

高齢者を対象とした在宅ターミナルケアにおける 介護支援専門員の役割

堂園 裕美^{*1}, 岡田 進一^{*2}, 白澤 政和^{*3}

^{*1}大阪市立大学大学院生活科学研究科後期博士課程

^{*2}^{*3}大阪市立大学大学院生活科学研究科

The Roles of Care Managers for the Elderly in Terminal Home Care

Hiromi DOUZONO^{*1}, Shinichi OKADA^{*2} and Masakazu SHIRASAWA^{*3}

^{*1}^{*2}^{*3} *Graduate School of Human Life Science, Osaka City University*

Summary

The purpose of the present study was to clarify the roles of care managers in terminal care. A non-structured interview was conducted on three care managers in charge of the elderly at home in their terminal period. The interview contents were recorded from text data, and a content analysis was performed to clarify the roles and to assess viewpoints of care managers in terminal care.

Six professional roles of the care manager in terminal care were shown as (1) admission, (2) support of self-determination, (3) collaboration, (4) support for family caregivers, (5) coordination of physical and economic environments, and (6) evaluation of terminal care. In addition, the findings indicated that social work was one of the foundational perspectives for care management practices in terminal care.

Keywords : 高齢者, 在宅ターミナルケア, 介護支援専門員
elderly, terminal home care, care manager

I. はじめに

2006年4月より、改正介護保険法では、特定疾病ががん末期が新たに追加され、在宅ターミナルケアにおいても介護保険サービスの利用範囲が広がった。そのため、介護保険制度の要である介護支援専門員のターミナルケアにおける役割は大きくなっていくと考えられる。他方、高齢者の多くは、自宅で死を迎えることを希望していても、実際には実現が困難となっている¹⁾²⁾。しかし、高齢者の在宅死の実現に関する調査では、福祉サービスの利用が関連要因として挙げられており³⁾⁴⁾、在宅ターミナルケアにおいて、医療だけでなく、福祉サービスの利用も重要視されている。このように、医療・介護サービスを利用しながら自宅で最後の時を過ごす高齢者の支援において、療養場所やサービス提供機関の種別を問わず、

一貫したケアの提供を保障する介護支援専門員の役割が一層期待されている。実際に、柳原⁵⁾の行った調査では、介護支援専門員の7割以上は、すでに終末期ケアを経験している。つまり、現状において介護支援専門員は、在宅ターミナルケアを担う専門職に位置づけられていると言っても過言ではない。

高齢者の在宅ターミナルケアでは、常に死と直面していながら、高齢者自身の身体状況が変化しやすいため余命予測が難しく、さらに寝たきり状態で死を迎えることが多いといった高齢者特有の終末期の特徴がある。同時に、QOLを最大限尊重し、最後の時までその人らしく生ききることを支援するといった課題も抱えている。しかし、介護保険制度下において介護支援専門員は、介護保険制度によって給付されるサービスが、ニーズに即

して効果的に提供されるよう、サービス提供の調整役として位置づけられている⁶⁾。これに対し樋口⁷⁾は、高齢者のエンド・オブ・ライフ（人生の終焉）におけるケアマネジメントでは、主な機能である「仲介・調整機能」よりも、高齢者、介護者とその関係に焦点をあて、ケアマネジャーが直接働きかける「直接援助サービス機能」と「社会資源やシステムに働きかける機能」を重視することが求められていると指摘している。つまり、在宅ターミナルケアを支援するためには、ターミナルケアの特殊性に配慮したケアマネジメントが求められているのである。

ところが、介護支援専門員の在宅ターミナルケアにおける役割の重要性が高まる一方で、在宅ターミナルケアに焦点を当てた介護支援専門員の役割に関する実証的研究はほとんど見られない。樋口ら⁸⁾は、訪問看護師を対象とした調査において、丁寧なケアマネジメントの実施が死に至るプロセスの質や介護者の満足度を高めることを示唆しているが、具体的な方法については言及していない。また、前述した柳原⁹⁾の調査では、介護支援専門員の意識調査にとどまり、在宅ターミナルケアにおいて、介護支援専門員が担う役割の抽出には至っていない。しかし、実際には担当する要援護高齢者が、そのまま終末期に移行するケースも少なくなく、現場の介護支援専門員は、手探りで在宅ターミナルケアにおけるケアマネジメントを実施せざるを得ないといった現状である。そのため、在宅ターミナルケアにおける介護支援専門員の役割を明確にすることが急務であると考えられる。

そこで本研究では、在宅ターミナルケアの経験のある介護支援専門員を対象としたインタビュー調査を行い、実際に行われた支援の中から、探索的に高齢者の在宅ターミナルケアにおける介護支援専門員の役割を抽出し、在宅ターミナルケアにおけるケアマネジメント実践のあり方を検討することを目的とする。

Ⅱ. 研究方法

1. 調査方法

a. 対象

対象となる介護支援専門員を決定する際、純粋に介護支援専門員としての役割を抽出するため、①事例を担当する以前に在宅ターミナルケアの経験があること、②訪問看護師等の直接ケアに関わる専門職との兼務でないことを条件とした。これらの条件を考慮し、対象となった介護支援専門員は3名である。最初は個人的な知り合いから調査対象者を紹介してもらい、さらにその対象者を通じて介護支援専門員

を紹介してもらう目的のサンプリングを行った。

b. データ収集方法

データ収集期間は2006年2月13日～6月13日であった。面接方法は、1事例について、利用者に関わるきっかけから利用者が死亡するまでと、その後のグリーフケアを含めての非構造化面接を行った。その際、内容の確認や不明な箇所の聞き直し以外、研究者は聞く立場を取り、対象者が考えること、感じたことをありのままに語ってもらった。また、質的因子探索型研究であることをふまえ、調査対象者の独自の視点や、表現を制限しないよう配慮した。面接時間は、62～100分行い、事例によっては、背景等の補足データを記録類から収集した。

c. 分析方法

対象者の了承を得て、ICレコーダーに録音した面接内容を逐語的に起こし、内容分析¹⁰⁾の手法をもとにコード化、カテゴリー化を行った。各介護支援専門員が語った1事例全体を文脈単位とし、1内容を1項目として含むパラグラフを記録単位とした。次に、個々のパラグラフを内容の類似性に基づき分類し、その記述に介護支援専門員の支援内容を表わすカテゴリーネームをつけた。さらに、各事例に適合するよう、サブカテゴリーの抽象度をあげ、再び類似性に従いカテゴリーとし、それぞれのカテゴリーには、介護支援専門員の役割を表わす命名を行った。分析に際しては、研究の信頼性・妥当性を高めるためスーパーバイザーの指導を受け、結果については調査対象者に確認した。

2. 用語の定義

本稿では、高齢者の在宅ターミナルケアを「死期の近い状態にある高齢者が、原因疾患の有無に関わらず、自宅において身体的状態の安定している時期から、死の間まで自らの人生を自己決定する、自律した生活を維持するための包括的なケアおよびその死後に残された者へのケア」と操作的に定義した。

3. 調査対象者の概要

対象となった介護支援専門員の平均年齢は39.3歳、介護支援専門員としての経験年数は事例当時平均2年4ヶ月であった。介護支援専門員以外の取得資格としては、A氏およびB氏は看護師であり、C氏は介護福祉士と社会福祉士である。これらの実務経験年数は平均13.7年であり、事例当時までに受け持った在宅ターミナルケアのケース数は約6～30例である。それぞれの所属機関は、

基幹型在宅介護支援センターおよび居宅介護支援事業所（ケアプランセンター）であった。事例において利用したサービスは、訪問介護、訪問看護、訪問診療、病院（通院・入院）、訪問入浴介護、通所介護、福祉用具貸与、介護タクシーであったが、調査対象者の所属機関に併設されたサービスを利用したのは、訪問介護と訪問看護のみであった。対象者3名のうち1名の所属機関に病院が併設されていたが、今回の事例では併設された病院の利用はなかった。

4. 倫理的配慮

調査対象となる介護支援専門員には、あらかじめ研究の趣旨を文章で渡し、併せて説明を加えた。研究への参加は強制されないこと、参加はいつでも取りやめることができること、一度収集したデータも不都合があった場合削除できることを告げ、同意する旨を書面で得た。また、事例に関して遺族の同意が得られていることも確認した。さらに、調査対象者自身と事例に関して、個人が特定されないようにデータを取り扱うことを告げ、承諾を得た。

Ⅲ. 結果および考察

内容分析の結果、19のサブカテゴリーが抽出され、最終的に介護支援専門員の役割として、【インテーク】【自己決定支援】【協働】【家族介護者への対応】【物理的環境調整】【ケア全体の評価】の6つのカテゴリーが抽出された。以下、それぞれのカテゴリーについて説明する。カテゴリーに含まれるサブカテゴリーは〔 〕で示す（表1）。データは「 」で記載する。

表1 支援内容に関するカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー
インテーク	ターミナルケアへの気持ちの受容
	ターミナルケアに関する事前説明と確認
自己決定支援	本人の意向の実現
	代弁
	本人・家族間調整
	選択の支援
	相互作用のアセスメント
協働	希望の拡がりの受けとめ
	チームメンバーの選択
	在宅での役割分担
	チームメンバー間の情緒的な支持の授受
家族介護者への対応	介護者のストレスの軽減
	変化のキャッチ
	リスクの予測
物理的環境調整	経済的課題
	福祉用具
	住環境
ケア全体の評価	自己評価
	家族からの評価

1. インテーク

相談や紹介を受けて、初回面接から在宅療養を始めるまでの〔ターミナルケアへの気持ちの受容〕と、利用者のニーズの明確化および、利用者・家族が合意の上で療養が継続できるように説明、確認を行う〔ターミナルケアに関する事前説明と確認〕の2つのサブカテゴリーは、実際に在宅支援にはいる前の準備段階となるため、【インテーク】と命名した。

〔ターミナルケアへの気持ちの受容〕では、相談や紹介を受けるまでの経緯を把握することによって、利用者と家族をまずは受け入れることから始めている。「長い入院生活の中で、全く家族の中の役割を喪失した状況だったので、家に帰ってももう一回自分でご飯を作りたいという希望で帰ってきたわけです。」と、利用者の在宅で過ごしたいという強い気持ちに寄り添っている。また、「〔病院から〕帰りなさいって、退院してきたときも、すごくいろんな不安を訴えて。階段は降りれない、頭は痛い、体もしんどい、悪いところ無いって言われたけど、自分は一人ではまだ無理だと思うと話されていました。」と、利用者が抱える苦痛をそのまま受け入れている。さらに、「本人、家族は病院に対して不信感が非常に強かったという感じですね。私たち全然訳がわからないままで、ということですからすごくストレスが溜まっておられて、おまけに三日くらい前に今週退院してくださいと言われて、どうしていいか分からないということで相談に来られたんです。」と、利用者と家族が混乱している状況を把握している。死や死に関連した様々な現実と直面する利用者や家族の否定的な感情を含め、受けとめる態度が信頼関係を形成し、利用者の隠された課題の姿を理解することができる¹¹⁾。紹介を受けた時点で、利用者がすでにターミナル期である場合、利用者や家族と短期間で信頼関係を結ぶことが求められる。そのため、特に利用者や家族をありのままに受け入れることが強調される。

〔ターミナルケアに関する事前説明と確認〕は、利用者と家族のこれまでの経緯を受け入れたところから、実際に持っている希望を直接確認し、在宅で利用者の望んでいる生活が始められるように調整することである。「命がけで帰ってきた奥さんを支える腹がくくれたみたいな、そこらへんの同意はだいぶ取りました。しつこいほど家族と会いましたね。医療ニーズが高い方は、初めの帰る前の面接はものすごく聞きます。思いを。予測してること、こっちが予測してること、向こうが予測すること、不安なことっていうのを全部調整してから入らないと絶対上手くいきません。」と、在宅生活を支える家族に対して、介護支援専門員側からのインフォームドコン

セントを行っている。在宅療養の移行に関連する要因として、看護師のインフォームドコンセントを徹底する態度¹²⁾が挙げられているように、支援者側の態度が、納得した在宅療養の継続に影響を及ぼしている。また、「ご本人さんの希望と、今おかれている状況を確認したいと思って病院の方に足を運ばせてもらいました。」と、直接確認しに行き、この時点での本人と家族のニーズを明確にしている。ここから、どのようなサービスを利用するのかといった具体的な環境調整や役割分担が開始となる。

在宅ターミナルケアでは、利用者や家族のニーズを充足することそのものが、人生の幕引きの準備となり、やり残したことの整理につながる。そのためには、利用者の自己実現に向けたニーズを早い段階で引き出さなければならない。ターミナルケアにおける【インテーク】では、信頼関係の構築はより重要となる。介護支援専門員の重要な役割としては、利用者、家族の生活全体を支援するために、それまでの経緯をありのままに受け入れ、在宅生活全体にわたる説明と利用者家族の意向の確認を徹底的に行うことと、これらを通して利用者・家族と良好な支援関係を形成することである。

2. 自己決定支援

〔本人の意向の実現〕のために介護支援専門員は、様々な立場からの〔代弁〕を行い、本人の希望をかなえるため〔本人・家族間調整〕を通して、家族との仲を取り持った。利用者本人に対しては利用者本人が自ら意向を実現できるように、〔選択の支援〕を行った。これらの支援を通して、介護支援専門員はさらに利用者と環境との〔相互作用のアセスメント〕も行い、希望が実現することによって、新たに表現される〔希望の拡がりの受けとめ〕がなされていた。これら一連の支援内容から表わされる、介護支援専門員の役割を【自己決定支援】と命名した。

〔本人の意向の実現〕では、決めることを体験する過程を支援している。「帰ってすぐイライラしだすんです。旦那さんが毎日お風呂はいるのがうらやましいって。」と、利用者自身が明らかになっていない、あるいは直接表現できない希望に対して以下の解釈を加えている。「命守るためにずっと生活制限されてる状況っていうのが、やっと自分の思い言えたんだろうなって。」さらに、実際に命を落とす危険性のあるケアに対しても、「こちらとしても、本人が命賭けでシャワー浴する意思があるのか不安でした。」と、介護支援専門員自身も不安を抱えながら、「ベッド上で足浴をやって、前段階としてお湯

を試してもらいました。一応成功して、二日に一回くらいシャワー浴ができるようになりました。」希望実現に向け様々な方法を模索することを通して、利用者は希望を表現することで、それを実現させることが可能であることを体験することができた。

また、別の事例でも同様に、「息子さんから、お父さんと話して、お風呂入りたいていう話をしてきた。家族としては思うことどんどん叶えてあげて欲しい、叶えてあげたいと。本人もどうなっても構わないから、お風呂入りたいていってると、希望が表現されたことに対し、「今までの話を聞かせていただくと、生きてきた物語で楽しみだったこと、今でも気持ちいい感情が残っているもの、それが温泉だったんです。」と、お風呂に入りたいていってと表現された希望を受け、どのように入浴するのかを考える手がかりとして、本人の思い出から温泉という所にたどり着いた。「温泉につかれる方法が無いかと考えて、移動入浴が一番負担ないだろうと。ちょうど温泉の湯の宅配があったんです。そこそ移動入浴の人に温泉の湯を使ってくれないかとお願いしました。」このような体験を通して、利用者は100%ではないが希望は叶う、好きなことを遠慮なく言える、自分で決めていいということや、決定後の保障を得ることができる。

〔代弁〕を行なう介護支援専門員は、利用者だけでなく、ケアに関わる人の代わりに伝える立場でもあることが分かる。「当然ね、チームの代弁者でもある。本人の代弁者だけど、本人中心だけど、実は本人も分かっていない部分もいっぱいあるんで。」「やたら言われてる、本人、利用者本位。その利用者本位も家族の形態や、関係によっては変わると思っているんですね。ポジショニングや役割も変わる。」「訪問看護師の方で、やっぱり最終的に責任がかかってくるじゃないですか。その責任かかってくることにに対して不安を感じるんですね。そこを、本人と書面書いてもいいって、そういうことで看護師さん動けるんだって言うことを理解してもらおう。板挟みになってることをご理解くださいな。」あくまで利用者本位ではあるが、代弁者としての介護支援専門員は、利用者を取り巻く人々すべての立場で代弁を行っていることが分かる。この役割は、現状を好転させるために、本人、家族、社会資源のすべてに有用なものとして働きかけるソーシャルワーカーの役割と一致している¹³⁾。

〔本人・家族間調整〕では、家族機能の変化によって力関係のバランスを崩している状態の家族に、介護支援専門員は家族間のバランス調整役として介入している。「私ね、けっこうどっちの味方もしないです。非審判的態度っていうのかな。だから、本人の味方もしないし、家族

の味方もしないけど、聴くことは聴くんですね。」納得のいく自己決定のためには、どちらか一方に力が偏ってはならない。介護支援専門員がどちらかの意見に同意することで、一方的な押し付けとならないよう関わっている。「キーパーソンがはっきりしない状態だと、家族のバランスも考えてやらないといけない。家族バランスが崩れた状況まで分析していかないと解決する問題も、解決しないのかなど。家族を支えないと、本人を支えることはできないということです。」元々、一家の大黒柱だった人が、その役割を奪われると本人だけでは決めることができなくなる。また、ターミナルケアの場合、家族の役割が多くなり、負担がかかることは避けられないため、逆に家族と一緒に選択するからこそ決められることもある。そのため、介護支援専門員は本人の力が弱まっている場合、家族全体をサポートし、力関係のバランスをとっている。

〔選択の支援〕では、利用者と家族が選択するために、サービスの必要性だけでなく、そのサービスによって被る不利益についても説明している。同時に、選択の主体者はあくまで本人であるということ、利用者と家族が認識できるような支援を行っている。「初め家族は、問題提議されるわけですよ。今の状況を。だから迷うし、泣かないといけないうきもある。でも、どうするって待ちます。で、決定してリスクも話し合っ。命に携るから、家族にからんでもらわないと、責任取れないしね。」自分で決められるまで、徹底的に付き合うという姿勢がある。また、サービスの限界を説明することで、サービス提供者に一任するのではなく、利用者・家族が主体であることが認識できるよう促している。「迷いますけど、どちらにしてもメリット、デメリット絶対あると。あなたの判断は、この部分にいい面がありますけど、デメリットとしてはこういう面がありますけど、ここは受け止められますか、という感じで考えるんですね。」サービスは、決して万能ではなく、希望通りにはならないことも伝えている。そのため、現実的でサービス利用後のイメージが付きやすくなる。このように、介護支援専門員による選択の支援によって、意思決定が促される。

〔相互作用のアセスメント〕とは、関わる人全体がお互いに影響を及ぼしていくことである。作用の方向によって、在宅生活の質を左右する。「本人の力によって、周りが変わっていったら、あれもしてあげよう、これもしてあげよう。そうすると、家族もまた巻き込まれていくってというような、いい良循環があつて。」このように、良い方向に相互作用が起こった場合は、在宅生活の質の向上に向かう。逆に、信頼関係が構築できなかった場合

の相互作用は、「どうしても、信頼関係を構築していないケアというのは、ケアにならない。いろんな話をしたとしても、あの先生信用ならないんじゃないの、といったことで話にならない。一番最初の本人の希望であった疼痛コントロールが十分できなくて、ちょっと在宅生活をこのまま続けるっていうのはどうかなって。家族に対してもちょっと負担がかかってきている。だからホスピスもちょっと考えたいということで本人の口から出てくる。」というように、在宅生活そのものの維持を困難にしていることが分かる。秋山¹⁴⁾が、「臨死患者のソーシャルワークは、患者本人と医療チームの相互関係の中で発生する問題をも分析・評価しなければならない。」と、環境との相互作用におけるモニタリングの必要性を指摘するとおり、介護支援専門員は、これら関係性のダイナミクスにも目を向けていることが分かる。

〔希望の拡がりの受けとめ〕では、「本人から、掃除はこうしてもらおうとか、こんな風に私はしたいと思ってると言われる。そうしたら、だんだんみんなアイデアが出てくるんで、部屋の周りがすごく明るくなる。(中略)で、今度ね、外に散歩行きたいっていう話になるんですよ。そう、次から次出てくる。外出したかったって。」「自分が末期の状態も分かってますし、でも帰ってきてちょっと調子も良くなってから、ちょっと期待もこめた形。温泉とかも好きだということだったんで、温泉も行きたいかな。でも、桜は見に行けるかな、温泉はやっぱり夢物語かなということを書いてはった。」自分の希望が実現する体験をすると、利用者は次の希望を具体的に表現するようになる。介護支援専門員は、利用者からの新たな希望を受け止めることにより、次の自己決定支援につなげていく。

ターミナルケアにおける【自己決定支援】では、利用者は命を守るための生活制限を強いられる中で、利用者本人の希望を実現させるといった矛盾した状況で支援を行わなければならない。このことは、利用者本人も理解しており、そのため、希望を表現することをためらわざるを得ないこともある。このようなターミナルケア特有の背景を把握したうえで、介護支援専門員は利用者の自己決定を支援している。自己決定のプロセスを通し、次の希望の表現へと向かう、意図的な働きかけを可能とするには、関わる人々との相互関係のダイナミクスにも目を向けたモニタリングが必要であり、介護支援専門員の重要な役割となる。

3. 協働

実際にターミナルケアでは、在宅生活の継続に必要な

ケアに携わる人によって、利用者の生活を支えている。より、その人らしい生活の実現、質の高いケア実践のため、介護支援専門員は「チームメンバーの選択」を行い、詳細に「在宅での役割分担」を行っている。しかし、介護支援専門員は一方的にコーディネートを行うのではなく、介護支援専門員も他のチームメンバーに支えられているという「チームメンバー間の情緒的な支持の授受」があった。これら3つのサブカテゴリーから、在宅ターミナルケアが行われている中で、介護支援専門員の役割として【協働】と命名した。

「チームメンバーの選択」は、それまでの仕事を通して知り合った人の中から、利用者の性格や生活機能（本人や家族がどのくらい役割を果たせるか）がどこまであるかを基準に選んでいくことである。全く寝たきりではあるが、自分の意思をはっきり伝えることができる利用者に対して、「本人は介護職に対する偏見があった。その中で、九州出身の人にしか出せない味付けを本人に代わって調理できる、九州出身のヘルパーさんでチームを組んでもらった。」と、単に在宅生活を維持できるだけでなく、よりその人らしい、その人の望む生活の質を基準に、チームメンバーを慎重に選択している。

「在宅での役割分担」は、在宅生活を送る上で必要な一連のケアそのものを具体的に分担するだけでなく、「訪問看護は精神的ケアを行い、訪問介護は家族にアプローチしながら本人のケアを行い、ケアマネジャーは家族間のバランスを調整する。」というようなケアプラン上には表記していない段階でも、介護支援専門員はモニタリングを通して、誰が何を担うのか把握している。また、「市に独居の人が亡くなって、お葬式をしてあげたいと言ってくれるのは、やっぱり民生委員さんでないと。私らが言っても、多分民間の営利事業所だという扱いだったと思うんです。」と、生前より自分の葬儀をして欲しいという利用者の希望を共有していた民生委員が、保険制度の中でしか動けない介護支援専門員に代わって葬儀を取り仕切っていた。このように、介護支援専門員の持つ限界や、それぞれ関わる人の専門性を見極めて、役割の分担をしていることが分かる。

「チームメンバー間の情緒的な支持の授受」では、役割分担をしていますが、実際のケアの中ではサービスに隙間ができ、その部分の充足を介護支援専門員一人では抱えきれないことも多い。その隙間を埋めるため協力してくれる、仲間としてのチームメンバーがおり、そこには、介護支援専門員自身の辛さや葛藤を理解してくれるチームメンバーに対して、相互に理解しようとする信頼関係がある。「チームに支えられていると思う。こっちも

やっぱりしんどいときありますね。私もしんどいときに、周りのチームがすごいがんばって、こんな考えました、こんなしてみようと思うんですとか言ってくれるんです。ほな、がんばらな、自分がんばらなって思っています。」「私はやっぱり、訪問看護とか往診に入ってもらえたら最後良かった。一緒に失敗したりできるじゃないですか。」「私とヘルパーさんが同じ事業所で、私も大変なん見てくれてるじゃないですか。階段降ろす時だけ来てって言っても来てくれる。そんなのケアプランに書けないから。そういうちょっとした手助けがあったからできて・・・。」というように、【協働】で支援する中にも、情緒的な支えの存在が重要であることがわかる。

【協働】で担う介護支援専門員の役割は、生活を包括的に支えるためのチームのコーディネートが求められている。しかし、ターミナルケアにおいては利用者の残された時間に、より質の高いケアを保障するため、介護支援専門員自身にも責任の重圧がのしかかっている。また、死に対する恐怖や不安感、利用者、家族だけでなく支援者側にも同様に言えることである。そのため、全体を離れた位置からコーディネートするだけでなく、チームメンバーと情緒的に支えあうことにより、ストレスフルな状況を乗り越えていくのである。チームメンバー間の情緒的な支持の授受を促進するため、介護支援専門員はターミナルケア実践で生じる不安感もチームメンバーと共有するよう働きかけることが必要である。

4. 家族介護者への対応

在宅ターミナルケアを支援するうえで、介護支援専門員はその人らしい在宅生活の継続を目指している。しかし、ターミナル期にある利用者の身体状況は変化しやすく、それとともに、利用者を取り巻く周囲の環境も刻々と変化している。医療ニーズの変化への対応は医師や看護師の役割になるが、介護支援専門員は環境の変化にも配慮しなければならない。そこで、一番変化しやすいのが身近で利用者を介護する介護者であり、そのストレスは多大なものである¹⁵⁾。[介護者のストレスの軽減]のためにサービスを調整し、いち早く「変化のキャッチ」をすることで介入のタイミングを見極め、[リスクの予測]を行っておくことが、在宅療養継続のために克服すべき課題であることを示唆している。これらの支援内容から、介護支援専門員の役割として【家族介護者への対応】と命名した。

「介護者のストレスの軽減」では、医療ニーズの高い利用者の介護を家族介護者が担わなければならない。ターミナルケアにおいては、常に緊張状態にありながら家

族にしか担えない介護もある。これらのことは周知の通りであるが、その負担を軽減するための直接的な対応が難しい現状にあることが分かる。「排便だけはどうしてもトイレでと言う、本人の思いがあったんで、だんなさん晩寝れない。便してるときに二回くらい気を失ってるんです、あまり気張ると。それでも、まだ救急搬送じゃないって分かってたと思います。結局ね、その負担はヘルパーさんも取りきれなかった。」と、本人の思いと介護負担との間にディレンマが生じ、介護者の代わりにサービスを導入することへの限界がうかがえる。また逆に、「新しいヘルパーや訪問看護も一つの環境として捉えれば、その人たちの環境の変化で過度のストレスがかかる。知らん人がいっぱい家に来て、なんで私ばかりとヘルパーさんを捕まえては散々愚痴をこぼす。ヘルパーさんが本人のケアが全くできないというくらい喋り捲るということになってきたんですね。」というように、サービスを利用すること自体がストレスとなっており、介護者の負担を軽減するためにサービスを利用するということ、必ずしも介護者の負担感を軽減させることにはつながらないことが分かる。そのため、介護支援専門員はサービス利用そのものが家族に与える負担を含めてモニタリングを行い、家族がストレスを抱えつつも、ターミナルケアを行うことの意味づけができるように働きかける必要がある。

「変化のキャッチ」では、「否認してる段階でいくらアプローチしても駄目なんですよね。拒否してる段階で。怒りに変わってきたときに、アプローチしやすいんです。怒りってヘルプサインだと思うんです。怒りに変わってきたときにアプローチのサインかなと。」というように、家族介護者の感情の変化に振り回されるのではなく、変化を肯定的に捉え、介入のタイミングにしている。感覚的ではあるが、介入が受け入れられるかどうかの見極めを行っている。

「リスクの予測」では、「予測がまだ十分でなかったですね。入ったときにストレスがかかるというのは分かっていたんですが。これだけの拒否というか、パニックを起こすような形になるまでは予測してなかったんですね。」と、リスクが有る、無いだけでなく、どの程度のリスクなのか、そのリスクによってどのような影響があるのかを、ある程度予測しておく必要があることがうかがえる。

在宅ターミナルケアにおいて、家族の抱える負担は、身体的な介護負担だけでなく、高齢者の生命そのものに責任を持たなければならず、常に死と向き合いながら介護を行うため、多大な精神的負担も抱えている。【家族

介護者への対応】として、介護支援専門員は、このような家族の抱えるストレスの軽減を図ると同時に、ターミナルケアに関わることの意味づけを引き出すような関わりが必要である。つまり、家族介護者の気づきを促すことが介護支援専門員に求められる役割である。

5. 物理的環境調整

在宅ターミナルケアを継続するには、介護保険制度のサービス利用料だけでなく、ケア用品、医療費、備品のレンタル料を支払わなければならない。また、介護のために家族は休職や辞職せざるを得ないこともある。このため、利用者・家族に「経済的課題」がのしかかってくる。このように、直接ケアに関わる調整だけでなく、生活そのものを維持するための調整も行わなければならない。また、より安楽で快適な生活の実現と、家族の介護負担の軽減のため、人的サービスだけでなく「福祉用具」の利用と「住環境」の整備が必要となる。そのため、これらの支援に関する介護支援専門員の役割を【物理的環境調整】と命名した。在宅ターミナルケアに特化した課題ではなく、介護保険制度を利用して在宅生活を送る高齢者の支援全般に当てはまる役割である。

「経済的課題」では、介護保険制度の制約の中で介護支援専門員の役割認識の差が如実に表れている。「やっぱりね、年金の名簿とか途中で見せられました。これだけしかないからって。それでもたいしたお金でもないけど、これくらい払ってもいいんちゃうって、支援する側からは思っても、相手がそういう環境に居なかったらそうは思わないよね。バランスよく制度を無駄遣い無いように、家族の力を見ながら生活の中に上手く溶け込んでいけるかっていうのが課題やろね。」この場合、利用者と制度の調整役として、利用者には制度の理解を促している。「介護度が上がったらずは増えるんですけど、ご本人の出せる金額っていうのがね。やっぱりこの程度です。枠が増えれば良いってのもんでもないですね。」サービスは利用者が負担できる範囲で利用するといったスタンスで関わっている介護支援専門員は、限度額の枠の中でサービス調整をするコスト管理の役割を担っている。「出せない家の場合には、出せない家のプランになると思いますね。だから、ある程度事業所が結構被ることが多いです。サービス事業所も、言い方悪くすれば自腹切ってやる場合も多いですね。そうしないと支えられない。ケアマネジャーの役割は増えます。」制度でカバーできない部分は、支援者で肩代わりすることが介護支援専門員の役割だと認識する介護支援専門員は、自らの役割に明確な境界を持っていない。このように、介護支援専門

員がコーディネーターに徹するのか、あるいは生活支援者として生活全般に責任を持っているのか、それぞれの介護支援専門員が持つ役割認識の違いによって、介入する範囲が異なっている。

〔福祉用具〕は、「車椅子はそのつどレンタルですけど、ベッドはね。高くつくのものもあるし、本人が使ってはったベッドのままです、ずっと。普通の、上下はできませんでした。」と、いうように〔経済的課題〕に影響を受けていることが分かる。

〔住環境〕は、「文化住宅の一番奥の二階の部屋で、ホースも届かないし、浴槽も持ち込むの大変だし、この段階で無理って断られて、訪問入浴使われへんかった。部屋、代わってくれたら、もっと楽に通院介助もできてたし、お風呂も入れてたかもしれへんけど。」と、住環境によって利用可能な資源が限られてくる。住環境は、サービス利用に大きく影響を与えていることが分かる。

〔物理的環境調整〕では、介護保険制度の持つ限界は、サービス利用に影響を及ぼしているだけでなく、介護支援専門員の介入の範囲にも影響を及ぼしていることが明らかになった。介入の範囲は、介護支援専門員がそれぞれ持つ、介護支援専門員としての役割認識に左右されていた。これは、介護保険制度の枠組みの中では介護保険以外のサービスをマッチングしていく責任を負わせていない¹⁶⁾反面、業務の範囲は職業倫理に規定されるもので、『業務範囲』などといった措置的発想は捨てて、際限なく取り組むべき¹⁷⁾と介護支援専門員の役割の範囲が明確に規定されていないことが要因となっている。つまり、介護保険制度内で機能する介護支援専門員の特徴であり、介護支援専門員の支援のあり方にのみ言及するのではなく、介護保険制度が持つ限界や課題についての検討が求められる。

6. ケア全体の評価

当時のことを回想しながら自らの関わりを振り返る〔自己評価〕と、グリーフケアを通して、これまでの介護に対する思いを聴き、遺族の気持ちに沿うことと同時に、遺族からの言葉をもとに評価を確認する場でもある〔家族からの評価〕を【ケア全体の評価】と命名した。

〔自己評価〕は、ターミナルケア全体の総括として自己評価を行うことである。例えば、「利用者の思い出作りができた」「活動範囲が徐々に広がった」「食生活の広がりとともに本人の役割もできた」「利用者の亡くなった時の表情に苦しみが無かった」「他のサービス事業所の職員から達成感があったと言われた」というように、具体的に評価の基準となる場面を振り返っている。

〔家族からの評価〕では、利用者が亡くなった後に、現在の心境や当時のことを振り返り、遺族と話し合っている。そこから出てくる様々な感情や思い出を聴くと同時に、「やるべきことは全てやった」「寂しさもあるけど達成感があった」「お嫁さんがチームを見て、ヘルパー(資格)取りに行きますって言ってくれた」との遺族の言葉を、ケアに対する評価として受け取っている。また、グリーフケアの中で長期的なフォローアップが必要だと思われる遺族に対しては、ヘルパーと一緒にその後も継続的に関わっている。

利用者が亡くなった時点で、ケアマネジメントが終結するのではなく、最後に【ケア全体の評価】を行っている。このときの介護支援専門員の役割は、具体的な指標に基づいて、終結の際の最終評価を行うことである。

IV. 研究のまとめと今後の課題

1. 利用者と環境の相互作用に焦点を当てた直接介入を基盤としたケアマネジメント実践

本研究では、高齢者を対象とした在宅ターミナルケアにおける介護支援専門員の役割を明らかにすることを目的とし、【インテーク】【自己決定支援】【協働】【家族介護者への対応】【物理的環境調整】【ケア全体の評価】の6つの役割を抽出した。さらに、これらの役割を遂行するうえで、介護支援専門員のケアマネジメント実践では、ソーシャルワークにおいて重視されている、人と環境の相互作用に焦点を当てた視点¹⁸⁾が特に強調されていた。また、役割遂行における直接介入についても、インテークにおける援助関係の形成や、自己決定支援での家族関係の調整、意向の実現に向けたサービス選択の支援など、積極的にソーシャルワークが活用されていた。これは、樋口¹⁹⁾がエンド・オブ・ライフのケアマネジメントにおいて「直接援助サービス機能」が重視されるといった指摘と一致している。在宅ターミナルケアでは、利用者本人の意向を実現することが、利用者が人生でやり残したことを整理し、自ら幕引きの準備を行うといった意味合いを持っている。このような、在宅ターミナルケアの特徴をふまえると、単に調整機能を中心としたケアマネジメントだけでは、『その人らしい死』を迎える支援は困難である。意向を実現するために、利用者自身が希望を表現し、選択する力をつけなければならない。また、利用者自身がケアに関わる人に力を与え、その力がケアに活かされ、利用者に戻元されるといった、相互的な関係性の中に利用者自身がいることを気づかなければならない。利用者自身が中心となって、関わる人々との関係性からその人らしさを引き出していくことが、『その人ら

しい死』を迎える支援である。そのため、ソーシャルワークでもその重要性が指摘されている、人と環境に焦点を当てた視点と、利用者およびその家族の気づきや成長を促すよう、直接働きかける必要がある。

更に、これらの視点は利用者・家族だけでなく、支援する側にも向けられていた。ターミナルケアに携わる看護師の、死に対する態度とケア行動の関連について、大西²⁰⁾は、死から逃げない態度をとる看護師は、積極的なケア行動につながることを示唆している。同様に、内布²¹⁾の調査においても、医療従事者の死に対するオープンな態度とケアの積極性について、関連が示されている。さらに、死に対する態度には、看護師自身もケアされる対象であることの気づきが関連している²²⁾。つまり、支援者の積極的なケア行動を引き出すために、支援者側の気づきも重要となってくる。そのため、介護支援専門員は、看護師等の専門職が専門性を発揮し、積極的なケア行動へつなげられるよう、直接ケアに関わる専門職自身もまた、ケアされているという気づきを促すことが重要な役割となる。

以上のことから、ターミナルケアにおけるケアマネジメントには、介護支援専門員を含む環境と、利用者・家族との相互作用に目を向けた直接的な介入が求められていることが示唆された。そのため、ソーシャルワークの視点を強化した、在宅ターミナルケアにおけるケアマネジメント研修の実施が求められる。

2. 在宅ターミナルケアにおける介護保険制度上の課題

介護支援専門員が在宅ターミナルケアにおいて、【物理的環境調整】と【ケア全体の評価】の役割を遂行するうえで、ケアマネジメントの質の向上だけでは克服できない、介護保険制度上の課題として以下の2点が明らかとなった。

まず1点目は、在宅ターミナルケアそのものが継続できるような経済的な保障が得られていないことである。介護保険制度開始から、在宅支援サービスには一割のサービス利用料が課せられるようになった。そのため、経済的な余裕があればサービスを利用することができるが、経済的に余裕の無い利用者には十分なサービスが提供できないことも多い。不足のサービスについては、介護支援専門員の采配で、事業所が負担しながらサービスを提供するか、希望通りにサービス利用できないことを、利用者と家族に説明しなければならないといった現状である。また、状況が変化しやすいターミナル期において、変化に合わせた柔軟なサービス提供というのも難しい。

保険で賄われるサービス利用だけでは、在宅ターミナルケアを維持させることは不十分であり、結局は、実費でサービスを利用しているケースも少なくない。原田ら²³⁾の調査においても、在宅でターミナルケアを行う場合、経済的側面に問題の無い方がQOLは高く、満足感が得られている。そのため、今後安心して在宅で最後の時を過ごせるためには、経済的な保障が得られたうえでサービスが成り立たなければならない。

2点目は、残された遺族に対するグリーフケアの位置づけである。介護保険制度の制約で、利用者本人が亡くなった後のグリーフケアはケアマネジメントの中に含まれていない。利用者の要介護状態が保険事故として適応される保険制度と、利用者と死別後のケアをも含めたターミナルケアそのものの本質との矛盾によって、今回は、グリーフケアにおける介護支援専門員の役割を言及するに至らなかった。本来、在宅ターミナルケアでは、生前から利用者と家族双方をケアの対象として同時にかかわり、死別後は残された家族へのケアを含めている。本調査においても、遺族の言葉を通して、客観的な評価の指標を得ただけでなく、それぞれの介護支援専門員の意思でグリーフケアが行われていた。この時のかわりかは、同時に社会関係を越えた一個人としてのかかわりでもあった。しかし、医療においても診療報酬の問題があり²⁴⁾、グリーフケアの担い手は保障されておらず、介護支援専門員が直接介入しなくても、誰がどのように残された家族のフォローアップをしていくのかを明確にしておく必要がある。その際のコーディネートも含めて、保険制度の中でターミナルケアの加算に組み込むなどとしてグリーフケアを明確に位置づけることが望まれる。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、介護支援専門員に対するインタビュー調査を通して、在宅ターミナルケアにおける重要な6つの役割を抽出できたことは大変意義深い。また、人と環境の相互作用に踏み込んだ直接介入が、在宅ターミナルケアを支援する上で必要であるということは、今後在宅ターミナルケアにおけるケアマネジメント実践の具体的な方法を検討する上での指標となると考えられる。

しかしながら、対象者の熟練度や訪問看護師や訪問介護員等の直接ケアを行う専門職との兼務を避けるなど、条件設定から調査対象者が3名に限定された。探索的質的研究ではあるが、サンプル数の少なさと基本職種等のデータの偏りは、調査の限界として挙げられる。そのため、調査対象者を増やし、カテゴリーの精度を上げ、得られる情報の飽和を目指すことが今後の課題である。さ

らに、事例においても利用者本人の意思が確認できることを前提としており、認知症や脳血管障害等により意思表示が困難な利用者を対象としていない。よって、今後は意思表示が困難な利用者を対象とした支援のあり方についても検討が必要である。

※本研究は、平成18年度文部科学省科学研究費補助金(萌芽研究)『「ケア学」の構築に向けての実証的研究』の一部として実施した。

注・引用文献

- 1) 本郷澄子・近藤克則・牧野忠康・久世淳子・樋口京子・杉本浩章・宮田和明：在宅高齢者のターミナルケアにおいて介護者が求めている支援 - 遺族を対象とした調査, ターミナルケア, 13 (5), 404-411 (2003)
- 2) 新田國男：在宅で安心ある看取り - 新田クリニックでの看取り, 月刊総合ケア, 15 (11), 12-16 (2005)
- 3) 田宮菜奈子・荒記俊一・七田恵子・巻田ふき・大淵律子・大竹登志子・鎌田ケイ子・川上憲人・篠野脩一：ねたきり老人の在宅死に影響を及ぼす要因 - 往診医の存在、年齢との関係を中心に、日本公衆衛生雑誌, 37 (1), 33-37 (1990)
- 4) 定村美紀子・馬場園明：介護保険制度による介護資源の指標と死亡場所との関連 - 高齢社会にマッチした介護保険制度による資源の充実を求めて、厚生学の指標, 52 (1), 8-14 (2005)
- 5) 柳原清子：介護支援専門員の「死の看取りケアの意識」とそれに関連する要因の分析, 新潟大学医学部保健学科紀要, 8 (2), 3-14 (2006)
- 6) 介護支援専門員テキスト編集委員会編：三訂介護支援専門員テキスト第1巻介護保険制度と介護支援, 財団法人長寿社会開発センター (2006)
- 7) 樋口京子：高齢者のエンドオブライフにおけるケアマネジメント, 介護支援専門員, 8 (4), 13-18 (2006)
- 8) 樋口京子・近藤克則・牧野忠康・宮田和明・杉本浩章：在宅療養高齢者の看取り場所の希望と「介護満足度」に関連する要因の検討 - 終末期に向けてのケアマネジメントに関する全国訪問看護ステーション調査から、厚生学の指標, 48 (13), 8-15 (2001)
- 9) 柳原清子：前掲論文
- 10) Krippendorff, K. : Content Analysis: An Introduction to Its Methodology. 三上俊治・権野信雄・橋元良明：『メッセージ分析の技法「内容分析」への招待, 勁草書房 (1989)
- 11) F・P・バイステック(尾崎新・福田俊子・原田和幸訳)：ケースワークの原則 - 援助観形を形成する技法, 誠信書房 (1996)
- 12) 福井小紀子：入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現に関連する要因の検討 - 全国調査の実施, 病院管理, 43 (4), 5-15 (2006)
- 13) 秋山薊二：臨死患者のためのソーシャル・ワーク - 統合ソーシャル・ワークに準拠して, 基督教社会福祉学研究, 16, 50-62 (1983)
- 14) 秋山薊二：前掲論文
- 15) National Advisory Committee : a guide to end-of-life care for seniors. 岡田玲一郎監訳：高齢者のエンド・オブ・ライフケアガイド, 厚生科学研究所 (2001)
- 16) 渡部律子：どこまでが仕事か - ケアマネジャーの業務範囲を問う ケアマネジャーか、介護保険給付管理者か, ケアマネジャー, 2 (3), 15-16 (2000)
- 17) 竹内孝仁：どこまでが仕事か - ケアマネジャーの業務範囲を問う 職業倫理に合うことを際限なく行うべき, ケアマネジャー, 2 (3), 26-27 (2000)
- 18) L.C. ジョンソン・S.J. ヤンカ(山辺朗子・岩間伸之訳)：ジェネラリスト・ソーシャルワーク, ミネルヴァ書房 (2004)
- 19) 樋口京子：前掲論文
- 20) 大西奈保子：ターミナルケアに携わる看護師の態度と悲嘆・癒しとの関連, 東洋英和大学院紀要, 2, 89-100 (2006)
- 21) 内布敦子：医療施設におけるend-of-lifeケアの実施状況と医療従事者の死に対する態度 H県における医療従事者の意識調査から, ターミナルケア, 13, 154-162 (2003)
- 22) 大西奈保子：前掲論文
- 23) 原田真里子・中村美知子：在宅ターミナルケアにおける家族介護者のQOLの特徴 - 満足度とQOLの関連, 秋田大学医学部保健学科紀要, 11 (2), 111-118 (2003)
- 24) 川越厚：在宅ホスピスケアを可能にする条件, COMMUNITY CARE, 4 (8), 22-23 (2002)

高齢者を対象とした在宅ターミナルケアにおける 介護支援専門員の役割

堂園 裕美, 岡田 進一, 白澤 政和

要旨：本研究は、高齢者を対象とした在宅ターミナルケアにおける介護支援専門員の役割を明らかにすることを目的とし、3名の介護支援専門員にインタビュー調査を行った。収集されたデータは、内容分析にて19のサブカテゴリー、および6のカテゴリーが抽出された。カテゴリーはそれぞれ、介護支援専門員の担う役割を表わすネーミングをし、その結果、在宅ターミナルケアにおいて介護支援専門員は、「インテーク」「自己決定支援」「協働」「家族介護者への対応」「物理的環境調整」「ケア全体の評価」の役割を担っていることが明らかとなった。さらに、これらの役割を遂行するにあたり、ソーシャルワークでもその重要性が指摘されている、人と環境の相互作用に焦点を当てたケアマネジメント実践が求められることが示唆された。

