

訪問看護・介護現場における終末期ケアのあり方に関する研究

—利用者への直接的なケアを提供する 専門職の視点からみた役割分担のあり方—

高橋幸裕^{*1}・林 和秀^{*2}

抄 録

人生最期をどこで迎えるかは社会的関心事であるが、世帯人員規模が縮小する中で看護師や介護職に寄せられる終末期ケアに対する期待は大きくなってきている。その上で終末期ケアは医療がベースになっていることから看護師が中心的な役割を担っているが、介護職の自信のなさにより担当業務に偏りが生じていると仮説を立て検討を行った。

そこで量的調査を行った。例えば、自らのケアをどう評価しているのか、他者をどう評価しているのかを尋ねた結果、自己評価は高い傾向にあり、他己評価は低い傾向にあった。更に、看護師は介護職に利用者のために行動すること、医学的知識の習得に期待を寄せていた。

他方、看護師は終末期ケアに関する技術を高めたいと考えている。しかし、介護職からすると看護師は終末期ケアの現場では頼れる存在となる一方で、今以上に高度化することで更なる格差を感じるようになっていた。そして、看護師、介護職は終末期ケアを提供する専門職としていかにして自らの専門性を発揮するのか、足りない技術をどのように補っていくのかが今後の論点となることも明らかにした。

キーワード：看取り 訪問看護 訪問介護 役割分担 看護師 介護福祉士 専門性

はじめに

問題の所在

高齢社会の進展に伴う人口減少社会となった今日、人生最期のあり方について社会的関心が寄せられている。例えば、終活、エンディングノート、厚生労働省による人生会議といったものがあり、団塊の世代が後期高齢者を迎える中で人生最期のあり方はより関心が高まっていくことが見込まれる。そのような中で、人口動態統計によると病院死が最も高かったのは2005年であったが、これ以降その割合は減少傾向となり、非病院死（自宅、老人ホーム等）が増加しつつある。

そこで問題なのが、誰が亡くなり逝く者を看取るのかという点である¹。平均世帯人員が1953年で5.0、1989年に3.10であったが、2022年には2.25となっている。同時に、三世代世帯（2022年3.8%）が減少、夫婦のみの世帯（同24.5%）や単独世帯（同32.9%）が増加しており、かつ高齢世帯が同31.2%であることから、世帯人員²のみでの看取りをすることは困難となりつつある。

他方、家族は独力で看取りを行うことが困難な中、非病院死が増えてきた理由の一つに介護保険制

（所 属）*1 山梨県立大学人間福祉学部福祉コミュニティ学科 *2 明治学院大学社会学部社会福祉学科

1 「2022（令和4）年 国民生活基礎調査の概況 結果の概要」<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/02.pdf>（2024年10月1日閲覧）

2 主に同居している家族（親族等も含める。）を指す。

度の仕組みが浸透した結果、看護師や介護職を中心とした専門職と共に看取りを行うようになってきたことが挙げられる。

ただ、介護職の看取りや死に関する学びは看護師のそれとは異なり、十分な知識や技術を有していないことから、看取りが行われる現場での専門職の役割に偏りが生じてしまっているのではないかと考えるようになった。これは業務独占以外の行為が看護師に集中してしまっており、そこで参加しているすべての専門職に対する結果として、望ましいパフォーマンスが発揮できていない可能性があると考えた。

そこで、本論文では以下の問いと仮説に基づいて、訪問看護・介護現場における看取りの実態調査結果からどのような課題があるのか、解決すべきものについて検討を行う。

使用データ

「公益財団法人笹川保健財団 研究助成 I 研究 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³」

調査方法

量的調査（オンライン形式、無記名択一式）と質的調査（半構造化面接法、原則1対1）を行ったが、ここでは前者を用いる。量的調査の対象者は日本看護協会並びに各都道府県の看護協会、日本ホームヘルパー協会、全国ホームヘルパー協議会、日本介護支援専門員協会を通じて調査依頼（対象者にメールマガジン、チラシ同梱での周知）を行い、オンライン形式で回答を依頼していただいた。

（表4）参照。

問い

終末期看護・介護現場において、専門性に鑑みて介護職が担える役割であるにもかかわらず、終末期ケアに自信がないことから、看護師に委ねられてしまっているのではないか。その上で、看護師からすれば、介護職の専門性の不明瞭さにより終末期ケアを担ってもらえるだけの信頼がなく、自らが職務を抱え込み過ぎてしまっているのではないか。

仮説

職務分担のあり方が十分に整理されていないことから、業務整理（業務独占行為か否か以外）を行うことで職務上の弱点を明らかにすることができ、弱点を強化することで適正な職務の実践に繋がることになり、それぞれの専門性を発揮したケアを提供することができる。

先行研究

社会科学領域では、終末期もしくはターミナルケアといったキーワードでの研究蓄積は、始まったばかりであると言ってもよい。2024年10月4日（金）、cinii を用いて訪問看護、訪問介護、終末期をキーワードに検索を行った。その際、ヒットしたのは2件の論文であった。

1つ目が、浅見美千江ら「人口減少地域における在宅終末期療養に関する住民の意識 白山麓地域の場合」『石川看護雑誌』第4巻、2007年である。ここでは、白山麓地域の40代から70代の住民480

3 研究倫理審査「尚美学園大学研究倫理審査委員会 2022(令和4)年9月6日(火)承認 承認番号：A-2022-5」

名を対象に、在宅終末期療養に関する住民の意識について質問紙調査を行い301名の有効回答を得たものである。その結果、最後まで療養したい場所として自宅と考えている者の割合は4割であり、家族の理解や医師の協力、訪問看護や介護の支援体制が整えられるという条件が揃えば自宅で最期を迎えることは可能であると回答したという結果を得ている。

2つ目が、松井妙子、鳥海直海、西川勝「訪問看護，訪問介護，居宅介護支援事業所従事者が，在宅高齢者終末期支援を行う上で経験する葛藤とその対処：チーム活動に関するグループインタビューの現象学的分析から」『香川大学看護学雑誌』、第17巻第1号、2013年に掲載されたものである。これは訪問看護師、訪問介護員、介護支援専門員が終末期にある利用者に対してチームケアを実施する際の葛藤について分析を試みたものである。その語りから利用者へのケアを提供する際のプロセスや葛藤の様相を明らかにすることを目指したものである。

他にも第2章でも示している通り、本論文にも関連がある研究論文として角・林・高橋・伊藤が上梓した「ターミナルケアにおける職種間関係の考察－看護職・介護職・福祉職の間の認識の齟齬に注目して」がある。これは職種間の認識について検討をしているが、本研究では得られたデータを点数化する方法とは異なる形で分析を試みている。当該論文は分析上の手法の限界もあり、客観性が十分に担保できていないという課題もあり、ある意味で本研究はその課題を踏まえた上での検討となっている。

このように住民意識や専門職の視点で検討がなされている一方で、2001年以降、科学研究費助成事業により実態調査を行ったもの、支援モデルの開発、看取りシステムの構築といったテーマで6つのプロジェクト結果、そして上述の論文が上梓されている。

しかしながら、上記の先行研究やプロジェクトでは介護職の研究で語られている、所謂業務独占行為は行えないが、支援を実施する上で求められる知識として医学的知識の欠如を踏まえた検討がなされていない。本論文のベースとなっている調査では、専門性の高低による影響が終末期の訪問看護、訪問介護現場においてチーム内の多職種連携、役割のあり方に影響を及ぼしているのではないかという異なった視点での検討を行っている。同時に、先行研究・調査の実施主体は看護系領域でのものであることから、社会科学領域でのものは殆どなかった。そういった意味で、本論文は従来から見られた看護学の視点ではない社会科学領域からの視点による実証的かつ課題探索型、仮説検証を踏まえたものであることを強調したい。

第1章 訪問看護・介護サービスにおける終末期ケア

第1節 高まる看護・介護サービス需要

人口の高齢化に伴い、介護保険制度を利用する高齢者は増加傾向にある。厚生労働省老健局の資料によると、「介護保険制度は、制度創設以来22年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.7倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.5倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。⁴⁾」とあり、特に団塊の世代が後期高齢者となる2025年問題もあり、マンパワーの確保だけでなくサービスの安定的提供も課題となっている。

4 厚生労働省老健局「社保審－介護給付費分科会 第217回（R5.5.24）資料1 介護分野の最近の動向について」p.3参照。（2024年10月5日閲覧）

(表1) これまでの22年間の対象者、利用者の増加

①65歳以上被保険者の増加

| | | | | |
|---------|----------|---|----------|------|
| | 2000年4月末 | | 2022年3月末 | |
| 第1号被保険者 | 2165万人 | ⇒ | 3589万人 | 1.7倍 |

②要介護（要支援）認定者の増加

| | | | | |
|------|----------|---|----------|------|
| | 2000年4月末 | | 2022年3月末 | |
| 認定者数 | 218万人 | ⇒ | 690万人 | 3.2倍 |

③サービス利用者の増加

| | | | | |
|---------------|----------|---|---------|------|
| | 2000年4月末 | | 2022年3月 | |
| 在宅サービス利用者数 | 97万人 | ⇒ | 407万人 | 4.2倍 |
| 施設サービス利用者数 | 52万人 | ⇒ | 96万人 | 1.8倍 |
| 地域密着型サービス利用者数 | — | | 89万人 | |
| 計 | 149万人 | ⇒ | 516万人※ | 3.5倍 |

※居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型サービス、複合型サービスを足し合わせたもの、並びに、介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護（地域密着型含む）、及び認知症対応型共同生活介護の合計。在宅サービス利用者数、施設サービス利用者数及び地域密着型サービス利用者数を合計した、延べ利用者数は592万人。

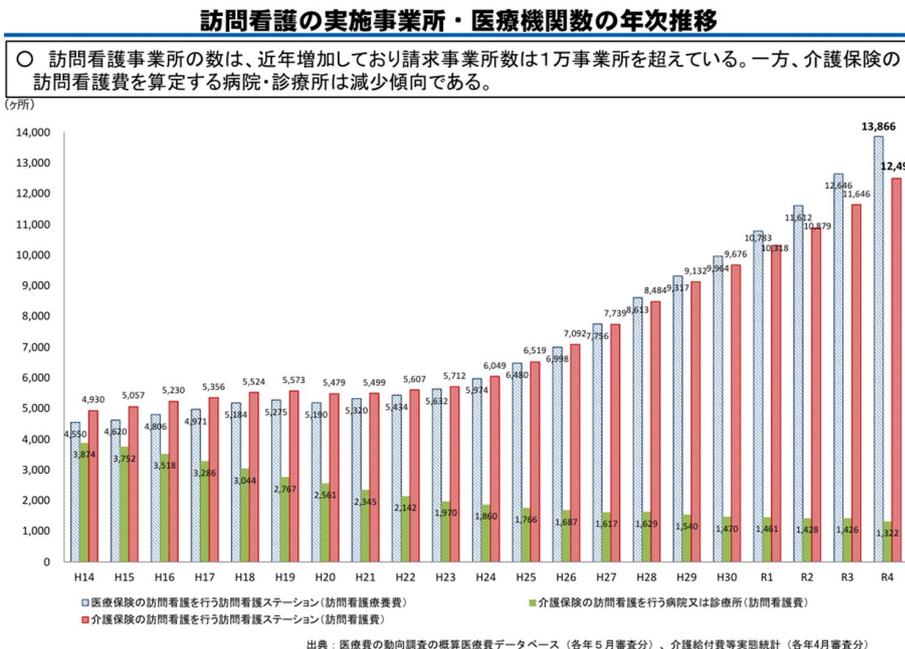
（出典）厚生労働省老健局「社保審－介護給付費分科会 第217回（R5.5.24）」

資料1 介護分野の最近の動向について」p.3より一部抜粋の上、引用。

この資料によると、(表1)にもあるように、2000年に介護保険制度が始まったが、そこから20年余りが過ぎた結果、利用者は増加傾向にあることが分かる。第1号被保険者数は1.7倍、要介護（要支援）認定者数は3.2倍、サービス利用者数も在宅サービス利用者数は4.2倍、施設サービス利用者数は1.8倍となっている。但し、地域密着型サービス利用者数は介護保険制度開始当初はなかったことに注意が必要である。その結果、これらのサービス利用者数は2000年の制度開始当時と比較して、3.5倍となっている。

他方、訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移についてしてみると、以下のようになっている。

(図1) 訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移



(図1) を見るように、訪問看護を実施している事業所数は年々増加傾向にある。訪問看護ステーションは1万事業所を超えており、在宅療養生活を営むための体制がより整いつつあることが分かる。他方、医療機関で介護保険による訪問看護費を算定する法人は減少傾向にあるという特徴が見てとれる。

（出典）厚生労働省老健局「社会保障審議会 介護給付費分科会（第220回）令和5年7月24日 資料3 訪問看護」p.9より引用。

(図2) 看護職就業者数の推移



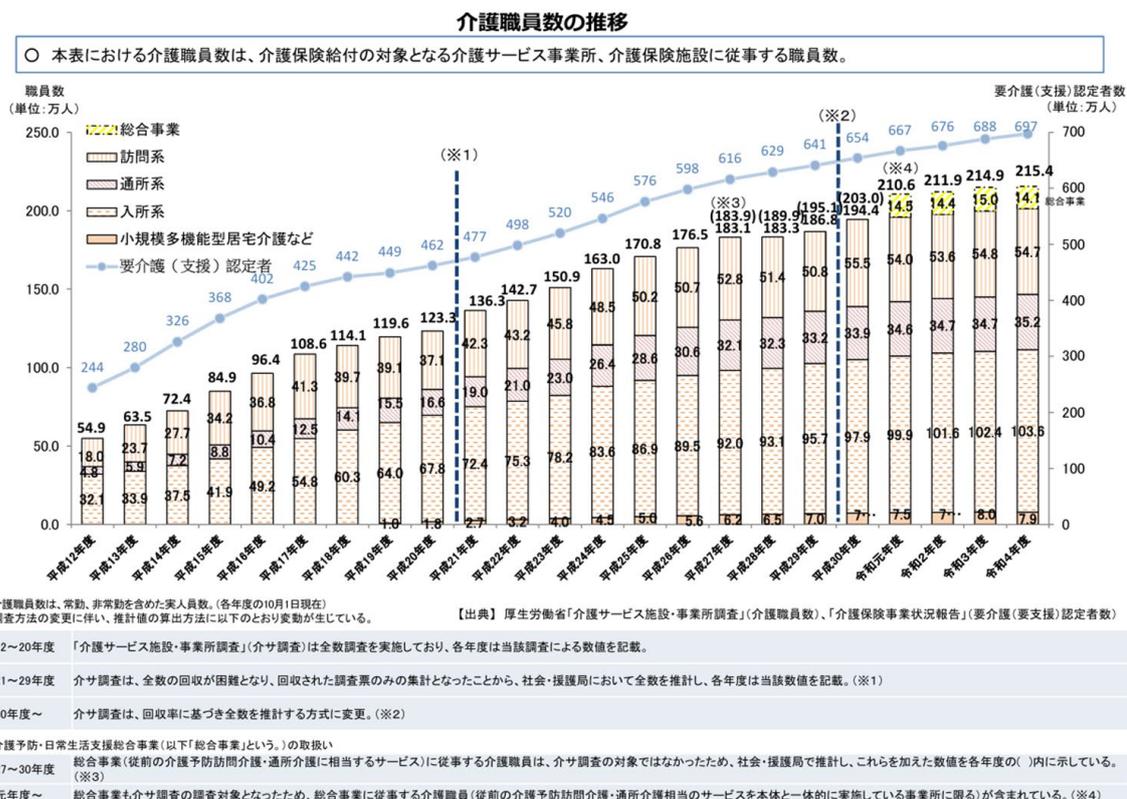
次に、看護職員の就業者数の推移について見てみることにする。ここでは看護師を中心にみていくが、介護保険制度開始前年の1999年では65.5万人、制度開始以降の2002年に74.0万人、そして、2020年には132.0万人と2倍近くの就業者数となっている。

資料出所：厚生労働省「医療施設(静態)調査」「衛生行政報告例(隔年報)」「病院報告(従事者票)」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計
 ・病院で就業する看護職員数は、2017年以降は「医療施設(静態)調査」、2014年以前は「病院報告(従事者票)」による。
 ・診療所で就業する看護職員数は「医療施設(静態)調査」による。
 ・病院・診療所以外で就業する看護職員数は「衛生行政報告例(隔年報)」による。なお、「衛生行政報告例(隔年報)」の調査年度ではない年については、「衛生行政報告例(隔年報)」の数値に基づき推計した。

(出典) 厚生労働省「第2回看護師等確保基本方針検討部会 令和5年7月7日 参考資料2」p.2より引用。

次に、介護職員数の推移について確認しておこう。

(図3) 介護職員数の推移



(出典) 厚生労働省「第9期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について 別紙2 介護職員数の推移」より引用。

介護職員数は介護保険制度開始年の2000年には54.9万人（訪問系18.0万人、通所系4.8万人、入所系32.1万人）であったのに対し、2022年には、総合事業や小規模多機能型居宅介護などの選択肢が増えているが、介護職員数は215.4万人（総合事業14.1万人、訪問系54.4万人、通所系35.2万人、入所系103.6万人、小規模多機能居宅介護など7.9万人）となっており、この22年間で3.9倍の人員増加となっている。また、2000年時点で全介護職員数と2022年の訪問系介護職員数がほぼ同数となっているが、それでもマンパワー不足であることが解消していないことを考えると、わが国の介護保険サービスの需要が大きなものであることが分かる。

そして、本論文では主たる対象ではないが、参考として介護支援専門員の従事者数についても確認しておきたい。介護支援専門員の従事者数は2017年で18万8059人、2018年に18万9754人をピークに減少傾向にあり、2022年には18万3278人となっている。

（図4）介護支援専門員の従事者数



（※）特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設及び介護医療院

【出典】介護サービス施設・事業所調査（各年度10月1日時点）

（出典）厚生労働省老健局「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会 令和6年4月15日 参考資料 ケアマネジメントに係る現状・課題」p.6より引用。https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001244391.pdf（2024年10月8日閲覧）

このように、利用者・家族に対してケアを提供する専門職は増加傾向にあり、その需要は今後も高まっていくと考えられる。同時に、わが国の人口は2008年にピークを迎え、人口減少期に入っていく中で後期高齢者の割合が高まるだけでなく、人生の最期を迎える者も総じて増加していく見通しである。その意味において、ますます専門職に求められる技術とマンパワーの効果的な活用が必要になってくる。

第2節 日本における人生の最期を迎える場所

総務省統計局「人口推計（2024年（令和6年）4月確定値、2024年（令和6年）9月概算値）（2024年9月20日公表）」によると、わが国の総人口は2024年4月1日時点で1億2400万2千人であるが、前年同月に比べ55万3千人が減少している。このような状況において、死が非常に身近なものになっている中で、国民は人生の最期をどこで迎えたいと考えているのであろうか。

内閣府「令和元年版高齢社会白書」には以下のような調査結果が報告されている。第3節〈特集〉高齢者の住宅と生活環境に関する意識（4）によると、「60歳以上の人に、万一治る見込みがない病気になった場合、最期を迎えたい場所はどこかを聞いたところ、約半数（51.0%）の人が『自宅』と答えている。次いで、『病院・介護療養型医療施設』が31.4%となっている。⁵」ことから分かるように、現実としては医療機関で最期を迎えることが一般的であることが分かるものであった⁶。

（図5）完治が見込めない病気の場合に迎えたい最期の場所（択一回答）（性別、性・年齢別、未婚別、同居形態別）



（出典）内閣府「令和元年度高齢社会白書（全体版）第1章 高齢化の状況（第3節1-4）」より一部抜粋の上、引用。 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/s1_3_1_4.html（2024年10月8日閲覧）

興味深いことに、年齢別にみると、「自宅」を選択した男性の65～69歳のみが53.4%と他の年齢区分の60%を唯一下回っている。同じく、女性については60～64歳が34.8%、65～69歳が34.9%となっており、それ以外の年齢区分では40%を超えている。女性の場合、「病院・介護療養型医療施設」の割合が総じて男性よりも選択している傾向にある。

また、視点を変えて「孤立死」についても触れておく。内閣府によると、「60歳以上の人に、誰にも看取られることなく亡くなった後に発見される『孤立死』を身近に感じるかどうかを聞いたところ

5 内閣府「令和元年度高齢社会白書（全体版）第1章 高齢化の状況（第3節1-4）」

6 人口動態統計「上巻 死亡 第5.6表 死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率」では、2022年に病院が64.5%、自宅が17.4%、老人ホームが11%であった。尚、参考として、最も病院での死が多かったのは2005年の79.8%であり、自宅が12.2%、老人ホームが2.1%であった。

ろ、身近に感じる（『とても感じる』、『まあ感じる』の合計）とした人が34.1%と約3分の1を占める一方、『あまり感じない』、『まったく感じない』は合計で64.0%⁷であった。

このように単身世帯が増加している背景を踏まえると、自分が誰かに看取られるのではない場合も可能性としてあることから、わが国における最期の迎え方は家族以外の誰か、すなわち専門職に期待が寄せられると言えよう。

第3節 専門職（看護師）における終末期ケアの学び

上述したように、介護保険サービスの需要が高まり、かつ人生の最期については令和元年版高齢社会白書（全体版）並びに人口動態統計からも分かるように非病院死を希望する者が多くいることが分かった。しかしながら、三世帯同居が減少し、単身世帯や小規模世帯が増加している今日、家族や親族だけの誰かに人生の最期を頼ることは難しいことも分かった。

そこで、ここでは人生の最期についてケアを提供しながら現場を支える看護師の領域について確認しておく。

保健師助産師看護師法では、看護師について以下のように定められている。

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。

尚、ここでは取り扱う調査結果では准看護師がごく僅かであったことを踏まえ、看護師を念頭において検討を進める。

わが国における看護師養成は教育課程を設置する法人形態（国公立）を問わず、看護系大学や看護系短期大学、看護師養成所、高等学校看護科、高等学校衛生看護科（以下、養成校）で行われている⁸。文部科学省によると養成校での学びは「看護師の資格は看護師国家試験に合格する必要がありますが、国家試験受験資格を得るためには下の図のようにいろいろなコースが用意されています。／大きく分けると、高等学校卒業後に大学・短期大学・看護師養成所などで3年間（大学は4年間）の教育を受けるコースと、准看護師の資格を取得してから2年間の教育を受けるコース、及び高等学校の看護に関する学科において入学時から5年間の教育を受けるコース⁹」が整備されている。

後述するように、介護職（介護福祉士）と比較した場合、養成校入学から国家試験受験までは3000時間以上¹⁰とされており、終末期に関する内容についても、『看護師養成所 看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン改正について（案）第9回看護基礎教育検討会 令和元年9月12日資料1-1』によれば、改正案の終末期については卒業時に以下の到達目標が掲げられている。

「Ⅲ群 健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復にかかわる実践能力」では、構成要素として「L. 終末期にある対象への看護」に3つの項目が示されている。（表2）参照。

7 内閣府「令和元年度高齢社会白書（全体版）第1章 高齢化の状況（第3節1-4）」参照。

8 看護師となるには、中学校から高等学校看護衛生科から准看護師、2年制の看護系短期大学、看護師養成所、高等学校専攻科を経るルートもある。

9 文部科学省「高等学校における看護教育」参照。

10 但し、『看護師養成所 看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン改正について（案）第9回看護基礎教育検討会 令和元年9月12日 資料1-1』p.5によると「総単位数と共に示している時間数「3,000時間以上」等については、学生が主体的に学ぶことができる教育方法や柔軟なカリキュラム編成を推進するため、全課程において時間数を示さないこととした。」と示されている。

(表2)「看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン 看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標 (案)」

| 構成要素 | 卒業時の到達目標 (現行) | | 卒業時の到達目標 (改正案) | |
|----------------|---------------|--------------------------------|----------------|--|
| L.終末期にある対象への看護 | 47 | 死の受容過程を理解し、その人らしく過ごせる支援方法を理解する | 47 | 終末期にある人の治療と苦痛を理解し、緩和に向けて支援する ※48と順序入れ替え |
| | 48 | 終末期にある人の治療と苦痛を理解し、緩和方法を理解する | 48 | 終末期にある対象者の意思を尊重し、その人らしく過ごせるよう支援する ※47と順序入れ替え |
| | 49 | 看取りをする家族をチームで支援することの重要性を理解する | 49 | 終末期にある対象者及び家族を多様な場においてチームで支援することの重要性を理解する |

(出典) 厚生労働省「看護師養成所 看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン改正について (案) 第9回看護基礎教育検討会 令和元年9月12日 資料1-1」p.7より一部抜粋の上、引用。

このように看護教育の中に卒業時の到達目標として設定されている。他方、看護師となって以降のキャリアアップとして、終末期と銘打ったものではないが、関連性があると思われるものとして、専門看護師の在宅ケア、認定看護師の緩和ケアが挙げられる。他にも特定非営利活動法人日本緩和医療学会が開発した、ELNEC-Japan (ELNEC-J) コアカリキュラム指導者養成プログラムを推進している¹¹。そして、公益財団法人日本訪問看護財団は「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発事業」として、「Program of End-of-life care for home visiting Nurses Training: PENUT¹²」などを開発し、初任者と指導者の2種類が運用されて始めている。

終末期ケアにおける看護師の課題として挙げるとすれば、1つ目に在宅で終末期にあるケースを担当する場合、その背景には専門性の高さや死の直前は医療ニーズが高まることから、結果として良くも悪くも中心的な役割を担っている状態である。2つ目が、上述の資格取得・研修体制が構築されてからはまだ月日が浅いこともあり、全国で活躍している看護師は2020年の132.0万人からすると、その数は十分なものではないことである。

第4節 終末期ケアにおける専門職 (介護職) の学び

では、介護職における学びについてはどのような状況であろうか。2013年度から始まった介護職員初任者研修やそれ以前の訪問介護員養成研修 (2級課程) は、130時間で学ぶプログラムである。ここではあくまで介護職として必要な知識として基礎的なものを学ぶことが主眼となっており、130時間という限られた時間の中で広く浅く学ぶことが特徴である。

11 特定非営利活動法人日本緩和医療学会ホームページによると、ELNEC-Jのベースになったものは「ELNEC (End-of-Life Nursing Education Consortium) は、2000年に米国のアメリカ看護大学協会 (American Association of Colleges of Nursing: AACN) と City of Hope National Medical Center が共同して設立した組織」とし、「ELNECは、エンド・オブ・ライフ・ケア (EOL ケア) や緩和ケアを提供する看護師に必須とされる能力修得のための系統的な教育プログラムを開発しており、これまで開発したプログラムには ELNEC-Core、ELNEC-Pediatric Palliative Care (小児)、ELNEC-Critical Care (急性期)、ELNEC-Geriatric (老年期) など」があるとしている。

12 プロジェクトの代表者は、山本則子 東京大学大学院医学系研究科 教授である。

(表3) 介護職員初任者研修(カリキュラム内容)

| 研修科目 | 研修科目時間数 |
|-----------------------|---------|
| 1.職務の理解 | 6時間 |
| 2.介護における尊厳の保持・自立支援 | 9時間 |
| 3.介護の基本 | 6時間 |
| 4.介護・福祉サービスの理解と医療との連携 | 9時間 |
| 5.介護におけるコミュニケーション技術 | 6時間 |
| 6.老化の理解 | 6時間 |
| 7.認知症の理解 | 6時間 |
| 8.障害の理解 | 3時間 |
| 9.こころとからだの仕組みの生活技術 | 75時間 |
| 10.振り返り | 4時間 |
| 合計 | 130時間 |

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 死にゆく人に関するこころと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。¹³⁾とあった。

このようにみると、取り扱われる分量は訪問介護員養成研修(1級)が最も多く、介護職員初任者研修の前身に相当する同2級では4ページ程度であったことから、前述の看護師(3000時間)と比較しても130時間で学ぶ内容から見ると相当少ないことが分かる。

他方、介護福祉士はどうであろうか。介護福祉士は1987年に社会福祉士及び介護福祉士法により誕生した名称独占の国家資格である。制度開始以降、介護福祉士の養成時間は1500時間から1850時間まで増加している。

その上で、高橋・林(2023)は、介護福祉士養成に際して刊行されたテキストの分析を試みている。詳細はそちらが詳しいので割愛するが、介護福祉士としての終末期に関する学びはカリキュラム改定ごとに変化してきた。

高橋・林(2023)によると、「介護福祉士の養成開始時には、先述の社会福祉士養成施設等における授業科目の目標及び内容並びに介護福祉士養成施設等における授業科目の目標及び内容について『介護概論』の中に『終末期の介護』が設けられていることに触れたが、教科書の中では、独立した節や章としては存在していなかった。『ターミナルケア』については、『介護を必要とする人間の理解』の中でわずかに1ページ弱触れられているのみである¹⁴⁾が、「演習科目である『介護技術』を見てみると、第13章『終末期の介護』として、身体面、心理面の援助から、家族への援助、医療連携、急変時、臨終時、死後の援助や記録に至るまで、一通りの流れを23ページにわたって解説している。¹⁵⁾と指摘している。そして、1999年改訂の新カリキュラムの介護概論において「終末期の介護」が独立した節となっていた。

その後(2007年、2011年、2018年のカリキュラム改定)も介護福祉士における終末期に関する取り扱いには社会情勢において変化してきているが、高橋・林(2023)はこれについて「2019年3月には公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会が『介護福祉養成課程新カリキュラム教育方法の手引

13 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—」p.87より引用。

14 高橋幸裕・林和秀『介護職による終末期ケア実践のための養成カリキュラムに関する理論的考察』p.17より引用。

15 同上。

き』を作成した。ここで注目されるのは、新たに追加された『留意点』である。生活支援技術の中で他の介護技術については『知識・技術を習得する内容』であるのに対し、人生の最終段階における介護については、『理解する内容』である。その目的は、あくまでも理解することが目標であり、技術の習得は目指されていないことが明確になっている。¹⁶⁾と指摘している点である。

本来であれば、生活援助の専門職である介護職は医療行為でない領域において終末期にある者に必要なケアを提供することが求められるが、「技術の習得を目指していない」という点は、介護福祉士、ひいては介護職の専門性の発展・向上を否定することにも繋がってしまうのではないかと懸念される事柄である。

このように、介護職においては、終末期に関する技術的学びについては養成段階での学びとして積極的な姿勢でないことから、介護現場における多職種連携のあり方に課題を有することになってしまっている¹⁷⁾。次章で用いた調査結果は、これらの懸念を払拭するために、訪問看護・介護現場においてそのあり様を明らかにすることで今後の終末期ケア、チームケア（多職種連携）、マンパワーの効率的活用、専門性の向上を目指して実施している。

小括

人口減少を伴った少子高齢社会では、ますます死のあり方についての関心が社会問題として高まっていくであろう。その中で、世帯人員規模の縮小による看取りができる世帯は限られてくるであろうし、それを体験した者も少なくなっていく可能性が高い。その場合、専門職がいかにして人生の最終イベントである「死」をどのように定めるのか、実現していくのかは困難がつきまとう。単に病院死でよければこのような問題は生じえないが、既にみてきたように自らの最期をどこで迎えるのかを議論すること自体、ある種の理想となってしまう。

そのために、介護保険サービスを利用する者を支える専門職が習得すべき終末期に関する技術は重要なものである一方で、役割分担のあり方を整理しておかなければ本来発揮できる専門性を損ないかねない状態となってしまう恐れもある。そのためにどうすれば望ましいケアを提供できるのかを考えなければならない。

次章からは、看護師と介護職がそれぞれの現場における終末期ケアの課題や自己評価、他己評価について分析を試みる。

16 高橋幸裕・林和秀『介護職による終末期ケア実践のための養成カリキュラムに関する理論的考察』pp.23-24より引用。

17 しかしながら、2023年度、山本則子 東京大学医学系研究科 教授及びプロジェクトチームは、訪問介護員向けのプログラムとして「介護職・看護職向け End-of-life ケアリスキルプログラム」を作成し、公開・運用を始めている。

第2章 訪問看護・看護現場における終末期ケアと課題

第1節 調査概要¹⁸

第2章、第3章では、2020年4月より2021年9月までに高橋幸裕・伊藤直子・角能・林和秀¹⁹が行った「公益財団法人笹川保健財団 研究助成 I 研究 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」（以下、本調査）から得られた量的調査の結果に基づいて検討を行う。

量的調査は以下のようにして行った。

(表4) Web アンケート調査実施概要及び協力依頼先法人一覧

| 職能団体名 | 調査票配信対象者数※2 | 周知方法 | 有効回答数※4 |
|--|-------------|-------------------|---------|
| 公益社団法人日本看護協会 | 約8000~9000名 | 事務局から関連団体へメール配信 | 447 |
| 日本ホームヘルパー協会 | 約2200名 | 機関誌の配送時にチラシ同梱 | 108 |
| 全国ホームヘルパー協議会 | 約3000名 | 事務局から各支部を通じてメール配信 | |
| 一般社団法人日本介護支援専門員協会 | 約30000名 | 会員向けメールマガジンにて配信 | 314 |
| その他（上記職能団体を通じて回答をいただいた数）※管理職、リハビリ職、歯科衛生士、薬剤師 | | | 8 |
| 合計※3 | | | 877 |

※1 調査時期：2020年9月14日（月）～12月1日（火）、質問項目43問+自由記述

※2 調査票配信対象者は、調査実施時点で各職能団体事務局に確認していただいたうえでの数を示している。

※3 全回答数は1991名であるが、有効回答数は※4にある条件を満たした者で計算している。

※4 訪問看護・介護現場において終末期ケアを経験した専門職（看護師、介護職、福祉職）及びこれに準ずる立場であり、上記のWebアンケート形式の設問にすべて解答を完了した者。（自由回答の記入については問わない。）

(出典) 筆者作成

対象は看護師、介護職（訪問介護員、介護福祉士）、福祉職（介護支援専門員、社会福祉士）を基本とし、無記名択一式にて、質問数43項目の Web アンケート調査を行った。調査に際して（表4）に示した職能団体を通じて依頼した。尚、平均点を算出する際には、選択肢の数値が最大のものに1、最小のものに4または5を付与して、逆転した数値を算出した。そして、看取り経験のない者は分析の対象から除外している。

18 尚、同データを使用した先行研究として、角・林・高橋・伊藤（2022）がある。それは看護職・介護職・福祉職の三職種における回答の有意差と「十分にしている」の割合の違いに着目し、職種間の認識の乖離している点からの考察を行っている。一方、本論文では実際に直接ケアを行う看護師・介護職間の違いに焦点をあて、実際に行っているケアと職種間の自己評価・他者評価を客観的に数値化することで、その役割分担のあり方と課題の分析を試みたものである。そして、本論文では先行研究にはない、介護福祉士のカリキュラムにおける「技術習得が明記されていない」というマクロな背景課題を踏まえている点に意義が見いだせる。

19 調査終了当時の所属は、高橋幸裕（尚美学園大学）、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）である。

Q.1～Q.4については「1：十分にしている」、「2：ある程度している」、「3：どちらともいえない」、「4：あまりしていない」の4件法、Q.5については「1：十分に活用している」、「2：ある程度活用している」、「3：どちらともいえない」、「4：あまり活用していない」の4件法を用いた。

Q.6～Q.25については「1：十分にしている」、「2：ある程度している」、「3：どちらともいえない」、「4：あまりしていない」、「5：全くしていない」の5件法、Q.26～Q.40については「1：十分にしている」、「2：ある程度している」、「3：あまりしていない」、「4：全くしていない」、「5：わからない」の5件法で尋ねた。

そして、Q.40～43は「1：とてもそう思う」、「2：ある程度そう思う」、「3：どちらとも言えない」、「4：あまりそう思わない」、「5：全くそう思わない」の5件法で尋ねた。

第2節 看護師が担っている役割

この節では主に実際に行っているケアを尋ねたQ.1～Q.25（表5）を分析の対象とする。（図6）は、「特定のケア（25項目）をどの程度おこなっているのか」の看護師と介護職それぞれの調査結果を示した図である。

（表5）ケアに関わる設問（Q.1～Q.25）

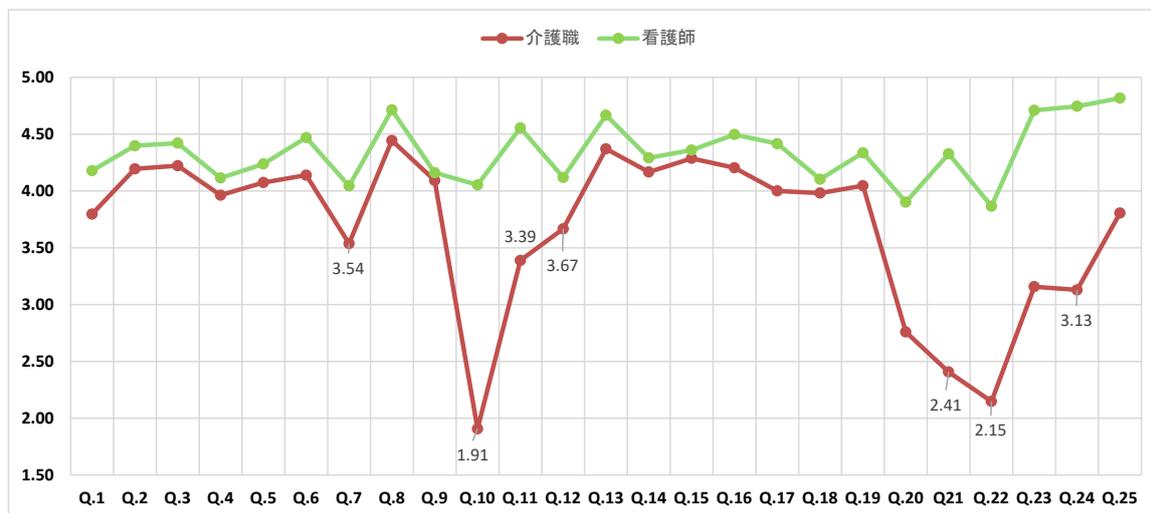
| | |
|--|--------------------------------------|
| Q.1 利用者が最期までどのような生活をしたいのかについて引き出している。 | Q.14 薬が飲める環境を整えるようにしている。 |
| Q.2 利用者自身が持つ価値観や信念を尊重して接する。 | Q.15 利用者が臥床したままでシーツ交換を行うようにしている。 |
| Q.3 利用者が質問しやすい雰囲気をつくる。 | Q.16 家族の思いや希望（利用者にどうしたいかなど）について引き出す。 |
| Q.4 利用者の趣味・嗜好・生活歴などを看取りの計画に反映する。 | Q.17 家族に利用者の意向を伝える。 |
| Q.5 利用者の意思確認が困難であっても、日頃の関わりの中で引き出した情報を支援の際に活用している。 | Q.18 家族が十分な休息をとれるようにケアする。 |
| Q.6 口腔ケアを行うようにしている。 | Q.19 家族の精神的な負担を和らげるように関わる。 |
| Q.7 入浴の介助を行うようにしている。 | Q.20 利用者の死後に家族に対する精神的な支援を行う。 |
| Q.8 入浴ができない利用者の清拭や部分的なケアを行うようにしている。 | Q.21 利用者が逝去した時のケア（エンゼルケア）について家族に伝える。 |
| Q.9 誤嚥に注意しながら、できる限り経口摂取を促すようにしている。 | Q.22 利用者が亡くなった後の事務的手続きについて家族に伝える。 |
| Q.10 痰を自力で出すことが困難な場合に吸引を行うようにしている。 | Q.23 主治医に利用者の意向を伝える。 |
| Q.11 便通を促す援助を行うようにしている。 | Q.24 主治医に家族の意向を伝える。 |
| Q.12 氷枕で冷やすことや湯たんぽで温めたりするようにしている。 | Q.25 日中の利用者の状態から夜間の急変を予測する。 |
| Q.13 床ずれ（褥瘡）の予防や安楽な姿勢が保てるようにしている。 | |

（出典）筆者作成

ここでのポイントは、看護師について自身が特定の業務についてどの程度行っているかである。Q.1からQ.25までのうち、ほぼすべての項目において4ポイント（ある程度している）以上の結果であったことから、終末期において看護師は広範な役割を担い、中心的な存在であることが窺える。

しかしながら、「ある程度している」と4ポイント以上が殆どであるにもかかわらず、それを僅かに下回る2項目は「Q.20 利用者の死後に家族に対する精神的な支援を行う」「Q.22 利用者が亡くなった後の事務的手続きについて家族に伝える」の2つである。

(図6) 介護職・看護師の得点比較 (ケアに関わる設問)



(出典) 筆者作成

なぜこのようになったのかを考えると、終末期は身体的変化に注視しながらのケアを提供することになり、介護職のような生活支援の視点よりもかけられる比重が医療に偏ることが考えられる。本来であれば、業務独占に当たる医療に即した部分に特化したところに限って行えば、看護師の専門性は発揮しやすくなると考えられるが、現実としては殆どの行為を「ある程度している」状態となっている。これは、結果として前述した専門性の高さを基盤としていることに由来し、殆どの行為で職務として引き受けている状態である。

他方、Q.20とQ.22はどうであろうか。いずれの質問項目も業務独占の行為ではないことが共通点である。いずれもある意味で「誤差の範囲」としての懸念が払しょくできないが、それぞれについてみてみよう。

まず、Q.20であるが、利用者家族への精神的ケアについては、介護職の回答のポイントが低いようにグリーフケアは社会的に注目がされるようになってきているが、現時点では誰がそれを実践するのかという点も含めた社会的合意やニーズが低いことから、そこまでする必要がないと考えている可能性がある。

Q.22ではどうであろうか。これは利用者の死後に行う諸手続きであることから看護師が積極的に行う要素は低いが、終末期から死に至る一連の流れからの連続性により行っている可能性が高い。その意味で、「ある程度している」に近い水準にあるとも言える。もちろん、看護師自らが諸手続きの必要性がないと考えている場合だけでなく、介護支援専門員や葬儀会社が代わりに説明を行うこともあり得ることから、役割分担があいまいなところだと言ってもよい。

これを踏まえつつ、全体的に看護師は終末期ケアにおいて殆どのケア項目で役割を担っているが、介護職との比較から考察すると、実際のケアに関わる項目で特に1ポイント以上の得点差が高くなる

のは、「Q.10 痰を自力で出すことが困難な場合に吸引を行うようにしている。」「Q.11 便通を促す援助を行うようにしている。」「Q.25 日中の利用者の状態から夜間の急変を予測する。」であった。このようになったのは、痰の吸引と排便コントロールという医療的ケアの必要性が高いもの、急変予測という医療的知識や経験が問われる項目において看護師の専門性が求められる場面に基づくものである。

次に、利用者の死後のケアに関わる項目である「Q.20 利用者の死後に家族に対する精神的な支援を行う。」「Q.21 利用者が逝去した時のケア（エンゼルケア）について家族に伝える。」「Q.22 利用者が亡くなった後の事務的手続きについて家族に伝える。」についても得点の差が高くなっている。

これは残された家族への支援をはじめ、利用者が亡くなった後の対応に関する説明などの家族支援も看護師が担っていると考えられる。さらに得点が高く、差も大きい項目として「Q.23 主治医に利用者の意向を伝える。」「Q.24 主治医に家族の意向を伝える。」がある。看護師は医師に医学的見地から見た状況を伝えるため、家族との橋渡しをしていることから、その基盤には医療の専門性が求められるからだと言える。

第3節 介護職が担っている役割

看護師の役割に対して、介護職についてはどうであろうか。(図6)を見てもらうと分かるように、全体的な傾向として介護職は看護師と比較して全ての項目で得点は下回っている。中でも4ポイント(ある程度している)を比較的大きく下回る項目(0.5ポイント程度)は、前節で上げた看護師と点数の差がある項目であるQ.10、Q.21、Q.24である。

これはすでに指摘したように、終末期では医療が前提にあり、かつ医学的な対応や連携が求められることに由来しているからである。すなわち、介護職に対応できる範囲を超えている部分が生じていると言える。

これに対して、「Q.8 入浴ができない利用者の清拭や部分的なケアを行うようにしている。」「Q.9 誤嚥に注意しながら、できる限り経口摂取を促すようにしている。」「Q.14 薬が飲める環境を整えるようにしている。」「Q.15 利用者が臥床したままでシーツ交換を行うようにしている。」「Q.18 家族が十分な休息をとれるようにケアする。」については、Q.10、Q.21、Q.24とは異なり、看護師と比較して実施しているのがほぼ同じ水準であった。但し、「Q.7 入浴の介助を行うようにしている。」のように極端に実施している割合が低いものもある。

このように介護職にとっては医療が前提となる中での生活支援が担当可能な行為、すなわち、利用者の身体に及ぼす影響が小さい場合は行っていると言ってもよい。この意味において、介護職は業務独占でない行為かつ終末期にある利用者への身体的影響が小さいものについては実施しているが、それ以外では消極的もしくは看護師が担っていることから実践として行われていない状況が生じている。

第4節 看護師が抱える課題

では、終末期を担当する看護師が抱える課題とは何かを第2節の内容を踏まえて検討してみる。まず、今回の調査結果を見ると、25問で示した行為はほぼその役割を担っている。看護師は終末期における中心的な役割を担っていることから、終末期ケアを担当する際に特に何か出来ないというものはなく、オールラウンドプレイヤーのような役割を有している。そういった意味で看護師が抱える課題は多くないようにも思えるが、「ある程度している」の平均点が僅かではあるが下回っているQ.20と

Q.22は注意する必要がある。

いずれの質問も家族支援に関する項目であることが共通している。特に Q.20の利用者の死後の家族に対する精神的な支援とは、グリーフケアの実施についての項目となるが、ほかのケア項目と比べると若干低い点数となっていることから相対的にみて、社会的な状況として十分にそのあり方が浸透していないことも考慮しなければならない、実施に課題がある部分である。

Q.22についても看護師の役割は保健師助産師看護師法第五条で見た通り、利用者の死後における事務的な手続きは対象の範囲外であることも影響している。同時に、利用者ごとに様々な個人的な事情や人間関係も相まって、一般的な流れを説明すること以上のものは難しい。餅は餅屋であり、その対応に限界があることは言うまでもない。

その一方で、看護師は25問の質問中23問で「ある程度している」ことから、業務独占以外の行為も広く引き受けざるを得なくなっている。結果として、看護師に過度な業務負担が生じている状態である。本来であれば、看護師でなくともできる行為はあり、例えば、介護職の点数が低い項目の中でも Q.7は、介護職でも担うことが十分できるケアである。Q.10も条件付きではあるが、介護職が行うことも可能なケアであるにもかかわらず、担えていないものに対してどのように評価し、役割分担、実践可能な状況にしていくのか、看護師が担うべき業務の負担軽減を整理していく必要がある。

第5節 介護職が抱える課題

終末期ケアにおいて介護職は看護師と比較して、相対的にポイントが低い傾向（介護職3.68ポイント、看護職4.34ポイント）にあった。特に、Q.10、Q.21、Q.24は医療的ケア、利用者家族へのグリーフケア、主治医との連携は特にポイントが低くなっている。終末期は医療が求められる場面であることから看護師が本来担う要素が強いもの、利用者が亡くなった延長線上の行為であること、介護職の専門性で相対的に自信が持ちにくいものが要因である。

確かに主治医との連携は、医療行為を行う看護師の業務を考えると、介護職が窓口になることは想定されにくい。しかしながら、医療的ケアの中でも便通を促す援助や氷枕、湯たんぽでの体温調節は介護の視点からも行えるケアであり、また利用者の死後のグリーフケアについても介護職が担うことは十分に考えられる。

それだけでなく、入浴介助についても相対的に低い点数となっている。介護職は、業務独占ではないケアについて利用者の身体的影響が生じる恐れがある中で、どのようにすればそのリスクを低減させることができるのかをカリキュラムや役割分担のなかから検討していく必要がある。その帰結として、こういった業務独占ではないケアについて看護師と同等に担えるようにする必要がある。

小括

今回の量的調査から明らかになったことは、看護師、介護職が担っている役割については、多くの項目で担当しているケアに重複がみられることが明らかになったが、一方で介護職が十分に担うことができているケアもはっきりと示された。

特に、主治医との連携など看護師が主として行うことが想定される項目だけでなく、看護師の業務独占行為ではないケア（入浴やグリーフケアといった法律上制限がかかっていないもので、介護職であっても担うことができること）が含まれており、これらの行為をどのように役割として位置づけ、かつ担い手となるようにするには何が必要かを検討することが必要である。

次章では看護師と介護職、それぞれの自己評価と他者評価から認識しているその専門性の傾向と課題を考察する。

第3章 終末期ケアにおける専門職の自己評価・他者評価

第1節 看護師による自己評価と介護職からの評価

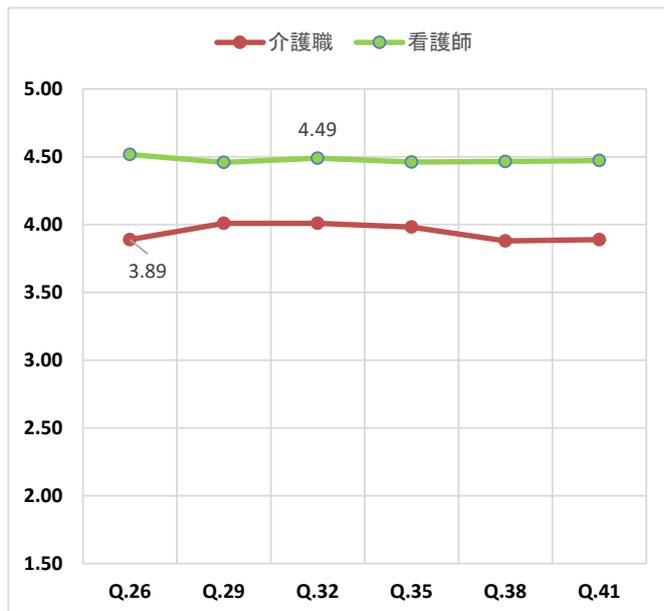
この章では、主に自らの職務の評価としての自己評価と、同じチームとして働く他の専門職に対する他己評価について分析を行う。該当する質問項目は（表6）に示している。但し、福祉職に関する設問は除いている。また、（図7）は、看護師と介護職それぞれの得点結果を比較した図である。

（表6）自己評価・他者評価に関わる設問（Q.26～Q.43のうち福祉職の項目を除く）

| | |
|------|---|
| Q.26 | 自分から見て、看護師はチーム内で利用者に関する情報について報告しやすく、意見を言しやすい雰囲気をつくるようにしている。 |
| Q.27 | 自分から見て、介護職はチーム内で利用者に関する情報について報告しやすく、意見を言しやすい雰囲気をつくるようにしている。 |
| Q.29 | 自分から見て、看護師は対応の判断が難しい終末期の利用者について常に情報共有し、専門性を出し合いながら課題解決をするようにしている。 |
| Q.30 | 自分から見て、介護職は対応の判断が難しい終末期の利用者について常に情報共有し、専門性を出し合いながら課題解決をするようにしている。 |
| Q.32 | 自分から見て、看護師は利用者が必要としていることを第一に考えて支援している。 |
| Q.33 | 自分から見て、介護職は利用者が必要としていることを第一に考えて支援している。 |
| Q.35 | 自分から見て、看護師は終末期にある利用者の意思確認が困難であっても、これまでに得られた情報や人柄から思いを推測し、ケアを模索している。 |
| Q.36 | 自分から見て、介護職は終末期にある利用者の意思確認が困難であっても、これまでに得られた情報や人柄から思いを推測し、ケアを模索している。 |
| Q.38 | 自分から見て、看護師は家族の思いや希望（利用者にとどうしたいかなど）について十分に引き出している。 |
| Q.39 | 自分から見て、介護職は家族の思いや希望（利用者にとどうしたいかなど）について十分に引き出している。 |
| Q.41 | 自分から見て、看護師は終末期ケアに関する医療面での知識を習得することが今以上に必要だと思いますか。 |
| Q.42 | 自分から見て、介護職は終末期ケアに関する医療面での知識を習得することが今以上に必要だと思いますか。 |

（出典）筆者作成

（図7）看護師の自己評価と介護職による他己評価



（出典）筆者作成

看護師が看護師自身を評価している項目は、「Q.26 自分から見て、看護師はチーム内で利用者に関する情報について報告しやすく、意見を言しやすい雰囲気をつくるようにしている。」「Q.29 自分から見て、看護師は対応の判断が難しい終末期の利用者について常に情報共有し、専門性を出し合いながら課題解決をするようにしている。」「Q.32 自分から見て、看護師は利用者が必要としていることを第一に考えて支援している。」「Q.35 自分から見て、看護師は終末期にある利用者の意思確認が困難であっても、これまでに得られた情報や人柄から思いを推測し、ケアを模索している。」「Q.38 自分から見て、看護師は家族の思いや希望（利用者にとどうした

いかなど)について十分に引き出している。」である。平均点は4.48とすべての項目において高評価となっている。項目ごとに点数の差はほとんど無く、「ある程度～十分している」と評価しており、自己評価は高い。自己評価が高い項目となったのは、自らの専門性を発揮できる事柄だと考えられる。

一方で、介護職による看護師の評価(平均点)は、3.95であり、自己評価よりも0.53ポイント低い結果となった。中でも4ポイントを下回る(0.5ポイント以上)項目は、「Q.26 自分から見て、看護師はチーム内で利用者に関する情報について報告しやすく、意見を言いやすい雰囲気をつくるようにしてくれている。」「Q.38 自分から見て、看護師は家族の思いや希望(利用者にどうしたいかなど)について十分に引き出している。」「Q.41 自分から見て、看護師は終末期ケアに関する医療面での知識を習得することが今以上に必要だと思いますか。」についての設問であった。

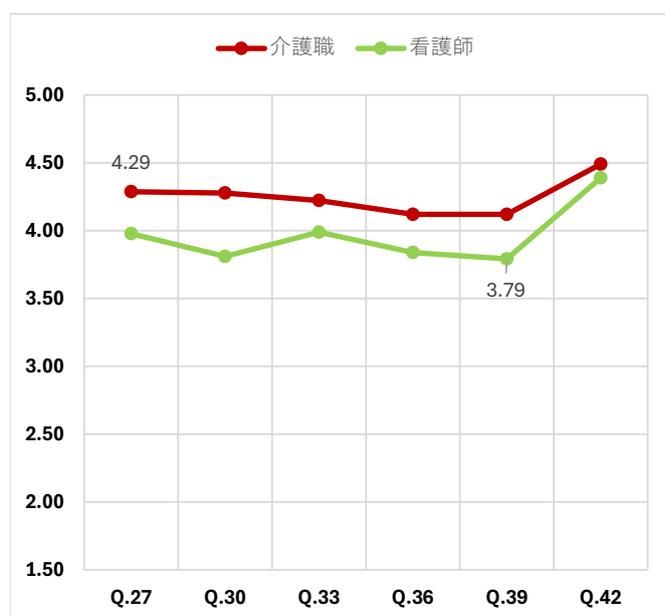
Q.26、Q.38はコミュニケーション能力が評価されるものであるが、看護師は専門性による評価であると考えられるが、介護職からすると専門性の違いによる壁があると感じているのか、数値としては低めになっていることが明らかになった。利用者に残された時間が限られている終末期ケアにおいては、専門職・家族間の情報発信、共有といったコミュニケーションのあり方で質が左右される。

他方、Q.29については、看護師自身に対しては4.47ポイントとより医療知識を求める傾向(ある程度そう思う～とてもそう思う)があった。これはいわゆるケアの質を高めるだけでなく、専門職としてより高い専門性を身につけなければならない責任があると考えていることが推測される。

その一方で、介護職からは看護師と比較すると3.89ポイントと低い評価となっているが、他己評価の観点からすると現状の看護師が持つ医療知識を評価している傾向(どちらとも言えない～ある程度そう思う)となっていた。これは介護職による看護師に対する尊敬の念があるのと同時に、常々介護職は医療的知識が求められると言われていの中でこれ以上の拡大について懸念している可能性がある。

第2節 介護職による自己評価と看護師からの評価

(図8) 介護職の自己評価と看護師による他己評価



(出典) 筆者作成

次に、介護職による自己評価と看護師からの評価についてみてみよう。ここでは第1節で示した質問項目(表6)を用いる。

介護職が介護職自身を評価している項目は、「Q.27 自分から見て、介護職はチーム内で利用者に関する情報について報告しやすく、意見を言いやすい雰囲気をつくるようにしてくれている。」「Q.30 自分から見て、介護職は対応の判断が難しい終末期の利用者について常に情報共有し、専門性を出し合いながら課題解決をするようにしてくれている。」「Q.33 自分から見て、介護職は利用者が必要としていることを第一に考えて支援している。」「Q.36 自分から見て、介護職は終末期にある利用者の意思確認が困難であっても、これまでに得られた情報や人柄から思いを推測し、ケアを模

索している。」「Q.39 自分から見て、介護職は家族の思いや希望（利用者にどうしたいかなど）について十分に引き出している。」である。

これらは看護師が自らの職種を評価しているように、介護職も同様の傾向がみられる。但し、その平均点は4.25ポイントと看護師よりも控えめな評価ではあるが、ある程度以上はできていると回答している。また、各項目で大きな差はみられないが、意思表示が困難な利用者に対するケア、家族の思いや希望を引き出すことはやや点数が低いことが特徴である。

これに対して、看護師による介護職への評価（平均点）は3.88ポイントとなっており、やや厳しいものとなっている。これは介護職と担当する職務は重なっているが、終末期は医療が中心になりやすいことから生活支援という部分の評価はやや厳しいものになったと言える。

他にも、介護職自らの評価において、全体として4ポイント（ある程度している）となっているが、介護職の自己評価と看護師による評価において0.2以下に収まっている項目は2つある。Q.33とQ.42である。

Q.33は介護職が利用者と最も多く接する回数が多く時間がない立場であることから、意思表示が困難な利用者に対するケア、家族の思いや希望を引き出すことに介護職自らが評価しているのと同様に、看護師もその役割を果たしていることを評価していると言える。これは介護職の職業上の特性であり、看護師とは異なる部分である。

Q.42は、介護職自らが職務上の課題として感じているように4.49ポイントと高い値を示していた。もちろん、終末期ケアは医療をベースとした部分が大きくなるため、より医療知識を求める傾向（ある程度そう思う～とてもそう思う）があることから、その必要性をより強く感じていると言える。看護師からの視点として、終末期ケアは医療的な側面が必要となる場面が多くなるため、より円滑に必要なケアを提供できるようにするためにも介護職に対しては医療的な知識の習得を求めていると言える。

第3節 看護師・介護職が認識する専門性の傾向と課題

今回の調査結果から見ると、看護師も介護職も自己評価はおおむね高い傾向にあったが他己評価は低い傾向にあることが明らかになった。具体的には、自らは対専門職（看護師・介護職）、対利用者、対家族に対して一定の配慮とケアを提供していると評価しているが、同じ職場で働く仲間に対しては自己評価よりも低く評価していた。これは業務上重なる部分がある一方で、自らの専門性や役割の違いにより、「これはこうしてくれるだろう」という相手に期待するものが高結果によるものと考えられる。

その一方で、看護師は介護職に対して、利用者第一主義や医療面の知識を習得することが今以上に必要かについては期待値として高いものであった。これは介護職が利用者と家族の接する回数や時間が長いという特性を踏まえた上で、ケアの質を高めることを意図していることが分かる。

また、介護職は看護師に対して、情報共有及び課題解決への提案をすること、利用者への支援に関しては一定の評価をしていた。同時に、看護師の医療に関する知識についても評価が高い傾向がみられている。介護職は複雑な気持ちを抱いている。すなわち、終末期は医療がベースになってきていることを踏まえ、医療の必要性を認めながらも、同じチームとして連携する場合に今以上の格差が生じることにジレンマを感じているのである。このように、介護職は部分的に複雑な思いを抱きながらも看護師に対する敬意と評価を有していると考えられる。

では、看護師が抱える職務上の課題はどのようなものであろうか。全体的には終末期ケアを提供す

る上で非常に幅広い役割を担っていることから、業務内容の整理が必要である。これは既に述べたように介護職の利用者第一主義やニーズの引き出しに期待しているところがあるように、業務の移譲ができるにもかかわらず行えていない中での期待であることから、実行ができるようにしていかなければならない。それだけでなく、意見表明や情報発信といったコミュニケーションのあり方も専門性の壁により、介護職に伝わりにくい状況が生じていることから、見直していくことも求められる。

次に、介護職が抱える職務上の課題についてはどのようなものであろうか。実際、看護師からの評価として介護職の利用者第一主義やニーズの引き出しは評価されているものの、情報共有や課題解決への提案、家族支援、意思表示が困難な利用者に対するケアに関しては、期待通りの専門性を発揮していないと評価されている。また、医療面の知識についても今以上に知識の習得を求めている。このことから終末期という非日常空間の中で医療がベースとなる状況に対応するための医学的知識を習得することが求められる。

小括

ここでは、量的調査結果から看護師と介護職の自己評価と他己評価を見てきた。総じてみると、自らの専門性を如何にして発揮していくのか、足りないと感じている部分をどのようにして補っていくのかという点が今後の論点になるのではないかという知見が得られた。実際、自己評価は自らの得意なところを示しがちになり、不得意なところはそれほどはっきりとは評価しないことは想像に難くない。

もちろん、他己評価を見るとこれまでの研究の蓄積から明らかにされてきたように職務上の特徴があることから、そこを指摘するような結果にも繋がっている。それを今後どのように解決していくのかも福祉政策上の課題と言ってもよいであろう。すなわち、看護師は専門性が高い立場故のコミュニケーション上の対応策であるし、介護職は医療に関する知識を有しながらの生活支援を基盤とした専門性の向上である。

終章

人口減少を伴った超高齢社会において、終末期ケアの重要性はますます高まってくる。特にケアを提供する看護師や介護職に寄せられる社会的期待はより焦点化されていくことになるであろう。実際、そのような中で専門職としての学びも少しずつではあるが提供されつつあるが、普及させていくことも課題である。

同時に、実際に終末期ケアを担当する場面となれば、終末期ケアであることから時間が限られてしまい、失敗できない不安（やり直しができない、一回性の問題）があり、特に介護職は専門性の脆弱さを理由に看護師に任せたいと考えるのは自然なことである。もちろん、経験上の不足もある。これらの課題については、職業的位置付けを含めてカリキュラムからの精査をしていくことが必要である。

当然のことながら、ケアを提供する専門職として役割のあり方とチームとしての連携をどのようにして行くのかも重要な論点であるの言うまでもない。上述したように、職務上の課題を克服しながら双方の専門職がより無駄のない形で働くことができれば、医療がベースとなる終末期ケアを担う看護師の専門性をより発揮することに繋がると考えられる。介護職も医療が弱い側面があることから専門性を高められることになり、終末期ケアでなくとも、日常的なケアを提供する際においても有効なスキルとなると言える。

すなわち、お互いの役割が明確になること、課題を克服することで看護と生活支援というケアを通じたパートナーとなることが可能であり、より緊密な形で働くことが可能となり得る。

謝辞

本論文は、「公益財団法人笹川保健財団 研究助成 I 研究 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」に基づき執筆しました。本論文の執筆に際して、研究助成をいただきました公益財団法人笹川保健財団関係者様、調査にご協力をいただきました専門職の皆様には厚く御礼申し上げます。また、当該研究プロジェクトに参加していただきました伊藤直子先生（大東文化大学）、角能先生（島根県立大学）にも厚く御礼申し上げます。そして、本研究成果が慢性的な人手不足である訪問看護・介護現場において少しでも有効なマンパワーの活用方法の一助となることを願っています。

引用文献・資料一覧

厚生労働省「2022（令和4）年 国民生活基礎調査の概況 結果の概要」<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/02.pdf>（2024年10月1日閲覧）

厚生労働省「第2回看護師等確保基本指針検討部会 令和5年7月7日 参考資料2」<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001118192.pdf>（2024年10月5日閲覧）

厚生労働省「第9期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について 別紙2 介護職員数の推移」https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_41379.html（2024年10月5日閲覧）

厚生労働省「看護師養成所 看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン改正について（案） 第9回看護基礎教育検討会 令和元年9月12日 資料1-1」<https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000549122.pdf>（2024年10月19日閲覧）

厚生労働省老健局「社保審—介護給付費分科会 第217回（R5.5.24）資料1 介護分野の最近の動向について」<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001099975.pdf>（2024年10月5日閲覧）

厚生労働省老健局「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会 令和6年4月15日 参考資料 ケアマネジメントに係る現状・課題」<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001244391.pdf>（2024年10月5日閲覧）

特定非営利活動法人日本緩和医療学会「ELNEC-Jについて」<https://www.jspm.ne.jp/seminar/elnecj/about.html>（2024年10月19日閲覧）

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』第21号、尚美学園大学総合政策学部総合政策学会、2015年、pp.85-102

高橋幸裕、林和秀「介護職による終末期ケア実践のための養成カリキュラムに関する理論的考察」『尚美学園大学総合政策論集』第37号、尚美学園大学総合政策学部総合政策学会、2023年、pp.1-30

文部科学省「高等学校における看護教育」https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/shinkou/kango/index.htm#:~:text=%E5%A4%A7%E3%81%8D%E3%81%8F%E5%88%86%E3%81%91%E3%82%8B%E3%81%A8%EF%BC%8C%E9%AB%98%E7%AD%89%E5%AD%A6%E6%A0%A1,%E6%95%99%E8%82%B2%E3%82%92%E5%8F%97%E3%81%91%E3%82%8B%E3%82%B3%E3%83%BC%E3%82%B9%E3%81%A7%E3%81%99%E3%80%82（2024年10月19日閲覧）

内閣府「令和元年度高齢社会白書 第1章 高齢化の状況(第3節1-4)」https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/s1_3_1_4.html (2024年10月8日閲覧)

参考文献一覧

浅見美千江、浅見洋、金川克子、水島ゆかり、田村幸恵、橋本宏樹、清水えり子「人口減少地域における在宅終末期療養に関する住民の意識 白山麓地域の場合」『石川看護雑誌』第4巻、pp.33-38、2007年

角能、林和秀、高橋幸裕、伊藤直子「ターミナルケアにおける職種間関係の考察—看護職・介護職・福祉職の間の認識の齟齬に注目して」『総合政策論叢』第44号、pp. 27-49、2022年

東京大学大学院医学系研究科附属グローバルナーシングリサーチセンター「看取りリスクプログラム2024年度募集を開始しました」<https://gnrc.m.u-tokyo.ac.jp/news/information/20240905.html> (2024年10月20日閲覧)

松井妙子、鳥海直海、西川勝「訪問看護，訪問介護，居宅介護支援事業所従事者が，在宅高齢者終末期支援を行う上で経験する葛藤とその対処：チーム活動に関するグループインタビューの現象学的分析から」『香川大学看護学雑誌』、第17巻第1号、pp.11-24、2013年

先行調査結果（科学研究費助成事業）一覧

柏木聖代「マルチレベル分析による訪問看護サービスの供給量に関する実証分析」筑波大学、研究課題/領域番号22792250、2010～2011年

柄澤邦江、小野塚元子、安田貴恵子、千葉真弓「終末期療養者への訪問看護師と訪問介護従事者の連携・協働による支援モデルの開発」長野県看護大学、研究課題/領域番号21K11149、2021～2025年

狩谷明美、島内節、阿部まゆみ、國定美香「地域密着型在宅ケアの推進と看取りシステムの構築」県立広島大学、研究課題/領域番号24593514、2012～2016年

瀬戸信二、矢野捷介「高齢者の在宅ターミナルケア（在宅終末期医療）が成立する条件とその現状」長崎大学、研究課題/領域番号13672362、2001～2002年

長澤治夫「要介護高齢者を対象とした居宅系介護施設における終末期医療と看取りの実態調査」宮城大学、研究課題/領域番号26460839、2014～2018年

林一美、牛村春奈「看護小規模多機能型居宅介護利用者の終末期ケアニーズに対応した支援プログラム開発」石川県立看護大学、研究課題/領域番号21K11147、2021～2024年

〈Peer-reviewed paper〉

Research on the ideal state of terminal care in home nursing and nursing care settings: Role sharing from the perspective of professionals who provide direct care to users

Takahashi Yukihiro ^{*1}・Hayashi Kazuhide ^{*2}

Abstract

Where people spend their final days is a social concern, but as household sizes shrink, expectations of nurses and care worker for end-of-life care are growing. End-of-life care is based on medical care, so nurses play a central role, but we believe that care worker lack of confidence is causing bias in their responsibilities.

A quantitative survey was therefore conducted. For example, when asked how they evaluated their own care and how they evaluated others, self-evaluation tended to be high, while others' evaluations tended to be low. Furthermore, nurses expected care worker to act for the users and to acquire medical knowledge.

On the other hand, nurses want to improve their skills in end-of-life care. However, while nurses are seen as a reliable presence in the field of end-of-life care from the perspective of care worker, they also feel that the gap will become even greater as their skills become more advanced. It was also made clear that future issues will include how nurses and care worker can demonstrate their expertise as professionals providing end-of-life care, and how to make up for any lack of skills.

KeyWords:

End-of-life care visiting nursing visiting care division of roles nurse care worker expertise

(Affiliation)

* 1 Yamanashi Prefectural University * 2 Meijigakuin University