

治療困難となった癌患者に対する緩和ケア病棟の役割

八木 安生

I. はじめに

世界保健機関 (WHO) は、『緩和ケアとは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患を持つ患者に対して行われる積極的で全体的な医療ケアであり、痛みのコントロール、痛み以外の諸症状のコントロール、心理的な苦痛、社会面の問題、spiritual problems の解決がもつとも重要な課題となる』¹⁾と述べているが、日本における緩和ケアの発展には、1990年の診療報酬項目に緩和ケア入院料が認められたことが大きい。これ以後、緩和ケア病棟の開設が増加することとなった。

緩和ケア入院料が認められる緩和ケア病棟承認施設の集まりである全国ホスピス緩和ケア病棟連絡協議会では、緩和ケアの基本的な考え方として、『ホスピス・緩和ケアは、治癒不可能な疾患の終末期にある患者および家族の Quality of life (QOL) の向上のために、さまざまな専門家が協力して作ったチームによって行われるケアを意味する。そのケアは、患者と家族が可能な限り人間らしく快適な生活が送れるように提供される』とある。

その要件として、

- (1) 人が生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れる「死への過程」に敬意を払う。
- (2) 死を早めることも死を遅らすこともしない。
- (3) 痛みやその他の不快な身体症状を和らげる。
- (4) 精神的・社会的な援助を行い、患者に死が訪れるまで、生きていることに意味が見い

だされるようなケア (霊的ケア) を行う。

- (5) 家族が困難を抱えて、それに対処しようとするとき、患者の療養中から死別したあとまで家族を支える。

と述べており、現在緩和ケア病棟の基本的な考え方となっている²⁾。社会保険神戸中央病院に緩和ケア病棟が開設されたのは1996年6月であり、約7年が経過した。病棟の施設といったハード面の変更や、初期には受け入れのなかったボランティアも加わり、徐々にソフト面も充実してきている。そこでこの7年を振り返り、緩和ケア病棟の役割、そして現状を中心に問題点について述べる。

II. 施設

社会保険神戸中央病院緩和ケア病棟は本館 (7階建て) の7階にあり、南側には六甲山の山々とその間から瀬戸内海が眺望できる (図1)。病室は22室すべて個室となっている。開設当時は3人部屋があり、病棟の問題点として取り上げたこともあるが³⁾、個室が望ましいとの考えで2002年4月からは全室個室となった。トイレや洗面が付いている無料個室 (洋室) が12室、さらに液晶テレビや有線放送、室内電話などが設置されている有料個室 (洋室) 8室、部屋の広さが倍となり応接セットや浴室のある洋室1室と和室1室から構成されている。

病室はプライバシー保護のため、部屋の扉を閉めると廊下の物音が聞こえないようになっており、病室の入口には入院患者の氏名を表示していない。演奏会など種々の催しができるダイニングがあり、患者さんの描かれた絵画や作業

療法で作られた作品が陳列されている。絵画に関しては、患者さんや家族の作品などをボランティアが月ごとに入れ替えている。また、熱帯魚の水槽もあり、患者さんや家族が魚を覗いている姿をみかける。

キッチンと食堂が設置されており、キッチンでは、家族が患者さんの好きな食事を作ったり、ボランティアが、患者さんへのサービスとしておやつなどを作るのに利用されている。食堂では、患者さんと家族が集まって食事をしたり、お茶やコーヒーを飲んでくつろがれることもある。また、家族どうしが会話をされる場所にもなっている。

他には、患者さんが寄贈されたマッサージ機があって、家族を含め盛んに利用されている。食堂の隣には、ガラス面にて食堂とつながった圧迫感のない喫煙室がある(緩和ケア病棟では、喫煙や飲酒の制限はない)。一般浴室として檜風呂がある。檜風呂はユニットバスに比べて、

気分的にも落ち着くようであり評判は良い。自分で入浴が困難となった患者さんには特殊浴室があり、寝た状態にて入浴が可能である。日本人は入浴が好きなためか、病状が進んでも特殊浴室への入浴を希望される方が多い。

緩和ケア病棟の特徴として、家族部屋の設置が義務づけられており、現在2室の家族部屋がある。家族部屋は、看病などに疲れた家族が休養をとったり、遠方より親戚が看病や見舞にみえた場合に利用されている。このため、土日や休日には、家族部屋が詰まってしまうこともしばしばある。面談室は、患者さんや家族に病状の説明などを行う時に利用している。

Ⅲ. スタッフとその役割

現在のスタッフは、医師が常勤として2002年度から2名に増員となった(表1)。2人の常勤の医師は共に内科医であり、病棟での日常診療と身体症状のコントロールや、患者さんおよび家族への病状説明を行っている。精神科医師が兼任にて、週3回精神症状を中心に病棟回診を行い、不眠などにも対応している。

また、スタッフの精神的なストレスに対するカウンセリングも重要な役割である。さらに、リエゾンとして4年以上緩和ケア病棟に関わっている非常勤の精神科医が週1回来院している。

看護師は課長1名、係長1名、看護師20名で構成されており、緩和ケア病棟設置基準より多い患者さん1人あたり1人の看護師が配置されている。看護師がケアの中心であり、患者さんや家族と医療スタッフとのコーディネーションを行っている。20名の看護師は2チームに分かれている。看護助手が常に2名は勤務しており、病棟の整備・整頓や、患者さんの検査搬出など病棟雑務一般に対応している。

薬剤師は麻薬管理の必要から、毎日病棟にて麻薬の出し入れや、薬の相互作用および副作用の情報提供などに関与している。理学療法士は病気の進行に伴う患者さんの筋力低下の予防

病棟平面図

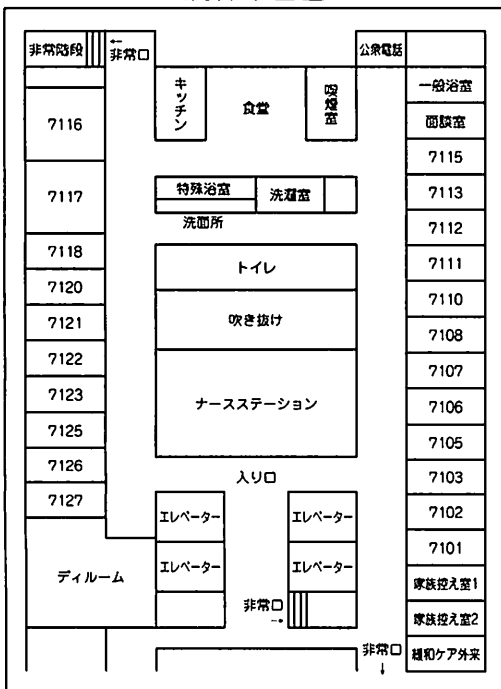


図1. 社会保険神戸中央病院
緩和ケア病棟平面図

や、全身の萎縮、拘縮の防止にも必要であり、患者さんの QOL 維持にはかかせない存在である。症状が落ち着き、精神的にも安定した状態の患者さんにとって、種々の作業療法が有効であり、作業療法士の関与も必要である。テイルームには、作業療法にて患者さんが制作した作品が展示されている。

ソーシャルワーカー (MSW) の関与は、病棟にとっては必須であり、現在 3 名の MSW が交代で関わっている。患者さんの医療費や保険関係、さらに介護保険などの社会的援助に対してのみならず、患者さん・家族の初診時の予診などにも関与しており、MSW なしには病棟は運営できない。

患者さんは、病状の進行と共に食事も摂れない。しかし、このような時でも好きな食べ物なら (例えばうどんやそば) 食べられることも多く、病院の栄養科が、たとえ一人でも麺類を希望された場合には、患者さんの希望に応える方向で病棟運営に関わっている。

さらに、ボランティアが病棟のチームの一員としてかかすことができない存在である。ボランティアには、一般ボランティアと特殊ボランティアがある。一般ボランティアは、患者さんや家族へのお茶のサービス、患者さんや家族の話を聴く傾聴ボランティア、病棟の展示を月ごとに交換したり、お花の水やりや整備・清掃、さら

に病棟での季節の催し (鏡開き、節分、七夕など) の準備と種々の役割がある。月曜日から金曜日まで、日によって人数は異なるが、多くのボランティアが参加されている。特殊ボランティアとは、ボランティアが持っている特殊技能を活かすものである。バイオリンの先生が、お弟子さんや教室の子どもさんのお母さんなどと作っているクラシック弦楽合奏団が、年 2～3 回の演奏会を開催している。現在も、看護師の仕事をしてながらジャズの演奏をしている女性を中心とするグループが、年 1 度のジャズ演奏会を行っている。また、大正琴の演奏グループが、月に 1 度定期的な演奏会を行ったり、最近ではハーモニカの演奏も定期的で開催されている。また、定期的に月に 2 度、ピアノ演奏や患者さんと共にコーラスなどをしながら音楽療法の勉強をしている女性がいる。この人は親戚の方が病棟へ入院されている際に演奏に来て下さり、以後も定期的な演奏を続けて下さっている。現在ヨーロッパでハーブの勉強や演奏会をしている方が、緩和ケア病棟へ入院したおばあさんの見舞をかねて帰国された折りに、ハーブの演奏をして下さった。おばあさんが亡くなられた後も、日本で演奏会があった時に、わざわざ来院して演奏会を開催したり、三木市のベートーベン第 9 合唱団の有志の方々が、年末には必ず来院して、クリスマスコンサートを開催していただくのが恒例の行事となっている。この合唱団にも、亡くなられた患者さんの奥さんが参加されている。患者さんが亡くなられてから合唱団に参加されるようになられたが、メンバーの皆さんを誘ってクリスマスコンサートを開催して下さるようになっている。

このようにボランティアをして下さる方の中には、以前入院された患者さんの家族や、親戚の方が参加される事も多い。

代替療法として、最近注目をあびている音楽療法を行っているグループがある。一つは将来音楽療法士を目指して勉強しているグループで、当院に音楽療法を導入してくれた。このグ

表 1. 緩和ケア病棟スタッフ

- 1) 医師：常勤 2 名, 兼任 1 名 (精神科)
非常勤 1 名 (精神科)
- 2) 看護師：課長 1 名, 係長 1 名, 看護師 20 名
- 3) 看護助手：3 名 (常時 2 名)
- 4) ソーシャル・ワーカー：3 名 (兼任)
- 5) 薬剤師：1 名 (兼任)
- 6) 理学療法士：1 名 (兼任)
- 7) 作業療法士：1 名 (兼任)
- 8) 栄養士 (兼任)
- 9) ボランティア

グループの一員には、かつて当院の緩和ケア病棟に勤務していたが、音楽療法士をめざして退職した看護師の人がいる。このグループが、月に1度の集団音楽療法を始めてくれたが、音楽療法が患者さんの精神的な苦痛の軽減などに有効であることを認識させてくれた⁴⁾。しかし残念なことに、来院が困難となり、現在は休止状態となっている。別のグループが、週1回の割合にて、集団音楽療法と希望する患者さんや家族に個人音楽療法を行っている。

次に、チームメンバーとして取り上げたいのが、アニマルセラピーと言われる動物の癒し効果である。以前、某新聞に連載された『QOLのカルテ』に書いた、ある喉頭癌術後患者の話である。この患者さんは、気管切開のためしゃべれず、胃チューブの挿入にて経口摂取もできず、転院後も看護師の呼びかけや話しかけにもまったく反応を示さなかった。しかし、セラピー犬を部屋に入れ、看護師が患者さんの手を犬の頭に持っていったところ、目を開け犬の方を見てにっこり笑い、犬の頭をなでるしぐさをされた。また、それを見た看護師が、初めて患者さんが感情を表出されたと喜んだ。このように、動物が持つ人との関わりあいが、緩和ケアの患者さんにとっても重要なことである。そしてボランティアは、緩和ケア病棟にはなくてはならない存在であり、大切なチームメンバーでもある。

IV. 実際のチームケアについて

先ほど述べたように、各々専門的な技能を持った集団が緩和ケアチームを構成している。そして、患者さんと家族のQOL 確保や維持のために、これらメンバーの役割を調整するのが看護師である。

当院では、看護体制としてチーム・ナーシング制とプライマリー・ナーシング制の併用を行っている。プライマリー・ナーシング制とは、患者さん・家族を含めた一家族に、各々プライマリーナースとアソシエイトナースを決め、この2人が中心となって患者さんと家族に対する必

要なケアを考える。例えば、骨転移による腰痛のような身体的症状があれば、医師に鎮痛剤の投与や理学療法士による腰痛軽減のリハビリを依頼する。また、不眠などの精神的な症状を訴えているようなら、精神科医師やリエゾンナースなどの協力や、患者さんや家族の悩みを傾聴するボランティアの協力が必要かもしれない。一方、患者さんや家族が、生活や医療費などの経済的困難を抱えているなら、MSW が必要になってくる。患者さんが、人間存在に対する哲学的疑問や、死に対する不安などの spiritual problems に悩む場合には、患者さんの訴えを傾聴できる家族、宗教家、医療スタッフやボランティアなどの関与が必要となってくる。これら患者さんと家族の身体的問題、精神的問題、社会的問題さらに spiritual problems⁵⁾ に対してプライマリーナースが計画を立て、スタッフ全員で問題を解決していく方法をとっている。このため、緩和ケア病棟では、看護師がケアの中心となっている。

V. 現状と今後の課題について

緩和ケア病棟開設後7年が過ぎ、年間約200名の入院患者がある。スタッフの充実や、看護師が独自で、ホームページ【ようこそ！緩和ケア病棟へ<<http://www007.upp.so-net.ne.jp/pcu/>>】の開設⁶⁾などしてきたが、まだ今後解決が必要な問題点も多く残されている。

①緩和ケア病棟の病院での位置について

現在、院内と院外からの紹介比率は3～4：6～7と院外が多い状態であるが、紹介患者の緩和ケア適応に関しては、再考が必要と思われる。最近、院内外を問わず急性期病院群では、入院期間短縮のため、治療対象とはならない長期入院癌患者を、緩和ケアへ紹介する傾向があるように思われる。患者さんや家族の希望に関係ない場合や、癌はあっても癌自体の進行が遅く予後が長いと考えられる高齢者が紹介されてくることも多い。

②緩和ケア病棟スタッフの充実について

緩和ケア病棟においては、癌専門看護師やホスピス認定看護師などの専門知識を持った看護師の配置が必要となってきている。また、看護師以外のスタッフの充実のため、外部からの問い合わせや外来予約受け付けなどを行うクラークや、ボランティア・コーディネーターの配置も必要である。精神面や心理面に対応できるリエゾン担当常勤医師、または看護師や心理療法士が必要である。

③緩和ケア病棟の有効利用のために

緩和医療に対する関心が、癌治療専門医の間でも高まっている。これは、完治できなくても患者さんの QOL を維持することが医療の目的の一つと考えられるようになってきたからである。しかし、いまだに WHO 三段階治療ラダーが十分に使いこなされているとは言えない⁵⁾。多くの患者さんの疼痛コントロールのためには、症状コントロールができた患者さんが退院できるように、終末期在宅医療が行える開業医や、訪問看護ステーション、さらにケア・マネジャーとの連携も大切となっている。緩和ケア病棟入院患者の約20～30%は軽快退院しているが、このような連帯が進めば、50%の患者さんは退院できると考えられる。このためには、終末期患者の在宅治療に予算的な処置も必要と思われる。

VI. 最後に

緩和ケア病棟が理解されるようになって10年足らずである。現在でも、緩和ケア病棟は「死ぬところ」、「何もしてくれないで死を待つだけ」、などと言われることも多い。また、家族も「病名告知はしないで欲しい。告知をすれ

ば気が弱いので死んでしまう」など、まだまだ緩和ケアが十分受け入れられているとは言い難いのが現状である。しかし、緩和ケア病棟での7年間、ケアに関係するスタッフ、特に看護師の働きぶりや苦悩、また患者さんや家族と共に流した嬉し涙などを見ると、少しずつ緩和ケアが浸透しており、それに共感して下さる方がボランティアとして参加して、徐々に医療として定着してきていると感じられる。

参考文献

- 1) 武田文和訳. がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケアーがんと患者の生命へのよき支援のために一. 世界保健機関編. 東京: 金原出版; 1993. p. 5.
- 2) 全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会: 緩和ケア病棟承認施設におけるホスピス・緩和ケアプログラムの基準. ターミナルケア. 1997; 7(1): 67-8.
- 3) 八木安生, 下別府和子: PCU デザインの鍵 こうしてよかった こうすればよかった. ターミナルケア. 1998; 8(5): 410-1.
- 4) 八木安生, 岡下晶子, 平山愛他; 「風のうたコンサート」での QOL 向上への試み～緩和ケア病棟での集団音楽療法. 月刊ナーステータ. 2002; 23(8): 38-42.
- 5) 武田文和訳. がんの痛みからの解放 付, WHO 方式癌疼痛治療法. 世界保健機関編. 東京: 金原出版; 1987. p. 4-15.
- 6) 加勢川幸子, 原口紀子, 下別府和子他; 緩和ケア病棟ホームページ開設一年を振り返って. ホスピスケアと在宅ケア. 2000; 8(3): 249-52.