

## MSW (Medical Social Worker) とは？

= 医療ソーシャルワーカー とは

- 保健・医療の現場における社会福祉の専門職  
基礎資格は社会福祉士
  - 患者・家族の心理社会的な問題に対し、  
社会福祉援助技術を用いて援助する
- ※ 気持ちと暮らしを支える相談援助職

2

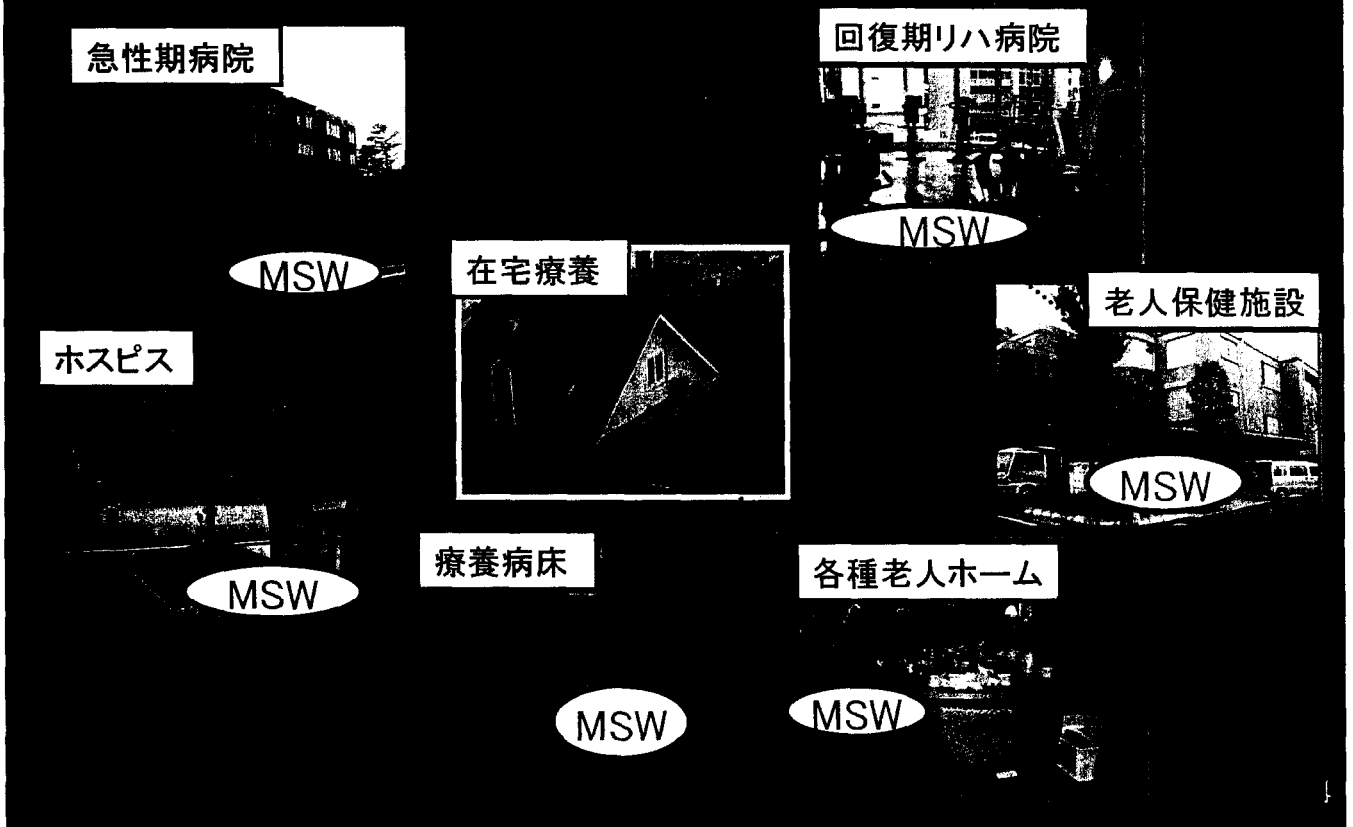
## 医療ソーシャルワーカー

- 2002年厚生労働省「医療ソーシャルワーカー業務指針」より  
抜粋

「……疾病を有する患者等が、地域や家庭において自立した生活を送ることが出来るよう社会福祉の立場から患者や家族の抱える心理社会的問題の解決調整を援助、社会福祉の促進を図る医療ソーシャルワーカーの役割……」

3

# 後期高齢患者の療養生活の場



## 各種病院における後期高齢者の相談援助

急性期病院	回復期リハ病棟	療養病床	緩和ケア病棟
ex. NTT東日本関東病院	ex. 初台リハビリテーション病院	ex. 霞ヶ関南病院療養病床	ex. 東札幌病院PCU病棟
<ul style="list-style-type: none"> <li>・病床数 606床</li> <li>・平均在院日数 12.2日 (精神除) (H.17)</li> <li>・相談患者実数 1,401名 後期高齢者割合 46%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病床数 173床 (MSWが全患者担当性)</li> <li>・平均在院日数 90.1日 (H.17)</li> <li>・相談患者実数 750名 後期高齢者割合 37%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病床数 41床 全199床 (MSWが全患者担当性)</li> <li>・平均在院日数 274.5日 (H.17)</li> <li>・相談患者実数 59名 後期高齢者割合 71%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病床数PCU28床 全243床 (MSWが全患者担当性)</li> <li>・平均在院日数 42日 (H.17)</li> <li>・相談患者実数 209名 後期高齢者割合 34%</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・短時間で今後の治療と療養の場を選択を迫られる</li> <li>・患者・家族が意思決定が困難</li> <li>・疎遠だった家族が役割を果たせない</li> <li>・膨大な社会資源に困惑</li> <li>・今後の療養費用が負担</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリに受身の患者</li> <li>・安易に施設入所を選択しがち</li> <li>・制度利用の必要が理解できない</li> <li>・介護指導が家族にとって負担が大きい</li> <li>・自宅退院後に共倒れになりそうな老老介護</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経済的負担 在宅での介護負担, また入院での費用負担</li> <li>・家族の罪悪感 家で看られないことへの自責の念</li> <li>・看取り 生活 保護・単身等</li> <li>・患者の権利擁護</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の心理的不安 社会的苦痛 喪失 ライフレビュー</li> <li>・家族の予期悲嘆 方針選択へ合意形成</li> <li>・アドボカシー 患者・家族と医療者の関係形成橋渡し</li> <li>・看取り, 葬儀, お墓, 財産</li> </ul>

## 終末期後期高齢者の心理社会的問題

- 喪失への嘆き 老いと死への不安  
「失われた」また「失っていく」ことへの怒りや悲嘆  
変化と折り合う事の困難さ
  - ソーシャルサポートの脆弱さ  
家族も高齢で介護力が弱体、血縁や地縁が希薄  
増加している単身高齢者は孤立し特に支援協力体制が弱体
  - 認知症等による意思決定困難  
成年後見等の活用、また活用不能な場合の検討合議、  
医療の方向選択(栄養・補液・延命)、療養の場の選択など  
複数の意見が異なる家族との合意形成の必要
  - 家族自身も支援が必要  
予期悲嘆 介護負担 看取り等
- \* 今まで生きてきた「気持ちと暮らし」の問題が凝縮し顕在化する

6

## 終末期医療

### End of life care

疾病の種類を問わず、近い将来に死が  
近いことが見込まれる患者への全人的医療

||

- QOL尊重の医療を多職種によるチームで行う
- 最後まで人としての尊厳を大切に
- 苦痛なく、自然ないのちの力を損なうことなく
- 家族を支え、人生の総まとめを支援する

||

## 後期高齢者医療

7

# ホスピス・緩和ケアの基本的な考え方

ホスピス・緩和ケアは、治癒不可能な疾患の終末期にある患者および家族のクオリティーオブライフ(QOL)の向上のために、さまざまな専門家が協力して作ったチームによって行われるケアを意味する。そのケアは、患者と家族が可能な限り人間らしく快適な生活を送れるように提供される。ケアの要件は、以下の5項目である。

1. 人が生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れる「死への過程」に敬意をはらう。
2. 死を早めることも死を遅らせることもしない。
3. 痛みやその他の不快な身体症状を緩和する。
4. 精神的・社会的な援助を行い、患者に死が訪れるまで、生きていくことに意味を見出せるようなケア(霊的ケア)を行う。
5. 家族が困難を抱えて、それに対処しようとするとき、患者の療養中から死別したあとまで家族を支える

日本ホスピス緩和ケア協会定義

8

## 医療法人 東札幌病院

- ・S.58年 内科150床でホスピスケアを指向し開院 混在型ホスピス
- ・S.63年 緩和ケア病棟および外科開設
- ・H.5年 緩和ケア病棟承認28床(日本で10番目)

□ 243病床:内科4病棟(PCU128床)・外科1病棟

全病床のがん患者割合 71%

年間死亡退院患者数 462名 (17年度)

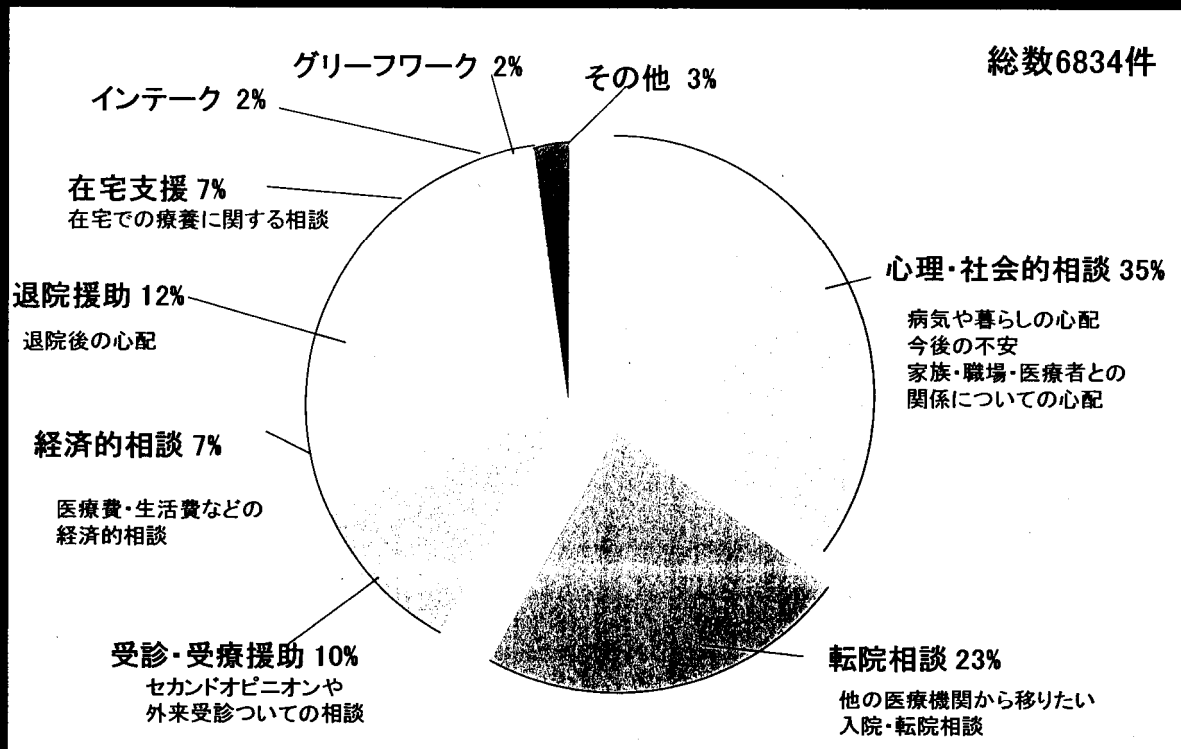


### 特徴

- がん患者(終末期患者)の割合が高く、看取りも多い
- 院内すべての病棟に終末期患者が多く入院している
- 病院全体で、他職種チームによるホスピスケアを実践している。

# 平成17年度 相談援助 分類内訳

東札幌病院MSW課 H17年度年報



10

## 終末期医療でソーシャルワーカーは どんな援助をしているか

### ☆終末期がん患者へのソーシャルワーク研究より

「緩和ケアプロセスに応じたがん患者へのソーシャルワーク」

東札幌病院MSW課 2005

- ・H16年1月から17年5月死亡退院した患者で、東札幌病院に緩和ケアを目的として入院し比較的長期に関われた45名を無作為に抽出
- ・45名を、死亡時から遡り、4期Primary(4ヶ月以上)、Early(2～3ヶ月)、Late(1ヶ月以内)、Imminently(1～2週間以内)の時期にそってケースレビュー
- ・どの時期に、どんな心理社会的ニーズ(暮らしと気持ちの相談)があり、どんなソーシャルワーク援助を行ったか、を質的に分析

11

## 気持ちと過ごし方に関する相談

関係形成サポート	患者－家族間、患者・家族－医療者間 患者・家族－社会資源間、家族同士間など 様々な関係形成に関する橋渡しや、葛藤介入
自己実現	自伝執筆、展覧会等
感情表出の保障	介護負担感の爆発、前医への怒り
ギアチェンジ	根治的治療→緩和的治療、病院→在宅 気持ちのギアチェンジ
ライフレビュー	夫婦の歴史、生き抜いてきた私の人生
社会貢献	寄付、臓器提供、献体等
スピリチュアル	存在の意味、生きている意味、病気になった意味
病気から離れるひと時	バースデーパーティー、音楽鑑賞 懐かしい映画、押し花、孫の結婚

がん患者家族の心理社会的ニーズ 緩和ケアのプロセスに応じたソーシャルワークの分析 東札幌病院MSW 2005

12

## 退院・在宅医療に関する相談

療養スタイルの明確化	転院相談、在宅療養か施設内療養か
在宅支援	制度の案内、訪問看護等の社会資源との連携 家族調整、介護用品の案内・調整等

## 臨死と死別後についての相談

未完の仕事への援助	遺言や財産分与などに関する相談
看取り相談	葬儀、お墓、悲嘆、セデーション等に関する相談
死別後の生活相談	遺族の生活設計について

がん患者家族の心理社会的ニーズ 緩和ケアのプロセスに応じたソーシャルワークの分析 東札幌病院MSW課 2005

13

## 療養に関する相談

- 受診受療援助 入院調整、受診相談、セカンドオピニオン  
病状理解・情報納得する病状説明の保障  
選択可能な緩和策のサポートの提示

## 経済や生活に関する相談

- 制度活用 介護保険制度、支援費制度、身体障害者手帳  
特定疾患、障害年金、高額療養費制度などの  
制度活用
- 経済的相談 生計維持困難による生活保護の申請  
医療費の支払い困難、生命保険、社会保険  
任意継続、傷病手当、住宅ローン、雇用保険等

がん患者家族の心理社会的ニーズ 緩和ケアのプロセスに応じたソーシャルワークの分析 東札幌病院MSW課 2005|4

### 事例ー1 終末期後期高齢者への心理的援助

90歳代男性 前立腺がん、骨転移  
軽度認知症ある妻との2人暮らし  
患者が認知症の妻を老老介護

認知症の妻の今後の行き先が不安  
自分の衰弱への怒り・抑うつ感情・不安  
嫁いだ娘の負担となることが受け入れられない

#### MSW援助

- 家族と本人の気持ちの橋渡し
- 支持的な面接による心理的支援:ライフレビュー
- 現状の受容 現実吟味のため時間をかけ丁寧な情報共有を調整
- 本人の希望する「尊厳死」の実現のため医療者へのアドボカシー
- 妻の今後の生活の場について情報提供し吟味と選択を支える

## 80歳代女性 卵巣癌 認知症

栄養補給の問題 補液, 胃瘻増設 等

患者本人の意思決定能力が低下した状況における方向付け  
どうすることが妥当か, 家族内の意見の不一致

### MSW援助

#### □ 家族間の合意形成

医師の病状説明の機会を調整し同席, 各々の家族の考えを  
丁寧に聴き、介入し十分な話し合いと合意形成を支える

患者本人の(認知症の発症以前に示していた)価値や選好を  
理解している家族が, 本人の今までの生き方に基づく医療や  
方向性を, 選択していく事を支える

## 事例一3 支援体制脆弱な終末期後期高齢者への 未完の仕事: 人生のやり残しへの援助

事例: 70代後半 男性 中咽頭癌

単身 白菊会(献体)会員

交流が20年以上なかった息子に面会し和解できたら..  
せめて残った財産を渡したい

### MSW援助

- 医療方針と看取りへの本人の意向確認と意思決定  
セデーションについて意向を医療者へアドボカシー
- 家族機能の代行 様々な社会生活上の手続き支援
- 葬儀・埋葬に関する意向を確認し 永代供養とお墓を調整
- 財産分与 息子を探索, 譲与希望の意向確認し譲渡



事例一4 **社会資源活用に困難感が強い終末期後期高齢者へ  
シームレスなサポートシステム構築と在宅死への援助**

80歳代 男性 肺がん 70代後半の妻との二人暮らし

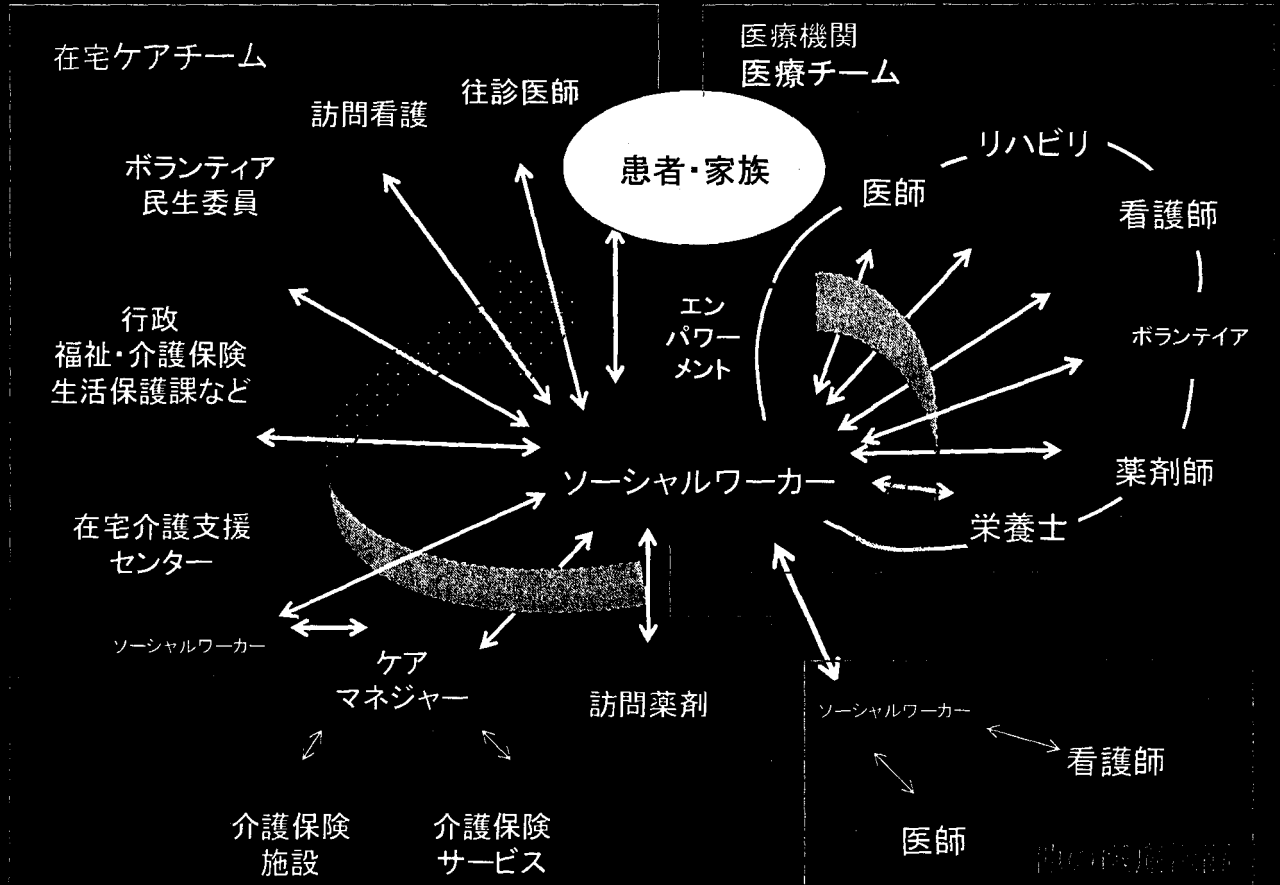
患者 「家で過ごしたい」

家族 「本人の希望を叶えたいがどうしたらいいか、自分では出来ない」  
高齢で医療・福祉制度サービス活用の複雑さに困惑、困難感

MSW援助

- 本人と家族が適切な資源活用により連続したサポートシステムをつくることを支える  
在宅療養の準備: 介護保険の申請 訪問看護師, 在宅往診医, 訪問薬剤等のサポートシステムづくり, 介護用ベット, エアーマット, 酸素濃縮機導入
- 急変時の入院対応も調整しつつ, 家族の不安を電話等で聴きネットワークと共に在宅死を支えた

後期高齢患者が「どこでも安心して療養できる」シームレスな連携体制



## 事例一5 後期高齢者患者の家族へのレスパイトの援助

女性 70歳後半 肺がん

訪問看護, 訪問介護活用し, 独居で在宅療養中  
他県在住の娘が遠距離介護

家族の介護疲労, 細かな対応ニーズの患者との気持の  
行き違いに心労 気持を聴いて欲しい

### MSW援助

- 在宅療養の継続のために, 家族のレスパイト(介護疲労緩和)の  
目的で患者の短期入院を調整
- 定期的に面接し家族の思いを聴くことで心理的にサポート,  
ストレス下で減退しがちな介護意欲を支える

20

## 終末期医療における MSWの役割

患者と家族の気持ちと暮らしを支え  
心理社会的問題への  
社会福祉的視点からの相談援助



心理的サポート・家族への支援  
社会的問題への調整援助・人生の総まとめの援助



尊厳 ・ QOL ・ Well Being

21

## 後期高齢者医療への提言

### 一 後期高齢者が望む場所で

最期まで尊厳ある暮らしを可能とするために一

- 後期高齢者の生活の歴史をふまえ心理社会的問題に対する相談援助が不可決  
→専従MSWを必置とし心理社会的問題への相談援助の機会を保障
- 各種の介護保健施設や在宅での看取りへ支援体制の整備  
医療と福祉の有機的なネットワークづくり  
→MSWのネットワーク機能の活用
- End of life care: 終末期医療体制の拡充  
家族のレスパイト支援の必要性  
ターシャリーPCUとホスピスの棲み分け

ターミナルステージで心理社会的側面をどう支えるか

How to Support the Patients and Their Families with Psycho-social Needs

田村 里子\*

Satoko Tamura

Key words: ソーシャルワーク, ターミナルステージ, 心理社会的援助

● 緩和ケア 16:406-410, 2006 ●

はじめに

高いQOLの実現を目指し全人的にアプローチする緩和ケアにおいて、ソーシャルワーカーは医療チームの一員として、相談援助を通じ心理社会的に支援する。“心理社会的”、すなわち個人の気持ちと暮らしを、個人の心理的支援と個人の社会との接点としての制度や資源、人間関係、交流、つながりといった局面からサポートしている。

ターミナルステージにおけるソーシャルワーカーの役割と実践について、終末期各期における患者とその家族が直面する心理社会的課題とソーシャルワーカーの支援を通して述べる。

ターミナル前期：生命予後が  
数カ月とされる時期

一般医療機関からの緩和ケアへの紹介は、この時期に集中している。積極的な治療が終了したために緩和ケアが紹介され、支援を開始する。

① 治療的な治療から緩和的な治療の選択  
—ギアチェンジへの援助

患者と家族は転入院相談で、緩和ケアの紹介について「もう治療ができないから、これ以上入院できないと急に言われ、見離された」と語り、「医療者側からの一方的な突然の方向転換」と受けとっていることが多い。

医師の情報提供がプロセス不足ゆえに「がんばっていた治療が無駄だったと突き放された」と感じ、医療者自身の緩和ケアへの認識不足から「肺炎でも抗生剤を使わず、胸水も抜けない所」と説明され、「死ぬ患者はもうどうでもいいのか/なにもせず死ぬのを待つのか」という嘆きと怒りの受けとめとなることも少なくない。

ソーシャルワーカーは、聴くことで思いを受けとめ、感情表出を保証する。まず患者や家族が、「不安な患者に何もできないとは、医師が言う言葉か!」といった怒り、「今までやってきたつらい治療が何の意味もなかったなんて!」という嘆き、「やることがない、すぐ退院してくれとは!」といった不信や、「ただ手をこまねき、死が近づくのを

待つしかない…」など絶望の思いを言葉にし、気持ちを「受けとめられた」と患者と家族自身が実感される関わりが、緩和中心の医療へのギアチェンジの第一歩となる。

さらに、先医の病状説明とそれについての受けとめや、今までの医療体験への評価、サポートネットワークの状況、今の気持ちのつらさや希望、コーピングスタイル、患者とその家族の固有の価値について、などを聴くことで支えつつ、心理社会的なアセスメントを行う。

そこから医師へ「求められている情報や程度、今まで受けてきた説明で不足していることや納得に至れない背景、現状認識を深めるために必要なこと」などのアドボカシー（患者の意思を代弁する）を行う。そして病状説明において、求める情報が提供される機会を保障し、患者と家族の状況に合った妥当な情報提供がなされるよう支援する。

医療チームカンファレンスにおいても、患者と家族の緩和ケアへの背景や心情について共有し、医療チームメンバーの共感的理解への橋渡しを行い、適切なケアの提供を共に指向する。

さらに患者と家族へ継続的に関わり、互いの思いを十分に聴きつなぎ、両者の合意のうえでの方向づけや選択を支えていく。

緩和ケアへのギアチェンジ初期における集中的な心理社会的支援は、緩和ケアへのソフトランディングの鍵である。それにより、患者・家族自身はその後のQOLの高い療養生活の実現に向け、自ら向かっていくことが可能となる。

② 在宅療養の検討と整備—在宅療養支援

苦痛症状の緩和が図られた場合、短時間でも在宅療養の可能性が検討となる。

療養の場の選択のため、ソーシャルワーカーは患者と家族の意向の明確化と合意形成を支え、患者とその家族が医療資源などのサポートネットワークを活用し、自分の暮らしをつくっていくことを支援する。

医療者側の在宅移行への気持ちが先行し、患者

と家族の選択における自己決定が保障されない事態とならないよう、十分に注意が必要である。

今後の病状経過や予後についての説明と受けとめ、家で暮らしへの希望、その家族の問題解決の方法、フォーマル・インフォーマルな資源活用の状況、さらに介護に関する体験、希望、意欲、ワーカビリティ（動機や援助活用能力）、交渉力についてアセスメントし、在宅療養について「共に」検討し、患者と家族が選択したうえで「共に」具体的に実現する。

社会制度や社会福祉サービスの活用により経済的負担の軽減や療養環境の整備、具体的には、訪問看護、往診医、病診連携などニーズに応じた適切な医療提供の継続や、介護力の調整、日常生活支援用具などの福祉サービス等の整備など、包括的なコーディネーターとしての役割を担う。

制度の壁や在宅支援システム不備などの現状の中で、ソーシャルワーカーは、あくまでも患者の意向を中心とした地域的資源の連携や協働体制づくりのネットワークとして、地域に緩和ケアを拡大していく。

③ 社会生活上の重要課題の身辺整理

—依頼や委譲と身辺整理支援

身辺整理は、患者と家族がオープンには話したいが、両者にとって実際には気がかりで、それぞれから仲立ちを依頼される課題である。

自分の変化を実感した患者自身が、身辺整理を希望することもある。通常の社会生活が滞っている件や気がかりについて、日々の関わりから患者自身の明確な意向を伝えることが可能な時期に、訊ねておく配慮も必要である。

実際には、預貯金、住宅ローンの件、生命保険証書などの書類の関係や、社会的役割について、ゆだねられる人の選定や役割の委譲などが含まれる。患者の意向を実現するかたちで、患者と家族の話し合いを促し、希望により遺言状の作成を弁護士や公証人役場との連携で支援する。

\*東札幌病院 MSW 課: Higashi Sapporo Hospital (〒003-8585 札幌市白石区東札幌3条3-7-35) 0917-0359/06/〒400/論文/JCLS

## ターミナル中期：数週間の生命予後であらうと判断される時期

予後数週間と予測される時期は、状況に揺れる家族に寄り添いつつ、患者と家族がお互いの思いを表出し過ごすことを配慮し、支える。

### ① 本人のスピリチュアルな苦痛—ナラティブアプローチとライフレビューのサポート

患者本人からのスピリチュアルな苦痛は、自分自身と向き合い意思疎通が可能なこの時期に最も多く表出される。「自分がこうして長引くことが家族の負担になる。生きる目的はない」と語る本人に、家族は「何と声をかけ、支えたらよいのか」と困難を深める。

「意味」を見出せず、スピリチュアルな苦痛の中にある患者に対し、ソーシャルワーカーは、ドミナント（支配的）なものとして現状を語る患者に聴き尋ねることで、認識された現状からの脱構築を支える。本人は語ることで別のナラティブを生み、意味を見出す。語ることは、「橋をかける＝関係づける」行為となる。この「橋」がつながりとして患者自身によって認識されることで、スピリチュアルな苦痛への手がかりが得られることもある。

また、ライフレビューをサポートし、「やりたいことをやり、好きなように生きてきた。人生、悔いはない」との振り返りや、「家族はばらばらだったが、がんになったことで家族が再度集まり、凝縮した時間を過ごせた」と、肯定的な意味づけが語られることもある。

### ② 未完の仕事—未完の仕事の完遂へのサポート

未完の仕事のニーズは、時間が差し迫ってきていることが実感した患者本人から、先述の社会生活上の身辺整理とは異なり、「人生のやり残し」として語られる。

患者本人が自身の生きてきた意味とも重なり、先のスピリチュアルなニーズと連動して語られることも多い。それが「家族との和解」をはじめ、

断絶した人間関係やつながりの再構成の場合、ソーシャルワーカーは患者の気持ちを代弁し、家族内の調整や話し合いの場の設定など、さまざまなかたちで未完の仕事の完遂へのサポートを担う。

### ③ 家族の介護負担増大—感情表出のサポートと介護体制の検討

家族は状況が切迫してくるにしたいが、家族自身の状況より患者を優先し、「患者を支える家族」としての医療者からの役割の期待を、無言の内に強く感じる。

家族は不安や役割の増大から、「患者も大事だが、どこかでこの気持ちを聴いてほしい」といった感情表出のニーズをもつ。また、「本人は勝手、なぜ自分だけが犠牲になるのか」「余命が短いと言われがんばってきたが、いつまで続くのか、もう疲れた。こういう自分も情けない」と介護負担感に消耗しつつも、自責の念にさいなまれる。

こうした思いを家族が言葉にできる関係を基盤に、家族に向き合い共感的に支えつつ、医療体験の中で家族に染みこみ拘束する「家族としてこうすべき」から、「今ここで、どうしていきたいのか」に添った介護体制を共に検討する。

患者にとってかけがえのない時間を支えている家族の今を、家族自身が評価し、価値づけ、折り合っていくことができるよう、聴くことで支えていく。

### ④ 家族の予期悲嘆—グリーフワークのサポート

患者との実際の死別以前に、患者の死を先取りし悲嘆する予期悲嘆の状況は、多くの家族にみられる。

「亡くなった後どうすればいいのか」と、遺族となった自分を想定し、悲嘆、自責の念、不安や苛み、怒り、無力感などに陥る。また、集中力や気力を失い、日常生活に支障を生じ、「自分がすっかりおかしくなってしまった」と混乱し、生活上の困難として語られることもある。

こうした喪失への予期悲嘆は異常なことでないことを伝え、感情表出を促し、気持ちを支えてい

く。また、ライフレビューにより患者と過ごした時間や関係を振り返り、つながりや絆の確かさが実感されることを支える。病的な悲嘆の出現にも注意を払い、継続的に関わっていく。

予期悲嘆を支えることは、家族にとっては死別後の悲嘆の準備ともなる。悲嘆についての知識を得ることが、自分の状況を理解し、折り合うことの助けとなる家族もある。悲嘆の思いを聴き、気持ちを支える中から、具体的な不安として遺族となってからの住居や健康保険、年金、親族との関係、子どもとの同居など、暮らしの相談へ展開し、準備を支援することもある。

## ターミナル後期：数日の生命予後であらうと判断される時期

予後の数日が見込まれる時期は、家族の緊張がさらに高まり、「患者のために、家族としてできることはないのか」という焦燥感や無力感、医療スタッフへの怒りや拒否感なども表出される。

### ① 患者・家族と医療者間の合意形成—橋渡しのサポート

医療者からの現状認識を促すことを意図した介入が、度重なる病状説明となり、切迫した家族の心情には添わないものになることも多い。「なぜ何度もつらい話を聞かなくてはならないのか」との憤りや、看護師の日常生活のケアや対応の細かな事象がすれ違いを生じることもある。ソーシャルワーカーは病状説明に同席し、意図的に家族が心情を表現することを支え、両者の気持ちや意図をつないでいく。

セデーションについて、患者や家族とガイドラインに添った話し合いがすでになされている場合でも、患者と家族の意向の相違や、家族間での意向が異なり、家族間に葛藤が生じることもある。医療チームと共に話し合いを促進し、合意の再形成をサポートする。

### ② 家族間の葛藤—その緩和と橋渡しのサポート

患者の変化を予測して、さまざまな家族が訪れ

るこの時期は、家族内のバランスが崩れ、葛藤が生じやすい。

特に疎遠で関係も薄かった親族が、主たる介護者である家族に批判的な場合には、今まで見てきた家族に、「今まで何も協力せず今になって批判だけ、発病からどんな気持ちで見てきたかと思っているのか」といった、憤りや嘆きが生じる。

情報量の差が原因している場合は、適切な情報提供の機会を保障し、医療者へ率直に疑問や感情の表出を促す。さらに今まで主たる介護者として、継続して患者を支えてきた家族に対しては、理不尽と感じている思いを受けとめつつ、今までのケアに対する敬意とねぎらいを伝える。

いずれにしても、すべての家族にとって意味のある体験として価値を見出すことを目指し、サポートする。

### ③ 看取りと葬儀の打ち合せ—橋渡しと葛藤の調整

看取りや葬儀に関する相談は、この時期の特徴的なニーズであり、この時期に集中している。葬儀に関して、患者本人から「散骨したい」「葬儀についての希望を家族が取り合ってくれない」などの相談がある一方、多くの家族は患者本人からの葬儀の話題はつらく、直面化を避ける傾向がある。

ソーシャルワーカーは、家族の直面しがたい気持ちを受けとめつつ、患者が自分の納得するかたちで生き納めたいという現れとして求める葬儀のかたちであることを代弁し、両者の思いをつないでいく。「そこまでが本人の生き方」と家族自身が理解し、それを支えたいと話し合い、両者が大切なことを共有することで安心し、絆を深めることとなる。

看取りのあり方、葬儀、お墓をめぐる患者と家族や家族間の考えが異なり、家族調整を必要とすることもある。お互いが十分に話し合い、納得した合意に至れるよう、プロセスに配慮する。

## 死亡直前期および看取り：数時間で命を終えるであろうと判断される時期

看取りの時期は、とりわけ家族の印象に強く残る時間である。看取りを終えた家族が遺族となり来院されたおり、繰り返して語られる場面でもある。臨終場面の支配性とでもいうべき現実がある。

### 尊厳ある最期—患者と家族への配慮

医療機関の病室という場所であっても、患者と家族にとっては、かけがえのない人との限りある時間と空間である。医療チームには、患者とその家族との時間と空間に侵入しない存在のあり方、たずまいへの配慮が求められる。これまでの患者と家族の価値や歴史を尊重したケアの集大成の時期である。医療者の誠実な対応の必要はいうまでもない。

家族に対し、共に患者を支えてきた仲間・伴走者として家族の労をねぎらい、ここで患者と過ごした時間を共に振り返り、語ることで支える。

家族が患者を大切に思う気持ちと同様に、医療チームメンバーからも最期の時も尊厳ある人として尊重され大切にされていると実感できることが、家族の思いを支え、遺族となったおりのグリーフワークへの助走となる。

### おわりに

終末期のステージ別のケアにおけるソーシャルワーカーの役割と実践について述べた。

ソーシャルワーカーは、患者と家族の心理的サポートや代弁者、患者と家族、そして彼らと医療者との仲介者、療養環境や社会資源のコーディネーター、地域と緩和ケアのネットワークなど役割を担う。

このたびは当企画に沿い、前期・中期を重点的に述べたが、すべての期を通じて、特に初期介入において心理社会的ニーズがどれだけ満たされたかが、その後の療養期間全体の満足度を左右すると考える。

がん診断初期よりの心理社会的サポートの必要性や、闘病期間長期化の動向も考慮し、終末期だけではなく、より広い視野に立った、発症からの継続的な緩和ケアのサポートシステムの構築は必須であろう。

### 参考文献

- 1) 青山こずえ、田村里子、塚田亜子：プロセスに応じた緩和ケアの多様性に関する研究2—緩和ケアのプロセスに応じたがん患者へのソーシャルワークの分析。第10回日本緩和医療学会総会抄録。p.162, 2005
- 2) 石谷邦彦：臨床死生学会「プロセスに応じた緩和ケアの多様性について」2004. 11・21
- 3) Kassa S, Loge JH: Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliat Med* 17: 11-20, 2003
- 4) 田村里子：がんの痛みの緩和ケア：ソーシャルワーカーからみたがんの痛みの緩和ケア。がん看護 8: 115-120, 2003

## インフォメーション

☆インフォメーション掲載希望の方は編集室までご連絡ください。☆

### 第3回 医学生の緩和ケア教育のための教員セミナー

日時：2006年10月21日（土）～22日（日）

会場：昭和大学横浜北部病院（横浜市区茅ヶ崎中央35-1）

テーマ：「講義力アップを目指す 緩和ケア模擬授業体験」

対象：緩和ケアの講義をしている医療者（医師、看護師、

コメディカル）

内容：（基調講演）「学習者中心の医学教育（仮）」大西弘高（東京大学医学教育国際協力センター）  
スモールグループにより以下の体験授業を行います。日頃の講義を15分に凝縮して模擬授業に挑戦。学生役にもなってみて講義のツボを体得する。

主催：大学病院の緩和ケアを考える会

問合せ先：大学病院の緩和ケアを考える会 事務局

E-mail: da-kanwa@hkg.odn.ne.jp