

# 在宅療養支援におけるケアマネジャーの 役割喪失に伴う悲嘆作業過程

——がんをもつ独居高齢者の看取りを視野に入れた支援に関する調査から——

大賀有記\*<sup>1</sup>・森朋子\*<sup>2</sup>

## I. 研究背景と目的

地域包括ケア体制整備が進む中、利用者の死は病院の医療職だけでなく、施設や在宅をフィールドとする福祉職もかかわるものとなっている。2018年の介護報酬改定では、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（以下、ケアマネジャーとする）が行う末期がんのある利用者の支援について、ターミナルケアマネジメント加算（以下、加算とする）が新設された。また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（厚生労働省 2018a）においても、ソーシャルワーカーやケアマネジャー等が専門職チームに含まれることが明文化された。

このような背景から、在宅療養支援の場においてケアマネジャーは、利用者が次第に弱り死にゆく過程に対峙することを強られるようになってきている。利用者の死に際し、看護師は喪失感や自責等さまざまな悲嘆の感情をもち、どう対処してよいかわからず疲弊すること（金子 2018；Keenan 2016）は指摘されており、同様の傾向は介護職員にも見られている（孔 2017）。看取りを視野に入れた在宅療養支援の現場で、ケアマネジャーが利用者より頻回なかかわりをもつことが規定され、支援チームに貢献することが期待（石田ら 2017）される今日、支援者側に生じているこれらの現象はケアマネジャーにもあてはまるのではないかと考える。

支援専門職の悲嘆の感情は、彼らの社会的な位置づけ（金子 2016）や業務上の期待の変化（Lathrop 2017）等に影響されることは指摘されている。今回の加算や市民の在宅療養志向の向上（厚生労働省 2018b）等を背景に、看取りを視野に入れた在宅療養支援にまつわ

るケアマネジャーの悲嘆の感情等は今後変化してくると想定される。そこで本稿では、加算が算定される以前の、看取りを視野に入れた在宅療養支援にかかわるケアマネジャーの感情、思考および行動の質を改めて検討し、その過程と構造を提示することを目的とする。そしてケアマネジャーの悲嘆や役割について、継続的に検討していく資料としたい。

## II. 研究枠組み

ここでは、支援専門職の悲嘆作業と役割の4つの構成要素について確認したい。

### 1. 支援専門職の悲嘆作業

利用者の死に伴って支援専門職に喪失感や悲しみ等が生じることはあるが、専門職がそれらの感情を有していることは公には認められにくい（Doka 2002）と考えられてきた。しかし支援専門職としてバーンアウトせずに業務遂行するためには、喪失にまつわる感情を認めて表出すべきという指摘（Doe et al. 2016；金子 2018；Spidell et al. 2011）がされてきている。その感情表出の支援として、ホスピス勤務者に対する音楽を用いたグループワーク（Włodarczyk 2013）や、グループスーパービジョン（金子 2018）等が行われている。支援専門職は、特定の利用者の死に伴い喪失感等があったとしても、他の多くの利用者に対応していくなかで、自己の役割を遂行して充足感を得る場合が少なくはない。しかし、悲嘆の感情が長引いたりバーンアウトしたりする場合は、そのような他の利用者とのかわりあいの中では充足できない不安や自責等が残り続ける（金子 2016；2018）とされる。これらは、死亡した利用者に対し役割を十分に果たせなかったの

ではないかという悲嘆の感情であり、役割の喪失に伴うものと考えられる。

悲嘆は、感情だけでなく思考や行動等も含むものであり、喪失体験後の人間の生活適応過程全体への取り組みとしても注目され、喪失への直面と回避を繰り返しながらいずれ喪失後の環境に適応していくもの (Neimeyer=2006) と説明されている。また、喪失の事実が実際に生じる前の悲嘆の感情や様々な取り組みは、予期悲嘆として悲嘆作業過程の一部に位置づけられており、これら一連の過程はその能動性から悲嘆作業と表現 (大賀 2014) されている。

利用者の死に伴って、支援専門職が喪失するものは、利用者の死にまつわる専門職自身の役割に関連したものの一部であり、彼らは役割の部分喪失を体験しているともいえる。役割喪失が全体喪失であった場合、その役割にのっとった行為自体をとることができない。ゆえに、専門職が業務を続けている間の役割喪失は部分喪失といえる。部分喪失は全体喪失と異なり、曖昧性を含有し、悲しみ嘆くようなはっきりとした喪失感というよりは曖昧でもやもやとした喪失感を伴うことを特徴とする (大賀 2014)。以上より支援専門職の役割喪失に伴う悲嘆作業過程は、不安や自責等の曖昧な喪失感を含み、感情、思考、行動を変容させつつ、業務を継続する過程 (大賀 2014) といえる。

## 2. 役割の4つの構成要素

役割は、人と社会をつなぐものとして研究 (Mead=1973) されており、人が役割を通じて社会に働きかけることにより社会は変容し、社会が変化することによって人の役割も変わるという相互関係がある。役割は「個人の社会的位置との関係における、期待と規範に基づいた行為」(大賀 2014: 38) と定義される。たとえば、居宅介護支援事業所のケアマネジャーはその職名に表される社会的位置があり、利用者や他職種等からの期待に応えるかたちで、介護保険制度等の規範に基づき、意図性や目的志向性をもって行動する。

社会的位置とは、ケアマネジャーの社会的地位や社会的背景を意味し、立場的なものを示す。規範は、守るべきものであり、法や制度・政策、倫理綱領、職場の服務規程等を指す。期待とは、利用者のニーズや、自分の所属する機関や関係機関、地域社会等から向けられる役割上の期待のことである。行為は、意図性や目的志向性をもった行動とそれに関連する思考と感情からなる (大賀 2014)。行為は最終的に役割を表現するため、行為と役割は同義といえる。

## III. 研究方法

### 1. 調査目的と対象

本調査<sup>1)</sup>の目的は、がんをもつ独居高齢者に対する看取りを視野に入れた在宅療養支援におけるケアマネジャーの行為について精査することである。独居高齢者に焦点を当てた理由は、家族同居者と比べケアマネジャーが本人と接する機会が多く、本人の死にゆく過程に影響を受けやすい傾向があるといえ、看取りを視野に入れた在宅療養支援をめぐる現象がより象徴的に表れると考えられるためである。

調査対象者は、がんをもつ独居高齢者の在宅看取りを視野に入れた支援経験のある東京都内のケアマネジャー18名および地域包括支援センターの保健師1名の合計19名である。地域包括支援センターの保健師については、実際には在宅看取りに関するケアマネジメント業務を多く行っていることから対象者に含めた。調査対象者の選定にあたっては、がん相談支援センターのソーシャルワーカー等から紹介を受けるとともに、紹介を受けた者から紹介を得るスノーボール式サンプリング法をとった。彼らの選定理由は、1) 地域的に在宅医療・福祉関連の社会資源があり、在宅療養が普及しており、在宅での看取り支援が複数例行われている、2) その実践が地域の病院から評価されている、ことである。なお、調査対象者の経験年数は1年から15年で中央値8.5年、性別については男性3名女性16名であった。

### 2. 調査方法

グループダイナミクスの活用により、個別インタビューでは得られにくい奥深く幅広い内容を引き出すことが可能 (Vaughn et al.=1999) なグループインタビュー法を用いた。質問項目は、1) 独居がん高齢患者の看取りを視野に入れた在宅療養支援における、本人とのかかわりの中で困難と感じた場面は何か、2) 1) ではどのような工夫をしたのか、3) ケアマネジャーの看取りを視野に入れた業務を行う上でどんなバックアップ策があったらよいと思うか、である。調査対象者19名を3グループに分け、各2時間程度のインタビューを実施した。Aグループは経験6-10年の5名、Bグループは10-15年の6名、Cグループは1-15年の8名である。Cグループの経験年数の内訳は、1-5年3名、6-10年4名、11-15年1名である。Cグループで経験年数のばらつきのあるメンバー構成としたのは、より多様な人材によるグループダイナミクスを期待してのことである。一般的に複数のグ

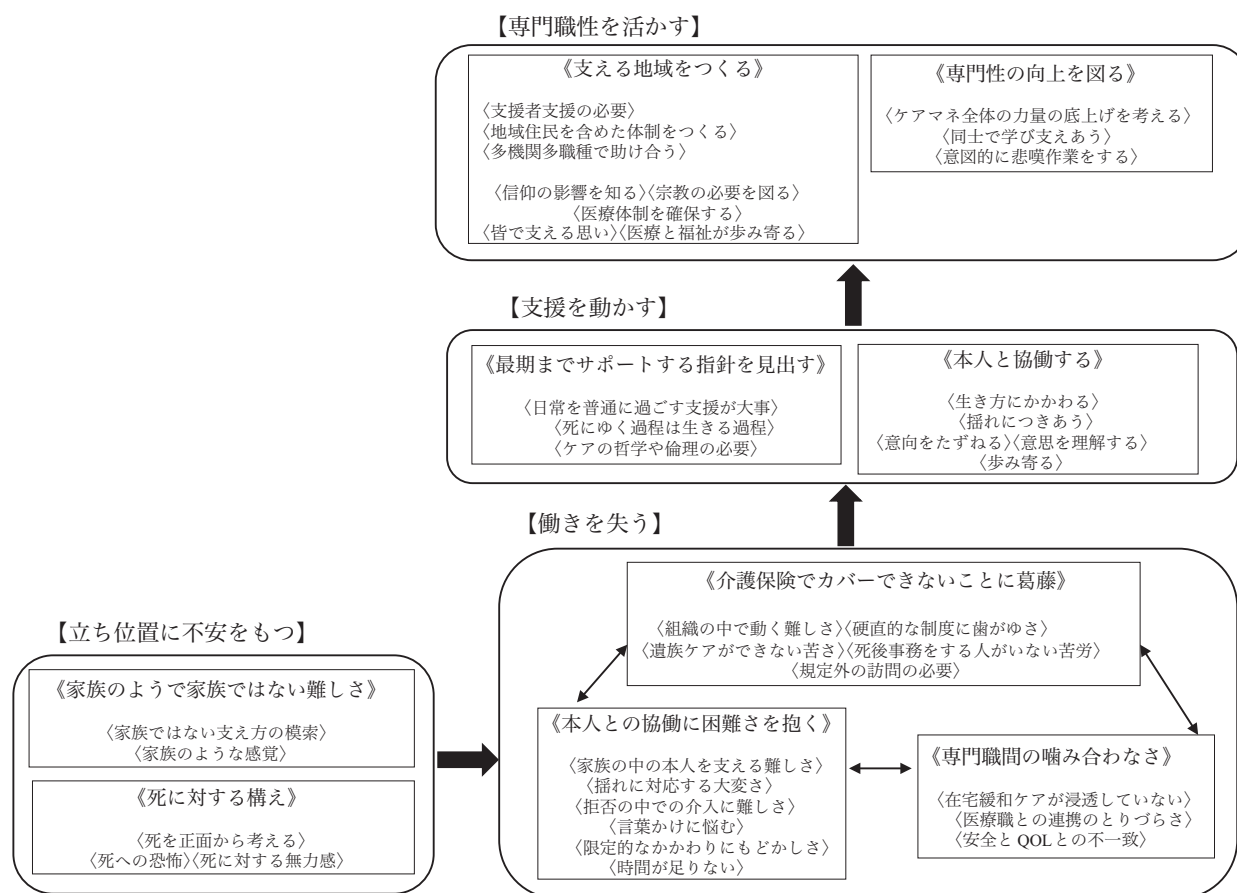


図1 がんをもつ独居高齢者の看取りを視野に入れた在宅療養支援におけるケアマネジャーの行為の過程

←→ 相互影響の関係    ➡ 変化の方向

ループを設定する場合は、グループごとの差異を見る意図で行われることが多い（安梅 2001）が、本調査では3つのグループを1つのケアマネジャー集団とみなす方法をとった。なお、調査実施時期は2014年12月から2015年2月までである。

### 3. 分析方法

質的データ分析法（佐藤 2008）を採用し、以下の手順で進めた。第1に、インタビューの録音データを逐語録にし、そのテキストデータから、ケアマネジャーの行為である、感情、思考、行動に関する語りをセグメントとして抽出した。第2に、分析の最初段階としてコードを割り振る、オープンコーディングを行った。第3に、それらのコードをより抽象度の高い上位コードにまとめた。第4に、それらの上位コードとコードから概念的カテゴリーを生成した。分析を進めるにあたり、事例—コード・マトリックスを作成し、データとの往復を繰り返し、修正する過程で、一定のパターンや規則性を導き出すことを意図した。そして概念的カテゴリーと上位コード及びコードの関係

を図式化し、ケアマネジャーの行為の構造と過程を表した（図1）。なお、概念的カテゴリーは【 】、上位コードは《 》、コードは〈 〉で示している。

### 4. 倫理的配慮

本研究は日本社会福祉学会研究倫理指針に基づき行っている。また調査実施にあたっては、当時筆者らが所属していたルーテル学院大学大学院附属包括的臨床死生学研究所（現ルーテル学院大学大学院附属包括的臨床コンサルテーション・センター）の研究活動を管轄するルーテル学院大学研究倫理審査委員会の承認を得た。

### IV. 分析結果

分析の結果、がんをもつ独居高齢者の看取りを視野に入れた在宅療養支援におけるケアマネジャーの行為として、【立ち位置に不安をもつ】【働きを失う】【支援を動かす】【専門職性を活かす】の4つの概念的カテゴリーが生成された。これらは、9つの上位コードと38のコードから構成されている。この結果をまと

めたのは表1である。なお表1のセグメントの一部の後の( )は、セグメント番号である。以下、概念的カテゴリー別に説明を行う。その際、データの一部を「」で示す。

### 1. 立ち位置に不安をもつ

【立ち位置に不安をもつ】とは、ケアマネジャーが利用者の支援を行う上で、死に恐怖や無力感を抱き、死に対して身構える一方、利用者と家族のような関係になり業務としての支援ができるのかと、立ち位置に不安をもつことである。これは、《死に対する構え》と《家族のようで家族ではない難しさ》の2つの上位コードから生成された。

《死に対する構え》とは、ケアマネジャーが利用者の死に対して恐怖や無力感をもち、死を正面から考えようと身構えることであり、〈死への恐怖〉〈死に対する無力感〉〈死を正面から考える〉の3つのコードから成る。ケアマネジャーは、利用者を前に、「(死を前にして) 揺れ動いている本人に向き合えない」など死への恐怖や無力感をもっていた。その一方で「元気なうちから死に向き合っていくことが大事」と語り、避けることのできない死に対して身構え準備していた。

《家族のようで家族ではない難しさ》とは、ケアマネジャーが利用者を家族のように思う一方で、家族ではない立場からの支援の仕方を模索し、立場の難しさを感じることであり、〈家族のような感覚〉〈家族ではない支え方の模索〉の2つのコードから成る。独居の利用者については、通常家族が行うことが多い通院付き添いなどを行ったりして関係性が近くなり、ケアマネジャーは利用者を「家族のように思う」ことがある。しかし実際は家族ではないため、「仕事じゃないところの支援をどこまで線引きできるか」と業務ではない支援をどこまで引き受けるか難しさを感じ、支え方の模索を行っていた。

### 2. 働きを失う

【働きを失う】とは、ケアマネジャーが利用者とは協働できず、関係する専門職間でも話が噛み合わず、介護保険制度だけでは看取りの支援ができないことに葛藤し、結局支援が進まないことである。これは、《本人との協働に困難さを抱く》《専門職間の噛み合わない》《介護保険でカバーできないことに葛藤》の3つの上位コードから生成された。

《本人との協働に困難さを抱く》とは、ケアマネジャーが利用者を支援するにあたり、時間的にも関係性的にも困難さを抱き、言葉かけに悩んだり半ば強行

的な介入に難しさを感じたりしながら、揺れる本人に対応することを大変に思い、加えて家族の関係性を踏まえて本人を支えることが難しいといった、本人との協働体制を実現するには困難な状況になっていることである。これは、〈時間が足りない〉〈限定的なかかわりにもどかしさ〉〈言葉かけに悩む〉〈拒否の中での介入に難しさ〉〈揺れに対応する大変さ〉〈家族の中の本人を支える難しさ〉の6つのコードから生成された。がんの病状悪化は早いため、「意思を聴く前に亡くなる」ことも少なくはないことが指摘されていた。加えて病状悪化する前は比較的元気なことが多いため「できるからいいよ」と本人から言われると、かかわりが限定的にならざるを得ず、「いくら時間をかけてもその人の気持ちは十分聴けない」ともどかしさを感じていた。また「病気を受け止めきれない本人に、一体どういふ言葉かけをしたらいいのだろうか」と悩み、本人の拒否の中にかかわる場合においても、本人の意向の尊重と本人保護との間でジレンマを感じていた。このように本人との関係性が希薄であると、病状が進行し本人の気持ちが揺れてくる際の対応について余計に辛いものになっていた。加えて、家族の手前本人が意見を言えないときも、ケアマネジャーは「すべての人に寄り添いたいけど、添えない」や「家族の間に入る権限もない」と本人を支えることができず、ケアマネジャーと本人との関係性は深めにくく、協働の実現が困難な状況が見られた。

《専門職間の噛み合わない》とは、安全性の高さとQOLの高さが必ずしも一致しない中で、安全に重きを置く医療職との価値観の違いにより連携がとりづらい状況であり、またケアマネジャーの関係する職場や在宅支援チーム、病院等の専門職の間で在宅緩和ケアが浸透しておらず、専門職間で話が噛み合わない状況となっていることである。これは、〈安全とQOLとの不一致〉〈医療職との連携のとりづらさ〉〈在宅緩和ケアが浸透していない〉の3つのコードから生成された。一人暮らしの「在宅には『リスク』がつきもの」だが、医療職にはその認識が共有されにくく連携がとりづらい状況があった。また一般に〈在宅緩和ケアが浸透していない〉ことから、「主治医の先生から、帰せるわけがない、と突っぱねられ」たり、「スピリチュアルって何? という感じで職場のみんなから煙たがられ」たりし、専門職間で在宅緩和ケアをめぐる話が噛み合わない状況が見られた。

《介護保険でカバーできないことに葛藤》とは、支

在宅療養支援におけるケアマネジャーの役割喪失に伴う悲嘆作業過程

表1 がんをもつ独居高齢者の看取りを視野にいれた在宅療養支援におけるケアマネジャーの行爲

概念的カテゴリー	上位コード	コード	セグメントの一部	
立ち位置に不安をもつ	死に対する構え	死への恐怖	・人が死んでいくことは怖かった。(B60)・(死を前にして)揺れ動いている本人に向き合えない。(C62)・ケアマネ自身も動揺する。(C77)	
		死に対する無力感	・何とかさん(利用者)に申し訳ない。(A42)・答えのない中で支援を進めるのは苦しい。(A49)・立て続けに利用者が亡くなって、こんなケアマネでいいのか。(C39)	
		死を正面から考える	・天寿を全うするというのはこんなにもいい。(B61)・死を真正面からどう向き合うのか考えていかなければいけない。(B66)・元気なうちから死に向き合っていくことが大事。(B67)	
	家族のようではない難しさ	家族のような感覚	・がんが手遅れで家族みたいに悔しい。(B6)・疑似家族的になっているから託してもらえ。(B13)・家族のように思う。(B85)	
	家族ではない支え方の模索	・家族のいない人には、ケアマネが動かなければならないのか。(B16)・仕事じゃないところの支援をどこまで線引きできるか。(B85-2)・疑似家族になっても家族ではないところでどう支えるか。(B95)		
働きを失う	本人との協働に困難を抱く	時間足りない	・本人の思いを組み入れる暇もなく終結。(A91)・意思を聴く前に亡くなる。(B22)・人間関係を結ぶ前に状態が悪くなる。(C27)	
		限定的なかかわりにもどかしさ	・もう少しお手伝いしたかったけど、本人が納得しないので、最低限のことしかできなかった。(A114)・「できるからいいよ」と言われて入れない。(B20)・いくら時間をかけても、その人の気持ちは十分聴けないのかな。(C64)	
		言葉かけに悩む	・頭クリアなりの難しさがあった、あまり話せなかった。(B18)・病気を受け止めきれない本人に、一体どうい言葉かけをしたらいいんだろうか。(B65)・本人の本音を聴けないときにどうしたらいいのだろうか。(B110)	
		拒否の中での介入に難しさ	・拒否の中で支援導入が間に合わないと思ひ、焦る。(A30)・そのまま死んでいいんだよ、って言われても(放っておくことは)難しい。(A79)・人の面倒にはならないという方はちょっと大変。(B83)	
		揺れに対応する大変さ	・気持ちの揺らぎに対応するのが辛い。(C1)・どのように添えば本当に添うことになるのか。(C8)・本人と一緒に落ち込んだり。(C58)	
		家族の中の本人を支える難しさ	・家族の反対の中で、本人に最期の希望について聞けない。(B26)・すべての人(本人と家族)に寄り添いたいけど添えないで、すごく冷たい人になっているときに、ケアマネジャーって何だろうと思う。(B52)・家族の間に入る権限もない。(C53)	
	専門職間の噛み合わなさ	安全とQOLとの不一致	・安全優先で寝たきりで終わっていくのは本末転倒。(A21)・在宅に帰していいのか病院と議論が分かれる。(A66)・在宅には「リスク」が付きもの。(A98)	
		医療職との連携のとりづらさ	・診療医の「あの死に方が残念」という言葉が重たく残る。(A36)・先生が相手だとなかなか困難。(A70)・医療と福祉の間の壁をそれぞれがつくっている。(B128)	
		在宅緩和ケアが浸透していない	・主治医の先生から、帰せるわけがない、と突っ込まれる。(A68)・チームメンバー皆バラバラで帰れない。(A73)・スピリチュアルって何?という感じで職場のみんなから煙たがられる。(A76)	
	介護保険でカバーできないことに葛藤	規定外の訪問の必要	・認知症の方と独居の方は訪問回数が多くなる。(B4)・お金は使えないので、ケアマネが行くことになる。(C47)・放っておけない、行く人がいなければ(ケアマネが)行くっていうことで。(C50)	
遺族ケアができない苦しさ		・遺された人を支えるためだけの訪問はできない。(B141)・問題がなければ(遺族のもとに)行きたくても訪問できない。(B143)・遺族の継続的ケアは難しい。(C45)		
死後事務をする人がいない苦労		・お金の回収ができない(A113)・一人暮らしが増える中で支払いのことは大事。(A119)・亡くなった後のことを支えるのがケアマネジャーでは厳しい。(B138)		
組織の中で動く難しさ		・思いはあっても、組織外の動きはできない。(B144)・報酬につながらない支援は上長から評価されない。(C32)・死亡する人が多いと事業所が成り立たず、悲しんでばかりはいられない。(C46)		
	硬直的な制度に歯がゆさ	・介護保険が病状変化に追いつかない。(C4)・介護保険の決まりきった縛りがすごく困難。(C19)・ケアマネとして動けないタガ働きが最大の困難。(C31)		
支援を動かす	最期までサポートする指針を見出す	ケアの哲学や倫理の必要	・死の倫理や哲学に高い関心がある。(A1)・いつ死が来るかと思うと、哲学や倫理にぶち当たる。(A17)・哲学でケアのあり方ができるのかな。(A78)	
		死にゆく過程は生きる過程	・本人は、もうじき亡くなる存在であるけど、日常生活をおくっている何々さん、だと気づいて、自分の中でものすごく変わりました。(A13)・生活の一線上に死があるのかな。(A14)・生活歴を最期の支援に反映させる。(C23)	
	本人と協働する	日常を普通に過ごす支援が大事	・おかげんはどうですか?ばかりじゃなくて、何気ない日常の会話がよかったのかな。(A7)・趣味って何ですか?という話をしたら。(A8)・本人が「囲碁をやりたい」と言ってくれてよかった。(A25)	
		歩み寄る	・一緒に話を聞きたいと本人に話す。(A34)・信頼してもらえらるチャンスに賭ける。(A51)・関係性をつくりながら一步一步。(A60)	
		意向をたずねる	・本人が死について語るきっかけをもつ。(A18)・これからどうしたいですか?って、まずは大まかに聞く。(B27)・今時点の最期の希望を聞く。(B36)	
		意思を理解する	・本人の感じている差別や孤独を感じとる。(A32)・本人の覚悟を感じた。(A35)・私たちが気持ちを知っているというのが、本人にとって救いだったみたい。(C80)	
		揺れにつきあう	・本人も家族も変わることは人間らしくていい。(A83)・本人が今日決めたことが明日変わっても構わない。(B38)・伴走していると本人が分かってくれればいい。(C65)	
		生き方にかかわる	・その人のために一緒に何かをしたい。(B70)・その人の生き方にどういようにかかわるか。(B84)・本人の生き死にの希望を支援する。(C14)	
		支える地域をつくる	皆で支える思い	・皆で支えるっていう思いは、医療職も介護職もきっと変わらない。(B133)・チーム皆でこの人を支える。(B135)・皆で生き切るところまで支援できたのはよかった。(C37)
			医療と福祉が歩み寄る	・医療と介護は同じ平面になってきた。(A96)・先生は考えてくれるようになった。(A99)・私たちが先生にあえて早く知らせる。(A102)
	医療体制を確保する	・ぎりぎりのところで方針をガラッと変えられる体制が必要。(A85)・また病院に戻れる環境がある。(A110)・いい先生を見つける。(C74)		
専門職性を活かす	支える地域をつくる	信仰の影響を知る	・信仰のある人は死に対する恐怖がない。(B76)・宗教を信じているとこんなに強いんだ。(B77)・死のタブー感みたいながない。(B80)	
		宗教の必要を図る	・宗教家がチームに必要なのかな。(B72)・仏教の方が訪問してくれるのはいいな。(B116)・宗教の基本的なところを知らないと支えられない。(B117)	
		多機関連職種で助け合う	・関係者のつながりを強めることが自分を助けることになるのかな。(B96)・互いを尊重できるチームであれば、最後まで支えられる。(B136)・ヘルパーの思いの重さを受けとめる。(C22)・ケアマネ同士でも連携できるといい。(C81)	
		地域住民を含めた体制をつくる	・どうしてあの人を支援しないんだ、という目で(地域住民から)見られて、説明を繰り返して、理解してもらおう。(A40)・制度がなくても、かかわった人が皆一生懸命だったので、家で最後まで看られた。(B92)・地域の人を巻き込んだ体制を作れるか。(C12)・沢山かかわることで普通の生活環境をつくる。(C76)	
	専門性の向上を図る	支援者支援の必要	・看取りの支援者を支援する体制も必要じゃないかな。(B101)・グリーフケアをやらないと支援者も潰れてしまう。(C42)・皆で大変だったねって言って(利用者のことを)思い出す。(C43)	
		意図的に悲嘆作業をする	・ケアマネ自身の感情を吐露する環境が必要。(B104)・(利用者が)亡くなったときは、自分の中にわだかまりができないように、積極的に各事業者に思い出話をするようにしている。(C55)・意図的に振り返ることが必要。(C83)	
		同士で学び支えあう	・広い場の勉強会とかで話し合いたい。(A121)・ケアマネ同士の話から、自分も間違っていない、と思う。(B58)・心が揺れてもいい、と(他のケアマネジャーから)教わって安心した。(B59)	
		ケアマネ全体の力量の底上げを考える	・(辛い思いをしたとしても)われわれは支援過程に意味を見つけないと。(A48)・研鑽していかなければならないな。(B147)・地域全体でケアマネの底上げをしていかなければ。(B148)	

援の一環として、規定外の訪問が必要となったり、遺族ケアが必要となったり、死後事務が必要となったりするが、硬直的な介護保険制度だけでは十分に対応できず、またケアマネジャーは事業所で規定された範囲外の活動することは難しく、介護保険制度のなかで支援せざるを得ないことに葛藤することである。これは、〈規定外の訪問の必要〉〈遺族ケアができない苦さ〉〈死後事務をする人がいない苦勞〉〈組織の中で動く難しさ〉〈硬直的な制度に歯がゆさ〉の5つのコードから生成された。月1回の定期訪問以外に訪問の必要があっても、すべての訪問について介護報酬で対応できるわけではない。ケアマネジャーは利用者が生きている間支援する役割を負っているのであるが、利用者の死後には遺族ケアや死後事務が必要になり、対応する人がいない現状に葛藤を抱えていた。ケアマネジャーは居宅介護支援事業所の一員であり組織経営に貢献する義務がある中、「報酬につながらない支援は上長から評価されない」という発言があり、介護保険制度に従って組織人として仕事をするうえで、様々な葛藤をもっていた。

### 3. 支援を動かす

【支援を動かす】とは、最期までサポートする指針を見出し、それをもとに本人との協働を始めることによって、今まで膠着していた支援をケアマネジャーが動かすことである。これは、《最期までサポートする指針を見出す》《本人と協働する》の2つの上位コードから生成された。

《最期までサポートする指針を見出す》とは、ケアの哲学や倫理の必要性を認識し、死にゆく過程を生きる過程と同義と捉えて、日常を普通に過ごす支援を大事にすることが、利用者を最期までサポートする指針になるとケアマネジャーが見出したことである。これらは、〈ケアの哲学や倫理の必要〉〈死にゆく過程は生きる過程〉〈日常を普通に過ごす支援が大事〉の3つの上位コードから成る。「いつ死が来るかと思うと、哲学や倫理にぶち当たる」といったように、本人の死までの生を支援するケアマネジャーは、業務の基盤としてケアの哲学や倫理を必要としていた。また、〈死にゆく過程は生きる過程〉であると気づき、日常を普通に過ごす支援を大切にすることがひいては死までの生を大切に過ごす支援につながると気づいていた。

《本人と協働する》とは、ケアマネジャーが本人に歩み寄り、意向をたずね意思を理解することを通して、利用者の気持ちの揺れにつきあい、生き方にかか

わる支援を共に行うことである。これは、〈歩み寄り〉〈意向をたずねる〉〈意思を理解する〉〈揺れにつきあう〉〈生き方にかかわる〉の5つのコードから成る。支援において「関係性をつくりながら一步一步」と本人に歩み寄り、「どうしたいですか」とたずね、「本人の感じている差別や孤独を感じとる」といった本人の意思の背景まで理解することが語られていた。そして、「伴走していると本人が分かってくればよい」と揺れる本人の様につきあうようになり、「本人の生き死にの希望を支援する」ことをしていた。

### 4. 専門職性を活かす

【専門職性を活かす】とは、専門職だけでなく地域住民を含めた支援体制をつくる一方で、ケアマネジャー全体の専門性向上のための働きかけを行っていくことである。これは、《支える地域をつくる》《専門性の向上を図る》の2つの上位コードから生成された。

《支える地域をつくる》とは、支援者皆で支える思いをもって医療と福祉が歩み寄ることにより、ケアマネジャーが本人の医療体制を確保し、また宗教的ケアの必要性も考え、多機関多職種で助けあう体制をつくるとともに、専門職だけでなく地域住民も含めた体制もつくり、看取りにかかわるすべての支援者の支援を行うことによって一層充実してくるものである。これは、〈皆で支える思い〉〈医療と福祉が歩み寄り〉〈医療体制を確保する〉〈信仰の影響を知る〉〈宗教の必要を図る〉〈多機関多職種で助け合う〉〈地域住民を含めた体制をつくる〉〈支援者支援の必要〉の8つのコードから成る。支援者全員で支える思いがあるから医療と福祉が「同じ平面」で話ができるようになり、柔軟な医療体制をつくれることが語られていた。一方「宗教を信じているとこんなに強い」と信仰の影響に気づき、チームに宗教家が入る必要についても検討していた。そして、多機関多職種から成るチーム成員が「互いを尊重できるチーム」として互いに認め合う体制をつくる重要性が述べられていた。また地域住民のケアマネジャーへの批判に対して「説明を繰り返して理解してもらおう」ことを通じて、専門職だけでなく住民を含めた支援体制もつくっていた。一方で、利用者との死別は支援者にも影響を与えることから「看取りの支援者を支援する体制も必要」と語られていた。

《専門性の向上を図る》とは、ケアマネジャーが意図的に悲嘆作業をし、同士で学び支えあうことを通じて、専門職として全体の力量の底上げを図ることであ

る。これは、〈意図的に悲嘆作業をする〉〈同士で学び支えあう〉〈ケアマネ全体の力量の底上げを考える〉の3つのコードから成る。「(利用者が)亡くなったときは、自分の中にわだかまりができないように、積極的に各事業者に思い出話をするようにしている」という語りもあり、意図的に感情を表出して、自分自身を立て直す作業をしている発言があった。また、ケアマネジャー同士で学び教えあい支えあうことの効果も語られ、「地域全体でケアマネの底上げをしていかなければ」とケアマネジャー全体の力量の底上げの必要性についても話されていた。

## V. 考察

分析結果から、がんをもつ独居高齢者の看取りを視野に入れた在宅療養支援におけるケアマネジャーの行為の過程は、【立ち位置に不安をもつ】状況から【働きを失う】事態となり、どうにか【支援を動かす】ことを通じて【専門職性を活かす】ことに発展することがわかった。以下、見出された4つの概念的カテゴリーをもとに考察していく。

### 1. 立ち位置に不安をもつ

ケアマネジャーは、がんをもつ独居高齢者の支援において、支援者としての立ち位置に不安をもっていることが調査結果からわかった。利用者は命にかかわる病気をもっていることから、ケアマネジャーは始めから近いうちの利用者の死を予想している。死という不可逆的な事態に対し恐怖や無力感をもち、十分な支援ができるか不安を抱いているのである。不安は、まだ起きていないことを予感して恐れる防衛機制(加藤ら編 2011)を指している。この不安は、ケアマネジャーとしての業務遂行、つまり役割遂行ができないのではないかという役割喪失の事態を予期し恐れているために発生しているといえる。看取りを視野に入れた在宅療養支援は、国民的課題になっており、ケアマネジャーはそこで役割を遂行することが期待されている。その対応として、死を正面から考え、利用者に向き合おうと身構えているのである。

またケアマネジャーは、利用者に対し〈家族のような感覚〉をもち、業務上の支援者という立場と「疑似家族的」な立場とを混同していることが見られた。そこで〈家族ではない支え方の模索〉を行い、自らの支援者としての立ち位置の不安定さに対処しようとしていた。つまり、〈死を正面から考える〉ことも〈家族ではない支え方の模索〉をすることも、ケアマネ

ジャーとしての社会的位置を守り役割遂行できるように、役割の防衛作業をしている表れといえる。悲嘆作業過程の観点から考えると、これは役割を喪失する前の予期悲嘆の作業であり、まだ役割喪失に直面していない役割喪失の回避の状況にあるといえる。

### 2. 働きを失う

ケアマネジャーは、【立ち位置に不安をもつ】状態のまま実際の支援に取り組んでいく。支援は、利用者である本人、他の専門職種や同僚、介護保険に代表される制度との関係の中で進むため、これらの関係性がうまくいかないとき、ケアマネジャーとして業務遂行困難の状況、つまり【働きを失う】ことになることが調査結果からわかった。

本人はもうすでに弱りつつあり、関係性を深めるためには〈時間が足りない〉状況のなかにも関わらず、本人が病状を否認したり支援を拒否したりすれば、ケアマネジャーは本人にかかわっていくことが一層難しくなる。加えて、本人へのかかわり方に悩んで対応を留保したり拒否の中で介入したりすれば、さらに本人にかかわっていくことが困難になる。そして、死を前にして本人が揺れるとますますかかわりが難しくなり、家族全体を支えることができない場合は、本人も支えることができない事態に陥ってしまう。本人とパートナーシップをとることは程遠く、本人はケアマネジャーに何を期待することもできず、支援は膠着してしまうのである。専門職間においても、〈在宅緩和ケアが浸透していない〉ため、同僚や医療関係職種等と協働することが難しい。〈安全とQOLとの不一致〉のため、医療職と連携がとりづらく、医療職から期待されることはケアマネジャーの意図と噛み合わず、チームとしての支援が進まない。また看取りを視野に入れた支援は、ケアマネジャーが基盤とする介護保険制度だけではカバーすることができない。しかし、ケアマネジャーは介護保険の枠内で活動することが基本であるため、制度的な面からも動きが取れない状況に陥ってしまう。

利用者本人や関係職種からのケアマネジャーへの期待がなくなり、介護保険制度という規範が事実上機能しない状況になった時、支援という行為が取れなくなる。そしてこのままではケアマネジャーという社会的位置を確保することができなくなると予想され、役割を喪失してしまうことも考えられる。【働きを失う】段階で、ケアマネジャーは本人との間、関係する専門職種間、また自らの立場を位置づけている介護保険制

度との間それぞれにおいて、役割を喪失したような役割喪失感もち、実際に役割遂行ができないという、役割喪失の事実と直面しているのである。一般に人は喪失に対し、直面と回避を繰り返しながら、喪失により変化した環境に適応していく (Neimeyer=2006)。ここでケアマネジャーが役割喪失に直面しているのは、役割喪失に伴う悲嘆作業過程の一部であり、【働きを失う】は役割喪失への直面化の表れといえる。

ケアマネジャーの悲嘆の感情や行為の喪失は、利用者とのかわりが死別によって終わることによってのみ生じるわけではない。社会的地位、規範、期待、行為、という役割の4要素を喪失するときに、深刻な役割喪失感を感じ、実際に役割喪失に直面するのである。

### 3. 支援を動かす

ケアマネジャーは、支援者という社会的地位にある以上、どんな状況においても支援を進める責任がある。そこで役割喪失の状態から脱却する突破口となるのが《最期までサポートする指針を見出す》ことである。死はケアマネジャーにとって恐怖の対象であり、看取りを視野に入れた支援においては役割遂行が危ぶまれる。しかし、「本人は、もうじき亡くなる存在であるけど、日常生活をおくっている何々さん、だと気づいて、自分の中でものすごく変わりました」という語りから、死にゆく人に対するケアマネジャーの見方が変わることがわかる。つまり、〈死にゆく過程は生きる過程〉であると気づき、死を間近にした人にとっても、日常を普通に過ごす支援が同様に大事であると気づいたのである。これらは、本人が亡くなるまでサポートするための考え方の軸であり、指針となるものである。この指針を規範とし、本人に「一緒に話を聞きたい」と〈歩み寄り〉ことができ、意思を十分に理解し、〈生き方にかかわる支援〉まで深めることができるようになるのである。

この【支援を動かす】状況は、【働きを失う】状況で直面した役割喪失感と役割喪失の事実を脱却した状態である。この役割喪失からの脱却の現象は、役割喪失の状況を体験し認識したうえでの役割喪失の回避とも表現できる。喪失の回避は、一般に喪失の事実を回避し否認したり無感覚になったりすることを指す (Neimeyer=2006) が、ここで生じている【支援を動かす】は、役割喪失感と役割喪失の事実の否認ではなく、役割喪失感と役割喪失の事実と直面し、支援が膠

着した状況を認識した上で、それを打開するための建設的作業としての喪失の回避といえる。悲嘆作業過程においては、喪失への直面と回避を繰り返して、喪失した環境へ適応していく (Neimeyer=2006) のであり、この回避の現象は、喪失に伴って絶えず変化し続ける役割をめぐる環境に適応し、支援を続けるために必要なものである。この役割喪失への回避と直面の現象は理論的には繰り返される性質のもの (大賀 2014) であり、この繰り返しは役割を継続的に遂行するためには必要なことである。【支援を動かす】は、悲嘆作業過程の一部であり、役割喪失の回避の表れといえる。

### 4. 専門職性を活かす

ケアマネジャーは、「地域の人を巻き込んだ体制」づくりを考えていることから、地域の中で役割を發揮していくことの責任を自認しており、その活動の場は地域を基盤にする。そしてケアマネジャーは〈多機関多職種で助け合う〉ことで地域の専門職と協働し、〈地域住民を含めた体制をつくる〉ことで地域の人にも助けられて、地域で生活している利用者を支援することができるのである。そしてそのような地域での活動を継続的に確保していくために〈支援者支援の必要〉を語っている。つまり、自らの役割遂行の行為を地域に深く根付かせようとしているのである。《支える地域をつくる》は、役割喪失の直面と回避を繰り返した先にあるものであり、自らの役割遂行の行為を地域に根付かせ、ケアマネジャーの役割遂行について、地域から承認を得ることにつながる。ここでケアマネジャーの役割遂行は、地域から業務として認められ、業務拡大につながっていくと考えられる。2018年の介護報酬改定でケアマネジメント加算が認定されたのも、ケアマネジャーの行為が社会的に認められ、規範である介護保険制度が変化した結果といえる。ここに、人が役割を通じて社会に働きかけることにより社会は変容し、社会が変化することによって人の役割も変わるという相互関係をみることができる。

一方、人の死に接するケアマネジャーは、利用者の死に伴う悲嘆作業を意図的にしない場合、死が日常にある職場である地域と、生きる過程を支援する職業特性に適応していけない。つまりケアマネジャーという役割の社会的地位の確保のためには、〈意図的に悲嘆作業をする〉ことが必要なのであり、これは業務を発展的に継続するために必要なことといえる。

ケアマネジャーは、ある利用者の死に伴う悲嘆作業をしながら、一方では別の利用者への支援を進めてい



く。つまり一人の利用者の死に伴う悲嘆作業と、自らの役割喪失に伴う悲嘆作業を同時並行的に行い、職能団体として専門性の向上を図ることが、【専門職性を活かす】ことにつながっていく。これが看取りを視野に入れた在宅療養支援におけるケアマネジャーの役割喪失に伴う悲嘆作業の一つのゴールになりうるものといえる。

## VI. 結論と今後の課題

本研究では、がんをもつ独居高齢者の看取りを視野に入れた支援に関する調査から、在宅療養支援におけるケアマネジャーの行為について分析し、悲嘆作業過程と役割の4要素の視点から考察した。その結果ケアマネジャーは、死に対して構え、利用者を家族のように思いつつも家族ではないといった状況のもと、支援における【立ち位置に不安をもつ】状況になっていた。そして、利用者に関連専門職と制度との関係の中で支援ができない【働きを失う】状態に陥り、その状況を理解し、支援の指針を見出し利用者本人と協働することによって【支援を動かす】ことになり、支える地域をつくり専門性の向上を図ることによって【専門職性を活かす】ができ、支援を発展的に継続できることがわかった。この現象は役割喪失への回避と直面を繰り返しつつ、喪失に伴って絶えず変化し続ける役割をめぐる環境に適応し、支援を続けるために必要な役割喪失に伴う悲嘆作業として説明できる。ケアマネジャーの悲嘆作業は、利用者との死別に伴って生じるだけではない。社会的位置、規範、期待、行為、という役割の4要素を喪失するとき、また喪失を予測するとき、深刻な役割喪失感を感じ、実際に役割喪失を体験するのである。

今回の研究から、ケアマネジャーは特定の利用者の死に伴う悲嘆作業と、役割そのものの喪失に伴う悲嘆作業を同時並行的に行っていることが分かった。この二重の悲嘆作業の関係についての考察については、今後の課題としたい。

## 謝辞

本研究にご協力いただいた皆様に心より御礼申し上げます。なお本論文は、「公益財団法人勇美記念財団の助成2014年度（前期）一般公募」を受けて行った研究の一部です。

## 注

\*1 愛知県立大学教育福祉学部 \*2 法政大学現代福祉学部  
1) 本論文と同じ調査データを用いた報告書は、大賀ら(2015)に発表されている。本論文は、当該報告書にあるデータについて更なる分析及び考察を加えたものである。

## 文献

- 安梅勅江 (2001) 『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。
- Doe, J. and Katz, R. S. (2016) Professionalism and our humanity: Working with children in palliative and end-of-life care, Katz, R. S. and Johnson, T. A. eds., *When Professionals Weep, 2nd ed.*, Routledge, 104–11.
- Doka, K. J. (2002) *Disenfranchised grief*, Research Press.
- 石田真弓・高橋孝郎・大西秀樹 (2017) 「ACPにおいて重要となるエンド・オブ・ライフ・ディスカッションについて」『がん看護』7, 687–9.
- 孔英珠 (2017) 「看取り介護加算を算定している特別養護老人ホームの介護職員における看取り介護を行う上での困難・課題とその対処方法」『社会福祉学』58(2), 26–41.
- 金子絵里乃 (2016) 「緩和ケアにおける援助者のグリーフとその対応——職種間の共通性とソーシャルワーカーの特有性」『社会福祉学』56(4), 68–81.
- 金子絵里乃 (2018) 「第6章 スーパービジョン実施のための準備作業 (2)患者との死別体験によるグリーフを抱えたソーシャルワーカーに対するライブスーパービジョン」福山和女・渡部律子・小原真知子ら編『保健・医療・福祉専門職のためのスーパービジョン——支援の質を高める手法の理論と実際』ミネルヴァ書房, 126–39.
- 加藤敏・神庭重信・中谷陽二・ほか編 (2011) 「不安」『現代精神医学事典』弘文堂, 900–2.
- Keenan, P. (2016) How nurses grieve for children who die in their care, *Learning Disability Practice*, 19(3), 16–22.
- 厚生労働省 (2018a) 「『人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン』の改訂について」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>, 2018.11.1).
- 厚生労働省 (2018b) 「人生の最終段階における医療に関する意識調査：調査の結果 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」([https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/saisyuiryo\\_a.html](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/saisyuiryo_a.html), 2018.11.1).
- Lathrop, D. (2017) Disenfranchised grief and physician burnout, *Annals of Family Medicine*, 15(4), 375–8.
- Mead, G. H. (1934) *Mind, Self and Society*, University of

- Chicago Press. (=1973, 稲葉三千男・滝沢正樹・中野収訳『精神・自我・社会』青木書店.)
- Neimeyer, R. A. (2002) *Lessons of Loss: A Guide to Coping*, Center of the Study of Loss and Transition. (=2006, 鈴木剛子訳『〈大切なもの〉を失ったあなたに——喪失をのりこえるガイド』春秋社.)
- 大賀有記 (2014) 『ソーシャルワーク支援の発展的二重螺旋構造——役割喪失にともなう悲嘆作業過程の分析』相川書房.
- 大賀有記・森朋子 (2015) 「独居がん患者の在宅看取りにおけるケアマネジャーへの支援対策——患者本人とのかかわりに焦点を当てて」『公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団2014年度(前期)「在宅医療への助成」完了報告書』(<http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/main/report.php>.2018.11.1).
- 佐藤郁也 (2008) 『質的データ分析法——原理・方法・実践』新曜社.
- Spidell, S., Wallace, A. and Carmack, C. L. et al. (2011) Grief in healthcare chaplains: an investigation of the presence of disenfranchised grief, *Journal of Health Care Chaplaincy*, 17, 75–86.
- Wlodarczyk, N. (2013) The effect of group music intervention for grief resolution on disenfranchised grief of hospice workers, *Progress in palliative care*, 21(2), 97–106.
- Vaughn, Sharon, Schumm, J. S. and Sinagub, J. M. (1996) *Focus Group interviews in Education and Psychology*, Sage Publications. (=1999, 井下理監訳『グループ・インタビューの技法』慶應義塾大学出版会.)