

ひとり暮らし高齢者と福祉専門職が共同で進める意思決定の準備

—アドバンス・ケア・プランニングの普及に向けた課題—

佐藤 惟
(東京福祉大学)

<要 旨>

本稿では高齢者と福祉専門職が人生の最終段階を見据えた話し合いの場を持ち、その時点での希望を共有することを「意思決定の準備」と呼称した上で、二つの研究目的を設定した。第一に、ひとり暮らし高齢者とケアマネジャーがこのような「意思決定の準備」を現状どのように考え進めようとしているのかを明らかにすることである。第二に、「意思決定の準備」を高齢者とケアマネジャーが共同で進めるための課題を明らかにすることである。

高齢者と担当ケアマネジャーのペア 12 組 24 名に実施したインタビュー調査の分析から、①高齢者とケアマネジャーでは重視する「準備」の内容にズレがあること、②各項目の準備を望む理由は「周囲への配慮」という点で一致していること、③高齢者は現状ケアマネジャーを「最期に関する話をする相手」として認識していないこと、④ケアマネジャーの側ではこうした話し合いの必要性を感じる一方で困難感を抱く者が少なくないこと、の4点が明らかになった。以上の結果を踏まえ、高齢者と福祉専門職それぞれへの社会的な働きかけの可能性について考察を行なった。

<キーワード> ひとり暮らし高齢者、ケアマネジャー、意思決定の準備、
アドバンス・ケア・プランニング

【はじめに】

超高齢社会を迎えた現代の日本において、医療や福祉の現場では「高齢者の意思決定の問題」が早くから浮上している。よく話題に上るのは、人工呼吸器の装着や胃ろうの造設など、いわゆる「延命治療」¹⁾の実施に関することである(会田 2011)。本人の意思と無関係に、医療者側の論理や家族の意思で延命治療が実施される現状に、「人間の尊厳を冒しているのでは」と疑問を投げかける声は少なくない(田中 2014)。特にひとり暮らし高齢者の場合、日常的に生活を共にする家族がいないため、本人の意思を明確に把握している他者が存在しないケースが多く、意思決定の問題が生じやすい。自分の望まない治療を拒否するために「リビング・ウィル」と呼ばれる尊厳死の

要望書をあらかじめ書いておく者もいるが、本人が十分に治療の内容を理解して書いたものなのか、文書にサインした時と実際に治療が必要になった時とで本人の考えに変化がないのかなど、医療者側に戸惑いを生じさせるいくつかの理由から、文書だけでは「本人の意思」を推定する根拠として不十分であることが知られている(木澤 2015)。そこで近年注目されているのが、「アドバンス・ケア・プランニング」(以下、ACP と記す)と呼ばれる取り組みである。

ACP とは「今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス」である(木澤 2015)。特に、将来的な意思決定能力の低下に備えて患者本人の意思を

関係者全員で共有するための対話を指す場合が多い(西川ら 2015)。2018年3月に改訂された国のガイドラインでも ACP の重要性が強調されたが、ここで特筆すべきは「病院だけでなく介護施設・在宅の現場も想定」していること、ACP に取り組む医療・ケアチームの中に「介護従事者等が含まれる」ことである(厚生労働省 2018)。介護施設・在宅の現場において、高齢者の希望を把握し周囲と話し合うプロセスを先導する立場にあると考えられるのがケアマネジャーであるが(島田・高橋 2011)、ケアマネジャーによる意思決定への関わり方については実践レベルでも研究レベルでも発展途上にある²⁾。

以上の社会背景を踏まえ、本稿では高齢者と福祉専門職が人生の最終段階を見据えた話し合いを行ないその時点での希望を共有することを「意思決定の準備」と呼称した上で³⁾、以下2つの研究目的を設定する。第一に、ひとり暮らし高齢者とケアマネジャーがこのような「意思決定の準備」をどのように考え進めようとしているのかを明らかにすることである。第二に、「意思決定の準備」を高齢者とケアマネジャーが共同で進めるための課題を明らかにすることである。

【対象と方法】

ひとり暮らし高齢者(以下、「高齢者」と記す)12名と、その担当ケアマネジャー(以下、「専門職」と記す場合も同義である)12名の12組24名を対象に個別インタビュー調査を行なった。主な調査項目は、高齢者に対しては「あらかじめ準備や意思表示をしておきたいと思うことは何か」「準備したことを誰かに伝えているか」等である。専門職に対しては「高齢者に最低限、意思表示や準備をしておいてほしいと思う事は何か」「高齢

者の希望を引き出す上でどのような工夫をしているか」等である。調査期間は2017年8月から2018年3月で、インタビューは調査協力者の自宅または支援機関の一室で行なった。

調査協力者の選定に当たっては理論的サンプリング(Glaser & Strauss 1967=1996)の観点から、ある程度調査が進んだ時点でインタビュー協力者の属性や語りの内容を見直し、次の協力者を選定する際の指針とした。分析は佐藤(2008)の「質的データ分析法」を参考に行なった。なお、本研究は日本社会事業大学社会事業研究所研究倫理委員会の承認を得た後に実施した。

【結果】

1. 分析対象ペアの属性および結果の概要

はじめに、分析対象ペアの属性と「意思決定の準備」に関する結果の概要を表1に示す。

高齢者(A~L、アルファベット大文字で表記)の年齢は78歳~96歳、平均86.0歳である。性別は男性3名、女性9名で、要介護度は「要支援1」が3名、「要支援2」が1名、「要介護1」が3名、「要介護2」が4名、「要介護4」が1名であった。キーパーソンは、子どもが2人以上いる者が3名(A、G、L)、子どもが1人の者が3名(D、I、J)、子どもがおらずきょうだいや甥・姪がキーパーソンとなっている者が5名(B、C、E、H、K)、キーパーソンがいない者が1名(F)であった。

ケアマネジャー(a~l、アルファベット小文字で表記)の年代は30代が1名、40代が5名、50代が3名、60代が3名である。性別は男性3名、女性9名で、勤務先は「居宅介護支援事業所」が10名、「地域包括支援センター」が2名であった。今回、ペアで調査協力者となった高齢者との主な関わり年数については「3か月未満」が1件、「3

表1 分析対象ペアの属性および結果の概要

ID	年齢	性別	要介護度 勤務先種別	家族の キーパーソン	関わり年数	i. 高齢者自身が望む準備		希望を話し合い、 お互いに合意済みのこと	備 考
						i. 高齢者自身が望む準備	ii. 専門職が高齢者に望む準備		
A	87	男	支援1	長男、長女	3か月未満※	①相続やお金のこと ②延命治療のこと ③お墓のこと ④葬儀のこと		なし	※専門職aは高齢者Aの妻を約2年半担当。その後高齢者Aの要支援認定申請手続きを補助し、「要支援1」の認定が出たが、調査時点でサービス利用はなし。 ・高齢者Aは延命治療に関する自らの思いを家族や専門職aに伝えていたと話したが、専門職aは明確な形で聞いていないと考えている。高齢者Aも「正式にハンコを押して出したわけじゃないから…」と話す。
a	60代	女	居宅介護 支援			①最期を迎えたい場所 ②延命治療のこと ③相続やお金のこと			
B	83	男	介護1	弟	1~2年	①お墓のこと ②延命治療のこと ③葬儀のこと		なし	・専門職bは高齢者Bから「いつ死ぬだろう」とか「どうにでもなっちゃって」といったやや自暴自棄な発言を訪問時に聞いているが、感情の波があるためそのままは受け取れないと感じている。 ・最期の迎え方に関する具体的な話はしていない。
b	40代	男	居宅介護 支援			①最期を迎えたい場所 ②相続やお金のこと			
C	89	女	介護2	甥、姪	3~5年※	①お墓のこと ②相続やお金のこと		①緊急連絡先・代理人 ②主治医(訪問診療医)	※9年前に関わりが始まったが、途中4年ほどは要支援認定となり別のケアマネが担当していた時期あり。専門職cが再度担当になってからは半年弱である。 ・「最期を迎えたい場所」について、専門職cはこれまでの関わりからある程度の見立てがある。高齢者Cは希望を伝えてあるという認識なし。
c	50代	女	居宅介護 支援			①最期を迎えたい場所 ②緊急連絡先・代理人 ③主治医(訪問診療医)			
D	89	女	支援1	長女	3~6か月	①お墓のこと ②持ち物の整理		なし	・高齢者Dは「意識がなくなったら延命治療はしてほしくない」とはっきり述べるが、誰にもその意思を伝えていない。「聞かれれば話すが特に聞かれることがない」という。 ・専門職dは医療系資格を有し、いわゆる「終活」に関する理解も深い。現在は地域包括支援センターの職員としての関わりであるため利用者と「最期の迎え方」に関する話をすることは少ない。
d	40代	女	地域包括			①最期を迎えたい場所 ②延命治療のこと ③好きなもの、嫌いなもの			
E	96	女	支援2	姪	3~5年	①お墓のこと ②相続やお金のこと		①緊急連絡先・代理人	・「最期を迎えたい場所」について、専門職eはこれまでの高齢者Eとの関わりからある程度の見立てがある。高齢者Eは周囲に希望を伝えてあるという認識なし。 ・「お墓のこと」については高齢者Eが親族にも誰にも伝えず準備していることがあり、専門職eとの間で認識に違いあり
e	60代	女	居宅介護 支援			①緊急連絡先・代理人 ②お墓のこと ③最期を迎えたい場所			
F	78	女	介護1	なし	6か月~1年	①葬儀のこと ②お墓のこと ③延命治療のこと		①葬儀費用のこと ②緊急連絡先・代理人	・高齢者Fへのインタビューは本人の希望により、途中まで専門職fが同席した。 ・高齢者Fには身寄りがいないが、自身の葬儀については以前お世話になっていた麻雀屋の知人に頼んでであると話す。 ・専門職fは日頃の会話で「こんなに生きたから、もう死んでもいいの」という高齢者Fの言葉を聞いているが、あまり真剣に「最期どうするか」というところまでは至っていない。
f	30代	男	居宅介護 支援			①相続やお金のこと ②緊急連絡先・代理人 ③延命治療のこと			
G	80	女	支援1	長男、次男	2~3年	①持ち物の整理 ②相続やお金のこと ③葬儀のこと ④延命治療のこと		なし	・高齢者Gは自身の最期の迎え方に関する希望を長男と次男にはっきり伝えたという。ケアマネジャーや主治医等、家族以外の人とはまだ話したことがない。 ・専門職gは地域包括支援センターの職員としての関わりであるため利用者と「最期の迎え方」に関する話をすることは少ない。
g	60代	女	地域包括			①緊急連絡先・代理人 ②自宅の鍵の管理のこと			
H	86	女	介護2	甥、末妹	2~3年	①お墓のこと ②持ち物の整理 ③葬儀のこと ④延命治療のこと		①最期を迎えたい場所	・「延命治療」について、高齢者Hは専門職hに自らの希望を伝えてであると話す。一方、専門職hの側では明確に聞いていないと考えている。 ・「最期の迎え方」に関する希望を聞くのであれば、親族など実際に意思決定が必要になった時に「効力をもつ人」と一緒に聞きたいと専門職hは話す。
h	50代	女	居宅介護 支援			①最期を迎えたい場所			
I	82	女	介護2	長男	2~3年	①葬儀のこと ②緊急連絡先リスト ③相続やお金のこと ④延命治療のこと		なし	・高齢者Iへのインタビューは本人の希望により、途中まで専門職iが同席した。 ・高齢者Iは自身の希望を長男家族に伝えている。ケアマネジャーや主治医とは話したことがない。 ・専門職iは家族がたまにしか来なかったり離れて暮らしたりしているケースの場合、より積極的に「最期の迎え方」に関する希望を尋ねようとしている。
i	40代	女	居宅介護 支援			①延命治療のこと ②最期を迎えたい場所 ③緊急連絡先・代理人			
J	89	女	介護4	長女	6か月~1年	①葬儀のこと		なし	・「最期を迎えたい場所」について、専門職jはこれまでの関わりからある程度の見立てがある。ただし介護するご家族への配慮から、具体的な話し合いは行っていない。高齢者Jは周囲に希望を伝えてあるという認識なし。
j	40代	男	居宅介護 支援			①延命治療のこと			
K	83	女	介護1	妹	2~3年	①お墓のこと		なし	・「最期を迎えたい場所」について、高齢者Kは「特に自分の希望はない」と話す。専門職kにはこれまでの関わりからある程度の見立てがある。 ・専門職kは「お墓」や「葬儀」のことについて、近年高齢者宛ての営業電話等も多くトラブルになった時に責任が取れないため、あまり立ち入らないようにしていると話す。
k	40代	女	居宅介護 支援			①最期を迎えたい場所 ②持ち物の整理			
L	90	男	介護2	長男、次男	5~10年	①葬儀のこと ②相続やお金のこと ③自分史		①延命治療のこと ②葬儀のこと ③相続やお金のこと	・高齢者Lへのインタビューは本人の希望により、専門職lが同席した。「最期を迎えたい場所」について高齢者Lは「どこでも良い」と話す。専門職lはこれまでの関わりからある程度の見立てがある。 ・「相続やお金のこと」について、専門職lが間に入ったことで高齢者Lと家族の話が進むようになり、地域の人や法律の専門家の助力を得て準備ができた。
l	50代	女	居宅介護 支援			①最期を迎えたい場所 ②延命治療のこと ③相続やお金のこと			

～6 か月」が1件、「6 か月～1年」が2件、「1～2年」が1件、「2～3年」が4件、「3～5年」が2件、「5～10年」が1件という結果であった。

高齢者側からは、準備しておきたい内容として「葬儀のこと」や「お墓のこと」、「延命治療のこと」、「相続やお金のこと」、「荷物の整理」等が比較的好く挙げられていた。一方、専門職側からは「最期を迎えたい場所」や「延命治療のこと」、「緊急連絡先・代理人」、「相続やお金のこと」等に関する意思表示や準備を高齢者に望む声が全体的に多かった。

こうした人生の最終段階に関する準備や希望について、高齢者と専門職が話し合い合意しているかどうかを分析したところ、12組中7組が「具体的な合意には至っていない」という結果であった。一定の話し合いがなされたペアについて見ていくと、合意済みの内容として最も多いのは「最期を迎えたい場所」であり、このほか「緊急連絡先・代理人」、「延命治療のこと」等が挙げられ、専門職側が「高齢者に意思表示してほしい」と考えている内容が主であった。「高齢者は専門職に伝えたつもりでいるが、専門職側では明確な形で聞けていないと感じているケース」や、逆に「専門職の側では高齢者の希望を把握しているが、高齢者は専門職にこうした話をできていないと考えているケース」があった。

2. 分析対象ペアが望む準備の内容とその理由

「i. 高齢者があらかじめ準備や意思表示をしておきたいこと」、「ii. 専門職が高齢者にあらかじめ意思表示や準備をしてほしいこと」として挙げられた内容を、回答した者が多い順に並べたものが表2である。

表2 「高齢者自身が望む準備」および「専門職が高齢者に望む準備」

i. 高齢者があらかじめ準備や意思表示をしておきたいこと		ii. 専門職が高齢者にあらかじめ意思表示や準備をしてほしいこと	
内容	回答者数	内容	回答者数
葬儀のこと	9	最期を迎えたい場所	9
お墓のこと	8	延命治療のこと	6
延命治療のこと	6	緊急連絡先・代理人	5
相続やお金のこと	5	相続やお金のこと	4
持ち物の整理	3	持ち物の整理	1
緊急連絡先リスト	1	お墓のこと	1
自分史	1	自分の好きな物や嫌いな物	1
		自宅の鍵の管理方法	1
		訪問診療をしてくれる主治医	1

「i. 高齢者があらかじめ準備や意思表示をしておきたいこと」として多く挙げられたのは「葬儀のこと」や「お墓のこと」であった。こうした準備を進めておきたい理由について、高齢者からは次のような内容が語られた。

I：なにしろ、家族に迷惑をかけないで、隠れるように死にたいなのが、希望。(中略) 結局ね、自分がね一、大変な思いしたことと…とてもね、お墓のことまでやって、やっとホッとしたちゅうのが、約1年かかりましたからね。(中略) だから出来るだけ、迷惑をかけたくないっていうふうな感じもね。うん、あります。それがありますね。

上記の語りに見られるように、「葬儀のこと」や「お墓のこと」について自分の考えを伝えておきたい理由としては「家族に迷惑をかけないように」といった、自分の死後のことを見てくれる親族への配慮を挙げる高齢者が多かった。また、そうした考えの背景にはかつて自らが親族の葬送で大変な思いをした経験があった。

一方、専門職側から最も多く挙げられた項目は

「最期を迎えたい場所」である。この点については高齢者から下記のような思いが述べられた。

A：選択しようと思う気はありません。(中略)
いや、もう選択する気はないし、今はね、ここで、あの、孤独死しとったらそれでもいいと思うし。(中略)どこで死のうとね、どこで死なねばならんなんてね、思ったことない。
いや、そんなのねえ、選択できるわけないじゃないですか。

A氏の語りに代表されるように、最期を迎える場所は「選択できるわけない」というのが高齢者の一般的な認識のようである。最期の場所を選択することの現実的な難しさから、自身の希望を表明して周囲に心理的な負担をかけるよりも、後の世話をしてくれる人の都合で選択してくれれば良いという高齢者の意識が感じられる。

一方、専門職からは次のような語りがあった。

l：大抵よく…こう…最期、病院に行くか行かないかで、家族が揉めることが多いので。あの…ご本人の意思としては最期までお家にいたいのか、まあそれとも最善の治療をしてほしいのか、まあ…何かあったら施設とか病院に行きたいと思っているのか。まあ最期の自分の迎える場所？はちょっとなんか表示しておいてもらえると、こちらも援護できるかなって感じですかね。

k：もう絶対に、家で死にたいのか病院で死にたいのかだけはハッキリさせてほしいですね。

(中略) 私たちのためにもそうなんですけど、家族も後々、悩んだりとか後悔しないで済むのでね。

「最期を迎えたい場所」について本人が意思表示をすることは、「家族が揉める」ことを避けるため、あるいは「家族が悩んだり後悔したりしないように」するためにも必要であると、多くの専門職が語った。こうした意思表示が明確になされておらず一部の家族が決めてしまったように見えたことで、後々親族間のトラブルに発展するケースがあるという。また、「延命治療」との関わりからも同様の意思表示を望む声があった。

d：やっぱり「最期どこにいたいですか？」って
いうことですかねえ。(中略) 結構、認知症が進んでしまった方で関係者全員で、「うーん」って悩みますので。あの、「病院が嫌だ、嫌だ」言ってる方は、もうこの人の意思はこうだから、もう病院入れずに頑張ろうってなるんですけど、仰っていただいとかなないと、やっぱり病院につなげるしかない。で、病院に行くってことは結局延命治療やってくれるってことになってしまう、意思表示なので。救急車を呼ぶってことは。

「最期を迎えたい場所」に関する本人の希望がはっきりしていない場合は、急変時に原則として病院につなぐという選択肢が現場では取られている。病院への搬送自体が、「延命治療をやってくれ」という意思表示にもつながってしまうが、その辺りのことがどの程度本人や家族・介護関係者等に共有されているのかは不明である。

3. 「話し合い」に対する高齢者と専門職の意識

これらの内容について、高齢者と専門職はどのように話し合っているのだろうか。まず高齢者

の語りを見てみると、こうした話をするべき相手は親族であって、ケアマネジャーを「人生の最期に関わる話をする相手」として意識していない様子が全体的に見て取れた。

Q：cさんとそういう話っていうのは…？

C：も、やったこともない。(中略)ほら、ケアマネジャーさんつつつても1ヶ月に1遍ぐらい顔出すだけでしょ？

ケアマネジャーは原則として「1ヶ月に1遍ぐらい顔出すだけ」であり、多くのケースにおいて「最期の迎え方」に関する話ができる相手として認識されていない様子であった。ただしこれはケアマネジャーに限ったことではなく、より訪問回数が多いヘルパーや、日常的に医療上の助言を受ける主治医との間で話ができているケースもほとんどなかった。

ケアマネジャーの側でもまた、担当高齢者が「意欲的」であり「死の影が見えない」という状況認識から、こうした話を進めることができていない現状を語った。

g：子どもさんがいらっしゃるので、そちらとお話し…してるんだと思います。なのでGさん今すごく意欲的なので、(中略)心が元気になってるので、そういう最終的なことはもう全然、話したことはないです。

i：Iさんは、そんなに、最期を意識するような方ではなかったもので、そうですね。サービスの調整とかそういうのばかりで、(中略)正直、ここまでは話してないですね。(中略)まだ、死の影が見えないので。あまり言うのもどうかなって。

専門職側には「人生の最終段階に関する希望」を聞いておきたいという思いはあるものの、こうした話題を持ち出すことへの抵抗感や迷いのようなものを抱いている者が多かった。

b：聞きにくいですね、やっぱりねえ…(中略)僕の妄想もあると思うんですけど、そんな死に対して聞くっていうことは、なんかタブーじゃないかっていう…

f：本来はね、そういった、最期をどう迎えるってところまでケアマネジャーは考えなきゃいけないのかもしれないんですけど、やっぱり今生きているこの瞬間をどう充実させるかっていうところを考えるので、まずは、最期の話まではなかなかこう、冒頭からできないなっていう気がしますね。

ケアマネジャーとして「考えなきゃいけない」話であるという思いはあるものの、「死に対して聞くっていうことは、タブーじゃないか」という意識や、まずは「生きているこの瞬間をどう充実させるか」が焦点となることから、人生の最終段階に関する話を深めることは難しいと感じている者が多かった。特に、「信頼関係」を崩してしまうことへの懸念が語られた。

こうした話題が聞きづらいのには、元々ケアマネジャーが「自立支援」を理念に掲げる介護保険制度の中で仕事をする専門職であるという事情もある。本人が元気に生活できるよう「自立」を目指してサービス調整をする一方で、今後の事を考えると「死」についても聞かなければならないという悩ましさや、自分にそうした話を聞く「権利」があるのかという疑念が語られた。

k : 私たちは頑張れ、頑張れっていう…、「頑張
ってこうやってやりましょう、リハビリも頑
張りましょう」「通所も行きましょう」「そ
うしたら明るい未来が…」じゃないですけど、
「こんなに生活が豊かになりますよ」って言
ってる反面で、全く逆のこと、「死ぬ時、ど
うしますか？」っていうのを聞かなきゃいけ
ないのは、反比例する内容なんですよね。
(中略) だからタイミングを誤ると怒られち
やう。

h : やっぱり…死ぬ話なので、うん、他人がどこ
まで踏み込んで聞いていいのかな?とか、私
に聞く権利があるのかな?とか、そういうこ
とすごく常々考えているんですね。

一方、医療職よりも長い期間、本人との関わり
を持って信頼関係を築いていくケアマネジャー
だからこそ、本人の「希望」をより汲み取りやす
いのではないかと考えている者もいた。

b : やっぱりこう…終末期をどう迎えたいかっ
ていう質問って、本当難しいなって。うーん。
医療職はまあ…ねえ? ご自分の仕事とし
て聞くんでしょけど、なんかそれが、いい
のかなって思ったりはするんです。(中略)
ある程度期間を置いて、こういった話が…こ
ういった話もできるとかって関係を作っ
てから聞いた方がいいんじゃないかっていう
のが僕の、ずっと…考えていたことで。

e : ケアマネはその登場場面が難しく、「そ
れは医療機関に任せた方がいいわよ」って
いう意見がすごく多いので。とはいえね、在宅
に戻られたら生活なので、あの、ケアマネが

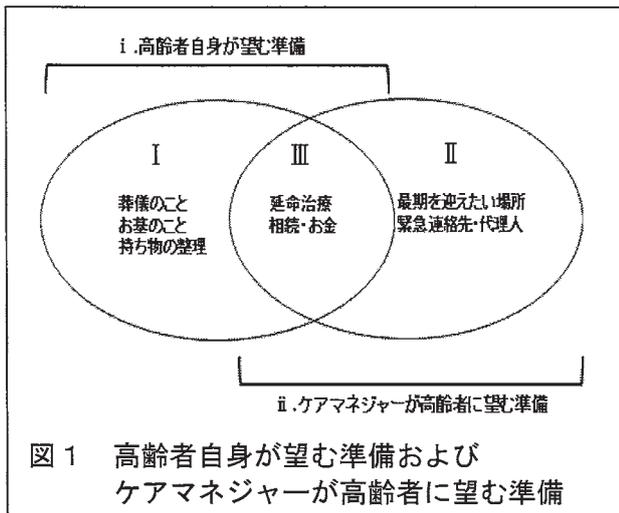
その力をつけなくちゃいけないとは思っ
てるんですね。あの、変な話、そこで急に関わ
った先生よりも私たちはこの人のもっと前
を知ってるんだぞっていう感じで、もうちょ
っと前に聞いといた方がいいのかなって。

【考察】

1. 「意思決定の準備」に関する高齢者と福祉専 門職の意識の乖離

本稿では人生の最終段階に関する「意思決定の
準備」について、高齢者と福祉専門職がそれぞれ
望む準備の内容を明らかにした。12組 24名とい
う限られた人数への調査ではあるが、大まかな傾
向としてひとり暮らし高齢者が望む準備には「葬
儀のこと」や「お墓のこと」、「持ち物の整理」等
があった。ケアマネジャー側は「最期を迎えたい
場所」や「緊急連絡先・代理人」に関する意思表
示を重要視していた。また高齢者とケアマネジャー
が共に重視している項目には「延命治療のこ
と」と「相続やお金のこと」が挙げられた。これ
らを図式化したものが図1である。

「Ⅰ」の領域に配置された項目は「葬儀のこと」
や「お墓のこと」等であり、「イエ」や「家族」
との関わりが深いものとなっている。一方、「Ⅱ」
の領域に配置された項目は「最期を迎えたい場
所」や「緊急連絡先・代理人」等であり、これが
緊急時における救急搬送等と密接に関連してく
ることを考えれば、「医療」との関わりが深いこ
とを指摘できる。高齢者とケアマネジャーの認識
の一致点である「Ⅲ」の領域に配置された項目は
「延命治療のこと」と「相続やお金のこと」であ
るが、前者は「医療」と関わりが深いもの、後者
は「イエ」や「家族」に関わるものである。



このように「意思決定の準備」を考える上では、「イエ・家族」と「医療」に関わる内容に大きく分類することが可能だが、実はこれらの背景に流れる価値観はそれほど変わらないものであることが、高齢者とケアマネジャーの語りからはわかる。それは、これらの準備がいずれも「周囲への配慮」からなされているということである。高齢者が「葬儀のこと」や「お墓のこと」に関する準備を進めておきたい理由として語ったのは、後に残される子ども世代に「負担がかからないように」、あるいは「迷わないように」ということであった。ケアマネジャーが「最期を迎えたい場所」に関する意思表示を高齢者に望む理由として語った内容もまた、いざという時に選択を迫られる家族が「困らないように」、「後悔しなくて済むように」ということであった。これは両者の見解が一致した「延命治療のこと」や「相続やお金のこと」についても概ね同様であった。

こうした点を踏まえれば、高齢者とケアマネジャーの認識のズレは単純に視点や経験・知識の違いによるものであり、それぞれが向いている方向は同じであることから、この乖離は今後埋められていくかもしれない。例えば「延命治療のこと」は、本研究では両者の認識が一致する「Ⅲ」の領

域に配置されたが、仮に10年以上前に調査を実施していたとしたら同じ結果になったかどうかは疑問である。この問題は近年メディアでも頻繁に取り上げられるようになり新聞やテレビのニュースで知る機会が増えたことから、専門職だけではなく一般市民の理解も深まってきた。そのため、専門職だけでなく高齢者もまたこうした「意思決定の準備」を重視するようになったのではないだろうか。だとすれば、「最期を迎えたい場所」等に関する問題もまた、本人の意思表示がないために家族や周囲の者が苦悩するケースが多いという実態の理解が進むことで、高齢者の「意思決定の準備」が促進される可能性が考えられる。

2. 「意思決定の準備」を進めるための課題

高齢者と福祉専門職が共同で「意思決定の準備」を進めるための課題を以下に述べる。

第一に、支援を受ける高齢者が現状ケアマネジャーを人生の最終段階に関する話し合いの相手として認識していないという課題がある。近年は「死」が家族や医療の問題としてとらえられてきたため、こうした話題も親族や医療者との関係で閉じられているようである。病院死が多数を占める現在、在宅での介護支援を担当するケアマネジャーが人生の最期まで寄り添うというイメージは希薄かもしれない。しかし、在宅看取りの体制強化が進められている今後の日本社会では、ケアマネジャーは高齢者の人生の最終段階を支える多職種チームの重要なアクターとなりつつある。この点について支援を受ける高齢者側も認識できるようになる必要がある。

第二に、「自立支援」⁴⁾を理念として叩き込まれているケアマネジャーには、全く逆のベクトルである「死」の問題に踏み込むことに関して困難感

を抱く者も多い点が課題として挙げられる。多くのケアマネジャーは看取りまでを支援した自らの経験から高齢者の希望を把握しておくことの重要性を認識しているが、聞き方によっては信頼関係を崩しかねないため、戸惑い試行錯誤している現状がある。この問題を解決するためには、ケアマネジャーが人生の最期まで寄り添う専門職であることを明確にし、「人生の最終段階の過ごし方について高齢者と話し合い希望を共有するための技術」を学ぶ場を用意すべきである。また、現在の介護保険制度では「個人の尊厳の保持」という最高理念を支える下位の理念が「自立支援」のみという状況であるが、老いや死の自然なプロセスを支援することも視野に入れるならば、「自立支援」とは別の理念に基づいて「個人の尊厳」を実現することも検討課題に挙げられる。

第三の課題は「意思決定の準備」に関するケアマネジャーの意識が、やや医療的な視点に偏っているのではないかと考えられる点である。「最期を迎えたい場所」、「延命治療」、「緊急連絡先・代理人」といった内容は、いずれも医療との関わりが深い。これらは医療機関を中心に実施されてきた ACP ですでに用意されている項目でもあるが（国立長寿医療研究センター在宅連携医療部 2018）、本研究から明らかになったように、高齢者側で関心が深いのはむしろ「葬儀」や「お墓」のことである。葬送に関することは「イエ」や「家族」の問題として考える風潮が根強いいため、福祉や医療の専門職が必要以上に立ち入ることはこれまで避けられてきた観があるが、家族のあり方が多様化し「無縁社会」の進行も叫ばれる中、葬送を社会的に支援する取り組みが自治体レベルで始まっている（小谷 2017: 155-161）。ケアマネジャーが高齢者の生活全体、ひいては人生全体を

見据えて、医療と関わりの深い内容に限らず本人の思いに寄り添った「意思決定の準備」を支援することも今後、検討すべきである。

最後に本研究の限界を述べる。本研究では時間の制約等もあり高齢者と専門職、各 12 名へのインタビュー実施にとどまったが、高齢者への調査では「あらかじめ準備しておきたいこと」として 12 人目で「自分史」という新たな要素が抽出された。この点を踏まえれば、各 12 名に実施したインタビューの調査分析が理論的飽和に達しているかどうかは疑問であり、より正確な分析を期すためにさらなる調査の実施が求められる。第二に、本研究における高齢者側の調査対象はひとり暮らしの者に限ったため、配偶者や子ども世代と同居する高齢者の状況にまで分析結果を適用することはできない。第三に、本研究が分析対象とした専門職はケアマネジャーであったため、語られた内容は「在宅での看取り」で重要となる点に焦点化された可能性が高い。そのため、例えば「病院での看取り」では「治療」に関する内容をより詳細に検討したり、身寄りのない高齢者が多く入居する「養護老人ホームでの看取り」では「お墓」や「葬儀」が専門職側からも重要な要素として提起されたりすることが予測される。第四に、本研究でインタビュー調査の協力者となったのは都市部のひとり暮らし高齢者とケアマネジャーである。「死」に関する考え方や文化に地域性が大きく影響することを考えれば、農村部等ではまた別の結果が見られる可能性がある。

以上の限界はあるものの、本研究で明らかになった高齢者と専門職の意識の乖離はこれまで指摘されたことのない点であり、一定の意義を有するものと考えている。今後、さらなる研究の進展に尽力していきたい。

【付記】

本稿は日本老年社会科学会第 60 回大会（2018 年 6 月、東京）での発表内容を元に、大幅に加筆修正したものです。調査にご協力下さいました皆様、および本研究へのご指導ご助言を賜りました日本社会事業大学の菊池いづみ先生、後藤隆先生に厚く御礼を申し上げます。また、本研究に多大なるご支援を賜りました明治安田こころの健康財団に改めて心からの感謝を申し上げます。

【注】

- 1) 会田(2011)は「延命医療」という用語を使用しているが、本稿では調査協力者が語りの中で共通して用いていた「延命治療」で統一する。
- 2) 大賀・森(2016)は看取り支援におけるケアマネジャーの役割が法制度に規定されていないため、現場で葛藤する者が多いことを指摘している。
- 3) 現状、国内での ACP の定義は定まっていないが、この取り組みの先進地である国立長寿医療研究センター(2018)の事前指示書ではかなり詳細な医療処置が示されている。これらを現時点で福祉専門職が高齢者に示し話し合うことには困難が伴うと考えられるため、本稿ではこうした詳細な内容に入る前段階として、高齢者の大まかな希望や価値観を共有するための話し合いの場を持つことを「意思決定の準備」と呼ぶことにする。
- 4) 自立支援には「自分のことは自分で決める」という「精神的自立」が含まれ、この点が人間の尊厳を守るための理念として非常に重要だが(池田 2011: 3-4)、「自己決定」原理の限界を指摘する声も多い(衣笠 2009)。また、機能訓練重視の報酬改定が続く中、現実には「身体的自立」に向けたサービス調整が強調されやすい状況にある。

【引用文献】

- 会田薫子(2011)『延命医療と臨床現場——人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学』東京大学出版会。
- Glaser, B. G. & A. L. Strauss, (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine Publish Company. (=1996、後藤隆・大出春江・水野節夫訳『データ対話型理論の発見——調査からいかに理論をうみだすか』新曜社。)
- 池田省三(2011)『介護保険論——福祉の解体と再生』中央法規。
- 衣笠一茂(2009)「ソーシャルワークの『価値』の理論構造についての一考察——『自己決定の原理』がもつ構造的問題に焦点をあてて」『社会福祉学』49(4)、14-26。
- 木澤義之(2015)「アドバンス・ケア・プランニング——“もしもの時”に備え、“人生の終わり”について話し合いを始める」『ホスピスケアと在宅ケア』23(1)、49-62。
- 国立長寿医療研究センター在宅連携医療部(2018)「当センターでの事前指示書」(<http://www.ncgg.go.jp/hospital/overview/organization/zaitaku/eol/ad/documents/ljizenshijisho.pdf>)。
- 小谷みどり(2017)『<ひとり死>時代のお葬式とお墓』岩波新書。
- 厚生労働省(2018)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編」(<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf>)。
- 西川満則・高梨早苗・久保川直美・ほか(2015)「アドバンスケアプランニングとエンドオブライフディスカッション」『日本老年医学会雑誌』52(3)、217-223。
- 大賀有記・森朋子(2016)「在宅看取り支援におけるケアマネジャーの役割の質の変容——文献レビューからの考察」『医療社会福祉研究』24、69-76。
- 佐藤郁哉(2008)『質的データ分析法——原理・方法・実践』新曜社。
- 島田千穂・高橋龍太郎(2011)「高齢者終末期における多職種間の連携」『日本老年医学会雑誌』48(3)、221-226。
- 田中奈保美(2014)『枯れるように死にたい——「老衰死」ができないわけ』新潮文庫。