The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	ホスピス・緩和ケア病棟におけるケアの組織化
Author(s)	竹内, 慶至
Citation	大阪大学大学院人間科学研究科紀要. 2014, 40, p. 111-131
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/27179
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

ホスピス・緩和ケア病棟におけるケアの組織化

竹　内　慶　至

目　次

１．本稿の目的
２．先行研究と調査概要
３．病棟における一日の流れ
４．ケアの構成と患者中心主義
５．結びにかえて

大阪大学大学院人間科学研究科紀要 40;111-131（2014）

ホスピス・緩和ケア病棟におけるケアの組織化

竹　内　慶　至

1．本稿の目的

1-1. 問題設定

本稿の目的はホスピス・緩和ケア病棟におけるケアとは一体どのようなものなのか、そしてどのような特徴を有しているのかということについて明らかにすることである。特に本稿では、「組織」に着目し、ホスピス・緩和ケア病棟という場におけるケアがいかに組織化されていくのかを明らかにする。

現在の日本においてホスピス（病棟）や緩和ケア病棟は、がんやエイズの患者が過ごす場所となっている。日本の医療制度では、ホスピスも緩和ケア病棟も同じ「緩和ケア病棟」という名称である。だが、歴史をたどると、ホスピスと緩和ケア病棟はその出自は別のものであり、また、ホスピス・緩和ケア病棟への入院患者をがんとエイズに限るというあり方は特殊なことだとわかる。

ホスピスは中世の修道院が始まりとされ、現代ホスピスは 1967 年に C. Saunders により聖クリストファー・ホスピスにおいて始められたと言われている。Saunders は医師、看護師、ソーシャルワーカーという 3 つの顔を持つ人物で、ホスピス・緩和ケアの世界ではカリスマ的な存在である 。彼女は痛みのコントロール（＝疼痛コントロール）のためのモルヒネの定期的な投与法を開発したことでも知られている。一方､緩和ケア病棟は、1975 年にカナダのマッギル大学において緩和ケアユニットとして開始されたのがその始まりであるとされる（小松 2002）。

このように、ホスピスと緩和ケア病棟はそれぞれの源流は違うものの、ともに「痛みの緩和を目的とする」という点では共通している。また、日本においてはホスピスと緩和ケア病棟は同じ制度のもとで展開されてきたという歴史もあり、本稿においては、両者は制度的に同じであることを前提に「ホスピス・緩和ケア病棟」という言い方で同じものとして扱うこととする。

日本においてホスピス・緩和ケア病棟が制度上誕生したのは、ホスピス・緩和ケア病棟が医療保険の診療項目になり、「緩和ケア病棟入院料」が 1990 年に新設されて以降のことである。つまりホスピス・緩和ケア病棟の歴史は 20 数年ということになる。これが長いのか短いのかわからないが、それなりに時間が経ったと言えるだろう。その間に膨

大な量の緩和ケアにまつわる研究が蓄積されてきたことは言うまでもない。

だが、その一方で、社会学に目を転じると、研究蓄積が非常に少ない。特に日本のホスピス・緩和ケアをフィールドとして調査研究を行った社会学的研究は皆無に近い。社会的な重要性が非常に高い領域にも関わらずほとんど研究がないことは驚くべきことである。このような状況を背景とし、本稿は、フィールドワークで得られたデータをもとに、ホスピス・緩和ケア病棟におけるケアを描き出すことを目的とする。

本稿では、2 章で、まず先行研究と調査概要について述べ、3 章でホスピス・緩和ケア病棟の一日の流れについて概観する。4 章ではケアが組織化される過程について分析していく。さて、本論に入る前に、ホスピス・緩和ケアという実践志向性の前提となる「キュアからケアへ」という考え方について概観しておきたい。

1-2. キュアからケアへ

ホスピス・緩和ケアという動きと軌を一にして医療現場で言われてきたのが「キュアからケアへ」ということである。医療現場において「キュアからケアへ」という方向性、言葉は、特に 1990 年代以降、様々に議論されてきた（日野原 1999; 三井 2004）。「キュアからケアへ」という表現は、これまでの医療制度がキュア（＝治療）中心になっていたのに対して、ケアを医療の中心にしていこう、もしくはキュアだけでなくケアも一緒に担っていこうという動向を表している。医師の日野原重明によれば、キュア (cure) とケア (care) は「語源的にみれば同じ意味を持つもの」だが、「キュアは病いを癒し、もとの健康を回復させることであり、ケアはもっと広義に世話をするという意味に使い分けられるようになった」（日野原 1999: 7）言葉であるという。では、なぜ医療現場において「キュアからケアへ」というようなことが言われたのだろうか。

医療の世界には「臓器を診て、人を診ず」という言葉がある（日野原・瀬戸山 2003）。これは「患者」には興味を示さず、病んだ「臓器」にだけ興味を持ち、診療したり手術を行ったりする医師のことを揶揄する言葉である。そしてこのような医師の態度に対置されるのが「キュアからケアへ」という表現である。つまり、「臓器」だけでなく、「患者」の生活や考え、思いなどをも考慮に入れ、患者を「全人的 (holistic)」に診るべきだという考え方である（岡安 1989）。

また末期医療においては、患者の QOL(＝ Quality of Life) を無視し、意味のない延命治療や救命措置を行うような医療のあり方に対する批判として「キュアからケアへ」という表現が用いられる。この場合、医師は患者の治療にだけ注目し、「無駄な延命」を行うのではなく、今を生きる患者の「生」を尊重することが必要だというような含意をもって「キュアからケアへ」というテーゼが語られる。

そして、このような背景には 2 つの大きな「変化」があると一般的に言われる。

1 つめは、「急性疾患から慢性疾患へ」と言われるような疾病構造の変化である。これは、日本における疾病構造、死因構造の中心が感染症から慢性疾患、生活習慣病に変わっ

たことを指している。第二次世界大戦後、日本では生活環境の整備、予防対策の充実などにより結核などの感染症による死亡者は激減し、それに代わって脳血管障害、心疾患、がんによる死亡者が増加した（折茂・熊川 2000）。

2 つめは、「在宅死から病院死へ」という死亡場所の変化である。柏木哲夫によれば、戦後間もない 1947 年の時点で 90.8% が在宅死、病院死は 9.2% であった。それが、1977 年には病院死が 50.6%、在宅死が 49.4% になった。1977 年を境にして病院死は増加し、1995 年には病院死は 80%、在宅死は 20% あまりになったと推定されている（柏木 1997: 13-15）。

柏木によれば、病院死の問題点は次の 4 点にある。1 点目は、「やりすぎの医療の中での死」（柏木 1997: 29）である。これは先ほど述べた「無駄な延命」ともつながる。つまり、末期がんの患者の臨終に際して「無駄な蘇生術」を行ったり、余命いくばくもない患者に対して最後の最後まで輸血を行ったり、副作用の強い抗がん剤を使用したりするのである。2 点目から 4 点目に関しては、先ほど「臓器を診て、人を診ず」と述べた医師の態度に関するものである。2 点目は、「苦痛の緩和が不十分な中での死」、3 点目は、「精神的なケアが不足している中での死」、4 点目は「個性が重んじられない中での死」（柏木 1997: 29）である。そして、人々の約 80% が病院死であると推計される現代においては、柏木の述べた 4 点はそのまま「病院」を中心とした医療制度の問題点と重なる。

このように戦後の日本では、急性疾患から慢性疾患へという疾病構造の変化、在宅死から病院死への人々の死に場所の変化などの背景を持ちつつ、「臓器を診て、人を診」ない医師、「無駄な延命」、「不十分な苦痛の緩和」、「精神的ケアの不足」などの医療の問題点が顕在化してきた。そして、そのような問題に対応しようとして、「キュアからケアへ」という主張が唱えられたのである。そしてこの「キュアからケアへ」という主張と軌を一にして展開されてきたのが、ホスピス・緩和ケアという主張であり、運動であり、実践であった。

2．先行研究と調査概要

2-1. 病院組織の社会学

本稿は、ホスピス・緩和ケア病棟というまとまりをもった「組織」を分析の対象とするものである。そのような組織あるいは病院内における医療専門職と患者や医療専門職間における相互作用の研究は、1960 年代前後のアメリカに集中している。Burling らによる総合病院の組織に関する研究 (Burling 1956=1967)、Goffman による精神病院での精神障害者の適応や医療専門職との関係に関する研究 (Goffman 1961=1984)、Glaser&Strauss による終末期ケアをめぐる患者 - 医療専門職の相互作用の研究 (Glaser&Strauss 1965=1988)、Sudnow による病院組織における死の扱われ方に関する研究 (Sudnow 1967=1992) などがよく知られている。最近のものでは、Chambliss による医療組織における倫理問題の発生

に関する研究 (Chambliss 1996=2002) がある。

特に 1960 年代に書かれた Glaser&Strauss による死のアウェアネス理論に関する研究および Sudnow によって書かれた総合病院における死の扱われ方に関する研究は本稿にとって非常に示唆的である。

一方、1960 年代～ 1990 年代の日本においては、個別の研究者が病院に入り込み調査を行ったという例はほとんどなく、アメリカにおいて行われたような大規模な調査研究もほぼ皆無である。病院のエスノグラフィに近い仕事としては、大熊一夫による精神病棟、老人病棟のルポが存在する程度である（大熊 1981 など）。

ただし、最近では医療社会学者らによるフィールドワークにもとづいた研究成果が出ている。天田城介による老人介護施設、在宅介護、高齢夫婦介護の比較研究（天田 2003）や、細田満和子によるチーム医療に関する研究（細田 2003）、三井さよによる病院看護と医療専門職間関係の研究（三井 2004）、上野千鶴子による高齢者福祉の研究（上野 2011）などがある。

2-2. 組織のなかの看護

近年のケアに関する研究では、たびたび「相互行為としてのケア」ということが言われる（三井 2004）。つまり、ケアとは看護師や介護士などのケアワーカーが一方的に行う何かではなく、看護師と患者、介護士と高齢者などの間における相互のやり取りであるということである。

ただし、本稿ではこのような「相互行為としてのケア」ということに留意しつつも、もっとも注目するのは「組織」あるいは「組織化」である。組織社会学、あるいは組織科学においては、組織を記述する際には、「組織化」に着目する必要がある、という議論がある。本稿でもそれを踏まえて、ケアがいかに組織化されていくのか、つまりケアが病院組織という場所においてどのように作られていくのか、ということを明らかにしたい。

日本のホスピス・緩和ケアを先導してきた淀川キリスト教病院の元ホスピス長であった柏木は、ホスピスケアのはじまりはアメリカで学んだ「OCDP」であったと回顧している。OCDP とは、「The Organized Care of the Dying Patient（死にゆく患者への組織的ケア）」という論文のタイトルの略語である。ここでいう組織的ケアとは、現在で言うチーム医療のようなものであり、医師、看護師、ソーシャルワーカー、牧師などがチームを組み、末期の患者のケアをするということである。日本においてホスピス・緩和ケア病棟の出現前にすでに「組織化」ということが念頭に置かれつつ、日本のホスピス・緩和ケア病棟が登場したことは明記しておくべきことであると思われる。

病院という組織は、内科、外科、精神科などの科に分かれ、それぞれの科が病棟と外来を持ち成り立っている。個々の科は独自性を持ち、通常の医療行為は科ごとで完結している。

だが、病院が複雑なのは、診療科はあくまでも医師の所属科に分かれているだけであっ

て、看護師は看護部に属しているということにひとつの原因がある。つまり、看護師による日常の看護実践は医師の区分によって分けられた診療科で行われるが、所属は看護部となるのである。このことから、看護師に対する命令系統は二重になる。正確に言うと、直接の上司は看護師長や看護部長であるが、看護業務を行う際に指示を仰ぐのは所属科の医師ということになる。このような二重性自体が、ある意味看護師の置かれた状況を複雑にしていると言えるだろう。

「専門家支配」という言葉で知られている E. Freidson の『専門家支配（邦訳：医療と専門家支配）』には、医療社会学の中心的な課題は「医療ケアの組織化様式の研究」であり、どのように保健医療サービスが組織化されているのか、保健医療サービスの特質はどのようなところにあるのか、そしてそれらは利用者に対してどのように提供されているのか、などの点が重要な課題であることが述べられている (Freidson 1970=1992)。

さらに、病院のなかで働く看護師の道徳的、倫理的ジレンマの問題を、病院というある種特殊な「組織」との関連で考察した労作として、D. Chambliss による『ケアの向こう側』(Chambliss1996=2002) がある。

Chambliss は病院組織を「専門職からなる官僚機構」(Chambliss1996=2002: 20) ととらえ、病院という場に作られる独特のルーチンを描き出している。Chambliss によれば、病院では「善良な人がナイフを持ち、人を切り裂」いたり、「善人が人に針を刺し、肛門や膣に指を入れ、尿道に管を入れ、赤ん坊の頭皮に針を刺」したりしている。病院という組織には他の組織と違い、「日常における正常な一部として、人々は苦しみ死ぬ」(Chambliss1996: 16) という決定的な要素があるという。この要素を前提として、病院においては一般社会とは異なる道徳システムが存在するという。

Chambliss はこのことを踏まえて、5 つのことを述べている。そのどれもが、本稿にとって重要なものであるため、列挙する。第 1 に、病院組織における医療専門職について考える際に、「比較的自律した意思決定者達を想定するのは、明らかに非現実的である」こと。第 2 に、「人々は職業人として、また組織人として、与えられた環境の中で役割を持って働いており、それが彼らの行動を決定づけている」こと。第 3 に、「権力は、あることが倫理的問題と見なされるかどうか、それがどの程度公に議論されるか、そしてどのような結論が導かれるかを決定する重要要素である」こと。第 4 に、「潜在的には重大な争点とも成り得る医療倫理上の『重要案件』の多くが、深く考察されることもなく、ありきたりの日常性の中に埋没されてきた」こと。第 5 に、保健医療の重大問題は、議論不足によるものではなく構造的なものであるため、教育の強化や、倫理セミナーの開催や、著作活動などでは解決しないこと。

以上のことからわかるのは、医療専門職の織りなす相互作用の考察を行う際には、「組織」というものを十分考慮に入れる必要があるということである。そして、医療専門職の自律性というものも、単独で機能するものではなく、集合的なものとして初めて意味をなすということを常に念頭に置いておく必要があるということである。

2-3. 調査概要

本稿で用いるデータは日本国内計 5ヶ所の病院のホスピス・緩和ケア病棟における調査によって得られたものである。5ヶ所すべての病院で聞き取り調査を行い、そのうち 2ヶ所の病院では観察調査を実施した。

聞き取り調査ではまず、2002 年 11 月の時点でホスピス・緩和ケアを有する病院のうち首都圏にあるものの中から 21ヶ所を選定した。そして、看護部長等に調査の受入れをしているかどうかを電話確認した。そのうち「調査の実施が可能かもしれない」もしくは「調査の受入れの可能性あり」と回答のあった 11ヶ所に依頼書、研究計画書、履歴書等を送付した。その後、再度電話で（一部、郵便、E-mail にて調査不可能と回答があった。）調査が可能か確認し、3ヶ所から調査可能と回答を得た。

それを受けて、2006 年 8 月 21 日～9 月 14 日にかけて、首都圏にあるホスピス・緩和ケア病棟（＝緩和ケア病棟承認施設）3ヶ所において、看護師に対する聞き取り調査を実施した。また、参考のために、事務長や理事にも若干の聞き取りを行った。看護師に対する聞き取り調査では構造化面接法を採用した。調査内容は、インタビュイーの許可を得たうえで IC レコーダにて録音した。録音したものは後日テープ起こしを行った。また、調査項目の一部は質問紙への記入という形式を採用した。

また、観察調査を行った 2ヶ所の病院については知人を介して病院長を紹介してもらい、病院長の許可および病棟長の許可を得たうえで観察調査および聞き取り調査を行った。D 病院では 2009 年 8 月 16 日から 9 月 17 日までの約 1 ヵ月間観察調査を行った。E 病院では 2010 年 8 月 3 日から 9 月 2 日までの約 1 ヵ月間調査を行った。

３．病棟における一日の流れ

本章では、ホスピス・緩和ケア病棟における一般的な一日の流れを確認する。次の頁に示したのが、患者、看護師、医師に分けて記述した一日の主な流れである（表 1）。

まず、患者からみた一日の時間の流れについて。患者については観察調査を行ったわけではないので、一日中何をしているかの詳細な記録はあまりない。ただし、一日中寝た状態のままの患者、食事以外は病室にこもってずっとテレビを見ており、時々トイレのために起き上がる患者など、部屋から一歩も外に出ない患者も多く、一日中はりついて観察調査を行ったところでそれほど特別な現象が見られる感じはしない。もちろん、死が近づいている患者とそうではない患者によって、家族や知人等の出入りには差があるようではあるが、あくまでも患者家族の行動である。また、部屋から一歩も出ないというより、自分で歩くことができないため、出られないと言った方が適切な患者も多く、自分一人で歩ける患者は半数にも満たない。患者の行動で決まった時間になされるのは、1 日 3 回の食事と、モルヒネなどの麻薬、睡眠導入剤など薬の投薬の時間くらいである。入浴時間については、器械（リフト）を用いた入浴患者は午前中に入浴することがほと

んどである。

表 1　一日の流れ

	患者	看護師	医師
午前7時	朝食	朝食の配膳	
8時		申送り、ショートカンファレンス（あわせて15分～30分程度）	病棟に到着、カルテのチェック、申送りを聞く、薬のオーダー
9時		病室をまわる（バイタルチェック、清拭）	病室まわり
10時	入浴	お風呂介助	カルテの入力
11時		配薬	11時半から昼休み、昼食
12時	昼食	昼食の配膳、自身の休憩	
13時		昼のカンファレンス（30分～1時間弱）	昼のカンファレンス（30分～1時間弱）
14時		面談	面談（1時間）
15時		看護記録の記入	カルテ入力
16時		申送り、夜用の薬の準備	病室まわり
17時		麻薬のチェック、病室まわり（センサーマットチェック、尿量のチェック、酸素量を増やす）、夕食の配膳	17時退勤
18時	夕食	注射の用意	
19時		点滴の用意	
20時		点滴、注射の実施、下膳、患者の顔を拭く、おむつ交換	
21時	21時30分消灯	空の点滴後始末、尿の回収、アイスノンを持っていく、	
22時		ナースコール対応、CSI注射交換、レスキュー早送り、モルヒネ処方	
23時		病室の見回り、看護記録の記入	
午前0時		深夜勤務者到着、申送り、カルテ確認、麻薬のチェック、点滴の用意	
1時		勤務者表の書き換え、朝の薬の準備	
2時		病室見回り、体位交換、トイレ介助、	
3時		休憩（その間にナースコール対応）	
4時		病室まわり（ドレーンチェック、レスキューを患者に渡す）	
5時	起床	病室まわり（カーテンを開ける）、CSIのチェック	
6時		ナースコール対応、タオルを患者に渡す、バイタルチェック、薬を配る	
7時		看護記録記入、食事介助、下膳	
8時		看護記録記入、申送り、モルヒネの量チェック	病棟到着

また、時々他の診療科（例えば歯科に入れ歯治療を依頼したり、その他検査をしたりなど）の受診をする患者がいるが、これも基本的には午前中がほとんどである。ただし、他科受診はそれほど多くはない。患者はこれらの決まった時間以外は各自が自由に過ごしているというのが基本である。

続いて看護師の一日の流れであるが、びっしりと埋まっているように、昼の休憩時間、深夜のわずかばかりの休憩時間以外、休む暇もない。ここに書き出したのは 3 人の勤務

者（夜勤、日勤、準夜勤）の記録をあわせたものである。

看護師の仕事は、時間が定まっている内容が比較的多い。1 日 3 回の食事の配膳と下膳、配薬、薬のチェック、バイタルチェック、申送り、ショートカンファレンス、カンファレンス、患者の部屋の見回りなどは大体時間が定まっている。その間に、看護記録などの各種記録の記入、麻薬、眠剤、向精神薬などの薬剤（点滴、注射、貼り薬、経口薬）の準備、便処置（尿の回収）など他の業務を行っているので、結局その他の業務を行う時間も限られているというのが実情である。

このように書くとほとんどがいわゆる「業務」で埋まっており、患者の話を聞いたり、患者のニーズに沿うような「ケア」はないのか、という疑問がわくかもしれない 。確かに、患者と接する時間をまとまって 1 時間取るようなことは難しいだろう。ただ、各種の処置やチェックなどで病室に訪れることは多く（実際、ナースステーションに看護師が大勢いるのはカンファレンス、申送り、看護記録を書く時間くらいである）、その際に患者と長く話している様子が見受けられた。また、ナースコールに対する対応もなるべく早く対応しようという取組みもなされていた。ただし、そのような時間の配分については、その日の受け持ちの患者数と患者の病状の重症度、看取りがあるかないか、などにも左右される。ちなみに、D 病院では日勤者は 2 名ないし 3 名の患者を受け持ち、E 病院では 3 名から 5 名程度の患者を受け持っていた。このような受け持ち人数の差はケアにかける時間にそのまま反映される。

最後に、医師の時間の流れを見てみよう。表からもわかるように、医師の業務は比較的シンプルである。カルテのチェックと薬などの処方オーダー入力、患者の様子などを診療録に記録することなどいわゆるデスクワーク的な仕事と、患者の病室を見回ること、患者やその家族と面談を行うこと、申し送りを聞き、カンファレンスに参加することなど、大まかに分けようと思えば分けることが容易である。ただし、この表には載せていないが、その他に、緩和ケア外来で患者を診ること、緩和ケアに関するアドバイスを他の病棟で行うラウンド、注射や尿道カテーテルの挿入を行うなどの医療的処置を行うことなどがあった。医師はナースステーション内にいる時間が長く、カルテのチェックやオーダーを出し、診療録を記入しているなど、PC に向かっていることが多い。また、最新の緩和ケア関連の論文をチェックしたりしていることも時々見受けられた 。

また、表には載せていないが、患者が亡くなったときの対応についても少し述べておく。患者が亡くなった場合、看護師はエンゼルメイクを行ったり、患者家族の対応を行ったり、場合によっては湯灌を行ったりしていたのに対して、医師は死亡判定、死亡診断書の作成を行っていた。患者が亡くなってから患者が病棟から「退院」するまでは数時間程度である。患者の「お看送り」は病棟にいるスタッフのほとんどで行うことが通例のようであった。なお、午前中に患者が亡くなった場合、午後にはすぐさま別の病棟から新たな患者が「転棟」してくることもあり、「患者の死」は病棟における業務の量を一気に増やすと考えられる。

4．ケアの構成と患者中心主義

本章では、ホスピス・緩和ケア病棟におけるケアがどのように構成されていくのかということを見ていく。第２章で確認したように、「相互行為としてのケア」ということを前提にしつつ、かつ「組織」を念頭に置きながら、ホスピス・緩和ケア病棟におけるケアの「作られ方」について、その中心的な原理とプロセスに着目して議論を進める。

4-1.「患者中心主義」

ホスピス・緩和ケア病棟において患者に対するケアが作られていく＝構成されていく、別の言い方をすればケアが組織化されていく際に、その中心となる原理は何であろうか。

筆者の行った調査では、ほぼ毎回、ホスピス・緩和ケア病棟におけるケアと一般病棟におけるケアの違いについて尋ねている。また、一般的に患者に対するケアを行う際にどのようなことに気をつけているかということについてもたびたび聞いている。その回答としてもっとも頻繁に出てきたのは、例えば次のような回答である。

ケアの視点で見るのには患者さんにとってはどうなんかっていうことは絶えずぶれんようにはしようかなという風には思っています。私にとってというよりも、患者にとってこれが益なのか不益なのかとか。ま、いろんな見方があるでしょ。最終的には患者にとってどうかなっていうのは、いつもフィードバックする。(D1)

D1 は病院 D の病棟師長である。看護師長 D1 はこの D 病院の緩和ケア病棟の設立当初から関わってきた看護師でもある。彼女はまだ緩和ケア病棟の認可が下りる前の実験的な段階から D 病院において緩和ケアを一貫して提供してきたという経歴を持っている。彼女によれば、上で引用したような「患者さんにとってはどうなのか」という見方は、これまでの経歴の中で徐々に培われてきたという。そしてその背景には、例えば下顎呼吸をしている患者に対して採血のオーダーを出すような医師、すなわち、検査を死の間際まで行い続けるような医師の態度に対する疑念があったという。このような疑念は、1 章でみたような、まさにホスピス・緩和ケアというものがこれまでの医療に対して向けてきたまなざしと同種のものであると言えよう。

では、このような「患者にとってどうなのか」と考える志向性や態度は単にこの看護師の頭の中だけで考えられていることなのであろうか。そうではないことが次に引用する別の看護師の発言からうかがえる。

（筆者）一般の病棟とホスピスでこう全然これは違うというようなやり方であるとか、内容であるとか，これが違うとかありますか。
（看護師 A1）時間の流れがほんとに違いますね。一般病棟では治療とか検査とか、そう

いうのがたくさんありますし。だからさっき最初にも言った、このときこの時間にはやらなければいけないことっていうのが、より検査とか治療とかあると、こっちがこうコントロールしなければ、調節させてもらわなければ、どうしても 1 日回らないというか。で、他にも患者さんたくさんいらっしゃいますし、同じスタッフの人数で一般病棟では 4、50 名、45、6 名近く看ているので。一人の患者さんに、一般病棟で一人の患者さんにじっくり関わっていたら、他の患者様を看れないので。そういう意味で(ホスピスでは)時間が、患者さんに対して、患者さんの望む時間にこっちの方が合わせられるというか、流れるというか。(A1)

これは、一般病棟とホスピス・緩和ケア病棟ではどのような違いがあるのかという趣旨の質問をした際の、看護師 A1 の答えである。一般病棟では検査や治療など決められたことが多数あるため、医療者側が決めた時間でコントロールしていかないと一日の業務がまわっていかないが、ホスピス・緩和ケア病棟ではそうではなく、「患者さんの望む時間」に医療側が合わせて一日がまわっていくということがわかる。もちろん、これは聞き取り調査での回答であるので、実際のケアが患者の考えに完全に沿った形でなされるかと問われれば、必ずしもそうではないという現実があるのも確かである。また、病棟によってどれくらい希望に沿うことができるか、沿うかという度合いの違いもある。だが、一般的な病棟と比べて相対的には「患者の意向」や「患者様の希望」、「患者さんの望み」に沿ったケアが行われているということは言えるだろう 。

だが、同様の答えはこの看護師だけでなく、他の看護師、他の病院においても聞かれたことから、このような志向性はホスピス・緩和ケア病棟においてそれなりに共有されている考え方であることがわかる。このような、「患者の希望」、「患者のやりたいこと」に沿うことを、ここでは「患者中心主義」と呼ぼう。このような志向性を持った原理に沿って、患者のケアが構成されていくと考えられる。

4-2. 患者のニーズの汲み取り

続いてみていきたいのは、ホスピス・緩和ケア病棟におけるケアがどのようなプロセスを経て構成されていくかということである。

ホスピス・緩和ケア病棟の看護師に限らず、一般的に病棟看護師は、患者のベッドサイドを見回って、そこで話をしながら、患者の様子をうかがいながら、絶えず患者のニーズについて探りを入れている。例えば、患者と看護師のごくありふれた朝のやりとりを紹介しよう。

9:07　E 病院 10 号室前
　　入室
「今日の担当、A です。」

「お熱測らしてください」
「酸素 97%」
「（調子は：筆者補）いかがですか？」
「変わったことないですか？」
「甲子園の決勝戦、終わっちゃいましたね。」
「見る楽しみが一つ減っちゃいましたね。」
「今日はお通じありましたかね？」
「熱計り終えたら、一回お腹の音聞かせてもらっていいですか？」
「（体温計の音）鳴りましたね。じゃあ、体温計頂きます。」
「6 度 3 分」
「じゃあお腹の音、失礼します」
「今日は売店とか大丈夫？」
「ちょっと台の上とか拭かせてもらって大丈夫です？」
「失礼しますね」
9:15　退室　　(field note 20100824)

病棟の看護師はこのようなかたちで、その日の担当患者の部屋をまわる。そして、机など、ベッド周りを抗菌ウェットティッシュで拭きながら、患者の酸素や体温を測る。また、この看護師の場合は、お腹の状態、すなわち便秘になっていないかどうか確認している。そのような事をしながら、患者の様子を観察し、あわせて患者の「意向」も確認している。上に引用した場面では、売店に行くかどうかという事を尋ねている。この内容が、お風呂をどうするかということであったり、清拭をどうするかという確認であったり、家族が来ているかどうか、という確認であったり、個々の患者の状況に合わせて、患者の「ニーズ」＝「意向」が確認され、また患者とその周辺の状況が確認されていく。

このような「探り」は朝の病棟見回りだけでなく、ナースコールによって呼び出された際にも、そして医療用麻薬や便、排尿のチェックなどを行う際にも行われている。このような探りを入れて把握された「ニーズ」はその後どのように扱われるのであろうか。

4-3. ニーズからケアへ—調整—

「探り」を入れるという行為一つとっても、看護師が継続的な看護を行っているから可能であるということができる。継続的な看護はそれ自体、組織的な「調整」があって初めて成り立つものである。そのような意味で、ケアを考察する際には、組織という視点を組み込む必要がある。

患者のニーズが把握された後、どうするのか。このようなニーズの汲み取りは、当然、すべての患者に対して行われるのである。そして場合によっては患者家族のニーズも一緒に汲み取られていく。

把握されたニーズは、その日の日勤看護師が受け持ち患者を 3 人持っているとしたら、その 3 人の中での「調整」、そして病棟全体の中での「調整」が行われる。例えば、入浴すること一つをとってみても「調整」作業が必要である。リフトを使った介助入浴が必要な患者が数人いる場合、誰から先に行うのか、介助入浴は一人ではできないので誰がヘルプに入るのか、などの「調整」である。ここでいう「調整」とは英語でいう coordinate である。看護師の行う「調整」は、「調整労働」と言っても良いだろう。

ここでは、ニーズの「汲み取り」→「調整」を経てケアへという道筋を示したが、調整作業と同時に、「正統性」や「正当化」ということも必要である。ここでいう正統性というのは legitimacy に、正当化（性）は justification に対応している。正統性は「もっともらしさ」であり、正当性は「正しさ」である。厳密には両者は区別可能であり、「正統性なき正当性」や逆に「正当性なき正統性」も想定可能である。だが、ここではこれらは渾然一体となったものとして考えていきたい。

では、正統性／正当性を確保するためには、どのようなプロセスが必要なのか。ここでは、病棟における「カンファレンス」、「ショートカンファレンス」、「申し送り」などの集団的な討議の場に着目したい。

というのも、ニーズが把握されただけでは、それはまだケアとしては構成されていないからである。ニーズと調整を経てケアがケアとして構成されるためには、正統性／正当性の確保が必要不可欠である。

念のため述べておくと、このような議論は突飛なものではなく、実は社会福祉におけるニーズ論の中に似たような議論がある。例えば比較的新しい社会福祉学のテキストにおいて平岡公一（2011）は、三浦文夫のニード定義を引用している。そこでは、ニーズの定義は以下のようになされている。「何らかの基準にもとづいて把握された状態が、社会的に改善・解決を必要とすると社会的に認められた場合に、その状態をニード（要援護状態）とすることができる」。このように定義を述べたあと、2 つのポイントを掲げている。1 つ目は、「ニードの把握が、何らかの基準に基づいて行われるという点」、2 つ目は「『社会的に改善・解決を必要とする』ことが社会的に認められて初めてニードが成立する」ということである[1)]。ここでの議論に引きつけていうならば、社会福祉学でいうニーズとはそもそも正統性や正当性を持ったものとして把握されているということである。しかしそのような把握では、どのように正統性／正当性が獲得されていくのかという部分に関しては「社会的に認められた場合」というだけで、ブラックボックス化されている。ここでの議論はそのようなブラックボックスを多少でも開こうとするものであると言えよう。

さて、議論に戻ろう。ケアが構成される過程において非常に重要なのが、正統性／正当性を獲得する場としての「カンファレンス」、「ショートカンファレンス」などの集団的な討議の場である。

日々の些細なことに関して個別対応が可能であるならば、個々の看護師がその対応にあたるであろう。しかし、ホスピス・緩和ケア病棟における患者のニーズは多種多様であり、

それらに対してすべて答えることが可能かと言ったらそうではない。そのため、優先順位をつける必要があったり、病棟という組織の中での調整が必要なことも出てくる。全体での調整がなされるためには、病棟で働く看護師や医師、場合によってはその他のコメディカルを動員する必要がある。その場合に必要なのが正統性／正当性であり、その獲得の場が「カンファレンス」、「ショートカンファレンス」などの集団的な討議の場なのである。別の言い方をするならば、患者のケアの実施において重要な決定を下すのは、個々の看護師や医師というよりは、「病棟スタッフ全体」である。

ホスピス・緩和ケア病棟においては非常に長時間にわたってカンファレンスが開かれていた。これは調査を行ったすべての病院で共通していた。しかも、朝の「申送り」の際にも必要であれば「ショートカンファレンス」になっていくため[2)]、毎日2回カンファレンスが開かれているような状況であった。朝の「申送り」は、短ければ20分程度で終わることもあるが、長い場合には40分近くになることもある。例えばE病院においては、毎朝8時30分頃から25分程度、深夜勤者から日勤者への申送りが行われていた[3)]。ある日の申し送りの出席者は、医師1名、研修医2名、日勤と深夜勤の看護師計7名で、全員で10名であった (field note 20090824)。また、昼のカンファレンスに関しては1時間前後開催されていた。参加者は医師、日勤の看護師にプラスして日によっては心理士が入ったり、理学療法士が入ったり、栄養士が入ったり、薬剤師が入ったりとその都度に応じてメンバーは違っていた[4)]。このような時間の使われ方から考えても、カンファレンスは非常に重要な場であることがわかる[5)]。

4-4. 承認／非承認の基準

では、カンファレンスやショートカンファレンスなどにおいて、正統性／正当性を獲得し、ケアとして構成されていくのはどのような場合であるのだろうか。本章の最後に、どのような観点から公式認定がなされるのかということをみていきたい。ここではカンファレンスにおいてニーズの承認が行われる際の3つの観点について述べる。

①無限定性／限定性

ホスピス・緩和ケア病棟におけるニーズは必ずしも限定されていない、すなわち無限定的なものであると考えられる。しかも患者はホスピス・緩和ケア病棟ということを知って入院している者が多く、一般病棟に比べて「要求水準が高い」とある看護師は述べている。また、Chambliss が述べているように、看護師は、「他の人がやらないような物理的・社会的な残り物の業務を片付けるなど、ますます多くの仕事を背負い込むのである。」(Chambliss 1996=2002 :90)

しかし、スタッフの数や病棟の資源は限られている。また、たびたび病棟におけるネックのひとつとなるのだが、外出に付き添うことが難しいという制約もある。これはある意味、組織の求める「合理性」というものに最終的には従わざるを得ないということでもある。

そして、そのために看護師は自身の仕事の範囲や内容を制限せざるをえない。このことについて三井は「戦略的限定化」という概念を提起し、「自らのなすべきことやできることを限定すると同時に、その限定された中ではありとあらゆることを試みること」と定義している（三井 2004: 144）。つまり、「敢えて」限定化することによって、自分の仕事がやりやすいようにするということである。だが、これは看護師にとって意外と難しいことのようである。このことについては後に、「公式認定されなかったニーズのゆくえ」として論じる。

②個別性／中立性

2 つめの観点は「個別性／中立性」というものである。患者の「個別性」を重視するのはホスピス・緩和ケア病棟における医療職の態度における志向性のひとつである。ある意味、「患者中心主義」の中核をなすのが個別性であると言っても良いだろう。ある看護師は次のように述べている。

ここの人たちは本当にもう、ティッシュの一箱、せっけんの一箱、歯ブラシの一箱、置く所にもすごくこだわりの人たちなんですよ。だから、本当にもうその人がもう望むようにやってあげたいなと思うんですよ。（看護師 A4）

この看護師の発言からは、いかに人が些細なことにまでこだわりを持っているかということがわかる。この看護師が述べるような内容だけでなく患者の「こだわり」は、入浴の仕方や時間、トイレ、食事の取り方や内容、その他生活の細かい部分にまで及ぶのである。だがこれが「人間」というものであろう。

別の看護師は大部屋の患者のエアコンと部屋の温度に対する「こだわり」について述べていた。この患者は、エアコンの入った部屋は苦手なためエアコンを切って窓を開けていた。しかし、そのときはちょうど真夏日の続くような時期で、連日 30 度を超していた。だが、エアコンを切って窓を開けるので、室内には熱風が入ってきて非常に暑い状態となり、他の患者からはクレームが寄せられた。

この患者の「エアコンを切ってほしい」というのはひとつのニーズである。しかし、他の患者の「エアコンを入れてほしい」というのもまた別のニーズである。このような場合に看護師は「中立的」に調停しなければならない。この場合は、「エアコンを入れてほしい」という患者が大部屋の残りの 3 名であったために、「エアコンを切ってほしい」という患者のニーズは退けられた。「中立性」とは、つまり、特定の患者に対してのみ「特別なこと」をすることはできないということである。

③生活性／娯楽性

最後、3 つめの観点は「生活性／娯楽性」という観点である。ホスピス・緩和ケア病

棟においては、たびたび「ホスピスは患者の生活の場である」ということが言われる。これは、ホスピス・緩和ケア病棟は、患者が治療に専念する場所というよりは、「今を生きるための」場所として意識されているということである。つまり、患者が「普通の生活」をするための場所として想定されているのだ。だが、患者のなかには「生活」の中に娯楽性が多分に含まれている者もいる。この、生活か娯楽かという基準は、患者の「生活」や「生」にとって必要不可欠なものかどうかという基準に近いが、その内容の娯楽性が非常に強い時は承認を得ることができない。だが、他方で患者の生活にとって、娯楽の重要性が非常に大きい場合もある。このような基準によってニーズとして承認されなかった例として、「馬券の購入」や「カラオケへの同伴」などが聞き取り調査で明らかになった。ただし、このようなニーズは看護師の私的なケアによってカバーされていた。

4-5. 承認されなかったニーズの行方

公式に承認されなかったニーズは一体どうなるのであろうか。その行方については4つのパターンが考えられる。①家族がケアを行う、②外部に委託する、③看護師等が非公式なケアを行う、④何も行われず放置される、という4つの可能性である。このうち、②と③に関しては筆者が行ったフィールドワークにおいて確認することができた。

公式に承認されなかったとしても看護師は患者のニーズを放置するのではなく、ケアが実施されるように患者家族に対し私的ケアを実施するよう働きかけたり（→①）、その他の可能性（「外部のボランティア看護師」など）を探ったり（→②）などして、ケアの実現に向けて取り組むということもある。

また、聞き取り調査でたびたび聞かれたのだが、他の人に頼むことが困難な場合などのどうしようもない時など、場合によっては看護師が私的ケアを行うこともある（→③）。だが、もしそのことが他の看護師や医療専門職に知られてしまった場合、「問題」として看護師がとがめられることがある。看護師による私的ケアがとがめられるのは、「限定性」や「中立性」などのケアの公式認定の基準を侵すことになるからである。

これまでの議論をふまえ、ニーズがケアへと変換されていく過程（ケアの構成過程）を図示するならば図1のようになるであろう。この図に示したように、「承認」、「非承認」という線引きを行っているが、それは曖昧なものであって、場合によってはニーズの一部承認（一部非承認）ということもありうる。

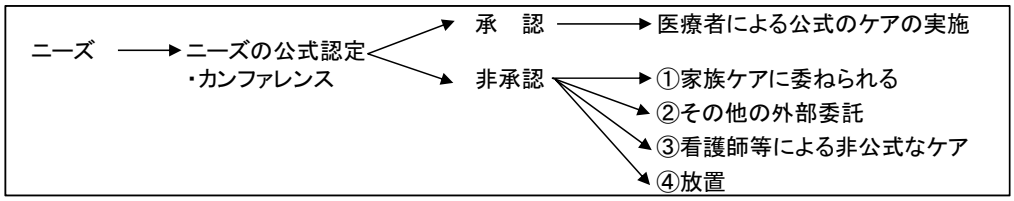

図1　ケアの構成過程

この図は理念型であるが、ケアの社会学的な研究はこの「ケアの構成過程」を記述することが今後の課題になると考えている。そして、どのようなクライテリアで承認／非承認にわかれ、非承認となったニーズがどのようなゆくえをどのようにたどっていくのか、その条件については今後さらに詳細に探りだすことが必要であると考えられる。

5．結びにかえて

本稿では、ホスピス・緩和ケア病棟において、ケアが構成されていく過程についてみてきた。その結果、ホスピス・緩和ケア病棟におけるケアは「患者中心主義」という原理にもとづき、ケアの過程が展開されていくこと、ケアが構成されていく端緒として「ニーズの汲み取り」、「調整」ということがあるということ、ニーズがケアへと変換されていく調整の過程において、正統性／正当性の確保のためにカンファレンスなどの組織的な決定がなされていることをみてきた。また、患者のニーズに関する組織的な公式認定が行われる際の観点についても明らかにしてきた。

最後に、今後の課題として2点挙げておきたい。第1に、本稿で素描したケアの構成過程についてさらに精緻にみていく必要があるということ。相互行為としてのケアは、医療専門職側からみれば労働であり、受け手にとってはサービスの提供とみることが可能である。このような非対称な相互関係について、例えば感情労働の概念を用いながら考察することも必要であろう。第2に、本稿で着目した「組織」や「組織化」についてさらに詳細にみていく必要があるということ。例えば、葛藤論的、システム論的な専門職論を導入することにより、専門職間関係についてさらに詳細な分析を行うことで、組織の内実に迫ることが可能となるのではないだろうか。

注

1）ニーズとニードは同じなのか違うのか、という議論があるが、ここではそのような議論には立ち入らない。ここでは、「患者の欲求・要求」や「患者の意向」といった意味合いでニーズという表現を用いる。

2）このことについてD病院の看護師は「ショートカンファレンスに持ち込む」という言い方をしていた。そのような意味で「申送り」と「ショートカンファレンス」の区分は必ずしも明確ではない。ただし、ここでは取りあげないが、「申送り」の役割はあくまでも「情報伝達」であって、「討議」ではない。つまり、「申送り」と「ショートカンファレンス」では機能が違うのである。

3）例えば浦河赤十字病院精神科のフィールドワークを行った浮ヶ谷幸代は、浦河日赤での朝の申し送り時間を「およそ10分間」と記録している。このことから考えると25分という長さは長いのではないだろうか。

4）心理士が常勤となっているE病院では心理士は毎日参加していた。また、A病院では

ボランティアスタッフもカンファレンスに参加しているとのことであった。

5）なお、細かい話だが、観察を続けていると、医師、看護師ともに申し送りの際に座る位置は大体決まっていることがわかる。また、申し送りの冒頭に病棟師長が何らかの伝達事項を伝えることが度々あった。ある一定のパターンを形づくっている申し送りのことを浮ヶ谷は「儀式」（浮ヶ谷 2009:134）と言っているが、病棟において申し送りは「ルーチン」の一つである

文献表

天田城介，2003『〈老い衰えゆくこと〉の社会学』多賀出版.

Burling, T.,E. M. Lentz and R. N. Wilson, 1956, *The Give and Take in Hospitals: A Study of Human Organization in Hospitals*，G. P. Putnam's Sons.（＝ 1967，姉崎正平・姉崎宜子・袖井孝子訳『病院，その複雑な人間関係――病院組織の社会学的研究』医学書院.）

Chambliss, D. F., 1996, *Beyond Caring: Hospitals, Nurses, and the Social Organization of Ethics*，University of Chicago Press.（＝ 2002，浅野祐子訳『ケアの向こう側――看護職が直面する道徳的・倫理的矛盾』日本看護協会出版会.）

Friedson, E., 1970, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press, Inc..（＝ 1992，進藤雄三・宝月誠訳『医療と専門家支配』恒星社厚生閣.）

Glaser, B. G. and A. L. Strauss, 1965, *Awareness of dying*, Aldine Publishing Co..（＝ 1988，木下康仁訳『死のアウェアネス理論と看護――死の認識と終末期ケア』医学書院.）

Goffman, E., 1961, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Doubleday & Company, Inc.（＝ 1984，石黒毅訳『アサイラム――施設被収容者の日常世界』誠信書房.）

日野原重明，1999，『〈ケア〉の新しい考え方と展開』春秋社.

日野原重明・瀬戸山元一, 2003,『医のこころ患者のこころ看護のこころ』医療タイムス社.

平岡公一, 2011,「社会福祉とニード」平岡公一・杉野昭博・所道彦・鎮目真人『社会福祉学』有斐閣，423-436.

細田満和子，2003，『「チーム医療」の理念と現実――看護に生かす医療社会学からのアプローチ』日本看護協会出版会.

James N., 1989, “Emotional Labour: Skill and Work in the Social Regulation of Feeling,” *Sociological Review*, 37(1): 15-42.

――――, 1992, “Care=organization+physical labour+emotional labour,” *Sociology of Health&Illness*, 14(4): 488-509.

柏木哲夫，1978，『死にゆく人々のケア――末期患者へのチームアプローチ』医学書院.

――――，1996，『死にゆく患者の心に聴く――末期医療と人間理解』中山書店.

————，1997,『死を看取る医学　ホスピスの現場から』NHK 出版.
————，2006,『定本ホスピス・緩和ケア』青海社.
————，2011,「なぜ『緩和医療学会』としたか――学会立ち上げのこころ――」『緩和ケア』21(4): 391-393.
Kaufman, S. R., 2005, *And a Time to Die: How American Hospitals Shape the End of Life*, University of Chicago Press.
小松浩子，2002,「人生の最期のときを支える看護」小松浩子他著『系統看護学講座専門５　成人看護学 [１] 成人看護学総論』医学書院，249-266.
三井さよ，2004,『ケアの社会学』勁草書房.
岡安大仁，1989,「ターミナルケアとは」岡安大仁・柏木哲夫編『ターミナルケア医学』医学書院，3-10.
大熊一夫，1981,『ルポ・精神病棟』朝日新聞出版.
折茂肇・熊川寿朗，2000「疾患の変容」井村裕夫・高久史麿編『現代医学と社会』岩波書店，85-104.
Saunders, D. C., D. H. Summers and N. Teller eds., 1981, *Hospice: the living idea*，Edward Arnold(Publishaers)Limited.（＝ 2006，岡村昭彦監訳『ホスピス――その理念と運動』雲母書房.）
Sudnow, D., 1967, *Passing On: The Social Oranization of Dying*. Prentice-Hall.（=1992, 岩田哲靖･志村哲郎･山田富秋訳『病院でつくられる死－「死」と「死につつあること」の社会学』せりか書房 .）
上野千鶴子，2011,『ケアの社会学――当事者主権の福祉社会へ』太田出版.
浮ヶ谷幸代, 2009,『ケアの共同性の人類学――北海道浦河赤十字病院精神科から地域へ』生活書院.

Organization of care in hospices and palliative care wards

Noriyuki TAKEUCHI

This study aimed to elucidate the characteristics of care provided in hospices and palliative care wards by focusing on the structuring of care and clarifying the organization of care provided in hospital wards.

Data obtained from surveys of hospices and palliative care wards in five Japanese hospitals were used. Interview surveys were conducted with nurses at all five hospitals, and observational research was conducted at two of these hospitals. The results of our analysis revealed that care provided at hospices and palliative care wards was “patient-centered,” which was the principle adopted during care systematization.

On the basis of this “patient-centered principle,” we then examined the process by which patient care was structured. We found that compared with general hospital wards, hospices and palliative care wards provided care according to patient needs and considered the acquisition of legitimacy more important than the development of care for any type of need. To acquire legitimacy, official certification is required for the provision of care, and conferences and short conferences function as places where official certification can be obtained. When care is not officially certified, private caregivers or families substitute for the care provided by nurses.

In conclusion, our results suggest that “coordinate” performed by nurses plays an important role in the structuring of care.