

# 広島県のホスピス推進プロセスと Change Agent としての看護師の役割\*

森 山 美知子\*\*<sup>1)</sup>, 宮 下 美 香\*\*<sup>1)</sup>, 平 井 道 子\*\*<sup>2)</sup>

\*\*<sup>1)</sup> 広島大学大学院保健学研究科保健学専攻看護開発科学講座

\*\*<sup>2)</sup> 広島大学病院

## I. はじめに

ホスピスは1つの運動である<sup>1)</sup>。運動とは、「社会変動の原因または結果として生ずる社会的矛盾を、直接的または間接的に、特定の構造部分を再構成することによって解決しようと意図して行われる、未組織的または組織的な動員のことである」<sup>2)</sup>と定義される。ホスピスは、Quality of Life (以下、QOL) を求める人権思想の高まり等によって、それまでの病院での死に対して疑問を抱き、その犠牲になることに「ノー」を唱え、安らかな最期を求める、いわゆるこれまでの医療の矛盾に対する一種の抵抗運動、再構成を進める運動ともいえる。

1967年に英国に始まった近代ホスピスは、ホスピスを普及、制度化しようとする運動として1970年代には世界に拡大した。わが国では、1973年に初めてのホスピスがスタートし、その後、人々の関心が延命からQOLの高い死に向きはじめ、死の準備教育等にも関心が集まり、1991年「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」、さらに、関連する団体が発足する<sup>3)</sup>。こういった動きが国を動かし、厚生省(現 厚生労働省)は、1990年、診療報酬に「緩和ケア病棟入院料」を新設した<sup>4)</sup>。これによって緩和ケア病棟設置の動きが加速され、理念を高くもつ医療機関によってのみ行われていた緩和ケア

が、一般の病院にも拡大する可能性が出てきた。

筆者らはホスピスを推進する「広島・ホスピスケアをすすめる会」の活動に参加する中で、看護師が医療機関といった職場の中だけにとどまらず、社会に対して問題を提起し、地域を変えていくために地域づくりに参加する姿に看護師のchange agent(変革推進者)としての新しい役割<sup>5)</sup>の具現をみた。そこでわれわれは、10年前(1993年頃)広島県にまったくホスピスが存在しなかった時代から、公的病院に緩和ケア支援センターが設置される2004年までを捉え、広島県にホスピスを推進するために中心的役割を果たした看護師らの具体的な動きとその推進プロセスを記述することにより、看護師がchange agentとして広島県におけるホスピス運動の中でどのような役割を担い、変革を推進してきたかを明らかにすることを目的に、関係者に行ったインタビューをまとめた。

ここで提供される情報は、今後発展していくであろうホスピスを推進していくうえで、看護師がいかに関わりや地域を巻き込み、理念を具現化していくかの1つの示唆となると考える。

## II. 用語の操作的定義

本論文ではホスピス運動の発展に焦点を当てたこ

\* The Process of Promoting Hospice in Hiroshima Prefecture and the Role of Nurses as Change Agents

\*\*<sup>1)</sup> Michiko Moriyama, RN, PhD, Mika Miyashita, RN, PHN, PhD : Division of Nursing Science, Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University

\*\*<sup>2)</sup> Michiko Hirai, RN, PHN, BSN : Hiroshima University Hospital

とから、ホスピスについて「末期患者とその家族に対する痛みや苦痛のコントロールと QOL の向上に重点をおいたケアのプログラム、ケア提供の総合システム (p.632)」<sup>6)</sup> の定義を用い、一貫して「ホスピス」の用語を用いた。ただし、診療報酬や会、施設の名称として「緩和ケア」や「ホスピスケア」の用語が使用されている場合には忠実に記述した。

### Ⅲ. 研究方法

#### 1. 研究期間

平成 15 年 9 月～11 月

#### 2. 研究協力者

明らかにしようとする内容が限定されているため、意図の対象選択を行った。一部、Chain referral sampling を行った。

広島県には医療従事者が中心となって市民を巻き込んだホスピスを推進する活動を行う団体として「広島・ホスピスケアをすすめる会」、同じく医療従事者が中心となり一般病棟でのホスピスを推進する「ターミナルケアを考える会・広島」(2004 年 6 月から「緩和ケアを考える会・広島」に名称変更)、さらに、一般市民による「生と死を考える会・広島」がある。本研究では看護師の視点からホスピス活動の展開を捉えるため、前 2 者の団体から中核となる看護師 3 名 (A, B, C 氏) を、さらに、3 名の看護師の動きに影響を与え、広島県のホスピスの推進に欠くことのできない医師 1 名 (D 氏) と看護師の活動を実質的に支えたボランティアスタッフ 1 名 (E 氏) にも研究協力を依頼した。

#### 3. 手続きと面接内容

半構造化面接をそれぞれ 1 回行った。面接の所要時間は 2 時間を目安とした。面接の日時は研究協力者の都合に合わせて、場所については研究協力者が希望し、かつプライバシーが確保できる場所を選んだ。

面接の構造は、広島県にホスピスに関する活動が何もなかったときに研究協力者がこの活動を開始した時点から、広島県および広島市が緩和ケア病棟の設置を採択し、県立広島病院に緩和ケア支援センターを開設するまでの期間とした。

半構造化面接の内容は以下のとおりである。

1) 活動を始めたきっかけ：哲学的動機づけ、動機づけとなる経験、当時の状況、何に対し問

題意識をもったか、人材、資源はどのように集まったか。

- 2) 目標設定の仕方：活動を起こすときにどのような目標を設定していたか、何が目標の方向づけに影響したと思うか。
- 3) 活動の内容：活動に影響した人、参考にした活動、だれにどのように働きかけたか。
- 4) 活動による変化、評価：活動によって変わったと思うこと、評価できることは何か。
- 5) 現在の状況、問題点に対する考え：倫理的問題、法制度的な問題、死の準備教育等についてどのように考えるか。
- 6) 現在の患者、家族、医療職、他職種、その他、地域とのつながり
- 7) 今後の目標、続けていきたいこと、看護職に伝えたいこと
- 8) 今後の目標の実現方法：今後の目標はどのようにしたら実現できると思うか。

#### 4. 倫理的配慮

研究概要と意義、プライバシーの保護、身体的・精神的負担への配慮、研究参加の任意性と中断の自由および結果の公表の仕方について、研究協力者に文書を用いて説明し、文書で同意を得た。さらに、録音テープや逐語録等のデータは本論文作成後に破棄した。本研究では研究協力者が限定されるため、読者によっては容易に特定される可能性があることから、個人の属性に関する情報は最小限とし、論文にするに当たっては、記述した最終結果を研究協力者にみせ、論文の内容に間違いがないか確認を取り、承諾を得た。

#### 5. 分析方法

分析は逐語録をデータとして、時間の経過に沿い、特に、マイルストーンとなる出来事や行動の変化に焦点を当てて、研究目的を基に質的帰納的にホスピス推進の段階を取り出した。語ったストーリーがプロセスの点から明確であった、初期に面接を行った A 氏の分析を基調にし、他の看護者の研究協力者がどのようなプロセスを歩んだのかを、比較検討しながら分析した。段階において発生するバリエーションについては、バリエーションが生じる要因を分析した。また、医師の立場から参加した者およびボランティアとして関わった者については、運動の時間的プロセスと看護師との関連において分析した。

全体の文脈をつかむために、面接の記述を繰り返して読み、類似している表現（行動）に区分けし、相互の関連を比較、検討して、意味をなす段階を作成し（カテゴリー化し）、内容を表す名称を付けた。

## 6. 信用可能性 (credibility)・確認可能性 (confirmability)

2人の研究者により繰り返しデータ分析が行われた。信用可能性を高めるために、抜き出し、段階としてカテゴリー化した最終的な内容について研究協力者に確認を依頼した。

## IV. 結果

分析の結果、広島県にホスピスを普及しようとするに至った過程ならびに普及の過程は8つの段階が順序性をもってつながった一連の過程ととらえることができた。その8つの段階とは、①動機づけの段階、②基本的知識の習得と身近なネットワーキングの段階、③最新知識の習得と広範囲なネットワーキングの段階、④理念を共有する人たちとの組織化の段階、⑤組織活動の拡大の段階、⑥行政への働きかけの段階、⑦到達目標の達成と体制の構築の段階、および内容の充実と自己実現を目指す段階であり、これらは①から⑧に向かって順序性をもってつながる過程であった。

以下、得られた8つの段階について説明する。

### 1) 動機づけの段階

この段階は、終末期にある患者のニーズを満たすケアを実施したいと願う段階を指す。

看護師であるA, B, C氏、そして医師であるD氏の全員が、臨床活動の中で動機づけられ、ホスピスでのケアに関わりたいという明確な動機づけがあった。B氏は、日本の人々がほとんどホスピスを知らない時代から、欧米の動きを捉え、周囲の人々に情報を提供し、動機づけるという動きをしていた。E氏は、「ホスピスボランティア養成講座」に出席して動機づけられた。

A氏は、会を組織する2年前から訪問看護の活動の中で、患者から「最期まで家で過ごしたい」と訴えを聞くようになった。同時に、「在宅での看取りの体験を重ねる中で、家族員を最期まで看取った家族の満足感、爽快感を体験し、さらに、一人暮らしの高齢者の安らかな在宅死を経験したことが、在

宅で看取ることの意味をさらに強めた」と語った。

B氏は、病院勤務の中で病名を告知されず、痛み、苦しみに苦しむ、病院で死を迎える多くのがん患者に出会い、「その人たちを家に何とかして帰したい」一心で訪問看護を開始し、5年間継続した。同時期、欧米にはすでにホスピスがあることに驚き、米国やカナダのホスピスや高齢者ケアを自費で見学し、「日本の医療は米国に10年遅れるといわれているので、日本にもやがてこのような時代が来るだろうと考えた」と語った。

C氏は、一般病棟の中で終末期の患者と多く関わりをもつようになり、急性期の患者の看護に追われる一方、終末期の患者の孤立、寂しさを知り、死の直前まで意味のない延命治療を続けることに疑問を感じたことが動機づけになっていた。さらにC氏はがんに罹患した母親の看取りの体験として、余命6カ月と宣告されたときに、「自分は『家に帰りたい』という母親の最後の希望を叶えてあげることができなかつたし、最後の別れの言葉も交わすことができなかつた」と後悔を語った。

D氏は医師として約10年が経過した頃に、「延命は当然」という考えに疑問をもちはじめた。自分がやっている延命治療が親に対して、また自分に対してもできるのかと、「三人称から二人称へ、そして、一人称へ」と切り替え、患者の視点に立つことが、活動の動機づけになっていた。また、疼痛コントロール不良で自らを死に追いやった患者と、良好な疼痛コントロールのもと、子どもにメッセージを残して死亡した患者を診た経験を通じ、疼痛緩和の大切さを痛感し、それがホスピスへの動機づけになっていた。

このように4名の動機づけは異なっていたが、「終末期において、患者のニーズをみたすケアを提供したい」という希望は共通していた。

### 2) 基本的知識の習得と身近なネットワーキングの段階

この段階は、ホスピスに関する基本的知識を得ると同時に、問題意識を共有するために身近な人々と勉強会を開催する段階を指す。

動機づけられた後、A, B, C, D氏はそれぞれに院内や地域の医療職との勉強会を行うという行動を起こしている。A氏は、「在宅死を希望する患者について同じ地域の在宅医療を行う医師や看護師た

ちと勉強会をもち、そこで症状コントロールと介護力の重要性を学んだ」と語った。当時、在宅ケアを通して問題意識を強くもったA氏と病院で訪問看護を行いながら問題意識を強くもっていたB氏とは互いに啓発しあい、「広島にホスピスを広めよう」と一緒に将来計画を話し合った」と語った。

C氏とD氏は同じ職場で働いていたが、C氏は院内でD氏によって開催された緩和ケアの勉強会、発表会に積極的に参加する行動を起こした。D氏は自身の経験の中から「医療者が患者の痛みをとること」「チームアプローチの重要性」を認識し、病棟の看護師に働きかけ、院内での勉強会を開始し、2年ほど続けている。

### 3) 最新知識の習得と広範囲なネットワーキングの段階

専門的な知識を深め、仲間を増やすために広範囲に活動を行った段階である。

身近な人との勉強会開始後、A、C、D氏は、それぞれに緩和ケアの専門家を訪ね、指導と刺激を受け、問題の明確化と意思決定に役立てた。A氏は疼痛コントロールを学習するため、緩和ケア専門医のもとへ勉強に行った。D氏も、1992年、ある病院の緩和ケア病棟に見学に行った。D氏は「ホスピスマインドの基本、つまり、『患者をチームみんなで支えよう』との姿勢を目の当たりにし、それを広島県に持ち帰ろうと考えた」と語った。さらにD氏は英国やドイツのホスピス見学ツアーにも参加している。海外のホスピスに触れ、死生観を学び、全国から集まった仲間との交流を通し、ホスピス活動への意欲は一層高まった。B氏は動機づけられた直後から、「『日本でも真のチーム医療を展開したい』と意識を喚起し、看護系大学大学院に進学した。ここでの仲間を通し、全国のネットワークができた」と語った。このネットワークを用いて、B氏は広島県での研修会の講師の紹介等、調整役を務め、他の人々を新しい方向へ動機づけた。

### 4) 理念を共有する人たちとの組織化の段階

活動を共にする賛同者と協力者を募り、それぞれが会を立ち上げた段階である。

(1)「広島・ホスピスケアをすすめる会」の立上げ

A氏は、既存の会には「在宅ホスピスの視点」や「電話相談等の身近なサポート機能」「ボランテ

ィア教育」がないことことに気づき、これらの機能を備えた会を組織しようとするに至った。そして、C氏を含む核となる5、6人を探した。また、訪問看護師交流会でB氏と出会い、賛同を得た。そして核になる人を決め、会の基盤となる理念等を作成し、さらに既存の団体に協力を依頼し、「自分たちの活動を認識してもらうため」の活動を続けている。A氏は組織を作る過程で、既存の組織に参加しながら、自分の考えをアピールし、既存の会のメンバーから発起人や賛同者を集めた。そして、活動から2年後の1995年4月に訪問看護師を中心とする「広島・ホスピスケアをすすめる会」を立ち上げた。ここで、B氏は「理念だけでは意味がない」と主張し、1996年4月、A氏とB氏が共同で在宅ホスピスを中心とする訪問看護ステーションを開設した。

(2)「ターミナルケアを考える会・広島」の立上げ

D氏は自身の講演会で参加者に対し「広島県にがんの痛みをとる技術や告知の問題などを話し合う医療者の会を作りたい」と呼びかけ、70～80人の賛同者を集め、1993年12月「ターミナルケアを考える会・広島」を立ち上げた。C氏も賛同者の一人であった。「ターミナルケアを考える会・広島」は、末期がん医療の抱える諸問題について、医療従事者と患者、市民とが対等な立場で考え、ケアを前進させていくため、医療従事者と市民の協力で望ましいケアのあり方を考えることを目標とした。

### 5) 組織活動の拡大の段階

「医療従事者だけでなく、市民を巻き込み活動と組織を拡大させる段階」である。この段階から、ボランティアのE氏も含め、全員が踏んだ過程である。

(1)「広島・ホスピスケアをすすめる会」の活動の広がり

A氏は「市民が安心して在宅医療が受けられるように、家族がすぐに頼れる相談できる場所、情報提供する場所が必要である」と考え、「広島・ホスピスケアをすすめる会」の活動の一環として、電話相談を開始した。さらに、電話相談のボランティアが必要なことから「ボランティア養成講座」を開始した。そこで養成されたボランティアが中心となり、遺族会、患者会を立ち上げた。さらに、ホスピスボランティアの養成講座を修了したボランティアが

「訪問ボランティアの会」も立ち上げ、患者の見守り、傾聴の手伝いをしている。ボランティアのE氏は、「広島・ホスピスケアをすすめる会」のボランティア養成講座を受け、ホスピスボランティア活動を始めた。E氏はここからの関わりとなる。

(2) 「ターミナルケアを考える会・広島」の活動の広がり

D氏が中心となって立ち上げた「ターミナルケアを考える会・広島」は、広島県内の医療従事者を中心に、一般市民も加わり事例検討会、会報発行などを行った。C氏は、「国内の先駆的なホスピスを見学したことが、活動の方向性を見据えるきっかけとなり、活動を地域の中で発展させる動機づけになった」と語った。この「ターミナルケアを考える会・広島」は会員の約3/5が看護師であり、活動の中心は看護師であった。そこでC氏は、看護師中心の活動の一つとして、「がんを知って歩む会」を紹介し、2年の準備期間の後、1998年10月に「がんを知って歩む会」を発足させた。

#### 6) 行政への働きかけの段階

この段階では、変革を実現させるため、医療専門職や市民だけでなく議員・議会といった行政への働きかけが行われた。これまで全員が類似した経過をたどっているが、この段階から2つの動きに分かれる。

A、C、E氏は行政や議員の政治力に働きかけ、市民の力を結集する動きを起こし、ホスピスの理念を具現化するために緩和ケア病棟をもつがんセンターの設置に向けた動きを外部から起こした。一方、D氏は請願運動に協力しながら、行政組織とタイアップして、緩和ケア支援センターや緩和ケア病棟の設置に向けた動きを展開する。B氏も、看護師の立場から行政に働きかけるべく、「広島県がんセンター整備推進委員会」の委員として、がんセンターとその中に20床の緩和ケア病棟の設置の必要性を主張した。

##### (1) 3つの会の結束

1998年、広島県（行政）では、市民のニーズに反して、「がんセンター構想の中止」が決定されようとしていた。バブルが崩壊し財政が困難となったため、行政の計画は凍結された。これに対してA氏は、「緩和ケアは大切なものなのに、黙って何も言わないでいたら、構想がなくなってしまう」とい

う危機感を感じ、市民からの請願運動を思いついた。そして、「ターミナルケアを考える会・広島」、「生と死を考える会・広島」、「広島・ホスピスケアをすすめる会」の3つの会へ協力を呼びかけ、「広島にホスピスケアを求める会」が立ち上げられた。C氏は「広島県ホスピスケアを求める会」への参加について、「一般病棟で終末ケアを行うのには限界がある。やはり、広島県にもホスピスがつくられるべき」という考えから署名活動に参加した。

##### (2) 「広島にホスピスケアを求める会」の活動

E氏はA氏に署名活動の話をもちかけられ、積極的に参加している。A氏とともに広島県議事課に行き署名の仕方を尋ね、県会議員やわが国におけるホスピスに影響を与えた重要人物に働きかけ、賛同者を探し、署名用紙を作成するという一連の活動を行った。A氏は新聞、TV等のマスコミに働きかけ、ホスピスの必要性を訴え続けた。C氏もボランティアの仲間とともに、街頭における署名活動を続け、県民に直接呼びかけた。

##### (3) 行政組織と連携することによる活動の展開

一方でB氏は、署名活動には加わず、県の「がんセンター整備推進委員会」や「広島県緩和ケア推進会議」の委員として活躍した。B氏は「A氏が請願運動を行い、緩和ケア支援センターができるようになった。彼女はアクションを起こし、私は中身を県の委員会で詰めていく役割だった」と2人の立場の違いについて語った。

D氏もB氏同様、行政とタイアップすることにより目的を実現しようとしていた。D氏は、「末期医療専門委員会」の委員となり、行政と連携する形で緩和ケア支援センターの設立に向けての取り組みを進めた。

#### 7) 目標の達成と体制の構築の段階

緩和ケア病棟と緩和ケア支援センターの設置を目標に行政に継続的に働きかけ、実現させた段階である。

(1) 緩和ケア病棟と緩和ケア支援センターの設置の議決

A、E、C氏らの市民を巻き込んだ動きと、B、D氏らの行政と連携して政策立案に関わる動き等によって、ついに1998年12月に県議会において、1999年3月には市議会において、それぞれ全会一致で県立広島病院への緩和ケア支援センターの設置と広島

市民病院への緩和ケア病棟の設置とが採択された。

しかし、E氏は県の担当者から採択されても実際は不安定なものであることを聞かされ、安心することなく採択されたことが確実に政策として実行されるよう県や市に対しての働きかけを続けた。また、A氏やE氏を含むボランティアは、政策が実行されるよう、引き続き、ホスピスの必要性などを問う市民に対するアンケート結果を基に市や県に公開質問状を提出し、緩和ケア病棟の設置を再度訴えた。議会での採択にもかかわらず、市当局は「財政難」「先進医療の優先」を理由に、緩和ケア病棟設置は先送りされた。

#### (2) 行政による推進計画の策定

緩和ケア病棟の設置については採択後も設置が先送りされるなど困難を極めたが、2000年には県に「緩和ケア推進会議」と、その下位機関として「在宅緩和ケアシステム部会」が設置された。さらに、2001年には「施設緩和ケアシステム部会」が設置され、緩和ケアに関する医師研修が開始された。また県民向けに、緩和ケアに関するパンフレットが作成されたのもこの年である。2002年には「がん緩和ケアに関するマニュアル」が配布され、「緩和ケア推進事業報告書」が作成された。2003年には、「広島県緩和ケア連絡協議会」「地対協緩和ケア推進専門委員会」「緩和ケア地域連絡協議会」が設置された。2004年には広島県における緩和ケアを推進する中核的な拠点として県立広島病院に緩和ケア支援センターが開設されることとなった。

#### 8) 内容の充実と自己実現を目指す段階

変革の内容を充実させることによりその変革を定着させ、それぞれの立場や考え方に応じて活動に取り組むことで変革を終了し、次の変革に向け自己実現を目指した段階である。

緩和ケア病棟の設置に向けた段階では、それぞれの立場と考え方の違いにより、重点の置き方の異なる展開となった。A、C、E氏は引き続き行政側に働きかけ、市民の力を結集する動きを起し、緩和ケア病棟の設置に向けた動きを進めたのに対して、B氏は人的資源の養成に力を注いだ。D氏は、広島市以外の病院の緩和ケア病棟の責任者となり、緩和ケアの定着と理想の実現に向けて、実際の診療の中で理念を実現する動きと全国に向けた啓発活動が中心になった。

#### (1) 看護師の研修プログラムの準備

B氏は広島県看護協会に働きかけ、緩和ケアに関する特別委員会の立上げを要望し、「緩和ケア充実向上推進委員会」の設置を実現させた。そこで行政(県)とタイアップし、予算の獲得を図りながら、人材を育成するために教育プログラムを立ち上げた。受講生がさらなる動きを生み出し、展開することにより活動の拡大が見いだされた。

#### (2) それぞれの目指すものへの発展：組織および個人として目指すもの

県立広島病院に緩和ケア支援センターが、そして、広島市立の病院に緩和ケア病棟が設置される具体的な構想が動き出した段階で5人の目標は達成されるとともに、次の課題に向けての活動が始まっている。それぞれ展開される活動は体験の延長上にあり、機能と役割の拡大と一層の発展とも考えられる。

A氏はこれからの目標として、2005年に広島で開催される「日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会」を成功させることを挙げた。さらにA氏は、ホスピス・グループホーム設置の夢ももっている。B氏は医療福祉分野での現場を周知しており、現場の声を集約し伝えることができることから、議会側に身を置くことで突破口を見つけようと考えた。また、自らの体験から、「ウーマンキャンサーサポート」という婦人科がんの患者をサポートするボランティア団体を立ち上げている。また、地域の人々が病気になっても安心して暮らせるための構想として、国公立あるいは行政の補助で成り立つ医療情報センターの設置を考えている。C氏は「看護師の患者・家族への指導についての技術は向上したが、『聴く』ということがまだ上手ではない」と考え、これからの目標として、「傾聴のできる看護師を養成していきたい」と語った。D氏はこれからの目標を、「緩和ケア支援センターの立ち上げを成功させること」と「人材育成の視点」を挙げた。緩和ケア施設の全国の整備割合の低さおよび在宅緩和ケアの仕組みの不十分さを指摘し、どの地域の人も同じように緩和ケアサービスを受けられるよう、引き続き行政と連動した活動を行う予定である。E氏は、ボランティア活動を継続し、活動を通して社会に働きかけ、市民に考える作業を促すことにより、ホスピスでのケアをさらに市民の中に定着させたいと考えている。

## V. 考 察

Change agent の役割は、段階に応じ、変革を仕掛け、推進することである。すなわち、変革の第1段階である「解凍」では、問題を診断し意思決定することと、他の人々を新しい方向へ動機づけていくことが change agent の役割であるといわれている。第2段階である「移動」では、変更を推進する役割を担う。第3段階の「再凍結」においては、変革を終わらせ、変革が持続するように他の人々をサポートすることが change agent の主要な役割である<sup>5)</sup>。

ここに登場した3人の看護師は、広島県に緩和ケアを推進する change agent としての役割を果たしたと考える。具体的には、変革の第1段階に関して、臨床活動を通じて動機づけられ、身近な人々に働きかけ問題認識を共有するための勉強会とネットワーキングを行っていた。実際の変更を推進する役割を担う第2段階では、初期には医療従事者だけで活動していたが、問題の解決のためには市民と行政を巻き込むことが重要であることに気づき、市民や行政と一体化した運動に拡大している。やはり運動の成功には、核となる部分で理念やルール、活動方針を定め、地域住民や行政に対し、マスコミや署名運動といったさまざまな手段を活用して理解と変更を求めていくことが重要であったと考える。そして、「終末期にある患者のニーズをみたくケアを提供したい」という目標を最後まで共有することにより、活動の焦点がぶれることなく変更を可能にしたと考えられる。第3段階では、目標の達成で活動がいったん終結したが、その後もそれぞれが次の変革に向け自己実現を目指していた。

ホスピス運動は、死を否認しタブー視する社会と人々、治療に主眼を置く医師たち、基盤整備の政策の優先順位を下げてしまう政治家や行政といった、抵抗勢力といわれるものに対して持続的に働きかけ、変化を起こしていくプロセスでもある。一つの目標達成に甘んずることなく、患者や家族のQOLが一層向上するよう引き続き問題の診断と意思決定、他の人々への働きかけ、実際の変更の推進と維持を行うことは、看護師の change agent としての役割と考えられる。

運動プロセスの観点からみると、未組織の群衆行

動から組織的な社会運動までを含む概念である集合行動は、一般的に、①社会不安、②集合興奮の拡大、③原初的集合行動とパーソナルな小集団の形成、④組織化と形式化、⑤社会的受容と制度的統合、という諸段階が観察され、先行段階は次の後続段階の必要条件の一つではあるが、きっかけ要因が加わって初めて次の段階に進む<sup>7)</sup>と理論づけられている。広島県での運動も、まさしく、同時期に同じ問題を体験していた人々が集まり、問題意識を共有することによって、勇気づけられ、エネルギーが集積し、仲間同士としての小集団の形成に向かっている。組織化のきっかけとなったのは、おそらく、当時、国内で起こっていたホスピスの運動の高まりであったと想像できる。さらに、診療報酬上、緩和ケア病棟が国によって制度化されたことが、彼らに解決策を提示し、目標を設定しやすくしたと考える。このように、社会運動のプロセスを理解し、社会や厚生行政の動きを的確に捉えることによって、看護師も change agent としての役割を担い、理念や目的を達成することができるようになると思う。

## VI. 研究の限界と今後への示唆

本研究は、面接を行った人数が少なく、行政側や政策立案に関わった者に対するインタビューが実施できなかったことから、運動する側の側面だけになってしまった。したがって、結果を「広島県のホスピスケアの普及と発展の動き」として一般化することは難しい。

本研究において、運動の原則を理解し段階に応じた役割を遂行することにより、運動が成功する可能性が示唆された。今後、がん患者の増加や医学の進歩により、一層多様化する患者のニーズに応じた看護の提供がなされるよう、看護師は「運動」も一つの手段と考え、change agent として変革を促進することが期待される。

## 文 献

- 1) Cohen, Kenneth P. (齋藤 武, 柏木哲夫訳). ホスピス. 末期医療の思想と方法. 東京, 医学書院, 1982. v
- 2) 塩原 勉. “集合行動と社会運動”. 社会学概論. 本間康平, 田野崎昭夫, 光吉利之, 塩原 勉編. 新版. 東京, 有斐閣大学双書, 2000, 421
- 3) 東原正明. “緩和ケアと緩和医療学 (背景と歴史)”. 緩和ケア. 東原正明, 近藤まゆみ編集. 東京, 医学書院.

2000, 3-7

- 4) 岩下清子, 奥村元子, 石田昌宏, 他. 診療報酬 (介護報酬). その仕組みと看護の評価. 第5版. 東京, 日本看護協会出版会, 2003, 302
- 5) 上泉和子. “戦略的変革—変革理論 (Changing Theory)”. 看護サービス管理. 中西睦子編. 第2版. 東京, 医学書院, 2002, 36-46
- 6) 牛山真佐子. “ホスピス”. 看護学事典. 見藤隆子, 小玉香津子, 菱沼典子総編集. 東京, 日本看護協会出版会, 2003, 632
- 7) 塩原 勉. “集合行動と社会運動”. 社会学概論. 本間康平, 田野崎昭夫, 光吉利之, 塩原 勉編. 新版. 東京, 有斐閣大学双書, 2000, 422-423