

令和 2 年 9 月 11 日現在

機関番号：32635

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2016～2019

課題番号：16K04186

研究課題名(和文) 地域包括ケアシステムにおける本人・家族の選好を重視した合意形成

研究課題名(英文) Consensus building focusing on the preferences of the person and family in the community-based comprehensive care system

研究代表者

新保 祐光 (Shimpo, Hiromitsu)

大正大学・人間学部・教授

研究者番号：90513432

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)：合意形成に関わるインタビュー調査の結果から、本人および家族の選好を重視した合意形成の現在の課題として、利用者支援システム内の合意形成に関わるメソレベルの合意形成と、ソーシャルワーカーと当事者のミクロレベルの合意形成が一つのシステムとなっていない場合が多いことが示された。そのミクロレベルとメソレベルを一つのシステムとして融合し、本人および家族の選好を尊重するためには「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」で示されるプロセスモデルが有用であることが、倫理的決定をテーマとした研修の受講者に対する調査から明らかになった。

研究成果の学術的意義や社会的意義

地域包括ケアシステムが推進されるなかで、サービス提供システムも多元化し、多職種・多機関の関わる連携は今後より重要となる。本研究の社会的意義は、そのようななかで合意形成に関わる有用な知識を示すことで、多職種・多機関連携をより質の高いものにし、よりよい地域包括ケアシステムの推進に貢献することができることにある。

学術的意義としては、「本人主体」や「自己決定」というソーシャルワークの価値を具体的な実践として行う際の知識を示すことが出来、また「多職種連携」「協働」といった中核を担う業務に関する知識についても具体的に示すことが出来ることにある。

研究成果の概要(英文)：We interviewed about consensus building that respects the will of the person. As a result, in many cases, the service provider team and the intention of the person are not one system. It turns out that it is an issue in respecting respect for the will of the person who is not one system.

In order to combine the micro level and meso level as one system, we examined useful knowledge. It was done by conducting a survey and conducting a survey for social workers. As a result, it was shown that the process model shown in "Guidelines on the decision-making process of medical treatment at the final stage of life" is useful for respecting one's preference.

研究分野：社会福祉学

キーワード：地域包括ケアシステム 合意形成 選好 支援システム

様式 C - 19、F - 19 - 1、Z - 19 (共通)

1. 研究開始当初の背景

1) 地域包括ケアの主体として本人および家族が位置づけられる

2013年の地域包括ケア研究会報告書の中で、「地域包括ケアシステムの5つの構成要素と『自助・互助・共助・公助』」が示された。この構成要素の一つに「本人・家族の選択と心構え」があげられた。このことによって地域包括ケアに関わる決定主体として、本人および家族が明確に位置づけられた。この決定主体であるということ、具体的にどう実現していくかについての検討が求められた。

2) 地域ケアに求められる多様な職種、組織、立場の参加

医療分野では機能分化と技術の発展が進み、在宅医療に関しても多様な医療が提供できるようになり、在宅医療においても、多様な職種、組織が関わるようになった。それにくわえ提供主体も、公益法人、民間に加え、NPO法人や自助グループ、さらには互助も強調されることから親しい人など、フォーマル、インフォーマルを含めた多様な関係者が地域包括ケアに参加することが求められていた。そのような多様な関係者の合意形成について検討することが求められた。

2. 研究の目的

本研究は、地域包括ケアシステムにおける多機関協働の合意形成場面において、本人および家族の選考を尊重した合意形成のための有用な知識、方法について検討することである。これは地域包括ケアシステムの推進に役立つという社会的意義とともに、本人主体という社会福祉の価値を具体化するという研究的意義もある。

この目的を達成するために、現状の合意形成にかかわる課題について検討、本人・家族の選好を尊重した合意形成に有用な知識の検討、実践へと応用するなかでより具体的かつ有用な知識として、アクションリサーチの手法を用いてブラッシュアップするという3つの段階を設定した。

3. 研究の方法

当初は自然主義的研究(Kiefer = 2010)を参考に、アクションリサーチをおこなう予定であった。しかし研究を進めるうえで、合意形成に有用な知識の検討という目的は変わらないものの、方法を、新たに提示された知識の有用性を実践者に対してアンケートによって確認する方法へと変更した。変更の大きな理由は、2018年に「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」(以下プロセスガイドライン)の改訂がおこなわれ、医療関係者への合意形成に関するガイドラインが示されたことである。以下研究のプロセスに沿って方法を示す。

1) 現状の合意形成に関わる課題の検討

現所属での実習教育、研究等で5年以上関わりがあり、本研究の趣旨を理解していただいた実践者とともに合意形成に関わる勉強会を開き、現状の課題を実践者に聞き取るためのインタビューガイドを作成した。聞き取る枠組みとして、values-based practice (Woodbridge, K. and Fulford, B. 2004)と「情報共有-合意モデル」(清水 1997)を参考にした。

調査対象

実践者である研究協力者が普段仕事をしていて合意形成を丁寧に出来る力量があると思われる人に依頼し、その後その対象者から同様の条件で調査対象者の紹介を受けるスノーボールサンプリングとした。5年以上の経験者6名から13事例の聞き取りをおこなった。1事例45分~90分のインタビューであった。

調査内容

インタビューは事例の概要と合意形成場面の聞き取り、そのうえで本人および家族の選好の尊重という視点からの振り返りという3つの項目を中心に聞き取りをおこなった。1ケース45分~90分程度の時間であった。全部で9事例おこなった。

2) 本人・家族の選好を尊重した合意形成に有用な知識の検討

一つ目の調査からなかなかリッチなデータが得られず、先行研究(新保 2014)の枠組みから大きな進展がない状況であった。そこに2018年に「プロセスガイドライン」が示されたため、合意形成に有用な知識としての理解とその有用性についての確認をした。

調査対象

プロセスガイドライン作成に関わった専門家

調査内容

60分程度の聞き取り2回と、その内容に基づく研究協力者とのディスカッション2回(各90分程度)

3) 実践へと応用するために有用な知識であることの確認

本人・家族の選考を重視した合意形成に関して、「プロセスガイドライン」が有用な知識であることを確認するために、医療ソーシャルワーカー(MSW)がどの程度「プロセスガイドライン」を知っているか、その知識を有用と感じるか、具体的に実選できているかの調査をおこなった。

調査対象

本調査への協力を前提とした「医療倫理とソーシャルワーク」の研修の参加を希望した医療ソーシャルワーカー先着48名(案内は全国の病院に送付)。2日間のすべての過程の研修を受

けたうえで、アンケートに回答してもらった。研修受講者を調査対象としたのは「知っていますか」「出ていますか」に関する認識の誤差を、研修により共通認識を持つことで可能な限り少なくするためである。

調査内容

「プロセスガイドライン」「臨床倫理」「臨床倫理と法」「臨床倫理とソーシャルワーク」「権利擁護とソーシャルワーク」の5つの枠組みから研修プログラムを作り、演習を織り交ぜながら研修をおこなった。この5つの枠組みに関しては、「プロセスガイドライン」作成に関わった専門職のアドバイスを元に作成した。それぞれの講師は、最新かつ適切な内容であることを意図して、その分野での研修を数多く担っているその領域の著名な専門家に依頼した。

アンケートでは、上記の5つの各項目について、研修前の知識、研修での理解度、研修の満足度、気づきの有無（実践への有用性への気づき）を5件法で聞いた。くわえて理解が不十分だった点と研修の有用性に関して自由回答欄を設けた。

4. 研究成果

1) 現状の合意形成に関わる課題の検討

インタビュー調査の結果

聞き取った事例は、多職種機関、多職種連携における合意形成がテーマでもあったためか、機関や専門性の異なり、経済性や効率性との倫理的ジレンマなどのなかで、実践者の様々な葛藤や、倫理的ジレンマへの考察、困難な調整への解決など、当事者の意思を可能な限り実現しようとする事例を聞き取ることが出来た。

インタビュー結果をまとめるなかで、調査デザイン時の協働イメージ(図1)と、聞き取った事例の協働イメージ(図2)がほとんどの事例(12例中11例)で異なるのではないかと感じた。それは、支援者システムにおける合意形成の際の相互作用や葛藤による価値の変容過程に当事者自身がほとんど含まれないことである。

根拠としては「なぜ本人はそれを望んだのか」「本人はその決定に対してどう感じたのか」に対する答えに、根拠や深みがある回答があまりなかった。反対に支援者システム内での決定は「チームの決定」という重みによって、ソーシャルワーカーから伝達されるだけで、当事者から不安等の聞き取りはあったとしても、その内容の変更はほとんどなかった。

つまり当事者の意向をいかに支援者チーム内で共有するかというメゾレベルの議論に焦点が当たり、その過程に当事者を含むというミクロレベルの視点があまり観られなかった。

図1：調査デザイン時の協働イメージ

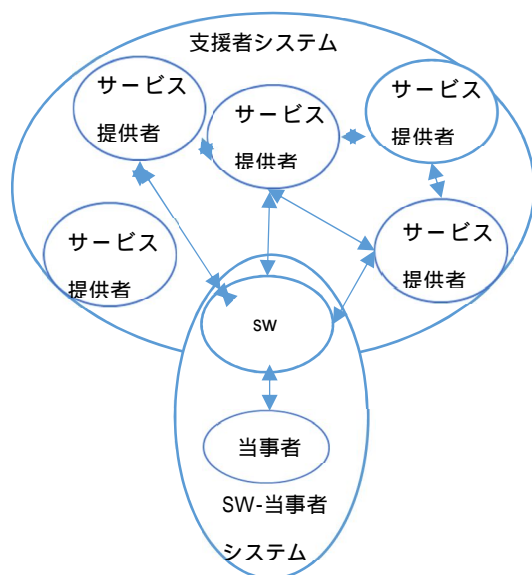
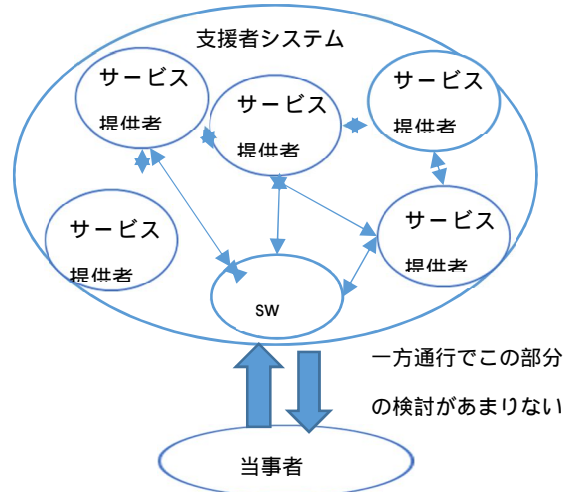


図2：聞き取り調査後の協働イメージ



考察

図2の共同のイメージが本調査でキーワードとした「本人および家族の選好」といえるかが議論された。本来は支援者システムチームのダイナミクスやジレンマをとともに体験し、当事者がある経験のなかであえて何かを選ぶことが「本人および家族の選好を重視」することではないかということである。

インタビューからは、当事者の価値観や以降を共有するために、カンファレンスだけでなくそれぞれの専門職、組織と丁寧なやりとりがみられた。それには多くの時間をかけていることも分かる。そのプロセスに当事者を全部参加させることは困難である。

しかしながら values-based practice (Woodbridge, K. and Fulford, B.2004) や「情報共有-合意モデル」(清水 1997)をふまえると、やはり図1の協働イメージが目指されるべきものであ

り、そのためにはどうするかを検討することとなった。

ただしこの段階で「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」の改訂版が発表される。国レベルによる多くの専門職に向けて出されたスタンダードであることと、インタビュー調査で違和感のあった支援システム中心で、当事者があまり含まれない点も「プロセスガイドライン」ではミクロレベルも十分に検討の射程に含めており、合意形成に有用な知識であると理解できた。そのためこの「プロセスガイドライン」の有用性を検討することに方針を切り替えた。

2) 「プロセスガイドライン」の有用性の調査結果

調査対象者の属性

48名の受講者に対し有効回答は44であった。全員が社会福祉士の資格を持ち、61.4%が医療ソーシャルワーカーとして10年以上の経験を持っていた。そのなかで38.4%の参加者が精神保健福祉士の資格も持っていた。

事前の知識について

「プロセスガイドライン」や医療倫理に関連する研修の受講歴は73.3%がこの受講前に研修を受講しており、そのなかでも48.7%の参加者がすでに複数回受講していた。全く研修に参加した経験の無い受講者は22.7%であった。

このようにすでに研修の受講経験者が多いこともあり、受講前の知識として「プロセスガイドライン」を「十分に知っている」2%、「だいたい知っている」64%、「あまり知らなかった」33%という結果であった。

調査対象者に関する考察

医療ソーシャルワーカーとして6割以上が10年間の経験を持っていることや、すでに倫理的決定に関連する研修の受講経験が4分の3以上の人にあることなどから、参加者は倫理的決定に関わる実践や知識がある程度あることが示された。

研修の理解度

研修の理解度については、例えば「プロセスガイドライン」については「十分に知っている(事前)」が2%から「かなり理解できた(事後)」が47.7%、「だいたい知っている(事前)」が64%から「だいたい理解できた(事後)」が47.7%と、だいたい理解できている以上の割合が増加(66% 95.4%)し、深く理解している割合も増加(2% 47.7%)している。他項目でもすべてにおいて同様の結果が得られ、研修内容を理解度していることが確認された。

研修の有用性に関する自由記述

有用性に関しては記述式で回答を求めた。すべての参加者から有用性に関する回答を得られた。以下一部を抜粋する。

- ・「ソーシャルワーカーのアドボカシーについて再認識できた。日常を振り返ると、何のための誰のための支援かが不確かになっていることがある。患者本人の目線で見ることアセスメントを3つの切り口で行うことを今後取り組んでいきたい。」
- ・「SWの役割やポジショニングを考え直す機会になりました。個人的にも組織的にも教えて頂いたことを役立てられるよう今後の業務に向き合っていきたいと思います。」
- ・「ワークは明日からの業務にあてはめ、使える内容だったと思う。ぜひ意識して実践していきたい。「人権」や「法律」はソーシャルワークアセスメントの根拠となるものなので、改めて学べてよかった。医療倫理と法。今までの判例や基礎的な理解にとっても役立ちました。」

破線のアンダーラインが業務の具体的な内容、アンダーラインが実践の具体的な変容計画となっている。つまり研修により現状の課題、これからの改善点に気づくことが出来ている。これは、今回の研修とソーシャルワーク実践が具体的に関連しており、研修が有用だったことを示している。

3) 結論

合意形成に関わるインタビュー調査の結果から、本人および家族の選好を重視した合意形成の現在の課題として、利用者支援システム内の合意形成に関わるメゾレベルの合意形成と、ソーシャルワーカーと当事者のミクロレベルの合意形成が一つのシステムとなっていない場合が多いことが示された。

そのミクロレベルとメゾレベルを一つのシステムとして融合し、本人および家族の選好を尊重するためには「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」で示されるプロセスモデルが有用であることが、倫理的決定をテーマとした研修の受講者に対する調査から明らかになった。

ただし本調査にはいくつかの課題がある。一つは合意形成に関わるインタビューに関しても、「プロセスガイドライン」の有用性を検討した調査も、対象者が少ないことである。そのため、汎化出来る可能性を示すにとどまる。もう一つは当事者に対する調査がないことである。「本人

および家族の選好」をキーワードにするにあたり知識の妥当性をより高めるとすれば、当事者に対する調査も必要となる。今後はその2点を踏まえて研究を続けていく。

参考文献

Kiefer, C. W.(2006)Doing health anthropology;Research methods for community assessment and change. Springer Publishing. (=2010, 木下康仁訳『文化と看護のアクションリサーチ 保健医療への人類学的アプローチ』医学書院.)

清水哲郎(1997)『医療現場に望む哲学』勁草書房.

Woodbridge, K. and Fulford, B.(2004) Whose values? A workbook for values-based practice in mental health care. The Sainsbury Centre for Mental Health.

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

〔産業財産権〕

〔その他〕

「医療倫理とソーシャルワーク」研修テキスト

6. 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
--	---------------------------	-----------------------	----