

終末期ケアにおける多職種連携・協働の実態

— 特別養護老人ホームと医療療養病床の異同を通して —

篠田 道子

上山崎 悦代

宇佐美 千鶴

要 旨

本研究の目的は、グループインタビュー法により、特別養護老人ホームと医療療養病床での、終末期ケアにおける多職種の連携・協働の実態を明らかにすると共に、両者の結果を比較し、異同を明らかにすることである。その結果、特養と医療療養病床の連携・協働で類似していたカテゴリーは、多職種による情報交換、本人・家族の希望に合わせたケア、看取りのみに集中できないジレンマなど8つであった。一方で、異なっていた点は、特養は縦型の指示体系を、医療療養病床では横のつながりを重視、特養は脆弱な人員体制を、医療療養病床では医師や家族の指導・教育を改善すべきと考え、特養は個人の力量不足を悔やみ、医療療養病床では自分の力をもっと活用したいという意欲が見られた。

キーワード：終末期ケア，特別養護老人ホーム，医療療養病床，多職種連携，
グループインタビュー

1. 研究の背景

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の中位推計によれば、2010年に101.9万人だった年間死亡者数は、2030年には161.0万人に増加するとされている。わが国はこれまで経験したことがない多死時代を迎えることになる。

厚生労働省「人口動態統計」（2011）によれば、医療機関（病院＋診療所）での死亡割合は78.5%、自宅12.5%であり、ここ10年間はほとんど変化していない。二木（2012）によれば、過去20年間（1990～2010年）に病床数は167.7万床から159.3万床へと8.3万床（5%）減少し

たにも関わらず、病院内での死亡者数は58.7万人から93.2万人へと34.4万人(58.6%)増加している。これは、平均在院日数が短縮化したため、1床当たりの年間死亡者数が増加したからである。このことから、医療機関での死亡者数(実数)は、今後も相当増加すると推定される。

一方で、2011年の老人ホーム(特別養護老人ホームや養護老人ホームなど)での死亡割合は4.0%、老人保健施設1.5%であり、両者は10年間で3ポイント増加している。ただし、特別養護老人ホーム(以下、特養)41万床、介護老人保健施設(以下、老健)31万床が存在しているにも関わらず、両者を合わせても死亡者は全体の5.5%に過ぎない。

このような状況から、特養を終の棲家として位置づけ、施設内看取りを促進するために、2006年度の介護報酬改定で「重度化対応加算」と「看取り介護加算」が創設された。2009年からは重度化対応加算が廃止され、改正された看取り介護加算が施行されている。2009年には、特養と条件は異なるものの介護老人保健施設で「ターミナルケア加算」が、認知症対応型共同生活介護で看取り介護加算が創設され、介護保険制度においては、施設内の終末期ケアに一定の評価がされた。特養の看取り介護加算の算定日数・算定件数は微増し、2010年10月では1か月当たりの算定日数は23,800日、算定件数は3,346件である。

特養の施設内死亡者数を調査するにあたっては、厚生労働省「人口動態統計」を使用することが多いが、同統計の「老人ホーム」の定義には、軽費老人ホームと養護老人ホームが含まれることから正確さに欠けると判断した。そのため、全日本病院協会の調査(2012)を参照した。本調査によれば、特養100床当たりの施設内死亡者数は年間13人と報告している。池崎ら(2012)は、267施設の特養を調査し、施設内死亡者数は100床当たり4.3人で、協力病院が隣接していることや、常勤医師がいる施設では、いずれもそうでない場合に比べて100床当たりの施設内死亡者数は多いが、有意差は確認されていないと報告している。

一方、医療療養病床の施設内死亡者数は、日本慢性期医療協会(2008)の病院調査によれば、1年間の施設内死亡者数は100床当たり35.1人で、平均年齢は84.7歳と高齢である。全日本病院協会(2012)の調査では、100床当たり48人と報告している。このように調査によって数値にばらつきがある。

また、医療経済研究機構(2003, 2005)の調査では、特養と医療療養病床における死亡前2週間以内に実施した処置の状況は、酸素療法は特養44.9%、医療療養病床79.6%である。点滴については、特養50.6%、医療療養病床77.3%と両者ともに高い実施率である。褥瘡処置については、特養15.9%、医療療養病床22.1%、経管栄養は特養12.8%、医療療養病床21.5%と実施率の差は少ない。さらに、施設内で死亡を希望した場合の対応方針は、特養は「原則受け入れる」が69.1%、医療療養病床では「自院で支援する」が50.0%と、いずれも半数を超えている。

このように、医療職の配置が手薄い特養であっても、医療的ケアを提供せざるを得ない状況にある。特養の終末期では、医療職を含めた多職種チームでケアにあたるのが前提条件となる。田中(2011)は、北陸3県で看取り介護加算を算定している特養68施設を対象に、看取り介護加算の算定を支える終末期ケアのストラクチャーとプロセスの実態調査を行った。その結果、

「チームケアの実施」が看取り介護加算の算定に影響を及ぼすとしている。本加算を算定している特養では、死亡1か月前に比べて、死亡前2週間は、多職種と家族の関わりが増加し、コーディネーターとして、看護師をあげる施設が多いと報告している。

一方で、医療療養病床における終末期ケアは、その役割が期待されているにもかかわらず、特養の看取り介護加算に該当する診療報酬は設定されていない。これは、ここ数年間介護療養病床を含めた療養病床の再編が政治的な判断で揺らいだため、役割や機能を議論しきれなかったという事情があると思われる。そのためか、医療療養病床のみの終末期ケアに関する研究はほとんどない。

本研究の目的は、多死時代の看取りの場として役割が期待されている、特養と医療療養病床の終末期ケアにおける多職種連携・協働の実態を明らかにすると共に、グループインタビューの結果を比較し、異同を明らかにすることである。

2. 研究目的

本研究の目的は、フォーカス・グループ・インタビュー（以下、グループインタビュー）により、特養と医療療養病床での、終末期ケアにおける多職種の連携・協働の実態を明らかにすると共に、両者の結果を比較し、異同を明らかにすることである。具体的にはインタビューで抽出されたカテゴリーに注目し、両施設の終末期ケアにおける多職種の連携・協働は、何が共通しているのか、何が異なっているのか、それはどのような背景によるのかを検討する。調査方法は、終末期ケアに関わった職種の多様な意見を収集し、潜在的・顕在的な情報を探索的に分類・整理することから、グループインタビューが相応しいと判断した。グループインタビューの説明は後述する。

本研究における多職種とは、過去1年間に自施設内の終末期ケアに関わった職員である。特養はN県にあるH特別養護老人ホーム（以下、H特養）を、療養病床はA県にあるY病院の医療療養病床（以下、Y療養病床）を調査対象とした。対象とした理由は、両施設とも終末期ケアの体制を整えていること（H特養は看取り介護加算を算定）、施設内死者数が全国平均またはそれ以上であること、特養では、事前に配布した意識調査で、医師、看護師、介護職員ともに、看取りに積極的に取り組んでいると回答し、Y療養病床は、多職種チームで排泄ケアマネジメントや栄養マネジメントに取り組み、アウトカム評価を高めるなど、終末期ケア以外にも多職種連携・協働に積極的に取り組んでいると判断した。

3. 研究の対象と方法

1) 対象施設の概要

【H特別養護老人ホーム】

N県にある60床の非ユニット型。2011年の施設内死者数は4人、施設外死者数は8人で

ある。医師は嘱託医（無床診療所）で、施設内看取りには協力的である。看護師は常勤で5名配置し、夜勤ではなくオンコール体制である。過去1年間の看取り介護加算の請求件数は3件である。

施設の看取りに関する基本方針は、「本人・家族の希望があれば、原則として施設内で看取る」とし、「終末期ケアに関するガイドライン」を活用している。「事前指定書（リビングウィル）」については、所定の様式はないが、本人・家族の意向を聞き取り記録している。医師、看護師、介護職の施設内での看取りに対する全体的な姿勢は、いずれも「積極的」と回答している。

【Y療養病床】

A県にある社会医療法人Y病院（病床数320床）の医療療養病床52床で、「療養病棟入院基本料2」（25：1看護）を算定している。2011年の施設内死亡者数は46人。入院から死亡までの平均在院日数は92.5日である。医師は常勤で1名配置されているが、療養病床に転床しても、一般病床の主治医が継続して診療にあたるので、医師は事実上2名体制である。看護職員は常勤で15名、看護補助者（介護職員）は常勤で11名配置している。「事前指定書（リビングウィル）」については、入所時に作成している。排泄ケアマネジメントや栄養マネジメントなどを多職種チームで取り組んでいる。

2) 対象

H特養は、過去1年以内に施設内看取りを経験した多職種7名。内訳は、看護師1名、生活相談員1名、介護福祉士2名、施設ケアマネジャー1名、理学療法士1名、管理栄養士1名である。Y療養病床は、過去1年以内に施設内看取りを経験した多職種8名。内訳は、看護師2名、理学療法士2名、管理栄養士1名、薬剤師1名、医療ソーシャルワーカー1名、介護福祉士1名である。両施設ともに、職種や年齢等を考慮したうえで、管理者に適任者を選出してもらった（表1）。

表1 グループインタビュー調査対象者

H特養		Y療養病床	
年齢	職種	年齢	職種
50代	看護師	50代	看護師
40代	生活相談員	40代	看護師
40代	介護福祉士	30代	理学療法士
20代	介護福祉士	30代	理学療法士
20代	施設ケアマネジャー	20代	管理栄養士
20代	理学療法士	30代	薬剤師
20代	管理栄養士	30代	医療ソーシャルワーカー
		20代	介護福祉士

3) フォーカス・グループ・インタビューとは

フォーカス・グループ・インタビューは、アメリカのビジネスやマーケティング分野で生まれた方法である。グループダイナミクス理論を背景に、参加者の相乗効果によって生まれる豊かな意見や情報を、体系的に整理したものを「科学的な根拠」として用いるものである。ビジネスだけでなく、様々な分野で活用されている。

ヴォーンら (1999) は、フォーカス・グループ・インタビューには、以下のような4つの中核的な要素が含まれると指摘している。

- ・グループは、ある特定の話題に対して見解を見出すことを要請された、ターゲットとなる人たちの形式ばらない集まりである。
- ・グループの人数は少数で、通常6人から12人のメンバーから成る比較的同質的な人々である。
- ・よくトレーニングされた司会者が、仮説と質問を準備して、参加者の反応を引き出す。
- ・フォーカス・グループ・インタビューの目標は、特定の話題について参加者の理解、感情、受け止め方、考え方を引き出すことにある。

社会福祉分野の研究では、平坂 (2008) が、地域包括支援センターが地域ネットワーク形成を通して地域支援に取り組む課題を検討した研究や、中島 (2011) や田嶋 (2011) による、地域特性に即したインフォーマルケアの実践課題抽出を試みた研究がある。

冷水 (2009) は、実践的な課題に関係の深い参加者から、代表サンプルからは得られない具体的に多様な生の意見を引き出させる点に特徴があること、グループインタビューの効果として、地域福祉に関係する多職種・他機関が意見交換をすることで、組織に横串が入り、多様な「なまの発言」を引き出すことができるとし、実践を質的に把握する上で有効な方法であると指摘している。

安梅ら (2003) は、グループインタビューの特徴を次の4点にまとめている。日常生活の延長線上での「現実そのまま」の情報に接近できる、「メンバーを主体」とした質的な情報把握である、グループダイナミクスに基づく「情報の引き出し」が可能になる、メンバーの「行為」(言語的、非言語的なものを含む)と、その行為に意味を与える「背景状況」(属性、生活歴など)の両方が把握できる。グランデッドセオリーや個人面接と比較すると、グループダイナミクスによる多様な意見が収集できるとしている。

4) 手続きと役割分担

インタビュアーは、ケースメソッドのディスカッションリードやグループ面接など集団運営でファシリテーションを数多く経験している者が担当した。インタビュアーの力量によってグループダイナミクスが影響されるため、質の担保が重要と判断したからである。本研究では、次の3つの条件を満たす者とした。

大学院等で集団運営の知識・技術を体系的に学んでいること。

集団運営（ケースメソッドやグループ面接等）でファシリテーターの経験が3年以上あること。

特別養護老人ホーム、療養病床等での終末期ケアの実務経験が5年以上あること。

インタビュー内容は、参加者の承諾を得てICレコーダーに録音した。4名の研究メンバーがインタビュー会場に記録者として同席した。うち、3名はインタビュー後の分析作業を兼務する。記録者は、分析の際に参考になると思われる参加者の態度、表情、声の大きさ・抑揚、周囲の雰囲気など非言語的表現について書きとめた「観察記録」を作成した。残りの1名はプロのライターであり、録音と記録に専念した。なお、4名でデータ収集を行うのは、データの信頼性を高めるためである。

調査は、H特養は2012年10月31日に、Y療養病床は2012年12月15日に実施した。時間は約2時間、調査場所は静かな会議室である。インタビュー中は、番号札を参加者の名前の代わりにすることで匿名性を確保し、安心して討論できるよう配慮した。

5) インタビューの設問

終末期ケアにおける多職種チームの連携・協働の現状や課題について、以下の3点について尋ねた。

終末期ケアのプロセスにおいて、適切に対応できた、あるいは上手く連携・協働できた場面はどのようなことですか。

終末期ケアのプロセスにおいて、対応が難しかった、あるいは連携・協働に課題を残した場面はどのようなことですか。

特別養護老人ホームあるいは療養病床で対応すべき、あるいは対応できると思われる終末期ケアの課題について、当該施設でどのような方法と体制で取り組むべきですか。

6) 分析方法

冷水（2009）は5段階の分析方法を推奨している。第1段階は、テープ起こしから作成された逐語録を読み返し、分析する意味があると判断した「分析ポイント」を作成する。第2段階は、データの単位化である。すなわち、カテゴリー化をする際の根拠となる発言を、マーカーで印をつけるなど単位化することである。第3段階で、単位化されたデータをカテゴリーにする。第4段階は、複数の分析者の間で、カテゴリーとそれに属するデータ単位について、それぞれ比較・検討し、カテゴリーを確定する。第5段階は、第4段階までの分析結果を見直し、より洗練された内容と表現に整えることである。

本研究でも、冷水の分析方法を参考に、以下の4段階の方法で分析した。すべての段階について3名の研究メンバーが分析にかかわった。ヴォーンら（1996）は、データ分析は複数の分析者によって行い、記録者と分析者は兼ねることを推奨しているため、本研究でもこの方法を踏襲した。

第1段階：テープ起こしから作成された逐語録から、3名の分析者がそれぞれ連携・協働に関連する重要な意見や意味深い意見を拾い出し、“コード”として抽出した。その際、「観察記録」の非言語的データ（参加者の態度、表情や声の大きさや抑揚、周囲の雰囲気など）を勘案した。非言語的データを加えることで、コード間の関係性をつかみやすくなったり、コードの意味することが浮かび上がるなど、文脈の理解が進むからである。

第2段階：3名の分析者が集まり、第1段階で抽出したコードを持ち寄ったうえで、あらためてコードと観察記録を見直し、3名が一致してコードに該当すると判断したものを精選した。

第3段階：第2段階で精選したコードについて、3名の分析者が類似していると判断したものを集めてサブカテゴリーにまとめた。この作業は分析者の間で違いがあるため、集約するのに難航したサブカテゴリーもあった。そうした場合には、コードについては逐語録や観察記録に戻って再検討し、サブカテゴリーから外して、他に移すなどの作業を繰り返した。サブカテゴリーは、できるだけなまの声を反映させ、抽象度をあげすぎないように配慮した。

第4段階：3名の分析者が、第3段階の結果を共有した上で、あらためてサブカテゴリーについて議論し、類似していると判断したものを集めてカテゴリーを決定した。その際、カテゴリー、サブカテゴリー、コードを見直したうえで、サブカテゴリーとカテゴリーの移動・削除・統合を繰り返した。サブカテゴリーと同様に、抽象度をあげすぎないように配慮した。

7) 倫理的配慮

インタビュー調査にあたり、フォーカス・グループ・インタビューの目的・方法について、書面および口頭で説明した。参加は自由意思であること、参加を断っても不利益は受けないこと、結果は匿名性を確保した上で公表することがあること、調査終了後1年以内に録音テープの内容は消去することを説明し、了承を得たうえで「同意書」に署名・捺印をもらった。インタビュー中は、番号札を参加者の名前の代わりにすることで匿名性を確保した。

4. 調査結果

特養で抽出されたカテゴリーは17、サブカテゴリーは36である。医療療養病床で抽出されたカテゴリーは20、サブカテゴリーは36である。

分析方法で述べたように、実際の分析ではまずアイテムを抽出し、次にサブカテゴリー、カテゴリーの順に整理した。ここでの表記方法は、カテゴリー【 】を示した上で、それに属するサブカテゴリー ，さらにコード“ ”の順に説明する。

1) 特別養護老人ホームにおける終末期ケアの連携・協働の特徴

(1) 適切に対応できた、上手く連携・協働できたこと

8 カテゴリー、18 サブカテゴリーに分類・整理した。カテゴリー、サブカテゴリー、コードの関係は表2の通りである。8つのカテゴリーは、【終末期ケア開始の宣言と多職種による情報共有】、【看取りの心構えと覚悟】、【具体的な指示・情報の伝達】、【夜間の不安を支える体制作り】、【看取りの環境作り】、【本人や家族の希望に合わせたケア】、【多職種・他機関への相談・連携】、【リスク管理と苦痛の緩和】である。各カテゴリーについて結果を述べる。

【終末期ケア開始の宣言と多職種による情報共有】は、主治医による「看取り診断」の宣言、「看取り説明会」で多職種によるケアプランの検討、時期ごとに看取りの状況を説明の3つのサブカテゴリーで構成されている。特養では、生活の延長線上に終末期ケアがあることから、いつから終末期ケアとするのかが曖昧になりがちである。看取り診断を宣言したり、看取り説明会を開催することで、終末期ケアに舵を切っている。これは、看取り介護加算の算定要件である、医師が医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断したものを作成する、医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者の状態または家族の求めに応じ随時説明を行い、同意を得て介護が行われていること、が実行されている。

【看取りの心構えと覚悟】は、看取りの心構えの伝達と家族は最期の場として覚悟の2つのサブカテゴリーである。“入所時から家族は特養を最期の場所としての覚悟”、“病院搬送時の家族の意思を確認”など家族の覚悟を促すコードが多かった。

【具体的な指示・情報の伝達】は、看護師からの具体的な指示と医師からの速やかな情報伝達という、形式的で縦型の指示系統を重視する2つのサブカテゴリーである。“食事が食べられない、からだが弱ってきた時点で医師が回復は見込めないという看取り診断が出ないと終末期ケアは開始できない”、“看護師から血圧が〇〇になったら連絡を”、“医師の判断を看護師が速やかに介護職員に伝えてくれる”など、医師の判断を速やかにかつ具体的に職員に伝達する役割を看護師が担っていた。

【夜間の不安を支える体制作り】は、いつでも職員が駆けつけると夜間の介護体制をカバーする職員配置の工夫の2つのサブカテゴリーである。看護師はオンコール体制で夜間は介護職員のみという脆弱な人員体制であっても、職員同士の助け合いで対応していること、【看取りの環境作り】では、静養室での対応を開始と看護と介護の協働による普段と変わらない環境作りの2つのカテゴリーで構成され、看取り開始後は看護と介護の協働体制が強化されていた。

【本人や家族の希望に合わせたケア】は、本人・家族の意向を尊重し、その人らしさを加味したケアプランの作成と嗜好に合わせた食事を提供するための連携の2つのサブカテゴリーである。“どのようなものが好きか、家族から聞き取っている”“体調の良い時に、食べられるように準備している”など食に関するケアに取り組んでいた。

【多職種・他機関への相談・連携】は、多職種の意見を聞き、客観的な視点を追加と病院と連携したケアの2つのサブカテゴリーである。“入院先の病院には、(栄養士が)直接足を運

び、実際の食事内容や量を確認し、退院して施設に戻って来た時の献立の参考にした”と連携は施設外にも広がっていた。

【リスク管理と苦痛の緩和】では、リスク管理と代替案の提示で看取りを豊かにする、苦痛の緩和、重度化予防の3つのサブカテゴリーで構成されている。“リスクが高い場合、このような方法であれば大丈夫”などと代替案を提示して、豊かな看取りを実現させたいという意欲が伺えた。

表2 特別養護老人ホームのカテゴリー・サブカテゴリー・コードの関係

カテゴリー	サブカテゴリー	コ ー ド
終末期ケア開始の宣言と多職種による情報共有	主治医による「看取り診断」の宣言	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医が「回復が見込めない」という診断、すなわち「看取り診断」が宣言されないと看取りは始まらない。 ・「食事が食べられない」「からだが弱ってきた」という状態になると「看取り診断」が宣言される。 ・「看取り診断」の宣言は、予後30日くらいが目安である。
	「看取り説明会」で多職種によるケアプランの検討時期ごとに看取りの状況を説明	<ul style="list-style-type: none"> ・職員間で「看取り説明会」を開催し、家族の意向やケアプランについて、多職種で検討する。 ・「看取り説明会」は、完全とは言えませんが、上手くいっていると思う。 ・家族に「そろそろ時期的に近いです」と、折に触れて説明する。
看取りの心構えと覚悟	看取りの心構えの伝達	<ul style="list-style-type: none"> ・「看取り説明会」後に、家族へ看取りの情報提供と心構えを伝達している。
	家族は最期の場として覚悟	<ul style="list-style-type: none"> ・入所時に嘱託医から、特養が最期の場所であると説明している。 ・病院への搬送についても、家族は最期の場所であると認識しているし、そのように考えている人が増えた。
具体的な指示・情報の伝達	看護師からの具体的な指示の伝達	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師から「血圧がどのくらいになったら連絡をください」「サーキュレーションがどのくらいまで下がったら酸素を何ℓに」など具体的な指示があると気持ちが楽になる。 ・ここ最近、(看護と介護)の看取りの連絡体制は良くなっている。
	医師からの速やかな情報伝達	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師が「嘱託医から看取りの診断が出た」という情報を速やかに現場に下ろしてくれるとスムーズに動ける。
夜間の不安を支える体制作り	いつでも職員が駆けつける	<ul style="list-style-type: none"> ・相談員から、何かあれば家族とのやり取りのために、いつでも連絡をくれれば駆けつけると言ってもらっている。
	夜間の介護体制をカバーする職員配置の工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間は介護職員3名体制、看護師はオンコールである。 ・介護職同士で不安があれば、声を掛け合って、ユニット内を歩き来し合っている。 ・不安があれば、ベテランに代わってもらうので、協働は出来ていると思う。
看取りの環境作り	静養室での対応を開始	<ul style="list-style-type: none"> ・「看取り診断」が出ると、「静養室」での対応を始める。
	看護と介護の協働による普段と変わる	<ul style="list-style-type: none"> ・看護と介護が協働で部屋をつくる。 ・本人の持ち物を移すなど、出来るだけ普段と変わらない環境作

	らない環境作り	りに努める.
本人や家族の希望に合わせたケア	本人・家族の意向を尊重し、その人らしさを加味したケアプランの作成	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの基本的なラインは決まっているものの、その人らしさを加味している. ・家族から昔の話を聞いて、ケアプランに位置づけている. ・どのようなものが好きか、家族から聞き取っている.
	嗜好に合わせた食事を提供するための連携	<ul style="list-style-type: none"> ・出来る限りその人の嗜好に合わせたものを提供できるように厨房と連携した. ・体調の良い時に、食べられるように準備していたのが、良かったと思う.
多職種・他機関への相談・連携	多職種の意見を聞き、客観的な視点を追加	<ul style="list-style-type: none"> ・一人では決められないことが沢山あったので、多職種に相談できたことは良かった. ・理学療法士と看護師は、医務室の一員として同じ部屋で働いているので、相談しやすい.
	病院と連携したケア	<ul style="list-style-type: none"> ・病院に入院すると、直接足を運び、実際の食事内容や量を確認してきた。利用者が戻った時の献立に活かした. ・利用者の入院先には、相談員と一緒に行って、情報提供してもらった.
リスク管理と苦痛の緩和	リスク管理と代替案の提示で看取りを豊かにする	<ul style="list-style-type: none"> ・生活の場であり、気分転換にベッドを離れて散歩したい。このことで急変するリスクもあることを伝える. ・リスクが高い場合、別の方法を提示して、「このような方法であれば大丈夫」という代替案を提示して、豊かな看取りをしたい.
	苦痛の緩和	<ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士として出来ることは、苦痛を与えないことである.
	重度化予防	<ul style="list-style-type: none"> ・関節が固まりやすい、褥瘡が出来やすい環境に置かれているので、これらが悪化しないような療法を提供している.

(2) 連携・協働で対応が困難、課題を残したこと

ここでは、6 カテゴリー、9 サブカテゴリーに分類・整理した。6 つのカテゴリーは、【看取りの見立ての難しさ】、【看取りへの心残り・後悔・ジレンマ】、【情報伝達の工夫と改善の余地】、【夜間の体制作りが脆弱】、【本人や家族の思いに届かない】、【制度・政策の限界】である。

【看取りの見立ての難しさ】は、臨終が予測しにくく、看取りの見立てが難しい の1 つのサブカテゴリーのみである。“概ね30日を目安としているが、こちらの見立てと実際がずれる時がある”、“いつその日が来るのか正直分からない”という発言が聞かれた。主治医による「看取り診断」が出されるが、個々のケースによって経過は異なるので、予後しにくいというのが現実であろう。

【看取りへの心残り・後悔・ジレンマ】は、看取りへの心残りと後悔 と 他の仕事との折り合いの難しさ・ジレンマ の2 つのサブカテゴリーである。“利用者に失礼なことがあったのでは”、“不用意な言動をしてみさった”、“他の方のケアに当たっている間に息を引き取られた” “医療的なことが大きくなり、精神的な余裕がなくなる”、“できることを延ばさないでやってあげればよかった” など心残り、後悔、ジレンマを表す数多くのコードが出された。

【情報伝達の工夫と改善の余地】は、看護師の伝達方法に課題 と 介護職員が安心できる伝達方法の検討 の2つのサブカテゴリーである。事実上のコーディネーターである看護師から発言が多かった。

【夜間の体制作りが脆弱】は、看護師不在の夜間に不安 と 介護員だけの体制に不安 の2つのサブカテゴリーである。“夜間看護師はオンコール対応であり、夜間帯に看取りの方が息を引き取られた、状態が悪くなったという時は不安である”、“夜間の不安は倍増します”と看護師・介護職員双方からのコードが多かった。

【本人や家族の思いに届かない】は、本人・家族の思いに意識がいかない の1つのサブカテゴリーである。“看取りでは医療的な部分にどうしても意識がとられ、主体である本人や家族の思いまで意識がいかない”、“家族の意向確認や同意の取り方など、強引な方法をとっているのでは”という内省的な傾向が見られた。

【制度・政策の限界】は、介護報酬の限界 という1つのサブカテゴリーである。“医療（診療報酬）に手厚い反面、介護には回ってこない”、“脆弱な職員体制で看取りケアを行っているのは、職員の社会正義に対する気持ちの表れである”という批判的なコードがあげられた。

(3) 当該施設で対応すべき、あるいは対応できる課題・体制

3 カテゴリー、9 サブカテゴリーに分類・整理した。3つのカテゴリーは、【チームが協働で看取る体制・仕組み】、【レアな経験と知識を補う研修・教育】、【家族の満足感を高め、その人らしさを見守る】である。

【チームが協働で看取る体制・仕組み】は、看護師と介護職員が協働で看取る体制づくり、他者との相談を通して豊かな看取りを実現させる、すり合わせの大切さ の3つサブカテゴリーで構成されている。

【レアな経験と知識を補う研修・教育】は、看取り経験の少なさを補う研修・教育の必要性、医療知識や看取りの研修・教育の機会、レアな体験としての看取り事例を大切し、積み重ねる、ディスカンファレンスの必要性 の4つのサブカテゴリーで構成されている。“知らないことが多く、経験も少ないので、何が良いのか分からないというのが正直なところである”、“自分の力量と技術を磨いていくことで達成感が得られると思う”、“一同に集まる機会も少ないので、一つひとつの事例を大切にしていきたい”という前向きなコードが多かった。

さらに、チームが協働で看取る体制づくりの強化や、“本来看取りは介護の一部である、特養という生活の場で、その人らしく看取る”、“医療面であれこれというよりは、その人らしい最期を見守ることを大切にする”など、特養という場での終末期ケアとは何かに、今後もこだわりたいという意欲が見られた。

【家族の満足感を高め、その人らしさを見守る】は、家族の満足感が職員の満足度になる と 生活の場でその人らしい看取りを見守る の2つのサブカテゴリーである。

2) 医療療養病床における終末期ケアの連携・協働の特徴

(1) 適切に対応できた、上手く連携・協働できたこと

7 カテゴリー、15 サブカテゴリーに分類・整理した。カテゴリー、サブカテゴリー、コードの関係は表3の通りである。7つのカテゴリーは、【多職種による情報交換】、【チーム内でのコミュニケーションと定期的なカンファレンス】、【最期を迎えた時の状況】、【本人や家族の希望に合わせたケア】、【疼痛コントロール等による苦痛の緩和】、【終末期に相応しいケアの提供】、【地域に根差した活動と看取り】である。

【多職種による情報交換】は、多職種で連携して考えることと主治医の判断の2つのサブカテゴリーである“多職種で連携してどうしていくかを深く考えることは多くなっている”、“看護と介護の連携はできている”というコードが出された。

【チーム内でのコミュニケーションと定期的なカンファレンス】は、チーム内での十分なコミュニケーションと定期的なカンファレンスの2つのサブカテゴリーである。当該施設の定期的なカンファレンスとは、リハビリテーションカンファレンスのことで、これは多職種が参加する唯一のカンファレンスである。また、“廊下での立ち話やさりげない会話”や“看護師とちょっとした話をする機会”という、インフォーマルな場でのコミュニケーションも大切するなど、連携の「場」を重視する傾向がみられた。

【最期を迎えた時の状況】は、きれいな身体で最期を迎えられたと看取りに入ってから定期的な入浴で清潔に努めるの2つのサブカテゴリーである。看護と介護が連携して清潔ケアに取り組んでいた。

【本人や家族の希望に合わせたケア】は、家族との思い出づくりを支える、嗜好に合わせた食事を提供するための個別対応、本人・家族の希望に合わせたケア、療養病棟に入る前から、本人や家族の希望を確認の4つのサブカテゴリーで構成されている。“家族と一緒に記念写真を撮り、食事を摂れたのをすごく喜ばれていた”、“きめこまかく個人対応レベルで食事が提供できるようにしている”、“療養病棟に入る前に、本人・家族の希望を聞き、それを意識してケアしている”など、食に対するこだわりや、最期まで希望を叶えたいという姿勢が貫かれていた。

【疼痛コントロール等による苦痛の緩和】は、疼痛コントロール等による苦痛の緩和の1つのサブカテゴリーである。

【終末期に相応しいケアの提供】は、身体機能の向上よりも残存機能の維持と経験知を活かした対応の2つのサブカテゴリーである“療養病床は話術等も鍛えられているベテラン職員が揃っているため、患者とのコミュニケーションもスムーズになる”、“人当りのいい、話しやすいタイプのスタッフが、うまくコミュニケーションを図るようにしている”というコードからは、きめ細かく対応するには、ベテランの経験知に依拠することの重要性を指摘している。

【地域に根差した活動と看取り】は、地域に根差した活動と看取りと外部の急性期病院の患者を受け入れるという、地域活動や関係者との連携を視野に入れた2つのサブカテゴリーであり、院内に留まらないメゾレベルで取り組む姿勢が見られた。

表3 医療療養病床のカテゴリー・サブカテゴリー・コードの関係

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
多職種による情報交換	多職種で連携して考えること	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種で連携してどうしていくかを深く考えることは多くなっている。 ・看護師がはじめに患者・家族とかがわり、病棟にあがると介護士もかかわる。看護と介護の連携はできている。
	主治医の判断	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴が刺せなくなった際には経鼻で栄養を入れるかどうかを主治医が判断する。
チーム内でのコミュニケーションと定期的なカンファレンス	チーム内での十分なコミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・家族とのコミュニケーションもとれ、主治医と看護と家族が一体となって取り組んだ。 ・どのような最期がそのかたにとって良いのかをチームで話し合っ、それぞれの職種がどう役割を担うのかを決めていくことが大事。 ・多職種が話しやすい関係性ができている。 ・立ち話やさりげない会話から情報を共有している。 ・患者さんと接する機会が一番多い看護師に、ちょっとした話の中で食事含めて何か気づく点があれば教えてくださいとお願いしている。
	定期的なカンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的なカンファレンスに多職種が入っている。 ・カンファレンスの雰囲気として、会話量が多い。
最期を迎えた時の状態	きれいな身体で最期を迎えられた	<ul style="list-style-type: none"> ・身体をきれいにしよう心掛け、そのことが家族からも喜ばれた。
	看取りに入ってから定期的な入浴で清潔に努める	<ul style="list-style-type: none"> ・きれいにすることを意識して、看取りに入ってから、他の方と同じように入浴していただいた。
本人や家族の希望に合わせたケア	家族との思い出づくりを支える	<ul style="list-style-type: none"> ・家族と一緒に記念写真を撮り、食事を摂れたのをすごく喜ばれていた。
	嗜好に合わせた食事を提供するための個別対応	<ul style="list-style-type: none"> ・食事については、直接好みを聞きながらヒアリングを行っている。 ・きめこまかく個人対応レベルで食事が提供できるようにしている。
	本人・家族の希望に合わせたケア	<ul style="list-style-type: none"> ・受け持ちの看護師、介護士を定めて、家族が受け持ちを通して話をすれば、他のスタッフにも伝わるような体制づくりを行い、同じようなケアができるようにしている。 ・点滴も入らず、本当に看取るだけという希望であっても、受入れをしている。 ・本人・家族がどのように最期を迎えたいかという希望に近づけてケアできている。
	療養病棟に入る前から、本人や家族の希望を確認	<ul style="list-style-type: none"> ・療養病棟に入るまえに、本人・家人の希望を聞き、それを意識してケアしている。
疼痛コントロール等による苦痛の緩和	疼痛コントロール等による苦痛の緩和	<ul style="list-style-type: none"> ・痰が詰まって最期まで苦しかった、ということを防ぐため、排痰のケアをしている。 ・(薬剤師は専従ではなく専任の体制ではあるが) 疼痛コントロー

		<p>ルの相談などは看護師、医師としつつその都度介入する形で取り組んでいる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(体制上なかなか療養病棟に詰められないが)問題のある患者や薬があれば連絡が入る体制を整えている。
終末期に相応しいケアの提供	身体機能の向上よりも残存機能の維持	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期の場合、身体機能の向上という目標とは少し違う。 ・(理学療法士は)残った能力の維持という身体機能の評価がメインとなる。 ・どうすれば今残っている機能をなるべく最期まで維持できるかを考える。
	経験知を活かした対応	<ul style="list-style-type: none"> ・療養は基本的に、話術等も鍛えられているベテランが揃っているため、患者とのコミュニケーションもスムーズになる。 ・人当たりのいい、話しやすいタイプのスタッフが、うまくコミュニケーションを図るようにする。
地域に根差した活動と看取り	地域に根差した活動と看取り	<ul style="list-style-type: none"> ・地域に根ざした活動として看取りをしている。
	外部の急性期病院の患者を受け入れる	<ul style="list-style-type: none"> ・外部の急性期病院からも看取りの希望があれば受け入れをしている。

(2) 連携・協働で対応が困難、課題を残したこと

8 カテゴリー、12のサブカテゴリーに分類・整理した。8つのカテゴリーは、【看取りの振り返りを十分にできない】、【家族や医師が患者と疎遠になる】、【カンファレンスの不十分さ】、【十分に汲み取る事ができない本人や家族の思い】、【看取りのみに集中できないジレンマ】、【各専門職の役割が他職種に十分理解されていない】、【診療報酬等、制度・政策による影響】、【システム作りの未確立】である。

【看取りの振り返りを十分にできない】は、看取りの振り返りを行っていないの1つのサブカテゴリーである。“多職種の共通の目標や思いを一つにする場がなく、個々がばらばらのまま上手くいかないという思いを持ったまま時間が経過した”というコードがあった。

【家族や医師が患者と疎遠になる】は、家人の関わりが疎遠になる療養病床に移ると、主治医の関わりが疎遠になるという療養病床に特徴的な2つのサブカテゴリーである。“一般病床から療養病床に移ると、主治医は安心して足が遠のく”、“家族もほっとしてしまったのか、療養病床に入った途端に足が遠のいてしまった”、“家族の面会が少なくなり、看護師とあまり話をしなくなった”というコードが多かった。

【カンファレンスの不十分さ】は、多職種一丸となったカンファレンスが十分にできない定期的なカンファレンスが「リハビリカンファレンス」しかない職種によってはカンファレンスに参加できる機会が少ないという3つのサブカテゴリーで構成されるなど、発言が集中したところである。療養病床で唯一定期的に行われているカンファレンスは、リハビリカンファレンスであり、このカンファレンスに終末期ケアカンファレンスを重ねるのは無理があり、“看取りというよりは、リハビリ中心のカンファレンスになってしまう”、“(終末期)カンファレン

スがあれば、少しは流れが変わったかもしれない”などカンファレンスの不十分さを指摘するコードが多かった。

【各職種の役割が他職種に十分理解されていない】は、自らの専門性を、他職種が十分理解していない 他職種（特に医師）からのオーダーが無い という2つのサブカテゴリーである。“医師や看護師が、理学療法士がどういことができるのかについて浸透していない、認識がない、依頼がこない”、“（栄養士が）栄養サポートが必要だ、関わりたいと思っても、医師によっては「別にいいよ」と言われることがある”、“自分たちは何ができるかを他の職種にも知ってもらえるようにアピールしていくべき”というように、自らの専門性が活用されていない現状を嘆くコードが出された。

(3) 当該施設で対応すべき、あるいは対応できる課題・体制

5 カテゴリー、9のサブカテゴリーに分類・整理した。5つのカテゴリーは、【チームが協働で看取る仕組み作り】、【医師や家族に対する教育や指導】、【本人や家族の思いを尊重する姿勢】、【地域連携の推進】、【成功事例の積み重ねと共有】である。

【チームが協働で看取る仕組み作り】は、チーム全体で、視点や方法を共有する仕組み と柔軟に対応していくこと の2つのサブカテゴリーである。“多職種ならではの視点で、他の職種が気づかないやり方を共有する仕組みが必要”、“ICFのように考え方を共有して議論する”というコードが出された。

【医師や家族に対する教育や指導】は、医師への教育 と 家族への教育と指導 の2つのサブカテゴリーである。“医師に対しても、して欲しいことを伝え、そうしないとスタッフが困ることを、きちんと伝えるべき”、“医師にも来てもらう手段、定期的に来てくれるように働きかける”など、医師に対するコードが目立った。

【本人や家族の思いを尊重する姿勢】は、患者・家族の思いに寄り添う姿勢 と 本人・家族の思いを引き出す仕組みづくり の2つのサブカテゴリー、【成功事例の積み重ねと共有】は、成功事例の積み重ね と うまくいった経験を多職種で共有 の2つのサブカテゴリーで構成されている。

5. 考察

特養と医療療養病床の終末期ケアにおける多職種の連携・協働で、類似していたカテゴリーは8つである（表4に網かけで提示）。以下、1) 2) 3) は類似していた点、4) 5) 6) は異なっていた点について考察した。

1) 適切に対応できた、上手く連携・協働できたことで類似していたカテゴリーは3つ

(1) 特養【終末期ケア開始の宣言と多職種による情報共有】と医療療養病床【多職種による情報交換】

特養では、主治医の「看取り診断」により、多職種が終末期ケアに舵を切っていた。療養病床でも主治医の判断により、療養病床へ転床し、その後多職種による終末期ケアが開始されていた。両施設ともに、医師の医学的判断により終末期ケアが開始されていた。情報共有の方法は、ケアプランの作成とカンファレンスである。

特養では、医師が“回復は見込めない”と判断するのは、食事が食べられなくなったと同時に、身体の衰弱が著しくなった場合である。一方、医療療養病床は、食事が食べられなくなった、末梢点滴が入らなくなる、あるいは経管栄養や胃瘻が受け付けなくなった時である。医師の医学的判断と多職種の見立てには、あまり差がなく、円滑に終末期ケアが開始されている。日本慢性期医療協会(2008)や辻ら(2012)が行った調査でも、終末期にあたるかどうかの判断は、職種間での差は見られていない。

(2) 特養【本人や家族の希望に合わせたケア】と医療療養病床【本人や家族の希望に合わせたケア】

特養では「事前指定書(リビングウィル)」は作成していないが、入所時に本人・家族の意向を聞き取っている。療養病床は、転床する前から本人・家族の意向を聞き、転床してからは、事前指定書を作成して意向を聞き取っていた。両施設ともに定期的に意向を確認していた。

特養では、“家族の満足度が職員の満足度になる”という発言もあり、本人の意思が確認できない場合が多く、家族の意向をより重視する傾向が見られた。このようなことからわが国でも家族や介護者の満足度に着目した研究が多い。

宮田ら(2004)は、高齢者を看取った介護者の「思い」「満足度」からみたケアの評価を行った。その結果、死亡前後の状況や死亡場所がどこであったかにかかわらず、ケアのプロセスが関連していた。場所特に、安定期においては、“療養中に叶えたい高齢者本人の希望が実現したこと”、“本人の希望の実現や励みになるインフォーマルサポートがあったこと”が影響していた。

また、医師、看護師、介護職員以外の職種は、「(終末期になると)自分たちはもうすることがない」と引いてしまう。しかし、両施設ともに、管理栄養士や理学療法士が中心となり、食に関する意向を丁寧に聞き取っており、食べられなくなっても、「栄養としての食ではなく、楽しみとしての食」に強いこだわりを持っていた。

(3) 特養【リスク管理と苦痛の緩和】と医療療養病床【疼痛コントロール等による苦痛の緩和】

特養では、生活の延長線上で豊かな看取りをするには、リスクが伴うことがあることから、別の方法を提示してした。

医療療養病床では、理学療法士が“最期まで呼吸機能は残るので、痰が詰まって苦しかったと

いうことを防ぐために、排痰ケアもします”，薬剤師は“急性期病床と兼務しているため、疼痛コントロールをします”など、積極的に関与していた。

2) 上手く対応できなかった、連携・協働に課題を残したで共通していたカテゴリーは3つ

- (1) 特養【看取りへの心残り・後悔・ジレンマ】と医療療養病床【看取りのみに集中できないジレンマ】
- (2) 特養【本人や家族の思いに届かない】と医療療養病床【十分に汲み取る事ができない本人や家族の思い】
- (3) 特養【制度・政策の限界】と医療療養病床【診療報酬等、制度・政策による影響】

この3つのカテゴリーは、入所者の重度化に対応するのが精一杯で、終末期ケアに十分な人と時間を配分できないジレンマと、現行の介護報酬・診療報酬に対する限界を表している。

高齢者の終末期ケアでは、看取りを豊かにするためのあらゆる可能性を、高齢者の語り（ナラティブ）や家族から引き出すこと、今の希望を実現するために多職種を巻き込むことなど、積極的なケアマネジメントが求められる。しかし、十分に意思を引き出したか否か、内省する意見が聞かれた。特養では、医療行為に思いが引っ張られてしまい、家族の思いに届かなかったのではという意見が相次いだ。医療療養病床では、“（療養病床）に転床後は、何か起こらない限り、医療ソーシャルワーカーとのやり取りが少なくなる”、“主治医が病室を訪問しない”など、医療ニーズが少なくなることにより、連携が弱くなっていた。

平成22年度介護サービス施設・事業者調査によれば、特養の入所者に対する医療処置の実施状況は、喀痰吸引は4.4%、経管栄養・胃瘻は10.7%である。

このように、特養では、医療処置や医学的管理の比重が増しているにも関わらず、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第18条では、「医師又は看護職員は、常に入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な処置をとらなければならない」と、老人福祉法による特養創設期の基準を踏襲したままになっている。そのため、全国老人福祉施設協議会は、「平成24年度介護報酬改定等に関する要望書」の中で、医療・看護の重要性が増している今日、特養における医師または看護職員について「……必要に応じて看護及び医学的管理に基づく療養の世話をを行う」と改めるよう、厚生労働省に要望書を提出している。

医療療養病床では、リハビリテーションや栄養サポートチームの介入は必要であると、多職種が判断しても、医師の指示がなければサービスを提供できないという、制度上の限界を指摘していた。

3) 当該施設で対応すべき、あるいは対応できる課題・体制で共通していたカテゴリーは2つ

- (1) 特養【チームが協働で看取る体制・仕組み作り】と医療療養病床【チームが協働で看取る仕組み作り】

特養は医療従事者が手薄なため、看護師と介護職員でカバーする体制と仕組み作りを、医療療

養病床では、看取りの視点やケア方法を共有する仕組み作りが強調されていた。両施設とも、カンファレンスの重要性が強調されていた。

日本慢性期医療協会（2008）の調査では、医療療養病床での終末期カンファレンスの実施率は少ない。“ほとんど実施していない”と“全く実施していない”を合わせると44.4%である。当該施設は連携の場としてのカンファレンスを重視しているため、実施率が高いといえる。一方で、インフォーマルな会話（立ち話等）は、活発にされており、これらが重要な情報共有の場となっていた。

短い時間内であっても議論を活性化するには、課題をフォーカスした集中的な討論が必要である。参考になる取り組みとして、尾道市医師会方式ケアカンファレンス（以下、「尾道方式」）がある。尾道方式のカンファレンスは、「医療知識や医療的対処の方法」と「生活上の問題点への対処方針」が情報共有され、リスクマネジメントを含めたケアプランの検討がなされる。事前に情報共有がなされているため、所要時間は15～20分である。多忙な保健医療福祉職が一堂に集まるには、効率的な運営が求められるが、運営方法について踏み込んだ議論はされていない。

（2）特養【レアな経験と知識を補う研修・教育】と医療療養病床【成功体験の積み重ね】

特養の施設内死亡者数は年間4件と少ないため、看取りはレアな経験である。“自分の力量と技術を磨いていくことで達成感が得られると思う”、“一同に集まる機会も少ないので、一つひとつの事例を大切にしていきたい”という前向きな発言が多く、研修や教育の機会を望んでいた。

一方で、医療療養病床の施設内死亡者数は46件と多いが、ディスカンファレンスは開催されていない。前述した日本慢性期医療協会（2008）の調査でも、死亡後のカンファレンスについて“ほとんど実施していない”と“全く実施していない”を合わせると68.5%にもなる。“このようにしたら上手くできる”という成功体験を多職種で共有できる仕組み（カンファレンスや事例検討会）をあげる意見が多く、特に医師の参加を強く望んでいた。

4）特養は縦型の指示系統を、医療療養病床では横のつながりを重視

特養では、「看取り診断の宣言」という医師の指示をもって看取りを始め、「看護師からの具体的な指示」や「医師からの速やかな情報伝達」という、縦型の指示系統を重視している。三菱総合研究所（2010）の調査によれば、特養の配置医師の9割が非常勤の嘱託医であり、常勤医を配置している施設はわずか3.4%である。配置医師のうち、勤務日数については、7割が10日未満で、平均8.53日と少ない。そのため、終末期ケアのコーディネーターは看護師である。

また、夜間については、“血圧が〇〇になったら連絡を”、“酸素の飽和度が〇〇%になったら、酸素を〇〇ℓに上げる”という具体的な数値を入れた指示を看護師に求めている。これは、脆弱な看取り体制下では、やむを得ないことであろう。

一方、医療療養病床では、連携・協働の場としてカンファレンスが重要と考えている。これは、終末期ケアを担う職種が、固有の専門性を有している故に、「横のつながり」や「連携」を重視

しているからと考える。また、立ち話などのインフォーマルな場での職種間コミュニケーションを大切にしながらも、定期的なカンファレンスをするという、連携の「場」を重視する傾向が見られた。

5) 特養は脆弱な人員体制を、医療療養病床では医師や家族の指導・教育を改善すべきと考えている

特養では、脆弱な人員体制を補う方法として、“いつでも職員が駆けつける”、“ベテラン介護職員が新人と勤務交代するなど、夜間の介護体制をカバーする職員配置”という現場レベルでの対応をしていた。さらに、急変のリスクに対応できないことから、安全を担保した代替ケアの提示など、リスクマネジメントの重要性が出された。

医療療養病床では、人員不足の不安はなかったが、療養病床に転床することで、急性期病床所属の主治医や家族らの足が遠のき、本人やスタッフとの関係が疎遠になるという意見が出された。手厚い人員体制でありながらも、むしろ手厚さが「お任せ」の傾向を作っているという、療養病床の特徴が明らかになった。このような状況を解消するには、医師や家族を含めたカンファレンスや事例検討という、連携の場と教育が重要であるとしている。

質の高い終末期ケアを提供するためには、特養は十分な人員体制と教育体制が、療養病床は医師を含めた多職種への教育が必要であると考え、現行制度や介護報酬・診療報酬での対応では限界があるという意見が出された。

6) 特養は個人の力量不足を悔やみ、医療療養病床では自分の力をもっと活用したいという意欲が見られた。

課題を残した場面については、特養は圧倒的に個人の力量不足を悔やむ意見が多く出された。“利用者に失礼な言動があったのでは”、“もっと顔を見に行けばよかった”など看取りへの心残りや後悔を表す発言が多かった。

一方、医療療養病床では、個人の力量が不足していることを嘆くのではなく、“自分たちをもっと活用して欲しい”、“(自分たちは)もっとできることがあったはず”という意識が強く、高い専門職意識が垣間見られた。

表4 特養と療養病床のカテゴリー・サブカテゴリーの比較

1. 終末期ケアのプロセスにおいて、適切に対応できた、上手く連携・協働できた場面

特別養護老人ホーム		医療療養病床	
カテゴリー	サブカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
終末期ケア開始の宣言と多職種による	主治医による「看取り診断」の宣言 「看取り説明会」で多職種による	多職種による情報交換	多職種で連携して考えること 主治医による判断

情報共有	ケアプランの検討 時期ごとに看取りの状況を説明		
看取りの心構えと覚悟	看取りの心構えの伝達 家族は最期のもととして覚悟	チーム内でのコミュニケーションと定期的なカンファレンス	チーム内での十分なコミュニケーション 定期的なカンファレンス
具体的な指示・情報の伝達	看護師からの具体的な指示の伝達 医師からの速やかな情報伝達	最期を迎えた時の状態	きれいな身体で最期を迎えられた看取りに入ってから定期的な入浴で清潔に努める
夜間の不安を支える体制作り	いつでも職員が駆けつける 夜間の介護体制をカバーする職員配置の工夫	本人や家族の希望に合わせたケア	家族との想い出づくりを支える嗜好に合わせた食事を提供するための個別対応 本人・家族の希望に合わせたケア療養病棟に入る前から、本人や家族の希望を確認
看取りの環境作り	静養室での対応を開始 看護と介護の協働による普段と変わらない環境づくり	疼痛コントロール等による苦痛の緩和	疼痛コントロール等による苦痛の緩和
本人や家族の希望に合わせたケア	本人・家族の意向を尊重し、その人らしさを加味したケアプランの作成 嗜好に合わせた食事を提供するための連携	終末期に相応しいケアの提供	身体機能の向上よりも残存機能の維持 経験知を生かした対応
多職種・他機関への相談・連携	多職種の意見を聴き、客観的な視点を追加 病院と連携したケア内容	地域に根差した活動と看取り	地域に根差した活動と看取り 外部の急性期病院の患者を受け入れる
リスク管理と苦痛の緩和	リスク管理と代替案の提示で看取りを豊かにする		
	苦痛の緩和		
	重度化予防		

2. 終末期ケアのプロセスにおいて、対応が困難あるいは課題を残した場面

特別養護老人ホーム		医療療養病床	
カテゴリー	サブカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
看取りの見立ての難しさ	臨終が予測しにくく看取りの見立てが難しい	看取りの振り返りを十分にできない	看取りの振り返りを行っていない
看取りへの心残り・後悔・ジレンマ	看取りへの心残りや後悔 他の仕事との折り合いの難しさ・ジレンマ	家族や医師が患者と疎遠となる	家人の関わりが疎遠になる 療養病床に移ると、主治医のかかわりが疎遠になる
情報伝達の工夫と改善の余地	看護師の伝達方法に課題 介護職員が安心できる伝達方法の検討	カンファレンスの不十分さ	多職種一丸となったカンファレンスが十分にできない 定期的なカンファレンスが「リハ

			カンファレンス」のみである 職種によってカンファレンスに参加できる機会が少ない
夜間の体制 づくりが脆弱	看護師不在の夜間に不安 介護員のみ体制に不安	十分に汲み取る 事ができない本人 や家族の思い	本人・家族の思いを十分に汲み取 ることができない
本人や家族の 思いに届かない	本人・家族の思いに意識がいか ない	看取りのみに 集中できない ジレンマ	他の仕事と折り合いをつけること のジレンマ
制度・政策の 限界	介護報酬の限界がある	各専門職の役割 が他職種に十分 に理解されてい ない	自らの専門性を、他職種が十分理 解していない 他職種からのオーダーが無い
		診療報酬等、制 度・政策による 影響	診療報酬の限界がある
		システム作りの 未確立	終末期ケアのシステム作りが未確 立

3. 対応すべき、あるいは対応できると思われる終末期ケアの課題

特別養護老人ホーム		医療療養病床	
カテゴリー	サブカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
チームが協働 で看取る体制 ・仕組み作り	看護師と介護職員が協働で看取 る体制づくり 他者との相談を通して豊かな看 取りを実現する すり合わせの大切さ	チームが協働で 看取る仕組み作 り	チーム全体で、視点や方法を共有 する仕組み 柔軟に対応していくこと
レアな経験と 知識を補う 研修・教育	看取り経験の少なさを補う研修・ 教育の必要性 医療知識や看取りの研修・教育 の機会 レアな体験としての看取り事例 を大切に、積み重ねる ディスカンファレンスの必要性	医師や家族に対 する教育や指導	医師への教育 家族への教育と指導
家族の満足感 を高める	家族の満足感が職員の満足度にな る	本人や家族の思 いを尊重する姿 勢	患者・家族の思いに寄り添う姿勢 本人・家族の思いを引き出す仕組 みづくり
その人らしさ を見守る	生活の場でその人らしい看取り を見守る	地域連携の推進	院外を含む、地域との連携づくり
		成功事例の積み 重ねと共有	成功事例の積み重ね 上手くいった経験を多職種で共有

6. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界と課題について、調査対象の代表性、インタビュー方法の限界、調査結果の一般化の3点について述べる。

1) 調査対象の代表性

本研究では、多死時代の看取りの場として役割が期待されている、特養と医療療養病床を対象とした。施設選択の基準は、次の3点である。両施設とも終末期ケアの体制を整えていること(H特養は「看取り介護加算」を算定)、施設内死亡者数が全国平均またはそれ以上であること、特養では、事前に配布した意識調査で、医師、看護師、介護職員ともに、看取りに積極的に取り組んでいると回答し、Y療養病床は、多職種チームで排泄ケアマネジメントや栄養マネジメントに取り組み、アウトカム評価を高めるなど、終末期ケア以外でも多職種連携・協働に積極的に取り組んでいると判断した。

また、グループインタビューの対象者は、テーマに適合した人を偏りなく選出することが求められる。本研究では、過去1年間に終末期ケアに関わった多職種について、年齢、性別、職種など属性を配慮して、偏りがないように選ぶように管理者に依頼した。

安梅(2010)が指摘しているように、グループインタビューにおける代表性とは、量的研究法における代表性、いわゆるランダム・サンプリングによる偏りをなくすという意味ではない。それでも、インタビュー対象はどのような観点を重視して決定したのか、という説明は丁寧に行う必要はある。

2) グループインタビュー方法の限界

本研究は、終末期ケアに関わった職種の多様な意見を収集し、潜在的・顕在的な情報を探索的に分類・整理することから、グループインタビュー法を選択した。多職種の豊かな意見やなまの声を大切にしたいと考えたからである。グループインタビュー法のような質的研究は、数字で信頼性と妥当性を示すことはできないが、インタビューから分析までの段階において3名の研究メンバーがかかわることにより、信頼性と妥当性を担保した。

しかし、グループインタビュー法には限界がある。参加者が言葉に話したくないこと、あるいは言葉にしにくいことがあるのは容易に想像がつく。そもそも日常の実践活動は、言葉にすることを意識しているわけではないことを研究者は配慮すべきである。実践活動を理解するには参与観察が有効な方法であるが、本研究では「観察記録」を作成して、複数の研究者が参加者の非言語的表現を収集した。それでも十分な意見を収集できたかどうかは疑問が残る。

「日常の現場のなまの声」をより引き出すためには、小田(2010)が提案しているように、インタビュアーと参加者の役割を固定せずに「会話形式のやりとり」を行う方法もある。しかし、

インタビューという方法を通してまとまりのあるデータが得られるのも事実である。結局は、参与観察による会話のやりとりと、半構造化インタビューの特性を踏まえて組み合わせることが現実的であると考えられる。

3) 調査結果の一般化

本調査結果がどれだけ一般化できるかについては、同じような特徴を持つ他の集団やグループに対しても、その結果を適用できるかどうかを確認することである。ヴォーンら (1999) は、「一般化は目標ではないにせよ、同様な結果を得るために、複数のフォーカス・グループ・インタビューを行うことにより、一般化することは可能」と述べている。冷水 (2010) も、同じ質問事項に関する異なる参加者に対する面接を繰り返し、明らかにされた共通の結果は、一般化につながるとしている。また、安梅 (2010) は、複数のグループインタビューの成果を統合してまとめる方法を「複合分析」としている。これは、各々のグループインタビューで取り上げられた「重要カテゴリー」に注目し、「対象特性の共通点と相違点」、すなわち何が共通しているのか、何が相違しているのか、それはどのような背景要因によるのかを検討するものである。

グループインタビューの数は、多ければ多いほど複合分析に幅ができるものの、現実的には時間と費用がかかるため限界がある。時間をかけて同様の研究方法を継続するか、それとも他の方法を組み合わせるのか今後の課題としたい。

付記：本研究は、日本福祉大学学内研究助成制度公募型研究プロジェクトにより実施した「要介護高齢者の終末期ケアマネジメントの実証的研究」(2012) の成果の一部である。

文献

- ・安梅勅江 (2001) 『ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法～科学的根拠に基づく質的研究法の展開～』医歯薬出版。
- ・安梅勅江, 片倉直子, 佐藤泉, 淵田英津子, 西田麻子, 大中敬子 (2003) 「フォーカス・グループインタビュー活用の意義 「健康日本 21」への住民の声の反映に向けて」日本保健福祉学会誌. 9 (2), pp. 45-54.
- ・安梅勅江 (2010) 『ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法 / 論文作成編～科学的根拠に基づく質的研究法の展開～』医歯薬出版。
- ・樋口京子, 篠田道子, 杉本浩章, 近藤克則 (2010) 『高齢者の終末期ケア ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール』中央法規出版。
- ・平坂義則 (2008) 「地域包括支援センターにおける地域支援の方向性 実践者による『フォーカス・グループ・インタビュー調査』をとおして」日本の地域福祉 21. pp. 19-30.
- ・池崎澄江, 池上直己 (2012) 「特別養護老人ホームにおける特養内死亡の推移と関連要因の分析」厚生 の指標. 59 (1), pp. 14-20.
- ・医療経済研究機構 (2003) 「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する研究」
- ・医療経済研究機構 (2005) 「療養病床における医療・介護に関する調査報告書」pp. 2-3.
- ・国立社会保障・人口問題研究所ホームページ「日本の将来推計人口 (平成 24 年 1 月推計)」の中位推計。

- <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.asp> 2013年2月28日閲覧.
- ・厚生労働省ホームページ「人口動態統計」第5表 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移(2011年12月1日発表資料).
 - <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/dl/s03.pdf> 2013年2月28日閲覧.
 - ・厚生労働省「平成22年介護サービス施設・事業所調査結果の概要」pp. 11-13.
 - ・「介護老人福祉施設の基準・報酬について」(2011). 社会保障審議会 介護給付費分科会第84回(平成23年11月10日)資料. p. 9.
 - ・第3回介護施設等の在り方に関する委員会(2007)「療養病床の入院患者の状態像と必要なケアについて」(平成19年3月12日)資料. p. 6.
 - ・三菱総合研究所(2008)「特別養護老人ホームにおける重度化・看取り対応に関する研究報告書」.
 - ・三菱総合研究所(2010)「介護施設における医療提供に関する調査研究」
 - ・宮田和明, 近藤克則, 樋口京子編(2004)『在宅高齢者の終末期ケア 全国訪問看護ステーション調査に学ぶ』中央法規出版.
 - ・日本慢性期医療協会ホームページ「療養病床における終末期医療・看護に関する調査 病院調査」(平成20年9月)
<https://jamcf.jp/enquete.html> 2013年3月20日閲覧.
 - ・中島民恵子, 田嶋香苗, 金圓景, 奥田佑子, 冷水豊, 平野隆之(2011)「地域特性に即したインフォーマルケアの実践的課題抽出の試み(1)」日本福祉大学社会福祉論集. 第125号, pp. 103-119.
 - ・田嶋香苗, 中島民恵子, 金圓景, 斎藤雅茂, 冷水豊, 平野隆之(2011)「地域特性に即したインフォーマルケアの実践的課題抽出の試み(2)」日本福祉大学社会福祉論集. 第125号, pp. 121-134.
 - ・二木立(2012)「今後の死亡急増で「死亡場所」はどう変わるか?」日本医事新報. No. 4626, pp. 26-28.
 - ・小田博志(2010)『エスノグラフィー入門 現場を質的研究する』春秋社
 - ・冷水豊編著(2009)『「地域生活の質」に基づく高齢者ケアの推進～フォーマルケアとインフォーマルケアの新たな関係をめざして～』有斐閣
 - ・田中克恵(2011)「特別養護老人ホームの終末期ケアに関する研究～看取り介護加算の算定を支える終末期ケアのストラクチャーとプロセス～」社会福祉学研究 No. 6
 - ・田城孝雄, 高橋隆, 瀬戸恒彦, 片山濤, 田中滋(2006):尾道式ケアカンファレンスの構造と機能「サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査」. 介護経営, 1(2).
 - ・辻彼南雄, 渡辺大輔, 中島民恵子(2012)「終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査」平成23年度理想の看取りと死に関する国際比較調査報告書. pp. 196-199.
 - ・Vaughn, S, Schumn, J. S & Sinagub, J. M. 井下理監訳, 田部井潤, 柴原宣幸訳(1999):『グループ・インタビューの技法』慶応義塾大学出版会.
 - ・全国老人福祉施設協議会(2011)「平成24年度介護報酬改定等に関する要望書」
 - ・全日本病院協会(2012)「終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究」