

特別養護老人ホームで働くケアワーカーと 看護師の終末期ケア行動の分析

：両職種の専門性にもとづく協働の可能性

北 村 育 子
石 井 京 子
牧 洋 子

要旨

在宅生活の継続と介護費用の伸びを抑制する必要性から、在宅系介護サービスの充実が図られてきたが、療養病床の削減や女性の社会進出など社会的条件の変化により、施設サービスへの需要も大きく、そこでの終末期ケアの充実が課題となっている。筆者らは、大阪府下の41特養に勤務するケアワーカー255名、看護師84名の協力を得て、終末期ケア行動の内容を明らかにするとともに、両職種の協働の在り方について考察した。その結果、『医療処置に関するケア（第1因子）』『利用者の意思の尊重と家族への説明に関するケア（第2因子）』『生活支援に関するケア（第3因子）』『病状把握と看取りケアに関するケア（第4因子）』という終末期ケア行動を構成する4つの因子が明らかになった。各因子をさらに分析した結果、第1・4因子については看護師が、第2・3因子についてはケアワーカーが主として担うことがよりよい協働に寄与するものとする。

キーワード：終末期ケア、特別養護老人ホーム、ケアワーカー、看護師、協働

はじめに

介護の社会化を実現するため2000年に介護保険制度が誕生し、在宅生活の継続を目指すという基本的な方向性に加え、高齢者の増加に伴う介護保険財政の負担を軽減する必要性により、在宅系のサービスの充実が図られてきた。その一方で、高齢者の増加に伴う医療費の伸びに対応するために急性期と慢性期の区別がより明確にされ、療養病床が削減されるなど、医療機関を長期

利用することが困難になってきたこと、女性の社会進出と家族形態、更には人々の生活を支える経済的な条件の変化、などにより、在宅に位置づけられるサービスのなかでも24時間体制で高齢者を支えるグループホームや有料老人ホーム、そして介護保険施設に対する需要は大きい。そして、それらの施設は介護保険制度上の位置づけにかかわらず利用者の最終的な生活の場であり、終末期ケアの場でもある。医療機関の長期利用が可能であった時期には、利用者に医療が必要になると入院し、そのまま施設に戻らず亡くなる場合が多かった。しかし近年、上記のような事情により施設は、利用者の入院を最小限とし、施設で看取る体制を充実させなければならない状況に置かれている。

高齢者介護施設において利用者の生活を主に支えているのは介護職員（ケアワーカー）であるが、利用者の人生が終末に近くなると、医療を担う看護師の役割が増加する。そのため、慢性的な疾患を抱えている利用者の多い高齢者介護施設において職種間の協働が重要であることは言うまでもないものの、終末期ケアを実施するための協働は、施設での通常の生活を支える場合の協働を量的に拡大するのみでは有効に作用しない。利用者自身の生活が、終末期とそれに至るまでとに分断できるはずはなく、終末期ケアにおける両専門職の協働のあり方について検討することには意義がある。

そこでまず筆者らは、平成18-20年度科学研究費補助金（課題番号18592443）を受け、特別養護老人ホーム（以下、「特養」という。）に勤務するケアワーカー（介護福祉士、ホームヘルパー、社会福祉士、など）と看護師が、終末期ケアとして実際に何を行っているかを調査した（調査期間は2008年1-3月）。本稿は、この調査によって得られた情報を分析することにより、両職種の終末期ケア行動の特徴を考察し、最適な実践領域の分担にもとづいた協働の可能性と今後の課題とを探るものである。

なお、本調査を実施するにあたって「終末期ケア」ならびに「看取り介護」という表現を使用した。それらの定義を回答者に提示しなかった。これについて本稿では、時期や期間に多少の違いはあるものの、看取り介護を終末期ケアの最終段階におけるケアとして捉え、両者をほぼ同一のものとして扱うこととする。

調査の概要

1. 対象

調査対象は、施設と利用者を取りまく社会的環境の理解が容易であることから、筆者らの居住する大阪府下の特養に勤務するケアワーカーならびに看護師とした。調査時点において介護保険事業者である介護老人福祉施設として把握することができた特養は333か所で、全施設の長あてに調査への協力を依頼した。調査票を配布する旨の了解が得られた特養は、41施設（承諾率12.3%）であった。

2. 調査項目

- 1) 対象の基本属性として、性、年齢、職種、資格、勤務形態、など。
- 2) 勤務する特養における終末期ケア方針や職場の士気に関する認識など。
- 3) 終末期のケア行動

調査にあたり、終末期のケア行動項目を作成した。第一段階として、5年以上の経験を持つケアワーカー5名および看護師3名に、終末期に利用者とその家族に対してどのようなことを行っているかについて聞き取り調査を行い、66項目を設定した。さらに、既存の文献から抽出した10項目を加え、76項目から成る仮調査票を作成した。第二段階として、本調査の対象とはならない施設に勤務する職員10名に当該調査票を用いて予備調査を実施し、弁別力の弱い5項目を削除して71項目とし、今回実際に使用した調査票を作成した。測定は、各項目についてそれを自分の業務だと思うか否か（思う：1点、思わない：0点）を問う、さらに、どの程度その業務を実施しているかを5段階（いつもする：5点～しない：1点）で評価することとした。

4) 自由記述

調査票の最後の部分において、「施設内での年間死亡者数と看取り介護実施数」と「施設内で看取り介護を行うことについての賛否」を問う、次に「賛成あるいは反対の理由」を自由記述欄に記入することを求めた。

3. 倫理的配慮

調査票に調査の目的、研究責任者の氏名を記載し、研究への参加は個人の自由意思によるものであること、調査は無記名で行い個人が特定されることはないこと、データ分析は回答者全体で統計処理を行ない個別分析は行わないこと、調査票の管理・処理は厳密に行うこと、調査票の回収は郵送で行うことを明記した。回答済みの調査票が返送されたことで、研究への同意が得られたと判断した。

調査結果の概要

本調査の回答者の属性ならびに終末期ケア行動を構成する因子の概要は以下のとおりである。

1. 回答者の属性

回答者の内訳は、ケアワーカー255名（介護福祉士184名、社会福祉士7名、ヘルパー50名、その他14名）、看護師84名、無回答19名であり、役職の有無、勤務形態は表1のとおりである。調査に協力するか否かの判断にあたっては、施設において看取りを実際に行っているか否かが協力への動機付けとなっていることが考えられるため、返却された調査票は、看取りの体制を整えるだけにとどまらず、実際に業務の一部として看取り介護を実施している施設からのものが多い

表 1 回答者の概要

	欠損値 19	ケアワーカー (n=255)	看護師 (n=84)
役 職	無	184	53
	有	61	30
	無回答	10	1
勤務形態	正規職員	223	65
	フルタイムの非正規職員	15	5
	パートタイムの非正規職員	13	12
	その他	3	0
	無回答	1	2

可能性がある。回答者に占める両職種割合（ケアワーカー：看護職員 3：1）については、一応の目安として入所定員 100 名の特養の場合、看護師が常勤換算で 3 名以上、介護職員が入所者 3 名あたり 1 名以上であることが介護保険の事業者指定基準であり、看護師からの回答率がやや高い。役職の有無と勤務形態については、比較の対象が容易には見つからなかったものの、財団法人介護労働安定センターが実施している介護労働実態調査の平成 19 年度分（介護労働安定センター 2008）の結果を参照すると、本調査の回答者において正規職員の割合が高いようであり、また一般的な特養の組織構造を考えると、役職者の比率も高いように思われる。特養における勤務年数は、ケアワーカーが平均約 6 年、看護師が平均約 4 年半である。看護師の勤務年数がケアワーカーに比べて短いのは、看護師が病院などを経て特養に勤務するようになった可能性があるものの、この調査ではその理由を特定できない。ただし、先の介護労働安定センターの事業所における介護労働実態調査では、介護職員の平均勤続年数が 2.8 年、看護師が 3.2 年であるのに比べると、この調査の回答者の勤務年数は長い。

この調査では、回答者を施設単位で把握しておらず、同一施設からかなり多くの回答がなされているため、一応の資料でしかないが、回答者が勤務する施設の定員の平均は 99.97 人、年間死亡者数は平均 11.63（中央値 10、最頻値 10）人であった。施設内での年間看取り実施数については、平均 3.66（中央値 3、最頻値 2）人であり、施設の入所定員と看取り実施件数との間に相関関係はなかった。

なお、自由記述欄について、対象 358 部の内 202 部に何らかの記入があった。

2. 終末期ケア行動

利用者の看取りにあたり終末期ケアとして行っている 76 項目のうち、回答者の 75% 以上が「いつもした」と回答した 2 項目を除き、ケアワーカーと看護師に分けて因子分析を試みた。その結果、41 項目よりなる 4 因子が抽出された（表 2）。第 1 因子は、「利用者の急変時に対応する」「利用者へ処方された薬の管理」など、利用者への医療を主とした 13 項目から構成されている『医療処置に関するケア』、第 2 因子は、「利用者の希望を理解し、支える」「家族に将来予測される状況について説明する」など利用者の終末期における本人と家族の意思決定を支援する行動を

特別養護老人ホームで働くケアワーカーと看護師の終末期ケア行動の分析

表2 特養のケアワーカー・看護師が実施している終末期ケアの構造（最尤法、プロマックス回転）

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	共通性
	負荷量	負荷量	負荷量	負荷量	
第1因子 「医療処置」に関するケア					
利用者の急変時に対応する	0.726	0.094	0.004	-0.070	0.563
利用者に処方された薬を管理する	0.670	0.222	-0.067	-0.203	0.506
床ずれの予防・処置をする	0.669	0.100	0.210	-0.131	0.564
血圧、脈拍などを測定する	0.650	0.012	0.141	-0.148	0.415
医師に利用者の状態を連絡する	0.642	-0.031	-0.178	0.106	0.434
摘便・洗腸する	0.641	0.026	-0.103	0.100	0.470
利用者が酸素吸入を適切に行えているか確認する	0.636	-0.044	0.280	-0.044	0.492
経管栄養による栄養・水分摂取量を管理する	0.634	-0.038	0.344	-0.248	0.456
医師の指示で注射、点滴を行う	0.606	-0.101	-0.072	0.090	0.347
医療者間（医師、理学療法士、薬剤師など）の連絡をとる	0.582	0.011	-0.063	0.177	0.447
できるだけ楽な呼吸ができるようにする	0.581	0.155	0.128	0.124	0.636
排尿困難な利用者に管を挿入し導尿する	0.555	-0.164	-0.055	0.242	0.360
退院してきた利用者の状況を病院の医療者から把握する	0.428	0.066	-0.062	0.237	0.356
第2因子 「利用者の意思の尊重と家族への説明」に関するケア					
現在の状況をできるだけ詳しく、わかる言葉で家族に説明する	0.161	0.886	-0.212	-0.087	0.716
将来予想される状況を家族に伝える	0.157	0.767	-0.313	0.103	0.656
利用者自身が持つ価値観や信念を十分に尊重して接する	-0.050	0.749	0.117	0.016	0.642
現在の状況について家族に説明する	0.155	0.749	-0.150	0.069	0.666
利用者の希望を理解し、支える	-0.016	0.745	0.069	-0.024	0.581
“こう生きたい”と利用者が望む、その人らしい生活を尊重したケア	-0.094	0.706	0.154	0.042	0.605
十分な睡眠がとれるようにケアする	-0.022	0.685	0.179	-0.076	0.553
利用者が必要としていることを第一に考える	-0.061	0.669	0.189	0.036	0.601
利用者が質問しやすい雰囲気をつくる	-0.029	0.663	0.260	-0.002	0.663
現在や将来に予測される状況を説明の後、質問はないが家族に聞く	0.085	0.653	-0.124	0.164	0.562
利用者の残存機能を生かすような援助をする	-0.104	0.634	0.215	0.081	0.592
第3因子 「生活支援」に関するケア					
陰部洗浄をする	0.047	0.019	0.806	-0.052	0.657
利用者が臥床したままでのシーツ交換を行う	-0.047	-0.040	0.787	0.098	0.630
入浴できない利用者の清拭をする	0.026	-0.129	0.776	0.189	0.633
おむつを交換する	-0.060	0.116	0.770	-0.006	0.671
足浴や手浴など部分的な清潔介助をする	-0.003	-0.047	0.764	0.048	0.572
室内の温度・湿度の調整をする	0.193	0.171	0.521	-0.010	0.503
氷枕や湯たんぽをつくり、利用者にあてる	0.290	0.014	0.447	0.008	0.357
第4因子 「病状把握と看取りケア」に関するケア					
家族に看取りのケアに参加してもらう	-0.055	0.048	0.021	0.749	0.580
最終の看取り場所を家族と話し合う	0.141	-0.002	-0.112	0.728	0.588
家族に終末期であることを連絡する	0.245	0.021	-0.161	0.677	0.615
利用者の死後、家族に対する精神的支援を行う	0.004	0.071	0.229	0.609	0.590
施設長と看取りケアについて話し合う	0.180	-0.054	0.094	0.591	0.480
孫などが幼くても利用者である家族の死について話をするように勧める	-0.236	0.006	0.241	0.511	0.344
病院に入院中の利用者の病状の把握をする	0.258	0.089	0.017	0.468	0.478
家族に死後の処置への参加を促す	-0.119	0.130	0.118	0.454	0.301
利用者の死後、身体を清めるなど死後の処置を行う	0.392	-0.245	0.088	0.446	0.368
利用者が信仰や信条などの専門家から援助が受けられるように配慮する	-0.124	0.328	0.085	0.427	0.423
家族に利用者の死別後のケアについての情報を伝える	-0.208	0.143	0.338	0.412	0.429
信頼性係数（係数）					
初期値累積寄与率	33.890	42.930	47.990	52.590	
因子間相関					
	1.000				
	0.525	1			
	0.219	0.522	1		
	0.432	0.556	0.34	1	

表3 終末期ケアに対する看護師とケアワーカーの業務役割認知

第1因子「医療処置」に関するケア					
	AV	SD	n	t	p
ケアワーカー	7.91	2.46	205	25.84	***
看護師	12.82	0.66	68		
第2因子「利用者の意思の尊重と家族への説明」に関するケア					
ケアワーカー	10.18	1.39	213		NS
看護師	10.22	1.97	71		
第3因子「生活支援」に関するケア					
ケアワーカー	6.74	0.97	29	11.62	***
看護師	5.38	2.37	62		
第4因子「病状把握と看取りケア」に関するケア					
ケアワーカー	5.6	3.29	199	8.12	***
看護師	8.75	2.48	65		

***p<.001

主とした10項目から成る『利用者の意思の尊重と家族への説明に関するケア』、第3因子は、「おむつ交換をする」「利用者の清拭」など利用者の日常生活を維持する7項目の行動から成る『生活支援に関するケア』、そして第4因子が、「家族に看取りのケアへの参加を促す」「家族と看取りについて話し合う」など看取りに付随する処置を中心とする11項目から成る『病状把握と看取りケアに関するケア』である。これら4因子による累積寄与率は52.59%であり、各因子のCronbachの信頼性係数もかなり高かった。妥当性については標本妥当性を測定し、KMO=.858であった。本調査は、経験豊かなケアワーカーと看護師が終末期の行動を想起して質問項目を作成しており、内容的妥当性もあると考える。

次に、ケアワーカーと看護師が終末期ケア行動としてほぼ同様の項目を実践しているとしても、両職種がそれぞれの程度自らの専門性として認識・実践しているかを調べた。その結果、表3に示されるように、第1因子の『医療処置に関するケア』と第4因子『病状把握と看取りに関するケア』に対する自分たちの仕事であるという認識の程度は、看護師の方がケアワーカーより高く、第3因子の『生活支援に関するケア』に対しては、ケアワーカーの方が高かった。第2因子の『利用者の意思の尊重と家族への説明に関するケア』については、両職種間に認識の差がなかった。これは、医療専門職としての看護師が終末期ケアのうちでも医療により関連の深いケアを実践し、ケアワーカーが終末期ケアのなかでも利用者の生活を支えるケアを実践していることを示している。両職種の専門性に鑑みると、これは当然の結果であるとも言えるが、第1因子『医療処置に関するケア』と第3因子『生活支援に関するケア』の2つは日常的にも実施されているケアであり、第2因子『利用者の意思の尊重と家族への説明に関するケア』と第4因子『病状把握と看取りケアに関するケア』は、終末期にとりわけ特徴的な因子と言える。

また、調査の自由記述欄に表明された意見は資料1のとおりであり、これをケアワーカーと看

表4 利用者意思を尊重するための行動の実施度

	ケアワーカー		看護師	
	AV	SD	AV	SD
利用者自身が持つ価値観や信念を十分に尊重して接する	4.00	0.82	3.45	1.02
利用者の希望を理解し、支える	3.91	0.82	3.35	0.94
“こう生きたい”と利用者が望む、その人らしい生活を尊重したケアをする	3.94	0.85	3.32	0.95
利用者が必要としていることを第一に考える	4.08	0.80	3.60	1.11
利用者が質問しやすい雰囲気をつくる	3.93	0.87	3.67	0.86
利用者の残存機能を生かすような援助をする	4.18	0.81	3.43	1.01

表5 利用者意思を尊重するための行動の実施度

	ケアワーカー		看護師	
	AV	SD	AV	SD
ベッドサイドで利用者と同じ時間を共有してひと時を過ごす	3.59	0.85	3.01	0.98
利用者の身辺整理やこれからのことについての相談に乗る	3.39	1.00	2.61	1.05
利用者と死について話し合う	2.32	0.99	2.28	0.78
利用者と家族が互いの気持を表現できるように援助する	3.22	1.00	2.87	0.88
死の不安や恐れについて利用者と話をする	2.47	1.03	2.37	0.84
利用者の残存機能を生かすような援助をする	4.18	0.81	3.43	1.01

看護師ごとに、また賛否によって分析したところ（北村他 2009）、中心となる課題は、本人の自己決定、そして本人と家族との関係であった。本人意思の確認と家族を含めた利用者支援は、終末期ケアに特徴的な行動によって構成される第2・4因子と関連が深い。よって、第4因子については看護師が自らの業務として認識していることを踏まえ、両職種に認知の差がなかった第2因子と、その他の調査項目で本人の意思確認、利用者と本人との関係、という側面に関連するものについて、両職種の認識と行動を分析した。

3. 利用者意思の尊重と家族への説明に関するケア

第2因子を構成するケア行動のそれぞれについて、ケアワーカーと看護師が自らの仕事としてどの程度認識しているかどうかを分析したところ、「利用者自身が持つ価値観や信念を十分に尊重して接する（ $\chi^2=4.63$, $p<.05$ ）」「利用者の希望を理解し、支える（ $\chi^2=4.75$, $p<.03$ ）」¹⁴「こう生きたい」と利用者が望む、その人らしい生活を尊重したケアを行う（ $\chi^2=11.65$, $p<.01$ ）」「利用者が必要としていることを第一に考える（ $\chi^2=4.92$, $p<.03$ ）」「利用者が質問しやすい雰囲気をつくる（ $\chi^2=6.75$, $p<.01$ ）」「利用者の残存機能を生かすような援助をする（ $\chi^2=8.65$, $p<.01$ ）」の各項目について職種間に認識の差がみられた。第2因子を構成するケア行動には、家族を対象としたものと利用者自身を対象としたものがあるが、両職種で認識に差が生じた項目はすべて、利用者を対象とした行動であった。これら利用者を対象とした項目すべてにおいて、看

介護師が自らの業務であると認識しているほどにはケアワーカーは（看護師の業務であるとは）認識していなかった。また、看護師もケアワーカーも、それらの項目をケアワーカーの業務であると認識しているとの回答が、看護師の業務であるとするものより多かった。さらに、これら6項目についての実施度（表4）をみると、すべてのケア行動についてケアワーカーの実施度が高く、ほぼすべての行動について標準偏差の値も低い。

利用者の意思を尊重するためのケア行動はもちろん、第2因子を構成する項目に限られない。関連する項目として、調査項目のなかから「ベッドサイドで利用者と同じ時間を共有してひと時を過ごす」「利用者の身辺整理やこれからのことについての相談に乗る」「利用者と死について話し合う」「利用者と家族が互いの気持を表現できるように援助する」「死の不安や恐れについて利用者と話をする」を選び出し、それぞれケアワーカーと看護師の認識を調べた。結果は、すべての項目についてケアワーカーは看護師が（自らの業務であると）考えるほどには「看護師の業務である」との認識をしていなかった（ $\chi^2=3.86\sim 18.67$, $p=.000\sim .050$ ）。またこれら業務の実施度については、総じてケアワーカーの実施度の方が看護師のそれよりも高かった（表5）。

利用者の終末期に関する意向の確認を誰と何時行っているかについて、ケアワーカーは“本人（0.8%）”“本人と家族（31.0%）”“家族（51.0%）”に対して“入所時（26.5%）”“症状が悪化したとき（28.6%）”“定期的（26.9%）”に、看護師は“本人と家族（22.6%）”“家族（65.5%）”に対して“入所時（43.9%）”“症状が悪化したとき（78.0%）”“定期的（1.2%）”に行っているという認識であった。看護師の方が家族に方針を確認するという回答が多く（ $\chi^2=3.89$, $p<.05$ ）、本人に確認するという回答は皆無であり、時期も定期的ではなく症状に合わせて行っているという認識していた。終末期の意向確認の対象を誰にするかについては両職種に差は認められなかったが、確認の時期に関しては、両職種の行動認識に明らかな差が認められた（ $\chi^2=53.46$, $p<.001$ ）。また、「終末期に関する意向を家族に対しても本人に対しても確認していない」という回答が、両職種とも一割ほどあった（ケアワーカー 10.6%、看護師 9.6%）。

考察

要介護高齢者の生活施設である特養で利用者のケアを中心的に担うケアワーカーが、利用者の終末期ケアにおいてもその主たる担い手となることが、その専門性の向上に資するところであり、利用者の利益にもなるはずである。ここではまず、特養利用者の現状を述べ、そのうえで、この調査で得られたデータに基づいて特養における終末期ケアにケアワーカーが果たす役割ならびに看護師との協働について考察する。

1. 特養とその利用者の特性

特養は、常時介護を必要とする高齢者のための施設であり、介護保険施設として、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓

練、健康管理及び療養上の世話を提供する。機能訓練士や栄養士も配置されるものの、利用者の支援を主として担うのはケアワーカーと看護師である。ただし、看護師は定員 50 名の特養で 2 名、定員 100 名の場合 3 名を配置することとなっており、医師については、配置はされてはいるものの、常勤である必要はない。

介護保険財政の拡大を抑制する必要性から、できる限り在宅サービスを利用しつつ生活の継続を図ることが求められているため、結果として介護保険施設の利用者は重度化している。平成 19 年介護サービス施設・事業所調査の結果（厚生労働省 2008）をみても、2003 年には 3.63（要介護 1：7.8%，要介護 2：13.2%，要介護 3：18.3%，要介護 4：29.3%，要介護 5：31.1%）であった介護老人福祉施設利用者の平均要介護度は、2007 年には 3.80（要介護 1：3.9%，要介護 2：9.8%，要介護 3：21.2%，要介護 4：32.4%，要介護 5：32.3%）となり、要介護度別に見ると、要介護 1・2 の利用者が減少して要介護 3 以上の利用者が増えている。

特養の利用者が重度化しているということは、身体機能の障害が重度化していることだけを意味しない。身体障害者が施設を退所し、ボランティアを動員しながら地域で自立生活を始めることがめづらしくないように、高齢者もまた身体機能の低下のみによって居宅生活を継続することが困難となるわけではない。平成 19 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況（厚生労働省 2008）によると、特養入所者の約 97% に認知症があり、そのうち約 66% は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準のランク C であり、約 6% がランク M となっている。これは、認知機能が低下して居宅での日常生活が困難となった高齢者が特養に入所していることを裏付けている。

このように、特養利用者の重度化を認知症と切り離して考えることはできない。また、重度化した特養の利用者が居宅に復帰することは実際には非常に難しく、特養利用者のケアの質を論じ、その目的を達成するためには、そこに終末期ケアを含めざるを得ない状況がある。人口動態統計特殊報告（厚生労働省 2006）によると、2004 年のデータではあるが、日本人の 82.3% が病院・診療所で、2.7% が老健ならびに老人ホームで、12.4% が自宅で死亡している。2004 年時点の高齢化率は 19.5% であり、高齢者の約 14% が老健・老人ホームで死亡していると考えられる。居宅との関係で捉えると特養は施設であるが、病院・診療所との関係では生活の場であり家である。自宅で死を迎えることが少なくなり、特養においても利用者を最終的に医療施設に移すことが利用者の利益を尊重した措置であると考えられてきた。しかし近年、在宅ホスピスなど在宅での死を目指す活動が模索されるなか、看護師や医師など一定程度の医療的基盤を備えた特養で看取りの仕組みが整備されることは、生活の場を移すことを望まない利用者の意思を反映した適切な援助を実現することにつながる。

2. 特養の終末期ケアにおける専門職間協働のあり方

特養が置かれている以上のような環境のなかで、現状の人員配置で医療的ケアが多少とも必要となる終末期ケアを適切に提供することができるか、大半を占める認知症の利用者本人の意思をどのように終末期ケアに反映するか、資源の限られた特養で終末期ケアを提供する場合の

表6 終末期の利用者がいる場合の増員の必要性

		1人	2人	それ以上
ケアワーカー	昼	35.3%	32.7%	32.0%
	夜	45.0%	29.6%	25.4%
看護師	昼	45.2%	30.4%	24.4%
	夜	69.1%	22.1%	8.8%

ケアワーカーと看護師の適切な協働のあり方とはどのようなものか、ということ为先の調査データの分析結果にもとづいて述べる。

特養での終末期ケアと増員の必要性の検討

特養において利用者の日常生活を支える実践が繁忙を極めていることは、周知のとおりである。調査票の自由記述欄に記載された特養での看取りに反対の立場からは、「看取りを行うことで他の利用者の利益を損なう」（資料1のR）という意見が表明されている。この点についての評価を行う指標として表2を用いると、4因子のうちの死後の処置に関するものを除けば、残りの行動はすべて、特養として本来利用者に提供すべき援助である。よって本調査の結果を見る限り、特養で利用者を看取ることによって新たな人員配置が必要になるとまでは言えない。本調査において「終末期の利用者がいる場合にケアワーカー・看護師の増員はどの程度必要か」との質問項目を設け、昼夜別に増員の必要性を1人・2人・それ以上に分けてたずねた。その結果（表6）、夜間に看護師1名の増員が必要であるとする回答が目立ち、ケアワーカーが夜間帯に感じる不安を裏付けていたが、それ以外については増員の必要性を判断することができなかった。自由記述の中にも、研修の手間など増員には多少とも負担が伴うという意見が見られ、今回明らかになった4因子を構成する終末期ケア行動は、利用者の入所時点から実施されるべき基本的サービスの一部として、その質の向上に不断に取り組むべきものである。また、夜間帯に看護師が配置されていないことによるケアワーカーの不安も、特養での看取りに必要な医療の範囲を明確化しなければ、その可否を判断することができない。自由記述における看護師の意見が、医療機関における死を否定的に捉えるものが多かったこと、在宅での看取りが往診や訪問看護によって可能となってきた状況があり特養には医療職が既に配置されていること、そして特養が生活施設であること等から、増員は、看取りに限定せず特養のケアの質を全体として向上させるために必要なものとして要求されるべきであろう。

特養で終末期ケアを提供する基盤となる利用者の意思について

特養の利用者の大部分に認知症の症状がある現状においても、それらの利用者は自己決定が全くできないわけではなく、衣食住や投薬管理など基本的な生活条件が整っている環境で必要となる意思表示は十分に可能である。終末期ケアに関する決定は困難である（資料1のN）が、そこにできる限り本人の日頃の言動を反映させなければならない。

先の、第2因子とその関連項目についての分析から、ケアワーカーは看護師よりも本人の日常生活を重視していることが窺えるものの、利用者の意向を積極的に確認する傾向については、看

看護師よりも消極的であるように見える。ただし、少ないながらケアワーカーに「定期的に確認する」という回答がみられ、看護師にはその回答がなかったことは、看護師が病状の変化に対応して行動し、その説明内容も医療を中心としたものとなるため、家族を対象とすることが多くなるのに対して、ケアワーカーは、はるかに長い時間を利用者と共に過ごし、そうした日常的な関わりから利用者の意向を総合的に把握していると考えられるべきではないだろうか。フォーマルな「確認」作業はきちんとした記録として示されなければならない、確かにケアワーカーはそのようなフォーマルな確認作業をあまり実施していないと言える。しかしそれは、ケアワーカーが利用者の意向確認を行っていないということではなく、場合によっては10年を超えることもある利用者との長い時間のなかでその意向を確かに感じてはいるものの、それを終末期ケアの方針決定の際に家族等に対して明確に代弁することができていないと考えた方が、実際の特養におけるケアワーカーと利用者の関係から自然である。代弁は社会福祉援助者にとっては重要なスキルだが、介護業務に追われるケアワーカーが日常的にこのようなスキルを習得することは難しい。本調査の自由記述にも、「最後になって家族の意向で終末期ケアの方針が決定されていくことに疑問を感じる」という意見がみられ、ケアワーカーの無力感が示されている。

認知症高齢者の意思能力を法的に考察すれば、成年後見制度やアドバンス・ディレクティブの利用が検討されるころではある(白石 2002, 小林他 2004)が、終末期の意思決定という重い負担を後見人や代弁者がどこまで担えるかという課題もあり、マニュアル化できるものではない(横内 1998, 本間 2004, 宮田 2004)。現在のところ、家族がいれば特段の問題がない限り、それら家族が最終的な決定を行うことが多い。身寄りのない利用者の場合、事前に行政と終末期について協議しておくという方法もあるが(押川 2005)、たとえそのような協議があったとしても、実際に終末期の方針を決定する段になると、ケアワーカーが看護師の助言を求めながら利用者の意思を推測して代弁せざるを得ない(北村 2008)。ここで必要なのは、その意思決定を補完する情報であり、日頃から食事や排せつに関する記録だけではなく、利用者の死生観や人生観を把握し、それを適切に記録しておくべきである。良い聴き手に恵まれれば、高齢者はごく自然に自分の人生の終末について語る(小楠 2008)。利用者の死生観・人生観に触れるためには、それらに対する自らの立場を相手に示すことが必要であり、また高いコミュニケーション能力やアセスメント能力が求められる。終末期ケアに関する研修などを通じて、これらの能力を高めるとともに、家族などに対するケアワーカーの代弁機能が適切に果たされる協働の仕組みを構築することが必要である。

特養の終末期ケアにおけるケアワーカーと看護師の協働

そもそも生活の場である特養で目標とすべきは生活の質の向上であるが、その中身を規定することが困難であるため、介護業務の繁忙さのみが強調され、利用者の生活の質を考えることの優先順位が下がってしまう可能性もある。協働は日常的にも重要な課題であるが(本間 2002, 坪井他 2006)、ケアワーカーと看護師が協働してこのような現実に向き合うことが重要であり(三井 2008)、本調査においても同様の意見がみられる(資料1の1)。介護現場には「終末期ケア

表7 両職種の協力と士気 (そう思う5点～思わない1点の段階評価)

	ケアワーカー		看護師		2
	AV	SD	AV	SD	
職種間の業務連絡はうまく行われている	3.50	1.08	3.69	1.03	3.71
両職種の業務分担はうまくいっている	3.29	1.13	3.61	1.01	7.71
両職種は互いの専門性を認めている	3.79	1.19	3.43	1.06	9.55*
両職種間のコミュニケーションはとれている	3.66	1.08	3.68	0.98	2.84
両職種のカンファレンスの頻度は十分である	3.10	1.19	3.28	1.10	3.79
カンファレンスでの話し合いは業務遂行に役立っている	3.64	1.10	3.72	0.98	6.85
両職種のチームワークはよい	3.40	1.17	3.57	1.00	4.69
今の仕事に興味を持っている	3.84	1.07	3.69	1.03	2.31
仕事を通じて全体として成長した	4.17	0.84	4.07	0.97	5.67
「やりがいのある仕事をした」という感じが得られるて成長した	4.01	1.10	4.03	1.04	10.13*

*p<.05

は現場の介護者にとってストレスが高く心身ともに負担が重いのでなるべく避けたい」(時田2007)といった意見もあるが、これは介護職に対する精神的・教育的サポートの不十分さ(時田2007)によるものとも考えることができる。本調査においても、終末期ケアに関する研修が実施されていることが示されたものの(研修ありとする回答がケアワーカーで65%、看護師で70%)、資料1のJにもみられるように今後も充実が望まれるところである。

本調査における両職種の協力関係と士気を問う項目の結果は、表7のとおりである。カンファレンスの頻度はあまり高くないという認識ではあるが、両職種とも仕事に対する士気は高く、協働も概ね良好に実施されている。ただし、ケアワーカーに比べて看護師は、両者が互いの専門性を尊重しているとは考えていないようである。また仕事に対するやりがいに関しては、平均値にほとんど差がないものの、ケアワーカーの回答が4-5点に偏る傾向があるのに比べて、看護師の認識は3-5点の範囲にほぼ均等に分散しており、ケアワーカーのやりがい感が看護師よりもやや高いようである。

特養は生活の場であるが、看護師とケアワーカーの双方が日常生活の支援をその専門性として主張していることから、特養における協働を規定することは容易ではない。しかし、特養における両者の業務分担は、人員配置から言っても利用者の療養支援を看護師が、生活支援をケアワーカーが担うとすることが妥当である。資料1のA~Hにみられるように、看取りによって得られるものは大きく、なかでもADFHはケアワーカーからのみ表明されており、とりわけケアワーカーへのサポートが適切に提供されるシステムを整えることが重要である。尊厳ある看取りケアを行うために看護師がケアワーカー等と連携して利用者の生活史を把握し、生活を支援する「看護」を行う(田中2006)としても、特養で利用者の生活をまず支えているのはケアワーカーである。看護職に期待されるのは、先を予測した情報をケアワーカーに提供し、ケアワーカーを支えながら自然な看取りを支援すること(川崎2006)であろう。よって、本調査で明らかになっ

た4因子のうち、両職種の実施認識に差が認められなかった第2因子『利用者の意思の尊重と家族への説明に関するケア』についてはケアワーカーの主担とし、看護師が療養に関する情報をケアワーカーに提供しつつこれを支えることが、特養の目的に合う協働の姿ではないだろうか。

まとめとして

本調査の成果はまず、特養における終末期ケア行動を構成する因子を明らかにしたことである。これによって今後、特養における終末期ケアを異なる施設間で比較することが多少とも可能になる。本稿ではこの成果にもとづき、4つの因子に対するケアワーカーと看護師の認識と実施の程度をより詳細に分析・考察した。すなわち、両職種がそれぞれ4つの因子を構成する終末期ケア行動を自らの専門職の範囲内の行動であると捉えているか、それとも他の専門職の（ケアワーカーは看護師の、看護師はケアワーカーの）職務であると考えているか、また自らどの程度実施しているか、そして他の専門職がどの程度実施していると考えているかを踏まえ、自由記述に記された内容も、貴重な情報として活用しつつ、関連する調査項目について分析を行った。その後、特養における終末期ケアの提供に適したケアワーカーと看護師の協働のあり方を探った。

結果として、終末期ケア行動においても、ケアワーカーが利用者の日常生活を支え、看護師が医療処置や病状把握、そして死後の処置を含む看取りそのものに関連する支援を実施していること、そして両職種とも互いに実施状況に即した認識をしていることが明らかになった。利用者の意思の把握に関しては、因子分析レベルでは両職種の認識と実施度に統計上の差異は認められなかったものの、利用者意思の尊重に関連する調査項目を分析・考察した結果、ケアワーカーの方が看護師よりも実施の程度が高く、自らの職務としての認識も高いことがわかった。

特養で利用者を看取る場合、介護保険制度による加算はあるものの、現場の職員にとっては心身ともに負担が大きい。にもかかわらず、看取り介護を実施することへの支持が不支持を凌ぎ（賛成・まあ賛成64%、どちらとも言えない26%、賛成でない・あまり賛成でない10%）、自由記述においても、「看取ることから得られるものは大きく、看取りを積極的にやりたい」という意見が複数見られた。利用者にとっても、終の棲家と言えるのは人生の最後の時期を共に過ごしたケアワーカーや看護師のいる施設であり、特養で利用者を看取る条件をより良いものとするには、大きな意義がある。

看取りを平常業務から切り離して考える必要はないが、医療処置ならびに病状把握や死の前後に関するケアを看護師が、生活支援と終末期に関する利用者の意思確認に関してはケアワーカーが主として責任を負うことができるような協働システムを施設内で整えることが、終末期ケアを実施するさいに両職種の心身の負担を軽減するとともに、ケアワーカーの社会福祉専門職としてのアイデンティティの構築にも寄与するのではないかと考える。そのためには、ケアワーカーが自信を持って終末期ケアを実践することができるように、カウンセリングを含むコミュニケーション、代弁、記録などの知識・技術を習得する機会を充実させることが必要となる。

資料1 自由記述欄に記された主な意見

- A 特養では病院とは違ってその人らしい生き方を支えることができる。
- B 住み慣れた環境で生活感を保って過ごすことができる。
- C 施設の方が病院よりも利用者と職員が近い関係にあり、孤独感や不安感がない。
- D 医療面では不十分な部分があるが精神的・環境的には個人に適した十分なケアができる。
- E 看取りは利用者の終の棲家・家・生活の場である特養として当然提供すべきサービスの一つである。
- F 最後まで利用者と共にいたい。
- G 家族と協力して看取ることができると充実感も大きい。
- H 看取ることによって多くを学ぶことができる。
- I 職種を越えた協力が必要である。
- J 何もできずそばにいることしかできないのはつらいので、看取りのための知識・技術の習得が必要である。
- K 現状の人員配置では十分な対応をすることができない。
- L 家族が望み、家族と十分に話し合いができれば、施設で看取るのがよい。
- M 本人・家族が望むのであれば施設で看取るのがよい。
- N 本人が望むのであれば施設で看取るのがよい。ただし、本人の意思を十分に確認することは難しい。
- O 最後は在宅で迎えることを考えてはどうか。
- P 苦痛を最大限取り除いて施設で看取るのがよい。
- Q 部屋・医療機器などの整備が不十分である。
- R 看取りを実施することで通常業務にしわ寄せが来て他の利用者にも負担を強いることになる。
- S 最後は家族が看取るべきである。
- T 病院ではないので看取るべきでない。

文献

- 本間昭 (2004) 「老年期の意思能力」『ふれあいケア』10 (1), 16-18.
- 本間郁子 (2002) 「職種を越えた連携こそが人間らしい生き方を支える：特養ホームに働く看護師に望むこと」『ナースアイ』15 (4), 32-38.
- 介護労働安定センター (2008) 「平成19年度介護労働実態調査結果」
- 川崎千鶴子 (2006) 「特養で働く看護職員が身に付けたいポイント」『コミュニティケア』8 (4), 17-21.
- 北村育子他 (2009) 「特別養護老人ホームで働くケアワーカーならびに看護師の終末期ケアに対する考え方とその課題」『日本福祉大学社会福祉論集』120, 75-88.
- 北村育子 (2008) 「認知症高齢者の医療ニーズと特別養護老人ホームにおける緩和ケアを含む対応をめぐって」『日本福祉大学社会福祉論集』118, 19-31.
- 小林敏子他 (2004) 「痴呆性高齢者の人生の終え方の意思表示について」『ホスピスと在宅ケア』12 (1), 46-50.
- 厚生労働省 (2008) 「平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」
- 厚生労働省 (2006) 「人口動態統計特殊報告」
- 三井さよ 「「思い」を介した協働：特養Aにおける介護職と看護職のかかわりを通して」『ソシオロジ』53 (1), 91-107.
- 宮田裕章他 (2004) 「特別養護老人ホームにおける痴呆性高齢者の意思決定と医療の現状」『日本老年医学会雑誌』41 (5), 528-533.
- 小楠範子 (2008) 「高齢者の終末期の意思把握としての回想の可能性」『日本看護科学会誌』28 (2), 46-54.

特別養護老人ホームで働くケアワーカーと看護師の終末期ケア行動の分析

- 押川泰夫 (2005) 「施設に於ける終末ケアの取り組みとその課題」『介護福祉』58, 36-47.
- 白石弘巳 (2002) 「医療における高齢者の同意能力」『老年精神医学雑誌』13 (10), 1121-1126.
- 田中涼子 (2006) 「特養は看護の専門性・独自性を発揮できる場」『コミュニティケア』8 (4), 26-29.
- 時田純 (2007) 「ケアは一人ひとりの天寿を支えるためにある。人生の終幕を託される介護者は、最高の誠意で応える」『ジーピーネット』53 (11), 18-22.
- 坪井桂子他 (2006) 「ユニットケアに取り組む特別養護老人ホームの看護職と介護職の協働と教育」『岡山大学医学部保健学科紀要』15, 51-62.
- 横内政利 (1998) 「高齢者の自己決定権とみなし末期 (上) : 自己決定権の落とし穴」『社会保険旬報』1991, 12-16.