

# 高齢者の看取り支援に対する政策的課題

高橋 幸裕

## Policy Issues for the Elderly of End-of-life Care Support

TAKAHASHI, Yukihiro

### Abstract

Positioning of social welfare policy is shaken in the Aging Society, Japan, which was a small production multi-social. Long-term care is growing demand for care services also to penetration of the insurance system, needs have also diversified. However, the shift is beginning to occur and views on life and death of Elderly welfare policy and the Japanese have been the post-war development. Where do the dying, is the divergence to the ideal and reality whether that be greeted has occurred. As a result, the need to diversify not only welfare enhancement of living continues to conventional health, has come to be comprehensive to death. However, it is not sufficient. It of course proceed with construction of enhancement and systems of care services, it is necessary to the construction of a framework that encompasses the death even in law and policy. To continue to mature as a welfare state, it must be kept in mind also that what QOD (Quality of Death) is increased to anywhere that each individual die better, but still sufficient discussion and society, including the social maturity It is a state in which agreement is not formed. In the future, it is necessary to proceed with policy development in the form of comprehensive least death. Only when you realize this, it would not be able to present a new model as the welfare state.

### 要 約

少子高齢社会、少産多死社会となった我が国において社会福祉政策の位置づけが揺らいでいる。介護保険制度の浸透も併せて介護サービスの需要は高まり、ニーズも多様化している。しかし、戦後整備されてきた高齢者福祉政策と日本人の死生観とはズレが生じはじめている。どこで死を迎えるのか、どこで死が迎えられるのかという理想と現実乖離が生じているのである。その結果、多様化するニーズは従来の健康で生き続けるという福祉の充実だけでなく、死まで包括するようになってきた。しかし

ながら、それは十分なものではない。介護サービスの充実や体制の構築を進めていくのはもちろんのこと、法や政策においても死を包括した枠組みの構築をすることが必要である。福祉国家として成熟していくには、各個人がより良く死ぬというQOD（クオリティオブデス）がどこまで高められるのかということも念頭に置かねばならないが、社会的成熟も含めてまだまだ十分な議論と社会的合意が形成していく必要がある。今後、少なくとも死を包括した形での政策的展開を進めていくことが必要である。これを実現した時こそ、福祉国家として新しいモデルを提示することができるのではないだろうか。

#### キーワード

看取り（End-of-life care）

介護（Care）

介護職（Care workers）

法・政策（Law and Policy）

死生観（View of life and death）

QOD（Quality of Death）

## はじめに

人生の最後をどこで迎えたいか、愛する家族が最期を迎えるときはどのような場所で何をしたいか考えたことがあるだろうか。多くの人は年齢が高くなるほど家族の最後に直面し、人生の最後について考える機会があっただろう。

総務省統計局<sup>(1)</sup>によると「高齢者人口は3384万人、総人口に占める割合は26.7%と共に過去最高」、「80歳以上人口が初めて1000万人を超える」と述べているように、高齢者の割合が4人に1人以上となった。もちろん、人口減社会へと突入していることから死はますます身近なものとしてなっている「はず」である。「はず」とつけたのは理由がある。本稿でも示すように、人生の最期を迎える場所は病院死が圧倒的に多く、また核家族化が進展したことによって、家族や身近な人

の死を直接体験する機会が少なくなってしまうからだ。その結果、かつて死は家庭内で当たり前にもみられた現象であり、体験であったにもかかわらず、どこかへ消えてしまった。

その一方で、我が国の戦後の社会福祉政策は1946年の生活保護法から始まったが、特に高齢者福祉においては老人福祉法の制定を皮切りに様々な政策が講じられてきた。いずれも生きる上でよりよい社会を実現するために福祉の充実を目指して整備されてきたものである。そこには「生きる」という大きな前提があった。すなわち、死に直面した者は家庭内で対応されるものであることから、社会福祉政策上その対象の枠組みから除外されていたのである。

では、少子高齢社会、少産多死社会等と形容される我が国が社会福祉政策上抱えた課題とはどのようなことなのかを介護を中心に検討していくことにしよう。

(1) 総務省統計局 <http://www.stat.go.jp/data/topics/topi901.htm> (2016年1月23日閲覧)

## 1. 揺れ動く人生最後の場所

### 1.1. 減少する在宅死、増加する病院死の要因

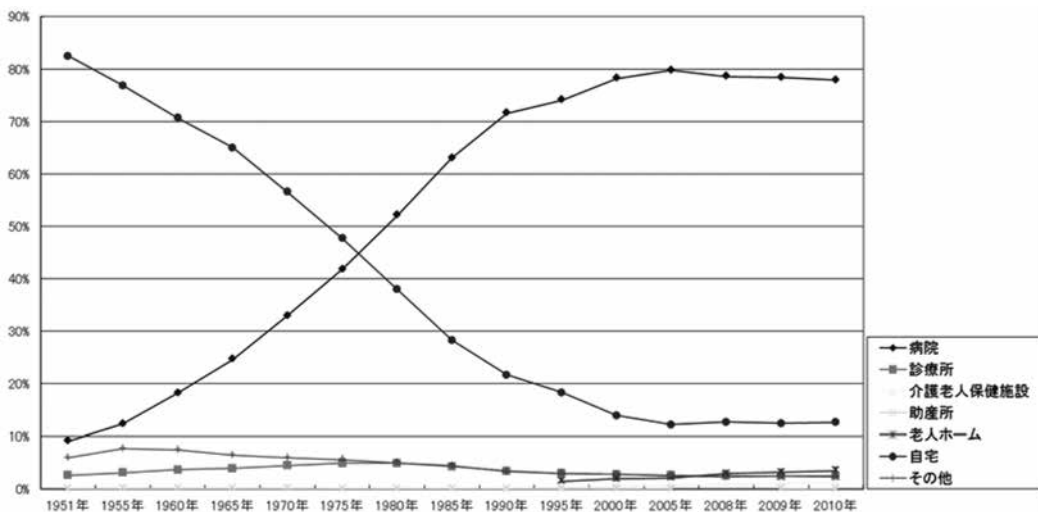
在宅死が減少し、病院死が増加したのはなぜなのか。1951年の在宅死の割合は80%を超えており、自宅で亡くなることは珍しくなく身近なものであった。死は家庭内でありふれたものであり、誰もが経験することであった。しかし、それも過去のものとなってしまった。

2010年に公表された「図1 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移」をみると分かるように、戦後の混乱期から高度経済成長期を経て、現在に至るまで在宅死の割合は減少し続けてきた。また、1951年には在宅死が80%を超えており、病院死は10%以下であった。それが1955年には在宅死の割合が80%を切り、病院死が10%を超えている。その結果、1976年には在宅死と病院死の割合が逆転しており、現在では在宅死と病院死の割合が1955年のそれとは完全に逆転している。従っ

て、死は家庭から消え失せ、誰もが当たり前のものとして経験するものではなくなった。それ故、死は身近なものでなくなり、忌避される存在へと変質していった。

### 1.2. 家制度の廃止と世帯構成の変化

図1でみたように、在宅死と病院死の割合が逆転してしまった要因はなんであろうか。それは社会構造の変化によるものが要因として挙げられる。第二次世界大戦から11年が経過した1956年、経済企画庁は経済白書「日本経済の成長と近代化」において「もはや戦後ではない」と記した。これは1955年の1人当りの実質国民総生産（GNP）が1934年から36年（戦前期）の平均値を超えたことによる。それと同時に日本はアメリカの占領期を経て大きく社会構造が変化した。具体的には国民主権、戦争放棄、基本的人権の尊重を謳った日本国憲法の施行による民主主義国家への転換を初めとして、戦争協力者の公職追放、財閥の解体や農地改革等があるが、家族の在り方についての規定が大きく変わったことが要



(出所) 平成22年(2010)人口動態統計(確定数)の概況人口動態統計年報 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(構成割合(%))をグラフ化

図1 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移

因として挙げられる。1946年の民法改正による家制度<sup>(2)</sup>の廃止がそれである。家制度廃止の結果、「家イデオロギーから近代夫婦家族イデオロギー（個人の自立と男女平等）への転換は、伝統的な家制度に対してきわめてラジカルな衝撃を与えた。<sup>(3)</sup>」ことから、家族間の関係性に影響を与えることになった。

経済水準は戦前期を回復後、高度経済成長期へと入っていくことになる。高度経済成長期は1954年から1973年の間とされているが、この時期辺りから農村から都市への人口流入が進んだ結果、世帯人員が縮小し、核家族世帯が増加する現象がみられるようになった。総務省統計局「国勢調査」、厚生労働省「平成25年国民生活基礎調査の概況」によれば、平均世帯人員は1935年5.02、1950年4.97、1955年4.97、1965年に4.05、1975年3.28となった<sup>(4)</sup>。また家族構成比の推移<sup>(5)</sup>をみると、高度経済成長期を終えた1975年には単独世帯18.2%、夫婦のみ世帯11.8%、夫婦と未婚の子のみの世帯42.7%、単親と未婚の子のみの世帯4.2%、三世帯世帯16.9%、その他の世帯6.2%となっている。このことから分かるように「夫婦と未婚の子のみの世帯」が4割を

超えていることから核家族世帯が増加している。

すなわち、当時の時代背景もあり、死までを包括した介護は家庭で行われるもの、特に嫁や娘が担うものと考えられていたが、女性の社会進出と世帯構成人員の縮小、そして核家族化の進展により、それを担う人員が家庭からいなくなった。

### 1.3. 老人医療費支給制度と医療技術の発展による病院死の増加

上述したように病院死が在宅死の割合を上回ったのは1976年のことであるが、経済発展と家族の在り方の変化だけが家庭から死を消し去った以外にも要因がある。それは老人医療費支給制度<sup>(6)</sup>と医療技術の発展である。前者は1973年に好調な経済成長を背景に導入されたものであった。老人医療費支給制度とは1973年から1982年まであった制度を言い、国として老人福祉法において創設されたものである。対象者は70歳以上の国保被保険者と被用者保険被扶養者（一定の所得制限あり）である。支給内容は医療保険の自己負担金額であり、財源は公費である。この老人医療費

(2) 家制度とは武士階級の家父長制的な家族制度を基に1898年に制定された民法に規定されたもので、戸主には構成要因である家族に対して統率権限（戸主権）と家督相続権が与えられた制度である。

(3) 部落問題・人権辞典「家制度」

(4) 1975年以降の推移として1985年3.14、1989年3.10、1995年2.91、2001年2.75、2007年2.63、2013年2.51となっている。

(5) 厚生省大臣官房統計情報部「厚生行政基礎調査報告」を参照。

(6) 厚生労働白書平成19年度版p.16によれば、「我が国の医療保険制度は、大きく分けて被用者保険と国民健康保険に分かれているが、かつては、加入する医療保険によって保険給付率が異なり、また、主に市町村国保に加入することとなる高齢者は複数の疾患を抱えて長期の療養生活を送ることも多いことから、高齢者の医療費負担をいかに軽減するかが大きな問題となっていた。こうした中で、1969（昭和44）年に東京都と秋田県が老人医療費の無料化に踏み切ったことを契機に、各地の地方公共団体が追随し、1972（昭和47）年には、2県を除いて全国で老人医療費が無料化される状況となった。このような状況を踏まえ、国の施策として1972年に老人福祉法が改正され、1973（昭和48）年から老人医療費支給制度が実施されることとなった。この制度は、70歳以上（寝たきり等の場合は65歳以上）の高齢者に対して、医療保険の自己負担分を、国と地方公共団体の公費を財源として支給するものであった。」と老人医療費支給制度が創設された経緯が述べられている。

支給制度により、病院が身近なものとなり医療が受けやすくなった反面、老人医療費は急増することとなった。

後者については、医療技術は日進月歩で発展している。医療技術の高度化と進歩に伴いこれまで救えなかった命が救えるようになったことが大きい。この医療の高度化は生命をできるだけ維持することを念頭に置いた治療が行われるようになってきたことも含まれる。延命治療が施されている患者の姿を「スパゲッティ症候群<sup>(7)</sup>」と揶揄する言葉まで生まれた。その結果として医療の長期化が進み、病院死が一般的なものとなっていった。見方によれば、生命維持のためにできる限りの治療を行っているように見えるが、治療を受けている本人が延命治療を望んでいるか、病院で最期を迎えたいのかは別問題である<sup>(8)</sup>。

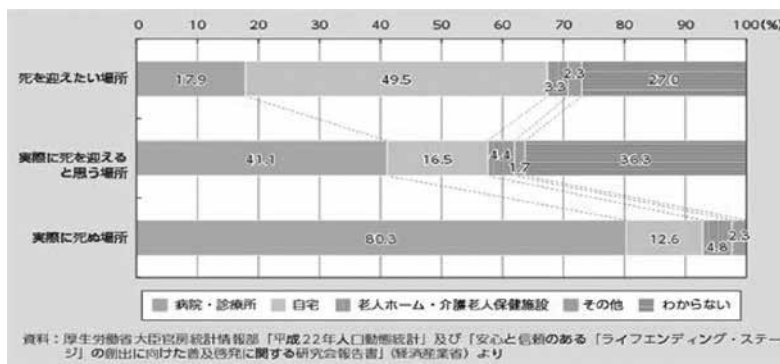
高齢者が医療を受けやすくなる政策が実行されたことと、医療技術の発展による延命治

療が実現したことにより病院死が一般的となり、図1で示したように在宅で死を迎えられる者が少なくなった。

## 2. 日本人の死生観

### 2.1. 最期を迎える場所の希望と現実

上述してきたように、病院死が圧倒的な割合を占める中で日本人が最後に迎える場所としてどこが良いのだろうか。その一例として、我が国では死に対する価値観の一つに「畳の上で死にたい」という考えがある。それは自宅で最期を迎えたいことを意味しており、それが当たり前の時期があった。今日では医療技術の発達と世帯人員の縮小により病院で最期を迎えることが半ば当たり前の状況となっており、自宅で最期を迎えることは非常に難しい状態となっている。また後述するように死の間際は事前に家族等に意思表示をしておかない限り、それが望ましい人生の幕



(引用) 厚生労働白書平成26年度版p.128

図2 最期を迎える場所～希望と現実

- (7) スパゲッティ症候群とは、患者の体に治療や救急処置を行うためにチューブや医療機器の線を取り付けられた状態を指し、その状態がスパゲッティのように見えることを言う。
- (8) 日本医師会は「医の倫理の基礎知識 各論的事項 No34 安楽死と尊厳死の法制化の現状（町野朔（上智大学名誉教授）」）によれば、安楽死と尊厳死に関しては古くからの課題であるとしている。その治療の開始と終了の要件となるルール化等。日本医師会 <http://www.med.or.jp/doctor/member/kiso/d34.html>（2015年12月25日閲覧）



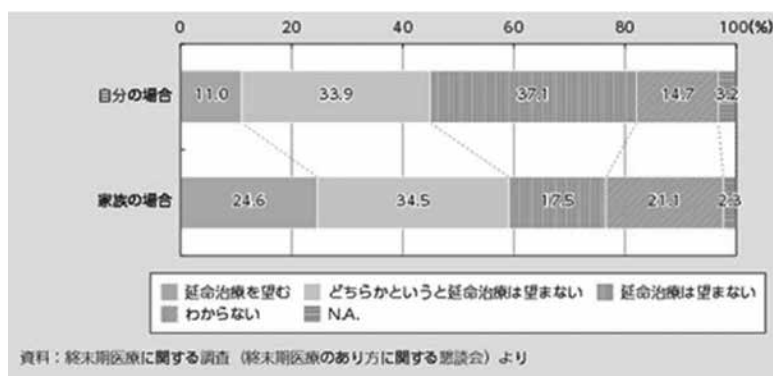
の引き方であるのかは分からない。

そこで我が国で最期を迎える場所の希望と現実について、厚生労働白書平成26年度版に紹介されているので日本人がどこで最期を迎えたいと考えているのかを検討してみる。白書には「第2章 健康をめぐる状況と意識 第4節 死生観<sup>(9)</sup>」というタイトルがあり、「QOD (quality of death)<sup>(10)</sup>」について述べられている。本稿に関係するものとしては「最期を迎える場所～希望と現実」、「死期が迫っている場合の自分／家族の延命治療」、「望ましい最後の迎え方」である<sup>(11)</sup>。

最初に「図2 最期を迎える場所～希望と現実」についてみてみると、死を迎えたい場所は「自宅」が最も多く49.5%と半数近くを占めている。その次に多いのは「わからない」は27.0%となっており、三番目に「病院・診療所」の17.9%となっている。その一方で、

実際に死を迎えると思う場所は「病院・診療所」が41.1%と最も多く、「わからない」が36.3%、「自宅」が16.5%の順になっている。このようなイメージが国民にあるのに対し、実際に最期を迎える場所をみると病院が80.3%、自宅が12.6%となり、老人ホーム・介護老人保健施設が4.8%となっている。つまり、自分が亡くなる場所の希望と実際は相当異なっていることが分かる。また、最期を迎える場所で「老人ホーム・介護老人保健施設」については、それほど大きな乖離がみられなかった。

次に「図3 死期が迫っている場合の自分／家族の延命治療」についてみると自分の場合は「延命治療は望まない」37.1%と最も高い値であった。その次に多かったのは「どちらかという延命治療は望まない」の33.9%であった。「わからない」としたのは14.7%と



（引用）厚生労働白書平成26年度版p.130

図3 死期が迫っている場合の自分／家族の延命治療

- (9) 平成26年度版厚生労働白書（2016年1月10日閲覧）<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/dl/1-02-1.pdf>
- (10) 「死の質」と訳されることが多い。定義は様々なものがあるが、ここでは以下のように定義づけておきたい。QODとは死の直前にある者が個人としての尊厳が守られるだけでなく、残された家族が共に豊かな暮らしを送ることを言う。QODの対象範囲は支援の在り方を初めとして、看取り、送り出し、グリーフケアまでの一連の行為である。
- (11) 平成26年度版厚生労働白書 図2-4-3、図2-4-6、図2-4-7（2016年1月10日閲覧）<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/dl/1-02-1.pdf>

なっている。また、「家族の場合」では「どちらかという延命治療は望まない」が34.5%、「延命治療を望む」が24.6%、「延命治療は望まない」が17.5%であった。

このようにみると、「どちらかという延命治療は望まない」と「延命治療は望まない」の合計は約50%となっている。ここから延命治療についてみると、自分自身はそれを望まないとする者の割合が多いが、家族に対してみればできる限り生きてほしいという考えであることが分かる。

最後に、「図4 望ましい最後の迎え方」についてみてみると、「自分の場合」では「ある日突然苦しまずに死ぬ」を選択した者は60.2%、「多少苦しんでも少しずつ死に向かっていく」とした者は24.3%となっていた。「家族の場合」は「ある日突然苦しまずに死ぬ」としている者が45.7%、「多少苦しんでも少しずつ死に向かっていく」が37.5%となっていた。

このように、自分の最期を迎える場所は「わからない」としたものが多かったが、その手前（死の直前）である延命治療の有無については意思表示（希望）がある程度明確になっていることが分かる。また、自分と家族

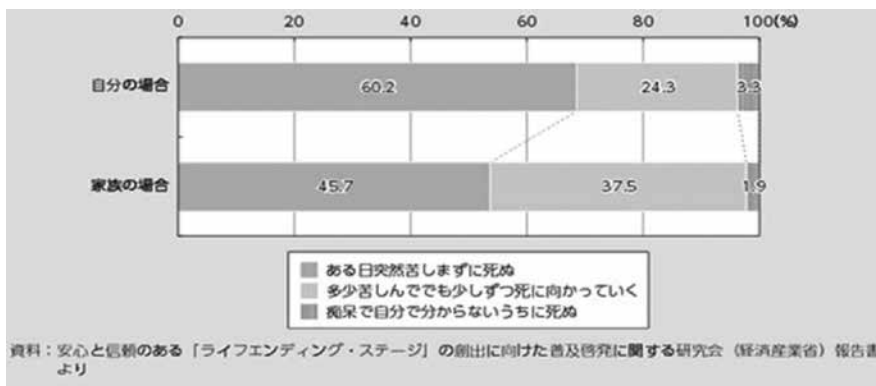
の処遇についても意識の差があることが分かる。病院死が多い時代となっても自分は家族に負担をかけたくない、家族には亡くなるまでできる限り生きてもらいたい（亡くなるまでできる限りのことをしてあげたい）ということが意識にあることが分かった。

これらの意識調査の結果を見ると、死に対する考え方、自らの人生の幕引きの仕方の理想と実態、家族の考え方には齟齬が見て取れる。すなわち、現実問題としてどのように死んでいくのか、死に場所や家族の気持ちを考えると、すべて理想的な形で最期を迎える希望することは難しい。同時に、高齢社会が進展し要介護者が増加していく中で関連する法・政策が現状に追いついていない現状もある。次に、高齢者に関する法・政策について看取り（どうやって自分の望む形で人生の幕引きをしていくのか）がどのように位置づけられているのかを検討する。

### 3. 高齢者に関する法・政策と看取り

#### 3.1 老人福祉法と看取り

日本人の最期を迎える場所と理想と希望に



（引用）厚生労働白書平成26年度版p.131

図4 望ましい最後の迎え方

について確認を行った。では、現在、高齢者福祉に関する法律では、どこまで人生の最後を迎えるにあたっての政策的範囲と実行力について検討することにする。

最初に、高齢者福祉分野で整備された法律は老人福祉法である。老人福祉法は「1961年参議院議員選挙のときに自民党が老人福祉法制定を公約にして勝ったことで1963年に老人福祉法が政府提案として国会で審議され成立<sup>(12)</sup>」した。老人福祉法が制定される過程については上之園（2005）によって詳述されているのでそちらに委ねるが、本法が制定された際の「介護」の概念は家族による在宅での介護が念頭に置かれていた。すなわち、介護における概念は家族、自宅、死が包含されたものであった。

死が包括されているとみなせる理由は、図1にあるように法が制定された1963年当時は在宅で亡くなる割合が7割ほどあり、病院死は2割を超えていなかったことから読み取れる。従って、上之園が指摘するように「法令では一般に用いられるより以前の明治期にさかのぼり、一略一家族機能としての『介護』が変容するのは、介護が社会性をもち展開する転機となった『老人福祉法（昭和38年7月11日法律第133号）』である。その後、『社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年5月26日法律第30号）』で介護を担う福祉専門職と規定され、『介護』は家族介護だけでなく専門性をもつ社会的行為として認められるようになった。さらに、『介護保険法（平成9年12月17日法律第123号）』の制定により保健医療福祉を統合した介護サービスを提供する制度としての『介護』へと介護概念は拡大していく<sup>(13)</sup>」こととなる。今日のような介護と死

に関する概念は、法制定時とは変化していることを念頭に置いておかなければならない。

その上で、老人福祉法にはどのようなことが示されているのか。老人福祉法第一条には法律の目的として「老人の福祉に関する原理を明らかにすること」、「心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置」が謳われている。

#### 老人福祉法

##### （目的）

第一条 この法律は、老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ることを目的とする。

##### （基本的理念）

第二条 老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする。

第三条 老人は、老齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して、常に心身の健康を保持し、又は、その知識と経験を活用して、社会的活動に参加するように努めるものとする。

2 老人は、その希望と能力とに応じ、適当な仕事に従事する機会その他社会的活動に参加する機会を与えられるものとする。

第二条には老人（高齢者）の位置づけを示し、生きがいを持てる健全で豊かな生活を保障されると述べられている。第三条には老人

(12) 中澤「老人保健（2）制度・法・政策」p.1より引用。

(13) 上之園（2005）p.17より引用。



は社会的活動に参加するように努めるものとする」と示されている。

これらの条文を見ると老人の福祉に関する原理、社会的位置づけ、社会的活動に参加するという言葉からわかるように「生きること」を前提とした文言となっている。他の条文を見ても事業及び施設、老人福祉計画、費用、有料老人ホームと言った章立てとなっていることから人生の幕引きをどのようにするか、していくのかまで言及しているところはない。すなわち、老人福祉法には死を迎えることについては概念として包括されていないことが分かる。

また、上述した老人福祉法が改正されて創設された老人医療費支給制度は、その後、1983年に老人保健法として高齢者の健康の保持や医療の確保を図るために、疾病の予防、治療、機能訓練などの保健事業を総合的に実施し、国民保健の向上、老人福祉の増進を図ることを目的として制定されたが、病院死が在宅死を逆転した中においても死についての言及はなされていない。そして、この趣旨を踏襲しつつ発展させることを目的として、2006年の医療制度改革のなかで全面的な改正が行われ、2008年改正法の施行により法律名も老人保健法から「高齢者の医療の確保に関する法律」に改称されているが同様であった。

### 3.2 社会福祉士及び介護福祉士法

介護は家庭内の問題としてみなされてきたが、介護現場における事例研究の蓄積も進んできたこともあり、専門的な技術が必要な行為であるということが明らかにされてきた。介護現場からも専門的資格を求める声が上が

っていたことから1987年に社会福祉士及び介護福祉士法（以下、福祉士法）が成立した。福祉士法は社会福祉士と介護福祉士に関する規定を示している。それぞれの職務がどのように規定されているのかを確認してみよう。

社会福祉士及び介護福祉士法※最終改正：平成二六年六月二五日法律第八三号を記載<sup>(14)</sup>。

(目的)

第一条 この法律は、社会福祉士及び介護福祉士の資格を定めて、その業務の適正を図り、もつて社会福祉の増進に寄与することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律において「社会福祉士」とは、第二十八条の登録を受け、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者（第四十七条において「福祉サービス関係者等」という。）との連絡及び調整その他の援助を行うこと（第七条及び第四十七条の二において「相談援助」という。）を業とする者をいう。

2 この法律において「介護福祉士」とは、第四十二条第一項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者

(14) 現在の条文を提示している。福祉士法に記載されたものはそれぞれ役割が追加されたりしていることを踏まえると、1987年制定時の社会福祉士、介護福祉士の役割は今のそれよりも狭いと言える。

につき心身の状況に応じた介護（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であつて、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という。）を含む。）を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと（以下「介護等」という。）を業とする者をいう。

福祉士法の目的と定義をそれぞれ見ると、前者は「資格を定めて、その業務の適正を図る」と述べられている。では、具体的に指し示す業務とはなんであろうか。それが後者の部分である。社会福祉士は「専門的知識及び技術をもつて、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者（第四十七条において「福祉サービス関係者等」という。）との連絡及び調整その他の援助を行うこと（第七条及び第四十七条の二において「相談援助」という。）を業とする者」としている。

介護福祉士は「専門的知識及び技術をもつて、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であつて、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という。）を含む。）を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと（以下「介護等」という。）を業

とする者」としている。

これらのことから社会福祉士は相談業務、介護福祉士は介護業務と整理することができる。しかし、この文言だけを見るとそれぞれの役割に利用者の死を包括しているのかがはっきりとは分からない。福祉士法制定当時は成立した国も現場で支援する側として死の取り扱いについてはグレーな取り扱いであったと推測できる。

### 3.3 ゴールドプラン、新ゴールドプラン、ゴールドプラン21

福祉士法が成立して2年後、1989年に高齢者福祉政策として示されたのが「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」である。ゴールドプランの策定は福祉士法の成立とほぼ同時期であり、措置制度下にあった高齢者福祉政策において提供する措置内容（サービス）の充実だけでなく、初めてインフラ整備のための具体的数値目標がなされたものであることから、死に関する政策的含意と取り扱いが読み取れる可能性があるので検討してみることにする。

1989年、高齢化のスピードが世界で最も早く進行していたことを念頭において、来るべき高齢社会への対策が進められることになった。ゴールドプランでは「消費税導入の趣旨を踏まえ、高齢者の保健福祉の分野における公共サービスの基盤整備を進めることとし、在宅福祉、施設福祉等の事業について、今世紀中に実現を図るべき十か年の目標を掲げ、これらの事業の強力な推進を図ることとする。<sup>(15)</sup>」として、7つの事業が示された。

ゴールドプランで示されたことは以下の通りである<sup>(16)</sup>。

(15) 厚生省「高齢者保健福祉推進十か年戦略（平成11年度までの十か年の目標）」

(16) ゴールドプランでは、整備すべきインフラの数値も示されているが紙片の都合で割愛する。

- ①市町村における在宅福祉対策の緊急整備  
－在宅福祉推進十か年事業
- ②「ねたきり老人ゼロ作戦」の展開
- ③在宅福祉等の充実のための「長寿社会福祉基金」の設置
- ④施設の緊急整備－施設対策推進十か年事業
- ⑤高齢者の生きがい対策の推進
- ⑥長寿科学研究推進十か年事業
- ⑦高齢者のための総合的な福祉施設の整備

いずれの場合においても人口の高齢化に対応するための事業であり、いかに健康かつ長生きできるために打ち出された政策であることが分かる。特に措置制度下で創設されたゴールドプランは具体的数値を掲げたことに注目をされることが多く、すなわち「我が国は、いまや平均寿命80年という世界最長寿国になり、21世紀には国民の約4人に1人が65歳以上の高齢社会となる－<sup>(17)</sup>」を念頭に置いた政策を打ち出した背景から、死を包括したものとして充分意識が払われなかった。こういったことから、少子高齢社会が進展している中で今後少産多死型社会へと移行することが予想されている中でも政策としては死の在り方については議論されてこなかったとみなすことができる。

また、高齢化のスピードは予想よりも早くゴールドプランは開始5年で見直しをすることとなった。「高齢者保健福祉推進10か年戦略の見直しについて（新ゴールドプラン）」である。そこでは「見直しの基本方向」が3点示されており、一部抜粋する。1つ目は高齢者介護対策の更なる充実を図ることとする

こと、2つ目が各種高齢者介護サービスの基盤整備の目標の引上げ等を行うとともに今後取り組むべき高齢者介護サービス基盤の整備に関する施策の基本的枠組みを新たに策定すること、3つ目が現行高齢者保健推進10か年戦略に係る部分を含め9兆円を上回る規模のものにすると記されている。すなわち、ゴールドプランの内容を踏まえ整備目標値を引き上げることを意味しており、ここでもどうやって最期を迎えるかという点については指示されることはなかった。新ゴールドプランは以下の事業で構成されている<sup>(18)</sup>。

- I 高齢者介護サービス基盤の総合的整備
  - 1 地域における高齢者介護サービスの充実
  - 2 要援護高齢者の自立支援施策の総合的实施
  - 3 痴呆性老人対策の総合的实施
  - 4 高齢者の社会参加・生きがい対策の推進
- II 介護基盤整備のための支援施策の総合的实施
  - 1 高齢者介護マンパワーの養成・確保対策の推進
  - 2 福祉用具の開発・普及の推進
  - 3 国民に利用しやすいサービス提供体制の総合的整備
  - 4 民間サービスの活用等サービス供給の多様化・弾力化
  - 5 長寿科学研究の総合的推進
  - 6 住宅対策・まちづくりの推進
  - 7 ボランティア活動・福祉教育・市民参加の推進

(17) 厚生省「高齢者保健福祉推進十か年戦略（平成11年度までの十か年の目標）」

(18) 新ゴールドプランでは、ゴールドプランより見直しがなされた整備すべきインフラの数値も示されているが紙片の都合で割愛する。

これらの事業の枠組みを見ると分かるように痴呆症（現在は「認知症」と言い換えられている。）に関することが示されるだけでなく、福祉用具の研究開発、民間サービスの利用、住宅対策・まちづくり、ボランティア活動等といったゴールドプランで念頭に置かれていた枠組みを再規定している。しかしながら、「4 高齢者の社会参加・生きがい対策の推進」や「5 長寿科学研究の総合的推進」が示されているのに対してヒトはいつか死を迎えるという視点がここでも欠如してしまっていることが分かる。

そして、新ゴールドプランの実施期間が終わり、後述する介護保険法は1997年に成立し2000年4月に施行を控えた1999年に「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向～ゴールドプラン21～」が策定され、実施される。厚生省によるとゴールドプラン21は「平成12年（2000年）には世界最高水準の高齢化率となる中で、高齢者保健福祉施策の一層の充実を図るため、新たなプランを策定。<sup>(19)</sup>」と記している。ゴールドプラン21は以下のような方向性と施策を有したものであった。

- 1 プランの基本方向
  - I 活力ある高齢者像の構築
  - II 高齢者の尊厳の確保と自立支援
  - III 支え合う地域社会の形成
  - IV 利用者から親裁される介護サービスの確立
- 2 今後取り組むべき具体的施策
  - (1) 介護サービス基盤の整備～「いつでもどこでも介護サービス」～

- (2) 痴呆性高齢者支援対策の推進～「高齢者が尊厳を保ちながら暮らせる社会づくり」～
  - (3) 元気高齢者づくり対策の推進～「ヤング・オールド作戦」の推進～
  - (4) 地域生活支援体制の整備～「支え合うあたたかな地域づくり」～
  - (5) 利用者保護と信頼できる介護サービスの育成～「安心して選べるサービスづくり」～
  - (6) 高齢者の保健福祉を支える社会的基礎の確立～「保健福祉を支える基礎づくり」～
- 3 平成16年度における介護サービス提供量

－略－ (20)

これらを見ると新たに加えられたのは「いつでもどこでも介護サービス」、「元気高齢者づくり」が挙げられる。ゴールドプランからの変遷を見ると、寝たきり老人ゼロから新寝たきり老人ゼロ、元気高齢者づくりという変遷を辿っていることから分かるように、いかに高齢期を健康で健やかに過ごしていくのかということがテーマとして読み取れる。また、これ以前の1983年から日本体育学会によって「PPK（ピンピンコロリ）」という亡くなる直前まで人の手を借りずに生活をするという標語が用いられるようになった。その活動が広められながら、介護が社会問題化したのと併せて生と死の間にある期間が極力縮められようとした。

このように「人口の高齢化によって生じる

(19) 厚生省「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向～ゴールドプラン21～」

(20) ゴールドプラン21では、新ゴールドプランから新たに設定された整備すべきインフラの数値も示されているが紙片の都合で割愛する。



課題として」の社会的制度の整備と拡充であるが、高齢期にある者はいずれ死を迎える、特に高齢者が増加していく状況（亡くなる者が増加していく）にあるという点において政策的対応が講じられていないことは問題であると言える。ゴールドプラン21までの3つの施策を概観する限りにおいては、世帯構成人員が縮小をしている中で家庭機能の低下を十分に考慮しているとは言えない。

### 3.4 介護保険法

社会福祉基礎構造改革により福祉は措置から契約へと転換した2000年4月から介護保険法<sup>(21)</sup>は施行された。介護保険法では施行以来、数回の制度改定と介護報酬の見直しが行われている。最初に、介護保険法の基本理念について確認をしておく<sup>(22)</sup>。介護保険法の基本理念は、1994年7月に設置された「高齢者介護自立支援システム研究会」が公開した報告書に基づいて定められた。

1. 予防とリハビリテーションの重視
2. 高齢者自身による選択
3. 在宅ケアの推進
4. 利用者本位のサービス提供
5. 社会連帯による支え合い
6. 介護基盤の整備
7. 重層的で効率的なシステム

7つの項目が示されているが、これらをかみ砕いてみると、いずれも介護状態とならないようにすること（予防）、自己決定、在宅での生活、利用者が求める支援の実施、地域との連帯、介護サービスの整備と確保、複合

的な無駄のない制度設計といったところであろう。これらは高齢者介護自立支援システム研究会の報告書を基にしたものであるが、どの基本理念も死を感じさせられる要素はあまり感じられない。強いていうなれば、「2. 高齢者自身による選択」と「3. 在宅ケアの推進」であろうか。自己決定でどのように最後を迎えたいのか、その場所が、例えば死を迎える家庭の機能が低下した自宅であるということである。ただし、「3. 在宅ケアの推進」は北欧の高齢者福祉政策と共通するところがあり、脱高齢者福祉施設を目指したものであるので、かなり無理な解釈であることを付記しておく。

では、介護保険法の狙いは一体どこにあるのか<sup>(23)</sup>。

1. 老後の最大の不安要因である介護を社会全体で支える仕組みとする。
2. 社会保険方式により給付と負担の関係を明確にする。
3. 利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス・福祉サービスを総合的に受けられる仕組みとする。
4. 介護を医療から切り離し、社会的入院解消の条件整備を図る。

これらは政策的に老人福祉法による老人医療費支給制度の財政的負担が大きくなりすぎたことと、その後に成立した老人保健法も社会的入院による財政的負担が大きくなったことが挙げられる。そのため医療と福祉を分離しつつ、医療と福祉サービスの一元的に利用できるよう整備し財政的な負担を軽減するこ

(21) 介護保険法は1997年12月17日成立。

(22) 介護情報サービスかながわ

(23) 同上



とに狙いがあった。これらの狙いをまとめると、政策的には対応するサービスが法的に異なっていたことから一元化すること（利便性の向上）、財政的負担を軽減することであると言える。

このようなことが理念と目的とされて成立され、介護保険法は施行された。介護保険法は上述してきた高齢者福祉政策における法制度とは異なる性格を有している。すなわち、高齢者福祉政策の上で初めて死を対象として包括している点である。具体的には制度が始まった2000年から訪問介護において「ターミナルケア加算」が算定可能なものとして位置づけられたのである。あくまでも「訪問看護」としての報酬という位置づけではあるが、高齢者福祉政策上初めて「死」が登場したのである。その後も介護保険制度は5年ごとの制度の改定と3年ごとの介護報酬単価の見直しを行うこととなっていることから、2006年には介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）において「看取り介護加算」が創設された。2009年には介護老人保健施設において「ターミナルケア加算」、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）において「看取り介護加算」が設けられた。そして直近の動向では、2012年の介護報酬改定ではターミナルケア加算要件の緩和が行われている<sup>(24)</sup>。尚、医療保険において在宅ターミナルケア加算が制度として整備されている。

このように高齢者福祉に関する主たる法制度について概観してきたが、現在、死に関連した数少ない仕組みが介護保険制度のターミナルケア加算と看取り介護加算である。さらに言うならば、まだ政策的には死に関する制

度の整備は始まったばかりである。今後の課題として後述するように介護現場の混乱に対応していくために制度の充実と拡大を議論していく必要がある。

## 4. 介護職の養成制度を概観する －訪問介護員養成研修制度・ 介護福祉士養成制度・介護職員 初任者研修－

ここまで高齢者福祉に関する法・政策について検討してきたが、介護職の養成制度においてはどうか。介護職と言っても複数の資格があり、主たるものとして訪問介護員養成研修制度・介護福祉士養成制度・介護職員初任者研修について概観する。

その前に、介護職が誕生した経過を簡単に確認しておくこととする。ホームヘルパーが誕生したのは1952年頃から行われていた長野県上田市に住む中高年女性の活動が最初だと言われている。その活動が地域から認められ、その後、県の事業として発展してきた。それが1956年に制度化された家庭養護婦派遣事業である。その時の職務内容は今日のように明確な範囲をもって行われていなかった。具体的には、家庭養護婦派遣事業の支援対象は多子家庭や産後体調の優れない家庭への支援、独居老人宅の世話、相談相手となるなど幅広いものである。またこれは県の事業として寡婦を中心として採用された。

他方、ホームヘルパーの仕事は最初から看取りを対象とした仕事ではなかった。山田（2005）によって紹介された資料で、1956年4月に作られた「家庭養護事業（ホーム・ヘ

(24) 厚生労働省老健局老人保健課長 宇都宮啓 平成28年2月28日 全日本病院協会講演資料「平成24年度介護報酬改定について」p.36 [http://www.ajha.or.jp/topics/admininfo/pdf/2012/120312\\_1.pdf](http://www.ajha.or.jp/topics/admininfo/pdf/2012/120312_1.pdf)（2016年1月18日閲覧）

ルプ・サービス)のしおり(その仕組のあらまし)」では、家庭養護婦の職務について以下のように説明されている。

「(二) 家庭養護婦とは……

家庭養護婦の仕事は、家庭の母親などのする仕事と同じで、看護婦や助産婦のような専門的な仕事ではありません。然し、この事業がうまく行くかどうかの鍵をにぎるひとですからきれいずきで親切な人であることがひとつです。また安心して外で働ける様な家庭環境の人でなければなりません。家庭養護婦になる手続は近くの民生委員または社会福祉協議会でおたずねください。(原文ママ)<sup>(25)</sup>」

このように家庭養護婦(介護職)の職務範囲は家事と家庭内での問題発生時の支援から出発していることが分かる。つまり、家庭養護婦の職務は家事が中心であり、本来的に家庭に包括されていた死は家族が担うものであると考えられていることから対象とされていなかったと言える。

翻って、本格的にホームヘルパーの養成研修制度が始まったのは、1982年に入職時研修として70時間学ぶ制度が導入されて以降のことである。ホームヘルパーの養成制度は幾度か見直しがされ家庭内の仕事から職業として形づくられていくことになる。介護職の養成はこれまで任用資格である訪問介護員養成研

修課程と国家資格である介護福祉士に大別することができる。前者は制度の見直しが行われ、訪問介護員3級課程は2009年に廃止され、同1級と同2級、2006年から始まった介護職員基礎研修は2013年3月まで行われていた。つまり、2013年3月までに訪問介護員養成研修の各課程と介護職員基礎研修が廃止され、現在の制度は2013年4月から介護職員初任者研修と介護職員実務者研修、そして介護福祉士養成課程へと簡素化されている<sup>(26)</sup>。

そこで、介護職養成に関する目的を確認してみよう。既に訪問介護員養成課程は廃止されているが、同3級の目的は「訪問介護員が行う業務に関する基礎的な知識及び技術を習得すること<sup>(27)</sup>」、同2級の目的は、「訪問介護員が行う業務に関する知識及び技術を習得すること<sup>(28)</sup>」、同1級の目的は「2級課程において習得した知識及び技術を深めるとともに主任訪問介護員が行う業務に関する知識及び技術を習得すること<sup>(29)</sup>」とされており、介護職員基礎研修はホームヘルパーとしてキャリアアップをするシステム(Off-JT)として位置づけられている。現行制度である介護職員初任者研修では「介護に携わる者が、業務を遂行する上で最低限の知識・技術とそれを実践する際の考え方のプロセスを身につけ、基本的な介護業務を行うことができるようにすることを目的として行われるもの<sup>(30)</sup>」としている。そして介護福祉士においては、カ

(25) 山田(2005) pp.184-183

(26) 2013年4月からは介護職員初任者研修が創設され、介護職員養成の入門的な位置づけの制度として導入されている。介護職員基礎研修については改正社会福祉士及び介護福祉士法で導入した介護職員実務者研修の養成体系に一本化されている。尚、2016年度の試験より介護福祉士を受験するためには介護福祉士養成実務者研修の修了が必須となる。

(27) 「介護員養成研修の取扱細則について」p.8より引用。<http://www.3.shakyo.or.jp/hhk/helper/youseikenshu.pdf>

(28) 同上。

(29) 同上。

(30) 高知県 介護職員初任者研修(2015年12月12日閲覧) <http://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/060101/2015063000254.html>

リキュラムの見直しがあり、現在は「人間と社会」、「介護」、「ところとからだのしくみ」の3領域で構成されており、死に関するものは「介護」領域の生活支援技術（300時間の配当）で終末期の介護という事項で学ぶこととなっている。

介護福祉士については1800時間学ぶことになっており、上述の終末期の介護については学習時間を確保することができている。その一方でホームヘルパーの養成時間は1級230時間、2級130時間、3級50時間と学習時間が短い資格についてはどうだろうか。死について学ぶ項目はいずれの課程にもあったが、養成テキストをみると最もページ数が多かったのは1級であった<sup>(31)</sup>。すなわち、上級者（1級）では利用者の死についてカリキュラムとして組み込まれているが、主力とされた2級ではそれを前提とする教育が重視されてなかった。これを踏まえたうえで、我が国では2級と比較して看取りについてより学ぶようになったとはいえ介護職員養成研修課程に切り替わって間もないことや、2級課程修了者が多いことを考えると利用者の看取りについて十分に学んでいる者の数はそれほど多くない。ただ、現在の介護職員初任者研修では訪問介護員養成研修制度のカリキュラムの見直しもあって、利用者の死について学ぶ時間が確保されるように改善されているがそれでも不十分である。

## 5. 看取りを展開する上での課題

これまで検討してきたことを踏まえ、利用者・家族に対する支援と介護職員が抱えている課題について検討してみる。

これまで検討してきたように、我が国では1963年の老人福祉法制定以降、様々な法・政策が実施されてきた。その主眼は高齢者の福祉の充実や高齢化社会（高齢社会）への対応を促すものであった。その後、2000年4月の介護保険法の施行でようやく訪問看護のターミナルケア加算が創設されて看護の側面から死に関することが支援することができるようになった。その後も福祉として看取り介護加算も創設されたが、それでもまだ病院死が多いことを考えると更なる支援策の充実は必要なことである。すなわち、まだ利用者・家族にとって現状は家庭機能の低下や家屋の構造的な問題もあって自宅で最期を迎えたい、看取りたいという希望はあるがそれを実現するに課題があるということである。

では、具体的にはどんな課題が考えられるのか。現状では介護保険制度によるターミナルケア加算や看取り介護加算による介護報酬の上乗せしかない。あくまでもそれは介護事業者側に対しての上乗せ分として支払われるものであることから、利用者・家族側にとって直接メリットを感じにくいものとなっている。経済的な側面についてのメリットを利用者・家族側に提供するということは倫理的に

(31) 訪問介護員1級課程「第2巻介護の展開と技術の向上」pp.267-316財団法人長寿社会開発センター、2009年刊行、同2級「第2巻利用者の理解・介護の知識と方法」pp.261-265財団法人長寿社会開発センター、2009年刊行、同3級「第2巻ホームヘルプサービスの方法」pp.38-40財団法人長寿社会開発センター、1995年刊行、介護職員基礎研修「第5巻 コミュニケーションの技法と介護技術」pp.97-109財団法人長寿社会開発センター、2009年刊行、介護職員初任者研修text.5「Ⅱ 生活支援技術の学習第12節 死にゆく人に関したところとからだのしくみと終末期介護」pp.8-35 ニチイ、2013年のものに記載されていた。

も財政的にも実現困難なことである。従って、当事者としての権利性を法的に明確にするということを議論してもよいのではないだろうか。つまり、どのように最期を迎えるのかを積極的に支援する権利についての文言やサービスを老人福祉法や介護保険法に明示するということである。

これは2013年に発表した社会保障制度改革国民会議の議論を踏まえての提案である。同会議の報告書に以下のようなことが記されている。

「超高齢社会に見合った『地域全体で、治し・支える医療』の射程には、そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることのできるように支援すること—すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた『QOD（クオリティ・オブ・デス）を高める医療』—も入ってこよう。『病院完結型』の医療から『地域完結型』の医療へと転換する中で、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためにも、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要がある。<sup>(32)</sup>」

社会保障制度改革国民会議の議論では、「医療の在り方」について示されたものである。医療の在り方からさらに拡大して、福祉としての視点と在り方についても併せて検討することは必要である。望ましい最後の迎え方についての権利性を法的に位置づけることで、今後、介護保険法の見直しや関連する通知や通達、政策が実施される際にこれまでの

ようないつまでも元気で生き続けられるような前提ではない、より現実在即した福祉体制の在り方に繋がっていくことになる。

他方、介護職自身も支援を実施していくうえで課題があるのだろうか。これはすでに述べたように家庭から死が消えつつあることから、介護職自身が死を経験する機会が得にくくなってきている。そのため、直面する事態に冷静さを維持して対応することが難しくなっている。何よりも養成段階から死について考え体験する機会が乏しい状態で、専門的職業を担う立場として看取りを支援していくことは非常に難しい。

これだけでなく、これまで家庭内で行われてきた看取りが職業として支援するというノウハウも十分に確立しているとは言い難い。それは介護職の職業的特性として低賃金重労働等の理由によって労働者の定着率が他の産業と比較しても低いこともあり、介護現場で培われてきた介護技術の伝承がスムーズに行にくいという要因もある。これは本論のテーマとは関連するが紙幅の問題もあり、別の機会で検討したい。

そして、介護保険制度開始後から制度として始まったチームケアによるノウハウの確立も進めておく必要があるだろう。介護職の専門性は、チームケアに見出すことができる。すなわち、支援するケースに参加する専門職とオーバーラップする領域において共通する知識を身に付けてチームの結節点となることである<sup>(33)</sup>。これを各事例に即して実践の中でノウハウとして体系化していくことが必要である。

(32) 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議 報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」p.32より引用。

(33) 高橋（2015）第4章参照。



## まとめ

本稿で検討してきたように、日本人の死生観は理想と現実と大きな乖離が生じている。同時に、法と政策の持つ前提が時代の変化に対応できずに死を包括しないまま2000年4月の介護保険法施行まで至ってきた。その結果、在宅、施設を問わず介護現場では看取りを望む利用者・家族に対して手探りで対応している。本来的には死は誕生とともに人間にとっての大きなライフイベントである。しかし、看取りは家庭内での問題ということと、少子化対策と言った誕生に対して死はネガティブな要素があることから政策的に目が向けられてこなかった。少子高齢社会となった我が国は今後ますます少産多死社会へと進んでいくことから、政策的な議論を深めていく必要がある。

何よりも看取りの在り方を政策的に実行していくことにはメリットがある。例えば、現状では病院死が約8割であることから、利用者・家族が望む場所（在宅や施設等）への転換を促すことで増大する医療費の削減にもつながる。また、QODの面でも効果が高められ、福祉政策の発展にもつながる。そして、介護職が利用者・家族の一次的に支援する立場であることから職業的発展（専門性の深化）が実現する道筋も描くことができる。

最後に、我が国は高齢社会、少産多死社会の中で政策は今を生きる者と将来生まれてくる者のためだけでなく、死に逝く者をも包括した時代が来たことを理解しなければならない。それを実行していくことこそが新しい福祉国家のモデルとして世界へ提示できると考えている。

## 参考文献・資料

- 上之園佳子「老人福祉法制定過程の介護概念に関する一考察」『社会学論叢』第154号 pp.17-36, 日本大学社会学会, 2005年
- 介護情報サービスかながわ「Ⅰ 介護保険制度創設の背景」（2016年1月18日閲覧）<https://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/riyousha/shiritai/seido/2.html>
- 厚生省「高齢者保健福祉推進十か年戦略（平成11年度までの十か年の目標）」（2015年12月25日閲覧）  
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/souron/17.pdf>
- 厚生省「高齢者保健福祉推進10か年戦略の見直しについて（新ゴールドプラン）」（2015年12月25日閲覧）  
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/souron/20.pdf>
- 厚生省「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向～ゴールドプラン21～」（2015年12月25日閲覧）  
[http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1112/h1221-2\\_17.html](http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1112/h1221-2_17.html)
- 厚生労働省「平成19年度版 厚生労働白書」<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/>（2016年1月23日閲覧）
- 厚生労働省「平成26年度版 厚生白書」<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/>（2015年12月25日閲覧）
- 厚生労働省「平成25年国民生活基礎調査の概況」
- 厚生労働省「2年課程 新しい介護福祉士養成カリキュラムの基準と想定される教育内容の例（案）」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/dl/shakai-kaigo-yousei03.pdf>（2016年1月18日閲覧）
- 厚生労働省老健局老人保健課長 宇都宮啓 平成28年2月28日 全日本病院協会講演資料「平成24年度介護報酬改定について」p.36  
[http://www.ajha.or.jp/topics/admininfo/pdf/2012/120312\\_1.pdf](http://www.ajha.or.jp/topics/admininfo/pdf/2012/120312_1.pdf)（2016年1月18日閲覧）
- 高知県 介護職員初任者研修（2015年12月12日閲覧）  
<http://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/060101/2015063000254.html>
- 高齢者に関する医療保険制度の歴史（2016年1月9日閲覧）<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/9e4def2b4558eb72>



- 49257376000ae297/\$FILE/20071016\_3shiry  
ou3.pdf  
総務省「国勢調査」  
総務省統計局「統計トピックスNo.90 統計から  
みた我が国の高齢者（65歳以上）－『敬老  
の日』にちなんで－1.高齢者の人口（人  
口推計）」[http://www.stat.go.jp/data/topics/  
topi901.htm](http://www.stat.go.jp/data/topics/topi901.htm)（2016年1月23日閲覧）  
袖井孝子「高齢者の終末期ケア－QOLからQOD  
へ－」『生活福祉研究』通巻80号，pp.1-  
10，明治安田福祉研究所，2012年  
シルバー産業新聞「【速報】介護老人福祉施設  
2015年度（平成27年度）介護報酬改定単  
価」[http://www.care-news.jp/  
news/15/\\_2015\\_11.html](http://www.care-news.jp/news/15/_2015_11.html)（2016年1月18日閲  
覧）  
社会保障制度改革国民会議「報告書～確かな社  
会保障を将来世代に伝えるための道筋～」  
[https://www.kantei.go.jp/jp/singi/  
kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf)  
社会保障制度改革国民会議「報告書（概要）～確  
かな社会保障を将来世代に伝えるための  
道筋～」[https://www.kantei.go.jp/jp/singi/  
kokuminkaigi/pdf/houkokusyo\\_gaiyou.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo_gaiyou.pdf)  
高橋幸裕「平成25年度科学研究費助成事業（学  
術研究助成基金助成金）（若手研究（B）：  
課題番号25780362）ホームヘルパーによ  
る高齢者に対する看取りの体制づくりと  
支援のあり方に関する研究（初年度）報  
告書」帝塚山大学心理学部地域福祉学科  
高橋幸裕研究室，2014年，pp.1-100  
高橋幸裕「介護職の職業的発展課題と専門能力」  
2015年3月，帝塚山大学出版会  
中澤港「老人保健（2）制度・法・政策」  
[http://minato.sip21c.org/aginghealth2011-2.  
pdf](http://minato.sip21c.org/aginghealth2011-2.pdf)（2016年1月9日閲覧）  
法学館憲法研究所「とき的话题と憲法『もはや  
戦後ではない』/『国連加盟』」（2015年11  
月7日閲覧）[http://www.jic1.jp/now/jiji/  
backnumber/1956.html](http://www.jic1.jp/now/jiji/backnumber/1956.html)  
部落問題・人権辞典「家制度」（2015年11月7日  
閲覧）  
[http://blhrri.org/jiten/index.php?%A1%F6%  
B2%C8%C0%A9%C5%D9](http://blhrri.org/jiten/index.php?%A1%F6%B2%C8%C0%A9%C5%D9)  
山田知子「わが国のホームヘルプ事業における  
女性職性に関する研究－1956年長野県上  
田市社協『家庭養護婦派遣事業』を中心  
として－」，『大正大学研究紀要 人間学

部・文学部』，第90号，pp.198-178，2005年  
DAIAMOND ONLINE「約8割が病院で亡くなる  
現状から“脱病院”路線へ 変わりはじめ  
た日本人の『死に方』」[http://diamond.jp/  
articles/-/60515](http://diamond.jp/articles/-/60515)（2015年11月7日閲覧）  
Medifax web  
[http://mf.jiho.jp/servlet/nk/release/  
pdf/1226520677451](http://mf.jiho.jp/servlet/nk/release/pdf/1226520677451)（2016年1月18日閲覧）

