

投稿論文

米国 Palliative Care プログラムとソーシャルワークの現状

— 2 医療機関における事例検討を通じて —

上 田 まゆら

Today's Palliative Care Programs and Social Work in the United States

— A Case Study of Two Medical Agencies —

Ueda, Mayura

アメリカでは、従来、ホスピスが何らかの苦痛を有する患者に対するサポートを提供してきた。しかし、その対象にならない予後6ヶ月以上の患者や、積極的治療と並行したサポートを希望する患者への支援の必要性が近年認識され始めている。それらのニーズへの対応を可能にするものとして注目を集めているのがpalliative careプログラムである。本稿ではアメリカのpalliative careプログラムの内容と現状を概観した上で、急性期病院内と院外のpalliative careプログラムの実践におけるソーシャルワーカーの役割を事例検討によって分析した。その結果、具体的な業務内容には違いのあるものの、どちらのプログラムもソーシャルワーカーを中心に社会資源の調整、患者やその家族の心理・社会的サポートを提供していることが明らかになった。

キーワード palliative care、ホスピス、ソーシャルワーク、慢性疾患、がん

1. はじめに

近年、疾患や治療方法の多様化、長寿化を主な背景に、さまざまな疾患や症状を持ちつつ日常生活を送る人々が増えている。その生活は、疾患や症状がもたらされる以前のものとは異なり、何らかの社会資源やサポートを必要とすることが多い。しかし、それらの欠如により、日常生活や住み慣れた場所での生活が実現されない状況がある。日本は、医療保険、介護保険、障害者手帳や難病施策などの制度や公的サービスが諸外国と比

較して充実しており、それらへのアクセスは比較的よいと言われる。確かに、その制度やサービスの対象者になるための条件に一度該当すれば、ある程度の社会資源やサポートを受けることができる。しかし、その条件が疾患名、障害によって決まるため、たとえ、ある制度を利用することのできる人々と同様のニーズや問題を抱えていても、疾患などが該当しない場合は制度を活用することができない、という問題点がある。例としてわが国における終末期患者に対する制度をみる。医療保険の診療報酬の改正の経過をたどると、1990年の緩和ケア病棟入院料の設置を皮切りに1994年の在宅末期医療総合診療料の設定、2002年の一般病院内入院患者に対する緩和ケア診療加算の設定、

2008年10月31日 受付

2009年2月12日 受理

そして2006年には在宅におけるターミナル加算引き上げと、様々な試みが見られる。介護保険においても、2006年にがん末期を特定疾病に加える見直しが行われている。これらの状況より、終末期の患者を対象とした制度やサービスは、近年、次々と試みられ、整えられてきたといえる。しかし、そのほとんどが対象をがんもしくはHIVの末期患者に限定している¹⁾。つまり、日本では、がんやHIVの終末期に頻繁に出現するような緩和的治療やケアを要する苦痛を有していても、主病名が異なる、または終末期ではないと診断された患者は、ほとんどの制度やサービスの対象にならないのである。

一方、アメリカでは医療保険の不整備あるいは格差により、医療サービスへのアクセスが保障されていないことが指摘される。家事援助や外来受診の同行ができるヘルパーやソーシャルワーカーによる訪問などの心理社会的ニーズに対する社会資源についても、そのための制度や公的サービスが少なく、十分にカバーされていない状況がある。しかし、hospiceプログラム、palliative careプログラムと呼ばれる、その疾患や障害の種類にかかわらず何らかの苦痛²⁾を有する患者、終末期にある人々に対し、民・公の医療保険を活用して医療、看護、福祉のサービスを提供する仕組みを取り入れていることは評価すべきであるといえる。また、それらのプログラムはQOLの維持・向上を主な目的のひとつとするため、個別性を重視した心理的サポート、多様なインフォーマルなものを含む資源やサービスの調整を必要とする。そのため、クライアントを適宜アセスメントしながら心理的サポートや各種サービスを調整することが出来るソーシャルワーカーの役割は非常に重要とされている。

本論文では、そのアメリカのpalliative careプログラムとはどのようなものか、その成り立ちと

内容をまず確認する。その後、プログラムの実際を、その中核を担うソーシャルワーカーの役割を中心に事例の分析を通じ検討し、その有用性を示す。

2. 研究方法

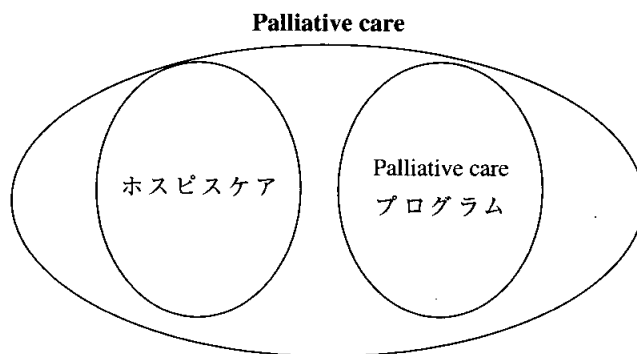
本論文では、まず、先行文献を中心に、palliative careプログラムの成り立ち、内容、現状を整理する。その後、事例を①基本情報②palliative careコーディネーター介入までの経緯そして③palliative careコーディネーター介入経過に分類し、分析的に検討、考察を加える。事例は、アメリカ・ワシントン州にあるふたつの一般病院が有するpalliative careチームにおいて、筆者が研修生として担当、あるいは観察したケースから選択した。なお、個人情報に配慮し、個人を特定する情報は含めず、内容を明確にするために修正を加えている。

3. アメリカにおけるPalliative Careプログラムの実態

(1) ホスピスとPalliative Careプログラム

Palliative careは日本では「緩和ケア」と訳され、ホスピスケアと同義とされることが多い。日本で初めて単独型ホスピスであるピースハウスを設立し、以後、わが国のホスピスや緩和ケアの発展に寄与し続けている財団法人笹川医学医療研究財団は、ホスピスケアを「死を見つめつつ、死に行く人に対して積極的に手を差し伸べ、社会面、心理面、精神面のケアを行なって、肉体的・精神的苦しみを取り除く。」と、緩和ケアを「ホスピスケアとほぼ同義。症状を緩和していくことを前面に押し出している点で、ややホスピスとはニュアンスが異なる。医科点数表では、ホスピスという表現は使用せず、すべて緩和ケアと表現されている」としている。しかし、アメリカではホスピ

図1 アメリカのホスピスケアとPalliative careプログラム



著者作成

スを palliative care を提供するためのプログラムとみなす。National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) の「すべてのホスピスケアは palliative care であるが、すべての palliative care はホスピスケアではない」という表現は、ホスピスケアと palliative care が同義ではないことを示している。

WHO は、最新の報告のなかで palliative care を「生命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者と家族のクオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチ。痛み、そのほかの身体的、心理社会的、スピリチュアルな諸問題の早期かつ確実な診断、早期治療によって苦しみを予防し、苦しみからの解放を実現するもの」と定義した上で、その目的を以下のように示している (WHO、2002)。

- ・痛みやそのほかの苦痛をもたらす症状から解放する
- ・生命を尊重し、死を自然なものと受け止める
- ・死を早めたり、引き延ばしたりしない
- ・患者のためにケアの心理的、スピリチュアル的な側面を統合する
- ・死を迎えるまで出来るだけ患者が積極的に生活を営めるようにサポートする
- ・家族が患者の病気や死別後の生活に適応でき

るように支える

- ・患者と家族のニーズを満たすためにチームアプローチを適用する (死別後のカウンセリングを含む)
- ・QOL を高め、病気の経過に良い影響を与える
- ・病気の早い段階にも対応する
- ・延命を目指すそのほかの治療-化学療法、放射線療法-とも結びつく。それによる苦痛な合併症をより良く理解し、管理する必要性を含んでいる

1967年にイギリスで始まった近代ホスピスは、アメリカでは1974年コネチカット州にあるコネチカットホスピスで始まり、1986年にメディケアにホスピスベネフィット³⁾として導入された。それ以降、ホスピス⁴⁾は予後6ヶ月と2名以上の医師から診断された患者に palliative care を提供するために組まれたプログラムとして周知されている。そのプログラムには無制限の看護、介護、リハビリ、在宅医、家事援助 (ただし1週間に2日程度)、緩和ケアのための薬剤、医療材料、栄養士やソーシャルワーカー、遺族ケア、最大5日のレスパイトケア、ボランティアが含まれる。ホスピスを医療保険によって受けるには、疾患や障害の種類は問わないものの、予後が6ヶ月以内であること、積極的治療は行わないこと、DNAR⁵⁾に同意をし

ていることがあることが条件となる。

メディケアはホスピスベネフィットにより、包括的なpalliative careを死に行く患者に提供することを可能にした。しかし、認定されるためのこれらの規制により、それを提供される人数、ケアが提供される量や長さが制限されてしまった状況もある (Institute of Medicine, 1997)。NHPCOによると、2000年、メディケア受給者の23%がホスピスを利用した。利用した患者の平均日数はわずか22日であり、利用した患者のうち37%が1週間以内に死亡している。予後予測の困難な慢性疾患を有する患者への導入が難しいこと、予後6ヶ月ではない苦痛を有する患者は使えないこと、尊厳死、積極的治療の断念などを決定しきれない患者への介入ができないことなどがその背景として考えられる。これらの問題点を解決し、国民がpalliative careを受けることで尊厳のある生活を持ち、死を迎えるために、近年、さまざまな取り組みが見られるようになった。そのひとつがpalliative careプログラムの提供である。

Palliative careプログラムは、不治の疾患をもつ患者とその家族のもつ様々なニーズと期待に、人生のどの段階でも、たとえ何年も予後があったとしても対応することができるものとして、1990年代後半から注目を浴び始めた。Sutton Groupの2002年の調査によると、病院内の患者に対するサービスの提供はほとんど行っていないものの、全米の3038のホスピスのうち、約90%がこれまでのホスピスプログラムに限界を感じ、palliative careプログラムの設立に関心を持っている (Sutton Group, 2002)。また、GoldsmithらやMorrisonらは、近年の医療現場においてホスピスプログラムとは別のpalliative careプログラムが増加傾向にあることを示している (Goldsmithほか, 2008; Morrisonほか, 2005)。Morrisonらによると、2000年には24.5%の病院がpalliative

careプログラムを持っていると答えていたが、2006年には52.8%と倍増している⁶⁾。その方法としてホスピスプログラムとして病院と協働する道を探る方法と、グループ内もしくは院内における独立したpalliative careチームの設立がある。どちらのプログラムも疾患の全過程を通じて苦痛を取り除きQOLをあげる事をその目的として重視するため (Portenoy ほか, 1998; World Health Organization, 1990)、継続的なケアを提供できる点でホスピスプログラムに結びつくことができなかった患者、もしくはその対象とならない患者が利用することができるプログラムとしてpalliative careは評価されている。しかし、メディケア、メディケイド、ほとんどの民間健康保険やHMOがホスピスは取り扱うものの、現時点ではpalliative careプログラムは一部の民間医療保険を除いてその支払い対象ではない。プログラムの財源の確保は今後の課題である。

Palliative careプログラムとホスピスの根底にある価値や信念は共通であり、実際提供される処置やケアは類似している。すなわち、どちらもすべての人は痛みや苦痛のない尊厳のある生活を、家族や大切な人々に囲まれて迎える権利があるという信念に基づいている。そして、その実現のために、積極的に疼痛緩和と症状緩和の治療をはじめとした総合的サービスを医師、ソーシャルワーカー、看護師、各種リハビリスタッフ、ボランティアなどの多職種から成るチームによって提供する。

しかし、その対象とサービス内容は異なる。Palliative careプログラムは積極的治療と平行して提供することが可能であり、そのケアを要する時期の長さは問わないが、ホスピスは予後6ヶ月と医師により診断されたものが受けることができる。ホスピスは週4時間までの訪問介護と、24時間の訪問看護を提供することができるが、palliative

care チームではそれはできない。

(2) 様々な Palliative Care プログラム

このプログラムはまだ新しい領域のため、公的保険の対象と認められておらず、対象者となるための条件が制度には明記されていない。そのため、自身の枠を超えてサービスを提供するホスピス、院内に palliative care チームを設置している急性期病院、地域の中に独立したプログラムとして設置している医療機関など、その運営主体や業務内容は多様である。

たとえば、院内 palliative care プログラムについて述べている O'Mahony らの論文で事例として紹介された、ニューヨーク州ブロンクスにある Montefiore Medical Center の palliative care チームは、3名の医師、2名の専門看護師、2名のソーシャルワーカーそして1名の聖職者からなっている。チームの業務はコンサルテーションに徹底しており、その内容は今後の治療方針の決定のサポート (45%)、疼痛緩和 (38%)、アドバンスドディレクティブ⁷⁾の作成 (23%) 退院調整 (19%) そして症状コントロール (16%) となっている (O'Mahony ほか、2005)。これは同様の院内における実践例として後に取り上げる Overlake Hospital Medical Center の palliative care プログラムとは大きく異なる。Goldsmith らの調査によると、国内の50床以上の公立病院の40.9%、民間病院の20.3%、300床以上の病院の75%が院内の palliative care プログラムを提供している (Goldsmith ほか、2008)。

一方、近年、もうひとつの実践例として後に登場する、Evergreen Hospital Medical Center のような院外における palliative care チームの試みも多くみられるようになりつつある。2008年度 National Palliative Care Research Center が慢性閉塞性呼吸器疾患 (Chronic Obstructive

Pulmonary Disease = COPD) の患者に対する地域における palliative care チームの活用の効果を調べる研究に参加する患者を募っていることもその傾向を示している。

このように、その提供媒体や内容は統一されていないが、大きく分けて急性期の病院内におけるコンサルテーション的意味の強いものと、病院外におけるチームによる直接介入的意味の強いものに分けることができる。

4. Palliative Care プログラムにおけるソーシャルワーカーの役割

(1) Palliative Care プログラムとソーシャルワーカー

Palliative care プログラムに限らず、医療現場において医療従事者はその疾患の治療にその関心を集中しがちである。しかし、不治の病を抱えている、あるいは終末期の患者やその家族は、むしろ心理・社会的、あるいは精神的に対するケアを必要としていることが多い。そのニーズに対応し、個別のかつ全人的な援助の提供者として、ソーシャルワーカーはもっとも適切な専門職であるといわれる (Doyle ほか、1998; Arnold ほか、2006)。具体的には、本人の心理的状況と家族や周囲の状況をアセスメントした上で必要な情報や資源の提供、患者と家族間のコミュニケーションのサポート、意思決定のサポート、ケースマネジメント、経済的ニーズの解決のためのサポート、心理的サポートの提供、チームメンバーの調整、患者の死後の遺族ケアの提供を行うことがソーシャルワーカーには期待される (Lawson、2007; Jones、2005; Christ ほか、2005)。

実際、ホスピスや palliative care プログラムにおいて、ソーシャルワーカーは常にチームの一員として重視されてきた。Sutton Group の調査結果では、palliative care プログラムをコンサルタン

トとして提供していると答えた121の機関のうち75%がソーシャルワーカーをチームに含めていた。これは、85%の看護師の次であり、71%の医師より高い割合である。また、復員軍人援護局は2003年より退役軍人病院のすべてに palliative care コンサルタントチームを設置し、そのチームに医師、ソーシャルワーカー、看護師、あるいは聖職者を含むように定めている (Howe, J.L & Daratsos, L. 2006)。これらの状況を受け、2002年には Social Work Leadership Summit on End of Life and Palliative Care が開催された。そこでは、palliative care と終末期のケアにおけるソーシャルワーク技術の明確化と普遍化の必要性について言及された。その後、2004年、The National Association of Social Workers (NASW) は「palliative care と終末期ケアの領域におけるソーシャルワーク実践の基準 (Standards for Social Work Practice in Palliative and End of Life Care)」を出版している。

このように、palliative care プログラムにおいて、ソーシャルワーカーは非常に重要なものとして期待され、NASW を中心にソーシャルワーカー達はその期待に応えるべく尽力しているといえる。

それでは実際の palliative care プログラムはどのように患者とその家族をサポートしているのだろうか。そしてソーシャルワーカーはどのような機能をはたしているのだろうか。以下、院内と院外ふたつの palliative care プログラムを紹介し、ソーシャルワーカーの役割を実践の検討から明らかにする。

(2) 急性期病院内における Palliative care ～ Overlake Hospital Medical Center

Overlake Hospital Medical Center (OHMC) はアメリカワシントン州ペリビューにある337床の急性期の地域中核病院である。特に心臓外科の

評価は高く、全米ではトップ100、ワシントン州ではナンバーワンの質を誇る。グループ内に senior center という地域の在宅の高齢者のアドバイスをし、ケアプランも必要に応じて作成することができる機関や home health を持っており、高齢者に対するケアにも定評がある。

International Association of Hospice and Palliative Care は、急性期病院において palliative care を提供するモデルには①コンサルテーションサービス (院内 palliative care チーム)、② palliative care 病棟 (ショートステイ用もしくは急性期用)、③①と②のコンビネーション、の3つがあると定義している。OHMC では、Cancer Resource Center に所属するソーシャルワーカーが palliative care コーディネーターを兼務し、①のモデルで palliative care プログラムを提供している。

OHMC の palliative care プログラムの利用者の特徴として、終末期の患者や突然死した患者の家族などへのサポートも提供していたものの、大多数ががん患者であったことが挙げられる。それはコーディネーターが Cancer Resource Center 所属のソーシャルワーカーであることからわかる。また、在院日数の短い院内におけるプログラムであるため、その介入は単発であり非常に短期間のものであった。これらの背景として、急性期病院における palliative care プログラムの位置づけが考えられる。Rodriguez らは、急性期の病院内では palliative care プログラムが終末期あるいはホスピスケアとして認識され、積極的な治療は行わないという合意が形成された後に導入されていると指摘している (Rodriguez, 2007)。その結果、palliative care プログラムの、がん以外の疾患を有する患者の症状を緩和し、心理社会的ニーズを取り扱うという役割は十分には認知されていない状況が考えられる。一方、経営上有効な手段とし

てpalliative careプログラムに着目する急性期病院もある。アメリカでは、医療費が高く、一人の人間が費やす医療費の大半が最初の1週間に費やされるといわれる。特にがんは多様かつ高額な治療が可能である。そのため、終末期のがん患者に対する延命治療の有無を含む治療方針に関する話し合いをpalliative careプログラムを通じて提供することで、病院は高度医療の導入を回避し、なおかつ在院日数の短縮ももたらす効果を期待するのである (Rodriguez ほか, 2007)。

OHMCでは、積極的な治療の効果が認められず、身体的心理的社会的苦痛に対するケアが必要な状態で退院する、もしくは入院中に死亡する可能性が高いと病棟もしくは救命救急の担当医が判断した場合、ソーシャルワーカーに介入が依頼される。依頼は、すでに積極的治療はしないと決めている患者やその家族の場合は、医師が電子カルテへの入力と同時に依頼を入力し、ソーシャルワーカーに届く方法が主であった。それ以前の治療方針の決定の段階等から関わってほしいという場合は、医師や看護師からの電話や来室による口頭での依頼が多かった。ソーシャルワーカーは依頼を受けた後、まずカルテや専門職から経過を含めた情報、本人、もしくは家族との面接内容からアセスメントをし、介入を開始する。患者や家族が状況を十分に把握できていない場合は、その理解を助け、今後の方針の決定をサポートする。その際、延命治療を含む積極的治療をどこまでするか、今後どのような生活を送りたいのかを決めるための援助を行う。具体的には積極的な延命措置を含む治療はどこまでするか、どの程度の段階まで入院し、どの段階からナーシングホームもしくは自宅に戻るのかなどについて患者と家族の決定をサポートすることになる。ソーシャルワーカーは家族に必要な心理的サポートを提供しながら、同時に今後起こりうることや、死に行く時に

現れる可能性のある症状や状況についても情報提供を行う。本人や家族が正確に現状を把握しており、今後について明確な方向が定まっている場合はその決定の実現に必要な援助を行う。また、死後の葬儀などの手配などに関する理解や状況についても確認をし、必要であればその手配を援助し、患者の死後、必要であれば遺族ケアも提供するなど、アメリカの文化においてもタブー視されがちな「死」に関する情報や資源を提供するのも、palliative careプログラムのひとつの特徴である。OHMCでは、遺族ケアとして個別のカウンセリングのほかに月2回のグループミーティングを設定している。これは地域に開かれており、院内に限らず、どのような疾患や状況で喪失体験をした人でも利用することができる。

下記は、筆者が研修時に担当した患者の事例である。入院中に積極的治療による治癒が見込めず、医師から介入の依頼があった点、治療方針を決めるためのカンファレンスを調整した点、死に関する情報提供を行い患者の死後の遺族ケアを提供した点においてOHMCにおける典型的なケースといえる。

事例1

A氏：50代男性

家族構成：単身（婚姻歴あり、前妻との間に娘あり）

主病名：心筋梗塞、脳梗塞

Palliative careコーディネーター介入までの経過：

知人の家で突然倒れ、救急搬送されてきた患者。入院時からすでに意識はなく、検査の結果、心筋梗塞と脳梗塞による呼吸不全、意識不明と診断。DNARの同意書を確認できなかったため、挿管し、人工呼吸器を使って延命治療を行った。外科的な手術適応については心臓、脳どちらの専門医も「なし」と判断。

今後の治療方針についてキーパーソンと協議する必要があるが、家族に関する情報も乏しかったため、入院翌日、キーパーソンの選定の段階からの介入が医師から依頼された。

Palliative care コーディネーター介入経過：

・キーパーソンの選定

依頼を受けたソーシャルワーカーは、知人に経過や家族のことなどについて確認をし、娘の連絡先を入手、連絡。それを受けて娘は祖母（患者の母）と来院。娘は高校生であったが、ワシントン州では高校生以上はキーパーソンとして判断能力は十分であるとされるため、娘をキーパーソンとすることになる。

・カンファレンスの実施

ソーシャルワーカーは心臓外科医、神経内科医、ICU看護師と家族によるカンファレンスを設定。それぞれの職種が状況説明、選択肢について説明した後、家族に本人の意思について確認をしながら、自己決定を援助した。患者は以前、「意識がなくなったりしたときは、何も延命行為はしてほしくない」と言っていたと娘が話し、それに基づいて今後延命治療はしないことを希望、了承される。それを受けて医師から今後の対応について説明された。抜管後、予後は数日であろうという説明も同時になされた。

・情報提供

娘は患者の離婚後、疎遠だったということでこのような形での再会に非常にショックを受けていた。ソーシャルワーカーは、心理的サポートをしながら看護師とともに、延命治療を中断していく過程、その際に行うことを説明した。その時、家族としてどう対処すべきかなどについても説明を

行った。その他、死んでいく過程で起こりうる症状や変化についても説明、死後の葬儀の段取りや遺族ケアについても情報提供をした。

・その後

3日後に患者は死亡した。死後、事前に紹介した遺族ケアのグループに娘は数回参加した。

アメリカでは、制度に明記はされていないが、多くのホスピスがそのプログラムを利用する条件として「24時間対応できる主介護者がいること」を挙げている。家族にそれを望めない場合は、付き添い人を本人あるいは家族が雇ってでも確保する必要が出てくる。また、これは日本も同様だが、治療に関する決定を下していく際、本人の意思を確認するものがない場合は、親族を探さなくてはならない。このような事情からキーパーソンや主介護者を選定し、医療スタッフに適切につなぐことはソーシャルワーカーの重要な業務のひとつである。加えて、急性期の病院では情報過多の上スタッフの出入りも激しいため、重要な決定をする際に必要な情報を整えながら提供していくことが重要になる。カンファレンスはそのために大変重要である。また、死に関する情報の提供や、ホスピスに移行する患者に対するサービスに関する情報の提供は、病院から在宅に戻り、今後起こりうる様々な状況を事前に予測し、対処することを可能にする。

以上のことから、OHMCでpalliative care コーディネーターとしてソーシャルワーカーに求められていた主な役割は、①退院する患者の場合はホスピスをはじめとする各種サービスの導入 ②近々に死亡すると思われる患者の場合は、家族や各専門職を集めてカンファレンスを設定し、最期の迎え方や延命措置を含める治療をどこまで行う

か方針の決定のサポート ③死亡する患者や退院する患者に今後出現する症状や状況を、本人、家族や友人に説明し、その時の対応の仕方を指導 ④愛する者を亡くした家族や友人に対する遺族ケア、の4つであったといえる。

(3) 独立したチームによる Palliative Care プログラム～Evergreen Hospital Medical Center

Evergreen Hospital Medical Center (EHMC) は、ワシントン州中東部のカークランドに拠点を持つ、227床の一般急性期病院、在宅医療、ホスピス、地域医療など様々なプログラムを持っているグループである。EHMCのホスピスは、訪問サービスと入院設備を有する。これは、州内に約40前後あるホスピスのうち唯一病院として認可を受けている施設型ホスピスであり、ナーシングホームの認可に基づいたホスピスを含めても州内に2箇所しかないうちのひとつである。このように、EHMCは救命救急に代表される積極的医療はもちろん、地域医療や終末期医療のニーズにも積極的に応えるべく様々な試みをしてきた機関といえる。

EHMCのpalliative care プログラムは独立したチームによって提供されている。これは、2006年に立ち上げられたばかりの新しいプログラムである。グループはpalliative careを「通常6ヶ月しか提供されないホスピススタイルのケアを継続的に提供する」とし、患者、家族や患者にかかわる医療専門職と共に治療の選択、サポートシステムの明確化、散在するサービスの管理、調整のサポートを業務としている。チームはチームディレクターであるソーシャルワーカーを含む2名の常勤ソーシャルワーカー、1名の常勤看護師、1名の常勤医師（他科と兼務）、1名の非常勤のボランティアコーディネーター、1名の事務から構成さ

れている。このpalliative careプログラムはEHMCに所属しない医師が主治医である患者も、訪問が可能なエリアであれば利用することができる。Palliative careの対象となる患者は、治癒不可能な進行性の疾患を有し、以下、6点のような状況を抱えた患者とされている。

- ① 症状を緩和するために入退院を繰り返している
- ② 日常生活に必要な活動を実施する能力が衰えている
- ③ 疼痛と症状緩和の持続的ニーズがある
- ④ DNARに関する葛藤がある
- ⑤ ケアのゴールや予後に関して不明瞭である
- ⑥ 心理社会的、実存するあるいはスピリチュアルな不安を有する

プログラムを受けている患者の年齢、疾患は多様であり、ホスピスやhome healthと並行したサービス提供を受けている患者も含まれる。2006年から2008年5月までの患者のうち、がん患者は30%弱にとどまっておられ、認知症、心疾患、呼吸器疾患、神経性難病の患者も多く含まれている。全体のプログラム平均利用日数は約83日と長い。

Palliative careからホスピスにつながった患者は約4割で、そのうち7割には1ヶ月以内にホスピスが導入されている。

EHMCのpalliative careプログラムを利用するためには、既述の状況にある患者の主治医が紹介状をpalliative care チームに送付する。依頼を受けたチームは、主治医とカンファレンスを持ち、正確な全体像の把握に努め、それを基にソーシャルワーカーと看護師が共に初回訪問する。

EHMCのpalliative careプログラムが重視している業務のひとつは自己決定のサポートである。ソーシャルワーカーを中心に本人や家族とカンファレンスを開き、特定の書式³⁾を利用して情報や現状を整理し、それに基づいた自己決定を促す。

在院日数の短いアメリカでは、入院中に時間をかけた介入が難しいことが多いため、何らかの方向性を持って退院してきた患者や、主治医との話し合いの結果 palliative care プログラムに紹介をされた患者でも、この結果、方向性が異なってくることが多い。具体例として、カンファレンスの活用によって自己決定が明確にされ、ホスピスへと移行した事例を次に示す。

事例2

B氏：60代女性

家族構成：夫と二人暮らし

主病名：肝臓がん（末期）

Palliative care コーディネーター介入までの経過：

直前の外来でがん専門医より、化学療法に反応しておらず、進行しているため、今後は積極的な治療は行わず、ホスピスへ移行していくべきであると話があった。痛みが著しく、また痛み止めによる副作用も非常に強く出ているので、がん専門医ならびに主治医ともホスピスの導入を薦めた。しかし、患者が固く拒んだため、ホスピスの代わりに症状コントロールが可能である palliative care チームに依頼した。

Palliative care コーディネーター介入経過：

・症状コントロール

依頼を受けたチームは、まず主治医と電話カンファレンスにて状況の把握を行った。その結果、患者が当初ホスピスに前向きだったが、ある時点で拒否に転じたことがわかった。そのほか、病状や予後を確認したソーシャルワーカーは看護師と協議し、2日後に訪問することにした。しかし、翌日、遠方からたまたま訪問中であった娘から痛

みが激しいのですぐに来てほしいと連絡があり、急遽ソーシャルワーカーと看護師2名で訪問をした。訪問すると患者は痛みのためベッドに横になることができず、一晩中ソファに座ったり歩いたりしていたとのこと。現在の残薬を処方内容とあわせて確認した後、看護師の判断のもと1回の服薬量と頓服の服薬量を変更（増加）することになった。

・カンファレンスの実施とホスピスへの移行

痛みが頓服によって落ち着き始めたところで、カンファレンスを行うことになった。カンファレンスの中で患者のニーズ、家族の状況、現状などを整理していくにつれ、患者が以前、ホスピスを選ぼうとしたときに、夫から「俺を置いて死なないでくれ」と言われ、その後ホスピスの導入を拒んでいたことがわかった。ソーシャルワーカーは患者の症状が24時間対応可能な体制によるきめ細やかな対応が必要な状況であること、ホスピスは24時間対応が可能であるが palliative care チームは24時間対応出来ないこと、患者の死後、夫へのケアはホスピスでも palliative care チームでも提供されることなどが説明された。このカンファレンスの最後に、今後のプランを決める段階で、患者と家族はホスピスの利用を決定した。

ホスピスを拒否する理由として「ホスピス」＝死というステレオタイプからの拒否、積極的治療をあきらめなくてはならないことへの拒否、DNARへの抵抗感が主なものとして考えられる。客観的あるいは医学的状況から、きめ細やかな24時間対応が必要であること、自身の疾患のステージの正確な理解と死を避けられないものであると理解し受け止めることができるような心理的サ

ポートを提供した後、再度、方針についての検討をカンファレンスによって促すと、その前とは異なった決断をすることがあるのである。

一方、予後予測が難しくホスピスの利用に結びつかない場合、予後は明らかに6ヶ月以上あるもののpalliative careが必要であると判断された患者に対して、palliative careチームは継続的に介入し、療養生活の維持に必要なケースマネジメント、ボランティア、看護師やソーシャルワーカーが定期的な訪問を行う。COPDは治癒が難しく、その症状コントロールが規則正しい生活を必要とする疾患の例としてよく挙げられる。周辺にインフォーマルなサポートがない、生活レベルが低いなどのリスクを抱えた患者の場合、その多くが入退院を繰り返す。そのCOPDの患者に関してカンファレンスを設定し、その後チームによる定期的な訪問が提供された事例が次に示す事例3である。

事例3

C氏：50代男性

家族構成：単身

主病名：COPD

Palliative careコーディネーター介入までの経過：

入退院を繰り返していた患者。毎退院時、Home healthによるサービスを導入し、サービスを利用している間は症状もコントロールされるのだが、症状固定とみなされてhome healthが終了すると病状が悪化し緊急搬送をするという悪循環を繰り返していたため、主治医から介入の依頼があった。

Palliative careコーディネーター介入経過：

・カンファレンスの実施

初回訪問時のカンファレンスの中で、ソーシャルワーカーは環境整備とともに禁煙指導も含んだ患者自身の教育や意識変化

が必要と判断した。

・長期的介入の経過

Home healthのサービスが終了した後、日常生活を維持するための援助を引き続き受けられるように、ボランティアによる家事援助、外来受診援助、看護師による服薬指導や発作の対応などの指導を含んだ社会資源の調整を行った。それと同時に、患者自身の価値観の変化を目的に、ソーシャルワーカーによる認知行動療法の要素を含んだカウンセリングを行った。その結果、日常生活は維持され、なおかつ患者自身の疾患やライフスタイルにも変化がみられるようになり、再入院をすることなく在宅で症状をコントロールしながら生活することができている。

EHMCのpalliative careプログラムでは、ボランティアの育成、活用にも力を入れている。ボランティアは2ヶ月間集中的に死生観に関する理解を深めたり、不治の病とともに生きていく患者に共感を示しながら関わっていくための概念的、実践的技術を身につけたりするためのトレーニングを受ける。その後、ボランティアはソーシャルワーカーとボランティアコーディネーターによって慎重に選ばれた患者に関わっていくことになる。その内容は家事援助などを含む生活支援から、患者もしくは遺族の傾聴ボランティアまで多様である。

そのほか、チームのディレクターであるソーシャルワーカーはチームメンバー間の調整やチームの運用、資金の調達なども行う⁹⁾。

以上、EHMCのpalliative careプログラムにおけるソーシャルワーカーの役割をまとめると、①チームの運営と統括 ②自己決定の妥当性の評価、カンファレンスの開催と適切な自己決定のサ

図2 OHMCとEHMCのPalliative careプログラムにおけるソーシャルワーカーの業務内容比較

	OHMC	EHMC
対象者	OHMCの入院患者（末期あるいは予後数日の患者が多い）	地域住民
担当者	Palliative care コーディネーター（Cancer Resource Centerのソーシャルワーカー）	Palliative care チーム（ソーシャルワーカー、看護師、ボランティアコーディネーター含）
主な業務内容	退院援助（主にホスピスプログラムの導入）	チーム運営と統括
	短期の介入が多い	長期の介入が多い
	社会資源の調整	社会資源の調整
	カンファレンスの実施と自己決定のサポート	カンファレンスの実施と自己決定のサポート
	死に関する情報の提供	ボランティアの育成
	遺族ケア	遺族ケア
		患者、家族に対する心理的援助

（著者作成）

ポート ③社会資源の調整、育成 ④患者や家族に対する心理的援助、そして事例には含まれていないがOHMC同様 ⑤愛する者を亡くした家族や友人に対する遺族ケアが主であるといえる。

(4) OHMCとEHMCの比較

OHMCとEHMCのpalliative careプログラムを比較する。共通点としてどちらのプログラムでもソーシャルワーカーがその担当者となっていることがまず挙げられる。

OHMCでは唯一のpalliative careコーディネーターとしてソーシャルワーカーが配置され、EHMCではチームディレクターとしてソーシャルワーカーが配置されていることからわかるように、どちらのプログラムにおいてもソーシャルワーカーは重要な役割を果たす職種として認知されている。これは、領域にかかわらず、社会資源の調整、患者や家族の心理社会的サポート、チーム間の調整などにおけるソーシャルワーカーの技術の評価によるものである（Fine, 2004）といえる。そして主な援助内容にある「社会資源の調整」「カンファレンスの実施と自己決定のサポート」

がどちらでも見られたことからわかる。

相違点としては対象者が遺族ケアグループの参加者以外は入院患者中心であったOHMCに対してEHMCはグループ外に主治医を持つ患者も含め必要としている地域住民全体であったことがまず挙げられる。そのほか、援助内容においてはケースマネジメント的な退院援助が多かったOHMCに対し、EHMCは資源自体の育成や心理的援助も行っていた。

5. 結論

以上、palliative careプログラムの成り立ちと現状、ふたつのpalliative careチームと、そのなかのソーシャルワーカーの役割を比較した。Palliative careプログラムは、既存の制度やサービスに対応できない患者のニーズに対する比較的新しい試みであり、その形式は未だ確立していない。しかし、医療者側の経営上の理由と、患者側のニーズ充足を可能にする側面から、多様な形で徐々に定着しつつあることがわかった。また、ソーシャルワーカーは、療養生活を開始する際のカンファレンスの設定に始まり、療養するために

必要な社会資源の調整や調達、そして心理的サポートという重要な役割を果たしていた。

6. おわりに～本論文の限界と今後の課題～

本論文では、入手可能であったワシントン州のふたつの palliative care チームにおける事例分析を中心に palliative care プログラムとそのプログラムにおけるソーシャルワーカーの役割を検討した。アメリカでは州間、病院間における格差が大きく、これらふたつのチームにおける事例分析のみでアメリカにおける実践として普遍化は出来ない。さらに事例数も限られているため、この結論の一般化は難しい。しかし、冒頭で述べたように、アメリカの palliative care プログラムの対象者は、疾患や障害によって限定されるのではなく、そこにある症状や苦痛を対象とすること、そこにおけるソーシャルワーカーの役割が重要であることを示すことは出来たと考える。

柏木哲夫はホスピスという用語を説明する中で、アメリカのホスピスでケアを受けている患者の半数以上ががん以外の疾患を持っており、「日本のホスピスも末期がん患者をケアの中心にしてきたが、将来、ケアの対象はほかの疾患にも広がっていくものと思う」と述べている（柏木、2007）。しかし、1. はじめに、でも述べたように、現在、臨床では終末期のがんやHIVの患者に対する疼痛緩和を中心とした身体的症状コントロールのみを指すことがほとんどである。疾患名に限定されない身体的苦痛はもちろん、心理社会的苦痛を有する患者への各種制度やサービス、資源の提供は、アメリカと同様の患者層を有する日本においても多くの患者のQOL維持と自己実現につながるものと考えられる。そしてその中で、ソーシャルワーカーが果たす役割も、アメリカの実践にみられるように非常に重要なものとなると思われる。

本論文では、アメリカにおける実践に関する分析にとどまった。今後、わが国における実践に結びつけるためには、(1) 医療保険上の緩和ケアやホスピスの対象とならない患者の状況把握を中心とした日本の現状 (2) 医療・福祉専門職の実践状況、以上2点の分析が必要である。これらへの取り組みは、筆者の今後の課題としたい。

註

- 1) 緩和ケアチームによって提供される緩和ケア診療加算は、「悪性腫瘍または後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛などの身体症状や精神症状を持つ一般病棟の入院患者に対して、緩和ケアチームによる症状の緩和を提供する」とされており、その対象は終末期の患者に限定はしていない。
- 2) 苦痛について、財団法人笹川医学医療研究財団は、ホームページ上で「患者が経験する複雑な苦痛を表した概念の全人的苦痛 (Total pain) と言われるものですが、その内容は、身体的苦痛のみならず、精神的 (不安、苛立ち、孤独感、恐れなど)、社会的 (入院・医療費などの経済的問題、家庭内や親族間の人間関係、患者の過ごす場所など)、霊的苦痛 (自己存在への苦痛) などの全ての苦痛です」と定義している。
- 3) ホスピス給付金。1982年に可決された Tax Equality and Fiscal Responsibility Act of 1982の一部として創設された。メディケアはパートA、パートB、パートDからなっており、ホスピスベネフィットは強制加入であるパートAに含まれる。メディケアの認定をうけたホスピスがメディケアの受益者に対してホスピスケアを提供する際、請求をすると一定の費用がメディケアから支払われる。

- 4) ホスピスは理念、ケア、制度などさまざまな次元に定義を有する。ここでのホスピスは制度上のサービス・枠組みのことであり、ケアや治療について述べていない。
- 5) = Do Not Attempt Resuscitationの略語。日本救急医学会は「患者本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定をうけて心肺蘇生法をおこなわないこと。ただし、患者ないし代理者へのinformed consentと社会的な患者の医療拒否権の保障が前提となる。欧米では実施のためのガイドラインも公表されている。」としている。類似した用語にDNR (Do Not Resuscitate) があるが、蘇生の可能性がある場合は試みる可能性を残すために“attempt”を加えたDNARが用いられることが多い。
- 6) 本調査では、提供主体は問わず、院内、システム内、あるいはネットワークにpalliative careプログラムがあると答えた機関を数えている。
- 7) 事前指示書。署名した患者が末期疾患療養中に知的不能となったり永久に昏睡状態となったとき、どのような種類および程度の医療ケアを行って欲しいかについて指示を与える法的な書類。(ステッドマン医学大辞典改訂第5版より)
- 8) 生命医学倫理の専門家であるAlbert R. Jonsenが開発した書式を用いる。具体的には医学的状況、患者の希望、QOL、そして患者を取り巻く状況の4点に関する基本的質問がすでに用意されており、その内容を中心にカンファレンスを進める。発言内容はそれぞれの欄に記入され、整理されていく。それを基にソーシャルワーカーは要約をし、その後のプランの決定を促す。
- 9) 支払いについては、いくつかの民間医療保

険はカバーするが、まだカバーされないことが多いため、グループの基金によって支払われている。

文 献

- Arnold, E.M., Artin, K.A., Griffith, D., & Graham, K.G. (2006). Unmet needs at the end of life: perceptions of hospice social workers. *Journal of Social Work in End-Of-Life and Palliative Care*. 2(4). 61-83.
- Christ, G.H. & Blacker, S. (2005). Series introduction: The profession of social work in end-of-life and palliative care. *Journal of Palliative Medicine*. 18. No2. 415-417.
- Fine, R.L. (2004). The imperative for hospital-based palliative care: patient, institutional, and societal benefits. *Baylor University Medical Center Proceedings*. 17. 259-264
- Goldsmith, B., Dietrich, J., Du, Q., & Morrison, S. (2008). Variability in access to hospital palliative care in the United States. *Journal of Palliative Medicine* 11, 8, pp.1-9
- Howe, J.L. & Daratsos, L. (2006). Roles of social workers in palliative and end-of-life care. In Berkman, B. & D'Ambruso, S. (Ed.), *Handbook of Social Work in Health and Aging* (pp.315-323). NY: Oxford University Press US.
- 今村みづ穂 (2007) “緩和ケアにおける日米比較 (1)”. 『一橋法学』6(1). 2007-03. pp. 473-508. Retrieved 2 February 2009, from <http://hdl.handle.net/10086/13644>.
- Institute of Medicine (IOM). (1997). *Approaching Death: Improving Care at the End of Life*. Washington DC: National Academy Press.
- Jones, B.L. (2005). Pediatric palliative and end-

- of-life-care: the role of social work in pediatric oncology. *Journal of Social Work in End-Of-Life and Palliative Care*. 4. 35-62.
- 柏木哲夫 (2007) “生と死の医学 連載1 終末期医療をめぐる様々な言葉”『総合臨床』 第56巻第9号pp.2744-2748.
- Lawson, R. (2007). Home and hospital: Hospice and palliative care: How the environment impacts the social work role. *Journal of Social Work in End-Of-Life Care*. 3(2). 3-17.
- Monroe B. (1998). Social work in palliative care. In Doyle D., Hanks G. & MacDonald N.(Ed.), *Oxford textbook of palliative medicine*. (pp.992-1034). Oxford: Oxford University Press.
- Morrison, R. S., Maroney-Galin, C., Kralovec, P.D., & Meier, D.E. (2005). The growth of palliative care programs in United States hospitals. *Journal of Palliative Medicine* 8(6). 1127-1134.
- O'Mahony, S., Blank, A. E., Zallman, L., & Selwyn, P. A. (2005). The benefits of a hospital-based inpatient palliative care consultation service: preliminary outcome data. *Journal of palliative medicine* 8(5). 1033-1039.
- Portenoy R K. (1998). Defining palliative care. *The Pain Medicine and Palliative Care Newsletter. Beth Israel Medical Center Department of Pain Medicine and Palliative Care*, 1(2), 1998.
- Rodriguez, K. L. & Barnato, A. E. & Arnold, R.M. (2007). Perceptions and utilization of palliative care services in acute care hospitals. *Journal of Palliative Medicine*. 10(1). 99-110.
- Sutton Group, for The Center to Advance Palliative Care in partnership with NHPCO and the Hospice Association of America. (2002). *Study of Hospice-Hospital Collaborations*. Retrieved 22 October 2008, from http://www.nhpco.org/files/public/CAPC_-_Survey_Survey_-_Sutton_Final_Report_4.pdf
- von Gunten, C.F., Ferris, F.D., Portenoy, R.K., & Glajchen, M, eds. (2001). *CAPCManual*. How to establish a palliative care program. Retrieved 22 October 2008, from <http://64.85.16.230/educate/content.html>
- World Health Organization. (1990) “Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee”. *World Health Organization Technical Report Series*. 1990