

# 特別養護老人ホームにおいて求められる 多職種連携に関する研究

——終末期介護での調査結果を踏まえての考察——

高橋 幸裕

## Research on Multi-occupational Collaboration Required for Special Nursing Home for the Elderly:

— Consideration based on Findings at Terminal Care —

TAKAHASHI, Yukihiro

### Abstract

On the welfare policy for the elderly, it is not that old multi-occupied collaboration was carried out in a form comprehensive of death. Even if we look at the law that regulates each profession, the words “cooperation” and “adjustment” are written. There is a limit to care for each elderly in a single occupation, and it is becoming common for multiple professionals to demonstrate their respective roles to provide comprehensive care. However, there is not enough discussion about multi-occupation collaboration that includes death. Therefore, what kind of factors resulted from a survey of the actual nursing home for the elderly nursing home, and it became a smooth multi-occupational collaboration, and I examined as to whether it would be a good team as a result. As a result, we will make it possible for each job category to cope with the information sharing method, the role each professionals play professional roles depending on the circumstances, and the collection and provision of information having a different degree but medical aspects.

### 要 約

高齢者福祉政策上、死を包括した形で多職種連携が行われたのはそれほど古いことではない。各専門職を規定する法律を見ても「連携」や「調整」の言葉が記されている。単一の職種で高齢者を介護することには限界があり、複数の専門職がそれぞれの

役割を発揮して総合的なケアを提供することが浸透してきている。しかし、死を包括した多職種連携についての議論は十分でない。そこで特別養護老人ホームでの実態調査からどのような要因によって円滑な多職種連携となり、その帰結として利用者にとって望ましい体制となるのかについて考察を行った。その結果、情報共有の方法、状況に応じて専門的役割をそれぞれの職種が果たすこと、程度の差はあるが医学的側面を有した情報の収集と提供を全ての職種が対応できるようにすることである。

キーワード

多職種連携 (multi-occupational collaboration)

終末期介護 (terminal care)

チーム (team) / 専門職 (profession)、

特別養護老人ホーム (special elderly nursing home)

情報 (information)

## 序章 はじめに (問題の所在と背景)

介護保険制度が始まった2000年以降、立場の異なる専門職が連携しながら1つのチームとなり、高齢者のニーズを総合的かつシームレスに充足することが一般的となった。これを多職種連携という。

我が国において多職種連携の歴史はそれほど古いものではない。高齢者福祉政策において明確に位置づけられたのは介護保険法以降のことである。関連する福祉、医療の各専門職には多職種連携に関して法的整備がなされているが、それは高齢者政策上、明確に死を包括した形となっていなかった。他方、これまでの先行研究は介護サービス利用者が生き続ける前提の下（通常時のケアでの）考察からであり、死を包括した所謂終末期における実践の中での視点は欠如している。

このような中、高齢者福祉政策、とりわけ介護領域では脱病院死、自宅や施設等で人生の最期を迎える政策に舵を切っているが、介護現場ではそれに十分対応しているとは言えないのではなかったか。それにより終末期にある利用者に対して多職種連携の効果を発揮するためにも、介護現場では何が求められているのかについてはまだ明らかにされていないと推察される。

そこで本稿は①多職種連携に関する法的位置づけの確認を行い、②特別養護老人ホームにおいて終末期介護の経験がある専門職（介護職、福祉職、看護師（高橋（2016）の調査報告書では「医療職」と表記。))の聞き取り調査結果から死を包括した多職種連携のあり方について検討する。そして高齢者の終末期介護の調査結果に基づいて、より効果的な多職種連携を実現するために何が求められているのかを明らかにする。

## 第1章 介護現場における専門職と役割

### 第1節 専門職の専門性と役割：介護職<sup>(1)</sup>

高齢者介護では在宅、通所、施設、地域密着型と多様な場所でサービスが提供されている。い

ずれの場所も介護職、福祉職、看護師がそれぞれの専門性に応じた形で高齢者のニーズに対応している。しかし、終末期における介護現場で求められる多職種連携とはどのようなことなのかは明らかではない。その理由は、我が国の高齢者福祉政策の歴史において死を包括していなかったためである。死を包括した政策が登場したのは2000年の介護保険法が施行されて以降からのことである。そのため、死を包括しない従来の政策的前提に変化が生じたことにより、多職種連携のあり方は変化しつつある。そこで介護現場における各専門職における多職種連携とは何かについて法的根拠からその役割について確認する。

初めに、介護職を規定する法的根拠について確認する。介護福祉士は1987年に社会福祉士及び介護福祉士法、訪問介護員は2000年の介護保険法により根拠が定められている。それぞれについて記載されている条文は以下の通りである。

#### 介護福祉士：社会福祉士及び介護福祉士法 第二条2

2 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。

#### 社会福祉士及び介護福祉士法 第四十七条2（連携）

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

介護福祉士の基本的な役割とは、社会福祉士及び介護福祉士法 第二条2に基づいて介護を専門的知識と技術に基づいて行う職種である。同法第四十七条2には福祉サービス関係者等との連携を保つことが示されている。すなわち、介護福祉士には「連携」も職務の一環として位置づけられている<sup>(2)</sup>。

他方、訪問介護員<sup>(3)</sup>について見てみることにする。介護保険法第八条2には訪問介護員について以下のように規定されている。

(1) 介護福祉士、訪問介護員（ホームヘルパー）

(2) ただし、介護福祉士は訪問介護や高齢者福祉施設のいずれの場所でも働くことができるため、介護現場ごとに求められる多職種連携のあり方は異なる。

(3) 訪問介護員養成研修課程、介護職員初任者研修の両方を念頭において論じている。

## 訪問介護員：介護保険法第八条2

2 この法律において「訪問介護」とは、要介護者であって、居宅（老人福祉法（昭和三十三年法律第百三十三号）第二十条の六に規定する軽費老人ホーム、同法第二十九条第一項に規定する有料老人ホーム（第十一項及び第二十一項において「有料老人ホーム」という。）その他の厚生労働省令で定める施設における居室を含む。以下同じ。）において介護を受けるもの（以下「居宅要介護者」という。）について、その者の居宅において介護福祉士その他政令で定める者<sup>(4)</sup>により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるもの<sup>(5)</sup>（定期巡回・随時対応型訪問介護看護（第十五項第二号に掲げるものに限る。）又は夜間対応型訪問介護に該当するものを除く。）をいう。

介護保険法第八条2にあるように、訪問介護員の職務は「入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話」と定義されているが、介護福祉士の規定に定められている連携についての言及はない<sup>(6)</sup>。

このようなことから介護福祉士、訪問介護員の制度・職務等についての整理を行うと以下のようにとまとめることができる。

### 共通点

- ①入浴、排せつ、食事等の介護（身体介護、生活援助）を行うこと。
- ②働く場所（訪問介護現場、高齢者福祉施設等）は同じである。
- ③有している資格を問わず、働く場所により訪問介護では訪問介護員、高齢者福祉施設では介護職員と呼び分けられる場合が多い。

### 相違点

- ①制度上（資格）の位置づけの違い（名称独占の国家資格である介護福祉士、任用資格で

- (4) 「政令で定める者」とは介護保険法施行令第三条1、2を指す。「法第八条第二項の政令で定める者は、次の各号に掲げる研修の課程を修了し、それぞれ当該各号に定める者から当該研修を修了した旨の証明書の交付を受けた者（以下この条において「養成研修修了者」という。）とする。
- 一 都道府県知事の行う介護員の養成に関する研修 当該都道府県知事
  - 二 都道府県知事が指定する者（以下この条において「介護員養成研修事業者」という。）の行う研修であって厚生労働省令で定める基準に適合するものとして都道府県知事の指定を受けたもの（以下この条において「介護員養成研修」という。）当該介護員養成研修事業者」である。
- (5) 「厚生労働省令で定めるもの」とは介護保険法施行規則第五条を指す。「(法第八条第二項の厚生労働省令で定める日常生活上の世話) 法第八条第二項の厚生労働省令で定める日常生活上の世話は、入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事（居宅要介護者（同項に規定する居宅要介護者をいう。以下同じ。）が単身の世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、これらの者が自ら行うことが困難な家事であって、居宅要介護者の日常生活に必要なものとする。第十七条の二及び第十七条の五において同じ。）、生活等に関する相談及び助言その他の居宅要介護者に必要な日常生活上の世話とする。」である。
- (6) 訪問介護員は介護福祉士同様に訪問介護現場、高齢者福祉施設等を問わず働くことができる。介護保険法には多職種連携について言及されていないが、実際には訪問介護員も複数の専門職と共に介護サービスを提供している。

ある訪問介護員)。

- ②他の職種との連携について言及しているか否か。但し、いずれの介護現場でも実際に多職種連携は行われている。
- ③職務範囲は厚生労働省令で定めるものの範囲により微妙に異なっている。

上記のような共通点と相違点があるが、多職種連携は法律として制定されているか否かに関わらず行われており、介護現場では在宅、施設を問わず行われていることである。特別養護老人ホームで求められる多職種連携のあり方についての分析は、第4章で検討することとする。

## 第2節 専門職の専門性と役割：福祉職<sup>(7)</sup>

次に福祉職(社会福祉士・介護支援専門員)について検討する。介護現場における福祉職の職務範囲は広い。例えば、特別養護老人ホームでは利用者や家族に対する相談業務、ケアプランの作成を基本とし、法人の方針によって介護職のサポートをする場合がある。また、社会福祉士の場合は地域包括支援センターで地域に暮らす高齢者に対して介護予防を展開している。では、福祉職を規定する根拠法について確認する。

### 社会福祉士：社会福祉士及び介護福祉士法 第二条

第二条 この法律において「社会福祉士」とは、第二十八条の登録を受け、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者(第四十七条において「福祉サービス関係者等」という。)との連絡及び調整その他の援助を行うこと(第七条及び第四十七条の二において「相談援助」という。)を業とする者をいう。

### 社会福祉士及び介護福祉士法 第四十七条(連携)<sup>(8)</sup>

第四十七条 社会福祉士は、その業務を行うに当たっては、その担当する者に、福祉サ

(7) ここでは社会福祉士・介護支援専門員について示すこととする。福祉職は高齢者福祉施設において生活相談員等の呼称で呼ばれていることが多い。尚、介護支援専門員は介護職と位置付けるという議論もあるが、資格取得要件(受験資格)に介護福祉士だけでなく、医師や看護師等の医療職も含まれていること、ケアプランの作成をする業務(デスクワーク中心)から鑑みて直接利用者の介護を行わないことから福祉職として位置づけている。

(8) 社援発第0328078号平成20年3月28日 厚生労働省社会・援護局長「社会福祉士及び介護福祉士法施行令の一部を改正する政令等の関係政令及び社会福祉士及び介護福祉士及び介護福祉士法施行規則等の一部を改正する省令等の関係省令の改正について」p.9には、今後の社会福祉士に求められる役割に「②利用者がその有する能力に応じて、尊厳をもった自立生活を営むことができるよう、関係する様々な専門職や事業者、ボランティア等との連携を図り、自ら解決することのできない課題については当該担当者への橋渡しを行い、総合的かつ包括に援助していく役割」、「③地域の福祉課題の把握や社会資源の調整・開発、ネットワークの形成を図るなど、地域福祉の増進に働きかける役割」を示している。

ービス及びこれに関連する保健医療サービスその他のサービス（次項において「福祉サービス等」という。）が総合的かつ適切に提供されるよう、地域に即した創意と工夫を行いつつ、福祉サービス関係者等との連携を保たなければならない。

社会福祉士は、名称独占の国家資格として1987年に社会福祉士及び介護福祉士法により創設された相談業務を主たる職域とする専門職である。社会福祉士は利用者が抱える課題を明らかにしながら必要なサービスを結びつけることを行っている。同時に社会福祉士が活躍する場所は高齢者福祉領域だけでなく、その他の福祉領域や行政等にも及んでおり活躍の場所は多岐にわたっている。また社会福祉士及び介護福祉士法では介護福祉士と同様に連携についても規定されており、福祉サービス等が総合的かつ適切に提供されるようにすることが明らかにされている。これも介護福祉士と同様に複数の福祉サービス関係者等と関連を持った形で職務に当たっていることが分かる。

他方、介護支援専門員は2000年の介護保険法が制定された際に創設された都道府県知事資格である。介護支援専門員は在宅、通所、施設、地域密着型というように介護保険制度を利用する際にケアプランを作成することを専門的職務としている。では、介護支援専門員の法的根拠を確認しておく。

#### 介護支援専門員：介護保険法第七条5

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

介護保険法第七条5に定められているように、介護支援専門員の特徴は介護保険制度における各種サービスの利用に関する連絡調整を行う（＝ケアプランの作成）ことから関連する事業者との連携が求められる職務である。従って、介護支援専門員は利用者のニーズを集約した形でケアプランを作成し、提供するサービスを調整することから、介護保険制度を利用する上で各専門職の橋渡しをする役割を担っている。

### 第3節 専門職の専門性と役割：看護師

看護師は歴史的に女性が多く就いていた職業であったこともあり、「看護婦」と称されていた

が2001年に保健婦助産婦看護婦法が保健師助産師看護師法に改正されたのに伴って、2002年から「看護師」と呼称が変更された業務独占の国家資格である<sup>(9)</sup>。

看護師の業務は保健師助産師看護師法により規定されている一方で、介護保険法が施行されたことを契機に、医療機関のみならず高齢者福祉領域（訪問看護、介護老人保健施設等）でも活躍の場を広げてきている。では、看護師の業務に関する法的根拠について確認することとする。

看護師：保健師助産師看護師法 第五条 第六条<sup>(10)</sup>

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。

第六条 この法律において「准看護師」とは、都道府県知事の免許を受けて、医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて、前条に規定することを行うことを業とする者をいう。

保健師助産師看護師法第五条では、看護師の役割を「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」としているが、その専門性は戦後のGHQの改革以降、高まり続けている。この条文を見ると医師と看護師の職務上の関係性を見いだせるが、ここでは福祉においてみられるフラットな形のチームではなく、医師の指示の下にある看護師というヒエラルキーを帯びた形となっている。

他方、看護師は下記の目的のため、専門看護師制度、認定看護師制度等というように高度な知識と技術や熟練した技能を評価する制度も構築している<sup>(11)</sup>。それぞれの目的は以下のように定められている。

#### 専門看護師

専門看護師制度は、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた専門看護師を社会に送り出すことにより、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかることを目的としています<sup>(12)</sup>。

#### 認定看護師

認定看護師制度は、特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上をはかることを目的としています<sup>(13)</sup>。

(9) 法改正がされる以前は男性の場合、「看護士」と称されていた。

(10) ここでは看護師（いわゆる正看護師）と准看護師について併せて記しておく。その理由は資格の位置づけを前者が国家資格、後者が都道府県知事資格であるが、業務については重複している部分もあるため記しておく。本稿では特に注記がない限り看護師について検討を行う。

(11) 日本看護協会 専門看護師制度 <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>（2017年10月28日閲覧）

(12) 日本看護協会 専門看護師制度 <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>（2017年10月28日閲覧）

(13) 日本看護協会 認定看護師制度 <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>（2017年10月28日閲覧）

高齢者に関係する領域として、専門看護師では「老人看護（特定年月：2001年7月）」、「在宅看護（特定年月：2012年5月）」が挙げられる。一方、認定看護師は「訪問看護（特定年月：1998年11月）」、「摂食・嚥下障害看護（特定年月：2004年7月）」、「認知症看護（特定年月：2004年11月）」が挙げられる。

それぞれの役割を日本看護協会の説明によれば、専門看護師による「老人看護」は「高齢者が入院・入所・利用する施設において、認知症や嚥下障害などをはじめとする複雑な健康問題を持つ高齢者のQOLを向上させるために水準の高い看護を提供する。<sup>(14)</sup>」としている。「在宅看護」は「在宅で療養する対象者及びその家族が、個々の生活の場で日常生活を送りながら在宅療養を続けることを支援する。また、在宅看護における新たなケアシステムの構築や既存のケアサービスの連携促進を図り、水準の高い看護を提供する。<sup>(15)</sup>」としている。

他方、認定看護師による「訪問看護」は、「・在宅療養者の主体性を尊重したセルフケア支援およびケースマネジメント看護技術の提供と管理<sup>(16)</sup>」としている。「摂食・嚥下障害看護」は「・摂食・嚥下機能の評価および誤嚥性肺炎、窒息、栄養低下、脱水の予防・適切かつ安全な摂食・嚥下訓練の選択および実施<sup>(17)</sup>」としている。そして「認知症看護」は「・認知症の各期に応じた療養環境の調整およびケア体制の構築・行動心理症状の緩和・予防<sup>(18)</sup>」としている。

これらの中で多職種連携について言及しているものは専門看護師の「在宅看護」、それに準ずる表現となっているものは認定看護師の「訪問看護」である。いずれも自宅での看護を行う場合に多職種連携が想定されている。すなわち、看護師資格は保健師助産師看護師法レベルにおいて医師との業務は想定がなされており、上位の資格として位置づけられた専門看護師、認定看護師より幅広い職種との連携が想定されていることが分かる。

## 第2章 単一専門職のみによるケアの限界と多職種連携

### 第1節 介護現場における単一専門職のみによるケアの限界

措置制度から介護保険制度となって以降、介護現場では業務だけでなく支援体制として地域包括ケアシステムのように多職種連携を念頭に置いた形で積極的に取り組まれてくるようになってきた。連携という言葉は使われていないが、既に確認したように介護支援専門員は介護サービスを提供する事業者等の連絡調整を行うことが規定されており、介護保険法では多職種連携が必要なものとして位置づけられている。

では、何故、複数の専門職による連携と支援が必要であると考えられたのであろうか。図1は利用者と介護職のみで支援した場合を図式化したものである。介護職の職務は身体介護を含んだ形での生活支援であるが、これを見ても分かるように利用者に対するニーズ全てを介護職が単独で支援しなければならないことが分かる。特に後期高齢期の利用者は医療ニーズも有している傾

(14) 日本看護協会「老人看護」<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>（2017年10月28日閲覧）

(15) 日本看護協会「在宅看護」<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>（2017年10月28日閲覧）

(16) 日本看護協会「訪問看護」<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>（2017年10月28日閲覧）

(17) 日本看護協会「摂食・嚥下障害看護」<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>（2017年10月28日閲覧）

(18) 日本看護協会「認知症看護」<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>（2017年10月28日閲覧）



向が高いことから複合的かつ多面的な形の支援が必要であるため、生活支援の側面だけでは利用者のニーズを充足することができない場合が多い。

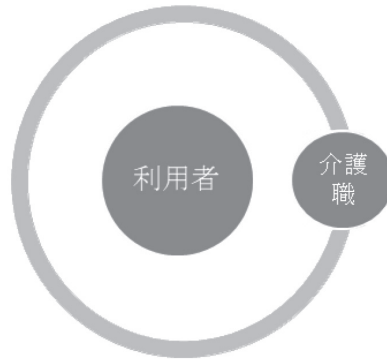


図1 単一専門職の支援の場合（介護職）

では、介護、医療、福祉のそれぞれの専門職が個別に利用者の支援をすればよいのではないかということにもなるが、それは効果的かつ円滑な対応をすることができない。例えば、医師が利用者の診察を行った際、診断を下すには様々な情報が必要な場合もある。特に介護状態にある高齢者の定期的な診察は、普段の生活から得られる情報は重要なものである。それ以外にも作業療法や理学療法などの支援を受ける際も普段の生活状況から機能訓練を行うことが利用者にとって生活の質をより高めることにも繋がる。しかし、利用者の日常の生活のあり方が分からなければ、結果的に効果が十分に発揮されなくなるということにもなる。

このように個別の専門職がそれぞれの役割ごとに対応をすることは一面的な支援やニーズの充足は可能であるが、普段の状況を勘案して身体的な異変等の情報を共有することができず、各専門職が有している専門的支援の効果を発揮することは難しくなってくる。このようなことを踏まえて、介護保険法では第二条に福祉と医療の連携について言及を行っている。

#### 介護保険法

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

介護保険法第二条2では「要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。」とあるように、その状態の軽減と悪化の防止を狙いとしている。同法同条3では「被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。」としていることから分かるように「総合的かつ効率的」な形で多面的な方法を用いてサービスを提供することを定めている。

## 第2節 多職種連携とは何か

上述したように社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、保健師助産師看護師法で定めるところにより、その職務の一部には複数の専門職による連携、指示で職務を遂行することが求められている。それは単に複数の職種が同一の利用者の担当をしているという意味に留まらない。多職種連携は様々な機能を有しており、それが有機的なものとして形作られ、サービスという形で機能していることが本質であると言える。

では、より具体的な意味での「多職種連携」とはどのような概念か。多職種連携とは異なる専門職同士が同じ目標に向けて業務を通じて目的を遂行することと解することができるが、鷹野(2008)はケア提供者のとらえ方をケアチームという表現を用いて以下のように指摘している。それは「ケアチームは、その目的と対象によって姿も機能も変える、確固たる骸形をもたない生物のような存在である<sup>(19)</sup>」と指摘しており、またそのシステムは「利用者のニーズを充足するための、最も効率的な職種構成となるべきであり、基本的には、人員も成員も流動的<sup>(20)</sup>」であるとしている。そして、「共通の高次の目標を共有して集合したチームでは、個々の能力の集合体であるチームの潜在的な能力を十分に発揮するために、ブレインストーミングが必要である。その意味でもケアチームにとってよくデザインされたカンファレンスは最良のツールである。場合によっては事例を提出した担当者自身が気づかぬ問題を、同僚や他職種から指摘され討論することで幅広いケアサービスの提供が可能となる。さらにカンファレンスには、『成員間のコミュニケーションの促進』と『情緒の安定』という側面がある<sup>(21)</sup>」としている。

他方、日本看護協会は多職種連携の問題点について「多職種によるチームでサービスを提供する際には、それぞれの専門職の持つ価値観に相違が見られることも多く、倫理的課題に対する解決策を検討する場合であっても、ときに職種間での対立が起こる例もある。多職種がチームとして倫理的課題に向き合う際には、患者又は利用者等、もしくはその家族に対する目標のためにそれぞれの専門性を発揮することが重要であり、その立場は対等である。しかし、対立を避けたいという思いや相手の立場への配慮や遠慮から、発言や提案をあきらめてしまうことも少なくない。<sup>(22)</sup>」としている。

これは第4章でも検討するように、異なる背景を持つ専門的職種が同一目標、目的を果たすた

(19) 鷹野和美「チームケア論」p.17より引用。

(20) 同上

(21) 鷹野和美「チームケア論」p.33より引用。

(22) 日本看護協会「多職種連携と倫理」より引用。

めには様々なハードルを乗り越えていく必要がある。それは専門的知識、技術、用語である。これらの違いをどのようにして乗り越えて、共有していくかが質の高い多職種連携になるかを左右すると言っても過言ではない。

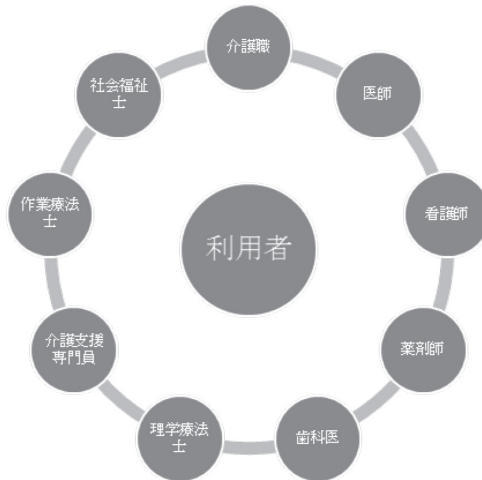


図2 複数の専門職による支援の場合（主な専門職の場合）

ところで、介護現場では、図2にあるような形でチームが編成されることが一般的なものとなっている。それは医療現場との違いは医師を頂点（司令塔）としたピラミッド型で組織されたチームではなく、利用者（家族も含む）を中心に取り囲むようにしてフラットな形で組織運営を行っていることである。介護による支援は生活支援として位置づけられていることから、通常は日常生活を支えることを目的とした形でチームが機能しているが、鷹野が指摘しているように状況や場面に応じてその姿（職種間で求められる役割）は変わることとなる。

例えば、利用者が終末期の場合、チームとしての機能は医師や看護師が中心となることから、その中心軸は医療的支援の側面が強く打ち出された体制へと変化する。或いは家族がケアに対する不安や要望を出した時は、その専門性が最大限発揮される職種である福祉職が対応する形でチームが機能することとなる。すなわち、高橋（2016）が指摘しているように、多職種連携を念頭に置いて構成されたチームは単に形を変えるのではなく、状況や必要に応じて介護職、看護師、福祉職がその中心軸として主導権を握り介護現場でマネジメントする機能を持っている。

### 第3節 多職種連携の必要性と課題

高齢者介護において、ひとつの専門職が高齢者のすべてをカバーすることや連携がないことで合理的かつ効果的な支援をすることに限界があるのはすでに指摘したとおりである。チームとして異なる専門職が連携することはそれほど古いことではない。野中（2007）が指摘するように「対人援助サービス領域において、チームワークが論じられるようになったのは－1950～60年代のアメリカ合衆国において始まった－背景には、公衆衛生学で言う『健康転換』がある。それまでは急性疾患が医療の中心課題であったが、しだいに慢性疾患が医療活動に占める割合を増やし

てきた<sup>(23)</sup>」ことによる。

他方、これとは対照に我が国では領域ごとの分業によるチームとしてのケアを志向せず、福祉の各領域を包括的かつ横断したシステムを検討した時期がある。それは1971年に現在の社会福祉士とは別物である「社会福祉士」が全国社会福祉協議会の内部組織である社会福祉事業法改正研究委員会で検討された「社会福祉士法制定試案」である。これは「ソーシャル・ワーカーを中心とする公私の社会福祉専門職者を包括的にとらえる専門職として社会福祉士（仮称）制度<sup>(24)</sup>」であった。結論的には「社会福祉士法制定試案」は福祉職の総合化を目指したものであったが、求められるニーズやそれぞれの職種が持つ背景を1つの資格としてまとめることは技術的な問題だけでなく運用上でも困難と判断され、実現することはなかった。そして、我が国における福祉領域における専門職のトレンドはこの社会福祉士法制定試案の影響もあって包括的・総合的専門職を志向するのではなく、分業制をより推し進める形で法整備がなされてきている。

具体的には、訪問介護員は1982年に70時間の養成制度が始まり、1987年には名称独占の国家資格である社会福祉士及び介護福祉士法が整備され、そして2000年の介護保険法の施行とともに都道府県知事資格の介護支援専門員が誕生している。それぞれの業務は利用者のニーズに応えるものから整備されていったと言ってもよい。つまり、生活支援の側面から根拠に基づいた介護サービスの提供をするため介護と相談業務、ケアマネジメントという分業制（役割分担）が進められてきた。

では包括的・総合的な専門職を志向せず、分業制に基づいたシステムに基づいて多職種連携を行う上で必要性とは何であろうか。吉池・栄（2009）は連携が求められる背景について3点あると指摘している。

- ①ニーズの多面的な全体像の認識
- ②単一サービス提供における限界の認識
- ③協働型サービスにおける目的達成可能性の認識

同時に、「ヒューマンサービスの細分化は、高度な技術を育む一方で、特化された技術とサービスのみでは一人の生活者のもつ重層的、複合的なニーズに応えることができない状況を拡大させてきた。それに伴い、細分化された資源を再構築し、有機的に機能させる連携が必然的なもの<sup>(25)</sup>」となってきたこともあり、より複数の専門職による連携が持つ重要性が高まってきたことが指摘できる。

他方、分業制が推し進められてきた中で多職種連携が持つ特性による課題も検討しなければならない。すなわち、異なる職種によって構成されたチームが編成された際に生じる違いと言ってもよい。

(23) 野中猛「図説ケアチーム」p.17より引用。

(24) 中央社会福祉審議会職員問題専門分科会起草委員会『社会福祉職員専門職化への道』pp.9-11より引用。

(25) 吉池・栄（2009）「保健医療福祉領域における『連携』の基本的概念整理－精神保健福祉実践における『連携』に着目して－」p.110より引用。

- ①職業の成立過程の違い：法整備がされた当時のニーズや社会的背景が異なる。（結果的にあらゆる面での違いが生まれ、理解が困難となる素地となる。）
- ②学問的基盤の違い：介護職や福祉職は学問的基盤を社会福祉学に置いているが、看護師の場合は看護学に置いている。
- ③専門性の違い：専門用語、求められる役割（介護職や福祉職は生活支援、看護師は治療や療養）が違う。
- ④職業文化の違い：③に関連して組織のあり方（介護職や福祉職はフラットな組織が構築されることが多く、看護師は保健師助産師看護師法により療養上の世話又は診療の補助を行うことからピラミッド型の組織が構成される）という違いがある。

①から④にあるような違いを乗り越えず、それぞれが同じチームとして利用者を支援しようとする場合、どのような問題が生じるのかと言えば、同じ言語（日本語）を話していてもそれが通じないという状態に陥ってしまう。すなわち、特定の業務を高度化させるということは、より利用者のニーズに応えられる術を持つこと、関連する分野との線引きをすることでもある。だからこそ、結果的にお互いが考えていることを理解しなければ、介護現場の混乱は単独でケアするよりも大きなものとなってしまふ。それを避けるにはどうしなければよいかと言えば、お互いの職業的特徴でもある役割、専門性、文化の違いを十分に理解することが必要である。専門職によって構成されたチームは高度化された知識と技術を持つことで、他の職種との対話する術を併せ持たなければならない。

### 第3章 事例検討

#### ——特別養護老人ホームにおいて求められる終末期介護での多職種連携<sup>(26)</sup>——

ここでは高橋（2016）が特別養護老人ホーム<sup>(27)</sup>において終末期にある利用者支援と多職種連携のあり方について調査したごく一部の結果である。ここからチームとして求められる多職種連携とは何かについて検討する。

我が国では高齢社会が進展してきたこと、介護保険法の理念の浸透や居宅介護を推進する政策もあり、特別養護老人ホームに入所を希望者も含めて最期を迎える者も増加し、病院死が減少し始めている<sup>(28)</sup>。（図3）それは特別養護老人ホームにおいて日常生活の延長線上に終末期介護

(26) 本調査結果は特定非営利活動法人非営利・協同総合研究所のちとくらし 2015年度研究助成を受けて実施した「特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究」の成果に基づいて検討している。特養調査に関するデータの詳細については高橋幸裕研究室 <http://www.kaigoroudou.com/index.html> で公開、ダウンロードすることができる。

(27) 特別養護老人ホームは老人福祉法第十一条 二に規定されているように「身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難なもの」を対象とした介護老人福祉施設である。

(28) 人口動態統計「死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移」よりグラフ作成。

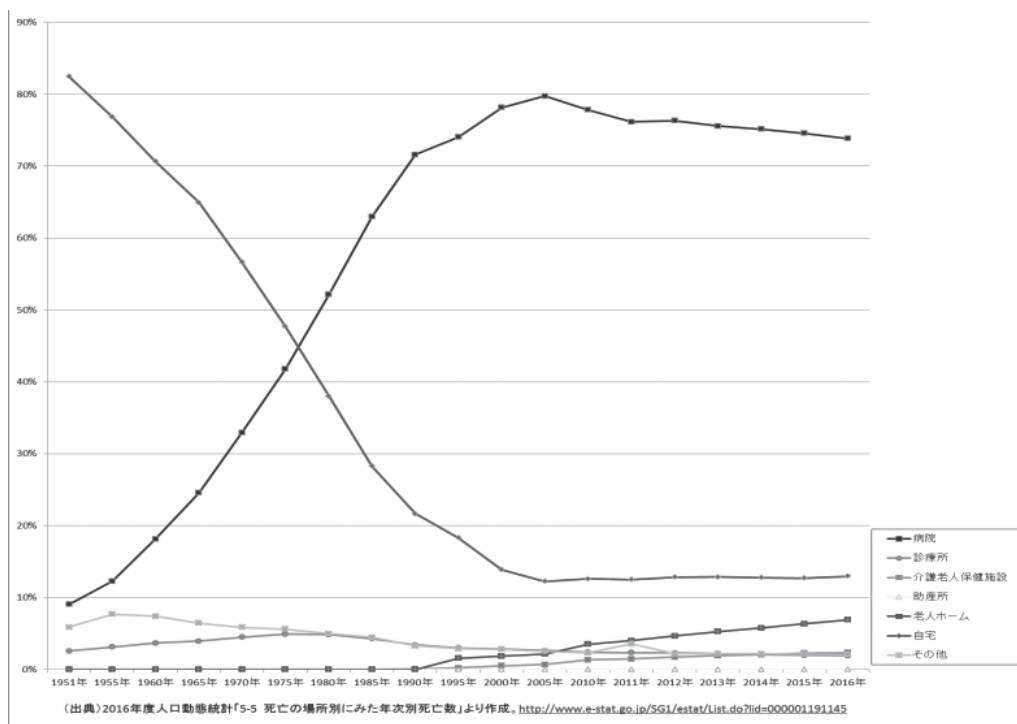


図3 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移

(看取り)が包括されつつある。すなわち特別養護老人ホームでは終末期の介護を実践として求められ、これまで生を前提とした多職種連携からこれより幅広い形である死を包括した多職種連携に転換が迫られてきたことを意味している。これにより多職種連携以外の点でどのような変化が生まれてきたのか。

- ①終末期介護の意思確認が行われるようになってきた。特別養護老人ホーム側からどのような形で死を迎えたいのかを入所手続き時点など事前に利用者本人や家族に意思確認をするようになってきた。意思確認を行わない法人の場合、医師によって終末期宣告が行われた際に家族に意思確認をする方法をとる法人もある。但し、いずれの場合も随時意思の変更をすることができることとされている。
- ②終末期介護を日常生活の延長線上にある支援として捉えるようになった。従来の生活支援を軸としたケアから医療ケアの重点が移ること、看護師などは利用者の状態について居室訪問や観察といった確認を行う回数が増加する傾向にある。(介護職、福祉職、看護師の意識の払われ方や業務上の緊張感が高まる傾向がある)

では、特別養護老人ホームにおける終末期にある利用者に対する多職種連携について求められていることについて検討する。



図4は発言された単語の頻出度合いと関連性を視覚化したものである。連携に関する単語を拾い上げると共起ネットワーク上部右側にある「職員」、「現場」、「情報」、「共有」が線で結びつけられていることが分かる。それを交差するかのよう「相談」、「常に」があり、さらにその右下に「取る」、「連携」が結びつき、「毎日」、「申し送る」が配置していることが分かる。

また共起ネットワーク下部右側には「聞く」、「話」が結ばれており、そのすぐ右側には「看護師」、「相談員」、「連絡」が線で結びついていることが分かる。ここから、特別養護老人ホームでは職員間で情報の共有をするために申し送りをするが行われていることが分かる。まずは話を聞くこと、情報を共有することが多職種連携では必要である。そして看護師は介護職の関係性が強いと思われがちであるが、福祉職である相談員間の関係性が密接にあることが分かる。これは看護師の役割から説明することができる。

看護師は利用者の状態について家族に説明するため、医師と同席する場合がある。日常の状態についてより詳細に説明をするためである。同時に福祉職は今後のケアの方針を確認するために同席することもあるが、同席が叶わない場合は申し送り等の方法で連絡を取り、医学的判断に基づいた利用者の状態に関する把握を行う。

これはコーディングされた類似の単語でも同じ意味（例えば、介護福祉士、介護士等）を持っていることと考えられるため、いくつかの共通するものをまとめた上で分析を行った結果である。

特別養護老人ホームでは主として、利用者、家族、介護職、福祉職、看護師（図5（及び調査報告書）では医療職と表記。）で構成されている。利用者と家族を見てみると太い線でつながっていることが分かる。また介護職、福祉職、看護師もそれぞれが太い線でつながっている。この太い線はそれぞれの関係性が強いことを示しており、特に後者の場合、多職種連携により関係性が強いことが分かる。

他方、利用者・家族、介護職・福祉職・看護師の間に点線で表記されているが、これは関係性が薄いという意味ではなく、利用者の状況に応じてその専門性が発揮される職種が中心となって対応していることを表している。利用者・家族は介護職・福祉職・看護師のそれぞれに関係性を持っていることが分かり、逆に介護職・福祉職・看護師は利用者・家族のいずれにも関係性を有していることが分かる。

次に多職種連携の意味を包括するキーワードでどのような単語が、コロケーションのスコアとして表出しているのかを確認を行う。尚、「分析方法は、それぞれの点で指摘した分析の内容に関係が深いと思われる語を高出現頻度語中から選び、その語についてコロケーション (collocation) の高い語を抽出するというコロケーション分析である。

分析対象とする語を『ノードワード (node word)』といい、その語 (w) の前後、何語目に出

- 
- (29) 福祉職は介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員の資格を重複して取得した者がおり、調査実施時点で主たる業務とした立場での合計である。
  - (30) コロケーションとは単語と単語の繋がりや結合といった意味があり、ここでは調査協力者が発した言葉（単語）の関連性を視覚的に表す手法のことである。
  - (31) 共起ネットワークは発言の回数が多ければ表記される単語（円）が大きく表記され、少なければその円が小さく現れる。また単語の関係性が近い、関連していれば円と円の距離が近く表記される。そしてそれは線で結ばれる。



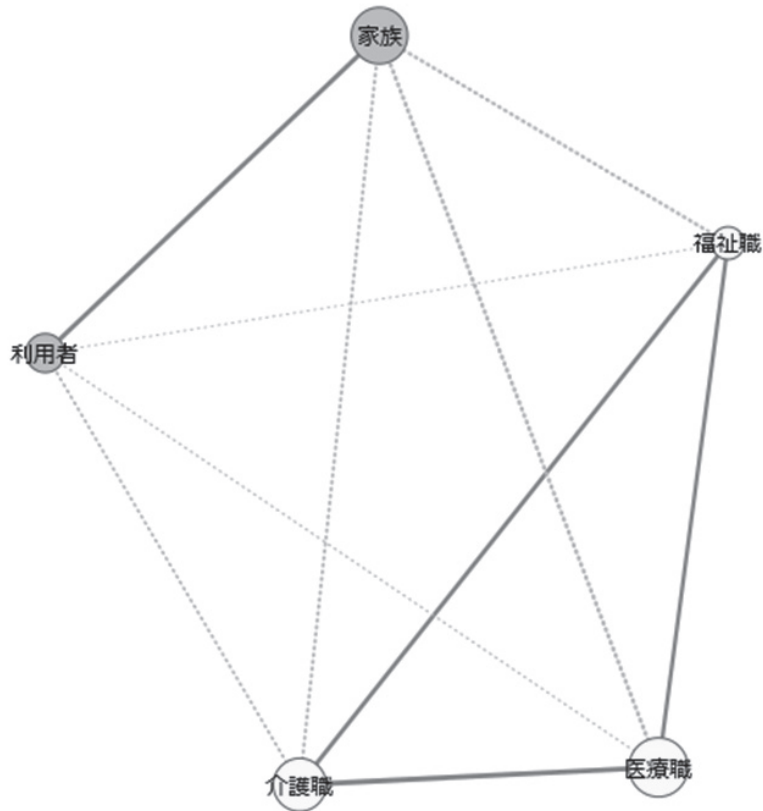


図5 アクター定義のコーディングによる共起ネットワーク

現したかを表すスコアを下の式で算出する。ここでは前後5語までを分析対象とする。L(i)はノードワードの左i語目に出現した回数を表している。同じくR(i)はノードワードの右i語目に出現した回数を表している。

$$f(w) = \sum_{i=1}^5 \frac{(L(i) + R(i))}{i}$$

このスコア式ではiで (L(i) + R(i)) を除しているため、ノードワードに近ければ近い位置に多く出現するほどスコアが高くなる傾向がある。よってスコアが高い語はノードワードと強い関係を持っていることが推測<sup>(32)</sup>できる。以下、多職種連携に関連するキーワードから頻出度の高いものについて検討を行っていくこととする。

最初に「連携」をキーワードとして見た場合、コロケーションは「取る」、「取れる」、「連携」が上位3語としてコロケーションスコアとなっている。特別養護老人ホームにおいて「連携」をするには連絡や情報を「取る」という意味で用いられていることが分かる。

次に「伝える」については「情報」、「家族」、「時期」というように情報を伝える対象として家族を念頭におかれているが、17のところ「職員」も含まれていることから、「情報」は広い意

(32) 高橋 (2016) p.38より引用。

味で介護職、福祉職、看護師の専門職種間のみで共有するだけでなく、家族も包括した形で用いられていることが分かる。

次いで「情報」、「共有」である。これは最も頻出したスコアがそれぞれ最も高くなっていることが共通点として挙げられる。「情報」で最も高いものが「共有」であり、「共有」で最も高いものが「情報」である。多職種連携において最も関連性が高いキーワードがこの2語であると言える。すなわち、情報は自分だけが有しているだけでは意味をなさず、他者と共有することでその

表1 「連携」、「伝える」

	「連携」	スコア		「連携」	スコア
1	取る	4.03	1	情報	2.00
2	取れる	2.50	2	家族	1.95
3	連携	1.40	3	時期	1.33
4	家族	1.08	4	思い	1.00
5	今	1.00	5	感じ	0.95
6	常に	1.00	6	状況	0.75
7	蜜	1.00	7	人	0.70
8	職種	0.83	8	お話	0.50
9	看護師	0.78	9	一応	0.50
10	辺り	0.70	10	下	0.50
11	相談員	0.53	11	含める	0.50
12	ケアマネ	0.50	12	気持ち	0.50
13	医療職	0.50	13	口頭	0.50
14	強まる	0.50	14	取る	0.50
15	視点	0.50	15	上手	0.50
16	初め	0.50	16	状態	0.50
17	大切	0.50	17	職員	0.50
18	同士	0.50	18	早々	0.50
19	漏れ	0.50	19	把握	0.50
			20	判断	0.50
			21	辺り	0.50

表2 「情報」、「共有」

	「情報」	スコア		「共有」	スコア
1	共有	9.08	1	情報	9.08
2	取る	3.33	2	目的	2.25
3	持つ	3.03	3	フォルダー	1.00
4	入る	2.50	4	重点	1.00
5	必ず	2.33	5	思い	0.75
6	一番	2.00	6	形	0.58
7	伝える	2.00	7	あと	0.50
8	看護師	1.75	8	栄養士	0.50
9	言う	1.50	9	感じ	0.50
10	自分	1.20	10	看取る	0.50
11	ある程度	1.00	11	簡単	0.50
12	一生懸命	1.00	12	喜び	0.50
13	管理	1.00	13	共感	0.50
14	軽い	1.00	14	共有	0.50
15	集める	1.00	15	仕方	0.50
16	全部	1.00	16	重要	0.50
17	入れる	1.00	17	場	0.50
18	貰える	1.00	18	申し送る	0.50
19	来る	1.00	19	聞く	0.50
			20	辺り	0.50

効果と目的を達することができる。

つまり、後述するように「報告」をする際に「必ず」、「伝える」ことを徹底することが求められ、「共有」は「目的」を明確にして「申し送る」ことが多職種連携の質を左右すると言える。

「報告」、「申し送り」は他者に自らが保有する情報を提供する、共有するものである。「報告」の頻出する単語の上位は「先生」である。この「先生」を指す者は医師である。通常、余命がどれくらいあるのか（終末期であるか否か）を判断するのは医師である。その情報を伝えるのは看護師である。看護師は介護職が把握する日常的な情報と自らが業務の中で把握する情報を総合化した形で医師に報告を行う。これを踏まえ、医師は利用者の状態から余命がどのくらいであるかについて医学的見地に基づいて判断を下す。

「申し送り」は職員間で何らかの形で情報を伝達し共有する手段として用いられる。それが「ノート」や「口頭」、「カンファレンス」と言った形で情報の共有化を図っている。また時間帯や頻度は「夕方」、「朝」、「毎日」行われている。「申し送り」をいかにして徹底するかが上述し

表3 「報告」、「申し送り」

	「報告」	スコア		「申し送り」	スコア
1	先生	2.33	1	ノート	8.73
2	細かい	2.20	2	夕方	3.00
3	栄養士	1.00	3	言う	2.35
4	基本	1.00	4	活用	1.92
5	記録	1.00	5	朝	1.50
6	随時	1.00	6	聞く	1.50
7	入る	0.83	7	毎日	1.45
8	医務	0.75	8	口頭	1.33
9	ナース	0.70	9	カンファレンス	1.15
10	相手	0.58	10	話	1.08
11	タイムリー	0.50	11	昨日	1.00
12	看護師	0.50	12	事項	1.00
13	急ぐ	0.50	13	時間	1.00
14	出る	0.50	14	充実	1.00
15	上がる	0.50	15	朝	1.00
16	日中	0.50	16	日頃	1.00
			17	廃止	1.00

表4 「カンファレンス」、「会議」

	「カンファレンス」	スコア		「会議」	スコア
1	看取る	2.50	1	ケアプラン	4.50
2	行う	1.70	2	サポート	2.25
3	いつ	1.50	3	会議	1.40
4	申し送る	1.15	4	ユニット会議	0.90
5	集まる	1.03	5	摂	0.83
6	ケース	1.00	6	月	0.75
7	ケア	1.00	7	ユニット	0.58
8	終わる	1.00	8	介護職	0.50
9	内容	1.00	9	開く	0.50
10	メール	0.70	10	経口	0.50
11	最後	0.70	11	持つ	0.50
12	家族	0.67	12	待つ	0.50
13	開く	0.58	13	話す	0.50
14	職種	0.58			
15	入る	0.53			

た「報告」の質にも繋がり、多職種連携を行う上でカギとなる概念であると言ってもよい。

特別養護老人ホームにおいて情報共有の手段の1つとして行われるのが「カンファレンス」、「会議」である。それぞれの単語は明確な使い分けがなされているわけではなかった。いずれの場合も複数の専門職もしくは同一職の者が集まって行われている。「カンファレンス」では「看取り」に関することが関連の高い単語として出現している一方で、「会議」では「ケアプラン」、「サポート」がある。「カンファレンス」、「会議」では主として終末期にある利用者の看取りの方針に関しての方法の共有やケアプランへのケアの落とし込みをするためになされている。

「相談」、「声かけ」について考察を行う。「相談」は終末期にある利用者の支援が医療的側面を強めていくことになるため、「看護師」が最も頻出度の高い単語となっている。その次に「先生」、すなわち医師が高い値となっている。これも「看護師」と同様の理由による。スコアとしての差異はそれほど大きなものではない。

他方、「声かけ」はそれぞれの職種が利用者に対して行う行為を指す。最も高い頻出度は「随時」であり、次に「行く」となっている。これは上述したように終末期にある利用者の状態を確認する頻度を高める傾向がみられること、これにより得られた情報を表2と表3に示したように

表5 「相談」、「声かけ」

	「相談」	スコア		「声掛け」	スコア
1	看護師	1.03	1	随時	1.00
2	先生	1.00	2	行く	0.70
3	必ず	1.00	3	人	0.67
4	栄養士	0.83	4	お互い	0.50
5	ケアマネ	0.50	5	確認	0.50
6	医務	0.50	6	言葉	0.50
7	介護	0.50	7	絶対	0.50
8	職員	0.50	8	大事	0.50
9	食事形態	0.50	9	微力	0.50
10	大丈夫	0.50	10	風	0.50
			11	目	0.50

表6 「説明」

	「説明」	スコア
1	家族	1.08
2	チーム	0.83
3	先生	0.83
4	病状	0.83
5	分かる	0.70
6	合わせる	0.50
7	入る	0.50
8	職員	0.45
9	説明	0.40
10	ある程度	0.33
11	回	0.33
12	基づく	0.33
13	共感	0.33
14	使う	0.33
15	指示	0.33
16	自分	0.33
17	新しい	0.33

多職種間で共有することに繋げている。

最後に「説明」の考察を行う。ここで最も高いスコアは「家族」である。次いで「チーム」、「先生」と続いている。専門職からすれば終末期状態にある利用者の状態を職務として説明することは重要な行為であり、家族にとって最も重要なことである。これは先に述べたように連携という概念が家族も包括していることを意味する。また、「チーム」という部分においては狭い意味ではケアを提供する専門職だけがその範囲となるが、家族もケアの方針の共有をすることから広い意味でチームとして理解することができる。そして「先生」はその説明を医学的見地から説明する立場である医師が担うため、単語としての関連性が高く表出する結果となっている。ここで医師から家族に状況を説明することになるが、そこに看護師やチームとして参加する専門職がそこにいることを表し、上述したキーワードである情報の共有が図られる。すなわち、多職種連携が実現している状態であることが分かる。

## まとめ 特別養護老人ホームにおいて終末期の利用者に対する多職種連携はどのようなことが必要とされているのか

終末期にある利用者に対する多職種連携は、基本的前提である法的根拠は明確なものとして示されているわけではない。法律や政令は時代が進む中で幾度も改正をされており、「連携」という概念もその中で記されているようになった。他方、死を包括した高齢者福祉政策は2000年以降、介護保険法の中で登場してきていることから歴史としては古いものではなく、それまでは老人福祉法にあるように老人（高齢者）は生き続ける存在であった。このようなことから、死を包括したケアのあり方、多職種連携はまだ有機的な形となって昇華できているとは言い切れない。

しかしながら、今回、特養調査の結果を考察したことから明らかになったことは、終末期にある利用者に対するケア（死を包括したケア）は、日常生活の延長線上にある一方で、情報共有や説明のあり方は看護師を中心とした形でより緊密なものとして位置づけられていた。無論、それは介護職や福祉職を軽視した形ではない。それぞれの専門性と役割に応じて形作られているものである。

では、どのようなことが終末期にある利用者に対する多職種連携が求められるのか。それは医学的側面に基づいた情報収集をすること、それが図5にある利用者・家族を包括した形で共有されることである。それぞれの専門職がその場面において自らの専門性を発揮できるよう情報を収集し、提供できる体制を構築することが終末期の利用者に対するケアにおいて求められる体制であり、連携する方法である。そのためにも異なる背景を持つ専門職間は情報処理のあり方、提供方法のあり方を工夫していく必要がある。

### 謝 辞

本稿は「特定非営利活動法人非営利・協同総合研究所いのちとくらし」より2015年度研究助成を受け、「特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究」から得られた成果に基づいて検討を行いました。

この場をお借りして、特定非営利活動法人非営利・協同総合研究所のちとくらし並びに調査協力を頂いた特別養護老人ホーム関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。ありがとうございます。

## 参考文献・資料等

- 安藤美樹「看取り期の多職種連携における介護職の役割－特別養護老人ホームAの聞き取り調査から－」『文京学院大学人間学部研究紀要』Vol.16、pp.1-14、2015年
- 井上千津子「総説 生活支援のための看護と介護の連携」『京都女子大学生生活福祉学科紀要』第3号、pp.1-6、2007年
- 太田尚子・中川孝子・杉田由佳理「特別養護老人ホームでの終末期ケアに対する看護職と介護職の取り組みの現状とその課題に関する文献検討」『青森中央短期大学研究紀要27』pp.141-147、2014年
- 小野光美・原祥子「介護老人保健施設の看取りにおいて専門職が提供するケアと他職種連携の実態」『島根大学医学部紀要』第37号、pp.9-25、2014年
- 介護福祉士無料受験対策講座「介護実践における連携1 多職種連携（チームアプローチ）」（2017年10月28日閲覧）<http://kaigo01.com/646/>
- ケア転職ナビ「介護の多職種連携とは？その必要性や課題について」（2017年10月28日閲覧）  
<https://care-tensyoku.com/column/care-terminology/3695>
- 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団「第1章 在宅医療総論 10.多職種連携（IPW）について（平原 佐斗司）」（2017年11月1日閲覧）<http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/textbook/chapter/1>
- 厚生労働省 社援発第0328078号平成20年3月28日 厚生労働省社会・援護局長「社会福祉士及び介護福祉士法施行令の一部を改正する政令等の関係政令及び社会福祉士及び介護福祉士及び介護福祉士法施行規則等の一部を改正する省令等の関係省令の改正について」
- 厚生労働省「各論1 多職種協働・地域連携」（2017年10月28日閲覧）  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000114473.pdf>
- かがわ介護保険情報ネット「事業の種類ごとの指定基準 訪問介護」（2017年11月13日閲覧）  
<http://www.pref.kagawa.lg.jp/choju/kaigo/jigyosya/tebiki/>
- 国立長寿医療センター在宅連携医療部「平成25年度 在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック（完全版）」
- 袖山悦子・志田久美子・山本迪子・近藤浩子「高齢者支援における多職種連携の効果」『新潟医療福祉学会誌』第10巻第2号、pp.24-30
- 鷹野和美『チームケア論』ぱる出版、2008年
- 高橋幸裕『介護職の職業的發展課題と専門能力』、帝塚山大学出版会、2015年3月
- 高橋幸裕・清水佐知子・都留新吾『特定非営利活動法人非営利・協同総合研究所のちとくらし2015年度研究助成 特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究』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、2016年8月
- 中央社会福祉審議会職員問題専門分科会起草委員会『社会福祉職員専門職化への道』、全国社会福祉協議会、1971年
- 電子政府の総合窓口 e-Gov：介護保険法（2017年11月1日閲覧）  
[http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws\\_search/lsg0500/detail?lawId=409AC0000000123&openrCode=1](http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=409AC0000000123&openrCode=1)
- 電子政府の総合窓口 e-Gov：介護保険法施行規則（2017年11月1日閲覧）  
[http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws\\_search/lsg0500/detail?lawId=411M50000100036&openrCode=1](http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=411M50000100036&openrCode=1)
- 電子政府の総合窓口 e-Gov：介護保険法施行令（2017年11月1日閲覧）  
[http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws\\_search/lsg0500/detail?lawId=410CO0000000412&openrCode=1](http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=410CO0000000412&openrCode=1)

rCode=1

東京大学高齢社会総合研究機構「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

野中猛『図説ケアマネジメント』中央法規、1997年

野中猛『図説ケアチーム』中央法規、2007年

日本看護協会「多職種連携と倫理」(2017年10月28日閲覧)

<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/problem/tashokushu.html>

日本看護協会 専門看護師 (2017年10月28日閲覧) <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>

日本看護協会 認定看護師 (2017年11月28日閲覧) <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>

日本学会議 健康・生活科学委員会高齢者の健康分科会「提言 地域で暮らす高齢者を支援する専門職の連携教育に向けて」日本学会議、2011年

村田真弓「医療福祉専門職の多職種連携・協働に関する基礎的研究—各専門職団体の倫理綱領にみる連携・協働の記述から—」『大妻女子大学 人間関係学部紀要 人間関係学研究13』、pp.159-165、2011年

吉池毅志・栄セッコ「保健医療福祉領域における『連携』の基本的概念整理—精神保健福祉実践における『連携』に着目して—」『桃山学院大学総合研究所紀要』第34巻第3号、2009年

