

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
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

報告書

2016年8月

尚美学園大学総合政策学部総合政策学科
専任講師 高橋幸裕

公益社団法人大分県社会福祉士会
社会福祉士 清水佐知子

社会福祉法人九州キリスト教社会福祉事業団
介護福祉士 都留新吾

1. はじめに

日本人の最期を迎える場所の過半数を超えて病院になったのは1976年のことである。平成26年度版厚生労働白書によれば日本人の約8割が病院で死を迎えており、理想とする自宅で最期を迎えられないという現実は今半ば当たり前の状態となっている。その結果、家庭から高齢の家族を支えるだけでなく看取る機能が消失してしまい、日本人が自然と体験していた死が遠いものとなってしまった。同時に、高齢者を支える介護職員も家族や親族の看取りを経験した者が少なくなり、死に対する対応と理解が乏しい状態に陥ってしまっている。今日の日本では医療関係者の一部による死の経験が継承されていく反面、多数の者は看取りの経験を喪失してしまっている状態である。

ところで、介護保険制度の理念やホスピスの浸透もあって、自分の望む場所で最期を迎えたいと考える者が増加しており、各専門職による支援を受けながらの利用者の看取りは今後高まっていくものであると予想される。しかし、現実問題として病院以外では十分に死を迎えられる体制をとることができていない状態である。このような背景において、近年、病院死の割合は僅かではあるが減少傾向を示し在宅死や施設死が微増傾向にある。これは利用者による自己決定がなされた結果だと言えるが、看取りを行うことは機能低下した家庭だけでは不十分であり、看取りに関する専門的な知識を持った介護に携わる専門職の力が必要とされてきている。このような問題意識と背景を踏まえ、日本人が失った看取り体験を各専門職の専門性と融合させながら、どのように再構築していけばよいのかを考えるようになった。

そこで我々研究チーム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による研究助成を申請した。その結果、「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」が採択され研究助成を受けられることとなり、実態調査の実施と対応策の検討を行った。

本研究は今後自宅に次いで増加すると予想される、特別養護老人ホームにおける利用者の看取りをどのような要因を踏まえればより質の高いものとして実施できるのかを検討したものである。何よりもこの研究成果が利用者や家族が納得いく最期を迎えられる支援の実現の一助となるだけでなく、特別養護老人ホームに勤務する各職種の専門職の専門性が高められる契機になることを研究チーム全員が心より願っている。

2016年8月20日

尚美学園大学総合政策学部総合政策学科

専任講師 高橋幸裕

2. 本研究事業の概要

1) 研究事業助成元

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

2) 研究目的

本研究は特別養護老人ホームを人生最期の場所を、病院や家庭以外の第三の選択肢として提供できるようにすることを目的として行っている。特別養護老人ホームは利用者が日常生活を営んでおり、家庭の代替機能を有した施設である。そこには日々の生活がある一方で、利用者の最期を迎える機能について脆弱な面がある。本研究では特別養護老人ホームが利用者の人生の最期をどこで迎えるかという選択肢となるために、介護職、福祉職、医療職が多職種連携を進めながらのターミナルケアを実践する際にどのような課題について克服すればよいか、阻害要因は一体何かを明らかにし、更なる高齢社会への対応策となることを目指したものである。

3) 調査研究手法

(1) 調査実施地域 (Research area)

以下の2つの地域で調査を行う。

- ①近畿地方 (京都府)
- ②九州地方 (大分県)

(2) 調査対象者 (Survey respondents)

特別養護老人ホームにおいてターミナルケアを担当したことがある者。

- ①介護職 (介護福祉士、訪問介護2級・介護職員初任者研修、介護職の立場にある者等)
- ②福祉職 (社会福祉士、介護支援専門員、生活相談員の立場にある者等)
- ③医療職 (医師、看護師、薬剤師、作業療法士、理学療法士等)

(3) 調査対象施設の選定方法

本研究は調査結果として普遍性が必要であると考え、異なる地方 (近畿地方と九州地方) に設置される特別養護老人ホームを調査対象として選定した。また、普遍性を得るために異なる特徴がある特別養護老人ホームとなるように心がけた。特に調査協力を依頼するに当たり、最初に研究メンバーが直接依頼できる特別養護老人ホームにそれぞれ打診を行った。結果、いくつかの施設では本研究に対する協力が困難であるという回答を受けた。そこで研究チーム代表者である高橋幸裕が、公益財団法人介護労働安定センター京都支部・大分支部へ本研究の趣旨を説明したうえで協力でき

る可能性がある施設の照会を仰ぎ、利用者の看取りを実施している特別養護老人ホームの聞き取り調査実施の承諾を得ることができた。尚、調査協力施設の選定は上記のように研究メンバー及び介護労働安定センターを介しての協力を得ているため、全ての対象地域の特別養護老人ホームの中から選定することができておらず、趣旨と合致したところで調査を実施したことを付記しておく。

(4)調査施設数と調査ケース数 (Number of investigation cases and research facility)

京都府 2 施設

大分県 2 施設

合計 4 施設 (各施設 1 ケース、合計 4 ケース)

(5)調査対象施設の特徴 (Characteristic)

①特別養護老人ホームA (京都府)

行政、医療、介護、福祉、大学、専門職団体等により構成された京都地域包括ケア推進機構が行っている看取り対策プロジェクトの施設行動指針策定として選定されたK市内に所在する施設である。調査協力者全員がこのプロジェクトのワーキンググループとして参加しており、かつ作成された指針の基盤となっていることから、京都府内の看取りのモデル施設である。収容定員は60名である。

②特別養護老人ホームB (京都府)

法人の母体がカトリック団体であることからキリスト教的相互愛の精神に理念を持ち、K市の委託を受けて1995年に開設をした特別養護老人ホームである。収容定員は50名である。同法人はデイサービスセンター、在宅介護支援センター、地域包括支援センターが併設されており、総合福祉施設として運営されている。

③特別養護老人ホームC (大分県)

N市の総合ケアセンターとして位置づけられており、介護保険制度の全てに対応する施設、事業所を有した社会福祉法人が運営している特別養護老人ホームである。同ホームの収容定員は60名である。調査協力先は2015年に厚生労働大臣の視察先ともなったこともあり、先駆的な運営や取組がなされている。

④特別養護老人ホームD (大分県)

U市に所在する社会福祉法人が運営している。収容定員は50名である。同法人は調査協力が得られた特別養護老人ホームとは別に、地域密着型特別養護老人ホームやショートステイ、デイサービス、訪問介護事業、居宅介護支援事業も行っている総合的な施設運営をしている。ここではターミナルケアについての学習会を積極的に行い、介護職員の研修に力を入れている。

(6)調査方法 (How to investigate)

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承諾を得た上で音声録音する。

(7) 質問項目 (Questions)

以下の内容について質問項目案として設定する。

- ①担当したケースの概要について（利用者の性別、年齢、既往歴、亡くなるまでの年数、ケアにかかわった専門職等）※下記の倫理的配慮にあるように、法人・個人が特定されない範囲とする。
- ②特別養護老人ホームで働く職員は自らの専門性はどのように認識しているのか
- ③情報交換や目的の共有方法とはどのような方法か
- ④目的を共有する際に重点を置いた事柄とは何か
- ⑤専門性の違いからくる違いをどのようにして対応していたのか
- ⑥チームを構成して感じた課題とはどのようなことか
- ⑦チームとしての反省点、改善点
- ⑧その他

(8) 分析方法 (Analysis methods)

以下の方法で分析を行う。

- ①データ処理方法：得られたデータを文字化したうえで、テキストマイニング法にて処理する。加工されたデータをKJ法にて分類した。分類したデータを用いて活動内容の範囲、連携をするための課題を中心に考察を行う。
- ②要因分析：支援内容をキーワードごとに整理し、各専門職に考える内容について検討する。その上で共通する要因を検討する。
- ③①②について研究チームがそれぞれの視点に立って、課題分析を行う。

4) 本報告書の位置づけ

本報告書は、特別養護老人ホームにおいて多職種連携を前提とした方法で看取り支援を円滑に実践ができるよう課題除去をするための基礎的な資料として位置づける。これに基づいて円滑なターミナルケアを行うための理論についても考察を行う。

5) 実施体制

本研究事業は高橋幸裕（尚美学園大学）が研究代表者を務め、以下、2名の共同研究者によって研究チームを構成している。

- ★尚美学園大学総合政策学部総合政策学科 専任講師 高橋幸裕
 - 公益社団法人大分県社会福祉士会 社会福祉士 清水佐知子
 - 社会福祉法人九州キリスト教社会福祉事業団 介護福祉士 都留新吾
- ※★は研究代表者を示す。

6) 研究スケジュール

2015年7月31日：研究助成採択

2015年8月1日：調査研究開始

2015年8月上旬：研究メンバーが各特別養護老人ホームに調査協力依頼を行う。

2015年8月下旬：介護労働安定センター京都支部・大分支部に対し、調査協力施設の照会依頼を行う。

2015年8月21日：中津市にて清水、都留が調査項目の策定に関する打ち合わせを行う。

2015年8月29日～31日：大分市にて高橋、清水、都留が集合し、改めて調査目的の再確認、質問項目案の最終確認、聞き取り調査実施方法の手順確認、予行練習、調査方法手順の改善等を行った。

2015年9月8日：都留が特別養護老人ホームCにおいて聞き取り調査を実施する。

2015年9月14日：高橋が特別養護老人ホームAにおいて聞き取り調査を実施する。

2015年9月22日～23日：高橋が特別養護老人ホームBにおいて聞き取り調査を実施する。

2015年12月16日：清水が特別養護老人ホームDにおいて聞き取り調査を実施する。

2015年12月～2016年3月：得られたデータを順次文字起こしを行う。

2016年4月～6月：得られたデータについて分析作業を行った。

2016年7月～8月：分析結果から考察を行い、報告書の作成を行った。

2016年9月：研究成果を研究代表者の高橋幸裕が運営するホームページ（高橋幸裕研究室 <http://www.kaigoroudou.com/>）においても公表する。

7) 倫理的配慮

倫理的配慮を行う上で順守すべき事柄を記しておく。この倫理的配慮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2015年度研究事業の応募時に「研究助成金交付申請書(2015年度)」に記載したものであり、採択された結果、当該法人より了承を得られたと考えている。以下、倫理的配慮について研究助成金交付申請書(2015年度)から引用する。

- ①調査実施：対象者には事前に内容説明を十分に行い、同意を得ること。（書面のやり取りを行う。）
- ②調査実施時に関する姿勢：調査実施者は、調査協力法人や調査協力者に対して否定や批判的な言動を行わない。
- ③協力者の匿名化：個人や法人が特定されないよう匿名化する。かつ生データの公開は行わない。
- ④物品のやり取り：調査実施者は、調査協力法人や調査協力者から金銭・物品を受け取らない。
- ⑤協力者の不利益への対応：該当するデータは分析対象から除外し、かつ原因究明を行い、誠意をもって謝罪する。
- ⑥データの管理方法：得られたデータは所属外に持ち出さない。（鍵付きの引き出しで管理する。）
- ⑦調査実施に関するマニュアルの作成：協力者に対して不利益にならないように細心の注意を払うようにするため調査の実施要項（マニュアル）の作成を行う。
- ⑧調査実施後の対応：研究結果に対して問い合わせや問題発生時に対応できるよう、得られたデータは半年間保存する。

8) 調査結果と概要

(表1)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。

3. 目次

1. はじめに	1
2. 本研究事業の概要	2
1) 研究事業助成元	2
2) 研究目的	2
3) 調査研究手法	2
4) 本報告書の位置づけ	4
5) 実施体制	5
6) 研究スケジュール	5
7) 倫理的配慮	5
8) 調査結果と概要	6
3. 目次	7
3.1. 図目次	8
3.2. 表目次	9
4. 量的調査結果	11
4.1. 性別	11
4.2. 年齢	12
4.3. 保有資格	13
4.4. 看取り担当時の立場	14
4.5. 介護の仕事歴	15
4.6. 在宅で働いた経験	16
4.7. 施設で働いた経験	17
4.8. 現在勤務している法人の種別	18
4.9. 現在勤めている法人での勤務年数	19
4.10. 雇用形態	20
4.11. 職場での立場	21
4.12. 看取りの担当件数	22
5. 質的調査結果	23
5.1. テキスト分析：記述統計	23
5.1.1. 出現回数	24
5.1.2. 出現文書数	27
5.1.3. 出現回数と出現文書数の対数軸表	30
5.2. 品詞ごとの出現頻度	31
5.2.1. タグ	34

5.3. テキスト分析：コーディング分析	36
5.3.1. アクター定義のコーディング	36
5.4. コロケーション分析	38
5.4.1. 「専門性」「違い」「連携」「伝える」「知識」「技術」「視点」	39
5.4.2. 「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」	44
5.4.3. 「課題」「反省点」「難しい」	48
5.5. 職種ごとの役割	52
5.5.1. 介護福祉士の役割	52
5.5.2. 社会福祉士の役割	58
5.5.3. 看護師の役割	63
6. 共同研究者による考察	68
7. 総括	74
8. 謝辞	81
巻末資料：フェイスシート	83

3.1. 図目次

図 4-1 回答者の性別	11
図 4-2 回答者の年齢	12
図 4-3 保有資格	13
図 4-4 看取り担当時の立場	14
図 4-5 介護の仕事歴	15
図 4-6 在宅で働いた経験年数	16
図 4-7 施設「特別養護老人ホーム」で働いた経験年数	17
図 4-8 現在勤務している法人の種別	18
図 4-9 現在勤めている法人での勤務年数	19
図 4-10 雇用形態	20
図 4-11 職場での立場	21
図 4-12 これまでの看取りの担当件数	22
図 5-1 出現回数	24
図 5-2 出現文書数	27
図 5-3 出現回数と文書数の対数軸グラフ	30
図 5-4 共起ネットワーク（サブグラフ検出 媒介）	35
図 5-5 アクター定義のコーディングによる共起ネットワーク	37

図 5-6 「介護福祉士」の共起ネットワーク図	57
図 5-7 「社会福祉士」の共起ネットワーク図	62
図 5-8 「看護師」の共起ネットワーク図	67

3.2. 表目次

表 4-1 回答者の性別	11
表 4-2 回答者の年齢	12
表 4-3 保有資格	13
表 4-4 看取り担当時の立場	14
表 4-5 介護の仕事歴	15
表 4-6 在宅で働いた経験年数	16
表 4-7 現在勤めている法人での勤務年数	19
表 4-8 雇用形態	20
表 4-9 職場での立場	21
表 4-10 これまでの看取りの担当件数	22
表 5-1 記述統計	23
表 5-2 出現回数の分布	25
表 5-3 出現文書数の分布	28
表 5-4 名詞の出現頻度	31
表 5-5 形容動詞の出現頻度	31
表 5-6 動詞の出現頻度	32
表 5-7 形容詞の出現頻度	32
表 5-8 副詞の出現頻度	32
表 5-9 サ変名詞の出現頻度	33
表 5-10 出現頻度の高い語	33
表 5-11 タグ	34
表 5-12 アクターについてのコーディング	36
表 5-13 アクター定義のコーディングによる出現文書	37
表 5-14 「専門性」「違い」「連携」「伝える」のコロケーション語 (スコア順)	39
表 5-15 「知識」「技術」「視点」のコロケーション語 (スコア順)	39
表 5-16 「情報」「共有」「報告」「申し送り」のコロケーション語 (スコア順)	44
表 5-17 「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)	44
表 5-18 「説明」のコロケーション語 (スコア順)	44
表 5-19 「課題」「反省点」「難しい」のコロケーション語 (スコア順)	48
表 5-20 「介護福祉士」の頻出語 上位 150 語	56
表 5-21 「社会福祉士」の頻出語 上位 150 語	61
表 5-22 「看護師」の頻出語 上位 150 語	66

4. 量的調査結果

以下、量的調査を実施した結果を報告する。

4.1. 性別

調査に回答した人の性別は、男性が2名（14.3%）、女性が12名（85.7%）であった。
質問文および図・表は下記の通りである。

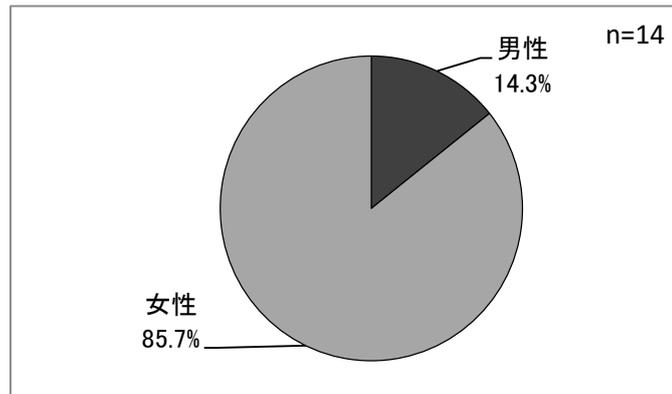
問1. 性別をお伺いします。当てはまるものに○をつけてください。

(1) 男性 (2) 女性

表 4-1 回答者の性別

回答項目	回答数	(%)
男性	2	14.3
女性	12	85.7
総計	14	100.0

図 4-1 回答者の性別



4.2. 年齢

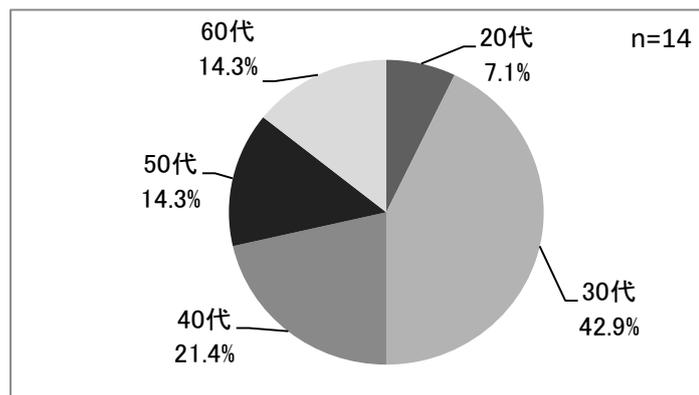
調査に回答した人の年齢は、最年少が 27 歳、最年長が 62 歳であり、平均年齢は 43 歳であった。
質問文および図・表は下記の通りである。

問 2. 年齢をお伺いします。数字を記入してください。
() 歳

表 4-2 回答者の年齢

回答項目	回答数	(%)
26～30 歳	1	7.1
31～35 歳	5	35.7
36～40 歳	1	7.1
41～45 歳	0	0.0
46～50 歳	3	21.4
51～55 歳	2	14.3
56～60 歳	1	7.1
61～65 歳	1	7.1
総計	14	100.0

図 4-2 回答者の年齢



4.5. 介護の仕事歴

調査に回答した人の介護の仕事歴は、平均すると9年9ヶ月であった。最短2年、最長は15年5ヶ月であった。

質問文および図・表は下記の通りである。

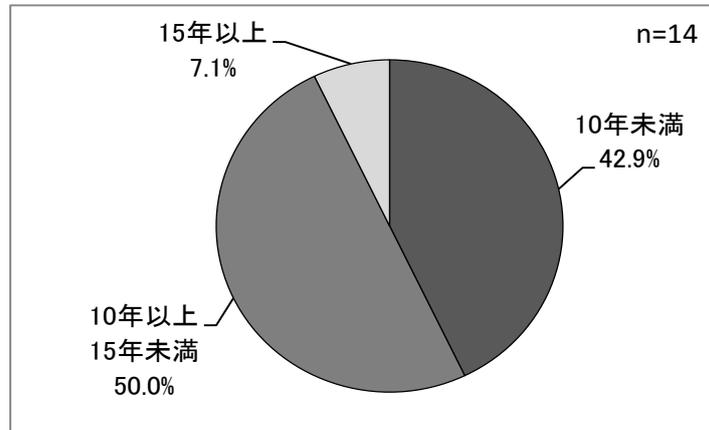
問 5. 介護の仕事に携わってから全体で何年になりますか。※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

()年 ()ヶ月

表 4-5 介護の仕事歴

回答項目	回答数	(%)
10年未満	6	42.9
10年以上 15年未満	7	50.0
15年以上	1	7.1
総計	14	100.0

図 4-5 介護の仕事歴



4.6. 在宅で働いた経験

調査に回答した人が在宅で働いた経験年数は、平均すると2年10ヶ月であった。しかし、在宅の経験なしが9名おり、全体の6割以上を占めた。

質問文および図・表は下記の通りである。

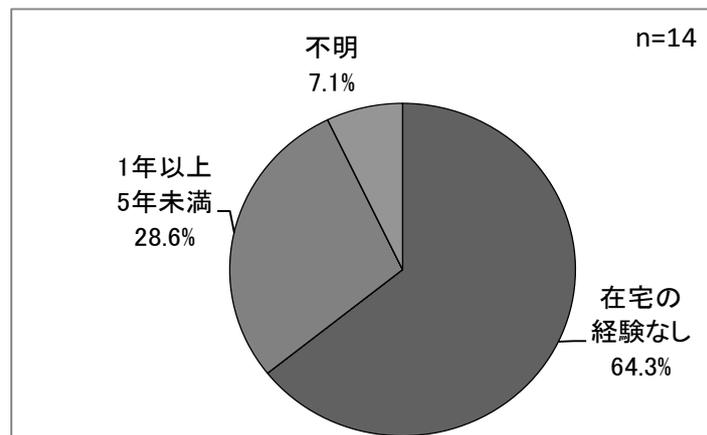
問 6. 在宅で働いた経験年数を教えてください。※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

()年 ()ヶ月

表 4-6 在宅で働いた経験年数

回答項目	回答数	(%)
在宅の経験なし	9	64.3
1年未満	0	0.0
1年以上5年未満	4	28.6
5年以上	0	0.0
不明	1	7.1
総計	14	100.0

図 4-6 在宅で働いた経験年数



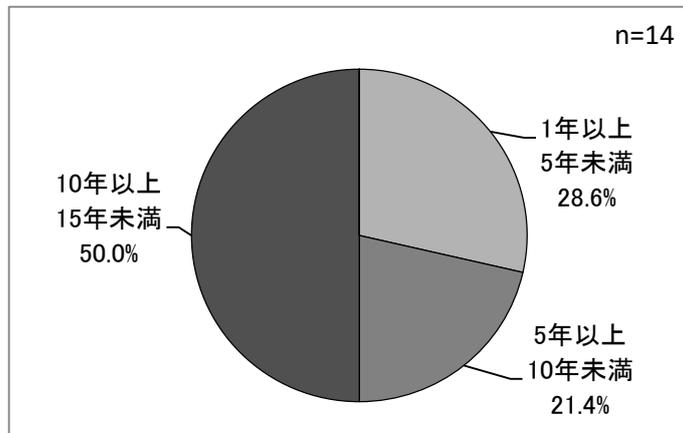
4.7. 施設で働いた経験

調査に回答した人に施設等で働いた経験年数を伺った。特別養護老人ホームで働いた経験は全員があり、加えて、介護老人保健施設と有料老人ホームで働いた経験のある方が1名いた。特別養護老人ホームで働いた経験年数は平均すると、8年10ヶ月であり、最短2年、最長14年5ヶ月であった。質問文および図・表は下記の通りである。

問7. 施設等で働いた経験年数を教えてください。当てはまる施設に○をつけて数字を記入してください。※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

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

図 4-7 施設「特別養護老人ホーム」で働いた経験年数



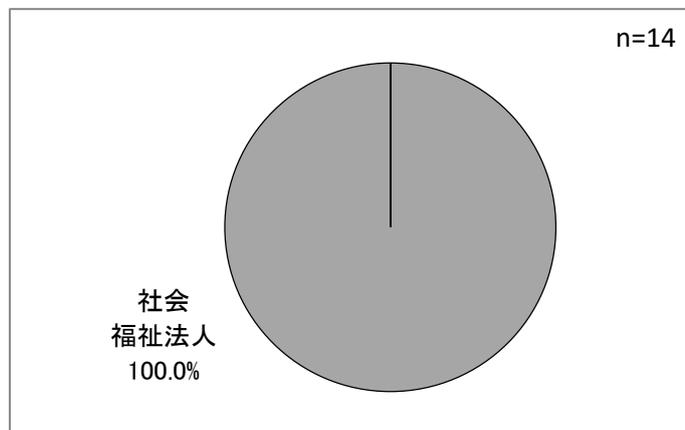
4.8. 現在勤務している法人の種別

調査に回答した人が現在勤務している法人の種別は、全員、社会福祉法人であった。
質問文および図・表は下記の通りである。

問 8. あなたが現在勤務している法人の種別を教えてください。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 社会福祉法人 (2) 医療法人 (3) 民間企業 (4) NPO 法人 (5) 地方自治体
(6) その他 ()

図 4-8 現在勤務している法人の種別



4.9. 現在勤めている法人での勤務年数

調査に回答した人が現在勤めている法人での勤務年数は、平均して9年5ヶ月であった。最短は1年5ヶ月、最長は15年であった。

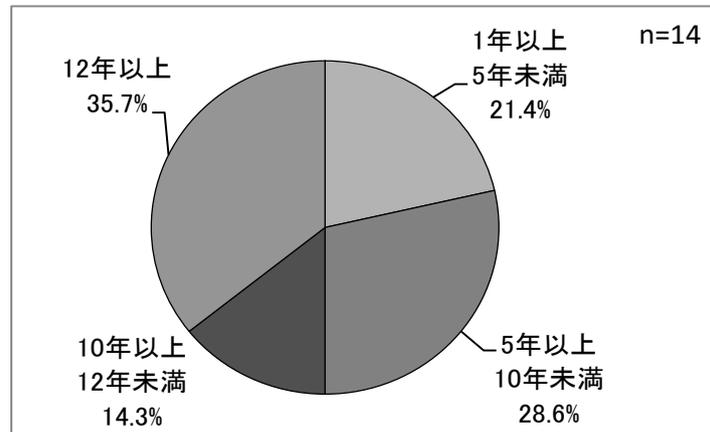
質問文および図・表は下記の通りである。

問9. あなたが現在勤めている法人は勤務してどれくらいになりますか。
 ()年 ()ヶ月

表 4-7 現在勤めている法人での勤務年数

回答項目	回答数	(%)
1年未満	0	0.0
1年以上5年未満	3	21.4
5年以上10年未満	4	28.6
10年以上12年未満	2	14.3
12年以上	5	35.7
総計	14	100.0

図 4-9 現在勤めている法人での勤務年数



4. 10. 雇用形態

調査に回答した人の雇用形態は、正規職員が13名（92.9%）、契約職員が1名（7.1%）であった。質問文および図・表は下記の通りである。

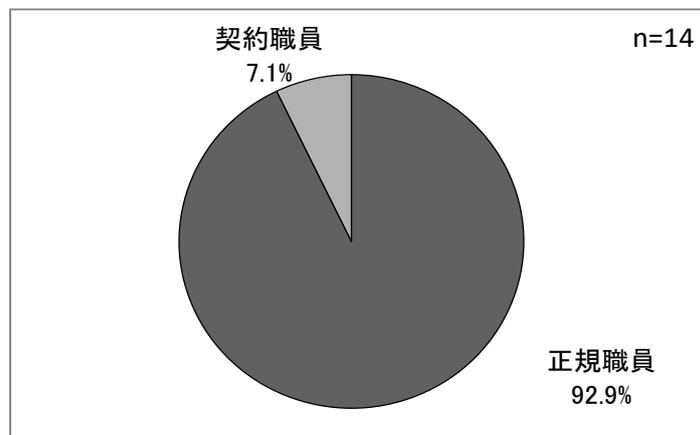
問 10. あなたの雇用形態についてお聞きします。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 代表者 (2) 正規職員 (3) 契約職員 (4) 臨時職員 (5) 派遣職員 (6) パートタイム
(7) その他 ()

表 4-8 雇用形態

回答項目	回答数	(%)
正規職員	13	92.9
契約職員	1	7.1
総計	14	100.0

図 4-10 雇用形態



4.11. 職場での立場

調査に回答した人の職場での立場は、役職あり（フロアリーダー等）が8名（57.1%）、役職なしが4名（28.6%）であった。

質問文および図・表は下記の通りである。

問 11. あなたの職場での立場についてお聞きします。当てはまるものに○をつけてください。

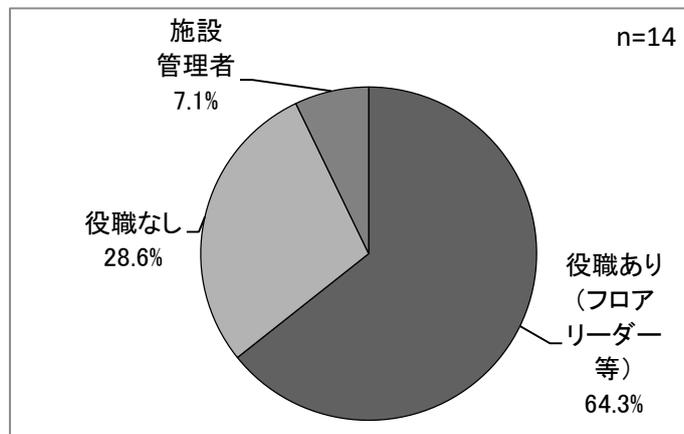
(1) 法人経営者 (2) 施設管理者 (3) 役職なし (4) 役職あり（フロアリーダー等）

(5) その他（ ）

表 4-9 職場での立場

回答項目	回答数	(%)
役職あり（フロアリーダー等）	9	64.3
役職なし	4	28.6
施設管理者	1	7.1
総計	14	100.0

図 4-11 職場での立場



4.12. 看取りの担当件数

調査に回答した人の仕事上の看取りの担当件数は、不明・未回答など4件を除き、平均44件であった。100人以上の回答は4名（28.6%）であった。

質問文および表は下記の通りである。

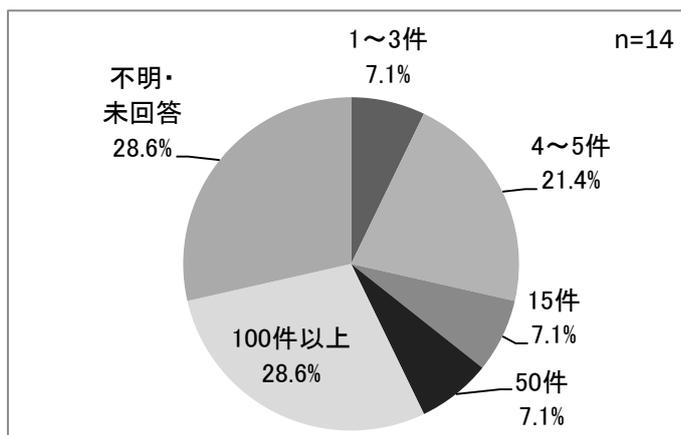
問 12. あなたがこれまで看取りを担当したケースについてお伺いします。これまで職場で看取りを担当した、しているケースを記入してください。

- (1) これまでに（ ）件の看取りの担当をした。
- (2) 現在、看取りを希望する利用者（ ）件を担当している。
- (3) 現在、看取りを希望している利用者の担当ケースはない。

表 4-10 これまでの看取りの担当件数

回答項目	回答数	(%)
1～3件	1	7.1
4～5件	3	21.4
15件	1	7.1
50件	1	7.1
100件以上	4	28.6
不明・未回答	4	28.6
総計	14	100.0

図 4-12 これまでの看取りの担当件数



5. 質的調査結果

最初に、分析対象とするテキストデータの客観的な記述統計量を算出した。分析の際には、分析のために特に必要とならない語を排除する。このような処理を行う前のテキストデータの状態を記述したものである。

本研究で行った質的調査（聞き取り調査）の目的は、量的調査（アンケート調査）で数値的に把握することが難しい、現場の介護職の生の声を理解することである。

5.1. テキスト分析：記述統計

聞き取りデータの回答者の発言のテキストを対象として、テキストマイニング分析を行った。その結果、記述統計量は、異なり語数 2,924 語、出現回数の平均は 9.24 回だった。

「異なり語数」というのは、分析対象のテキスト内に何種類の語が含まれていたかを示す数である。

表 5-1 記述統計

異なり語数 (n)	2,924
出現回数の平均	9.24
出現回数の標準偏差	45.91

5.1.1. 出現回数

下図は出現回数（単位は回）を X 軸、度数（単位は語）を Y 軸にプロットしたものである。1 回出現した語は 1,303 語、最多は 1,710 回出現の 1 語であった。

図 5-1 出現回数

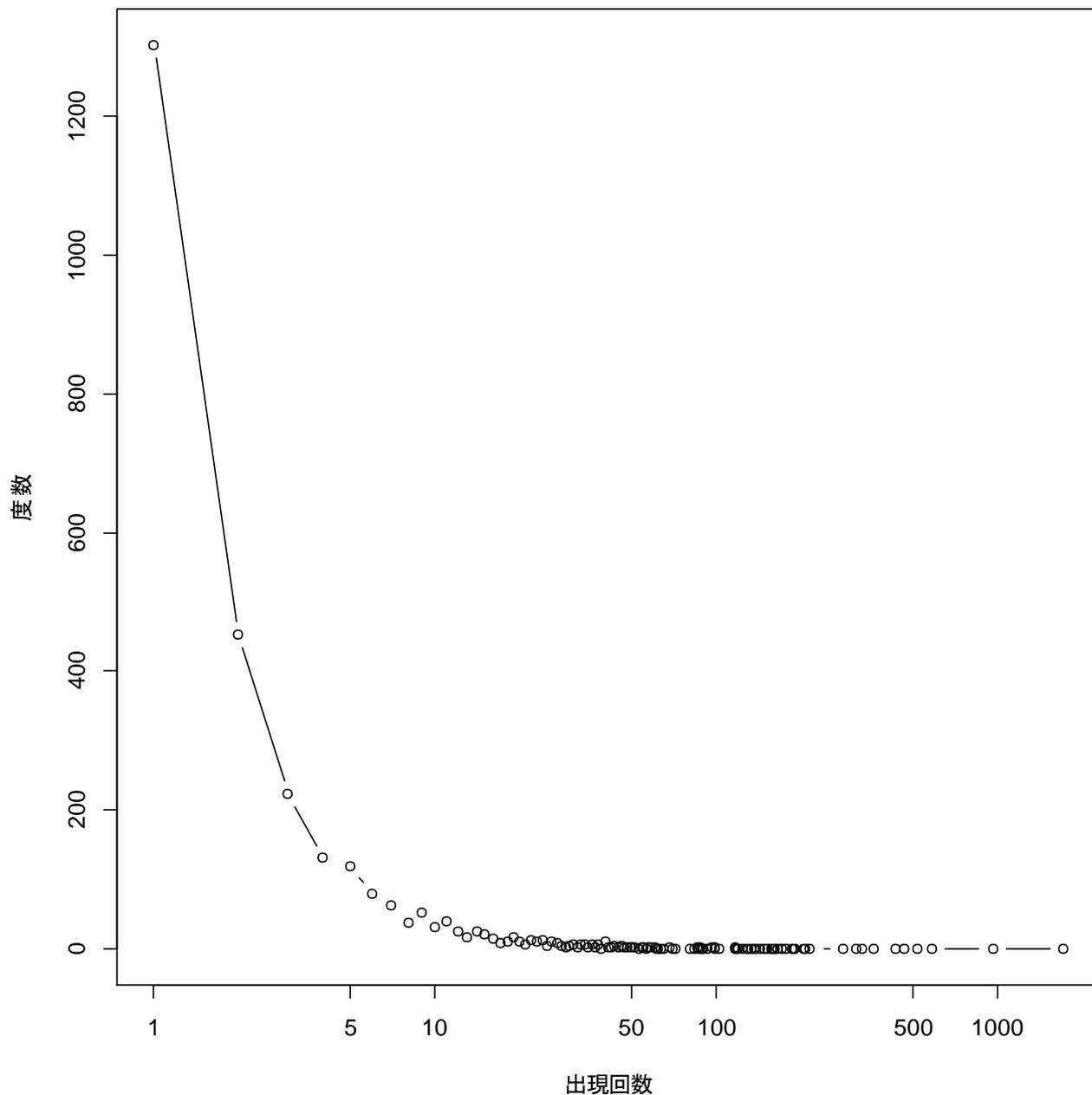


表 5-2 出現回数分布 (第 1 表)

出現回数	度数	%	累積度数	累積%	出現回数	度数	%	累積度数	累積%
1	1,303	44.56	1,303	44.56	51	2	0.07	2,847	97.37
2	453	15.49	1,756	60.05	53	1	0.03	2,848	97.40
3	223	7.63	1,979	67.68	54	3	0.10	2,851	97.50
4	131	4.48	2,110	72.16	55	2	0.07	2,853	97.57
5	119	4.07	2,229	76.23	56	1	0.03	2,854	97.61
6	80	2.74	2,309	78.97	57	2	0.07	2,856	97.67
7	64	2.19	2,373	81.16	58	2	0.07	2,858	97.74
8	37	1.27	2,410	82.42	60	3	0.10	2,861	97.85
9	53	1.81	2,463	84.23	61	1	0.03	2,862	97.88
10	31	1.06	2,494	85.29	62	1	0.03	2,863	97.91
11	40	1.37	2,534	86.66	63	1	0.03	2,864	97.95
12	26	0.89	2,560	87.55	65	1	0.03	2,865	97.98
13	17	0.58	2,577	88.13	68	2	0.07	2,867	98.05
14	25	0.85	2,602	88.99	70	1	0.03	2,868	98.08
15	22	0.75	2,624	89.74	71	1	0.03	2,869	98.12
16	16	0.55	2,640	90.29	80	1	0.03	2,870	98.15
17	9	0.31	2,649	90.60	83	1	0.03	2,871	98.19
18	11	0.38	2,660	90.97	85	2	0.07	2,873	98.26
19	17	0.58	2,677	91.55	86	1	0.03	2,874	98.29
20	10	0.34	2,687	91.89	87	2	0.07	2,876	98.36
21	7	0.24	2,694	92.13	88	1	0.03	2,877	98.39
22	14	0.48	2,708	92.61	89	1	0.03	2,878	98.43
23	11	0.38	2,719	92.99	93	1	0.03	2,879	98.46
24	12	0.41	2,731	93.40	96	2	0.07	2,881	98.53
25	5	0.17	2,736	93.57	98	3	0.10	2,884	98.63
26	10	0.34	2,746	93.91	99	1	0.03	2,885	98.67
27	8	0.27	2,754	94.19	102	1	0.03	2,886	98.70
28	5	0.17	2,759	94.36	116	2	0.07	2,888	98.77
29	2	0.07	2,761	94.43	117	1	0.03	2,889	98.80
30	5	0.17	2,766	94.60	118	1	0.03	2,890	98.84
31	6	0.21	2,772	94.80	119	1	0.03	2,891	98.87
32	3	0.10	2,775	94.90	123	1	0.03	2,892	98.91
33	6	0.21	2,781	95.11	128	1	0.03	2,893	98.94
34	7	0.24	2,788	95.35	129	1	0.03	2,894	98.97
35	3	0.10	2,791	95.45	133	1	0.03	2,895	99.01
36	7	0.24	2,798	95.69	136	1	0.03	2,896	99.04
37	3	0.10	2,801	95.79	138	1	0.03	2,897	99.08
38	6	0.21	2,807	96.00	143	1	0.03	2,898	99.11
39	1	0.03	2,808	96.03	148	1	0.03	2,899	99.15
40	11	0.38	2,819	96.41	151	1	0.03	2,900	99.18
41	3	0.10	2,822	96.51	156	1	0.03	2,901	99.21
42	2	0.07	2,824	96.58	157	1	0.03	2,902	99.25
43	5	0.17	2,829	96.75	159	1	0.03	2,903	99.28
45	2	0.07	2,831	96.82	160	1	0.03	2,904	99.32
46	4	0.14	2,835	96.96	161	1	0.03	2,905	99.35
47	2	0.07	2,837	97.02	164	1	0.03	2,906	99.38
48	3	0.10	2,840	97.13	171	1	0.03	2,907	99.42
49	3	0.10	2,843	97.23	177	1	0.03	2,908	99.45
50	2	0.07	2,845	97.30	185	1	0.03	2,909	99.49

表 5-2 出現回数_の分布 (第 2 表)

出現回数	度数	%	累積度数	累積%
188	1	0.03	2,910	99.52
189	1	0.03	2,911	99.56
203	1	0.03	2,912	99.59
207	1	0.03	2,913	99.62
215	1	0.03	2,914	99.66
282	1	0.03	2,915	99.69
312	1	0.03	2,916	99.73
328	1	0.03	2,917	99.76
360	1	0.03	2,918	99.79
433	1	0.03	2,919	99.83
464	1	0.03	2,920	99.86
517	1	0.03	2,921	99.90
580	1	0.03	2,922	99.93
956	1	0.03	2,923	99.97
1,710	1	0.03	2,924	100.00

5.1.2. 出現文書数

次に、出現した文書数（単位は1発言）をX軸、度数（単位は語）をY軸にしてプロットしたのが下図である。1文書にしか出現しなかった語（1つの発言にしか出現しなかった語）は1,344語、最多の1,117文書に出現したのは1語のみだった。

図 5-2 出現文書数

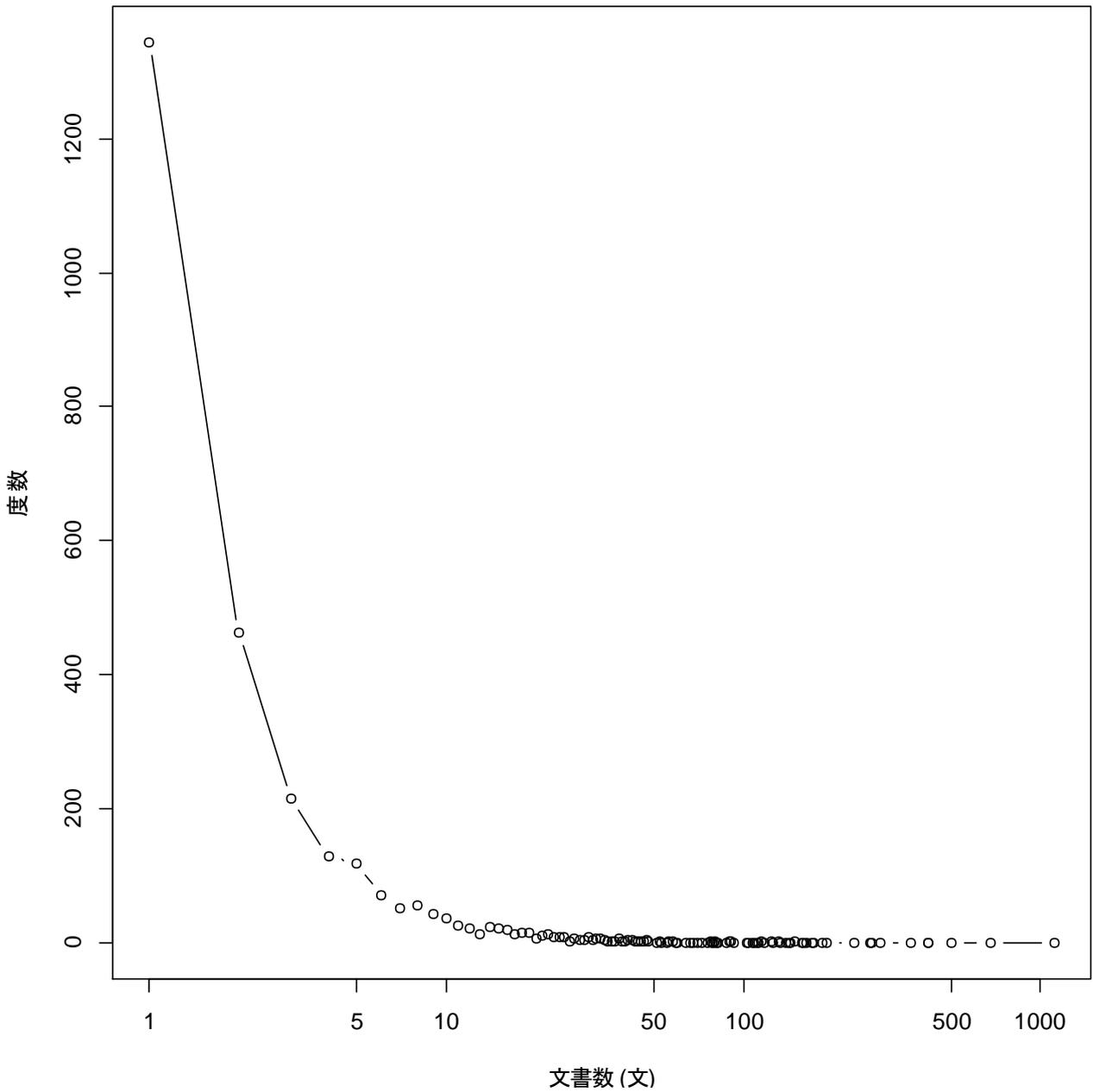


表 5-3 出現文書数の分布 (第 1 表)

文書数	度数	%	累積度数	累積%	文書数	度数	%	累積度数	累積%
1	1,344	45.96	1,344	45.96	52	3	0.10	2,858	97.74
2	463	15.83	1,807	61.80	53	1	0.03	2,859	97.78
3	215	7.35	2,022	69.15	55	1	0.03	2,860	97.81
4	129	4.41	2,151	73.56	56	2	0.07	2,862	97.88
5	119	4.07	2,270	77.63	58	2	0.07	2,864	97.95
6	72	2.46	2,342	80.10	59	1	0.03	2,865	97.98
7	52	1.78	2,394	81.87	60	1	0.03	2,866	98.02
8	56	1.92	2,450	83.79	64	1	0.03	2,867	98.05
9	44	1.50	2,494	85.29	66	1	0.03	2,868	98.08
10	36	1.23	2,530	86.53	68	1	0.03	2,869	98.12
11	27	0.92	2,557	87.45	70	1	0.03	2,870	98.15
12	22	0.75	2,579	88.20	72	1	0.03	2,871	98.19
13	13	0.44	2,592	88.65	76	1	0.03	2,872	98.22
14	24	0.82	2,616	89.47	77	2	0.07	2,874	98.29
15	22	0.75	2,638	90.22	78	1	0.03	2,875	98.32
16	19	0.65	2,657	90.87	79	1	0.03	2,876	98.36
17	14	0.48	2,671	91.35	80	2	0.07	2,878	98.43
18	15	0.51	2,686	91.86	81	1	0.03	2,879	98.46
19	15	0.51	2,701	92.37	82	1	0.03	2,880	98.50
20	7	0.24	2,708	92.61	88	1	0.03	2,881	98.53
21	11	0.38	2,719	92.99	90	2	0.07	2,883	98.60
22	13	0.44	2,732	93.43	91	3	0.10	2,886	98.70
23	8	0.27	2,740	93.71	93	1	0.03	2,887	98.73
24	9	0.31	2,749	94.02	102	1	0.03	2,888	98.77
25	10	0.34	2,759	94.36	104	1	0.03	2,889	98.80
26	3	0.10	2,762	94.46	107	1	0.03	2,890	98.84
27	6	0.21	2,768	94.66	108	1	0.03	2,891	98.87
28	5	0.17	2,773	94.84	111	1	0.03	2,892	98.91
29	5	0.17	2,778	95.01	112	1	0.03	2,893	98.94
30	8	0.27	2,786	95.28	115	2	0.07	2,895	99.01
31	4	0.14	2,790	95.42	118	1	0.03	2,896	99.04
32	7	0.24	2,797	95.66	124	2	0.07	2,898	99.11
33	6	0.21	2,803	95.86	125	1	0.03	2,899	99.15
34	4	0.14	2,807	96.00	131	2	0.07	2,901	99.21
35	3	0.10	2,810	96.10	133	1	0.03	2,902	99.25
36	3	0.10	2,813	96.20	139	1	0.03	2,903	99.28
37	3	0.10	2,816	96.31	142	1	0.03	2,904	99.32
38	6	0.21	2,822	96.51	143	1	0.03	2,905	99.35
39	3	0.10	2,825	96.61	148	2	0.07	2,907	99.42
40	3	0.10	2,828	96.72	157	1	0.03	2,908	99.45
41	4	0.14	2,832	96.85	159	1	0.03	2,909	99.49
42	4	0.14	2,836	96.99	163	1	0.03	2,910	99.52
43	2	0.07	2,838	97.06	170	1	0.03	2,911	99.56
44	3	0.10	2,841	97.16	173	1	0.03	2,912	99.59
45	2	0.07	2,843	97.23	185	1	0.03	2,913	99.62
46	3	0.10	2,846	97.33	190	1	0.03	2,914	99.66
47	5	0.17	2,851	97.50	237	1	0.03	2,915	99.69
48	3	0.10	2,854	97.61	268	1	0.03	2,916	99.73
51	1	0.03	2,855	97.64	270	1	0.03	2,917	99.76

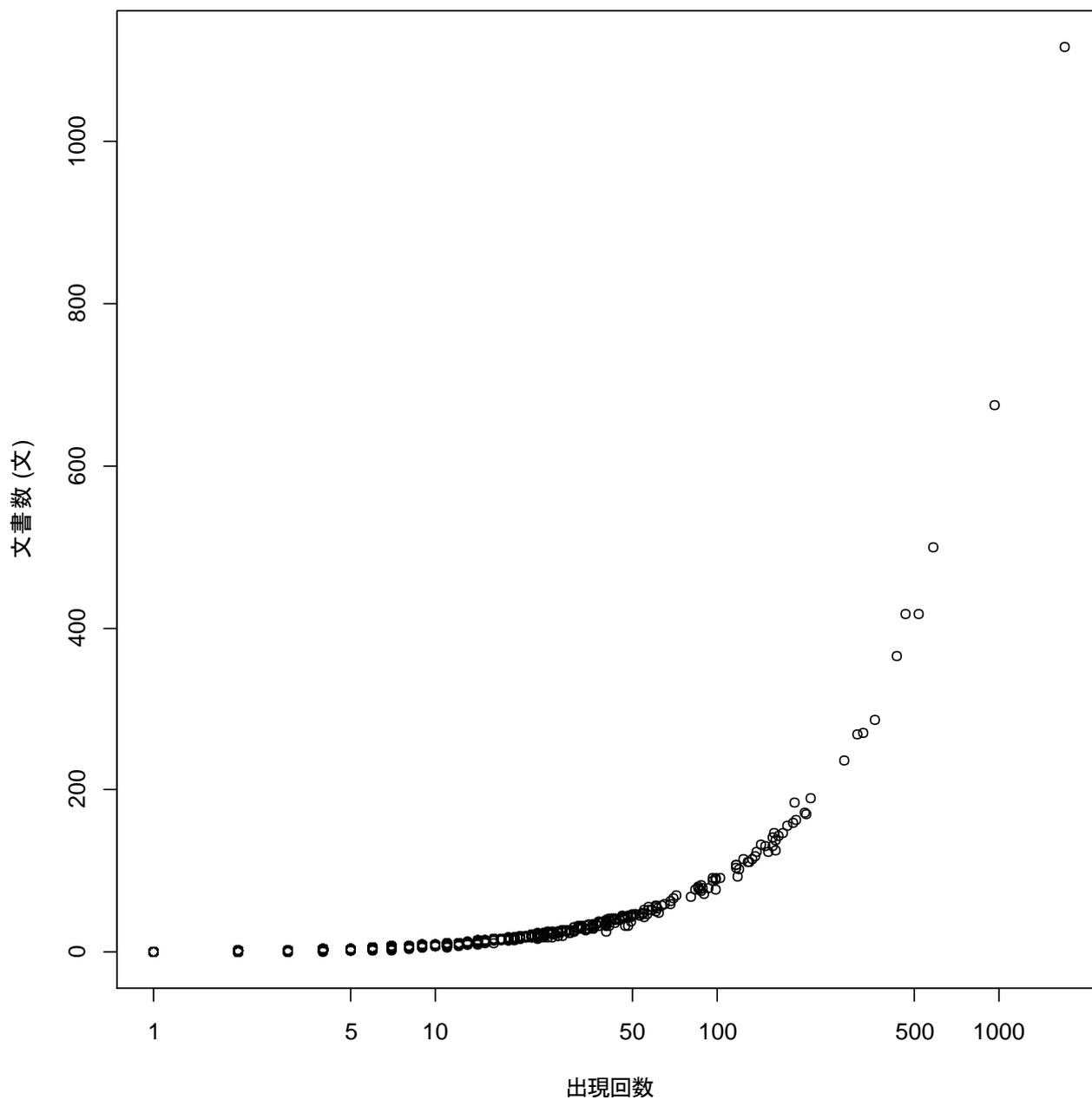
表 5-3 出現文書数の分布 (第 2 表)

文書数	度数	%	累積度数	累積%
287	1	0.03	2,918	99.79
366	1	0.03	2,919	99.83
417	1	0.03	2,920	99.86
418	1	0.03	2,921	99.90
499	1	0.03	2,922	99.93
675	1	0.03	2,923	99.97
1,117	1	0.03	2,924	100.00

5.1.3. 出現回数と出現文書数の対数軸表

以上の出現回数の分布と出現文書数の分布を対数軸でプロットしたのが下図である。出現回数が増えれば、出現する文書数も同じく増えており、特徴的な出現状況を示す語はないと考えられるプロットとなった。

図 5-3 出現回数と文書数の対数軸グラフ



5.2. 品詞ごとの出現頻度

品詞ごとの出現頻度の高い語を以下に説明する。対象データ中の平均出現頻度 9.24 をふまえ、出現頻度 10 以上を抽出した。

最初に名詞の出現頻度が高い語を下表に示す。最多は「家族」で 355 回出現した。のちほど記載するが、本研究で重要な語や複合語は「タグ」として抽出している。

表 5-4 名詞の出現頻度

頻出語	出現回数	頻出語	出現回数	頻出語	出現回数
家族	355	ユニット	31	関わり	14
感じ	143	様子	30	日中	14
病院	110	医師	29	ターミナルケア	13
状態	105	医療	25	ノート	13
先生	99	課題	24	ビール	13
ターミナル	90	職種	24	栄養	13
本人	85	医務	23	具体	13
最後	80	立場	23	血圧	13
自分	80	段階	22	ご飯	12
ケア	76	一つ	21	タイミング	12
職員	75	全員	21	医者	12
情報	74	ドクター	19	息子	12
思い	68	リーダー	19	役割	12
部分	49	意向	18	お部屋	11
気持ち	48	年齢	18	チアノーゼ	11
カンファレンス	47	風呂	18	苦痛	11
最初	47	夜間	18	重点	11
現場	43	お互い	17	積極	11
基本	41	環境	16	入退院	11
状況	41	最終	16	部屋	11
辺り	40	常々	16	目的	11
ナース	38	コミュニケーション	15	スタッフ	10
栄養士	37	レベル	15	ゼリー	10
本当	37	考え方	15	形態	10
チーム	36	寝たきり	15	口腔	10
ケース	32	人生	15	方向	10
言葉	32	内容	15	目標	10

形容動詞で高い出現頻度となっているのは、「好き」で 51 回、「元気」38 回、「きれい」36 回となっている。

表 5-5 形容動詞の出現頻度

頻出語	出現回数	頻出語	出現回数	頻出語	出現回数
好き	51	非常	19	自然	11
元気	38	無理	19	大変	11
きれい	36	不安	15	大丈夫	10
大事	25	主	13	大切	10
必要	23	普通	12		

動詞の中で高い出現頻度があるのは、「思う」464回、「言う」312回であった。その後、「見る」189回、「食べる」161回、「亡くなる」148回と続く。

表 5-6 動詞の出現頻度

頻出語	出現回数	頻出語	出現回数	頻出語	出現回数
思う	464	変わる	37	上がる	15
言う	312	話す	33	起きる	14
見る	189	作る	29	起こす	14
食べる	161	使う	28	残る	14
亡くなる	148	迎える	26	取り組む	14
聞く	136	出す	23	終わる	13
看取る	133	逝く	23	会う	12
来る	128	繰り返す	22	言える	12
行く	119	知る	22	呼ぶ	12
入る	116	頑張る	20	見る	11
分かる	98	出来る	20	含める	11
出る	86	望む	20	見える	11
持つ	83	過ごす	19	困る	11
帰る	62	書く	18	止まる	11
考える	57	付ける	18	寝る	11
申し送る	56	飲む	17	聞こえる	11
関わる	54	誤る	17	回る	10
違う	50	置く	17	座る	10
取る	49	喜ぶ	16	任せる	10
伝える	46	取れる	16	歩く	10
感じる	40	集まる	16	話し合う	10
入れる	39	伝わる	16		
行う	38	動く	16		

形容詞の中で高い出現頻度となったのは、「難しい」55回、「良い」43回、「悪い」42回であった。

表 5-7 形容詞の出現頻度

頻出語	出現回数	頻出語	出現回数	頻出語	出現回数
難しい	55	少ない	19	早い	14
良い	43	怖い	19	高い	12
悪い	42	浅い	16	若い	10
多い	37	大きい	16	新しい	10
長い	28	危ない	14		
少ない	19	強い	14		

副詞の中で高い出現頻度となったのは「本当に」122回と多かった。

表 5-8 副詞の出現頻度

頻出語	出現回数	頻出語	出現回数	頻出語	出現回数
本当に	122	ある程度	24	実際	20
多分	40	常に	24	全然	18
結構	34	特に	24	もう少し	14
一応	31	少し	23	当然	10
必ず	27	恐らく	22		

サ変名詞の中で高い出現頻度となったのは、「施設」84回、「介護」56回、「食事」50回、「対応」48回であった。

表 5-9 サ変名詞の出現頻度

頻出語	出現回数	頻出語	出現回数	頻出語	出現回数
施設	84	意識	25	意味	15
介護	56	担当	25	在宅	15
食事	50	経験	24	同意	15
対応	48	説明	24	協力	14
共有	47	夜勤	24	治療	14
点滴	45	相談	22	勉強	14
生活	44	判断	22	勤務	13
一緒	40	支援	21	病気	13
希望	40	関係	20	記録	12
入所	40	退院	20	破裂	12
連絡	40	息	19	嚙下	12
確認	36	変化	19	急変	11
連携	35	安心	18	撮取	11
入院	34	延命	18	評価	11
意見	33	指示	17	おしっこ	10
吸引	32	老衰	17	お伝え	10
理解	32	お願い	16	フォロー	10
呼吸	31	会議	16	工夫	10
報告	26	面会	16	準備	10

品詞の別なく、出現頻度の高い語をみると、「思う」が464回、「家族」355回、「言う」312回、「言う」312回であった。

表 5-10 出現頻度の高い語 (上位 21 語)

頻出語	出現回数	頻出語	出現回数	頻出語	出現回数
思う	464	話	153	本当に	122
家族	355	亡くなる	148	行く	119
言う	312	感じ	143	入る	116
見る	189	今	140	病院	110
看護師	188	聞く	136	状態	105
人	179	看取る	133	先生	99
食べる	161	来る	128	分かる	98

5.2.1. タグ

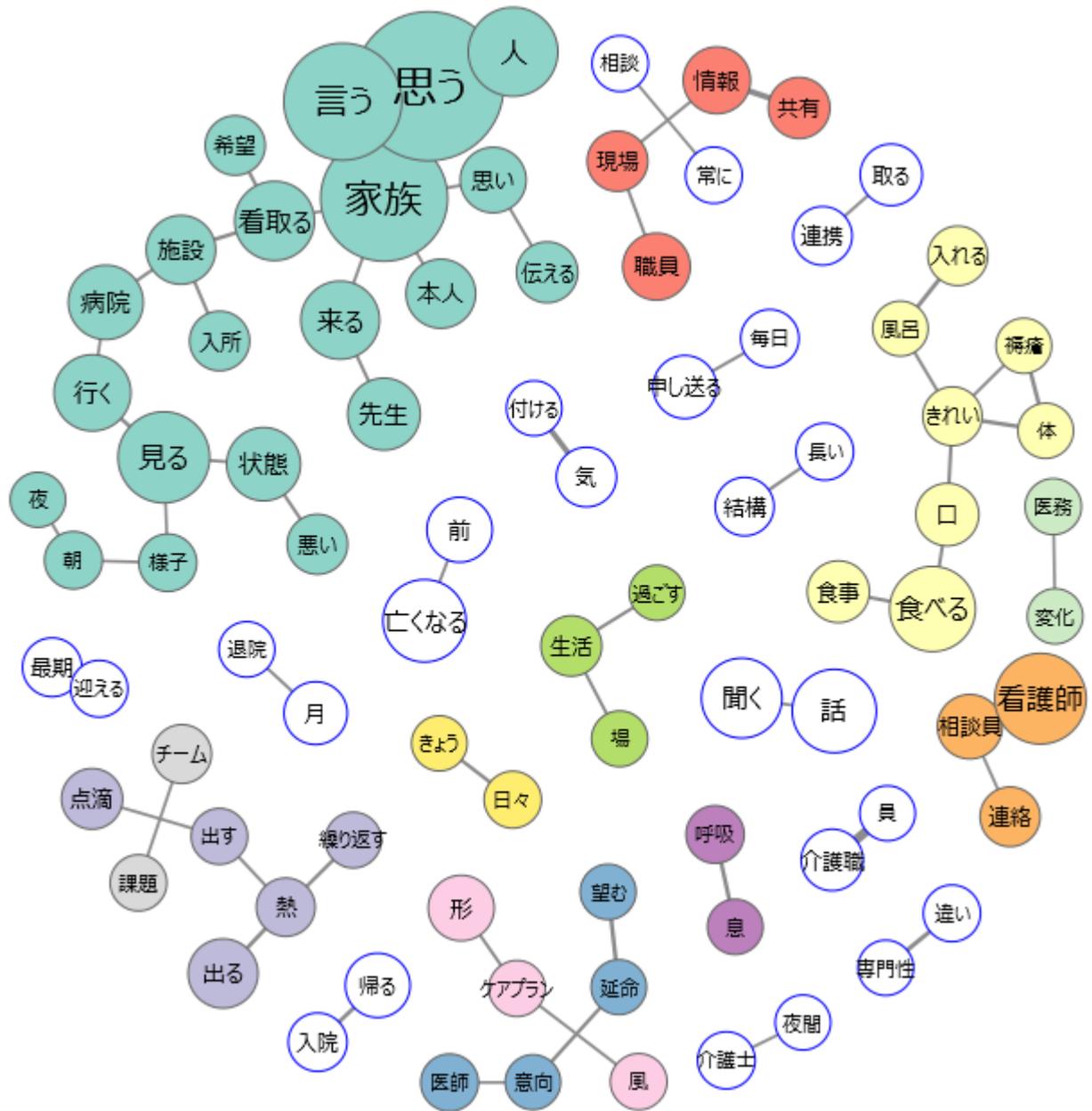
本研究で重要であるにもかかわらず、テキスト抽出上、別の語として認識されてしまう。そこで「タグ」として、強制的に抽出する必要がある。本分析では、以下のタグを設定し、強制的に抽出した。その頻度を以下に記す。

表 5-11 タグ

タグ	出現回数	タグ	出現回数
看護師	188	褥瘡	19
相談員	63	医療的	14
介護職	49	経管	12
特養	38	入居者	12
利用者	38	歯科衛生士	11
自分たち	36	生活相談員	11
ケアマネ	33	専門職	11
介護士	28	介護員	10
声掛け	26	呼吸状態	10
ケアプラン	23	反省点	10
専門性	19		

高い出現頻度の共起ネットワーク関係を分析したのが下図である。出現回数が多い語は円が大きく表現されている。共起関係が強い語同士は、より太い線で結ばれている。「情報」「共有」「相談」や、「申し送る」「連絡」「チーム」「課題」といった“チームケア連携”に関する語が把握できる。

図 5-4 共起ネットワーク (サブグラフ検出 媒介)



「そうですね」などの感動詞を除外して、抽出した。

5.3. テキスト分析：コーディング分析

5.3.1. アクター定義のコーディング

語ごとに出現頻度や共起の関係をみてきたが、異なる語でも同じことを意味することも考えられることから、いくつかの共通する意味・概念としてまとめて分析することにする。

同じ意味、概念の語を一つのまとまりとして構成させ、これを「コード」として定義する。本分析では、アクターについての定義を以下のように設定した。

表 5-12 アクターについてのコーディング

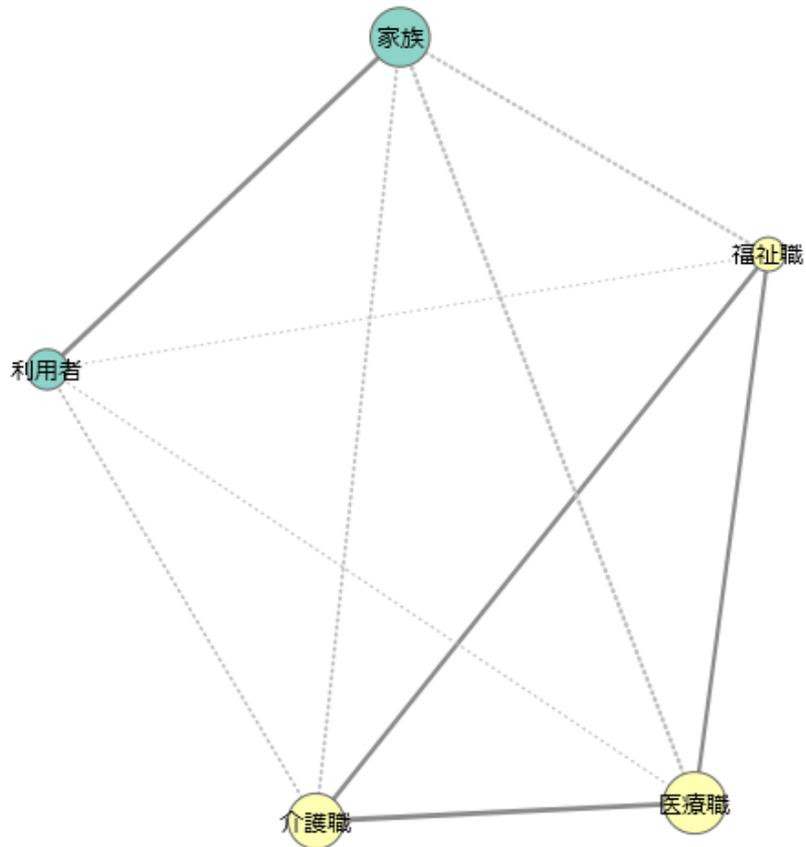
コーディング語	含まれる語
*介護職	介護福祉士 or 介護士 or 介護支援専門員 or 介護職 or 介護職員 or 介護の方 or 介護の子 or 介護スタッフ or 職員 or 職員さん or ヘルパー or ヘルパーさん or 介護 or ケアマネージャー or ケアマネ or ケアマネさん or パート or パートさん or 介護さん or 専門職 or 介護員 or 介護側 or ケアワーカー or ワーカーさん
*福祉職	社会福祉士 or 生活相談員 or 相談員 or 相談員さん or ソーシャルワーカー
*医療職	看護師 or 看護職 or 看護師さん or ナース or ナースさん or 看護婦 or 看護 or 医師 or 医療職 or 医療スタッフ or ドクター or 開業医 or 町医者 or 医務 or 主治医 or 嘱託医 or かかりつけ医 or 先生 or お医者さん or 総合診療医 or 先生たち or 薬剤師 or 作業療法士 or 理学療法士 or 歯科衛生士
*利用者	利用者 or 利用者さん or 患者 or 患者さん or 入所者 or お客 or 本人 or 入居者 or 対象者 or 入居者さん or 利用者さま or 利用者様 or ご本人さん
*家族	家族 or 家族の方 or 家族さん or 家族さま or 家族様 or お父さん or 奥さん or 主人 or 奥さま or 奥様 or 子ども or 親子 or お母さん or お母様 or 息子 or 息子さん or 息子様 or 息子さま or 娘様 or 娘さん or 娘さま or お嫁さん or 兄弟さん or 旦那さん or お父さま or ご主人 or ご夫婦 or ご長男 or ご家族

※栄養士はコード化していない。

表 5-13 アクター定義のコーディングによる出現文書

コード名	頻度	%
*介護職	275	7.07%
*福祉職	79	2.03%
*医療職	332	8.54%
*利用者	138	3.55%
*家族	307	7.89%
#コード無し	2,997	77.06%
(文書数)	3,889	

図 5-5 アクター定義のコーディングによる共起ネットワーク



上図は、強い共起ほど太い線で描画、出現頻度が高いコーディング語を大きく表示している。各アクター間でのネットワークは、すべての間で存在していることがわかった。「利用者」と「家族」間で強い共起がみられることは当然であるが、右側のトライアングル「介護職」と「福祉職」と「医療職」の間は太い線で表され、相互に連携していることがうかがえる。

5.4. コロケーション分析

以上の高出現頻度の抽出、コーディングをふまえ、テキストデータの分析を行うが、本研究の質的調査の分析の着目点として、次の点が重要である。

看取りを希望する利用者に対して、質の高いケアを提供するにあたり、さまざまな「**専門性、知識、技術**」をもった「**多職種のチーム連携**」が必要となる。

「**価値観、倫理、視点が異なる立場**」であることによって、ケースに参加するチーム内の「**意見や見解をどのように調整**」するのか。

「**情報交換や目的の共有方法**」について、「**チームを構成して感じた課題**」など、多職種間における連携を円滑にするうえでのポイントを探る。

以上の視点をもとにテキストデータを分析していく。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できる。

「ノードワード」は、以下の語を選択した。

「**専門性**」「**違い**」「**連携**」「**伝える**」「**知識**」「**技術**」「**視点**」
 「**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**」
 「**課題**」「**反省点**」「**難しい**」

次ページから、ノードワードごとに、文字起こししたデータを抜粋しながら考察していく。

5.4.1. 「専門性」「違い」「連携」「伝える」「知識」「技術」「視点」

表 5-14 「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	自線	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

表 5-15 「知識」「技術」「視点」のコロケーション語（スコア順）

「知識」		スコア	「技術」		スコア	「視点」		スコア
1	少し	1.00	1	支援	1.00	1	見る	0.50
2	ポイント	0.50	2	成果	0.50	2	連携	0.50
3	今	0.50	3	自分	0.33	3	職種	0.25
4	プロ	0.33	4	思い	0.25			
5	持つ	0.33						
6	専門用語	0.33						
7	協力	0.20						

ソーシャルワーカーとして専門性を持って看護師と話をする。ソーシャルワーカーとして人権とか、その人らしいこと考えながらっていうのは思っているんですけど、そこを前面に出してしまうとバチバチになってしまうので、常に折り合いどうつけるかって考えながら。自分の専門性を持って考えた意見もあるんですけど、そこと看護師さんとか栄養士さんが言っているところをどう折り合いをつけるかっていうのは自分の中で考えながら。大体自分の意見を押し付けるってことは、調整役としてはあまりしないですね。ただ、その方の最低限守られないといけない部分は守られるように、それを理解してもらえような話し方をするとかということ。

窒息しそうになるくらい痰がたまっていたっていう方もいましたし、夜もいてあげられない、夜はケアしてあげられないし、やっぱり介護さんも免許とか持っておられないのでやっぱり専門性がないからわからない部分もあるんじゃないですか。そういったときにもっと早く指導してあげればよかったと、何がわかっていて何がわかっていないのかってことをわかっていないことがあったので。

特養における専門性とどのように認識しているかなんですが。私、看護師なので、このターミナルに関わる上で私の役割ってというのは、看護師の役割ってというのは、やっぱりその人が死ぬ瞬間までいかに充実した生き方をどれだけできるか。それをどこまでお手伝いできるかに懸かっているとと思うんですね。ということはやはり、QOLとかQODとかいいますが、死にゆくまでの生活の質をより高いものにするための役割があると思っています、看護師は。じゃあ具体的にはどうかってなると、生活する上で質が、苦痛があると質悪いですよ。亡くなる前というのはやっぱり何らかの苦痛が生じている状況なので、苦痛をどれだけ緩和できるか、どこまで私たちがケアで軽減できるかっていうところに私たちの存在する意味はあるのかなとは思ってます。なので、身体的な苦痛もそうなんですけど、精神的な苦痛もやっぱり和らげていかないといけない。

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割ぐらいしかいないんですね。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す、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、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。そうやって対応してます。

専門性から違っているというのは、やっぱり医療的な面に特化。看護科の方には、すごく専門性。リハビリ科はリハビリ、体についてすごく専門性を持って。介護科ってどうしても生活っておきいとこの専門性ってなってくるから、その人らしい生活ってなったときに、プロ意識を持つことに、プロの意識の高さで持つことに対して、やっぱりセラピストというか、看護師さんなりPT、OTさんに比べたら少しプロっていうところを、もうちょっと持ったほうがいいのかなっていう。利用者さんの方の生活を支えるプロだよっていうところを、同じ位置に立ちたいなっていうのは、常に思いました。看護師さんたちは、医療職としてやけど、ここにいる限り生活を支える上で、すごく医療に関してはプロでいるっていう。リハビリ科も、この人たちが生活しやすいために、リハビリをしていくっていうプロ意識。違ったときに、そこの同じ台に乗りたいたって言ったらいけないんですけど。ていうのは、すごい今回のケースもそうなんですけど、何か勉強させられたなっていうのは。その違い、最初から違いはあるのかなっていうのは。

必要なのは共有するためには、いろんな職種が専門性を生かして。ご存じのように、どこかが出過ぎても良くないですし、それぞれの専門性を認めて頼るような形で取り組んでこれたと思います。それぞれどの職種もないと成り立たないというのは、実感してます。

看護師、今まで病院でいたので、病院は看護師と医者ばかりなので、ツーと言えばカーで、あれしてって言うたら分かるんですね。で、それが最初来たときは、なんでわからへんのかなってというのはありました。例えば、同じこと何回も繰り返さないでだめですと。-----私らも今まで病院で慣れてたので、病院の感覚やったんやろうなど。まああかん、ワーカーさんも素人さんに、ほぼほぼ素人さんに近い方もおられるので、まあ、わからへんで当たり前やなという、思う。だから時々、分かりやすい言葉で何回も、繰り返しましょうという感じです。

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、安全を考えるというようなことがありまして。その辺で直接やりとりをする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。

専門性の違いはどのようにというところで、ちょっと迷ったんですけどそれぞれの専門性がありますし、業務の中で重複するところはあるんですけど。その番地の担当の職員が一番近くで見ているというので、やはりその意見というのは重視してきました。で、いろんな情報持ってますよね。実際に関わっている方は。

専門性っていうのはやっぱり医療だけではなくて、特養は生活の場なので、もちろん健康問題に対して迅速に対応するっていう辺りだったり、急変だったりとかっていう辺りで対応するっていう辺りがあるんですけど、それと並行して、例えば生活歴とか現病歴とか、で、本人の思い、家族の思いとかもう全部包括的に捉えて、この人に今何が必要なのか。

ケアマネとか連携を取ったりっていう辺りで、他職種からの意見調整というか、みんなの意見を聞いて、一つのケアの方法を見いだすっていう辺りで、意見調整をするっていう辺りの特色ですかね。

これも特養ならではだと思んですけど、で、もちろん施設内だけじゃなくて、もう病院だったり、他の施設だったりっていう辺りで連携しなきゃいけないっていうところもあるので、私的にはもう、本当に意見を調整して、その人のためにできるケアをおのおのの立場、目線から考えていくっていう辺りかなと思います。で、あとは本当に利用者が最後まで、利用者と家族が納得して、最後まで生き抜けるように、何かできる援助を考えるっていう辺りだと思ってます。

その専門性の違いによって起こる目線の違いだったり、見るところの違いであったりっていうのもあって当然だと思っているので、もう本当に第一にコミュニケーションを取って、お互いを理解するっていう辺りですね。で、もちろんやっぱりその私たちから見たらそうじゃないって思うところも、で、ワーカーさんから見たらそうじゃないって思うところも多々あるとは思って

すけど、その違いを埋めるのはやっぱりコミュニケーションかなって思います。お互いが役職というか、職種超えて話をするっていう辺りは本当にそれによって違っている部分は本当になり、なくなるのではないかなと思って話をしているので、もちろん見るところも、考え方も捉え方も違うと思うので、利用者の一つの状態でも見るほうによってはいろんな見方があるので、もちろん私たちも気付かないところがありますし、そんなところがあったんだとか、っていう辺りで気付いてないことはありがたうって、教えてくれてありがたうとか、そういうやっぱり一言ですね。で、コミュニケーションをしっかり取って、お互い話をするっていう辺りですね。で、もう理解し合うっていうことだと思います。

考え方もいろいろありますし、違いは出てくると思うんですよね。ですけど、その自分たちがケアをしていく中で、なんか明らかに看護師さんは看護師さん。介護さんは介護さんで、その考えがぶつかり合うっていうことはなかったんですよ。看取りに関してもそうですし、なので、お互い意見を取りあえず言いますよね。言って、利用者さんのために何が一番適切か、なおかつ自分たちの持っているその専門性の意見を取り入れて、両方取り入れて、その間を取るっていうか、折衷案っていうか、そういうのを取り入れて、やんわりと。

今までは医療のことばかり。でも、看護室に引き込まってみたい。呼ばれたら行きますみたいな感じだったんですけど、それが今はみんな結構出てきてくれて、入居者としゃべってくれたりとかもしてくれて、職員の大変さもわかってくれるので、すごくいいです今。

やはり、自分の判断はね、間違っていることもあるの・・・、あるんだと思いますよ。自分が必ずしも正しいって訳でもないのですね。特にこういう一人の人を、一人の目で見ても何にも正しいことはないかなと。だから色々な目で見れるからこそそこに正しいものとまではいかないけども、まあ確実な何かがあるんじゃないかなとは思って、私は自分が見たものが全てだとは思ってないので、自分を信用しないで、あちこち話を聞きます。

【考 察】

「専門性」の「違い」は、それぞれが専門職としてのプロ意識を持っているからこそ生じる目線の違いである。

特に看護師と栄養士、看護職と介護職など、やはり医療的な面によることが多い。例えば、食べることに対する認識の違い、ケアの方向性の違いなどである。長時間一番近くで関わっている介護職と（特養の中で1割ぐらいしかいない）看護師がお互いに「連携」を取りながら、社会福祉士（ソーシャルワーカー）や介護支援専門員（ケアマネ）が意見調整をしているとみられる。

過去には医療職が介護職や福祉職よりも上位だといった形態が見られたこともあったが、今では多職種でチームとして連携するにあたって同じ位置に立ちたいと考えている。どちらが上というのではなく、「対等な関係性」を構築しようとしている。介護職や福祉職は利用者の生活を支えているプロであるという意識をもち、看護職の役割は身体的な苦痛や精神的な苦痛を和らげることでありという意識をもっている。

多職種で連携するためにはコミュニケーションをお互いにしっかり取って相互理解をし合うことが大切である。具体的には医療用語を使わずに具体的に説明や指示をすること、医療的なことを踏まえた勉強会をすることである。これらについて言えば、医療職以外は医療的なことが分からないのは当たり前であって、何度も繰り返し説明すること、カンファレンスや申し送りを充実することなどがあげられた。

特にカンファレンスや申し送りなど、円滑なチームケアをするために重要である「情報交換」、「情報共有」の方法について、次ページよりさらに深く検討していく。

5.4.2. 「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」

表 5-16 「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						

表 5-17 「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」		スコア	「会議」		スコア	「相談」		スコア	「声掛け」		スコア
1	看取る	2.50	1	ケアプラン	4.50	1	看護師	1.03	1	随時	1.00
2	行う	1.70	2	サポート	2.25	2	先生	1.00	2	行く	0.70
3	いつ	1.50	3	会議	1.40	3	必ず	1.00	3	人	0.67
4	申し送る	1.15	4	ユニット会議	0.90	4	栄養士	0.83	4	お互い	0.50
5	集まる	1.03	5	摂	0.83	5	ケアマネ	0.50	5	確認	0.50
6	ケース	1.00	6	月	0.75	6	医務	0.50	6	言葉	0.50
7	ケア	1.00	7	ユニット	0.58	7	介護	0.50	7	絶対	0.50
8	終わる	1.00	8	介護職	0.50	8	職員	0.50	8	大事	0.50
9	内容	1.00	9	開く	0.50	9	食事形態	0.50	9	微力	0.50
10	メール	0.70	10	経口	0.50	10	大丈夫	0.50	10	風	0.50
11	最後	0.70	11	持つ	0.50				11	目	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									

表 5-18 「説明」のコロケーション語（スコア順）

「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

Aさんに関しては娘さまが4人いあって、面会にもよく来てくださってはいたんですけども。私たちの中ではお元気には見えてもやはり何があるか分か……。娘さんたちの中でもお元気なお母さん像があるっていうのだけはすごく伝わってきて、うちの母は元気よね、みたいなことをすごくおっしゃられていたので。ご病気のことすごく理解されてるっていうお話ではあったんですけども、そういった中で認知症状と思われるような行動の変化ですとか、病気の理解という部分での共有をしていくところとか、日頃の様子をこまめにご家族にお伝えするのは意識させていただけましたし。

実際に看取りケアを行った後で職員が、今施設内のメールがあるんですけど、1人がメール書き込むとそこにどんどん追加で書き込みができるシステムになってまして、看取りケアを行ったら必ず全員ですけども。まずユニットの職員に看取りの振り返りというメールを送らせていただいて、その方にケアする中で不安だったこととか、逆に感じたこととか良かったこと何でも書き込んでもらうようにしています。そこで新しい職員はこういう思いを持って接してたんやとか、こんなことに迷ってたんやって、普段から話はしてたつもりでも、いざ亡くなった後でその方に対しての思いとかを共有する場をつくるようにしています。それをその方をしのんだり、また私たちの振り返ることでの次への切り替えにしたり、この方から学んだことを共有して。

それまで、あんまり、なんですか、情報の共有とかもってというのはあまりなかったんです。どっちかっていうとこう、対立してたっていう感じだったんですけど、まあCさんのことがあって、これは全部じゃないですけど、Cさんことがあって、ターミナルになるにあたって医務との連携は大切なことやし、Cさん特に吸引をやった方なんで、吸引のこととかも、吸引うまくない人とかもいるし、職員も。そういうのも連携とかはちゃんと連携として、声掛けとかちゃんとして、吸引しましたっていうのも、やりだして、そこでだんだん話すようになったという感じですかね。

看護日誌という形で取ってます。介護士さんがケースっていう形で介護日誌で取っているんですけど、その介護日誌のほうにも反映するようになってますので、看護日誌もそこで読めるっていうことになりますので、情報の共有ですね。

ケースっていうのがあって生活相談員日誌っていうのもあるんですね。それも、相談員が書いて、そのケースっていうのに反映するようになってますので、みんなの情報が共有できるようになってます。

日々の記録を、リンゴやったら半分食べはったとか、そんなんを記録することで、それを見た職員が次の日に何ができるかとか、今度は違う果物を挑戦してみたり、本人に伺ってみたりっていう中では、ノートと口頭での申し送りとかですかね。いかにそういう情報も、ノートに書いてある部分もあるんですけども、ある程度、昨日いた職員がきょうの人に伝えたりっていう中で、日々いる職員が相談しながらっていう形が。

いろんな病院から来ているからね。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。

もうその方のためのファイルみたいになってて、それを見ていけば、昨日申し送りで、いついつカンファレンスしますとか。で、突然やけど、昨日したんだよって。申し送りがあったらそこ見て。で、手書きのときもあるんですね。カンファレンスシートの転写がちょっと難しかったら急ぎよ、「こんなことしたい」って家族から言われた。家族が来たから、ちょっと昨日起きたんだよねとか。写真撮って、そのときおやつ作ったんだよとかいうのも、後々で。また記録で残したりとかはありましたけど。そのカンファレンスシートを主に活用して、みんなで共有する感じでしたね。

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。

取り組みの情報交換や目的をどういうふうにやってたかということは、やはり、今うちの中でいろんなユニットを、ご存じだと思いますけど10に分けて、そこに今、番地会議が、番地会議の中でもA様についても話し合いが行われました。それと、うちのプロジェクトの経口サポート会議。摂食サポート会議、この中でも今の状況を伝えて、じゃあ次はいつぐらいにこれを試してみましようかとかいう、そういう話と。それに関しては、ご家族さんの思いとかそういうのも、みんなで共有できるようにしていきました。で、評価はちゃんと評価シートを、飲み込みの程度とか、そういったことを記載して、みんなに分かるようにしてきました。それと、A様の場合は看取りの方で、同意も得られていましたので、看取りのカンファレンスの中では最後のほうは、ご家族さんにも参加していただいて。どうしても、看取りの中で時々ご家族さんに確認を入れないと、自分たちの思いだけで進めていきがちになるんじゃないかというのがありまして。やはり、看取りカンファレンスの中でこういったのを私たちは取り組みしてますとか、食べていただきますとかいうことを。で、きょうはこういう笑顔が、これでこういう会話してましたとか、そういったことをご家族さんにフィードバックするようにしています。

基本的なアセスメントは参考にはしますが、そこから膨らませていって。やっぱり、本人の気持ちとかを読み取るような努力が必要だなと思います。どうしても、こちらからの一方的な援助になってないかというのも時々振り返りながら。本人は、よくそんなこと望んでないとか、そういうふうにならないように。それが、多職種で関わることの意義じゃないですかね。

立ち話とかが多いですね。うちは、カンファレンスですって言ってたくさんが集まるのは、医師が入った話し合いがメインでして。あとは必要な所に相談員が走りながら、介護士の所にももちろん行きますけど看護師の所に主に行きながら、いろんな所、栄養士とか、間に入りながら。会議は持たず、その辺の間に入ってやっていくって感じがうちのやり方かなと思うんですけど。情報がないとケアプラン、いいケアプランは出来ないと思ってますし、現場の職員さんが一生懸命情報を集めてくれることが、ケアプランの元になっていると思ってますので。-----そうですね、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れど、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ってることを批判しないように、それもありがたよねーみたいな感じではやっていますね。やっぱり、そこで信頼関係が築けないと、私何も情報貰えなくなってしまうので。

【考 察】

「情報共有」については家族と施設職員（介護職、福祉職、医療職）のそれぞれ大切なポイントである。

まず、家族との情報共有は行動の変化や病気の理解という部分の共有がある。家族にとって利用者が元気なイメージがある場合、「日頃の様子をこまめに伝えていく」ことが大切である。

また、看取りのカンファレンスの中で時々家族の方にも参加していただき、「家族の意思や意向を尊重」していくことが大切である。自分たちの思いだけで進めていかないよう心がけたい。時には兄弟や家族の間で意見が分かれる場合などもあり、第三者として中立的な立場で家族に接することも重要である。

職員間の情報共有については、さまざま具体事例があげられた。例えば、ノートや日誌によるもの、メール等のシステム化されているもの、カンファレンスや会議、評価シートなどである。もっと日常的に「立ち話」であったり、「自分から情報を聞き出す」ように心がけているというケースは多い。

言語統一や重要な統一事項があればメールだけでなく、必ず口頭で毎日、誰一人漏れることなく全員に周知するなど、情報共有の重要性について意識が高い。

とはいえ、やはり情報を共有すること、ひいては円滑なチームケアをするためにはまだまだ「課題」や「改善点」がみられる。次ページより課題となる点について探っていく。

5.4.3. 「課題」「反省点」「難しい」

表 5-19 「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	うーん	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	急きょ	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

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思ってるのが、上手に伝わっていないとか。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。

情報の共有の仕方とか、それに関してまだまだ課題が残っていきます。

個人的なものなんですけど、やっぱり全体を見通して指示だったり、連絡だったり、相談だったりができるようになりたいなとは思いますがね。で、やっぱりケアマネも24時間見てるわけではないので、そこら辺で情報を共有してケアプランを立てたりとか、で、相談員だったりワーカーさんだったりもそうですけど、やっぱり現場の声にちゃんと耳をかたむけるっていう辺りをもうちょっと重視していけたらなっていうふうには思ってますね。

でも、やっぱりご家族との関係性ですね。やっぱりどうしても看護師は悪くなってから登場するっていう形で、日常の生活のときにあんまり出て行くことがないんですね。で、お熱が出たら報告をして、それでお話をするっていう形なんですけど、もうちょっと日頃から、例えば面会に来られたときにでも異常がなくても最近元気にされてますとかいうふうにお話できていったらいいな、とは思ってますね。

チームとしての反省点。6番にちょっと通じるものもあるんですけど、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、繰り返して何回も言って確認する必要があるのかなって思いましたね。

あとはチームとして多職種の連携という視点から見たときに、これ反省とかではないんですけど、チームの雰囲気がすごく良かったんですよ。看護師、自分にケアワーカーさんですね。ケアマネ、栄養士とかですね。混ざったときにすごく雰囲気も良くて、意見もそれぞれの専門性からした意見がすごく言えてたので、もうチームとしてのなんですかね。チームっていう形ではすごく良かったのかなと思います。ただ、それが利用者さんにとって本当にいいケアができたのかって、そこがつながってるのかって言われれば、つながってない部分もありますし、自己満足で終わらせてはいけなくなってすごく実感してますね。

家族の思いとか、そういうのは自分だけが分かっててもしょうがないので、そういうのを介護さんとか、ケアマネさん、看護師さんにその都度伝えていって、方向性ですね。ケアの方向性を検討していくっていうその大切さとか、難しさっていうのを実感してましたね。それがだんだんその回数を重ねていくうちに、いい意味で慣れっていうか、自分のすごく経験になりましたし、今後、今後自分はケアマネとして携わっていくことになるんですけど、生活相談員としての、その今までの経験っていうのがすごく役に立つかなって思いました。

ただ、もうちょっとやっぱり連携ですかね。チーム。医師、ケアマネ、栄養士。それから相談員、ケアワーカー、看護師、このケアワーカーっていうのがユニット全体のケアワーカー。もう本当にみんなが参加してできるケアっていうのが、難しいかなって。例えば、Bさん、88歳の場合、違うな。これは全部ユニット型になるんですね。ユニット型なのでエリアが二つありますよね。なので、片方のエリアの職員の方は分かるんですけど、例えばこっちの人が看取りだったとします。こっちのエリアの方は全く、夜間しか携わらないので、夜勤をしてる人しか分からないんですよ。で、そういう人に日中の状態を伝えたりとか、夜間以外にも行ってもらったりとか、家族に顔を覚えてもらったりとか、こっちの利用者さんの家族からすれば、こっちの職員さんの顔は分からないですし、夜間そんな会うこともないですし、不安だと思うんですよ、すごく。関係もできてないですしね。

で、そういう面での接続役じゃないですけど、そういうのも今後、必要になってくるのかなって。自分はできなかつたんですが、それがもう他の隣のエリアとの共有みたいな形が取り組めな

かったんですけど、今後、生活相談員とかケアの方ですね。リーダーさんとかが積極的に他のエリアの職員さんとも交流を持って、情報を伝えていくってことがすごく大事なんじゃないかなと思いましたね。

老衰に対する自信というか、老衰の方を看取っていく自信ってすごくケアワーカーにもあるし看護師にもあるんですけど、やや医療が必要な方に対する看取りへの不安感とか怖さがどうしても。老化、老衰、そういう方は自分たちで見えていくんだっていう気持ちの反面、熱ぐらいたったらあれなんですけど、痛みとか、ご家族のもうちょっと医療受けさせたいっていう希望とかに柔軟に対応するところがちょっと弱い部分があります。その辺の核になるのは看護師と医師の考え次第なんで、そこが変われば介護士もそこにグッと引き上げられるんですけども。-----でもやっぱり私もう1本点滴さしてあげたいとか、もう1本注射打ってあげたいとか、もう1口危ないけど、詰めてもいいから食べさせてあげたいとかっていうところも、その意向に応えるためには医師とか看護師さんの意識がこのゴール以外にもうちょっと選択肢があれば、もしかしたらもう少し、ちょっと家族が揺らいたときに、今はそういう段階じゃないんですよって言うてしまわずに、その気持ち大事にしましょうかっていう受け止め方ができるんじゃないかと思うので。そこがちょっといつも、いい看取りなんですけど、もう少しそういうこと、もし言わはったらうちって対応できたのかって不安になるときがありますね。その辺かなと思います。

チームとしての反省点、改善点ですが、看取ることに対して各職員で意識の差が生じています、正直言って。介護職って幅が、何ていうか、ヘルパーさんもいれば無免許の人もいれば介護福祉士もいる科なんです。ということは、それだけの知識とか今までの協力されてきた過程で差がある科なんです。看護師っていうのはもう准看か正看だけなんで。准看であれば、ある程度の一定のレベルの勉強はしますが、介護で例えるとその差が激しい。なので、一つの行為、ケアにしても認識の差が、人によって差があるんです。その差をある程度、一定のレベルのところまでに縮めておかないと、なかなか統一したケアっていうのができないんです。この方のためにこういうことをしていこうとか、いろいろ考える上でも認識が違えば行動にも、またこう移らなかつたりとかするので。そうすると本当に統一したケアができなくなるんです。やっぱり、教育課程が違えば理念、何ていうのかな、倫理とかそういうことまで学んでいない方たちっていうのが、例えばヘルパーさんとか。

【考 察】

最後にチームケアの「課題」「改善点」として、いくつかピックアップしてみた。

- ◇情報共有しているが、きちんと伝わっていない。
- ◇各職員の意識の差が激しい。
- ◇理念や倫理について学びの差がある。
- ◇看護職も、日頃から現場に顔を出したり、耳をかたむけるなど重視してほしい。
- ◇申し送りは、細かな点、変更点など、分かりやすい書き方と周知徹底が重要。
メールだけでなく口頭で何回も説明することも必要である。
- ◇意向や気持ちをくみ取ること。一方的になっていないか振り返ること。
- ◇施設内だけでなく施設外や他の地域との連携。

上記の課題を改善するためにも介護職、福祉職、医療職のそれぞれの役割と専門領域が異なる専門職がチームとして連携し、お互いの立場と専門性を認め合いながらより円滑で充実した看取りケア（ターミナルケア）につながるよう願っている。

5.5. 職種ごとの役割

ここでは主たる職種として介護福祉士、社会福祉士、看護師の3つに分け、それぞれの役割について検討した。（介護福祉士は調査協力者全員が資格保有者であり、社会福祉士は介護支援専門員と兼任しているところもあることから考察は上記3職種とした。）

5.5.1 介護福祉士の役割

娘さんたちの中でもお元気なお母さん像があるっていうのだけはすごく伝わってきて、うちの母は元気よね、みたいなことをすごくおっしゃられていたので。ご病気のこともしっかり理解されてるっていうお話ではあったんですけども、そういった中で認知症状と思われるような行動の変化ですとか、病気の理解という部分での共有をしていくところとか、日頃の様子をこまめにご家族にお伝えするのは意識させていただいてました。これは看取り期というよりは生活の場であるということですので、これまでの生活を大事にするところが常にどの方にもさせていただいてることで。Aさんとか特に髪の毛の長い女性で施設に入所されるとどうしても髪の毛短く切られたり、切って入所されたりという方がいらっしゃるんですけども、髪の毛を自分で結うことが毎日の日課やったんやって伺ってましたので鏡の前に朝立っていただいて。かわいらしい髪留めを幾つか家族さんが用意されてたので、そういったことを大事にしたりとか。ご本人さんもそれをするすることで、白髪のきれいな髪の毛の長い方だったんですけども、なるべくそれまでの生活でしていただいていたことはこちらでもしていただきたいというのは心掛けてきました。

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良いというところですね。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ました。

今までと変わらない生活をずっと過ごしてもらっているのが、多分、介護職としては同じ気持ちだと思います。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。

自分たちができることは、まず言葉掛けをするとか、体を少し動かして覚醒を促すとか。離床して、本人さんが起きるという状態をつくってあげて、生活のメリハリをつくるという、生活の面からの関わりで。

何があってもそこに来てゆっくりできる雰囲気づくり、環境をつくりたいなっていうことで、お部屋にソファベッドを置いたりとか、あと来て何も無いお部屋だと寂しいので、ちょっとこう、家族に、いい雰囲気というか、自分の家に行っていた感じのような、お花を飾ったりとか、ちょっと誕生日の色紙を飾ったりとか、ちょっとそういうふうになんか心掛けてしました。

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はいけませんし。でも、その中には、絶対リスクっていうのは付きまとうと思うんですよね。例えば、そういう状態の方に食べ物を食べていただいて、これ詰まることもあるわけなんです。そういったことは、しっかりご家族の方に計画表に基づいてご説明を。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。でも、もしかしたら、みんな一生懸命やっても詰まったりとか、そういうことはあるかもしれない。そういうリスクの中で、多分個々リスクを乗り越えていかないと、誰も食べさせたりする。

ご家族の思いとケアワーカーの思いとそれ以外の職種の思いがずれてないかとか、差はないかとかは気にするようになってますね。

こちらとしては体に変化が起きてきたり、認知症があつて理解がだいぶ少なくなつてると感じていてもご家族が来られると、ご本人さんもご家族って分からはると元気な反応しちゃったり。そんなんを見てはると、家族さんもまだ元気やん、なんでそんな話されるんやろっていう部分が、全員ではないんですけどもそういったの感じてらっしゃるかなっていうのがあつたりとか。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。日頃のご様子とか、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ほしい思いがあるので、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つて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。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つたときには、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よという。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お話ししますし、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ので。日頃のご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。

「家族が、良かったって言ってくれればいいね」って、言ってきてますね。「そういうふうにしてあげなさいよ」って。あと、「思い出は残してあげなよ」って。家族のためにも。だから、ターミナルだから寝たきりとかじゃなくて、起こしてあげて写真撮ってあげて、いい顔とか家族と一緒に触れ合っているところの写真を残してあげて。それを、多分見て、家族は「懐かしいな」って言うてくれるだろうしっていうのを、そういう思い出づくりもたくさんしてますね。

治せないにしても、悪化はさせないっていうのをみんなで目標にしていたので。それは多分、本当に必死で取り組んで。で、介護職は、常圧を一生懸命して。できてないときは、その都度リハビリ科から、「きょう、できてなかった。あの角度は良くなかったよ」とか。看護師さんから、「もうちょっと工夫して、できるんじゃない」とかをもらいながら、なあなあにしないっていうか。そういう日もあるよじゃなくて、きょうはできてなかったよっていうので、また一週間後に行われるカンファレンスで必ずそこを、「そういう場面があったから、直してくださいね」ということを、ちゃんと言ってくださったりするので、そこに向けてしっかり取り組んで、言わないといけないことを言うてくださったので、そこを介護職としては、すごく助かったっていうか、本人さんも痛い思いを続けなくてよかったので、そういう面においても、すごく連携できてるなっていうのを、すごく思いましたね。専門性から違っているのは、やっぱり医療的な面に特化。

自分たちにできることって何かとか。この人のための、ここでどうしようっていうのをすごい考えたので。全般を支えていって、助言をもらいながらだけど、自分たちが何をしたいかっていうのを、すごい大事にしていったから、ちょっと連携がうまくいったんかなっていう。違いからくるっていうのは自分たちの今回は持ち方っていうか、積極的な感じに何ができるか、本人がどう思ってるのかっていう思いとかを積極的にくみ取ろうっていう気持ちに、自分たちがなっていくっていうので、ついていったっていうか。向こうの医療のほうから、看護師のほうからは、しようっていう前に、じゃあどうしたいのっていうところに対して答えがでて、どんどん話が積み上がっていくっていうのができたかな。もし私たちが、「はいはい」とって、ずっと言ったら、多分今回のケース、言葉がしゃべれるようになって、食べたいものがどんなものが好きか考えて食べれてっていう方向にはいかなかったのかなと思って。私たち介護職って、生活全般を支えていくプロじゃないですか。

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い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。

これは私の永遠の課題やと思うんですけど、喋れる人だったらね、わかるんですけど、喋れへん人は本当にここの施設で、この職員に見守られて亡くなってよかったんやろうかっていうのは常々思っています。よかったな、って思ってもらえる介護をしていこうとは思ってるんですけど、それが本当に亡くなった後にね、聞いてもわからないじゃないですか。そこはいつもこう、ね、自問自答ですね。

変な言い方ですけど、家族さんからここで亡くなってここで全うしてくれてよかったって言われたらなんかホッとするんです。よかったんかな、これでよかったんかなと思ってほっとします。

本当に今、職員人手不足ってどこも言われていて、介護職員が少なかったり。うちも経験が浅い職員が多い中で、すごく大切なところを関わらせていただいている中で認めてもらえたらいいなという部分とか、もうちょっとそういったところを。特別なことをしてとは思わなくてもいいんですけども介護の専門職として関わらせていただいていることがやりがいにつながって、介護職員の経験値の積み重ねになってみんなで続けてやっていけたらいいなというのが、そういう体制をつくっていくことが私の役目でもあるんだろうっていうのは日々感じています。

■介護福祉士に対する考察

- ・介護福祉士は利用者にもっと身近にいる存在である。従って最も身近にいる者として、本人の看取りにおいても苦痛がなく、家族の思いも受け入れてながら、かつ調和を取りながら最後を家族も安心できて見送れるような形にしていくことを役割として担っている。
- ・介護職として重点を置いていることは、最終的には利用されている方の苦痛を取り除くということである。防げるものは防いでいかなければいけないが、その中には必ずリスクが付きまとう。例えば、嚥下状態の方に問題がある利用者は食べ物を詰まらせることもある。そういったこと心身の機能低下に関するリスクについては家族にケアプランに基づいて説明を行い、過度に不安にならないよう配慮することを担っている。
- ・ケアをするうえで利用者の既往症も踏まえて、日常のその人らしさを大切にできるように生活の場である特養で過ごしてもらえよう対応している。
- ・介護職として対応が難しいことは、本人の状態に対して家族がいつも揺れ動くということである。介護職は家族の考えや思いが揺れ動きを踏まえ、その不安に対して少しでも寄り添えるかを担うことが求められる。このようなことを実現するために、例えば、利用者がターミナルの時期であるから何もできないという状態になった場合であっても、死後、家族がこれまでの立ち振る舞いについて振り返って後悔が小さくなるように様々な工夫を試みている。具体的には笑顔の写真を残すといったことを行い、家族と一緒に触れ合っていることを形としても残すことである。その典型の一つが残された写真やモノを通じて、家族に対して思い出づくりも行うことである。
- ・介護職は申し送りやカンファレンス時に看護師との情報共有の中で、用いる専門用語について理解をするように心がけなければならない。それは看護師の専門性が異なるからである。介護職は日常生活支援、看護師は健康管理が主たる領域となっているためである。それが現場では立場の違いから物の見え方、異変の感じ方が異なることもある。その一例としては「浅い呼吸状態と言われた時に、浅い呼吸状態って時には、後どの位って思うか？」と言う場合、「この浅い呼吸状態がどういう風に変わったらまずいなと思うか？」というものである。
- ・「情報共有」の中で重要なのが、医師と看護師だけで情報共有を行うのではなく、その他専門職と家族も交えた形で行うことである。具体的には医師の回診時には看護師が応対する以外に介護職、福祉職、そして家族にも同席してもらうようにしていた。これは医師からどのような説明があったのかを聞くだけでなく、家族の意見も併せて確認、共有することが可能となるからである。

- ・利用者の身体的状況の説明は家族の性格も踏まえて簡潔に行うことが求められる。それは曖昧な言い方や表現をすることで不安に陥ることやトラブルを防ぐ意味もある。
- ・利用者の緊急時は介護職、看護師へと引き継がれる形が多い。病院が提携外だった場合、職員が面会に出向いても情報が伝わらないといったジレンマが生じていることから、情報伝達のあり方について準備する必要がある。

表 5-20 「介護福祉士」の頻出語 上位 150 語

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
思う	104	最初	18	報告	10
介護	79	生活	18	毎日	10
家族	74	専門	18	立場	10
言う	63	前	18	連携	10
ターミナル	56	看取る	17	連絡	10
亡くなる	51	結構	17	インタビュー	9
看護	50	月	17	ターミナルケア	9
聞く	48	担当	17	経験	9
話	46	病院	17	経口	9
ナース	43	カンファレンス	16	考える	9
今	43	本当に	16	今日	9
利用	43	違う	15	直接	9
感じ	41	思い	15	望む	9
人	40	持つ	15	本人	9
ケア	36	部分	15	理想	9
行く	36	一応	14	リーダー	8
難しい	35	声	14	吸引	8
ケース	34	相談	14	口	8
入る	34	目標	14	行う	8
形	32	この方	13	最期	8
施設	32	医者	13	次	8
自分	32	作る	13	書く	8
お話	31	出る	13	少し	8
情報	31	食事	13	全部	8
見る	30	仕事	12	多い	8
今回	30	職種	12	大体	8
職員	30	他	12	動く	8
来る	30	特	12	同意	8
ドクター	27	入居	12	判断	8
ケアマネ	26	いつ	11	様子	8
チーム	25	お願い	11	養	8
現場	25	お話し	11	話す	8
食べる	24	ニーズ	11	シート	7
対応	24	医務	11	レベル	7
特に	24	顔	11	意見	7
基本	23	気	11	栄養士	7
共有	22	場合	11	関係	7
最後	22	確認	10	気持ち	7
一番	21	感じる	10	勤務	7
時間	21	関わる	10	形態	7
多分	21	好き	10	迎える	7
分かる	21	終わる	10	見守る	7
夜勤	21	出来る	10	言葉	7
状態	20	場	10	呼吸	7
年	20	状況	10	寝たきり	7
医療	19	先生	10	全員	7
支援	19	朝	10	体制	7
申し送る	19	伝える	10	大事	7
スタッフ	18	部長	10	日々	7
プラン	18	変化	10	風	7

5.5.2 社会福祉士の役割

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行く役割をしています。

私の立場で一番この方に関わったのはご家族との関係のことで。ご家族の方が大動脈瘤のことはいつ破裂してもおかしくないってことだけはすごく頭にはあったんですけども、すごくお元気な方なので、お元気なお母さんが年を取っていくことがなかなかしつかりとご理解、私たちが見る衰えとちょっとずれがあったりしたので、その辺りをご家族にどういうふうに伝えてご理解いただくかっていうところが相談員の立場としては、この入所の期間に結構苦勞したところかなとは思っています。

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、こういうふうには言わはるかもできませんけど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。

私たち、相談員としての看取りに関わる役割としては、ご家族、ご本人さんの一番に気持ちを理解して、今後亡くなるまでの間、どういうふうに関わっていくのかっていうところを、それぞれご家族の思いを聞いて、それを他の職、介護員さんであったりとか看護師さんとかに伝えていくっていうところを、主にさせていただいていますので。本当にその家族と、入所してから退所するまでの間に、ずっと関わっていきけるっていうところが、自分たちの強みというか、いいところかなっていうふうには思っています。

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よ。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、すごく生活相談員にとって大事なのかなって思っています。

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っていう方法を

採ってます。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う方向で進めています。で、そのご家族さまが不安とか疑問がある場合に、その不安なことをいったん需要しますよね。需要して、共感して、で、分かりやすくお伝えするっていうことがすごく大事ななと思います。で、信頼関係を築くとともに、少しでも安心してもらうように対応する必要があると思ってます。で、その他、ケアに関われるときがあれば、なるべく現場で利用者さまと話したり接して、自分なりに情報を伝え、把握をするということを心掛けていますね。

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持って、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。

ご家族の希望とか、本人さんの状態とかは、看取りのカンファレンス以外でもメールとかでも共有したりとかですね。その申し送りで流したりとか。カンファレンスとメールかな、そういったので、情報の共有っていうのはさせていただいています。この一部の方だけではなくて、関わってるみんなに伝わるようにっていうことでさせていただいています。

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する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。

それぞれのご家族さんによっても、いろいろな本人に対しての思いとかもきっとあるとは思いますが。温度差があったりとか、そういった方もいらっしゃると思うんですけど。家族のケアというか、本人さんが亡くなるまでの支援をしていくのと同時にご家族さんの支援とか亡くなった後の、やっぱりショックを受ける方とかも、そういったフォローも必要になってくるなっていうのはすごく感じてます。家族フォローというか。

■社会福祉士に対する考察

- ・特養の社会福祉士の役割は各職種の間を取り持ち、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ることにある。特に利用者・家族の意向を確認し、同意書を作成、医療機関側に対して窓口となり、幅広く依頼を受けて対応する場面で主たる役割を担っている。
- ・医療職との連携に対し、福祉職として医療に関する知識や専門用語で困ったことはそれほど多くな

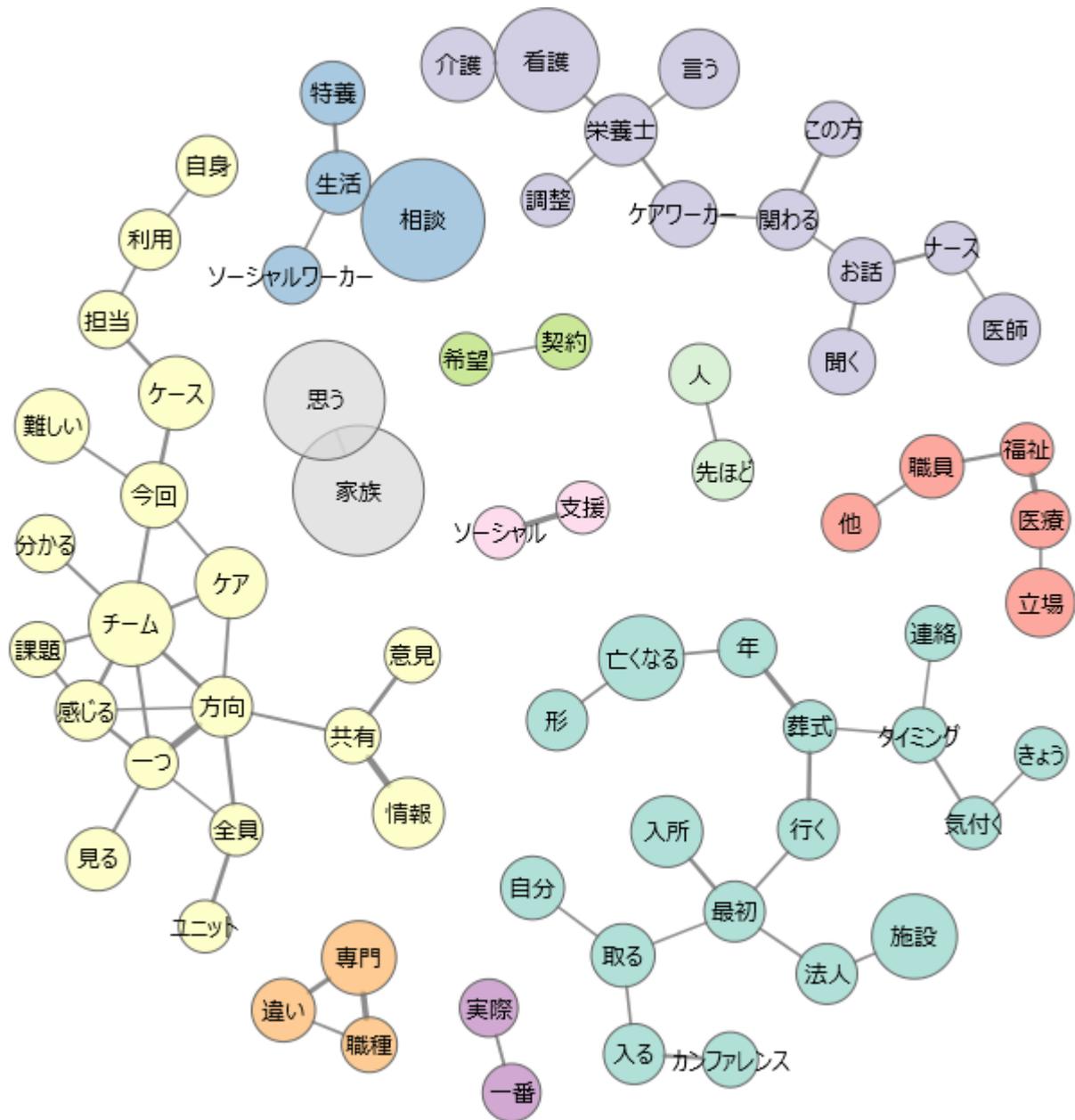
かった。これは医師も看護師も福祉職に合わせてわかりやすく説明をしてくれていることが背景にある。しかし、福祉職としては「こうしたほうがいいのでは？」といった意見のずれは生じることがあった。例えば、肺炎が治って退院して特養に帰ってきたが、家族がもっと延命や点滴を毎日してほしいという意向がある場合に特養としては判断に困ることになる。そのため、入院中に家族の意向や心配なところを汲み取って、医師から特養でできる範囲のことを説明してもらおう場を作ってもらいたいと望んでいる。

- 家族の意向を正確に捉えられるのが生活相談員である。家族の方針や要望は医師からは聞かれる。入所時や面会時に得られた情報を福祉職として整理した内容は「こういうふうに感じてらっしゃるようです。」ということを経験者に伝えている。特に気持ちが揺れ動いている、感情が不安定な家族の場合にはその情報も併せて各職種に提示をすることも役割として担っている。
- 家族の支援も社会福祉士にとって重要な役割である。家族が不安や疑問がある場合に、その不安なことをいったん受け入れることが役割として求められている。家族の気持ちを共感するだけでなく、現状について理解してもらえるよう、平易な言葉で伝えることが特に重要になってくる。これは少しでも家族の不安を取り除くためと信頼関係を築くために行なっている。
- 福祉職の特徴として、過去に老衰となっている利用者を看取っていくことについて経験を有したことがある者は、医療が必要な利用者に対する看取りの対応に不安や怖さを感じているケースが見受けられた。それは知識的な部分が大きく、家族に対する疑問に十分に答えられない、異変時に対応できないということから由来すると考えられる。それに対応するには知識の面での充実はもとより、異変時に対応できるスキルを身につけることが求められる。そうすることで、仕事としての幅を持たせることが可能になってくる。
- 他職種間の調整も重要な役割である。異なる職種であり、ものの見方が異なっていることによるため、それぞれの意見を尊重しながら利用者にとって何が望ましいのかを制度に基づいた生活支援の側面から検討している。

表 5-21 「社会福祉士」の頻出語 上位 150 語

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
家族	33	年	6	特に	3
相談	30	分かる	6	日々	3
思う	29	この方	5	病気	3
看護	23	カンファレンス	5	部分	3
チーム	16	ターミナル	5	変わる	3
施設	16	タイミング	5	面接	3
亡くなる	16	意見	5	目的	3
看取る	14	課題	5	立ち話	3
言う	14	関係	5	連携	3
ケース	12	共有	5	老衰	3
介護	12	契約	5	話し合い	3
専門	12	職種	5	話す	3
難しい	12	連絡	5	ある程度	2
話	12	きょう	4	お互い	2
ケア	11	ナース	4	その後	2
医師	11	ユニット	4	インタビュー	2
栄養士	11	一つ	4	グルグル	2
情報	11	希望	4	スタッフ	2
入所	11	気付く	4	スムーズ	2
立場	10	経験	4	ターミナルケア	2
お話	9	考え	4	ベスト	2
今回	9	支援	4	メイン	2
聞く	9	全員	4	リーダー	2
違い	8	葬式	4	医者	2
見る	8	調整	4	一度	2
自分	8	福祉	4	家	2
取る	8	本当に	4	会う	2
職員	8	それぞれ	3	解決	2
生活	8	たくさん	3	回る	2
特養	8	コミュニケーション	3	概要	2
病院	8	ニーズ	3	確認	2
お願い	7	リハビリ	3	感じ	2
感じる	7	一緒	3	見る	2
関わる	7	延命	3	関わり	2
形	7	既往	3	機会	2
行く	7	勤務	3	気	2
最初	7	構成	3	気持ち	2
自身	7	考える	3	吸引	2
人	7	行う	3	携わる	2
先ほど	7	今後	3	決める	2
入る	7	歳	3	言	2
方向	7	思い	3	呼ぶ	2
法人	7	持つ	3	交わす	2
利用	7	時間	3	交換	2
医療	6	受け入れ	3	向こう	2
一番	6	重点	3	合わせる	2
今	6	出る	3	最後	2
実際	6	食べる	3	次	2
他	6	大体	3	治療	2
担当	6	踏まえる	3	自ら	2

図 5-7 「社会福祉士」の共起ネットワーク図



社会福祉士の場合は、「家族」「相談」「思う」という語が頻出しており、
家族に寄り添うこと、家族の支援について語っているケースが多くみられた。

5.5.3 看護師の役割

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。

看護師の役割っていうのは、やっぱりその人が死ぬ瞬間までいかに充実した生き方をどれだけできるか。それをどこまでお手伝いできるかに懸かっていると思うんですね。ということはやはり、QOLとかQODとかいいますが、死にゆくまでの生活の質をより高いものにするための役割があると思っています、看護師は。じゃあ具体的にはどうかってなると、生活する上で質が、苦痛があると質悪いですよ。亡くなる前というのはやっぱり何らかの苦痛が生じている状況なので、苦痛をどれだけ緩和できるか、どこまで私たちがケアで軽減できるかっていうところに私たちの存在する意味はあるのかなとは思ってます。なので、身体的な苦痛もそうなんですけど、精神的な苦痛もやっぱり和らげていかないといけない。それは、家族に対しても。精神的なものは、ご本人は意識がだんだん落ちてくるので、精神的なものといえばご家族はやっぱり、かなりケアしなきゃいけないかなとは思っています。そういう役割、認識をしています。

で、情報交換、情報共有は申し送りと共有フォルダーっていうのをPC上で看取りのフォルダーを作ってますんで。それにカンファレンスをするよとか、会議をした内容を入れてたりとかしますんで。まあ、普通にこうメールを使ったりとか。

専門性っていうのはやっぱり医療だけではなくて、特養は生活の場なので、もちろん健康問題に対して迅速に対応するっていう辺りだったり、急変だったりとかっていう辺りで対応するっていう辺りがあるんですけど、それと並行して、例えば生活歴とか現病歴とか、で、本人の思い、家族の思いとかもう全部包括的に捉えて、この人に今何が必要なのか。救急搬送一つにしてもやっぱり病院で聞かれることは、この人挿管するんですかとか、延命するんですかっていうことだったりするので、そこら辺をもう本当にみんなの意見を把握して、で、その上で4人と連携を取ったりとか、で、ケアマネとか連携を取ったりっていう辺りで、他職種からの意見調整というか、みんなの意見を聞いて、一つのケアの方法を見いだすっていう辺りで、意見調整をするっていう辺りの特色ですかね。

看護職って結局、特養の中で1割ぐらいしかいないんですね。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す、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。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。そうやって対応してます。

ワーカーさんも素人さんに、ほぼほぼ素人さんに近い方もおられるので、まあ、わからへんで当たり前やなという、思う。だから時々、分かりやすい言葉で何回も、繰り返しましょうという感じです。

私ら看護師もやっぱし、ワーカー、看護師って基本、病院で働いているとやっぱ怖い。あの、パツパツパツ物言いますし、基本的に怖いし、っていうのが恐らくワーカーさんの中にあると思うんですけど。そういったことを感じさせないように、気も付けてるし、それは最初の3回で気を付けました。さっきも言いました、全然分からへんので、専門的な言葉とか分からへんので、分かるようにするためには平易な言葉もあるし、で、普段から、できるだけ怖い看護師さんと思われないように、私は、病院でも別に怖い看護師ではなかったの、あれですが、にしましようと思ってますので。だから、で、ワーカーさんが素直に聞いてくれるし、恐らく分からなかったことは、分からなかったときは聞いてくれるので、そういった意味でいうたら、ワーカーさんがその点ちゃんと聞いてくれはる、ありがたいと。

その重点を置いたっていう辺りに関しては本当にもうコミュニケーションを取って話をして、なんでそう思ったのか、なんでそうしたいのか。で、その結果、何ができたらいのかっていう辺りをどう思っているのかっていうのをしっかり聞いて、で、私たちの指示一つにしてもなぜそうするのか、なぜそういう私たちがそう言っているのかっていう辺りをしっかり受け入れてもらって、で、納得した上で根拠を持ってケアをしてもらうっていう辺りを大事にはしてますね。

お互いの意見も一方的に伝えるだけじゃなくて、お互いの思いをキャッチボールして、で、やっぱりそうですね。利用者に対してケアをするにあたってはやっぱりどうしても譲れないところがお互いあったりするんですよね。例えばですけど、どこか連れて行ってあげたいっていう思いがあったとして、でも、血圧が低い、酸素もちょっと安定しないような状態で、医療的に見たらちょっとやめておいたほうがいいんじゃないかなって思う。でも、ワーカーさんからしたら、やっぱり最後の思い出にどこか行かせてあげたいっていう思いがあったとして、何をすればそれができるのかっていう辺りをお互いで話し合いながら、例えばナースが付いていったら、急変にも対応できるし、うまくいくんじゃないとか、そういう辺りで折衷案ですね。お互いがお互いのことを言い合って、で、意見が出たところで、真ん中の意見ですね。利用者に安全で、安楽であるっていう前提で折衷案を提示するっていう辺り大事にはしてますね。

どうしても看護師は悪くなってから登場するっていう形で、日常の生活のときにあんまり出て行くことがないんですね。で、お熱が出たら報告をして、それでお話をするっていう形なんですけど、もうちょっと日頃から、例えば面会に来られたときにでも異常がなくても最近元気にされてますとかいうふうにお話できていったらいいな、とは思ってますね。

痰の吸引がね。そういったことで、介護士にももちろんしてもらわないとならないので、介護士に吸引の仕方の指導をしたりだとか、こちらのほうでもそれでも鼻腔からの吸引ができないとということでしたら、私たちが呼ばれてどうしても痰が取れないんですがということ、たん吸引のお手伝いをしたり、またこの方はよく熱を出されて脱水傾向に陥られることもあったので、ドクターが来られている時だけ点滴を週に二回したり、いろいろと携わってきました。三か月に一度の採血してこの人の栄養状態はどうなのか、炎症の値はどうなのかとか、そういったものを見て先生に報告して、内服などを熱を出されたときはだしていただいたりともう病院に行かないのでこちらの先生、主治医の処方してもらわないとならないのでそういうところで、先生と報告しあったり連携をとって行って、その方に合った内服であるとか点滴であるとか処置をさせていただいています。

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、ってなるのもうちょっと危ないですよとか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、何のことかわか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をなるべく省いて、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。

先生がずっと毎日いらっしや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。

■看護師に対する考察

- ・看護師の役割は利用者や職員の健康管理と予防である。今回調査したケースでは医師は定期的に施設に往診しているので、看護師は往診に伴う診察の準備や介助、内服の管理、予防接種、点滴などを行っていた。
- ・時に看護師は痰の吸引は基本的に介護職が行うがうまくできない時に呼ばれることがあるため、その指導や対応をすることがある。
- ・利用者の健康管理をするため、毎朝、利用者の居室に顔を出して状態観察（呼吸、血圧、顔色、足の観察など）をしている。
- ・看護師がほかの職種との連携で気をつけていることは医学的な情報を常に動いて自身で確認すること、他の職員からも情報を集めていること、そこで得られた情報をそれぞれの専門性に応じて、平易な言葉で話したり、何回も繰り返し説明するなどしてうまく橋渡しをしている。
- ・情報の共有方法は朝夕の申し送り、月1回のユニット会議、ケアプラン会議で行っている。記録も

医療用語、専門用語は使わずに、わかりやすい言葉で書くように心がけている。看護師は適切に情報を伝えるため、話し方に気をつけている傾向があった。

- ・家族には医療的な対応の説明をするために必要に応じて状況説明をしている。
- ・病院との違いとして完全な無菌状態ができないことがあげられた。このような場合、半清潔という形をとり、そこにあるものでケアをしていく工夫をしていた。点滴も病院のように毎日ではできないので、往診に合わせて医者との連携連絡をとることも看護師の役割のひとつである。
- ・特養は医療職の人数が少ないため、看護師からすれば胃ろうや点滴について必要かどうかの判断が難しいと感じていた。

表 5-22 「看護師」の頻出語 上位 150 語

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
看護	55	最初	9	あと	5
言う	48	長い	9	お話し	5
思う	35	話	9	コミュニケーション	5
聞く	26	カンファレンス	8	リーダー	5
ケア	25	ユニット	8	意見	5
介護	25	回る	8	違い	5
ケース	24	感じる	8	医者	5
家族	24	月	8	一つ	5
見る	24	言葉	8	頑張る	5
食べる	24	状況	8	顔	5
お話	23	職員	8	教える	5
今	23	食事	8	結構	5
ターミナル	22	特	8	健康	5
先生	22	養	8	減る	5
亡くなる	22	連絡	8	思い	5
来る	22	話す	8	自分	5
チーム	21	基本	7	書く	5
人	19	気	7	場合	5
病院	19	最後	7	生活	5
形	18	支援	7	先	5
専門	18	時間	7	大体	5
難しい	18	先ほど	7	点滴	5
情報	17	朝	7	伝える	5
利用	16	日常	7	比較的	5
感じ	15	毎日	7	必ず	5
違う	14	役割	7	風	5
看取る	14	薬	7	変化	5
申し送る	14	お願い	6	本人	5
担当	14	意味	6	夜間	5
入る	14	医療	6	立場	5
年	14	一応	6	量	5
状態	13	吸引	6	老衰	5
スタッフ	12	勤務	6	おしっこ	4
ドクター	12	呼吸	6	インタビュー	4
共有	12	交換	6	パート	4
対応	12	使う	6	プラン	4
朝	12	持つ	6	ミーティング	4
普段	12	自身	6	安楽	4
仕事	11	出る	6	安全	4
施設	11	息	6	意識	4
取る	11	注意	6	医務	4
相談	11	通す	6	管理	4
大丈夫	11	動く	6	経験	4
特に	11	日誌	6	口	4
分かる	11	熱	6	今後	4
一番	10	年齢	6	止まる	4
恐らく	10	部分	6	実際	4
行く	10	夜勤	6	週	4
会議	9	夕方	6	消毒	4
今回	9	連携	6	振り返る	4

6. 共同研究者による考察

「思いが届きますように…社会福祉士の視点より」

公益社団法人大分県社会福祉士会
社会福祉士 清水佐知子

本研究は、看取り介護に特化しインタビューを行った。その中でも生活相談員（以下、相談員）の役割はどういったものか、またその役割は利用者や家族にとって有益なものであったかを考えたい。

相談員は「利用者及び家族と施設間の連絡調整や、外部の諸機関との連絡調整という意味にとどまらず、施設内の介護サービスの現場と事務部門の連絡調整、看護部門と介護部門の連絡調整、各サービス担当部署間の連絡調整など、組織内での調整役を担う場合が多い。そしてそれは単に事務連絡、業務連絡にとどまらず、お互いの意思をスムーズに通わせ、意思統一を図るために、必要な情報を正しく伝えると共に、ケア理念に基づく思いを共有するための動機づけを促す、ある意味『説得術』に類似したコミュニケーション活動ⁱ」とあるように、各職種・ご家族とのコミュニケーションを図る中で連絡調整という連携業務を担っている。なぜ、相談員がこのような業務を担っているかと言えば「直接的援助業務に係ることが少なく、やや距離をおいて見ることができ、全体状況をつかめる立場におかれているⁱⁱ」からだ。なかには介護職との兼務もあるだろうが、多くの場合、専従であるためこのように言われるのだろう。

このような業務を担う相談員の資格要件として第一に考えられるのが社会福祉士である。社会福祉士は、周知のとおり社会福祉士及び介護福祉士法ⁱⁱⁱ、第二条において「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。」と規定されている。しかし、社会福祉法^{iv}において社会福祉士、精神保健福祉士と明術しているが、厚生労働省では「同等以上の能力を有すると認められる者」とし、厚生省老人保健福祉局長通達において「社会福祉施設等に勤務し又は勤務したことのある者等であって、その者の実績等から一般的に入所者の

ⁱ masa の介護福祉情報裏板 <http://blog.livedoor.jp/masahero3/archives/51514493.html>
(2016年7月9日閲覧)

ⁱⁱ 小笠原祐次「生活指導員—その昨日・今日・明日」神奈川県老人ホーム協会生活指導員研究部
会編『新老人ホーム生活指導・業務マニュアル』中央法規 1990年

ⁱⁱⁱ 社会福祉士及び介護福祉士法

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S62/S62H0030.html> (2016年7月16日閲覧)

^{iv} 社会福祉法

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S26/S26H0045.html> (2016年7月7日閲覧)

生活の向上を図るため適切な相談、援助等を行う能力を有すると認められる者^v」としている。本研究協力者においても、相談員として勤務するにあたり、社会福祉士もしくは介護支援専門員の資格保有者がいたが、本考察では社会福祉士としての視点よりとさせていただきます。

本研究において、コーディングを行うと「家族」「好き」「元気」という言葉が多く出現し、看取りの対象となる方、ご本人様の状態において「意思疎通ができない状態である」ことが推測された。その際、ご本人様の思いを代弁するのが、一番身近で生活してきた「家族」であり、看取りを行うにあたってのキーパーソンは家族であるといっても過言ではないだろう。家族はできる限り苦痛を軽減し、ご本人様の「好き」なものを食べたり、「好き」なことをしてほしい、そしてその願いの先には「元気」な頃の姿を思い浮かべるのであろう。

そのような、看取りという段階において、介護・医療を同時に行える場が特別養護老人ホーム（以下、特養）なのだろう。特養において調査協力者から「介護職7割、医療職1割、他専門職2割（リハビリ・栄養・相談他）」と発言があったように、介護職が多くの割合を占めている。しかしながら、インタビューをするなかで、医療職上位であると感じると発言もあった。語彙の出現率は「看護師」が多い。調査協力者全員から必ず発言があった。いくら、介護現場が「ご本人様の好きな〇〇をしたい」と提案しても医療管理をしている看護師としてはバイタル等の経過観察を行い、一番苦痛のないときにおこなってほしいとの願いがあるのだろう。そういった状況から推測すると、やはり医療職上位という印象を得るのだろう。過去には、医療職・看護職が介護職より上位であるという研究もあったが、本研究協力者においては「同等の立場にいたい」という発言もあった。これは看取り介護を行うにあたって、各職種がチームケアの重要性を理解し、実現を目指した結果ではないだろうか。より良い最期を迎えられるための支援を行うためには、チームを形成する必要がある。

看取り介護を行うにあたって、「医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上^{vi}」という条件が明術されている。しかし、現場において、専門性の違いや専門的知識の違いからお互いの発言の内容や主旨の理解に苦しむ場面がある。その際に、円滑な職種間コミュニケーションをはかれるようカンファレンスや担当者会議のかじ取りをするのが、相談員である。

このように、かじ取りをするためには各職種の機能・役割への深い理解が必要である。機能や役割を理解したうえで、チームとしての連携を考える。お互いの職種の思いを聞き出すこと、そして実行するためにはどのようなことを誰にしてもらうのか。その道筋をたてることが重要である。その際に、思いを共有するツールが申し送りといわれる情報共有である。情報共有をする際に、留意することは、全員がわかる言語を使うことである。そして、必ず伝えることである。調査協力者より「情報共有しているがきちんと伝わってなかった」という反省点もあった。しかし、伝える努力をしても受けとってもらえないこともある。チームの参加者だけでなく、その他の職員への情報共有も考えるとそのような反省点があがってくるのであろう。チームを形成する際に中心となるのは看取りの対象者の担当

^v 平成12年3月17日 老発第214号厚生省老人保健福祉局長通達「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」

^{vi} 平成26年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）事業
特別養護老人ホームにおける看取りの推進と医療連携のあり方調査研究事業

「看取り介護指針・説明支援ツール【平成27年度介護報酬改定対応版】」公益社団法人全国老人福祉施設協議会 平成27年3月 7頁より引用

職員であり、その他のユニットの職員は気に留める程度でしか関われないことも考えられる。

例えば、これは私の経験であるが新人と呼ばれる頃に看取りを経験したことがある。その際は自分の担当ユニット外であり、ほぼ関わりがなく「そんな方がいたな、毎日の申し送りで上がるけど…」程度であった。ユニットという小規模で関わるがゆえ、自分の担当ばかりに目が行き、他に目が向きにくい状態であった。本研究では、看取りに関わった職員への聞き取りであったが、直接的に関わらない他の職員は、看取りのチームをどのように見ていたのか、今後、調査してみたいと思う。

情報共有のむずかしさについて述べたが、看取りとはなにか。もう一度、考えたい。『看取り』とは近い将来、死が避けられないとされた人に対し、身体的苦痛や精神的苦痛を緩和・軽減するとともに、人生の最期まで尊厳ある生活を支援すること。^{vii}とされている。本人の身体的な苦痛や精神的な苦痛の度合いは、想像することしかできない。そして、その苦痛を緩和・軽減するために努力するのだ。共起ネットワーク関係の分析図からもわかるように「思う」「言う」「家族」「伝える」「本人」という言葉が強く結ばれている。前述した、看取りの対象となる者、つまり、本人の状態において「意思疎通ができない状態である」ことが推測されると述べたが、そのような状態の方がいかにその人らしく最期を迎えられるかは、その者を良く知っている人物の協力が必要である。よく知っている者と言えば、「家族」が一番に考えられる。家族は「こんなことを頼んでいいのだろうか、ただでさえご迷惑をおかけしているのに」という考えの方によく出会う。私は「今、現在も大切であるが一番輝いていたころ、元気で過ごしていたころを知りたい。」とよく考える。自分の家族が看取りの状態になった時には、きっと元気なころに好きだったことをしてもらいたい、食べさせたいと願うと思う。いくら高齢になっても、認知症になっても、看取りの状態になっても、家族の役割は変わらない。「頭ではわかっている、お母さんはお母さんなのです。」という言葉に耳にする。利用者の持つ家族の中での役割をいかに果たすのかを考えることも重要であると考えられる。その人らしさが十分に発揮された状態とは、もしかしたら家族の中での役割を果たしたときかもしれないのだ。

だからこそ、看取りを行う上で家族の存在はとても大きい。家族の思いを届け、実行に移すことができたとき、家族は元気なころの姿を思い出すのだろう。人生の最期まで尊厳ある生活を支援することは、家族としての役割を果たすこととも考えられる。

私がこのように考えるのは社会福祉士としてソーシャルワークという視点を持ちながら、学びや経験をしたからなのかもしれない。調査協力者から「各職員の意識の差が激しい」、「理念や倫理について学びの差がある」とい課題や反省点が上がった。経験年数も経てきた過程も、はたまた人間として生きてきた年数も違う人たちがチームを組む。ただ、「差が激しい」というだけでなく、差があるのならばどうすれば統一できるのかを考える必要がある。

例えば、老人福祉施設協議会や社会福祉協議会などが主催する研修の機会はあるが、勤務形態の都合もあり、誰でも参加できやすい環境であるとは言い難い。多くの研修は各法人宛に告知されるが、希望者を募って参加者を決めるよりも役職者への業務命令での参加という形態が多いのではないだろうか。研修機会の均等性は適正なのだろうか。今回の調査協力者の属性をみても経験年数5年以上が半数以上を占め、それに伴って役職者も半数以上を占めている。専門職としての専門性やプライドを

^{vii} 平成26年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）事業特別養護老人ホームにおける看取りの推進と医療連携のあり方調査研究事業「看取り介護指針・説明支援ツール【平成27年度介護報酬改定対応版】」公益社団法人全国老人福祉施設協議会 平成27年3月 4頁より引用

意識し勤務にあたっているのだろう。「職場内研修で、看取りについてしています。法人理念などにも取り組んでいます」という施設は多い。しかし、研修の参加者の理解能力、理解度はまちまちである。同じ新人であっても例えは極端であるが、就労可能な中学卒業後すぐの15歳の無資格者と50歳の無資格者は同一内容を話しても理解はまったく異なるだろう。経験年数イコール実年齢ではない。経験年数に応じた研修はあるが、実年齢にはマッチしていない。福祉職が対人援助職である以上、人間としての積み重ねともいべき経験値も考える必要があるのではないか。私の経験からすれば「20代と今現在は考えの幅が違う」のだ。それは、少なからず人間としての経験値が上がったからなのか。差を縮めることは最優先課題であるが、単に差は縮めるために安易に研修に参加という考えに陥りがちであるが、本当に必要なことは「差がどこにあるのかを探る」ことではないだろうか。

差を縮めることは専門職としてのレベル、チームとしてのレベルを上げることができるのではないか。その帰結として、利用者への直接的処遇^{viii}につながる。看取りの実現につながるのだ。

そして、看取りを行う際に本人・家族の意向や気持ちの確認はもちろんであるが、各職種の意向や気持ちも汲み取り、一方的な支援になっていないか振り返る機会が必要である。PDCAサイクル^{ix}を活用し、よりよい支援を行うことが重要である。

誰もいつかは死を迎える。その際に、その人らしく最期を迎えられることが看取りである。その人らしさは、家族やそばにいる職員を通じて、様々な関係者へ想いとして伝わる。最後にお互いに想いを伝えようとする。想いをという表現は客観性がないように感じられるかもしれないが、想いという表現が一番合っていると考える。

事実・客観性・冷静さは社会福祉従事者にとって重要な視点であるが、最期に立ち会った職員が涙を見せてもよいと思う。看取りに関わらせていただいた利用者の家族よりお寿司をいただいたことがある。故人は「お世話になっている職員を連れてお寿司を食べに行きたい」と話していたという。「みなさんが召し上がっているときに、そばで笑ってみていると思う」と話されたことが印象深く残っている。お寿司をいただきながら、看取りを行ったチームで涙を流していた。そんなこともあったなど今回の研究で思い出した。

想いを汲み取り、叶えられるよう、専門職である私たちはより一層の自己研鑽に励む必要がある。利用者本人を大切に思う想いは家族、各専門職から発信されている。その想いが届きますように。想いが叶いますように、そう願いながら前述を本研究の考察としたい。

^{viii} 大辞林 第三版において、処遇とは「社会福祉においては、福祉サービスの利用者に対するサービスおよびその実施のこと。トリートメント。」と記載されている。

^{ix} Plan Do Check Action のサイクルのこと。

「介護福祉士からの視点と考察」

社会福祉法人九州キリスト教社会福祉事業団
介護福祉士 都留新吾

今回の研究プロジェクトでは多職種連携に基づいた円滑な看取りケアをどのように実施するのがテーマであった。この研究プロジェクトの企画者である尚美学園大学総合政策学部総合政策学科専任講師の高橋幸裕氏の構想により、共同研究メンバーには社会福祉士と介護福祉士が求められたため、介護福祉士の立場として参加した。

自分に求められた役割とはこれまで介護福祉士として高齢者福祉施設勤務を通じた現場で経験したことを踏まえ、調査協力先である大分県内に所在する特別養護老人ホームへ訪問しインタビューを行うことであった。

今回、介護福祉士として提示できた論点は3点ある。第1に看取りケアを実践していく上での問題点や難しさについて共感できる場所があった。第2に、介護福祉士が福祉職と医療職と連携していく上で「助かった。」「ありがとう。」と感じる場面が多々見受けられた点である。第3に、円滑かつ質の高い多職種連携による看取りケアを実践できた結果として利用者の家族からの感謝を受けることである。

法人として勤務する職員に対し看取りを実施するための知識と技術を習得し、介護福祉士としての能力の向上するための勉強会や指導を行っているが、職員の知識・意識に差があると言える。これは看取りを含めた通常の業務をしていく上で高い意識と知識が求められることの裏返しである。

通常、我々が勤務する施設でもそれ以外の施設でも申し送りは周りにもしっかりと伝わるように文章の記録だけでなく、プラスアルファ口頭で説明することは重要なことであるが、それが徹底されない場合、引き継ぐ者は「知りません。」「聞いていません。」となって利用者の不利益に繋がってしまう。すなわち、多職種連携がしっかりと行えていないことと、専門性が異なる者同士の連携のむずかしさを意味していることに気が付かされた。

他方、後者の介護福祉士が多職種と終末期介護を連携していく上で「助かった。」「ありがとう。」と感じる場面であるが、それぞれの役割が十分に発揮されることによってより一層強く感じられる。それは専門的な知識と技術が効果的に発揮された結果である。具体的には生活相談員（社会福祉士）が打ち合わせや会議などよくまとめてくれる場面である。専門性の違いや深さによって介護福祉士として医療職の話すことが理解できないことは珍しくない。その場合、生活相談員が橋渡し役となり、チームにおけるそれぞれの役割を明確に交通整理してくれることで活動そのものが円滑にいき心地よく取り組めるとチームのわだかまりが軽減されることにつながる。相互の橋渡し（意思疎通）が円滑にできたことによる感謝と信頼関係の醸成である。

そして、介護福祉士としての看取りケアによって利用者が亡くなった際に御利用者様の家族から「ここで亡くなることでよかったです。」と評価されることである。調査を通じて自らの経験を重ねると、仕事に対する高い評価が示された＝多職種連携をする体制がしっかりと機能していたと言える。それ故、介護福祉士として本人からではないが密接な関係にある家族から「ここで亡くなることでよかったです。」という言葉は看取りケアを実践していく者として最高の言葉ではないかと感じる。

インタビューを通じて、このような評価を得ることは簡単なことではない。時と場合によっては、多職種間と衝突しないように折り合いをつけることも大事である。無論、それ一辺倒になってはうまくいくものもうまくいかなくなるので、そのバランスには十分意識を払わないといけない。仮に職種間において意見の調整がうまくいかなければ利用者との信頼関係・良質なサービス提供が頓挫してしまうことにつながる。そうならないためにも、同じチーム・専門職同士がお互いに認め合うことが大切であることを今回の研究と仕事を振り返って感じた。

何よりも今回の研究プロジェクトを通じて異なる専門性を背景とした多職種と連携する際の難しさはさることながら、時として信頼関係をより深めるための潤滑油となる「助かった。」「ありがとう。」の持つ言葉の意味について学ぶことができた。

今回、インタビュー協力者を通じてどの程度介護現場に貢献できているのかを我が身に置き換えてみた。残念ながら自分はまだまだだなと感じることがあった。それは多職種との連携する上でプロ意識を持っているが故に生まれる意識と職業観の違いである。多職種でもお互いを認め合い対等な関係であると取り組んでいるものうまくいく場合もあれば、そうでない場合もあった。介護福祉士は利用者の生活支援のプロであるとしながらも同じチーム内であっても浸透していないということを感じた。それは職業としての専門性や価値観の構築が不十分な部分があるからなのだろう。

今回の研究プロジェクトは多職種連携に基づいた看取りケアであったが、どの段階においても異なる専門職が専門性を認め合いチームとして連携し効果を出すことが大切であることを感じた。介護福祉士としての究極的な目標である利用者本人や家族から「ありがとう。」と感じていただけるように日々研鑽を積んでいくこととしたい。そしてこの機会を自己研鑽としつつ、次回の研究につなげたい。

7. 総括

「特別養護老人ホームにおける円滑な終末期介護を実現するための課題への対応とモデルケースの検討について」

尚美学園大学総合政策学部総合政策学科
専任講師 高橋幸裕

本研究の総括をするにあたって、先に示した職種別の役割を踏まえ、円滑な終末期介護を実現するためにどのようなポイントが明らかにされたのかを整理したい。本総括の構成は、最初に職種全体と職種別に関する共通事項を示して、次に調査協力をいただいた職種全体に関する傾向を見るものと、職種別の傾向を見る3つによって構成している。職種の区分は主たるものとして介護職(介護福祉士、訪問介護員2級課程・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、生活相談員)、医療職(看護師※但し、聞き取り調査で協力が得られたのが看護師であることから医師、准看護師は除いている。)に区分した。

全体・職種別共通事項

1. 全国の特別養護老人ホームにおいて共通することとは何か？

特別養護老人ホーム(以下、特養)に共通することは生活環境としてのバリアフリー化、異なる専門性を有した専門職が常時配置されていることが挙げられる。例えば、介護職、福祉職、医療職、その他に各特養が必要に応じて専門職が配置されている。それぞれの職種には専門職としての専門性があり、有している知識と技術、ケアを実施する際に考察する視点といった立場と役割が異なっている。

2. 特養と訪問介護現場の違いとは一体何か？

特養では施設そのものが利用者(入居者)の生活空間であり、ケアに必要な職員は担当フロアに常駐することになる。集約的に配置されている職員は必要な時には他の職員との情報交換を行うだけでなく、共同でケアも行われる。他方、訪問介護現場においては利用者宅まで職員が赴くことになり、ケアプランに記された場合を除き、基本的には単独での支援となる。そのため、問題が生じた場合は電話連絡をするなどで対応するか、もしくは所定の業務を終えてから状況報告や対応策を検討する、定期的開催されるカンファレンスでの打ち合わせですり合わせる事となる。すなわち、訪問介護現場よりも特養の方が他の専門職とのかかわり易さや時間的共有の長さ、情報共有のし易さがある。

円滑な終末期介護を実現するためのチーム全体に関するポイント

1. 多職種連携を円滑にするために理解しておくべきこととは何か？

(1) 自らの職種に対する専門性と課せられた役割を知ること。

利用者が求めるニーズを充足するためには自らの職種に対する専門性と課せられた役割を把握することである。例えば、介護職では身体介助、身体介護等の生活支援+付加価値(利用者の満足度、情

報収集、緊急時の対応をしながら医療職への引き継ぎ)が枠組みならば、その中で何ができるのかできないのかを同職種だけで検討するだけでなく、その他の職種が参加するカンファレンス等の場を利用して明確にしておくこと。しかし、実際の専門性とチームの一員として課せられた役割には若干の差異が生じることを念頭に置いておく必要がある。

(2) チームとして参加する他の専門職の専門性と与えられた役割を知る。

チームに参加している者は異なる専門性、立場である専門職であることを理解する。どのような役割、機能を備えているのかを把握する必要がある。これはチームの中でどのような位置づけとして配置されているのか、どのような場面でどう対応することが求められるのかを知ることと同義である。但し、職種によっては一部重複する領域も存在する場合もある。例えば、現在は介護と看護というように独立したものとして発展してきているが、歴史的には介護職と看護師は「ケア」という概念で根幹がつながっており、一部分は重複している。まずは(1)で述べたように自らの専門性を把握した後、他職種の専門性がどのようなものかを知る必要がある。

(3) 異なる専門職に対して自らの専門性を理解してもらうよう働きかける。

チームケアを実施していくには他の専門職の役割を知るだけでは不十分である。自らの専門性と役割を熟知してもらう必要がある。特に終末期介護の状態になってくると利用者に対する支援は基本的事項である身の回りの世話や身体的変化の観察、そしてニーズへの対応と構造化することができる。そのため、どのような変化が生じるかを予測できる部分とできない部分を整理することが可能になることから、特に後者の部分についてできること、できないことを可視化させていくことを通じて、自らの専門性を理解してもらうように促していくことが求められる。

(4) チーム全体として機能を把握する。

基本的な枠組みを設定したうえでどのような支援を実施していくかをチーム内で決定していく必要がある。その際には専門性と役割の2つだけに絞るだけでなく、利用者ごとに活用できるマンパワーがどの程度あるのか、また時間の制約(勤務時間)はどのようになっているのかを明確にする必要がある。すなわち、時間帯により専門職が手薄になることを想定した体制を構築していく必要がある。例えば、夜間帯ならば医療職が不在となっていることが多いため、その場合をどうするのか、緊急時となった場合にどうやって引き継いでいくのかをシミュレーションしておく必要がある。

2. 多職種連携による終末期介護を実施するうえでのポイントとは何か?

(1) 異なる職業間の専門用語を共通化していく(言語の共通化)。

職種の違いを超えて共通言語化をすることである。例えば「ケア」という言葉であっても立場によって考える意味や視点は異なっている。そのため、特養内で用いる専門用語のすり合わせをする必要がある。すり合わせをする際のポイントとして、具体的には医療に関する場面において専門性の違いを考慮することである。これは介護職(介護福祉士、訪問介護員2級、介護職員初任者研修)と看護師では差異がある。従って、専門性が高い方が低い方に合わせて調整をすることが必要である。但し、専門性が低い職種も自らの専門性や理解度を高めるための学習はしていかなければならない。

(2)業務中のコミュニケーション方法の定式化とツールの活用をする。

どこの法人でも取り入れられているものが①職員交代時の引き継ぎと申し送り、②連絡ノートの活用である。今回の事例では十分に情報が伝わっていない時があるということが確認されている。そのため、基本的な方法として①ルールの再確認の徹底を行うこと、②申し送りをするためのノートを項目ごとに整理して記せるように改良すること、③日常的なコミュニケーションを行う（同じ時間に勤務する職員に日常的な変化について情報発信を常時する）こと、④ノートの取り方（文章表現）、申し送りをするための練習を行うことである。

(3)勤務時間の隙間を活用して日常的な意思疎通を意識的に行うこと。

チーム間の意思疎通は業務中や形式的な連絡方式の活用だけで完結するよりも、それ以外の場面において補完することによってより精度が高めていくことができる。すなわち、勤務時間内で許す限り、相手を深く知るということを意識的に行うことである。これにより各人の視点や考え方が分かるようになってくるので、意識的かつ積極的なコミュニケーションをしていくことが求められる。その結果、日常的な信頼感の醸成により、状況の変化に応じて一歩先を見通した円滑な対応が可能となってくる。

(4)異なる役割の者と自らの役割を接続し構造化させていくこと。

(3)と関連することとして、チーム内において情報と経験の共有を行うことをしていく必要がある。その作業の1つ目に利用者が必要な基礎的ニーズと求めるニーズに対して構造化する作業を行うことである。（チームの役割分担と特性、長所と短所の明確化をする。）その上で、重複する領域についてはチームの実情に応じて役割や対応方法について調整をする必要がある。

例えば、利用者の急変時の発見時においてはまず介護職が担当し医療職が引き継ぐ体制とするのか、或いは利用者の体調に異変が起きた場合は速やかに医療職が担当するというルールを設定すると言った形である。従って、できる限り参加するチーム内でグレーゾーン（職種間で重複する領域、対応する際の優先順位と方法）を明確化しながら、その範囲を小さくしていくことをしていく必要がある。

3.利用者本位の支援のための終末期介護を実現するチーム像とはどのようなものか？

(1)利用者本位＝必要なニーズを充足することができるサービス提供体制の構築ができていること（柔軟な体制変化が可能なチームとなっていること）。

利用者のニーズは様々な領域に及ぶことから、最も接点がある介護職だけでは対応することができない場合がある。例えば、体の痛みを緩和するには医師による支援が必要である。その場合、介護職は看護師を通じて医師に①ニーズを確認した時点で速やかに特養へ来てもらえる体制をとっておく、②ここ数日の体調の変化についての情報を提供することをしなければならない。すなわち、適宜都度必要な対応を担当する専門職が対応できるように準備しておく必要がある。

(2)利用者家族の意向・満足を感じてもらえるためにニーズの確認と情報提供（チーム体制や対応方法・方針、できること・できないことなど）を積極的に行うこと。

参加する専門職全員が構成されるチームの特性（長所と短所）を熟知しておくことによって、利用者のニーズに対してできること・できないことが明確にすることができる。そのための家族も含めた

情報提供体制をとっておくことが必要である。それは利用者にとって「ここまでお願いすることは良いのだろうか？」という特養側に対する遠慮や配慮を生まないことにもつながる。

(3) チーム内の協働をするためにフォローアップができる体制であること。

例えば、利用者が発熱し食事が摂れなくなるという身体に異常があった場合、介護職だけでは対応できないことがある。その際、速やかに看護師が医療面で医師へ報告し、解熱鎮痛剤の投与を行う、食事量の低下に対して、管理栄養士が介入し栄養補助食品を提供し低栄養状態を防ぐ、リハビリ職が安楽位のポジショニングを指導するなど各職種がフォローアップすることができる体制を作る必要がある。また、利用者のニーズに対して判断が付かない場合は、その分野を担当する専門職（相談員が家族の意向を聞き、「家族の意向＝本人の意向」とし意向を伝えるなど）が助言を与えたりすることができるようにしておくことも求められる。従って、上述したように自らの専門領域と他の専門職の専門領域をしっかり把握しておくこと、密な情報共有をしておくことが必要である。

(4) チームは随時利用者・家族との目標が共有することができるようにしておくこと。

終末期介護を実施するうえで重要なのは利用者・家族の目標＝ニーズをしっかりと聞き出して対応することである。しかし、チームとして利用者・家族側からすればどこまで特養側にお願いをしてよいのかという部分で遠慮もあることを想定しなければならない。その「遠慮＝本音」も含めた上での目標の共有をしていく必要がある。そのためにもできることは対応していくという姿勢と情報発信をしながらも定期的に話（要望）を聞く機会を設けるだけにとどまらず、かつ目標設定を見直す機会を随時持つことができるようにしていくことが求められる。

4. チーム全体としてのポイント

円滑な終末期介護を実践するにはメンバー全員が異なる職種、専門性、視点、専門用語、文化等があり、連携を行うことは簡単ではない。もちろん職種やメンバーごとに得意分野と不得意分野があり、その特徴を把握しておく必要がある。また円滑な終末期介護を支援していくということにおいてチーム内の情報共有と発信をするだけでなく、メンバー内でのこれまでの体験も共有して応用していくことも重要な要素となる。

ここで明らかにできた円滑な終末期介護を実現するための要因は5つ挙げられる。

- ① 利用者のニーズを充足（目的の共有化）するためにどのような支援をしていくのか構造化し、チームが編成されること。
- ② 組まれたチームメンバーの役割と役割、職業としての長所・短所を明確化すること。
- ③ 情報共有は職種の文化が異なることを念頭に置いて、共通言語化すること。
- ④ 情報と体験を共有するためのコミュニケーションを行う手段を明確化すること。
- ⑤ 利用者・家族とのニーズの共有をチームとして行える体制を構築しておくこと。

上記の要因を踏まえつつ、実際にチームを編成して運用することでより円滑な支援を実施することが可能となる。もちろん、各法人や利用者の事情も踏まえて柔軟に対応していくことが必要である。

職種別の課題

これまでは円滑な終末期介護を実現するためにチームとして必要なポイントを整理してきた。ここでは職種（介護職、福祉職、医療職）ごとに求められるポイントについて検討していくこととする。

1. 介護職に求められるポイント

介護職の職務は、利用者が望む生活を実現するために日常生活の支援をすることである。その範囲は入所した頃から終末期まで含まれる。これを基盤として求められることは介護職としてできることを実践していくということである。すなわち、利用者がゆっくりと終末期を迎えられるように生活環境の整備をすることである。もちろん、そこにはチームとして関わる専門職の協力を仰ぐ必要がある。

介護職は他の専門職よりも最も長い時間利用者とかかわっている立場にあることから利用者がゆっくりと終末期を迎えられるよう情報の共有をしていくことも求められる。この情報提供は専門職ごとに行わなければならない役割を明確にするための情報であるが、内容によっては対応の調整が必要な場合もある。その場合どのようなことを優先的にしていかなければならないのかを調整していくことも必要となってくる。

終末期にある利用者への対応に対して介護職に与えられた課題は①介護職として日常生活と終末期への緩やかな移行から死を迎えられる体制づくりを進めていくこと、②そのための専門職間の情報共有と環境づくりを進めていくこと、③普段のケアからどのようなニーズを気づいていけるのか、それをどのようにチーム内に活用していくことができるのかである。

2. 福祉職に求められるポイント

福祉職に課せられた職務とは利用者・家族が日常生活を営む上での悩み事や相談事について対応し、それを解決するための支援をすることである。福祉職はたんに利用者・家族の悩み事や相談事を受け付けるだけではない。これ以外の役割を福祉職は有している。

①利用者・家族からもたらされた悩み事や相談事についてチームとして共有するための情報の整理と提供を行うこと、②特に利用者が望む形で終末期を迎えられるように各職種の役割が実践として行動できるためのチーム内での調整を行うこと、③介護職と共通することが死期の迫った利用者に対してゆっくりと終末期を迎えられるための環境整備を生活相談という観点から行い、利用者・家族の不安や辛さが軽減されるように心のケアをすること、④医療職と共同し、常にどの段階であるのか把握しておくこと（死期がどれくらいまでせまっているのか）、⑤利用者の尊厳・その人らしさの維持のために残された時間で何ができるのかチームへ提案していくことである。

福祉職と介護職との役割の違いは、日常的なケアを行う中での気づきを介護職がチームとしてのケアとして組み込んで対応していくのに対し、福祉職は利用者・家族が様々な思考を通してまとめられた情報（遠慮・配慮も含まれたニーズ）に対してチームとしてのケアに組み込まれていく違いである。

従って、終末期の利用者を担当する福祉職に対する課題は、①利用者・家族の悩み事や相談事を引き受ける立場としてチーム内で異なる専門性に基づいたケアの調整を行うためこと、②利用者・家族が抱える問題点をできる限り引き出し、遠慮・配慮といった点を解消する方向性を志向すること、③生活相談という役割を担うことから様々な立場のケアがあることを踏まえ、利用者・家族、そしてチームが抱える心の負担や辛さを軽減することに意識を払っていくこと、④利用者・家族が望む最期は

どのようなものであるのか共に考え利用者・家族が望む最期を自らの思いを表出し決定できるよう支援することである。

3. 医療職に求められるポイント

特養における医療職の中心は看護師である。特養では医師と提携関係を結んで定期的な往診をしている場合が多く、その対応に看護師が当たっている。

看護師は医療・看護の観点から利用者の健康管理を行い、終末期に入っていく利用者に対して最期を迎えられるように支援していく役割を担っている。介護職、福祉職と共通するのは利用者が時間をかけて終末期に入っていきけるように支援をすることである。特に看護師は治療ではない日常生活を支援するための肉体的・身体的苦痛を除去していくこと、チーム内における医療的ケアに関する情報共有（指導・調整）が求められるようになる。また看護師は医療に関する専門的知識と技能を有していることから、利用者の身体的変調をきたした時に医師が到着するまでの役割を引き受けることになる。

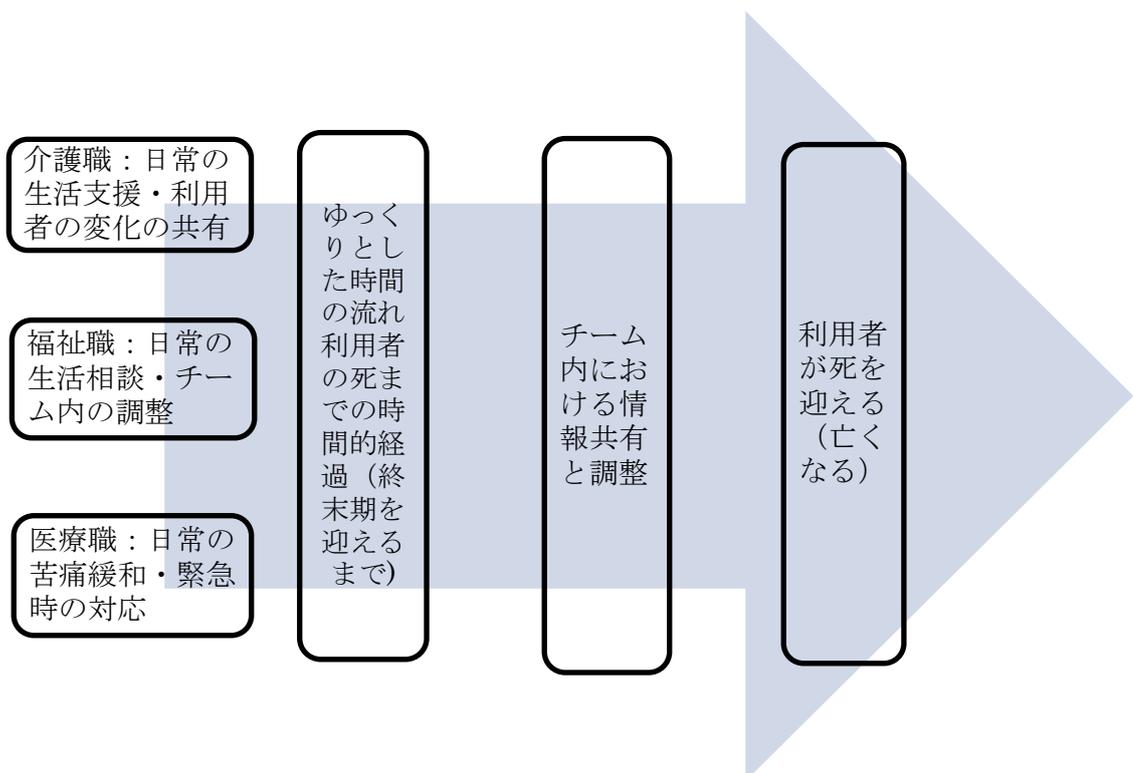
具体的な役割を整理すると、①日常生活における肉体的・精神的苦痛を緩和すること、②医療ケアに関する情報共有（指導・調整）を行うこと、③緊急時の対応と医師が来るまでの対応である。

看護師が終末期での課題は①介護職や福祉職との専門性の高さや専門用語・文化の違いをどのようにして共有していくか、②医療機関でない特養において最大限の看護をどのように担保していくのか、③生活支援と医療（治療）という異なる視点を如何にして利用者が望む形で対応していくのかである。

4. 職種別のまとめとして

介護職、福祉職、医療職のそれぞれの課題について確認してきた。それぞれは異なる役割と専門性を用いてチームが構成されているが、日常生活から終末期に入っていき段階で共通することは利用者の最期を飛行機が着陸するようにゆっくりと移行させていくことである。特に実践としての作業を進めていくためには情報の共有と調整がキーワードとして挙げることができる。

概念的には以下のような形で図式化することができる。



上記の図のようにそれぞれの役割を持ちながらチーム内で情報の共有と行うべきケアの調整をしつつ、利用者の死を迎えられる体制を整えていくことになる。この体制を構築していくためにも、これまで示してきたポイントである情報の共有化、職種間の専門性の把握、チームとしての特性といったことが重要となってくる。

現状では特養における看取りは病院死と比較するとその数は僅かである。しかしながら、超高齢社会となった我が国では少産多死社会へと入っており、利用者本位の最期を迎えるという考え方は介護保険制度の理念の浸透もあって、在宅死とともに特養死＝特養での死が今後増加していくことが予想される。

かつて、日本人の暮らしの中には身近にあった「死」の体験機会が経済成長と個人主義化が進んだ結果失われていったが、その尊さを政策的観点という別の形で取り戻そうとしている。そのためにも家族の「死」を機能低下した家庭だけが担うのではなく、新たな選択肢として専門職による支援が得られるようにしていくことも社会的要請として考えていかなければならない。

最後に、今回の調査研究では京都府と大分県に所在する様々な特徴のある特養の協力を得て成功事例からの考察を行った。本来的なものとして調査対象として失敗事例も検討すべきであったが、何を以て失敗したのかということは成功したという点よりも参加する職種の専門性の違いも相まって普遍性が見いだしにくく検討ができなかった。しかし、基本的なモデルとしてどのような要素を満たす必要があるのかを提示できたことは大きな成果であると言える。

今後、ますます介護問題は多様化且つ深刻化していく中で解決しなければならない問題は山積している。特に介護労働問題を検討していく者として、限られたマンパワーをどうやって合理化し活用していくのかを考えていきたい。

8. 謝辞

今回、取り組んだ研究テーマは非常に難しさを感じるものでした。それはテーマの奥深さもありますが、まず、調査協力依頼をしても法人側が興味を示していただきながらも趣旨に合致しない場合があり、調査の実施が予定通りにできなかったことでした。

こういった場面に直面した我々研究メンバーは思案に暮れていました。そこで研究代表者である私が本研究とは別に関わりがありました公益財団法人介護労働安定センター京都支部長の四宮伊智郎様にご相談をさせて頂いたところ、趣旨と合致した京都府内の特別養護老人ホームに取り次ぎをしていただくことができました。

調査を進めていく中で、大分県の施設を選定する際に四宮様を通じて同大分支部長の大坪佳子様にご相談をさせて頂きました。その結果、ターミナルケアの実践に意欲的に取り組まれている特別養護老人ホームをご紹介いただき、調査を進めることができました。今回の調査研究ではこのお力添えがなければここまでたどり着けなかったと言っても過言ではありません。この場をお借りして御礼申し上げます。ありがとうございます。

他方、介護現場では人手不足と叫ばれ続けている中で大変お忙しい中、各特別養護老人ホームの皆様には我々研究チームの趣旨にご理解とご協力を頂きました。各施設の代表者様、職員の皆様、貴重なお話をいただきましたことに感激すると同時に、深く感謝申し上げます。本当にありがとうございます。

この研究は我々がどこで最期を迎えることができるのかという点で、第三の選択肢を確立するためにも意義深いものであると信じております。また介護現場における様々な実践の中で見出された知見も数多くあったと考えています。この研究成果が、今後多職種連携に基づいた形でのターミナルケアの導入を予定している特別養護老人ホームに対する一助となることを願っています。

最後に、高齢社会が進展した中で数ある研究テーマの中からこのような貴重な機会をお与えくださいました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の関係者の皆様に対し、研究チーム代表者として厚く御礼を申し上げます。そして、今後も高齢社会に対応した形で社会貢献ができる研究を進めていきたいと思っております。

2016年8月20日

尚美学園大学総合政策学部総合政策学科

専任講師 高橋幸裕

卷末資料
フェイスシート

Q. あなた自身についてお伺いします。

問 1. 性別をお伺いします。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 男性 (2) 女性

問 2. 年齢をお伺いします。数字を記入してください。

() 歳

問 3. あなたが有している資格についてお聞きします。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- (1) 介護福祉士 (2) 社会福祉士 (3) ホームヘルパー2 級 (介護職員初任者研修修了含む)
 (4) 介護支援専門員 (5) 医師 (6) 看護師 (7) 准看護師 (8) 作業療法士 (9) 理学療法士
 (10) その他 ()

問 4. 看取りを担当された時についてお伺いします。あなたはどの立場で看取りを担当されていましたか。

- (1) 介護福祉士 (2) 社会福祉士 (3) ホームヘルパー2 級 (介護職員初任者研修修了含む)
 (4) 介護支援専門員 (5) 医師 (6) 看護師 (7) 准看護師 (8) 作業療法士 (9) 理学療法士
 (10) その他 ()

問 5. 介護関係の仕事に携わってから全体で何年になりますか。※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

() 年 () ヶ月

問 6. 在宅で働いた経験年数を教えてください。※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

- (1) ある (2) ない

() 年 () ヶ月

問 7. 施設等で働いた経験年数を教えて下さい。当てはまる施設に○をつけて数字を記入してください。

※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

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

問 8. あなたが現在勤務している法人の種別を教えてください。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 社会福祉法人 (2) 医療法人 (3) 民間企業 (4) NPO 法人 (5) 地方自治体
 (6) その他 ()

問 9. あなたが現在勤めている法人は勤務してどれくらいになりますか。

() 年 () ヶ月

問 10. あなたの雇用形態についてお聞きします。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 代表者 (2) 正規職員 (3) 契約職員 (4) 臨時職員 (5) 派遣職員 (6) パートタイム
 (7) その他 ()

問 11. あなたの職場での立場についてお聞きします。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 法人経営者 (2) 施設管理者 (3) 役職なし (4) 役職あり (フロアリーダー等)
 (5) その他 ()

問 12. あなたがこれまで看取りを担当したケースについてお伺いします。これまで職場で看取りを担当した、しているケースを記入してください。

- (1) これまでに () 件を看取りの担当をした。
 (2) 現在、看取りを希望する利用者 () 件を担当している。
 (3) 現在、看取りを希望している利用者の担当ケースはない。

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

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
報告書

発行日 2016 年 8 月

発行者 高橋 幸裕(尚美学園大学総合政策学部総合政策学科)

〒350-1110 埼玉県川越市豊田町 1-1-1

TEL:049-246-2700(代表)

発行所 〒350-0062 埼玉県川越市元町 2-4-5

印刷 株式会社櫻井印刷所

本報告書に記載された論文および図表・データには著作権が発生しております。
複写等の利用にあたっては発行者までご連絡ください。