

論文 | Articles

終末期にある高齢者に対する円滑な支援を実現するための

課題と方法に関する研究

——専門性の違いを踏まえた円滑な終末期支援を実現するための課題分析——

Research on Issues and Methods to Realize Smooth Support

for the Elderly at the End of Life:

Problem Analysis to Realize Smooth End-of-Life Support
Based on Differences in Expertise

高橋 幸裕

TAKAHASHI, Yukihiro

尚美学園大学総合政策学部

Shobi University

角 能

KADO, Yoku

明治学院大学社会学部社会福祉学科

Meiji Gakuin University

2020年12月

Dec.2020

論 文

終末期にある高齢者に対する 円滑な支援を実現するための 課題と方法に関する研究

——専門性の違いを踏まえた円滑な
終末期支援を実現するための課題分析——

高橋 幸裕 角 能

Research on Issues and Methods to Realize Smooth Support for the Elderly at the End of Life:

Problem Analysis to Realize Smooth End-of-Life Support Based on Differences in Expertise

TAKAHASHI, Yukihiro KADO, Yoku

Abstract

Since users at the end of life have a limited amount of time left, caregivers, nurses, and welfare workers provide maximum support as a team. The roles of each are life support for care workers, health management for nurses, and care management for welfare workers. Based on different positions and specialties, we analyzed what kind of issues there are from the results of quantitative and qualitative surveys.

In order to realize smooth support, each profession made advance preparations to the extent expected. There was information gathering at the stage when acceptance was decided, and an emergency contact system. After that, we examined the issues faced by professionals when dealing with users at the end of life.

It became clear that care workers lacked knowledge and skills. This was common to all professional evaluations. Along with this, there was a problem that it was difficult to share information with each other.

Nurses are in a position of occupational monopoly and have advanced knowledge and skills, but this sometimes hinders the sharing of information with care workers and welfare workers. In addition, the relationship with welfare workers also tended to be difficult to communicate sufficiently.

Since the welfare staff is in a position of care management, it tends to be difficult to share information and exchange opinions with the care staff because the emphasis is on family support, and the relationship with the nurse is also an opinion. Tends to be difficult to convey.

要 約

終末期にある利用者は残された時間が限られていることから、介護職、看護師、福祉職はチームとして最大限の支援を行っている。それぞれの役割は介護職が生活支援、看護師が健康管理、福祉職がケアマネジメントである。異なる立場と専門性を踏まえて、どのような課題があるのかを量的調査と質的調査の結果から分析を行った。

各専門職は円滑な支援を実現するために、想定される範囲で事前準備を行うようにしていた。受け入れが決まった段階での情報収集、緊急時の連絡体制等があった。その上で、終末期にある利用者を担当する際の専門職が抱える課題の検討を行った。

介護職は知識と技術に不足があることが明らかになった。これは全ての専門職からの評価として共通するものであった。これに付随して情報の相互共有が困難な場合が課題として生じていた。

看護師は業務独占の立場かつ高度な知識と技術を有する立場であるが、介護職や福祉職との情報共有に際してそれが妨げになることがあった。また、福祉職に対する関係性も十分なコミュニケーションがとりにくい傾向があった。

福祉職はケアマネジメントをする立場であることから、家族対応に重きを置くようになっていくことから介護職との情報共有や意見交換がうまくいきにくい傾向があり、看護師との関係も意見が伝わりにくい傾向があった。

キーワード

終末期 (End of life)／チームケア (Team care)

専門性 (Specialty)／多職種連携 (Multidisciplinary collaboration)

円滑な支援 (Smooth support)

はじめに

2020年時点での我が国の高齢化率は28.7%と過去最高になっている。本論文の執筆に際して調査を実施した2018年の高齢化率は28.1%であった。人口の高齢化に伴い、人口も減少してきている。今日、日本は少産多死社会となっている。

振り返ると、我が国ではこれまで家族の最期を自宅で迎えていたが、医療保険の開始に始まり、医療技術の発達や医療機関へのアクセスが整備されたことも相まって、病院死の割合が増えていくことになった。1976年には在宅死と病院死の割合が逆転し、現在では病院が最期を迎える主たる場所となった。結果として自宅から死が消失し、家族を自宅で看取った経験がある者は限られてしまっている。

その一方で、介護保険制度が開始して20年が過ぎたが、その過程において利用者本位の理念の浸透や介護給付の中にターミナルケア加算をはじめとした終末期に関する加算が創設されていった。結果として、少しずつではあるが自宅で最期を迎えたいと考える者も増えてきている。しかし、これまでの高齢者福祉政策からすると死を包括した法制度が登場したのは介護保険法が初めてのことであり、特に介護や福祉に関する専門職の養成では十分な内容を学習することができて

いなかった。

こういったこともありながらも、少しずつではあるが専門職の立場として利用者の終末期を支えていくことができる人材も増えてつつある。本研究では、終末期は限られた時間の中で専門職（介護職、看護師、福祉職（介護支援専門員））ができ得る支援を最大限実施することが求められていると考えた。そこで訪問介護・看護現場では専門職がそれぞれの立場において終末期の支援に際して、円滑な支援を実現するためにどのような課題を有しているのかを量的調査、質的調査を行って分析を試みた。

第1章 調査の概要

調査実施方法と結果

本調査は量的調査と質的調査の両方により実施した⁽¹⁾。

量的調査

択一式無記名によるフェイスシート11問、質問項目24問で構成した調査票を作成した。調査票は主に関東地方に所在する訪問介護事業所（介護職）、訪問看護ステーション（看護師）、居宅介護支援事業所（福祉職：介護支援専門員）に勤務する専門職に対して調査票の配布を行った。（（表1）参照。）

（表1） 調査票の配布、回収状況

職種名	配布時期	配布数	回収数	有効回答数	備考
介護職	2018年1月～8月	300	232	148	
看護師		120	71	56	
福祉職		185	140	93	

介護職の場合、研修会場まで赴いて調査票を配布し、回答をしてもらった。ただし、調査票の有効回答数が少ないこともあったため、日本ホームヘルパー協会を通じて紹介を頂き関東地方外に所在する訪問介護事業所へ郵送し、回答してもらった。看護師の場合、地域のブロック会議が実施されるということもあり、過去の調査で協力を得たことがある訪問看護ステーションの所長を通じて調査票を配布していただき、郵送にて回収を行った。福祉職の場合、事前に日本介護支援専門員協会理事に交渉し許可を得たうえで、研修会場まで赴き、趣旨説明を行った後に調査票の回収を行った。

分析については後述する報告書で基本的な数値を示すことを意識して作成したため、単純集計のみ記載をしている。尚、質問紙（調査票）は巻末に記載している。

質的調査

質問項目は7問で構成されている。関東地方に所在する訪問介護事業所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所に勤務する専門職に対して60分、1対1にて半構造化面接法にて聞き取り調査を実施した。

（1） 本調査は、公益財団法人太陽生命厚生財団より2017年度研究助成事業として採択を受け実施したものである。また、本稿先だって同調査結果に基づいた研究成果を角・高橋（2019）が公表している。

質問項目

- Q.1 自らの仕事の専門性を踏まえ、終末期介護の難しさとはどのようなことだと思いますか？
- Q.2 利用者・家族に対するニーズはどのような形で収集し、チームに提供していますか？（情報の収集と共有をどのようにしていますか？）
- Q.3 訪問介護現場では介護職、看護師、福祉職など常に担当者がいるわけではないことから、迅速に利用者の対応をするための工夫とはどのようなことをしていますか？
- Q.4 他の専門職と相互理解をするための工夫はどのようなことをしていますか？
- Q.5 終末期介護を担当している際に、職種の役割を見直した経験はありますか？（以前は看護職の役割であった業務を介護職が担うようになった、或いはケアマネージャーを通していたが現在ではケアマネージャーを通さずに各職種が連絡しているなど）
- Q.6 他の職種（介護職、看護師、福祉職など）と多職種連携が円滑にできたと思う場面とはどのようなことがありましたか？
- Q.7 現在の訪問介護現場での終末期介護における他の職種との連携についての課題はありますか？（どのような点で苦労しているか？具体的なエピソードなど）

調査依頼時に法人代表者に対して趣旨説明、質問内容、実施方法を提示し、協力を依頼した。調査当日は改めて調査協力者へ調査に際しての趣旨説明、質問内容、実施方法を提示し、同意が得られた場合に同意書に署名、捺印をしてもらった。協力をいただいた専門職全員が事業所の管理者等である。（（表2）参照。）

（表2）聞き取り調査一覧

	訪問介護事業所	調査実施日	訪問看護ステーション	調査実施日	居宅介護支援事業所	調査実施日	備考
1	株式会社A	4月23日（月）	医療法人財団C	5月14日（月）	医療法人社団E	3月30日（金）	
2	医療生協B	8月31日（金）	一般社団法人D	8月31日（金）	医療生協F	4月11日（水）	

（注）いずれの調査も2018年に実施している。

分析方法はテキストマイニング法にて分析を行っている。本論で用いる結果は、テキストマイニング法にて分析によって構造化した後、その代表的な発言の趣旨として取りまとめたものである。両調査における詳細な結果については、2021年中に報告書として著者が設置しているホームページ「高橋幸裕研究室 <http://www.kaigoroudou.com/>」において公開予定である。

研究倫理

本研究は2017年度に公益財団法人太陽生命厚生財団に研究申請を行って助成を受けた。研究助成決定後、所属長である総合政策学部長へ研究計画書を提出し、研究実施に関する倫理的課題について確認いただくことを行った。量的調査、質的調査に共通する研究倫理は主な内容は以下の通りである。

- ①データは匿名化の処理を行ってから分析を行う。
- ②対象者には調査への協力を強要しない。

- ③協力者の考えについて成否を述べない。
- ④情報管理を徹底し、生データを公開しない。
- ⑤分析に際しては加工したもののみを公開する。
- ⑥被害が発生した場合は、分析対象から除外する。
- ⑦被害者へは誠意をもって謝罪し、原因を究明する。

先行研究

終末期に関する研究は看護学にしばしば見られる。2020年10月27日（火）時点でciniiを用いて「終末期」「在宅」で検索をしたところ、ヒットしたのは1153件であった。これに「社会学」を加えると4件ヒットし、「社会福祉学」にキーワードを変更して検索すると5件がヒットした。また「社会政策」にキーワードを入れ替えた場合は0件であった。

「社会福祉学」でヒットした5件の論文のタイトルを見ると特別養護老人ホーム、地域包括支援センター、デンマーク、医療格差が記されていた。その中で、訪問介護員を対象としていることから自宅（在宅）をテーマにした論文は1件だけであった。このようなことから考えると、社会学、社会福祉学の領域ではまだまだ研究の蓄積は進んでいないように見える。

無論、全く先行研究がないわけではない。島崎・高橋（2011）は自宅での支援について専門職の能力について「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⁽²⁾」と指摘している。但し、これはケアマネジャー（本稿でいう福祉職）に焦点を当てたもので、専門職のそれぞれの役割と課題について言及は十分でなかった。

他方、高橋（2016）では高齢者福祉政策の中で死をどのように包括してきたのかを検討してきたが、結果として介護保険制度による訪問看護（ターミナルケア加算）が導入されるまでは存在していなかった。しかし、この研究では実践という部分での言及はなくあくまでも政策的な確認を行っただけであり、今日求められるような専門職による支援については枠外のものであった。

このようなことから、本稿では先行研究から得られた知見を踏まえながら、介護職、看護師、福祉職がチームとして円滑な支援が実現できるための課題を量的調査と質的調査の結果に基づいて分析を行うこととした。

第2章 終末期支援が求められる背景と課題

第1節 浸透し始めた介護保険制度の理念と課題

2000年4月に介護保険制度はスタートした。措置制度の時代とは異なり、自らの責任で必要なサービスを選ぶことができるようになった。介護保険制度は利用者本位、自己決定を掲げた仕組みとして20年以上の実績を有する。介護保険制度が始まった当初の親世代（高齢者）は制度の利用方法について戸惑いがあり、これを補う形で中高年齢に差し掛かった子ども世代がサポートに回った。介護保険制度が始まって20年余りが過ぎたことにより、現在の高齢者である子ども世代はその使い方を親の介護を通じて学んだことで、理念も同時に理解することになった。

介護保険制度の特徴として、高齢者福祉政策上、死を初めて包括したものであった。訪問看護においてターミナルケア加算が創設されたのである。その延長線上として、制度の見直しに際して、各種施設に対する看取りに関する加算が相次いで創設されている。また、厚生労働省は「人

(2) 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

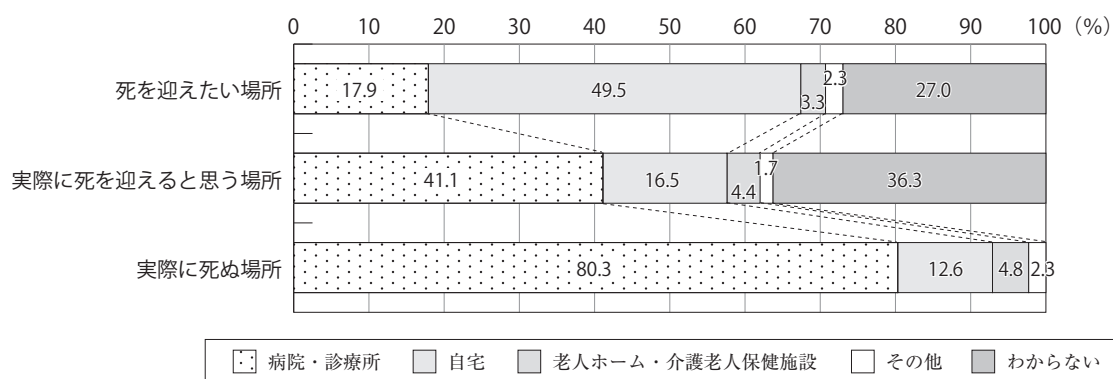
生会議」という終末期における医療のあり方としてACP（Advance Care Planning）をキャンペーンとして展開⁽³⁾し、脱病院死を政策的に推し進めようとしている。

この一連の流れから、人口動態統計を見てみると、2005年に病院死の割合が約80%であったものが、2018年には72%と減少傾向にある。これに代わって、自宅は底をうち、特別養護老人ホームで最期を迎える者は微増傾向にある。このような状況から脱病院死の動向が見て取れる。現状では病院死がまだ主流であり、1976年まで過半数であった自宅で最期を迎えることは簡単なことではない。その上、1970年代はオイルショックがあり、同時に核家族化等による世帯人員数の縮小や地域のつながりが消失してしまったこともあり、自宅で最期を迎えることを物理的に難しくさせる要因となっている。

これに関連して、厚生労働省が人生の最期をどこで迎えたいのかについて調査を行っている。「平成26年度厚生労働白書」によれば、p.128（図1）、p.130（図2）にも示されているように、前者では死を迎えたい場所は自宅が約49.5%であるのに対し、実際に死ぬ場所は病院であると考える者が80.3%であった。後者については自分が延命治療を望む割合が37.1%であるのに対し、家族には17.5%と意識の差が生じていた。

このように自ら最期を迎えたい場所は自宅である一方で、実際は病院であろうということが明らかになっている。（（図1）参照。）延命治療に対しても自らは「どちらかという望まない」「延命治療は望まない」と考える者が合計で70%を超えているのに対して、家族へは「延命治療を望む」が24.6%と約4分の1を占め、「延命治療は望まない」と回答した割合が17.5%（自分の場合は37.1%）と少しでも生き長らえてもらいたいというギャップも生じている。（（図2）参照。）

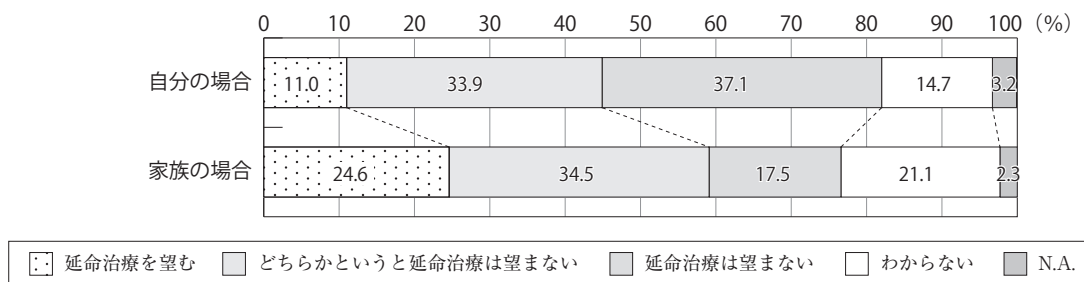
このようなデータから考えると、国民の意識として自宅で最期を迎えたいがそれを叶えるのが難しいと感じていること、延命治療については医療機関で行う必要があることから、結果的に脱病院死が困難な状況を作り出している。その上で、現在進行形で構築が進められている地域包括ケアシステムにより住み慣れた地域での生活が営み続けられるのかが実現の可否を分ける可能性がある。無論、看取る側である家族としても専門職と共に支援ができる体制づくりも同時に進め



資料：厚生労働省 大臣官房統計情報部『平成22年人口動態統計』及び『安心と信頼のある「ライフエンディング・ステージ」の創出に向けた普及啓発に関する研究会報告書』（経済産業省）より
 （引用）厚生労働白書平成26年度版 p.130

（図1） 最期を迎える場所へ希望と現実

- (3) 終末期の定義は厚生労働省が2007年にした「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」と「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン 解説編」に示されている。その後、2018年に改訂版が出されている。「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（厚生労働省）」による「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」と「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン 解説編」である。



資料：終末期医療に関する調査（終末期医療のあり方に関する懇談会）より
 (引用) 厚生労働白書平成 26 年度版 p.130

(図2) 「死期が迫っている場合の自分／家族の延命治療」

ていかなければならない。

第2節 法的根拠に基づいた専門職の役割

訪問介護・看護現場（訪問介護現場、訪問看護現場のこと。）では、多様な専門職がチームとして従事している。薬剤師、作業療法士、理学療法士等の他の専門職がここに参加することもあるが、在宅生活において主たる役割を果たす専門職として、介護職、看護師、福祉職を中心に検討を行う⁽⁴⁾。

ここではまず、法的根拠に基づく介護職、看護師、福祉職の役割と専門性について言及をおきたい。最初に介護職である。訪問介護員の場合、介護職員初任者研修（旧訪問介護員養成課程）及び介護福祉士の職務領域は重なっている。社会福祉士及び介護福祉士法第2条第2項にあるように、介護職は利用者の日常生活を支援する専門職である。

社会福祉士及び介護福祉士法

この法律において「介護福祉士」とは、第四十二条第一項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護（喀痰かくたん 吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であつて、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という。）を含む。）を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと（以下「介護等」という。）を業とする者をいう。

看護師の場合、保健師助産師看護師法第5条にあるように医師を補助する立場にあるが、専門性が向上したこともあり、訪問看護現場では「診療の補助」に関しても医師が常駐していない分、判断を待たない裁量の余地が生じている。また「療養上の世話」についても介護職との重複が一部には見られるものの、長期間の教育を受けており、さらに医療的観点を踏まえて行う必要のある行為は看護師の役割と解されている（菊地2018：342-343）。そのため看護のスペシャリス

(4) 尚、医師は看護師の状況報告を受けながら医学的判断を行い、特に終末期にある利用者を担当する場合、医師は利用者の状況について心配りをすることになるが、介護職、看護師、福祉職と比較すると接する機会が非常に少ないため本論文では詳細な分析対象としていない。もちろん、その他の専門職も利用者の状況に応じて参画している。

トとしてみなすことができる。

保健師助産師看護師法

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。

福祉職は、介護保険法第7条第5項にもあるように介護保険サービスを滞りなく利用できるようにするためにケアマネジメントの役割を担う立場である。

介護保険法

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。

このように介護職は生活支援、看護師は健康管理、福祉職はケアマネジメントという役割で利用者の支援を複合的に行うことが法的に規定されている。

第3節 終末期支援における専門職の役割と特徴

以上の各法律の条文を見て分かるように、それぞれの専門性は異なっている。それではこれらの法的根拠から、終末期におけるケアに関してどのような専門性が導き出されるだろうか。介護職の場合、介護福祉士の規定を踏まえつつ言えば、最も長時間利用者と接点を有し、その変化を理解する立場にありながらもその変化について他の専門職へつなげる結節点となりうる。（高橋2015）

看護師の場合、終末期に差し掛かっている中で利用者の予後や状況を見極め、医師への連絡をする、介護職、福祉職への指示を行う司令塔としての役割を担っている。（高橋・角・古賀2018）それは2つの理由が考えられる。1つ目は終末期になると身体的に不安定な状態であることから急変状態がいつ生じるかが不明確であり、医学的根拠に基づいた判断をすることが多くなるからである。2つ目が介護職や福祉職のカリキュラムが死を前提としたものではなかったことが挙げられる。

福祉職の場合、ケアプランを作成する立場であることから終末期においては主に家族対応が中心となってくるため、情報収集とチームに参加する専門職への連携を重視することになっている。（高橋・角・古賀 2018）

但し、看護師を除いた2つの専門職は終末期となった利用者に対して十分な理論的支援方法を

有しているとは言えない。介護職は養成制度が切り替えられる前後のテキストを確認すると、2009年版では財団法人長寿社会開発センターが刊行したテキストには約4ページの記載であった。他方、現在の制度となった直後の2013年にニチイが刊行した介護職員初任者研修テキストでは約27ページが記載されていた。次に、福祉職の場合、介護支援専門員実務研修において「看取りに関する事例」で講義及び演習で5時間と設定されている。そして、看護師の場合、成人看護の中に「終末期看護」が組み込まれていることから、学習量から考えると介護職と福祉職は少ない状態である。

このような状況になった理由として考えられることは、高度経済成長期以降から核家族化が進行した結果、家庭から看取りをすることが消失し、医療機関への移譲がなされたことに伴って、介護職の役割は生き続けることを念頭に置いた支援に収斂されたことが挙げられる。福祉職は、あくまでもターミナルケア加算が医療（訪問看護）というカテゴリーの枠組みで検討されたため、終末期支援とケアプラン作成の関連性の強さは考えられていなかった。

それでは現場において、介護職、看護師、福祉職はどのような看取りを実践しているのだろうか。次章において、調査結果に基づいて整理する。

第3章 専門職ごとの終末期における支援方法

第1節 介護職

この節では、2名の介護職に聞き取り調査を実施した。（（表2）参照。）調査協力者はいずれも介護福祉士資格を有しており、訪問介護事業所では管理者としての立場であった。最初に自らの職務の専門性を踏まえて終末期介護の難しさとして語られた内容について分析する。全体として以下のように整理することができた。

- ①利用者と家族の人間関係が良好か否か。
- ②利用者と家族の気持ちのズレがあり、ホームヘルパーとして板挟みになる場合。
- ③利用者の今までの生活歴（プライバシー）に触れるところ。
- ④自らの死生観や価値観を出さずに中立を維持しながら、気持ちを律していくこと。

上記①～④をみると、介護技術としてケアが難しいというよりも家族関係や意向、プライバシーに関する対応の難しさを中心であった。利用者との接点が多く生活の視点を専門性と考えているがゆえに、家族との関係の調整に苦勞を感じている。他には、医療ケア（痰の吸引）ができる機器があるにもかかわらず、ケアプランに組み込まれていないため、実施できない難しさがあった。ここから分かるように介護職の医療面での対応に関する問題点を指摘した回答もあった。

次に、終末期における利用者や家族に対する情報収集と共有方法に関する回答は、以下のよう

- ①家（部屋）の中の様子から収集する。
- ②家族から利用者に関する話を聞く。
- ③実際に業務をしながら収集する。
- ④支援前後は電話やノート等を用いて他の専門職と確認、共有する。
- ⑤支援の際に気が付いたことは都度、他の専門職と情報の報告を行う。

すでに述べたように介護職は生活支援を基本的守備範囲とした形で支援を行っている。そのため、利用者の生活状況を押さえ、かつ支援を行う際の変化について意識を傾けることになる。そのため、①～③の情報収集は、家の変化、利用者の変化に注目して行われている。他方、④⑤については、終末期になると利用者自身が寝たきり状態かつ意思疎通が困難になった状態が多く見られることから、前回の支援から今回の支援までの動向について家族に確認することによって、他の専門職へ情報提供や共有を行っている。

ここで得られた情報はアナログ的ではあるが、電話やノート、場合によってはメールを利用して共有することをしている。情報共有の方法として1つだけを用いるのではなく、複数の手段を用いている。それは情報へのアクセスをできる限りしやすくすることと、見落としを防ぐための意味が込められている。

また、終末期は残された時間に限りがあるため、迅速な判断と対応をすることが重要になってくる。そのために、介護職はどのような工夫を行って対応をしているのだろうか

- ①契約時に予想される状態の連携体制を決めておく。
- ②最初の担当者会議で決めておく。
- ③緊急時の連絡体制を決めておく。
- ④家族に聞いて判断するのではなく、専門職としてどうするかを最初に取り決めておく。

上記の分析結果から、限られた時間の中で介護職が実践している工夫とは事前に想定される事柄について準備をしておくことが分かる。つまり、支援体制、連絡体制、判断基準について事前に想定した上で体制の構築をしている。これは終末期はやり直しがきかない、いわゆる「一回性」の支援である。

もちろん、医師による終末期宣告（余命宣告）が当初の見込みよりもずれ込むこともあり得るが、利用者にとって残された時間を最大限支援できるための工夫が必要になるため、試行錯誤をして無駄な時間を費やすことの弊害は非終末期の時以上に大きい。過ぎた時間は取り戻すことができないため、できる限り入念な準備と体制の構築をすることが生活支援の専門職としての工夫であった。

そして、介護職としての他の専門職に対するコミュニケーション方法の工夫についても整理した。

- ①退院時のカンファレンスに何としてでも出たい（と考えている）。
- ②退院時のカンファレンスに呼ばれない場合もあるが、チームとなる専門職に対してなるべく顔を知ってもらえるようにする。
- ③退院時のカンファレンス、その後のカンファレンスは自分たちの職域、範囲を最初に話せる場として位置づけている。
- ④終末期は日々の変化を見るためにも毎日入っていくようにする。
- ⑤利用者の変化について細かいことでも確認するようにしている。

終末期支援は特に医療の役割が大きくなる傾向にある。例えば、日々低下していく利用者の体調管理はもちろんのこと、急変状態への対応も重要な役割となる。しかしながら、介護職は生活支援を主とする支援を行っており医療職（医師・看護師）とは異なって、できることは限られている。

一方、介護職はチームの中で最も利用者、家族との接点と時間が多く、気づきを得られやすい立場であるため、医療面をはじめ他の専門職からの情報共有の機会をできるだけ持とうとしている。情報確認についても自ら確認するだけでなく、変化があった場合は他の専門職に確認するようにし、支援をする際の情報としてアップデートをしている。

第2節 看護師

それでは診療の補助と療養上の世話を期待されている看護師は、終末期支援において、何を課題と考え、他の専門職とどのように情報を共有し、どのようなコミュニケーションを行っているのだろうか。看護師は介護職が生活支援をするのとは異なり、医療の視点から利用者の健康管理を行っている。

特に終末期にある利用者は医療依存度が高くなる傾向にあることから、中心的役割を担っているのが特徴である。今回の調査協力者は訪問看護ステーションの所長、管理者という立場であった。最初に看護師の自らの職務の専門性を踏まえた、終末期支援の難しさについて整理を行った。

- ①同じチームとして参加する介護職は、看取り初経験であることが多いこと。
- ②介護職の高齢化による介護力の低下。
- ③終末期であることを利用者が理解していない、理解したくない等のため、短時間で信頼関係を構築すること。

①②はチームとして介護職に対する要望、課題である。介護職には生活支援という職務上の役割が求めているに関わらず、終末期介護の経験や高齢化による実行力に関する課題があると指摘している。換言すれば、看護師は終末期を担当した際の中心的役割を担っているため、メンバーである介護職の生活支援の役割に期待を寄せながらも経験不足ゆえの不十分さを述べている。

③は病院から退院した利用者を念頭に置いて述べられたことである。病院から自宅に戻った段階で利用者に残された時間は限られたものになっている。一方で、利用者の中には終末期であることを理解できない者もいる。そのため、できる限りの利用者や家族が望むケアを提供するために信頼関係の構築に際して困難が生じている。

次に、看護師はどのように情報を集めているのだろうか。終末期における利用者や家族に対する情報収集と共有方法について検討を行う。

- ①様々な専門職がかかわる中で、利用者や家族の発言を共有する。
- ②毎週、訪問看護ステーション内でのミーティングを実施する。
- ③ケアに入っている際に利用者とのやり取りを通じて情報を収集する。
- ④常にアンテナを張っており、利用者や家族にチャンスを狙って聞く。
- ⑤カンファレンスに参加してもらった家族は発言できなかったこともあることを想定し、帰宅後に連絡を入れる。

①②では、チームとして参加する専門職との連携によって情報収集していることが分かる。③～⑤については家族や利用者とかかわる中での情報収集である。自らが支援を行う中での自分自身による情報収集や家族や利用者に見つけることによる情報収集、さらに家族が言いたいことを必ずしも言えないことも踏まえた情報収集を行っている。

また、迅速に対応するための工夫についても整理した。角・高橋（2020a）でも明らかにされているように、終末期においては迅速な対応が要請される。

- ①事前に想定し対応できる事柄について専門職へ指示をしておく。
- ②事前に想定できることは家族に説明をしておく。（安心感を与える。）
- ③あらかじめ決めることができるものがあれば、決めて準備をしておく。
- ④SNS（LINE）を活用する。
- ⑤ノートやメールを活用する。

①～③は事前に想定できるための準備をしておくことで、利用者に異変が生じた場合の対応ができるようにしている。④⑤は新たな事態が発生した際に情報をいかに早く、かつ確実に共有するかという点において工夫をしていた。

最後に、他の専門職に対するコミュニケーションの工夫やチーム内の相互理解についてどのようになっているのかを確認する。

- ①介護職に対して、どこまでを担うのかを伝えて役割分担をする。
- ②利用者の状況を踏まえて、状況に応じた対応方法について助言する。
- ③介護職が書いた記録を確認するようにしている。

ここでは主に介護職に対するコミュニケーションの工夫について述べられることが多かった。①～③についてみると、看護師として見通せる利用者の変化に対してどのように対応するのか、してもらいたいのかを意識的に実践していることが分かった。また、直接話し合う形だけでなく、介護職自身の気づきも看護師として必要な情報源でもあり、情報の行き違いを防ぐために記録から読み解いていることもしていた。

第3節 福祉職

福祉職はケアプランの作成や職種間の調整役割を担っているが、どのような終末期支援に関する実践を行っているのだろうか。福祉職として介護支援専門員及び生活相談員の立場から聞き取りを行った⁽⁵⁾。今回、調査協力をいただいた2名も介護職、看護師同様に所長、管理者という立場である。

最初に自らの職務の専門性を踏まえて、福祉職が何を終末期支援の難しさと考えているのかについて確認した。

- ①家族が持っているイメージ、望むケアプランを作成すること。
- ②ケアプランを作成する際に、家族に選んでもらうようにすること。
- ③思い込みや思い入れが強すぎる介護支援専門員もいるため、家族の負担を考慮すること。
- ④独居の利用者の場合、利用者と相談したケアプランを作成すること。

(5) 今回協力をいただいた2名のうち、1名は介護保険制度開始以前より医療法人社団に勤務し、介護支援専門員の資格を有していないが、生活相談員兼居宅介護支援事業所室長として実践をされている。

福祉職は、ケアプランは家族や意向に沿う形で作成することが課題であると考えている。終末期は時間の経過と共に利用者の状態は悪化していくことになるが、ケアプランの変更は時間がかかるだけでなく、内容を変更して対応できることはそれほど多くない。また、福祉職の専門性や役割を考えると利用者へ直接ケアをすることは立場上ないため、ケアプラン作成後は家族に対する支援を中心に対応することになる。

一方で、上記の厚生労働白書のデータのように家族については延命治療を希望している者も一定割合以上おり、また家族からすれば利用者に残された時間が限られていることもあって気負って負担が大きくなってしまうケースも想定される。そのため、家族の意向に沿ったケアプランを作成することが福祉職にとって大きな負担になっている。

これに関連して、家族に対する支援を中心にする立場として、福祉職によるニーズの取り方、情報収集、情報提供のあり方について検討を行う。

- ①病院からの退院してくる利用者の場合、病院勤務の看護師から事前に家族側の要望をレジユメとしてまとめてくれている。
- ②レジユメがない場合は医療に即した話が先行することが多いため、カンファレンス後に確認をするようにしている。
- ③退院前のカンファレンスに参加する。
- ④在宅後はニーズにズレがないかを利用者、家族に意向の確認をして調整する。
- ⑤医師が往診する際に同席し、家族がどこまで状況把握をしているのかを確認する。
- ⑥時間の経過に合わせてケアプランを調整する。

このように①～③については、退院前に行われるカンファレンスが医療面での情報収集をする際に重要な位置づけとなっていることが分かる。④～⑥は利用者が自宅に戻ってきて以降のことであり、利用者と家族だけでなく、関係者から情報収集するようにしていることが分かる。

その上で、ケアプランの作成と変更は終末期においては非常に時間がかかることから、できる限り時間的ロスを避ける必要がある。以下、福祉職が行う迅速に対応するための工夫について整理する。

- ①連絡ノートを活用する。
- ②SNS（LINE）も活用手段として取り入れている。（空いた時間を活用して確認するようにしている。）
- ③緊急時には携帯電話を用いる。
- ④レスポンスの早さが大事である。

①～④を見て分かるように、複数の通信手段の活用をしながらの対応について工夫していることが分かる。また、これ以外にも終末期の利用者を担当する場合、勤務する事業所の近くに住んでいる者の方がよいという発言もあった。

また、他の専門職に対してのコミュニケーション方法に関する工夫、相互理解についての意見を整理した。

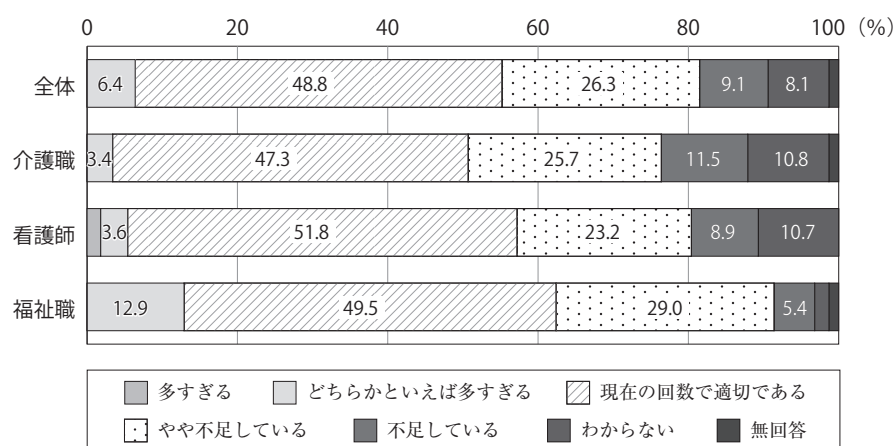
- ①仕事時間外でもコミュニケーションをとるようにしている。書類も手渡しするようにして、関係性を構築している。
- ②24時間電話を繋げられるようにしている。
- ③勤務先の看護師だけでなく、提携している訪問介護事業所の介護職を交えた院内カンファレンスを実施し、状況の確認や注意点を共有している。

福祉職は専門職間の調整をすることから、特に終末期の利用者を担当している場合はできる限りコミュニケーションを図ることに注力していることが分かる。既に述べた通り、終末期支援は終末期を宣告された利用者に残された時間が限られているが故にやり直しがきかない状態であるため、24時間体制を敷いて対応できるようにしていたことが分かる。

第4章 専門職が有する終末期における課題

第1節 専門職全体が有している支援の課題

今回実施した量的調査から以下のような特徴が明らかになった。まず打ち合わせ（カンファレンス）の機会について確認する。（（図3）参照。）

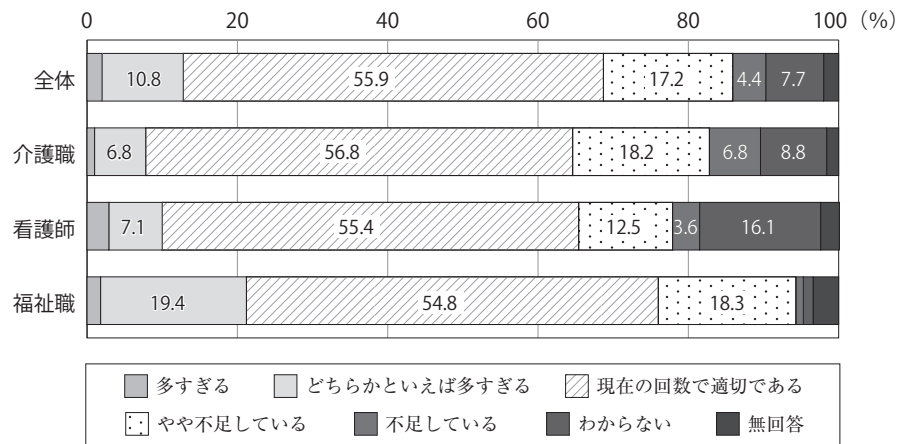


（図3） 打ち合わせ（カンファレンス）の機会について

これを見ると分かるように、全体では半数近くが「現在の回数で適切である」と考えている一方で、「やや不足している」「不足している」と回答した者を合わせると35.4%となっている。これは事業所ごとの方針や提携先の事業所との関係性からこのような違いが生じたと考えられる。

また、福祉職に関してみると「どちらかといえば多すぎる」と回答している者が12.9%となっている。その要因として、ケアプランを作成する立場が大きいと言える。それは介護職や看護師のように直接利用者と接する機会が少なくなることから、ケアプランの見直しは連絡を受ければよいという判断であると考えられる。

次に電話やメール等で情報交換する機会について確認をしてみる。（（図4）参照。）

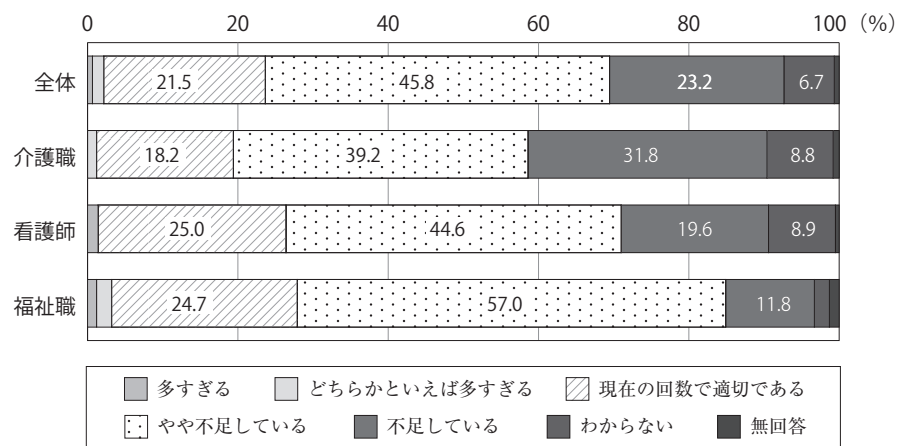


(図4) 電話やメール等で情報交換をする機会について

全体を見ると情報交換をする機会は概ね満たされているように見える。但し、「やや不足している」「不足している」を合わせると21.6%あることから、情報共有をする機会のあり方について見直しをする必要があることも示唆している。

また、看護師については「やや不足している」「不足している」と回答している割合が他の専門職と比較して少ない傾向にある。これは終末期にある利用者への支援を中心的な役割として担っていることから、自らが情報交換の頻度のある程度設定できることが要因である。そして、全ての専門職の50%以上が「現在の回数で適切である」と回答していることから、それぞれの立場で意識的に情報交換をする機会を設けようとしているものである。

次に他の専門職の意見や考えを知る機会について確認する。(図5) 参照。)

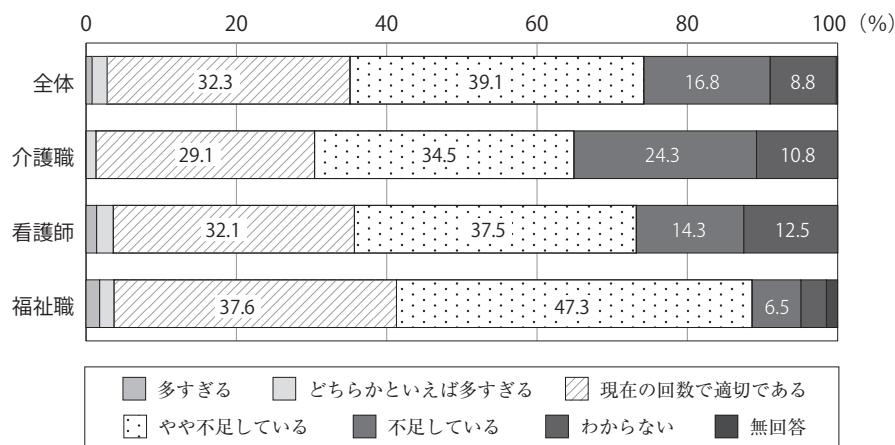


(図5) 他の専門職の意見や考えを知る機会について

全体を見ると、他の専門職の意見や考えを知る機会について「現在の回数で適切である」が21.5%であるのに対し、「やや不足している」「不足している」を合わせると69%となっており、十分な状態でないことが分かる。終末期はやり直しがきかない状態での支援となるため、それぞれの立場で気が付いたこと、検討すべきことを共有することが求められる。しかし、限られた時間の中では(図4)で検討したように状況報告をすることが主となってしまっていることから、具体的な意見交換や専門職としての視点を示す機会が乏しくなっている。

他方、介護職の「不足している」と回答した割合が31.8%と他の専門職より多いことが特徴である。その理由として、身体状況が日々悪化していく中での不安や対応方法が特に看護師から十分に得られていないことが考えられる。

これに対して、自分の意見を他の専門職に伝える機会について検討を行う。（(図6) 参照。）

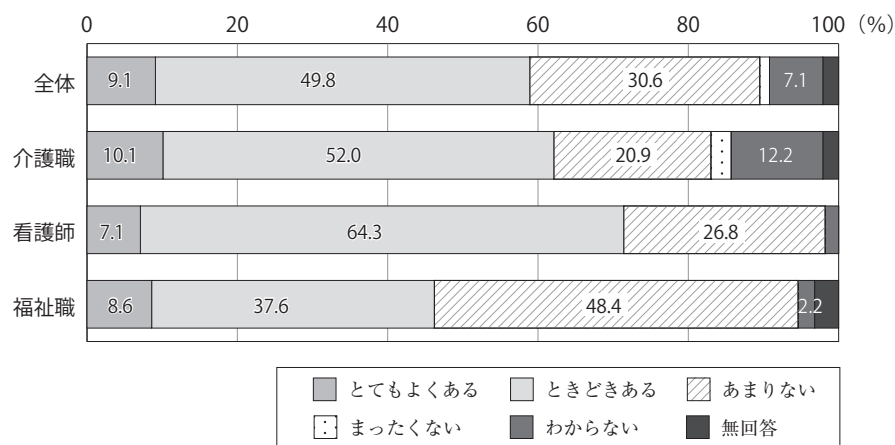


(図6) 自分の意見を他の専門職に伝える機会について

全体を見ると「現在の回数で適切である」が32.3%であるのに対し、「やや不足している」「不足している」を合わせると55.9%であり、半数以上となっている。各専門職の割合もそれぞれ50%以上が不足感を感じている。これは（図5）でも示したように、支援に際しての気づきや身体状況の変化等について報告することが主となってしまっていることが要因として考えられる。

その一方で、「現在の回数で適切である」を見ると、各専門職はおおよそ30%の割合を占めている。これは電話やメール等を用いた手段だけでなく、打ち合わせの際に伝えられるということを想定しているのではないかとと思われる。

次に、終末期支援をするうえで他の専門職から早めの対応依頼を出して欲しいと感じた経験について検討を行う。（(図7) 参照。）



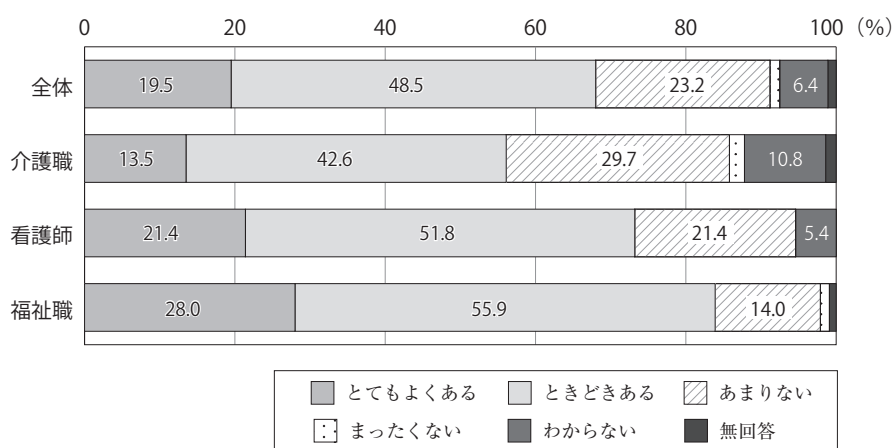
(図7) 終末期支援をするうえで他の専門職から早めの対応依頼を出して欲しいと感じた経験

終末期支援はできる限り時間のロスをせず、かつ迅速かつ的確な判断をすることが求められる。全体を見ると「とてもよくある」「ときどきある」を合わせると58.8%を占めている。特に「とてもよくある」「ときどきある」と回答している割合が多いのが看護師であり、71.3%となっている。

看護師は終末期における中心的役割を担っていることから、対応する場面も増える傾向にある。同時に、その場面に応じて求められる対応を迅速に行う必要があることを強く意識している可能性もある。従って、早めの対応依頼をするためにもそれぞれの立場から見た情報を発信すること、役割分担を明確にすることが求められる。

一方、介護職は「とてもよくある」という回答を選択している者が10.1%となっているが、「わからない」という回答の選択者は12.2%となっている。この点が看護師との違いである。同時に、介護職は利用者との接点が多く生活の視点を重視している（角・高橋2020a）ことから、一回性の強い終末期は迅速な対応を求められる。そして、介護職は利用者の生活の継続性を重視しているため、看護師ほど迅速な対応を求めない傾向がある。このような生活を重視している結果として、「わからない」という回答を選択する割合の高さにつながったと言える。

そして、医師に日常的に会議等へ参加してほしいと感じた経験について検討を行う。（（図8）参照。）



（図8） 医師に日常的に会議等へ参加してほしいと感じた経験

医師に対する会議等への参加に対する要望は、全体、各専門職のいずれにおいても全体的に高い傾向にあることが分かる。全体では「とてもよくある」「ときどきある」を合わせると68%を占め、介護職は56.1%、看護師は63.2%、福祉職が83.9%となっている。このようになった要因には、介護職は調整役割を担っておらず医師と接点を持つ機会が少ないからだと考えられる。（角・高橋2019：42）これは看護師に情報を伝えることによるものが大きい。これに対して看護師は、医療職として医師と接点を持つ役割があるためである。

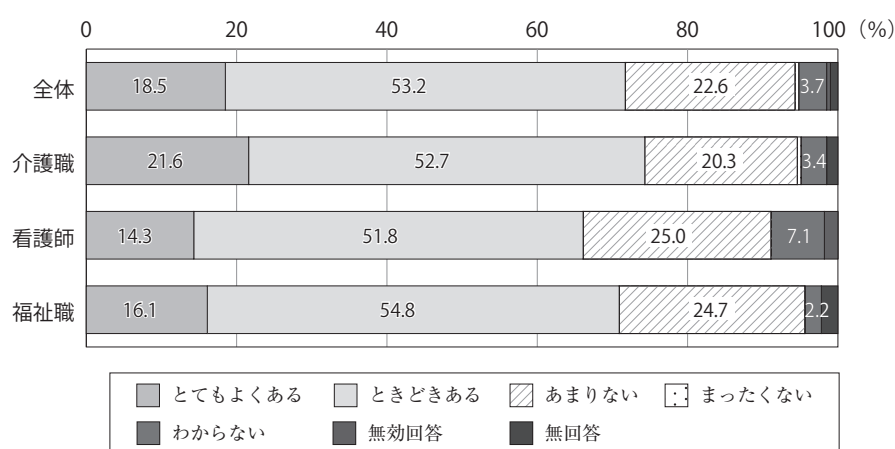
福祉職はそれよりも割合が多いことが特徴として挙げられる。福祉職は利用者の身体的状況がどうなっているのかを医師の診断や質問から把握し、ケアプランへ反映させることがここでの重要な目的である。

そして、第3章第3節で述べたように、福祉職は利用者との接点が看護師ほど多くはなく、医療面での情報を十分に把握しているとは言えない。そのため、看護師よりも福祉職の方が医師に会議への参加を求める要求が強くなっている。

第2節 介護職が抱える支援の課題

介護職は利用者に最も回数と長時間接点を有す立場であることから、第一次情報を収集することができる。終末期の利用者を担当する際にチームとして有している課題の中で、介護職が抱えている事柄について検討を行う。ここでは量的調査結果に基づいて、自らの職種から見た評価から検討を行う。

(図9)を見ると、各専門職の評価として、介護職は知識や技術が不足している傾向にあった。具体的には、終末期支援における知識や技術不足は「とてもよくある」と回答している割合が全体で18.5%、介護職21.6%、看護師14.3%、福祉職16.1%となっていた。他方、参考として同様の質問を看護師の評価で見た場合、知識や技術不足が「とてもよくある」と回答した結果は、介護職2%、看護師0%、福祉職2.2%であった。同じく福祉職に対する知識や技術不足が「とてもよくある」と回答した結果、介護職11.5%、看護師7.1%、福祉職2.2%であった。



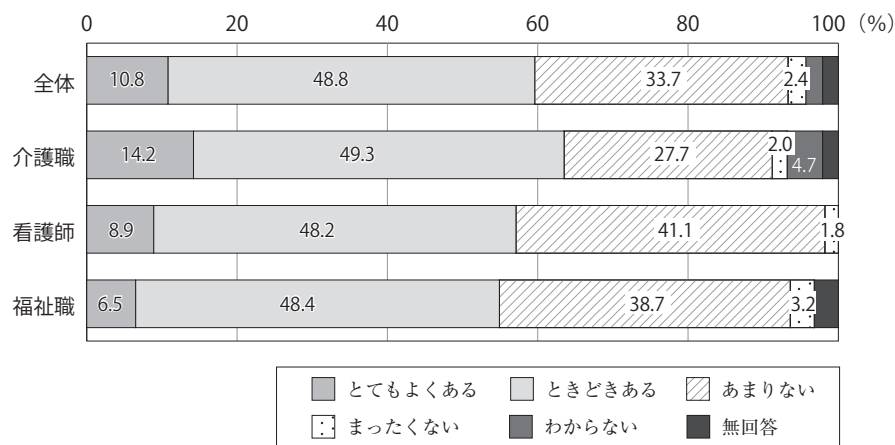
(図9) 自分と同じ職種、もしくは他の専門職の終末期介護に関する知識や技術の不足を感じた経験 (対介護職)

このことから分かるように、終末期支援に際して知識や技術不足が介護職の課題であると言える。その背景には、介護職は看護師や福祉職と比べてもカリキュラム上比較的短い期間で資格が取得できること、日常生活の延長線上に終末期ケアを位置づけていること（高橋・角・古賀2018）、何よりも病院死が主たる最期を迎える場所であることから経験不足が影響していると思われる。

また、コミュニケーションの取り方についても課題を有している。コミュニケーションの取り方の難しさについて「とてもよくある」と回答した割合は専門職ごとにばらつきがあるが、「ときどきある」という回答では約半数が選択をしている。一方で、介護職が介護職を評価した場合、看護師や福祉職と比較して「とてもよくある」を選択する割合が高いことは注目すべき点である。上述したように、この結果は知識が体系化されていないために伝達が円滑に進まない可能性を示唆している。その背景として、正社員だけでなくパートタイムとしての働き方をしている者も多いため、職員間での知識の共有化が妨げられていることが考えられる。（西川・田中2016）

第3節 看護師が抱える支援の課題

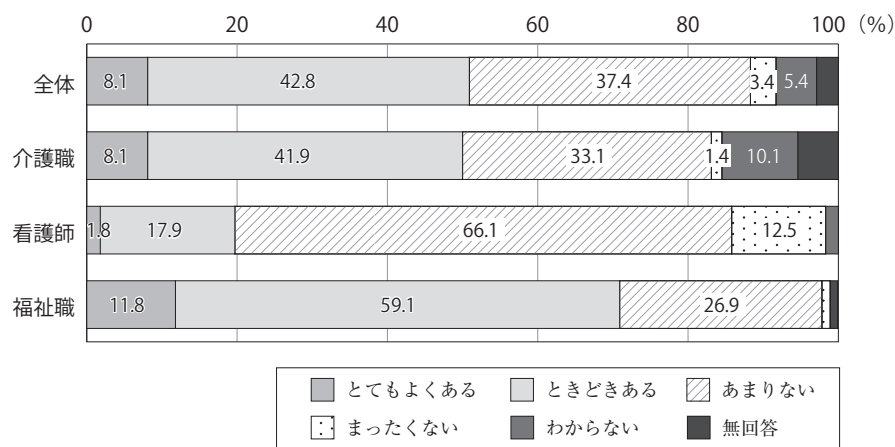
看護師は、終末期にある利用者を支える中心的役割を担う立場にある。既にみたように、知識や技術的な部分においてそれほど大きな課題を有しているとは言えない。それは終末期において



(図10) チームの一員として自分と同じ職種、もしくは他の専門職とコミュニケーションをとるのに苦労した経験 (対介護職)

利用者の急変が生じやすいこともあり、医療が主体となって対応する必要があるからである。

では、どのようなことが課題として挙げられるのか。主にコミュニケーションに関する項目が挙げられる。看護師は介護職や福祉職とは異なり、業務独占の立場にあることから高度な専門性を有している。特に専門用語を用いる場面が多いことから、異なる専門職である介護職や福祉職には理解しづらい要因となっている。



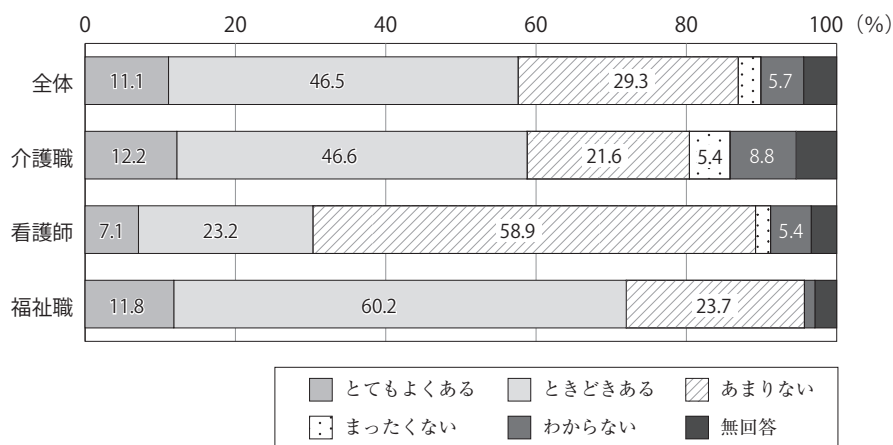
(図11) 自分と同じ職種、もしくは他の専門職が仕事上で話している内容（専門用語など）が分かりづらい、理解できなかったと感じた経験 (対看護師)

(図11) を見て分かるように、看護師自身の評価として「あまりない」と回答している割合が66.1%であるのに対して、介護職33.1%、福祉職が26.9%と差が生じている。また「ときどきある」と答えた割合で最も高いのが福祉職であり59.1%となっており、看護師と福祉職とのやり取りに課題があると言える。介護職よりも福祉職が多い傾向にあるのは、現場での関わる回数の違いに原因が求められる。利用者へのケアの回数は介護職が最も多く、それに次ぐのが看護師である。福祉職はケアプランの変更に伴う調整をする役割であることから、自ずと接する回数が減ることになる。

これについて見ると、角・高橋（2019）においては、本調査のデータを用いて看護師と福祉職

とのコミュニケーションに関する現状認識の齟齬を明らかにしている。その背景として福祉職にはケアプランによる調整が求められるにもかかわらず、医療依存度が高い終末期ケアの利用者との接点が少ないため、医療面での対応の一端を担う看護師の話を理解しづらくなっていることを示唆している。したがって、利用者との接点を増やせば、利用者の医療面での情報もある程度は把握しやすくなり、看護職とのコミュニケーションも相互理解が行えれば円滑となる。

他方、(図12)は看護師とコミュニケーションをとるのに苦勞した経験についての現状である。(図11)と同様に福祉職が「ときどきある」と回答している割合が多いことが特徴である。既に述べたように終末期は利用者の医療依存度が高くなっていくのにも関わらず、医療面での専門知識を持つ看護師との接点が少ない状況下で多職種間で調整を行わなければならないことが原因であると言える。但し、「とてもよくある」と回答している割合については介護職とはほぼ同じ割合であることから、コミュニケーションをとることを意識していけば苦勞する経験は減少していくと考えられる。

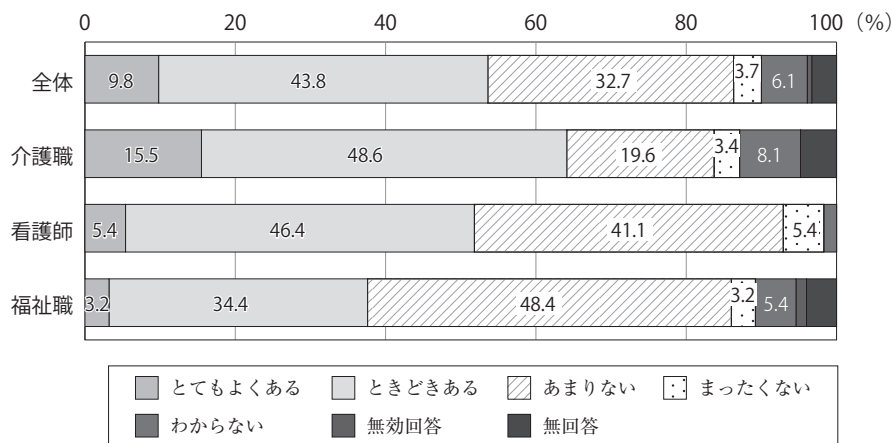


(図12) チームの一員として自分と同じ職種、もしくは他の専門職とコミュニケーションをとるのに苦勞した経験 (対看護師)

このようなことから、看護師が抱える課題はコミュニケーションのあり方であると言えるが、特に福祉職へのアプローチをどうするか、どうしていかなければならないのかを検討していくことが課題解決のヒントになると言える。福祉職は介護保険制度を利用する上での調整役を担っているため、限られた時間をどう活用するのか、場合によっては(調査実施当時は介護保険制度上、事後的なケアプランの変更は基本的に認められていなかったが)福祉職が先回りして対応できる場合も可能になる。

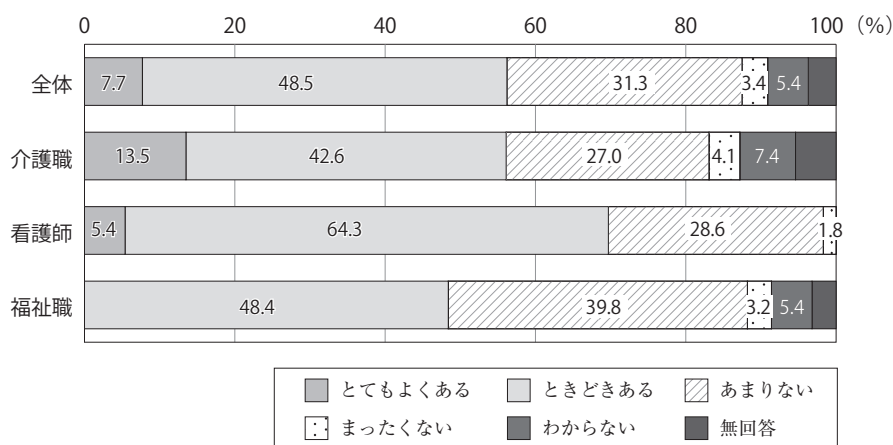
第4節 福祉職が抱える支援の課題

福祉職は介護職や看護師とは異なり、直接利用者へのケアを提供する立場ではない。終末期の担当となって以降、時間の経過とともに利用者への支援から家族への支援に重点が移っていくのが特徴でもある。その上で、福祉職の課題として挙げられるのはコミュニケーションの取り方であった。



(図13) チームの一員として自分と同じ職種、もしくは他の専門職とコミュニケーションをとるのに苦労した経験 (対福祉職)

(図13) を見ると、介護職は福祉職とのコミュニケーションをとるのに苦労をした経験が「とてもよくある」の15.5%となっている。「あまりない」も19.6%であることから、福祉職と介護職とのコミュニケーションのあり方には課題があることが分かる。



(図14) 自分の意見が同じ職種、もしくは他の専門職にうまく伝わっていないと感じた経験 (対福祉職)

他方、(図14) も同様に介護職から福祉職に対して意見が伝わっていない課題が生じていた。これも「とてもよくある」と答えた介護職の割合が13.5%と看護師の5.4%の倍以上となっている。このことから分かるように、介護職は第一次的に情報収集を行っているため、それをケアプランに反映させるための微妙なニュアンスが伝わりきらないことが考えられる。

他方、(図11)、(図12) で述べたように福祉職は看護師との距離感があることも課題である。看護師からすると福祉職に意見が伝わっていないことが「ときどきある」と回答した割合が64.3%となっているため、意見交換のあり方について再検討する必要がある。

したがって、介護職から福祉職に利用者の情報を伝えようとしているにもかかわらず、福祉職が看護師の話を理解できず、また看護師から福祉職への意見の伝達も円滑に進んでいない。(角・高橋2019) ため、福祉職が介護職からの要望を十分に汲み取れていないと言える。また、角・高

橋（2020a、2020b）は、介護職の引き出した利用者の生活視点はチームケアを通して医療職に働きかけることが福祉職の役割として重視されていることが明らかにしたが、現状では看護職と福祉職とのコミュニケーションの課題にも起因して十分に役割が果たされていないことをどう解決するのとも考えなくてはならない。

まとめ

利用者、家族にとって残された時間が限られている中で、専門職としてより円滑かつ総合的な支援をするための課題について、量的調査と質的調査の結果から検討した。

まず質的調査では、専門職としてそれぞれの立場から利用者や家族に対する支援に関する工夫を試みていることが明らかになった。現場で利用者と接する頻度の多い介護職や看護師は事前に終末期支援体制の構築や見取り図を設計していた。また他の専門職との調整役割も担う看護師や福祉職（角・高橋2019：50）でも指摘したように、SNS等非対面での手段も活用してチーム内での迅速な情報共有に努めている。さらに退院前も含め対面で多職種が一斉に集うカンファレンスについても情報収集および共有の場として活用している。

他方、どの専門職からもそれぞれ異なった終末期支援をする際の課題についてまとめると以下のようなことが言える。介護職は利用者との接点が多く利用者の生活の視点を重視していることから、介護職自身の価値観を無意識のうちに利用者に押し付けないこと、家族の考えとの調整が課題であると感じている。

看護師は医療依存度の高い利用者が増える終末期において中心的な役割を担うことになると同時に、終末期は一回性が強く残り時間も限られているため、今の状況を受け入れることができない利用者との信頼関係の構築を課題としている。このため、看護師は中心的な役割を担う立場として、終末期支援に対する不十分な技術が介護職への働きかけが課題であると認識している。

そして、福祉職は延命治療も含めた終末期支援へのこだわりをもちながらも、利用者との限られた時間の中で家族の意向をどのようにケアプランに反映させるかについて課題であると認識している。

以上の質的調査から明らかになった各職種間の情報の収集や共有をはじめとして、職務上の課題について量的調査から比較を試みた。

その結果、介護職は非正規雇用の増加の中での知識・技能の共有にも起因する終末期支援における技能不足の傾向が見られた。看護師は医療依存度が高い終末期にある利用者に対して専門知識を備えているにも関わらず、他の専門職の専門性違いをどのように乗り越えていくのかという点について検討していく必要がある。福祉職は立場上、利用者に接する機会が減少する一方、実務研修等での学習の不足から、医療依存度が高い終末期の利用者の情報を十分に把握できなかった。そして、専門知識を持つ看護師に対する調整も行わなければならないことから、苦勞を感じている。従って、介護職からの生活の視点に基づいた意見を福祉職が十分に吸収できていないということにもなっており、介護職との関係においても課題が見られた。

このようなことを考えると、介護職は知識と技術の向上と共有、看護師は他の専門職との情報共有方法の確立、福祉職は利用者との接点や角・高橋（2020a、2020b）でも明らかにされていたような終末期支援に関する学習の増加による医療依存度の高い終末期の利用者に関する看護師の医療面での話の理解、介護職からの生活の話の理解の向上という点で、円滑な終末期支援を実現するための課題に取り組んでいく必要がある。

このような課題を踏まえながら人口動態統計（2018年）をみると、病院が73.0%であるのに対して自宅は13.7%であった。このことから自宅で最期を迎えられる者は少数派であり、病院死が

一般的なものであると言える。そのため、専門職が関与した形での自宅における終末期支援はまだ確立した方法論がない状態である。すなわち、限られた時間をどう活用するのか、利用者だけでなく、家族との関わりや負担感の軽減をどうするのか、利用者の死後の対応（グリーフケア）や専門職に対するケアをどうするのかという課題は十分な検討がなされていない。高齢者福祉政策としての終末期支援はまだまだ研究が始まったに過ぎないのである。

著者として多くの課題は残してしまっているが、これらの諸課題については今後のテーマとして研究を続けていきたいと考えている。

謝 辞

本論文のデータは2017年度公益財団法人太陽生命厚生財団より研究助成を受けた成果より行ったものである。このような機会をいただいたことを心より感謝申し上げます。また、この研究プロジェクトの実施に当たって協力をいただいた専門職の皆様にも厚く御礼申し上げます。

参考文献

- 奥野滋子・奥谷記代子「ポケット介護 みんなで支える終末期のケア 人生の締めくくりをその人らしく」技術評論社、2019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
- 新村拓「死と病と看護の社会史」法政大学出版局、1989年
- 西川真規子・田中かず子「ケア労働者は知識労働者か？」S. ウォルビー、H. ゴットフリート、K. ゴットシャル、大沢真理編著、大沢真理編訳『知識経済をジェンダー化する』、pp.237-260、2016年
- 総務省統計局「人口動態調査 人口動態統計 確定数 死亡 5-5 死亡の場所別にみた年次別死亡数・百分率」 <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003214716>（2020年10月27日閲覧）
- 厚生労働省「平成26年版厚生労働白書 健康長寿社会の実現に向けて～健康・予防元年～（本文）」 <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/> 2020年10月17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・ケアマネジャー・介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学部紀要』第34号、pp.35-63、総合政策学部メディア・紀要委員会、2019年
- 角能・高橋幸裕「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に関する考察：福祉職・看護職・介護職への聞き取り調査を踏まえて」『社会政策』12巻2号、pp.125-132、2020年a
- 角能・高橋幸裕「ケアマネ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」『尚美学園大学総合政策学部紀要』第36号、総合政策学部メディア委員会、2020年b
- 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「高齢者の看取り支援に対する政策的課題」『尚美学園大学総合政策学部紀要』第27号 pp.1-19、2016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（現公益財団法人SOMPO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
- 高橋幸裕・角能・古賀恵海「公益財団法人太陽生命厚生財団 2017年度研究助成事業 訪問介護現場における多職種連携に基づいた終末期介護の円滑な支援方法に関する研究」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、2019年3月刊行として2021年公開予定。

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』ばる出版、2008年

東京都福祉保健局「介護支援専門員実務研修カリキュラム」

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/care/kenshuujyohou.files/jitumu.pdf

(2020年10月25日閲覧)

東洋経済新報社「eビジネス新書 No.193 週刊東洋経済 超高齢化 どう迎える？終末期」東洋経済新報社、2017年

本郷澄子・井上千津子・佐藤映子「『終末期ケア』におけるホームヘルパーの役割に関する研究」『東海大学健康科学部紀要』第4号、pp.91-99、1998年

森幹郎「断章・老いと死の姿 死ぬことの社会学」保健同人社、1983年

**「訪問介護現場における多職種連携に基づいた
終末期介護の円滑な支援方法に関する研究」質問用紙**

「訪問介護現場における多職種連携に基づいた終末期介護の円滑な支援方法に関する研究」は、公益財団法人太陽生命厚生財団より 2017 年度社会福祉事業として研究助成を受けて行われるもので、高齢社会における終末期介護を含めた介護問題を解決するために社会貢献の一環として実施します。

この調査の質問内容は、介護保険制度を利用しながら在宅で終末期介護を希望される利用者、家族に対してチームとしてどのような形で支援を行っているかについてお聞きするものです。(全て終末期介護を念頭に置いた質問です。)

調査には個人を特定するような質問項目はありません。また回答内容によって不利益が生じることはございませんので、安心していただけますようお願い申し上げます。質問は選択式となっており、全ての質問について直接書き込んでお答えください。

当てはまるものがあれば該当する数字に○を付けてください。質問用紙の最後には自由記述欄がございますので、介護現場で働くみなさんがお感じになられている問題について記入していただければ幸いです。

ご協力いただきました回答の取り扱いは十分に注意を払った上で、外部に流出しないよう厳重に管理致します。併せて、調査結果は統計処理を行ったうえで 2018 年夏以降に調査実施者 (<http://www.kaigoroudou.com/>) が運営するホームページでも広く社会に対して公開されます。

調査票に記入後は調査員が回収させていただきますので、漏れがないかをご確認の上、提出をお願いいたします。

調査結果についてお知りになりたい場合や本調査研究についてご不明な点がございました場合は、以下のところまでお問い合わせいただきますようお願い申し上げます。

【連絡先・問い合わせ先】

実施者：高橋幸裕（尚美学園大学総合政策学部総合政策学科）
住所：〒350-1110 埼玉県川越市豊田町 1-1-1 尚美学園大学
連絡先（電話番号）：049-246-2700（尚美学園大学代表番号）

問1 次の質問は、あなたについてお尋ねするものです。個人が特定される質問はございませんので安心してお答えください。以下の質問それぞれについて 1 つもしくは全て選んで、番号に○をつけてください。また、記述が必要な質問には数字などを記入してください。

F1 あなたの性別をお伺いします。当てはまるものに 1 つ○をつけてください。

1 男性 2 女性

F2 あなたの年齢をお伺いします。当てはまるものに 1 つ○をつけてください。

1 10代 2 20代 3 30代 4 40代 5 50代 6 60代 7 70代
8 80代 9 90代 10 それ以上 ()

F3 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。その他の場合は記入してください。

1 ホームヘルパー2級（介護職員初任者研修修了含む） 2 介護福祉士
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 ()

F4 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。

約 () 年 () ヶ月

F5 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。ない場合は「0 ヶ月」と記入してください。

約 () 年 () ヶ月

次ページに続きます。

F6 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。ない場合は「0 ヶ月」と記入してください。

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

F7 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 1つ○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 ()

F8 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。数字を記入してください。

約 () 年 () ヶ月

F9 あなたの雇用形態についてお聞きます。当てはまるものに 1つ○をつけてください。

- 1 法人経営者（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 ()

F10 あなたの職場での立場についてお聞きます。当てはまるものに 1つ○をつけてください。

- 1 法人経営者 2 役職あり（サービス提供責任者、主任等） 3 役職なし
4 その他 ()

F11 あなたが訪問介護現場での勤務経験で終末期介護を担当したことがありますか？あればおよそ何件担当したことがありますか？

- 1 ある 2 ない
およそ () 件を担当したことがある。

次ページに続きます。

問2 次の質問は、みなさんが介護現場で働くチームの一員として連携するための機会についてお尋ねするものです。以下の質問それぞれについて1～6の中からあてはまるものを1つ選んで、番号に○をつけてください。

Q1 打ち合わせ（カンファレンス）の機会についてどう思いますか？

- 1 多すぎる 2 どちらかといえば多すぎる 3 現在の回数で適切である
4 やや不足している 5 不足している 6 わからない

Q2 電話やメールなどで情報交換をする機会についてどう思いますか？

- 1 多すぎる 2 どちらかといえば多すぎる 3 現在の回数で適切である
4 やや不足している 5 不足している 6 わからない

Q3 工作中的隙間の時間を利用して情報交換をする機会についてどう思いますか？

- 1 多すぎる 2 どちらかといえば多すぎる 3 現在の回数で適切である
4 やや不足している 5 不足している 6 わからない

Q4 他の専門職の意見や考えを知る機会についてどう思いますか？

- 1 多すぎる 2 どちらかといえば多すぎる 3 現在の回数で適切である
4 やや不足している 5 不足している 6 わからない

Q5 自分の意見を他の専門職に伝える機会についてどう思いますか？

- 1 多すぎる 2 どちらかといえば多すぎる 3 現在の回数で適切である
4 やや不足している 5 不足している 6 わからない

問3 次の質問は、チームケアを行うための仕事上の役割分担のあり方についてお尋ねするものです。以下の質問それぞれについて1～5の中からあてはまるものを1つ選んで、番号に○をつけてください。

Q6 他の専門職に対して、もう少し自分達の職種に仕事を任せてほしいと感じた経験はありますか？

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

次ページに続きます。

Q7 終末期介護をするうえで他の専門職から早めの対応依頼を出してほしいと感じた経験はありますか？

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

Q8 医師にも日常的に会議などへ参加してほしいと感じた経験はありますか？

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

問4 次の質問は、チームのメンバーに対してコミュニケーションの取り方の難しさについて感じたことをお尋ねします。以下の質問それぞれについて1～5の中からあてはまるものを1つ選んで、番号に○をつけてください。

Q9 チームの一員として自分と同じ職種、もしくは他の専門職とコミュニケーションをとるのに苦労したと感じた経験はありますか？

①介護職（ホームヘルパー・介護福祉士など）に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

②福祉職（ケアマネジャーなど）に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

③看護師に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

④医師に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

⑤その他の医療職（歯科医、薬剤師、作業療法士、理学療法士など）に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

次ページに続きます。

Q10 自分の意見が同じ職種、もしくは他の専門職にうまく伝わっていないと感じた経験はありますか？

①介護職（ホームヘルパー、介護福祉士など）に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

②福祉職（ケアマネジャーなど）に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

③看護師に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

④医師に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

⑤その他の医療職（歯科医、薬剤師、作業療法士、理学療法士など）に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

Q11 自分と同じ職種、もしくは他の専門職が仕事上で話している内容（専門用語など）が分かりづらい、理解できなかったと感じた経験はありますか？

①介護職（ホームヘルパー・介護福祉士など）に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

②福祉職（ケアマネジャーなど）に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

③看護師に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

次ページに続きます。（④と⑤は次ページにあります。）

④医師に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

⑤その他の医療職（歯科医、薬剤師、作業療法士、理学療法士など）に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

問5 次の質問は、仕事をするうえで終末期介護に関する知識や技術について感じていることをお尋ねします。以下の質問それぞれについて1～5の中からあてはまるものを1つ選んで、番号に○をつけてください。

Q12 自分と同じ職種、もしくは他の専門職の終末期介護に関する知識や技術の不足を感じた経験はありますか？

①介護職（ホームヘルパー・介護福祉士など）に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

②福祉職（ケアマネジャーなど）に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

③看護師に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

④医師に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

⑤その他の医療職（歯科医、薬剤師、作業療法士、理学療法士など）に対する経験について

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

次ページに続きます。

問6 次の質問は、利用者に終末期介護をする際について感じる問題についてお尋ねします。以下の質問それぞれについて1～5の中からあてはまるものを1つ選んで、番号に○をつけてください。

Q13 利用者の健康管理体制が不十分であると感じた経験はありますか？

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

Q14 利用者のニーズに対して十分に体制の構築ができていないと感じた経験はありますか？

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

Q15 終末期にある利用者の情報が多すぎて混乱した経験はありますか？

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

Q16 入院などの何かの理由で利用者の担当を離れて以降、その状態や様子を継続的に知る機会は得られていますか？

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

問7 次の質問は、家族に対して感じる問題についてお尋ねします。以下の質問それぞれについて1～5の中からあてはまるものを1つ選んで、番号に○をつけてください。

Q17 利用者への終末期介護の方針に関して、家族とチームとで意見の食い違いを感じた経験はありますか？

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

Q18 家族が終末期介護の負担を抱え込んでいると感じた経験はありますか？

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

次ページに続きます。

Q19 家族が利用者の終末期介護に関して責任を放棄していると感じた経験はありますか？

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

Q20 家族と連絡を取りにくい（なかなか連絡がとれない）と感じた経験はありますか？

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

Q21 家族に対して死を連想するような言葉や立ち振る舞いについて、特に注意を払うことはありますか？

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

Q22 終末期介護に関する利用者と家族の意見の相違によって、板挟みにされた経験はありますか？

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

Q23 親族間での終末期介護に関する意見の相違を目の当たりにされた経験はありますか？

- 1 とてもよくある 2 ときどきある 3 あまりない 4 まったくない
5 わからない

次ページに続きます。

問 8 次の質問は、介護現場で感じている問題などについてより幅広く知見を得るための自由記述欄になります。

Q24 現在、終末期介護やその他介護現場で感じている問題点がございましたらご自由に記入をお願いいたします。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。