

研 究

一般病棟における緩和ケアの現状と課題

浜松赤十字病院 緩和ケア病床委員会

中村澄子, 早川正勝, 羽木ヒデ, 西脇 眞, 清野徳彦, 永橋正一, 浅岡みち子,
望月佐登子, 河合恵美子, 鈴木紀子, 渥美美乃, 寺田利茂子, 岩崎奈津子, 飯田育子

要 旨

【目的】当院での緩和ケア病床の現状を調査し課題を探る。【対象及び方法】平成11年6月から平成13年10月までに、緩和ケアとなった患者を対象にカルテより調査した。【結果】対象は49例で男28例, 女21例, 平均年齢75歳であった。入床の経緯はさまざまであった。疾患の内訳は肺がん, 大腸がん, 胃がん・膵がん・肝臓がんの順で, 告知率は71%, 入床時緩和ケアの理念を理解していたのは9例(18%)であった。主訴は食欲不振, 痛み, 嘔気・嘔吐の順で, 症状緩和が積極的に行われた。死亡当日は家族による自然に近い看取りとなるよう配慮された。家族の看取りが無かったのはおよそ20%で, その死亡時刻は全例が夜間帯であった。コメディカルの関与は70%以上であった。【結論】さまざまな緩和ケア対象者の受け入れ方法として, 緩和ケア外来が必要。患者と家族が最後の時を共に過ごせるような設備や環境が必要。チームアプローチの継続・推進が必要。

Key words

緩和ケア病床, チーム医療, トータルケア

I. はじめに

当院では平成11年6月より緩和ケア病床を一般内科病棟(北3階病棟)におき, 終末期がん患者の緩和ケアを行ってきた。緩和ケアとは, 治癒不可能な疾患の終末期にある患者および家族のQOL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である。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を送れるよう提供される。ケアの要件は, 以下の5項目となっている。

- 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」に敬意をはらう。
- 2) 死を早めることも死を遅らせることもしない。
- 3) 痛みやその他の不快な身体症状を緩和する。
- 4) 精神的・社会的援助を行い, 患者に死が訪れるまで, 生きていることに意味を見出せるようなケア(スピリチュアルケア)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後まで家族を支える。

以上のようなホスピス・緩和ケアの理念のもとに緩和ケアチームとしてケアを提供してきた。これまでの活動を調査・分析し, 今後の課題を検討した。

II. 研究方法

平成11年6月から平成13年10月までに北3階病棟緩和ケア病床に入床した患者を対象に, 性, 年齢, 在院日数, 転帰, 疾患, 入床時主訴, 告知率, 原疾患に対する治療, 鎮痛薬, 輸液, 死亡当日の処置, 入院中の外出・外泊, 入院回数, コメディカルの関与についてカルテより調査した。

III. 結 果

1. 対象, 疾患

対象は49例で, 男28例, 女21例, 平均年齢

表1 疾患の内訳 (49例)

肺がん	11例	(22.4%)
大腸がん	6例	(12.2%)
胃がん	5例	(10.2%)
膵がん	5例	(10.2%)
肝臓がん	5例	(10.2%)
悪性リンパ腫	3例	(6.1%)
胆管がん	3例	(6.1%)
多発性骨髄腫	3例	(6.1%)
食道がん	3例	(6.1%)
甲状腺がん	1例	(2.0%)
乳がん	1例	(2.0%)
MDS	1例	(2.0%)
前立腺がん	1例	(2.0%)
腎盂がん	1例	(2.0%)

表2 緩和ケア病床入床時の主訴 (49例)

食欲不振	15例	(30.6%)
痛み	13例	(26.5%)
嘔気・嘔吐	6例	(12.2%)
呼吸困難	3例	(6.1%)
浮腫	3例	(6.1%)
全身倦怠感	2例	(4.0%)
抑鬱状態	1例	(2.0%)
下血	1例	(2.0%)
発熱	1例	(2.0%)
腹部膨満感	1例	(2.0%)
吐血	1例	(2.0%)
腹部腫瘍	1例	(2.0%)
嚥下障害	1例	(2.0%)

75.2才 (53~95才), 平均在院日数60.3日 (3日~311日), 転帰は死亡42例, 退院3例, 転院4例であった。

疾患の内訳は, 肺がん11例 (22.4%), 大腸がん6例 (12.2%), 胃がん, 膵がん, 肝臓がん各5例 (10.2%) の順であった (表1)。

2. 入床時の主訴, 告知

入床時の主訴は食欲不振15例 (30.6%), 痛み13例 (26.5%), 嘔気・嘔吐6例 (12.2%), 呼吸困難・浮腫各3例 (6.1%), 全身倦怠感2例 (4%) の順であった (表2)。

告知の有無は, 告知ありが35例 (71.4%) であった。

3. 入床の経緯

入床の経緯は, 診断時すでに末期の例33例 (67%), 原疾患の治療を受けながら緩和ケアを受けた例8例 (16%), 他院・他科からの紹介各4例 (8%) であった。

入床時 (緩和ケア移行時), 緩和ケアの理念を理解していた患者は9例 (18%) であった。

4. 原疾患に対する治療

原疾患に対する治療として, 手術歴があったのは4例, 抗がん剤の全身投与は12例で延命目的6例, 症状緩和目的6例であった。局所投与では腹水穿刺後の腹腔内投与が6例であった。放射線治療は4例であった。

5. 鎮痛剤, ステロイド剤

鎮痛剤ではモルヒネが21例 (41%) に使用された。鎮痛剤の使用状況を表3に示した。鎮痛補助薬としてケタラール3例, キシロカイン3例, テグレートル・タンボコールが各1例に使用された。ステロイドは31例 (63%) に使用された。内訳は, リンデロンが25例 (2~8mg/日), プレドニオンが6例 (30~40mg/日) であった。

6. 輸液, 死亡当日の処置

輸液は維持輸液のみが30例 (61%), IVH 13例 (27%), 輸液なしが6例 (12%) であった。

死亡当日の処置は, 輸液31例 (74%), 酸素吸入24例 (57%), 心電図モニター装着14例 (33%), 心肺蘇生2例 (5%), セデーションが2例 (5%) に行われた。心電図モニター・心肺蘇生は, 平成12年8月以降は0例となっていた。死亡時の状況として, 家族の看取りがあったのは34例 (81%), 医師の看取りは31例 (74%) であった。家族の看取りまたは医師の看取りが間に合わなかった12例 (29%) の死亡時刻は全例が夜間帯 (17:00~8:00) であった。

7. 外出・外泊, 入院回数

入院中 (複数回の場合は最後の入院期間中) の外出・外泊は, 外出が7例, 外泊が13例で, 外出または外泊したのは19例 (39%) であった。

入院回数は1回が32例, 2回12例, 3回2例,

表3 鎮痛剤の使用状況

非ステロイド系抗炎症剤	15例	(31%)	
レパタン(経口)	12例	(24%)	0.6~2.4mg/日
モルヒネ	21例	(43%)	
持続皮下注	12例		12~240mg/日
MSコンチン	10例		20~240mg/日
モルヒネ水	7例		20~90mg/日
アンベック座薬	5例		20~40mg/日
フェンタニール(皮下注)	4例	(8%)	0.25~1.44mg/日

4回1例, 5回2例であった。

8. コメディカルの関与

コメディカルの関与では, 理学療法士19例(39%), 栄養士12例(24%), 図書室司書12例(24%), 薬剤師9例(18%), ケースワーカー9例(18%), 臨床心理士5例(10%)であった(表4)。

IV. 考 察

平成11年6月から平成13年10月までの患者数は49例であった。入床の男女比はおよそ3:2で, これはがん死亡全国統計の男女比3:2に一致していた¹⁾。

平均在院日数は60.3日と当院全体の平均在院日数の約3倍となっていた。これは症状コントロールがある程度なされても, 家族の受け入れや在宅ケア, 訪問看護体制が充分でなかったために, 在宅に移行できなかったためと考えられた。今後在宅ケアに向け働きかけることで, 在院日数の短縮を図れるものと考えられる。

転帰は死亡42例で, 月平均死亡例は1.45例であり, 2か月に3例の患者を看取っていた。退院3例はその後も当院外来へ通院していた。転院4例の内訳はホスピスへ1例, 紹介先病院へ1例, 他院外来通院1例, 近医訪問診療1例であった。

疾患の内訳は肺がん, 大腸がん, 胃がん・膵がん・肝臓がんの順で日本におけるがんの部位別死亡率順位とはほぼ一致していた。

入床時の主訴は痛みが26.5%の結果であった。淀川キリスト教病院ホスピスの調査では, 痛み

表4 チーム医療(コメディカルの関与)49例中

理学療法士	19例	(39%)
栄養士	12例	(24%)
図書室司書	12例	(24%)
薬剤師	9例	(18%)
ケースワーカー	9例	(18%)
臨床心理士	5例	(10%)

63.1%, 食欲不振40.8%, 全身倦怠感33.0%と報告されている²⁾。これは主訴を複数項目取り上げているという調査方法の違いによるものと思われるが, 当院入院後何らかの鎮痛剤が使用されたのは32例(65.3%)であり, 痛みの訴えは, 淀川ホスピスの調査結果と類似した結果となっていた。

告知率は71.4%であった。ホスピスや緩和ケア病棟では告知が入棟基準の一つとなっていることが多いが, 当院緩和ケア病床では「病名は告知されていることが望ましい。しかし, 病名告知を入所の条件とはしない」方針となっている。告知についての現在の課題は「告げるべきかどうか」から「どのように告げるべきか」, 更に「告げた後, どのように援助するか」ということに及んできており, 今後告知率は上昇すると思われる。告知(truth telling 真実を伝える)の時には「まず環境を整える。静かな環境(例えば面談室)を準備するのがよい」といわれている³⁾。当病棟では, 現在面談室がないため看護室で行われることが多い。設備の整備は今後の課題といえる。

緩和ケア入床の経緯にはさまざまなルートがあることが分かった。それは内科入院時すでに末期状態で緩和ケアとなる例, 内科入院後原疾患の治療を受けながら緩和ケアとなる例, 他科からの依頼により緩和ケアとなる例, 他院から緩和ケアとして紹介入院となる例などである。また緩和ケアの理念を理解して入床した患者は9例(18%)と少数であった。これは緩和ケアの理念が一般に浸透していないため家族が本人への告知を反対しているような場合や, 痴呆などにより理解力が低下している場合, 自ら緩和ケアを望むのではなく,

医療者側の状況判断や家族の意向のもとに緩和ケアに移行した例が多かったためと思われる。今後さまざまなルートからくる患者の受け入れ窓口として、また緩和ケアの理念を浸透するためにも、緩和ケア外来の設置が必要と考えられた。

身体的疼痛緩和の方法は原則としてWHOがん疼痛治療法(WHO方式)に基づいて行われた。鎮痛剤の使用についてはWHO方式3段階除痛ラダーと使用時の5原則を基本に積極的な疼痛対策が行われた。がん疼痛以外の終末期の諸症状緩和として、特に倦怠感や食欲不振に対しステロイドが63%と積極的に使用された。輸液は患者のQOLに即した方法が選択された。

死亡当日の処置としては、原則として心電図モニターを装着しない、心肺蘇生を行わない方針がとられた。これにより、より患者に寄り添う看取りができるようになったと思われる。死亡時家族の看取りが間に合わなかったのは8例(19%)で、全例が夜間帯であった。また夜間帯での死亡者は約70%であった。末期がん患者では「急変は15.4%にみられた」と報告されている⁴⁾。家族が共に過ごせるような設備を整えば、夜間も不自由なく安心して付き添えると考ええる。また一般病棟において夜間帯にも十分な緩和ケアを提供するためには、現在のスタッフでは不十分であり、今後検討の余地があると考えられた。

ホスピスケアでは身体的苦痛の緩和に加え、精神的(mental)、社会的(social)、spiritualな側面から全人的ケア(トータルケア)が必要とされている⁵⁾。全人的ケアにはチームアプローチが必要である⁶⁾。シシリー・ソングラスは「ホスピスのケアは、ひとつのコミュニティの働きですから、『どうすれば私がこの患者を理解でき、どうすれば私がこの患者を助けられるか』という思いで打ちのめされる危険性や、いま自分たちが行いつつある事柄について、どうしても自意識が強くなるという欠点など、これら二つの問題点から私たちは救われるといえます」と記している⁷⁾。当院においても緩和ケアチームとしてケアを提供し、72%の患者にコメディカルが関与した。理学療法

士は終末期患者のADLのサポート、栄養士は食欲の落ちた患者に食事の工夫、図書室司書は癒しの図書やCDの提供、薬剤師はモルヒネを含めた鎮痛剤の服薬指導、ケースワーカーは患者・家族の経済的・社会的支援、臨床心理士は患者・家族・関係職員の心理的支援をおこなった。今後もチームアプローチを推進して、これまで以上にトータルケアを目指したチーム医療を展開していくことが大切であると考えられた。

V. 結 論

1. さまざまな緩和ケア対象患者の受け入れ方法として、緩和ケア外来の設置が必要。
2. 患者および家族のQOLの向上を図り、患者と家族が最後の時を共に過ごせるような設備や環境の整備が必要、また告知に際しては静かな環境を整備することが必要。
3. チームアプローチの継続・推進が必要。
以上が今後の課題として考えられた。

文 献

- 1) 統計表 第7表 死亡率, 死因・性・年齢階級別. 厚生省の指標 2002; 49(9): 390-400.
- 2) 恒藤 暁. 最新緩和医療学. 大阪: 最新医学社; 1999. p. 15.
- 3) 柏木哲夫監修. 淀川キリスト教病院ホスピス編集. 緩和ケアマニュアル 改訂第4版. 大阪: 最新医学社; 2001. p. 13.
- 4) 柏木哲夫監修. 淀川キリスト教病院ホスピス編集. 緩和ケアマニュアル 改訂第4版. 大阪: 最新医学社; 2001. p. 5.
- 5) 山崎章郎. ホスピス宣言. 東京: 春秋社; 2000. p. 181-193.
- 6) 恒藤 暁. 最新緩和医療学. 大阪: 最新医学社; 1999. p. 3-5.
- 7) 岡村昭彦. ホスピスへの遠い道. 東京: 春秋社; 1999. p. 265.