

別添4-3

看取りにおける職員教育についての考察

分担研究報告書

令和 5 年度厚生労働科学研究費補助金
(障害者政策総合研究事業 (身体・知的等障害分野))
障害者支援施設や共同生活援助事業所、居宅支援における高齢障害者の看取り・終末期の
支援を行うための研究 (23GC1008)

分担研究報告書

看取りにおける職員教育についての考察

分担研究者 庄司 妃佐 (東京福祉大学)

研究要旨

障害者施設等において「看取り」の実態調査の結果、看取りにおけるパラメディカルの教育として、次の点が示唆された。第 1 にソーシャルワーカーの養成教育の中で「看取り」支援についての教育が必要である。第 2 に障害者の老化について、生涯発達から見る視点が必要である。第 3 に看取りの背景には、社会全体で、「死」についての教育を広めることが重要である。第 4 に看取りを行うための制度的枠組みが必要である。第 5 に終末における意思決定支援のフローチャートモデル作成の必要性。第 6 に医療とは異なる「生活の中の看取り」を明らかにすること。第 7 に情報共有に ICT は非常に有効であるが、その使用には業務過多のリスクがある点である。

A. 概要と目的

障害者施設等における看取りの実態についての調査では、個別の報告事例はあるものの、全体を俯瞰した調査は見当たらない。今回、障害者施設等においてどのような看取りが実施されているかについてのアンケート調査を実施し 1,541 施設から回答を得た。その中で、施設等における看取りのための研修実施の有無や看取りの実際について明らかにし、看取りに関わる職員の教育(資格取得教育も含む)や体制を考察し、求められている課題を整理する。

B. 問題の所在

1) 人はどこで死んでいるか

厚労省の統計によると²⁾2022 年(令和 4

年)の死亡数は 156 万 8961 人で、前年より 12 万 9105 人増加している。100 万人を超えたのは 2003 年(平成 15 年)であり、その後減少した年もあったが、増加に転じている。2012 年(平成 24 年)からは、その中で 75 歳以上が占める割合は 7 割を超えている。また、菅ら²⁾によると、自治体の高齢化率の違いによって各自自治体の死者数のピークは異なるものの、半数以上の自治体では 2030 年(令和 12 年)から 2035 年(令和 17 年)以後まで総死亡数は増加すると予測している。つまり、今後 10 年は、日本の総人口は減っていく中で、死者数は増加すると予測されている。

そのような中で、人が死ぬ場所は、2021

年（令和3年）では、65.9%の人が病院で亡くなっている。³⁾ 1951年（昭和26年）には、82.5%の人が自宅で亡くなっているが、以後病院で亡くなる人が増えていき、2005年（平成17年）には82.4%の人が病院・診療所で亡くなっていた。その後、病院で亡くなる人は徐々に減っていき、2021年（令和3年）では67.4%の人が病院・診療所で亡くなり、10%の人が老人ホームで亡くなっている。自宅での死亡の割合は全体の17.2%である。2020年（令和2年）の死亡場所は、老人ホームが9.2%、自宅では15.7%となっている。この傾向は、老人ホームを独立した死に場所として、統計を取り始めた1995年（平成7年）から、わずかずつではあるが増える傾向にある。

高齢者の多くは自宅での最期を希望しながらも、現実には病院で亡くなる割合が多数を占めてきた。しかし、今後10年間の死者数の増加を考えると、病院で終末期を看取るには、キャパシティが不足することは容易に考えられる。また死者数の中で75歳以上の高齢者の割合が7割を超える現状を考えると、人間の自然な終着としてどのような場所で死を迎えるのかは、医療の問題だけに終わらない。「医療の看取り」で対応できる事態でなくなることを予測すると、人が亡くなる場所に、老人ホームなどの施設や自宅が想定されるが、それらは医療とは異なる生活の場である。医療と異なる「生活の中の看取り」が同じように語られているが、「生活の中の看取り」との違いを検討する必要があるのではないか。

介護保険において、2006年（平成18年）の介護報酬の改定によって特別養護老人ホームやグループホーム、特定施設入居者生

活介護施設等での看取り介護加算（以下、看取加算）が加わった。看取加算は、入居者の高齢・重度化へ対応した重度化対応加算（以下重度加算）とともに新設され、看取加算は、重度化加算の資格が前提とされた。この加算により施設での看取りの環境が整ったというより、それまで看取りが経営的に過度の負担となっていたものが、多少軽減された状況であり、看取加算が実施されたことで、施設等での看取りが行われる実態に大きく影響したとはいえないであろう。そのことは、2010年（平成22年）の大西⁴⁾の調査による、看取加算前後の実態の調査でも明らかにされている。看取加算が無い時にも、看取りの対応ができた人員配置をしてきたり、医療との連携ができていた施設は、負担を多少軽減されたものとして計上してきたと考えられる。看取加算ができたことが看取りが急激に増えた第一要因ではなかった。しかし、死者数や病院の現状を鑑みると、高齢者施設等での看取加算の改正は、看取りの準備ができる環境が整う施設を、緩やかな増加へ導くであろう。また、介護保険の看取加算が周知されていくことで、家族から看取りの要望が出されることも準備を進める一因になるであろう。

2022年（令和4年）の厚労省によると⁵⁾ 在宅・通所の障害者数は、964.7万人で、人口の約7.6%である。障害者数は、増加傾向になっており、その中でも在宅・通所している障害者も増加傾向にある。しかし、一定数の人は入所・入院している。入所・入院している人の割合は、身体障害者（児）の1.7%（7.3万人）、知的障害者の12.1%（13.2万人）、精神障害者の7.2%（30.2万人）である。また、在宅、入所の有無に関わらず、65

歳以上の高齢者の割合が、身体障害者(児)の74%、知的障害者の16%、精神障害者の39%となっている。高齢者の割合は、身体障害者(児)が最も多い。障害のある人の高齢化とともに、高齢になってから様々な障害が増えることも示している。

2) 「死」をどこで学ぶか

施設職員の中で、「死」について学んでいるパラメディカルスタッフは、2017年(平成29年)に養成課程の法改正が行われ、2019年(平成31年)から新カリキュラムの教育を受けた介護福祉士である。介護福祉士は、2017年(平成29年)の法改正の中で、定義が見直され、「入浴、排せつ、食事その他の介護」から「心身の状況に応じた介護」と改正され、介護の範囲が終末期まで広がっていくこととなった。学ぶ内容は、「生活支援技術」の教育に含むべき事項の「⑩人生の最終段階における介護」に明記されている。留意点として、「人生の最終段階にある人と家族をケアするために、終末期の経過に沿った支援やチームケアの実践について理解する内容とする」が記載されている。

同年、社会福祉士の法改正も行われたが、終末期のチームケアについての教育内容は見当たらない。

このようにパラメディカルの専門職において、終末期の学びは、介護福祉士養成教育において近年取り入れられたばかりである。

看取りが行われる中では、看取りをする下支えとして、人がいかに「死」について学んでいるかが重要になる。「死」の教育は、アルフォンス・デーケンが「デス・エデュケーション」として、その目的を「死を身近な問題として考え、生と死の意義を探求し、自

覚をもって自己と他者の死に備えて心構えを習得すること」⁶⁾としている。現代社会では、ほとんどの人は、人の死を身近に見る機会ほぼ無い。パラメディカルの養成教育の中でも「死」について学ぶ機会は少ない。福祉の現場でパラメディカル職員が初めて看取りに直面するのが現状である。

翻って、日常の暮らしの中でも身近に「死」について学ぶ機会は、ほとんどない。医学が進歩して、多くの病気が克服できるようになったとしても、人が死ぬのは必然である。しかし、公教育の中でも、「死」についてこれまで学ぶ機会はなかったのである。また、個人が経験を通して、自分の死生観を持つ機会も無い。

高度な看取りを実践するために必要な、「死」についての認識が社会全体に浸透していない状況が背景としてある。国民の半数以上が無宗教であると答える日本では、「死」についての考え方を、宗教上の教義に求めることはできない。

看取りが自然に行われるためには、自分の死生観を持ち、「死」についての心構えを習得できる背景が必要であろう。

これから10年続く多死社会で、終末をどのように看取ってもらうのかについて、「人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)」で話し合うことが、厚労省のHP⁷⁾にも情報提供されている。人生の最終段階における医療・ケアについて事前に何回も話しあい、元気なうちに自分で意思決定するのである。それは同時に、どのような看取りを希望するかにもつながっている。

3) 医療の看取りと生活の中の看取り

高齢者施設をはじめ、障害者施設等においても看取りを実践する機会は現実的に増

えている。病院等で死を迎える際の、「医療の看取り」と「生活の中の看取り」の違いは何であろうか。「生活の中の看取り」には、その人の人生観、死生観が最も強く表れるであろう。「生活の中の看取り」を支えるキーパーソンとして、介護福祉士や社会福祉士などの職種の役割を明確化することが重要であろう。また、当事者の意思決定の確認が重要になってくる。

C. 方法

本研究の一環で実施した障害者支援施設等にアンケート調査を実施し、回答を得た1,541施設の内容と、個別の非構造的インタビューを通して19施設から得たデータ及び文研研究を参考とした。

D. 研究結果

65歳以上の高齢者は20.8%。障害者施設等の利用者は、高齢者施設よりも年齢幅が広いことがわかる。65歳以上になっても、多くは介護保険関連施設に移動せずに障害者施設等で過ごしている。

障害者は、その身体的状況によって、高齢であることと看取りの時期が必ずしも一致している訳ではない。看取りを実施している施設は、入所に際し本人の最期の時期について、本人の意思決定を尊重できるように様々に工夫をしているが、意思決定を表明することが難しい利用者の意思を確認することは難しい点がある。高齢者施設等と比較して、障害者の意思決定の代理人として家族が担うのは保護者である。障害者の平均寿命が伸びており、畢竟保護者も高齢となって、意思決定を代理することも難しくなることが予測される。

<インタビュー調査の中の看取りの実態>

現在施設等で行われている看取りの実態は、長年の利用者や家族との関係の中で行われてきた支援の延長として実施されてきたことがうかがえる。例えば、A岡のワーカーは「利用者に必要な支援をする」ことが基軸にあり、「必要とされる支援の中に看取りの支援が入る」と述べている。長期にわたって支援の関係を築いた延長として「看取り」は自然に支援の一部となり、1事業としての枠組みで実施されるものではないことを示している。つまり、看取りは生きているものの支援の延長にあると言える。しかし、実際に看取りを行っている施設では、利用者が亡くなった後にも様々な対応と費用がかかり、経営の負荷となっている。

キーパーソンとして、看取りに関わる職員の多くは看護師であったが、介護士や生活相談員など様々な職種が関わる中、死を看取る経験がない職員は看取りのハードルの高さがうかがえる。そのため、看取り後のグリーフワークなどの体制がシステムとして構築されていることが望ましい。

E. 考察

障害者支援施設等へのアンケート及び、看取りを行っている施設へのインタビュー調査から、以下の点が考察された。

- 1) 介護福祉士の養成教育課程では、2017年(平成29年)の法改正で看取りについての内容が盛り込まれたが、十分な教育時間を確保することが難しく死生観を持つまでには至らない現状がある。社会福祉士の養成教育の中でも、終末の支援についての教育内容はない。社会福祉士にも終末のチーム支援の教育が必要であるし、介護福祉士、社会福祉士等の福祉専門職として自分の死生観

- を持つ教育時間が必要である。
- 2) 障害者の老化は一般的に年齢に比して早いと言われている。また体調の不良を言語で伝えることに困難が伴う。障害者の老化について、定型の生涯発達とともに理解することが必要である。
 - 3) 現代社会は、ほとんどの人が死について、身近に経験することのない社会である。看取りを下支えするために、社会全体として、死についての教育が求められる。
 - 4) 死者数増加と高齢者の人口比率の増加を考えると、病院・診療所での看取りには限界があり、施設内での看取りが増加する社会的状況が予測される。また、障害者施設等の利用者の年齢幅が広く、高齢化している現状がある。そのため、「看取り加算」など、障害者施設等での看取りを行うための制度的な支援が求められる。
 - 5) 障害者支援施設等利用者の多くは、終末についての自己決定の困難さがある。高齢者施設は、子どもなど親より若い世代の親族が支援するケースが多いが、障害者の場合は、高齢の親の世代が家族として支援することが難しいため、終末の意思決定支援の時期等についての具体的なモデルが必要である。
 - 6) 看取りが障害者施設等で行われるために医療機関との連携は必然であるが、「医療の看取り」とは異なる「生活の中の看取り」についての違いを考える必要がある。「いかに生きるか」を支援関係の期間に構築できるのは、継続的に支援してきた専門職であろう。だからこそ、意思決定を表明できない利用者が、

どのような生き方を希望しているかの代弁は専門職が協働して決定し、看取りの後に検証する必要がある。それは、ブリーフケアにつながり、一連の流れを見ている利用者にも影響があることである。

- 7) 看取りを行っている施設は、ICTを使って24時間体制を取り、多職種の情報共有を行っている。医療情報や身近に医療機関と連携をとれることの安心感は大きい。しかし、24時間の情報共有が、勤務実態を曖昧にしまい、業務の長時間拘束の可能性もある点に配慮する必要がある。

F. まとめ

障害者支援施設等における看取りは、制度的枠組みが無く、背に腹は代えられない状況で実施されている。

看取りには医療関与が不可欠であるが、生活の場における看取りを考えた場合、重要になってくるのは、利用者の意思決定である。看取りは、枠組みがあれば実施されるというものではなく、永らく続いた支援者との関係性の帰結としての実施されている。

福祉専門職が看取りに関わるには、施設ごとに看取りのための職員研修が必要であり、施設ごとに研修が行われている。しかし、看取りのあることが職員の負荷になり、辞めていく職員も存在する。それは、身近に経験したことのない「死」を経験しての負荷であったり、十分なブリーフケアが行われなかったりしたことでもある。しかし、現代社会では「死」について考える教育が実践されていないため、社会全体で「死」が現実の生活から遠ざけられているという背景があ

る。このことも「看取り」を心理的に特別な存在に押し上げている一因であると言えよう。特に日本では、宗教を持たない人が多数を占めており、死を受け止める背景を持たない人が多く、日常の中で死を意識することが乏しいのではないだろうか。

障害者施設等において終末の時期は、高齢者とは異なり点も多く、年齢だけで計ることが難しい点もある。障害者がどのように高齢化し、死を迎えるのかについての見地が待たれる。

また、利用者が亡くなった後の手続きはすべて家族が担えない場合も多いということも、障害者施設等では課題になる。家族が、担えなかった場合の、具体的な生活の場での看取りケアの技術・手続き等の知識も必要になってくる。成年後見人がいた場合、後見人がその手続きを担う場合もあり得る。

施設等での看取りを希望する人が、安心して施設等に委ねられる体制づくりが喫緊の課題である。

<文献>

1) 厚生労働省 平成4年人口動態統計月報

年計(概数)の概況 p8

- 2) 菅・小池・鎌田他「日本の地域別将来推計人口からみた将来の死亡数」人口問題研究 76-1 p20-40 2020年3月
- 3) 厚生統計要覧(令和4年度)第2章人口動態 第1-25表
- 4) 大西次郎「特別養護老人ホームにおける看取り加算算定の動向と看取りの実態—経営面、職員育成面、入居者・家族の満足面に関する施設長調査—」医療社会福祉研究 vol.18 p53-62 2010年3月
- 5) 厚労省「障害福祉分野の最近の動向」
chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclef
indmkaj/https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000918838.pdf 2022年
(2024年5月4日閲覧)
- 6) アルフォンス・デーケン「死の準備教育」
第1巻死を考える p2 春秋社 1997年
- 7) 厚労省「人生会議」してみませんか
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_0
2783.html (2024年5月4日閲覧)