

特別養護老人ホームにおける終末期介護を 実践するための多職種連携の課題

高橋 幸裕

Problems of Multi Occupational Collaboration to Practice End-of-life Care in Special Nursing Home for the Elderly

YUKIHIRO, Takahashi

Abstract

Since the nursing care insurance system began, options other than hospital death have come to be required. As a result, a special nursing home for the elderly also came in, but as a result it was not enough and know-how could not be established. Therefore, we interviewed them on the theme of terminal care and multi-occupation collaboration at each of the two facilities in Kyoto Prefecture and Oita Prefecture (total of 4 facilities). The role of nursing career is life support, it was to collect primary information. The welfare worker was responsible for coordinating the consultation work, within the team, and with the family. While focusing on the health management of users, nurses were assisting in cooperation with intention from the aspect of medical care at the terminal stage. In this way, jobs with different roles examined issues to overcome in order to perform organic activities. The obvious challenge was the difference in roles based on differences in expertise, the transmission of information, and the way of communication. Specific measures were to open a study group to overcome the barriers between professional occupations, to convey unclear terminology to other professionals in an easy to understand manner.

概 要

介護保険制度開始以降、病院死以外の選択肢が求められるようになってきた。結果、特別養護老人ホームもその中に入ってきたが、実績としては十分でなくノウハウも確立することができていない。そこで京都府と大分県の各2施設（合計4施設）で終末期介護と多職種連携をテーマに聞き取り調査を行った。介護職の役割は生活支援

であり、一次的な情報を収集することにあつた。福祉職は相談業務とチーム内、家族との連絡調整を行う役割を担っていた。看護師は利用者の健康管理を中心としながら、終末期には医療の側面から意思と連携しながら支援を行っていた。このように異なる役割を持つ職種が有機的な活動をするために克服すべき課題を検討した。明らかになった課題は、専門性の違いに基づいた役割の違いと情報の伝達、コミュニケーションのあり方であった。具体的な対応方法は専門職種間の壁を乗り越えるために勉強会を開くこと、分かりにくい専門用語を他の専門職に分かりやすく伝えることが行われていた。

キーワード

特別養護老人ホーム (Special elderly nursing home)
終末期介護 (Terminal care)／多職種連携 (Multi occupation collaboration)
コミュニケーション (Communication)／介護職 (Care worker)
福祉職 (Welfare worker)／看護師 (Nurse)

はじめに 研究の背景と先行研究

第1節 研究の背景

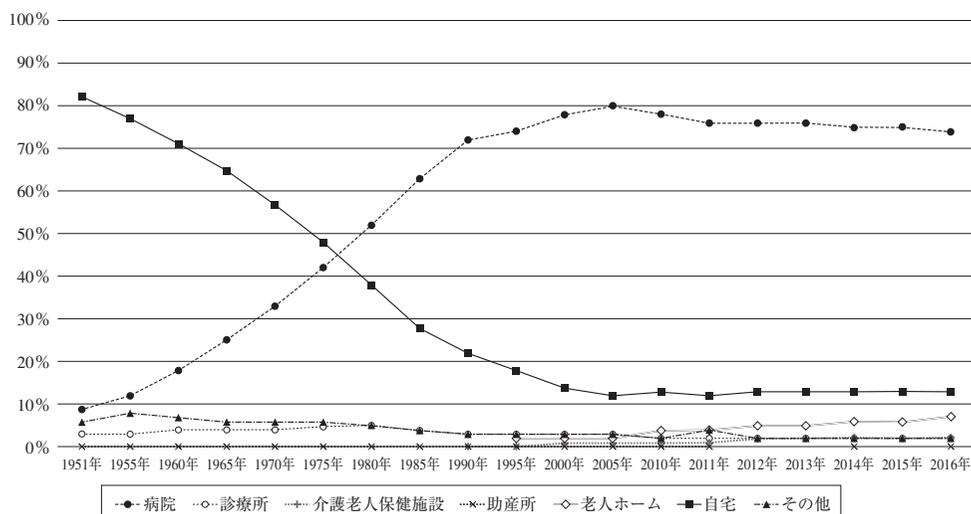
毎年、敬老の日には平均寿命が何歳になった、人口の高齢化率がどれくらいになったということが発表される。また、成人の日には何人が成人したのか、その年の干支に生まれた人が何人なのかということも発表される。そして、昨年1年間に何人の子供が生まれ、何人が亡くなったか(人口の増減)についても報道がなされている。

このように我が国は人口の動向を身近に知ることができているが、いつ、どこで何人の人が亡くなったのかということについて報道がなされることはほとんどない。日本では病院で死ぬことが当たり前のようにになっていることがあるからであろう。実際、「人口動態統計」で「(図1) 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移」をグラフにして見てみると、1990年代以降、病院死の割合が7割から8割を推移している。

自宅での死に関しては1990年代から2000年代にかけて減少傾向にあり、2005年に底を打って以降、2010年代に入り横ばいになっている。ただ、「老人ホーム」はその割合が少ないながらも終の棲家として最期を迎えることを希望する者が増える傾向にある。

また、特別養護老人ホームは介護保険法の改定により、原則、入所できる者は要介護度3以上もしくは認知症を罹患している高齢者となった。これは特別養護老人ホームの需要が高まる中での措置である。これに関して、特別養護老人ホームにおける看取りに関する調査を確認すると、公益社団法人日本看護協会が2016年3月に公表した「特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査 報告書」がある。これによれば、入所者の年齢は「『85～94 歳』が49.7%、『75～84 歳』が28.0%、『95 歳以上』が14.7%⁽¹⁾」となっており、後期高齢者が主要な年齢

(1) 公益社団法人日本看護協会 医療政策部「特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査 報告書」p.9より引用



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

(図1) 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移

層を構成していることが分かる。

他方、入所期間別利用者数を見ると「特別養護老人ホームでは『3年以上』が40.0%に上り、次いで『1～2年未満』20.6%⁽²⁾」であったことから、長期間の入所者が半数近くになっていた。また、退所者の退所先の内訳を見ると、428施設から回答えたうち1200/1741件(68.9%)が死亡退所であったことから、人生の最後までを過ごすところとなっている。

そして、施設内での看取りの方針について、特別養護老人ホームでは「『利用者・家族からの希望に応じて施設で看取る』が78.5%を占め、『現在は看取りは行っていないが、今後行っていく予定』が10.3%であった。『施設での看取りは行わない』と回答した施設は5.8%⁽³⁾」であった。「施設での看取りは行わない」(5.8%)、「方針が決まっていない」(4.4%)と回答しているところ

(表1) 施設の看取りの方針

	特別養護老人ホーム	
	件数	割合 (%)
総数	428	100
利用者・家族からの希望に応じて施設で看取る	336	78.5
現在は看取りは行っていないが、今後行っていく予定	44	10.3
施設での看取りは行わない	25	5.8
方針は決まっていない	19	4.4
無回答・不明	4	0.9

(出典) 公益社団法人日本看護協会 医療政策部「特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査報告書」p.22より一部抜粋

- (2) 公益社団法人日本看護協会 医療政策部「特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査報告書」p.10より引用
- (3) 公益社団法人日本看護協会 医療政策部「特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査報告書」p.22より引用

は合計で10.2%であることから、多くの施設は看取りについて行う、もしくは行っていく予定があり、終末期介護（利用者を最後まで受け入れる）を行う方向にある。

他にも（表2）を見ると、最後まで施設で看取った人数は「特別養護老人ホームにおいては、『0人』（施設内での看取りなし）が22.7%である一方、施設内での看取り人数が『1～5人』が25.9%、『6～10人』が21.3%⁽⁴⁾）となっていた。ここからも分かるように、特別養護老人ホームにおいて看取りを行った実績はそれほど多くないところが占めており、21人以上という多人数の看取りを行った経験を有しているところは5%に満たない。すなわち、特別養護老人ホームにおける看取りは経験が浅いところが多く、十分にノウハウを有しているとは言えない状態である。

（表2） 最後まで施設で看取った人数

	特別養護老人ホーム	
	件数	割合（%）
総数	428	100
0人	97	22.7
1～5人	111	25.9
6～10人	91	21.3
11～15人	50	11.7
16～20人	30	7
21人以上	18	4.2
無回答・不明	31	7.2

（出典）公益社団法人日本看護協会 医療政策部「特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査 報告書」p.22より一部抜粋

このように、特別養護老人ホームにおける看取り（終末期介護）は広く行われるようになってきているが、実績としてはまだまだ数の上では少なく支援体制や実施方法に関する方法論として課題があることが指摘できる。

第2節 問いと仮説

問い

特別養護老人ホームは生活の場となっていることから、介護職が24時間常駐し、看護師と福祉職は夜間帯を除く時間に勤務しており、一日の大部分を利用者と同一空間で過ごしている。そのため、訪問介護と比較して終末期にある利用者への対応は比較的スムーズになされることができると考えられるが、多職種連携を阻害する要因が考えられるとすればどのようなことか。

仮説

訪問介護と比較すると特別養護老人ホームでは介護職、看護師、福祉職が同一空間にいることが多いことから、多職種連携は比較的スムーズに実施することができる。しかしながら、常に同一空間で職務にあたっていることを理由とした多職種連携に関する課題が生じているのではないかと考えられる。

（4） 公益社団法人日本看護協会 医療政策部「特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査 報告書」p.22より引用

第3節 先行研究

「研究の背景」でも述べたが、終末期に関する研究は、看護学の視点から行われている。特に介護保険制度が導入されて以降、看護業務に関する課題を検討する際多く見られるのが、訪問看護における終末期への課題も言及されるようになってきた。その視点は看護師を中心に医師や家族、利用者への関係性のあり方を論じたものとなっており、看護師の専門性を発揮するための分析がなされている⁽⁵⁾。

他方、社会福祉学、特に介護領域においても終末期に関する言及も見られるようになってきている。そこでの言及は看護師のような多職種連携のあり方とは異なり、事例検討、実態調査が主たるもの⁽⁶⁾であり、その研究的蓄積は途上の段階であると言ってもよい。

そして、用語の使い方も終末期介護に関連するものとして、ターミナルケア、終末期ケア等とさまざまな形で表記されており、厳密さにおいても的確さに欠ける領域である。

本研究は、看護学の視点で述べられている多職種連携に関する視点と、社会福祉学の視点で述べられている実態調査に基づいた成果を融合したうえでの検討となっている。

第4節 調査概要

本調査による検討は「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 研究助成採択課題 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」の成果による。以下、調査方法と結果を紹介する⁽⁷⁾。

調査方法は以下の通りである。

半構造化面接法による聞き取り調査（インタビュー）を行う。

- ①人数：近畿地方（京都府）、九州地方（大分県）で各2ケース合計4ケース（調査対象人数は1ケース3～5人程度、最大で合計20人程度とする。）
- ②実施形態：原則1対1、60分を限度として半構造化面接法を用いて行う。
- ③調査実施の準備：調査の趣旨と依頼文、調査の同意に関する書類を作成する。
- ④実施方法：調査実施前に再度趣旨と倫理的配慮、遵守事項等を説明し、調査協力者には承諾書を書いてもらう。記録は調査協力者の許諾を得た上で音声録音する。

(5) 吉田梨紗他「訪問看護師が在宅ターミナルケアにおいて体験している困難とその対処」『北海道公衆衛生学会誌』第24号、2010年

(6) 徳山貴英他「特別養護老人ホーム入所者の『看取り介護』に対する意識」『高田短期大学紀要』第32号、2014年

(7) より詳細な調査概要、結果については高橋幸裕研究室 <http://www.kaigoroudou.com/> から報告書を無料でダウンロードすることができる。

(表3) 調査実施一覧

	性別	年齢	取得資格	現場経験年数	看取り担当総件数	調査日	調査地域	備考
1	女性	31	社会福祉士 介護福祉士	9年5か月	2	9月8日	大分県N市	
2	女性	46	看護師	6年1か月	50	9月8日	大分県N市	
3	女性	62	看護師	9年10か月	105	9月14日	京都府K市	
4	男性	35	社会福祉士 介護福祉士 介護支援専門員	12年5か月	105	9月14日	京都府K市	
5	女性	34	社会福祉士 介護福祉士 介護支援専門員	10年9か月	105	9月14日	京都府K市	
6	男性	46	介護福祉士	12年10か月	100以上	9月22日	京都府K市	
7	女性	32	介護福祉士	11年6か月	不明	9月22日	京都府K市	不明:数が多すぎて把握できていない。
8	女性	52	介護福祉士 介護支援専門員	15年5か月	不明	9月23日	京都府K市	不明:「3分の2以上」
9	女性	48	看護師	4年6か月	不明	9月23日	京都府K市	不明:「数えきれないほどたくさん」
10	女性	54	介護支援専門員 歯科衛生士	2年	15	9月24日	大分県N市	
11	女性	38	介護福祉士	14年5か月	5	9月24日	大分県N市	
12	女性	60	介護福祉士	13年4か月	1	12月16日	大分県U市	
13	女性	31	介護福祉士 介護支援専門員	10年7か月	5	12月16日	大分県U市	
14	女性	27	看護師	2年4か月	5	12月16日	大分県U市	

※すべての調査は2015年に実施している。

第1章 特別養護老人ホームにおける終末期介護の課題

第1節 増加傾向にある病院以外での死

既に見たように、我が国で最期を迎える場所は病院が約8割を占めている。また、公益社団法人日本看護協会による調査からも分かるように、特別養護老人ホームでの終末期介護に対する取り組みは始まったばかりであると言ってもよい。その背景について探っていくこととする。

では、特別養護老人ホームとはどのように定義されているのだろうか。特別養護老人ホームは老人福祉法と介護保険法には以下のように規定されている。それぞれを見てみることにする。

老人福祉法

第十一条 市町村は、必要に応じて、次の措置を採らなければならない。

二 六十五歳以上の者であつて、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が、やむを得ない事由により介護保険法に規定する地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所することが著しく困難であると認めるときは、その者を当該市町村の設置する特別養護老人ホームに入所させ、又は当該市町村以外の者の設置する特別養護老人ホームに入所を委託すること。

介護保険法

第八条 この法律において「居宅サービス」とは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与及び特定福祉用具販売をいい、「居宅サービス事業」とは、居宅サービスを行う事業をいう。

27 この法律において「介護老人福祉施設」とは、老人福祉法第二十条の五に規定する特別養護老人ホーム（入所定員が三十人以上であるものに限る。以下この項において同じ。）であって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設をいい、「介護福祉施設サービス」とは、介護老人福祉施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をいう。

このようにみると、老人福祉法では市町村における措置に関する規定が示されており、介護保険法では介護老人福祉施設の定義が示されつつ、目的と内容が明らかにされている。つまり、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）において、死までを含めたケアを提供することは目的としていなかったのである。高橋（2016）が指摘しているように、高齢者福祉政策において死を包括した形は成されていなかったことが背景にある。

同時に、そこにいる介護職員は介護福祉士、訪問介護員2級、介護職員初任者研修のいずれかの資格を取得しているが、十分に終末期介護に関する知識を有しているとは言えない中で対応しなければならぬ。実際、2013年4月1日より介護保険法施行規則の改正に伴い「ホームヘルパー2級に相当するもの」として創設された「介護職員初任者研修」は訪問介護員2級に比べて終末期介護について学ぶページ数が増やされている⁽⁸⁾。

このようなことからすると、高齢者福祉政策に死への対応が範疇とされていなかったことを起因として、特別養護老人ホームそのものが終末期介護を行うことを前提とした機能を有していない、或いは入所者が終末期となった場合、医療機関へ引き継ぐという形が採られていたこと、そこで働く介護職員の専門領域の問題もあって、最期を迎える場として位置づけられてこなかったと指摘できる。

しかし、介護保険法が2000年4月より施行されたのと同時に、訪問看護はターミナルケア加算が算定要件とされており、2006年には介護老人福祉施設において看取り介護加算が制度として設けられた。その後、2009年からは介護老人保健施設においてターミナルケア加算、認知症対応型共同生活介護において看取り介護加算が対象として位置づけられるようになった。

このように介護保険法による死を包括した政策的拡充が始まり、これに連動する形で介護職員

(8) 死に関する記述は訪問介護員2級課程と介護職員初任者研修での取り扱われている分量について比較してみると、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ものが、2016年に同センターが刊行した介護職員初任者研修テキストでは約21ページであったことから、少子高齢人口減少社会（少産多死社会）に対応した編成となっていることが分かる。

初任者研修で用いられるテキストにおいて死に関する記述が増加するだけでなく、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護で看取りまでを含めた加算が付けられるようになってきている。但し、訪問介護においてはまだ施設で展開されている看取りに関するような加算が創設されていない。

すなわち、これらの政策的動向と関連して介護保険制度の理念である「利用者本位」が利用者側にも浸透してきていることから、(図1)にあるように病院以外の死が増加する要因となっている。

第2節 利用者は終末期をどのように迎えるのか

介護状態にある利用者が終末期をどのように迎えるのか。手続きとしては、その特別養護老人ホームと提携している医師が医学的見地に基づいて終末期状態であることを宣告したときから終末期となる。もちろん、残りの時間がどれくらいであるかを正確に示すことは難しい場合もある。例外的な場合として、残りの時間を超えて存命することもある。

ここで、筆者が過去に行った特別養護老人ホームの看取りに関する実態調査⁽⁹⁾で得られた事例(看護師)について紹介をする。

実施日：2014年9月14日(水)

調査施設所在地：京都府K市

調査対象者：看護師(女性、62歳※調査実施当時)、嘱託職員

調査方法：1対1、半構造化面接法(60分以内)

担当利用者：利用者(入所者)は女性、90歳で入所。家族の申し込みにより入所し、医療面でのケアはあまり求めない、最期枯れるように亡くなりたい希望あり。97歳の時に老衰で他界する。入所前は独居だったが家族が在宅で見られる余裕もある中で空き室が出た関係で入所する。アルツハイマー型認知症、胸部、腹部と大動脈瘤が2つあった。

朝に出勤した際に昨日の夕方から夜、看護師がいない間に、何か変化はなかったかどうかを確認する。その日のうちに必要な指示を介護職に行くこととしている。その上で、家族に対して看取り状態になった際の対応に関する同意書は以下のようにしていた。

この方の場合は大動脈瘤があって、それがまた大きくなっている。検診でするたびに引かかる。で、検診の度に大きくなってます。去年より大きくなってますというのがあったりするんで、いつ、最初からいつ破裂するかわかりませんよということは了承していただいて入所をいただいているんですけども、あの、一応、先生からも状況はお話ししてもらってたんですけど、看取りの同意書としてはもらってなかったんです。やけど、あの、やっぱりこ

(9) 高橋幸裕他「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」から抜粋。本調査では、介護職、福祉職にも聞き取り調査を実施しているが、看護師から聞き取った事例について紹介している。

の動脈瘤があって、いつどうなるかわからへんということもあるので、いただきましょうということで、これ1回目いただいています。それからまた今度は入退院を繰り返して、心不全を起こして、もう3か月入院した後に、もう1回おうちの方に確認をさせていただいて、そして押してよろしいかということで、よろしくお願ひしますということで、もう1回先生にお話をしてもらおう。人によっては2回も3回も4回も取り直しさせていただく人もいます。

入所者が亡くなる当日の経過について以下のように発言していた。

私、朝はその日はリーダーだったので、まず、部屋を回って行きました。お名前を呼んで、どうですかって、目は開けられました。目は開けられへんけど、しんどいねっていうたら、「んーんー」とかいう感じやったんです。でも、やっぱし、昨日おしっこ出てる？って聞いたら、おしっこちょっと出てる。で、口は口腔ケアで、湿らす程度ですっていうことやったと思うんです。それでいきましようっていうことで、10時くらいにおそらく、電話がかかってきて、呼吸が間動（まどう）になってきた、という電話がありまして、じゃあ行くわって行ったら、その時、ちょうど看護師の前で呼吸停止した感じでしたかね。一略一ドクターはちょうどその日、普段は亡くなられたりする連絡させていただいて、時間、夜の9時とか10時に絶対来ていただくんですが、夜中になったら翌日に来ていただくことにしています。で、その日は日曜日やったと思うんですけども、ちょうど先生ね、奥様のご実家にお墓参りに行ってはって、A市の方に、車で向かってはったんです。ですから、お電話を差し上げましたけど、K市に帰ってくるのが夕方になるということで、死亡診断はそれ以降、で、おうちの方をお呼びしました。ワーカーが呼吸がちょっと間動（まどう）になってきましたっていう連絡をいただいて、すぐ行ったので、で、ワーカーは恐らく呼吸停止は確認していない。相談員の方に電話してきますということを言うてたので。看護師が呼吸停止を確認したということです。

ここで利用者が終末期を迎えるポイントは①老衰で亡くなったこと、②動脈瘤があることによって終末期となるかどうか明確でなかったことから同意書はあえて取らなかった、③医師に対する連絡は看護師が行い、適宜状況報告をしていた。

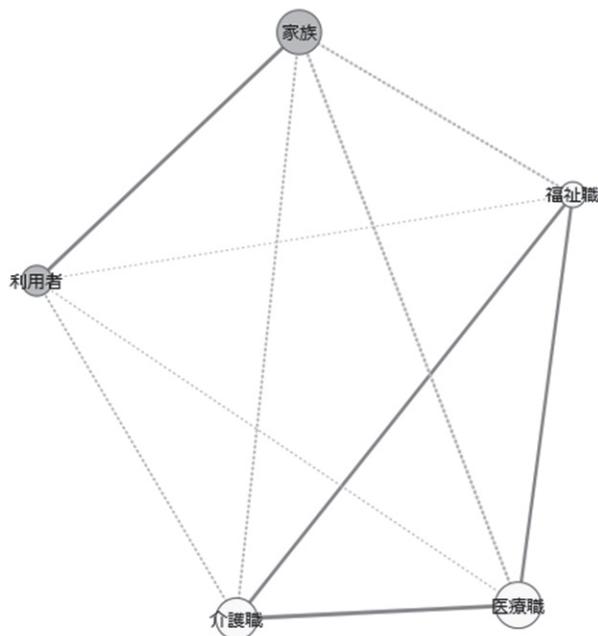
このように、終末期介護に関する手続きは医師の終末期の宣告がなされてからとなるが、紹介した事例は入所者の健康上の問題もあり、看取りに関する同意書は取っていなかった。もちろん、調査協力を頂いた特別養護老人ホームでは終末期と宣告された入所者の家族に対して同意書を取ることはもちろん、入所時に考えに変更があればいつでも変更ができる形での同意書を取ることもしている。

第2章 多職種連携が円滑に実施できる要因と阻害要因

第1節 特別養護老人ホームにおける専門職と利用者・家族の関係

特別養護老人ホームには異なる専門職が配置されている。介護職（介護福祉士、訪問介護員2級課程修了者、介護職員初任者研修修了者）、福祉職（社会福祉士、介護支援専門員）、医療職（看護師、准看護師）等⁽¹⁰⁾である。これらは国家資格、都道府県知事資格、任用資格の違いはあるが、それぞれ目的を有した職種である。

特別養護老人ホームにおいて、利用者と専門職の関係をみると（図2）のような関係となる。これは強い共起ほど太い線で書かれており、聞き取り調査において発言された単語の出現頻度が高いコーディング語を大きく表示したものである。つまり、関係性が強いと太線で表記され、発言された数が大きいほどその円は大きくなる。他方、点線表記となっているものは利用者・家族、専門職間のそれぞれに個別の関係性があることを示している。



（図2） 専門職と利用者・家族に関する共起ネットワーク

（出典）高橋幸裕他「特別養護老人ホームに於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」p.38より引用。

連携を考える場合、立場に近い者同士の方がコミュニケーションをとりやすいことは言うまでもない。（図2）を見る通り、特別養護老人ホームにおいては利用者・家族というグループと、専門職というグループにより構成されている。

(10) 介護職、福祉職、医療職を指す場合は、以下、専門職と表記する。

円滑な終末期介護を提供するには、高橋（2016）は（1）自らの専門性の理解、（2）多職種に対する理解、（3）情報共有方法の確立、（4）ケアに対する調整をすることが円滑な多職種連携の実現をすることだと指摘している。

その一方で、これらを阻害する要因については十分な検討がなされていなかった。裏を返せば、①自らの専門性を理解していないこと、②多職種に対する理解がないこと、③情報共有方法の確立をしていないこと、④ケアに対する調整ができていないことが多職種連携を機能させていない状態となってしまうことが課題である。ここからは明らかにされた各項目についての阻害要因について検討を行っていくこととする。

第2節 特別養護老人ホームにおける調査結果：分析方法

「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⁽¹¹⁾できる。

尚、ノードワードは、以下の語を選択した分析を行った。

- ①「専門性」「違い」「連携」「伝える」
- ②「情報」「共有」「報告」「申し送り」「カンファレンス」「会議」「相談」「声掛け」「説明」
- ③「課題」「反省点」「難しい」

第3節 「専門性」「違い」「連携」「伝える」

初めに（表4）を見てみるとする。それぞれのキーワードである「専門性」、「違い」、「連携」、「伝える」に対して最も高いスコアを出した用語を見てみると以下のようにになっている。「専門性」が「違い」、「違い」が「専門性」、「連携」が「取る」、「伝える」が「情報」となっている。

「専門性」と「違い」、「違い」と「専門性」を見ても、それぞれのキーワードが対となるように最も高いスコアを示していることから両者の関係性が強く、立場が違うことを如何に乗り越えていく必要があるかが読み取れる。これに対して「連携」と「取る」は、この違いを乗り越えて

(11) 高橋幸裕他「特別養護老人ホームに於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」p.38より引用。

(表4) 「専門性」「違い」「連携」「伝える」のコロケーション語 (スコア順)

「専門性」		スコア	「違い」		スコア	「連携」		スコア	「伝える」		スコア
1	違い	1.83	1	専門性	1.83	1	取る	4.03	1	情報	2.00
2	持つ	1.83	2	違い	1.30	2	取れる	2.50	2	家族	1.95
3	それぞれ	1.50	3	最初	1.00	3	連携	1.40	3	時期	1.33
4	意見	1.08	4	出る	1.00	4	家族	1.08	4	思い	1.00
5	そうですね	0.50	5	起こる	0.83	5	今	1.00	5	感じ	0.95
6	ソーシャルワーカー	0.50	6	表情	0.83	6	常に	1.00	6	状況	0.75
7	リハビリ科	0.50	7	目線	0.83	7	蜜	1.00	7	人	0.70
8	考え方	0.50	8	見る	0.58	8	職種	0.83	8	お話	0.50
9	自ら	0.50	9	思う	0.58	9	看護師	0.78	9	一応	0.50
10	自分	0.50	10	本当に	0.58	10	辺り	0.70	10	下	0.50
11	職種	0.50	11	そうですね	0.50	11	相談員	0.53	11	含める	0.50
12	生かす	0.50	12	意識	0.50	12	ケアマネ	0.50	12	気持ち	0.50
13	特養	0.50	13	感じる	0.50	13	医療職	0.50	13	口頭	0.50
14	認める	0.50	14	看護師	0.50	14	強まる	0.50	14	取る	0.50
15	リハビリ	0.45	15	看取る	0.50	15	視点	0.50	15	上手	0.50
16	考える	0.45	16	部分	0.50	16	初め	0.50	16	状態	0.50
17	思う	0.40	17	方向性	0.50	17	大切	0.50	17	職員	0.50
18	体	0.33	18	埋める	0.50	18	同士	0.50	18	早々	0.50
			19	様子	0.50	19	漏れ	0.50	19	把握	0.50
			20	立場	0.50				20	判断	0.50
									21	辺り	0.50

いくために連携をしなければならないことを意味している。そして「伝える」と「情報」は伝えなければ意味をなさないということが分かる。

このように専門性の違いを乗り越えた形で情報を伝え連携を密なものとして行っていくのが課題である。以下、調査時に得られた証言を紹介する。

専門性からくる違いを、どのように対応しているか。看護職って結局、特養の中で1割ぐらいしかないんですね。7割は介護職で、あと2割は他の専門職になってきます。もう一番は、コミュニケーションを取ることで、介護と。24時間見ているのは介護職なんで。コミュニケーション取って申し送りを充実する。病院では、申し送り廃止の病院は結構あるんですけど。何年前か前、廃止も考えたんですが、やはりこういう場では廃止は絶対できないなと思って。職種が違うから。コミュニケーション取ったり、カンファレンスとか申し送りを充実したりとかして対応します。

このようにコミュニケーションの質、すなわち情報を如何にして伝える、共有するかが課題となってくるわけである。お互いが分かっていると勘違いすることもあり得る中で、確実に情報を共有する複数方法を定めておかねばならない。1つの方法だけでは情報の共有漏れが発生する恐れがあるからだ。特に時間に限りがあるなかでのケアは伝わっているつもりということが、ケアの質を下げることにもつながる。

同時に、異なる専門職が配置されている中で乗り越えなければならないのが「専門性」の「違い」である。介護職や福祉職ならば社会福祉学を基盤とした学問を持った資格であり、その目的は生活支援である。他方、看護師の場合、看護学にその基盤を置き、看護・療養を目的としている。生活支援と看護は前提となるものが異なるため、専門性、専門用語、目的の違いをどのようにして乗り越えていくのが課題となる。

第4節 「情報」「共有」「報告」「申し送り」「カンファレンス」「会議」「相談」「声掛け」「説明」

次に（表5）を見てみるとする。それぞれのキーワードに対して最も高いスコアを出した用語を見ると、「情報」は「共有」、「共有」は「情報」、「報告」は「先生」、「申し送り」は「ノート」となっている。「情報」と「共有」は対の概念であることが分かり、「報告」と「先生」、「申し送り」は「ノート」というように手段を念頭として用いられていることが分かる。

前者は先に述べたコミュニケーションとしての概念を説明したものであり、後者は手段として述べられているものである。①にあるように多職種連携は異なる立場の者が、それぞれの専門性の視点からチームとして共有すべきことを伝えることを示している。共有すべきことが何か分かっても、その内容について誰が読んでも分かる内容で示されなければならない。ここが専門性の違いを乗り越えた情報共有をするための課題であると言ってもよい。

（表5）「情報」「共有」「報告」「申し送り」のコロケーション語（スコア順）

「情報」		スコア	「共有」		スコア	「報告」		スコア	「申し送り」		スコア
1	共有	9.08	1	情報	9.08	1	先生	2.33	1	ノート	8.73
2	取る	3.33	2	目的	2.25	2	細かい	2.20	2	夕方	3.00
3	持つ	3.03	3	フォルダー	1.00	3	栄養士	1.00	3	言う	2.35
4	入る	2.50	4	重点	1.00	4	基本	1.00	4	活用	1.92
5	必ず	2.33	5	思い	0.75	5	記録	1.00	5	朝	1.50
6	一番	2.00	6	形	0.58	6	随時	1.00	6	聞く	1.50
7	伝える	2.00	7	あと	0.50	7	入る	0.83	7	毎日	1.45
8	看護師	1.75	8	栄養士	0.50	8	医務	0.75	8	口頭	1.33
9	言う	1.50	9	感じ	0.50	9	ナース	0.70	9	カンファレンス	1.15
10	自分	1.20	10	看取る	0.50	10	相手	0.58	10	話	1.08
11	ある程度	1.00	11	簡単	0.50	11	タイムリー	0.50	11	昨日	1.00
12	一生懸命	1.00	12	喜び	0.50	12	看護師	0.50	12	事項	1.00
13	管理	1.00	13	共感	0.50	13	急ぐ	0.50	13	時間	1.00
14	軽い	1.00	14	共有	0.50	14	出る	0.50	14	充実	1.00
15	集める	1.00	15	仕方	0.50	15	上がる	0.50	15	朝	1.00
16	全部	1.00	16	重要	0.50	16	日中	0.50	16	日頃	1.00
17	入れる	1.00	17	場	0.50				17	廃止	1.00
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						

先生、私の時はこうだったよとかこうやってやったよとか言う情報の共有をしたり……。そうですね、その昨日休んで、今日来た人に昨日はこういう状態だったし、熱があるしっていうのを情報を流したり、記録を見たりね、してますね。で、申し送りノートっていうのがありまして、で、そこにこういう状態でした、熱がありましたっていう、そういうなのを情報を共有して、わからないことがあったらここはどうなの、といった形で情報は共有していますね。

このようにその場に立ち会っていない者に対して、情報の残し方についても注意を払う必要がある。情報の流し方、情報の伝え方が曖昧なままであると、的確な状況判断ができなくなる恐れもある。すなわち、明確でないことや曖昧なことを確認できない環境を作ること避けなければならない。

また、（表6）についてみると、「カンファレンス」が「看取る」、「会議」が「ケアプラン」、

「相談」が「看護師」、「看護師」が「随時」とそれぞれ最も高いスコアとなっている。これらは情報共有をするための手段を示している。

(表6) 「カンファレンス」「会議」「相談」「声掛け」のコロケーション語 (スコア順)

「カンファレンス」		「会議」		「相談」		「声掛け」	
	スコア		スコア		スコア		スコア
1	看取る	1	ケアプラン	1	看護師	1	随時
2	行く	2	サポート	2	先生	2	行く
3	いつ	3	会議	3	必ず	3	人
4	申し送る	4	ユニット会議	4	栄養士	4	お互い
5	集まる	5	摂	5	ケアマネ	5	確認
6	ケース	6	月	6	医師	6	言葉
7	ケア	7	ユニット	7	介護	7	絶対
8	終わる	8	介護職	8	職員	8	大事
9	内容	9	聞く	9	食事形態	9	微力
10	メール	10	経口	10	大丈夫	10	風
11	最後	11	持つ			11	目
12	家族	12	待つ				
13	聞く	13	話す				
14	職種						
15	入る						

情報共有の仕方はすでに述べたとおりであるが、その方法論については主にカンファレンス、会議、相談等が用いられている。もちろん、ノートやICTを用いたりする場合もあり、複合的なものとなっている。ただ、単に複数の方法を用いればよいというわけではない。それは下記の発言にもあるように、重要事項は必ず口頭で行うこと、全員が知ることができるようにしなければ意味をなさない。そのためのルール化を明確にしなければならない。特別養護老人ホームは人手不足といわれる中で業務に追われやすい現場であることから、ルール化されていないことはいつも行っている通りにという漠然としたものとなりやすい。それは介護事故にもつながることになり、質の悪いケアとなってしまう。

カンファレンスしたりとか。で、カンファレンス内容で、例えば言語統一とか重要な統一事項はメールだけではなくて、必ず口頭で毎日、誰一人漏れることなく毎日、全員が知るように全員が知るまでの間、看護師間でも毎日この人はこういうことをするんだよっていうのを口頭で申し送ります。

やはり私は現場で動いている人が一番情報を持っていると思うんです。それで現場で動いている介護職員、現場で動いている看護師さんが一番情報持ってると思うので、例えば知ってた情報があったとしても、同じ情報を言われたとしても、で、今はどうなのーっていう風な感じで忙しい中を捕まえますんで。その話はさっき記録で読んだけど、その後は今どうなっているって、今、こうなってますよって自分から忙しい中を情報を聞き出すように引っぱり出すようには声を掛けてますし、もう常々、現場一番だと思っているので、邪魔をしないように、ただその一生懸命やってることを批判しないように、それもありがたねーみたいな感じではやってますね。

他方、情報の発信がなされるまで待つことも望ましくない。自ら情報を得に行くという事も必要な行為である。日々業務に追われている中で、他者に情報を採りに行くことは躊躇しやすくなりがちである。それを克服するためにも情報を得るための手段を整備するだけでなく、テクニカルな意味で情報をどのように収集していくのかも検討していくことが求められる。

第5節 「課題」「反省点」「難しい」

最後に(表7)を見てみることにする。最も高いスコアを出したキーワードは「課題」は「今」、「反省点」は「チーム」、「難しい」は「部分」であった。「課題」は「今」というよりも「今後」についての言及がなされており、「反省点」は「チーム」としてのあり方、雰囲気について触れられており、そして「難しい」は「制度的に変更した部分」についてのことを示していた。

(表7) 「課題」「反省点」「難しい」のコロケーション語 (スコア順)

「課題」		スコア	「反省点」		スコア	「難しい」		スコア
1	今	2.53	1	チーム	1.50	1	部分	2.00
2	思う	1.08	2	改善点	1.00	2	思う	1.62
3	今度	1.00	3	本当	1.00	3	判断	1.45
4	特に	1.00	4	全員	0.50	4	考える	1.25
5	チーム	0.87	5	看取る	0.45	5	一番	1.00
6	あと	0.50	6	そうですね	0.25	6	介護	1.00
7	永遠	0.50	7	改善	0.25	7	多分	1.00
8	課題	0.50	8	感じ	0.25	8	無理	0.75
9	感じる	0.50	9	差	0.25	9	ラーン	0.70
10	残る	0.50	10	ケア	0.20	10	そうですね	0.70
11	施設	0.50	11	出る	0.20	11	意識付け	0.70
12	取り組む	0.50				12	急ぎよ	0.50
13	本当に	0.50				13	受け入れ	0.50
						14	非常	0.50
						15	必ず	0.50

チームとしての反省点。- 細かな部分の情報とか、変更した部分とかを職員みんなが周知するっていうのが難しかったですね。申し送りノートとか活用はしてたんですけど、見る人は見る。見ない人はもう全く見ないっていう方もいましたし、そのチーム外になってしまうんですけど、それはですね。同じユニットの中でですね。で、それを、申し送りノート活用ができてなかったっていう部分もあるかもしれません。で、記録の基本になってる、その5W1Hでみんなが分かりやすく記憶に残りやすい書き方とか、そういう工夫が必要だったかなと思います。なんとなく見ても、ノートを見ても、たまに残ってなかったり、伝わってなかったりっていうのがあったような感じがしたので、そこはもう口頭でも何でも、繰り返し何回も言って確認する必要があったのかなって思いましたね。

その情報を共有していく中で、方向性が一緒であっても、意見というか、連絡がうまくスムーズにいけていなくて。実は、家族がこういうふうに分かってるのが、上手に伝わっていな

いというか。うまく伝わらずに、違う思いを他の職員は持たれているとか。そういったところがあるので、情報の共有はしてるんですけど、なかなかちゃんと伝わっていないっていうところが、何度かあったので。その辺の、確実に情報が伝達できるようになっていうところが課題ではあるかなと。

このようにみると、情報の伝わり方、伝え方に課題があることが明らかとなった。特別養護老人ホームにおいて言えば、常に顔を合わせて業務に就くことになるため、それが終末期となった利用者に関する情報共有の回数が増える傾向にあると言える。裏を返せば、訪問介護とは異なり、いつでも情報を確認することができるためしっかりと確認ができていないことも課題として挙げられる。

第3章 介護職の視点

第1節 介護職の役割

特別養護老人ホームは生活の場であり、生活支援を行うのが介護職である。そこで終末期にある利用者に対する介護職の役割について聞き取り調査結果を通じて確認していく。

基本的にはその人らしくことかなと思うんですけど。今回のケースでは、家族との関係が割と希薄な方なので、職員の方で本人に声かけにいたりですかね。人との関係が薄れているので、顔出しに行ったときとかちょっと声をかけてみたりとか。あくまで施設ですけど、お家の延長線上の部分ということで病院とは違うという、できる限り人がいるときに出来ればみんなで見送ればいいということですね。あとは少々の体調不良であればお風呂とかね、そういうところ頑張って清潔保持やったりとかということも努めるようにしていました。

私たち、そういう時期になると在宅も施設も一緒なんですけど、やはり無駄な苦痛を軽減する。軽減してですね、もう余分な病気や防げるものは防いでいかないといけませんし。一家族の方は、あんまり過度に不安にならないようにですね。

今までと変わらない生活をずっと過ごしてもらってというのが、多分、介護職としては同じ気持ちやと思います。なんかね、ターミナルになったから、じゃあ手厚く！っていうのを私はあまりしたくなく、今までと同じ流れで、でもちょっと気にかけてあげるって感じのケアをしていきたいと思っています。

まだ元気に見えるので最後のこととか考えられませんかみたいなところがあると、どうやって伝えていこうかなとか。日頃の様子とか、お元気ですよっていうことを現場の職員と

か、私もそうだったんですけどご家族にも喜んでもらいたい思いがあるので、お元気な様子とかいいことをお伝えしがちになってるんですけども、そうではなくってその反面そうじゃない部分もおありだっということはお伝えして。日頃の様子をお伝えするのは多分一番現場の職員が多いと思いますので。そういうことで介護職が関わることで、そういった隙間を埋める役目も持っているのかなと思いますので。

他部所だからっていうのはないかも知れへんけど、まあ、ナースと介護職員と最終的に価値観の違う部分っていうのは当然あるので、そこに関してはやっぱり、避けようがないと言えば避けようがないんだろうなと思うし。基本的には、でもターミナルだからっていうよりは、普段からのコミュニケーションをどれだけとるかっていうことで、こういう時にしっかり意見調整をできたりとってっていうのはあるのかなあとと思いますね。

介護職の役割は利用者とのかかわりの中での生活援助であるが、医師が終末期を宣告して以降も基本的な役割は変わらないと考えている。声掛け、食事介助、排せつ介助、清潔保持（清拭、入浴等）を基本として、苦痛軽減といったことも加わってくる。すなわち、介護職の役割は利用者が終末期状態となって場合、日常生活の支援の延長線上に死があるとしても、与えられた役割にはプラスアルファが求められてくる。上記の発言を踏まえて、介護職に求められる行為を整理してみた。

(表8) 介護職に求められる行為

日常生活を営むのに必要な行為 ⁽¹²⁾	終末期介護において特に必要とされる行為 ⁽¹³⁾
①声掛け	①苦痛の軽減
②食事介助	②日常生活の維持
③排せつ介助	③家族に対する状況変化報告
④入浴介助	④コミュニケーション（声掛けなど）
⑤レクリエーション	⑤不安の除去（入所者、家族）
⑥口腔ケア	⑥身体状態の観察
⑦トランスファー	⑦意見調整
⑧就寝介助	⑧その他
⑨喀痰吸引	
⑩その他	

(12) 社会福祉士及び介護福祉士法第二条2によれば、介護福祉士について以下のように定義づけられている。「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。」

(13) ここで示している行為は、終末期であるから行われるようになるという意味ではなく、終末期状態となって以降、より意識的かつ意図的に行われるようになる行為をいう。

このように、聞き取り調査を行っただけでも終末期介護を実践する際に、終末期介護を行うにあたって特に意図的かつ意識的に行う行為があることが分かった。あくまでも日常生活の延長線上にプラスアルファされる行為である。

第2節 介護職の視点から見た多職種連携の課題

介護職において多職種連携の課題とはどのようなものか。介護職が目的とすることとは利用者の生活環境をいかにして整備していくかに重点を置いていることである。特に多職種連携において情報整理をすることが求められる。

今までと変わらない生活をずっと過ごしてもらってというのが、多分、介護職としては同じ気持ちやと思います。なんかね、ターミナルになったから、じゃあ手厚く！っていうのを私はあまりしたくなく、今までと同じ流れで、でもちょっと気にかけてあげるって感じのケアをしていきたいと思っています。

私の立場としては、ユニット会議とかケースカンファレンスとかあったときには、しっかり家族さんに伝えられるのは私たちだから伝えていきたいと思います。やっぱり医療、医務からの連絡のときには医療面を中心に話ししますし、相談員からは手続き上のこととかでお話しすることが多いです。日頃の様子も含めて伝えられるのは私たちですっていうのは、私の立場からは結構気にして呼び掛けるようにして、実際にそれを共有するようには意識しています。

他部所だからっていうのはないかも知れへんけど、まあ、ナースと介護職員と最終的に価値観の違う部分っていうのは当然あるので、そこに関してはやっぱり、避けようがないと言えば避けようがないんだろうなと思うし。基本的には、でもターミナルだからっていうよりは、普段からのコミュニケーションをどれだけとるかっていうことで、こういう時にしっかり意見調整をできたりとかっていうのはあるのかなあと思いますね。

このように、介護職は利用者に最も長時間かつ複数回接点を有す立場にある。一次情報を収集し、それを整理した上で情報発信を行う。情報発信の方法は、ノート、口頭、申し送り、メール等、複数用いられている。情報発信は常に最新の情報を提供できるようにしなければならない。特に終末期となると、利用者の意思疎通が困難な状態となってくることが多いため、日頃の情報と家族の意向を踏まえた生活環境（終末期における希望の実現）を整備していくことが求められる。その上で、立場の違いによる対応の難しさを乗り越えていくには、日常的なコミュニケーションが必要であることが明らかとなった。

第4章 福祉職⁽¹⁴⁾の視点

第1節 福祉職の役割

福祉職は利用者や家族に対し日常生活の中でのニーズを汲み取り、チーム内で調整を試みながら支援に置き換えていく職務を担っている。福祉職は日常生活を営むにあたっての円滑な状態を作り出す調整役も担っている。

主に特養の生活相談員の役割としては、特にターミナルについては、各職種の間を取り持つというか。ソーシャルワーカーとして施設内の各職種の意見を取りまとめたり、病院とか医師にいろいろ依頼したり、入退院とか。ご家族のご意向を聞いたり同意書を頂いたりとか、いろんな所の間に入っていく役割をしています。

他方、福祉職としての役割は終末期において変化する部分がある。利用者と思疎通ができれば、その意向を踏まえて対応することが可能であるが、終末期となるとそれが困難となってくる場合が多い。そのため、自ずと状況変化に伴う確認や対応は家族へと向けられるようになってくる。但し、医学的な見地に関する説明は医師もしくは後述する看護師が行うため、それ以外の部分での対応となる。

一番家族の意向を正確に捉えてるのは相談員なので、家族さんの思いつてどうなんやっていうのをまず話し合いの前に医師からは聞かれまして。入所のとときとか面会のとときの聞いた話を自分なりに解釈した内容を、こういうふうに感じてらっしゃるようですっていうのを医師にまず伝えてますね。やっぱりご家族の意向とか医師も気にはされるので、すごく気持ちが揺れたりとか、ちょっと感情が不安定なご家族とか、そういう方々にはかなり医師と、こういうふうに言わはるかもしれませんがこういうご家族なのでっていうのは先に情報として入れておいたりとかはありますね。

自らの専門性というところで、やっぱりその家族さまによってはすごく難しいというか、看取りに関して受け入れができなかったりとか、気持ちの整理がつかなかったりとか、そういう方々に対しての、その、緩和といいますか、すごく難しいんですけど、こっちからすればもう本当に最後こちらで看取りらせていただきたいっていう思いを伝えて、ご家族さまのその気持ちですか。気持ちがやっぱりついていけないと思うんですね。急に悪くなったりとか、自分の親に限ってとか、そういう方々に対してのケア、心のケアっていうのが、すごく生

(14) 本稿において福祉職は、社会福祉士（生活相談員）、介護支援専門員を指している。資格や職種が異なるが、福祉職とした理由は利用者や家族のニーズを把握すること（必要に応じて相談に乗り対応する）ことが共通点として挙げられる。また、介護支援専門員が生活相談員として兼務しているケースもありこのようにした。

活相談員にとって大事なのかなって思ってます。

利用者さまが生活を送る上で、不安とか何か不便に感じていることはないかをアセスメントをして、で、解決方法を自分一人で解決するんじゃなくて、まずその他職種で検討するという方法を取ってます。で、場合によってはご家族さまに連絡を取って、解決に向けて働きかけるといふ方向で進めています。

上記のような内容を踏まえ、福祉職の役割を整理してみた。

(表9) 福祉職（社会福祉士、介護支援専門員）に求められる行為

日常生活を営むのに必要な行為 ⁽¹⁵⁾	終末期介護において特に必要とされる行為 ⁽¹⁶⁾
①利用者に対する助言・指導 ②家族に対する助言・指導 ③病院等の外部施設との連絡調整 ④介護職と医療職との連絡調整 ⑤その他	①介護職と医療職の連絡調整 ②家族に対する連絡・相談 ③その他

このように、福祉職は主として連絡調整を担っているが、終末期となると特にチーム、家族に対する連絡が多くなる。ただし、役割としての変化は大きくないが、日々変化する利用者の状況への対応が通常の支援とは異なり求められるようになる。

第2節 福祉職の視点から見た多職種連携の課題

利用者や家族のニーズを汲むために対応する福祉職が有している多職種連携の課題とはどのようなものであろうか。

利用者さんのことをまず本当に第一に考えてですね。で、それを取り組むにあたって、まずその目的が何であるかっていうのを説明、チーム内で説明して共感、共有ですね。共有して、みんなが理解して、そのことに取り組むっていうことに重点を置きましたね。で、職員一人一人が意識をしっかりとって、意識を持って、なんか情報を、こう、なんですかね。ささいなことでもメモで残すとか、伝えるとか、もう本当にちょっとした変化でもいいんです

(15) 社会福祉士及び介護福祉士法第二条には社会福祉士について以下のように定義づけられている。「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って、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。」と定義されている。

(16) 介護職と同様。

けど、そういうことを伝え合うっていう重点を置きましたね。

専門職同士が話すともめたりするんです。よくあるのが栄養士と看護師の、食べるってことに対する認識というか、ケアの方向性の違い。看護師は誤嚥とか一番にリスクとして考えるんですけど、栄養士は、食べない、おいしく食べれないとか、食べることをやめるみたいなことにすごく抵抗があるというか。ちょっとでも口から食べれる工夫をするんだっていうようなことと、安全を考えるとというようなことがありまして。その辺で直接やりとりをしないとどうしてもずれが生じてくるので、必ず間に入ってワンクッション置いて相談員がやりとりをするようにはしていますね。

福祉職に求められることは、チーム内での調整役を担っていることから専門職間の橋渡しをすることである。調整役となるには情報発信と把握をすることであり、常に広い視野を持っていないといけない。課題としては全体像を如何にして把握するのか、衝突しあう専門職同士が納得できる落としどころを提示できる提案力を持たなければならない。

第5章 看護師の視点

第1節 看護師の役割

看護師は保健師助産師看護師法に基づいた業務独占の国家資格である。特に特別養護老人ホームでは利用者の健康管理を中心に、医師との橋渡しを担っている。

入居者様の健康管理、職員も含めてなんですが健康管理と、それから、予防。いろんな怪我とかしないよう予防に気を付けることと、それから自然な看取りという感じが主ですね。あとは医療の、お医者さんが週に2回来られますので、その診察の介助それから、内服の管理、あとそれに準じたインフルエンザの予防接種ですとか、健診ですとか、そういったものの準備だとか対応とかしております。

先生がずっと毎日いらっしゃらないことでやっぱりナース判断、緊急の時はたいがいナース判断でやらないといけないのでね。

看護師の役割は特別養護老人ホームにおいては上記のように健康管理から予防まで幅広い。また、緊急時の対応に関しても判断が求められることがある。

(表10) 看護師（医療職）に求められる行為

日常生活を営むのに必要な行為 ⁽¹⁷⁾	終末期介護において特に必要とされる行為 ⁽¹⁸⁾
①療養上の世話 ②診療補助（医師との橋渡し） ③健康管理 ④病院等の外部施設との連絡調整 ⑤家族に対する状況説明 ⑥介護職と福祉職との調整 ⑦その他	①利用者に対するケア ②家族に対する対応 ③急変時の対応 ④介護職と医療職への指示 ⑤その他

看護師の役割は、看護という側面で死までを包括したケアを提供することが求められる。既に見たような介護職、福祉職のような生活支援の側面とは異なり、医療的側面に重きを置いた職種であることが分かる。

第2節 看護師の視点から見た多職種連携の課題

看護師が多職種連携を行う中で課題と考えていることは、コミュニケーションをとることである。その理由は看護（医療）の観点から日常的な変化を見逃さないためである。また、終末期の状態でない利用者であっても急変が生じた際の対応を担うこともあることから、高齢に伴う医療的なリスクに対して常に意識を払っている。

コミュニケーションを取ることです、介護と。24時間見てるのは介護職なんで。コミュニケーション取って申し送りを充実する。病院では、申し送り廃止の病院は結構あるんですけど。何年前か、廃止も考えたんですが、やはりこういう場では廃止は絶対できないなと思って。職種が違うから。コミュニケーション取ったり、カンファレンスとか申し送りを充実したりとかして対応します。あと、勉強会。医療的なことを踏まえた勉強会を結構行います。あとそれと、具体的な指示を出します。「こういうときは、こうやってね」とか。「こうなったら、体位はこういうふうにしてね」とか、具体的に指示を出します。看護師間だったらそこまで言わなくてもいいんですけど、違う職種になるとより具体的に分かりやすく、医療用語を使わずに説明しながら指示を出します。

介護さんに対してこちらではなくなられたらステルビンって言ってるんですが、それを言うとステルビンってなんですか、ってなるのもうちちょっと危ないですよとわかりやすい言葉で誰でもわかるように記録としても専門用語使ったらこの記録見たんですけど、何のこ

(17) 保健師助産師看護師法第五条には看護師について以下のように定義づけられている。「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。」と定義されている。

(18) 介護職、福祉職と同様。

とかかわらないんですけどっていう言葉とかもありますので、医療用語でそういったものなるべく省いて、介護さんにも誰にでもわかるような記録報告をしていたと思います。

上記のように異なる職種に対する連携であるからこそ、情報を共有する機会を確保すること、専門性の違いからくる認識の相違を埋めるためにもコミュニケーションが必要であると考えている。情報共有の機会の確保と充実をすること、専門性の違いをどのようにして乗り越えていくのか、必要な処置を的確に実施していくための普段からのかかわりを人手の限られた時間の中で行っていくことが課題である。

まとめ 終末期介護の課題

終末期介護は時間が限られた中で迅速な判断と対応をすることが求められる。その中で多職種連携の難しさがある。特に、情報、共有、コミュニケーション、専門性といったキーワードからも分かるように的確かつ明確な意思疎通ができなければならない。円滑な多職種連携を実践することの裏返しでもあるように、違いを如何にして乗り越えていくのかということが課題である。分からないことや知らなければならないことについてすぐに確認することができる関係性であるのかという点も重要である。また、自らに課せられた役割を実践しながら他の職種との隣接する部分での調整をどのようにつけていくのかといった課題もある。限られたマンパワーと膨大な職務の中で接点を見いだすことは非常に難しいとも言える。

ここで考えなければならないことは、システム化を進めていくことである。あらゆることに対応すべきマニュアル的なものではなく、これまで担当してきたケースを振り返り、課題となることを抽出すること、課題解決策を提示する仕組みである。その上で、日常業務の中で運用しながら改善を図りつつ、コミュニケーション方法のあり方について検討していくことが良い。

我が国において人生の最期を迎える場所はまだまだ病院が多いが、少しずつそれ以外の場所も増えてきている。今後、増加が見込まれる特別養護老人ホームにおける死について検討する時期が来ていることから、2025年問題も視野に入れながら対応をすることが必要である。

謝辞

本稿は、特定非営利活動法人非営利・協同総合研究所のちとくらしによる研究助成の成果に基づいて執筆いたしました。また調査にご協力を頂きました施設関係者の皆様にも多大なるご協力を頂きました。この場をお借りしまして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

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』第27号、pp.141-147、

2014年

- 公益社団法人日本看護協会 医療政策部「特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査報告書」、公益社団法人日本看護協会、2016年
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2016/kaigojittai-2015.pdf>
- 厚生労働省「2016年度人口動態統計『5-5 死亡の場所別にみた年次別死亡数』
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001191145>
- 小山千加代、水野敏子「特別養護老人ホームに於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、pp.59-64、2010年
- 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、pp.86-102、尚美学園大学編集委員会、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、総合政策学部メディア・紀要委員会、2016年
- 塚田久恵、浅見洋「石川県の指定介護老人福祉視閲における終末期ケアの現状と課題」『石川看護雑誌』Vol.9、pp.61-70、2012年
- 徳山貴英、福田洋子、千草篤磨「特別養護老人ホーム入所者の『看取り介護』に対する意識」『高田短期大学紀要』第32号、2014年、pp.43-54
- 原野かおり、迫明仁、片山信子「特別養護老人ホームにおけるターミナルケアの調査－テキストマイニングによる分析」『岡山県立大学短期大学部研究紀要』第13巻、pp.5-13、2006年
- 福田洋子、徳山貴英、中川千代「特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症グループホームにおける介護職員のターミナルケアに対する意識」『高田短期大学』第34号、pp.35-47、2016年
- 根本秀美「特別養護老人ホームの終末期介護－2施設の実態調査から看取りをめざして－」『信州短期大学紀要』第23巻、pp.16-25、2012年
- 吉田梨紗、川崎里美、鴨志田綾悟、菊池美香、工藤結花、久保田睦子、本田光、河原田まり子「訪問看護師が在宅ターミナルケアにおいて体験している困難とその対処」『北海道公衆衛生学雑誌』、第24号、2010年、pp.85-92