

論文 | Articles

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

Study on End of Life Support based on the Difference in Meaning between “Nursing” and “Death” among Nursing sites, Welfare, and Nursing Staff

高橋 幸裕

TAKAHASHI, Yukihiro

尚美学園大学  
総合政策学部

Shobi University

2019年12月

Dec.2019

# 介護・看護現場における介護職、福祉職、 看護師の「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

高橋 幸裕

## Study on End of Life Support based on the Difference in Meaning between “Nursing” and “Death” among Nursing sites, Welfare, and Nursing Staff.

TAKAHASHI Yukihiro

### Abstract

In Japan, hospitals are generally the end of life, but changes will come in April 2000. It is the start of the long-term care insurance system. Since then, with the spread of the user-oriented philosophy, the number of people who want to reach the end in their homes and special nursing homes is increasing. While the family wants to fulfill as many requests as possible to the elderly who are dying, it understands that there are limits and difficulties in implicitly taking care of it due to the decrease in the number of household members. Against this background, families are starting to seek the help of professionals to take care of the elderly who are dying. Against this backdrop, professionals working in the nursing / nursing field currently provide end-of-life support by groping in various ways to meet the needs of nursing. But, a big problem has arisen in the situation where it is difficult to redo the end-of-life support. It is a coordination between support based on one's own expertise and the expertise of different professionals. That is what the professional occupational view of life and death possessed by the profession, which is also the theme of this research, is positioned as, and overcoming the challenges. Therefore, today, as

multi-professional collaboration is becoming more common, we examined what the view of care and welfare, the occupational life and death possessed by the nursing staff, welfare staff, and nursing staff this time, and provided support from there. We investigated and examined the ideal way. Based on the knowledge obtained from the remarks of professionals, care workers do not change the way of support for users even if they are declared at the end of life, and welfare workers shift their focus from their expertise to family support. It has become clear that nurses are accepting coordinators with other professionals while acting as a bridge with doctors, as the frequency of medical support increases.

#### 要約

我が国では一般的に人生の最期を迎える場所が病院であるが、2000年4月に変化が訪れる。介護保険制度の開始である。これ以降、利用者本位という理念の浸透もあって、自宅や特別養護老人ホーム等で最期を迎えたいと希望する者が増加しつつある。家族は旅立つ高齢者に対してできる限りの要望を叶えたいと考える一方で、世帯人員数の減少も相まって暗黙的に看取りを行うには限界があり困難なことだと理解している。そのような背景もあり、家族は亡くなりゆく高齢者の看取りを行うため専門職の力を借りることを志向し始めている。このような背景もあり、介護・看護現場で働く専門職は看取りのニーズに対応するため、様々な工夫を凝らしながら手探りで終末期支援を行っているのが現状である。しかし、終末期支援というやり直しがきかない状況の中で、大きな課題が生じている。それは自らの専門性に基づいて行われる支援と異なる専門職の専門性との調整である。それが本研究のテーマでもある専門職が有している職業的生死観が、どのようなものとして位置づけられ、課題を乗り越えているのかという事である。そこで、多職種連携が一般的になりつつある今日、今回取り上げた介護職、福祉職、看護師が有している職業的生死観とはどのようなものなのかを検討し、そこから支援のあり方について調査、検討を行った。専門職の発言から得られた知見からは、介護職は終末期の宣告があっても利用者に対する支援のあり方は変わらない、福祉職は自らの専門性から家族支援への軸足を移すことをする、そして看護師は医療的支援の頻度が高まることから、医師との橋渡し役を担いながらも他の専門職との調整役を受け入れているという事が明らかになった。

#### キーワード

看取り (Nursing)、職業的生死観 (Occupational view of death)、  
介護・看護現場 (Nursing sites)、  
多職種連携 (Multi professional collaboration)、終末期支援 (End of life support)

## はじめに

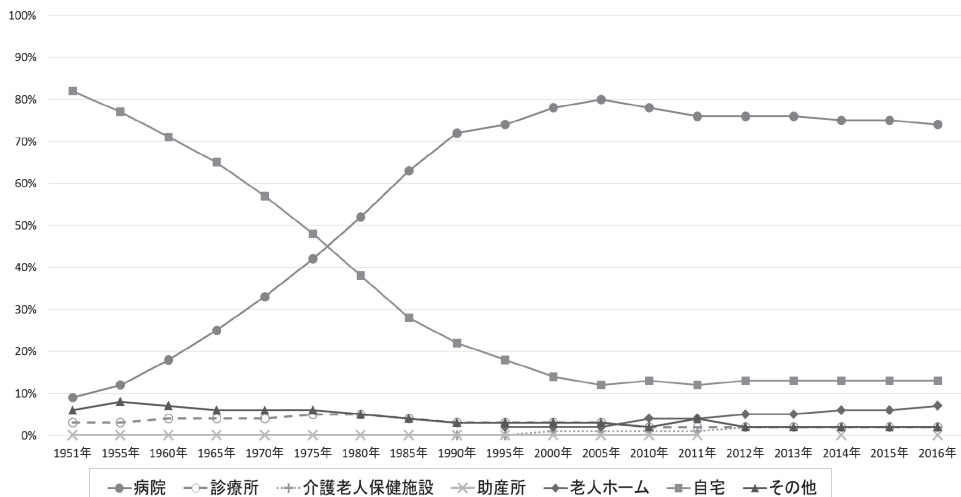
人口の高齢化と少子化が進み、現在は人口減少期に入った日本であるが、そこで亡くなっていった人の最期はどのような場所で最期を迎えたのであろうか。現時点では、(図1)の人口動態統計を見る通り、病院死が圧倒的多数であることから、しばしば言われるように「畳の上で死にたい」が実現できているわけではない<sup>(1)</sup>。すなわち、自宅で亡くなりたい気持ちはある一方で、

(1) 厚生労働白書平成26年度版「図2 最期を迎える場所～希望と現実」p.128参照

病院で最期を迎えることが一般的な状態である。それは世帯人員数の減少が大きな影響を与えており、家族が単独で看取りをすることができなくなってきてしまったからである。しかし、介護保険制度が開始されて以降、利用者本位という理念が浸透してきたこともあり、(図1)の人口動態統計を見る通り、僅かではあるが病院死の割合が減少し、自宅や特別養護老人ホーム等の非医療機関で最期を迎える者が増加しつつある。これは世帯人員数が増加して対応できるようになったというわけではなく、専門職が介護・看護サービスを提供する延長線上に看取りまでを引き受けるようになったからだと考えるのが自然である。

こういった背景があり、病院以外の場所で最期を迎えることを希望した者が増えつつあるが、ここで2つの疑問が挙げられる。1つは平均世帯人員数が2016年時点で2.47人<sup>(2)</sup>となっており、介護、看取りをする人員的余裕がないなかで専門職による活動はどのようにして対応をしているのか。もう1つが、世帯人員的に余裕がなければ、介護保険制度の利用者増加という観点から介護職、福祉職、看護師(以下、すべての職種を示す場合は専門職と表記する。)が支援を担っており、その場合、多職種連携をする中でその潤滑油とも言える職業的生死観はどのようなものに基づいて看取りまでを実現しているのかという点である。

確かに、介護保険制度が始まって以降、措置制度のように福祉サービスを利用することについての社会的な意識やあり方は変わりつつある。高齢期になれば介護保険制度を利用することは珍しいことではなく、とかく、高齢者になると社会的立場の変化に伴う複合喪失ばかりに注目がなされるが、介護保険サービスの利用開始によって社会的に孤立しがちである利用者と家族は専門職との接点生まれ、新たな人間関係が構築される契機となっている。



(出典)2016年度人口動態統計「5-5 死亡の場所別にみた年次別死亡数」より作成。 <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001191145>

図1 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移

(2) 厚生労働省「世帯数及び平均世帯人員の推移」 <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/17-2/kousei-data/siryou/xls/sh0100-03-a1.xls> (2019年10月13日閲覧)

そこで本論文は2016年10月に公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団より研究助成テーマとして採択を受け、研究計画に基づいて行った調査結果から専門職が利用者に対する終末期支援をどのような職業的生死観に基づいて実践しているのかを検討する。

## 1. 先行研究

本研究のキーワードに関する研究をみると、いくつかの先行研究を見ることができる。

初めに、多職種連携とは、しばしば異なる専門性のある者同士が連携すると言った意味で用いられるが、鷹野（2008）では同様の用語であるチームケアについて概念の分析を試みている。鷹野はケアチームとしての特性について、「チームケアは利用者のニーズを充足するための、最も効率的な職種構成となるべきであり、基本的には、人員も成員も流動的なのである<sup>(3)</sup>」と指摘している。また「ケアチームはその目的と対象によっても姿も機能も変える、確固たる骸形を持たない生物のような存在である<sup>(4)</sup>」ともしている。

他方、終末期介護についても島田・高橋（2011）では、施設における特徴として「ケアはそれぞれの専門職としての責任で提供されるが、終末期ケア全体の責任は、ケアチーム全体で共有されるべきものである<sup>(5)</sup>」と指摘している。在宅については施設とは異なり「終末期ケアのマネジメントをするための教育や経験のあるケアマネジャーが少なく、終末期に必要な意思決定の集約をするスキルの向上が課題である<sup>(6)</sup>」と述べている。

最後に、職業的生死観についてはこれに直接該当するものはなかったが、早坂（2010）は介護職員の生死観と看取り後の悲嘆心理について明らかにするためにアンケート調査と心理検査を実施している。そこでは、「介護職員は看護師より死に対して、苦しさ、つらさや孤独感を抱いている<sup>(7)</sup>」と指摘した。

これらの先行研究は本研究において示唆の富むものであるのは間違いないが、鷹野の言うチームという概念がそのまま行為を示す多職種連携に当てはめられるのかと言えば、疑問の余地がある。また、島田・高橋の指摘していることについても施設と在宅では終末期介護（島田らのいう終末期ケア）において責任のあり方については検証をする必要がある。そして、早坂が明らかにした内容についてもその専門領域に即した形で役割と利用者とのアプローチの仕方が規定され、かつ学ぶべきカリキュラム内容や時間に大きな違いがあるのが当然であり、個人差をどれだけ考慮したのが明確でなかった。

本研究は個人の問題としての生死観のあり方を問うのではなく、職種ごとの立場、職責、専門性に基づいた違いを描き出すことを狙いとして検討を行っている。

---

(3) 鷹野和美「チームケア論」p.17

(4) 同上

(5) 島田千穂・高橋龍太郎「高齢者終末期における多職種間の連携」p.224

(6) 同上

(7) 早坂寿美「介護職員の生死観と看取り後の悲嘆心理～看護師との比較から～」p.30

## 2. 問い

本論文では介護職、福祉職、看護師のそれぞれの職業的生死観がどのように異なっているのか。また、異なる生死観により利用者にとって望ましい終末期支援を提供するにはどのような多職種連携が望ましいのか。

## 3. 仮説

専門職としての職業的生死観が異なっているのは、介護・看護現場における役割（職務）によるものが大きいことが考えられる。その一方で、専門職の職業的生死観には接点があることが考えられることから、ここを手掛かりとして多職種連携の円滑な実施による質の高い終末期支援が実施できる。

## 4. 定義

- ・ 専門職：ここで取り扱っている専門職は介護職（ホームヘルパー・介護福祉士）、福祉職（社会福祉士、介護支援専門員）、看護師であるが、特に断りのない場合、専門職と表記した場合はこれらの職種全てを指すこととする。
- ・ 職業的生死観：個人レベルではどのような死のあり方が望ましいのかが価値観として違うように、職業ごとにもどのような理念や意識をもって立ち回りをしなければならないのかという役割や使命に対する価値観をいう。
- ・ 終末期支援：医師が利用者に余命宣告を行って以降、家族の意向も踏まえながら提供される支援をいう。特に専門職は死を迎えるまでの期間は利用者本人のみならず家族も包括した総合的な支援である。
- ・ 多職種連携：異なる専門性（知識、技術、文化等）を有した専門職が、同一の目標や目的を達成するために協働しながら職務遂行をする行為のこと。

## 5. 調査方法と結果<sup>(8)</sup>

調査時期<sup>(9)</sup>：2016年10月14日（金）～2018年3月15日（木）

調査対象地域：東京都、埼玉県

(8) 本研究プロジェクトでは18名の専門職並びに職能団体（①日本ホームヘルパー協会、②一般社団法人日本介護支援専門員協会、③公益社団法人日本介護福祉士会、④公益社団法人日本看護協会、⑤公益社団法人日本社会福祉士会）を対象に行っている。本論文では18名の専門職から得られた成果に絞って検討を行っている。

(9) 同上

調査対象者：介護職（ホームヘルパー・介護福祉士）、福祉職（社会福祉士、介護支援専門員）、看護師

調査方法：半構造化面接法による聞き取り調査（インタビュー）を行う。

- ①人数<sup>(10)</sup>：専門職 18名
- ②実施形態：原則1対1、60分を限度として半構造化面接法を用いて行う。
- ③調査実施の準備：調査の趣旨と依頼文、調査の同意に関する書類を作成する。
- ④実施方法：調査実施前に再度趣旨と倫理的配慮、遵守事項等を説明し、調査協力者には承諾書を書いてもらう。記録は調査協力者の許諾を得た上で音声録音する。

## 6. 質問項目

I. 看取りに際して、利用者や家族の感情をどのようにケアしていくか？

- (1) 家族の方や利用者と接する時、感情や気持ちへの配慮に際してどのような点に気を付けていますか？
- (2) 利用者の看取り時に人間関係を深めたり、逆に深入りしすぎないようにしたことはありますか？
- (3) 利用者や家族の感情や気持ちを具体的にどのように汲み取っていますか？
- (4) 家族の方が動揺する、利用者が本当の気持ちを語られない場合、もしくは気持ちを汲み取ることが難しい場合はどのように対処していますか？

II. 他の専門職の方との役割分担をどうしていくか？

- (1) 他の専門職とコミュニケーションをとる際に、どのような点に気を付けていますか？
- (2) 他の専門職と看取りについて、考えや方法論の違いを感じた経験はありますか？
- (3) 利用者や家族に対する支援方法において、チーム内の意見や考え方が違った時にどのように調整されていますか？
- (4) 現在の役割分担を踏まえて、他の専門職に任せたいことはありますか？また、自らがもっとすべきことがあると思いますか？
- (5) ターミナルケアを担当する上で、一番難しいと感じる点とは何ですか？例えば、現在の職場での看取りの体制、方法についての課題はどこにあると思いますか？
- (6) ターミナルケアを担当した後、ストレスの解消を図るためにしていることやチーム内で行っていること、そして事業所からはどのようなフォロー、支援等がありますか？

(10) 同上

## 7. 調査結果

表1 今回行った調査（専門職のみ）の一覧

調査先：調査対象者（専門職）

番号	調査先	職種	性別	調査日	担当者	備考
1	A病院（埼玉県）	福祉職（指導員）	女性	2017年4月21日	古賀恵海	(注1)
2	B株式会社（東京都）	看護師A	男性	2017年5月7日	古賀恵海	
3	B株式会社（東京都）	看護師B	男性	2017年5月7日	古賀恵海	
4	Cケアセンター（埼玉県）	介護職	女性	2017年5月31日	古賀恵海	
5	Cケアセンター（埼玉県）	介護職（管理者）A	女性	2017年6月5日	古賀恵海	(注1)
6	D介護老人保健施設（埼玉県）	看護師（看護主任）	女性	2017年6月23日	古賀恵海	(注1)
7	D介護老人保健施設（埼玉県）	福祉職（生活相談員）	女性	2017年6月23日	古賀恵海	(注1)
8	D介護老人保健施設（埼玉県）	介護職（介護主任）	女性	2017年6月23日	古賀恵海	(注1)
9	Cケアセンター（埼玉県）	福祉職（介護支援専門員）	女性	2017年6月26日	古賀恵海	(注1)
10	E特別養護老人ホーム（埼玉県）	介護職	男性	2017年7月6日	高橋幸裕	
11	E特別養護老人ホーム（埼玉県）	看護師	女性	2017年7月6日	高橋幸裕	
12	E特別養護老人ホーム（埼玉県）	福祉職（計画作成担当者）	女性	2017年7月6日	高橋幸裕	(注1)
13	E特別養護老人ホーム（埼玉県）	福祉職（生活相談員）	男性	2017年7月6日	高橋幸裕	(注1)
14	D介護老人保健施設（埼玉県）	介護職（介護福祉士）	女性	2017年7月20日	古賀恵海	
15	Cケアセンター（埼玉県）	看護師（管理者）B	女性	2017年7月25日	古賀恵海	(注1)
16	F有限会社（埼玉県）	福祉職（代表取締役）	女性	2018年8月7日	高橋幸裕	(注1)
17	F有限会社（埼玉県）	介護職（施設部長）	男性	2018年8月7日	高橋幸裕	(注1)
18	F有限会社（埼玉県）	看護師	女性	2018年8月7日	高橋幸裕	

(注1) 職種の後に（ ）となっているものは同意書に記された役職・担当である。

この調査結果では18名の協力が得られた。女性13名、男性5名であった。それぞれの立場は介護職、福祉職、看護師がそれぞれ6名ずつである。また、調査協力を頂いた法人（事業所）の特徴は以下の通りである<sup>(11)</sup>。

A病 院：1950年代前半に創設された診療所を母体に、現在、病床数は105床、診療科が一般外来と専門外来、その他で構成されており、訪問診療も行っている。

B株式会社：看護師が代表取締役を担う訪問看護、リハビリテーション、マッサージを事業とする株式会社である。東京都以外にも全国に5オフィス、6事務所、1介護支援事業所、訪問メディカルマッサージ事業所を有している。

(11) 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、p.4より引用。



Cケアセンター：医療生協病院をネットワークに持ち、訪問介護、訪問看護、居宅支援事業所2事業の合計4事業所を展開しているケアセンターである。2008年からは特定事業所として業務を行っている。

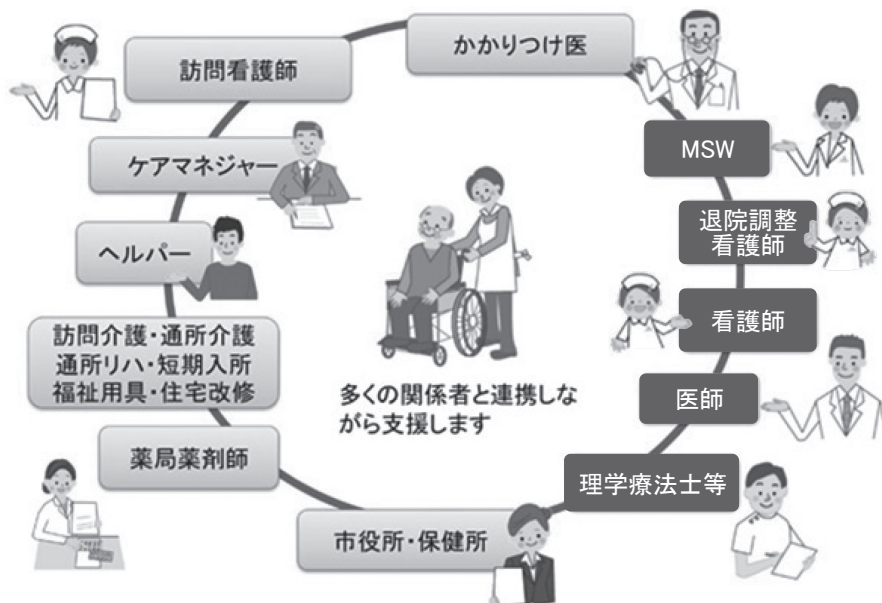
D介護老人保健施設：1999年に医療生協を母体に開設された施設である。療養棟の定員が100名、通所の定員が80名である。主たる事業は介護、看護、機能維持、回復のためのリハビリテーションを行っている。

E特別養護老人ホーム：社会福祉法人が1991年にE特別養護老人ホームを開設以降、デイサービスセンターや認知症対応型グループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所等を展開している。

F有限会社：高齢者の在宅介護サービス、小規模多機能居宅介護、グループホーム等を運営している。一事業所で軽度の要介護度から看取りまでを実践している。

## 8. 専門職に求められる多職種連携の法的根拠

介護保険制度が開始されて以降、多職種連携は介護職と介護支援専門員だけでなく、看護師や医師、歯科医師、薬剤師、作業療法士、理学療法士等、様々な職種にまで及んできている。多職種連携とは定義にも示した通り、異なる立場の者が同一の目的や目標に向かって達成することである。多職種連携の概念は以下のように示すことができる。



(出典) 柔整ホットニュース「柔道整復師と介護福祉【第19回：在宅医療と多職種連携の流れと推移】」  
[https://www.jusei-news.com/kaigo/feature/2016/05/20160516\\_08.jpg](https://www.jusei-news.com/kaigo/feature/2016/05/20160516_08.jpg) (2019年10月15日閲覧)

図2 多職種連携の概念図

上記のような関係性について、介護・看護現場で求められたのはそれほど古いことではない。措置制度時代にもいくつかの職種が相互に関係性を持っていたが、制度として見るならば介護保険制度が始まった2000年4月からホームヘルパーと介護支援専門員との連携が始まりであると言ってもよい。上述のように現在は利用者の状況に応じて多くの専門職が参加している。多職種連携を行うことが基本となりつつある今日、何かしらのメリットがなければ、それは行われない。

では、法的根拠はどこにあるのであろうか。最初に介護福祉士について確認する。連携に関する記述は社会福祉士及び介護福祉士法第47条2にあり、以下のような事柄が定められている。

#### 社会福祉士及び介護福祉士法 第47条2

- 2 介護福祉士は、その業務を行うに当たっては、その担当する者に、認知症（介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第五条の二に規定する認知症をいう。）であること等の心身の状況その他の状況に応じて、福祉サービス等が総合的かつ適切に提供されるよう、福祉サービス関係者等との連携を保たなければならない。

このように介護福祉士には職務として他の職種と「連携」をすることが定められていることが分かる。

また、ホームヘルパーについてみると、介護保険法には「連携」に関する記述が見当たらない。同法第八条2に「訪問介護」に関する定義が定められているのみである。

#### 介護保険法第8条2

- 2 この法律において「訪問介護」とは、要介護者であって、居宅（老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）第二十条の六に規定する軽費老人ホーム、同法第二十九条第一項に規定する有料老人ホーム（第十一項及び第二十一項において「有料老人ホーム」という。）その他の厚生労働省令で定める施設における居室を含む。以下同じ。）において介護を受けるもの（以下「居宅要介護者」という。）について、その者の居宅において介護福祉士その他政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるもの（定期巡回・随時対応型訪問介護看護（第十五項第二号に掲げるものに限る。）又は夜間対応型訪問介護に該当するものを除く。）をいう。

では、社会福祉士についてはどうであろうか。社会福祉士及び介護福祉士法第47条には以下のように記されている。

社会福祉士及び介護福祉士法 第47条

(連携)

第四十七条 社会福祉士は、その業務を行うに当たっては、その担当する者に、福祉サービス及びこれに関連する保健医療サービスその他のサービス（次項において「福祉サービス等」という。）が総合的かつ適切に提供されるよう、地域に即した創意と工夫を行いつつ、福祉サービス関係者等との連携を保たなければならない。

介護支援専門員についてはどうであろうか。介護支援専門員の「連携」については介護保険法第7条5に該当する内容が記されている。

介護保険法 第7条5

5 この法律において「介護支援専門員」とは、要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業（第百十五条の四十五第一項第一号イに規定する第一号訪問事業、同号ロに規定する第一号通所事業又は同号ハに規定する第一号生活支援事業をいう。以下同じ。）を利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者、特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第六十九条の七第一項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。

最後に看護師はどうであろうか。看護師を規定する法律は保健師助産師看護師法である。同法第5条には以下のようなことが記されている。

保健師助産師看護師法 第5条

第五条 この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。

高橋（2017）が指摘するように、「この条文を見ると医師と看護師の職務上の関係性は見いだせるが、ここでは福祉においてみられるフラットな形のチームではなく、医師の指示の下にある看護師というヒエラルキーを帯びた形<sup>(12)</sup>」として記されている。

(12) 高橋（2017）p.61より引用。

このようなことから分かるように介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員は連携に関する定義が法的根拠として位置づけられているが、ホームヘルパーと看護師はそれが明確にされていないことが分かる。今回取り扱っている職種で言えば、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員は職業として法整備がされたのが歴史的にも比較的浅いことから新しい考え方である「連携」が取り入れられたとも言える。

これに対し、比較的資格取得が容易なホームヘルパーは歴史的に女性の仕事とされ、誰にでもできる仕事とみなされてきたことから「連携」に関する位置づけまで求められなかった可能性が高く、一方で専門性が高いとされる看護師は医師を支える職種として始まった歴史的な経過から専門性を高めていったことから「連携」に関する記述がされなかったと言えよう。

## 9. 多職種連携を行うメリット、デメリット

専門職を規定するいくつかの法的根拠を確認してきたが、それぞれに「連携」を行うことが示されていることから考えると、それを行うメリットがあるからだと推察されるがそれが何かを検討しなければならない。本研究では終末期における支援を念頭に置いた調査結果に基づいて検討を行っていることから、それを踏まえた上で示しておきたい。

1つ目が、医師による終末期の宣告は余命がどれだけなのが見立てられており、結果として時間的制限がなされている点である。その中で効率的かつ多面的な支援を提供することが専門職には求められる。すなわち、やり直しができないことから、限られた時間を無駄にしないためにも異なる立場と視点でケアを提供することができれば、質の高いケアを提供しやすくなるというメリットが考えられる。

2つ目が、1つ目のことに基づいて情報共有の工夫をすることによって、利用者と家族を総合的に支援することが可能であり、特に終末期というやり直しができない（やり直しがしにくい）状況においてニーズの充足を図りやすくなる。

3つ目が、各職種の職業的生死観で共通するところと、異なるところを把握することは、経験や実績を積み重ねていくことにより、今後病院死以外を希望する利用者側の看取りに対するニーズを充足することが可能となってくる。

デメリットについては、多職種連携を実現するためには他者の役割と専門性を知ること、自らに課せられた役割と専門性を理解すること、それ以外の点における相手の特性を理解すること等、時間をかけなければならないことである。その対策をするためにはある程度事業所間でのネットワーク化を図り、相手の特性をしっかりと把握しておく必要がある。

こういったことからデメリット以上に、多職種連携にはメリットがあると考えられる。訪問介護・看護現場において終末期にある利用者のニーズを充足した支援を実現するには、多職種連携がスタンダードとなるのも理解できよう。

## 10. 専門職全体の職業的生死観

ここでは分析対象とする専門職が発言した内容をテキストデータ化したうえで、記述統計量を

算出した。特に必要のない単語（言葉）を削除したうえで分析を試みている<sup>(13)</sup>。また、テキスト分析を行う際に専門職の発言を対象にテキストマイニング分析を行った結果、記述統計量は異なり語数<sup>(14)</sup>が2778語であり、出現回数の平均は8.24回だった。尚、この後述べるように介護職、福祉職、看護師で用いるものはこれに従った結果で示している。

さて、専門職全体の発言において高い出現頻度の関係を示したものが共起ネットワーク図である。これはそれぞれの単語の関係性が強ければ太線で示されている。例えば、「連携」「取れる」や「依頼」「流れ」等のように密接に関係している単語である。

ここでは、専門職としての姿勢に関する検討と、利用者と家族に関する検討を行うこととする。そこで（図3）を見てみるとする。この図は専門職全体としてどのようなことを意識（重要

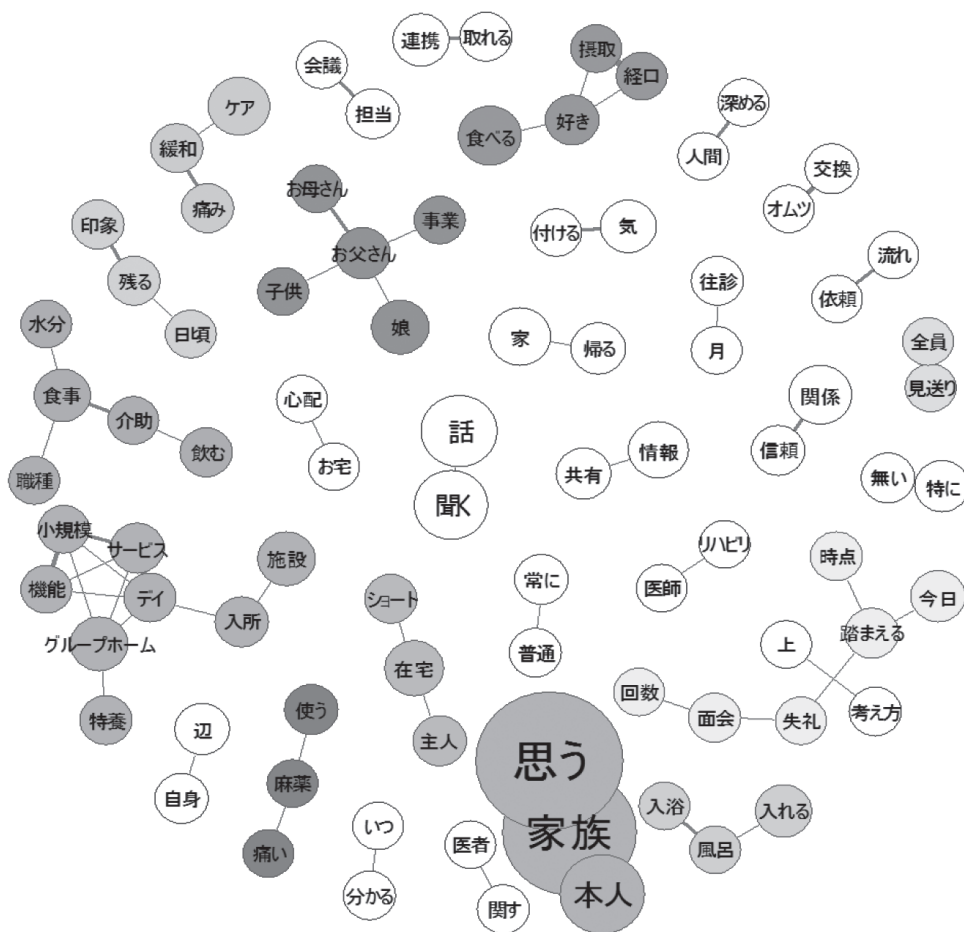


図3 共起ネットワーク図（専門職全体）

(13) 尚、本調査で行った聞き取り調査の狙いとは、アンケート調査では明らかにすることが困難な専門職の経験や課題について把握することである。  
 (14) ここで用いている「異なり語数」とは、大辞林第三版「あるテキストの中で、同一の単語が何度用いられていてもこれを一語とし、全体で異なる単語がいくつあるかをかぞえた数」のことをいう。

視)しているかが分かる。図上部左側にある「ケア」「緩和」「痛み」であるが、これは利用者本人の身体的な痛みに対してケアを通じて緩和することを示している。そのケアの方法が体位変換や医学的処置であったりする。終末期になると、医療的ケアの比重が高まってきていることから、できる限り安楽な状態を確保することが重要となってくる。「水分」「食事」「介助」「飲む」「職種」というように利用者が生き続ける限り、食事や水分摂取は重要なこととして見做していることが分かる。

他にも「話」「聞く」ということでは専門職間でのやりとりや利用者のみならず、家族に対する支援もこの単語で示すことができる。また「思う」「家族」「本人」や「お父さん」「お母さん」「娘」「子供」「事業」というように家族に対する支援を結びつける関係性もある。このように専門職として終末期における支援は利用者のみならず家族も包括した形で認識していることが分かる。

このように、利用者に対する支援という観点での職務を果たすという観念と、専門職間での連携を踏まえた利用者と家族支援を行うという観念で構成されていることが分かる。特に終末期は医師による余命の宣告がなされていることから、残された時間に限りがあるため、チームとしてのあり方はより緊密な支援をする体制へと形作られている。

## 11. 介護職の職業的死生観

では、ここから今回調査した専門職のそれぞれについて分析を行っていくこととする。介護職について検討する。まず、ここでは介護職としての姿勢に関する検討を行うことにする。(図4)を見ると、右下側に「変化」「訪看」「伝える」「ケアマネジャー」「情報」「共有」「違う」だけでなく、下部にある「連絡」「取る」という関連する用語が見られる。これは、介護職の専門性<sup>(15)</sup>でもある情報発信と共有の結節点となっているからである。これは聞き取り調査の発言からも確認できることである。以下、発言(ママ、同じ)である。

「待ったがきかないので、少しの変化があれば必ず即報告している。接する時間は介護のほうが多いので、変化に気づいて看護師に伝えるようにしている。」

このように情報を伝え、繋げることが役割でもあるが、「感じる」「不安」や「難しい」「経験」「医療」「サイド」というように死に直面したことの個人的経験の少なさによるものと、職業的な終末期のあり方に対するスキルに関する問題もあり、医療側である看護師に依拠しやすくなっていることもある。

その一方で、利用者と家族に関して介護職は「気持ち」「汲む」「対応」が太線で結ばれているように残された時間や心身の負担をできるだけ軽減する配慮をすることを考えていることが分かる。死はライフイベントとして最後であるため、非日常的な時間となっている。そのため、介護

---

(15) 高橋(2015)によると、介護職の専門性とは利用者に対する情報を他の専門職のそれとは異なり、長時間かつ第一次的に入手できる立場にあり、そこで得られたものをチーム内に発信、共有する結節点となることである。

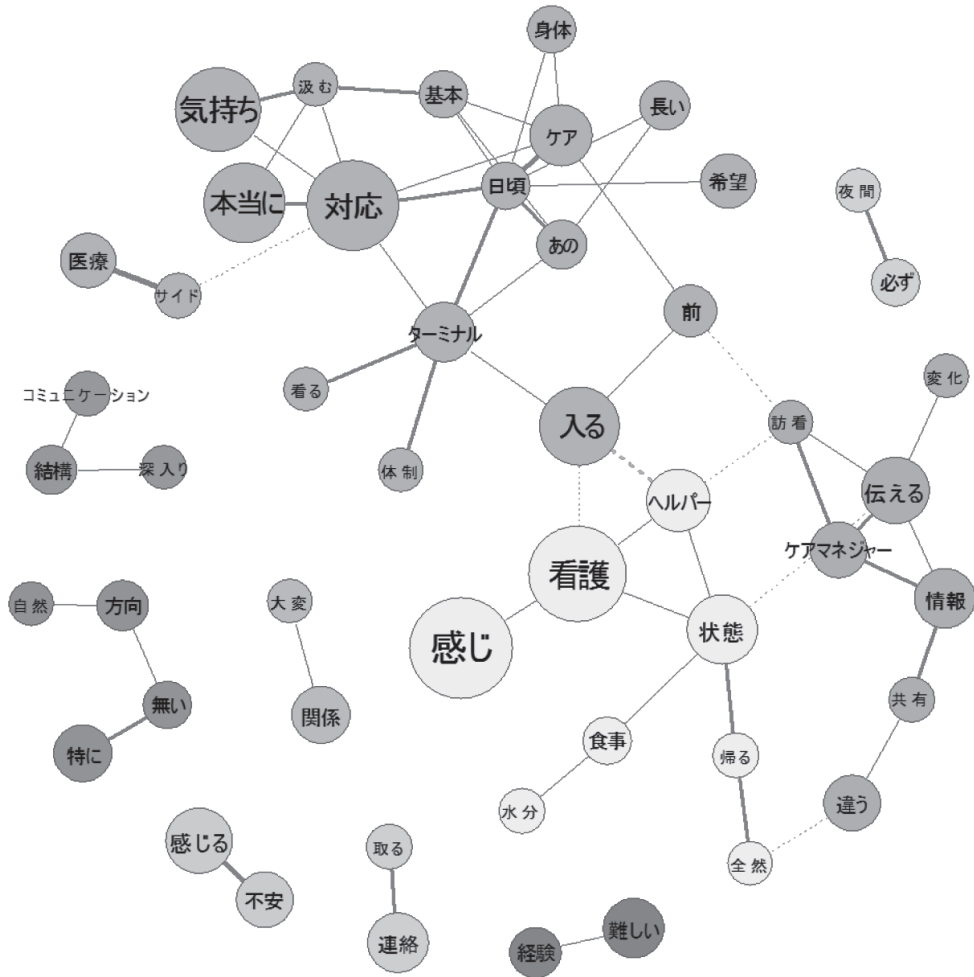


図4 共起ネットワーク図（介護職（ホームヘルパー・介護福祉士））

職としては（図2）左下にもある「自然」「方向」「無い」「特に」とあるように、終末期の宣告以降も日常生活の延長線上として位置づけ、ケアを行うようにしている。

「普段行っているケアの延長線上である。役割というより、より厚くケアをしていく。」  
 「ターミナル期だからといって特別な対応ではなく、日頃携わっている信頼関係を培ってきた中での対応で接している。」

介護職における職業的生死観とは、利用者の死は日々の生活の延長線上においての一部であり、職務として意識を払うようにはするが、あくまでも終末期の有無で対応を変えるような形で特別視することはせず、他の専門職の結節点を果たす役割に徹していると言える。しかしながら、知識や技術面での個別具体的な経験の問題もある。つまり、介護職はその学習時間やカリキュラム構成のこともあり、多くのケースを担当しておかなければ、利用者が急変となれば対応が

難しいことから日々の生活の延長線上としての認識を維持することは難しいものになる。

## 12. 福祉職（社会福祉士）の職業的生死観

次に福祉職（社会福祉士）の職業的生死観を検討する。ここではあえて、介護支援専門員とは別に分析を行う。その理由は、今回実施した調査ではその専門職における職業的生死観を明らかにするために在宅や施設を問わず、総合的に検討することとしたためである。その結果、在宅や施設では介護支援専門員が登場する場面が多いこと、施設では生活相談員という立場で社会福祉士が登場する機会が多いため、分けて分析を行うこととしたためである<sup>(16)</sup>。

では、社会福祉士の職業的生死観とはどのようなものなのかを検討する。

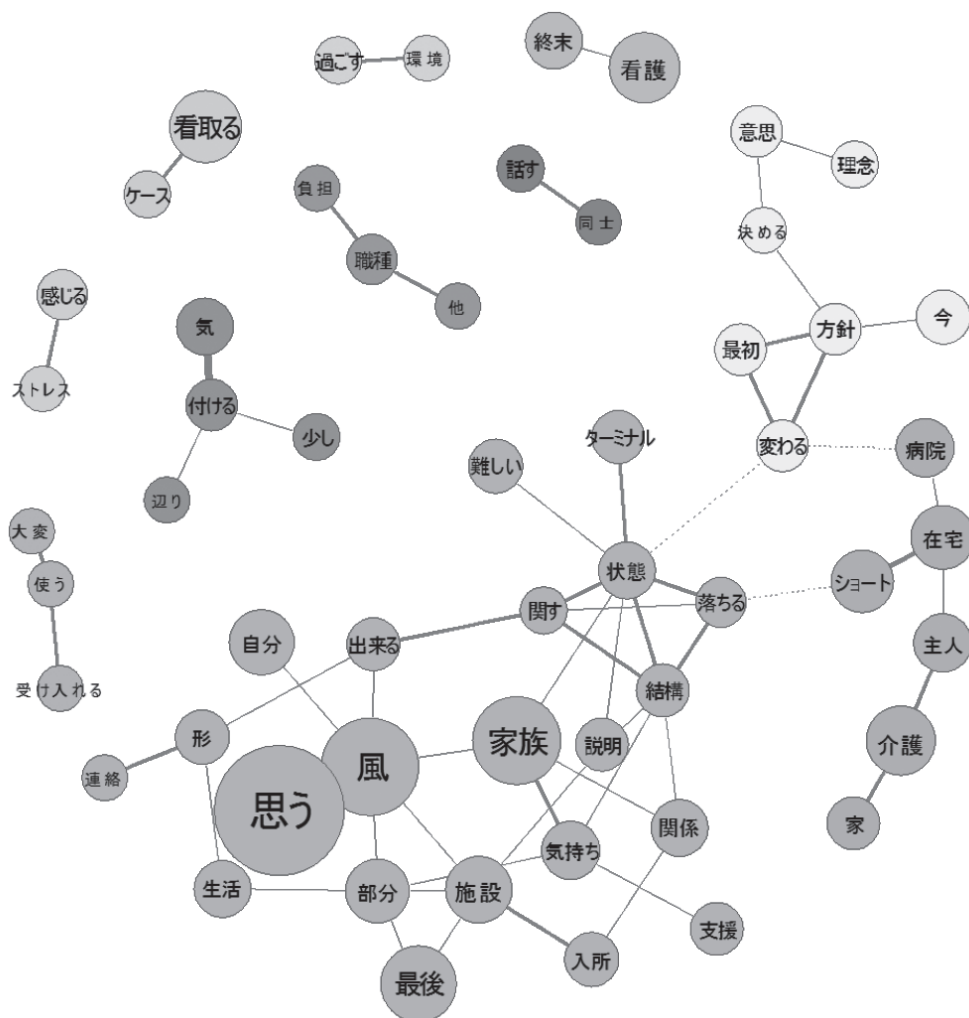


図5 共起ネットワーク図（福祉職（社会福祉士））

(16) 特別養護老人ホームでは生活相談員として介護支援専門員が兼職する場合もみられる。



専門職としての姿勢に関する検討を行う。ここで見ると「終末」「看護」という用語の結びつきがある。利用者が終末期になると福祉職の役割は変わってくる。それは後述する利用者と家族に関する検討の部分が大きくなるからである。実際、終末期になると利用者の身体状態は非常に不安定であり、急変や死亡してしまう可能性が高まっていく。そのため、看護師の役割が大きくなり、それに比例して社会福祉士の役割は直接的に利用者に対して小さくなっていく。そこで大きくなっていくことが「話す」「同士」という関係性である。これはすでに述べた介護職から利用者に関する情報を得るだけでなく、看護師からもたらされる情報も得ながら、周辺の支援をする役割に転じるからである。

「今の状態がどのくらいの状態なのかをしっかりと共有していくことが大事。」

他方、利用者と家族に関する検討を見ると、(図4) 下部にある「家族」「気持ち」、右側にある「ターミナル」「状態」や「理念」「意思」「決める」「方針」「最初」「変わる」というような用語が関連し合っていることが分かる。これは前者が家族の不安な気持ちや揺らぎを汲み取ること、気持ちの苦しさを軽減することを行っている。またこれは共起ネットワーク図には記されていないが、「説明する」ことも含まれている。

「ターミナル期には、より丁寧に意識的に関わっていくようにしている。現在の状態を丁寧に説明するなど。」

「相談員に限らずだが、家族への支援、家族への関わり、本人がどう思っているかの気持ちの汲み取りは、もっとやればよい。」

後者においては、利用者の身体的状況は時間とともに大きく変わるため、基本的な理念や意思は維持しながらも対応すべき事柄については状況に応じて変更を加えて対応していくという事を行っている。これは上述した家族の気持ちの揺らぎに対する支援方法である。

「施設の理念を意思共有して、支援の内容や方針を決める。」

このようなことから、社会福祉士の職業的死生観とは死の直面した状況において情報収集を行うだけでなく、その痛みや苦しみを緩和するために他の職種との橋渡しをすることに重きを置いていることである。そのためには死に直面した家族と向き合うことの辛さを共有することが求められる。他方、死の淵にある利用者の状況を目の当たりにすることも支援を行う者として重要なものであると認識している。

### 13. 福祉職（介護支援専門員）の職業的死生観

上述した社会福祉士と同様に、ケアプランを作成する介護支援専門員の職業的死生観とはどのようなものであろうか。



用語が関係しあっているように、前者は医療と介護を結び付けていくことが介護支援専門員として重視している事柄でもある。介護支援専門員は介護保険制度において情報を集約する要の存在であることから、専門職から得られる情報を確実に集約していくことで終末期の支援をより確かなものとすることを意識している。

「口頭では言った、言わない、が起こるので、用紙がある。依頼書、ケアシートにきめ細かく情報を書き込み、看護師がチェックし、さらに先生に伝える等、情報を連携するようにしている。」

後者は、介護支援専門員として時間の経過とともに移りゆく情報を如何にして共有していくかを主眼に置いている。情報の共有漏れがあることでチームとしての体制や支援機能が維持しにくくなるからである。

「看護師は急変するとどんどん進んでしまう。こんなこと言っていたという情報を、介護や看護師で共有できるように、ノートに書いている。」

他方、利用者と家族に関する検討を行う。これは先ほど述べた「立場」「ケアマネジャー」「聞く」「家族」の部分でもう一つの側面である。利用者の死に直面した家族はどのような対応をしてよいのか分からないことが多い。それは核家族化が進んだ今日、病院死が一般化したことと相まって、家族を看取った経験が非常に乏しいことが背景にある。介護支援専門員として、利用者の直接的な支援というよりもここでは家族の支援を重視することが主眼に置かれている。

「グループホームで看取りということに対して、家族は後ろめたさを感じているので、一緒にやるんだよ、というお話しをする。家族にとって誰もが初めてで分からない。一緒にみましょうね、という精神的なサポートをする。」

「やはり気持ちが揺れ動くので、いつ気持ちが変わっても私達が対応しますよ、ということ伝えてる。何回もどうしますか、いつでもまた気持ちが変わったら言ってください、という話しをするようにしている。」

「利用者や家族と長い付き合いなので、最後どういう思いでいるのかを知っているの、その人の思いに寄せて介護をやりたい。それが介護の真髄。最後悔いはあっても、安心して旅立てるように家族と共有していく環境を作れるのは私たち現場である。」

このようなことを踏まえると、介護支援専門員の職業的生死観とは死の淵にある利用者に対するケアをより円滑なものとする為に情報の取りまとめをしながら適宜必要な調整を担うことをしている。それは利用者本人の最期を支えるため、家族の不安を低減させるため、専門職としてできる限りの支援を提供する意味が含まれている。同時に、家族の心の揺らぎや不安を取り除くた

めに様々な場面でコミュニケーションをとりながら共に看取りをする、寄り添うことを根ざした形でその役割と責任を果たしている。

## 14. 看護師の職業的死生観

終末期の状態となった時、利用者の直接的なケアを担う看護師について分析する。看護師はその職域と専門性から、ターミナルケア<sup>(18)</sup>や緩和ケアについて学んでいる。すなわち、職務として上述してきた介護職や福祉職とは異なり、基本的前提として終末期は職務範囲として位置づけられている。

最初に専門職としての姿勢に関する検討から行う。ここでは「ケア」「緩和」という用語が太い線で結ばれていることが分かる。利用者の苦痛をケアによって緩和させるという事で関係性が強く示されている。また、「一緒」「連絡」「行く」「先生」というように、在宅であろうと施設であろうと、医師との関係性が強いことが分かる。これは終末期の判定だけでなく、現在の利用者の状況や要望について家族に説明をする、臨終の際に医師による診断がなされる等、看護師との関係性があることからこのような関係性が見てとれる。また、これまでの発言からも分かるように、介護職や福祉職からは看護師の役割を期待している反面、看護師からはそれぞれの役割を把握し、マネジメントをしたいことが伺える。

「看護師は、安全や管理を重視する。」

「家族は点滴信仰がある。水分だけの点滴はできないことはないので、一回やってみる。望まれたときに一回やって、先生からやったけどやらないほうが本人のため、体も受け付けないことを説明してもらう場合があり、そうすると家族も納得される。」

「看取りだからといって構えずに、介護職にはいつも通り、自然に過ごしてほしい。怖いからと引いてしまって、看護師にお任せの場合がある。」

「介護職の人が気づいたことを看護職に伝えてもらい、解決できることがあれば、解決するようにしている。介護職は、一番家族に近い立場なので、率直な意見を聞いてきてほしい。率先してというのは難しいかもしれないが、情報を発信してほしいと思う。」

他方、利用者と家族に関する検討を行う。(図6)の下部を見てみると「話」「聞く」「言う」「本人」「家族」「人」「介護」「看護」といくつもの用語が密接に関係しあっていることが分かる。

(18) 看護師が学ぶテキストの一例として、柏木哲夫編纂「系統看護学講座 別巻10 ターミナルケア 第3版」医学書院、2000年、鈴木志津枝、内布敦子編集「成人看護学 緩和・ターミナルケア看護論 第2版」ニューウェル・ヒロカワ、2011年等がある。

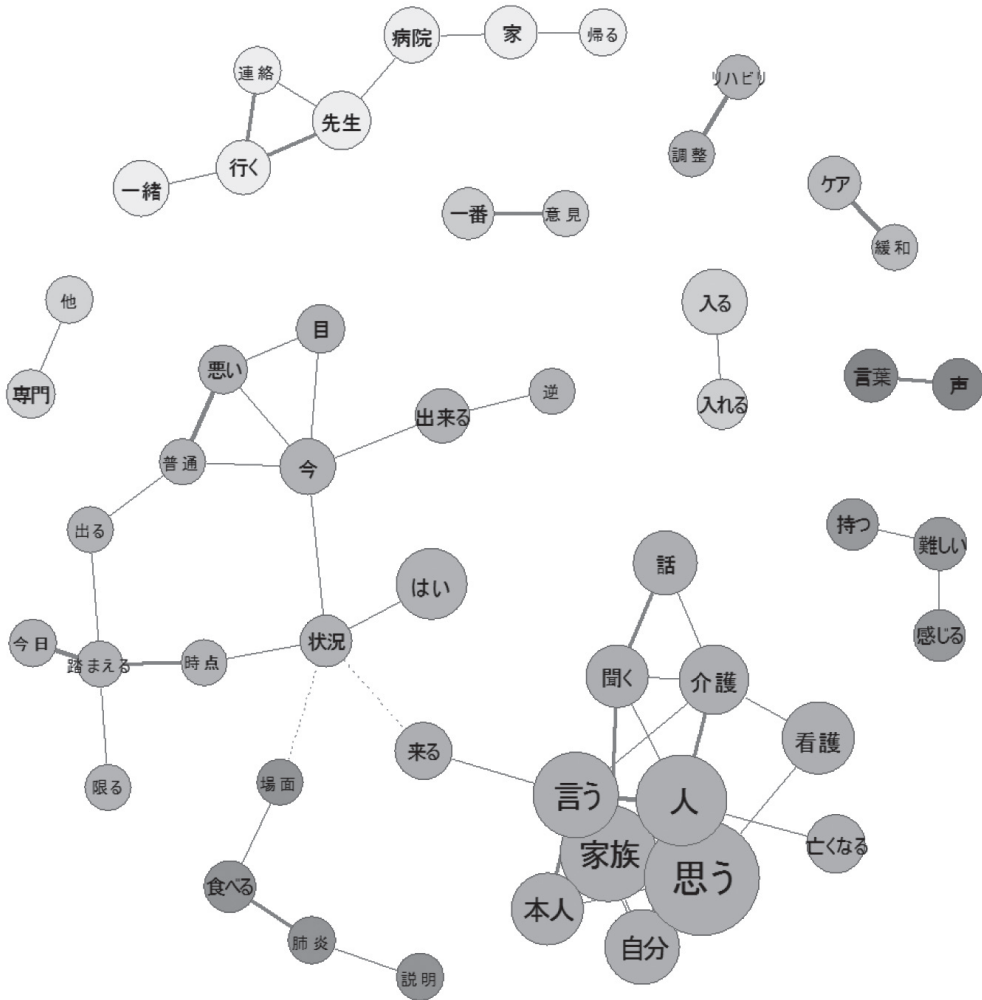


図7 共起ネットワーク図（看護師）

看護師にとって話を聞くこと、それは他の専門職だけでなく、家族も含まれており、情報収集と家族支援を行っていることが分かる。

「とても不安定であること、微妙で揺れ動いていることを理解したうえで、自分の考えや価値観よりも、とにかく家族の気持ちを聞くことを優先する。今日は大丈夫でしたよ、というような軽はずみな言葉は控えるようにしている。心配して面会に来ているのに、明るいトーンで、こんにちはと笑顔で言ってしまったことがあるが、落ち着いてゆっくりしゃべるように心がけている。死の受容過程のどの段階にいるか。告知直後のショックで否認や怒りのときには、何を言っても入っていかないし、日常生活で必要なときだけケアに徹して、とにかく信頼関係を築けるようにしている。家族の『がんばる！』というのは危険。家族がきちんと寝られているか確認したりしている。」

「看護師は、調整がメインである。医師が話したことや、介護職がリハビリやマッサージをすることの緩衝材としての役割。診療の補助と療養上の世話、連携調整。看護師は、独占業務がないので、広く見ることができる。だからこそ、調整ができる。他の専門職が何をどこまでできるか把握すること。制度を理解すること。看護師は、調整のスペシャリスト。コンサルジュ的な位置。」

このように見ると、看護師の職業的生死観とは利用者の身体的状態を踏まえて、家族の要望に配慮しつつも限界があることを示すことであり、その職務としてはあくまでも調整役に徹すること、医師との橋渡しをすることであった。看護師が担う調整役としての役割は多岐に渡っており、家族の意向の調整、医師と他の職種との調整、各職種から挙がってくる情報を踏まえた上での調整である。

## まとめ

世帯人員数の縮小によって家族による看取りは困難な状態である。その一方で、病院以外の場所、自宅や特別養護老人ホーム等で最期を迎えたいと希望する者が増加してきている。誰でも最後は死を迎えるが、終末期は時間に限りが設けられ、やり直すことはできない状況の中で、求められるのが専門職の力である。今回、行った調査では、多様な場所で働く専門職に終末期にある利用者支援について、職業的生死観を訪ねた。

得られた発言内容からテキストマイニングにて分析を行った結果、専門職として共通する特徴、それぞれの立場で見られる特徴も示すことができたと考ええる。

初めに専門職全体の特徴である。終末期は時間的制約とやり直しができないことから、単独での支援に限界があることを専門職は理解している。そのため、如何にして多角的かつ最新の情報を収集し、それをケアへ転換していくかが重要なことであると考えている。それを実現するために専門職は他の職種に対しての関心を払い、職責を果たすことに注力している。その帰結として多職種連携をすることが共通認識として位置づけることが可能となっている。

次に、職種ごとの職業的生死観について振り返っておく。最初に介護職である。介護職は利用者の身体介護を担う立場である。介護職は終末期と宣告された利用者に対する介護サービスの提供はいつもと変わらない日常生活支援の先に死があると考えている。それは利用者が終末期と宣告されたことによって、これまで積み上げてきた支援方法を変更することはリスクが発生することも想定される。すなわち、あくまでも医師による終末期であることの宣告であり、これを機に何かを支援方法を変えるということについて意味があるとは考えていない。

では、社会福祉士はどうであろうか。社会福祉士はその主たる専門業務を相談援助としていることから、終末期の宣告を受けた利用者に対しての関わりは小さくなっていく。その理由は意思疎通が困難となっていくことがあるからだ。結果的に、社会福祉士はその職務を果たすため、死に向かっていく利用者に対してできることが少ないからこそ、家族の負担軽減を通じた支援のあり方を考えることになる。

介護支援専門員についてはどうであろうか。社会福祉士と同様に、利用者が終末期になると意

思疎通が困難な状況となってくる。その場合、自らの専門性に引きつけ、サービス提供体制の調整をすることによる円滑な看取りができるようケアプランの充実を図ることを思考することになる。そのためにはサービス提供体制の柔軟かつ速やかな変更をすることになる。利用者の最期をケアプランの充実を通じて支援することが介護支援専門員の職業的生死観である。

最後に、看護師である。看護師は他の専門職と異なり、その専門性から終末期の利用者を支援することが基本的枠組みの範疇にあり、特別なことであるとは考えていない。ただ、終末期にある利用者の身体的苦痛や精神的苦痛を如何にして緩和するのか、取り除くのが課題となる。従って、看護師は医師との取りつなぎをしながらも利用者の安楽、安寧を実現するために中心的な役割を果たしながら、他の専門職間の支援をマネジメントすることを模索している。

このように異なる専門性や役割、立場を踏まえ、終末期においてどのような多職種連携が望ましいのかを考えると、介護職は利用者直接的な支援を継続的に提供できる体制を構築しながら他の専門職に情報提供が円滑になされるようにしていくことが求められる。社会福祉士は介護職や看護師から得られた情報に基づいて家族の負担軽減を目指した支援の徹底が求められる。介護支援専門員においては社会福祉士と同様に、家族の負担軽減を模索しながらもケアプランの柔軟な変更を通じて支援を継続していくことである。そして、看護師は終末期にある利用者の支援を単に職務の一環であるという点だけで集約してしまうのではなく、各専門職の持つ専門性が発揮できるように情報収集をしながらもマネジメントする立場を明確に示していくようにすることである。

終末期にある利用者の支援をするための職業的生死観のあり方は、自らの専門性と役割と重複しながらも違いを明らかにすることができた。団塊の世代が後期高齢者となる2025年問題も間近となる中で、今後ますます病院以外での最期を迎えたいと考える者が増加することが予想される。そのような状況で、それに従事する専門職が専門性をより発揮するためにも職業的生死観を明確化することを追求していく必要がある。

## 残された課題

最後に、本研究を進める中でいくつか限界があった。これを次の研究テーマに取り組む上で克服すべき課題をここで記しておきたい。

- ①専門職個人の生死観と経験について、職業的生死観とについてより明確に分離することができなかった。
- ②職種ごとだけでなく、在宅、施設の別の分析ができなかった。
- ③職業的生死観と職務上の役割が重複した領域を構成しているため、それぞれを明確に示すことができなかった。
- ④ここで得られた知見について、ますます必要とされる終末期支援について、例えば、介護保険制度における加算のあり方への提起等、高齢者福祉政策的観点からのより具体的な考察が行えなかった。

以上の4点について、創意工夫をしながら上記の点を克服できるよう更なる研鑽を図りたい。

## 参考文献

- 宇佐美千鶴、篠田道子、上山崎悦代「終末期ケアにおける多職種連携・協働の実態－従来型特別養護老人ホームとユニット型老人ホームの異同を通して－」『日本福祉大学社会福祉論集』第130号、pp.167-190、2014年
- 柏木哲夫編纂「系統看護学講座 別巻10 ターミナルケア 第3版」医学書院、2001年
- 厚生労働省平成26年度版「図2 最期を迎える場所～希望と現実」
- 厚生労働省「世帯数及び平均世帯人員の推移」  
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/17-2/kousei-data/siryou/xls/sh0100-03-a1.xls> (2019年10月13日閲覧)
- 上山崎悦代、篠田道子「終末期ケアを中心とした多職種連携に関する教育・研修の現状と課題」『日本福祉大学社会福祉論集』第131号、pp.147-167、2014年
- 島田千穂、高橋龍太郎「3.高齢者終末期における多職種間の連携」『日本老年医学会雑誌』48巻3号、pp.221-226、2011年
- 柔整ホットニュース「柔道整復師と介護福祉【第19回：在宅医療と多職種連携の流れと推移】」  
[https://www.jusei-news.com/kaigo/feature/2016/05/20160516\\_08.jpg](https://www.jusei-news.com/kaigo/feature/2016/05/20160516_08.jpg) (2019年10月15日閲覧)
- 鈴木志津枝、内布敦子編集「成人看護学 緩和・ターミナルケア看護論 第2版」ヌーヴェル・ヒロカワ、2011年
- 鷹野和美『チームケア論 医療と福祉の統合サービスを目指して』ぱる出版、2008年
- 高橋幸裕「介護職の職業的発展課題と専門能力」帝塚山大学出版会、2015年
- 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  
[http://www.kaigoroudou.com/research\\_results/index.html](http://www.kaigoroudou.com/research_results/index.html)
- 高橋幸裕・角能・古賀恵海「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」『2016年度研究助成 ジェロントロジー研究報告』no.13 pp.104-113 公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団
- 高橋幸裕「ホームヘルパーによる高齢者の看取り対応の実態と課題－訪問介護現場における聞き取り調査結果からの考察－」『尚美学園大学総合政策論集』尚美学園大学総合政策学会、第21号、pp.85-102、2015年
- 高橋幸裕「特別養護老人ホームにおける円滑な終末期ケア実施に関する調査研究－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』尚美学園大学総合政策学会、第23号、pp.25-44、2016年
- 高橋幸裕「特別養護老人ホームにおいて求められる多職種連携に関する研究：終末期介護での調査結果を踏まえての考察」『尚美学園大学総合政策論集』尚美学園大学総合政策学会、第25号、pp.55-77、2017年
- 早坂寿美「介護職員の死生観と看取り後の悲嘆心理～看護師との比較から～」『北海道文教大学研究紀要』第34号、pp.25-32、2010年
- 藤腹明子、小山敦代、萩田千榮『看取りの心得と作法』医学書院、1994年
- 藤腹明子『看取りの心得と作法17ヵ条』青海社、2004年
- 道廣睦子、橋本和子、谷田恵美子、古城幸子『看護専門職の死生観 その人らしい人生の終焉を求めて』西日本法規出版、2004年

---

## 謝辞

本研究は、公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団2016年度ジェロントロジ



一研究助成事業採択課題である「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」により明らかにされた成果の一部に基づいて執筆したものである。調査実施に際に貴重な機会を与えて頂いた公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団には御礼申し上げます。また、この研究プロジェクトを実施するに際して多くの専門職、職能団体の皆様のご協力なくしては実現することはできませんでした。この場をお借りして、研究プロジェクト代表者として御礼申し上げます。

---