

研究報告

終末期ケアにおけるIPWとソーシャルワークの機能

上山崎悦代

兵庫医療大学共通教育センター

Interprofessional Work and Social Work Functions in End-of-Life Care

Etsuyo KAMIYAMASAKI

General Education Center, Hyogo University of Health Sciences

抄 録

終末期ケアでのIPWにおけるソーシャルワークの機能を検討することを目的に、現に終末期ケアに従事するソーシャルワーカーを対象にインタビュー調査を実施した。

内容分析の結果、具体的なソーシャルワークの機能として、家族に対する丁寧な支援、医療現場・医療職と日常生活の間を繋ぐ、地域社会への働きかけ、などが確認できた。また、多職種による終末期ケアがうまく展開できるように下支えする役割も抽出できた。一方、終末期ケアに関する教育機会は乏しく、積極的な関わりを躊躇うジレンマが見受けられた。

終末期ケアにおけるIPWにおいて、より一層ソーシャルワーク機能を発揮するための課題としては、終末期ケアに関する教育機会の整備等が挙げられる。

キーワード：IPW、終末期ケア、ソーシャルワーカー

Key words：Interprofessional Work, End-of-life Care, Social Worker

I はじめに

わが国の年間死亡者数は、2010年では約120万人だったが、団塊の世代が80歳以上となる2030年には160万人を超える見通しとなっている。多死亡社会の到来を迎える今日において、また地域包括ケアの推進が展開される中、終末期ケアの実践や質的保証が一層問われてくるだろう。

終末期というデリケートなケアの場面では多様な価値観の導入が必要とされており¹⁾、医療職や

福祉職などの複数の専門職者による多職種連携（Interprofessional Work；IPW）が不可欠である。一方で、医療的な課題が多くなる場面では医療職の役割がより大きく目立つ。正司は、緩和ケア領域においてソーシャルワーカーが医療チームの一員として従事しているにも関わらず、その業務や役割が必ずしも明確になっているとは言えないことを指摘している²⁾。

複雑化かつ多様化する生活課題に対応しつつ、その人らしい人生の最期を支える上で、ソーシャルワーカー（以下、SWr）の果たす役割は大きい。現在、

SWrの国家資格の1つである社会福祉士養成について、教育カリキュラム改正の議論がなされている。ここでは、地域包括支援と地域共生社会の実現を目指したソーシャルワーク機能の強化を想定しており、SWrには複合化・複雑化した課題に対応するため多職種連携・多機関協働による支援を行うことが期待されている³⁾。終末期ケアへの直接的な言及はないものの、「人生の最期までその人らしく地域の中で暮らし続けられること」という地域包括ケアシステムの理念が強調される中、終末期ケアにSWrの関わりがこれまで以上に求められていると考えられるだろう。

しかしながら、終末期ケアにおけるソーシャルワークやSWrに着目した研究は少なく、更に、IPWを基盤としたものになるとほとんど見受けられない現状がある⁴⁾。そこで本研究は、現に終末期ケアに従事するソーシャルワーカーを対象にインタビュー調査を行い、終末期ケアにおけるIPWを展開するうえで必要とされるソーシャルワーク機能を検討することを目的とした。

なお、本稿では、調査対象者自身の考えや捉え方を重視する観点から終末期ケアを厳密には定義していないが、日本エンドオブライフケア学会によるエンドオブライフの定義「すべての人に死は訪れるものであり、年齢や病気であるか否かに関わらず、人々が差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考え、最期までその人らしい生と死を支えること、ならびに生と死を見送った家族が生きることを支えるケア」⁵⁾と同義と捉えることとする。

I 対象と研究方法

1. 研究の対象

本研究の対象は、A公益財団法人内の医療機関、介護老人保健施設、居宅介護支援事業所、看護小規模多機能型居宅介護で、現に終末期ケアに従事しているソーシャルワーカー5名である。

終末期ケアの場は多岐にわたる。そのため、出来るかぎり実践の場の多様性が担保されるよう、急性期から在宅ケアまで包括する医療・福祉サービスを提供しており、本研究の主旨に賛同を得られたA法人の職員を対象とした。なお、個別の調査対象者の選定は、同法人に委託した。

対象者の相談援助職としての経験年数は平均10年で、中堅から管理職相当の職位にあり、内4名は社会福祉士有資格者である。

調査は2018年2月に対象者を一堂に集め、フォーカスグループインタビューを90分実施した。

2. 研究方法

研究方法は、グループインタビュー調査による内容分析とした。グループインタビューは、質的研究法として有効であるとされ、その目的は「対象者のなまの声を体系的に整理する」、「テーマの背景にある潜在的・顕在的情報を把握する」、「どのようなニーズや意見を持っているか明らかにする」などである⁶⁾。本研究でも、SWrの持つ多様な意見を集約することで様々な情報を把握し、潜在的・顕在的情報を探索的に整理することから、この方法を採用した。

調査内容は、研究目的に照らし、①終末期ケアのIPWでSWrとして工夫している点や課題、②終末期ケアのIPWにおいて他の職種からSWrに求められていると思うこと、③終末期ケアのIPWを推進する為にSWrに必要な教育・研修について、の3点である。

また、発言内容はすべて逐語録化し、質的データとしたうえで内容分析を行った。具体的には、冷水⁷⁾や篠田⁸⁾の分析方法を参考に、次の3段階で実施している。①テープ起こしで作成した逐語録をもとに、重要な意味を持つものを拾い「コード化」する、②コード化したものを更に類似性の強いもの同士でまとめ「サブカテゴリー」を生成する、③「サブカテゴリー」の意味内容を検討し更に類似性の高いもので集めて「カテゴリー」化する。調査中は対象者の表情や会話の流れなどをノートに記録し、発言される言葉の意味解釈に役立てた。さらに、分析の途中で解釈のずれが生じていないかをチェックするために、調査対象者への追加確認作業を複数回実施した。①～③のプロセスは何度も繰り返すことで、分析者の独断や恣意的判断を排除し、質的分析の信頼性と妥当性を確保するよう努めた。

3. 倫理的配慮

本研究は、「日本社会福祉学会研究倫理指針」、「日本福祉大学大学院倫理ガイドライン」に準拠し実施した。研究対象者には、研究目的、データの処理方法等を記載した文書を事前に示し、書面にて同意を得たうえで、同意撤回の自由についても説明した。また、個人情報保護の観点から、調査中は個人情報は一切明示されないよう個々を番号で呼称し、データは厳重に保管した。

Ⅱ 結果

逐語録の内容分析の結果、表1に示すように199のコード、39のサブカテゴリーで構成する11のカテゴリーを生成した。以下、結果の一部について、カテゴリーを【 】, それに属するサブカテゴリーを<>、コードを“ ”で表記する。なお、コードは一部を例示している。

コード数が最も多く抽出されたのは【家族に対して丁寧に関わる】に属するもので53コードあった。ここでは主に、看取りに関して大きな不安を抱える家族に対し、ソーシャルワーカーが丁寧に関わりを持つ姿が確認できた。例えば、“できるだけ噛み砕いてご家族に伝えていくことだと思っています”に代表されるように、<家族に対して丁寧に伝える>ことで、じっくりと家族に向き合う取り組みを実践していた。そして、“とにかくどうしてよいかわからないというご家族も多いので寄り添って聞き出してあげる、それを代弁”するという<家族の思いを代弁する>ことをしていた。さらに、“家族の漠然とした不安を整理していくこと”を通して、“家族の意思を確認する、傾聴するという面ではソーシャルワーカーが一番適している”と感じながら、<家族の思いを丁寧に確認する>実践があった。

一方で、“在宅ではご家族の思いとご本人の思いがずれることも結構多くて、さらにご家族の中でもずれる”という状況の中で、“なかなか踏み込めない場合もあり悩む”という<家族の中でもケアに対する思いにギャップがある>場面も見受けられた。また、家族は“在宅死とか死に対するイメージが持ちにくい”ため“いざそういう状態になると、どうしてもパニック状態になるご家族もある”。そのためSWrは、<家族は看取りケアをイメージできない>ことを見据えて、一層丁寧な関わりが必要と認識していた。さらにそれは、専門職ばかりではなく地域住民も含めて、<家族を地域で支える視点を持つ>ことも大切だと捉えていた。

また、地域包括ケアの考え方についての発言では、“医療者や現場サイドの人間はそういう意識を持つのですが、ご家族までに浸透するのはまだまだ時間がかかる”との認識もあり<家族と専門職との考えに差が生じる>状況があった。さらに、“本人が亡くなると、必ずそこには残された家族がいらっしゃる”が、“家族にとって果たしてこれでよかったのかということ聞き取る機会もなかなかない”として、<看取り後の

家族の気持ちを捉える>ことが十分にやれていないことをSWrは気にしている様子だった。このような状況を鑑みると、“ご家族が取り残されないためのつながり方が必要で、それに関する情報収集も非常に大事”という思いから、<家族に対するケアのあり方を理解する>ための学びの場を得たいと考えていた。

家族に関連することであれば、30コードで構成する【本人と家族の思いに臨機応変に対応する】というカテゴリーも生成できた。

サブカテゴリーは、<本人と家族の思いにギャップがある>ことや<本人の意思確認が難しい>こと、さらには、<本人より家族の思いが優先される>、<本人家族に対する遠慮がある>等、終末期ケアの現状が抽出された。そのためSWrは、“家族のどの方をキーパーソンにしてご本人の生涯を支えていけばいいのかという判断が非常に難しい”状況に苦慮していた。その中であって、例えば看護小規模多機能型居宅介護のSWrは“「当事業所としてどこまでできるか」ということを理解されていない部分もある”ため、<本人と家族に対して丁寧に説明する>ことでケアへの理解を促していた。そして、何よりも“本人も家族も家にいることは不安”であり“在宅に不安を感じる方というのは、ほとんどの場合、在宅医との関係ができていない”として<在宅ケアに不安を感じる本人や家族の存在>を認識しながら、この不安を少しでも解消できるように各方面に働きかけていた。

次にコード数が多かったのは、【医療現場・医療職と日常生活の間を繋ぐ】で、36コードが抽出された。例えば“医師の話がスムーズに理解できる方ならよいけれど理解するのが難しい方も多い”ため、<医療職と本人・家族の間を調整する>ことで、本人・家族と終末期医療を結び付ける役割を担っていた。また、本人・家族のほうから、医療職との“「間に入って話をしてくれないか」とおっしゃる”こともあり、そのニーズに応えていた。そこには“医療以外の側面のサポートに絶対に入らないと成り立たない”というSWrの強い意思が感じられ、<医療職とは違う立ち位置でサポートする>福祉職としての意気込みが見られた。さらに、“体のことだけでなく、その人の生活全般にかかわる部分での情報を知っておくことがやはり必要”なので<生活全般に関わる>職種としての専門性を発揮していた。また、在宅ケアを希望する本人・家族に対しては<在宅看取りの前段階を支える役割がある>として、希望を叶えるための土壌づくりをしていた。

このような役割を鑑みると、ソーシャルワークは

表1. カテゴリー、サブカテゴリー、コードの関係

| カテゴリー | サブカテゴリー | コード(例) |
|-------------------------|------------------------|--|
| 多職種で終末期ケアを支えられるよう調整する | 多職種の意見を集約、整理、共有する | 各専門職から出た意見を集約して、そのなかでどの方向がベストなのかということを決定していく それぞれの話を集約できるのがソーシャルワーカーかなと普段から感じています 各専門職の情報・つながりは持っていなければなりません |
| | 終末期ケアの捉え方は人によって異なる | 考え方や捉え方も、経験年数や個々の考え方により異なる |
| | 医療職とは違う立ち位置でサポートする | 医療以外の側面のサポートに絶対入らないと成り立たない |
| | 医療職と本人・家族の間を調整する | 医師の話がスムーズに理解できる方ならいいけれど、なかなか理解するのが難しい方も多い 「間に入って話をしてくれないか」とおっしゃる もう一つ前の段取りをする、調整する立場 |
| 医療現場・医療職と日常生活の間を繋ぐ | 在宅看取りの前段階を支える役割がある | その土壌をつくるのが一番大事 「病院以外のところで最期を迎えることが、ある種、ご本人の今の生活や状況から見て有益である」と思ってもらえるまでの話ができること |
| | 何でもできることが強み | 広げようと思えばどれだけでも広げられるので、そこが強み |
| | 何をすべきか見えずらい | 逆に言うと、何をしなければいけないのかが見えてこない これだけ幅広く漠然としたなかではどうするか |
| | 生活全般に関わる | 体のことだけでなく、その人の生活全般に関わる部分での情報を知っておくことがやはり必要 |
| 複雑かつ多様な課題に対応する | 経験だけでなく感覚を磨くことが必要 | センスが必要なかもしれない |
| | 経済面での不安に対応する支援 | お金の面などいろいろなことで不安に思っておられる方が結構いらっしゃる |
| | 複雑な課題を持つ人に関わる | ソーシャルワーカーは、どちらかというところ、ご家族のなかでも精神疾患を持っておられる方やちょっと混乱を招くようなご家族などには割り切らべったり付く ソーシャルワークの場面というのはいくつにも違う |
| | マニュアルで動くことができない | 「そのときにはこういうふうやりなさい」というマニュアルはない |
| 家族に対して丁寧に関わる | 家族に対するケアのあり方を理解する | ご家族が取り残されないためのつながり方が必要で、それに関する情報収集も非常に大事で、専門職としてそういう面にも目を向けていかなければいけないだろうとは思っています |
| | 家族と専門職との考えに差が生じる | 医療者や現場サイドの人間はそういう意識を持つのですが、ご家族まで浸透するにはまだ少し時間がかかるだろうと、そういう差を感じています |
| | 家族に対して丁寧に伝える | できるだけ噛み砕いてご家族に伝えていくことだと思っています とにかくどうしたらいいのか、わからないというご家族も多いので、寄り添って聞き出してあげる、それを代弁してあげる感じ |
| | 家族の思いを代弁する | 家族にも言えない、他の職種にも言えないということで、「ちょっと話をゆっくり聞いてほしいわ」とおっしゃる方が多い 家族の意思を確認する、傾聴するという面ではソーシャルワーカーが一番適している |
| | 家族の思いを丁寧に確認する | 家族の漠然とした不安を整理していくこと |
| | 家族の中でもケアに対する思いにギャップがある | 在宅ではご家族の思いとご本人の思いがずれることも結構多くて、さらにご家族のなかでもずれる なかなか踏み込めない場合もあり悩む |
| | 家族は看取りケアをイメージできない | 家であれ病院であれ亡くなる場面を体感しておられない方が多い 在宅死とか死に対するイメージが持ちにくい いざそういう状態になると、どうしてもパニック状態になるご家族もある |
| | 家族を地域で支える視点を持つ | 「介護しているご家族を地域で支えてあげること、見守ってあげることが大事だ」という話をしてしています |
| | 看取り後の家族の気持ちを支える | 本人が亡くなると、必ずそこには残された家族がいらっしゃる 家族にとって果たしてこれでよかったのかということを開き取る機会もなかなかない |
| | 在宅ケアに不安を感じる本人や家族の存在 | 本人も家族も家にいることは不安なのです 在宅に不安を感じる方というのは、ほとんどの場合、在宅医との関係ができていない |
| 本人と家族の思いに臨機応変に対応する | 本人と家族に対し丁寧に説明する | 「当事業所として、どこまでできるか」ということが理解されていない部分もある |
| | 本人と家族の思いにギャップがある | 家族は「点滴もしてほしい、栄養も入れてほしい、管を付けたい」と思い、一方、ご本人は「もう食べません、要りません」と思っている |
| | 本人の意思確認が難しい | はっきりとご本人の思いが確定しないことが結構あって、「もう、どうしていいかわからない」という感じ ご本人の思いよりは、ご家族の思いがどうしても優先されてしまうケースが多かったです |
| | 本人の思いより家族の思いが優先される | 家族のどの方をキーパーソンにしてご本人の生涯を支えていけばいいのかという判断が非常に難しい |
| 地域の特性を活かした支援を展開する | 本人の家族に対する遠慮がある | 在宅で看ることが家族の迷惑になってしまう、とおっしゃる患者さんも確かに私は見えています |
| | 地域住民に働きかける | 窓口に行けない方、窓口を知らない方に対しては、啓発するなど、地域にはいろいろな方法で力を入れていかなければいけない |
| 他の専門職によるサポート体制を活用する | 地域の社会資源や情報の引き出しを持つ | 顔の見える関係をつくっておけば、必要な社会資源を紹介することはできる |
| | 他の職種が中心となって終末期ケアを展開する | 終末期ケアの中心になっているのは、ソーシャルワーカーというよりも、施設のケアマネジャー 看取りのケースではかなり頻繁に訪問しますが、毎日行くことは難しいので、入っておられる看護師さんやヘルパーさんに逐一状況を教えてもらえるように働きかけている 途切れないように最後までつながっていられるように心掛けています 普段のケアは看護師やケアワーカーが担当 |
| 医療職が中心的な存在となる | 他の専門職に支援を委ねる | 「他の専門職の人に任せてしまえばいい」という感覚が持てるかどうか。自分がどの時点で引き継ぎをして、どの時点で関わりを持つのか。そういうことが見えるようになることが必要 ワーカーという看板と、ナースという看板では(反応が)違う |
| | 医療職の発言力と発信力は強い | 「支える」とかいう仕事は矢面に出にくいことなので、本来はどちらも大事なのですが、医療のほうが目立ってしまう |
| 体制整備や社会資源の不足がある | 在宅看取りは少ないのが現状 | 「在宅看取り」が国からは推進されていますが、実感としては、なかなか家で看取るケースは少ないのが現状 |
| | 社会資源や体制には限りがある | 施設とか資源とかの問題があります。 |
| 専門職としての力量が不足する | 医療的なことには自信が持てない | 医療的なことについて発言する自信がなかったりする |
| | 個々でケアの力量に差がある | 事業所内でも同じ方向で、同じ力量でケアできないという現状があります |
| SWrとしての力量を高めるための場が必要となる | 自分の立ち位置を確認できる機会があること | 自分の立ち位置を知ることかもしれない |
| | ケアを振り返る場があること | すべて抱え込まないように、うまくストレスマネジメントができることが大事 振り返りの事例検討会なども実施している |
| | 多職種で意見を共有する | 地域の、いわゆる各病院の多職種が集まって退院支援への関りの仕方を皆で学んでいく |

“広げようと思えばいくらでも広げられる”ため、**<なんでもできることが強み>**となっていた。一方、“これだけ幅広く漠然としたなかではどうするか”など**<何をすべきか見えづらい>**状況にもあり、どこまでソーシャルワークの機能を発揮すべきか、という迷いがあることが明らかとなった。

SWrの役割として常に取り上げられることとして、「繋ぐ、あるいはネットワークを活用する」ということが挙げられる⁹⁾。それがよくあらわれていたのが20コードで構成する【多職種で終末期ケアを支えられるよう調整する】である。終末期ケアに対しては“考え方も捉え方も経験年数や個々の考え方によって異なる”わけなので**<終末期ケアの捉え方は人によって異なる>**状況にある。それゆえ、“各専門職から出された意見を集約して、その中でどの方向がベストなのかということを決めていく”ことをし、“それぞれの話を集約できるのがソーシャルワーカーかなと普段から感じて”、**<多職種の意見を集約、整理、共有する>**ことをしていた。そしてSWrは、各専門職の“情報・つながりはもってなければなりません”とあるように、職種を超えた関係づくりを積極的にしていた。

SWrが伝統的に担ってきた**<経済面での不安に対する支援>**への対応や、“ご家族の中でも精神疾患を持っておられる方やちょっと混乱を招くようなご家族には割とべったり付く”ことで**<複雑な課題を持つ人に関わる>**し、【複雑かつ多様な課題に対応する】ことをしていた。このカテゴリーは7コードで構成している。これらの課題に対しては“「そのときはこういうふうにやりなさい」というマニュアルはない”ため**<マニュアルで動くことができない>**。それゆえ、SWrには“センスが必要なかもしれない”し、**<経験だけではなく感覚を磨くことが必要>**との認識も示していた。

その他には、“窓口に行けない方、窓口を知らない方に対しては、啓発するなど、地域にはいろいろな方法で力を入れていかなければいけない”し、“顔の見える関係を作っておけば、必要な社会資源を紹介することはできる”として、**<地域住民に働きかける>**ことや**<地域の社会資源や情報の引き出しを持つ>**など、5コードから成る【地域の特性を活かした支援を展開する】というメゾレベルの機能も確認できた。ソーシャルワーク実践では、個人・家族に対するミクロレベルの支援から、制度政策や国家に対するアプローチであるマクロレベルの支援までであるが、ここでは特に、地域社会に向けた働きかけであるメゾレベルの支

援を大切にしているSWrの姿があった。一方で、現場の実感としては政策的な誘導があっても**<在宅看取りは少ないのが現状>**で、**<社会資源には限りがある>**ため、【体制整備や社会資源の不足がある】現状が課題となっていた。これは7コードで構成された。

また、SWrが終末期ケア展開するうえでは、十分な【他の専門職によるサポート体制を活用する】(15コードで構成)ことがポイントとなっていた。例えば“「支える」とかいう仕事は矢面に出にくいことなので、本来はどちらも大切なのですが、医療のほうが目立ってしまう”ことや、“ワーカーという看板と、ナースという看板では(反応が)違う”など**<医療職の発言力と発信力は強い>**という思いが見られた。これは、【医療職が中心的な存在となる】(7コードで構成)との認識につながっていたが、それを否定的に捉える向きはなく、**<他の職種が中心となって終末期ケアを展開する>**ことを下支えしつつ、自分たちの関わりが“途切れないように最後までつながっていられるように心掛けています”といった工夫をしていた。一方、どこまでも広げられる可能性があるソーシャルワークにおいて、“「他の専門職に任せてしまえばいい」という感覚が持てるかどうか。自分がどの時点で引き継ぎをして、どの時点で関わりを持つのか。そういうことが見えるようになることが必要”として**<他の専門職に支援を委ねる>**ことも大切だと語られていた。

以上のように、ソーシャルワーク機能を発揮しながら様々な支援を展開するSWrの姿が見受けられた一方で、いくらかの課題も確認できた。

例えば、インタビューの全体を通して語られていたこととして、“医療的なことに発言する自信がなかったりする”など**<医療的なことには自信がもてない>**状況で、**<個々でケアの力量に差がある>**ことへの懸念があった。“終末期ケアの中心になっているのはソーシャルワーカーというより施設のケアマネ”で、普段のケアは“看護師やケアワーカーが担当”する中、**<他の職種が中心となって終末期ケアを展開する>**ことが多く、直接的ケアに関わる機会が他の職種、特に看護職や介護職と比して少ない状況も影響していた。そのため、SWrには【SWrとしての力量を高めるための場が必要】だと感じていた。このカテゴリーは12コードで構成しており、例えば、終末期ケアではストレスを感じる場面が多いとの語りの中から、“すべて抱え込まないように、うまくストレスマネジメントができることが大事”とし、IPWの中で**<自分の立ち位置を確認できる機会があること>**を求めている。

また、多職種による“振り返りの事例検討会を実施”する等<ケアを振り返る場があること>や<多職種で意見を共有すること>が大切だと感じていた。

Ⅲ 考察

以上のように、終末期ケアでのIPWの場面ではソーシャルワーク機能を発揮した支援が展開されていた。それは、利用者や家族に対して直接的・間接的に関わりを持ち、ケアを担う一職種としての役割を果たしていた結果と考えられる。これらを踏まえ、ソーシャルワークの機能について次の3点から考察する。

1) 医療職とは異なる立ち位置で関わるSWrの存在意義

SWrが行っていたことのひとつに、本人、特に家族に対して丁寧に関わる支援であった。本人への直接的ケアが他の職種と比して少ない分、本人を取り巻く環境、とりわけ家族に対するサポートを細やかに実践していたと考えられる。終末期にある本人の傍に寄り添う家族だからこそ抱える不安に寄り添い、意見が異なる家族間の調整、家族内の危機に介入しながら、家族・本人を包括的に支える役割を担っていた。

片岡¹⁰⁾は、特定機能病院に勤務する医師、看護師等の医療職を対象とした調査の中で、終末期ケアにおける医療福祉課題の一つとして家族関係の調整を挙げている。医療職は、終末期ケアでの告知や病状説明などにおいて家族関係の調整に関する必要性を感じているものの対応できていないと捉えていることや、告知をめぐる問題、患者及び家族の抱える療養上の不安への対応などの心理的援助をSWrに期待していることを示唆している。また、2005年に正司が示した「ホスピス及び緩和ケアにおけるソーシャルワークガイドライン（試案）」でも、患者の療養に伴って生じる家族間の葛藤等に対するSWrの専門的な援助の必要性に言及している²⁾。特定機能病院やホスピスに関する調査研究と本調査との単純な比較検討は難しいかもしれないが、医療職はその特性上、本人中心の個別対応が主となる中で、SWrは、家族を含めたクライアントシステムへの支援を強く意識していると考えられる。

また、医療的ケアが増える終末期においては、今後の見通しも含めた不安や相談事が増えてくることが予想される。しかし、「本人・家族は、医療職に大勢囲まれると自分たちが本当に伝えたかったことが言えなかったりすることがある」というエピソードからも、医療職に対して本心を伝えきることができないクライ

アント像が見えてくる。そこでは、SWrが、本人・家族に代わって医療職に伝えることや、医療職の考えを本人・家族の特性に合わせた形で届けるサポートをしていた。ソーシャルワークの大きな役割の一つにこの代弁機能があることはよく知られている。鈴木は、医療ソーシャルワーカーが行うアドボカシー援助活動の構造を分析し、クライアント自身が自らの意思を伝えることができない場合、MSWが代わりに意思表示しその意向を正確に伝える役割について言及している¹¹⁾。もちろん、代弁機能はSWrだけが果たす機能とも言えず、看護師による在宅療養高齢者の代弁意思に添うために必要とする情報に関する研究¹²⁾や、代弁機能を果たすことで結果より良い終末期ケアにつながったという事例の報告などもある¹³⁾。そのため、単純にSWr固有の業務とは言えないが、本調査では、医療職には伝えづらいことについて、その思いをSWrが敏感にキャッチし代わりに医療職に届けるという役割を担っており、医療職とは違う立ち位置で関わる職種がいる意味があると考えられた。

2) IPWを下支えし地域や社会に働きかける役割

調査の中では、多職種とのつながりを大切に、多職種との連携を意識しながら、自分自身が何をしなければいけないかを整理する重要性が多く語られていた。そしてそれぞれのSWrは、よりよく多職種が連携できるように各方面に働きかけをしていた。本調査対象者は、医療機関、介護保険施設、在宅とそれぞれ少しずつ異なる領域で活動しているが、その違いに関わらず同様の意見が出ていた点は興味深い。

サブカテゴリーのひとつにある、「在宅看取りの前段階を支える役割がある」は、在宅看取りを目指していく中で、医師、看護師等が在宅ケアの話をする際、本人・家族がそれをよりわかりやすく理解できるように予め情報提供することや、地ならしをして環境を整えていくことなどを意味している。これらは、地味で目立たないかもしれない。しかし、医療職が本人・家族に働きかけがしやすいように整える、いわば「IPWを下支えする職種」がいることは、円滑IPWには有用なことと思われる。

また、地域の各関係機関との調整役となって、様々な社会資源をつなぐことができるのもSWrの強みと言えるだろう。フォーマル、インフォーマルを問わず、多様な社会資源と繋がる事は、自らの所属する組織内の連携だけでなく組織外との連携を広げることとなる。そして、各方面に顔の見える関係を作っておくことで本人・家族に必要なものを届けることができる。

同時に、繋がっていない社会資源や、そもそも社会資源がない場合にはこれを作り上げるように働きかけることは、SWrが大切にしてきた専門性の一つである。本調査でも「なんでもできることが自分たちの強み」として、幅を広げて多様な人や場につながり、新たな資源などを作っていくとするSWrの実践が見て取れた。2014年に示された新しいソーシャルワークの定義（グローバル定義）では、ミクロレベルでの個人的な問題に対する課題解決を重視したものから、よりマクロレベルでの社会変革・社会開発の重要性が指摘されている¹⁴⁾。終末期ケアにおけるIPWの場面でも、メゾレベル・マクロレベルでのSWrの役割が期待されるだろう。

3) 終末期ケアに関する教育の機会の必要性

本調査の対象者は、終末期ケアのIPWを展開するにあたり、専門職としての力量が不足すると感じSWrとしての力量を高めるための場が必要と考えていた。実際、直近3年で終末期ケアに関する学びを得た機会は最大2回、IPWに関しても3回となっており、全く学びの機会を得ていない対象者もいた。今回の結果のみをピックアップして考えることはできないが、終末期ケアについて体系的に学ぶ機会がないことはこれまでの研究においても整理されており⁴⁾、自信をもって積極的に終末期ケアに関わりづらいつというSWrのジレンマが見えてくる。

佐藤は、高齢者施設のSWrを対象とした調査を通して、SWrが手探りの状態でケアに関わっている可能性¹⁵⁾や、SWrは自分たちが当事者の死を支えていること自体をあまり意識化していないことを指摘している¹⁶⁾。そのため、ソーシャルワークにおいて終末期ケア実践者の教育・育成は社会からの要求や制度政策からみても必要不可欠であると述べている¹⁷⁾。

藤井は、死に向き合うソーシャルワークの専門教育において特に重要なのは、スピリチュアリティを含めた人間理解であるとし、死生観に関する教育の重要性を指摘している。また、これらの教育は、大学等だけでなく現任者への継続教育も必要で、実践を語り合うソーシャルワーカー同士のセルフヘルプ的な場も必要だとしている¹⁸⁾。一方、終末期医療・看護の授業の有無と医学生の死生観との関連を分析した平川らの研究によれば、医学科で行われている終末期医療・看護に関する授業が医学生の死生観形成に十分に影響を与えているとは必ずしも言えないとの指摘もある¹⁹⁾。

そのため、どのような教育の方法や内容、場が良いのかという議論はあるだろうが、SWrに対する終末

期ケアや看取りに関する教育の機会の必要性は一定のコンセンサスを得られるものと考えられる。正司らの緩和ケアに関わるSWrを対象とした教育・研修ニーズの調査によれば、研修方法として、事例検討や心理社会的支援職種との合同研修を望む声が高かった²⁰⁾。本調査でも、多職種で意見を共有する場を大切にしている声が多く、先の調査と共通する。

多職種で学びあうということは、多職種連携教育（Interprofessional Education=IPE）として展開できる可能性がある。IPEは、「専門職間の協働とケアの質を高めるために、2つ以上の専門職が、お互いからお互いについて学び合う機会」²¹⁾とされているため、この定義に沿って、多職種が集う場を作ることが大切と考えられる。このことは、日々のIPWの場をIPEとしても展開することできるのではないだろうか。具体的には、日常の終末期ケアを主題とした多職種でのカンファレンスや事例検討会などが挙げられる。これらを業務と関連させながら、SWrに対する終末期ケアの教育機会が整えられる必要があるだろう。

本研究の限界と今後の課題

本研究は、一法人内のSWrを対象とした限定的なものである。そのため、法人理念や地域の固有性も影響していることも考えられ、これをもって一般化することはできない。また、医療機関、介護保険施設、在宅ケアの各領域のSWrに対する調査であったが、それぞれの特徴の分析には至っていない。本調査では特筆すべき特徴は見られなかったが、その理由として、同一法人であったからか、当該領域から1名もしくは2名という限定した人数の影響だったのかは明らかでない。

一方で、同一職種のみを対象としたインタビューという安心感も手伝って、SWrの実態に迫ることはできたと思われる。その意味においては、終末期ケアにおけるSWrの機能をIPWの側面から捉える基礎資料になったと考えられる。

今後は、対象者を増やし量的分析を行うこと等で内容や精度を高め、終末期ケアにおけるSWrの果たす役割を可視化していきたい。

本稿は、「日本社会福祉学会」第66回秋季大会（2018年）にて発表した内容に加筆修正を加えたものである。

謝辞

本研究に際し、全面的にご協力下さいましたA法人の皆様から感謝申し上げます。

本研究はJSPS科研費JP16K17282の助成を受けたものです。

文献

- 1) 島田千穂, 高橋龍太郎. 高齢者終末期における多職種間の連携. 日本老年学会雑誌. 2011, 48(3), p.221-226.
- 2) 正司明美. ホスピス及び緩和ケアにおけるソーシャルワークガイドライン(試案). 山口県立大学社会福祉学部紀要. 2005, 11, p.9-22.
- 3) 厚生労働省. “13回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会資料—ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等について—”. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000194330.pdf (参照2018-8-31)
- 4) 上山崎悦代, 篠田道子. 終末期ケアを中心とした多職種連携に関する教育・研修の現状と課題. 日本福祉大学社会福祉論集. 2014, 131, p.147-167.
- 5) 日本エンドオブライフケア学会. “日本エンドオブライフケア学会(Japan Society for End-of-Life Care)設立趣旨”日本エンドオブライフケア学会. http://endoflifecare.jp/wp-content/uploads/20160719_syuisyo.pdf(参照2019-01-20)
- 6) 安梅勅江. ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法—科学的根拠に基づく質的研究法の展開—. 医歯薬出版. p.128, ISBN978-4-263-23290-3.
- 7) 冷水豊. 「地域生活の質」に基づく高齢者ケアの推進. 有斐閣, 2009, p.375, ISBN978-4-641-17357-6.
- 8) 篠田道子, 上山崎悦代, 宇佐美千鶴. 終末期ケアにおける多職種連携・協働の実態—特別養護老人ホームと医療療養病床の異同を通して—. 日本福祉大学社会福祉論集. 2013, 129, p/15-38.
- 9) 社団法人日本社会福祉士会. ネットワークを活用したソーシャルワーク実践—事例から学ぶ「地域」実践力養成テキスト—. 中央法規出版, 2013, p.180, ISBN978-4-8058-3843-3.
- 10) 片岡靖子. 終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの役割と課題. 九州保健福祉大学紀要. 2007, 8, p.71-77.
- 11) 鈴木裕介. 医療ソーシャルワーカーが行うアドボカシー援助活動の構造. 社会福祉学. 2017, 58(2), p.26-40.
- 12) 高橋方子, 布施淳子. 訪問看護師が在宅療養高齢者の代弁意思に添う終末期医療の提供に必要なと認識した情報. 千葉科学大学紀要. 2017, 10, p.75-89.
- 13) 金城美紀, 新垣里奈, 大松真紀ほか. 終末期にある患者へのチームアプローチ—患者の代弁者としての看護師の存在—. 沖縄県立中部病院雑誌. 2015, 40, p.12-15.
- 14) 社会福祉専門職団体協議会国際委員会. “ソーシャルワーク専門職のグローバル定義と解説”社会福祉専門職団体協議会. [gikaihttps://www.jacsw.or.jp/06_kokusai/IFSW/files/SW_teigi_01705.pdf](http://www.jacsw.or.jp/06_kokusai/IFSW/files/SW_teigi_01705.pdf)(参照2019-01-11)

- 15) 佐藤満美. ソーシャルワークにおける終末期ケアの意義—介護老人福祉施設及び知的障害者施設職員の終末期ケアに関する意識の比較検討—. 現代福祉研究. 2009, 9,p.51-68.
- 16) 佐藤満美. 緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの役割の検討. 現代福祉研究. 2010, 10, p.89-99.
- 17) 佐藤満美. 終末期ケアにおけるソーシャルワーカーの役割に関する研究. 科学研究費補助金研究成果報告書. 2010 <https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-20730377/20730377seika.pdf>(2019年1月10日確認)
- 18) 藤井美和. 死生観に関わる教育—ソーシャルワーク教育における課題—. 社会福祉研究, 2017, 128, p.58-66.
- 19) 平川仁尚, 益田雄一郎, 葛谷雅文ほか. 終末期医療・看護に関する授業と医学生の死生観との関係. 日本老年医学会雑誌. 2007, 44 (2), p.3-25.
- 20) 正司明美. ホスピス・緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの教育研修ニーズと教育プログラムモデル. 山口県立大学社会福祉学部紀要. 2007, 13, p.139-153.
- 21) The UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education. “What is CAIPE?” <http://caipe.org.uk/about-us/defining-ipe/>(accessed : 2018-09-01)