

10 チーム医療

1 多職種連携と分担

現在のがん医療では、さまざまな専門の医療者が連携して治療や支援を進めていくチーム医療が行われている。医師だけでも外科医、内科医、腫瘍内科医、放射線診断医、放射線治療医、病理医、緩和ケア医、精神腫瘍医、リハビリテーション医、麻酔科医と多岐にわたり、さらに担当の看護師、各専門分野の看護師、臨床検査技師、薬剤師、管理栄養士、ソーシャルワーカー、診療放射線技師、リハビリ専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）などさまざまな専門性をもつメディカルスタッフがそれぞれがん患者に関わり、通常の診療やがんセンターボードなどのカンファレンスで意見交換をしながら診療する。また、がん医療が病院内で完結することは少なく、地域の在宅医療の医師や訪問看護師、介護サービスなどと、退院後の医療・療養を分担して行う。またチームには医療者のみならず、患者自身、家族や、がん体験者によるピアサポートも含めて考えることもある。

がん患者や家族の気持ちのつらさへの対応もチーム医療の一環として行われる。気持ちのつらさへの関わりの内容を専門性ごとに示す（表1）¹⁾。気持ちのつらさに専門的に関わる医療者（精神腫瘍医、心理士、精神症状を専門とする看護師など）は、がん医療を行う病院の一員として、もしくはクリニックなどががん医療を行う病院とは異なる施設の立場から、がん医療チームに加わる。がん治療チームの求めに応じて専門家としてがん治療医に助言をする“コンサルテーション”を行う。患者への対応だけでなく依頼者である医療者への対応が求められるコンサルテーションでは、主治医としての診療と異なる、活動上注意すべきいくつか

表1 がん患者の気持ちのつらさに対する評価と介入の役割分担

専門性ごとのグループ	職種の例	評価	介入
すべての医療とソーシャルケアの専門家	担当医、担当看護師など	心理的ニーズの認識 気持ちのつらさのスクリーニング	患者にとって必要な情報を伝えるように提供する 思いやりのあるコミュニケーションと一般的な心理サポート
専門性の一部に心理支援を含む専門家	緩和ケア医、緩和ケアを専門とする看護師、ソーシャルワーカーなど	気持ちのつらさの原因や程度、背景にある心理的問題を評価する	つらさの原因の解決支援 問題解決技法、不安のマネジメントなどの心理介入
精神保健の専門家	精神科医、心療内科医、心理士、精神科専門看護師など	精神病理の評価 精神医学的診断	認知行動療法を含む専門的な精神療法 薬物療法

※医療者以外の地域のサポート資源、がん患者同士のサポート（ピアサポート）は常に活用を考える

[Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer¹⁾を参考に作成]

表2 コンサルテーション十戒

	補足
1. 問題を明確に	依頼者が具体的に何を求めているか事前に話し合う 例：認知症患者のケアを求められているのか、手術適応評価を求められているかではフィードバックが異なる
2. 緊急性を確認する	即時の対応が必要か、急ぎではないのかを依頼者に確認する
3. 自分の目で確かめる	診療録を見るだけでなく、直接の診察や周囲からの聞き取りをして、患者の状態や問題点の評価を行う
4. できるだけ簡潔に	診療録への記載は、特にアセスメントと推奨を中心に記載する
5. 具体的に	依頼者の目的や、専門家として対応すべきと考えた目標を明確にして、具体的な関わり方や処方などの対応を提案する
6. 先を予測して備える	現在の問題だけでなく、今後の問題を想定して対応する 例：今後使われやすい抗がん剤との相互作用も考慮して向精神薬を選択する 例：抗がん剤治療中止が予想されるため、心の準備状態について評価しておく
7. 相手の領域を尊重する	単純に精神面への推奨を提案するだけでなく、現実的な問題に対する依頼者の専門性、考えを尊重し、相談された問題に関して対応する 例：退院を希望している患者の意向を伝えるだけでなく、担当医が考える入院の必要性や考えを尊重して、対策や代替案を検討する
8. 教育	すべてのコンサルテーションを教育や宣伝の機会と考える 例：評価のポイントや対応の過程がわかるように診療録を記載する 例：推奨と合わせて役に立つ資料を紹介する
9. 直接話す	依頼者との連絡は診療録上の記載だけでなく、口頭でも行う 顔の見える関係をつくる
10. フォローアップ	依頼者や患者が求めている役割を意識しながら継続的に介入する いつ、どのような形で介入を終了するか、他の医療機関に連携するのについても意識する

[Goldman L, et al. Ten commandments for effective consultations. Arch Intern Med 1983; 143: 1753-5²⁾より引用、一部改変]

の点がある(表2)²⁾。

気持ちのつらさへの対応のコンサルテーションを行う専門家も、多職種から構成される専門家チームを組むことが多い。専門家としてコンサルテーションを行う代表的な体制を表3、図1に示す。例えば手術室チームのような従来の医療チームは、各職種の役割が明確に定められておりその役割のなかで専門性を発揮することが求められているが、気持ちのつらさに対応するような専門家チームでは、違ったチームワークが求められる。専門家多職種チームでは、チーム全体のリーダーはいるが、取り扱うテーマによりリーダーとして働く職種が変わることがある。他のメンバーの専門性も理解し連携しながらチームとしての目標達成を目指す(例：緩和ケア医が緩和ケアチームのリーダーだが、患者の気持ちのつらさについて心理士が中心になり対応を話し合い、症状の程度の評価を精神腫瘍医に、背景の痛みを緩和ケア医に、経済的問題をソーシャルワーカーに分担して包括的ケアを行う)。このような多職種チームを interdisciplinary team と呼ぶ。機能的なチームのための条件を表4³⁾に示す。入院患者だけでなく、外来での主治医チームとの連携、地域医療機関や介護サービスとの連携、保健所や学校など地域社会との連携、ピアサポートとの連携など、幅広く患者を支えていく視点が必要である。

表3 サイコオンコロジストが所属することの多い病院内チーム

	職種	対象	役割	関連する診療報酬 (2023年時点)
緩和ケアチーム	緩和ケア医, 精神科医・心療内科医, 看護師, 薬剤師, 栄養士など	がんなど生命をおびやかす疾患を有する外来, 入院患者	身体症状・精神症状緩和 アドバンスケアプランニング支援 終末期ケア 緩和ケアに関する医療者教育	緩和ケア診療加算 (対象は悪性腫瘍, 後天性免疫不全症候群または末期心不全の患者に限られる)
精神科リエゾンチーム	精神科医, 精神科リエゾンに関わる所定の研修を修了した看護師, 精神保健福祉士, 作業療法士, 薬剤師, 心理士など	一般病棟に入院し, せん妄や抑うつ, 精神疾患を有する患者	精神症状の評価, 治療 外部医療機関への連携 精神症状に関わる医療者教育 診療に関わる職員のメンタルヘルス対応	精神科リエゾンチーム加算

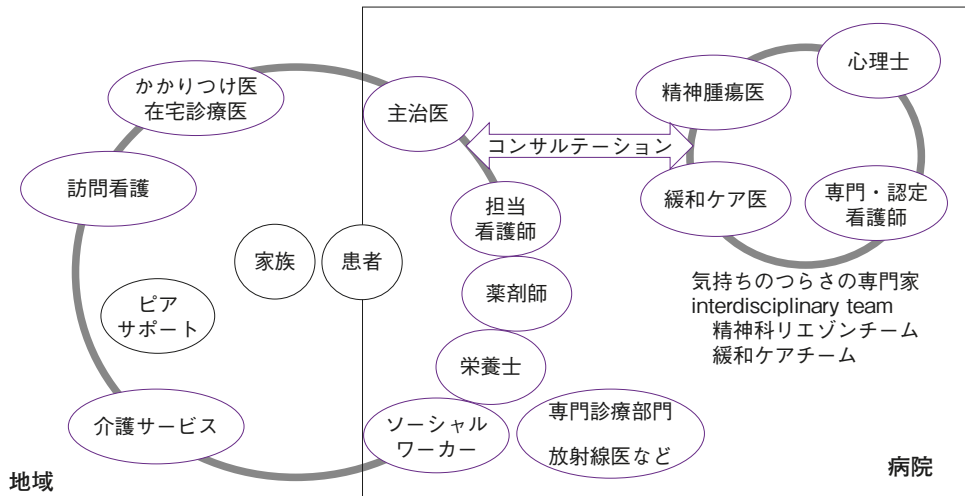


図1 がん患者を取り巻く医療チームモデル

表4 機能するチームの条件

条件	例
チームの使命や目的があること	患者のつらさをやわらげる 主治医チームが患者のケアを円滑にできるようにする 主治医チームの緩和ケア技能を向上する
メンバーが目的達成のために活動する意欲があること	チームでの活動が評価されており, スキルアップの機会が保証されている ×希望していないのに配属される, 他業務を優先するように指示されている
メンバーの役割分担が明確であること	メンバーの専門性, 技能について互いに知る 「この患者の慢性疼痛に認知行動療法ができるかもしれません」など 何ができるかをチーム内で言語化する
メンバー間に緊密なコミュニケーションがあること	定例カンファレンスなど話し合う機会を設ける 特に医師以外の職種が発言しやすい雰囲気をつくる

[小川朝生, 他編. 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア, 創造出版, 2014³⁾より引用改変]

(秋月伸哉)

文献

- 1) National Health Service (NHS) —National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidance on Cancer Services: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. pp78-80, 2004
- 2) Goldman L, Lee T, Rudd P. Ten commandments for effective consultations. Arch Intern Med 1983; 143: 1753-5
- 3) 白波瀬丈一郎. 13. チーム医療. 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア (小川朝生, 内富庸介 編). pp133-9, 創造出版, 東京, 2014

2 看護師の関わり

1) がん医療における看護師の役割と看護に特徴的なこころのケア

がん患者は、がんと診断されてから、再発時、抗がん治療中止時、終末期に至るいくつもの局面において、さまざまな苦悩をかかえることが少なくない。がん医療に従事する看護師は、病院や地域での担当看護師として、チームの専任看護師として、相談業務を行う看護師として、などさまざまな場面で患者と関わる機会がある。そのなかで症状マネージメント、心理的支援、意思決定支援などを行い、がん患者の病の軌跡を共に歩んでいく役割がある。

元々、看護とは生理的欲求を充足したり日常生活の援助を行うことを通じ、母性的・養育的機能を担う職業として位置づけられている¹⁾。例えば、入院生活において看護師が定期的にラウンドを行うことや清拭などのケアを提供すること、そしてそのなかで自然ないたわりの言葉をかけることは、患者に安心感や心地よさを提供し、潜在的に気持ちのつらさの緩和につながる場合が多いだろう。このような機能は、治療的・発達促進的環境としての看護とされ、看護に特徴的なこころのケアと捉えられている²⁾。

2) NICE によるこころのケアと看護師の役割

NICE (National Institute for Clinical Excellence) 支持緩和ケアマニュアルによるこころのケアの4段階(表5参照)^{3,4)}のうち、看護師が担う主な役割は、第1段階の「心理的ニードを認識し、適切な情報提供や理解の確認、共感や敬意を示す」といった介入と、第2段階の「がん診断時、再発時、抗がん治療中止時などにおける心理的苦痛をスクリーニングし、危機介入、支持的精神療法、問題解決技法のような心理技法の介入を行うこと」と位置づけられている。前者は、がん医療に携わるすべての看護師の普遍的かつ重要な役割であり、前述1)で述べたことと同様のものといえる。後者は専門・認定看護師など、より専門的知識・技術を有した看護師の役割であると考えられる。

3) がん患者指導管理料におけるこころのケアと看護の役割^{5,6)}

わが国のがん対策では、2010年(平成22年)診療報酬改定で「がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実項目」として「がん患者カウンセリング料(現がん患者指導管理料イ)」が新設された。これはプライバシーが保てる環境で、がんに関する研修を修了した医師と有資格の看護師が共同して診断・治療方針の説明や意思決定支援を行った場合に算定可能である。さらに2014年(平成26年)改定では、がん患者指導管理料2(現ロ)が新設され、がんに関する研修修了医師または有資格の看護師または公認心理師が、がん患者の心理的不安の軽減のため面接を行った際に算定可能となった。ここでの有資格の看護師とは、「がん患者

表 5 がん患者の心理的評価とサポートの 4 段階

第 1 段階 すべての医療者	
評価	心理的ニードの認識 (必要に応じて精神保健の専門家に紹介)
介入	基本的なコミュニケーション技術 (適切な情報提供, 理解の確認, 共感, 敬意)
第 2 段階 心理的知識を有する医療者 (緩和ケアチーム, がん看護専門看護師, ソーシャルワーカー, 家庭医)	
評価	心理的苦痛のスクリーニング (がんの診断時, 再発時, 抗がん治療中止時などストレスが高まる時)
介入	問題解決技法のような心理技法 (問題解決療法など)
第 3 段階 訓練と認定を受けた専門家 (心理士)	
評価	心理的苦痛の評価と精神疾患の診断 (重症度を識別し, 必要に応じて精神科医に紹介)
介入	カウンセリングと精神療法 (不安マネジメント, 解決志向的アプローチ)
第 4 段階 精神保健専門家 (精神科医)	
評価	精神疾患の診断 (重症の気分障害, 人格障害, 薬物乱用, 精神病性障害を含む, 複雑な精神的問題)
介入	薬物療法と精神療法 (認知行動療法)

[小川朝生, 他. 精神腫瘍学臨床エッセンス, p15, 創造出版, 2012⁴⁾より引用改変]

の看護に従事した経験を有し, がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了した専任の看護師」である。がん患者指導管理料 2 (現口) の算定対象となる患者は, がんと診断され継続して治療を行う患者のうち, Support Team Assessment Schedule (STAS)-J (STAS 日本語版) で 2 以上の項目が 2 項目以上該当する, または DCS (Decisional Conflict Scale) 40 点以上であるとなっており, 一定以上の苦痛がある者とされている。そのような患者へ, 身体症状および精神症状の評価および対応, 病状, 診療方針, 診療計画, 日常生活での注意点などの説明, 患者の必要とする情報の提供, 意思決定支援, 他部門との連絡・調整など, 患者の心理的不安軽減のための指導を実施した場合に算定できることとなっている。したがって, 面接を行いながら患者に寄り添い, 不安のもとになっていることを整理し, 不安を軽減させるためのアプローチを共に考え, 対応を助言・指導することが看護師に求められる支援である。これらの支援を受けることで患者の不安が軽減し, QOL の維持向上に役立つことが期待される。

4) がん患者の心理的不安軽減のために看護師が行う面接について

2013 年の厚生労働省の緩和ケア推進事業において, 「いつでも適切に相談支援をうけられるよう, がん看護を専門とする看護師などによる定期的ながん看護外来を運営し, がん患者のカウンセリングを行う」と明記された。これを契機に各施設でがん看護外来の設備が急速化した⁶⁾。その結果, 看護師による心理的不安軽減のための面接は, 看護外来にて提供されることが多くなってきた。

がん看護外来は, がん看護専門看護師やがん領域の認定看護師が, がん患者・家族のがんに関連した問題から発生した不安や困りごとに対し解決の糸口を見つけられるよう相談にのる場合が多い。がん患者の悩みは, 痛みや副作用や後遺症などの身体的苦痛や, 落ち込みや不安や恐怖といった精神的苦痛, 夫婦や子どもとの関係といった家族の問題, 仕事, 社会的地位などの社会との関わりに関する問題, 収入や治療費, 将来の備えといった社会的問題,

医師や看護師との関係性、これからの生き方などの実存的苦痛など多種多様である⁷⁾。これらの悩みは複合的に絡み合い、相談として持ち込まれる場合が多い。そのため、まずは患者の問題を共に整理し、問題を紐解くやりとり、何が不安を生み出しているのかを明らかにしていくプロセスが必要となる。その際に基本的コミュニケーションは必須である。ここでの基本的コミュニケーションとは、患者の訴えを正確に聴き理解する、理解が難しい場合は質問を投げかけてみたり、理解した内容に対する看護師の気持ちや考えを伝えるというような双方向の会話のやりとりのことである⁸⁾。なかには患者自身が問題の本質に気づいていない場合もあるが、基本的コミュニケーションを重ねると自然に問題が整理され、不安の緩和につながることも多々ある。

がん看護外来への相談は、相談に応じる側の看護師にとっても「この状況なら不安を感じるのは当然だろう」や「自分も同じ立場なら不安になるだろう」などのように、“そのような心境になるのは理解できる”と思える不安をかかえた対象者が多いが、なかには不安の程度が強度だったり、不安の内容が不明瞭な相談に出会うこともある。また気持ちの落ち込みが通常より長期間継続していたり、希死念慮を口にする患者に出会うかもしれない。こういった対象者は、精神保健の専門家による介入が必要な精神的問題をかかえている可能性も考えられるため、専門家につなぐことも重要な役割である。

(梅澤志乃, 小野聡子)

II 文献

- 1) Mellow J. A personal perspective of nursing therapy. *Hosp Community Psychiatry* 1986; 37: 182-3
- 2) 川名典子. 第Ⅶ章 治療的・発達促進的環境としての看護. *がん患者のメンタルケア*, pp97-110. 南江堂, 東京, 2014
- 3) National Health Services (NHS) —National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Guidance on Cancer Services: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer*. 2004 <http://www.nice.org.uk/guidance/csg4/resources/improving-supportive-and-palliative-care-for-adults-with-cancer-pdf-773375005> (2023年1月27日閲覧)
- 4) 内富庸介. *がん患者のコンサルテーション*. 精神腫瘍学クリニカルエッセンス (小川朝生, 内富庸介編). pp13-20. 創造出版, 東京, 2012
- 5) *がん患者指導管理料*. 診療点数早見表, 医学通信社, pp259-61, 2022
- 6) 柏木夕香. *がん患者カウンセリングとがん看護外来*. 医学と薬学 2019; 76: 813-9
- 7) 小川朝生. *心のケアの考え方 精神心理的苦痛のアセスメント*. 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア (小川朝生, 内富庸介編). pp36-52. 創造出版, 東京, 2014
- 8) 吉田哲. *看護とカウンセリングⅡ ターミナルケアの場面*. pp23-36. メディカ出版, 大阪, 2000

3 心理士の関わり

わが国に存在する数多の心理系の資格のなかでも、社会的な認知度が高い資格として「臨床心理士」が挙げられる。しかし、臨床心理士は国家資格ではないことから、公的な医療制度などには組み入れづらいという問題も長年指摘されていた。このような状況の下、2015年に公認心理師法が国会で成立し同年公布、2017年に施行され、心理士初の国家資格である「公認心理師」が誕生した。公認心理師はチーム医療の一員として診療報酬上も明記されており、医療の一端を担っている。2022年度の診療報酬改定では、「がん患者指導管理料(口)」や「療養・就労両立支援指導料」に関して、既存の項目の算定職種に公認心理師が加わり、今後がん医療においても心理士にかかる期待はますます増大すると考えられる。

それでは、心理士はチーム医療のなかで、どのような役割を果たすことができるのだろうか。以下では、チームのなかでその専門性がより発揮されやすい活動について紹介する。

1) 患者を取り巻く医療システムへの関わり

心理士のアセスメントの対象には、患者個人のみならず、患者を取り巻く医療システムも含まれる。心理士は、主治医や病棟からの依頼を受けて動くことが比較的多い。そのような際、まずは依頼のあった経緯や、依頼主は誰で、困っているのは誰なのか（患者が困っているのか、患者への対応に医療者が困っているのかなど）、主治医は患者にどうなってほしいと考えているのか、患者と医療者との関係性および医療者同士の関係性はどうか、などを多角的にアセスメントする。このように、チームや病棟といったシステム全体を俯瞰して捉える視点をもつことは心理士の特徴の一つであり、これがあるからこそ、以下(1)～(3)の活動も可能となる。

(1) コンサルテーション

がん医療の現場で心理士がコンサルタント（相談される側）となる場合、コンサルティ（相談する側）は通常、担当医や病棟看護師など主治医チームである。コンサルタントとしての心理士は、まずはコンサルティがどのようなことにどの程度困っているのかについてアセスメントを行う。そのうえで、場合によっては直接患者や家族と面談することも通して、そこに生じている問題や、コンサルティ（および関係する医療者）と患者・家族との関係性について、アセスメントを行う¹⁾。その後、心理士の立場から理解されたこと（仮説）をコンサルティと共有し、それについてのフィードバックを受けながら対応について提案や推奨を行っていく。その際、心理士が直接的に患者に関わる許可を得たり、協働を提案したりすることもあるが、最終決定権をもつ主役はあくまで主治医チームであることを自覚し、コンサルティの自律性を支えることを意識して関わるのが肝要となる。なお、コンサルテーションの形式としては、病棟などに出向いてコンサルティと話し合うこと以外に、カンファレンスなどの場で見解を伝え、対応に関する助言や提案を行う、といったかたちをとることも多い。

(2) 関係の調整

組織・集団に対するアセスメントの視点を活かして、チームや病棟といったシステム、またそのなかでの人間関係の様相を俯瞰し、患者-医療者間や、医療者同士の間などをつなぐ役割も心理士には求められる。それはいわば、コーディネーター的な役割といえる。医療現場では、患者に対する考え方や専門性の違いから、医療者間のコミュニケーションに齟齬が生じたり、役割分担がうまくいかなかったりすることがある。また、医療者側が伝えたと思っていた情報が患者にうまく伝わっておらず、両者の理解に食い違いがみられることもある。それらによって、緩和ケアチームへの介入依頼が遅れる、転院調整が進まない、などの事態もしばしば生じる。そのような際、間に入って今後の対応を整理したり、相互不信感を和らげるよう働きかけたりできるのは、アセスメントやコミュニケーション技法、葛藤のマネジメントなどについて専門的に学んでいる心理士の強みである。また、トラブル発生時のみ

ならず、治療の方向性についての意思決定や、積極的治療の中断に関する話し合いの際などに、患者、家族、医療者の間をうまくとりもち、不要なトラブルの発生を防ぐよう動くことも重要な役割といえる。

(3) 医療者のケア

医療者は、がん患者や家族と同様に、ストレスを強く感じるような多くの状況に直面することが指摘されている^{2,3)}。よって、医療者のバーンアウトや共感疲労などの問題を防ぎ、精神的健康を保つための支援が求められる。そのために、心理士が果たすことのできる役割はいくつかある。予防の観点からは、①日常的に医療者とコミュニケーションをとり、ちょっとした雑談の延長線上として、気がかりについての話を聴くこと、②管理職やチームのメンバーとの話し合いのなかで、心配な様子スタッフはいないか、いるとすればどのように環境調整や対応を行うかについて一緒に考えること、③デスカンファレンスなどに同席し、医療者個人やチームによる患者への関わり意義を積極的に見出し共有すること、④医療者のメンタルヘルスやストレス予防などに関する研修を担当すること、などが挙げられる。ただし、これらの予防的関わりがうまく機能せず、特定の医療者のメンタルヘルスの問題が顕著になり当人の苦痛が著しい場合、あるいはそのことがチームとしての機能に大きな支障をきたしている場合には、速やかに個別のケアにつなげていく。

2) 患者への関わり

心理士は、患者ががんに伴う心身の負担を軽減できるよう、また可能な限り自身の力で現実に適応できるよう、そしてそれによって全般的なQOLが向上するよう、働きかけを行う。そのような働きかけの中心となるのは、アセスメントと心理的介入である。

がん患者のアセスメントを行う際には、包括的アセスメント（Ⅱ章7-2を参照）が基本となる。そこでは、問題の背景となりうる主要な要素（身体、精神、社会・経済、心理、実存）について順番に、かつ網羅的に評価していく。また同時に、患者の示す問題が、果たして心理士が介入すべきものか否かの判断も行う。当然ながら、すべての患者が心理士による支援や介入を必要としているわけではなく、さらには、重篤な精神症状が疑われるなど、心理的介入がかえって患者の精神的健康を損なう恐れのある場合もある。そのようなケースを見極め、速やかに精神腫瘍医などにつなぐことができることも、心理士にとって必須の技能であろう。

包括的アセスメントを行ったうえで、患者に対する心理士の介入が適切かつ可能と判断された場合には、必要に応じたケース・フォーミュレーションを行う。それは、アセスメントを通して得られた生物・心理・社会的な情報をもとに、患者の困難がどのように関連し合っているのか、また患者がなぜそのタイミングと状況で困難を示しているのかについて、主には心理学の理論や原理を用いて仮説を立て、それに基づく方針へとつなげていく⁴⁾ことを指す。さらにそのような仮説は、介入の結果により常に修正され続け、次の介入へとつながられる。このような「仮説」および「過程」を定期的にチーム全体で共有することにより、チーム内での患者の理解や方針の明確化が促進される。

介入の方法としては、個人もしくは集団を対象としたカウンセリングや精神療法（心理療

法、サイコセラピー)が主となる(精神療法の詳細については、II章9-Aを参照)。とはいえ、がん医療の現場では、面接室や時間といった「枠」を重視しての一般的な心理面接を実施する機会は少ない。ベッドサイドや相部屋のカーテンの奥で、時にはICUにて気管内挿管された患者とジェスチャーや文字盤を交えて、状況や病状を考慮しつつ臨機応変な対応を行う。

以上、チームのなかで心理士の専門性が発揮されやすい活動および内容について概説したが、これらの活動のすべては「コミュニケーションによる相互作用」を通して実現され、よってその技能は心理士にとって必須となる。また、活動のための土台づくりとして、医療者たちに心理士の存在や顔を知ってもらうことや、日頃から何気ないコミュニケーションを心がけ、気軽に相談してもらえる雰囲気づくりをしておくことが望ましい。最後に、心理士としての専門性はしっかりと認識しつつも、いざというときには、状況に応じて自らの専門的知識と技能を棚上げできるということも、専門性として要求される⁵⁾。そのような柔軟性こそが、チーム医療のなかで働く心理士としては何より重要であろう。

(福森崇貴)

文献

- 1) 平井啓. 精神・心理的コンサルテーション活動の構造と機能. 総病精医 2016; 28: 310-7
- 2) Najjar N, Davis LW, Beck-Coon K, et al. Compassion fatigue: a review of the research to date and relevance to cancer-care providers. J Health Psychol 2009; 14: 267-77
- 3) Fukumori T, Miyazaki A, Takaba C, et al. Traumatic events among cancer patients that lead to compassion fatigue in nurses: a qualitative study. J Pain Symptom Manage 2020; 59: 254-60
- 4) Johnstone L, Dallos R. Introduction to formulation. In Johnstone L, Dallos R, eds. Formulation in psychology and psychotherapy: making sense of people's problems. Routledge, 2014
- 5) 小川朝生. がん患者の「からだ」と「こころ」. からだの病気のこころのケアチーム医療に活かす心理職の専門性 (鈴木伸一 編). pp18-29, 北大路書房, 京都, 2016

4 病院管理者の立場からみた病院組織としての関わり

本項の領域は、先行研究に乏しい。また、わが国と外国の医療制度の違いなどもあることから、諸外国のやり方をそのまま導入することは難しい。その点において、エビデンスを重視する“ガイドライン”としてはなじまない領域だと思われる。

その一方で、がん患者の精神・心理的問題(精神的苦痛)の軽減には、病院組織として、また病院管理者の立場から取り組む余地は大いにあり、その点では重要な視点であるともいえる。

病院管理者の立場から、がん患者の精神的苦痛を組織として考える場合は、まずは、がんに関連する法律や規則などを知ることが大切である。

がんについては、「がん対策基本法」(平成18年法律第98号)¹⁾と、その規定に基づき閣議決定された「がん対策推進基本計画」(以下、がん計画)²⁾が整備されている。さらに、がん診療連携拠点病院(以下、拠点病院)制度における「拠点病院等の整備に関する指針」(以下、指針)³⁾が、病院管理者として具体的に何をすることが好ましいのかの道しるべとなる。

2016年12月に改正されたがん対策基本法では、第15条で緩和ケアの専門的な知識及び技

能を有する医師その他の医療従事者の育成を、第17条でがん患者の状況に応じて緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすることを、国及び地方公共団体の義務としている。

2023年3月に閣議決定された第4期がん計画では、緩和ケアについての取り組むべき施策として、①がん医療に携わる全ての医療従事者により、がん患者やその家族等の精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらの個別の状況に応じた適切な対応が、診断時から一貫して行われる体制の整備を推進すること、②がんの診断時は、精神心理的苦痛や社会的苦痛に対する適切な支援が全ての医療従事者により提供され、また、必要に応じて緩和ケアチームとの速やかな連携が図られるよう必要な体制の整備を推進すること、が記されている。

拠点病院制度は2001年度に発足し、その後はがん対策基本法やがん計画を具現化するものとして整備が進んできた。現在は、2022年8月に改訂された指針に基づき、その指定が厚生労働省によって行われている。指針はあくまでも拠点病院等において義務及び努力目標とされているものではあるが、冒頭にも記したように、がん患者の精神的苦痛の軽減のための病院組織的なエビデンスがほほない状況において、すべての病院管理者にとって、病院組織としての対応を考える時に拠り所とすべきものの一つである。

がん患者の精神的苦痛の軽減のために、病院管理者として図るべき具体的な方策を、指針を参考に、以下に示す。

1) 緩和ケアチームを組織する

緩和ケアに興味のある複数以上の医師、看護師と薬剤師がいれば、とりあえず緩和ケアチーム（以下、チーム）は結成できる。専門資格をもっていなくても、まずは緩和ケア研修会修了者であればよしとする。ただし、可能であれば、精神科医もしくは心療内科医が当初から入っていた方が、がん患者の精神的苦痛の軽減のためには効果的である。もし人材が院内に乏しい場合は、病院管理者が指名することも1つの手である。

さらに、心理士、医療ソーシャルワーカー、リハビリテーション専門職（作業療法士、理学療法士、言語聴覚士）、管理栄養士などを加えていく。この場合も、チームの立ち上げ時に病院管理者がイニシアチブをとる方がよいと思われる。

そのうえで、病院管理者として、チームの役割などを病院内で明確に位置づけることが必要であり、そのことを他の医療者に周知し、理解させることが重要である。

次に、それらの医療者に専門資格を取得させるか、あるいは専門資格をもった医療者に引き継がせることを図る。

具体的には、精神症状の緩和の担当医は日本サイコオンコロジー学会登録医、身体症状の緩和の担当医は日本緩和医療学会認定医、同専門医、同指導医が好ましい。これら資格をもつ医師の絶対数が少ないため、自院で養成を図り、資格を取得させることを病院管理者が図ることが必要である。

同様に、薬剤師は緩和薬物療法認定薬剤師またはがん専門薬剤師、看護師は緩和ケア認定看護師またはがん専門看護師、心理士は臨床心理士または公認心理師、医療ソーシャルワーカーは社会福祉士または精神保健福祉士の資格をもつ人材が望ましい。

これらの人材は、初期段階では非常勤であってもよいが、病院管理者の経営的努力も含めて、速やかに常勤化、専任化する必要がある、最終的には専従とするのが望ましい。

2) 担当医や看護師による精神的苦痛の評価と初期対応を定着させる

チームがみることができるとは限界があるため、がん患者の精神的苦痛の軽減のためには、担当医や担当看護師の果たす役割が大きい。しかし、チームに任せきりの病院も多い。病院管理者としては、精神的苦痛の評価と初期対応は担当医の役割であることを明確化し、他の医療者にも周知し、理解させることが重要である。

そのうえで、初診時、入院時、初回治療開始時、外来化学療法室初回利用時など、経時的に、精神的苦痛をはじめとする緩和に関するスクリーニングを担当医または看護師により行い、評価し、初期対応を行うことを定着させることが必要である。さらに、外来患者は受診ごと、入院患者は毎日、精神的苦痛をはじめとする緩和に関する症状を聞き取りすることが望ましい。

病院管理者は、①これらの評価、②評価の共有、③担当医による迅速な初期対応、④担当医による対応が難しい場合または初期対応が効果を示せなかった場合のチームへの速やかな紹介、が病院の共通認識になるように努めることが責務である。

3) がん患者の自殺対策を講じる

病院管理者としては、がん患者の精神的苦痛の軽減を図るとともに、病院組織として自殺対策を講じることが必須である。

具体的には、がん患者の自殺リスクに対し、外来患者と入院患者向けに個別に院内で共通したフローを使用し、対応方法や関係機関との連携について明確にしておくことが必要である。また、①関係職種に情報共有を行う体制を構築していること、②自施設に精神科、心療内科などがない場合は、地域の医療機関と連携体制を確保していることが求められる。

以上、病院管理者の立場から、病院組織として、がん患者の精神・心理的問題（精神的苦痛）の軽減をどのように図るのかについて、特に指針を参考に具体的に述べた。

今後は、がん患者の精神・心理的問題を含む緩和ケア領域における医療機関の組織体制に関する研究が進み、エビデンスに拠りこの項が執筆できるようになることを期待する。

(増田昌人)

■ 文 献

- 1) がん対策基本法 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=79aa8258&dataTyoe=0&pageNo=1 (2024年2月29日閲覧)
- 2) がん対策推進基本計画 令和5年3月 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001138884.pdf> (2024年2月29日閲覧)
- 3) がん診療連携拠点病院等の整備について <https://www.mhlw.go.jp/content/000972176.pdf> (2024年2月29日閲覧)

コラム11

医療者カンファレンス(多職種カンファレンス)の開催方法

1 医療者カンファレンスとは何か

一口に医療者カンファレンスといっても、さまざまな目的や形態があるが、緩和ケア・サイコオンコロジー領域において一般的なカンファレンスは、多職種カンファレンスであろう。

多職種カンファレンスは、医師、心理士、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、歯科医・歯科衛生士、ソーシャルワーカーなど一人の患者に関わるさまざまなスタッフが参加し、がん患者・家族の医学的問題だけではなく、心理・社会的問題など、いわゆる全人的苦痛（トータルペイン）を解決するために行う。

2 多職種カンファレンスの目的

多職種カンファレンスの目的は大きく分けて、以下の3つであると考えられる。

- ①治療・ケアの質の向上
- ②医療者間のコミュニケーションの強化—治療・ケアの共有
- ③教育的側面

3 カンファレンスの種類

カンファレンスの種類には大きく分けて以下の3つがある。

- ①定期的カンファレンス
- ②不定期（臨時）カンファレンス¹⁾
- ③ウォーキングカンファレンス²⁾

このうち③のウォーキングカンファレンスは、例えば緩和ケアチームが病棟に回診に行った時、病棟の看護師、主治医とその場で治療・ケアの共有を行い、緩和ケアチームの意見も伝える、などを指す。迅速で効果的な対応が可能になるので、筆者は頻繁に行っている。

4 カンファレンスの進め方

不定期カンファレンスについて、筆者が所属する緩和ケアチームが行っている進め方を紹介する。

不定期カンファレンスを行うのは、①患者・家族の問題点が多岐にわたり複雑化し、何が問題なのかがわからない時、②医療者間のコミュニケーションがうまくいっていないように見える時、③今後の医療・ケアの方針が不明確な時、④倫理的な問題がある時、などである。

具体的には、緩和ケアチームがハブとなり関係者に連絡をとり、時間・場所の設定をし、司会も行う。司会者の役割としては、①参加者（できれば出席者全員）の意見をしっかり聞く、②意見交換がテーマに沿っているか精査する、③時間の管理を徹底する、④カンファレンスのゴール設定の共有、の4つがあり、特に④が重要である。カンファレンスのゴールを常に念頭に置いておかなければ、カンファレンス自体が迷走しかねないからである。

カンファレンスでは、「医学的なこと」「患者さん自身の意向」「QOL」「周囲の状況」の4つに分けて抽出していく臨床倫理4分割法を使用することが多い。カンファレンスの注意点とし

ては、当事者の誰かを叱責するような場にさせないことである。カンファレンスでは常に全体をみて建設的に議論を行い、個人への意見、フィードバックなどは、カンファレンス後に個別に行うなどの工夫も重要である。

以上、多職種カンファレンスについて述べた。日々の診療で、多種多様なスタッフがカンファレンスを通じてチームとして向上し、より良いパフォーマンスを発揮されることを期待する。

(四宮敏章)

■ 文 献

- 1) 水村純子, 吉本照子, 緒方泰子. 一地域包括支援センターにおける包括的ケアに向けたケースカンファレンスの基準づくり. 保健医療科 2014; 63: 150-8
- 2) 越智崇, 真田奈美, 旗手みちる, 他. ウォーキングカンファレンス導入後の成果と課題. 尾道市民病医誌 2021; 34: 33-9