

介護職の看取り及びグリーフケアのあり方に関する調査研究

～ 現状調査と今後のあり方に関する考察 ～

平成28年3月

一般社団法人セルフケア・ネットワーク

「今後期待される介護分野での看取りとグリーフケア」

関西学院大学人間福祉学部

坂口 幸弘

日本は今、「多死社会」への道を着々と歩んでいる。2025年には団塊の世代が75歳以上の後期高齢者へと差しかかり、医療・介護・福祉サービスへの需要が急速に高まることが予測されている。現在は病院・診療所での看取りが大半を占めているが、今後は在宅や介護施設等での看取りを増やすことが厚生労働省の方針として示されている。人生の最期をどこで、どのように過ごすことが望ましいと感じるかは人によって異なるが、住み慣れた自宅や施設で、病気や死をことさらに意識することなく自然なカタチで過ごすことを望む人は少なくない。高齢者の“生活の場”での看取りの増加が予想されるなか、看取り場面における死にゆく人とその家族へのケア、そして看取り後の遺族へのグリーフケアにおいて、介護職の果たす役割はますます大きくなっていくことが予想される。死にゆく人やその家族・遺族に接するうえで最も基本となることは、相手の思いを尊重し、その思いにそっと寄り添う姿勢である。それぞれの人の思いはさまざまであり、その人の思いはその人の思いとして尊重されるべきである。悲しみや苦しみの只中にある利用者や家族・遺族にとって、そのままの自分を受けとめてくれる介護職の存在は、心強い味方であり、今を生きる支えとなるであろう。

近年、看取り後のグリーフケアへの関心が高まりをみせている。「グリーフケア」に関する定義は必ずしも定まっていないが、死別後の心理過程を促進するとともに、死別に関連した種々の負担や困難を軽減するために行われる包括的な支援と捉えることができる。緩和医療の領域では、世界保健機関（WHO）によって「患者と死別した後も、家族の苦難への対処を支援する体制をとること」が緩和ケアの働きとして明示されており、全国各地のホスピス・緩和ケア病棟において手紙の送付や追悼会、サポートグループなど多様なグリーフケアの取り組みが行われている。医療分野では、「遺族外来」や「グリーフケア外来」を開設する動きもみられる。他方、当事者の会である遺族のセルフヘルプグループの活動は、1990年前後から本格化し始め、各地で開催されている。葬儀社による取り組みや、行政主体の取り組み、死別を経験した子どもたちへの支援、インターネットを活用した取り組みなども広く展開されつつある。悲嘆は正常反応であり、基本的には病的なものではないが、死亡や罹患、自殺等のリスクを高めることがこれまでの研究で報告されている。そのようなリスクを軽減するための支援として、グリーフケアの潜在的ニーズは大きいといえる。また、グリーフケアは一般的には死別後に行われる支援であると捉えられるが、遺族にとってはどのような看取りであったかも、死別後の悲嘆にしばしば関係する。すなわち、亡き人本人や家族にとって望ましい看取りであった場合、死別後の悲嘆は少なからず軽減され、逆に不本意な看取りの場合には怒りや自責の念に苦しむことになるかもしれない。より良い看取りのケアは、死別後の

遺族へのケアにもつながっているといえる。

看取りのケアや遺族へのグリーフケアの一方で、ケアに携わる介護職自らのケアも必要である。終末期ケアの臨床において支援者であることに伴う精神的な疲労は、自他ともに見過ごされがちである。看取りの場面では、介護職は支援者であると同時に、利用者の死によって自身も悲嘆を経験する。悲しみをはじめ、無力感、疲労感、自責の念、敗北感といった負の感情を経験することは少なくない。このような負の感情体験はバーンアウトにつながる危険性があり、決して軽視できない問題である。また利用者や家族・遺族の言葉に耳を傾けるうちに、相手の感情に巻き込まれ、気持ちが大きく揺さぶられることがある。特に介護職自らも過去に類似の死別体験がある場合や、さらに自分の気持ちが整理できていない場合には、その傾向が強く現れるかもしれない。介護職自身の精神的疲労への対応として、自己認知、すなわち自分自身を見つめ直し、深く理解することが求められる。自らの過去の喪失体験に向き合うことができていなければ、利用者や家族・遺族に関わる中で、自分自身の問題で苦しめられるかもしれない。そして、利用者を亡くしたことによる自分自身の悲嘆や、ケアに伴う多大なストレスを自覚し、意識的に自分をケアすること、いわゆるセルフケアも大切である。介護職が心身の良い状態を維持することは、自分のためであると同時に、支援を受ける利用者や家族・遺族のためでもある。より質の高い支援を提供するためにも、日頃から自らをケアすることが望まれる。

本研究は、看取りのケアと遺族へのグリーフケアについて、介護職としての取り組みの現状把握にとどまらず、介護職の意識や態度を明らかにすることを目的としている。今回の結果は、介護職の立場でのより良い看取りやグリーフケアを考えるうえでの貴重な資料であり、看取り研修やグリーフケア研修等、今後の介護職向け研修の展開に向けて多くの示唆を与えるものであるといえる。本研究が介護分野における看取りとグリーフケアの発展の礎となることを願っている。

目 次

「今後期待される介護分野での看取りとグリーフケア」 関西学院大学人間福祉学部人間科学 教授 坂口幸弘	1
はじめに 我が国の看取りの歴史と現代社会	7
第1章 我が国の医療・介護体制の変化	13
1. 超高齢社会へ	
2. 医療は慢性期から急性期への対応	
3. 病院から在宅へ	
4. 在宅での看取りへ	
第2章 我が国のグリーフケアの現状と欧米のグリーフケア	21
第3章 アンケート調査の結果	
1. アンケート調査の概要	27
2. 「看取り」アンケート調査の結果と分析	36
3. 「グリーフケア」アンケート調査の結果と分析	58
第4章 インタビュー調査の結果	81
第5章 今後の課題	141
1. 介護職員が安心して利用者の終末期に対応し、さらなる活躍に つなげるための医療との連携促進、研修の充実	
2. 急がれるインフォーマルなサービスの提案	
3. 市民も参加する地域包括ケアシステムの構築	
あとがき	149
【資料】	
1. アンケート設問（介護職向け・介護事業所向け）	155
2. 作業部会メンバー一覧	163

調査研究

はじめに

我が国の看取りの歴史と現代社会

今回、「介護職の看取り及びグリーフケア」の現状調査と今後のあり方についてのひとつの考察をまとめるにあたり、まず、我が国の看取りの歴史を見てみました。

その変遷には、実は、日本人ならではの興味深い慣習や風俗があり、形を変えて現代にも脈々と受け継がれる精神も見られ、参考となる事例も数多く存在します。

遡ること、泰平の世が続いた江戸時代。

18世紀以降、農水産業をはじめ、社会全体の生産力が上がり、また、医療の恩恵にあずかる豊かな層も広がり、前代に比べ寿命の延伸が見られました。江戸時代後期には、21歳以上の平均死亡年齢が、男性61.4歳、女性60.3歳となり、現在の平均寿命である80歳を超えて長生きする人々も稀少とはいえない程度存在したようです。長寿化は、当然人口の高齢化を引き起こし、それまで5%前後で推移していた60歳以上の人口比率も15%を超える地域が全国に広く出現しました。(注1)

この時代は、現在の自助・互助・共助・公助の精神に通じるいくつかの制度も生まれました。

女性の社会進出や活躍を促す現代ですが、江戸時代でも同様に女性の活躍が目立ち始めます。武士に倣い定年制度がなかった江戸城の大奥では、結婚や実家の事情などで奉公をやめなければ、最後まで勤務を続けることができました。老いても人々が働き続けることが出来たのは、“隠居契約”という現代の世代間扶養としての公的年金にあたるしくみや、シルバー人材雇用などの高齢者福祉システムが充実していたことと、五人組等による相互扶助が盛んに行われていたためです。

病や老衰により自力での生活が困難になると、当然この時代でも看病や介護が必要になります。現在のように病院や施設が十分になかった江戸時代では、看病や世話をする場は、基本的に「家」であり、看取りも家族が中心となっていました。養老の教えと具体的な方法は、著名な貝原益軒かいばらえきけんの「養生訓」のような、主に養生書を活用していたようです。

また、江戸時代後期の医家平野重誠ひらのじゅうせいによる医書「病家須知」びょうかすち（“びょうかこころえぐさ”とも読む）、海を越えたイギリスのフローレンス・ナイチンゲールによる「看護覚え書き」は、共に1800年代の書物ですが、当時の家庭で活用され、その内容は、現在の在宅ケアにも大いに活用出来る事柄が多く、看護職だけでなく、訪問介護に携わる介

護職にとっても心強い一助になるのではないかと思います。まさに現代における在宅ケアの姿が江戸時代にも見られたことは大変興味深いことです。

この時代、武士の間では「^{かんびょうことわり}看病断」というシステムがあり、現在の介護休業制度よりも優れた一面も見られ、社会全体で支える文化も醸成されていました。

しかし、江戸時代の看取りの体制には、それぞれの家庭の経済状況によって格差も生じ、富裕層では一部外部化（現在の住み込み家政婦等）が行われ、一般庶民の家族や、単独で家族の介護をする者にとっては家計や暮らしを圧迫する要因でもあり、また、長期にわたる看病や世話は、家族を中心にさまざまな問題も引き起こしました。このことも、現在の介護離職等で生活が困窮したり、負担が集中することと似ています。

江戸時代では、主に家族（配偶者や直系の親族）による看取りが行われていましたが、家族の縁に恵まれず単身で老いを生きる人を支えていたのは、五人組という隣保地縁による相互扶助組織や、農村などの伝統的な共同体においては、「ゆい（結）」などの共同労働組織や、「講」などの互助組織が発展し、生産と生活の全般にわたり相互の助け合いが実現しました。現在の地域コミュニティが人々を支えていたのです。

このように当時の看取り文化には、現在構築中の地域包括ケアシステムに通じるものがあったように思います。

江戸末期から明治にかけ、コレラをはじめとした伝染病が蔓延し多くの死者が出ました。鎖国中の江戸時代でしたが、末期には外国の商船により持ち込まれたようです。その後、明治に入ると、西南、日清戦争など戦地からの帰還兵により持ち込まれた病原菌がもとで全国に伝染病が広がりました。この伝染病の脅威がきっかけとなり、遺体の衛生管理が次第に整備され、現在のエンゼルケアにつながっています。また、公衆衛生、治安維持の観点から火葬が推奨され、墓地行政が行われ葬送の形も変化していきました。「エンゼルケア」「葬儀（葬送）」は今回の調査のテーマのひとつでもあるグリーフケアにもつながります。

明治期の特徴として、一般家庭の看取りに関しては、当初は派出看護婦等（さしずめ現在の訪問看護師）によって担われていましたが、明治30年代以降は、家庭の主婦等が主力となり、家政学書等の指示に沿って家庭看護を行っていました。また、死亡に関しては「病者の死に瀕せる時及び死後の処置等」の記述があり、死にいたるプロセスとその心得が書いてあり（注2）、臨終期及び死後のケアを行うことで、敬意をもって死者を送る、死者に対する日本の伝統的な作法が行われていました。

明治以降の近代化の歩みの中では、農村から都市への不断の人口移動、進学・兵役等の流動人口、工業化に伴う職住の分離、核家族化等々、多くのことが変貌していきました。今日のような、家族の小規模化、単独世帯化が進行し、多くの女性が家庭外就労を

求める時代となり、在宅での看取りはもとより、家庭看護、介護の実践さえも困難となってきました。

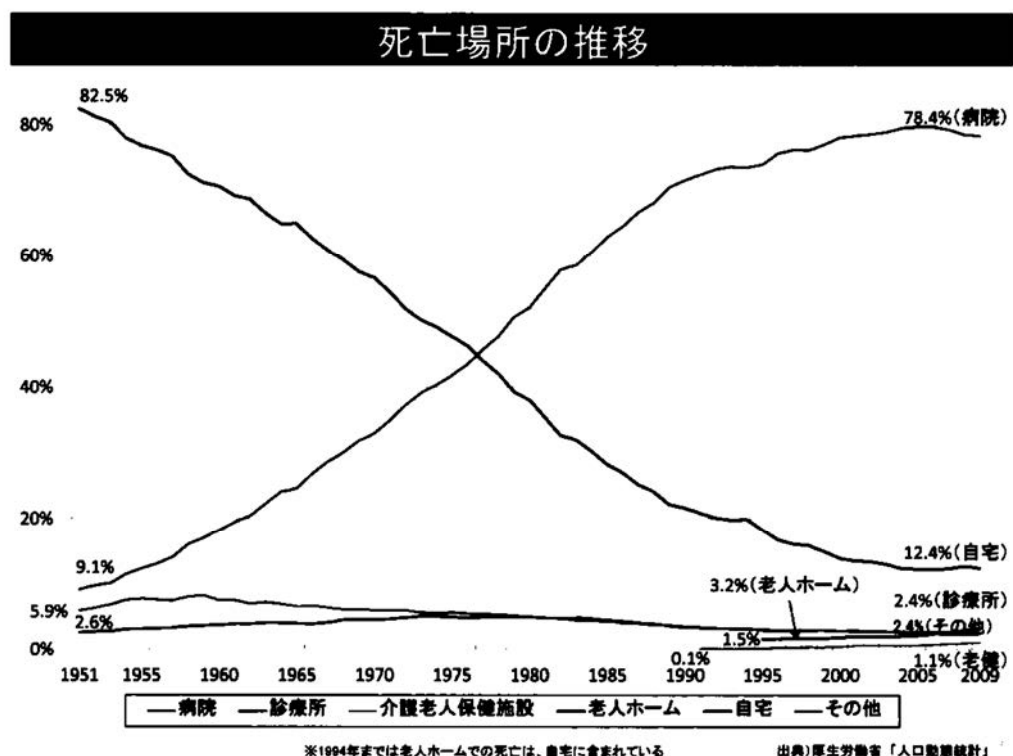
看取りにおいては、1950年代までは8割の人が自宅で最期の時を迎えていましたが、1975年頃には在宅死と病院死の比率がほぼ等しくなり、その後は病院で死亡する人が増加して、現在は約8割の人が病院等の施設で亡くなっています（図1）。

今後、団塊世代の高齢化に伴い、2030年までに死亡者数が約40万人増加すると見込まれる中、終末期から看取りまでを病院から在宅へという動きがあり、今後介護職の役割も増していくと考えられます。今回は介護職を対象に看取りの実態を調査・分析するとともに、今後の課題についても明らかにすることを目的として調査を行いました。

（注1）柳谷慶子『江戸時代の老いと看取り』山川出版社 2011

（注2）新村拓『老いと看取りの社会史』法政大学出版局 1991

（図1）



第1章

我が国の医療・介護体制の変化

第1章 我が国の医療・介護体制の変化

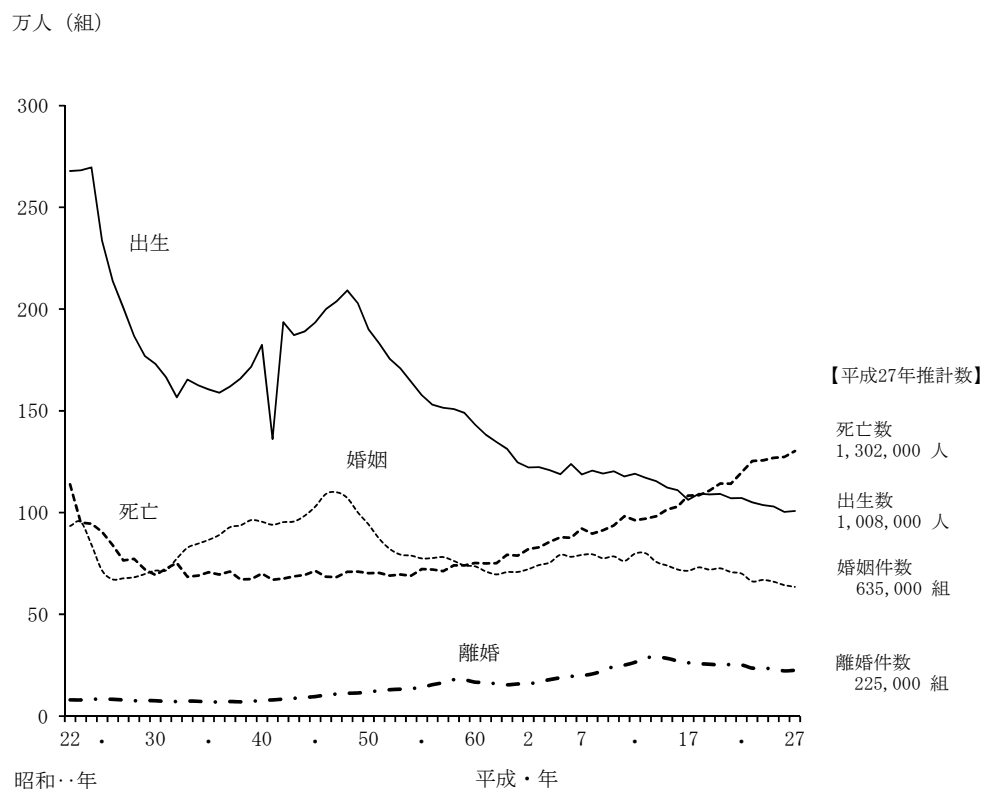
1-1 超高齢社会へ

現在日本は「高齢化社会」から「高齢社会」へ、そして「超高齢社会」へと、急速に変化しています。また、科学技術の進歩、とりわけ医療技術の革新、食糧・栄養摂取状況の改善に加え、生活環境の改善などを背景に今後もさらにその傾向が続くものと考えられています。

高齢者の総人口に占める割合をみると、昭和25年には4.9%でしたが、平成25年に25.0%、26年に25.9%となり約4人に1人が高齢者となっています。さらに75歳以上の後期高齢者人口に注目してみると、昭和25年には1.3%でしたが、平成3年に5%、20年に10%を超え、26年には12.5%と初めて8人に1人が75歳以上となりました。（図2）

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、この割合は今後も上昇を続け、平成47年には65歳以上人口の割合が33.4%、75歳以上人口の割合が20.0%となり、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上になると見込まれています。

平成26年（2014）人口動態統計の年間推計によると、出生数約100万人に対し、死亡数は約130万人、まさに「少子高齢多死社会」となっています。



（図2）厚生労働省平成27年度人口動態統計

1－2 医療は慢性期から急性期への対応

高齢社会の課題として「高齢化と医療費との関係」が問題となってきます。

平成25年度の国民医療費は40兆円を超えています。年齢別に見ると、65歳以上は23兆1,112億円と、全体の半分以上を占めています。(表1)

表5 年齢階級別国民医療費

年 齢 階 級	平成25年度			平成24年度			対 前 年 度	
	推 計 額	構成割合	人口一人当たり	推 計 額	構成割合	人口一人当たり	人口一人当たり医療費	
	(億円)	(%)	医 療 費 (千円)	(億円)	(%)	医 療 費 (千円)	増減額 (千円)	増減率 (%)
国 民 医 療 費								
総 数	400 610	100.0	314.7	392 117	100.0	307.5	7.2	2.3
65 歳 未 満	169 498	42.3	177.7	171 257	43.7	177.1	0.6	0.3
0 ～ 14 歳	24 510	6.1	149.5	24 805	6.3	149.9	△ 0.4	△ 0.3
15 ～ 44 歳	52 004	13.0	114.4	52 068	13.3	113.0	1.4	1.2
45 ～ 64 歳	92 983	23.2	277.2	94 384	24.1	276.9	0.3	0.1
65 歳 以 上	231 112	57.7	724.5	220 860	56.3	717.2	7.3	1.0
70歳以上(再掲)	189 253	47.2	815.8	181 747	46.4	804.6	11.2	1.4
75歳以上(再掲)	140 949	35.2	903.3	135 540	34.6	892.1	11.2	1.3
医 科 診 療 医 療 費 (再掲)								
総 数	287 447	100.0	225.8	283 198	100.0	222.1	3.7	1.7
65 歳 未 満	116 439	40.5	122.1	118 425	41.8	122.4	△ 0.3	△ 0.2
0 ～ 14 歳	17 199	6.0	104.9	17 471	6.2	105.6	△ 0.7	△ 0.7
15 ～ 44 歳	34 248	11.9	75.3	34 441	12.2	74.7	0.6	0.8
45 ～ 64 歳	64 992	22.6	193.8	66 513	23.5	195.1	△ 1.3	△ 0.7
65 歳 以 上	171 008	59.5	536.1	164 773	58.2	535.1	1.0	0.2
70歳以上(再掲)	140 815	49.0	607.0	136 376	48.2	603.7	3.3	0.5
75歳以上(再掲)	105 981	36.9	679.2	102 810	36.3	676.7	2.5	0.4
歯 科 診 療 医 療 費 (再掲)								
総 数	27 368	100.0	21.5	27 132	100.0	21.3	0.2	0.9
65 歳 未 満	17 051	62.3	17.9	17 328	63.9	17.9	0.0	0.0
0 ～ 14 歳	2 178	8.0	13.3	2 172	8.0	13.1	0.2	1.5
15 ～ 44 歳	6 932	25.3	15.2	7 009	25.8	15.2	0.0	0.0
45 ～ 64 歳	7 940	29.0	23.7	8 148	30.0	23.9	△ 0.2	△ 0.8
65 歳 以 上	10 317	37.7	32.3	9 803	36.1	31.8	0.5	1.6
70歳以上(再掲)	7 621	27.8	32.9	7 244	26.7	32.1	0.8	2.5
75歳以上(再掲)	4 768	17.4	30.6	4 530	16.7	29.8	0.8	2.7
薬 局 調 剤 医 療 費 (再掲)								
総 数	71 118	100.0	55.9	67 105	100.0	52.6	3.3	6.3
65 歳 未 満	30 530	42.9	32.0	29 840	44.5	30.9	1.1	3.6
0 ～ 14 歳	4 575	6.4	27.9	4 572	6.8	27.6	0.3	1.1
15 ～ 44 歳	9 210	13.0	20.3	8 975	13.4	19.5	0.8	4.1
45 ～ 64 歳	16 745	23.5	49.9	16 292	24.3	47.8	2.1	4.4
65 歳 以 上	40 588	57.1	127.2	37 265	55.5	121.0	6.2	5.1
70歳以上(再掲)	33 073	46.5	142.6	30 482	45.4	134.9	7.7	5.7
75歳以上(再掲)	24 104	33.9	154.5	22 198	33.1	146.1	8.4	5.7

(表1) 厚生労働省平成25年度国民医療費の概況 表5 年齢階級別国民医療費)

高齢者の死因となった病気を死亡率（高齢者人口１０万人あたりの死亡者数）で見ると、「悪性新生物（がん）」が最も高く、「心疾患」「肺炎」と続きます。これら３つの病気で、高齢者の死因の半分以上を占めています。（表２）

しかし実際には、さまざまな慢性疾患を患っている高齢者がほとんどです。

現在の日本の医療保険制度の特徴は、「国民皆保険」と「フリーアクセス」です。WHO（世界保健機関）では、日本の医療制度は世界で最も優れていると判定しています。一方で、日本の高齢化が急速に進展する中、国民が自分の判断で自由に医療機関を選択できるため、高齢者の受診の増大が医療費の増加に影響している事は否めません。

実際に、各医療機関の病棟には、さまざまな病期の患者が入院していることから、地域の医療機関が役割分担を明確にし、連携する動きがあります。

死 因 順 位 別 死 亡 数 の 年 次 推 移

死因 順位	平成 15 年 (2003)		20 年 (2008)		25 年 (2013)		26 年 (2014)		27 年 (2015)	
	死因	死亡数	死因	死亡数	死因	死亡数	死因	死亡数	死因	死亡数
第 1 位	悪性新 生物	309	悪性新 生物	342	悪性新 生物	364	悪性新 生物	368	悪性新 生物	370
		543		963		872		103		000
		159		181		196		196		199
第 2 位	心疾患	545	心疾患	928	心疾患	723	心疾患	926	心疾患	000
		132		127		122		119		123
第 3 位	脳血管 疾患	067	脳血管 疾患	023	肺炎	969	肺炎	650	肺炎	000
		94		115		118		114		113
第 4 位	肺炎	942	肺炎	317	脳血管 疾患	347	脳血管 疾患	207	脳血管 疾患	000

注：

平成 26 年までは確定数、平成 27 年は推計数である。

（表 2）厚生労働省平成 27 年度死因順位別死亡数の年次推移

■各医療機関の機能と機能を以下に記します。

①高度急性期機能

- ・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能。

②急性期機能

- ・急性期の患者に対し、状況の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。

③回復期機能

- ・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。
- ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション）

④慢性期機能

- ・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。
- ・長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能。

上記は、地域包括ケアシステム構築へ向けた取組みではありますが、同時に回復期や慢性期、終末期への対応、医療費負担の軽減につながるとされる「家庭医」「かかりつけ医」のようなシステムの構築も行う必要があります。

1－3 病院から在宅へ

前述の急性期から慢性期の動きと連動して、政府は、健康保険料の自己負担の増額、老人病院・保健施設における定額支払い方法の導入、入院日数の制限、病床数の抑制等、国民の自助努力を求めると共に、地域における相互扶助を促す政策を打ち出しています。マスメディアによると、病床数の抑制については、2025年時点の病院ベッド（病床）数を、現在よりも16万～20万床減らし、手厚い医療を必要としない30万～34万人を介護施設や自宅での治療に切り替えることを目標にしており、病床の機能別では、重患者を集中治療する高度急性期の病床は13万床減、通常の救急医療を担う急性期の病床も40万床と、それぞれ3割ほど減少します。症状が比較的軽く集中的治療の必要ない患者は、自宅や施設等で療養してもらう仕組みです。リハビリ等を施す回復期の病床は、現在より3倍増加の38万床になるとされています。

しかし、一方では病床数の減少や、在宅医療に向けての動きにはさまざまな問題も生じさせます。受け皿となる施設は現在でも不足しており、在宅医や訪問看護ステーション等も十分とは言えません。また、介護職の人材不足は大きな問題となっているのが現状です。

1-4 在宅での看取りへ 求められる地域社会の再構築

わが国で少子高齢化が進むということは、(対外戦争などの外的要因を除いて)歴史上初めて人口減少社会が到来するということでもあります。ここで重要なのは、減少するのは若年人口、とくに労働力人口であり、高齢者人口は当面は減少するどころか増え続けていくことです。「支える人たち」が減少し、「支えられる人たち」が増加するので、このことは「支えられる人たち」を主な対象とする社会保障、とりわけ医療・介護に影響を与えずにはおきません。ところで人口が減少し財政破綻に直面する中で地域医療の再生に取り組んだ自治体があります。北海道の夕張市です。

夕張市立診療所の指定管理者として地域医療の再生に尽力した村上智彦氏は「医療にたかるな」(新潮新書 2013 年)のなかで「人口が減少し、経済成長も見込めない中、病院を増やすことは考えられませんから、今後は病院死は贅沢なことにならざるをえないのです」とし「病院で延命措置を施されて『非業の死』を遂げるより、むしろ住み慣れた部屋で静かに死んでいく方がいいという考え方があっていいのではないのでしょうか。私は在宅での看取りを何回も経験してきましたが、高齢者の方ばかりということもあり、いずれの方も安らかに息を引き取られています」と語っています。急性期病院中心の「戦う医療」から在宅中心の「ささえる医療」への転換も村上氏は主張しています。

同じように北海道家庭医療学センターを設立した葛西龍樹福島県立医大教授は「医療大転換」(ちくま新書 2013 年)で「治療には大きく分けて二つの質がある。患者の持つ疾患に焦点を当てた『疾患特異的なケアの質』と、患者個人の健康、価値観、生活環境、経済性、そして家族や地域まで及ぶ『全人的かつ社会的なケア』の質である」としてプライマリ・ケアを担う家庭医は「全人的かつ社会的なケアの質」においては専門医より優れているというデータを紹介しています。また鹿児島市で在宅医療を実践する中野一司氏は「在宅医療が日本を変える」(医療法人ナカノ会 2012 年)で「医療全体をキュア偏在から、キュア・ケアバランスの良い医療・介護システムへ、すなわち慢性期医療の哲学を、キュア志向の在宅医療の哲学にパラダイムチェンジすることで患者も楽になれば、家族(介護者)も楽になる。そして、結果的に国もお金がかからない」と述べています。

今回のインタビュー調査に協力してくれた医師、看護師、介護士、介護事業者の考え方と大筋において一致する内容でした。これから来るであろう「多死化社会」に向けてそれぞれの地域における地域包括ケアシステムの構築とそれを支える多職種の連携、そして何よりもそれらを幅広くサポートする地域社会の創造、再構築が求められている所以だと思います。

第2章

我が国のグリーフケアの現状と
欧米のグリーフケア

第2章 我が国のグリーフケアの現状と欧米のグリーフケア

調査研究のタイトルにもなっている「グリーフケア」については、社会的認知度はまだまだ低く、言葉としても耳慣れないことと思います。この度のアンケート結果でも、グリーフケアを知っているという回答は決して多くありません。その一方で、近年では死別への関心も高まり、書籍や新聞、雑誌、テレビ番組でも死別に関する話題が取り上げられる機会も増えてきました。また、東日本大震災を契機に死別した人への支援にも関心を寄せる人が増えてきました。

グリーフケアの定義は必ずしも定まってはいませんが、死別後の心理プロセスを促進し、故人のいない生活や人生への適応を支援することを指します。多死社会となった今、親しい人と死に別れるという経験は特殊な出来事ではなく、誰もが経験することになります。

死別は遺族だけが経験するものではなく、故人と関係のある近しい友人、知人、また終末期に携わる医療、介護に従事している人にも同じことが言えます。医療、介護従事者は、当事者でありながら、一方では、関係した遺族等への支援も期待されています。

しかし、死別は極めて個人的な体験で、大切な人の死を前にしたときの感情や気持ち、向き合い方等は人によって異なります。また、グリーフケアに決まった形や期間、ましてや特効薬などありません。今回の調査研究にご協力いただきました、悲嘆学が専門の坂口教授（関西学院人間福祉学部人間科学）は、「思いや気持ちに寄り添えるかが重要」と著書で述べています。アンケートの「グリーフケアを行うことに対してどのような思いがありますか？」の設問に対して、「何をすればよいかわからない」「遺族の助けになれるのだろうか」と答えた人は全体の半数以上でした。グリーフケアの普及が進んでおらず、介護職がグリーフケアの情報を得ることは難しいかもしれません。しかし、坂口教授が言うグリーフケアには「思いや気持ちに寄り添えるかが重要」ということを考えると、利用者の終末期に関わる介護職だからこそ、それができるのではないのでしょうか。そのためには体系的に学べる機会が必要と考えます。

日本のグリーフケアの歴史は浅く、認知度は決して高くありませんが、悲嘆（グリーフ）研究の歴史は17世紀から行われてきました。グリーフケアは基督教の教義、実践活動と歴史的に深く結びついています。ホスピス、緩和ケアの普及が早いイギリス、アメリカのグリーフケアの特徴を以下まとめました。

【イギリスのグリーフケア】

運営及びアクセスポイント	・巨大遺族ケア団体のボランティア活動が中核 ・クルーズ（団体）の総裁はエリザベス女王 ・家庭医 ・社会福祉関連
イギリスの医療保険制度	・国民皆保険
イギリスのグリーフケアの経費	・医療保険は国費から支出される税金が財源 ・民間団体・寄付・ボランティア活動での対応
遺族へのサービス	・無償で情報提供、アドバイス、必要があればカウンセリングを行う ・死別遺族を支援する人に対して情報提供、トレーニング ・死別者により関心をよせるようにキャンペーンを行う ・訓練されたボランティアを遺族に紹介する

【アメリカのグリーフケア】

運営及びアクセスポイント	・医療機関が主導
アメリカの医療制度 公的医療保険（退職者向け） 公的医療保険（低所得者向け） 無保険者多数	・民間営利企業の提供する保険商品を購入（すべて契約上主義） ・メディケア ・メディケイド
アメリカのグリーフケアの経費	・遺族のケアは医療保険会社が負担 ・地域社会は総額の5%を負担 ・グリーフの長期化には専門のクリニックが対応 ・グリーフケア対策に、遺族の自死対策が含まれている
遺族へのサービス	・終末期から支援 ・死亡から一年後まで定期的にサービスプログラムがスタート 例えば、死亡後7日以内にグリーフケアのオファー・記念樹プランター・お悔み状等 ・多職種からなるチームで支援

日本におけるグリーフケアの歴史は浅いのですが、日本には古くから「故人との絆を保ち続ける」という柔軟な悲嘆の対処法があります。葬送の儀式、お盆や彼岸、定期的に行う法要などは、まさに故人との絆の保持につながります。仏壇に手を合わせ、語りかけることは、グリーフワークの最たるものだと思います。最近、アメリカの心理学者達は、このような日本古来の慣習がグリーフケアに果たす効果に注目をしています。

また、2008年に公開された“おくりびと”の映画の中で、納棺士の仕事がクローズアップされましたが、死後処置については、明治期に蔓延した伝染病遺体の処置が始まりといわれています。その後一般の遺体の処置が行われましたが、お清めではなく、消毒としての役割が大きかったようです。戦後の日本では、病院等施設での死が急増し、死後処置を担ってきたのは主に看護師です。1970年頃からは、葬祭業者による湯灌から納棺までが行われるようになり、「死化粧」については、戦後徐々に全国に広がりを見せていき、2000年前後から、遺族に対するグリーフケアの一環として「エンゼルケア」という呼称が定着、普及し現在に至ります。また、アメリカでは150年ほどの歴史がある「エンバーミング」（注1）という遺体の処置があります。日本で初めてエンバーミングが行われたのは1988年ですが、その後、厚生省の認可があり、2003年からは国内でエンバーマーの育成がスタートしました。エンバーミングの普及は、単に遺体の修復に留まらず、「遺体のケア」を施し生前の元気な頃の姿に近づけることにより、死の受容につながり、更にはグリーフケアへとつながります。

（注1）エンバーミング：遺体に対し、防腐性薬品もしくは消毒液を注入または外部塗布して、遺体の消毒あるいは保存を行い、あるいは病気等により容貌の変容した、もしくは事故等により破損・切断された遺体の復元のための皮膚・形成処置をすること（公益社葬祭研究所 2005）

グリーフケア関連の用語について、以下まとめました。

グリーフ（Grief）とは	・「喪失」に対する反応 ・死別のみを指すものではない。 ・喪失には、死別（自死、病死、事故死、突然死）、離別（子供のころの親の離婚、自分自身の離婚、事情があつての家族との別れ）、アルツハイマー病のような脳機能の低下による喪失、病気や事故による機能喪失（麻痺、切断など）、社会的地位や役割、場所の喪失、いずれも何かしらの出来事によって自分の中に生じた喪失感を指す。
グリーフワーク（Grief Work）	・残されたひとの悲嘆の消化作業とその過程をいう。

グリーフケア（Grief Care）	・死別後の心理プロセスを促進し、故人のいない生活や人生への適応を支援することを指す。
グリーフケアの形	・グリーフケア・カウンセリング →欧米では一般的な形：主に聴く力でケアする ・セルフケアグループ →主に「分かち合いの会」など共通体験がある。 ・サポートグループ →条件として、医療機関・福祉施設・葬儀社などがバックアップしている。 ・グリーフケア・ワークショップ →コーディネーター・ファシリテーターを中心にプログラムに沿って行う。 ・セルフヘルプグループ →求めに見合った受け皿が社会にないときに発展する自助グループ。 ・ドロップ・イン・センター（フラッと立ち寄れる場所） →ドロップインセンター（Drop-in Center）とは、「立ち寄り所」 欧米では「ユースセンター」「コミュニティセンター」とも呼ばれ広く市民権を得ている（主に）行政サービス。

第3章

アンケート調査の結果

第3章 アンケート調査の結果

1. アンケート調査の概要（期間 2015 年 7 月～9 月）

介護職員 584 人にアンケートを実施し、100%の回答を得た（一部欠損値含む）。

このアンケートは、一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会に協力を得て、同協会が主催する研修参加者に、調査研究の趣旨を説明した上で実施した。アンケート用紙の設問に沿って回答していただくようにした。

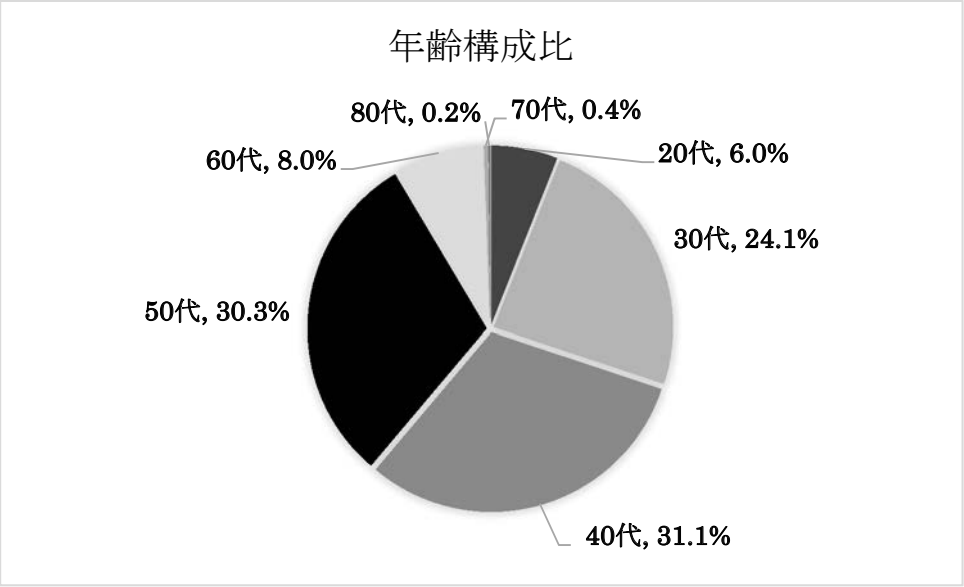
また、介護事業所 114 社にアンケートを実施し、100%の回答を得た（一部欠損値含む）。

このアンケートは、一般社団法人全国介護事業者協議会に協力を得て、訪問介護を実施している介護事業所に、調査研究の趣旨をまとめた依頼書とアンケート用紙、返信用封筒を送付して協力を依頼した。アンケートには、事業所のサービス提供責任者等に回答していただいた。

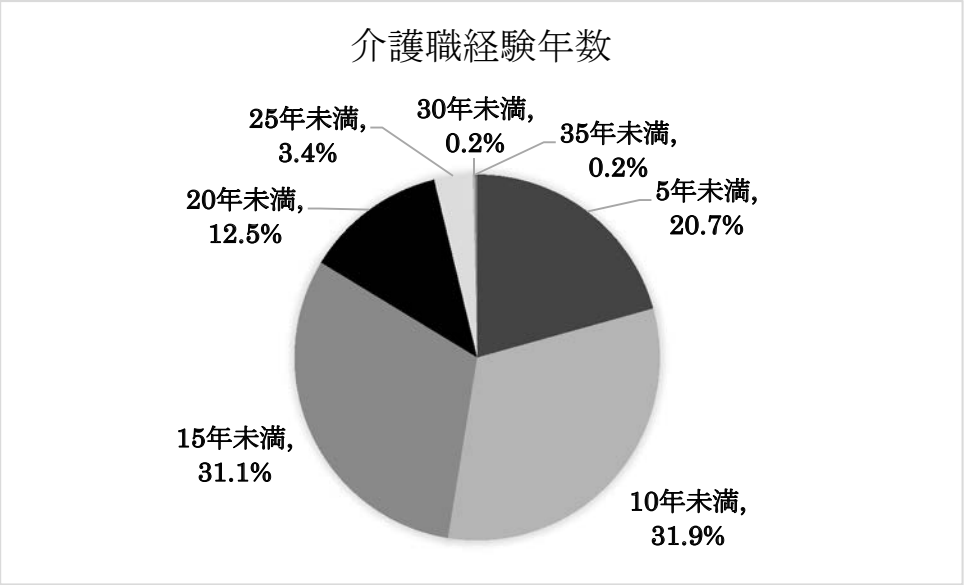
1-1 介護職員向けアンケート

（1）介護職員向けアンケート回答者の性別と年代

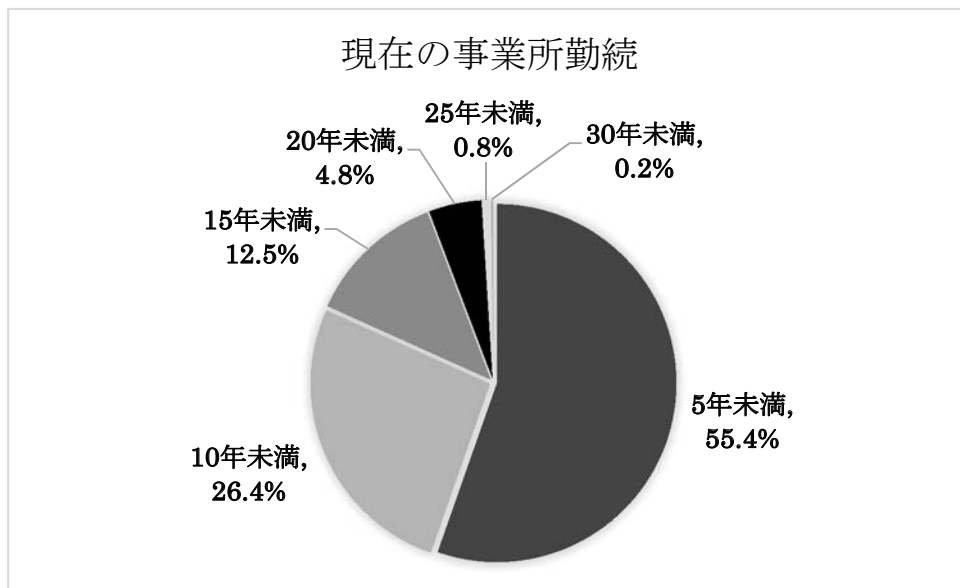




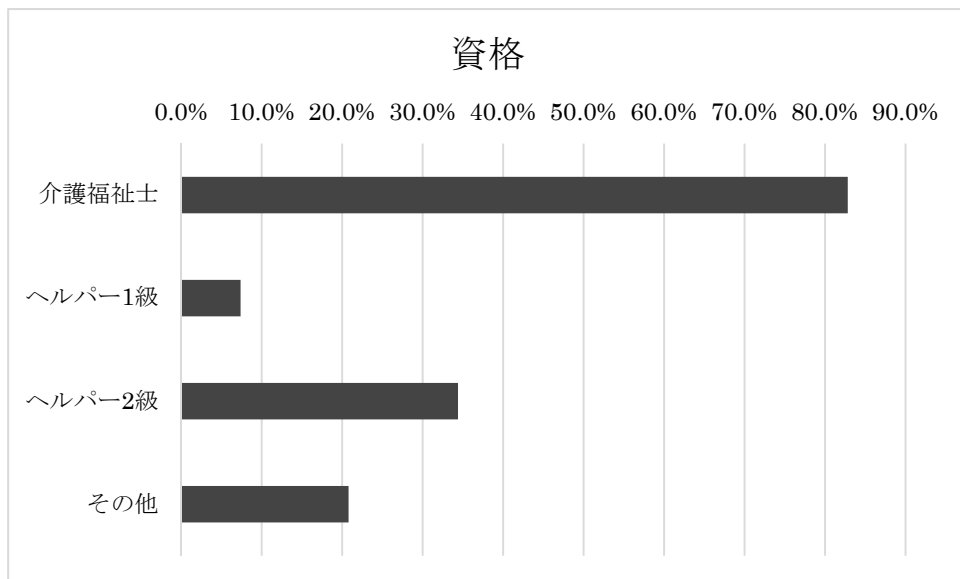
(2) 介護職経験年数



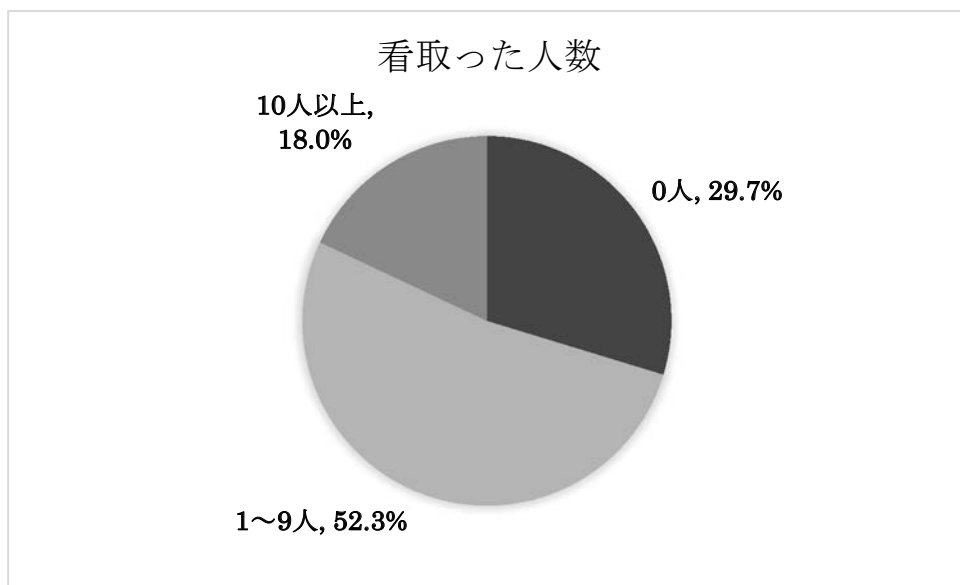
(3) 現在の事業所勤務続



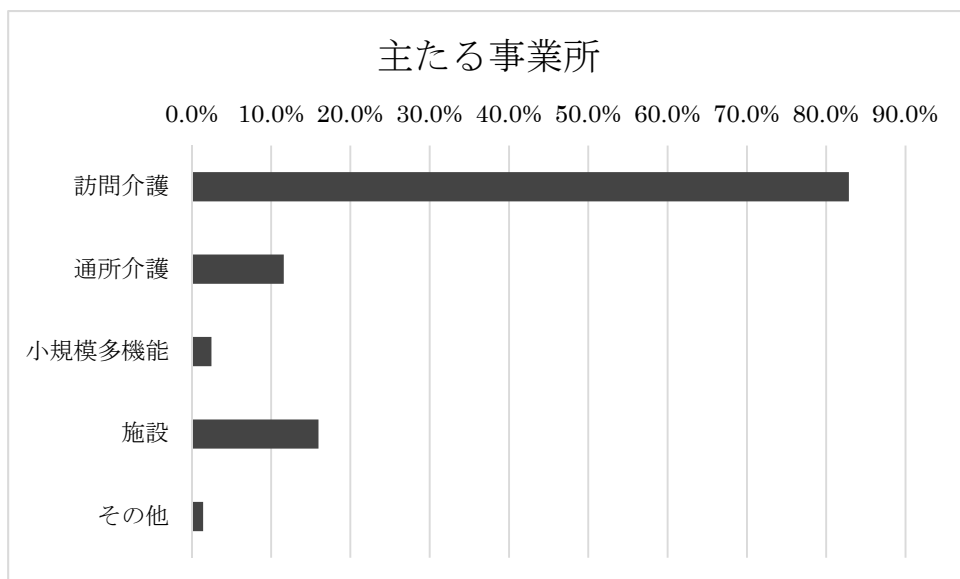
(4) 介護職員の資格 (複数回答)



(5) 介護職員が看取った利用者の人数

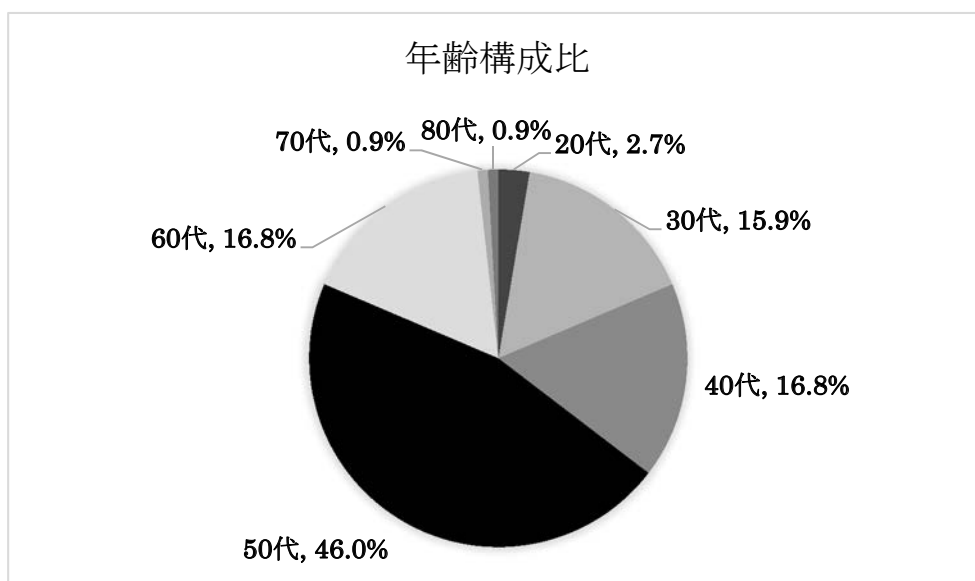
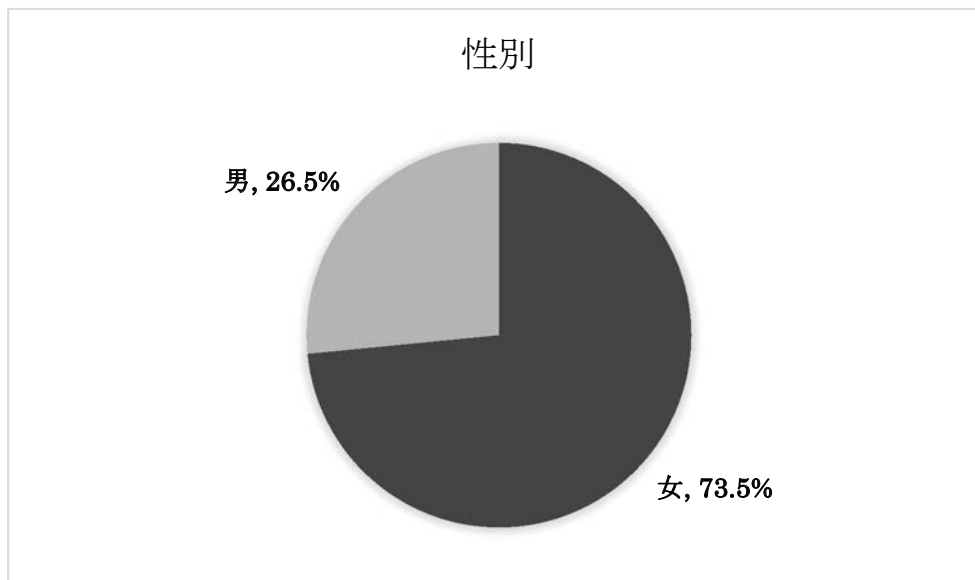


(6) 介護職員が勤務する事業所の主たる事業 (複数回答)

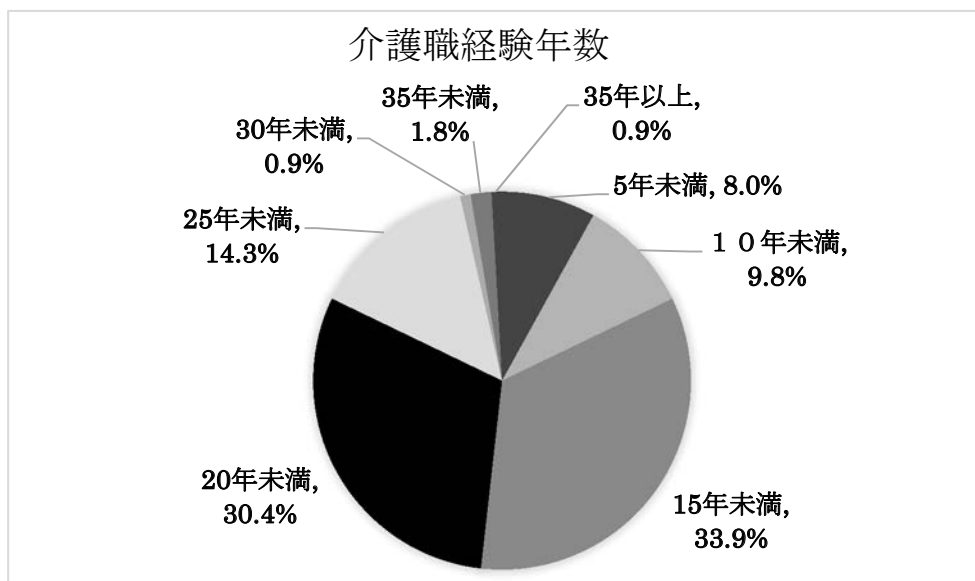


1－2 介護事業所向けアンケート

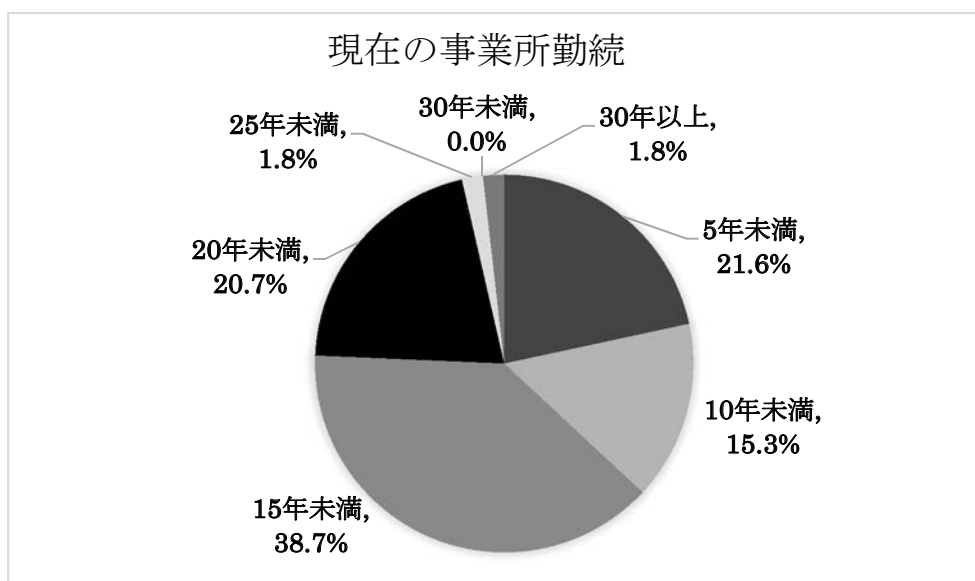
(1) アンケート回答者の性別と年代



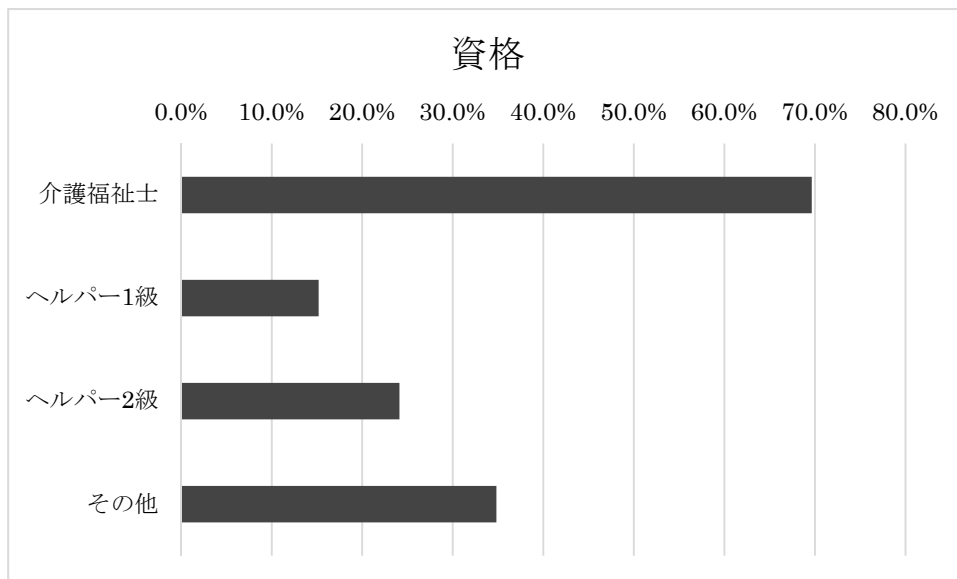
(2) アンケート回答者の介護経験



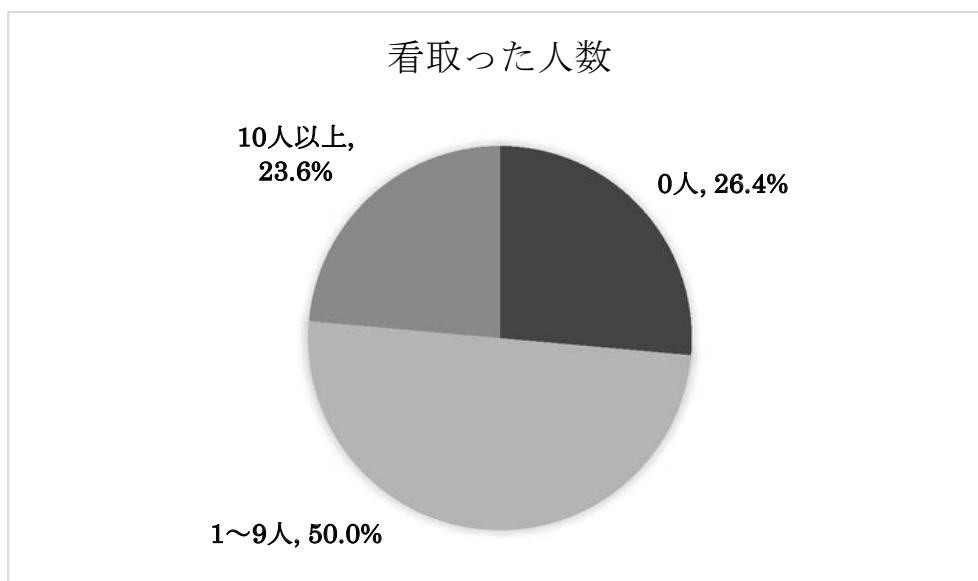
(3) アンケート回答者の現在の事業所勤務続



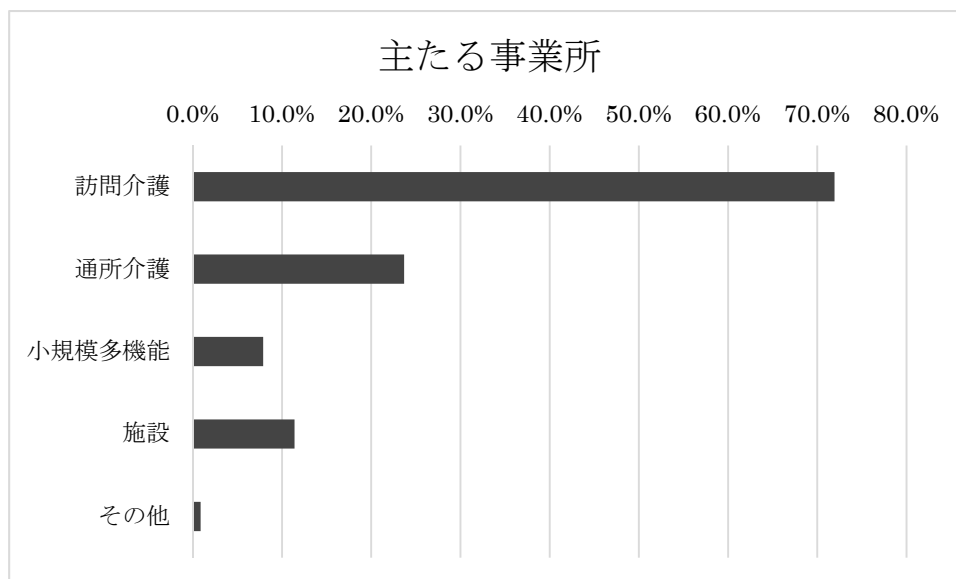
(4) アンケート回答者の資格 (複数回答)



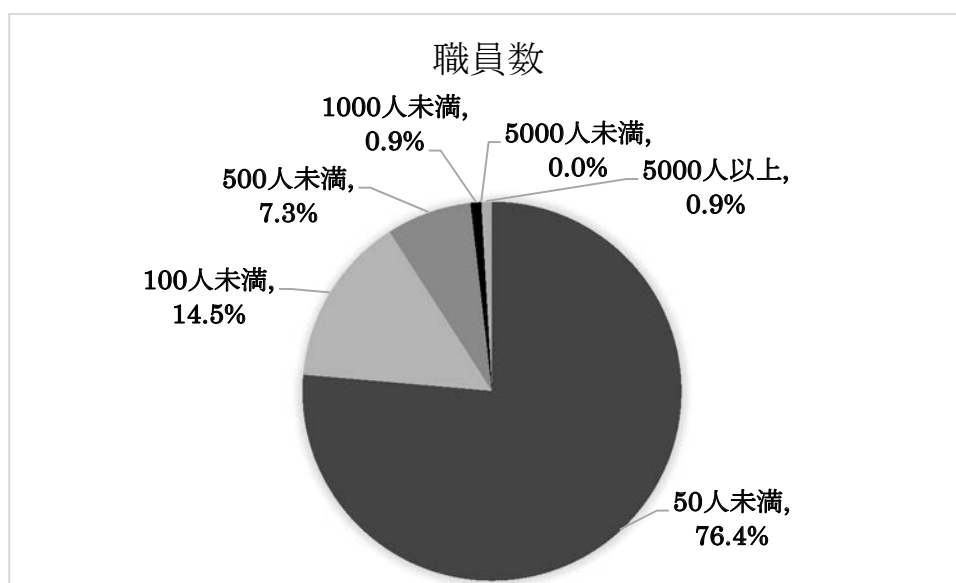
(5) アンケート回答者が看取った利用者の人数



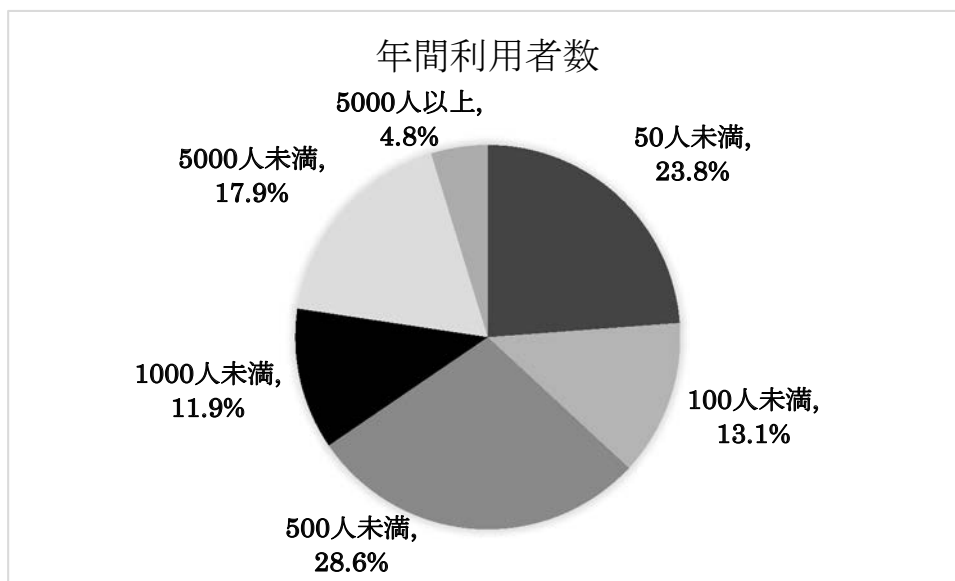
(6) 事業所の主たる事業 (複数回答)



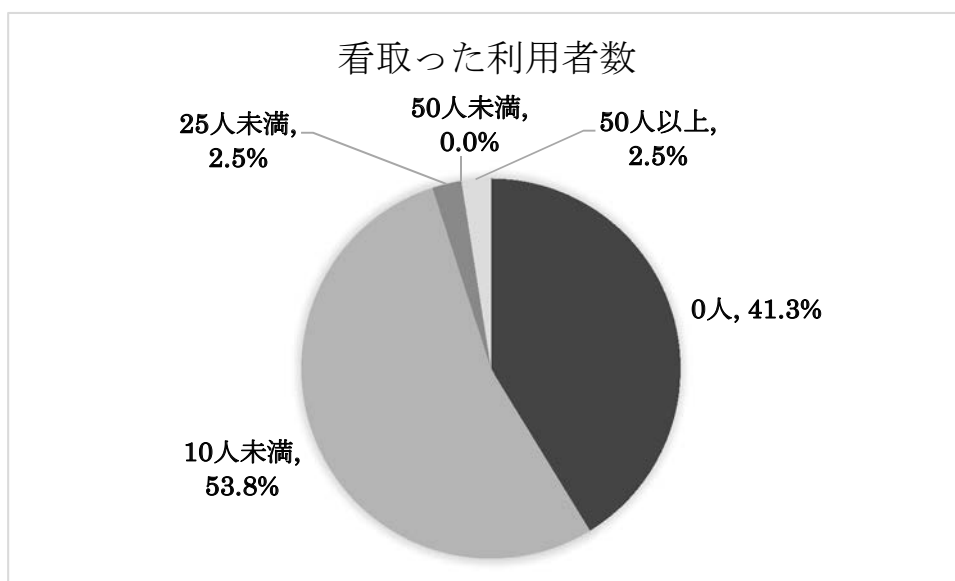
(7) 事業所の職員数



(8) 事業所の年間利用者数



(9) 事業所で看取った利用者数



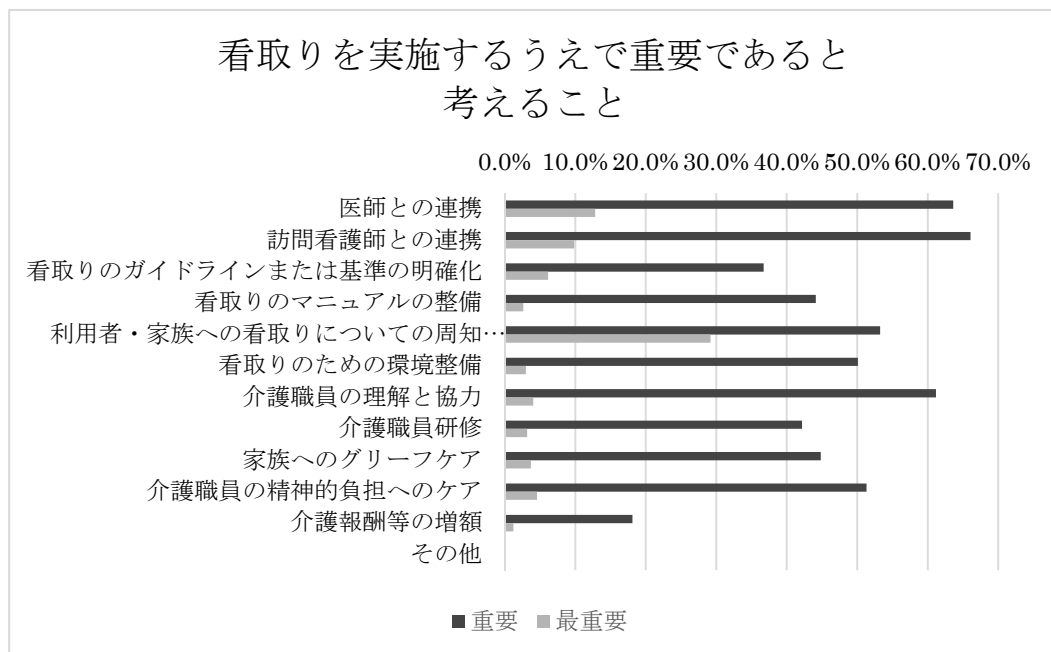
2. 「看取り」アンケート調査の結果と分析

■本アンケートにおける「看取り」の定義

終末期にある利用者に対し、利用者本人の意思と権利を尊重し、利用者本人の尊厳を保つと共に、安らかな死を迎えるための終末期に相応しい医療、看護、介護、リハビリテーション等を行う。これらの一連の過程を「看取り」とする。

2-1 介護職員向けアンケート調査「看取り」の結果と分析

（設問1-1）介護職員が「介護事業所が」看取りを実施する上で重要と考えることについて（複数回答）

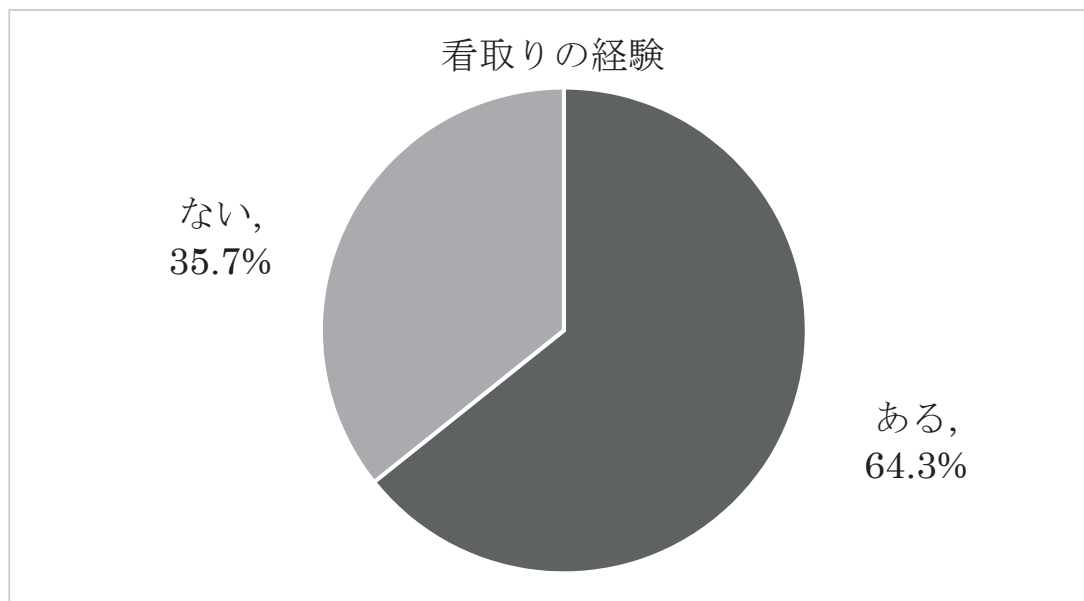


看取りをするうえで重要であると考えたもので、訪問看護師との連携が一番多く（66.1%）、次いで医師との連携（63.6%）、介護職員の理解と協力（61.2%）、利用者・家族への看取りについての周知と意思確認（53.3%）、介護職員の精神的負担へのケア（51.3%）、看取りのための環境整備（50.1%）と続き、家族へのグリーフケア（44.8%）、看取りのマニュアルの整備（44.1%）、介護職員研修（42.2%）、看取りのガイドラインまたは基準の明確化（36.7%）、介護報酬等の増額（18.1%）という結果になった。

最も重要なことには、利用者・家族への看取りについての周知と意思確認（29.3%）

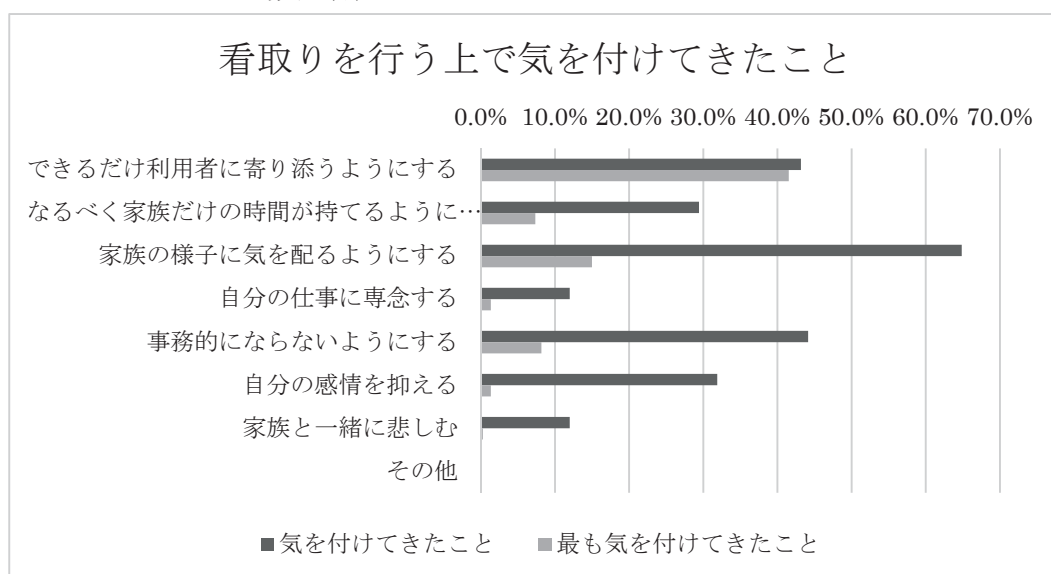
2 %)が一番多かった。最終的な看取りの場面では、医療との連携が必要ではあるが、最も重要なことに利用者・家族への看取りについての周知と意思確認が選択されたということは、終末期のプロセスの中で、利用者、家族の気持ちの揺らぎがあることに気づく。

(設問 1 - 2) 介護職としての看取りの経験



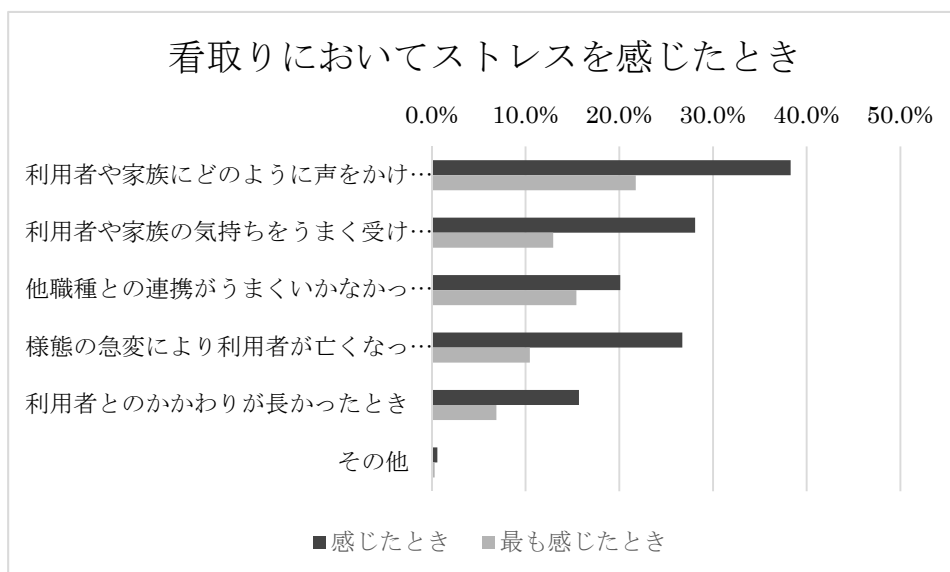
看取りの経験が有る (64.3%)、無い (35.7%) となった。

(設問 1－A－1) 看取りの経験者・看取りを行ううえで気をつけてきたこと (複数回答)



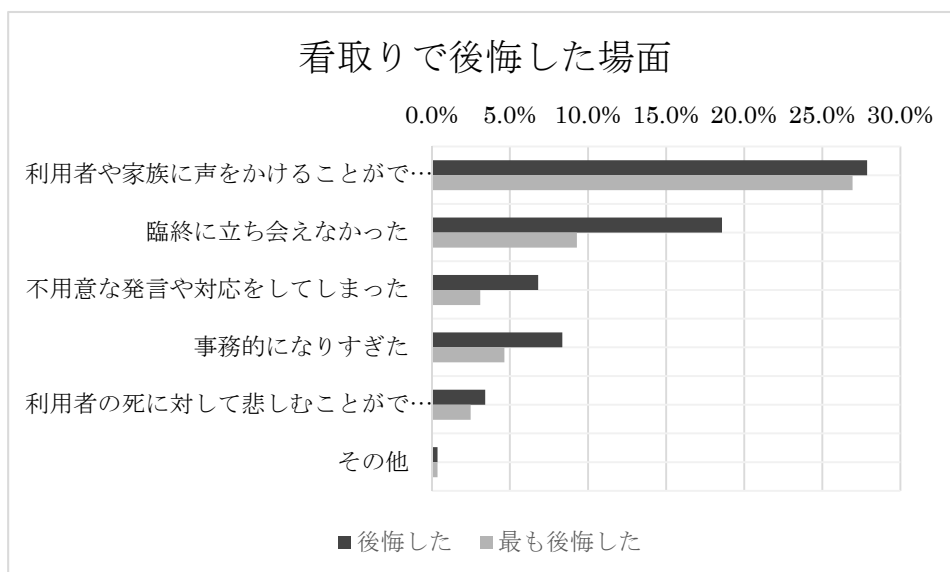
看取り経験者 367 名を対象に、看取りを行うときに気をつけていることをについて尋ねたところ、家族の様子に気を配るに答えた人が (64.9%) だった。次いで、事務的にならないようにする (44.1%)、できるだけ利用者に寄り添うようにした (43.2%)、自分の感情を抑える (31.9%)、なるべく家族だけの時間が持てるようにする (29.4%) となった。少数ではあるが、自分の仕事に専念する (12.0%)、家族と一緒に悲しむ (12.0%) の結果となった。最も気をつけたことを尋ねたところ、できるだけ利用者に寄り添うようにした (41.5%) で、全体的に割合が高かった。

(設問 1－A－2) 看取りの経験・看取りにおいてストレスを感じた時 (複数回答)



利用者や家族にどのように声をかければよいかわからなかったとき (38.3%)、利用者や家族の気持ちをうまく受け止められなかったとき (28.1%)、容体の急変により利用者がなくなったとき (26.7%)、他職種との連携がうまくいかなかったとき (20.1%)、利用者とのかかわりが長かったとき (15.7%) となった。この設問ではストレスについて聞いているが、コミュニケーション能力に関する問題点もあると思われる。

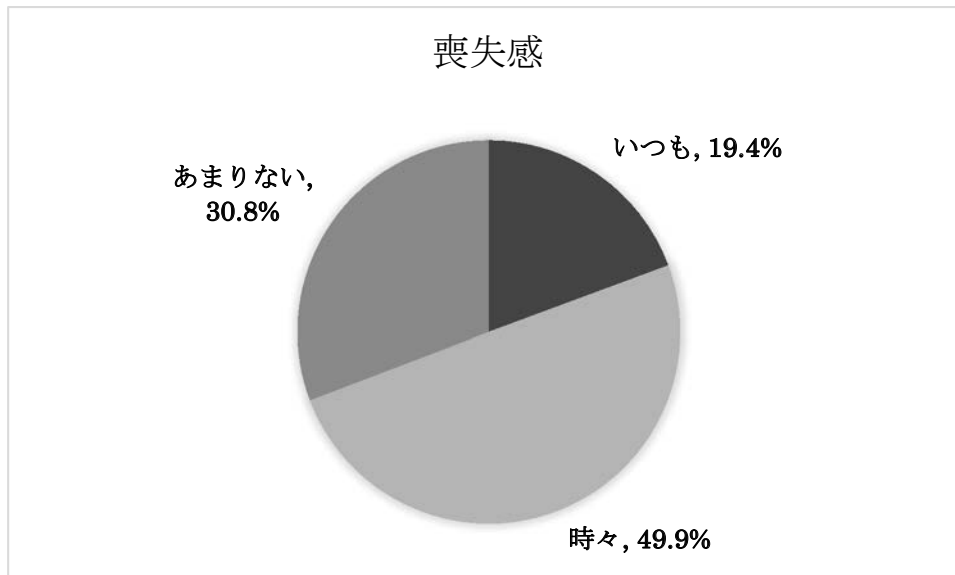
(設問 1－A－3) 看取りで後悔した場面 (複数回答)



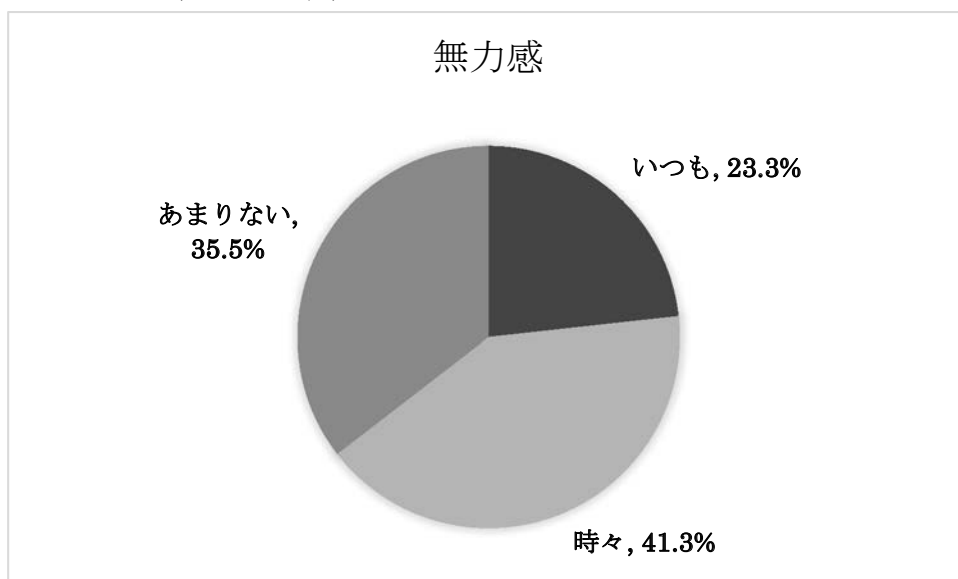
利用者や家族に声をかけることができなかった（27.9%）、また、最も後悔した場面も同じく利用者や家族に声をかけることができなかったが（26.9%）と最も高かった。次いで、臨終に立ち会えなかった（18.6%）、事務的になりすぎた（8.4%）、不用意な発言や対応をしてしまった（6.8%）、利用者の死に対して悲しむことができなかった（3.4%）と、後悔した場面の値は比較的低かった。

（設問1－A－4）看取りによる気持ちや体調の変化の経験

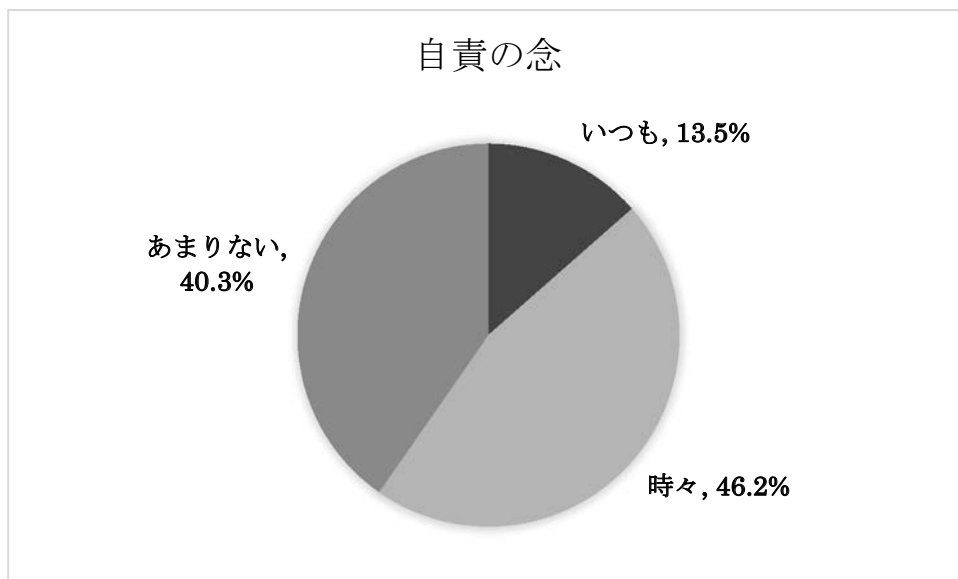
1）喪失感について、いつも経験する（19.4%）、時々経験する（49.9%）、あまりない（30.8%）



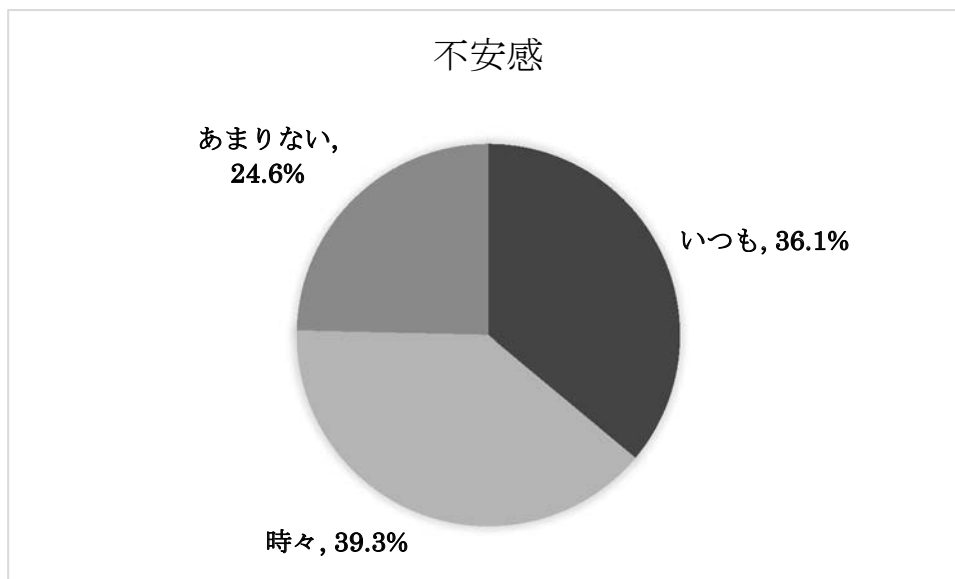
2) 無力感について、いつも経験する (23.3%)、時々経験する (41.3%)、あまりない (35.5%)



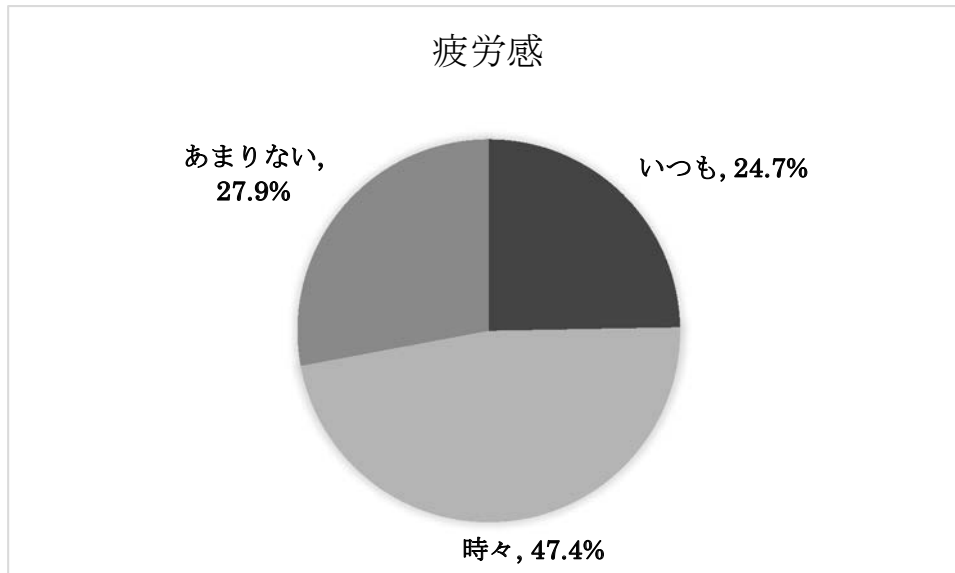
3) 自責の念について、いつも経験する (13.5%)、時々経験する (46.2%)、あまりない (40.3%)



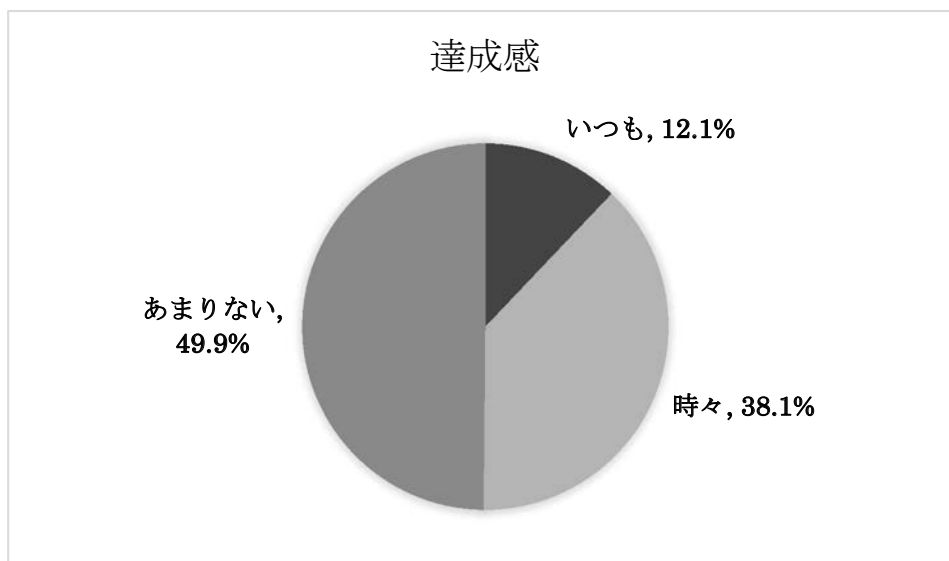
4) 不安感について、いつも経験する (36.1%)、時々経験する (39.3%)、あまりない (24.6%)



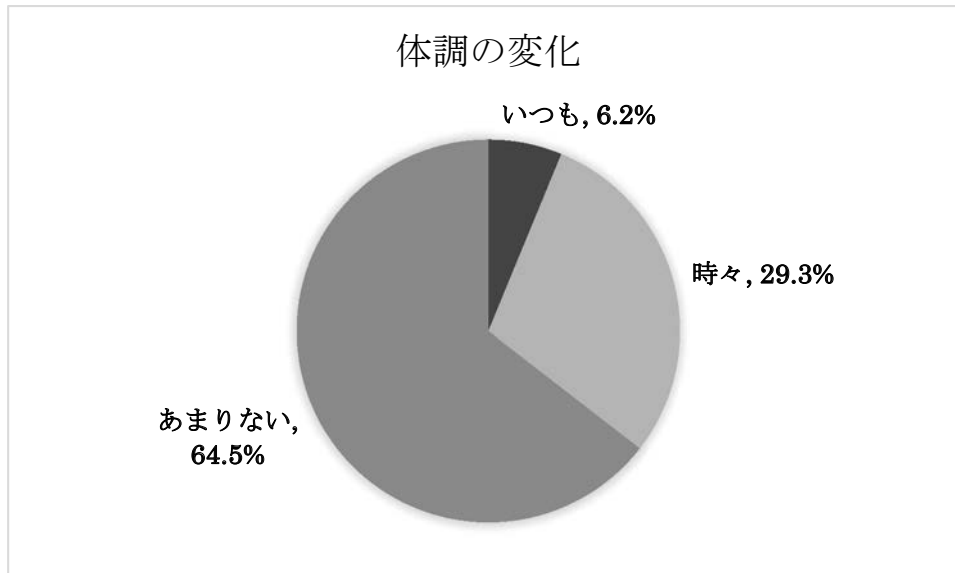
5) 疲労感について、いつも経験する (24.7%)、時々経験する (47.4%)、あまりない (27.9%)



6) 達成感について、いつも経験する (12.1%)、時々経験する (38.1%)、あまりない (49.9%)

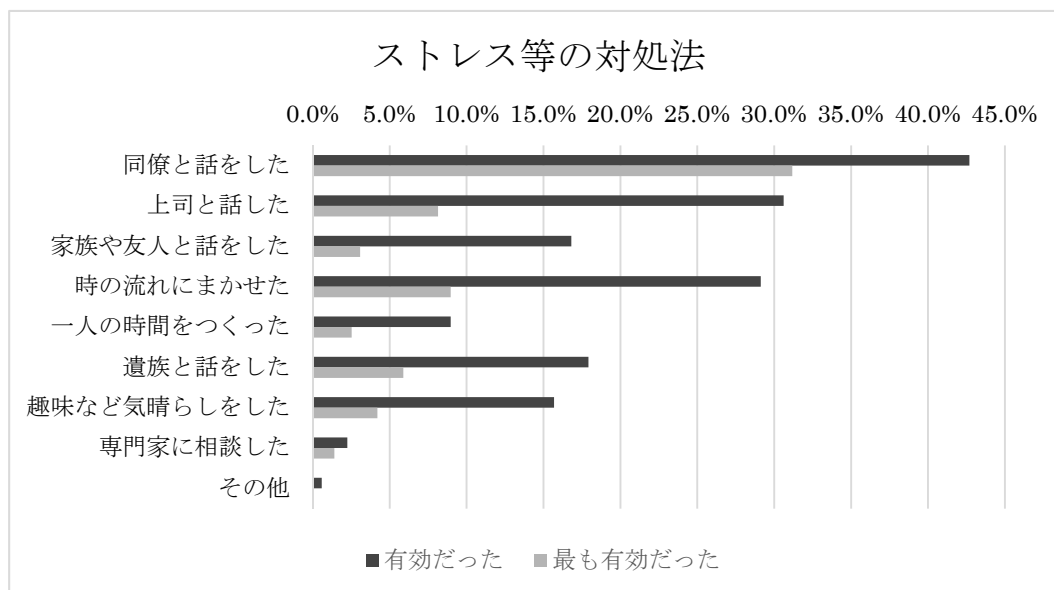


7) 体調の変化について、いつも経験する (6.2%)、時々経験する (29.3%)、あまりない (64.5%)



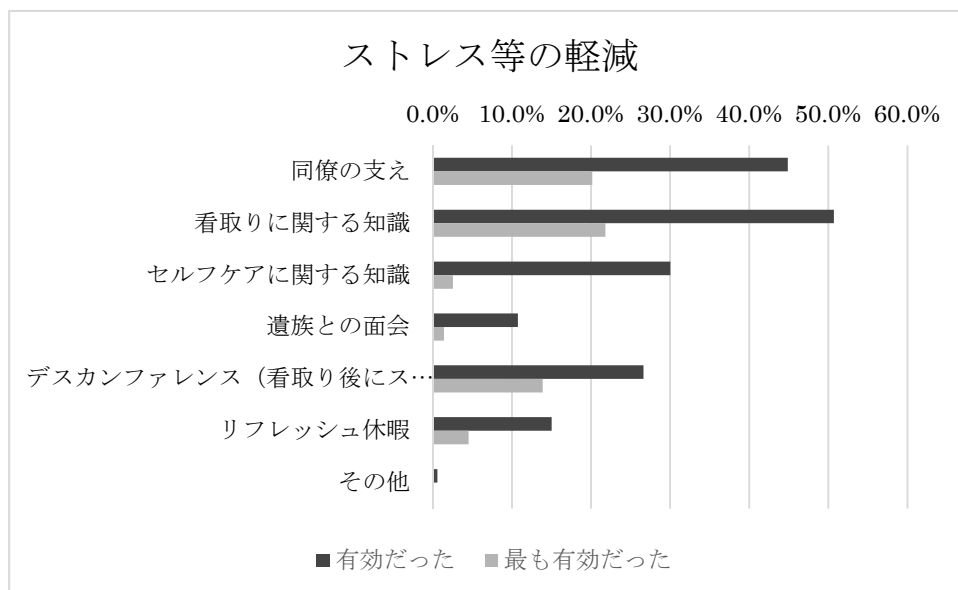
以上の結果から、気持ちや体調の変化の経験については、いつもではないが、ケースによっては不安感、喪失感、疲労感等を感じている人が多いことがわかる。

(設問 1－A－5) 看取り時のストレス等の対象法 (複数回答)



ストレス等の対処法で一番多かったのは、同僚と話した(42.7%)、また最も有効だったのも同僚と話した(31.2%)だった。次いで、上司と話したが(30.6%)だったが、上司と話したことが最も有効だったにマークした人は(8.1%)と少数だった。家族や友人と話した(16.8%)、遺族と話した(17.9%)、専門家に相談した(2.2%)等、看取り時のストレスを誰かに聞いてもらう、誰かに伝え共感共有することは有効だということがわかる。一方で、趣味などで気晴らしをした(15.7%)、一人の時間をつくった(9.0%)、という回答もあった。時の流れにまかせた(29.1%)という回答が3割ほどあったことは見逃してはいけないポイントである。

(設問 1-A-6) 看取り時のストレス等の軽減 (複数回答)

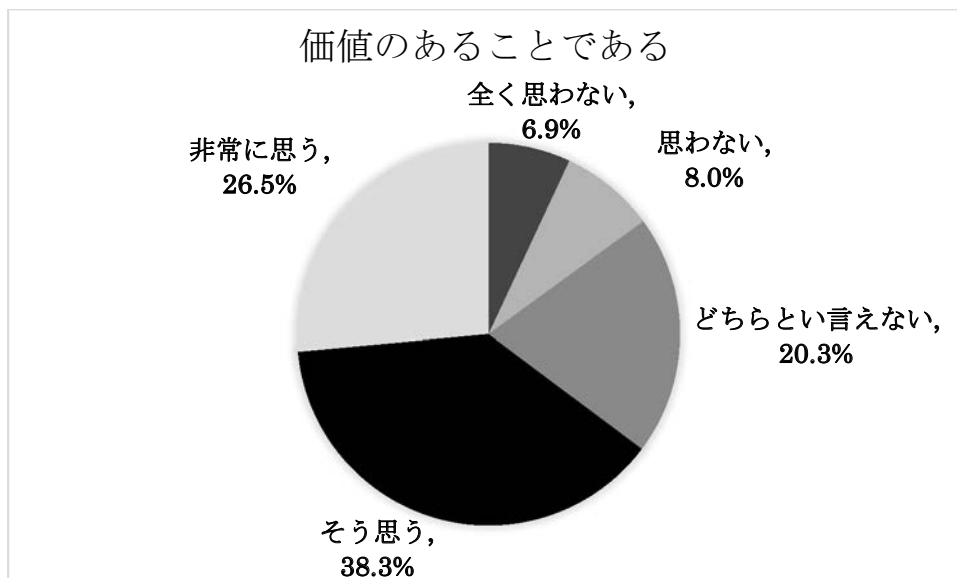


ストレス等を軽減するために必要だと思うものでは、看取りに関する知識（50.7%）、また最も必要だと思うものも、看取りの知識（21.8%）と、7割以上が看取りの際の知識が必要だと感じていることがわかる。次いで、同僚の支え（44.9%）、最も必要だと思うの（20.2%）を含むと、6割が同僚の支えが看取りのストレス等の軽減に必要と感じている。次いで、セルフケアに関する知識（30.0%）、デスカンファレンス（26.6%）、リフレッシュ休暇（15.0%）遺族との面会（10.8%）と続く。

看取りの知識に関しては、介護職が体系的に学ぶ機会は少なく、インタビュー調査でも、訪問看護師と連携をしながら、OJTで1つ1つ経験を積んでいくという意見が多く聞かれた。

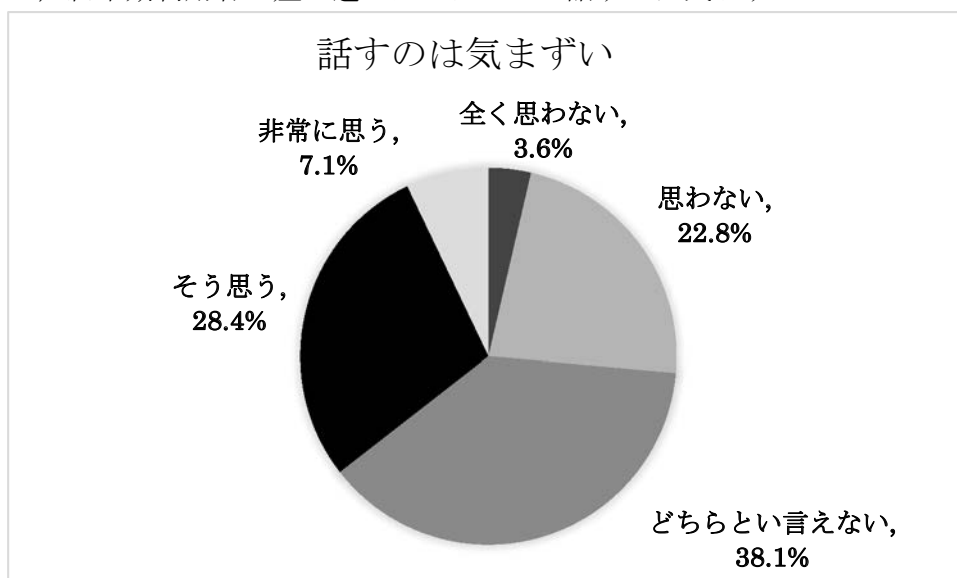
(設問 2) 終末期にある利用者への関わりについての考えを聞いた設問では、以下の
ような回答を得た。

1) 終末期利用者のケアは価値のあることである



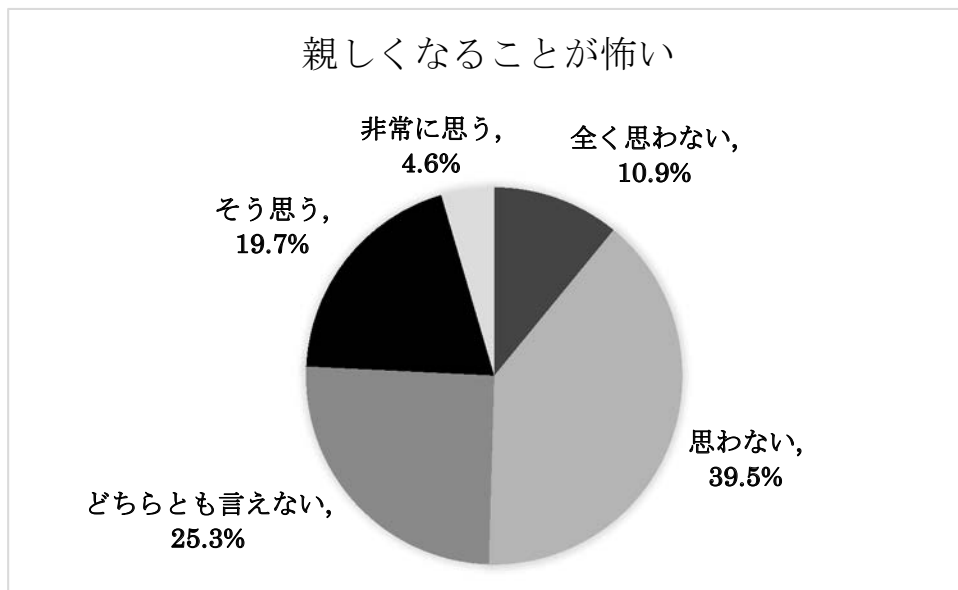
非常にそう思う (26.5%)、そう思う (38.3%)、どちらともいえない (20.3%)、そうは思わない (8.0%)、全くそうは思わない (6.9%)

2) 終末期利用者と差し迫った死について話すのは気まずい



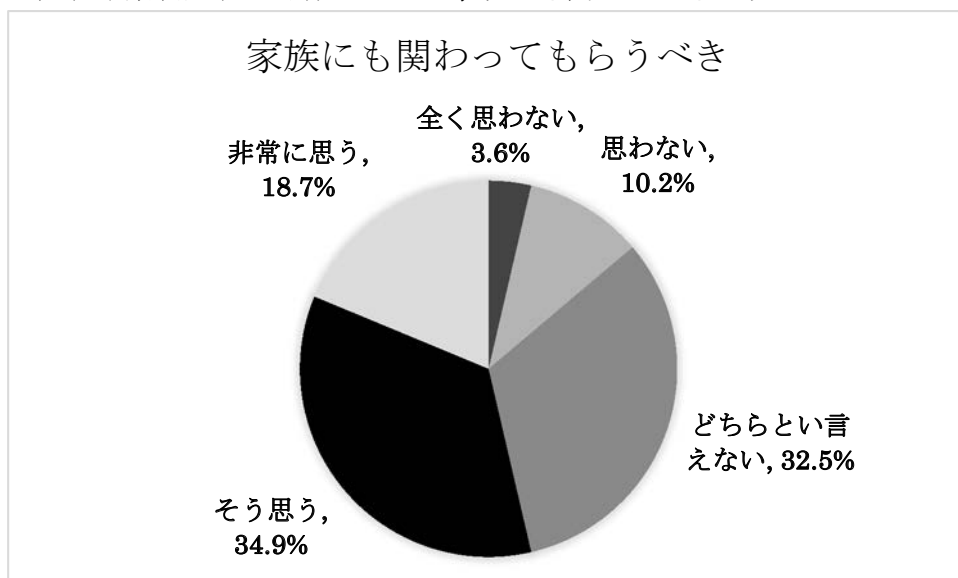
非常にそう思う (7.1%)、そう思う (28.4%)、どちらともいえない (38.1%)、そうは思わない (22.8%)、全くそうは思わない (3.6%)

3) 終末期利用者と親しくなることが怖い



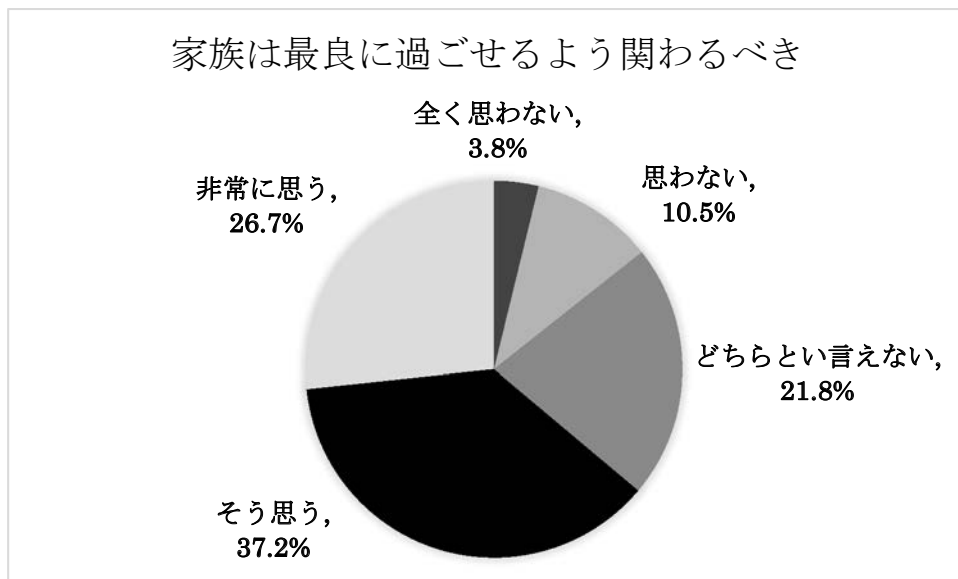
非常に思う (4.6%)、思う (19.7%)、どちらとも言えない (25.3%)、そうは思わない (39.5%)、全くそうは思わない (10.9%)

4) 終末期利用者の身体ケアには家族にも関わってもらいたい



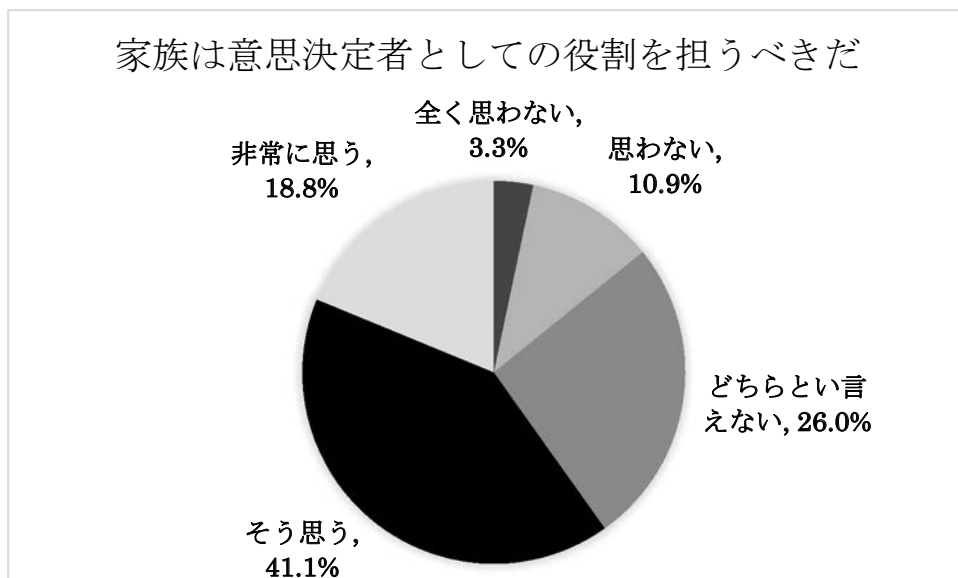
非常に思う (18.7%)、思う (34.9%)、どちらとも言えない (32.5%)、そうは思わない (10.2%)、全くそうは思わない (3.6%)

5) 家族は終末期利用者が余生を最良に過ごせるよう関わるべきだ



非常にそう思う (26.7%)、そう思う (37.2%)、どちらともいえない (21.8%)、そうは思わない (10.5%)、全くそうは思わない (3.8%)

6) 終末期利用者とその家族は意思決定者として役割を担うべきだ



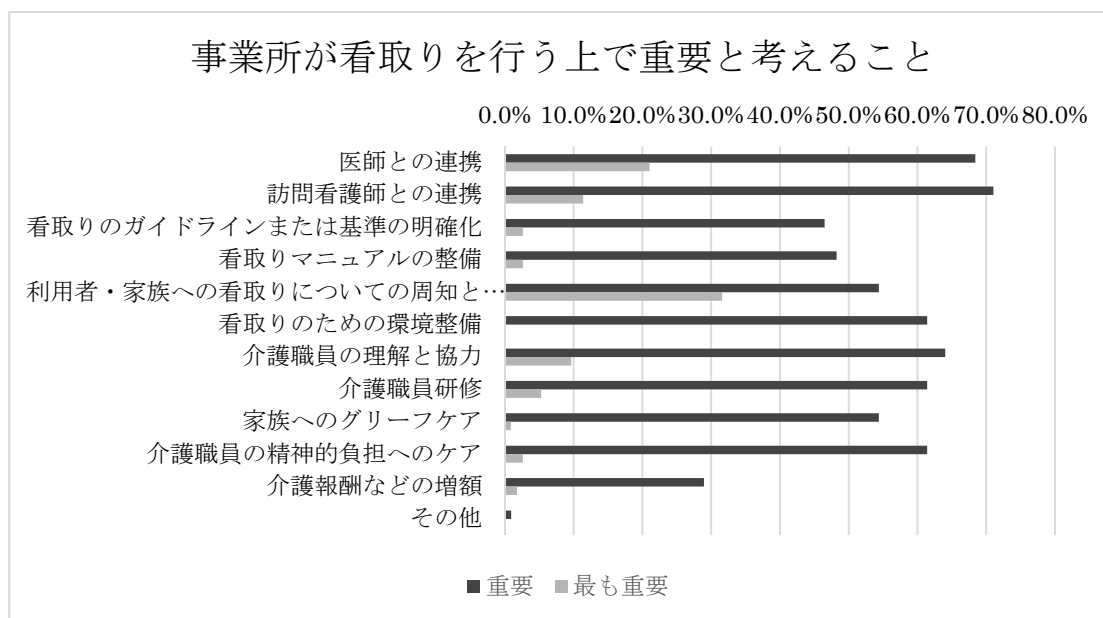
非常にそう思う (18.8%)、そう思う (41.1%)、どちらともいえない (26.0%)、そうは思わない (10.9%)、全くそうは思わない (3.3%)

この設問では、終末期利用者との関わりについて聞いている。6) の意思決定者の

部分では、インタビュー調査でも度々問題視されていることである。最終的に救急搬送で病院へ送られ、本人の望む最期とならなかったケースも多々ある。また、救急搬送の件では、別の問題もある。

2-2 介護事業所向けアンケート調査「看取り」の結果と分析

(設問1-1) 介護事業所が看取りをする上で重要であると考えることについて
(複数回答)



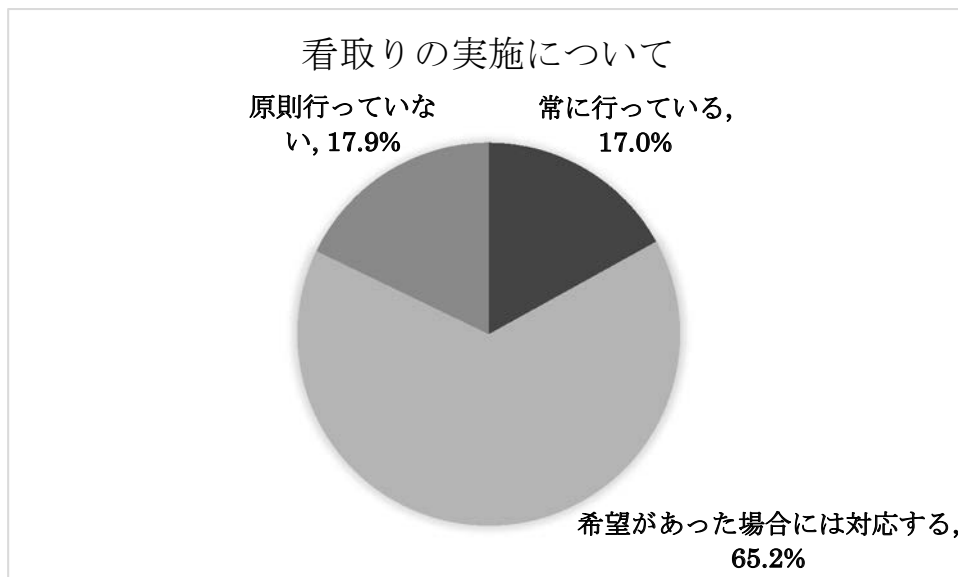
看取りをするうえで重要であると考えるものでは、訪問看護師との連携（71.4%）、次いで、医師との連携（68.4%）と続き、最も重要だとする考えを含むと、医療との連携が重要と考える事業所は8～9割と高い。次いで、介護職員の理解と協力（64.0%）、介護職員研修（61.4%）、介護職員の精神的負担へのケア（61.4%）と、スタッフとの関係性を重視する回答となった。また、看取りのための環境整備（61.4%）は、看取りマニュアルの整備（48.2%）、看取りのガイドラインまたは基準の明確化（46.5%）より関心が高いことがわかる。次いで、家族へのグリーフケア（54.4%）がある。注目する点は、利用者・家族への看取りについての周知と意思確認である。重要と考えるは（54.4%）と半数ではあるが、最も重要と考える（31.6%）を含むと医療との連携とほぼ同じ値である終末期の中、利用者と家族のこころの揺らぎへの対応の困難さが伺える。また、介護報酬などの増額（28.9%）の回答があり、現在の介護保険制度では、いつ看取るという時間設定ができないこともあり、訪問介護では看取り介護加算が付いておらず、実際に看取りを行っている事業所のほとんどが、いわゆるボランティアのような形で行っているのが実情ある。

その他の意見として以下がある。（記述通り）

- ・1つの理念のもとに、利用家族、職員、組織、関係機関が一致しまとまっていること
- ・ケアマネジャーとの連携
- ・どのような看取りを望むのかその理由の共有
- ・

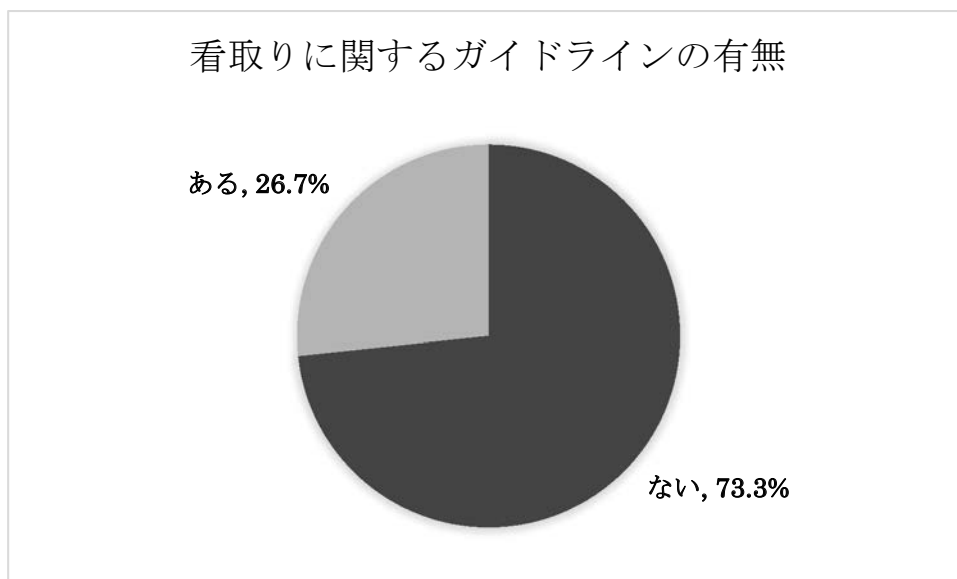
ベテランと主任で行う ・ 家族との連携 ・ ケアマネジャーの知識力と理解 ・ 家族の協力

(設問 1 - 2) 事業所の看取りの実施について



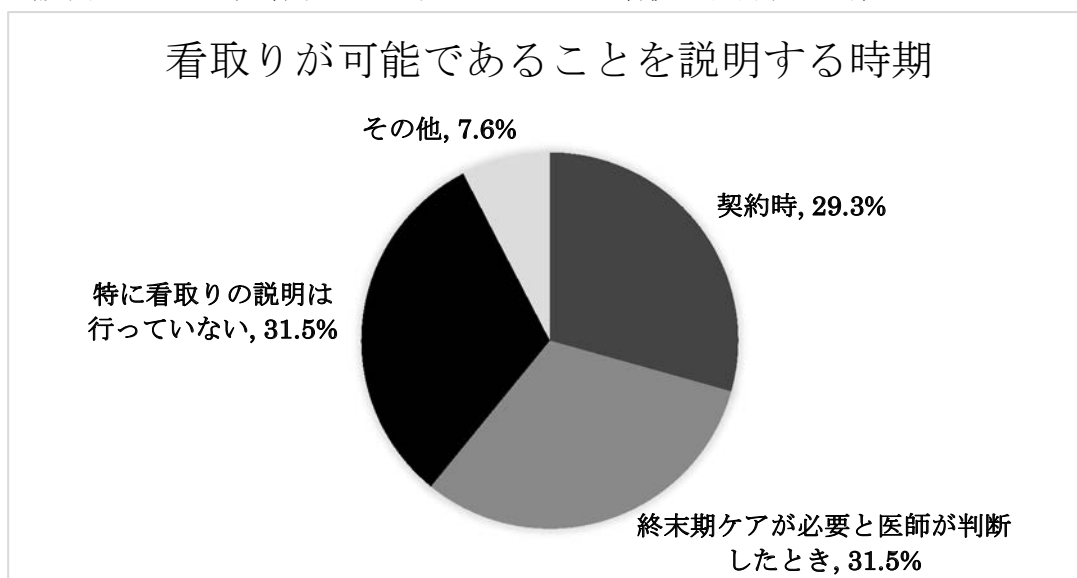
常に行っている（１７．０％）、希望があった場合には対応する（６５．２％）、原則行っていない（１７．９％）となった。看取りの実施については、さまざまな理由が考えられる。現在、訪問介護では、看取り介護加算が付いていないことや、人員不足、また、看取り時には病院へ搬送するケースが多いこと等が考えられる。

(設問 1－A－1) 看取りに関するガイドラインについて



看取りを行っている 92 事業所を対象に、看取りに関するガイドラインの有無を聞いたところ、ない（73.3%）、ある（26.7%）の回答を得た。

(設問 1－A－2) 看取りが可能であることを最初に説明する時期について



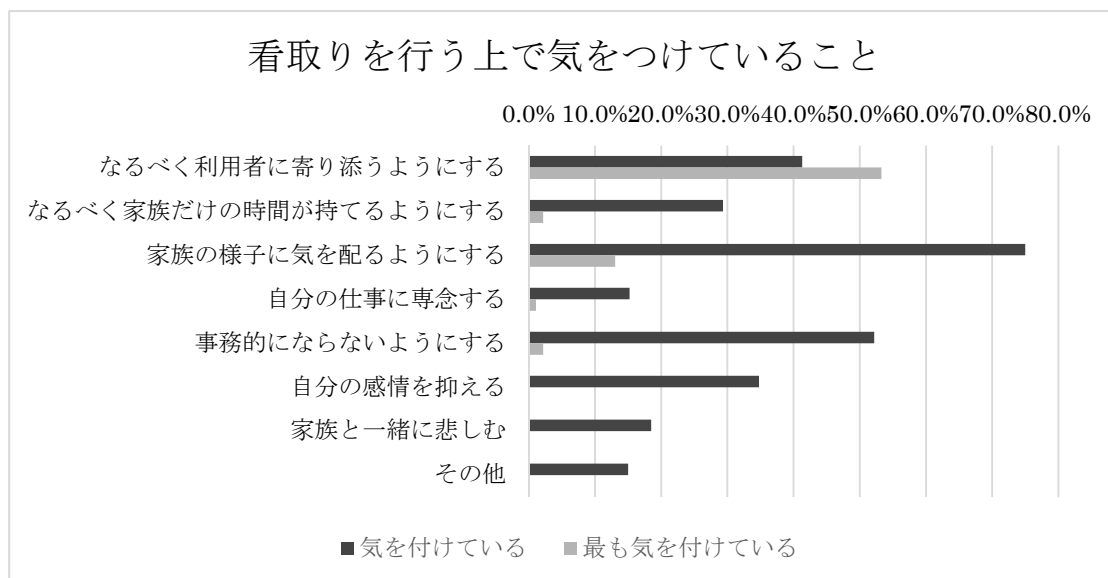
終末期ケアが必要と医師が判断したとき（31.5%）、特に看取りの説明は行っていない（31.5%）、契約時（29.3%）。

その他の意見として以下がある。（記述通り）

・ケアマネジャーと協議したのち ・依頼時ケアマネジャーより説明 ・家族からの

相談があった時 ・改めて担当者介護を行った時等 ・看取りの方だとケアマネジャーから伝えられた時 ・最初からの場合もあり、途中の情報が入ってからもあり ・説明はケアマネジャーや医師が行っている

(設問 1-A-3) 事業所の方針として、看取りを実施するうえで気をつけていることについて (複数回答)

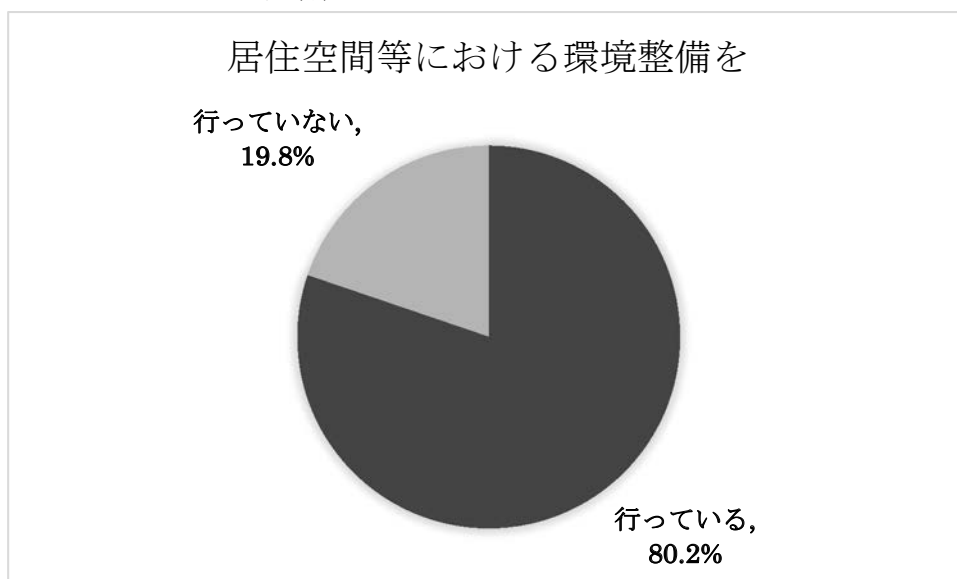


できるだけ利用者に寄り添うようにする (41.3%)、「最も」の (53.3%) を含めると (94.6%) と最も高かった。次いで、家族の様子に気を配るようにする (75.0%)、「最も」の (13.0%) を含め、(88.0%) だった。事務的にならないようにする (52.2%)、自分の感情を抑える (34.8%)、なるべく家族だけの時間が持てるようにする (29.3%)、家族と一緒に悲しむ (18.5%) 自分の仕事に専念する (15.2%) の結果となった。

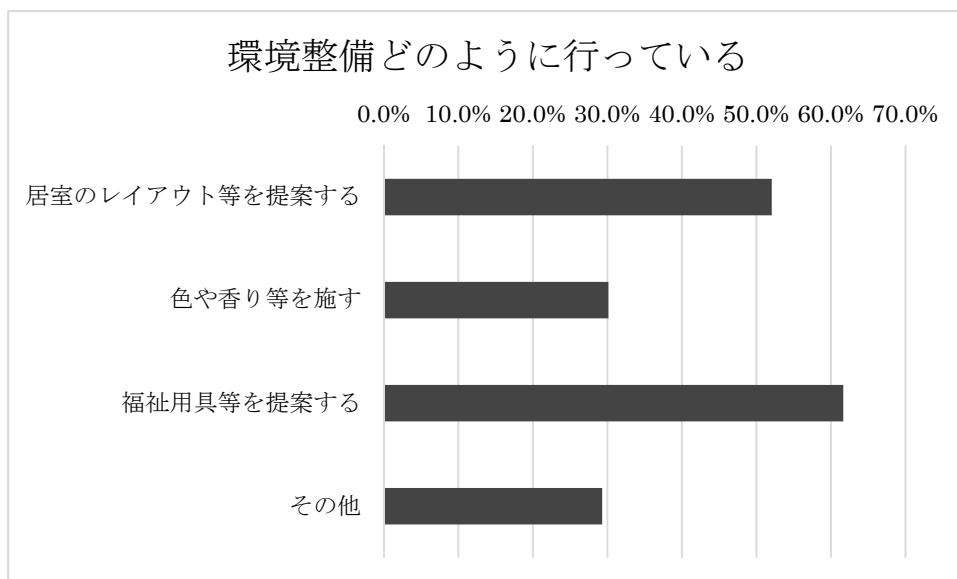
その他の意見として以下がある。(記述通り)

・医療情報の共有 ・家族の肉体的、精神的負担の軽減 ・看取りの希望にどれだけ応えられるか(内容に) ・関係者との連携 ・職員同士協働 ・人間尊重 ・他の入居者への配慮 ・多職種との連携 ・普通に対応する ・複数のスタッフで行いたい ・訪看との協力 ・利用者が寂しくないようにする

(設問 1-A-4) 看取りを行う際の居住空間等における環境整備について (複数回答)



行っている (80.2%)、行っていない (19.8%)

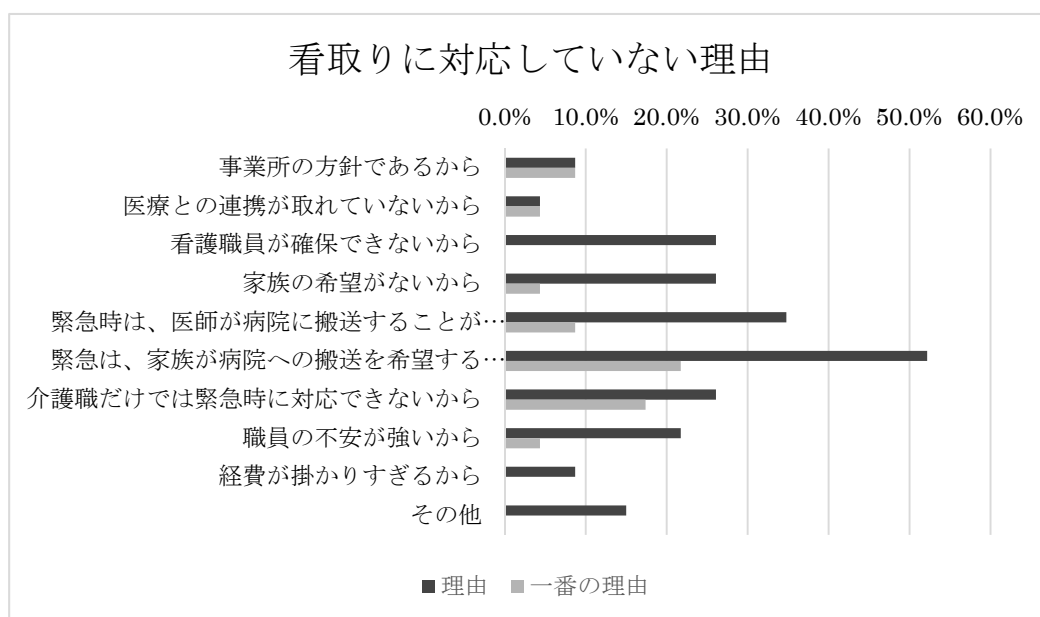


福祉用具の貸与等を提案する (61.6%) と高く、次いで、採光などを考慮し居室のレイアウト等を提案する (52.1%)、利用者が好む演出 (色や香り等) を施す (30.1%) との回答を得た。その他に 17 事業所から記述回答があり、それぞれに利用者、家族に配慮した工夫を行っており、環境整備については関心が高い事が伺える。

その他の意見として以下多くの回答があった。(記述通り)

・ケアマネジャーと相談（ご家族含み） ・ご家族が面会に来られた時に一緒に写真を撮り壁に飾る ・チームで取り組む ・とにかく安楽で、本人の望む静動の空間をつくる ・安楽な姿勢を保てるよう補助具（クッションなど）を個別に導入（事業所負担） ・家族が介護に参加して、やりやすい環境を工夫し一緒に考える ・孤独感を軽減させるための工夫 ・寂しくないように他のご利用者や職員の気配がわかる位置の居室で過ごしてもらう ・状況により必要と思える提案 ・昼間は皆と居られるよう希望によりリビングにベッド配置、夜は個室利用等 ・特に行っていないが FA が寄り添えられる環境に留意している ・福祉用具会社担当と ・訪問にはおかしな質問 ・本人家族の要望を聴き対応する ・利用者さんがいつもと変わらないと感じられる環境 ・利用者のこだわりを大切にする

（設問 1－B－1）看取りを行っていない事業所に対して、対応していない理由について聞いた（複数回答）

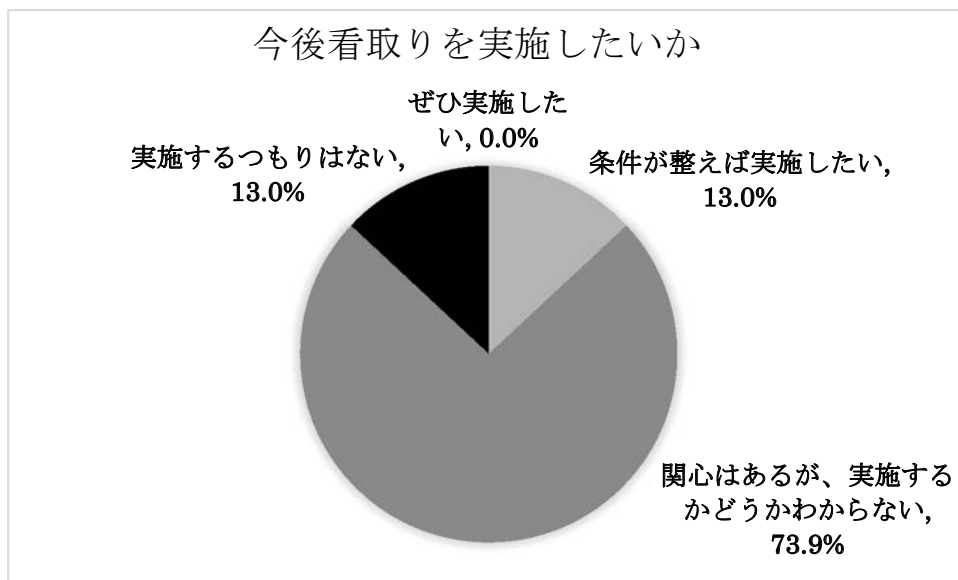


緊急時は、家族が病院への搬送を希望することが多いから（52.2%）、「最も」（21.7%）の含めると（73.9%）と最も多かった。次いで、緊急時は、医師が病院へ搬送することが多いから（34.8%）、「最も」（8.7%）を含め（43.5%）と、緊急搬送が理由で看取りを行っていない事業所が多い。次いで、看護職員が確保できない、介護職員だけでは緊急時に対応が出来ない、家族の希望がないがいずれも（26.1%）、職員の不安が強い（21.7%）と続き、当然のことながら、緊急時に対しての不安感が見て取れる。しかしながら、緊急時搬送には、課題もある。

その他の意見として以下がある。(記述通り)

- ・意識のレベルアップができていないから
- ・通所メインの事業だから
- ・夜間対応していないため

(設問 1－B－2) 今後看取りを実施したいかについて



条件が整えば実施したい (13.0%)、興味はあるが、実施するかどうかわからない (73.9%)、実施するつもりはない (13.0%)

実施したいと、しないが同数となり、わからないという回答が7割を超えた。国の政策と現場のギャップが見て取れる。人員不足の問題と看取りの介護加算の整備が急がれる。

2-3 介護職員向け及び、介護事業所向けアンケート調査「看取り」の結果からの考察

今回の介護職員向けアンケート回答者は、訪問介護事業所に所属している人が82.9%と全体の8割を占めている。介護事業所向けアンケートもまた、訪問介護事業所が71.9%と7割を超えている。従って、現在の介護報酬では、看取り介護加算がつかない中でのアンケート調査であるということを予め記す。

介護職員の「看取りの経験」は、6割以上。事業所の「看取りの実施（常時）」においては17%と、高い値とはいえない。その背景には、職員の不安や介護職だけでは対応が出来ない、看護職員の確保が困難等、さまざまな要因があるが、終末期における緊急時に対しての家族の心の迷いや揺らぎにより病院等へ救急搬送するケース、また医師の判断で救急搬送するケースが多いという現状があるようだ。インタビュー調査の中でも、何度も意思確認を行ったとしても、利用者の状況の変化によって家族の気持ちが揺れ動き、本人の思いとは違った最期を迎える利用者は少なくないという話を聞いた。

実際に看取りを経験した介護職員及び介護事業所は、看取りの実施には医療との連携が重要と考えている。一方で、介護職員、介護事業所が最も重要だと考えている事は、利用者・家族への看取りについての周知と意思確認であると答えている点は、前述した終末期における緊急時の救急搬送の一連のプロセスが介護職員のストレス等につながっているのではないかと思う。看取り経験者が看取りを行う上で最も気をつけていることは、利用者に寄り添うことと同じように、その家族の様子に気を配っていることがわかる。また、看取り時では、利用者や家族への声かけに対して、ストレスや後悔を感じていることがわかる。

介護職員へ看取りの際の気持ちや体調の変化では、体調の変化の値は高くないものの、無力感、自責の念を感じている人は6割近くいる。喪失感、不安感、疲労感においては7割以上がそう感じている。看取り時のストレスの対処として、同僚の支えが有効であり、ストレスの軽減にもつながっているようだ。また、看取りに関する知識やセルフケアに関する知識がストレスの軽減に必要と考えている点は、研修等でスキルアップすることができるのではないだろうか。

一方で、終末期の利用者との関わりにおいて、看取りのガイドラインや基準の明確化、マニュアルを作成することの重要性については、介護職員、介護事業所ともその必要性は半数に満たない。看取りについては事業所、経営体としての組織的な関与が現状では不十分であるためと思われる。しかし、病院から在宅へ移行の動きがある中、今後は一定の基準やマニュアル等が必要となる可能性が高い。

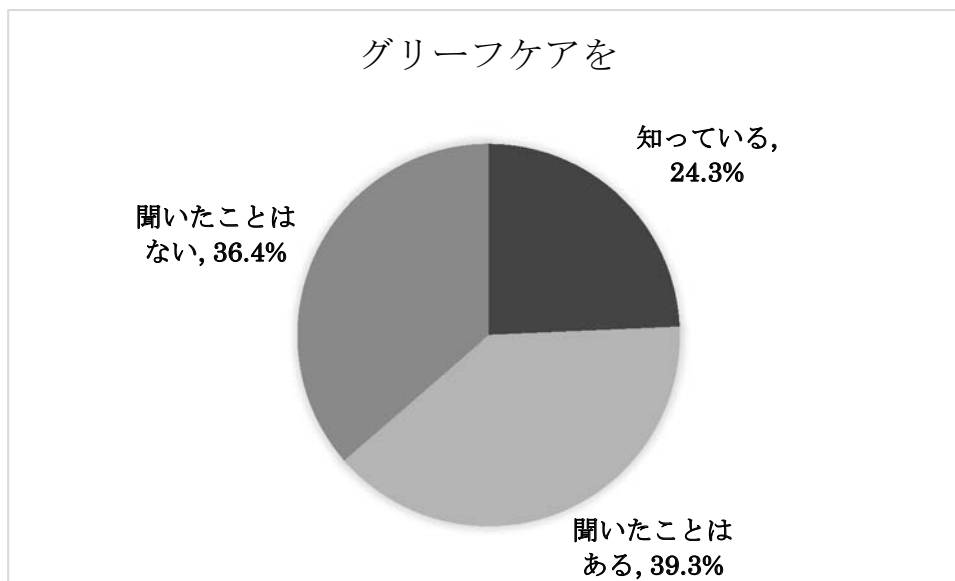
3. 「グリーフケア」アンケート調査の結果と分析

■本アンケートにおける「グリーフケア」の定義

死別後の心理プロセスを促進し、故人のいない生活や人生への適応を支援することを「グリーフケア」というが、必ずしも定義は定まっていない。本アンケートでは、利用者が亡くなった後の遺族等を対象とした介護職員による支援全般と捉えてご回答ください。

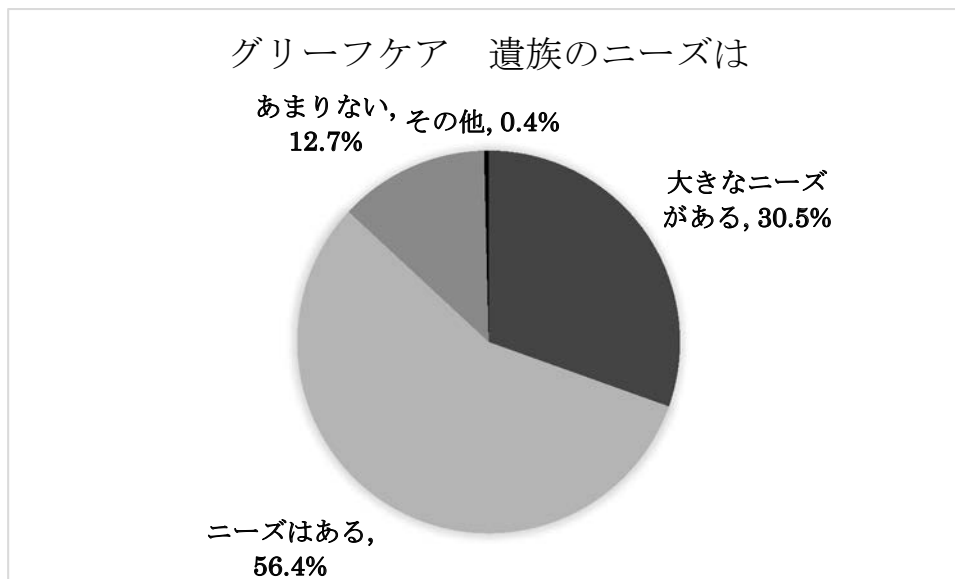
3-1 介護職員向けアンケート調査「遺族に対するグリーフケアについて」の結果と分析

(設問 3-1) グリーフケアの認知度



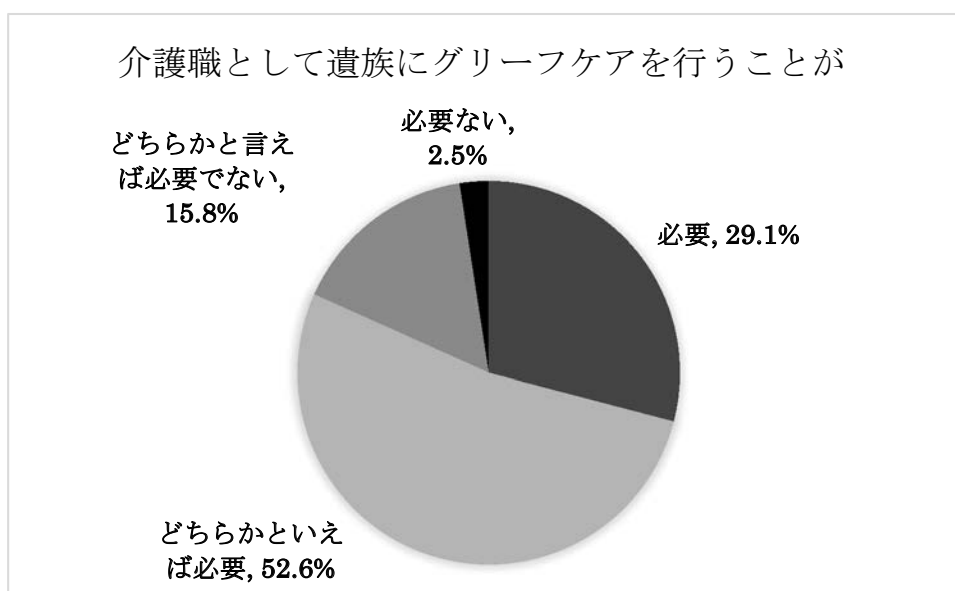
グリーフケアについては、知っている（24.3%）、聞いたことはあるが知らない（39.3%）、聞いたことがない（36.4%）と、グリーフケアを知っている人は、全体の2割強しかおらず、グリーフケア自体の認知度の低さが伺える。

(設問 3 - 2) グリーフケアに対する遺族のニーズについて



グリーフケアに対する遺族のニーズについて聞いたところ、大きなニーズがある（30.5%）、大きくはないがニーズがある（56.4%）と、8割以上の人々が、ニーズがあると答えた。一方で、1割強の人が、ニーズはあまりないと答えた（12.7%）。

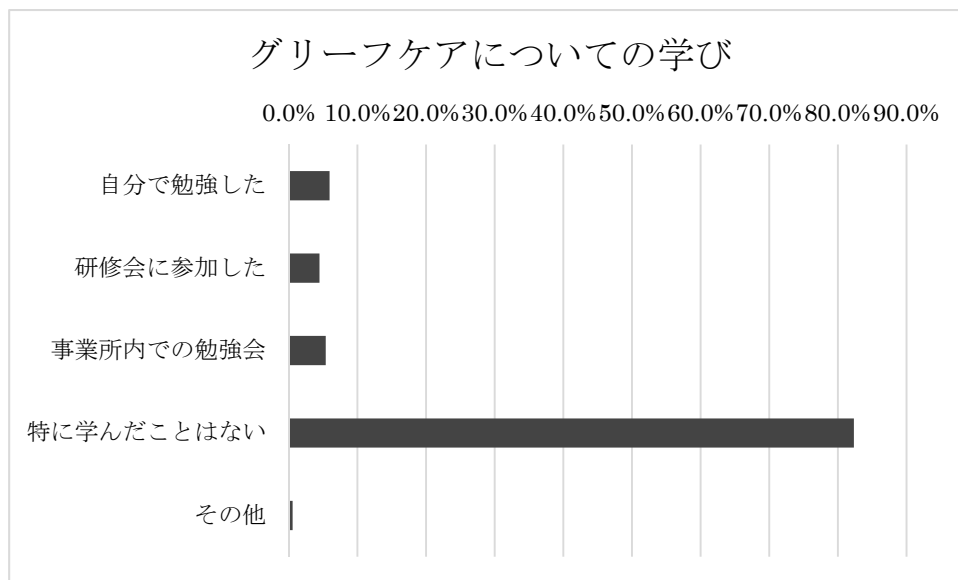
(設問 3 - 3) 介護職としてのグリーフケアの必要性



介護職として遺族に対してグリーフケアを行うことが必要かの問いに、必要（2

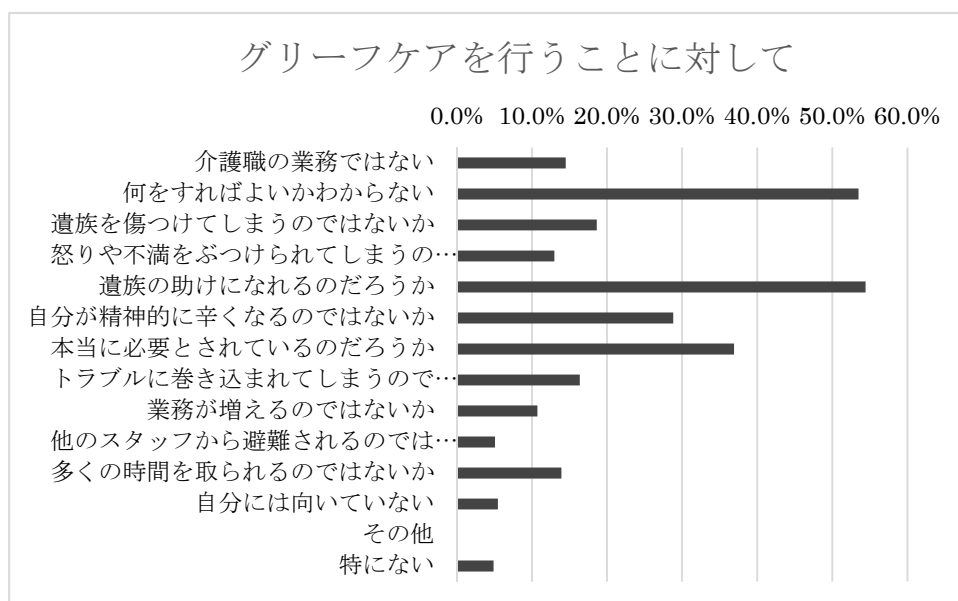
9. 1%)、どちらかといえば必要(52.6%)、どちらかといえば必要ではない(15.8%)、必要ではない(2.5%)の結果となった。8割以上が、遺族に対してグリーフケアが必要だと思っている。

(設問3-4) グリーフケアについての学び (複数回答)



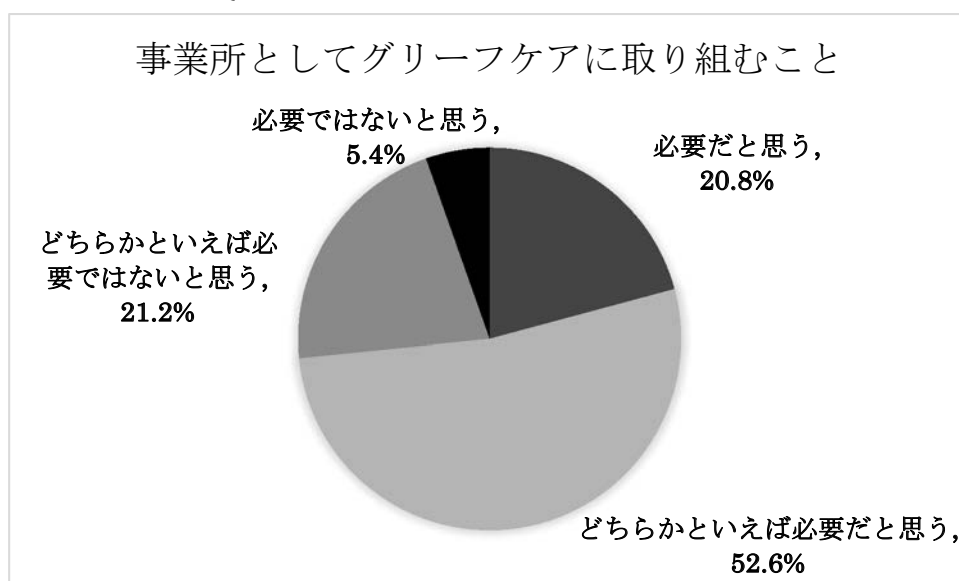
グリーフケアについて学んだことがあるかの問いに対し、自分で勉強した(5.9%)、研修会に参加した(4.5%)、事業所内での勉強会(5.4%)、特に学んだことはない(82.3%)介護職がグリーフケアについて学ぶ機会がほとんどないことが伺える。

(設問 3－5) (個人としての思い) グリーフケアを行うことに対して (複数回答)



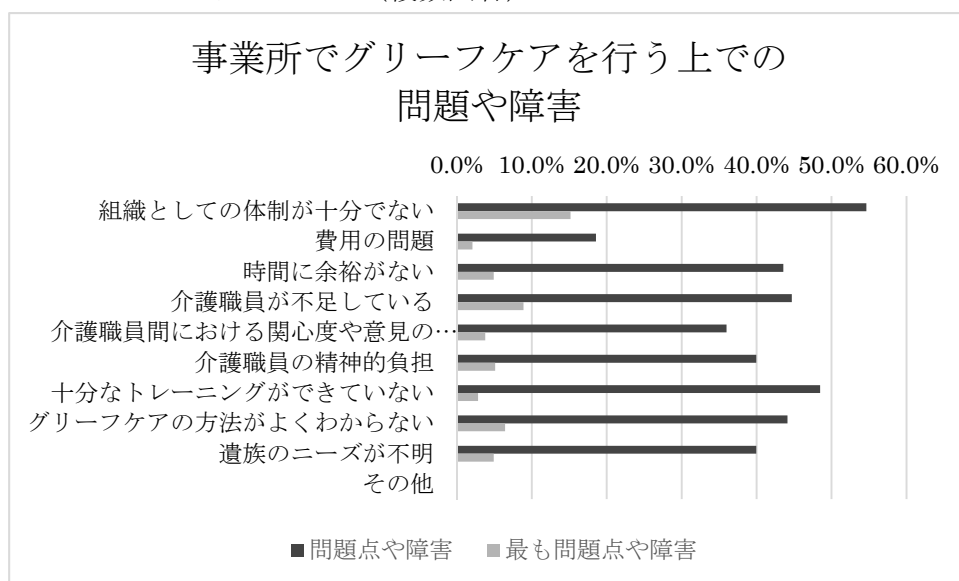
遺族の助けになれるのかと思う人が (54.4%)、何をすればよいかわからない (53.5%)、本当に必要とされているのか (36.9%) と、グリーフケアが遺族に有用なのかかわからないという回答が多く見られる。自分が精神的につらくなるのではないかと (28.8%) 約3割の人がストレスへの不安を感じている。また、遺族を傷つけてしまうのではないかと (18.6%)、トラブルに巻き込まれるのではないかと (16.4%)、怒りや不満をぶつけられるのではないかと (13.0%) と、遺族間とのトラブル不安を感じている。少数ではあるが、介護職の業務ではない (14.5%)、多くの時間がとられるのではないかと (13.9%)、雑務が増えるのではないかと (10.7%) という回答もあった。また、自分には向いていない (5.5%)、他のスタッフから非難されないか (5.1%) の回答もあった。

(設問 3－6) 介護事業所の取り組みとしてグリーフケアを行うことの必要性について



必要だと思う（20.8%）となった。どちらかといえば必要だと思う（52.6%）と、必要と思う人は全体の7割以上となった。一方で、どちらかといえば必要ではないと思う（21.2%）、必要ではないと思う（5.4%）という意見もあった。

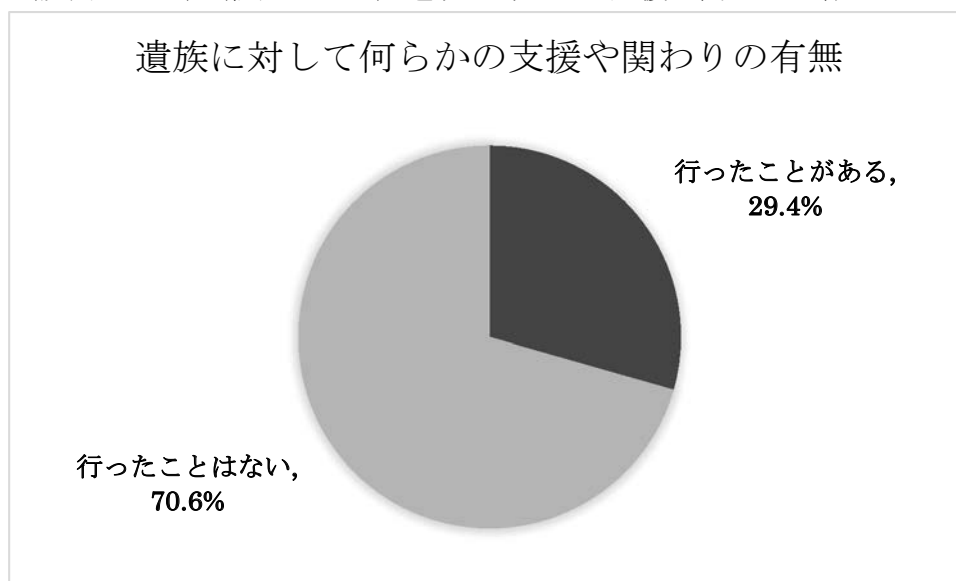
(設問 3－7) 介護事業所の取り組みとしてグリーフケアを行う上での問題点や障害について（複数回答）



組織としての体制が十分でない（54.6%）、最も問題点や障害と感じている意見

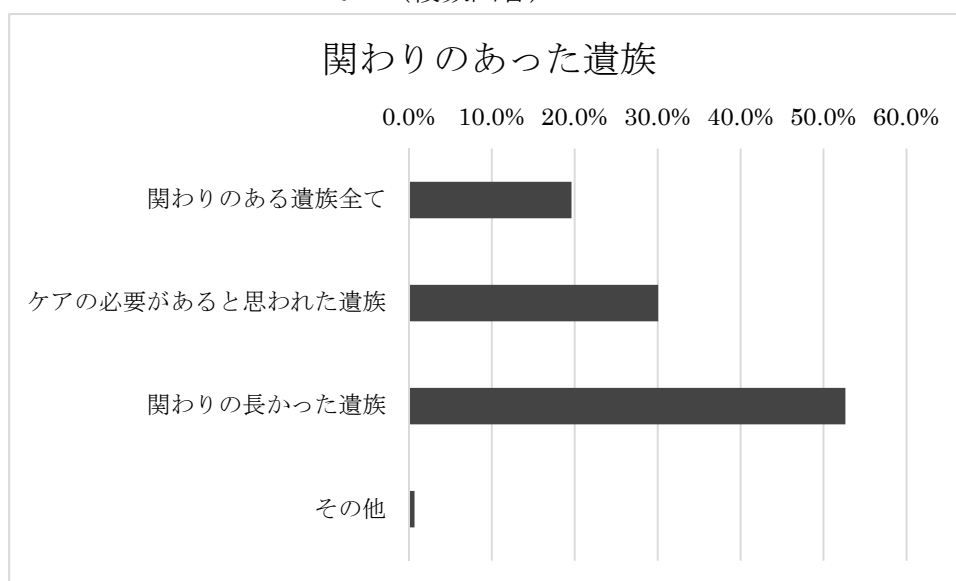
(15.2%)を含むと、7割の人が体制が整っていないことを挙げている。十分なトレーニングが出来ていない(48.5%)、グリーフケアの方法がよくわからない(44.1%)と、グリーフケアの認知度の低さが影響していると考えられる。また、介護職員の不足(44.7%)、時間に余裕がない(43.6%)、介護職員の精神的負担(40.0%)、介護職員間の関心度や意見の相違(36.0%)と、事業所全体が抱えている問題点も伺える。また、遺族のニーズが不明(40.0%)、費用の問題(18.6%)の回答があった。

(設問3-8)(個人として)遺族に対しての支援や関わりの有無について



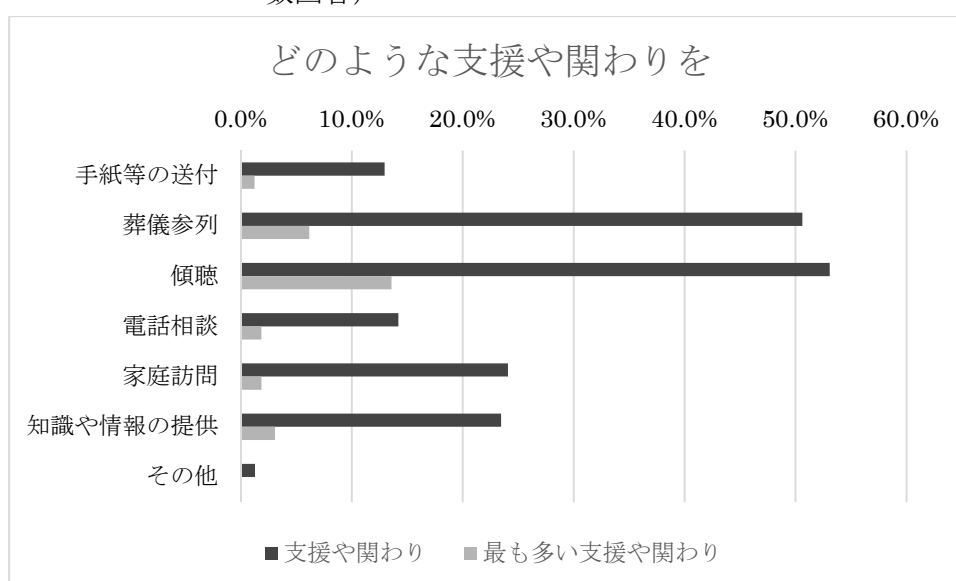
個人として、遺族に対して何らかの支援や関わりを行ったことの有無を聞いたところ、行っただことがある(29.4%)、行っただことはない(70.6%)となった。

(設問 3-A-1) (個人として) どのような遺族に対して支援や関わりを行ったかについて (複数回答)



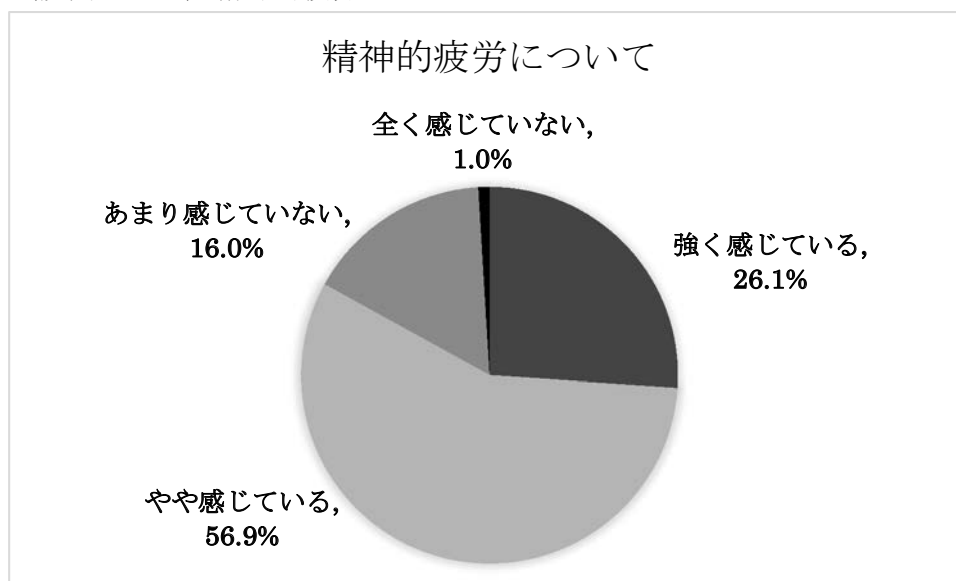
(設問 3-8) の設問で、遺族に対して何らかの支援や関わりを行ったことがある 150 人に、関わりのあった遺族を聞いたところ、最も多かったのが、関わりの長かった遺族 (52.6%)、次いで、ケアの必要があったと思われる遺族 (30.1%)、関わりのある遺族すべて (19.6%) の回答を得た。

(設問 3-A-2) (個人として) どのような支援や関わりを行ったかについて (複数回答)



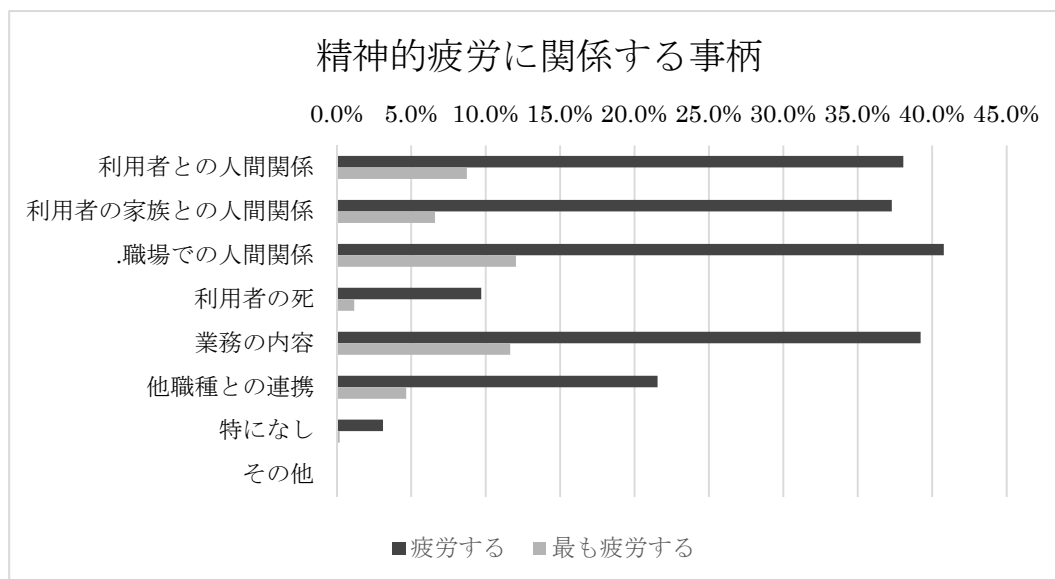
(設問 3－8) の設問で、遺族に対して何らかの支援や関わりを行ったことがある 150 人に、支援や関わりの内容について聞いた。最も多かった回答は、傾聴で (53.1%)、次いで葬儀参列 (50.6%) となった。家庭への訪問 (24.1%)、知識や情報の提供 (23.5%)、電話相談 (14.2%)、手紙等の送付 (13.0%) と続く。

(設問 4－1) 精神的疲労について



介護業務を通じての精神的疲労について聞いた。
精神的疲労を強く感じている (26.1%)、やや感じている (56.9%)、あまり感じていない (16.0%)、全く感じていない (1%) と、8割以上が精神的疲労を感じているという結果となった。

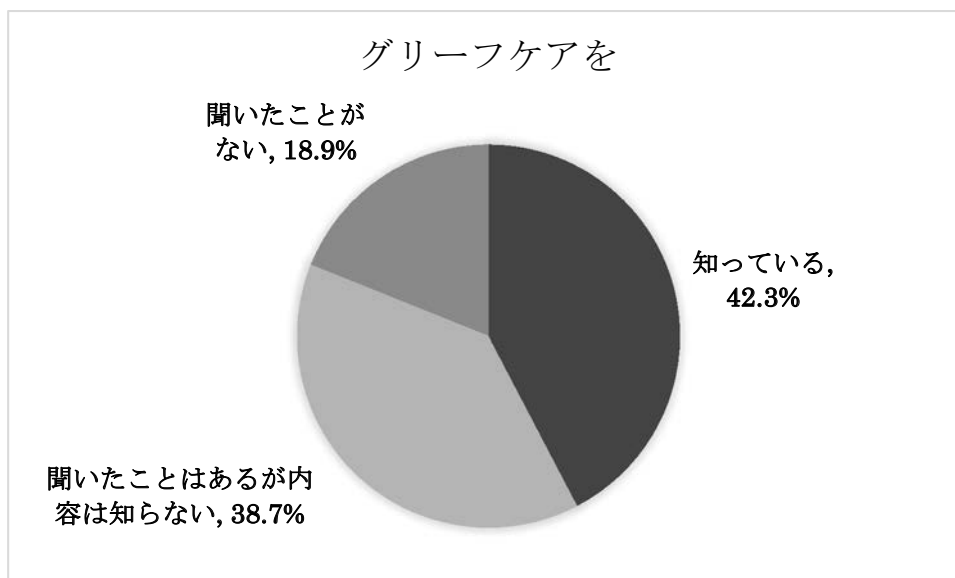
(設問 4－2) 精神的疲労に関係する事柄について (複数回答)



精神的疲労に関係する事柄では、職場での人間関係（40.8%）、次いで、業務の内容（39.2%）、利用者との人間関係（38.1%）、利用者の家族との人間関係（37.3%）、他職種との連携（21.6%）と続き、利用者の死については（9.7%）であり、精神的疲労の要因として利用者の死が直接大きく関わっているとはいえないが、看取り時のストレス結果と併せて鑑みる必要がある。

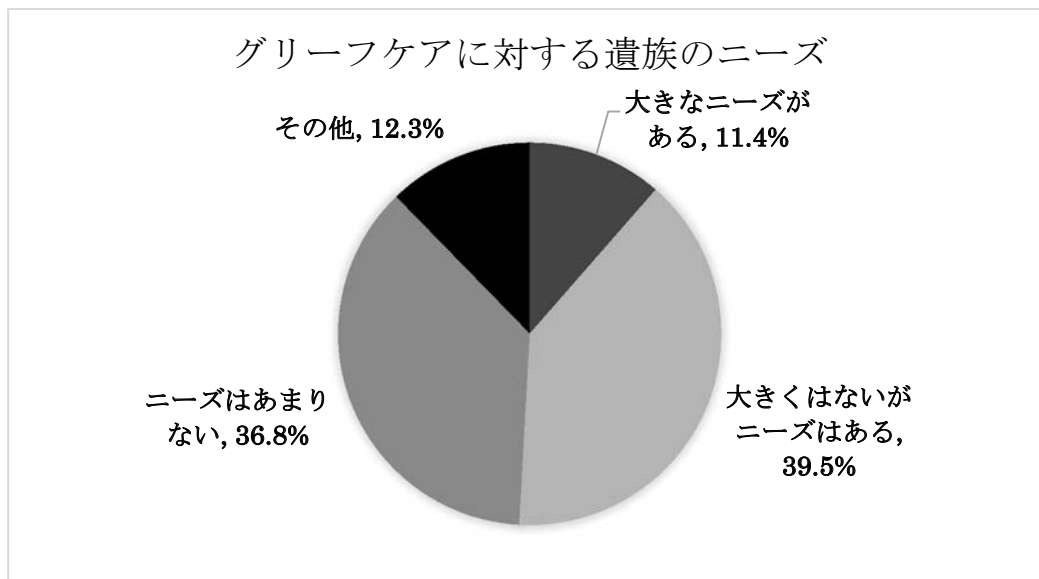
3-2 介護事業所向けアンケート調査「遺族に対するグリーフケアについて」の結果と分析

(設問2-1) グリーフケアの認知度



グリーフケアについては、知っている（42.3%）、聞いた事はあるが知らない（38.7%）、聞いたことがない（18.9%）の回答を得た。約4割が知っていると答えているが、一方で、ほぼ同数が聞いた事はあるが知らないと答えている。グリーフケアの認知度は高いとはいえない。

(設問 2－2) グリーフケアに対する遺族のニーズについて

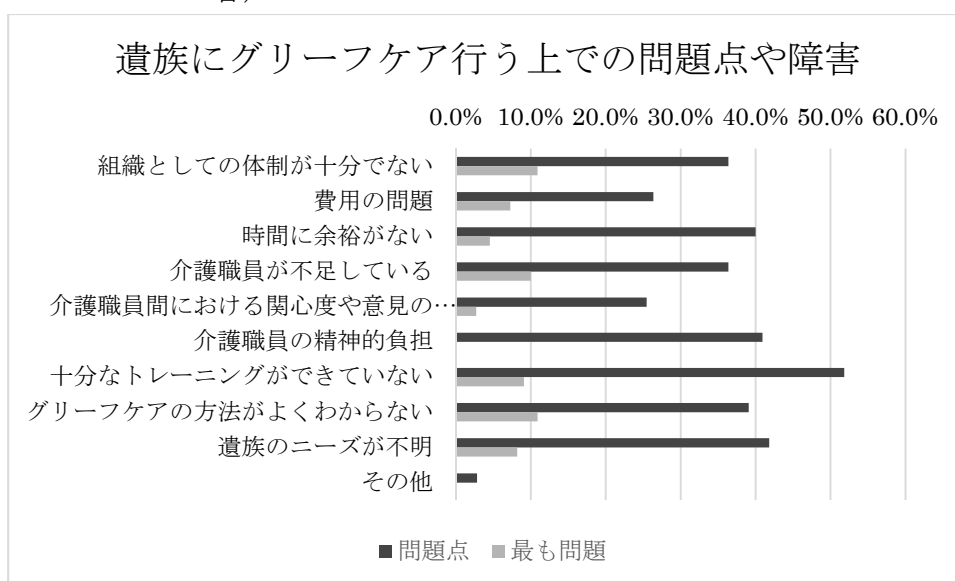


大きなニーズがある（11.4%）、大きくはないがニーズはある（39.5%）、ニーズはあまりない（36.8%）となった。

その他の意見として以下がある。（記述通り）

- ・まだよくわからない
- ・わからない
- ・その時点で必然的に活動終了となってしまう
- ・今後増えるのでは
- ・当然と考えているので・・・

(設問 2－3) 遺族等へグリーフケアを行う上での問題点や障害について （複数回答）

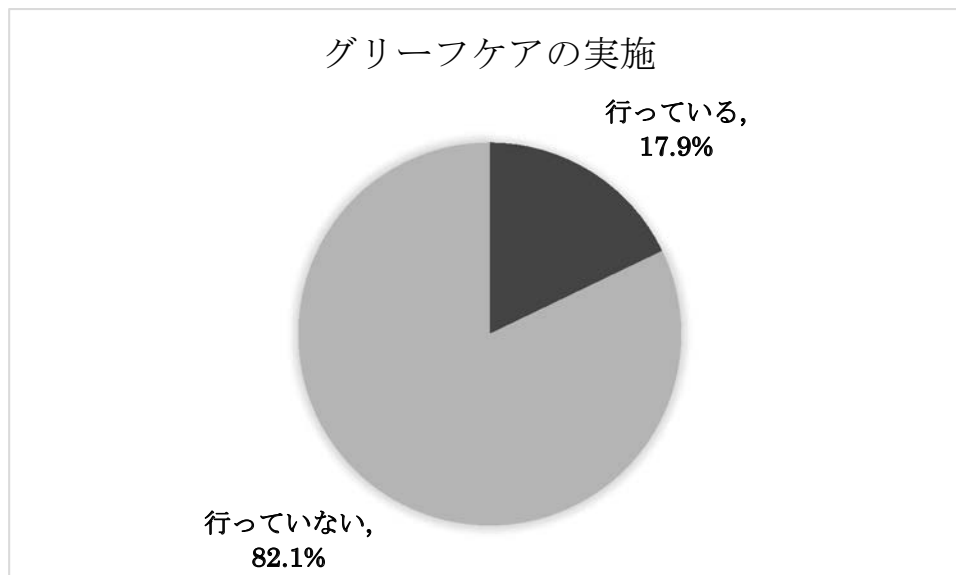


問題点や障害については、十分なトレーニングができていない（５１．８％）と一番高く、次いで、遺族にニーズが不明（４１．８％）、介護職員の精神的負担（４０．９％）、時間に余裕がない（４０．０％）と続く。グリーフケアの方法がよくわからない（３９．１％）、組織としての体制が十分でない（３６．４％）は、トレーニングの不足も含むものと考えられる。介護職員が不足している（３６．４％）、費用の問題（２６．４％）、介護職員間における関心度や意見の相違（２５．５％）と事業所の抱える問題点も見えて取れる。

その他の意見として以下がある。（記述通り）

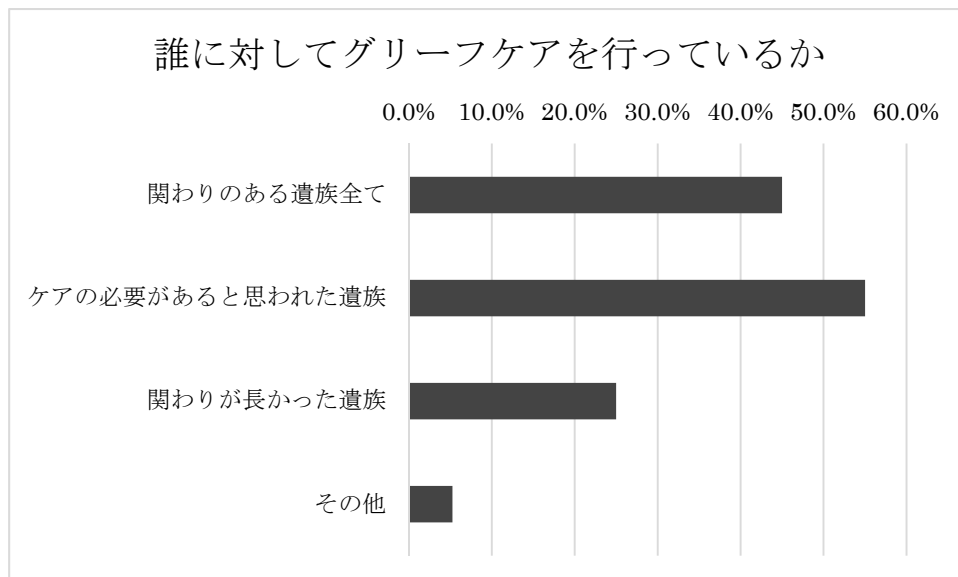
- ・サービスが終了すると訪問等の対応もできなくなる（しなくなる）
- ・介護の技術不足

（設問２－４）グリーフケアの実施について



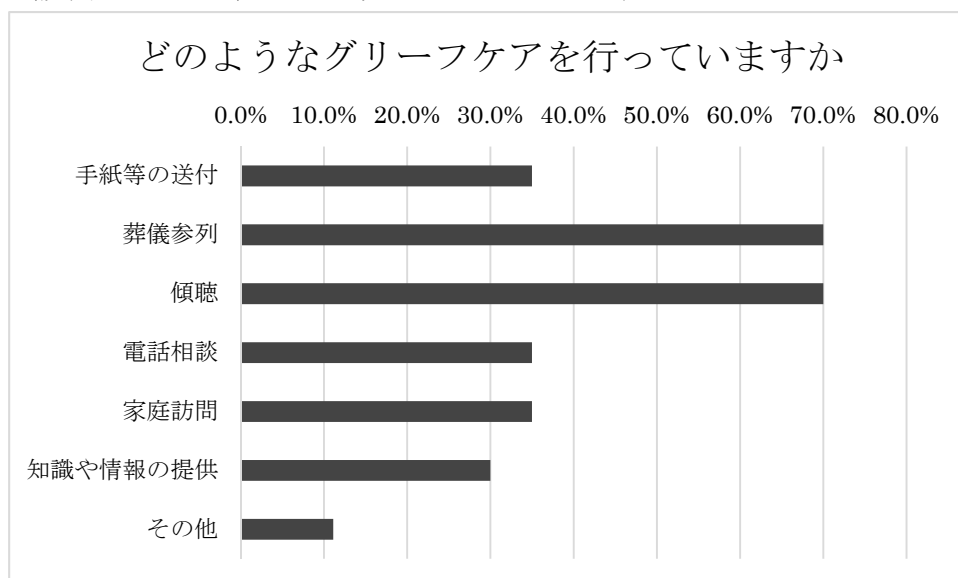
実際にグリーフケアを行っている（１７．９％）、行っていない（８２．１％）と、８割以上がグリーフケアを実施していない。

(設問 2-A-1) 誰に対してグリーフケアを行っているかについて (複数回答)



(設問 2-4) でグリーフケアを実施している事業所 20 社に、グリーフケアの対象者を聞いたところ、関わりのある遺族 (45.0%)、ケアの必要性があると思われた遺族 (55.0%)、関わりが長かった遺族 (25.0%)、その他の意見として、キーパーソンとなる遺族という回答となった。

(設問 2-A-2) どのようなグリーフケアを行っているかについて (複数回答)



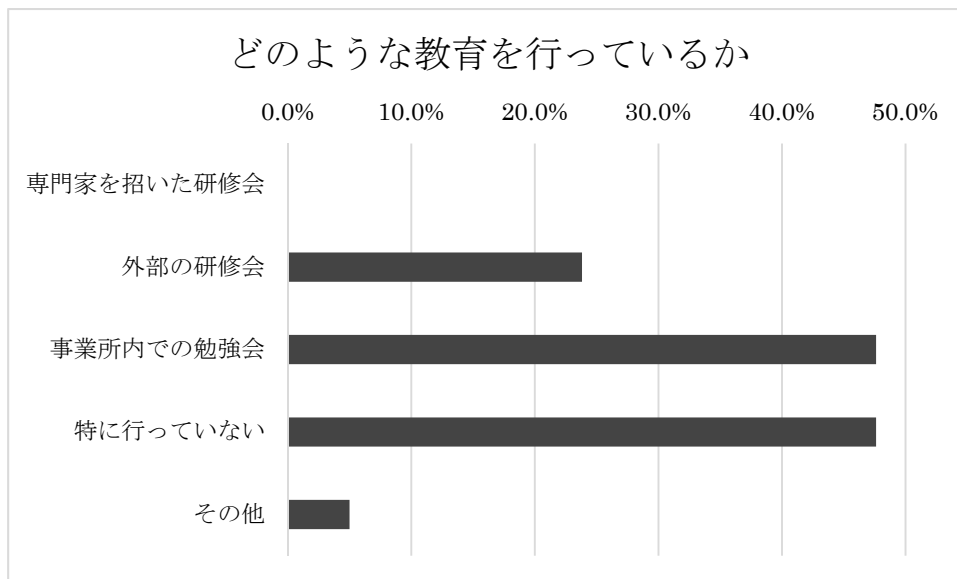
葬儀参列 (70.0%)、傾聴 (70.0%) が多く、次いで、手紙等の送付 (35.0%)、電話相談 (35.0%)、家庭訪問 (35.0%)、知識や情報の提供 (30.0%)、その他 (10.0%) が多かった。

0.0%) となった。

その他の意見として以下がある。(記述通り)

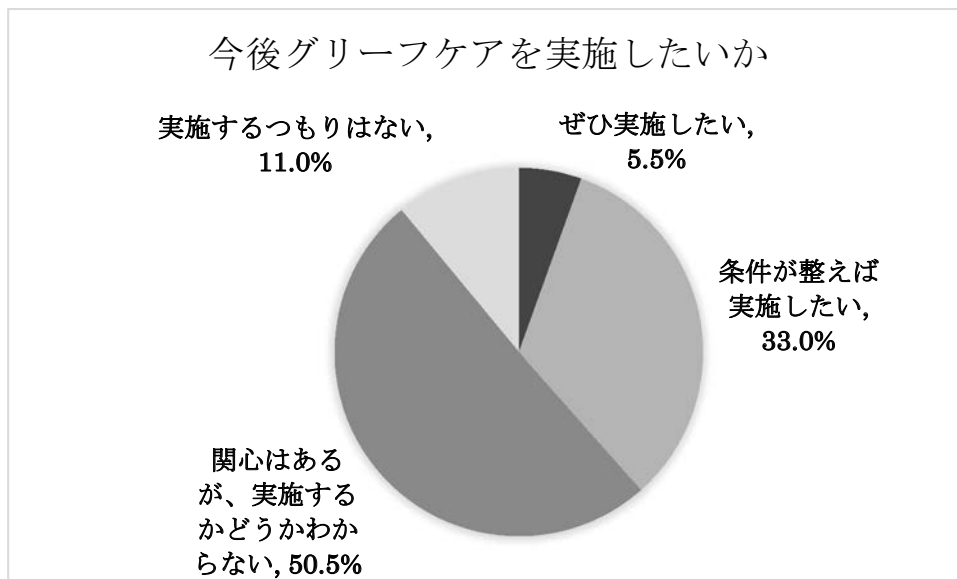
- ・グリーフケアを行っていますと意識して行っているのではなく自然な流れで人として当たり前を支えている感じ。
- ・顔や体を一緒に拭いてもらう。

(設問 2-A-3) グリーフケアの教育について (複数回答)



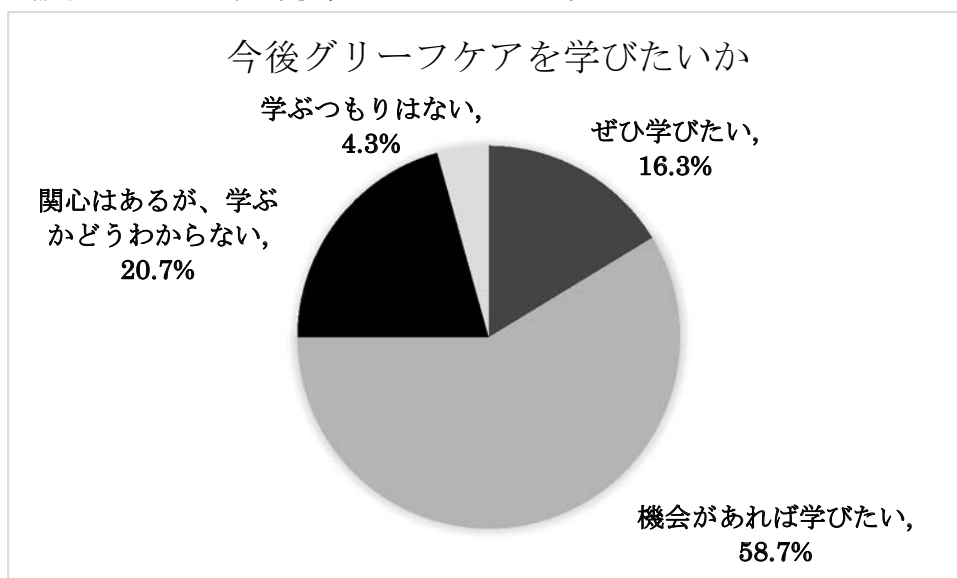
介護職員に対し、グリーフケアの教育をどのように行っているか聞いたところ、事業所内での勉強会 (47.6%)、特に行っていない (47.6%)、外部の研修会 (23.8%)、専門家を招いた研修会 (0%)、その他の意見として、管理者等と勉強中という回答となった。

(設問 2-B-1) 今後、グリーフケアの実施について



グリーフケアを行っていない事業所に対し、今後グリーフケアを実施したいと思うかを聞いたところ、ぜひ実施したい（5.5%）、条件が整えば実施したい（33.0%）、関心はあるが、実施するかどうかかわからない（50.5%）、実施するつもりはない（11.0%）と、消極的な意見が多く見られた。

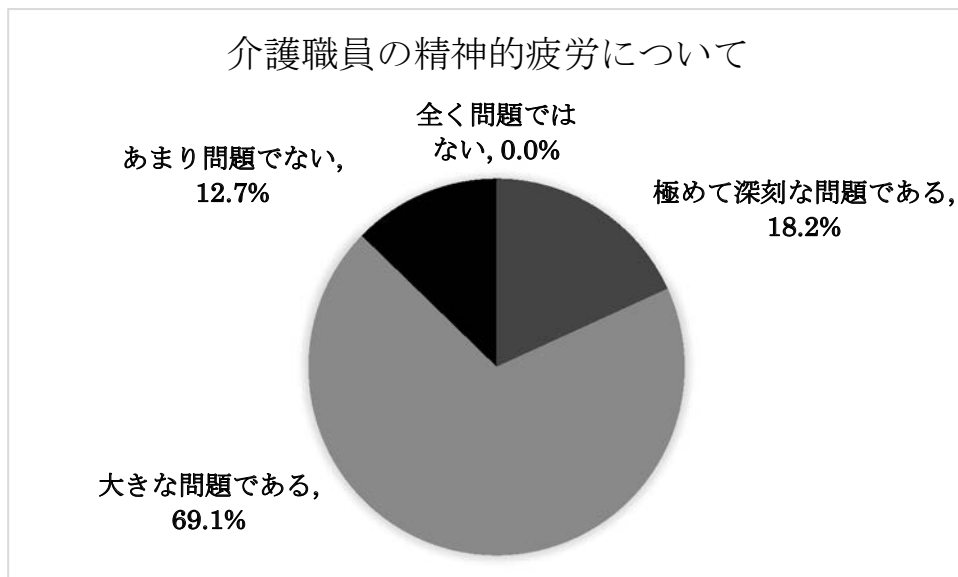
(設問 2-B-2) 今後、グリーフケアの学びについて



グリーフケアを行っていない事業所に対し、今後グリーフケアについて学びたいと思うかを聞いたところ、ぜひ学びたい（16.3%）、機会があれば学びたい（58.7%）、関心はあるが、学ぶかどうかわからない（20.7%）、学ぶつもりはない（4.3%）と、消極的な意見が多く見られた。

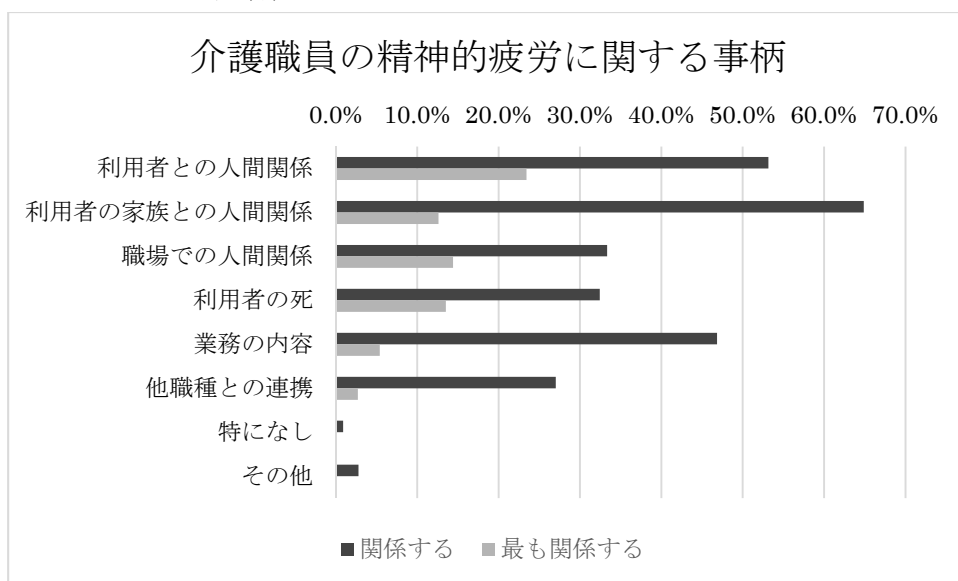
7%)、関心はあるが、学ぶかどうかかわからない(20.7%)、学ぶつもりはない(4.3%)と、グリーフケアを学びたいと考えている意見が多く見られる。

(設問3-1)(所属している)介護職員の精神的疲労について



極めて深刻な問題(18.2%)、大きな問題(69.1%)、あまり問題ではない(12.7%)との回答を得た。

(設問3-2)(所属している)介護職員の精神的疲労に関する事柄について (複数回答)

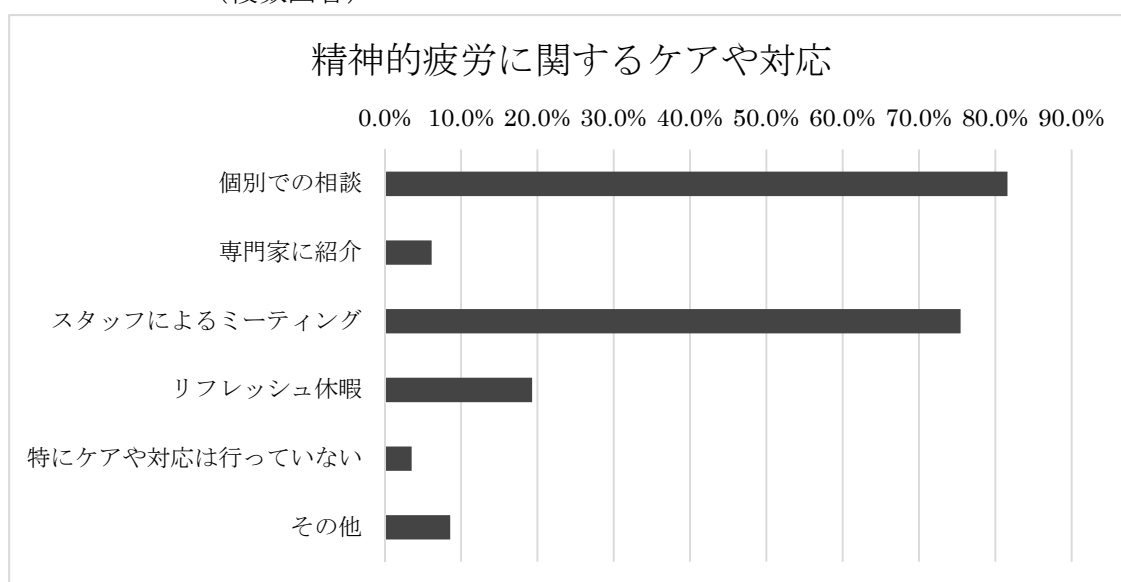


職員の精神的疲労については、利用者の家族との人間関係（64.9%）、利用者との人間関係（53.2%）が最も多く、次いで、業務の内容（46.8%）、職場での人間関係（33.3%）、他職種との連携（27.0%）となった。利用者の死が精神的疲労の要因だと思う意見が（32.4%）あった。

その他の意見として以下の意見があった（記述通り）

・サービス実施の際、人間関係があるからどうしても仕方ない ・業務の多少（急激な減少や増加）にふりまわされ、収入が不確定である（休日も） ・責任の重さ、仕事の厳しさ

（設問３－３）（所属している）介護職員の精神的疲労に対してのケアや対応について（複数回答）

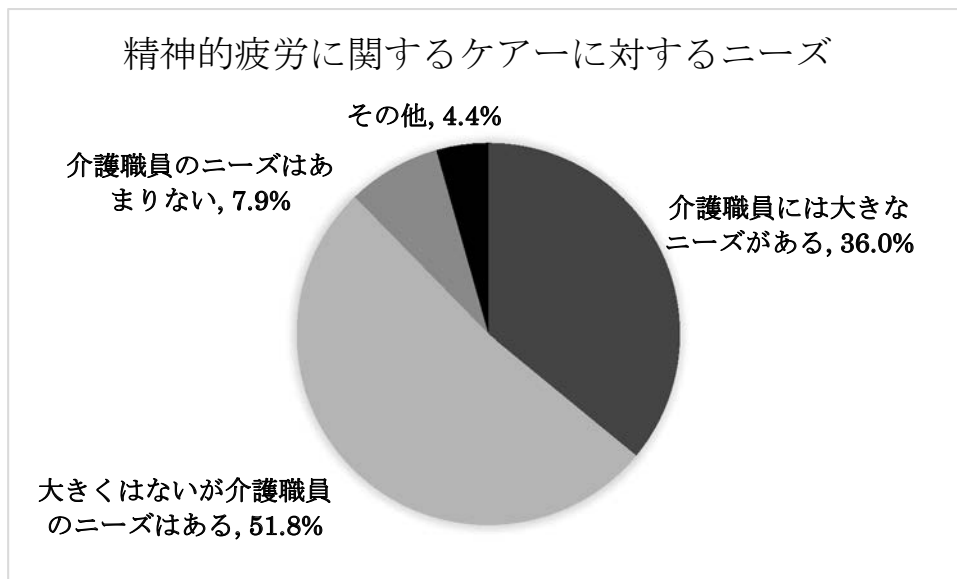


個別での相談（81.6%）次いで、スタッフによるミーティング（75.4%）、リフレッシュ休暇（19.3%）、専門家に紹介（6.1%）、特に行っていない（3.5%）、

その他の意見として以下の意見があった（記述通り）

・メンタルトレーナーの派遣 ・研修にて学ぶ ・産業医師が毎月来所 ・時々軽食会を行う ・社内事業で楽しい時間を共有する ・常に声をかける、聞く ・通院を促す ・定期的な研修 ・利用者、家族、職員との話し合い

(設問 3－4) 介護職員の精神的疲労へのケアに対するニーズについて

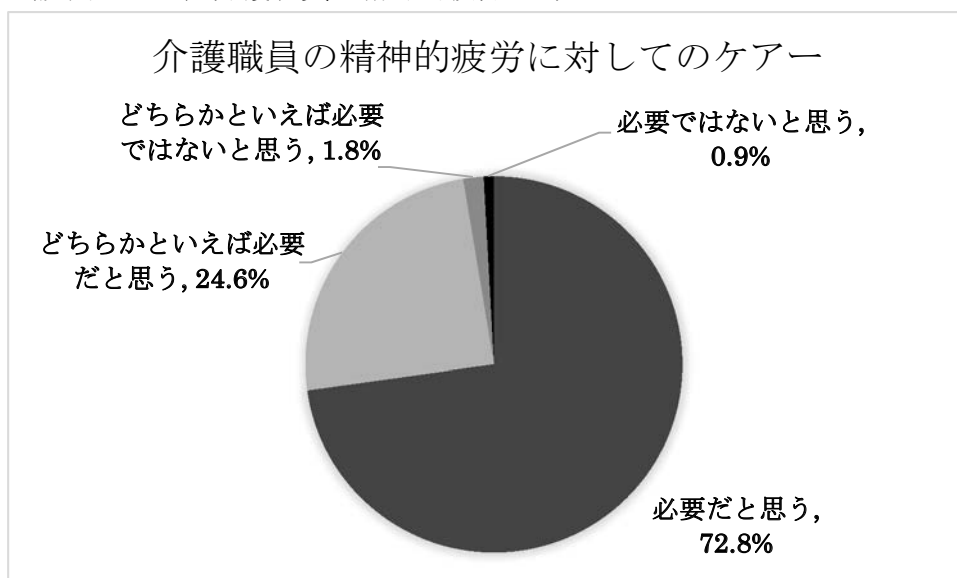


大きなニーズがある（36.0%）、大きくはないがニーズはある（51.8%）、ニーズはあまりない（7.9%）との回答を得た。

その他の意見として以下の意見があった（記述通り）

- ・よくわからない
- ・時々軽食会等を行う
- ・仕方がない
- ・外部研修の受講

(設問 3－5) 介護職員の精神的疲労に対してのケアについて



何かしらのケアが必要だと思う（72.8%）、どちらかといえば必要（24.6%）と、9割が必要と思っている。一方、少数ではあるが、どちらかといえば必要

ではない（１．８％）、必要ではない（０．９％）と意見もある。

3-3 介護職員向け及び、介護事業所向けアンケート調査「グリーフケア」の結果からの考察

グリーフケアについては、アンケートの回答が示すように、その言葉自体耳馴れないものであり、認知度が低いことは否めない。介護職員向けアンケート回答者の内、グリーフケアを知っている人は25%に満たない。また、介護事業所向けアンケートにおいても、グリーフケアを知っていると答えた人は半数に満たない。グリーフケアを行っている介護職員及び、介護事業所が少ないのは、「看取り」のアンケート結果でもわかるように、利用者の終末期において、看取りまで携わる機会がこれまで少なかったことを鑑みると、当然の結果ではないかと思う。一方で、グリーフケアやその内容自体は知らないものの、グリーフケアに対する遺族のニーズについては、半数以上がニーズがあると回答している。また、遺族に対してグリーフケアを行うことの必要性においては、8割以上が必要であると回答している。

グリーフケアは必要だと感じながら、一方ではグリーフケアを行う上での問題点や障害等も見られる。その多くは、当然のことではあるが、さまざまな諸事情を抱え、グリーフケアを行うには事業所の体制が整っていないということがわかる。

これまで、グリーフケアに関する学びについては、積極的に学ぶこともなく、またその機会も少なかった。これはグリーフケアの認知度の低さが影響しているように思う。しかし、7割以上の人が、今後はグリーフケアを学びたいと思っている。グリーフケアを行う上で「十分なトレーニングができていない」「グリーフケアの方法がわからない」「グリーフケアの有用性が不明」等の問題点や障害等については、研修等を行うことで前向きに捉えることができるのではないかと思う。

実際にグリーフケアを実施している介護職員及び、介護事業所に、グリーフケアの内容を聞いてみると、「傾聴」や「葬儀参列」が多く見られた。この度のアンケートでは、傾聴のタイミングや内容まで把握する事はできなかったが、「家庭訪問」や「電話相談」の回答が多くないところをみると、利用者死亡後に、遺族が事業所等へ足を運ぶ機会や、遺族と何かしらの接点があることが推測される。

グリーフケアについては、今のところ積極的な動きは見られないが、遺族のニーズが高まりをみせていることは確実である。ただ、これは単純に高齢化にともなう「多死化」による量的な拡大ととらえるだけでは不十分である。「病院死」から「在宅死」の流れに加え、一人暮らし世帯や夫婦のみ世帯の増加等、家族像の変化による質的な深化としてもとらえる必要があるのではないか。今後、介護事業者、経営体として介護保険外サービスのメニューとして検討して行くことは十分に価値のあることではないかと思われる。

第4章

インタビュー調査の結果

- ・取材にご協力いただいた方々の所属、肩書は取材当時のものです（敬称省略）
- ・文責：一般社団法人セルフケア・ネットワーク

第4章 インタビュー調査の結果

インタビュー調査の概要（期間 2015 年 4 月～10 月）

医療・看護・介護に従事している方々、教育・育成等を行っている方々に、それぞれの立場で、調査研究のタイトルでもある「介護職の看取り及びグリーフケアのあり方」について語っていただいた。また、歯科医師として地域医療ケアシステム（尾道市）の一翼を担っている黒瀬医師、オランダの地域介護ビュートゾルフを実際に利用したオランダから日本へ帰化した田中モニックさんへの取材は、コラムとして掲載している。

医療	
片山 壽	片山医院 院長 （広島県尾道市）
鈴木 央	鈴木内科医院 院長 （東京都大田区）
佐々木 淳	医療法人社団悠翔会 理事長 （東京都港区）
三浦 正悦	医療法人心の郷 穂波の郷クリニック 院長 （宮城県大崎市）
大石 春美	緩和ケア支援センターはるか センター長

看護・介護	
佐古田 専美	有限会社ブレイクスルー 看護小規模多機能型居宅介護 森のくまさん 施設長 （広島県尾道市）
相川 哲朗	有限会社ブレイクスルー 代表取締役
松尾 愛美	有限会社ホームケア ひまわり訪問看護ステーション あかつきデイサービス横浜北 代表 （神奈川県横浜市）

介護	
笹川 美由紀	社会福祉法人長岡福祉協会首都圏事業部 統括施設長 （東京都港区）
土谷 千津子	社会福祉法人きらくえん 副理事長 （兵庫県神戸市）
西久保 孝子	社会福祉法人きらくえん けま喜楽苑 施設長 （尼崎市）
田尻 久美子	株式会社カラーズ 代表取締役 （東京都大田区）
向井 順子	株式会社カラーズ 管理者
吉田 久美子	株式会社若武者ケア 取締役人事部長 （神奈川県横浜市）
西 往代	株式会社若武者ケア 若武者ケア南 管理者
村上 美喜子	株式会社ソラスト ソラスト世田谷 管理者（東京都世田谷区）

生島 美樹	有限会社新生ケア・サービス 管理者代理 (鳥取県米子市)
二神 雅一	株式会社創心會 代表取締役社長 (岡山県倉敷市)
宇野 百合子	株式会社創心會 創心会訪問看護リハビリステーション 管理者
渡邊 智仁	ぱんぷきん株式会社 代表取締役社長 (宮城県石巻市)
末永 美雪	小規模多機能型居宅介護 コミュニティプラザぱんぷきん 所長
土井 武彦	ぱんぷきん介護センター 在宅介護事業本部経営企画課長・入浴事業部所長
馬木 功雄	株式会社介護ユーアイ 代表取締役 (東京都荒川区)
吉田 麻与	株式会社介護ユーアイ ヘルパーステーション 管理者

教育・育成	
宇野 裕	筑波大学医学医療系 准教授 (茨城県つくば市)
福田 弘子	公益社団法人大阪介護支援専門員協会 事務局次長・研修センター部長 (大阪府大阪市)

変化球をキャッチするには 本質を見抜く力が必要です

片山医院 院長 片山 壽
尾道市医師会地域医療システム研究所 所長・主任研究員
岡山大学医学部大学院 臨床教授

—— グリーフケアが大事だと、先生はずっと発信されています。

主治医の立場をずっと継続していく中で、在宅緩和ケアの看取りをずいぶん見てきました。がんの方が圧倒的に多いですね。長く関わっていくと治療段階、病院に紹介する段階があります。グリーフにもいろいろあり、長期グリーフケアもありますが、「エンドオブライフケア」が一番のフィニッシュポイントで、これが上手くいくことが絶対必要なのです。がんでも痛みがなくてこれだけ良い日々が送れたのなら満足と、それはもうフィロソフィーです。だからそこに達した時に、自然に人間同士のマナーとしてのグリーフケアがある。そこで遺族のケアをやる。きちんとケアをするとちゃんと立ち直りますね。レセプト点数がどうこうは全く関係ありません。その方の人生の仕上げ、フィニッシュに関わって感謝されるグリーフケアの経験が、医者が一番高めてくれます。

—— 尾道では開業医の方も看取りをされるのですか？

やっています。僕に集中していた時代もありましたが「とにかく俺ができることはあなたにもできる」と言って、チームで一緒にやることを推進しました。そこを分かってくれば在宅医療も分かるし、地域医療連携も分かります。

僕は40歳でラミネクトミーという脊椎の手術をしているのですが、手術後は歩けませんでした。東京の社会保険中央総合病院にストレッチャーで連れて行かれて、当時日本一という本間先生という方がいて、ちょうど大学の脊椎班に僕の親友がいたから「じゃあ来てもらってくれ」ということで執刀してもらいました。いやあ整形外科ってさすがですね。もう手術の瞬間から痛みが消えて。あの経験も、僕が緩和ケアをやっている理由の一つですね。日常の中に疼痛があるとはどういうことか、この疼痛を除去するために手術するのは当たり前じゃないかと思いました。あのとき僕がいない間、僕の友達が手伝ってくれて180人ほどの外来を一日も休まず継続できました。その後、3級後輩が胃がんの手術をしたのですが、そのときは僕の近所の同い年の医者が空いている時間にずっとそこで代わりに診療したり、これをきっかけに互助システムというか地域の連携ができました。

先般の腫瘍内科医セミナーのテーマが「医師の生涯教育」でした。僕は治療医として、様々なケースの患者さんを相当改善させているのですが、これは僕に言わせれば独学であって、人の話を聞いて技を磨いたりね。開業医は「耳学問」をうまく活かせるかどうか、それは学習力だと思います。「耳学問」で医術をあるいは臨床技術を伸ばそうと思ったら、柔軟なリスニングスキルを持っていない。柔軟なリスニングスキルがあって、それが臨床医としてのスキルに生きていれば、自然にグリーフケアに活きます。

先般発表された「薬漬け医療が認知症を作る」のルポ記事には、薬害としか言いよう

がないひどいケースがたくさん登場しています。薬害は、医原性疾患の最たるもので、「パソコンだけ診て患者は診ない」、薬を出すだけで診療をすませている医者は少なくないし、まだまだ頭の固い医師がたくさんいるのが現状です。

僕が看護学校で講義したときに、「医療には、できることってそんなにはないんだ」と。「蠟燭が立っていて、風が吹いて炎が揺れて消えそうになるのを手でこうして遮って、その炎が揺れない程度にどこまでできるか。近づいてやけどする必要はないが、『風』をどうしたら防げるかぐらいはできなければならない。医療、ケアとはそういうことだ」と。在宅医療はストレートだし、とくに在宅緩和ケアは技術云々ではないんですね。

また、寝たきりの患者さんを増やさないために整形外科の仕事は大きいですね。ある乳がんの患者さんで、肺への転移が見つかったときに大腿骨頸部骨折をしたので整形外科で手術をしたのです。その後の回復期リハビリもよかったのですっかり回復。日頃からチームで動いている整形外科の部長に電話して手術や結果を検証してすごく褒めたら、評判が高まって、脊椎も鍵盤損傷もいまや屈指のオペレーターです。ことほど左様に寝たきりを防ぐには筋骨格系は重要です。以前は60歳過ぎたらちょっと手術は躊躇していたのが今は90歳でも施術します。それを僕らは30年かけて育てたわけです。

—— これまでの日本では「命」を技術的・即物的に考えすぎてきたのでしょうか。

命という言葉は、僕はあまり使わない。人生かな？ だからエンドオブライフケアとはとてもいい言葉だと思う。ライフというのが非常に重要。がんをすべて消すことができないが、痛みを和らげることにはできる。痛みをとったらここまで生命力がでるのかという例を僕はいっぱい経験しています。ただ医療用麻薬を使って痛みをとるのではなく、周辺薬、鎮痛補助薬とか気分を楽にするとか、例えば落ち込むのを防ぐとか、痛みをとって良い状態にしてあげないとその人のQOLが上がらない。認知症でも、その認知症治療薬の周辺薬を上手く使わないと。その人が1分でもいい状態でいられて、1ランクQOLが上がるのが大切です。病院で何も食べられない、高度進行膵がんの人が焼肉パーティーまでできたこともある。もうそれは理屈じゃないです。

「薬を使いますが、どちらの薬がいいか言ってくださいね」というと、「あ、こっちの方がいいような気がするけど、でもやっぱりこっちかな」とか。その人のライフは医者の手にあるのではなくて、命ある限り本人の手の中に備わっているのです。医療というのに、僕はよく「可塑性」という言葉を使います。「塑」とって戻るって意味でしょ。だから特に認知症の治療には、脳の可塑性を使わなければなりません。

リハビリについても僕は理論を作っている。リハビリ医学会の理事長が「リハビリ専門医の称号をあげたい」というくらい。リハビリにはもともと理屈がない。それで「リハビリはインプロビゼーションだ」といっている、緩和もそうです。インプロビゼーションは「アドリブ」という意味ですが、僕はジャズをやっているのでジャズの即興演奏のようなイメージ。人に対する治療は、アプローチとかトリートメントはできない。柔らかに、自然なインプロビゼーションは医療として大事だし、特に緩和は大事だし、認知症治療もアドリブは全部に共通します。

ところが、日本の医療はアドリブというよりマニュアルになってしまっている。マニュアル化するから認知症の治療の間違いが起こる。マニュアルをつくったらもうできた気になってしまう。日本人の特質としてもっとも最悪なものです。今の憲法論議もそう

ですけど無駄が多すぎます、医療には無駄があってはいけない。ストレートで、ストレートだが変化球も必要で、変化球をキャッチするには本質を見抜く力が必要です。

技術が優れているだけでなく 総合的な人間力が必要です

有限会社ブレイクスルー 看護小規模多機能型居宅介護 森のくまさん

施設長 佐古田 専美

有限会社ブレイクスルー 代表取締役 相川 哲朗

—— 介護職の看取りについて「森のくまさん」での現状を聞かせてください。

佐古田 最初は「こんな重症な人を介護施設なのになぜ受け入れるのか」と介護職にはずいぶん言われましたし、そういう介護職は辞めていきました。最初、年末に終末期の利用者さんを受け入れました。75歳の男性、24時間のポートとバルーンが入っていて酸素吸入があって腹水でお腹はパンパンでという状況でした。2週間ほどで看取ったのですが、片山先生（注1）から「緩和ケアがきちっとできていた。これからの施設は看取りと認知症の対応に力を入れて欲しい」とすごく言われたんです。私はこの施設を開設するときに看取りもしようと思っていました。介護事業所にはよく救急車が来るじゃないですか。その回数を減らしたいという思いもありました。介護職の意識も随分と変わったと思います。

最初は「看取りをするために来たのではない」と介護職が3人くらいいっぺんに辞めたこともあります。デイサービスに勤めている人は現場で楽しくデイサービスをやりたいし、グループホームに勤めている人は9人を相手にゆったり穏やかに仕事をしたい。でも小規模多機能だと通いがあって泊りがあって訪問があって、送迎だけでも結構バタバタするなかで看取りをせざるを得ない。まして看取りの経験のない介護職はびっくりするしとまどいますよね。だから職員が落ち着くまで1年半くらいは時間がかかりました。結局3年間で31人看取ったんです。これは積極的に受け入れたというよりも、終末期の患者さんを抱えて困っている人に対して、私たちが「何かしてあげることはないかな」という思いが先ですね。でもいくら私が「看取りをしたい」と思っても協力してくださる尾道方式（注2）の先生方との出会いが大きかったのだと思います。

この施設へ通って来られる方の多くは85歳から90歳代の方です。遠くない将来に必ず死が訪れます。私は家族の方とは必ず契約を結ぶときに話をさせていただいています。家族の思いと本人の希望、施設と主治医の思いですね。それがきっちり固まらないと看取りはなかなか難しいと思っています。亡くなった利用者の家族が野菜や卵を持って来てくれたりします。お手紙を頂いたり、「喪が明けました。お世話になりました」って来てくれたりするのは職員が「よかった」と思える瞬間ですね。こうしたことは病院勤務のときは経験したことがありません。小規模多機能という在宅の現場に来て初めて「人を全人的に見る」ということをすごく感じました。私は小規模だからできることと

思っています。これが大規模な施設だと家族と一緒に付き添ってきめ細やかなことはできない。例えば娘さんが「おかあちゃん。おかあちゃんが好きな佐古田さんが来とるよ。佐古田さんが手を握っているけん、もう安心よ」と言って旅立つとか。まあこの世とあの世があるかどうかわからないけど、そういう瞬間に出会えるのはやはり小規模だからではないでしょうか。

—— 在宅で看取るケースがこれから増えていくにしても小規模多機能のようなところがなければなかなか支えきれませんね。

相川 私は小規模や複合型は在宅最前線だと思っています。こうやって施設があって通所したりしながらケアを受けるのが一番、満足度が高いのではないかと考えています。当初からそういう気持ちで始めたらたくさん叩かれました、「小規模はそんなことをやる場所じゃない」って。私は「それは絶対違う」と「自信をもってやって行こう」と。ここでは救急車を呼んだことは一度もありません。看護師さんがいてきちんと看護管理ができていれば病院はいらないなと思うようになりましたね。もちろんドクターにしっかりと支えていただけるというのが重要ですが。医療費の上昇を抑えることにもつながるんです。

—— 介護職員の質の確保も大変だと思いますが。

佐古田 いかに介護職員のモチベーションを上げるか、プロ意識を持ってもらうか、そこにかけていくしかないんです。最初は職員のことでもこんなに苦労しているのに3人一緒に辞められたりして、私のことが憎くて私だけに迷惑をかけるならいいですよ。でも利用者さんがいて頑張っている職員がいて、「こんな辞め方が平気でできる介護職ってなんだろうか？」と思うくらい、「職業倫理とか社会人としてどうなんだろうか？」と最初の頃はすごく思いましたね。今は私たちと一緒に頑張って利用者さんのために努力していく姿勢なんかずいぶん変わったと思います。私も随分きつかったんだろうと思います。看取りになると、朝来たら一番に「おしっこいくら出た？」と聞くわけですよ。普通の介護だったら「夕べあの人よく寝た？」くらいの勢いでしか始まらないのに。

私は看取りについては、介護報酬に看取り加算がついて「看取りをやろうかな」っていう施設もあるけど加算はつける必要はないと思っています。看取りは自然のことだから。例えばうちの施設のようにがんの末期の人も受け入れなさいとは思わないですよ。ただ、自然な老衰のような方は受け入れるべきじゃないかなと思っています。食事を口から食べられなくなったから別の小規模から病院へ移された患者さんの娘さんがいらしたことがあります。点滴の管を入れられ酸素をされてずっと天井だけを見させられて、「そういう母の姿を見るのは私は嫌だ」と。「亡くなってもいいんです。どうか人として最期まで看取りたい」とおっしゃるのです。で受け入れて結局2か月くらいで亡くなったんですけど、まあ喜ばれましたね。でもその亡くなられた方が元いた小規模に看護

師さんがいて「みんなで看ようよ」ということになれば、何もウチの施設に来ることはなかったかもしれない。だから私は看取りに加算を付けるのには反対、反対っていうか死は自然な流れなので。加算でお金が付いたからって満足な死が平等に与えられるかといったらそうではないわけじゃないですか。

施設の中で治療が必要なくなったら、看取りをするにあたって私は看護師も必要ないと思っているんです。介護職がどれだけ観察ができてお医者さんに報告できるかなんです。簡潔に報告、観察と記録に残す、こうした訓練を介護職がきちんとやれば老衰で治療が必要なければ満足のいく死は十分に与えられるのではないかなと思っています。ただ技術が優れているだけでなく、こういう仕事って総合的に人間力を培っていくしかないのかなって思います。

(注1) 片山壽先生。尾道市の「片山医院院長」。尾道方式を中心になって推進した。

(注2) 尾道市医師会が中心となって構築した地域医療システム。

グリーフケアの基本的な心構えは、被災者に限らず普遍です

筑波大学医学医療系 准教授 宇野 裕

—— 被災地のマニュアルを作られたそうですね。

マニュアルと一言でいってしまうとHOW TO（注1）になってしまいますが、それ以前の問題として「心のケア」を取り上げています。被災者の心のケアは、20年前の阪神淡路大震災の時から言われていますが、概念が広くて捉えどころがない。マニュアルは大きく3つほどのサポートの仕方を紹介していますが、その中のメンタルの側面を集めるといえば「心のケア」になります。被災者の場合でいうと安心な場所を提供するとか、暖かい場所を提供する、それから食事・食糧・水とか、そういうことが「心のケア」の始まりなわけです。それらトータルな支援を視野にいて、その中で「心のケア」としていわば濃度の濃い部分を抽出したのがこのマニュアル、というか手順書です。被災者といっても被災の程度が違い、それから時間によって状況が全く違ってくる。そうした様々な要素を加味して「こういう時はこういうことが起こりやすい」と、あらかじめケアする側が知っておくためのガイドライン的なものになっています。

—— その中でグリーフケアが大きな位置を占めているそうですね。

災害が起こるとみんなどっと避難所に逃げてくる。でも誰も専門家はいない。その中でどうやって1週間をしのぐのかということを中心に書いています。1週間たつと徐々に外部から応援が入ってきて専門家も入ってくる。災害の初期は、グリーフケアというか悲嘆反応を起こす人がいるのでケアが必要なんですけれども、そういう時は「やらないほうがいい」、「何もやらないことが一番大事だ」。それこそ精神的に動揺しちゃって自分をコントロールできなくなった時や何か訴えかけてきた時は、近くに寄り添って、声をかけたりなだめてあげる、となっています。災害時は、素人から専門家までそれぞれの役割があって、それぞれにできることがある。1週間たった頃から専門家も入ってきて、それで本格的なグリーフケアができる、というのが一応の想定です。最初の1週間を最初期といいます。その時にこういう現象が起こるといったことが書いてあります。

次の1週間はグリーフケアを一つの大きな中心に考えて、そのポイントをまとめています。大きな混乱状態にある中で最初のうちはとにかくパッシブに受け止める、つまり「待ちの姿勢」が中心で、グリーフケアがでてくるのが1週間後くらい。そこからは程度に応じて対処していきますが、災害の場合ですと半年くらいたった頃から、徐々に直接的な問題、つまり親族を亡くしたりといったいわばグリーフの直接的な問題に加えて、生活苦とか将来不安といったものが出てきます。「傾聴」も、被災者の大きな心のケアになります。被災後半年くらい経つと、いわば生物的な被災体験だけじゃなくて、生活上の問題もからんできて非常に問題が解きにくくなってきます。「傾聴」は、専門家が行う、つまり精神科のお医者さんが患者の訴えを聞くのも傾聴だし、親族がお互い慰め合うのも傾聴だし、それからボランティアの人たちがお茶を飲みながら話をするのも傾

聴です。「これが傾聴だ」と決めつけずに、日々のあらゆるレベルの支援活動の中で、傾聴という形をとって被災者の心のわだかまりを解くことを広くとらえようという立場をとっています。

マニュアルを理解してもらう上で大事なことは被災者の心のケアをイメージするときに、まずは「普通の人」が前提となります。普通に日常生活を行っている人たちが災害にあってそれがすごいストレスになって、例えばPTSDみたいな心の病気になってしまう、と。通常はこんなイメージを抱きますが、まずそういう人はほとんどいない。PTSDもそんなに起こらない。被災した9割の人は放っておいても時間とともに自然に治るのです。極端に言えば何にもしないことが一番いい。人間には自分自身で治癒する能力、セルフケアというか自己回復力があります。レジリエンスって言うんですが。一方で残りの1割の人には、実はもっと手厚くケアをしなくてはいけない人たちがいる。それは認知症の人も含めて。まず現在治療中の人は、薬が切れてしまうことが一番シビアな問題です。だけど真面目な人ほど目の前で困っている人になんとか手を差し伸べたくなり、その時に不必要なことを言って混乱させてしまうようなことが起こる。ですから最初の9割の人に対する「べからず集」も作りました。

もう一つのケースは地域社会でいればなんとか環境、周りと折り合いをつけて暮らしていた人たちが、避難所など違う環境に移されることで顕在化してしまう、たとえば、昔かかっていた病気が治ったのに再発してしまった人たち、こうした顕在ケースが多い。一般の人とすでに病気の人、病気が顕在化した人。この3つのケースを頭に入れてそれぞれに対策を取らないといけないのです。

このマニュアルは主として行政職員をイメージしています。災害の時にはとにかく普通の一般職の人が避難所の管理者になるわけですよ。あと学校の先生が動員されることも。そういう人たちを第一次的な読み手に想定していて、第二次的な読み手が福祉専門職です、広い意味での保健師さんとか。このマニュアルは、専門家はあまり意識していないんです。たとえば認知症の人はほとんど家族と一緒にしてきますが、いわゆる異常行動があったときに周りから白い眼で見られるからそれを抑え込もうとする、そうするとますます症状が悪化してしまう。第一次的な読み手でも認知症のことを知らない人はいっぱいいます。そういう人に、家族から「認知症なのだから周りの人に説明してください」と訴えてもらえばだいぶ違うはずですね。

—— 将来は、介護職が看取るケースが増えると予測されますが、介護職が遺族にグリーフケアをすることについてどう思われますか。

いわゆるグリーフケアに関しては、やっぱりプライオリティの問題で、災害の当初は食糧とか生命の安全とか、もっと大変なことがいっぱいあります。半年とか1年経って煮詰まって来た時の方がグリーフケアや「心のケア」がもっと必要になり、かつ難しくなってくる。僕流の言い方をすると、体の傷は治るけど心の傷は治らない、上塗りするだけなんですね。生活が安定してきて、いわば生命の危機が去って一息ついたときに噴き出してきて、そういう時につらい思いを聞いてくれる人がいるかいけないかでは大いに違うと思います。ただ、被災地などのケースでは、被害の度合いとか細かな序列感覚がわからないと話をしないらしい。そういう意味では、第三者の方が気楽に話せるかもしれません。メンタルのケアについては、状況によって全く変わってくるのではないでし

ようか。

グリーフケアに対する基本的な心構えというのは、被災者に限らず普遍的だと思います。介護職のグリーフケアに関して言えば、グリーフマインドや、心だけではなくて情報とか道具などでもケアが可能であるとか、それを知っているか否かで全然違うと思うし、非常に意義あることだと思います。介護職でも、身体介護というかフィジカルなことをすれば足りるということではないわけですから。

(注1) 災害時のこころのケアー心理支援、医療・福祉、生活支援ー 手順書編 Ver. 1.0
2015. 3)

ご本人、ご家族の意向を尊重し 最期を迎える準備をしていきます

株式会社若武者ケア 在宅介護サービス

取締役人事部長 吉田 久美子

管理者・主任介護支援専門員 西 往代

—— 介護職にとっての看取り、グリーフケアについて、ケアマネジャーの立場から現状についてお聞きします。

西 私たちケアマネジャーは在宅支援なので、在宅での看取りということになります。とにかくご本人の意思を尊重することが大事だと思っています。ご本人も、ご家族も終末期に近いことは医師から告知されていますので、「どう過ごしたいか」「どういう最期を迎えたいのか」を聞いていきます。その中で、その方の生活環境に合わせ、どのような支援ができるのか、またどのような支援をしていくのかを考え、ヘルパーさんにつなげます。そして医療、訪問看護との連携です。いざという時に、まずどういう方法をとるのかという、緊急事態の想定もしておきます。多くのケースでは、緊急事態の際はご本人、ご家族が救急車を呼びますが、救急車イコール病院ということになるので、それは在宅の看取りではありません。事前に意思確認や準備をしていたとしても、その過程でコロコロと気持ちは変わるものです。さまざまな事を想定しながら、医師、訪問介護ステーション、その他のケアスタッフと連携を取りながら、その方のケアにあたります。

先日、92歳でご自宅でご家族に看取られた方がいました。がんで多臓器にも転移しており体力的に弱っていらしたので、医師や看護師からもそろそろかとも言われたのがその通りになったケースです。ご本人もご家族も準備ができていました。このケースもそうですが、ターミナルというのはまずご家族がいらっしゃる場合は、実際こういう形になるであろうということを説明し、ご理解いただくということが、我々の仕事だと思っています。例えば、この場合にはどういう方法があるのか、どういうことができるかというところをゆっくり説明します。説明しておいても、実際その場になると予想できなかったことも出てきますが、伝えておくだけでも大分違います。やはりご家族への支援というのがすごく大事だと思っています。

一般的に重度化すると、ADL等も低下しますが、その方に合わせて出来るだけリハビリを取り入れるようにサポートしています。また、今までの回想ではないですけど、その方の生きてこれたこれまでの事、「お仕事でこういうことをされていた」「こういう趣味があった」「こういう功績があった」などを人生の関わりを思い出しながら一緒に語り合い、共感することも必要だと思います。

ご利用者が亡くなった後は、家族に対し悲嘆のプロセスを説明します。同じ目線で一緒に考えてあげることが大事だと思っています。ケースによりませんが、葬儀に参列したり、少し時間が経って

からお線香をあげに行くこともあります。」「葬儀が終わったらさようなら」ではなく、その後も担当者会議のようなものを開き、関わってきたご家族、スタッフに対してのケアも必要だと感じています。これはケアマネジャーの仕事ではないかもしれませんが、その後のケアも含めてターミナルケアだと思っています。

ターミナルには色々なケースがあります。長く関わってきた方の状態が悪くなることもありますし、病院や地域包括ケアセンターから「ターミナルですがお願いできますか？」という依頼もあります。ただ、長い関わりの中で徐々にターミナルになっていく場合と、病院などからの依頼では、正直ヘルパーさんたちの心の動きは違ってきます。長い関わりの場合、終末期のプロセスの中で死について受け入れてはいるものの、いざそうになるとショックを受けるヘルパーさんもいらっしゃいます。そのようなヘルパーさんに対し、その後の仕事のやり方を考えることはサービス提供責任者の采配かもしれません。しかし、あくまでも仕事ですから、ケアマネジャー、ヘルパー、サービス提供責任者、それぞれ立場の違いがありますが、しっかり仕事に戻る方向にもっていかないとはいけません。

—— グリーフケアについて、介護職の方たちが学ぶ機会はあるのでしょうか？

西 私は、特別に研修に行ったということはありませんが、訪問看護、医療系の研修の時には必ずターミナルということが出て来ます。その時に「受け入れ」とか「悲嘆」という順番を講義で学びますがその程度です。みな一通り習う程度だと思います。

吉田 理屈のところですね。心理学とかそういったところに近いもので、昔からの「受け入れ期」などその程度の話です。また、実際の現場では色々な人がサービスを求めているのに、そのサービスを断ってまで研修に行くのが時間のロスのように感じるのだと思います。

西 専門書を購入して自分で勉強するということはあるかと思います。ただ、当社は訪問看護ステーションもありますので、社内で勉強会を開いていければと思います。

—— 看取りの時に、実際にヘルパーさんたちはどのようなことをされているのですか？

西 お亡くなりになったらヘルパーさんはそこで帰ってもらいます。仕事の範囲ではないです。それから訪問した先の利用者が亡くなっていた場合は、死亡の判定は私たちにはできないので、救急車なり医療関係につなげますが、病院から退院して在宅で看取りという時には、退院されるその入院先の病院で、もしもの場合にはということでつなげておきます。なるべく警察沙汰にならないようにすることですね。要するに死亡診断書は誰が書くかということなのです。医療とつなげられていけば、ヘルパーさんには「まず訪問看護師さんもしくは往診医の先生、病院に電話して、救急車を呼ぶように」と話しておきます。もちろん最期の方法としてそれを全部ご本人に説明して「こういう形がありますが、どれがお望みですか」と最期の方法を決めておくのです。

状況によっては警察を呼ばなければならない時もありますが、そういうときは、ヘルパーは何もしないようにしています。現場では触らないことが鉄則です。緊急の場合というのが必ずありますが、

そういった場合にどうするのかも決めておく、全員が周知することが大切です。

—— ターミナルのケアプランはそれ以外のケアプランとどこが違うのですか？

西 関わってくる人数、関係者が違ってきます。内容はより細かなプランニングになります。日々、1週間ごと、その方の状態に応じて変わっていきます。ただそれを全体に見据えておくのが一番大事です。まず、退院の前にはカンファレンスで何回も病院の方に足を運びます。そこで「こういうことが考えられる」という課題があげられます。そして課題から反対に逆算して、こういうことが必要なのではないだろうか、そしたらその時にはどういう関わりが必要なのだろうかというところを考えて、計画・プランニングします。やはりどうしても医療系が強くなります。医師の往診や訪問看護師さんは欠かせないですし、やはり精神的なケアも必要です。

—— 現在、訪問介護では看取り加算はついていません。

吉田 そうですね。訪問看護ならありますけど。訪問介護ではないですね。

西 関わりとして一連のケアスタッフの中でケアマネジャーがいます。亡くなられたら、次はボタンタッチで訪問看護師さんにエンゼルケアしてもらいます。そこでボタンタッチです。加算とか給付に関してはそこで区切られていくのかなと思います。現場で動くという人間に対しての加算はありますが、ケアマネジャーは、実際の動きだけではなく、頭の中でのプランニングも大事な仕事です。だからといってそれが給付につながるわけではありません。ターミナルプランニングという形があっても良いかもしれません。しかし、それよりも普通の高齢者の在宅で1人に対して月1回の訪問でいいとは言えるものの、もう何回、何十回となく足を運びます。ターミナルにおいては、ケアスタッフ全員が採算抜きでやっています。

—— 医療との連携についてはいかがですか？

西 現在ケアマネジャーは、医療との連携に関する研修会、勉強会がたくさんあります。また、以前医師とケアマネジャー対象に「医療と介護の連携」についてアンケートを取ったところ、ケアマネジャー側からは「医療は敷居が高い」という意見が多く見られ、医師側の回答により、介護保険のことをよくご存じない医師が多いということがわかりました。

吉田 医師からは「こうしてくれたらいいのに」など気軽に言われる事が多いのですが、実際のところ介護保険ではできないことも多い。逆にこちらは医療の知識がなくて、医師からすると「なんでこんなことも知らないんだ」と思われることもあります。医療系とは文化が違うというか、目的が違うので、医療は病気を診るけれども介護は生活を見るのです。

西 それぞれの役割分担が大事です。役割分担を明確にしてひとつのケアをしていくことが大切だと思っています。ターミナルの場合は医療にリードしてもらいたい。しかし、最期のターミナルケアの部分は、ご本もご家族も医療も介護も連携しながら行うことが大事です。それができたかどうかでグリーフケアにもつながると思います。何においても、ご本人の希望を聞いておく、関わる者

でどうするか決めておくことが大事だと思います。

五感を使ってどうして欲しいか感じる 求められるコミュニケーション能力

株式会社カラーズ 在宅介護サービス

代表取締役 田尻 久美子

管理者・サービス提供責任者 向井 順子

—— 介護職にとっての看取り、グリーフケアについて現状と今後の展望についてお聞きしたいと思います。

田尻 ターミナルケアについては訪問看護で（診療報酬で）いい点数がとれることもあって、実はヘルパーの出番がないというパターンが結構多いです。一部の医療行為については介護職ができるようになってはいますが、たとえば痰の吸引なども申請しても許可が下りるまで時間がかかります。研修時間も長く費用もかかり、なかなか現実的ではないんです。ターミナルケアは短時間で利用者の方の状態が変わってしまうことも多いので、難しいのです。ご家族の場合は看護師の指導のもと、すぐに痰の吸引ができるようになるのに歯痒いですね。これから介護福祉士の国家資格取得には、医療行為の研修を受けていることが前提になるので、今よりは介護職が積極的にターミナル期に関われるようになると思いますが、現状はそこが難しい。排泄などの身体的なケアだけになるので、結局、看護師が「こっちでやるからいいわ」となりがちなので、介護の側が積極的に関わりたくてもなかなか難しいですね。

在宅でなかなか看取りが出来ないのは、ご家族が覚悟出来ないことも感じます。最初は在宅を希望しても揺れ動く場合が多い。肺炎などになるとすぐ救急搬送になって、結局病院で看取ることになる。ただ訪問介護は24時間体制がまだまだ未整備で、夜間のリスク対応やサービスに不安があると思うんです。24時間サポートがもう少し普及して来れば「やってみようかな」という方も増えてくるのかなと思います。在宅で看取ったご家族に聞くと「家で看取ってよかった」とおっしゃる方も多いので、そこをどう覚悟していくかでしょう。それから「最期は病院で」という考えの方も実際は多いですね。「死」に対する教育が欠如している感もあります。ご家族だけでなく、ヘルパーさんも看取りに対して覚悟が出来てない人が多いので。

—— カラーズとしては看取りに対してどのように対応していますか？

田尻 カラーズは事業所として看取りをやっていくことを宣言しています。ヘルパーさんには徐々に関わってもらおうようにしているのと、「死んでいいんだよ」って言っていますね。「何かあったらどうしよう」ではなく、「何かあるのよ。人間なんだから死も自然なことよ」と。実際には若いヘルパーさんがショックを受けてしまうこともあるので、

そこはサービス提供責任者や管理者がその気持ちを受け止めています。利用者さんのご家族に対するグリーフケアは正直出来ていないですね。制度で動いている枠組みの中で、利用者が亡くなると関係性が途切れてしまう。カラーズでは葬儀などが終わって落ち着いた頃、ちょうど悲しみが訪れてくるタイミングで、お花を持って訪問させていただいてます。

高齢で亡くなれると、その方と社会的につながりがある方も少なく、家族葬で見送ることが多いので悲しみを共有できる人数も限られます。そういう意味で故人を知る者としての一時的な受け止めというのはさせていただいています。今はその程度しかできていないですね。伴侶が亡くなられて独居になられた方は、地域包括につないだりして定期的なフォローアップをしていただく場合もあります。看取りの問題は、現時点では場当たり的に物事が進んで行って、切羽詰まってから「どうしようか？」と対応するような状態だと思います。もっと前段階で終末期のことを考えておく必要がありますね。

—— 医療と介護の連携についてはどうお考えになりますか？

田尻 以前よりはずっと連携は取りやすくなっていますが、看護とケアマネジャーの間はまだ課題も多いですね。ターミナル期は医療保険で提供される部分が多いので、医療側が主導して行くとケアマネも腰が引けてしまって、結構関われないケースも多いのです。ただ、画期的な対応をしているところもあります。私がサービス提供責任者として関わったケースで医師が鈴木内科の鈴木央先生で、鈴木先生は「連携を密に」と考えている方で、「サイボウズ LIVE」という無料のグループウェアを使っていらっしゃいました。クローズドな掲示板でいろいろな情報をメンバー内でやり取りをします。メンバーは家族、医師、薬剤師、臨床心理士、訪問看護師、ヘルパー、福祉用具相談員、ケアマネです。鈴木先生が主導して「今日のご本人はこういう状態だった」などと書き込み、それに続いて「〇〇さん、これどうでしょうか？」とやり取りしていました。1日の内ですぐに対応するのでスピードが速い。こういうツールを使うと多職種連携が取りやすくなると思います。このツール上ではグリーフケアもやってみました。ご家族もメンバーに入っていたので、「旅立たれてからいかがでしょうか？」というようなことを看護師やケアマネが書き込んだり。私も書き込みました。

—— ターミナル期への介護職の関わりについてはどのような課題があるとお考えですか？

田尻 教育がまだまだだと思います。例えばサービスの内容が清拭やオムツ交換だとしても、無理やりそれをするのが目的じゃなくて、終末期であれば（本人の）心地良さであったりが大切だと思うんです。ご家族への配慮に悩む介護職は多い。初任者研修でも一応、終末期に対するケアとして何時間かの研修はありますが、実際のケアを提供するうえで「実際のところ」までは踏み込めていないのではないのでしょうか。看護の場合

はカリキュラムも充実しているし、ナイチンゲール憲章などもあって、心構えもしっかりしているけれど、介護はまだ「その専門性は何か？」というところで揺れてたりもしますから、十分ではないのでしょうね。

—— サービス提供責任者の立場として向井さんはどうお考えになりますか？

向井 ターミナルといっても2年とかという人もいますよ。それは「もう治らない」ということが前提のターミナルと、皆さんが普通にイメージする「いつ亡くなるの？」っていう状態のターミナルがあり、一概には言えないのです。最近、2回（の訪問）で亡くなってしまったっていう悲しいこともありました。このケースはご本人、ご家族、ご親戚も含めて自分の最期、看取りをどうするかっていう話が出来ているお家だったんです。「お家へ戻るんだ」と常々言っていて、延命治療は行わないと決めていました。家族も家で看取るのは問題ないのだけれど、家族だけでは対応しきれないっていうところで、ケアマネに相談が来て、私たちが入りました。

医療職がメインで引っ張っていくのですが、私たち介護職が何をするかということ、ご本人が少しでも楽になるという状態、気持ち悪くない状態にすること、つまり清潔な状態を保つことが一番になります。ただ、清潔清潔と先に言ってしまうと、何がなんでもオムツをかえるとか汗をかいているから拭かなくてはいけないとか技術的なことが思い浮かびますが、自分からの意思表示ができない方もいますので、本当に大事なのは、相手がどうして欲しいのかを汲み取ってあげることなんです。サービスを提供して終了ではなくて、その時のご本人の表情とか状態とか、吸入を「うーん」って苦しがっていた人が「ふー」って寝てしまったりすると、「ああ気持ちよかったんだな」って。五感を使ってそれを全部感じ取るようなヘルパーさんが理想ですね。声掛けも、やたら話しかければいいというものでもなく、声のトーンであったり、ただ手で触れてトントンとするだけで十分伝わるとか、コミュニケーション能力が求められています。とくにターミナルの場合は時間を掛けられない。気持ちをすぐに察することができるのが大事です。覚悟できていないヘルパーは、担当していた方が亡くなると引きずってしまうケースもあります。そういう受け止めがまだ出来ないヘルパーを無理やりターミナルに入れるということとはできないですね。

—— 亡くなった後のことはいかがですか？

向井 カラーズでのグリーフケアは葬儀が終わった頃に1回手を合わせに行かせていただくくらいです。2回3回って行くことはないですし、逆に言うとお仕事として割り切る部分も絶対必要なんです。けれども亡くなった後にご家族に会うことによって、「ああ終わったんだな」と双方の気持ちに区切りがつくこともあります。またご家族に「おかげさまで、和やかに式を行い逝かせることができました」と言われることもあります。そういうことはヘルパーさんにも伝えます。ターミナルケアって悲しいことばかりじゃ

ないってところは伝えていきたい、自分の仕事が何かの形で役に立ったっていうことはヘルパーさんに伝えてあげたいなと思うんですね。

—— 田尻さんは今後の課題についてどう考えますか？

田尻 グリーフケアに限らず、いろいろな現実的な介護の現場に対して、介護職の養成課程の内容にも問題がありますが、何より継続的な要請が出来ていない。介護職って一回資格取ったら終わり、特に訪問介護は継続しての定期研修というのは一切ないですよ。事業所に一任されているから事業所の方針ですべて決まってしまう。そこは地域で質を上げていかなければと思っています。

医療と連携した スキルアップを目指して

株式会社ソラスト世田谷 ホームヘルプサービス
管理者・サービス提供責任者 村上 美喜子

—— こちらの事業所では介護職の方は看取りをされていますか。

ヘルパー採用時に「うちは看取りをやります」といった積極的な対応はしていません。お世話をしていく中で、看取りの時期が近付いてそのまま自然に移行していくスタイルが一般的です。訪問看護には、看取り加算がつきますが、訪問介護の場合、加算はないのであえて言わないようにしています。終末期に出会った場合は、ケースバイケースですが、1人暮らしの方であれば、確実に亡くなられていると思っても救急車を呼びます。救急車が来て、それから警察の方が来るという段取りです。「そろそろあぶない」と言われている方でも、家族によっては「救急車は呼ばずに、家族なり主治医に連絡をしてください」というケースもあるので、その場合は事前に連絡先を聞いて、確実に実施できるよう取決めをしておきます。

亡くなられた後は、ケアマネジャーなどは手続きがあるのですぐお宅に伺いますが、ヘルパーの立場では、すぐに行く必要もないし、逆に伺うことで家族を悲しませたりする場合もあるので落ち着いた頃にご挨拶します。こういう時、「ご家族はその時に関わっていた担当者に会うとどのように感じるのか」と考えて、あえてこちらから積極的には行かないようにしています。ご家族によって色々ですが、あとでお手紙をいただいたり、ご家族が挨拶に来てくださったりしますね。

奥様が要介護でサービスを受けていて、お亡くなりになった後にそのままご主人が要介護になったケースもありました。一緒に辛い時期を過ごしたというだけで、想いを共有できるし、経緯を理解しているので双方ともに安心できます。奥様を亡くされてお疲れの時でしたし、そのままサービスに入るのはいい形だと思います。生前の奥様のお話をしたり、思い出話もできるかもしれないし、自然の流れでグリーフケアになるかもしれませんね。

看取りに突然出会った若い職員は、最初はショックでご家族と一緒に泣いてしまう人もいます。最近の若い人たちは「死」に直面したことがないので、亡くなられた後のご家族への接し方が分からない職員も多いですね。ご家族に何か言おうとしても言葉が浮かばないし、当事者にとっては辛いかもしれないので、「言葉かけ」は本当に難しい、何も言わないほうがいい時もあります。

私も同じようにショックを受けるのですが、管理者としてはそこに「入り込んでしまわない」ようにしています。長くお世話していると家族のような心境になって、立ち直りが難しくなる。「自分のやったことは正しかったのか」「もっと何か出来たのではないかな」と、いつまでも、頭のどこかに残ってしまいます。慣れるものではないので、どんな場面も仕事として客観的に見ることを忘れずに、きちんとけじめをつけていかないとなりません。

—— 年間でどのくらいの看取りがあるのですか。

昨年の当事業所での看取りは、病院に搬送された方を含めて5名です。救急車で運ばれて病院で亡くなる方が多いですね。それほど重篤ではなかったのに、病院に行っても亡くなった方もいました。死因を知らせてくださる方もいますが、そうでない方も。ケアマネが関わっていれば毎月連絡を取り合いますが、入院後は全く連絡いただけないケースもあります。うまく連携が取れると、もう少し違う対応ができるかもしれないですね。

介護の仕事はとても奥が深い仕事なのですが、社会的地位がどうしても低い。「介護の仕事は肉体労働とされているかもしれないが、それは大きな間違いで、頭脳労働であることをもっと強調すべきです」(日本介護福祉士会の内田千恵子副会長)。このように言ってくださる方もありますが、一般の人の受け止め方はまだまだで、介護報酬についても、きちんと労働の価値を認めていただきたいと思います。

看取りを、今後訪問介護でも加算できるようになると、ヘルパーの力がこれまで以上に重要になって、医療と現場との連携が大切になります。

当然、ヘルパーに求められるものも増えるでしょう。現在でも、看護師さんはヘルパーが記入した利用者さんの様子とか尿の量、食事量などを見て、ご自分が行かない時の様子を把握したり、在宅訪問診療の先生も月1回か重度の人で2週間に一度ほどの訪問と、家族からの報告ぐらいでは、介護職のメモがないとケアできない場合も多いと思います。

しかし、現状ではヘルパーの力量もさまざまで、いろいろな場面でのスキルアップを目指していく必要があります。これまでは、訪問看護師さんが入っている時にサービス責任者が同席し、見学させてもらって帰ってきてヘルパーに伝えるという形だったのですが、もっとサービス提供責任者やヘルパーが参加できる会議などが増えれば、病気の予測などの情報やその際の対応力なども育まれるのではないかと思います。

また、看取りの時に「死」に面して慌ててしまうヘルパーに対して、どう対処すべきか指導が必要です。「人の死」に触れても、慌てず冷静に、かつ覚悟を持って接する必要がある。医療関係者は、倫理面や心理的なものも訓練されていますが、介護分野では、介護方法やプライバシー保護、利用者の尊厳あたりまでは習いますが、ターミナルの具体的なことは習っていませんし、世間的にもそこまでは認められていません。例えば、ヘルパーなど介護関係者が少し早い段階で、家族に終末期の話などをすると、一般的には「縁起でもない」という反応が起きますので、その際のアプローチは、ドクターや訪問看護師など医療系の方にお願ひします。それは役割分担と割り切っていますし、医療のスペシャリストが説明することで家族とご本人も受け入れてくれます。けれども、今後は介護スタッフについても「死」というものから勉強する必要性を感じます。

—— 看取りに立ち会った経験は、現在のお立場にどう生かされていますか。

当事業所では、「家族はもう1人の利用者さんである」として、職員に徹底しています。終末期が近付くとご家族とのコミュニケーションをさらに密にします。日頃から、「情報を共有しよう」「相談される人になろう」と思って接していますから、その際もご家族の納得も得られ、逆に「頑張りましたね」と声を掛けられます。

看取りの際に、心から「ありがとう」と言われると、ヘルパーも気持ちが切り替えら

れます。死亡の連絡を入れるケアマネジャーも、「ご家族がありがとうとおっしゃっていました」と感謝の言葉を添えてくれると、「関わられて良かった」と次に行きやすいですね。

終末期には、少しでも心地よく過ごせるように配慮します。ベッドを明るい日差しが入るように位置を変えたり、家具を移動して雰囲気を変えるなど。ただ、それらは終末に限った提案ではなく、私たちの動きやすさも含めて常に快適に過ごせる配慮です。

私どもの制服は、派手なオレンジじゃないですか。お部屋に入っていくとパッと明るくなるので、利用者さんからはとても好評です。ちょっと疲れているヘルパーの顔も晴れやかに見えるし、雰囲気を明るくするには色も大事なのかもしれませんね。

「自然に枯れていく」姿を どう支援するかが大きなテーマです

長岡福祉協会首都圏事業部 統括施設長 笹川 美由紀

—— 高齢化が進み、介護職の方々が看取りをする場面も増えていくと思われませんが。

私は小さいころ祖父をなくしているので、はじめて人の死は「怖い」というイメージでした。祖母の時は19歳でしたが、その時はナースですでに勉強を始めていましたがやはり怖くて直視できませんでした。ドイツ語で「亡くなる」「死亡」をステルベンといいますが、病院勤務の時、病棟ナースが「ステった」と言っていて、人様を高い位置から眺めている気がして好きになれませんでした。そんな経験もあるので、亡くなった方と初めて看取りをした職員には「今日、看取ってもらったのね。ありがとう」と感謝を伝えます。「すごく怖かった」という職員にはカンファレンスをしたり、記録を見て気になる言葉があったりすると、時間を見てその職員と話をするようにしています。よくあるのは、看取りの加算をいただけるといった時期に入ると、急にその人の好きな音楽をかけたり、お花だらけにしたりする。それは今思いつくのではなくて、生活の中で最初からやってあげてほしいのですけどね。

最近とくに徹底しているのは、ほぼ動けなくなった方のベッド周りは、常に清潔さを保ってほしいと「お願い」しています。シーツがピンッと張っていて、周囲に髪の毛など落ちていたりしないよう保ってほしいと。環境整備は非常に大切で、きれいに保たれているとももちろんご本人もお見えになったご家族も気持ちよく接することができます。

日本は医療保険がしっかりしているので、いざという時「すぐ病院」とか「すぐ点滴」となってしまうがちで、自然さというものをなかなか汲み取れない。こういう話はご家族とも家族懇談会でさせていただくのですが、「自然に枯れていく」という姿をどう支援していくかが大きなテーマですね。苦しようにされているので「可哀そうだから点滴」といって酸素をずっと継続されたケースもありますが、そうするとお顔の皮膚が酸素マスクで赤くはれてしまったり、酸素が入ることでご逝去されたときにチアノーゼが出たり。終末期はバタバタ動きがちなのですが、我々が医療的な手を加えて余計なものが体に入ってしまうことによって自然な終わり方ができなくなってしまう。何もしない方が、本当にきれいで自然に寝ているような姿で終わっていけます。「自然に枯れるってどういうことか」など、折に触れて職員に話をするようにしています。

—— 看取りの際にご本人の意思を生かす工夫はされているのですか。

当事業所には配置医のクリニックの先生がお2人いらして、何かあるとすぐに飛んできてくださいます。24時間以内に診断書を書けば警察も入らなくて済みます。日本では、「死」は刑法というか「犯罪」のほうに持っていかれてしまいがちなので、「勝手に逝けない、好きに逝かせてもらえない」と、すごく残念なシステムになっています。でも、殺人事件になることもあるかもしれないので難しいんですけどね。

こんなケースもありました。あるご婦人の利用者さんですが、栄養状態が悪くなって体力が落ちてきたので「病院に入院させたい」とご家族が入院させてしまった。ご家族

にとって大好きなお母さんでしたから、お時間をいただいて、「以前から『ここで終わりたい』とおっしゃっていて、今ご入院されたら患者になって、強制栄養の管が色々つけられてしまう。確かに生きることはできますが、お母さんが求めているものではないと思う」と。結果的に、うちの事業所に戻って来られました。でも、そういったからには責任も重大です。幸いに事情を知った職員一同がお母さんの意向をくんで、希望に応じてくれました。最期の最期、息を引き取る時に娘さんが2人一緒にいられて、「病院だったらこれは出来なかった」と喜んでいただけて安心しました。

—— 開設当時から入居されている方もいらっしゃるそうですね。

今年は開設して10年になります。当時は80歳代で入居されたのですが、皆さんご長命で平均年齢は89歳、最高齢がいま105歳です。ご入居の方は要介護4、5が当たり前で、毎年20名ほどの方がお亡くなりになっています。

入居される時はすでにご高齢ですから、自ずとお亡くなりになるときの諸々を相談させていただきます。ご本人様の意思を大切に、どんな死を迎えたいかを確認しておきます。最近では、80歳、90歳になっても手術することもあるので、その時どうするかなど。また、胃瘻やIVH（中心静脈栄養）、酸素などのことも「どうしていきたい」と、ご家族も含めて話をします。5年6年くらい前まではこうした話をすると怒られましたが、ご入居時に当然のようにお話できる時代になりました。

私どもは人の「死」をすごく大事なものだと思っているので、「人様の死」に関わることについては丁重に扱うように、前の職場でかなり職員に言い続けました。あの頃は若かったし、職員さんに注意したことが何度もありました。ですから「人様の死」という言葉が職員の頭の中では当たり前になって、職員がだんだん「人様」と言うようになると「ようやく定着してきた」と内心喜んでいます。ご逝去された方のお顔は私たちの通信簿のようなものです。安らかな、きれいなお顔で逝っていただくと「ああ職員さんお疲れ様」と思いますね。

ご遺族でとくに熱心に介護されていた奥様やご主人は、お亡くなりになった後も気になります。私も父を亡くしたばかりで1ヵ月くらいはバタバタ過ぎ、しばらくすると思ひ出してドーンと落ち込む。それは経験済みですから、しばらくしてお声をかけてみます。あとは、数年経ってから年賀状出したり、ちょっと気になる方は連絡を取ってみたりします。時にはあちらから訪ねてくださる方もありますが、多くはお忙しく過ごしていらっしゃるので、ご遺族へのケアやサポートはなかなか進んでいません。けれども、ご縁が終わったわけではないので、家族会や夏祭りなど機会を見てお誘いしたり、つながりを維持していきたいと考えています。

課題が山積するなかで、 一番変わるべきは医者かもしれない

鈴木内科医院 院長 鈴木 央

—— インターネットを活用し、多職種連携の情報共有を進めていらっしゃるそうですね。

インターネットによる患者さんの情報共有システムは、かなり早期に導入しました。かかりつけの病院やケアマネジャー、薬局、訪問看護ステーションなどがつながり、メールアドレスが分かればご家族も招待できます。特に、離れて暮らしている娘さんや息子さんなどが読んでくださったり、書き込んで来られる方もあります。ただ、医師会で運用するためセキュリティを強化しているので電子カルテとは直結していませんが、ご家族などとの信頼関係を維持するためには必要だと思っています。

このインターネットの情報共有は、東京都の医師会が例の消費税8%の増税分を使って、各医師会に呼びかけて今年から始めたところです。他の東京エリアでも徐々にシステムが立ち上がると思いますが、問題はちゃんとしたコミュニケーションとチームができていないと動かないこと。いい道具があっても誰も使わない、宝の持ちぐされです。これが活用できれば、医者がどんなことを考えていたり、「この人はそろそろケアが必要です」など書き込むだけでもだいぶ違ってくるでしょうけど。

訪問看護ステーションや介護事業所などとの多職種連携をスムーズにするためには、第一にカルテなど各種記録の書式を統一し、みな同じものに記入して情報共有する形がベターです。インターネットもそうですが、現状では介護記録や訪問看護などがそれぞれにあり、記録の仕方もさまざまで二度手間になって時間ロスが多い。介護の目から見たポイントをいかに効率的に記載するかはなかなか難しいみたいですね。

国が進めている「病院から在宅へ」という流れの中で、患者さんの生活を支えるケアマネジャーやヘルパーさんの力は欠かせません。ケアマネさんは「終末期の方に、私達がお手伝いすることはあるのかしら」といいますが、やれることはたくさんある。ただ、「看取りは医療分野」という意識をみんなが持っていて、終末期に至るほど「自分たちの入る隙間がない気がする」という話もよく聞きます。下手に体を動かしてはいけなし、特に状態が悪くなって下顎呼吸という一番原始的な呼吸になった時は、体位の動かし方によって呼吸が止まることもあるので確かに怖いと思う。けれども、例えばそういう状態に至っても信頼関係ができている患者さんなら、心の痛みなどの相談を受けることもあるかもしれない。ともあれ、介護保険が始まった当時は、医療知識の問題もあって、なかなかケアマネさんやヘルパーさんと共有できなかったのですが、最近は意識の高い方が増え、知識も進んできている気がします。

—— 「リビングウィル」についても啓蒙されているそうですね。

皆さんに考えてもらうきっかけになればと、カードを作ったりしています。たとえば、本人が延命治療打ち切りを胸に秘めていても、いざという時、ご家族が寝耳に水では効力を発揮しませんから、ご家族にも記入していただいています。カードの最後に「本人

の幸せについてどう考えますか？」という項目があり、「本人の幸せはこれからの長生きをした中にある」、「今までの過去の中にある」、「本人の意向を重視することが幸せである」、あるいは「できる限りの医療を受けることが幸せである」など、選択肢をあげて考えていただくきっかけにしています。看取りを医療的に考えると、「死」は医療上では敗北になってしまうわけで、「幸せ」という観点で考えない限り解決はできない。「幸せな最期」って、たぶんあると思うんです。

看取りにはさまざまなケースがあります。いろいろな事情やこだわりがあって、人間関係のもつれた糸を解きほぐすには手間がかかるのですが、人生の最終段階でそれを託すには最も身近で深く関わる医療関係者が適任なのではないかと思うのです。チームとして情報を共有することで、それは僕にも訪問看護師さんにも可能です。そうした事態に対応できることが、我々のチームのひとつの指標になっています。先般も亡くなるちょっと前に褥瘡ができた患者さんがいて、それを最初に発見したのはヘルパーさんでした。彼女が夜の訪問時に写真を撮り、それを僕がインターネットで見て、その夜のうちに看護師さんやケアマネさんに指示を出して、翌日の午前中には全部処置、対応が終わりました。

チームを構成するにはどんなにネット環境を整備しても、お互いの信頼関係がないとうまくいきません。僕はいつも「顔の見える関係」ではなく「腹の見える関係」というのですが、ある先生はそれをさらに改良して「顔と腕が見えないとダメ」と。腕もよくなければ信頼したチームにはなりえないというのです。フラットでお互いの職の専門性をリスペクトできるのは、現場のことを相当知っていなければならない。ただ、在宅医療の領域をやっている人たちは多職種協働の重要性に気づき出しています。フラットな関係を保ちながら、みんなで考えて意見を出し合う。そのあたりが、今後の医療の成否を決めるのではないのでしょうか。

—— 訪問診療は、グリーフケアしやすい半径2kmの範囲に

在宅医療については、最近やっと大学の医学部でも訪問看護ステーションや介護施設での実習などを取り入れるようになりました。ただ、大学や病院と、僕たち地域医療とは意識の違いが大きい。彼らは「治してなんぼ」の世界ですから、高度な医療機器を使って効率的に治す。半面、僕ら地域医療では「生活を邪魔する医療」はどんどん取り外して、生活しやすくしてあげる。それによって患者の満足度も上がり、信頼関係も生まれる。でも、治すための医療では、医者がヒエラルキーの一番上にくる。しかしながら、生活を支えるための医療においては、医者もフラットな関係性の中でチームの一員であるべきだと思います。それが理解できるかどうかが非常に重要なところです。

在宅医療もだんだん注目されてきましたが、まだまだ終末期に何をしたらいいかわからない医者も多い。兆候が見えたら、ご家族に「次にこういうふうになります」と説明して、もし苦痛があるようなら取り除いてあげる。そういう処置だけでいいのですが、それをご存じない先生もけっこういらっしゃる。この時に一番大切なのは、「どこで最期を迎えるか」という意思決定をしておくこと。するとトラブルはほとんどなくなります。ただ、終末期はご家族も気持ちが揺れ動きますから、ちゃんと寄り添ってあげられるかどうかですね。

患者さんが亡くなられたあと外来に通って来る方も多いですね。うちは半径2kmほど

の非常に狭いエリアを訪問診療していますが、その一番の理由は亡くなられた後のグリーフケアのアクセスです。ですから、グリーフで「困っている」場合にちゃんと相談に来てくださる。中には抗うつ剤を飲まなきゃいけない方もいる。そういう形で「病的悲嘆」に関してはある程度対応ができていないかと思います。以前は車を使うほど離れた場所の方も診ていたのですが、そのご家族に2年ぶりに街で会った時に「悲しくて外にも全く出られなかった」と聞いて、近くでなければと痛感しました。我々のチームの訪問看護師さんは、亡くなられた3ヵ月後に必ずお宅を訪問して、問題があるケースなどは僕らのところに報告が来ます。訪問看護師さんも「鈴木先生のところに行ってみたら？」っていう話をしてくださる、やはりチームがあってこそです。

これからも難しい課題はいっぱいありますが、その中で一番変わらないといけないのはたぶん医者ですね。地域の医者もそうだし病院の医者もそう。医療介護関連法案など、しっかり理解もせず注文つける人も結構いる。でも在宅医療に関してはやっと少し必要性が知られてきましたが、じゃあフラットな関係になれるかと言うとまだまだ。3年ほど前からこのエリアでは「在宅支援システム」がスタートして、多くの医者が受講しているので少しは意識が高まっていると思います。一番大事なのは多職種が同じテーブルを囲んで1人の患者さんについて話し合うこと。「ケアマネジャーからこんな意見が出るなんて」とか、「訪問看護師さんからこんなするどい意見が出るなんて」と多様な意見が出ますので、リアルタイムでの情報共有に期待が寄せられます。大田区には歯科医師会が働きかけて作った「寝たきり高齢者歯科支援事業」という地域支援事業があって、大田区に連絡をすると管内の歯科衛生士が無料で半年間寝たきりの高齢者のところへ行ってくれる。例えば胃瘻や経管栄養やっている僕の患者では、ほぼ歯科の先生が入っていて、全員ではないが2〜3割の方が口からも食べられるようになっているんですよ。このように「チーム鈴木内科」は順調に推移しているのですが、今後の課題はお互いが助け合うシステムを、地域全体にどうやって広げていくかですね。

医師と看護、介護の巧みな連携が、 地域の信頼を高める

有限会社新生ケア・サービス
管理者代理・生活相談員 生島 美樹

—— 御社は、訪問介護、訪問看護、そしてデイサービスと総合的に展開をされています。

当社の母体は家政婦紹介所で、そこからのスタートでした。紹介所を始めたのは現在の社長で、もともと看護師でしたから、在宅でいかに安全に過ごしていただくかは、それを支える「医療や看護が重要」という認識が当初からありました。ですから「看護」の意識は全所員に浸透しています。看護師には、入社研修の時点で「病院との違い」を先輩の訪問看護師がきっちり伝え、「在宅の看護師の役割は、訪問するヘルパーをいかに安心させられるか」ということを徹底させています。他所では、看護師は「上から目線」で介護士に指示を出すなどと聞いたことはありますが、当社は逆に看護師のほうから「今どんな状況？」とか「これはこういう風に考えるといいよ」と声をかけてくれる。しかも、病院などでは専門用語が飛び交って介護が付いて行けない場合もあるようですが、当事業所には「専門用語はなるべく使わない」と常に言っていますので、介護スタッフも働きやすいのではないのでしょうか。

私どもでは、事業の種類は多いのですが事務所は一緒ですので、普段から顔を合わせて意思疎通を図っており、介護と看護の垣根のようなものではありません。在宅のドクターも、最も深く関わってくださっている先生は「在宅」という意識がとても強い方で、「在宅医の役割は、現場に入っているヘルパーさんや看護師さんたちがいかに動きやすくできるか」が信念であり、「最期に何かあった時に責任をとり、家族への説明や本人への説明をするのが医師の最大の役割であり、あとはヘルパーさんや看護師さんたちが安全に働ける環境をつくればいい」と。ドクターの熱意がスタッフのやりがいや働きやすさにもつながっています。お付き合いが深まって2、3年ですが、利用者さんにも「自分が最期まで面倒みる」と強くおっしゃる先生なので、ターミナルに向かわれる場合でもとても連携しやすいのです。そんな評判が「あそこに任せれば安心」と言われる信頼性につながっているのだと思います。

また私どもでは、家政婦紹介所の機能も継続しており、介護保険外の部分での希望があればそちらで対応しています。インフォーマルなサービスですが、看取り期では限度額や時間などの問題もありますので、ご利用される方も多くいらっしゃいます。

——すでに「地域包括ケア」を実現されているのかもしれないですね。ターミナルケアで看取りまでする件数はどのくらいですか。

それほど多くはなく、年に2、3件かと思います。その時の状況にもよりますが、例えば看護が入っている中で迎える場合は看護師がメインになって最期のケアまですることが多いですね。ヘルパーだけの場合は主治医に連絡し、基本的に看護師が駆けつけます。というのも、最もショックを受けるのがヘルパーなので、安心させる意味でも看

看護師や先輩の介護士に応援を求めます。経験の少ないヘルパーには、終末期のケアや看取りへの抵抗感がどうしてもありますから。正直なところ「いつ、その時を迎えるか」「本当にその時を迎えたら冷静に動けるだろうか」という不安感はみんな持っていて、顔を合わせるたびに「今日はこんなだった。明日こうかもしれないけどみんなで頑張っていこうね」とか、「こういう時は連絡体制とっているから大丈夫だよ」と、その都度繰り返して不安にさせないように対応しています。また、スタッフからの訴えは個別に対応するだけでなく、みんなでフラットに話し合うことにしています。私たちの事業所は、1日1回は必ず全員でお茶を飲む時間をつくっていて、上の立場の者も現場の者も一緒になって、お茶を飲み「そういえばこの間こんなことあったね」とか「最近これ不安じゃない？」など、ざっくばらんに話します。外からこられたお客様にも、その賑やかさや明るさが話題になっているみたいです。

私は東京の病院の療養病床で3年間相談員をしていました。最期の看取りまで考える病棟だったのですが、その中で「ご家族や周りの方が在宅サービスの考えを持っていたら、もっと家できちんと看取りができただろう」と思う方が多くいらしたのが、ずっと心残りでした。最近は介護サービスなども充実してきましたが、安心して在宅で看取りをするには、医師、看護師、介護士とそれぞれが連携してきちんと機能しないと難しいと思います。その中でも、在宅で働いてくれる看護師が不足しています。看護の連携会議などでも話題に上がりますが、やはり病院勤務を希望する人が多くて、どこの看護ステーションも看護師不足という状況です。私どものように看護部門を持っているのは少ないですね。

—— 看取りをされた後のグリーフケアはどのような形でされていますか。

ご家族に関しては、定期的に訪問させていただき「お線香」をあげに行かせていただいています。最初は3ヵ月に1回、半年に1回という形で、あとは1年ごとに伺うとか、お盆にお訪ねしたり。利用者さんがお亡くなりになって、その後利用している方がいなくてもお付き合いは続けるようにしています。

ターミナル期はどうしても訪問回数が増え、ご家族とのつながりが強くなるので、その後もなるべく伺える時には伺うようにしています。特に、「このあとのフォローが必要ではないか」と思ったご家族は見守りを継続します。「亡くなったからこれで訪問は終わりました。じゃあさようなら」という形ではなく、地道に訪問を続けた結果が地域で認められているのではないかと思います。最近では、亡くなられた利用者さん家族がデイサービスなどに手伝いに来てくださることも増えました。

職員に向けては、看取りを経験した後、同じような状況の利用者さんのところに入ると、亡くなった方を思い出して精神的に不安定になることがあります。その都度「少し落ち着いてから入ろうか」とか、「ちょっと話しをしようか」など、個別に対応をしています。

—— 地域コミュニティの活動もされていらっしゃるそうですね。

ボランティア精神は必要ですが、ボランティアばかりでは事業が成り立ちません。

私どもでは、最近サロンを開設しました。スポーツインストラクターや作業療法士、看護師などが中心になって「専門家が教える元気になるしくみ！」など、さまざまなテ

ーマで開催しています。介護事業所ではあるのですが、地域の方にもっと生き生きと過ごしていただくために、「介護保険は使わないで元気に過ごしましょう」と。

ご家族の看取りを経て気持ちが落ち込んでしまった方を救う意味でもよい方法だと思います。お一人暮らしの方とか、ご家族を亡くされた方とか、サロンでお話を傾聴することで元気になっていただける方も増えています。グリーフケアの役割も担っていると思っています。

また、地域づくりの一環として進めていることがあります。近くの社会福祉法人と連携して、法人の垣根を越えて協働で地域のお祭りを始めました。そこに、地域住民はじめ、別の法人なども巻き込んで元気な地域づくりをしたいと考えています。

在宅でのグリーンケアは 看護が介入した時点で始まっている

株式会社創心會 総合ケアサービス

代表取締役社長 二神 雅一

管理者・看護師 宇野 百合子

—— 社長の「五感のリハビリテーション」についてのお考えを聞かせてください。

二神 脳卒中の後遺症に対するリハビリは神経を回復させて「出力」に対するアプローチが主流だと思います。僕も介護予防では筋力をつけたら転倒防止になると、一時は力を入れていたんですが違和感を感じたんですね。筋力をつけても段差に気付かなければ転倒してしまう。つまり環境変化を感じる力、情報収集を的確にする力、情報を処理する力、それら調整してアウトプットする、この一連の流れがきちんとできてこそそのリハビリなんです。そのとき僕が取り入れたのが「ビジョントレーニング」というものです。人間が安全・安心に暮らしていくためには外部の環境からさまざまな情報を入れますが、その 80%が視覚によるものです。認知症の方も視野が狭くなっていますし、寝たきりになっている人もそうです。さらに観察してみると聴覚が悪い人も感覚入力はかなりシャットアウトされて、きちんとした認識をしづらい。あとは匂いですね。ですから五感への刺激をしっかりと、それへの反応を導き出すというのが認知機能へのアプローチとしてはいいのではないかと考えています。リハビリというと、筋肉の動きなどへのアプローチが中心ですが、「入れる方へのアプローチをもうちょっとやらない？」と、そう言いたかったわけです。

—— 看取りはやっていらっしゃるのですか？

二神 グループホームでも看取りは何回かやってますし、訪問看護では終末期の方を受け入れています。こちらで3年働いてもらっている看護師の宇野さんを紹介します。ハンセン病の国立療養所に26年間看護師をされていたんですよ。

—— なぜこちらへ？

宇野 たまたまです。こちらで人手が足りないというのを聞いたのがきっかけです。入ってみると「なかなか訪問看護も面白いじゃない」と思って、今に至ります。

—— ハンセン病の療養所と訪問看護はずいぶん違うのではないですか？

宇野 でもハンセン病の療養所の看取りは在宅の看取りとは私の中では非常につながっているのです。うまく説明できないのですがハンセン病の患者さんたちはお家に帰り

たくても帰れない、家で死にたくても死ねないという患者さんたちがほとんどで、ご家族に看取られて亡くなるっていう方はまずいません。療養所では「お家で死にたい」という方々の希望がなかなか叶わなかったということもあって、そうであれば「病院から帰りたい」という人を迎えて在宅で看取るということも、私の仕事としてはまた面白いかなと思っているんです。

—— 介護職が看取りに関わることについてはどう考えますか？

宇野 こちらのグループホームとは契約関係にあり、年に何度かは介護職の方と一緒に看取りに関わることがあります。ただやはり末期になると介護職では手出しが出来ないのが現状です。グループホームでの看取りもあるのですが、状態の悪い人を目の前にすると介護職は足がすくんでしまう。そこで私たち看護師が特別訪問看護指示書を持って行って看取るとというのが現状です。ただ看護師の私でも最初は積極的に関われませんでした。だからうちの介護のスタッフたちも最初からはターミナルはなかなか難しい。何例か重ねていくと、自信を持ってできるようになるのですがそこまでが大変です。そういう意味では看護職と介護職と一緒に連携しながら最初から関わっていくのもいいのかも知れません。グループホームのスタッフたちが何例か現場で看取りをしていく中で、「看護師さんたちとやらせてもらって自信がついた」と言っていましたので、経験を積み上げていくことが大切だと思います。今までは、何かあると救急車を呼んで、病院で亡くなるってことだったようですが、今は在宅やホームでの看取りも増えてきました。

二神 制度の問題もあると思います。僕は平成8年に創心会を始めたのですが、いろいろな事業を一体にする方が絶対にいいと思っていたので、同じフロアのテーブルでリハ、看護、それと介護とやったんです。でも介護保険が始まって、事業所を立ち上げると「ここは看護ですね」「ここはリハビリですね」と全部壁を作ってしまうんです。「壁なんておかしいじゃないですか」と言うのと、「そうしないと認可をしません」と言われました。今頃になってようやく複合型とか地域包括とか言い始めましたけど、共にやっていく環境を作ってこなかったというのが連携が課題となっている原因のひとつではないかと思いますね。今、チームでケアをやっていくオランダのビュートゾルフという方法を採用していますが、オランダは資格が一本化していてヘルパーから看護師まで、ずっと同じラインです。日本はまったく違う。そういう背景も大きいかなと思います。一緒に事業所で、日常的に看取りの経験を繰り返していけば、その辺は必ず解消すると思いますよ。実際僕も会社創立当時、看護師さんと2人1組で一緒に訪問していました。これは勉強になりましたし、連携して動くとお互いの理解が進みます。

— グリーフケアに関してはいかがでしょうか？

宇野 私は在宅でのグリーフケアは看護が介入した時点で始まっていると思っていますし、それは意識しながら動いています。ご家族への説明であったり、ご家族と一緒に

ケアするっていうところから始まっている。ご家族には、私たちがケアするときに利用者さんの体を支えてもらったり、手を握ってもらったりをお願いしています。ご家族も一緒に関わっているということですね。言葉のひとつひとつでもそうだろうと思います。「お父さんがこうなったのは私のせいだ」と自分を責める奥様に対しては「そんなことはない、お父さんはお父さんで一生懸命生きているし、自分を責めたりしないで」と言ったりします。亡くなった後にご家族が後悔しないで済むように、逝かれる方と最後に少しでも関係を築けるように、少しでも気持ちが楽になるようにしてあげたい。一人一人違いますから、「こうしたものだ」と言う決まりはありませんけれど。私はもちろんご本人を診るのですが、ターミナルの場合はご家族と如何にいい関係を作るかというところに心を砕いています。亡くなった後にお焼香に行くとかご家族の気持ちを伺うということもありますが、そういうものだけではないように思います。

—— なるほど。看護職やリハビリ職に比べるとまだまだ介護職の専門性は確立していないのではないかと思います。介護職の養成課程のカリキュラムやそもそまんのための介護かというところまで考える必要がありそうですね。

二神 「お世話する」ことが「介護」で、お世話して喜ばれてそれが自分に帰ってくることが介護職の存在意義になってしまっているところが少なからずある。僕はそこが危険だと思っているんです。お世話して喜ばれることに介護の目的が行ってしまうと、その人を活かすという本来の介護の在り方とずれてきてしまう。それでは自立支援にならないんです。親切という行為によって生かされる場合ももちろんあります。ありますけど、それをどう次につなげるかというところを考えて動かないと。

—— 今後の展開などはどのように考えていますか？

二神 ここを立ち上げたときの精神を変えずに自立支援に持っていくことを考えています。障害者の就労支援のために農業法人も立ち上げました。うちの駐車場でフリーマーケットをするのですが、そこに高齢者の方とかデイサービスで仲間になった人が手作りのものをもってきてくれたりしています。地域の方々も初めて一緒にやることになりました。介護の予防教室や健康教室とか、町の保健室みたいなものを作って住民主体のコミュニティを作っていくサポートをやっていこうかなとも思っています。そういう地域のコミュニティをいくつか作りながら関係を持っていくことが大事かなと思っています。

「死」の教育と主体的自己選択が大事

公益社団法人大阪介護支援専門員協会 事務局次長 福田 弘子

—— 訪問看護に魅力を感じていらっしゃるそうですね。

医療がシークレットにしていたことが利用者に伝わる時代になってきました。死ぬまでの1日のプロセス、そして息引き取るまでのプロセス、死ぬ1日のストーリーをしっかりと確認し、高齢者に教育していくことが実はグリーフケアかなと思っています。人の死って、我々人間には避けられないことであり、けれども何か怖いもののようシークレットにしてきました。今こそ、主体的に選択できる教育をしていかないといけないのではないかと思います。

わたしは、看護学校を出て KKR の病院に看護師として勤務しました。免許を取って30年以上たつのですが、そこではがん病棟の全科を経験しました。消化器外科や口腔外科が中心です。対象者はほとんど「がん」ばかりで、舌がんもあれば皮膚がんもあるし、子宮がんも卵巣がんもある。当時のがんは告知をしないから、患者は本当のことを知りたいと思うと、かまをかけてくる。皆さん、会社の社長など地位があり賢い人ばかりなのですが、でも顔色ひとつ変えないで「いや知らないです～」と言わないといけない。一言口を滑らせると、ものすごく勘ぐる。そんな環境でしたから「嘘をついてる」と思うと、気持ちが重くなってしんどかったですね。病院を辞めてちょうど子育てをしている頃に、柳田邦男さんの「がん50人の勇気」という、生き活きと人生を全うしたがん患者さんの本が出て、がん告知が出来るようになりました。今の介護の現場では、介護保険も自立支援というところで主体的な自己選択をするのですから、個人の権利をしっかり守っていかないとならないなと。人間同士なのですから、きちんと納得して主体的に本人が今後を選択できる環境づくりをもっと身近に考えていくことが必要ですね。

医療保健福祉に30数年、在宅は20年ほどになりますが、そんな経緯があって告知できるようになって気が楽になりました。子育てが一段落してから、昼間だけの条件で国立病院に勤務し、小児科や精神科、整形などもお手伝いしました。近くにリニアックという外部照射のできる病院がオープンするとき、がん病棟にいた経験を持ち、少しばかりの知識もあったので是非にと誘われ、非常勤で働くことになりました。

その後、富田林市の福祉公社で、基幹型在宅介護支援センターと、当時は兼務が出来たので居宅の両方をやることになりました。私の家から歩いて5分ほどのところだったのですが、そこに老健施設と世代間交流施設、下には温水プールと貸スペースもある施設を建てたんです。訪問看護も近くにあり、病院と医師会と特養と障害者施設のある地域を高齢者障害者ゾーンと位置付けて街づくりに力を入れています。

訪問看護もおもしろいので続けることにしたのです。訪問看護には、病院とは全く違う面白さがあるんです。1時間きっちり使えるし、しかも利用者さんと信頼関係が築けていたので、意識がない人を座らせてみたり。東京の福祉機器の店などで、すごく軽い力で座らせられる椅子とか、自分の体の力で座らせるベルトを見ると「試してみよう」と。在宅の利用者さんは、どんな形でもいいから、食事を最後まで口から食べてもらい

たい。寝ててもかまわない、おむつをかえてもいいけど、やっぱり口から食べてほしい。それをするには、ご本人の筋肉を鍛えないと呑み込めない。訪問看護の1時間という時間の中で、意識のない方にも座ってもらおうといろいろと試しました。楽しみながらやっていたら、口コミで人気も広まって当初20人を3人で始めたのですが、私が辞める時は180人。看護師さんも10人くらいいました。人工呼吸器の人や難病の人と知り合ったり、国立病院も地域にあったので夜8時でも「見てくれる？」と連絡があったり、とてもやりがいがありました。

—— その時は在宅の看取りもあったのですか。

在宅看取りばかりです。その時思ったのは「在宅の看取りっていいな」ということ。認知症で褥瘡があって、もう食べられずに意識もない母親の前で家族が「あんたがちゃんと見てないからよ」と言い合う。経済力はあるけど、家族関係がむずかしいお宅で、それぞれの悪口などいっぱい聞くのですが、「いっぺん話し合ってみたら？」と最期を前にして家族全員で取り囲んでビール飲みながら話し合った。「いつ息が止まるか？」というので先生に来てもらったら、死んだ時にみんな仲良くなって「良かったねー」って。そのときの、つまり私の利用者が後日介護の職に就いてくれて、2年前にはケアマネジャーになった。私がケアマネジャーに転職するきっかけにもなりました。

近くの羽曳野に大阪府立看護大学があるのですが、その先生たちが訪問看護をよく視察に来ます。ハード的に環境が整っているので白羽の矢が立ったのでしょうか。スタッフが楽しそうに作業していることや、あとは酸性水を使った消毒や足浴にも関心が集まりました。酸性水のシステムは16万円もするほど高価なのですが、臭いが全部なくなって、皮膚もきれいに治っていき、スタッフへの感染もないといった特徴がある。小規模なのでいろいろ試せることに先生方は注目されていました。その後は、高齢者虐待の研究会で事例を発表してほしいなど、いろいろなことを勉強する機会に恵まれました。

そしたら今度はコミュニティソーシャルワーカーというアクションプログラムを大阪府が始めまして。お金は出してくださるそうなので、また少し勉強させてもらい、月に2回ほど何ヵ月か通い、大阪府のコミュニティソーシャルワークの第一期生として卒業させてもらいました。公社にいた最後の3年間は、居宅と基幹型在宅介護支援センター、それからコミュニティソーシャルワーカーと3つに関わっていました。

また、日本ケアマネジメント学会の認定ケアマネをずっとやっているのですが、その関係で誘われて、渋谷区の高齢者ケアセンターで「地域包括ケア」の講座が18年から立ち上がるので指導職として来てくれないかと。ハチ公前から5分のところにあるのですが、そこで1年間「地域包括ケア」を講義しました。「市民教育」なので考え方の視点が全然違う。制度の仕組みの話などに皆さん乗ってきて、専門職としてそれがすごく楽しかったし、「勉強してきてよかった」と周囲に感謝してます。

介護職の看取りについては、信頼関係の確立がなにより大切です。訪問診療のドクターでも月に1度か2度しか来ないわけですし、利用者と一番接するのはケアマネジャーでありヘルパーです。家族ではないが、家族に一番近い専門家だと思います。

人生の価値観は 病気治療が最優先とは限らない

医療法人社団悠翔会 理事長 佐々木 淳

—— 在宅医療の中で、訪問系の看護職の方とどう連携されていますか。

基本的な考え方では、人生の最終段階に医療ができることはない。病気が悪化したら医療が動きますが、そうでない場合はケアしかできない。我々が終末期の方のお宅に向くのは、症状の緩和とその経過を家族や周辺の方に理解していただくだけ。経過をイメージしやすく家族にお伝えし、その段階でどういう支援が必要かアドバイスする。ですから、この時の主役はケアです。終末期なので家族一緒が多いのですが、母一人子一人の場合や独居で終末期を迎えるとなると、やはり外部のパワーが必要になります。

終末期は大きく2つに分かれる。1つは老化で、もう1つは病死、多くはガンです。がんは老化よりも死に近づくスピードが速く、それに伴って非常に様々な症状が出てくる。症状の出方は人によって様々ですが、痛みにもた打ち回る人もいれば、全然痛くないけど吐き気が強い人も。それぞれの症状に応じた緩和的医療が必要になります。同時に、自分の病気の進行具合は薄々でも本人には分かるのですが、ただ死を待つだけだと非常に辛い。「生きていても意味がない」と考える人を支えるのはかなり労力を要し、生きる支えを見つけるにはコミュニケーション技術が必要になるのですが、つい逃げてしまう。逃げられない時は話を逸らしたり、説明だけでごまかしたり。求められても答えはないわけで、それに向き合うのはすごく重い課題であり、失敗するとお互いにトラウマになる可能性だってある。それを防ぐには、在宅医療に携わる医師はもちろん、ケアを支える看護職にも教育やトレーニングが必要です。僕たち医者は、サービス担当者会議とか勉強会を通じてやっていますが、人生の最終段階をどう支えていくかという勉強はもっとしていかないといけないと感じています。

緩和ケアや緩和医療に関する研修会として、「PEACE」というプログラムを厚労省が企画しています。緩和ケアの専門医がいる病院において、医者を対象とした2日間のプログラムが定期的に提供されていて、我々はそこに参加して研修を受ける。在宅医の多くが受けており、緩和ケア医はもちろん指導者側にまわっているし、開業医もそういう教育を少しずつですが受けつつあります。

看護師さんに関しては、「ELNEC-J」というプログラムがあります。ELNECというのはThe End-of-Life careで、アメリカで開発した人生の終末期のケアを支えるプログラムを日本に持ってきて、その研修のプログラムを看護師さんたちは受けている。でも、在宅医療に欠かせない介護士やケアマネージャー、ヘルパー向けのプログラムは、現在はないのですが今後力を発揮してもらうためにも作る必要があります。

2060年に向け、41万人とか49万人とか大量の看取り難民が増えると言われています。病院あるいは在宅で終末期を迎えるわけですが、核家族化が進む都市部で介護事業者がこの人たちを支えることになる。家で死なせて死亡診断書を書くことを「看取り」というのなら、型通りのケアをして型通りの医療をやればムリヤリ家で看取れますが、看取られる本人も家族もたぶん「こんなんじゃない」と思いますよね。人生の最期を自

分らしく締めくくるためには、やっぱり提供されるケアの形、医療の形がとても大切です。医師は本質的には緩和医療しかできませんから、やっぱりケアが主体となって自信を持って取り組める形を作らないと。「看取り」や「死亡診断」などなんとなく難しい感じですが、人が生まれ、元気な人生を送り病気をして弱って亡くなると、ライフラインあるいはタイムラインの流れです。最期の時期をただ看てるというだけなのですが、この部分は逆に言えばケアの専門性がより求められる。ここをきちっとできれば介護職は専門職として認知されるのではないかと思いますね。

—— 施設では結構看取りのプログラムはしっかり実践されているようですが、訪問介護のジャンルでは積極的な事業所はごく一部のようでまだまだですね。

施設では介護が24時間対応できるし、施設はチームが同じだから医者や看護師、ヘルパーも同じなので看取りもやり易い。しかし、在宅は患者さんごとに別々のチームになるから誰かがコーディネートをしなければならない。地域全体である程度標準化したサービスが提供できる一定のレベルが必要ですね。在宅の患者さんはますます増えていきますし、在宅の看取りも3倍4倍に増える。しかし、在宅医はあまり増えないので、1人当たりの患者数はどんどん増えていく一方です。訪問看護や訪問介護、その他の職種やボランティアなどとの連携や支えを仰いで、役割分担していかないと破綻してしまいます。そういった意味でも、小澤先生（めぐみ在宅クリニック院長）が話されたような「援助的コミュニケーション」というのは家族もすごく学ぶ必要がありますね。

—— 「死」をどう受容するか、今後は患者家族だけでなく一般市民も含めて教育が必要ですね。

そうですね。「死」を、もっとオープンにしても僕はいいと思う。小中学校の教育から「死ぬ」とか「家で看取る」ことを勉強する。「パン工場」の見学もいいけど特別養護老人ホームを見せるとか、緩和ケア病棟を見せるというのもありですね。今の15歳の子供に教育を施せば20年後は35歳、まだまだ間に合いますよ。

現代社会ではもう、家族やコミュニティっていうのが昔の形では存在していない。だから地域で支えるとなると、ヘルパーさんみたいなある程度ソーシャライズされた社会資源を使うか、あるいは地域の中に疑似家族風のコミュニティを作っていくのも方法ですね。都営住宅や集合住宅で、もう何十年も住んでいる人たちは隣三軒どころかワンフロアみんな知り合いみたいなのがあるところがあって、和やかな関係が築かれている。1人暮らしのおじいちゃんが寝ているリビングで近所のおっさんたちが集まって将棋打って、時々「大丈夫か？」みたいなの。「1人暮らしだから」というのではなく、地域を活かす力などポテンシャルはまだあると思う。この方がお金はかからないし、よほどハートフルです。

どちらにしても、終末期を迎えた人に関わるのは負担が重いですね。老衰に関しては、病気が徐々に進んでいき、弱っていくのを家族も見ているので、看取った瞬間にグリーフケアも終わっている。きちんとかかわっていれば、老衰で看取った人にグリーフケアなんてほとんど必要ないんですね。

だけど、がんの方はやっぱり心が付いて行かない。運命を受け入れられる患者さんなら冷静に考えられるけれどもそれは難しい。少しでも寿命が延びることを期待して治療

を続けているものの、患者本人の多くはそう思っていない。そんな状態で看取りに入り、在宅医やヘルパー、看護師もそれと向き合わなきゃいけないので、それは重たいですね。治る病気なら治すことを第一にすべきですが、そうじゃない場合、その人の人生における価値観は、病気の治療が最優先とは必ずしも限らないですから。そこは今後、病院も確認していかないとはいけませんね。

医療的措置は訪問看護師がメインだが 精神面のサポートはヘルパーにも優秀な人がいる

株式会社介護ユーアイ 代表取締役 馬木 功雄
管理者 吉田 麻与

—— 看取りにおけるケアマネジャーの役割は？

馬木 なかなか難しい。ケアマネは看取りの調整、利用者本人の意向を聞いて家族の意向を聞くが、本人と家族の意向は違う場合もあるのでその辺りを調整します。たとえば住み慣れた家で看取られたいのか、それとも病院がいいかを確認します。医師にその旨を伝えるが決めたとおりに行かない場合もあるのです。「家で最期まで看取る」と決めていても、家族は本人が苦しんでいる姿を見ることは我慢できないから、本人が苦しむと病院に行くことになってしまう。特に呼吸器が苦しくなったりすると、救急車を呼んでしまう場合も結構あるんです。老衰などで眠るように逝く場合は看取れるというか、その具体的な状況によって変わってきます。独居の場合とか生活環境の違いによっても違ってきます。昔から住み慣れた自分の家を持っている人は、家で亡くなりたいと思うし、ところが誰も看取る人がいない、アパートで独り暮らしの場合は、やっぱり病院で亡くなりたいと思う人も多いのです。在宅で看取る場合、医療的な処置があるときは訪問看護師がメインだが、ケースによる。当然、看護師の方が医療的な知識は多いが、精神面のサポートとなるとヘルパーにも優秀な人がいます。

—— 病院も入院期間が短縮されて居場所がだんだんなくなってくる？

馬木 だから介護職に押し付けられる。施設にもなかなか入れないし、訪問介護にも別に加算が付くわけでもありません。介護の世界はボランティア的なところが多いので。仕方がないからやるわけです。看取りもケアマネがやっているのが結構多いのが現状です。無理難題を言ってくる人もいます。振り回されていると仕事が出来ないので、頑としてねつけることも必要になります。

—— ケアマネは利用者が亡くなった現場に入る？

馬木 ヘルパーが独居の利用者が部屋で亡くなったのを見つけるとケアマネに連絡が行きます。ケアマネが訪問先へ行って確認して警察に連絡します。生活保護を受けていると医療費は全額公費負担。独居の場合、最期の始末も行政でやってくれます。どこの葬儀屋さんがやるかもだいたい決まっていて、5、6人で来て家財道具を全部トラックに積んで、掃除してさーっと片してしまう。

—— ヘルパーさんは看取りや終末期の心構えなどは実践で覚える？

吉田 私が最初に経験したのは、ご家族がいて家で亡くなったパターンで、もう意識はなく声掛けにはどうにか応じているような状態でした。臨終まではい wasn't でしたが、家族から後で「亡くなりました」と電話をもらいました。お顔を見に行った時にはちゃんと支度をされてました。このとき、私の両親はまだ生きていて、私は亡くなった人を見たことがなかったので少し動揺したんですね。そのとき、ハッと思った。（亡くなったら）こうなるんだと。その姿を見たら現実として理解しました。後は慣れ。ヘルパーさんによっては「えっ私が入ったから？」「自分が何かやったの？」「動かしすぎちゃった？」と動揺する人もいるのですが、私たちが動揺してもどうしようもない。ヘルパーさんには「まったくそんなことないよ」と話します。家で看取りたいという家族の希望を聞いたらそういう前提で家族とコミュニケーションをとります。その時が近づくと家族とは「こうやって手を温めていこう」とか、「1 時間でも長く命を保つように」というような話をします。家族はどうしていいかわからないから、私たちがケアするなかで一緒に関わってもらうことになります。

長くそういうケアをしていると家族も疲れるし、利用者にも負担がかかるので、最期を迎えたときは「楽になれて良かったね」と家族がおっしゃるケースが多いですね。「おばあちゃん、なんで？」とか引きずってしまう方はいません。利用者さんの生前から「私たちも協力しますので悔いが残らないように、精一杯のことをやりましょう」という話を家族にしてケアしてます。亡くなられた後、家族は「ありがとうね」とこちらに接してくれます。亡くなって少し経ってから家族に電話して、家族の了解を得られればご焼香に伺うことにしています。

—— 医療との連携は？

吉田 訪問看護師とはノートでのやり取りが多いですね。血圧の数値がどうか。利用者の家族から「看護師さんがこう言っていた」と看護の内容を教えてもらうこともあります。何かあれば「こうなっているけど、どうしたらいい？」とすぐ訪問看護師に電話で聞いて解決して行きます。最期に近い人は夜中の 10 時、11 時に問題が出るがありますが、その時間帯はもともとドクターとは連絡が取りにくいので訪問看護師に聞くことになります。普段から訪問看護ステーションにお邪魔したり、訪問看護師もこちらのことを気にかけて電話をくれたりします。

—— 最後に馬木さん一言。

馬木 やっぱり根本的な人間の幸福とは何かとかね、そういう原点を忘れないでほしいですね。今、政策でもなんでも小手先という感じがしてならない。人間本来のお付き合いとかコミュニケーションとか、お互いの相互理解が小手先に走りすぎているのか。行政も利用者も家族も、基本に立ち戻ってもらわないとこれからいろいろと問題が出てく

と思います。医療は病気が対象だが介護は生活全般が対象。医療が含まれてしまうくらいなんです。だからヘルパーさんには本当に普段から勉強してほしいと思っています。

看取りへのスタッフの意識を高める 必要性を感じています

有限会社ホームケア ひまわり訪問看護ステーション あかつきデイサービス横浜北
代表 松尾 愛美

—— 「事前指示書」の書式の作成に取り組んでいらっしゃるそうですね。

「事前指示書」とは、自分の最期の時に「どんなふうになりたいか」について記載したものです。横浜市港北区は、今後の在宅介護を見越して高齢者支援ネットワークを組織していて、発足から5～6年たちますが私は3年前から参加しました。地域の介護職向けの研修やリーダー研修などをしますが、今取り組んでいるのが、「事前指示書」の作成で、書式をどのように作ろうかと考えています。

私は卒業して病棟の看護師を勤めてから、クリニックに勤務。その後、老人ホームやデイサービスで介護の経験を積み、それから訪問看護ステーションを立ち上げました。今年1月で10年になりますが、当ステーションでは毎月2名から9名の方をご自宅で看取っています。ですから、死がとても身近な職場です。たとえば「誰々さんが今日はもう通院できないので今から自宅に向かってくれますか」と、午後2時前に病院から電話があって、大急ぎで往診の先生を呼び、私が2時過ぎに現地に行き、4時頃に医師が到着して夜8時に亡くなられたというケースが一番短かったでしょうか。

お亡くなりになる前に動かないと、警察による検視が入ることになるのでそれはなるべく避けたい。どのタイミングでドクターに入ってもらいか見極めるのも大事です。食べられない、飲み込めないなど状態の悪化を見逃さずに、訪問診療にスムーズに繋ぐのが在宅を続けるうえでのポイントです。おそらく看護師、ケアマネ、ヘルパー、誰でもわかると思いますし、もちろん家族が気付いてもいいわけです。タイミングを逃してしまうと、救急車を呼ぶことになって病院は延命措置をすることになる。在宅を進めていくうえで、そこが一番のポイントかなと思います。そういう場合に「事前指示書」があると、それに従って動けるのでスタッフは気分的にも楽になると思います。

—— 在宅介護を進めるうえで必要なことは何ですか。

ケアマネジャーさんのスキルアップですね。食べられなくなった、起き上がれなくなったなどのタイミングで介護に入り、元気になった段階で訪問診療や訪問介護を終了する利用者さんが1カ月に1人ぐらいおられます。医療の手が離れ、介護士のサポートが中心になり、ご家族だけで面倒を見ることになる方も少なくない。その際の対応が、ケアマネの技量によって変わってきます。利用者一人に対してケアマネは一人なので、利用者はそのケアマネがいうことはほぼ信じます。当初、介護保険が始まった時はケアマネも選択できるといわれていたのですが、実践されていません。毎月1回来てくれるなじみのケアマネの意見は疑問も抱かず受け入れてしまい、いろんな選択肢があることなど知らないし、わからない。セカンドオピニオンの利用なんて考えは皆無です。統計では8割から9割はケアマネが勧めたサービスを利用するそうです。昨日資格を取得したばかりでも看取りが認められているのですが、経験不足のケアマネが家で看取ることにな

るのはお勧めできません。ケアマネジャーの役割は本当に大きい、そのレベルアップが現在の課題です。

—— 医療と介護の連携、地域連携などが叫ばれていますが、インフラ整備がもっと必要ですね。

港北区には、訪問診療のドクターが使っている在宅イーネットワークというのがあり、それは医師会のメンバーだけが使えるのですが、ドクターが、ケアマネジャーやヘルパー事業所、訪問看護の人を招待してくれるんです。そこに登録すると、採血のデータや出した薬を先生が入力して一緒に見ることができる。掲示板に書き込む仕組みですが、そんなに広がっていないことを考えると、パソコン上のやりとりは苦手でアナログの方がいいのかもしれない。そもそも連携を取ろうという意識があるのかといった話になってしまいますが、自分のことだけやればいいと考えるヘルパーもいるし、調整が苦手なケアマネもいるのが現状です。

看取りに対する意識を高めていくことの必要性も感じています。現状では、自分の仕事と感じていないヘルパーもいますから。うちもヘルパー事業所を2年前の11月から始めました。理由は吸引できるヘルパーが欲しかったのですが、他で頼むとどんな人が来るかわからないので自分で始めることにしました。勉強中のヘルパーが訪問看護師と常に一緒に行動を何度も経験するとすごく勉強になるそうです。一緒に空間にいれるかいないか、その時に連携を取れるかなど経験によってだいぶ違ってくるのかなと思います。

たとえば、まさに今週末という方が一人いらっしゃるのですが、その方は帯でヘルパーが入っています。娘さんはフルタイムで働いていて帯で1日3回ヘルパーが入り、訪問看護は週に3回でしたが今週から毎日になっています。3月末くらいに退院されて、具合が下がり気味なので、そのタイミングでケアマネと娘さんと私でカンファレンスをして、「救急時は救急車を呼びましょう」と。食べたり飲んだりできる間は家で、それができなくなったら病院で見てほしいという希望でした。病院に行く場合は昨日がリミットだったのですが、我々が毎日訪問してくれるなら家で看たいといわれて。でもその間にも不安や心配など葛藤が出てくる。おそらく何も起こらず、今日か明日か、土日までには決着がつくかなと思っていますが。家族はその間ずっと気持ちが揺れ動いています。

もちろん、どっちでもいけるようには準備はします。ただ、日常接しているヘルパーやケアマネの「看護ノート」や「申し送り」、密度濃いコミュニケーションが判断の目安になることが多いですね。

—— 訪問看護はケアプランに入っているのですか。

給付は医療保険も介護保険も、一人に対してどちらかが利用できます。看取りではがんの末期の方が最も多いです。がんの末期と訪問看護指示書に病名が付くと、その時点で医療保険になる。例えば、何々がんとって訪問看護に行っている時は介護保険です。そこから医師が判断した時点で末期状態という指示書が来たら、介護保険から医療保険に切り替わる。もしくは末期状態で退院して、家か療養病院かという2択を迫られて、受け入れ体制を整えて帰ってくると医療保険でスタートする。老衰の方などは介護保険

のままお亡くなり、認知症で食べられなくなったという場合もそのまま介護保険によって訪問看護が行われます

訪問看護ステーションも増えてきて、最近は営利目的のものが増えているのですが、そうするとケアマネが管轄外の病気の人を担当したりする。がんの末期以外にも、対象となる病気がいくつかあります。すると利用者さんは来なくていいと言うのに、お金のために毎日行くというケースが実はあるらしい。半面、利用者さんが「明日から毎日来てください、心配だから」と、意思表示をすれば入院しなくて済むし、結局は節約になるはずですが。ともあれ、新しくできたステーションは利用者さんが少ないので、営利のためにそういう方法をとるケースもあるのでまだまだ整備が必要ですね。

営利の場合でなくても、看取りの際は現時点では毎日、1日2回訪問することも可能です。人とマンパワーさえあれば。ただ、訪問のドクターが言うには独居の方のほうが、看取りはしやすいという方も。独居の方の場合は、最初にお話しした「事前指示書」がポイントになります。ご家族がいる方にとっても、事前に本人はどういう意思だったのかを、本人が伝えられる間に確認しておくのは大切です。今話し合っているのは、本人が「意思を伝えられる時」をいつに設定するかということ。高齢者支援ネットワークで考えているのは、「介護保険を申請した時点」です。申請する時は、医師の診断を仰ぐ必要がある。その時点でドクターが「あなたはどこで死にたいですか」と尋ねることを義務付けたらどうかと。臓器提供の裏にある、あのようなスタイルです。介護保険を申請する時点とはいえ、まだ死ぬとっていない人が殆どでしょうけれども、自分の死を考える機会になるのではとじっくり話し合っていきたいと思っています。

ご本人の可能性を見極めた支援が、 「ケアの質」の差をつくる

社会福祉法人きらくえん 副理事長 土谷 千津子
社会福祉法人きらくえん けま喜楽苑 施設長 西久保 孝子

—— 看取りに力を入れていらっしゃると伺いましたが。

土谷 特別養護老人ホーム（特養）を運営して 34 年になります。2001 年には、法人初の全室個室ユニット型をスタートしました。入居者ご本人とご家族にとって、どうすれば満足のいく看取り支援ができるのか。スタッフ職員との学習や指針の整備、ヒアリング（意向の確認）など、実践を積み重ね、不安なく看取りに関われる土壌を作り上げて今日に至っています。特養での退去の原因は、長期療養が必要で医療施設に移られるごく一部のケースを除いて、看取り割合は概ね 80% になって、かなりニーズも高まっていると実感しています。

看取りは、最終章の段階になって慌ててやるものではありません。ご入居者の平均年齢は、およそ 86～87 歳ですから、広義の意味では入居段階から看取り期であると捉えていて、初期段階から終の棲家でのケアについてお話をします。最近は変化しつつあるものの、未だ日本では人生の最期をどう過ごすか話しにくい雰囲気があるのですが、改めて考えるきっかけになっていると思っています。我々は、日常生活の延長線上に看取りがあるという考えに基づき、様々な物理的環境もある中でコンサートを楽しんだり、故郷のお墓参りをしたり、ご本人の希望を尊重する方向でいろいろな事例を積み重ねてきました。亡くなることは人生の仕上げであり、それをサポートするのもケアの一環と考えています。

当園には、法人では珍しく入居者で構成する自治会があります。そこで看取りについて話し合う機会も多いのですが、「受け身の暮らしはイヤ！」「身体は不自由でも、なんらかの社会の役に立ちたい」という発言が大勢を占めます。その方の最後の可能性をきちんと見極めた支援が、ケアの質の差をつくることにつながります。特養をもっとアクティブに、生命力を呼び覚ますような場所にしていきたいと取り組んでいます。

—— 看取りが、クローズでなくオープンな場になってきていますね。

土谷 看取り期にはほとんどベッド上の暮らしになりますが、入居者同士でお見舞いしたり、調子が良ければリビングで一緒に過ごされます。亡くなられた時もオープンにします。昔なら霊安室があったり、病院の裏からこそっと出たりしましたが、ここではリビングでお別れ会をして、正面玄関からお見送ります。

高齢者の方は多くの出会いと別れを繰り返して今に至っておられますから、同じ入居者の方が亡くなることを伏せるのはどうなのかと。生き死には人間にとって当たり前のことで、お別れで寂しい気持ちを持たれても、じゃあ残りの時間を自分はどう生きよう、どう過ごそうと考える方も多くいらっしゃる。お別れの場面では、お一人ずつお花を棺に手向けて声を掛けられる方が多いですね。驚いたのが、かなり重度の認知症の方でもお別れの場面と分かって静かに手を合わす姿がある。普段は異食行為があったり、徘徊

があったりされても、人間として培ってこられた人との接し方は失われないのですね。最後は、玄関までお見送りします。大勢の入居者や職員でお送りするのですが、特養に入れることを良しとしなかったご家族、自分で面倒を見たいという葛藤の中で入居させた方も。この場面を見て「お母さんの人生、寂しくなかったんだ」と、皆さん肩の荷が下りたとおっしゃって満足そうにされています。

もちろん、看取りの場では新人職員も経験を積みます。職員は入所した時に、スウェーデンの医者が書いた死生観に関する絵本など、いろいろなツールを使って、人が死ぬとはどういうことかを学びます。死は、人にとって避けられない過程であり、怖がったり忌み嫌うなどマイナスなことではなく、次の世代に命を引き渡していくプロセスであると、互いに話し合います。

初めて看取りの場に直面した職員のなかにはもう泣きじゃくって、そのあとしばらくは仕事にならなかったりすることもある。でも、先輩職員たちと話し合う振り返りの中で「もっとこうしてあげたら良かった」とか、「でもこういうことができてよかった」と。そんなとき、職員が一段階強くなって、成長していると感じます。次に同じ後悔の気持ちを持たないため、今、元気な方々に「何をして差し上げよう」と考える力になっていると思います。

看取り期に入る前段階では、入居者自治会や家族会があるので、ドクターを含めているような学習の機会を持っています。また、退居された後も家族会との繋がりを断ちたくない、ご家族などOBの方が行事やお掃除などにも積極的に参加してくださる。飲み会もあるのでお酒の力も借りて、丁々発止とやり合う場面に出会ったりもします。

—— 入所時に行う看取りの意思確認と家族とのすり合わせの上で、考え方がブレることはないのですか。

西久保 入居当初には、私どもの看取りに対する考え方、指針を説明し、その時点でのお気持ちをまずお聞きします。ただ、状況の変化に応じてご家族はギリギリまで揺れ動かれるのでその都度、同意書の取り直しをさせていただいています。ご家族のいろんな揺らぎに寄り添うのも、私たちの仕事の一番大きな役割だと思います。ただ、何がなんでも施設で亡くなることがいいのではなく、ご家族が悩んだ結果、病院での死を選ばれる場合も。それはご本人の意思を代弁していると理解して支援していきます。

ドクターは内科だけでなく各種科目の先生が永く出入りしてくださり、看取りも事例を重ねています。言葉は悪いのですが、治療一辺倒だったタイプの先生が、「この人は自然に逝きたいんだね」と、自然死を受け入れるようなことをご家族に説明さり、「ここだったら穏やかに行けるから」と、看取りをサポートしてくださる存在になっています。看取り期には家族もすごく不安になったりするのですが、担当医師の存在は大きいですね。

介護職については、経験が浅いと不安なのでその日のバイタルや数字を追ってしまいがち。頻繁に血中飽和度を測ったり、血圧を測ってみたいのですが、全身を観察することに目がいかなくなってしまう。数字も大事なのですが、数字だけに頼らず表情を読み取るようにしないと判断を誤らせてしまいます。なにか様子がおかしい、その一言が重要な鍵になるのですが、では普段と何が違うのか、それが説明できるようになれば職員としての質や力も上がってきます。ちょっとした異変に気が付くのは、最初は身近

にいる介護職です。医療マインド・看護マインドがないとできない仕事だと思います。
ここはもう長いのですが、とても崇高なお仕事をさせてもらっていると思います。こういう年の重ね方って素敵だなと思える方がたくさんいらっしゃる、自分もそうありたいと思っています。

介護や看護の専門職だけでなく 「隙間」を埋めるような仕組みをつくるべき

ぱんぷきん株式会社 代表取締役社長 渡邊 智仁
小規模多機能型居宅介護 コミュニティケアプラザぱんぷきん 所長 末永 美雪
ぱんぷきん介護センター 在宅介護事業本部経営企画 課長 土井 武彦

—— 介護事業者の行う看取りについて御社の現状をお聞かせください。

末永 まだ一般的には「自宅で看取る」という覚悟をご家族が持っていらっしゃらないのではないかと感じています。「自宅で看取る」という決断をした方に対しては、私たち介護の体制だけでなく医療との連携がどうなっているのか、ご家族や親せきの意向はどうなのか、それからご家族、ご本人への告知はどうなっているのか、看取りに入る前にいろんなお話を聞かせていただくというのも大切なことだと思っています。今時点では看取りのケース抱えていませんし、とくに震災後はあまりないですね。私ごとですが震災後、父が自宅で最期を迎えたことで自分自身の仕事の価値観を再確認することができたし、今後自分が看取りをするうえでいろいろなことを学べたなと思いました。

まだ病院で看取るケースが圧倒的に多いのですが、ご本人が本音としては自宅に帰りたと思ったとしても、家族に迷惑を掛けたくないという思いから病院を選ぶ方も多いのではないかと思います。「自宅で看取る」のをサポートする体制が必要です。例えば、一番心配なのが夜だとして訪問看護も病院も24時間体制はあるのですが、経験上、「この時間帯に呼んでいいのかな」とまずは思うのです。まるっきり看取りの経験のない人にとってはどうしていいかわからない、そうするとすぐに訪問看護や病院の先生に電話してしまう。サポート体制と後はやっぱり経験ですね。自分たちがどのくらい看取った経験を持つか持たないかが大きいと思います。

渡邊 私はケアとか看護や医療だけでなく、生活支援というか、寄り添って声をかけたりとか、ちょっとした身の回りのお世話的な部分も含めて、フルパックで体制を整備しないとたぶん「自宅で看取る」のは難しいんじゃないかと思っています。そういう意味では互助という部分を使つての支援もあるだろうし、後はある程度費用、コストを掛けて対応するサービスもある、という両建てでやっていかなければと思います。そこから後は本人や家族の経済力だったり、求める生活の質のレベルに合わせて選択できる仕組みが必要なんだろうなと思っています。お金に換算できないほんのちょっとした支援を職員なのか、サービス付き高齢者住宅なら入居者さん同士なのか、場合によっては外からのボランティアなのか、そういう「隙間」を埋めるような仕組みを作っていくべきべきじゃないか。

—— グループホームやサービス付き高齢者住宅では入居者の要介護度がどんどん重度化してますね。

土井 サ高住で2度ほど看取りがありました。まずご家族の決断というか心構えですよ。次は医療との連携です。主治医、看護師との連携体制がどこまでとれるかという話し合いですね。サ高住の場合、ご家族からいったん離れて我々のところに入居していただいているので「ターミナルに入っていきますよ」というところまでは完全にうちのスタッフが見ていくわけです。あくまでもご本人とご家族のための看取りということですので、そこまでの話し合いは何度もやります。後は介護と医療が連携をとりながらそれぞれがやるべきことをやっていく。

渡邊 ご本人、ご家族と一番接点があるのは介護職員です。医療や看護、ご家族との連携の在り方についてのルール作りができていないと、その負担は介護職に行ってしまう。その意味で死にいく人を看取るための介護職の心構えがないと。たぶん介護職に対する死生観も含めた教育が必要とされているのではないかと思います。逆にきちんとした教育、研修なしに看取りに遭遇すると介護職がどんどん疲弊してしまう。医療、看護との役割分担の明確化とお互い領域はかぶりながらもちゃんと整理しておくことが求められているのではないのでしょうか。

土井 死というものに対して介護職の勉強は現状、十分にできていません。利用者さんがこういうふうに変化していったらこうなるよ、ああなるよ、と医療の方々にアドバイスをもらいながら訪問看護師やドクターに連絡するというルール決めが必要ですね。それはたぶん利用者さん一人ひとりのパターンによっても違ってくるとは思うのですが、そういうきちんとした話し合いができるようなグループができていないとうまくいきません。スタッフが看取った後の……。

—— 喪失感ですよ。

土井 そうです。

訪問入浴のターミナルはここ最近増えてきています。以前はターミナルと言いながら、いったん退院しても容態が悪くなれば病院へ戻るというパターンが多かったのですが、最近のご家族が自宅で看取するというケースが増えてきました。そのときは病院で必ずカンファレンスを開いて主治医、看護師、ケアマネ、ヘルパー、われわれ訪問入浴などできちんと話ができていて各々のサービスが入って最終的に看取る。ご家族へのバックアップ含めて連携がとれなければなかなか難しいと思います。もともと訪問入浴は要介護度の高い人たちが主な利用者さんなので、自分も十数年やっていますが昔と比べれば自宅で看取るご家族が増えてきたのは事実です。

渡邊 訪問入浴は在宅生活の最後の看取りの中でも一部の機能、身体の清潔を保つという機能の部分で関わるのですが、訪問介護となるとご家族とご本人の生活そのものを支えていくという役割を担うことになる。そう意味では訪問介護の方がより負荷がかから

ざるを得ないし、難しさは高度になっていくのではないかとは思っているんです。在宅の看取りをどうして行くかとなると、訪問介護と訪問看護のウェイトが重要になってくるので、そこでの心構えを含めた教育、そしてご家族やご本人、訪看さんとうどう付き合っていくか、ルールなり考え方を統一していかないと。なんとなく現場の意識的にはヘルパーさんの比重が大きくなっていくのではないかなとは思っていますけどね。訪看さんは時間で区切られて訪問する頻度としてはヘルパーさんの方が全然多いので。ご家族やご本人もヘルパーさんを頼りにしているし頼みやすい。だけどヘルパーさんがそれを全部受け切れているかということ大変ですよ。さらにそれをマネジメントするサ責や管理者はどうなのか。現場に言って聞かせ、教育して調整するとなると実は高度なものを実は求められている。

—— この地区では訪問看護ステーションは十分なのでしょうか？

渡邊 訪看は5か所あっていずれも4、5人くらいのチームなので供給量は不足しています。在宅診療も先駆的に取り組まれている先生はいるのですが、数は圧倒的に少ないです。実際は「在宅診療、訪問看護、あとは介護との連携で看取りできますよ」と言える体制にはなっていません。ただ個別ケースで主治医の先生が医療チーム作って、かつサ高住のようなところで24時間生活支援できるというパターンはあります。供給量そのものの議論ですとか大切なものがきちんと整理されているわけではないので、たまたまうまくいったケースとそうじゃないケースに分かれてしまいます。地方と大都市圏で違うのは移動距離と時間ですね、それに関わるコストが圧倒的に違う。こちらは基本的に車での移動ですし、そもそものニーズが少ない。4、5人くらいのチームを作って稼働率を考えると半径何キロ以内におかないとダメなんです。そうすると利用者さんは2、30人しかいないので、これじゃあまったく商売になりませんという仕組みなんだと思います。

—— 介護保険でやるサービス、介護保険外のサービスに加えて住民参加型のサービスも考えてるのですね。

渡邊 介護のプロではない地域住民を福祉人材の担い手として育成すると同時に、活動の場作りとマッチングをするNPO法人を作り、石巻市から補助を受けて「地域作りコーディネータ事業」を進めました。後はパンプキン株式会社が東松島市と石巻市から委託を受けて過疎地、限界集落における支援をテストケースのような形で始めています。地元の中高年の人たちをパートとして賃金を払いながら育成し、80、90歳のおじいさんおばあさんの支援をしてもらう。コーディネータ役は一人我々が行きますが、残りの二人は地域住民です。専門的な介護やケアじゃない生活支援の担い手として活用できればマンパワー不足の解消策にもなるのではないかと思います。

平成25年度に厚労省の「老人保健健康増進等事業」の助成を受けて「ボランティア

マッチング」の調査研究をしたんです。そこでは「地域の実情に応じて『やれる主体がやる』という視点が重要」という提言を行いました。ボランティアにしてもどこまで無償でやれるのか業務の領域を明確にして、それ以上のことはボランティアという名称は使わずにパートでもワークシェアリングでもいいのですが「賃金をお支払いするのでやりませんか」というふうにして整理しましょうということです。有償ボランティアみたいな名前で「ふあっと」してやっちゃうと、本当にボランティアをしたい人からすると「金で何とかしようとしているのか」という意識が働くし、一方ではちゃんと仕事としてやりたい人からすると「要は安い労賃で働かせようとしているのか」みたいに思われてしまう。きちんと整理したほうがいいんじゃないかっていう経緯があって今、分けているのです。

末永 先日、亡くなったご利用者がいて。最終的には病院で亡くなったのですが、私たちが朝、晩とサービスをさせていただいた方だったんです。たまたまご家族の方と会った時に、パンプキンの車を見かけると「みんな元気で働いているんだな」ってすごく癒されると言われました。たぶんそれは最終的にサービスに満足してくださったのでそう思ってくださったのだなってすごくうれしく思いました。

土井 ご家族の都合で退去していかれた方がいたのですが泣くんですよ、ご利用者もご家族も。「ここから出たくない」って。認知症の方なので「どこまで記憶があるのだろうか」っていうのはあるのですが「ご利用者の心の中に入った」「ご家族の心の中に入った」という達成感のようなものはありますね。看取りとなったときも「ここで一緒に看取って良かったな」というふうに納得できる関係を作っていきたいですね。

「コミュニティの力」を繋いで 支えられる側から支える側へ

緩和ケア支援センターはるか センター長 大石 春美
医療法人心の郷 穂波の郷クリニック 院長 三浦 正悦

—— 三浦先生とは大崎市民病院で出会ったと伺いました。

大石 先生は町医者になるというのが夢だったけれど市民病院に行ったら副院長まであれよあれよという間に昇格して町医者になるという夢が滞っていた。でも困っている患者さんが私のところへ相談室に来るわけ。「副院長先生、責任があるはずですから話を聞いてください」って先生に会ってもらって。それで訪問診療を始めたのが市民病院を辞める3年前かな。1年目、43歳の女性の患者さんに2日に1回訪問します。車の中ではいつも討論してました。先生は「俺は医者でこれ以上何もできないとか」「どうしたらいいか分からない」とか言うわけですよ。「でも患者さんもお家族も先生を待ってましたよ」って繋ぎながら、「先生が姿を現すことによって先生の効果がたくさんありますよ」なんて伝えながら。当時の先生方は「がんの末期は医療の敗北だ」「もう何もできない」と思いがちだったので「どうしたら在宅に使命を持っていけるか？」なんというのを2日に1回議論しながら訪問してましたね。

私が市立病院に入ったら南病棟というのが出来て、当時の事務長さんが「建物が出来たら魂を入れるのは相談室だよ」と言ってくれて。市立病院の前は障がい者教育で教員をやってました。学生のころからソーシャルワーカーになりたくて、宮城県に来てからも「ソーシャルワーカー」という名刺を作ってチャンスを待っていたのですがなかなか恵まれなかったの。そんなとき「市民病院に来ないか？」って言われたんです。市民病院に入って「魂を入れていく活動」を始めたたらいろんな意味で「くぼみ」に入った患者さんに会うことが多かったのね。「もう治らない」って言われた末期の方々に向き合いながら「何とか生きることの希望を見つける」とかいろんな人と交流しながらやっていったら「コミュニティの力」というのが見えてきたんです。「コミュニティの力」を繋ぐようにしたら末期と言われた患者さんが延命する、家に帰ったらもっと延命しているわけですよ。家で自分のやりたいことをやって夢をかなえたり、家族や隣人と一緒にやることによって困難を乗り越える力が出てきたり。そういう人たちの輝き方が違ってきたというのを三浦先生は見たと思うのです。そうして始めてすでに900人近くの人たちを看取ってきました。

「もうこれ以上治療できません」と言われてだんだん薬が増えて動けなる、入院する、薬が増える、意識が無くなる、死んでいくみたいな人生の終わり方、それが病院で亡くなるということなんです。三浦先生はホスピスの山崎章郎先生とニュージーランドのホ

スピスを視察に行って、現場を見て変わったと思います。一緒に行った仲間たちと私も建物の構想を膨らませていったし、患者さんに寄り添うことで患者さんが求めていたものが具現化していく。見えるようにしていくことによってそこに人が集まってくるのだですね。みなと集う場所があって、ここがコミュニティセンターであり公民館であり、ある時は美術館であり、何よりもこの薪ストーブで木の命をいただきながらお話をしていくっていうひとときがすごく癒される。あのストーブは在宅を応援してくれるお医者さんたちから寄付をいただいて、それでできたんです。まろやかにいつの間にか暖かく包まれるのが在宅医療だっていうそういう象徴なんです。

現場と先生方の繋ぎ役のコーディネーターを養成しようということで、養成講座を始めました。手料理で交流して学び合う。その人たちが患者さんたちと一緒に、自分たちが生きるための医療を変えていくわけです。感性を磨くことに重点を置いて、ルールだとか、こうあるべきではなくて、患者さんが今、何を訴えているのか、何を欲しいのかを感じるってことですね。言葉や専門用語ではなくて感じなくてはいけないのです。コーディネーターの養成講座を8年間やってきたら、日本在宅ホスピス協会がトータルヘルスプランナー（THP）という資格を認めてくれました。

認知症のおばあちゃんたちが、サービスを受けるだけでなく自分たちの能力を活かして社会貢献して行こうというそういう取り組みを去年（2014年）から始めました。宝物はね地域にあるんですよ。社会資源を並べるだけでなく新しい社会資源に自分たちが気付くこと。私たちは認知症の利用者の方たちと演劇を通して気付くこともあります。

「泣いた赤鬼」の一番最後の赤鬼が泣くシーンのところにコギクさん（後出）が出てきて「鬼さん鬼さんなんで泣いてるの?」、赤鬼が「大事な友達がいなくなったんだよ」と答えると、コギクさんが「じゃここにいる皆に聞いたらいいんだよ」と今度は会場を巻き込むわけですよ。

—— 支える側になっていますもんね。

大石 そうそう支える側なんです。私たちが帰っていくと「おかえり」って迎えてくれるし、洗い物をしてくれて「あんたたちも頑張りな」って励まされて。認知症って病気が分かれば抑えることができるし、その中で支え合いや活かし合いが関係性を作り上げていくことが出来ればいいなと思っています。

—— 三浦先生は市立病院の副院長になる前から地域医療に力を入れていた?

三浦 いや、まったく。地域医療部長にはなったんですが、地域と病院が連携を積極的に行こうという時代ではなかったですね。介護保険制度は始まっていたのですが。ただ大石さんが相談室にいられた時は退院した時に、こちらから訪問するという、そういう行動はとるようになりました。その頃、当時の厚生省が医療ソーシャルワーカーの指針を出して、退院した患者さんがちゃんと自立しているかどうか見届ける、後は社会

資源や制度的なことをちゃんと紹介する、そういう役割の人が医療ソーシャルワーカーだということがわかった。在宅医療に関しては先駆的な方は日本全国に何人かおられたのですが、我々は全くそうした意識はなかったですね。でも病院にいと在宅医療をせざるを得ない患者さんっておられたんです。病院ではもう治療できないがん末期の人ですね。その時に医療相談室に患者さんやご家族が切実な思いを伝えるのですね。それを病院としては無視できない。そこから私も引っ張られるように往診に出たんです。ただ、単に往診すればいいというのではなくて、その人を支えるためにはその地域でどうしていくか、ということを考えながらです。その当時から大石さんはやっていました。私も当時救われる思いをしました。それが膨らんでいって今のような形になっていったんです。

病院ってのは助けを必要とする患者さんの集まる場所なんですよ。それは地域の人たちに「こういう大変な患者さんがいるから手を貸してよ」というと結構手を貸そうという人が出やすい場所なんですよ。それだけ人は苦しんでいる人や弱っている人、赤ちゃん、子供に対してもそうだし、そういうところに手を差し伸べるような優しい気持ちは誰でも持ち合わせている。そういう方々の気持ちを患者さんたちにも繋いでいくという、我々のコーディネーターはまさにそういう役割を積極的にやってくれていると思います。そういう意味では外来や交流スペースの意味はあるわけですね。何人かのボランティアの人たちが生まれてますし。こっちへ来ると患者さんでなく誰それさんになって「支える側」になってくるわけです。

—— 先ほど交流スペースでコギクさんとお話しさせていただきました。認知症ということですが、全然分からなくてびっくりしました。本当にしっかりしていて昔の話聞かせてくれて。あそこではお料理作っていて支える側になっていました。

三浦 すべての認知症の方がそれができるわけではないですが、老化の過程で物忘れしていくというのはどなたでも起こりうることです。そういう方は自分の居場所が全く目新しいところでなければ、ある程度慣れているところであれば、大きな力を発揮するというのをコギクさんから教えられるわけです。

—— 運営はクリニックからのかなり持ち出しに？

三浦 運営はトータルで赤字を出さなければいいと思ってます。在宅診療は普通の診療よりワンランク高く設定されていますので。とにかく自宅で看取る、その患者さんを増やしたいという意図があるので。中身についての研修はまだこれからです。でもそれに気づいている人たちもいる。医者、看護師だけでは在宅は支えきれない。介護保険のヘルパーさんやケアマネさんが入ってもかなり足りないところがあるという認識です。患者さんその人に必要な人を1人2人3人と探してチームの中に入れていくという、そういう役割を「がんコーディネーター」の大石さんにやってもらっている。一人ひとり

結構違ったチームになっています。まさにこれが地域包括ケア、実体的な地域包括ケア
と思っています。

口腔ケアは高齢社会に必要不可欠 マイナーな「歯科」をメジャーにしたい！

黒瀬歯科医院 院長 黒瀬 済

在宅医療の医師が最も連携を必要としている診療科は歯科である。当初黒瀬院長は都内で主に審美歯科に力を注いでいたが、在宅歯科を行うため地元の広島県尾道市に帰り開業歯科医となった。地元に戻ってほどなくして、在宅歯科の依頼があり現在に至る。今では、尾道方式と呼ばれる当地の地域医療ケアシステムの中で重要な役割を担っている。

黒瀬院長が地元に戻った目的は「地域に貢献したい」という強い思いからである。現在では、口腔ケアを中心に、医院と同じ治療が在宅でも受けられ、レントゲン機器の導入により、在宅でレントゲン撮影も行うことができるそうだ。

黒瀬医院には、歯科衛生士に加え、歯科トリートメントコーディネーター（歯科TC）が在籍している。歯科TCは聞きなれない言葉だが、欧米では歯科の領域において、確立された名称となっており、主に、歯科医師と患者の間に立ち、治療の説明やカウンセリング等を行う。その重要な役割を担っているのが黒瀬泰子さん。黒瀬院長の奥様である。泰子さんの仕事は、歯科TCに留まらず患者の愚痴話や相談事にも耳を傾け、スタッフの心のケアまで行う。

これまで黒瀬歯科医院では二度看取りに立ち会っている。一度は、歯科衛生士が口腔ケア訪問の際に患者の容体が急変した。歯科衛生士は、すぐさま在宅医師に連絡を取り、医師到着後に臨終となった。その際歯科衛生士は動揺しながらも「口腔ケアに来たのだからきれいにさせてください」と申し出て、最後のケアを行ったそうだ。本来なら急ぎ医院に戻るところ、勝手なことをして申し訳ないと詫言ながら戻った歯科衛生士に対し、黒瀬院長も泰子さんも心から労いをし、その行動を誇りにさえ思ったという。

黒瀬院長は、今後在宅医療のニーズが増え、歯科医、歯科衛生士が患者を看取る機会もおのずと増える。しかし、歯科医や歯科衛生士が体系的に看取りを学ぶ機会はほとんどない。この調査研修をもとに、介護職だけでなく、歯科に携わる人にも教育を広めて欲しいと言っていた。

オランダのコミュニティケアから学ぶ セルフマネジメントの重要性

田中 モニック

—— オランダの“ビュートゾルフ”による看護師を中心としたチームで在宅ケアの取り組みが注目されている。

“ビュート”は「地域」、「ゾルフ」は「介護」、英語で言うと「community health nursing」日本語では「地域介護」という意味になるが、歴史は浅く2007年にスタートしたシステム。オランダ全土に約800チーム、9000人のスタッフ（看護師・介護士・セラピスト等の多職種）が活躍している。最大で12名のフラットな自立型チームで、さまざまなタイプの利用者に対し全人的にケアをする。その目的は、利用者個人の力（セルフケア）を最優先し、利用者とそのネットワークとのつながりでより良い解決策をみつけ支援すること。

元来、オランダでは病気になったら近所のホームドクターに行き、ホームドクターのチェックのもと、必要であれば病院へ行くのが通常。直接病院へ行く場合は、ER（救急）のみ。お産も基本的に自宅で行う。産後は母親が慣れるまでサポートし、母親に必要なスキルも教えてくれる。

—— ビュートゾルフを利用した経験は？

私の母も、叔母も終末期はビュートゾルフを取り入れ自宅で過ごした。母は自分にとって最も心地よい空間であるキッチンにベッドを置き、そこで看取りをした。叔母は自分で安楽死を選択し、家族に看取られ天国へ旅立った。オランダでは安楽死も認められている。ビュートゾルフの他に、マントルゾルフと言うケアがある。マントルは外套（オーバーコート）を意味し、取りあえず自分の親が介護等が必要な場合は、家族や親戚みんなで介護をして、なるべく費用をかけないよう政府が働きかけている。日本の介護はマントルゾルフ的なイメージがある。

—— 日本では家族ケアによって虐待なども起こりやすく反省する点も多い。

現在の職場でも親の介護のことで悩んでいる社員は多くみられる。

オランダと日本では国民性、教育、歴史、宗教などの違いはあるが、最も違いがあるのは「自己決定」「自己選択」が出来るかどうかだ。オランダでは、幼少期から自己主張、自己決定の教育を受けている。だからといって協調性がないわけではなく、地域コミュニティについても物心ついた頃から地域の輪の中で共存している。知り合いでなくともバスやトラムで隣同士になれば老若男女必ず声をかける。東京ではあまり目にしない光景だ。

文化はそう簡単には変えられない。しかし、日本に合う形に作り変えることは可能。日本には自治会や町内会がある。まさに地域コミュニティだ。自立を前提とした積極的連携ができれば地域の Q.O.L 向上につながるはずである。

第5章

今後の課題

第5章 今後の課題

5-1 介護職員が安心して利用者の終末期に対応し、さらなる活躍につなげるための医療との連携促進、研修の充実

この度のアンケート調査及びインタビュー調査により、利用者の終末期における介護職による関与の必要性和重要性が確認できました。また、終末期にある利用者への関わりについて、多くの介護職員がプライドを持って接していることも確認できました。その一方で、看取りにおいては、予め看取りについて積極的に学ぶ機会も少なく、経験が乏しいこともあり、不安感、疲労感、喪失感を感じている介護職員は少なくありません。また、核家族化が進み、身近に死を体験することがほとんどないことから、「死」に対しては恐怖心さえ感じています。

現在、病院から在宅への動きが高まりを見せています。核家族化が進み、支え手のない単独世帯の高齢者が増加する中、老衰における看取りだけではなく、がんを患った利用者を看取るケースも増えると考えられています。介護職の多くは、利用者の終末期におけるさまざまな変化等に対応する心構えはあるものの、心構えだけでは看取り対応はできません。

終末期における介護職の役割、また、介護職が看取り対応をする上で必要なことについて、在宅訪問診療を行っている医師にインタビューしたところ、「人生の最終段階に医療が出来ることは基本的にないのです。病気の悪化には医療が動くが、そうでない場合はケアしか出来ないんです。」「医者は主役ではないけれど居ないといけない。実は主役はケアなんです。」とのことでした。

また、「在宅における看取りは、患者さんのことを知る機会をより増やすことが大切です。」「患者さんの人生の物語（ナラティブ（注1））をケアチームで共有することがしあわせな最期につながるのではないか。」と語ってくれました。在宅への動きが高まりを見せはじめた今こそ「cure」から「care」に移行するタイミングではないかと思います。

終末期や末期のがんに侵された患者には、スピリチュアルペイン（死への恐怖により生きる意味や価値を見失うこと）という症状が見られ、それに対するケアをスピリチュアルケアと呼びます。死に逝く利用者からの、誰にも答えられないような問いに対し、介護職はどのように対応したら良いのでしょうか。実際に介護職がそのケアに関わっていくことは、現状では困難が多いと思いますが、一方で、日頃から利用者の生活に関わっている介護職だからこそ、一定の訓練を受けることにより、そのような状況の利用者に対し「ケア」という形で寄り添えると思います。

また、終末期における医療と介護の連携については、「情報共有」が最も大事だと話

してくれたのは、医師だけではなく、看護職もそうでした。実際、在宅でのケアは介護職がメインに行い、申し送りノート等を活用し、医師、看護師に情報を伝えるやり方が多かったようですが、その伝え方にもさまざまな問題点があります。例えば、「観察」「記録」「報告」に関しては、マニュアル等があるわけではなく、要点を得ないものが多く見られるそうです。また終末期においては、利用者の体調の変化も大きく、医療の知識がなくとも要点を的確に伝えるスキルが求められます。インターネットのクラウドサービス（ICT）を使った情報共有が主流となる中、利用者の医療的カルテだけではなく、前述したナラティブもケアチームで共有する動きも出ています（ナラティブブック（注2））。利用者の身体介護、生活支援を行っている介護職が知り得た情報が、利用者の尊厳を守り Q.O.D.（クオリティ・オブ・デス）につながり、さらには、利用者家族にとってもその後の人生が豊かなものになるのではないかと思います。また、ICT については、利用者情報の守秘義務はもちろん、観察、記録、報告等のルール作りも重要になってくるものと思います。

利用者の終末期の看取りについては、医療と介護の連携は勿論必要なことですが、介護職員が安心して業務を遂行するためにも、終末期における看取りに関する知識を体系的に学べる研修等が必要不可欠です。また、そうしたことが、介護職員の処遇改善や、専門職としてさらなる活躍への期待につながります。

（注1）ナラティブ：語り、ナレーション、物語りのこと

（注2）ナラティブブック：一般社団法人ナラティブ・ブックが開発した ICT システム

5-2 急がれるインフォーマルなサービスの提供

今後の課題として、インフォーマルなサービスの検討も急がれます。

高齢化社会を背景に、介護を中心とした高齢者向けサービス市場の拡大が期待される中、一方では、労働環境や処遇の問題等で、現場スタッフの確保に困窮している介護事業所は少なくありません。27年度の改定での介護報酬の引き下げにより、倒産に追い込まれる事業所もあるようです。2025年には、介護従事者が30万人不足と予測されています。今回の調査は、主に訪問系の介護事業所、介護職員に向けてアンケート及びインタビュー調査を行いました。従って現段階では、看取りの介護加算がついていない中での調査となりました。そのような中、看取り対応を行っている事業所及び介護職員はそのほとんどがボランティアによるものです。また、グリーフケアについてはボランティアの領域を超え、人と人との支えあいのようなものかもしれません。ボランティア的考え方は大切ですが、それだけでは事業として成り立ちません。

グリーフケアについては、アンケート調査の結果にもあるように、その言葉自体耳慣れないもので、日本ではまだ周知されていません。しかし、ライフイベントにおいて、配偶者や近親者の死や友人の死については、ストレス尺度が高く、特に配偶者の死においては最もストレス尺度の高いものとなっており、悲嘆が及ぼす心身への影響は無視できません。(注3)

現在、グリーフケアというと、遺族のためのケアという印象が強いように思われますが、予期悲嘆(注4)という言葉があるようにグリーフ(悲嘆)は、利用者が亡くなってから始まるものではありません。また、死の予期が死別後の悲嘆の軽減につながるとは必ずしも言えませんが、家族にとっても、支援する介護職にとっても、終末期からの一連のプロセスが非常に大事になってきます。グリーフケアには明確な基準はありませんが、グリーフケアの基本は「思いや気持ちに寄り添うこと」と坂口教授は述べています。それ以外にもサポートできることは沢山あり、情動的介入、道具的介入等は、ボランティアの範囲を超え、次なるサービスの展開につながるのではないかと思います。また、介護職自身が、グリーフケアマインドを持ち合わせることで、より充実したサービスの提供につながるのではないのでしょうか。

現在、公的医療・介護サービスを効率的に利用するため、公的保険外サービスの充実が検討されています。利用者の終末期において、利用者本人の尊厳を出来る限り堅守するためのさまざまな整備等も求められると思われます。そのような中、グリーフケアの普及という次なる展開につながると思います。

(注3) ストレス評価法：夏目 誠,村田 弘,藤井久和, 他.勤労者におけるストレス評価法(第1報)点数法によるストレス度の自己評価の試み一.産業医学
1988 ;30:266-279 .

（注４）予期悲嘆：患者の死が近いことが予期されるとき、実際の死別が起こる以前から、遺族等が特殊な心理状態に陥ること。

5-3 市民も参加する地域包括ケアシステムの構築

今回の調査の中で、利用者の終末期において、介護の領域を超えた部分での問題点も浮上してきました。その1つに、終末期の救急搬送の事実があります。アンケートの結果にも表れていますが、看取りを行っていない理由で最も多かった回答が、緊急時には家族が病院へ救急搬送するからという結果が出ています。また医師が緊急時には救急搬送するからという回答も多く見られました。インタビュー調査でも、同じようなケースを幾例も聞いています。また、人生の最終段階における医療とケアのあり方について、利用者と家族の意思の共有が不足している点についても、問題の1つと考えられます。アンケート調査及び、インタビュー調査の中で、度々出てくる「心の揺らぎ」については、介護の現場に限ったことではなく、医療の現場でも同じようなことが起きています。それにより、利用者本人の望む最期が、違った形となる可能性があります。現在、厚生労働省では、最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指すことが重要であるとの考えのもと、従来の「終末期医療」と表記してきたものを、新たに「人生の最終段階における医療」に表記を変えています。また、医療の分野では、将来の治療方針を患者・家族と話し合う「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼ばれる取り組みが始まっています。その対象は、高齢者と末期がんの患者を想定したもので、進行に応じて何度も話し合いが行われます。病院から在宅への動きの中、高齢者の在宅療養は年々増えてきています。このような取り組みが、限られた医療資源を有効活用することにもつながります。

現在、国の政策において、10年後の超高齢化社会を想定した持続可能な社会保障制度の維持、確立を図るため、地域包括ケアシステム構築が行われています。地域包括ケアシステムは、医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制を目指していますが、そのためには、医療と介護の連携とそれぞれがその役割を果たすこと、また、市民の役割として、市民一人ひとりの意識改革が必要となります。現在、各地域において、さまざまな市民向け講座が開催されています。主には、いつまでも元気に暮すための、介護予防や、生活支援に関連した内容が多いと思いますが、加えていつまでも元気にくらすための知識とコミュニティが必要になると思います。前述した、江戸時代の先人達の暮らしを振り返ることも、市民参加の地域包括ケアシステムの構築につながるのではないのでしょうか。

あとかき

あとがき

超高齢化が急速に進行する国、ニッポン。

現在、我が国では、「地域包括ケアシステムの構築」という、壮大な計画が進行中です。それは、高齢者の尊厳の保持と、自立生活の支援を目的とし、また可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指すものであり、世界に比類なき、我が国の社会保障制度を持続可能なものとするということにも寄与する取り組みです。

また、医療の現場では、急性期の疾病への対応に重点を置き、入院期間の短縮化が進行中です。ひとつの例として、高齢者の死因のトップである悪性腫瘍（がん）は、医療の進歩により、その治癒率が高まり、長期入院するのではなく、通院や在宅による治療により、病気と共存しながら“自分らしく”生活を続けたいという患者のニーズも増えています。この傾向は今後も進み、訪問による看護、介護も今まで以上に増えてくるでしょう。「ときどき入院、ほぼ在宅。」の流れに加え、要介護者の重度化も量的に増加していくことで、介護職が終末期ケアや看取りをするケースも今後一層増えてくると考えられます。

また、介護職による終末期ケアや看取りが増加していく中で、死別のプロセスの前後で、家族（遺族）の悲嘆（グリーフ）と向き合う場面も増えるでしょう。また、遺族だけでなく、利用者の終末期に関わる介護職本人にとっての、悲嘆（グリーフ）のケアについての対応や教育も、今後重要だと考えられます。

その一方で、在宅ケアを支える専門職は、量的にも、質的にも不足しています。また、介護職が「死」や「看取り」について、学習・訓練を受ける機会や時間は極めて少なく、さらに看取りをきっかけに離職するケースや、看取りがあるために入職をためらうケースも出てきています。

以上の事柄を問題意識と捉え、介護現場における終末期から看取りにおける体制の現状把握と、今後必要となるであろうグリーフケアについての意識調査を実施いたしました。その上で、これからの高齢社会を支える介護職にとって「看取り」「グリーフケア」は必須の課題となることは間違いありません。

本調査研究が、高齢社会を支える担い手である介護職の益々の活躍につながり、さらには、（利用者）本人の尊厳を保持した安らかな死と、その遺族及び介護職への適切であたたかいグリーフケアを日本社会に定着させるきっかけになれば幸甚です。

私事で恐縮ではございますが、この調査がスタートする数日前に母を看取りました。多少なりとも人生経験を重ねた私ですが、初めて人が亡くなる場面に立ち会いました。今でもあの瞬間が脳に焼きつき、深く重たい悲しみが込み上げてきます。最初に訪問した尾道での取材では、利用者の最期と母の姿が重なり感情のコントロールが出来ず涙が溢れ出すという情けないスタートとなりました。ご寄稿いただいた坂口教授の言葉の中

に、「介護職員自らも過去に類似の死別体験がある場合・・・」とありましたように、日ごろ悲嘆の中にいる人に対しグリーフサポートをする立場の人間であります。まさに私自身がグリーフの中にいる状態での調査研究でありました。母の終末期では、急性期病院と慢性期病院の役割、延命治療と緩和ケアの異なる点、医師、看護師、理学療法士、ソーシャルワーカーの役割、インフォームドコンセントの意味、スピリチュアルペインとスピリチュアルケア等を学び、母の看取りでは、ひとが死んでゆくプロセスと、家族の言葉にならない深い悲しみ、看護師によるエンゼルケアとグリーフケアを経験し、母の葬送では、葬儀の意味と、納棺士の役割、そして母の人生には多くの支えがあったことを知りました。また母の死後では、悲しむ間もなく、数々の手続き等に想像を超えた時間と労力を要すること等々、心得ていたことではありますが、母の死によって「生物的“死”」と「社会的“死”」を学ぶことができました。また、グリーフ（悲嘆）についても、一通りのことを学んでいたことにより、家族も私自身もセルフケアによるグリーフワークを行うことで、重篤な状況には陥らず日々元気に過ごしています。アンケート調査、インタビュー調査の中でもセルフケアの有効性が多く見られました。当社団では、誰もが持っている五感を活用した自分で自分をケアするセルフケア（※注）の普及を行っています。地域包括ケアシステムの構築には、医療や介護、多職種の連携だけではなく、地域の相互扶助、そして自助も必要です。また、何より市民一人ひとりの自助による社会参加があってこそ、持続可能な社会保障となるのではないかと思います。当社団では、「JiJo（自助）カフェ」を定期的を開催し、市民一人ひとりが能動的に自分をデザインし、また、自分が住む地域で何をするのか、何ができるのかを考える機会の学び場としています。

（※注：ここでいうセルフケアとは、すべてを自助によって対処することではなく、必要な情報を得る力、困った時は誰かを頼る勇気などを含めた意味です。）

最後になりますが、本調査研究のグリーフケアについてご指導いただきました関西学院大学人間福祉学部人間科学教授の坂口幸弘先生はじめ、オブザーバーの皆様、アンケート調査やヒアリング調査にご協力をいただきました皆様に厚く御礼を申し上げます。

このような取組みに初めて臨んだ私をご指導くださいました一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会の本田常務、内田次長、岩崎課長に心より感謝申し上げます。

平成 28 年 3 月
一般社団法人セルフケア・ネットワーク
代表理事 高本眞左子

〔参考文献〕

- 坂口幸弘 『死別の悲しみに向き合う』 講談社現代新書 2012
『悲嘆学入門』 昭和堂 2010
『グリーフケアー見送る人の悲しみを癒すー』 毎日新聞社 2011 (共著)
- 柳谷慶子 『江戸時代の老いと看取り』 山川出版社 2011
- 新村拓 『老いと看取りの社会史』 法政大学出版局 1991
- 大出春江 『看取りの文化とケアの社会学』 梓出版社 2012
- 新谷尚紀 『お葬式』 吉川弘文館 2009
- 片山壽 『父の背中の中の地域医療』 社会保険研究所 2009
- 鈴木央(編) 『在宅「看取り」』 日本医事新報社 2015
- 秋山美紀 『コミュニティヘルスのある社会へ』 岩波書店 2013
- 会田薫子 『延命医療と臨床現場』 東京大学出版会 2011
- 桐野高明 『医療の選択』 岩波新書 2014
- 金井一薫 『ナイチンゲール看護論・入門』 現代社白鳳選書 1993
- 朝田隆(監) 『災害時のこころのケア』 筑波大学医学部医療系精神医学 2015
- 宮林幸江 『ナースが寄り添うグリーフケア』 日本看護協会出版会 2010

資 料

- ・ 介護職員向けアンケート
- ・ 介護事業所向けアンケート

■本アンケートにおける「看取り」の定義

終末期にある利用者に対し、利用者本人の意思と権利を尊重し、利用者本人の尊厳を保つと共に、
安らかな死を迎えるための終末期に相応しい医療、看護、介護、リハビリテーション等を行う。
これらの一連の過程を「看取り」とする。

設問 1 介護職としての看取りについてお聞きします。

1. あなたが、介護事業所が看取りを実施するうえで重要であると考えるもの全てに「○」をつけてください。
また、最も重要なことに「◎」を1つつけてください。

a. 医師との連携	b. 訪問看護師との連携
c. 看取りのガイドラインまたは基準の明確化	d. 看取りのマニュアルの整備
e. 利用者・家族への看取りについての周知と意思確認	f. 看取りのための環境整備
g. 介護職員の理解と協力	h. 介護職員研修
i. 家族へのグリーフケア	j. 介護職員の精神的負担へのケア
k. 介護報酬等の増額	l. その他（ ）

2. あなた自身はこれまでに、介護職として利用者の看取りを経験したことはありますか？

a. 経験したことがある	b. 経験したことは一度もない
--------------	-----------------



設問 2 へお進みください

設問 1-A あなたご自身の介護職としての看取りの経験についてお聞きします。

1. 看取りを行ううえで、気をつけてきたこと全てに「○」をつけてください。
また、最も気をつけてきたことに「◎」を1つつけてください。

a. できるだけ利用者に寄り添うようにする	b. なるべく家族だけの時間が持てるようにする
c. 家族の様子に気を配るようにする	d. 自分の仕事に専念する
e. 事務的にならないようにする	f. 自分の感情を抑える
g. 家族と一緒に悲しむ	h. その他（ ）

2. 看取りにおいてストレスを感じたのはどのようなときですか？該当するもの全てに「○」をつけてください。
また、最もストレスを感じるときに「◎」を1つつけてください。

a. 利用者や家族にどのように声をかければよいかわからなかったとき	
b. 利用者や家族の気持ちをうまく受けとめられなかったとき	
c. 他職種との連携がうまくいかなかったとき	d. 容体の急変により利用者が亡くなったとき
e. 利用者とのかわりが長かったとき	f. その他（ ）

3. 看取りで、後悔した場面はどのようなときですか？該当するもの全てに「○」をつけてください。
また、最も後悔した場面に「◎」を1つつけてください。

a. 利用者や家族に声をかけることができなかった	b. 臨終に立ち会えなかった
c. 不用意な発言や対応をしてしまった	d. 事務的になりすぎた
e. 利用者の死に対して悲しむことができなかった	f. その他（ ）

4. 看取りによって次のような気持ちや体調の変化をそれぞれ経験することはありましたか？ 1)～8) の項目について、それぞれ該当するものに「○」をつけてください。

- | | | | |
|----------------|-----------|--------|---------|
| 1) 喪失感 | (いつも経験する | 時々経験する | あまりない) |
| 2) 無力感 | (いつも経験する | 時々経験する | あまりない) |
| 3) 自責の念 | (いつも経験する | 時々経験する | あまりない) |
| 4) 不安感 | (いつも経験する | 時々経験する | あまりない) |
| 5) 疲労感 | (いつも経験する | 時々経験する | あまりない) |
| 6) 達成感 | (いつも経験する | 時々経験する | あまりない) |
| 7) 体調の悪化 | (いつも経験する | 時々経験する | あまりない) |
| 8) その他 | (| |) |

5. 看取り時に経験したストレス等にどのように対処しましたか？該当するもの全てに「○」をつけてください。
また、最も有効だったと思うものに「◎」を1つつけてください。

a. 同僚と話をした	b. 上司と話した	c. 家族や友人と話をした
d. 時の流れにまかせた	e. 一人の時間をつくった	f. 遺族と話をした
g. 趣味など気晴らしをした	h. 専門家に相談した	i. その他 ()

6. 看取り時に経験したストレス等を軽減するために、必要だと思うこと全てに「○」をつけてください。
また、最もそう思うものに「◎」を1つつけてください。

a. 同僚の支え	b. 看取りに関する知識	c. セルフケアに関する知識
d. 遺族との面会	e. デスカンファレンス(看取り後にスタッフで行うカンファレンス)	
f. リフレッシュ休暇	g. その他 ()	

設問2 終末期にある利用者への関わりについて、あなた自身のお考えをお聞きます。 各項目について最もあてはまるもの一つに「○」をつけてください。

1. 終末期にある利用者をケアすることは、私にとって価値のあることである

- | | | | | |
|------------|---------|--------------|------------|--------------|
| a. 非常にそう思う | b. そう思う | c. どちらともいえない | d. そうは思わない | e. 全くそうは思わない |
|------------|---------|--------------|------------|--------------|

2. 終末期にある利用者、差し迫った死について話しをすると気まずく感じる

- | | | | | |
|------------|---------|--------------|------------|--------------|
| a. 非常にそう思う | b. そう思う | c. どちらともいえない | d. そうは思わない | e. 全くそうは思わない |
|------------|---------|--------------|------------|--------------|

3. 終末期にある利用者、親しくなることが怖いと感じる

- | | | | | |
|------------|---------|--------------|------------|--------------|
| a. 非常にそう思う | b. そう思う | c. どちらともいえない | d. そうは思わない | e. 全くそうは思わない |
|------------|---------|--------------|------------|--------------|

4. 終末期にある利用者の身体ケアには、家族にも関わってもらうべきである

- | | | | | |
|------------|---------|--------------|------------|--------------|
| a. 非常にそう思う | b. そう思う | c. どちらともいえない | d. そうは思わない | e. 全くそうは思わない |
|------------|---------|--------------|------------|--------------|

5. 家族は、終末期にある利用者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである。

- | | | | | |
|------------|---------|--------------|------------|--------------|
| a. 非常にそう思う | b. そう思う | c. どちらともいえない | d. そうは思わない | e. 全くそうは思わない |
|------------|---------|--------------|------------|--------------|

6. 終末期にある利用者とその家族は、意思決定者として役割を担うべきである。

- | | | | | |
|------------|---------|--------------|------------|--------------|
| a. 非常にそう思う | b. そう思う | c. どちらともいえない | d. そうは思わない | e. 全くそうは思わない |
|------------|---------|--------------|------------|--------------|

■本アンケートにおける「グリーフケア」の定義

死別後の心理プロセスを促進し、故人のいない生活や人生への適応を支援することを「グリーフケア」というが、必ずしも定義は定まっていない。本アンケートでは、利用者が亡くなった後の遺族等を対象とした介護職員による支援全般と捉えてご回答ください。

設問3 遺族に対するグリーフケアについてお聞きします。

1. 「グリーフケア」をご存知ですか？

- | | | |
|----------|--------------------|-------------|
| a. 知っている | b. 聞いた事はあるが内容は知らない | c. 聞いたことがない |
|----------|--------------------|-------------|

2. あなたは、グリーフケア（遺族支援）に対する遺族のニーズについてどのように考えていますか？

- | | |
|--------------|------------------|
| a. 大きなニーズがある | b. 大きくはないがニーズはある |
| c. ニーズはあまりない | d. その他（ ） |

3. あなたは、介護職としてグリーフケア（遺族支援）を行うことが必要だと思いますか？

- | | |
|----------------------|-------------------|
| a. 必要だと思う | b. どちらかといえば必要だと思う |
| c. どちらかといえば必要ではないと思う | d. 必要ではないと思う |

4. あなたは、グリーフケア（遺族支援）について学んだことはありますか？該当するもの全てに「○」をつけてください。

- | | | |
|---------------|-------------|--------------|
| a. 自分で勉強した | b. 研修会に参加した | c. 事業所内での勉強会 |
| d. 特に学んだことはない | e. その他（ ） | |

5. あなたは個人として、グリーフケア（遺族支援）を行うことに対して、どのような思いがありますか？
該当するもの全てに「○」をつけてください。

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| a. 介護職の業務ではない | b. 何をすればよいかわからない |
| c. 遺族を傷つけてしまうのではないか | d. 怒りや不満をぶつけられてしまうのではないか |
| e. 遺族の助けになれるのだろうか | f. 自分が精神的に辛くなるのではないか |
| g. 本当に必要とされているのだろうか | h. トラブルに巻き込まれてしまうのではないか |
| i. 雑務が増えるのではないか | j. 他のスタッフから非難されるのではないか |
| k. 多くの時間をとられるのではないか | l. 自分には向いていない |
| m. その他〔 〕 | n. 特にない |

6. あなたは、介護事業所の取り組みとしてグリーフケア（遺族支援）を行うことが必要だと思いますか？

- | | |
|----------------------|-------------------|
| a. 必要だと思う | b. どちらかといえば必要だと思う |
| c. どちらかといえば必要ではないと思う | d. 必要ではないと思う |

7. あなたは、介護事業所の取り組みとしてグリーフケア（遺族支援）を行う上での問題点や障害は何だと思いますか？
該当するもの全てに「○」をつけてください。また、最も問題だと思うものには「◎」を1つつけてください。

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| a. 組織としての体制が十分でない | b. 費用の問題 |
| c. 時間に余裕がない | d. 介護職員が不足している |
| e. 介護職員間における関心度や意見の相違 | f. 介護職員の精神的負担 |
| g. 十分なトレーニングができていない | h. グリーフケアの方法がよくわからない |
| i. 遺族のニーズが不明 | j. その他（ ） |

8. あなたは個人として、遺族に対して何らかの支援や関わりを行ったことはありますか？

- a. 行ったことがある b. 行ったことはない



設問 4 へお進みください

設問 3-A 遺族に対して何らかの支援や関わりを行ったことがある方にお聞きします。

1. あなたは個人として、どのような遺族に対して支援や関わりを行いましたか？該当するもの全てに「○」をつけてください。

- a. 関わりのある遺族全て b. ケアの必要があったと思われる遺族
- c. 関わりが長かった遺族 d. その他 ()

2. あなたは個人として、遺族に対してどのような支援や関わりをしたことがありますか？該当するもの全てに「○」をつけてください。また、最も多いものに「◎」を1つつけてください。

- | | | |
|-----------|---------|-------------|
| a. 手紙等の送付 | b. 葬儀参列 | c. 傾聴 |
| d. 電話相談 | e. 家庭訪問 | f. 知識や情報の提供 |
| g. その他（ ） | | |

設問 4 介護職員の精神的疲労についてお聞きします。

1. あなたは、介護業務を通じてどの程度の精神的疲労を感じていますか？

- a. 強く感じている b. やや感じている c. あまり感じていない d. 全く感じていない

2. あなたの精神的疲労に関係する事柄は何ですか？該当するもの全てに「○」をつけてください。また、最も関係すると思うものには「◎」を1つつけてください。

- | | | |
|--------------|-----------------|-------------|
| a. 利用者との人間関係 | b. 利用者の家族との人間関係 | c. 職場での人間関係 |
| d. 利用者の死 | e. 業務の内容 | f. 他職種との連携 |
| g. 特になし | h. その他（ ） | |

設問 5 あなた自身のことについてお聞きします。

1. あなたの性別・年齢..... (男性 女性) ・ () 歳
2. 介護職員として働き始めてからの年数.. () 年
3. 現在の事業所で働き始めてからの年数.. () 年
4. どのような資格をお持ちですか? 介護福祉士・ヘルパー１級・ヘルパー２級・その他 ()
5. 看取った利用者の人数? 0人 ・ １～9人 ・ 10人以上
6. 勤務する事業所の主たる事業..... 訪問介護・通所介護・小規模多機能・施設・その他 ()

設問 6 介護職員や介護事業所による看取りやグリーフケアについてご意見を自由にお聞かせください。

アンケートは以上です。お疲れさまでございました。
ご多用の中、調査にご協力いただき、誠にありがとうございました。

■本アンケートにおける「看取り」の定義

終末期にある利用者に対し、利用者本人の意思と権利を尊重し、利用者本人の尊厳を保つと共に、安らかな死を迎えるための終末期に相応しい医療、看護、介護、リハビリテーション等を行う。これらの一連の過程を「看取り」とする。

設問 1 介護事業所での看取りについてお聞きします。

1. 介護事業所が看取りを実施するうえで重要であると考えられること全てに「○」をつけてください。
また、最も重要なことに「◎」を1つつけてください。

a. 医師との連携	b. 訪問看護師との連携
c. 看取りのガイドラインまたは基準の明確化	d. 看取りのマニュアルの整備
e. 利用者・家族への看取りについての周知と意思確認	f. 看取りのための環境整備
g. 介護職員の理解と協力	h. 介護職員研修
i. 家族へのグリーフケア	j. 介護職員の精神的負担へのケア
k. 介護報酬等の増額	l. その他（ ）

2. 貴事業所では、看取りを行っていますか？

a. 常に行っている	b. 希望があった場合には対応する	c. 原則行っていない
------------	-------------------	-------------



設問 1-B（裏面）へお進みください

設問 1-A 看取りを行っている事業所の方にお聞きします。

1. 貴事業所では、看取りに関するガイドラインまたは基準等がありますか？

a. ある	b. ない
-------	-------

2. 貴事業所では、看取りが可能であることを利用者・家族に最初に説明するのはいつですか？

a. 契約時	b. 終末期ケアが必要と医師が判断した時
c. 特に看取りの説明は行っていない	d. その他（ ）

3. 貴事業所の方針として、看取りを実施するうえで気をつけていること全てに「○」をつけてください。
また、最も気をつけていることに「◎」を1つつけてください。

a. できるだけ利用者に寄り添うようにする	b. なるべく家族だけの時間が持てるようにする
c. 家族の様子に気を配るようにする	d. 自分の仕事に専念する
e. 事務的にならないようにする	f. 自分の感情を抑える
g. 家族と一緒に悲しむ	h. その他（ ）

4. 貴事業所では、看取りを行う際、居住空間等における環境整備は行っていますか？

a. 行っている → 具体的にどのような環境整備を行っていますか？（複数回答可）
i. 採光などを考慮し居室のレイアウト等を提案する
ii. 利用者が好む演出（色や香り等）を施す
iii. 福祉用具貸与等を提案する
iv. その他（ ）
b. 行っていない

設問 1-B 看取りを行っていない事業所の方にお聞きします。

1. 貴事業所で看取りに対応していない理由全てに「○」をつけてください。

また、対応していない一番の理由に「◎」を1つつけてください。

- | | |
|-------------------------------|--------------------|
| a. 事業所の方針であるから | b. 医療との連携が取れていないから |
| c. 看護職員が確保できないから | d. 家族の希望がないから |
| e. 緊急時は、医師が病院へ搬送することが多いから | |
| f. 緊急時は、家族が病院への搬送を希望することが多いから | |
| g. 介護職だけでは緊急時に対応が出来ないから | h. 職員の不安が強いから |
| i. 経費がかかり過ぎるから | j. その他（ ） |

2. 貴事業所として、今後看取りを実施したいと思いますか。

- | | |
|-------------------------|----------------|
| a. ぜひ実施したい | b. 条件が整えば実施したい |
| c. 関心はあるが、実施するかどうかわからない | d. 実施するつもりはない |

■本アンケートにおける「グリーフケア」の定義

死別後の心理プロセスを促進し、故人のいない生活や人生への適応を支援することを「グリーフケア」というが、必ずしも定義は定まっていない。本アンケートでは、利用者が亡くなった後の遺族等を対象とした介護職員による支援全般と捉えてご回答ください。

設問 2 介護事業所での遺族へのグリーフケアについてお聞きします。

1. 「グリーフケア」をご存知ですか？

- | | | |
|----------|--------------------|-------------|
| a. 知っている | b. 聞いた事はあるが内容は知らない | c. 聞いたことがない |
|----------|--------------------|-------------|

2. 貴事業所では、グリーフケアに対する遺族のニーズについてどのように考えていますか？

- | | |
|--------------|------------------|
| a. 大きなニーズがある | b. 大きくはないがニーズはある |
| c. ニーズはあまりない | d. その他（ ） |

3. 貴事業所において、遺族等へのグリーフケアを実際に行う上での問題点や障害は何だと思いますか？

考えられること全てに「○」をつけてください。また最も問題だと思うものには「◎」を1つつけてください。

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| a. 組織としての体制が十分でない | b. 費用の問題 |
| c. 時間に余裕がない | d. 介護職員が不足している |
| e. 介護職員間における関心度や意見の相違 | f. 介護職員の精神的負担 |
| g. 十分なトレーニングができていない | h. グリーフケアの方法がよくわからない |
| i. 遺族のニーズが不明 | j. その他（ ） |

4. 貴事業所では、遺族へのグリーフケアを実際に行っていますか？

- | | |
|----------|-----------|
| a. 行っている | b. 行っていない |
|----------|-----------|



設問 2-B へお進みください

設問 2-A 遺族へのグリーフケアを行っている事業所の方にお聞きします。

1. 貴事業所では、誰に対してグリーフケアを行っていますか？該当するもの全てに「○」をつけてください。

- | | |
|---------------|------------------|
| a. 関わりのある遺族全て | b. ケアが必要だと思われる遺族 |
| c. 関わりが長かった遺族 | d. その他（ ） |

2. 貴事業所では、遺族へどのようなグリーフケアを行っていますか？該当するもの全てに「○」をつけてください。

- | | | |
|-----------|---------|-------------|
| a. 手紙等の送付 | b. 葬儀参列 | c. 傾聴 |
| d. 電話相談 | e. 家庭訪問 | f. 知識や情報の提供 |
| g. その他（ ） | | |

3. 貴事業所では、介護職員にグリーフケアの教育をどのように行っていますか？該当するもの全てに「○」をつけてください。

- | | | |
|---------------|-----------|--------------|
| a. 専門家を招いた研修会 | b. 外部の研修会 | c. 事業所内での勉強会 |
| d. 特に行っていない | e. その他（ ） | |

設問 2-B 遺族へのグリーフケアを行っていない事業所の方にお聞きします。

1. 貴事業所として、グリーフケアを実施したいと思いますか。

- | | |
|-------------------------|----------------|
| a. ぜひ実施したい | b. 条件が整えば実施したい |
| c. 関心はあるが、実施するかどうかわからない | d. 実施するつもりはない |

2. 貴事業所として、グリーフケアについて学びたいと思いますか。

- | | |
|-----------------------|---------------|
| a. ぜひ学びたい | b. 機会があれば学びたい |
| c. 関心はあるが、学ぶかどうかわからない | d. 学ぶつもりはない |

設問 3 介護職員の精神的疲労についてお聞きします。

1. 介護職員が業務を通じて経験する精神的疲労についてどのように考えていますか？

- | | |
|----------------|-------------|
| a. 極めて深刻な問題である | b. 大きな問題である |
| c. あまり問題ではない | d. 全く問題ではない |

2. 介護職員の精神的疲労に関係すると思われる事柄は何ですか？該当するもの全てに「○」をつけてください。
また、最も関係すると思うものには「◎」を1つつけてください。

- | | | |
|--------------|-----------------|-------------|
| a. 利用者との人間関係 | b. 利用者の家族との人間関係 | c. 職場での人間関係 |
| d. 利用者の死 | e. 業務の内容 | f. 他職種との連携 |
| g. 特になし | h. その他（ ） | |

3. 貴事業所では、介護職員の精神的疲労に対してどのようにケアや対応をされていますか？該当するもの全てに「○」をつけてください。

a. 個別での相談	b. 専門家に紹介	c. スタッフによるミーティング
d. リフレッシュ休暇	e. 特にケアや対応は行っていない	f. その他（ ）

4. 介護職員自身が抱える精神的疲労へのケアに対するニーズについてどのように考えていますか？

a. 介護職員には大きなニーズがある	b. 大きくはないが介護職員のニーズはある
c. 介護職員のニーズはあまりない	d. その他（ ）

5. 介護職員の精神的疲労に対して何らかのケアを行うことは必要だと思いますか？

a. 必要だと思う	b. どちらかといえば必要だと思う
c. どちらかといえば必要ではないと思う	d. 必要ではないと思う

設問4 あなた自身のことについてお聞きします。

- あなたの性別・年齢.....（男性 女性） ・ （ ） 歳
- 介護職員として働き始めてからの年数.. （ ） 年
- 現在の事業所で働き始めてからの年数.. （ ） 年
- どのような資格をお持ちですか？.... 介護福祉士・ヘルパー1級・ヘルパー2級・その他（ ）
- 看取った利用者の人数？..... 0人 ・ 1～9人 ・ 10人以上

設問5 貴事業所のことについてお聞きします。

- 貴事業所の主たる事業..... 訪問介護・通所介護・小規模多機能・施設・その他（ ）
- 貴事業所の職員数..... （ ） 人
- 貴事業所の年間利用者数..... （ ） 人
（平成26年度）
- 貴事業所で看取った利用者数.. 平成24年度（ ）人 平成25年度（ ）人 平成26年度（ ）人
（過去3年間）

設問6 介護事業所における看取りやグリーフケアについてご意見を自由にお聞かせください。

アンケートは以上です。お疲れさまでございました。
ご多用の中、調査にご協力いただき、誠にありがとうございました。

作業部会メンバー 一覧	
高本 眞左子	一般社団法人セルフケア・ネットワーク 代表理事
市川 美奈子	一般社団法人セルフケア・ネットワーク 理事
城下 めぐみ	一般社団法人セルフケア・ネットワーク 理事
岩阪 輝美	一般社団法人セルフケア・ネットワーク 監事
岩阪 眞吾	一般社団法人セルフケア・ネットワーク
森田 茂生	年友企画株式会社 代表取締役社長
<協力> 高岡 里佳	医療法人財団緑秀会 田無病院医療福祉連携部 部長・主任ケアマネジャー

介護職の看取り及びグリーフケアのあり方に関する調査研究
～ 現状調査と今後のあり方に関する考察 ～

平成28年3月発行

一般社団法人セルフケア・ネットワーク

〒103-0024

東京都中央区日本橋小舟町9番10号802号室

TEL 03-6661-1446 FAX 03-6661-1456

本調査研究は一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会からの
委託により実施いたしました