

(別刷)

アイルランドのホスピス

—— デイホスピスに焦点を当てて ——

宮坂いち子

生涯学習研究

— 聖徳大学生涯学習研究所紀要 —

第9号 別刷

2011年3月

アイルランドのホスピス

—デイホスピスに焦点を当てて—

宮坂 いち子

はじめに

ホスピスとは現代医学の力では治すことが難しい患者のための、主として末期がん患者のための施設またはケアの方法である。日本ではこの名前が厚生労働省で緩和ケアと呼ばれるため、ホスピスは緩和ケア病棟という呼び名で普及している。筆者は昨年ホスピスの原点を学ぶため、近代ホスピスの創始者といわれるアイルランド慈善修道女会のメアリー・エイケンヘッド (Mary Aikenhead 1787-1858) について研究した¹⁾。彼女は1787年アイルランドのコーク市に生まれ、慈善修道女会と英語圏で最初の修道女の運営するセント・ヴィンセント病院を設立したのであるが、この病院を退院しても帰る所のない不治の女性達を看護するためにセント・ジョセフ棟 (St. Joseph) を作り、これが近代で初めてのホスピスと言われている。

今日の日本の緩和ケアの状況を鑑みれば、国が2006年がん患者対策として、大きな方針として「がん対策基本法」を打ち出したため、それまでの状況と大きく変わることになった。がん施策の内容を1. 予防, 2. 早期発見, 3. 医療, 4. 在宅緩和ケア, 5. 相談・情報提供, 6. 教育, 7. 研究の7つの分野に分け、各分野ごとに目標値を設定して実現を目指すことになった。この中に「在宅緩和ケア」という項目を入れて国と県、市町村が共に連携して在宅緩和ケアを実現しようというのであるから、「在宅」も「緩和ケア」もこの基本法以来新しい時代に直面していることが分かる。5年ごとに見直しのこの法案は2011年で5年目を迎えるのであるが、国民にがん対策が変化したという実感はあるのだろうか。

本論文においてはヨーロッパのホスピスと大きな隔たりがある日本の「緩和ケア」について、発祥の国アイルランドのホスピスと比較しながら、その相違となぜ異なるのかという問題点を考えてみたいと思う。とりわけ、アイルランドのホスピスにおけるデイケアに焦点を当てて、日本の実情と考え合わせて論じたいと思う。

1. デイホスピスの必要性

日本人の死に場所が従来の自宅での死から病院での死へとパーセントが逆転したのは1976年(昭和51年)である。戦後在宅死を望む者のパーセントが約80%であったものが、今日80%が病院死となっている²⁾。病院での死の増加に比例して、終末期の医療費は右上がりです上昇している。国の政策は終末期の不治のがん患者に対し、積極的治療を中断し、痛みの緩和と精神的・スピリチュアル的ケアを尊重した患者の生活の質を重視する医療を推進し、緩和ケア病棟入院費を患者一人に対し定額37800円/日を医療保険で支払うという方針を決めた。これは緩和ケア病棟という施設に入院し、化学治療などの高額な医療費を要しないという条件の場合のみであって、在宅や外来でのがんの治療には認められていない。国は在宅治療を推進する方向を進めるために、在宅療養支援診療所の医療費加算を認め、医師や看護師の訪問診療も進み、一定額を超えた場合はその金額が給付される高額療養費制度もあるので、在宅でのがん治療も選択肢に入れられ易くなったと思う。

医療費面では病棟の入院より在宅治療はより低額であり、国の方針も在宅ケアを進めようとしているのに、実際に選択する人が予想ほどは増加しない原因はどこにあるのだろうか。その原因として考えられることは、在宅では(1)緊急時の対応、(2)24時間の付き添い、(3)心的・精神的ケア等においての問題が解決されていないからだと思う。(1)の問題に関しては在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなどでは24時間電話対応のOn Callを実施しているが、病棟にいるほどには家庭では緊急時の対応はできない。その欠陥を補足するように患者や家族への事前教育は進めら

1) 参照 聖徳大学生涯学習研究所紀要8「近代ホスピス誕生の原点」pp. 63 - 68

2) 平成19年版厚生労働白書 第2章我が国の保健医療の現状と課題 第1節医療構造改革の必要性の項

れていると思うが、一般に在宅死への市民の関心が日常的に高くなく、病人や死の看取りへの対応が伝統的に継承されていない。また近年核家族化が進み、(2)に対しての人的介護力の不足もあるので、もっと徹底した在宅看取りマニュアルにより、在宅緩和ケアの教育が必要であると思う。

さらに進んでいない分野が(3)の心的・精神的ケアだと思う。国の緩和ケア病棟設置基準の中で、患者・家族の生命を脅かす疾患に対しその生命の質(QOL)を改善するための支援が提唱されている。患者の痛みの緩和は全人的に身体的、社会的、心的、スピリチュアル的の4領域の緩和に対応することが求められ、緩和ケア病棟では世界保健機構(WHO)のこの4領域の定義に添うように、看護師の人数も一般病棟より手厚く、心のケアへの時間的対応の配慮もされている。ここには談話室や広いロビーもあり、ボランティアによるお茶の会やミニ・コンサート、ひな祭りや桜の観賞、四季の生け花、クリスマスのイルミネーション等季節のイベントの配慮もされている。長岡市のビハラー病棟のように仏教の僧侶たちの支援による日々のお勤めの祈りや、またキリスト教系のホスピスではチャップレンによるスピリチュアルな悩みへの対応もあり、ペット・セラピーもあれば、庭や噴水などの自然的環境や、差額料金なしの個室の手配等、至れり尽くせりの緩和ケア病棟は、日本全体でも2010年2月現在200施設ほどである。しかし各施設が25床前後のベッド数であれば、年に何人の患者が緩和ケア病棟で看取られているのか大凡の数の予想がつく。毎年がんで亡くなる患者は30万人以上であるが、病棟に入院できない患者達はどのように全人的緩和ケアを受けていけばよいのだろうか。

世論調査で人生の最後を過ごしたい場所を聞くと、在宅が病院より圧倒的に多い。しかしそれは希望であって実際の在宅死は20%、緩和ケア病棟はさらに少ないという調査結果になる。在宅での療養のメリットは多々あるが、それを実現するためにはいくつかの条件があり、それが叶わないゆえ、多くの人々は病院死を選択しているのである。多くの国民が希望として挙げる在宅死のメリットは、最も住みなれた場所であるわが家での安らぎであろう。在宅ケア・在宅死を増加させる方法はいくつかあるが、その中で手が薄い領域はホスピス・緩和ケアの先進国の事例に見るデイホスピスの普及ではないかと筆者は考える。デイホスピスとはホスピスと機能は同じであるが、入院するのではなく、日ごとの体調に応じて患者が自宅から通うホスピスである。高齢者のデイサービスのがん患者版というものである。

2. アイルランドのホスピス

今回の論文ではホスピスの発祥の地アイルランドにおいて、近代ホスピスの創設者と言われているメアリー・エイケンヘッドの最初に作ったダブリンのホスピスと、メアリー・エイケンヘッドの誕生の町コーク市において、彼女の作ったアイルランド慈善修道女会が関わって作ったホスピスを対象に検討してみたいと思う。

(1) Our Lady's Hospice³⁾

アイルランドは北海道ほどの面積の島であり、島全体で人口560万人と小さい。アイルランド共和国の人口は390万人、北アイルランド(イギリス領)は170万人。ダブリンは人口130万人の首都である。宗教は95%がカトリックであり、プロテスタントは3%ほどである。このダブリンを北と南に分け、南の部分アワー・レディース・ホスピスがカバーし、北の部分セント・フランシス・ホスピスがカバーしている。このアワー・レディース・ホスピスが近代ホスピスの第1号と言われている。

その歴史は首都ダブリンのハラルド・クロスに1834年にセント・ヴィンセント病院が「慈善修道女会」によって作られ、この病院で治らないと言われた身寄りのない女性たちを引き受けるために、1835年セント・ジョセフ教会の付属施設として8床の病棟が作られたのが、近代で初めてのホスピス病棟である。セント・ジョセフ病棟はその後、男性患者も受け入れるようになり、1879年にアワー・レディース・ホスピスと名称を変更した。このセント・ジョセフ棟を作ったのがアイルランドの修道女メアリー・エイケンヘッドである。1800年代貧民を介護するカトリックの修道女達が、じゃがいも飢饉や過酷な貧困社会の中で病に倒れていく状況に心を痛めたメアリー・エイケンヘッドが、自分達修道女の運営する病院を設立しようと運動し、実現したのがセント・ヴィンセント病院である。

セント・ヴィンセント病院は急性期の患者とりわけ感染症患者のための病院であったが、1950年代には110床のリハビリ等の長期療養型の施設も併設するようになった。1980年には42床のがん緩和ケア・ユニットも作られ、1985年にはイギリスで在宅ケアを学んできた成果として、在宅ケアのチームが作られた。1993年にアワー・レディース・ホスピスは建物が独立し、18床の入院患者のためのベッド

3)2008年 Our lady's Hospice を訪問した折の Noreen Holland 看護部長, Geraldine Tracey 看護師長, Tommy Morris メディカル・ソーシャルワーカー, Dr.Brian 医師の講義からまとめたものである。

と、18床の在宅患者用ベッドが設けられた。ここで働くナースは緩和ケアのための講義を1週間5日、6週間、計30週受けなくてはならず、デイホスピスも行われるようになっていく。現在、この由緒あるホスピスは世界中から医療関係者が訪れるという名誉を与えられている。

アワー・レディース・ホスピスの専任のナースは12名であり、在宅患者は常時100～120名いるが、彼女達が実際の患者宅を回ることは少なく、患者達にはかかりつけ医がおり、訪問看護ステーションのナースがいる。ここのナースはアドバイスの仕事をしており、ホスピス病棟に一時入院している在宅患者・在宅ケア用のベッドの管理や、訪問看護ナースや患者家族の補完的仕事もしている。

アイルランド人の国民性は非常に家族愛が強いと言われる。近年は都市を中心にこの家族愛が薄れてきているが、それでも看病には患者の配偶者や友人が支援してくれる。それゆえ在宅ケアも自宅での看取りが多い。このホスピスには在宅ケア・チームがあり、専任の医師が2名いる。ホスピスに入る時はかかりつけ医がホスピス入所申請書を書き、ホスピス側は入所受け入れ会議を開き、提出された書類の中で優先順位を見極めて入所を決める。退院して自宅へ戻る時は、ホスピスの在宅ケア担当医師が患者宅を訪問し、患者のかかりつけ医とコミュニティー・ナース（訪問看護ステーション・ナース）も集まって会合を開き、ケアプランを作る。実際の処方に関してはかかりつけ医が作成し、退院後難しい問題が生じれば、ホスピスの医師が巡回する。在宅ケアが開始されると、ホスピスの在宅ケア・ナースも患者宅を1週間に1回、重篤な場合には3回巡回する。医師も他の病院で働きながら、ここのホスピス医としても働く形態を取っている。患者が救急の折には、すぐこのホスピスに戻ってくる。ここでは症状コントロール、ショートステイ、リハビリ、入院など患者に必要とされるあらゆる対応に応じられるように配慮されている。

ホスピスのベッドはがん患者だけでなくALSの患者やエイズ患者にも提供されており、日本ではエイズ患者はホスピスには入所できないので、この点には大きな違いがある。また、アイルランドは医師達がホスピスで午前中、在宅で午後働くので、ホスピスの主治医がかかりつけ医でもあることになり、患者にとっては医師の連携で問題があまりない点が好ましいと思う。日本の現状では、在宅から自宅に戻りたくても、在宅の訪問を引き受ける往診医が非常に少ないという問題点がある。

このホスピスにはデイケア・センターがあった。デイホスピスを行う部門である。センターは午前10時から午後4時まで、火水木と開かれていた。センター訪問者（がん患

者）は予約し、1日12人から16人が通ってきていた。ボランティアが自宅まで車で患者を迎えに行き、帰りは自宅まで送る。デイケア・センターでは入浴、ガーゼ交換、理学療法、音楽療法、リクラゼーション、アロマセラピー、ドリームセラピー、その他社交のおしゃべりもでき、ランチ用ダイニング、カフェテラスやコンピューター室、美容室、プール等もある。ここで医師やソーシャルワーカーとの相談も可能である。

ここのデイホスピスの充実、緩和ケア病棟と同等にチームケアがされているということである。専任の医師、ナース、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカー、パストラルケア・セラピストがチームとなって、在宅の患者のケアを行い、在宅だけで退屈している患者にはデイホスピスでの社交も出来る。がんに罹り、会社も退職し、社会との繋がりも薄れた患者が通うケアシステムがあるということは、在宅ケアを推進していくために大変必要なことである。患者が一人自宅で過ごすことは退屈で不安なことであろうし、家族にとっても看病はオーバーワークになっている。患者がこのデイケアに通い、共に食卓を囲みおしゃべりをし、患者同士が病状について語り合うことはピア・カウンセリングともなっている。このホスピスのように在宅ケアが充実していないホスピスもあるが、ここではチームケアがあるので様々な分野でのケアが可能となる。リンパの浮腫のセラピー、呼吸困難な患者のセラピー、音楽療法は週1日水曜日のみ実施していたが、音楽療法士が来院して一対一で患者一人に1時間の療法を行ってくれている。将来は集団での音楽療法も考えているとのことであった。筆者が訪問した他のホスピスでは専任の音楽療法士がいる所もあったので、需要が多くなれば専任も必要となってくるであろう。

これらの運営は多くのボランティア（約200名）の支援に支えられているが、通所する患者も政府に対しデイケア通所料を保険申請して通う。これは日本の高齢者のデイサービスと同じであり、アイルランドはがん患者のデイホスピスにも公的費用が認められている点が、日本との大きな違いである。保険で認められるということは、デイホスピスの果たす役割が高く評価されているということであり、日本のホスピスや緩和ケア病棟、一般病棟でもデイホスピス加算が認められていくべきではないかと痛感する。デイケアが日本のがん患者にも認められるようになれば、在宅療養中でも交流を求めたい時デイホスピスに通い、緊急な折や家族の休息が必要な折はホスピス病棟への一時入院という選択が自由に選べるようになり、そうなれば安心してもっと在宅で最期を迎えても良いという患者は増える

と思われる。

ホスピスには無償で働いてくれるボランティアが必要である。治療の方法がない終末期の患者にとって、最も求められることは傍に寄り添う人の温かさである。しかし国も全ての医療経費を支払うことが財政上出来ないのだから、市民は互助精神で、元気なうちに誰かのお世話をしたいという気持ちでボランティアをしていくことが、豊かな社会を支えることになるであろう。このホスピスではボランティア登録者は200人とまだ少なかったが、ボランティア養成講座、コーディネーター養成講座が独自に実施されており、その内毎日5～6人のボランティアがローテーションを組んでデイホスピスで患者を支援していた。

(2) St. Francis Hospice⁴⁾

ダブリンの北部地域はセント・フランシス・ホスピスがカバーしていた。設立は1979年であり、在宅ケア部門は10年後の1989年に始まり、デイケア・センターはその5年後の1994年に始められている。

セント・フランシス・ホスピスはある篤志家の寄付を基に二人の女性建築家によって建てられた。当初は政府の支援は全くなかった。今は政府から年250ポンド、年間300ポンドで運営している。入院用ベッドは19床あり、17床が稼働し、2床は在宅ケアの患者のためのベッドとして確保されている。個室は7個、4人部屋3個、各部屋にトイレ、テレビが付いており、家族用の宿泊部屋や台所も備え、二つの霊安室、遺族の安らぎの部屋、チャペルもあった。スタッフは常勤医師1名、非常勤医師3名、常勤ナース19名、常勤ソーシャルワーカー1名、常勤チャップレン1名である。

入院希望者はウエイティング・リスト（10人位待機）に載せ、内部の会議で入院者を決定している。一日1人の割合で入院してきている。病棟ナースはA（10人）、B（9人）の2チームに分かれ、合同で引き継ぎを行う。日中は17名、夜間は4名で担当している。ナースの教育にも力をいれ、ダブリンの大学で緩和ケア・ナースの資格を取ってきているナースが何週間かにわたり緩和ケアの教育の担当をしている。もっと緩和ケアを学びたいナースには休職システムもあり、年間10日間は有給で勉強に行くことも可能である。毎月1回A、Bの看護チームが仕事を離れて話し合う機会も設け、Aチームが話し合いの時はBチームが患者の看護にあたり、ファミリー・ルームで話し合う。これは看護する者の燃え尽き症候群を避けるための心のケアにつながっている。

死別者の遺族のグリーフ・ケアは死後4～6週間後に患

者に関わった担当スタッフとの再会として実施している。亡くなった遺族に追悼式の招待状を出す、毎回100人以上が参加する。1人の患者に対して、25人の友人や親せきが集まることもあるという。アイルランドは家族愛が強い国民性を持っている。長い植民地下での厳しく貧しい状況の中で、家族と友人が助け合って暮らしてきた歴史が、こうした国民性を作りだしていると思われた。グリーフ・ケアはチャペルでなくデイケアの部屋で行い、人々がキャンドル・サービスをして、故人を偲ぶ。こうした悲嘆サービスを受けるかどうかは遺族が決める。グリーフ・ケアに参加するスタッフは、ホスピス財団での9か月の研修が必要である。心の悩み、苦しみをケアするサービスには、時間をかけた研修が必要であり、アイルランドではダブリン大学で、緩和ケア科の大学院生が学位をとるシステムが始まっていた。

1989年在宅ケアが始まった当初は3名のナースと非常勤医師1名であったが、現在は在宅ケア用に9名のナースと常勤医師1名、非常勤医師2名、非常勤ソーシャルワーカーが担当している。人口約46万人の北部地域において、年間500人前後の患者を在宅で看護している。現在約130人を担当している。このホスピスの在宅ケアを受けるにはホスピスへの紹介者が必要であり、地域病院とかかりつけ医からの申請が半々であるが、ソーシャルワーカーからの申請もある。

申請が認められるとこのホスピスの医師が初回訪問を行う。毎朝在宅ケア部門の医師とナースがミーティングを行い、在宅患者の様子が報告され、入院が必要な患者は必要に応じ3レベルに分け、レベル1は24時間以内の入院、レベル2は10日以内、レベル3はそれ以上待てる患者として報告する。必要があればこのレベル分けも柔軟に変えられる。毎日1人のナースが平均4～5軒訪問し、その結果が報告される。訪問時間は朝6時から午後5時までと、午後は5時から7時の時間帯に訪問し、在宅ケア部署には24時間電話でのOn Callができるようになっている。当初は24時間訪問を行っていたが、今は中止し、その代わり24時間連絡可能なシステムになっている。

朝のミーティングには必要とあればバストラルワーカーという心のケアをする宗教者やソーシャルワーカーも参加することがある。毎週1回金曜日は難しい問題がある患者の検討を行い、月1回は臨床上難しい事例の検討も行って

4) St. Francis HospiceにおいてDr. Mackmillan 医師, Margalet Cashiman 看護部長の2008年講演の記録からのまとめである。

いる。ファシリテーターと呼ぶスタッフのカウンセリングをする専門職の人もいる。終末期のがんの患者達の厳しい病状をケアするスタッフの中には、心の重荷を抱えることもあるので、こうしたスタッフ向けのカウンセリングが必要となるのである。

在宅ケアが1989年に開始された5年後の1994年からホスピスの在宅患者のためのデイケアが始まった。開始した年は週1日開所していたが、10ヶ月後には週2日、翌年の1995年には週3日、1998年以後は週4日開所している。週5日になれないのは、一日はデイケアへの患者受け入れのミーティングや、現在通所してくる患者のための話し合いなどを行う日としているからである。

外来の患者のためのデイケアの意義は、1. 患者の症状の評価をしてもらう 2. 看護する家族の休息のため 3. 患者のレクレーションのためであるという。ここのデイケアのスタッフはナースが中心になり、ケア・アシスタント3名、非常勤の医師1人、非常勤のソーシャルワーカー1人、非常勤のパストラルワーカー1人、ボランティア多数で構成されていた。デイケアに患者が来ている間家族はショッピングや休息が出来、ここに通っている間に患者の症状が進めば、同じ敷地内のホスピスにベッドもあるので入院も不安を感じることなく出来るということになる。

デイケアへの通所はかかりつけ医の推薦が必要となる。入所はがんと運動神経系のALS患者としており、エイズなどの患者はいない。施設は大きなロビー、周囲の美しいガーデン、患者のための図書室、患者・家族・スタッフのための食堂、レクレーション室、入浴室、ヘアドレッサー室、喫煙室があり、季節のイベントや誕生会も行われていた。

デイケアは毎日朝10:30から午後3:00まで開かれ、5人のボランティアが毎日患者の送迎をする。ボランティアの仕事はこの他にヘアドレッシング、マッサージ、レクレーション企画、リクレーション、アロマセラピー、音楽療法、手と足の爪のネイルアート、チャペルでの祈りや賛美歌の合唱もある。また芸術療法として土曜日はボランティアによる油絵教室があり、患者はその絵を感謝をこめて家族のために書いたり、自分が亡くなった後にも残るのでスピリチュアルケアにもなり、彼らの心の支えにもなっている。彼らの書いた絵の中から12枚を毎年選び、カレンダーにして訪問者や家族に贈られ、ホスピスの寄付にもなっているという。デイケアに関わるボランティアは毎週50名前後で活動しており、患者が毎日を充実して生きられるように手助けしていた。

(3) Mary Mount Hospice⁵⁾

このホスピスはアイルランドの南のコーク湾を囲んで発達したコーク市の高台にあり、(1)で述べた近代ホスピスの第1号のアワー・レディース・ホスピスの姉妹ホスピスである。コーク市はこの第1号のアワー・レディース・ホスピスの創設者メアリー・エイケンヘッドの生まれ育った町である。このホスピスの建物は1870年に作られており、2010年には140周年を迎える古いものである。眼下に大西洋の海を180度にわたってパノラマのように見晴らせる丘の上に立っており、広い庭園と美しく雄大な風景に囲まれたホスピスである。メアリー・エイケンヘッドはアイルランド慈善修道女会を創立したシスターであるが、ある医師が自らの遺産で貧しいがんの患者のための病院を2年以内にコーク市に作ってほしいと遺言し、その仕事をメアリーの創立した慈善修道女会に委託して亡くなった。この時メアリーは既に亡くなっていたが、メアリー・マウント・ホスピスもアワー・レディース・ホスピスも共に、メアリーの創立した慈善修道女会が設立しているという点で姉妹ホスピスとなるわけである。

現代ホスピスの第1号⁶⁾のイギリスのセント・クリストファー・ホスピス (St. Christopher's Hospice) の設立者シシリー・ソングース (Cicely Saunders) も、アイルランド慈善修道女会の設立したロンドンのセント・ジョセフ・ホ

5) Mary Mount Hospice を2000年に訪問した折の Dr. Obraien 医師、Fenola Osalban 看護師長の講義をまとめたものである。

6) Our Lady's Hospice が近代ホスピスの第1号であり、St. Christopher's Hospice が現代ホスピスの第1号であると一般的に言われるが、この違いはこれらのホスピスの創立の時代が近代、現代ということに由来するだけではない。医学的処置が異なるのである。共に終末期の患者の看取りを対象にしていたが、Our Lady's Hospice の前身 St. Joseph's Hospice は、St. Joseph 教会の付属施設として身寄りのない女性の終末期患者を対象に8床が作られたものである。医学的治療は少なく、霊的対応を主とするものであった。個人で開業する医師達が無料奉仕で関わり、シスターたちは弱った患者達の身の回りを献身的な愛を持って看護した。鎮痛剤も無い当時は、痛みをひたすら耐え、シスターたちは宿命を受け入れることをすすめて、祈ることしかできない時代であった。

これに対しイギリスのロンドンに1967年に建てられた St. Christopher's Hospice は、Dr. Cicely Saunders によって創立された。彼女も Mary Aikenhead の創立した Irish Sisters of Charity がロンドンに1905年に建てた St. Joseph's Hospice で7年間働き、その間にがん末期の疼痛緩和のためのモルヒネ投与の研究を行った。その成果を自らのホスピスに実践して、今日 WHO の提唱するホスピスケアの定義の第一である身体的痛みの除去の理念を実現したのである。

スピスで働いていたナースであった。また今日日本も含め世界の緩和ケアの研修者はセント・クリストファー・ホスピスで研修を受けることが多いので、アイルランドが世界のホスピス運動に果たした役割は実に大きいものと言える。

このホスピスは1870年の創立時はホスピスではなく、がん患者を主とした病院であった。その後1879年にダブリンにアワー・レディース・ホスピスができて、1920年代は結核の患者を主として受け入れていた。1980年代に時代の要求に応じて不治の患者のためにロンドンのホスピスからシスターがやってきて、病院本体と不治の患者の緩和ケア病棟の2つに分けて、1984年名前もメアリー・マウント・ホスピスと改名し、人口50万人のこの地域をカバーすることになったのである。スタッフは専任の医師3人、コーク大学医学部で教鞭をとっている非常勤医師1名、緩和ケア病棟医長1名、研修医2名、ナースは看護師長、副看護師長、14名の正看護師、8名の準看護師である。昼間は看護師長と9名のナース、夜間は2名の正看護師と2名の準看護師で勤めているが、非常な忙しさゆえ、後10名の看護師は必要だと思っているという。このほかにソーシャルワーカーや理学療法士もいる。専任で取りたいのは言語療法士と作業療法士であるが、いまはまだ非常勤として大学病院の方から来てもらい支援を受けている。スピリチュアルケアはソーシャルワーカーが行っている。

この原則は「全ての患者は必要な時にいつでもどこでも専門的なケアを受けられるように」をモットーにしている。そのために1. 緩和ケア (24床)、2. 在宅ケア、3. デイホスピス、4. 救急用 の対応が可能である。1～4のどのサポートを患者と家族が望んでも対応できるようにしている。

個々の医師は独特なシステムの下で働いている。仕事の時間は朝8時30分から午後6時である。ただ週3日は午後このホスピス以外の地域の病院とコーク大学病院で働き、ホスピスに入るべきかどうかを、その病院の医師達と検討している。日本の場合、病院から病院付属のホスピスへ患者が移ってくることはあるが、メアリー・マウント・ホスピスのように、いくつかの地域の病院と連携して、ホスピス病棟の医師が実際に地域の他の病院を回診しているシステムはないと思う。アイルランドのように病院で手術をした後、療養中にホスピス医が病院と連携を取っていれば、ホスピスへの入所もスムーズに行くであろう。

ナースは今、年齢などの交代期にあたり、多くのナースを必要としている。この建物が140年近く古いものであるため、建替え時期にもなっており、現在は病院の2階をホスピス病棟に当てているが、近く36床の緩和ケアのベッド

を独立して作る予定である。看護教育センターもあり、コーク大学に緩和ケアコースも考慮中である。緩和ケアは日々患者が亡くなっていくので、がん病棟ナースの研修も必要であり、地域の在宅ケアを担当するナースの教育もしていかなければならない。最低、看護コース終了後2年間の実務経験を経た後のナースが必要である。一床1.5人のナース数を狙っていたが、まだまだナース不足である。

在宅ケアのセンターもこのホスピス内にあり、7名の在宅ケア専門のナースは毎日個々に、前日の患者たちのことを報告し合い、当日訪問する患者についての事前の打ち合わせをして、地域に出かけていく。

4つのうちどのコースにも行かれるのは、この4つが統合されたプログラムがあるからである。手術後化学療法を受けたい人は、緩和ケア病棟ではそれは行わないので、ホスピスの4番目の救急用のコースに入る。コーク大学病院にはこのホスピスの医師が午後働いている上に、このホスピス専任のナースが1人コーク大学病院に働いており、こちらに移るためのデータなども揃うため、とても移行がスムーズに行く。

デイホスピスにはボランティアの参加が不可欠である。デイホスピスへの送迎は全てボランティアが行なってくれている。デイホスピスは在宅で過ごしている患者のための通所のホスピスであり、患者は平均週2～3回通ってきている。現在はまだボランティアは40名ほどであるが、デイケアの患者の送迎のほか、ヘアメイクやマッサージ、手足の爪のネイルアート、花の世話や、またコンパニオンシップといって患者の傾聴や話し相手も大事な仕事である。牧師が毎週ボランティアで来てくれて、サロンを開き、患者たちがおしゃべりを楽しむこともある。私たちが訪問したときは、5人の患者がロンドンで40年間チャップレンを務めてきた牧師を囲み、ホスピス専門看護師も加わってお喋りをしていた。筆者らが了解を得て写真を撮らせていただいたら、「ムービー・スターになったみたい」と冗談を言って笑い、彩りのきれいなネイルアートの爪をかざしてくれた。「どこを見てきたの?」と向こうから質問をするなど、和やかなお茶の会であり、日本のホスピス病棟とはかなり異なる雰囲気であった。この患者達からは終末期の病を抱えていることが感じられなかった。男性のホスピス医長のオブリーン医師も、部屋に入るときは、患者皆と自分から求めて握手をしながら病状を尋ねており、和やかな雰囲気のホスピスであった。

ボランティアの教育は小グループに分けて、ホスピスとは何か、感染の管理、プライバシーの厳守、死期の近い患者の情報提供など、ボランティアが心のパニックにならな

いような教育も行なっている。ボランティア達の精神の安定確保も大事であり、この前デイケアに来たとき元気だった患者が亡くなっていることを知るとショックを受けることもある。ボランティアも一生懸命になると落ち込むこともあるので、ナースが中心になって呼び掛け、週1回お茶の会も持っている。ボランティアは無償であるが、有償のスタッフと仕事は同じことも多いので、決めた仕事は必ず行なう責任感が求められている。

またアイルランドのホスピス運動の素晴らしさは、国民が皆でホスピスの寄付を募っていることであった。9月の第3水曜日を「ホスピス日」として、“Ireland’s Biggest Coffee Morning”と銘打って至る所に広告が張られており、国内どこでも3つのコーヒー会社がコーヒー豆を無料で提供し、一杯飲んだ人は1～5ポンドの寄付をする。一日で100万ポンド集めて、集まったお金は地域のホスピスに寄付をしたという運動がされていた。この運動の発端は、マリー・ファーンスカンというテレビ局勤務の女性が、自分の子供を白血病で亡くし、彼女がテレビやラジオ、新聞に呼びかけ、この運動が始まったという。アイルランドが敬虔なカトリック信仰の国であり、ボランティアや寄付という活動に馴染んでいるお国柄だから広まった啓発運動だと思うが、国の資金で運営する緩和ケア病棟だけでなく、地域の在宅ケアを広め、充実していくためにも、この運動はとも望ましい運動ではないだろうか。

(4) 3つのホスピスの特色

アイルランドのホスピスの中で以上の3つのホスピスの

概要を表1に示した。この3つ、つまり、アワー・レディース・ホスピスとセント・フランシス・ホスピス、さらにメアリー・マウント・ホスピスを取り上げたのは、近代ホスピスの創立者メアリー・エイケンヘッドとの関わりからである。同時にアイルランドの中で先駆的模範のホスピスでもあるからである。近代においてホスピスという言葉を使用したのは1879年のアワー・レディース・ホスピスであるが、その45年前に末期患者の最期を手厚い介護で看取ろうとしたのが、このホスピスの前身のセント・ジョセフ病棟である。ここはアイルランド慈善修道女会の教会と修道院の本部であり、修道女たちは身寄りのない患者たちを真心こめて看護・介護して看取ったのである。

その精神は時代をリードし、オーストラリアに第二のホスピス、セークリッド・ハート・ホスピスを作り、イギリスのロンドンにセント・ジョセフ・ホスピスを作っていた。一方今日首都ダブリンを南北に分けて在宅ホスピスを分担しているのが、セント・フランシス・ホスピスである。このホスピスは直接現代的なホスピスを創設している。また、メアリー・マウント・ホスピスを取り上げたのは、ホスピスの創設者メアリー・エイケンヘッドが誕生し育った町であり、エイケンヘッドの創設したアイルランド慈善修道女会が委託されて作ったホスピスであるからである。

創立年代は(1)が177年前、(3)のホスピスは142年前と前身は古いが、現代ホスピス第一号のセント・クリストファー・ホスピスがロンドンにできた1967年に設立された時から、各ホスピスともいち早く現代的ホスピスに変革している。(1)のホスピスは1980年、(2)は1979年、(3)

表1 アイルランドの3つのホスピスのデータ

	創設年	現在の対象者	スタッフ (在宅・デイケアも担当する)	緩和ケアベッド数	在宅ケア(常時)	デイ・ホスピス
(1)アワー・レディース・ホスピス	・1835年 8床 ・創立時は身寄りのない女性、結核患者 ・1879年改称	・1980年から終末期がん患者	専任医師2名、研修医4名、正看護師14名、準看護師12名 チームケア(医師・看護師、OT、PT、栄養士、SW、パストラルワーカー、心理士、音楽療法士)等	・1980年 42床 ・1993年独立の建物で36床(内在宅ケア患者用18床)	1985年開始(年平均170名) 専任看護師12名	あり 火・水・金 10:00～16:00 平均15名/日
(2)セント・フランシス・ホスピス	・1979年	・終末期がん患者	専任医師1名、非常勤医師3名、看護師19名、常駐のチャプレンとシスター、非常勤のSW、PT、等	19床(内在宅ケア患者用2床)	1989年開始(年平均600名) 専任医師1名、非常勤医師2名、専任看護師9名	あり 1994年開始、週4日、 10:30～15:00 平均17名/日
(3)メアリー・マウント・ホスピス	・1870年貧しい身寄りのない高齢者 ・1920年結核患者 ・1980年改称	・1980年から終末期がん患者	専任医師4名 非常勤医師1名 研修医2名、正看護師16名、準看護師8名、常勤SW、PT、非常勤のOP、言語療法士等	36床(内在宅ケア患者用18床)	あり 専任看護師7名	あり週3日

は1980年創設である。この3つとも現在は独立型の建物になっていて、在宅ケアとデイケア・デイホスピスが充実している。年間200～500人の在宅死を看取るためには、専任の在宅のための医師と看護師が必要であり、医師は緩和ケア病棟とデイケアの医師も兼任しているホスピスもある。ホスピス病棟のベッドはそれぞれ36床、19床、36床となっているが、日本では24床前後である。

各ホスピスとも医師、看護師は地域の家庭医や訪問看護ステーションの看護師の相談役、指導役となっており、病状の急変や緩和ケア病棟への症状緩和のための入院などの状況を判断する役目であった。

また各ホスピスともデイホスピスが併設されており、ここには数百人という数の多くのボランティアが登録し、実際に活動をしていた。ボランティアの教育は各ホスピスともプログラムを持っており、その修了者たちが登録する仕組みになっている。ボランティアの仕事はデイホスピスへの患者の送迎や、在宅患者の自宅訪問で傾聴をしたり、様子を見守ったり、デイホスピスでのスタッフのサポートである。

各デイホスピスでは主として簡単な治療、入浴、傾聴、昼食、美容、アロマセラピー、趣味などが行われ、在宅で患者が一人であるより、医師や看護師が常駐し、同病者がいるため安心と温かさが提供されていた。デイホスピスはホスピス病棟本体と同じ敷地にあり、ホスピス病棟の医師や看護師がデイホスピスにも関わっているため、相談がすぐ出来る仕組みになっていることが大きな安心であった。

また、アイルランドではデイホスピスの患者達にも公的費用が認められていることが、日本との大きな違いである。

3. 日本のデイホスピス

アイルランドで見えてきたデイホスピスは、その他イギリス、ドイツ、オーストリア、ベルギー等のホスピスでも、デイケアを同時に開設している所が多かった。在宅ケアを実際に実施していくためには在宅患者の身体的精神的サポートと家族のレスパイトのために、デイケアは必要なものではないかと筆者は思う。日本でも2000年介護保険制度を導入し、在宅ケアを推進するようになり、在宅をサポートするためにデイサービス制度も導入した。しかし終末期を自宅で過ごしたいがん患者のサポートシステムはまだ整っていない。介護保険の訪問看護システムが導入されているとはいえ、がん患者用にはまだ検討が必要であり、24時間の看護を家族のみに依存することは、家族にとっても負担である。筆者は日本においても、ヨーロッパのデイホスピスのサポートは必要であると提言してきた。しかしその

実現はまだまだ先であるように思われる。現状においてデイホスピスはどのくらい実現しているのであろうか。少々データは古いが、日本におけるデイホスピスがどのような実態であるかは、2003年にデイホスピス研究委員会が日本公衆衛生協会の助成金で調査した報告がある⁷⁾。この報告書はデイホスピス研究委員会の加藤恒夫氏を総括者として行った調査研究である。報告書の中でもデイホスピスは実施されているところは少ないとの前提で、この研究班の目的はデイホスピスを視野に入れて「通所リハビリテーション」がデイホスピスの役割をどの程度果たせるかの研究であった。

通所リハビリテーションとは脳血管疾患や大腿骨骨折などにより身体的機能を低下させた患者がリハビリを行い、日常生活の動作の改善により寝たきりを防止する目的で作られた専門の病院、病棟のことである。高齢者のデイサービスとは異なり、身体のリハビリのために通い、医師、看護師、理学療法士、作業療法士の配置が義務付けられており、言語聴覚士やソーシャルワーカー、管理栄養士等も参加して専門的なりハビリを実施している。また、入浴や食事、レクリエーションなどのサービスも受けられ、送迎も通所リハビリテーションのスタッフがやっている。ここにホスピスの機能を見出そうとするのは、通所リハビリテーションがリハビリという目的ではあれ、デイケアを行っており、がんの末期の患者たちが通所するのに必要な医師や看護師がおり、送迎もあり、入浴やレクリエーションと言った気持ちの開放を伴うサービスも受けられる可能性があるからである。

研究班の加藤氏はまだ始まっていないデイホスピスの創設より、「いたずらに新しい制度的提案をすることを目的とせず、実態調査より判明した事実即して、その延長線上に今後のケアの体制の効率的なあり方を考える⁸⁾」との視点から、通所リハビリテーションに緩和ケア的医療を付加する可能性を調査していた。通所リハビリテーションにもがんの末期患者が通所しており、一定の役割を期待できることは事実であった。問題点は通所リハビリテーションで1. がんの緩和ケアの医療が出来る、2. 医療監視下での入浴等のサービスが出来る、3. がん患者のニーズに合わせた休息等が取り入れられる（リハビリは身体機能の回復のためのプログラムが必要であり、がん患者には疲れた折の個室

7) デイホスピス研究委員会刊行、日本公衆衛生協会平成15年度助成研究報告書「がん患者の終末期ケアにおける通所リハビリテーションの役割—介護保険によるがん終末期ケアの可能性—」研究総括者 加藤恒夫

8) 上記研究報告書 p.13

での休息等が求められる), 4. IVH 管理, 持続皮下注射ポンプ管理等の医療行為が出来る, 5. 限られた命の患者家族へのスピリチュアルケア等がどの程度まで可能かである。しかし, これらは通所リハビリテーションの構成員にとって, 対応は現状では難しいことが多い。通所リハビリテーションにデイホスピスの機能を付与することは, 確かに新たな制度提案ではないが, 通所リハビリテーションのスタッフにかなりの緩和ケアの知識が要求され, その教育は時間がかかり, むずかしいものとなりそうである。通所リハビリテーションでがんの末期の患者がデイケアのサービスを受けることが出来た事例はいくつかあるが, それはその通所リハビリテーションの設立母体にがん専門病院があり, 医療者の交流が上手くできていたからである。それゆえ, 医療の処置が可能であれば通所リハビリテーションでデイホスピスを実現することも可能⁹⁾であろう。

通所リハビリテーションの数は筆者の職場の所在地の千葉県東葛地域において, 松戸市(人口約 48 万人) 16 箇所, 柏市(人口約 40 万人) 12 箇所, 我孫子市(人口約 14 万人) 7 箇所, 流山市(人口約 16 万人) 5 箇所である。在宅のがん患者が通所するには適度な数であると思う。勿論施設での受け入れ可能人数を今は考慮せず述べている。しかしあくまでもリハビリは快方に向かうことを前提とする患者であり, 一方デイホスピスのケアに通う患者は人生の最終章に向かう人々である。こうした患者達を混在したままケアすることは, 施設として充実した運営成果を期待することができるのであろうか。

デイホスピスという名称で開設が始まった施設も少しずつ日本にも出来てきている¹⁰⁾。ただ非常に少なく, まだ全体的な実情の研究調査がされていない現状である。

おわりに

本研究を始めたきっかけは, 病になっても出来る限り自宅で過ごしたいが, それは可能かという問題であった。2000 年から障がい者や, 65 歳以上で身体的行動援助を受けることは介護保険で可能になった。しかし 65 歳以下の若年者や, 今日, 国民の 3 分の 1 の病死者ががんであるという事実を考慮すると, がんになっても安心して最後まで QOL の高い生活が出来るであろうかという問題にも直面した。

日本では 2006 年から「がん対策基本法」が施行され, 従来のがん研究や緩和ケア病棟の充実は本より, 在宅にシフトしていく方針が明らかとなった。元来自宅で死ぬまで過ごしたいという人のパーセントは非常に高いのであるが, 現状で在宅ケアを希望しても決して QOL の高い療養生活は期待できない。在宅療養生活に対する日本の社会資源は

乏しく, 自分ひとりで人生の最期を奮闘することは厳しい。しかし, 「がん対策基本法」が成立したことは, 日本のがん対策に対して画期的なことであると思う。社会の下からの市民運動として, 患者達の権利運動として生まれてきたがん対策ではないが, 国から市町村へという上からの運動であっても, この条例の実現が次第に定着していけば, 好ましい在宅ケアの形が作られてくるのではないかと期待する。

在宅ケアが推奨され, 在宅療養支援診療所による往診の専門医師の制度も出来, 病院においては地域中核病院を中心にがん患者の緩和ケア外来や地域相談支援センターの設置も義務づけられた。「がん対策基本法」もまだ歩みだして 5 年である。ヨーロッパのホスピスにおいても, 在宅ケアを支援するデイホスピスがホスピス本体に付設されるようになったのは, ホスピス設立後 10 年ほどの所が多かった。欧米では不治のがん患者のために, まず施設としてのホスピスの設立, 次いでこのホスピスが中心になり在宅療養をしている患者達のための在宅ケア部門の設置, さらに在宅ケア患者達の通所してくるデイホスピスという 3 つをセットとして初めて充実してきている。

私は欧米と同じように, がん患者の末期の命と生活の QOL を高めるためには, がんの終末期の患者という同じ一つ目的に集約できるホスピス内にデイホスピスを開設していくべきではないかと思う。現在開所されている緩和ケア病棟にデイホスピスを設置しているホスピスも少ないながら存在している。デイホスピスが本来の目的の所に設置されていく時間はまだまだ残されている。今後, 日本において現在既に運営されているデイホスピスの設立が可能となった条件と, 開設出来ないホスピスにおいてはその障害となっていることは何か, その障害を取り除くには何かが必要か等を調査していきたいと思う。

9) 東京都墨田区にある療養通所介護事業所パリアンが週 1 日 10:00 ~ 16:30 の間, 在宅ホスピスケア患者の受入が可能であるのは, 「クリニック川越」に併設されているからである。

10) がんの緩和ケア病棟に緩和ケア支援センターやデイホスピスを設置している施設は, 広島県立病院が良い事例である。広島には市民運動として 1995 年「広島にホスピスケアをすすめる会」が設立され, 1998 年には「広島にホスピスを求める会」の設立を実現している。この会を中心に請願署名を行い, 15 万人以上の署名を集め, 広島県議会と広島市議会がこの請願が採決された。2004 年に県立広島病院に緩和ケア病棟も設立された。また個人の開業医がデイホスピスを設置している例は, 北九州の矢津内科消化器クリニックの在宅療養施設「ほっとひと息村」デイホスピスや, 宮城県仙台市で看護師が始めた緩和ケア支援センター「かんと支え合いのわ“虹”」が 2004 年から活動している。

参考文献

- 1) Donal S. Blake, Mary Aikenhead (1789-1858) Servant of the Poor Founder of the Religious Sisters of Charity 2001
- 2) シシリー・ソングラス 岡村昭彦監訳『ホスピス その理念と運動』雲母書房 2006
- 3) 黒田輝政編『日本のホスピスこれでいいかー在宅ホスピスの視点』ミネルヴァ書房 1994
- 4) 竹宮健司『日本のホスピス・緩和ケア病棟における施設整備の現状 (1990-2000)』2002年度日本建築学会関東支部研究報告書集 2003