

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 6 月 2 日現在

機関番号：25502

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2014～2016

課題番号：26870511

研究課題名(和文) 判断能力を欠く患者の終末期医療の決定 - 医療ソーシャルワーカーの調整・支援のあり方

研究課題名(英文) Decision making in end-of-life care for patients who lack decision making capacity: Attitudes of medical social worker toward end-of-life care in Japan.

研究代表者

上白木 悦子 (Kamishiraki, Etsuko)

山口県立大学・社会福祉学部・准教授

研究者番号：90551127

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,900,000円

研究成果の概要(和文)：本研究では、がん診療拠点病院等の医療ソーシャルワーカー(MSW)825人を調査対象として、緩和ケア・終末期医療のMSWの役割に関する意識の構造を明らかにするために質問紙調査を実施した(有効回答者239人)。MSWの役割に関するモデルを設定し、このモデルに対する意識の構造について因子分析を行った。その結果「アセスメント」等の10因子構造を見出した。今後の課題として、MSWの役割に関する意識に対して影響を与える要因を明らかにする必要がある。

研究成果の概要(英文)：In this study, we analyzed the mentality of medical social workers (MSW) on their role in palliative and end-of-life care and investigated attitudes. A questionnaire survey was conducted targeting 825 MSW from cancer medical center hospitals. Analyzed results from 239 effective respondents is as follows. As a result of factor analysis on the mentality of the role of MSW, a ten factor structure including "Assessment on patients and families etc" was found. In the future, it is necessary to clarify the cause, and other related factors regarding the attitude.

研究分野：医療福祉

キーワード：医療ソーシャルワーカー 緩和ケア 終末期医療

1. 研究開始当初の背景

(1) 意思の確認ができない患者の増加と緩和ケア・終末期医療

近年、日本では、生命維持治療の進歩に伴う患者の生命の延長や、また、高齢社会における認知症高齢者の増加等により、意思の確認ができない患者の数が増加している。患者の意思を確認できない場合においても、医療の場の選択や医療方針の決定は、患者の意向に基づくことが基本となる。しかし、実際には、患者の意思の把握(推定)は困難な場合が多い。

意思の確認ができない患者が、病態が悪化し、終末期の状態に陥った場合、医療方針の決定や医療の場の選択は、患者・家族にとっても、医療関係者にとっても大きな検討課題となる。

上記から、医療方針等の決定が、患者の最善の利益を判断した上での決定ではなく、家族の利益等、本人以外の者の利益や、医療従事者の独断に基づいて行われるとすれば、最も守られるべき、人(患者)の権利である、生存の権利(より良い生存の権利)が害されることになり、問題が大きい。

(2) 意思の確認ができない患者に対する緩和ケア・終末期医療の方針決定：医療ソーシャルワーカーによる調整・支援

英米では、緩和ケア・終末期医療の方針決定においても、意思の確認ができない患者の権利を擁護するために、医療ソーシャルワーカー(MSW)が、関係者からの情報収集を厳格に進めるとともに、自責・悲嘆の中にある家族に対する心理的・社会的支援を行っている。

日本においては、同様の取り組みを行う医療機関があることが伝えられているものの、日本全体の実態やMSWの調整・支援の具体的内容や方法は明らかになっていない。

2. 研究の目的

そこで本研究では、緩和ケア・終末期医療におけるMSWの役割を、臨床現場のMSWがどのように意識しているか(意識の構造)について明らかにすることを目的とする。

3. 研究の方法

(1) 対象者と方法

本研究では、がん患者の緩和ケア・終末期医療におけるMSWの臨床現場での役割意識の構造を明らかにすることを目的としている。そこで、がん患者の緩和ケア・終末期医療の代表的な臨床現場である、がん医療提供の均てん化の役割を担うがん診療連携拠点病院および一定程度の医療の質を担保する医療機関の一つとしての臨床研修病院に、それぞれ勤務するMSWを調査対象とした。具体的には、(1)都道府県がん診療連携拠点病院13施設(全数50施設の25%)、(2)地域がん診療連携拠点病院90施設(全数357施設の25%)、(3)臨床研修病院172施設(全数688施設の25%)

である(2014年現在)。1対象施設につきMSW3人を調査対象者とし、計825通(人)に無記名・自記式の質問紙調査(郵送法)を実施した。調査期間は2015年3月からの1ヶ月間である。回収した調査票のうち、多質問項目により構成されている尺度については欠損値が1割程度以下のものを有効回答として分析対象とした。分析対象者数は239人(回収率29.0%)であった。

(2) 調査内容と点数化

本研究では、緩和ケア・終末期医療のMSWの役割に関する意識の構造を明らかにすることを目的としている。そのため、質問紙の内容は、基本属性、緩和ケア・終末期医療におけるMSWの役割に関する項目によって構成されている。

MSWの役割については、MSWの業務指針を基本として、先行研究(南ら2000、本家2002、NASW2004、楠本ら2008、佐藤2010、山田ら2011、高橋2013、大賀2014、上山崎2016)を包括的・系統的に集約して、10因子構造64質問項目からなるMSWの役割モデルを作成した。その際、役割モデルおよびその質問項目の妥当性については、項目を作成する段階で、複数の専門家(社会福祉学、統計学等)による検討を複数回実施し、さらにがん診療連携拠点病院のMSWによるレビューを受けることで確保した。

10因子構造の役割モデルの内容は、「(1)アセスメントの実施、(2)治療方針の決定に関する調整・支援、(3)インフォーマル・グループの組織・運営、(4)療養中の心理的・社会的問題の調整・支援、(5)復職・復学のための調整・支援、(6)患者の尊厳の確保のための調整・支援、(7)退院のための調整・支援、(8)経済的問題の解決のための調整・支援、(9)ホスピスの理念や施設の説明、(10)患者や家族が病気の過程や治療方針を理解するための調整・支援」である。

この役割モデルに関して、「MSWは役割をどのように意識しているか(意識の構造)」につき、「必要ではない(1点)」「あまり必要ではない(2点)」「まあ必要である(3点)」「必要である(4点)」の4段階評定で回答を求め、点数化した。

(3) 分析方法

緩和ケア・終末期医療におけるMSWの役割の意識の構造については、主因子法による、プロマックス回転を用いて、探索的因子分析を実施した。各因子を構成する質問項目についてはクロンバックの係数によって信頼性を算出した。また、探索的因子分析で析出されたMSWの役割に関する意識の構造を示す因子について、各因子の尺度としての妥当性と因子間の関連を検証するために、確定的因子分析(尺度不変最小2乗法)を行った。解析にはIBM SPSS22.0、IBM AMOS22.0を使用し、有意水準は5%未満とした。

(4) 倫理的配慮

調査にあたっては、依頼文に、調査の目

的・方法・公表等を明記し、回答者が本調査に対して同意をする場合のみ、調査票を返送する方法をとった。本研究は、大学生命倫理審査委員会の承認のもとに実施した。

4. 研究成果

(1) 回答者の基本属性

回答者の基本属性は、性別は女性が74.6%と多く、年齢は30代が53.4%と半数を占めた。所属する医療機関の母体は公立が29.8%と最も多く、病床数の平均は454.7床であった。MSWが保有する資格は、複数回答で社会福祉士96.0%と最多であった。MSWとしての経験年数は、平均8.6年、ひと月の担当ケース数は平均52.1件であった。

(2) 緩和ケア・終末期医療におけるMSWの役割に関する意識の構造

緩和ケア・終末期医療においてMSWが自らの役割をどのように意識しているか、つまり、意識の構造を明らかにするために、主因子法によるプロマックス回転を用いて探索的因子分析を行った。因子負荷量が0.4未満の項目および複数因子に高い因子負荷量をもつ項目を削除し、繰り返し因子分析を行った結果、43項目から構成された10因子構造に収束した。

第1因子は、「患者の緩和ケア・終末期医療の目標に関するアセスメント」等から構成されており、「緩和ケア・終末期医療における患者や家族等についてのアセスメント」と命名した。第2因子は、役割モデルでは「治療方針の決定に関する調整・支援」と設定していたが、因子分析の結果、「生命維持治療の差し控えの判断に、チーム内でMSWとして、見解を述べる」等から構成される因子に収束した。このことより、第2因子は「治療の差し控えや中止に関するMSWの見解の提示」と命名した。第3因子は、「ボランティアの組織・運営」等から構成されており、「インフォーマル・グループの組織・運営」と命名した。第4因子は、役割モデルでは「療養中の心理的・社会的問題の調整・支援」と設定していたが、因子分析の結果、「患者同士や職員との間の人間関係の調整」等から構成される因子に収束した。このことより、第4因子は「患者や家族、他職種間における人間関係の調整・支援」と命名した。第5因子は、「復職・復学のための患者の住む地域や自治体・行政等との調整」等から構成されており、「患者の復職・復学のための調整・支援」と命名した。第6因子は、「患者による緩和・終末期医療の決定を尊重する働きかけ」等から構成されており、「患者の尊厳や権利を擁護するための調整・支援」と命名した。第7因子は、「転院のための医療機関、退院・退所後の関連施設等の選定の援助」等から構成されており、「退院のための調整・支援」と命名した。第8因子は、「生活費に困っている患者が年金や社会福祉等の関係諸制度を活用できるよう援助」等から構成されており、「患者や

家族の経済的問題の解決のための調整・支援」と命名した。第9因子は、「家族等に対するホスピス理念や施設の説明」等から構成されており、「ホスピスの理念や施設の説明」と命名した。第10因子は、「患者が、病気の自然な経過、死にゆく過程、医学治療の利点と欠点等、これらの状況を理解することを助ける援助」等から構成されており、「患者や家族が病気の経過や治療方針を理解するための調整・支援」と命名した。

10因子の信頼性係数(クロンバックの係数)は、0.7以上で高い信頼性(内的一貫性)が示された。各因子の相関係数は10因子すべての間で正の相関がみられた($r=0.1\sim 0.6$)。また10因子について、各因子の尺度としての妥当性と因子間の関連性を検証するために、確定的因子分析(尺度不変最小2乗法)を行った。その結果、各因子とそれを構成する質問項目のパス係数は0.46以上かつ有意で、調査データとの適合性を示す指標であるGFI(Goodness of Fit Index)は0.962、AGFI(Adjusted GFI)は0.956であり、モデルを採用する基準(豊田 2007)を満たすものであった。

(3) 考察

緩和ケア・終末期医療におけるMSWの役割に関する意識の構造

本研究では、緩和ケア・終末期医療におけるMSWの役割に関する意識の構造として、10因子に収束した構造を明らかにした。

この分析結果は、役割モデルとほぼ同じ構造を示していた。このことから業務指針を基本に設定したMSWの役割を、臨床現場のMSWが専門職として確実に意識していることが明らかになった。なお、専門職としての役割意識を有しているという本結果については、本研究の調査対象者ががん診療連携拠点病院および臨床研修病院に所属するMSWであり専門職性に対する意識が特に高いことや、回答者の96.0%が社会福祉士の資格を有しており専門的教育を受けてきた者であることが、その背景にあったことが推察される。

以下に、緩和ケア・終末期医療のMSWの役割意識の構造について明らかとなった10因子構造につき、MSWの役割に関する先行研究における論説・論評および臨床現場の実態を踏まえ、その妥当性・根拠を考察する。

まず「緩和ケア・終末期医療における患者や家族等についてのアセスメント」(第1因子)の役割意識については、ソーシャルワーク実践の基本であるアセスメントを、緩和ケア・終末期医療の実践においても根底に据えていることが推察された。このようにアセスメントは、緩和ケア・終末期医療においても必要不可欠なものであり、その役割意識の強さが本研究において現れたものと考えられる。

次に、「治療の差し控えや中止に関するMSWの見解の提示」(第2因子)および「インフォーマル・グループの組織・運営」(第3因子)

について論述する。これらふたつの役割意識の平均値はそれぞれ2.78および2.93と、他の役割意識に比べると低い結果であった。

「治療の差し控えや中止に関するMSWの見解の提示」については、さまざまな医療方針の決定に係る調整・支援の中においても、特に、患者の人生(生命)の最期に関与する可能性が高くなる。つまり、生物学的予後を踏まえたうえでの意思決定となる場面においては、医療職による調整・支援が中心となる。この意味で、生活の視点から調整・支援を行う福祉職であるMSWに対する周囲からの役割期待は高くはなく、伴ってMSW自らの役割意識も強くはないことが推察される。

また「インフォーマル・グループの組織・運営」に関しては、緩和ケア病棟やホスピス病棟等では、既にインフォーマル・グループが組織・運営されている場合も多い。患者や家族が自主的に当事者会を組織・運営していることもあれば、看護師等の他職種が中心となって院内ボランティアを組織・運営していることもある。インフォーマル・グループは、フォーマル・サービスの隙間を埋める機能を持つため、患者が24時間365日、疼痛コントロールや身体ケア、精神的ケアを必要とするような緩和ケア・終末期医療においては、欠かせない貴重な存在である。そうであるからこそ、当事者や看護師等による組織・運営の必要性も高い。このように、必要性が高く、既に組織・運営がなされている状況において、MSWがその組織・運営の役割を意識できる場面は少ないことが推察される。

ところで緩和ケア・終末期医療では、患者の症状や心身状態の変化が著しいため、他のどの段階のケアよりも、多職種によるサービスを統合的に提供する必要がある(島田ら2011)。その際に、医療やケアの提供が、時に患者や家族の負担となっていることはないか、患者や家族が不安や負担を医療従事者に伝えることができているか等、MSWは、患者や家族の感情や行動を汲み取り、「患者や家族、他職種間における人間関係の調整・支援」(第4因子)を行う役割を担う(本家2002、山田ら2011、上山崎2016)。

また2012年、がん対策推進基本計画の重点項目に「働く世代や小児へのがん対策の充実」が盛り込まれたように、日本においてはがん患者の就労・就学が、昨今の喫緊の対応課題である。このがん対策推進基本計画にはMSW支援方策検討部会が設けられ、MSWが患者の就労・就学のコーディネーターの役割を担うことが求められている。この状況は、本研究の「患者の復職・復学のための調整・支援」(第5因子)の役割意識と一致している。現在、多くのMSWが「患者の復職・復学のための調整・支援」の役割を担う場面に直面しているといわれており(高橋2013)、本研究でもこの役割意識が強く現れたことが推察される。

「患者の尊厳や権利を擁護するための調

整・支援」(第6因子)については、ソーシャルワークの価値・倫理と一致する役割といえる(南2014)。特に緩和ケア・終末期医療においては、患者が人生の最期を迎える場面となることも多いため、患者自身による治療方針の決定や療養の場の決定等を尊重することが重要となる。MSWはこの役割を積極的に担うことにより、患者の尊厳の獲得に大きく寄与することができる。さらに緩和ケア・終末期医療では、意思の確認ができない患者に対する調整・支援を行う場面も多い。その中でMSWには、意思の確認ができない患者の意向を事前に汲み取り、その意向を治療や療養に反映させる調整・支援を行う役割が求められる。また仮に、臨床現場において患者の尊厳や権利が尊重されない場面があるとするならば、MSWは院内組織や他職種さらには自治体や行政等に対する働きかけを行う。このことはMSWの連携・調整機能を通じて、患者の尊厳や権利の獲得を行うことにつながる。これらの役割意識が、本結果においても現れたものと推察される。

「退院のための調整・支援」(第7因子)の役割は、緩和ケア・終末期医療に限らず、一般的な医療の場面においてもMSWの重要な役割の一つである。本結果においても、意識の平均値は3.91と他と比較して最も高く、臨床現場のMSWの役割意識の高さをみることができる。昨今、国は地域包括ケア体制の整備強化を推し進め、病院完結型医療から地域完結型医療への転換を図っており、この流れは緩和ケア・終末期医療においても同様である。つまり、これまでホスピス等の医療機関が患者の療養の場の中心であった時代から、患者や家族が在宅・地域へとその場を移す時代と変化してきた。このような状況下でこそ、MSWは生活者の視点からアセスメントを行い、患者の意思決定を支援し、また関係者間の調整を図りながら、在宅・地域への「退院のための調整・支援」を行うという、重要な役割を担うといえる(篠原2015)。本結果は、このようなMSWの意識の強さを現したものと推察される。

また、「患者や家族の経済的問題の解決のための調整・支援」(第8因子)については、「退院のための調整・支援」と同様、MSWの基本的な役割の一つである。意識の平均値も3.84と2番目に高い。がん治療については、医療費が高額になりやすいこと、治療期間が長期化すること、また働く世代の入院により生活費や医療費に困窮する状況を引き起こす可能性が高いこと等から、MSWがこれらの問題を解決するため調整・支援を行う場面も多くなる(高橋2013)。このような意識の強さが本結果においても現れたものと推察される。

そして緩和ケア・終末期医療においては、患者や家族が療養の場を理解し、またこれから受ける療養の内容・治療方針を正確に理解することが欠かせない。このことにより、患

者や家族は医療従事者と協力しながら治療を受けることになり、人生の最期の場面において療養や治療をより効果的にすすめることにつながる。そのために MSW は、「ホスピスの理念や施設の説明」(第 9 因子)や「患者や家族が病気の経過や治療方針を理解するための調整・支援」(第 10 因子)といった、患者の意思決定を側面的に支える調整・支援を行う(本家 2002)。これらの調整・支援は、患者の主体性を側面から支援するというソーシャルワークの基本的役割と合致する。このような、ソーシャルワークの基本的役割意識が、緩和ケア・終末期医療における MSW の役割意識とも結びつき、本結果において現れたものと推察される。

(4) 今後の課題

最後に本研究の今後の課題として、MSW の役割に関する意識に対して影響を与える要因等を明らかにするに至らなかった点が挙げられる。つまり、MSW をとりまくソーシャルサポートや患者や家族からの評価等、周囲の状況が大きく影響することが予測される。この点については、今後さらなる解明のための調査・検討が必要である。

<文献>

- 林 真紀(2015)「チーム医療にける医療ソーシャルワーカーの役割」『保健の科学』57(11), 749-55.
- 本家裕子(2002)「ターミナルケアにおける医療ソーシャルワークに関する研究の動向」『臨床死生学年報』7, 64-72.
- 上山崎悦代(2016)「終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの IPW」『日本福祉大学社会福祉論集』135, 111-32.
- 厚生労働省(2002)「医療ソーシャルワーカー業務指針」厚生労働省健康局長通知 平成 14 年 11 月 29 日健康発第 1129001 号.
- 楠本順子・川崎浩二・高山 巖(2008)「医療ソーシャルワーカーの職務に対する評価」『日本医療マネジメント学会雑誌』9(3), 433-37.
- 松岡千代(2000)「ヘルスケア領域における専門職間連携 ソーシャルワークの視点からの理論的整理」『社会福祉学』40(2), 17-38.
- 南 彩子・武田加代子(2000)「医療ソーシャルワーカーの職務の特徴 アイデアリズムと実践的意識の比較」『社会福祉学』41(1), 111-20.
- National Association of Social Workers(NASW) (2004) NASW Standards for Palliative & End of Life Care (<https://www.socialworkers.org/practice/bereavement/standards/standards0504New.pdf>, 2017.6.1).
- 大賀有記(2014)「医療ソーシャルワーカーの役割のあいまい化からみる専門職性についての検討 役割理論と組織システム論の視点から」『社会福祉学評論』14, 57-68.

- 佐藤繭美(2010)「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」科学費補助金成果報告書.
- 島田千穂・高橋龍太郎(2011)「高齢者終末期における多職種間の連携」『日本老年医学会雑誌』48(3), 221-26.
- 篠原純史(2015)「地域包括ケアシステムにおける医療ソーシャルワーカーの役割」『国立医療学会誌』69(10), 434-37.
- Stark, Doretta(2011)Teamwork in Palliative Care: An Integrative Approach, Altilio, Terry, Otis-Green, Shirley eds. Oxford Textbook of Palliative Social Work, Oxford University Press, 415-24.
- 高橋 都編(2013)「MSW がおこなうがん患者への就労支援相談」『働くがん患者と家族に向けた包括的就業システムの構築に関する研究』厚生労働省科学研究費補助金がん臨床研究事業 (http://cancer-work.ncc.go.jp/tool/pdf/sw_jirei2013.pdf, 2017.6.1).
- 豊田秀樹(2007)『共分散構造分析 Amos 編』東京図書.
- 山田美保・安倍 猛・北川慶子(2011)「緩和ケア病棟におけるソーシャルワークに関する質的研究」『西九州大学健康福祉学部紀要』42, 43-9.

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕(計 0 件)〔学会発表〕(計 0 件)〔図書〕(計 0 件)

6. 研究組織

(1) 研究代表者

上白木 悦子 (KAMISHIRAKI, Etsuko)
山口県立大学・社会福祉学部・准教授
研究者番号: 9 0 5 5 1 1 2 7

(2) 研究分担者

該当なし

(3) 連携研究者

青木邦男 (AOKI, Kunio)
山口県立大学・名誉教授
研究者番号: 8 0 1 4 2 8 2 6
前田正一 (MAEDA, Shoichi)
慶應義塾大学・健康マネジメント研究科・教授
研究者番号: 2 0 3 9 6 7 0 8
呉世雄 (OH SeWoong)
宇都宮大学・地域科学部・専任講師
研究者番号: 0 0 7 0 8 0 0 0
山本佳代子 (YAMAMOTO, Kayoko)
西南学院大学・人間科学部・准教授
研究者番号: 0 0 3 6 4 1 2 5

(4) 研究協力者

該当なし