

## 7. 医療ソーシャルワーカー

田村 里子

(WITH 医療福祉実践研究所 がん・緩和ケア部, 社会福祉士・医療ソーシャルワーカー)

### はじめに

緩和ケアにおいて、ソーシャルワーカーは、患者とその家族・遺族を対象に、相談援助によって心理社会的な支援を行うことを主たる役割としている。厚生労働省保険局「医療ソーシャルワーカー業務指針」には、「病院等の保健医療の場において、社会福祉の立場から患者の抱える経済的、心理的・社会的問題の解決・調整を援助」とその役割が示されている。

本稿では、緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの心理社会的支援（こころと暮らしを支える）役割の実践として、意思決定支援を中心に述べる。また、緩和ケア領域の医療ソーシャルワーカーの活動と教育の現況についても言及する。

### 療養の経過で生じる心理社会的課題と支援

療養の経過に沿って、日常生活の維持と療養継続のために、生活基盤の再構築、就労問題、療養の場の選択、緩和ケア移行、在宅生活の整備、未完の仕事の完遂などの心理社会的課題が生じる。家族には加えて、予期悲嘆や、看取り、死別後の生活の再構成も課題となる。これらについて、常にその個人の自己決定を柱に支援する。

ソーシャルワークの個別援助技術の基本原則であるバイステックの7原則は、個別化、受容、意図的な感情表出、統制された情緒的関与、非審判的態度、自己決定、秘密保持である。中でも自己決定の原則は、実践の根幹をなすものであり実践の価値である。

### 意思決定支援

相談支援による課題解決は、意思決定（いくつかの選択肢を選定しつつ、その中から最善の解を導く営為）を経てなされる。この意思決定のプロセスを通じて、課題や問題の緩和や解決が導かれる。

#### ① 緩和ケアの現場における意思決定の局面と支援

緩和ケアの移行は、望む選択肢がない中での結果であることは少なくない。意思決定場面をもたぬままの移行ゆえの、結果への怒りや内在する意向を、聴き、受けとめ、折り合いを支援する。入院後の日常生活における外出や外泊、思い出づくりのイベントなど時間の過ごし方の選択も、緩和ケアの中では限りある人生についての選択であり、時に生命の問題に直結する可能性をはらむ。

栄養補給などについても医学的な説明とともに提案があり、選択の局面がもたらされる。たとえば、胃瘻の造設の選択は、どこで過ごすかに直結する。次の療養場所を想定しつつ、まさに人生の過ごし方の選択となる。個々人のもっている価値に照らし、共に選択肢を吟味する。「最期まであきらめずに…」 「自然な看取りを…」 などと表現される希望は曖昧さを含み、言葉を発した真意を推し量り、言葉の意味する所にたどりつくため、深い対象者理解を必要とする。それを医療チームと共有し、その意向や希望に適合する医療的介入を支援する。ソーシャルワーカーの通訳機能やアドボカシーが求められる場面である。

## ② 意思決定の環境整備と課題

意思決定の前提には、意思決定のための環境整備、選択決定の状況を整える支援が必要となる。情報の課題は大きい。当事者にとっては、提示される選択肢の内容や、選択後のプラス面マイナス面の十分な理解が難しいことも多い。医療者と当事者に知識の絶対的な差がある背景を鑑み、その意思決定が十分理解されたうえでのものか、情報の不足の現況をつまびらかにする必要がある。情報不足についての介入は、意思決定のための環境整備として必要な意思決定支援といえる。

意思決定場面では、医療者側の価値判断が反映されパターナリスティックな状況に陥る可能性がある。常に注意を喚起し臨むことは、意思決定支援の必須の姿勢である。支援は、常に時間制限との闘いである。限定された時間の中で熟考し、いかに妥当なプロセスを歩むかが、切実な課題となる。

代理意思決定者となった家族への支援も重要である。家族の心理的な負担や自責感、また決定を巡って家族間の葛藤が生じることも多い。これは家族へのケアでもあるが、医療における意思決定支援として、家族の代理意思決定は考慮すべき課題である。

## ③ 意思決定のプロセスで生じる倫理的な課題

意思決定の場面では、医療者の考える最善の利益と当事者の選好や、患者本人と家族の意向の相違、また家族内の意向不一致など、合意形成へ向けた調整を要することも生ずる。いずれも一筋縄では行かず、さまざまな価値が交差する。意思決定支援は、臨床倫理的な課題と不可分である。諸刃ともいえる局面に向き合う、臨床倫理的な感性が問われる。

## ④ 医療チームメンバーとしてのソーシャルワーカーの意思決定支援

意思決定支援は、いうまでもなく医療チームで行われる。人生の最終段階における医療の意思決定支援の重要性が注目され、厚生労働省の事業も開始された。きわめて高い個別性を担保し、チームの意思決定支援のプロセスを妥当なものにして

いくためには、「個別化」に基づくソーシャルワーカーの積極的な関与が不可欠であると考えられる。

## 緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの活動

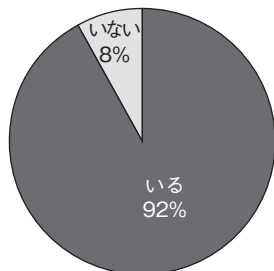
緩和ケアの提供される場が、緩和ケア病棟からがん拠点病院をはじめ一般医療機関へ、形態も入院だけではなく外来そして地域へと変化してきたことにより、ソーシャルワーカーの活動の場も変化してきた。

緩和ケア病棟における実践については、NPO法人日本ホスピス緩和ケア協会（以下、ホスピス協会）の2013年調査報告によると、全国の緩和ケア病棟の92%にソーシャルワーカーが存在している（図1）。回答の対象は、ホスピス協会に加入する全国251カ所の緩和ケア病棟のうち、情報非公開5施設をのぞく246施設である。しかしその実際は、ソーシャルワーカーの関与割合としては、専従が12%、専任は9%と、両方をあわせても2割程度であり、ほとんどは兼務という状況である。

緩和ケアチームにおける現状については、NPO法人日本緩和医療学会による2012年の緩和ケアチーム登録（全国の都道府県拠点・地域拠点・都道府県独自・指定なしなど、登録数485）の結果によると、全国の拠点病院の緩和ケアチームの、77.7%に、ソーシャルワーカーが専従・専任・兼務のいずれかでは、存在している。しかしその現状は、専従・専任あわせても35%、専任は7%にすぎない。ほとんどが兼務という実情である（図2）。登録された緩和ケアチームの属する医療機関は、病床数251～700床が75.7%を占め、おのおの地域の中核病院とされる大規模病院がほとんどである。ソーシャルワーカーはそこで多くの役割を兼務しつつ、現実的には緩和ケアチームとの連動した活動を望みつつ、人員配置的にもタイムリーな動きが難しい現状がある。

在宅療養診療所は、在宅ホスピスを支える中核である。在宅療養は、種々の場面でソーシャルワーカーの生活支援機能が発揮される。在宅療養支援診療所のソーシャルワーカーも増加傾向がみられ、ネットワークが形成されている。「在宅緩和ソ

緩和ケア病棟のMSWの有無 (n=246)



緩和ケア病棟のMSWの状況 (n=246)

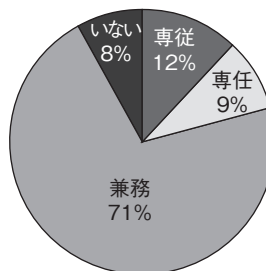
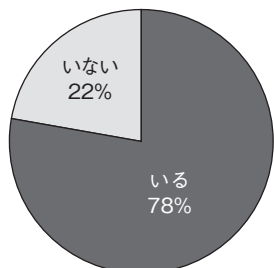


図1 緩和ケア病棟と医療ソーシャルワーカー (MSW)  
(NPO 法人日本ホスピス緩和ケア協会：2013年報告調査)

緩和ケアチームのMSWの有無 (n=485)



緩和ケアチームにおけるMSW (n=485)

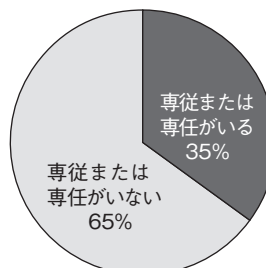


図2 緩和ケアチームと医療ソーシャルワーカー (MSW)  
(日本緩和医療学会 緩和ケアチーム登録 2012年)

「ソーシャルワークネットワーク」では、メール上での情報共有や相談などの活動が始まっている。

## 現状の課題と現任教育

緩和ケアの広がりによりソーシャルワークのもつ多様な機能で迅速に対応していくためには、種々の課題が山積する。教育体制の課題や、活動基盤としての医療制度上の課題、そして診療報酬などの経済基盤の整備は、難解な課題である。

こうした状況下で、実践的な学びを求める現場のソーシャルワーカーたちの教育ニーズから、2006年よりホスピス緩和ケアソーシャルワークスキルアップセミナーが、日本ホスピス緩和ケア研究振興財団の助成を受け始まった。2014年11月現在までに、全国14カ所での開催を重ねる(表1)。どの医療機関内でも業務内容に比して人員不足であることから、研修に向くことの困難や、所属機関からの出張支援が得にくい実情をふまえ、全国各地に出向き実施してきた。過去14回の参

加者は、延べ600人に上る。

また、日本の医療ソーシャルワーカーの職能団体として、公益社団法人日本医療社会事業協会では、毎年「緩和ケアにおけるソーシャルワーク：いのちに向き合う」をテーマに藤井美和氏(関西学院大学大学院人間福祉研究科教授、死生学・スピリチュアリティ研究センターセンター長)の基調講演で開催している。日本ホスピス緩和ケア協会の年次大会でも、分科会やソーシャルワーカー部会の形態で研修を実施してきた(表2)。

緩和ケアにおけるソーシャルワーク実践についての環境改善は困難が大きいが、全国に緩和ケアにおけるソーシャルワークの実践に、意欲をもって取り組んでいるソーシャルワーカーも増加している。地道に確かな実践を積み重ねる仲間が増えてきていることを、お互いの励みとし、学び支えて進んでいきたいと考える。

表1 がん・緩和領域のソーシャルワーカーのためのスキルアップセミナー

開催(年)	場所	テーマ
第1回 (2006年)	東京	がん患者・家族の心理社会的支援：ニーズのアクセスメントとその支援
第2回 (2006年)	山口	がん患者・家族の心理社会的支援：ニーズのアクセスメントとその支援
第3回 (2007年)	大阪	がん患者・家族の心理社会的サポート：カウンセリング技法と家族力動への理解
第4回 (2007年)	札幌	がん患者・家族の心理社会的サポート：カウンセリング技法と家族力動への理解
第5回 (2008年)	大分	がん患者と家族中心の地域連携とネットワーキング
第6回 (2008年)	金沢	がん患者と家族中心の地域連携とネットワーキング
第7回 (2009年)	神戸	がん患者・家族の心理社会的サポート：聴くことの意味
第8回 (2010年)	高知	がん患者・家族の心理社会的アクセスメント：アクセスメントから援助展開へ
第9回 (2011年)	静岡	緩和医療のMSW 現任者教育—共育：伝える・育ちあう
第10回 (2012年)	山形	患者と家族の苦悩によりそうアプローチ：予期悲嘆・死別後悲嘆
第11回 (2013年)	鹿児島	緩和ケアネットワーク—気持ちや暮らしを繋ぐ連携のために
第12回 (2014年)	京都	かけがえのない時を大切に過ごすための意思決定支援

(公益財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団より助成を受け、研究事業として実施)

表2 日本ホスピス緩和ケア協会年次大会の分科会およびソーシャルワーカー部会として開催

開催年	場所	テーマ
2005年	東京	医療ソーシャルワーカーの役割：期待と現実のギャップ
2006年	愛媛	ホスピス緩和ケア領域におけるソーシャルワーカーの現状(報告)・入院相談の面接演習
2008年	仙台	患者の生活の場でいかにチームをつくるのか
2011年	東京	4) 緩和ケア領域におけるソーシャルワーカー教育プログラム作成について
2012年	東京	医療ソーシャルワーカー「教育・共育 Part1 (教える・育てる・共に育む)：ネットワークをどう磨くか」
2013年	東京	医療ソーシャルワーカー「教育・共育 Part2 (教える・育てる・共に育む)：チームアプローチ 院内スタッフとどう組むか」
2014年	東京	専門的緩和ケアのためのソーシャルワーカー教育：援助者としての自分を識る

## おわりに

緩和ケアを担う職種としてのソーシャルワーカーについて、その役割、活動の現状、現任教育について述べた。

緩和ケアにおいては、患者と家族のこころと暮らしに焦点を当て、支持的で共感的な情緒的サポートが継続的に求められる。きめこまやかなソーシャルサポートを提供するための相談支援が不可欠である。緩和ケアが提供される場に、すべからず心理社会的支援を担うソーシャルワーカーが配置され、患者と家族の気持ちと暮らしを支える役割と機能を十分に発揮していくことが望まれる。

## 参考文献・資料

- 1) バイステック FP 著, 尾崎 新, 原田和幸, 福田俊子 訳: ケースワークの原則—援助関係を形成する技法. 誠信書房, 2006
- 2) 田村里子, 他 著, 石谷邦彦 監修: ソーシャルワーカーの役割はどのようなものか. チームがん医療実践テキスト. p.321-327. 先端医学社, 2011
- 3) 日本緩和医療学会 2012年度緩和ケアチーム登録 解析 [http://www.jspm.ne.jp/pct/report\_jspmcpct2012\_1.pdf]
- 4) 日本ホスピス緩和ケア協会, 2013年年度大会資料, 調査報告資料