

2. トータルケアとチームアプローチ ―緩和ケアの経験から考える―

はじめに

子どもの死には、事故や急性疾患などによりそれまで健康であった子どもが短期間のうちに死を迎える場合と治療効果が期待できずゆっくりと、あるいはいったん治癒しても徐々に治療に反応しなくなって死に至る場合がある。いずれの場合においても死を間近にした子どもとその家族へのケアのあり方は重要な課題であるが、特に後者の場合には、身体的な問題への対処に加え、難治性の病気とともに生きる子どもに対して、その発達状況に応じた日常生活上の対応、心理社会的支援など、多方面からのケア（トータルケア）が必要である。本研究においても、トータルケアの視点から、特に子どもの教育・心理的側面の対応について検討してきた。その中で、筆者は、成人のがん患者の終末期ケアを専門に提供している独立型ホスピスに勤務する立場から本研究に参加してきた。そこで、本稿においては、成人を対象とするホスピス緩和ケアの経験から、終末期にある小児がん患者へのトータルケアに関して、特にチームアプローチを中心に述べてみたい。

（1）緩和ケアの考え方と日本の現状

① 緩和ケアとは

緩和ケアについて、世界保健機関（WHO）は、「治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患を持つ患者に対して行われる、積極的で全体的な医療ケアであり、痛みのコントロール、痛み以外の諸症状のコントロール、心理的な苦痛、社会面の問題、霊的な問題（spiritual problems）の解決が最も重要な課題となる。緩和ケアの最終目標は、患者とその家族にとってできる限り可能な最高のクオリティー・オブ・ライフ（QOL）を実現させることである。このような目標を持つので、緩和ケアは末期だけでなく、もっと早い病気の患者に対しても適用すべき多くの利点を持っている。」¹⁾と定義している。

この定義から緩和ケアのあり方を具体的に述べると次のような点があげられる。1) 痛みを初めとするさまざまな身体症状の緩和、心理社会的問題への対応、さらに生きる意味を探求するスピリチュアルな問題への対応まで、全人的ケアを提供する。2) 患者のみならず、その家族（友人など、患者に関わる人々を含む）へのケアも行う。3) ケアの対象となる人々のクオリティー・オブ・ライフの向上と維持をめざす。4) 患者・家族の自律と選択を尊重し、意思決定の過程を支援する。5) こうしたケアを実践するために多方面の専門家が参加・協力する。そのチームは単に多職種が集まって役割を分担するだけでなく、互いにネットワークを作り、協働していく。6) 1～5を実現するために患者・家族、また、多職種間において、互いに率直でオープンなコミュニケーションをし、それぞれの価値観や生き方の違いを認め、尊重する。

② 緩和ケアの現状

わが国では、1970年代前半から、がんの終末期患者へのケア（ターミナルケア）の必要性が述べられるようになり、1981年、日本初の終末期患者のケアを専門とするホスピス病棟が開設された。1990年には、旧厚生省が一定の基準を満たした施設には、定額の緩和ケア病棟入院料を支給する制度を発足させ、ホスピス緩和ケア病棟の運営が比較的しやすくなった。また、先のWHOの定義にもあるように、患者のQOL向上を目指した苦痛症状の緩和に関して、特に医学的なアプローチを中心とした緩和医療の必要性に目が向けられるようになり、死にゆく人へのケアというイメージを持つホスピスという言葉から、緩和ケアという言葉が使われるようになってきた。こうして緩和ケ

アは医療サービスの一形態として認知されるようになってきた。

医療関係者のみならず一般の人々にも緩和ケアへの認識が深まり、その必要性が高く認められるようになり、2005年11月現在、全国の緩和ケア病棟届出受理施設数は、日本ホスピス緩和ケア協会の発表では151まで増加している。緩和ケア病棟の設置されていない2つの県においても開設への準備が具体的に行われており、緩和ケア病棟が全都道府県に開設される日も間もなくである。また、緩和ケア病棟という特別な場所での、主に終末期の患者を対象とする限定されたケアの提供から、病院全体を活動の場とし、また、治療の段階から緩和ケアを提供する緩和ケアチームの活動も年々活発になっている。さらに在宅緩和ケアサービスなど、緩和ケアがさまざまな場所、形態で広く提供されるようになってきた。

がん治療のめざましい発展によって、がん＝死というイメージは軽減し、がんと共に生きる、慢性疾患という時代になりつつある。また、最期まで治療を続けるのか治療を断念して症状緩和を中心とする終末期ケアに切り替えるのか、どちらを選ぶかという二者択一というのではなく、治癒を目的とした積極的治療と症状緩和をする緩和医療が、重複して提供され、病気の進行に合わせて継続的にスムーズに治療から緩和へと移行していく支援体制ができつつある。

③ 小児の緩和ケア

上述したわが国の緩和ケア病棟は主に成人のがん患者を対象としており、小児専用のホスピスや緩和ケア病棟は日本ではまだ開設されていない。その理由はさまざまあると思われるが、例えば、「がん」の発生率がおとなに比べて低いこと、また、近年「小児がん」の治療成績はめざましい向上をみせ、集学的治療によってがんと診断された子供たちの7割は病気を克服し、生存できる時代になっていることがあげられるだろう。しかし、約3割の子供が亡くなっているというのも現実であり、小児の緩和ケアへの取り組みも重要な課題と考える。細谷は「治療が望みえず死が避けられないと考えた時にはその子供の利益を優先し、速やかに緩和ケアの提供を治療のオプションの中に加えなければならない」²⁾と述べている。また、積極的治療から緩和ケアへのギアチェンジについて、「理想的な小児の緩和ケアのギアはオートマチック車のように、ごく自然に、なめらかに、徐々にチェンジされるべきなのである」²⁾と述べている。このことから、「小児がん」への集学的なトータルなケアを実践する専門チームによって、診断から治療、その後のフォローアップ、さらに終末期ケアまで一貫してケアを提供していくことの重要性がうかがえる。緩和ケア病棟への転棟というより、小児病院や病棟において、治療から緩和ケアへのスムーズな移行が可能になるためには、小児がん治療の専門家が緩和ケア、終末期ケアのトレーニングを受けるとともに、小児を対象とする緩和ケアの専門家の育成も期待される。また、積極的治療から緩和ケアへの移行、この困難な局面において、患児やその家族の気持ちに共感し、傾聴することは重要な援助である。医師がコミュニケーション・スキルを系統的に学習することも必要である³⁾。

(2) 緩和ケアにおけるチームアプローチ

① トータルケアを目指して

ホスピス緩和ケアは、先述したように治療不可能な疾患の終末期にある患者と家族のクオリティオブライフ(Q.O.L.)の向上・維持を目指す。そして、病気が進行し、死が間近にあっても最期まで人間らしく生きることを支える。それは、ケアの対象を生物学的な側面のみならず、精神・心理学的、社会学的視点からも捉え、全人的にアプローチしようとするものであり、多職種からなるチームケアが基盤となる。

実際、わが国の緩和ケア病棟においても多職種によるチームケアを目指して、医師、看護師の他に、ソーシャルワーカー、薬剤師、栄養士、理学療法士、音楽療法士、アロマセラピスト、宗教家、ボランティアなど、さまざまな職種、立場の人々がケアに参加している。

小児科領域においては、病気の治療とともに子供の発達支援や社会生活の支援も重要であり、医師、看護師以外にもケースワーカー、保育士、心理士など多職種からなるチームによるトータルケアが求められる。また、学齢児にとっては、通常の生活において学校生活が大きな位置を占めており、たとえ入院中であっても院内学級において、体調に応じた遊びや学習が提供されることは重要な意味を持つ。そこで、院内学級の教師もまたトータルケアの重要なチームメンバーとなり、チームの一員として機能することが期待される。

しかし、単に異なった専門職が集まっているだけではチームケアは実践されているとはいえない。構成メンバーがケアの目標や必要な情報を共有し、各職種が独自の機能を発揮しながら、全体として調和した働きができて初めてチームケアを実践しているといえるのではないだろうか。そういう意味で、チームケアの必要性は理解できても、その実践はなかなか難しい。

② 機能しているチーム

医療におけるチームの形態として、Multidisciplinary Team（多職種チーム）と Interdisciplinary Team（合同チーム）がある。前者は、チームの最高責任者（通常は医師）がリーダーとなり、その監督・指示のもとに各専門職が与えられた課題を解決しようとするもので、情報は記録によって共有される。後者は、メンバー間にヒエラルキーがなく、リーダーは課題によって異なり、チーム内での話し合いを通して情報交換、目標設定が行われる。全人的ケアを目指す緩和ケアにおいては、後者のチーム形態をとることで患者と家族の多様なニーズに対応しようとする³⁾。

異なる職種が集まり、医師の指示のもとにそれぞれの役割を果たすだけでなく、チームを構成する各メンバーが独自の役割を果たしつつ、互いの連携がとれ、一つの働きになった時、初めてチームが機能することになる。そこには次のような特性がみられる。

a 共通の目標

チームが何を目指しているのかを理解することで、参加メンバーは自分の役割と責任を自覚し、チャレンジ精神を持つことができる。また、それぞれが必要な存在であることを認め、協力し合う気持ちも生まれる。

b 専門性・主体性

緩和ケアでは合同チームを目指し、メンバーは平等の立場で参与するといいつつ、実際には、医師の指示を待つ姿勢から脱却できていないことも多い。各人が自分の専門分野についての知識、技術を高め、自信を持って、専門的な立場から主体的にチームに貢献することが必要である。その結果、互いの信頼感が強化され、ケアのレベルも上がる。

c メンバーの関与

チームの一員であるという意識を持てることは、チームに貢献しようとする動機づけとなる。情報を共有し、一緒に討議する場があり、意思決定にメンバーが参加できる体制を持つ。皆が参加できるカンファレンスを定例化するなど、形を整えることも必要であるが、各人が自分の意見を述べ、相手の意見に耳を傾けようとする姿勢が不可欠である。

d 相違を認める

立場や専門性が異なると、同じ目標に向かっているものの見方や価値観に微妙な差異があり、互いの関係にも緊張が生まれることがある。そうした違いを批判するのではなく、新しい発見の機会とし、認め合う時、異質な者同士が協働することによる新たな働きができる。

e 調整とリーダーシップ

ホスピスケアへの情熱を持った優秀な人材が集まってもバラバラに行動していたのでは、活動から得られる結果に限界がある。時に、支援内容が重複して非効率であったり、逆に支援の狭間で大切なものが抜けてしまうなど、多職種で関わる弊害が出てしまうこともある。立場や専門性の違いを越えて、各人が自由に意見を交換し、ケアの方針を共有し、一緒に働くためには、メンバー間に橋を渡す調整役がいると、患者・家族の多用なニーズに効果的に対応することができる。また、多職種からなるチームをリードするには、強力な管理型のリーダーが皆を引っ張るのではなく、各人の力を引出しながら、全体の力としてまとめていく調整型のリーダーが望まれる。そうした働きのできる人材がチームの中にいると、メンバーが生き生きとし、機能するチームに成長するのではないかと思う。

③ 小児のターミナル期における教育ニーズとチームケア

本研究の他の報告において、院内学級の教師が医療職と協働しながら患児の学習を終末期まで支援していく状況が事例報告されている。また、チームケアにおいて重要な情報交換やケア目標の共有のためにカンファレンスの持ち方などを工夫した様子なども述べられている。一方、本研究において実施された院内学級担当の教師を対象とした全国調査の結果をみると、「医師が病気についての子どもに説明しているかわからない」と答えている者も多く、子どもの病気に関して教師が有する情報が十分でないことがうかがえる。また、本研究に参加している教師の方々の報告会においても、病棟で医療関係者と教師が情報を交換しあうことはあっても、同じテーブルを囲んでチームメンバーとして対等な立場でディスカッションをするということはほとんど行われていないということであった。医療の現場で教師は学習支援という側面からかかわっているが、合同チームとして、教師と医療者が協働しているといえるところまでにはいたっていないようである。

確かに、医療現場、特に終末期においては、患児の病状は変化しやすく、身体症状のマネジメントが重要な位置を占め、医師や看護師を中心にケアが提供されることが多い。しかし、谷川は病気の子どもの特別な教育的ニーズの一つとして「ターミナル期にあるときも、本人と家族の学校への願いが受け止められ、必要な教育支援が提供される」⁴⁾をあげている。また、学校教育はターミナル期の子供の支えとなりうることを忘れてはならないと述べている⁴⁾。このように、終末期であっても教育の果たす役割は非常に重要であり、教師もケアチームの一員として主体的に関与し、情報を共有しながら、トータルケアに貢献することが期待される。

ところで、図1は、緩和ケアにおいて、ボランティアが医療チームに参加するとき、スタッフと

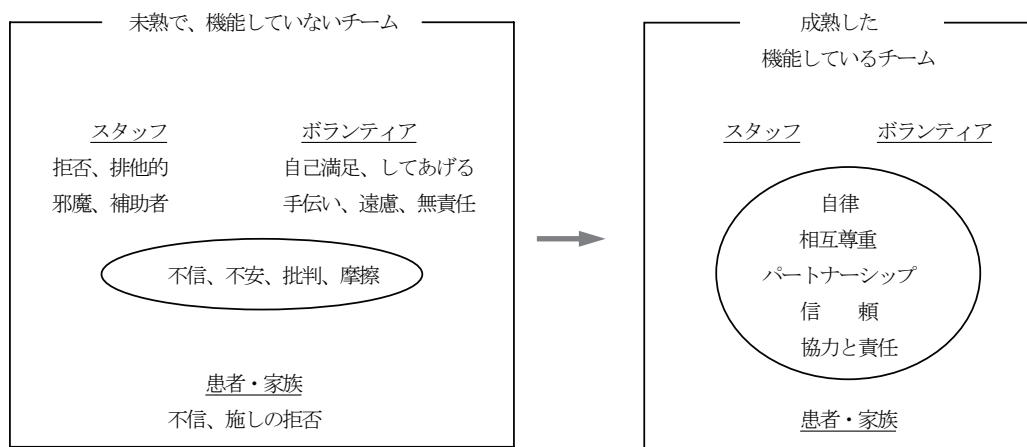


図1. チームの成長

ボランティアの協働が難しく、チームがなかなか機能していかない状況から機能するようになった時の互いの関係を示したものである。ボランティアと教師の立場は異なるが、医療現場に医療関係者以外の者が参与する時に同様の現象が起こり得るのではないかと思う。医療者はそれ以外の職種、立場のものに対して「医療の専門家ではないからわからない」と拒否的、排他的になりやすい。一方、医療職以外の者は、自分も患者のために「役立ちたい。何かをしてあげたい」という思いを強く持つが、医療という現場においては外部者という思いから遠慮することが多い。その結果、「やりたい気持ち」と「やれない気持ち」の間でフラストレーションを抱くことがある。また、何か問題が発生すると消極的になりがちで、そうした態度は医療者からは無責任で当てにならないと思われることにもなる。このような関係では信頼感を育てることは難しく、互いに批判的になり、患者・家族からも信頼されず、拒否されてしまうことになるであろう。

チームを構成する各メンバーは、互いの専門や立場の違いから生ずる言動のずれを、トータルケアの実践という視点から、むしろ歓迎すべきものとして受け止めることが重要と考える。医療の現場であっても医療関係者の提供できるものに限界があることを知って、特に、子どもの教育については、専門家である教師がチームへ参加できるよう合同カンファレンスへの出席を促すなど、具体的な工夫をする必要がある。一方、教師の側も指示を待つ姿勢ではなく、チームの一員としての意識を持って、医療関係者へ積極的に働きかけていくことが必要と思う。患児とその家族へのケアの質の向上をめざす時、チームメンバー相互の態度変容があって初めてチームが機能できるのではないかと考える。

また、多職種による合同チームが機能していくためには先述したように全体を調整する役割が重要になる。だれが調整役（コーディネーター）になるかは、各チームの事情によって適切な職種が選ばれると思うが、医療と患児・家族の日常生活全般の両面に直接かかわる看護師は調整役としてふさわしいのではないかと考える。

なお、チームケアの中心は、常に患児とその家族であることを忘れてはならない。多職種がケアに参加し、多方面からケアを提供できる体制を準備することは必要であるが、全てを一方的に提供するものではない。患児とその家族が病状を正しく理解し、「今、この時」を自分らしく生きていくために必要なケアを選択する。その意思決定の過程を支援することが重要である。

(3) おわりに

成人を対象とするホスピス緩和ケアの経験から、終末期にある小児がん患者へのトータルケアをめざしたチームアプローチのあり方について述べた。小児のがん治療を取り巻く環境は成人のものとは異なる特殊性があると思うが、トータルケアの実践、そのためのチームアプローチの必要性は共通するものであると思う。本研究のテーマである「子どもとともにある教育」を目指すとき、心理や教育の専門家と医療従事者との協働がさらに活発になることを期待したい。

[参考文献]

- 1) 世界保険機関編, 武田文和訳: がんの痛みからの解放とパリアティブケア, pp. 5-6, 金原出版, 東京, 1993.
- 2) 細谷亮太: 小児の緩和ケアの開始 (いわゆるギアチェンジ), ターミナルケア12: 85-87, 2002.
- 3) 石本浩市: 緩和医療を始めるポイント, 緩和医療学, 4(3): 3-7, 2002.
- 4) Ina Cummings: The interdisciplinary team. In Doyle D., Hanks GWC., MacDonald N.(eds). *Oxford Textbook of Palliative Medicine(2nd ed)*, pp.19-30, Oxford University Press, New York, 1998.
- 5) 谷川弘治: 小児がんの子どもへの教育支援, がん看護, 9(3): 207-212, 2004.