

スウェーデン単身貧困高齢者の人生の最終段階のケアからの示唆

堀江 尚子

畿央大学健康科学部看護医療学科（〒635-0832 奈良県北葛城郡広陵町馬見中4-2-2）

Suggestions from the care during end-of-life from Swedish single poor older adults

Naoko HORIE

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kio University
(4-2-2 Umami-naka, Koryo-cho, Kitakatsuragi-gun, Nara 635-0832, Japan)

要旨 本研究の目的は、スウェーデン高齢者の人生の最終段階の居住現状において支援に関わる援助職の見解から、日本の貧困単身高齢者の看取りへの示唆を得ることである。スウェーデンで医療と福祉に関わる人6名にインタビューを実施し意味解釈の分析を行った。結果としてスウェーデンの貧困、施設ケア、在宅ケアの現状知見が得られた。単身世帯の増加する日本で、高齢者の自己決定は尊重されつつも過度の在宅主義に偏ることなく人生の最終段階の居住地として、複数の選択肢があることが望ましい。また、施設ケアスタッフが経験する入居者の死は2.5人称の死であり、デスカンファレンスといったケアギバーのケアの必要性の認識が求められる。

Keywords：単身貧困高齢者、看取り、2.5人称の死、インフォーマル・ネットワークの希薄化、ケアギバーのケア

Abstract

The purpose of this study was to obtain suggestions for the care of poor single older adults in Japan from the perspective of aid workers involved in the end-of-life support for older adult residents of Sweden. A total of six people involved in medical care and welfare in Sweden were interviewed. Furthermore, their semantic interpretations were analyzed. Insights into the current state of poverty and institutional and home care in Sweden were gained. In Japan, as the number of single-person households increase, it is desirable that there are multiple options for the final stage of life. In addition, society should respect the self-determination of older adults and not be biased towards excessive home-based principles. Furthermore, the institutional care staff experienced the death of a person who was not a direct family member, however, had become close to the staff (coined a 2.5th person by the author). Hence, care for the caregiver, such as death conferences, is necessary.

Keywords：single poor older adults, end-of-life care, death of 2.5th person, diluting informal networks, care for caregivers

I. はじめに

日本は超高齢社会であるが、高齢化は先進国の中でも短期間に進行した。2020年の高齢化率は日本が約29%でスウェーデンは約20%であり、高齢化率が7%から14%に達するまでの所要年数は、日本が24年でスウェーデンは85年である¹⁾。日本を含むアジア諸国は、欧米に比較すると短期間で高齢化し、変化の対応に追いつかない局面があり、適応に十分な時間を持った諸国から学ぶべき点は多い。

欧州で高福祉の代表であるスウェーデンは地域包括ケアシステムの先進国でもある。スウェーデンは1980年代半ば以降、高齢化に伴う社会保障制度の危機を経験したが、年金制度を筆頭に様々な改革を敢行し、高福祉と経済成長を両立させている²⁾。スウェーデンの高齢者を対象とする社会保障制度では、基礎自治体であるコミューンが介護と福祉、広域自治体であるランスタディングが保健医療、国が年金を担当し、運営責任の分担が明確である³⁾。スウェーデンの地域包括ケアシステムで、あらゆるケア場面を横断している原則と

なる考え方は、在宅主義と個別ニーズの重視である⁴⁾。1992年のエーデル改革（高齢者福祉制度の改革）で、機能ごとに区別されてきた老人ホーム、サービスハウス、ナーシングホームなどの施設をコミュニ管轄の「特別な住居」に統合し、高齢者の「住宅」として認識する概念が導入された⁵⁾。特別な住居は恒久的住居とショートステイに分けられ、住居はさらに24時間介護の介護住宅と自立できる高齢者を対象としたサービスハウスに分けられるようになった。同時に、介護住宅は介護ユニットレベルにおいて認知症高齢者、身体疾患高齢者用などに分けている。施設の住居化という場合、物理的環境のみに焦点が当てられることが多いが、スウェーデンでは住宅政策および医療政策との関連の中で施設が住居化された⁶⁾。このことによって介護度に応じて施設を移動するのではなく、まわりの介護・看護環境を変えながら、高齢者が最後まで同じ場所に住み続けることが可能になった⁷⁾。

日本では本人の希望に反して人生の最終段階を在宅で迎える人は少ないうえ、入所した施設は安泰できる終の棲家とは限らない。日本では60歳以上の人の約半数が、自宅で最期を迎えたいと考えている⁸⁾。しかし実際に自宅で亡くなる人は死亡者数全体の約14%である⁹⁾。施設看取りが推進される政策動向¹⁰⁾があるが、それは当事者の個別ニーズを重視したものでない。要介護3以上でないと入所できない介護老人福祉施設など、その設置目的によって入所の対象が限定される場合がある。またこの対象の限定という規定によって一度入所した施設から本人の希望とは関係なく退所を余儀なくされる場合もあり、当事者を第一に考えられているとはいいいがたい現状にある。

しかしながら日本でも在宅主義が目指されるべきかと言えば問題は単純でなく、貧困単身高齢者には孤独死の心配も存在し、その看取りは社会の問題でもある。65歳以上の者のいる世帯は全世帯の約47%を占め、一人暮らしの者は男女ともに増加傾向にある¹¹⁾。単身高齢者の生活は人的ネットワークが希薄となりがちであるが、中でも貧困層の者はその傾向が強い。単身高齢者の生活保護受給者の生活時間の構造調査¹²⁾では、他者との直接的な関わりが少なく、孤独死予備軍ともいえる人の存在が指摘されている。同居家族のいない貧困単身高齢者の看取りは社会問題である。

貧困単身高齢者の問題は、増加傾向にある多くの単身高齢者が共有する問題でもあり、自己決定が文化的な習慣であるスウェーデンのケア体制から学ぶべきことは多い。貧困は一般的に経済的な問題として注目されるが、それは関係の貧困もともなう。関係の貧困は、経済的な問題を抱えていない単身高齢者にも共有しう

る問題である。また日本ではケアチームに親族がキーパーソンとして構成されることが多い。ケアをめぐる自己決定において、本人の認知機能に問題が生じて意思を決定できないような場合、親族が代理として決定を行うことが一般的である。しかし貧困単身高齢者は、親族がいてもその関係はいたって希薄であるか、場合によっては関係が断絶している場合も少なくない。つまり高齢となって心身機能の低下傾向にある段階で関係の貧困は人生の最終段階の決定に影響する。本人が意志を決定できず、その親族の代弁者もない状況となれば、ケアの方針決定は困難なものとなり、最終的には周囲の親族でないケアチームメンバーが担うことになる。それが看取りに関する決定となればケアチームメンバーの負担は甚大である。そもそも集団主義といわれる日本では自己決定は常に安易なことではない。近年、個人の自己決定が尊重される潮流にあるが、それが文化的に根付いているとはいいいがたい。一方、スウェーデンは個人主義といわれる国のひとつで、親族関係が良好であろうとなかろうと、またケアに限らず、自己決定が習慣とされている文化にある。ケアをする側も受ける側も個人での自己決定を習慣的に行ってきた人々から構成される社会にある。そのような社会の看取りを巡るケア体制から学ぶべき点は多い。

福祉先進国を対象とした先行研究では、社会保障に代表される福祉政策をめぐる制度的、財政的分析が多く見られる。本研究ではそれらと一線を画し、ケアをする側と受ける側の関係に焦点をあてる。

Ⅱ. 目的

本研究の目的は、スウェーデン高齢者の人生の最終段階の居住現状において支援に関わる援助専門職の見解から日本での貧困単身高齢者の看取りへの示唆を得る、というものである。家族介護力という資源を持たない日本の単身貧困高齢者の看取りの現状をより安寧なものにするために何が必要か検討する。より時間的な余裕を持って高齢社会に適応してきた地域包括ケアシステムの先進国の現状から日本での貧困単身高齢者の看取りを考える。藤岡¹³⁾はスウェーデンにおける介護者支援について社会的サービスの充実の必要性を主張しているが、ここでの介護者とは親族を中心としたインフォーマルな関係にある者を指す。インフォーマル・ネットワークの体制強化は必要であろうが、貧困単身高齢者の支援の中心はフォーマル・ネットワークであり、その現場で支援にあたる人々を本研究では調査対象とする。

本研究では看取りを、死にゆく人と送る人との関係

に存在する見守りを含めた包括的ケアである、と操作的定義をおこなう。その段階で医療行為が行われているのか、緩和ケアが優先されているのかといったことに注目しておらず、ケアをする側と受ける側の関係の質に関心の所在がある。

Ⅲ. 方法

スウェーデンの1都市ウプサラで2か所の特別な住居、訪問看護介護ステーション、福祉課生活保護担当職員に半構造化インタビュー調査と施設見学を実施した。期間は2019年9月3日から9月5日であった。現地在住の日本人コーディネーターに依頼し、機縁法にて対象を選定した。インタビューガイド（表1、表2参照）に沿った聞き取りは其々40分から60分を要し、対象の許可を得てICレコーダーに録音した。スウェーデン人を対象としたインタビューはコーディネーターによってスウェーデン語で実施され、その場で日本語に通訳がなされた。日本人インタビューーには筆者が直接日本語で実施した。見学内容はフィールドノートに記録した。

インタビューの分析は意味に注目した意味解釈の分析¹⁴⁾を行った。本研究は認識論として社会構成主義の立場をとり、インタビュー結果は共同構築的テクス

ト¹⁵⁾と捉えている。テキスト解釈は、解釈学的円環¹⁶⁾に特徴づけられる。それはテキスト全体の意味は部分を解釈するプロセスを通して成り立つ一方、個々の部分の意味はテキストの全体的な意味を予期するなかで決定されるものである。インタビューの分析手法は、うへの式質的分析法¹⁷⁾の活用をおこなった。うへの式質的分析法は、帰納分析法の一種であり、情報加工はいったん情報を脱文脈化し再文脈化するというプロセスを辿る。情報は語以上の意味の単位である言説を情報ユニットして分析するもので、意味に注目する本研究に最適と判断し活用した。

【倫理的配慮】著者の所属大学の研究倫理委員会の承認を得ている。調査者は調査実施における倫理的に必要な説明を調査対象者へ行い、承諾のもとに調査を実施した。具体的には、①研究の目的、方法、結果の公表等の研究計画、②公表にあたって、プライバシーに対する十分な配慮がなされていること、③対象者が研究に参加することによるメリットとリスクを理解していること、④協力をしない権利及び協力を中断する権利の説明と、その結果による不利益が生じないこと、の4点についての説明を実施した。なお本研究に関連し、開示すべきCOI関係にある企業・組織および団体等はない。

表1. 特別な住居と訪問看護介護ステーションへのインタビューガイド

-
1. 設立と運営についてお話しください
 2. 利用者の状況についてお話しください
 3. 看取りケアの状況についてお話しください
(年間の看取り実数、ご本人の状況、家族の反応など)
 4. 看取りケアに対するスタッフのスキルについてお話しください
(研修など育成教育の状況について)
 5. 看取りケアで課題と感じられていることは何ですか
 6. 貧困層の高齢者で課題と感じられていることは何ですか
-

表2. 福祉課生活保護職員へのインタビューガイド

-
1. 仕事の内容をお話しください
 2. 日本のケースワーカーと違うと感じられることはありますか
 3. 貧困層の課題だと思われることは何ですか
 4. スウェーデンの看取りの現状についてお話しください
-

IV. 結果

インタビューの分析とフィールドノートを基に「貧困と高齢者」、「特別な住居の暮らしとケア」、「在宅ケア」についての報告をおこなう。貧困と高齢者は福祉課生活保護担当職員のインタビュー、特別な住居の暮らしとケアは2か所の特別な住居インタビュー、在宅ケアは訪問看護介護ステーションのインタビューに基づく結果である。インタビューは合計6名であった。特別な住居A責任者1名、特別な住居Bユニットリーダー（看護師）3名、市役所福祉課職員（社会福祉士）1名、訪問看護介護ステーション管理者（看護師）1

名である（表3参照）。c氏はスウェーデンに居住している日本人で、他5名のインタビューは皆スウェーデン人である。特別な住居Bでのインタビューはグループインタビューの形態をとった。

調査地の基礎データを示す。スウェーデンの国土面積は日本の約1.2倍で人口は10分の1にも満たない¹⁸⁾。約45km²に約1,045万人（2021年）が暮らす国で、主要産業は機械工業、化学工業、林業、ITである。調査地のウプサラは、首都ストックホルムから北に70kmに位置し、人口が約18万人のスウェーデン第4位の都市で北欧最古の大学であるウプサラ大学がある¹⁹⁾。

表3. インタビュー概要

職業	インタビュー表記	
特別な住居A 責任者 1名	a	スウェーデン人
特別な住居B ユニットリーダー(看護師) 3名	b1, b2, b3	スウェーデン人
ウプサラ市役所福祉課職員(社会福祉士) 1名	c	日本人
訪問看護介護ステーション責任者(看護師) 1名	d	スウェーデン人

1. 貧困と高齢者 市役所福祉課職員c氏インタビューより

1) 福祉課職員の比較視点

ウプサラ市役所福祉課職員のc氏は日本人で結婚を機にスウェーデンに居住しており、日本との違いを認識できる立場の人である。日本では、地域包括支援センター、介護老人保健施設、厚生労働省での事務職の勤務経験がある。スウェーデンでc氏は2014年より社会福祉士としてコミュニケーションの専門職採用で雇用されている。日本と違う国で改めて福祉について考えているという。

生活保護を担当するc氏は、生活保護の受給者の人としての尊厳が重視されていると感じている。日本に比較して生活保護の受給が第三者にはわからないシステムであり、そのことによって偏見を持たれず、差別も受けないという。

2) 社会問題としての貧困

国民の多くが、貧困を個人の自己責任とは捉えておらず、社会問題と捉えているという。成人が自分自身を養うことができないのは社会問題であり、だからこそ専門職が関わる。基礎年金だけは生活が苦しい人も少なくない。スウェーデンは移民を多く受け入れているが、性別役割分業の文化背景を持つ移民も多く、高齢の女性移民には、夫の死亡後に生活困窮に陥る場合もある。

貧困層の集住地区の犯罪はより複雑な問題である。

生活保護受給者は比較的家賃の安い賃貸住宅に集まるが、そこでは軽犯罪が多い。それは単に貧困、失業だけではなく、スウェーデン社会に馴染めないといったことが複合している問題だとc氏は考えている。

3) 病院は看取りの場でないという合意

病院が看取りの場でないことは、国民の共通認識である。c氏はスウェーデンで社会福祉士の資格を取得した。そのための施設実習の経験からもそのように感じている。施設で生活している人は、そこで看取られることが一般的であり、病院へ入院するのはよほどの事態である。

政策で在宅主義が推進されるのは費用面での問題もあるという。在宅ケアの費用はより安いとされており、病院への入院や施設への入所は本人の希望だけではなく、その必要性が客観的に評価されたうえでしか認められない。

4) ドライな人間関係 家族と他者

日本人のc氏にとってスウェーデンの家族関係は希薄で、看取りの状況は寂しいという。18歳になると子供は親の家を出て行くのがあたりまえで、親の介護は子の責任ではない。「日本のなあなあもだけど、こっちのドライすぎるのも・・・家族でも成人になると線引きされてしまう・・・ここでの看取りの状況は寂しい。」とc氏はいう。

希薄な関係は家族だけでなく他者も同様である。在宅生活を送る介護サービス利用者と在宅ヘルパーとの

関係もドライである。スウェーデン全体でホームヘルパーを利用している高齢者は約8%いる。ホームヘルパーはサービス導入時に交わした契約書に書かれていないことは一切行わない。それが花瓶の水換えといった、手間のかからないことでも同じである。決められた時間になると、きっちり帰っていく。このことは、この国の労働文化によるものでもあるとc氏はいう。

2. 特別な住居の暮らしとケア 施設従事者a、b1、b2、b3氏インタビューより

1) 施設概要

訪問した2か所の特別な住居AとBの立地は異なる。特別な住居Aは町の中心部近くにあり、周囲には集合住宅も多い（写真1）。ここの玄関で、まず目に入るのは壁一面に貼られた有名人の沢山の顔写真である（写真2）。認知機能が低下した高齢者の記憶の想起に役立つのだという。特別な住居Bは戸建て住宅が並ぶ閑静な地にある（写真3）。緑が多く広い庭にはたくさんの木々と花々が植えられている（写真4）。



写真1 特別な住居A外観（許可を得て撮影、以下同様）



写真3 特別な住居B外観



写真2 玄関にある著名人の写真

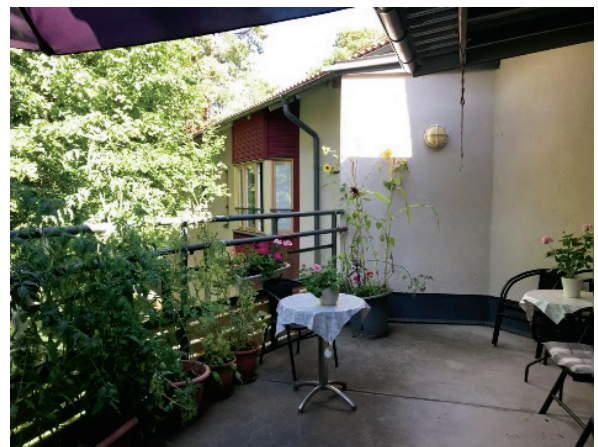


写真4 緑豊かなテラス

特別な住居は高齢者福祉を担当するコミュニティの管轄であり、サービスの内容は概ね共通している。17～18の個室と共有の居間とキッチンで構成されるユニットが3つあり、1つのユニットは認知症専用、他の2つは一般用である。施設全体で約50人が入居可能である。各個室（約30㎡）には各々ミニキッチン、シャワーとトイレがある。理学療法室、作業療法室などは3つのユニットが共有している。各ユニットでは看護師1名とアンダーナース（基礎的な医療の勉強を修めた介護スタッフ）3～4名が日中のケアを担当する。

2) 居住者の暮らし

認知機能に問題がない場合、自宅での生活が困難となり施設へ入居するという決断は基本的に高齢者本人がおこなう。入居の手続きのときに、心停止したときどうして欲しいのかということも看護師から本人は確認される。居住者の平均年齢は概ね80歳代半ばで、入居期間は概ね3年くらいという。認知症の人は比較的若くに入居するが、そうでない場合は体の状態が悪くなってからの入居なので比較的高齢になる。

各個室の様子や入居後の家族の関わりは多様である。個室にそれまで自宅で使っていた愛着のある家具や小物をいくつか持ってくる人は多い。特別な住居Aで本人の許可を得て個室の内部を見せてもらえた。93歳の居住者は娘さんがちょうど訪問されていて、和やかに話をされていた。部屋には長年使ってきた椅子があり、家族写真が飾られていた。一方、何も持っていない人もいる。別の居住者は学校の校長先生をしていた人で、家具も物も少なく、ホテルのような印象の部屋であった。家族の関わりもそれぞれで、頻繁に訪ねてくる家族のいる居住者もいれば、全く家族の関わりのない居住者もいる。

単身者で持ち家がある場合はそれを売却して入居する。そうでないと二重の出費になるためである。家族のサイズに合わせて住宅を変えるスウェーデン人はそれまでの人生においても転居を繰り返す。子育て期間中は広い家、夫婦二人になったら少し面積の小さい家、単身になったらさらに小さいアパートといった具合だそう。家自体に執着はあまりない。

施設の入居者の生活において貧困が問題になることはないという。施設従事者は貧困者に特有の問題を感じることもないという。ここで住むにはケア料金と住宅料とが必要になるが、払えないなら社会保障でカバーされる。そのことに関連する問題は特にないという。

3) 特別な住居の看取りケア

特別な住居での看取りケアでは、状態に応じ指定薬による薬剤療法などコミュニケーションが示す標準のものがあ、看護師の裁量の範囲は広い。看取り期には治療でなく、不安、痛みを可能な限り取り除く対症療法となる。施設の担当医者は看護師から情報を受けて居住者が看取り期であると判断したら、本人の希望を確認しつつ、痛み止めなどの服薬の標準処方を行う。この標準処方の実際の使用の判断に加え、死亡確認についても看護師に任されている。

看取り期にどこで過ごしたいかの意思確認は日常的にされており、多くの人が施設で最期を迎えることを望む。「皆、長く生きるより、どうやって生きるかということを重視しているの、病院に行くと家族の泊まる場所もない状況より、ここにいて、家族のことも知ってくれているスタッフと一緒にいることを選ぶ」とb1氏はいう。

4) 施設スタッフへの教育とサポート

看取りケアに実際にあたるアンダーナースへの教育とサポートには課題がある。アンダーナースを教育するのも看護師の仕事であるが看取りケアの教育は難しいとa氏はいう。その理由としてアンダーナースがス

ウェーデン人だけでないことを挙げる。アンダーナースは移民が約8割を占め言語的な問題がある。多くの人が看取りの経験がないので、その教育の必要性を感じている。教育資料は存在するが、それを一緒にやってあげる人が必要であるという。

特別な住居Bではユニットリーダーである三人の看護師がアンダーナースへのサポートを独自に実践しており、個別の対応もあれば他の居住者も含めたグリーフケアの場合もある。ホスピス勤務の経験があるb1氏の場合は、看取りケアをおこなったアンダーナースに一对一の対応を心がけている。具体的にはフィーカ（勤務時間内に認められているお茶の時間）の時に精神的に参ってないかと尋ねている。またb2氏は、居住者が亡くなった場合、ユニットのスタッフ全員を集めて、悲しみを共有しお互いの気持ちを話す機会を設けている。新しい入居者を受け入れるのにはエネルギーが必要であり、「亡くなった入居者は家族と一緒になので気持ちを切り替えるため」にこういった気持ちを表出する機会が必要とb2氏はいう。b3氏は蠟燭を立て、その人を思う集いの会を催す。他の入居者にも亡くなったことは伝えている。認知症の人のユニットでは、蠟燭を立てたりはしないが、何かおかしいと思っている人も、そういう場合は相手に応じて説明するという。また入居者の家族が聞いてくることもある。その場合も亡くなったことを率直に話している。

3. 在宅ケア 訪問看護介護ステーションd氏インタビューより

1) 事業所概要と利用システム

訪問した事業所は介護士24人、看護師2人、理学療法士1人、作業療法士1人からなる訪問看護介護事業所である。民間企業による事業所であり、この企業が運営する訪問看護介護事業所は6つあり、ここはそのひとつで2000年から事業が開始されている。在宅の高齢者への訪問看護介護は65歳以上が対象で、この対象者数は80人である。

スタッフの情報共有は重視されている。勤務するスタッフ全員のミーティングは月に1回あるが、電子カルテを共有し、朝と夜に情報共有の時間があり各々が状況を把握している。ランスティングとコミュニケーションのデータベースは異なり、事業所のスタッフはコミュニケーションのデータベースへ情報を入力する。看護師は利用者の同意があればランスティングのデータベースの医療記録も閲覧できる。

訪問看護と訪問介護では規定する法律が異なるため利用についての申請システムも異なる。訪問看護は家庭医がランスティングへ申請する。医療的な処置の具

体的な内容を示すが、その回数、頻度は最終的に訪問看護師が決める。訪問介護は高齢者自身がコミュニケーションに申請するとケアマネージャーが調査と判定をして訪問開始となる。多い人で日中の訪問介護5回、夜間の見守り3回程度の訪問になる。

2) 在宅看取りケア

在宅ケアを受けている単身者の看取り期の対応は大変手厚い。単身の高齢者が誰もいないときに一人で亡くなることはない。看取り期だと看護師が判断したら、コミュニケーションに申請して見守り要員を申請する。そうすると24時間を3人8時間交替の体制で見守り要員が配置される。この追加で配置される要員は見守りのためだけの配置で、直接的なケアを要する場合は別に配置がある。見守り体制が続く期間は人それぞれで、持ち直すことも勿論ある。家族がいても家族が断らない限り、見守り要員は配置される。在宅看取りの死亡診断は看護師が行う。在宅療養者が看取り期だと医師が判断したら、看護師に死亡診断の権限が与えられる。この事業所で高齢者の看取りの数は月に約2件である。

3) 在宅スタッフへの教育とサポート

在宅の看取りケアスタッフ教育は、技術的なものというより、看取りケアの姿勢が重視されている。家族も含めて対象とどう向き合うかということに重きを置いたものである。行政が規定して提供される教育プログラムではなく、実践現場の責任者の判断で行われている。事業所の管理者の看護師が指導し、そのトレーニングを受けた人がケアにあたる。d氏はホスピス勤務の経験があり、それを含め自分の受けた教育をベースに、プログラムを作成し、現場教育を実践している。

看取りケアを担うスタッフの人選とその後のケアは重視されている。d氏はスタッフの精神的な負担を配慮して、看取りケアをポジティブに捉えている人を配置している。看取りの後にはケアチームの振り返りをして、スタッフのケアに務めている。この実践のあり方はある程度、広範囲に共有されている内容である。d氏はここの事業所だけでなく、6つの事業所をもつ所属会社の看取りケアの責任者であり、会社全体の教育の責任者でもある。同様の教育が他の事業所でも実践されている。

4) 在宅高齢者の家族

スウェーデンの家族は多様で複雑である。多くの在宅高齢者はパートナーがいなければ単身で暮らす。親族がいても関係を持たずに暮らす人も少なくない。看取り期であっても関与しない親族もいる。勤労者には看取り休暇が認められているが、それは必ず利用されているというものではない。スウェーデンは家族構成が複雑で、縁を切っているという人も中にはいる。d

氏は40人担当をもっていて、5人から10人は親族との交流がないという。

V. 考察

調査から得たスウェーデン高齢者の人生の最終段階の居住現状から、日本での貧困単身者の看取りについて示唆となる以下の3点を考察する。まず日本との1. 相違点と類似点として、医療者の裁量権、貧困、自己決定、インフォーマル・ネットワークについて整理し、2. 人生の最終段階での居住形態の複数選択肢、3. ケアスタッフにとっての看取り、について言及する。とりわけ施設ケアスタッフが経験する2.5人称の看取りの関係が貧困単身高齢者の看取りに期待の持てるものであること、その存在の担保として、ケアスタッフであるケアギバーへのケアの必要性を指摘する。

1. 相違点と類似点：裁量権、貧困、自己決定、インフォーマル・ネットワークの希薄化

日本とスウェーデンの相違点として、医療者の裁量権、貧困の様態、高齢者の自己決定があり、類似点はケアを担うインフォーマル・ネットワークの希薄化がある。

医療者の裁量権として今回の調査からは看護師の裁量権が異なることが指摘できる。それは在宅療養を支える訪問看護師も特別な住居である施設に勤務する看護師も同様であった。標準処方の使用、死亡確認など、看護師の裁量の範囲は広く、このことは安寧な人生の最終段階を目指す高齢期の看取りには重要であることが指摘できる。

貧困の様態も大きな相違である。生活保護基準以下の世帯で、実際に生活保護を受給している世帯数の割合である捕捉率は、日本が約2割でスウェーデンは8割である²⁰⁾。日本では必要な人にとって、その申請の壁が高い状況を物語る。先進国の中でも捕捉率の高いスウェーデンではc氏がいうように貧困は個人でなく社会の問題と考える。そこでは受給申請の壁は低く、受給者へのスティグマもない。特別な住居のスタッフも訪問看護介護事業所の責任者も支援対象が生活保護受給者であるか否かの区別は重要なことではないと考えていた。それは支援の中で生活保護受給者であるが故の問題というものを感じていないということである。

そして高齢者の自己決定についても違う。個人主義の国であるスウェーデンではc氏が言うように、一般的に子供は成人すると親と同居しない。成人は、どこに住むか自己決定する。個人主義による主体性尊重の特性を老若男女が共有し、高齢者であっても自身の居

住の決定は自身であるのが当然という状況をつくる。日本では在宅を希望するのが本心でも、多くの高齢者は子が心配するから在宅を諦め施設に入所する²¹⁾。老いては子に従う文化は高齢者の自己決定を阻む。

一方、類似点はケアを担うインフォーマル・ネットワークの希薄化である。個人化がすすむスウェーデンのケアを担うインフォーマル・ネットワークの脆弱性は、日本の貧困単身高齢者と同じである。日本の個人化は北欧と同質とは言えないが、個人そのものが社会生活の単位として認知される傾向は今後日本でも衰えることはなく、より先を行く個人化の先進国の模索に学ぶべきことは多い。むしろ家族や親族がケアの中心的役割を担うことが前提とされている日本の現状ではこの問題はより深刻である。

2. 人生の最終段階での居住形態の複数選択肢

地域包括ケアシステムの先進国には過度の在宅主義という弊害がある。スウェーデンで人生の最終段階に在宅で過ごすということは、その選択のすべてが自己決定の尊重とはいえないのも現実であった。c氏がいうように施設への入居は、その必要性が客観的に評価されなければ認められない。本人が在宅に限界を感じ、施設への転居を希望しても客観的基準に達していなければ認められない。スウェーデンの高齢者ケアシステムを正しく理解するためには、光と影という複眼的視点が必要不可欠である²²⁾。スウェーデンの地域包括ケアシステムの原則の一つである在宅主義²³⁾は、主体的な決定が尊重されない過度の在宅主義という、負の側面も併せ持つ。

介護保険が整備された日本で施設を居住地とする高齢者が多いことを、高齢者の本心が叶っていないと一概に否定するのは複合的視点の欠如かもしれない。単身で在宅生活を送るには日々の生活の中、都度自己決定が迫られる。決定にはエネルギーがいる。高齢期であっても心身が健康である間は良いが、その機能の衰退が高じれば、自己決定をすること自体が負担となる時期もある。遠い未来のこととして、人生の最終段階では在宅を希望すると考えていても、その時が現実となれば、施設を希望する場合もある。人の希望は変化する。

施設も在宅もという複数の選択肢が必要である。人生の最終段階で本人が可能と考え希望する限り、在宅で生活が継続でき、その生活が困難と考えれば施設を選択できることが望ましい。健康寿命が長ければ在宅で過ごす時間は長くなるが、それでも人生の最終段階で人は人の助けがいる。あるいは認知機能に問題が生じた場合、在宅生活の継続はより若年で困難となる。

幸運にも問題なく高齢期を長く在宅で過ごしても、加齢に比例して起こる全身機能の低下によって、他者の助けが必要な割合が徐々に大きくなっていく。人の助けが必要になればなるほど施設ケアサービスへの期待は高くなる。在宅生活が困難と判断する時期は人によって異なっても、一人の人にどちらのサービスも必要である。施設と在宅のどちらが最適な選択かの判定は困難で、その人の状況や時期によって何が最適かは変わる。重要なのはその選択肢が存在し、選択権が当事者にあることであろう。

3. ケアスタッフにとっての看取り

1) 施設と在宅の看取りの違い

看取りを行うスタッフのケア、つまりケアギバーへのケアはとりわけ施設ケアでは重要である。訪問看護介護ステーションの責任者も、施設である特別な住居の管理者やユニットリーダーたちも同様にケアギバーへのケアを語っていた。在宅でも施設でもケアギバーへのケアは重要である。しかし、その重要性和様相はケアをする側と受ける側の関係を考えたとき両者では異なる。

ケアをする側と受ける側の近接性は、在宅ケアと施設ケアでは異なる。在宅看取りの場合は看取り期に手厚い人員体制が組まれていた。見守りだけの要員が増員で配置されていた。人員を必要な時に増員することは妥当である。しかしc氏は契約書に書かれていないことは行わない在宅ヘルパーとサービス利用者のドライな関係を述べていた。一方の特別な住居のb2氏は「亡くなった入居者は家族と一緒に」と述べていた。他者とドライな関係が一般的なスウェーデンで施設ケアスタッフと入居者の関係は異なる。決められた時間だけをケアに充てる在宅ケアと、利用者の生活時間がケアスタッフの勤務時間と重なるという施設ケアでは、当然ケアを受ける側とする側の近接性は、後者が高くなる。

2) 施設ケアスタッフにとっての2.5人称の死

施設ケアスタッフにとって入居者の死は2.5人称の死である。1人称の死は私の死であり、現世の人は誰も未経験である。2人称の死は近い人の死であり家族や親密な関係にある人の死である。3人称の死は自分から遠い関係の他者の死である。私たちが共有できる死の経験は2人称と3人称で、核家族が進行する現代では2人称の死の経験は稀で、多くの経験は3人称の死である。施設の勤務者とその利用者の関係の始まりは、サービス契約によって成り立つフォーマルな関係である。本来フォーマルな関係のサービス利用者の死は3人称の死である。しかし施設では、利用者はそこで暮

らす生活者であり、その生活に長時間よりそう施設勤務者であるケアスタッフとの関係は変化する。そこでの生活の継続によって、施設ケアスタッフにとってb2氏が言うように「入居者は家族と一緒に」となる。つまりその入居者の死は施設ケアスタッフにとって、家族でないが家族に近い人の死であり、2.5人称の死といえる。

2.5人称の死は心理的負荷が大きく、それを経験する施設ケアスタッフへのケアは必須となる。施設ケアスタッフがより多く2.5人称の死を経験していることは日本でも同様と推測される。ケアの対象者との時間の共有のあり方が、限定された時間にケアにあたる在宅ケアスタッフの場合は点であるとするなら、長時間を共にする施設ケアスタッフの場合は面である。だからこそ関与するケア対象者の死は施設ケアスタッフにとって親密な関係の人の死であり、2.5人称の死を業務として経験せざるを得ない施設ケアスタッフへのケアは必須となる。

貧困単身高齢者の看取りにおいては2.5人称の看取りであることが望ましい。ケアする側には負担が大きいが、施設ケアを超えて、ケアする側と受ける側の関係において2.5人称の看取りであることが望ましい。なぜならその関係ではケア受ける側は親密さの中で看取られることとなり、より安寧を得ることが可能な環境といえるからである。その関係は施設に限らず多様な居住形態の中で望まれる。特にインフォーマルな関係が脆弱な貧困単身高齢者にとって希望の持てる関係である。そしてこの関係が存在することの担保として、ケアスタッフであるケアギバーへのケアの必要性がある。

3) ケアギバーへのケアとしてのデスカンファレンス

2.5人称の死を経験したケアスタッフに対するケアの実践は多様であるが、デスカンファレンスの目的を共有する。デスカンファレンスとは、亡くなった患者への想いを語らうことで、医療者にとって孤立感や過度の責任感を軽減することに繋がる場であり、医療者の精神面からもデスカンファレンスを行うことは意味がある²⁴⁾。特別な住居のユニットリーダーたちの多様な実践はこの目的を共有する。日本でもその実践は多様な医療現場で見られ²⁵⁾、今後も展開が期待される。

ケアギバーへのケアの実践は、その現場の環境に適合したものとなるので内容の多様性は必然であるとして、存在自体の必要性の認識の共有が求められる。施設ケアスタッフはその業務として2.5人称の死を経験するのであるから、施設ケアを提供する組織はケアギバーへのケアの実践が要求される。2.5人称の死の経験は心理的負荷を負うこと、そしてそれを負ったケア

ギバーはその人自身がケアの対象であるという認識の共有が広く求められる。

調査に基づく知見の整理を通して、日本の貧困単身高齢者の看取りの現状を改善するために、2.5人称の看取り関係に期待がもてること、その関係の担保として直接的なケアを担うケアギバーへのケアを考察してきた。貧困単身高齢者への看取りケアはフォーマル・ネットワークが中心とならざるを得ず、高齢者の居住選択がどこであろうとケアギバーへのケアは重要な課題である。

4. 今後の課題

高齢社会への対応に時間をかけて迎えたスウェーデンから学ぶという本研究の試みは限定的である。両国にはインフォーマル・ネットワークの希薄化という共通点が存在したが、社会、文化、制度は大きく異なり、一国を模範とすることはリスクを伴う。このことを認識し、多様な国内外の取り組みから貧困単身高齢者の人生の最終段階における生活を今後も考えたい。

VI. 結論

日本の貧困単身高齢者と同様にスウェーデンの高齢者もインフォーマル・ネットワークの希薄化という特徴は現存し、単身世帯が増加し個人化の傾向にある日本において、貧困単身高齢者の看取りについて以下の示唆を得た。高齢者の自己決定は尊重されつつも過度の在宅主義に偏ることなく人生の最終段階の居住地として、複数の選択肢があることが望ましい。また、その選択肢の一つである施設で看取りを担うケアギバーが経験する入居者の死は2.5人称の死であった。施設に限定せず貧困単身高齢者の看取りにおいて、2.5人称の看取りの関係は希望の持てる関係である。しかしこの看取りは、ケアする側への負担は大きくデスカンファレンスといったケアギバーのケアの重要性の認識が求められる。

謝辞

本研究においてインタビューに協力してくださったスウェーデン在住の方々に感謝申し上げます。ありがとうございました。

なお本研究は、平成31科学研究費助成事業；基盤研究c（代表：堀江尚子）を受けた研究の一部を担うものである。

文献

- 1) 内閣府：令和3年版高齢社会白書，2021 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/03pdf_index.html <2022.1.7.確認>
- 2) 山崎加津子：スウェーデンの社会保障制度に学ぶ～社会保障制度の持続性こそ成長の基盤～，大和総研調査季報，5，6-17，2012
- 3) 斎藤弥生：第3章 スウェーデンの高齢者環境，岡澤憲美・斎藤弥生（編著）スウェーデン・モデル：グローバリゼーション・揺らぎ・挑戦，彩流社，75-98，2016
- 4) 岩淵亜希子：スウェーデン地域包括ケアシステム視察報告，追手門学院大学地域創造学部紀要，3，109-124，2018
- 5) 石橋未来：スウェーデンの介護政策と高齢者住宅～岐路に立たされる高福祉国～ 大和総研調査季報，21，154-169，2016
- 6) 奥村芳孝：スウェーデンの高齢者住宅とケア政策，海外社会保障研究，164，26-38.
- 7) 前掲書5)
- 8) 内閣府：令和元年版高齢社会白書 2019 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/sl_3_1_4.html <2022.1.7. 確認>
- 9) 厚生労働省：人口動態統計 年報 主要統計表(最新データ，年次推移) 第5表 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移2011 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/dl/s03.pdf> <2022.1.7. 確認>
- 10) 福井小紀子：施設看取りが推進される政策動向，訪問看護と介護，25（1），12-19，2020
- 11) 前掲書1)
- 12) 堀江尚子：貧困単身高齢者の生活時間構造の実態と孤独死への対応の検討-生活保護施設退所者自宅への訪問調査分析より-，地域ケアリング，17，50-53，2015
- 13) 藤岡純一：スウェーデンにおける介護者支援 海外社会保障研究，184，4-15，2013
- 14) Kvale, S. 能智正博（訳）：質的研究のための「インタビュー・ビュー」，新曜社，p164，2007/ 2016
- 15) 大谷 尚：質的研究の考え方-研究方法論からSCATによる分析まで，名古屋大学出版会.
- 16) 前掲書14) p164
- 17) 上野千鶴子：情報生産者になる，ちくま新書 2018
- 18) 外務省HP <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/sweden/data.html> <2023.11.7. 確認>
- 19) Uppsala Kommun HP <https://www.uppsala.se/<2023.11.3. 確認>>
- 20) 生活保護問題対策全国会議：生活保護「改革」ここが焦点だ，あけび書房 2011
- 21) 上野千鶴子：在宅ひとり死のススメ，文春新書 2021
- 22) 西下彰俊：スウェーデンの高齢者ケアに関する複眼的理解のすすめ，老年社会科学，33（3），490-498，2011
- 23) 前掲論文4) p122
- 24) 沼澤佐代子・宮本佳代子・須藤礼子：医療者・患者家族の癒しにつながるデス・ケースカンファレンス，看護学雑誌，64（6），534-538，2000
- 25) 宮下光令：明日の看護に生かすデスカンファレンス，看護技術，56（14），1384-1390，2010