

公益財団法人 明治安田こころの健康財団

2017 年度研究助成事業

訪問介護現場における利用者本位の看取りを
実現するための支援体制構築に関する研究
- 自宅での看取りを促進するための
多職種連携に基づいたモデル構築に向けて -

報 告 書

2018 年 7 月

尚美学園大学総合政策学部総合政策学科

専任講師 高橋 幸裕

1. はじめに

超高齢社会となった我が国では、社会のあり様について大きな変化を求められる時代に突入した。振り返れば、高度経済成長期には家族のあり方が大きく変わった転換点でもあった。それは農村部から都市部への若者の流入が始まり、そこで仕事も生活もするようになった結果として核家族が形成されるようになった。三世代家族の減少と核家族の増加だけでなく、医療技術の発展と医療機関へのアクセスが整備されてきた結果、家庭から死が消失してしまった。人口動態統計を見ると、1976年には在宅死と病院死の割合が逆転している。それから40年余りの時間が過ぎた中で、再び死について考えなければならぬ時期がやってきた。

介護保険制度が始まった2000年4月、我が国の高齢者福祉政策において初めて死を包括した制度が導入された。ターミナルケア加算である。その後、看取り介護加算も制度化される等して、人生の幕引きのあり方に関心が払われるようになりつつある。そこで疑問となるのが、利用者（高齢者）の最期を担う専門職（介護職、福祉職、看護師）はどこで死に向かう利用者へのケアを学んだのだろうか。事業所もどこでそれを方針として定め、位置づけてきたのであろうか。それだけでなく、例えば、介護職の場合、家族を看取った経験が減少する時期である1970年代に生まれ育ってきた者が主力となっているが、死に直面する利用者に向けて何をすればよいのか等、的確な対応することが可能なのだろうか。疑問は尽きない。

そこで本研究プロジェクトでは異なる専門職が多職種連携をしながら死を包括した支援がなされている中で、その前提となる基盤はどのようにして形作られてきたのかを明らかにすることを目指した。医療機関とは異なり、訪問介護現場、訪問看護現場における死を包括したケアの歴史は始まったばかりである。今回の調査研究では、多くの看取りの経験を有した専門職、事業所に聞き取り調査を行った。どのような経験を有しているのか、どのような経過に基づいて現在の支援を行えるようになったのかをお話ししていただいた。

本研究の狙いは、現在、ターミナル期の利用者と家族を支える立場である専門職、事業所がより体制の強化を図る一助となってもらえることばかりではない。それは将来的にターミナルケアの提供を考える専門職、事業所がどうすればそれが実現できるのかを考える指針になることを願っているからである。この二つの狙いがターミナルケアを担う人たちの微力になれることを心より願っている。

最後に、本研究は社会福祉、社会政策におけるターミナルケアという新しい領域での開拓的な試みである。いつか自分が最期を迎える時にどのような支援が望ましいのかを考える機会にもなってほしい。人生を「生ききる」ためにも多くのご意見とご批判を頂戴し、より良いターミナルケアのあり方を模索していきたいと考える。

2018年7月31日

尚美学園大学総合政策学部総合政策学科

専任講師 高橋 幸裕

2. 本研究事業の概要

1) 研究事業助成元

公益財団法人 明治安田こころの健康財団

2) 研究目的（研究計画書より抜粋）

2015年時点で人口の高齢化率が26.7%となり、特に医療依存度の高い高齢者は増加傾向にある。厚生労働省が2017年3月27日に公表した「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」によれば待機者は36万6000人となっている。これは自宅での生活（世帯機能の縮小・低下）に不安を覚えたことから、入所を希望した結果である。

同時に、高齢者は死をどう迎えるのかを考える時期にもあるが、世帯人員数の縮小、核家族化といったことを背景に自宅で看取りを希望しても物理的に家族だけでは困難な状態となっている。そこで求められるのは訪問介護員、介護支援専門員、医師、看護師等の専門職が連携しながら看取りまでの終末期介護を包括的に行うことである。

しかしながら、特に訪問介護員や介護支援専門員等の非医療職は「死」について養成段階から専門的知識を十分に学んでいないが、介護労働安定センターや日本ホームヘルパー協会等が看取りからグリーフケアまでを包括した研修が全国で広がりつつある。

そこで、本研究は看取りを求める高齢者に対してどのような体制づくりを構築することでよりよい支援を提供するための要因を明らかにし、モデル化することを目指している。多様なニーズと異なる住宅環境がある中で終末期介護の基本となる要因を示すことで、看取ることができない、看取ってもらいたい場所が定められないといった社会問題を解決するために訪問介護現場に携わる専門職への聞き取り調査を行う。

3) 調査研究手法

(1) 調査実施地域

東京都、埼玉県、千葉県

(2) 調査対象者

調査実施地域の都市部及び農村部に所在する事業所

①訪問介護事業所

②居宅介護支援事業所

③訪問看護ステーション

専門職（兼事業所代表者／責任者）

- ①介護職：ホームヘルパー／介護福祉士
- ②福祉職：介護支援専門員
- ③看護職：看護師

(3) 調査対象者の選定方法

研究テーマを「訪問介護現場」と掲げていることから、地域性を考慮する必要があった。そこで都市部と農村部に分けることにした。例えば、東京都であれば都市部を23区、農村部を多摩地区に分けた。但し、多摩地区でも立川市等の周辺地域は商業地もあることから、対象地域として外し比較的農村部の要素が強い市町村を選んだ。埼玉県や千葉県においても同様に各県でも県庁所在地、中核市等、県内において中心的な地域を都市部、それ以外を農村部として位置づけた。その上で、調査実施地域の介護事情に詳しい日本ホームヘルパー協会会長の青木文江様に相談の上、各都県の都市部、農村部に所在をする事業所に調査依頼を行った。

(4) 調査方法

半構造化面接法による聞き取り調査（インタビュー）を行う。

- ①人数：18事業所
- ②実施形態：原則1対1、60分を限度として半構造化面接法を用いて行う。
- ③調査実施の準備：調査の趣旨と依頼文、調査の同意に関する書類を作成する。
- ④実施方法：調査実施前に再度趣旨と倫理的配慮、遵守事項等を説明し、調査協力者には承諾書を書いてもらう。記録は調査協力者の許諾を得た上で音声録音する。
- ⑤質問は「事業所に関する質問」と「専門職に関する質問」に分けて聞き取りを実施する。

(5) 質問項目

調査対象者に対し、以下の内容について質問項目案としてそれぞれ設定する。

事業所に関する質問

- ①事業所として、ターミナルケアを提供するためにどのような判断と経緯があったのか？
- ②ターミナルケアに対応するための準備の際、問題点や体制の変更はあったのか？
- ③ターミナルケアを実施するための人員確保はどのようにしているのか？
- ④利用者本人や家族に対してターミナルケアに関する説明は、いつ、どこで、どのような方法で行っているのか？
- ⑤事業所としてターミナルケアに関して、すべきことがあるとしたらどのようなことか？

専門職に関する質問

- ①ターミナルケアを希望する利用者や家族に対して、専門職（自分自身）はどのような役割があると思うか？
- ②ターミナル期にある利用者のケアを行う際、他の職種との連携はどのように行っているのか？
- ③異なる住居環境や人間関係等のため、ターミナルケアの難しさは感じることはあるか？
- ④ターミナル期にある利用者、家族に対するコミュニケーションの難しさはどのような時に感じるのか？
- ⑤専門職の役割を果たす上でどのような条件や内容が満たされれば、よいターミナルケアになると考えるのか？

(6)分析方法

- ①データ処理方法は得られたデータを文字化し、テキストマイニング法にて処理する。
- ②処理されたデータは、事業所に関するデータ、専門職に関するデータとして分けて分析する。特に後者のデータは職種ごとに分けて分析をする。
- ③分析は数量的に表したものの、言説から内容を整理したものとした。

4) 本報告書の位置づけ

本報告書は、社会政策、とりわけ高齢者福祉政策では十分に議論がされてこなかった「死」と「多職種連携」を取り扱っているところに特徴がある。特に高齢者福祉政策において近年、死を包括した支援のあり方に注目が寄せられるようになった。しかし、介護現場における現状と課題について検討されることが主眼であり、その前提となる視点が欠如していた。それはターミナルケアを担う上での基盤がどのように整備されてきたのかである。既にターミナルケアを実施している事業所がどうやってサービスとして提供可能な状態まで辿り着いたのかを明らかにすることにより、今後ターミナルケアを提供しようとする事業所の視座となるだけでなく、現在サービスを提供しているところであっても、ますます増加するニーズに対応するために基礎から見直しができることを目指すものとして位置づけている。

5) 実施体制

本研究事業は以下の者によって実施した。

尚美学園大学総合政策学部総合政策学科 専任講師 高橋幸裕

6) 研究スケジュール

日時	事柄	内容
2017年4月2日(日)	研究助成申し込み	研究テーマを作成し、申請を行う。
2017年6月21日(水)	研究テーマ採択	研究テーマの採択(助成決定)される。
2017年6月～7月	先行研究、先行調査のサーベイ	関連する研究成果のサーベイを行う。
2017年7月～8月	調査の実施準備を行う	質問項目の作成、調査対象法人への協力依頼
2017年8月4日(金)	研究助成金贈呈式	研究助成金贈呈式に出席する。
2017年9月7日(木)	聞き取り調査開始	聞き取り調査を開始する。以降、文字起こし作業、データスクリーニング開始。
2018年1月26日(金)	聞き取り調査終了	聞き取り調査を終了する。以降、文字起こし作業、データスクリーニング作業を行う。
2017年9月7日(土)～2018年1月31日(水)	文字起こし、データスクリーニング	得られたデータを加工、分析作業のための準備を行う。
2018年2月1日(木)～6月30日(土)	データ分析、研究助成報告会準備	加工したデータから分析作業を行う。研究助成報告会のための準備を行う。
2018年7月21日(土)	研究助成成果報告会	研究助成成果報告会に出席し、報告する。
2018年7月31日(月)	研究報告書完成	研究報告書のとりまとめを行い、研究の仕上げとする。

7) 倫理的配慮

調査研究を実施するに当たり、以下の倫理的配慮として遵守すべきことを記しておく。この倫理的配慮は、公益財団法人明治安田こころの健康財団「2017年度研究助成申請書」において記したものである。本研究課題が採択された結果、倫理的配慮事項について当該法人より了承が得られたと考えている。以下、「2017年度研究助成申請書」より引用する。

倫理的配慮

- ①調査実施時には十分趣旨を説明し、理解を得る。
- ②調査協力者の不利益が生じないよう、匿名化した形で分析・成果を公表する。
- ③調査実施時には調査協力者が答えられない質問は回答を強要しない。
- ④不利益が生じた場合は原因調査を行い、誠意を込めて謝罪し、分析対象から除外する。

研究計画書の紙片の関係で多くの倫理的配慮について述べるができなかったことから、この場を借りて研究計画の遂行並びに調査実施に関して若干の説明を加えておく。

- ①調査協力者が発した内容について、調査実施者の意見や考え方と異なるからと言って批判的な対応はしない。
- ②調査で得られたデータの取り扱いについては、第三者に生データを公開しない。得られたデータは鍵付きの引き出しに保管する等して情報漏えいがないようにする。
- ③得られたデータは事実をそのまま取り扱うこととし、改変・変造はしない。
- ④研究プロジェクト終了後に報告書等で成果を公開するが、それによる問い合わせに対応するために生データを半年間保管する。それ以降は破棄する。

8) 調査結果と概要

調査依頼先一覧表

		訪問介護事業所	調査実施日	居宅介護支援事業所	調査実施日	訪問看護ステーション	調査実施日	備考
東京都	都市部	医療生協	2017年9月25日	医療生協	2017年9月25日	医療生協 一般社団法人	2017年9月25日 2018年1月26日	千葉県郊外の訪問 看護ステーション調 査予定数不足分をこ ちらで調整。
	農村部	株式会社	2017年9月13日	医療法人社団	2017年11月6日	医療法人財団 合同会社	2017年9月7日 2017年10月7日	
埼玉県	都市部	社会福祉法人	2017年9月21日	社会福祉法人	2017年9月21日	医療法人	2017年9月21日	
	農村部	医療法人	2017年11月9日	医療法人	2017年11月9日	医療法人	2017年11月9日	居宅介護支援事業 所2人同時実施。
千葉県	都市部	生活協同組合	2017年12月14日	生活協同組合	2017年12月14日	-	-	協力先の都合で調 査実施不可。
	農村部	医療法人	2017年12月7日	医療法人	2017年12月7日	-	-	協力先の都合で調 査実施不可。

- ※1 調査協力者の属性や取得資格、経験年数等については、この後のページにて記しておく。
- ※2 聞き取り調査は法人代表者もしくは部門の責任者に調査依頼をして実施しているが、同時に専門職の立場としての回答もしてもらっている。

3. 目次

1. はじめに	1
2. 本研究事業の概要	2
1) 研究事業助成元	2
2) 研究目的（研究計画書より抜粋）	2
3) 調査研究手法	2
4) 本報告書の位置づけ	4
5) 実施体制	4
6) 研究スケジュール	5
7) 倫理的配慮	5
8) 調査結果と概要	6
3. 目次	7
3.1. 図目次	9
3.2. 表目次	9
4. 量的調査結果	12
4.1. 性別	12
4.2. 年齢	13
4.3. 保有資格	14
4.4. 看取り担当時の立場	15
4.5. 介護の仕事歴	17
4.6. 訪問介護現場で働いた経験	18
4.7. 施設で働いた経験	19
4.8. 現在勤務している法人の種別	20
4.9. 現在勤めている法人での勤務年数	21
4.10. 雇用形態	22
4.11. 職場での立場	23
4.12. 看取りの担当件数	24
4.13. 看取りを担当しているか	25
4.14. 医療機関勤務時の患者の看取り経験	27
4.15. 事業所の開所時期	28
4.16. 事業所に勤務する職員数	29
5. 質的調査結果	32
5.1. テキスト分析：記述統計（事業所に関する質問）	32
5.2. 出現回数と出現文書数の対数軸表（事業所に関する質問）	33

5.3. 頻出語上位（事業所に関する質問）	34
5.4. 事業所に関する質問	35
5.4.1. 事業所として、ターミナルケアを提供するためにどのような判断と経緯があったのか？（都市部・農村部）	35
5.4.2. ターミナルケアに対応するための準備の際、問題点や体制の変更はあったのか？（都市部・農村部）	37
5.4.3. ターミナルケアを実施するための人員確保はどのようにしているのか？（都市部・農村部）	39
5.4.4. 利用者本人や家族に対してターミナルケアに関する説明は、いつ、どこで、どのような方法で行っているのか？（都市部・農村部）	41
5.4.5. 事業所としてターミナルケアに関して、すべきことがあるとしたらどのようなことか？（都市部・農村部）	43
5.4.6. 事業所として、ターミナルケアを提供するためにどのような判断と経緯があったのか？（事業所種別ごと）	45
5.4.7. ターミナルケアに対応するための準備の際、問題点や体制の変更はあったのか？（事業所種別ごと）	47
5.4.8. ターミナルケアを実施するための人員確保はどのようにしているのか？（事業所種別ごと）	49
5.4.9. 利用者本人や家族に対してターミナルケアに関する説明は、いつ、どこで、どのような方法で行っているのか？（事業所種別ごと）	51
5.4.10. 事業所としてターミナルケアに関して、すべきことがあるとしたらどのようなことか？（事業所種別ごと）	53
5.5. テキスト分析：記述統計（専門職に関する質問）	55
5.6. 出現回数と出現文書数の対数軸表（専門職に関する質問）	56
5.7. 専門職に関する質問	57
5.8. 特徴語の抽出	57
5.9. 対応分析	59
5.10. 課題や要望のまとめ	60
5.10.1. ターミナルケアを希望する利用者や家族に対して、専門職（自分自身）はどのような役割があると思うか？	60
5.10.2. ターミナル期にある利用者のケアを行う際、他の職種との連携はどのように行っているのか？	63
5.10.3. 異なる住居環境や人間関係等のため、ターミナルケアの難しさは感じることはあるか？	67
5.10.4. ターミナル期にある利用者、家族に対するコミュニケーションの難しさはどのような時に感じるのか？	69
5.10.5. 専門職の役割を果たす上でどのような条件や内容が満たされれば、よいターミナルケアになると考えるのか？	71

5. 11. コロケーション分析	74
5. 11. 1. 「家族」	75
5. 11. 2. 「難しい」	77
6. 総括	78
総括をするにあたって	78
はじめに	78
結果の考察	80
1. 事業所に関する質問	80
2. 専門職に関する質問	81
3. まとめ	85
7. 謝辞	88
巻末資料：フェイスシート	90

3. 1. 図目次

図 4-1 回答者の性別	12
図 4-2 回答者の年齢	13
図 4-3 保有資格	15
図 4-4 看取り担当時の立場	16
図 4-5 介護の仕事歴	17
図 4-6 訪問介護現場で働いた経験年数	18
図 4-7 現在勤務している法人の種別	20
図 4-8 現在勤めている法人での勤務年数	21
図 4-9 雇用形態	22
図 4-10 職場での立場	23
図 4-11 これまでの看取りの担当件数	24
図 4-12 現在、看取りの担当の有無	25
図 4-13 現在、勤めている法人での看取りの担当件数	26
図 4-14 訪問看護ステーションに勤める前に医療機関での看取りの経験件数	27
図 4-15 事業所に勤務する正規職員数	29
図 4-16 事業所に勤務するパート・アルバイト等の職員数	30
図 4-17 事業所に勤務する全職員数	31
図 5-1 出現回数と文書数の対数軸グラフ（事業所に関する質問）	33
図 5-2 出現回数と文書数の対数軸グラフ（専門職に関する質問）	56

図 5-3 対応分析	59
------------	----

3.2. 表目次

表 4-1 回答者の性別	12
表 4-2 回答者の年齢	13
表 4-3 保有資格	14
表 4-4 看取り担当時の立場	16
表 4-5 介護の仕事歴	17
表 4-6 訪問介護現場で働いた経験年数	18
表 4-7 高齢者福祉施設で働いた経験の有無	19
表 4-8 現在勤務している法人の種別	20
表 4-9 現在勤めている法人での勤務年数	21
表 4-10 雇用形態	22
表 4-11 職場での立場	23
表 4-12 これまでの看取りの担当件数	24
表 4-13 現在、看取りの担当の有無	25
表 4-14 現在、勤めている法人での看取りの担当件数	26
表 4-15 訪問看護ステーションに勤める前に医療機関での看取りの経験件数	27
表 4-16 事業所の開所時期	28
表 4-17 事業所に勤務する正規職員数	29
表 4-18 事業所に勤務するパート・アルバイト等の職員数	30
表 4-19 事業所に勤務する全職員数	31
表 5-1 記述統計（事業所に関する質問）	32
表 5-2 度数分布表（事業所に関する質問）	32
表 5-3 頻出語上位（事業所に関する質問）	34
表 5-4 記述統計（専門職に関する質問）	55
表 5-5 度数分布表（専門職に関する質問）	55
表 5-6 質問ごとの特徴語	58
表 5-7 専門職ごとの特徴語	58
表 5-8 頻出語上位（専門職に関する質問）	74
表 5-9 「家族」のコロケーション語（スコア順）	75
表 5-10 「難しい」のコロケーション語（スコア順）	77

4. 量的調査結果

以下、量的調査を実施した結果を報告する。

4.1. 性別

調査に回答した人の性別は、男性が2名（10.5%）、女性が17名（89.5%）であった。
質問文および図・表は下記の通りである。

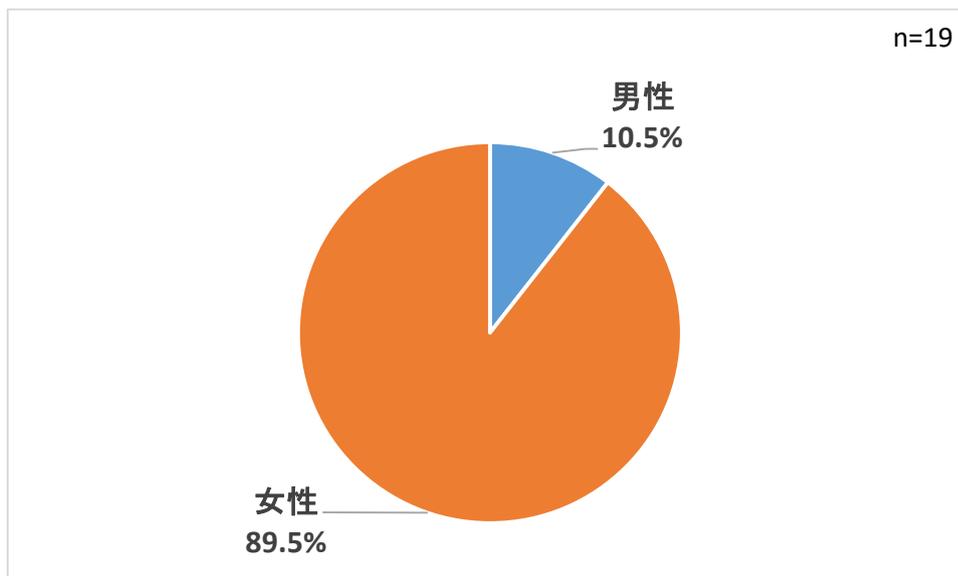
問 1. 性別をお伺いします。当てはまるものに○をつけてください。

(1) 男性 (2) 女性

表 4-1 回答者の性別

回答項目	回答数	(%)
男性	2	10.5
女性	17	89.5
総計	19	100.0

図 4-1 回答者の性別



4.2. 年齢

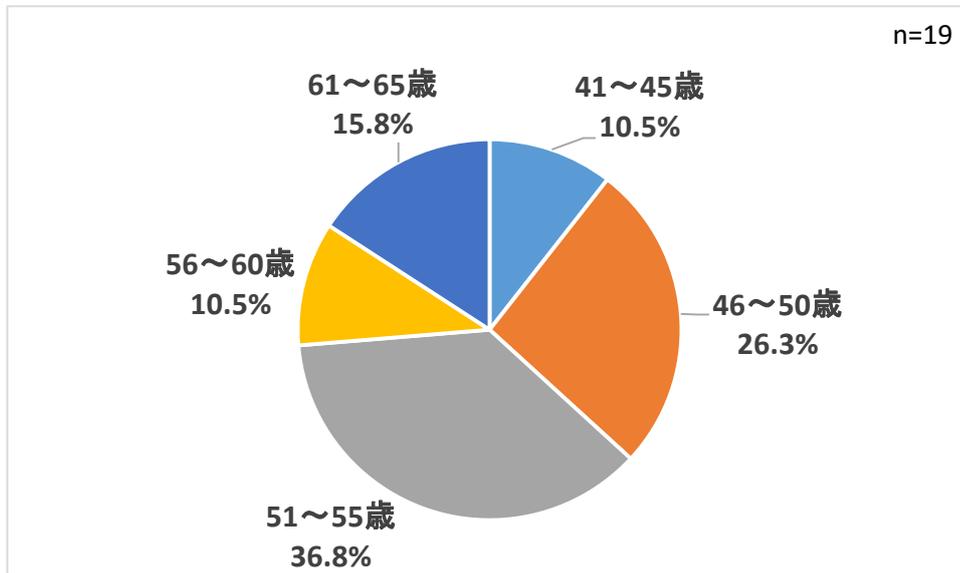
調査に回答した人の年齢は、最年少が 42 歳、最年長が 64 歳であり、平均年齢は 52 歳であった。
質問文および図・表は下記の通りである。

問 2. 年齢をお伺いします。数字を記入してください。
() 歳

表 4-2 回答者の年齢

回答項目	回答数	(%)
41～45 歳	2	10.5
46～50 歳	5	26.3
51～55 歳	7	36.8
56～60 歳	2	10.5
61～65 歳	3	15.8
総計	19	100.0

図 4-2 回答者の年齢



4.3. 保有資格

調査に回答した人の保有している資格（複数回答）は、介護福祉士と介護支援専門員が最も多く、各 12 名（63.2%）、次いでホームヘルパー2 級と看護師が各 6 名（31.6%）であった。

その他回答の内容は「保育士」「認知症ケア専門士」「手話通訳」「マッサージ師」である。

質問文および図・表は下記の通りである。

問 3. あなたが保有している資格についてお聞きします。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- (1) 介護福祉士 (2) ホームヘルパー2 級（介護職員初任者研修修了含む） (3) 社会福祉士
 (4) 精神保健福祉士 (5) 介護支援専門員 (6) 医師 (7) 看護師 (8) 准看護師
 (9) 作業療法士 (10) 理学療法士 (11) その他（ ）

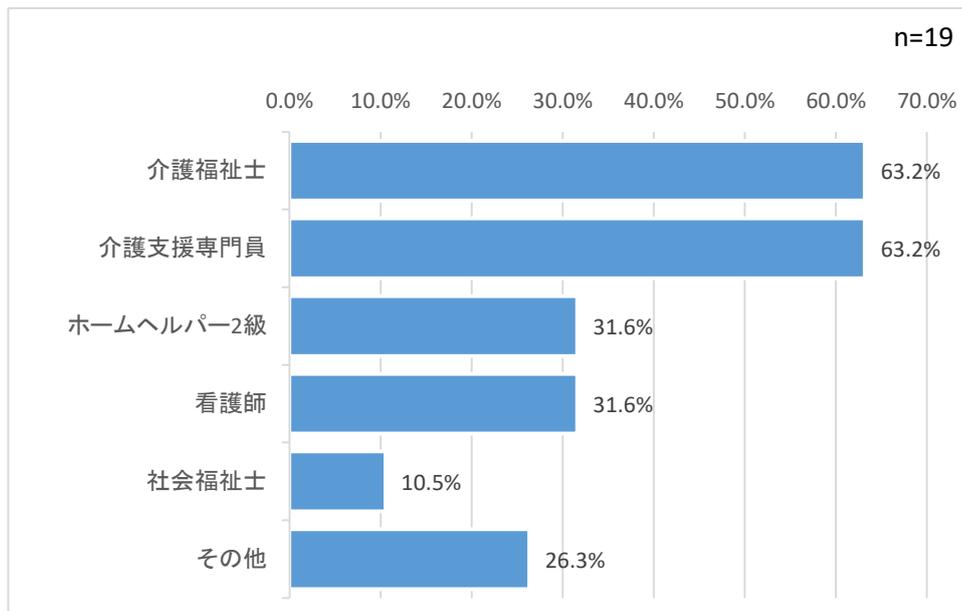
表 4-3 保有資格

回答項目	回答数	(%)
(1) 介護福祉士	12	63.2
(2) ホームヘルパー2 級（介護職員初任者研修修了含む）	6	31.6
(3) 社会福祉士	2	10.5
(4) 精神保健福祉士	0	0.0
(5) 介護支援専門員	12	63.2
(6) 医師	0	0.0
(7) 看護師	6	31.6
(8) 准看護師	0	0.0
(9) 作業療法士	0	0.0
(10) 理学療法士	0	0.0
(11) その他	5	26.3

<その他 回答>

- ・保育士
- ・認知症ケア専門士
- ・手話通訳
- ・マッサージ師

図 4-3 保有資格



4.4. 看取り担当時の立場

看取りを担当された時の立場は、兼任も含め介護支援専門員が最も多く 8 名 (42.1%)、次いで介護福祉士、看護師がそれぞれ 6 名 (31.6%) であった。

質問文および図・表は下記の通りである。

問 4. 看取りを担当された時についてお伺いします。あなたはどの立場で看取りを担当されましたか。

- (1) 介護福祉士 (2) ホームヘルパー2級 (介護職員初任者研修修了含む) (3) 社会福祉士
 (4) 精神保健福祉士 (5) 介護支援専門員 (6) 医師 (7) 看護師 (8) 准看護師
 (9) 作業療法士 (10) 理学療法士 (11) その他 ()

表 4-4 看取り担当時の立場

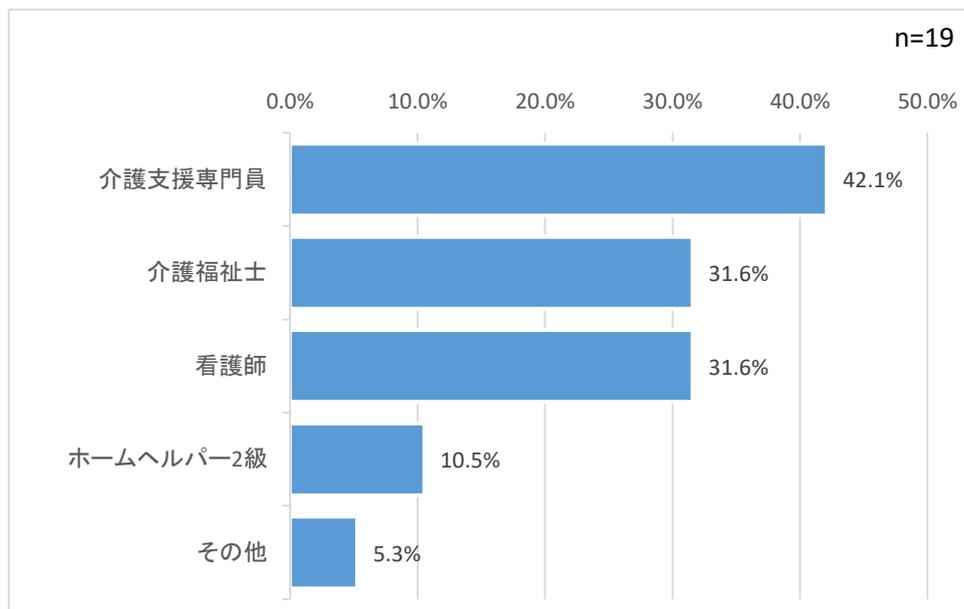
回答項目	回答数	(%)
(1) 介護福祉士	6	31.6
(2) ホームヘルパー2級（介護職員初任者研修修了含む）	2	10.5
(3) 社会福祉士	0	0.0
(4) 精神保健福祉士	0	0.0
(5) 介護支援専門員	8	42.1
(6) 医師	0	0.0
(7) 看護師	6	31.6
(8) 准看護師	0	0.0
(9) 作業療法士	0	0.0
(10) 理学療法士	0	0.0
(11) その他	1	5.3

※複数回答者あり

<その他 回答>

- ・サービス提供責任者

図 4-4 看取り担当時の立場



4.5. 介護の仕事歴

調査に回答した人の介護の仕事歴は、平均すると17年7ヶ月であった。最短10年2ヶ月、最長は35年5ヶ月であった。

質問文および図・表は下記の通りである。

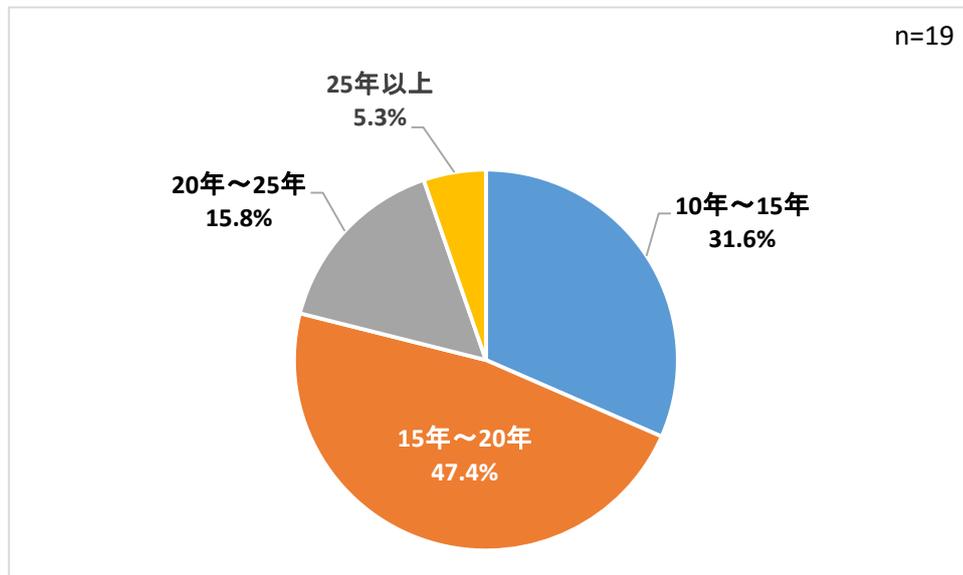
問5. 介護関係の仕事に携わってから全体で何年になりますか。※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

()年 ()ヶ月

表 4-5 介護の仕事歴

回答項目	回答数	(%)
10年以上 15年未満	6	31.6
15年以上 20年未満	9	47.4
20年以上 25年未満	3	15.8
25年以上	1	5.3
総計	19	100.0

図 4-5 介護の仕事歴



4.6. 訪問介護現場で働いた経験

調査に回答した人が訪問介護現場（以下、在宅）で働いた経験年数は、平均すると14年3ヶ月であった。

最短は3年7ヶ月、最長は20年であった。訪問介護現場の経験がない人は、ひとりもいなかった。
質問文および図・表は下記の通りである。

問6. 訪問介護現場で働いた経験年数を教えてください。※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

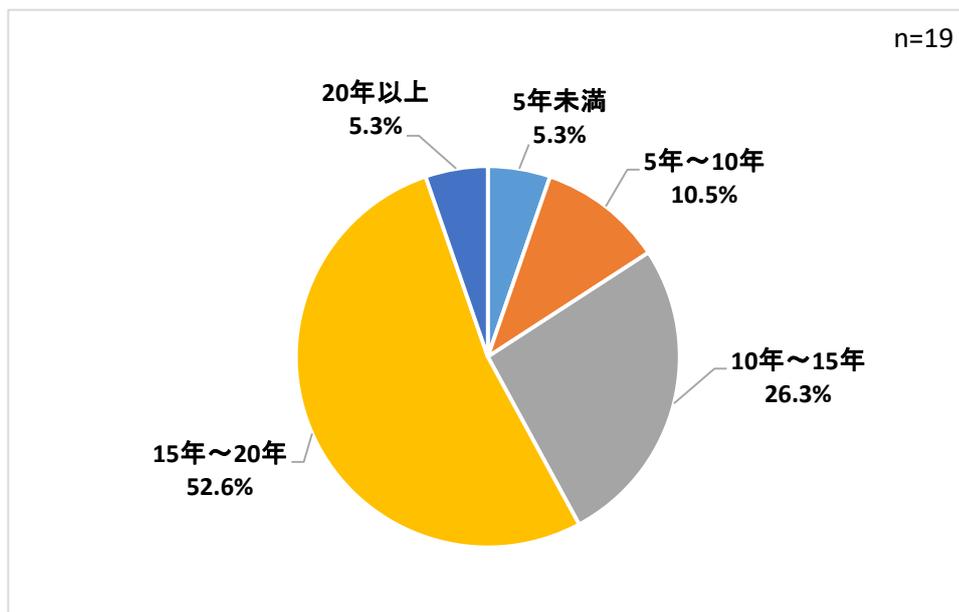
(1) ある (2) ない

() 年 () ヶ月

表 4-6 訪問介護現場で働いた経験年数

回答項目	回答数	(%)
訪問介護現場の経験なし	0	0.0
5年未満	1	5.3
5年以上10年未満	2	10.5
10年以上15年未満	5	26.3
15年以上20年未満	10	52.6
20年以上	1	5.3
総計	19	100.0

図 4-6 訪問介護現場で働いた経験年数



4.7. 施設で働いた経験

調査に回答した人に施設等で働いた経験年数を伺った。特別養護老人ホームで働いた経験がある人が3名（15.8%）で、他の施設は回答が分かれた。

質問文および図・表は下記の通りである。

問7. 高齢者福祉施設等で働いた経験年数を教えてください。当てはまる施設に○をつけて数字を記入してください。※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

- (1) 特別養護老人ホーム () 年 () ヶ月
 (2) 介護老人保健施設 () 年 () ヶ月
 (3) 介護療養型医療施設 () 年 () ヶ月
 (4) グループホーム () 年 () ヶ月
 (5) 有料老人ホーム () 年 () ヶ月
 (6) その他 () () 年 () ヶ月

表 4-7 高齢者福祉施設で働いた経験の有無

回答項目	回答数	(%)
特別養護老人ホーム	3	15.8
ショートステイ	2	10.5
介護老人保健施設	1	5.3
グループホーム	1	5.3
有料老人ホーム	1	5.3
通所リハ、通所介護	1	5.3
社協（ケアマネ）、訪看	1	5.3

「特別養護老人ホーム」 5 ヶ月 / 5 年 / 12 年

「ショートステイ」 1 年 / 1 年 6 ヶ月

「介護老人保健施設」 6 ヶ月

「グループホーム」 8 年

「有料老人ホーム」 1 年

「通所リハ、通所介護」 10 年

「社協（ケアマネ）、訪看」 13 年位

4.8. 現在勤務している法人の種別

調査に回答した人が現在勤務している法人の種別は、医療法人が最多の7名（36.8%）であった。質問文および図・表は下記の通りである。

問8. あなたが現在勤務している法人の種別を教えてください。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 社会福祉法人 (2) 医療法人 (3) 民間企業 (4) NPO法人 (5) 地方自治体
(6) その他 ()

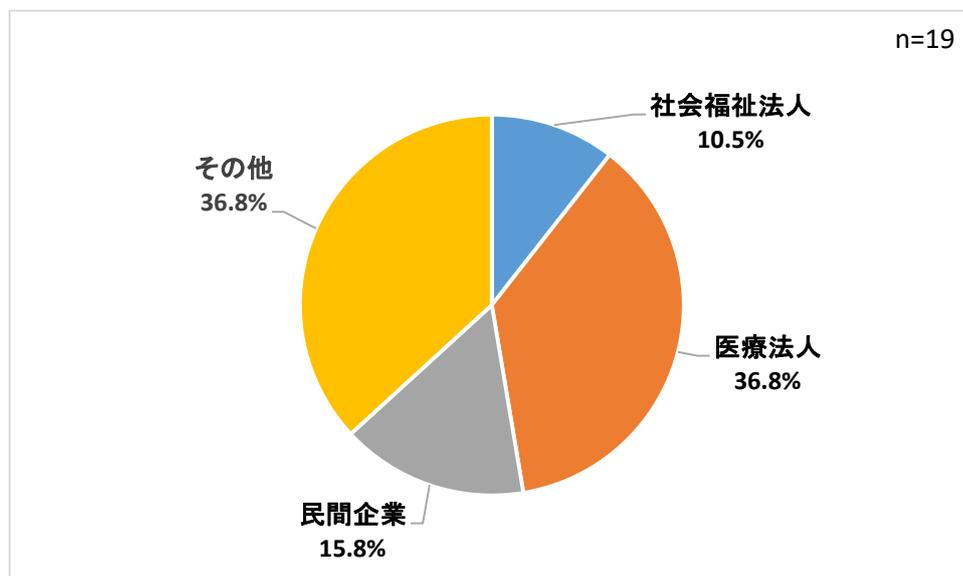
表 4-8 現在勤務している法人の種別

回答項目	回答数	(%)
社会福祉法人	2	10.5
医療法人	7	36.8
民間企業	3	15.8
NPO法人	0	0.0
地方自治体	0	0.0
その他	7	36.8
総計	19	100.0

<その他 回答>

- ・生協 ・営利法人 ・一般社団法人

図 4-7 現在勤務している法人の種別



4.9. 現在勤めている法人での勤務年数

調査に回答した人が現在勤めている法人での勤務年数は、平均して14年9ヶ月であった。
最短は5年8ヶ月、最長は23年1ヶ月であった。

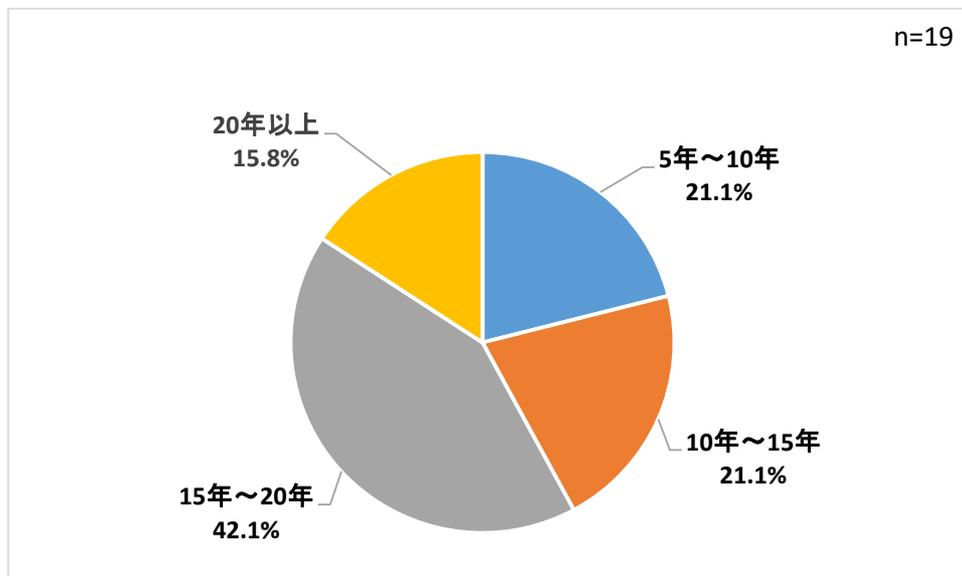
質問文および図・表は下記の通りである。

問9. あなたが現在勤めている法人は勤務してどれくらいになりますか。
()年 ()ヶ月

表4-9 現在勤めている法人での勤務年数

回答項目	回答数	(%)
5年未満	0	0.0
5年以上10年未満	4	21.1
10年以上15年未満	4	21.1
15年以上20年未満	8	42.1
20年以上	3	15.8
総計	19	100.0

図4-8 現在勤めている法人での勤務年数



4. 10. 雇用形態

調査に回答した人の雇用形態は、正規職員が 18 名（94.7%）であった。

質問文および図・表は下記の通りである。

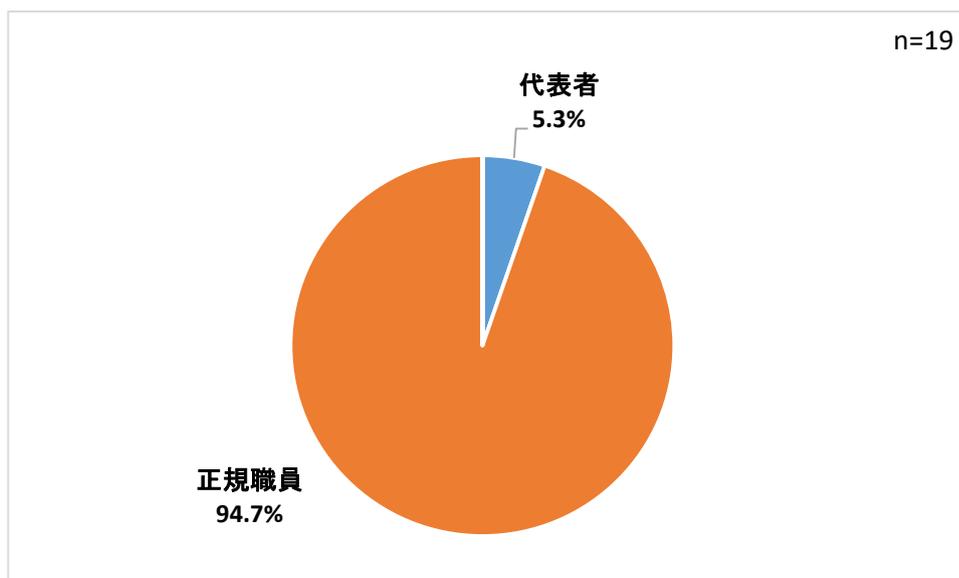
問 10. あなたの雇用形態についてお聞きします。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 代表者 (2) 正規職員 (3) 契約職員 (4) 臨時職員 (5) 派遣職員 (6) パートタイム
(7) その他 ()

表 4-10 雇用形態

回答項目	回答数	(%)
代表者	1	5.3
正規職員	18	94.7
契約職員	0	0.0
臨時職員	0	0.0
派遣職員	0	0.0
パートタイム	0	0.0
その他	0	0.0
総計	19	100.0

図 4-9 雇用形態



4. 11. 職場での立場

調査に回答した人の職場での立場は、管理者が 14 名 (73.7%)、役職あり、役職なしが、それぞれ 2 名 (10.5%) であった。

質問文および図・表は下記の通りである。

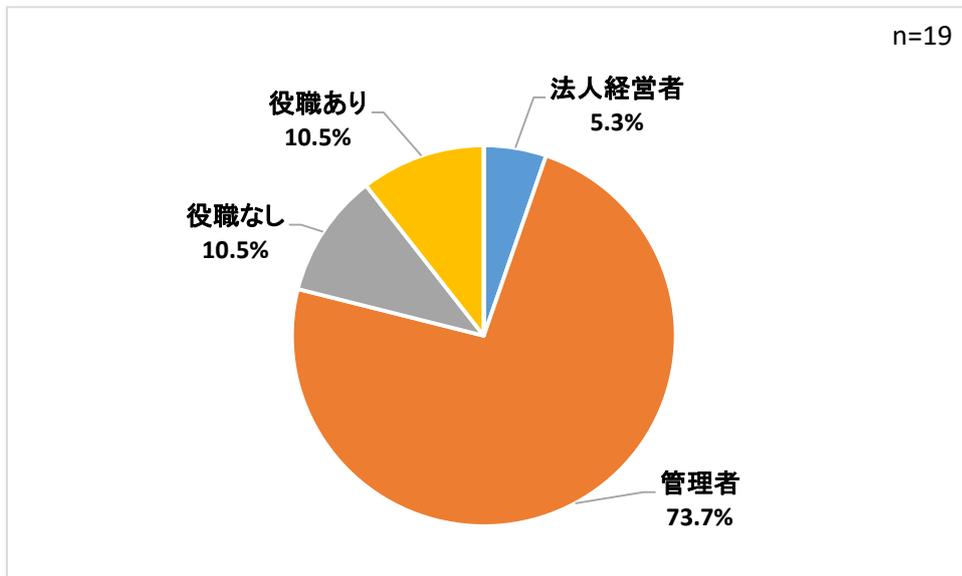
問 11. あなたの職場での立場についてお聞きします。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 法人経営者 (2) 管理者 (3) 役職なし (4) 役職あり (主任、リーダー等)
 (5) その他 ()

表 4-11 職場での立場

回答項目	回答数	(%)
法人経営者	1	5.3
管理者	14	73.7
役職なし	2	10.5
役職あり (主任、リーダー等)	2	10.5
その他	0	0.0
総計	19	100.0

図 4-10 職場での立場



4. 12. 看取りの担当件数

調査に回答した人の仕事上の看取りの担当件数は、数え切れない、100 件前後など、数十件担当しているケースが多かった。最小値は1件であった。

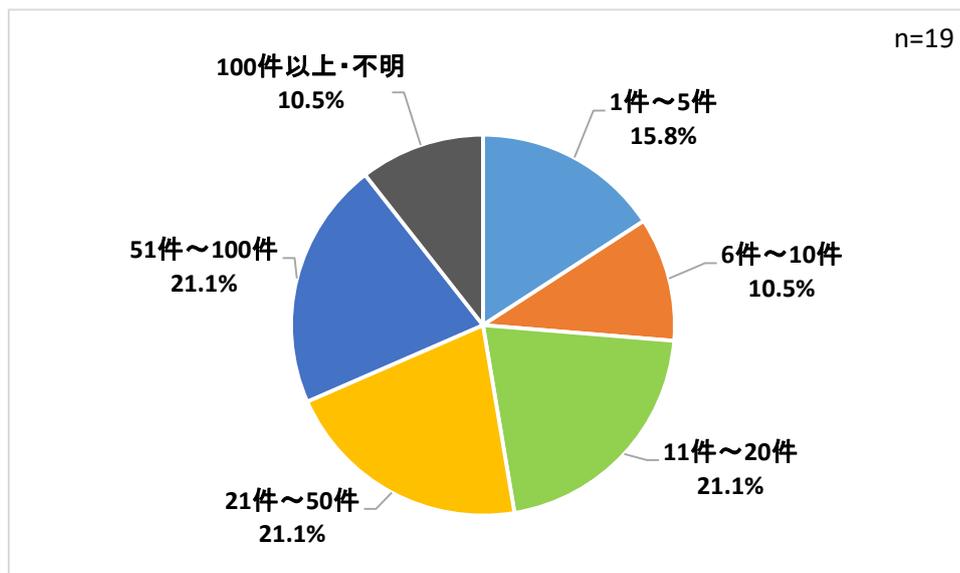
質問文および表は下記の通りである。

問 12. あなたがこれまでの勤務経験で看取りを担当したことがあるケース数についてお伺いします。これまで職場で看取りを担当したケースを記入してください。
() 件

表 4-12 これまでの看取りの担当件数

回答項目	回答数	(%)
1～5 件	3	15.8
6～10 件	2	10.5
11～20 件	4	21.1
21～50 件	4	21.1
51～100 件	4	21.1
100 件以上・数え切れない	2	10.5
総計	19	100.0

図 4-11 これまでの看取りの担当件数



4. 13. 看取りを担当しているか

次に、現在、勤めている法人での看取りの担当件数は、1 件、3 件といった回答が多い中、40～50 件程度という回答もあった。現在、看取りを希望している利用者の担当ケースがない人は約半数であった。

質問文および表は下記の通りである。

問 13. あなたは現在、勤めている法人で看取りを担当していますか？当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 現在、看取りを希望する利用者（ ）件を担当している。
- (2) 現在、看取りを希望している利用者の担当ケースはない。

表 4-13 現在、看取りの担当の有無

回答項目	回答数	(%)
現在、看取りを担当している	10	52.6
担当ケースはない	9	47.4
総計	19	100.0

図 4-12 現在、看取りの担当の有無

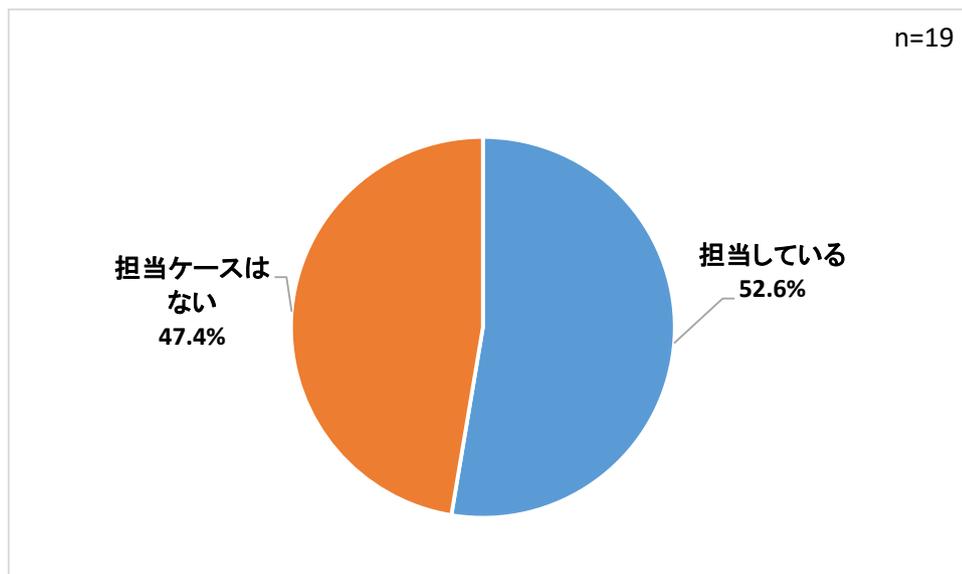
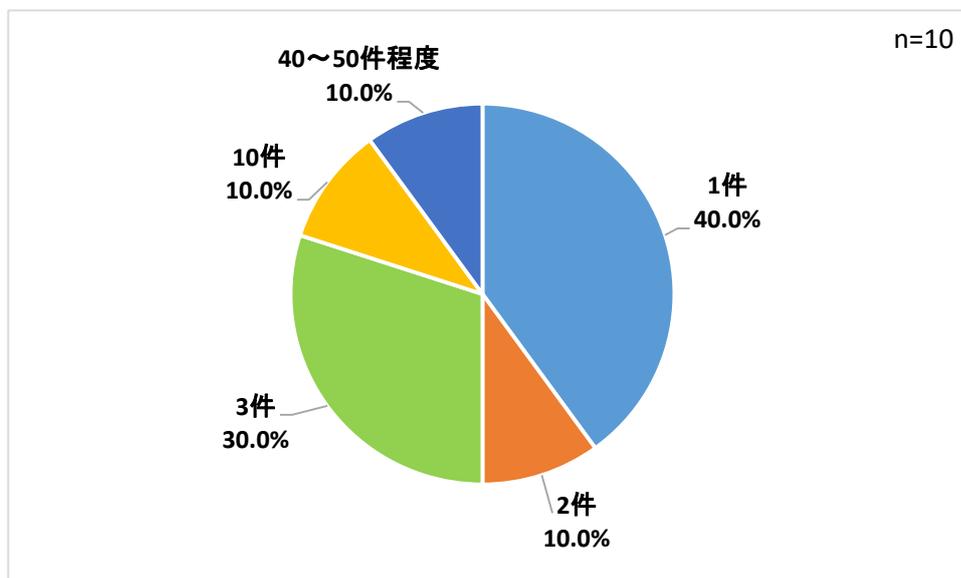


表 4-14 現在、勤めている法人での看取りの担当件数

回答項目	回答数	(%)
1 件	4	40.0
2 件	1	10.0
3 件	3	30.0
10 件	1	10.0
40~50 件程度	1	10.0
総計	10	100.0

図 4-13 現在、勤めている法人での看取りの担当件数



4. 14. 医療機関勤務時の患者の看取り経験

次に、医療職の方のうち、訪問看護ステーションに勤める前に医療機関（療養病床）で高齢患者（高齢者）の看取りをした経験がある人は全員であった。

質問文および表は下記の通りである。

問 14. 医療職の方のみにお聞きします。訪問看護ステーションに勤める前に医療機関（療養病床）で患者の看取りをした経験がありますか？※急性期の場合を除く。

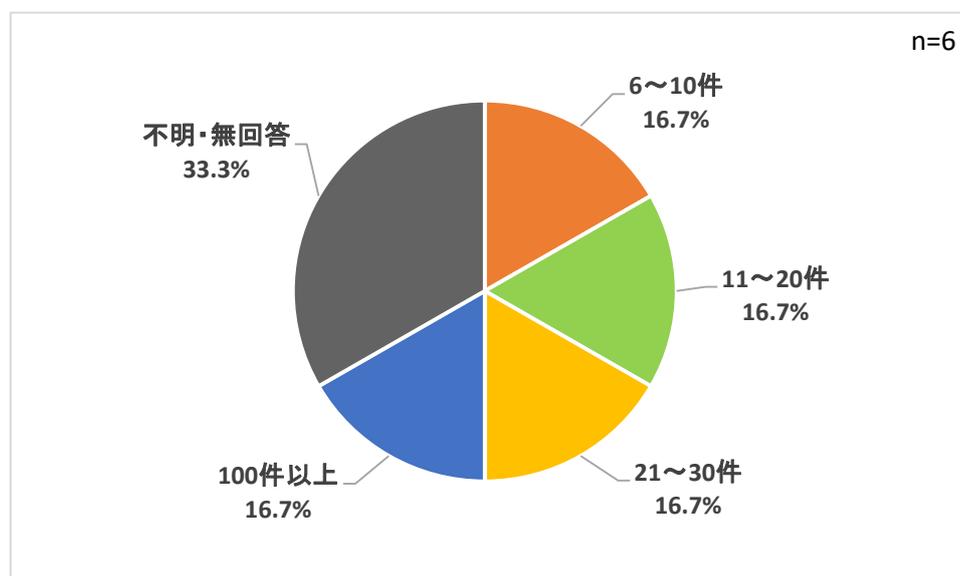
(1) はい (2) いいえ

- ① 1～5 件 ② 6～10 件 ③ 11～20 件 ④ 21～30 件 ⑤ 31～50 件 ⑥ 50～80 件
⑦ 81～100 件 ⑧ 100 件以上

表 4-15 訪問看護ステーションに勤める前に医療機関での看取りの経験件数

回答項目	回答数	(%)
1～5 件	0	0.0
6～10 件	1	16.7
11～20 件	1	16.7
21～30 件	1	16.7
31～50 件	0	0.0
50～80 件	0	0.0
81～100 件	0	0.0
100 件以上	1	16.7
不明・無回答	2	33.3
総計	6	100.0

図 4-14 訪問看護ステーションに勤める前に医療機関での看取りの経験件数



4. 15. 事業所の開所時期

事業所の開所時期は、1996年10月から2011年3月までにおよび、2000年4月の開所が42.1%を占めた。ちょうど介護保険制度が始まった時期である。

質問文および表は下記の通りである。

問 15. 事業所が何年に開所されたのかを教えてください。

() 年 () 月開所

表 4-16 事業所の開所時期

回答項目	回答数	(%)
1996年10月	1	5.3
1996年11月	1	5.3
1996年12月	1	5.3
1998年	1	5.3
1998年4月	1	5.3
1998年8月	1	5.3
2000年4月	8	42.1
2003年5月	1	5.3
2004年1月	1	5.3
2005年4月	1	5.3
2011年3月	1	5.3
無回答	1	5.3
総計	19	100.0

4. 16. 事業所に勤務する職員数

事業所に勤務する正規職員の数は、平均 6.4 名であった。

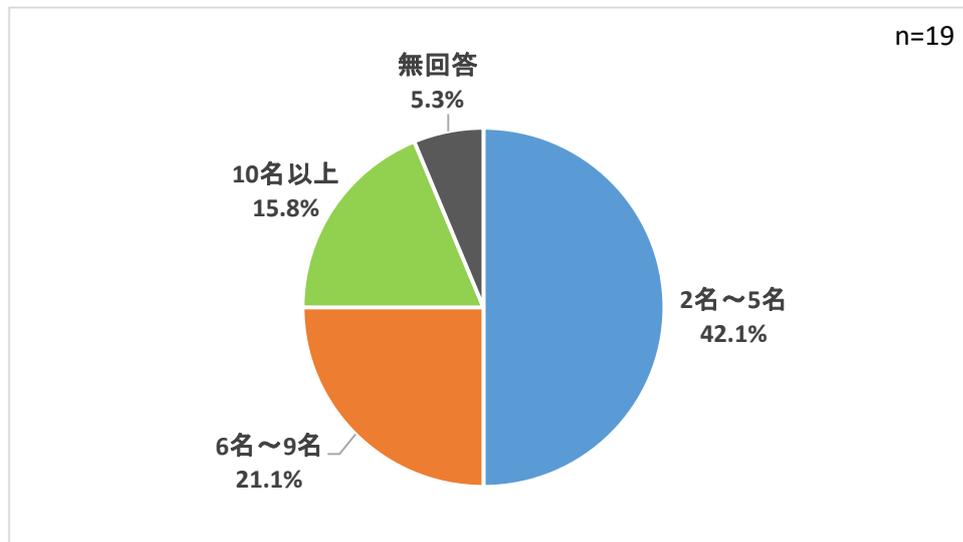
質問文および表は下記の通りである。

問 16. 事業所に勤務する職員（正規職員、パート・アルバイト等）をご記入ください。
 職員数（正規職員： ）名、（パート・アルバイト等： ）名
 合計（ ）名

表 4-17 事業所に勤務する正規職員数

回答項目	回答数	(%)
2名～5名	8	42.1
6名～9名	7	21.1
10名以上	3	15.8
無回答	1	5.3
総計	19	100.0

図 4-15 事業所に勤務する正規職員数

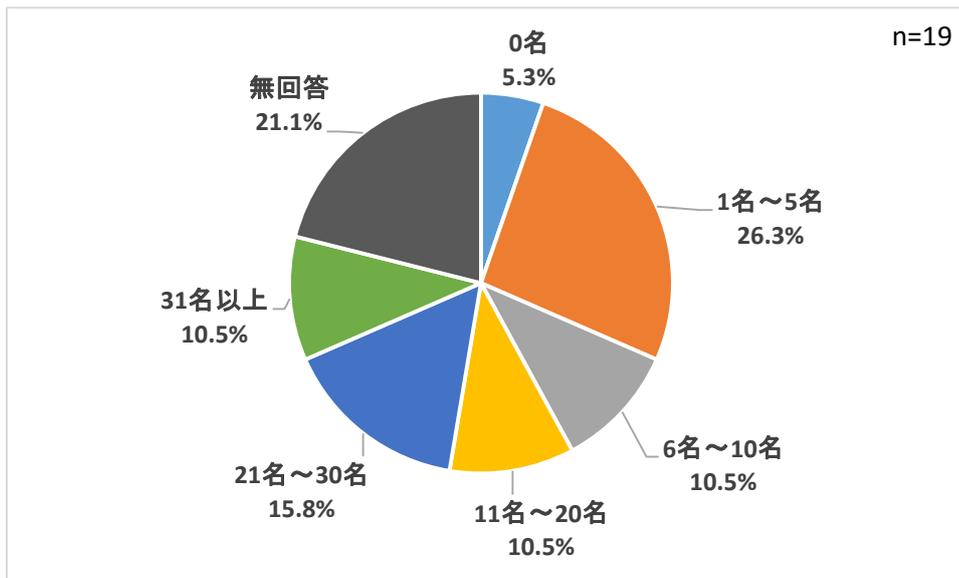


事業所に勤務するパート・アルバイト等の数は、平均 13.2 名であった。

表 4-18 事業所に勤務するパート・アルバイト等の職員数

回答項目	回答数	(%)
0 名	1	5.3
1 名～5 名	5	26.3
6 名～10 名	2	10.5
11 名～20 名	2	10.5
21 名～30 名	3	15.8
31 名以上	2	10.5
無回答	4	21.1
総計	19	100.0

図 4-16 事業所に勤務するパート・アルバイト等の職員数

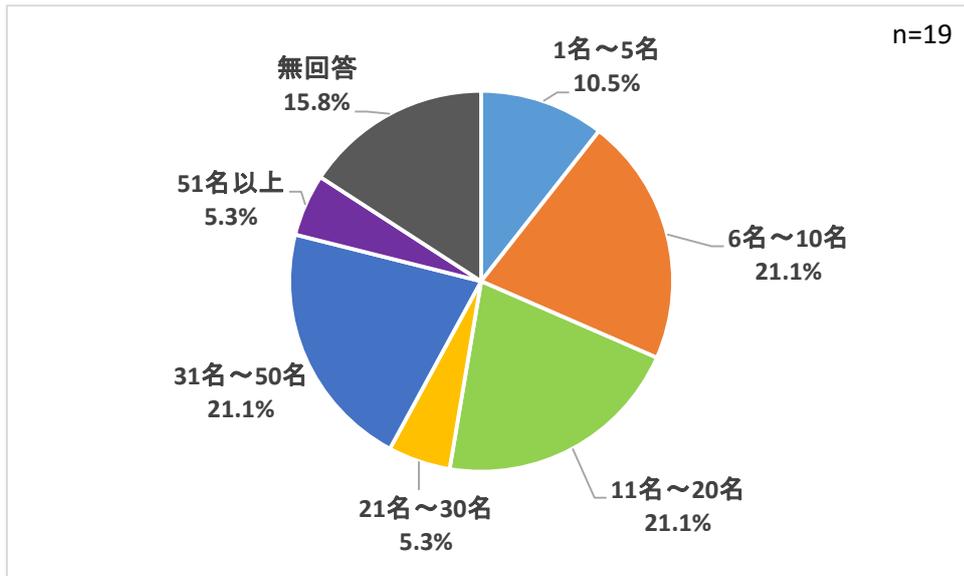


事業所に勤務する全職員数では、平均 24 名であった。

表 4-19 事業所に勤務する全職員数

回答項目	回答数	(%)
1名～5名	2	10.5
6名～10名	4	21.1
11名～20名	4	21.1
21名～30名	1	5.3
31名～50名	4	21.1
51名以上	1	5.3
無回答	3	15.8
総計	19	100.0

図 4-17 事業所に勤務する全職員数



5. 質的調査結果

最初に、分析対象とするテキストデータの客観的な記述統計量を算出した。分析の際には、分析のために特に必要とならない語を排除する。このような処理を行う前のテキストデータの状態を記述したものである。

本研究で行った質的調査（聞き取り調査）の目的は、量的調査（アンケート調査）で数値的に把握することが難しい、現場の生の声を理解することである。

事業所に関する質問と専門職に関する質問を分けているため、分析もそれぞれ行っている。まずは、事業所に関する質問の内容から分析していく。

5.1. テキスト分析：記述統計（事業所に関する質問）

聞き取りデータの回答者の発言のテキストを対象として、テキストマイニング分析を行った。その結果、記述統計量は、異なり語数 516 語、出現回数の平均は 2.72 回だった。

「異なり語数」というのは、分析対象のテキスト内に何種類の語が含まれていたかを示す数である。

表 5-1 記述統計（事業所に関する質問）

異なり語数 (n)	516
出現回数の平均	2.72
出現回数の標準偏差	6.11

また、下記のように出現回数の度数分布をみると、出現回数 3 回以下の語を切り捨てた場合、約 85% の語が分析対象外になる、といったことがわかる。

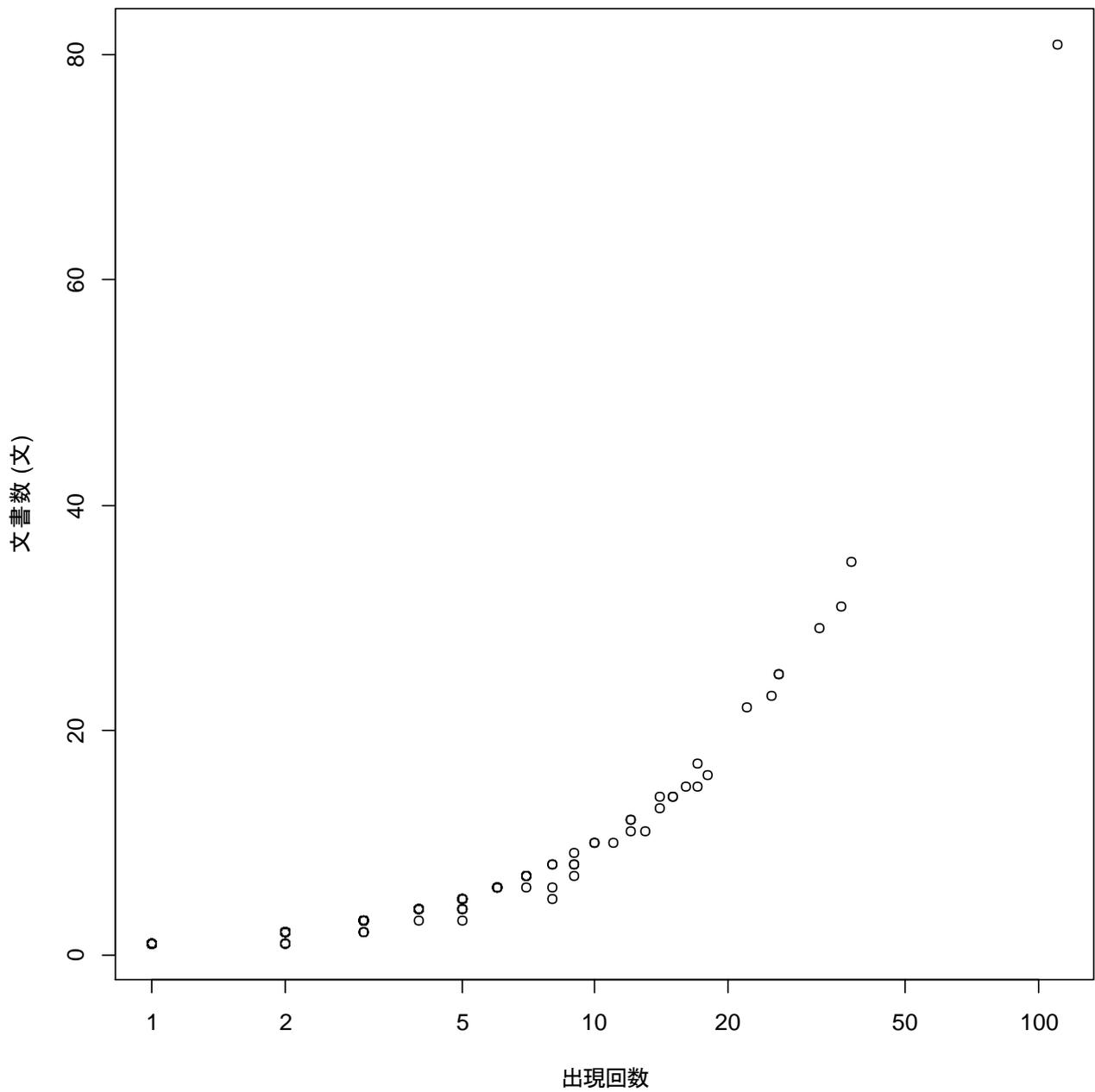
表 5-2 度数分布表（事業所に関する質問）

出現回数	度数	%	累積%
1	317	61.43%	61.43%
2	80	15.50%	76.94%
3	40	7.75%	84.69%
4	18	3.49%	88.18%
5	15	2.91%	91.09%

5.2. 出現回数と出現文書数の対数軸表（事業所に関する質問）

出現回数の分布と出現文書数の分布を対数軸でプロットしたのが下図である。出現回数が増えれば、出現する文書数も同じく増えており、特異な出現状況を示す語はないと考えられるプロットとなった。

図 5-1 出現回数と文書数の対数軸グラフ（事業所に関する質問）



5.3. 頻出語上位（事業所に関する質問）

出現頻度の高い語については、対象データの平均出現頻度が2.72回と、あまり多くないので、出現回数5語以上の上位のみを掲載する。

表 5-3 頻出語上位（事業所に関する質問）

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
ケアマネ	26	往診	8	行く	5
看護	26	介護	8	出来る	5
訪問	25	事業	8	少し	5
ターミナル	22	今	7	紹介	5
ヘルパー	17	多い	7	状況	5
家族	17	勉強	7	色々	5
先生	16	利用	7	相談	5
体制	15	連絡	7	本人	5
対応	14	話	7	夜間	5
説明	13	フォロー	6		
ケア	12	一緒	6		
医療	12	研修	6		
人	12	診療	6		
時間	11	法人	6		
持つ	10	夜	6		
担当	10	看取る	5		
サービス	9	希望	5		
依頼	9	気持ち	5		
場合	9	共有	5		
聞く	9	経験	5		

「ケアマネ」「訪問」「看護」「ヘルパー」といった専門職の名称が上位に出ており、その次に、「体制」「対応」「説明」「ケア」「依頼」などの対応の内容に関する語、その次に「フォロー」「希望」「気持ち」「共有」「相談」といった感情面の語があげられた。

5.4. 事業所に関する質問（都市部・農村部、事業所種別ごと）

以上の高出現頻度の抽出、コーディングをふまえ、テキストデータの分析を行うが、本研究の質的調査の分析の着目点として次の点を重点に聞き取りをしているので、それぞれの課題、具体的な体制、対応策について洗い出しをした。

- ①事業所として、ターミナルケアを提供するためにどのような判断と経緯があったのか？
- ②ターミナルケアに対応するための準備の際、問題点や体制の変更はあったのか？
- ③ターミナルケアを実施するための人員確保はどのようにしているのか？
- ④利用者本人や家族に対してターミナルケアに関する説明は、いつ、どこで、どのような方法で行っているのか？
- ⑤事業所としてターミナルケアに関して、すべきことがあるとしたらどのようなことか？

5.4.1. 事業所として、ターミナルケアを提供するためにどのような判断と経緯があったのか？（都市部・農村部）

東京都 都市部	<ul style="list-style-type: none"> ・医療法人で往診や本館が全部一緒になっているから、自動的に当たり前にというケースが多い。 ・急遽であっても往診や本館もいるから大丈夫という安心感があった。 ・長年そういう事業をしているので、地域の患者さんを往診や訪問看護もセットで依頼される。 ・末期の状況になってケアマネから往診依頼、退院調整が始まる等。 ・ターミナルケアは看護そのものである。訪問看護の仕事の1つである。
東京都 農村部	<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルだからということではなく、地域のニーズから。元来、在宅介護支援センターをやっていたのでケアプランとして必要であれば受けていく姿勢であった。 ・提携はしていないが、総合病院や地域の基幹型の病院からの依頼がほとんど。 ・包括から医療的なケアが多いので相談がくる。紹介元の病院や先生にフィードバックや報告をしながら、その実績の積み重ねで次の依頼が来るといういきさつ。 ・地域に貢献する形で診療院を開設した先生と力を合わせており、訪問看

	<p>護ステーションなので 24 時間対応し、看取りも含めて力を入れるようになっていった。</p>
埼玉県 都市部	<ul style="list-style-type: none"> ・5 年ほど前頃から尊厳死についての講演会や看取りに取り組む勉強会が始まった。その中で、利用者の自然な流れで、看取りのケースがたまたまあった。 ・5 年ほど前から在宅でも看取りができるという講演会や研修会に参加し、勉強していたことと、たまたま利用者のニーズが合った。
埼玉県 農村部	<ul style="list-style-type: none"> ・同じ法人内に訪問看護があるので、いよいよターミナルとなると依頼が来るとか、病院に入院していて在宅に戻りたいということからケアマネを通してお話をいただいた。 ・医療法人なのでターミナルも含めて総合的に支援をしていこうという設立者の意向がある。介護保険前にも医療でデイケアをやっていて、現在の体制になったのは介護保険の 2000 年から。 ・ターミナルを含めて訪問看護であるし、もともと事業所としてどんな人も受け入れようという体制であった。
千葉県 都市部	<ul style="list-style-type: none"> ・依頼があれば受けるという形。 ・人員がとれればお断りすることはない。 ・がんセンターや病院からの依頼も多い。訪問診療の先生や訪看、ケアマネとあわせてお願いしたいという依頼等。
千葉県 農村部	<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルだからという区別はしない。 ・必ずしも本人や家族の希望通りではない、不本意ながら帰ってくる人もいる。 ・依頼は新規依頼として普通にくる。ターミナルだから、ということではない。

全体的な傾向を見ると、都市部ではターミナルケアに対するニーズがあったことから利用者の受け入れ体制を構築していく特徴が見られた。また、これに合わせて勉強会、研修会を実施したりする事業所もあった。他方、農村部では利用者の状態がターミナル期であるかどうかという形で判断せずとにかく仕事の依頼があったから受け入れるという違いがみられた。特に農村部では社会資源としてのマンパワーが都市部よりも少ないことが背景にあるため、できることは行うという意識が特徴として現れている。

5.4.2. ターミナルケアに対応するための準備の際、問題点や体制の変更はあったのか？（都市部・農村部）

東京都 都市部	<ul style="list-style-type: none"> ・はじめの頃は本館から情報をもったり、こういう時はこうして、こういう状況になったらここへ連絡等、一つ一つ教えてもらいながら始めた。 ・ターミナルは状態の急変があるので、訪問看護は 24 時間対応をするような体制をとった。 ・東京都が 3 年間か 4 年間の短い期間、ケアマネ対象の医療に関する研修会を行っていた。 ・往診や本館が後ろについており、何かあったらすぐ電話をしたり、聞けばすぐに答えてくれる体制をとった。
東京都 農村部	<ul style="list-style-type: none"> ・家で実際看取りを経験しているスタッフがほとんどいないので、怖いというスタッフが多い。 ・ケアプランとは違う、突発的な訪問、緊急時の訪問の体制を作った。その時間に、誰が、どこにいて、行けるスタッフがいるのかどうかという部分。 ・日曜祭日問わず 24 時間連絡が入っているので、その体制を整えるところが難しい。
埼玉県 都市部	<ul style="list-style-type: none"> ・痰の吸引に関しては事業所として講習を受けた者が 24 時間いるとは限らないので、医療行為は専門職に任せるようにした。 ・何かあったときに訪看がすぐに連絡してくれるとか、すぐに駆けつけるという連絡体制の徹底をした。 ・チームで動いているから 1 人の責任ではないよ、大丈夫だよ、という心の準備をした。 ・夜の急変の連絡体制をどうするか、等細かいところを体制を整えた。
埼玉県 農村部	<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルだからということはない。 ・24 時間対応は事前に承知していることだが、夜中のドクターの体制が当初はうまくとれなかった。その都度、法人として話し合いをしながら現在の体制にもってきた。 ・夜間は交代制で携帯電話を持っている。 ・ターミナル時期が近くなった時には、訪問診療の先生とやり取りをしながら体制を整えていく。 ・各訪問診療の先生ごとで事前に相談し、夜間体制を整えている。例えば夜 10 時まででは対応可能だが、それ以降は訪問看護師は夜中でも駆けつけるが、先生は翌朝に対応する、など。
千葉県 都市部	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的に 1 人で行って 1 人で対応という形は通常と変わらない。 ・非常勤のヘルパーも含めて、月 1 回勉強会をして経験談の共有をしている。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルのための勉強会ということはないが、訪問診療の先生のところで開催される研修会に参加している。
千葉県 農村部	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時の連絡体制については常に模索している。 ・利用者が高齢なので、契約の時に元気でもいつ何時、何が起きるか分からないというのは常に念頭に持って仕事している。

都市部では事前に勉強会や研修会に参加している者がいるが、実際に訪問介護事業所や居宅介護支援事業所を中心に利用者を受け入れるにあたっては知識や技術についてどうすればよいのかを考える特徴が見られた。それに対応するのが同一法人内にある医療機関、訪問看護ステーション等が支援していた。これに対して農村部は、利用者を受け入れた後の対応をどうするのかということに力点が置かれる傾向が見られた。

5.4.3. ターミナルケアを実施するための人員確保はどのようにしているのか？（都市部・農村部）

東京都 都市部	<ul style="list-style-type: none"> 往診をし始めた頃は職員人数が少なく、朝早い時間帯や夜遅い時間帯に入れるヘルパーさんが少なかったのでサービス提供責任者 2 人と登録ヘルパー1 人の 3 人で朝昼晩、交代で回していた。 ヘルパーさんの高齢化。時間帯。体の問題がある。今はスタッフが 37 人いて、担当になるのは半数くらい。 ケアマネは人員を増やすより人とのコミュニケーションの取り方、接し方が重要なので新人にはターミナルは持たせない。 訪問看護の場合はターミナルが増えたから増やすのではなく、全体的に高齢者が増えたことから事業所として規模の拡大をしてきた。
東京都 農村部	<ul style="list-style-type: none"> 亡くなるまで一週間かな、10 日かなとスタッフのスケジュールを予定しているので、急に亡くなった時には仕事がなくなってしまう。その点については話し合いを常にしていく状況である。 ターミナルのために人員を増やす等はしていない。今いる人数で行える範囲で行っている。
埼玉県 都市部	<ul style="list-style-type: none"> ヘルパーの人数は元々多かったのが、今までのヘルパーさんと職員を中心に少しずつ幅を広げていった。 土日や夜間等、その時間帯に動ける人と職員を中心に体制を組んだ。 24 時間携帯を持っている。職員も協力的である。 おむつや食事の提供等、身体に関するケアの方法の教育、研修を頑張っている。
埼玉県 農村部	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護は朝 6 時から夜 10 時まででは対応可能。それ以降の深夜帯に何かあったときには、訪問看護やケアマネから朝、連絡を受ける。 最初の頃は看護師のケアマネも多数いたが、同じ法人に訪問看護があるので連携がとれる。今は元の基礎資格はこだわらずに採用している。 毎週 1 回勉強会や利用者ケースの報告をして、夜間でも当番者が対応できるようにしている。 常勤看護師が 5 人。1 週間交代で夜間の携帯電話を持って自宅待機という形でやっている。 24 時間対応を希望される利用者にはターミナルに限らず、すぐに行ける体制を整えている。
千葉県 都市部	<ul style="list-style-type: none"> だいたい同じ時間帯で働きたいという希望を持っている。 現状、サービス提供責任者が 3 人なので 150 件までしか持てない。書類関係もあるので今の状態では足りないと感じる。 ケアマネの力量に合わせて担当を決めている。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルがどういう症状かによっても分けて、ケアマネの担当を決めている。 ・退院のカンファレンスの時には必ずケアマネ2人で行っている。
千葉県 農村部	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時に対応できそうもない人は徐々に外していくとか、緊急時に動揺せずに対応できるベテランクラスを残していく。 ・痰の吸引が必要になれば資格のある人、身体介護の場数を踏んでいるヘルパーを残していく。 ・この人がターミナル担当というのはない。

しばしば言われることであるが、都市部、農村部共に人員確保は難しい状態である。また、ターミナルケアに対応するためには改めて職員を採用することはせずに、現在勤務している職員の中で対応することをしてきた。尚、都市部ではターミナル期にある利用者の受け入れをするために、事業所の役職者（代表者や主任、サービス提供責任者等）や経験年数のあるベテラン等、ある程度経験と技術のある者が対応するようにしていた。こういった体制づくりは農村部でも同様の傾向がみられた。

5. 4. 4. 利用者本人や家族に対してターミナルケアに関する説明は、いつ、どこで、どのような方法で行っているのか？（都市部・農村部）

東京都 都市部	<ul style="list-style-type: none"> 先生や看護師等、医療職から説明をするのでヘルパーが直接説明することはない。医療職から説明後に今こういう状況だから、こんな感じで関わらせていただきますと説明をする。 ケアマネはなるべく往診に同行させてもらうようにしている。新規で入る場合は初回の往診に同行して、先生から家族への説明の席に同席させてもらう。状況の共有と気持ちの共有ができる。訪問看護師も一緒に行くとベストである。 訪問看護は本人たちがターミナルという認識があるかどうかを見極めながら、その都度、少しずつ話したりしている。
東京都 農村部	<ul style="list-style-type: none"> ご家族には医療職が入っている時間帯に、介護の管理職やサ責が同行して共に聞くという感じ。 家族がどこまで理解しているかを見極めながら、先生や看護師から話しをする。頭でわかっている目でも確認すると違うという場合に「えっ」ということがあるので、うまく遠巻きに話したりする。 パンフレットや冊子を使って、「こんな症状が出る」「こういう風になるけれど苦しくないよ」ということを説明する。利用者のケアより家族ケアにシフトしていく。
埼玉県 都市部	<ul style="list-style-type: none"> 家族から何か尋ねられた時には訪看さんに聞いてみましょうね等、医療職に説明をしてもらう。ヘルパーから話をすることはない。直行直帰のヘルパーさんにも言われたら、とりあえず事務所に連絡を入れて変なことはしないように指導している。 ケアマネからはきちんと対応できることをお話しする。医者や看護師をきちんと紹介できることをお話しする。
埼玉県 農村部	<ul style="list-style-type: none"> 家族が看護師と勘違いされて質問される場合があるが、介護職の立場で説明することはない。詳しいことは看護師さんに聞いてくださいと話す。確信の持てるきちんとした説明でないとうやむやにはできない。 ケアマネとしては今後の方針をお聞きした時に、どういった状況であれば自宅で介護が継続できるのか、どんなサービスを使えば介護が継続できるのかというサービスの紹介、体制の紹介をして、ご検討いただく。 ドクターの説明がなされてからということに限らず、家族が悩んでいたり、いろんな面で不安がある時にこういう方法がありますという紹介をする。 ターミナルという診断が出た後に、医療職から補足専門的に具体的に説明をする。 在宅はどうしても先生をすぐに呼べないので、訪問看護師が病状の経過を

	<p>たどっていく中でそれに合わせたケアの方法や今後どうなっていくのかというお話をしている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族もなかなかピンとこない部分もあるし、慌てずに最期を迎えられるように、という部分で看護師の役割は大きい。 ・特別に先生からお話ししたほうが良いような場合には看護師から先生にお願いして、話をしてもらおう。
千葉県 都市部	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職から直接アドバイスをするのではなく、ケアマネから依頼があってそれに対応するのが自分たちである。 ・ケアマネとしてカンファレンスの時に利用者の希望や家族の希望を聞くことはあるが、説明は先生からしてもらおう。 ・老衰の場合、主治医の先生と家族とのコミュニケーションもとれている場合が多い。
千葉県 農村部	<ul style="list-style-type: none"> ・医療職が家族に伝えることが多い。

都市部、農村部で大きな違いが見られなかった。例えば、状況説明を行うのは医師が行うことが基本であり、介護職や福祉職が対応することはない。これは医師の専門性、職務領域であるためである。看護職は医師の説明の補足を行うことがある。同時に、ターミナル期の説明をする際に介護職と福祉職が同行することが多い。それはターミナル期に入った利用者に対する対応方法直接確認し、対応策を検討する意味が含まれている。

5.4.5. 事業所としてターミナルケアに関して、すべきことがあるとしたらどのようなことか？（都市部・農村部）

東京都 都市部	<ul style="list-style-type: none"> ・月に1回、事業所で研修会を開いている。先生や看護師が講師となり、体の構造やこういう病気の人はいかにあるかというのを勉強している。 ・終末期の臨死期の時期はどう過ごすかという学習会や外部の看取りの研修会に行く。 ・チームケアが出来ない人にはターミナルは持たせられない。言葉掛け、調整のひとつで家族にストレスを与えることがあるので、経験のあるベテランのケアマネだからこそ、質の高いケアが提供できる。 ・スタッフに対して、お互いに声を掛け合いながらやっている。よほど負担が強い場合には個別で面談等している。 ・担当者、訪問看護師、ヘルパーさん等となるべく一緒にお悔やみ訪問をしている。
東京都 農村部	<ul style="list-style-type: none"> ・自分が1人で訪問した時に息を引き取るというプレッシャーに対して亡くなった後の振り返りのミーティングをし、スタッフケアが重要になっている。 ・情報の共有化、その情報をどういうふうにするのか、チームケアとして連携がどこまでできるかという点が重要。 ・事業所も地域の訪問看護師も含め包括ケアがはじまるので、地域の人たちのレベルアップとして研修会をしたり、不安を解消するような機会を作っていきたい。
埼玉県 都市部	<ul style="list-style-type: none"> ・担当したケアマネが必ず報告を出す。ケアマネ会議で皆でこのサービスはどうだったかという考える機会をもち、色々な事例を皆で共有する。 ・経験年数が浅い場合は、管理者と一緒に行って、二人で動くこともある。 ・亡くなった方の家族に対してのフォローも大事である。ご夫婦で担当することもある。
埼玉県 農村部	<ul style="list-style-type: none"> ・不安があるヘルパーに対しては話を聞いてあげたり、声を掛けてあげたりフォローしている。 ・1人のケアマネが抱え込まないように、皆、常に確認しあいながらやっている。ターミナルの場合はより深く話をしている。 ・訪問診療の先生やケアマネも巻き込んで、皆が同じ方向を向けるようにしている。 ・申し送りの場で聞き取りをしたり、相談にのったり、本人たちが気づかない点もあるので、ケアプランを確認して補足したりする。
千葉県 都市部	<ul style="list-style-type: none"> ・相談を持ちかけられたら話を聞いたり、フォローするくらい。 ・担当したケアマネに対して、労いの言葉と出来ることはすべてしたというフ

	<p>フォローをする。何かこういうことが出来たんじゃないかという気持ちは確かにあるが、個人の考え方による。</p>
千葉県 農村部	<ul style="list-style-type: none"> ・これでよかったのだろうか、というのはどんな事をやっても残る。 ・毎月カンファレンスを 2 時間開いているが、報告を聞いてそれがよかったのか悪かったのかではなく、結果こうでしたとさっと流して一つの区切りとしている。 ・病院の中なので同じフロアに医師や看護師等、色々な専門職がいるので相談しやすい環境である。

都市部と農村部では大きな差はみられなかった。事業所としてできることは、研修会やカンファレンスを開催する等して、事例の共有を行っている。これは事業所全体で情報共有をすることで次に対応するためのノウハウの蓄積をすることが目的である。それだけでなく、ターミナル期の支援は死を包括した総合的な支援であることから精神的、肉体的な負担が大きいこともあり、その軽減する意味合いが大きい。また、担当したケースの区切りとして位置づけることで、事業所として、担当者としての気持ちの切り替えをする意味合いも確認することができた。

5.4.6. 事業所として、ターミナルケアを提供するためにどのような判断と経緯があったのか？（事業所種別ごと）

訪問介護事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・医療法人で往診や本館が全部一緒になっているから、自動的に当たり前というケースが多い。 ・急遽であっても往診や本館もいるから大丈夫という安心感があつた。 ・5年ほど前頃から尊厳死についての講演会や看取りに取り組む勉強会が始まった。その中で利用者の自然な流れで看取りのケースがたまたまあつた。 ・依頼があれば受けるという形。 ・人員がとれれば、お断りすることはない。 ・職員のスキルアップとして。 ・同じ法人内に訪問看護があるのでいよいよターミナルとなると依頼が来るとか、病院に入院していて在宅に戻りたいということから、ケアマネを通してお話をいただいた。 ・ターミナルだからという区別はしない。 ・必ずしも本人や家族の希望通りではない、不本意ながら帰ってくる人もいる。
居宅介護支援事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・長年そういう事業をしているので、地域の患者さんを往診や訪問看護もセットで依頼される。 ・末期の状況になってケアマネから往診依頼、退院調整が始まる等。 ・5年ほど前から在宅でも看取りができるという講演会や研修会に参加し、勉強していたことと、たまたま利用者のニーズが合った。 ・がんセンターや病院からの依頼も多い。訪問診療の先生や訪看、ケアマネとあわせてお願いしたいという依頼等。 ・ターミナルだからということではなく、地域のニーズから。元来、在宅介護支援センターをやっていたのでケアプランとして必要であれば受けていく姿勢であつた。 ・医療法人なのでターミナルも含めて総合的に支援をしていこうという設立者の意向がある。介護保険前にも医療でデイケアをやっていて、現在の体制になつたのは介護保険の2000年から。 ・依頼は新規依頼として普通にくる。ターミナルだからということではない。
訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケアは看護そのものである。訪問看護の仕事の1つである。 ・提携はしていないが、総合病院や地域の基幹型の病院からの依頼がほとんど。 ・包括から医療的なケアが多いので相談がくる。紹介元の病院や先生にフィードバックや報告をしながら、その実績の積み重ねで次の依頼が来るといういきさつ。 ・地域に貢献する形で診療院を開設した先生と力を合わせており、訪問看護ステーションなので24時間対応し、看取りも含めて力を入れるようになっていった。

	・ターミナルを含めて訪問看護であるし、もともと事業所としてどんな人も受け入れようという体制であった。
--	--

全体の特徴は、事業所自体が地域に密着している点である。地域のニーズに即した業態に合わせた結果である。また、地域のニーズに対応することで他の事業所や法人とのサービス間の調整が行いやすく総合的な支援が可能であることが背景にあった。同時に、同じ法人内に医療サービスを提供しているところもあり、そのニーズに応じた支援も可能であることが背景にある。そういった背景のもと、利用者のニーズも増えていることから自然な流れで依頼が来れば、受け入れようという体制をとってきたケースが多い。ターミナルケアだからという区別はない。5年ほど前から看取りの勉強会を開始するなど、時代の流れと利用者のニーズが合った。

訪問介護事業所の場合、同一法人内に訪問看護ステーションや医療機関がある事業所はターミナル期に入った利用者の支援を行うことは自然なこととして認識されていた。居宅介護支援事業所については地域のニーズや近隣の医療機関との関わりの中で受け入れる流れが形成されてきたことで、ターミナル期に入った利用者を担当することは特別なことでは位と認識していた。そして訪問看護ステーションの場合、看護業務そのものが医師との関わりの中で行われてきたことや医療的なケアを担う立場であったことから、訪問介護事業所や居宅介護支援事業所とは異なり、既に職務として組み込まれているものであった。

5.4.7. ターミナルケアに対応するための準備の際、問題点や体制の変更はあったのか？（事業所種別ごと）

訪問介護事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・はじめの頃は本館から情報をもらったり、こういう時はこうして、こういう状況になったらここへ連絡等、一つ一つ教えてもらいながら始めた。 ・往診や本館が後ろについており、何かあったらすぐ電話をしたり、聞けばすぐに答えてくれる体制をとった。 ・痰の吸引に関しては事業所として講習を受けた者が 24 時間いるとは限らないので、医療行為は専門職に任せるようにした。 ・何かあったときに訪看がすぐに連絡してくれるとか、すぐに駆けつけるという連絡体制の徹底をした。 ・チームで動いているから 1 人の責任ではないよ、大丈夫だよ、という心の準備をした。 ・必ずねぎらいの言葉をかけた。 ・基本的に 1 人で行って 1 人に対応という形は通常と変わらない。 ・非常勤ヘルパーも含めて、月 1 回勉強会をし、経験談の共有をしている。 ・家で実際看取りを経験しているスタッフがほとんどいないので、怖いというスタッフが多い。 ・ケアプランとは違う、突発的な訪問、緊急時の訪問の体制を作った。その時間に、誰が、どこにいて、行けるスタッフがいるのかどうかという部分。 ・ターミナルだからということはない。 ・介護福祉士としてのスキル研修がほとんどない。
居宅介護支援事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・夜の急変の連絡体制をどうするか等、細かいところを体制を整えた。 ・利用者が患っている病気について、個人的に知識を得ている。学んでいる。 ・東京都が 3 年間か 4 年間の短い期間、ケアマネ対象の医療に関する研修会を行っていた。 ・ターミナルのための勉強会ということはないが、訪問診療の先生のところで開かれる研修会に参加している。 ・日曜祭日問わず 24 時間連絡が入っているので、その体制を整えるところが難しい。 ・1 時間単位、30 分単位でスケジュールを確認している。 ・24 時間対応は事前に承知していることだが、夜中のドクターの体制が当初はうまくとれなかった。その都度、法人として話し合いをしながら現在の体制にもってきた。 ・緊急時の連絡体制については常に模索している。 ・利用者が高齢なので、契約の時に元気でもいつ何時、何が起きるか分からないというのは常に念頭に持って仕事している。

訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルは状態の急変があるので、訪問看護は 24 時間対応をするような体制をとった。 ・24 時間体制は同じなので、ターミナルだからというのではない。 ・頻回な訪問看護が必要になるから常勤者はなるべくみている。 ・事業所内での勉強会はあまりないが、研修には出している。参加者が皆に伝達してもらおう形をとっている。 ・チームでやっている。 ・夜間は交代制で携帯電話を持っている。 ・ターミナル時期が近くなった時には、訪問診療の先生とやり取りをしながら体制を整えていく。 ・各訪問診療の先生ごとで事前に相談し、夜間体制を整えている。例えば夜 10 時までは対応可能だが、それ以降は訪問看護師は夜中でも駆けつけるが先生は翌朝に対応する等。
------------	---

ここでは 2 つのキーワードが挙げられる。連絡体制の整備と精神的支援である。それぞれの傾向は以下の通りである。

連絡体制の整備：休日、祝祭日、24 時間対応ができる連絡体制の整備をすることが基本であった。その方法としては、夜間帯に連絡がすぐにとれるよう携帯電話を自宅に持ち帰ること、訪問診療先の医師に事前に相談しておくこと、利用者の身体状態が急変した時に備え、誰がどこにいるのか、すぐに現場に駆けつけられるスタッフがいるかを把握できるようにしていた。

精神的支援：担当者はいつ何時、何が起こるかわからないということを常に念頭に持っている。支援に入る際は 1 人で対応することもあるが、そこで何かあっても 1 人の責任ではなく、チームで動いているという意識が必要である。また、ターミナル期に必要な知識や技術の修得をする為に勉強会や経験談の共有をして、不安の低減をさせるようにしている。

訪問介護事業所では、ターミナル期の利用者を受け入れる準備をするだけでなく、緊急的な対応をするための体制を構築していた。同時に、情報の共有をすることも体制づくりに必要なこととしていた。

居宅介護支援事業所では、研修会や勉強会の活用をしながら体制作りをしていた。また、関連する事業所との連携をすることも必要としていた。

訪問看護ステーションでは、24 時間対応をすること、担当する医師の対応方法について体制を作ることが基本となっていた。また必要に応じて研修会の参加もして新しい知識や技術の修得もしていた。

5.4.8. ターミナルケアを実施するための人員確保はどのようにしているのか？（事業所種別ごと）

訪問介護事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・往診をし始めた頃は職員人数が少なく、朝早い時間帯や夜遅い時間帯に入れるヘルパーさんが少なかったので、サービス提供責任者 2 人と登録ヘルパー1人の 3 人で朝昼晩、交代で回していた。 ・ヘルパーさんの高齢化。時間帯。体の問題がある。今はスタッフが 37 人いて、担当になるのは半数くらい。 ・だいたい同じ時間帯で働きたいという希望を持っている。 ・現状、サービス提供責任者が 3 人なので 150 件までしか持てない。書類関係もあるので、今の状態では足りないと感じる。 ・亡くなるまで一週間かな、10 日かなとスタッフのスケジュールを予定しているので急に亡くなった時には仕事がなくなってしまう。その点については話し合いを常にしていく状況である。 ・訪問介護は朝 6 時から夜 10 時まででは対応可能。それ以降の深夜帯に何かあったときには訪問看護やケアマネから朝、連絡を受ける。 ・緊急時に対応できそうもない人は徐々に外していくとか、緊急時に動揺せずに対応できるベテランクラスを残していく。 ・痰の吸引が必要になれば資格のある人、身体介護の場数を踏んでいるヘルパーを残していく。
居宅介護支援事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネは人員を増やすより人とのコミュニケーションの取り方、接し方が重要なので新人にはターミナルは持たせない。 ・ヘルパーの人数は元々多かったので今までのヘルパーさんと職員を中心に少しずつ幅を広げていった。 ・土日や夜間等、その時間帯に動ける人と職員を中心に体制を組んだ。 ・24 時間携帯を持っている。職員も協力的である。 ・おむつや食事の提供等、身体に関するケアの方法の教育、研修を頑張っている。 ・ケアマネの力量に合わせて担当を決めている。 ・ターミナルがどういう症状かによっても分けて、ケアマネの担当を誰にするか決めている。 ・退院のカンファレンスの時には必ずケアマネ 2 人で行っている。 ・最初の頃は看護師のケアマネも多数いたが、同じ法人に訪問看護があるので連携がとれる。今は元の基礎資格はこだわらずに採用している。 ・毎週 1 回勉強会や利用者ケースの報告をして、夜間でも当番者が対応できるようにしている。 ・この人がターミナル担当というのではない。

訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護の場合はターミナルが増えたから増やすのではなく、全体的に高齢者が増えたことから事業所として規模の拡大をしてきた。 ・24 時間対応するような体制になった。 ・ターミナルのために人員を増やす等はしていない。今いる人数で行える範囲で行っている。 ・ターミナルでない方が増えているので分けているわけではないが、もう少し人数を増やして、幅を広げたい。 ・常勤看護師が 5 人。1 週間交代で夜間の携帯電話を持って自宅待機という形でやっている。 ・24 時間対応を希望される利用者には、ターミナルに限らず、すぐに行ける体制を整えている。
------------	---

いずれの事業所も人員の確保に関してはターミナルケアを実施するという理由で増員をしているわけではなかった。担当する職員は経験年数のあるベテラン職員や痰の吸引ができる者が担当することが基本となっている。その理由は支援中の対応や緊急時に的確に行うためである。また、経験以外に土日や夜間の時間帯に担当できる者が配置されていた。

訪問介護事業所では、ターミナル期の利用者の担当を役職者が対応することやベテランの職員を配置する、対応可能時間外を居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションと連携して対応できる体制を構築していった。

居宅介護支援事業所では、経験年数のあるケアマネジャーを担当させることが基本であった。また、必要に応じて研修会の参加もして知識や技術面での確立をすることもしていた。

訪問看護ステーションでは、元々の業務の中にターミナル期の利用者対応が含まれていることから、特に人員を増やす、担当者がこの職員にするという傾向はみられなかった。最初から職務の一環として対応をしていくことが背景にあった。

5.4.9. 利用者本人や家族に対してターミナルケアに関する説明は、いつ、どこで、どのような方法で行っているのか？（事業所種別ごと）

訪問介護事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・先生や看護師等、医療職から説明をするのでヘルパーが直接説明することはない。医療職から説明後に、今こういう状況だからこんな感じで関わらせていただきますと説明をする。 ・家族から何か尋ねられた時には訪看さんに聞いてみましょうね等、医療職に説明をしてもらう。ヘルパーから話をすることはない。直行直帰のヘルパーさんにも言われたら、とりあえず事務所に連絡を入れて変なことはしないように指導している。 ・介護職から直接アドバイスをすることはなくケアマネから依頼があって、それに対応するのが自分たちである。 ・ご家族には医療職が入っている時間帯に介護の管理職やサ責が同行して、共に聞くという感じ。 ・家族が看護師と勘違いされて質問される場合があるが、介護職の立場で説明することはない。詳しいことは看護師さんに聞いてくださいと話す。確信の持てるきちんとした説明でないとうやむやにはできない。 ・ヘルパーは必ずケアマネ経由である。
居宅介護支援事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネはなるべく往診に同行させてもらうようにしている。新規で入る場合は初回の往診に同行して、先生から家族への説明の席に同席させてもらう。状況の共有と気持ちの共有ができる。訪問看護師も一緒に行くとベストである。 ・ケアマネからはきちんと対応できることをお話しする。医者や看護師をきちんと紹介できることをお話しする。 ・ケアマネとしてカンファレンスの時に利用者の希望や家族の希望を聞くことはあるが、説明は先生からしてもらう。 ・老衰の場合、主治医の先生と家族とのコミュニケーションもとれている場合が多い。 ・家族がどこまで理解しているかを見極めながら、先生や看護師から話しをする。頭でわかっても目で確認すると違うという場合に「えっ」ということがあるのでうまく遠巻きに話したりする。 ・ケアマネとしては今後の方針をお聞きした時にどういった状況であれば自宅で介護が継続できるのか、どんなサービスを使えば介護が継続できるのかというサービスの紹介、体制の紹介をしてご検討いただく。 ・ドクターの説明がなされてからということに限らず、家族が悩んでいたり、いろんな面で不安がある時にこういう方法がありますという紹介をする。 ・ターミナルという診断が出た後に、医療職から補足専門的に具体的に説明をす

	<p>る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療職が家族に伝えることが多い。
訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護は本人たちがターミナルという認識があるかどうかを見極めながら、その都度少しずつ話したりしている。 ・医者と私たちの見解が違う時もあるが基本的に医者が話す。 ・パンフレットや冊子を使って「こんな症状が出る」「こういう風になるけれど苦しくないよ」ということを説明する。利用者のケアより家族ケアにシフトしていく。 ・本人が居るとなかなか話せない時は外来に来てもらったりして時間を作る。 ・在宅はどうしても先生をすぐには呼べないので、訪問看護師が病状の経過をたどっていく中でそれに合わせたケアの方法や今後どうなっていくのかというお話をしている。 ・家族もなかなかピンとこない部分もあるし、慌てずに最期を迎えられるようにという部分で看護師の役割は大きい。 ・特別に先生からお話したほうが良いような場合には看護師から先生にお願いして話をしてもらう。

全体的な特徴として、役割分担が明確にされている。すなわち、ターミナル期になった利用者の身体状況や今後の見通しといった内容を家族に説明する場合は医師が行い、看護師は必要に応じて補足的説明をする形があるため、介護職や福祉職は直接対応することはなかった。

訪問介護事業所では、医師や看護師が対応することであると認識しており、質問が家族から寄せられた場合は医師や看護師に説明をしてもらうように対応をしていた。介護職として何らかの説明をしないようにしている事業所もあった。

居宅介護支援事業所では、訪問介護事業所と同様に直接家族へ説明することはしない。また質問や要望が寄せられた場合は医師や看護師から説明をしてもらうように取り次ぎを行っている。また医師が話す内容をしっかりと把握するために同席をし、体制作りの材料としている。

訪問看護ステーションでは、医師が話しをした内容を踏まえ、今後の見通しについて事業所で作成したパンフレット（冊子）を活用しながら対応をしていた。利用者本人だけでなく、家族に対しても意識的なケアを提供することもしていた。

5. 4. 10. 事業所としてターミナルケアに関して、すべきことがあるとしたらどのようなことか？（事業所種別ごと）

訪問介護事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・月に1回、事業所で研修会を開いている。先生や看護師が講師となり、体の構造やこういう病気の人はいかなるんだというのを勉強している。 ・相談を持ちかけられたら、話を聞いたりフォローするくらい。 ・担当したケアマネに対して労いの言葉と出来ることはすべてしたというフォローをする。何かこういうことが出来たんじゃないかという気持ちは確かにあるが、個人の考え方による。 ・自分が1人で訪問した時に息を引き取るというプレッシャーに対して、亡くなった後の振り返りのミーティングをし、スタッフケアが重要になっている。ただし、そこには全く報酬がないのでグリーフケア加算もなく、スタッフのケア加算もあるわけではない。現実的にはあまりできていない。 ・現金での集金なのでその時にお焼香させてもらう。事業所としては代表から花輪をお送りしている。 ・不安があるヘルパーに対しては話を聞いてあげたり、声を掛けてあげたりフォローしている。 ・在宅は一人で訪問するので何かあった時にその場で相談できる相手もないし、やはり怖いが先に立ってしまう。 ・これでよかったのだろうかというのはどんな事をやっても残る。 ・毎月カンファレンスを2時間開いているが、報告を聞いてそれがよかったのか悪かったのかではなく、結果こうでしたとさらっと流して一つの区切りとしている。
居宅介護支援事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・チームケアが出来ない人にはターミナルは持たせられない。言葉掛け、調整のひとつで家族にストレスを与えることがあるので、経験のあるベテランのケアマネだからこそ質の高いケアが提供できる。 ・担当者、訪問看護師、ヘルパーさん等となるべく一緒にお悔やみ訪問をしている。 ・担当したケアマネが必ず報告を出す。ケアマネ会議で皆でこのサービスはどうだったかという考える機会をもち、色々な事例を皆で共有する。 ・経験年数が浅い場合は管理者と一緒に連れて行って、二人で動くこともある。 ・亡くなった方の家族に対してのフォローも大事である。ご夫婦で担当することもある。 ・皆、帰ってくると「今日こうだったのよ」と吐き出せるような雰囲気も作っている。 ・情報の共有化、その情報をどういうふうにするのか、チームケアとして連携がどこまでできるかという点が重要。 ・1人のケアマネが抱え込まないように、皆、常に確認しあいながらやっている。タ

	<p>ーミナルの場合は、より深く話をしている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・申し送りの場で聞き取りをしたり、相談にのったり、本人たちが気づかない点もあるのでケアプランを確認して補足したりする。 ・病院の中なので同じフロアに医師や看護師等、色々な専門職がいるので相談しやすい環境である。
訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期の臨死期の時期はどう過ごすかという学習会や外部の看取りの研修会に行く。 ・スタッフに対してお互いに声を掛け合いながらやっている。よほど負担が強い場合には個別で面談等している。 ・一人でみることはしないで、チームでみていく。 ・一緒に沈む必要はない。帰ってきてとにかく聞いてあげる。話すことで情報共有にもなっている。 ・グリーフケアは必ずやっている。所長として行くことはないが、担当者がお悔やみ訪問をする。 ・先生を含め、利用者に対しての考えは一致していること。考えを共有できればもっといい看取りができる。 ・事業所も地域の訪問看護師も含め包括ケアがはじまるので、地域の人たちのレベルアップとして研修会をしたり、不安を解消するような機会を作っていきたい。 ・介護職の人が入れ込みすぎてしまうところもあるので、そのあたりを介護職の人に説明をする。 ・訪問診療の先生やケアマネも巻き込んで、皆が同じ方向を向けるようにしている。

全体的には、職員に対して研修会の参加、面談を実施し精神的な負担を軽くすることをしていった。他方、利用者が死亡してからはお悔みのための訪問、通夜への参加をする、供花をするといったことであった。

訪問介護事業所では、カンファレンスの開催を通じて担当者の精神的な負担の軽減をすることをしているが介護保険制度の加算の問題もあり、十分にできているのか明確でなかった。利用者の死亡後は通夜への参加、供花といったことをしていた。

居宅介護支援事業所では、できる限り精神的な負担が少なくなるよう職員に対してサポートできる体制を作っていた。カンファレンスの開催やベテラン職員の配置をするだけでなく、一人で抱え込まないように情報の共有がしやすい環境を整えること等である。利用者の死亡後は、通夜への参加、供花といったことをしていた。

訪問看護ステーションでは、職員に対してターミナルに関する学習会を開催する、研修会に参加する等して職務に関する知識や技術を得ることをしていた。精神的な支援については情報の共有をして負担感の軽減を図ることをする一方で、精神的な負担がある職員に対しては面談をしたりして対応をしていた。利用者の死亡後は担当者がお悔みに行くという対応をしていた。

5.5. テキスト分析：記述統計（専門職に関する質問）

専門職に関する質問においても、テキストデータの客観的な記述統計量を算出しておく。記述統計量は、異なり語数 709 語、出現回数の平均は 2.70 回だった。

「異なり語数」というのは、分析対象のテキスト内に何種類の語が含まれていたかを示す数である。

表 5-4 記述統計（専門職に関する質問）

異なり語数 (n)	709
出現回数の平均	2.70
出現回数の標準偏差	7.37

また、下記のように出現回数の度数分布をみると、出現回数 3 回以下の語を切り捨てた場合、約 85% の語が分析対象外になる、といったことがわかる。

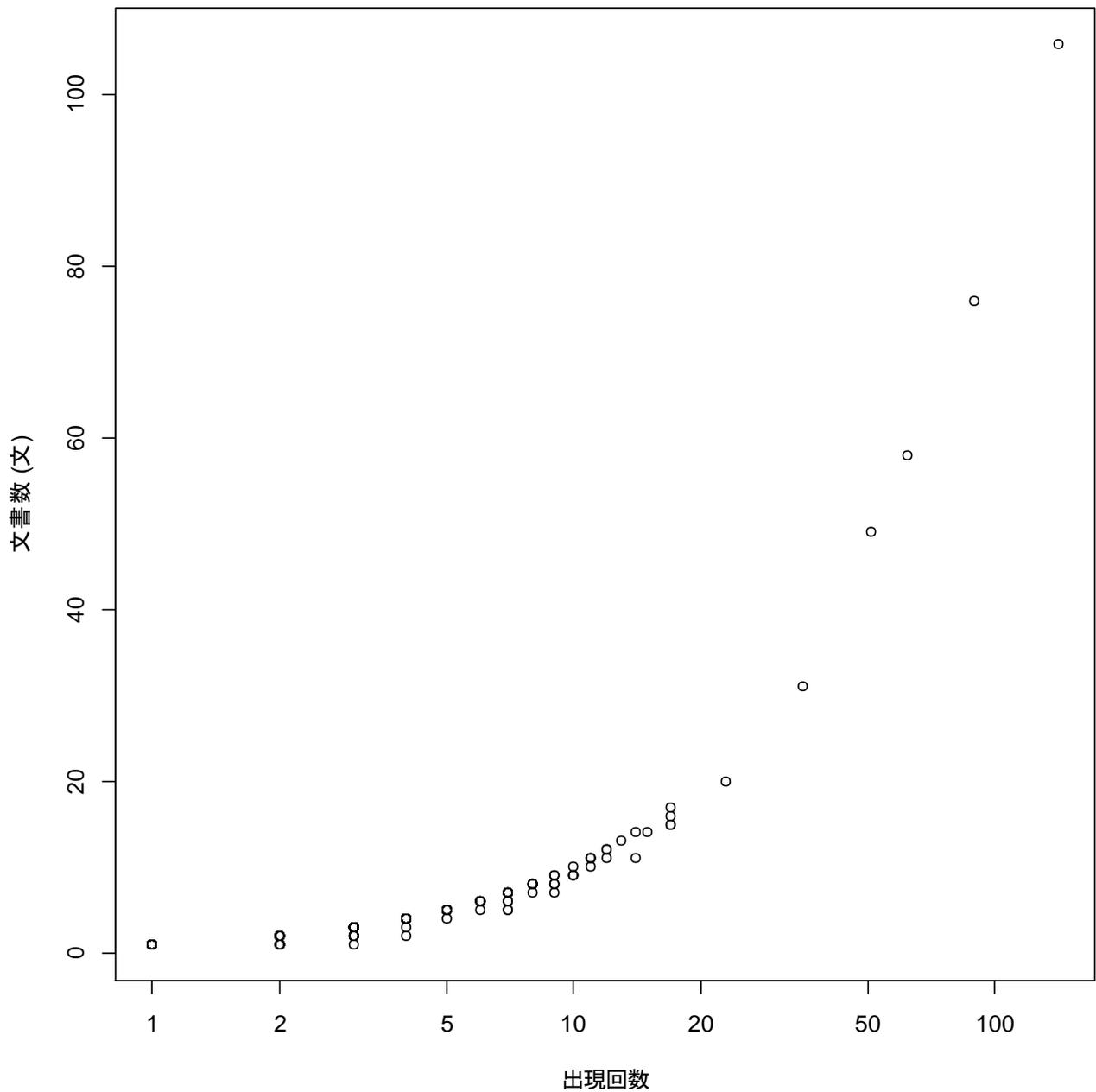
表 5-5 度数分布表（専門職に関する質問）

出現回数	度数	%	累積%
1	447	63.05%	63.05%
2	105	14.81%	77.86%
3	48	6.77%	84.63%
4	31	4.37%	89.00%
5	16	2.26%	91.26%

5.6. 出現回数と出現文書数の対数軸表（専門職に関する質問）

出現回数の分布と出現文書数の分布を対数軸でプロットしたのが下図である。出現回数が増えれば、出現する文書数も同じく増えており、特異な出現状況を示す語はないと考えられるプロットとなっている。

図 5-2 出現回数と文書数の対数軸グラフ（専門職に関する質問）



5.7. 専門職に関する質問

専門職に関する質問は、次の点を重点に聞き取りをしているので、それぞれの課題、具体的な体制、対応策について洗い出しをした。

- ①ターミナルケアを希望する利用者や家族に対して、専門職（自分自身）はどのような役割があると思うか？
- ②ターミナル期にある利用者のケアを行う際、他の職種との連携はどのように行っているのか？
- ③異なる住居環境や人間関係等のため、ターミナルケアの難しさは感じることはあるか？
- ④ターミナル期にある利用者、家族に対するコミュニケーションの難しさはどのような時に感じるのか？
- ⑤専門職の役割を果たす上でどのような条件や内容が満たされれば、よいターミナルケアになると考えるのか？

5.8. 特徴語の抽出

5つの質問、あるいは3つの専門職ごとにおいて、その特徴を把握しやすくするため、「特徴語」を上位10語リストアップした。数値は、どの程度「特徴的」かを示す Jaccard 係数である。Jaccard 係数式は、語 a と語 b について、語 a もしくは語 b の一方のみを含む文書を分母とし、語 a と語 b を両方含む文書を分子として算出するものである。得られる結果は、0 から 1 の間の値を取る。

$$J(a, b) = \frac{A \wedge B}{A + B - (A \wedge B)}$$

計算式における A と B は、語 a および語 b のそれぞれの出現回数。

$A \wedge B$ は、語 a と語 b が共に出現する回数である。

また、質問上、下記のような語は当然上位に出てくるため、分析から除外している。

「役割」「難しい」「ターミナル」「ケア」「本人」「コミュニケーション」

表 5-6 質問ごとの特徴語

①専門職の役割		②他の職種との連携		③ターミナルケアの難しさ	
家族	.170	連絡	.133	家族	.132
医療	.110	往診	.084	介護	.113
人	.100	電話	.084	違う	.065
利用	.073	訪看	.083	場合	.065
状態	.073	報告	.083	保険	.063
安心	.059	多い	.078	ケアマネ	.058
伝える	.059	情報	.069	気持ち	.056
痛い	.046	先生	.068	多い	.054
出る	.046	ヘルパー	.068	ケアマネジャー	.052
立場	.046	ケアマネジャー	.065	問題	.044
④利用者、家族に対する コミュニケーションの難しさ		⑤よいターミナルケア とは？			
言葉	.159	思う	.143		
家族	.122	家族	.141		
目	.070	大事	.136		
会話	.070	ケアマネジャー	.100		
取る	.065	一番	.091		
思い	.065	気持ち	.085		
見る	.063	満足	.077		
分かる	.061	話	.070		
聞く	.058	言う	.067		
看護	.053	看護	.057		

表 5-7 専門職ごとの特徴語

介護職		介護支援専門員		看護職	
家族	.179	事業	.065	家族	.167
介護	.076	聞く	.063	看護	.118
医療	.058	多い	.061	先生	.082
連絡	.051	ケアマネジャー	.060	必要	.073
大事	.051	福祉	.056	人	.068
人	.051	ケアマネ	.053	ケアマネジャー	.063
気持ち	.050	介護	.051	病状	.059
利用	.043	顔	.044	関係	.057
訪看	.043	行く	.044	気	.057
情報	.042	入る	.043	言葉	.056

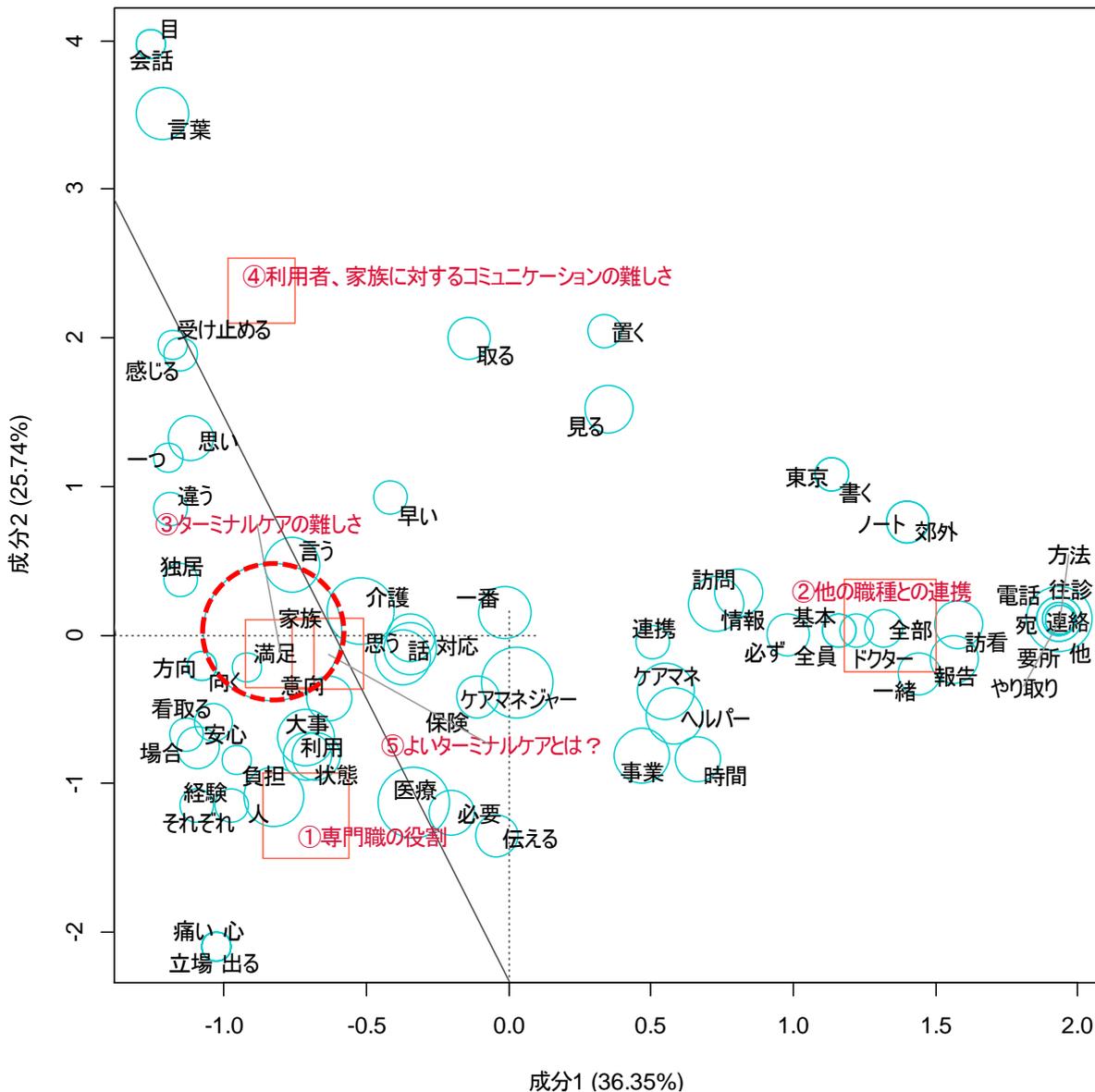
「家族」という語も、質問から上位に出てくるが、次ページの対応分析に示すよう、「ターミナルケアの難しさ」の大きな要素であることがうかがえるので、分析対象としている。

5.9. 対応分析

下記の図は、質問による対応分析の結果である。対応分析とは、コレスポンデンス分析、数量化3類とも呼ばれる分析で、情報量を2因子に集約し、2次元上にデータ間の関係性を距離としてプロットすることで、「似たものは近くに」「特徴の弱いものは原点近くに」配置されるためデータの関係性が視覚的にわかりやすくなる。また、原点(0,0)付近には、これとって特徴のない語が集まり、原点から離れていると特徴的な語ということが読み取れる。どの程度「特徴的」かを示すには前ページ同様に Jaccard 係数を使用している。

①専門職の役割と⑤よいターミナルケアとは?のカテゴリは、近い位置にプロットされている。やはり、専門職の役割を果たす上での条件や内容であるため、似た内容になっている。③ターミナルケアの難しさと⑤よいターミナルケアに「家族」が大きな円でプロットされている。「家族」に関することが、ターミナルケアの難しさの大きな要因でもあり、また、よいターミナルケアにもつながる重要なポイントとなっていることがうかがえる。

図 5-3 対応分析



5. 10. 課題や要望のまとめ

以下、質問ごとに、専門職ごとに、課題や要望などをまとめている。

5. 10. 1. ターミナルケアを希望する利用者や家族に対して、専門職（自分自身）はどのような役割があると思うか？

[介護職] 都市部

- ・心のケア。精神的なケア。その人が一日一日を安心感の持てる生活。家族の負担も増えてくるので、その軽減。聞いて、助言できるところは助言してあげる。
- ・医療でないところでできることはたくさんある。足を洗ったり、暖めたり、シャンプーをしたり、普段と同じキレイにしていること。
- ・痛いところをさすったり、少し除圧して楽になれるように。
- ・利用者の安定と家族の気持ちをやわらげる。最期、どうしてほしいのかをくみ取ってする。何がしたいのか、何を食べたいのか、叶えてあげる。決められたことをするのではなく、利用者に合わせた形のケアを試みる。
- ・入院していて急に具合が悪くなった場合、家族の心の動揺や家に人が出入りする事に慣れていない。心を安定させるのが大事。
- ・痛いのは医療になる。私達は状態の把握。未経験の人がこの状態が普通なのか、普通ではないのか、どう対応したらいいのか分からないケースも出てくるので事務所の正社員で対応したり、FAXで情報共有している。
- ・経験が浅いと顔が赤くなっているとか、唇が白くなっているとか、息遣いが荒くなっているということに気付かないので伝えていく。
- ・管がいくつも入っている、針を刺しているほうが痛くなる等、気をつけなければならないことがたくさんある。力がなくなっているのを圧をかけないようにとか、ゆっくり対応する等、技術的な面で慎重になる。
- ・本人が快く最期を迎えられるように、ご家族が安定してお看取りできるように、お手伝いすること。話を聞くのもそのひとつ。利用者の安定とご家族の心のケアというのを一番すべきことと思っている。

[介護職] 農村部

- ・家族未満、専門職未満。医療職ではないが家族に寄り添う立場。家族がどうやったら早くもう一度スタート地点に立てるかというところを念頭に思っている。
- ・本人の苦痛の状況や家族の限界値が一番関わる時間が長いヘルパーさんのほうが分かるので、繋ぎの役割である。家族は不安なのに先生が来たら大丈夫ですと話してしまったりする。家族の代弁をしたり、利用者の代弁をしたりする。
- ・それぞれの立場を思いやり、中立した気持ちになることが大事。

- ・こうしたほうが良いよとは言わずに、迷っている人には一緒に迷う。論ずるのではなく、利用者や家族に添う。

[福祉職] 都市部

- ・家族をまるごと受け止める。月日を迫うごとに不安が出てきて、気持ちが変わることもある。
- ・自分が主役ではないので、介護保険のサービスを使って何ができるかということ、本人がどうしたいのかを確認すること。
- ・ケアマネとして取れる責任と取れない責任がある。きちんと役割分担することが大事。看護師から聞いた話を自分の話として伝えてはいけない。
- ・プランを立てる時にどこの事業所さんを選ぶか難しい。人間対人間なのでじっくりいかないこともある。それぞれ事業者の特徴があるので、この家族にはどこの事業者が合うのかを見極めることが難しい。
- ・本人や家族が一番話しやすい人に言ってもらえばよい。連携はとれているので。

[福祉職] 農村部

- ・バランス的な役割。ターミナルは医療が中心になってくるが医療に偏らず、黒子的な役割で、足りないところをサポートしていく。
- ・思いをプランにするのは難しいが、医療がすごい勢いで入ってきた中でさりげなく座っていたり、さりげなくコメントしたりする。縁の下の力持ち。足りないところをみて、伝達すること。
- ・ターミナルケアは本人や家族にとって初めての経験なので、これからの見通し、具体的な生活のイメージが持てるような説明をする。安心感を持ってもらう。家族の側にたつという意識もっている。
- ・ターミナルは状況が毎日毎日変わるので、早急に柔軟に対応してくれる事業者を選定することは重要な役割。すぐにお願ひして、計画をどんどん変えていくこと。

[看護職] 都市部

- ・専門職だからこそ、病状の説明をすることで安心したり、慌てずに看取ることができることに繋がる。終末期になると呼吸状態が変わったり、急に熱が出たりするが、そういう変化が起きることをあらかじめきちんと説明して、変化が起きても慌てないように伝えておく。
- ・家族の意向を聞き出すことが必要でそれをケアマネジャーや主治医に伝えていく。家族に対するフォローが、私達の役目。
- ・家族が、看護師さんになら話せることもある。家族の精神的フォローと、身体的にもハードになってくるので、私達が行っている間は休んでもらうなど。

[看護職] 農村部

- ・医療的なところで苦痛緩和の部分は最低限必要なこと。状態をみて医師に報告すること。

- ・ **過ごしやすい環境を作る手助け**をすること。
- ・ 残された時間がどれくらいなのかというところもあり、信頼関係を作る時間の全体的なマネジメントが難しい。
- ・ 医療的な処置はできて当たり前なので**家族や周り**にいる**他職種の人たちのサポート**、**どれだけ安心させることができるのか**という、その人の能力。
- ・ 最近は**看護師でないケアマネジャーが多い**ので、こういう人には**こういうケアが必要**、今こういう状態だから、**こんなところに気をつけて**、**といったことを私達から発信していく**ことが必要。
- ・ **先生と利用者**の間の**橋渡し**、**ケアマネやヘルパー**、**訪問入浴**等色々な人が関わってくるので、**医療の立場として**、**その中心になる**。

- ・ 「**介護職**」は医療職ではないが一番関わる時間が長いので、本人の苦痛の状態や家族の心の動揺をよく把握している。痛みをとることはできなくてもその**状態の把握**はできる。身体の色みや息遣いの荒さ等、経験を積んでいくとちょっとした変化に気づくことができるので、それを伝えることが役割である。またケア自体も痛いところをさすったり、少し除圧したり、管がいくつも入っている時のケアではゆっくり慎重に対応する等、技術的な面も求められる。
- ・ もうひとつは**心のケア**である。特に家族の精神的な負担を軽減することである。家族は不安であるのに先生が来たら大丈夫ですと話してしまったりすることがある。家族の代弁をしたりする。ただし、こうした方がいいよとは言わない。迷っている人には一緒に迷う。諭すのではなくて、「添う」「寄り添う」ということが役割である。
- ・ 「**福祉職**」も医療職ではないという部分で介護職と似ており、家族の側に立つという意識を持っている。福祉職の場合はより黒子的な役割となり、あまり前面に出ることはなくなってくる。自分たちが主役ではなく、バランスをみて、足りないところを伝達することが役割となる。これからの見通しや具体的な生活のイメージが持てるような説明をして、安心感を持ってもらうことである。
- ・ 毎日状況が変わるなかで早急に柔軟に対応してくれる事業者を選定したり、それぞれの事業者の特徴を見極めて、この家族にはどこの事業者が合うのかということを見極めていくことが重要な役割である。
- ・ 「**看護職**」は医療的な処置、苦痛の緩和は最低限必要なことであるが、終末期だからこそ気をつけるべきところ、これから起こりうる変化等をあらかじめきちんと説明することである。家族のサポートにもなるだけでなく、他職種へのサポートにもなる。最近は看護師でないケアマネジャーも多いのでこちらから発信していくことも必要である。
- ・ 医師との橋渡し、報告等も役目のひとつである。
- ・ 亡くなられた後の家族の立ち直りまで見据えて、家族の後悔を少しでも少なくしてあげられるような支援の仕方をするのが、役割である。

5. 10. 2. ターミナル期にある利用者のケアを行う際、他の職種との連携はどのように行っているのか？

[介護職] 都市部

- ・看護師が訪問のときに同行し、全部説明、相談をする。こういう状況になったら、すぐに電話してという連絡体制を全員で共有する。
- ・昨日なかった赤みが今日はほんのちょっとあったよというぐらいの小さいことでもすべて報告する。
- ・この時期になるとケアマネとはあまり密にはしていかないが、家族が疲れているから回数を増やしたらとか、時間が足りないから増やしたらといった相談はケアマネに連絡している。
- ・他部所用のメモ報告の用紙があり、ケアマネ宛、本館宛、往診宛、を全部一緒に書いて、それをコピーしたものを全部の部所に配り、同じ事を情報に入れる。
- ・月曜日に往診した分を火曜日の朝礼で申し送りを皆でして共有している。
- ・忘れがちなことをメモで回したりもする。
- ・最初、在宅に戻るといふ時は、必ずケアマネジャーが中心となって動く。担当者会議、家族の意向をふまえながら、どのようにケアしていくか、何かあった時にはすぐに訪看さんに連絡してください等、連絡方法の徹底をはかる。
- ・訪看さんとの接点はあるがドクターとの接点はない。
- ・訪看のノートもヘルパーのノートもその場に置いて、誰でも見られる。ドクターも往診に来た時にはそれを見て状況を把握する。
- ・記録書をサービス後に書いている。
- ・医療ではiPadを使っているのを見たことがあるが、介護ではない。
- ・医療職ではないので判断がつかない時には、必ず訪看なりケアマネジャーなりに連絡を入れて指示を仰ぐ。

[介護職] 農村部

- ・一人で決めない。一人で判断しないように皆で情報を伝えるしかない。
- ・日々の小さな変化はその日のうちに看護師やケアマネに報告する。
- ・別に職員の間だけでやり取りするノートもある。
- ・メールはしない。基本的には電話。FAXもある。
- ・事業所が同じフロアにあるので口頭が多い。医療、医学、看護等の専門用語について知らないことは気軽に聞ける。他の事業所は電話が多い。
- ・介護保険で義務付けられているので連絡ノートは必ず書く。
- ・企業のモデルケースでタブレットを使ったことがある。もし使いこなせられれば一番いい。すぐに連絡がいく。
- ・本人の望みを叶えるか、医療職の禁忌を守るのかは医療職に対するコミュニケーション能力。
- ・それぞれの立場を思いやること。職種によって範囲があるのでそこを越えない。お互いの範囲

を理解すること。

- ・ICT タブレット端末でやろうという地域はあるが実際は稼動していない。地域差がある。一応導入はしているが、ほとんどが電話とノートである。ノートの場合も家族が読めると不安になるので**携帯電話が多い**。

[福祉職] 都市部

- ・家族が疲れていないか、利用者の皮膚のトラブルがないか、床擦れがないか、お風呂のタイミングを調整している。
- ・私の記録というファイルをご自宅に置いておく。往診の時、訪看、ヘルパー、お風呂屋さん等、そこに記入する。居宅療養管理数を取っているので**往診へ行った結果の情報が FAX で送られてくる**。
- ・一番多いのは**電話**。その都度その都度の連絡が多い。末期の方になると全員が集まる時間もないため、**往診の時間に私達が出向いて話を聞くことが多い**。
- ・24 時間体制なので何かあればすぐ訪看にまず連絡ということになっている。あと1週間ぐらいだよという話は**訪看から召集**がかかる。
- ・ケアマネは情報のやり取りを個別にするのではなく、**一緒に聞くところで、誤解が生じない**。

[福祉職] 農村部

- ・ケアマネジャーが自分で行くのではなく、空気を読んで基本は電話。**要所要所のところは一緒にみる**。
- ・ケアマネは、家族や本人の状況を各サービス事業所になるべく細かく伝えるようにしている。**こちらからどんどん連絡をすることでフィードバックが返ってきやすい**。
- ・訪問看護の事業所が隣にあるので**分からないことは聞きに行く**。
- ・同じ法人内であれば毎日顔を合わせているので、**その都度その都度話し合うことが可能**。
- ・iPad を使ってケアネットというツールで情報がどんどん入ってくる。訪問したその都度、全部コメントが入ってくる。
- ・ケアネットは**文章だけになるので思惑がずれていることがある**。要所要所では**顔を見て話す**ようにしている。他の職種に比べ**一番動きやすい**ので、こちらが合わせて確認しに行くようにしている。そういった**地域柄なのかもしれない**。
- ・カンファレンスは**月 1 回必ず**している。
- ・実務経験 5 年以上の者がなっていく職種で、やはりこういった生活の場面を全面的にサポートしていくとなると 40 代 50 代の年齢のスタッフになる。ITC の導入は慣れている者、慣れていない者もいるので現場は簡単ではない。

[看護職] 都市部

- ・基本は、家にある連絡ノートを見たり、電話連絡、FAX。

- ・病状が変わったから集まってカンファレンスしましょう、というのではない。
- ・先生は忙しいので病院の連携室でやり取りしたり、考えられることは事前に対処方法を聞いておくようにしている。こまめに連絡を取って状態報告をすることは少なく、病状が変化して先生に診てもらわなければいけないようなことが起きた時だけ連絡する。
- ・ヘルパーさんが最初に見つけることはあると思うが、そういう時に慌てないようにあらかじめ予期できることについては対応を考えておく。
- ・文章化するより直接会えれば直接話したほうが早い。
- ・往診の時に先生がどのように本人や家族に説明しているのか一緒に立ち会っている。ケアマネジャーに立ち会ってもらうこともある。
- ・ケアマネに極力、情報提供するように心がけている。
- ・ネットを使っての情報のやり取り。早い。セキュリティもしっかりしている。
- ・ヘルパーさんの方が頻繁に行ってくれるが、逆に不安を与えてしまう言動をとる人もいる。「こういう場面ではこうしようね」といった援助もする。

[看護職] 農村部

- ・ナースがチームリーダーになっていることが多いので、皆の気持ちを引き出して言いやすい仲間になるようにしている。他の事業所のヘルパーさんも入ることがあり、不安も大きいと思うが普段から関係性をよくすること。
- ・ドクターは気難しい人が多い。先生の特徴をよく理解して、報告、言い方の方法、順番等に気をつけている。
- ・大事なことは書面に残すようにしている。守ってほしい処置内容等。状況報告を書面でもらうケースも結構ある。
- ・全員に iPad を持たせている。先生も含めて情報共有している。
- ・外部の先生であれば電話で報告しあったり、訪問診療に同席したり、ヘルパーさんと一緒にケアに入る。顔の見える対応が必要。
- ・なるべく顔の見える対応は必要。
- ・分かりやすい言葉、誰が聞いても分かりやすい言葉で説明できるように。

- ・「介護職」は、ちょっとしたことも必ず報告するようにしている。連絡ノートと電話が多いようである。ノートは、その場に置いてあるので、誰でも見れることから、家族が読んで不安になるような場合は、携帯電話で話す。何かあったときには、慌てずに訪看に連絡するなど、連絡方法の徹底をはかっている。
- ・一人で判断をせずに、皆で情報を共有し、医療的なことは判断を仰ぐようにしている。同じフロアであれば、口頭での連絡もできるし、わからないことも気軽に聞ける。
- ・「福祉職」は、この時期になると、全員で集まる時間もないので、基本は電話でやり取りする。あまり出すぎず、空気を読んで行動する。要所要所では、往診の時間に同行することで、一緒に聞くとところで誤解が生じない。

- 「看護職」として、チームリーダーになっていることも多い。ヘルパーの不安、先生の特徴を理解する等、普段から関係性をよくするように気をつけている。先生は忙しいので、事前に対処方法を聞いておくようにし、必要な場合のみ連絡したり、往診に同行したりしている。ヘルパーによっては逆に家族に不安を与えてしまう言動をとる人もいるので、対応の仕方を援助している。
- どの職種も基本はノート、電話であるが、要所要所で顔の見える対応が必要である。
- iPad 等のタブレットの活用は使いこなせればよいが、40代 50代の年代の現場スタッフのなかには慣れていない人もいるので簡単ではない。地域差もみられる。医療現場では先生も含め情報共有しているが、介護、福祉の現場では実際には稼動していないこともある。ただし、情報のやり取りは早いのでメリットは感じているようである。それらを使いこなしながら、必要なときには顔を見て話すことも大事である。

5. 10. 3. 異なる住居環境や人間関係等のため、ターミナルケアの難しさは感じることはあるか？

[介護職] 都市部

- ・お金があまりなくてヘルパーさんが回数入れない場合やシーツ交換したいのにまだ洗濯ができていないようなケースは難しい。
- ・家族の意見の相違がかなり難しい。
- ・家族の状態によって最終的に看取りができないことがある。認知がある人はそれだけでパニックになってしまう。
- ・状態の把握。パートさんでの対応はしておらず、全部、常勤の正社員とサ責で対応している。
- ・経験者が未経験者に対して教えてあげるといっていき。
- ・家の狭さから家族が寝ているところを通ってお湯を運んだり。
- ・ポータブルの置き場所。

[介護職] 農村部

- ・家族がいればいるほど入り込めない専門職の壁。
- ・最初のスタート時点と家族の気持ちが変わってくる早さは難しい。
- ・住居に関して出入り口が一つ、玄関が一つであると入るところから皆を起こしてしまう。
- ・ターミナルはエンドが分からないので延びていけば延びていくほど、人間関係のほつれを目の当たりにしてしまうので難しい。
- ・悲観的にならないこと。バイタルチェックが良くても悪くても感情に出さない。一喜一憂しないで淡々といつも同じようにする。
- ・ただいだけ、見守りでは介護保険法の身体介護はとれない。

[福祉職] 都市部

- ・ケアマネジャーは後付けになることも多いが、本人と家族が大事なので順番を気にしていたら先へ進まない。
- ・いつでも何でもいいから言ってください。家族が思っていることを全部吐き出しやすいような環境づくり。
- ・できるだけ気持ちに寄り添うようにしている。あまり出過ぎたことをしないようにしている。
- ・家族が疲れていないか、夜眠れているか、ご飯を食べているか等、気遣いながら聞いてあげるしかない。
- ・実際には独居の方だと看取りは難しい状況になってしまう。
- ・介護保険だけでは賄いきれない部分でもケアマネに相談がきてしまう。家庭事情、金銭的問題。
- ・途中で気持ちが変わって再入院することも結構ある。病院ならすぐに先生が駆けつけてくれて安心感がある。

[福祉職] 農村部

- ・家族でそれぞれ思いが違い、情報が共有できていないことが多い。
- ・遠方の親類等がたまに様子を見に来た時に**主の介護者と意向が違う**。皆が同じ方向を向くことはとても難しい。基本的には主の介護者から別居している家族にその旨をよく説明してもらう。主治医の先生からも助言してもらう。

[看護職] 都市部

- ・家族関係が希薄な場合は困る。
- ・**金銭的な問題**から必要なサービスが得られないことがある。
- ・独居の方が本人が家になるべくいたいと言っていたが、自分でトイレまで行けなくなったり、寝たきりになったらやっぱり一人だと不安である。
- ・ターミナルであろうがなかろうが人の価値観は違うので、相手の価値観に沿った考えに合わせながらも健康上問題があればそこは言わなければならない。

[看護職] 農村部

- ・退院する時にはわかりました、出来ますと言っているが、**実際に家に行くと半分以上できていないケースが多い**のでこの人にはこういうやり方をという**見極めをなるべく早く**する。
- ・住居環境で困ることはあまりないが、**家族全員が同じ方向を向いていない場合**、難しさを感じる。

- ・住居環境について「**介護職**」からは玄関が一つであることや狭さ等で、家族が寝ているところを通ったり起こしてしまうといった意見が出たが、他の職種ではそれほど困ることはあまりない。むしろ、本人の生活環境なので今ある環境の中で適応するしかない。
- ・**介護力に伴って金銭的な問題**はある。ヘルパーが回数入れない場合やシーツ交換したいのにまだ洗濯ができていないようなケース。いくらぐらい介護費用に使えるか、大事なところを相手に不快な思いをさせないで聞くことが難しい。
- ・どの職種からもあげられたことは**家族の意見の相違**である。価値観の違いでもあるし、葛藤がみられる。主介護者と遠方の親類の意向が違う場合は非常に難しい。別居している家族にもよく説明をしてもらったり、主治医の先生から助言をしていただいたりしているが希望に添えない場合が出てきたり、気持ちが変わっていったりすることもある。
- ・スタッフの価値観と家族の思いの違いについては、リスク等いろいろな面を含めて話し合っていくしかない。
- ・**独居**の方の場合は遠方に誰かがいる場合が多く、連絡先やその判断等が難しい。看取りは難しい状況では施設や診療所入院するなどの選択になってしまう。いくらサービスを入れても一人の時間の埋め合わせはなかなか出来ない現状である。

5. 10. 4. ターミナル期にある利用者、家族に対するコミュニケーションの難しさはどのような時に感じるのか？

[介護職] 都市部

- ・家族との共有のノートで本人の目の前で言えないことも書いてもらう。
- ・本人が言葉を発してられる時にこんなに辛い思いをするなら早く死にたいと言われることが多く、どうやって答えていいのか難しい。
- ・軽はずみな会話はできない。言葉選びが難しい。そういうつもりではなかったのに精神状態によって違うようにとられてしまったり等。
- ・利用者だけでなく家族にもお声がけしている。家族が心配だったり、心細さを感じながら過ごされているので私達の声掛けに救われたという話を聞く。
- ・独居で意思疎通がはかれないと何をどうしてあげればいいのか。極力苦痛のないようにと清潔しかない。
- ・家族にケアを見ていただきながら徐々にコミュニケーションを取る。
- ・認知症の方でも人格とその人の生活があるので、理解して対応すること。カラフルっぽい明るい色を着ていくとか、毎回名刺を置いてこないだも来ましたよと声掛けするなど。
- ・がんの方に関して、皆、独居でご家族が近くにいないとか、身内がないという方が多かったので家族に対する気遣いはそれほど多くなかった。

[介護職] 農村部

- ・家族が本人に期待しているときの期待値に寄り添うコミュニケーションは難しい。
- ・受け止めるだけ。言葉は残ってしまうので背中をさすったり、家族の目を見るとか、ボディランゲージをする。
- ・こうなっていくという書式のようなものを置いていかれた訪問看護師がいて、情報を提供することで安心感があるのかもしれない。
- ・介護保険上では利用者の希望と家族の意向がすべてになる。ターミナルに関してはケアプランではない。極論ではターミナルケアにケアマネジャーはいらないと思う。連絡がすごく遅れるので。

[福祉職] 都市部

- ・慌てないこと。何かあってもすぐに対応できる姿勢を見せておくこと。
- ・お金のこと、年金いくらもらっているかとか、いくらくらい1ヶ月の介護費用に使えるかを聞き出すのは難しい。

[福祉職] 農村部

- ・日常の会話の空気のもっていき方は難しい。対話につまったり、分からないなら黙っているこ

と。沈黙も会話の一つである。黙って目を見て頷いているだけでもよい。「気持ちが分かります」とは言わないようにしている。

- ・なるべく暗い顔はしないように明るく行くように心がけている。
- ・本人には内緒の場合、普段の会話から悟られないように意識していた。

[看護職] 都市部

- ・本人に告知していないケースがあるので、病状に関して伏せながら話したりすることもある。
- ・あまり詳しく話すと余計に心配される、不安になられる方もいる。敏感な方はちょっとしたことに対しても気にされることがある。家族の死に対する受け止め方によって私達の言動も変わってくる。
- ・家族も不安なためにこちらに聞いてくるので、良好なコミュニケーションは取りやすいかもしれない。

[看護職] 農村部

- ・看護師の不必要な言葉で傷つけたり、詮索をされることがある。
- ・価値観と死生観の違い。本人の思いがあっても支える家族がいるのかが大変である。家族の思いもあるので、そこまで摺り合わせられるのかが一番難しい。
- ・その場の雰囲気に沿う言葉遣いや言葉選びを意識している。
- ・ぶれてきてしまった時にはすごく直接的な言葉で、ダイレクトに分かりやすい言葉を使う。少しショックを受けるかもしれないが、その言葉に対してのフォローはしっかり取る。
- ・固くしゃべりすぎると壁があると感じてしまうことから、この辺は田舎なのでフレンドリーに接したほうがいいところもある。
- ・家族に要求し過ぎないように、行き過ぎないように気をつけている。

- ・ターミナルであるかないかは特に関係ないが、言葉一つ、表情一つで全然印象が違うので言葉選びは難しい。信頼関係の積み重ねである。やはり「添う」こと。こうしたほうがいいとポンっと言ってしまった事は残ってしまうので、相手に気づいてもらうようなコミュニケーションの取り方に気をつけている。
- ・家族は不安なので情報を提供することで安心感があるのかもしれない。思っていることを吐き出していただくこと、聞き役になってあげること。
- ・悲観的にならないこと。一喜一憂しないこと。淡々と対応すること。何があっても受け止める姿勢、すぐに対応できる姿勢を見せておくこと。
- ・家族の期待値や、受け入れ状況、理解力は、人それぞれなので、その方その方にあわせて、見極めながら対応している。家族に要求し過ぎないように、行き過ぎないように気をつけている。
- ・遠方の親類が来た時に、どこまで言っているのか場の空気を見極めるのも大事である。

5. 10. 5. 専門職の役割を果たす上でどのような条件や内容が満たされれば、よいターミナルケアになると考えるのか？

[介護職] 都市部

- ・主義よりも大切にという気持ちでケアすることが一番大事。
- ・ヘルパーは雑用みたいな感じで扱われてきたけれど、ご挨拶に行った時に家族から〇〇さんにこういうふうにやってくれたよね、ありがとうと感謝の言葉を言ってくださると良かったのかなと思う。
- ・ドクターや訪看さん、ケアマネジャーさんと情報を密にして、チームで話し合いを持ちながら力をあわせていくという気持ちも大事。本人の意向や家族の意向に寄り添ったケアをするのが一番大事。
- ・コミュニケーションを大切にしている。そうでないとサービスもうまくいかない。
- ・食べてはダメではなく、うまく気持ちを汲み取って本人に伝わるような話し方をする。
- ・最期が辛くなく迎えられるのがいい。苦しまなかったり、笑顔で逝けたんだなということはやかった。

[介護職] 農村部

- ・くだらない話で笑顔になったり、若い職員が多いので、孫が来てくれたみたいで嬉しかったとか、喜んでいたという話はある。
- ・本人の望むケアと家族がある程度負担を感じるくらいまでのケアをやったほうが家族が参加できたと思うので、家族のためにもなったと思う。家族の役割を皆で共感できる。
- ・関係機関の連携を取りながら利用者や家族から質問や迷い、疑問があれば必ず解決してあげること、疑問を残さないことが大事。
- ・経験があると、ついこうしたほうがいいんじゃないと言いたくなるが、言ったことは残ってしまう。添うコミュニケーションをとる。
- ・医療的ケアの制度に関すること。手続きが多い。一番は報酬の問題。グリーンケア加算等。担当者会議においても、何度やってもそこに報酬がないことが問題。
- ・うちで死ぬんかい。じゃあ私のときも来てよと言われた時の喜び。田舎は田舎の良さがあるし、都会は都会で個として一人にいるときの寂しさ、不安感はどうなのか。
- ・言葉選びは難しい。そういうつもりではなかったのに、メンタル的に落ちている方だと違う風にとられてしまったり。

[福祉職] 都市部

- ・ケアマネジャーが出過ぎないこと。医療職を中心として指示が下りてくる。それがうまくケアが回っていること。
- ・ケアマネジャーがプランを押し付けるようなことはいけない。

- ・いろいろな選択肢を持っていて、いろいろな事業者とお付き合いをしていて、シュッと集約できるスキルを身につけていくことが一番大事。
- ・一人で頑張ってしまうケアマネジャーが結構多いが、皆と共有できるようなケアマネジャー事務所の環境を作ることも大事。
- ・本人に苦痛がなく安らかであることが**家族もホッと**するし、そういうケアを医療職が構築してくれるところがケアマネジャーとしても満足するひとつ。
- ・自宅で看取りたいという願いが叶うことができ、そのお手伝いできてよかったと思う。
- ・訪問看護師にエンゼルケアしてもらい、体を支えたり、体を拭くタオルを絞るなどの手伝いをした経験がある。
- ・病院がセッティングしてくれた先生や看護師さんを**替えられない**ので、うまく連携が取れない時がある。

[福祉職] 農村部

- ・皆が納得するケアはあり得ないと思っている。正しい正しくないではなくて、**本人と家族と皆が同じ方向を向いて**、精一杯やった結果であれば、後悔はするが、ある程度の納得ができる。

[看護職] 都市部

- ・おうちで看れてよかったと言ってもらえるのが一番良い。**家族が満足できる看取り**ができたということは、私達の役割も果たせたのかなと思う。
- ・家族が完璧に満足することはないが、亡くなるまでの間、家族が本人にどう関わってきたのか、**家族の負担を少しでも少なくしてあげられるような支援の仕方**。ここまで見たという自信が、**家族の次のステップになる**のでそこまで見据えるのが私達の役割。
- ・在宅の思いが強く、家族に対しても**自分の思いが先行**してしまったことがある。亡くなった後に、実はあの時すごく辛かった、本当に入院させたかったという話を聞いて、**強引に進めてしまったことに気付かされた**。**勝手にこちらで解釈**するのではなく、きちんと確認をしてから行動すること。

[看護職] 農村部

- ・本人の気持ちを分かろうとする**姿勢**は必ずなくてはならないものである。常に全力で妥協しない。
- ・家族に本音でぶつかって、お互い本気で話ができればいいのかと思う。

- ・「介護職」は医療からの指示で動くので、やはり心と生活の部分である。本人が最期にどうしたいのかという気持ちでケアすること。最期が苦しまず、辛くなく、笑顔で逝けたこと。
- ・本人や家族に「寄り添う」こと。ターミナルに限らず、コミュニケーションを大切にしている。困難なケースを経験することや、知識の底上げも必要。

- 本人や家族の思いは確認をしてから行動する。分からないところは分からないといって勝手にこちらで解釈をしないこと。思い込みをしないように気をつけている。
- もう少し医療的ケアの手続きの簡素化、報酬について等、改善されると質の高いケアができるのでは。介護保険は高齢者向けで医療と福祉の連携が制度として不釣り合いである。
- 病院がセッティングした先生や看護師を替えられず、連携が取れない場合は気の毒に思う。
- チームケアといっても地域事情、事業所や病院事情によって連携の仕方が違う。もっとディスカッションが必要である。自分の能力と相手の能力の限界をきちんと見極めて、人に委ねる勇氣も必要。家族の思いと一緒に揺れながら何度も何度もすり合わせていくこと。
- 看護職は多いが訪問看護にたどり着く人はやはり少ない。自身の子育てが終わって、手が空いている 30 代、40 代の人にとって訪問看護は未知の世界なので入りにくい。

5.11. コロケーション分析

今回の分析でポイントとなる語は、「家族」「難しい」等である。頻出語をみても「家族」という語が出現回数 62 回と突出していた。次に多かったのが 19 回で「難しい」「本人」であった。

このようなノードワードごとに、文字起こししたデータを抜粋しながら考察していく。

表 5-8 頻出語上位（専門職に関する質問）

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
家族	62	状態	8	必ず	6
難しい	19	対応	8	保険	6
本人	19	報告	8	ケース	5
ケア	18	訪看	8	サービス	5
ケアマネジャー	17	訪問	8	ターミナル	5
医療	17	利用	8	看取る	5
看護	17	コミュニケーション	7	顔	5
介護	15	意向	7	苦痛	5
多い	14	往診	7	使う	5
連絡	14	共有	7	持つ	5
気持ち	12	思い	7	専門	5
人	12	時間	7	全部	5
聞く	12	状況	7	不安	5
ケアマネ	11	電話	7	福祉	5
ヘルパー	11	入る	7	来る	5
先生	11	必要	7	話す	5
大事	11	変わる	7		
言う	10	ノート	6		
思う	10	安心	6		
事業	10	一緒	6		
情報	10	関係	6		
一番	9	気	6		
言葉	9	行く	6		
分かる	9	郊外	6		
役割	9	取る	6		
話	9	説明	6		
見る	8	伝える	6		

5.11.1. 「家族」

表 5-9 「家族」のコロケーション語（スコア順）

		スコア			スコア
1	意向	2.00	11	利用	1.00
2	思う	1.67	12	フォロー	0.75
3	疲れる	1.50	13	寄り添う	0.75
4	負担	1.33	14	満足	0.75
5	思い	1.20	15	場合	0.70
6	関係	1.00	16	伝える	0.65
7	気持ち	1.00	17	受け止める	0.58
8	支える	1.00	18	状況	0.58
9	全員	1.00	19	感じる	0.53
10	不安	1.00	20	ある程度	0.50

「意向」「気持ち」

家族の意見の相違が、かなり難しい

本人の意向や**家族の意向**に寄り添ったケアをするのが、一番大事。

担当者会議、**家族の意向**をふまえながら、どのようにケアしていくか。

家族の意向を聞き出すことが必要で、それをケアマネジャーや主治医に伝えていく。

最初のスタート時点と**家族の気持ち**が変わってくる早さは難しい。

利用者の安定と、**家族の気持ち**をやわらげること。最期、どうしてほしいのかをくみ取ってする。

家族で、それぞれ**思い**が違い、情報が共有できていないことが多い。

「疲れる」「負担」

家族が**疲れて**いないか、夜眠れているか、ご飯を食べているか。

家族が**疲れて**いないかと、利用者の皮膚のトラブルがないか、床擦れがないか。

この時期になると、ケアマネとはあまり密にはしていかないが、**家族**が**疲れている**から、回数を増やしたらとか。

精神的なケア。その人が一日一日を安心感を持てる生活。**家族の負担**も増えてくるので、その軽減。

聞いて、助言できるところは助言。

亡くなるまでの間、**家族**が本人にどう関わってきたのか、**家族の負担**を少しでも少なくしてあげられるような支援の仕方。

「支える」「フォロー」「寄り添う」

価値観と死生観の違い。本人の**思い**があっても、**支える家族**がいるのかが大変である。

家族未満、専門職未満。医療職ではないが、**家族に寄り添う**立場。

家族に対する**フォロー**が、私達の役目。

迷っている人には一緒に迷う。諭すのではなく、利用者や**家族に添う**。

安心感を持ってもらう。**家族の側にたつ**という意識をもっている。

「不安」

入院していて急に具合が悪くなった場合、**家族の心の動揺**や、家に人が出入りすることに慣れていない。

家族が、看護師さんになら話せることもある。**家族の精神的フォロー**。

家族は不安なのに、先生が来たら大丈夫ですと話してしまったりする。

家族も不安なので、こちらに聞いてくるので、**良好なコミュニケーション**は取りやすい。

「満足」

おうちで看れてよかった、と言ってもらえるのが一番良い。**家族が満足**できる看取りができたということは、私達の役割も果たせたのかなと思う。

家族が完璧に満足することはないが、亡くなるまでの間、**家族が本人にどう関わってきたのか**。

ターミナルケアの時期になると本人よりも家族に対するフォローが強くなっていく。また家族の意向、思い、気持ちに寄り添うがゆえの難しさも見えてくる。家族の負担が増えるので疲れも出てくるし、不安感も強い。夜は眠れているか、ご飯は食べているか、といったフォローに加え、特に精神的なフォローが重要となってくる。迷っている家族に対して諭すのではなくて、寄り添う立場である。また、亡くなるまでの間、家族が実際に関わることによって満足感を得てもらうことも家族に対するケアのひとつである。

一方で、独居で本人と意思疎通がはかれない場合となると、ターミナルケアは非常に難しい。

5.11.2. 「難しい」

表 5-10 「難しい」のコロケーション語（スコア順）

		スコア			スコア
1	コミュニケーション	1.00	11	看取る	0.50
2	一番	1.00	12	基本	0.50
3	状況	1.00	13	場合	0.50
4	家族	0.92	14	選ぶ	0.50
5	人間	0.75	15	対話	0.50
6	医療	0.67			
7	ケース	0.50			
8	ターミナルケア	0.50			
9	マネジメント	0.50			
10	介護	0.50			

「コミュニケーション」

利用者、家族に対する**コミュニケーションの難しさ**。

家族が本人に期待しているときの、期待値に寄り添う**コミュニケーションは難しい**。

日常の会話の空気のもっていき方は難しい。

いくらくらい1ヶ月の介護費用に使えるかを**聞き出すのは難しい**。

最初のスタート時点と**家族の気持ちが変わってくる早さは難しい**。

家族の思いもあるので、そこまで**摺り合わせられるのかが一番難しい**。

軽はずみな会話はできない。**言葉選びが難しい**。

どうやって**答えていいのか難しい**。

皆が**同じ方向を向くことは、とても難しい**。

思いをプランにするのは**難しい**。

プランを立てる時に、どこの**事業所さんを選ぶか難しい**。

この家族には、どこの**事業者が合うのかを見極めることが難しい**。

信頼関係を作る時間の全体的なマネジメントが難しい。

実際には、独居の方だと**看取りは難しい状況になってしまう**。

コミュニケーションの難しさに代表されるように、家族と軽はずみな会話ができなかつたり、言葉を選んで会話していることが伺える。家族の意向をふまえたプランにすることが難しく、家族を含め皆が同じ方向を向くことの難しさを感じている。

6. 総括

尚美学園大学総合政策学部総合政策学科 専任講師 高橋 幸裕

「ターミナルケアの受け入れ体制構築に関する事業所と専門職が乗り越えなければならない課題」

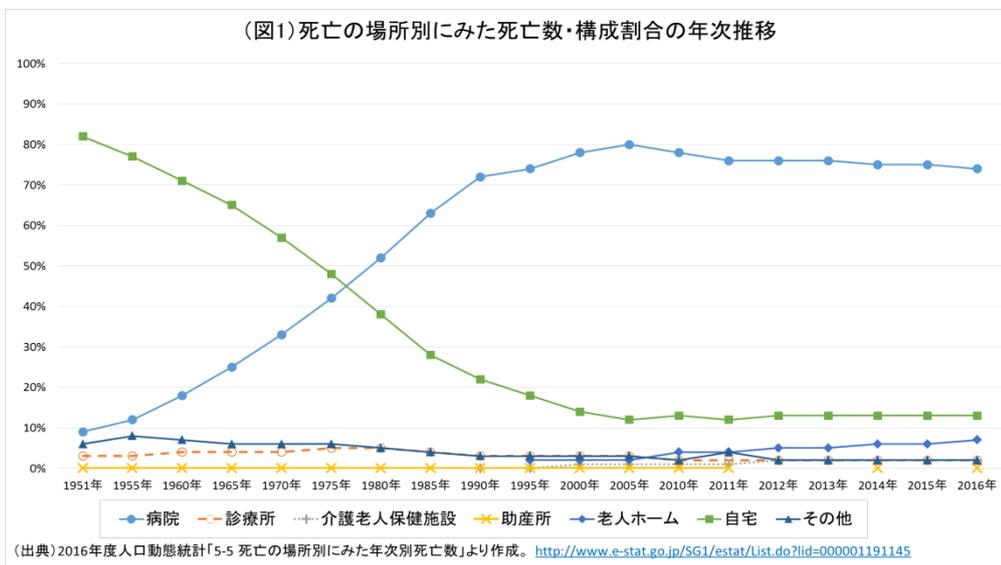
総括をするにあたって

本稿は、2018年7月21日（土）にワイム貸会議室高田馬場 TD ビルにて開催された、2017年度研究助成成果報告会での報告内容並びに、公益財団法人明治安田こころの健康財団が研究助成対象者の執筆した成果報告論文を取りまとめた『研究助成論文』通巻第53号2017年度（2018年10月刊行予定）に掲載されることを念頭に置いて作成したものである。そのため、本稿と『研究助成論文』に掲載される成果報告論文の基本的枠組みと内容が重複していることをご承知願いたい。

はじめに

高齢者福祉政策において在宅介護は主要な柱である。高齢となっても地域で生活をし続ける環境整備は進められているが、どこで死ぬことができるのかという政策的視点がない状態である。

では、どこでヒトが亡くなっているのだろうか。人口動態統計（図1）の「死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移」によると1976年以降に病院死と在宅死の割合が逆転している。つまり、病院死の割合が多数を占めている現状がある。



高度経済成長期以降、我が国において死を迎える場所は国民皆保険の整備や医療技術の発展、医療機関へのアクセスが整備された結果、病院死が一般的なものとなり、在宅死は少数派となった。結果として、これ

まで家庭内で行われていた看取りが医療機関（病院）へと移行し、家族による看取りの体験と役割が喪失してしまった。

翻って、社会福祉政策に視点を向けると、老人福祉法の制定、高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略（ゴールドプラン）の実施等のように生きる者を前提とした施策がなされてきた。死を包括した高齢者福祉政策が実施されたのは2000年4月にスタートした介護保険制度でのターミナルケア加算が最初である。その後、2009年度からは介護老人保健施設でのターミナルケア加算、認知症対応型共同生活介

護における看取り介護加算が創設されている。

ここで2つの疑問が生じる。1つは看取り経験を有しない専門職¹が職務として対応することが可能なのか。2つ目が専門性の問題とあいまって在宅介護現場において看取りまでを支援する体制が構築される必要があるにも関わらず、これまでの高齢者福祉政策において十分に議論されてきた形跡がなかった。では、どうやって事業所レベルにおいてそれを実現可能なものとしてきたのか。本研究の基底はここにある。

そこで、在宅介護現場において介護サービス・看護サービスとして看取りまでの支援を行っている事業所に対して聞き取り調査を実施した。そこでは事業所の視点としてどのような形で体制を構築したのか、また専門職の視点としてどのような形で利用者の看取りまでを支援しているのかを分析した。

調査概要（調査結果）

<p>調査実施期間：2017年9月13日（水）～2018年1月26日（金）</p> <p>調査対象地域：東京都、埼玉県、千葉県</p> <p>調査対象事業所：各都県の都市部と農村部に所在する訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション</p> <p>調査協力者：現場でも支援を行っている調査対象事業所の代表者・責任者</p> <p>調査実施事業所数：東京都8事業所、埼玉県6事業所、千葉県4事業所（合計18事業所）</p> <p>※内訳：訪問介護事業所6、居宅介護支援事業所6、訪問看護ステーション6</p> <p>調査手法：半構造化面接法、1対1、60分以内</p> <p>質問項目：事業所に関する質問</p> <p>①ターミナルケアを実施するまでの判断と経緯</p> <p>②ターミナルケアの受け入れ準備に伴う問題点</p> <p>③人員確保の方法</p> <p>④利用者側へのターミナルケアへの説明方法</p> <p>⑤ターミナルケアにおいてすべきこと</p> <p>専門職に関する質問</p> <p>①専門職としての役割</p> <p>②他の専門職との連携方法</p> <p>③在宅介護現場でのターミナルケアの難しさ</p> <p>④利用者側とのコミュニケーションの難しさ</p> <p>⑤良いターミナルケアと考える条件</p> <p>分析方法：文字起こし後にデータスクリーニングを行う。テキストマイニング法にて分析する。</p>

¹ 高橋幸裕『ホームヘルパー』no.493 p.19 参照。「公益財団法人介護労働安定センターが行った『平成28年度 介護労働実態調査結果について』によれば、回答した介護職の平均年齢は45.1歳、性別は女性が76.2%、男性が21.4%であることから中年女性が主力を占める業種であることが分かります。年齢で言えば、ちょうど在宅死と病院死が入れ替わる少し前に生まれた人たちが主力です。この時期が看取りの経験をしないまま介護職として現場にいることとなります。」

結果の考察

1. 事業所に関する質問

ここでは事業所（訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション）の代表者・責任者としてターミナルケアの実施に際しての課題について聞き取りを行ったものをまとめた。

①ターミナルケアを実施するまでの判断と経緯

ターミナルケア体制を構築するか否かは、事業所が判断するというよりも提携している別の法人との関係や併設されている法人が医療機関であるといったことが背景としてあった。そのような関係がない法人であっても社会のトレンドの中で勉強会や研修会を開催した事業所もあった。他にもターミナル期の高齢者を受け入れられるかどうかで判断する事業者がある一方で、受け入れ時に区別しないと考える事業所もあり、判断基準は分かれていた。

②ターミナルケアの受け入れ準備に伴う問題点

訪問介護事業所と居宅介護支援事業所に対して、訪問看護ステーションの状況には違いが見られた。前者は利用者の急変に対応をすることについて懸念があるため、勉強会の開催や体制のあり方について検討しなければならないと考える傾向があった。後者は看護領域の専門性と業務の特性上、ターミナルケアが包括されているため前者が懸念する内容はなかった。

③人員確保の方法

訪問介護事業所では以下のような方法がとられていた。例えば、経験年数豊かなベテラン職員をターミナルケアに充てるようにしている、職員の中でターミナルケアができる者を中心に対応し、その後、他の職員も対応できるように研修会等を行い、対応できる者を増やすことを試みていた。

居宅介護支援事業所では、人員のあり方について既存の人員の活用をどのようにするのかを念頭に置いている。例えば、ケアマネジャーの能力を踏まえてターミナルケアの担当を決定する場合があること、専門的に担当する人員を増やすよりも既存の職員が利用者や家族の対応ができるようにコミュニケーションスキルの向上を目指すといったことであった。

訪問看護ステーションの場合、利用者の増加に合わせて人員を増やしてきた経緯があったことから、ターミナルケアに対応するという特別な方針はなかった。

④利用者側へのターミナルケアへの説明方法

医師から終末期宣告がされて以降の各事業所の役割は以下のようであった。

訪問介護事業所は医師や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所からの情報提供を受ける立場となり、直接利用者側へターミナル期に関する説明をすることはない。家族から問い合わせがあった際は医療側へ取り繋ぐことで対応をしている。

居宅介護支援事業所はケアのあり方が医療にシフトしていくため、利用者がターミナル期に入ったことを家族へ説明をする際に医師と同行を指示し、状況の把握を行った後にケアプランの修正をするという方針を採っていた。それ以外の場面においては看護職が対応していることから、医師や看護師とやり取りを行い、介護職に状況を伝えるという役割がある。

訪問看護ステーションは医師との連絡調整を行い、利用者宅へ往診する際に同行して状況の把握をすることとなる。そこで得られた情報を基にチーム内で情報共有をしていた。

⑤ターミナルケアにおいてすべきこと

事業所がすべきことは方針の違いもあり、多様な意見が挙げられた。以下は、その一例である。

訪問介護事業所は、担当者に対するケアは声をかける、話を聞くということをしているが、デスクカンファレンスのような場を設けることはしていない。事業所として担当者のケアは個別に行うという方針で対応していた。

居宅介護支援事業所は、報告書を出してもらい、ケアマネジャー会議を行いケアプラン内容の確認、点検をしたりしている。担当したケースを事例として共有することで、担当者の精神的な負担軽減をしている。

訪問看護ステーションは、担当した職員が1人で問題や後悔を抱え込まないようにするために情報共有を行っている。定期的開催されるカンファレンスを活用して、そこで区切りとするように位置づけていた。

2. 専門職に関する質問

ターミナルケアは限られた時間の中で判断・決断をしながら質の高いケアを提供することになる。そのような状況で専門職としての立場をどのように考えているのかを検討した。

①専門職としての役割

介護職

介護職は日常生活支援をする、利用者と時間・回数で最も身近な存在である。ターミナル期にある利用者、家族に対する自らの役割についてどのように理解しているのかと言えば、以下の点に集約することができる。

- ・利用者、家族へ寄り添う
- ・医療職に対して利用者側の気持ちの代弁
- ・利用者に対する安楽な状態の保持
- ・日常生活の変化についての観察、状況把握を行い、チーム内で情報を共有する

介護職は生活援助の視点で、利用者や家族の精神的肉体的負担感の軽減を行うことが役割となる。また、利用者の状態変化に関する情報を共有し、急変に備えることとなる。

福祉職

福祉職は利用者や家族のニーズに基づいてケアプランを作成する。ターミナル期は限られた時間の中で迅速な対応することが求められる。福祉職におけるターミナル期の役割を整理すると以下のように示すことができる。

- ・ターミナル期以降はケアプランを大幅に変えることはないが、逐一内容修正が柔軟にできるように配慮する必要がある
- ・ターミナル期は医療への重点が高まってくるため、介護職、看護職のサポートをする役割へと移行していく
- ・利用者や家族の意向を確認する

福祉職の役割は介護職や看護職のように直接的なケアをする立場でないことから、周辺の事項について専念することとなる。足りない部分があれば、そこをサポートする形になる。

看護職

看護職は健康管理をしながらケアを提供する立場であり、医師とのパイプ役を担っている。看護職の役割はターミナル期以降、より中心的な立場として位置づけられていくことになる。以下の内容は他の専門職との連携方法と重複する部分でもある。

- ・利用者や家族に症状の説明をすること
- ・家族の意向を聞くこと、これを主治医や福祉職に情報提供をすること
- ・苦痛緩和に関する部分を担当し、状況を見て医師に報告をすること
- ・医師と介護職・福祉職の橋渡し役になること
- ・医療職としての立場として中心的な役割を担うこと

ターミナル期にある利用者の身体状態は不安定であることから、医療的な処置を担うだけでなく医師との橋渡し役を担っている。

②他の専門職との連携方法

介護職

介護職は常に利用者と接していく中での気づきを情報共有することである。例えば、利用者の体に赤みを発見した等の小さな変化までを対象としている。情報共有の方法は多様であり、直接報告、連絡ノート、電話、メール、iPad、報告用紙の活用があった。

福祉職

情報共有の方法は利用者側からの要望を直接報告、電話、iPad、FAX等を用いる。情報共有の方法は基本的に介護職と同じであった。それ以外にも医師の訪問診療に同行をして情報を共有することも行っていた。

看護職

看護師が医療に関する部分で中心的な立場となる。看護職は医師との橋渡しをしながら、介護職、福祉職にも情報を提供している。場合により、医師の往診に同行をして直接情報を得ていた。情報共有の方法は基本的には介護職、福祉職と同じであった。

③在宅介護現場でのターミナルケアの難しさ

介護職

ターミナル期は時間に限られていることから、特に自宅で最期を迎えることを目的とする利用者を担当する場合、人間関係を構築することが難しい。場合によっては利用者の意向と家族の意向が対立することもあり、対応が難しいと考えていた。他方、専門職とのコミュニケーションも難しいと考える要素の一つである。利用者の意向を尊重することは重要であるが、利用者の望みを叶えるのか、医療職の禁忌を守るのかを判断するためのコミュニケーションのあり方に難しさがある。

福祉職

ターミナル期になると利用者との意思疎通は困難になることが多いため、家族とのコミュニケーションが割合として大きくなっていくことから、ニーズの汲み取り方が重要であるが、その環境づくりが難しいと考えていた。その一方で、家族と遠方に住む親戚との意向で食い違った時に調整することが難しいという意見もあった。家族は利用者の身体状態の変化に注意するあまり介護疲れに陥っていることもあるため、そこにも目を配る必要がある。

看護職

家族は在宅でのターミナル期の過ごし方について、医療機関から様々な事項を説明してもらっているが、そこでできると回答したことであっても実際にできていないことが多いと述べている。看護職として、この利用者にはこういうやり方をするという見極めを早くすること、家族がターミナル期にある利用者への支援に関する考え方（方針）が統一されていない場合の対応の難しさがある。

④利用者側とのコミュニケーションの難しさ

介護職

利用者本人の前で言えないことは家族との共有ノートで書いてもらうようにしている。利用者の問いかけで答えられないこともあり、その対応が難しい。言葉選びが難しい。死を目の当たりにした利用者への対応は日常生活と変わらないように意識しなければならない難しさがある。

福祉職

福祉職はターミナル期となると家族への対応が中心となる。特に家族関係、介護費用、金銭面といった家庭内の事情に関する話題は対応が難しい事柄だと考えている。日常の会話の空気をどのようにしていくのかについても悩みを抱えている。ターミナル期にある利用者を抱える家族への対応は慎重さが求められることもあり、立ち振る舞いに難しさが生じている。

看護職

看護職は現在の状態をどこまで話をすべきかを挙げている。それは現在の状況に対して何も話されない、知らせてもらえないことで不安を持たれてしまうことにもなり、詳細に話をすることで状況をより悪化させてしまうことにも繋がるからだと考えている。家族ごとに死に対する受け止め方が異なるため対応を変えていく難しさもある。特にその場の雰囲気合う言葉使いは難しいと考えている。

⑤良いターミナルケアと考える条件

介護職

介護職が良いターミナルケアと考えることは2つに分けられる。チームに関する事、利用者・家族に関する事である。前者は如何に連携を行っていくのかに集約できる。後者については利用者・家族に寄り添い、コミュニケーションを取っていくことであった。

チームに関する事

- ・チーム内の専門職との情報共有を行い、力を合わせていくことができること

利用者・家族に関する事

- ・利用者、家族に寄り添って対応（コミュニケーション）していくこと
- ・家族もケアに参加してもらい、家族としての役割を体験してもらうこと
- ・利用者や家族からの疑問を解決していくこと

介護職は日常生活を支える立場であるが、ターミナル期であるからとその支援のあり方は変わらない。ターミナル期であることを意識しすぎることがケアの質を低下させてしまうことにもなりかねないことから、日々の対応について密にしようとしていることが分かる。

福祉職

担当する利用者がターミナル期になると福祉職の役割は主として家族への対応が多くなってくる。以下、良いターミナルケアと考える条件として挙げられた。

- ・利用者、家族へのニーズに応えられるよう、適切な支援ができる事業所を紹介することが可能な状態にしておくこと、それをスムーズに集約できること
- ・ケアプランを利用者、家族に押し付けるようなことはしない
- ・仕事を抱え込まないようにすること
- ・居宅介護支援事業所内で情報を共有しやすい環境を作ること

このように自らの役割を明確にすることで、チーム内での連携を円滑にし、利用者の状況の変化に応じて対応できる体制をとっておくことが福祉職にとって良いターミナルケアであると考えている。

看護職

ターミナル期の中心的役割となる看護職であるが、本来求められる健康管理と併せて、利用者と家族に対する満足度を高めることに意識を払っていた。

- ・家族が満足できる看取りを実現すること
- ・家族の負担を減らしていける（減らしていく）支援を実現すること
- ・利用者や家族の気持ちを分かろうとする姿勢を持つこと

看護職として考える良いターミナルケアとは健康管理を行いつつ、利用者や家族への配慮、気遣いを行い、できるだけ負担感が小さく、納得できる形でのケアをすることだと言える。

3.まとめ

ターミナルケアを実現するためには事業所としての方針と、専門職による実践がマッチングすることが必要である。ターミナル期の利用者の受け入れの可否は地域のニーズもあるが、事業所単独の判断だけでなく、法人内に訪問看護ステーションを有しているかが影響していた。環境的要因がターミナルケアの実施の可否を決める要素となっている。

ターミナルケアの準備、受け入れ体制を整えるためには、訪問介護事業所や居宅介護支援事業所は勉強や研修を行っている事業所がある一方で、必要があれば受け入れるというところもあった。訪問看護ステーションは看護の専門性に基づいていることからターミナル期にある利用者を受け入れることは当然であると考えていた。これは生活支援と看護という専門性による姿勢の違いがあることが分かった。

人員配置についても同様である。訪問介護事業所と居宅介護支援事業所は経験年数を積んだ職員を配置することを念頭に人員配置を行っているが、訪問看護ステーションにおいてはもとより受け入れる方針であることから、担当する看護師の一定の年数を考慮することはあっても特別対応するようなことはなかった。

またターミナル期の説明については医師が中心となり対応することから、介護職や福祉職としての役割というものは見られなかった。

そして事業所としてすべきことについては非常に多様なものであり、職種別の傾向を見出すことができなかったが何かしらの対応策を採ることをしている。現時点ではまだこの部分については手探りであると言ってよい。

その一方で、専門職の役割はしっかりと棲み分けがなされていることが明らかになった。ターミナル期は医療に軸足を置いた形でのケアとなるため、看護職が中心的な役割を担っている。介護職は特に身体的な変化に注視するようになっていた。福祉職は家族へ対応することに軸足が移っていた。

情報の共有方法については介護職、福祉職、看護職のいずれも共通していた。直接会う、連絡ノートを活用するといった基本的なものから、その他の方法で連絡手段を確保し得られた情報を速やかに共有化することをしていった。

ターミナル期における利用者、家族対応の難しさは職種ごとに異なっていた。介護職は利用者の意向をどこまで汲むべきか、福祉職は家族や親族等の意見が食い違った場合の調整の難しさ、看護職は家族の在宅介護・看護が十分でない場面の対応方法である。

利用者とのコミュニケーションの難しさは表現の違いこそあれ、基本的に共通したものがあつた。特にターミナル期は死が直前に迫ったものであり、その性質上デリケートなものであるため、相手に期待を持たせるようなこと、表情や立ち振る舞いの仕方一つで他人事であると思われ信頼関係が壊れてしまう可能性があることであつた。

専門職が考える良いターミナルケアはそれぞれの専門性が反映された内容となった。介護職は利用者、家族に寄り添うことであり、福祉職はターミナル期に医療職の役割が大きくなることを踏まえた形でのケアプランの作成等、周辺事項についてカバーすることである。看護職については医療に重点

を置いたケアをしながらも家族の負担を軽減することとしていた。

これらを踏まえ、事業所と専門職がどうすれば、在宅での看取りを推進することができるのか。これまでは事業所が同一法人内に訪問看護ステーション等を設置している、提携関係にある事業所からの依頼があることを背景として、ターミナル期の利用者を引き受ける受動型の傾向がみられた。ターミナル期にある利用者を受け入れる姿勢を受動型から能動型への転換をすることが、介護保険法の理念である利用者本位を体現することに繋がる。併せて、事業所としてターミナル期の利用者を担当した職員のケアのあり方を模索していく必要がある。現時点では十分な体制や仕組みが構築されたという事業所は見当たらなかったが、担当した職員のケアも行うことが職務を担う側として安心感につながり質の高いケアへつながると考える。

専門職の立場で求められることは自らの役割を明確に知ること、情報の共有を行うこと、チーム内で情報が確実に共有される方法を確立すること、コミュニケーションスキルを高めることである。

これらのことを踏まえ、事業所と専門職がそれぞれの役割を理解すること、専門職にできることを明確化することにより、質の高いターミナルケアを提供することができると言える。具体的には事業所は専門職に対するサポート体制を構築することである。人員と経営的余裕があるのであれば2名体制での訪問をする等、専門職に負担がかからない形を模索することが求められる。専門職には突発的な対応が生じても落ち着いて対応できるだけの能力を身につけることが求められる。

それぞれの立場が相手の立場を理解できるようにすること、行動することが重要な要素であると言える。これが実現すれば利用者にとって住み慣れた自宅で、地域で最期を迎えられることにもつながる。これこそが満足度の高いターミナルケアとなると考える。

参考文献

- 荒木晴美, 新鞍真理子, 炭谷靖子「介護者が自宅での看取りを希望することに関連する要因の検討」『富山大学看護学会誌 7(2)』, 富山大学, 2004年 pp. 51-60
- 遠藤幸子「死にゆく高齢者へのケア」『東海学院大学紀要 第3号』東海学園大学 2009年 pp. 23-32
- 榊原和子「高齢者の看取りに関する介護福祉士教育の課題」『四條畷学園短期大学紀要 no. 41』, 四條畷学園短期大学, 2008年 pp. 1-8
- 高橋幸裕「ホームヘルパーによる高齢者の看取り対応の実態と課題—訪問介護現場における聞き取り調査結果からの考察—」『尚美学園大学総合政策論集』第21号 pp. 85-102
- 高橋幸裕「高齢者の看取り支援に対する政策的課題」『尚美学園大学総合政策学部紀要』第27号 pp. 1-19

参考資料

- 厚生労働省「平成26年度版 厚生白書」<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/> (2018年6月27日閲覧)
- 高橋幸裕・清水佐知子・都留新吾「特定非営利活動法人非営利・協同総合研究所いのちとくらし 2015年度研究助成 特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究」
- 高橋幸裕・角能・古賀恵海「公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団 2016年度福祉諸科学事業 ジェロントロジー研究助成 介護現場における介護職と看護職による『看取り』と『死』の持つ意味の差

異を踏まえたケアの提供方法と連携方法の構築に関する研究」

高橋幸裕「連載 終末期介護 ホームヘルパーに終末期介護が求められるようになった理由」『ホームヘルパー』no. 493 pp. 19-21 平成 30 年 4 月号、日本ホームヘルパー協会

7. 謝辞

今回の研究プロジェクトは構想段階からかなり難しいものになるのではないかと思いますしながら計画し、多くの幸運が重なって実現できたものでした。振り返ると、第一に、ターミナルケアに対する社会的必要性がどこまで認識されているのだろうか。第二に、この研究プロジェクトの活動資金をどうやって確保するのか。第三に、ターミナルケアを実施している事業所がどこにあり、あったとしても人手不足の中で協力が得られるのだろうか。そういった課題を抱えながら研究プロジェクトの構想をしていました。

そのような中、公益財団法人明治安田こころの健康財団が研究助成事業の公募を行っていることを知り、申請書を作成し応募しました。昨今、研究環境は厳しさを増し、高い競争率である中での応募であったことから採択されないのではないかと不安に駆られる毎日でした。幸いにもこの研究プロジェクト内容について評価していただき、研究助成を受けることが分かった時は安堵と同時に貴重な機会を無駄にせぬよう、しっかりと研究成果を出さなければならないと気持ちを新たにしました。

常に現場目線で研究を行いたいと考えている者として、今回の機会が得られたことはターミナルケアの研究に対して社会的必要性があることを審査員の先生方より認めてもらえたことにより、その着眼点に間違いはなかったという自信を持つことができました。

この研究プロジェクトで最も重視したことは誰しもが死を迎える中で核家族化、独居世帯の増加等、家族だけでは看取りをすることが困難になっていることを踏まえつつ、ヒトの死を取り扱うターミナルケアを提供することは簡単なことではない中でどうやってサービスを提供することができる体制を構築したのかを明らかにすることでした。同時に、ターミナル期にある利用者を家族とともに支える専門職の力が必要なことを明らかにすることでした。今後はこの研究プロジェクトでは検討しきれなかった、そのあり方を確立するために新たな模索をしなければならないと考えています。

そして、ターミナルケアを実施している事業所探しについても日本ホームヘルパー協会会長の青木文江様に相談をしたところ、事業者様をご紹介いただき、多大なる調査協力を得ることができました。訪問介護、訪問看護現場では人手不足が叫ばれている中で協力を得られたことは大変ありがたく、感謝の言葉以外ありません。ご協力を頂いた専門職の皆様が行ってきた実践は社会に共有すべき貴重な財産であると考え、その結果を報告書という形でまとめることができました。今後、ますますニーズが高まってくると予想されるターミナルケアを実践するための一助になることを願っています。

最後に、このような貴重な機会を与えていただきました公益財団法人明治安田こころの健康財団様をはじめとして、日本ホームヘルパー協会会長の青木文江様、調査に協力をしていただきました法人代表者様並びに専門職の皆様に厚く御礼申し上げます。複雑多様化する社会の中で、特に人生の最期までを悔いなく「生ききる」ことができるよう、これからも研究活動に取り組んでいきたいと思えます。ありがとうございました。

2018年7月31日

尚美学園大学総合政策学部総合政策学科

専任講師 高橋 幸裕

卷末資料

フェイスシート

アンケート用紙（属性に関する内容）

番 号：

実施日： 月 日（ ）

実施者：高橋幸裕

実施地：東京都・埼玉県・千葉県
（ ）市・区・町・村

種 別：訪問介護事業所

訪問看護ステーション

居宅介護支援事業所

その他（ ）

Q. あなた自身についてお伺いします。

問 1. 性別をお伺いします。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 男性 (2) 女性

問 2. 年齢をお伺いします。数字を記入してください。

() 歳

問 3. あなたが有している資格についてお聞きします。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- (1) 介護福祉士 (2) ホームヘルパー2級 (介護職員初任者研修修了含む) (3) 社会福祉士 (4) 精神保健福祉士 (5) 介護支援専門員 (6) 医師 (7) 看護師 (8) 准看護師 (9) 作業療法士 (10) 理学療法士 (11) その他 ()

問 4. 看取りを担当された時についてお伺いします。あなたはどの立場で看取りを担当されていましたか。

- (1) 介護福祉士 (2) ホームヘルパー2級 (介護職員初任者研修修了含む) (3) 社会福祉士 (4) 精神保健福祉士 (5) 介護支援専門員 (6) 医師 (7) 看護師 (8) 准看護師 (9) 作業療法士 (10) 理学療法士 (11) その他 ()

問 5. 介護関係の仕事に携わってから全体で何年になりますか。※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

() 年 () ヶ月

問 6. 訪問介護現場で働いた経験年数を教えてください。※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

- (1) ある (2) ない

() 年 () ヶ月

問 7. 高齢者福祉施設等で働いた経験年数を教えてください。当てはまる施設に○をつけて数字を記入してください。※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

- (1) 特別養護老人ホーム () 年 () ヶ月
 (2) 介護老人保健施設 () 年 () ヶ月
 (3) 介護療養型医療施設 () 年 () ヶ月
 (4) グループホーム () 年 () ヶ月
 (5) 有料老人ホーム () 年 () ヶ月
 (6) その他 () () 年 () ヶ月

問 8. あなたが現在勤務している法人の種別を教えてください。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 社会福祉法人 (2) 医療法人 (3) 民間企業 (4) NPO 法人 (5) 地方自治体
 (6) その他 ()

問 9. あなたが現在勤めている法人は勤務してどれくらいになりますか。

() 年 () ヶ月

問 10. あなたの雇用形態についてお聞きします。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 代表者 (2) 正規職員 (3) 契約職員 (4) 臨時職員 (5) 派遣職員 (6) パートタイム
 (7) その他 ()

問 11. あなたの職場での立場についてお聞きします。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 法人経営者 (2) 施設管理者 (3) 役職なし (4) 役職あり (フロアリーダー等)
 (5) その他 ()

問 12. あなたがこれまでの勤務経験で看取りを担当したことがあるケース数についてお伺いします。これまで職場で看取りを担当したケースを記入してください。

() 件

問 13. あなたは現在、勤めている法人で看取りを担当していますか？当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 現在、看取りを希望する利用者（ ）件を担当している。
(2) 現在、看取りを希望している利用者の担当ケースはない。

問 14. 医療職の方のみにお聞きします。訪問看護ステーションに務める前に医療機関（療養病床）で患者の看取りをした経験がありますか？※急性期の場合を除く。

(1) はい

- ①1～5件 ②6～10件 ③11～20件 ④21～30件 ⑤31～50件 ⑥50～80件
⑦81～100件 ⑧100件以上

(2) いいえ

問 15. 事業所が何年に開所されたのかを教えてください。

（ ）年（ ）月開所

問 16. 事業所に勤務する職員（正規職員、パート・アルバイト等）をご記入ください。

職員数（正規職員： ）名、（パート・アルバイト等： ）名

合計（ ）名

質問は以上です。ありがとうございました。引き続き、インタビューのご協力をよろしく願い申し上げます。

発行日	2018年7月31日
発行者	高橋 幸裕(尚美学園大学総合政策学部総合政策学科) 〒350-1110 埼玉県川越市豊田町 1-1-1 TEL:049-246-2700(代表) E-mail:yu-takahashi@s.shobi-u.ac.jp
発行所	尚美学園大学総合政策学部総合政策学科高橋幸裕研究室
印刷	三景印刷株式会社 〒629-2263 京都府与謝郡与謝野町字弓木 1865

本報告書に記載された論文および図表・データには著作権が発生しております。
複写等の利用にあたっては発行者までご連絡ください。