

論文 | Article

ターミナルケアにおける家族支援に関する考察  
—悔いのない看取りに向けた職種間の役割分担に注目して—

Analysis on family support during terminal care  
-Focusing on role sharing between professions for terminal care with no regrets-

角 能

KADO, Yoku

明治学院大学

社会学部非常勤講師

Meijigakuin University

高橋 幸裕

TAKAHASHI, Yukihiro

尚美学園大学

総合政策学部専任講師

Shobi University

2021年3月

March.2021

## ターミナルケアにおける家族支援に関する考察 —悔いのない看取りに向けた職種間の役割分担に注目して—

Analysis on family support during terminal care  
-Focusing on role sharing between professions for terminal care  
with no regrets-

角 能、高橋 幸裕

KADO, Yoku TAKAHASHI, Yukihiko

[抄録]

本稿は、ケアマネージャー、看護職、介護職に対する聞き取り調査に基づいて、ターミナルケアにおける家族支援に関する役割分担について分析した。

結果を見ると、看護職は医療面での情報提供とそのタイミングの調整、介護職は介護方法の提示や医療面での現実を知って動揺する家族に対する肯定的な意味付けの付与を通じた家族の精神的負担の緩和を行っている。ケアマネージャーは方針の決定過程への家族の参加の働きかけ、決定の具体例の提示により決定に伴う家族の精神的負担の緩和を行いつつ、繰り返しの意向の確認により家族を専門職の考えに誘導してしまうことの回避を試みている。また家族関係そのものへの介入は回避しつつこれまでの家族関係を前提とした家族への働きかけも行われている。

以上の役割分担は同時に、不十分な情報あるいは医療面での現実への直面による精神的動揺、その中で不本意な介護による家族の後悔の抑止にもつながっている。

キーワード

家族支援 ターミナルケア 悔いのない最期 精神的負担 専門職

[Abstract]

This paper analyzes role sharing between care managers, nurses and care professions during terminal stage based on interview for these professions.

As results, nurses manage when to inform medical information of care receivers to family caregiver, care professions communicate how to care by them and positive meaning as terminal care for family caregiver upsetting as medical conditions of care receivers, and they try to mitigate mental burden of family care givers. On one hand, care managers ask family caregivers to attend to make decision with professions ,try to mitigate mental burden of making decision for them during terminal care by taking samples of decisions, and try not to indoctrinate them to accept by asking them desires repeatedly. In addition, while they avoid intervening family relations, they encourage for family care givers based on relations between family care givers and receivers.

These role sharing results in preventing regrets for family caregivers as mental upsetting due to insufficient information or by confronting real one and inadequate care by them.

## Keywords:

Family support, Terminal care, Terminal stage with no regrets, Mental burden, Professions

## 1. はじめに

### 1.1 問題関心

本稿では、在宅でのターミナルケアに従事する専門職による家族への働きかけについて考察する。具体的には、要介護者のターミナルケアを行う家族に対して、ケアマネージャー、看護職、介護職はどのような考えに基づいて、どのような働きかけを行っているのか、その結果どのような家族支援に関する役割分担が発生しているのかを分析する。

現代日本においては、病院で死を迎える者が大多数を占めている。しかし近年は介護施設で死を迎える者も増加傾向にある（二木 2019, p.30）。

一方、人々の希望を見ると、死を迎える場所として、病院でも老人施設でもなく、自宅を希望する者が最も多い（厚生労働省 2014, p.128）。また自分が担当する患者に対する医療職や介護職の考えを見ても、自宅で最期を迎えることを勧める者の割合が過半数に達している（厚生労働省 2018）。

制度に目を向けると、在宅でのターミナルケアに対する支援は拡充傾向にあるといえる。訪問看護ステーションによる在宅看護にはターミナルケア加算が設定されており、2018年にはケアマネージャーによるターミナルのケアプランを通じた調整に対して、ターミナルケアマネジメント加算が設定された（小竹 2018, p.141）。

しかしながら、在宅でのターミナルケアの円滑な促進のためには、介護保険制度等による公的給付の拡充のみでは不十分である。家族への支援をいかに行き、そのために介護職、看護師や医師などの職種の間でどのようなチームケアを行っていくかも重要な課題になる。

まず、前述のような多くの人々が希望する在宅でのターミナルケアを実現するには、家族に対する支援が重要な課題になる。通常、施設や病院でのターミナルケア以上に在宅でのターミナルケアに際しては、家族が関与する割合は高い。加えるに、ターミナルケアにおいて家族を支えと考えている者の割合が最大になっている（羽田 2019, p.49）。そのため、家族といかにして考えを調整していくかは、ターミナルケアの環境を整えていく上で不可欠なものといえる。

次に、さまざまな職種の間考えを踏まえた上でいかにして調整していくのかも、在宅でのターミナルケアにおいては、不可欠である。在宅でのケアの場合は、施設や病院でのケアと異なり、多くの職種が同一の場所に常に滞在しているとは限らない。またターミナル期は後戻りがきかず一回性が強いことから、様々な考えを取り入れ、その間での選択が求められる（角・高橋 2019, p.35）。

一方で、家族支援に関しては、さまざまな職種が重視しており、どの点で共通し、どの点で異なっているのかを整理しておくことも多職種連携のためには必要になってくる。

## 1.2 分析枠組み

次に、本稿の分析枠組みについて、述べる。

まず、家族の負担の緩和と家族による利用者との関係の尊重とのバランスを3つの職種がそれぞれ、どのような考えのもとで、どのように実践しているのかに注目する。家族の生活を持続可能なものにし、家族の健康を保持するためには、家族の介護の負担を緩和することが必要になる。一方で、一回性が強く、利用者との関係が残り少ない段階であるターミナル期においては、家族の利用者に対する思いを尊重することも重要である。このような家族の介護負担の緩和と家族の利用者に対する思いの尊重とのバランスを、3つの職種はどのように実践しているのかという観点からの分析を行う。

次に、家族の意向の尊重と家族の気持ちの揺らぎとのバランスをについて3つの職種の間でどのような役割分担が行われているのかに注目する。ターミナル期においては利用者と長年寄り添った家族の希望を踏まえることが円滑なケアのために重要である。専門職が自身の考えを家族に押し付けたり、家族の考えを自分が考える方向に誘導することは、家族の考えを歪め、家族の後悔を惹起する可能性がある（荒尾 2016; 株本 2020, p.146）。

一方で、残りの期間が短く、また後戻りがきかないターミナル期においては、家族が精神的に動揺している可能性もあり、明確な確立された意向を表明することが困難な場合もある。したがって、家族に意思決定を丸投げするだけでは、家族に介護の調整役割の責任を押し付ける結果になり、家族の不安感や葛藤を増幅させる可能性がある（荒尾 2016; 株本 2020, p.146）。またこのような不安感や葛藤の中で一時的な感情に基づいてターミナルケアに関する意思決定を行うことは、中田（2000）が指摘するように、家族にとって悔いを残す結果になりうる。そこで本稿では、3つの職種の間で家族の気持ちの揺らぎと家族の意向の尊重とのバランスをとることをいかにして分担しているのかにも注目する。

3点目として、3つの職種が、家族の考えと医師等の他の職種の考えや実践とのバランスをいかにしてとっているのかにも注目する。ターミナルケアに際しては、利用者の健康管理と利用者や家族の意向、利用者のそれまでの生活環境を同時に考慮することが求められる。そのため、家族と看護師、ヘルパー、医師等さまざまな担い手の考えを同時に調整していく必要が生じる。この点がまずは治療による健康管理を優先し治療終了後に利用者や家族の希望する社会復帰を支援するという時間をずらした対応を行うことが可能なターミナル期以外との違いである（角・高橋 2020a, p.125）。

## 1.3 先行研究

死に関する価値の多様化、すなわち医療職が独占的に担うターミナルケアではなく、また社会全体での死に関する価値の共有に基づいたターミナルケアでもなく、核家族化、未婚化の中での独立した個々人の中での関係性に基づいた死（澤井 2005; 國本 2018; 株本 2020）という動向を踏まえ、ターミナル期における家族支援に注目した先行研究は増えている。

ターミナルケアにおける多職種連携に際しての職種間の専門性の違い、そこでの調整役割の特徴と制度的課題に注目した研究として、北村ほか（2010）や角・高橋（2020a）がある。北村ほか（2010）は、特別養護老人ホームでのターミナルケアについて、現在や将来の状況の家族への説明については看護職とケアワーカーとで大差がないが、病状把握や家族

への看取りケアへの参加に向けた働きかけ、ターミナル期であることの家族への連絡を含む看取りケアと病状把握に関する因子は看護職の方が自身の役割であると認識していることを明らかにしている。角・高橋（2020a）は、利用者の生活の視点と命の保持とのバランスが求められるターミナル期においては看護職による調整役割が重要であると福祉職も認識しているが、同時に看護職が後者の命の保持を偏重することも懸念して、家族との関係や家族の意向も含めて利用者の生活の視点を福祉職から働きかけることを自身の役割と福祉職が考えていることを明らかにしている。

またターミナルケアに関する利用者についての情報不足や情報の錯綜にも起因する家族の不安や葛藤とそこでの家族支援という視点を提供した研究として吉田（2014）、株本（2020）や中田（2020）がある。吉田（2014）は、患者の医学的な状態についての情報不足に起因する家族の困惑と情報を受け入れることに伴う家族の迷い（瀬山ほか 2013）の双方の側面、ターミナル期の意思決定の家族の後悔の程度への影響の大きさ、悔いのない意思決定のためのケアの結果および過程に関する多様な選択肢の利点と不利点の双方の理解の必要性という視点（Connolly and Reb 2005）から、医師による家族への予後の告知に対する評価に関して遺族に調査を行い、患者の予後についてあまり知りたくない家族の存在や医師から家族への告知のタイミングについて家族の心の準備を踏まえて段階的に行う必要性を明らかにしている。また在宅療養や補完代替医療について家族の相談に乗っている医師の少なさという現状も指摘している。

株本（2020）は、ターミナルケアに関する意思決定における家族の迷いと医療職と家族との意向が食い違う場合の家族の不安を踏まえた専門職による意思決定支援の必要性、悔いのない利用者との最期の関係性の形成のための家族の治療方針の決定やケアへの参加の必要性などを指摘している。

中田（2020）は、ターミナルケアに従事する看護職が穏やかな最期の形成による家族や利用者の感情の管理を重視していること、そのことによって相手の生活史、気持ちに寄り添いつつ感情面での自身の巻き込まれを回避していることを明らかにしている。

さらに家族支援における役割分担に注目した研究成果として高橋ほか（2020）がある。高橋ほか（2020）は、家族の精神的負担の緩和のための傾聴や生活面での情報の提供という介護職の役割、ターミナル期の利用者対応を介護職や看護職にある程度委ね家族との接点が増す中で介護保険サービスの調整を行うケアマネージャーの役割、利用者の容態の変化のわからなさや急変に伴う家族の不安緩和、そのための医療面での情報提供、診療の補助や医師との連絡調整に加えて介護職やケアマネージャーに対して情報の提供を行う中での介護保険サービスの活用の提案という生活の支援も含めた看護職の役割、以上のような各職種の特徴を抽出している。

一方で、これらの先行研究においては、利用者とは異なる家族支援の独自性について十分な考察が行われていない。まず前述のように家族はターミナルケアの担い手でもあることから、利用者に対するケアとは異なる担い手に対するケアという視座を分析に導入する必要がある。また専門職と共に家族がターミナルケアに関する意思決定に参加することやそこでの家族の不安の緩和についても、そこにどのような課題が発生し得て、どのような過程を経て克服しようとしているのか、そこでのさまざまな職種の中の役割分担がどのように行われているのかの考察が不十分である。

さらに利用者のそれまでの生活環境を踏まえた支援や利用者の趣向の尊重という点での生活支援の視点(角・高橋 2020a)を取り込んだターミナルケアを医療職も行うようになっている現代(鷹野 2015)におけるターミナルケアにおける各職種の役割の違い(特に生活支援の内容の違い)と分担についても十分な検討が行われていない。たとえば角・高橋(2020a)では、医療と生活支援の矛盾という分析視角に偏っているため、家族支援という点での両者の間の相互補完性やその場合の専門職同士の役割の配分の可能性について十分な検討がされていないのである。

また北村ほか(2010)の家族支援は医療面でのそれと生活の支援の面でのそれが混在しており、役割分担の分析としては不十分である。また高橋ほか(2020)においては、看護職はじめ医療職が生活の視点を取り込むようになっている状況下での3つの職種間の相違点、特に悔いのない看取りという点からの考察が不足している。そして吉田(2014)においては、家族の心理面も踏まえた医師から家族への働きかけのタイミングの重要性を明らかにしているものの、後述するように医師と一定程度医療面での知識を共有しつつも、医師とは異なり患者との接点が多い看護職の役割の独自性を踏まえた分析が不足している。

## 2. 分析に使用するデータ

本稿では、2019年2月に実施した、東京都のA・F居宅介護支援事業所<sup>1</sup>、A・C訪問看護ステーション、F訪問介護事業所、埼玉県のJ訪問介護事業所、J居宅介護支援事業所、3月に実施した東京都のD・E・F訪問看護ステーション、I訪問介護事業所、L居宅介護支援事業所(在宅介護支援センター)、4月に実施したK訪問介護事業所のケアマネージャー、介護職、看護職に対する聞き取り調査の結果を使用する。<sup>2</sup>

聞き取り調査にあたっては、「終末期に入ってから家族とのコミュニケーションや関係性の変化」、「家族の負担軽減における自身の職種の役割と課題」などについて、会話の流れを踏まえて新たな質問を追加修正するなど、半構造化インタビューの形式で尋ねた。聞き取り調査は45分程度行い、調査にあたってはICレコーダーによる録音の許可を得た。<sup>3</sup>また調査は執筆者の角能と高橋幸裕が実施した。調査に際しては、公益財団法人生協総合研究所より研究助成を受け、倫理規定にしたがって実施した。

---

<sup>1</sup> F居宅介護支援事業所での勤務は2017年度まで。

<sup>2</sup> ほかには2019年2月に東京都内のG訪問介護事業所、G居宅介護支援事業所に対する聞き取り調査も実施(同時実施)しているが、利用者が医師、家族介護者である配偶者が看護職という平均的なケースとは異なったケースについての語りであったため、本稿での分析には用いない。またインタビューデータの引用においてはアルファベット事業所の表記で出典を示している(なお同じアルファベットの複数の事業所、たとえばF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は同一の系列の事業所である)。

<sup>3</sup> なおそのままでは意味がとりづらい箇所は、内容を変えずに一部表現を修正している。

### 3. 家族に対する働きかけ

では3つの職種から家族にどのような働きかけが行われているのだろうか。

#### 3.1 ケアマネージャーによる働きかけ

最初にケアプランの作成を通じた多職種調整を担うケアマネージャーの実践を見る。まず、24時間での連絡体制の確立も含めて身体面でのケア役割を事業所が担うことによる、家族への安心感の付与、介護負担の緩和が志向されている。

記録1：「だって実際にやらなくちゃいけない医療的なことにしてみてもそうですけども、お医者さんが入ったり看護師さんが入ったりヘルパーさんがいたり、全部そのへんの所のフォローは本人に対してできるんですもん（中略）。それで後については、こんなことがあったら呼んでくださいっていう風に、24時間体制。よくきますよ、最後の時なんか、今はメールなんかで『息がはあはあしてるけど、どうしたらいい』とか、いろいろなことが来ますから、それに対して助言をしていて、本人は、ご家族は『今寝ても大丈夫よって。明日の朝まで大丈夫だからね、このままで』っていうようなこと言います。」（A 事務所）

2点目として、家族には、一回性の要素の強い看取りにおいて悔いが残らないようにするために、方針の決定や見直しの過程への参加に向けて、ケアマネージャーからの働きかけが行われている。利用者との関係において後悔しないようにするために、ターミナルケアの方針の決定については事業所と家族が一緒になって方向性を考えることを重視している。

記録2：「いわゆるやりきった、本人も生き抜いたという感じと家族も介護し尽くしたっていう満足感みたいな、得られるような方向で悩んでいただきます（中略）。いわゆる手を動かすのは、ヘルパーさんだったり、看護師さんだったりするかもしれないですけど、口出していただいて参加型というのかな（中略）。一緒になって悩んだり、一緒になってどうしようか、ああしようかっていう風にする事の方が、家族は自分ができなかったんじゃないかって、やりきったっていう感じがするんじゃないかな。」（A 事業所）

3点目として、家族が悔いを残さないようにするために、ケアマネージャーから繰り返し意向を確認することが行われている。

記録3：「それも一回、二回だけではわからない。何回も修正。『こういう風にこの間言ってたけど、どう』とか、何回もそうやって本当のことを言えるようにもっていくといふと変ですけど、『この間こう言ってたけど迷っちゃうよね』って、いうようなことだね。『本当は今、どう考えている』って、聞きながらしていくしかないんじゃないですか。」（A 事業所）

家族の意向の繰り返しの確認はL事業所のケアマネージャーからも行われている。

記録4：「先生が終末期の話を出したとき、こういう風に言われてしまったっていう風に、大概今までの経過があるケースですと、電話くれるか私が行った時に、病名の話、病気の話が出るので、『どうするの?』って『どうしたい?』って言って、『このままいくの?』って、『いくなら家族が僕は覚悟があれば危険リスクを背負っても僕はかまわない』って。『ただそのリスクって危険なこと分からないのにやるのはよくないと思うよ』って。その確認は僕は必ずします。先生の話が入っていれば。先生の話が入らないとこの話は触れられないので、医療なので。医療が入った場合は分岐点ですので、そこは1回で回答はとらないですけども、『今ご家族が考えてることでいいですよ』って。で、『2度3度したっていいんです』って僕は先に言います。もう皆さん、今の話自体って右行ったら左に戻れないような空気もないように思える話し方も出てるので、僕の場合は今でいいよって。くるくる変わっていいから教えてくださいって。分岐点の確認はします。」(L 事業所)

ターミナル期の医療面での話が医師から家族に対して行われた後に、家族が一時の感情に基づいて決定してしまわないように、それぞれの選択肢とそのリスクをケアマネージャーが提示した上で、繰り返し意向の確認の機会を設けているのである。

一方で、ケアマネージャーが中心になって自身の考える方向に家族を導くのではなく、あくまでも調整の役割に徹することが重要であることが述べられている。

記録5：「だから私の意見っていうのは、ケアマネージャーの意見っていうのは、ほとんどないと思った方がいいですよ。コーディネーターだから。言うのは言うかもしれないけど、主体的に言うことはないです。だって主人公は私じゃないから(中略)ご家族ですよ。」(A 事業所)

他方で、家族の気持ちの揺らぎ、迷いも踏まえて解決策の具体例の提示が行われている。単に利用者の状況を伝達したり、さまざまな選択肢を列挙するだけではなく、自分自身ならこのように対応するという解決策の具体例を示すことまで行われている。

記録6：「それと家族の迷いが大きくなる。1人しか家族がいなかったとしても、今までより不安がつのったりとか、そういうことは起こるかなと思ってます(中略)。『私だったらね』みたいなことは言ったことはあります。聞かれるし。『もし私だったらこういう風を選ぶかもしれませんね。』みたいなことは、言うことあります。」(A 事業所)

また家族間の関係性には基本的には介入しないものの、既存の家族関係を前提とした支援行われている。特に一定程度家族がターミナルケアを担い関係性が形成されている場合は、最期まで在宅で看取るようにケアマネージャーから家族に対して働きかけが行われているケースも存在する。

記録7：「娘さんとお母さんはすごく仲が悪かったんです。『だから本当は看たくないんだ』って言いました。だけど主治医の先生がもうあと3ヶ月ぐらいだよっていうから、



そういう風に言うから私はみたんだって。なのに、がんばれって。『そのがんばれたのは、娘さんがね、ケアがね、お世話がよかったからでしょ、だからがんばれたんだよ』って。『だけど、そんなにもう遠くはないよ』って、亡くなるのがね。ここまでそれでもがんばってきたのに入院させちゃっていいのっていうところを私は伝えたってということなんですわ。」(F 事業所)

同時に、家族関係を変えることは回避されている。「入りすぎてもいけないし。親子関係とか、兄弟間の中に入りすぎてもいけないし、そこはもう出しやばらずに事実だけを淡々と伝えるしかないですよ(中略)。こっちが何を言ってたかをなんてこと言ったら、もっとひどい喧嘩になっちゃいますから(中略)。その人たちに今の現状のお母さんの事実を伝えて、どうするのかを決めるのはあなたたちですよっていう風に突きつけていくってことですよね。」(F 事業所) というように、家族関係そのものに介入して変化させることは困難であることも語られている。

したがって家族の関係性を前提としてケアマネジャーが介入して家族関係を変えることは回避しつつも、家族が看取りを継続した方が将来的な後悔の感情を惹起しなくてすむとケアマネジャーが判断した場合は、家族による在宅での看取りを継続するように家族に対する働きかけが行われている。

以上より、ターミナルケアに際しては身体ケアの役割を専門職が担うことによって家族の介護の負担を緩和することを重視している。一方で、家族にとって、悔いのない利用者との最期を築くために、ターミナルケアの方針の決定過程には家族に参加してもらうようにケアマネジャーからの働きかけが行われている。そして、ターミナルケアの方針決定の過程においては、それまでの家族関係についての認識に基づき、一時の感情による決断による後悔を防ぐために、ケアマネジャーから家族に対する意向の確認が繰り返されている。このような意向の繰り返しの確認はケアマネジャーによる意見の誘導の回避という効果も持つといえる。またケアマネジャー自身ならばこのように考えるという1つの具体例の提示を行うことによって、家族に決断をただ丸投げせず家族の迷いを緩和しつつ、あくまでも「ケアマネジャー自身ならば」という限定をつけることによって家族をケアマネジャー自身の考えに誘導せずに、家族の意向をあくまでも尊重することが行われている。

### 3.2 看護職による働きかけ

ここでは医療専門職である看護職による家族支援についてみる。

まず医療職の専門性も生かして、医療面も踏まえた、家族にとっての悔いのないターミナルケアが強調されている。

記録8:「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わ。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。アセスメントをして、そして、じゃあどういう対

庇が一番望ましいのか。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中心に心がけています。」(C事業所)

一回性の強いターミナル期の家族・利用者関係を踏まえた悔いのない看取りが重視されている点では前述のケアマネージャーと共通しているが、医療面での特徴も踏まえた悔いのないターミナル期が志向されている点に特徴がある。

そのため、家族の意向の表明を待つだけではなく、看護職の側から働きかけて提案を行いターミナルケアを進めている。「やはり介護者本人のストレスがたまってきますので、そういうときに表情であったりとか言動ですよ。一番言動等に異常というか何か問題な発言があったりとかすると要注意。少し強行的に対処策を進めていこうとかっていうような対応になってきます。」(C事業所) というように、家族の精神面、肉体面でのストレスを発見して先取りをした対応が重視されている。

このような先取りした対応について看護職の役割と考えている理由として、利用者の身体状況等の医療面での対応方法に関する家族の不安の緩和の役割を担うことができるのは看護職であるという認識がある。「緊急電話に頻回に、不安も多かったりするので、その患者さんのちょっとした変化に対応が出来なくて助けの電話があったりとかっていうのはありますし、誰かに聞いてもらいたい、でも普通の方じゃだめなんですよね。医療が分かる、その本人の状態が分かる方に、誰かにそのことを聞いてもらいたいという気持ちがあるんだと思うんですけど、相談はすごく増えてきますね。」(C事業所) というように、介護職や福祉職であるケアマネージャーのみでは、ターミナル期の医療面での家族の不安には十分に対応できない、そのために看護職による家族からの要望に先行した対応が重視されているのである。

同様の語りは、「あとはやっぱりガンの方って結構痛みがあったりとか食事が食べられなくなったりとかっていう変化が段階的に来るので、そうなったときに家族は多分不安になるんですよ。で、それに対して訪看としては指導。今後のどういう経過、だいたい終末期になると、看護師であればどれぐらい経過っていうことが、それぞれ経験上のお話しするんで、そういう不安なことを言うてくることはやっぱりあるんですね。」(D事業所) というように、ガン末期の利用者の症状の変化とそれに対する家族の不安感、そこでの看護職による医療面での情報提供による安心感の付与という語りにおいても見られる。

同時に、同じ医療職である医師との違いとして、利用者との接点が看護職の方が多いことによる独自性が重視されている。「看護師としては、ドクターも往診には定期的に行くんですけども、やっぱり日々患者さんをより深く見れるのは看護師なので、先生が見れなかった部分というか、ということを確認に看護師が伝える役目があると思います。」(C事業所) というように、医療面での判断の専門性を医師は有しているものの、そのような判断のもとになる利用者の医療面での状況把握という点での看護職の役割の不可欠性が語られているのである。

同様の語りは、「だいたい。毎日行って、1日2回だったり3回だったりするんだけど、そうすると家族との関係も出来るし、ご家族との関係も出来るし、やっぱり向こうも全信頼をしてくれるので、だから看護婦の役割はその色々な職種をつなげる。情報なりね。今こんな状態ですよって。私たちはこうしてますよって。そうすると先生は『じゃあ分かりました。こうしますね。』って。ヘルパーさんは『こうしますね』ってなるので、中心的な存在であらなければいけない。いなきゃいけない。」というように、E事業所の看護師からも見られる。ここでは家族に加え、医師や介護職への働きかけも看護職の役割として重視されている。

また残りの人生がどのくらいかという予後の予測に関して、医師の予測とは異なる、看護職である自身の感に基づいた短めの判断と家族への働きかけによって、家族が利用者の死を動揺せずに受容できたケースについても語られている（A事業所）。

「私が行ったときに結構調子が悪そうで。もしかしたら本当に変な話、一週間で突然呼吸が止まったりとか、心臓が止まったりとかする可能性が、もしかしたらあるかもしれないって、なんかちょっとそう思ったんですね。（中略）もしかしたら一か月とか大丈夫かもしてないけど、なんとなく調子があまりにもこの前と違うから、急変する可能性もあるかもしれないですねって、私が先にしちゃったんですね。先生が言うより前に。って言ったら、介護者がわかりましたって言って。そして先生にも伝えて、往診も翌日かなんかに入ってもらったのかな。そしたら往診の先生は「まだまだ一ヶ月ぐらい大丈夫ですよ」って言ったらしいんですけど。結局、私が「もしかしたら、もう一週間かもしれない」って言った、一週間以内に亡くなっちゃったんです。（中略）実際看取りは私は関わってなくて、ほかのスタッフが言ってくれたんですけど、Yさん（語り手）がもしかしたらなんかあるかもしれないって言われたから助かったって言ってたっていうのを聞いて。私の感は外れてなかったのかなと思って、それはよかったなという風には。」と、医師と比べた利用者との接点の多さを生かした医療、身体面での看護師の予測が家族の不安の緩和につながったことが語られている。

一方で、家族に対する看護職からの働きかけのタイミングと方法について、家族の思いを否定せずに、利用者の身体面、医療面での変化に家族が直面して不安になったときに利用者の情報を伝えることが行われている。

記録9：「意外と最初は動けてたりするので、何か意外と元気だからこのままよくなるんじゃないかって思ってたたりする人たちもわりといますので、だからそこは否定できない。否定しないでケアをしながら、ちょっと変化が見られたときに不安になったりしますから、そこで家族が不安を訴えてきたときに説明したりだとか、こちらが入っていく中で、ちょっとこの部分は変化が生じそうだなっていうときは『今こういう風になってます』って病状説明をして説明していく感じですかね。そうしないと不安になっちゃえば、緊急電話も増えちゃったりしますし、ちゃんとした対応ができなくなっちゃいますよね。家族も。」（F事業所）

利用者が元気そうに見えるときに利用者の医療面での長期的な変化を伝達することはかえって家族を困惑させる可能性がある。一方で、利用者の容態が変化したときには家族も不安に陥ることが多い。そのため利用者の医療面の情報を正確に伝えるタイミングとそこに至るまでの働きかけによって、家族が必要以上に精神的な負担を感じなくて済むような工夫が看護職からなされている。医療面の情報の伝達のタイミングだけではなく、そのタイミングに至るまであえて医療面での情報をストレートに言わないという工夫も看護職よりなされているのである。

以上より、看護職からは、介護職や福祉職とは異なり医療の専門知識を一定程度備えている上に、医師とは異なり利用者と多く接しているがゆえの医療面での情報の豊富さ、それによる先を見越した対応や医師や家族への働きかけのタイミングの調整を通じたターミナル期における家族の不安感の緩和が重視されている。そしてこのような医療面での調整を通じた悔いのない利用者との最期の関係の形成と家族の負担の緩和が行われている。

### 3.3 介護職による働きかけ

それでは利用者との接点が多い訪問介護事業所の介護職（高橋 2016, p.38）からは、家族に対してどのような働きかけが行われているのだろうか。

まず悔いのない最期の家族関係を築くために、負担にならない範囲で、家族に介助の場面に参加してもらうことが行われている。

記録 10：「本当にいろいろ簡単なところで、ちょっと汗をかいてるようだったら、顔だけ拭いてもらうとか。本当に簡単なところでもいいんですけど。あと尿量とか少なくなっていないでまだまだある方とかだったら、ちょっとパット交換だけしていただいたとか、本当にそんな体交をちょっとしていただいたりとか。足のむくみだったりとか手のむくみだったりとかをちょっと観察しといてもらうとか。そんな所だけでもいいのかなと私は思ってるんです（中略）。逆にご家族様がやってくれることでご本人も体が楽になったりとか気持ちが楽になったりとかがあるので。あと水分とかがまだ取れる方は一回にたくさんがとれないので、こまめに一口二口でいいからゆっくり飲んでもらったりとか、そういう所をお願いしたりですね。」（F 事業所）

次に家族介護のモデルケースを提示することが行われている。

記録 11：「また利用者さん意識があるないに関わらず、本当に私たちが声かけながらオムツ交換をすることを見ていただいて、こうやって話せばいいんだって。口きかないからどういう風に対応したらいいかっていうのが分からないご家族もいらしたりとかもして、でも『身体ちょっと動かしますよ』とか何かしたことで声かけをすることで、ちゃんとそうやって意識があるないにも関わらず、お母さんに対してのこういうケアをしてくれてるんだっていうことをご家族のほうも理解してくださるので、そこら辺も私たちが何か利用者さんに接してる姿も見ていただいて、それをモデルにして自分が接するときも、お水飲ませるときいきなりグッじゃなくて、『お母さん、ちょっとお水飲ませるから、身体あげますよ』みたいな感じで声かけをしてあげるといいですよ、

なんて話もしながら対応させていただいてます。」(J事業所)

前述の訪問看護ステーションの看護職が医療面での情報の整理を踏まえた提示によって家族の不安感を緩和していたとすれば、介護職は家族への介護方法の助言によって、家族の不安感を緩和している。一方ケアマネージャーからの助言がターミナルケアの方針、役割の配分も含みうるものであったのに対し、ここでの介護職からの助言は家族による介護の遂行方法に関するものである。

同時に、家族介護者の負担を緩和するために、ターミナル期において家族と利用者との距離を一定程度置くような働きかけも行われている。

記録12:「やっぱり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ね。逆に、触らないでとか、そういう所が出てきたりとか、自分のイライラをぶつけてしまうので、で、そういう所がある時は、『じゃあ、私たちがやるからいいですよ』という形をとらせていただきます。逆に、ご家族の方もそうやって、眠れなかったり、どうしたらいいかわからなかったり不安とかストレスを本人にぶつけてしまうケースもあるので、『どこが痛い?いつもいつも痛い痛いって言って』とかって、そういう所も結構出てきてしまったりとかあるので。そういう時は逆に離れてもらう。で、他人の私たちが入るといふ所もありますね。それは本当の最期よりもっと手前の段階なんですけど、そういう所では、やっぱりお互いが不安とストレスがお互いにある所なので、もうちょっとそこはなるべく逆に離れてもらって、他人が入ることで穏やかになってくださるので。やっぱりご本人もつらい時期に、家族じゃなくて、他人には素直に言える。」(F事業所)

このように最期の時期の少し前の段階で介護職が介護役割を担い、利用者と家族とが一定程度距離を置くことによって、最期の段階での両者の関係が良好なものになるように試みられているのである。

さらに訪問看護ステーションの看護職の役割を重視しつつも、利用者の医療依存度が増す(高橋2018, p.113)ために医療面での判断要素が大きくなり看護職が多忙になるターミナル期の特徴を踏まえ、家族の話の傾聴による不安感を抑制することも介護職の役割として言及されている。

記録13:「頻回に入るのは訪問看護師さんと私たちヘルパーなので、そこら辺の連携を密に。例えば終末期になってくると褥瘡になってしまったりっていうことがあったりもするので、その処置をどうするかとかっていうことも細かく本当に指示をいただいてということとさせていただきます。その辺りの知識も必要かなとは思いますが、ただ看護師さんって結構忙しいんです。で、私たちは主に褥瘡の処置とかもありますけれども、オムツ交換とかがメインになってくるので、割と時間的に余裕があるの、訪問看護師さんになかなかお話出来ないことを私たちに言ったりとか、『大変なのよ』って言うようなちょっと愚痴的なものとかも聞いてあげられる立場なのかなっていう風

に思っていて、なのでそこら辺で私たちがお話を聞いたりとか、そこで聞いたことに対して『こうですよ』ってちょっとしたアドバイスが出来ることで、ご家族の気持ちの安定が図れるんじゃないのかなっていう風には思っています。」(J事業所)

前述のように、利用者の容態の変化が激しく、一回性の強いターミナル期においては家族の医療面での不安感が増幅する可能性は高い。そのような医療面での家族の不安への対応に看護職は終われ、家族からの不安や愚痴を傾聴する余裕は必ずしもなくなることも考えられる。そのようなときに家族とのコミュニケーションを通じた家族の精神的負担を緩和することが介護職の役割と考えられているのである。

一方で、医療面での家族の不安から介護職が板挟みになってしまっている現状も介護職から語られている。前述のように看護職からターミナル期における自身の役割として重視されていた医療面での情報の伝達による家族の不安の緩和についても、看護職の多忙さから十分果たせない場面が想定される。そのような場面で、看護職や医師という医療職からの説明のみでは家族が医療面での情報を理解しきれず、医療面での対応が困難な介護職に家族から不安、不満が述べられているケースが語られている。

記録 14：「我々がいない席で往診医や訪看がこうなるって説明をしたっていうときには、家族が理解度が低いときがある。低いときに、我々にはもちろん医療職から連携で連絡があるんですけども、その部分で我々は専門職として、家族は家族の思いとして受け止め方が違い、『毎日オムツ交換もしてくれているのに、ちょっとあなたは どう思うの?』と。医療職に聞けない部分をですね、『他の方はどうなの?』とかっていうことが、かなりコミュニケーションのところでお返事に困りながらも、その返答次第で関係性が変わってしまうこともあります。」(I事業所)

具体的には、ターミナル期の利用者が身体機能の衰えによって飲み込みが悪くなっているにも関わらず、家族によって介助の方法に帰責される事態が発生している。

記録 15：「特にずっとご自宅で見ていて、段々高齢で落ちてきたというケースに関しては、例えば食事とか『無理をしないで』って先生が言っても、『食べれば元気になる』。だから同じ土俵になりにくくなってしまいうっていう、関係性が変わってしまったケースもあります。先生から無理するなっていう指示だった。でも『食事介助をもうちょっとがんばれば食べるんじゃないか』とか、『食べさせ方が悪いんじゃないの』とか。『いやいや、ターミナルでもう飲み込みが悪いんですよ』っていうことですね。本人に対する温度差です。」(I事業所)

また現場での接点が多い介護職に家族の意向を聞き取る役割が求められつつも、接点が多いがゆえに家族は遠慮して介護職に本音を話しづらい可能性も指摘されている。

記録 16：「その時はわからなかったですね。たぶんいろいろ思う所はあるんだろうなとは思いますが。亡くなった後に、すごく、なんか、おっしゃる方の方が多いで

すかね。『こうだった』みたいな(中略)。『大変だったけど最後まで家で看取れてよかったは』みたいなことは、みんな言うんですけどね。でも『大変だ』っていうのは、あまり聞かないかな(中略)。たぶん勝手な想像ですけど、僕たちが毎日入ってること自体で、家族の人、ちょっと申し訳ないっていう気持ちを少なからず思ってるような気がして、なんか、それがあるから自分が大変とかって言えないんじゃないかなって、ちょっと思ったりもしますよね。全然言ってもらってもいいんですけどね、そういう環境であればいいんですけど。だから、こちらもなるべく、そういった精神的につらくないような声かけていうか。『なんか大変だったら言ってくださいね』とか、そういったことしかできないですね、本当に。」(K 事業所)

介護職による介護について家族が申し訳なさを感じてしまい、それゆえにターミナルケアの過程において自身の負担の大きさを語らない、そのことが利用者の死後に充実感、悔いが残らないという形で正当化されてしまっているという可能性が、訪問介護事業所の介護職から指摘されているのである。

以上より介護職からは、負担にならない範囲での家族への介護方法の助言を通じた利用者との悔いのない最期の関係の形成、前述のような医療面での対応で多忙な看護職の限界を補うべく家族の話の傾聴や医療面での現実と直面して動揺しうる家族への精神的なケアによる動揺の緩和という生活の支援が重視されている。しかしながらこのような医療面での対応の限界も踏まえた介護職による家族支援は、介護職が医療職と家族との板挟みになりうる状況も招いている。

#### 4. ほかの職種への働きかけ

以上のような家族に対する支援の役割を果たすために、それぞれの職種は、ほかの職種と、どのような考えに基づいて、どのようなやりとりが行われているのだろうか。

##### 4.1 ケアマネージャーから他職種に対する働きかけ

まず、家族と介護職などの専門職との間の誤解を防ぐために、双方に働きかけることがターミナル期のケアマネージャーの役割として、語られている。

記録 17:「特に親族が、後半になってくると、よりこういう風にしてほしい、ああいう風にしてほしいっていう無理な注文があるかもしれない。そしたらヘルパーさんは『何言ってるのよね。』って思うかもしれない。でも、そこは折り合いがつけられるように、こちらの意図する気持ちを伝えることによって、『そう思わない』って共感してもらえるようにして、じゃあ一緒に満足してもらえるような介護をしてあげようよって。いうように職員も満足できるようにもっていきます。」(A 事業所)

次に、以上のような家族と専門職との間での誤解を防ぐために、個別の専門職と個別の利用者、家族に解決を委ねることは情報の行き違いというトラブルになるため回避され、チーム全体で情報を交換し共有することが重視されている。

記録 18：「(利用者が、家族には言わないことを、看護師やヘルパーには言っている場合について)でもそれはね、悪いですけど、公にしていきます、みんなが共有できるように。いわゆる誰々さんだけが知ってるっていうのは、余計にトラブルのもとですよ。だからすべてが共有して行って、皆が同じような意識を持っていけるようにしますね。」(A 事業所)

3 点目として、チームケアの中で医師や看護職という医療職に対して、家族の気持ちと医療職の方針が異なるときに前者を医療職に伝えて調整することもケアマネージャーの役割として語られている。これは角・高橋(2020b, p.7)において指摘されていたことと重なる。

記録 19：「在宅に帰る前でも訪問診療と看護の連携とかすごい早いんですけど、そこの中に家族がどこまで入っていくかって言った時に、医療から見たターミナルっていうところで連携はとれてるんだけど、ご家族はそここのところのターミナルにどこまで入り込んでいるかって言った時に、在宅をって言った時に、あまり家族の思っているのが表出出来ていない時に、そういう時にケアマネージャーが間にどこまで入れるか。ご家族はそこまでそういう風に思っていないですよって言って。訪問診療と看護がはいつてきてグイグイ在宅に入っていく中で、もしかして流れでなってしまったケースであって、入院を本当は望みたいんじゃないかって言った時に、その時に入院したいですっていう一言がどういって言えるかとか、そういうような感じのところではやはりケアマネが入っていくっていうのは、調整事は当然やることなんですけどもね。サービスの調整。それは大前提であって、ご家族の間に、医療との間にどこまで入り込めるかっていうところが。流れてしまったときに医療との福祉の連携って言った時に、福祉というか医療と家族の間に入る我々の瀬戸際っていうか、家族の気持ち、その辺をどこまで確認して代弁出来るかっていうところじゃないですかね。」(L 事業所)

最後に、家族と担当するさまざまな専門職との相性も考慮して、さまざまな選択肢の確保も試みられている。「どうしても人間、ご家族、お医者様もそうですけど、人間同士であるっていうことで、やはりこちらがいいと思って提案したことで、相性が合わなかったというか、そういう言葉で言っているのか分からないんですが、それでちょっとうまくいかなかったっていうこともあるんですね。そういうときにまた違うこういうあれもありますよって、そこをすぐ提案出来る、またご紹介出来るとか、そういうところも大事なのかなっていう。だから引き出しがいっぱいないと、それが出来ないかなっていう。」というように、J 事業所のケアマネージャーからは、家族と専門職の関係の形成が円滑に進まなかった場合に別の専門職に変更できる、そのような選択肢を確保し遂行することが役割として語られている。

以上より、個々の専門職と家族との間の誤解の回避のためにケアマネージャーからそれぞれに対する働きかけが行われている。さらに個々の専門職と家族や利用者との間でのコミュニケーションを通じて得た情報について、誤解を防ぐために、家族も含めたチーム全体での共有が行われている。そして専門職と家族との円滑なコミュニケーションのために



相性がよくない場合に迅速に新しい専門職を配置することの大切さも指摘されている。

#### 4.2 看護職による働きかけ

それでは看護職は、ターミナル期の家族支援に際して、他の職種に対してどのような働きかけを行っているのだろうか。

まず医療面での指示を出す医師が家族との接点が相対的に少ない現状を踏まえて、家族の思いを医師に伝えることが重視されている。

記録 20：「で、家族に関しても、ご家族は本当はこう思っている、本人にもこう思っているっていうことを先生にはなかなか伝えにくいので、患者さんたちは伝えにくいので、看護師が代弁する。」(C 事業所)

また医療身体面での知識と家族に対する支援の経験を生かして、医師から患者や家族への説明のタイミングの設定は看護職により行われている。

記録 21：「あとは連携という意味では、医師から患者さんに色々説明しなくてはいけない場面がありますよね。元々例えば W 総合病院とかいう大きな病院で余命を宣告されてきた方で、在宅医に引き継いで在宅医が色々進めていく、看取りまでの期間を進めていくわけなんですけども、その間に何度か病状説明をしなきゃいけないときが出てくるんですね。その時期を見極めるのも訪問看護師だと思います。なのでご家族が不安になってる、本人が不安になってる、身体が痛いのは何だとかって言ったときに時期を見計らって、先生そろそろ、こういう不安もあったりこういう症状も出てきてるので、きちっと説明をしていただけますかっていうことをしたり、タイミングを伝えるのがすごく大切。訪問看護師として大切だと思います。」(C 事業所)

以上より、介護職やケアマネージャーと比べた医療面での知識の深さ、医師と比べた利用者や家族との接点の深さを踏まえて、家族の思いを医師に伝達すると同時に医師と家族がコミュニケーションを持つ場を設定する、そのことによる医療面での家族の不安感を和らげる。看護職における医師と利用者の生活環境の双方と接点を持っているという特徴(角・高橋 2020a, p.128)は、このような医療面での介入のタイミングの調整を通じた家族支援に生かされているのである。

#### 4.3 介護職による働きかけ

それでは介護職はターミナル期の家族支援において、他職種と比べたどのような独自性を持っていると考えているのだろうか。

まず利用者の身体状況の長期的な変化を重視する医療職との対比で、その場での利用者の状況を重視しターミナルケアへの家族の動機を高めていく役割が介護職の独自性として語られている。

記録 22：「多職種連携ってと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人で見ている、もちろんそれは同じ。キーパーソンになる方ってと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ところが。医療職は本人の身体を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んですよ。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。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。」(I 事業所)

前述の看護職による家族支援が利用者の身体状況の長期的な変化を見越して対応していたのに対して、ここでの介護職の家族支援は目の前の状況に対する家族への安心感の付与を重視している点に特徴がある。

一方、このような今ここでの家族と利用者との関係を支援する取り組みは、必ずしも医療職の長期的な変化を見越した対応と矛盾するものではない。ターミナル期において家族にとっての悔いのない看取りを実現するには、医療面での的確な状況判断と家族への伝達が必要である。しかしながらそのような状況判断が一時的に家族の不安を惹起してしまう事態も生じうる。そこで家族の精神的な負担を緩和すべく目の前の状況に対する肯定的な意味づけを介護職が行うことによって、悔いのないターミナル期の家族・利用者関係を持続可能なものにしていくことが重視されているのである。

## 5. まとめと考察

前節までの分析結果を踏まえて、ターミナルケアサービスの利用者の家族に対する支援におけるケアマネージャー、看護職、介護職の間の役割分担を要約すると、次のようなことがいえる。

まず、ケアマネージャーからは家族に対して、身体ケアの負担の役割は専門職が担うような調整を行いつつ、ターミナルケアの方針の決定過程への参加を求めることによって、家族の後悔の回避と家族の介護負担の緩和との両立が志向されている。訪問看護ステーションの看護職からは医療情報の収集・提示とそのタイミングの調整による安心感の付与、訪問介護事業所の介護職からは家族介護の方法の具体例の提示によって、家族が必要以上

に利用者の身体状況や自身の介護方法のことで戸惑い、精神的負担を感じなくてすむようにする工夫がされている。医療職である訪問看護ステーションの看護職においても、健康管理に傾いているわけではなく、家族の安心感の付与とそのためのタイミングの調整という点での生活の支援の視点が重視されているのである。

次に、医療依存度の高いターミナル期（高橋 2018, p.113）の家族支援において、家族の心理面に配慮する場合も看護職は医療面での支援・調整という点での配慮に追われることを踏まえて、医療職からの医療情報を知る中での家族の動揺の緩和が介護職やケアマネージャーから行われている。前述のように、医療面での情報の提供は家族の不安の緩和だけではなく現実を知ることに伴う動揺も惹起しうるため、介護職やケアマネージャーによる働きかけが同時に行われているのである。

具体的には、介護職からは家族の悩みの傾聴や現状に対する肯定的意味づけが行われ、ケアマネージャーからは自身ならばこのように考えるというターミナルケアの方向性の具体例を提示することによって、家族によるターミナルケアを持続可能なものにして悔いのない看取りにつなげることが志向されている。リアリティのあるターミナルケアの決定過程の具体例を示すことによって決断に伴う家族の葛藤を緩和しつつ、あくまでも具体例であることを強調することによってケアマネージャーによる家族に対する意見の押し付けが回避されているのである。

加えるに、それまでの家族関係も踏まえて家族の意向を繰り返し確認することによって家族に慎重な吟味の機会が提供されている。そのことによって家族が一時の感情に流された決断によって後悔の念にかられたり、ケアマネージャーの考えに家族が誘導されてしまうことの回避が目指されている。

また家族との関係形成の責任が介護職に偏在してしまわないように家族と専門職との関係の調整も行われている。ターミナル期においては医療職が医療面での家族支援に時間を割かれるがゆえに家族との意見の齟齬への対応、逆に家族が負担の本音を専門職に言わないという事態に介護職が直面しがちである。このようなときにケアマネージャーが家族と介護職との調整を行うことは、介護職への最終責任の負担の集中を抑止する効果もある。

以上のような3職種の役割分担は、家族が介護役割を抱え込み医療面や介護面での情報を正確に理解していないがために家族が不安にかられて思うような介護ができない、利用者に対するその時の感情で介護を避けてしまったあるいはターミナルケアの方針を選択してしまったがために長期的にみて家族の後悔を誘発するという事態の抑止につながっているといえる。

本稿の分析結果を踏まえると、まず医療を家族の生活の支援につながるように有効活用しつつもそのことに伴う副作用の回避を同時に行うことが必要である。利用者の身体状況など医療面での情報が不透明であることは家族の不安を高める。一方で医療面での現状を正確に伝えることが家族の困惑を誘発するという副作用を招いてしまう場合もある。このようなときにどのタイミングでその情報を提示するのかを看護職が的確に判断して医師による診療とそれに基づく家族への情報伝達の場の設定を調整し、それに伴う家族の動揺を抑える働きかけを介護職やケアマネージャー等の多職種が同時に行っていかなければならない。

2点目として、家族の動揺を抑えるための工夫と家族の役割に向けた働きかけのあり方

である。家族にとって後悔が残らないようにするためにターミナルケアの方針の決定過程や介護そのものに参加してもらいつつ、そのことが家族にとって負担にならないような工夫が必要である。また後悔が残らないようにするためにこそ、家族を特定の考えに誘導してしまわないような工夫も必要である。そこでターミナルケアの方針の決定や介護方法の具体例の専門職による提示によって具体例を示して家族の負担を緩和しつつ、それまでの家族関係を正確に踏まえて家族に繰り返し意向を尋ねることによる誘導の回避、悔いのない介護が求められる。

このことは家族支援をパターナリズムと自己決定のジレンマ、両者の間での揺らぎという座標軸のみで考えることの限界を示唆している。これまで家族の意思決定に対する支援は、パターナリズム（支援の担い手による特定の方向への誘導）に対する批判と自己決定の中の不安の二項対立でとらえられてきた。そして、一見当事者の自己決定を装っている支援の中にも担い手による誘導の要素が潜んでいることへの警戒の必要性が述べられてきた（澤井 2005, p.110）。しかし、ターミナルケアに際しての家族に対する専門職からの支援は、家族という支援の受け手と専門職という支援の担い手との二者関係にとどまるものではなく、家族と利用者との関係性に対する支援でもあることに注意する必要がある。そのため、たとえ専門職と家族と一緒に意思決定を行ったとしても、専門職が家族に対して選択肢とその利点不利点の情報を提供して後は家族に決定を委ねる（上記の吉田（2014）や Connolly and Reb（2005）のように、このような方法がパターナリズムを回避しつつ自己決定の負担を緩和する方法として通常想起できる）のみでは、家族が決定の中の迷いに起因する心理的負担（株本 2020, pp.148-149）を受忍できなくなり、それゆえ利用者の死後の家族の後悔を惹起してしまう可能性がある。

以上を踏まえると、ターミナル期の利用者の家族に対する支援は、家族に対する誘導か否かのみで判断するのではなく、どのような働きかけならばどのような効果があり、どのような課題があるのかをケアチームと家族との間で絶えず検証していくことが必要であろう。家族の過剰な介護負担が悔いのない看取りの名のもとに正当化されていないか、医療面での責任を負うことができない介護職に家族への働きかけの責任が丸投げされてそのことが家族によるターミナルケアの抱え込みや家族の精神的負担を誘発しかえって利用者の死後に家族のつらさを残す結果になっていないか。このようなことを絶えずチーム内で検証していくことが不可欠といえる。

・本稿の研究成果は、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」に基づくものである。本稿の分析に使用したデータは、同報告書（2020 年 3 月）に掲載されている。

## 引用文献

荒尾晴恵（2016）「終末期がん患者の療養場所の意思決定プロセスにおける家族の負担感に関する研究」「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会編『遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 3』（公財）日本

- ホスピス・緩和ケア振興財団, pp.96-101.
- 小竹雅子 (2018) 『総介護社会』 岩波書店.
- 角能・高橋幸裕 (2019) 「終末期介護における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」 『総合政策研究紀要』 34, pp.35-63.
- 角能・高橋幸裕 (2020a) 「ターミナル期の多職種連携における福祉職の役割と職種間関係の考察」 『社会政策』 12 (2), pp.125-132.
- 角能・高橋幸裕 (2020b) 「ケアマネージャーの出身職種とターミナルケアにおける対医療職コミュニケーションとの関係の考察」 『総合政策研究紀要』 36, pp.1-18.
- 北村育子・石井京子・牧洋子 (2010) 「特別養護老人ホームで働くケアワーカーと看護師の終末期ケア行動の分析」 『日本福祉大学社会福祉論集』 122, pp.25-39.
- 國本哲史 (2018) 「死の社会学の展開：死の表象研究に向けて」 『一橋社会科学』 10, pp.17-25, DOI: <https://doi.org/10.15057/29571> (2021年1月3日閲覧)
- 株本千鶴 (2020) 「人生の終末期にある人の家族—支援のあり方」、下夷美幸編著 『家族問題と家族支援』 放送大学教育振興会, pp.138-168.
- 厚生労働省 (2014) 『厚生労働白書平成26年版』.
- 厚生労働省 (2018) 『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』 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, [https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo\\_a\\_h29.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf) (2021年1月5日閲覧).
- 澤井敦 (2005) 『死と死別の社会学：社会理論からの接近』 青弓社.
- 瀬山留加・武居明美・神田清子 (2013) 「進行がん患者の家族が抱える苦しみの検討」 『日本看護学研究学会雑誌』 36 (2), pp.79-86.
- 鷹野佳典 (2015) 「イギリスにおける『死別の社会学』の展開 - トニー・ウォルターの議論を中心に—」 澤井敦・有末賢編著 『死別の社会学』 青弓社, pp.28-53.
- 高橋幸裕 (2016) 「特別養護老人ホームにおける円滑な終末期ケアに関する調査研究—京都・大分の調査結果からの考察—」 『尚美学園大学総合政策論集』 23, pp.25-44.
- 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—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」 『明治安田こころの健康財団研究助成論文集』 53, pp.109-118.
- 高橋幸裕・角能・牛草茂丈 (2020) 「在宅介護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」 『公益財団法人協総合研究所生協総研賞第16回助成事業研究論文集』, pp.82-100.
- 中田明子 (2020) 「看護師の『穏やかな最期』という死生観」 『社会学評論』 70 (4), pp.360-378.
- 二木立 (2019) 『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』 勁草書房.
- 羽田圭子 (2019) 「人生100年時代、高齢期に向けて準備すべきこと～自分らしく人生の最終段階を迎えるために～」 『みずほ情報総研レポート』 17, pp.41-51.
- 吉田沙蘭 (2014) 『がん医療における意思決定支援：予後告知と向き合う家族のために』 東京大学出版会.

Connolly, T. and Reb, J. (2005). Regret in cancer-related decisions. *Health Psychology*, 24 (4, Suppl), S29–S34, DOI: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.4.S29> (2021年1月24日閲覧)