

◎緩和ケアの現場で

■高宮有介

1 緩和ケア病棟の開設

昭和大学横浜市北部病院緩和ケア病棟は、2001年10月1日にオープンしました。緩和ケア病棟をつくるにあたっては、症状緩和を前面に打ち出し、ホスピスのイメージにある。死に場所“にしないよう配慮しました。

従来のホスピスは、総合病院でも最上階に設置されることが多く、特別の場所だからと非常に敷居が高い場所になっていました。当院では、先進医療の中央棟と緩和ケア病棟の西棟は別れてはいますが、いろいろな診療科の先生たちが誰でも入りやすいように努力しているのです。ここは大病院の付属ですから、さまざまな診療科の専門家がいますので、来られる患者さんたちに専門性を持って対応しています。肺がん、消化器がん、前立腺がん、子宮がん、骨転移など疾患、病状に合った診療科の先生から専門的な情報を得ながら一緒に診てもらっています。

また当病棟で各診療科の医師からノウハウを勉強し、私たちが各診療科の医師にノウハ

ウを発信しようという意識を持っています。今までのホスピスが独立した形で運営され、他と連携が少なかったのを、そうならないように努力しています。

2 緩和ケアのキーワード

緩和ケア、ターミナルケア、ホスピスケアという言葉がありますが、基本的には目指すものは一緒だと思います。

緩和ケアのキーワードは3つあります。1つは苦痛の緩和、2つ目は家族のケア、そして3つ目はチームケアです。

先ず苦痛の緩和です。日本の緩和ケア病棟はがんの患者さんが対象になっていますが、がん患者さんの様々な苦痛を和らげるのが緩和ケアです。その苦痛は、ただ身体的なものだけではなく、精神的、社会的、そしてスピリチュアルの4つです。社会的というのは、経済的なこと、家庭のこと、仕事のことなどで、これらが痛みに実際に影響してきます。スピリチュアルは、大きくは2つあって、な

ぜ自分はこの世に生まれてきて死んでいくのだろうか、自分の人生の意味や価値観を考える部分と、死とはなんだろう、死後の世界はあるのだろうかという悩みです。そういう全人的な4つの痛み、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルなものをトータルで支えていくケアが1つです。

もう1つは、家族のケアです。患者さんだけではなくて、家族も傷ついた存在として支えていく、そして、家族は遺族になりますから、継続的にサポートしていく。ただし、遺族のケアはわが国では欧米に比べ遅れています。

3つ目は、チームケアです。トータルケアは医者だけでも、看護婦だけでもできないのです。医者、看護婦、薬剤師、ソーシャルワーカー等の医療者、ボランティア、または宗教家といった人たちが多職種で関わるのがチームケアです。

今までは治療してただめだから緩和ケアにというイメージでしたが、緩和ケアはWHOが定義したように、がんの診断時から、告知後

- 1 緩和ケア病棟の開設
- 2 緩和ケアのキーワード
- 3 緩和ケアの治療
- 4 緩和ケア病棟の生活
- 5 緩和ケアを担当して考えたこと
- 6 ケアの本質
- 7 死をイメージする
- 8 緩和ケアとチームケア
- 9 これからの市民、医療従事者、自治体の課題

の気持ちの揺れ、その心のサポートから緩和ケアは始まります。手術ができる人でも、手術後の痛みとか、抗がん剤の吐き気などを和らげることも緩和ケアだと考えます。ですから、既に診断時から緩和ケアは始まっているのです。治療が少なくなり、だんだん緩和ケアが大きくなって、末期の時期としてホスピスケアがあると思います。期的には積極的な治療が困難となる時期からがホスピスケアです。

実際には、緩和ケア病棟またはホスピスは、根治不能のがん患者さんが対象になっていて、現在大分増えて92施設になっています。

しかしがん患者さんの必要性からすると、まだまだ少ないのです。それぞれが満床で、外来が1カ月待ちとか、入院まで1カ月待ちです。当病棟では、現在、外来から入院まで1週間から3週間待つて頂いています。各施設では、重症の方、ホスピスと理解した方を入れていますが、当病棟では、身体の苦痛がある方を優先的に入院して頂いています。ですから、病状が早い時期の方も、最後の時期の方もいます。理想としては、症状を緩和して自宅に帰るとか、一般病棟で診られるようになることを目標にやってきました。

3 緩和ケアの治療

ターミナルケアと言われる前は、終末期の医療といえば患者さんにとって苦痛な延命治療だけでした。死は敗北、生が勝利と言われていたので、延命治療で最後までがんばるのが医療だと言われていたけれども、最後の看

取りは静かな死もあっていい、医療行為はどこかで止めてもいいと言われるようになったことは進歩でした。しかし、最近、何もしていないことがよいことだとなってきて、一般病棟で患者さんに治療ができずに、医者も無力感があり足が遠のいてしまい、実際には、最低やるべき医療もなされていらない患者さんに当病棟では入院後に出会います。改善すべき病状があり、改善すべき治療があっても、それさえもなされていない。そこで、治療を積極的にやるわけではないけれども、他のホスピスよりは検査が多いし、必要な医療処置をしています。もちろん、それをやるかどうかは、患者さん・ご家族とよく相談した上で行っていますし、とにかく苦痛緩和は最優先に行っています。

4 緩和ケア病棟の生活

ここは全部個室です。入院している患者さんは、他の病棟と同じように診察していますが、ベッドサイドの時間、かわりが非常に長いのと、腰かけ、患者さんと同じ目線で話をします。ナースもほかの病棟よりは、患者さんにかかわる時間は長く持っています。

清潔ケアは身体を拭いたりしますけれども、機械浴があるので寝たままでもお風呂に入れます。「前の病院ではお風呂に入らなかつたがこちらで初めて入った」ということもあります。足浴といってフットバスもあります。オイルを使ってマッサージや足浴をやっています。気分がいいときには、目の前が公園ですから、車いすやストレッチャーで散歩にも

行けます。

部屋は個室で、皆さんは家庭と同じように生活し、私たちが往診している感覚です。ご本人とご家族がそこで過ごして、病状が進めば家族も部屋に寝泊まりできますし、家族室もあって、寝泊まりできます。ペットである犬が家族と同じようにいとおしい存在であれば、一緒に過ごした例もありました。

ですから何かをするというよりは、家庭に近い形で、苦痛がなくて1日1日を過ごしていられる。ただ、1日1日を過ごす中で、生きがい、やりがいは一人ひとり違うので、まずは苦痛を和らげることで、ドラマチックに何かをすることはないかもしれないが、ご家族と最後の時間を過ごされたり、会話をされたりしています。

ただ今後の課題ですが、ほかのホスピスが導入しているボランティアが、当病棟に入っていない。家庭的な雰囲気はあっても、何か社会から取り残された気分になる方が多いので、医療者以外のボランティア、一般の方たちが入ることによって、外の世界との橋渡しになると思っています。音楽療法とか、花の手入れ等も含めて、ボランティアの方たちを募集したいのです。既に希望者はいますが、受け皿となる病棟でのボランティア・コーディネーター役が決まっていないので、ペンディングになっています。それが課題だと考えています。

5 緩和ケアを担当して考えたこと

私は1988年にイギリスのホスピスに行

きましたので、緩和ケアを担当して10年以上になります。

緩和ケアを担当して感じたことは、先ず患者さんの中にある潜在的な力のすごさです。人間は体は弱っていくけれども、心の動き等は違います。患者さんの中に結婚式を迎えて非常に力を発揮された、痛みがなくなった方がいました。また、意識が落ちていても、息子さん海外から帰ってきて、明日息子さんが来ると言ったら、前日から意識状態が戻り、お話しもできるようになりました。その人が持つている潜在能力が発揮されることを、私たちが痛みを和らげ、お手伝いをする事で可能になることに、やりがいを感じています。

それから、やはり患者さん自身は、人生の意味や役割を考え悩まれ、私たちが問いただすれ、一緒に考えます。例えば、死は仕方ないと思っけていても、実際、寝たきりになり排泄を人にお願するときに、生きてる意味や価値はあるかと問われます。そういうときに、それでも生きてる意味があるかを医療者自身が考え始めるきっかけであり、答えはないけれど何かできるかと一緒に考える経験を、いつも繰り返しています。

話していて教えてもらうことはわかりですが、やはり、家族のあり方、ありがたさ、家族がそこにいる意味を考えます。仕事の名誉とかお金とかではない、身近でどういう人たちと付き合ったかが最後に凝縮されるので、関わりつつても大切だと教えられます。

あとは、やはり人はいつかは死ぬということをお思い知らされます。若い方でも、壮年期の男性でも、若い主婦でも、小さなお子さん

でも致死的な病気を前に死は避けられません。そういう患者さんに予後告知をする場合がります。後どのくらい生きられますかと聞かれて、末期を年単位で考えている方が多いので、月単位で考えたほうがいいと伝えます。やり残したことがあるのですが、やったほうがいいですかと問われると、先延ばしにしないでやったらほうがいいと話します。この1月、この1日を先延ばししないで、やりたいことは充実しながら1日1日を過ごして、それが半年なり1年になるかもしれないが、集中して生きましようと思えます。そう言いながら、自分たちもいつかは死ぬ同じ存在であり、また時間を大切にどう生きるかを教えられる気がしています。

6 ケアの本質

患者さんとのかわりは、大変でもありますが、私自身は反対に癒されている気がしています。『ケアの本質』という本に、「ケアすることはケアされることである」と記されています。ホスピスが始まって20年、緩和ケアが脚光を浴びて10年ですが、昨年あたりから、緩和ケアの本質とは何だろう、私たちはどこに向かっているのかという議論が繰り返されています。私たちはケアをしながら、自分がそこにいる意味が感じられたり、感動的な場面があったり、つらい話を共有することで信頼関係が感じられたり、仕事はしんどいですがいやされている。スピリチュアルな自分の人生の意味や役割を含めて、存在価値を見出せる気はしています。

緩和ケアは患者さんが治療の限界に来たときに、とても重要な意味を持っています。緩和ケアに来る患者さんやご家族は、病気が治ると信じ頼っていた主治医からもう治療法がないと言われ、当病棟に来るまで、見捨てられた、見放された気持ちでいる方もあります。しかし、この病棟での時間もとても必要な大事な時間となります。それこそ30年間あまり口もきかなかつた夫婦がやっと話ができたとか、親子でこんな話が初めてできたとか、非常に濃縮された濃密な時間となる場合もあります。

7 死をイメージする

家族にとって、死を一番リアルに考えはじめるのは、DNR(ドゥ・ノット・リサージテイト)といいますが、蘇生をしない取り決めの時です。当病棟では蘇生術、人工呼吸とか心臓マッサージをしています。十数年前は、医者は患者さんのベッドサイドにいつもは行かないのに、亡くなった瞬間には飛んでき蘇生術をするというパターンでした。そういうものは止めて、亡くなるまでの間は患者さんと向き合い、最後は静かに自然に看取するという流れになってきています。その蘇生をしない取り決めが、DNRをとるという医療者の決まり文句になっています。実際に心臓が止まったらどうしますかと話しをするときに、家族は初めて死を具体的にイメージできるようです。呼吸が止まって管を入れまますか、心臓が止まったら心臓マッサージをしますか、といった内容を時間をかけ、ご家族

の様子を見ながら、伝えます。ほぼすべての家族は自然にしましよと言いますが、そういう時期が近いことを伝えるきっかけとなります。

DNRをとるとするのは2つの意味があります。1つは、取り決めをしてないと急に当直の先生が飛んできて蘇生術をするかもしれないし、無意味な処置がされるかもしれない。もう1つは、家族がこれから遺族になることを伝える意味があると思います。その中で死をイメージしながら、今生きている患者さんと向き合い、残された時間を大事に過ごすことを意識的に私たちはアプローチしていると思います。

死の前には、だんだん眠ることが多くなり、排泄が自分でできなくなる、食べられなくなる、呼吸がだんだんゆっくりとなり、あえぐようになっていく過程があります。死は仕方がないと思っていてもその間の過程がわからないと不安を抱く家族には説明をします。どうなるかについては、一般病棟ではあまり話をしないかもしれませんが、それは大事なことだと思います。

一番大事なことは、死を止められないけど、がんだから七転八倒する苦痛があると思ってる人に、それを和らげることはお約束できることであり、このことはこの仕事のやりがいでもあります。

8 緩和ケアとチームケア

手術室の手術はチームで行います。術者がいて、麻酔科医がいて、看護婦がいて、検査

の人もいる。ただ、そういうチームは医療者の都合でできたような気がしています。個人個人個性の違う患者さん、その人に合ったチームができるのが一番成熟したチームだと思います。同じメンバーでも、ある患者さんにはソーシャルワーカーが主に関わり、ある患者さんにはある看護婦が主であり、医師が主になるかもしれない、そういうフレキシブルに流動的にかかわれるチームがあつたらいいと思います。そして、そのチームはできるだけ、皆が価値観が違ったほうがいいと思います。患者さんはいろんな面を持っている。そういう意味ではいろいろな価値観の者がいて、きちんと話し合えるのが、よいチーム医療ではないか思います。チーム医療はそこが一番難しいですが。

一般病棟では、クリニカルパスというのがあつて、入院したらこの検査をして、この治療をして、これで退院という計画がばつとできていますが、患者さんの最期はそれに乗らないわけです。家族も患者さん自身の希望や価値観も含めて非常に複雑ですから、医療者側もそれに対応できるようにいろいろな価値観を持って、そこに焦点を当てられるのがよいと思います。ただ、日本におけるチーム医療はまだ医療者中心です。

欧米の場合は、医師がピラミッドの頂点ではなくて、イギリスではボランティアが中心となり、看護婦が看取りもしていました。医師が死亡診断書を書くけれども、医師の役割は一部でしかありませんでした。それぞれが専門性を持った職種としてお互いが尊重し合っている構図があると思います。私は、24時

間かわわっている看護婦の意見や考え方が主であつてよいと思つています。医師は本当に必要な医療的なことについて押さえる。日本の場合はまだ医師が中心で、医師の指示のもとに看護婦が何かできるようになっているのでも、本当のチーム、同じ土俵にはなっていない気がします。チームの中心は患者さんとご家族で、それを医師と看護婦とそれ以外の医療者やボランティアの人たちが取り囲んでいるイメージです。

9 これからの市民、医療従事者、自治体の課題

① 市民にとって

死を前面に出すと、ホスピスのイメージが死に場所になつてしましますが、一方で、市民にとつて緩和ケアが、死を考えるきっかけになればよいと思います。死はみんな避けたいけれど、みんな平等に来るわけです。がんで亡くなる方が、死亡者全体の3分の1ですから、今の人たちの3人に1人はがんで亡くなる。亡くなる人だけでなく、自分のこと家族のこととして考えていただく。緩和ケアが、がんになつたらということでも、告知のことでも、日ごろから身近な人たちと話をするきっかけになつたらいいと思います。

これは大人だけではなく、小学生や中学生や高校生にも大事なことです。昨年は小学校、中学校、高校に講義に行きました。死の準備教育ということ、私が会った患者さんたちの話をしますが、絵本の犬の死とか、「葉っぱのフレディ」とかを通して死について考える

きつかけにしています。

子どもたちは、亡くなっていく人の話とかわいそうだと思います。自分の体験で、ベットが亡くなったたり、おじいちゃんおばあちゃんが亡くなったたりしても、誰もそれについて話してくれなかった。そういう中では初めて口にできたということがあったと思います。

性教育が昔、隠されていた。でもきちんと言話しようというのと同じように、死を考えることで、どう生きていくかを考えることになりました。死の教育を入れてくる中学校では、いじめとか不登校とかが少なくなつたという話もありますし、教育の中にも入つていけたらと思います。私がPTAとして小学校に授業に行くとか、中学校と高校は卒業記念とかで話しました。教育では、自分が末期と仮定して愛する人に手紙を書いてくださいという課題を与え、医学生、看護学生にはがんの痛みや実際に出会った患者のことを伝える講義をしています。私もまだ若輩ですが、死に逝く患者さんたちに接して向かい合つてきた中から、学んだことを伝え、正解はないけれども一緒に考えることができると思えます。

また、緩和ケア病棟の働きや、どうしたら入れるかという情報を、私たちが広報を通じてやりますし、市役所等が正しい情報を流してほしいのです。経済的なこと、告知のこと、治療はしないとか誤解されている場合があると思います。多くの緩和ケア病棟は、望まれば点滴もできますし最低限の医療行為ができるとか、正しい情報が伝えていけたらと思えます。

② 医療関係者にとって

がんの痛み止めの薬は随分確立してきているので、モルヒネの使い方も含めて、薬の正しい知識を普及しなければと思います。同時に身体的だけではなく精神的、社会的な支えがあつて、患者さんは初めて苦痛がとれるというトータルペインの考え方も広報していく必要があります。また一般の先生方にも伝えていきたいし、医学生とか研修医のときから教育に入っていくシステムづくりを考えていきます。

統計をとると半分以上の大学は緩和ケアの授業をしています。多くは麻薬の使い方とか薬の知識で、トータルペインを教える医師がいません。ここは大学の付属病院ですから、学生たちに教育をしています。学生たちにとつても医学のある意味では原点だと思えます。体だけではなくて、心とか、家族のこと、仕事のことをトータルで考えて、家族も支える、チームでやることはどの医療でも必要なことです。緩和ケアに触れた学生たちは、将来携わりたいという学生が毎年4、5人出ています。そこで、緩和ケアについてのトレーニング等を、医学生や若い先生たちにキチンとしたコースとしてつくる必要があると考えています。

③ 自治体にとって

やはり、緩和ケア病棟を増やしていくことは必要です。教育をきちんとされたスタッフを連れてきて、緩和ケア病棟を増やす必要があると思います。同時に、緩和ケア病棟が幾ら増えても、多くの患者さんが一般病棟に

います。去年のデータで、全がん死患者30万人のうちホスピスで亡くなった患者さんは2・5%しかいません。今後、増えても10%いくかどうかです。ということは、一般病棟での緩和ケアも増やしていく必要があります。そのやり方の1つは、病棟を持たない出前出張の形、コンサルテーションです。昭和大学の旗の台で、緩和ケアをいろいろな病棟の主治医や看護婦と行っていました。そういうスタイルをモデル事業として実施するよう要望しましたが、なかなか実現しませんでした。コンサルテーション型の緩和ケアチームの活動が保険点数となるように厚生労働省に働きかけていましたが、平成14年度の保険点数の改正で、コンサルテーションに保険点数がつくことになり、大きな躍進です。横浜市全体からすると、緩和ケア病棟も増やしなから、一般病棟での緩和ケアの底上げという、両方が必要ではないかと思えます。

緩和ケア病棟は今後も増えますので、一般病棟、緩和ケアと在宅の大きく3つになります。つまり、このネットワークづくりが必要です。つまり、一般病棟から、この先生とこの訪問看護ステーションに任せたら、最後まで在宅で看取ってくれる。でも、大変になったらもう1回受けますとか、しんどくなつたら緩和ケア病棟は受けますというネットワークづくりが大事です。それぞれが頑張っているけれども、お互いをよく知らないのが現状だと思います。

東京の品川区では研究会が立ち上がっています。緩和ケアを在宅で行っている人たちが集まって、ネットワークづくりを目指してい

ます。地域の医療者が音頭をとるのがいいの
でしょうが、家で大変だったら、私たちが入
院を受けますというネットワークができたら
いい。この地域の緩和ケア病棟ならここだと
か、この地域の在宅をやってくれる先生はこ
こで、訪問看護ならここに頼めばいいという
リストです。そういうネットワークの事務局
にはなかなか予算がつかない。品川の場合は、
世話人代表になった開業医の自宅が事務局に
なっています。

情報の発信基地みたいなキー・ステーショ
ンにいろいろな情報が入り、そこへ連絡する
と紹介もする。質というか、例えば24時間体
制かどうかや麻薬の処方ができるのか、看取
りを経験したことがあるとか、幾つかの条
件があると思います。そういう質を誰が見て
いくかは難しいですが、情報の集約が必要だ
と思います。

その場合、かなりの経験を積んでわかって
いないと、できない。都筑区では開業医と訪

問看護ステーションの人達がすでに研究会を
つくり、私たちが参加しネットワークになり
そうです。

こうしたネットワークが幾つかできると、
事務局というか、キー・ステーションが必要
になります。横浜市の衛生局が事務局を行
う場合も、品川や都筑の例があると、引き受け
ることはできるかもしれません。

△昭和大学横浜市北部病院メンタルケアセン
ター緩和ケア科専任講師▽