

1. 緩和ケアの経緯と現状、および展望

阿部まゆみ

(名古屋大学大学院 医学系研究科 看護学専攻)

入院と在宅の療養をつなぐ「緩和ケア」

わが国におけるがん患者死亡者数は2012年に36万人を超え、新たに診断されたがん罹患者数全国推計値は2011年で85万人とますます増大している¹⁾。がん医療においては、手術療法・化学療法・放射線療法をはじめ、がん腫を標的に効率性の高い治療法の開発が進み、5年相対生存率は上昇し²⁾、がんを有する患者は230万人に達し、治癒も含めたがん体験者は500万人以上といわれる。また、在院日数の短縮化が進み、入院から外来治療、継続的ケアへと変化している。がん患者は診断されてから長期にわたり集学的な治療を受け、症状マネジメント、生活の調整、家族との関係や自身の人生再設計と、現実を受け止めながら希望をもちつつ柔軟に対処していかなければならない。おもな治療を終えたがん患者は、治療後も続く心身の苦痛や再発への不安などを抱えている。患者と家族がこれまでの生活圏のなかで安心して暮らすには、がん治療から退院後のフォローアップ、終末期に至る経過において、シームレスな緩和ケアサービスが必要である。

欧米で始まったモダンホスピス運動の波動が日本にも伝わり、1981年から2015年までにホスピス緩和ケア病棟は308施設を超えた。また、がん対策推進基本計画が第1期(2007)から第2期(2012)へと継続され、在宅サービスも動き始めている。しかし、入院と在宅の療養をつなぐ中間の緩和ケアサービスの施策は薄く、必要としている患者・家族に十分に届いていないのが現状である。

イギリスでは、デイホスピスについて「自宅療

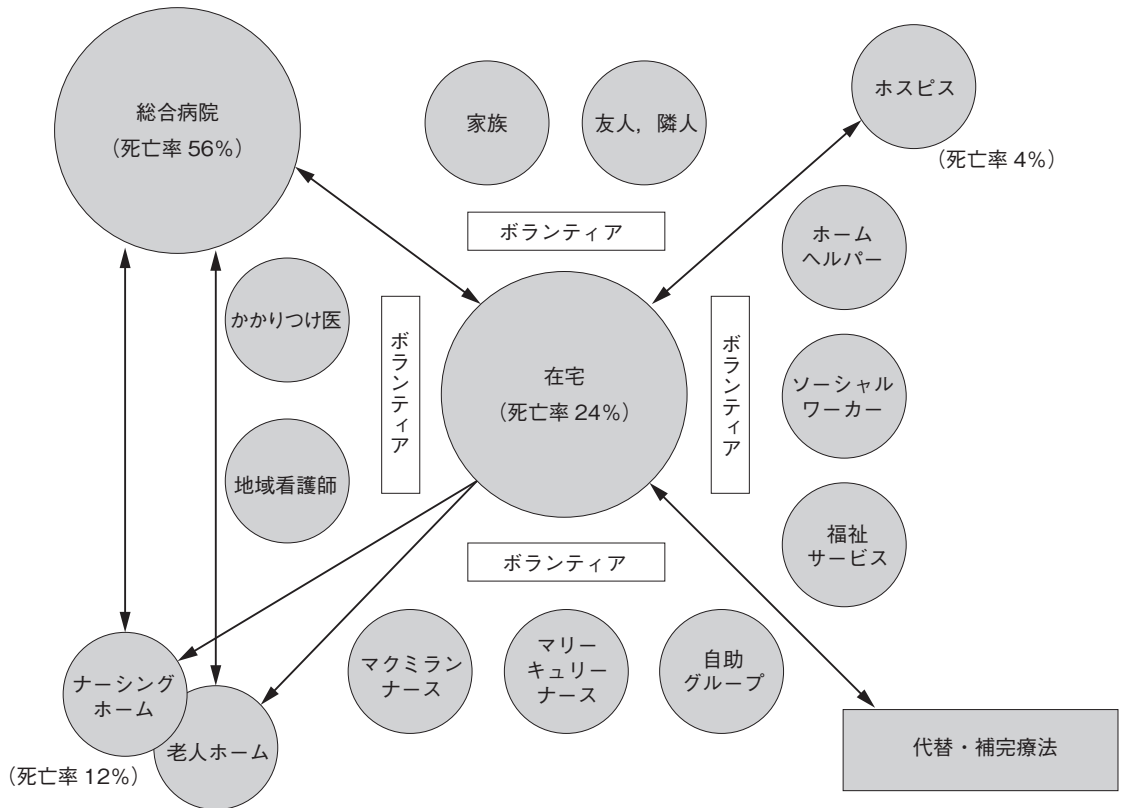
養している患者と家族に対して、専門職によるさまざまなセラピーを提供し、心身のQOLの向上を図る専門的・技術的なサービスである³⁾と定義され、その発端となった活動は1969年から始まっている。本稿で表す「緩和ケア」は、この定義に基づいて用いている。筆者は、1990年代にイギリスに渡り、デイホスピスの実際を学ぶ機会を得て、帰国後、その実践を広島県緩和ケア支援センターの緩和ケアプログラムにつなげた経緯がある。そこで、最初に緩和ケアの先進国であるイギリスの緩和ケアサービスに触れておきたい。

イギリスのホスピスムーブメントと「通所型」ホスピスの始まり

イギリスの保健医療福祉制度(National Health Service; NHS)は、「揺りかごから墓場まで」と称され、世界に誇る医療制度として発展し、市民生活に定着している⁴⁾。その特徴は、医療の国



図1 聖クリストファーホスピス
デイケアセンター外観



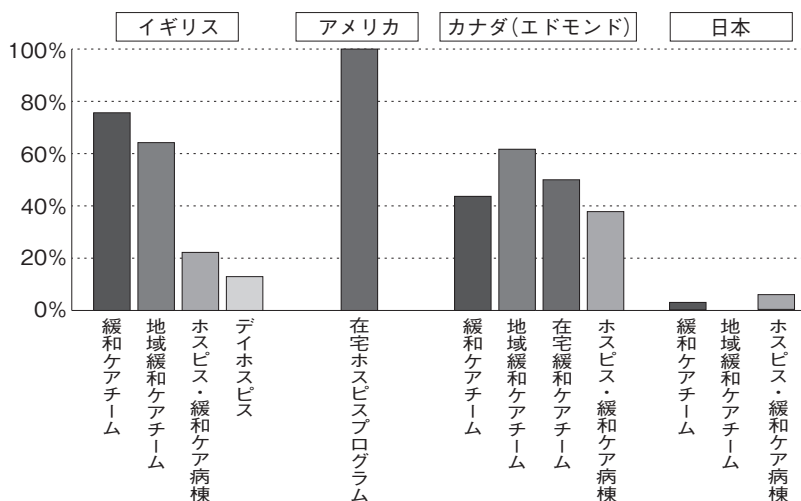
(Clerk D : The Future for Palliative Care : Issues of Policy and Practice. Open University Press, p8, 1993)

図2 英国における緩和ケア支援体制

管化により、すべての国民は無料で医療が保障されている点である。NHS 体制の中で 1967 年に聖クリストファーホスピス (図 1) が産声をあげたことは、終末期医療における新たな動きが誕生したことを意味した。2 年後にはホスピス看護チームによる在宅訪問サービスが開始されている⁵⁾。1975 年にシェフェルドの聖ルカホスピスでは、退院後の 1 人暮らし患者へのケアの必要性が浮き彫りとなり、デイホスピスが設置された⁶⁾。ウィクスらは、1978 年にホスピス入院を待ち望んでいた多くの患者が、ベッドが空く前にケアを受けることなく亡くなるという状況を指摘した⁷⁾。この頃から、在宅ケアに次ぐ新たなコンセプトとして「通所型」ホスピスが誕生し、専門的緩和ケアサービスの重要な一部となっていく⁸⁾。1990 年以降 NHS では、施設中心型の医療からコミュニティケアへとシフトするなか、デイホスピスが地域と病院を橋渡しする役割を担い、シームレスな

地域包括的緩和ケア体制が整備された。誰もが、どこでも、いつでも、望む場所で、地域のプライマリ・ケアチームとマクミランナースやマリーキュリーナースなどの専門職とホスピスチームの協働体制が整えられ、非常に有効に活用されている (図 2)。ホスピス入院期間は平均 2 週間、入院患者の 20% が入院後数日で死亡し、50% が 2 週間以内に退院している。緩和ケアサービス利用率は、①施設ケア 223 施設、②緩和ケアチーム 349 施設、③在宅ホスピスケア 424 チーム、④デイホスピス 283 施設、4 形態のサービスをシームレスにつなぎ、緩和ケアを提供するシステム体制が強化された (図 3)。その結果、約 8 割の患者が緩和ケアサービスを受けている。デイホスピスは、イギリスにおける費用対効果を鑑みる医療政策の中で、慈善団体・財団や寄付・募金などによる支援の動きと合わせ、ホスピスにデイケア部門が設置され普及してきた。

●緩和ケアを行っている医療サービスの利用率
緩和ケアサービスを利用しているがん患者の頻度



〔厚生労働科学研究費（がん臨床研究費）「緩和ケアのガイドライン作成に関するシステム構築に関する研究」班 2007, 下山直人, 森達也：わが国のがん緩和ケアの現状と行動計画〕

図3 緩和ケアのサービス利用率

デイホスピスは、専門的な知識と技術をもつ看護師主導の医療サービスとして、症状管理とモニター、心理面のサポート、社会生活上の孤立の緩和、リハビリテーションなどを通してQOLが高められ、利用者による社会的入院の減少に貢献している。筆者は1995年にセントクリストファーホスピスのデイホスピス部門（図1）に勤務し、がん患者と家族を支える実際のケアを体験してきた。ここに、デイホスピスの4つの機能（表1）、デイホスピスで優先すること（表2）、デイホスピスのスタッフ構成（表3）、看護師の役割（表4）、デイホスピス利用基準（表5）、聖クリストファーホスピスにおけるデイホスピスの概要（表6）、デイホスピスの1日の流れ（表7）を提示したが、その詳細は先行文献⁹⁾に示したので参照されたい。なお、イギリス内の小児ホスピスはデイケアを中心とした施設が43カ所となっている。聖クリストファーホスピスでは、利用者の増加とライフスタイルの変化に伴い、デイホスピスを早朝から夜まで利用できる「アニバーサリーセンター」として、2012年にリニューアルされた。週7日間8～21時まで“ふらっと立ち寄れる場”となっている。

表1 デイホスピスの4つの機能

- | |
|----------------------------|
| ①社会との交流や関わりを深め、互いにサポートすること |
| ②創造的で健康維持に役立つ活動への支援 |
| ③身体的なモニタリングと継続ケア |
| ④家族のレスパイトケア（一時入院による休息） |

表2 デイホスピスで優先すること

- | |
|--------------------------|
| ①個別性を優先すること |
| ②精神的サポート（ストレス・不安・うつなど） |
| ③症状コントロールとリハビリ（自立とQOL向上） |
| ④希望や生きがいの発見 |
| ⑤社会的孤立の回避 |
| ⑥介護者のレスパイトケア |
| ⑦医療と社会ネットワークによる患者支援 |

広島と愛知における緩和デイケアプログラム

日本国内における緩和デイケアは、2004年に広島県が緩和ケアの拠点とすべく緩和ケア支援センターを設置し、その一環としてデイホスピス（日帰りサービス）モデル事業を始めたことに端を発する。筆者はその開設に関わり、イギリス方式を取り入れた。そして、2008年には愛知県がんセンター愛知病院における緩和デイケア試行にも関わり、その動きは周囲の理解を得て拡大して

表3 デイホスピスのスタッフ構成

メインスタッフ	デイコーディネーター1名、ホスピス医1名、看護師2名、看護助手1名、医療ソーシャルワーカー1名、理学療法士1名、ケアワーカー1名、秘書1名
サブスタッフ	ホスピススタッフ兼任：医療ソーシャルワーカー1名*、チャプレン1名**、栄養士1名、作業療法士1名*、補完療法（リンパドレナージ看護師1名、アロマセラピスト1名、アートセラピスト、クリエイティブセラピスト、ヘアドレッサー1名）
ボランティア	さまざまな元職業人（陶芸・音楽・美術・自分史・ポエム・語り・ボランティア講師、理・美容師、ネールケアレディ等）、登録者80名（曜日ごとに交代で活動）

*作業療法士や医療ソーシャルワーカーは、必要に応じて患者宅へ出向く **チャペルサービスへの参加

表4 看護師の役割

<ul style="list-style-type: none"> ①患者のヘルスニーズをアセスメントし、適宜、専門職につなぐ ②コミュニケーションを図り患者との信頼関係を築く ③患者の恐れや心配事について特定できるよう関わり、心身ともに安らぎを得られるよう関わる ④家族内の困りごとに対する状況を改善するために一緒に考え、求められたら提案する ⑤看護ケアの実際を通して支援する（例：包交、自壊創のケア、入浴など） ⑥ホスピス内のケアマネジメントと地域緩和ケアチームとの連絡・調整役となる ⑦ケアの必要に応じてホスピスの各専門家にコンサルトする たとえば・・・スピリチュアルペインではチャプレン ・身体面の苦痛は医師 ・子どもや家族のことにはソーシャルワーカー
--

表5 デイホスピス利用基準

<ul style="list-style-type: none"> ①専門的緩和ケアを必要とする疾患を有していること ②潜在能力の最大化、自立性の維持、可能なQOLの保持のために身体的・心理的サポートを必要としていること ③患者・介護者にレスパイトが必要であること ④移動に耐えうる身体状態であること

デイホスピス利用患者はかかりつけ医の管理下にあり、必ず担当かかりつけ医の許可を必要とする。診察やデイトリートメントなどについてはかかりつけ医に報告する。緩和ケア医・薬剤師の役割は、症状の対処と専門的アセスメントに基づいたアドバイスのみである。

表6 聖クリストファーホスピスのデイホスピスの概要

開設日/時間	月曜日～金曜日 10:00～15:00
運営	1日最大利用者：20名ほど
プログラム内容	医療・介護プログラム、創作・芸術・音楽など
参加者	がん患者、ALS患者、その他希望者
利用料金	なし
送迎	ボランティアドライバーによる送迎

実働し、さらに、地域緩和ケアセンター建設に至り、2014年、利用開始となった。これら2つの緩和デイケアの実践について、詳細は後述するので参照されたい。

緩和デイケアは、病院と在宅をつなぐ中間的な位置で役割を担い、患者が病とともに歩む経過において必要とされる支援システムと考える¹⁰⁾。日本の緩和デイケアは始まったばかりであるが、緩和ケア領域の専門職に課せられる役割は多大である。日本型のスタイルで、人生の最終章までより良い緩和ケアが提供されるように望まれる。

わが国のがんサバイバーの軌跡とこれから

がんとともに歩む人々の健康に対する関心は高く、病を抱えながら“いかに生きるか”を考えている。そこに真剣に向き合う医療が必要となって

表7 デイホスピスの1日の流れ

9:30～	スタッフミーティング（開始前15分間） ・コーディネーターによる利用者の状況報告
10:00～	ボランティアドライバーによる送迎 利用者の到着 ティーサービス（ビスケット） 家での状況把握 当日参加メニューの希望確認 看護師は必要に応じて各職種に連絡をとり、適切な支援の提供
10:20～	症状モニタリング：痛みや他の症状 心理社会的、スピリチュアル面のアセスメントとサポート リハビリテーション：緩和リハ、階段昇降、歩行器、車椅子など デイトリートメント：創傷ケア、リンパドレナージ、マッサージ、入浴など 日替わりプログラム：創作、絵画、ポエム、朗読、読書、陶器づくりなど
11:30～	食前：軽いストレッチ、呼吸法、瞑想など、ドリンクサービス
12:00～	昼食：日替わりメニュー：食前酒サービス、ジュース類、スイーツ
13:00～	娯楽の時間：ソファ休憩、午前中の続き、語り合いなど ピアノコンサート、近隣小中学生の訪問、クイズ、リラクゼーションなど
15:00～15:30	ティーサービス ボランティアドライバーによる送迎、帰宅 スタッフミーティング（終了後15分間）・利用者の参加状況

*週1回多職種合同ミーティングを開催 *プライマリ・ケアチームとの連携と報告

いる。がんサバイバーの軌跡では、さまざまな病期にあって直面する課題に対峙しながら、より良くあり続けること“well-being”を支えることにある。これらを実現するには、早期から緩和ケアを導入し心身の苦痛を和らげることができればQOLが向上し、がんとの共生も可能になると考える。がんサバイバー“がんと診断された人”は、診断期・治療期を経て完治する場合もあるが、慢性期・再発期を経て終末期に移行する場合も多い。その経過は、がんの進行度や病期、性別・年齢によっても異なる。診断期において、患者は診断を告知され、ショックや否認の気持ちを拭えないなかで治療法を決定しなければならない状況があり、治療に対する意思決定への支援が重要となる。治療期は、患者にとって治療の副作用症状を耐え心身もちこたえる闘病の時期で、実際に効果的な症状マネジメントを要する。慢性期にあっては、治療後の回復を実感し、自分らしさを取り戻す時期である。再発期においては、その告知に大きなショックを受けながら、さらなる治療の可能性とその選択に迷い、日常生活に折り合いをつけながら予後を覚悟しつつ苦悩する。複雑

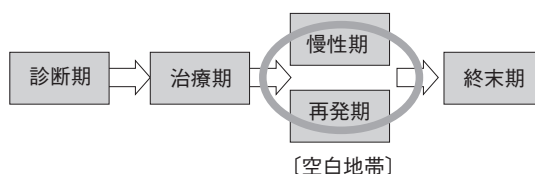


図4 がんサバイバーの軌跡

な心理が交錯する状態で、さまざまな立場や機会から多面的に支援を受けることが必要となる。終末期は、およそ死の2カ月前から急激にADLが低下し介助を要し、疼痛や倦怠感などの諸症状が著明となり、症状マネジメントが最も求められる時期である。そして、その人が望む場で自分らしく生き抜くための支援が重要となる。がんと診断されて以後、がんサバイバーが辿る軌跡の特徴に沿い、適切な支援が提供されることが望まれる。

積極的治療から終末期ケアに移行する慢性期と再発期において、がんサバイバーは、治療や療養場所の選択、完治を目指せない絶望感や将来への希望を失うなど難しい局面に置かれている。しかし、この時期のがん医療における支援体制は薄く、空白地帯（図4）とも表される。この時期は、

病とともに精一杯生きる人々の生を支える仕組みづくりとして、生きる力を育みながら、今を生き抜く方略をつかめるよう、より多面的なサポート体制づくりが不可欠となる。がん医療においては緩和ケアの手腕が必要とされ、緩和ケア病棟、病院における緩和ケアチーム、在宅緩和ケアチームによる在宅ホスピスと体制が整備されてきた。そして、新たな「通所型」の緩和デイケアが、緩和ケアサービスの一環として空白地帯を埋めることができるか、医療サービスの質が問われる。次節以降、がん患者サロン、地域在宅医療が担うデイホスピスについて取り上げ、日本的なあり方を探っていききたい。

文 献

- 1) 国立がん研究センターがん対策情報センター：最新がん統計 [http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (2015.12 引用)]
- 2) 有賀悦子：がんサバイバーを支える緩和デイケア・サロン. p.6-9, 青海社, 2015
- 3) Eve A, Smith A M, Tebbitt P : Hospice and Palliative Care in the UK 1994-1995, including a summary of trends 1990-1995. *Palliative Medicine* 11 (1) : 31-43, 1997
- 4) NHS : National Health Service Act : 1948
- 5) Saunders C : Changing the Face of Death. *Religious and Moral Education Press*, p9-10, 1985
- 6) Hearn J, Myers K: Palliative Day Care in Practice. *Oxford University Press*, 2001
- 7) Wilkes E, Crowther AG, Greaves CW : A different kind of day hospital for patients with pre-terminal cancer and chronic disease. *British Medical Journal* 2 : 1053-1056, 1978
- 8) Faulkner AH, Egerton HP, Sykes N, et al : Hospice day care : a qualitative study. Trent Palliative Care Centre and Help the Hospice Sheffield, 1993
- 9) 阿部まゆみ, 安藤詳子 : がんサバイバーを支える緩和デイケア・サロン. 青海社, 2015
- 10) 阿部まゆみ : 英国の緩和ケアサービスから学ぶ支援体制とわが国のこれから. *内科* 12 : 1439-1444, 2013