

緩和ケアにおけるチームアプローチへの影響要因

水 寄 知 子

(看護学科)

The Factors that have an Influence on Team Approach in Palliative Care

Tomoko MIZUSAKI

Faculty of Nursing

Abstract. The purpose of this study was to clarify the factors that have an influence on teamwork in palliative care units. The 15 items were arrived as the factors that have an influence on teamwork from literature, and conducted a questionnaire about these items. In this study, questionnaires were sent to 36 palliative care units in all over the country as of January 1998. The respondents were 280 medical staffs. The findings of this study were as follows; 1) the group that has no hierarchy in their team showed significantly higher scores of evaluation of teamwork than the group that has hierarchy, 2) the group that has coordinator in their team showed significantly higher scores of evaluation of teamwork than the group that has no coordinator, 3) the scores on 15 items were compared the group which has nice teamwork with the other. In all of 15 items, the average of group that has nice teamwork was significantly higher ($p < .01$), 4) on the factor analysis for these 15 items, 2 factors were sampled as the effect on teamwork: communication with respect for each other, professional knowledge and ability. These findings suggest it is imperative for team members to respect each other's differences, to encourage better communication, to develop skills and expert knowledge of palliative care.

1. はじめに

現代医学が高度に専門分化したことにより、医療専門職領域の細分化が促され、医療サービスの受け手である患者に、様々な職種の医療従事者が関わるようになった。また、飛躍的に進歩した医療技術を駆使することによって、より高度で専門的な治療が行えるようになった。現代医療は組織的、効率的、専門的になり、患者に対するきめ細かなサービスの提供が可能にな

ったわけだが、各部門の専門性が統合されたよりよい医療をめざすためには、医療現場での職種間の連携、すなわちチーム医療が不可欠である。

また近年、QOL（Quality of Life）に対する社会の関心が高まり、医学の主たる目的である疾病の治癒だけではなく、患者の多種多様なニーズを満たすことが求められている。医療従事者からも、患者を全人的に捉えて対応することの重要性や、それに伴う困難さが指摘されている。専門分化が進んだ現代医療においては、特定の職種が提供する医療サービスだけでは、患者の個別のニーズを満たすことは不可能である。そのことから、チーム医療の重要性は今後ますます高まっていくと推測される。

一方、疾病の治癒が望めなくなった患者を全人的に捉えて、治療・援助を行おうとする医療の領域に注目が集まりつつある。緩和医療（Palliative Medicine）あるいは緩和ケア（Palliative Care）という概念は、がんの痛みを緩和する必要性から、それまでのターミナルケアやホスピスケアの流れを汲んで、ホスピスなどで行われていた末期患者のケアの領域とがん医療の領域が協力することで生まれた。1990年、厚生省は緩和ケア病棟入院料を新設し、一定の施設基準を満たすホスピスや緩和ケア病棟に対する定額収入の保証を決定した。それ以降、緩和ケア病棟承認施設は着実に増加している。緩和ケアの最大の目的は、患者と家族の全人的苦痛を緩和して、できる限り良好な QOL を実現させることである。疾病の治癒が望めなくなった患者の苦痛は、その人の生全般に関わるものであり、医療従事者は、治癒や延命だけではない患者の様々なニーズに応えなければならない。このような患者の全人的苦痛に対する援助を、医師と看護婦などの限られた職種だけで行うのは不可能である。従って、患者がより高い QOL を保ちながら人生を全うするために、緩和ケアにおいては、治癒を目的とする医療において必要とされる以上にチーム医療が不可欠となる。そして、緩和ケア病棟に多職種によって構成されるチームが単に存在するというだけではなく、そのチームが円滑に機能してこそ、緩和ケアの目的が達成できると考える。

ところが、チーム医療の重要性を十分認識していても、チーム医療はなかなか十分に機能しないと言われている。柏木哲夫は、チームで医療サービスの提供に取り組むことによって、よりよいサービスを提供できるが、チーム医療は必ずしもうまくいっているとは思えないとして、その理由に「①医師がチーム医療の重要性を認識していない、②co-worker の力不足、③coordinator がいない」¹⁾ ことを挙げている。また、近藤まゆみは、「多くの医療施設でチーム医療を実行しようとしている現在、なかなかうまく機能しないと感じる場合も少なくない。」²⁾ と述べている。そして、チーム医療がうまく機能しない理由を看護の側面から考察し、「各専門職種間の倫理観・価値観の違い」「医師と看護婦の関係」「慢性的なコミュニケーションの不足とコミュニケーションの内容の問題」「看護婦の集団依存性」を挙げている。これらは一般の医療施設だけでなく、緩和ケアに取り組んでいる施設にも当然言えることである。しかし、緩和ケアにおけるチームアプローチに関する研究は、事例報告・活動報告がほとんどで

あり、チームの協働に焦点を当てた実証的な研究は見当たらない³⁾。そこで、緩和ケア病棟において、チームの機能に影響を及ぼしているのは何かを明らかにすることは、緩和ケアの一層の充実を図る上で必要であると考えられる。

2. 目 的

全国の緩和ケア病棟を対象に調査を行い、メンバーのチームに対する意識を通して、チームの機能に影響を及ぼすものは何かを明らかにする。

3. 方 法

1) 調査対象

1998年1月現在で、承認を受けている全国の緩和ケア病棟（36施設）において、緩和ケアに携わっているチームメンバー

ただし今回の調査では、患者・家族のケアに直接関わるメンバーに限定するという理由で事務職員を、また質問紙の配布・回収が非常に煩雑になるという理由でボランティアを対象から除外した。

2) 調査方法及び手順

自記式質問紙調査、郵送法

当該病棟において緩和ケアに携わっているすべてのチームメンバー（事務職員とボランティアを除く）への質問紙の配布を、病棟婦長に依頼した。記入が済んだ質問紙は、同封した封筒に各自が厳封した後、返送してもらった。

3) 調査期間

1998年2月19日から同年3月12日

4) 調査内容

(1) 基礎項目（職種、性別、年齢、緩和ケア病棟での勤務年数）(2) チームのヒエラルキーの有無と、現在のチームのコーディネーター (3) チームの機能に関する質問項目：「あなたが所属するチームは円滑に機能していますか。」という設問に対し、リッカート・スケールにより「おおいにそう思う」「どちらかといえばそう思う」「どちらともいえない」「どちらかといえばそう思わない」「まったくそう思わない」の5段階評定で回答を求めた。(4) チームの機能に影響を及ぼすと思われる要因に関する質問項目（15項目）：これらの項目は、チーム医療に関する文献^{1)2)4)~10)}を検討した結果から導き出された。「あなたが所属するチームにはどの程度あてはまりますか。」という設問に対し、リッカート・スケールを用いた5段階評定で回答を求めた。

5) データの分析方法

緩和ケア病棟での勤務年数別の比較と、チームのコーディネーター別の比較については、一元配置分散分析を行った後、テューキーの HSD 検定を用いた多重比較を行った。チームの機能に関する質問項目と、チームの機能に影響を及ぼすと思われる要因に関する質問項目については、得られた回答を「おおいにそう思う」の 5 点から「まったくそう思わない」の 1 点まで点数化した上で、対象者の属性別にグループ間の平均値を比較した。平均値の差の検定にあたっては、まず F 検定により 2 グループの分散の差を検定し、その結果に基づき t 検定を用いて 2 グループの平均値の差を検定した。また、チームの機能に影響を及ぼすと思われる項目について、主因子法、バリマックス回転による因子分析を行った。なお、分析には統計パッケージ SPSS を用いた。

4. 結 果

質問紙を郵送した全国の緩和ケア病棟 36 施設のうち、18 施設から回答があり、回答者数 285 名、有効回答数は 280 名であった。

1) 回答者の属性

回答者の職種は、圧倒的に看護婦が多く (76.1%)、次いで医師、MSW となっている。以下、看護助手、宗教家、薬剤師、栄養士、理学療法士の順である。その他の職種には、准看護婦、保健婦、作業療法士、臨床心理士、音楽療法士、施術師、介護福祉士、ボランティア・コーディネーターが含まれる。

回答者の性別は、9 割が女性である。また年齢別の割合は、20 歳代の人が 37.9% と最も多く、20 歳代の人と 30 歳代の人で全体の 70.4% を占めている。次に、現在の緩和ケア病棟での勤務年数、あるいはチームメンバーになってからの年数は、1 年以上 3 年未満、1 年未満、3 年以上 5 年未満の順に多く、全回答者の 74.6% は勤務年数 3 年未満である。回答者の属性についての詳細は表 I に示す。

2) チームのヒエラルキー及びコーディネーター

チームにおけるヒエラルキー (職種間の階層) の有無についての回答は、「ある」32.5%、「ない」27.1%、「わからない」39.3% である。また、ヒエラルキーがあると回答した人に対してその頂点に位置する職種は何かを尋ねた結果は、医師 90.1%、看護婦 6.6%、その他の職種 3.3% である。

次に、チームにおける現在のコーディネーターと、望ましいと思うコーディネーターについての回答結果を示したものが図 I である。チームの現在のコーディネーターで最も多いのは看護婦 (32.1%) である。次いで、「患者が持つ問題などにより、その都度変わる」(22.1%) という回答が多く、「コーディネーターはいない」(14.3%) という回答が 3 番目

に多くなっている。望ましいと思うコーディネーターについての回答結果を、現在のコーディネーターと比較してみると、「患者が持つ問題などにより、その都度変わる」がほぼ2倍と大幅に増加し、医師は4.3ポイント、看護婦は7.5ポイント、それぞれ減少している。「コーディネーターはいらない」という回答はない。

3) チームの機能に対するメンバーの評価

チームは円滑に機能しているかという設問の5段階評定による回答の内訳は、「おおいにそう思う」5.4%、「どちらかといえばそう思う」49.6%、「どちらともいえない」29.3%、「どちらかといえばそう思わない」12.5%、「まったくそう思わない」1.8%であった。そして、「おおいにそう思う」

表 I 回答者の属性 (n=280)

		人	%
性別	男性	28	10.0
	女性	252	90.0
年齢	20歳代	106	37.9
	30歳代	91	32.5
	40歳代	57	20.4
	50歳代	22	7.9
	60歳以上	4	1.4
職種	看護婦	213	76.1
	医師	18	6.4
	MSW	11	3.9
	看護助手	8	2.9
	宗教家	7	2.5
	薬剤師	6	2.1
	栄養士	4	1.4
	理学療法士	4	1.4
	その他	9	3.2
	勤務年数	1年未満	74
1年以上3年未満		135	48.2
3年以上5年未満		35	12.5
5年以上7年未満		24	8.6
7年以上		9	3.2
N.A.		3	1.1

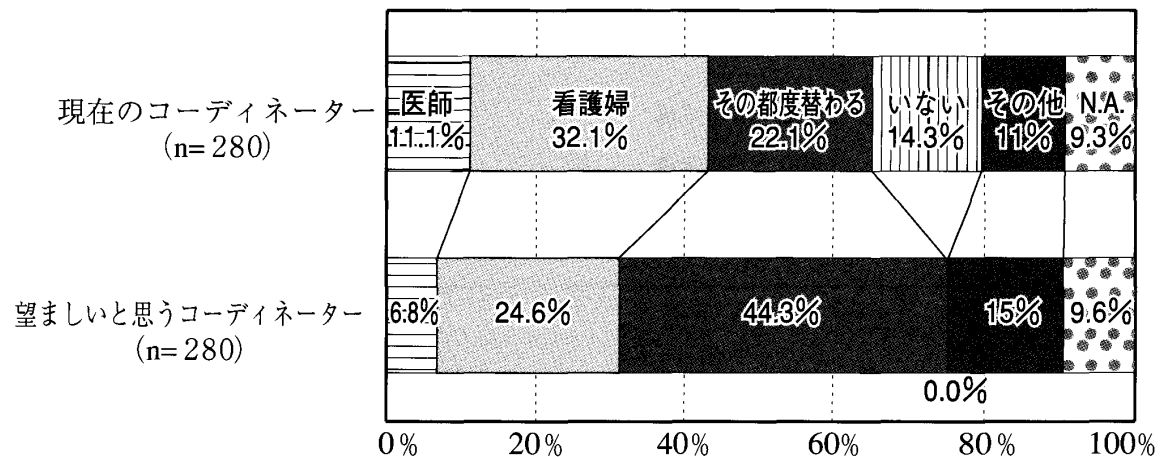


図1 チームのコーディネーター

の5点から「まったくそう思わない」の1点まで点数化したところ、全体の平均値は3.45 (SD0.85) であった。

次に、グループ別の平均値を比較した結果を表Ⅱに示す。

緩和ケア病棟での勤務年数別の比較は、1年未満、1年以上3年未満、3年以上5年未満、5年以上7年未満、7年以上に分けて行った。その結果、平均値の高い順に、3年以上5年未満3.69 (SD0.90)、7年以上3.67 (SD0.71)、5年以上7年未満3.58 (SD0.78)、1年未満3.44 (SD0.87)、1年以上3年未満3.35 (SD0.84)であった。しかし、一元配置分散分析ではグループ間の平均値に有意差は認められなかった。〔F (4, 269) = 1.41, p = .215〕

チームのヒエラルキーの有無による平均値の比較では、ヒエラルキーがあると答えたグループは3.24 (SD0.95)、ないと答えたグループは3.60 (SD0.72)であり、チームにヒエラルキーはないと答えたグループの平均値が有意に高い。〔t (163) = 2.73, p < .01〕従って、ヒエラルキーがあるチームのメンバーよりも、ヒエラルキーがないチームのメンバーの方が、チームは円滑に機能していると思っていると言える。

コーディネーターによる比較は、チームにおける現在のコーディネーターはどの職種かという設問に対する回答結果から、5つのグループに分けて行った。それぞれの平均値は、高い順に「患者が持つ問題などにより、その都度変わる」3.66 (SD0.83)、「その他の職種」3.61 (SD0.76)、「看護婦」3.49 (SD0.80)、「医師」3.35 (SD0.91)、「コーディネーターはいない」2.98 (SD0.86)である。これら5グループ間で一元配置分散分析を行った結果、有意差が認められた。〔F (4, 248) = 4.69, p < .01〕そこで、多重比較 (テューキーのHSD検定) を行ったところ、「コーディネーターはいない」と回答したグループと「患者が持つ問題などにより、その都度変わる」と回答したグループの間に、1%水準で有意な差が認め

表Ⅱ チームの機能に対する評価のグループ別比較

		n	平均値 (SD)	
全	体	280	3.45 (0.85)	
勤務年数別	1年未満	74	3.44 (0.87)	
	1年以上3年未満	135	3.35 (0.84)	
	3年以上5年未満	35	3.69 (0.90)	
	5年以上7年未満	24	3.58 (0.78)	
	7年以上	9	3.67 (0.71)	
ヒエラルキー	ある	91	3.24 (0.95)	*]
	ない	76	3.60 (0.72)	
コーディネーター	その都度替わる	62	3.66 (0.83)	* *]
	看護婦	90	3.49 (0.80)	
	医師	31	3.35 (0.91)	
	その他の職種	31	3.61 (0.76)	
	いない	40	2.98 (0.86)	

*p > .05 **p < .01

られた。また、「コーディネーターはいない」と回答したグループと「その他の職種」・「看護婦」と回答したグループの間では、5%水準で有意な差が認められた。従って、コーディネーターがいないチームのメンバーは、患者が持つ問題などによりその都度コーディネーターが変わるチームのメンバーや、コーディネーターが看護婦やその他の職種であるチームのメンバーに比べ、チームは円滑に機能していないと思っていると言える。

4) チームの機能に対する影響要因

チーム医療に関する文献を検討した結果、チームの機能に影響を及ぼすと思われる要因が15項目挙げられた。それらの項目について、5段階の評定尺度により得られた回答に5～1点を与え、それぞれの平均値を出したものが表Ⅲである。平均値が最も高いのは「全員で情報を共有している」の3.84 (SD0.84) であり、次いで「個々の意見を互いに尊重し合っている」3.69 (SD0.88)、「十分なコミュニケーションがある」3.65 (SD0.85) と続く。最も低いのは「個人の能力に差がない」の2.77 (SD0.81) である。

表Ⅲ チームの機能に影響を及ぼす要因の平均値及びチームの機能に対する評価別比較

項 目	n	全体 平均(SD)	チームが円滑に機能している	
			思う n=154 平均(SD)	思わない n=40 平均(SD)
全員で情報を共有している	279	3.84(0.84)	4.14(0.67)	3.05(0.86) **
十分なコミュニケーションがある	279	3.65(0.85)	4.01(0.65)	2.68(0.73) **
個々の意見を互いに尊重し合っている	276	3.69(0.88)	4.06(0.66)	2.63(0.84) **
コーディネーターによって調整が図られている	264	3.16(1.06)	3.58(0.89)	2.10(0.82) **
カンファレンスが十分活用されている	277	3.52(0.97)	3.88(0.83)	2.53(0.82) **
個々のメンバーが対等な立場で参加している	276	3.51(0.94)	3.80(0.81)	2.73(0.88) **
メンバー間に信頼関係が築かれている	276	3.61(0.90)	4.00(0.61)	2.41(0.85) **
個々の専門的役割を互いに理解し認め合っている	277	3.64(0.88)	3.95(0.75)	2.78(0.95) **
倫理観・価値観に共通の基盤がある	273	3.21(0.89)	3.52(0.77)	2.38(0.81) **
各職種の役割分担が明確である	276	3.46(0.91)	3.70(0.82)	2.93(1.00) **
自己の役割にのみ固執せず柔軟な対応をしている	276	3.64(0.79)	3.91(0.69)	3.10(0.93) **
個人が高い専門的知識・技能を持っている	275	3.27(0.80)	3.54(0.66)	2.55(0.81) **
個人の能力に差がない	274	2.77(0.81)	2.89(0.83)	2.38(0.67) **
チームが不安や苦悩を受けとめ支えてくれる	275	3.43(0.93)	3.70(0.76)	2.40(1.01) **
個人の努力が正当に評価される	275	3.42(0.91)	3.70(0.75)	2.68(1.02) **

**p>.01

次に、チームは円滑に機能しているかという設問に対して、「(おおいに、どちらかといえは) そう思う」と回答した人と、「(どちらかといえは、まったく) そう思わない」と回答した人にグループ分けをして、それぞれの平均値を項目毎に比較したものが表Ⅲである。グル

ープの平均値の差が最も大きいのは、「メンバー間に信頼関係が築かれている」の1.59であり、次いで「コーディネーターによって調整が図られている」1.48、「個々の意見を互いに尊重し合っている」1.43、「カンファレンスが十分活用されている」1.35、「十分なコミュニケーションがある」1.33となっている。平均値の差が小さいのは、「自己の役割にのみ固執せず柔軟な対応をしている」0.81、「各職種の役割分担が明確である」0.77であり、最も差が小さいのは「個人の能力に差がない」の0.51である。t検定を行った結果、15項目の平均値すべてにおいて1%水準で有意差が見られた。つまり、チームの機能に影響を及ぼすと思われる項目すべてにおいて、チームが円滑に機能していると思うグループの平均値が、そう思わないグループの平均値よりも有意に高い。従って、今回チーム医療に関する文献を検討した結果から導き出された項目すべてが、チームの機能に影響を及ぼす要因となっていると言える。

5) チームの機能に影響を及ぼす要因の因子構造

チームの機能に影響を及ぼす要因の15項目について、因子分析を行った結果を表IVに示す。KMO（カイザー・マイヤー・オルキンの標本妥当性の測度）は0.938であった。主因子法、バリマックス回転による因子分析の結果、2因子が抽出された。第1因子は、「十分な

表IV チームの機能に影響を及ぼす要因の因子分析（主因子法、バリマックス回転）

項 目	因 子 負 荷 量	
	第1因子	第2因子
全員で情報を共有している	0.685	0.169
十分なコミュニケーションがある	0.799	0.281
個々の意見を互いに尊重し合っている	0.748	0.337
コーディネーターによって調整が図られている	0.572	0.347
カンファレンスが十分活用されている	0.561	0.397
個々のメンバーが対等な立場で参加している	0.59	0.42
メンバー間に信頼関係が築かれている	0.702	0.443
個々の専門的役割を互いに理解し認め合っている	0.595	0.469
倫理観・価値観に共通の基盤がある	0.508	0.499
各職種の役割分担が明確である	0.416	0.473
自己の役割にのみ固執せず柔軟な対応をしている	0.475	0.58
個人が高い専門的知識・技能を持っている	0.373	0.595
個人の能力に差がない	0.099	0.67
チームが不安や苦悩を受けとめ支えてくれる	0.497	0.546
個人の努力が正当に評価される	0.435	0.54
因子負荷量平方和	4.749	3.294
寄与率 (%)	31.658	21.959
累積寄与率 (%)	31.658	53.617

コミュニケーションがある」「個々の意見を互いに尊重し合っている」「メンバー間に信頼関係が築かれている」など9項目から成る。それら9項目のクロンバックの α 係数は0.914であった。第2因子は、「個人の能力に差がない」「個人が高い専門的知識・技能を持っている」など6項目から成る。それら6項目のクロンバックの α 係数は0.833であった。

5. 考 察

1) チームのヒエラルキー及びコーディネーター

医療におけるチームには、Multidisciplinary Team (多職種チーム) と Interdisciplinary Team (合同チーム) の2つの形態があるといわれている¹¹⁾。多職種チームの特徴は、チームの課題を2つ以上に分割して、それぞれのメンバーは自分のパートを1人で担当し専門的な機能を実行する。疾患に焦点を当てたアプローチを行うため、チームは医師のリーダーシップと監督によるヒエラルキーを持っており、医療チームとしての歴史が長い。一方、合同チームの特徴は、チームの課題に対してそれぞれのメンバーが一緒に仕事を行いながら、違ったスキルで課題に貢献する。チームは、患者のニーズと臨床的な課題をめぐって組織され機能する。チームの構造にヒエラルキーはなく、メンバーは話し合いによって情報を共有し目標を設定する。

病院組織が、診療科別の縦割り組織によって成り立ってきたことを考えれば、病院内の医療チームの多くが、ヒエラルキーを持った多職種チームであるのは当然であると言える。また、医学が高度に専門分化している現在、救命や疾病の治癒という使命を担う多くの部門では多職種チームの方が機能的であろう。しかし、終末期にある患者の全人的な苦痛を緩和し個別のニーズを満たすという目的を達成するためには、緩和ケア病棟における医療チームの形態は合同チームがふさわしいと言える。

今回の調査結果では、チームにヒエラルキーがないという回答は3割に満たなかった。また、ヒエラルキーがあるチームにおいて、そのチームを指揮しているのは9割が医師であった。これは、緩和ケアの目的を達成するためには合同チームであることが必要であるにもかかわらず、従来の医療チームの形態が、そのまま緩和ケア病棟でも採られているからであると推測される。

患者・家族に対するチームアプローチで、重要な役割を担うのがコーディネーターである。コーディネーターは、患者・家族が抱える問題を解決したり個別のニーズに対応するための、チーム内の調整役である。調査結果から、チームの現在のコーディネーターは看護婦が最も多いが、患者が持つ問題などにより、コーディネーターがその都度替わるのが望ましいと思っている人が半数近くいることがわかった。チームのコーディネーターは、24時間患者に関わる看護婦が最も適していると言われるが、必ずしもコーディネーターが看護婦や医

師である必要はない。むしろ、患者・家族のニーズに適切に対応できる職種のメンバーがその役割を担うことにより、よりよいケアが提供できると考える。また、コーディネーターはいないという回答がなかったことから、チームにおけるコーディネーターの重要性は十分認識されていると言える。

2) チームの機能に対するメンバーの評価

「あなたが所属するチームは円滑に機能していますか」という設問について、勤務年数別の平均値を比較した結果、グループ間に有意差は認められなかった。チームに長い期間所属することによって、チームに対する理解が増して所属感が強まり、チームの機能に対する評価も高まるのではないかと予測した。しかし、今回の結果からは、チームの機能に対する評価に勤務年数の違いは関係しないということがわかった。緩和ケア病棟にもメンバーの移動があり、常に新しいメンバーを加えてチーム作りをしていかなければならない。そのため、メンバーが互いに理解し合うことが重要になる。そのチームに長く所属している人も新たに加わった人も、お互いを理解することに関しては同じ状況に置かれていると言える。メンバーが互いに理解を深めながらチームを作り上げることには、勤務年数以外の要素が関係していると推測される。

同じ設問についての平均値を、ヒエラルキーの有無とコーディネーター別に比較した結果では、どちらも有意差が認められた。つまり、ヒエラルキーがあるチームのメンバーよりも、ないチームのメンバーの方がチームの機能に対する評価が高かった。同様に、コーディネーターがいないチームのメンバーよりも、いるチームのメンバーの方がチームの機能に対する評価が高かった。チームにヒエラルキー（職種間の階層）が存在するという事は、職種間の上下関係と、上から下への指示・命令系統が存在するという事である。上下関係と指示・命令系統が構造化されていることは、特定の目的に向かうためには有効であろう。しかし、限られた職種だけでは対処しきれない、患者の全人的な苦痛の緩和をめざす緩和ケアにおいては、ヒエラルキーの存在は、チームの円滑な機能を妨げると言える。逆に、チームの調整役であるコーディネーターがいることにより、上下関係に縛られることなく意見を出し合い、それらを統合することが可能になる。更に、コーディネーターの役割を担う職種を固定化してしまうのではなく、患者が持つ問題などによって、その都度コーディネーターが替わることで、患者の多様なニーズに、より適切に対処することができる。チームが円滑に機能するためには、そのような柔軟な姿勢がチームに必要であると言える。

3) チームの機能に対する影響要因

本研究を行うにあたり、先行研究を調べたが、チームの機能に関する研究は見当たらなかった。そこで、医師や看護婦、コ・メディカルといった医療専門職者らが、チーム医療について述べている内容を検討して、チームの機能に影響を及ぼすと思われる要因を導き出した。これら15項目の平均値を、「チームが円滑に機能していると思う」グループと、「そう思

わない」グループで比較した結果、15項目すべてで有意差が認められた。つまり、今回の調査により、医療チームが円滑に機能しない理由として文献等で述べられていることが、実際に緩和ケア病棟におけるチームの機能に影響を及ぼしていることが実証された。換言すれば、今回挙げた15項目は、緩和ケアの目的を達成するためのチームアプローチに不可欠な要因であることが明らかになった。

また、それぞれの項目について、全体の平均値と、グループ間の平均値の差に注目すると、次のようなことに気が付く。それは、「個々の意見を互いに尊重し合っている」「十分なコミュニケーションがある」「メンバー間に信頼関係が築かれている」といった項目は、全体の平均値が高いにも関わらず、グループ間の平均値の差が大きいということである。このことは、チームが円滑に機能していると答えた回答者は、これらの項目についても評価が高いが、そう思わないと答えた回答者の評価が、他の項目に比べて非常に低いということを示す。つまり、チームの機能に対するメンバーの評価に大きく影響を及ぼすのは、互いに意見を尊重し合うこと、十分なコミュニケーションを図ること、メンバー間の信頼関係といったことであると推測される。

4) チームの機能に影響を及ぼす要因の因子構造

15項目についての因子分析の結果、第1因子として「十分なコミュニケーションがある」「個々の意見を互いに尊重し合っている」「メンバー間に信頼関係が築かれている」など9項目が抽出されたことにより、第1因子は「意見を尊重しあうコミュニケーション」と命名できよう。

集団力学の視点から、治療チームの構造が明確でない場合、チームとしての現実的な仕事を遂行する機能が低下すると言われている¹²⁾。治療チームの構造とは、以下のようなことである。1. チームの持つ課題が明確に示されているか。2. 各チームメンバーの役割やその使命が、各人に認識されているか。3. 階層制度が強固で各メンバーがとるべき行動が上から下へ命令されるものか、あるいは各メンバーが自発的に行動することが期待されているのか。4. チームとしての意思決定がひとりあるいは少数のリーダーの判断によるところが大きいのか、あるいはメンバーの意見が反映されるのか。5. チームを取り巻く外的な諸力との関係。

すなわち、チームとしての機能を高めるためには、治療チームの構造を明確にしなければならない。これらを緩和ケア病棟におけるチームに当てはめて考えてみると、次のようになるのではないだろうか。①メンバー全員が緩和ケアの理念を理解する。②各職種の役割を明確にする。それをメンバーが互いに理解し尊重する。③メンバーはそれぞれ対等な立場でチームに参加することを確認する。④チームとしての意思を統合するためにカンファレンスを十分活用する。⑤病院組織全体の理解と協力を得る。

今回の結果から明らかのように、上記の①～④の項目は、第1因子として抽出された9つ

の項目の中にすべて含まれる。つまり、緩和ケアを行うチームは、そのチームの構造を明確にしておかなければ、仕事を遂行する機能が低下すると言える。

次に第2因子として、「個人の能力に差がない」「個人が高い専門的知識・技能を持っている」など6項目が抽出されたことにより、第2因子は「ばらつきのない高い専門的知識・技能」と命名することができる。WHOは「パリアティブ・ケアの効果的な実施には、教育が最重要課題である」として、多職種同時教育と多次元教育が必要であると述べている。多職種同時教育は、多職種により構成されるチームワークのために必要であり、多次元教育は、相互に関連するパリアティブ・ケアに関する3つの側面—「心構え、信念、価値観」「基本的知識」「技術」—を捉えて行われる¹³⁾。多職種によって構成されるチームが、チームとしての意思を統合して緩和ケアの目的を達成するためには、各自の専門的知識・技能を一定水準に保つことが、最低限必要なことと思われる。

6. おわりに

本研究の結果から、以下のようなことが示唆された。

1. チームの機能に対するメンバーの評価に、勤務年数の違いは関係しない。
2. チームにおけるヒエラルキーの存在は、チームの円滑な機能を低下させる要因となる。
3. チームが円滑に機能するためには、チームの調整役であるコーディネーターが必要であり、患者が持つ問題などによって、その都度コーディネーターが替わることが望ましい。
4. チームの機能に対する評価別に、チームの機能に影響を及ぼすと思われる要因15項目の平均値の差を検定した結果、すべての項目において有意差が認められた。このことから、今回挙げた15項目は、チームの機能に影響を及ぼす要因となっており、緩和ケアの目的を達成するためのチームアプローチに不可欠である。
5. チームの機能に影響を及ぼす要因15項目について因子分析した結果、「意見を尊重しあうコミュニケーション」「ばらつきのない高い専門的知識・技能」の2因子が抽出された。

今後、これらの知見を緩和ケアの実践に反映させていくためには、チームの運営、特にメンバー間のコミュニケーションを図るためのカンファレンス等のあり方を検討していく必要がある。恒藤暁は緩和ケアを実践する中から、頻回にカンファレンスやミーティングを開くことが不可欠であると述べている¹⁴⁾。各メンバーが専門性を発揮しながら、他の職種と協働していくためには、多職種の申し送りへの参加、必要に応じて迅速に開催されるショートカンファレンス、メンバー全員が定期的集まる合同ミーティングなどが必要であろう。更に、カンファレンスの目的を明確にし、内容を充実させることも重要であると考えられる。

また、チームが円滑に機能するためには、個々のメンバーが自らの専門的知識・技能を高め、チームとして一定の水準を保つことが必要である。そのことが、ひいては緩和ケアの質

を高めることにつながるであろう。今後は、メンバーの専門的知識・技能を高めるために、緩和ケア病棟においてどのような継続教育が必要であるかを明らかにし、効果的な教育の方法と内容について検討していくことが求められる。

最後に、今回の調査にご協力いただきました緩和ケア病棟の皆様、心より御礼申し上げます。また、研究を進めるにあたり、ご指導いただきました諸先生方に深謝いたします。

引用・参考文献

- 1) 柏木哲夫、ターミナル・ケアにおけるチーム医療、心身医療、6 (11)、pp.53-58 (1994)
- 2) 近藤まゆみ、チーム医療の共同行為に関する倫理的諸問題、日本緩和医療学会監修、柏木哲夫・石谷邦彦編集、緩和医療学、p.252、三輪書店 (1997)
- 3) 射場典子・川越博美、わが国のターミナルケアに関する研究の動向と今後の課題、看護研究、33(4)、pp.3-13 (2000)
- 4) 石田博、21世紀プライマリ・ケアの展望 チーム医療、治療、75(12)、pp.39-43 (1993)
- 5) 植村研一、チーム医療における医療人の役割、教育と医学、43(9)、pp.38-43 (1993)
- 6) 大内裕子、生をささえるチームアプローチ、ターミナルケア、4 (5)、pp.379-384 (1994)
- 7) 高宮有介、緩和ケアチームの現状と問題点、医学のあゆみ、180(10)、pp.664-665 (1997)
- 8) 恒藤暁、全人的苦痛とチーム医療、最新医学、51(11)、pp.97-102 (1996)
- 9) 藤本幸三、終末期看護における看護婦と看護介入に対するコンサルテーションのあり方、こころの看護学、1 (1)、pp.53-58 (1997)
- 10) 保坂隆、チーム医療、こころの看護学、1 (4)、pp.383-398 (1997)
- 11) 田村恵子、チームアプローチをどう考えるか、ターミナルケア、7 (2)、pp.173-178 (1997)
- 12) 岩崎徹也、治療チームと集団力学、からだの科学 増刊10 新・医療心理学読本、pp.40-43 (1989)
- 13) 世界保健機関編、武田文和訳、がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア、p.55、金原出版 (1993)
- 14) 恒藤暁、最新緩和医療学、pp.8-10、最新医学社 (1999)
- 15) 石谷邦彦、クオリティ・オブ・ライフと緩和ケア、現代のエスプリ、274、(1990)
- 16) 磯崎千枝子、ホスピスにおけるコ・メディカル存在意義 -コーディネーターの立場から-、ターミナルケア、8 (4)、pp.283-285 (1998)
- 17) 柏木哲夫、死を看取る医学 ホスピスの現場から、日本放送出版協会 (1997)
- 18) 柏木哲夫、コメディカルの現状と今後を考える -チームアプローチを中心に-、ターミナルケア、8 (4)、pp.272-276 (1998)
- 19) 清水哲郎、医療現場に臨む哲学、勁草書房 (1997)
- 20) ジーン・ルートン、朝賀薫他訳、ターミナルケアにおけるコミュニケーション、星和書店 (1997)
- 21) 丸口ミサエ、緩和ケア病棟の現在といま求められること、看護管理、8 (1)、pp.173-178 (1998)