

高齢者の終末ケアに関するケアマネジメントの研究

An Investigation in to The Care Management for Terminal Care

佐々木隆志
SASAKI Takashi

はじめに

2005(平成17)年9月15日総務省が公表した日本の65歳以上人口は、2,556万人となり高齢化率は戦後初めて20.0%に達している。この割合は今後も伸び続け、10年後には26%に達することが推測される。男女別では男性1,081万人、女性1,475万人となっている。また各国の高齢化率は、イタリア19.2%(2004年1月)ドイツ18.0%(2003年12月)、フランス16.2%(2005年1月)、イギリス16.0%(2003年6月)となっている。

筆者はこれまで、高齢者の終末ケアについて研究を進めてきた⁽¹⁾⁽²⁾。その結果以下のことが明らかになった。1998年全国の特別養護老人ホーム(以下「特養」とする)を対象とした終末ケアに終末ケア研究から、特養では施設処遇の一環としてサービス利用者の終末ケアについて2つの見解がある。第一に、特養は福祉施設であり終末ケアの実施は難しい点。第二に、特養は家庭生活の延長線上に施設ケアが位置する。それゆえケアの一部にサービス利用者の終末ケアは必然的に課せられた課題であるとした点である。

これら二つの高齢者に対する終末ケアの見方・捉え方は根本的にいくつかの課題がその根底に存在する。その内容を整理してみると5点あげられる。①老人福祉法による特養の機能と役割と終末ケアの課題、②介護保険上による特養の機能と役割と終末ケアの課題、③特養で提供される介護と看護の関係からの終末ケア課題、④特養で提供されるサービス連携からみた終末課題、⑤サービス利用者のニーズと終末ケアの課題。

以上の課題から、本稿では日本の特養とイギリスの老人ホームの終末ケア目標を明らかにし、そのなかからケアマネジメントの有効性を考察してみることにある。

ここで「終末ケア」⁽³⁾とは厚生労働省が示した、ターミナルケアの概念に依拠して用いることにする。但しターミナルケアの概念は、その多くががん患者を対象としていることにケアの特徴があり、本稿では、施設利用者(高齢者)を対象とする。即ち、終末ケアとは施設生活のなかで病状が悪化し通常の介護・看護に加えて特別なサービスニーズを必要としている場合をさし、それらサービス全般のなかで提供される終末ケアマネジメント研究を本稿では考察する。

1. 特別養護老人ホームにおける終末ケアとケアマネジメント

特別養護老人ホーム(以下「特養」と略す)では、終末ケアの実践が可能か否かについての議論は、その前提に法制度からみた施設の機能と役割を分析が必要である。

特養は、老人福祉法第2章「福祉の措置」第11条において次のような規定がされている。「65歳以上の者であって、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、

居宅においてこれを受けることが困難なものが、やむを得ない事由により介護保険法に規定する介護老人福祉施設に入所することが著しく困難であると認めるときは、その者を当該市町村の設置する特別養護老人ホームに入所させ、又は当該市町村以外の…以下(略)」とする。同法により、市町村は必要に応じての措置を規定したものであり、措置のとるべき機関、措置の対象者及び措置の種類ごとの内容について規定している。さらに同法第11条2項2では、葬祭についての措置について規定している。この内容における措置は、老人の生活の安定のためのものであって、福祉の措置の中心的な部分であるといえる。本法制定前では、福祉に欠ける老人に対する措置としては、生活保護法により、老衰のため独立して日常生活を営むことのできない被保険者を養老施設で保護し、生活扶助を行う制度があったのである。しかし、老人福祉法における福祉の措置は、支援体制の整備、居宅における介護等、老人ホームへの入所等の三つをあげており、この内容は、憲法第25条の最低生活の保障という観点から一歩進め、同法第2条及び第3条の基本的理念の具現化したものであり、各種の福祉の措置をとっている。

しかし同法に規定されている内容は、平成12年の介護保険法施行とともに、介護保険によりサービスを優先させ前述したこれらの措置は、市町村が認めた場合、従来の福祉の措置をとることになっている。つまり、要介護認定によるサービス利用の優先であり「福祉の措置」による利用は、市町村が認めた特別の場合に限られている。さて、ここで重要な点は、特養の現行制度下において終末ケアが可能かの考察である。特養の設備及び運営については、厚生労働省令による「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」がある。この基準によると第14条「入所者の処遇に関する計画」では以下のようにになっている。

「特別養護老人ホームは、入所者について、その心身の状況、その置かれている環境、その者及びその家族の希望等を勘案し、その者の同意を得て、その者の処遇に関する計画を作成しなければならない。特別養護老人ホームは、入所者の処遇に関する計画について、入所者の処遇の状況等を勘案し、必要な見直しを行わなければならない。」これらの処遇計画を受け、特養では処遇の方針が以下のように6つあげている。特別養護老人ホームは、「1. 入所者について、その者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の処遇を妥当適切に行わなければならない。2. 入所者の処遇に関する計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して、行わなければならない。3. 特別養護老人ホームの職員は、入所者の処遇に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、処遇上必要な事項について、理解しやすいように説明を行わなければならない。4. 特別養護老人ホームは、入所者の処遇に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という。)を行ってはならない。5. 特別養護老人ホームは、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。6. 特別養護老人ホームは、自らその行う処遇の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。」としている。

つまり特養の入所に際して、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等(介護保険法第7条第18項に規定する指定する指定居宅サービスをいう。)の利用状況等の把握に努めなければならない。」となっている。つまり、前項の入所者の処遇に関する計画については「生活相談員、介護職員、看護職員等の職員の間で協議しなければならない。」(第13条3)と規定している。さらに、「特養の入院必要な入所者のために協力病院を定めておかななければならない。

又、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならないとしている。」としており、施設内における利用者の病状の悪化とその具体的処遇のあり方を示した指針といえる。

また、平成12年4月1日より同法第3章部分に小規模生活単位型特別養護老人ホームの基本方針並びに設備及び運営に関する基準が新たに追加され、入居者一人ひとりの人格を尊重したユニットケアのサービスが進められている。

根元博司⁽⁴⁾は、老人処遇の原則と施設における処遇目標について、次のように述べている。「施設での処遇の原則は、第一に保護・安心観を与えることをあげている。これは依存性が高まっている老年期の人々にとっては、まず必要な保護や安心感が与えられることが大切である。これは終始保護的処遇が必要だという意味ではない。むしろその逆であるが、真に保護や愛情を必要とするときにそれを与えるべきである。それだけで問題が解決する場合もあり、安心感を与えることで、初めて次の段階に進むことも可能になるからである。」さらに根元博司は施設における利用者の死について処遇のなかに位置付け、処遇の終結は死であると述べている。「死まで、あらゆる援助が集中的にも間欠的にも続けられること。老人の援助過程では、ある大きな問題を解決してもまた程なく別の問題が起こるといふことがある。したがって、援助の終了は死ということが多い。しかし、つねに集中的な援助が必要というのではない。指導員がやっていた援助はボランティアに引き継いでもらうことも可能だろう。こうしながらなんらかの形で安らかな死を迎えられるように援助することが、老人処遇における最終的な課題である。」と施設での終末ケアの位置づけを行っている。

つまり施設処遇のなかで最終的な課題として利用者の死があり、安らかな死を迎えられるように援助することが必要だと述べている。次に具体的に特別養護老人ホームでの終末ケアの実施体制について目的、処置方針、実施要領について考察してみる。

2. ターミナルケア実施体制⁽⁵⁾

(1)目的

主治医より重症状態であると診断された入居者に対し、できるだけ行き届いた治療と処遇により、安らかで、かつ、充実した生活が全うできるよう援助する。

(2)処遇方針

- (ア) 原則として静養室に移し、主治医を中心に寮母、看護師、栄養士、生活指導員等でチームを編成して治療、処遇にあたる。
- (イ) 上記担当チームを中心に他の寮母、施設長、外部講師（宗教家）等が加わって「ケース検討会」を実施して基本的な処遇方針を策定する。
- (ウ) 対象者の身体的、精神的、社会的、宗教的ニーズを把握し、これに対応した措置、処遇に努める。
- (エ) 対象者の変化、これに対する措置、処遇結果を記録し、担当チームその他関係者において随時ケースカンファレンスを実施する。
- (オ) 家族等との連繋を密にし、ターミナルケアへの主体的参加を促し、あるいは家族等が当面する諸問題の解決を援助する。

(3)チームの編成と担当分野

- ┌ 治療および生理的・身体的ケア…医師・看護師等
- └ 生活介護および心理的ケア………介護職員・給食係

総括 } 経済的および社会的ケア
 (主治医) } 家族・他入居者との関係調整……生活指導員・寮父母等
 } 精神的小および宗教的ケア……施設長・外部講師 (宗教家等)

尚この施設では、昭和59年度中に関連施設や病院と連携し、10回にわたってターミナルケア合同研究会を開催し研究協議を実施している。そのなかで前述した「ターミナルケアの実施」体制を確立し、ターミナルケアの実施要領を8項目あげている。その中からターミナルケアの対象者、当園介護職員及び基本的処置方針の部分では、次のようになっている⁶⁾。

①ターミナルケアの対象者は、主治医 (当園では前記長岡寮育園および隣接している協力病院田宮病院の医師5名が、100名の入居者を分担して、健康管理及び診療にあたっている)が重症段階にあると診断された入所者とした。重症段階というホスピスなどで用いられるターミナルステージよりも広い概念を用いたのは、入所者のいずれもが、老・病・死と隣り合っている高齢者であること並びに前述のようなターミナルケアに対する考え方に基いている。重症段階にあると診断された者に対しては、原則としてナースステーション (寮母および看護婦詰所)に近い静養室に移して処遇する。ただし癌などで病名告知ができず、かつ、本人がこれを感じることが以後の治療などに支障をきたす場合、または本人の希望や担当寮母・同室者との人間関係などから静養室への移動が好ましくない場合には、そのまま従前の居室においてターミナルケアを実施する。なお各室とも、ベッドごとにカーテンを用いて個室性を確保することが可能である。

②当園寮母は居室担当制 (1室4名を原則)をとっているが、ターミナルケアについては上記のようなチームを編成して処遇などにあたる。チーム編成にあたっては、ケースの特殊性に応じ、たとえば食事療法を用いる場合には、栄養士を加えたり、宗教的あるいは信仰上の問題のある場合には、施設長や部外の宗教家が参加することがある。

③基本的な処置方針は、最初の、全体による「ケース検討会」での討議を経て策定するが、ターミナルケアが長期にわたりあるいは重大な変化が生じた場合は、随時開催して方針の修正、変更にあたる。

以上みてきたように、この特養は開設4周年目から施設での終末ケアへの援助について積極的に取り組んでいる。

次に特養における終末ケアニーズについて筆者が施設職員に対して行ったインタビューからKJ法分類により主要なものを整理すると次のようになる。

- ①終末期を迎えた方に対する介護計画
- ②病氣と死について治らない病氣を抱えている入居者への対応と言葉がけ
- ③本人 (利用者) も家族も安心して旅立てるような施設づくり
- ④人の死に対して不慣れなため、職員は恐怖感がある
- ⑤終末期における病態、症状に合わせた段階的な介護援助
- ⑥終末期では医療的ニーズが高くなるので、心のこもったケアの実践
- ⑦他の施設では、終末期の基準をどのように設定しているか。

3. イギリスの老人施設における終末ケアとケアマネジメント

イギリスにおける保健福祉サービスは、戦後から一貫して保健医療サービスは国営のNHS (国民保健サービス)で行われており福祉サービスでは地方公共団体を中心とした対人社会

サービスであり税方式により運営されている。高齢者サービスでは、在宅ケアと施設ケアに分類され、前者は、ホームケア地域看護、デイケア、私的ケアサービス、給食サービスがある。後者では、老人ホーム、ナーシングホーム及び病院がある。老人ホームは一般にレジデンシャルホームと呼ばれるものであり、日常生活に支障がある高齢者が対象となっている。ナーシングホームでは、医療的ニーズが高い高齢者が対象になっている。

ここでは、前掲したように日本の特養機能、役割、処遇方針がイギリスの施設ではどのようなになっているか、その機能・役割と処遇方針の関係性について考察してみる。イギリスの高齢者施設終末ケア研究では、松井二郎、小田兼三らの研究がある。

松井研究⁷⁾では、英国・保健社会保障者が公表した『施設ケアの実践綱領—英国の社会福祉施設運営基準—』(1984年)を翻訳し施設での死のケアについて以下のように述べている。「施設が死ぬまでのケアをはっきりとうたっている場合、そして終末ケアを提供することが実際に必要であり、かつ職員のあいだに終末ケアに必要な技術について十分な理解と一致が得られれば、終末ケアは提供されるべきである。終末ケアを行う際、地域看護サービス、一般開業医、そして必要ならばホスピスの訪問看護婦といった専門家の適切な援助を活用することは非常に重要であって、このことはいくら強調しても強調し過ぎることにはならない。ホスピスでの専門的なケアによらなくてもすむ場合や居住者がホスピスでのケアを特に望まないような場合、施設にいながら地域看護サービス、一般開業医ホスピスの訪問看護婦等のサービスを利用することは居住者に自分達は死ぬまで現在の施設に在ることができるといふ安心感を与えることができる。集中的なケアないし終末ケアは居住者の自室において行われるべきであり、居住者に“死期の近いこと”を結び付けて考えさせてしまうような特別の看護室で行われるべきでない。死につつある人の身体的および情緒的なニーズを満たすためにはさらに多面的なケアが必要となるが、居住者は身体的および精神的にもできる限り快適な状態でケアされるべきである。これらのケアについては、ホスピスないしは病院の方がより適切な場合がある。終末ケア、葬儀等についての居住者の希望は早い段階に非公式に確認されていることが望ましいが、それらがなされておらず、居住者が自分の死を自覚して場合には、これらの事柄について希望を表明する機会が居住者に与えられるべきである。居住者から依頼された場合あるいは必要と判断される場合、しかるべき宗教の聖職者との連絡がとられるべきである。

居住者の死が間近いことが親類縁者に知らされるべきであり、また身内の人が居住者のそばに付き添いたいと希望すれば、それがかなえられるようにすべきである。身内の人が胸中の感情を施設の職員に吐露できるようにすることが大切であり、職員はこのことを十分に認識して必要な援助を与えるべきである。職員はこれらの援助を遂行する過程で、施設の外部からの援助を必要とすることもある。職員は居住者が亡くなった後に行うべき一連の手順について知っておくべきであり、居住者が亡くなったことはたとえ居住者が施設の外のどこかで亡くなったとしても、厳粛かつ思いやりあるしかたで他の居住者に伝えられるべきである。故人およびその家族の意向と同時にそれぞれの地域的、文化的慣習に対して十分な配慮が払われることも大切であり、このことの中には故人となった仲間と最後のお別れする機会を居住者に与えるなどが含まれる。

居住者の死後、居住者の財産に関してさまざまな問題が生ずることもありうる。事業主は遺言書が正式に検認されるまでの間、財産を管理する人は誰であるかを知っておくべきである。遺言書の検認までの間、財産を管理する人が誰であるかの情報は早い段階で入手されるべきで

あり、居住者に関するひとりひとりの記録のなかに記載され、定期的を確認されるべきである。」

小田研究ではイギリスの高齢者施設の実践綱領“A Better Home Life: A cord of good practice for residential and nursing home care” (1996年) を1999年翻訳し出版している⁽⁸⁾。この「ホームライフ」は、全11章から構成されており、第10章では終末期と死について詳細に述べている。このはじめにの部分では、「居住施設内で暮らす入所者にとって、生活の質(QOL)と同じ程度に重要なことは、死にゆく過程でのケアである。」と終末期ケアについて位置付けている点では極めて意義深い。また、この終末期ケアについて、「10-2 施設入所者の死、10-3 利用者の表明する希望、10-4 事前計画、10-5 終末期、10-6 死を迎える場所、10-7 ホスピスと病院、10-8 親族の関与、10-9 他の入居者、10-10 スタッフの関与、10-11 死、10-12 葬式、10-13 死別、10-14 正式な事務上の申し合わせ事項」となったおり、施設入所者の死について入居から、死亡、退所までそのサービスのあり方が詳細に述べられている。即ち、この要領は日本の特養における先に述べた施設の設備および運営の基準に類似するものである。このイギリスの「指針と実践の手順」によれば、「終末期と死の問題を取り扱うには、非常に細やかな配慮が必要である。すべての居住施設は、明確でわかりやすく、しかもすぐに使用できる指針の作成に努めるべきである。その指針には、生前の生活の質、死が予期されるとき計画、そして入居者の死後に必要となる実用的・法的要件について記されていないといけない。特に、次のような事項について、配慮が必要である。」と述べている。

- ①身体的・医療面、そして看護面のケア（特に、心のやすらぎや痛みの軽減に関するケア）
- ②宗教的・情緒的側面
- ③文化的・宗教的信念とその実践
- ④死に関する法的問題、及びその他の手続き
- ⑤親族や友人との関わり
- ⑥施設の共同生活と他の入居者との関わり
- ⑦スタッフへの支援

一度作成した指針は、入居者・家族・友人が最初に施設を訪問したときに、手にすることができる情報資料の中に、記されていないといけない。

松井、小田らの研究から、イギリスの高齢者施設における終末ケアの在り方については、その実践の要領について詳細に記されていることが確認された。さらに、イギリスでは、日本の介護保険施行10年前に既にケアマネジメントが導入されている。このケアマネジメントの特徴として、アセスメントの見直しを特に重視している⁽⁹⁾。さらに、経験豊富な経験を有するワーカーがアセスメントを行う必要性についても指摘している。

以上の先行研究から、サービス提供の基本はアセスメントが重要であり、アセスメントレベルを特定し、ニーズ評価を行い、ケアプランが作成され実施される過程となる。また、モニタリング（監督）とレビュー（見直し）が高齢者の施設処遇には極めて重要であり、終末ケアのマネジメントの必要性が必然的に生じてくる。

そこで、次にケアマネジメントの概念を明らかにし、終末ケアとの関連性・有効性について考察してみる。

4. 終末ケアにおけるケアマネジメント有効性

ケアマネジメントの定義は、白澤政和が引用しているジョンソン (Peter Johnson et al.) ら

の定義がある⁽¹⁰⁾。その定義によれば「ケースマネジメント・アプローチの基本原則は、一人のワーカーであるケースマネージャが、要援護者と複雑なサービス供給システム (delivery system) を結び付け、要援護者が適切なサービスを受けられるよう確保する責任を持つこと」としている。その社会資源の活用では、既に介護保険のケアプラン作成で使われているインフォーマルサービスとフォーマルサービスがある。つまり、このサービスの提供に関しては、ケアマネジメントの内容そのものが重要であり表1よりみてみる。

特にこのなかで、デビッドはサービス提供者の力量を指摘している。四者に共通している点は、サービスネットワークを組織化し、調整し、維持強化しサービスの質を高めていくこと

表1 ケースマネジメントの内容

病院認定に関する合同委員会 ¹⁾ (1976)	Leonard E. Gottesman et al. ²⁾ (1979)	Abraham Monk ³⁾ (1985)	David P. Moxley ⁴⁾ (1989)
①アセスメント——クライアントの現在のまた、潜在的な長所、短所、ニーズを決定	①クライアントの現在の機能に関する広範囲の基準化されたアセスメント	①信頼できる方法で、保健、心理社会的状況、経済、環境、社会的サポートの領域を含めた包括的アセスメント	①アセスメント——クライアントのサービスへのニーズ、社会的ネットワークの力量、ヒューマン・サービス提供者の力量
②プランニング——求められている活動と連結するよう、個々の消費者に対して特定のサービス計画を開発	②明確化されたクライアントの問題、達成されるべき目標、求められるサービスについて、ワーカー・クライアント間での合意による記述されたサービス計画	②記述されたサービス計画	②包括的なサービス計画の開発
③リンキング——個人をフォーマルおよびインフォーマルなケア提供システムでの求められているすべてのサービスに送致 ④アドボカシー——個人のために公正を保障するよう取りなす	③計画されたサービスを手配する活動	③サービス・システムとの連結	③クライアントに、あるいはクライアントに影響を与えるシステムへの介入
⑤モニタリング——消費者の変化についての継続的な評価	④サービスが開始されたことの確認のためのフォローアップ ⑤クライアントの機能を再検討するための定期的な再評価と現状のニーズに合致するサービス計画やサービスへの変更	④ケースの再調査と定期的な間隔でのモニタリング ⑤計画の変更	④モニタリング ⑤サービス計画やその実施状況についての効果の測定

(注) 1) Joint Commission on Accreditation of Hospitals, *Principles for Accreditation of Community Mental Health Service Programs*, Joint Commission on Accreditation of Hospitals, 1976.

2) Leonard E. Gottesman et al., "Service Management—Plan and Concept in Pennsylvania" *The Gerontologist* Vol.9 No.4, 1979.

3) Abraham Monk, "The Practice of Community Social Work with the Aged." in *Theory and Practice of Community Social Work* edited by Samuel H. Taylor, Columbia University Press, 1985.

4) David P. Moxley, *The Practice of Case Management*, Sage publications, 1989.

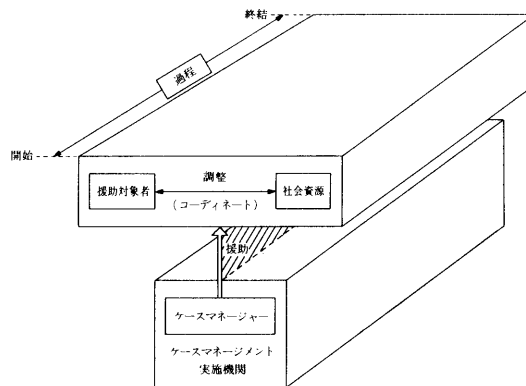
(出典：白澤政和『ケースマネジメントの理論と実際』中央法規出版、1992年、p12。)

にある。すなわち、いくつかの定義が存在するがケアマネジメントはサービスの調整と強化等の調整が重要である。

以上のケアマネジメントの構成要素と終末ケアとの関連についてさらに分析してみる。

ケアマネジメントの構成要素として、「援助対象者」「社会資源」「ケアマネジャー」の三者があり、終末ケアに置き換えると、このマネジメント体制では、「サービス利用者」「施設職員」「サービス管理者」の関係が生まれる。その終末ケア体制では、終末期にある高齢者のニーズをいかに把握し、質の高い終末ケアが可能になるかが問われてくる。

これらの先行研究では、近藤克則らの「在宅のターミナルケア」(2003)の研究がある。この研究から、家族の終末ケアについての満足度が高い程、質の高いサービスが提供されていることが証明されている。すなわち、終末ケアの福祉ニーズ、医療ニーズ、家族のニーズ、利用者のニーズ、その他のニーズをケアマネジャーらが把握し、従来のケアマネジメントに加えて、「終末ケアマネジメント」の必要性がさらに必要となると筆者は考えている。イギリスの高齢者施設の実践要領について、筆者の実態調査から終末ケアマネジメントが既に導入されているレジデンシャルホームもある。



(出典：白澤政和『ケースマネージメントの理論と実際』中央法規出版、1992年、p13。)

図1 ケースマネージメントの構成要素

おわりに

本稿では、日本の特養及びイギリスの高齢者施設の管理・運営体制と終末ケアのあり方について分析し、そのなかでケアマネジメントの必要性について考察してきた。また、在宅のケアマネジメント研究では、副田あけみ研究⁽¹¹⁾がある。これらの先行研究から、終末ケアのケアマネジメント研究は既に部分的に一部の研究者により進められている。

筆者の今後の研究予定として、施設の立地条件により、終末ケアのあり方は大きく異なる部分があり、さらに重要な要素は筆者のこれまでの研究から、施設の理念のなかに「終末ケアマネジメント」をどう位置づけるか、そのなかで福祉と医療をどう連携させるかが課題であるように思われる。また、その要素と施設サービス計画との関連性である。それゆえ社会福祉基礎構造改革に示す、利用者の立場に立った援助体制の確立と質の高いサービスの実践は、その前提に介護の延長線上にある利用者の普遍的課題である死について、どのように捉え、取り組んでいくかが課題である。

(注)

- (1) 佐々木隆志『日本における終末ケアの探究－国際比較の視点から－』単著，210頁．中央法規出版，1997年2月．（平成8年度文部省科学研究費「研究成果公開促進費」〔課題番号：82036〕
 - ・佐々木隆志「日本の保健・医療・福祉の各領域別における老人の終末ケアについての考察」1997年3月，弘前学院大学・短期大学紀要，第33号11-23．（平成8年度文部省科学研究費，基盤研究(C)〔課題番号07610219〕
- (2) Takashi SASAKI “An Investigative Study of End-stage Care In Japan From the Perspective of International Comparison”．
平成10年度文部省科学研究費補助金「研究成果公開促進費」特定学術図書（1010008）
- (3) 終末期医療に関する調査等検討会編『今後の終末期医療のあり方』中央法規出版，2005年．
- (4) 全国社会福祉協議会老人ホームにおける入所者，処遇に関する研究会編『老人ホーム処遇論』全国社会福祉協議会，1981年，p39～43．
- (5) この「施設での終末ケアへの援助」は，こぶし園（新潟県）の実施例である．具体的内容については以下の文献を参照のこと．全国社会福祉協議会老人福祉施設協議会編『老人のターミナルケア』全国社会福祉協議会，1986年，p15～17．
- (6) 全国社会福祉協議会老人福祉施設協議会編『老人のターミナルケア』全国社会福祉協議会，1986年，p15～17．
- (7) “HOME LIFE : A CODE OF PRACTICE FOR RESIDENTIAL CARE” 英国・保健社会保障省高齢問題政策センター『施設ケアの実践綱領－英国の社会福祉施設運営基準－』松井二郎訳，響文社，1985年，p46p47．「2・7・5・死ぬことと死」より引用．
- (8) 高齢政策センター編，小田兼三，他，訳『高齢者施設ケアの実践綱領－イギリスの高齢者居住施設とナーシングホームの運営基準－』学苑社，1999年，p151～162．
- (9) 日本福祉大学福祉社会開発研究所主催，公開国際シンポジウム「ケアマネジメントの日英比較介護保険政策の多面的評価」『資料集』p8，デイビッド・チャリス教授の講演による．2002年3月10日，中京大学名古屋学舎にて開催．
- (10) 白澤政和『ケースマネジメントの理論と実際』中央法規出版，1992年，p10．
本書では，ケアマネジメントの理論を整理し，その必要性，過程，及びケアマネージャーが活用する社会資源，ケアマネジメントにおける家族の位置などについて詳細に論述されており，本書の企画刊行により，厚生労働省にケアマネジメントの必要性について啓蒙した部分はかなり大きいといえる．さらに本書は，日本におけるケアマネジメントが導入される大きな契機となったのである．
- (11) 副田あけみ『在宅介護支援センターのケアマネジメント』中央法規出版，1997年．

※本研究は、『平成17年度文部科学省科学研究費補助金〔一般研究(C)(2)〕（課題番号：16530391）』の研究助成を受け進めているものであり〔研究課題：高齢者の終末ケアに関するケアマネジメントの研究 研究代表者 佐々木隆志〕本稿はその一部である。