

特別養護老人ホームにおける看取りの Inter-Professional Work : 文献検討

杉本 浩章

福山平成大学 福祉健康学部
(福祉学科)

E-mail : sugimoto@heisei-u.ac.jp

【要旨】

多死社会に向かう今日の看取りの場として、特別養護老人ホームは病院と自宅に続く第三の選択肢となっている。そこで、特別養護老人ホームにおける看取りの専門職間協働の促進要因と阻害要因を明らかにするため、質的研究法に基づく先行研究の文献学的検討を行った。

分析対象とした10論文のうち9論文から、専門職間協働の促進要因とみられる27カテゴリー(62サブカテゴリー)を抽出した。それらは、「良好な連携の決定要因」(対人関係要因, 組織的要因, 制度的要因)で分類・説明できることを確認した。阻害要因については、3論文の6カテゴリー(14サブカテゴリー)が抽出でき、「チーム医療」の4つの要素で分類すると、専門性志向と協働志向、また、専門性志向と職種構成志向の2つの相克関係がみられた。また、分業体制、医師との協働、情報共有に起因する脆弱な協働志向も阻害要因になると考えられた。

特別養護老人ホームでの質の高い看取りを実現するためには、「良好な連携の決定要因」の要素を持つチームケアを意識するとともに、とくに協働志向を高めることが重要である。

KEY WORDS : 終末期ケア, 特別養護老人ホーム, 専門職間協働

1. はじめに

2018（平成30）年度の介護報酬改定では、地域包括ケアシステムを推進していくための手立てとして、増大する看取りを想定した見直しが行われた。特別養護老人ホーム（以下、特養）においては、「配置医師緊急時対応加算」の新設と「看取り介護加算」の上積みにより、施設内での看取り体制の強化を図っている。

死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率¹⁾によれば、特養を含む老人ホームでの死亡割合は2015（平成27）年に6.3%と、2006（平成18）年の2.1%から10年間で3倍増となっており、死亡場所の大きな受け皿になる可能性が指摘されている^{2,3)}。終末期医療に関する国民意識⁴⁾をみても、「認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合」には、約6割が人生の最終段階を介護施設で過ごしたいと考えている。特養利用者の家族の希望⁵⁾では、約9割が施設内での看取りを望んでいるなど、特養での看取りを考えることは、地域包括ケアシステム社会において重要な課題の一つである。

特養での看取りの状況は、看取りの対応に看護職員だけでなく生活相談員や介護職員が関与している割合が高い⁶⁾。また、職種・職員間の連携・協働は「より終末期ケア」に強く影響を与える要因となっている⁷⁾。

一方で、医師や医療機関との連携が課題⁸⁾として挙げられるなど、看取りのための多職種連携（IPW：Inter-Professional Work）には課題がある。6割近い看護職者は「ターミナルケアにおける職員間の考え」に不満を持っており⁸⁾、介護職者は看護者に対し、夜間処置の連絡調整などに連携上の問題を感じている⁹⁾。その背景には、医療職と福祉職との間で連携に対する認識が一致していないとの指摘¹⁰⁾もある。

そこで本研究では、質的研究の文献学的検討を通して、特養における看取りのIPWの促進要因と阻害要因を明らかにする。

2. 対象と方法

NIJ学術情報ナビゲータCiNiiで検索された特養での看取りを取り上げた研究論文のうち、質的研究方法によってカテゴリー化が行われた論文10本を分析対象とする。

方法は、まず、カテゴリーあるいはサブカテゴリーに相当する階層において、特養内での看取りにおいて実際に行われ介護職と看護師との連携など、直接的に

表現されているミクロレベルでのカテゴリーを抽出した。つまり、IPWを推進する上での制度政策上の課題といったマクロレベルの事がらや、地域内での機関同士の連携などメゾレベルの事は除外対象とした。一方で、本来的にはIPWの概念には当事者等との連携も含まれる¹¹⁾ 注1) が、職員間の連携について焦点化するため、当事者等との連携を取り上げた事は除外している。なお、抽出・除外の作業においては、サブカテゴリーより下位の階層であるコード等の記述内容からも判断した。

分析対象とした論文と抽出したカテゴリー等を表1に示す。

次に、抽出したカテゴリーについて、IPWの促進要因と阻害要因の構造を理解するために、促進要因となりうる事がらについてはMartin-Rodriguez¹²⁾ らによる「良好な連携の決定要因」で分類整理した。

この考えに基づけば、これらの要因が抽出できない場合には良好な連携が担保されていないと見なすこともできる。しかし、阻害要因をより明確にするために、阻害要因となりうる事がらについては細田¹³⁾ が示した「「チーム医療」の4つの要素」^{注7)} による分類を試みた。

3. 看取りのIPWを促進する要因

IPWの促進要因となりうる事がらとして、9論文の27カテゴリー（62サブカテゴリー）を抽出した。これらをサブカテゴリーの階層で「良好な連携の決定要因」をもとに分類したところ、「対人関係要因」として9カテゴリー（15サブカテゴリー）、「組織的要因」として19カテゴリー（24サブカテゴリー）、「制度的要因」として13カテゴリー（23サブカテゴリー）に整理できた。その結果を表3に示す。以下、カテゴリーを【】で、それに属するサブカテゴリーは<>で表記する。

1) 対人関係要因

①「連携の喜び」（凝集性、成熟）：<本人または家族との良好な関係>を築き<目指す終末期ケアの達成>による【チームケアの質の向上】がみられた。

②「信頼」（自信、協力する能力）：【協力し合える仲間の存在】（<職員間の信頼>）という関係性のもと、看護職が介護職に対して<看取りに入っても今まで通りのケアを継続してもらいたい>（【看取りに自信

表1 分析対象論文とカテゴリー

著者	文献番号	調査対象	調査・分析法	カテゴリー	サブカテゴリー
加藤田ら (2005)	14)	看護職者	質問紙調査 (自由記述欄のテキスト分析)・内容分析	関係者との連携困難による悩み 業務と責任への悩み 施設環境に応じた食事支援	介護職との連携困難 医療機関との連携困難 複数の人との連携困難 医師不在の負担 介護職員と看護職員間での食事状況の共有
小柳ら (2007)	15)	看護職員、介護職員	質問紙調査 (自由記述欄のテキスト分析)・内容分析	チーム内意見交換不足でケアの工夫のタイミングを逃す ホーム体制の限界で本人の希望にこたえられない	看護職員から介護職員への状況に応じたケアの意味の説明不足 状態変化に対する看護職員間の意見交換不足 食事支援の機嫌不足 状態変化の表現の必ずずかしさ 施設内による高齢者理解の限界
井澤ら (2009)	16)	看護師	個別面接・内容分析	利用者が人種特から過してきた特養での生活を維持する 利用者の残された時間を充実させるために各専門職の協力をまとめる	利用者の身体状態を改善するよう働きかける 介護職員の利用者への援助を裏方として支える 医師と看取りに関する協力を得る その他の専門職を看取りに参加させる
長瀬ら (2012)	17)	看護職	半構成質問紙を用いた個別面接 (注2)	医師との連携 介護職への支援	処置内容を相談する 看取りがスムーズに行えるよう協力を仰ぐ 看取りが近いことを確認し、家族に伝えてもらう 負担の軽減を図る ケアの具体的な方法を指導する 看取りが近いことを知らせ、ともにケアを考える
坂下ら (2013)	18)	看護職、介護士	半構造化面接・修正版GTA	看護師・介護士 (専門職) の役割 協力し合える仲間としての存在	責任・判断 介護の力を支える ※介護士のみ 先輩としての役割 ※看護職のみ 職員間の信頼 情報の共有
宇佐美ら (2014)	19)	(従来型特養) 看護師、生活相談員、介護福祉士、介護支援専門員、理学療法士、管理栄養士 (ユニット型特養) 看護師、生活相談員、介護福祉士、生活相談員	FGI・鈴木らによる方法を簡易化 (注3)	終末期ケア開始の宣言と多職種による情報共有 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 多職種・他機関との相談・連携 コアメンバーによる毎日のミーティングで情報共有 タイムリーな話し合いと実行 夜間の不安を支える体制作り 看取りの知識と独自ケアの普及 看取りケア開始の宣言と家族・多職種による情報共有	主治医による「看取り診断」の宣言 「看取り説明会」での多職種によるケアプランの検討 看護職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 夜間の介護体制をカバーする職員配置の工夫 看護と介護の協働による苦役と変わらない環境づくり 多職種の意見を聞き、客観的な視点を追加 病院と連携したケア コアメンバーの形成 毎日のミーティングで情報共有 今できることをタイムリーに引き延ばさない体制づくり 未経験者や新人の不安を支える職員配置 看護職による具体的な指示と助言 夜間をカバーする体制と指示系統 看取り普及委員会の取り組み 主治医による「看取り診断」の宣言 家族や主治医と看取りの方針を共有 多職種でケアプランを作成
松田ら (2016)	20)	看護師、介護福祉士、社会福祉士、管理職 (社会福祉士)	FGI・内容分析	専門職間の役割を理解した上での支援 連携と協働を意識したチームケアの取り組み 多職種で情報共有するための仕組み 施設、法人の特徴	介護福祉士としての日々の取り組みをする 家族と医師の間に立つ看護職の役割 施設看護師としての家族への支援をする それぞれの専門的役割を追究していく 死守期に利用者一番近くにいる介護福祉士としての役割 介護福祉士が行う多職種参加のグループ会議の開催をする 看護職がローテーションすることによる介護福祉士の連携の難しさを看護職としての他職種に対する連携の仕方を工夫する 多職種で質の高いケアの実現に向けて努力する 多職種での情報共有において思いを伝えようと努力する 本人、家族の意向を多職種で共有する 介護福祉士のグループ会議に看護職が参加できない 終末期に決定したカンファレンスが実施できていない 書面では職種としての思いまでは伝えできていない 書面を使った多職種との情報共有を行う デスカンファレンスの実施状況 本人の意思を施設内で共有することを大切にする
孔 (2017)	21)	介護職員	半構造化面接・佐藤による方法 (注4)	看取り介護体制を整える 入居者のニーズの確認と共有に努める 看取り介護にきちんと向き合い前向きにとらえる	職員間の協力・連携 生活史や好みなどの情報収集 情報・知識の共有 上司・同僚への相談
田中ら (2017)	22)	看護職員、介護福祉士、介護支援専門員、生活相談員、管理栄養士の職種ごとの4グループ	FGI・Vaughnらによる方法 (注5)	チームケアの質の向上	本人または家族との良好な関係 目指す終末期ケアの達成 チームアプローチの向上
高野ら (2017)	23)	看護師、介護福祉士	半構成的面接法・谷根による質的推論的分析法 (注6)	(介護福祉士に対する役割 ※筆者加筆) 介護の領域を理解し連携する (介護福祉士に対する役割 ※筆者加筆) 看取りに自信をもつための教育を支援する	介護士から生活中心のケアについて教えられる 看取りを進めるためには協力することが大切だと気付く お互い、対等な関係であることに気づく 生活を支えるのは介護士であるという自信をつける 看取りに不安な介護士が気持ちをねぎらう 先を見越して予測する技術・能力をつける 死に続く経路についての理解を深める 看取りに入っても今まで通りのケアを継続してもらいたい

表2 良好な連携の決定要因

対人関係要因 Interactional determinants of interprofessional collaboration	Willingness to collaborate
	Trust
	Communication
組織的要因 Organizational determinants of interprofessional collaboration	Mutual respect
	Organization's philosophy
	Administrative support
	Resource
制度的要因 Systemic determinants of interprofessional collaboration	Coordination mechanisms
	Social system
	Cultural system
	Professional system
	Educational system

※ Martin-Rodriguez ら¹²⁾ の分類をもとに筆者作成

をもつための教育を支援する』)との思いを持ち、＜介護職員の利用者への援助を裏方として支える＞(『利用者の残された時間を充実させるために各専門職の援助をまとめる』)など、【連携と協働を意識したチームケアの試み】(＜看護師としての他職種に対する連携の仕方を工夫する＞)が実践されていた。

③「コミュニケーション」(技能、交渉、知識の交渉)：【協力し合える仲間の存在】(＜情報の共有＞)が挙げられるが、その具体として、【衰退過程に応じた食事支援】(＜介護職員と看護職員間での食事状況の共有＞)、【連携と協働を意識したチームケアの試み】(＜本人、家族の意向を多職種で共有する＞)、【入所者のニーズの確認と共有に努める】(＜生活史や好みの情報収集＞、＜情報・知識の共有＞)が抽出された。

④「相互尊敬」(相互に貢献が補完する)：医師には＜看取りが近いことを確認し、家族に伝えてもらう＞(『医師との連携』)という役割を求める取り組みがあった。看護職と介護職間においては、看護職は介護職に対して＜看取りに不安な介護士の気持ちをねぎらう＞(『看取りに自信をもつための教育を支援する』)一方で、【介護の領域を理解し連携する】(＜介護士から生活中心のケアについて教えられる＞)相互の関係がみられた。

2) 組織的要因

①「組織構造」(水平性、決定権共有、直接交流)：＜職員間の協力・連携＞により【看取り介護体制を整える】ことが挙げられた。その体制づくりの方法として、

看取りケア開始の宣言を行う【看取りケア開始の宣言と家族・多職種による情報共有】(＜家族や主治医と看取りの方針を共有＞)や、＜コアメンバーの形成＞(『コアメンバーによる毎日のミーティングで情報共有』)、＜その他の専門職を看取りに参加させる＞(『利用者の残された時間を充実させるために各専門職の援助をまとめる』)といった取り組みがみられた。また、＜看取りが近いことを知らせ、ともにケアを考える＞(『介護職への支援』)なか、＜お互い対等な関係であることに気づく＞(『介護の領域を理解し連携する』)ことができる組織構造があった。

②「組織的理念」(参加、平等、自由、相互協力)：＜看護と介護の協働による普段と変わらない環境づくり＞(『看取りの環境作り』)を進め、＜介護の力を支える＞(『看護師・介護士(専門職)の役割』)ことで、【利用者が入所時から過ごしてきた特養での生活を維持する】(＜利用者の身体状態を改善するよう働きかける＞)ことが求められる。そのためにも、【タイムリーな話合いと実行】(＜今できることをタイムリーに＞)を行う組織である必要がある。

③「管理者の支援」(リーダー、管理)：＜上司・同僚への相談＞ができることが重要で、カテゴリー【看取り介護にきちんと向き合い前向きにとらえる】へと整理されていた。相談と同時に【夜間の不安を支える体制作り】も欠かせないが、従来型の特養では＜夜間の介護体制をカバーする職員配置の工夫＞が、ユニット型では＜未経験者や新人の不安を支える職員配置＞と異なるサブカテゴリーで構成されていた。

表3 IPW促進要因

著者	カテゴリー	サブカテゴリー	項目	要因
小幡ら (2007)	送り過程に応じた食事支援	介護職員と看護職員間での食事状況の共有	コミュニケーション	対人関係要因
井澤ら (2009)	利用者が入所時から過ごしてきた特養での生活を維持する	利用者の身体状態を改善するよう働きかける	組織的理念	組織的要因
		介護職員の利用者への援助を要方として支える	信頼	対人関係要因
		医師に看取りに関する協力を得る	チーム資源	組織的要因
		その他の専門職を看取りに参加させる	組織構造	組織的要因
長畑ら (2012)	医師との連携	処置内容を相談する	協力と交流	組織的要因
		看取りがスムーズに行えるよう協力を仰ぐ	協力と交流	組織的要因
		看取りが近いことを確認し、家族に伝えてもらう	相互尊敬	対人関係要因
	介護職への支援	負担の軽減を図る	専門家要因	制度的要因
		ケアの具体的な方法を指導する	教育的要因	制度的要因
		看取りが近いことを知らせ、ともにケアを考える	組織構造	組織的要因
坂下ら (2013)	看護師・介護士（専門職）の役割	責任・判断	専門家要因	制度的要因
		介護の力を支える 非介護士のみ	組織的理念	組織的要因
	協力し合える仲間が存在	先輩としての役割 ※看護師のみ	社会的要因	制度的要因
		職間間の信頼	信頼	対人関係要因
宇佐美ら (2014)	終末期ケア開始の宣言と多職種による情報共有	情報共有	コミュニケーション	対人関係要因
		主治医による「看取り診断」の宣言	専門家要因	制度的要因
	具体的な指示・情報の伝達	「看取り説明会」での多職種によるケアプランの検討	協力と交流	組織的要因
		看護師からの具体的な指示の伝達	専門家要因	制度的要因
	夜間の不安を支える体制作り ※従来型	医師からの速やかな情報伝達	専門家要因	制度的要因
		夜間の介護体制をカバーする職員配置の工夫	管理者の支援	組織的要因
	看取りの環境作り	看護と介護の協働による善後と変わらない環境づくり	組織的理念	組織的要因
		多職種の意見を聞き、客観的な視点を追加	文化的要因	制度的要因
	多職種・他機関への相談・連携	病院と連携したケア	チーム資源	組織的要因
		コアメンバーの形成	組織構造	組織的要因
	コアメンバーによる毎日のミーティングで情報共有	毎日のミーティングで情報共有	協力と交流	組織的要因
		今できることをタイムリーに	組織的理念	組織的要因
	タイムリーな話し合いと実行	引き延ばさない体制づくり	組織構造	組織的要因
		未読読者や新人の不安を支える職員配置	管理者の支援	組織的要因
	看取りの知識と独自ケアの普及	看護師による「看取り診断」の宣言	専門家要因	制度的要因
		家族や看護と看取りの方針を共有	組織構造	組織的要因
	看取りケア開始の宣言と家族・多職種による情報共有	多職種でケアプランを作成	協力と交流	組織的要因
		介護福祉職としての日々の取り組みをする	専門家要因	制度的要因
松田ら (2015)	専門職間の役割を理解した上での支援	家族と医師の間立つ看護師の役割	社会的要因	制度的要因
		施設看護師としての家族への支援をする	専門家要因	制度的要因
		それぞれの専門的役割を追究していく	専門家要因	制度的要因
		特別期に利用者の一番近くにいる介護福祉職としての役割	専門家要因	制度的要因
	連携と協働を意識したチームケアの試み	介護福祉職が行う多職種参加のグループ会議の開催をする	協力と交流	組織的要因
		看護師としての他職種に対する連携の仕方を工夫する	信頼	対人関係要因
		多職種で質の高いケアの実現に向けて努力する	連携の喜び	対人関係要因
		多職種での情報共有において思いを伝えようと努力する	文化的要因	制度的要因
		本人、家族の意向を多職種で共有する	コミュニケーション	対人関係要因
		多職種で情報共有するための仕組み	協力と交流	組織的要因
花 (2017)	施設、法人の特徴	本人の意思を施設間で共有することを大切にすること	文化的要因	制度的要因
		職間間の協力・連携	組織構造	組織的要因
	看取り介護にきちんと向き合い前向きにとらえる	生活史や好み等の情報収集	コミュニケーション	対人関係要因
		情報・知識の共有	コミュニケーション	対人関係要因
田中ら (2017)	チームケアの質の向上	上司・同僚への相談	管理者の支援	組織的要因
		本人または家族との良好な関係	連携の喜び	対人関係要因
		目指す終末期ケアの達成	連携の喜び	対人関係要因
		チームアプローチの向上	教育的要因	制度的要因
高野ら (2017)	（介護福祉士に対する役割）介護の知識を理解し活用する	介護士から生活中心のケアについて教えられる	相互尊敬	対人関係要因
		看取りを進めるために協力することが大切だと気付く	文化的要因	制度的要因
		お互い、対等な関係であることに気づく	組織構造	組織的要因
		生活を支えるのは介護士であるという自信を育める	教育的要因	制度的要因
	（介護福祉士に対する役割）看取りに自信をもつための教育を支援する	看取りに不安な介護士の気持ちをねぎらう	相互尊敬	対人関係要因
		先を見越して予測する技術・能力をつける	教育的要因	制度的要因
		死に臨む終末期についての理解を深める	教育的要因	制度的要因
		看取りに入っても今まで通りのケアを継続してもらいたい	信頼	対人関係要因

④「チーム資源」（時間、場所、情報）：2つのカテゴリー（2サブカテゴリー）に分類した。特養での看取りでは、医療施設でないために医学医療ケアの脆弱さが課題となることが多い。そのため、【利用者の残された時間を充実させるために各専門職の援助をまとめる】なか

で＜医師に看取りに関する協力を得る＞ことや、＜病院と連携したケア＞（【多職種・他機関への相談・連携】）といった医療面でのチーム資源の拡充に取り組んでいった。

⑤「協力と交流」（理念、手順、共通様式、会議）：

まず、会議体として＜看取り普及委員会の取り組み＞（【看取りの知識と独自ケアの普及】や（＜介護福祉職が行う多職種参加のグループ会議の開催をする＞）といった【連携と協働を意識したチームケアの試み】がみられた。特養内では＜毎日のミーティングで情報共有＞（【コアメンバーによる毎日のミーティングで情報共有】）や＜書面を使った多職種との情報共有を行う＞（【多職種で情報共有するための仕組み】）ことを進めるとともに、【医師との連携】（＜処置内容を相談する＞、＜看取りがスムーズに行えるよう協力を仰ぐ＞）も深めていた。また、ケアプランの作成においては、多職種での取り組みが挙げられた（【看取りケア開始の宣言と家族・多職種による情報共有】＜多職種でケアプランを作成＞、【終末期ケア開始の宣言と多職種による情報共有】＜「看取り説明会」での多職種によるケアプランの検討＞）。

3) 制度的要因

①「社会的要因」（職種、性別、階層、力の不均衡）：特養看護師は家族や医師に対して＜家族と医師の間に立つ看護師の役割＞（【専門職間の役割を理解した上での支援】）を担うとともに、特養内では＜先輩としての役割＞（【看護師・介護士（専門職）の役割】）がある。

②「文化的要因」（連携への価値観、自立性）：【介護の領域を理解し連携する】（＜看取りを進めるためには協力することが大切だと気付く＞）ことが大切で、＜多職種の意見を聞き、客観的な視点を追加＞（【多職種・他機関への相談・連携】）していく。本人主体のケアを多職種で進めるために、＜本人の意思を施設間で共有することを大切にする＞（【施設、法人の特徴】）ことを価値観として持ち、同時に、＜多職種での情報共有において思いを伝えようと努力する＞（【連携と協働を意識したチームケアの試み】）ことで、連携への価値観を共有することになるのだろう。

③「専門家要因」（優位性、自律性、統制、断片化）：看護職や介護職には＜責任・判断＞という【看護師・介護士（専門職）の役割】が求められ、連携する医師は＜主治医による「看取り診断」の宣言＞（【終末期ケア開始の宣言と多職種による情報共有】、【看取りケア開始の宣言と家族・多職種による情報共有】）という役割を担う。医療依存度が高まる中、医療職がイニシアチブをとり【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＞）

や【夜間の不安を支える体制作り】（＜看護師による具体的な指示と助言＞、＜夜間をカバーする体制と指示系統＞）が進められ、【介護職への支援】（＜負担の軽減を図る＞）も看護職の役割となる。このように、【専門職間の役割を理解した上での支援】（＜介護福祉職としての日々の取り組みをする＞、＜施設看護師としての家族への支援をする＞、＜それぞれの専門的役割を迫及していく＞、＜死別期に利用者の一番近くにいる介護福祉職としての役割＞）が実践されている。

④「教育的要因」（専門家養成優先）：看護職が介護職に対して、＜ケアの具体的な方法を指導する＞（【介護職への支援】）ことや、＜先を見越して予測する技術・能力をつける＞（【看取りに自信をもつための教育を支援する】）ことにより技術向上を支援している。同時に、＜生活を支えるのは介護士であるという自信をつける＞ことや＜死に逝く経過についての理解を深める＞ことなど、【看取りに自信をもつための教育を支援する】ことに取り組んでいる。これらの教育を通して、【チームケアの質の向上】（＜チームアプローチの向上＞）に結びついているのだろう。

4. 看取りのIPWを阻害する要因

IPWの阻害要因となりうる事がらとして、3論文の6カテゴリー（14サブカテゴリー）を抽出した（表4）。

【関係者との連携困難による悩み】では、看護職からみて、介護職には医療にかかる知識や技術、看取りの経験が乏しいなどの＜介護職との連携困難＞がある。同様に他職種との調整の難しさなど＜複数の人との連携困難＞もある。このことは、高い専門性を発揮しようとする「専門性志向」と、多職種が協力し合わなければならない「協働志向」との相克関係が生じているものと思われる。

特養は養護を目的とする性質上、介護の質を担保するための職種構成を追求する「職種構成志向」がある。ゆえに、介護職が多く医療職の職種・人数は限られており、高度な医学医療ケアの提供を前提としない、＜医療機関との連携困難＞（【関係者との連携困難による悩み】）や＜医師不在による負担＞（【業務と責任への悩み】）は、特養に求められる「職種構成志向」と看護職の「専門性志向」との間に生じる相克関係と整理した。一方で、【チーム内意見交換不足でケアの工夫のタイミングを逃す】（＜看護職員から介護職員への状況に応じたケアの意味の説明不足＞、＜状態変化に対する看護職

表4 IPW阻害要因

著者	カテゴリー	サブカテゴリー	要素と関係
加瀬田ら (2008)	関係者との連携困難による悩み	介護職との連携困難	専門性志向×協働志向
		医療機関との連携困難	専門性志向×職種構成志向
		複数の人との連携困難	専門性志向×協働志向
	業務と責任への悩み	医師不在の負担	専門性志向×職種構成志向
小楠ら (2007)	チーム内意見交換不足でケアの工夫のタイミングを逃す	看護職員から介護職員への状況に応じたケアの意味の説明不足	優位な専門性志向と脆弱な協働志向
		状態変化に対する看護職員間の意見交換不足	
		食事支援の検討不足	
		状態変化の表現のむずかしさ	
	ホーム体制の限界で本人の希望にこたえられない	嘱託医による高齢者理解の限界	優位な職員構成志向と脆弱な協働志向
松田ら (2016)	連携と協働を意識したチームケアの試み	看護師がローテーションすることによる介護福祉職の連携の難しさ	優位な職員構成志向と脆弱な協働志向
		介護福祉職のグループ会議に看護職が参加できない	優位な専門性志向と脆弱な協働志向
	多職種で情報共有するための仕組み	終末期に限定したカンファレンスが実施できていない	優位な職員構成志向と脆弱な協働志向
		書面では職種としての思いまでは伝えきれていない	
		デスカンファレンスの実施状況	

員間の意見交換不足>、<食事支援の検討不足>、<状態変化の表現のむずかしさ>）が意味するのは、各々が「専門性志向」を持ちケアにあたる反面、その取り組みが分業となっている「協働志向」の弱さを示すものと考えられる。同様の整理は、<介護福祉職のグループ会議に看護職が参加できない>（【連携と協働を意識したチームケアの試み】）でもいえる。

また、看取りケアにおいて医師は重要な役割を担うが、その医師が<嘱託医による高齢者理解の限界>（【ホーム体制の限界で本人の希望にこたえられない】）という、脆弱な協働志向を持つ他機関の医師がIPWに加わることによる困難さがあった。

加えて、<看護師がローテーションすることによる介護福祉職の連携の難しさ>（【連携と協働を意識したチームケアの試み】）や、【多職種で情報共有するための仕組み】（<終末期に限定したカンファレンスが実施できていない>、<書面では職種としての思いまでは伝えきれていない>、<デスカンファレンスの実施状況>）は、日々の養護を目的とする特養において「職種構成志向」が優位となり、その延長線上にある看取りケアでの「協働志向」の弱さを表す（サブ）カテゴリーといえるだろう。

5. 考察

今回の文献学的検討を通して、特養における看取りのIPWについて、その促進要因と阻害要因を分類・整理した。

しかしながら、次の点に留意する必要がある。本分析で用いた10本の論文は、調査対象・調査方法・分析方法において統一されておらず、質的研究法そのものも一つ一般化の限界を考慮しなければならない。また、「専門性志向」というとき、介護職や介護士と表現される職員は、他専門職のような統一した教育課程を経ていないことに留意すべきだろう。加えて、阻害要因の分類に用いたチーム医療の困難性について、本来、チーム医療は医療スタッフの医療提供体制を指す^{注8)}。しかし、チーム医療の困難性を示す要素は、医療職や医療現場のみでなく、広く保健医療福祉のIPWを説明できるものでもある。

以上を踏まえ、分類したカテゴリーから促進要因と阻害要因を考察した。

1) 「良好な連携の決定要因」にみる看取りのIPWの促進要因

抽出した41カテゴリー（52サブカテゴリー）を「良好な連携の決定要因」に基づき分類した結果、対人関係

要因、組織的要因、制度的要因の枠組みで整理できた。看護職に向けた介護職との連携実践尺度²⁵⁾では、対人関係要因にあたる因子として、「ユニットの介護職を尊重し関係性を構築する」や「看取りに向かう身体的特徴を共有する」が、組織的要因には「ユニットで看取することを合意し評価する」、「緊急時の連絡体制を整備する」、「ユニットの特徴を活かして情報を共有する」が、制度的要因には「医療職として介護職を支える」がそれぞれ相当すると考えられる。多職種チームによる看取りケアの成果尺度²⁶⁾に照らし合わせてみても、因子「チームワーク」の項目には、信頼関係の深まりや業務を補い合えたことといった対人関係要因、統一したケアの実践（組織的要因）、職種の役割の明確さ（制度的要因）などが含まれている。これらの尺度で説明される因子は、先の枠組みでの整理と矛盾しない。

また、看取りケアに積極的に取り組む特養の看護師は、消極的な場合と比べ、他職種と連絡調整などを大切だと認識し、有意差はないものの、4割強が医師との連携を大切だと考え、3割は他職種への教育を増やしたいと考えていた²⁷⁾。加えて、看取り介護加算を算定した特養では看取りの指針を持ち、コーディネーターが存在し、同意書や個別計画といった様式を有している²⁸⁾など、「良好な連携の決定要因」で説明しうる意識や取り組みがある。これらの量的調査結果と照らし合わせてみても、本研究で行った枠組みの整理は妥当だろう。

以上を踏まえ、特養における看取りのIPWの促進要因は「良好な連携の決定要因」により説明できるものと考えられる。

2) IPWを阻害する2つの相克関係と脆弱な協働志向

細田¹³⁾が指摘する「「チーム医療」の4つの要素」のうち、患者志向を除く3つの要素がみられた。そのうち、専門性志向と協働志向、また、専門性志向と職種構成志向は相克関係があり、その関係性が特養での看取りのIPWを阻害する要因になると考えられる。これらは、より良いケアを実践しようとするがために生じるものといえ、チームメンバー間での相克関係の理解を深めることが重要だろう。

一方で、協働志向と職種構成志向の相克関係はみられず、また、専門性志向や職種構成志向に比して脆弱な協働志向が阻害要因となっている可能性も示唆された。この脆弱な協働志向をカテゴリーの内容でみると、分業体制、医師との協働、情報共有に起因するものがある。

特養での看取りを実現するための条件²⁹⁾ 注9) の一つに、「職員の共通理解の下でのケア」があるが、特養はチームメンバーに変化が少なく、意思決定過程や役割も固定的になりがちである。在宅看取りのIPWにおいては、「連携・協働モデル」のチーム形成から「統合モデル」へ移行させることの有効性が示されている³⁰⁾。特養においても、日常的なケアの場面から、濃厚な医療と介護とを必要とする看取りケアへと移行する中で、チームの姿を変容させるチームマネジメント力が求められると考えられる。

また、多くが非常勤である医師を含めたチームマネジメントは、特養での看取りを実現する上での課題の一つとされる²⁹⁾。個々の特養の課題としてチームマネジメント力の強化は重要であるが、同時に、そのための地域包括ケア体制の環境整備も必要ではないか。在宅看取りでは、在宅医療・介護連携を推進する地域マネジメントにおいて、市町村と医師会との協働が重要とされる³¹⁾。地域包括ケアシステム下での看取りを考えるのであれば、その対象を特養などにも拡大した地域レベルでの取り組みが求められるだろう。

情報共有の側面では、特養での看取りのIPWを想定した多職種連携教育（IPE：Inter Professional Education）のプログラム開発注¹⁰⁾とその普及が、協働志向の高まりにつながるものと思われる。

6. 結論

特養における看取りのIPWを促進要因と阻害要因を明らかにすることを目的に、質的研究法による先行研究の文献学的検討を行った。分析対象とした10論文のうち9論文からIPWの促進要因とみられる27カテゴリー（62サブカテゴリー）を抽出し、それらは3つの「良好な連携の決定要因」（対人関係要因、組織的要因、制度的要因）で分類・説明できること確認した。阻害要因については、3論文から6カテゴリー（14サブカテゴリー）が抽出でき、それらを「「チーム医療」の4つの要素」で分類すると、専門性志向と協働志向、また、専門性志向と職種構成志向の2つの相克関係が存在し、それらが阻害要因になるとともに、脆弱な協働志向も阻害要因になると考えられた。

特養での質の高い看取りを実現するためには、提供するチームケアが「良好な連携の決定要因」で説明できるよう取り組むとともに、とくに協働志向を高めるための手立てが重要である。

注

注1) 埼玉県立大学は、「複数の領域の専門職者（住民や当事者も含む）が、それぞれの技術と知識を提供しあい、相互に作用しつつ、共通の目標の達成を患者・利用者とともに目指す協働した活動」とIPWを定義している。

注2) 調査対象者が語った看護実践の内容を基に作成された「看取りを支える看護実践リスト案」から、局面ごとの「介護職への支援」と「医師との連携」の枠組みをカテゴリー相当とみなした。

注3) 冷水豊編（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）に示された5段階の質的分析方法を参考としている。

注4) 佐藤郁也（2008）『質的データ分析法—原理・方法・実践』（新曜社）の方法による。

注5) Vaughan, S. Schumn, J. C & Sinagub, J. M.／井下理監訳、田部井潤・柴原宣幸訳（1996）『グループ・インタビューの技法』（慶応義塾大学出版会）の方法による。

注6) 谷津裕子（2010）『Start Up質的看護研究』（学研メディカル秀潤社）の方法による。

注7) 細田¹³⁾は、チーム医療の4つの要素に「専門性志向」、「患者志向」、「職種構成志向」、「協働志向」を挙げ、それらの6つの相克関係を示した。

注8) チーム医療の定義²⁴⁾：医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること。

注9) 特養における看取りを実現させるための4つの成立条件（①施設方針の明確化、②入所者・家族への説明と意思尊重、③職員の共通理解の下でのケア、④医療提供体制の充実）のひとつ。

注10) 特養におけるIPW研修の効果が認められたプログラムとしては、「終末期ケア質を高める4条件」による方法³²⁾や「協働的内省」による方法³³⁾などが

『人口動態調査』

(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1.html>, 2018.05.02)

2) 二本立（2014）『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房

3) 杉本浩章・近藤克則（2006）「特別養護老人ホームにおける終末期ケアの現状と課題」『社会福祉学』46（3）、63-74

4) 終末期医療に関する意識調査等検討会（2014）『人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書』

5) 池上直己（2010）『地域における終末期ケアの意向と実態に関する調査研究（Ⅱ）報告書』平成21年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

6) 介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業に係る調査検討組織（2015）『平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成26年度調査）（5）介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業報告書』

7) 田中克恵・加藤真由美（2016）「特別養護老人ホームの「よりよい終末期ケア」を支えるチームケアの要因—多職種チームの構成員およびチームプロセスの検討—」『日本看護研究学会雑誌』39（5）、1-14

8) 山田美幸・加瀬田暢子・岩本テルヨ（2005）「特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職者の課題—特別養護老人ホームの全国調査から—」『南九州看護研究誌』3（1）、23-31

9) 加瀬田暢子・山田美幸・岩本テルヨ（2006）「特別養護老人ホームのターミナルケアにおける介護職者と医師の看護職者に対する期待」『南九州看護研究誌』4（1）、23-28

10) 小山千加代・水野敏子（2010）「特別養護老人ホームにおける看取りの実態と課題に関する文献検討」『老年看護学』14（1）、59-64

11) 埼玉県立大学編（2009）『IPWを学ぶ—利用者中心の保健医療福祉連携』中央法規出版

12) Leticia San Martin-Rodriguez, Marie-Dominique Beaulieu, and Danielle D'amour, et al. (2005) The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. Journal of Interprofessional Care, 19 (Suppl), 132-147

謝辞 本研究はJSPS科研費JP17K04291の助成を受けたものです。

文献

1) 厚生労働省人口動態・保健社会統計室（2016）

- 13) 細田満知子 (2012) 『「チーム医療」とは何かー医療とケアに生かす社会学からのアプローチ』日本看護協会出版会
- 14) 加瀬田暢子・山田美幸・岩本テルヨ (2005) 「特別養護老人ホームでのターミナルケアに携わる看護職者の悩みー全国調査における自由記述の分析ー」『南九州看護研究誌』3 (1), 11-21
- 15) 小楠範子・萩原久美子 (2007) 「特別養護老人ホームで働く職員の終末ケアのとらえ方ー終末ケアにおける「よかったこと」「むずかしかったこと」に焦点を当てー」『老年社会科学』29 (3), 345-354
- 16) 井澤玲奈・水野敏子 (2009) 「特別養護老人ホームにおいて最期を迎える利用者への援助」『東京女子医科大学看護学会誌』4 (1), 29-36
- 17) 長畑多代・松田千登勢・山内加絵・他 (2012) 「生活の場である特別養護老人ホームでの看取りを支える看護実践の内容」『老年看護学』16 (2), 72-79
- 18) 坂下恵美子・西田佳世・岡村絹代 (2013) 「特別養護老人ホームの看取りに積極的に取り組む看護師・介護士の意識」『南九州看護研究誌』11 (1), 1-9
- 19) 宇佐美千鶴・篠田道子・上山崎悦代 (2014) 「終末期ケアにおける多職種連携・協働の実態ー従来型特別養護老人ホームとユニット型特別養護老人ホームの異同を通してー」『日本福祉大学社会福祉論集』(130), 167-190
- 20) 松田実樹・杉本浩章・上山崎悦代・他 (2015) 「終末期ケアにおける専門職間協働の現状と課題：特別養護老人ホームにおける調査から」『岡山県立大学保健福祉学部紀要』22, 167-176
- 21) 孔英珠 (2017) 「看取り介護加算を算定している特別養護老人ホームの介護職員における看取り介護を行う上での困難・課題とその対処方法」『社会福祉学』58 (2), 26-41
- 22) 田中克恵・加藤真由美 (2017) 「特別養護老人ホーム入所者の終末期に関わる多職種チームケアの成果ー調査のミックス法から得たデータの質的機能的分析より」『日本看護科学会誌』37, 216-224
- 23) 高野一江・青木頼子・竹内登美子・他 (2017) 「特別養護老人ホームに勤務する看護師・介護福祉士の看取りにおける役割」『日本看護福祉学会誌』22 (2), 115-130
- 24) 厚生労働省 (2010) 『チーム医療の推進について (チーム医療の推進に関する検討会報告書) 平成22年3月19日』
- 25) 山内加絵・長畑多代 (2017) 「ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度の開発」『日本看護福祉学会誌』22 (2), 15-29
- 26) 田中克恵・加藤真由美 (2017) 「特別養護老人ホーム入所者の終末期に関わる多職種チームケア成果尺度の開発」『日本看護科学会誌』37, 279-287
- 27) 山田美幸・岩本テルヨ (2004) 「特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職の役割と課題」『南九州看護研究誌』2 (1), 27-37
- 28) 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ー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』(6), 11-19
- 29) 杉本浩章・近藤克則 (2006) 「特別養護老人ホームにおける終末期ケアの現状と課題」『社会福祉学』46 (3), 63-74
- 30) 原沢優子 (2018) 「在宅看取りにおける多職種チーム・モデルと課題」篠田道子・原沢優子・杉本浩章・他編『多職種で支える終末期ケアー医療・福祉連携の実践と研究ー』中央法規出版, 121-133
- 31) 公立大学法人埼玉県立大学 (2018) 『在宅医療・介護連携推進事業に係る効果的な事業の推進方法と評価に関する調査研事業報告書ー在宅医療・介護連携推進事業の進め方マニュアルー』平成29年度厚生労働省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)
- 32) 杉本浩章 (2017) 「地域包括ケアシステム下での看取りを実現するための研修プログラム開発」『地域ケアリング』19 (10), 91-95
- 33) 島田千穂, 伊藤美緒, 平山亮, 他 (2015) 「看取りケア経験の協働的内省が特別養護老人ホーム職員の認識に及ぼす影響」『社会福祉学』56 (1), 87-100

Inter-Professional Works in End-of-Life Care at Special Elderly Nursing Homes: A Literature Review

Hiroaki SUGIMOTO

Department of Welfare Science,
Faculty of Welfare and Health Science,
Fukuyama Heisei University

Abstract

Special elderly nursing homes is the third choice following hospital and home as a place for providing end-of-life care in Japan that is entering into a super-aged, death-ridden society. Thus, we reviewed literature including preceding studies and used a qualitative research to clarify both the facilitating and inhibiting factors of inter-professional works in end-of-life care at special elderly nursing homes.

Of the 10 papers searched, we selected 9 for our study and extracted 27 categories (62 sub-categories) that seemed to be facilitating factors of inter-professional works. We confirmed that these categories can be classified and explained with the “well-coordinated determining factors” (inter-personal relationship factor, organizational factor, and institutional factor). For inhibiting factors, we extracted 6 categories (14 sub-categories) from 3 papers. We classified them by 4 factors of “medical team care” and identified 2 conflict relationships i.e. specialty-oriented versus collaboration-oriented and specialty-oriented versus multidiscipline-oriented. Additionally, specialization, collaboration with physicians, and weak collaborative orientation resulting from poor information sharing seemed to constitute the inhibiting factors.

For realizing a high-quality end-of-life care at special elderly nursing homes, it is important to foster an awareness of team care that has an element of the “well-coordinated, determining factor,” while, among other things, enhancing the collaboration-oriented mind.

KEY WORDS : End-of-Life Care Special Elderly Nursing Home Inter-Professional Work