

ホームヘルパーによる 高齢者の看取り対応の実態と課題

—訪問介護現場における聞き取り調査結果からの考察—

高橋 幸裕

End-of-life Care for the Elderly by the Home Helper Corresponding Realities and Challenges:

Consideration from Interviews Result in Visiting Nursing Care Field

TAKAHASHI, Yukihiro

Abstract

The user's QOL (Quality of life) is emphasized by a nursing care for elderly people. But it wasn't being considered sufficiently about the last state of the life (how to receive death) politically. Daily life and mortality stood close to the background in Japan formerly, but after life-prolonging treatment was emphasized with medical progress, it's here in having backed away from a home. The percentage of the hospital death exceeds more than death at home in 1976, and the chance to experience death in the daily life is going to be lost by after a while.

On the other hand death was pressing when an education text of nursing work was seen, support method to the user and the family and, it's after that, there is only a little description about correspondence, and one conscious sufficiently is not. It was based on such reality, and it was put in order what kind of problem there was to nurse at an in-home nursing care site.

I conducted an interview survey to consider as a result, what kind of reality and problem there were to the user and the family who hope for nurse at an in-home nursing care site. Because a home help offered the nursing service which premised that the user keeps living, because I didn't have medical knowledge as well as being lack of experience

about nurse when being commissioned to nurse and support it from the user and the family, bewilderment and the case that I'm alarmed became clear.

要約

高齢者介護では利用者のQOL（Quality of life：生活の質）が重視されている。しかし、政策的には人生の最後のあり方（死の迎え方）について十分に検討されてこなかった。その背景に、かつて日本では日常生活と死は密接したものであったが、医学の進歩に伴って延命治療が重視された結果、家庭から遠ざかってしまったことにある。1976年には在宅死よりも病院死の割合が上回って以降、日常生活の中で死を経験する機会が失われてしまうことになった。

他方、介護職の養成テキストをみると、死が差し迫った利用者や家族への支援方法やその後の対応については僅かな記述しかなく、十分に意識されたものとはなっていない。このような実態を踏まえて、在宅介護現場では看取りに対してどのような課題があるのかを整理した。

その結果、在宅介護現場では看取りを希望する利用者・家族に対し、どのような実態と課題があるのかを検討するために聞き取り調査を実施した。ホームヘルパーは利用者が生き続けることを前提とした介護サービスを提供していることから、利用者や家族から看取り支援を依頼された際に看取りに関する経験不足だけでなく医学的知識がないことを理由に戸惑いや不安を感じていることが明らかとなった。

キーワード

ホームヘルパー（home helper）

看取り支援（end-of-life care support）

利用者（care service user）

家族（family）

在宅介護（home care）

多職種連携（multidisciplinary cooperation）

はじめに

ヒトにとって死は誕生と並び最大のライフイベントである。高齢社会を迎えたわが国で介護保険制度の理念の浸透により、人生の最後をどう迎えるかは社会的関心事の一つとなっている。しかし、介護保険法の理念に示されている「自己決定の尊重」、「生活の継続」、「自立支援（残存能力の活用）」などからわかるように高齢である利用者は生涯生き続けるかの如く「死」は意識されてこなかった。同時に、ホームヘルパーや介護福祉士の養成においても十分な教育は施されてこなかった。

また、高齢者を取り巻く環境は高度経済成

長期までのような三世代家族を中心としたものではなく、現在では単身、夫婦のみ、核家族といった少人数世帯が多数を占め、家族に依拠した形での介護を受けることや看取りを行うことは困難な状態となってきている。それに伴い、ホームヘルパーも利用者の看取りに関わることも増えつつある。そこで本研究では調査結果から得られた結果を用いながら、利用者の看取りを支援するホームヘルパーが抱える問題を明らかにする。

1 背景

いまだその名残はあるがこれまで介護は家庭内で行われるものであり、女性、特に娘や

嫁が担うものとされてきた。高度経済成長期頃以降、介護を必要とする者の環境は大きく変化してきた。例えば、介護を担ってきた女性の社会進出が進んだことにより自宅で介護ができなくなり最期を迎えられにくくなったこと、核家族化が進展（世帯人員の縮小）し介護できる人員の余裕がなくなったこと、衣食住の環境改善や医療技術の発展⁽¹⁾により男女の平均寿命は長寿命化することになったこと、病院死が在宅死の割合を逆転したことなどがある。病院死が在宅死を逆転したのは1976年のことである。〔図1〕その理由の一つに1973年に老人福祉法を改正し、老人医療費公費負担制度（医療費無料化）の導入を行ったことが影響している。この老人医療費公費負担制度により、医療技術の発展による

延命治療の普及も相まって高齢者にとって病院をさらに身近な存在とした。1970年代は高齢者の介護は家庭内の問題であるという考え方が一般的であり、死は日常生活の中に密接なものとして位置づけられていた。これにより病院死の割合が急速に高まり、家庭内における死の距離が遠くなっていくこととなる。現在では病院死が約8割、在宅死が1割強となっている⁽²⁾ことから、死は日常生活から切り離されてしまった。

時代は平成に入り、高齢化社会対策として1989年に厚生省は「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略（ゴールドプラン）」を策定したことを初めとして、1994年に「高齢者保健福祉5ヵ年計画（新ゴールドプラン）」が、1999年に「今後5ヵ年間の高齢者保健福祉施策の方

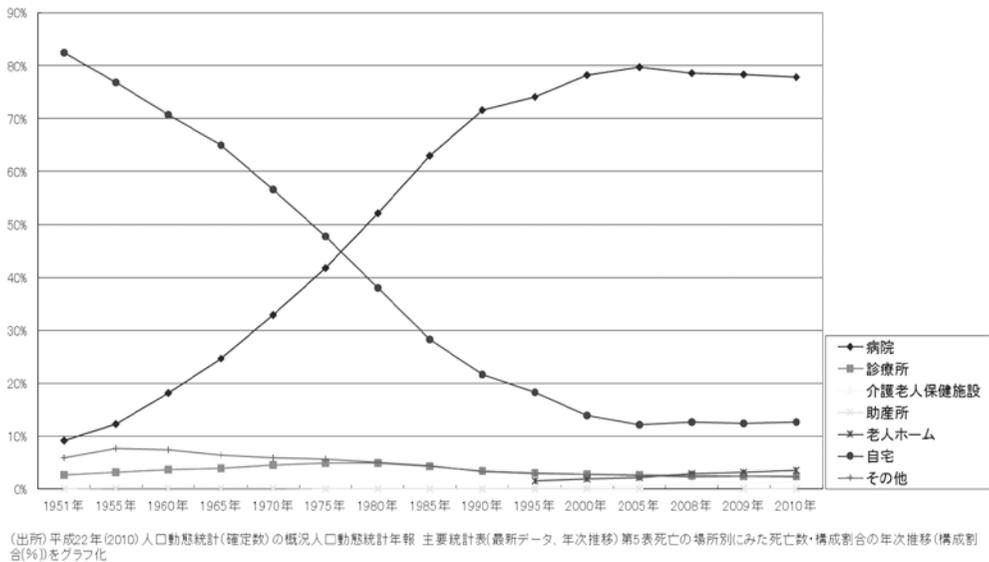


図1 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移

- (1) 医療技術の発展は生命をできるだけ維持することを念頭に置いた治療も行われるようになり、その患者の姿を「スパゲッティ症候群」と揶揄する言葉まで生まれた。スパゲッティ症候群とは、患者の体に治療や救急処置を行うためにチューブや医療機器のコードを取り付けられた状態を指し、その状態がスパゲッティのように見えることを言う。
- (2) 平成22年(2010)人口動態統計(確定数)の概況人口動態統計年報 主要統計表(最新データ、年次推移)第5表死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移(構成割合(%))

向（ゴールドプラン21）」が策定され、2000年には介護保険制度（1997年に介護保険法成立）を開始した。いずれの政策・法制度を見ても死に関することは触れられていない。あくまでもそれは要介護者を抱えた家族の介護負担の軽減をすることが政策目的として位置づけられていたからだ。社会福祉基礎構造改革によって措置から契約へと福祉制度の在り方が変わり、同時に施行された介護保険法の理念も同様であった。つまり、高齢者福祉政策において「死」は対象としてみなされてこなかった。

このような経過から死は日常生活から切り離されて病院へ移行してきたこともあり、歴史的にホームヘルパーの養成カリキュラムでもターミナルケア（看取り）に関する学びはほとんど含まれていなかった。振り返ってみると本格的にホームヘルパーの養成が行われるようになったのは、1982年に70時間の入職研修として制度が導入されて以降のことである⁽³⁾。主要なものとして、ホームヘルパーの養成は2013年3月までは訪問介護員養成研修課程1、2、3級課程があり、4月からは介護職員初任者研修となっている。各課程のカリキュラムの目的は、3級課程（学習時間

50時間）では「訪問介護員が行う業務に関する基礎的な知識及び技術を習得すること⁽⁴⁾」、2級課程（同130時間）では「訪問介護員が行う業務に関する知識及び技術を習得すること⁽⁵⁾」、1級課程（同230時間）では「2級課程において習得した知識及び技術を深めるとともに主任訪問介護員が行う業務に関する知識及び技術を習得すること⁽⁶⁾」とされていた。現行制度である介護職員初任者研修では「介護職員初任者研修は、介護に携わる者が、業務を遂行する上で最低限の知識・技術とそれを実践する際の考え方のプロセスを身につけ、基本的な介護業務を行うことができるようにすることを目的として行われるもの⁽⁷⁾」としている。

それぞれのテキスト内容を見ると、ターミナルケアについて記されているのはいずれの課程にもあったが、記述が最も多いのは1級課程であり、その他は数ページから多くても20ページ以下であった⁽⁸⁾。すなわち、主たる資格取得者が2級課程で学んでいたことからその養成カリキュラム上、利用者の死はケアをする上での前提とされていないことになる。ただ、現在の養成制度である介護職員初任者研修は2級課程と比較して看取りについ

(3) ホームヘルパーの養成制度はその後幾度か見直しが見られ、2013年3月まではホームヘルパー1級、2級、3級、そして2006年から介護職員基礎研修が行われていた。2013年4月からホームヘルパー（介護職員）の養成制度は変更されており、現在は介護職員初任者研修が介護職員養成の入門的な位置づけの制度として導入されている。

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

(5) 同上。

(6) 同上。

(7) 高知県庁「介護職員初任者研修について」（2015年11月9日閲覧）http://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/060101/2015063000254.html

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

てより学ぶようになったが、制度が言え切り替わって間もないことや利用者の看取りについて十分に学んでいないホームヘルパーの2級課程修了者が大半を占める中で死を包括した質の高いケアを提供できているとは言えない。2015年には高齢化率が26%を超えかつ人口減少期に入った現在、介護保険制度の理念の浸透もあり、人生の最後をどのように幕引きしていくのが問われてくる中で、ホームヘルパーによる看取りを支援していくためにどのような課題があるのかを検討する必要がある。

2 先行研究・調査

看取り、ターミナルケアをキーワードとした先行研究・調査、出版物を確認したところ、全体として共通することは福祉を対象に研究する者による成果はあっても介護職含む福祉職による先行研究・調査や出版物については見当たらなかった。またターミナルケアについて叙述したものは医療職（医師、看護師等）や医療系大学に勤務する看護師資格を持つ教員によるもので占められていた。

例えば、能川 et, al (2002)、荒木 et, al (2004)、藤沢 (2005) は看護の視点から事例研究を行ったものである。これらの研究は在宅がフィールドであっても主体が看護師であることを前提として、事例研究や統計データから分析を行い課題について言及している。

また、先行研究・調査において舞台となるのは医療現場（病院）が多いことから、高齢者は在宅での「利用者」という立場ではなく「患者」であり、本稿が前提としているホームヘルパーの支援による在宅での看取りについて検討されているものはなかった。すなわち、ターミナルケア（看取り）は「1 背景」で示したように病院で行われるものであるこ

とが前提となっている。

とりわけ、看護による視点からの分析と考察が多く、ケア＝看護という構図が読み取れるのが特徴と言ってよい。ただ、ケアは看護の領域だけでなく福祉の領域でも用いられるものであり、概念的には医療と福祉におけるケアの根本はつながっていることから、福祉職の視点は必要なものである。実際に近年の介護は在宅と施設ともに単一の職種だけで対応することは少なくなってきている。複数の職種によるケアが行われていることを踏まえると看護師だけの視点では看取り、ターミナルケアの実践を検討することは十分ではない。

3 調査目的

人生の最後を自宅で迎えたいと考える利用者が増加しているが、実際は病院死が約8割である。核家族化が進んだ今日、家族からすれば利用者を自宅で看取りをすることは様々な困難と課題がある。利用者本人の要望を実現するためにもホームヘルパーによる支援がどのようにして行われており、そこでの実態と課題を明らかにする。

4 調査方法

4.1 調査時期

2013年7月29日（月）～10月4日（金）

4.2 調査対象

調査対象者：在宅利用者の看取りまで担当経験があるホームヘルパー21人
調査地域・法人：民間企業（千葉県、滋賀県、奈良県、大分県）、医療法人（奈良県、福岡県）、社会福祉法人（千葉県）、NPO法人（大阪府）

4.3 問い

在宅介護現場においてホームヘルパーが高齢者の看取りに関する支援についてどのような実態と課題があるのか。

4.4 仮説

ホームヘルパーは資格取得時に死と看取りについて学ぶ時間が十分なかったことから、看取りに関する知識と技術を有しないままで支援を行っており、常に利用者の急変時の判断や対応についての不安を抱えながら職務に当たっている。それ故、ホームヘルパーとしての専門的な支援が行えていない。

4.5 調査方法

1対1で半構造化面接法にて聞き取りを行った。聞き取り時間は60分以内とした。調査開始時にインタビュー方法の説明を行い、調査対象者の了解が得られた後に同意書に署名捺印をしてもらった。記録方法は調査対象者の許可を得てICレコーダーにて録音をした。

4.6 倫理的配慮

本稿を執筆するに当たり、調査実施当時、筆者が在職していた帝塚山大学における研究倫理委員会に以下の内容にて申請を行い、承認された上で調査を実施した⁽⁹⁾。研究倫理審査申請書一部を抜粋したものを掲載する。

①研究等の対象となる個人の人權の擁護

生データは公開しない。本研究結果を成果として公開する場合、協力者の氏名や施設名、個人が特定できるものについてはすべて記号に置き換える。質問内容はあくまでこれまでの経験談について尋ねることであり、個人の思想、理念、信念などに立ち入らないように配慮したものを策定する。そして、イン

タビューを行う場所は、協力が得られる法人の応接室など第三者に話が聞かれない場所をお借りして内容の秘匿に注意を払う。

②研究等の対象となる者に理解を求め、同意を得る方法

インタビュー調査を依頼する際に法人責任者に内容を説明し、その上で人選を行ってもらう。協力が得られる対象者には、インタビュー開始前に書面を用いながら趣旨と質問項目の提示を含めて内容説明を行い、了解が得られた時点で同意書に署名と捺印をしていただく。その際には丁寧に説明を行うのはもちろんの事、疑問点や不明なことがある場合についてはしっかりと時間をかけて説明を行う。

③研究等によって生ずる個人への不利益及び危険

本研究ではヘルパーが利用者の看取り経験の実態と課題について聞くが、その内容に関する可否の判断はしない。客観的な事実のみ記載する。万一、この研究で協力者に何らかの不利益や危険が生じた場合は分析対象から外すことを行う。その上で、協力者には問題が生じた原因について十分に説明を行い、誠意をこめて謝罪する。

4.7 質問項目

- ①ホームヘルパーとしての看取り経験について
- ②看取りを依頼されてから実施するまで
- ③チームケアとしての連携について
- ④看取りケアをしている際について
- ⑤看取りケアを終えての対応について
- ⑥その他

4.8 分析方法

得られた音声データを文字化した後に、

(9) 2013年4月19日申請、同6月5日帝塚山大学学長承認

KH Coderを使用し関連するキーワードを抜き出し、テキストマイニングによって分析を行った。分析したデータをKJ法にて分類をした。

5 結果（調査対象者概要）

今回の調査では全国（千葉、滋賀、奈良、大阪、福岡、大分）に所在する法人に協力を得た。その意図として、ホームヘルパーが担う看取りに対する課題に普遍性を見いだそうとするためである。

調査に回答した人の性別は、男性が3名、女性が18名であった。

調査に回答した人の年齢は、最年少が31

歳、最年長が66歳であり、平均年齢は49歳であった。

調査に回答した人の保有している主な資格（複数回答）は、介護福祉士が最も多く18名、次いでホームヘルパー2級が15名であった。

調査に回答した人の仕事上の看取りの担当件数は、平均7.4件であった。最少件数は1件、最多件数は30件であった。

調査に回答した人の介護の仕事歴は、平均すると12年3ヶ月であった。最短1年8ヶ月、最長は19年1ヶ月であった。

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16名で最も多く、次いで医療法人が3名、社会福祉法人とNPO法人がそれぞれ1名であった。

表1 調査実施概要

番号	調査実施日	調査地域	性別	年齢	主な取得資格	経験年数	看取り担当件数	法人種別
1	7月29日	奈良	女性	32	介護福祉士	9年3か月	4	民間企業
2	7月29日	奈良	女性	50	介護福祉士 介護支援専門員	14年	10	民間企業
3	8月1日	奈良	女性	43	ホームヘルパー2級	10年	5	民間企業
4	8月1日	奈良	女性	55	介護福祉士 介護支援専門員	13年	20	民間企業
5	8月12日	千葉	男性	41	介護福祉士 介護支援専門員	8年	10	民間企業
6	8月12日	千葉	女性	49	介護福祉士	9年	5	民間企業
7	8月14日	奈良	女性	64	介護福祉士	17年	5	医療法人
8	8月14日	奈良	女性	52	介護福祉士 介護支援専門員	17年4か月	30	医療法人
9	8月14日	奈良	男性	48	介護福祉士 介護支援専門員	13年4か月	10	民間企業
10	8月24日	千葉	女性	54	介護福祉士 介護支援専門員	18年	3	民間企業
11	8月24日	千葉	女性	66	ホームヘルパー1級	10年	5	民間企業
12	8月25日	千葉	女性	61	介護福祉士	17年	3	社会福祉法人
13	8月26日	千葉	女性	60	介護福祉士 介護支援専門員	10年8か月	5	民間企業
14	8月26日	千葉	男性	31	介護福祉士	10年	3	民間企業
15	8月28日	大分	女性	32	ホームヘルパー2級	1年8か月	2	民間企業
16	8月28日	大分	女性	40	介護福祉士	6年8か月	5	民間企業
17	8月29日	福岡	女性	59	介護福祉士 介護支援専門員	12年3か月	1	民間企業
18	8月29日	福岡	女性	53	介護福祉士 介護支援専門員	19年1か月	4	民間企業
19	8月29日	福岡	女性	49	介護福祉士	9年11か月	1	医療法人
20	9月17日	滋賀	女性	42	介護福祉士	15年6か月	20	民間企業
21	10月4日	大阪	女性	47	介護福祉士 介護支援専門員	15年2か月	5	NPO法人

※調査は全て2013年内に行っている。

※経験年数は在宅と施設の勤務年数を合計した数値である。

6 考察

6.1 看取り期に入る判断から看取り（亡くなる）までに至るプロセス

看取りは本人の意思もしくは家族の意思によって在宅で行いたいと希望するケースに大別される。本人からの場合は意思表示ができる段階で、家族からの場合は意思表示ができなくなった本人に代わって希望されることが多い。看取り期に入ったかどうかはホームヘルパーが最も利用者の状態を1次的に把握していることを踏まえ、そこから得られる情報⁽¹⁰⁾も取り入れながら看取り期に入るかどうかの判断を医師が行う。

看取り期に入ったと判断された時点で医師・看護師、或いはケアマネジャーやホームヘルパーなどが利用者の状態について家族に状況説明を行う。その後、関係者によるカンファレンスが開かれ、今後の方針について話し合われる。例えば、利用者・家族のニーズはどのようなものか、ケアプランの変更は必要なのか、変更されるのであればどのようなところを重点的に行うのか、利用者の急変時の対応方法をどうするのか、家族や医師への連絡体制にどのように対応するのか、そして、利用者の亡くなった場合の対応方法といったものである。ただ、方針決定後に看取りの支援が急に始まるのではなく、これまでの支援を継続的にしていくなかで緩やかに進められていくことになる。

そうして緩やかに始まった看取り支援は、利用者の健康状態と家族の意向を汲みとりながら柔軟に変更しながら対応していく。イメージとしては飛行機が空港に着陸するように行われていく。そして、利用者の最期の瞬間

まで支援は続けられることになる。今回の調査を通じて得られた看取り支援は、大きく分けて3つの場面に整理することができた。1つ目は看取り支援の開始、2つ目は看取り支援中、そして3つ目は利用者が亡くなった直後とそれ以降の対応である。この3つの場面を①から⑤に分けて検討を行う。

- ①看取り期に入る判断がなされ、利用者や家族からニーズの確認をする。
- ②看取り支援の開始から亡くなるまで。
 - －利用者に関する事柄－
- ③看取り支援の開始から亡くなるまで。
 - －家族に関する事柄－
- ④看取り支援の開始から亡くなるまで。
 - －ホームヘルパーに関する事柄－
- ⑤利用者の死の直前から亡くなって以降における対応の課題

次節からそれぞれの場面と立場について、ホームヘルパーによる発言から実態と課題を検討することにする。

6.2 ①看取り期に入る判断がなされ、利用者や家族からニーズの確認をする。

利用者の身体状況から看取り期に入ったという判断がなされてから、今後の方針が決定される。その際に必要なことは利用者や家族のニーズを確認することである。

「まずは緊張をほぐさないと本人の気持ちも聞き出せないですし、自分自身もどう接していいかわからない。」

ホームヘルパーは死が近い利用者に対してどのように接してよいか分からないことから戸惑っていることが分かる。それは死が

(10) 日常的に記録されているバイタルの状態、食欲、排尿量等の変化。

近いことで慎重さが必要であると感じつつ、不用意な発言をしてしまうのではないかと、いう不安があるため、どのような立ち振る舞いをしてよいのかが分からないことが伺える。

「まず（病院から自宅へ）ターミナルで帰ってこられた当初は、ニーズというよりまずごはんを食べてもらって、元気になってもらわないというのがありましたので、そこからご本人さんやとニーズが聞けるのかなあと、－中略－それができてニーズがご家族のニーズが聞けるし、ご本人のしたいこととか希望もやっと言えていくのかなあと。」

「その方自身が、どうしても気持ち的には後ろ向きというか、あんまり頑張ろうという気持ちよりももう死んでしまいたいと、最初（に）ちょっと思ってたのだったので、そういう面でもまずは声掛けをして『お母さん、元気になってきたね』とその一言ひとこと声掛けでまずは実感していただいて、そこからまたお母様のしてほしいこと息子様のしてもらいたいことを聞いていってますね。」

この2つの発言はいきなり利用者のニーズを聞くということをするのではなく、まずは話ができる状態を作ろうとしていることが分かる。支援開始のための導入部分ではホームヘルパーは何をおいても利用者・家族のニーズを把握前の環境づくりの作業に力を入れていることが分かる。ニーズの確認がしにくい状態となっているのには2つの要因が考えられる。1つは体力的な側面、もう1つが精神的な側面である。前者の場合、体力的に低下していることから十分に話せるだけの余裕がない状態である。後者の場合、精神的に落ち

込んでいることから話をしたくないという状態となっている。

担当する利用者が看取り期に入ってからニーズを確認するまでの対応の課題は以下のように整理することができる。ホームヘルパー自身が死について十分に学んでいないことから、利用者や家族に対しての接し方や立ち振る舞い方が分からないこと。これに関連してノウハウがない中で利用者や家族にニーズを確認しようとした際にもいきなり話を切り出すことは難しく、体力的精神的にニーズが聞き出せるまでの回復ができるように環境整備をすることが求められる。それゆえ、ケアプランだけでは分からないニーズを確認することは困難である。

6.3 ②看取り支援の開始から亡くなるまで。－利用者に関する事柄－

①をクリアすることができて、次の段階に入ると実際に看取り支援が開始されることになる。看取り支援ではここが主たる場面となる。そこで看取り支援が行われている時期において利用者、家族、ホームヘルパーの各立場での課題とはどのようなものなのかをそれぞれ整理したい。最初に利用者のニーズを踏まえて対応するホームヘルパーの思いについて取り上げることとする。

「やっぱりご本人の希望、－中略－私たちとしてみれば仕事柄、これもこれもできるんだから、したらいんじゃないっていう風に思うけれども、ご本人さんが何かそれなりの考えを持ってる方もいらっしゃる。」

「（利用者自身が認知症や意識がなくなるなどして）もう何も分からなくなれば、またご家族の希望になるでしょうけど、ご本人が自分の意思を言える間は、やはり自分の

意思を通してあげたいなっていうことは感じています。」

在宅介護現場では看取り期に入ったとしても支援の前提となる利用者本位は変わらないが、利用者の意思を尊重することの大切さに対して、間もなく死を迎えるのだから多くの選択肢を提供したい、多くのことをしてあげたいなどのジレンマに掻き立てられていることが分かる。これは利用者が亡くなった後にホームヘルパー自身が「あの時、こういうことをしておけばよかった」と後悔する要因の一つに挙げられる。

次に、利用者の僅かな身体的な変化の見極めについての難しさについてである。

「日々毎回同じヘルパーが入っていて同じように毎日顔色とか表情とか声－中略－、担当が日々変わっていったまにしか見ないと（利用者の変化が分からないので）－中略－どの時点で（医師などに）電話をかける（のかを判断したりするのが）、－中略－っていうそういうところがすごく不安ではあります－」

看取り期にある利用者の要介護度は高く健康状態も不安定である。それ故、バイタル、顔色、声掛けをした時の反応、食欲、排尿量・排泄量の変化などから日常的な観察をして僅かな変化に気が付くことが求められる。ホームヘルパーの職務は利用者の支援であるが、日常的な様子についても観察し医師や看護師に伝えることも求められる。それにより適切に処置できることにつながる。そういった意味で看取り期に入った利用者の健康状態の観察は生死にかかわることであり、急変が生じた際には適切な対応をとれるだけの判断材料がなければ不安が増すということになる。

そして、看取り期に入った利用者に対する立ち振る舞いの難しさについてである。

「病名のことであったり、本人さんも多分分かっているんだけど、そういう死につながるような言葉はあまり出さないとか、そういう関連性のある声掛けがないようになるべく違う言葉を掛け、やっぱり声掛けが一番難しかったように思えます。」

ホームヘルパーが苦心するのは利用者に対する立ち振る舞いである。死に関する発言はネガティブな要素があり、また相手を傷つけかねないことにもつながる。そのため、ホームヘルパーはできる限り細心の注意を払った発言や立ち振る舞いをするのが求められる。ここで最も難しいと言えることは、どのようなことが相手を傷つけてしまうのか、関連付けられてしまうのかという線引きを一律にすることができないことである。

看取り期に入った利用者に対する事柄の難しさとは、日常生活から看取り期へ移行していく中でも利用者の意思や希望を尊重して支援する前提は変わらない一方で、日々状況が変わりやすい体調変化の判断の難しさへの対応、そして発言と立ち振る舞いに対して細心の注意を払うことである。

6.4 ③看取り支援の開始から亡くなるまで。－家族に関する事柄－

看取り期にある利用者の支援を行う中で家族の存在を無視することはできない。家族は利用者の死期が迫っていることをどのようにして受け止めているのか、どのようなことが求められるのかを検討する。最初に家族に対するコミュニケーションについて検討する。

「家族には見られない（対応することがで

きない)部分もたくさんあったので、色々ご相談しながらいってましたけど。」

「ターミナルのターミナル(終末期における死の直前)っていうのは家族さんがメインでやらないといけないんで、やっぱりヘルパーさん(の)仕事は家族さんを支えるんで家族さんとのコミュニケーションだと思っと思うんですよ。」

「家族の意向とかも、(看取り期に入った)その時点で結構綿密に話をするので、-中略-十分にできたんじゃないかなとは思いますが。」

介護サービスを利用する背景には家族だけの介護では限界がある。支援をするにあたって、家族も当事者としての立場があることからコミュニケーションをとることが大切だということが分かる。そのためには通常時の支援よりも意識を払いつつ、利用者が看取り期に入ったことを踏まえた家族とのコミュニケーションを取っていかないといけない。

そして、ホームヘルパーは家族の利用者に対する思いを踏まえた対応をしていかなければならないのは言うまでもない。では、どのような発言がされているのか確認する。

「(遅かれ早かれ利用者が)亡くなられるっていうのを家族さんもちょっとある程度わかってはってのケアになると、どうしても本人さんに対する気持ちとかがやっぱり辛っていう気持ち(は)家族さんはあるし、やっぱりこうしてあげたいって思ってることたくさんあると思うので、それは何気ないお話の中でちょっとこう聞かせてもらったりとか、それから自分たちではできない専門的な部分とかね。」

「やっぱり気持ちよく最後を迎えさせてあげたいという気持ちのご家族様も強いと思うのでね-」

「もうご家族さんは-中略-本人も自分がやりたいようにさせてくださいっていう、別に何かニーズがあるっていうわけではなく、本人の意思を尊重して下さいっていう感じだったんですね。」

上記の発言を踏まえると、家族の意向は利用者にとって安楽かつ本人の意思を尊重してあげたいという思いが強いことが分かる。すなわち、家族の意向と本人の意向が合致した場合に支援が行いやすくなる。しかし、次に検討する家族からの要求では、利用者の意向と対立する場合を紹介する。では、家族からの要求での課題とはどのようなものなのだろうか。

「息子さんとやっぱり中には細かく言ってくる家族もいますけど、その方は言わない分だけなんか私たちも言いたくなくて会話がでないのか、そこらへんがちょっとね、難しいとこでした。」

「医療的なのをご家族から言われても、やっぱり家族の人から先生がこういう風にしておいてくださいって言われても、ちょっとその都度その都度言い方が変わったりすると、伝わり方が変わっていく。」

「ご家族様の意向が強いんで、ご家族様のやり方でやらせていただくんで、逆に難しい部分っていうのがすごくあったんです。」

家族の意向は時として支援をする側を悩ませることがある。利用者の意向と対立するも

の、利用者・家族双方からニーズを聞き出しにくく対応に苦慮すること、医師の指示を超えるなどして職域外の対応を求められること、家族独自の方法による方法を取らないといけないことで支援上の負担が大きくなるなどである。これらの状況が生じた場合には家族と支援の在り方について調整を行うことになるが、家族は利用者の死が近いことでナーバスとなっている可能性もあるので慎重さが求められる。

看取り期の利用者を抱えた家族の意向は理想的には利用者とは一致している状態であるが、対立した際にどのように対応するかというノウハウが蓄積されていなければ現場は混乱することになる。そういった混乱を回避するためにも利用者と家族の双方が納得できる形での提案と調整ができる姿勢を示すことが必要と言える。

6.5 ④看取り支援の開始から亡くなるまで。－ホームヘルパーに関する事柄－

看取り期の支援ではホームヘルパーは様々な対応が求められると同時に、利用者・家族を最も長時間接する立場にある。上述したようにホームヘルパーとしての学びで十分に看取りについて知識を有していない者が少なくない。そのような中で看取りも含めた支援は医療職などの多職種が参加することもあり、連携や情報の共有がより重要なものとなってくる。また、支援の慎重さやデリケートさが増すと考えられる。支援に際してどのような課題があるのか。最初に医療に関する課題について検討してみる。

「やはり判断に困ることはありますよね。あんまりそんな医学的な勉強をしているわけではないので、本人が大丈夫と言えそれを信じちゃうし。」

「もっと私たちができる医療知識があったりとかすると、例えば手をどうやったら痛みが軽減されるとか、足をこうすると少しはいいとか、もう少し専門的なことの知識があると、もっともっとその痛みの軽減もできたし、－中略－勉強不足だったかな。」

「(利用者にケアをして) きついかか痛いかと言われることに対してどこまで、例えばおむつ交換をさせてもらっている時とかも、さすってあげるとか無かったので。私たちは介護の知識しかないじゃないですか。医療的知識がないので、介護としてももう少し色々知識を持っていたほうがいいのかなって。」

「詳しい医療を知るには、もうそれは専門があるので別ですけど、最低のところはやっぱり必要。」

このように健康状態が不安定な看取り期にある利用者を支援することは様々な場面で対応に苦慮することがある。例えば知識がなく対応できない場合、判断に困る場合である。ホームヘルパー自身は少なくとも医療に関する知識を有することが看取り期の利用者を支援するうえでも必要であると感じている。

次に、ホームヘルパーが支援をする中でどのようなことについて不安を感じているのかを確認する。

「どの時点で救急車を呼ぶかとか、どの時点で家でまだ対応できるかという判断は難しい、すごく難しいんですね。－中略－そのこの区別というか境がすごく不安、専門でないところに不安があると思います。」

「誰か一人が変わったケアしたそれだけで

状態がその人が変わってしまうかもしれない。」

「裏返しに言えば、私でなくて良かったわ。まあ、内心そういう部分はありますよね。自分がその現場に居合わせたらどうしよう、どうしていたかな。っていう、裏返せばね、冷静にいるつもりが、その現場ではどうなるかなと思いますけどね。」

看取り期にある利用者の急変はいつ何時生じるか分からないことや医療に関する知識がないこともあり、自分の時は何も起きてほしくないという一方で、何か起きた際にどのような判断や対応をすることが適切なかが分からないことが課題として挙げられる。また、いつもと違うケアをすることが急変の原因となることも考えられることから、対応策を持ち合わせていないホームヘルパーは不安を募らせている。

そして、看取り期にある利用者は健康状態が不安定なため、急変が生じることも珍しくはない。その場合、どのような姿勢がホームヘルパーに求められるのであろうか確認する。

「(利用者に関わらず) 特別にはバタバタしません。他の所でバタバタしていてもターミナルの前では落ち着いた立ち振る舞いをしています。ご本人やご家族を動揺させないように急変があったら思われないうようにさせてもらっています。それと、今の状態をご家族の方に話ができるようにと思っています。」

「病状が急変して状態が悪いなあって時に冷静に(する)っていうことですね。こちらが動揺してしまうと本人さんも不安やしお手伝いさしてもらっている家族さんも

不安なので—中略—いよいよかって時にやっぱりお辛いのは家族さんやから私たちは冷静にですね。そんなにニコニコとかはしないですけど、普通な顔をしてやっぱり大丈夫ですよって顔をしてそこにいないといけないと思っていますね。動揺はしてはダメだと思いますね。」

「現場では、絶対に大丈夫ですよ。何かね、声掛けることもないですけど、特別に、ただそれがあるがままの状態やということで私たちは考えないとそれで、取り乱したら本人さんも家族さんも余計混乱しるので私たちは平静にやっぱり冷静にそういう姿勢をもつのは大事やとすごく思います。」

「ご本人やご家族を動揺させないように急変があったと思われないうようにさせてもらっています。」

利用者の急変は看取り期であろうとなかろうと生じるリスクがある。ホームヘルパーに求められる立ち振る舞いは冷静さを持つこと、落ち着いて状況を把握することである。利用者の急変が起きた場合、家族だけでなくホームヘルパーも混乱に陥ることが想定される。急変は死にかかわる問題でもあるので、ホームヘルパーがどのような状況となっても冷静さが保てなければ、対応できることも対応できず問題が拡大することになる。リスクマネジメントの観点からも冷静さを保つこと、落ち着いて対応することができるようにならなければならない。しかし、ホームヘルパーはその訓練を十分に受けていないことから、誤った対応をしてしまう恐れがあることが課題として挙げられる。

そして、看取り支援をより質の高いものと

するには関連する専門職との連携もしていかなければならない。多職種連携は介護保険制度が開始されて以降、本格的に取り組まれてきているが、看取り期にある利用者を支援する場合の課題とはどのようなものなのか。

「医療側の意見、介護側の意見っていうのがちょっと連携（するの）が難しかったかなって正直に言うと思いました。」

「情報っていうのはお互いよく知り合っていないかなきゃっていうところで、連携はすごく大事なものになってくるかなとは思ってはいます。」

「多職種連携の方法とかノートとかあるんですけど、行った時のヘルパーの判断ってけっこう難しいですよ。－中略－看護師さんだったりとか（を）呼んで救急車で呼んでもし病院行って点滴1本で帰ってきて、なんでもなかった方がいいので、そういう意味ではすごい連携はとれてたじゃないかなあと思うんです。」

いずれの発言も多職種連携が重要であるという認識であるが、どのように連携をしてよいかかが明確にできていないことが分かる。その理由は上記に記した利用に関する専門性の違いから生じる知識不足が背景にある。知識がないことで職業間の結びつきがしにくくなっている。専門性の深さから言えば、医師、看護師、ホームヘルパーである。この場合、ホームヘルパーは専門性のレベルで医師や看護師の水準に合わせようとして難解な専門用語を駆使するのではなく、医学や看護学に関する知識を習得する姿勢を持ちながらも分かりやすい言葉や説明でコミュニケーションが取れるように合わせてもらうことを求め

る必要がある。

ホームヘルパー自身が有する課題は知識を深めること、冷静かつ的確な急変対応ができるようロールプレイングや自己学習を繰り返すこと、そしてチームとして多職種連携が円滑に行えるようにするよう他の専門職と積極的な関係性を構築していくことである。

6.6 ⑤利用者の死の直前から亡くなって以降における対応の課題

様々な支援の結果、利用者が亡くなった際の課題はどこにあるのだろうか。利用者が亡くなる場面での対応は非常にデリケートなものである。また亡くなった後の対応をどのようにするのかということも看取り支援では含まれることもポイントとなろう。では、利用者が亡くなる直前の場面ではどのような課題があるのか確認する。

「苦の無いように、苦しまないようにやっぱり安楽にという気持ちがやっぱり大事、大切だと思うんですけどね。」

「痛くないように、利用者さん自身が苦しくないようにとかそういうようなすごい気を使いますね。－中略－その体位一つにしても、状態にしても、水分補給とかにしても、お水でも摂取することにしても、食事にしても。やっぱりしんどかったら大変なので本人さんがしんどくならないようにすごく考えますね。」

死の直前にある利用者の苦痛は様々なところから生じていることから、支援者としてはそれを軽減することが求められる。知識的技術的な面においてホームヘルパーだけでは苦痛の除去は困難である。そのためには利用者の苦痛の原因がどこなのかを医師や看護師と

共有したうえで、苦痛を緩和する方法を講じることが必要である。

その後、利用者が亡くなった場合、残された家族へのケアが求められる。心のケア（グリーンケア）である。訪問介護事業所は家族に対する心のケアをするために、どのようなことを行っているのか。

「印象深かったことは－中略－、（担当していた利用者が）亡くなってからお線香をあげに行った時に旦那さんが言った言葉－中略－。（旦那様と）二人で話した時に、『A（調査協力者）さんが見舞いに来くると思わなかった。だけど（亡くなった妻のために）お線香をあげに）来てくれてホント嬉しかった』って。－中略－（生前、）本人と話をしていた時に、（旦那様が）本人の笑顔が見られていたんですね－中略－。本人の笑顔を見たのがその最後だったらしかったんですよ。」

今回の調査では明らかとなった対応は、葬儀の際に弔電を打つ、参列する、後日訪問して線香をあげること、場合によってはハガキを出す対応であった。遺族との面会時にはいくらかの声掛けはなされていたが、訪問介護事業所としてそれ以上の対応はしていなかった。利用者が亡くなってから葬儀、それ以降の対応について遺族のニーズの把握が手薄なところもあることから、必要に応じた対応が求められる。

翻って、利用者の看取りを終えてからホームヘルパー自身の課題とはどのようなものが挙げられるか。

「反省点は（利用者と）もう少し関わる時間がほしかった。」

「本当にそういうところで歯がゆいです。何かできたらなあって思いは。ターミナルに関わることにごく感じますね。もっと自分が医療（に）触れたらすぐにできるけど、それができないっていうところで。」

「精神的な弱さがすごく出たかなあと思います。やっぱり（看取り支援を担当し始めた）最初のころは。いつ亡くなるか分からないし、この方も頑張っているっていうのは頭では分かっているんですけど、自分なかでしんどさしか残らなかった時とかもたくさんありましたね。とりあえず早くこの業務ですね。業務を終わらせたい。そこまでの余裕がなかったんだと思います。そういう点でもすごく未熟だったなあ。」

ホームヘルパーが感じる課題は2つに分けられる。一つは介護保険制度による制限があることで十分にかかわることができなかったこと。もう一つは、死というものは現在の我々の生活の中では遠いものとなっているためか、どこか恐れを感じ十分な対応ができていなかったという点である。利用者が亡くなるということそこで支援は終わりとなるということの意味し、それ以上の支援はできない。それ故、制度上の制限と死に対する恐れから本当にこれでよかったのかという自問自答につながる。

そういったホームヘルパーの心のケアをするには訪問介護事業所による対応が求められる。では、どういったことが求められるのか。

「みんな同じような気持ちも持ってやるのは、厳しいとは思いますが、（利用者宅に）入った時にどうしよう、どうしようって気持ちを持ちながらみなさんドアを開ける瞬間とかやっぱり怖いと思うんですよ。」

ね。で、そういうのをお願いしなきゃいけない立場ってあると思うんですけど、入っていただけるヘルパーさんの心のケアってやっぱり大事なかなあというふうに思いますので、そこは大事かじゃないかなあというふうに思います。』

訪問介護事業所として、利用者の看取りを担当することは精神的な負担があると認識していることが分かる。それは後悔、反省、喪失感、自己嫌悪など多様である。心のケアをしていくにはコストの問題もあり、訪問介護事業所が単独で対応できる内容には限界がある。政策としても医療機関やカウンセラーの利用など、できる限り精神的な負担を軽減する方策を検討していく必要がある。

そして、利用者が亡くなった後の対応は支援をしている最中と比較すると手薄である。看取り支援の質を高めていくという点においては、利用者が亡くなった後の対応までを含めたあり方を検討することが必要だと言える。

結論：在宅介護現場では看取りに対してどのような課題があるのか

確認したように、在宅で看取りを希望する利用者を支援するには様々な課題があることが分かった。その前提条件であることを見ると、ホームヘルパー自身の経験だけでなく知識・技術不足であることである。介護職員初任者研修では訪問介護員養成課程と比較して、看取りに関する学習内容の見直しもあって取り扱われるページ数は増えたが、その内容は現在も十分ではあるとは言い難い。各場面の理解をどのように深め、対応していくのかということを強化していく必要がある。現状では十分な教育がなされていないままで現

場に入っていくかざるを得ない状態となっている。とりわけ、医療や看取りに関するは重点的に学んでおく必要があると言える。

いざ、現場に入るとどのような課題があるのか。最初に行われるのがニーズの把握である。これはケアプランでは記し切れていない部分を把握するためのものであるが、利用者の身体状況もあってすぐに把握することは難しさがある。ニーズをいかにして収集するかで今後のケアの質も決まる。利用者や家族は死に対して不安を抱え非常に不安定な精神状態であることから、ニーズを把握するための環境づくりをするために言葉遣いや立ち振る舞いにおいて特にきめ細やかな対応が求められる。

次の段階では、ニーズを聞き出してから実際に行動に移す難しさがある。ホームヘルパーによる発言や立ち振る舞いでこれまで築き上げてきた人間関係が崩れてしまう恐れがある。それを回避するためには日常生活から看取り期の支援を徐々に移行させていく慎重さが求められる。また、本人の意向だけでなく家族に対する意向の確認も忘れてはならない。利用者自身が意思疎通できない場合は、家族による意向が主たるニーズとして取り上げられることになるが、意思疎通ができる利用者である場合の調整をどのようにするのも課題として挙げられる。

同時に利用者と家族に配慮をしながら行わなければならないことは、関係者とのマネジメントである。訪問介護現場ではホームヘルパー以外に医師や看護師など、異なる専門職が参加することが一般的である。そのためにチーム全体の連携を欠かすことはできない。円滑な連携を実現するにはコミュニケーションを密にすることはもちろんのこと、各専門職が用いる専門的知識や専門用語を理解しておかなければならない。

他方、ホームヘルパー自身、看取りを支援する中でチームケアを行う上で利用者の急変に対応しなければならない時がある。その際の対応は冷静さと行動力が必要であり、いわゆるとっさの判断能力も求められる。これをするには利用者の症状や状況を理解するために医療に関する知識を習得しておく必要があるのはもちろんだが、冷静な状態のまま医師や看護師に円滑に引き継げるようになってくれない。

そして、利用者が亡くなった後の対応とホームヘルパー自身の精神的なケアである。今回の結果からは家族に対する精神的なケアについてはあまり見られなかった。調査の中で散見されたのは、家族のその後のケアは状況を見て対応する程度ということであった。そういった意味ではホームヘルパー自身の精神的なケアをどのようにするのが事業所側の課題であると言える。

こういったことを踏まえると、ホームヘルパーとして学んでおくべき基盤が十分に整備されていないこと、実際に支援に入っている中でホームヘルパーは様々な判断が求められる、ストレスが蓄積する中でケアする体制が十分でないことが明らかとなった。わが国では病院死に対する反省やターミナルケアの理念の浸透もあり、在宅で亡くなるニーズは高まってくると考えられる。それを実現するためのより良い人生の幕引きができる環境整備と充実が必要である。

●あとがき——本研究は「平成25年度科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）（若手研究（B）：課題番号25780362）ホームページによる高齢者に対する看取りの体制づくりと支援のあり方に関する研究（初年度）」に基づいて検討を行った。

謝辞

今回、調査に協力を頂きました千葉県、滋賀県、奈良県、大阪府、福岡県、大分県の民間企業、医療法人、社会福祉法人、NPO法人の関係者の皆様にはこの場をお借りして厚く御礼申し上げます。

引用文献・参考文献

- 荒木晴美, 新鞍真理子, 炭谷靖子「介護者が自宅での看取りを希望することに関連する要因の検討」『富山大学看護学会誌 7(2)』, 富山大学, 2004年, pp.51-60
- 厚生労働省『平成26年度版厚生労働白書』日経印刷, 2014年
- 厚生労働省『平成27年度版厚生労働白書』日経印刷, 2015年
- 遠藤幸子「死にゆく高齢者へのケア」『東海学院大学紀要 第3号』, 東海学園大学, 2009年, pp.23-32
- 榎原和子「高齢者の看取りに関する介護福祉士教育の課題」『四條畷学園短期大学紀要 no.41』, 四條畷学園短期大学, 2008年, pp.1-8
- 総務省『平成24年度版情報通信白書』<http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h24/html/nc112120.html> (2015年11月11日閲覧)
- 総務省統計局「統計Today no.9」<http://www.stat.go.jp/info/today/009.htm> (2015年11月11日閲覧)
- 高橋幸裕, 『平成25年度科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）（若手研究（B）：課題番号25780362）ホームページによる高齢者に対する看取りの体制づくりと支援のあり方に関する研究（初年度）報告書』帝塚山大学心理学部地域福祉学科高橋幸裕研究室, 2014年, pp.1-100
- 日本医師会 <http://www.med.or.jp/doctor/member/kiso/d34.html> (2015年11月11日閲覧)

- 能川ケイ, 大野かおり, 西浦郁絵, 森田愛子, 藤原智恵子, 松浦由紀子「在宅ターミナルケアに関する研究(その1)―事例にみられる『在宅ターミナルケアの諸相の分析』―」『神戸市看護大学短期大学部紀要第21号』, 神戸市看護大学短期大学部, 2002年, 81-90
- 藤澤雅子「ターミナルケアにおける家族支援」『淑徳短期大学研究紀要 第44号』, 淑徳短期大学, 2005年, pp.49-63
- 人見裕江, 小柴順子, 菊井和子, 中西啓子, 影本妙子, 塚原貴子, 宮原伸二, 近藤功行, 柳修平「高齢配偶者のターミナルケアにおけるソーシャルサポートの一考察(第1報)―在宅で夫を看取った妻へのソーシャルサポート―」『川崎医療福祉学会誌 vol.6 No.2』, 川崎医療福祉大学, 1996年, pp.333-339
- 人見裕江, 塚原貴子, 宮原伸二, 菊井和子, 小柴順子, 中西啓子, 影本妙子, 近藤功行, 柳修平「高齢者ターミナルケアにおけるソーシャルサポートの現状と課題(第2報)―嫁の義親の看取りの意味とその構造―」『川崎医療福祉学会誌 vol.7 No.2』, 川崎医療福祉大学, 1996年, pp.327-333
- 内閣府「平成26年版高齢社会白書」日経印刷, 2014年
- 内閣府「平成27年版高齢社会白書」日経印刷, 2015年
- 山田知子「わが国のホームヘルプ事業における女性職性に関する研究―1956年長野県上田市社協『家庭養護婦派遣事業』を中心として―」『大正大学研究紀要 第90号』, 大正大学, 2005年, pp.178-198