

論 文

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

山田 美保・安部 猛¹・北川 慶子²

(西九州大学健康福祉学部社会福祉学科、¹九州大学病院、²佐賀大学文化教育学部)

(平成23年11月14日受理)

Social Work in Palliative Care Settings in Japan: a qualitatively descriptive study

Miho YAMADA, Takeru ABE¹ and Keiko KITAGAWA²

Department of Social Welfare Sciences, Faculty of Health and Welfare Sciences, Nisikyushu University

¹Kyushu University Hospital,

²Faculty of Culture and Education, Saga University

(Accepted: November 14 , 2011)

Abstract

Clinical roles by a social worker were well valued in palliative care settings in Japan. However, consensus of the professional job description was rather vague and not well defined. The purpose of this study was to describe contents of social work in palliative care settings. We conducted qualitative, semi-structured, in-depth interview among 8 social workers in palliative care in Japan. Conversations were recorded and analyzed verbatim. The guideline for interview was to ask 1) contents of social works in palliative care, 2) difference of social work tasks between palliative care ward and general care ward, 3) roles of a social worker in a team of a palliative care ward, 4) sense of competence as a social worker in palliative care. The interviewees rated tasks done before a patient's hospitalization as one of the most important tasks in the process of social work. Comparing to care for inpatients of general care ward, the interviewees were making more efforts and more time in intake for palliative care patients. They also reported that they felt contradicted when not providing sufficient supports, especially for patient's private matters, such as a funeral or a will. The interviewees noticed there were increased demands for palliative care at home, as well as at outpatient care, rather than inpatient. They also thought working as a team with various professions as an important task for social works in palliative care. Various social works in palliative care in Japan were described. Supporting both in care settings and community settings for a patient was considered priority. The future study, both qualitatively and quantitatively, is needed to verify those findings.

キーワード：緩和ケア、ソーシャルワーク、質的記述的研究

Key words : palliative care, social work, qualitatively descriptive study

I . 研究の背景・目的

患者・家族の療養上の痛み（生活課題）を身体的、心理社会的、およびスピリチュアル（霊的）な側面からケアすることを目的とする緩和ケアの理念は、ソーシャルワークのそれと共通している。また、ボランティアと多職種によるチームアプローチを特色とする緩和ケアにおいて、ソーシャルワーカーは心理社会的支援を提供する専門職として位置づけられてきた¹⁾。緩和ケアにおけるソーシャルワークが遺族の緩和ケアへの満足度や患者や家族のQOL（生活の質）の向上に関連しているとの先行研究²⁻⁴⁾もあり、本領域におけるソーシャルワークの必要性は明らかである。

一方で、ソーシャルワーカーが終末期の患者・家族に対し心理社会的支援機能を十分に果たしているとは言い難い状況が報告されている⁵⁾。その背景として、診療報酬や病棟設置基準においてソーシャルワーカー（社会福祉士）の配置が規定されておらず、緩和ケア病棟を担当するソーシャルワーカーの約7割が他病棟との兼務の中、時間的に制限された環境で実践していることが挙げられる⁶⁾。また、看護師・心理士などとの実践領域の近似に起因する役割交換や機能の重複がソーシャルワークの専門性を不明瞭にしているとの指摘もある⁷⁾。

この状況を打開する方策として、正司は「ホスピス及び緩和ケアにおけるソーシャルワークガイドライン」⁸⁾（以下、ガイドライン）の試案を作成し、教育研修活動を推進しているが、緩和ケア病棟での実践内容やそこでの課題に関する知見は乏しい。そこで本研究では、ソーシャルワーカーの視点から緩和ケア病棟での実践内容や役割認識を記述することを通して、そこでのソーシャルワークの専門性に関連する現象への理解を深めることを目的とする。

II . 研究方法

1 . 研究参加者・調査方法

本研究では、便宜的サンプリング法を用いて九州地区の緩和ケア病棟14施設を選定し、研究参加への同意が得られたソーシャルワーカー8名を研究参加者とした。調査方法は、各人1～2時間の半構造化面接調査であった。インタビューは、著者らのうち保健医療ソーシャルワークの研究者（M.Y）と実存的現象学心理療法の専門家（T.A）が共同して2名、個別で各3名に対して実施し、研究参加者の了解を得てICレコーダーで録音した。調査期間は、2009年2月～3月であった。なお、面接にあたっては、①緩和ケア病棟における主な実践内容、②一般病棟との実践内容の違い、③緩和ケア病棟におけるチーム内でのソーシャルワーカーの役割、④緩和ケア病

棟での実践がソーシャルワーカーとしての援助観に与えた影響、の4点をインタビューガイドとして設定し、調査者間で共通認識を図った。

2 . 分析方法

本研究のテーマである緩和ケア病棟でのソーシャルワーク実践は、医療機関により異なっている可能性が高い。また、本研究は理論構築やカテゴリーの生成ではなく、ソーシャルワーカー（研究参加者）の視点から実践内容を記述し、ソーシャルワークの専門性発揮に関連する現象理解の糸口を探るものである。そこで本研究では、①現実には複数あるという前提、②探求する現象理解のアプローチを明らかにすることへのコミットメント、③研究参加者の視点から現象を理解することを主な特徴とする質的記述的研究法を用いた⁹⁾。

分析は、録音したインタビュー内容を逐語データ化し、内容分析の手順に従って実施した。具体的には、研究参加者ごとの逐語データを一定の意味を有する長さ（区切り（切片化））その内容ごとにコードを割り当てた。次に、コード化したデータをガイドライン¹⁰⁾が示す業務範囲を軸として整理し、継続的に比較分析を行いながらカテゴリー化した。最後に、各カテゴリーが緩和ケア病棟でのソーシャルワーク実践として適切に関連付けられているかを検討し、そこでの実践内容と役割認識からソーシャルワークの専門性に関連する現象について考察した。分析は、インタビュー実施者が行うとともに、本研究に直接関与していない医療福祉分野の専門家から研究盲点やデータ解釈の課題などについて指摘を受けた。

3 . 倫理的配慮

本研究ではインタビューの際に、インタビュー実施者が研究参加の自由および個人情報保護に関する事項について口頭と書面で説明し了解を得た上で、研究参加者から同意書に署名をもらった。なお、本研究の実施については、研究代表者の所属機関が有する倫理委員会により承認を得ている（承認番号H20 5）。

III . 研究結果

1 . 研究参加者の概要

研究参加者は、2年6カ月から11年8カ月の臨床経験を持ち、緩和ケア病棟での実践経験は1年6カ月から10年4ヶ月であった。すべての研究参加者が他の病棟との兼務であった。研究参加の8名中5名の所属機関では、緩和ケア病棟の開設にあたってソーシャルワーカーが関与していた（表1）。

表1 研究参加者および所属機関の概要

I D	性 別	年 齢	臨床経験年数	緩和ケア病棟 実践経験年数	MSW 総数	病床数 (緩和ケア/ 総数)	緩和ケア 病棟開設 (年)	病棟開設 時の関与
1	女	27	4年11ヶ月	2年6ヶ月	4	20/162	2006	有り
2	男	44	10年0ヶ月	1年6ヶ月	1	16/50	2007	有り
3	男	32	9年8ヶ月	5年8ヶ月	4	20/186	2003	有り
4	女	57	11年8ヶ月	10年4ヶ月	2	14/152	1999	有り
5	女	31	8年8ヶ月	5年4ヶ月	2	20/160	2004	有り
6	女	41	2年6ヶ月	2年6ヶ月	1	15/36	2004	無し
7	女	45	4年11ヶ月	2年11ヶ月	1	15/541	1998	無し
8	女	34	8年11ヶ月	5年6ヶ月	3	21/213	2004	無し

2. 緩和ケア病棟におけるソーシャルワーク実践と役割認識

ガイドラインは、緩和ケアソーシャルワークの業務範囲を①入院前の業務、②入院中の業務、③在宅緩和ケアにおける業務、④死別後の業務、⑤その他（地域活動など）に分類している。本研究では、これらの業務範囲のうち①入院前～④死別後の業務について、緩和ケア病棟でのソーシャルワークがどのように実践され（実践内容）そこでの役割をソーシャルワーカー自身がどう認識しているか（役割認識）について記述する。

1) 入院前の業務

研究参加者は、緩和ケア病棟でのソーシャルワーカーの役割を「一番最初の窓口なので」、「(ソーシャルワーカーとの)面談を経てからでないと緩和ケアは始まらない」と語り、緩和ケア病棟の【窓口】としての明確な役割認識を示した。実際に、研究参加者の8名すべてが緩和ケア病棟への入院相談に携わっており、うち6名が所属する機関では、【窓口】がソーシャルワーク部門に一本化されていた。このことは、「いつでもその人(緩和ケア病棟の患者)のことは分かっている」、「かかわれていることに関しては緩和への不安は特にない」といった実践への自信につながっていた。さらに、研究参加者は【窓口】として敷居が高い医師や多忙な看護師の代わりにいつでも相談でき、「何でもお話しできる気持ちになってもらう」存在だと語り、不安や葛藤が伴う緩和ケア病棟への入院時期に【安心感を提供する存在】であることにアイデンティティを見出していた。

入院相談において、研究参加者は、患者・家族の「(緩和ケア開始前の患者・家族の)状態像や今までの経過をイメージしやすい情報」や「人生などいろいろなこと」に焦点を当てた【全人的理解のための情報収集】を行っている状況とその意義について多く語った。そして、【全人的理解のための情報収集】は、ソーシャルワーカー自身が死に直面する患者・家族に向き合うことを助けるだけでなく、「看護師からそこで(ソーシャルワーカー)

しか聞けないことを聞くよう依頼される」など【他職種からの信頼】につながっている状況が明らかとなった。

緩和ケア病棟への入院は、患者・家族にとって単なる療養の場の選択ではなく、人生の終末に向かう生活への転機である。研究参加者の語りからも緩和ケア病棟入院に関する相談は、一般の入院相談とは異なり、緩和ケアへの【移行期の支援】としての要素を含んでいることが明らかとなった。そして、研究参加者は、【移行期の支援】を重要かつ難しい実践と捉え、他病棟との兼務という時間的制約にあっても、緩和ケア病棟の入院相談のために特定の時間を設定し、「緩和ケアでの面接の前後1時間は他の予定を入れない」など可能な限り面接に集中できる環境を作っていた。【移行期の支援】を困難にする要素としては、「私たち(医療者)にとって当たり前のことでも、家族にはまったく認識されていない」状況や「医療者の思いとご家族の思い」の間にあるジレンマといった【緩和ケアに対する認識のズレ】の存在が指摘された。さらに、【緩和ケアに対する認識のズレ】は、入院前の患者・家族の苦悩や混乱だけでなく、入院後のケアに対する不満や患者が死に向かう過程での種々の葛藤を引き起こすことにもつながっていることが語られた。そのため【移行期の支援】において、医療に直接携わらない【安心感を提供する存在】として、患者・家族と情緒的に寄り添いながら、心理的葛藤や変化を敏感に察知し、「見放されたという気持ちをうまくフォローする」といった心理的側面から支援すること。さらには、患者・家族が緩和ケア病棟への入院を決断するプロセスへの支援として、「入院までにいるんな時間を必要とし、面接が終わった後も同じように調整」、「(治療をしていた)病院と連携しながら根気強く」など他機関や他職種との連絡調整を通した【移行期の支援】をソーシャルワーカーが実践する意義について語った。一方で、「最初にいきなりその辺り(緩和ケアや終末期に対する思い)まで話すことができない場合も多い」、「ギアチェンジは大切だと思うけれど、そこまでできていない」などとの語りもあり【移行期の支援】における心理的支援が入院前

表2 入院前の業務に関するカテゴリーとデータ例

カテゴリー	データ例（抜粋）
窓口	「一番最初の窓口なので」、「(ソーシャルワーカーとの)面談を経てからでない」と緩和ケアは始まらない」、「メインは窓口」
安心感を提供する存在	「医師は敷居が高いし、看護師は忙しい。どこに相談したらというときに絶対いるのがソーシャルワーカー」、「何でもお話できる気持ちになってもらう」、「最初にお会いする時に安心していただく」、「この人に電話しても大丈夫という安心感」、「そこ(医療者)に言えないこともこっちは言ってくださいっていうのも沢山ある」
全人的理解のための情報収集	「(緩和ケア開始前の患者・家族の)状態像や今までの経過がイメージしやすいような情報」、「今までの病気のことや人生などいろいろなことをお聞きする」、「情報を持っていることで(死に直面する患者・家族に)向き合える」
他職種からの信頼	「看護師からそこで(ソーシャルワーカー)しかきけないことを聞くよう依頼される」、「緩和っていうだけで全部電話が回ってくる」、「Drからも(患者の状況について)まめに連絡をくださる」
移行期の支援	「緩和ケアでの面接の前後1時間は他の予定を入れられない」、「見放されたという気持ちをうまくフォローする」、「何回説明を聞いていても、いろいろ変化があって、その辺を面談の中で拾っていきたい」、「話をしていくうちに気持ち不安定になることが多いので時間をかけて話を聞く」、「入院までにいろんな時間を必要とし、面接が終わった後も同じように調整」、「(治療をしていた)病院と連携しながら根気強く」、「入院までに(他職種、他機関と)何回もやり取りをする」、「最初にいきなりその辺り(緩和ケアや終末期に対する思い)まで話すことができない場合も多い」、「ギアチェンジは大切だと思うけれど、そこまでできていない」
緩和ケアに対する認識のズレ	「私たち(医療者)にとって当たり前のことでも、家族にはまったく認識されてない」、「医療者の思いとご家族の思い、それぞれ違って当たり前ですけど、ジレンマですね」、「当然してもらえんと思ってたのになというようにトラブルがあって」、「前の病院では『わかりました』と言っているけど、温度差があって」

表3 入院中の業務に関するカテゴリーとデータ例

カテゴリー	データ例（抜粋）
介入への消極性	「入院の時で精いっぱい、入院された患者さんと話す機会が作れない」、「入院まではすごくかわるんですよ。でも、入院するとかかわらなくて」、「私は窓口であって、あとはスタッフにバトンタッチする」、「緩和ケアの場合は、依頼があって動くという感じ」、「必要に応じてナースや医師から呼ばれて話を聞く」、「回転も早い病棟だし、わざわざ行くのもどうかと思う」、「見送りのところは(ソーシャルワーカーが)かわられない」、「医療がとにかく入らないという場合は・・・やっぱりかわられないというか」、「最後のことは看護師の方が長けている」
看護師の存在	「入院になってしまえば、看護師が他の病棟と比べすごく入り込む」、「スタッフさん頑張っている」、「看護師さんが(患者・家族に)ついていてぎゅっとなっている」、「自分たちがしたいことは、看護師もしたい」、「本当は入った(介入した)方がいいかなと思って(看護師から)『それはできてるから』と言われると・・・話し合いができないケースもある」
側面的支援	「医師、看護師がメインになってもらうために、何をしたらいいのかと考える」、「いかに仕事を振るか」、「どの職種がケアするかというところで、サポートという立場に回ること」、「みんなが仕事しやすいように、ニーズがあればそれをしっかりしたい」
やり足らなさ	「きっちりした看取りはしているけど、患者の想いを叶えるケアには到達していない」、「家族も必死だし、患者の想いの実現にたどり着ける期間がない」、「本当は自分が一番やりたいというか、やらなきゃって思っている部分ができない」、「介入のチャンスがあっても入っていけないことが多い、多すぎる」、「もし兼任でなく、専任なら中での動きにもっと携わっていくと思う」

のかかわりだけでは十分に実践できていない状況が示されたことにも留意しておきたい。

初診同伴について、8名中6名が入院前の患者・家族と医師との面接に必ず同席するとしていた。残り2名についても必要に応じて同席を行っていた。また、医師からも初診同伴の依頼があることがわかった。そこでは、患者・家族と医師との面接に心理社会的視点を取り入れることに加え、両者のコミュニケーションの橋渡しや代弁者としての役割認識が示された。

2) 入院中の業務

研究参加者は、患者・家族が人生の終末に向かう中で

「人生の縮図」とも言えるさまざまな生活課題に直面することが多いため、入院中も継続した心理社会的支援が必要であると感じていた。しかし、実際の実践は、単身者や家族関係の調整が必要な場合や外来からかかわりがある場合、生活保護受給者などを対象とした社会資源の仲介・調整が中心であった。そして、入院中の患者・家族とのかかわりについては、「入院の時で精いっぱい」の状況であり、「あとはスタッフにバトンタッチする」、「依頼があって動く」などと語られ、【介入への消極性】を印象づけるものであった。さらに、「見送りのところは、(ソーシャルワーカーが)あまりかわられない」、「最後のことは看護師の方が長けている」と語られ、患者が

表4 在宅緩和ケアにおける業務に関するカテゴリーとデータ例

カテゴリー	データ例 (抜粋)
退院援助	「入院しても家に帰りたいたいという方もいらっしゃるの、介護保険の調整や訪問サービスとの連絡調整をする」、「ちょっとでも帰りたいたいという場合には、『これできますよ』という感じでフォローする」、「家に帰りたいたいけど、何かあったらという家族の不安に対し、『その時は、いつでも帰ってください』と言える体制を作っておく。そういう後押しがないと希望だけで終わってしまう」、「退院支援という部分では一般病棟と共通する。ただ準備するものや家族の方にさせていただく心構えが違うと思う」、「看取りとなる可能性を踏まえて・・・(病院側が) どういうことができるかを話すという点で一般病棟とは(実践内容が)変わってくる」
外来からの かかわり	「結構ぎりぎりになっての紹介が多かったけど、今は結構外来から」、「在宅で過ごされている患者様がかなり増え・・・今は転院というよりまずは外来に通院してという風になっています」、「外来から来られるようになって、患者さん(本人)と直接かかわる機会も増えている」、「外来が長いと私(ソーシャルワーカー)の方が話しやすいので、病棟に行って話を聞くことも多くなる」、「在宅の時からのかかわりがあるので、入院後のカンファでも今までの経過について情報提供することができるのは患者さんにとってもプラス」、「(終末期について)入院相談でいきなり話すことができない場合も多いが、外来通院を重ね体調の変化がある中では、こちら(ソーシャルワーカー)からしていくことができる」

終末期に近づくにつれ、【介入への消極性】がより強まっている様相がうかがえた。その背景には、他病棟との兼務による時間的制限に加えて、「他の病棟に比べるとすぐ入り込む」、「頑張っている」、「(患者・家族に)ついていてぎゅっとなっている」【看護師の存在】があることが明らかとなった。そして、「自分たちがしたいことは、看護師もしたい」、「本当は入った(介入した)方がいいかなと思って(看護師から)『それはできるから』と言われると、話し合いができないケースもある」など【看護師の存在】が役割接近による葛藤につながっていることが確認された。一方で、「医師、看護師がメインになってもらうために、何をしたらいいのかと考える」、「どの職種がケアするかというところで、サポートという立場に回ること」などの語りからは、【側面的支援】を通してチームに貢献することに専門性を見出そうとしている状況が示された。

さらに、入院期間が短く、看取りに焦点が置かれている緩和ケア病棟での実践について、「きっちりした看取りはしているけど、患者の想いを叶えるケアには到達していない」、「家族も必死だし、患者の想いの実現にたどり着ける期間がない」などと語り、患者・家族の自己実現を意識した実践の難しさが示された。そして「本当は一番やりたいというか、やらなきゃと思っている部分ができない」、「介入のチャンスがあっても入っていけないことが多い、多すぎる」と語り、緩和ケア病棟での実践に【やり足らなさ】を感じている様相がうかがえた。

3) 在宅緩和ケアにおける業務

正司¹¹⁾は在宅緩和ケアにおける業務として入院中および在宅療養の両領域での実践内容を示している。しかし本研究では、緩和ケア病棟での実践に焦点を置いているため、その実践内容は、緩和ケア病棟から退院する場合の【退院援助】が中心となっていた。研究参加者は、緩和ケア病棟での【退院援助】が日常生活用具の種類に若

干の違いがあるものの、基本的には他病棟での実践と共通しており、緩和ケア特有の知識や技術に必要性は少ないとしていた。その上で、緩和ケア病棟では、退院が疾病の回復を意味するものではないため、状態が悪化した場合を想定し再入院の可能性を視野に入れ、フォローアップ体制を整備する【退院援助】を通して患者・家族の決断を「後押し」する役割をソーシャルワーカーが担う意義が語られた。また、他病棟で培った社会資源の活用に関する知識や技術は、緩和ケア病棟での【退院援助】にとって有用だと認識されていた。

近年の制度改革による在宅緩和ケア推進の影響として、【外来からのかかわり】が増えている状況が語られた。具体的には、以前は「結構ぎりぎりになって」行われていた急性期医療機関から緩和ケア病棟への紹介が病気の進行の早い段階で行われるようになり、在宅での療養を経て緩和ケア病棟への入院となるケースが増えているとのことであった。そして、【外来からのかかわり】は、患者本人との関係作りや入院前の実践である【移行期の支援】を病気の経過に沿って継続的に実践できるという点において、ソーシャルワーク実践にとって有益であると認識されていた。

4) 死別後

研究参加者は、単身者の引き取り、葬儀、献体などに関する手続きへの支援は行っているものの、死別後の悲嘆ケアにはほとんどかかわっていなかった。遺族会については、ほとんどの研究参加者が病棟看護師の主催する遺族会に参加者として出席する状況であった。その背景には、入院中の患者・家族とのかかわりの少なさがあった。

IV. 考 察

本研究の結果から、緩和ケア病棟でのソーシャルワーカー

ク実践は、入院前の業務に比重が置かれ、入院後は、特定の場合を除いて時間の経過とともに実践の範囲が狭くなっている状況が確認された。

奥田¹²⁾は、ソーシャルワークが持つ多面的役割の中で生じる役割の拡散と役割認識の混乱が実践を阻害する可能性を持つと述べ、役割の確立はソーシャルワークの専門性の根幹にかかわるものだと指摘している。本研究においても、【窓口】としての役割の確立は、【安心感を提供する存在】としてソーシャルワーカーがアイデンティティを見出すことや【全人的理解のための情報収集】に対するチーム内の役割期待を強め、入院前の実践過程におけるソーシャルワークの意義の明確化につながっていた。また、緩和ケア病棟特有のソーシャルワークとして、人生の終末に向う生活への転機を支援する【移行期の支援】の重要性が示されると同時に実践の困難性が存在していることもわかった。その困難性は、患者・家族と医療者との間の【緩和ケアに対する認識のズレ】に起因するため、医療に直接携わらない専門職として【安心感を提供する存在】であるソーシャルワーカーが入院前に【移行期の支援】を行うことは、入院後の患者・家族の心理的葛藤を緩和し、医療者との関係構築を助ける点において意義深い。さらに【移行期の支援】では、患者・家族への心理的支援だけでなく、他機関・専門職との連絡調整を軸とした実践の重要性も強調され、人 環境に着目するソーシャルワークの固有性が確認された。つまり、緩和ケア病棟での【窓口】としての役割の確立は、入院前の実践におけるソーシャルワークの専門性の発揮を促進と関連していることがわかった。また、そこで形成された【安心感を提供する存在】としてのアイデンティティは、人生の終末に向けて多くの苦悩や葛藤を経験している患者・家族に寄り添いながら、患者・家族と医療者（チーム）とのパートナーシップの構築に寄与すること、ひいては、チーム内でのソーシャルワークの存在意義を高めることにつながっているものと考えられる。

専門職チーム内の役割の曖昧さ・縄張り争いは、チームアプローチによる対人援助を阻害するとされている¹³⁾。本研究でも、ソーシャルワーカーが入院中の患者・家族支援での看護師との役割接近によるジレンマを経験している状況が確認された。つまり、【看護師の存在】が入院中の患者・家族に対するソーシャルワーカーの【介入への消極性】という現象を引き起こしているとも捉えられ、【看護師の存在】が専門性の発揮を阻害する要因となっている可能性が示唆された。しかし、この現象を別の文脈から捉え直すと、【介入への消極性】は、入院中の患者・家族へのケアを中心的に実践する看護師への【側面的支援】を通して、入院中のケアの質を担保しようとする試みとしてみることができる。換言すると、【介入への消極性】は専門性の発揮が阻害されている状

態ではなく、看護師との役割接近によるジレンマを回避または解消する手段であり、チーム内の関係性を維持・強化する機能（メンテナンス機能¹⁴⁾）の一端を担っていると考えられる。つまり、【看護師の存在】により、入院中の患者・家族への直接的支援（マイクロ・レベルの実践）が制限される状況において、チームの関係調整機能（メゾ・レベルの実践）の中にその専門性を模索している現象と把握できる。

【退院援助】は、退院に伴って生じる生活課題の予防や早期対応のためのソーシャルワーク実践であり、保健医療領域での実践における中核機能である¹⁵⁾。【退院援助】の中でのソーシャルワークの固有性とは、患者・家族が自分らしい生活を創造することを支援する視点を持つことだとされている¹⁶⁾。本研究において【退院援助】は、患者・家族の決断を「後押し」する実践であるとの認識が強調されており、ソーシャルワーカーがその専門性を意図した実践を行っていることが推察される。そして、緩和ケア病棟での【退院援助】では、再入院や看取りなど終末期に関連するニーズを予測した社会資源の調整やネットワーク構築のための能力が求められることが示された。

近年の在宅緩和ケアの推進の流れは、【外来からのかかわり】の増加につながっていた。この【外来からのかかわり】は、ソーシャルワーカーが患者・家族との継続的な関係を維持することを助け、【移行期の支援】を行いやすくするなど、ソーシャルワークが専門性を発揮することに肯定的な影響を与えていた。そして、【退院援助】や【外来からのかかわり】は、緩和ケア病棟と地域とのつながりの中で、切れ目のない（シームレスな）ケアの実現にソーシャルワーカーが寄与する機会となっており、チーム内での専門性を高める要素となっていることが明らかとなった。

本研究は緩和ケア病棟のソーシャルワーカーが悲嘆への支援にほとんどかかわっていない状況を明らかとした。その背景としては、入院中の患者・家族とのかかわりの少なさが示された。この現象については、具体的な語りも少なく専門性と関連づけて考察するには至っていない。

本研究で得られた知見は、緩和ケア病棟での実践に対するソーシャルワーカーの役割認識を明らかにした点において意義があると考えられる。特に、患者が緩和ケア病棟に入院した後の実践においてソーシャルワーカーがマイクロ・レベルの実践に固執せずに、メゾ・レベルの実践の中にその専門性を模索する傾向が確認されたことは興味深い。ただし、本研究で語られた実践内容は、患者・家族への直接的支援（マイクロ・レベルの実践）を基軸としていたため、組織や職種間の調整機能（メゾ・レベル実践）に関連する現象の理解には課題を残している。その

ため、今後は、チームアプローチの観点に立ち、ソーシャルワーカーと医師、看護師、その他の専門職との関係性について詳細に検討していくとともに、退院援助を含む在宅緩和ケアでの実践構造について探究を重ねていく必要があると考える。

また、研究デザインの限界として、以下のことが挙げられる。まず、本研究では便宜的サンプリングを用いたため、研究参加者の性別、臨床経験、職位や所属機関・緩和ケア病棟（組織）の特徴などが考慮できていない。さらに、ソーシャルワーカーの視点からのみの記述に基づく分析であるため、結果の信頼性に課題を残す結果となっている。今後は、研究参加者の選定条件の設定などサンプリング方法を見直すとともに、緩和ケア病棟内の他職種（看護師、医師、ボランティアなど）からのデータを収集し、比較分析を進めることで信頼性を高めていくこととしたい。

今後、他職種を含めた定性的研究、さらには多施設多職種を対象とした定量的研究の実施により、緩和ケアにおけるソーシャルワークの現状についてより普遍的な実態解明が進み、さらにはソーシャルワーカーの役割に対する有益な提言も可能になると考える。

付記

本研究は科学研究費補助金（基盤研究(B)）「緩和ケアにおける「生」重視のソーシャルワーカー支援機能に関する実証的研究」（研究代表者北川慶子 課題番号19330129）の調査をもとに、科学研究費補助金（基盤研究(C)）「「生活者」としての患者・家族に焦点を置いた緩和ケアソーシャルワークに関する研究」（研究代表者山田美保 課題番号22530660）において分析した成果の一部である。

引用文献

- 1) 田村里子 (2006) 「緩和ケアにおけるコメディカルの役割と人材の育成」『ホスピス緩和ケア白書2006』pp 39 41 .
- 2) 緩和医療提供体制の拡充に関する研究班（研究代表者 恒藤暁）(2001) 報告書『ホスピス・緩和ケア病棟の展望と課題』厚生労働省
- 3) Kitchen, A. and Brook, J. (2005) “Social work at the heart of the medical team” *Social Work* 40: 4 pp.1-17.
- 4) Miller, J., Frost, M, Rummans, T., Huschka, M, Atjerton, P., Brown, P., Sloan, G, and Clark, M. (2007) “Role of a medical social worker in improving quality of life for patients with advanced cancer with a structured multidisciplinary intervention” *Journal of Psychosocial Oncology* 25: 4 pp.105-119.
- 5) 本家裕子(2004) 「がんの末期ケアにおけるソーシャルワーク～実態調査および専門的役割についての検証～」『医療と福祉』37: 1 pp 45 50 .
- 6) 田村里子, 大松重弘, 福地知巴, 磯崎千枝子, 正司明美, 橋直子 (2007) 「2006年度緩和小委員会報告～活動の現状と今後の課題～」『医療と福祉』41: 1 pp 24 27 .
- 7) Small, N. (2001) “Social work and palliative care” *British Journal of Social Work* 31: 6 pp.961-971.
- 8) 正司明美 (2005) 「ホスピス及び緩和ケアにおけるソーシャルワークガイドライン（試案）」『山口県立大学社会福祉学部紀要』11 pp .9 22 .
- 9) 北素子, 谷津裕子 (2009) 『質的研究の実践と評価のためのサブストラクション』医学書院
- 10) 正司明美 (2005) 「ホスピス及び緩和ケアにおけるソーシャルワークガイドライン（試案）」『山口県立大学社会福祉学部紀要』11 pp .9 22 .
- 11) 正司明美 (2005) 「ホスピス及び緩和ケアにおけるソーシャルワークガイドライン（試案）」『山口県立大学社会福祉学部紀要』11 pp .15 16 .
- 12) 奥田いさよ (1992) 『社会福祉専門職性の研究』川島書店 p .179 .
- 13) 横山正博編著 (2010) 『ソーシャルワーカーのためのチームアプローチ論』ふくろう出版 pp 98 99 .
- 14) 横山正博編著 (2010) 『ソーシャルワーカーのためのチームアプローチ論』ふくろう出版 pp .101 103 .
- 15) 医療ソーシャルワーカー業務指針検討会(2002) 「医療ソーシャルワーカー業務指針」
- 16) 中野加奈子 (2007) 「医療ソーシャルワークにおける『退院援助』の変遷と課題」『佛教大学大学院紀要』35 pp 221 234 .