

終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの役割と課題

片岡 靖子

Roles and Tasks of Medical Social Workers in Terminal Ill Patient Care

KATAOKA Yasuko

Abstract

The purpose of this report is to clarify the roles and tasks of medical social workers in terminally ill patient care. An analysis was performed based on tasks of medical welfare, which were gathered through focus group interviews carried out on the medical staff at "O" Acute Hospital, "A" city. As a result of the survey analysis, it became clear that the target and viewpoint of traditional medical social work, such as response to problems of poverty and the overall relationship of the person and the situation, are needed and as such, new roles, such as construction of a regional cooperative system, the relationship to the viewpoint of living assurance, and the provision of resource ill patient care, by providing a differentiation of functions at medical institutions through a change in medical policy.

key words : Medical Social Work, tasks of medical welfare, focus group interviews, terminally ill patient care

キーワード：医療ソーシャルワーカー，医療福祉課題，フォーカスグループインタビュー，ターミナルケア

はじめに

医療分野におけるホスピスの歴史は、1967年にイギリスの医師であるシシリー・ソンドース(Cicely Saunders)により設立されたセント・クリストファー病院(St. Christopher's Hospice)が始まりであるといえる。シシリー・ソンドースは、牧師、ソーシャルワーカー、看護師などの専門職に全人的医療の必要性を説き、その後ホスピスは急速に広がっていった。2001年においては3,000以上のホスピスが開設され、緩和ケアプログラム(Palliative care programs)が実施されている。¹⁾

アメリカにおいても、イギリスのホスピス運動の影響を受けると共に、1960年代の人権運動の流れを伴って急速に広まっていった。

一方わが国においてターミナルケアの概念の普及に尽力した先駆者としては、河野博臣、柏木哲夫、鈴木荘一、岡安大仁、季羽俊文子などが代表的である。その後、1981年にわが国初のホスピスである聖隷三方原病院が誕生した。²⁾

ターミナルケアの概念は、治療(cure)中心の医療からケア(care)への転換を提唱するとともに、医療の枠を超え、人間的実存の問題をも提起しているのである。

本論文は、終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの役割について先行研究及びA市のO特定機能病院に勤務する医療スタッフへのフォーカスグループインタビュー調査の結果を下に明らかにすると共に、医療ソーシャルワーカーの今後の課題について提示を試みる。

終末期ケアへの医療ソーシャルワーク実践の現状

1. 終末期ケアの定義

死にゆく人びとへのケアについて、ターミナルケア、終末期ケア、ホスピス、さらに緩和ケア、ビハークラなどさまざまな定義がなされている。ここでは、終末期ケアを何らかの傷病により回復の見込みがなくなった患者や家族を対象とし、生から死へと移行する過程において生じる精神的、身体的、社会的、霊的な諸問題への対応を援助していく過程としている。³⁾

2. 終末期ケアにおける医療ソーシャルワークの対象と役割

わが国の終末期ケアにおける医療ソーシャルワーク理論や方法論についての先行研究はまだまだ乏しいといえる。医療ソーシャルワーカーによる実践報告にとどまり、理論的体系は提示されているとはいえない。このような状況の中で、ソーシャルワークの視点からターミナルケアを保健・医療・福祉の連携と統合の視点から提示したのが奥田による『ターミナルケア - 保健・医療・福祉の連携による援助 -』であった。⁴⁾ 本書の中で平塚は、ターミナルケアの第1の対象者を患者本人、第2を患者ケアの一環として位置する家族（同居者や親族を含む）であるとしている。⁵⁾ また山本は、終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの役割は、患者とその家族の抱える複雑な問題に対して心理社会的サポートを行い、チームアプローチを推進し、社会資源の活用により問題解決を図ることによって特徴があるとしている。⁶⁾

アメリカにおける終末期ケアへのソーシャルワーカーの実践の実際について、Taylorと Sormantiは、終末期ケアへのソーシャルワーク実践は目新しい分野ではなく、従来ソーシャルワーカーによるさまざまな実践がクライアント本人及び家族になされてきたとしつつ、ソーシャルワークにおける新たな視点としてクライアント及び家族の尊厳を擁護することが必要であることを示唆している。⁷⁾ 一方Rusnack等は、ホスピスケアにおけるソーシャルワーカーの役割は、患者本人にとっての代弁者、カウンセラー、教育者、擁護者、支持者、調停者、協働者であるとしている。⁸⁾

以上のように、終末期ケアの実践は、治療や療養に対する医療の主導性への批判と反省から生まれた実践思想であり、人間の実存へアプローチしようとする運動であるといえる。

一方終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーへの期待は、終末期ケア実践が投げかける人間の实存へのア

プローチへの寄与であり、具体的には終末期にある患者及び家族が抱える社会的必要な状況への具体的な対応であるともいえる。

調査からみる終末期ケアにおける医療福祉課題

1. 調査の背景

2005年11月4日～2006年1月25日にかけて、A市の基幹となる特定機能病院であるO病院を対象に医療ソーシャルワーカーの配置を検討するための調査を実施した。

【A市の概要】

A市の市域面積は約222km²。2005年に実施された国勢調査によると、人口約262万人の都市である。15歳未満人口は32万人(4.6%)、65歳以上の人口は56万人(21%)となっており、さらに2000年と比べると、15歳未満人口は約4,400人(1.4%)減少し、65歳以上の人口は4.2%上昇している少子・高齢化が進行している都市であるといえる。

2005年における15歳以上の労働力の状態を概観すると、労働力人口は約2万9,000人(2.2%)低下している。一方非労働力人口は2000年に比べ約1万人(1.3%)増加している。

2000年の15歳以上の就業者数を産業3部門別にみると第3次産業就業者の割合が70%を上回り、第2次産業は一貫して低下している。産業大分類別に見ると、「卸売・小売業」が24万人(20.8%)と最も多く、次いで「製造業」が20万人(17.2%)となっている。

2000年における一般世帯数は117万8000世帯、一般世帯人員は257万9,000人で、1世帯当たりの人数は2.19人となっている。2000年の1世帯当たりの人数が2.22であり、2005年には2.19人と減少している。また、1人世帯が39.8%と最も高くなっていることも特徴としてあげられる。

【O病院の概要】

O病院は1993年に開院し、13年目を迎える地域の災害拠点病院、新生児救急医療施設、感染症指定病院、臨床研究機能を持った約1,000床規模の特定機能病院である。さらに臨床腫瘍センターも設立され、2006年からは地域のがん診療連携拠点病院として位置づけられている。⁹⁾

機能としては、365日24時間対応の救命救急医療を実施し、高度専門医療に対応する診療体制がとられている。また臨床教育研究部門、救命救急医療や災害時のためのヘリコプター緊急発着場も設置されている。

O病院には地域連携室は設置されているが、医療ソー

シャルワーカーの配置はなされていない状況であった。

2. 調査の目的・趣旨

本調査の目的は、高度最先端の医療提供の追及、実現を目指してきた〇病院が、地域医療保障の実現においては一定の成果を生み出したが、保健・医療・福祉の連携の下での包括医療の実現の課題達成のため、医療ソーシャルワーク部門の設置を前提に、〇病院の抱える医療福祉課題を明らかにし、医療ソーシャルワーク部門構築と業務のビジョン構築を目的とした調査であった。

3. 調査・分析の方法

【調査対象】

〇病院内全診療科及び薬剤部・医事課・患者会（3グループ）・外部機関（T社会福祉協議会、N福祉事務所）

本論文では全診療科のうち、終末期ケアに関わる2グループを対象として分析を実施した。

Aグループ（2005年11月29日調査実施）は、呼吸器内科、臨床腫瘍科、血液内科、呼吸器外科、麻酔科、泌尿器科に関わる医師、看護師

Bグループ（2005年12月1日調査実施）は、消化器外科、消化器内科、婦人科、ペインクリニック、中央放射線部に関わる医師、看護師放射線技師

【調査者】

九州保健福祉大学 調査グループ

【調査期間】

2005年11月4日～2006年1月25日

但し、終末期ケアに関わる2グループの調査実施日は、Aグループが2005年11月29日、Bグループが12月1日であった。

【調査方法】

フォーカスグループインタビュー

個別アンケート

【集計・分析方法】

Aグループ及びBグループのインタビューから得られた結果を統合するとともに、個別アンケート調査の結果を加味し複合分析及び要約的内容分析を行った。

4. 複合分析結果

複合分析及び要約的内容分析の結果、特定機能病院の終末期ケアに対する医療福祉課題は以下のとおりであった。

①「経済的問題」への対応、②適切な「社会資源の紹介及び活用」、③「心理的援助」、④「職場復帰」への対応、⑤「家族関係の調整」、⑥「単身患者」への対応、⑦

「在宅生活への援助体制」づくり、⑧「心理・社会的背景の情報収集及び情報提供」、⑨「転院支援」、⑩「関係医療機関情報の収集及び情報提供」の10領域が抽出された。

5. 分析結果内容

1) 経済的問題への対応

(1) 医療費の問題

がん患者の術後の経済的問題を感じるが、医療スタッフは対応できていないことが提示された。また、経済面に左右されない公平な治療提供を実施したいとの思いも見られた。

(2) 生活費の問題

入院治療が長期化することによる生活破綻を引き起こす患者がおられる。また、在宅ホスピスを実施したいとの思いはあっても経済的不安があり実施できないケースも見られる。

(3) 経済的問題による家族関係の問題

治療費及び生活費の問題を引き起こし、配偶者との離婚に至るケースも見られる。

2) 社会資源の紹介及び活用

(1) 社会福祉制度に関する紹介及び活用

高齢者の場合、社会福祉制度そのものを知らない、また活用ができないケースが見られる。社会福祉制度及び社会福祉サービスなどの社会資源の説明などについて医師や看護師が対応しきれていない部分が多いことが示された。また院内に相談窓口がないため、患者及びその家族が走り回っている状況がある。

(2) 医療保険制度に関する紹介及び活用

高額療養費の立替払いそのものが困難な患者がおられる。

3) 心理的援助

(1) 死の受容に対する心理的援助

臨床心理士によるカウンセリングは、患者の入院中1回受けるのがやっとの状態である。そのため死の受容に対する心理的援助について医療ソーシャルワーカーに介入して欲しいとの要望が見られた。

(2)告知から受容までのプロセスにおける患者への援助

告知をしない場合、患者自身が過度な期待を持ってしまふことがあり対応が困難となる。また、再発時の患者自身の病状に対する受容が困難なケースが見られる。さらに告知をしないケースにおいては、正しい治療選択に結びつかないケースも見られる。このような状況から、告知をめぐる心理的援助が必要であることが示された。

(3)療養上の不安に対する患者への対応

療養上の不安にどのような不安があるのかが聞きだせないなど、患者本人の不安に踏み込んだ対応ができていないことを医療スタッフは感じており、医療ソーシャルワーカーにより患者本人の不安を聞きだすなどの対応が望まれていた。

(4)告知に関する家族調整

患者本人への告知を拒否する家族が見られ、本人と家族の思いのずれの有無の確認や調整が期待されていた。

(5)転院に伴う心理的援助

転院時、見捨てられたとの思いを持つ家族が多く、心理的なサポートが必要である。

(6)家族への心理的援助

治療の終了などに対しての家族の不満や否認に対しての対応が必要である。

4) 職場復帰

職場との連絡調整が重要である。若い患者の場合、病気が原因でリストラ対象となることが多い。そのため、職場との連絡調整を通して就労の継続や就労環境の調整が必要である。また、入退院を繰り返すことでリストラされる患者も見られる。

5) 家族関係の調整

(1)家族関係の調整

医療スタッフは家族関係の調整の必要性を感じるが対応できていないとの思いを持っている。また告知をめぐる家族の調整、病状説明を誰にするのか、本人に隠れて家族を集め病状を説明するなどさまざまな家族間の調整が必要であることも示されている。一方患者本人が、家族に迷惑がかかるとして在宅ケア及びホスピスを拒否するケースも見られる。

6)単身者への援助

(1)転院及び退院への援助

単身者の場合、転院及び在宅へ退院の際の家族の付き添いがいないため、退院方法、準備、手続きなどの代行が必要である。

(2)告知後の心理的サポート

単身者の場合、本人への告知となってくるため心理的援助が重要である。

7) 在宅生活への援助体制

(1)在宅システムづくり

患者が安心して地域へ帰れるよう支援する必要がある。また、地域の中に介護システムを構築していく必要がある。

(2)在宅ホスピスシステムづくり

在宅でホスピスが可能となるようなシステムを作る必要がある。患者は在宅でのホスピスの医療面への不安を持っており、在宅に帰ることが困難であるため転院となってしまうケースも見られる。このような場合、患者は医療機関に見捨てられたとの思いを持ってしまふことが多い。

8)心理・社会的背景の情報収集及び情報提供

医療スタッフとして立ち入ったことを聞くことが困難である。また、患者の社会的背景などが解らないため、画一的な対応しかできていない。このような対応を続けてはいけないとの思いがある。

9) 転院支援

急性期病院に適した転院支援方法や対応の構築が必要である。

10) 関係医療機関情報の収集及び情報提供

地域医療機関情報の情報収集と一覧表の作成。また、地域医療機関への適切な紹介が期待されていた。

終末期ケアにおける医療福祉課題の考察

前章では、調査から抽出された医療福祉課題の提示を試みた。本章では、抽出された10領域の医療福祉課題から、特定機能病院が期待する医療ソーシャルワーカーの機能と役割について整理を試みる。

フォーカスグループインタビューを実施時に印象的であったのは、医療スタッフの多くが医療ソーシャルワーク業務についての理解が乏しいことであった。特に看護師たちは、日々の看護業務に追われながら個々の患者の抱える心理的、社会的問題に対して対応してはいるが、具体的な対応や解決ができないジレンマを抱えていることが提示された。医師も同様に、患者及び家族と向き合おうとの努力をしているにも関わらず、限られた時間の中で十分に対応できていないジレンマを持っていることも明らかになった。医療ソーシャルワーク業務への具体的なイメージは持っていないにも関わらず、日々の業務で抱える問題を共に解決して欲しいとの要望が出されていた。

1. 医療機関の機能分化による医療福祉課題の多様化

1992年の第2次医療法の改正により、医療施設の体系化、即ち高度医療提供病院、一般救急病院、さらに療養型病床群、さらに老人保健施設と医療機関機能が分化し、加えて診療報酬体系において出来高払い制度、包括払い制度のすみわけがなされた。さらに1997年の第3次医療法の改正により、地域医療支援病院の制度化がなされ、より医療機関の機能分担が明確化した。¹⁰⁾

医療機関の機能分担の明確化及び診療報酬体系において患者の在院日数による医療報酬の通減制は、各医療機関にとって早期退院への対応が迫られ、医療機関に所属する医療スタッフの労働の変質が迫られたといえる。

分析結果内容からも提示されているように、転院支援方法やシステムの構築、在宅生活への援助体制づくりの要望が見られ、患者及び家族の思いに沿った医療や看護提供を目指しながら、急性期病院という限られた入院期間の中でアプローチの限界性が示されている。特に終末期の患者及び家族へのアプローチは、転院及び退院後の継続医療、看護が必要とされるため、病院機能と患者及び家族の狭間で大きなジレンマを感じていることが推察された。このような状況の下、医療ソーシャルワークへの要望は、転院及び退院における継続医療、看護の保障、さらに生活問題への対応が期待されている。

2. 終末期ケアにおける心理的援助

医療ソーシャルワーカーに期待する心理的援助の特徴として、告知をめぐる問題、告知後の死の受容の問題、療養上抱える患者及び家族の抱える不安などの把握や対応などが期待されている。

告知をめぐる問題として、「悪い知らせ」をどのように告げるか、誰に告げるか、告げた後の心理的フォローをどのようにしていくのかなどがあげられる。これらの

問題の背景には、医療スタッフのコミュニケーションスキルをはじめとした、デス・エデュケーションプログラムの開発が重要な課題となっていると思われる。¹¹⁾¹²⁾また、誰にどのように告げるかといったことを判断するための情報収集や調整において医療ソーシャルワーカーが期待されている。これは、医師、看護師が多忙な業務の中で患者及び家族とのコミュニケーションに裂く時間の確保が困難なことが理由としてあげられるであろう。また医療ソーシャルワーカーが個々の患者へのアプローチ手法として伝統的に患者の現在置かれている状況ないし事態に関して、問題全体を理解することにあるとしているということ¹³⁾、またホリス(F. Hollis)のいう「人と状況の全体関連性」¹⁴⁾から問題を捉えていくという視点と方法について期待されているのである。

3. 経済的問題への対応

経済的問題への対応についても、医療ソーシャルワーカーは伝統的に対応してきた問題であるといえる。貧困問題と疾病との悪循環が人間を苦しめるとし、医療、慈善、福祉が何らかの形で関連しあいながら行われてきたのである。¹⁾特に終末期ケアにおいては、医療費だけでなく生活費、さらに家族の経済生活にも多大な影響を与える可能性が高い。医師、看護師などの医療スタッフにとって経済的不安により公平な治療提供ができないというジレンマは大きな問題である。

4. 社会資源の紹介及び活用への対応

社会福祉制度、医療保険制度など社会保障制度全般にわたる知識とその活用が医療ソーシャルワーカーに求められている。しかし終末期ケアにおける社会保障制度は十分であるとはいえない。さらにわが国の縦割り行政の下、窓口や手続きの複雑さは、患者及び家族の社会資源利用を遠ざける原因となっている。また社会保障制度だけでなく、さまざまなサービス活用の窓口としても期待されているのである。フォーマルサービス、インフォーマルサービス情報の収集及び提供から、地域の資源開発をも期待されている。

5. 在宅生活及び地域医療体制の整備と創設

現代の医療ソーシャルワーカーに求められている最も大きな期待は、地域における介護システムの構築及び地域サービス機関との連携・協働といった役割である。また、地域医療体制の整備と創設といった役割が期待されている。各医療機関の地域ニーズへの対応といった重要な役割を担うことが必要である。さらに地域に点在する

さまざまな医療機関や診療所、開業医との連携において継続医療、看護といった視点だけでなく生活保障の視点を伴った連携を構築していくためにも医療ソーシャルワーカーの役割は大きいと考える。

おわりに

終末期ケアにおける医療福祉課題について、A市O特定機能病院の医療スタッフへのフォーカスグループインタビュー調査分析を通して明らかにしてきた。

調査分析の結果としては、多様な医療福祉課題が提示されたが、個々の医療福祉課題の特徴として、医療政策の変遷の中での医療スタッフの労働変質により抽出された課題と医療貧困問題として伝統的に医療ソーシャルワーカーが対応してきた課題が抽出された。

一方、終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの課題としては、地域連携システムの構築と資源開発の展開が大きな課題となることが提示された。

今後終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの役割は重要なものとなってくると思われる。しかし一方で、医療ソーシャルワーカー業務の社会的認知度及び業務の具体的なイメージの周知が低いということが、医療ソーシャルワーカーの医療機関への配置を困難なものとしている。また、多様な専門職との協働・連携の過程で、医療ソーシャルワークの専門性と固有性が提示できていないことも大きな課題といえる。

本論文では、急性期病院の医療スタッフへのフォーカスグループインタビュー調査分析を下に、終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの役割と課題の提示を試みたが、今後の残された研究課題としては、終末期患者及びその家族へのインタビューなどの調査が必要であるということと、医療ソーシャルワークの大きな課題である医療ソーシャルワークの専門性と固有性を明らかにしていくことが必要であると考えられる。

謝 辞

本論文は2005年11月4日から2006年1月25日に、A市より委託を受けた「院内社会福祉課題調査報告書」の一部である。本調査にご協力頂いたO病院スタッフの皆様、またデータの使用について快くご許可を頂いたこと、感謝致します。また本調査にあたり調査員及びアドバイザーとしてご担当頂いた、安井豊子先生、上原優子先生、安田美幸先生、由良真木子先生、眞野典子先生、学生の今村豪氏、眞野明子氏に感謝致します。

引用文献

- 1) Joan Beder : Hospital Social Work-The Interface of Medicine and Caring. Taylor & Francis Group, LLC, 2006.
- 2) 日本死の臨床研究会編：全人的がん医療。人間と歴史社, 1995.
- 3) 片岡靖子・長友真実・岡崎利治・前田直樹：対人援助職におけるデス・エデュケーションの必要性について(I)-デス・エデュケーションプログラム開発の意義-。九州保健福祉大学研究紀要No.7:63-71, 2006.
- 4) 奥田いさよ・後明郁男・久恒マサ子・平塚良子：ターミナルケア-保健・医療・福祉の連携による援助-。川島書店, 東京, 1995.
- 5) 平塚良子：ターミナルケアの歴史と意味：ターミナルケア-保健・医療福祉の連携による援助-。川島書店, 東京, pp.5, 1995.
- 6) 山本恵子：ターミナルケアに従事する人びと：ターミナルケア-保健・医療福祉の連携による援助-。川島書店, 東京, pp.68, 1995.
- 7) Susan Taylor, Mary Sormanti: End-of-life Care, Health & Social Work 29(1), A JOURNAL OF THE NATIONAL OF SOCIAL WORKERS, 3-5, 2004.
- 8) Betty Rusnack・Sarajane McNulty Schaefer・David Moxley : "Safe Passage" : Social Work Roles and Functions in Hospice Care. Social work in Health Care Vol.13(3), 3-19, 1998.
- 9) がん拠点病院とは、2004年から開始された「第3次がん対策10か年総合戦略」に基づいて厚生労働大臣の懇談会として「がん医療水準均てん化の推進に関する検討会」が設置され、がん医療の地域格差の要因などの検討がなされた提言を下に2005年7月に「地域がん診療拠点病院のあり方検討会」を設置し、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」が定められた。都道府県がん連携拠点病院は都道府県に概ね1ヶ所整備することを目標としており、厚生労働大臣が適当と認めるものを指定することとなっている。指定要件としては、診療機能としてクリティカルパスの整備、がんについての標準的治療並びに応用治療体制の整備、セカンドオピニオン機能の体制整備、緩和医療の提供体制整備、地域の医療機関への診療支援や病病連携・病診連携体制の整備、診療従事者として専門的ながん医療に携わる医

師体制の整備，がん医療に携わる薬剤師・看護師・医療心理に携わる専任者・診療録管理に携わる専任者・放射線技師などの配置，医療施設としては専門的治療室の配置，禁煙対策の推進，研修体制として緩和医療等に関する研修の実施や公開カンファレンスの定期的な開催，相談支援機能を有する部門の設立，治療・臨床研究内容の成果公表，腫瘍センターの設置などが要件として定められている。また4年ごとに指定の更新を受けなければならない。

- 10) 片岡靖子：在宅医療における医療ソーシャルワーカーの役割について。社会医療研究Vol.3, 7-15, 2005.
- 11) 藤崎和彦：ターミナルケアのコミュニケーションスキル。日本保健医療行動科学学会 Vol.14, 1-13, 1999.
- 12) 片岡靖子：対人援助専門職におけるデス・エデュケーションの必要性について(I)-デス・エデュケーションプログラム開発の意義-。九州保健福祉大学研究紀要 No.7, 63-71, 2006.
- 13) Gordon Hamilton: Theory and Practice of

SOCIAL CASE WORK. Columbia University Press, NEW YORK, 1940.

- 14) フローレンス・ホリス：ケースワーク-心理社会療法-。岩崎学術出版社，東京，1966.
- 15) 中島さつき：日本医療社会事業の歴史。医療福祉の研究，ミネルヴァ書房，京都，259-279, 1980.

参考文献

- 1) S・ヴォーン, J・S・シューム, J・シナグブ：グループ・インタビューの技法。慶応義塾大学出版，東京，1999.
- 2) 安梅勅江：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-。医歯薬出版株式会社，東京，2001.
- 3) 安梅勅江：ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法「/活用事例編-科学的根拠に基づく質的研究法の展開-。医歯薬出版株式会社，東京，2003.