

緩和ケアにおける全人的アプローチ 東海中央病院における緩和ケアセンターでの実践

公立学校共済組合 東海中央病院 澤井美穂

Holistic Approach in Palliative Care Practice in the Palliative Care Center in Tokai Central Hospital

Miho Sawai

Japan Mutual and Association of Public School Tokai Central Hospital

キーワード

緩和ケア	palliative care
チームアプローチ	team approach
コミュニケーション	communication

2002年にWHOから発表された緩和ケアの定義では、『緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである。』¹⁾とされており、全人的アプローチが核となっている。また、“患者の病気に”焦点を合わせるのではなく、患者を“病気を持った人間”として捉える視点が重要であると言われている²⁾。よって、がん患者の全人的苦痛を軽減するためには、多職種で互いの専門性を生かし関わっていくことが、きめ細やかな患者のニーズに沿ったケアの実践につながる。さらに多職種で構成されたチームで患者に関わる場合には、チームメンバー全員がそれぞれの意見や見方を快く受け入れ、話し合いと意志統一によって進められる、“合同チーム”

(interdisciplinary team) であることが理想である。恒藤はチーム医療の特徴として、1) 総合的に判断できる、2) 多くの必要性を満た

すことができる、3) 方針の一致した医療が行える、4) パターナリズムから脱却できる、5) お互いに理解し援助し合えると示している³⁾。

“合同チーム”では、相互の話し合いが重要であり、コミュニケーションを重ねることで、チーム力を高め、チームを成長させていくことによって患者・家族に対し、質の高いアプローチが可能となる。

現在私が在籍する東海中央病院は市内唯一の入院施設をもつ、急性期の病院である。各務原市の人口は約15万人であり、うちがんによる死亡が年間300名を超え、再発患者を含めると地域における緩和ケアの必要性が高い。緩和ケアチーム発足のために、有志によるコアミーティングを重ね、2007年9月5日に緩和ケアチーム発足会を行なった。緩和ケアチームの役割は、1) 緩和ケアの普及、2) 緩和ケアに必要な患者に関する情報提供、3) 緩和ケアに関与する人材の育成、4) 事例検討と情報交換、5) 地域医療・介護福祉施設との連携である。現在の当院の緩和ケアチームとしての活動は、医師をはじめ、看護師、薬剤師、心理療法士、MSW、管理栄養士の多職種でチームを作り、

日々の診療、スタッフからのコンサルテーション、週に1日のチーム回診とカンファレンスを行っている。さらに、2008年より緩和ケア外来を開設し、入院中だけでなく、在宅で過ごす患者とその家族へのケアを行っている。また、2011年12月には岐阜県で3番目となる緩和ケア病棟を開棟した。発足当初は、対象患者は入院外来を含め年間20~30名であったが、2011年には年間、緩和ケアチームが関わった患者は年間約140名となっている。緩和ケアチーム発足時、一般病棟の患者を対象に症状緩和に関するコンサルテーション活動が中心であったが、現在では緩和ケアセンターとして、一般病棟、緩和ケア病棟、外来で受け持ち患者を持ち、症状緩和、看取りのケア、家族ケアをとおしてシームレスなケアの提供を多職種チームで横断的に活動を行っている。私自身は、2009年にがん看護専門看護師の資格を取得し、現在緩和ケアチームのチームメンバーとして活動をしている。

ここでは、事例を挙げ緩和ケアチームの活動について紹介する。

A氏は、60代の女性である。既往歴に統合失調症があり、自宅にて療養されていた。家族構成は、夫と息子夫婦と孫の5人暮らしである。介入3ヶ月前より、腹部の張りを訴えられていた。その後、下肢の浮腫が出現し近院を受診した。精密検査の必要性があり専門病院を紹介され受診し、子宮がんと肝臓転移を指摘された。医師より化学療法を勧められたが、精神症状が悪化する可能性が高いとのことで、治療をせず自宅にて過ごしていた。しかし、腰部への強い痛みがあり当院受診となった。外来時は、絶叫するほどの痛みがあり薬剤の投与がされた。しかし、患者自身は疼痛による身体的苦痛にあわせ、治療をされるという恐怖感と不安があり、薬剤投与を拒んでいた。看護師は患者に寄り添い、痛みをとるために薬剤の投与が必要であること、A氏に決して危害を加えることがないこ

とをゆっくり説明し信頼関係の形成に努めた。医師は病状を付き添っていた夫に説明し、薬剤にて症状緩和を図ることを伝えた。さらに、今後の精神症状の緩和のために、当院の心療内科の医師へのコンサルトをおこなった。夫は仕事があり、日中はA氏が自宅にて一人になること、痛みが強い時に対応できないとのことで入院にて療養することになった。入院後、環境の変化により患者は一時不穏が強くなったが、心療内科の医師により薬剤の調整を行った。また、緩和ケアチームの看護師は日常生活への援助をとおして、A氏の安全の確保と、安楽を図れるようコミュニケーションをとり、環境の調整をしていった。また、病棟スタッフに疼痛のアセスメント、疼痛増強時の薬剤の使用や、コミュニケーションの仕方について指導や相談にのっていった。相談に乗る中で、病棟スタッフはA氏の不穏行動に対し多忙な中関わることへの困難さを抱えていた。緩和ケアチームの看護師はできるだけ、病棟スタッフの訴えを傾聴し支持的に関わることで、モチベーションが維持できるように関わっていった。その後、A氏は車いすでの散歩ができるようになった。緩和ケアチームの看護師は、家族が面会時には家族が抱えるA氏に対する思いや不安の傾聴をしていった。夫から「家にいた時は、本当に辛かった。痛みのせいかと思うが、自分にあってくる。今は、あいつ(A氏)も、時々可愛いことも言ってくれる。ホッとした。」との言葉が聞かれ、緩和ケアチームの看護師は夫から得られた情報を病棟スタッフにフィードバックしていった。また、食事量が低下したときには、管理栄養士へ栄養相談を依頼し、少しでも経口にて水分等を摂取できるよう工夫を行っていた。その後、A氏は、入眠時間が長くなり、意識が朦朧とするようになった。採血とCT検査の結果、腎機能の悪化があり、がんの浸潤による水腎症がみられ、泌尿器科にコンサルトし腎瘻増設となった。腎瘻増設後尿量もかくほされ、腎機能も正常化され意識レベルも回復した。

全身状態は悪化傾向であったが、表情は穏やかであり時折笑顔が見られた。疼痛が強くなると大声をあげ、不穏になることがあったため、病棟スタッフにはできるだけ早い段階で薬剤を使用すること、体動によって疼痛が増強することがあるため、入浴などのケア前に予防的に薬剤を使用することを勧めた。水分摂取も困難な状態になり、口腔内の乾燥が強くなった際には、歯科衛生士に週2回の口腔ケアを依頼して、できるだけ口内の爽快感が得られるようにしていった。また、病棟スタッフもA氏が好む飲料を冷凍し、少量ずつ摂取できるように工夫しケアあっていた。入院一ヶ月後病状の進行によってA氏は死亡となった。亡くなる前日のチームの回診時絞り出すような声で「来てくれて、ありがとね」との発言が聞かれた。A氏の退院後夫より、「入院する前は、どうしたらいいか辛かった。痛みを取ってもらって、十分なことをやったと思う。もう、ダメだって言われてから、一ヶ月は長かった。早く逝って欲しいと思ったり、いやそんなことを思うなんてと思ったり。今は、十分なことをやってやれたと思う」との発言が聞かれた。今回のA氏への介入では、緩和ケア医師は疼痛の診断と薬剤の調整、心療内科医師は精神症状のコントロールと症状に関する診断と薬剤の調整、薬剤師は薬剤に関する使用方法と使用後の評価を、看護師は身体症状・精神症状の観察、薬剤の投与に関する提案、患者とのコミュニケーションをとった日常生活援助を実践している。さらに、栄養管理士や歯科衛生師もA氏のケアに関わっている。このように、様々な職種がそれぞれの専門性を発揮し、患者・家族のケアに当たることで、QOLの向上に貢献できたと考える。

緩和ケアチーム看護師の役割には、「調整」、「実践」、「教育」、「システム作り」、「コンサルテーション」などがあげられる⁴⁾。今回のA氏の関わりにおいても、緩和ケアチームの看護師はA氏への直接的介入と家族ケアの「実践」、

医師、薬剤師、病棟スタッフとの「調整」、スタッフへの「コンサルテーション」を行っている。緩和ケアチームの看護師は、症状マネジメントにおいて、病態や症状の発生機序を把握すること、患者の体験を理解すること、根拠に基づいたアセスメントを行うこと、患者に適切な情報や対処方法を指導すること、症状マネジメントの効果を患者とともに客観的指標を用いて評価することが可能である⁵⁾。A氏は疼痛に伴い、精神的にもストレスを強く感じていた。そこで、病棟スタッフと目標を定め、できるだけ早い段階での薬剤の使用を提案し関わっていった。実際にA氏の疼痛が生じた時に、薬剤を使用するのは病棟スタッフであるため、病棟スタッフが安心して使用できるように、観察の視点やアセスメントの根拠等を伝えていった。また、スタッフが行ったケアの効果について積極的に伝えていった。病棟スタッフがケアの効果を第三者である緩和ケアチームの看護師から伝えられることで、ケアを承認され次へのモチベーションの維持につなげることができたと思われる。チームで関わる意味のひとつにはスタッフのストレスマネジメントである。

私は緩和ケアチームに所属しているがん専門看護師として、下記のことを重視し活動している。

1) チームメンバー間の価値観の違いを理解する。

多職種で関わる場合、それぞれの専門性の違いや、個人的価値観や倫理観がぶつかり衝突が起こる。できるだけ早期に衝突を解決しなければ、職種間での溝が深まり、患者・家族にとっても良い方向には向かわない。多職種間では専門性や背景が異なる場合は、意見が一致しないことも当然であると認識していることが重要であると考え。また、異なる意見がだされることで、多角的に物事が見えるという利点もある。そのため衝突への対処として、感情的な衝突を避け、客観的に物事をとらえることを心が

け活動をしている。何故意見の食い違いが生じているのか、相手の背景をアセスメントし、アサーティブコミュニケーションを図ることで、チーム力が高まると考える。価値観の違いを理解するために、大切なケアのパートナーをして相手を尊重し、常に自身をオープンにし、話合える雰囲気を作っていくように心がけている。

2) 多職種の役割を理解し、看護師として自身の役割を明確にする。

相手の役割を理解するためには、自分自身の役割を理解することが必要である。看護師としての知識や技術を高めていくことは前提であり、また看護観を明確にして他者に伝える能力が重要である。医師と患者の症状緩和についてのカンファレンスの際、過去に私は医師へ薬剤の効果が見られないことばかりを責めていた。医師より「では、看護師としてあなたは患者に何を提供しているのですか」と言われ、私自身に明確な言葉がなく絶句してしまったことがある。看護師としての症状マネジメントについての責任を果たしていることを、明確に言語化し多職種に伝えることによって、初めて対等な立場で話し合いができるようになる。そのため、自分自身の看護実践を概念化し、多職種にも理解できるような言葉で伝えることが重要である。

3) 緩和ケアチーム員や病棟・外来スタッフが効果を実感できるように関わる。

院内の緩和ケアチームの目的は、病棟チームが緩和ケアに関する問題を主体的に解決できるように支援することであり、決してケアを肩代わりすることではない⁶⁾。常にケアの実践の中心はチーム員ではなく、現場のスタッフであり、チームが黒子となり、スタッフがケアに前向きに取り組むことが重要である。そのためには、常に自分以外の人間に観察し、関心を注ぐことが必要である。病棟スタッフがケアを行いやすいように、まず、スタッフが行ったケアを保証するようにしている。スタッフは多忙なかで、その時一番よいと思った判断のも

と実践したのだと、認識して関わるが必要である。自分自身の求める方向と異なる場合も、一方的に相手を責めることはせず、その理由について話合うことが重要である。時には、自分自身が調整役でなく、医師や多職種が表に立てるように調整することも行う。効果的なチームは開放的、競争的ではない、参加しやすい雰囲気である⁷⁾。患者の一番身近にいる病棟スタッフを尊重し、成長を促すことがチームの役割と考える。

現在の私の役割は、緩和ケアについての問い合わせへの対応、緩和ケアの紹介元との調整と外来前から関わっている。また、在宅療養中の患者が症状悪化時のベッドの確保と、病院と地域間の調整も行っている。よって、院内だけでなく院外との調整や、住民へ緩和ケアに関する情報提供も大きな要素となっている。院内の緩和ケアチームだけでなく、地域の医療機関との連携を図り、がんになっても安心して生活・治療できる地域作りを目指している。そのためには、日頃から良好なコミュニケーションを図り、お互いを尊重することが必要である。

文献

- 1) WHO : Cancer Palliative Care, <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>
- 2) 恒藤暁: 最新緩和医療学, 6, 最新医学社, 大阪, 1999
- 3) 前掲書 2), 6-10
- 4) 梅田恵: 緩和ケアチームで活動する看護師の役割開発, 平成 15 年度日本ホスピス緩和ケア研究振興財団調査・研究報告書, 39-43, 2003
- 5) 中村めぐみ: チームにおける看護師の役割と主張, がん患者と対処療法, 15: 30-33, 2004
- 6) 笹原朋代: 英国における院内緩和ケアチームの運営と活動の実際 - わが国の緩和ケアチームへの示唆を含めて -, ターミナルケア, 13: 280-285, 2003