

論文 | Article

訪問看護・介護現場における終末期ケア実施時の専門職の役割と課題

Roles and issues of professionals when implementing end-of-life care  
at home-visit nursing / home-visit care sites.

高橋 幸裕

TAKAHASHI, Yukihiro

尚美学園大学

総合政策学部准教授

Shobi University

林 和秀

HAYASHI, Kazuhide

武蔵丘短期大学

非常勤講師

Musashigaoka College

2021年12月

Dec.2021

## 訪問看護・介護現場における終末期ケア実施時の専門職の役割と課題

Roles and issues of professionals when implementing end-of-life care at home-visit nursing / home-visit care sites.

高橋 幸裕、林 和秀

TAKAHASHI, Yukihiro and HAYASHI, Kazuhide

### [要旨]

終末期看護・介護の特徴は、時間に限りがある、やり直しがきかない、突発的な状況変化に対応することが求められる、そして医学的知識を下敷きにしたケアを求められることである。介護保険法の理念の浸透もあり、人生の最期をどこで迎えるのかも重要である。しかし、終末期ケアの中心を担うのは看護師であるが、業務の多くを抱え込んでしまっている。そのため、本来の専門性を発揮することが難しくなっている。そこでインタビュー調査を行い、その結果を考察した。業務が偏っている看護師はできる限り、その業務分担を進めていくことが必要である。看護師しかできない業務以外については、介護職や福祉職は医学的知識を習得したうえで、各自の役割（介護職は生活支援、福祉職はチーム内の調整、家族対応）を通常の業務と同様に担っていくことが求められる。他方、業務負担の軽減には、各職種だけで行うだけでなく、そして、チーム全体として横断的にどのような役割を担う必要があるのか、サポート体制をどうするのかを同時に調整しておくことが必要である。

### キーワード

終末期ケア 業務負担 役割分担 チーム 多職種連携

### [Abstract]

The characteristics of end-of-life nursing / long-term care are that time is limited, irreversible, it is required to respond to sudden changes in circumstances, and care based on medical knowledge is required. With the permeation of the idea of the Long-term Care Insurance Law, it is also important where to reach the end of life. However, although nurses play a central role in end-of-life care, they carry much of their work. Therefore, it is difficult to demonstrate the original specialty. Therefore, we conducted an interview survey and considered the results. It is necessary for nurses whose work is biased to promote the division of work as much as possible. Except for the work that only nurses can do, care workers and welfare workers have acquired medical knowledge, and their roles (care workers are life support, welfare workers are coordinating within the team, and family support) are regarded as normal work. It is required to carry it in the same way. On the other hand, in order to reduce the work burden, it is necessary not only to perform it only for each job type, but also to adjust what kind of role the team as a whole needs to play across the board and what to do

with the support system at the same time. is necessary.

Keywords:

End-of-life care, Work burden, Division of roles, Team, Multidisciplinary collaboration

## はじめに

多死社会では死は身近なものとしてみなされやすいが、人口動態統計を見るとその場所は病院が7割を超えており、自宅<sup>1</sup>で体験するようものではなくなっている。半世紀前は自宅での看取りは珍しくなく、世帯人員も今よりも多かったことから家族が最期の瞬間まで関わっていた。今日は、自宅での看取りに際して家族が中心となって高齢者(=介護保険利用者(以下、利用者))を支えるが、そこには専門職(看護師、介護職、福祉職<sup>2</sup>)が関わるが多くなってきている。

終末期宣告を受けた利用者は残りの時間が限られているだけでなく、そこで求められるケアには医学的知識が併せて必要となってくる。そのため、医師から終末期宣告を利用者に出してからは看護師が中心となって、チームとしてマネジメントすることになる。

そこで問題となるのは、看護師の業務負担が集中していくことである。終末期の高齢者の多くは医療依存度が高い傾向にあり、不安定な身体状態の場合が多い。そのため、医学的知識を持った看護師にどうしても業務負担が集中しやすくなる。結果的に介護職や福祉職であってもできる医療行為でない業務までも、医学的知識がないことから看護師が引き受けざるを得ない状況が生じてきている。

このような問題意識から、看護師が担う業務の見直しができるれば、終末期ケアの質(利用者に関わり、利用者・家族に対するニーズの充足、家族に対する現状説明)は向上するのではないかと考える。同時に、介護職や福祉職についても後述するように、医学的知識を習得することで専門性の向上、(終末期における担当の不安低減という意味での)職務範囲の拡大、専門性の向上・発揮も期待できる。

そこで、本論文では終末期ケア担当時における各職種に求められる役割、業務負担の是正と適性化をするための課題についてインタビュー調査を実施した。これに基づいてまだまだ不十分な終末期ケアのあり方について検討する。

## 第1章 調査の概要<sup>3</sup>

### 第1節 問いと仮説

#### 問い

---

<sup>1</sup> ここでいう自宅とは持ち家、アパート・マンションを指しているが、介護保険上でのグループホーム等も整備されたことからその範囲が広がってきている。今回のインタビュー調査では前者を自宅として検討している。

<sup>2</sup> 福祉職は高齢者福祉に関するものだけでなく、児童福祉や公的扶助といった広義の意味で用いられる用語であるが、本論文では、上述の介護職という表記を用いている関係上、介護支援専門員、社会福祉士と言ったボディタッチのない職務を中心としたデスクワークを担う専門職を福祉職として示している。

在宅で人生の最期を迎えることを希望した終末期にある利用者に対して、ケアを提供する専門職はそれぞれの専門性（役割）に基づいて支援を実施するが、実際は医療的ケアが必要となることから、医療行為でない部分も含めた形で看護師にその役割が集中してしまっている。終末期にある利用者とその家族を支え、質の高いケアを提供するためにはどのようなチーム体制の構築をすることが望ましいのか、もしくは医療行為でない行為においてどういったものを職種ごとに分担するのが望ましいのか。聞き取り調査結果から明らかになった結果はどのようなものか。

## 仮説

医療行為でない領域においては、利用者に対するケアの提供は介護職の専門性が発揮できる素地があるが、医学的知識が要素として求められるため、看護師に対応を求めている。看護師の業務負担を軽減するには、介護職は法律上医療行為ができないが医学的知識を習得する必要がある。福祉職も同様に、医師によって終末期宣告がなされて以降は家族とのかかわりが深くなる傾向があるため、看護師だけが状況説明を担当するのではなく、それが説明できるように医学的知識を習得することが必要である。その結果として、医療行為でない行為について看護師が担うのではなく、介護職、福祉職が本来の役割としてケア、家族対応ができることでその業務負担は軽減される。

## 第2節 質的調査実施方法と結果

本研究プロジェクトでは、量的調査と質的調査を実施した。本論文では（表1）で示した通り、質的調査の結果を用いて検討を行う。量的調査の結果は別の機会でも検討する。尚、調査実施に当たっては高橋幸裕が研究代表者となり、共同研究者（伊藤直子（大東文化大学）、角能（島根県立大学）、林和秀（武蔵丘短期大学／立教大学大学院））で実施している。<sup>4</sup>

### 質的調査

質的調査の実施に際しては事前に調査協力者に対して以下の項目を提示し、準備していただいた。調査時は1対1を原則として行ったが、協力者の都合により複数名が同席して行ったケースもある。実施に際しては事前に研究代表者／共同研究者で調査実施方法の共有を行った。その上で分担し、インタビュー（半構造化面接法）で実施した。

また、調査日程の調整をする際に協力者にオンライン形式（Zoom）／対面形式を選んでもいただき、音声録音を許可いただいた上で行った。これらの手続きについては、調査の

---

<sup>3</sup> 本論文の成果は公益財団法人笹川保健財団 2020 年度研究助成課題として採択された「訪問看護・介護現場における多職種連携に基づいた終末期ケアのあり方に関する研究—中心的役割を担う看護師を念頭に置いた介護職、福祉職の連携方法の確立を目指して」の質的調査に関する結果を用いて執筆したものである。

<sup>4</sup> 公益財団法人笹川保健財団に申請書を提出した当時の研究代表者の高橋幸裕と共同研究者である角能の肩書は、高橋は 2021 年度 4 月より尚美学園大学総合政策学部専任講師から准教授の職位に変更となり、角能は明治学院大学社会学部社会福祉学科非常勤講師から同年同月より島根県立大学地域政策学部地域政策学科准教授へと所属変更となっている。

依頼時に依頼状、調査趣旨、データの取り扱い、実施方法等を記した書類を作成の上、調査協力者に送付している。

質的調査の質問項目は以下の通りである。(研究計画書から抜粋。)

○聞き取り調査(インタビュー)に際してご準備いただきたいこと

- ・ 多職種間の連携において印象に残っている終末期ケアの事例を1事例程度
- ・ 概要例
  - ①主病名・原疾患
  - ②最終的に亡くなった要因
  - ③家族構成
  - ④終末期ケアの開始から看取りまでの期間
  - ⑤参加した専門職と支援の経過

○聞き取り調査質問項目

Q.1 今回お話をさせていただき終末期の事例について、選んだ理由も含めて担当した時期と経過、利用者様とご家族様、参加した専門職などの概要について教えてください。

Q.2 今回のケースでは困った時があった場合など、具体的にどのような形でチームとして連携を取りながら実施されましたか?良かった点と課題も含めて教えてください。

Q.3 これまでの現場経験を踏まえて、終末期ケアにおける仕事内容、役割、ニーズの変化を感じていますか?

Q.4 現在、ご自身が担っている終末期におけるケアや関連する業務の中で、他の職種が担った方がよいと考えるものは、どのようなものがありますか?

Q.5 他の職種の方が担っている終末期におけるケアや関連する業務の中で、ご自身の職種が担った方がよいと考えるものは、どのようなものがありますか?

Q.6 終末期ケアを担当する際に、業務上の負担が大きくなり過ぎないように工夫していることはありますか?

Q.7 今回の質問以外で、何か話し足りないものやお気づきになられた点がありますか?

質的調査の結果は以下の通りである。

(表 1) 聞き取り調査協力先一覧 (2020 年 10 月～12 月)

番号	職種	性別	法人形態	所在地	実施日	実施方法	備考
N1	看護師	女性	医療法人	東京都	10月22日(木)	Zoom	
N2	看護師	女性	株式会社	栃木県	11月8日(日)	Zoom	
N3	看護師	女性	一般社団法人	東京都	11月12日(木)	Zoom	
N4	看護師	女性	有限会社	群馬県	11月25日(水)	Zoom	
N5	看護師	男性	株式会社	東京都	12月15日(火)	対面	
H1	介護職	女性	株式会社	東京都	10月18日(日)	Zoom	
H2	介護職	女性	社会福祉法人	埼玉県	11月6日(金)	Zoom	C2と同時に実施。
H3	介護職	女性	特定非営利活動法人	埼玉県	11月6日(金)	対面	他に1名同席。(同席者の発言は分析に含めず。)
H4	介護職	女性	医療生活協同組合	東京都	11月19日(木)	Zoom	
H5	介護職	女性	社会福祉法人	茨城県	12月7日(月)	Zoom	
C1	福祉職	男性	株式会社	茨城県	10月28日(水)	Zoom	
C2	福祉職	女性	社会福祉法人	埼玉県	11月6日(金)	Zoom	H2と同時に実施。
C3	福祉職	女性	特定非営利活動法人	東京都	11月10日(火)	対面	
C4	福祉職	女性	一般社団法人	東京都	11月11日(水)	Zoom	
C5	福祉職	女性	特定非営利活動法人	埼玉県	11月13日(金)	対面	

※調査は全て2020年に行っている。

#### 第4節 研究倫理

本研究プロジェクトでは、以下の内容を共同研究者と共有し調査を遂行した。

- ①得られた量的データ、質的データは匿名化の処理を行ってから分析を行う。
- ②調査対象者には調査に対する回答はあくまでも任意であり、強要しない。
- ③調査協力者の回答や内容について調査者は事実のみを確認し、成否を述べない。
- ④情報管理を徹底し、生データの公開をせず、加工したもののみを公開する。
- ⑤調査協力者に被害が発生した場合は、分析対象から除外する。
- ⑥被害者へは誠意をもって謝罪し、原因を究明する。

#### 第5節 先行研究

看取りを主とした研究は看護領域に多く見られる。本論文でも取り上げた大川(2020)のものは、明治期から昭和初期にかけての看取りに関する法令、通知を取り上げた著書がある。他にも小山千加代・水野敏子(2010)は文献検討、看取り、特別養護老人ホームをキーワードにこれまでの研究成果のレビューを行っている。

また海外での研究において代表的なものは、精神科医であったエリザベス・キューブラー＝ロスによる「死ぬ瞬間」は死の受容プロセスを明らかにし、広く知られた研究成果である。また、上智大学名誉教授でもあるアルフォンス・デーケンは、死生学の観点から死に対する考え方について提唱した研究成果を上梓しており、人文社会科学研究において死との関係性を示している。

他方、社会科学(特に高齢者福祉政策)においては看取りに関するものはそれほど多く

ない。筆者がこれまでに執筆した高齢者福祉政策における死を包括したあり方や、研究代表者として行った実態調査がある。また、関連分野としては島田・高橋（2011）では高齢者の終末期における多職種連携にスポットを当てた研究成果を医学系雑誌にて公表した。

いずれにしても「死」をテーマに取り扱うことは医学や看護学では珍しいことではないようにも考えられるが、社会科学のテーマとしては、まだまだ研究的蓄積がなされていない。それは、高橋（2016）でも示したように、高齢者福祉は死を想定した形での政策的運用がなされておらず、いつまでも元気で健やかに生き続けることを示した法体系となっているからだと言える。

このようなことから、本論文ではこれまでの先行研究から十分に触れられてこなかったテーマ、すなわち、今後の政策的課題である死に逝く人々に対する最後のライフイベントである終末期＝死を専門職の専門性を最大限に発揮できるように論点整理をしながら、ケアを受けられるようにし、かつその最期の瞬間をどのように迎えるのか、迎えられるようにするのかを実態調査の結果から検討する。

## 第2章 終末期を迎えるための現状と課題

### 第1節 病院以外で最期を迎える難しさ

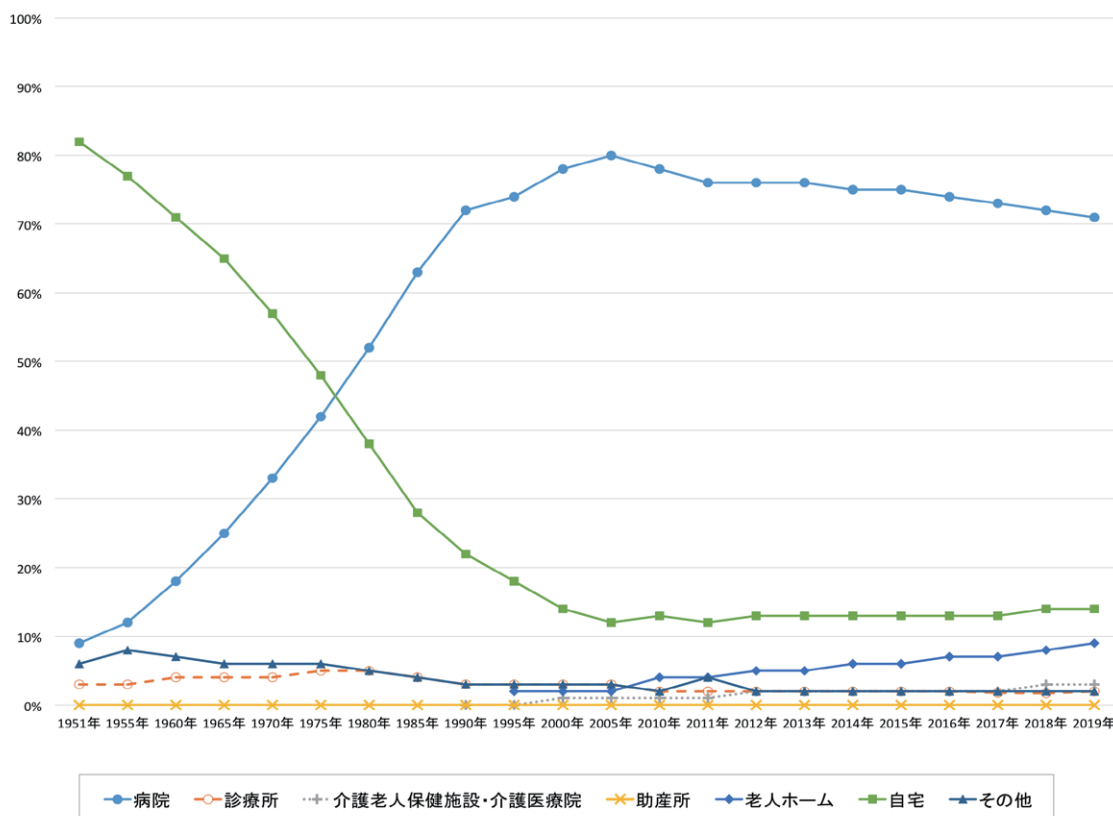
人口の高齢化に伴ってわが国では人口減少、少産多死社会に突入している。これに関連して、人生の最期を病院以外で迎えたいと考える者が増加傾向にある。その背景には介護保険制度の理念である自己決定、利用者本位の浸透があると考えられる。しかし、そこには大きな問題がある。病院以外の場所では、最期を迎えるだけの環境を整えることが難しいからだ。

少なくとも病院以外で最期を迎えるためには少なくとも人手（マンパワー）、死に対する知識と経験＝看取りの体験が必要である。しかしながら、人口動態統計によると2019年までの病院死が約7割というなかでは、看取りを経験することは難しい。しかも、在宅死と病院死が逆転したのは1976年のことであるから、その時点から看取りを経験することは徐々に難しくなってきた。

具体的には、世帯人員数の減少に伴う人手不足にはいろいろな理由や背景が挙げられる。例えば、親世代と子世代が離れたところに住んでいることで看取りを行いにくいことがある。また、子世代のきょうだいが少ないことから肉体的、精神的、経済的な負担がかかりやすくなることがある。つまり、家庭内で死に対する知識と経験を得る機会を喪失してしまったことが大きい。

他方、人口の高齢化は進み、亡くなり逝く者はどこかで最期を迎えることになるが、後述するように、家族だけの力では看取りをすることは非常に難しくなるため専門職による支援を受けることが必要となってくる。その専門職も十分な知識や技術、経験を十分に持っているのかと言えばその通りであるとは言い難い。

(図1) 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移



(出典)「人口動態統計(確定数)の概況 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」より作成。  
<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411652>

高橋(2018)は1976年以降から進んだ、家庭内での看取りを経験する機会の喪失について以下のように指摘している。

「このようになったのは、高度経済成長期に若い世代が農村から都市へ人口流入したこと、核家族化が進展したこと、少子高齢社会の進展などが背景に挙げられます。世帯人員数が少なくなることにより三世帯世帯は減少していきます。その結果、子ども世代や孫世代は死に直面する機会は減り、看取りをする機会が減少していくことになりました。

他方、医療技術の進歩と医療機関へのアクセスが整備されたことで何かあったら病院へという安心感が生まれました。この安心感は不安感と表裏一体で、日常的に高齢者と接する機会が少なくなったばかりか死と接する経験が失われたことから家族は何もできないことに陥ってしまう原因となりました。つまり、家庭の中にあった死が病院へと移り、家庭が持っていた機能の低下をもたらすこととなったのです。<sup>5)</sup>

このようなことから、社会情勢の変化によって家庭から看取りをするという行為と経験が消失してしまったため、自らが望む場所で最期を迎えること、特に自宅で難しくなってきたと言ってよい。

<sup>5)</sup> 高橋(2018) p.19より引用。



## 第2節 時代と場所を超えて変わる看取り

看取りと死をめぐる問題は古くて新しい問題である。常に時代の中でそのあり方が変わり、求められるものは変わりつつある。例えば、現代社会においては病院で最期を迎える者が多い。しかし、1970年代中葉までは(図1)にもあるように自宅で最期を迎えることは一般的であり、珍しいものではなかった。その要因は上述したとおりである。

当然のことながら、家族が持つ役割も変わってきている。後述するように家族は、亡くなり逝く家族の身の回りの世話をしていたが、現代社会においては医療関係者が中心となって対応することになり、家族の役割は見舞うことが主となっていった。

では、そのような看取りと家族のあり方について、どのような歴史的展開がなされてきたのかを確認してみることにしよう。

大川(2020)によると、江戸時代における老いの看取り、死と看取りについて「自宅で、家長を中心とした家族により行われた<sup>6</sup>」と指摘している。大川(2020)は続けて「かつて儒教の影響が強かった日本では、家長が中心となり親や祖父母を看取る責任があった。この家父長制のもと、家長は見取りに真剣に取り組むよう養老の教えや看取りの方法の啓もうが行われた。武士階級には自宅にて身内の看病をしたり、臨終の際に休みを取って付き添うことができる『看病断』という制度があった。また、一般市民では、裕福な家庭では老親の介護を夫婦の他、親類や下男・下女が行った。奉公人を多く雇用できる富裕層では、夫婦そろって親の介護に専念できたが、使用人のいない中下層の家庭では、夫婦で家業と介護を分担するか交代制で行うかなどの態勢<sup>7</sup>」をとっていた。

また、1868年から職業として看護婦が誕生する1894年までの間、「人の生死に関する営みには、古くからの風習、儀式などが密接に結びついているため、明治期の諸改革がすぐさま決定的な変化をもたらしたとは言い難いが、それでもこの時期の日本が、自然科学の方法論を基盤とする西洋医学を採用したこと、医師による死亡診断書の記載を義務づけ、埋葬法に関する規則を定めたこと、そして神仏分離令を公布したことの影響が大きかった<sup>8</sup>」時期であった。すなわち、上記の期間は後述するように看護婦<sup>9</sup>に対する看取りを含めた教育はこの時点ではなかった。そして、1874年に医制の発布により医師、産婆による死亡届が義務付けられるようになった。この医制により、死は医師と産婆を介在した形で法的に処理されることになる。

他方、看護婦養成(看護教育)の歴史を見ると、日本で最初に看護婦を養成したのは1885年の有志共立東京病院看護婦教育所(現慈恵看護専門学校<sup>10</sup>)である。ほぼ同時期には1886年に京都看病婦学校(同志社病院)、櫻井女学校附属看護婦養成所が開設されてい

---

<sup>6</sup> 大川(2020) p.6より引用。

<sup>7</sup> 大川(2020) p.6より引用。

<sup>8</sup> 大川(2020) p.14より引用。

<sup>9</sup> ここでは時代に合わせて、看護婦と表記する。但し、2001年に「保健婦助産婦看護婦法」が「保健師助産師看護師法」と見直されたことにより、「看護婦」が用いられなくなった2002年3月以降については、「看護師」と表記する。この表記となるまでは女性が「看護婦」、男性が「看護士」と表記されていた。

<sup>10</sup> 創設者は、高木兼寛である。慈恵看護専門学校は公益社団法人東京慈恵会が運営しており、東京都港区西新橋3-25-8に所在する。

る。これにより、わが国でも看護婦養成がなされるようになった。

しかしながら、大川(2020)が指摘するように「正規の教育課程による看護婦の養成は始まったが、看取りは家庭において家族により行われており、まだ卒業した看護婦による看取りはなかった。しかし日本での看護婦養成のため欧米より看護テキストが輸入され、翻訳、編纂されて用いられるようになった。<sup>11)</sup>」という経緯がある。つまり、明治期には求められる水準はそれほど高いものではなく、かつ一部の医療機関が独自に教育をしていることから、教育制度は統一されていなかった。

そのような時代を経て、第二次世界大戦中に修業年限短縮の措置が採られていた看護教育はGHQの指導の下で近代化がなされるようになった。その後も内容の見直しや高等教育化も進められていくことになり、大学院教育までも整備されるようになった。

時代が進むにつれて看護教育の高等化と専門性が向上していくことになる。同時に、看護婦に求められる役割は高齢社会が進展していく中で様々な制度が整備され、その重要性を増していくことになる。例えば、高齢社会の進展による高齢者に対する看護は、1970年代に表出してきた寝たきり老人問題や、老人保健法施行に伴う継続看護、同法改正による訪問看護制度の創設、健康保険法の改正による在宅医療の明文化、そして、介護保険制度という変遷を通じて、その活躍の場を黎明期の在宅から医療機関と移行してきたものが、医療機関及び在宅と両方の場所で看護師は展開していくことになる<sup>12)</sup>。

今日的なことを言えば、介護保険制度の訪問看護は高齢社会に進展に伴いより看護師の役割はより一層大きなものとなってきている。特に、介護保険制度では利用者本位、自己決定が掲げられていることから、この理念が浸透した世代が現在の高齢者であるため、人生の最期の場所を病院以外で求める動きが出てきているからである。

これは(図1)を見ても分かるように、病院死の割合をみると介護保険制度が始まってから2005年までは上昇してきていたものが減少に転じている。他方、自宅死の割合は底を打ち、若干の上昇をしたのちに現状を維持している。人生の最期の場所として老人ホームも同様に2005年から10年にかけて上昇してきている。このように僅かではあるが、病院死から非病院死へとその割合が変わりつつある。

このようになった理由には高齢者自らの選択や希望だけでなく、家族の希望、医療機関の方針といったものもあるため、人生の最期を迎える場所の選択肢は病院だけではないということが徐々に浸透してきたからだと考えられる。

そのため、特に、訪問看護・介護現場における看護師の役割は利用者自身の医療依存度が高いことからその専門性に重要な役割を求められることになる。介護職の専門性は生活支援をすることであり、福祉職は利用者やその家族のニーズを充足するためにケアプランの見直しだけでなく、チームの支援体制の調整を図ることから、法的に保健師助産師看護師法に抵触しない行為であれば、実施することができる。

---

<sup>11)</sup> 大川(2020) p.24 より引用。

<sup>12)</sup> 大川が示したように、看護婦は明治期に「派出看護」という形で、富裕層を対象に始まったと言われている。

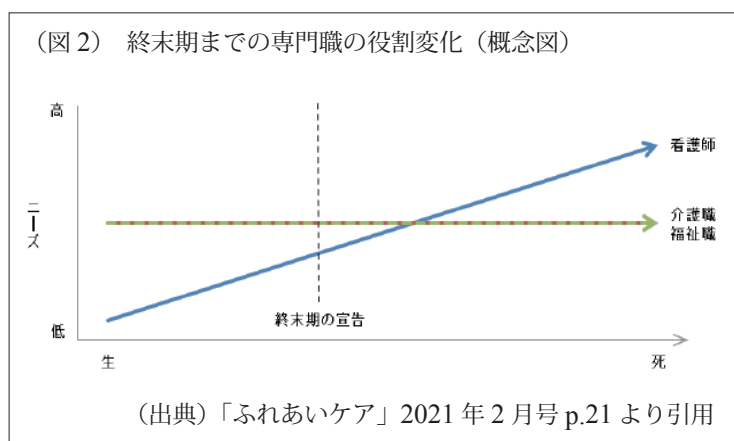
### 第3章 終末期における専門職の役割

#### 第1節 終末期利用者担当時における専門職の役割変化

医療技術の進展と医療機関のアクセスが向上しただけでなく、衣食住の水準が向上したことも相まって、日本人の平均寿命（平均余命）の長さは、2020年のもので女性が87.74歳、男性が81.64歳であった。また、平均寿命の長さは世界で女性が1位、男性が2位となった<sup>13</sup>。これだけ平均寿命が長くなったことに伴い、単に生きていられればそれでよいというわけではなく、健康寿命という考え方も広められている。

他方、厚生労働省によると介護保険制度の利用者の増加（要介護率が高くなる後期高齢者の増加も含む）<sup>14</sup>や地域包括ケアシステムの構築を進めていくことが政策上の課題であり、そこでは住み慣れた地域で最期まで生活ができる体制作りが進められていることが背景にあると考えられる。しかしながら、家族が単独で看取りを行うことは、世帯の小規模化や離れた場所で生活を営んでいる場合も少なからずあることから難しい。

そのような中で筆者が2016年度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）（以下、2016年調査）より採択を受けた研究課題によって得られた知見に基づいて、専門職が介在した形での終末期支援ではどのような関わり方をしたのかを確認する<sup>15</sup>。



(図2)は終末期までの専門職の役割変化（概念図）を示したものである。これは医師から終末期宣告を受けてから亡くなるまでの経過を示している。時間の経過とともに看護師が担う役割が高くなっていく。それは医療依存度が高い状態にある高齢者であるから、そのためのケアが求め

られるからだ。他方、介護職、福祉職については変わらない。2016年調査の結果から、介護職は生活支援をすることが専門性であり、終末期宣告があったとしてもその役割は変わらないということが明らかとなった。

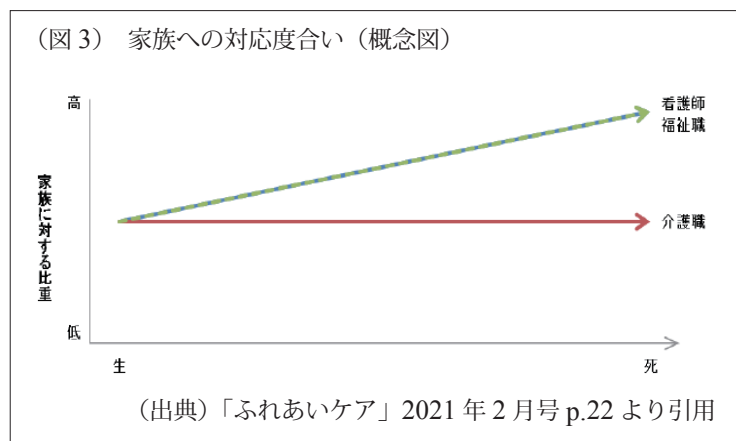
また、福祉職も同様にケアプランの対応が本来の職務であることから、内容の見直しが必要となされた時に対応をすることが基本となっているからだ。もちろん、(図3)で後述するように家族と関わることに重きを置くようになっていく。

<sup>13</sup> 読売新聞オンライン 2021年7月30日配信「日本人の平均寿命、女性は世界1位の87・74歳…男性は2位の81・64歳」参照。

<sup>14</sup> 厚生労働省老健局振興課「介護保険制度の最近の動向について～地域包括ケアの構築に向けて～」p.8、p.10参照。(2021年10月15日閲覧)

<sup>15</sup> 高橋・角・古賀(2018)、高橋(2021)参照。

## 第2節 終末期における利用者家族への対応度合い

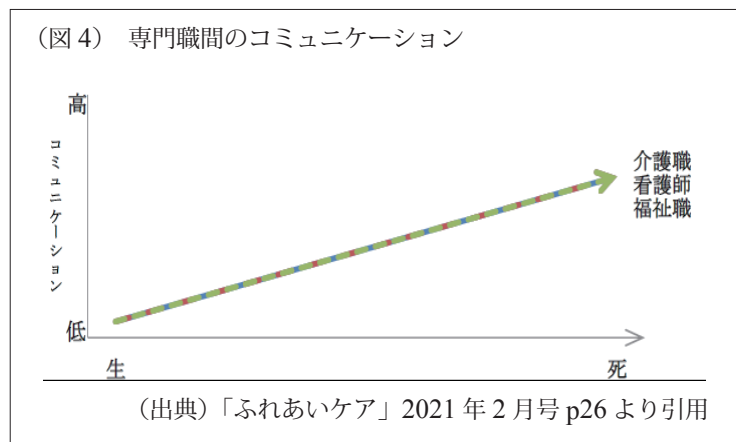


(図3)は専門職が時間の経過と共に家族の対応度合いがどのように変化しているのかを示したものである。看護師は利用者の身体的な状況について医師と共に説明をする、看護師から見た状況について説明をするため、家族とのかわりが大きくなっていく。また、利用者の体調がど

のように変化したら連絡をする、しないといった医療職としての対応をするといったこともある。

また、第3章第1節でも触れたように、福祉職はケアプランを調整する役割と専門職間の調整を主たる役割としていることから、家族に対する支援に重心を置くようになっていく。例えば、チーム内の専門職に対する情報収集、往診時に医師が家族に対する説明する際には同席して(情報を得て)ニーズに即した形でサービスの見直しをするといったこともある。

看護師、福祉職に対して、介護職は利用者との接点は基本的に変わらないと認識している。それは家族に対しても同じことであると考えている。介護職は生活支援をコアとした職務だと考えていることから、サービス内容に変化が生じたとしても職務としてのかかわりに変化がないと考えているからである。結果的に2016年調査実施時点では、介護保険法の改定前であったことから、看護師は医師との接点を持ち、その情報を家族に説明し、同時にケアプランへの反映を担う福祉職に基づいた結果を介護職が生活支援という形で対応しているためだと言える。現在はかなり大まかな言い方になるが、終末期におけるケアプランの変更は事後的でも可能となった。



## 第3節 終末期における専門職間のコミュニケーション

(図4)は時間の経過とともに専門職間のコミュニケーションの度合いがどのような変化となっているのかについて示したものである。終末期宣告を受けた利用者に残された時間はそれほど長くはない。そのため、やり直しがき

かない、判断を迷っている暇がないという一回性の強い状況が生じている。

従って、専門職に求められることはコミュニケーションをより密にすること、役割分担をより明確にしながらの時間的ロスがない対応をすることが重要な課題となる。すなわち、

ニーズの変化についても即座に対応できるような体制作りをするためには連絡手段を複数持ち、かつ確実に伝えられるようにしなければならない。

このようなことから、介護職、看護師、福祉職のそれぞれの関係においては、時間の経過とともに求められるコミュニケーション（情報の分かりやすさ、即応性、迅速性、漏れ防止）の質は高いものへと変わっていくことになる。

## 第4章 専門職に求められる看取りに対する課題

### 第1節 看護師に求められる役割と負担

特にここでは終末期にある利用者について論ずるが、我々の健康や生活を支える専門職が看護師である。介護保険制度が始まって以降、看護師が活躍する場所は、医療機関と利用者宅、施設（高齢者福祉施設等）と幅広くみられるようになった。（（図1）参照。）また、病院以外での最期を迎えたいと希望する利用者が増えてきたことから、そこでの機能追加（ある意味での機能付加・強化）を求められるようになってきた。

このように医療依存度が高い状態にある利用者に対してのケアが看護師に求められる役割であるが、後述する介護職における専門性の問題もあり、医療行為でないケアも含めた対応を幅広く担うことが求められるようになってきている。これにより、終末期におけるチームが組織された場合は看護師が中心的な役割を担いつつ、医療行為でないケアも含めた対応を担うことが必要となっており、業務の偏りの是正が課題となっている。

### 第2節 介護職に求められる専門性と課題

上述したように家庭内での看取りを経験したことがある者が減少しているということは、テキストや研修等で学習して知識として知っていたとしても、目の前で起きているヒトの死というものが経験としてどういったことなのかを理解できておらず、かつそこに至るまでの流れを知らないということになる。高橋（2018）は（看護師、福祉職にも当てはまると言えるが、）病院死と在宅死の割合が逆転したことによる介護職を担う主たる世代について、看取り経験がないことによる終末期ケアに対する影響を示唆している。

「公益財団法人介護労働安定センターが行った『平成28年度 介護労働実態調査結果について』によれば、回答した介護職の平均年齢は45.1歳、性別は女性が76.2%、男性が21.4%であることから中年女性が主力を占める業種であることが分かります。年齢で言えば、ちょうど在宅死と病院死が入れ替わる少し前に生まれた人たちが主力です。この時期が看取りの経験をしないまま介護職として現場にいることになります。<sup>16)</sup>」

そういったことから、介護職を問わず、終末期ケアに携わるすべての専門職の学びが重要なものとして意味付けられる。現状では、看護師の役割と課題で述べたように介護職は医療行為でないケアについての対応を十分に担えていないという点が課題であることから、少なくとも養成カリキュラムの見直しをすることが課題である。

---

<sup>16)</sup> 高橋（2018）p.20より引用。尚、介護労働安定センターが行った「平成28年度 介護労働実態調査結果について」はp.126参照。

もちろん、これだけでは解決するとは考えにくいですが、少なくとも（医師法や保健師助産師看護師法に定められた医療行為は行ってはならないことを踏まえ）医学的知識を有していることで、知識と経験を融合させることによって終末期にある利用者に対する生活支援におけるケアをより積極的に行える可能性を見出すことは出来る。この点をどのようにクリアしていくことが課題である。

### 第3節 福祉職に求められる専門性と課題

終末期にある利用者、家族の意向をサービスという形でケアプランに変換し、法制度に則って対応するのが福祉職である。訪問看護・介護現場では、介護保険制度に則って行われることから、福祉職は（意思疎通が可能であれば）利用者の意向を踏まえケアプランの作成に調整を行う役割である。同時に、家族の意向もケアプランに反映させることが求められることから、常に利用者と家族の意向の調整に苦心する立場でもある。

福祉職として求められる専門性は介護保険制度に限って言うならば、利用者・家族の意向を踏まえケアプランとして作成し、それを訪問看護ステーション、訪問介護事業所へサービス提供を依頼し調整する役割である。もちろん、迅速な対応やニーズを汲みだけの傾聴、判断能力、各種制度に対する知識について精通していることが求められる。

後述するように、医師によって利用者の終末期宣告をされてからは直接的な関わり方に看護師や介護職とは異なる立場となる。結論を言えば、利用者と福祉職の関係は最も遠い立場となり、場合によっては限られた時間の中でケアプランの修正は看護師と介護職の合意形成によった結果を追認する立場となる。それくらい時間とともに変わる福祉職としての立場は、最も利用者と遠い立場となり、それ以上に家族に近く、かつ看護師、介護職との距離が変化する立場である。

## 第5章 質的調査からの考察<sup>17</sup>

### 第1節 看護師の傾向：質問に対する発言要旨

看護師は終末期にある利用者を担当した際に利用者のケアのみならず、家族への対応、医師との橋渡しをする等中心的な役割を担っていく立場である。看護師に求められている役割は多岐に渡っている。そのような中で看護師がどのようなことを考えて、終末期にある利用者の担当しているのかを検討する。

Q.2 今回のケースでは困った時があった場合など、具体的にどのような形でチームとして連携を取りながら実施されましたか？良かった点と課題も含めて教えてください。

「医療的な対応に関しては、正直言うとあまり困らなかったです。一やっぱり一番困るの

<sup>17</sup> ここでは本論文の冒頭に示した質問のうち、1問目と7問目の質問は割愛する。前者はケースを選んだ理由、後者は自由回答に相当するものためである。尚、今回のインタビュー調査の結果から、その専門職の専門性に基づいた特徴的な発言（抜粋）を紹介する。

は生活面ですね。―夜間に入るヘルパーさんがあんまりいないんですよ。―主に解決としてはケアマネさんがすごくがんばってくれて、あらゆるところにサービスを探しとか聞いて合わせをしてくれたので良かったんですけども、すぐにはサービスって入らなかったんですね。なので、その間はどうかかっていうと、―ご厚意でご自分の時間を使って実は行ってたという。―一応そんな形でケアマネさんを中心に色んなサービスを組み合わせて、よく動いてくれたケアマネさんだったので助かりましたけど、そんな風な問題が上がってチームで連携取りながらやってたってところですね。」

この発言から分かることは、医療に関する対応は看護師の専門性に関することであるため問題はなかったが、夜間帯に対応できる介護職が確保しにくかったこともあり、福祉職がサービス調整をしながら対応したケースである。今回の場合、医療と日常生活支援のいずれかが欠けてしまうと終末期ケアが成立しないということを示唆したものであることが分かる。

同時に、今回のケースでは看護師と対応した福祉職が、このケースを担当するまでにどれくらいの回数や期間にともに仕事をした経験があったのかは明らかではなかったが、夜間帯の対応の穴埋めをしてサービスに穴をあけないようにしているというところがチームとしての効果を発揮したものであると言える。

Q.3 これまでの現場経験を踏まえて、終末期ケアにおける仕事内容、役割、ニーズの変化を感じていますか？

「負担が増えているとしたら、ご家族への説明だと思えます。あとは、ご本人、ご家族ともに状態の変化。よく家庭看護っていう感覚が皆さん、おありになると思うんですね。―いろいろ心情が揺れ動くっていう、その揺れ動いたときに明確に回答してくれる人がいなかったら、それは非常に辛い日々を送る。だから、その揺れ動いている、それはこうしたほうがいいんだよっていうことを説明できる人がいなかったら、それは苦悩や不安とかの日々につながっていくってことがあるので、そこが一番、看護師の負担になる。同じことを何度も聞かれますので。―着替え等とか、―一般的なケアに関してはない。」

看護師は利用者の対応だけでなく、家族への対応も行っている。看取りの経験をしたことがない家族にとって、死の間際にある利用者の状態変化は精神的不安定な要素となりうる。これは「死」を間近で体験したことがないことが大きいと考えられる。これを医学的看護学的な観点で説明することは家族にとってより重要な意味を持つことになると言える。その背景には、これまで医療機関で亡くなることが一般的となり、同時に医療に対する信頼性が高いからこそ、医学的根拠に基づいた説明をすることがニーズとして高まってきたと考えられる。

実際、同じチームである介護職や福祉職には対応できないという意味でも今後ますます看護師が家族に対する説明をする必要性が高まっていくのではないかと。そういった意味でも医学的看護学的な説明が必要であるとする場合、看護師以外にでもできる仕事を整理す

ることは重要なことだと言える。

Q.4 現在、ご自身が担っている終末期におけるケアや関連する業務の中で、他の職種が担った方がよいと考えるものは、どのようなものがありますか？

「清潔ケアとかそういう保清に関してはやっぱりヘルパーさんのほうがプロだと思うので、やっぱりちょっと医療機器が入ると、ヘルパーさん怖いって言うんですね。一機器が入ってもそれは対応できるような教育をしていってもらえるといいんですね。やっぱりそこが利用者さんからも、ヘルパーさんで大丈夫って思えるような知識をつけてもらって、保清とかそういうところに関してはやっていただくと非常に助かりますね。」

看護師は医療、介護職は生活支援という枠組みが明確に分かる発言である。但し、それは条件付きのものである。この発言では医療機器の操作について述べられているが、今回は取り上げていないが量的調査においても介護職の医学的知識は（医師法や保健師助産師看護師法に定められた行為が出来ないことを踏まえたうえで）、有しておくことを示唆したものである。すなわち、看護師がどのようなことを判断基準、判断材料として利用者の状態となっているのか、これを踏まえて家族に対してどのような説明や対応しているのかを理解するのも役立つことになるからである。

Q.5 他の職種の方が担っている終末期におけるケアや関連する業務の中で、ご自身の職種が担った方がよいと考えるものは、どのようなものがありますか？

「やっぱり医療面では本当に看護師のことを頼りにしてもらえるといいかなというところではあるので、それも含めて現在やっているのも、新たに何かあるかなっていうと、一早く早めに看護師が関わるといいなと思いましたね。みんなギリギリになって看護師が入ってくるんですけども、そうすると慌ただしい中、人間関係作らなくちゃいけないですし、本当に最終、終末期により良い生活というか充実した毎日が送れるようにするためには、やっぱり時間も要するし、信頼関係も必要になってくるので、早めに看護師が関わるといいなっていうのは常に思ってるんです。」

この発言は、医療機関から自宅で最期を迎えることが決まった後の対応時の発言である。この発言から分かることは、看護師が終末期にある高齢者の対応を中心的な立場で担うことが求められていることを自覚していることである。実際、利用者に残された時間は限られていることから、利用者と家族の関わりはニーズを満たすという点でも重要であるからだ。看護師が利用者や家族と信頼関係が構築できなければ、十分な対応をしてもらえないと判断されることもある。また、ケアの質という点でもこれまでに至る背景も理解した上で信頼関係の構築をすることは提供されるサービスのあり方にも影響を及ぼすため、重要な要素だと言える。



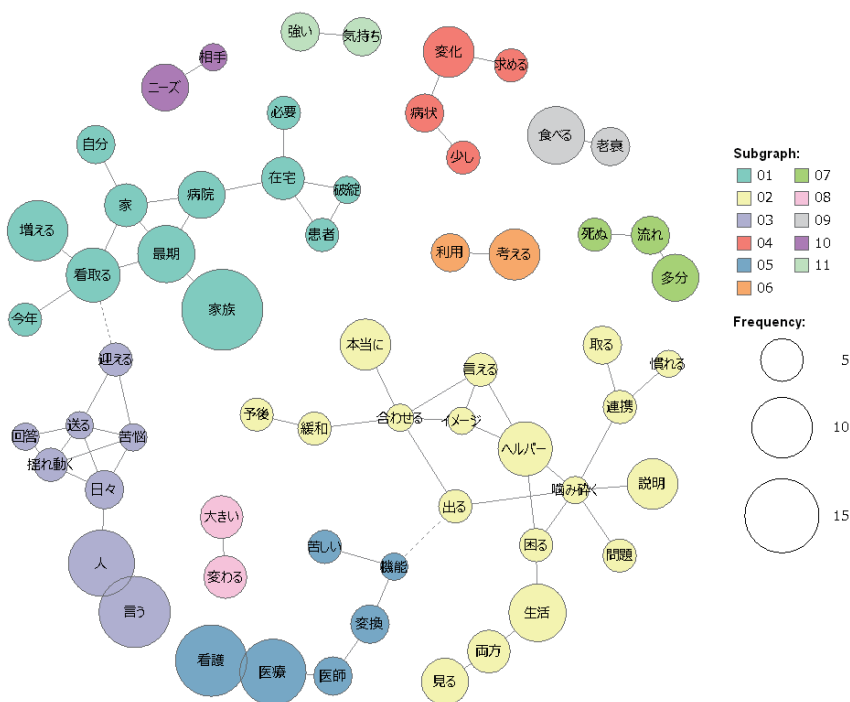
Q.6 終末期ケアを担当する際に、業務上の負担が大きくなり過ぎないように工夫していることはありますか？

「やっぱり気分が晴れないこともありますから。スタッフの中で、落ち込んだりとかっていうときは個人的に、業務内ですけども、声をかけたりもしくは一緒に訪問する。患者さんに一緒のところにお伺いして、ちょっと私も共感するというか、スタッフと一緒に同じ立場になれるように訪問するとか、そういうことをしてます。」

これはどの職種にも共通するような内容である。終末期にある利用者と家族を担当することは非日常的な状況に向かっている状況であり、それを単独で支えること、職場で相談相手がない場合の精神的負担感は小さくない。そのため、その負担感を軽減するためにも問題の共有をすることは重要な対応である。同時に業務だけでなく、精神的負担間の軽減をすることは専門職としても限られた時間の中での支援であるため、職務上のミスをなくしていく手段である。

## 第2節 看護師の傾向：共起ネットワーク図

(図5) 看護師の共起ネットワーク図



(出典) 著者作成

今回の看護師から発言から見られた特徴は3点ある。1つ目が家族と説明という点である。これは共起ネットワーク図の左上部にある「家族」「最期」「看取る」「病院」である。これらのキーワードは家族に対して看護師は現状説明を行うことを職務として重要視して

いることが分かった。

2つ目が同図の中央右下辺りにある「ヘルパー」「困る」「生活」「噛み砕く」「説明」である。これはチームとして介護職に対する期待を寄せるという意味もあるが、医療的知識が十分でないことから説明をするために意識を払っていることが分かるものである。可能であるならば、介護職が看護師と共有できるだけの医学的知識があれば負担軽減は可能になっていくと考えられる。

3つ目が同図の中央下辺りにある「看護」「医療」「医師」である。医療を担う看護師からすると医師へ状況報告を行い、必要な医療に関する指示を受けるということになる。そういった意味では医師との関係性は重要なものである。

### 第3節 介護職の傾向：質問に対する発言要旨

介護職は終末期にある利用者に接する回数の多さと時間が長い、生活支援を行う立場である。他方、介護職は看護師から見ると医療に関する知識が乏しいという課題を有しているが、チームに対して得られた一次情報を参加する専門職に対して発信することがより積極的に行える立場でもある。このような立場にある介護職はどのようなことを考え、終末期にある利用者に対して対応しているのかを検討する。

Q.2 今回のケースでは困った時があった場合など、具体的にどのような形でチームとして連携を取りながら実施されましたか？良かった点と課題も含めて教えてください。

「特に訪看さんとノートとかを使って日々の様子を書かせていただいたり、あとは娘さんとも密に連絡はとっていたので、特に困ったこともなかったし、課題もそれほどなかったです。ただ往診の先生も本当に最期使っただけで、亡くなられる1ヶ月ぐらい前までは車いすに乗せて、本当にちょっと100メートルぐらいのところに、近くにかかりつけがあったので、そこら辺のお医者さんに娘さんが連れて行ってっていうような感じだったので、特にそこら辺のことも心配もなかったし、課題もそれほどはなかったのかなっていうのはあります。」

介護職の役割は生活支援であることから、利用者と接したことで得られた一次情報はチーム内で決定した方法で情報発信をしている。もちろん、緊急時の対応については別途連絡体制を定めていることから、そこに至るまでは通常と変わらない方法で情報共有を行っていることが分かる。これは終末期であるという理由で体調の異変がないにもかかわらず、それを変えてしまうことによるチーム内の情報共有漏れのリスクを回避することも意図されていると考えられる。

Q.3 これまでの現場経験を踏まえて、終末期ケアにおける仕事内容、役割、ニーズの変化を感じていますか？

「関係性は特に、関わりはそんなに変わってはないかなと思います。ただ結構割と地域の訪問看護さんと組むことが多いので、割とここのお宅でも一緒にやったよね、ここのお宅でも一緒にやったよねっていう訪看さんとの組み合わせがあたりするので、本当に連絡は密に取り合いながらなので、最近やりにくいことっていうのはほとんど感じてはいません。」

今回のケースでは、利用者や家族に対してのニーズの変化という視点で語られたのではなく、チームとして積み重ねた経験上それを柔軟に変化させながら対応ができていることからこのような発言となったと考えられる。そういった意味では、チームとして連携するには参加する専門職がそれぞれの役割を熟知し、信頼し合っているということが重要な要素となっている。従って、互いの役割が分かっていることで、互いの業務負担の状況やあり方は理解できていると言える。

Q.4 現在、ご自身が担っている終末期におけるケアや関連する業務の中で、他の職種が担った方がよいと考えるものは、どのようなものがありますか？

「家族の支援ですね。一高齢者であればある程度先の見えた人生っていうのがあると思うんですけど。またその妻であった一ある程度の人生経験はあるわけですよ。そういう人たちの、他の人の死をちゃんと受け止めてきた年齢とは全然違う、主な介護者が本当に人生経験もない若い子どもたちに対する支援。気持ちのもち方とか、そういったところの支援はどこまでできていたのかって。できてないんじゃないかという疑問が多かったので、そういったことをケアマネがしっかりとやっていただくべきだなと思いました。」

ここでの課題は誰が利用者、家族に対して十分なケアをするかということである。終末期における役割分担は利用者に対して生活支援を行う介護職、チーム全体のマネジメントを担う看護師、そして家族対応の福祉職である。介護職の発言は看護師が担う家族対応の部分により積極的に福祉職が担うことが望ましいと指摘している。

その理由は、(図2)にもあるように看護師の役割は時間の経過とともに高くなっていく。また、(図3)にもあるように家族とのかかわりも増えていくことになる。介護職からすれば、ケアという共通点を持つ看護師は利用者のケアに集中してもらい、家族対応を福祉職により積極的に行ってもらいたいと考えている。

Q.5 他の職種の方が担っている終末期におけるケアや関連する業務の中で、ご自身の職種が担った方がよいと考えるものは、どのようなものがありますか？

「寝たきりでもシャンプーが私たち慣れてますよ。例えば状態がいいときに身体の整容、清拭とかそういうところは、看護師さんにもできるんでしょうけども、一介護保険でできる看護師じゃなくて介護職もできる範囲のところ、ちょっとだいぶガイドラインでは増えてはいるところもある一。看護師さんやっぱり経済的負担っていうことを考えると、一

ケアマネに直接ご相談いただくっていうケースもあるし、そうするとよくうちとよく連携取れているところが、利用者様の負担も少なく済むんじゃないっていう。そこまで考えられる連携が取れたら、本当に一番いいのかなって思っています。」

この発言は自らの専門性を最大限発揮することができる場面であると考えている。すなわち、介護職は生活支援であり、利用者がサービスを受けられる状態であれば可能であると考えている。他方、身体状態が悪くなっている状態であれば、それは看護師の役割であるとしている。但し、その線引きがどのようになっているのかはガイドラインの策定がなされていくであろうが、曖昧なままである。

他方、利用者のケアを看護師だけであることによる経済的問題もあるため、介護職としてはできる限り負担軽減となるようにサービスを提供できるようにしていきたいという配慮も伺える。そのためには、医学的知識を十分に得ていくことが必要である。

Q.6 終末期ケアを担当する際に、業務上の負担が大きくなり過ぎないように工夫していることはありますか？

「終末期になると1日2回とか3回とか頻回に入るようになります。そうするとやっぱりヘルパーのスケジュール管理とか手配っていうのは結構大変になってきます。やっぱり同じ人ばかり行くとそれも何か気持ちの上で負担になってしまったりっていうこともあるので、そうはならないようにということで、そのスケジュール管理がちょっと大変かなっていうのはあるんですけどもー。あと最期、本当に終末期のときには、ちょっとまだまだ経験の浅いヘルパーさんに関しては2人で行ったりとかっていうようなことで、気持ちに何かあったときに、気持ちの負担が大きくなりたくないっていうことで配慮はしました。

業務負担の軽減は終末期にある利用者を担当する上で大きな課題の一つである。実際に死に直面した利用者へのケアは通常のサービス提供とは異なり、失敗できない、やり直しができない緊張感の中での疲労感、負担感、精神的ストレスは小さくない。同時に、(図1)で示したように看取りそのものを経験した者が少ないという背景もある。そのため、できる限り複数の者が負担感を軽減できるように、経験者だけでなく担当できる体制を構築することが介護職に与えられた役割を果たすための基本要件である。



「看護師、助言、具体的な助言、ちょっと迷っていて、一応ご家族が今こういう気持ちですって伝えて指示があったかな。結局、ヘルパーさん、ケアを増やすことしかできなかったのかな。看護師さん。でも、直接、家族がいるときに合わせて訪問看護が行ってもらったりとか、実際、その家族と訪問看護師とで話すような機会をつくってもらおう。」

現場で発生した課題に対応するために、自らが他の専門職に確認することを行っていた。また、福祉職は看護師が利用者宅を訪問する際に同席し、併せて情報を得ていくようにしていた。福祉職はケアプランの調整とチーム内の連携調整をするために様々な働きかけをすることが必要なものであると認識している。

こういった行動となる理由は、終末期宣告を受けてからは看護師の役割が増え、介護職は生活支援に集中していくことになる。他方、福祉職は利用者と関わる機会が維持もしくは少なくなっていくことから、家族対応へと軸足を移していくことになるからである。そういったことから、医学的知識が十分でない福祉職（介護職出身）であれば、看護師が家族と面談をする際に同席することは合理的な選択であると言える。

Q.3 これまでの現場経験を踏まえて、終末期ケアにおける仕事内容、役割、ニーズの変化を感じていますか？

「10年ぐらい前は、まだそんなに訪問診療とかっていうのが、一在宅の看取り自体がそんなになかったりとかしてたときは、一あとはもう医者と看護師がやるよみたいな。一どうしたって医療職が中心になっていくじゃないですか。一福祉用具とあれだけやって、あとはどこでどうしていいか分からないってなって、向こうからも積極的にこちらに色々働きかけてくれたりとか、報告があって、今こういうこうでこういう状態ですみたいな感じで、連携が取りやすくなったって言うんですかね。だから自分の中の役割っていうのが何となく分からないながらも、そういう医療職と介護職とあと家族を繋ぐんだとかね。」

この発言は10年ほど前までは在宅での看取りが少なく、あったとしても医師と看護師が対応しており、福祉職として行うことはそれほど役割としては大きくなかったことを振り返ったものである。しかし、現在では人生の最期を医療機関以外で希望する者も増えつつあることから、医師や看護師も福祉職の役割を認めるようになり、その関係性や職務のあり方は徐々に変わってきていると示唆している。今後、医師と看護師の関係性が進むのであれば、福祉職としての活躍の場は広がってくることになり、看護師の業務負担も軽くなる可能性があると考えられる。

Q.4 現在、ご自身が担っている終末期におけるケアや関連する業務の中で、他の職種が担った方がよいと考えるものは、どのようなものがありますか？

「少なくともターミナル期に入ってる人に関しては、もうその日のうちに来る。一他の人

にやったほうがいいものっていうのは、私はたまたまケアマネで看護師だから分かる訳ですよ。－ケアマネで一番多い職種っていうのは介護福祉士だから、介護福祉士さんが大部分かるといふ風には絶対ならないんですよ。それは職種の違いだから。－1日単位どころか朝と晩で状態変わるんですよ。そのことに合わせて指示を、ヘルパーさんにこうしてくださいって言わなきゃいけない。そんなのケアマネではできない。－看護師には午前と午後くるとかっていって、午前の指示と午後の指示変わるからねっていうようなこともあります。」

この発言には2つのことを示している。1つは介護職（＝介護福祉士）に委ねられるものと委ねられないものがあること、もう1つは、看護師が適宜指示を出せるようにすることである。実際、利用者の状態が（死に向かっていく過程においての見立てとして）どうなっていくのかを出せるのは福祉職や介護職ではできず、ここでは医師や他の医療職とのかかわり方にもよるが、基本的には看護師のみだからである。

尚、今回、この発言をしたのは看護師資格を持つ福祉職であるため、看護師の専門性を踏まえた役割のあり方について指摘がなされている。従って、福祉職や介護職が担えない部分として、今後の利用者の状態に関する経過と見立ては看護師が担っていくことが必要であると言える。

Q.5 他の職種の方が担っている終末期におけるケアや関連する業務の中で、ご自身の職種が担った方がよいと考えるものは、どのようなものがありますか？

「基本的には本人の意向、家族の意向、両方をしっかり聞くと。で、本音がなかなか出てこない。特に本人は家族がいるところで本音は言えないみたいなどころもあるし、家族の中でも意見が違う。嫁さんが言ってるのと、実の息子が言ってるのは意見が違う。それから同居してない家族の意見も違う。だからこの辺をしっかりと捉えることだと思うんですよ。どういう関係の誰はどういう風に思ってるかって。－だけでも、ターミナル期の意思決定に左右を与えるので、やっぱりできるだけここは聞かなきゃいけないと思います。」

福祉職が担う役割は利用者・家族のニーズを確認して、それをケアプランに反映、チーム内の調整をすることである。これは終末期の利用者を担当することであっても変わらない。ただ、終末期にある利用者に残された時間は限られている。残りの時間をどれだけそれぞれの立場（利用者、家族、親族等）を踏まえて調整することが福祉職の専門性の高さを示すものとなる。だからこそ、直接利用者にケアを提供するサービスから離れた立場にある福祉職は関係者の話を聞くことは、自らの役割であることが分かる。

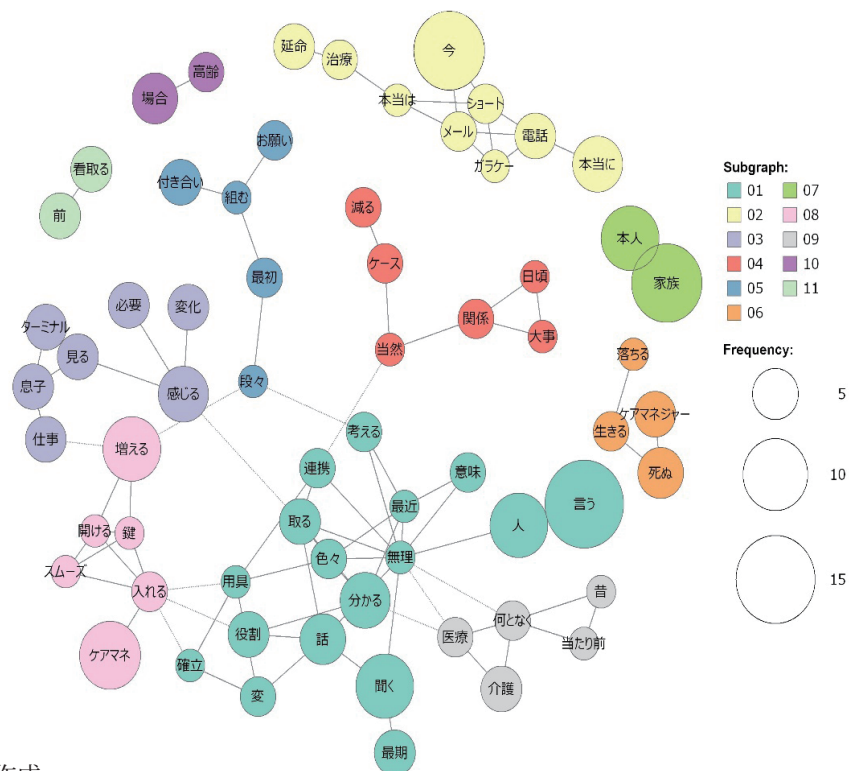
Q.6 終末期ケアを担当する際に、業務上の負担が大きくなり過ぎないように工夫していることはありますか？

「とにかく自分が担当なんですけども、事務所でいるケアマネで、常に看取りの場合はみんな情報共有するようにして、自分がお休みの間も誰かが変わってやれるっていう感じで、1人が全部背負うっていうことがないようにやっています。で、新人のケアマネさんなんかの場合は。もう本当に2人体制っていう風にして、その2人でやっていくって形はとっています。そんなに負担に感じることはないです。」

福祉職も看護師、介護職と同様に情報共有をすること、特定の誰かに担当を任せきりにすることを避けるようにしている。特に終末期にある利用者の担当経験が浅い者は、経験者と共に対応する形となっている。そうすることで、上席にある者から新人へのサポート、不安、ストレスの軽減につながっている。このようなことから、終末期にある利用者を担当することは通常通りの職務を求められるとは言え、切れ目なく、ミスなく、そして十分なマンパワーを割くことができなければ実施できない特徴がある。

## 第6節 福祉職の傾向：共起ネットワーク図

(図7) 福祉職の共起ネットワーク図



(出典) 筆者作成

上述の通り、福祉職は終末期宣告がなされてから家族の対応に比重を置くことになる。今回、得られた発言を見ると、その特徴がよく分かる。福祉職の特徴は3つある。

1つ目は、共起ネットワーク図の上部にある「ショート」「メール」「電話」「ガラケー」である。これは連絡手段を指すものであり、情報発信、共有が鍵となっている。

2つ目は、図中央右の「本人」「家族」は利用者と家族との関わりが重要な役割であることが分かる。

そして、3つ目は図下にある「役割」「話」「聞く」「最期」は限られた時間の中での情報



共有をすることを重視していることが分かる。できる限り時間の有効活用をしながら、家族に寄り添うことを意識していることが分かる。

## まとめ

本論文では、看護師、介護職、福祉職のインタビュー結果から、それぞれの役割についてどのように認識し、課題があるのかを検討してきた。看護師が抱えている課題は業務量が大きくなることであった。具体的には終末期にある利用者の対応をする際には家族対応を含めた中心的な役割を担う中で、看護師だけにしかできないこと（＝業務独占である各種行為）を見極めて、それ以外の業務を介護職や福祉職に振り分けることができていないことであった。

看護師の役割が大きくなることを避けられない状況であることを踏まえ、医学的看護学的なことについて丁寧に説明し、それ以外の部分を他の専門職に移譲できるように進めていかなければならない。例えば、医療行為以外では医学的看護学的知見が求められる医師との橋渡し、身体状態の変化に関する見立てである。

他方、介護職はどうであろうか。介護職は生活支援という枠組みに縛られているようにも受け取れる。すなわち、日常生活支援であっても終末期において求められる対応は、医学的知識を下敷きにしたケアをすることが求められることがあり、結果的に介護職が担える部分までもが看護師が担っているという状況が生み出されている。これを解消するには知識としての医学的知識の習得をすることが業務の平準化につながる。

そして、福祉職は看護師と介護職とは異なり、家族対応に比重を置くため、そこでの役割のあり方が課題となる。福祉職の発言からも分かるように往診医が家族へ説明する際に看護師と共に同席することは、その後のチーム内の調整をするうえで重要な職務である。ただ、それ以外の場面での家族とのかかわりについては看護師が説明しなければならない、今後の動向や見立てと言ったこと以外は福祉職が担うことで業務の平準化につながる。家族対応の範囲をどこまでが看護師が担い、ここから福祉職が担うという部分を明確にしていく必要がある。

そして、チーム全体での役割分担を平準化するための課題は、マクロな視点で見たチーム像を共有しなければならないことである。今回、インタビュー調査でQ.6で示された発言はいずれも同一職種内での負担の軽減について言及されていた。これは個別具体的な対応方法であった。しかしながら、同じチームとして連携をしていく、サービスを提供していくことを考えるのであれば、多職種に積極的に任せられることを明確にし、互いの役割（業務内容）を共有しておくことが課題である。

もちろん、利用者ごとに対応する方法やニーズも異なるため、共有すべき事柄を事前に決めておく必要がある。そのための考え方として、終末期は医学的知識と技術を下敷きにしたがりの対応となるため、看護師にしかできないこと以外の行為を整理しておくことである。例えば、体調が良くない場合の清潔保持をどうするのかといったことを想定していく形である。

今回のインタビュー調査の結果から明らかになったことは、医学的知識を介護職、福祉職が身につけることが必要であり、それを踏まえた対応をすることが看護師に集中していた業務負担を軽減することができることである。同時に、チームとしても（医療行為を除き）横断的な業務負担の平準化する視点も必要である。

## 謝辞

本論文の成果は、公益財団法人笹川保健財団より 2020 年度研究助成課題として採択された「訪問看護・介護現場における多職種連携に基づいた終末期ケアのあり方に関する研究—中心的役割を担う看護師を念頭に置いた介護職、福祉職の連携方法の確立を目指して」の成果を報告するものです。本研究報告に当たり、公益財団法人笹川保健財団、量的調査、質的調査にご協力をいただいた専門職の皆様、そして職能団体の皆様にはこの場をお借りして深く御礼申し上げます。

また、本論文を作成するに当たって筆者が過去に行った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である「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」も使用させていただきました。併せて、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）、専門職の皆様、職能団体の皆様に重ねて御礼申し上げます。

## 参考文献・資料

- 大川美千代『近代日本の死と看取りの歴史 明治期から昭和初期にかけて』看護の科学社、2020 年
- 厚生労働省老健局振興課「介護保険制度の最近の動向について～地域包括ケアの構築に向けて～」<https://www.mlit.go.jp/common/001176323.pdf> (2021 年 10 月 15 日閲覧)
- 小山千加代、水野敏子「特別養護老人ホームにおける看取りの実態と課題に関する文献検討」『老年看護学』Vol.14、No.1、2010 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
- 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研究紀要』第 27 号 pp.1-19、2016 年
- 高橋幸裕「終末期介護 ホームヘルパーに終末期介護が求められるようになった理由」『ホームヘルパー』日本ホームヘルパー協会、493 号、pp.19-21、2018 年
- 高橋幸裕「終末期支援を实践する専門職がもつ価値観の違い」『ふれあいケア』第 27 巻第 2 号、全国社会福祉協議会 2021 年 2 月
- 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
- 慈恵看護専門学校ホームページ「慈恵看護専門学校（新橋）」  
<http://www.jikei.ac.jp/school/shimbashi/> (2021 年 10 月 22 日閲覧)
- 読売新聞オンライン「日本人の平均寿命、女性は世界 1 位の 87・74 歳…男性は 2 位の 81・64 歳」(2021 年 10 月 23 日閲覧)
- <https://www.yomiuri.co.jp/medical/20210730-OYT1T50310/>

