

公益財団法人 生協総合研究所

2018 年度研究助成事業

在宅介護現場における終末期介護を支える
家族支援のあり方に対する研究

—介護職・福祉職・看護職の連携による実践からの考察—

報 告 書

2020 年 3 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

明治学院大学社会学部社会福祉学科

非常勤講師 角 能

有限会社足立ケア 21

代表取締役 牛草 茂丈

1. はじめに

団塊の世代が間もなく後期高齢者となり、介護サービスの需要がこれまで以上に高まる 2025 年問題が間近に迫っている今日、社会保障制度は岐路に立たされている。また、我が国の人口の高齢化率は過去最高になり、人口減少を伴った少産多死社会となったことで新しい問題が生じている。

かつて家庭と生活の中に内包されていた死が、突如として社会問題として登場したのである。振り返ると、死は家庭の中で深く根を下ろしたものであり、家族にとって身近な存在であった。高齢の家族を看取することは精神的にも肉体的にも非日常的な空間と時間であり、生きることについて学ぶ貴重なものでもあった。つまり、家庭の一機能として看取りをすることが備わっていた。

しかし、産業構造の変化、世帯人員数の縮小、医療機関の整備、そして医療保険の実施等、家庭を取り巻く環境が大きく変わり、病院死が一般化したことにより家庭内で家族を看取ること、幼少期から死そのものに触れる機会が格段に減少していくことになる。その結果、家庭で家族を看取った経験のある者は少なくなってきた。

ただ、人口の高齢化が進み、産まれくる者と亡くなりゆく者の数をみると、2019年には50万人を超える人口が減少しており、これまでとは違った形で死を感じるが多くなってきた。同時に、介護保険法の理念の浸透もあり、利用者本位という形で人生の最期の場所やあり方について考えられるようになってきた。それは平成26年度版高齢労働白書 p.128にも示されている通り、住み慣れた場所で亡くなりたいと希望する者が増加している。その結果、病院死の割合は低下し、若干の老人ホームの割合が増加、これまで減少の一途であった自宅死が横這いではあるが底を打つようになった。

このように亡くなりゆく者にスポットが当たるようになった今日、それを支える側の視点についてはそれほど大きく注目されているとは言えない。家族と専門職（介護職、福祉職、看護師）である。家族は亡くなりゆく家族（高齢者、利用者）に対して看取りの経験がなく混乱しやすい中で精神的にも肉体的にも大きな負担を抱えるようになる。

他方、専門職はそのような非日常的な時間と空間の中で利用者のみならず家族を支えていくことになる。終末期にある利用者は残された時間が僅かであり、やり直しがきかない中でチーム内での情報共有や役割を全うすることが求められる。専門職は家族が抱える負担をできる限り小さくし、悔いのない支援をすることは家庭内に死（看取り）を再導入する契機ともなる。

本研究プロジェクトはこのような問題関心の下、終末期における家族支援の実践について描くことを目指して計画されたものである。本研究プロジェクトは多くの事業所に多大なる協力を得て実施することができた。ここで取りまとめを行った成果が訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション及び関係各所において広く共有されることを願い、またこれを基盤として多くの学術的貢献につながることを心より願っている次第である。そして、この成果について多くの意見をいただけることを願っている。それは超高齢社会日本が抱える課題解決の一助となるからだと信じている。

2020年3月1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 生協総合研究所

2) 研究目的（研究計画書より引用）

これまでの研究では専門職の視点でより良い支援を提供するために課題分析を行ってきた。本研究はこれまでの研究の視点で不十分であった家族支援のあり方について検討を行う。家族は利用者が終末期の宣告を受けてから亡くなるまで、限られた時間の中で様々な判断をすることや非日常的な時間が続くことから精神的負担がかかっている。それをどのように負担軽減をするのかが本研究の目的である。

他方、社会福祉士及び介護福祉士法第二条（定義）にあるように、業務の遂行にあたっては社会福祉士、介護福祉士は専門的知識や技術を持って対応することも求められていることから、残された家族の負担を軽減することは新しい課題であると言える。そこでこれまで利用者に対する支援が中心であった検討を、本研究では訪問介護・看護の実践から家族を包括したあり方を視点とした形で課題分析を行いたい。

3) 調査研究方法

対象者	: 在宅介護・看護の業務において終末期介護を担当したことがある 介護職、福祉職、看護師
対象者数	: 専門職 3 名×5 事業所（合計 15 名）
調査対象地域	: 関東地方
調査方法	: 半構造化面接法による聞き取り調査（原則 1 対 1、60 分程度）
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。
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。
分析方法	: インタビューデータを文字起こし作業後にテキストマイニングにて データ分析を行う。

(1) 調査対象者の選定方法

調査協力を依頼したのは研究代表者の高橋幸裕（尚美学園大学）が、過去の研究プロジェクトで実施した際に協力を得た法人に依頼を行っている。それだけでは調査予定法人数に満たないため、新たに調査協力を得られるよう、日本ホームヘルパー協会会長青木文江様に相談を行い、いくつか

の法人を紹介していただいた。他にも共同研究メンバーである角能（明治学院大学）が過去に行った調査研究において協力を得た法人を通じて協力を依頼したところもある。

(2)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。

- Q0 これから質問をするうえで、これまでに担当した終末期の担当ケースについて簡単に教えてください。
- Q1 担当する利用者が終末期に入って以降、家族とのコミュニケーションや関係性は変わりましたか。
- Q2 家族との関わりを通じて**精神的**に負担が大きくなっていると感じたことはありますか。その場合、家族の**精神的負担**を軽減するためにどのような方法で対応をしていますか。
- Q3 家族との関わりを通じて**肉体的**に負担が大きくなっていると感じたことはありますか。その場合、家族の**肉体的負担**を軽減するためにどのような方法で対応をしていますか。
- Q4 終末期になって以降、家族から相談や対応の数が増えたと感じたことはありますか。その際に、どのような対応をとって問題の解決をしましたか。
- Q5 終末期の利用者を担当するにあたって、多職種連携も含め専門職として家族の負担を軽減するための役割と課題はどのようなものだと考えていますか。
- Q6 利用者が亡くなった後、家族が抱える負担（悲嘆など）はどのようなものだと考えますか。その負担を軽減するために専門職としてできること、できないことは何だと考えますか。
- Q7 Q1～6を踏まえ、これまでに経験したケースでどのようなことを学んでおけばよかった（研修で学ぶべき事柄）ことはありますか。

4) 本報告書の位置づけ

本報告書はこれまで亡くなりゆく者に焦点が当てられてきた視点から、専門職を通じた家族の負担を軽減する手段について実践に基づいた内容から解き明かそうとするものである。専門職はそれぞれの専門性と役割を有していることから、より効果的な支援の方法を模索している。本報告書は専門職による現場の実践から終末期における家族支援の営みを明らかにしつつ、如何にして家族が抱える負担を軽減できるかについて検討を行っている。

そして、本報告書はこれまで専門職による終末期の利用者を抱える家族負担のあり方について検討

が十分に試みられてこなかった領域でもあることから、この調査結果を基盤として更なる学問的深化と発展を狙ったものとしても位置付けている。

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（研究代表者）

明治学院大学社会学部社会福祉学科 非常勤講師 角能

有限会社足立ケア 21 代表取締役 足立茂丈

6) 研究スケジュール

研究スケジュール一覧

(表1)研究スケジュール一覧		
日時	事柄	内容
2018年7月31日(火)	研究助成の申し込み	申請書類の作成、申請を行う。
2018年10月12日(金)	研究助成の採択	公益財団法人協総合研究所より研究助成の採択を受ける。
2018年10月27日(土)	第1回打ち合わせ会議	研究スケジュールの確認、関連領域の情報共有をする。
2018年11月10日(土)	第2回打ち合わせ会議	研究プロジェクトの進め方、予算執行について検討する。
2018年12月2日(日)	第3回打ち合わせ会議	聞き取り調査の質問項目の検討、調査協力者へ依頼準備をする。
2019年1月27日(日)※1	第4回打ち合わせ会議	先行研究の共有、引き続き調査協力者への依頼、協力状況の確認をする。
2019年2月17日(日)	第5回打ち合わせ会議	聞き取り調査の実施状況の報告をする。
2019年5月12日(日)	第6回打ち合わせ会議	聞き取り調査の終了報告、データの分析方針について確認、文字起こし作業方法の共有をする。
2018年5月27日(月)	中間報告書の提出	これまで行った研究内容について中間報告書の作成を行い、提出する。
2019年6月9日(日)	第7回打ち合わせ会議	データの文字起こし作業の進捗状況の報告、中間報告書の作成及び提出の報告。
2019年7月7日(日)	第8回打ち合わせ会議	文字起こし作業の進捗状況の報告、先行研究の報告、今後のスケジュール確認、研究成果の発表報告の検討をする。
2019年8月4日(日)	第9回打ち合わせ会議	今後のスケジュールに基づいた研究発表方法の検討、データ分析の状況確認をする。
2019年11月3日(日)	第10回打ち合わせ会議	研究代表者による研究成果論文の執筆及び提出、研究報告書の作成についての役割分担の確認をする。
2019年11月30日(土)	最終報告論文の提出	最終報告論文の提出をする。
2019年12月1日(日)	第11回打ち合わせ会議	分析データの共有をする、最終報告論文の提出報告をする。

※打ち合わせ会議は尚美学園大学高橋幸裕研究室にて行っている。尚、第4回目打ち合わせ会議のみ有限会社足立ケア 21にて実施した。

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、本研究プロジェクト実施時においてメンバー間で共有したもの（概略）である。

- 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に、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。
- ⑤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が異なるからと言って批判的な対応はしない。
- ⑥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。
- ⑦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。
- ⑧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

聞き取り調査一覧

(表2)聞き取り調査一覧										
	訪問介護事業所	調査担当	実施日	訪問看護ステーション	調査担当	実施日	居宅介護支援事業所	調査担当	実施日	備考
1	医療生協訪問介護事業所A	角	2月6日(水)	医療財団法人訪問看護ステーションA	高橋	2月13日(水)	医療生協居宅介護支援事業所A	角	2月6日(水)	
2	営利法人訪問介護事業所B	高橋	2月13日(水)	一般社団法人訪問看護ステーションB	角	2月14日(木)	営利法人指定居宅介護支援事業所B	高橋	2月13日(水)	営利法人訪問介護事業所、同居宅介護支援事業所は同時に調査実施。
3	社会福祉法人訪問介護事業所C	高橋	2月28日(木)	医療法人社団訪問看護ステーションC	高橋	3月9日(土)	一般社団法人居宅介護支援事業所C	角	2月14日(木)	社会福祉法人訪問介護事業所C、同居宅介護支援事業所Dは調査協力者の都合で同時に調査実施。
4	株式会社訪問介護事業所D	高橋	3月25日(月)	株式会社訪問看護ステーションD	高橋	3月11日(月)	社会福祉法人居宅介護支援事業所D	高橋	2月28日(木)	
5	株式会社訪問介護事業所E	角	4月25日(木)	医療生協訪問看護ステーションE	角	3月15日(金)	医療法人社団居宅介護支援事業所E	高橋	3月11日(月)	

※いずれも2019年に聞き取り調査を実施している。

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（研究計画書より引用）	2
3) 調査研究手法	2
4) 本報告書の位置づけ	3
5) 実施体制	4
6) 研究スケジュール	4
7) 倫理的配慮	4
8) 調査結果と概要	4
3. 目次	6
3.1. 図目次	8
3.2. 表目次	8
4. 回答者プロフィール（量的調査）結果	10
4.1. 実施地（都道府県）	10
4.2. 性別	11
4.3. 年齢	12
4.4. 保有資格	13
4.5. 看取り担当時の立場	14
4.6. 介護の仕事歴	15
4.7. 在宅介護現場で働いた経験	16
4.8. 高齢者福祉施設で働いた経験	17
4.9. 現在勤務している法人の種別	18
4.10. 現在勤めている法人での勤務年数	19
4.11. 雇用形態	20
4.12. 職場での立場	21
4.13. 看取りの担当件数	22
4.14. 現在、看取りを担当しているか	23
4.15. 医療機関勤務時の高齢患者の看取り経験	25
4.16. 事業所の開所時期	25
4.17. 事業所に勤務する職員数	26

5. 質的調査結果	29
5.1. 回答者プロフィール	29
5.2. 職種ごとの特徴語	29
5.3. 職種ごとの共起ネットワーク図	31
介護職	31
福祉職	33
看護師	35
5.4. 7つの視点から	37
① 終末期に入ってから家族との関係性、コミュニケーションのあり方、内容の変化など。 専門職として家族と接点を持つうえでの変化。	38
② 家族の精神的負担が大きくなっていると感じたことはあるか。 その気持ちの負担を軽くするための対応方法。	40
③ 家族が疲れていると感じたこと。疲れを軽くするための対応方法、提案。	43
④ 終末期になってから、家族側から相談や、電話の回数が増えたようなことはあるか。 相談事や問題の解決方法。	45
⑤ 家族の負担を軽くするために、多職種連携、チームケアの中で、 専門職の立場としての役割や、自身の専門職でないと出来ないこと、課題。	47
⑥ 亡くなられた後の、家族の負担。その場合の、専門職の立場としての役割や、 自身の専門職でないと出来ないこと、課題。	52
⑥-1 葬儀、通夜等の参列について法人のルール	54
⑦ 専門職として学んでおきたいこと、受けたい研修。	55
6. ケアの方針決定のプロセス	57
6.1. 本人と意思疎通ができる場合	57
6.2. 本人と（素直に）意思疎通ができない場合	60
7. 共同研究者による考察	63
7.1. 共同研究者の視点から	63
7.2. 共同研究者の視点から	68
8. 総括	74
9. 謝辞	86
巻末資料：フェイスシート	87

3.1. 図目次

図 4-1 実施地（都道府県）	10
図 4-2 回答者の性別	11
図 4-3 回答者の年齢	12
図 4-4 保有資格	13
図 4-5 看取り担当時の立場	14
図 4-6 介護の仕事歴	15
図 4-7 在宅介護現場で働いた経験年数	16
図 4-8 現在勤務している法人の種別	18
図 4-9 現在勤めている法人での勤務年数	19
図 4-10 雇用形態	20
図 4-11 職場での立場	21
図 4-12 これまでの看取りの担当件数	22
図 4-13 現在、看取りの担当の有無	23
図 4-14 現在、勤めている法人での看取りの担当件数	24
図 4-15 事業所に勤務する正規職員数	26
図 4-16 事業所に勤務するパート・アルバイト等の職員数	27
図 4-17 事業所に勤務する全職員数	28
図 5-1 職種別の対応分析	30
図 5-2 介護職の共起ネットワーク図	32
図 5-3 福祉職の共起ネットワーク図	34
図 5-4 看護職の共起ネットワーク図	36

3.2. 表目次

表 4-1 実施地（都道府県）	10
表 4-2 回答者の性別	11
表 4-3 回答者の年齢	12
表 4-4 保有資格	13
表 4-5 看取り担当時の立場	14
表 4-6 介護の仕事歴	15
表 4-7 在宅介護現場で働いた経験年数	16
表 4-8 現在勤務している法人の種別	18
表 4-9 現在勤めている法人での勤務年数	19
表 4-10 雇用形態	20
表 4-11 職場での立場	21

表 4-12	これまでの看取りの担当件数	22
表 4-13	現在、看取りの担当の有無	23
表 4-14	現在、勤めている法人での看取りの担当件数	24
表 4-15	事業所の開所時期	25
表 4-16	事業所に勤務する正規職員数	26
表 4-17	事業所に勤務するパート・アルバイト等の職員数	27
表 4-18	事業所に勤務する全職員数	28
表 5-1	職種ごとの特徴語	30
表 5-2	介護職の特徴語（上位のみ掲載）	31
表 5-3	福祉職の特徴語（上位のみ掲載）	33
表 5-4	看護師の特徴語（上位のみ掲載）	35

4. 回答者プロフィール（量的調査）結果

以下、量的調査を実施した結果を報告する。

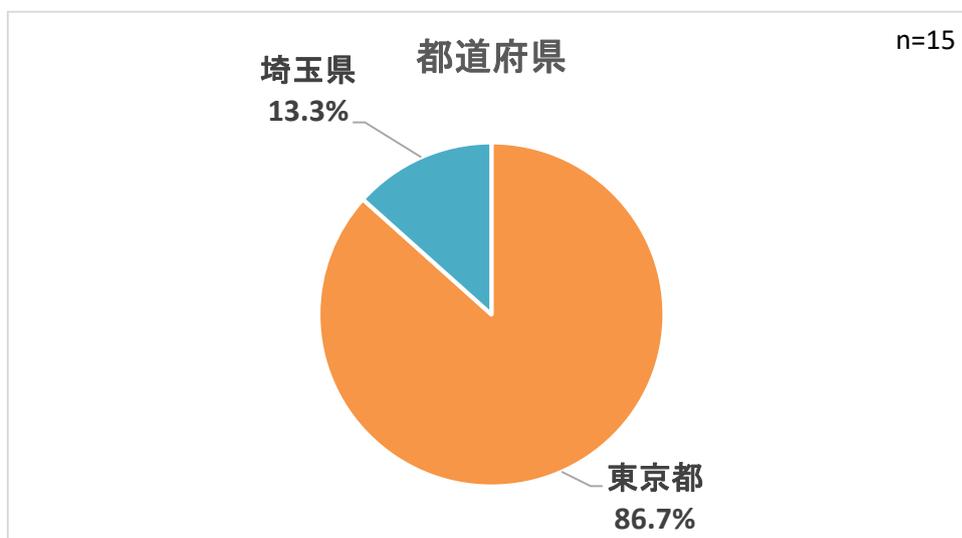
4.1. 実施地（都道府県）

調査に回答した人の実施地（都道府県）は、東京都が13名（86.7%）、埼玉県が2名（13.3%）であった。

表 4-1 実施地（都道府県）

回答項目	回答数	(%)
東京都	13	86.7
埼玉県	2	13.3
総計	15	100.0

図 4-1 実施地（都道府県）



4.2. 性別

調査に回答した人の性別は、男性が3名（20.0%）、女性が12名（80.0%）であった。
質問文および図・表は下記の通りである。

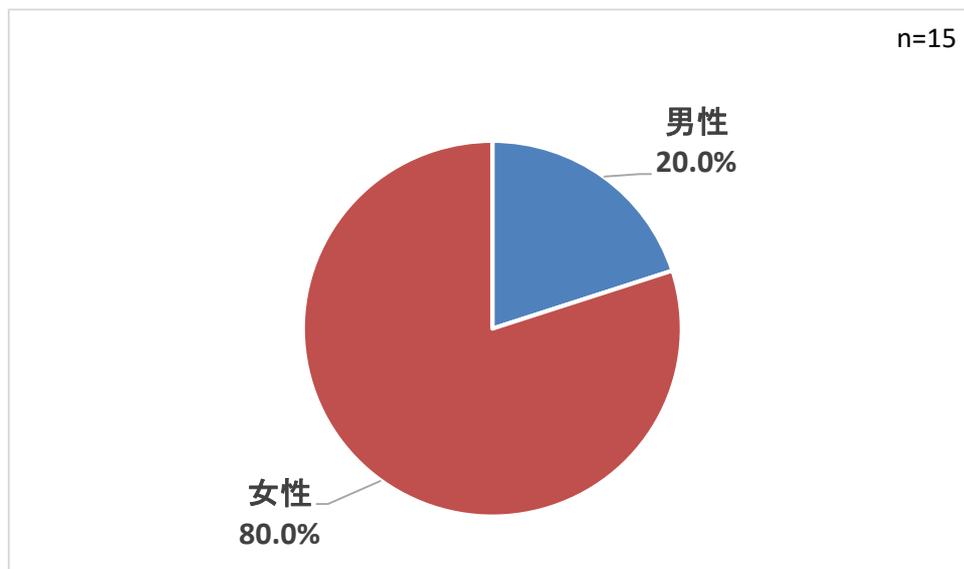
問1. 性別をお伺いします。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 男性 (2) 女性

表 4-2 回答者の性別

回答項目	回答数	(%)
男性	3	20.0
女性	12	80.0
総計	15	100.0

図 4-2 回答者の性別



4.3. 年齢

調査に回答した人の年齢は、最年少が 30 歳、最年長が 66 歳であり、平均年齢は 49.6 歳であった。
質問文および図・表は下記の通りである。

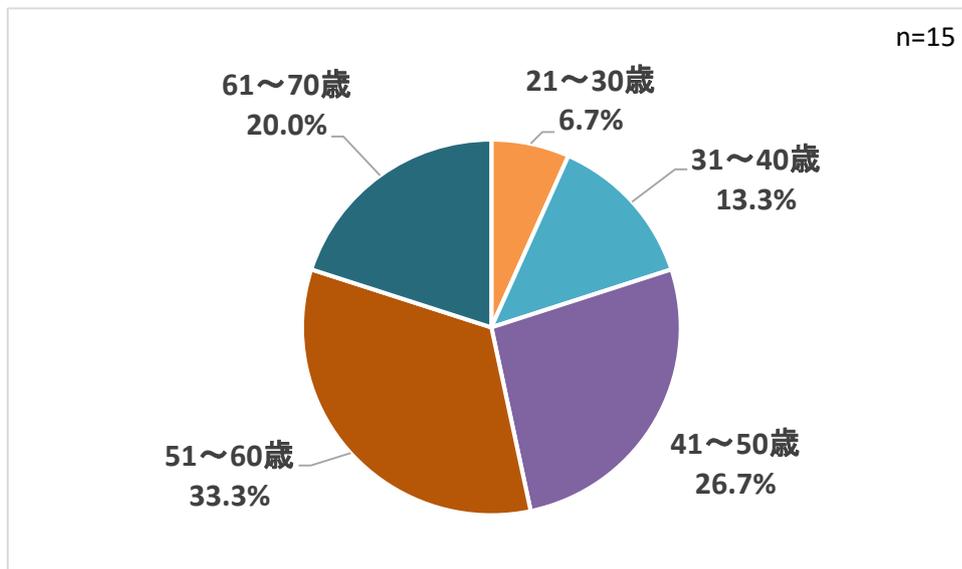
問 2. 年齢をお伺いします。数字を記入してください。

() 歳

表 4-3 回答者の年齢

回答項目	回答数	(%)
21～30 歳	1	6.7
31～40 歳	2	13.3
41～50 歳	4	26.7
51～60 歳	5	33.3
61～70 歳	3	20.0
総計	15	100.0

図 4-3 回答者の年齢



4.4. 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、介護支援専門員が最も多く 10 名（66.7%）、次いで介護福祉士が 7 名（46.7%）、看護師が 6 名（40.0%）であった。

その他回答の内容は「認知症ケア専門士」「手話通訳」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。

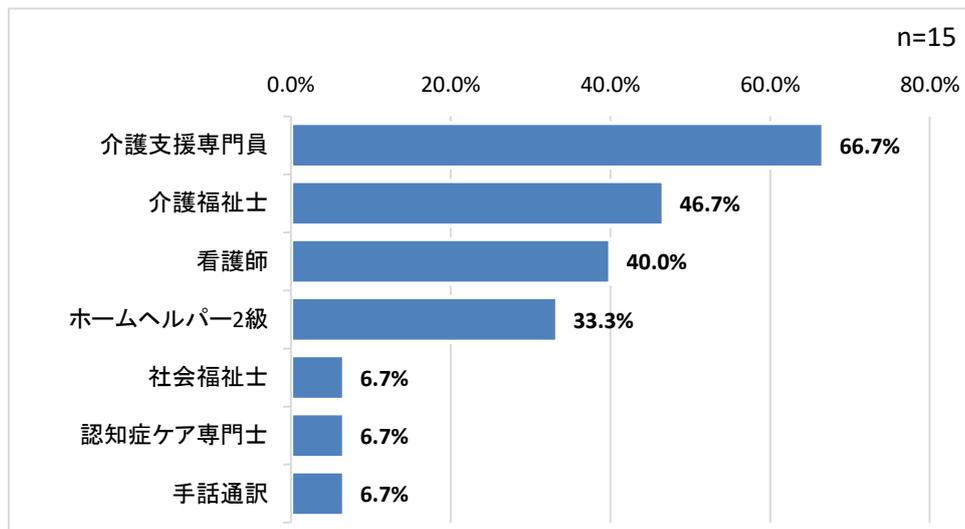
- (1) 介護福祉士 (2) ホームヘルパー2級（介護職員初任者研修修了含む） (3) 社会福祉士
 (4) 精神保健福祉士 (5) 介護支援専門員 (6) 医師 (7) 看護師 (8) 准看護師
 (9) 作業療法士 (10) 理学療法士 (11) その他（ ）

表 4-4 保有資格

※回答の多い順

回答項目	回答数	(%)
介護支援専門員	10	66.7
介護福祉士	7	46.7
看護師	6	40.0
ホームヘルパー2級	5	33.3
社会福祉士	1	6.7
認知症ケア専門士	1	6.7
手話通訳	1	6.7

図 4-4 保有資格



4.5. 看取り担当時の立場

看取りを担当された時の立場は、兼任も含め介護福祉士が最も多く6名(40.0%)、次いで介護支援専門員、看護師がそれぞれ5名(33.3%)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()

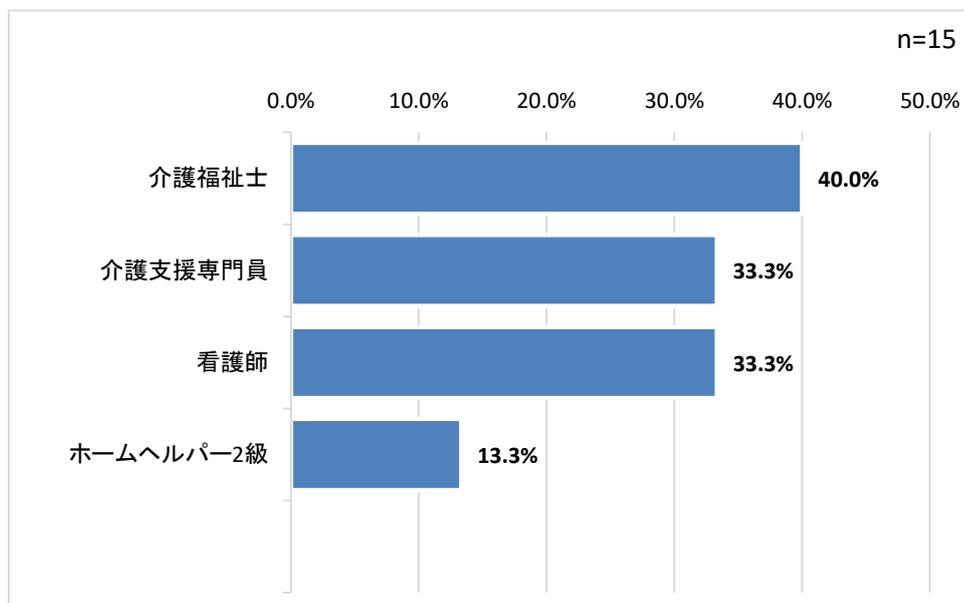
表 4-5 看取り担当時の立場

※回答の多い順

回答項目	回答数	(%)
介護福祉士	6	40.0
介護支援専門員	5	33.3
看護師	5	33.3
ホームヘルパー2級	2	13.3

※複数回答者あり

図 4-5 看取り担当時の立場



4.6. 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2ヶ月であった。最短3年2ヶ月、最長は44年であった。

質問文および図・表は下記の通りである。

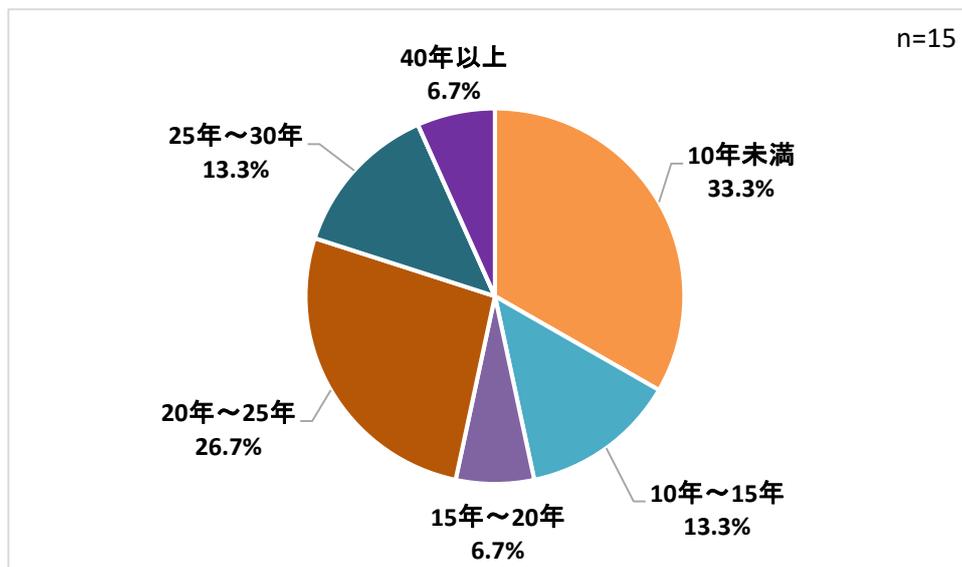
問5. 介護関係の仕事に携わってから全体で何年になりますか。※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

() 年 () ヶ月

表 4-6 介護の仕事歴

回答項目	回答数	(%)
10年未満	5	33.3
10年～15年	2	13.3
15年～20年	1	6.7
20年～25年	4	26.7
25年～30年	2	13.3
30年～35年	0	0.0
35年～40年	0	0.0
40年以上	1	6.7
総計	15	100.0

図 4-6 介護の仕事歴



4.7. 在宅介護現場で働いた経験

調査に回答した人が在宅介護現場で働いた経験年数は、平均すると13年10ヶ月であった。最短は3年2ヶ月、最長は25年であった。在宅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. 在宅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。

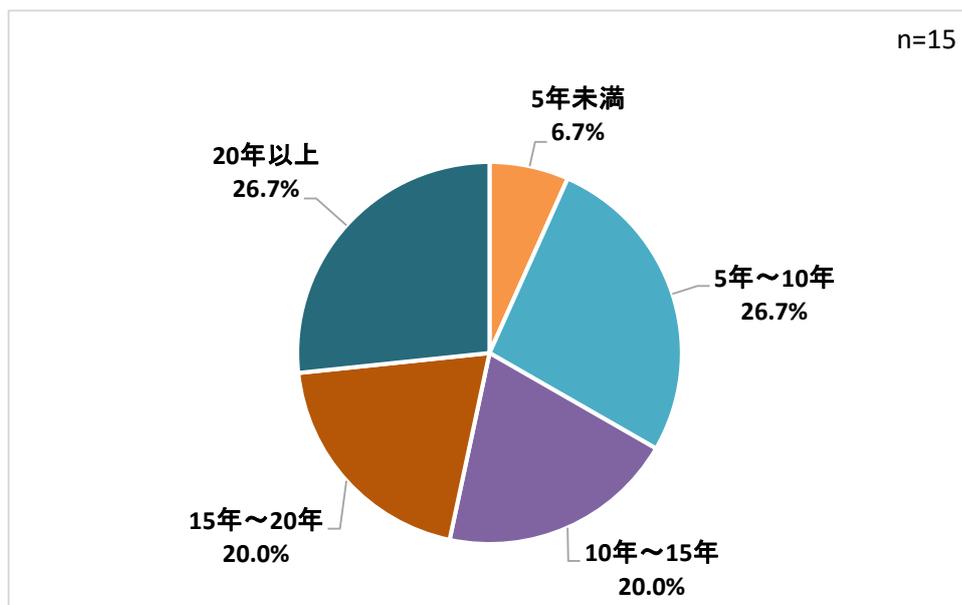
(1) ある (2) ない

() 年 () ヶ月

表 4-7 在宅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	6.7
5年以上10年未満	4	26.7
10年以上15年未満	3	20.0
15年以上20年未満	3	20.0
20年以上	4	26.7
総計	15	100.0

図 4-7 在宅介護現場で働いた経験年数



4.8. 高齢者福祉施設で働いた経験

調査に回答した人に高齢者福祉施設等で働いた経験年数を伺った。

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 |

「特別養護老人ホーム」 11 年

「有料老人ホーム」 2 年 6 ヶ月 / 1 年 6 ヶ月

「訪問看護ステーション 地域包括支援センター」 7 年 10 ヶ月

4.9. 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、民間企業が最多の6名（40.0%）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

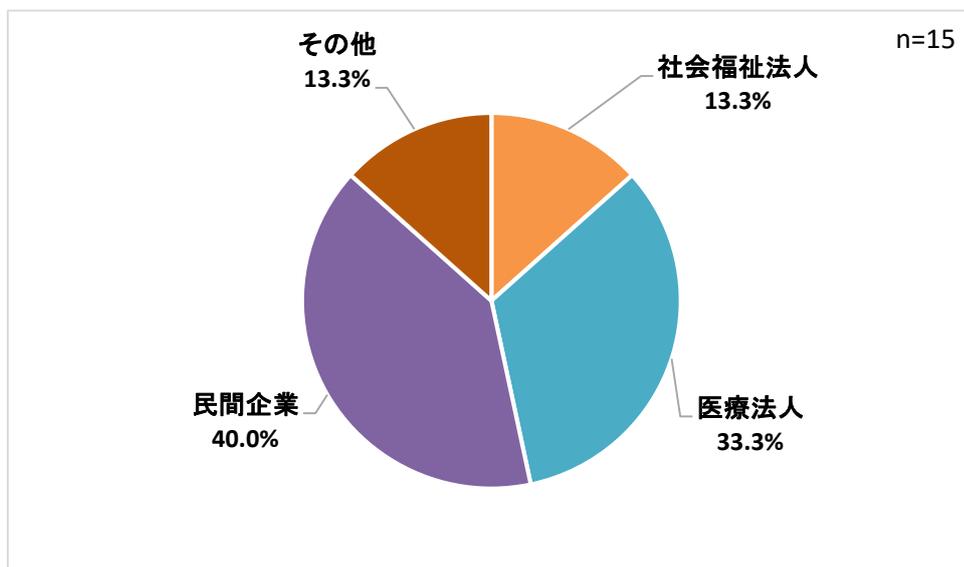
※回答の多い順

回答項目	回答数	(%)
民間企業	6	40.0
医療法人	5	33.3
社会福祉法人	2	13.3
その他	2	13.3
総計	15	100.0

<その他 回答>

- ・ 医療生協
- ・ 一般社団法人

図 4-8 現在勤務している法人の種別



4. 10. 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12年9ヶ月であった。最短は1年、最長は25年2ヶ月であった。

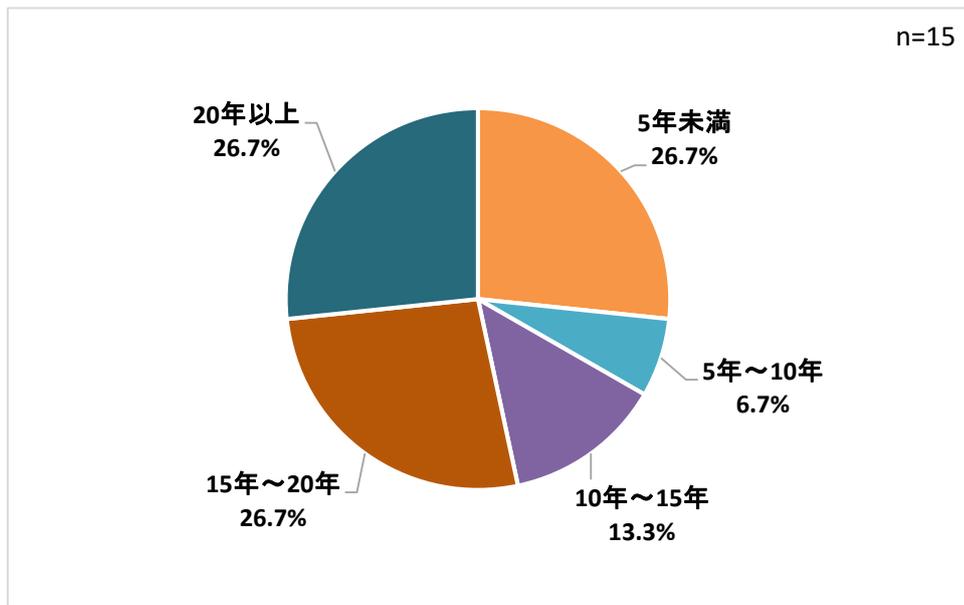
質問文および図・表は下記の通りである。

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	4	26.7
5年以上10年未満	1	6.7
10年以上15年未満	2	13.3
15年以上20年未満	4	26.7
20年以上	4	26.7
総計	15	100.0

図 4-9 現在勤めている法人での勤務年数



4.11. 雇用形態

調査に回答した人の雇用形態は、正規職員が13名（86.7%）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。

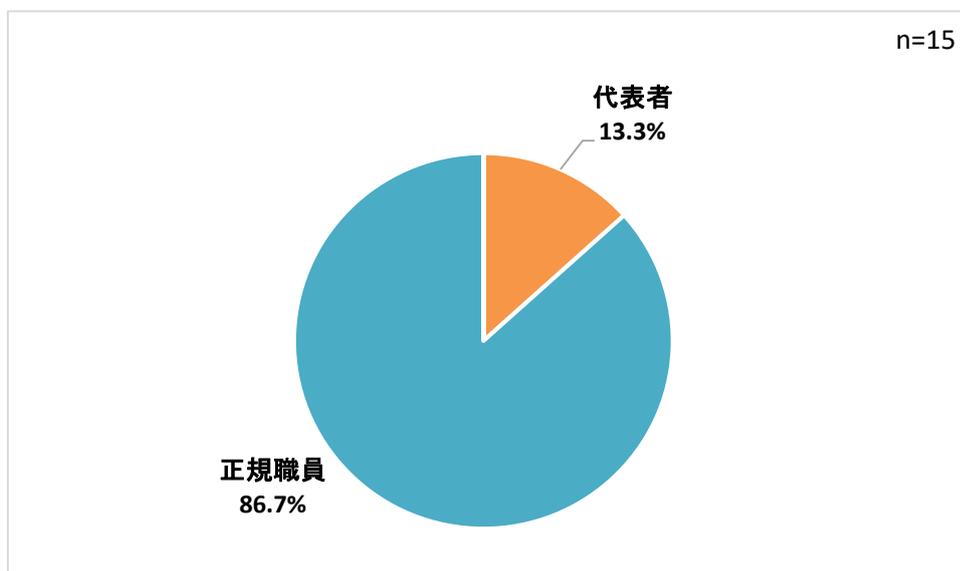
- (1) 代表者 (2) 正規職員 (3) 契約職員 (4) 臨時職員 (5) 派遣職員 (6) パートタイム
(7) その他 ()

表 4-10 雇用形態

※回答の多い順

回答項目	回答数	(%)
代表者	2	13.3
正規職員	13	86.7
総計	15	100.0

図 4-10 雇用形態



4.12. 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 10 名（66.7%）、法人経営者が 3 名（20.0%）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（ ）

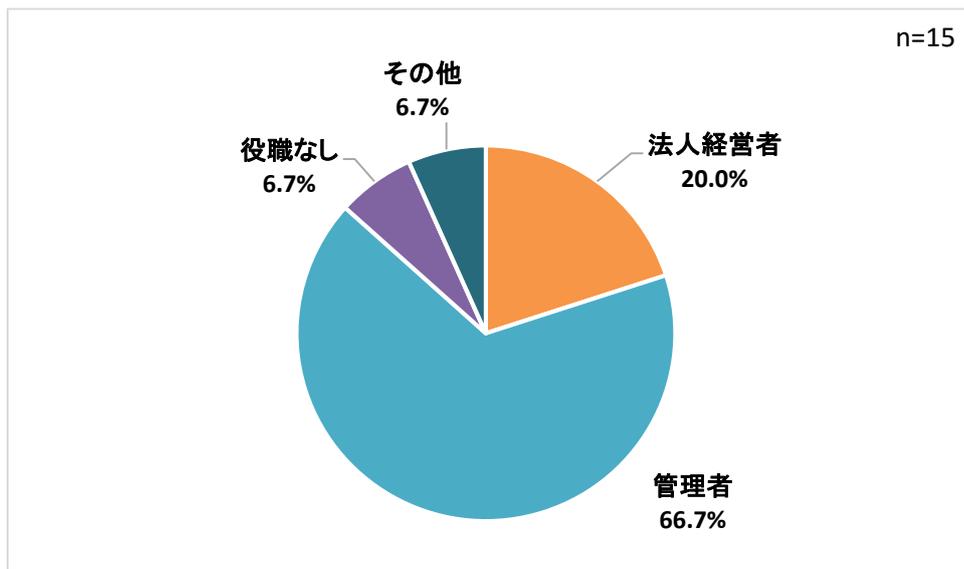
表 4-11 職場での立場

回答項目	回答数	(%)
法人経営者	3	20.0
管理者	10	66.7
役職なし	1	6.7
役職あり（主任、リーダー等）	0	0.0
その他	1	6.7
総計	15	100.0

<その他 回答>

- ・サービス提供責任者

図 4-11 職場での立場



4.13. 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、100件前後等、数十件担当しているケースが多かった。最小値は4件であった。

質問文および表は下記の通りである。

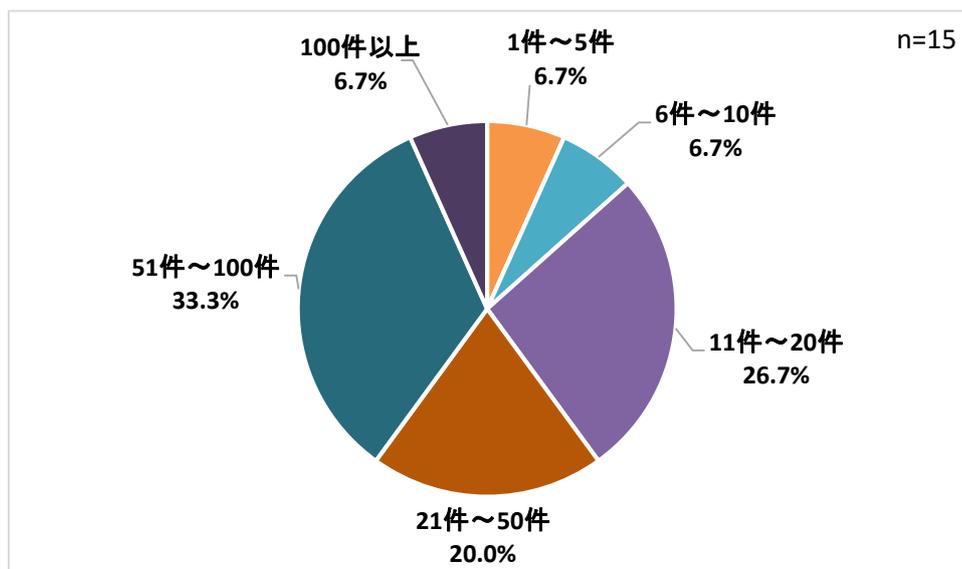
問 12. あなたがこれまでの勤務経験で看取りを担当したことがあるケース数についてお伺いします。これまで職場で看取りを担当したケースを記入してください。

() 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	1	6.7
6～10 件	1	6.7
11～20 件	4	26.7
21～50 件	3	20.0
51～100 件	5	33.3
100 件以上	1	6.7
総計	15	100.0

図 4-12 これまでの看取りの担当件数



4.14. 現在、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。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40.0%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	9	60.0
担当ケースはない	6	40.0
総計	15	100.0

図 4-13 現在、看取りの担当の有無

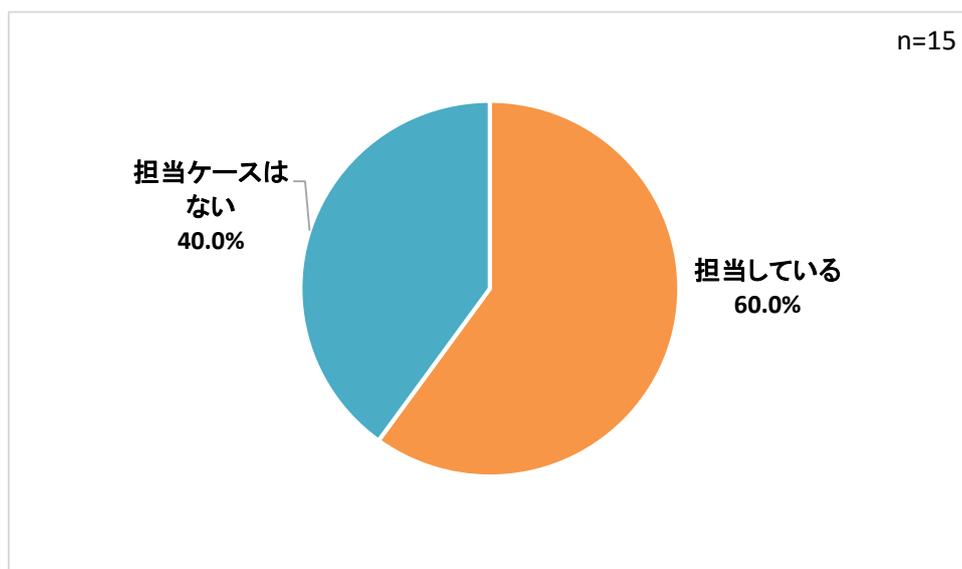
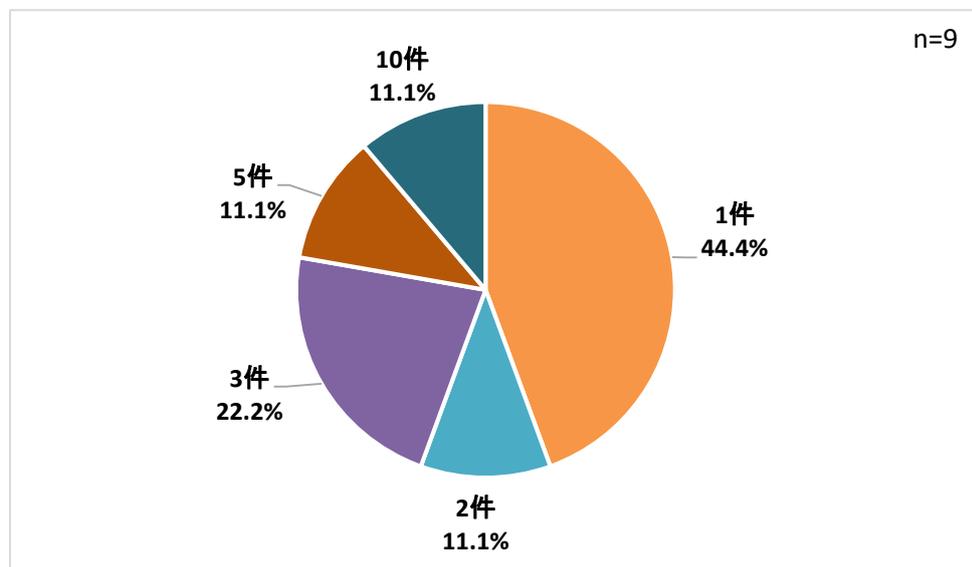


表 4-14 現在、勤めている法人での看取りの担当件数

回答項目	回答数	(%)
1 件	4	44.4
2 件	1	11.1
3 件	2	22.2
5 件	1	11.1
10 件	1	11.1
総計	9	100.0

図 4-14 現在、勤めている法人での看取りの担当件数



4. 15. 医療機関勤務時の高齢患者の看取り経験

次に、医療職の方のうち、訪問看護事業所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3人（60.0%）であった。経験件数は、3名とも「11～20件」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。訪問看護事業所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

4. 16. 事業所の開所時期

事業所の開所時期は、1997年10月から2016年7月までにおよび、2000年4月の開所が46.2%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 4-15 事業所の開所時期

回答項目	回答数	(%)
1997年10月	1	7.7
1998年4月	1	7.7
2000年	1	7.7
2000年4月	6	46.2
2000年5月	1	7.7
2005年4月	1	7.7
2016年7月	2	15.4
総計	13	100.0

4.17. 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 5.9名であった。

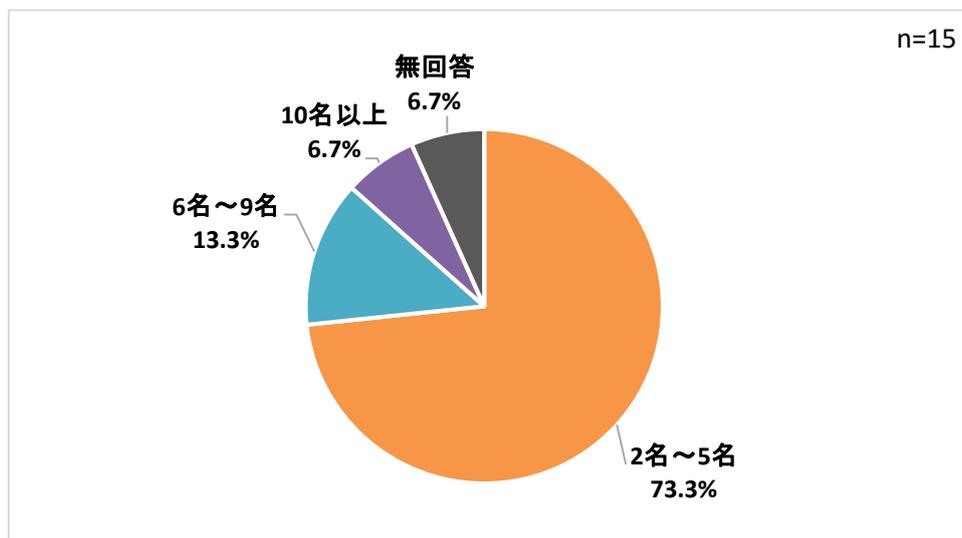
質問文および表は下記の通りである。

- 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 4-16 事業所に勤務する正規職員数

回答項目	回答数	(%)
2名～5名	11	73.3
6名～9名	2	13.3
10名以上	1	6.7
無回答	1	6.7
総計	15	100.0

図 4-15 事業所に勤務する正規職員数

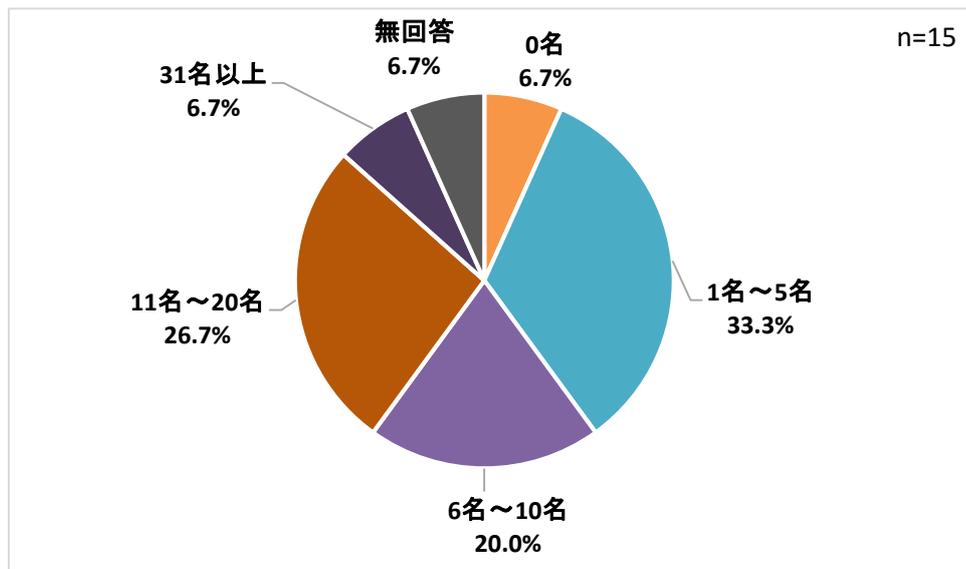


事業所に勤務するパート・アルバイト等の数は、平均 13.2 名であった。

表 4-17 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	6.7
1 名～5 名	5	33.3
6 名～10 名	3	20.0
11 名～20 名	4	26.7
21 名～30 名	0	0.0
31 名以上	1	6.7
無回答	1	6.7
総計	15	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

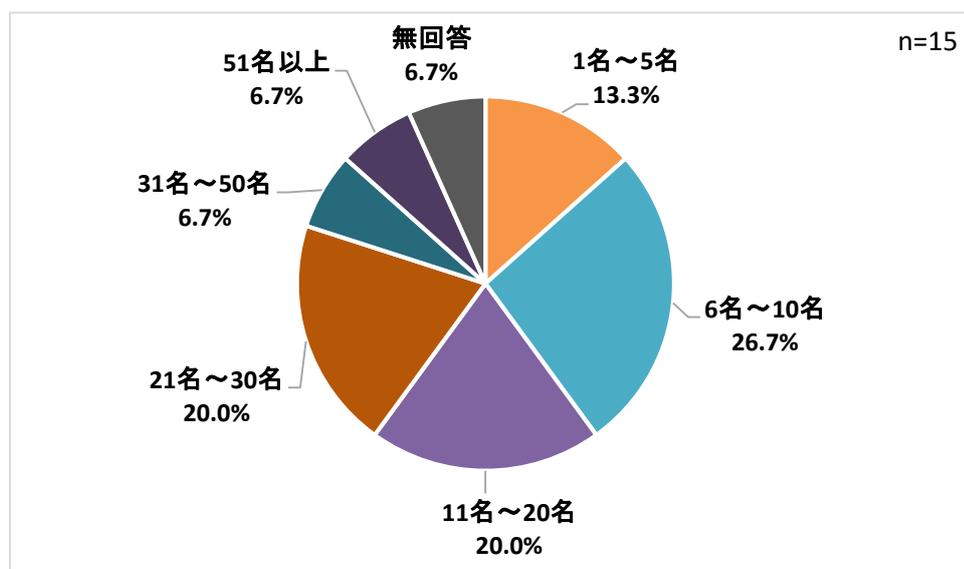


事業所に勤務する全職員数では、平均 19.2 名であった。

表 4-18 事業所に勤務する全職員数

回答項目	回答数	(%)
1名～5名	2	13.3
6名～10名	4	26.7
11名～20名	3	20.0
21名～30名	3	20.0
31名～50名	1	6.7
51名以上	1	6.7
無回答	1	6.7
総計	15	100.0

図 4-17 事業所に勤務する全職員数



5. 質的調査結果

5.1 回答者プロフィール

第4章に記載したが、インタビューの回答者プロフィールについて、簡単にまとめておくと、男性3名、女性が12名、30歳から66歳まで平均年齢50歳である。

介護関係の仕事に携わってからの年数は、短い方で3年、長い方で44年であり、在宅介護の仕事では、3年から長い方で25年の経験である。

これまでに看取りを担当したケースは、少ない方で4件、多い方で120件である。

現在、看取りを担当している方は、全体の60%にあたる9名で、1件から10件のケースを担当している。

これらのインタビューデータから、各職種の視点において、主に家族支援のあり方について分析していく。

5.2 職種ごとの特徴語

「介護職」「福祉職」「看護師」の職種ごとにおいて、その特徴を把握しやすくするため、対応分析（数量化Ⅲ類）を行い、2次元散布図を作成した。

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。

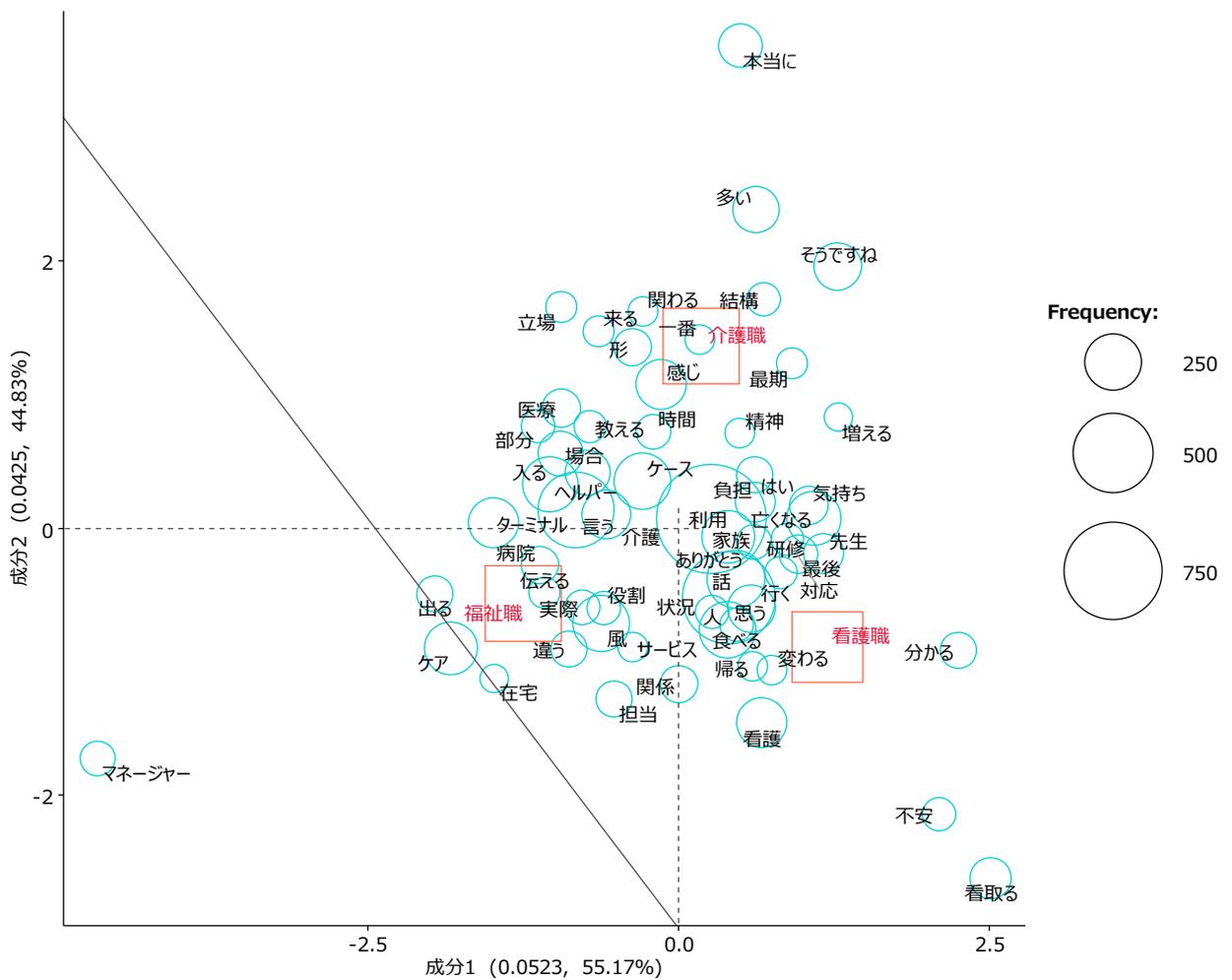
$A \wedge B$ は、語 a と語 b が共に出現する回数。

表 5-1 職種ごとの特徴語（上位のみ掲載）

介護職		福祉職		看護師	
家族	.205	家族	.200	思う	.154
そうですね	.127	思う	.161	看護	.078
言う	.117	言う	.145	看取る	.078
多い	.096	ケア	.140	亡くなる	.077

「介護職」、「福祉職」は、特徴的な語として「家族」が上位にあげられた。いずれも 0.2 ポイント以上である。「看護師」は、あまり特徴的な語はなかったが「看取る」「亡くなる」といった語が上位にあげられた。

図 5-1 職種別の対応分析



抽出する特徴語を増やして、共起ネットワーク図で、あらわしたものが次のページである。

5.3 職種ごとの共起ネットワーク図

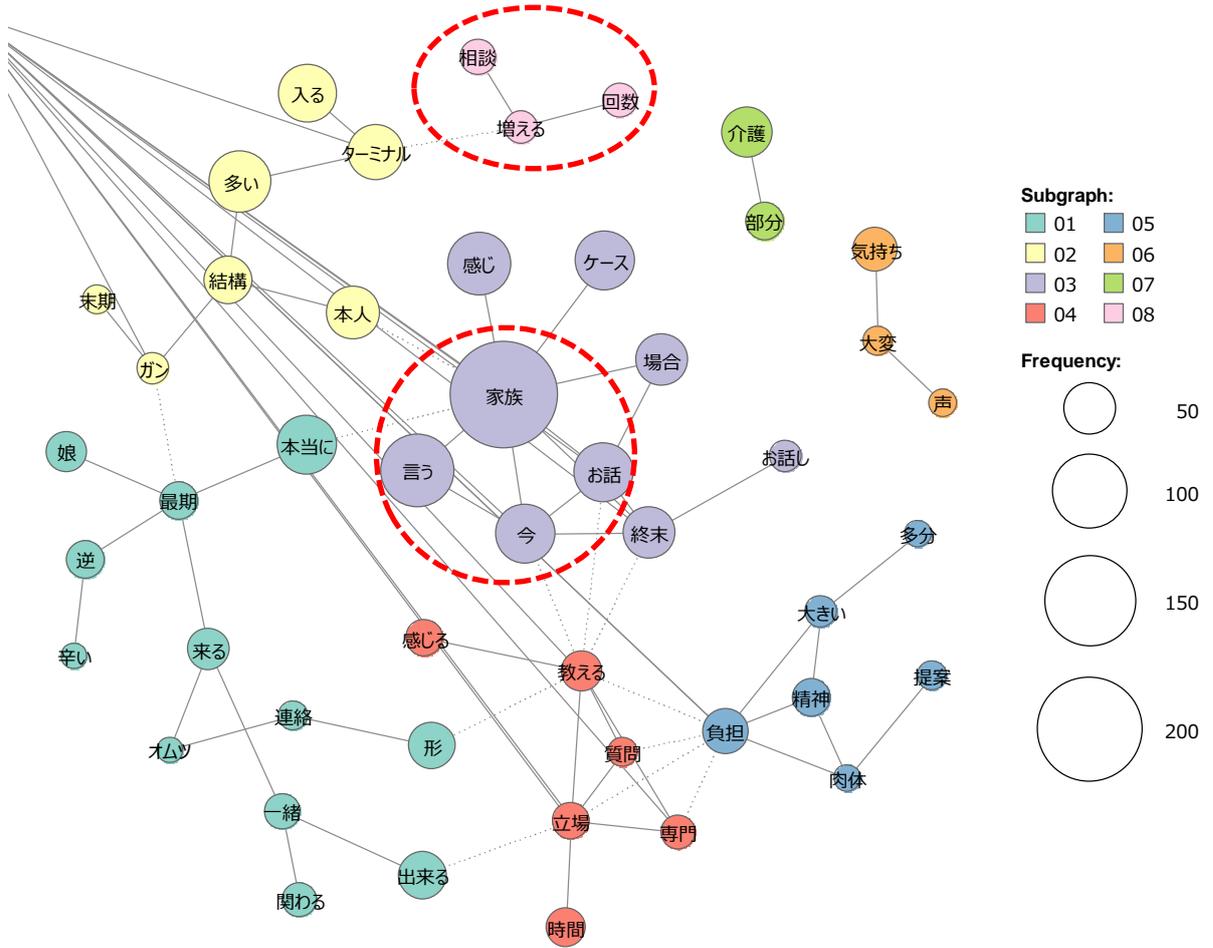
「介護職」

お話、言う、相談回数が増える、というワードが発話のなかに多く出てくる。
精神的、肉体的な負担、不安に対する、提案をしていることがうかがえる。
「家族」というワードが、最もよく出てくる。

表 5-2 介護職の特徴語（上位のみ掲載）

	抽出語	品詞	Jaccard 係数
1	家族	名詞	0.205
2	そうですね	感動詞	0.127
3	言う	動詞	0.117
4	多い	形容詞	0.096
5	感じ	名詞	0.094
6	本当に	副詞	0.090
7	お話	サ変名詞	0.083
8	今	副詞可能	0.083
9	ケース	名詞	0.082
10	入る	動詞	0.079
11	亡くなる	動詞	0.072
12	ターミナル	名詞	0.071
13	本人	名詞	0.069
14	終末	名詞	0.066
15	場合	副詞可能	0.063
16	介護	サ変名詞	0.062
17	結構	副詞	0.059
18	はい	感動詞	0.055
19	出来る	動詞	0.055
20	形	名詞 C	0.054
21	負担	サ変名詞	0.052
22	気持ち	名詞	0.049

図 5-2 介護職の共起ネットワーク図



「福祉職」

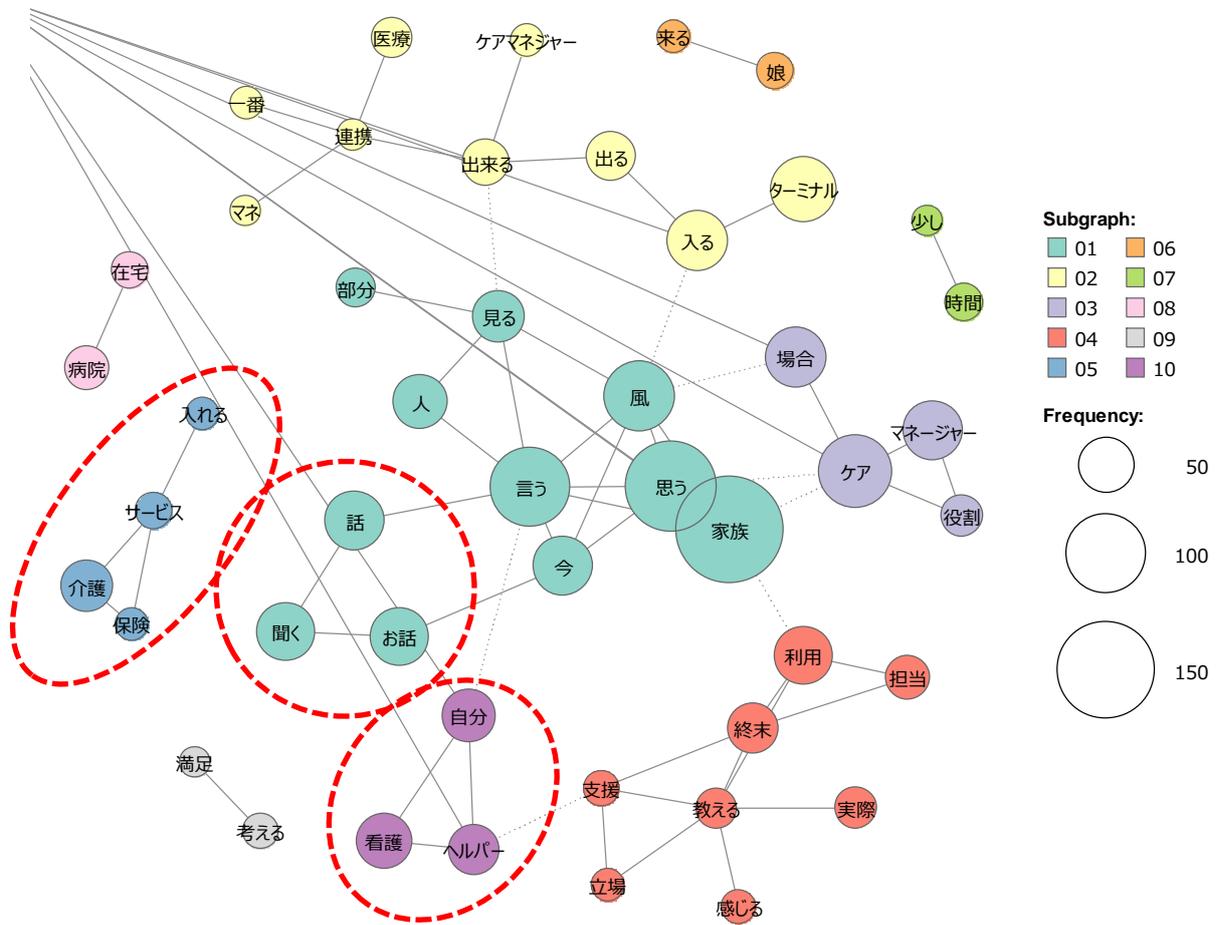
ケアマネジャーの役割として、医療との連携、介護サービスを入れる、などの支援する立場となる。看護やヘルパーなど、他の職種に関する発話も多い。

家族のお話を聞く、というワードも発話のなかに多く出てくる。

表 5-3 福祉職の特徴語（上位のみ掲載）

	抽出語	品詞	Jaccard 係数
1	家族	名詞	0.200
2	思う	動詞	0.161
3	言う	動詞	0.145
4	ケア	名詞	0.140
5	風	名詞 C	0.123
6	ターミナル	名詞	0.110
7	マネージャー	名詞	0.102
8	場合	副詞可能	0.093
9	入る	動詞	0.093
10	今	副詞可能	0.086
11	聞く	動詞	0.084
12	話	サ変名詞	0.083
13	ケース	名詞	0.083
14	お話	サ変名詞	0.083
15	利用	サ変名詞	0.080
16	看護	サ変名詞	0.076
17	感じ	名詞	0.075
18	人	名詞 C	0.074
19	自分	名詞	0.071
20	介護	サ変名詞	0.069
21	見る	動詞	0.068
22	ヘルパー	名詞	0.066

図 5-3 福祉職の共起ネットワーク図



「看護師」

状況、病状が変化するにつれ、不安が多くなるため、電話対応が増えたり、相談が増えたりする。

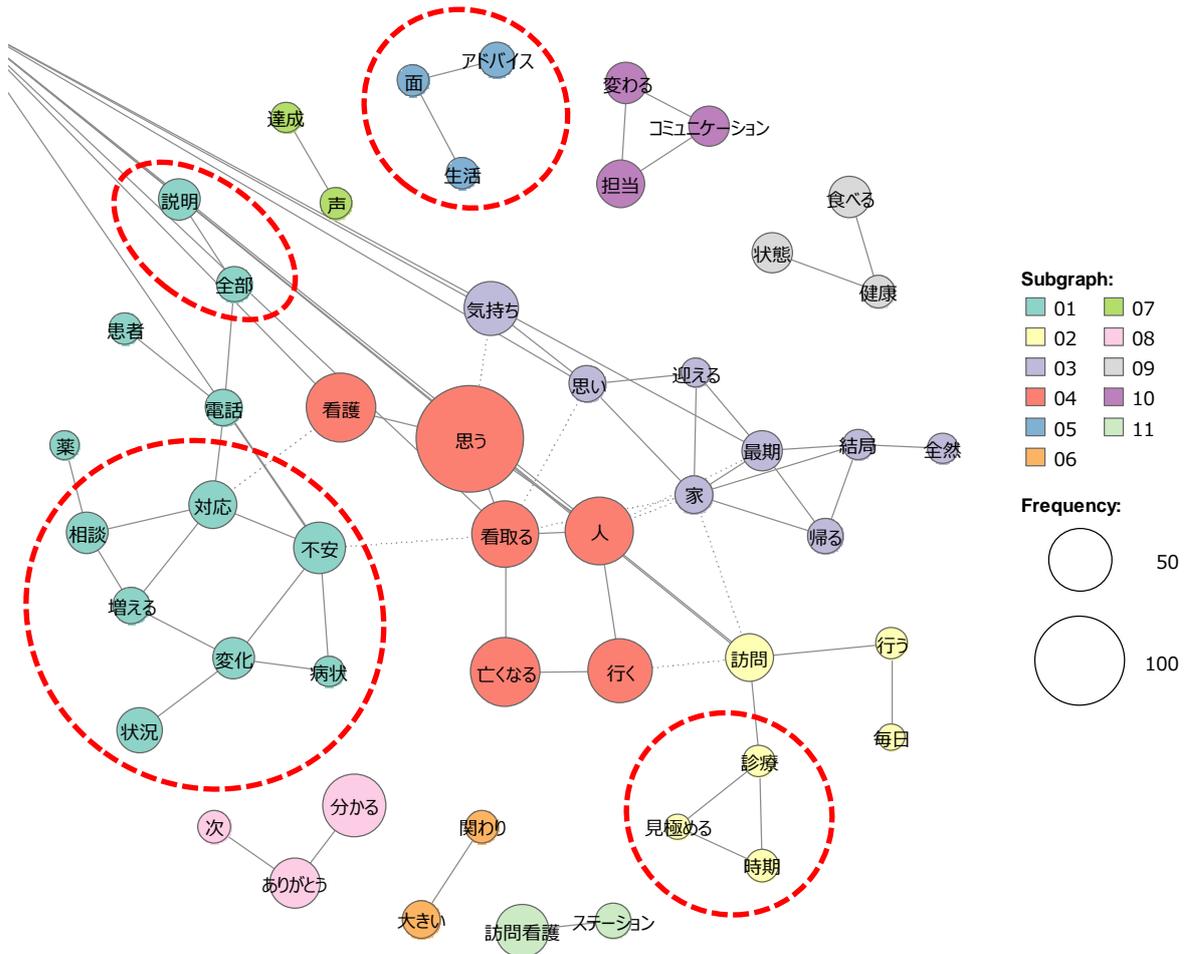
看護師の役割は、容態や病状の変化について確認したり、時期を見極めたり、家族やヘルパーに対して医療的なアドバイスをする。食べているかなど、家族の健康状態も気にかけている。

下記リストのように、「状況」「変化」「説明」「状態」といったワードが多い。

表 5-4 看護師の特徴語（上位のみ掲載）

	抽出語	品詞	Jaccard 係数
1	思う	動詞	0.154
2	看護	サ変名詞	0.078
3	看取る	動詞	0.078
4	亡くなる	動詞	0.077
5	人	名詞 C	0.074
6	行く	動詞	0.069
7	分かる	動詞	0.069
8	訪問看護	タグ	0.049
9	気持ち	名詞	0.049
10	不安	形容動詞	0.047
11	ありがとう	感動詞	0.044
12	訪問	サ変名詞	0.040
13	対応	サ変名詞	0.039
14	担当	サ変名詞	0.039
15	色々	副詞	0.037
16	研修	サ変名詞	0.037
17	状況	名詞	0.036
18	なるほど	感動詞	0.032
19	変化	サ変名詞	0.032
20	変わる	動詞	0.031
21	説明	サ変名詞	0.031
22	食べる	動詞	0.030
23	相談	サ変名詞	0.030
24	コミュニケーション	名詞	0.029
25	状態	名詞	0.028

図 5-4 看護師の共起ネットワーク図



5.4 7つの視点から

専門職（介護職・福祉職・看護師）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 終末期に入ってから家族との関係性、コミュニケーションのあり方、内容の変化等。専門職として家族と接点を持つうえでの変化。
- ② 家族の精神的負担が大きくなっていると感じたことはあるか。その気持ちの負担を軽くするための対応方法。
- ③ 家族が疲れていると感じたこと。疲れを軽くするための対応方法、提案。
- ④ 終末期になってから家族側から相談や電話の回数が増えたようなことはあるか。相談事や問題の解決方法。
- ⑤ 家族の負担を軽くするために多職種連携、チームケアの中で専門職の立場としての役割、自身の専門職でないと出来ないこと、課題。
- ⑥ 亡くなられた後の家族の負担。その場合の専門職の立場としての役割、自身の専門職でないと出来ないこと、課題。
- ⑦ 専門職として学んでおきたいこと、受けた研修。

① 終末期に入ってから家族との関係性、コミュニケーションのあり方、内容の変化等。
 専門職として家族と接点を持つうえでの変化。

<p>介護職</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今まで任せきりだったが、「何か自分もやらない」という感じで家族が協力的になる。 ・医療職からの指示と本人に対する温度差がある。食事について、飲み込みが悪くなり「無理をしないで」という医療職からの指示があるのに食べれば元気になる、食べさせ方が悪い、と言われる。 ・医療職に聞けない部分の家族の思い。介護職がいない場で医療職から説明があり、家族の理解度が低い場合、医療職に聞けない部分を質問され、返事に困る。 ・医療的な相談は「看護師や先生に聞いてください」と伝える。 ・質問、相談が増えてくる。 ・尿の色、量の変化でだんだん心配なことが増えてくる。 ・本人の前では、病気に関する話は触れないようにしていた。病気に関する情報は共通の認識をもっていた。娘さんも来る頻度が多くなってきたので密に情報共有していた。本人の前では病気に関する話は触れないようにしていた。娘さんもヘルパーをかなり信頼してくれて、信頼性が構築できた。
<p>福祉職 (ケアマネジャー)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療的なことは「先生に聞いてみたら」とお話しする。ヘルパーさんからもこうしなさいとは言えないので、先生がこう言っていたよという話ができる。 ・関わりを持った段階から、情報提供や問題解決できちんと信頼関係ができていくことが必要。 ・家族間で共通の認識ができなくてバラバラになってしまう時に、ケアマネが家族会議に参加することもある。それまではキーパーソンの意見で動いているが、最期どう迎えるかという時は家族が集まってきて、でも意見がバラバラになることがある。 ・家族とのコミュニケーションが密になる。 細かい変化でも連絡をくれるようになる。 ・期限があるからこそ、手厚く頑張ろうという気持ちになる。 終わりが見えると真剣に介護と向き合う方が多い。 ・客観的な情報を提供し、家族の中で折り合いがつくところに持っていくこと。決裂しないように皆が穏便に折り合いをつける場所へ誘導するような進行の仕方をする。ケアマネの役割のひとつである。本人のケアより家族のケアのほうが大変。 ・ケースバイケースで落胆する家族もあれば、ほっとする家族もある。在宅の終末期ということを受け入れてからの時間、経過による。 ・もともと在宅で入っていて、ターミナル期に入った場合、不安な気持ち

	<p>が大きくなるのでフォローしていく。何かあれば連絡してくださいと伝える。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・寄り添うなんておこがましい。お互いに気心が知れて、居てくれるだけで安心みたいな存在にならないと、寄り添えない。
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・まずは病名、病状等、先生からどのように聞いているか、家族の方の理解度、どのように把握しているのかを聞き取る。 ・コミュニケーション量が増える。家族にとっては初めてのことなので、不安も強く、訪問看護師に頼りたい気持ちがあらわれる。それに答えていくことで信頼関係が深まる。 ・不安や疑問点を聞き取るようにして、こちらから働きかけをする。聞いてくる家族もいるが、実際その経過はなんとなくしかわからないのでこちらから家族の思いを聞き取るようにしている。 ・細かな生活に関する相談が増えていく。薬の使い方を伝えていくなかで、痛みが強くなった時にどうしたらいいか、熱の具合や排便のこと等。 ・最期に関わる看護師によって、その家族の人生が変わる。話をきちんと聞いて、きちんとやってあげないと不幸になる。 ・食べられなくなってきたら、無理して食べさせる必要はないことを理由付け、意味づけをしてあげる。 ・自分が主体的にやっている人は、自分がやるケアに対しての質問が増える。 ・本人の意向をこちらから聞き取るようにしている。本人がどうしたいのか、自分の死をどう捉えているのかも聞ける人にはこちらから聞き取るようにしている。 ・本人の尊厳を保ってあげる。病院ではなく在宅なので業務的ではなく、工夫して他の方法を考えてみる。 ・本人も家族も、素直に自分の気持ちを言えるようになった。

終末期になると家族からの相談事や質問が増えてくる。家族にとっては初めてのことなので、細かい生活のことで不安や心配が出てくる。医療的な質問は先生や看護師に聞くように伝える。また例えば食べる量が減ることについて、理由づけ、意味づけをしないと本人に対する温度差が生まれてしまう。不安や疑問点について家族の思いを聞き取り、医療職は理由を説明していくことが大切である。

家族のほうは終わりが見えることによって、真剣に介護と向き合い、今までは専門職に任せきりだった方も手厚く頑張ろうという気持ちになる方が多いようである。本人も家族も素直に自分の気持ちを言えるようになる。家族が集まってきて意見がバラバラになる時は、福祉職が家族会議に参加することもある。客観的な情報を提供し、家族の皆が穏便に折り合いをつけるところへ誘導するような進行をするのも福祉職の役割のひとつである。

② 家族の精神的負担が大きくなっていると感じたことはあるか。その気持ちの負担を軽くするための対応方法。

<p>介護職</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「大変だったら言ってください」と声かけをする。介護職が毎日入っていることで、申し訳ないという気持ちを少なからず思っている。家族は遠慮して自分が大変だという話は言えない。 ・衰弱していく本人の姿を見て、精神的負担が大きくなる。あと一週間だよと言われたぐらいが、精神的負担が最も大きい。終末期と言われた直後は家族もピンときていない。衰弱していく本人の姿を見て、どうしようという考えになっていく。ちゃんと眠れているか、ご飯食べているか、「ご家族が倒れたら本人はとても悲しいから、必ず休んでください」と言葉をかける。 ・他人が入ることによって素直に言える。家族のイライラや不安、ストレスを本人にぶつけてしまうことがあれば、そういう時は離れてもらって私達が入る。他人が入ることによって素直に言える時がある。 ・同居家族は、自分のことを認めてほしい。話を聞いてほしい。家族同居の場合、やたらお喋りになってくるので傾聴するしかない。介護職のことを一緒に知っている仲間として、私がこうやっていることを認めてほしいということかもしれない。 ・同居していない家族からの情報に振り回される。同居していない家族から色々な情報を持ち込まれ、その情報に振り回されている。 ・同居していない家族は、見えない分、心配になる。離れていると見えない分、ちょっとしたことで心配になってしまう。何かあれば連絡は入れるが、「チームでフォローするので大丈夫です」と心配かけ過ぎないように配慮していた。 ・家族からの質問、相談に出来る限り分かる範囲で答える。
<p>福祉職 (ケアマネジャー)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・非日常だからこそ分からなくて不安になって、体調を崩しやすい。 ・本人の痛みの訴えから不安が大きくなってくる。夜中に起こされるので体が休まらない。 ・ケアマネがどこまで情報提供できるかによる。「私だったらこうする」という話をするにはあるが、決定するのはあくまで本人と家族。 ・福祉用具を提案して、使いたくないという場合も治すのは大変だし、予防になるという具体的な説明をする。基本的に選択するのは家族。 ・余命半年ぐらいの時期ならケア病棟や療養型の病院の先生と相談して、レスパイト、家族にもお休みをとってもらおう。ショートステイだと現実的に介護保険でやると調整が難しい。 ・介護保険上は、同居の家族がいると生活援助はできない。身体に関わるサービスは使えるが、急に薬を取りに行く時に、病人を置いて家を空けるのは大変なのに、介護保険が使えない。

	<ul style="list-style-type: none"> ・悩んでもらって、参加してもらって、結果的に、家族の満足感、やりきった感じを得られるように、そこを大事にしている。後で後悔することのないように出し切る感じ。ケアマネはコーディネーターだから、皆が満足するように動くだけ。 ・今、何に困っているか、何を一番負担に感じているかを聞き取る。 ・本人に隠していることを重荷に感じている。嘘をついているわけではないけど言えないところ。本人のために「隠していることが決して悪いことではない」と伝える。他の同じようなパターンのところの話をしたりする。 ・言葉をどう返すか。 ・肉体的よりも脳のほう、認知症のほうに家族は辛い。身体が元気で認知症の方等、終わりのない、先の見えない介護のほうが家族の負担が大きい。うつ病になる方が多い。 ・食べられなくなって傾眠状態を見るのが辛くなり、家族の気持ちが変わることもある。変わっても大丈夫ということ伝える。 ・医療職は軽い方と出会っていない。医療は悪くなってから入る。介護は元気な頃から関わってくる。 ・地域性なのか、経済的な面でも家族の気持ちが違う。裕福な地域は色々なサービスを入れられる。 ・仕事と生活の調整をサポート娘さんが仕事を辞めないで済むよう介護休暇を取って、看取りに入った。 ・介護保険上できるサービスを勧めたり、一時的に介護者を休ませるためにケア者目的で入院してもらおう。 ・家族の気持ちが迷っている時に、「せっかくここまでやったんだからもう少し在宅で」という話は、そこまで言えるような人間関係を作らないとできない。
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・睡眠はとれているか、食事は食べられているか、介護する方の健康状態を気にする。 ・余命1ヶ月と言われていたのに、もう3ヶ月経過していると家族もだんだん疲れてくる。 ・本人への想いを聞く。自己決定を尊重しながら聞ける人には聞いている。 ・現状どう考えているのか、何に困っているのかを傾聴して引き出していく。 ・看護師は、先を、先を読んで対応する。表情や言動をみて要注意であれば、少し強行的に対処策を進めていくこともある。 ・病状が不安定になると精神的に負担が大きくなりやすい。精神的な負担を軽減するには家族の話を聞くしかない。 ・医療的に答えられるところは答えていきながら、とにかく私たちは支え

	<p>ますよ、ということ伝える。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未知の世界なのでどうなっていくのかという不安、何かできることはないのか、責任を感じる、追いこめられていく方が多い。最初は実感がなく、受け止められないがだんだん現実味を帯びる、ストレスが大きくなってくる。 ・本人は苦痛を取ってあげれば穏やかに1日過ぎるが、それを見ている家族を支えないといけないので、きちんと生活できているのか気をつけている。食べられているか、眠れているか。 ・家族が付きっきりでベッドの下で寝るので休めない。ヘルパーを頼むなどの提案をする。 ・介護力、家族構成、医療依存度、本人の理解等について、すべてを総合して、今、出来ることを出来るだけ、自分たちの実力に合わせてできるように誘導していく。
--	---

家族にとっては未知の世界なのでどうなっていくのかという不安が大きい。最初は実感がなく受け止められないが、だんだん現実味を帯びてくるとストレスが大きくなってくる。家族が付きっきりで体調を崩してしまわないようきちんと生活できているのか、食べられているのか、眠れているのかを気をつけている。福祉職は福祉用具の提案やレスパイト等、介護保険上できるサービスを勧める。

家族同居の場合、やたらお喋りになってくるケースがある。介護職のことを一緒に知っている仲間として、「私がこうやっていることを認めてほしい」ということか。自分のことを認めてほしい、話を聞いてほしいという場合は傾聴してあげる。

一方で、介護職が毎日入っていることで申し訳ないという気持ちを少なからず思っている。家族は遠慮して自分が大変だという話は言えないというケースがある。

また、家族のイライラや不安、ストレスを本人にぶつけてしまうような時は離れてもらって、介護職が入る。他人が入ることで素直に言える時がある。

このように家族の精神的な負担は人それぞれなので、それぞれの状況、理解度、介護力等を総合して時には誘導したり、時には傾聴したり、あるいは休んでもらったりすることが大切である。

③ 家族が疲れていると感じたこと。疲れを軽くするための対応方法、提案。

介護職	<ul style="list-style-type: none"> ・肉体的な負担は分からない。ここまで見てきて、自分が買い物に出た時に息を引き取ったら許せない。そうするとそこから動けなくなってしまう。サービスを提案したがお嫁さんの立場上自分で判断しない。 ・トイレまでの導線や、福祉用具の使い方等を提案。 ・体位交換などの技術的なアドバイス。「こうやったほうが楽に出来ますよ」とアドバイス。 ・夜もヘルパーが入るなど、体制の充実。ケアマネに連絡。 ・夜中も心配で起きていると、交代でやるように提案する。 ・訪問の回数を増やし、「この時間は休んでください」「ご飯食べてください」「お風呂入ってください」と提案。
福祉職 (ケアマネジャー)	<ul style="list-style-type: none"> ・肉体的に疲れたということは、感じ取れなかった。 最期の一週間くらいはベッドの横に寝て夜もよく眠れない状態で寄り添っていたが、娘さんも是非そうしたいということだった。 ・同居でない場合は、介護保険でカメラのレンタルを提案する。 ・そういう時期であること、こういう弊害があるという情報を伝えること。食事を作っても食べてくれないというストレス。食べないと体力落ちる、痩せてしまうという心配。 ・看護師の緊急の加算をつけて、どんな時でも助けに来てもらえるようにする。 ・本人が安全で安心な環境にいられるよう、いろいろなサービス、選択肢を持ち出すようにしている。 ・看護とヘルパーさんをプラスして、サービスを入れて肉体的な疲れを軽減する。ケアマネとして提案する。さりげなく声かけするように心がけている。 ・寝ること、食べること、お風呂に入ること、という普通の生活を維持するよう助言する。
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・肉体的な負担はなかった。 ・サービス量を増やしたり、1時間でも横になる時間を作る。一人じゃないよ、ということアピールする。 ・ショートステイは、ガン末期では利用できないので、療養型の病院だったり、主治医とよく相談をして、ケアマネやヘルパーと情報共有しながら、対策をたてる。 ・肉体的に、この家族ではきついなと判断したら、ケアマネと話して、介護保険を使ってヘルパーさんを入れる。 ・「がんばりすぎないように」という声かけをし、オムツ交換など、ヘルパーを利用して、家族の負担を減らせるようなサービスを入れる。私たち

	<p>がいる間だけでも休んでもらう、息抜きしてもらおう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・血圧が高かったり、持病を持っていたりすることがあるので、家族の健康は気になる。 ・家族の健康状態は最初から気にかけている。 ・福祉用具の提案や、簡単なやり方や、病状が大丈夫であればレスパイトできるようなところを勧める。 ・余命宣告より長くなった場合に、身体的にも精神的にも負担が大きくなる。
--	--

家族の身体的な負担や健康状態について、専門職のほうから「がんばりすぎないように」と声かけし、気にかけている。トイレまでの導線を工夫したり、体位交換の技術的なアドバイス等もする。専門職が対応している間だけでも、休んでもらうようにしている。

余命宣告より長くなった場合は身体的にも精神的にも負担が大きくなり、だんだん疲れがみられるようになるが、そうでない場合は肉体的な疲れを感じ取れないこともある。家族のほうも最期の一週間なので、よく眠れない状態でも是非そうしたいということもある。

④ 終末期になってから家族側から相談や電話の回数が増えたようなことはあるか。相談事や問題の解決方法。

介護職	<ul style="list-style-type: none"> ・電話の回数が増えた。その情報をケアマネに連絡したり、他との連携をとった。 ・頻回に訪問するようになるので、家族に状況を話したり、安心していただく情報を提供したり、アドバイスをした。 ・家族が医療と介護の守備範囲を分かっていたので、特になかった。
福祉職 (ケアマネジャー)	<ul style="list-style-type: none"> ・容体のことで連絡がくるが、医療的な不安は医療職が直接話を聞く。ケアマネとして相談を受けることは、減っていく。 ・電話は増える。電話で話して行ったほうがいいかなという時は出向いて、お話を聞く。要望があれば提案をする。 ・最期の場所をどこにするのか、緩和ケアの病院か、施設か、自宅か、という相談が多い。家族と話し合っ、いろいろなパターンを伝える。もし今、自宅にいて、急に病院に切り替えてもすぐには入れないので事前に説明・提案をする。 ・先生が終末期の話を出すと、家族から病気の話が出るので、家族の考え、どうしたいのか、方向性を確認する。医療が入った場合は分岐点である。くるくる変わってもいいから、今の考えを教えてくださいと言って、分岐点の確認をする。 ・本当は看取るつもりはなかったという話はよく聞く。もし本当に大変だったら入院もできるよというアドバイスはする。この先どうなるのか、予後とか、やはり不安がある。 ・しつこくならないように、タイミングを見ながら話す。家族が方向を決めないと、どうサポートすればいいか。
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・不安も多いので、ちょっとした変化に対応出来なくて、助けの電話が頻回にかかってくる。医療が分かる、本人の状態が分かる人に、相談したい、聞いてもらいたいという気持ちがある。 ・身体的な状況は、ドクターにも話を取り次ぐ。往診医の先生が入っていれば、主治医にも話す。 ・相談内容は、先生、ケアマネに情報共有する。 ・終末期の利用者は、24時間の緊急加算をとっているなので、夜でも24時間対応をしている。夜中でも電話をしてもらっていい。携帯電話を電話当番の人が持っている。状況をみて、お伺いしたり、先生に報告して指示をもらったり、行くことで家族の不安が軽減されることもある。

不安も大きいのでちょっとした変化に対応出来ず、助けの電話が頻回にかかってくるようになる。家族としては医療が分かる人、本人の状態が分かる人に相談したい、聞いてもらいたいという気持ちがあるからである。電話の情報は各専門職に共有し、身体的な状況、医療的な不安であれば、医療職、主治

医が対応する。24時間の緊急加算をとっているので夜中でも電話をしてもらっていいし、状況を見て訪問することで家族の不安が軽減されることもある。

最期の場所をどこにするかの相談は多い。本当は看取るつもりはなかったという話もよくあるので、本当に大変だったら入院もできるというアドバイスはする。医療が入った場合、家族の考え、方向性を聞き出すタイミングでもある。

⑤ 家族の負担を軽くするために多職種連携、チームケアの中で専門職の立場としての役割、自身の専門職でないと出来ないこと、課題。

介護職	<ul style="list-style-type: none"> ・医療職が、現実を、深刻な状態ですよと伝えた後、家族の動揺を鎮める。オペラートに包まずにずばっと言ってほしい人もいる。家族次第。 ・医療職とのパイプ役。 ・家族と本人が共依存の関係。医療職に相談して話をしてもらう。 ・家族の思いを代弁して本人に伝える。家族が本人に優しい言葉をかけようと思っても辛いので、かけられないことがある。 ・家族の介護だと、お互いに反発することが多い。元気な頃の本人を知っているのに、なぜ出来ないのかと思う。素直に聞けなかったりする。ターミナルに入る少し前ぐらいが多い。本当に最期になると言い合いや反発する元気はない。 ・家族の気持ちを慮って、医療職に伝える。今日を見ている家族と先を見ている医療職の違いを、今日頑張れば明日も頑張れるというところを繋いでいく役割。生活を見ている専門性の強みである。いつも生活を見ているのは私達なので、常に家族の味方になる、同じ視線、同じ土俵だという姿勢。看護師は忙しいので、私達がお話を聞いたり、聞いたことに対してアドバイスをすることで家族の気持ちの安定が図れるのではないかな。 ・体のことで変化に気付くのがヘルパーなので、状況だけを医療職に報告をすることが役割。医療的な提案はしない。 ・入る回数が一番多くなるので、チームケアの最初のところの発信のところが役割である。ケアマネに伝える。 ・容態等、ちょっとした気付きが、医療職等、いろいろなところに繋がると、役割ができたかなと思う。 ・カンファレンスは、本人もいるので、言えないことが多い。聞きたいことも聞けない。 ・キーパーソンになる家族の味方となる。キーパーソンになる人は孤独である。家族が何人いても最終的な判断は自分でしなければいけない。その孤独のところに私達がいる、味方だよ、というところが役割。 ・自らがモデルとなり、見てもらうことでケアの仕方を理解してもらう。最期になってくると関われない、下手に触ってはいけないと思ってしまう家族がいるが、簡単どころでパット交換やむくみを観察してもらうなどするだけで本人も喜ぶ。手や足をさすったり、声をかけるだけでも全然違うと伝える。 ・どういうふうにケアしていくかは、家族単独の決断ではなく、ヘルパーや医療職と、二人三脚で相談しながら進める。本人の意向を踏まえた家族の流儀を尊重して、今家族にできることを伝える。 ・傾聴する技術。言葉を選ぶ。
-----	---

	<ul style="list-style-type: none"> ・仲が悪いケース。口出しはできないが、話を聞く。その関係の中に入り込むことはできない。何気なく家族に伝えたり、言葉を選ぶ。あてにしない方がよい。 ・本人とも関わりができ、家族とも関わりができる。家族の不安を解消するためのいろいろなお声がけをする。ヘルパーさんのおかげでと感謝されると役割ができたかなと思う。 ・男性のヘルパーが少ないことが課題。本人や家族の意向に沿ったサービスが提供できるように、していくこと。
<p>福祉職 (ケアマネジャー)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・一番の役割は情報の共有。家族の気持ち、本人の気持ちも全員に共有出来るようにするのが役割。緊急時は電話で、あとは全員を宛先とした FAX が多い。 ・医療職と介護職の連携の繋ぎ役としてケアマネがいる。「こういうケースがあるんですけど、お願いできますか」と、すつと言える体制、その場で答えられるような知識を持つておくこと。人間同士、相性もあるので、引き出しが多くないとできない。 ・訪看や医者が、看取りの段階を事前に伝えている。医者が家族に説明する時には、なるべく同席して、同じ情報を共有するようにしている。 ・家族が聞きにくいことを代わりに聞いてあげることもある。 ・家族の気持ちをどこまで確認して代弁できるか。医療との折衝。本当は入院を望んでいた場合、流れで在宅に入っていく中でどう言えるか。先生や看護師と家族の考えが合わなかった時、家族はなかなか言えない。チームだというのが、縦並びなので医療との交渉はケアマネの役割。 ・ケアマネとしては、持っているすべての知識、今使えるすべての提案をする。その中から家族を選ぶ。 ・最期のほうになると、訪看と往診の先生を家族が一番頼りにしている。あとは密に連絡を取り合う。情報を共有してチームとして対応する。 ・自分のスタイル・考えを押し付ける看護師は苦情が多い。家族が困惑される。 ・共依存の場合、徐々に今の現実を受け入れられるように、事前からアドバイスしていく。家族の中で一番冷静に事実を見極められるのはお嫁さん。少しずつ、事実をありのままに伝えて、自分自身も認められるように持っていく。他人であるケアマネが評価してあげたほうがいい。 ・仲が悪かったとしてもキーパーソンが誰かを見定める。入りすぎてもいけないし、そこは出しゃばらずに事実だけを淡々と伝えるしかない。
<p>看護師</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医師が判断したことを、医療用語ではない分かりやすい説明の仕方で噛み砕いて伝える。家族に、伝わったかどうか、分かったかどうか確認しながら話をする。

- ・不安材料となることを、日中のうちに説明しておく。そうすれば、夜中に不安で電話がかかってくることはない。心の準備ができる。事前情報があれば心構えができる。
- ・医療的なことのアドバイスをする。呼吸や心臓の状況等、身体的な状況が見極められる。
- ・医療的な面だけでなく、生活面も見ていくし、アドバイスもする。ヘルパーが家族や本人から聞いている情報量が多いこともあるので、そういう情報はチームで共有するようにしている。生活面での捉え方は個人の力量による。観察力、洞察力のあるヘルパーさんもいるし、何も連絡してこないヘルパーさんもいる。
- ・オムツ交換の仕方を聞く。家族が介護できるように一緒に考えていくことが役割。
- ・家族の思いと本人の思いが合致していれば、それを踏まえてサポートすればよい。
- ・家族の背景等、全部把握できるのは看護師だと思う。この時期は毎日入る。1日2回、3回行くので家族との関係もできるし、信頼をしてくれる。看護師の役割はその情報をいろんな職種に共有すること。全員にFAXを送ることが多い。
- ・家族のやってあげたい気持ちと、負担が大きいなというところを見極めながらサービスの頻度や内容を決めていく。
- ・ガンの場合、痛みがあつたり、食べられなくなったり、変化が段階的に来るので今後の経過について説明しておく。
- ・ケアマネ、ヘルパー、人によって経験や終末期に対する認識が違い、スキルが違うのでスキルアップが課題。
- ・こちらの選択肢をとるとこういう可能性がありますよ、こういうリスクがありますよ、と伝えて、そのうえで最後は家族の方に判断を任せる。あるいは本人の意思確認をしておき、意思を尊重する。
- ・症状コントロールするなかで、薬が変わることが結構ある。訪問薬剤師が薬の説明をしてくれたり、使い方を見てくれたりすることは、とても助かる場所。薬剤師に期待している役割である。
- ・状態が変わったなという時は、状況の変化を家族が理解できるように伝える。まだ看取りの理解ができていない家族の場合は、主治医の先生に報告し、先生から説明してもらうようにする。
- ・先生から家族へ病状説明をするタイミングを見極めて、伝える。看護師は診断できない。時期を見極めるのは看護師だが言うのは医師。
- ・仲が悪かったり、介護力のない家族は家族にやってもらいたいと思ってもやれないので、そばにいてもらうことによって本人の安心感が得られるようにした。

	<ul style="list-style-type: none"> ・日々患者を診ているのは看護師なので、先生が診られなかった部分を正確に伝える役目がある。本人や家族の思いを看護師が代弁して、先生に伝えることもある。 ・ヘルパーには今身体状況はこういう状況で、どういうところに注意しなければいけないとか、血圧の変動に合わせて注意すべき点を伝える。 ・ヘルパーの頻度をあげてほしいとか、入浴サービスのこういうところに注意してほしいとか、福祉用具、例えばエアマットをすぐに入れてほしい等、ケアマネに連絡することは多い。 ・ヘルパーは生活に直結するようなケアに入ることが多いので、本人の変化や家族の状況は、ヘルパーから情報があがってくることが多い。 ・ヘルパーを利用しない家族もいる。 ・訪問診療の役割は、症状コントロールさえ出来ていれば定期的な往診と、突発的な変化のときに緊急往診をしてもらえばよい。家族の情報や、本人の変化や薬が変わった等の情報が訪問診療からあがってくることもある。 ・予測症状が出てきた時、ちょっと変化が見られ始めた時や家族の不安がぼろっと出た時に今こういう状況です、これからこういう風になりますと病状説明をしておく。 ・看取りのパンフレットがあるので、渡して気持ちの準備をしてもらおう。 ・共依存の場合、その思いを受け止めつつ、少しずつ自然の流れで見ていくしかない。「こうしたほうがいいんじゃない、少し休んだら」等、少し距離間、間をとるようにしている。
--	---

介護職の役割は家族と同じ視線、家族の味方という姿勢で医療職とのパイプ役になることである。入る回数が多くなるのでチームケアの最初の発信のところ、ケアマネや医療職へつなげることが役割である。家族に対しては、実際にケアしている姿を見ていただくことでモデルにしてもらう。いつも生活を見ているからこそ、家族関係を見ながら家族の気持ちを代弁したり、何気なく話を聞いたり、協力を仰ぐことができる。

福祉職の役割は全員への情報の共有である。人は自分の思っていることを100%表現できないこと、伝えきれないことがある。家族が「実はこういう風に言っています」、「本当はこういう風に思っているみたいです」ということを伝えるのである。憶測ではなく、何回も聞き取ることが大事である。本当は入院を望んでいたのに、流れで在宅になるようなケースもある。特に医療職に対して言いづらい場合は、家族の気持ちを代弁することもある。

また、いろいろな選択肢の中から選んでもらうための説得する知識、力量、引き出しの多さ等が必要である。

看護師もこの時期になると毎日入るようになるので、他の職種への情報の共有が大事である。家族に対しては、身体的な状態の変化や、今後の経過について、事前に説明しておくことが重要となる。看護師は診断できないが、病状説明をするタイミングを見極めたり、医師が判断したことを医療用語ではな

い分かりやすい説明で家族に理解してもらおう役割がある。逆に、本人や家族の思いを看護師が代弁して先生に伝えることもある。

それぞれの専門職によって役割があるが、一方で、人によって経験や終末期に対する認識が違い、スキルが違うので、重複する部分も多々みられる。

⑥ 亡くなられた後の家族の負担。その場合の専門職の立場としての役割、自身の専門職でないと出来ないこと、課題。

<p>介護職</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・1ヶ月経って集金の際に、「あの時はこうでしたね」と色々な話が聞ける。 ・お宅に訪問したり、お通夜に行った時に、家族が自分を責めたり、悔いていることがある。本人の家族に対しての思いなどを、「こんな話をしていましたよ」等と伝えることで、気持ちを穏やかにすることができる。 ・落ち着いた頃にお線香を上げに行くと、吹っ切れたような、今まですごく気を張っていたんだなという感じが分かる。 ・家族葬が増えることで最期の区切りがつかない。他の家族を含めて「お嫁さんよく頑張りましたよ」という話が出来ると区切りがつくののだが。 ・自分が立ち直る間、悲しみを共感してくれる人を求める。地域で見送るということにもなる。 ・常に同じスタンスで行く。亡くなられた後も気を遣わせてしまうので「何かあればご連絡ください」といった言葉を添えるぐらい。 ・亡くなられた後、家族は本当に辛い思いをするし、大変な思いをする。そこを支えていくのは、介護職と思う。 ・毎日支援に入ることもあれば、2週間に1回もあるのであまり軽々しくは言えない。言葉が響かないと思う。 ・予後1週間では本人の価値観や嗜好を拾いきれない。病院から家に帰ってきて1週間で亡くなったケースでは本人の価値観がどこにあるのか、何に重きを持っていたのか、嗜好のところが拾いきれない。
<p>福祉職 (ケアマネジャー)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・落ち着いた頃にお線香を上げに行くと、ポツポツと話が出る。このやり方でよかったのかという後悔、話を聞いて、「娘さん頑張ったんだよ」とお話する。やはり時が解決してくれる。 ・落ち着いたらお線香をあげに行く。「あの時こうだったね」とお話する。自宅で看取れてよかったという思いを持つ家族は多い。細かい情報がいっつも家族に伝わっているから、家族が覚悟できる。看護師からも亡くなるまでの経過について教育されて、看取りの準備期間を過ごせる。 ・お通夜や葬儀、福祉用具を引き取りに行く。亡くなられて一ヶ月、二ヶ月は忙しい。喪失感はあるが、いつまでも引きずる必要性はない。 ・関わり方、期間によって、家族に対する立場や言い方は使い分ける。 ・契約して一日で亡くなる方もいる。元気な頃からずっとお掃除で入っていて、段々重くなってきて、という長いお付き合いの方のほうが家族への対応をしている。 ・ターミナルの時に今やれることをやっておくことによって、グリーフの段階で悔いが残らないようにする。 ・達成感、空虚感、後悔も出てくる。できるだけ肩の荷を降ろすような声

	<p>かけをする。何も声をかけられない時もある。時々、地域で会って声をかけてくれることもあるが、終了した後は情報源がない。</p>
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・お線香をあげに行く。心に穴が開いたり落ち込んだりというケースはない。 ・外来で家族に会ったり、時々お菓子を持って遊びに来ることもある。看取りだけでなく、健康面や地域のサービスにも目を向けていきたい。 ・家族がどう思っているかをしっかりと把握すること。サービスを全部入れればいいわけではなく、自分たちがちゃんと見てあげた、側にいられたというところが実感できるようにしていく。家族がやりきったか、満足がいく看取りができたか、亡くなるまでの期間をどう過ごせたかによる。 ・時期を見計らって、お花を持ってご挨拶に行く。多くの方が、達成感がある。自分が何かやってあげたというものがあると、悲しみを乗り越えられる。 ・少しやり残したかなという家族は、泣いていることが多い印象。自分たちの達成感より、家族の達成感。自分たちと家族の意識は、全く一緒ではない。家族は人それぞれ。あまり出来なかったけれど達成感がある人もいるし、すごく一生懸命やったけどもっとやりたかったという人もいる。 ・達成感、本人への思い、寂しさなどの気持ちを表出できるような場を作ること。少しずつ整理がつく、ひとつのきっかけになればいいと思う。 ・亡くなられた時点で終了なので、お線香をあげに行くこともなかなかない。以前の事業所では、仕事の合間にお線香をあげに行くと5分10分お話を聞く。 ・看取り期を一緒に過ごして来た同志のような感じで、お線香をあげに行くと、こういう経過ですごく頑張りましたよね、という話をする。

⑥-1 葬儀、通夜等の参列について法人のルール

- ・勝手に行くのはだめ。
- ・家族葬でない限り、告別式かお通夜に参列する。お花をあげる。家族葬の場合は、平服でお焼香に行く。
- ・時間が許せば、お通夜や式に出て、お線香をあげる。
- ・日程があれば、お葬式に行く。お骨が戻ってきた時に、お線香をあげに行く。お花を出す。
- ・葬儀には出席しない。ご遺体があるうちに、お線香をあげに行く。お花をお持ちする。
- ・葬儀は行かない。四十九日までに線香をあげさせてもらう。どうしても行きづらい場合は、事業所としてお花代は出す。
- ・四十九日前後に、自宅へお線香をあげに行く。
- ・落ち着いたところに、お線香をあげに行く。

お通夜や告別式に参列するかどうかは事業所による。落ち着いた頃に、お線香をあげに行く事業所は多い。「あの時こうだったね」、「頑張りましたね」とお話する。自宅で看取れてよかったという家族

もいれば、後悔や空虚感が出てくる家族もいる。その方との関わり方によって、家族に対する立場や言い方を変えている。少しずつ整理がつく、ひとつのきっかけになればいいのかもしれない。家族葬の場合は、最期の区切りがつかないこともある。

専門職の立場としては、四十九日ぐらいまでは顔を出したりできるが、それ以降は終了しているのでサポートできないのが現実。時々、地域で会って声かけてくれることもあるが、終了した後は、情報源がない。

⑦ 専門職として学んでおきたいこと、受けた研修。

介護職	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族構成パターンで事例を学ぶ。 ・ 死生観ではなく仕事をしながら自分のことを振り返り、自分の親のことを振り返り、家族のことを振り返っていける職種である。 ・ 医療や薬について。病状の変化を教えてほしい。医療職より多く入るので色々質問されることもある。 ・ 痰の吸引。時間とお金をかけて、講習を受ける人も限定されてしまう。ルールの緩和。 ・ 本人との関係性が長くても家族の意見は大事なので、言葉遣いに気を付けている。 ・ 本人の気持ち、家族の気持ちの変化のつかみ方の研修。 ・ 家族の精神的な負担、肉体的な負担はわからないのでうまい聞き方等。 ・ ターミナル前の段階の研修が多い。
福祉職 (ケアマネジャー)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 終末期のプランの種類として紹介できる病院や治療、緩和ケアについて、いろいろな選択肢を出したい。選択肢をたくさん持つことを心がけている。 ・ 終末期が終了した後の流れ。葬儀のこと、役所の手配、銀行の流れ、行政の流れ等を確認したい。斡旋はできないが知っておくにこしたことはない。 ・ 病歴や病識、医療的な知識が足りない。 ・ 年金や所得の問題。介護保険以外の部分を知っておきたい。 ・ 接遇の面、きちんと立ち振る舞いができないと家族との連携もとれない。
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・ エンゼルケアを学びたい。看護師向けの勉強会がない。あっても数が少ないのですぐに満員になってしまう。 ・ 緩和医療学会の ELNEC-J という看取りの研修を受けている。事例を持ち寄る研修ではなく、トータルで受けるもの。ヘルパーも参加するとよいと思う。 ・ 在宅ターミナルのプロセスを勉強したい。訪問看護事業協会のターミナルケアの研修があるが金額が高い。8万円。 ・ 看取った後のこと、葬儀のこと、市役所にはどこに連絡するのか、送迎はどうやって探すのか等、勉強していきたい。 ・ 家族や本人へのコミュニケーションの方法。よい話を引き出す話し方。 ・ ターミナルに限らず、自分の言動で家族を感わせてしまったりするのでそこは気を遣わないといけない。

大きく3点ある。1つ目は、介護職、福祉職は医療や薬、病状の変化等、医療的な知識が足りないこと。2つ目に看取った後のこと、葬儀のこと、役所の手配、銀行の流れ等、斡旋は出来ないが知ってお

きたい。3つ目はターミナルに限らないが、コミュニケーションの方法や接遇面。

また、介護職は家族構成パターンで事例を学びたい。福祉職は年金や所得の問題、介護保険以外の部分を知っておきたい。看護職はエンゼルケアを学びたい等が具体的に述べられた。

6 ケアの方針決定のプロセス

医師から適切な情報の提供と分かりやすい説明がなされた上で、チームケアが行われるが、本人の意思や家族の意思は日々変化するものであるし、本人が自らの意思を伝えられない状況もあり得る。ケアの方針決定については家族も含め、専門職が集まった上で十分な話し合いと総合的な判断が求められる。

聞き取り調査の中からケアの方針決定に関わる部分を抽出してみると、必ずしも本人の意思が優先されるわけではないことが見えてきた。何が本人にとって最善の方針となるのか、家族の精神的な負担、身体的な負担をどこまで緩和できるのか、まだ現実を受け止められない状況の中で家族のやってあげたい気持ちと、負担が大きいなというところを見極めながら決めていく必要がある。

本章では、以下の2点に分けて考察することにした。

1. 本人と意思疎通ができる場合
2. 本人と（素直に）意思疎通ができない場合

6.1 本人と意思疎通ができる場合

延命治療をするかしないかっていうのはやっぱり一番初めに医療関係者と一緒に確認させていただくことで、最終的に救急車を呼ぶのか、人工呼吸はするのかっていう細かいところの選択はご家族には必ず確認して、そのことを全員が共有していないと、いざというとき救急車を呼んでしまったりっていうこともあるので、ご家族の気持ち、ご本人の気持ちも全員に共有出来るようにする。

目的は皆が満足するっていうことに目的を持っていくために、皆が折り合いをつけていかないと満足ができないから、そういうことに尽きる。本人が家族には言わないことを、ヘルパーや看護師に話したことは、すべてが共有していけるようにする。

利用者さんのそれまでの生活とか、家庭の環境を踏まえた形での。それともそこら辺は介護職、看護職とか関係なく、行った人がそこら辺は状況を見てチームの中で共有していくという感じ。

延命治療をするかしないかは、一番初めに、医療関係者と一緒に確認しておく。本人の気持ち、家族の気持ちは、例え、家族には言わないことでもすべてが共有出来るようにする。大人数のチームの皆で情報共有出来るようにしている。

いま自己決定を尊重しながらいくというのは、すごく言われてるから、本人はどうしたいのかっていうことも、やっぱりコミュニケーションの中では、どう自分の死を捉えてるのかっていうことも、聞ける人にはやっぱり聞いてるかな。普通の会話の中というか、からね。だし、「自分はいつか死ぬんだよね」ってとか、ぼつりと言ってくる方々には、「どんな風にしてそれ思ってるの」とか、聞ける方には、聞いて

たりもしています。

癌なんかの方だったら、意識クリアですから。「自分はこうしたいんだ」っていうことをちゃんと言えますからね。だからそれはちゃんと聞き取っていく。

ご本人はどんな人生を送ってきて、今後っていうか、どう生きていきたいかどうしたいかを聞いています。

在宅で看取るって思うのは、本人が家にいたいっていう思いがあったりするのが前提だと思うからね。本人が最期は病院死って思っていれば、家族も無理して私たちが看取るからとはならないと思うんですね。

本人の意思を聞き取れる場合は、自分の死をどう捉えているのか、自分はこうしたい、という意思を聞き取るようにしている。本人が病院でと思っているならば、無理して家で看取ることはない。

最初はターミナルで在宅でご主人を奥さんが見ている、でも緩和ケアとかも申し込んでいて、最後は緩和ケアでいこうって言っていたんだけど、最初はそういうスタートで私たちは関わりを持ち始めたんですけど、でもいろいろと訪問していく内にまだ本人もお話ができ、意思表示ができたから、奥さまとか話していく内に、緩和ケアとかも一応申し込みはしているんだけど、でも本当は家で最後までいたいんだよとかいう風に本人が言っていたりすることを、奥さんと一緒に話を聞いていて、奥さんも家で看取る自信が最初なかったんですね。

ご本人は末期ガンだと知らされてないし思ってもない。ご本人はやっぱり「いつになったら俺治るんだろうな。早く元気になりたいよ。」っていつもおっしゃる。膀胱ガンだったり下半身の下のほうのガンの方っていうのは結構頭はしっかりされてる。

本人の意思表示が出来たとしても、家族が家で看取る自信がなくて、緩和ケアに申し込むこともある。専門職がサポートすることで、家族の気持ちも変わっていく。また、末期の本人に余命を知らされていない場合、嘘ついているわけではないけど言えない、という家族の精神的な負担がみられる。

皆に迷惑かけたくないから病院で死ぬと覚悟したんだけど、1回だけうちに帰りたいと言っている。だんだん本人も諦めた。病院で死ぬっていうことを頑なに、今度は「もういい。帰りたくない」と。望みを聞いたら、「孫に会いたい」。孫に会いたいっていうその気持ちを叶えさせてあげたいとケースワーカーががんばり、また在宅をすすめ、娘さんを説得。孫が帰ってくると、「おばあちゃん、ただいま」っていう。おばあちゃんも孫に会いたかったから、心置きなくご本人もね、「私は孫の声のただいまが聞けたよ」ってすごい喜んで。

娘に頼りたくないから、自分は一人で死ぬ、最後迎えるんだって言った。主治医の先生が利用者さんに「最後なんだから、親子なんだから娘に甘えていいんじゃない」って一言。本人が一人で最期迎え

たいてい言った裏側には実は本当は娘さんに頼りたいという気持ちもあったのかな。

本人の気持ちも、諦めたり、頑なになったり、変化するものである。本人の言い分のみをそのまま聞くのではなく、本人の本当の望みは何なのかを導き出すことが大事。第三者が確認することによって、一気に気持ちがほぐれることがある。

ご家族もしくは本人が悔いのないというか今出来ることを、出来るだけ自分たちの実力に合わせて出来るように誘導していくことが一番大事だと思うんですね。なので、現状をどう考えているのか、本人、家族、介護者全般的に皆さんがどういう気持ちでいるのか、何に困っているのかっていうところを傾聴して引き出していかなきゃいけないというところですね。色々介護力によって違ってきますし、あと家族構成とか、本人がどこまで理解してるかとか、医療依存度というか痛みがひどいのかそうでもないのかとか色んなことが関係してくるので、一概にはこうだからこうっていうのが出てこないんですけど、すべてを総合して一番その時期に適したことが出来るようにということを心がけている。

本人が帰りたいからって言って病院で退院をしてきて、自宅で見ても結局、余命が延びちゃうと、いつまでこの状況が続くのかっていう不安が今度出てきたりする。

急激な変化。今多分気候が低気圧がきたり、お天気がいいときは本人の体調もいいんですけど、本人の体調が悪いときに家族も体調の変化に不安を感じちゃう。

不安やストレスがたまってくるので表情やコミュニケーションの中から総合的に判断して、その時期に一番適した対応を心がけている。いつ最期がくるかというのは誰も分からないところなので、負担が増えるようであれば、サービスを使うように提案する。

本人たちに言えることってそういうことですよ。苦しいよって。だから我慢できるんだったら我慢したらって。そこは医療職と違うところ。医療者って絶対にダメっていう感じじゃないですか。

それだけでも、苦しくなっても（タバコ）吸いたいんだったら、しょうがないよねって。そこには苦しいって言葉をつけます。ただ吸ってもいいよとは言いません。（福祉）

介護職、福祉職から本人に対して医療的な指示はできないが、第三者の視点で助言することができる。特に家族が共依存の関係の場合には、うまくワンクッションになるように対応している。

息子さんの位置付けっていうのは本人が一番大事にしている人。本人目線で一緒になるのが我々（介護職）である。家族の方や利用者さんがどんな方なのか、っていうのをわかった上で話をするっていうこと。

最後まで「オムツは嫌だ」っていう方。「じゃあ下着をはいて、そこにパッドならいい」私たちが頑張ってるようにしました。

本人目線で、家族との関係性も見極めていく。本人の意向を踏まえた、ご家族の流儀を尊重すること。

60代ぐらいのケースでは、家族も若いので、仕事で帰ってくるのが遅かったり、本人がしっかりしている分、在宅を希望している。バックに病院があると、いい意味で一時的な在宅をやりつつ、緩和ケアに入っていくたりとか、その連携もうまくいく。

昔は看取りが始まると看取りというケースが多かったが、最近では病院やサービスの連携により一時的な在宅等のケースも出てきた。

6.2 本人と（素直に）意思疎通ができない場合

息子さんとか、娘さんとかも、元気なころのお母さんを知ってるから、「何でできないんだよ」っていう風になっちゃうし、こっちの利用者さんからしたら、「なんでこんな状態をわかってくれないのか」っていう風になっちゃう。息子さんとか、娘さんとかが言っても素直に聞けなかったりする。

ご本人がだんだん自分の死期も近づいてきたりとか、いろんな所が痛かったり、とか辛かったりとかいろいろあるので、それをご家族に出しちゃったりするんですよね。自分のイライラをぶつけてしまう。「本当はこうなんだけど、なんかイライラしちゃうんだよね」

家族と本人、お互いが不安とストレスがある時期なので、他人が間に入ることでかえって素直に言えたり素直に聞ける時がある。

家族としては食べられなかったらもう生きていけないだろうから点滴をしてほしいという希望をいう家族もいます。そこで点滴のリスクというのは浮腫みとか、痰が多くなって苦しくなるとか、そういうことが起こるから点滴をするにしても、たくさんの点滴じゃなくて、最小限の点滴にしましょうとか。ちゃんと理由を先生が言って、じゃあ1日1本の点滴にしようとか、毎日じゃなくて一日おきにしようとか。たぶん先生たちも自分たちの考えばかりを勧めないと思うんですね。まず看取る人たちの気持ちをとらえて、そこからそれをするにはどうしたらいいかっていう形で話をしていくといいのかなと思いますけど。ただそこで「もっと点滴をしてほしいんです」っていう家族がいると、でも1本でいいって言いきっちゃう先生もいるかもしれないけど、そこはやっぱり、してほしいって言ったら、最初は家族の希望で2本やったりして、だけどそれが続いていくと絶対浮腫んできたりもするだろうから、やっぱり言った通りに浮腫んできているから、減らしていこうねっていう段階を踏んだりとか、することもあるかなとは思いますがね。そういう場に行って、そういう時に私達も立ち会えれば立ち会って、家族とか利用者さんの考え方と先生の話したことがどうなってるのかって。

医療的な理由を説明したうえで、それでも家族の希望があれば、段階的に家族の意向を聞いたりすることもある。

親族の方で意見がわかれたときも、親族の方が最終決定をしなくちゃいけないので、そこは変わらないですけど、皆が穏便に折り合いをつけるような所へ誘導するような進行の仕方っていうのはします。やりきった感、よくがんばったねって、満足だねって。たとえば、お母さんだったら、「お母さん、最期までよく生きてくれた」っていう、この生き抜いたねっていうような形になれるように。

ターミナルであろうといつでもそうですけど、決定するのは本人であったり家族であったりするわけですね。ターミナルになってきて本人がどこまで関与できるかどうかは、しっかりしてる方もいるし、そうじゃない方もいらっしゃるんですけど、本人の意思確認とか、家族の意見とかっていうのが尊重されるのはいつも同じです。いつでもそうです。だけどケアマネジャーがどこまで情報提供できるかっていうことに関わるんじゃないかなと思ってるんですよ。

ご家族の意向、色々聞いた中で何がベストかを毎日積み重ねて、それに近づけるようにっていう意味では意識して支援はしていきました。

決定するのは本人であり、家族である。親族の中で意見が分かれば、折り合いをつけるような所へ誘導する。意思を尊重するためにも情報共有、どこまで情報提供できるかが重要である。

まとめると、まず延命治療をどうするか、看取りの方針については初めに各専門職を含めて確認しておく。本人の意思を確認できる場合は自分の死をどう捉えているのか、自分はこうしたいという意思を聞き取るようにしている。本人が病院でと思っているならば、無理して家で看取ることではない。

ただし、本人の気持ちも諦めたり、頑なになったり、変化するものである。本人の言い分のみをそのまま聞くのではなく、本人の本当の望みは何なのかを導き出すことが大事である。第三者が確認することによって一気に気持ちがほぐれることがある。家族と本人、お互いが不安とストレスがある時期なので、他人が間に入ることで、かえって素直に言えたり素直に聞ける時があるのである。

本人の意思表示が出来たととしても家族が家で看取る自信がなくて、緩和ケアに申し込むこともある。専門職がサポートすることで、家族の気持ちも変わっていく。

決定するのは本人であり、家族である。親族の中で意見が分かれば、折り合いをつけるような所へ誘導する。意思を尊重するためにも情報共有、どこまで情報提供できるかが重要である。チームとしては、例え、家族には言わないことでも全てが共有出来るようにしている。介護職、福祉職から本人に対して医療的な指示はできないが、第三者の視点で助言することができる。特に家族が共依存の関係の場合には、うまくワンクッションになるように対応している。

本人目線で家族との関係性も見極めていきながら、本人の意向を踏まえた、ご家族の流儀を尊重することが大切である。医療的な理由を説明したうえで、それでも家族の希望があれば、段階的に家族の意向を聞いたりすることもある。不安やストレスがたまってくるので、表情やコミュニケーションの中から、総合的に判断して、その時期に一番適した対応を心がけている。

いつ最期がくるかというのは誰も分からないところなので、負担が増えるようであればサービスを使うように提案する。昔は看取りが始まると看取りというケースが多かったが、最近では病院やサービスの連携により、一時的な在宅等のケースも出てきている。時間の経過や病状の変化に応じて、本人の意

思、家族の意向も変化していくが、その都度、医療的な説明をしながら、本人や家族の意思を再確認していく必要がある。各専門職を含めたチーム内の情報共有と情報提供が非常に重要になる。

7. 共同研究者による考察

7.1. 共同研究者の視点から

「多職種連携の中で介護職が持つ特殊性について」

有限会社足立ケア 21 代表取締役 牛草茂丈

インタビューデータを通じて、ターミナル期における多職種連携の中で専門職としての自らの役割（訪問介護、訪問看護、ケアマネジャー）に対する意識をまとめると以下ようになる。

介護職（ヘルパー）：オムツ交換、傾聴、観察と医療への情報発信、医療ではなく生活の支援

医療職（看護師）：医師の補助、（補助としての）家族への今後の予測や経過説明、医療的支援、生活的支援

福祉職（ケアマネ）：多職種連携・医療介護連携のつなぎ役・コーディネーター

全職種の中で介護職がもつ自らの職種に対する意識は、他の2職種に比べ少しかけ離れていると思われた。以下に5点を挙げ、どのような特殊性があるかを分析した。

(1) 介護保険の枠内に収まらない十分な傾聴を実施

全職種を通じて「家族のお話を聞く」、「傾聴する」、などの言葉が非常に多く、介護職の言葉の中にもそれらが多い。しかし、介護保険の枠組みで訪問介護の仕事をしている以上そのような行為に使える時間は介護職にとってかなり限られているはずである。コミュニケーションそれ自体に時間を費やしてもその時間に行ったことは、介護報酬が請求できないことは、老計十号を見ても明らかである。そこには、「声掛け・説明」はあっても、コミュニケーションという行為は含まれていない。

例えば、居宅介護支援事業所Bのサービス提供責任者は、家族と本人を支援する中で利用者の妻に「主人の話を取りあえずひたすら聞いてほしいです」と依頼されれば、「その日はそのようなかたちにする」と答えている。「一日4回」の身体介護の中で何分ほどそのような傾聴があったかは明らかではないが、利用者が「熱意をもって」「(若いひとに)残したいたくさんある伝えたいこと」を「何回も」「繰り返し」傾聴することは、特にパートヘルパーであったら、自費サービスでない限り、難しい。または、ボランティア的に無償のサービス時間を加えているとしか考えられない。このようなコミュニケーションや傾聴を例えば専ら10分おこなうことで全体として29分の「身体介護1」とする場合、その訪問介護サービス内容は請求すれば不正となる。

前記例は利用者とのコミュニケーションであるが、全職種を通して更に利用者の家族とのコミュニケーションも大切であると言われている。利用者に加えて家族との十分なコミュニケーションをも訪問介護員が介護時間中に行うことはかなり難しいことであろう。

しかしながら、このような介護保険上の制約にも関わらず、十分なコミュニケーションと傾聴を利用

者や家族に対して何らかの方法で行っている現実が浮かび上がってくる。(現在訪問介護には看取り加算やターミナル加算がないが、データ分析からもコミュニケーションに必要な時間は増えるので、そのような加算の必要も出てくると思われる。)

(2) 介護職が医療的助言をしないことについて

ターミナル期においてどの職種にも、家族による一定の理解やリスペクトがあることを示す発言が多いが、介護職に対しては他職種よりもリスペクトや理解の低さを表す利用者側の態度が垣間見られた。例えば、「医療のことは分からないんでしょ、と言われる方が多い」(訪問介護事業所 A) などという発言である。

介護福祉士ともなればヘルパーも医療分野の研修をいくつも受け、一般の人よりは充実した医療の知識も持ち合わせているはずであるが、専門職ではないので介護の現場では医療的な発言はしないようにしている。一人のヘルパーは「医療的なことに関してこうした方がいいんじゃないですかっていうのは、介護職の方は言わない」(訪問介護事業所 A)。するとすれば、健康状態など「状況だけを伝え」ることである(訪問介護事業所 A)。また別のヘルパーは「(家族に)聞かれたことに対して『こういう風にするといいって聞いてますよ』とか『こういう風にするといいですよ』っていうことでアドバイスとか対応っていうことはさせていただいてます」と言った。医療的なアドバイスを避けながら、専門職として利用者や家族の心配に答えようとする工夫がみられる。

訪問看護などの医療系のサービスを使ってターミナル期を乗り越えるケースが増え、ヘルパーなどの介護系のサービスを使って乗り越えるケースが減っていることも事実のようである(訪問介護事業所 C)。ターミナル期ケアには看護職は必ず入るようだが、介護職は入らない場合もある(訪問看護ステーション C)。家族の介護力が十分にあればオムツ中心の訪問介護系のサービスは必ずしも必要がないということである。また、経済的に裕福な家庭であれば、訪問介護を含め様々なサービスを使えるが、裕福でなければ使えるサービスも限られてくる(居宅介護支援事業所 B)。ターミナル期を乗り越えるのに必要最小限のサービスは医療系のものであり、訪問介護はそうではない場合もある。

(3) 介護職の「強み」

ターミナル期の必須のサービスは医療系のもものと認めつつ、3 職種の中で介護職のみが自分の職種の「メリット、武器、又は、強み」に言及した。

「多職種連携っていうのはすごく言われるところなんですけど、我々は常に家族の味方になるっていう姿勢をだすところが、終末期の方は特に必要だなと思ってます。いつも生活を見てるのは私たちだよっていうところで、こちら側が同じ視線で同じ土俵だよっていう姿勢を出すことが大事かなと。で、やっぱり孤独なわけですよ。家族が何人いても、家族がいなくても、1人で見えていても、もちろんそれは同じ。キーパーソンになる方っていうのは孤独なんです。最終的な判断は自分でしなければいけないし、その孤独のところに『私たちがいるよ』って『味方だよ』っていうところがいつも我々の役割だと思っています。それと、医療職とのパイプ役。『本当に専門性で専門職医療職が言ったことが本当なの？ だって今日いいわよ。』今日調子がいいとか本当に大変なところが違ったりとか、家族の負担っていうところは医療と介護の違いっていうところが。医療職は本人の身体の先々をよんでいきますよね。こう

変化するだろうと。でも、家族は今日よければいいですよ。今日笑ってくれてれば安心しちゃうわけですね。安心してるところへ医療職が『明日は分かりませんよ』って言ったならば、言ったときに、自分の持っていく気持ちがないときに我々が「今日いいですね」って肯定する。それだけでいいと思ってるんです。今日がんばれば明日もがんばれる。そこを繋いでいくのが、生活を見てる専門性だと思ってるんですね。メリットだと思うんですよね。武器というか強みというか。まあ、医療職には申し訳ないですけど、我々は今日よければいいので。(訪問介護事業所 A、太字は筆者による)」

ターミナル期に入ると家族による医療的アドバイスを求める傾向は強まる発言が多かった。訪問看護師は、家族が「医療の分かる人に聞いてもらいたい」と思っていると発言している。そんな中、介護職は、チームを組んで代わる代わる、主にオムツ交換を行うために全職種の中で最も頻繁に利用者を訪問する。多職種連携とはいろいろな職種がそれぞれの役割を担って編成する協力体制なので「武器」などは無いはずだが、それに言及して自らを鼓舞したい気持ちになる。それはところに医療の専門職ではないので求められても答えられない辛さがあるのではないだろうか。今が良ければそれでよい、それが、生活を支える介護職の専門性と考えることで自尊感情(self-esteem)を維持しているところがあるのではないだろうか。

(4) 介護職のスタッフに対するケアについて

3 職種の中で「スタッフケア」に言及したのも介護職のみである。スタッフの気持ちが落ち込まないようにするのは何故か。その答えは、訪問介護事業所 A のサービス提供責任者の以下の発言から医療的なアドバイスを求められても答えられない介護職の辛さが想像できる。

「やっぱりどうしても医療にすぎるじゃないですか。先生じゃないとわからないとか、看護婦さんならこれをやってくれるし、教えてくれるし。『でもヘルパーって結局これできないいんでしょとか、わからないいんでしょ』っていう方がやっぱり多い…」(訪問介護事業所 A)

別の訪問介護事業所では、ターミナル期の訪問介護に入るヘルパーチームに対して研修を行っていた。

「随時スタッフケアもしてます。スタッフが心が折れていたら終わりなんですよ。不安になる。自分のときだけ食べてくれないみたいになったりとか、自分のときだけ排泄がないとか、そういう風に限定して落ち込みやすいんですよ。スタッフが。そうじゃないんだと。トータルしてこうなんだというところでお話はしていきますし、『言われた通りだった』って。『家族からこう言われたからこうかえしました』とかね。『こう言われたから大丈夫だけしか言ってきてません』とかね。それは本当に大事なことです。」(訪問介護事業所 D)

(5) グリーフケアについて

介護職は他の職種よりも「家族や利用者に寄り添っている」という職種としての意識が強いようである。以下は介護ヘルパーによるグリーフケアについての発言である。

「ずっと寄り添うことなんですよね。私たちの仕事は。で、それがターミナルの場合、特に感じるんですけど、家族が復活して笑顔になる期間が短ければ短いほどいいと思って関わっています。……ずっと誰かと関わりたいと思うんですよ。亡くなった人を知っている人間と関わりたいというところで、終末期になって相談や応対が増えたっていうところは、医療職だと思うんですけど、亡くなってから連絡をしていく回数が増えるっていうことが。そういうケースもあるんですよ。要はその悲しみから抜け出れない。悲しみを共感してくれる人を求めるんですよね。一緒に最期まで看取ったチームの、特に介護職に。一緒にいたいんですよね。一緒にその時のことを話をして欲しいんですよね。ですから、大したことではないって言ったら申し訳ないけど、『オムツがまだ余ってるんだけど取りにくるか?』とか『そういういえばあの領収書どうしたっけ?』とか『今日は近くまで来たからここまで上がっていいか?』とか、非常に増えるんです。自分が立ち直るのに時間がかかる間、共感してくれる人を求めてくるっていう。その部分も長く忙しいからっていうことじゃなくて、『あーそうだったよね』『あーこうだったよね』『じゃあこれもらいに行くね』って、『そっち通りかかったときね』っていうところで、実際そうやって関わってしまうことが多いですね。」(訪問介護事業所 D)

このヘルパーは「寄り添う」という言葉を使ってはばからないが、福祉職(ケアマネジャー)の中には、ケアマネとして「寄り添う」という言葉は軽々しく使うべきではない、それは「おこがましい」ことであると思っている人もいる。「それこそお互いに気心が知れて、居てくれるだけで安心みたいな存在にならないと、寄り添えないんじゃないかな、……と思うんですよ」(居宅介護支援事業所 A)という。このケアマネが指摘する「本当に相手のことを受け止めてあげる」という立場に、前記のヘルパーは「悲しみを共感してもらうために一緒に居たいと思われる存在になった」ことによって、達しているのではないかと思われる。

更に、実際には自分は出来ていないと認めつつ、別のヘルパーはグリーフケアが他の職種では無くて介護職の仕事であると思っている。

「(グリーフケアをするのは)本当は介護職だと思うんですよね。そこがね。お亡くなりになる直前ぐらいの時からお亡くなりになった後って、ご家族も本当に辛い思いもするし、大変な思いもするし。そこを支えていくのは本当は介護職なんだろうなって思ってるんですけど、そこが私たちもできないですね。」(訪問介護事業所 A)

以上、インタビューデータを通じて、介護職が持つターミナル期における専門職としての自らの職種に対する意識の特殊性をまとめた。

医療的なアドバイスをしないことで利用者や家族から心無い言葉を掛けられることがある。「笑顔で今が良ければそれでよい」と言い、家族の今を支えることについての職種としての強みを感じている。介護職内でのチームケアや研修を通して励ましあいながらお仕事をしている。一日に何回も訪問する専らオムツ専門のように言われ、時に言葉遣いになっていない等と誤解されるほど利用者と打ち溶け、医療的な強みは無いけれどもその日その日を笑顔で乗り越えながら生活を支えることで一緒に寄り添う時間を蓄積する。そうした実績を積んで亡くなったあとは、家族の一員のように一緒に居てほしい存在になっていく。こうして寄り添うことを自らの強みとしてグリーフケアについては他の職種よりも

介護職の方が専門的であるべきだと思っている。そのような介護職の意識が私には浮かび上がって来た。

これらの介護職の特殊性の議論は、看護職と福祉職が類似していると言っているわけではない。介護職を経験してケアマネになったインタビューイーが多く、これらの介護職と福祉職はある意味で類似している。十分なコミュニケーションを大切にすること、および、医療的なアドバイスはできないことは両者の共通点である。

7.2. 共同研究者の視点から

「ターミナル期の家族支援における福祉職の役割の考察—職種間、家族とのコミュニケーションに焦点を当てて—」

明治学院大学社会学部社会福祉学科 非常勤講師 角能

キーワード：職種間コミュニケーション チームケア 家族とのコミュニケーション

1：はじめに

本章では、ターミナルケアにおける家族支援に関して、職種間のコミュニケーションおよび各職種と家族とのコミュニケーションに着目した考察を行う。具体的には、職種間の関係や家族との関係の調整を行っている福祉職（ケアマネジャー）の役割に焦点を当てた分析を行う。介護職や看護職がどのような考えに基づいて家族とどのようなコミュニケーションを行っているのか、その際にこれらの専門職と家族との間のどのような役割分担が成立しそこにどのような課題が発生しているのか、そのことを踏まえて福祉職（ケアマネジャー）はどのような家族に対する支援を行っているのか、以上が本章の問いである。

利用者にとっての人生の残りの時間が少なく、容態の変化等の緊急性も強いターミナル期において、職種間の迅速な連携に基づく対応が要請され（あえて対応しないという決定も含む）、職種間のコミュニケーションが重要になってくることが予想される。

一方で、利用者との関係が長期に渡る家族にとって、利用者との残りの時間をどのように過ごすかは、（判断せずに変化に委ねるという選択肢も含めて）決断を要する課題である。しかしながら、残りの時間が少ないがゆえに個々の決断が利用者との関係に及ぼす影響が大きく、またやり直しがききづらいたもいえる。そのため決断に付随して、家族の迷いや葛藤等の精神的な負担が発生するケースも想定される。

これらの点を踏まえると、各職種が、どのような考えに基づいて、家族とどのようにコミュニケーションをとり、家族の支援のために職種間でどのようなコミュニケーションをとっているのか、その結果として職種間でどのような役割分担が成立しているのかという問いは、ターミナル期における家族支援に際して重要なものであるといえる。そしてこのような課題は、各職種が利用者と常時接しているわけではなく家族と接している時間の比重が大きい在宅の訪問介護、訪問看護、それらを調整する居宅介護支援（ケアマネジメント）においてより顕著になっていくといえる。

そして介護保険制度において相談援助や職種間の調整の役割を行うことが制度的に規定されているのは福祉職である。中でもケアプランの作成を通じてケアマネジャーは各職種によるサービスの組み合わせの役割を担っている。そこでここでは家族と各職種（介護職および看護職）とのコミュニケーション、職種間のコミュニケーションにおいて福祉職であるケアマネジャーの考えと役割に焦点を当てて考察を行う。

以上の問いおよび問題関心に基づいて、最初に、現場で利用者等と接している時間の長い介護職が

家族とどのようなコミュニケーションを行っているのかについて分析する。次に、医師との繋がりが強く医療職でもある訪問看護ステーションの看護職が、家族とどのようなコミュニケーションを行っているのかを分析する。そして以上の介護職や看護職の家族との関係を踏まえて、福祉職であるケアマネジャーがどのような家族に対する支援を行っているのかを分析する。最後にまとめと考察を行う。

それでは、介護職は家族とどのようなコミュニケーションを行い、そこにどのような課題が発生しているのだろうか。

2：介護職の家族支援

(1) 家族についての介護職の認識と支援

まず、訪問介護事業所の介護職からは、家族と利用者との関係の調整が自身の職種の役割として、語られている。家族と利用者との関係が悪化しているときに、介護職が間に入ることによって、家族が介護職という第三者に対しての方が言いたいことを伝えやすくなるのが指摘されている。そのことによって家族の意向を把握することが重視されているのである。

しかしながら、家族と介護職との関係自体が常に安定的なものであるとは限らない。家族と利用者との関係が悪化した際に介護職が円滑な関係の調整を試みようと考えても、家族と介護職との関係そのものが良好ではなかった場合には、介護職からの家族と利用者との関係への働きかけ自体が困難になる場合も想定しうる。

聞き取り調査の結果を見ると、医療的な観点からの身体介助に関する専門職チームの考えと身体介助についての家族自身の考えの食い違いに起因する家族から介護職に対する不信感に関する語りが見られる。具体的には、ターミナル期に飲み込みが悪くなり誤嚥等のリスクがあるので無理をして食べさせない方がよいという医療職からの医学的な判断を踏まえて家族に働きかけても、家族は介護職の食事の介助の方法が悪いために口から食べさせることができていると批判しているという事例が介護職から語られている。この事例においては、家族は利用者の身体状況やそれを踏まえた介助の方法について長く接してきた自身が理解していると考えており、利用者の趣向と家族が考える口からの食事の摂取ができないことを介護職による介護の方法に帰責しているといえる。ここに利用者の身体状況に関する家族の知識の特権性という家族介護者自身の認識（木下 2019）とそれに基づいた介護職に対する不信感という状況が読み取れる。

ここで注意する必要があるのは、家族からの不信感が、医療職の判断に対して向けられているのではなく、介護職の身体介助のスキルに対して向けられている、そのように介護職が認識していることである。誤嚥等のリスクを回避するという判断は、医療職の判断によるものである。しかしながら家族は医療職の判断に対してではなく、介護職の身体介助の方法に帰責している。利用者の現状に対する医療職からの医学的な側面からの判断の不適切さではなく、そのような医療職の判断を反映した現状に至った原因として介護職の食事介助のスキルの不足があげられているのである。

ここに後述する福祉職（ケアマネジャー）の語りに見られるような、家族からの信頼の医療職と介護職との格差を垣間見ることができる。医療職の家族の考えに対する無理解を批判しているのではなく、介護職の身体介助の技能の低さに批判の矛先が向けられており、医療職の医学的な判断と比べて、介護職の介助の方法に対する家族からの信頼の程度の低さがここでの語りからは見られる。

一方、ここでの意見の相違は、介護職の身体介助のスキルの程度に起因するものではなく、医療職と家族の間の身体介助による誤嚥のリスクの改善の可能性の程度に起因するものである。医療職からの誤嚥のリスクがあるので無理に食べさせないでほしいという指示は、介護職の食事介助のスキルの程度というよりも、利用者の身体の状態変化に帰責しており、家族のように介護職の介助の方法によって食事が可能になるという判断はされていない。介護職はあくまでも医療職からの指示を踏まえて、無理に食事を食べさせないように遂行しているのである。したがって、食事介助という身体介助の方法によって嚥下機能が改善するか否かの判断に関する医療職と家族との相違であるにも関わらず、家族からは介護職の身体介助のスキルの不足と解釈されているのである。

次に、直接自分の家族を介護してもらっているがゆえに遠慮して介護職に対して自身による介護の困難について家族介護者が伝えづらいという指摘も見られる。これは本来ターミナル期の介護の役割は家族介護者が十分果たすべきであるのに、介護職から支援してもらっていることで家族が介護職に負い目を感じていることを示唆している。介護役割に対して家族の特権性(木下 2019)を付与している点では、上記のケースと同様である。しかし上記のケースが介護職に対する不信感ゆえに家族と介護職とのコミュニケーションが困難になっているのに対して、ここでの指摘は介護職に対して申し訳ないと感じているがゆえに家族が介護職と取って代わり積極的にコミュニケーションをとっていないという違いが見られる。

一方で介護職と一緒に介護を担っているが故の仲間と考え自身の意見の傾聴を求めて積極的に話しかけているという語も見られる。介護職のことをターミナル期の利用者を一緒にケアしているパートナーと解釈して、自分自身の介護を認めてくれる数少ない存在として家族から介護職に頻繁に話しかけてくることが指摘されているのである。ここでのケースは上記の2種類のケースとは対照的に、家族と介護職を水平的な存在に位置づけ、かつ家族にとって代替困難な存在として介護職を位置づけているという点に特徴がある。家族の介護の負担の大きさを理解できるのは、共にターミナルケアを担っている介護職しかいないと家族は認識しているのではないかと訪問介護事業所の介護職は考えている。

このように家族にとっての介護職に対する認識は多様で揺らぎを伴ったものになっている。一方で、自身の利用者やそのケアの方法に関する特権性から介護職による身体介助に不信感を持ったり、特権性ゆえに介護職に申し訳なさを感じたりしている。他方で、共にターミナルケアを担っている仲間としてお互いのケアの苦勞が理解できるという点で代替困難な水平的な存在の仲間ともみなしている。

(2) 医療職に対する介護職の認識と家族支援

介護職は、対医療職の関係においては、家族の側に立つ立場と自身の職種の役割とみなしている。いつも利用者の生活を見ているのは介護職であるため、医療職に対しては利用者との関係が長い家族のサイドに立つことが志向されている。前述の家族からの介護職に対する代替困難なターミナルケアのパートナーという認識が、対医療職に際しての介護職の認識においても見られるのである。その背景としてターミナル期において利用者と接する頻度が増し中心的な存在になってくる医療職である看護師(高橋 2018: 113)は多忙であるため、家族の話を傾聴し家族の不安定な心理状態を緩和することは困難であるという介護職の認識がある。そのためチームケアの中での家族の気持ちの安定化において、利用者や家族と接している時間が長い介護職自身の役割とみなされているのである。

とはいえ、介護職は常に家族のサイドから医療職と対立しているわけではなく、家族の思いと医療職の判断を双方が両立できるように、家族に働きかけることも試みている。目の前の利用者の今日を見て

いる家族と先を見ている医療職という役割分担、チームケアについての認識に基づいて、今を頑張って乗り切ることができれば明日も頑張ることができるというように介護職から家族に対するコミュニケーションが行われている。医療職からの医学的診断に基づく働きかけのみでは、患者の身体状況を知る中での家族の不安や心理的落胆を緩和することが困難である。しかしながら医学的な診断とそれを踏まえた働きかけを持続可能なものにするのも利用者の健康管理上必要である。そのため、医療職による医学的な働きかけの促進と介護職による家族に対するケアを通じた医学的な働きかけの負の側面の緩和が同時進行で行われているといえる。

以上を踏まえると、対医療職の関係において介護職は、一方で家族からパートナーとして信頼され家族のサイドに立つ場合と他方で家族自身の身体介助における特権性の認識から医療職の下した判断に基づく同じチームの介護職の身体介助の遂行方法に不信感を抱く場合とで、医療職と家族との間の板ばさみになっている可能性が読み取れる。

それでは在宅でのターミナルケアにおいて利用者との接点が増すことが多い医療職である訪問看護ステーションの看護師は、どのようなコミュニケーションを家族ととり家族に対する支援を行っているのだろうか。

3：看護職による家族支援

まず介護職に対しては、利用者の身体の医学面での状況に関する観察の注意点を伝えて、医療面での対応が必要な場合の連絡のタイミングを伝えることが行われている。具体的には血圧の変動などを踏まえて、身体の状況を介護職が判断することができるように、看護職から介護職に対して観察のポイントの助言が行われている。そして本人の変化や家族の状況に関する情報はヘルパーから上がってくることが多いことから、医学的な対応が必要な可能性がある身体の状況に達しているのかどうかの判断を介護職ができるように看護職から介護職へのコミュニケーションが行われている可能性が高い。

次にチームケア全体においては、看護職は先を読んで、場合によっては強制的な対応を行うこともあることが語られている。利用者の表情や言動が要注意であれば、多少強行的な対処を進める場合もあることが述べられているのである。医療の専門家であるがゆえに、またターミナル期で迅速な判断が求められる緊急性が強いがゆえに、利用者や家族、さらには介護職が十分知識を持たない医療面の部分に関して、リスクを回避するために、当事者との合意を待たずに決定を行う可能性も示唆している。

また家族に対して医療面での応答や情報提供を行うことによって、医療職であるがゆえに、医療職に対する家族からの信頼を活用した家族とのコミュニケーションが図られている（高橋ほか 2020）。医療面での家族からの質問への対応や家族への情報の提供、場合によってはつながりの強い主治医の先生に要望して家族に説明してもらうこと、さらには 24 時間体制での対応ことによって、家族の不安を緩和するようなコミュニケーションも行われている。福祉職（ケアマネジャー）から「最期の段階になると訪問看護ステーションや往診の医師を家族が一番信頼している」という語りが見られることから、訪問看護ステーションは家族からの信頼を利用して、先を見越したリスク回避による家族の不安の緩和のために、家族からの質問や要望への応答だけではなく、積極的な情報提供と 24 時間体制での訪問を行い、場合によっては上記のような強行的な対応も行っている。

それでは、このような介護職や看護職と家族とのコミュニケーション、さらに介護職と看護職とのコミュニケーションの状況に対して、福祉職（ケアマネジャー）による家族支援にはどのような特徴があ

るだろうか。次に見てみよう。

4：福祉職（ケアマネジャー）による家族支援

まずケアマネジャーは、家族に対するターミナルケアの方針の働きかけの役割を自身の役割と考えている。第1節で前述したように、家族と利用者との関係に対する働きかけは、介護職からも行われている。しかし家族と介護職との関係自体が多様かつ同一人物の間でも揺れ動く可能性があるため、介護職からの働きかけのみでは、家族の不安や家族と利用者との関係を調整することが困難である。この点を踏まえた主たる調整、家族に対する支援はケアマネジャーの役割になっている。

次に、家族の気持ちの揺らぎを前提として、家族の意向を繰り返し確認することも福祉職（ケアマネジャー）の役割として語られている。くるくる意向が変わってもよいので現時点でのものを教えてほしいというようにケアマネジャーから家族に確認が行われている。これは、家族がターミナル期において動揺のために一時の感情で判断してしまうことを避けるために、福祉職（ケアマネジャー）から家族に対して何度もコミュニケーションをとり意向を確かめていることを示唆している。

3点目として、複数の親族同士の関係の調整は福祉職（ケアマネジャー）の役割として語られている。個別の家族と利用者との関係の調整においては介護職も役割を担っているが、個別の関係を越えた親族間の調整は福祉職（ケアマネジャー）において自身の役割として重視されている。

そして、入院も含めたターミナルケアの選択肢の提示は、福祉職（ケアマネジャー）の役割として語られている。家族の意向を尊重するにしても、家族の心理の動揺に加え、情報の非対称性の問題も存在する。そしてターミナルケアの選択肢に関する情報の不足ゆえに、本当は在宅での看取りを行うことを希望していないにも関わらず、現実には家族が看取りを行っているようなケースも存在する。それゆえ、家族に対して選択肢を提示し、家族が希望するターミナルケアの方法を実現できるように福祉職（ケアマネジャー）から家族とのコミュニケーションがはかられている。前述の家族の意向自体が揺らぐ可能性に加え、意向を表明する際に根拠となる情報自体も専門職とは非対称的なものになっている可能性がある。そのため希望に沿わない不本意なターミナルケアが行われている可能性がある。このような情報の非対称性ゆえの不本意なターミナルケアを回避するために、福祉職（ケアマネジャー）から家族に対して情報の提供が行われているのである。とはいえ、あくまでも家族の希望を尊重するためのターミナルケアということが重視されており、家族が意向の決定の際に情報不足に直面しないようにするための工夫が行われている。

また医師への働きかけは福祉職（ケアマネジャー）の役割として、重視されている。第1節で前述したように、身体介助の役割の特権性の認識を家族が持っている場合、介護職が家族と医療職との板ばさみになっている可能性が想定される。そのようなとき、家族の介護職に対する不信感の緩和と医師をはじめ医療職からの医学の専門知識に基づくリスクの回避の実行のために、医師との交渉が福祉職（ケアマネジャー）の役割になっている。

加えるに、第2節で前述したように、介護職が家族との関係で板ばさみになっている医療職・看護師は、身体健康面でのことから先のことを見越して強引に進めざるを得ないときもある。一方、このような場面では、強行的にターミナルケアを進めたチーム、中でも現場でケアに入る頻度の多い介護職に対して、身体介助に関する特権性の認識を持っている家族から不満が噴出することも推察される。このような点も踏まえて、訪問看護ステーションに指示書を出している医師との交渉が福祉職（ケアマネジ

ヤー) の役割と考えられている。

5: まとめと考察: 家族支援における介護職と福祉職との関係

以上より、現場で接する時間が多い介護職が家族と利用者との円滑な関係のために、家族と利用者との距離感の調整の役割を担っているが、家族と介護職との関係自体が多様で揺れ動く可能性があるため福祉職（ケアマネジャー）からの家族に対する働きかけや介護サービスの調整が行われている。それは介護職に比して特権的な知識と責任を負う存在という考えと自身の同士という水平的な存在という考えの間の揺れに起因する家族と介護職との関係の不安定さとそれを踏まえた福祉職（ケアマネジャー）による家族支援ともいえる。換言すれば、自身と比べて利用者についての知識が乏しい者あるいは自身と比べて利用者に対してターミナルケアの責任を負う必要がない者という認識と共にケアを担う仲間という認識との間の家族の揺れ動きともいえる。そして、家族と利用者とのコミュニケーションの不安定性に加えて、このような特権性の認識の揺らぎに起因する家族と介護職との間のコミュニケーションの不安定性ゆえに、福祉職（ケアマネジャー）による家族に対する支援が行われているという役割分担の様相を読み取ることができる。

さらに介護職は現場で利用者や家族と接する時間が長く家族のサイドに立つことが多いが、医学的な側面での身体のリスクなどで家族と医療職との考えが食い違う場合があり、上記の家族の身体介助に対する特権性の認識ゆえに家族から介護職に対する不信感を誘発しているケースも存在している。また医学的なリスクの判断も踏まえて、その回避のために、看護職は医師の診断も踏まえて、時には強制的な方法でターミナルケアを遂行することもある。しかしながらこのような家族とは非対称的な医学的な判断に基づくターミナルケアの遂行は、(看護師や医師というよりも) 接点の多い介護職に対する家族からの不信感を招くことも想定される。このように介護職が医療職と家族との間で葛藤しているケースも踏まえて、医師との交渉を行うことが福祉職（ケアマネジャー）の役割と考えている。

引用文献

木下衆, 2019, 『家族はなぜ介護するのか—認知症の社会学』世界思想社。

高橋幸裕, 2018, 「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」『明治安田こころの健康財団』: 109-118.

高橋幸裕, 2020, 「在宅介護現場における終末期介護を支える家族支援のあり方に関する研究—介護職・福祉職・看護職の連携による実践からの考察」『生協総研賞第16回助成事業研究論文集』。

8. 総括

尚美学園大学総合政策学部
総合政策学科 高橋幸裕

総括をするにあたって

本稿は、2020年3月6日（金）に主婦会館プラザエフ5階会議室にて開催された、第16回生協総研賞助成事業論文報告会での報告内容並びに公益財団法人生協総研総合研究所が研究助成対象者による研究成果について執筆した『第16回生協総研賞助成事業報告論文集』（2020年3月刊行予定）に掲載されることを念頭に置いて執筆したものである。そのため、本稿と『第16回生協総研賞助成事業報告論文集』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

日本は少子化、高齢化、これに伴う人口減少に直面している。具体的には、厚生労働省は2019年12月24日に人口動態統計の推計から1899年から統計を取り始めて以来初めて生まれてくる子供の数が86.4万人と90万人を割り込んだと発表した。また、総務省によると2019年9月16日（月）に9月15日（日）現在の推計値として、高齢者人口の割合を28.4%であると発表した。その結果、人口の自然減は51万人と鳥取県の人口に近い値であることが明らかになった。

振り返ると、死は1970年代半ばまでは家庭内で誰しもが経験するものであった。死が家庭内から消失し始めたのは、1976年に在宅死と病院死の割合が逆転して以降のことである。その背景には、高度経済成長期には国民皆保険制度の実現、医療機関の整備、医療技術の進歩、農村部から都市部への人口移動、女性の高学歴化と社会進出、核家族化、世帯人員数の縮小等、社会的に大きな変化が生じたことであり、結果的に自宅から病院で亡くなることが一般化していくことになる。

これが転換した契機は2000年4月に施行された介護保険制度である。介護保険法の理念として利用者本位等が掲げられたこと、もう1つが訪問看護におけるターミナルケア加算の創設であった¹。

そこで課題となるのが、病院死以外を選択した者に対する受け皿が整備されていないことである。病院死が一般化した結果、看取りに関する基本的なノウハウと機能が家庭から消失してしまったことにより、家族だけでは対応が困難な状態となっている。そのような中で在宅介護現場における専門職に期待が寄せられるようになった。

本研究プロジェクトではこのような背景と課題から、専門職の視点から見た家族が抱える負担軽減のあり方について検討を行い、介護保険法の理念にある利用者本位が人生の最期にまで実現することを目指して実施したものである。その上で本研究プロジェクトを通じて得られたデータに基づいて在宅介護現場において終末期状態の利用者を支える家族に対し、専門職はそれぞれの専門性を踏まえ、どのような形で肉体的精神的負担を軽減しているのかを分析し、実態を明らかにしたい。

¹ 介護保険法はその後何度かの改正がなされているが、2006年には介護老人福祉施設において看取り介護加算が創設され、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において看取り介護加算が算定できるようになった。

調査概要

問い

在宅介護現場²における終末期ケアは非日常的な時間が続くため肉体的精神的な負担が大きくなっていることから、専門職は家族への負担軽減等の支援が希薄となっているのではないか。

仮説

専門職は終末期にある利用者だけでなく家族も支援対象として考えているが、それは相手の心情を推し量った対応（精神的ケア）がベースではないか。具体的には直接的な肉体的負担軽減を目指した支援よりも精神的負担軽減を通じた方法が中心としたものとなっているのではないか。両者は十分なものではなく、対応方法も検討しなければならない。このようなことから、専門職による家族への支援は肉体的、精神的負担の軽減に対する理論的且つ方法論的に確立したものとなっていない。

調査方法、質問項目、調査結果、倫理的配慮

本報告書の「本研究事業の概要」を参照のこと。

考察

1. 終末期における専門職の支援体制

高橋（2018a）は終末期における専門職による支援体制の変化について明らかにしている。在宅介護現場では利用者と家族を支援する際に、ニーズに即した支援体制を構築することからチームとして参加する（支援する）専門職は変化するものの、以下のような関係性（図2）で示すことができる。

（図1）チームケアの概念図（専門職による支援体制）



このような体制において、専門職は利用者及び家族への支援を行うことになる。では、具体的な支援はどのような形で行われているのか。それは利用者側のニーズに基づいた形で、それぞれの役割を果たすことである。介護職は介護サービスの提供、福祉職はケアプランの作成や相談援助、看護師は利用者の身体的な変化に対応した看護サービスの提供である。その他、必要とされる役割を果たすことになる。

（出典）セキスイオアシス株式会社 オアシスセンター「サービス体制」

https://www.sekisui-oasis.com/service_index.html（2019年11月19日閲覧）

² ここでは用語の定義でも示したように訪問介護、訪問看護の両方を含むものとして、在宅介護現場と称する。

特に終末期における支援は医師による余命の宣告がなされて以降、時間的制約が加わることでやり直しがきかず、迅速な判断を下し対応する必要があるというのが特徴である。同時に、専門職は利用者が終末期になると、更にもその専門性と役割に特徴が出てくる。具体的には介護職は日常生活上の支援を基本とするが、利用者の変化についてより注意深く意識を払うようになる。福祉職はケアプランの作成や家族からの相談に応じることが基本であるため、家族対応がより重視されるようになることから利用者との関係性が弱くなる。看護師は利用者の健康状態の把握や医師への橋渡し、急変が起きた際の対応、家族への状況報告等、終末期の利用者に対する支援の中心的役割として担うようになる。

2. 終末期の利用者を支える家族の負担感

家族の役割は、利用者が終末期であろうとなかろうと多面的にその生活を支えることである。同時に、家族はいつ終わるともしれない介護をする中で肉体的、精神的な負担を感じながら専門職から支援を受ける立場でもある。では、家族の負担感とは具体的にどのようなものであるのだろうか。専門職の視点から見た、家族の肉体的負担について以下のような発言が確認できたので確認してみよう。

介護職「いつ何時も目が離せない状況。ここまで見てきて、自分が買い物に出た時に息を引き取ったら許せない。そうすると、そこから動けなくなってしまう。肉体的にも疲労感が強くなり、顔がむくんできたり。『こういったこともできますよ』『2時間おきに体位変換で来ることもできますよ』『回数を増やす』といった提案をしたが、お嫁さんの立場上自分で判断しないので、(ご家族とも相談していないようで)結果的には、ノーだった。」

福祉職「肉体的に疲れたということは感じ取れなかった。最期の一週間くらいはベッドの横に寝て夜もよく眠れない状態で寄り添っていたが、娘さんも是非そうしたい、ということだった。」

看護師「余命宣告より長くなった場合に、身体的にも精神的にも負担が大きくなる。」

専門職からの発言を見てみると、2つの傾向があることが分かる。1つは終末期という緊張感が続く中で、肉体的な負担(辛さ)に対して専門職は家族との接点がケアに入っている時間だけの一時的なものであることも相まって可視化しにくい場面もあり、日常的なコミュニケーションを通じて家族の体調を見極めていくこと必要である。

2つ目が、事前に(或いは終末期状態に突入してからある一定程度過ぎた段階で)いくつかの提案をして肉体的負担の軽減を行うことである。そのため、専門職は利用者の支援のみならず、家族に対する変化についても注視することが求められる。

他方、家族の精神的負担について以下のような発言が確認できた。

介護職「あと一週間だよと言われたぐらいが、精神的負担が最も大きい。終末期と言われた直後は、家族もピンときていない。衰弱していく本人の姿を見て、どうしようという考えになっていく。ちゃんと眠れているか、ご飯食べているか、『ご家族が倒れたら本人はとっても悲しいから、必ず休んでください』と言葉をかける。」

福祉職「非日常だからこそ、分からなくて不安になって、体調を崩しやすい。」

看護師「病状が不安定になると精神的に負担が大きくなりやすいので、早め早めに訪問診療や薬の調整をしたり、ヘルパーを入れたり、サービスを勧めたりする。精神的な負担を軽減するには、家族の話を聞くしかない。」

専門職は、家族が感じている精神的負担について予防の必要性を認識している。それは家族の言動から判断をしている。例えば、日常生活の維持をすること、介護保険サービスの利用を勧めること、何より話を聞くことである。

このようなことから、家族は利用者が終末期という非日常的な時間と空間の中で、肉体的、精神的負担を抱えながら看取りをすることになる。

3. 介護職による家族の負担軽減方法

終末期にある利用者の日常生活を支える介護職は、支援回数、支援時間が多く長いことから最も家族と接する機会を有した立場であると言える。同時に、他の専門職へ情報発信、共有することができる。そのうえで、医師の宣告によって利用者が終末期になると、担当する専門職はチーム内での情報のやり取りが増加傾向になる。介護職の利用者支援の姿勢は日常生活の延長線上に死があり、特段大きく変わることはない。(高橋 2018a)

そのような状況の中で、介護職は家族負担の軽減の在り方についてどのように考え、対応しているのか。まずは介護職から発せられた質問項目に対する主要な内容と思われる回答（発言）について抜き出し、確認をしてみる。

家族とのコミュニケーション

「寝ている時間が長くなったり、今まで出来ていたことが出来なくなったりしてくると、では、どうすればいいのかと家族からの質問、相談が増えてくる。家族との距離が縮まる。」

家族の精神的負担軽減

「介護職が毎日入っていることで、申し訳ないという気持ちを少なからず思っている。自分が大変だという話は言えない。『大変だったら言ってください』と声かけをする。」

家族の疲れに対する対応方法

「訪問の回数を増やし、『この時間は休んでください』『ご飯食べてください』『お風呂入ってください』と提案。」

家族からの連絡回数の変化

「頻回に訪問するようになるので、家族に状況を話したり、安心していただく情報を提供したり、アドバイスをした。」

チームとして家族の負担軽減するための方法や課題

「今日を見ている家族と、先を見ている医療職の違いを、今日頑張れば明日も頑張れる、というところを繋いでいく役割。生活を見ている専門性の強みである。」

チームとして利用者が亡くなってからの家族負担軽減の方法や課題

「お宅に訪問したり、お通夜に行った時に、家族が自分を責めたり、悔いていることがある。本人の家族に対しての思いなどを、『こんな話をしていましたよ』等と伝えることで、気持ちを穏やかにすることができる。」

通夜・葬儀の出席に関するルール

「家族葬でない限り、告別式かお通夜に参列する。お花をあげる。家族葬の場合は、平服でお焼香に行く。」

これらのことを見ても、介護職は積極的に家族と関わりながら負担軽減を図ろうとしていることが分かる。つまり、介護職にとって家族の負担軽減をより効果的な方法の基底となっているのは、専門職間に対する情報提供と役割分担に基づいたものである。そして利用者の死後、残された家族に対するグリーフケアでは、葬儀に参加するかしないかは事業所によって対応が異なるができる限り対応する傾向が見られた。

4. 福祉職による家族の負担軽減方法

終末期における在宅介護現場での福祉職の役割は、家族との接点をより濃密に持つことである。それは利用している介護サービスの変更を確認するためである。具体的には利用者との意思疎通が困難となることから利用者の代弁者としての家族に意向の確認や不安に寄り添うことになる。

最初に、福祉職が発言した内容を確認してみることにする。

家族とのコミュニケーション

「家族とのコミュニケーションが密になる。細かい変化でも連絡をくれるようになる。」

家族の精神的負担軽減

「本人の意思、家族の意見が尊重されるのは、いつも同じ。ケアマネがどこまで情報提供できるかによる。私だったらこうする、という話をするにはあるが、決定するのは、あくまで本人と家族。悩んでもらって、参加してもらって、結果的に、家族の満足感、やりきった感じを得られるように、そこを大事にしている。後で後悔することのないように出し切る感じ。」

家族の疲れに対する対応方法

「看護とヘルパーさんをプラスして、サービスを入れて肉体的な疲れを軽減する。家族からの要望というより、ヘルパーや看護のほうから情報が入って、ケアマネとして提案する。さりげなく声かけするように心がけている。」

家族からの連絡回数の変化

「先生が終末期の話を出すと家族から病気の話が出るので、家族の考え、どうしたいのか、方向性を確認する。医療が入った場合は分岐点である。くるくる変わってもいいから、今の考えを教えてくださいと言って、分岐点の確認をする。」

チームとして家族の負担軽減するための方法や課題

「医療職と介護職の連携の繋ぎ役としてケアマネがいる。『こういうケースがあるんですけど、お願いできますか』と、すつと言える体制、その場で答えられるような知識を持っておくこと。人間同士、相性もあるので、引き出しが多くないとできない。」

チームとして利用者が亡くなってからの家族負担軽減の方法や課題

「達成感、空虚感、後悔も出てくる。できるだけ肩の荷を降ろすような声かけをする。何も声をかけられない時もある。時々、地域で会って声かけてくれることもあるが、終了した後は、情報源がない。」

通夜・葬儀の出席に関するルール

「葬儀は行かない。四十九日までにお線香をあげさせてもらう。どうしても行きづらい場合は事業所としてお花代は出す。」

福祉職は家族との関わりが密になることで情報が得やすいことから、様々な状況判断がしやすい立場となる。また、家族からの要望や変化もいち早く捉えられる立場でもある。そのような立場である福祉職は介護職や医療職（医師、看護師）の活用も念頭に置きながら家族が抱えている負担を軽減する提案を行っている。そして、介護職と同様に福祉職による家族のグリーフケアは基本的には行われず、葬儀に出るかどうかも事業所としての判断によって異なっている。

5. 看護師による家族の負担軽減方法

看護師の役割チーム内での取りまとめや情報収集をそれぞれの専門職から行うだけでなく、医師との橋渡し、家族に対する利用者の状況説明、急変時の対応等、チームの中心的役割を担っている。また、家族への対応は医療に関する専門的視点で説明することに特徴がある。

では、今回の聞き取り調査から得られた看護師の発言について内容確認を試みる。

家族とのコミュニケーション

「家族にとっては、初めてのことなので、不安も強く、訪問看護師に頼りたい気持ちがあらわれる。コミュニケーション量が増える。それに答えていくことで、信頼関係が深まる。」

家族の精神的負担軽減

「医療的に答えられるところは答えていきながら、『とにかく私たちは支えますよ』ということ伝える。」

家族の疲れに対する対応方法

『がんばりすぎないように』という声かけをし、オムツ交換等、ヘルパーを利用して、家族の負担を減らせるようなサービスを入れる。私たちがいる間だけでも、休んでもらう、息抜きしてもらおう。」

家族からの連絡回数の変化

「終末期の利用者は、24時間の緊急加算をとっているなので、夜でも24時間対応をしている。夜中でも電話をしてもらっていい。携帯電話を電話当番の人が持っている。状況を見て、お伺いしたり、先生に報告して指示をもらったり、行くことで家族の不安が軽減されることもある。」

チームとして家族の負担軽減するための方法課題

「今こういう状態だから、今晚こういう症状が出るかもしれない。その時は、こういう風にする、こういう症状が出たら、この薬を使う、というように不安材料となることを日中のうちに説明しておく。そうすれば、夜中に不安で電話がかかってくることはない。呼吸は今こういう状態だけど、だんだんこうなってくるから慌てないで。こうなったら電話ちょうだいね、と説明する。心の準備ができる。事前情報があれば心構えができる。」

チームとして利用者が亡くなってからの家族負担軽減の方法の課題

「家族がどう思っているかをしっかりと把握すること。サービスを全部入れればいいわけではなく、自分たちがちゃんと見てあげた、側にいられたというところが実感できるようにしていく。家族がやりきったか、満足がいく看取りができたか、亡くなるまでの期間をどう過ごせたかによる。」

通夜・葬儀の出席に関するルール

「葬儀には出席しない。ご遺体があるうちにお線香をあげに行く。お花をお持ちする。」

まず、家族が不安に思っていることは利用者の今後がどうなるのかという身体的な状況の変化と見通しである。家族は利用者が死に直面する中でどのような変化があるのか、どのようなことが起きているのかが分からず不安に陥ることが多い。そのための不安の緩和とこれに起因する肉体的精神的負担を軽減することに注力する。

他にも看護師は必要に応じて介護職や福祉職へ情報提供をしながらも介護保険サービスを活用して、家族の負担軽減を試みることもしている。そういった意味では医療面だけでなく生活面の安定を目指した支援を行っていることが分かる。

そして、利用者が亡くなった後の家族に対するケアは介護職、福祉職と同様に事業所ごとによって異なっており、グリーフケアのような特に専門性を踏まえた形での対応は行われていない。看護師の場合、家族の状況を踏まえながら利用者の通夜・告別式に直接出席するのではなく、葬儀が始まる前の時間に弔問をすることをしている。

6. 利用者本人の意向に対する対応

終末期になると利用者は意思疎通をすることが困難な状況になってくることが多い。利用者本人が意

向を十分に示していない場合、家族の意向が利用者にとって望ましい最期（利用者にとっての意向）として位置づけられることになる。そこで利用者本人の意向に対応することができるのが、事前に意向が確認できる、或いはできている場合である。今回の聞き取り調査では利用者の意向についていくつかの発言を得ることができたのでここで紹介する。

介護職「おばあちゃんが終末期入院になった。皆に迷惑かけたくないから病院で死ぬと覚悟したんだけど、1回だけうちに帰りたいと言っている。－おばあちゃんの家は1人。－だんだん本人も諦めたんでしょうね。－ただ望みを聞いたら、『孫に会いたい。』－孫はチューブで繋がれたおばあちゃんは怖くて見られない。－ケースワーカーががんばり、－娘さんにこれだけのチーム作ったからって言ったら娘さんが、じゃあ実家に通うより自分の家の部屋で、居間でおばあちゃんを迎えたいと。そしたら、うち帰ってきたら全部チューブが抜かれますからね。－おばあちゃんも孫に会いたかったから、心置きなくご本人もね、『私は孫の声のただいまが聞けたよ』ってすごい喜んでいてね、5日間で亡くなっちゃったんですけれども－。」

福祉職「ヘルパーさんと話がどこまでできるのか、看護師の話がどこまでできるのか。本人も。それはもちろん癌なんかの方だったら、意識クリアですから。『自分はこうしたいんだ』っていうことをちゃんとと言えますからね。だからそれはちゃんと聞き取っていく。－目的は皆が満足するっていうことに目的を持っていくために、皆が折り合いをつけていかないと満足ができないから、そういうことに尽きますよね、私としてはね。だから、それをどうやってできるのかということに知恵を絞りますね。」

看護師「ご本人への想いとか。いま自己決定を尊重しながらいくというのは、すごく言われているから、本人はどうしたいのかっていうことも、やっぱりコミュニケーションの中ではどう自分の死を捉えているのかっていうことも聞ける人にはやっぱり聞けるかな。普通の会話の中とか、からね。『自分はいつか死ぬんだよね』ってとか、ぽつりと言ってくる方々には、『どんな風にしてそれ思っているの』とか、聞ける方には、聞いたりもしています。」

介護職の発言によれば、1人暮らしで入院時に孫に会いたいと願った女性の利用者についても一度は諦めた在宅での最期をチームとして支援して叶えることができている。それは、人生の最期に悔いを残さないという点で孫が治療中の姿を見たくない、会いたくないということに対する利用者にとっての孫に対する愛情であったと言える。

福祉職についても終末期における決定権があるのは利用者であると明言している。利用者の意思確認ができる場合は最期のあり方に関する要望の確認をすることについて重視していることが分かる。可能な限り満足度を高め、家族の意向も踏まえた調整をするという立場を活かしている。

看護師はこれも介護職、福祉職と同様に自己決定の尊重を重視する立場であることが分かる。看護師は医療的な側面での支援をすることから、会話の中から必要な情報を汲み上げていくようにしている。また、普段の会話の中だけでなく、内容として効きにくいことではあるが、気持ちを確認できる利用者には聞くことをしていた。

7. 望ましい家族負担の軽減に関する方向性とは

介護はいつ終わるとも分からないものであり、終末期介護はいつ急変が起きるか分からないものである。終末期である利用者を支える家族の負担感は非常に大きなものである。また、終末期支援は利用者が亡くなるまでと考えるが、「その後」もあることを忘れてはならない。

論点は2つある。1つは利用者が亡くなった直後と四十九日を迎えるまでの対応である。具体的には専門職の発言内容からも分かるように、通夜、告別式、それ以降の対応である。利用者が亡くなった直後の家族は葬儀への対応でゆとりがない状態で、多くのことを判断していかなければならない。専門職はそういった時の対応に配慮しなければならない。どのような対応をするのが適切なのかを検討していく必要がある。

もう1つの論点が、悔いの残らない終末期支援のあり方をどのようにして実現していくのかということである。終末期という非日常的な時間と空間は家族のみならず、専門職にも非常に大きなエネルギーを必要とする。利用者を失った家族は看取ることができたという肩の荷が下りると同時に、喪失感やこれまでの緊張感からの反動を受けることになる。可能な限り支援をしている時点で喪失感や反動を小さくすることも考えて行動しておくことが必要であると言える。

では、具体的にどうすればよいのか。前者については①葬儀が始まるまでにお悔やみを述べに行く、②それができない場合は花を出す、③葬儀を終えてから一定期間を経てから時間を見つけて訪問することが考えられる。無論、これらをしないという選択肢も考えられるが、家族への負担軽減という意味では上記の①～③に代わる手段を検討しておくことが必要であろう。

後者については悔いの残らない支援のあり方である。これは利用者が存命中からの対応で結果が左右されるところがあり、専門職の力量が問われるものである。例えば、終末期になる以前より介護サービスを利用し、終末期に至り、亡くなった場合である。専門職は介護サービスを長期間利用していれば家族の心情も理解することができ、看取りまでのプロセスを共に過ごしたことによる共同体のような一体感を得ることができる。その過程において様々な困難を乗り越えてきたからこそ、悔いが残らないという方向へ展開することが可能になる。つまり、専門職は①利用者と家族の意向のバランスをとりながら、②グリーフケアを意識しながらの終末期支援を行い、③家族と振り返りをする機会を設けることが負担軽減という観点で実現することができる。

但し、入院中に終末期になった利用者が急遽、自宅へ戻ってきた場合は家族と専門職が一体感を得られることは非常に難しいと言える。そのためにも悔いが残らない、悔いが残りにくい選択肢を検討していくことが必要である。その一つが、近年では医療機関でも入院患者の最期についての意思確認をすることが取り組まれている。朝日新聞2019年11月23日付けの別刷り *be on Saturday* に紹介されている「それぞれの最終楽章 最後の意思、『セリフ集』で推定」で紹介された横浜市立大学准教授日下明彦氏の取り組みである。以下、一部抜粋の上、引用する。

『一分一秒派』とでも言えばいいのか、いつまでも生きてほしい、とにかく、肉親を死なせたくない、死の間際まで濃厚な医療を求める方がいます。－医師は、効果のない医療、患者の利益にならない医療を提供してはいけません。－考えてほしいのは『本人がその医療を望むか』です。そこで重要になるのが終末期に本人が何を望むかを事前に話し合っておくことで、－アドバンス・ケア・プランニング（ACP）や『人生会議』と呼ばれています。－そこで、私が重要だと感じているのは『セリフ集』で

す。医療ドラマで延命治療に苦しむ患者の姿を見て『あんな形になってまで生きたくない』と言ったとか、友人の訃報に接して『どうせ一度は死ぬんだから俺は楽に逝かせてくれよ』とつぶやいたなどの、何げない言葉のかけらをなるべくたくさん、それを話した状況とともにためておくのです。最期が近づいたら、セリフ集を読み返し、家族で額を決めて『本人はここまでの医療は望まないのでは』などと意思を推定する。セリフの積み重ねが人柄や人生観を浮かび上がらせ、本人の望む医療を実現し、悔いの少ない見送りにつながると思います。³⁾

他にも厚生労働省では終末期介護ではないが、緩和ケアを念頭に置いた形で「人生会議⁴⁾」という愛称で、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）という自分の最期について家族と話し合うということを推奨している⁵⁾。これらのことから分かるように、日本では自分自身の最期について十分に意思表示をする機会がなかった、或いは人生の最期について家族や専門職が訪ねたりする、確認したりすることはタブー視される傾向があったと言える。

このように専門職は利用者の意思確認をする機会を設けること、家族の意向の確認をすること、それを踏まえた形での対応方法を検討し、提案することが求められる。すなわち、利用者の意思決定を踏まえながらも家族の意向を融合し、終末期における対応に繋げてケアをしていくことが、終末期ケアにおける望ましい形になると言える。望ましい形を実現するということは、利用者や家族、関係者間の意見対立を回避することにもつながることから肉体的にも精神的にも過度な負担がかかることを避けることができる。

このようなことから、終末期における利用者の意向は重要なものとしてみる事ができる。そのためにも利用者の意思確認の方法と、家族との意向をどのように調整していくのが専門職には課せられた課題である。

8. まとめ

死は利用者にとって最後のライフイベントである。それは人生を締めくくるものでもある。他方、家族にとって終末期はいつまで続くか分からない、非日常的な時間と空間であり、肉体的にも精神的にも負担がかかり続けることになる。専門職は家族と共に利用者に支援をすることになる。専門職はチームで支援することになるため、複数の者が入れ替わり対応することができるが、家族は替わりになる者がいないため負担軽減のあり方を検討し実現することは、質の高いケアにも繋がる。

介護職は家族に医療に関する支援ができないが、生活に関する情報の提供をすることで精神的負担の軽減を図り、肉体的に疲れていると判断できれば必要な介護サービスを提案するアプローチをしていた。また肉体的負担が大きいと判断できない場合でも、介護サービスの利用を含めて体を休められるような提案をしていることから、肉体的負担、精神的負担の軽減をするための対応と予防をしていることが明

³⁾ 朝日新聞朝刊 東京本社版 別刷り be on Saturday 2019年11月23日付け「それぞれの最終楽章 最後の意思、『セリフ集』で推定」より一部抜粋、引用。

⁴⁾ 厚生労働省は「平成29年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果」を発表した。これに関連して、「これからの治療・ケアに関する話し合いーアドバンス・ケア・プランニングー」を発行している。2018年には「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」を発表している。

⁵⁾ 厚生労働省「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の愛称を『人生会議』に決定しました」
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02615.html (2019年11月29日閲覧)

らかに出来た。

福祉職は終末期にある利用者とのかかわりが減る傾向があるのに対し、家族との接点が増える立場であることから、より積極的にコミュニケーションをとることが負担軽減に対するアプローチとしていることが明らかになった。その結果、チーム内での情報共有を行い、負担軽減をするための適切な方法を提案している。

看護師は介護職と同様に家族が疲れていると判断すれば、介護サービスの利用をする提案を行い、またそれが見分けのつきにくい場合であれば予防的な支援を行っている。他方、介護職と異なる点は医療に即した情報提供をするだけでなく、看護師は終末期になると中心的な役割を果たすことになるため、深夜の時間帯にも備えた情報提供も行っている。そういった意味では医療に対する専門性への信頼をうまく活用していると言える。

無論、家族に対する支援に課題がない訳ではない。家族の肉体的精神的負担に対応した理論と方法論が確立していないことである。ケースバイケースであると言ってもよい。それは介護保険法の理念にもあるように利用者が主体（利用者本位）となっているからであり、家族はそれを支える立場であることから、負担を軽減するだけの十分な対応策が示し切れていないことが大きい。

但し、今回の研究プロジェクトから得られた知見において、家族に対する負担軽減策としていくつかの共通点として見えてきたことがある。例えば、①専門職は自らの専門性を踏まえた支援をしようとしており、対応できないことは対応できる職種に委ねることである。②介護保険サービス等の社会資源の活用を促すことで、利用者から家族を一旦切り離すことを行っていることである。③悔いのない終末期支援とするには、事前に様々な準備や対応策を用意していることである。

これらのことから考えると、専門性を踏まえた支援体制を構築すること、利用者と家族の距離を保つようにすること、家族にとって悔いのない終末期支援を実現するためにどのような方法が望ましいのかを事前に複数用意し、実施できるようにしておくことがポイントとして求められることである。

また、僅かずつではあるが在宅での看取りを希望する者が増える傾向にあることから、家族に寄せられる負担は大きくなっていくと予想される⁶。それに応えらえるだけの理論と専門性の修得は専門職に課せられた新しい課題であると言ってもよいであろう。専門職としての専門性の向上と課題は利用者の満足度という観点から論じられることが多かったが、家族、死、グリーフケアという新しい論点を示すことができたと言える。

最後に、今後、ますます専門職に対する需要が高まる中で、負担の軽減という側面から利用者と家族を包括した支援のあり方を模索したことは超高齢社会となった日本だけでなく、高齢化が進展する世界各国への一つの指針として示すことができたのではないか。この研究成果が多くの現場関係者や、この領域における研究者に僅かにでも新たな知見を提供できたとすればこれ以上ない幸せなことである。

参考文献・資料

朝日新聞朝刊東京本社版 別刷り be on Saturday 2019年11月23日付け「それぞれの最終楽章 最後の意思、『セリフ集』で推定」

⁶ 無論、終末期にある利用者と家族を支える専門職に対する様々なケアも重要な論点であるが、紙片の関係でこれについて検討することができなかった。この課題については、別途検討課題としておきたい。

- 朝日新聞 DIGITAL 2019 年 9 月 16 日付け「日本の高齢化率、世界最高 28.4% 推計 3588 万人」
<https://www.asahi.com/articles/ASM9J53TLM9JUTFK002.html> (2019 年 11 月 30 日閲覧)
- 天野正子「看護婦の労働と意識—半専門職化に関する事例研究」『日本社会学会評論』22 巻 3 号、pp. 30-49、1972 年
- 小川栄二「いまホームヘルパーに求められる専門性とは—介護保険の下で、本来の『ホームヘルプ』のあり方を考える」『福祉のひろば』通巻 374 号、pp. 10-15、有限会社福祉のひろば、2000 年 12 月
 厚生労働省「平成 29 年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果 (確定版)」
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200749.pdf> (2019 年 11 月 29 日閲覧)
- 厚生労働省 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」平成 30 年 3 月
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf (2019 年 11 月 29 日閲覧)
- 厚生労働省医政局「『人生会議』してみませんか」
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html (2019 年 11 月 29 日閲覧)
- 神戸大学「平成 29 年度厚生労働省委託事業 人生の最終段階における医療体制整備事業 これからの治療・ケア に関する話し合い—アドバンス・ケア・プランニング—」
https://square.umin.ac.jp/endoflife/shimin01/img/date/pdf/EOL_shimin_A4_text_0416.pdf
 (2019 年 11 月 29 日閲覧)
- 角能・高橋幸裕「終末期介護における職種間コミュニケーションの課題の多面的考察—介護職・ケアマネージャー・看護職へのアンケート調査を踏まえて—」『尚美学園大学総合政策研究紀要』第 34 号、pp. 35-63、尚美学園大学総合政策学部、2019 年 9 月
- セキスイオアシス株式会社オアシスセンター「サービス体制」
https://www.sekisui-oasis.com/service_index.html (2019 年 11 月 19 日閲覧)
- 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」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、2018 年 a
- 高橋幸裕「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 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」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、2018 年 b
- 高橋幸裕「介護・看護現場における介護職、福祉職、看護職の『看取り』と『死』の持つ意味の違いによる終末期支援のあり方に関する研究」『尚美学園大学総合政策論集』第 29 号、pp. 1-24、尚美学園大学総合政策学会、2019 年 12 月
- TRUE COLORS「多職種連携とは」<http://truecolorsjapan.jp/for-helpers/ipw/> (2019 年 11 月 25 日閲覧)

9. 謝辞

高齢社会に起因する各種の問題について研究をしている立場として、現場で営まれている創意工夫が社会全体として共有しにくい状況を改善しないといけないと思います。元々は訪問介護員の労働環境と人材養成をテーマに研究を開始して以降、いくつかの研究プロジェクトを経て、現在は多職種連携、終末期支援のあり方まで研究対象を広げてきました。

これまでの研究を振り返ると、単一の職種だけで解決できることはあるが、それ以上に異なる立場の専門職と連携しながらのほうが物事の共有をすることが難しいという課題がありますが、それを乗り越えた先により大きな結果を得ることができていることが分かりました。これは専門職の皆様からのお話をいただいた「語り」により気づくことができたことです。そういった意味では、私が考える研究とは専門職の皆様からの多大なる協力によって成り立っているものだという事であり、机上の空論ではないものだという事だと思います。

今回の研究プロジェクトは今まで私が行ってきた研究テーマをさらに広げるものであったと思っています。それは専門職から見た利用者だけでなく、家族をどう支援していくのかという視点だったからです。よくよく考えてみれば、利用者を支えるのは専門職だけではないのです。家族も共に支えている立場なのです。だからこそ、その家族を専門職として支えることは重要な課題でありました。

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年問題も近づいてきます。その時にはどんな社会となっているでしょうか。きっと、今よりも非病院死が進んで在宅で最期を迎えたいという方がより多くなっていくかと思います。家族から在宅で看取りができてよかったと言ってもらえるようになるか否かは、専門職の皆様のご創意工夫とノウハウの共有が社会でできるかどうかにかかっています。

この研究成果は専門職の皆様から多大なるご協力によって形にすることができました。きっとこの研究成果をご覧になられた専門職や研究関係、市民の皆様には何かしらの示唆を提供することができたのではないかと思います。

高齢者に関する介護や看護に関する問題について、まだまだ取り組まなければならないことは山積しています。時間が許す限り、専門職の皆様と膝を突き合わせて多くのことについてお話ができるようにしていきたいと考えています。また、今回の研究プロジェクトで明らかにできなかった課題もあります。今後、新たな研究プロジェクトを立ち上げられる機会が得られるよう準備を進めながら、さらなる社会貢献できる研究を進めていきたいと思っています。

最後に、今回、このような貴重な機会をお与えいただきました公益財団法人協総合研究所には、厚く御礼申し上げます。また、調査協力先についてご紹介をいただきました日本ホームヘルパー協会会長の青木文江様、一般社団法人セルフケア・ネットワーク代表理事の高本眞左子様にも厚く御礼申し上げます。何よりも人手不足と叫ばれる中で、ご多忙な中、ご協力をいただきました専門職の皆様にご場をお借りして厚く御礼申し上げます。本当にありがとうございます。

2020年3月1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

巻末資料

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：

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. 在宅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。訪問看護事業所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	2020年3月1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。