

令和元年6月17日現在

機関番号：32620

研究種目：基盤研究(C)（一般）

研究期間：2015～2018

課題番号：15K11865

研究課題名（和文）在宅療養の場における倫理的ビリーフの解明とケアマネジメント能力育成プログラム開発

研究課題名（英文）Elucidation of ethical beliefs at home care and development of care management training program

研究代表者

伊藤 隆子 (Ito, Ryuko)

順天堂大学・医療看護学部・教授

研究者番号：10451741

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 3,600,000円

研究成果の概要（和文）：本研究の目的は、1）在宅療養の場でケアマネジメントを実践する専門職（CM）の経験するモラルディストレス（MD）にはどのような倫理的ビリーフが影響するのかを明確にし、2）それらを自己覚知できる支援ツールを作成し、3）専門的能力の向上を目指した支援プログラムを開発しその有用性を検討することである。その結果倫理的ビリーフは自分自身に対するものとして、ケアマネジャーとしての役割、組織人としての役割、他者からの評価、自分以外に対するものとして、利用者とは、家族とは、サービス提供者とは、所属組織とは、人間とは、の8カテゴリー-25項目が抽出された。これらを支援ツールとして支援プログラムを実施した。

研究成果の学術的意義や社会的意義

在宅療養の場においては、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うため、利用者の疾病を理解し、複雑な社会保障制度を利用しながら、多様な社会資源をマネジメントする能力を持つケアマネジャー（以下CM）の育成が急務である。多様な価値体系の只中において否応なく押し寄せる利用者やその家族の信念・価値観に翻弄されながら、日本のCMはどのような信念・価値観あるいは倫理的ビリーフを大事にしているのか解明することは重要である。さらにCMの自尊心の低下や回避行動を最小限にするため、CM自身の信念や価値観あるいは倫理的ビリーフを自己覚知するような、専門職としてのスキルアップを図る研修や教育が求められている。

研究成果の概要（英文）：First, in order to clarify what kind of ethical beliefs affect moral distress (MD) experienced by the care manager (CM), we re-analyzed the previous research. As a result, ethical beliefs were divided into 1)for self and 2)for others. 1)The former included 1.role as a care manager, 2.role as an organization person, 3.evaluation from others. 2)The latter were; clients should be this way; families should be this way; service providers should be this way; belonging organizations should be this way; and humans should be this way. Next, while showing these concepts as support tools, as a result of implementing a support program including lectures and case studies for incumbent care managers, there is a possibility that it may lead to self-awareness and externalization of the ethical beliefs of CM itself.

研究分野：在宅ケア

キーワード：ケアマネジメント モラルディストレス 倫理的ビリーフ

様式 C-19、F-19-1、Z-19、CK-19（共通）

1. 研究開始当初の背景

本来ケアマネジメントには、利用者の疾病を理解し、複雑な社会保障制度を利用しながら、多様な社会資源をマネジメントするという機能が求められている。しかし、介護保険制度によって創設された居宅介護支援（以下ケアマネジメントとする）を担う介護支援専門員（以下ケアマネジャー、CMとする）は、「利用者の医療的ニーズへの対応」「利用者やその家族との調整」「サービス提供者との連携」「実践上のサポート不足」「過重な役割期待と業務範囲の不明確さ」「主治医との連携」「介護保険以外の資源活用」（斐ら、2013）や、がん末期（嶋貫ら、2011）、高齢者虐待（藤江ら、2009）におけるケアマネジメントにおいて困難感を経験しており、その結果「自らの技術では対応できない」「関わりたくない」という自尊心の低下や回避行動を引き起こしている。

CMの基礎資格の差異で論じられることもあるが、確かに基礎資格が看護職である場合、「医療依存」「精神障害」に関しては困難を感じた割合は有意に低い（吉江ら、2006）。しかし、がん終末期や在宅人工呼吸器を装着している在宅療養者に対しては、訪問看護師も「看護師としての揺らぎ」「訪問看護を引き受ける苦悩」（長内ら、2011）や、「ケアの重圧」「関わり難しさ」「感情を受け止める疲労」（加藤、2008）、その家族支援（近藤ら、2007）においても困難感を経験しており、援助者自らが認識・感情を自己覚知できるような研修や教育が必要とされている。

筆者は2004年以降、一人の専門職が深刻な心的対立を有し、かつそれによって引き起こされる専門的行為の抑制等の現象に着目し、これはJameton(1984)のいうモラルディストレス（以下MDとする）、すなわち「制度上の規制や組織的な制約のために、看護職の価値観を妥協しなければならず、看護職が倫理的であると判断する行動を妨げられた時に経験する、憤り、挫折、および後悔などの気持ち」と類似していると捉え研究を継続してきた。2007～2008年度には「CMの専門的行為の抑制をもたらすMDを構成する要素の検討」、2009～2011年度には「在宅ケアにおける倫理的ジレンマへの対処を促すための支援プログラムの開発」、2012年～2014年度には「CMの経験するMDの解明と支援プログラムの開発」を実施してきた。

その結果、次のようなCMの専門職としての行動抑制に関わるMDのプロセスが示唆された。「まず事例を前にして個人のもつ感情認知や信念・価値観がわきおこり、専門職としての倫理的/道徳的に適切な行動が必要であるという判断がなされる。しかし、様々な外部要因によって専門職としての倫理的判断を妥協しなければならず、専門職としての適切な行動ができないという行動抑制が起こり、苦痛な気持ちと心理的不安定さ（怒り、自責の念、悲しみなど）を生じる。」（伊藤、2014）

Shoni Davis (2012) は、倫理的ジレンマを経験した後どのような意思決定をし、MDを経験するかは、その個人の倫理的ピリーフによって影響を受けるとしている。Martin P, Yarbrough S, Alfred D (2003) によると、倫理的ピリーフは、性差や民族性、年齢や経験年数、地理的位置、看護師と医師の関係性、制度上の政策および手続き、組織的な力関係および階級制度のような外因的要因によって影響され、さらに仕事や人生経験、宗教・スピリチュアルピリーフ、家族観や姿勢のような内因的要因にも影響をうけるとしている。

しかしまさにこの、日本のCMがその実践において経験しているMDには、個人のもつ感情認知や信念・価値観と専門職としての倫理的判断が混在しており、境界が曖昧であるという特徴が示唆された。すなわちJametonのMDの定義であるMoralの部分は欧米人ほど明確ではなく、日本人の持つ信念や価値観あるいは倫理的ピリーフが存在あるいは影響しているのではないかと考えられる。

ここで、2つの課題が明らかとなった。ひとつは、多様な価値体系の只中において否応なく押し寄せる利用者やその家族の信念・価値観に翻弄されながら、日本のCM自身はどのような信念・価値観あるいは倫理的ピリーフを大事にしているのか、その解明が不十分であること。ふたつ目は、「自らの技術では対応できない」「関わりたくない」という自尊心の低下や回避行動を最小限にするための、CM自身の信念や価値観あるいは倫理的ピリーフを自己覚知することによる、専門職としてのスキルアップを図る研修や教育が求められていることである。

2. 研究の目的

在宅療養の場においては、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うため、利用者の疾病を理解し、複雑な社会保障制度を利用しながら、多様な社会資源をマネジメントする能力を持つケアマネジャー（以下CM）の育成が急務である。申請者はこれまでCMの経験するモラルディストレス（以下MD）の解明と支援プログラムの開発に挑戦してきた。結果、CMの経験するMDには個人のもつ感情認知や信念・価値観と、専門職としての倫理的判断が混在しており、境界が曖昧であるという特徴が示唆された。

そこで本研究の目的は、第1段階：日本の在宅療養の場でケアマネジメントを実践する専門職の経験するMDにはどのような倫理的ピリーフが影響するのかを明確にし、第2段階：それらを自己覚知できる支援ツールを作成し、第3段階：ケアマネジメント能力の向上を目指した育成プログラムを開発し、その有用性を検討することである。

3. 研究の方法

第1段階は、平成27年3回、28年度4回の研究会を開催し、先行研究（平成24-26年度科

研)にて実施したCM支援プログラムで検討された事例を、(1)事例を前にして自然にわきおこる感情認知・信念や価値観(倫理的ビリーフ)、(2)専門職としての倫理的/道徳的判断、(3)行動抑制を引き起こす外的要因と内的要因、(4)それによって発生する苦痛な気持ちと心理的負担感、に沿って再分析した。当初は、日本の在宅療養の場において、ケアマネジメントを実践する専門職の経験するMDにはどのような倫理的ビリーフが影響しているのかを明確にするために、倫理的ビリーフを自己覚知できる質問紙を作成する予定であった。しかし、MDは事例の状況に沿って発生するものであり、その発生のプロセスが重要であるため、MDの元となる個人的価値観、各専門職が大事にしているもの、専門職としての価値観すなわち倫理的ビリーフおよび思考のプロセスを自己覚知できるよう、利用者、家族、関係機関、専門職の4つの柱を立て、その対立構造を理解できるような図を作り、それを「自己覚知のための支援ツール」にしてはどうかという新案が提示された。

第2段階では、平成29年度に4回の研究会を開催し、第1段階の成果に基づき倫理的ビリーフを自己覚知する支援ツール案を作成し、作成した支援ツール案を、便宜的に選択した地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション等所属の現職のCM数名に依頼し、エキスパートパネルを開催しグループディスカッションを行った。内容は同意を得て音声録音し、使用可能性を検討し、必要に応じて修正した。

第3段階では、第2段階で検討した倫理的ビリーフを自己覚知できる支援ツールを組み込んだ、ケアマネジメント能力の向上を目指した育成プログラムを開発し有効性の検討を行った。この支援プログラムは、研究参加者がグループワークによる事例検討を行い、CMが実践の現場で経験するモラルディストレスを含む場面を言語化し、エコマップ等で可視化することで、倫理的ビリーフに自ら気がつき認識していくという形態をとる。研究者は、グループワークにおいてファシリテーターの役割を担い、CMが経験するMDにかかわる倫理的ビリーフを自己覚知できるよう、言語化や可視化を支援する。プログラムの内容は、研究者からの在宅療養の場におけるケアマネジメントにかかわる倫理的課題と基礎知識等について30分ほどの講義ののち、5~6名程度のグループを作成し、あらかじめ準備してもらった事例についてグループワークを90分、振り返りを15分ほど実施した。

プログラムの具体的な内容は下記の通りである。

- 第1回 平成30年7月8日(日)
 - 8:50~9:00 受付
 - 9:00~9:30 研究の説明と質問紙記入
 - 9:30~10:00 講義〈介護支援専門員の基本的倫理とは〉
 - 10:00~11:45 事例検討〈グループワーク〉
 - 11:45~12:00 振り返り
- 第2回 平成30年7月22日(日)
 - 8:50~9:00 受付
 - 9:00~9:30 講義〈価値と価値の対立構造を見抜く〉
 - 9:30~11:45 事例検討〈グループワーク〉
 - 11:45~12:00 振り返り
- 第3回 平成30年8月5日(日)
 - 8:50~9:00 受付
 - 9:00~9:30 講義〈倫理的課題に対処するには〉
 - 9:30~11:15 事例検討〈グループワーク〉
 - 11:15~11:45 質問紙記入
 - 11:45~12:00 振り返り

研究参加者は、便宜的に筆者の研究拠点である千葉県の地域包括支援センター、居宅介護支援事業所所属の現職のCMを募集した。ケアマネジメント従事者であれば職種、経験年数等は問わない。グループワークでは、提出された事例の情報の共有を図り、問題点の抽出と対応を共に振り返るため、事例を整理できるワークシート(別紙)を事前に配布し、記載して持参してもらった。研究参加者によって提供される事例は、できれば倫理的課題を含み困難感を抱く事例を依頼する予定であるが、事例の選択については研究参加者に一任した。

有用性の検討は、研究開始直後と終了時に、個人の能力に対する認知的な評価である「一般性セルフエフィカシー尺度GSES」(別紙)、過度で持続的なストレスを受けたときの心身の症状を「日本語版バーンアウト尺度」(久保ら1998)(別紙)、精神健康調査(日本版GHQ28)(別紙)で測定し有用性を検討した。本プログラムの着地点は、①在宅療養の場でケアマネジメントを実践する専門職の経験するMDにはどのような倫理的ビリーフが影響するのかを自己覚知できること、②倫理的ビリーフに気づいていくプロセスに関わるグループワークの要素がわかること、である。したがって、本プログラムの有用性は心理尺度だけでは十分に検討できない可能もある。そのため、グループワークにおける語りを録音し逐語録にし、参加者が倫理的ジレンマにどのように気がついていくのかというプロセスと、研究者がどのように倫理的ジレンマに気がつくようファシリテートしているのか、について質的に分析した。

4. 研究成果

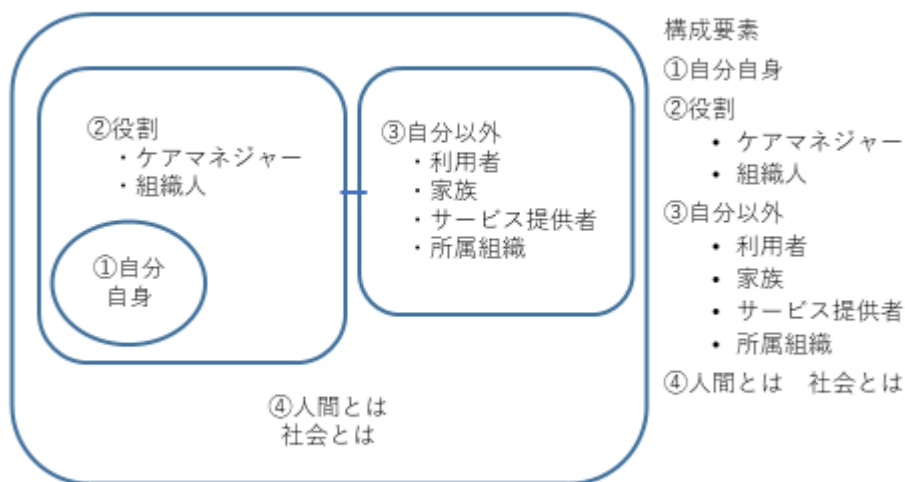
第1段階の分析対象は、先行研究にて支援プログラムに参加したCM26名中、グループワークで検討した24事例である。CMの基礎資格は、介護福祉士11名、看護師4名、社会福祉士3名、他6名、CM経験年数：1～12年、であった。分析の結果、CMは「利用者の安全と幸せを願う」「家族との良好な関係を築く」「CMとしての役割を果たす」ために、「利用者の危険を回避し介護者の負担を減らすサービスの導入」「CMとしての契約や法の遵守」をすべきと判断するが、「利用者/家族の意思や価値観に阻まれ援助関係が形成できない」「医療的知識の不足に阻まれ医療職との連携や協働に至らない」「上司の意見、職場の裁量範囲やサービス規定に制約を受ける」「どこまでがCMの仕事なのかかわからない」などが妨げとなり、「もどかしさ」「失望感」「悔しさ」「重圧感」「後悔」「申し訳ない」などのMDを経験していた。CMの経験するMDにはCM自身の個人的な価値観や信念と、専門的教育の素地が加わり多様な様相を呈していたことが明らかとなった。

第2段階では、作成した支援ツール案の使用可能性について、便宜的に選択した地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の現職のCM数名に依頼し、エキスパートパネルを開催しグループディスカッションを行った。その結果、支援ツール案が使用できると判断されたため、さらに、支援プログラムでの使用方法の検討を行った。支援プログラムの目的は、1.倫理的ビリーフを自己覚知するためのフレームワークができること。2.グループワークにおいて自己覚知を効果的に促進するファシリテート方法が明らかになること」であることを確認した。またビリーフの定義を、「状況に応じて個人が抱く考え・認識、及び行動の前提となる価値観や信念のこと。ビリーフの重要な側面として 1.ビリーフには人が真実であるとみなすものについて、その前提となるものへの執着が含まれている。2.真実である「べき」ものについて、情緒的基盤を伴った主張が存在する。」ことを確認した。次に、1.利用者に対するビリーフ、2.ケアマネジャーに対するビリーフ、3.サービス提供に関わるビリーフ、4.家族に関するビリーフ、の四つの基軸で、MDを理解できるような図の作成に着手した。

ケアマネジャーが経験するモラルディストレスにかかわる倫理的ビリーフは、1) 自分自身に対するものと 2) 自分以外に対するものに分けられ、前者 1) は①ケアマネジャーとしての役割、②組織人としての役割、③他者からの評価、後者 2) は④利用者とは、⑤家族とは、⑥サービス提供者とは、⑦所属組織とは、⑧人間とは、の全8カテゴリー25項目が導出された。これらをチェックリストとした「支援ツール案」を作成した。次に実践経験5年以上の現職のケアマネジャー5名へグループインタビューを行い「支援ツール案」の使用可能性を検討した。その結果、「支援ツール案」はケアマネジャーが自身の倫理的ビリーフの傾向に気づくツールとして使用可能であることが確認できた。

研究目的：在宅療養の場における倫理的ビリーフの解明

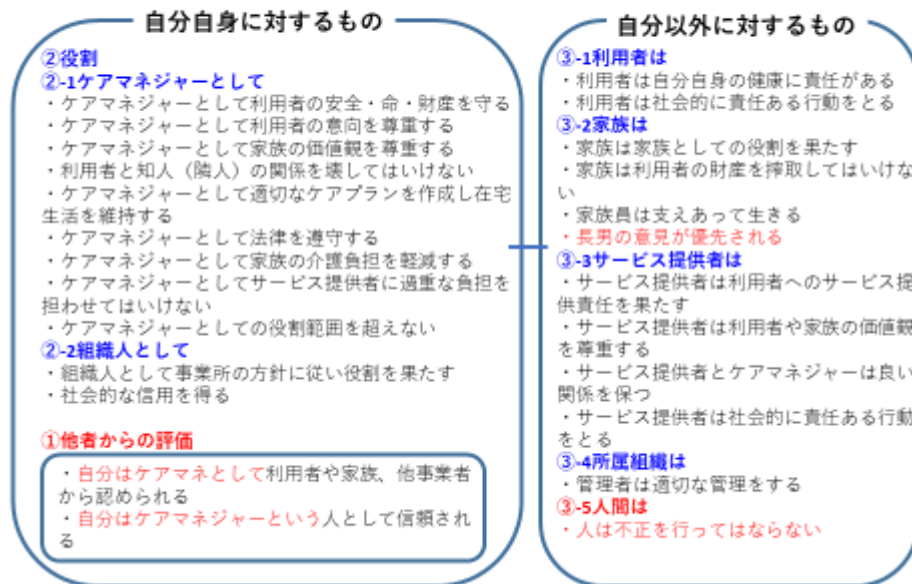
ケアマネジャーが経験するモラルディストレスにかかわる倫理的ビリーフの俯瞰図案2017/8/7



①自分についてのビリーフがあり、②役割についてのビリーフと、
③人間・社会についてのビリーフが関わりあい、④自分以外のもの
に対するビリーフを作り出す（吉田先生メモ）

研究目的：日本の在宅療養の場でケアマネジメントを実践する専門職の経験するモラルディストレスにはどのような倫理的ピリーフが影響するのか

分析結果：ケアマネジャーの倫理的ピリーフ（2017/11/5版）



第3段階は、平成30年(2018)年に実施した。関東近辺の居宅介護支援事業所約700ヶ所に研究依頼説明書を郵送し研究参加者を募集した結果、10名のケアマネジャーの同意が得られ、2018年7月から8月にかけて3週間ごとに3回の支援プログラムを実施した。研究に参加したCMの属性は、女性8名男性2名、40代4名50代4名60代2名、介護福祉士(ホームヘルパー含む)7名、社会福祉士3名、事業所主体は株式会社5名、有限会社1名、自治体(市町村)1名、社会福祉法人(社協以外)1名、合資会社1名、医療法人社団1名であり、CM歴2-18年、職位はスタッフ4名、管理者5名、最終学歴は、専門学校4名、短大2名、大学1名、その他3名であった。事例検討に提出された事例は、50歳代1名、70歳代2名、80歳代6名、90歳代1名、女性6名、男性4名であり、疾患名は、認知症5名、腰椎圧迫骨折3名、膵臓がんステージIV1名、パーキンソン病1名、白血病1名であり、家族構成は、独居4名、妻と同居2名、子(長男3、長女1)と同居4名であった。

支援プログラムの参加者10名中全日程参加者9名の心理的尺度を比較した結果、怒り、無力感、負担感、緊張、心配などのMDを経験する割合は、参加前と比べ参加後は若干増加傾向にあった(図1参照)。一般性セルフエフィカシー尺度GSESは、対象者によってばらつきがあったが平均点では変化はなかった(図2参照)。「日本語版バーンアウト尺度」の下位項目では個人によりばらつきがあったが(図4.5.6参照)、平均を比較すると(図3参照)、情緒的消耗感、個人的達成感共に変化はなく、脱人格化が若干上昇した。精神健康調査(日本版GHQ28)は未記入が多く比較できなかった。

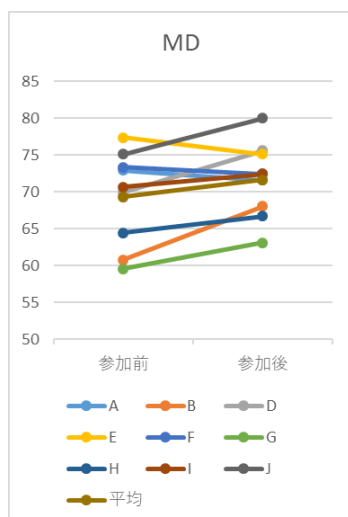


図1

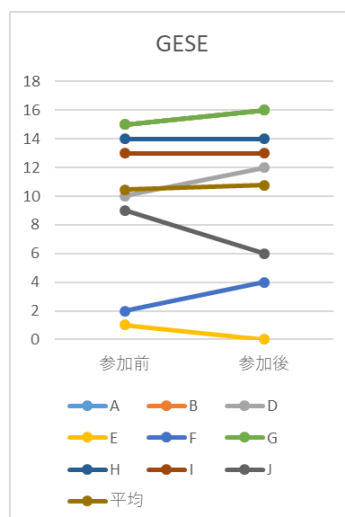


図2

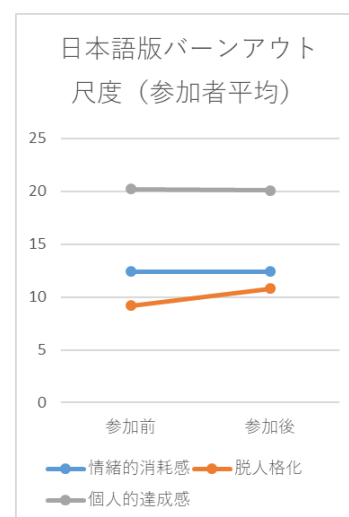


図3

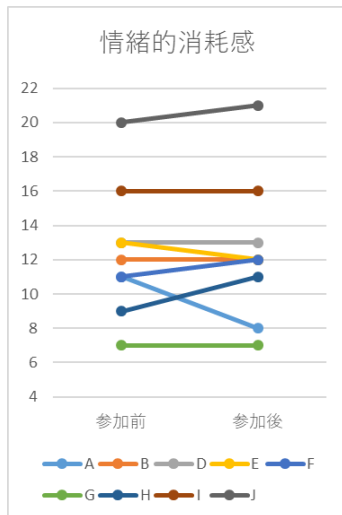


図 4

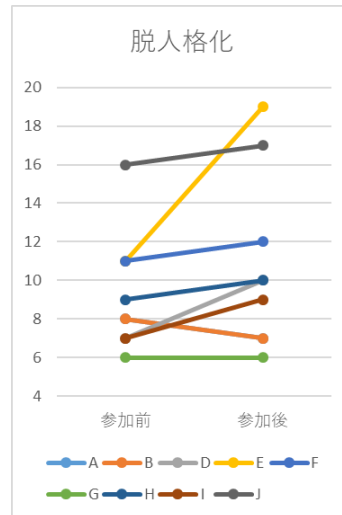


図 5

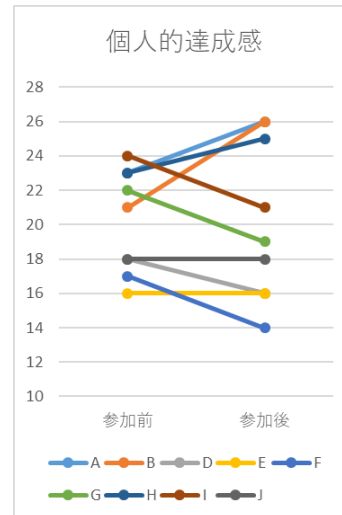


図 6

このことは、提出された事例がそれぞれ大変困難な事例であり、事例検討をグループワークで検討する際に、グループメンバーの個性によって逆にグループメンバーの怒りを引き出すという現象が起きたことも要因と考えられる。また、あらかじめ講義等で倫理的課題やジレンマ、ビリーフなどの意識付けを行った結果、自己意識の中にあるMDを引き起こすことになったとも考えられる。しかし、現実の事例について目をそらすことなく真摯に向き合い、可能な対応策をとともに考えるという点においては有用であったと言えよう。参加者からは視点が広がった、他に手立てがあることが分かったなど、困難であったことをディブリーフィングできる機会を作ること、ひとり職場などケアマネジャーが抱えている課題を解消することにつながることを示唆された。

5. 主な発表論文等

[学会発表] (計3件)

・ ITO Ryuko, AMAMIYA Yuko, TSUJIMURA Mayuko, SHIMAMURA Atsuko, KAMEI Yukari, YOSHIDA Chifumi, ISHIGAKI Kazuko: The Process Causing Moral Distress Experienced by Care Managers in Japan, 19th EAFONS, Chiba, Japan, 2016.3

・ 伊藤隆子、雨宮有子、辻村真由子、島村敦子、亀井縁、吉田千文、石垣和子：ケアマネジャーの経験するモラルディストレスにはどのような倫理的ビリーフが影響するのか、日本臨床倫理学会第6回年次大会、2018.3

・ Ryuko Ito, Atsuko Shimamura, Yuko Amamiya, Chifumi Yoshida, Kazuko Ishigaki, Junko Fujita, Shino Matsuura, Kazue Hishida, Megumi Yoshida: The ethical beliefs influencing the moral distress experienced in family care by Japanese Care Managers, 14th International Family Nursing Conference, USA, 2019

6. 研究組織

(1)研究分担者

石垣 和子 (ISHIGAKI, Kazuko) 石川県立看護大学・看護学部・教授 80073089
 吉田 千文 (YOSHIDA, Chifumi) 聖路加国際大学・大学院看護学研究科・教授 80258988
 辻村 真由子 (TSUJIMURA, Mayuko) 千葉大学・大学院看護学研究科・准教授 30514252
 雨宮 有子 (AMAMIYA, Yuko) 千葉県立保健医療大学・健康科学部・准教授 30279624
 亀井 縁 (KAMEI, Yukari) 日本赤十字看護大学・看護学部・准教授 90624487
 島村 敦子 (SHIMAMURA, Atsuko) 東邦大学・健康科学部・講師 20583868

(2)研究協力者

藤田淳子 (FUJITA, Jyunko)
 松浦志野 (MATSUURA, Shino)
 菱田一恵 (HISHIDA, Kazue)
 吉田めぐみ (YOSHIDA, Megumi)

※科研費による研究は、研究者の自覚と責任において実施するものです。そのため、研究の実施や研究成果の公表等については、国の要請等に基づくものではなく、その研究成果に関する見解や責任は、研究者個人に帰属されます。