

2. がん患者サロンの経緯と現状、および展望

安藤 詳子

(名古屋大学大学院 医学系研究科 看護学専攻)

21 世紀幕開けから動き出した 「がん患者サロン」

がん死が日本における死因 1 位になった 1981 年、日本初のホスピスが聖隷三方原病院に開設された。政策は 1984 年から 10 カ年戦略が 1 次・2 次と動き、病院において 1990 年に緩和ケア病棟、2002 年に緩和ケアチームに関する制度が成立した。また、急テンポに超高齢社会に突入したわが国では、地域在宅医療と介護における改革を迫られ、医療保険と介護保険を組み入れながら多様な制度を駆使してきた。

散乱する多大な課題に蠢くがん医療の中で、21 世紀が幕を開け、前稿に記述されている通り、セントクリストファーホスピスでデイホスピスを学んだ阿部まゆみ氏によって、イギリス型緩和ケアの実践が報告された。本書に紹介されている医療法人バリアンが、英国デイホスピスを参考にサロンを開始したのは 2003 年である。また、サロン「つむぎの路」は、2003 年に設立された在宅ホスピスボランティア団体の広島・ホスピスケアをすすめる会によって開始された。患者や家族が本音を語れる交流の場として、がん患者サロンを自発的に開設する動きの始まりであった。そして、2004 年、イギリス型緩和ケアプログラムを取り入れた緩和ケアセンターに設置され、全国から医療職や患者会・ボランティアメンバーが見学を訪れ、おのおの事情に合わせたサロン開設への動きが波及した。緩和ケアプログラムは、緩和ケア病棟設置基準に加味されることはできず、制度化への流れは苦渋し、まずはできることからと、見切り発車で「がん患者サロン」が多様なスタイルで動き始め

ていった。

2004 年、10 カ年戦略は第 3 次が動き、さらに 2006 年、自身ががん患者であった 1 議員の発言に触発された「がん対策基本法」が成立、2007 年「がん対策推進基本計画」が策定され、目標には「がん患者や家族等が、心の悩みや体験等を語り合うことにより、不安が解消された、安心感につながったという例もあることから、こうした場を自主的に提供している活動を促進していくための検討を行う」という点が明記された。そして、本書内に紹介されている岡山済生会総合病院「サロンさいせい」や岩手医科大学附属病院「がん患者・家族サロン」の例に見るように、2008 年「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」に伴い、サロン開設に動いた病院は多い。

利用者ニーズに合った多様なスタイルで広がる「がん患者サロン」

現在、がん患者サロンは、市民による街の中のコミュニティサロン、地域クリニックや訪問看護ステーションにおけるサロン、がん診療連携拠点病院などの院内サロン、大学キャンパス内サロンと実に多様なスタイルで広がっている。しかし、国内で活動しているすべてのがん患者サロンを網羅するデータはない。筆者が 2012 年にがん診療連携拠点病院 15 施設に聴き取り調査¹⁾を実施した際、回答内容から「がん患者サロンの実施要件」として 4 領域 (図 1) を抽出し、その構図を基に質問紙調査を郵送法で実施した結果、154 病院の有効回答を得ることができた (図 2)。

その実態を見ると、先駆的にサロンを開設したがん診療連携拠点病院は、“患者の要望”に応え

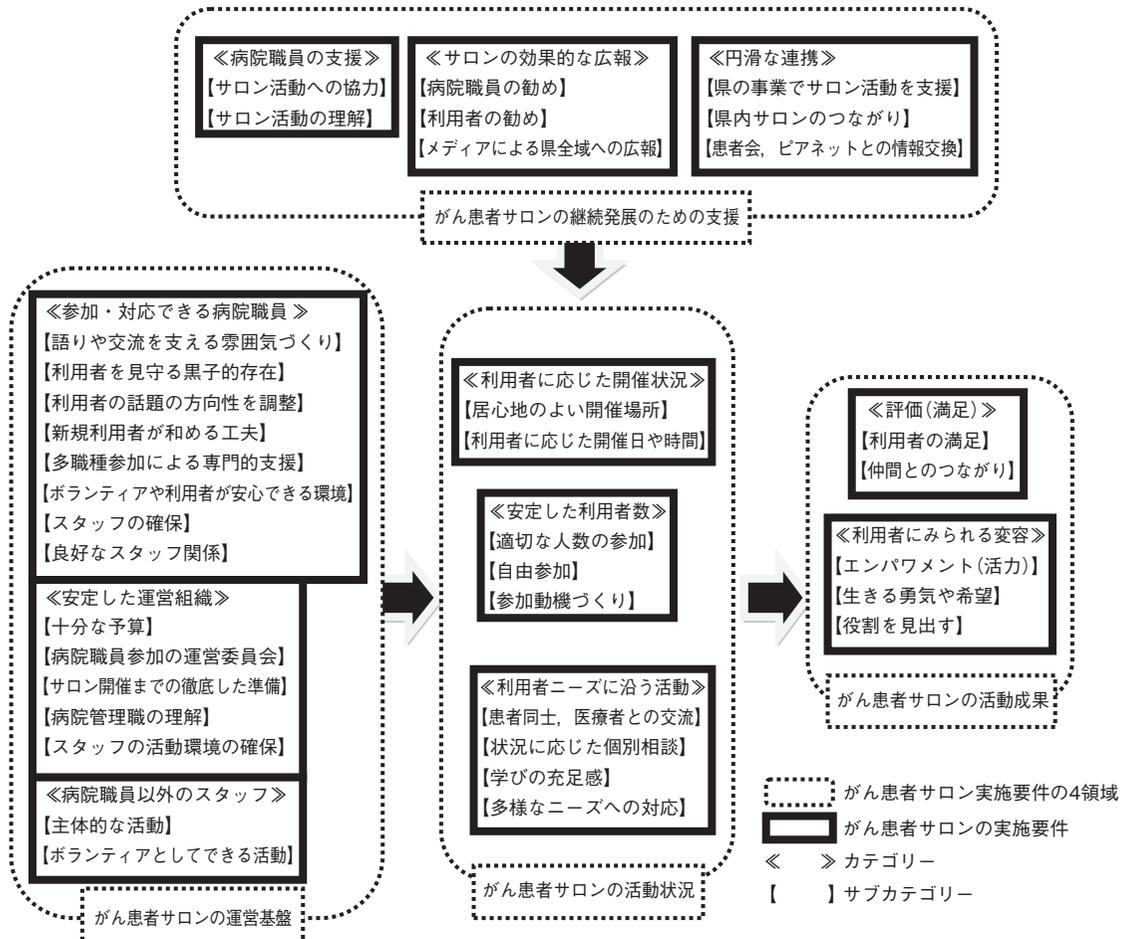


図1 がん患者サロンの実施要件

て動き始めたが、その後は、職員が患者の意見を身近に聞いてサロンを立案し、政策や病院組織の後押しがあって開設された場合が多い。予算や運営委員会などの管理運営の体制が整っている施設は半数程度である。月に1回2時間ほど、1回に4～10人の参加者で、女性・60歳代が多い。話題は、生活のこと・身体症状・今後の不安・治療内容・医療者との関係・家族や友人のこと・医療情報などである。サロンに関わるおもなスタッフは看護師やMSWが多く、がん体験者・ピアサポーターや家族・ボランティアの活動によって支えられている場合もある。サロン進行役に求められるおもな役割は、雰囲気づくり・黒子的存在で見守る・話題の方向性の調整・支援内容のキャッチ・新規利用者が和める工夫をする、などである。調

査結果の解析によると、特に話題では「家族のこと」、進行役割では「黒子的存在で見守る」が、参加者の自己変容と関連して重要であることが示唆された。

サロンでの参加者交流の効果は、心身共に安全な場において理解してもらえる医療者や仲間と素直な思いを話し合うことにより、心理社会的苦悩が緩和されることにあるといえる。

ボランティアによる支え合う関係性に着目して発展する「がん患者サロン」

前述の調査¹⁾によって分かった実態から院内がん患者サロンについては、以下の点を考慮することが望ましいと考えられる。

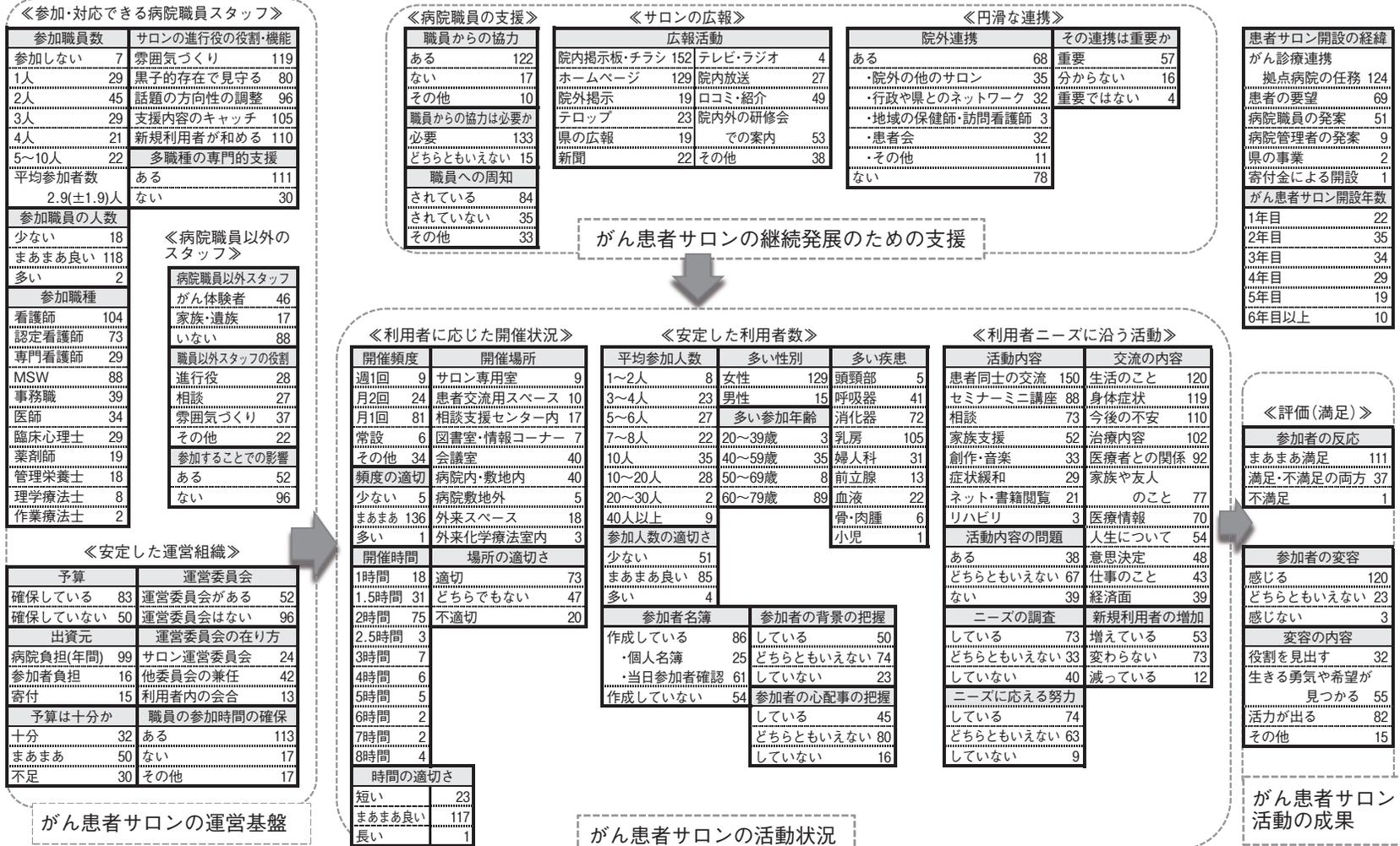


図2 がん診療連携拠点病院における「がん患者サロン」の実施要件からみた全国実態調査の結果 n=154

1. 病院職員や予算などの安定した運営を基盤とし、看護師やMSWが進行役となって黒子的存在で関わり、がん体験者がサロンの実際に関わる場合は、過負担を防ぐ医療者側の配慮を要する。

2. サロン利用者数を安定化し、利用者ニーズに沿う開催方法と活動が必要で、家族に関する話題は重視する。

3. サロンの成果として利用者のエンパワメントや変容と満足が期待される。

4. サロンの継続発展には病院職員の理解と協力や行政・地域との連携を必要とする。

以上の4点にまとめられた。これらは、がん診療連携拠点病院の実態調査から見出した方向性であるが、運営主体が異なっている場合でも、類似

して応用されるといえよう。今や、院外にて、コミュニティで、ボランティアな動きが活発になっている。がん体験者である患者や家族などボランティアのサロンへの関わりについて、第二期がん対策推進基本計画にも言及されているように、ピアサポーターとして支え合うことができる関係性に着目して、医療者が臨床において培ってきた実践知と融合的に関わりサロンを運営していく方向性を探求することが求められるであろう。

文献

- 1) 藤本喜久恵, 阿部まゆみ, 光行多佳子, 他:がん診療連携拠点病院15施設に対する聴取調査によるがん患者サロン実施要件の検討. 死の臨床 37(1):125-130, 2014