

## 当院における緩和ケアチームの取り組みと今後の課題

(文責 京都桂病院 看護部 松村 淳子)

がん患者の苦痛は、身体的な側面だけでなく、精神的、社会的、霊的な苦痛・苦悩も持ち、しかもこれらの苦痛・苦悩は相互に影響しあっています(全人的苦痛)。疾患に焦点をあてるだけではなく、全人的・個別的な視点における支援が重要となるため、主治医だけでも看護師だけでも十分な支援を行う事は困難です。多様な専門職がそれぞれの専門性を発揮した、多職種によるチーム医療が、がん患者へのケアには必要とされています。

当院の緩和ケアチームも様々な職種から構成されており、がん患者・家族のQOL向上を目標に活動しています。当院における緩和ケアチームの現況と、今後さらに取り組むべき、がん患者への支援について述べたいと思います。

### 【緩和ケアチームの現況】

緩和ケアチームの歴史は、1970年にニューヨークの病院で移動型のホスピスケアチームの活動に始まるとされています。それから11年後の1981年にロンドンのセント・トーマス病院で、本格的な緩和ケアチームの活動が開始されました。当院では、その7年後の1988年から、消化器内科医師が中心となって、薬剤師、看護師とで、がん性疼痛などの苦痛症状緩和に関する勉強会を始めました。1990年から、その消化器内科医師が担当しているがん患者の早朝回診を、そのメンバーが中心となって週に1回開始しました。当時、薬剤師は薬局で調剤を行うことが主な仕事内容であり、病室へ出向いて直接患者と接することはありませんでした。回診を通じて薬剤師が、がん患者に直接接する事ができ、チーム医療の始まりであったと感じています。

2006年からは、緩和ケアに関する勉強会を月に2回定期開催とし、誰でも参加可能というオープンな形にしました。2007年に「地域がん診療連携拠点病院」の指定を受け、同年より全病棟のがん患者を対象としたコンサルテーション型緩和ケアチームの活動が始まりました。2007年度の緩和ケアチームへの新規依頼件数は35件、のべ件数は38件でしたが、昨年度の新規依頼件数は107件、のべ件数は138件と、少しずつですが依頼件数は増えてきました。しかし、チームの介入割合は、当院の新規がん入院患者数全体のわずか17%にしかありません。

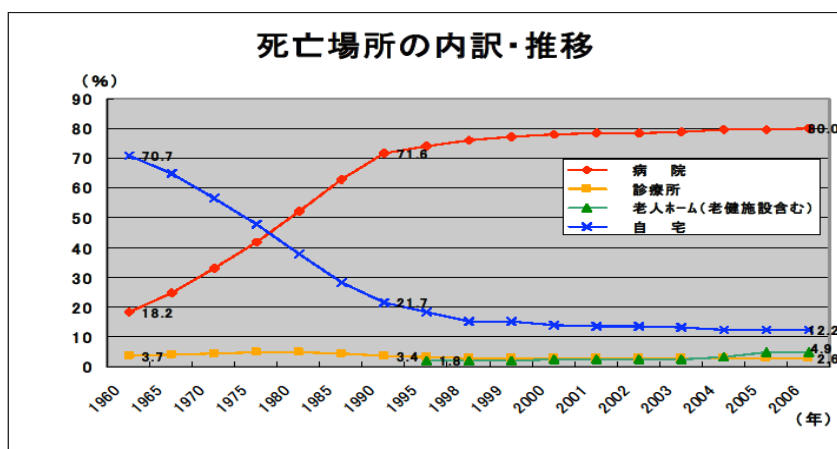
2010年診療報酬改定より、緩和ケア診療加算は、400点/日に引き上げられました。しかし、緩和ケア診療加算を算定している施設数は、京都で4施設、全国的にみても122施設にしかありません(2010年2月現在・日本ホスピス緩和ケア協会より)。算定する施設基準に、身体症状の緩和を担当する常勤医師または、精神症状の緩和を担当する常勤医師のどちらかが専従である事とされており、基準に満たない施設が多いのが現状と思われます。当院の緩和ケアチームのメンバーは、医師(一般内科医・精神科医・消化器外科医・リハビリテーション科医・麻酔科医・放射線科医)、薬剤師、臨床心理士、理学療法士、作業療法士、

栄養士、ソーシャルワーカーと、恵まれた多職種で構成されておりますが、専従の私以外は全て兼任のため、緩和ケア診療加算は算定出来ていません。そのため、タイムリーに対応するのが困難といった歯がゆさや、休日を含めた時間外での対応もせざるを得ない現状にあります。当院にも、専従医が来月に着任する予定であり、チームの活動がより一層拡大できると考えています。

【今後さらに取り組むべき、がん患者への支援】

我が国の死亡場所の推移を見ますと、1960年までは、70.7%の方が在宅で亡くなっており、病院死は18.2%でした。しかし、1976年に在宅死と病院死が逆転し、現在では約80%の方が病院で亡くなっており、病院で亡くなる事が当たり前の時代となっています。逆転したのが、わずか34年前のことですので病院死が当たり前の時代になったのは、それ程古い話ではないと思います。病

院死が増えた背景には、病院施設数増加、核家族化など、様々な要因が考えられますが、世界的にみると、これほど病院死が多い日本の現状は異常といえるでしょう。あまりにも病院死が当たり前になりすぎて、在宅療養といった選択肢があることを、一般市民だけでなく医療者さえも忘れていないのではないかと感じています。20年後、がんによる死亡者数は60~70万人、全死



出典:平成18年 人口動態調査  
 ※1990年までは老人ホームでの死亡は自宅またはその他に含まれている。

亡者数は170万人にのぼると予測されており、それだけの死亡者数を医療施設で看取るには限界があり、このままでは死亡場所難民があふれることが予測されます。2007年4月に「がん対策基本法」が施行され、同年6月に「がん対策推進基本計画」が策定されました。重点的に取り組む課題の一つに、「がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養も選択できるよう、在宅医療と介護を適切に提供していく体制の整備」が掲げられています。拠点病院に、緩和ケアチームや緩和ケア外来、地域連携室が設置され、一見推し進められているように感じますが、在宅へ帰る時期は未だ遅く、退院後、数日で看取りになってしまうケースや、在宅療養日数は短縮していると聞きます。緩和ケアチームの活動を通して様々な診療科・がん腫の患者、家族のケアに介入していると、「家に帰りたけれど家族に迷惑をかけたくないから入院している方が良い」「医療者がすぐ傍にいない在宅は何かあった時に不安」といった声を耳にします。本人と家族が、療養場所の選択に関して本音で話し合えないケースもよく経験します。また医療者側の問題として、「こんな状態で退院は無理」「家族の不安が強くて家で療養生活は無理」と最初から在宅療養への移行は不可能と決めつけていないでしょうか？患者、家族が家で過ごしたいと希望された時点で在宅療養は十分可能であり、不可能な状態など殆ど無いと考えます。熱が出たため退院が延期となったり、HPN

の指導に1～2週間もかかっていたり、退院前カンファレンス開催日の調整など、退院調整に非常に時間がかかっているケースも多々あります。余命1カ月の患者に対して、退院調整に1～2週間かかってしまったとしたら、その人の残りの人生の1/2～1/4を無駄にしている事になります。在宅医療者と連携をはかり、どうしても病院側で必要な医療は行い、在宅でお願いできることは依頼するようにし、無駄な時間を費やさない意識が必要ではないでしょうか。緩和ケアチームに求められる役割として、このような退院調整も含めて、拠点病院を中心としたホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所等による地域連携の推進が重要と考えます。そして、がん治療の過程のなかで外来化学療法段階など、なるべく早期から在宅医や訪問看護との病診連携を図り、並行した医療・支援を提供していく体制構築が不可欠でしょう。

自分らしい人生を歩むために、どのように生きていくのかを考えるのと同じように、人生の終焉をどのように迎えるのかを考える事も大切であり、その人が自分らしく生き抜くために、有効な治療が困難となった時に残された時間を、どこで誰とどのように過ごすのか？患者、家族が納得して意思決定が行えるような支援を大切にしていきたいと考えます。