。

コンパッションネットコミュニティの視点から起きていることをつぶさにみて、そのうえで、どうやって異質なものに出会い、それに対する共感が生まれ、アクションに展開し、これが持続しているのかを紐解くことは、今日の目の前の1人、明日の100人につなげるという観点からも手がかりになるところがあるかもしれません。

上野：「地域住民」と言われても、いったい誰だよとか思っちゃったりするんですが。

堀田：一つだけ加えますと、上野先生の今日の

ご講演、コミュニティ、アソシエーション、ネットワークって出しておられたところがありました。私をご紹介しようとしていた事例は、コミュニティというよりもネットワーク選択にあたるといえるのかもしれないとも思って、ひっこめておきました。

上野：これがネットワークの事例ですとおっしゃったら、120パーセント、共感しましたのに。

あつという間に、時間が来まして、あと10分で、出ていかなきゃいけないんだそうです。この後、しゃべりたそうな人たちがいらっしやるので、ご質問を受けないと、後で文句が出そうですから、お受けしたいと思うんですが、ご質問、ありますでしょうか。全くありません？共感の嵐でしょうか（笑）

なければ、上野がいたいことがあります。いいでしょうか？

福祉の現場を見ていて、いつも思うのは、兵法に、こういう言葉があるんです。戦略の失敗を戦術で補うことはできない。戦術の失敗を戦闘で補うことはできない。最初の戦略は、制度です。戦術は武器弾薬のような資源です。戦闘は、現場の皆さんがたの働きです。現場の皆さん方が、悪戦苦闘をやっておられる中で、戦略の限界と戦術の不足を、知恵と工夫で乗り越えようとしておられるのが齋藤さん、戦略と戦術をどう変えればよいかを考えておられるのが堀田さん、そこに新しいツールを持ち込もうとしているのが檜山さんですが、そもそ資源も足りないし、人手も足りない。それ以前に、制度に欠陥や限界があって、これ以上、どうにもならないという思いを、皆さんがた、現場でしておられると思うんですよ。ソーシャルワーカーって、そういう現場に立たされる、とつてもつらい、大変なお仕事だと思います。

私から皆さん方、ソーシャルワーカーや現場の専門職にお願いしたいのは、悪戦苦闘の戦闘現場から、戦術の限界、つまりもっと武器を寄せさせていうこととか、戦略のここが悪いから変えてくれというような情報発信をしていただ

きたい、ということです。現場の皆さん方がやらないと、誰がやってくれるんだっていう気持ちがあるからです。

こういう集会やシンポジウムをやりますと、すごく中身が濃かったし、楽しかったと思います。ああ、楽しかったじゃなくて、次に、皆さん方は、どういうステップをお踏みになるのでしょうか。それを知りたいと思います。ご発言なさりたい方は、いらっしゃいますか？

齋藤：上野先生のおっしゃるとおりで、現場で苦勞してるだけでは、何も変わらないですし、今日、目の前の患者さんには届かないかもしれないけれども、1年後の患者さんには、もうちょっといい環境で支援ができるようになっていこうのを考えながらやらなきゃいけない。それには、やっぱり、国に発信していく、地域っていうか、外に発信していく、他職種に発信していくっていうのが、ソーシャルワークの一つの役割でもあると思うので、ぜひ、私も、協会の力をお借りして、発信していきたいと思っております。

上野：そうですね。私も堀田さんも、現場をよく歩いてる方だと思いますが、日本のケアの質は、諸外国と比べても決して悪くありません。人材も、決して劣っていません。でも、昔の日本軍と同じで、戦略もひどいし、戦術もひどい、兵器も旧式で、砲弾も足りないのに、最後は、戦闘現場で一人一人の兵隊さんが死にもの狂いで働いたから、なんとかもった、みたいなところが、今の日本のケアの現場にはあります。

堀田：そうなんですよね。上野先生のお話に「官民共私」とあって、共セクターのところ、当事者ニーズの顕在化と事業化、当事者の権利擁護、官セクターとの協働と政策提言とありました。実はこれってソーシャルワークに期待されることの肝のひとつでもあると思います。

今日認知症未来共創ハブをピックアップしたことも通じることがあり、ひとつは、社会に困

らされた、困り切った方々に出会われることが多いと思うので、困りごとをどうするかから入りがち、もちろん欠かせないのですが、今日齋藤さんがお話くださったように困り切っても、あるいは人生の最終段階にあってもやりたいことや希望、喜びをもっておられ、いま一度それをひとつでもともに実現することにチームの想いを持っていけるかは問われていると思います。

同時に、そんなこと言ったって環境が許さない、玉がないという状況も確かで、だとすると、日々の実践を構造化するというのも、行われてきているはずですが、さらに発信まで期待したいなあと。

私たちも、認知症のある方100人のインタビューのアウトプットとして、11の生活領域別の、お一人おひとりの喜び、それを阻害している困りごと、その背景と、乗り切る知恵や工夫を整理していることをご紹介しました。お一人おひとりの生きざま、ナラティブ、語りの力がかげがえのないものです。他方で、それが例えば「認知症のある方」「生活に困窮する方」などというくりにされると、どうしても他人事になりがち。これを誰もが共通する生活場面に引きつけて連続性の入口にする、喜びの実現に光をあてて、いろいろな立場の人から知恵を募る、仲間を募る…構造化するからこそソーシャルアクションにつながるところがあると試みています。ソーシャルワーカーの方々にはかできないところが大きいと思いますので、とても楽しみにしています。

檜山：戦略を考える人、その人が、これまでのやり方に固執していると、なかなか、現場の声を届けても、それを覚えてくれないっていうことが起きて、根本的に、どうしたものかという状況に、今あると思うんですよね。その戦略を実際に書く現場の人たちも、現状の雑務に追われていて、新しい戦略のつくり方、新しい戦略がどうあるべきかっていう線を引く余裕もないということになって、現状維持が、そのまま続いてしまう。

「課題先進国」っていう言葉がありましたけれども、このままだと、課題放置先進国になってしまうかもしれない。そういうときに、戦略を変えてくれるべき人が、変えてくれないとすれば、別の場所で、新しい戦略っていうものを提示して、それを具体的に動く形で見せていく必要があると考えます。小さくて特別な地域ではなくても、そこで新しい技術のサポートを得て、今までとは違ったやり方で、何かしらうまくいっている事例を見せることができれば、あっという間に社会が変わる可能性がある、私は考えます。

上野：やっぱり、テクノロジー畑の人は、前向きで、いいな。こういう問題は、マネジメント能力とかに還元してほしくないんです。私がカリスマ嫌いなのは、貧弱な装備でも、カリスマがいるからできちゃった。あの人がやれちゃったのに、なんで、キミたちにはできないのって言われちゃうと困るからです。貧弱な装備は、

ちゃんと手厚くしてほしいし、欠陥のある制度や戦略は変えてほしい。日本軍が負けたみたいな、ばかなことはやってほしくない。堀田さんは、とても大事なことを、おっしゃいました。

皆さん方は、現場経験という宝の山をお持ちです。その経験を、ちゃんと構造化して、情報発信していただく使命を、業界団体としてお待ちしております。今日のこういう集まりは、主催者の皆さん方に、そう思っていたための集まりだったと、雇われマダムとしての上野は思っております。

これで時間がぎりぎりでございます。ご質問を受ける余裕もありませんでしたが、今の拍手をいただいて、最後まで席もお立ちにならず、満足してくださった感じが伝わってまいりました。お三方には、充実した報告をしていただきまして、感謝いたします。資源が少ないところで獅子奮迅の働きをなさって、今日のシンボを実現してくださった実行委員の方々にも、お礼申し上げます。今日はありがとうございました。

〔論文〕

病院における要介護高齢者と家族の 「居所選択」の過程に関する質的研究

日比野 絹子*

本研究の目的は、要介護高齢者が病院入院中に「居所選択」することについて、「居所選択」の意思決定までの要介護高齢者の意向と家族の意向の変化および両者の異同の実態を踏まえ、「居所選択」に至る意思決定の過程を明らかにすることである。医療ソーシャルワーカーが関わった要介護高齢者と家族20事例を対象とし、時系列分析を行った。その結果、以下の3つが明らかとなった。①要介護高齢者の入院前の居所は「自宅」が19名、「介護老人保健施設」が1名であったのに対し、退院後の居所は「自宅」が5名と入院前の約4分の1にすぎなかった。②「単独世帯」の要介護高齢者6名の退院後の居所は全て「自宅以外」であった。③「居所選択」の過程における要介護高齢者の意向と家族の意向の異同には、要介護高齢者と家族がそれぞれ自分の思いを優先するために生じる異同と相手の思いや立場を配慮することにより生じる異同がある。結果を踏まえ、病院における要介護高齢者と家族の「居所選択」の過程について、4つの意思決定の段階①「自宅」か「自宅以外」かの意思決定→②選択肢の候補の情報を得る→③選択肢の候補から具体的に選択肢を絞り込む→④居所を決める、を示した。

Key words : 居所選択, 意思決定の過程, 退院

I 緒言

2008年度の老人保健健康増進等事業による「地域包括ケア研究会報告書」において、地域包括ケアシステムが明確に定義され（厚生労働省2009）、2011年の介護保険法第5条第3項（2011年6月改正、2012年4月施行）において地域包括ケアの理念が規定された。

2009年の「地域包括ケア研究会報告書」の地域包括ケアの概念には、住まいは他の要素と並列的に位置づけられていたが、2012年には、住まいは基本とされ（中村ら2013）、その住まい

を基本として、介護、医療、保健、生活支援があるという考え方に变化した。2013年には、住まいと住まい方が基本とされ、「本人・家族の選択と心構え」と「自己決定」が強調されている（地域包括ケア研究会2013；2014）。2016年には、「本人の選択と本人・家族の心構え」と変更され、「家族は、本人の選択をしっかりと受け止め、たとえ要介護状態となっても本人の生活の質を尊重することが重要である」と「本人の選択が優先される」点が明確にされた（地域包括ケア研究会2016；二木2017）。加えて、「保健・福祉」が地域包括ケアシステムの重要

*Kinuko Hibino : 日本福祉大学大学院研究生

な要素として改めて位置付けられ、2040年に向けた地域課題への対応について「社会福祉の専門性を活かしたソーシャルワークの重要性は、これまで以上に大きくなると考えられる」ことが強調されている（地域包括ケア研究会 2016）。

患者と家族の意思決定に関する研究については、特に、終末期医療に関するものは多くみられる（名倉ら 1995；昆ら 1997；松下ら 1999；高木 2001；鈴木 2004；宮岸ら 2007；水川 2008；佐藤ら 2008；清水 2009；2012；2015；厚生労働省 2014a）が、癌患者、非癌患者の全ての患者についての意思決定の過程に関する実証研究の蓄積は十分ではない。特に、疾病を機に要介護状態となった高齢者（以下、要介護高齢者）と家族が、病院でその後の「居所を選択する」こと（以下、「居所選択」）について、意思決定の過程を含め実態を明らかにした研究はほとんどない。

地域包括ケア政策下におけるソーシャルワーク支援においても、『生（LIFE）』をめぐる支援を行う（田中 2014）ことが重要であり、『包括性』『連続性』『地域性』の視点が必要不可欠（田中 2014）といえる。「居所選択」に至る意思決定の過程を検証することは、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）の支援の「包括性」「連続性」「地域性」を検証する上で重要と考える。なぜなら、「居所選択」の行為の主体は要介護高齢者と家族であり、行為主体である要介護高齢者と家族の視点から「居所選択」を検証することにより、地域まで視野にいられたソーシャルワーク実践への示唆が得られるのではないかと考えたからである。加えて、過程における検証は当事者主体や協働について重層的な検討にもつながると考える。したがって、ソーシャルワーク実践においては、「居所選択」の行為の主体である要介護高齢者と家族の視点から「居所選択」について検証することが重要と考える。

そこで本研究では、要介護高齢者が病院入院中に「居所選択」することについて、「居所選択」の意思決定までの要介護高齢者の意向と家族の

意向の変化および両者の異同の実態を踏まえ、「居所選択」に至る意思決定の過程を明らかにすることを目的とする。

II 研究方法

1 対象者の選定と調査時期

調査対象は、病院入院中の要介護高齢者と家族である。具体的には、筆者が勤務する地域で公式に行われている地域医療連携に参加する病院のMSWを調査協力者として選定し、MSWが関わった要介護高齢者と家族を対象とした。具体的には、筆者が勤務する病院を含む計5病院から各4事例ずつ、計20事例を選定した。

要介護高齢者の選定については、入院している病院の病床機能は「一般病床」「回復期リハビリテーション病床」「亜急性期病床」から、疾患は「脳血管疾患」「運動器疾患」「循環器等含む内科疾患」から選定した。事例の選定については偏りがでないように選定した。

調査は、2013年12月1日～2014年8月8日に実施した。

2 研究方法

研究方法は筆者が作成した経過記録票を用い、MSWとの面接で要介護高齢者が語った内容および家族が語った内容を記録した。記録方法については、調査対象者が病院入院中の患者とその家族であること、調査対象者の体調・感情等に配慮する必要があることから、テープによる録音は行わず、聞き書きを採用した。

3 分析方法

分析は事例分析である。各事例について、入院から退院まで、要介護高齢者と家族がどのような過程を経て「居所選択」に至ったのか、要介護高齢者の意向と家族の意向の変化および両者の異同について分析した。具体的には、「居所選択」に関連する要介護高齢者の語りと家族の語りについて、出現の時期とその背景にある思い、要介護高齢者の意向と家族の意向の両者

の異同について経時的に分析した。分析の時間軸については、厚生労働省（2014b）が発表している一般病床の平均在院日数が17.2日であることから、14日間を一つの時間単位として退院までの時間経過の枠組みとし、要介護高齢者との面接過程、家族との面接過程の記述内容を分けて経過を分析した。

4 用語の定義と解説

（1）居所選択

本研究では、慢性疾患や障害を持つ要介護高齢者が、病院という「非日常の環境」下において入院・治療を続けながら、また、個人差はあるものの能力の喪失を経験しながら、家族との関わりも含め、今後の生活の場所となる居所について限られた時間の中で検討し選択する、あるいは選択しななければならないことを表す用語として用いる。

（2）自宅と自宅以外の在宅

本研究では、地域包括ケア研究会の在宅の定義「在宅とは、現役世代から住んでいる自宅に限定されるものでなく、介護が必要になっても住み続けることができる集合住宅などに住み替えることも含んだ広義の概念」を参考に、「自宅」と「自宅以外の在宅」を区別して用いる。「自宅」とは、現役世代から住んでいる住まいを表す用語として用いる。「自宅以外の在宅」とは、介護が必要になっても住み続けることができる集合住宅などの住まいを表す用語として用いる。具体的には、住宅型有料老人ホーム、介護付有料老人ホーム、宅老所等の法に基づく届出をしていない無届け施設、サービス付き高齢者向け住宅、高齢者向けの賃貸住宅（ケア付き住宅）等である。本定義には、介護保険法に定められている「介護保険3施設（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設）」は含まない。

（3）施設

本研究では、厚生労働省の医療施設の種類の

定義にある「病院」、介護保険法に定められている「介護保険3施設（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設）」を表す用語として用いる。

（4）要介護高齢者

本研究では、介護保険制度における要介護認定の基準とされている要支援状態又は要介護状態の高齢者を表す用語として用いる。

（5）家族形態

本研究では、要介護高齢者の家族形態については、厚生労働省が行う「国民生活基礎調査」の用語の定義を用いる。「単身世帯」とは、世帯に1人だけの場合をいう。「夫婦のみの世帯」とは、配偶者のみと同居している場合をいう。「子と同居」とは、子夫婦と同居、配偶者のいない子と同居の場合（未婚の子、配偶者と死別・離別した子及び有配偶であるが、現在配偶者が世帯にいない子と同居している場合）をいう。

5 倫理的配慮

本研究の実施においては、「日本社会福祉学会研究倫理指針」および「日本福祉大学大学院倫理ガイドライン」を遵守し、倫理的配慮について以下の手続きを行った。調査協力者には、筆者が事前に調査目的・方法・データの取り扱い等について口頭および書面にて説明し、調査協力者から調査対象者へ同説明を行った。調査結果については、研究結果の公表とその際の匿名性の保障、得られたデータを研究目的および活動等以外に使うことがないことを説明し、調査協力への承諾を書面で得た。調査協力への承諾を書面でいただく過程については、各病院の手続きに添って、理事会・医局会・倫理委員会等の会議での確認および承認、もしくは理事長・院長・事務長・所属長への確認および承認を得て、調査協力への承諾を書面で得た。

調査対象者は病院入院中の要介護高齢者とその家族であり、身体的・精神的等の負担のない範囲での任意協力となるよう、調査対象者の体

調・感情等に配慮し実施した。調査対象者へは、事前に調査協力者から調査目的・方法・データの取り扱い等について口頭および書面にて説明した、調査終了後にも、再度、調査協力者に調査対象者から調査協力への同意が得られていることを確認し、調査結果のまとめおよび分析へと手続きを進めた。

上記を踏まえ、基本情報については、病院および調査対象者が特定できないよう一部加工している。

Ⅲ 結果

調査からは、「居所選択」の意思決定の過程における要介護高齢者の意向と家族の意向の変化および両者の異同の実態について、以下の結果が得られた。

1 調査対象者の属性と特性

調査対象者の属性と特徴については、表1の通りであった。

表1 調査対象者の属性と特性

ID	性別	年齢	傷病名	入院時 介護度	退院時 介護度	家族構成	キーパーソン
1	男性	76-80	心筋梗塞 肺炎	要介護1	要介護3	妻、息子との3 人暮らし	妻
2	女性	76-80	脳梗塞 脊椎圧迫骨折	要支援1	要介護4	独居	なし
3	女性	76-80	リウマチ性多発筋痛症	要介護2	要介護4	夫と2人暮らし	長女
4	男性	61-65	両下腿開放骨折 第6頸椎脱臼骨折	未申請	要介護1	独居	次妹
5	女性	76-80	認知症	要支援1	要介護3	独居	弟
6	女性	81-85	腰部脊柱管狭窄症手術後	要介護3	要介護3	独居	長女
7	男性	81-85	右大腿骨頸部骨折	要介護2	要介護3	妻、長男家族と の6人暮らし	長男嫁
8	女性	91-95	腰椎圧迫骨折	要支援1	要介護5	独居	姪
9	女性	76-80	左大腿骨頸部骨折	要支援1	要介護1	夫と2人暮らし	長男夫婦、 夫
10	男性	86-90	左大腿骨転子部骨折 (骨接合術施行)	要介護3	要介護3	妻と2人暮らし	妻
11	女性	65-70	右脳梗塞	未申請	要介護4	夫、娘との3人 暮らし	夫
12	男性	81-85	左脳梗塞	未申請	要介護4	妻と娘との3人 暮らし	妻、長女
13	男性	76-80	左大腿骨頸部骨折 誤嚥性肺炎	要介護1	要介護1	妻と2人暮らし	妻
14	男性	56-60	左視床出血	未申請	要介護1	独居	長女、姉 夫婦
15	男性	76-80	右大腿骨頸部骨折	要介護2	要介護3	妻と2人暮らし	妻、長男
16	男性	76-80	脳梗塞	未申請	要介護4	妻と2人暮らし	妻、娘
17	男性	81-85	第11胸椎椎体骨折 第2腰椎椎体骨折(転移性腫瘍)	要介護2	要介護2	妻と2人暮らし	妻、長女
18	男性	86-90	第5腰椎圧迫骨折	要支援2	要介護4	妻、次男家族と の5人暮らし	妻、次男
19	女性	56-60	左被殻出血術後 失語症	未申請	要介護3	夫、娘との3人 暮らし	夫
20	女性	91-95	第9胸椎圧迫骨折 肺炎	要介護3	要介護3	息子との2人暮 らし	次男

20事例の退院時期については、入院「2～4週間」が1名、「6～8週間」が5名、「8～10週間」が2名、「10～12週間」が5名、「12～14週間」が2名、「14～16週間」が1名、「22～24週間」が3名、「24～26週間」が1名、であった。平均在院日数は87.7±45.5日であった。

要介護高齢者の退院先に関する意思表示については、「意思表示可能（認知症・表情での意思表出含む）」が19名、「意思表示不可能」が1名であった。

2 要介護高齢者の入院前の居所と退院後の居所

入院前の居所については、「自宅」が19名、「介護老人保健施設」が1名であった。これに対し、退院後の居所については、「自宅」が5名と入院前の約4分の1であり、「自宅以外」が15名であった。家族形態と退院後の居所については、表2の通りであった。

表2 家族形態と退院後の居所

	自宅 (n=5)	自宅以外 (n=15)				死亡
		介護老人 保健施設	特別養護 老人ホーム	自宅以外 の 在宅	医療機関	
単独世帯 (n=6)	0	2	1	1	2	0
夫婦のみの世帯 (n=7)	2	3	1	0	1	0
子と同居 (n=6)	3	0	1	2	0	1
配偶者のいない子と同居 (n=1)						

3 「居所選択」の過程における要介護高齢者の意向と家族の意向

調査で得られた要介護高齢者と家族の語りは『 』内で示し、語られた時期については〈 〉で示した。()で示したのは、調査対象者の「ID」である。引用文は、特にその内容を説明すると考えられた、代表事例からの引用である。また、引用文中の()内は筆者が補った言葉である。

(1) 入院日の要介護高齢者の意向

退院後の居所について、要介護高齢者の意向には、「良くなったら家に帰りたい」と入院前の生活に戻ることを期待する意欲的な語り、「迷惑はかけたくない」という家族への配慮の語り、「自宅以外」を検討する語り、入院に対する拒否感の語り、が確認された。

①家に帰りたい (ID1)

『早く家に帰りたい 〈入院日〉』

②迷惑はかけたくない (ID7)

『あまり周りに迷惑はかけたくないけどね。がんばります。〈入院日〉』

③「自宅以外」を考える (ID2)

『左足が不自由なんでなんともならんで、ええとこあったら入れて下さい。〈入院日〉』

④入院に対する拒否感 (ID5)

『私の体は自分が一番良く分かっている。30年もやってきたんだから。だから入院しなくても大丈夫。何でここに来たのかも分からない。家に帰りたい。〈入院日〉』

(2) 入院日の家族の意向

退院後の居所について、家族の意向には、要介護高齢者本人の回復を期待し「自宅」を希望する語り、要介護高齢者の今後の回復状況が分からないことからくる不安の語り、「自宅以外」を希望する語り、が確認された。

①「自宅」に帰れる (ID7)

『本人も、リハビリすることによってよくなるというのが実感したようで、前回の時よりもリハビリ意欲が高いです。今も、立ち上がり練習や平行棒内移動もできているため退院できると思います。〈入院前面接〉』

②「自宅」生活には不安がある (ID9)

『…今回、救急搬送してくれた隊員の方にも、次自宅で何かあってもこの環境から降ろすのは大変と言われた。そこが心配。また、家族が仕事で日中～夜遅くまで本人をみてあげることができない。自宅に帰っての生活を考えるとそこも不安なので、本人の回復をみつつ退院先も相談していきたい。〈入院日〉』

③「自宅以外」を希望したい (ID4)

『通帳残高が数十円で、それで本人はあきらめてしまったようです。…義足で歩けるようになるのでしょうか。…一人で生活できるとは思えません。だからといってそれぞれの家庭があり、引きとることは難しいです。次の病院は探してもらえるのでしょうか。〈入院前面接〉』

(3)「居所選択」の過程における要介護高齢者の意向と家族の意向および意向の変化

「居所選択」の過程では、要介護高齢者の意向の変化、家族の意向の変化、要介護高齢者の意向と家族の意向の異同、家族内の意向の異同、がみられ、「居所選択」の過程においては、迷いながら限られた時間の中で意思決定を重ねていく様子が確認された。

①要介護高齢者の意向の変化 (ID9)

『早く歩けるようになりたいです。〈入院日～2週間〉』

『家の階段は怖いと思っています。〈入院4～6週間〉』

『階段やれると思うけど。家族が心配しています。今後は、家族の心配もあって施設に行くと思うけど、階段が上れば家に帰るかもね。(4日後)家族がいろいろ、

考えてくれているから任せます。〈入院6～8週間〉』

②家族の意向の変化 (ID10)

『(年末年始の外泊)立つことも難しかった。夫婦2人なので不安もある。ショートステイも念のため取り置きしてもらっている。身体が動くうちは自宅だと思うが、本人から信用されておらず、2人になると喧嘩になってしまうため、精神的にもたないかもしれない。再度外泊を行いそのときの状況で決めたい。〈入院4～6週間〉』

『自分でトイレまで行けるといい。入浴はサービスを利用したい。ショートステイもお願いしてあるが、本人は行きたがらない。…ケンカはするが、自宅では比較的落ち着いている。家から離れるとだめみたい。〈入院6～8週間〉』

『(妻) 今回の外泊は年末年始よりも大変だった。本人も不安がってよけいな力が入り、動けなかった。(長女)母一人では通所サービスを利用してもとてもやっていけない。施設への入所でいくしかない。〈入院8～10週間〉』

③要介護高齢者の意向と家族の意向の異同 (ID17)

『(本人)自宅に帰りたい。(妻)(施設のこと)話すつもりで行ったが、泣き出して、本人は自宅に帰りたいと。本人の気持ち大事にしたい。施設の話きりだせなかった。

(娘)できる限りは手伝いたい。母が腎機能の数値が良くない。(妻)主人と私と共倒れになる。…無理というとき、入れるところを準備しておきたい。本人には言っていない。本人は家が希望…いいところがあれば。〈入院4～6週間〉』

『(本人)こんなんでは帰れん。迷惑かけるだけだ!〈退院日〉』

④家族内の意向の異同 (ID15)

『トイレまでは歩行して欲しい。自宅内は車いす対応できるように本人の部屋を1階へ移動するつもりです。家は2人暮らしだ

けど、長男の仕事場も近いから協力してもらえし、家につれて帰ります。本人も一番望んでいるし…。〈入院前面接〉』

『(妻)こんなんで家で暮らせるのかな…？
(長男)俺たちは夜は一緒にいられないから、お母さんが無理なら無理なんじゃない？
どうしたいの？(妻)でも、かわいそうじゃない？何とかがんばるよ。〈入院2～4週間〉』

『(長男)やっぱり家は難しいと思うんです。日中ずっと誰かが見守るなんてことも無理だし、夜も眠れないなんて。(妻)いろいろ考えたんですけど、私も若くないし、いつまで続くか分からないことをやる勇気はないんですよ。〈入院4～6週間〉』

『(妻)なんか、どうしたら良いかわからないんですよ？どこの施設が良いかわからないし、本人は自宅へ帰りたいがっているんですよ…。とりあえずで良いですよ？
(5日後)そうよね…。一番先に声のかかったところへ行くわ。子供たちともいろいろ話したの。やっぱり家は無理だなんて。私が身体こわしたらどうする？って皆が言ってくれたから。お父さんにはごめんねなんだけどね。〈入院6～8週間〉』

⑤家族による推定的意思決定と家族内の意向の異同 (ID12)

『(妻)自分も歳だし、腰痛もある。夫の今日までの様子を毎日見てきたし、先生の話からも、自宅でやっていくのは自信がありません。自宅以外の退院先にはどのような所があるのか教えて欲しい。(長女)現状が厳しいことはよく分かりました。見ているとやはり、この1ヶ月大きな回復していないことも感じていました。しかし、父は家がとても好きな人でした。何とかしてでも自宅に帰してやりたいと思っています。施設に申し込んだりするのはいま1ヶ月待って考えたいです。〈入院2～4週間〉』

『(妻)玄関まで車いすで通れるように改修したい。施設になっても外出や外泊がで

きるように。(娘)何とか家で過ごさせてあげたい。父は家が大好きだった。(8日後)

(妻)先生に改めて回復の見込みや現状を聞いて、ショックだけど有料(老人ホーム)に申込み決心がついた。ただ、自宅にはやはり一泊か二泊は入所前に帰らせてあげたい。〈入院18～20週間〉』

(4)「自宅以外」を考える瞬間

①要介護高齢者が「自宅以外」を考える瞬間 (ID3)

『(歩行器で廊下を自主訓練)これがないとまだ歩けなくて。家に帰りたと思うんだけど、まだ今の状態じゃ難しいと思う。ダルマみたいにひっくり返って、下着も自分で履けなくて。そんなこと主人にも頼めないし。何とか杖で歩けるようになりたいんだけど。〈入院日～2週間〉』

『来たときより少し良くなってきてはいま。でもやっぱりダルマで。何とか家に帰りたとは思っているんだけど。まだ施設に入る決心はつかないです。〈入院4～6週間〉』

『ここを退院したら家に帰るつもりです。昨年の8月から入院してますので、主人も限界だと思いますね。一人じゃさみしいでしょ。着替えは手伝ってもらわなければなりません。あとは介護保険で使えるものを使いたいと思っています。〈入院6～8週間〉』

②家族が「自宅以外」を考える瞬間 (ID11)

『大目標は自宅での生活。ただ、それまでにどうもっていくか。自宅は全面的な改修が必要。ポータブルトイレに座って排泄が出来れば自宅、そうならない場合は一時的に施設に行くことも考えたい。〈入院4～6週間〉』

『(老健への申し込み手続きを並行して進行)方向性については迷いがある。…排便がうまく出ていないようなので、心配。自宅では通所サービスを利用したいが、本人

が行きたがらないかもしれない…。〈入院
8～10週間〉』

(5) 居所の決定を本人へ話すタイミング

家族については、『施設』が決まったら本人に話す」と判断する事例があることが確認された。

『(家族) 本人は知らない。決まったら話す。2～3日前に伝えるつもり。どこに行くかも分かってないし。はっきりするまでは…。〈入院4～6週間〉(ID18)』

『(家族) この前施設のパンフレット見せたら、しょんぼりしていた。何も言わなかったから「いやだ」という意思表示だと僕は受け取りました。2回目施設の話をしたら、「いつ行くの？」と聞いてきたから、自分の中で、少しずつ状況が分かってきているのかなと思っている。このままでは家では無理だし…。安心して生活できる場所がいいです。〈入院16～18週間〉(ID20)』

4 意思決定に関わる要素

(1) 喪失体験 (ID4)

「居所選択」の過程においては、「関係の喪失を体験」しながら、今後の生活について検討しなければならぬ負担があることが確認された。

『…義足をつくりたいです。こうなる前は筋トレしたりジョギングしたり体力作りをしていました。気がついたときにはベッドの上で足がない状態でした。痛みも感じませんでした。…長年連れ添った彼女がいて、前の病院にも来てくれたようなんですけど覚えていないんです。…こんな足ではもう来てもらえないと思う。〈入院2～4週間〉』

(2) 医療・介護への不安

入院前に比べ、介護量が増加した事例については、「自宅以外」を選択していることが確認された。

①介護負担 (ID18)

『(家族) 家に帰ると寝て、あれとってこ

れとって、おばあちゃんにしてもらおう。まして、起きること、トイレの手助け、介護する方が倒れる。悪けりゃ施設探すか…。……本人にも自分でトイレ行けるようになって帰れんよって言うてある。本人は何も言わない。来るたびに、「死にたい」「何の楽しみもないなら死にたい」。病院だからオムツしてるけど、家だと「やらん」。もらしたり、トイレでしたいという気持ち強い。〈入院日～2週間〉』

②介護量の増加についての不安 (ID20)

『(家族) 昼間だけなら問題ないけど、夜ですよ…ちょっと想像つかない。(定期巡回・随時対応サービスについて紹介) 夜、無理ですね。人が夜鍵を開けて入ること、想像つかない。それなら施設に入った方がいいと思う。昼間はトイレに行きたいという。2人介助だけど大丈夫……？膝が曲がってるもんね…お尻落ちちゃうんだよね。〈入院14～16週間〉』

③医療処置 (ID13)

『看護師さんに吸引のこと聞いてみたけど、やっぱり私では無理だわ。本人が嫌がるもんで、看護師さんも2人でやっていることもあるみたい。どこかいけるところあるかしら。〈入院2～4週間〉』

(3) 家族の役割の変化 (ID19)

家族については、入院をきっかけに家庭内の役割の変化が生じていることが確認された。

『(家族) 今はスーパー、コンビニで買って食べている。洗濯機の使い方もやっと覚えた。簡単。できんことはない。両親も隣にいるし協力して…。部屋は準備している。大きいものは専門家(引っ越し業者)に頼んでしてもらおう。〈入院14～16週間〉』

(4) 医療者等、第三者の発言 (ID1)

家族については、医師をはじめとする医療者の発言により、最初は「自宅」を希望していても、「うち(自宅)で面倒みるのは難しい」と

判断し、「自宅以外」を選択する場合もあることが確認された。

『(家族) 入院前より認知症が進んでおり、徘徊して警察に保護されたこともあった。同居の三男は軽度の知的障害があり、本人も何かと気にかけている。トイレに一人で行けるようになれば自宅での生活に戻りたい。〈入院前面接〉医師から今後は自宅での生活は難しいと思われるのでMSWと相談するようと言われた。…先生からは今は無理と言われたから。どこか病院ないですかね。〈入院日～2週間〉』

(5) 限られた時間の中での意思決定 (ID13)

「自宅以外」の選択については、家族は時間を気にしながら意思決定をしなければならない状況にあることが確認された。

『(家族) 病院をまた紹介してもらえますか？3ヶ月くらい、病院だとみてもらえるんですね。移らなくてもいい施設もあるんですか？10万円くらいしか払えないけどいいでしょうか？…先生には聞けなかったんだけど、今度胃瘻つくるでしょ？そのあとってすぐ退院しなきゃいけない？入院のときに2～3週間っていわれたけど、期日が近づいてきてて…。そうですか、よかったです。すぐに出て行かなきゃいけないわけじゃないのね。あせっちゃって。〈入院日～2週間〉』

(6) 経済的な制約

「自宅以外」の選択においては、特に、経済的な制約をうけることが確認された。

①自宅の売却 (ID5)

『(家族) 今後、施設方向へ考えたい。…現在は600万円ローンが残っている。…マンションを売って、株を処分できればローンの精算はできると思うのですが…。〈入院2～4週間〉本人も気に入っているのでサービス付き高齢者向け住宅へ入所させたい。しかし、入所するためにマンションを

売却させないと月々の費用が捻出できない。…入院期間中に決まればいいのですが…。

〈入院4～6週間〉』

②生活保護の申請 (ID14)

『(家族) 今、傷病手当金を申請予定で書類を準備しています。でも、お金がないから、〇月〇日から生活保護になっています。今の自宅は保護費を超えた家賃なので、引越すことも考えなくてははいけないかもしれない。…〈入院時面接〉』

(7) 「施設」選びの条件

「施設」選びには、金銭的な条件、気持ちよく介護してくれること、等を選択の条件にしていることが確認された。

①金銭的な条件 (ID18)

『条件は金銭的な条件。12～13万円くらい。明日か明後日見学行くつもり。近くの所全部まわってみるつもり。特養は厳しいが、最終的には特養。〈入院4～6週間〉』

②気持ち良く介護してくれる (ID20)

『(家族) 嫌なことでも笑顔でやってくるところ、そういう対応してくれる人が多い施設。世話してもらうから、大変なことしてもらっているという思いある。…きつくあたる態度、母は我慢しちゃうから。穏やかに生活してもらいたい。お金の問題もありますし。〈入院14～16週間〉』

IV 考察

本研究では、要介護高齢者と家族が病院で「居所選択」することについて、「居所選択」の意思決定までの要介護高齢者の意向と家族の意向の変化および両者の異同の実態を明らかにした。調査結果を踏まえ、「居所選択」に至る意思決定の過程について考察を行う。

(1) 「居所選択」の過程における要介護高齢者の意向と家族の意向の異同

「居所選択」の過程においては、要介護高齢

者の意向と家族の意向の異同が確認され、要介護高齢者の意向と家族の意向の異同には、要介護高齢者と家族がそれぞれ自分の思いを優先するために生じる異同と、相手の思いや立場を配慮することにより生じる異同があることが確認された (ID 7、ID17)。

要介護高齢者は「居所選択」の過程においては、不安と迷いを抱えながら意思決定していくことが語りの変化から確認された。不安を吐露する実態からは、単なる吐露と、安心したい思い、あきらめなど、本人の気持ちに変化が生じていく様子が推察された (ID 3、ID 9)。加えて、家族の思いや立場を配慮し「家族に決めて欲しい」など、家族に意思決定を委ねることもあった。

家族の「居所選択」の過程においては、要介護高齢者の意向と家族の意向の異同だけでなく、家族内の意向の異同も確認された (ID15)。家族の中には、早い段階で「自宅以外」を考えている事例もあった (ID 4)。「自宅」か「自宅以外」かを検討する際には、要介護高齢者本人と家族の関係から、家族内の意向をそれぞれが受け入れながら、本人にとって何が最善かを検討していく様子がうかがえた (ID10)。要介護高齢者の意向を確認したり、推察したりしながら、一方で、家族の介護の負担を考え、意思決定していることが確認された。家族は、家庭に

おいて今まで担っていた役割に加えて新たな役割が必要とされることがあり、家族内における役割の変化が生じている中、要介護高齢者の状況、医療者からの情報提供をもとに、要介護高齢者の居所を決めており、最終的な意思決定に至るまでの負担の大きさが確認された (ID 1、ID19)。

(2)「居所選択」における要介護高齢者と家族の4つの意思決定の段階

本研究の結果からは、病院における要介護高齢者と家族の「居所選択」の過程においては、要介護高齢者と家族は、「自宅」「自宅以外の在宅」「施設」を並列の選択肢で考えているのではなく「居所選択」の最初の段階で「自宅」を基本とし、自宅に退院が難しいと考えられる場合に「自宅以外」という考え方で判断していることが推察された。

病院における要介護高齢者と家族の「居所選択」の過程においては、大きく分類すると4つの意思決定の段階、「『自宅』か『自宅以外』かの意思決定」→「選択肢の候補の情報を得る」→「選択肢の候補から具体的に選択肢を絞り込む」→「居所を決める」、を経て最終的な選択に至っており、**図1**のように示すことができる。

第1段階では、「『自宅』か『自宅以外』」かの二者択一の選択が行われる。多くの要介護高

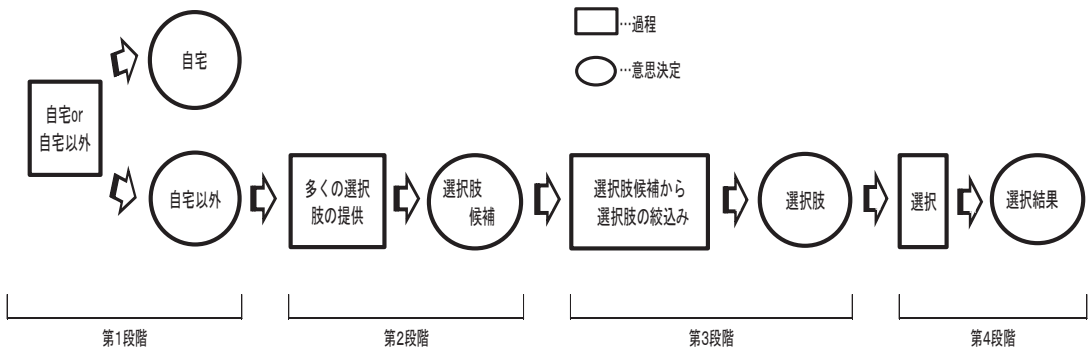


図1 要介護高齢者と家族の「居所選択」の過程における4つの意思決定の段階
作成：日比野絹子

齢者は「自宅」に帰ることを「当たり前」としている。しかし、入院し最初の段階では、要介護高齢者については、「自宅」をあきらめたり、「施設」へ入所するという妥協の思いが本研究からは確認されている。家族については、「自宅」か「自宅以外」かを選択する際、要介護高齢者の身体的・精神的負担を考え検討していることが確認されている一方で、「家族の事情を優先」する意思決定がなされることがある。「自宅」か「自宅以外」かの選択は、要介護高齢者と家族にとって重大な意思決定であり、そこにおける医療者の発言が影響を及ぼす段階であることは見落とせない点である。

「自宅以外」を選択した場合は、第2段階から第4段階へと意思決定を重ねていくこととなる。第2段階から第3段階では、具体的に「自宅以外」を選択していくための候補選びがされる。

第2段階では、制度上存在する多様な選択肢から「選択肢の候補の情報を得る」過程での意思決定がされる。要介護高齢者と家族は、「自宅以外の在宅」や「施設」等、介護サービスとして提供されている多くの選択肢から今後の生活場所を検討し、検討できる選択肢について、情報を知る段階となる。MSW等から情報の提供をうけながら、いくつか候補を選んでいく意思決定の段階となる。「自宅以外」の選択においては、「病院」「自宅以外の在宅」「施設」等、選択肢の種類が増えることにより、要介護高齢者と家族はこれまで経験したことのない、「初めてのことで分からない」意思決定に不安を抱えながら、MSWの情報提供をもとに手続きを進めていることも確認されている。

第3段階では、「選択肢の候補から具体的に選択肢を絞り込む」意思決定の過程である。いくつかの候補から、実際に問い合わせをしたり、見学に行ったりするための選択肢の絞り込みが行われる。経済的な事情はこの段階で判断材料とされることが考えられる。また、経済的な事情からの選択は、「消去法を選択」がなされることが確認されている。

第4段階では、最終段階として今後の生活場所となる「居所を決める」ための意思決定がされる。数カ所の「自宅以外」を検討した結果、生活場所となる居所を一つに決める段階である。最終的な意思決定に至る過程においては、要介護高齢者の意向と家族の意向に異同が生じながらも、MSW等医療者の支援を受けながら、要介護高齢者と家族が協働で「居所選択」していくこととなる。

病院における「居所選択」はこれまで経験したことのない意思決定を重ねることとなるため、段階に応じた支援が必要とされる。加えて、認知症の要介護高齢者の意思決定支援においても意思が適切に反映されることが必要であり（厚生労働省 2018）、意思を表明できるよう意思決定の過程を確保していくことが重要と考える。

V おわりに—本研究の意義と限界

本研究の意義は、病院における要介護高齢者と家族の「居所選択」の過程について、要介護高齢者の意向と家族の意向の変化および両者の異同を動的に明らかにし、上述した4つの意思決定の段階を経て「居所選択」に至っていることを示すことができた点である。この4つの意思決定の段階は、「居所選択」の選択肢が限られる人から選択肢が多い人までを示すことができる図と考えている。本研究を通して、MSW等支援者が段階に応じた支援を行うことの重要性、場所（ロケーション）を移るだけではない生活様式や人生の再編の検討を要介護高齢者と家族と協働で行うことの重要性、の2つの重要性を提示できたと考える。本研究の限界は、高度急性期機能病院の「居所選択」の過程の検証ができなかった点である。

今後の研究においては、本研究を発展させ、地域まで視野にいれたソーシャルワーク実践へつながるよう、当事者の主体性を尊重した意思決定支援とそこにおける協働の検証を重ねていきたい。

謝辞

本論文は、日本福祉大学大学院福祉社会開発研究科社会福祉学専攻博士論文「地域包括ケア政策下の病院における要介護高齢者と家族の『居所選択』に関する実証研究」の一部を加筆・修正したものです。本論文を執筆するにあたり、ご指導いただきました日本福祉大学名誉教授二木立先生、大学院教授田中千枝子先生に感謝申し上げます。

引用文献

地域包括ケア研究会 (2013)「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点—持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書」

(http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf, 最終アクセス日 2015. 12. 24).

地域包括ケア研究会 (2014)「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」

(http://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c8.pdf, 最終アクセス日 2015. 12. 24).

地域包括ケア研究会 (2016)「地域包括ケアシステムと地域マネジメント—地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」

(http://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160509_c1.pdf, 最終アクセス日 2017. 4. 1).

民啓之・安達元明 (1997)「終末期にある癌患者の療養の場を決定する要因」『日本公衆衛生雑誌』44(5), 339-345.

厚生労働省 (2009)「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」

(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf>, 最終アクセス日 2015.

12. 25).

厚生労働省 (2014a)「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf>, 最終アクセス日 2016. 1. 7).

厚生労働省 (2014b)「平成25年 (2013) 医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況」

(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/13/dl/gaikyo.pdf>, 最終アクセス日 2016. 1. 10).

厚生労働省 (2018)「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」

(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>, 最終アクセス日 2018. 11. 30).

松下哲・稲松孝思・橋本肇・ほか (1999)「終末期のケアに関する外来高齢患者の意識調査」『日本老年医学会雑誌』36(1), 45-51.

宮岸隆司・東琢哉・赤石康弘・ほか (2007)「高齢者終末期における人工栄養に関する調査」『日本老年医学会雑誌』44(2), 219-223.

水川真二郎 (2008)「患者、家族および医療従事者に対する『高齢者の終末期医療』についての意識調査」『日本老年医学会雑誌』45(1), 50-58.

中村秀一・田中滋・野中博・ほか (2013)「新春座談会 2025年の医療と介護を考える (下) —社会保障・税の一体改革を踏まえて」『社会保険旬報』NO.2519, p10-18.

名倉英一・柴田昌子・本城秀次・ほか (1995)「家族からみた最終入院時における高齢患者の病識の検討—癌患者と非癌患者の比較—」『日本老年医学会雑誌』32(8・9), 571-580.

二木立 (2017)「地域包括ケアと福祉改革」勁草書房.

佐藤武・牧上久仁子 (2008)「病状安定期における終末期医療の選択・意思決定に関する

- 啓発活動—主治医による療養病棟および回復期リハビリテーション病棟での介入効果—」『日本老年医学会雑誌』45(4), 401-407.
- 清水哲郎 (2009) 「高齢者終末期の意思決定プロセス」『Geriatric Medicine』47(4), 439-442.
- 清水哲郎 (2012) 「意思決定プロセスの共同性と人生優位の視点—日本老年医学会『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン』の立場—」『Geriatric Medicine』50(12), 1387-1393.
- 清水哲郎 (2015) 「本人・家族の意思決定を支える—治療方針選択から将来に向けての心積りまで—」『医療と社会』25(1), 35-48.
- 鈴木亘 (2004) 「終末期医療の患者自己選択に関する実証分析」『医療と社会』14(3), 175-189.
- 高木安雄 (2001) 「高齢者のターミナルケアと政策選択：QOLの向上と自己決定の課題と展望」『医療と社会』10(4), 25-40.
- 田中千枝子 (2014) 『保健医療ソーシャルワーク論第2版』勁草書房.

A qualitative study on the decision-making process for “selecting living placements” by older adults and their families in hospital settings.

Kinuko Hibino

Nihon Fukushi University Graduate School, Postdoctoral Student

The purpose of this study is to examine the decision-making process for “selecting living placements” by older adults and their families in hospital settings, based on the analysis of change in their ideas, feelings, and disagreements between older adults and their families. Twenty cases on the process for “selecting living placements” were examined. Only five in 19 older adults returned to their “own home” after their hospitalization. All of the six older adults who required long-term care and who lived alone were unable to return to their “own home”. There were two types of reason, which generated disagreements between older adults and their families in the process of “selecting living placements.” One type was when a family member put their own intention before the other. The other type was when a family member took the other’s intention into too much consideration. On the process of “selecting living placements” by older adults and their families in hospital settings, the following four major steps were identified in this study. 1) Decision-making process on returning to their “own home” or not, 2) Collecting information on alternative placements, 3) Deciding a specific alternative from the available choices, 4) Making a final decision on a living placements.

Key words: selecting living placements, decision-making process, discharge

[調査報告]

がん患者の家族における「納得いく最期」を迎えるために 検討すべき要因とその構造

萬 谷 和 広*

本研究の目的は、がん患者の家族が、「最期の時を本人と共に悔いなく過ごし、納得した最期を迎える」ために検討しておくべき内容とその構造を明らかにすることである。そこで、本研究では、がん患者の遺族を対象に質的記述的調査を行い、2つの構造を見出した。

1つ目は、【社会的要因を加味した医療の選択・決定】をカテゴリーとする構造である。この構造では、がんという疾患を抱え、進行する病態の中、どのように治療や療養を行っていくかといった医療の側面を反映した構造である。《満足いく医療・療養》の帰結に至るには、医療者との信頼関係が前提である上で、社会的状況を加味し、医療の選択・決定を行うことの重要性が見出された。

2つ目は、【患者が望むことの実施】をカテゴリーとする構造である。病気を抱えながら如何に生きるかといった、生活や人生の側面を反映した構造である。《質の高い時間や過ごし方》に至るには、患者が望むことを実施することや、また、患者と家族が時間や空間の共有し、愛情や心のつながりを感じるといった関係の構築が重要となっていた。

Key words : **がん患者の家族, 最期の時, 納得, 遺族, グラウンデッド・セオリー・アプローチ**

1. はじめに

わが国の死亡者数は、今後、増加が予測され（国立社会保障・人口問題研究所 2017）、多死社会を迎えるとされる。その死因であるがんについても死亡者数が増加しており（人口動態統計厚生労働省大臣官房統計情報部 2017）、今後、がん患者における納得した最期を迎えるための支援は、さらに重要となっていく。

がんは、突然死というよりも、診断期、治療期、慢性期、終末期、死別といったある程度予想できる病期の過程を経て、最期の時を迎える

特性がある。ある意味、がんは、死に備えることができると言える。しかし、死に備える期間があっても、満足いく最期を過ごし、納得した死を迎えることは容易なことではない。

終末期における社会的支援では、主に医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）がその役割を担っているが、田村（2016）は、そのMSWの支援を通して、患者、家族における終末期の心理社会的課題について整理している。また、佐藤（2014：19）は、死に係る支援を含んだ緩和ケアにおいて、ソーシャルワーカーが支援を行う上で、「ソーシャルワーカー自身の死生観の

*Kazuhiro Mantani : 国立病院機構 大阪南医療センター

確立が強く求められており、避けては通れない課題を突き付けられていると言えるだろう」と死生観の確立が、支援の前提であるとしている。このように、終末期ならびに最期を迎えるための支援においては、支援者の立場から整理がされてきた。そして、さらに終末期における社会的支援が効果的となるためには、終末期、そして最期の時、さらには死後において、患者・家族が何を感じ、どのように過ごしたかについて、患者・家族、遺族の立場から深く理解することが重要である。

しかしながら、佐藤（2010：94）によると、ソーシャルワーカーは、「実際には、当事者のおかれた状況に合わせ、死を迎える準備を整えたり、あるいは当事者との死別を経験した家族を支えているのである」としたうえで、「こうした実践はソーシャルワーカーたちのオプション・サービスである」としている。つまり、MSWの支援は、クライアントに起こる個別性の高い現象をアセスメントし、それぞれの状況に合わせて、また必要に応じて支援を行っているということになる。そのため、患者、家族側に生じている状況に注視して、その状況の共通性や構造を明確にすることが重要であり、そのことを支援に活用していくことが必要と考える。

そこで本研究では、大切な人の終末期や死を実際に経験した遺族を対象にした調査から、がん患者の家族が「家族として、最期の時を本人と共に悔いなく過ごし、納得した最期を迎える」ために検討すべきことについて、特に社会的側

面に焦点を当て、そこで生じる具体的な現象に関する関連要因と、その要因の内容を構造的に明らかにすることを目的とする。そして、遺族の考えや想いを通して、その内容を分析し、現象の共通性を見出し、その構造の特徴を考察していく。

2. 研究方法

がん患者の家族が「家族として、最期の時を本人と共に悔いなく過ごし、納得した最期を迎える」ために検討すべき現象の関連要因と、その構造を明確化するために、遺族を対象に半構造的面接法により調査を実施し、分析を行った。

調査方法の概要については、以下のとおりである。

(1) 調査概要

平成29年9月から平成30年1月の期間で実施した。調査時間は、1人60分から100分となった。調査場所は、プライバシーが確保され、語りやすい、患者会事務所や医療機関の面談室、会議室の個室を利用して実施した。

(2) 対象者

患者会3か所へ依頼し、終末期そして死後の状況を語ってくれる対象者の選出を行った。対象者には、調査に先立ち、研究目的や調査内容の説明を行い、同意を得た7名を対象とした。対象者の概要は、表1のとおりである。

表1：対象者の属性

対象者	調査時の遺族年齢	遺族性別	故人との関係性	死亡年齢	病名	死亡時の家族構成
A	50代後半	女性	母	68歳	S状結腸がん	患者、娘の2人暮らし。息子と娘は別居
B	60代前半	女性	夫	59歳	腎臓がん	患者、妻、次男の3人暮らし。長男、長女別居
C	60代後半	女性	夫	58歳	肝臓がん	患者、妻、娘の3人暮らし。
D	50代前半	女性	父	69歳	胃がん	患者、妻の2人暮らし。娘2人は別居。
E	60代後半	女性	夫	65歳	肺がん	患者、妻、娘との3人暮らし。息子2人は別居
F	70代後半	男性	妻	64歳	すい臓がん	患者、夫の2人暮らし。息子と娘は別居
G	70代前半	女性	夫	63歳	肺がん	夫婦と三男夫婦との4人暮らし、長男次男別居

(3) 調査内容

調査内容は、終末期や死後を振り返り、「良かったこと、満足できた事柄」、「悪かったこと、後悔している事柄」を自由に語ってもらった。また、それぞれに対して、小項目として、医療ソーシャルワーカーの業務指針（2002）の「二業務の範囲」で示される①心理社会的側面、②退院の側面、③経済的側面、④受診受療の側面、⑤社会復帰の側面について確認をした。

(4) 分析方法

分析は、グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、GTA）の手法に基づき行った。また、GTAの手法の中でも Strauss の立場に立った 戈木（2013, 2014）の提唱する方法を用いることとした。本方法は、対象者がその事柄をどう捉え、何を考え、如何に行動したかといった自由な語りについてデータ化し、概念同士の関係性を重視しながら理論化する手法であるため、本調査において適切と判断したことから、採用することとした。

具体的な手順は、インタビュー後、オープンコーディングとして①音声データを逐語録として文字化、②文字化された逐語録を概観し、意味段落ごとに切片化、③切片化された文章に対して、プロパティとディメンションの抽出の実施、④プロパティとディメンションを注意深く確認しながら、ラベリングの実施、⑤ラベリングしたラベル名、さらにはプロパティやディメンションを確認しながらグループに分けたうえで、暫定的なカテゴリー名を付与する、というプロセスで進めた。その上でアキシシャルコーディングとして、⑥カテゴリーごとに分類を行い、カテゴリー名を改めて付与、⑦各カテゴリーを状況、行為・相互作用、帰結の3構成によるパラダイムの作成を実施、⑧各カテゴリーの特徴をみながら関連付けの実施、⑨全体の構造を見ながらストーリーライン作成、⑩カテゴリー関連図を構築するという流れで分析を行った。これらのデータの扱いについては、対象とした7例のデータ同士の比較、理論的比較を随時確認

しながら、慎重に進めた。理論化に至るプロセスは、インタビューごとにストーリーラインと関連図を作成しながら、不十分なプロパティやディメンションについて精査し、理論的サンプリングを行った。理論的サンプリングで示された内容については、次回の調査に活用するといったことを全調査で繰り返し、最終的に構造が明らかになり理論ができる理論的飽和の状態まで実施した。

(5) 倫理的配慮

本調査に関しては、対象者に対して事前に研究趣旨、調査内容を説明し、いつでも辞退できることを伝えたと上で、同意書を得てインタビューを実施した。また、本調査の内容については、研究者の所属機関である大阪南医療センター倫理審査委員会で審議を行い、承認を得ている（承認番号29-31）。

3. 研究結果

調査の結果、【社会的要因を加味した医療の選択・決定】、【患者が望むことの実施】をカテゴリーとする2つの構造を見出すことができた。

【社会的要因を加味した医療の選択・決定】においては、病気が進行することで、終末期に入り、そして最期の時を迎える過程の中で、如何に治療や療養を行うかといった、医療に関する側面であり、医療を受けている患者の家族としての立場における現象に対応するカテゴリーである。この医療における側面は、患者や家族の能力や考えだけでは対応できず、医療者の専門的判断や考え、治療や療養を行う場によっても大いに影響を受ける構造となっている。【患者が望むことの実施】においては、病気を抱えながらも、如何に生きていくか、人生を全うするかといった、生活・人生に関する側面であり、患者とともに人生や生活を営んでいく、生活者としての立場における現象に対応するカテゴリーである。生活・人生においては、患者や家族の自己決定によって生活や人生を思考し、それに

基づき生活を送り、人生に意味づけを行う構造となっている。

この患者の家族としての立場の側面と、生活者の立場としての側面の2つの側面は、お互いに影響し合っているため、切り離せない構造と言えるが、調査により現象の詳細を捉えると、それぞれが別の構造をもつものとして整理することができた。

ここでは、それぞれの現象について関連図を示すとともに、ストーリーラインとしてその現象を説明する。なお、ストーリーライン等で示す記号は、【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、「 」は実際の語り、[]は筆者の補足、[]は調査対象者、()はラベル番号を示したものである。

(1) 社会的要因を加味した医療の選択・決定

図1は、【社会的要因を加味した医療の選択・決定】をカテゴリーとした構造を関連図として示したものである。状況から帰結に至るまでの全体的な構造は、医療者との関係性が前提であり、その上で社会的状況を加味し、医療の選択・決定を行う構造になっている。つまり、帰結が《満足いく医療・療養》に至る構造は、終末期、そして最期を迎える患者・家族にとって、医療者と信頼関係があり、その関係に基づいて治療方針が示されることである。そして、医療の決定については、患者・家族を取り巻く社会的要因との関連を考慮して選択することが、《満足いく医療・療養》につながる構造である。なお、本論で示す「医療者」とは、医療機関で従事する患者・家族の治療や療養を支援する支援者を指す。

ストーリーラインとしては、まず、状況である《医療者と患者・家族との向き合い方》が、医療者との関わりが親身(9)[A]、パートナー関係にある(47)[A]、本人のみならず家族を含めた説明がある(22)[C]、家族が説明に納得できる(19)[E]、個別性の高い説明(30)[E]である場合、《医療者との信頼関係に基づいた治療方針》につながっている。しかし、

その関わりが希薄(27)[B]、本人のみに説明を行う(5)[D]、家族が説明の理解ができない(15)[B]、一般的な説明である(30)[B]場合においては、《疑念や不満を持った関係性に基づく受療》につながっていた。

《医療者との信頼関係に基づいた治療方針》では、その信頼関係自体が、家族にとって《満足いく医療・療養》という帰結につながっている。また、《医療者との信頼関係に基づいた治療方針》が、治療・療養の選択検討が可能であり(2)[F]、終末期の中においても、生きるために医療者から「[体調を整え]孫の入園式一緒に行こうねとか、目の前のものと、向こうのもの[目標を立ててくれる]」[A]というように、治療を行う上での目標の提示をすること(33)[A]や、医療の決定を患者と家族で行う(15)[D]場合においては、【社会的要因を加味した医療の選択・決定】につながっていた。

《医療者との信頼関係に基づいた治療方針》であっても、身体的な状態が悪く、「効果はあまり望めない。そして副作用が激烈になる。どうされますか。」[A]といったように、希望しても治療・療養の選択の可能性が困難(21)[A]である場合においては、《納得できない、疑問が残る医療・療養》の帰結に至っている。

【社会的要因を加味した医療の選択・決定】では、医療を継続するための経済的問題がない(38)[A]、患者や家族の自己決定により医療を決める(35)[A]、医療に対する患者と家族間の意見が同じである(6)[F]、生活様式に合致した受療が行っている(28)[C]、支える支援者がいる(41)[A]ことで、帰結である《満足いく医療・療養》につながっていた。一方、経済的な問題で、医療の選択ができず(43)[A]、患者や家族の自己決定に基づいた医療を受けることができない(21)[C]、患者と家族の意見に相違がある(16)[A]場合においては、《納得できない、疑問が残る医療・療養》の帰結に至っていた。

《疑念や不満を持った関係性に基づく受療》

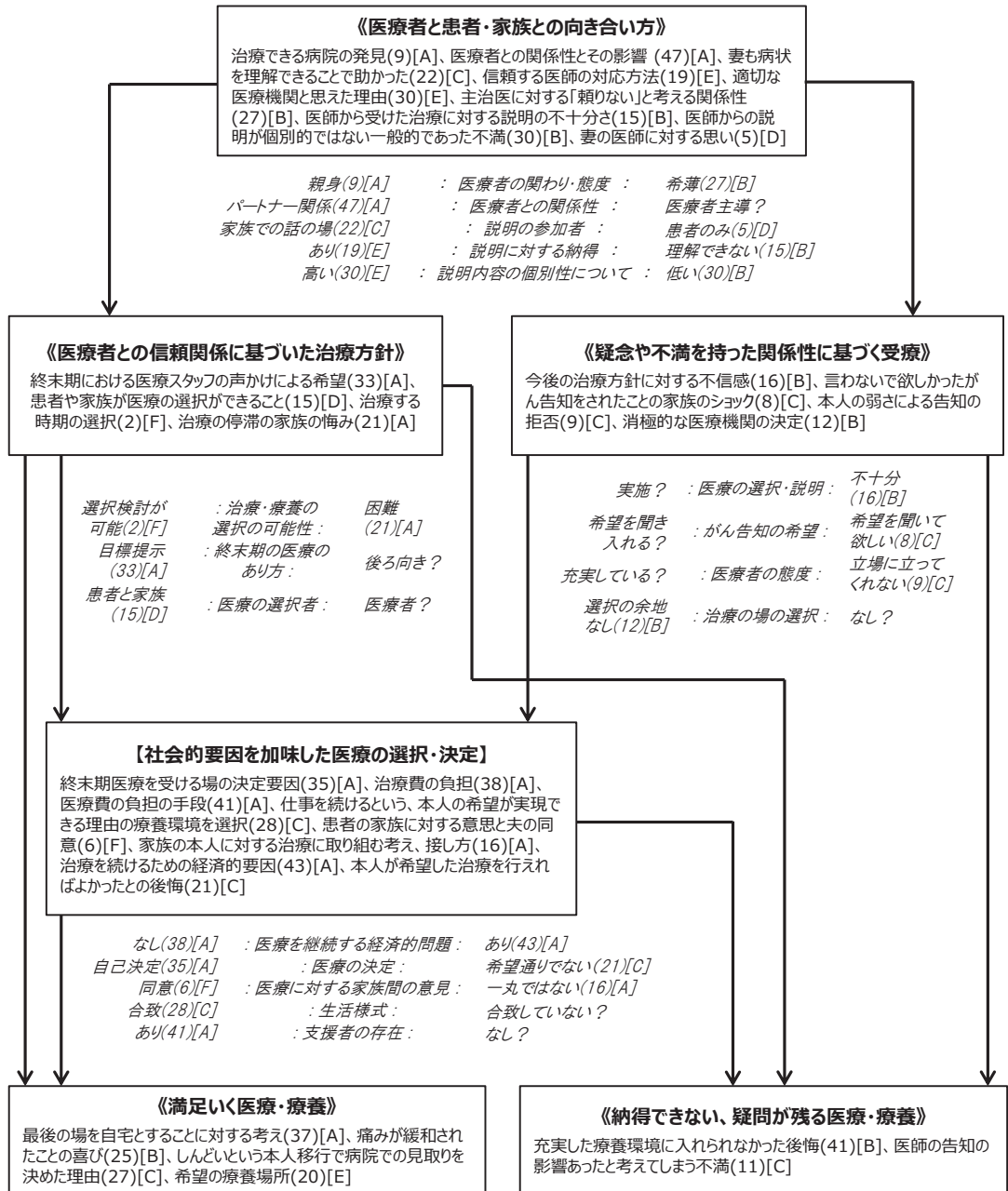


図1：【社会的要因を加味した医療の選択・決定】に関するカテゴリー関連図

【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、斜字は、主なプロパティとディメンションであり、中央の項目がプロパティ、左右の項目がディメンションである。また、[]は対象者番号、()はラベル番号を示している。

では、その関係性に問題を抱えていること自体、《納得できない、疑問が残る医療・療養》に至っている。その状況でさらに、医療の選択やその説明が不十分であり (16) [B]、がん告知という大きなイベントに対して、「[告知は希望していなかったのに] 初めてにあった先生に、『あなたは癌、半年以内に死にます』って本人にいきなり。」[C] などの患者の希望を聞き入れてもらえなかった (8) [C]、「看護師さんに怒られていて、1人でトイレに行かないように言ってくださいとか言われて危ないからと言われて、呼んでくださいとか言われて、でも父は呼びたくないじゃないですか」[C] など、患者の立場に立ってくれなかった (9) [C] と思えた場合においても、《納得できない、疑問が残る医療・療養》の帰結に至っていた。

(2) 患者が望むことの実施

図2は、【患者が望むことの実施】をカテゴリとした構造を関連図として示したものである。この関連図における状況から帰結に至るまでの全体的な構造は、患者が望むことを実施することや、また、患者と家族が時間や空間の共有し、愛情や心のつながりを感じるといった関係の構築が重要となってくる。そして、さらには、患者の家族に対する死後における思いや考えを、家族が知ることより、《質の高い時間や過ごし方》につながる構造である。

ストーリーラインとしては、状況である《患者の生活の制限》に対して、患者の気持ちに余裕がない (11) [A]、体の自由が利かない (44) [B]、外出困難 (50-1) [B] といった身体機能の低下や行動制限がある状況を家族が感じる、あるいはその状態を理解することで、【患者の望むことの実施】を思考することにつながっていた。逆に、身体状態に問題はない (3) [C]、行動制限が無い (5) [B] 場合では、最期の時を思考することよりも、日常生活を継続することについて関心が寄せられていた。

【患者が望むことの実施】は、患者が望むことを実施できた場合、それ自体、帰結である《質

の高い時間や過ごし方》につながっていた。終末期における療養の質や満足度は、本人が望むことを実施することに大きく影響していることが分かる。そのため、「仕事ができなかった悔しさというものはあったと思います。[仕事は] ご飯より好きでした。」[B] と語るように、好きなことを実施できない状況 (29-2) [B]、そしてその日々 (24-1) [A] は、《後悔や不快感のある時間や過ごし方》に至っている。そのため、家族にとっては、本人の望むことを実施することが、家族にとっても大切な要因となっている。しかしながら、本人が望むことに対する行動であっても、周りを意識しない気まま (7) [E] な行いは、家族として困惑することもあった。

本調査では、遺族を対象としていることから【患者が望むことの実施】に関しては、楽しい話を語り合う (40) [C]、お互いのことを語り合う (55) [B]、家族や身内と交流したい (28) [B] など、《患者と家族との関係の構築》につながっていた。

《患者と家族との関係の構築》においては、患者と家族が時間を共有できた (36) [A]、患者、家族が仲良く接することができた (53-1) [B]、そばにいて語れた (26) [C]、触れ合えた (55) [D]、距離が近づいた (26-2) [A]、愛情が深まった (56) [D] (30) [G] というように、患者と家族がその時間と空間を共有し、関係を構築することが《質の高い時間や過ごし方》となる。例えば、「父の手を握ったところは何度も何度も思い出しますね。すごく思い出して手を握ったなと思います。何か私も泣きそうだったし、父も泣きそうだった」[D] というように、触れ合うことで親子の愛情を感じ、改めてその関係を再構築していくプロセスは、遺族の心に残る想いとなっている。なお、時間の共有を希望しても、家族との時間共有できない (29) [C]、接し方として優しくできなかった (25) [A] などでは、《不安感や不快感のある時間や過ごし方》につながっていた。

そして、《患者と家族との関係の構築》は、

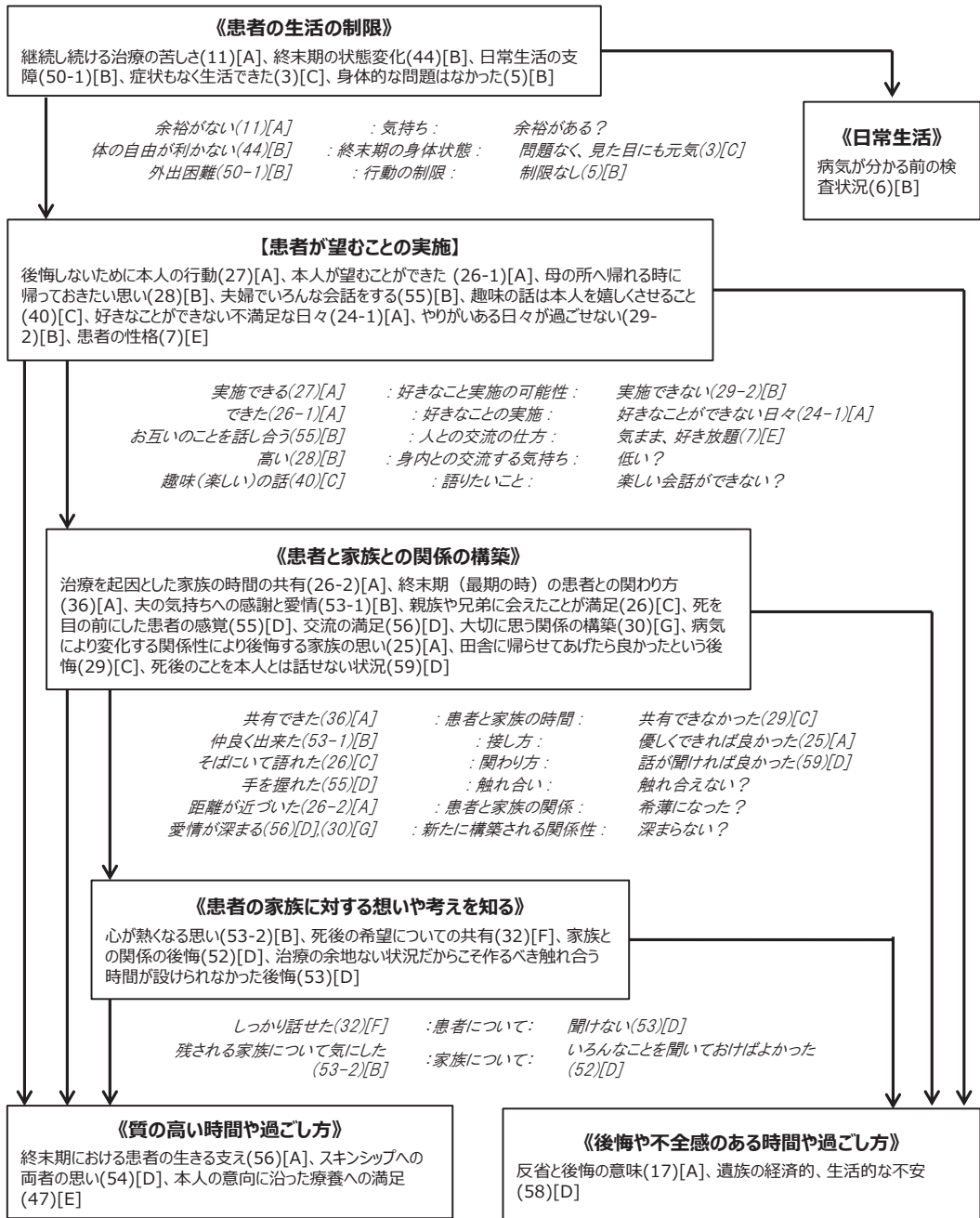


図2：【患者が望むことの実施】に関するカテゴリー関連図

【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、斜字は、主なプロパティとディメンションであり、中央の項目がプロパティ、左右の項目がディメンションである。また、[]は対象者番号、()はラベル番号を示している。

《患者の家族に対する想いや考えを知る》につながっていた。そこでは、患者に死後のことに関してしっかり話せた (32) [F]、家族に対する気遣いが示されていた場合 (53-2) [B] においては、《質の高い時間や過ごし方》につながっていた。一方、患者の死後の考えを聞けない (53) [D]、家族についての想いを聞いておけばよかった (52) [D] と感じた場合には、《不安感や不全感のある時間や過ごし方》に至っていた。

4. 考察

考察においては、【社会的要因を加味した医療の選択・決定】、【本人が望むことの実施】のそれぞれのカテゴリーについて、前者は《満足いく医療や療養》という帰結、後者は《質の高い時間や過ごし方》という帰結である「良かったこと、満足できたこと」とする側面に至る構造について、その特徴を考察した。

(1) 社会的要因を加味した医療の選択・決定

① 終末期医療における患者・家族の希望の位置づけ

《満足いく医療・療養》に至るには、患者・家族が医療者との信頼関係を構築することが前提となるが、その関係性があっても《納得できない・疑問が残る医療・療養》に至る構造がある。例えば、「勝手にトイレに行かれて倒れられたら困るということで、尿管に管を通すというものをさせて欲しいと言われたんです。父は本当はそれがすごく嫌だった」[D] といった転倒防止のためバルーン留置、「生きていられなかったら、もうちょっといろんなものを食べてもらった方が。」[C] といった食事制限等は、医学的判断から妥当とされることであっても、遺族としては心残りとなっている。つまり、《満足いく医療や療養》には、患者・家族にとって医療より優先される自尊心や希望が時として存在しているということである。終末期における医療の選択には、その人の希望や考え方を、ど

の程度まで尊重できるか、医療者と患者・家族との議論が求められる。

② 医療を選択するための情報

医療を選択し、決定するには、情報が重要となる。例えば、「もっと早い時期にホスピスに入れておくべきだった」[B] のように、状態に応じた情報提供が大切であり、また、「いい病院があるから、[病院を] 代わりたいたって、そこを調べて欲しいと言ったんです。…中略…もう少し早く情報があれば」[E] ということから、情報を得る時期も重要となる。さらには、「相談できる人がいたらそれは絶対良かったです。」[D] というように、単に情報を伝えることだけではなく、情報の内容を理解し、自己決定できるための支援も求められる。患者・家族が納得した治療や療養の場を自己決定するには、正しく、偏りのない情報が適切な時期に手元にあり、その情報を正しく理解することや活用することが重要である。

患者・家族においては、医療者に対して現在そして今後想定される身体状況の変化について、身体状態に応じた適切な療養方法について、情報を求めることや、自ら情報を取得し、正しく取り扱うことが必要である。また、時としてMSWなどの専門職へ相談し、支援を得ることも重要となり、そのことが《満足いく医療・療養》に至ることになる。

③ 価値観、生活様式に照らし合わせた医療の選択

【社会的要因を加味した医療の選択・決定】のカテゴリーでは、加味すべき社会要因として、まず、治療費の負担 (38) [A]、医療費に関する負担感 (33) [D]、医療費負担の軽減 (42) [A]、民間の医療保険が助かったこと (31) [C]、生命保険での補填 (36) [E]、貯蓄があったことでの負担 (32) [C] といった経済的な要因が見出された。

また、終末期医療を受ける場の決定要因 (35) [A]、本人家族が決定した治療方針 (32) [B]、

本人の意向で決定された見取りの場 (12) [C]、療養の満足 (32) [D]、自宅での療養の考え (20) [D] という本人と家族の意見の一致や承認といった意思決定の要因も示された。

さらには、医療費の負担の手段 (41) [A]、患者の意向の尊重と協力 (8) [F]、本人の希望が実現できる理由の療養環境を選択 (28) [C]、療養する病院を選んだ理由 (29) [E]、自宅での医療処置 (31) [E] という支える家族の状況など、加味されるべき社会的要因として見出された。これらは、それぞれの生活を形成している個別性の高い項目である。

終末期における医療の決定は、患者や家族が自身の生活様式や生活状況、そして価値観といった個別の状況に向き合い医療を受けること、また受けないことを自己決定していくことが、満足につながる事項である。

(2) 患者が望むことの実施

① 患者が望むことの意味

本人の望むことの実施とは、「[小料理屋を営む] ビールを飲んでカウンターに座り続けること。常連のお客さん相手に。ただか10人ちょっとしか入らない小さなお店だったんですけども、そこに座ることを望んで、それに費やした。」 [A] と語るように、その人が人生で大切にしてきたことの実施であり、その人らしい生き方をすることである。がんは、その人の生活に影響を与えるライフイベントであるが、それでもがんを抱え、影響されながらも生活は続いていく。重要視したいことは、「生活者」であるという視点である。その人が望む、その人らしい生活に時間を費やすことは、その人にとって「生」を感じることである。死に向かう生き方というより、「最後まで生き抜くかであるのかなと思いますね。そしてその人の生き方が残された家族にとっても影響がある」 [A] と話すように、最期の時までその人らしく生き抜くという生き方をし、家族もそれを感じることで質の高い時間や生き方に至るのである。

また、【本人が望むことの実施】の前提は、

自己決定である。そして、その自己決定のもと、その人らしく生き抜いた場合、「私はね、その後悔はゼロだった。本人に相談をして、(本人が) やって欲しい事をやったし」 [F] や、「最後まで生き抜くかであるのかなと思いますね。そしてその人の生き方が残された家族にとっても影響がある」 [A] のように、その人らしく生き抜く様は、その家族においても納得を生み、満足感を与える。

② 終末期における人間関係の構築

《患者と家族との関係の構築》では、患者と家族との時間を持てなかった [E]、共有できる時間が限定的であった [C] という意見から後悔の念が示されるように、《質の高い時間や過ごし方》のためには、まずは、時間や空間を共有すること自体に大きな意味をもつ。

また、共有される時間の中に、死を目の前にするからこそ、確認される関係、改めて再構築される関係がある。「あと何ヶ月と言われたとしても、そのつもりで接していくでしょう。お互いが。夫婦の仲が氷のような状態であったとしても、徐々に溶けていくという時間が持てる」 [G] と語るように、がんには、最期の時まで、一定の時間があり、その時間が家族関係を見つめ直し、より質の高い療養へとつなげていく。

しかしながら、病気の前では複雑な心模様も反映される。「優しくできなかった」 [A] という意見もあるように、病気により弱くなる身体と気力、それに対して、支える側となる家族が「してあげる」「している」と考えてしまう気持ちも相まって、関係性のバランスが崩れることもある。お互い思いあうからこそ意見が対立することもあり、病気をもつ特殊な状況のもと、如何に関係を紡いでいくのが重要である。

③ 死後の希望を伝える時期と機会

《患者の家族に対する想いや考えを知る》ことは、《質の高い時間や過ごし方》につながる重要な要因ではあるが、患者が死後の希望を語ること、あるいは家族が死後の希望を確認する

ことは、容易なことではない。「病気になってここまで来たらやはり、聞けないですね。」

[D] と語るように、死を予期させる状況下においては、生についての会話ではなく、死後の話を切り出すことは家族にとってもストレスであり、また、本人としても語りづらい状況である。

想いや考えを伝える時期は、病状が安定している段階、あるいは「元気な時から話していた」[F] のように、日頃から死後に対する準備や考え方を家族内で共有しておく機会をもつことも重要である。しかしながら、そこで話し合われた考えは、時間の経過に伴って変化し、死が目前に迫る状況においては、さらに新たな想いを生じさせる。事前に話し合う機会を作りながら、最期の時まで語り合う時間を設け、そこで悩みながら、自己決定していくことが求められる。

④ 残される家族の生活準備

《患者の家族に対する想いや考えを知る》内容については、遺産相続の家族の問題 (44-3)

[A] で示された店舗について、遺産相続について (33) [C] で示された家、土地、不動産について、遺産の対応 (45) [D] で示された株について、銀行口座などの問題 (45) [E] で示された口座について、相続に関する問題 (25) [F] で示された車などの遺品についてなど、遺産や遺品についての要因、さらには、遺族の経済的対応 (43) [D] で示された死後生じる社会制度の利用について、手続きの難しさ (48) [D] で示された不動産等の各種名義変更等の諸手続きについてなどが語られていた。

これらの項目は、患者の死によって、家族のその後の生活に影響を与える内容である。これらの内容に関する整理が事前にできれば、患者の死後、家族の実質的な生活問題も軽減させ、遺族となった家族の生活を立て直す一助となる。

また、例えば「娘にお前ちょっと計算しろと。俺が死んだ時に、お母さんに生命保険が幾ら入るかを計算しろと話してました〔涙ながらに〕」

[B] といった患者が家族の生活のために、事前整理を実施した際に示したその想い [B] は、遺族の心の中に生きており《質の高い時間や過ごし方》につながる。

しかし、《患者の家族に対する想いや考えを知る》ことについては、必ずしも明確な意思表示がなされることばかりではない。例えば、「[想いや考えを残さなくて困ることは] あまりなかったです。困るほどお金はなかったし。蓄えはなかったし。」[E] のように、考えや対応内容がなくとも問題にならない場合や、明確な言葉や遺言がなくとも、日常生活の中での会話からある程度整理ができている場合も、帰結である《質の高い時間や過ごし方》につながっている。ただし、「ただ自分としてはもう少し、死を見つめてと言いますか、死期を考えながらしゃべりたい事だとか、言いたいことだとか、聞いたらよかったなと思っています。」[D] のように、より深く聞けなかった、あるいは分かち合えなかったからこそ、知りたかったという後悔を抱くこともある。そのため、後悔の念を抱かず、《遺族の満足・心の安定》につながるためにも、生前にできる整理や想いや考えについては、患者と家族で確認し、相互理解しておく機会是有効である。

⑤ 患者自身の死後の扱い

《患者の家族に対する想いや考えを知る》内容には、葬儀場、葬儀内容、墓地の場所や種類、法事の仕方など、患者自身が死後にどのように扱われたいかを示す項目が示されていた。患者の意向については、亡くなった後では確認できない項目であるため、把握しておかなければ、本人の希望はどうであったのかと遺族が悩む内容にもなる。生前、墓地は決まったところであった [D]、葬儀内容を自身で決め家族と共有する [F]、葬儀場についても家族とともに決めていた [F] といった場合、遺族としても本人の意向に沿って死後の対応が実施でき《質の高い時間や過ごし方》の帰結につながっていた。

このように患者自身の死後の扱いに関する把

握ができていて、あるいは確認を行っておくことは、遺族となった家族が本人の希望のもとで対応することができ、それが心の安定にもつながり、また患者にとっても納得できる最期になると考えられる。

5. 本研究における課題と展望

本研究においては、遺族を対象に調査を行ったため、明らかにされた現象は、がん患者の家族に生じる現象であった。そのため、患者自身が納得いく最期についてどのように考えているかといった患者自身の意思の側面、そして、家族の存在が不在あるいは希薄な患者に対して如何に捉えるかといった家族の存在の側面という2点が、十分に明らかにできなかった。

まず、患者自身の意思の側面であるが、本調査の中で示された回答には、がん患者の家族の立場から考える、患者の考え、思い、反応について多くの回答があった。これらの回答の背景には、家族にとって、患者が良いと考え、喜んだことについては、家族としても良いこと、あるいは患者が不快に思い、悲しんだことについては、家族としても悪いこととして回答している構造があり、患者の考え、思い、反応が、家族にも大きく影響していることを示していた。しかしながら、そのことは、患者と家族の関連性を示したものであり、本人の意向の詳細について把握したものではない。本人自身の納得いく最期に関する考えを如何にくみ上げていくかについては、今後、検討していくべき重要な課題と考える。

次に、家族の存在の側面であるが、本研究の結果は、家族システムの中で生じた内容が抽出されたといえることも付け加えておきたい。つまり、調査で示された構造は、本人と家族の関係性の中で起こる、家族に関する考えや思いが明らかになったということである。そのため、この結果を考えると、身寄りがない者や、家族と全く疎遠であるといった家族システムが機能していない状況にある患者においては、研究の

結果には適用しないといえる。身寄りがなく、あるいは全く疎遠である患者は、近年多く存在していることから、考えるべき課題である。

謝辞

本研究は、「平成29年度科学研究費助成事業(若手研究B)(研究期間平成29年~平成30年)」の「がん患者・家族の終末期における納得いく最期を迎えるための検討要因の解明」の研究成果の一部を報告したものである。本研究においては、インタビューにご協力頂きました方、またインタビュー対象者の選出にご協力いただいた患者会の皆様、そして、インタビューに際して場所の提供をいただいた方々に、深謝の意を表します。

文献

- 医療ソーシャルワーカー業務指針(2002)『厚生労働省健康局長通知平成14年11月29日健康発第1129001号「二、業務の範囲」』
- 人口動態統計厚生労働省大臣官房統計情報部(2017)『各年の人口動態統計によるがん死亡データ』(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1a.html>, 2019. 1. 15)
- 国立社会保障・人口問題研究所(2017)『日本の将来推計人口(平成29年推計)』(http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp_zenkoku2017.asp, 2019. 1. 15)
- 戈木クレイグヒル滋子(2013)『質的研究法ゼミナールグラウンデッド・セオリー・アプローチを学ぶ編』医学書院。
- 戈木クレイグヒル滋子(2014)『グラウンデッド・セオリー・アプローチ分析ワークブック』日本看護協会出版会。
- 佐藤繭美(2014)「緩和ケアとソーシャルワーク」『社会福祉研究』121, 12-20.
- 佐藤繭美(2010)「緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの役割の検討」『現代福祉研究』10, 89-99.

田村里子 (2016) 「緩和ケアにおけるソーシャルワーク実践と専門職連携の方法と実践」
『ソーシャルワーク研究』42, 3, 18-20.

「保健医療社会福祉研究」投稿規定

1. 「保健医療社会福祉研究」は、保健医療社会福祉に関する研究論文、実践報告、調査報告、資料、書評などを掲載する。「研究論文」「実践報告」「調査報告」執筆要領については、別に定める。
2. 原稿は、他誌にすでに掲載されていないもの、あるいは、現在投稿中でないオリジナルなものに限る。同じデータ・事例・資料等に基づいて投稿者及びそのグループが執筆した別の論文・報告書等（共同執筆も含む）があれば、投稿時に添付すること。
3. 著者ならびに共著者は、本学会会員に限る。
4. 原稿の採否は、査読を行った上で、編集委員会により決定する。
5. 原稿提出期間は、特に定めるものを除いて、随時とする。
6. 原稿の送付先は、下記とする。

〒550-0001

大阪市西区土佐堀1丁目4-8 日栄ビル703A

あゆみコーポレーション内

一般社団法人日本保健医療社会福祉学会事務局

電話：06-6441-5260

E-mail jsswh@a-youme.jp

7. 原稿が掲載されたものには、1編につき別刷り30部を贈呈する。

執筆要領

1. 本文は、原則として、表題・図表・注・文献を含めて15,000字以内とする。(字数カウントはワードファイル等の文字数カウントによる)。図表は1件につき600字に換算する。1ページにわたる図表については1,600字に換算する。
2. 本文は、原則として、縦置きA4の用紙に、40字×30行程度で印字したものとす。併せて電子メールによるデータファイルの提出を求める。
3. 「研究論文」「実践報告」「調査報告」には、500字以内の日本語抄録をつける。また、「研究論文」には200語以内の英文抄録をつける。
4. 表題には、必ず英文表記を付すこと。
5. 原稿の表紙に、表題、著者、所属、キーワード（2～5語）を明記する。
6. 参考・引用文献表記は日本社会福祉学会「執筆要領（引用法）」に準じて記載すること。引用文献は、著者名でABC順に配列する。

一般社団法人日本保健医療社会福祉学会
『保健医療社会福祉研究』投稿論文査読報告書 1

査読者●

論文投稿者様

番号	原稿種類	タイトル

I 項目別評価 (各項目ごとに該当する評価1つに○をおつけください)

評価基準: a 適切 b 不適切			
1	執筆要領(注・文献も含めて)に適合しているか	a	b 非該当
2	先行研究を的確に踏まえているか	a	b 非該当
3	研究目的は明確であるか	a	b 非該当
4	社会福祉の理念・政策・実践との関連付けは明確であるか	a	b 非該当
5	研究目的に照らして研究方法は適切であるか	a	b 非該当
6	使用されている概念・用語は適切であるか	a	b 非該当
7	調査の方法・分析が適切で、結果は明確であるか	a	b 非該当
8	論理の展開には一貫性があるか	a	b 非該当
9	考察および結論には新しい知見が含まれているか	a	b 非該当
10	表題は内容を適切に表現しているか	a	b 非該当
11	要旨の内容は適切であるか	a	b 非該当
12	省略語・単位・数値は正確に表記されているか	a	b 非該当
13	図表の体裁(タイトル・単位・形式)は整っているか	a	b 非該当
14	図表は本文の説明と適合しているか	a	b 非該当
15	研究倫理上の問題はないか	a	b 非該当

II 掲載についての評価 (該当する項目1つに○をおつけください)

評価	<p>A 無修正で掲載可</p> <p>B 修正後に掲載可</p> <p>C 修正後に再査読</p> <p>D 不採用</p>
----	---

査読年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 査読者署名 _____

「実践報告」「調査報告」投稿の呼びかけ

「保健医療社会福祉研究」誌の編集委員会では、「実践報告」という投稿枠を設けています。主な目的は、実践現場の会員の投稿がより促進され、実践と研究の相互交流が強化されることによって、保健医療分野における社会福祉学の発展に寄与することです。実践現場では、従来の書物や論文等に整理された知識や理論だけでは対応しきれない問題が次々に生じ、試行錯誤的な取り組みが行われているはずです。またそうした実態や実践にもとづいた社会福祉調査も行われているはずです。また、今後の医療・介護制度改革によって、実践上の課題や活動の枠組みに変化が生じることも予想されます。保健医療社会福祉は、純粋科学ではなく、人びとの直面する現実の健康・生活問題に向き合い、その問題解決に寄与しようという実践科学です。実践現場での情報提供や課題提起を促進し、実践と研究の密接な関係に立って、保健医療社会福祉を発展させるために、実践現場の方々からの積極的な投稿を期待します。

「実践報告」「調査報告」

目的：主として現場の会員の実践経験に関わる各種の情報の紹介を行ったり、そうした実践に伴って社会福祉調査を行ったりすることで、今後の理論化のために論議の必要な課題を提起することにより、今後の保健医療社会福祉の理論化・体系化に寄与すること。

内容：保健医療社会福祉の対象の理解や実践活動に関わる報告、広く会員の実践家・研究者に知らせる価値があると思われるようなもので、量的質的な実践および調査報告であればどのようなものでも可。また、今後の理論化や価値判断に関わる問題提起など。内容については、多岐にわたると予想されるが、たとえば、次のような報告が考えられる。

- ・従来あまり紹介されていない新しい特殊なタイプの疾病・問題に関わる情報
- ・制度の改変等に伴う新しいタイプの問題や実践課題の変化について
- ・実践の場の変化に伴うソーシャルワーク業務の変化や共通性について
- ・技術革新や社会の変動に伴い新たに価値判断を求められる課題について

構成：構成および形式については、以下の「研究論文」に準じることが望ましいと思われませんが、内容により柔軟に適用したいと考えていますので、投稿時にご相談下さい。

「研究論文」

内容：保健医療社会福祉に関する何らかの研究課題について、実証的データや理論的考察によって、何らかの結論を明示するもの。

構成：研究内容によって多少の相違がありうるが、概ね次のような構成となる。

- I. 緒言（序論、はじめに） 研究の背景・意義、先行研究レビュー、研究目的、研究課題
- II. 研究方法（調査方法） 研究・調査の方法に関する記述や使用するデータの出所、倫理的配慮等
- III. 研究結果（調査結果） 研究・調査の結果・成績（考察や結論に関わる研究・調査の結果をできるだけ解釈を交えずに客観的に提示する）
- IV. 考察（考案、討論） 研究結果の評価、解釈、予想される異論に関する討論等
- V. 結語（結論、おわりに） 結論、今後に残された研究課題

注、文献、付記など

（質的研究ではⅢとⅣを完全に分離することが困難な場合があり、「結果と考察」のようにまとめて記述することもあるが、その際にも、客観的事実の部分と著者の考察・意見に関わる部分は区別して記述することが必要）

編集後記

『保健医療社会福祉研究』第28号をお届けいたします。本学会は、2019年4月に、一般社団法人として登記いたしました。それに伴い、学会名を「一般社団法人日本保健医療社会福祉学会」と改称いたしました。本学会誌の名称も、『保健医療社会福祉研究』となりました。近年の動向である地域において展開する保健医療分野のソーシャルワーク、そして社会福祉学の発展に貢献するべく、引き続きよろしくお願い申し上げます。それに伴い、ISSN が変更されています。

本号には、第29回大会「地域包括ケアシステムの激流の中で一個を守りぬく」の基調講演、シンポジウムが掲載されています。上野千鶴子先生をお迎えした基調講演、そして、堀田聰子先生、斎藤慶子会員、檜山敦先生によるシンポジウムでは、地域包括ケアシステムが構築されつつある中で、ソーシャルワーカーが、その大きな流れに無自覚に乗るのではなく、ひとりひとりの対象者がもつ背景と価値観を理解して支援を行うことの重要性をあらためて認識するものでした。また、テクノロジーが個々の生活において選択肢を広げる手段として大きな力を持つとともに、地域内のつながりの広がりや地域を越えたつながりの構築に資する可能性について示唆をいただきました。2020年1月来、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の下、人と会うこと、集まることを控えることが余儀なくされ、社会生活は深刻な影響を受けています。このような状況の中、テクノロジーがそれを乗り越える力を持っていることを早速実感するところです。

本学会では、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関する声明を発表致しました。この感染症の危機にあるすべての患者、家族とそれを支えるソーシャルワーカーを支援するために、全力を尽くすことを宣言しています。ホームページを是非ご覧ください。会員の皆さまと共に保健医療分野のソーシャルワーカーとしてできることについて、これからも考え続けてまいりたいと思っております。

学会誌への積極的な御投稿を心よりお待ちしております。

2020年3月

高山恵理子
小西加保留
高瀬 幸子

保健医療社会福祉研究 第28巻

発行日 2020年3月31日

編集 一般社団法人日本保健医療社会福祉学会・編集委員会

発行 一般社団法人日本保健医療社会福祉学会（事務局）

〒550-0001 大阪市西区土佐堀1丁目4-8 日栄ビル703A

あゆみコーポレーション内

電話：06-6441-5260

E-mail：jsswh@a-youme.jp

発行責任者 棕野美智子（一般社団法人日本保健医療社会福祉学会会長）

編集責任者 小西加保留（一般社団法人日本保健医療社会福祉学会編集委員長）

印刷 （有）木村桂文社

March 2020

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 28

Keynote Speech

On Individualization of Death:

or Death Disembedded from Family and Community Chizuko Ueno

Symposium

In Defense of Person Centered Approach against the Trend towards
Community Inclusive Care System

Toward Compassionate Community:

Introducing Designing for Dementia Hub as a clue Satoko Hotta

The Community-Based Integrated Care System from the Practical Point of
View of Medical Social Work.

—How to Support Individuals in Their Local Communities.—

..... Keiko Saito

Informatics Approach for Hyper-Aged Society Atsushi Hiyama

Discussion: In Defense of Person Centered Approach against the Trend
towards Community Inclusive Care System

Articles

A qualitative study on the decision-making process for “selecting living
placements” by older adults and their families in hospital settings.

..... Kinuko Hibino

Research Reports

Factors and structures to consider in order to reach a convincing end of
stage in family members of cancer patients Kazuhiro Mantani

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)