

「がんと共にゆったり生きる会」の活動と課題*

高橋 美賀子**

聖路加国際病院・がん看護専門看護師

I. はじめに

当院では、がん患者のサポートグループ（以下、SG）として「がんと共にゆったり生きる会」を始めて10年になる。今回、この会の活動と課題について報告する。このプログラムは、米国の“I Can Cope”を参考に開発された聖路加看護大学の研究プロジェクトをもとに始められた。米国のものは患者教育に主眼を置いているが、当院では情緒的支援のために集団精神療法的アプローチを前面に出しているが特徴である。

II. プログラムの目的とコンセプト

プログラムの目的は、がん罹患や告知というストレス状況に対する患者のコーピング能力の向上を目指すことで、以下の3つのコンセプトに基づき構成されている。

①情報提供：ストレスとがんの関係、食事や日常生活など、問題解決に役立つ情報提供を中心とし、再発・転移・死への恐怖、怒りなどの精神的苦悩に対する養生法、各種社会資源に関する情報提供なども取り入れている。これらは患者が無力感に圧倒されず、セルフコントロール感覚をもちながら療養するための支援と位置づけている。

②ストレスマネジメント：がん患者の多くが慢性的なストレス状態に置かれている。その対処法としてリラクゼーション技術の習得を提案している。

③集団精神療法：Yalomのグループ療法を基盤に行っている。グループ療法では「この不幸は自分

だけに起きたのではない」「気持ちを分かち合う」「ケアされるだけでなく情報提供することで他者の役に立つ」といったさまざまな相互作用が生じ、参加者の精神の健康に促進的な環境になる。

III. プログラムの構造

プログラムの構造は、1回120分のセッションを5回（5週）連続で行い、参加は任意だが、閉鎖型で5回連続の参加が原則である。プログラムの構成は表1のとおりである。会の運営は看護師が中心となり、栄養士、医師、MSWなどが随時参加している。費用は1コース1万円である。

IV. サポートグループで語られる内容

SGで語られる内容を分類すると以下のとおりである。

1. 死の不安や転移の心配

がん患者は病期にかかわらず、再発や転移に対する不安、死に対する恐怖などを常に抱えている。医療者はこの話題を避けたり、無理に前向きにさせようとせず、つらさを受け止めるようにしている。

2. 医師への両価感情

患者は主治医に頼りたい気持ちと同時に、現在受けている医療が最善であるかという不安をもつことがある。また、説明が不十分といった医師への不満、怒りもよく表出される。これに対し、医療者は防衛的な回答をしがちであるが、むしろ患者の気持ちをしっかりと聴き、患者の立場に立って受け止めるこ

* Activity of Support Group for Cancer Patients in St. Luke's International Hospital

** Mikako Takahashi, CNS in Cancer Nursing : St. Luke's International Hospital

表1 プログラムの構成

	テーマ	内容
第1日目	自分の病気を学ぼう	・がんの危険因子, 病態・治療 ・ストレスとがんと免疫力, など
第2日目	毎日の健康を維持・回復する方法を学ぼう	・健康的な日常生活の調整法について ・身体の異常の気づき方など
第3日目	自分の気持ちをわかり, 心身の安定を保とう	・誰にでも起きる告知後の心の変化 ・つらい時期を乗り越えるための養生法 ・うつ状態のときにみられる心身の症状 ・リラクゼーション技術の演習, など
第4日目	ゆったりと生きるために活用できる資源	・高額療養費還付制度 ・各種相談窓口 (リソースナースなど) ・訪問看護を受けるには ・緩和ケアとはどんなもの, など
第5日目	コースの振り返りと修了式	・コースの振り返り ・ミニコンサートと修了式

とを大切にしている。

3. 日本の医療への怒り

医療者や医療システムに対する不満など, 医療そのものへの怒りもよく出てくる話題である。これに対しても釈明をするのではなく, 患者に寄り添うようにしている。

4. 家族・職場との関係

家族に対する気兼ねから家族と病気について率直に話ができない患者も多い。また, 社会的地位の失墜や腫れ物にさわるように扱われるなど, 社会からの孤立や拒絶に対する不安・恐怖が話題になる。これに対しても耳を傾けることが大切であるが, 家族に率直に話してみることを勧める場合もある。

5. 代替療法とのつきあい方

代替療法は毎回出てくる話題である。医療者の意見を求められることもあるが, その背景にあるのは, 治癒してほしいという家族の願いや, 医療から見放された気持ちである場合が多く, 効果や科学的根拠について議論する必要はあまりなく, むしろなすすべがない思いに共感し, 無理のない形で続けることを肯定するようにしている。

V. SGの効果に関する評価研究

2001年度～2002年度の参加者36名を対象にPOMSを測定した結果, SG参加前後で怒り/敵意は有意に減少し, 不安緊張と疲労は減少傾向がみら

れ, 活気も上昇傾向がみられた。一方, 抑うつ, 混乱に関しては統計的に変化はみられなかった。

この結果から, SGは参加者の情緒状態に対して一定の効果があると考えられる。特に怒り/敵意に関しては, スタッフが怒りの訴えを聴くことで低減につながったと考えられる。また, ストレスマネジメントの情報提供や技術の習得, グループ内で他の参加者と語り合うことなどが, 不安緊張や活気にも影響を及ぼしたと推察される。

VI. ファシリテーターの育成とスタッフの体験

ファシリテーターの育成は大きな課題であるが, 当院ではグループ精神療法に関する文献学習のほか, グループ終了後にプロセスを振り返り, 参加者の言動の意味などを話し合い, 気づきを深めることによって能力を高めるようにしている。

また, スタッフは会に参加することで, 多くの貴重な体験をしている。スタッフを対象に行ったアンケート結果では, 「がんとともに生きることの実態をつかむ」「医療者に対する思いを知る」「コミュニケーションを深める要因をつかむ」「グループ精神療法的アプローチの特長に触れる」「自己への還元」の5つのカテゴリーが抽出された。

Ⅶ. 今後の課題と展望

1. プログラムの継続的な評価

今後、SGを受けていない群との比較研究を含めた、評価研究の蓄積が必要である。

2. 家族対象のプログラムの実施

がん患者の家族も患者同様に多くの苦悩を抱えており、今後は家族を対象にSGを実施することも課題である。

3. コスト・人員の問題

現在、講師以外はボランティアで参加している。また、スタッフのほとんどが看護師であり、今後はより多くの職員にがん患者の生の声を聞いてもらう

ために、会に関心がもてるよう周知していきたい。

4. ファシリテーターの育成

現在、スタッフは自身の休みを利用して参加しているため継続参加できない場合も多く、ファシリテーターが育ちにくいという問題があり検討が必要である。

5. 患者を支える医療および社会全体への働きかけ

いまだ医療者の中でもがん患者の生活実態や思いが理解されていないことも多く、より多くの医療者が生の声を聴き、理解し支えていくことが重要である。

エキスパート直伝! いつものケアに

たかほし みかこ
高橋美賀子

聖路加国際病院 がん看護専門看護師



No. 1

痛みのアセスメント 臥床痛と骨転移による痛みを見分ける

がん患者さんが背中や腰の痛みを訴えた場合、それが同一体位による臥床痛なのか、それとも骨転移による痛みなのかの判断が難しく、鎮痛薬を使おうかどうしようかと悩むことも多いと思います。そこで、今回は患者さんの痛みが臥床痛なのか骨転移による痛みなのかを見分けるためのフィジカルアセスメントを紹介します。

プラス ひとワザ!

患者さんの痛みが臥床痛なのか骨転移による痛みなのかを見分けるには三つのポイントがあります。

一つ目は、骨転移による痛みでは体動によって痛みが増強するのが一般的ですが、臥床痛では体位変換によって改善する場合がほとんどです。

二つ目は、骨転移による痛みでは通常叩くと痛みが増強し、臥床痛ではむしろ叩いたほうが気持ち良く感じます。①

三つ目は、脊椎転移があり、さらに神経に浸潤している場合では、神経障害性疼痛を生じるため神経支配領域にしびれや異常感覚を伴う痛みが生じます。②

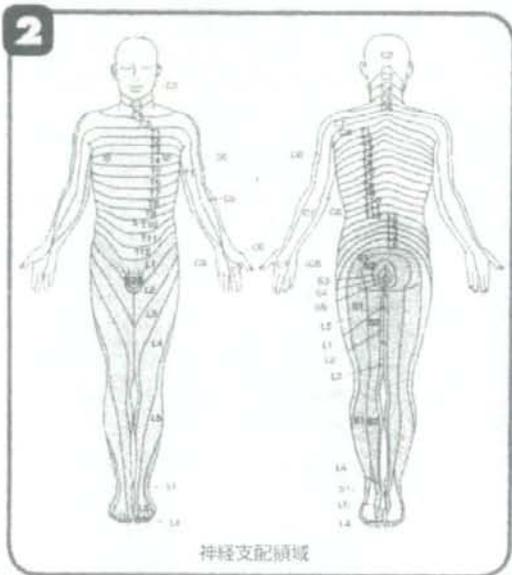


① 叩打痛の有無の確認

方法→骨の上を、握り拳の小指側で軽く叩きます。叩打痛がある場合には、比較的限局した部位に痛みを感じるはず。これが代表的な骨転移による痛みです。臥床痛ではむしろ叩くと

気持ち良く感じます。

ポイント→骨転移の場合は骨が脆くなっているため、あまり強く叩くと危険です。叩くときには軽く「トントン」と叩きます。軽く卵を割るくらいの強さで十分です。



2 神経支配領域に沿った痛みの確認

神経障害性疼痛の場合、神経支配領域に沿ってしびれや異常感覚を伴う痛みを生じます。

たとえば、第4腰椎(L4)への骨転移が神経に浸潤していれば大腿外側から膝に掛けて、第5腰椎(L5)への骨転移が神経に浸潤していれば下腿外側の痛みが生じます(ただし、骨転移だからといって必ずしも神経障害性疼痛を伴うわけではありません。骨痛のみの場合もあります)。

方法⇒患者さんの痛みが神経支配領域に沿っているかどうかを確認します。また、痛みがある部位の皮膚を軽くさすって異常感覚(つっぱるような、締め付けられるような、焼けるような、など)の有無と左右差を確かめます。

ポイント⇒神経障害性疼痛を伴っていれば、臥床痛ではなく脊椎への骨転移があり神経を障害していると考えてよいでしょう。

プラス ひとワザ! ひとワザでここが変わる

ナースがベッドサイドで簡単なフィジカルアセスメントを行うことで、臥床痛なのか骨転移による痛みなのかを判断できれば、患者さんに痛みを我慢させたりせず、また、必要に応じて適切に鎮痛薬を使用して疼痛緩和を図ることができます。

引用・参考文献

- 1) Aaron, GF. Do You Really Need Back Surgery: A Surgeon's Guide to Neck and Back Pain and How to Choose Your Treatment. Alabama. Oxford University Press, 2004, 97-9.

次号の **プラス** ひとワザ! は **ストーマ周囲皮膚障害のケア** ①

痛みの意味

高橋美賀子 聖路加国際病院緩和ケア病棟がん看護専門看護師

はじめに

“痛み”と一概にいっても当然のことながらさまざまな痛みがあります。良性の痛み、悪性の痛み、急性の痛み、慢性の痛み、身体的痛み、心の痛み…分け方もさまざまですが、それぞれにおいて痛みのもつ意味合いは異なってきます。そして、同じ種類の痛みであっても個々のもつ痛みの意味はさらに異なってくるでしょう。ここでは、痛みのもつ「意味」について考えたいと思います。

Aさんの痛みのもつ意味

ある日、50歳代のAさんが大腸がんで入院してこられました。腹痛がときどきあるということで、まず非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)が頓用で処方されましたが、Aさんは腹痛が強くなっても黙って耐えているだけで、一向に薬を使おうとしません。鎮痛薬の副作用を心配されたり、痛みを我慢するほうがよいと思ったりされているのではないかと考え、誤解を解くためにさまざまな説明を行ったり、自由に使えるように鎮痛薬を手元に置いたりもしました。しかし、それでも使おうとせず、「大丈夫です」というだけで、理由がわからないままに数日が経ちました。さすがに何か深い理由があるに違いないと思いつつ、背部のマッサージなどをしながら世間話をしていると、Aさんが思わぬことを口に出しました。「痛みがあると夫が優しくしてくれるの」Aさんは結婚以来長年

にわたってご主人の家庭内暴力を受けてきたのでした。この言葉は衝撃的であると同時に、Aさんの痛みはそう簡単には解決できないのだと認識させられました。もちろん、Aさんの身体の痛みを鎮痛薬で取り除くことはおそらく簡単なことですが、それによってAさんの抱える心の苦痛はより一層強くなることが予測されたからです。

その後はAさんに鎮痛薬を積極的に勧めて、背部マッサージや清潔ケアを行いながらAさんの思いを聴くことに努めました。Aさんは次第にご主人への思い、同じく暴力を受けてきた娘さんへの思いなど、ご家族のことを少しずつお話されるようになりました。ご主人の面会時も表情が少しずつ和らいできました。病院という守られた環境も手伝ってか、Aさんは少しずつ頓用のNSAIDsを飲むようになりました。次第に病状が進んできたときにもモルヒネの持続皮下注射を受け入れ、痛みがあるときには積極的に追加投与を希望するようにもなりました。ご主人は面会の時間は少なかったものの、Aさんを不快にさせる言動はなく、Aさんはご両親や娘さんたちに囲まれ穏やかに最期を迎えられました。

さまざまな痛みの意味とケア

痛みにはさまざまな意味があるといわれています。Ferrellら¹⁾は、痛みのもつ意味には「挑戦」「罰」「方略」「解放」「取り戻すことができない喪失」などがあると述べています。Aさんの痛み

の意味は、「方略」であったと捉えられます。「方略」は、「痛みがあると家族や友人がいつもより注目してくれる」などのように、他人からの注目や手厚い援助、要求に応じてもらうための方法として痛みが利用されることをいいます。

「解放」も「方略」に類似するもので、痛みによって自分が抱える問題から解放されるためにそれを歓迎することをいいます。心理学で「疾病利得」といわれるものに当てはまるでしょう。痛みによって心理的・社会的・経済的利益を得るために、このような「解放」という意味を見出している場合があるといわれています。

「方略」や「解放」のような痛みの意味づけをしている場合には、その原因となっている問題に介入する必要があります。Aさんのように、患者さん本人の思いを吐露できるようにするだけである程度解決する場合がありますが、生育歴や家族の問題が大きく関わっている場合には、精神ケアの専門科に相談する必要もでてきます。

その他の痛みの意味として、「挑戦」や「罰」があります。「挑戦」は、痛みに耐えることがその人にとっての新たな挑戦課題と捉えるものです。なかには、痛みと闘うことで病氣と闘っているという意味づけをする人がいます。「罰」は、痛みを耐えることで過去の罪を償おうとするもので、「今までさんざん家族に迷惑をかけたから」といった自責の念が、痛みを耐える動機づけとなります。ある60歳代の進行がんの女性は、「兄弟の中で自分だけが家業を手伝わなかった。自分が家族に迷惑をかけたのだから痛くても仕方がない」と話し、痛みを自分からは訴えようとしませんでした。このように「挑戦」や「罰」という意味づけをしている患者さんでは、それぞれの思いを十分に傾聴するとともに、痛みを耐えるという方法以外に新たな挑戦課題や罪を償えたと思える方法を一緒に考えることが求められるのではないのでしょうか。

「取り戻すことができない喪失」は、痛みによって今までの自分の機能を喪失してしまったと

捉えるものです。このような喪失感にはスピリチュアルペインと深い関連があると考えられます。病気の進行により機能を喪失することは避けられないことですが、痛みの多くは取り除くことが可能ですから、速やかに適切な鎮痛薬を使用して痛みを取り除くべきです。それがスピリチュアルペインの緩和にもつながるはずです。

おわりに

個人的なことですが、2006年に出産をしました。20時間以上にも及ぶ陣痛の末、自然分娩を断念し帝王切開術を受けました。陣痛の間はまさに七転八倒するほど耐えがたく、手術のための麻酔をかけたときには本当に救われた思いでした。手術の翌日に硬膜外のモルヒネが外された後の痛みも、陣痛に比べればたいしたことはないと思えるほどでした。

振り返ってみると、私のそのときの痛みの意味は「挑戦」であり、「これは母親になるための訓練なのだ」と捉えました。その一方で、夫にここぞとばかりに指圧をさせたり扇子であおがせたりと「方略」の意味もあったかもしれません(笑)。私が感じたのは、出産というその先に喜びが待っている一時的痛みですらこれだけ耐えがたいと思うのだから、痛みが永遠に続き、その先に確実に「死」が待っている患者さんはどんな思いで痛みを耐えるのだろうか、いや、その痛みは絶対に耐えるべき痛みではない、ということでした。患者さんのさまざまな痛みの意味を探りながらも、患者さんが痛みを感じなくてすむ疼痛マネジメントを実践していけたらと思いを新たにしました。

文 献

- 1) Ferrell BR, Dean G : The meaning of cancer pain. *Semin Oncol Nurs* 11 : 17-22, 1995

Q&A集 ②

患者が鎮痛薬の使用に抵抗感を持っている

佐藤 春香 *Haruka Satoh*
聖路加国際病院
緩和ケア病棟

高橋 美賀子 *Mikako Takahashi*
同院同病棟
がん看護専門看護師

Q：患者が鎮痛薬に抵抗感を抱いている場合

Bさん(50歳代、女性、卵巣がん：肺転移、骨転移、腹膜播腫)は、発病後、手術や化学療法、放射線療法等による治療を受けていたが、腫瘍マーカーの上昇と腹水増大で治療適応なしと説明され、当初はセカンドオピニオンの目的で当科を受診した。婦人科で治療の適応がないと判断されたため、症状緩和のみ行いながら在宅で療養されていたが、腹部膨満に伴う嘔気が強く、症状コントロール目的で緩和ケア病棟に入院となった。

入院当初より右側腹部痛があり、デュロテップ®パッチ3.75mg使用、レスキュードーズ(以下、レスキュー)はオプソ®5mg/回の指示であったが、患者の希望で自己調節して2.5mgまたは、5mgを服用していた。

Bさんは、以前から長い治療歴・鎮痛薬の内服歴があり、「状態が悪くなるにつれ薬の量も増え、気が減入ることもあった」と話されたり、薬を見ただけで吐き気がしてしまったりすることなどから、痛みが強くなる前に早めのレスキューの使用を勧めたが、なかなか

うまく使えずにいた。また、夫婦関係の問題を抱えており、退院を目前にしている時期であったため、退院後の生活に対する不安感がさらに痛みを強めた要因の一つとも考えられた。

その後、デュロテップ®パッチを5mgに増量するが、レスキュー量は本人の希望により増量しないまま経過した。Bさんは、薬剤に対する抵抗感が強く、その結果、痛みを我慢することとなり、結局薬剤を使うタイミングを逃し、痛みはあるが、いつ使ったらよいかわからない、という状況に陥ってしまった。

そのような状況の中、担当看護師が患者に、なぜレスキューを使いたくないのかを尋ねると、モルヒネが増えること＝病状の悪化と捉えており、それを認めたくないという気持ちからであることがわかった。そこで看護師からも、痛みの強さ＝病状の悪化ではないことを説明し、主治医から重ねて本人と娘に説明したところ、ようやく薬に対する誤解が解け、レスキュー量に関しても納得され、標準量のオプソ®20mg/回で内服できるようになった。

1. 抵抗感の要因が具体的に何であるのかを明確にする

この患者の場合、手術後数年にわたるがん治療歴とその経過の中で、薬剤の増量＝病状悪化と認識するようになったようです。その背景には、やはり病状の悪化を患

者自身が受け止め切れない思いや、恐怖感などの要因が強く関係していました。さらに、複雑な家族関係から、なかなか本人が頼れる存在がなかったことや、安定した気持ちで過ごせる場を見つけるのが難しかったことも要

因ではないかと思われます。

年齢も比較的若く、患者自身が家計を支えていた部分が大きく、人に迷惑をかけたくないという自立心も強かったため、なかなか弱音を吐けず、医療者に委ねることが難しかったケースです。

このように、患者自身が疼痛緩和を望みつつも、さまざまな理由から積極的に鎮痛薬を使うことに抵抗感を持ち、痛みを我慢している人は少なくありません。そのような患者に対して医療者も、痛みを苦しんでいる姿を目の当たりにしつつも、患者自身が拒否するものを無理に使うわけにもいかず、ただ見ていることしかできない、ということもあるでしょう。

このようなケースに遭遇した時には、まず、この患者はなぜ薬剤を拒否しているのか、その根底にある原因を明らかにする必要があります。それには、患者の病気に対する思い、これまでのがん治療で、薬剤の効果を見ながら調整したり、選択したりしても、自分の思うとおりの効果が出なかったという経験をしてきたことや、家族関係などのバックグラウンドにヒントが隠されていることがあります。

患者の鎮痛薬に対する抵抗感を取り除くためには、患者個々において痛みを我慢している理由を捉え、それに応じた的確な説明を行うことが求められます。漠然とした説明のみでは根本的な解決にならないことが多く、考えられる抵抗感の要因に関して、具体的に知る必要があります。

2. 薬剤に対する抵抗感が誤解であれば、

誤解を修正できるように正しい情報を提供する

今回のケースに関して、患者が、麻薬が増えることや痛みの増強自体が病状の悪化と捉えており、痛みを認めることで病状の進行に直面しなければならないため、痛み自体を否認しようとするものであったと考えられます。それに対し、必ずしも痛みの増大＝病状の進行とは限らないことや、痛みを我慢することで難治性疼痛が生じ、それが身体にとってストレスとなり、免疫力を下げることにもなりかねない、ということの説明することで比較的すんなり受け入れられたようです。

3. 複雑な心因的要因が考えられる場合は、 精神科的介入を依頼する

また、痛みを我慢すること自体に意味を持っている患者も多く、その理由としては、「罪」「挑戦」「方略」「解放」などと言われています。例えば、痛みと闘っている＝病気と闘っている、という意味づけをする患者には、痛みを我慢すること以外での罪の償い方や、病気と闘う方法を見いだせるよう援助していくことが求められます。

一方、「痛みがあることで周りが注目してくれる」など、痛みがあることで周囲との関係性を変えたい、社会的責任やさまざまな問題から解放されたいなどの心理的な因子が影響している場合は、痛みを取ることは容易ではなく、精神科的なアプローチも必要になります。

4. 医療者側の知識不足・誤認によるコントロール 不良はないか、チームで知識や情報を共有する

さらに、インターネットなどでさまざまな情報が流布する中でもオピオイドに関する誤解は未だに存在し、特に「依存」「副作用」「耐性」に関するものが多く見られます。これらに関しては、患者のみならず医療者の中にも未だ誤解があり、それによって医療者がオピオイドの使用を躊躇することや、患者に納得のいく説明ができないことも、原因の一つと言えます。

オピオイドに関する基本的な知識が医療者側になれば、不必要に患者を痛みで苦しませることになってしまいうでしょう。

Ans

- なぜ抵抗感があるのか、本人の誤解や病状を受け止めきれない思いにあるのかなど、具体的にその要因を明確にすること
- 抵抗感＝誤解であれば、誤解している部分を修正できるように正しい情報を提供する
- 複雑な心因的要因が考えられる場合は、精神科的介入を依頼する
- 医療者側の知識不足・誤認によるコントロール不良ではないか、チームで知識や情報を共有する
- 副作用対策が十分なされているか、それに伴う苦痛はないか査定する
- がん患者は、病状やこれからのことに不安を抱いていることが多いため、寄り添い気持ちを傾聴する姿勢を忘れない

大学病院で活動する緩和ケアチームの支援内容

—参加観察の結果から—*

笹原 朋代**¹⁾、三 條 真紀子**²⁾、梅 田 恵**³⁾
樋口 比登実**³⁾、篠 田 淳子**³⁾、柴 山 大賀**¹⁾
宮 下 光 令**²⁾、河 正 子**²⁾、数 間 恵 子**²⁾

**¹⁾ 筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学系

**²⁾ 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 成人看護学/緩和ケア看護学

**³⁾ 昭和大学病院緩和ケアセンター

要 旨

<背景>がん診療連携拠点病院の増加に伴い、緩和ケアチーム（PCT）が急増しているが、PCT が具体的にどのような支援をするのかは明らかでない。

<目的>これまで先駆的な活動をしてきた一大学病院で活動する PCT の支援内容を、参加観察法を用いて明らかにする。

<方法>2004年2～10月、緩和ケア診療加算算定以前から活動を行う一大学病院の PCT メンバー3名を対象とし参加観察を行った。観察場面は特定せず、PCT メンバーと病棟スタッフや患者・家族、その他の職種との相互作用の過程でとった言動を観察した。観察した事柄についてフィールドノーツを作成し、内容分析の手法を参考として分析を行った。

<結果>PCT の支援内容は、82のサブカテゴリから成る7つのカテゴリに整理された。すなわち、【症状緩和】【患者の精神的サポート】【治療目標の明確化】【療養場所の選択・移行のサポート】【看取りが近い患者のサポート】【家族のケア】【医療者への教育・サポート】であった。加えて、PCT がよりよく機能するための基盤作りについて、6つのサブカテゴリから成る1つのカテゴリが得られた。

<結論>先駆的な活動をしてきた PCT が実際に提供している支援内容が明らかとなった。これは、PCT の具体的な活動指針になる点で非常に有用と考えられる。

I. 背 景

わが国では、「第3次対がん10か年総合戦略」のもと、がん診療連携拠点病院（以下、がん拠点病

院）の設置が急速に進められており、現在までに286施設が指定されている¹⁾。がん拠点病院の指定要件の1つに「一般病棟におけるチーム医療の一部として緩和医療を提供できる体制の整備」があり²⁾、

* What Kind of Support Does a Hospital-based Palliative Care Team Provide in a University Hospital? : A Result from Participant-observation Approach

**¹⁾ Tomoyo Sasahara, Taiga Shibayama : Institute of Nursing Science, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

**²⁾ Makiko Sanjo, Mitsunori Miyashita, Masako Kawa, Keiko Kazuma : School of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

**³⁾ Megumi Umeda, Hitomi Higuchi, Junko Shinoda : Palliative Care Center, Showa University Hospital

この役割はコンサルテーションを受けて院内を横断的に活動する緩和ケアチーム (Palliative Care Team: PCT) が主として担っていくものと考えられる。つまり、がん拠点病院の増加に伴い、PCTも増加する傾向にある。しかし、PCTが誰を対象とし、どのような支援をするのかは、いまだ明確にされていない。質の高い緩和ケアを提供していくためには、PCTの活動指針が必要である。

PCTが早くから活動している欧米でも、PCTの活動に関する明確な指針はない。しかし、PCTへの依頼内容および提供した支援に関する報告から、PCTは症状マネジメント、療養場所の移行・調整、心理社会的問題、今後の治療・ケアに関する意思決定、終末期ケア、アドバンス・ディレクティブに関する支援を行っていることが明らかになっている³⁻⁵⁾。しかし、それらの事柄について具体的にどのようなことを行っているのかは明らかではなく、また提供した支援は、PCTメンバー自身による申告という限界もある。

そこで、本研究では、緩和ケア加算算定以前から先駆的な活動をし、社会的にも一定の評価を得ている1施設のPCTを対象とし、PCTが実際に提供している具体的な支援内容を参加観察により明らかにすることを目的とした。先駆的なPCTの支援状況が行動レベルで参照可能となることにより、すでにPCTがある施設にとっては、活動の指針となると考えられる。また、PCTのない施設にとっては、設置検討の資料になると考えられる。

II. 方法

PCTが提供している支援を、佐藤⁶⁾のフィールドワークの方法を参考とした参加観察法により把握した。その際、調査者は、観察場面に存在するが介入は行わない「観察者としての参加者」としての立場をとった。

1. 施設およびPCTの概要

関東にある大学病院であり、病床数は1,100床、平均在院日数18日である。院内に緩和ケア病棟はない。1992年よりPCTの活動が始まり、2002年4月から緩和ケア加算を算定している。

PCTは、医師2名、看護師、事務員の4名で構成されている。診療スタイルは、コンサルテーシ

ョンが中心であり、処方はない。週1回、チームメンバー全員で病棟を回診し(チームラウンド)、それ以外は患者や病棟の状況に応じて回診する。業務は月～金曜の日勤帯であり、夜間・休日はポケットベル対応としている。2003年度の依頼件数は184件である。

2. 観察対象

以下のPCT各メンバーとした。看護師を中心として機能していることから、メンバーが個別に活動する場合は原則的に看護師を観察した。

- 1) 身体症状を担当する医師：女性、臨床経験年数28年、専門診療科はペインクリニックである。2001年9月からPCT専従となっている。
- 2) 精神症状を担当する医師：女性、臨床経験年数9年、専門診療科は精神科である。2002年4月からPCT専任となっている。基本的に週1回のチームラウンドおよびカンファレンスに参加し、それ以外の業務は必要に応じて行っている。
- 3) 看護師：女性、臨床経験年数10年で、がん看護専門看護師の資格も持っている。1999年からPCTに所属し、コーディネーター役としてチームの中心的な役割を担っている。

3. データ収集方法

PCTの支援内容を幅広く捉えるために観察場面は特定せず、調査者が同席可能であった場合での、PCTメンバーと病棟スタッフや患者・家族、その他の職種との相互作用の過程でとった言動を観察した。ただし、PCT以外の業務に関する言動は除いた。見聞きした事実や気づいたことについてその場で記録し、記録することが不適切と思われた場合は、その場から離れた後速やかに記録した。聞き漏らしたり事実の理解が困難であったりした場合、一場面の観察を終えた時点でPCTメンバーに確認した。記録は、当日中にPCTの支援内容について文章化してパソコンに入力し、フィールドノーツを作成した。観察時間はPCTの勤務時間帯である9～17時、観察期間は平成16年2～10月、総観察日数は141日であった。

4. 倫理的配慮

PCTメンバーには、研究内容、秘密の保持、観察・情報提供を拒否する権利について口頭で説明し了承を得た。患者・家族や病棟スタッフへの調

査説明については、PCTメンバーおよび共同研究者間で話し合い、観察場面には患者・家族や病棟スタッフも居合わせるが直接の観察対象ではないこと、患者・家族には身体的侵襲がなく、精神的侵襲もほとんどないと考えられたことから、特に説明を行わないことで合意を得た。

本研究に関するデータはすべて調査者によって厳重に管理された。なお、フィールドノーツを分析する段階で、個人を特定できる恐れのある固有名詞を任意の記号に変換した。

5. 分析方法

141日観察したうち一日を通して記録がなされている44日分(31.2%)、計41ページを対象として分析を行った。

分析は内容分析の手法¹⁰⁾を参考に行った。まず、調査者がフィールドノーツを意味ごとのまとまり(Analysis of Unit: AU)に区切った。先行研究³⁾⁻⁵⁾をもとにPCTの支援内容の暫定カテゴリを作成し、そのカテゴリを用いてAUを分類した。次に各カテゴリ内のAUを、PCTの行為に注目してさらに共通の意味内容をもつものに分類し、サブカテゴリを作成した。暫定カテゴリに適さないAUがある場合、新たにカテゴリを作成した。各サブカテゴリには、その内容の具体的な説明(例-情報を収集する:病棟スタッフや患者・家族の話を書く、質問する、記録物や画像を見る、患者・家族を観察することにより情報を集めること)をつけた。分析の妥当性を高めるため、カテゴリ、サブカテゴリとその内容の具体的な説明を載せたカテゴリリストを用いて、がん・緩和ケア領域の研究者1名がデータのコーディングを行った。コーディング結果が一致しない部分は、調査者と前述の研究者の2人で検討してカテゴリとサブカテゴリを再修正し、確定した。一連の分析は、質的研究に熟練した研究者のスーパーヴィジョンを随時受けて行った。

III. 結果

PCTの支援内容は、82のサブカテゴリから成る7つのカテゴリに整理された(表1)。加えて、PCTがよりよく機能するための基盤作りについて、6つのサブカテゴリから成る1つのカテゴリが得ら

れた(表2)。以下、カテゴリごとに、PCTの支援内容の中でPCTの具体的な行為を示すサブカテゴリがどのように位置づけられるかを、特徴的なものを中心に説明する。なお、カテゴリを【 】、サブカテゴリを〈斜体〉で示す。説明上、本文中と表中のサブカテゴリの語尾表現が一部異なる場合がある。

1. 【症状緩和】

まずPCTは、病棟スタッフや患者・家族から、患者の背景や今までの経過、現在の症状や治療状況・病状認識、主治医からの病状説明状況などの、必要な〈情報を収集〉していた。そして、問題点を明らかにし症状緩和の方針を見いだすために〈問題や対策について話し合い〉をしていた。それらをもとに、病棟スタッフや患者・家族に対し、症状の原因と考えられることや薬剤を追加する必要性などの〈アセスメント内容や課題を提示〉していた。さらに病棟スタッフや患者・家族に対し、症状緩和の目標や薬剤の種類・使い方など、問題解決やよりよいケアのための〈具体的な提案/助言〉をしていた。また、病棟スタッフや患者・家族が少し先のことを見据えて考えたり行動したりできるよう〈今後の見通しを示していた〉。病棟スタッフや患者・家族に対し、アセスメントや提案したことを、診療録への記載や口頭での伝達などにより〈申し送り〉をしていた。その後、提案の実施の有無、実施結果を確認し〈フォローアップ評価〉を行っていた。もし、提案したことが未実施だったり、症状の緩和が不十分だったりする場合には上記のプロセスを繰り返していた。

PCTは、病棟スタッフや患者・家族に対し、ボランティアの美容師を利用できることや精神科医による診察が可能なことなど〈利用可能なサービスに関する情報の提供〉をしていた。

担当医が複数名存在し、病棟看護師は交代勤務という状況を踏まえ、PCTが担当医-病棟看護師間や病棟看護師間での情報伝達状況を把握し、伝達が不十分である場合には〈病棟スタッフ間での情報の橋渡し〉をしていた。さらに、入退院を繰り返す患者についてPCTが継続的に情報を把握している場合には、病棟スタッフに対し〈患者・家族に関する情報の提供〉を行っていた。オピオイドの便秘対策やレスキュー処方となされていないな

表1 緩和ケアチームの具体的支援内容

カテゴリ	対象	サブカテゴリ
症状緩和	病棟スタッフ 患者・家族	情報を収集する
		問題や対策について話し合う アセスメント内容や課題を提示する 具体的な提案/助言をする 今後の見通しを示す 申し送りをする フォローアップ評価をする 利用可能なサービスに関する情報を提供する 面談やカンファレンスに参加する
	病棟スタッフ	病棟スタッフ間での情報の橋渡しをする 患者・家族に関する情報を提供する 注意や気づきを促す 関係者間でのカンファレンスを手配する
	患者・家族	状況や対処方法について具体的に説明する 主体的に対処できるよう、知識を提供する 直接的なケアをする
	病棟スタッフ 患者・家族 専従医 外来スタッフ 精神科医 病棟スタッフ	専従医による診察や処置の手配をする 専任の精神科医につなぐ
患者の 心理的サポート	患者	話を聞く時間をとる 感情の表出を促す 気にかける/気にかけていることを示す コントロール感を高めるような言葉をかける 努力することを伝える 支持的な言葉をかける 雑談をする
治療目標の明確化	病棟スタッフ	情報を収集する 問題や対策について話し合う アセスメント内容や課題を提示する 具体的な提案/助言をする 病棟スタッフ間での情報の橋渡しをする 患者・家族に関する情報を提供する 気づきを促す
		患者・家族
	病棟スタッフ 患者・家族	面談やカンファレンスに参加する
療養場所の 選択・移行のサポート	病棟スタッフ 患者・家族	情報を収集する 問題や対策について話し合う アセスメント内容や課題を提示する 具体的な提案/助言をする 今後の見通しを示す 申し送りをする 予定や予定の進み具合を確認する 緩和ケア病棟や在宅サービスに関する情報を提供する

カテゴリ	対象	サブカテゴリ	
療養場所の 選択・移行のサポート	病棟スタッフ 患者・家族	院外組織や在宅療養患者・家族からの問い合わせに応じる	
		院外組織や在宅療養患者・家族に連絡する 退院前カンファレンスに参加する	
	病棟スタッフ	状況が動くように後押しする 準備事項や準備の進捗状況を確認する 患者・家族に関する情報を提供する 病棟スタッフ間での情報の橋渡しをする 気づきを促す	
		患者・家族	面談する 患者を尊重する/尊重することを保証する
		病棟スタッフ 患者・家族 在宅スタッフ	面談やカンファレンスの予定を組む 再入院の手配をする
	外来スタッフ MSW	他職種につなぐ	
家族ケア	病棟スタッフ 患者・家族	情報を収集する	
	病棟スタッフ	家族の状況や問題について話し合う アセスメント内容や課題を提示する 具体的な提案/助言をする 予定や予定の進み具合を確認する 病棟スタッフ間での情報の橋渡しをする	
		家族	面談する 話を聞く時間をとる 気にかける/気にかけていることを示す 家族からの直接の相談に応じる
看取りが近い患者 についてのサポート	病棟スタッフ 患者・家族	情報を収集する	
	病棟スタッフ	問題や対策について話し合う アセスメント内容や課題を提示する 具体的な提案/助言をする 今後の見通しを示す 家族に注意を払うことを促す フォローアップ評価をする 他職種につなぐ	
		病棟スタッフへの 教育・サポート	主体的に対処できるよう、知識を提供する 退院した患者の状況把握を促す 在宅や転院先での患者・家族の状況を伝える 突発的な相談に応じる ほめる がんばりを認める 治療やケアの方向性を保証する 心理状態を確認する 第三者としての意見を与える

対象：サブカテゴリの行為実施にあたり、緩和ケアチームが関わった者とした
 病棟スタッフ：医師・看護師などの、病棟で勤務する医療従事者
 外来スタッフ：医師・看護師などの、外来で勤務する医療従事者
 在宅スタッフ：在宅で活動する医師や看護師などの医療従事者

表2 緩和ケアチームがよりよく機能するための基盤作り

対象	サブカテゴリ
病棟スタッフ 患者・家族	PCTのメンバーや役割の理解を促す
	物事がオープンに進むよう導く
患者・家族	時間をかけて関わる
	患者・家族が病棟スタッフと良好な関係を保てるようにする
病棟スタッフ	提案が受け入れられるような工夫をする
	病棟スタッフとよい関係を築くことができるようにする

ど、病棟スタッフが見逃していたり忘れていたことがあれば〈注意や気づきの促し〉を行っていた。

患者・家族に対しては、症状の原因や症状緩和の方法・手順など〈状況や対処方法について具体的に説明する〉とともに、症状は対処できることや痛みの特徴など、患者・家族が症状に〈主体的に対処できるよう、知識を提供〉していた。また、状況に応じて、マッサージや症状緩和に必要な物品を用意するなど〈直接的なケア〉を行うこともあった。

専従医が治療・処置のために看護師とともに回診できない場合には、看護師が単独で回り、必要に応じて〈専従医による診察や処置の手配〉をしていた。PCTの精神科医は専任のため、PCTの専従医や看護師は、精神科医の対応が必要と考えられる患者を同定しうえ診察の必要性を病棟スタッフに説明し、精神科医に連絡するといった〈専任の精神科医につなぐ〉ことも行っていた。

2. 【患者の心理的サポート】

病棟スタッフが患者とゆっくり関わる時間の確保が困難なとき、PCTは患者に対して〈話を聞く時間をとったり〉〈感情の表出を促したり〉していた。そして、特に関わる必要がない日でも、様子を見に行ったり声をかけたりすることにより、患者を〈気にかける/気にかけていることを示していた〉。患者は、病状の悪化に伴い症状や衰弱が増強し活動の制限が増加してくると、今までのようにはならないいらだちや怒り、無力感を生じることがある。PCTは、可能な限り患者の意思を尊重することを伝えるなど、〈コントロール感を高めるような言葉をかけていた〉。また、病気の進行に伴う苦痛を完全に取り除くことが不可能なときでも、可能な限り取り除く工夫をし、かつそのことを患者に説明するなどの〈努力することを伝え〉、患者

が少しでも希望を見いだせるように心がけていた。さらにPCTは、患者の今までの治療に対する努力や忍耐を認めたり労ったりするような〈支持的な言葉をかけていた〉。さらに、患者と〈雑談をする〉ことにより、患者としてではなく一人の人間として接し、患者の気持ちが和むような配慮をしていた。

3. 【治療目標の明確化】

まず、PCTは、現在の治療状況や病状・治療方針に関する担当医の説明内容について、病棟スタッフから〈情報収集〉をしていた。そして得られた情報を元に、現在の問題点や治療後の療養場所を考える必要性などの〈アセスメント内容や課題を提示〉していた。正しい病状が説明されていないければ、その理由と今後の説明方針について、〈問題や対策についての話し合い〉をしていた。さらに家族との面談など、治療目標の明確化に向けた〈具体的な提案/助言をする〉とともに、必要に応じて患者・家族との〈面談や(病棟スタッフとの)カンファレンスに参加〉していた。

病棟スタッフが、現在の治療や患者の状態など目の前の事柄や業務にとらわれて、入院の目的や今後の療養生活に関する患者の希望など、大きなあるいは将来的な視点に欠ける場合には、PCTが〈気づきを促していた〉。担当医が患者・家族に対し十分な説明を行っているつもりでも、患者・家族にはよく理解されていない場合には、患者・家族に対し〈病状や治療の補足的な説明をしていた〉。

4. 【療養場所の選択・移行のサポート】

療養場所を検討する前の時期、療養場所を移行することが決定し調整に入っている時期、療養場所を移行した後の時期の3つに分けて説明する。

1) 療養場所を検討する前の時期

病棟スタッフあるいは患者・家族から、療養場

所を検討する必要性や各関係者の意向、治療・身体状況などの〈情報を収集〉したうえで、〈問題や対策について話し合い〉をしていた。そして、病棟スタッフや患者・家族に対し、在宅療養が難しい身体状態である、家族の病状認識を把握する必要性などに関する〈アセスメント内容や課題を提示する〉とともに、主治医が患者の状況を家族に説明することや、家族を含めて療養場所に関する話し合いをもつことなどの〈具体的な提案/助言をしていた〉。療養場所移行の話を進めるにあたり、病棟スタッフや患者・家族に対し、そのペースやタイミングなどについて〈今後の見通しを示していた〉。また、療養場所に関する患者・家族の意向の確認や情報提供のために、PCTは患者・家族と〈面談していた〉。療養場所に関する説明をされた患者・家族が「病院から追い出される、見捨てられる」という思いを抱かないように〈患者を尊重する/尊重することを保証〉し、そのうえで療養場所を考慮していくことを約束していた。療養場所について、担当医が病棟看護師と話し合いをする前にPCTに相談することや、日々の病棟業務における優先順位の低さなどから、病棟スタッフ間で情報が抜け落ちていたりすることがあるため、PCTは〈病棟スタッフ間での情報の橋渡し〉もしていた。

2) 療養場所を移行することが決定し調整に入っている時期

緩和ケア病棟や在宅医・訪問看護ステーションなどの〈院外組織と連絡をとり〉、転院・往診の依頼、患者・家族に関する情報提供などをしてきた。一方、患者・家族や病棟スタッフに対し、緩和ケア病棟の特徴や各在宅医のケア方針など〈緩和ケア病棟や在宅サービスに関する情報を提供〉していた。また、療養場所移行までの流れや緩和ケア外来の受診日など〈予定や予定の進み具合の確認〉を病棟スタッフや患者・家族と行い、予定が滞っているようであれば、随時〈問題や対策について話し合い〉を行っていた。病棟スタッフに対し、医療器具の準備や在宅医へ紹介状を送ったかどうかなどの〈準備事項や準備の進捗状況の確認〉も行っていた。もし、病棟スタッフが忘れていたり見逃したりしていることがあれば〈気づきを促し〉、〈状況が動くように後押しをしていた〉。また、状

況に応じて患者・家族との面談や病棟スタッフおよび在宅医・訪問看護師と連絡を取りカンファレンスの〈予定を組む〉とともに、〈退院前カンファレンスに参加〉していた。患者・家族が在宅医・訪問看護師と会った後、または緩和ケア外来を受診した後は、反応確認のための〈情報収集〉をしていた。患者・家族に経済的な問題などがある場合にはMSWなどの専門知識をもつ〈他職種につなぎ〉、解決を図っていた。

3) 患者が療養場所を移行した後の時期

退院後は、〈院外組織や在宅療養患者・家族に連絡し〉、移行先での患者の状況について〈情報を収集〉していた。また、逆に検査データの希望や在宅療養に関する相談を受けるなど、〈院外組織や在宅療養患者・家族からの問い合わせに応じ〉ていた。在宅に移行した患者で、状態が悪化し再入院が必要と判断された場合には、在宅医や患者・家族からの状況把握や入院病棟への連絡など、〈再入院の手配をしていた〉。このような患者についてPCTは継続的な情報を把握しているため、病棟スタッフに対し〈患者・家族に関する情報を提供〉していた。

5. 【家族ケア】

【家族ケア】においても、まず、家族の思いや身体状況などの〈情報を収集〉したうえで、病棟スタッフと〈家族の状況や問題についての話し合い〉を行っていた。それを踏まえ、病棟スタッフに対し、精神科医導入の必要性などに関する〈アセスメント内容や課題を提示し〉、家族のケアへの参加や家族との関わり方についてなど〈具体的な提案/助言をし〉ていた。

病棟スタッフは、患者同様、家族ともゆっくり関わる時間の確保が困難なことや、家族に配慮する余裕がないことがある。PCTは、家族と〈話を聞く時間をとる〉ことや〈気にかける/気にかけていることを示す〉ことにより、病棟スタッフの働きを補っていた。また、PCTは患者・家族に対し日頃からPCTの役割理解を促すようにしているため、家族が直接PCTに相談し、PCTが〈家族からの直接の相談に応じる〉こともあった。

6. 【看取りが近い患者についてのサポート】

まず、病棟スタッフや患者・家族から、患者の全体的な状況や家族の面会状況などの〈情報を収

集する」とともに、病棟スタッフと薬剤の変更や点滴の減量などの〈問題や対策についての話し合い〉をしていた。病棟看護師に対し、なぜ担当医が依然として積極的な治療を続けようとするのかについてのPCTの考えや便秘への対応の必要性などに関する〈アセスメント内容や課題を提示〉していた。病棟スタッフに対し、薬剤の使い方や輸液の減量などの〈具体的な提案/助言〉をし、その後〈フォローアップ評価〉をしていた。さらに、病棟スタッフが家族の状況認識や心理状態などに目を向けるよう〈家族に注意を払うことを促していた〉。死後の手続きなどについての情報を家族が希望する場合などには、MSWなど専門的な知識をもつ〈他職種につないでいた〉。

7. 【病棟スタッフへの教育・サポート】

教育的な関わりとして、鎮痛薬の種類や使い方などについて病棟スタッフが〈主体的に対処できるよう、知識を提供〉していた。また、提供したケアの振り返りや、入院中だけでなく患者の療養生活全体を見渡すことができるよう〈退院した患者の状況把握を促したり〉、〈在宅や転院先での患者・家族の状況を伝えたり〉していた。患者の意識レベルが低下し薬剤の投与経路の変更が必要となった場合や、患者が希死念慮を表出した場合など、依頼されている患者についての〈突発的な相談〉に応じていた。

心理的なサポートとして、病棟スタッフができていることを言葉にして〈ほめたり〉、〈がんばりを認めたり〉していた。患者の病状の改善が見込めず自分たちの提供している治療やケアの妥当性を判断しにくくなっている場合には、専門的な見地から〈治療やケアの方向性を保証していた〉。患者は、病状の悪化に伴い活動の制限が増加してくると、思うようにならないいらだちや怒りが生じ、それが時として医療者、特に病棟看護師に向けられることがある。そのような場合には、病棟看護師の〈心理状態を確認〉し、ケアに支障が出ていないかを確かめていた。また、病棟看護師が患者への対応に苦慮したり苦痛を十分に緩和できず罪悪感を抱いたりしている場合には、患者の言動を違った角度から解釈したり、現在の状況下で医療スタッフができることを伝えたりするなどの〈第三者としての意見を与えていた〉。

8. 【PCTがよりよく機能するための基盤作り】

1～7の支援をするにあたり、PCTがよりよく機能するための基盤作りとして6つのサブカテゴリが見いだされた。1つは〈PCTのメンバーや役割の理解を促す〉ことであった。前述のように、PCTのメンバーは個別に行動することがあり、特に精神科医は常時PCTの業務を行っているわけではない。そのため、必要に応じて各メンバーが速やかに患者・家族に関わることができるよう、PCTの中にどのような職種がいて、どのような支援ができるのかを依頼後早い時点で患者・家族に説明し、受け入れを図っていた。このように、PCTの役割理解を促すことにより、患者・家族が主体的かつ積極的にPCTを活用できるようにしていた。

正確な病状を患者に伝えないでおこうとする家族・担当医に対しては、PCTは患者本人に伝えることの利点を説明するなど〈物事がオープンに進むよう導き〉、患者ができるだけ状況を正しく理解したうえで意思決定ができるよう配慮していた。また、患者・家族と〈時間をかけて関わる〉ことにより、信頼関係を形成するとともに患者・家族を理解したうえで支援するよう心がけていた。そして、PCTが患者・家族に対し何か提案をするときに、担当医も一生懸命考えていることや、担当医の方法も決して間違っているわけではないことを前置きするなど、〈患者・家族が病棟スタッフと良好な関係を保てるように〉気を配っていた。PCTと信頼関係のできていない、あるいはPCTからの意見を快く思わない担当医に対しては、病棟看護師や薬剤師など、話を聞いてもらえそうな職種を通して提案を勧めるなど〈提案が受け入れられるような工夫をしていた〉。また、患者に会いに行く前に病棟看護師にひと声かけたり、カンファレンス参加の希望があればそれに応じるなどできる限り病棟スタッフの要望に沿うようにし、〈病棟スタッフとよい関係を築くことができるように〉していた。

IV. 考察

本研究の成果は、社会的にも一定の評価を得ているPCTが実際に提供する支援内容を、参加観察

法を用いて質的に明らかにしたことである。これは、PCTの具体的な活動指針になるという点で非常に意義があり、ひいてはわが国のPCT全体の質向上に寄与するものと考えられる。

分析の結果、PCTの支援内容は7つのカテゴリに整理された。これらは、欧米でPCTが提供している支援とはほぼ同様であった³¹⁻⁷⁾。違いは「アドバンス・ディレクティブ」のみであったが、これは米国に特徴的な提供内容と考えられる^{31, 32)}。したがって国内外では、医療体制は異なるもののPCTが支援する内容は大きく変わらないことが示唆された。また、支援内容に加え、【PCTがよりよく機能するための基盤作り】というカテゴリがPCTの働きとして見いだされた。PCTは、院内を横断的に動き、緩和ケアに関する知識・能力のレベルの異なる病棟スタッフと協働するというその特徴から、効果的な支援をするうえでの戦略の必要性が経験的に指摘されており¹⁰⁾、このカテゴリはその戦略に相当するものと考えられる。

各支援内容内のPCTの行為を示すサブカテゴリとして、〈具体的な提案/助言をする〉〈注意や気づきを促す〉など、病棟スタッフを補完する役割を示すものがみられた。多職種や異なるレベルの専門的知識をもつ医療者が協働する場合、その医療者間の1つの役割関係として「補完」がある¹²⁾。PCTが病棟スタッフを補完するような働きをすることは臨床家の感触としていわれているが¹³⁾、今回の結果はそれをデータとして裏付けるものと思われ。

一方、【療養場所の選択・移行のサポート】のカテゴリでは、〈院外組織や在宅療養患者・家族に連絡する〉、患者・家族と〈面談する〉など、PCTが主体となって支援していることを示すサブカテゴリが抽出された。退院支援において、院外組織とのスムーズな連携のためには病院側の窓口を一本化することが望ましく¹⁴⁾、そのためには退院支援専門のスタッフ・部署の設置など、組織的な取り組みが求められている¹⁵⁾。さらにがん患者の場合は、医療依存度の高さ¹⁶⁾、病状変化の早さ¹⁷⁾、療養場所移行に関する説明の難しさ¹⁸⁾などから、より高度な能力が必要とされる。これらのことから、今回対象としたPCTは院内で退院支援部署と位置づけられているわけではないが、がん患者の療養場所

の選択・移行に関して中心的な役割を担っていると考えられた。

「補完」および「主体的支援」に加え、さらに別な機能も浮かび上がった。それは、〈病棟スタッフ間での情報の橋渡しをする〉〈患者・家族に関する情報を提供する〉ような、医療者間や患者・家族と医療者間、患者・家族と資源などを「連結」させる機能である。PCTはその活動形態・内容から、患者の療養場所にかかわらず、療養生活全体を継続的に把握しやすい。そのため、PCTが保持している外来や在宅、あるいは別病棟での患者・家族に関する情報を病棟スタッフに積極的にフィードバックしたり、逆に入院中の情報を院外組織に伝えたりすることにより、情報を連結させるような働きをしていることが示された。

【PCTがよりよく機能するための基盤作り】として、PCTは、患者・家族に対し〈PCTのメンバーや役割の理解を促し〉、〈時間をかけて関わって〉いた。患者・家族にとって「緩和ケア」はまだ聞き慣れない言葉と思われる。また、病院内でPCTのような形態で関わる専門チームも多くはない。そのため、メンバーや役割を説明・理解してもらうことにより、患者・家族が主体的に活用できるようにしていると考えられた。また、時間を十分にかけて関わることにより、相互理解を深め信頼関係を構築できるよう心がけていることが示された。

さらにPCTは、病棟スタッフに対しても〈PCTのメンバーや役割の理解を促す〉〈病棟スタッフとよい関係を築くことができるようにする〉ことにより、患者・家族同様、信頼関係が構築できるよう配慮していた。Fishbergら¹⁹⁾は、PCTがうまく機能するためのキーポイントとして、「病棟スタッフをクライアントとして意識すること」を挙げている。PCTは、病棟スタッフから依頼されて初めて患者・家族に関わることができる。そのため、病棟スタッフとの良好な関係を維持することが、PCTへの継続的な依頼につながると考えられた。

本研究の限界について述べる。本研究は、1大学病院で活動するPCTを対象としたため、機能や職員の傾向が異なる医療施設では、PCTの支援内容も異なる可能性がある。また、本研究で分析可能であったフィールドノーツが44日分と限られてお

り、今回の結果がPCTの支援内容を網羅しているわけではないことに留意する必要がある。さらに今回は、病棟で提供された患者・家族や病棟スタッフに対する直接的な支援に焦点を当てたため、緩和ケアに関する研修会や委員会活動など、PCTの活動全体を網羅していない。PCTが円滑な活動を展開するうえでそのような院内のシステム作りは重要であるため、病棟以外でのPCTの活動についても把握することが今後の課題である。

謝 辞

本研究は、日本学術振興会 科学研究費補助金 [基盤研究(A) 課題番号16209064 平成16～18年度「病院看護の予防機能発揮による効果的・効率的医療の提供に関する研究」研究代表者 数間恵子] の一部として行った。

本研究にご協力くださいました患者さんとご家族の皆様、病棟関係者の皆様に心から感謝申し上げます。また、分析にあたり貴重なご意見をくださいました、慶應義塾大学病院 木村理恵子様、彩都友誼会病院 高橋見子様、聖路加看護大学 矢ヶ崎香様、東京大学医学部附属病院 安田恵美様、日本看護協会看護教育研究センター 梅内美保子様に深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省. “がん診療連携拠点病院指定一覧表”. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan04/index.html>. (cited 2007-4-30)
- 2) 厚生労働省. “がん診療連携拠点病院の整備に関する指針”. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>. (cited 2007-4-30)
- 3) Homsy J, et al. The impact of a palliative medicine consultation service in medical oncology. *Support Care Cancer*. 10(4), 337-342 (2002)
- 4) Zhukovsky DS. A model of palliative care: the palliative medicine program of the Cleveland Clinic Foundation. A World Health Organization Demonstrations Project. *Support Care Cancer*. 8(4),

- 268-277 (2000)
- 5) O'Mahony S, et al. The benefits of a hospital-based inpatient palliative care consultation service: preliminary outcome data. *J Palliat Med*. 8(5), 1033-1039 (2005)
- 6) Kuin A, et al. Palliative care consultation in The Netherlands: a nationwide evaluation study. *J Pain Symptom Manage*. 27(1), 53-60 (2004)
- 7) Hockley J. The development of a palliative care team at the Western General Hospital, Edinburgh. *Support Care Cancer*. 4(2), 77-81 (1996)
- 8) Manfredi PL, et al. Palliative care consultations: how do they impact the care of hospitalized patients? *J Pain Symptom Manage*. 20(3), 166-173 (2000)
- 9) 佐藤郁也. フィールドワークの技法. 東京, 新曜社, 2002, 346
- 10) クリップペンドルフ K. メッセージ分析の技法「内容分析」への招待. 三上俊二, 他訳, 東京, 類草書房, 1989, 277
- 11) Dunlop RJ, et al. “Achieving change without power”. *Hospital-based palliative care teams*. 2nd ed, Dunlop RJ & Hockley JM, eds. Oxford, Oxford University Press, 1998, 56-65
- 12) Hall LM. Staff mix models: complementary or substitution roles for nurses. *Nurs Adm Q*. 21(2), 31-39 (1997)
- 13) Fischberg D, et al. Palliative care in hospitals. *Clin Geriatr Med*. 20(4), 735-751 (2004)
- 14) 角田直枝. がん終末期患者を在宅で支える 在宅ケア移行時の連携 訪問看護の立場から. *ターミナルケア*, 11(4), 274-278 (2001)
- 15) 手島睦久. “日本における退院計画の課題”. 退院計画. 退院計画研究会編. 東京, 中央法規出版, 1996, 39-51
- 16) 柳澤愛子. “医療依存度の高い患者の退院支援”. 退院支援. 大内耐義, 他編, 東京, 杏林書院, 2002, 80-96
- 17) 永田智子, 他. “ターミナルケアが必要な患者への退院支援”. 退院支援. 大内耐義ほか編. 東京, 杏林書院, 2002, 97-106
- 18) 梅田 恵. 当院における緩和ケアチームと終末期がん患者の療養の場の選択・調整の現状. *昭和医学会雑誌*. 60(3), 317-321 (2000)

Abstract

What Kind of Support Does a Hospital-based Palliative Care Team Provide in a University Hospital?: A Result from Participant-observation Approach

By

Tomoyo Sasahara ^{**1)}, Makiko Sanjo ^{**2)}, Megumi Umeda ^{**3)}, Hitomi Higuchi ^{**3)},
Junko Shinoda ^{**3)}, Taiga Shibayama ^{**1)}, Mitsunori Miyashita ^{**2)},
Masako Kawa ^{**2)}, Keiko Kazuma ^{**2)}

from

^{**1)} Institute of Nursing Science, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

^{**2)} School of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

^{**3)} Palliative Care Center, Showa University Hospital

Background : As the number of regional cancer centers increases, the number of hospital-based palliative care teams is also increasing rapidly. However, it is not clear what kind of support palliative care teams provide.

Purpose : To illustrate what kind of support a pioneering palliative care team provides, using a participant-observation approach.

Methods : From February to October 2004, we collected data using a participant-observation approach with three members of a palliative care team in a university hospital, which has operated since before palliative care team services were covered by National Health Insurance. Words and actions involved in the interaction between palliative care team members and ward staff/patients/families/other professional care-givers were recorded as field notes. Data were analyzed using a content analysis method.

Results : Contents of support provided by a palliative care team was divided into seven categories, with 82 sub-categories. The categories are symptom management, emotional support for patients, clarifying care goals, support for selection of and transfer to place of care, terminal care, family support, education and emotional support for professional care-givers. Strategies for better palliative care team function, comprising 6 sub-categories were also formulated.

Conclusion : We elucidated the contents of support provided by a pioneering palliative care team in Japan. Our findings should be a helpful reference as a practical guideline for newer palliative care teams.