

高齢者施設における終末期ケアでのトータルマネジメント技法の開発 —利用者および家族の意思決定支援に焦点を当てて—

福山 和女¹⁾、御牧 由子²⁾、照井 秀子³⁾、柳原 清子⁴⁾、佐藤 蘭美⁵⁾、金子絵里乃⁶⁾

ルーテル学院大学 総合人間学部¹⁾、埼玉医科大学国際医療センター がん相談支援センター²⁾、
ルーテル学院大学大学院 附属包括的臨床死生学研究所³⁾、東海大学 健康科学部⁴⁾、
法政大学 現代社会福祉学部⁵⁾、関西大学 人間健康学部⁶⁾

I 調査・研究の目的・方法

本研究の目的は、高齢者施設における終末期ケアでの利用者及び家族のトータルマネジメント技法を開発することである。参与観察とインタビューの2側面から調査を実施した。

II 調査・研究の内容・実施経過

参与観察は、2010年9月に高齢者施設5か所で実施し、相談員の1日の業務行動を記録した。インタビューは、2010年9～11月に高齢者施設の相談員5人及び緩和ケア病棟・緩和ケアチームを有する病院のソーシャルワーカー4人に実施した。インタビュー時間は1時間である。なお、本調査はルーテル学院大学研究倫理委員会の規定に基づく審査の結果、承認されたものであり、調査協力者には調査の説明書及び同意書を郵送して承諾を得ている。

調査後、全てのデータを逐語記録化し、〈利用者支援〉〈家族支援〉〈スタッフ〉〈組織〉を分析枠組みとして設定し、質的帰納的手法でデータを分析した。その結果を踏まえ、高齢者施設の相談員等を対象に「高齢者施設における終末期ケアでのトータル

マネジメント技法に関する研修」を実施し調査結果の公表、意見交換、アンケート調査の実施を通して参加者から生の声を聴き、データ分析の妥当性と信憑性の向上に努めた。

III 調査・研究の成果

1. 高齢者施設の相談員による看取りにむけた利用者支援の実践

(1) 結果

終末期ケアにおいて高齢者施設の相談員が最期を迎える利用者に対する実際の支援スキルは、2つのカテゴリーと7つの概念にまとめられた（カテゴリーは【 】、概念は〈 〉、概念を構成する要素を[]で表記している）。終末期ケアでは、【状況の見極め】の下位概念となる利用者の〈身体的側面〉、〈心理的・精神的側面〉および〈家族のケア状況〉の3点を鑑みたアセスメントが進められている。なかでも、相談員が看取りを意識化するきっかけは、利用者の〈身体的側面〉である[嚥下機能]や[食事・栄養摂取機能]の低下である。機能低下が始まった場合、介護職・医師・看護師と看取りにむけた連絡体制が整備され、組織的

に看取り体制へと移行させている。

看取り体制移行後は、利用者が【よりよい最期】を迎えられるよう、かなりの頻度で利用者や家族と[面接]する機会を増加させている。そして、下位概念である〈ケアプラン〉や〈施設環境〉に、利用者の[生活歴]や[嗜好]を加味させ、少しでも利用者の人柄があらわれる生活状況を作り出すという支援を実施していた。その背景には、施設が利用者の〈生活の場〉であることが強く意識化されている。「死ぬ場所は選べないというけど、やっぱり、選べるんじゃないかって、やっぱり職員としては、そういうのをお手伝いしたいなと思って」と語られているように、利用者が〈生きた証〉を丁寧に看取っていかうとする姿勢も相談員の支援スキルとして重要である。

また、相談員は看取りの期間を、息を引き取るまでとは捉えてはいない。利用者が亡くなった後も[葬儀]や[書類届け出]、[家族との話合い]など多くの支援を実施している。さらに、相談員自らが利用者のために〈葬儀の実施にむけたコーディネート〉を行うことも少なくない。[他利用者の葬儀への参加]を促したり、[葬儀社との打ち合わせ]、[葬儀にむけた組織内調整]などがあり、利用者本人が息を引き取ってから落ち着くまでは1カ月程度を要するというものであった。

(2) 考察

ここでは、相談員による利用者を看取る際の支援スキルについて検討してきた。相談員による個別支援スキルの能力は非常に高いものであり、看取り全般に関する様々な調整業務についても、利用者の死後1カ月程度の時間をかけて支援を展開してい

る。こうした支援は介護保険制度にもとづく看取り介護加算では評価されない範囲のものである。このように、相談員によるエクストラの支援に依存してばかりでは、専門職の疲弊につながりかねない。看取り体制はどうしても医学的側面が強調されがちであるが、高齢者施設という「生活の場」での利用者の看取りを考えるためには、相談員による支援スキルの正当な評価基準を構築する必要性に迫られているといえるだろう。

(担当：佐藤繭美)

2. 高齢者施設の終末期ケアで相談員が行っていた専門的家族支援

—支援内容・意識・態度

表 1

側 面	時 期	具体的内容	概 念 名	
支援内容	初 期	意思決定 支援	『はやめはやめの情報提供』	
	初 期		『びっくりさせない配慮をもって覚悟をうながす』	
	初 期		『施設可能性の提示と家族意向のすりあわせ』	
	初 期		『家族意思のまとまりをつけていく』	
	初 期		『家族意向の見極めと書面確認手続き』	
	初期～中期		『実施可能性を相談し周囲とすりあわせる』	
	初期～後期		『段階を踏んで、1つ1つ詰めていく』	
	初期～後期		『家族の価値・ニーズの確認と多様性に応じる』	
	初 期		つなぐ①	『家族と家族の関係をつむぐ』
	中後期		つなぐ②	『家族を介護職・医療職につなぐ—橋渡しの役割』
グリーフケア	初期～後期	グリーフケア	『「迫り来る時」のゆらぎを見守る ゆらぎを許す』	
	後 期		『看取り行為を家族のものとする』	
	後 期		『「付き添い」という家族の時間をつくる』	
環境調整	後 期	環境調整	『家族のための人的・物理的環境を意図的につくる』	
	中後期			
意 識			『施設ならではの胸張り』 『家族支援への高い役割自負』	
態 度			『相談員としての中立的スタンス』 『抱え込まずに全体足並みをそろえる』	

(1) 結果・考察（ストーリーライン）

相談員は、「利用者本人には介護・医療職がついているが、家族には私しかいない」という『家族支援への高い役割自負』をもって、病院とは異なる生活の場としての『施設ならではの胸張り』で、家族に向き合っていた。終末期は延命と人権など、倫理的ジレンマが発生し価値が揺るがされる場であるが、「なるべくどちらにも偏らない形でご説明」と『相談員としての中立的スタンス』で『家族の価値・ニーズの確認と多様性に応じる』ことをしていた。また施設スタッフにも家族にも「自分にまかせて、

というふうなことはあえてせず」に『抱え込まずに全体足並みをそろえる』というスタンスをもっている。実際の支援の内、家族の意思決定支援では、初期には『施設可能性の提示と家族意向のすりあわせ』と『家族意思のまとまりをつけていく』をなし、具体的に『家族意向の見極めと書面確認手続き』を行っていた。その過程は『実施可能性を相談し周囲とすりあわせる』であり、方法として『段階を踏んで1つ1つ詰めていく』を行いながら『家族の価値・ニーズの確認と多様性に応じる』ように支援していた。相談員の意識の中に中核としてある

のが《つなぐ》ということであり、それは1つには『家族と家族の関係をつむぐ』であり、もう1つは『家族を介護職・医療職につなぐ―橋渡しの役割』であった。一方で、家族への情緒的と環境的調整もなしており、『看取り行為を家族のものとする』や『「迫り来る時」のゆらぎを見守る ゆらぎを許す』、また『「付き添い」という家族の時間をつくる』という家族グリーフへの支援をおこなっていた。こうした終末期特有のスピリチュアルペインを緩和することを意図して、『家族のための人的・物理的環境を意図的につくる』を行っていた。

(担当： 柳原清子)

3. 終末期ケア協働体制の構築への過程

終末期ケアの組織支援については【組織の終末期ケア体制の土台作り】と【組織スタッフの看取りの覚悟】の2カテゴリーと10項目(〈 〉は項目、「 」は生データ)に分類した。

(1) 組織の終末期ケア体制の土台作り

看取り介護加算の導入以降に組織的な体制として看取りの手続き(マニュアル)が整えられた。入所契約時に、家族に対し〈施設でターミナルケアをしていること〉や〈終末期のケアの限界〉などの情報を提供し、家族の終末期の希望を聞いた上で、〈組織としての受け入れ態勢〉を示し、同意書をもっていた。更に施設長・相談員・ケアワーカー・医師の役割を明確にして〈施設内で多職種会議の開催〉など、看取り体制を稼働させていた。〈看取り体制〉に入ると、ケアワーカーや看護師は看取り段階にあわせた専門的なケアを実施し、〈個室で家族

の付き添う環境を作る〉などの環境整備、看取り後の〈家族のグリーフワーク〉を丁寧に関心をかけて進めていることが示された。「これが施設ならではの寄り添い方であり、病院との違いである」と語っている。一方終末期を願う全ての人に対応できるだけの組織体制はない。看取り介護加算に関わりなく、個々の施設で、実施できることから始めてその土台を創っている段階と考えられる。

(2) 組織・職員の看取りの覚悟

職員研修や勉強会で実施方法の精度を高めていたが、職員は終末期ケアを通して、改めて〈人の死を意識すること〉になり、より良いケアのための〈日常の積極的な関わり〉が生まれた。「外出支援は、ただ単純に今までの施設の流れだとそこまでいかなかったと思うけれど、ターミナルケアをすることでそこまでになったのかという気はしますね。」と相談員が語るように、終末期だけに特定したケアではなく、それまでの生活の質の重要性を再認識している。しかし、職員の十分ケアできなかつたという〈後悔と心理的な不全感〉は常におこり、職員個人が持つ死生観など、心理的なサポートが課題であることが示唆された。そのためには〈職員のメンタルヘルスの支援〉として、全職員の研修の重要性やスーパービジョン体制の稼働が求められていた。

(3) 考察

先駆的な高齢者施設には、より良い終末期ケアへの実践の取り組みと努力があった。しかし、相談員の研修会アンケートには「自分達の施設だけで議論するのではなく、よりオープンにしていくべき」と、これからの方向性も記された。地域を包括し

た終末期ケア体制の構築を目指し、施設が自己完結的な終末期ケア実践を言語化し、評価する作業を共有化しなければならない。人の最後を看取る尊い仕事（人の尊厳を護るケア）をしていることをオープンに

し、それを誇りにできる職員の専門性を担保することが組織に求められている。

（担当：照井秀子）

4. 医療機関のソーシャルワーク実践

—利用者支援・スタッフの視点から

表2 医療機関のソーシャルワーク実践

カテゴリー	サブカテゴリー
1. ソーシャルワーカーが心がけていること	1-① 患者の意思・生き方を最大限に尊重する
	1-② 患者の希望を意識的に把握する
	1-③ 終末期ケアに対する患者・家族の捉え方を確認する
2. 高齢者施設の相談員との連携	2-① 協働体制の必要性
	2-② 相談員に求めること
3. ソーシャルワーカーの援助観・死生観	3-① 生きることへのまなざし
	3-② 自らを常にふりかえる

(1) 結果

データから抽出されたカテゴリー及びサブカテゴリーは、表2のとおりである。

【ソーシャルワーカーが心がけていること】は、1-①、1-②、1-③であった。1-①と1-②は、ソーシャルワーク実践の根底にある価値につながることである。着目したいのは、全てのソーシャルワーカーが言語化していることであり、ソーシャルワーカーが意識化していることがうかがえた。1-③は、終末期ケアに対する捉え方が、医療者と患者・家族との間で開きがあることが明らかとなった。その要因として、入院前、終末期ケアや延命治療についての施設側の説明が曖昧であったり、十分に説明をうけないまま入院に至ったことが考えられ、入院時に患者・家族が終末期ケアをどのように捉えているかを把握するこ

とを心がけていた。

【高齢者施設の相談員との連携】について強調していたのが、2-①と2-②である。「本人がどういうふうにしていきたいか、その中で病院に何ができるか、施設に何ができるかというスタンス」に立ち、「どのようなサービス提供や支援をお互いにできるかという協働体制をもつ」ことの必要性が語られた。現在、患者・家族の意思確認がないまま、施設からホスピスへの入院相談が年々増加していることが問題となっている。相談員が本人と向き合い、本人がどこでどのように生きていきたいかを聴いて意思確認することの必要性が語られた。

ソーシャルワーカーの実践に影響しているのが、【ソーシャルワーカーの援助観・死生観】であった。根底にあるのは3-①である。一般的に、ホスピス＝死を待つ場

所というイメージが強いが、「生きることを支援する」というソーシャルワーカーとしての姿勢が多く語られた。また、生と死が日常にある実践において、ソーシャルワーカーは、3-②を意識的に行っており、それが実践をささえていることがうかがえた。

(2) 考察

終末期ケアとは、特別なものではなく、ソーシャルワークの価値やソーシャルワ

ーカーの援助観が実践の根底にあった。本人にとってよりよいケアを展開していくには、入院前の本人の生活状況を知ることがたいせつである。病院と施設それぞれの実践の強みを生かし、連携して終末期ケアを進めていくには、病院と施設のスタッフが話し合う場を定期的に作り、顔の見える関係を築くことがたいせつである。

(担当：金子絵里乃)

5. 医療機関のソーシャルワーカーによるターミナルケア

—家族支援・組織の視点から

表3 医療機関のソーシャルワーカーによるターミナルケア

カテゴリー	サブカテゴリー
1. 家族の看取りのプロセスを共に歩む	1-① 本人と家族の関係をアセスメントし家族間調整を行う 1-② 家族の喪失や辛さを理解し、療養場所の選択を支援 1-③ 家族の延命治療についての選択を支援
2. 医療機関と高齢者施設との連携体制の構築	2-① 医療機関の機能分化と高齢者施設との連携の必要性 2-② 医療と介護における終末期の捉え方の相違
3. 病院死から地域社会での看取りへ	3-① 死は医療の中に閉じ込めておくべきものではない 3-② 看取ることは一瞬のことではなく、プロセスが重要

(1) 結果

データから抽出されたカテゴリー及びサブカテゴリーは、表3のとおりである。

医療機関のソーシャルワーカーは、ターミナルケアにおける家族支援として、表3の1-①、②、③の実践をしており、これらは【家族の看取りのプロセスを共に歩む】ことである。特に本人が高齢者施設に入所している場合、家族が保持している本人のイメージと死期が迫っている状態に乖離が生じ、家族はその変化を受容することが辛く現状否認するケースもある。そのため、医療機関のソーシャルワーカーは、家族の

喪失や辛さを理解し、家族が本人に適した医療や療養場所を選択できるよう支援している。

組織の視点について、医療機関のソーシャルワーカーは【医療機関と高齢者施設との連携体制の構築】の必要性を強調している。個々のケースに対し高齢者施設の相談員と協働し、本人の身体的側面のみならず、本人のこれまでの生活背景や本人および家族の意向のアセスメントを行い、院内外の保健・医療・福祉・介護・宗教等の社会資源を駆使して本人に適した療養環境を整備している。しかし、それらの症例を蓄積し、

地域での多領域による看取りの連携体制を構築する段階には至っていないことが示された。また、医療と介護の現場において終末期や延命治療の捉え方に相違が生じていることも明らかになった。

医療機関のソーシャルワーカーは、人の死を医療の中に閉じ込めておくことに疑問を感じており、【病院死から地域社会での看取りへ】戻すこと、つまり人の尊厳を地域社会全体で支えるためには保健、医療、福祉、介護、宗教等の多領域からのアプローチが必要だと述べている。

(2) 考察

医療機関のソーシャルワーカーは、病院死が当たり前になっている現代社会に危機感を抱くと同時に、単身世帯の増加や人びとの関係性の希薄化が進むなかで在宅での看取りの困難性を実感している。そこで高齢者施設を在宅とみなし、そこを拠点に地域で看取りの連携体制を構築することに新たな可能性を見出している。今後、各機関のソーシャルワーカーが多機関の連携の強化を図ることにより、地域での看取りの連携体制の構築に寄与できると考える。

(担当：御牧由子)

6. 高齢者施設における終末期ケアでの

トータルマネジメント技法に関する研修

標記について本研究の研究員が講師となり平成23年2月18日に2時間の研修を行い、高齢者施設の相談員等18名が参加した。参加者は、本研修を通してソーシャルワークの専門性を日常の実践から抽出し、それらを言語化して他職種スタッフや他機関に伝えていくことの重要性を改めて認識

したようである。なお、研修実施後、参加者を対象に行ったアンケートの結果は下記のとおりである。

高齢者施設の終末期ケアの質を向上させるため何が必要かという質問については、相談員の倫理観・死生観・相談支援の技術に関すること、組織内での多職種の協働体制、地域の病院と高齢者施設の連携に関することの3項目に回答が分類された。

高齢者施設の相談員が利用者の生き様、これまでの人生で大切にしてきたこと、家族や社会での役割等を包括的にアセスメントし、その方の尊厳を守る支援にいかにつなげるかが終末期ケアの鍵であるという意見があった。また、スタッフ、利用者、家族への「死の準備教育」や各人が独自の死生観を持つことのできるような働きかけが必要との意見も出された。さらに、施設内の多職種スタッフが「終末期ケアで大切にすべきことは何か。自分たちの施設におけるターミナルケアとは何か」といった共通のテーマについて話し合う機会を持つこと、また、自分の専門性や役割・機能、限界を言語化し他職種スタッフに伝えることが必要であることも示された。他には「日頃のケアの質の向上が、終末期ケアの質にかかわると思う。そのために、従事者、組織、機関の努力が必要だと思う。」といった意見やターミナルケアに従事するスタッフのメンタルケアも重要だという意見もあった。

今後、地域連携を促進するためには、参加者の多くが高齢者施設と病院がそれぞれの機関の役割・機能と限界を明確にすることが第一に必要なことであると述べている。その上で、地域の多機関の連携が可能

になると考えている。また、「病院と施設間のクリティカルパスのようなものがあったとしてもいいと思う。」という意見もあった。その一方で、病院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホーム等の各機関が終末期ケアの特徴を明示し、本人および家族のニーズに適した機関を選択できるよう支援することも、今後の終末期ケアのひとつの方法ではないかとの意見も出された。

(担当：御牧由子)

IV 今後の課題

本研究では、ソーシャルワークの視点から高齢者施設における終末期ケアでのトータルマネジメント技法の開発に向けて調査を実施した。その結果、相談員は高齢者施設という「生活の場」において、利用者と家族をつなぎながら、看取るための環境整備として、多職種をもつなぐ仲介者としての役割を果たしていることが明白であった。また、医療機関のソーシャルワーカーは、患者の希望や生活を尊重した支援をしており、高齢者施設の相談員と協働し、地域での看取りの協働体制の構築の必要性を感じていることが明らかとなった。

現在、こうしたソーシャルワーク実践を言語化する機会が少なく、未だ終末期ケアを実践できていないと感じている相談員も少なくない。この不全感は、専門職の疲弊につながりかねない。今後終末期ケア研修プログラムの開発と専門職のピアサポート体制の整備などを課題としてさらなる研鑽をつみたいと考えている。

V 調査・研究の成果等公表予定

(学会、雑誌等)

本研究の成果は、第21回アジア・太平洋ソーシャルワーク会議(2011. 7. 15～18)において口頭発表を行うとともに、『ソーシャルワーク研究』(相川書房)への論文投稿を予定している。