

日帰り緩和ケア（ホスピスデイケア）の試行的運営に関する報告

【日帰り緩和ケア試行的運営に至った背景】

平成11年以来私たちは在宅緩和ケアを拡大するため、様々な調査・研究を行ない、開業医（家庭医）- 訪問看護ステーション - 緩和ケア専門サポートチーム - 緩和ケア施設での連携がとれる方法を開発してきた。

その結果、岡山市を中心とする周辺地域でこれまで症状緩和が難しいためや遠距離のために在宅ケアができなかった人たちの在宅療養が可能となってきた。

しかし、患者の症状緩和を日帰りで行なったり、ご家族の介護疲れや患者の社会的孤立を予防するための仕組み（日帰り緩和ケア）があるならば、入院の必要性はより少なくなることと考えられる。英国では1999年251ヶ所のデイホスピスが開設されている。

私たちは日本ではまだ少ない日帰り緩和ケア（デイホスピス）を英国に学び、地域の共有資源としてボランティアで運営することを計画している。

今回は試行的日帰り緩和ケアを実施し、今後の日帰り緩和ケアの発展に寄与したいと考えた。

【日帰り緩和ケア試行的運営の実際】

その1 日帰り緩和ケアを週に一度利用した患者の一例

対象患者氏名：N・K

性別：女性 年齢：52才

病名：子宮がん 骨盤転移

紹介ルート：平成14年患者の妹より相談メールがあり、平成14年3月9日初診。

本人の病状認識：すべて知っている。

家族背景：長女と二人暮らし。長女は患者に治癒する見込みがないことを理解し、仕事を辞めて患者の介護に専念するようになった。夫は関東へ単身赴任中。夫とは2回目の結婚である。二女は既に結婚し子どもがいる。母親（歳）がまだ健在であり、患者の弟とともに隣の市へ暮らしている。兄弟は、関西へ暮らす姉と隣の市へ暮らす妹、弟の4人兄弟で家族関係は良好である。

療養の経過：平成11年1月26日～6月8日まで K 総合病院へ入院し化学療法、4月6日子宮全摘術、骨盤内リンパ節郭清術施行し、術後に放射線療法を施行している。平成13年9月腰痛があり骨転移を指摘された。その後は本人・家族の希望にて温熱療法をおこなっていたが、痛みが増強し平成14年3月に当院初受診された。本人の希望で入院などは望まれず、在宅療養が受けやすいように平成14年5月には当院近くへ転居される。その後は2週間に一度の往診や訪問看護でケアしていた。本人も大阪の姉を訪ねて行かれるなど活発に過ごされる。平成14年8月腎ろう造設。平成14年9月より週に1度のペ

ースで主に入浴と腎ろうの洗浄目的にて日帰り緩和ケアを利用することになる。その後も自宅での生活を続けていたが、平成15年2月10日、長女の介護疲れによるレスパイトケア目的で入院となる。平成15年2月15日、家族に囲まれて当院病棟にて永眠される。日帰り緩和ケアを行なった経緯：患者は当院外来受診を1、2週間に1度のペースで続けてきたが、ADLが低下してほぼ車いすの生活になってからは往診・訪問看護で対応した。問題であったのが入浴である。本人は元々入浴が好きであった。入浴は長女が背中に抱えて浴室まで連れていき、介助しながら入浴していたが、骨転移があり、浴槽を足でまたいで入浴することは危険性があった。

入浴の危険防止と長女の介護負担軽減のために、診療所病棟の特浴にて看護師による入浴を行なうことが考えられた。

日帰り緩和ケアの利用状況：

- 9月4日 午後12時、長女運転にて来院。本人の車いす利用し病室へ入室。
腎ろう洗浄、入浴、18時夕食摂取、その後少量嘔吐。帰宅される。
- 9月12日 午後12時、長女の運転にて来院。車いすにて病室へ入室。腎ろう洗浄、
入浴、お茶会へ参加され、16時過ぎ帰宅される。
- 9月19日 午前11時頃、長女の運転にて来院。車いすにて病室へ移動。入浴、腎
ろう洗浄、お茶会へ参加。長女の運転にて帰宅。
- 9月26日 いつも通り、長女とともに午前11時頃来院。腎ろう洗浄、特浴。帰宅。
同日、チームカンファレンスにて
自宅では、患者はポータブルトイレへの移動はできるが、ポータブルトイレから
ベッドへ戻るときに介助が必要な状況である。今後自宅から病院への移動が
困難になってくると思われる。
今後はリフト車を利用した送迎を行なう必要があるのではないか。車いすで
移動できるので患者の負担は少なくなる。
- 10月3日 長女の送迎にて来院。腎ろう洗浄、入浴、お茶会へ参加。
同日チームカンファレンスにて
次回日帰り緩和ケア利用よりリフト車による送迎を試行する。運転と患者の移
動介助はMSWが行なう。
- 10月10日 本日より当院リフト車による送迎はじまる。
MSWが玄関まで迎えに行き、玄関先で室内で利用する車いすから、外
出用の車いすに移乗介助する。玄関が狭いため、一度室内車いすから玄
関先へ腰掛け、それから外出用車いすへ移乗する。本人へ負担がかかる
のはベッド移動と、玄関でも車いすから車いすへの移動のふたつである。
その他の移動についてはまったく問題はない。娘さんがリフト車へ同乗
する。

昼食、腎ろう洗浄、入浴

患者は、「リフト車での送迎は歩いて移動する距離が少ないので楽である」と話される。

本人入浴中、作業療法士が長女よりお気持ち等を聞く。長女「母は以前は病院に来るときは化粧をしていたが今はまったくしなくなった。週に一度しか入浴できないことも関係しているのかもしれない。拭くだけで落とせる化粧も買ったがほとんど使わなかった。……介護といっても全部しているわけではないから、トイレに失敗したときなどは処置したりするけど、本人ができることは自分でするので…」

娘さん同乗される。

入浴後、疲れが出たのかぐったりとされており、お茶会へは参加されず、15時20分、早めに帰宅される。

- 10月17日 リフト車送迎。介助にて前回よりスムーズに玄関先の段差移動される。腎ろう洗浄、入浴、本日は娘さんとともにお茶会へ参加される。また、入浴中は作業療法士が長女の気持ちを伺う。
- 10月24日 リフト車送迎。変わりなし。患者「寒いのはつらいわねえ」
腎ろう洗浄、腎ろう部縫合、入浴、時間的にお茶会には参加できなかった。
- 10月31日 リフト車送迎。本日は本人姉妹が来岡されている。お迎えのときにちょうど自宅へ来られる。
本人の表情よい。車窓から柿の木を見て「実が重たそうねえ」と笑われる。また「姉妹がよくしてくれるのが本当にありがたい」と涙ぐまれる。
(本日は長女同乗されず、自家用車で来院する)
腰痛で眠れないと倦怠感があり、だるさをとってほしいと看護師へ訴えられる。腎ろう洗浄、入浴、家族に対して医師より今後のことなどについて面談がある。入浴後疲労感ありベッドで休まれ、自室にてボランティアが開くお茶会のコーヒーを飲まれる。
- 11月 7日 リフト車送迎、車内でも本日はほとんど話をされず。
腎ろう洗浄、入浴、
配車の関係で帰りの時間がいつもより遅くなる。寒いとのことでお部屋でコーヒーを飲まれて帰りの時間を待たれる。
- 11月 9日 嘔気・嘔吐が続いている。医師指示にて病院に来ることになる。
午前10時30分頃リフト車にてお迎えに行く。体調についてたずねると「今は大丈夫です」と。しかし、車に乗り込んだときに、車中で嘔吐

するかもしれないと受け皿を用意するよう頼まれる。

約5分で病院到着、降車準備しているときに嘔吐される。そのまま入院となる。

- 11月11日 お昼前に退院される。
入院中は、家族の方も多く来られ、差し入れの食事などをみんなで食べられたこと。医師より高カルシウム血症と説明がされている。
表情よく帰宅をされる。本日は長女が友人との用事があるとのことで代わりに次女が付き添っている。
11月14日の日帰り緩和ケアは休みとなり、11月21日に日帰り緩和ケア予定。
- 11月21日 いつもどおりリフト車送迎にて来院。腎ろう洗浄、入浴、その後、ライアの演奏会の案内をしていたが、自室でパンをほおばっており、積極的に演奏を楽しみにされていたという風でもなかった。演奏会が半分を過ぎた頃、ラウンジに出てこられ、ライアの音色に耳を傾けられる。
帰宅時、本日の演奏はどうでしたかと問うと、「私には悲しすぎるくらいの音色であった。もう少し元気な曲がよいなあ。でも本当によかったわ」と話された。
1週間以上日帰り緩和ケアが空いたが、玄関での移動時など負担が強くなってきているように思える。休憩をしながら少しずつ移動をされるようになる。
- 11月28日 発熱あり、いつもより早く午後2時には自宅へお送りする。本日は入浴、腎ろう洗浄されず。
- 12月 5日 本日よりリフト車送迎時にスロープを導入。窓から庭へスロープを取り付け、自宅用の車いすでそのままリフト者に乗車するようにする。患者の負担はベッドの移動時で済む。送迎担当を安全確認のためふたりに増員。帰宅時には作業療法士に評価してもらおう。何とか娘さんとの共同介助でスロープで安全に部屋内へ移動できると判断する。
- 12月 5日 リフト車にて送迎。新しいスロープを利用し自室から外へ出られる。ひとりでの介助よりふたりの方が安全である。本日の帰宅時は作業療法士が同乗してくれる。
腎ろう洗浄、入浴。本日は体の底から寒いような感じだったと早く帰宅される。お茶会参加されなかった。特に入浴後がかなり寒いようで対策が必要である。
- 12月12日 リフト車にて送迎。腎ろう洗浄、入浴。
本人より移動のしんどさなどよりも寒さの方がつらいと訴えられる。

早めに帰宅される。

1 2月19日 本日は休まれると連絡がある。

1 2月26日 リフト車にて送迎。腎ろう洗浄、入浴。

長女より、「寒さよりも体のだるさなどから外に出るのがつらくなって
いるようだ」と話される。「自宅で入浴できるのもよいのかな」と話をさ
れている。

1月に入り、しばらく日帰り緩和ケアは寒いので中止しておきたいと本人より申し出があ
り、そのまま中止になった。

日帰り緩和ケアのN・Kさん基本プログラム：

午前11時 リフト車による出迎えで来院、問診、血圧測定など。病室にて休憩
する。

午後12時 昼食

午後1時30分～ 特浴での入浴

午後2時すぎ～ 入浴後、腎ろう洗浄などの医療処置を行なう。

午後3時 ボランティア主催による病棟ラウンジでのお茶会に参加。

午後4時 病室にて休憩する。

午後4時30分 リフト車にて自宅へお送りする。

日帰り緩和ケア運営を行なって感じられた特記事項：

患者・家族の評価がどうであったか。

評価された側面

患者・家族と医療スタッフの日帰り緩和ケア第一の目的は、ADLの低下による自宅での入浴が困難ということから、専門の特浴を利用した入浴援助を日帰りで行なうということであった。患者本人は元々入浴好きであり、週に一度身体の負担が少なく入浴できる日帰り緩和ケアを喜ばれた。また、ADLが低下して外出が気楽にできなくなり、自宅で過ごすことが多くなった患者には、日帰り緩和ケアは週に一度の外出の楽しみでもあり、送迎の車窓から見える風景に季節を感じ、昼下がりに開かれるボランティアのお茶会での語らいは、気分転換にもつながった。

日帰り緩和ケアの利用では、介護する長女の休息にもつながると考えられたが、入浴介助が家族から医療スタッフによるものになったことでの介護負担の軽減は得られた。しかし、日帰り緩和ケアを利用して、長女が自分の時間を作れるなどという評価はなかった。長女は毎回、付き添って日帰り緩和ケアを利用された。いつも家でも比較的自分の生活ペースを守りながら患者のお世話をしているので、それほど介護負担を感じたことはないということだった。(しかし、死が間近に迫ってきたときには長女の介護疲労は限界に達し、レスパイトケアでの短期入院を2回行なっている)。帰りの車中では、患者が日帰り緩和ケア利用中に長女が「 に買い物に出かけてきた」な

ど花話をされ、医療スタッフにまかせて自分のことができていたようである。

課題となった一面

日帰り緩和ケアを利用することで、本人が最もつらかったことは「寒さ」である。送迎時に外出するときの寒さ、病室内の寒さ、入浴後の寒さ、患者本人には厳しい「寒さ」があった。

また、徐々に体力が低下していくにつれて、ベッドから車いすへの移動などに身体の負担がかかるようになってきた。後に、レスパイトケア2泊3日程度で入院をされたことがあったが、その際に、「あまり入院はしたくなかったが、今回のようにゆったりと来るのもよいかなあと思った。日帰りで来るとどうしてもこちらへ移動して、入浴して帰るというスケジュールが慌しくてたいへんに感じる」と体の負担を話されたことがあった。

また一日のスケジュールでは、本人が寒さがつらく早めに帰宅したいと希望されることもあったが、できるかぎり希望に対応しようとしたものの、リフト車の配車の関係で、すぐにはお送りができないということも何度かあった。

寒さと身体のだるさを理由に日帰り緩和ケアを利用することがつらくなり、亡くなる約1ヶ月前から利用されなくなった。その後は、家族のレスパイトケアなどを目的とした2回の入院で対応し、最終的に2月15日、診療所病棟にて死亡された。

受け入れ体制の課題

今回の日帰り緩和ケアは診療所病棟において行なわれた。医療処置、入浴介助等は病棟のスタッフによるものだった。その中では病棟のスケジュールに合わせた日帰り緩和ケアのプログラムがあり、患者・家族の個別的な希望に十分対応できていない面があった。例えば、送迎の時間の問題があった。本人が、「今日は早めに帰りたい」という希望に対して、送迎担当者の勤務体制の問題、車の配車の問題で希望の時間にお送りができないことがあった。

また、本人の寒さ対策への要望については、送迎時には十分車内を暖めること、病室においては通常の暖房の他に電気ストーブを使用するなどして対応したが、一般病棟の中で他の患者様へと公平性の問題などもあり、個別的対応には限界があるように考えられた。

送迎時の患者負担の軽減とスタッフ体制

今回の日帰り緩和ケアの試行で私たちは患者・家族の送迎を行なった。身体機能が低下して自ら日帰り緩和ケアに通うことが困難になった患者には送迎が有効である。

このたびの日帰り緩和ケアでは、移動時の体の負担が日帰り緩和ケアを利用するかどうかに影響することが考えられた。患者の体の負担をできるかぎり少なくし自宅から病院までの移動介助を行なう工夫が必要であった。N・Hさんは当初室内車いすから屋外用の車いすに移乗して送迎を行なっていたが、身体機能が低下し、スムーズに行

なわれていた車いすへの移乗も、少し移動しては休憩をとるなど時間がかかるようになってきた。移動による身体への負担がかかるようになり、日帰り緩和ケアの利用に支障となった。そこでスロープを利用し、室内で車いすに乗ってそのまま送迎を行なえるようにして負担を軽くした。この方法は患者の評価は高かった。

もう一つは移動介助の必要な方の送迎について誰が行なうかという問題があった。日帰り緩和ケアの利用者は、日々身体状況が変わる可能性があり、体の状況を踏まえた介助が必要になってくる。今回の場合、カンファレンス等で患者の情報を共有している MSW が送迎を担当し、医師・看護師などの送迎に対する注意点を聞きながら行なった。日帰り緩和ケアを利用初めの頃には自分でできていた車いすへの移動も、病気が進むにつれて全介助になってくるときに、送迎担当者には、介護技術と患者・家族に関する心身の情報が必要と思える。また送迎体制は重介護者が対象者の場合、介護負担の軽減と安全確保のために二人体制での送迎が適当であろう。また、患者・家族の要望に合わせていつでも送迎が可能なよう、専門の運転ボランティアと日帰り緩和ケア専用リフト車があると心強い。

その2 日帰り緩和ケア利用ができなかった症例

対象患者氏名：T・H

性別：男性 年齢：48才

病名：食道がん

紹介ルート：がんの悩み電話相談室へ患者の妻が、在宅緩和ケアを行なう病院をたずねたところ、当院を紹介された。

家族背景：妻、父、長男（小学校5年生）の3人暮らし。長女（19歳）は東京で学生をしている。

病状認識：病気に付いてはすべて知っている。

療養の経過：平成12年食道がんにて化学療法施行。平成13年11月嚥下困難増強、局所再発を認め化学療法を施行する。しかし効果はなく、平成14年5月再び嚥下困難が出てきたため食道拡張術を行なう。その後疼痛が出現し、本人のいらだちも強くなり在宅療養を希望されるようになった。平成14年7月4日当院初受診。プライマリケア医、訪問看護ステーション、当院緩和ケアチームの連携により在宅での生活をサポートすることになる。この7月には胃ろう造設するなど生きる希望も見られた。疼痛コントロールができ趣味の熱帯魚などの世話をするなど活動的であったが、病状が進行するにつれて、いらだち等が再び強くなり、家族に当たられることも多くなった。家族は戸惑いながらも本人の気持ちを必死に受け止めようとした。平成14年10月13日、家族に見守られて永眠される。

日帰り緩和ケアを提案した経緯：初診直後より症状緩和を行ない苦痛の軽減ができ、本

人・家族は非常に喜ばれた。しかしながら、病状が進行するにつれて本人の気持ちも不安定になった。家族は一緒に外出するように勧めるが、今は気持ちが外に向かないと閉じこもりの日々が続いた。

ある日、妻が、長男の学校の用事でどうしても半日家を留守にしないといけないので、誰も付き添えない時間をどうすればよいかと妻が悩まれていると訪問看護婦より MSW へ相談があった。MSW はホームヘルパーの導入を考えチームカンファレンスで提案したが、他チームスタッフより、現在の患者の心理状況などを考慮すると、今までチームの一員でなく、また緩和ケアにも慣れられていないホームヘルパーが長時間ともに過ごすことに問題はないのだろうかという意見が出てきた。

そこで、ホームヘルパーを導入する提案の前に、まずは日帰り緩和ケアで緩和ケアに精通し信頼関係のできているスタッフのもとで1日過ごすことを提案することにした。

日帰り緩和ケアに関する本人説明時の ADL：食事はほとんど摂取されず、胃ろうからの栄養補給を行なっている。生活はほぼベッド上のみでトイレには介助のもと移動している。入浴は体力的にしんどさもありできていない。

日帰り緩和ケアに関する本人への説明：9月28日（死亡日より16日前）に MSW が行なう。

10月1日の学校の用事で妻が不在になるとお聴きした。そのときには日帰りで病院に来ないか。お昼前に私たちがお迎えに来て、体の負担のないように車いすで送迎する。昼に食事をしてもらい、特浴で楽に入浴ができる。お昼はボランティアのお茶会があり他の患者さんやボランティアの方々と話をするのもまた気分転換になると思う。帰りもリフト車で送迎する。いかがだろうか。

患者の日帰り緩和ケアに関する説明への反応：

日帰りで入院することもできるのか？ ありがたいけれど今は外に出る気持ちにはなれない。今日も外出しようと家族より言われたが動くこと自体がしんどい。入浴するのもしんどいから。妻の負担が軽減されて行ってくれというのであれば、日帰りで入院することも考えんといけないと思う。

家族の日帰り緩和ケアに関する説明への反応：

私としては利用してほしい。外出すれば気分も変わるかもしれないと思うし、外に出かけようかと話をしても気持ちが向かない。私がいないうちに病院にいてくれると安心は安心だが、今の本人の気持ちであれば難しいと思う。

結果：患者は体のだるさが増強しており、身体的に外出が困難になっているのだと判断し、本人の思いを考慮し、ホームヘルパーを導入するようにする。ホームヘルパーには患者の状況について事前に情報提供、打ち合わせを行なった。患者もホームヘルパーがゆっくり自分の話を聞いてくれてよかったという反応があった。

日帰り緩和ケア利用に至らなかったこのケースでの特記事項：

日帰り緩和ケア利用時期の問題

患者へ日帰り緩和ケアの利用を提案したのは死亡前16日であった。このケースの日帰り緩和ケア導入目的は、介護に専念してきた家族に対して自分の用事ができる時間を作り出すこと、しばらくできていない入浴を行なうこと、家に閉じこもりがちであるので日帰り緩和ケアを利用することによって、外出と他者との交流による気分転換を図ることなどが考えられた。

しかし、この時点では患者は体力も低下し外出する気持ちのゆとりもなく、在宅での生活を維持するのに精一杯の状況であったと考えられる。(患者は決して生きる意欲がなくなっていたのではなく、趣味の熱帯魚を新たに購入するなどベッド上の生活でできる楽しみを見出そうとしていた)

心身機能が低下した時点で初めて日帰り緩和ケアの利用をするには患者にとって、不安と考えられる。もしも身体状態が悪くなってから利用する場合は、事前に日帰り緩和ケアを利用しておいた方がよいのではないか。患者とスタッフとの信頼関係もできており、まだ患者もプログラムを理解していることから利用しやすいと考えられる。

その3 介護保険による通所リハビリを利用した日帰り緩和ケア症例

対象患者氏名：K・K

性別：男性 年齢：71才

病名：喉頭がん 肺・肋骨・骨盤転移

紹介ルート：家庭医より当院へ連携での在宅緩和ケアの相談があった。

家族背景：妻、長男夫婦、孫の6人暮らし。近所に長女が住んでいる。

療養の経過：平成9年喉頭がんの診断総合病院で手術。平成10年8月頸部リンパ節転移あり再び手術を行なう。平成13年秋頃から背部痛あり平成14年3月精査の結果、肋骨・骨盤転移を認め放射線療法施行。肺転移も認められ化学療法の適応はなく、痛みの治療と点滴による栄養補給を続けてきた。家族が在宅ケア希望で、当院診療所(緩和ケアチーム)・家庭医・訪問看護・居宅介護支援事業所の在宅ケアチームを編成し、在宅にてケアを続ける。11月19日から11月29日当院診療所へ入院。その後、在宅ケアを続けられるが、12月12日ご自宅にて死亡された。

日帰り緩和ケア利用状況：在宅ケアに移行するために介護保険の申請を行ない要介護3を得た。11月19日に入院する前までは火曜日、木曜日、土曜日で家庭医に併設された通所リハビリテーションを利用する。週3日のうちの2日は入浴を行なう。家族の本人の身体機能を維持したいという希望もあり、平行棒による歩行訓練を行ない本人は意欲的であったとのことだった。休息用のベッドも用意されており本人の状況に合わせて対応していたとのことだった。

11月29日退院後もご家族は通所リハビリテーションの利用を希望されており、ケアマ

ネージャーなどに外出しやすいよう、住宅改修などの希望があったが、その後状況が悪くなり通所リハビリテーションを利用されることはなかった。

家族の日帰り緩和ケア（通所リハビリ）利用の反応について：入浴できるのがありがたい。できるかぎり本人の身体機能が低下しないようリハビリをしてほしい。自宅から連れ出すのがたいへんであり、住宅改修などできればありがたい。本人が通所リハビリから帰ってきて、その日のケアの内容などを話してくれるので本人は楽しかったのではないだろうか。

【日帰り緩和ケア試行的運営のまとめと今後の課題】

日帰り緩和ケア利用目的の多様性

今回3人の日帰り緩和ケア対象について調査したが、利用目的には多様性がある。自宅での入浴が困難な方の日帰り緩和ケアでの入浴援助、日帰りによる腎ろうの洗浄など医療処置、ボランティアが開くお茶会などでの人的交流による孤立からの予防、リハビリによる身体機能の維持、家族の介護疲労の軽減、また家族が介護から離れて自分の用事を行なう時間をつくること、など日帰り緩和ケアは様々な患者・家族の要望に対応することができると思う。

また患者・家族をサポートする医療チーム側には、患者・家族の思いなどをじっくり聴く時間が持てるメリットもあるだろう。

身体的負担を軽減する送迎への工夫

私たちは、日帰り緩和ケアの試行にあたり、リフト車による送迎を取り入れた。これは重要な点であると思う。緩和ケア対象の患者は、身体的負担が強く外出を困難にしている場合がある。今回の試行でも、移動する身体的負担を考慮し、日帰り緩和ケアの利用を休止したり、利用されなかった場合があった。無理はできないが送迎時の身体的負担が軽減できれば、日帰り緩和ケアがもっと利用しやすくなるのは間違いない。私たちはスロープの利用などで身体的負担の軽減を図ったが、今後より一層の身体的負担軽減の工夫と送迎担当者の介護技術の向上が不可欠であろう。

患者・家族の個別性を尊重したスタッフ体制の確立

日帰り緩和ケアの目的が様々であるということは、ひとりひとりの日帰り緩和ケアのプログラムも様々であり、個別性を尊重したケアが行なわなければならない。そのため、個別ケアに対応するスタッフの充実が不可欠であろう。今回の日帰り緩和ケアの試行は病棟で行なわれたものであるが、病棟スタッフだけでは個別的な対応の限界が感じられた。

送迎を行なう専属スタッフと日帰り緩和ケアの専用車、医療的な対応をする医師、看護師、リハビリテーションを担当する作業療法士や理学療法士、お茶会を運営や患者

と作業療法をともに行なうボランティアの存在など、スタッフ体制を整えていくことでより患者・家族の利用者に対して柔軟に対応ができる。

ボランティアによる日帰り緩和ケアの運営

日帰り緩和ケアで個別的な対応を大切にしていける場合に、現在の診療報酬体系のなかでは体制を整えていくことは困難であるということは今回の試行でも明白であった。日帰り緩和ケアは、診療報酬に頼らない活動資金の獲得、医師・看護師などの専門職ボランティア・一般市民のボランティアの協力があって成り立つものだと考える。

今後、日帰り緩和ケアの運営を担当するチームスタッフの育成が必要だろう。送迎時に必要な身体介護などのトレーニング、患者・家族とのかかわる姿勢(傾聴について)、がん患者へのリハビリテーションのあり方についてなど、チームスタッフで共有しておかねばならないだろう。特にひとりの患者・家族に対し、個別的なケアが行なう場合、チーム全体でより多くの患者・家族の情報を共有していかねばならない。そのためには、守秘義務の徹底などの十分なスタッフ教育が必要だと考えられる。

私たちは今回、貴財団の助成金を利用し、英国から講師をお招きし日帰り緩和ケアに関する研修会を開いたが、今後もこのような研修を続けていきたいと考えている。

日帰り緩和ケア研修視察報告

研修視察先：堂園メディカルハウス(鹿児島市)

訪問者：中島孝修（かとう内科並木通り診療所副院長）

藤井尚子（かとう内科並木通り診療所看護師）

横田玲（広島大学大学院作業療法士）

大野慶太（川崎医療福祉大学学生 MSW）

明石満寿子（かとう内科並木通り診療所ボランティア）

岡本愛子（かとう内科並木通り診療所ボランティア）

大橋和子（かとう内科並木通り診療所ボランティア）

横山幸生（かとう内科並木通り診療所ボランティアコーディネーター、MSW）

1 堂園メディカルハウス（19床有床診療所）の概要

診療内容：総合内科・産婦人科・アレルギー・自己免疫疾患・がん総合診療科・東洋医学科・カウンセリング・リラクゼーション

スタッフ：常勤医師2名・看護師・保健師・助産師・管理栄養士・カウンセラー・メディカルソーシャルワーカー・ケアスタッフ

建物概要：1階 内科・婦人科診察室、医療図書室、受付、通院デイケアベッド
2階 ヘルシーレストラン「ランドマーク」、ギャラリー、インショップ、浴室、特浴
3階 デイルーム、病室（個室6部屋）、台所
4階 スタッフ詰所、デイルーム、洗濯室、病室（個室6部屋）、台所
5階 多目的ホール、展望室、和室、テラス、病室（個室4部屋）

19床のベッドのうち、多くは緩和ケア対象の患者である。しかし、緩和ケア病棟としての認可を受けているわけではないのであらゆる病気に対応できることを利点としてあげる。1年間で20人から30人の患者を在宅で看とっており、希望する人の8割は自宅に帰ることができているという。有床診療所は病院から在宅への中間施設としての働きがあると考えている。

2 デイホスピスの概要

デイホスピスの由来：デイホスピスは堂園メディカルハウスの原点だという。堂園メディカルハウスの前院長は無償診療所で東洋医学を行っていたが、外来には鍼用の5つの

ベッドが用意されていた。そこで必要であれば点滴治療を行ない自宅へ帰られる方がいた。その中にはたまにがん患者が来ている状況であった。当時は医師、看護師、事務3名程度のスタッフで対応していたとのことであった。

日中をひとりで暮らす患者にはカウンセラーがお気持ちを聴いたり、当時のデイホスピスでは食事は作れなかったが、必要に応じてインスタントのポタージュスープなどを用意することもあった。入院はしたくないが家にいるのも大変という患者に対応してきた。場所も人員も必要であり、運営は非効率だが堂園メディカルハウスの原点なので、この活動はずっと続けているということであった。

現在のデイホスピスの運営：

外来の一環としてのデイホスピス

デイホスピスは外来の一環として行なわれている。外来には7つのベッドが用意されており診察室と直結している。患者は通院時に点滴や適切な医療処置をこのデイケアベッドで受けることができる。

堂園メディカルハウスでは患者の送迎はしておらず、患者は自ら通院してくる人たちが、家族につれて来てもらう人たちである。デイケアベッドではデイホスピス対象の患者だけではなく、外来の一環としてつわりで横になっている人や他の病気の方も利用している。

入浴や足浴等のケア、レストラン「ランドマーク」での食事などを行うことができる。しかし、実際に入浴をされる方はあまりいないということだった。患者が希望すればカイロプラクティック、リフレクソロジー、アロマセラピーなどが受けられる。また患者がケアを受けている間に付き添いの家族に対して、ソーシャルワーカーやカウンセラーがケアを行なうこともある。

コンビネーション緩和ケアシステム

デイホスピスのスタッフは、外来スタッフが対応しているわけではない。堂園メディカルハウスでは、「コンビネーション緩和ケアシステム」を採用している。これは緩和ケアの通院(デイホスピス含む)入院、在宅診療を各部門ごとにスタッフを配置するのではなく、同一チームですべてを行なうシステムである。入院でも在宅でも通院でも同じスタッフが一貫して対応するので、患者・家族にとっては顔なじみのスタッフばかりであり安心感を持つことができる。スタッフにとっても一貫してかかわることができる喜びを感じることができるのだという。

PatientsではなくPersonとしての患者を重視。

堂園メディカルハウスのデイホスピスは、家族が患者を連れてきたり、自ら好きなときに来て好きなときに帰るといった形である。ボランティアなどによる送迎は行なわれていない。患者や家族には一般の方々が利用する院内のレストラン「ランドマーク」やインショップでの買い物を楽しむことなどにより、普通の日常を感じてほしいと考えている。その考えは患者のPatientsではなくPersonとしての体験を重視しているということであった。

3 訪問者の視察研修所感

堂園メディカルハウスのデイケアについてまとめたが、以下に参加者の視察に対する所感を抜粋した。

今回視察させて頂いた堂園メディカルハウス（以下 DMH）は、「病院の中に家庭の一室を」というコンセプトに基づき、曲線が多用され暖かい光の差し込む室内を、スタッフも患者さんも裸足で過ごされていた。

DMH では在宅ホスピス医療を普及させるために、あえて有床診療所で緩和ケアを展開されている。緩和外来への通院，入院，在宅診療とを同一スタッフで配置して行う「コンビネーション緩和ケアシステム」では、初診時に患者さん本人が緩和医療の形態を選択できるようになっている。全ての部門に同一スタッフが関わっていることにより、コミュニケーションが取りやすく患者さんはもちろん家族も安心感を持つことが出来る。DMH への紹介元は様々であるが、家でも過ごせるという安心と、入院も出来るという安心を同時に受けられるのは、小回りの利く診療所であつ有床であると言うことの特長であると考えます。

また、このシステムは、スタッフのバーンアウト防止になるとのことである。今回の研修で DMH ではスタッフのストレスケアについても力を入れているのが印象深かった。小さなチームであるがゆえに、コミュニケーションは取りやすいものの密接な関わりの中でストレスがたまりやすくなってしまふ。スタッフのストレスを出来るだけ解消していくことで、暖かなケアの提供が出来るのではないかと考えた。

今回の研修で特に興味を持っていたのは、デイホスピスの形であった。DMH のデイホスピスは、どちらかというといデイトリートメント的要素が強く、これは元々のベースとしてあった無床診療所の形や東洋医学から来ているものであった。DMH はがん以外の患者層は産婦人科疾患やアトピー、慢性疲労、心身症などで、そうした患者さんへの緩和と同様に行われていた。堂園院長は有床診療所はそれぞれの特徴を活かして、地域の中で病院と在宅との中間施設として機能するべきと言われた。がん患者に限るのではなく、その他の患者層にも合わせてそれぞれの目的で利用できる「デイ」という形が作られればよいのではないかと考えた。

また、欧米型の「デイホスピス」ではなくアジア諸国から学べることが多いというお話があった。アジアでの取り組みについての知識は不十分なので、今後勉強して参考にしていきたいと考えている。

さらに、今回の研修で学んだことを踏まえて、地域の中で緩和ケアを行う有床診療所としての特長を活かしたデイケアを検討していきたいと考えている。

（作業療法士 横田 玲）

私が最も感心したことはスタッフのケアに対する意識の高さである。院長は自分のケアのあり方を振り返るために、マザーテレサの「死を待つ人の家」にボランティアに行かれることもある。ケアに携わるもの皆すべて自分のケアのあり方を振り返り、受け止めながら成長していくことが必要だと思う。ボランティアも同様だと感じている。私は今まで患者様と関わる中で、今でもひっかかっている自分の言動などそのままにしてきたことが多かったように思う。振返りの作業が無くては同じ位置に留まったままであり反省している。

堂園メディカルハウスのボランティア研修ではボランティアの責任について等のテーマでのディスカッションをプログラムに用いている。より良いケアを皆で作るためには相手の話を聴き、自分の意見や思いを伝え、謙虚にあるがままの自分を受け止める力が大切だと感じた。悩み、考え、相手に伝えるトレーニングが振り返り成長していくために必要であり、ぜひこのプログラムを参考にしたいと感じた。そして、ボランティアとスタッフがオープンに語り合い、共にケアのあり方を模索するための努力が大切だと思う。

施設を大きくするのではなくスタッフ全員が顔の見える範囲でチームワークを作っていた。無理をせず、規模ではなく質を熟成させることをおしまず、大きく変化する医療・保健・福祉制度や社会に対して流動的、かつ、ケアの本質は貫いていく努力を感じ、私も見習いたいと思った。良いチームワーク、チームケアはスタッフ各々の向上心と自分自身のケアに対する自問自答の意識が育てていくことを学んだ。

今後、医療ソーシャルワーカーとして働くうえで「聴く」ということの大切さを改めて考えさせられた。専門技術も大切であるが、ふつうの人の感覚やマザーテレサの言葉にある「小さなことに大きな愛情を込めること」を大切にしていきたいと感じた。患者・家族は苦悩を知識で病気を理解できても、それを身体でも納得できるとは限らない。患者・家族の語りに耳を傾け患者・家族の経験世界を理解することが大切だと思う。聴くことにより、語るという作業や社会資源を用いて、患者・家族が自らの内に、自分たちなりの「折り合いの道」を作っていくサポートに医療ソーシャルワーカーが様々なレベルで貢献できると感じた。

ホスピスは現実を変えるのではなく、起きている事実に対する患者・家族の意識の変化に寄り添うことであると考え。近づいてくる「自分の死」、「愛する人の死」、「死別の悲しみ」を排除することは不可能である。ただ、それに同伴することしかできない。その同伴が患者・家族にとって意味のあるものになるように今後、研修の学びと診療所の患者・家族・地域への距離の近さ、診療所だからこそできることを活かし、自分のケアのあり方を模索していきたいと思う。

(学生・MSW 大野 慶太)

作業療法介入報告

作業療法士 横田 玲

【対象者のプロフィール】

氏名：T.H 年齢：48歳 性別：男性 職業歴：技術工 趣味：熱帯魚，テレビ鑑賞
現病歴：胃がん，食道がん，頸部リンパ節転移 家族歴：妻，息子（小学5年），実父と同居．
大学生（19歳）の娘は東京在住．
主訴：歩けない，食べられない，痛い
作業療法開始：H14.8/6～ 週1回 訪問介入

【作業療法経過】

身体面では，全身の筋力低下が顕著．下肢筋力低下と頸部筋力低下のために姿勢保持困難，歩行時にはふらつきが見られた．介入初期には，排泄，入浴等のADLには見守りが必要なレベルであった．

精神面ではイライラ感が強く，家族に対しても当たることが多かった．

家族関係では，19歳の娘との確執や幼い息子についての心配があり，それらを妻が背負っているように思われた．

初回介入ではリハビリテーションへの要求としてホームエクササイズを作成を希望するなど積極的．「歩かなければ，食べられなければ何も出来ない」との思いが強かったため，本人の希望に添ってROMexと筋力増強exから導入した．

Ptは頸部筋力の低下により，ベッド上臥位でも頸部を固定することが困難であった．そのことにより，本人が“唯一の楽しみ”とするテレビ鑑賞に集中できないとの不満を訴えた．そこで，頸部コルセットを導入したところ頸部が安定した．これは姿勢全体の調整にも役立った．また臥位・座位においても痛みの訴えが強くなり，なかなか安楽な姿勢が得られなかった．そのためリクライニングのウォーターチェアを導入したが，ウォーターチェアは快適な座位を保つことができなかった．しかし，リクライニングチェアに乗ることで，ベッド上以外の生活に目が向けられ，やはり自走式がよい，などの活動意欲が示された．さらに，海へ行きたいとの希望が出されるも，状態悪化のために実現しなかった．

自走式の標準型W/C座位を検討したところ，骨盤前傾により姿勢保持が困難であり，さらに肩甲骨がW/Cの背もたれに当たり痛みを増強させていた．アームレストにタオルで補高し，姿勢調節を行った．結果，快適な姿勢の理解と欲求が示され，その後Ptは同様の高さに腕をおくことの出来る設備を父親に依頼して作成してもらった．

死が近づくにつれ，ROMexへの要求が高くなり，「毎日でもやってほしい」と訴えた．そのため息子にROMexの方法を指導した．息子は「お父さんこうすれば楽なの？」と，父親

の現状を理解する姿勢を見せた。

関わりの中で、Pt の娘と年令の近い OT に対しては父親としての思いを話す場面が多かった。夏休みで帰省していた娘が東京へ戻る日、「娘に思いを伝えたか」と問うと、「良い娘に育てくれた」と告げたと言い、「言いたいことは言えた」と話した。そして、出かける娘に対し、「行って来ますと言え、寂しいから」と自分の気持ちを素直に伝えることが出来た。

死の直前に Pt は自らの趣味で飼育していた熱帯魚の一部を 2 階から 1 階に下ろした。そして OT に対し「来週は熱帯魚が見られから楽しみに」と、嬉しそうに話した。これまで「2 階に上がれんのんじゃからだめじゃ」と言っていた熱帯魚を、ベッドから見える位置に移し W/C で自ら餌をあげることができた。

最終訪問時、状態悪化により傾眠状態であったが、再び帰省した娘と妻に大好きな沖縄音楽を流してもらい穏やかな様子であった。OT の訪問にはわずかに反応を示した。その日の深夜、家族に見守られて他界された。

【考察】

本 Pt は介入当初「食べられないなら体力が落ちる 歩けない 何も出来ない」と考えており、喪失感を抱いていた。その中で家族に対してもイライラ当たることが多かった。家族は残存能力で楽しみを、と考えていたが、Pt の受け入れは悪い状態であった。

Pt は元技術工であり、職場環境の改善や仕事の能率を上げるために様々な工夫と改良を自ら行ってきた。OT が Pt に対して提示した物品や提案に対しても、Pt なりのアイデアが出された。そうしたやりとりの中で「こうだから出来ない」から「こうすれば出来る」に変化し、喪失感や反発から受容へと移行していったように思われる。徐々に衰弱が見られ、ADL 能力も低下していく中で、Pt なりのやり方で対処していくことができた。家族に対してもなかなか素直な気持ちを表現することは出来なかったが、関わりの中では、家族に対しての感謝の気持ちと同時に、それを直接伝えられない自分の気持ちについても素直に語られるようになってきたように思われる。

SPIRITUAL AND EMOTIONAL CARE

在宅ケアにおける感情とたましいのケアー施設ケアと比較して

It's good to have the opportunity to talk with you again about how we try and meet emotional and spiritual needs within the hospice. You will remember that I said at the public session that after much hard work we have developed an assessment tool to help the nursing staff to be aware of the emotional and spiritual needs of patients. I'd like to spend some time going through this assessment tool with you and explain in more detail how it is used in St. Oswald's.

私たちが、感情とたましいのニーズにホスピス内でいかに応えようとしているかについて、幸運にもみなさんに再びお話できることになりました。昨日の講演会では、看護スタッフが患者さんの感情とたましいのニーズに気がつくようになってもらうために、私たちが非常に苦勞してアセスメントツールを考案したことをお話しましたが、覚えておられると思います。本日は少々お時間をいただいて、みなさんとともにこのアセスメントツールをじっくりと見ていくとともに、セントオズワルドでどのように使っているのかを詳しく説明したいと思います。

Every new patient in day hospice and in the inpatient unit is given the opportunity to explore emotional and spiritual issues. When a person comes to the hospice for the first time, we gather lots of information about them, much of it medical. We also ask them about their state of mind, their mood, how they are feeling. So on their first day we record in the care plan, just how they are feeling. This might be Frightened, anxious, tired, low in spirit, confused, tearful. Some may also feel that their faith in God has been shaken, as I said in the public session. The named nurse who is caring for the patient has the responsibility for beginning the process of assessing emotional and spiritual needs. For those in the day hospice the process usually starts after the person has been attending for 3 or 4 sessions. For inpatients it is usually begun after about 3 or 4 days, depending on the patient's condition.

患者さんが日帰りホスピスに初めて来られたりホスピスに入られたりした時には必ず感情とたましいをめぐることがらを探ることにしています。ホスピスに初めて来られたときに、私たちはその患者さんについての情報をたくさん集めます。その多くが医療に関する情報です。心の状態、気分、どういう気持ちかについても尋ねます。そこで、最初の日ケアプランの中に患者さんがどういう気持ちであるかを記録します。それは、おびえている、不安になっている、打ちのめされている、意気消沈している、混乱している、めそめそしているなどとなりましょう。人によっては、昨日お話したように、神への信仰心が揺らいでいるという気持ちになっているかもしれません。その患者さんの世話をするよう指名されたナースには、感情とたましいのニーズをアセスメントに着手する責任があります。日帰りホスピスにいる人たちにこうした作業が行なわれるようになるのは、ふつう、ホスピ

スに来るようになって3回か4回目からです。ホスピスに入っている患者さんの場合は、体調にもよりますが、入ってふつう3日ないし4日経ったところで着手します。

It is explained to the patient that we provide this opportunity to talk about these issues if they would like to, the patient is always free to say no. One way of introducing the discussion is to say ...”when you were admitted to the hospice you said you were feeling weary, frightened etc. , is that how you feel now?” Or for a day hospice patient “When we first spoke to you about how you were feeling you said you felt..... is that how you feel now?” The idea of opening with this question is to build on information which the patient has already given us. The nurse would then choose one or two areas from the assessment tool and begin to gently explore these with the patient.

お望みであれば、感情とたましいをめぐることがらについてお話をうかがう機会を設けますということが、患者さんには説明されますし、必要ないということも自由です。「あなたがホスピスに入ったときに、つらいとか怖いとかおっしゃってましたが、今もそういうお気持ちですか」などと言って話し合いのひとつの口火を切ります。あるいは、日帰りホスピスの患者さんには、「私たちが最初にあなたのお気持ちについておうかがいしたとき、あなたは...とおっしゃっていましたが、今でもそういうお気持ちですか」と尋ねます。この質問で口火を切ることにしたのは、患者さんからすでにもらっている情報を基礎にして前へ進むためです。続いて、ナースはそのアセスメントツールから1つないし2つの分野を選んで、この分野のことを患者さんとともに優しく探ることを始めます。

SPIRITUAL/EMOTIONAL CARE ASSESSMENT GUIDELINES

たましい感情のケアに関するアセスメントのための指針

Having asked the first question as I have just described the following are the broad areas for discussion:-

私が今説明した質問で口火を切ったら、話を広げていきますが、これからそれを見ていきます。

- Are there other feelings you experience sometimes? (e.g. some people have said they feel frightened, angry or isolated etc.)

This is designed to try and encourage the patient to talk about emotions and not symptoms.

- あなたが、ときに経験する喜怒哀楽の感情がほかにありますか（例えば、中には、怖いとか、怒っている、ひとりぼっちなどと言う人がいます）。これは、その患者さんに

感情について話してもらうようにするもので、症状について話してもらうようにするものではありません。

■ How easy is it for you to find hope and peace in your life at the moment?

Perhaps having listened to some of the patient's story, we might ask "how on earth are you coping with all this? Is it possible for you ever to feel a sense of peace or does this never happen?"

□ あなたの人生のこの瞬間に希望や安らぎを見つけることは、あなたにとってどのくらい容易なことでしょうか。患者さんのいくつかの話を聞けば、きっと私たちは、「これらすべてのことにいったい全体あなたはどのように対処しているのですか。安らかな感じになれたことはあるのですか。それとも、そんなことは絶対にはないのですか」と尋ねるでしょう。

■ Who or what helps to support you? (e.g. family, friends, a faith etc.)

Questions about support help to give us a picture of whether the person is isolated or has a lot of friends and family. The patient might say "I have a really good family who help me to cope." Or they may say that they have a faith and that helps them to cope.

□ 誰が、またどんなことが、あなたの支えになってくれますか（例、家族、友人、信仰あるいは信条など）。支えについての質問によって、私たちは、その人は孤立しているのか、たくさん友人や家族がいるのかを理解できるようになります。患者さんは、「わたしは、ほんとうに素晴らしい家族を持っています。家族のおかげで私はなんとかやっています」とか、「信仰があるので、なんとかやっています」と答えるかもしれません。

■ What makes it difficult for you to find a sense of peace (e.g. pain, sleeplessness etc.)

We are trying to find out what it is that is making it hard for the patient to find some sense of peace. Are there issues on their mind which are causing insomnia? Do they worry about their finances? It could be a whole range of things.

□ なにが障害になって、あなたは安らかな感じになりにくいですか（例：痛み、不眠など）。私たちは、患者さんが安らかな気持ちになれないのはなにが原因かを見つけようと努めています。不眠の原因となる精神的な問題があるのか。経済的なことを心配しているのか。原因はすべてをひっくるめたことの場合も考えられます。

- Are there any relationships which cause you concern at the moment? (If yes, “Is this something you would like to talk about with someone?”)

□いまあなたが気になっている人間関係はありますか（「はい」の場合、これはだれと話をしたいような話題ですか）

I don't know about the situation in Japan but we are getting patients to care for with complicated family dynamics. Sometimes there is someone in the family that the patient has lost contact with over the years, often following an argument, and sometimes they want help in seeking this person and **reestablishing** contact.

私は日本の状況を**知り**ませんが、私たちは、患者さんに、複雑な家族関係を**気にかけて**もらうようにしています。口論をしてということが多いのですが、何年も音信不通になっている人が家族にいて、この人と仲直りがしたいので探すのを手伝ってほしいということもあります。

- What changes has the illness brought about? (This could include loss of role in the family, increased dependency etc.)

The patient is given the chance to talk about all that the illness has done to them, patients have often experienced a huge amount of loss in many different ways before they come to the hospice.

□病気を得てあなたの中にどんな変化が生まれましたか（これには、家庭の中で役割がなくなったとか、**依存性が増した**などを含める場合があります）。そうした患者さんの場合、病気が自分にもたらしてきたことをなんでも話す機会になります。患者さんはホスピスに来るまでに、さまざまな形の喪失を非常にたくさん**味わっている**ことが多いのです。

- Has your illness affected the way you see yourself? (e.g. how you value yourself, are valued by others, body image, sexuality).

Patients often feel that they have nothing to offer to their families and are just a burden to them, they can see themselves as worthless. Others are deeply affected by changes in body image e.g. hair loss, weight gain, weight loss, the use colostomy bags. All these things can affect how a patient sees themselves.

□病気を得て自分自身を見る見方に影響が出ましたか（例：あなたはご自分をどのように見えていますか。人からどのように見られていますか。身体イメージ、性をめぐることがら）患者さんは、自分が家族にしてあげること**はなにもない**と思っていることがよくあって、それが負担になって、自分が**無価値だ、役立たずだ**と見てしまいかねません。脱毛、体重の増減、コロストミーバッグの使用などによる身体イメージの変容に非常に苦しんで

いる人もいます。これらはいずれも患者さんが自分を見る見方に影響を与えることが考えられます。

■ (If not already discussed) Do you have a faith?

Establishing whether someone has a faith or not, helps us to begin to understand how they understand the world and their place in it.

□ (未だ話し合っていない場合には) 信仰をお持ちですか。信仰があるかないかをはっきりさせることによって、私たちは、患者さんがこの世の中をどのように理解しているか、その中で自分がどのような位置にいるかを理解できるようになります。

■ If yes, does this help you find meaning in life or not.

Faith as I said in my first talk is a bit of a double edged sword for some, especially if their illness has made them doubt their beliefs.

□ 「はい」の場合、信仰が人生における意味を見つけるのに役立っていますか、いかがですか。昨日もお話しましたように、信仰は人によっては、両刃の剣になることがあります。とくに、病気によって自分の信念を疑うようになっている場合には、とくにそうです。

■ If no, how do you try and make sense of your place in the world, the meaning of life and all that (e.g. is the person a fatalist, believing that everything is mapped out for you when you are born and nothing you do alters that.)

□ 「いいえ」の場合、現世におけるご自分の役割、人生の意味などについて、ご自身は理解されるようなことはいたしませんか（例：運命論者の場合、すべてのことが生まれる前から決まっていて、それを変えることは絶対にできないと信じている）。

■ If nurse is comfortable then deal with what comes up, if not “Would you like to talk to someone further about this?”

□ 担当のナースが苦痛を感じずに対応できる場合、起こることに対応し、そうでない場合、「この話題についてあなたは誰かともっと話したいでしょうか」と尋ねます。

■ Do you ever pray or meditate?

□ (神仏に) 祈ったり瞑想したりすることがありますか。

■ Are there any arrangements you wish to make for the future? (e.g. a will, plans for nursing home, funeral etc., - unfinished business).

□ 将来のために行なっておきたい手配がありますか（遣り残していること、たとえば、遺言状、ナーシングホーム入所あるいは入院プラン、葬儀など）。

It was never intended that a nurse would sit with a patient and work her way through all the questions in one conversation. That would be exhausting for the patient and very demanding for the nurse. The ideal is that every few days the nurse will continue the process that has begun until most of the areas, if appropriate have been addressed. Of course the nurse has to be sensitive to the needs of the patient and make sure they are not too tired to discuss these issues.

ひとりのナースが患者さんと一緒に座って一回の機会ですべてを終えてしまうことは、まったく考えられていません。患者さんにとっては心身を疲れさせますし、ナースにとっても骨の折れることです。理想は、2、3日かけてナースが質問をしていき、適宜、それぞれの分野に対応していくことです。当然のことですが、そのナースは、患者さんのニーズをくんで、患者さんが疲れすぎてこれらの問題について話ができなくなっていないかどうかも確かめなければなりません。

We do not assess the relatives needs in as much detail, or in this structured way.. However all members of the team offer emotional and spiritual support to the patients families, as well as to the patients in an informal way and through various means. For some it will be simply listening to a person's story. For a health care assistant there are other opportunities.

親族のニーズに関しては、私たちはこれほど詳細には、あるいはこのようにきちんと組まれたやり方で確認することはしていません。しかし、チームのすべてのメンバーは、患者さんに対するのと同じように患者さんの家族に対しても、感情とたましいのサポートを、形式ばらずにふだん着で、また、さまざまな手段を通じて提供しています。人によっては、単に話を聴くだけになることもあります。保健医療の助手にとっては別の機会が存在します。

For example, I think it is possible to bath a patient or attend to their needs in such a way that their emotional and spiritual needs have been met. It is possible simply to bath someone and get them clean; but if the person has been treated with dignity and respect, have been given good attention and tender handling, if they have been listened to properly then not only will they be clean but some of their spiritual and emotional needs will have been met. A very clear message will have been conveyed by the way their care has been given. That

message will be that the patient may be very ill but they are still of value, they still have their stories to tell and as a result of this care their self esteem will have been raised.

例えば、患者さんをお風呂に入れたり感情やたましいのニーズがかなえられるようにニーズを聞いたりすることが可能だと私は考えます。単にお風呂に入れてきれいにするだけでも可能です。その人が尊厳と尊敬の念を持って扱われ、しっかりと応対され、やさしく触られ、話をしっかりと聴いてもらうという経験をしているという人であれば、きれいになるだけでなく、感情やたましいのニーズのある部分がかなえられるということになります。ケアの仕方によってきわめて明解なメッセージが伝達されるであります。そのメッセージとは、あなたは非常に重い病いであるけれども、かけがえのない存在ですよというものになります。患者さんには未だ話したいことがあって、このようにケアすることによって、患者さんの自尊感情、すなわち自分を大切にしたい気持ちが奮い起こされるのです。

What I have described to you is the ideal. As we all know when we are working within time constraints, with many demands on our time, with increasingly complex medical and family situations, it is not always possible to do everything as thoroughly as we would like. There are difficulties in making sure that these sorts of assessments are undertaken. Sometimes the nurses are just so busy that they may have made a start on a patient's assessment but not been able to continue it for quite some time. It may be that a patient's condition deteriorates and it's therefore impossible to continue the work with them. For inpatients, it can be a problem when there are 4 people in one bay in the hospice, it is not always possible to get the sort of privacy we would want for these sorts of discussions. Some nursing staff are very comfortable with dealing with these issues but some nursing staff are reluctant to get involved in this aspect of caring for a patient. Part of my job is to build up their confidence in addressing these issues. There is a need for ongoing training in this area of work and I am spending time with small groups of nurses finding out what they find difficult about using the assessment and trying to identify their training needs.

私がみなさんにお話したことは、理想です。みなさんもよくご承知のように、私たちは、医療や家族の状況がますます複雑になる中、時間を制約されながらたくさんの方の要求を抱えて働いていると、自分がしたいように完全にすべてのことを必ずしもできるわけではありません。この種のアセスメントをなかなか確実には行なえません。ナースが忙しいために、患者さんのアセスメントを始めたにもかかわらず、長い時間行なってられないこともあります。患者さんの体調が悪くなり、アセスメントを続行できないということもあるでしょう。ホスピスに入っている人であれば、4人部屋にいる場合の問題があります。すなわち、この種の話をしたい場合に、必ずしもプライバシーが確保できないことが考えられます。看護スタッフの中には、こういう問題に楽に対処できる人もいますが、この面のケアに関与させられるのに消極的あるいは嫌な人もいます。これらの問題を取り組めるように

自信を高めてもらうようにするのも、私の仕事です。この分野において現在進行中のトレーニングを行なっていく必要があるので、私は、ナースのいくつかの小グループとともに、アセスメントの使用について、またトレーニングの必要性を特定することについてなにごまかしと考えているかを見つけ出すのに時間を使っています。

Usually the only people who write something in these parts of the care plan would be myself, nurses, health care assistants or two chaplaincy volunteers who assist me. The two volunteers, however, are not responsible for starting this process, but if a patient shares something with them then they will record it in the emotional/spiritual assessment. I think it would be possible to train volunteers to get involved in this sort of work, however, they would have to be people who had regular contact with the patient and their family in order to build up the necessary trust to enable this work to happen. I know Dr. Kato is interested in developing the role of volunteers. One thing I would repeat is that people who get involved in this sort of care need to have thought through their own ideas, need to have addressed some of these issues for themselves.

ケアプランのこれらの部分（感情やたましいをめぐることがら）に書き込みができるのは、ふつう、私か、ナース、保健医療の助手か、チャプレンである私の助手をしてくれる2人のボランティアチャプレンだけです。2人のこのボランティアは、この一連の仕事を行なう責任はないというものの、患者さんがこの人たちと話したいというのであれば、彼らは、感情とたましいのケアに関するアセスメントにそれを記録することになります。この種の仕事に関わるようボランティアをトレーニングすることは可能だと私は考えていますが、この人たちは、このような仕事をしていくために必要な信頼関係を構築するために、患者さんと家族に定期的に会ってきた人でなければなりません。加藤先生がボランティアの役回りの育成に関心があることを知っています。私がくり返し申し上げたいことは、この種のケアに関わる人たちは自分の思いついたことを考え抜いて自らこれらの問題に取り組んでおく必要があります。

This sort of support from the hospice rarely extends into the community, although I have done some domiciliary work. as of course do our Consultants. Those who attend our outpatient services, those who are living at home could be referred to a counsellor in the hospice if there are issues for them to discuss, or they could come and talk to me. It's more unusual for me to go out to someone's home. A great deal of the emotional and spiritual care will be provided by those nurse specialists who are working in the community, like McMillan Nurses and by some of the leaders of the faith communities. The day hospice also offers support, particularly to families, through telephone contact and through the carers group that Gail has spoken about.

私は少し在宅の仕事をしたことがありますし、**私どもの顧問医も同様ですが**、この種のサポートがホスピスから、**地域社会**にまで広がることは滅多にありません。私たちの外来に来る人たちが**自宅で暮らしている人たちが**、話をしたい問題があればホスピス**内**のカウンセラーに紹介してもらったり、私のところに**来て話しをする**ことはできます。私が家に出向いていくことはさらに珍しいことです。感情とたましいのケアのかなりの部分を**提供する**のは、地域で働く、マクミランナースのように**地域で仕事をする看護の専門家や、同じ信仰を持つ指導者の一部**です。**日帰り**ホスピスはまた、**電話連絡やゲイルがお話したケアする人のグループ**を介して、特に家族に対してサポートを**行ない**ます。

Many families living in the community with little or no contact with the hospice find much of their support comes from within their own community. This will come from different sources, their family doctor, district nurse and of course family and friends providing a listening ear and offering what support they can. There are local selfhelp groups who bring together those who have cancer and a member of their family and they find much emotional and spiritual support from within the group. This of course is only available to those who are fit enough to attend a meeting.

自分たちの社会に住んでいたりホスピスとまったく**連絡のなかつたりする多くの家族が手に入れているサポートの多くは**、自分たちの**社会の内部から**のものです。これは、自分の家庭医であったり**地区ナースであったり**、**とうぜんのこと**ですが、家族や友人であったり**ときまざまなの**ですが、話を聞く耳を持っていたり、自分たちにできるサポートをしてくれます。がんになっている人とその家族を**結集させる地域のセルフヘルプグループ**もあって、グループ内でかなりの感情や**たましいのサポートを手に入れられます**。これは、**とうぜんのこと**ながら、会合に参加できるだけの**体調の人しか利用できません**。

I think it's true to say that the resources available to those in the community and not part of a hospice are patchy. For those who are linked in some way to our hospice they will find that there is a greater awareness on the part of staff to the need for addressing emotional and spiritual issues. Again I would encourage you all to keep the model of holistic care firmly in your vision. The hospice model could be extended to domiciliary care with the appropriate training of those who will be involved in care in the community. We all strive to maintain the vision that Dame Cicely Saunders has of the hospice movement when she said that palliative care should address the physical, emotional and spiritual needs of patients..

地域社会においてホスピスに関わらない人たちが利用できる**資源は寄せ集めである**と言うのが**真実である**と、私は考えています。私たちのホスピスに何らかの形で**リンクしている人たちは**、感情とたましいをめぐることがら**に取り組む必要性がある**という意識が**スタッフの側に高まっている**ことが**分かる**と思います。ここで**再び**、**全人的ケアのモデルがみなさんのビジョンの中にしっかりと保持されるよう促したい**と思います。地域社会においてケ

アに関わることになる人たちを適切に訓練していけば、このホスピスのモデルを在宅ケアに広げていくことができます。デーム・シシリー・ソンドースが、緩和ケアは患者の身体、感情、たましいのニーズに取り組まなければならないと語ったときに抱いたホスピス運動に関するビジョンを、私たちはみな懸命に維持しようとしているのです。

日帰りホスピス・緩和ケア運営の実際 - セントオズワルドホスピスの実状

Hello, my name is Gail Nicholson and I am the Senior nurse in the day service department at St Oswald's Hospice, Newcastle.

こんにちは。私はゲイル・ニコルソンです。ニューキャッスルにあるセントオズワルドの**日帰りサービス部門**の婦長をしています。

May I thank you for the opportunity to come and talk to you today, it is a great pleasure for me to share my experience of day hospice and day treatment.

I have worked in Palliative day care for 2 years and during this time found it to be a very rewarding and challenging area of healthcare.

本日もみなさんにお話する機会を与えていただきましてありがとうございます。日帰りホスピスと日帰りトリートメントに関する私の経験をお話することができることは、大変光栄に存じます。日帰り緩和ケアで2年間働いてみて保健医療の中でもたいへん有益でやりがいのある分野だということが分かりました。

At St Oswald's we have day hospice and day treatment, these function as two separate units. This appears to be unusual in the UK and most combine the work. I feel it is appropriate to combine, and each unit should make the most of the resources they have. Having two separate units gives us more flexibility and ensures day hospice is not just a large outpatient clinic.

In the UK the word 'treatment' in the context I am discussing means interventions such as intravenous therapy, blood transfusion and bandaging.

セントオズワルドには日帰りホスピスと日帰りトリートメントがあり、これらは別々の部門として機能しています。これはイギリスでは異例のようで、ほとんどのところではこれらは1つになっています。1つにすることは適切だと私は思いますし、それぞれの部門は自分たちのもっている資源を最大限利用すべきです。2つ別々の部門を持つことによって、私たちは柔軟に対応できるようになり、日帰りホスピスが単なる大きな外来クリニックではないようにしていけます。

イギリスでは、私がお話している文脈でのトリートメントは、静注療法、輸血、（リンパ浮腫の）包帯といった介入のことです。

One of the questions I was asked to address today was the detail of our programs.

Day treatment could be considered to have programs of care.

Lymphoedema patients, following a nurse assessment of their condition receive information on skin care, massage and exercise, thus trying to ensure no further deterioration.

私が話してほしいと言われていることのひとつは、セントオズワルドのプログラムの詳細についてです。日帰りトリートメントにはケアのプログラムがあると考えてかまいません。リンパ浮腫の患者さんは、その状態をナースにアセスメントしてもらった後で、スキンケアに関する情報を受け取り、マッサージとエクササイズをして、これ以上悪化しないようにします。

A garment may be applied to reduce the swelling, be it sleeve for arm swelling or a stocking for leg swelling. If the swelling is too great then the patient will visit everyday for 1 - 2 weeks and have bandages applied. The limb would be measured at the start of the treatment and re-measured throughout, this gives evidence of the reduction in the limb volume by the end of the treatment.

A maintenance garment would then be applied and a review appointment given.

浮腫の軽減のため着衣が用いられることがあります。上肢の浮腫には弾性スリーブ、下肢の浮腫には弾性ストッキングになります。浮腫がひどすぎる場合には、患者さんは1、2週間ごとに日帰りトリートメントに来て包帯を巻きます。治療開始時点で手足の太さを計測し、治療が終了するまで計測を行いません。これによって、治療終了時点で手足の浮腫がどれだけ軽減したかが分かります。状態維持のための着衣が用いられ、次回の治療が予約されます。

The other treatments offered in day treatment are, intravenous infusion of a bisphosphonate for pain control.

Prior to this being administered a pain score is taken, then 3 days following the infusion a nurse will telephone the patient at home and record the pain score to assess if the treatment had been affective.

Should there be no change in the pain score or an increase then a medical review would be arranged.

日帰りトリートメントで提供されるそのほかのトリートメントは、疼痛管理のためのビスフォスフォネートの静注です。その前に、ペインスコアを測ります。静注を行なって3日経ったらナースが自宅の患者さんに電話をして、効き目があったかどうかを確認するためペインスコアを記録します。ペインスコアに変化がない、あるいは上昇したという場合には、医師による検査を手配します。

The programme for a patient requiring a blood transfusion involves the community nursing team we ask them to take a sample of blood and send it to the local hospital. The hospital, then make up the correct type of

blood for the patient. We then arrange for a volunteer to transport the patient to the hospice and another volunteer to bring the unit of blood from the hospital to the hospice where it is administered intravenously. We are able to give two units of blood in one day and then the patient returns home.

輸血を必要としている患者さんのプログラムには地域の看護チームもからんできます。私たちは、この人たちに対して血液のサンプルをとって地元の病院に送ってもらうよう依頼します。そこで病院は、患者さんに合った血液を用意します。私たちは、ボランティアが自動車ですべて患者さんをホスピスに移送する手はずを整えます。もう一人のボランティアには病院からホスピスに血液の単位を持ってきてもらうよう手配し、ホスピスで輸血を行いません。私たちのところでは1日2単位の輸血が可能ですが、終われば患者さんは帰宅します。

We have our own in house policy of which observations need to be taken while the patient is receiving the blood. Should the patient experience any adverse effects they would be admitted into an in-patient palliative care bed or into the local general hospital.

患者さんが輸血を受けている間にどんな観察をしなければならないかについて、私たちの日帰りトリートメントには施設独自の方針があります。患者さんに副作用がでたら、緩和ケアのベッドに入ってもらえるか、地元の病院に入院してもらえます。

The programmes in day hospice are less precise.

Palliative care addresses holistic need, and the main goal of day care is to improve the patients quality of life and support them in their own home for as long as is possible and offer support to family and carers.

日帰りホスピスにおけるプログラムはさほど厳格なものではありません。緩和ケアは全人的なニーズに取り組みます。日帰りケアの主な目的は、患者さんのQOLを向上させ、できるだけ長く自宅で過ごせるよう支援するとともに家族やケアする人のサポートも提供するというものです。

Each patient attending day hospice has a, 'named nurse' a system in the UK which identifies the lead nurse responsible for the patients plan of care. In day hospice this is also the professional who takes a lead in care management.

日帰りホスピスに通っている患者さんには「指名されたナース」がつかます。それは、イギリスのシステムで、第1ナースがその患者さんのケア・プランに責任を持っていると認定

されるというものです。日帰りホスピスでは、ナースがケアマネジメントをリードし模範を示します。

Patients attending day hospice are picked up from their home by either, the Hospice mini bus or a volunteer car driver, working for the Hospice. The type of transport is dependant upon the patients' mobility. Patients generally arrive about 10am and leave at 3pm.

Upon arrival at the hospice the patient will be greeted by a volunteer and offered a drink.

日帰りホスピスに通う患者さんは、ホスピスのミニバスか、ホスピスのボランティア運転手の自動車が迎えに行きます。どのタイプの輸送になるかは患者さんがどれだけ動けるかによります。患者さんは普通午前 10 時頃に到着して午後 3 時に帰ります。ホスピスに到着すると、患者さんはボランティアの出迎えを受け飲み物を勧められます。

Nursing staff will then have general group discussions with the patients, and requests for lunch taken by the unqualified nursing staff.

Within the group discussion nursing staff will prioritise whom they need to speak to first, each patient will have a one to one discussion with their named nurse each week. This allows the nurse time to assess and liaise with the multidisciplinary team. This time will also be used to address any psychological issues the nurse is able to help with.

看護スタッフは、患者さんを複数のグループにまとめ、グループごとの話し合いを行なうとともにランチを依頼します。ランチは未資格の看護スタッフと一緒にとります。グループでの話し合いでは、看護スタッフはだれに最初に話をする必要があるか優先順位を決め、患者さんは毎週、指名されたナースと 1 対 1 で話し合いをします。これによって、ナースはアセスメントを行ない多職種から成るチームに連絡をとれるようになります。グループでの話し合いの時間は、ナースにできる心の問題であればそれに取り組むのにも使われます。

The programme for each patient will depend upon their needs, these will be assessed by their named nurse and the appropriate professionals asked to be involved in the care package.

患者さん一人一人のためのプログラムは、各人のニーズによって決まります。これらのニーズをアセスメントするのは、指名されたナースと、総合的なケアプランに関係するよう依頼されたしかるべき専門職です。

The team;

Medical staff - these will review the patient's symptoms as requested by the nursing staff. We have three consultants in palliative medicine, as well as Specialist registrars in palliative care.

チームの構成は以下の通りです：

医療スタッフ：この人たちはナースから依頼があった時点で患者さんの症状を見直します。私たちのところには、緩和医療の顧問医 3 名と緩和ケア登録専門医がいます。

Physiotherapist - these cover a wide range of services, including provision of exercise programmes to improve mobility, provision of appropriate walking aids, participation in rehabilitation planning and assessment and advice on moving and handling.

物理療法士：この人たちは、広範なサービスを担当します。身体の可動性を向上させるためのエクササイズ案の提供、適切な歩行器の提供、リハビリテーション計画策定への参加、四肢の筋力に関する診断とアドバイスが含まれます。

Occupational therapist - she is available to offer practical advice to patients who may be experiencing difficulties coping with everyday activities, for example, bathing, getting dressed or pursuing particular hobbies or interests.

The occupational therapist will carry out assessments in the patients own home and offer advice on any adaptations required which may make life easier at home.

作業療法士：女性の作業療法士（1名）は、入浴、服の着脱、趣味や関心の追求など日常生活していくのに困っている患者さんに実際的なアドバイスを提供する場合に利用します。作業療法士は患者さんの自宅で生活診断を行ない、自宅での生活がしやすくなるように、必要とあれば改造に関するアドバイスを提供することになります。

Chaplain - The chaplain is available to everyone regardless of their particular faith and those with no faith to help meet their spiritual needs. The Chaplain will hold regular religious services and spend time talking with patients and their families, offering support during difficult times.

チャプレン：チャプレン（1名）は、特定の信仰に関わらず、また信仰を持たなくても、たましいのニーズをかなえられるよう助けてもらう場合に利用します。チャプレンは、状況が厳しい場合にサポートを申し出る一方、定期的な礼拝を行ない、時間をとって患者さんや家族と話をします。

Social Worker – They would assess and arrange support services if people needed more help at home, they can also offer assistance with claiming benefits and give emotional support to relatives. Bereavement support is also offered by the social worker.

ソーシャル・ワーカー：この人たちは、自宅での援助がさらに必要であれば現状を把握し支援サービスを手配します。また給付金の請求の手伝いを申し出たり、親族に対して感情面のサポートも行なえます。離別支援もソーシャルワーカーが申し出ます。

Complementary therapists - the therapies include massage, aromatherapy and reflexology.

These therapies can only be offered by fully qualified practitioners, they are required to take consent from the patient and then assess for any contra-indications.

The main benefits of aromatherapy/massage and reflexology appear to be the increased sense of well-being following treatment and the relaxation, however caution is required when patients are receiving some types of chemotherapy.

Volunteers- the general volunteers in day hospice assist with any duties required, for example making hot drinks, escorting patients to the shop, going with nursing staff and patients on outings of special interest, sometimes if the patients requests a volunteer may escort them to hospital.

Volunteers with special craft and art skills also work with patients as diversional therapy.

補完療法士：補完療法にはマッサージ、アロマセラピー、リフレクソロジーが含まれます。これらのセラピーは完全な資格を持った専門家によってのみ提供できます。これらを行なう人は患者さんから同意を必ず得て禁忌も確認します。アロマセラピーあるいはマッサージとリフレクソロジーの主な利点は、これを行なった後に気持ちよくなりリラックスできることのようにです。しかし、患者さんがある種の化学療法を受けている場合には注意が必要です。

ボランティア：日帰りホスピスにおける一般のボランティアは、所定の任務を手伝います。例えば、暖かい飲み物を作ったり、患者さんが店に行くのに付き添ったり、看護スタッフと患者さんの特別な外出についていたり、患者さんから頼まれれば病院について行くこともあります。工芸やアートの特殊技能を持っているボランティアは、患者さんとアートや工芸を楽しみます。

One of the greatest benefits of day hospice is the availability of the multi-professional team, and the time they have to help meet the patients holistic needs.

Continuity of care can be difficult to organise, but for high standards of palliative care patients and carers need to be able to build a trusting relationship with staff and volunteers. Continuity of care from my

experience is achievable in day care, and patients and family are able to build trusting relationships with professionals, thus enabling them to openly and honestly communicate.

日帰りホスピスの最大の恩恵のひとつは、多職種から成るチームが利用でき、彼らは患者さんの全人的ニーズをかなえられるように時間を利用できるということです。ケアの継続性はなかなか組織しにくいのですが、高水準の緩和ケアにとっては、患者さんとケアする人は、スタッフとボランティアとの間に信頼関係を築く力があることが必要です。私の経験では、ケアの継続性は日帰りケアにおいて達成できますし、患者さんと家族は専門職との間に信頼関係を築く力があります。それによってごまかしのない誠実で率直な意思の疎通がはかれるようになるのです。

Day hospice has a large number of more elderly patients, one reason being that some younger patients have young family at home, making it difficult for them to attend for a full day. We therefore have introduced a complementary therapy service. This is offered as an outpatient session. Patients can attend for one hour and receive an aromatherapy massage.

Complementary therapy is a very popular service, a survey of patients at a neighbouring day hospice showed that 75% of patients would like to have been offered complementary therapy if it were available.

Our outpatient complementary therapy service has enabled us to offer support to several patients below the age of 40, whom would not have attended the traditional day hospice.

日帰りホスピスに高齢の患者さんが非常に多いのは、ひとつには、それ以下の年齢の患者さんの場合、子供の年齢が低く、そのために丸一日日帰りホスピスにいるのが難しいからです。そこで私たちは、補完療法のサービスを導入しました。これは外来部門における活動として提供されています。患者さんはホスピスにやってきて一時間アロマセラピーのマッサージを受けることができます。補完療法は大変人気のあるサービスです。近所の日帰りホスピスで患者さんに調査をしたところ、患者さんの75%が補完療法が利用できるのであれば、受けたいと答えています。私たちは、外来補完療法サービスにより、40歳未満の5、6人の患者さんにサポートを提供できるようになりました。従来の日帰りホスピスであればやってこなかった人たちです。

In looking at patient deaths from day hospice patients, it would appear that about one third of patients die at home, another one third die in hospital and the remaining one third in in-patient beds at St Oswald's. This was interesting information for me. I think it could be assumed that day care should be enabling more people to remain and die at home. In theory I think this is correct, however I would suggest that in have a day hospice attached to an in-patient unit, patients may feel safer in asking to come into the Hospice where they know the nursing staff, as opposed to requesting to go into hospital.

日帰りホスピスの患者さんの死について考えてみますと、約3分の1の患者さんが自宅で看取られ、3分の1が病院で、残りの3分の1がセントオズワルドのベッドで看取られているようです。これは私にとって興味深い情報です。日帰りケアの存在によって、多くの人が在宅で看取られることが可能になっていると私には思えるのです。理論的にはこれは正しいと私は考えますが、入院病棟に日帰りホスピスが付属すると、病院への入院に対して、患者さんが知っている看護スタッフのいるホスピスに入れるので安心できるのではないのでしょうか。

A successful team does need to be managed, and this can always be a challenge.

The main issues for me regarding staff management in day care, are ensuring staff are adequately skilled to undertake the duties required of them, and ensuring the service meets the patients need.

チームがうまくやれるには管理が必要ですが、これはいつでも骨の折れることです。日帰りケアにおけるスタッフ管理に関して、私にとっての大きな問題は、要求された任務をスタッフが遂行するだけの技能をもたせる、サービスが患者さんのニーズにかなうようにすることです。

Identifying individual education needs through what we call 'appraisal review' which is a one to one meeting between the member of staff and their line manager has been effective. This also needs to be performed with volunteers, however for any manager this can be very timely.

「査定」と私たちが呼んでいるものがあるのですが、スタッフと各部門の責任者が1対1で行なわれるその査定を通じて、個々の教育のニーズを確認することが有効なのです。これはまた、ボランティアに対しても行なわれる必要があるのですが、いかなるマネージャーにとっても、これはまことにタイムリーなことと考えられます。

But the competency of the staff and volunteers is vital for a quality service.

The team at St Oswald's act as a resource to professionals in the community and therefore need to keep up to date.

しかし、スタッフとボランティアの処理能力は、質の高いサービスにとってきわめて重要なことなのです。セントオズワルドのチームは地域社会における専門職の資源として機能しているので新しい知識を補充する必要があります。

The community team are doctors and nursing staff whom visit patients in their own home, they offer a general level of health care and refer to specialist teams as necessary.

In practice the team approach is highly beneficial, however it is to be truly effective each person must value and respect the other. That means no one sees themselves as more senior or more important than another, and each recognises the common goal of everyone working for the benefit of the patient and family.

地域のチームは、医師と看護スタッフから成り、患者さんの自宅に往診し、一般的な医療を提供し、必要であれば、専門家チームに紹介します。実際問題として、チーム医療はきわめて有益です。しかし、本当に有効であるためには、お互いに尊重し尊敬し合わなければなりません。それは要するに、自分が他の人より上級だとか先輩だとか重要だとか思わず、患者さんと家族のために仕事をするという共通の目標を各人が認識するという事です。

In reality the team within the hospice work well together, however it can be difficult keeping up to date with teams outside the hospice. It is sometimes the patient whom informs us what has happened or being changed by hospital or community teams.

現実には、ホスピス内ではチームは一丸となつてうまく機能していますが、ホスピスの外側ということになるとそうしたチームの動向はつかみにくいものがあります。病院や地域のチームに何が起きているか何が変化しているかを患者さんに教えられることがあります。

Ethical issues in palliative care are well recognised, however palliative day care has some very unique issues. Within an inpatient setting staff have the luxury of never having to leave the patient alone, there will always be another nurse to follow when you go home. But this is not the case in day care and sending patients home when they are symptomatic or increasing weak or unwell can be very emotive for staff and volunteers. If there are no in-patient or hospital beds available or if the patient prefers to risk going home then there is no alternative but to arrange for them to go home.

緩和ケアにおける倫理的な課題については十分認識されていますが、日帰り緩和ケアにはきわめて独自の課題がいくつかあります。入院病棟の場面では、スタッフは患者さんを絶対に一人にほうっておかないという贅沢が許されているので、あなたが帰宅してもフォローしてくれるナースがつねに存在することになります。しかし、日帰りケアの現実はそうではなく、患者さんの症状がでていたり弱っていたり具合が悪くなったりするときに、患者さんを家に送っていくということは、スタッフやボランティアにとってはひじょうに感情的になる場合があります。ホスピスや病院にベッドの空きがなかったり患者さんが帰宅するのにリスクがあつたりしても帰宅させるしか方法がない場合があります。

Time in day care in my experience is one of the greatest benefits for patients, the knowledge that staff have time to spend, to listen, talk and advice is of great value to them. Patients will not open up and discuss problems if they feel the staff do not have time. Giving people to opportunity to discuss their fears and concerns can improve their well-being and quality of life.

The philosophy in palliative care which identifies the importance of the role of the carer means that all professionals recognise that the family or friends of the patients need support and time. In trying to ensure the best support for the family means that they will be able to care for the patient as long as possible.

私の経験では、日帰りホスピスで過ごす時間は、患者さんにとってもっとも有意義なもののひとつになっています。話をしたり聴いてくれたりしてスタッフの人と一緒に時間が過ごせるということが分かることは、患者さんにとって、とても大事なことなのです。スタッフの人に余裕がないと感じたならば、患者さんは心を開いて問題について話し合おうとしないでしょ。患者さんに自分が怖れていることや心配していることを話し合う機会が与えられることで、患者さんは安心して QOL も改善します。は、ケアする人の役割の重要性に与するという緩和ケアの哲学は、要するに、すべての専門職が、患者さんの家族や友だちがサポートと時間を必要としていることを認めるということなのです。家族にとって最善のサポートとは、要するに家族ができるかぎり長く患者さんをケアできるようにしようとするにおいて、なのです。

Future direction

I believe the main future direction for day hospice care is to provide evidence of the benefit the care makes to people lives.

I believe there is also scope to be more flexible and allow patients to access which- ever service they require without staying for the day.

I have recently read about a Palliative day therapy unit, which is part of a Marie Curie centre, called Edenhall day therapy unit.

将来の方向性

日帰りホスピスケアが将来向かう大きな方向性は、人が生きていくことにケアがもたらす恩恵を明らかにすることです。私としては、もっと柔軟性がある、1日ホスピスにいなくても患者さんが求めるどんなサービスも利用できる機会もあると確信しています。最近私は日帰り緩和療法部門の記事を読みました。これは、マリーキュリー・センターにあるエデンホール日帰り療法部門についてのものです。

This unit opened in 1998, It is said to have high profile medical involvement, with regular medical and nurse-led clinics. There is strong emphasis on collaboration with the multi-professional team. Prior to 1998 the day care existed with less clinical input.

The centre is open for appointments with the following professionals between 10.30am - 15.00 pm.

Counselling and physiotherapy appointments are between 9.00am - 17.00pm.

The team involved are;

- ❖ Medical
- ❖ Nurse-led
- ❖ Physiotherapy
- ❖ Counselling
- ❖ Social work
- ❖ Complimentary therapy

この部門は1998年にオープンしました。医師とナースが中心になっている通常のクリニックでもって、医療に関する意見が立場を鮮明にして提供されていると言われていています。多職種チームによる協同作業に大変力点が置かれていています。1998年以前は、臨床における情報提供が少ない日帰りケアがありました。センターでは、午前10時30分から午後15時まで以下の専門職に対して予約が可能になっています。カウンセリングと物理療法の予約は午前9時から午後5時までです。

チームのメンバーは、医師、ナース、物理療法士、カウンセラー、ソーシャルワーカー、補完療法士です。

There are between 150 - 180 patients registered at any one time.

The indicators for referral are

- ❖ Pain and symptom control advice
- ❖ Introduction to hospice care and preparation for death
- ❖ Support for both physical and psychological problems following cancer treatment. Many patients express feelings of abandonment and often perceive support as only being available during acute treatment.
- ❖ Management of long-term physical and psychological disabilities due to their cancer treatment and/or the disease itself
- ❖ Management of far advanced non-cancer condition.

いちどきに150人から180人の患者さんが登録しています。

紹介の目安は：

- ・疼痛と症状コントロールのアドバイス

- ・ホスピスケアへの紹介と死の準備
- ・がん治療後の身体および心理面の問題へのサポート
多くの患者さんは、見捨てられたような気持ちになり、急性期の治療の間だけしかサポートが得られないものと往々にして思っています。
- ・がん治療あるいは疾患そのものによる長期間の身体および心の障害の管理
- ・がんではない進行性の疾患の体調管理

I think in having referral indicators similar to our own at St Oswald's, but also having the flexibility of appointments with professionals, gives this day unit much greater flexibility and this is a model I would recommend to management at St Oswald's if any further development was to be explored.

この紹介の目安はセントオズワルドにおけるものと類似していると思いますが、専門職との予約に柔軟性があることでこの日帰り部門には私たちよりも柔軟性があると思います。セントオズワルドで日帰りホスピスをさらに発展させようと考えているのであれば、これは経営陣に推奨したいモデルです。

Funding for day care at St Oswald's continues to be through charitable giving, this is where people in the community voluntarily give money to support our service.

I think until we can show evidence of the benefits of palliative day service the funding will remain this way. With limited Health service budgets they will not give money until they have proof of the value of the service.

セントオズワルドにおける日帰りケアに対する資金の拠出はこれからも寄付によるもので、つまり、これは、私たちの事業を支えていただくために地域の住民が自発的に資金を提供していただくこととなります。日帰り緩和サービスの恩恵が証明されるまで、このやり方による資金拠出であり続けるでしょう。保健サービスの予算には制限があるので、サービスの価値が証明されるまで NHS は資金を提供してくれないでしょう。

This makes the future direction very clear, evaluation of the service is vital.

Day Hospice is now starting to use a Quality of Life symptom assessment tool, the tool to be used was developed with the aim of assessing the effectiveness of symptom control from a patients viewpoint.

これにより、将来の方向性が非常に明確になります。サービスの評価は不可欠です。日帰りホスピスは、QOLのきざしをアセスメントするツールを使用し始めています。使用されるツールは、患者さんの視点から、症状コントロールがどれくらい有効かをアセスメントする目的をもって考案されました。

It promotes a shared understanding between professionals of the individual patients goals and progress over time.

It will enable analysis of scores to highlight areas for further investigation, support and hopeful improvement.

It will provide a measure of the effectiveness of stated objectives of care to purchasers.

これによって、個々の患者さんのゴールや経時的な進展についての専門職間の理解を共有化しようというものです。これによって浮かび上がった分野のスコアをさらに分析しサポートや改善を期待できるようになります。これは、表明されたケアの目標が購入者にとってどれだけ有効であったかの尺度になります。

Palliative care assessment [PACA] is a simple and easy to use tool.

It focuses on the patients experience, it is reliable and validated.

It is sensitive to the needs of palliative and it is easy to use in any care setting.

緩和ケアのアセスメント[PACA]は、シンプルで使いやすいツールです。これは患者さんの経験に焦点をあてています。信頼でき有効なものです。これは緩和のニーズに行き届いていて、どんなケアの場面においても使いやすいものです。

The score has four scores;

スコアは4段階になっています。

0 – Absent

1 – Present not affecting day.

2 – Present, moderate effect on day.

3 – Present, day is dominated by symptom.

PACAスコア

0 – なし

1 – あるが、影響なし

2 – ある。1日の出方がゆるやか

3 – ある。1日中症状に支配されている

This can be used for any symptoms the patient complains of be it physical, or psychological or spiritual.

This score was designed by John Ellershaw and team in Liverpool, England. This system is used by many palliative care teams in hospitals. Dr. Regnard has found it very helpful when working with patients in hospital as it gives the professional understanding of how the problem makes the patient feel. The

professional also knows if intervention is required and outcome information is really available regarding how efficiently problems are dealt with, recognising our limitations especially with non physical problem.

これは、身体的、心理的、たましいの次元において患者さんが訴えるどんな症状にも使えます。このスコアは、ジョン・エラショーとイングランドのリバプールのチームによって考案されました。この方法は多くの病院の緩和ケアチームによって使われています。レナード医師は、病院での診察において患者さんが問題をどう感じているのかを専門的に理解できるので非常に役に立つと考えています。医師はまた、介入が必要かどうかも分かりやすくし、とりわけ身体以外の問題に対して自分たちの限界を認識でき、問題にどのように有効に対処できるかに関してアウトカムの情報を実際に利用できます。

I hope this second presentation has given you a little more information regarding day service. Thank you for your interest and for sitting through a second presentation. I am most grateful for the kindness I have been shown. Thank you and I will be happy to answer any questions.

2日目となる本日のお話で日帰りサービスについていくらかでも理解が深まったら幸いです。ご静聴ありがとうございました。みなさんのご親切、まことにありがとうございました。それではこれからご質問にお答えしていこうと思います。