

# 高齢者の看取りにおける専門職の役割意識に関する研究(1) : 療養病床における各専門職への聞き取り調査から

著者名(日)	村田 真弓
雑誌名	人間関係学研究 : 社会学社会心理学人間福祉学 : 大妻女子大学人間関係学部紀要
巻	14
ページ	85-96
発行年	2012
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1114/00005692/">http://id.nii.ac.jp/1114/00005692/</a>

## 高齢者の看取りにおける専門職の役割意識に関する研究（1）

—— 療養病床における各専門職への聞き取り調査から ——

### Research on awareness of the role of each professional in terminal care for the elderly No.1

村田 真弓\*  
Mayumi MURATA

#### <キーワード>

高齢者の看取り, 療養病床, 専門職, 役割意識

#### <要 約>

わが国における高齢社会化は加速度的に進行しており、それに伴って高齢者の看取りのあり方にも関心が寄せられているところである。本研究は高齢者の看取りを行う施設のうち、高齢者医療の一角を担っている療養病床の「看取り」機能に着目したものである。療養病床における高齢者の看取りは長期的な入院生活の延長線上に位置づけられており、一般病床における看取りとは異なる点がある。そこで、療養病床において各専門職者が自らの専門性をどのように認識しているかを語ってもらうことにより療養病床において高齢者の看取りがどのように担われているのかを明らかにしたいと考え、聞き取り調査を実施した。対象とした職種は、医師、看護師、介護福祉士、作業療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーの6職種である。聞き取り調査により得られた結果をもとに多角的に分析し、本稿では職種を超えて共通していると考えられる対人援助専門職としての役割意識についてカテゴリー化して分析した。結果、『後悔のない看取りを目指す』『かかわりの持ち方』『ニーズの把握』『役割の限界』『患者に向き合う感情』の5つに分類された。

医療資源は広く国民に共有の社会資源である。人が死を迎えることは必然であり、その迎え方は千差万別であるが、療養病床における高齢患者の看取りがより主体的に検討されることで、看取りの場所の選択肢が拡大されることにつながる可能性があると考えられる。

## はじめに

本研究はわが国において高齢社会の進展とともに増加している「高齢者の看取り」に関して、高齢者医療の一角を担っている療養病床の「看取り」機能に着目したものである。そこで働く各専門職者が療養病床における自らの専門性をどのように認識しているかを語ってもらうことによって療養病床において高齢者の看取りがどのように担われているのかを明らかにしたいと考えた。高度な急性期治療の対象とならない、障害や慢性疾患を抱えながら静かに死に近づいている患者の日常を絶え間なく支え続けるのが、療養病床における専門職の役割と考えられる。言い換えれば療養病床における高齢者の看取りは、継続的な入院生活の延長上に位置づけられているともいえる。これにより療養病床においては慣れた病院の慣れたスタッフによって、慣れた環境のなかで死を迎えることができるという状況があり、患者や家族にとって大きな安心感を形成していると考えられる。

本研究の目的は、療養病床が持つ看取りの機能について「多職種連携」の観点から再検討することにある。まず本稿では各専門職者から語られた療養病床における看取りに関して専門性を超えて共通していた役割認識に焦点を当てて分析し、考察した。

### 1. 高齢者医療と療養病床

#### (1) 高齢社会と死

現在わが国の高齢化は加速度的に進行している。2011（平成23）年の厚生労働省「人口動態統計」から人口動態総覧の年次推移を見てみると、我が国の年間死亡者数は戦後から1980年代にかけては約70万人前後で安定的に推移してきた。ところが、1990年代に入り年間の死亡者数が顕著な増加傾向が見られるようになった。そして1999年に年間死亡者数は100万人を上回り、2011（平成23）年は約125万人と、右肩上がりに上昇している。高齢社会の進展とともに、年間死亡者数の増加傾向は今後も続くことになる。このよ

うな死亡者数の量的な増加は、戦後の混乱期を除いてわが国の社会がかつて経験したことの無い事態である。言い換えれば、これからの時代は高齢化の深刻な影響とともに、これまで決して身近なものとはいえなかった「死」が、おのずと身近な出来事になっていくと考えられる。広井（2000）はこれに言及して、「いわば日本社会自体が、人口構造そのものにおいても、また経済成長という目標に向かってただひたすら突き進んでいたという意味でも“若く”，そのぶん老いや死といったことが比較的マージナル（周辺的）な場所におかれていたこれまでの時代とは異なった、新たな死生観が要請されている、という面も持っている<sup>1)</sup>」と指摘している。高齢者のターミナルケアのあり方を検討するにあたっては、こうした高齢者死亡数の激増ということに配慮する必要がある。

次に、人口動態統計よりわが国の死因について示す。昭和20年代後半以降、結核による死亡が大きく減少して、死因構造の中心が感染症からいわゆる生活習慣病に大きく変化した。そして昭和33年以降、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患が死因として固定化しておりいわゆる3大死因と呼ばれるようになった。また昭和50年以降、死因の第4位は肺炎で固定してきた。ところが、平成23（2011）年になるとこれまで3大死因のひとつとされてきた脳血管疾患を、肺炎による死亡が上回った。これを年齢構成別の死因で見ると、肺炎は高齢者の死因として上位であることから、厚生労働省は高齢社会に突入していることを受けて今後も「肺炎による死亡が低下することは考えにくい」としている。このようなことから、高齢者の看取りはその特徴を踏まえて議論する必要があるといえる。

人口統計が予測するわが国の後期高齢者人口規模の大きさを考えると、高齢者のターミナルケアのあり方が社会に与える影響の大きさは注目に値する。高齢者の医療のあり方は、安心して生活できる社会の形成に重要な鍵を握っているともいえる。このため、高齢者の特性にあった医療を提供しうるケアの開発と人材の育成が不可欠である。

## （2）高齢者医療の変遷

わが国では、昭和30年代より医療と福祉の充実が図られることに国民的期待が寄せられるようになった。そこで当時の高度経済成長による国の財政力向上を後ろ盾として、1961（昭和36）年より国民皆保険体制の基盤が確立した。しかし、当時の制度は加入する医療保険によって保険給付率が異なっていたことから、多くの高齢者にとっては医療費負担の問題が解消されずにいた。こうした問題に対処するため、1973（昭和48）年より国の施策として老人医療費支給制度が実施された。これは老人福祉法において老人医療費を支給する制度であり、いわゆる老人医療費無料化制度といわれるものである。この制度の創設により、経済的理由から高齢者の受診が抑制されることがなくなり、高齢者にとって医療機関の受診は一気に身近なものとなった。それと同時に、医療の必要性はそれほど高くないにもかかわらず社会的な理由を背景として高齢者が長期間に渡って入院継続する「社会的入院」もこの頃に増加したといわれている。これらの状況から老人医療費は急増し、結果として各医療保険財政を圧迫することとなった。さらに制度導入後の高齢化の進展も重なったことから、この制度を支える経済基盤の揺らぎを受けて、1982（昭和57）年、70歳以上の者及び65歳以上の寝たきり老人を対象として老人保健制度が創設された。これにより、70歳以上の高齢者にも医療費の自己負担が課せられるようになり、老人医療費無料化制度は創設から10年を経たずに終わりを迎えることとなった。以後、高齢者の患者負担額の引き上げや定率1割負担などの改定が次々と行われている。それにもかかわらず、高齢者人口の増加とともに療養病床のニーズは高まっていった。

このように、高齢者をとりまく医療保険制度の変遷を振り返ると、医療保険制度を手厚くすることによって、医療施設が高齢者の長期にわたる療養生活を支えてきたことが明らかとなる。

## （3）現在の療養病床

2012年現在、療養病床は適用される保険制度

の違いにより2種類に区別されている。以下にそれぞれの入院対象となる患者の定義を示しておきたい。

医療保険適用となっている療養病床の入院対象者の定義は、「病状が安定している長期療養者のうち、密度の高い医学的管理や積極的なリハビリテーションを必要とする者で、40歳未満の者および要介護認定を受けない者<sup>2)</sup>」とされている。一方、介護保険適用の介護療養型医療施設の入院対象者の定義は、「病状が安定している長期療養者であって、カテーテルを装着している等の常時医学的管理が必要な要介護者<sup>3)</sup>」となっている。

ところが、平成15年3月閣議決定において「慢性期入院医療については、病態、日常生活動作能力（ADL）、看護の必要性に応じた包括評価を進めるとともに、介護保険との役割分担の明確化を図る<sup>4)</sup>」こととされた。これに対し、東京都病院協会と慢性期医療委員会および東京都療養型病院研究会は、2006年5月、連名で「介護療養型医療施設廃止問題に関する意見書」をまとめた。それによれば、療養病床の機能の特徴として、休日や夜間を含めた365日24時間体制で看護師と医師が配置されており、手厚い看護介護と医学的管理が常時提供でき、急性期病院からの受け入れから在宅復帰支援や終末期医療まで、対象患者のさまざまな複合的なニーズに適切に対応していることが挙げられ、これによって、「一般病床の平均在院日数の短縮化に寄与し、また長期療養から終末期医療ケアまで対応することで、高齢社会の効率的な医療介護制度を的確に担ってきた<sup>5)</sup>」と述べられている。

現在の療養病床を取り囲む状況は、医療と介護の住み分けを明確にし、病院機能を治療機関に集約化させようとする動きが進行している段階にある。これまで療養病床は、急性期治療後の再発予防を念頭に置いた疾病コントロールや、慢性期の療養場所の提供をその役割としてきた。また、在宅復帰支援だけでなく、患者の抱える個別性の高い複合的なニーズに対応するなど、高齢社会の効率的な医療介護制度を担ってきたといえる。しかし、今後進められていく療養病床再編の動きのなかで、



介護を提供できる医療施設としてでは存続が不可能となっている。

一方、急性期疾患を扱う病床では入院期間がますます短縮化され、その結果として、引き続き高度な医学的管理を要する患者や看護・リハビリテーションが必要な患者が増えることになる。その後方支援施設として転院患者を受け入れることで平均在院日数の短縮化に寄与してきた療養病床の果たす社会的役割は存続し続ける。平均在院日数の短縮化は、今後もその傾向が加速すると予想されることから、これからの療養病床は、入院患者の急性増悪やターミナルケアも視野に入れた体制づくりが図られる必要がある。

#### (4) 療養病床における看取り

高齢者の死は、慢性的な疾患や老化の進行によって徐々に死に近づいていくという特徴がある。全身状態が安定している時から看取りに至る過程は連続している場合が多く、とりわけ高齢者の場合はどこからが看取りなのかを明確に区別することは困難である。高齢者にとって死は本人だけでなく、サポートする周囲の人々の生活にも影響を与えながら、長期にわたる介護療養生活を経て死を迎える場合が多い。

厚生労働省が発表している社会保障審議会介護給付費分科会報告<sup>6)</sup>によれば、介護療養型医療施設における退所理由の31%が死亡による退院となっている。今後介護療養型医療施設が廃止され、療養病床の数が大幅に削減された場合、この割合は増加することが必至であろう。

療養病床における看取りの利点としてひとつには、療養病床では長期的なかかわりを前提とすることから、患者のこれまでの生活背景を念頭に置きながら、生活の延長線上で看取ることが可能となる点が挙げられる。生活の延長線上とは、患者の生活習慣、職員との人間関係、他の利用者との人間関係などが継続されるということである。

療養病床における看取りの利点としてふたつめには、いわゆる自然な形での看取りを可能にする医療体制の保障が挙げられる。療養病床における看取りの場合、家族と多領域に渡る各専門職者が

高齢者の安らかな死という共通した目標に向かって話し合える雰囲気を作ることができる。

このような状況の中で、これからの高齢者医療と看取りのあり方について検討するにあたり、療養病床の役割を再確認し、療養病床の持つ潜在的な可能性を探る必要性がある。

## 2. 高齢者の看取りをめぐる専門職に関する調査

本研究では、高齢者の看取りが行われている療養病床において、各専門職の考える役割認識を明らかにするとともに、多職種協働についての意識および課題を明確にすることを目的として、各専門職の管理者を対象としてインタビュー調査を行った。

### (1) 用語の定義

#### 1) 療養病床

現在わが国には、長期療養を担う医療施設として、医療保険が適用される療養病床と介護保険が適用される介護療養型医療施設が存在する。介護療養型医療施設は、平成12年の公的介護保険制度導入に伴い創設された。その多くは従来医療保険適用の療養病床として存在していた施設が介護保険適用へと転換したものであった。本研究ではその両者を含めて療養病床と呼ぶこととする。

### (2) 調査対象

調査対象施設は関東近郊において療養病床400床強を有するA病院。入院患者の平均年齢はおよそ84歳であり、平均入院期間は1年9ヶ月であった。高齢者医療制度の改定に伴い、病床区分等の再編を行いつつ現在に至っている。

調査対象職種は医師、看護師、介護福祉士、作業療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーの6職種である。入院患者のケア計画を作成する際に、カンファレンス等に参加し専門的見地から意見を求められる職種であり、かつ国家資格としてその身分法をもち、職務の遂行にあたり倫理綱領を有する職種とした。また、インタビュー調査対象者は各職種のなかで管理的立場にある代表

表1 調査対象者の属性

職業	管理職名	年齢	性別	臨床 経験	療養病床における 臨床経験年数
医師	病院長	51	M	26年	15年
看護師	看護部長	56	F	30年	16年
介護福祉士	ケアワーカー主任	27	F	7年	4年
作業療法士	リハビリテーション科主任	36	F	6年	6年
管理栄養士	—	32	F	6年	6年
医療ソーシャルワーカー	医療相談室主任	38	M	17年	7年

者とした。調査対象者を管理者に限定したのは、施設内における各部署の立場を代表する人物として他職種からも公式に認知されており、かつ必要に応じて専門的見地から他職種に対してアプローチを行うことを求められる立場にあることから、他職種協働についての現状や問題点を把握していると考えたからである。

なお、国家資格に関しては業務独占および名称独占は問わないこととした。

### （3）調査と分析の方法

院内の応接室等の個室を使用させていただき、各調査対象者から個別に聞き取りを行った。面接に要した時間は、一人あたり60分から110分であった。半構成的面接法によりデータを収集し、聞き取り調査により得られた結果をもとに職種を超えて共通していると考えられる役割意識および実践に対する考え方について1会話を最小単位としてデータ化し、類似しているものをグループ化して分析した。

### （4）倫理的配慮

病院長より当該医療機関における調査の許可を得たのちに、各対象者に対して文書にて研究の趣旨を説明し、協力を依頼した。同意を得られた対象者に対して聞き取り調査に入る前に改めて研究の趣旨を説明したのち、個別に聞き取り調査を行った。面接内容は調査対象者の許可を得て録音した。データおよびカテゴリー化の妥当性を図る

ため、分類にあたっては、調査対象者へ再度確認を行った。

## 3. 結果

結果、以下の5つのカテゴリーに分類された。カテゴリーは『後悔のない看取りを目指す』『かわりの持ち方』『ニーズの把握』『役割の限界』『患者に向き合う感情』となった。

以下に各カテゴリーに基づいて療養病床における対人援助者として共通する役割意識を整理する。なお、各職種については以下のように省略して記載する。

略：看護師（看護）、介護福祉士（介護）、作業療法士（OT）、管理栄養士（栄養士）、医療ソーシャルワーカー（MSW）

### （1）後悔のない看取りを目指す

医学的管理を必要とする患者の長期にわたる療養を担う療養病床においては、結果として患者の看取りまでも考慮に入れた総合的なケアを提供することになる。そこで、職員は日頃から『後悔のない看取りを目指す』気持ちを持ち、その対象は「患者に対して」と「家族に対して」、「患者と家族の双方に対して」、そして「自分自身に対して」の3つに分類された。

#### 1) 患者に対して

ここでは療養病床における看取りを前提として

患者と向き合っていることが次のように語られ、療養病床に入院している患者の社会的な背景を考慮に入れた上でのかかわりが表現されていた。

- ・どうしても家で看られない人がこういう施設とかで暮らしていらっしゃるの、悔いの残らないといったらおかしいんですけど、まあ、心地よく亡くなっていただければ、いいのかなあと思って仕事はしているんです（介護）
- ・ここ（＝病院）で（いかに）楽しく過ごして、悔いのない最後を迎えられたかどうかということだと思うんですね（看護）
- ・患者さんたちが、満足して最後を迎えられるように、栄養科としてもサポートしていくこと（栄養士）
- ・やっぱり最期は自分らしくじゃないですけども、その方に寄り添って。（OT）

さらに、そうしたことを実現させるために共通する専門的な役割認識に関しては次のように捉えられていた。

- ・平たく言えば、あまり治療的な医療的なことは考えていないで、むしろ、その方たちが歩

んできた人生を踏まえたうえで、終の棲家としてのどういうふうな対応ができるかというふうなことを常々考えているつもりではありません（医師）

- ・リハビリのなかではなるべく（患者さんに）くつろいでいただけるように、みんな、心構えていうか、そういう気持ちではやりますよね（OT）

そして、職業的な役割認識における後悔のない看取りの重要性については次のように認識されていた。

- ・人の最終章、一番大事なときに、（患者さんが）穏やかに満足されて亡くなる、旅立つということが、なんかこう、人間とかかわる仕事のなかでは一番大事（看護）

## 2) 家族に対して

次に家族に対する共通認識としては次のように表現されていた。療養病床に入院する以前、急性期病院からの退院の際に療養先の選択で悩んだ家族の背景を考慮していることが共通に語られてい

表2 療養病床における対人援助者として共通する役割意識

カテゴリー	サブカテゴリー
(1) 後悔のない看取りを目指す	1)患者に対して 2)家族に対して 3)患者と家族の双方に対して 4)自分自身に対して
(2) かかわりの持ち方	1)看取りの前から 2)サポートする姿勢 3)気を配る 4)家族のような対応を心がける
(3) ニーズの把握	1)よく観察する 2)他職種との情報交換により
(4) 役割の限界	1)もどかしさ 2)人手不足・人材不足
(5) 患者に向き合う感情	1)自分の感情を大切に 2)死生観の生成

た。

- ・もちろん、（療養病床への転院は）希望って言えば希望なんでしょうけれども、もう、困って困ってどうしようもなくここに出入りになる方がほとんどだと思えますね。ということは、ご家族に中にもやっぱりいろんなジレンマがあると思う（医師）
- ・家族はつらい思いをして入院させたから、ほっとしている一面、やはり自分たちが看れなかったってそういう負い目を持っているんですね。だから、家族の満足を得ることがすごく大事なんです（看護）
- ・まだまだ、預かってもらっているっていう、感覚がおありになる家族が多いように思いますね（医師）
- ・今の世の中、昔と違って本人様の治療ばかりでなく、やっぱり心情的にも社会的にもそうなんですけど、家族のフォローもやっぱり今は必要になってきている（MSW）
- ・療養型、特に高齢者に関しては本人もそうなんですけども、やはり家族の意向というか満足させないといけないな、って思っています。（看護）

### 3) 患者と家族の双方に対して

専門職として患者と家族の双方をケアの対象として捉えており、双方に対して後悔のない看取りを目指す視点を持っていることが次のように語られた。

- ・本人が決められる、家族が決められて行動できることは、こちらが手を貸す、やりすぎるとか、こうしたほうがいっていいんじゃないんですかね、やっぱりご本人と家族に選んでもらって、少しでも自分たちが選択することで満足度に近づいていってもらっているのが相談室の役割ですよ（MSW）
- ・人生の先輩としてほとんど84歳という（入院患者さんの）平均的な年齢のこともありますので、人生の先輩としての尊厳も十分に認識しつつ、一方でご家族の歩まれてきた過程も併せて理解をしてできるだけ、ニーズにあっ

た中での自然な形で死を迎えていただくというふうなことが、原則的になっているのかなと、思っています（医師）

### 4) 自分自身に対して

患者・家族の後悔もさることながら、自身の仕事に対する意識として、自分にとっても後悔の残らない仕事をしたいという気持ちがあることが次のように示され、そのために普段から心がけていることについても述べられていた。

- ・（それまでに関わってきた患者さんが）亡くなったって聞くとものすごい哀しいし（OT）
- ・高齢者の場合はどうしても、お昼までご飯を食べていたのに、夕方には（亡くなってしまふ）ってということもあるので、やっぱりそうなってくると、自分にも何かすごい悔いが残っちゃうんですよね。（介護）
- ・実際の臨終の場面に立ち会うってことはないんですけども、でもやっぱり私たちが長期療養っていうことで、人生の最後の時間をおかかわってるっていう者としては少しでも…。少しでも「あったかいかわりあい」をころがけている（OT）

### (2) かかわりの持ち方

療養病床においては、看取りだけを目的として入院してくる患者は少ない。多くは入院後に、慢性的な経過を辿りながら次第に看取り期に至ることになる。そのため、対象者全員が『かかわりの持ち方』についての言及しており、それらは「看取りの前から」「サポートする姿勢」「気を配る」「家族のような対応を心がける」の4つに分類された。

#### 1) 看取りの前から

看取りの段階に入る前から始まっている患者や家族とのかかわりの持ち方が看取りの過程にも継続して持ち込まれる様子が次のように語られた。

- ・連続した自然な経過の中で死を迎えていただくというふうなのが、今の実態でもあるのかなというふうに思っております（医師）



- ・看取ることっていうか、それまでの経過が私たちににとっては大切なのかなって思いますね。そうあるべきじゃないかな、と（看護）
- ・看取るときに何かっていうことよりは、看取りにいくまでにできる限り、多くの情報を提供して選択してってもらおう、ということですね（MSW）

また、こうした長期的な経過をたどって看取り期に移行すると、患者家族の個別性を把握することが可能となる。各専門職がそれまでのかかわりの中から見出された個別的なケアを探りつつ、療養病床ならではの看取りケアを実践している様子が語られていた。

- ・長くいらっしゃるからこそ、あの人はこういう性格なんだとか、これが嫌いなんだとか、患者さんのことを理解していける（栄養士）
- ・長い期間みなさん入院されているので、性格とかもわかると、昔はこの歌をよく好んでいたから、ちょっとこの曲聴かせてあげようとか、（看取りにあたって）そういう配慮ができることは確かですね（介護）

## 2) サポートする姿勢

かかわりの持ち方として患者理解がどのようになされているかについては「サポートする姿勢」が特徴的であった。看取りの段階においては、患者と並んで家族や患者と深い関係にある人たちの最善をも考慮に入れる必要がある。治療の決定に際して、患者自身の意思を尊重することと同時に、家族等、患者と深い関係にある人たちも納得できるように話し合いを進めることもこのような配慮につながる。これらに対して、患者家族をサポートする体制づくりを目指していることが次のように表現されていた。

- ・家族が看れないところを私たちが見て、家族も（できる形で）かかわるっていうことで、よりお互いがぎすぎすせずうまくいくこともあると思うんですよ（看護）
- ・患者さんを中心に、患者さんの後ろから、押してあげるかたちでケアしていかななくちゃい

けないなあって、つくづく思いました（介護）

- ・（私たちを）有効に使ってほしいっていうのはありますね（栄養士）

## 3) 気を配る

次に療養病床のかかわりの持ち方に特徴的といえるのは、「気を配る」姿勢であった。療養病床を選択せざるを得なかった家族に対して、職員は次のような認識のもとに対応している様子が語られた。

- ・よっぽど積極的な家族でなければ、やっぱり見てもらっている、預かってもらっているっていう思いが強いから、家族からこうしてほしい、ああしてほしいっていうのはないと思うので、こちらから声をかけることが大事（看護）
- ・やっぱり介護っていうのは気配りとかっていうのがやっぱり一番大切なのかなって思っています（介護）
- ・考え方としてね、やっぱり、医者というのは責任は最後はとるんだけど、パラメディカルの方たちとうまく一緒に、協働してやるとかね、あるいは患者さんやご家族と出来るだけ同じ目線で、っていうことが出来る人でなければね（医師）
- ・長いスパンで（患者さんと）かかわるので、その関係作りっていうのは、ものすごく、一番大事なのかな。一番しかもしっかりやらないと厳しいなあっていうのを感じますね（OT）

## 4) 家族のような対応を心がける

さらに、患者とかかわりを持つにあたり、家族のような対応を心がけながら、専門的立場に立ったケアの提供が目指されていることが次のように表現された。

- ・自分のおじいちゃんだったら、おばあちゃんだったら、どういう介護がしてもらいたいのだろうとか、そういうのをまじえて、自分の中で考えながら、やっている（介護）

- ・その人に思いを強くもつ、専門的立場でね。それが、家族のようなかわりに、家族のようなですよ、家族とは違うんですね（看護）
- ・より最期でもあるし、より長いので、ある意味ほんと、家族のような。(OT)
- ・(患者さんに対して) 自分がいつも思うのは、だんだん(自分も)近づきますけれども、いつかは自分たちもこうなるんだよ、っていうことですよ(医師)

### (3) ニーズの把握

療養病床においては、入院期間が長期に及ぶため、患者・家族の持つニーズが多様化していくことが少なくない。各専門職者にとっては、そうした『ニーズの把握』が職務のひとつであり、広くいえばニーズの発見および対処の繰り返しが専門職の業務を形成しているといえる。それぞれの部署がさまざまな方法でニーズの把握に努めており、その方法としては、直接的な「よく観察する」方法と、間接的な「他職種との情報交換により」把握する方法の2つに分類された。

#### 1) よく観察する

直接的にニーズを把握するためには、「よく観察する」ことが必要であり、観察することによって自ら変化をキャッチし、ニーズの把握に努める姿勢が語られた。

- ・体重とかがすごい減ってる人とかに対してもね、「何かありましたか」とか、やっぱりなんかこう、変化を感じるときがあるので、もしカンファがないときは(個別に)聞きに行ったりします(栄養士)
- ・結局、介護職っていうのは、日常のご本人の状態とかを細かく見ることくらいしかできないんです(介護)
- ・ほんとに看護師が適切な観察をし、(医師に)報告をするっていうことが大前提でしょうね(看護)

#### 2) 多職種からの情報により

一方、ニーズの把握においては、「他職種からの情報により」患者や家族が望んでいることがわかる場合もある。なかでも配置人員の少ない職種や看護・介護に比べて患者・家族との直接的なかわりの時間が限られている職種の場合には、ニーズの把握においてこうした順序をたどることが少なくない。

- ・病棟からいろんな質問とか依頼が(リハビリに)来て、それに答えるためにスタッフが行ってます(OT)
- ・実際栄養科の私たちはどうしても常にそこ(=病棟)にはいなかったりするので、やっぱり看護師さんとかが表情を見たり、あとはご家族とかがどうしても最後まで経口にすごく強い(希望を出される)方いらっしゃいますね、そういうので(栄養士に)相談されてかわりができるっていうこともあります(栄養士)

一方、ニーズの把握のための専門機能としての職種が存在することは、患者・家族にとってみればニーズを把握してもらいやすい状況が作られているといえる。また、システムとして担当制を導入している看護・介護職から患者の情報を聞くことによってニーズの把握に努めたり、定期的な場の設定を活用している様子が次のように語られた。

- ・実際、家族が病棟ではなかなか言えない本音とか含めて、話を察するならば、やっぱり相談員が間に入って、家族の心情を考慮した言葉で(病院側に)伝えていくのも相談室の役割かなと思います(MSW)
- ・(看護・介護職員は)自分の担当(患者さん)が決まってるじゃないですか。そうすると、自分の担当の患者さんに対して、「こうしたいんだけど、どうしたらいいんだろう」って積極的に聞いてくる方もいます。いつも熱心に勉強してるんだなあ、っていう方はわかるじゃないですか、こっちも。そうすると、応えられます(OT)
- ・カンファレンスの際にちょっと話を聞いたりとかして、わかる範囲でアドバイスすること

はあります。(栄養士)

- ・(一般急性期とは) 医師の数が違いますでしょ。療養型はそういう意味では看護師の報告がすごい重要でしょうね。(看護)

#### (4) 役割の限界

さて、把握されたニーズに対して、専門職はできる限りその専門領域に照らし合わせた対応が求められることになる。しかしそこには当然のことながら役割の限界も存在する。これについて語られた内容は、「もどかしさ」と「人手不足・人材不足」の2つに分類された。

##### 1) もどかしさ

自身の専門性の追及しつつも、ニーズが他の職種の領域に及ぶ場合や自身の職種特性に対するもどかしさを感じていることが次のように表現されていた。

- ・私たちの仕事っていうのは、どうしても、何かおかしいっていうそのところを気づいて看護師さんとかに報告するまでが私たちの仕事で。それ以上っていうのは私たちはできないので、そこはもどかしいところはあります(介護)
- ・白衣を着ていてやっぱり限界を感じるんですね。医者もそうですし、私たち(看護師)も白衣を着ていて。どっちかっていうと病院の職員、病院側の人っていう。家族にとって、まあ患者にとっても(看護)

また、自身の専門領域に対する場合にももどかしさを感じていることが次のように語られた。

- ・ほんとはもっと、できるなら患者さんのことをもっと理解をして、「この人にはこういうものを作ってあげたいな」とか出したいとか、そういうことまでできたら、ほんとは一番いいっていうのはすごく思ってます(栄養士)
- ・日々の、非常に忙しい業務のなかです、すべてのことを極めていくっていうのは、もう、無理ですよ。(医師)

##### 2) 人手不足・人材不足

また、役割の限界に関しては、複数の職種から「人手不足・人材不足」への言及があった。これは職種の特性というよりは人員配置基準等、ひとつの医療機関だけでは解決できない医療制度によるところが大きく影響している部分であるが、日々の実践の中ではこのように認識されていることが次のように表現された。

- ・だいぶカンファには出れるようになってきたんですけど、やっぱり全員(のカンファレンスに)出ることが難しいのでね(栄養士)
- ・一人の患者さんにできることが、じゃあ(患者さん)全員に時間が取れるかということ、NOなんですよ。(看護)
- ・管理的な立場からすると、もちろん余裕がある限りにおいてね、どんどん入ってきて、そういう人の配置をしたいと思いますけれども、それはおのずから、経営上運営上の限度がありますから、そういうことを厚労省のほうでもきちっと認識をしてもらいたいと思います(医師)

#### (5) 患者に向き合う感情

看取りの段階にある患者に関わる場合、医療スタッフは自分自身の心が大きく揺さぶられ、心身ともにエネルギーを使うことになる。ターミナルケアのさまざまな課題に取り組むという体験は、専門職者にとって代えがたい体験であることは間違いない。しかし一方では、専門職といえども感性を磨耗しかねない危険をはらんだ仕事でもあるといえる。今回の調査対象者においても各専門職は、高齢者の看取りにあたり業務を行いながらもさまざまな患者に向き合う感情を持っていた。その内容は「自分の感情を大切にすること」と「死生観の生成」の2つに分類された。

##### 1) 自分の感情を大切にすること

そのひとつ「自分の感情を大切にすること」について次のように表現された。

- ・どれだけ患者さんに携わってきたかで、自分の感情っていうのがやっぱり出てくる。(介

護)

- ・ 私たちも少しでも役に立てたんじゃないかと、そう思って信じてやっているんです。(栄養士)

しかし一方で、看取りの機会が多くなればなるほど「自分の感情を大切にすることの難しさを感じていることもあえて語られた。

- ・ 悲しんでるだけではいられない。一方で、(看取りの場面に)慣れてしまう、人として感じない、人として扱ってない、ではぜったい困りますね。(看護)

## 2) 死生観の生成

また、高齢者の看取りを重ねることで医療スタッフの中に「死生観」が育まれることについて次のような認識を持ち、高齢者の看取りの特質を踏まえた対応が為されている様子が語られた。

- ・ 個人個人にもよっちゃうんですけども、どういう考えを持っているかってすごい大事なことですよね。(OT)
- ・ その場その場で大切になっていうか、「お預かりしてる命」っていうのをきちんと理解しながらやっていかないといけないなあって(思います)。(介護)
- ・ 死が(医療の)負けていうのも、どうなんでしょう。あんまり自分はそういう思いはしたことがないです。(医師)
- ・ 自分がどう最期を、死に方っていうか、そういうのをすごく、こういう仕事にかかわっていると考えさせられて、すごくいい勉強にもなるし、これからこういうふうに、この人みたいに終えたいなあ、とか。(OT)

## 4. 考察

本稿において、療養病床における高齢者の看取りについて以下の4点が考察された。

- 1) 療養病床における患者の看取りは多くの職種によって担われており、各専門職が患者の看取りに関して何らかの役割認識を持っている。

- 2) 各専門職はその専門性に基づいて、最期まで患者のQOLを高めるためのアプローチを行っている。
- 3) 療養病床における高齢者の看取りは、各専門職がその専門領域に関する知識と力量を有すると同時に、療養病床という看取りの場に対する認識が統一されている必要がある。
- 4) 急性期病院の入院日数の短縮化と高齢者の死亡が急増するわが国において、療養病床で行われている高齢者の看取りは療養病床の果たす社会的役割のひとつである。

看取りの場においてはひとつの専門職のみが「看取り手」の役割を担うことはもはや不可能であり、いくつかの職種が互いに専門性を駆使しながら全人的なアプローチを構築していくことが要請されている。

異なる歴史を持つ各専門職の集合体のなかで自らの専門性を発揮することは、他の職種からの役割期待に応えることでもある。医療提供にあたっては、患者を不安にさせないことはもちろんのことだが、他のチームメンバーを不安にさせないことも同じくらい求められていると考える。矢永(2001)は、「実力のある人の言葉に、チームメンバーは自然に耳を傾ける。そこで、専門職としてみずからの専門性を深め実力を磨く努力は重要である<sup>7)</sup>」と延べている。医療従事者は、常に十分な専門的能力と誠実な態度とを持っていなければならないのである。

患者および家族に対して、後悔のない看取りを目指すことは異論のないことである。本研究においては、そこに、各職員にとっても後悔のない看取りを目指すという視点を加えたい。それは、患者・家族とともに医療従事者もまた、看取りの場を作り上げる主体者だからである。そこに携わるすべての人が、看取りという人生の完成に向けた全人的なかかわりができて初めて、後悔のない看取りが可能になると考える。そのためには、各専門職が、看取りの主体者としての認識を持つ必要がある。そしてまた、自分だけではなく、他の専



門職者に対しても、ともに、主体者であるという認識をもつことが必要である。

医療資源は、広く国民に共有の社会資源である。人が死を迎えることは必然であり、その迎え方は千差万別であるが、現代においてはおおくの場合、何らかの医療的介入によって死が看取られることになる。その意味において、療養病床における高齢患者の看取りは、より主体的に検討されることで、看取りの場所の選択肢が拡大されることにつながる可能性があるといえる。

ろのケアとチーム医療』新曜社、2001、p58

## おわりに

先述したように今後療養病床は量的減少が見込まれている。わが国の医療提供体制の全体的な方向性を描くなかで、高齢者の看取りを含め、療養病床がこれまで担ってきた社会的役割を再確認し、今後担うべき役割を検討することが求められる。要介護・要医療の状態になったときの社会資源が、われわれの手の届くところに整備されているかどうかは、社会的成熟度に結びつく重要課題であると考えている。

## 文 献

- 1) 広井良典：『ケア学』医学書院、2000
- 2) 医学通信社「診療点数早見表 平成16年4月版」
- 3) 医学通信社「介護報酬早見表 平成15年4月版」
- 4) 厚生労働省「療養病床に係る診療報酬・介護報酬の見直しについて」平成18年4月
- 5) 東京都病院協会会長河北博文・慢性期医療委員会委員長桑名斉・東京都療養型病院研究会会長安藤高朗「介護療養型医療施設廃止問題に関する意見書」2006.5
- 6) 厚生労働省第84回社会保障審議会介護給付費分科会報告（資料4）「介護療養型医療施設・介護療養型老人保健施設の基準・報酬について」平成23年11月10日
- 7) 矢永由里子『医療のなかの心理臨床：ここ