

患者支援における地方国立大学の取り組み

研究協力者 笠原 聡子（大阪大学大学院医学系研究科）
主任研究者 大野ゆう子（大阪大学大学院医学系研究科教授）

研究要旨

がん医療水準均てん化の実現に向けて、全国で地域がん診療連携拠点病院の整備およびその機能強化が進められている。地方においては、医療水準の均てん化を推進するにあたり、過疎などによる医療資源の偏在が深刻な問題としてあげられる。がん診療連携拠点病院の設置範囲や担うべき役割機能は地域情勢により異なることが予想される。そこで、地方都市の1例として高知県におけるがん医療の現状および地域がん診療連携拠点病院の取り組みについて調査検討した。

その結果、がん診療連携拠点病院の担うべき機能として、都市部ともっとも異なる点として、地域連携の充実によるへき地医療連携の重要性が明らかとなった。高知医療センターの提唱する「高知県へき地医療支援機構」には、県内のへき地診療所とへき地医療拠点病院を結ぶブロードバンド網があり、多地点遠隔テレビ web 会議を利用した症例検討会や遠隔画像伝送による画像診断などによる支援が行われている。また、院内のがん関連勉強会の公開なども行われている。地域連携システムについては、各がん拠点病院が異なるシステムを独立して提唱していることから、両者の統合、あるいは連携が重要と考える。

A. 研究目的

平成 16 年度から開始された「第 3 次対がん 10 か年総合戦略」に基づき、がん医療水準均てん化の実現に向け、全国で地域がん診療連携拠点病院の整備が進められている。地方においては、医療水準の均てん化を推進するにあたり、過疎および医師不足などに代表される医療の偏在が深刻な問題となっている。

そこで、地方都市の1例として高知県における、患者が取得可能な地域がん診療連携拠点病院の取り組みについて、情報提供体制を中心に調査検討した。

B. 研究方法

患者が取得可能な情報源として、自治体および地域がん診療連携拠点病院の提供するホームページをはじめとし、病院広報誌および相談支援センターの窓口、公開講座、がん情報サービスの向上に向けた地域懇話会などの公開された情報を

収集し、検討を行った。

C. 研究結果

1. 高知県の保健・医療の現状について

1.1. 高知県の特徴

地理的には東西（190 km）、南北（160 km）に長く、山間部面積が広く、県面積の 84%（全国 1 位）を占めている。

平成 17 年国勢調査によると、人口は 796,292 人で、年々減少している。人口密度は全国 43 位と低く、県総人口の 41.9%が高知市に集中しており、典型的な過疎と過密の様相を呈している。また、少子高齢化も顕著であり、全国第 3 位の高齢県でもある（表 1）。

表 1 高知県の人口統計（平成 17 年）

	高知県	全国
人口（千人）	796	127,757
人口密度（人/km ² ）	112（43位）	343
年少人口割合（%）	12.9（44位）	13.7
老年人口割合（%）	25.9（3位）	20.1

1.2. 高知県の医療事情

1) 医療資源

平成 18 年医師・歯科医師・薬剤師調査によると、人口 10 万対医療施設従事医師数は京都 (272.9 人)、徳島 (270.1 人)、東京 (265.5 人) に次いで、高知県は 263.2 人と全国で 4 番目に多い。また、平成 17 年医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告によると、人口 10 万対病院病床数は 2446.1 と全国 1 位であり、一般病床数 902.3 (6 位) も多いが、療養病床数 1022.4 (1 位) が特に多い。

一見すると医療資源の充実が伺えるが、県内病床数の 53.8% が高知市に集中していることから、100 床当たり医師数は 8.9 人 (38 位)、同じく看護師数は 43.7 人 (43 位) と少ない。また、医師数の 47.6%、看護師の 56.8% が高知市に集中しており、二次保健医療圏でみると、県全体の医師数の約 8 割が中央保健医療圏に集中しているなど、医療面における過疎と過密が深刻である。

2) 保健医療圏

一次保健医療圏は各市町村を圏域の単位としているが、県内に 52 の無医地区 (27 市町村) を有しており (全国第 3 位)、29 カ所のへき地診療所がある。へき地医

療支援構想として、7 カ所のへき地医療拠点病院の設置および、へき地医療情報ネットワークの整備などが進められている。

二次保健医療圏は安芸、中央、高幡、幡多の 4 圏域があるが (図 1)、中央医療圏への医療資源の偏在がみられる。

三次保健医療圏は県全体を圏域の単位としており、高知医療センターにおける、消防防災ヘリによる広域救急搬送により、県全域 30 分以内の搬送が可能である。

3) 高知県のがんの特徴

都道府県別にみた悪性新生物 75 歳未満年齢調整死亡率 3 時点推移によると、1995 年、2000 年は全国平均以下であったが、2005 年では全国平均を上回っており、増加傾向にある。

がんの部位別に見ると、胃がん、肝がん、肺がん、結腸がん、直腸がん、乳がん、卵巣がん、子宮がんなどが多いが、高齢化率が高いという地域性も関係して、とくに循環器系の合併症などが多いことも高知のがんの特徴である。なお、標準化死亡比にみる高知の特徴としては、他県に比べて男女とも肝がんがやや多いことがあげられる。

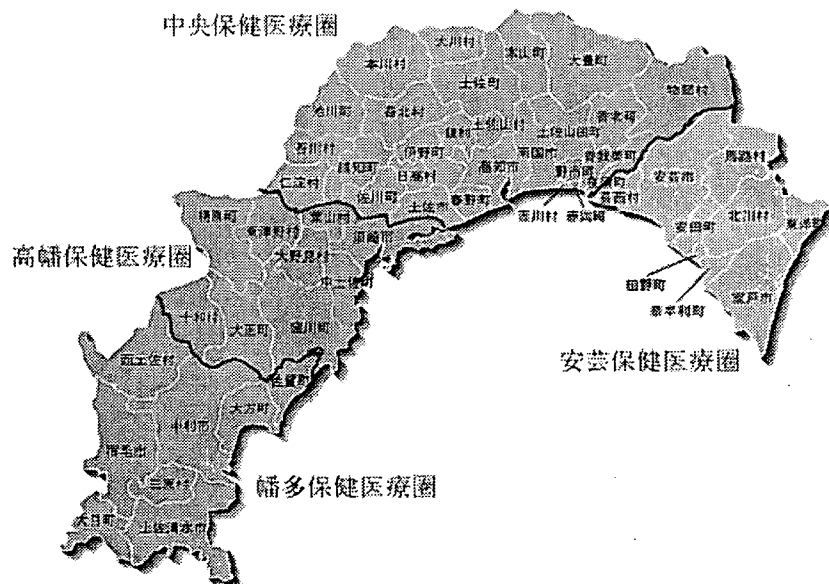


図 1 高知県の二次医療圏

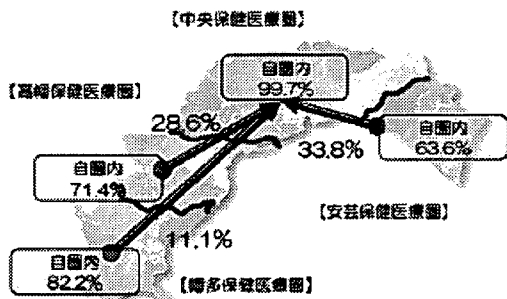
4) がん患者の受療率

高知県のがん罹患患者数の保健医療圏別割合は、人口割合に比例し、中央保健医療圏が大半を占め、次いで幡多、高幡、安芸保健医療圏の順となっている。

がんの外来患者が在住する保健医療圏における受療率は、図2に示すように中央保健医療圏では99.7%と受療が圏内でほぼ完結しているが、安芸および高幡保健医療圏に在住している患者の約30%は、中央保健医療圏で受療している。

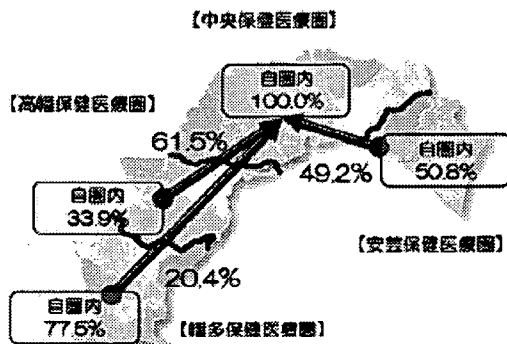
がんの入院患者が在住する保健医療圏における受療率は、図3に示すように中央保健医療圏のみ100%と自圏内で完結しているほかは、安芸保健医療圏では約半数の患者が、高幡保健医療圏では約7割の患者が、幡多保健医療圏では約2割の患者が中央保健医療圏に入院している。

これらのことから、中央保健医療圏が他の保健医療圏をカバーしていることが伺える。



出典：高知県「平成17年度高知県患者動態調査」

図2 がん外来患者の保健医療圏域内の受療率



出典：高知県「平成17年度高知県患者動態調査」

図3 がん入院患者の保健医療圏域内の受療率

表2 保健医療圏別の各種がん治療可能な医療機関数

保健医療圏	安芸	中央	高幡	幡多	総数
手術	2	27	3	5	37
（再掲）胃がん	2	18	3	4	27
（再掲）肺がん	1	8	1	1	11
（再掲）大腸がん	2	18	3	4	27
（再掲）乳がん	2	17	3	4	26
（再掲）子宮がん	1	7	1	2	11
医療機関数	0	5	0	1	6
放射線療法	0	3	0	0	3
（再掲）胃がん	0	4	0	1	5
（再掲）肺がん	0	3	0	1	4
（再掲）大腸がん	0	4	0	1	5
（再掲）乳がん	0	4	0	1	5
（再掲）子宮がん	0	4	0	1	5
医療機関数	4	43	6	8	59
化学療法	3	33	5	5	46
（再掲）胃がん	3	22	4	4	33
（再掲）肺がん	3	33	5	4	45
（再掲）大腸がん	3	21	3	5	32
（再掲）乳がん	2	8	1	3	14
（再掲）子宮がん	0	4	0	1	5
医療機関数	0	3	0	0	3
集学的治療	0	4	0	1	5
（再掲）胃がん	0	3	0	1	4
（再掲）肺がん	0	4	0	1	5
（再掲）大腸がん	0	4	0	1	5
（再掲）乳がん	0	4	0	1	5
（再掲）子宮がん	0	4	0	1	5

出典：高知県「平成19年度保健医療がん診療情報調査」

5) がん治療の現状

二次保健医療圏ごとにみた高知県のがん治療について表2に示す。手術と化学療法については中央保健医療圏への集中はみられるものの、すべての二次保健医療圏において実施可能である。

一方、放射線療法によるがん治療は中央保健医療圏にほぼ集中しており、県内6カ所の施設でしか実施されていない。したがって、集学的治療が実施可能な施設も限定され、県内5施設となっている。

6) 緩和ケアの現状

高知県の緩和ケアの現状は、拠点病院での緩和ケアチームおよび緩和ケア病棟を有する病院などで専門的なケアが提供されているが、病床数は少なく中央保健医療圏に集中しており、病床稼働率も80%にとどまっている。

表3 保健医療圏別の緩和ケア病床数

保健医療圏	人口	施設数	許可病床数（床）	稼働病床数（床）
高知	56,340	0	0	0
中央	570,302	5	63	63
高幡	68,373	1	10	0
幡多	101,277	0	0	0
全国	40,566,205	157	2,982	-

出典：高知緩和ケア研究会「平成18(2006)年8月現在」

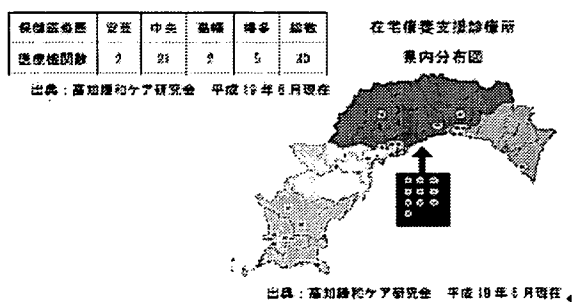


図4 保健医療圏別の在宅療養支援診療所数

7) 在宅療養支援診療所および訪問看護ステーション

がん患者の在宅での療養を支える在宅療養支援診療所は、図4に示すように県内に30カ所あるものの、中央保健医療圏に集中しており、山間部や他保健医療圏にはほとんどないのが現状である。

また、訪問看護ステーションについては県内に47カ所あるが、2005年以降減少傾向にあり、中央保健医療圏など都市への集中と山間部や他保健医療圏での不足などは在宅療養支援診療所と同様の傾向にある。

8) がん登録

高知県から委託をうけている高知県医師会がん調査委員会が地域がん登録を担っている。現在は入院治療を受けた患者だけを届け出対象としているが、届け出件数は増加傾向にあり、平成19年には3000件を超えた。ただし、がん登録のDCO (Death certificated only : 死亡票により登録されたがん症例で登録精度の指標。値が大きいほど精度が悪い) は25~50% (平成15年は45.3%) とその年によりばらつきがあるなど、より精度の高いがん登録の推進が求められている。

2. 高知県のがん対策推進計画について

2.1. がん対策推進条例

高知県は全国でも早期に、高知県がん対策推進条例 (平成19年4月1日施行) を策定した。がん対策推進計画の策定予定時期は平成20年2月頃である。がん

対策推進協議会が設置されており、既に2回開催されている。また、協議会のメンバーに患者およびその家族または遺族を代表する者が3名含まれている。

高知県がん対策推進条例に明記された施設の設置例として、患者による患者のためのがん患者サロン「がん相談センターこうち」が平成19年10月に開設された。高知県が場所を確保し、運営は患者団体に委託されている。活動内容はがんに関する相談だけではなく、がん患者および家族どうしで情報交換ができるサロンも併設されている。がん相談窓口は上記の県設置のもの以外に、がん診療連携拠点病院内に設置されたものがそれぞれ1カ所ずつある。

がんに関する患者団体としては、平成14年12月に患者の遺族が中心となり、高知大学医学部の協力のもと、「部位を問わないがん患者会」として、「一喜会」が設立され、フォーラムの開催など幅広い活動がなされている。

2.2. がん診療連携拠点病院

高知県内のがん診療連携拠点病院は都道府県がん診療連携拠点病院として平成18年8月に高知大学医学部附属病院が、また地域がん診療連携拠点病院としては平成14年8月に県内初のがんセンターとして高知医療センターが指定されている。また、平成20年2月に高知赤十字病院が地域がん診療連携拠点病院の指定を受け、合計3施設となった。3施設とも高知県内の4つの二次保健医療圏のうち中央保健医療圏に位置している。

厚生労働省のがん診療連携拠点病院の整備に関する指針によると「地域がん診療連携拠点病院にあつては、二次医療圏に1カ所程度、また、都道府県がん診療連携拠点病院にあつては都道府県に概ね1カ所整備すること」とあり、残り3つの二次保健医療圏における地域がん診療連携拠点病院については現在整備を進めている段階である。

3. 高知大学医学部附属病院の取り組み

3.1. 高知大学医学部附属病院の概要

昭和56年に高知医科大学医学部附属

病院として設立され、平成 15 年の大学統合により高知大学医学部附属病院となり、平成 16 年には国立大学法人の病院となった。また、高知大学医学部附属病院は県内唯一の医学教育機関でもある。

平成 18 年に設置されたがん治療センター、がんの早期発見に有用な PET センター、周産母子センターといった 3 つのセンター機能を有している。

高知大学医学部附属病院の特徴として、収益力の高さがある。週刊東洋経済（2006 年 10 月 14 日号）では、「附属病院の収益力が高い大学」の全国 1 位に評価されている。また、国立大学法人としては、初めて自己資金調達による PET-CT 診断装置を導入した PET センターを開設するなど経営改善への取り組みが熱心に行われている。

3.2. 専門的ながん医療の提供

都道府県がん診療連携拠点病院としての認定を受けるに伴い、平成 18 年にがん治療センターが設置された。

がん診療連携拠点病院の指定に伴い、外来科学療法室の設置（14 床）や光学医療診療部（内視鏡室）の改善、MRI の導入および PET センターの設置、集束超音波治療装置など先端医療機器の導入がなされている。専門医による化学療法や放射線療法、そして集学的治療がほぼすべてのがん種について実施されている。

緩和ケアについては、緩和ケア病棟は設置されていないが緩和ケアチームは整備されている。チームの構成メンバーは、緩和ケアに携わる医師 1 名、医療心理ケアに携わる医師 1 名、作業療法士 1 名、薬剤師 1 名、看護師各部署計 19 名、栄養士 1 名、医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker, 以下 MSW と略す）1 名の合計 25 名である。

3.3. 地域のがん医療連携体制の構築

地域連携システムとして、高知大学医学部附属病院が窓口となり、高知ヘルスシステムが提唱されている。これは地域医療の一体化や医療施設の機能分化、人事交流などをもとに、限られた医療資源の中で協力・連携することで最大かつ最

良の医療を効率的に提供しようとする地域連携システムである。

具体的には、開放病床（7 床）の運用、FAX およびインターネット申し込みによる初診予約の簡素化、MRI などの医療機器の共同利用などが行われている。

高知がん診療連携協議会は県拠点病院である高知大学医学部附属病院が設置した組織であり、県内の拠点病院、がん診療の中核となる病院、医師会、患者会などが構成員となり、がん医療に関する情報交換や各病院の院内がん登録の分析・評価、県レベルでの研修計画、診療支援医師の派遣調整などを行っている。ここではまた、五大がん（肺がん・胃がん・肝がん・大腸がん・乳がん）などに関する地域連携クリニカルパスの整備も進められている。

3.4. がん情報提供、相談支援の実施

がん相談窓口

地域医療連携室内にて、がん診療相談窓口が平成 17 年に開設された。構成員は医師 2 名（兼任）、看護師 1 名、MSW 6 名、事務 1 名、予約センター 2 名の計 12 名である。地域医療連携室ではがん診療相談窓口の開設以前から患者相談を行っており、その相談内容は年間約 4,000 件であり、もともとその中の約 40% ががん関連の相談であった。病院 HP 上にがん相談窓口の業務内容についての情報が掲載されているが、窓口や外来などにはがん診療相談窓口に関するパンフレットがなく、職員および患者からの要望でパンフレットの作成がなされている。

がん情報の提供資源の一つである院内図書室については、専用の図書室を設置するスペースがないことから、各病棟の談話室に患者さんの図書コーナーを設置して対処している。

がん診療における、セカンドオピニオン外来は平成 17 年に開設された。

院内がん登録については、平成 19 年から新電子カルテシステムとなり、公衆衛生学教室に事務局が設置された。全例登録および地域がん登録への発展が期待される。また、県内医療機関へのがん登録に関する技術支援なども高知大学医学

部附属病院の重要な役割となっている。

「患者さんの声」は平成 16 年から院内に設置してあるご意見箱に寄せられた投書に対する病院からの回答を掲載している。これは平成 18 年に発足した「病院機能改善ひまわりプロジェクト」という病院長直属のプロジェクトの一部として実施されているものである。ここにはがん相談診療窓口に関するものも寄せられており、病院からの回答が HP 上に掲載されるとともに相談窓口におけるサービス向上へと活用されている。「患者さんの声」は患者からの要望をくみ上げることで、一方通行となりがちな医療のコミュニケーションをはかるとともに、医療の質改善に大きな役割を果たしている。

4. 高知医療センターの取り組み

4.1. 高知医療センターの概要

高知医療センターは平成 17 年に前身の高知県立中央病院と高知市立市民病院を統合し、県下の基幹病院として新たに整備された病院である。高知県で初めて設置されたがんセンター、循環器病センター、地域医療センター、救命救急センター、総合周産期母子医療センターといった 5 つのセンター機能を有している。

高知医療センターの特徴として、病院経営の民営化がある。総務省指導のもと、自治体病院における厳しい経営状況から、経営効率化等のために、病院建設から運営までを民間委託する PFI を全国に先駆けて導入した。しかし、現実には、経営状況だけをみれば経常収支は赤字である。

4.2. 専門的ながん医療の提供

高知県で初めて設置された「がんセンター」には、がんを診断し治療する診療科のすべてが所属し、横断的な連携を持ち、かつ集学的治療が行われている。

外来化学療法室の整備拡充も行われている。外来ケアルーム内に 24 床を有し、その内リクライニングソファが 6 床を占めている。患者の呼び出しは PHS にて行っているため、治療待機中の患者の自由度は高い。構成員は県内唯一の（2007 年 4 月 1 日現在）がん薬物療法専門医をはじめ 2 名の専任医師と 1 名の

専任薬剤師が所属している。またがん専門看護師を中心とし、6 名の看護スタッフが在籍している。また、臨床試験管理センターも設置され、治験コーディネーター（CRC）を始め各スタッフが連携している。

緩和ケアについては、緩和ケア病棟はないが、緩和ケアチームが設置されている。チームの構成スタッフは緩和ケアに携わる医師 1 名、医療心理ケアに携わる医師 1 名、がん専門看護師 1 名であり、必要に応じて薬剤師、栄養士、MSW などにもチームの一員として参加してもらっている。これらのチームが主治医および病棟看護師らと協力して対応している。なお、緩和ケアチームへの IVR 専門医の参加など再編・拡充は順次進められつつある。緩和ケア外来については体制が整い次第開設の予定である。

4.3. 地域のがん医療連携体制の構築

地域医療連携および患者連携として、がん関連の院内勉強会を周辺地域医療者へ公開したり、地域がん診療連携拠点病院公開講座の定期的な開催を実施している。

高知医療センターの 5 つのセンター機能の一つとして「地域医療センター」があり、地域医療連携室とまごころ窓口が開設されている。地域医療連携室は医療連携の窓口として開かれており、紹介患者の受付や開放病床の利用、医療機器の共同利用、合同症例検討会、講習会・研修会の公開などが行われている。また、地域医療連携の新しい試みとして、なっとくパスが運用されており、患者が持つパス手帳を基盤に 9 疾患のなっとくパスにより診療連携を行っている。

当センターは地域医療連携のなかでも、へき地医療支援について重要な役割を果たしている。当センターが中心となった高知県へき地医療支援機構には、県内のへき地診療所とへき地医療拠点病院を結ぶブロードバンド網があり、多地点遠隔テレビ web 会議を利用した症例検討会や遠隔画像伝送による画像診断などによる支援が行われている。

救命救急センターの有するヘリコプタ

一搭乗救急医療もへき地医療支援として重要であり、年間約 220 回の搬送回数と県内全域 30 分以内での搬送実績がある。山間部の多い高知県においては搬送時間が 60 分以上かかる地域もあることから、地理的格差の是正に役立っている。

4.4. がん情報提供、相談支援の実施

がん相談窓口は医療相談室まごころ窓口内に開設され、がん専門看護師 2 名を中心にがんセンター関連医師、MSW などで相談を受けている。なお、電話相談についても 1 件 20 分を目安に実施している。

地域への情報発信の一つとして、県民および患者やその家族、医療関係者むけに、県内各地において公開講座を 2, 3 ヶ月に 1 度のペースで開催している。

院内への情報提供として、なるほどライブラリが設置されており、一般図書や医学書など多くの蔵書がある。患者貸出用に分かりやすい医学書など約 500 冊や患者教育用ビデオ・DVD など整備されており、製薬会社提供のパンフレットやインターネット端末（5 台）による良質ながん情報閲覧サービスが行われている。また、病棟への図書巡回サービスも行われている。

セカンドオピニオン相談外来は 2 名の医師が担当している。

地域がん登録に引き続き、2007 年から院内がん登録が開始され、院内で診療を行った各種がん情報関連のデータを病院の HP で順次公開している。

「患者さんからの声」の窓口としてはまごころ窓口が設けられており、「患者さんの苦情は宝物」として、苦情や要望などについて、病院長自らが回答を書き、1 階外来受付窓口の前に掲示している。

その他、医療情報提供の特徴として、高知医療センターは病院 HP およびパンフレットなどが非常に充実していることがあげられる。

D. 考察

高知県におけるがん医療の現状に即したがん診療連携拠点病院の役割として、最も重要な点は、医療の地域格差是正で

ある。山間部が多く、東西に長い地理的条件や人口および医療資源の過疎と過密が深刻であり、限られた資源で最良の医療を効率的に提供するためには地域連携が最重要課題となる。二次保健医療圏に少なくとも 1 つの地域がん診療連携拠点病院を設置するというのが理想であるが、高知県の財政状況や医療資源の偏在状況では非常に難しく、現状に即さない面がある。したがって、4 つの二次保健医療圏すべてに拠点病院を設置するのではなく、高知県へき地医療支援機構のブロードバンド網の拡充を推進することにより、医療の均てん化をはかるべきであると考ええる。

医療連携システムとして、高知大学医学部附属病院は「高知ヘルスシステム」を、高知医療センターは「高知県へき地医療支援機構」を提唱しており、両者が独立して運営されているように思われるため、今後の連携が望まれる。

地域がん診療連携拠点病院は、周辺医療圏域からの患者の動向を考慮し、機能の強化・拡充と他の保健医療圏域の医療機関との連携体制の強化が必要である。他の保健医療圏域の医療機関ではとりわけ放射線治療、ひいては集学的治療に関わる専門医等の配置が少ないことから専門医の確保や育成が必要である。また、専門医の不足に伴い、セカンドオピニオン外来の充実も重要な課題の一つとなる。がん情報提供としては、院内がん登録が整備されて間もないことから、院内のがん関連情報の公開が不十分であり、その充実が望まれる。

在宅終末期医療への取り組みはまだ十分ではなく、緩和ケアチームの充実における緩和ケア外来の開設や山間部における訪問看護ステーションおよび在宅療養支援診療所の充足とへき地支援病院との連携体制の強化が重要である。また、在宅医療に必要な医薬品の供給確保のために薬局の機能強化や県による在宅医療に必要な医療機器の供給体制の確保も必要であり、それらとの連携やそれらに関する患者等への情報提供が拠点病院に求められる。

E. 結論

1 保健医療圏に1がん診療連携拠点病院という構想は理想であるが、へき地を抱える地方においては実現が難しいのが現状であり、それに代わる医療システムを構築することが望まれる。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 文献

- 1) “平成17年国勢調査”, 総務省統計局,
(<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2005/youkei/index.htm>), (参照 2008-02-27).
- 2) “統計でみる都道府県のすがた 2007”, 総務省統計局,
(<http://www.stat.go.jp/data/ssds/5a.htm>), (参照 2008-02-20).
- 3) “平成17年医療施設(静態・動態)調査・病院報告”, 厚生労働省,
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/05/index.html>), (参照 2008-02-27).
- 4) “平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査報告”, 厚生労働省,
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-18.html>), (参照 2008-02-27).
- 5) 高知県 HP,
(<http://www.pref.kochi.jp/>), (参照 2008-02-27).
- 6) 国立がんセンターがん対策情報センター HP,
(<http://ganjoho.ncc.go.jp/public/index.html>), (参照 2008-02-27).

7) 高知医療センター HP,
(<http://www2.khsc.or.jp/>), (参照 2008-02-27).

8) 高知大学医学部附属病院 HP,
(<http://www.kochi-ms.ac.jp/~hsptl/index.shtml>), (参照 2008-02-27).

9) 高知がん患者会「一喜会」 HP,
(<http://www.ikkikai.i-tosa.com/>), (参照 2008-02-27).

患者支援における首都圏私立大学病院のとりくみ

研究協力者 杉田 塩（大阪大学大学院医学系研究科）
主任研究者 大野ゆう子（大阪大学大学院医学系研究科・教授）

研究要旨

東京都には 13 の特定機能病院があり、その内私立大学病院 10、がん診療連携拠点病院は日本大学医学部附属板橋病院の 1 施設である。しかしながら、がん診療連携拠点病院でない病院であっても、高度の医療を提供する特定機能病院においては、専門スタッフの配置も充実しており、既にごん診療連携拠点病院と同様の機能を携えている施設もあるものと考えられる。本研究では東京都下の特定機能病院である私立大学病院のうち、特にごん診療連携拠点病院の重要な指定用件とされている緩和ケアチームの設置や相談支援体制の整備及び院内がん登録の実施などについて公表されていた 4 病院を中心にがん診療の取り組みについて広報誌、ホームページ、パンフレット、地域事業などの一般的に公開されている情報から実情の把握を行った。

がん研究の発展は大学病院としての役割であり、東京都保健医療計画において研究の充実は目標となっていることもあり、院内がん登録の推進をするなど、各大学病院ともに積極的に取り組まれている。同時にごん医療を担うがん専門医師、がん専門看護師、がん専門薬剤師、医学物理士などの専門家育成プロジェクトも徐々に立案されている状況である。4 病院以外の私立大学病院については、腫瘍センターなどのセンター化がされていない病院でも緩和ケアチームの配置や、キャンサーボードの設置、院内にて専門・認定看護師が活動している現状がある。さらに、どの私立大学病院においてもセカンドオピニオン外来は設置されていた。

A. 研究目的

東京都は、がん対策基本法の趣旨を踏まえ、がんの予防から治療及び療養生活の質の向上に到るまでの都における総合的な計画として「東京都がん対策推進計画」を策定し、平成 20 年 4 月に新たな整備指針に基づく「がん診療連携拠点病院」の整備を行うとしている。また、拠点病院の整備に加え、拠点病院と同等の診療機能を有する病院を都独自に「東京都認定がん診療病院」として認定する制度を創設し、両病院群を中心に、集学的治療の実施など高度ながん医療の提供を目指している。

東京都には 13 の特定機能病院があり、その内私立大学病院 10、がん診療連携拠点病院は日本大学医学部附属板橋病院の

1 施設である。しかしながら、がん診療連携拠点病院でない病院であっても、高度の医療を提供する特定機能病院においては、専門スタッフの配置も充実しており、既にごん診療連携拠点病院と同様の機能を携えている施設もあるものと考えられる。

B. 研究方法

東京都下の特定機能病院である私立大学病院における取り組みについて、広報誌、ホームページ、パンフレット、地域事業などの一般的に公開されている情報から実情の把握を行った。

（倫理的配慮）

本研究においては特に倫理的配慮を要する調査・操作は行わない。

C. 研究結果及び考察

がん診療連携拠点病院の重要な指定要件とされている緩和ケアチームの設置や相談支援体制の整備及び院内がん登録の実施などについて公表されている病院は日本大学医学部附属板橋病院、順天堂大学医学部附属順天堂医院、帝京大学医学部附属病院、日本医科大学付属病院の4病院だった。

1) 日本大学医学部附属板橋病院の取り組み

地域がん診療連携拠点病院であり、それに見合ったがん診療体制と実績があり組織の整備がなされている。同時に患者向けに分かりやすい情報提供がなされている。

腫瘍センターは、平成19年4月1日に「がんの治癒率の向上およびがん医療の質の向上をより一層図る事」を目的として設置されており、特に抗がん剤による薬物療法（化学療法）を中心に行うとしている。そして、地域のがん悩む患者に、最良の治療と、精神的な安心提供を最大の目的とし、地域の病院でも同様の診療をうけられるよう、最新のがん治療を提供する連携体制をも整えることを謳っている。腫瘍センターのメンバーとしては、医師や専任薬剤師、専任看護師に加えて臨床心理士や心療内科スタッフ、東洋医学科スタッフも配置されている。

がん相談支援センターでは、平日は終日無料で電話相談ができ、がん精通する専門スタッフが対応している。また完全予約制の緩和ケア外来が設置されている。さらに、地域の医療機関の医師に対する電話問い合わせとしてテレフオンサービスを行っていることは特徴である。地域の医療機関との連携に積極的であり、地域のかかりつけ医を交えてカンファレンス等を行うなど、地域医療機関への診療支援や病病連携、病診連携の体制を整えている。

2) 順天堂大学医学部附属順天堂医院の取り組み

平成19年9月18日にがん治療センターを開設した。がん治療センターでは主に診療・患者相談室予約外来、外来化学

療法、緩和ケア、がん登録の機能を担っている。外来診察時間は30分程度で予約料金10,500円（税込）となっている。化学療法室はベッド6床とリクライニングベッド14床を有しており、患者数は1月あたり700名を越えている。緩和ケアチームは麻酔科ペインクリニック医師、メンタルクリニック医師、緩和ケア認定看護師と非常勤の心理士で構成されている。がん治療センターは、看護スタッフも充実しており、がん専門看護師、緩和ケア認定看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師の配置がされている。また病院内の小児看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師と連携がとられている。

一方、病理腫瘍学教授が担当するがん哲学外来や患者向けの公開講座などの新しい試みも積極的に行っている。さらにがん患者・家族と医療従事者が気軽に話し合える参加費無料のがん茶論（さろん）などの取り組みも試みられている。

医療従事者向けの事業も頻回に開催されている。順天堂緩和ケア研究会（月1回開催）、第1回がん生涯教育センター国際シンポジウム（2008/02/20開催）、第1回お茶の水メディカルタウン研究会（2008/02/29開催）など新しい企画が紹介されている。

教育に関しては、文部科学省平成19年度「がんプロフェッショナル養成プラン」採択「実践的・横断的がん生涯教育センターの創設」により東京理科大学、明治薬科大学、立教大学、新潟大学、癌研有明病院、国立がんセンター、静岡県立静岡がんセンターなどと連携をして医学生・研修医教育、放射線療法・化学療法・緩和ケア等の専門医、がん専門看護師、がん専門薬剤師、医学物理士、がんネゴシエーター、がんコーディネーター等のがんに特化した医療人材の養成を計画している。

3) 帝京大学医学部附属病院の取り組み

がん対策基本法の制定を機に、病院を挙げて積極的ながん診療に取り組むため、平成19年4月にその中心的な役割を担う腫瘍センターが発足した。腫瘍センタ

一は緩和ケア、化学療法室、がん相談支援室、がんセカンドオピニオン外来、院内がん登録、臨床研究治験などの機能がある。緩和ケアチームは麻酔科医をリーダーとして外科、精神科の医師、看護師のほかに薬剤師やソーシャルワーカーが加わっている。がん相談支援室には専任の看護師、ソーシャルワーカーが配置されており、相談は無料で行われている。がんセカンドオピニオン外来は、他院の患者を対象として開設されており、料金は30分以内15,750円(税込み)、30分を超えた場合は10分以内2,100円(税込み)となっている。なお、院内がん登録は専任診療情報管理士2名が配置されている。

4) 日本医科大学付属病院の取り組み

腫瘍治療センターは高度な診断治療技術と精神的なケアなどの全人的な対応により、質の高いがん集学的治療を実践するとして開設された。関係組織としては、がん相談支援センター・ふれあい相談室や緩和ケアチーム、腫瘍治療センター、病理外来などが存在する。

がん相談支援センター、ふれあい相談室では緩和ケアを含めた「がん」に関するどのような相談もスムーズに対応できるよう専任者が配置されており、院内・外の医療スタッフとの連携などを行う体制が整っている。緩和医療チームは、麻酔科医、精神神経科医、臨床腫瘍医、専門薬剤師、緩和ケアやリエゾン精神専門看護師、臨床心理士などがチームを形成している。

入院施設としては腫瘍治療センター病棟が存在し、入院期間は2～3週間程度で退院後も外来で治療を継続することにより入院待ち期間の短縮を図っている。

また特徴としては、60分21,000円(税込み)で日本病理学会認定病理専門医が病理診断結果について説明する病理外来が設置されていることがあげられる。

E. 結論

以上4病院については、例外なくホームページのトップページに「がん診療連携拠点病院」(日本大学医学部附属板橋病院)、「がん治療センター」(順天堂大学医

学部附属順天堂医院)、「がん診療への取り組み」(帝京大学医学部附属病院)、「がん診療体制」(日本医科大学付属病院)と紹介のページを展開している。

また、どの病院においてもカンサーボードの設置がされていた。これは特定機能病院の特徴である、高度な医療を提供する各領域の専門医の横の連携を強化する仕組みであり、各領域の専門医が最新の技術と知恵を出し合い、包括的に様々な角度から診療を行い、評価、発展させる体制となっている。

がん研究の発展は大学病院としての当然の役割であり、東京都保健医療計画においても研究の充実が目標となっていることもあり、院内がん登録の推進をするなど、各大学病院ともに積極的に取り組まれている。同時にがん医療を担うがん専門医師、がん専門看護師、がん専門薬剤師、医学物理士などの専門家育成プロジェクトも徐々に立案されている状況である。

4 病院以外の私立大学病院については、腫瘍センターなどのセンター化がされていない病院においても緩和ケアチームが配置されていたり、カンサーボードの設置、院内に専門・認定看護師が活動しているなどの現状がある。

さらに、どの私立大学病院においてもセカンドオピニオン外来は設置されていた。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. URL

1. http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/gankyougikai/files/1_3.pdf
2. <http://www.metro.tokyo.jp/INET/BOSHU/2007/12/DATA/22hcp301.pdf>
3. <http://www.med.nihon-u.ac.jp/hospital/itabashi/topics/20070416223052.html>
4. <http://www.juntendo.ac.jp/hospital/cancer/index.html>
5. <http://www.juntendo.ac.jp/graduate/laboratory/labo/cancer/index.html>
6. <http://www.med.teikyo-u.ac.jp/~kyoten/>
7. <http://hosp.nms.ac.jp/base/>

Ⅱ－4. 緩和ケアに関する研究

緩和ケア病棟における療養環境整備のための基礎的研究 —利用者に配慮した設計、療養に適した環境とは—

分担研究者 鈴木 珠水（群馬パース大学保健科学部）
研究協力者 馬醫世志子（群馬パース大学保健科学部）

研究要旨

緩和ケア病棟の細やかな配慮を調査するため、A病院の緩和ケア病棟の実態調査を行い、以下の知見を得た。

1. 間接照明や自然光の明かりを取り入れる工夫がなされていた。
2. 個室では、酸素、吸引、プラグ差込口など隠れるようになっており、より在宅に近い療養環境を整備していた。
3. 大部屋では、個室的多床室も整備され、個室的な環境であるが大部屋のよさも残す工夫がなされており、個別ニーズに対応できる環境であった。
4. 洗面台には洗面用具置き場が作り置かれ、整理面と衛生面での配慮があった。
5. 廊下には椅子が配置され、窓も大きく整備されていた。
6. 談話室、食堂など、パブリックスペースが充実しており、必要時に交流が図れ、孤立をしないような配慮がなされていた。
7. トイレは様々な工夫がなされ、個別性に対応していた。
8. 入浴設備は、様々な状態の利用者に質の高い入浴サービスを提供しようという姿勢が見られた。
9. プライベートガーデンや温室などで、リラクゼーションが図れるよう工夫されていた。
10. 病棟毎のコンセプトカラーで統一感を出し、シンボリックなモチーフを配し、療養環境に色彩を添えていた。

A. 研究目的

WHO：世界保健機関（2002）は緩和ケア：**palliative care** を次のように定義している。「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題（病的状態から派生する様々な不都合）に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より、疼痛、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、**quality of life**（生活の質、生命の質）を改善するためのアプローチである」

緩和ケア病棟：**palliative care unit**（以下 **PCU**）は、癒しの環境でなければならない。利用者の人間性及び個性が尊重され、利用者向けの規制が緩和され、安全性が保たれ、利用者に優しいユニバーサルデザインが必要である。また、求め

たい情報が提供され、ゆとりがあり緑がある明るい療養環境でなければならない。

トータルペインやスピリチュアルペインが軽減されるには、その人の生きている意味をフィードバックし、最後を迎えられるような場を用意することが必要で、これは医療者として必要な視点である。

1990年、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ようになり、2000年 81施設、1497床、2005年 153施設 2890床と増加している。

特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会 <http://www.hpcj.org/>によると、2008年2月現在で、**PCU**（緩和ケア病棟入院料届出受理施設）は合計 **179施設 3443床**で増加しているが、今後はその施設の提供する緩和ケアの特性と役割の明

確化が求められる。

看護師の意見を取り入れて作られた緩和ケア病棟を通して、利用者に対する配慮を実態把握し、今後の施設環境のために基礎的な指針を得ることを研究目的とする。

B. 研究方法

緩和ケア病棟の細やかな配慮を調査するため、看護師の意見を取り入れ、利用者にとって癒しの療養環境を整備したA病院の緩和ケア病棟の実態調査を行い、また看護師長に聞き取り調査を行う。

分析方法

写真をもとに分析し、緩和ケア病棟の療養環境における配慮に対し記述分析を行う。

またその根拠となる写真を添付する。

倫理面への配慮

事前にA病院に対して研究目的を説明し理解を得、外来診療時間終了後、緩和ケア病棟の細やかな配慮がなされている部分について主として準備段階の病棟部分において取材すること、利用者及び利用者家族が写らないよう配慮することなどの条件下で調査を行った。

C. 研究結果

I 施設概要

対象施設は、がん治療を専門とする病院で、施設概要は表1のとおりである。

II 療養環境

1. 照明(写真資料no1-4)

療養環境の中で大切な位置づけを持つのは「照明」である。A病院では、自然光の明かりを取り入れる工夫(写真1)がなされており、ホテルのようなシャンデリアの上も青空が見える明り取りが設計されていた(写真2)。

エレベーターホール前は、PCUのある階に限らず間接照明を用いてやわらかい優しい光を演出していた(写真3)。

また直接光が眼に入らないようにシェードと白熱灯の組み合わせも用いられていた(写真4)。

2. ナースステーション(写真資料no5)

ナースステーションのエントランスは、

利用者に向かう看護師に、乱れた姿で向かわせないために、看護部長の配慮で柱に姿見の鏡が設置されていた。

療養上の世話、特に入浴介助などの後の看護師は汗をかき、髪の毛が乱れてしまう。それはケア提供のときはいたしかたないが、いったんナースステーションに戻り、新たな気持ちで鏡に向かい、整容してベッドサイドに向かうという、利用者に対しての配慮がなされていた。

3. 居室

1) 個室(写真資料no6-10)

PCUの個室環境はあらゆる場所から病院色を抜くように配慮されていた。

処置などのときに用いられるカーテンは、自宅にはないものであるのも、目的以外のときは収納するという配慮がなされていた(写真6)。

ベッド周囲の頭上のパネルはすっきりとしていて、酸素や吸引、コンセントなどは隠れるようになっており、必要時扉を開く形で用いることができる(写真8)。その横のスペースもデッドスペースにしないよう工夫され、物入れとして使用できるようになっていた(写真9)。

個室の洗面所は、間接照明、歯磨きや石鹸などを収納できる作り付けの棚(すり硝子の扉で中が丸見えにならない工夫あり)、使いやすいアーチ型の蛇口、車椅子でも使用できるよう洗面台の下部は空いている状態になっていた(写真10)。

2) 大部屋(写真資料no11-13)

大部屋は、個室的多床室の工夫がなされていた(写真11)。ベッド横に配置されている引き出しやテレビ台などが一体となってパーティションの役割をしていた(写真12)。写真11だと利用者は左向きでテレビを見ることになるが、液晶テレビなのでコードを伸ばすなどの工夫ができるようになっている。麻痺のある利用者に対しては、どちら側にパーティションが来るほうが便利か査定してベッドを決定することが可能で、特に酸素・吸引などを用いなければベッドの向きを逆にすることも可能である。

褥瘡などがあって、体位変換をする場合は、個室的多床室型の部屋ではなく、

家具が動かせるタイプの部屋（写真13）も用意されていた。これは人工呼吸器などの大きな機械をベッドサイドに入れるときにも有用であると考えられる。PCU内には、様々なニーズに対応したいろいろな型の部屋が整備されていた。

3) ソファ（写真資料no14）

一見するとソファであるが、リクライニングができ、フルフラットにして2つ重ねると簡易ベッドになるものがベッドサイドに用意されていた。家族が少しの間仮眠したいときに有用と考える。

4) 洗面台と洗面用具置き場（写真資料no15）

個室的多床室の共用洗面台横には作り付けの棚が4つ用意されており、すり硝子の扉の左上に1から4まで番号があり、ベッドの位置によって使う扉が決まっていた。これがあることによって、オーバーテーブルの上に放置したままになりがちな歯ブラシやコップ、入れ歯入れなどが整理される。また洗面台部分に乱雑に物は置かれることを防いでおり、衛生的にも配慮されていた。また、大きい鏡は姿見としての役目も果たし機能的であった。

4. 共用洗面所（写真資料no16）

大きめの鏡と、アーチ型の蛇口で洗面所が多数用意されていた。利用者が待たずに利用できる配慮が見受けられた。

5. 廊下（写真資料no17-21）

廊下は間接照明のやわらかい明かりで直接光が眼に入らないように工夫され、明るすぎず暗すぎない。談話室までは遠いが、ちょっと座りたいというときに嬉しいのが廊下の椅子と机である（写真17-18）。腰高窓から見えるのは建物の中央が吹き抜け（写真21）になっていて、光を取り込む配慮がなされていた。

廊下の壁面には、排便介助などのときに用いるディスプレイブルビニルエプロンが通常には見えないような作り付けになっていた（写真19）。病棟以外の廊下にもベンチが置かれていた（写真20）。

6. 居室以外のスペース

1) 談話室（写真資料no22-23）

小さな談話室が病棟の南側に配され、家族や友人、親類が集まるのにも大きすぎず小さすぎない大きさであった。段差室のエントランス上には、手のひらと手のひらを重ね合わせるモチーフが配され、交流や人の温かさ、支えあうことなどをシンボリックに表現していた（写真22）。

2) 食堂・談話室（写真資料no24-25）

パフォーマンスステータスの良い方は、食堂で食事を取ることにもできる。この手洗い場所も車椅子が入れるように下部が空いている構造になっていた（写真24）。また、水溜りのような形の机は、車椅子の方や食べこぼしをしてしまう方に最適で、滑らかなカーブを描いている机のへりを体の曲線にぴったりつけることで、隙間を作らず食事ができるようになっていた。

3) キッチン（家族・利用者が調理できる場所）（写真資料no26）

ミニキッチンがあり、安全面に配慮した電磁調理器でちょっとしたものが作れるようになっていた。

7. トイレ・ユニバーサルデザイン（写真資料no27-32）

療養の視点から見ると、トイレ環境はQOLを左右する。トイレ・ユニバーサルデザイン（写真27）は「どなたでもご利用できます」と案内があり、オムツも変えられるというイラストが配され、心を和ませる。

ナースコールや左右に手すりが設置され、ウォシュレットのほかにシャワーヘッドが用意されていた（写真28）。例えば便失禁をしてしまうと、ウォシュレットで洗える範囲を超えて汚染してしまい、臀部全体を洗う必要が生じてくる。手元で水を出したり止めたりできるようなストッパーもついているシャワーヘッド（写真29）は、水圧を上げるために水の出口が狭くなっていた。これにより、普通のシャワーヘッドよりも汚染される面積も小さくなり衛生的である。このようなシャワーヘッドは東南アジアのトイレによくあるが、国内ではまだ標準装備ではなく、いろいろな場面を想定している極めて秀逸な配慮である。自己導尿をし

ている方であれば、このシャワーヘッドでカテーテルを洗っても良いわけである。

左右の手すりの両脇はできれば車椅子が入るだけのスペースがあったほうがよい。脊髄損傷の方であれば、車椅子をトイレ横に止め、トランスファーするからである。しかし、どちら側から移乗するかは、その人の麻痺状態（状態の良い方や利き手の方）で決まるので、左右が空いているのがベターである。ただし、本例では人が立てるだけのスペースがあるので、介助の点では問題ない。

写真30のトイレ向かって左に置かれているものは、伸ばすと簡易ベッドになり（写真31）、オムツだけでなく様々な用途に使える。

ストーマを持った方には嬉しいシンクも用意されていた（写真32）。夜間に使用したしびんを自分で洗うのにも便利である。

8. トイレ・一般（写真資料no33-35）

壁面に小さなフックが作りつけられていた。普段はひっかからないように収納でき、使うときにフックを起こすようになっていて、蓄尿バックやドレナージ類のバッグを床に直接おかずに引っ掛けるような目的で使用できる。小さなかばんならここにひっかけてもよい。また、手すりもこの位置にあると、自己導尿のリユーズブルタイプのフックがここに引っ掛けられて便利である。

9. 入浴設備

1) 介助浴室（写真資料no36-37）

一部介助で入浴できる方にはこのような両サイドが空いている湯船は介助しやすい。両サイドに介助者が立ち、車椅子から支えて湯船に誘導できる。酸素療法を行っている方であれば、労作負荷がかかると呼吸困難感がなくても呼吸数が上がり、SpO₂は低下するので、酸素を流しながら入浴しなくてはならない。酸素チャンバーの位置も必要以上に酸素カニューレが長くならず、延長カニューレを足さなくても間に合う位置についている。

2) 機械浴室（写真資料no38-40）

機械浴室は、広いため寸前まで誰かが

使用していなければとても寒い。それらに配慮したのが天井に配されたパネルヒーター（写真38-39）である。この位置は絶妙で、機械浴では、寝たままの状態であるので体の前面が浮いてしまう人もおり、お湯につからない部分はどうしても寒くなってしまう。これに対しての配慮の意味もある。また、座位のまま入れる機械浴（写真40）も用意され、状態に応じて使い分けられるようになっていた。

3) 病院大風呂（写真資料no41-42）

院内に大風呂があり、歩ける方はここに入りに来ることもできる。銭湯のようであるが（写真41）下に階段で下がるように湯船に入れる。湯船に入るのに足を持ち上げて乗り越えていくようなタイプでは容易ではないことを配慮してあった。高齢の方も腰の上げ下げが容易なように、高めのチェアとその高さに対応してカランがつけられていた（写真42）。カランの下に桶を置く場所もあり、工夫されていた。

4) 病棟一般浴室（写真資料no43）

病棟の一般浴室は、自宅マンションの浴室のようであり、コンパクトにまとまっていて落ち着く。ボディイメージの変化や、皆と同じ湯に浸かるのは苦手であるという方もいるので、その都度お湯を溜められるのはニーズに対応している。

5) 病棟シャワー室（写真資料no44）

両壁面まで両手をのばさずともついてしまうシャワー室は、狭いという印象も与えるが、ふらついたときに壁に寄りかけられる利点がある。狭いためすぐ温まるし、ちょっと汗を流すだけの人もいるため有用である。ただ、呼吸苦などがある場合は、換気扇を回すなどの工夫が必要である。

10. 専用庭（写真資料no45）

PCU専用ガーデンである。中央にオブジェが配され、心を和ませるだけでなく、同心円上に囲いがあるため、ここに腰を下ろすことも可能である。西側にあるため、写真撮影時は夕日が落ちていくのが見え、南側には街を一望できるロケーションであった。

11. 温室 (写真資料no46-47)

肌寒い季節や気候、雨の日、また状態によって外に出られない方にも、太陽の光や自然を感じてもらおう工夫が温室である。専用庭に直結しており、ガラス張りできているため、外にいるような感覚になれる。

12. 洗濯室 (写真資料no48)

更衣した服を、家族が家に持ち帰り洗濯することが困難な家庭もある。また自分で洗濯したい方もおられる。このように台数が用意されていると、前の人の洗濯が終わらなくて待っているという状況は少ないと考えられる。なお、衣類乾燥機は通常高い位置に設置されており、届かない人もいる。そのためにここでは足台が用意されており、行き届いた配慮がなされていた。

13. 色彩の配慮 (写真資料no49-50)

病棟ごとにコンセプトカラーが決まっていた。降りる階数を間違えそうになっても、色の違いで「違うところにいる」と気がつける方が多いとのことである。エレベーターホールの病棟案内版のコンセプトカラーと写真が、その病棟イメージになっており、ナースステーションのエントランスもこの色が配されていて統一感を出している。

D. 考察

1. 療養環境に資する建築

近年、療養環境にようやく関心がもたれるようになり、療養環境を整えることはそこに療養する人の心と体をキュア・ケアすることを意味する。

設計者は何を目指して建築を作っているのかに対して中山¹⁾は「建設関係者は多岐に渡り、工事現場で建物を作り職人とそれを束ねる管理者、構造的安全性や効率性を求める構造設計者や、空調・照明などの設備を計画する設備設計者の場合、その目標は、建築とは床・壁・天井・屋根の創作であり、環境(気温・明るさ・水)をコントロールする技術の導入である。一方、いわゆる意匠設計者(おそらくほとんどの病院関係者が直接関わる建

築技術者)は、建築内、時に外部で行われるさまざまな活動(患者の療養や医療者のケアなど)を入れる器としての「空間」と、活動の連続性を担保する「空間のまとまり」、また時にはそこで行われる「活動プログラム」そのものを創作しているのである。最終目標は、決してコンクリートの美しい壁ではないし、斬新な形の屋根でもないのである」と述べている。

A 病院の PCU は開設準備段階であったが、その療養環境の配慮の実態を調査した折に、生き生きとした利用者が浮かんで来た。トイレで、機械浴室で、談話室で、温室で利用者の方がどのように過ごすが見えるようであった。それは、その配慮が明らかに利用者の個別性を重視して生まれているものだからである。療養環境は美しいだけでも、機能的だけでも不十分で、経験不可能な事柄の真理を考えることはできないというプラグマティズムに基づいていなければいけないと考える。

配慮の随所に看護部長及びブレインたちの意見が盛り込まれているとのことであった。この意見は、数多くの患者を見てきた経験と病院環境設計への問題意識から生まれたものと推察される。

看護部長は、100% 意見が反映されているわけではないが、かなり取り入れてもらえたと話していた。経営トップ陣が看護部長の識見を受け入れたことは、「療養環境が人を癒す」ことを理解し、その機能を充分評価したためと考える。

利用者の意見を統括し、さらにより療養環境づくりをめざすことの重要性を感じた。

2. 個別性に対応できるバリエーションの豊富さ

PCU に入院してくる利用者は、がん患者がほとんどを占めると予想される。この PCU で最期を迎える利用者も多いはずである。自宅で最期を迎えたいが、家族に迷惑をかけたくない、生きる意味はなんだろうか、などのスピリチュアルペインを軽減することは緩和ケアでは重要な課題である。家族や友人などと交流が

でき、迷惑をかけずに自分らしく過ごせる療養環境を整備することは PCU では必須の課題である。

そのためには、様々なバリエーションを考慮した個別性に対応した配慮が必要であるが施設設備において対応することは、特に既設の施設においてはなかなか難しい現状にある。今回実態調査した A 病院では、当初から浴室、病室、トイレなどに複数の型があり、利用者ニーズに応えようとする姿勢が感じられた。

3.PCU にあって自宅にないもの、自宅にあって PCU にないもの

全国的にみて PCU で亡くなる療養者は全がん死亡の約 3%であることを考えると、PCU の緩和ケア理念と技術を在宅活用できるようにする必要がある。また、PCU を限りなく療養者の自宅環境、自宅感覚に近づける努力が必要である。図 1 に、がん患者における PCU と在宅医療の概念図を示した。

PCU の療養環境は整備されつつある。また、緩和ケアの概念も浸透しつつある。在宅においてはがん性疼痛や呼吸困難感のコントロールに加えて、急変時の対応、「家族に迷惑かけたくない」、「生きている意味」などのスピリチュアルペインに対するアプローチ及び、清潔ケア提供時に必要なマンパワーと地域ケアシステムの整備が必要である。

PCU が、療養環境では在宅に学び、在宅に対しては緩和ケア教育支援を行っていく双方向のアプローチが求められている。その意味でも A 病院のような PCU におけるさまざまな試みは大変有効、有意義なものとする。なお、本研究では紹介していないが、A 病院では外来化学療法部門はじめ院内施設についてもさまざまな配慮が為されている。今後、PCU をはじめとして医療機関におけるがん患者生活を研究することにより、患者の安全安楽、介護者の安全安楽を追求した在宅ケア環境提案が可能となると考える。

E. 結論

緩和ケア病棟の細やかな配慮を調査す

るため、A病院の緩和ケア病棟の実態調査を行い、以下の知見を得た。

- 1.間接照明や自然光の明かりを取り入れる工夫がなされていた。
- 2.個室では、酸素、吸引、プラグ差込口など隠れるようになっており、より在宅に近い療養環境を整備していた。
- 3.大部屋では、個室的多床室も整備され、個室的な環境であるが大部屋のよさも残す工夫がなされており、個別ニーズに対応できる環境であった。
- 4.洗面台には洗面用具置き場が作り置かれ、整理面と衛生面での配慮があった。
- 5.廊下には椅子が配置され、窓も大きく整備されていた。
- 6.談話室、食堂など、パブリックスペースが充実しており、必要時に交流が図れ、孤立をしないような配慮がなされていた。
- 7.トイレは様々な工夫がなされ、個別性に対応していた。
- 8.入浴設備は、様々な状態の利用者に質の高い入浴サービスを提供しようという姿勢が見られた。
- 9.プライベートガーデンや温室などで、リラクゼーションが図れるよう工夫されていた。
- 10.病棟毎のコンセプトカラーで統一感を出し、シンボリックなモチーフを配し、療養環境に色彩を添えていた。

F. 研究発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

なし

H. 文献

- 1)中山茂樹(2005). 療養環境に資する病院構築とは, 看護管理, 15(10), 821-827.
- 2)芦沢由紀, 竹宮健司, 上野淳 (2003). 個室型特別養護老人ホームにおける入居者の生活様態とその変容に関する考察, 日本建築学会計画系論文集, 568, 25-31.
- 3)三浦敏明, 竹宮健司, 上野淳 (1999). 高齢入院患者の生活展開の類型とその特性に関する考察 療養環境の変化と高齢

入院患者の生活展開に関する研究，日本建築学会計画系論文集，523，139-145.

4) 宍嶋雷，谷口元（2005）. 病院の療養環境と入院患者の生活展開—個室的多床室病棟と従来型多床室病棟との療養環境の比較研究—，日本建築学会計画系論文集，594，7-15.

5) 室谷珠穂，竹宮健司，上野淳（2002）. 個室的多床室の療養環境評価に関する研究—一般病床・療養病床における評価項目の設定—，日本建築学会大会学術講演梗概集，（北陸），219-220.

6) 松下明美（2005）. 「患者に添う」療養環境を構築するために，看護管理，15（10），809-814.