



緩和ケアにおける ソーシャルワークの手引き

Guide to social work in palliative care

緩和ケアにおける ソーシャルワークの手引き

Guide to social work in palliative care

はじめに

柏木哲夫

公益財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 理事長

ホスピス財団はこれまで、多くの働きの中で、ホスピス緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの働きを援助することを重要視してきました。その一環として、ホスピス財団事業としての「がん・緩和ケア領域のソーシャルワーカーのためのスキルアップセミナー」は2006年から始まり、2015年まで10回全国各地で開催されました。開催内容は各年度の財団事業報告書に簡単に記載されています。また2013年、2014年、2015年の開催報告書はホスピス財団ホームページに掲載しております。(https://www.hospat.org/practice_seminar-top.html)

このセミナーは田村里子先生、福地智巴先生が中心として進められたものです。今回の手引きは、それらのセミナーやアンケートを踏まえての集大成であると思います。

ホスピス緩和ケアに関わるソーシャルワーカーは増加していますが、支援の内容に関しては、十分とは言えず課題を抱えているのが現状です。そこで、中堅ソーシャルワーカーを対象に、ホスピス緩和ケアに必要な、資質の向上と実践力を備えることを目的とした手引きを作成することが必要になってきた訳です。

大学でソーシャルワークを学んでも、卒業後の進路は様々です。ソーシャルワークと直接関係なさそうな分野に進む人もあるでしょう。どのような分野に進んでもソーシャルワークの「現場実習」で経験したことは、何にも増して、仕事上の役に立つと思います。

随分昔の話ですが、1969年から3年間、私はアメリカのワシントン大に精神科のレジデントとして留学しました。当時、すでにアメリカではソーシャルワーカーは専門職として確立されており、医師やナースとチームを組み、治療の重要な部分を担当する頼もしい存在でした。患者さん一人ひとりの仕事や家庭の背景を実に細かいところまで把握しているのに、驚きました。さらに感心したのは、医師やナースに遠慮なく自分の意見を堂々と述べる態度です。患者の社会的な問題に対しては、専門家としての意見を述べます.....という自信が、その態度の背景にあったのです。

現場で接した人々から直接教わることは、教科書や講義からの知識とは異なって、本当に身に付きます。私の40年以上にわたる精神科医としての生活を振り返ってみても、治療という現場で患者さんから教えていただいたことが、一番しっかりと身に付いています。

現場での経験を通して教えられる大切な事はケアの双方向性ということです。ケアはワーカーから患者さんに一方的に提供されるものではありません。関わりを通してケアを受ける人が成長し、またケアを提供する人も成長するのです。与えることは受けることでもあるのです。すなわち、ケアの本質は双方向性と成長と言っていいと思います。

「ケアの本質」という本の中で著者のミルトン・メイヤロフは「人をケアすることの本質はその人の成長と自己実現を援助することである」と書いています。

本書が緩和ケアのソーシャルワークの現場におられる方々のみならず、緩和ケアそのものに関心を持っておられる方々にも読まれることを期待しています。

緩和ケアにおける ソーシャルワークの手引き

Guide to social work in palliative care

この冊子をお手にとってくださいの方へ

田村 里子

2006年より10年間にわたり「がん・緩和ケア領域のソーシャルワーカーのためのスキルアップセミナー」を、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の助成をいただき、全国で開催させていただきました（その内容をP36に示しています）。当初は、緩和ケアにおけるソーシャルワークを学ぶ機会は少なく、ソーシャルワーカーの心理社会的支援のスキルアップを目指したいと、緩和ケアで実践するソーシャルワーカーの有志でスタートしました。その時々にあわせたテーマを設定し、基調講演、講義に演習と、実践的な内容で工夫を重ね継続してきました。

現在、拠点病院や緩和ケアチーム、がん相談支援センターなど、がん・緩和ケアの領域で実践をするソーシャルワーカーは、増加しています。地域の急性期の基幹病院がこうした機能を担う中、複数の診療科を横断的に支援をしてきた中堅のソーシャルワーカーたちが、緩和ケアの相談支援に携わるようになりました。こうした背景からこの冊子は、相談支援の経験がありつつも緩和ケアの領域には馴染みがなかった、ソーシャルワーカーの中堅者を対象に作成しました。よって「緩和ケアにおけるソーシャルワークの手引き」としてはいますが、内容的には支援の手順を示すことより、むしろ「緩和ケアの対象者をどのように理解し、援助者として自己覚知を深めつつ、どのように向き合い支援するか」に、力点をおいています。各節は、サマリー、キーワードに続き、「支援の基盤となる考え方」にそれを示し、「支援の実際と留意点」にその具体を加える形で構成しました。

作成にあたっては、先述のスキルアップセミナーの実施に携わったメンバーでワーキンググループを構成し、セミナーの内容とアンケートを基に4つの柱をたて4つの章とし、必要項目を節にもりこみ、分筆しました。そして、緩和ケアのエキスパートであられる志真泰夫先生、矢津剛先生の2人の医師と、河正子先生、二見典子先生の2人の看護師の諸先生に評価委員としてその内容をお目通しいただき、専門の立場よりご意見ご助言を賜りました。それらをもとにさらにメンバーで検討を重ねました。この「緩和ケアにおけるソーシャルワークの手引き」は、緩和ケアで実践するソーシャルワーカーへの日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団による暖かなご支援の賜物であり、心より感謝申し上げます。

この冊子をお手にとってくださいの方々と、緩和ケアの患者さんとご家族への相談支援を大切に積み重ねつつ、心理社会的支援の充実に向け共に歩んでいけますことを祈っています。

目次

はじめに 01

この冊子をお手にとってくださった方へ 02

第1章 患者を中心とした意思決定支援

1-

第1節 意思決定支援のプロセス 04

第2節 ソーシャルワークの価値と臨床倫理に基づく合意形成への支援 06

第3節 意思を残すこととその実現への支援 08

第2章 厳しい状況におけるコミュニケーション

2-

第1節 患者・家族と向き合い援助者自身を識る 10

第2節 患者・家族・医療者の相互理解 12

第3節 つながりを支えるコミュニケーション 14

第4節 単身者の生きおさめへの支援 16

第3章 家族・遺族支援

3-

第1節 家族力動のアセスメントと家族間調整 18

第2節 子どもとの共有と支援 20

第3節 予期悲嘆 22

第4節 遺族への支援 24

第4章 連携（チーム・地域）

4-

第1節 チームの力動を読む 26

第2節 多職種とのソーシャルワークアセスメントの共有 28

第3節 地域の資源・専門職との連携と協働 30

第4節 地域を捉え、資源を掘り起こす 32

第5節 在宅移行・在宅看取りへの支援 34

公益財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 助成研究事業 36

評価委員／緩和ケアについて理解を深めるために 37

第1章 患者を中心とした意思決定支援

第1節 意思決定支援のプロセス

サマリー

患者を中心とした意思決定支援は、本人の意向からはじまり、本人の意向の明確化を面接によって支援する。意思決定を、点ではなく「プロセス」として捉え支援することが肝要である。厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」をその基本的な考え方として、意思決定支援を医療チームで行う。ソーシャルワーカーは、療養の経過にそって変化する患者の意向を面接によって明確にしつつ、意思決定のプロセスを支援する。

キーワード

■ 意思決定：(decision making)

特定の目標を達成するために、ある状況において複数の代替案から最善の解を求めようとする行為である。医療現場では、さまざまな選択の局面において意思決定を重ね、医療行為がすすめられている。緩和ケアにおける意思決定場面には、緩和策や、補液や栄養補給、療養の場、最期の場の選択などが含まれる。

支援の基盤となる考え方

1・意思決定支援をプロセスとして理解する

特に**意思決定は、変化し揺れ動く**ものであることを、忘れてはならない。意思決定は、複数の選択可能な手段の中から、その時、その時の最善として、選択し決定されたものである。「その時」は推移するものであり、当然、状況も継時的に変化していく。変化の中で「その時」「その時」の最善と考えたものを、選択・決定していくのであり、一時期に限定された、**確認行為、契約行為ではない**ことに充分留意したい。

2・意向の明確化を支援する

明解な意向の表出がなされないことは、必ずしも、意向がないことではない。真の意向にたどり着くために、意向の明確化を支援する面接が重要となる。緩和ケアにおける選択の中には、生命にまつわる割り切れないことも少なくない。よって患者・家族は、明確には決められない曖昧な思いを、そのまま言葉にすることに躊躇する。もし一度言葉にしてしまったら、時間の経過の中で変化しても言葉にした内容に縛られるのではないか、意向が変化して異なるものになったとしても、変更ができなくなってしまうのではないか、という怖れを感じていることは少なくない。こうした患者・家族の懸念に配慮し、医療チームもともに**最善を考えるプロセス**を大切に支えていくことを伝えることは必要であり、それが不安を和らげることにもなる。そして、のちに述べるように、ソーシャルワーカーは面接をとおして本人自身が思いや意向を表出し、明確にしていくことを支援する。

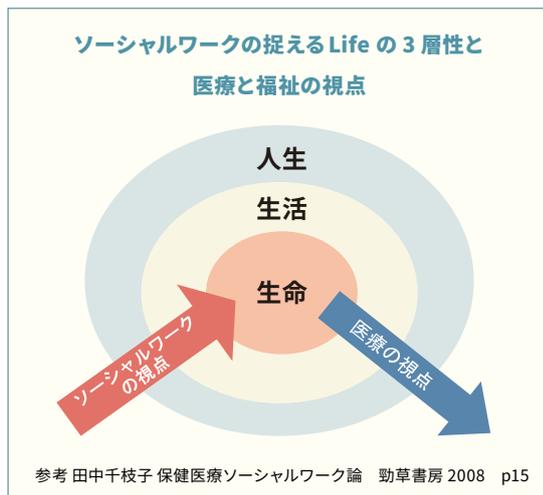


図 1

3・生物学的いのちとしての「生命」と、物語られるいのちとしての「人生」のいのちの二重の見方(清水哲郎)に加えて、ソーシャルワークの「生命」「生活」「人生」のLIFEの3層の視点からも、意思決定の局面を捉える(図1)

すなわち、意思決定の局面は、生物学的な「生命」についての選択であるばかりではなく、個人が生きてきた「人生」における選択でもある。さらに、個人の人生は、毎日のその人自身の生活の積み重ねによって織りなされる。人生は、いうまでもなく人の生活によって形成されたものである。生命と人生の間にソーシャルワーカーの視点がとらえる生活がある。意思決定の局面を、この **LIFE の3層性**で捉え支援する。

支援の実際と留意点

1・意思決定支援の機会を捉える

他職種からの介入依頼が意思決定支援ではなくても、またどのような介入依頼の時期であったとしても、意思決定支援に関する介入の機会が含まれていることを意識する必要がある。介入依頼を、意思決定支援の接点としてとらえ、そのプロセスを意識して行う。

たとえば、退院支援の初期スクリーニングでも、緩和ケアの患者の場合では、過ごし方や最期を過ごす場所に関する選択が含まれる。こうした接点をいかに意思決定支援の局面として意識し、意図的にソーシャルワークを展開するかが重要である。ことに病状説明場面、方向決定後の資源調整依頼など、日常的に遭遇する生活場面こそ大切な意思決定支援の機会となる。

2・面接により本人の意向の明確化を支援する

本当の思いにたどり着くために、これまでのことについて、どんなことを体験し、どうしようとし、それらの体験は、どのように意味づけられ、蓄積されているかをソーシャルワーカーは丁寧に聴いていく。そして、その言葉の背景にある今の「思い」について、自らの思いを馳せつつ聴く。語ることで、自身の本当の思いに気づき、並列しているかに見えていたことの中で「何が自分にとって大切か」が明確になることもある。これからについても、様々な選択肢の可能性の確かさや不確かさをソーシャルワーカーはともに吟味しつつ、本人に内在していた意向の明確化を支援する。

3・生活と人生が反映された意思決定を支援する

選択の局面では、経済状況や社会資源など多くの社会的な要件や、個人の人生の事情、家族の歴史や価値が色濃く反映される。『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』解説編に示されるとおり、**ソーシャルワーカーの心理社会的な視点**が、求められる(図2)。

緩和ケアの最終段階においては、選択に生命体としてのいのちを考えるだけでなく、その個人の生活と人生を反映させることがことに重要である。医療の中で繰り返される選択の局面を通じて、患者とその家族は人生を生きているのである。

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

解説編 抜粋 厚生労働省 平成19年策定 改定平成30年3月

人生最終段階の医療の決定プロセスにおいては、**患者、家族、医療・ケアチーム**間での合意形成の積み重ねが重要

1 人生最終段階の医療及びケアの在り方

- ・患者とその家族の**インフォームド・コンセント**(十分な情報に基づく決定)
- ・人生最終段階の医療・ケアに関する方針は、医療・ケアチームによって、慎重に判断すべき
- ・緩和ケアの重要性(可能な限り疼痛や不快感を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療およびケア)

注7・人が人生最終段階を迎える際には疼痛緩和ばかりでなく、他の種類の精神的・社会的問題も発生します。可能であれば、医療・ケアチームには、ソーシャルワーカーなど社会的な側面に配慮する人が参加することが望まれます

図 2

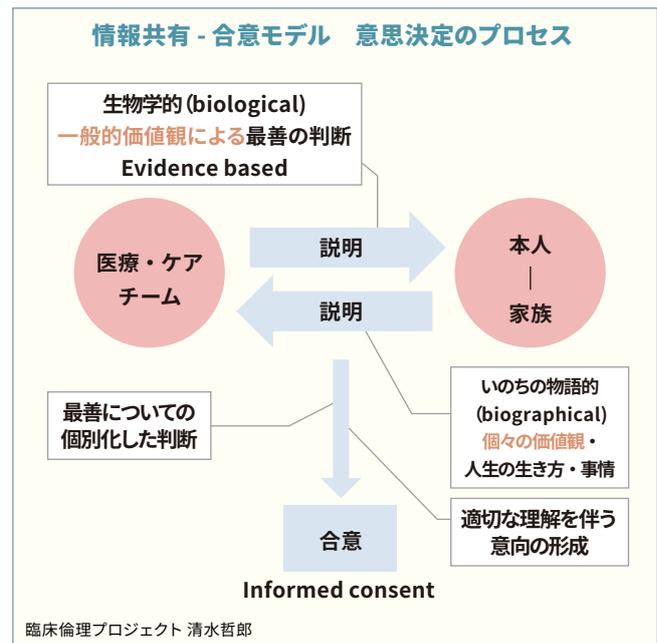
第2節 ソーシャルワークの価値と臨床倫理に基づく合意形成への支援

サマリー

意思決定における「最善」の選択の背景には、個々人の価値観が反映される。ゆえに根底にある個々人の価値を理解し、臨床倫理的な視点を基盤として、患者と家族、家族間、医療者と患者・家族間の合意形成を支援する必要がある。

まず、意思決定の前提となる意思決定のための環境を整える支援として、「情報提供-合意モデル」のインフォームド・コンセント実現に向けアドボカシーを行う(図1)。これは、医療者と患者・家族が、互いに医療者からの一般化された医学的な情報と、患者家族側からの個別な人生の事情や価値のお互いの情報を提供し話し合い、個別の最善に向けた合意に行き着くというモデルである。

緩和ケアの対象である患者とその家族にとって、選択の局面がいのちの選択の局面と捉えられるものが少なくない。ソーシャルワークの価値と、臨床倫理的な視点から個人にとっての最善を目指す。



H26 人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会資料

図 1

キーワード

■ 意思決定能力

患者が自らのことについて判断し決定する能力。

■ 推定意思

患者が意思を表すことができない場合、患者をよく知る家族などの重要他者によって推定された意思。

■ 医療チームの話し合いによる合意形成

患者の意思を中心に、家族の希望などもふまえて医療チームが話し合いを重ね、その上での合意形成が重要となる。

支援の基盤となる考え方

1・ソーシャルワークの価値原則

ソーシャルワークは、人間の尊厳、基本的人権の尊重を価値原則としている。ゆえにかけがえのない固有の存在である個人が、自分の意思で自分のことを決めるという自己決定の重視と、その多様性を尊重する。

2・臨床倫理：clinical ethics

一人ひとりの患者の治療やケア、生活に関する選択と、意思決定プロセスに関する問題を扱い、課題を同定し「人間尊重」「与益」「社会的適切さ」について、その判断の倫理的妥当性を検討することによって支援の質を高める(図2)。

臨床の倫理原則	
ビーチャム&チルドレスの4原則	臨床倫理3原則 (清水ニベルモント・レポート)
自律尊重 (respect for autonomy)	人間尊重
与益 善行 (beneficence)	与益
無危害 (non-maleficence)	
正義・資源配分の公正・公平さ (justice)	社会的適切さ

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

H26 人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会資料

図 2

支援の実際と留意点

1・意思決定能力の有無について考察する

患者本人の意向を中心に進めるうえで、患者の意思の表出や意思確認が可能であることが必要であり、意思決定能力の有無についての判断が重要となる。

緩和ケアの対象患者は、最終段階に近づくにつれ、高アンモニア血症による意識状態の低下、せん妄などが出現する。また罹患していた認知症の進行など、意識が清明な状況を阻害する因子が多くみられる。こうした状況は、日内変動も大きく、次の節で触れる意向を残しておくための公文書の作成などにも影響する。カンファランスなどの日常の接点を通し、医師をはじめ医療チームとの連携を密にして、タイムリーに、**医学的な判断を得つつ支援を進める**ことが重要である。

2・意思決定に必要なインフォームド・コンセントのため橋渡しやアドボカシーを行う

患者を中心とした意思決定のために、インフォームド・コンセント(十分な情報共有にもとづく同意)が重要であり、患者にとって情報の不足があれば医療側にそれを代弁していく必要がある。情報を提供する医療側と受け手側の情報量や認識の差は大きい。両者は情報を共有し意思決定を行うが、それでも受け手側には、医療者側が提示する選択肢の内容や選択後の影響についての理解が難しいことは少なくない。患者の意思決定が状況を十分理解した上でものか見極め、**医療の受け手側に立った過不足のない情報提供を目指し橋渡し**していく。たとえば病状説明の場面に同席し、患者の生活の事情を共有する。また患者と家族に医師へ直接訊ねることをうながし、互いに必要な情報を共有し合意形成していくことを支援する。

3・合意のプロセス

合意のプロセスにおいては、まず前提として、有する情報量、情報の質、価値観の相違などの違いを明確にし、その違いを尊重する。そして目的や目標を共有する。さらに選択肢を共有し、それぞれの選択肢を選んだ場合の見通しを共有する。そこから最善の選択について、分析し協議する。

このプロセスは、患者 - 家族間、家族間、医療 - 患者・家族間、医療者間でも等しく重要である。意思決定支援に**医療チームで取り組み話し合いを重ねていく**ことの意味と重要性を、医療チームメンバーと一致させる必要がある。ともすれば早い決定を重視しがちな現場において、**意思決定のプロセスをともに歩む**ことに価値があることを、チーム内での共通理解とし合意形成していくことには課題が大きい。ソーシャルワーカーは、話し合いを促進していくためのファシリテーターとして機能する。

4・葛藤場面への介入

意思決定における選択において、最善の解：すなわち正しい答が何であるのか、緩和ケアの中では明解でない場面に多く遭遇する。患者、家族、スタッフ、個々人、機関の価値観の相違や立場の違いから、葛藤が生じることは多い。多くの要素が混在して複雑な様相となる。実際の現場では、緩和ケア中心の医療の選択、栄養補給や補液、臨死期の捉え方など、非常にデリケートな課題を家族のケアと並行しつつ検討していく。

臨床倫理の視点で与益、医学的適応、QOL、社会的適切さといった要点から事態を捉え、分析して考察していく試みを医療チームで行うことが有効である。

また、多職種間の、各々の職性に根ざした絶対に正しいと確信しているものの相異から生じる信念対決への、ネゴシエーションも必要となる。これらの知見を研鑽していくことも重要となる。こうした積み重ねは、意思決定支援の本質を捉え直す機会となり、互いの見方や価値を理解する上でも意味が大きい。

第3節 意思を残すこととその実現への支援

サマリー

患者の意向を中心に話し合い意思決定を支援し、意思を実現していくにあたって、その意思を形にして残しておくための支援が重要となる。さらに意向をともに支える関係機関スタッフにつなぎ、連携することで、協力体制のもとで意向の実現を支援することが可能となる。また、未完の仕事の完遂のために、個人の人生にとってのやり残しをやり遂げ、心残りとなる課題を達成し解決していくことを支援する。緩和ケアにおける意思決定支援は、かけがえない個人の時間と人生を、最期までその個人として生きるための支援である。

キーワード

■ アドバンス・ケア・プランニング

患者・家族の価値観や目標を理解し、これからの人生の計画も含んだ治療・ケアに関して患者や家族と話し合うプロセスである。患者の価値に焦点をあて、患者・家族とケア全体の目標や具体的な治療・療養の方法を話し合う。患者が、今後のケアの方向性についての意思を事前に残す事前指示や、DNARなども含まれる(図1)。

■ 未完の仕事

患者が、最期の時を生き納めていく際の気がかりとして、やり残しや、未解決なこととして残っている課題の全般を

さす。未完の仕事(人生のやり残し)には、遺言状の作成など自分の意向を残していくことや、重要他者との和解などがある。未完の仕事を完遂させるための支援は、その方らしく生きるための支援となる。



H26 人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会資料 図1

支援の基盤となる考え方

1・アドバンス・ケア・プランニングをプロセスで捉える

現在の気がかりやケア全体の目標を、将来の状態変化に備えて話し合っていくことがアドバンス・ケア・プランニングである。患者の気がかりは、病気病状は言うまでもないが、それにまつわる生活の変化や不安である。今後の病態悪化を仮定したなら、何をどのようにすることが少しでも自分の意向に近いことであるのかについて、ソーシャルワーカーもともに話し合う。

治療や療養の選択を個々の治療の選択だけではなく、全体的な目標を立て、将来に向けてケアを計画する「プロセス」として考える。患者の価値観を柱に、家族も含め話し合う。アドバンス・ケア・プランニングは、面倒を避けるために事前指示書を取ることや、DNARを得ることが目的ではなく、一度限りの確認作業でもない。状況によって変化していく「意向」に照準を合わせる話し合いのプロセスであることを忘れてはならない。

2・最期の時を在宅で過ごすことや在宅死の意思の実現

最期を在宅で過ごすことや、在宅死についての意思を実現することは、協働する各関係機関、ケアの担い手に着実に意向をつなぐことによって可能になる。

広く地域にひろがる医療・福祉・介護関連のサポートネットワークを、患者・家族を中心として形成していくことが求められる。本人の意思を実現するには、在宅・他機関で患者・家族を支えるメンバーが、患者の意思・希望を共通に理解し、医療・ケアの目標の統一を図ることが欠かせない。

支援の実際と留意点

1・医療行為についての選択を共有する

人工栄養、人工呼吸器、病状悪化時の対応をどのようにするかについてなど、医療行為についての意思決定は、医療者を中心に行われることが多い。それを地域で医療や介護を担うメンバーに共有する際には、**意思決定の経緯**を伝え共有しあう。プロセスの共有はケアをつないでいく上で意味が大きい。

2・最期の迎え方の選択を支援する

最期を迎える場所の希望を聞き、そう選択した訳を、背景にある思いとともに、患者・家族を支えるメンバーで共有していく。葬儀についての意向は、つながりを持っていた方達にどんな形で最後のお別れをしたいと思っているのかが含まれる。患者の希望と家族の考えや思いの相違についても配慮し、話し合う。お墓に関する意向は、夫婦の関係・家族の関係が反映される。**最期について話し合う**ことで、その瞬間までを支えることが可能となる。

3・未完の仕事の完遂を支援する

未完の仕事の完遂へのニーズは、限られた時間を認識した患者本人から、語られることが多い。それは、「家族との和解」など人間関係やつながりの再構成を意味するものや、財産分与に関して意思を公正証書として明文化したり、遺言書を作成するなどがある。また、患者自身が自らの社会貢献として、献体などの希望を、自身の生きおさめの意思として示されることもある。ソーシャルワーカーは、未完の仕事の完遂に向けて、表出された患者の意向を実現していくよう支援する。患者の意思を代弁し家族間の調整や、具体的な公文書作成手続きなど種々の支援を行う。様々な課題によっては、司法書士、弁護士、家庭裁判所、児童相談所、学校教員等々、連携する専門職は多岐にわたる。

4・意思決定支援で明確になった本人の意思を確実に実現するために連携する

在宅ケアの開始時にはことに、在宅を支えるスタッフとともに患者と家族の意向や、家での生活に求めていること、どのように決定したのか意思決定のプロセスの共有を大切にする。在宅看取りをめぐる話し合いの経緯、DNARの有無、臨死場面の具体的な医療処置についての希望と決定までのプロセス、代理意思決定者の選定の有無などをソーシャルワーカーより在宅のスタッフへ丁寧につないでいく。

カンファランスの場面では、関わる医療・福祉専門職が共通意識を持つための連携を意図する。院内専門職と地域の専門職が患者の意思を中心にした新たなチームとして協働していけるよう、話し合いの促進を働きかける。患者と家族の意向を中心にした連携にあたっては、対象者の揺れ動く状況に合わせ、密な連携が必要になる。このような、複雑な要件が絡む連携には、**地域への拡大医療チーム**の共通理解・意思統一のための高いコーディネーション力が求められる(図2)。

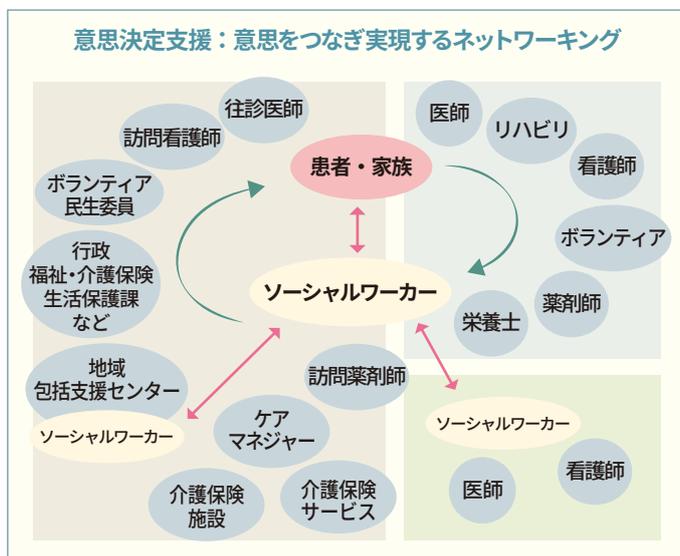


図 2

第2章 厳しい状況におけるコミュニケーション

第1節 患者・家族と向き合い援助者自身を識る

サマリー

緩和ケアが中心となる時期には、患者・家族の抱える未解決の課題や取り組むべき課題が凝縮した形で顕在化する。こうした課題の中に、また課題への向き合い方の中に患者・家族の価値観や美意識が見え隠れする。ゆえに個別性の高い価値観や美意識に触れることで、ソーシャルワーカー自身の価値観が揺さぶられることも少なくない。人と出逢うということは、揺さぶられたり、共振したりする体験の中で、お互いが相手や自分に出逢うことともいえる。しかし、ソーシャルワーカー自身が自分の価値観に自覚がないと、クライアントの語るクライアントにとっての真実の世界をそのまま聴き、受け止めることができず、さらにソーシャルワーカーが自分の反応に正直さや率直さを欠く場合、相手と真に向き合うことができなくなってしまう。

ここでは、ソーシャルワーカー自身の自己覚知に焦点をあて、自分の死生観・価値観・倫理観などを自覚することの重要性に触れることにより、ソーシャルワーカー自身も成長を続ける存在であることを再確認したい。

キーワード

■ 価値観

人は個別の様々な価値観(家族観・金銭観・死生観など)をもっている。価値観とは、抽象概念も含む対象(ものごと)への個々人の評価的判断であり、その形成の過程は、マクロレベル(組織・地域・国・文化・宗教など)の多層的な影響を受けながら、ミクロレベル(個人の発達過程)で育まれていくものである。抽象概念であるところの価値を行動に移すときのガイドラインが倫理であるが、医療現場は様々な職種の職業倫理が錯綜する場である。さらにそれぞれが個人的な価値観を持っているために、様々な価値・倫理の葛藤(ジレンマ)が生じるのが常である。しかもこの葛藤の解決には、明確な回答があるとは限らない。だからこそ、ソーシャルワーカーが自分自身の価値観に自覚をもち、臨床の中に個人の価値観が与える影響に意識的でないと、**個人と職業の価値観が混同されるリスク**が生じる。

支援の基盤となる考え方

1・ソーシャルワーカー自身の価値観とソーシャルワークとしての価値観(図1)

個人の発達の過程において育まれた価値観だけでなく、ソーシャルワーカー自身の個人的な未解決の課題や感情が、他者の価値観・倫理観を尊重できない(寛容でいられない)要因になっている可能性もある。つまり、患者・家族(時には医療者)の問題や課題だと認識している中に、そう認識する自分の価値観や倫理観を客観的に観る姿勢が必要である。

2・価値観の多様性への理解

ソーシャルワーカーは価値の**多様性を尊重**することを原則とする職種であり、それは「ソーシャルワーク専門職のグローバル定義：国際ソーシャルワーカー連盟(IFSW)」の中にも明記されている。個々人の価値観が適切であるか否かの判断は、環境や状況や条件によって異なることに留意し、常に、ソーシャルワーカーの3つの価値：「人間尊重」「人間の社会性への重視」「人間の変化への可能性の追求」の視点から対象者(患者・家族など)を捉えているかを意識する姿勢を心がけたい。

SWの価値・倫理と個人の価値観

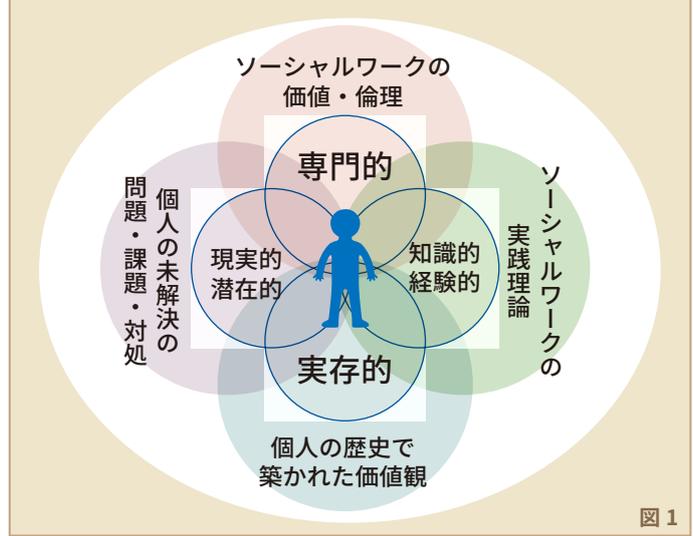


図 1

3・ケアの双方向性への意識

ソーシャルワーカーは専門職としての役割を持つ一方で、個人としては成長を続ける存在である。臨床を通して、つまりソーシャルワーク実践を通して患者・家族から成長を助けられているという認識を忘れてはならない(ケアの双方向性)。完ぺきではない成長過程にある存在であることへの謙虚な認識があつてこそ、等身大の相手(患者・家族)を観ることができ、等身大の自分で向き合うことが可能になる。人として、誠実に、正直に、率直に、向き合う姿勢を持ちつつ、専門職としての役割にも意識的であるよう心がけたい。

支援の実際と留意点

1・自己覚知を促すフローチャートの活用(図2)

患者・家族が語る Life(生命・人生・生活)の中には、個性の高い価値観や美意識が含まれている。それは患者・家族の実存に触れる語りともいえる。それだけ重要な語りであるからこそ、ソーシャルワーカーが向き合えず、または向き合わずにやり過ごしてしまうこともある。図2のフローチャートを使用し、特定の面接を振り返ってみて欲しい。重要な語りに気づけただろうか。気づけなかったのは向き合えなかったからか、向き合わなかったからか。その理由はどこにあるだろうか。このフローチャートの活用は自分を知るためのツールである。気づいた自分の一側面には、患者・家族に向き合うように優しく接して欲しい。ソーシャルワーカーも成長の過程にあることを忘れないようにしたい。

患者・家族の揺らぎに寄り添いながら、解決に急ぐことなく、そこに「とどまる」姿勢が求められる。医療の臨床は様々な価値観が錯綜する現場である。ゆえに「すっきりしない」のが常である。逆に言えば、患者・家族の置かれている状況や心情、抱えている課題などを簡単にすっきりさせてしまうことには留意したい。

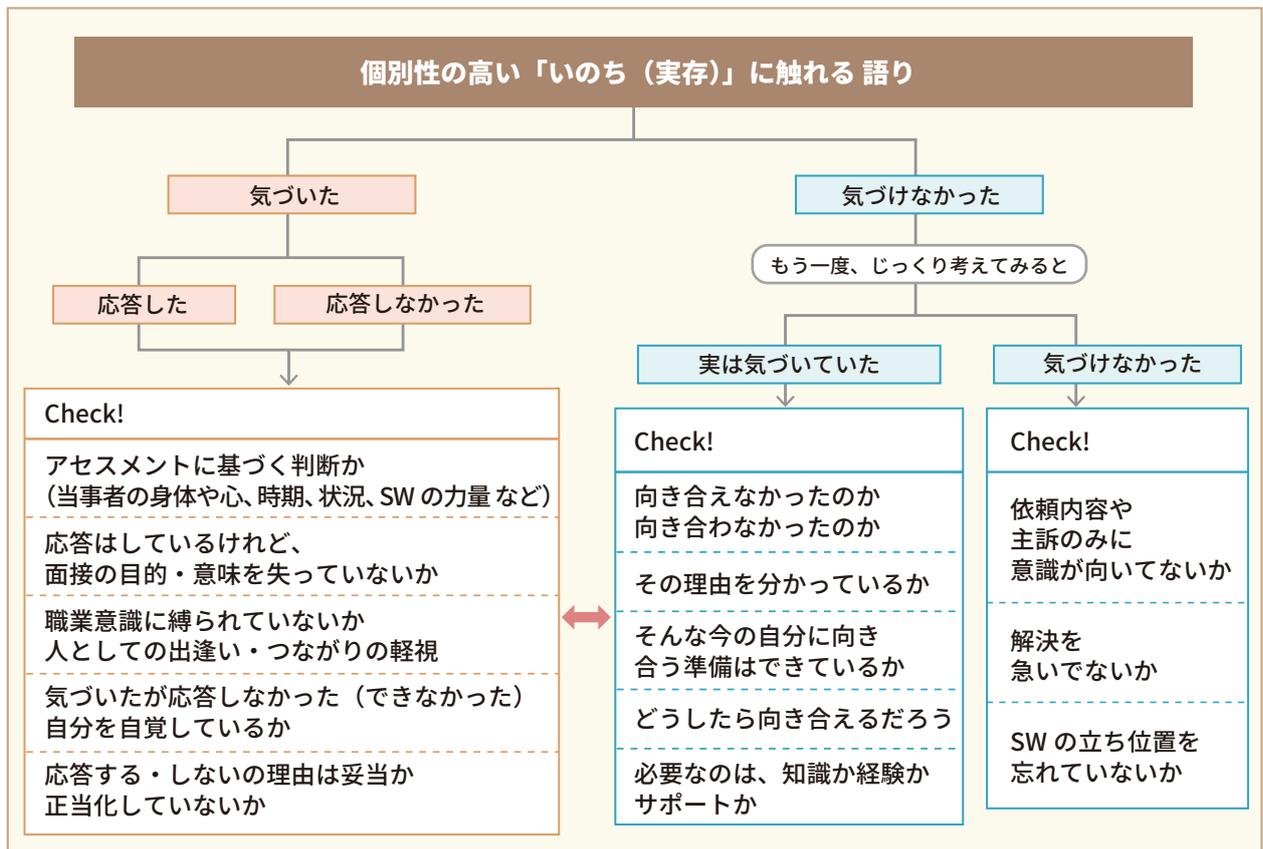


図 2

第2節 患者・家族・医療者の相互理解

サマリー

病状の進行に伴い、医師からは厳しい状態や予後が説明される機会が増えることで、患者と家族、患者や家族と医療スタッフなど、それぞれの認識・理解・感情などの違いが露呈し、これまで良好であったコミュニケーションが困難になることがある。

患者の心身の変化をどう捉え、患者の変化に影響を受ける家族の心理状態や生活をどう捉えるかなどを、限られた時間の中で共有できる方法を模索することになる。ゆえに、家族も医療スタッフも患者にとっての最善の療養を願う気持ちは一致しているながらも、様々な認識のズレがあるためにコミュニケーションに齟齬が生じることもめずらしくない。ここでは、患者－家族、患者（または家族）－医療スタッフ、患者・家族－医療スタッフ間の相互理解を支援するために必要な視点と方法について述べる。

キーワード

■ 相互理解の橋渡し

緩和ケアが中心となる時期、特に終末期になると、医療スタッフは先々に起こり得ることを想定して、「今」と「これから」を同時に伝えようとすることがある。こうした説明は、患者・家族には時系列的に整理して認識することが難しく、起こる可能性の重みづけも曖昧なまま同質の情報として受け止められることも少なくない。医療スタッフは、「患者・家族に後悔させまい」、「患者・家族に良い時間を過ごして欲しい」という想いで伝えていても、家族は、「残りの枚数を意識していたカレンダーが、急に砂時計に置き換えられた感覚だった」という気持ちを抱くことがある。

相互理解の橋渡しの支援には、この患者・家族・医療者間の様々な認識のズレ（違い）を把握すること、そして、その違いを評価するのではなく、まず尊重する姿勢が鍵になる。

支援の基盤となる考え方

1・知的理解と情緒的理解のズレ

患者・家族にとって、医療スタッフからの治療・療養に関する説明は、頭で理解できるからといって、情緒的にも受け入れられるとは限らない。現実性が乏しいことを頭では理解しながらも、期待や希望を口にする患者・家族は少なくない。しかしそうした言動が、医療スタッフからは病状認識が十分でないと捉えられ、何度も説明が繰り返されるといったことも起こる。ソーシャルワーカーは頭（認識）・こころ（情緒）・身体（行動）の不一致を自然な反応と理解しながらも、**その不一致の程度やあり様**を捉え、**現実吟味と折り合いの作業**を支える。

2・病態変化に伴う認識のズレ

病態の変化に伴い、積極的な治療の段階と緩和ケアを中心とする段階とで、患者・家族間、家族間、患者・家族と医療者間のコミュニケーションが変化するのは自然なことである。しかし、病状の進行や身体機能の低下、治療の影響などで感情のコントロールがうまくできないことや、これまでのコミュニケーション・スタイルを維持できない事態に、患者・家族が戸惑うことも少なくない。患者の心身の状態の変化により、コミュニケーションのあり様も変化することへの理解を促しつつ、患者の心身の状態に合ったコミュニケーションの方法の獲得を支援することが必要になる。



3・時間認識のズレ

予後に関する時間の認識には、患者・家族・医療スタッフ間でズレが生じやすく、その影響でコミュニケーションのあり様にも影響がおよぶ。患者が身体で感じることや家族から観た患者の様子と、医療者から伝えられる予後説明とが一致しないことは多々ある。また、医師が説明する予後（たとえば予後 6 ヶ月程度）に対して、医療スタッフは患者や家族が何かできる時間的猶予が「6 ヶ月であること」と伝えていても、患者・家族は数字の重さに圧倒されて、「6 ヶ月しかない」と感じられることもある。そのために、医療スタッフへの陰性感情が芽生えたり、医療スタッフとの交流が途絶えるといったことも起こり得る。医療経過における医療スタッフ側の認識や表現が、**患者・家族の医療体験の評価に影響を与える**ことを理解する必要がある。

支援の実際と留意点

1・理解・認識の多様性を尊重する

患者・家族・医療者間の相互理解を橋渡しするにあたって、ソーシャルワーカーはそれぞれの認識や理解を評価したり、一致させることを最優先にはしない。個別性や専門性を重視すれば、認識・理解が多様化するのとは当然である。その「違い」を互いに認識し、**それぞれの立場から最善を目指している**ことを尊重し、共有することから相互理解は始まる。その土台（環境）作りに向けた取り組みもソーシャルワーカーの役割である。

2・非言語の重要性を理解する

病態の変化に伴い、言語よりも非言語でのコミュニケーションの比重が大きくなり、非言語から読み取ることの重要性が増すことも少なくない。「沈黙」がコミュニケーションの中心になることもある。沈黙は、「内省」であったり、「言葉さがし」であったり、「拒絶」であったりと色々な意味をもつ。**いたずらに沈黙を破ることなく**、当事者との心理的距離や、表情、態度といった非言語で表出されるものを踏まえつつ、沈黙の中にとどまったり、伝えたい言葉を探すお手伝いをしたり、当事者の世界を侵襲しないように一歩ひいたりといった、**見守る姿勢**を心がけたい。

また、病状が進行することで言語的コミュニケーションが困難になり、戸惑いを感じている家族には、手を握る、マッサージをするといった非言語でのコミュニケーションの方法を伝えたり、患者に向き合う姿勢を自ら示しモデリング（モデルとして示す）ことも方法である。たとえば、環境を整えること、日常の報告、タッチング、笑顔も大切なコミュニケーションになることを伝える。

3・全体を俯瞰し環境を整える

患者・家族・医療者間の相互理解を支援するといっても、それぞれに直接的に介入をすることだけが支援ではない。患者・家族・医療者間で何が起きているのか状況を整理し、それぞれの立場に理解を持ちながら、**全体を俯瞰し、相互共有・相互理解が可能になる環境を整える**ことも支援である。担当者以外で、相互理解を促すためのキーパーソンになるスタッフの選定や、そのスタッフの役割認識、さらにその役割を遂行するための下支えとしてはどんなサポートができるかも検討する。また、問題が生じた際には情報共有が図られるものだが、それだけではなく、**問題とならずに療養が継続できている状況**においても、それを可能としているそれぞれの関わりを肯定的にフィードバックすることの意味は大きい。たとえば、患者の存在が家族の喜びになっていることを患者に伝えたり、医療スタッフが家族の関わりを評価していることを家族に伝えたり、患者の知らない一面を伝えてくれることに安心を感じている医療スタッフの家族への感謝を伝えたりすることである。様々な機会を捉えて、各々の立場の理解にたち、他者の代弁者となることも橋渡しの方法となる。



第3節 つながりを支えるコミュニケーション

サマリー

緩和ケアに特有なことではないが、ソーシャルワーカーのコミュニケーションは、「聴き」・「つなぐ」ことが基本である。「人と人」を、「人とその人自身の身体や体感」を、「人と場や環境」を、「人と時」を、つなぐ等々。つながり支援する上で最も大切なことは「その人」と「その人自身」とをつなぐ作業を丁寧に行うことである。「語り手」と「その人自身」との関係に、ソーシャルワーカーが介入することで、『共有』による「語れる場」が築かれ、「語り手」は内なる対話を意識的に体験できる。そして自分の内なる対話に意識的になることで、自分が何を求め、必要としているかに気づくことができ、それを内から外に表出・表現するタイミング（心の準備、適切な状況・時期など）ができたときに、語り手自らが外界の対象に向けて、自分を開いていき、外界の対象とつながっていくのである。このつながり適切に支援するために、ソーシャルワーカーが理解し、留意すべきことがある。ここでは、特に困難を感じやすい終末期に焦点をあて、つながりを支えるコミュニケーションについて触れる。

キーワード

■ ナラティブ：物語

「人は物語によって人生を生きている」。物語（ストーリー）には、時系列で並ぶ出来事があり、起承転結があり、ものごとが起こった結果と原因が含まれている。そして、「語り手」と「聴き手」が存在することで、つまり「聴き手」が想定されることで、物語が組み立てられていく。「語り手」と「聴き手」の関係だからこそ語られるストーリーには、必ずストーリーから漏れている側面や語られない側面が存在する。語られる物語だけでなく、適切な聴き手になることで、語り手とソーシャルワーカーの対話によって創られる別バージョンの物語を共有することができる。

支援の基盤となる考え方

1・非言語的コミュニケーションの重要性

一般的に、コミュニケーションは非言語からの情報が多く、その影響を受けていることは知られている。「聴き手」が**非言語の重要性を認識し、意図的に活用**することで、言葉を重ねるよりも、個人の内なる対話、そして「聴き手」に向けた語りにも貢献できることも少なくない。しかし「語り」は、非言語的情報や双方の先入観に大きく影響を受ける。とはいえ、非言語的情報や先入観に変化を起こしていくためには、「言語的手段」を活用することが避けられないため、当然のことながら「言葉選び」も重要になる。また言語的コミュニケーションでの交流が難しくなったと感じている家族には、非言語をベースにしたコミュニケーションの重要性や方法を伝えることや、患者との**非言語による交流をモデリングで示す**といったことが支援となる。

2・身体・こころ・生活（QOL）の関連・影響・評価の難しさへの理解

精神心理的苦痛は、様々なストレス要因が関連し、影響し合うため、その判断は容易ではない。安易に「がんだから」「ストレスのせい」などと決めつけないことが大切である。また、精神腫瘍学の基礎知識、たとえば、「がんの臨床

経過と患者の心理的反応「防衛機制(否認、置き換え、退行、知性化など)」「がん患者に多い3つの精神症状(適応障害、うつ、せん妄)」などの知識をもっておくことは重要である。しかし、こうした知識は評価や同定が目的ではなく、あくまでも患者・家族の理解のために使用することを忘れずにいたい。

3・「とどまり、観・間・守る」姿勢

「場」とは、空間・状況・雰囲気・機会・局面の全てを含み、それは「語り手」と「聴き手」によって創られていく。この「場」をいかに丁寧に扱うかが終末期の患者・家族とのコミュニケーションには重要である。時に、表出される感情によって、または沈黙によって、または答えのない問いによって「場」の様子はガラリと変わる。そこで生まれる「場」は、「あなた」と「わたし」という個人対個人だからこそ創られるものである。急いで事柄や相手または自分自身を判断したり、評価したりするのではなく、**その「場」に「とどまり」**、そこで起きていることをそのまま「観て」、「間」を読み、一方的に変化を起こそうとするのではなく、「場」にとどまることにより「守る」姿勢が大切である。

支援の実際と留意点

1・「場」を整える

物理的な環境を整える(配慮する)というだけでなく、両者で創られる雰囲気も含めて、大切な時間・空間を共有しているということを、言語・非言語で伝えることが大切である。相手の存在そのものや、「語ること」「聴くこと」で生まれる新しい物語に関心を寄せることが、コミュニケーションを促進させる。

2・「関わる」ところと「引く」ところ

患者・家族との直接的な交流だけが「つながり」を促進するわけではない。何をどこまで共有することを許されるか、それを感じ取るには、**観察力**が重要になってくる。患者の語りを聴きながら、患者自身の内なる対話を尊重し、思考と感情と表現の一致やそのあり様を丁寧に観察することに留意したい。

また、複数の人々のつながりを支えるための橋渡しにおいては、あくまでも黒子であることの自覚を持ちたい。直接的な関わりを持ちながらも、当事者(または関係者)間での交流が促進され始めた時には、機を逸することなく役割を降りて、当事者間に任せるといった「**引く**」**感性と勇気**も求められる。

状況の吟味と、柔軟な対応を意識するとともに、対応の柔軟性を患者・家族と共有しておくことが必要である。

3・答えのない問いに答えを準備しない

時に、答えのない、または答えようのない問いを投げかけられることがある。答えを探したり、応答に急いだりせず、逃げずにそこにとどまっていると、その問いが誰に向けられた問いであるかに気づけることも多い。ソーシャルワーカーの考えを知りたくて投げかけられた問いではなく、対象がなくつぶやかれたものであったり、発した本人が自分に向けて投げかけた問いかもしれない。なぜ、今、自分にこの問いが発せられたのかを考えてみると、回答を急ぐことよりも、探索することに意味があることに気づけるだろう。行き場のない問いをともに味わい、あるかどうか分からない答えをともに探すことが、言葉なきコミュニケーション(共有・共振)となる。いたずらに一方的に正解を探したり、求めないことに留意したい。問いへの回答は、発した本人が自分の内的世界で見つけてこそ意味がある。

4・病態変化に合わせて面接の構造化を工夫する

終末期の患者との面接においては、患者の一日の心身のリズムを把握し、負担の少ない時間帯を設定することが必要である。また、時間の感覚には個人差があるが、多くの患者にとっては、面接の「約束」はとても重要な意味を持ち、僅かな時間のズレが不安や心配の種になる。約束を守ることは当然であるが、約束の時間を守れない時には、早めに調整の連絡を入れるように心がけたい。また、患者の状態が週の単位、日の単位で変化する可能性が高い場合、面接の構造化が困難になる。面接の必要性の吟味と、柔軟な対応を意識するとともに、**対応の柔軟性を患者・家族と共有しておくことが必要である。**

第4節 単身者の生きおさめへの支援

サマリー

平成28年版高齢社会白書によると、65歳以上の一人暮らしの高齢者の増加は顕著であり、少子化、晩婚化、生涯未婚の人たちの増加が進み、さらに単身者は増加することが予想される。こうした背景からもソーシャルワーカーが関わる単身者の支援は、重要となり内容も多岐にわたる。単身者が病を持ち改善が見込まれない状態となったとき、患者自身が、経済や療養などの全ての暮らしの行く末と、人生をどのように終えていくのかを考えていくこととなる。このように、生きてきたことをふりかえり、集大成としての「生きおさめ」を支援するソーシャルワーカーの役割は、最期までその方自身が自分の人生を生き抜くための支援であり重要である。

単身者の支援には、高齢者のみならず緩和ケアを中心とする時期においては、生きてきた人生の歴史などの広範なアセスメントが重要である。単身者である患者をこの社会で生きるかけがえのない一員として捉え、支援するために必要なサービスや資源を知り、「暖かな支援者」として人生の最期まで伴走することを心がけたい。

キーワード

■ 単身者

様々な背景を持ちながら「独り／一人」で生活をおくる人は、単身者と総称される。独居、単身、天涯孤独、おひとりさまなど、「独り／一人」で生活を送る人を表す用語に先入観を持つことなくソーシャルワーカーはかけがえのない一人の個人を個別化して正確にアセスメントし、支援にあたっては、患者の生育歴・生活歴・その歴史において形成された価値観や美意識など、積み重ねてきた生活と人生を敬意とともに深く理解したい。

■ 権利擁護

家族や近親者によるソーシャルサポートが脆弱である場合は、単身者自身の意思を尊重しつつ権利を擁護する役割を担う。特に意思決定能力が低下した場面においてソーシャルサポートが得られにくいことが予測される時には、ソーシャルワーカーは患者と早期からその代行手段の検討と準備の必要性を共有し支援する。

支援の基盤となる考え方

1・患者の意思とセルフケア能力の把握

単身者の場合は、特に意思や意思決定能力、食事や保清など生活を営んでいく具体的な力の多角的なアセスメントが重要となる。患者の病態の変化に即し、医師をはじめ医療チームとの情報共有を継続的に行う。それによりどのように課題の解決や問題状況の解決を図るかなどの支援方法が明確にできる。

2・患者を取り巻くフォーマル・インフォーマルなサポートのアセスメント

患者の意思を支えるために必要な支援者は誰か、患者と支援者でサポートネットワーク形成が可能かのように、制度活用によるフォーマルのみならずインフォーマルな支援も含め可能性の全体を把握する。

また患者が取り組むべき課題解決への動機づけや、ワーカビリティ（様々な支援を課題解決に活かしていく力）を捉えることと同時に、**患者を取り巻くサポート体制**のアセスメントが重要となる。

3・「生きおさめ」の支援

単身の患者自身が、社会で生きる一員として療養中・看取り時・死後などに行う必要がある事項を、単身者ゆえに自ら担っていくことの必要が理解できているか。その自覚や備えがどの程度であるかを捉え、実際に必要な事項にどう対応するかを、本人の病態や状況に配慮しながら話し合いを重ねていく。

単身者自身の生き方と個別性を尊重し、その人生を閉じていくことへの敬意をこめて「生きおさめ」に向き合う姿勢が大切である。

支援の実際と留意点

1・患者の意思を確認し生きてきた歴史を理解する

緩和ケアが中心となる時期の単身者への支援では、特に患者の意思が鍵となる。その意思を知り尊重するためには、現在独りで生活を送る患者が、これまでをどのように生き今に至ったのかの心理・社会的背景を丁寧にアセスメントすることが必要となる。

2・社会で生きる一員として患者がすべき「生きおさめ」への認識をコミュニケーションにより支える

療養場所の選定を含め看取り期の意思決定支援については、死亡後の財産や家財の処分や必要な各種手続きなど、「生きおさめ」に伴い必要となる事項の全体像を把握し、患者自身とその課題の認識を一致させる。そして本人とやりとげるべきことを生前から検討し、死亡後についての代行者の選定や手配を含め準備しておくことが重要である。

しかし患者本人が人生の「生きおさめ」としての人生のやり残しの課題を始めるためには、まず人生の最終段階にあるという辛い現実と向き合う必要がある。持っている時間の長さや自ら思考し決定することがいつまで可能か保障がないことの認識に至ることがなければ、「生きおさめ」への取り組みは始まらない。こうした厳しい状況の認識に至るプロセスの歩みを支えるのは、暖かで深いコミュニケーションである。

厳しい現状の共有を、単に事柄を動かすことや、あるべき論からすすめることは侵襲行為に他ならない。生きてきた人生への深い敬意を持ち、真摯にコミュニケーションを重ねることで、かけがえのない時間をどう生き抜きたいかが語られていく。現実の直面化は、病状の「説明」だけではない。その現実がもたらす苦悩へのソーシャルワーカーの共感的理解がクライアントに伝わることで、その歩みの支えとなる。

3・支援の輪(ネットワーク)を築く

離れて住んでいる家族や近親者、患者自身が培った私的な交友関係者、医療機関の専門職、介護保険などによる制度的支援者、民生委員やボランティアの地域支援者など、フォーマル、インフォーマルな支援の輪を築くことが重要となる。在宅看取りを望む患者には、地域ネットワークが強力な支えとなる。

4・単身者の支援のための資源を知る

本人の意思(事前指示)や遺言を証拠保全するために文書を作成する。

医療に関する事前指示	事前指示書、事前指定書、患者の事前の意思表示書、尊厳死宣言書、蘇生拒否の指示(DNAR)など、治療方針について自らの意思を表明しておく書面である。本人の意志を推定した代諾などが得にくい単身者の場合、本人の意向を表明しやすい書面(書式)を選び活用することは有用である。
それ以外の事柄に関する遺言と公正証書	自らの意思を確実に未来に遺すためには「公正証書」による遺言の作成が選択肢のひとつとなる。公正証書をのぞいては、法的な効力はない。いわゆる「エンディングノート」も、法的拘束力はない。遺言執行者を指定することでその執行が確実になるが、司法書士・弁護士に依頼する場合を含め、事前の協議と調整が必要である。
死後事務委任契約	委任者(クライアント)が第三者に対して、死亡後の諸手続、葬儀、納骨、埋葬に関する事務などについての代理権を付与して、死後事務を委任する契約をいう。委任できる項目には、医療費の支払いに関する事務、通夜、告別式、火葬、納骨、埋葬に関する事務、行政官庁などへの諸届け事務などが含まれる。

5・ソーシャルワークの倫理を意識する

単身者の患者の支援はソーシャルワーカーと対象患者のみで進める事柄が多く、ともすれば利益侵害のリスクを伴う支援であることを深く認識する必要がある。支援のプロセスの各々に、ソーシャルワークにおける倫理への強い意識と臨床倫理的な思考を深めていきたい。

第3章 家族・遺族支援

第1節 家族力動のアセスメントと家族間調整

サマリー

「家族」と言っても、様々である。家族の構成員の人数や、年齢層、価値観、必ずしも血縁関係ではないが関係の深い人々など、「私の家族です」と紹介された人とソーシャルワーカーは向き合うこととなる。WHO が提唱する「緩和ケア」では「家族」は「患者」とともにアセスメントされ適切なケアを受ける対象となっている。患者の病状と共に家族内のパワーバランスも変化する。したがって早期に「家族」のありよう（状況や力動など）をアセスメントし、その家族ならではの強みをもとに家族間調整を図ることは、患者への症状マネジメントや看取り支援だけでなく、遺族のグリーフケア、さらには家族再構築のプロセスにまで効果をもたらす。家族力動のアセスメントと家族間調整は重要である。

キーワード

■ 家族力動：(family dynamics)

『全体としての家族』を診断・治療の1単位として考え、家族の機能問題点の解明を重視する理論のこと。患者個人の精神病理と問題行動を診断・治療において限定しない考え方 <http://gakumon.info/archives/469>

■ 家族システム：(family system)

「家族をシステムにたとえて ①家族の一部の変化が全体に影響する(全体性) ②家族銘々のデータを足しても家族は分からない(非総和性) ③さまざまな初期状態により同じ結果が生まれ(等結果性) 同じ初期状態からさまざまな結果が生まれる(多結果性) ④家族の問題に原因は特定されない(円環的因果律)と仮定されている」

日本家族研究・家族療法学会編 2013「家族療法テキストブック」

支援の基盤となる考え方

1・家族の多様性の理解

家族は様々で、時代の価値観の変容とともに捉え方も変わる。個人の価値観の違いを尊重することと同じように、その構成状態と関係性をありのままに受け入れ、個別化する必要がある。ソーシャルワーカーは、**家族を多面的に理解していく姿勢から逸脱することがないように留意したい。**

2・家族内での意思決定のプロセス、問題解決方法の把握

ソーシャルワーカーと出会うまでに、家族は何らかの方法でこれまでの道りを超えてきている。家族ならではの問題解決方法に則り、その家族なりの意思決定を繰り返してきた。決める力を握る者、経済を握る者、実際の介護力を担う者など、誰がその役割を担いバランスを保ってきたのかなどの家族内のパワーバランスを把握する

必要がある。「決定」を担ってきた者が疾患を抱えた場合、家族内での意思決定のキーパーソンが患者となることもある。しかしがん症状の進行に伴い、役割を誰かに交代させていかざるを得ない場合も少なくない。また家事を担ってきた妻が疾患を抱えた場合、家事労働を誰かが担わなければならず、病状の進行とともに家族内の役割の変化も生じてくる。家族の日常を継続する上で、役割分担しつつ協働していけるか、負担が重すぎて破綻してしまわないか、**早期に家族内でのパワーバランスをアセスメントすることが必要**となる。

3・家族の強み（ストレングスモデルの視点）の活用

患者・家族にとっての**問題解決エピソード**を把握すると、強みが浮き彫りになってくる。家族は渦中の人であり、自分達を客観視できないことが多い。ソーシャルワーカーは、**家族のストレングス**に着目し支えることで、さらに家族力を強めることができる。たとえば家族は大きな不安と負荷の中でも患者との関係を強め、支えあう力を発揮するなど「家族は成長し続ける」と、実感されることは少なくない。

4・チームの一員としての患者・家族

医療スタッフが一丸となって患者・家族を支えようと取り組むとしても、これまでの家族の営みを最も知っているのは、他ならぬ当事者の家族である。ゆえに、家族はその家族の専門家といえる。患者・家族もチームの一員と捉え、医学知識や専門知識以外の家族歴や過去の問題解決エピソードなどを知ることが、対象者理解を深め、適切な支援をするために有効である。患者・家族の語り（ナラティブ）により、**その家族ならではのストレングスや価値観、関係性**をソーシャルワーカーはできるだけ早期の段階で教わる必要がある。

支援の実際と留意点

1・家族を多面的に理解していく

初対面の時から家族アセスメントは始まる。初回面接では、**初対面だからこそクライアントは多くを語り伝えようとする**面もあり、たくさんの情報が得られる。家族構成、家族背景などを教わる際には、患者・家族とともに「**ジェノグラム**」を作成していくことも有効である。そこには温かな空気感が生まれ信頼関係の形成とともに、ソーシャルワーカーは、立体的な家族背景をつかむことができる。そして患者・家族は自らの語りと視覚からの情報で状況を再認識し、気づきの機会を得ることとなる。

2・キーパーソンを決め、サポート体制をチームで構築していく（多職種協働）

ジェノグラムで立体的に家族構成・背景が把握できると、今のタイミングで誰がキーパーソンとして適切かが炙り出されてくる。キーパーソンが明らかになれば多職種と情報の共有をし、キーパーソンをチームに加え問題認識の統一を図り、**キーパーソンを含むチームとして支援**を行なうことが可能になる。

3・家族の状況をモニタリングしながらリスクマネジメントもおこなう

キーパーソンは、様々な役割を担わされ、医療スタッフからも役割遂行を期待される。病状説明について責任をもって聞き他の家族に医学的な情報を伝達する役割、支払いの責任、患者の付き添い、今後の方向性についての家族内での意思決定のマネジメントなど、一人で全てを担う人や、役割分担で協力しあう人もいる。ある日遠方から帰ってきた家族が、積極的に介入し始めるという場合もある。さらに患者の病状が進行していく時期には、家族のそれぞれに対して、予期悲嘆の可能性を配慮した体調管理、生活疲労などへの配慮が通常以上に必要となる。状況によってはキーパーソンの役割を交代することも検討される。ソーシャルワーカーは、**キーパーソンを支えるサブシステムのマネジメント**（キーパーソンのサポート役や心と体調のバランスに良い影響を与える存在の発掘など）も行わなければならない。

4・ソーシャルワーカー自身の家族観を自己覚知する

ソーシャルワーカーは、自らの家族観を相対化しておくことが求められる。それは自分と似たような家族構成に直面した際、**自分の家族体験や家族観と同一視しないようにする**ために必要である。客観的な判断や、その状況での最善の対応を冷静に考えられるよう、普段から自己覚知を心がけたい。



第2節 子どもとの共有と支援

サマリー

世代を問わず、親と子の関係性は個別的で各家庭の文化的な背景を伴うものである。互いの存在は、それぞれの実存との強い結びつきを生じさせる。特に、親子の関係性や愛着形成は、子どもの現実的な生活環境や教育そのものへ直接影響を及ぼし、将来的には、その経験が子どもの生き方や人生観を左右することも少なくない。親からの保護を必要とする立場にある「子ども」（乳幼児期・学童期・青年前期・青年中期）に対し、親ががんに罹患し病状の変化を経て終末期・看取りへと向かう過程を、「子ども」に焦点をあてて支援することが求められる。

キーワード

■ PTG (Post-Traumatic Growth) : 心的外傷後成長

人生を変えてしまうようなつらい危機的な出来事や高いストレスを伴う経験に対し精神的にもがき、現実との闘いの結果に生ずる、ポジティブな心理的変容の体験を指す。

子どもにとって親ががんに罹患し、死別を経験することは、辛く悲しく寂しい経験である。無力感に苛まれ、将来的な不安が伴う。しかし子どもにはそれを乗り越え成長していける力も備わっている。子どもが理解できる病気の内容や**説明方法を工夫し、真実を話すこと**で、子どもは子どもなりに考え、現実を受けとめ行動に移せるようになることも少なくない。その過程において、周囲の家族や医療スタッフ、教育関係者、ソーシャルワーカーは、子どもの持つ力の可能性を信じ支援したい。

支援の基盤となる考え方

1・子どもに焦点をあてたアセスメント

子どもの成長は、発達段階ごとの特徴を踏まえて、成長や達成度を観察する。ゆえに一般的な**発達段階の特徴や成長期の課題**を理解しておく。一方でそれぞれの**子どもの個別性**を踏まえ、**趣味、嗜好、考え方、心理状態**などについて情報を得ることを心がける。

親子の関係性、愛着や信頼の程度、親ががんに罹患したことによって生じた環境変化（家庭生活・学校など）、コミュニケーションの変化（非言語的なコミュニケーションに注意）、子どもの助けになる存在などを捉える。子どもの課題を、患者・家族の課題と切り離さず包括的に捉えるために、患者の配偶者・子どもの構成（兄弟姉妹）・親などの情報を把握し、患者の病態変化に伴う家族内での役割や家族力動の変化に注目し理解する。そして子どもにとってのキーパーソン（患者、または配偶者、親族など）と共有し、子どもへの認識を共有する。

子どもはケアの受け手であるが、時には担い手にも十分なり得る。子どもが患者の支え手となり、新たな関係性が生まれることもある。

2・過干渉・侵襲にならない距離を保つ

子どもを中心とした身体および心理社会的な課題に気づくことは、目前の課題解決と同時に、将来的に遺される子どもや配偶者、他の家族へのグリーフケアにも通じる。これらの課題抽出に執着しすぎるあまり、過干渉や侵襲的とならないように**適切な距離を保つこと**が大切である。

3・チーム医療におけるアセスメントの共有と実践

医療チームと患者・子どもを含む家族のアセスメントを共有し、院内外の専門職や社会資源とともにチーム内での役割を確認する。子どもに焦点をあて心情や生活面の変化に注意することは、ソーシャルワーカー以外の医療スタッフにとっても大切であり、カンファランスを活用し共有する。医療スタッフがともに取り組もうとする姿勢や言動が、家族と医療スタッフとの関係や多くの問題への緊張を和らげ、残された時間の協働作業を円滑にする。

支援の実際と留意点

1・ケアの受け手であり担い手である子どもを支える

親の衰弱や変化を目の当たりにすることは、子どもにとって大きなストレスであり、どのように親に接したらよいか戸惑うことが多い。ソーシャルワーカーは、適切な説明とともに**出来ることを具体的に示す**とよい。たとえば、返事がなくても耳元で話しかけること、話せなくても心の中で語りかけること、工作など作品があればもってきてみることなどを提案する。これらは、患者にとっても子どもにとっても意味のある交流となる。

2・患者の意思決定を支援し、子どもにとってのキーパーソンを支援する

患者の子どもに対する意思を、尊重することは重要である。患者の意思決定支援においては、病状変化に伴う医療的側面のみではなく、「親である患者」としてどこでどのように暮らし「子どもとどのようにかかわりたいか」といった社会的な側面についても十分配慮する。子どもを支える上で必要な、子どもを取り巻く学校生活、衣食などの家庭生活、遊び、子どもが取り組んでいることや情動の変化などを、**子どもにとってのキーパーソン**（配偶者・祖父母・友人など）と共有する。子どもを見守る体制（幼稚園・保育園、学校、放課後学級、地域や近隣への協力など）や、支援の枠組みをアセスメントできるとよい。キーパーソンが抱く不安や悩みを傾聴し、子どもとの関係性を尊重しつつ、医療スタッフ主導になり過ぎない配慮が求められる。

3・子どもと患者が厳しい状況を共有する

病気が進行し、患者が本来の親としての役割や務めが困難になる時期には、より注意深い子どもの心理社会的アセスメントが必要となる。患者は子どもには余計な不安や心配をかけまいと、「大丈夫だ」と安易に伝えたり、子どもの懸念をはぐらかしたりしてしまうことは珍しくない。患者には家族と子どもに患者の病状や状況を伝えるタイミングや、親として子どもにしておきたいことはないかを確認する。また子どもには子どもとして親にしておきたいことを訊ねる。そして医療チームとそれらの情報を共有する。子どもに今後の病状などについて伝える場合には、事前に医療チーム内で誰が何をどのように伝えるか検討し、支援の役割分担も明確にする。子どもに現状や予後を説明していく折には、子どもの年齢相応の理解度や発達段階に合わせ、わかりやすい言葉や絵・図を用いたり、非言語の関わりに留意することが重要である。

ソーシャルワーカーにとっても、患者（子どもにとっての親）が大切な存在であり、同じくらいに『**子どものあなた**』も大切な存在であることが、**伝わるコミュニケーション**を工夫する。

4・子どもも家族の一員として、ともに過ごす

臨終が近づく時期には、ソーシャルワーカーは、家族を一つのまとまりとした視点を持ち、患者と子どもが大切な時間をどのように過ごすかについて周囲の人々も含めて話し合い、その機を逃さぬよう介入する。

家族の持つストレンクス（強み）と家族力動を見守り、**出すぎず、焦らず、やりすぎない**冷静さをもって、患者・家族とともに在ることを心がける。

たとえば、患者と子どもの面会の機会を設定する、文字で交流を助ける、子どもが直接医療スタッフから情報を得る方法などを提案するなど、**子どもを置き去りにせず**、子どもも家族の一員としてともに過ごすことが出来るよう配慮する。



第3節 予期悲嘆

サマリー

家族は、患者の伴走者であり、支援者であり、時には代弁者としての役割を求められる存在でもある。そして、大切な人を失う危機に直面した、サポートを必要としている人でもある。患者の病状変化が早い終末期や看取りへと向かう時期には、家族は意識していた「死」が、より差し迫ったリアルなものに感じられることで、これまでの生活に支障が生じ、支援が必要な課題が生じることは少なくない。予期悲嘆はほとんどの家族に認められるものであるが、表出・表現のあり様が多様であるため、ときに、悲嘆が要因であることが見過ごされ、問題行動として扱われてしまうこともある。ここでは緩和ケア領域において理解しておくべき「予期悲嘆」について取り上げ、特に家族の予期悲嘆への理解について述べる。

キーワード

■ 予期悲嘆

喪失が現実となる以前に喪失を予期して起こる悲嘆のことであり、将来の死の可能性によって生じるだけでなく、**多様な物理的あるいは身体的・心理社会的喪失に対する反応のこと**をいう。多くの人が人生の発達段階における様々な喪失体験を前に、予期悲嘆を経験している。しかし、疾患を引き金にして生じる予期悲嘆は、転職や子どもの自立に伴う喪失とは意味合いが異なり、「死」という不可逆的な事象から、「失う」という実感がより強くなる。それだけに、喪失への防衛機制として「否認」が働き、当事者も「悲嘆」を体験していることに気づかないことも少なくない。予期悲嘆の特徴としては、「家族も患者自身も経験する可能性がある悲嘆である」、「死によって必ず終わる」、「時間の経過に伴って悲嘆は増大する」、「予期悲嘆は否認される傾向がある」、「希望を含む」、「予期悲嘆を経験したから」といって死別後の悲嘆が軽減されるわけではない」の6つがあげられる。

支援の基盤となる考え方

1・悲嘆の表現の多様性

予期悲嘆の反応は、**認知面・情緒面・行動面・身体面**の4つの側面において、様々な形で表出される。代表的なものを以下にあげる。

認知面 ▶ 否認、非現実感、自尊心の低下、無力感、自殺念慮、記憶力・集中力の低下

情緒面 ▶ 抑うつ、絶望、意気消沈、不安、恐怖、怒り、いらだち、孤独感、無感覚、興味・関心の喪失、喜びの喪失

行動面 ▶ 緊張、落ち着きのなさ、泣く、社会的に引きこもる、過活動、過干渉

身体面 ▶ 食欲減退、過食、多飲、睡眠障害、気力減退、全身倦怠感、不定愁訴、患者と同じ身体症状

2・予期悲嘆の判断のポイント

予期悲嘆の反応の多様性を踏まえると、家族が表現している反応が、予期悲嘆ゆえの反応か否かの判断が必要になる。しかし予期悲嘆かどうか明確な判断は難しく、だからこそ、どのような反応の中にも、その根底に「予期悲嘆」

が潜んでいる可能性を心に留めておくことが必要である。たとえば、家族の外見や行動の変化から悲嘆の可能性を推測することができ、また、患者の病状や状況の変化への柔軟性や拘り、または家族の各場面・局面で見せる顔の一貫性などから、家族の状態・状況の変化を推察してみることもできる。当然のことながら、他の医療スタッフの家族に対する印象の変化といった情報も参考になるだろう。

予期悲嘆を経験している可能性の一例をあげる。

- 何度も病状説明を受けているのに、「良くなりますか」「治りますか」と訊ねる
- 医療スタッフへの要望が多く、対応への不満も多い
- 起きていない、または起きる可能性の乏しいことを想像して不安になる
- 日ごとに表情が乏しくなり、動作は緩慢、肌や髪質が荒れ、記憶力も低下している
- 病院には来るが、病室にはいない
- 仕事や用事を理由に病状説明や面会に来ない
- 患者に対して過干渉になり、患者との関係が悪化している など

3・リスク・アセスメントの重要性

あらかじめ「予期悲嘆」による課題を抱える可能性を予測できる家族もいる。患者との関係が距離も情緒的にも親密である家族や、患者・家族が一对一の親密な関係にある、または物理的には遠く情緒的に近い関係である家族、社会的との関わりに乏しい家族、ネガティブな医療体験や看取り体験がある家族などの場合には、高リスク群が予見される。

支援の実際と留意点

1・家族の両側面（ケア受け手であり担い手であること）への配慮

患者の状態が厳しくなるほどに、ケアの担い手としての役割が期待される家族に対して、ソーシャルワーカーが関心を寄せていることを、時に言語で、時に非言語で伝えることは支援の一つとなる。家族自身が大切な局面に直面していることを実感でき、それに伴うどんな感情も批判・否定されずに表出できると感じられることは大きな意味を持つ。家族が安心して想いや感情を表出できる環境を整えることは必要である。

2・多職種協働で支える

家族へのアプローチではなく、医療スタッフ全体で患者を大切にしていることを実感できるように関わることで、悲嘆の反応が変わる場合もある。患者を中心に、共に患者を支える協働の姿勢を示すことがケアになることも少なくない。

3・セーフティーネットの準備

予期悲嘆における高リスク群であることが予測される場合には、エコマップなどを活用し、患者・家族を取り巻く資源を可視化しておく、協働または分担での支援体制を準備しておくことができる。しかし、こうした支援体制を整えることについては、転ばぬ先の杖としての予防的介入が適切であるのか、家族にもたらされるリスクに配慮しながらも、あえて体験することが、患者・家族にとって重要な意味になる可能性はないかなどを丁寧にアセスメントすることが必要である。患者・家族の人生の大切な時期の過ごし方における患者・家族の価値観を無視して支援体制を構築してしまわないように留意したい。

4・ソーシャルワーカー自身の自己覚知の重要性

予期悲嘆は反応の多様性から見過ぎてしまう可能性があることは述べたが、ソーシャルワーカー自身の課題を理由に見過ぎてしまう可能性にも留意が必要である。ソーシャルワーカー自身が悲嘆に向き合うことがつらいために、悲嘆を否認していることもある。また逆に、ソーシャルワーカーの個人的体験が要因となり、患者・家族に関わり過ぎる（過干渉）ことも起こり得る。ゆえに、ソーシャルワーカー自身が「悲嘆」にどんな価値をおいているのかを自覚しておくことは重要である。



第4節 遺族への支援

サマリー

緩和ケアの対象は遺族も含まれる。一般的な医療現場では、患者の死去により支援が終結するケースがほとんどかもしれない。しかし、遺族は挨拶を理由に来訪しながら、退院までの思い出や、故人亡き後の生活や気持ちを誰かに語りたいと思っていることも少なくない。来訪そのものが（遺族自身も気づいていない場合もあるが）何かしらのヘルプサインのこともある。

ここでは、遺族が歩む悲嘆および生活の再構築への過程について触れ、遺族が自らの力で新しい生活を創造していくことを支える上で必要なことや留意点を述べる。

キーワード

■ 通常の悲嘆（複雑な悲嘆とは異なる）

悲嘆（グリーフ）の段階論やフェーズ論に触れておくことが遺族を理解するうえで助けとなる。代表的な研究者として、E. キューブラー・ロス、E. リンデマン、J. ボールビー、G. エンゲル、R. ニーメイヤーなどが知られている。段階論・フェーズ論により、悲嘆過程の全体像を捉えることができる。悲嘆は段階的に一定のプロセスを歩むわけではなく、いくつもの局面（フェーズ）を行ったり来たりしながら、または同時進行的に体験するものだと理解する。さらに、悲嘆の反応やプロセスは個性が高く、一様に特定の反応が起こるとは限らないことや、フェーズの行きつ戻りつの体験についても、月単位・週単位・日単位・時間単位と違いがあることへの理解も必要である。

■ 継続性のある複雑な悲嘆（PCBD：Persistent Complex Bereavement Disorder）

以前は、病的悲嘆と呼称されていた遷延的悲嘆、慢性悲嘆、回避的悲嘆、遅発性悲嘆、誇張的悲嘆、仮面的悲嘆などが「複雑な悲嘆」に統一された。

「複雑な悲嘆」は、ある程度の時間がたっても、死の否認、不快のイメージの侵入、不公平感、怒り、または無感動・無感覚等々が継続している、通常の悲嘆から逸脱した悲嘆であり、悲嘆を経験した人の10-20%程度の割合で認められると言われ、専門家の援助が必要な悲嘆である。

支援の基盤となる考え方

1・悲嘆に影響を与える要因

悲嘆に影響を与える要因は、身体的要因（身体的・精神的健康度、疲労度、アルコール、喫煙、食生活など）、心理的要因（故人や故人との関係や性質、遺族自身の資質、終末期および看取り前後の状況など）、社会的要因（家族構成や関係や力動、故人と家族の関係、社会的・経済的・文化的状況など）と、非常に複雑で広範にわたる。

高リスク要因は、突然死・予想外の死、自死、故人との複雑な関係、子どもの死、精神疾患の既往症、死別前の心身の健康不良、アルコールなどへの依存、多発的喪失、公認されない悲嘆（故人との関係や公にできない死）、高齢、長期療養、経済的問題、支援者の欠如などがあげられる。死別前の家族を対象としたアセスメントと、死別後のリスク・アセスメントの視点が重要である。

2・複雑な悲嘆

下記に列記した項目が半年以上にわたって続き、日常生活や社会性（仕事・学業、対人関係など）に支障が生じる場合には、「複雑な悲嘆」の状態にある可能性があるため、専門家への相談を検討する必要がある。

- 故人のことが頭から離れない
- 故人を探し追い求める
- 非常に強い孤独感や寂しさがある
- 故人がいないと未来に関して目的がない、無意味だと感じる
- 感情がなくなったような麻痺（マヒ）したような感覚が続く
- その人が亡くなったことを信じることができない
- 強い怒りやイライラ感
- 自分の一部も死んでしまったと感じる
- 亡くなったことを思い出させるものや状況を避ける

3・グリーフワーク（適切な悲嘆を助け、適応への作業を支える）

悲嘆（グリーフ）は身体面・心理面・認知面・行動面・スピリチュアルといった側面に表れる自然な反応である。しかし、故人の喪失による様々な変化を受け入れ、故人亡きあとの新しい生活に適応していくために支援が必要となる遺族もいる。「語ること」がこの作業の大きな助けとなることを多くの専門家が指摘している。「喪失」を語ることを通して、他者との関わりを得、その過程において喪失と折り合いながら、喪失を意味づけていくことができる。

支援の実際と留意点

1・遺族の言語・非言語からの変化を捉える

遺族が何をどのように語るのかを丁寧に聴くことが大切である。語ることの表現に捉われることなく、故人や療養生活の思い出だけでなく、死別から現在までの**遺族の生活について関心をよせる**ことが必要である。故人について「**過去形**」で語るだろうか、時間軸の認識にズレはないだろうかなどを意識しつつ、仮に、語りの中で故人の死が否認されて語られていたとしても、それを指摘したり否定してはいけない。

2・リスク・アセスメント／リスク・マネジメント

悲嘆に影響を与える要因やハイリスク要因を持つ家族、また基本的な発達段階における課題を複数持つ家族の場合には、死別前から支援の必要性を検討し、支援体制を準備しておくことも一つの方法である。患者・家族が信頼をよせる支援者を共有しておくことや、つながりのある地域の支援機関・支援者と死別後のリスクの可能性を共有しておくことは布石となる。死別後も、遺族および地域の支援チームの相談に対応することを確約しておくことは安心の提供になる。

3・専門科（家）への橋渡し

医療機関には、遺族の悲嘆（グリーフ）に対して、「遺族外来」「悲嘆ケア外来」を設置している機関もある。（埼玉医科大学国際医療センター、サイコオンコロジー・クリニック、国立がんセンター中央病院、神戸赤十字病院心療内科など。）専門家の介入が必要な場合には、これらの医療機関を情報提供するのも方法である。その際には、診療が可能な対象や条件を確認し、遺族の心情に配慮した情報提供に留意したい。またピアサポートとなる「遺族会」も全国的に少しずつではあるが増えている。対象となる遺族にとって適切な支援が個別対応なのか、専門家の介入なのか、ピアサポートなのかをアセスメントすることが必要である。遺族が体験している苦悩や悲嘆の内容・程度によっては、専門家の介入が検討されるが、遺族への専門家に関する情報提供や、専門家への紹介に配慮が必要である。

4・悲しむことの効用

遺族の友人・知人から、接し方についての相談を受ける場合もある。遺族への心遣いが大きな支援になっていることを伝えつつ、遺族にとって、周囲の人々の励ましや労りが、支援になる時もあるれば、負担になる時もあることを丁寧に伝える。また、悲しむことは必要であること、見守ってくれる存在がいるからこそ安心して悲しむことができることも伝える。そして、遺族との関係や関わり方を変えずに見守り続けることが大きな支援であることに理解を促すことも大切である。

第4章 連携（チーム・地域）

第1節 チームの力動を読む

サマリー

緩和ケアにおいて、患者・家族の全人的苦痛へのケアには、多職種によるチームアプローチが不可欠である。緩和ケアにおけるチームには、ソーシャルワーカーが所属する機関の多職種チーム、また患者・家族が、自宅や施設などで生活する場合には、所属する機関にとどまらず、地域社会の多くの機関や多職種とのネットワークを活用したチームが構築される。ソーシャルワーカーは、患者・家族が適切に緩和ケアを受け、生活がしやすくなるようケアコーディネートを行なう役割がある。チームの力動を把握し、効果的にチームが機能するよう働きかけることが望まれる。

キーワード

■ チーム力動

チーム内のメンバー（多職種）間の相互作用。このチーム力動がチームのケアにどのような影響を与えるかをとらえる必要がある。

■ 多職種チーム

多職種チームの類型として、多職種がそれぞれの専門的なケアを並行して行う multidisciplinary team、多職種が相互作用しながら役割を果たす合議的な interdisciplinary team、多職種が役割を開放し同様の業務を果たすような transdisciplinary team がある。

■ 地域緩和ケアネットワーク

患者・家族が生活を希望する地域において緩和ケアが提供されるためには、地域社会の多機関・多職種により緩和ケアを提供できる地域緩和ネットワークの構築が大切である。

支援の基盤となる考え方

1・多職種協働チームの機能とチーム力

専門性の優れた多様な職種が集うチームが、チーム力が高いとは限らない。多職種チームが患者・家族に効果的なケアを行うために、①多職種でチームの目標を共有し、②目標にむかって各々の職種がチームの中での役割を理解し専門性を発揮する。そして ③お互いの職種の専門性や役割を尊重し、④チームの目標を常に確認し、評価と実践を繰り返す。こうしたプロセスによって**チーム力を育む**ことを意識していく。

2・患者・家族と多職種協働チームの関係

「患者・家族はチームの一員」である。多職種チームは、患者・家族とチームの目標や患者・家族の役割を、共有していく姿勢が求められる。

3・地域ネットワークの構築

患者・家族の暮らすそれぞれの地域社会の資源は様々であり、緩和ケアの専門家がいるとは限らない。このような緩和ケアの専門家が不在の地域においても、患者・家族の希望する場所で、どのようにすれば適切に緩和ケアが提供され、生活の維持が可能になるか、地域ネットワーク構築へのチャレンジが必要となる。

支援の実際と留意点

1・患者・家族とチーム目標を共有する

緩和ケアにおけるチームの目標は、症状緩和にとどまらない。人生の終焉まで、どこでどのように過ごしたいかという患者・家族の希望をどのように実現するかといった心理社会的視点も重視される。一人ひとりの患者・家族の個性を理解しておく必要がある。それを尊重し、チームの目標を患者・家族を含めた多職種チームで話し合い、共有することが大切となる。

2・チームの目標を実現する過程に配慮しているか

チームの目標を実現していく過程を、どう管理しているかが重要である。緩和ケアでは、患者・家族が自宅での生活を希望する場合、タイミングを逸しない素早い調整が求められる。しかし、たとえばリーダーが不在のチームや、それぞれの専門性に過度に依存された相互作用が少ないチームでは、誰がいつまでに何をするかという過程についての、責任の所在が不明瞭になる場合がある。タイミングを失い結局自宅に帰ることができなかった、ということがないように**チームの動きやプロセスに注意を向ける**。

3・チームにおいて多職種が対等で主体的に参加できているか

緩和ケアにおけるチームは、多職種が常に対等な関係で主体的にチームに参加し、患者・家族とともにチームの目標や目標にむけたケアの過程などを自由に議論できる interdisciplinary team の形態が望ましい。ソーシャルワーカーはチームメンバーがチーム内で意見を語りあえるよう配慮し、「〇〇さんはどう思いますか」などと問いかけ多職種で議論ができるよう促していく。

4・患者・家族の意見をチームに反映できているか

患者・家族がチームのなかで自由に意見を言っているか、を確認する。患者・家族を含めてカンファランスを行なう場合も、患者・家族は多職種メンバーの中では自分の意見を率直に述べることを躊躇しがちであることを考慮する。最期を自宅で過ごしたいと考えていても、医療スタッフより懸念を伝えられると希望を何も口にできなくなる患者・家族の心理などを、深く認識しておかねばならない。

5・地域緩和ケアネットワークにおける医療と介護の連携を促進する

地域ネットワークによる緩和ケアでは、医師や看護師などの医療スタッフと、介護福祉士などの介護スタッフなどで構成されたチームができる。その場合医療スタッフが介護スタッフに対し「看取りのケアの知識や技術がない」と、批判的な捉え方をすることがある。実際には知識や技術がないのではなく、チームでの情報共有ができていないことが問題である場合もある。ソーシャルワーカーは、介護スタッフなど地域社会の多機関・多職種から相談をしやすい体制を整えておく。そして医療スタッフと介護スタッフの情報共有が促進されるようつないでいく役割を担い、それぞれの職種間でも直接情報のやりとりができる仕組みを構築していく。**個々のチームメンバーの専門性に敬意を示し**、チームで協働し専門性が活かされるよう努めていくことが重要である。

療養の場としての「在宅」はますます比重を増していくことは明らかである。今後は更に、ソーシャルワーカーとケアマネジャーの協働のあり方や、業務の効果的な分担の検討などの課題に積極的に取り組む必要がある。

6・緩和ケアの専門チームを地域緩和ケアネットワークに活かす

緩和ケアを専門としない在宅ケアチームが緩和ケアの対象の患者を担当すると、不慣れな不安から主体的になれず、専門チームへ連携することを躊躇し、専門チームがつながれず機能しない場合もある。緩和ケアの資源の不足をカバーするのは連携である。たとえば緩和ケアの専門チームが支援することで、在宅ケアチームの不安や困難が軽減され、患者・家族の自宅生活の質が高まり、自宅で過ごす時間を長く安定させることが可能となることは多い。

また近年、「在宅」は自宅のみを意味するものではなく、介護保険関連の在宅型の施設など多様な形態を含む。こうした多様な形態の「生活する場」である他機関との多職種連携を視野に入れ、緩和ケアの連携を多様な地域福祉資源へ推進し拡げていくことは非常に重要である。

第2節 多職種とのソーシャルワークアセスメントの共有

サマリー

ソーシャルワーカーは、患者・家族からの直接相談、医療スタッフや関係機関からの紹介や、アウトリーチによる介入などの様々な接点において、「対象者理解」から支援を開始する。抱える生活課題や問題、取り巻く環境、対処能力やストレンクスなどに着目したソーシャルワークアセスメントは、心理社会的支援の質を担保する。チームメンバーに対しソーシャルワークアセスメントを伝え共有することで、対象者の心理社会的背景などの実際に即した、チームケアが可能となる。多職種にソーシャルワークアセスメントを共有し統合させていくことは、所属機関におけるケア方針の合意形成過程への参画や、院外の関係者とのネットワーク形成の場面などで重要となる。クライアントの権利擁護 (advocacy) もふまえた、ソーシャルワークアセスメントの共有が必要である。

キーワード

■ アセスメントの共有

アセスメント共有には ①**説明責任** (对患者・家族、多職種) ②**時間軸評価** (患者に残された時間、患者を取り巻く環境の時系的な捉え方) ③**多職種の専門性と個別性の尊重** (各職種および各メンバーの価値・倫理の理解) ④**多職種支援** (チームへの貢献) を意識することが重要である。

■ 伝えるコミュニケーションスキル

伝え方の方法として ①Assertive communication ; 自他を尊重した自己主張および表現 ②Negotiation ; 交渉 ③Consultation ; 相談などを効果的に用いる。

支援の基盤となる考え方

1・アセスメント共有の意義

ソーシャルワーカーは、ミクロレベル (対個人)、メゾレベル (対組織・チーム・所属機関・地域)、マクロレベル (対普及啓発・事業推進・提言) でクライアントに関わる。患者・家族の療養生活の様々な意思決定場面の支援を通し、更に心理社会的アセスメントを深め、そのアセスメントをソーシャルワーカーが多職種と共有することで、多職種チームの対象者理解を深め、チームのケア力を向上させる。アセスメントの共有は、他のチームメンバーにとって、患者家族に潜在している新たな力に気づくなどの、見方を広げる機会ともなりうる。

2・多職種チームの凝集性や特徴と各チームメンバー特性などの的確な理解

多職種チームのメンバーは、チームの目的に応じて、緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアなど、多岐に渡る。チーム及びメンバーの強みを最大限に発揮できるようソーシャルワーカーは、チームの特徴 (専門職構成・

専門的価値・機能、共有する倫理観、チーム力動)、**チームメンバー個々人の価値観**(個別的に抱く死生観や家族観など)に関心を寄せ、的確に理解することが必要である。それによって、アセスメントを伝えるうえで「どのような内容」を「どのように伝えるか」といった、コミュニケーションの回り方など考慮すべき点や効果的な方法を見いだすことができる。**チームメンバーへの的確な理解**にもとづいた共有のあり方を考慮することで、チームメンバーの患者・家族への共感的な理解と、ケアの充実につなげていくことが可能となる。患者・家族を中心としたケアに向けて、各専門職メンバーと患者・家族の関係性や距離感を鑑みつつ、有効な役割分担を工夫する。

支援の実際と留意点

1・心理社会的アセスメントを言語化する

ソーシャルワーカーは患者・家族・周囲環境を捉えた心理社会的アセスメントを、端的に言語化する力が求められる。言語化することによって、多職種チーム間にアセスメントは共有される。患者・家族が主訴として表現した事実や情報だけではなく、潜在的ニーズをアセスメントし言語化して伝え、チーム全体のケアに活かすことを意識する。

2・所属機関内の医療チームにアセスメントを共有する

アセスメントの共有は、患者・家族への共有と合意により行う。所属機関内のメンバーへの共有には、アドボカシーの視点から医療の受け手の尊厳や権利を意識する。治療や直接的な医療ケアを担う医療スタッフとは異なるというソーシャルワーカーの立ち位置を、チームを俯瞰的に捉えることに活かす。多職種との日常的な協働や連携場面の接点の折に、ソーシャルワーカーの心理社会的アセスメントの共有の機会を大切にす。電話・対面・メール・FAXなどの連絡方法を個別の状況にあわせ工夫する。カルテなどの記録の共有、コンサルテーションやカンファランスなどの協議の機会を大切にし効果的に活用していく。

3・所属機関以外の地域の医療・福祉資源の多職種にアセスメントを共有する

地域における他機関とのアセスメントの共有は、地域への拡大医療チームとの情報共有や対象者理解を深め合う機会である。地域の多機関に所属する多職種にとっては、ソーシャルワーカーが発信する情報や捉え方などのアセスメントが、当該所属機関を代表するものとなることを十分意識しておくことが必要である。ソーシャルワークアセスメントを反映した当該所属機関内の院内チームのケア方針を、ソーシャルワーカーが橋渡し役となり地域に共有する。常に他機関の多様なメンバーに敬意を持ち、アサーティブに互いの意見を建設的に議論することを心がける。所属機関と地域をつなげるミクロレベル～メゾレベル的なケアが展開できるように、交渉(ネゴシエーション)を重ね、連携(ネットワーク)から、**有機的な多職種協働チームの体制づくり**を目指す。

4・アセスメントの共有を通し多職種チームのチームビルディングにつなげる

多職種チームは、各専門職の価値と倫理を持つ様々なメンバーによって構成されている。ソーシャルワークアセスメントの共有は、医療チームメンバーの一員として捉え方や見解を開示し、トップダウンではなくメンバーがチームのケア方針を合議するラウンドテーブル型のチームに向けたプロセスといえる。ソーシャルワーカーの立ち位置の特性を活かし、「今ここ」で生じているチームの力動を捉える。患者の全人的視点からの課題や問題を、残された時間や解決能力、思考の傾向や認識力とともに見極め、優先順位とリーダーシップに適任なチームメンバーを考える。こうしたアプローチが、多職種への支援ともなる。患者の生き方や取り巻く環境の変化についてのアセスメントを共有し、残された時間に合わせた現実対応をチーム内で検討し支援する。

チームの合意形成において、患者・家族・チームメンバーがそれぞれ考える「患者とその家族にとっての最善」への意見をすり合わせるプロセスを重視する。チーム全体で導かれた方針に、ソーシャルワークアセスメントが活かされることが**チームビルディング**の一歩となる。

ソーシャルワークアセスメントの多職種への共有は、ソーシャルワーカー自身の専門性への再認識と成長へのチャレンジである。こうした試みによって高められるチームケアの力は、当然、次のケアにも活かされていくことが期待される。この点に意識をもって積極的に取り組む意味は大きい。

第3節 地域の資源・専門職との連携と協働

サマリー

患者が療養する場の選択肢は、在宅・施設・医療機関など増加している一方、複雑になっている。ソーシャルワーカーは、患者が暮らす地域特性や環境、フォーマル・インフォーマルを問わず社会資源を掌握し、患者のニーズや状況に即した情報について熟知していくことが必要である。そして、ただサービスに当てはめるのではなく、アセスメントに基づき、地域とのつながりや暮らしを可能にするネットワーキングの実現に向けて、適切な地域資源と連携し有機的に協働することが重要である。

キーワード

■ ネットワーク

「網状のつながり」を意味し、ある目的や価値を共有している人々の間で、既存の所属や居住地域を超えて、人間的な連携を築いていく活動や状況を意味している。

■ ネットワーキング

ネットワークの形成過程、活動方法の動的な観念である。コミュニケーションによってネットワークが確立され、上下関係が定められることはない人間的な連携を指している。

支援の基盤となる考え方

1・地域資源の活用とソーシャルアクション

アセスメントによって必要とみなされた資源が、必ずしも適材適所に存在している訳ではない。生活を希望する地域で、医療資源はあるが、求める福祉サービスの内容が適応外の場合には、アセスメントを丁寧に伝え情報共有し、支援が可能か交渉することが、資源活用の可能性を広げる。**緩和ケアの地域資源の充実へ向けた現場からのソーシャルアクション**である。

地域の資源を掘り起こし、行政へ不足なサービスの意識化を図る作業は、ソーシャルアクションとして有効である。たとえば、成功例として地域資源の不足部分を地域の関係機関（行政、医療・介護・福祉専門職、教育機関）の合議体で討議し、単市事業として在宅緩和ケア支援福祉サービスを展開し、AYA世代や小児なども、介護保険制度と同等のサービスを受けることを可能とした山口市などの例もある。

2・地域資源間の連携・協働

連携は、地域資源の連携で完結ではなく、患者・家族の当事者がその中心として、明確に組み入れられる必要がある。患者・家族の心理社会的アセスメントと地域の資源のアセスメントを行い、患者・家族を取り巻く人的資源のスタッフが、チームとして形成される過程の準備をする。院内の各職種をつなぎ協働を促進し、患者・家族・院内チームと院外の資源の連携・協働を図る。

支援の実際と留意点

1・ネットワークを把握し、拡大する

ソーシャルワーカーとしては、ミクロレベル(対個人)、メゾレベル(対組織・チーム・所属機関・地域)、マクロレベル(対普及啓発・事業推進・提言)のそれぞれが相互に連結するという視点から、地域資源についてネットワークを把握する。地域のフォーマル・インフォーマルを問わない地域資源や専門職の特徴を把握する。がん患者への対応や特に看取りについての体制や経験など、それぞれの強みを理解しておく。こうした理解を**チーム拡大**に役立てることが大切である。

2・連絡手段を工夫する

緩和ケアの対象の患者・家族は状態変化が大きく、タイムリーに情報共有をする場を確保することは容易ではない。従って、電話、文書(メール・FAX)、カンファランス、コンサルテーションなど、限られた時間で連携するために、相手の状況や立場を考慮した連絡方法を工夫する。

3・コミュニケーションを大切にする

コミュニケーションを重ねることは、連携する相手の「人となり」を知り、業務遂行に有効な場合が多い。友好的な関係性は、ネットワークの拡大に役立つ。言語的・非言語的コミュニケーションは、連携においても不可欠である。

連携するにあたっては、表面的な事実だけを述べる一方的に依頼するのではなく、アセスメントが明解か提供した情報が焦点化できているか、自らを吟味する。看取りが迫る状況では、ソーシャルワーカー自身の感情が先行しがちとなる点に留意する。相手との会話の展開に混乱が生じたときには、今一度ケース全体を俯瞰し整理する必要がある。相手先の貴重な時間を意識し、接点の機会に十分な準備をして臨む。

ソーシャルワーカー自身が、コミュニケーションのあり方や依頼の仕方などについて振り返り、常にその専門技術を向上させるため研鑽を重ねて行くことが重要である。アサーショントレーニングもその方法の一つである。

4・アセスメントと支援計画の共有の機会を次に活かす

患者のニーズや状況などの、アセスメントを共有するタイミングを計る。たとえば、入院中に地域での療養生活を検討し始めた段階で、在宅療養支援診療所や訪問看護などの在宅療養関係機関に打診を開始する。在宅の専門職に相談し意見を求めることは、新たな情報収集の必要性を把握しアセスメントが深まる。ソーシャルワーカーのアセスメントを他職種と共有し支援計画の合意形成を図り、新たなチーム形成を促していく。

連携先へ敬意を払い協働への謝意とともに、効果を共有しあうことが大切である。ともに関わった患者支援の経験は貴重であり、ネットワーキングの効果と発展性を確認しあう。こうした連携と協働の機会を積み重ね、**医療・福祉・介護**のスタッフ同士の**結びつきを強める**ことは、次のより有効な連携につながる。

5・自施設の専門性を有効的、効果的につなぐ

自施設のがん・緩和ケアについての専門性やその他の強みを認識していることで、地域の専門職が困難を抱えたとき自施設の特性を活かし、その解決に貢献できる可能性は非常に高い。ソーシャルワーカーが日常業務において、自施設の専門性を効果的に地域につなぐ窓口としての役割を心がけたい。

第4節 地域を捉え、資源を掘り起こす



サマリー

がんと向き合い治療を受けるために、様々な場所を転々とせざるを得ないこともしばしば見受けられる。これまでの道のりも踏まえ、自分の最期をどこで過ごすかについては、それぞれの環境因子や価値観に委ねられる。「家にいたい」「住み慣れた地域から離れたくない」「育った思い出の地で最期を迎えたい」「一人で逝くわけにはいかず、親族のいる地に移ろう」など、多種多様な事情や考え方がある。それらのニーズに応えるためには、日ごろから地域の特性を理解し、何が充実し何が足りないかを把握しておく必要がある。時には臨機応変にインフォーマルな対応を、行政・多職種とともに考えていかなければならないこともある。患者の療養生活の構築には地域を捉え、資源を掘り起こすことが必要である。

キーワード

■ 社会資源

人々が社会生活を営むうえで、必要に応じて活用できる、さまざまな法制度やサービス、施設や機関、人材、知識や技術などの総称である。

■ 地域ネットワークづくり

援助や支援を必要とする人々のセーフティネットの形成を目標に、近隣ケアグループづくりを含む住民組織化、セルフ・ヘルプ・グループ形成などを含む当事者組織化、保健福祉に携わるケア専門職や団体の組織化の三つの次元のネットワーキングを意味している。

日本社会福祉学会辞典編集委員会編 2014「社会福祉学事典」

支援の基盤となる考え方

1・地域・各地域のアセスメント

たとえば、ホスピス・緩和ケア病棟を構える医療機関がどの地域にあるのか、24時間体制で連絡ができる在宅療養支援診療所がどこにあるのか、など、患者が重篤な病態ながら地域で「暮らす」ことを考えた時、その「居場所」で本当に生活ができるのかを検討しなければならない。県外に患者が移動する際、手がかかりとなるのはその地区の地域包括支援センターやがん診療連携拠点病院などである。その地域ならではの社会資源は、土地勘があるその地域機関のスタッフに尋ねることが一番早道であり、正確である。各人が自分が所属する機関の地域や、患者の地域の資源の状況をアセスメントしておく必要がある。

2・地域の資源の強み(ストレングス)の理解

既存の資源の「あるもの」「ないもの」が把握できると、地域の特徴が掴めてくる。在宅サービス事業所(訪問看護ステーション、訪問介護事業所、通所リハビリテーション、訪問診療可能な医療機関など)が活発に機能していると、在宅看取りや在宅療養についての支援を受けられる可能性が高い地域と評価できる。これらは地域の強みととらえ

られる。物質的な資源だけを評価するのではなく、目に見えないネットワークや、コーディネーターのマネジメント力なども地域の強みとなる。「ないもの」のおかげで、その地域ならではの「工夫」も見えてくる。ホスピス病棟がなくとも、療養型病院や老人保健施設などでターミナルケアが充実しているところもある。**ストレンクスを見つける視点**は、個別支援と変わらず地域支援でも活かされる。

3・行政との協働開発

患者が、住み慣れた町で最後まで自分らしく暮らしていくためには、地域の中で緩和ケアの概念・スキルを普及させ啓発する必要がある。そのためには行政との協力が不可欠となる。がん対策推進基本法を柱に、各都道府県のがん対策推進計画がどのように運営され地域に根付いているのかを把握し、ソーシャルワークの専門職としてもしくは職能団体を通じて、都道府県・市町村にアウトリーチしていく。市町村単位の**地域包括ケアシステムの構築**過程に、在宅緩和ケアを取り込むアイデアもある。こうした行政との協働による人材育成・普及啓発・モデル事業の実施などで、協働開発をすすめ、地域とのネットワークづくりを積極的に行っていく。

4・地域住民との協力・協働

市民無料相談会や市民公開講座などを開催することで、地域の緩和ケアに関するニーズが把握できる。行政側の提案する事業に、こうした地域のニーズをリンクさせ、その地域ならではのシステムを構築する。「訪問診療は24時間体制でサポートしてほしい」「緩和医療で緊急入院を受けてくれる医療機関がほしい」など、地域住民の声を反映させることで、住民目線のサービス体制を構築できる。モニタリングとして地域住民に満足度調査を行い、体制の評価・見直しも行う。ソーシャルワーカーは**地域は進化したし成長し続ける**ことを信じ、地域住民と向き合い協働していく必要がある。

支援の実際と留意点

1・担当者との関係を密にし、社会資源を生きた資源とする

社会資源の窓口担当者や、日頃から顔の見える関係を作る。最期の時が迫りつつある患者の場合は特に、**良好な関係づくりは資源の迅速な運用を可能にし、在宅生活実現の鍵ともなる**。人的つながりが社会資源を生きたものにする。また予後が長めにみこまれる患者の今後の治療や生活の選択の場面でも、担当者との密な関係は個別の状況にそった資源活用に有用である。

2・地域の昔ながらの関係性を尊重し、最新の情報や緩和ケアと結びつける

患者・家族にとって地域の医療スタッフや介護・福祉スタッフなどとの昔ながらの関係性は、財産であり強みでもある。関係性を活かし関係の積み重ねへ敬意を払い、制度の最新情報などを提供し、緩和ケアのスキルを導入し、その関係をバックアップする。こうした支援体制を構築することが地域ネットワークの底上げにつながる。緩和ケアについての地域のコンサルテーション機関として、アドバイザー役を担うことも大切な役割となる。

3・患者の意向を多職種・多機関で実現できた事例を次に活かす

多職種協働でチームを組み在宅緩和ケアの連携調整を行い、難易度の高い転院・退院調整が成功した場合には、チームカンファランスなどで**患者の意向を多職種・多機関で実現できた事例の振り返り**を行うとなおよい。成功要素を分析することで新たな気づきが得られると、次の症例に有効に活かすことができる。

4・職能団体（医師会・看護協会・ケアマネジャー連絡協議会・医療ソーシャルワーカー協会など）を活用していく

行政側の補助金獲得や、新しいモデル事業の立ち上げなど、組織で協働しなければ実現が難しいプロジェクトなどは、自分の所属する職能団体内で問題提起し、組織の力で実現を目指していくことも必要である。こうした活動がソーシャルアクションの手がかりとなる。大切に積み上げていきたい。



第5節 在宅移行・在宅看取りへの支援

サマリー

がんに対する積極的な治療が中止となったり、通院が出来なくなった途端に在宅ケアへ移行となり、医療から見放されたように感じて戸惑いを見せる患者・家族は多い。在宅ケアを担うスタッフからは、「もっと早く紹介してほしい」という声も多く聞かれる。最期まで希望する場所で安心して生活を続けていくためには、治療の早期から療養経過を見通した病院と在宅との連携が求められる。単に死を迎える場所としての在宅ではなく、最期まで生きることを支援し、希望された在宅生活の延長上にある在宅看取りを実現するためには、在宅ケアチームがしっかりと患者・家族に関われるよう、在宅移行をする必要がある。

キーワード

■ 療養の場の意味決定支援

緩和ケアでは、患者・家族に、厳しい予後や病状理解などを促し、療養の場を決定していくよう支援する。

■ 介護者のレスパイト

在宅緩和ケアでは家族が介護の中心となることが多いが、一方で家族はケアが必要な状況も生じ、ケアを受ける立場でもある。心身に負担の強い介護者の休息や気分転換に配慮する。

■ 多機関チームにおける情報共有

在宅緩和ケアでは多機関でチームが構成され、多機関間の円滑な情報共有がチームづくりの鍵となる。

支援の基盤となる考え方

1・患者・家族の在宅療養への意思の確認

患者・家族が厳しい予後や病状を十分に認識したうえで、**どこでどのように過ごしたいのか**、在宅で過ごすことへの意向について話しあう。

2・患者・家族の希望する場所で生活できる体制のアセスメントと調整

患者の急速な病状進行や日常生活動作の低下をふまえ、家族の介護力や生活周辺の社会資源のサポートなどにより、どのように希望する在宅の場所で過ごすことができるのかを見通していく。こうしたアセスメントを基に支援体制を調整する。

3・治療期からの病院と在宅チームとの連携

在宅緩和ケアの体制は、治療期から準備・調整が必要である。最期に近い状態まで治療が継続され、病院へ通院する患者も少なくない。こうした患者の急激な身体状況の変化や、日常生活動作の低下などに備えて、がんの治療中から先を見越した病院と在宅チームの連携が求められる。

4・多職種・多機関のチームの情報共有

終末期には急速な病状進行やそれにもないゆれ動く家族の状況を、適切なタイミングでケアメンバー間で共有する必要がある。こうした緩和ケアの特性をふまえ、多職種・多機関からなる在宅緩和ケアのチーム構成の際には、特に情報共有のあり方が重要な課題となる。

支援の実際と留意点

1・治療期から在宅移行の支援が始まることを意識する

近年、がん治療の進歩により、がん患者は亡くなる間近まで通院し治療を受けることも多くなった。その結果、治療が中止されてから在宅緩和ケアの体制を整備しては、最期まで患者・家族の希望する場所での生活が難しい状況も生じている。最期まで患者・家族が希望する場所で生活していくためには、治療期から患者・家族と、どのように生活していきたいか、話し合うことが不可欠である。すなわち、**がん治療と並行した在宅ケアの体制づくり**が求められる。在宅チームは早期から関わることで、患者・家族と信頼関係を育む時間もでき、在宅移行がスムーズとなり、緩和ケアの導入も容易になる。医療機関内のソーシャルワーカーはこの視点に立ち、退院支援にとどまらず、外来化学療法中など、通院中の患者・家族へのかかわりが求められる。

2・限られた資源の中で緩和ケアの提供を考える

緩和ケアの専門家や看取りを行なう医師の不在などを理由に、ソーシャルワーカーは、患者・家族の希望する在宅緩和ケアをあきらめてはならない。たとえば、病院緩和ケアチームと家庭医や訪問看護などの円滑な連携により、在宅看取りは無理であっても、希望する「在宅での生活」を長くできる可能性は大きい。また、患者が最期まで自宅で過ごすことは難しく、看取り時には入院する方針であったとしても、希望する場所の在宅で、安心して生活ができる在宅緩和ケアの体制を整える意味は大きい。

3・介護期間を見通し介護体制の構築を行う

介護体制の検討にあたっては、がん患者の日常生活動作がどのように変化していくかなどの様々な変化をふまえていたほうがよい。がん患者は最期の数週間程度の中で、日常生活動作が低下していき、短期間の介護が必要となる場合も多い。ゆえにその期間の介護体制づくりが鍵となる。たとえば同居する主介護者だけでなく他に暮らす家族や親族などの力も集約させ、介護負担を分かち合うなどの工夫をすることで、最期まで自宅で過ごすことが可能となるのである。

4・レスパイトケアによって介護を行う家族を支える

家族は患者を介護する立場であると同時に、ケアを必要としケアを受ける立場であることも忘れてはならない。介護を行う**家族への支援体制を見極める**必要がある。最近では老老介護などにより介護者が孤立し、大きな心身の負担を強いられることも多い。介護する家族の心身の負担が過重となる場合には、入院や介護保険サービスの活用による**レスパイトケア**により、家族の休息や気分転換を図る。最期まで自宅で過ごしたい患者・家族の希望であっても、家族が介護負担による疲弊や死別への悲嘆が強いことなど、在宅介護が立ちいかない恐れがある場合には、速やかにレスパイトケア目的の入院などを検討していく。

5・多職種・多機関内で情報共有を円滑に行う

在宅では、多職種・多機関で構成されたチームでケアを行うことが多い。特に終末期がん患者の心身の状況は日々変化し、時を逃さず、情報共有する必要がある。しかし、所属するチーム以外の職種や多機関と情報共有を図ることは容易ではない。病院に所属するソーシャルワーカーは、患者・家族の自宅などでの状況を在宅ケアチームとコミュニケーションを図りこまめに把握し、入院が必要なときには、円滑に移行できるよう**院内スタッフと在宅ケアチームをつなぐ**。また、ソーシャルワーカーの立場から、医療と介護の連携の状況を把握し、情報共有が不十分な場合には、紹介し情報共有をうながし、在宅ケアチームを支援する必要がある。今後は更に多職種・多機関の連携を強化するため、安全でタイムリーな情報共有システムが求められる。

がん・緩和ケア領域のソーシャルワーカーのためのスキルアップセミナー

開催年	開催日	セミナーテーマ
	会場	基調講演演者：所属（開催時） 講演タイトル

2006	5月14日 東京（国立がんセンター-中央病院）	がん患者・家族の心理社会的支援 —ニーズのアセスメントとその支援— 石谷邦彦 先生：東札幌病院 理事長 対象者理解のためのオンコロジー講座 —オンコロジストからみた心理社会的支援の意味—
	11月26日 山口（ばるる）	
2007	5月13日 札幌（教育文化会館）	がん患者・家族の心理社会的サポート —カウンセリング技法と家族力動への理解— 1. 石垣靖子 先生：東札幌病院 名誉ホスピス長 緩和医療：医療と福祉の融合の実践 —ホスピス看護の立場から— 2. 佐伯俊成 先生：広島大学 医学部 総合診療部 がん患者家族のサポート：家族の力動的理解 —サイコオンコロジーの立場から—
	11月17・18日 大阪（新大坂丸ビル）	
2008	6月7・8日 大分（ビーコンプラザ）	がん患者と家族中心の地域連携とネットワーキング 志真泰夫 先生：筑波メディカルセンター病院 茨城県地域がんセンター 緩和医療科 地域における緩和ケア—がん対策基本法と地域緩和ケアネットワーク—
	11月22・23日 金沢（石川県文教会館）	
2009	10月17・18日 神戸（兵庫県民会館）	がん患者と家族の心理社会的サポート —ソーシャルワークスキルとしてのカウンセリング— 渡辺正 先生：公立学校共済組合 東海中央病院病院長／日本死の臨床研究会 代表世話人 ホスピス緩和ケアの理念・チームアプローチ・ソーシャルワーカーへの期待
2010	11月20・21日 高知（近森病院会議室）	がん患者・家族の心理社会的アセスメント —ソーシャルワークアセスメントから援助展開へ— 山口龍彦 先生：高知厚生病院 副院長／日本死の臨床研究会 中国・四国支部長 緩和ケアで大切にしたいこと —ホスピスマインド—
2011	12月10日 静岡（もくせい会館）	緩和医療のMSW 現任者教育 —共育：伝える・育ちあう— 木澤義之 先生：筑波大学 医学医療系臨床医学 地域緩和医療学 現任者教育の在り方 医療現場で効果的に学び、教えるためには？
2012	7月1日 山形（滝の湯）	患者と家族の苦悩によりそうアプローチ —予期悲嘆・死別後悲嘆— 大西英樹 先生：埼玉医科大学国際医療センター 精神腫瘍科 死別喪失の苦悩へのアプローチ
2013	10月12日 鹿児島（天文館ビジョンホール）	緩和ケアネットワーク —気持ちや暮らしをつなぐ連携のために— 矢津 剛 先生：矢津クリニック／ひと息の村 村長 地域緩和ケアを支えるネットワーク —気持ちや暮らしをつなぐ地域力—
2014	10月12日 京都（メルパルク）	かけがえのない時を大切に過ごすための意思決定支援 細川豊史 先生：京都府立医科大学大学院 疼痛・緩和医療学講座 京都府立医科大学附属病院 疼痛緩和医療部・疼痛（ペインクリニック）・緩和ケア科 かけがえのない時間を過ごすための早期からの緩和ケア —知ってほしい痛みの話—
2015	10月25日 長野（松本商工会議所）	地域包括ケア時代の緩和ケアを考える 秋月玲子 先生：厚生労働省 健康局 がん・疾病対策課 がん対策推進官 がん対策において ソーシャルワーカーに期待されること —緩和ケア、地域連携を中心に—

評価委員

志真 泰夫 | 公益財団法人 筑波メディカルセンター 代表理事

矢津 剛 | 医療法人 矢津内科消化器科クリニック 院長

河 正子 | NPO 法人 緩和ケアサポートグループ 理事長

二見 典子 | 一般社団法人 いいケア研究所 代表理事

緩和ケアについて理解を深めるために

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会

リンク集 <https://www.hpcj.org/other/link.html>

特定非営利活動法人 日本緩和医療学会

緩和ケア関連リンク

<http://www.jspm.ne.jp/link/index3.html>

リンク集 関連学会研究会リンク

緩和ケア・患者さん家族に役立つリンク集

<http://www.jspm.ne.jp/link/index1.html>

http://www.jspm.ne.jp/pub_link/index.html

関連団体リンク

海外リンク

<http://www.jspm.ne.jp/link/index2.html>

http://www.jspm.ne.jp/link/index_oc.html

<OPTIM> 緩和ケアを知る 100冊 <http://www.seirei.or.jp/optim/general/detail.html>

http://www.seirei.or.jp/optim/general/pdf/detail_data01.pdf

緩和ケアにおける ソーシャルワークの手引き

ワーキングメンバー & 著者一覧

- 池山 晴人 | 大阪国際がんセンター がん相談支援センター
副センター長 / 医療ソーシャルワーカー
- 太田 多佳子 | 松山ベテル病院 医療相談室・地域医療連携室
主任 / 医療ソーシャルワーカー
- 橘 直子 | 総合病院山口赤十字病院
医療社会事業係長 / 医療ソーシャルワーカー
- 田村 里子 | 一般社団法人 WITH 医療福祉実践研究所 がん・緩和ケア部 部長
北星学園大学 非常勤講師 他
医療ソーシャルワーカー
- 福地 智巴 | 静岡県立静岡がんセンター / Maggie's 東京
一般社団法人 WITH 医療福祉実践研究所 他
医療ソーシャルワーカー / 契約心理カウンセラー
- 横山 幸生 | かとう内科並木通り診療所
医療ソーシャルワーカー / ボランティアコーディネーター

編 者 | 田村 里子・福地 智巴

デザイン | よしのまゆみ (まゆみデザイン)

発行日 | 2018年3月1日





*Guide to social work
in palliative care*



ホスピス財団

公益財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

この冊子は、2017年度 公益財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の助成をうけて作成しました