

# 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\*\*<sup>1)</sup>、三 條 真紀子\*\*<sup>2)</sup>、梅 田 恵\*\*<sup>3)</sup>  
樋口 比登実\*\*<sup>3)</sup>、篠 田 淳子\*\*<sup>3)</sup>、柴 山 大賀\*\*<sup>1)</sup>  
宮下 光 令\*\*<sup>2)</sup>、河 正 子\*\*<sup>2)</sup>、数 間 恵子\*\*<sup>2)</sup>

\*\*<sup>1)</sup> 筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学系

\*\*<sup>2)</sup> 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

\*\*<sup>3)</sup> 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 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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>、

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

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

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

\*\*<sup>3)</sup> 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<sup>3)~5)</sup>。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<sup>6)</sup>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をもっている。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<sup>10)</sup>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<sup>3)~5)</sup>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・家族の話を聞く、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
	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
患者・家族	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	
病棟スタッフ 患者・家族 専従医 外来スタッフ	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	
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	
患者・家族	気づきを促す	
病棟スタッフ 患者・家族	病状や治療の補足的な説明をする	
	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	病棟スタッフ	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たうえで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排除する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いった。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の話し合い〉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〈気にかかる/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の中にも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ほぼ同様であった<sup>9)~7)</sup>。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<sup>9)~8)</sup>。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<sup>10)</sup>、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<sup>12)</sup>。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<sup>13)</sup>、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る。

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<sup>14)</sup>、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<sup>15)</sup>。さらにがん患者の場合は、医療依存度の高さ<sup>16)</sup>、病状変化の早さ<sup>17)</sup>、療養場所移行に関する説明の難しさ<sup>18)</sup>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、時間を十分に掛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<sup>13)</sup>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 高橋晃子様、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

- 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)
- 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)
- Homs J, et al. The impact of a palliative medicine consultation service in medical oncology. *Support Care Cancer*. 10(4), 337-342 (2002)
- 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)
- 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)
- Kuin A, et al. Palliative care consultation in The Netherlands: a nationwide evaluation study. *J Pain Symptom Manage*. 27(1), 53-60 (2004)
- Hockley J. The development of a palliative care team at the Western General Hospital, Edinburgh. *Support Care Cancer*. 4(2), 77-81 (1996)
- 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)
- 佐藤郁也. フィールドワークの技法. 東京, 新曜社, 2002, 346
- クリッペンドルフ 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, 頸草書房, 1989, 277
- 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
- Hall LM. Staff mix models: complementary or substitution roles for nurses. *Nurs Adm Q*. 21(2), 31-39 (1997)
- Fischberg D, et al. Palliative care in hospitals. *Clin Geriatr Med*. 20(4), 735-751 (2004)
- 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)
- 手島陸久. “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
- 柳澤愛子. “医療依存度の高い患者の退院支援”. 退院支援. 大内尉義, 他編, 東京, 杏林書院, 2002, 80-96
- 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. 大内尉義ほか編. 東京, 杏林書院, 2002, 97-106
- 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 <sup>\*\*1)</sup>, Makiko Sanjo <sup>\*\*2)</sup>, Megumi Umeda <sup>\*\*3)</sup>, Hitomi Higuchi <sup>\*\*3)</sup>,  
Junko Shinoda <sup>\*\*3)</sup>, Taiga Shibayama <sup>\*\*1)</sup>, Mitsunori Miyashita <sup>\*\*2)</sup>,  
Masako Kawa <sup>\*\*2)</sup>, Keiko Kazuma <sup>\*\*2)</sup>

from

<sup>\*\*1)</sup> Institute of Nursing Science, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

<sup>\*\*2)</sup> School of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

<sup>\*\*3)</sup> 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.

# 特別収録

## 「第32回 日本死の臨床研究会年次大会」ミニワークショップ 「STAS-Jの使用経験とこれからの課題 2008」開催報告

宮下 光令

(東京大学成人看護学/緩和ケア看護学)

### ●はじめに

STAS (Support Team Assessment Schedule) とは、英国で開発されたホスピス・緩和ケアにおけるクリニカル・オーディット (日常的な臨床監査) のツールである。われわれは、日本語版 STAS (STAS-J) を開発した<sup>1,2)</sup>。2004年に STAS-J が発表されてから、学会などでさまざまな STAS-J に関連した演題が発表されている。

われわれ STAS ワーキング・グループでは何度か STAS-J の導入に関する教育的ミニワークショップを行ってきたが、使用経験の蓄積に伴い、使用経験がある方々が集まり、導入や継続使用のポイント、今後の課題を議論したいと考え、2007年、2006年の日本死の臨床研究会でミニワークショップ「STAS-Jの使用経験とその課題」を開催した<sup>3,4)</sup>。

2007年、2006年ともに多数の参加を得て、有意義な発表と議論がなされた。2009年度以降も開催してほしいという意見が多かったため、2008年も第32回日本死の臨床研究会にて同様のワークショップを企画した。2008年度は会場定員180名がほぼ満席であり、資料のみの配布を含めると230名あまりであった。本年度は7名の方が STAS-J の使用経験を発表した (表1)。

本年のミニワークショップでも2007年、2006年と同様に STAS-J を導入時の問題点や解決の方向性、新たな STAS-J の導入の紹介などがな

され、今後の STAS-J の導入や継続使用について、多くの知見が示された。そこで、今後導入を考えている施設や導入後の継続使用に困難を抱えている施設の参考になればと思い、今回のミニワークショップの概要について報告する。

### ●STAS-J 導入と情報収集の困難さ、ケアへの活かし方

最初の演題は沖縄県立精和病院の宮城千秋氏から、STAS-J 導入プロセスと看護師への影響に関する発表があった。これは、ある緩和ケア病棟に STAS-J を導入するときのプロセスを、アクションリサーチという方法論を用いて、演者が介入および記述を行ったものである。

導入は7名のコア看護師と計15回の学習会を経て、綿密に行われた。導入の過程において、看護師は STAS-J を「ケアの質を考える共通のツール」として認識することができ、「カンファレンスにおける情報共有とチームアプローチ」ができること、「コミュニケーションを介した患者・家族、医療者との関係の保持」「緩和ケアの基本に立ち返るケア行動」などの行動変容が起こった。STAS-J の導入において学習会は必須であり、段階的に取り入れながら、それぞれの看護師に応じた教育とサポートを意図的に行う必要があるというのが結論である。本発表は今後 STAS-J を導入していく施設にとって、大変参考になるものであると思われる。

市立三次病院の湯川弘美氏からは、一般病棟で STAS-J を5カ月間使用した経験が発表された。

表1 「STAS-Jの使用経験とこれからの課題 2008」演題一覧

1. STAS-J導入プロセスと看護師への影響：宮城千秋（沖縄県立精和病院），神里みどり（沖縄県立看護大学）
2. STAS-Jでの情報収集に困難を感じるのはケアの困難さと関連があるのか—一般病棟でSTAS-Jを5カ月間使用して：湯川弘美（市立三次中央病院）
3. STAS-Jの評価をケアに生かす：片山玲子（山口宇部医療センター緩和ケア病棟）
4. STAS-Jの施設・自治体レベルでの普及のために：齋藤義之（豊栄病院外科）
5. 緩和ケアチーム設立に伴う電子カルテ運用上の工夫—STAS-Jを利用した情報共有ツールとしてのExcelチャート活用：田辺公一，大浦冬裕，竹内都子，北澤英徳，宝田佐己子，黒田しのぶ，村杉桂子，霜知浩，新敷吉成，棚田安子，村上望（富山県済生会高岡病院緩和ケアチーム）
6. 緩和ケアチーム介入患者のSTAS-Jによる評価—外来化学療法室での取り組みと今後の課題：入江佳子（筑波大学附属病院緩和ケアセンター・外来化学療法室）
7. 在宅ホスピス緩和ケアにおけるSTAS-J利用の取り組み：白山宏人（大阪北ホームケアクリニック）

表2 今回のワークショップで明らかになった，STAS-Jの導入と継続使用のポイント

- ・ STAS-Jの導入において学習会を頻回に行うことはたいへん有用であり，段階的に取り入れながら，それぞれの看護師に応じた教育とサポートを意図的に行う必要がある。
- ・ 「痛みのコントロール」「症状が患者に及ぼす影響」「患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション」「職種間のコミュニケーション」などはケアの知識と技術を習得することにより，情報収集もしやすくなる。しかし，「患者の不安」「家族の不安」「家族の病状認識」「患者と家族のコミュニケーション」についてはそうではなく，知識や技術を得ても情報収集は困難である可能性がある。
- ・ STAS-Jを定着させるには「個人で評価するには自信が持てないため，少人数でもカンファレンスで行う」「配置換えで入れ替わった看護師への指導カリキュラムを作成する」「入院当初の評価は困難であるため新患カンファレンスに結びつけ1週間後に評価する」などの工夫が有用である可能性がある。
- ・ スコアづけを作業化しないために，困難な事例から取り組んで，活用の効果を実感することが重要である。
- ・ NSTの活動にSTAS-Jの評価を取り入れることにより，STAS-Jを施設内で普及させることができた。さらにSTAS-Jの評価を行った患者には，より適切な輸液・栄養管理を行うことができた。
- ・ 県などで行う緩和ケアの講習会にSTAS-Jによるアセスメントを取り入れることは有効であり，また自治体レベルでの普及につながる可能性がある。
- ・ STAS-Jを電子カルテに組み込むことにより，緩和ケアチームと一般の医師・看護師が情報を共有し，フィードバックを円滑に行うことができる。
- ・ 外来化学療法室や在宅ホスピスなどでもSTAS-Jを継続して利用していくことには意義がある。
- ・ STAS-Jは在宅ケアにおける地域連携のツールとしても有用である可能性がある。

STAS-Jのスコアリングを行うためには適切な情報収集が必要であるが，情報収集に困難を感じている項目は「患者・家族のコミュニケーション」「家族の病状認識」「患者の病状認識」「家族の不安」であった。情報収集と実際のケアの困難さの

関連を調査したところ，「痛みのコントロール」「症状が患者に及ぼす影響」「患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション」「職種間のコミュニケーション」などで高い相関が得られた。これは，これらの高い相関があった項目ではケ

.....  
アの知識と技術を習得することにより、情報収集もしやすくなることを意味している。しかし、「患者の不安」「家族の不安」「家族の病状認識」「患者と家族のコミュニケーション」についてはそうではなく、知識や技術を得ても情報収集は困難であった。これらの項目に関しては、日頃から意図して情報収集をするように心がける必要がある。STAS-Jを利用することによって、ともしれば見過ごされがちなこれらの点についての包括的なアセスメントが可能になる可能性がある。

国立病院機構山口宇部医療センターの片山玲子氏からは緩和ケア病棟におけるSTAS-Jを使用した4年の経験から、STAS-Jをケアの評価に活かす方略について発表があった。本病棟では、当初はなかなかSTAS-Jの評価を定着することが難しかったが、「個人で評価するには自信がもてないため、少人数でもカンファレンスで行う」「配置換えで入れ替わった看護師への指導カリキュラムを作成する」「入院当初の評価は困難であるため新患カンファレンスに結びつけ1週間後に評価する」などの改善を逐次行ったことが報告された。評価スコアだけみても業務の改善にはつながらず、患者・家族の個別性に配慮したアセスメントを行えるように記録方法を改善する、スコアづけを作業化しないために、困難な事例から取り組んで、活用の効果を実感することが重要である、といったことが結論であった。

### ●STAS-Jの普及のための取り組み

新潟県厚生連豊栄病院の齋藤義之氏からは、STAS-Jの施設や自治体レベルでの普及のための取り組みが紹介された。施設レベルでの取り組みとしては2007年に開始された緩和NSTの中で、主観の評価だけでなくSTAS-Jの評価を行い、主治医に適切な栄養管理についての提言を行うことにした。STAS-JをNSTの活動に組み込むことにより、日常診療と強く結び付けられ、施設で広く使用されるようになったことが報告された。

また、STAS-Jを評価に取り入れることにより、適切な輸液・栄養管理がなされるようになった。さらに、STAS-Jの中でも患者や家族の「病状認識」を把握することがNSTの活動において重要であることが明らかになった。

自治体レベルでの普及に関しては、厚生労働省の指導に基づき、県で行われている緩和ケアの研修会でSTAS-Jを用いた包括的アセスメントの小ディスカッションを行ったことが報告された。STAS-Jは、PEACEプロジェクトや日本医師会の緩和ケアガイドブックなどでも医療者が記入する評価シートとして推奨されている。小ディスカッションでは、1例目の仮想症例にはSTAS-Jを用いずに包括的アセスメントを行い、STAS-Jの講義などを行った後に2例目の評価を行った。その結果、参加者12名中8名がSTAS-Jを「たいへん有効だと思った」、4名が「まあまあ有効だと思った」という前向きな評価を得られた。このように県などの研修会・講習会に取り入れることによって、自治体レベルでの普及につながる可能性があることが示された。

富山県済生会高岡病院緩和ケアチームの田辺公一氏からは、STAS-Jを電子カルテシステムに取り入れた事例について報告がなされた。STAS-Jの電子カルテシステムへの導入は以前のワークショップで聖隷三方原病院の清原氏が報告している。本報告も原則として聖隷三方原病院と同様の方法で電子カルテへの組み入れが行われた。

済生会高岡病院のシステムの特徴は緩和ケアチームのカンファレンスや回診に伴う情報を電子カルテに取り入れることによって、一般病棟の医師や看護師もそれを閲覧し、情報共有できる点である。緩和ケアチームによっては、推奨や評価などを回診後にカルテに記入するが、詳細についてはチームで別途記録しているチームもある。しかし、済生会高岡病院のようにこれらの情報について緩和ケアチームと一般の医師・看護師が情報共有およびフィードバックを行うことは意義が大きいこ

.....  
とと思われる。STAS-Jはその情報共有のための橋渡しとなる共通ツールとなることができる。

また、回診以外に緩和ケアチームが行った指導・面談なども把握することができる。具体的にはホームページにアップしているスライドを参照されたいが、STAS-Jの評価とともにコメントを書き加えることができ、また、それをグラフ化する機能などがあるため、カンファレンスなどで情報が整理・共有しやすいという利点がある。発表ではSTAS-Jをオクトレオチドの評価判定に使用した例なども紹介された。余談であるが、スピリチュアリティなども同様に系統的な評価していることが印象的であった。

### ●STAS-Jのさまざまな場での利用と継続使用

筑波大学附属病院緩和ケアセンター・外来化学療法室の入江佳子氏からは昨年引き続き、外来化学療法室における利用についての報告があった。筑波大学附属病院では緩和ケア外来のおよそ75%が外来化学療法中の患者であるという特徴がある。STAS-Jの外来化学療法室でのスコアリングの結果を2007年と2008年で比較したところ、全体的に依頼時のSTAS-Jの評価の値が低く(症状が軽く)なっているという結果であった。これは、緩和ケア外来への依頼が、より早期から行われるようになったことを示している。STAS-Jをこのように継続的に使用することによって、外来化学療法室の患者をアセスメントし、全体像やその変化を把握することができる。今後の継続利用とその成果に期待したい。

大阪北ホームケアクリニックの白山宏人氏からは、2006年に引き続き、在宅ホスピスにおけるSTAS-Jの利用の報告があった。大阪北ホームケアクリニックでは2005年から継続的にSTAS-Jによる評価を行っている。白山氏が主治医として診療に関わった154名のがん患者を評価したところ、開始時の状況では「疼痛」「疼痛以外の症状」

「患者や家族の不安」「患者の病状理解」などで問題がある患者が半数以上を占めるという結果であった。

また、終末期のSTAS-J評価では、在宅死と病院死ではほとんどの項目で有意差があり、STAS-Jの評価が低い(症状が軽い)方が在宅死が可能であるという現状が明らかになった。STAS-Jを利用し、問題点の評価をし、その解決を図っていくことにより在宅での看取りが可能となり、在宅ケアにおいて有用なツールであるということが結論である。

また、大阪北ホームケアクリニックがある吹田市において2007年設立された「吹田在宅ケアを考える会」でもSTAS-Jによる勉強会が開催され、地域での取り組みが開始されたことが報告された。取り組みはまだ始まったばかりであるが、勉強会後の感想としては、STAS-Jの利用に積極的な反応がみられ、今後の地域の病院や在宅ケア施設の共通言語・連携ツールとして活用される可能性がある。今後の発展が期待される利用方法である。

### ●おわりに

今回のワークショップのスライドはSTAS-Jのホームページ(<http://plaza.umin.ac.jp/stas>)からダウンロードすることができる。また、当日配布された最新のSTAS-Jスコアリングマニュアルも本ホームページにアクセスすることにより入手することができる。

今回もワークショップ後にアンケートを行い、85名から回収された。ワークショップに興味をもてた83名(98%)、ワークショップは有益だった82名(97%)、今後もこのようなワークショップを行うべきだと思う84名(99%)という高い評価が得られた。STAS-Jの日本死の臨床研究会におけるワークショップは2008年で一段落する予定である。しかし、このようなアンケートの結果や、今後のSTAS-Jの学会などでの発表

.....  
などを考慮し、形態を変えて開催するかもしれない。現場で STAS-J を用いて有益なことなどがあつたら、ぜひ学会などで発表していただきたい。

また、STAS-J のホームページは今後も継続的に更新していくつもりである。STAS-J の普及や継続利用に関して有益な情報、学会発表のスライドの提供などがあれば、積極的にホームページに掲載していきたいと思っている。各施設における取り組みを、それだけでは終わらせず、是非ともホームページなどで全国に発信し、同様に悩みながら取り組んでいる施設の助けになれば本望である。そのような資料の提供などがあれば、ホームページの管理者までご一報願いたい。また、STAS-J に関する疑問や問題点などの提案なども募集している。場合によってはホームページを利用して Q & A を行うなどをして、STAS-J の施

設での普及を支援していきたいと考えている。これまでワークショップでご発表いただいた方々、ご参加いただいた方々に感謝したい。

#### 文 献

- 1) 宮下光令, 笹原朋代: STAS-J を用いた緩和ケアの自己評価. 看護管理 15: 993-998, 2005
- 2) Miyashita M, Matoba K, Sasahara T, et al: Reliability and Validity of Japanese version STAS (STAS-J). Palliat Support Care 2: 379-384, 2004
- 3) 宮下光令: 「STAS-J の使用経験とこれからの課題」開催報告—STAS-J 導入の成功と継続使用のために. 緩和ケア 17: 166-169, 2007
- 4) 宮下光令: 「STAS-J の使用経験とこれからの課題 2007」開催報告. 緩和ケア 18: 73-76, 2007

## インフォメーション

☆インフォメーション掲載希望の方は編集室までご連絡ください。☆

### スピリチュアルケア研修会 in 津

内 容 [第1日研修] ①主旨説明—本ワークショップの目的、方法の説明, ②対人援助論—キユア(治療)とケアの専門性, ③援助的コミュニケーションの演習  
[第2日研修] ④スピリチュアルケアの理論的解説と SP-CSS 作成の要点説明, ⑤ SP-CSS 作成のグループワーク(グループでサンプル事例を用いて), ⑥質疑応答: 各グループの SP-CSS を比較検討する, ⑦受講者各自の臨床での援助的コミュニケーション会話記録の事例検討  
[第3日研修] ⑧受講者各自の臨床での会話記録と SP-CSS を用いての事例検討  
対 象 医療の臨床現場でケアに携わる医師, 看護師などの医療・福祉専門職 10 名

日 時 第1日研修: 2009年4月26日(日)  
第2日研修: 2009年5月17日(日)  
第3日研修: 2009年6月7日(日)  
(受講には、全3日間の出席が必要です。部分参加はできません。)  
会 場 「アスト津」アストプラザ5F 研修室(JR/近鉄「津」駅下車 徒歩1分)  
(〒514-0009 津市羽所町 700 番地)  
アスト津 TEL: 059-222-2525  
受講料 35,000 円(資料代、会話記録と SP-CSS 添削費用を含む)  
講 師 村田久行(京都ノートルダム女子大学生生活福祉文化学部)  
問合せ NPO 法人 対人援助・スピリチュアルケア研究会  
(HP: <http://sp-c.umin.jp>)  
E-mail: [npospiritualcare@ybb.ne.jp](mailto:npospiritualcare@ybb.ne.jp)  
FAX: 06-6131-2823





## 緩和ケア・コンサルテーションの現状と課題

*Current Status and Perspective of Palliative Care Consultation*

宮下光令<sup>\*1</sup> 志真泰夫<sup>\*2</sup> 橋爪隆弘<sup>\*3</sup>

*Mitsunori Miyashita, Yasuo Shima and Takahiro Hashizume*

Key words : 緩和ケアチーム, 調査, コンサルテーション

● 緩和ケア 18 : 494-500, 2008 ●

### はじめに

わが国のがん対策においては、がん対策基本法およびがん対策基本計画に基づき、全国どこでも質の高いがん医療を提供できるように、がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）の制度が新たに設けられた。拠点病院の指定要件には、緩和ケア提供体制の整備が求められている。

その具体策の1つとして拠点病院では一般病棟や外来において緩和ケアチームによるコンサルテーション活動を行うことを求められている。しかし、がん診療拠点病院における緩和ケアチームの現状と実態については明らかになっておらず、コンサルテーション活動の現状や問題点、特に緩和ケアチームメンバーの知識、技術レベルなど質的な面についても明らかになっていない。

そこで、平成19年度厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）「がん患者のQOLを向

上させることを目的とした支持療法のあり方に関する研究」班（主任研究者 宮下光令）では拠点病院の緩和ケアチームの実態調査を行った。調査の内容は緩和ケアチームによるコンサルテーション活動の現状や緩和ケアチームメンバーの自己評価、困難感などである。本稿では、この調査の結果をもとに、拠点病院の緩和ケア・コンサルテーションの現状と問題について述べ、今後の課題について考察する。

### 調査方法

2007年9月現在、指定されていた拠点病院288施設を対象に自記式質問紙による郵送調査を行った。未回収施設に関しては2度の督促を行った。

### 調査結果

288施設中、242施設から調査票を回収した

\*1 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/緩和ケア看護学分野 : Department of Adult Nursing/ Palliative Care Nursing, School of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo (〒113-0033 文京区本郷7-3-1)

\*2 筑波メディカルセンター病院・茨城県地域がんセンター 緩和医療科

\*3 市立秋田総合病院 緩和ケアチーム  
0917-0359/08/¥400/論文/JCLS

表1 緩和ケアチームの活動状況

		n	%
病床数	平均±SD, 中央値	555±197	540
緩和ケアチームの有無		239	99
緩和ケア診療加算算定		38	16
緩和ケアチーム活動開始からの経過月数	平均±SD, 中央値	27±27	17
緩和ケアチームにコンサルトされた年間患者実数 <sup>1)</sup>	平均±SD, 中央値	73±133	35
初診時に抗がん剤治療中である割合			
0~20%		57	26
21~40%		81	37
41~60%		54	25
61~80%		19	9
81~100%		8	4
緩和ケア診療加算算定からの経過月数 <sup>2)</sup>	平均±SD, 中央値	26±20	23
緩和ケア診療加算を算定した年間患者実数 <sup>1,2)</sup>	平均±SD, 中央値	86±98	75

1) 患者数は患者実数とし、同じ患者に複数回コンサルトされた場合でも1人として数えた

2) 緩和ケア診療加算を算定している施設のみ回答

表2 緩和ケアチームの構成メンバー

		n	%
緩和ケアチームの医師数	平均±SD, 中央値	3.1±1.6	3.0
専従医師			
身体症状緩和担当医師	あり	36	15
精神症状緩和担当医師	あり	9	4
常勤医師	あり	217	91
緩和ケアチームの看護師数	平均±SD, 中央値	2.5±1.5	2.0
専従看護師	あり	56	23
常勤看護師	あり	209	87
緩和ケアチームのコメディカル数	平均±SD, 中央値	2.9±1.8	3.0
専従コメディカル	あり	11	5
常勤コメディカル	あり	198	83

(回収率84%)。拠点病院242施設のうち、緩和ケアチーム「有り」と回答した施設は239施設(99%)であった。以下の結果は、緩和ケアチームを「有り」と回答した239施設の結果である。

### ① 緩和ケアチームの活動状況

緩和ケアチームの活動状況について表1に示す。「緩和ケア診療加算」を届け出ている施設(以下、加算届出施設)は38施設(16%)のみであった。緩和ケアチーム全体としてコンサルテーションを受けた年間患者数は平均73±133(中央値35)人であったが、加算届出施設のみの年間患者数は86±98(中央値75)人であった。

### ② 緩和ケアチームの構成メンバー

緩和ケアチームの構成メンバーについて表2に

示す。緩和ケアチームのメンバーは医師が平均3.1人(常勤=91%、専従あり=19%)、看護師が平均2.5人(常勤=87%、専従あり=23%)であった。常勤の割合は8~9割と高いが、専従の割合は1~2割と低い割合であった。コメディカルの緩和ケアチームへの参加状況を表3に示す。緩和ケアチームへの参加率は薬剤師が90%(専従の有無は不明)と高く、次いで医療ソーシャルワーカーが59%と多かった。

### ③ 緩和ケアチームによるコンサルテーション活動の実態

緩和ケアチームによるコンサルテーション活動で、緩和ケアチームの対応について表4に示す。緩和ケアチームの活動実態は、平日日勤帯でいつ

表3 緩和ケアチームへのコメディカル  
スタッフの参加状況

	n	%
薬剤師	216	90
医療ソーシャルワーカー	140	59
臨床心理士・心理療法士	74	31
栄養士	74	31
リハビリ・理学療法士	39	16
作業療法士	14	6
事務（医事課）	9	4
放射線技師	4	2
歯科衛生士	4	2
音楽療法士	3	1
チャプレン	3	1
精神保健福祉士	2	1
皮膚・排泄ケア認定看護師	2	1
その他（各1名）	14	6

でも対応可能と回答した施設は35%であった。平日日勤帯でも「対応できない時間は51%以上」と回答した施設が32%と、コンサルテーション活動が低調な施設が3割を越えていた。夜間の対応は「緩和ケアチームに連絡できる・代行する医療者が決まっている」と回答した施設は40%であり、「休日の対応は緩和ケアチームに連絡できる・代行する医療者が決まっている」と回答した施設は39%であった。「外来診療におけるフォローアップは定期的・必要時に行っている」と回答した施設は59%で、外来診療は定着してきている。緩和ケアチームが直接患者の回診等で診療を行う頻度は「週4回以上」が29%、「週2~3回」が35%、「週1回」が24%、「直接は診療しない」が12%であった。

緩和ケアチームによる一般病棟でのコンサルテーション活動の実態について図1に示す。活動の内容、たとえば「評価や推奨の診療録への記載」などそれぞれについて、「常に・たいてい行っている」という回答が、「評価や推奨の診療録への記載」83%、「依頼した主治医や病棟看護師との評価や話し合い」62%、「評価や推奨の結果のフォローアップ・必要時の見直し」65%、「患者に対する支援の直接的な実施」46%、「家族に対する支援の直接的な実施」30%、「遺族に対する支援の直接的な実施」4%であった。治療方針や療

表4 緩和ケアチームのコンサルテーション活動(1)  
—緩和ケアチームによる対応の実際

	n	%
平日の日勤帯の対応		
いつでも対応可能	83	35
対応できない時間は25%以下	45	19
対応できない時間は26~50%	34	14
対応できない時間は51%以上	75	32
夜間の対応		
緩和ケアチームに連絡できる	67	29
代行する医療者が決まっている	25	11
連絡できない	143	61
休日の対応		
緩和ケアチームに連絡できる	62	26
代行する医療者が決まっている	31	13
連絡できない	141	60
直接患者のもとに訪室する頻度		
週4回以上	68	29
週2~3回	82	35
週1回	58	24
直接は診察しない	29	12

養場所の選択への関与についてみると、「治療方針の決定に関する主治医とのカンファレンス」20%、「治療方針に関する主治医と患者・家族との面談への同席」7%、「意思決定で迷う患者・家族への支援や相談」14%、「療養場所の調整に関する支援や相談」20%であった。

これらの結果からみると、現在の緩和ケアチームの活動は、第1に症状マネジメントに関する評価や推奨とフォローアップ、第2に症状マネジメントや治療方針の決定に関する主治医や病棟看護師との話し合いやカンファレンスを中心に行われている。

#### ④ 緩和ケアチームの広報活動や病院内の連携

緩和ケアチームの広報活動や院内連携に関して表5に示す。広報活動や院内の連携を「実施している」という回答が、「緩和ケアチームの理念や基本方針、役割の提示」82%、「緩和ケアチームの体制の明示」78%、「緩和ケアチームのコンサルテーション依頼方法の明示」90%、「病院内で統一して用いる疼痛評価尺度の存在」74%、「緩和ケアに関する薬剤の保険外使用などの取り決め」13%、「緩和ケア担当看護師（リンクナ

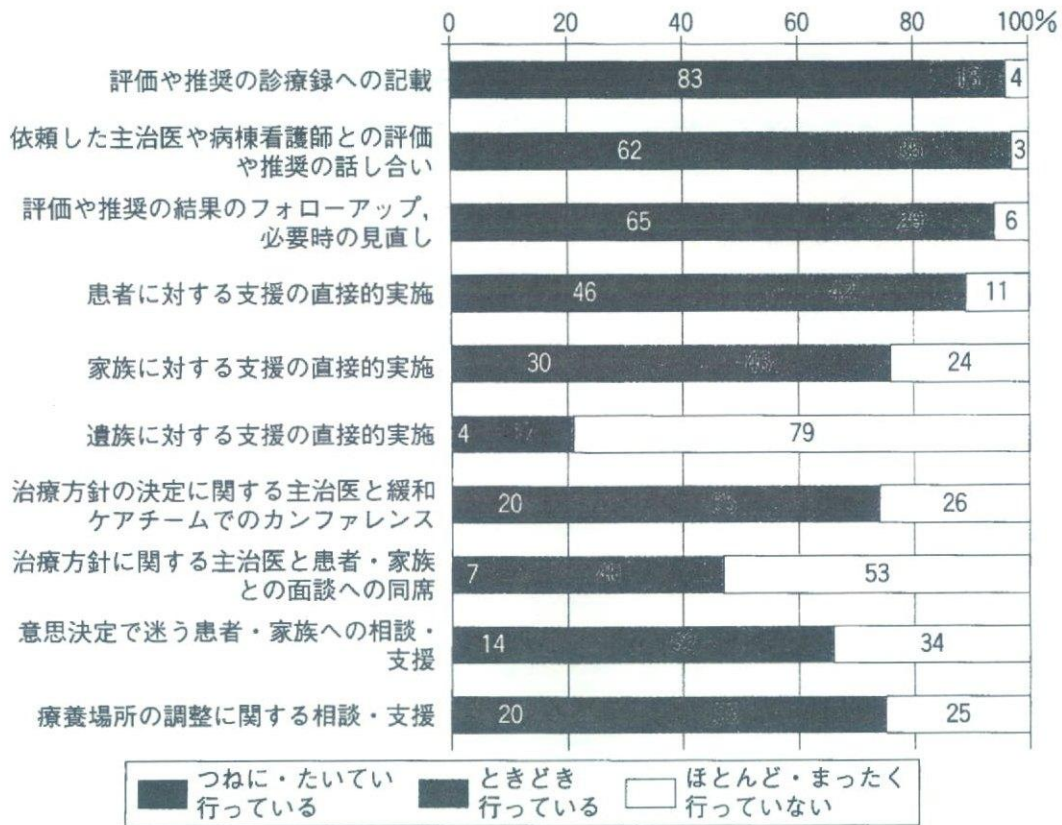


図1 緩和ケアチームのコンサルテーション活動(2) 緩和ケアチームによる病棟での活動内容

ース)の設置」61%であった。緩和ケアチームに関する広報活動は、ほとんどの施設で実施されている。

#### ⑤ 緩和ケアチームの医師・看護師の緩和ケアに関する自己評価

緩和ケアチームの身体症状緩和担当医師の緩和ケアに関する自己評価について図2に示す。緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師が、「よくあてはまる」「あてはまる」と回答した割合は、「疼痛緩和のための知識や技術は十分である」50%、「疼痛以外の身体症状緩和のための知識や技術は十分である」35%、「がんに関連した身体症状緩和について、必要な研修を受けた」29%、「身体症状緩和に関する専門的な知識や援助を容易に受けられる」44%であった。

緩和ケアチームの精神症状緩和担当医師の緩和ケアに関する自己評価について図3に示す。緩和ケアチームの精神症状の緩和を担当する医師が、「よくあてはまる」「あてはまる」と回答した割合は、「患者の不安やうつ状態をおおむね正しく評

表5 緩和ケアチームの広報活動や病院内連携

	n	%
緩和ケアチームの理念、基本方針、役割の明示	194	82
緩和ケアチームの体制の明示	184	78
緩和ケアチームへのコンサルテーションの依頼方法の明示	212	90
緩和ケアチームへのコンサルテーション後の対応方法の明示	186	79
病院内で統一して用いる疼痛評価尺度	173	74
緩和ケアに関する薬剤の保険外使用などの取り決めの明示	31	13
緩和ケア担当看護師(リンクナース)	142	61

価できる」が58%、「精神症状に対する薬物療法や精神療法に関する知識や技術は十分である」51%、「がんに関連した精神症状の緩和について、必要な研修を受けた」26%、「精神症状の緩和に関する専門的な知識や援助を容易に受けられる」36%、「患者の意思決定能力をおおむね正しく評