

介護老人保健施設の看取りにおいて専門職が提供するケアと多職種連携の実態

(看取り／介護老人保健施設／多職種連携)

小野光美・原 祥子

Care Provided by Specialists During End-of-Life Care and Actual Conditions of Multidisciplinary Collaboration at Geriatric Health Service Facilities

(end-of-life care / geriatric health service facility / multidisciplinary collaboration)

Mitsumi ONO and Sachiko HARA

Abstract The purpose of the present study is to clarify the practical conditions of care and collaboration performed during end-of-life care by specialists at geriatric health service facility. A questionnaire survey was conducted on specialists working for 39 facilities that provide end-of-life care. Valid responses were collected and analyzed from various specialists including 162 nurses (response rate 48.5%), 536 care workers (42.1%), 66 rehabilitation staff members (36.7%), 28 social workers (35.9%), and 28 nutritional management staff members (41.8%). Each specialist made the most of his/her expertise so that the resident and his/her family could preserve his/her own lifestyle and live a comfortable life. However, the specialists complained that end-of-life care was not what should be provided at geriatric health service facility. Moreover, they experienced conflict because of NHI and long-term care insurance ceilings on medical care and nursing services. Some specialists who participated in multidisciplinary teams were able to provide satisfactory end-of-life care. Other specialists, however, felt as if they were being excluded from the multidisciplinary teams once the teams were involved in end-of-life care. The specialists should organize a team that produces a sense of reassurance through their mutual support so that each specialist can leverage his/her own strengths during end-of-life care at geriatric health service facility.

【要旨】本研究の目的は、介護老人保健施設の専門職を対象として、看取りにおけるケア実践と連携の実態を明らかにすることである。看取りを行っている39施設に勤務する専門職に質問紙調査を実施し、看護職162 (48.5%)、介護職536 (42.1%)、リハビリテーション職66 (36.7%)、相談職28 (35.9%)、栄養職28 (41.8%)の有効回答を分析した。各専門職は、入所者と家族がその人らしく安楽に過ごせるよう、専門性を活かしたかわりを実践していた。しかし、看取りが施設の本来の役割から外れていることや保険に伴う医療ケアの限定、十分にかかわっていない状況に葛藤を抱いていた。また、多職種の連携により、よい看取りケアを提供できた経験がある一方で、看取りの段階に入るとチームから外されていると感じている者もいた。介護老人保健施設の看取りにおいて各専門職がそれぞれの強みを発揮するためには、お互いのサポートにより安心感があるチームをつくることが重要であると考えた。

I. はじめに

日本は世界一の高齢社会であり、75歳以上の後期高

齢者人口は2008年に10%を超えた。後期高齢者人口の増加は死亡数の増加を意味し、ピークを超える2040年には年間死亡者数が167万人になると推計されている¹⁾。高齢者が最期までその人らしく生き、よかったと思える終焉を迎えるためにはどのようなケアが求められるのか、終末期ケアの在り方が問われている。

高齢者は、長い介護状態の時間を経て死を迎える場

合が多くあるため、介護施設・事業所は最期までを過ごす場の選択肢の一つとなりえる。介護施設で提供されるケアは医療的ケアよりも生活を支える視点が重要視されるため、高齢者と家族に対し、その人らしく生き抜くことを尊重した看取りが可能であると考え。国は、介護保険施設・事業所における看取りを促進するために施策を整え始めている。2006年度の介護報酬改定では介護老人福祉施設に対し「重度化対応加算」と「看取り介護加算」を、2009年度の介護報酬改定では介護老人保健施設（以下、老健とする）に「ターミナルケア加算」、グループホームに対し「看取り介護加算」が新設された。さらに、2012年度の介護報酬改定では、老健およびグループホームでの看取りの対応を強化する観点から、算定要件及び評価の見直しがされている。

老健は、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて看護、医学的管理の下における介護および機能訓練、その他必要な医療ならびに日常生活の世話をを行うことを目的とする施設である。病院から自宅に退院することが難しい高齢者に対して自宅復帰を目指す機能や自宅での療養を支援する機能、すなわち病院と自宅、自宅と自宅をつなぐ「中間施設」としての役割を担っている。そのため、老健は何らかの介護が必要となった時から高齢者と家族の生活を居宅サービス、施設サービスの提供により支えており、高齢者・家族と施設スタッフには長い年月をかけて築いてきた関係がある場合が多く、高齢者・家族の「ここで最期まで過ごしたい」という要望やケアスタッフ側の「最期まで見てあげたい」という思いが存在する^{2,3)}。

一方、「中間施設」としての役割を担うことから老健の看護職や介護職には看取りが本来の役割から外れているという思いがあり²⁻⁴⁾、家族が看取ることができず、受け入れ先もないならば仕方がないという状況の中で老健の看取りに意味を見いだせない²⁾という現状がある。さらに、老健の看取りにおいては、看取りを行う環境や体制が整っていない^{2,5,6)}、看取りに関するスタッフの知識や技術が未熟^{2,7)}、苦痛に対する緩和の不足⁸⁾、スタッフの葛藤や迷いに対するサポートの不足^{2,6,9,10)}等、先行研究では看取りの良い面よりも困難や課題が多く報告されている。また、高齢者は複数の疾患や障害を併せ持つことが多く、心理・社会的影響も受けやすいためにその「終末期」の経過は極めて多様¹¹⁾で、そのケアについても明らかな指標やコンセンサスがないうまま現場は対応¹²⁾しており、「看取りケアは難しい」という状況が起こっている。

老健における入所者や家族に対するケアは、多職種により提供されている。しかし、老健の看取りに関す

る研究は看護職や介護職を対象としたものがほとんどであり、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（以下、リハ職とする）や相談員・ソーシャルワーカー（以下、相談職とする）、管理栄養士・栄養士（以下、栄養職とする）の看取りへの参加状況や多職種の連携・協働のありように焦点をあてた研究はみあたらない。入所者とその家族に対する看取りにおいて、看護職や介護職以外のスタッフがケアに携わることは、入所者と家族に対してよりよいケアが提供できるだけでなく、看取りにおいてスタッフが抱える困難さや葛藤などを和らげることに繋がるのではないかと考える。

そこで本研究は、老健の看取りにおける入所者や家族に対する各専門職のケアと看取りにおける連携・協働の実態を明らかにすることを目的とする。

II. 用語の定義

本研究における「看取り」とは、老健の医師により終末期と判断された入所者とその家族へのケアであり、入所者本人と家族の希望にそって、終末期の種々の症状に対して老健でできる範囲の緩和に取り組みながら、最期まで本人が自分らしく生きることができるよう提供されるケアとした。

III. 方 法

1. 調査対象

1) 調査対象施設

調査対象施設は、第19～21回（平成20～22年）全国老人保健施設大会において老健における「看取り」「終末期」「ターミナル」をテーマに発表を行った施設および看護・介護・老年医学系の雑誌に実践報告等を行った施設の計101施設である。まず、対象となった101施設に対し『施設・看取りの概要に関する調査票』を配布した。なお、本研究への協力依頼を始めた直後に東日本大震災がおこったため、被災状況や郵便事情を考慮し、東北地方、北海道および関東の一部地域に所在する施設は対象から外した。

調査票は41施設（40.6%）から返信があった。そのうち、2施設はスタッフを対象とした『看取りにおけるケア実践内容に関する調査』については協力が難しいという旨の連絡があり、最終的に本調査に協力した施設は39施設（38.6%）であった。

2) 調査対象者

調査対象者は、調査協力が得られた39施設の看護職

334名、介護職1273名、リハ職180名、相談職78名、栄養職67名である。対象者に調査票を配布し、回収数（回収率）は看護職216（64.7%）、介護職680（53.4%）、リハ職91（50.6%）、相談職45（57.7%）、栄養職43（64.2%）であった。全ての質問項目に回答のあった調査票を有効回答とした結果、有効回答数（有効回答率）は看護職162（48.5%）、介護職536（42.1%）、リハ職66（36.7%）、相談職28（35.9%）、栄養職28（41.8%）であった。

2. 調査方法および期間

1) 施設・看取りの概要に関する調査

調査対象施設の施設長または看護管理者に対し、記名式の質問紙調査を実施した。調査内容は、施設の概要（設置主体、開設年、入所定員等）、看取りの現状や取り組み（死亡者数、ターミナルケア加算の算定有無、環境、意思確認等）であった。

2) 看取りにおけるケア実践内容に関する調査

調査対象者に、以下の内容について、無記名自記式の質問紙調査を実施した。

(1) 対象者の基本属性

専門職としての経験年数や老健での経験年数、年齢、性別、取得資格、他施設での勤務経験の有無を尋ねた。

(2) 看取りにおけるケア実践状況

これまでの看取りをふり返ってもらい、以下の内容について尋ねた。

看取りにおける入所者、家族、スタッフに対するかわりの程度について、「十分にできた」「ほぼできた」「あまりできなかった」「できなかった」または「積極的」「やや積極的」「やや消極的」「消極的」の4件法での回答を求めた。また、大切にしているかわりについて自由記述で尋ねた。老健での看取りの質について「非常に高いと思う」「まあ高いと思う」「あまり高いとは思わない」「まったく高いとは思わない」の4件法での回答を求め、その理由（自由記述）についても尋ねた。最後に、看取りにおける多職種の連携・協働の状況について「うまくいっている」「ややうまくいっている」「あまりうまくいっていない」「うまくいっていない」の4件法での回答を求め、その理由（自由記述）についても尋ねた。

以上の質問項目は、先行研究^{2-7, 13-16)}や全国老人保健施設大会演題集を参考に、研究者らが独自に作成した。

3) 調査期間

2011年3月～7月に実施した。

3. 分析方法

各設問について単純集計を行った。ケアの実践状況では、「十分できた」「ほぼできた」を『できた』、「あまりできなかった」「できなかった」を『できなかった』として分類した。同様に、「積極的」「やや積極的」を『積極的』、「やや消極的」「消極的」を『消極的』として分類した。老健での看取りの質は高いと思うかについては、「非常にそう思う」「ややそう思う」を『そう思う』、「あまりそう思わない」「まったくそう思わない」を『そう思わない』として分類した。また、看取りにおける多職種の連携・協働については、「うまくいっている」「ややうまくいっている」を『うまくいっている』、「あまりうまくいっていない」「うまくいっていない」を『うまくいっていない』として分類した。自由記述によって得られた回答の分析は、記述内容の類似性に基づき分類整理した。

4. 倫理的配慮

本研究は、まず調査対象施設の施設長または看護管理者から研究協力の承諾を得た。施設長または看護管理者に対し、本研究の趣旨・目的および倫理的配慮を明記した研究協力の依頼文書を添え、『施設・看取りの概要に関する調査票』を郵送した。協力していただける場合には『施設・看取りの概要に関する調査票』への回答を依頼し、返送を持って研究協力の承諾とみなした。研究協力の承諾を得た後、調査対象者に本研究の趣旨・目的および倫理的配慮を明記した文書を添えて『看取りにおけるケア実践内容に関する調査票』を郵送した。

調査対象者には、調査への協力は自由意思であり回答は任意であること、協力の如何が今後の勤務において不利益を被ることは一切ないこと、得られたデータや結果は研究目的以外に使用することはないこと、調査票は無記名でありデータは統計処理することによって個人や施設が特定されることは一切ないこと、回収した用紙は研究終了後に確実に破棄すること等を説明した。また、研究者の連絡先を明記し、研究対象者の問い合わせに応じることを保障した。調査票は、調査協力への自由意思を反映しやすいように施設を介さず調査対象者が個別に投函する方法で回収し、用紙の返送を持って調査への同意とした。なお、東日本大震災の影響を考慮し、関東地方の施設に対しては対象者への質問紙の配布時期を遅らせる等の配慮を行った。

本研究は、鳥根大学医学部看護研究倫理委員会の承認を得て実施した。

IV. 結 果

1. 調査対象施設の概要（表1）

施設の所在は、「関東」が10施設（25.6%）で最も多く、次いで「近畿」9施設（23.1%）であった。施設の設置主体は「医療法人」が24施設（61.5%）で最も多く、施設の開設年は「2000年以前」が26施設（66.7%）であった。入所定員は「100人以下」が32施設（82.0%）、入所者の平均要介護度は 3.4 ± 0.3 （範囲2.7-4.0）であった。「デイケア」「ショートステイ」「居宅事業所」を併設機関にもつ施設が7割を超えていた。また、「病院」を併設する施設は17施設（43.6%）であった。

1年間（平成21年4月1日～平成22年3月31日）に老健施設内で看取った人数は「5人以下」が16施設（41.0%）で最も多かった。同時期に老健から病院へ移動し、病院で亡くなった人数は「1～5人」が17施設（43.6%）で最も多く、次いで「6～10人」が12施設（30.8%）であった。また、施設から自宅に退所し、自宅で亡くなった方が1名以上あったのは6施設（15.4%）だった。

ターミナルケア加算については37施設（94.9%）が算定した経験があり、33施設（84.6%）が看取りに関する施設のケアマニュアルを作成していた。

これまでの看取りの事例で、最期の場所について高齢者本人の意思の確認があった例は「なし」が最も多く16施設（41.0%）、次いで「1～3割」が15施設（38.5%）であった。一方、主介護者・キーパーソンに対しては25施設（64.1%）が「8割以上」意思確認を行っている」と回答した。

高齢者が亡くなった際に、入所中の他の高齢者がお見送りをすることが「よくある／たまにある」と答えた施設は17施設（42.6%）であった。また、看取り後にデスカンファレンスを開催していたのは14施設（35.9%）であった。

2. 対象者の基本属性（表2）

対象者は女性が多く、特に看護職と栄養職は9割以上であった。平均年齢は看護職のみが40歳代で、他の職種は30歳代であった。専門職としての平均経験年数は看護職が 18.3 ± 9.3 年で最も長く、老健での平均経験年数は相談職が 7.4 ± 5.4 年で最も長かった。

取得資格について、看護職では「看護師」が約6割、「准看護師」が約4割であった。介護職では「介護福祉士」をもつ者が7割を超える一方で、約1割の者は「無資格」であった。リハ職は、半数が「作業療法士」、約4割が「理学療法士」、約1割が「言語聴覚士」であった。

また、相談職は7割の者が「社会福祉士」をもっており、その多くが「介護支援専門員」ももっていた。栄養職は、9割が「管理栄養士」であった。

看護職の約9割、リハ職の約6割がこれまでに「病院」での勤務経験があった。一方、介護職の7割近くは他施設での経験がなかった。

3. 看護職による入所者、家族に対するかかわりの程度（表3）

1) 入所者に対するかかわりの程度

入所者に対するかかわりの程度について「できた／積極的」と回答した者が5割を超えた項目は、「a. できる限り経口による食事」（71.5%）、「c. できる限り最期まで入浴」（64.8%）、「k. して欲しいこと、したいことなどの希望を聴き、支える」（58.0%）、「p. 心地よく過ごせる部屋づくり」（56.8%）、「b. できる限り食堂での食事」（56.2%）、「g. 手浴や足浴」（50.0%）であった。一方、「j. 死への思い（これまでの死別経験を含めた）について語れるようなコミュニケーション」や「o. 他入所者を交えたかかわり」の項目は、「できた／積極的」と回答した者が3割に満たなかった。

入所者に対して大切にしているかかわりとして、「痛みや苦しみをできる範囲最小限にとどめたい。口腔ケア、モーニングケア、髭剃り、爪切りなど身だしなみを整えることや保清面を大事にしている」、「食べられなくなればすぐ点滴をすとならないよう、医師に働きかける」、「コミュニケーションを多くして淋しさや孤独感を与えないよう配慮している」等、身体面や心理面における苦痛の緩和を意図した様々なかかわりが多く記述されていた。また、「日常生活の中で死を迎えられる環境をつくることを意識している」、「長い人生の最期を看取らせていただくということの重大さを常に感じながらかかわっている」、「写真を見ながらこれまでの人生を少しずつ聴きだしていくようにしている」等の記述がみられた。

2) 家族に対するかかわりの程度

家族に対するかかわりの程度について「できた／積極的」と回答した者が5割を超えたのは11項目中7項目であった。特に、「b. ご家族の話（思い・質問など）を聴く」、「e. 最期の場所についての再確認」、「g. 日々のご家族の要望に応える」、「j. 今後、予測ができることを説明する」の4項目は、「できた／積極的」と回答した者が7割を超えていた。

自由記述には、看護職が家族に対し積極的に丁寧にかかわっている様子が述べられていた。特に、「できる

表1 調査対象施設の概要 (n=39)

		単位は施設数, ()内は%
所在地	関東	10 (25.6)
	甲信越	2 (5.1)
	東海	2 (5.1)
	近畿	9 (23.1)
	中国	7 (18.0)
	四国	4 (10.3)
	九州	5 (12.8)
設置主体	医療法人	24 (61.5)
	社会福祉法人	6 (15.4)
	社団法人	4 (10.3)
	財団法人	2 (5.1)
	その他	3 (7.7)
開設年	～1990年	4 (10.3)
	1991～1995年	10 (25.6)
	1996～2000年	14 (35.9)
	2001～2005年	9 (23.1)
	2006年～	2 (5.1)
入所定員	～50人	2 (5.1)
	51～100人	30 (76.9)
	101～150人	5 (12.8)
	151～200人	2 (5.1)
併設機関 (複数回答)	デイケア	32 (82.1)
	ショートステイ	30 (76.9)
	居宅事業所	30 (76.9)
	病院	17 (43.6)
	訪問看護ステーション	14 (35.9)
	診療所	9 (23.1)
	その他	13 (33.3)
施設内で看取った入所者数 (H21.4.1.～H22.3.1.の1年間)	1～5人	16 (41.0)
	6～10人	6 (15.4)
	11～15人	6 (15.4)
	16～20人	7 (17.9)
	21～25人	4 (10.3)
	26～30人	1 (2.6)
	31人以上	1 (2.6)
介護報酬の加算(ターミナルケア加算)の有無	あり	37 (94.9)
	なし	2 (5.1)
看取りに関する施設のケアマニュアルの有無	あり	33 (84.6)
	なし	5 (12.8)
	無回答	1 (2.6)
最期を過ごす場として、積極的に個室を使用	はい	26 (66.7)
	いいえ	13 (33.3)
これまでの看取りの事例の中で、最期の場所について入所者本人に意思確認を行った割合	8割以上	2 (5.1)
	5～8割	3 (7.7)
	3～5割	2 (5.1)
	1～3割	15 (38.5)
	なし	16 (41.0)
	無回答	1 (2.6)
これまでの看取りの事例の中で、最期の場所について主介護者・キーパーソンに意思確認を行った割合	8割以上	25 (64.1)
	5～8割	2 (5.1)
	3～5割	4 (10.3)
	1～3割	8 (20.5)
	なし	0 (0.0)
入所者が亡くなられた際に、他の入所者がお見送りをすることがあるか	よくある	6 (15.4)
	たまにある	11 (28.2)
	ほとんどない	8 (20.5)
	ない	14 (35.9)
看取り後にデスカンファレンスの開催	行っている	14 (35.9)
	行っていない	24 (61.5)
	無回答	1 (2.6)

表2 対象者の基本属性

	看護職 (n=162)	介護職 (n=536)	リハ職* (n=66)	相設職 (n=28)	栄養職 (n=28)
性別	女性 153 (94.4) 男性 9 (5.6)	354 (66.0) 182 (34.0)	47 (71.2) 19 (28.8)	22 (78.6) 6 (21.4)	26 (92.9) 2 (7.1)
年齢	平均±標準偏差 24~67歳	35.0±10.5歳 19~71歳	32.5±5.4歳 22~47歳	34.5±9.6歳 23~61歳	33.4±8.3歳 24~57歳
専門職としての 経験年数	平均±標準偏差 2~47年	8.0±5.2年 0.2~30.7年	8.0±5.2年 0.2~24年	8.4±7.3年 1~35年	11.0±7.9年 1.5~34.5年
老健における 経験年数	平均±標準偏差 0.1~23年	6.7±5.0年 0.1~22.5年	4.5±5.5年 0.2~14.9年	7.4±5.4年 0.6~20年	5.5±3.9年 0.3~14年
資格	看護師 看護師と 准看護師 准看護師	介護福祉士 訪問介護員1級 訪問介護員2級	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	社会福祉士 社会福祉士と 介護支援専門員 介護支援専門員 介護福祉士 その他 もっていない	管理栄養士 栄養士
他施設での経験 (複数回答)	病院 訪問 他の老健 特別養護老人ホーム その他 なし	143 (88.3) 12 (7.4) 12 (7.4) 10 (6.2) 19 (11.7) 13 (8.0)	43 (65.2) 10 (15.2) 10 (15.2) 2 (3.0) 7 (10.6) 19 (28.8)	4 (14.3) 4 (14.3) 4 (14.3) 7 (25.0) 12 (42.9)	12 (42.9) 2 (7.1) 4 (14.3) 10 (35.7) 10 (35.7)

*リハ職…理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士

限り細やかに情報提供を行いながら、できる限り家族が望まれること、したいと思っていることを伺い実現できるように支援している」等、家族の意向や要望に応えることや「ご本人の意識はなくても何でもよいので話しかけて欲しいと伝えていた」、「何をしてあげられることができなくても、傍にいてあげることで十分であることを伝えている」、「死後の処置は湯かみを家族とともにやっている。身体に触れていただき、今までの思い出を語り合いながらする。そしてお疲れ様と伝えながら送り出すようにしている」等、家族が入所

者にかかわることができることにより、後悔が少なくなるようサポートしていることが記述されていた。また、「今後予測できること、看取るうえで準備することをできる限りお伝えする努力をしている」、「今の状況をきちんと理解でき、死への理解が得られるようにかかわる」、「本人の状態に合わせて家族の要望を何度も確認する」、「納得ができるよう繰り返し説明する」、「医療や延命、死についてどのように考えているのか話を聴いていく」等の記述がみられ、家族の揺れる気持ちに添ったかかわりを行っていることが明らかになった。

表3 看護職による入所者、家族に対するかかわりの程度 (n=162)

		単位は人, ()内は%		
		できた／積極的	できなかった／消極的	
入所者に対する かかわり	a 出来る限り経口による食事	116 (71.5)	46 (42.5)	
	b できる限り食堂での食事	91 (56.2)	71 (43.8)	
	c 出来る限り最期まで入浴	105 (64.8)	57 (35.2)	
	d 出来る限りトイレでの排泄	61 (37.6)	101 (62.4)	
	e レクリエーション・行事への参加	69 (42.6)	93 (57.4)	
	f リハビリテーションへの参加	60 (37.0)	102 (63.0)	
	g 手浴や足浴	81 (50.0)	81 (50.0)	
	h これまでの人生を語れるようなコミュニケーション	60 (37.0)	102 (63.0)	
	i 老健での思い出を語れるようなコミュニケーション	67 (41.4)	95 (58.6)	
	j 死への思い(これまでの死別経験を含めた)について語れるようなコミュニケーション	44 (27.2)	118 (72.8)	
	k して欲しいこと、したいことなどの希望を聴き、支える	94 (58.0)	68 (42.0)	
	l 最期の場所についての確認	76 (46.9)	86 (53.1)	
	m 苦痛の緩和	87 (53.7)	75 (46.3)	
	n 淋しさや孤独を軽減するために傍にいる	69 (42.6)	93 (57.4)	
	o 他入所者を交えたかかわり	48 (29.6)	114 (70.4)	
	p 心地よく過ごせる部屋づくり	92 (56.8)	70 (53.2)	
	家族に対する かかわり	a ご本人との今日のかかわりで感じたことを伝える	111 (68.5)	51 (31.5)
		b ご家族の話(思い・質問など)を聴く	121 (74.7)	41 (25.3)
		c ご本人との思い出を語れるようなコミュニケーション	94 (58.0)	68 (42.0)
d 死への思い(これまでの死別経験を含めた)について語れるようなコミュニケーション		59 (36.4)	103 (63.6)	
e 最期の場所についての再確認		116 (71.6)	46 (28.4)	
f 死の看取りの準備についての説明		107 (66.0)	55 (34.0)	
g 日々のご家族の要望に応える		119 (73.5)	43 (26.5)	
h 食事介助を一緒に行う		80 (49.4)	82 (50.6)	
i 清拭などの清潔ケアを一緒に行う		49 (30.2)	113 (69.8)	
j 今後、予測が出来ることを説明する		115 (71.0)	47 (29.0)	
k 死後の処置を一緒に行う		63 (38.9)	99 (61.1)	

4. 介護職による入所者、家族に対するかかわりの程度 (表4)

1) 入所者に対するかかわりの程度

入所者に対するかかわりの程度について「できた／積極的」と回答した者が5割を超えた項目は、「a. できる限りの経口による食事」(58.2%)、「c. できる限り最期まで入浴」(56.3%)、「b. できる限り食堂での食事」(53.4%)、「p. 心地よく過ごせる部屋づくり」(53.2%)、「k. して欲しいこと、したいことなどの希望を聴き、支える」(50.7%)であった。ただし、「できた／積極的」と回答した者が6割を超えた項目はなかった。しかし

自由記述では、「不安や苦痛がなく過ごしてもらえよう、訪室の機会を多くもち、ボディタッチを行いながらゆっくりとした口調で話しかけていた」、「忙しくて待っていただくこともあるが、必ず要望を聴くように努め、放ったらかしにされたという思いをさせないようにした」、「整容に関していつも以上に気を配った。温タオルでの顔の清拭など、一人じゃないことをぬくもりで伝えたつもり」、「いつもと変わらない声かけを行い、施設内外の出来事を話した」等、入所者に対してできることを一生懸命に行っている介護職のかかわりが書かれていた。また、「自分の思いを伝えられるうちにや

表4 介護職による入所者、家族に対するかかわりの程度 (n=536)

		単位は人, ()内は%	
		できた／積極的	できなかった／消極的
入所者に対する かかわり	a 出来る限り経口による食事	312 (58.2)	224 (41.8)
	b できる限り食堂での食事	286 (53.4)	250 (46.6)
	c 出来る限り最期まで入浴	302 (56.3)	234 (43.7)
	d 出来る限りトイレでの排泄	139 (25.9)	397 (74.1)
	e レクリエーション・行事への参加	155 (28.9)	381 (71.1)
	f リハビリテーションへの参加	145 (27.1)	391 (72.9)
	g 手浴や足浴	207 (38.6)	329 (61.4)
	h これまでの人生を語れるようなコミュニケーション	155 (28.9)	381 (71.1)
	i 老健での思い出を語れるようなコミュニケーション	139 (25.9)	397 (74.1)
	j 死への思い(これまでの死別経験を含めた)について語れるようなコミュニケーション	79 (14.7)	457 (85.3)
	k して欲しいこと、したいことなどの希望を聴き、支える	272 (50.7)	264 (49.3)
	l 最期の場所についての確認	173 (32.3)	363 (67.7)
	m 苦痛の緩和	211 (39.4)	325 (60.6)
	n 淋しさや孤独を軽減するために傍にいる	201 (37.5)	335 (62.5)
	o 他入所者を交えたかかわり	137 (25.6)	399 (74.4)
	p 心地よく過ごせる部屋づくり	285 (53.2)	251 (46.8)
	家族に対する かかわり	a ご本人との今日のかかわりで感じたことを伝える	270 (50.4)
b ご家族の話(思い・質問など)を聴く		304 (56.7)	232 (43.3)
c ご本人との思い出を語れるようなコミュニケーション		223 (41.6)	313 (58.4)
d 死への思い(これまでの死別経験を含めた)について語れるようなコミュニケーション		107 (20.0)	429 (80.0)
e 最期の場所についての再確認		262 (48.9)	274 (51.1)
f 死の看取りの準備についての説明		198 (36.9)	338 (63.1)
g 日々のご家族の要望に応える		343 (64.0)	193 (36.0)
h 食事介助を一緒に行う		204 (38.1)	332 (61.9)
i 清拭などの清潔ケアを一緒に行う		153 (28.5)	383 (71.5)
j 今後、予測が出来ることを説明する		213 (39.7)	323 (60.3)
k 死後の処置を一緒に行う		163 (30.4)	373 (69.6)

りたいことを叶えてあげたいと切に思うが、一人の職員として限界を感じ実行できずにいる。自宅への外泊や外出、死後に故人を家族と共に語り合う時をもちたいと思っているが…」,「看取りに関しては看護の指示で動くようになっているように思う。介護職として何かしたくてもできない」,「傍に居たいけれど時間が取れない」,「十分にコミュニケーションをとれる状態の方が少ないのでかかわりづらい」等、かかわる中での苦悩や葛藤も記述されていた。

2) 家族に対するかかわりの程度

家族に対するかかわりの程度について「できた／積極的」と回答した者が5割を超えたのは11項目中3項目で、「g. 日々のご家族の要望に応える」(64.0%)、「b. ご家族の話(思い・質問など)を聴く」(56.7%)、「a. ご本人との今日のかかわりで感じたことを伝える」(50.4%)であった。自由記述には、入所者の様子を細やかに伝えることや昔話をすること、面会に対する家族への労いや感謝の気持ちを伝えること、家族の思いを引き出して応えることや家族の状況を確認して負担がかからないよう配慮すること等を行っていることが明らかになった。また、施設にお任せではなく、家族に悔いが残らないよう、一緒に看取りケアに携われるよう環境づくりや工夫をしている記述がみられた。一方、状況の説明については、「看護管理者や看護職、相談職が行うものであり、家族が混乱すると困るので介護職として何かを伝えたり説明することに自信が持てず、あまりかかわれなかった」という記述があり、介護職の役割や責任から家族へのかかわりが消極的になっている状況があることが明らかになった。また、家族の反応が乏しいことによる苛立ちや困難感も述べられていた。

5. リハ職による入所者、家族、スタッフに対するかかわりの程度(表5)

1) 入所者に対するかかわりの程度

「安楽な姿勢」に関するかかわりは、すべての項目において「モニタリング」よりも「整える」が「できた／積極的」と答えた者が多く、特に「e-iii) ベッド臥床時」では7割を超えていた。また、廃用や疼痛緩和に対するかかわりについて「b. 筋をほぐすためのマッサージ」(65.2%)、「c. 浮腫に対するマッサージ」(51.6%)、「a. 関節可動域訓練」(48.5%)であった。「f. 集団リハビリテーションへの参加」や「g. レクリエーション・行事への参加」は「できた／積極的」と答えた者が2～3割程度であった一方で、「i. スピリチュアルのリハ(個別リハ時に寄り添う・話をする)」や「h. 気分転換のリハ(車いすや

リクライニング車いすへ移乗して場所移動)」は5～7割の者が「できた／積極的」と答えていた。

入所者に対するかかわりについての自由記述には、「最期まで自分で動くことができる能力を維持できることがQOLを保つことに繋がったケースも多く、リハビリの観点は大切だと感じている」、「残された時間をなるべく安楽に快適に穏やかに過ごしていただけるよう、ポジショニングやROM、マッサージなどを積極的に行っている」、「本人が満足したり、生きがいを感じられるようなかかわりを目指している」、「集団活動のにぎやかな雰囲気を好まれたので、できる限り参加して楽しみの機会を多く提供したいと思っていた」、「時間をとって寄り添い話を聴く機会をできるだけ多く持つことをしてきた」等が書かれていた。

2) 家族に対するかかわりの程度

家族に対するかかわりの程度について「できた／積極的」と回答した者が5割を超えた項目は、「b. ご家族の話(思い・質問など)を聴く」のみであった。

自由記述には「家族の話を聴き、してあげたいこと、家に帰したい、外出したい等の希望があればできることをする」、「ご本人から聞かせていただいた家族との思い出話や家族をととても大切に思っていることなどを伝え、家族関係がさらに強い結びつきを築けるように努めている」、「家族ができることを伝え、みているだけではなく参加してもらえる機会をつくるようにしている」等が述べられていた一方で、「なかなかご家族に会ったり話をしたりする機会がない」という記述も複数あった。

3) スタッフ(他職種)に対するかかわりの程度

「a. 安楽な姿勢についての介助の指導」について「できた／積極的」と答えた者が62.1%で最も多かった。自由記述でも、「ポジショニングや介助方法、動作方法などについて指導ではなく意味を伝え、アドバイスとして行っている」、「姿勢や介助方法については根拠を伝え、混乱がないようにしている」等、統一したかかわりができるようスタッフに働きかけている様子が書かれていた。また、「手が空いている時は食事介助や排泄介助など手伝えることは行い、入所者の生活場面を知ると同時にスタッフの要望も聞き、関係をつくりながら一緒にケアを行っている」等、日常生活援助を通して他職種にかかわっていることが記述されていた。一方、「b. 排痰の介助の介助指導」は「できた／積極的」と答えた者が1割に満たず、「c. 食事や排泄など日常生活動作の指導」や「福祉用具の選択・使用の提案」も5割を超えない結果であった。

表5 リハ職*による入所者, 家族, スタッフに対するかかわりの程度 (n=66)

		単位は人, ()内は%	
		できた/積極的	できなかった/消極的
入所者に対する かかわり	a 関節可動域訓練	32 (48.5)	34 (51.5)
	b 筋をほぐすためのマッサージ	43 (65.2)	23 (34.8)
	c 浮腫に対するマッサージ	34 (51.5)	32 (48.5)
	d 安楽な姿勢のモニタリング i) 食事時	21 (31.8)	45 (68.2)
	安楽な姿勢のモニタリング ii) 排泄時	10 (15.1)	56 (84.8)
	安楽な姿勢のモニタリング iii) ベッド臥床時	46 (69.7)	20 (30.3)
	安楽な姿勢のモニタリング iv) 車いすに乗車時	38 (57.6)	27 (42.4)
	e 安楽な姿勢に整える i) 食事時	28 (42.4)	38 (57.6)
	安楽な姿勢に整える ii) 排泄時	13 (19.7)	53 (80.3)
	安楽な姿勢に整える iii) ベッド臥床時	48 (72.7)	18 (27.3)
	安楽な姿勢に整える iv) 車いす乗車時	39 (59.1)	27 (40.9)
	f 集団リハビリテーションへの参加	12 (18.2)	54 (81.8)
	g レクリエーション・行事への参加	23 (34.8)	43 (65.2)
	h 気分転換のリハビリテーション (車いすやリクライニング車いすへ移乗して場所移動)	36 (54.5)	30 (45.5)
	i スピリチュアルのリハビリテーション (個別リハ時に傍に寄り添う・話をする)	46 (69.7)	20 (30.3)
	j 廃痰の介助(徒手呼吸介助/体位排痰法)	19 (28.8)	47 (71.2)
	k 食事介助	11 (16.7)	55 (83.3)
	l 最期の場所についての確認	17 (25.8)	49 (74.2)
	m 福祉用具の選択・使用	27 (40.9)	39 (59.1)
	n 死への思い(これまでの死別経験を含めた)について 語れるようなコミュニケーション	7 (10.6)	59 (89.4)
o して欲しいこと, したいことなどの希望を聴き, 支える	35 (53.0)	31 (47.0)	
家族に対する かかわり	a ご本人との今日のかかわりで感じたことを伝える	22 (33.3)	44 (66.7)
	b ご家族の話(思い・質問など)を聴く	35 (53.0)	31 (47.0)
	c 安楽な姿勢についての介助の指導	23 (34.8)	43 (65.2)
	d ご本人との思い出を語れるようなコミュニケーション	18 (27.3)	48 (72.7)
	e 死への思い(これまでの死別経験を含めた)について 語れるようなコミュニケーション	6 (9.1)	60 (90.9)
	f 最期の場所についての再確認	10 (15.2)	56 (84.8)
	g 日々のご家族の要望に応える	25 (37.9)	41 (62.1)
	h 食事介助を一緒に行う	11 (16.7)	55 (83.3)
スタッフに対する かかわり	a 安楽な姿勢についての介助の指導	41 (62.1)	25 (37.9)
	b 廃痰の介助(徒手呼吸介助/体位排痰法)の 介助の指導	5 (7.6)	61 (92.4)
	c 食事や排泄など日常生活動作の指導	27 (40.9)	39 (59.1)
	d 福祉用具の選択・使用の提案	31 (47.0)	35 (53.0)

*リハ職…理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士

6. 相談職による入所者, 家族, スタッフ・他機関に対するかかわりの程度 (表6)

1) 入所者に対するかかわりの程度

入所者に対するかかわりの程度について「できた／積極的」と回答した者が5割を超えた項目はなく, 回答が高率だった項目は「b. 部屋の調整」(48.2%)であった。また, 「g. 死への思い(これまでの死別経験を含めた)について語れるようなコミュニケーション」(14.3%), 「a. 最期の場所についての確認」(25.0%)となっており, 入所者本人がどのような最期を迎えたいのかを引き出すようなかかわりは少なかった。

自由記述では, 「ご本人の生活歴(結婚を決めた時の思い, 近親者の死にどのようにかかわったか等)を詳しくお聴きして, ご本人へのかかわりを意味あるもの

にしたいと思っている」一方で, 「ここで過ごした月日について思い出話などご本人とかがわる時間は持つように心がけたが, 最期の場所やその時のことなど一歩踏み込んだお話はなかなか出来なかった。死期が近づいているとは思わせたくなって, いつまでも居て欲しくて会話に出すのが怖かった」, 「病状悪化による看取りが多いため, ご本人様とのかかわりを相談員としては遠慮し, 現場のスタッフに任せてしまっている。かかわりをもつことも重要だが, ご本人様にとって一番身近なスタッフに任せることも大切かと思う」等, 一歩うしろに引いたかかわりが記述されていた。

2) 家族に対するかかわりの程度

家族に対するかかわりの程度について「できた／積

表6 相談職による入所者, 家族, スタッフ・他機関に対するかかわりの程度 (n=28)

		単位は人, ()内は%	
		できた／積極的	できなかった／消極的
入所者に対する かかわり	a 最期の場所についての確認	7 (25.0)	21 (75.0)
	b 部屋の調整	12 (42.9)	16 (57.1)
	c して欲しいこと, したいことなどの希望を聴き, 支える	8 (28.6)	20 (71.4)
	d 困っていることを聴き, 応える	9 (32.1)	19 (67.9)
	e これまでの人生を語れるようなコミュニケーション	10 (35.7)	18 (64.3)
	f 老健での思い出を語れるようなコミュニケーション	8 (28.6)	20 (71.4)
	g 死への思い(これまでの死別経験を含めた)について語れるようなコミュニケーション	4 (14.3)	24 (85.7)
	h 淋しさや孤独を軽減するために傍に居る	10 (35.7)	18 (64.3)
	i 入所時に, 看取りができることの説明	9 (32.1)	19 (67.9)
	j 単身者に対する看取り後の対応	6 (21.4)	22 (78.6)
	k 看取り時期に入るまでの居宅支援	10 (35.7)	18 (64.3)
家族に対する かかわり	a ご本人との今日のかかわりで感じたことを伝える	10 (35.7)	18 (64.3)
	b ご家族の話(思い・質問など)を聴く	19 (67.9)	9 (32.1)
	c 最期の場所についての再確認	19 (67.9)	9 (32.1)
	d ご本人との思い出を語れるようなコミュニケーション	14 (50.0)	14 (50.0)
	e 死への思い(これまでの死別経験を含めた)について語れるようなコミュニケーション	9 (32.1)	19 (67.9)
	f 介護者自身の生活や健康についての状況把握	15 (53.6)	13 (46.4)
	g 老健での看取りに関する家族・親族間の考え方の把握(ずれがないかどうかの把握)	18 (64.3)	10 (35.7)
	h 日々のご家族の要望に応える	20 (71.4)	8 (28.6)
スタッフ・他機関に 対するかかわり	a 本人の思いや考えについての報告	17 (60.7)	11 (39.3)
	b 家族の状況(家族間, 親族間の考えや状況を含む)についての報告	23 (82.1)	5 (17.9)
	c 老健の看取りから入院へなった場合の病院との連携・対応	20 (71.4)	8 (28.6)
	d 単身者の看取り後における手続きなどの対応	11 (39.3)	17 (60.7)

極的」と回答した者が5割を超えた項目は、「h. 日々のご家族の要望に応える」(71.4%), 「c. 最期の場所についての再確認」(67.9%), 「ご家族の話(思い・質問など)を聴く」(67.8%), 「g. 老健での看取りに関する家族・親類間の考え方の把握(ずれがないかどうかの把握)」(64.3%), 「f. 介護者自身の生活や健康についての状況把握」(53.6%), 「d. ご本人との思い出を語れるようなコミュニケーション」(50.0%)であった。相談職は、入所者よりも家族に対して積極的にかかわっている様子が明らかになった。自由記述でも、「残されるのは家族なので、家族がなるべく穏やかに、悔いが残らないようにするためにコミュニケーションをとるようにしている」、「看取りを施設に任せるのではなく、施設と家族が協力して看取りが行えるように情報共有を密にはかり、家族にも参加してもらい満足にも繋がるように努めている」、「ご本人の希望(家に帰りたい等)にできる限り応えられるよう、ご家族へ働きかけた」、「看取りになるまで、入所当時から面会や外出、外泊をできるだけ機会を持っていただけるようかかわり、本人と家族のつながりが施設入所で途切れないうかかわってきた」等、積極的にかかわっている様子が記述されていた。

3) スタッフ(他職種)・他機関に対するかかわりの程度

スタッフ・他機関に対するかかわりでは、「b. 家族の状況(家族観、親族間の考えや状況を含む)についての報告」(82.1%), 「c. 老健の看取りから入院へなった場合の病院との連携・対応」(71.4%), 「a. 本人の思いや考えについての報告」(60.7%)となっていた。「いつ、どこに居ても利用者や家族が同じ対応を受けることができるように情報を共有し、連携をはかるようにした」、「ほんの少しのエピソードでもお互いが情報共有できる関係でいたいと思っている」等、スタッフとの情報の共有に関する記述が多くみられたが、「スタッフの不安やトラブル時の相談相手になり、不安解消や問題解決の仲介をスムーズに行っている」、「困っていることの話しを聴いたり、メンタル面での支えになればと思っている」等の記述のように、相談職はスタッフを支えている様子が明らかになった。また、他機関に対しては、「本人や家族がどのような人生を歩んできたかを伝えるようにしている」、「特に居宅ケアマネとは密に連絡を取り合い、細かい情報も収集し、こちらも情報を伝えた」、「単身者の場合、公的機関と連携を事前にはかっておき、第三者機関の意見も反映させるようにし、施設だけで決定しないようにしている」等の記述がみられ、入所者や家族にととってよいこととなるよ

う情報交換に努めており、老健と他機関とを繋ぐ役割を果たしていた。

7. 栄養職による入所者、家族、スタッフに対するかかわりの程度(表7)

1) 入所者に対するかかわりの程度

入所者に対するかかわりの程度について「できた/積極的」と回答した者が5割を超えた項目は、「f. 補助食品の導入」(85.7%), 「d. 食事内容の個別対応(食欲・食量低下した際)」(82.1%), 「c. 好みや食べたいものなどの確認」(75.0%), 「a. 栄養のモニタリング」(60.7%)であった。入所者に対して「一緒に食べることをしながら、食事に対する意見やリクエストなどをお聞きしている」、「食に対する悔いがなく最期を迎えてもらいたい。ご本人の好きなものを中心に提供している」等、工夫しながらかかわる様子が記述された一方で、「実際に看取りケアにおいて管理栄養士としてできることの限界を感じている。経口摂取可能な方はほとんどなく、正直言って看取りになるまでが栄養士としての勝負と思っている」等、苦悩している様子もみられた。また、「医師や看護職は安全性を重視されるが、栄養士は安全性を考慮しながらも、栄養というより生きる喜びを持ってもらえる食の提供が必要、食べ物は心の栄養だと考えている」、「高齢者にとって、食事は楽しみの一つになっているので、看取りにおいてもそのように思ってもらえる働きかけ、かかわりをもつべきだと思っている」等、栄養職としての強い思いが記述されていた。

2) 家族に対するかかわりの程度

家族に対するかかわりの程度について「できた/積極的」と回答した者が5割を超えた項目はなかった。「できた/積極的」との回答が高率だった項目は、「c. 好みの物・味付けなどを尋ねる」(46.4%), 「b. ご家族の話(思い・質問など)を聴く」(42.9%), 「g. 日々のご家族の要望に応える」(42.9%)であった。自由記述には「ご本人の栄養状態や食事の内容を伝え、ご家族の要望をきいている」、「ご家族様のリクエストに応えている。それにプラスして、このようにもできる、とこちらからも出している」等の記述があったが、「ご家族ともう少しかかわりをもちたい気持ちではあるが、現状は難しい」等、家族にかかわれていない状況も記述されていた。

3) スタッフ(他職種)に対するかかわりの程度

「c. 栄養状態の評価に基づく補助食品の提案」(82.1%),

「a. 栄養状態の評価の報告」(78.6%)、「b. 栄養状態の評価に基づく食事形態の変更の提案」(75.0%)であり、栄養状態の評価に基づき他職種へ積極的に働きかけていることが明らかになった。自由記述には、「食事内容や栄養補給量、体重の変化など、栄養士の立場から気づいた利用者様の情報を共有できるように努めている」、「他職種からケアをしていて感じたことなどを聴き、食事内容の参考にしている」、「栄養面での情報を

もとにし、見た目や体重だけでは判断できないことを伝えている。ただし、スタッフの意見は大切であるので、双方が理解し、納得できるよう、何度も話し合いをしている」等が書かれていた。

8. 老健における看取りケアの質 (表8)

「これまでの老健の看取りの質は高いものだと思いますか」という質問に対し、「そう思う」との回答が最も

表7 栄養職による入所者、家族、スタッフに対するかかわりの程度 (n=28)

		単位は人, ()内は%	
		できた/積極的	できなかった/消極的
入所者に対する かかわり	a 栄養のモニタリング	17 (60.7)	11 (39.3)
	b 脱水のモニタリング	7 (25.0)	21 (75.0)
	c 好みや食べたい物などの確認	21 (75.0)	7 (25.0)
	d 食事内容の個別対応(食欲・食事が低下した際)	23 (82.1)	5 (17.9)
	e 食事時間の個別対応(食欲・食事が低下した際)	11 (39.3)	17 (60.7)
	f 補助食品の導入	24 (85.7)	4 (14.3)
	g 食器の工夫	10 (35.7)	18 (64.3)
	h 食事介助	8 (28.6)	20 (71.4)
	i 食にまつわるエピソードを語れるようなコミュニケーション	9 (32.1)	19 (67.9)
	j 老健での思い出を語れるようなコミュニケーション	4 (14.3)	24 (85.7)
	k して欲しいこと、したいことなどの希望を聴く	11 (39.3)	17 (60.7)
	l 最期の場所についての確認	6 (21.4)	22 (78.6)
家族に対する かかわり	a ご本人との今日のかかわりで感じたことを伝える	4 (14.3)	24 (85.7)
	b ご家族の話(思い・質問など)を聴く	12 (42.9)	16 (57.1)
	c 好みの物・味付けなどを尋ねる	13 (46.4)	15 (53.6)
	d ご本人との思い出を語れるようなコミュニケーション	2 (7.1)	26 (92.9)
	e 食にまつわるエピソードを語れるようなコミュニケーション	5 (17.9)	23 (82.1)
	f 最期の場所についての確認	4 (14.3)	24 (85.7)
	g 日々のご家族の要望に応える	12 (42.9)	16 (57.1)
	h 食事介助を一緒に行う	6 (21.4)	22 (78.6)
スタッフに対する かかわり	a 栄養状態の評価の報告	22 (78.6)	6 (21.4)
	b 栄養状態の評価に基づく食事形態の変更の提案	21 (75.0)	7 (25.0)
	c 栄養状態の評価に基づく補助食品の提案	23 (82.1)	5 (17.9)
	d 身体状況・栄養状態の評価に基づく栄養剤の減量の提案	11 (39.3)	17 (60.7)

表8 老健における看取りケアの質

		単位は人, ()内は%				
		看護職 (n=162)	介護職 (n=536)	リハ職* (n=66)	相談職 (n=28)	栄養職 (n=28)
これまでの「老健の看取り」の質は高いものだと思うか	そう思う	86 (53.1)	254 (47.4)	30 (45.5)	17 (60.7)	18 (64.3)
	そうは思わない	76 (46.9)	282 (52.6)	36 (54.5)	11 (39.3)	10 (35.7)

*リハ職…理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士

高率だったのは栄養職 (64.3%)、最も低率だったのはリハ職 (45.5%) であった。質が高いと思った理由として、慣れ親しんだ環境の中で安心して過ごせること、可能な限り経口からの食事や入浴を行うことができ、最期まで人間らしい日々を送ることができること、入所者本人や家族の思いや要望を引き出し応えることができること、ケアの温かさと医療面での安心を兼ね備えていること等が記述されていた。また、かかわりに対する入所者の笑顔や穏やかな様子を目にしたり、家族からの感謝の言葉を得た経験について多く記述されていた。一方、質が高いとは言えない理由には、忙しくて十分なかかわりができていないこと、提供できる医療ケアが限られており苦痛の緩和が十分に行えていないこと、看取りに関する知識や技術が不足していること、もっとしてあげたかったという思いが強くなること、スタッフの精神的負担が大きいこと、在宅復帰やリハビリテーションといった老健が果たすべき役割から外れていて納得ができないこと、最期は自宅が良いのではないかという思いがあること等が記述されていた。

9. 看取りケアにおける多職種の連携・協働の状況 (表9)

勤務している老健の看取りケアにおける他職種の連携・協働について、全職種の5割以上の者が「うまくいっている」と回答した。最も高率だったのは、栄養職 (89.3%) であり、最も低率だったのはリハ職 (53.0%) であった。各専門職が自由記述に書いた主な内容を以下に示す。

看護職は、多職種で情報を共有し、入所者本人や家族の希望にそったケアや安楽に繋がるケアを提供できたこと等について記述されていたが、特に、「日勤・夜勤の申し送りだけでなく、日中も簡単な申し送りを行っており、介護職も“こういうところを看ています”と自覚を持って重要事項を確認している」、「最期は一緒に居たいんで、夜中でもいいですから、いつでもいいですから呼んで下さいねと介護職から声をかけられるケースがある」、「夜勤帯での看取りの時に、介護職が死後の処置をできる限りのところで一緒に行ってくれ

た」等、介護職とうまく連携・協働ができたことに関する記述が多くみられた。

介護職は、「何かあれば連絡、報告し合えた。わからないことがあればその専門の人に尋ねることで、入所者にとって適切なケアを行うことができた」、「入所者本人との会話の中で“家の布団で寝たい”という言葉聞き、みんなで相談して家族への働きかけや在宅でのサービスへ切り替え、電話相談などの対応で家族の負担がないように支え、本人の希望に応えることができた」、「家族は施設での看取りを希望されたが、入所者は自宅へ戻りたいと希望され、看護師より家族へ話をしていただき、その入所者は希望通り自宅で最期を迎えることができた」等、他職種との連携・協働により入所者にとって良いケアができた事例が記述されていた。また、「少しでも心配なことがあると看護師がすぐみてくれる」等、介護職にとって身近な看護師からのサポートは心強く感じているという記述が多かった。さらに、「他職種から入所者の情報を得ることで起こりうる状態の予測ができ、自分自身の準備ができた」、「入所者の状態を観察し合い、亡くなるまでも亡くなった後も、慌てずにケアを行うことができた」等、他職種のサポートにより安心してケアに携わることができる様子が記述されていた。

リハ職や相談職は、「それぞれの意見をすり合わせながら取り組み、本人や家族の嬉しそうな笑顔がみられた」、「家に帰したいという気持ちを他職種と持ち続け、かかわることができている」のように、本人やご家族の要望に他職種で意見をすり合わせながら応えることができたことや他の職種と同じ目標をもってケアが提供されたこと等が記述されていた。

栄養職は、「看護職や相談職の情報により、食事量の減量やし好に合わせた個別対応が迅速に行えている。OTの介入もあり、食器の工夫も実施できている」のように入所者に対して個別の対応を行うことができたことが多く記述されていた。

しかし、「日々の連携・協働は良いけれども、看取りになるとうまくいった感じがしない」、「看護師や介護士

表9 看取りケアにおける多職種の連携・協働

		単位は人、()内は%				
		看護職 (n=162)	介護職 (n=536)	リハ職* (n=66)	相談職 (n=28)	栄養職 (n=28)
看取りケアにおける多職種の連携・協働はうまくいっていると思いますか	うまくいっている	106 (65.4)	376 (70.1)	35 (53.0)	21 (75.0)	25 (89.3)
	うまくいっていない	56 (34.6)	160 (29.9)	31 (47.0)	7 (25.0)	3 (10.7)

*リハ職…理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士

との話し合いにも参加できていない」,「看取りの段階では、どちらかというリハは忘れられがち。必要性を感じてもらえない。拒否さえ感じる」,「カンファレンスに栄養士が入らないことが多い。食事をされていないことが多いからだと思う。しかし、今までかかわってきたので呼んで欲しいという思いがある」のように看取りになるとチームから外される体験が記述されており、特にリハ職に多くみられた。

V. 考 察

1. 老健の看取りにおける各専門職のケアの実践状況

各専門職は、入所者とその家族が少しでもその人らしく安楽に過ごせるよう、専門性を活かしたかかわりを実践していた。かかわりの内容や程度についてみると、入所者に対しては看護職、介護職、リハ職、家族に対しては看護職、相談職、スタッフに対しては相談職、栄養職というように、各専門職がもつ強みにより異なる状況が窺えた。

しかし、看取りの時期に入るとチームから外されるという意見があり、多職種で支え合いながら看取りを実践している感じがもてない状況もあることが明らかになった。

2. 老健の看取りにおいて多職種でかかわり続けることの意味

老健における看取りにはたくさんの課題が存在するが、多職種でかかわることがどのようによいケアに繋がるのか、以下に考察する。

1) 人との関係をつなぐことで心地よさをもたらす

老健は、何らかの介護が必要となった時から高齢者と家族の生活を居宅サービス、施設サービスを多職種で提供し、支えている。ところが、サービス開始時から様々な専門職からケアを受けているにもかかわらず、看取りの時期に入ると、例えばリハビリテーションが中止となり、なじみの理学療法士や作業療法士とのかかわりが無くなる場合があることが明らかになった。また、栄養職は“食べる”ことは“栄養を摂る”ことだけではなく、“生きる力”や“喜び”を生み出すものと考えており、好みの物や食べられるものを提供する努力を行っていたが、入所者が食べられなくなると同時にカンファレンスに呼ばれなくなり、入所者にかかわる機会もなくなる場合があることが明らかになった。コルカバ¹⁷⁾は、コンフォートへ導く4つのコンテキストのひとつに「社会文化的」側面をあげ、ケアを受ける者の社会文化的コンフォートを高めるには、スタッ

フの働きかけや態度、ケアの継続性等が中核になりえることを述べている。入所者や家族にとって、“状態が悪くなくても気にかけてくれる人がいる”というのは安心感とともに、大切に価値ある存在であると感じさせることに繋がるであろう。なじみのあるスタッフがチームでかかわり続けることは、心地よさを提供することであり、最期までよりよく生き抜くことを支える大切な側面であると考ええる。

2) 苦痛を和らげる

本調査結果により、リハ職はマッサージや関節可動域訓練、安楽な姿勢に整えること等の身体的なアプローチを行っていることが明らかになった。北川ら¹⁸⁾は、リハ職と協働してケアを提供することは、高齢者の終末期に顕在化してくる麻痺や関節拘縮、筋固縮、嚥下障害などの神経症状や寝たきりになり自分で身体を動かさないことから生じた痛みに対し、苦痛を和らげることができることを述べている。関節の拘縮がないきれいな寝姿や苦痛が少ない様子は、家族やスタッフにとっても安心に繋がる。また、リハ職は「最期まで自分で動くことができる力を維持する」や「本人が満足や生きがいを感じられる」ようなかかわりを実践していることが明らかになった。生活のあらゆる場面においてできなくなることが増えていく中、入所者が看護職や介護職に安心して身を委ねられることは重要であるが、一方で自らのコントロール感を持ち続けることも大切である。本調査結果からは、リハ職のかかわりが入所者の自律へ働きかけるものであることが示された。看護職や介護職が日常生活を整えるケアを提供する際にリハ職と連携・協働することは、高齢者の尊厳の保持に繋がるようなケアが展開できる可能性があると考ええる。

3) 十分なコミュニケーションが“わかる”をうむ

看取りに携わるスタッフの苦悩のひとつは、最期までをどこでどのように生き抜きたいか、入所者本人の意思がわからない状況が多いことである。高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン¹⁹⁾では、多職種チーム内、他職種チームと高齢者・家族間で徹底的なコミュニケーションをもち、みんなが納得できる合意形成を目指すことが明記されている。本調査の結果では、どの職種も「最期の場所についての確認」や「死への思いについて語れるようなコミュニケーション」の項目は「できた／積極的」だと答えた者の割合が少なかった。しかし、入所者や家族がどのような思いを抱えているのかは、直接的な質問からのみ理解できるのではない。例えば、相談職は、看取りになるまでの

介護過程を理解していることも多い。本調査でも、「看取り時期に入るまでの居宅支援」(35.7%)をしており、他職種に対してこれまでの人生を踏まえた入所者と家族の意向を提供できると考える。また、リハ職の結果から、個別対応ができるリハビリテーションの時間には、マッサージや気分転換の散歩を行いながら、入所者が思いを言葉にすることや身体から発信する声なき声をキャッチできる可能性があることが明らかになった。介護職は、「入所者が発した言葉によく耳を傾けた」、「何度も訪室し、一言でも声をかけたり顔を見るようにした」、「忙しくて待っていただくこともあるが、必ず要望を聴くように努めた」等、孤独を感じさせないように一生懸命かかわっていた。最期までをどこでどのように生き抜きたいか、入所者本人に直接話しをしていくことも課題であるが、ひとつひとつの丁寧なかかわりの中で、何気ない思いが表出されるのではないだろうか。日常生活の直接ケアに携わる看護職や介護職だけではなく、かかわる全ての職種がキャッチした入所者や家族の気持ちや思いをチームで話しすり合わせる中で、入所者の意思を“わかる”ことができるのではないかと考える。それは、みんなが納得できる合意形成を目指すことに繋がるのではないだろうか。

また、看取りにおいて生じた悩みや葛藤は、他のスタッフと話をすることで対処していることが明らかになっている²⁾。相談職は、「スタッフの不安やトラブル時の相談相手になり、不安解消や問題解決の仲介をスムーズに行っている」、「困っていることの話を聴いたり、メンタル面での支えになればと思っている」等の記述のように、スタッフの精神面を支えていることが明らかになった。死に逝く者にかかわり続けることは、そう簡単なものではない。ケアに携わるスタッフ自身が抱えている思いをわかり支え合えることは、スタッフが抱く無力感や苦悩、葛藤を和らげ、再びよりよい看取りケアを提供しようとする力をつくりだすと考える。

4) 自宅で最期を迎えたい希望を叶える

本調査の結果によると、1年間に「老健から自宅へ帰られ、自宅で亡くなった方が1名以上いる」施設は6施設(15.4%)であった。また、自由記述には、多職種が連携・協働したことにより、入所者や家族の希望に応えるかたちで自宅への外出や外泊、退所ができたことが記述されていた。これらは、入所者や家族の希望に応じて最期を自宅で迎えられる可能性を示唆する。これまで老健が役割を果たすうえで蓄積してきた「自宅復帰」「自宅療養支援」に関する各専門職の技や連携・協働が生み出す技は、入所者が看取りの対象となって

も“自宅で過ごしたい”という希望を実現に導くと考える。

また、看取り時期に入ってから入所者や家族の希望にそって自宅に帰ることを探ることは、“看取りは中間施設である老健の本来の役割から外れている”という思いを軽減させ、各スタッフが看取りに意味を見出すことに繋がるのではないかと考える。

3. 研究の限界と課題

本研究は実際に看取りを行っている老健に勤務するスタッフを対象としたため、看取りの取り組みについて発表や報告を行っている施設を抽出した。そのため、実際に看取りを行っている全国の老健の実態を的確に表しているとは断言できない。しかし、多職種によりケアを提供している老健において、よりよい看取りケアを実践するうえでどのように連携・協働を行っているか、本研究結果がひとつの手がかりになりえるのではないかと考える。今後は、老健における質の高い看取りケアの提供をめざし、臨床の場で介入を含めた研究を重ねていくことが課題である。

謝 辞

本研究に快くご協力いただきました介護老人保健施設のスタッフのみなさまに心より感謝申し上げます。また、調査票の作成にあたりご指導、ご助言をいただきました京都橘大学看護学部沼本教子教授に感謝いたします。

なお、本研究は平成22年および23年度の科学研究費補助金(若手研究(B)、課題番号22792267)の助成を受け実施したものであり、その成果の一部である。

文 献

- 1) 内閣府：平成25年版高齢社会白書，1-12，2013.
- 2) 原 祥子，小野光美，大畑政子，他：介護老人保健施設におけるケアスタッフの看取りへのかかわりと揺らぎ，日本看護研究学会雑誌，33(1)，141-149，2010.
- 3) 小野光美，原 祥子：介護老人保健施設における看取りケアに携わる介護職者の体験，島根大学医学部紀要，34，7-16，2011.
- 4) 織井優貴子：都市部介護老人保健施設における終末期ケアについての意識調査：看護職と介護職の比較，老年看護学，10(2)，85-91，2006.
- 5) 流石ゆり子，牛田貴子，亀山直子，他：高齢者の

- 終末期のケアの現状と課題－介護保険施設に勤務する看護職者への調査から－, 老年看護学, 11 (1), 70-78, 2006.
- 6) 平松万由子, 大淵律子, 北川亜希子: 介護老人保健施設における終末期ケアに関する実態調査－看護職・介護職の認識に焦点をあてて－, 三重看護学誌, 13, 147-154, 2011.
- 7) 梅津美香, 小野幸子: 老人保健施設の看護職者の施設内死亡に対する意識, 老年看護学, 7 (1), 119-127, 2002.
- 8) Hirakawa Y., Masuda Y., Kuzuya M. *et al.*: Director perceptions of end-of-life care at geriatric health services facilities in Japan, *Japan Geriatrics Society*, 7, 184-188, 2007.
- 9) 清水みどり: 介護老人保健施設での死の看取りを可能にする要因の考察－看護管理者へのインタビューから－, 新潟青陵大学紀要, 5, 347-358, 2005.
- 10) Hirakawa Y., Masuda Y., Kuzuya M. *et al.*: Non-medical palliative care and education to improve end-of-life care at geriatric health services facilities: A nationwide questionnaire survey of chief nurses, *Japan Geriatrics Society*, 7, 266-270, 2007.
- 11) 日本老年医学会: 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012, 日本老年医学会, 2012. (<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf>)
- 12) 東憲太郎: 老人保健施設における看取りと看護に期待されること, コミュニティケア, 11 (9), 12-17, 2009.
- 13) 余宮きのみ: 緩和ケア病棟の医師がOTに求めるもの, OTジャーナル, 46 (6), 554-559, 2012.
- 14) 岸野 恵, 伊藤美希, 月岡洋子: 緩和ケア病棟の現状とこれから－緩和ケア病棟の看護師がOTに求めるもの, OTジャーナル, 46 (6), 560-565, 2012.
- 15) 臂 美穂, 柳谷哲史: 緩和ケア病棟で働くOTの役割と課題, OTジャーナル, 46 (6), 566-571, 2012.
- 16) 降旗 武, 宮嶋 武, 務台 均: 緩和ケアにおける疼痛についての考え方と理学療法の取り組み, 理学療法, 28 (6), 802-808, 2011.
- 17) Katharine Kolcaba, 太田喜久子: コルカバコンフォート理論 理論開発過程と実践への適用, 医学書院, 2008.
- 18) 北川公子, 荒木亜紀: 施設環境からみた認知症高齢者の終末期医療・ケア, 老年精神医学雑誌, 22, 1369-1375, 2011.
- 19) 日本老年医学会編: 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として2012年版, 医学と看護社, 2012.

(受付 2014年8月11日)