Akita University

資料：秋田大学保健学専攻紀要19(1)：85－91，2011

英国のセント・ジョセフ・ホスピスにおける理学療法サービス

進　藤　伸　一*

要　　旨

英国のセント・ジョセフ・ホスピスにおける理学療法サービスについて報告する．理学療法士は，セラピー・サービス部門のスタッフとして現在３名勤務している．入院緩和ケア（３病棟48床，現在２病棟オープン）では，病棟の平均入院患者14名のうち５～７名に理学療法を実施している．その内容は，①呼吸ケア，②起居移動の指導，③患者・家族教育，④福祉用具の提供，⑤疼痛緩和の順で多い．また，デイ緩和ケア（週３日オープン）では，午前中（１時間30分）に３～５名に理学療法を実施している．その内容は，①軽度から中等度負荷の機器を用いた運動，②グループ運動，③個別治療（TENS や呼吸ケアなど）である．この他の外来サービスとして，リンパ浮腫に対する複合的理学療法を実施している．理学療法の留意点としては，①死を人間の自然のプロセスとして受け入れる，②病態，症状・障害，治療についての深い理解，③運動機能よりも ADL に焦点をあてる，などが挙げられる．

はじめに

日本においては，理学療法は一般的に生活機能の回復をめざすリハビリテーション技術の一つと考えられているため，生命予後が限られている患者を対象とするホスピス・緩和ケア病棟で実施されることはきわめて少ない．しかし英国では，1970年代からホスピスでも理学療法サービスが積極的に提供されている[1]．その目的は，「生命予後に関わりなく，日常生活活動（ADL）能力や自立の可能性を最大限実現すること，また苦痛な症状からの緩和を援助することで患者の生の質（QOL）を改善すること」[2]とされている．日本でも，2006年のがん対策基本法制定以降，緩和ケアに対する関心が高まっており，今後，緩和ケアにおいてもリハビリテーション技術の導入が進むと考えられる．

英国のホスピスについては，これまでいろいろ紹介[3-5]されてきたが，ホスピスで提供されているリハビリテーション技術の１つとしての理学療法サービスの実際については，ほとんど知られていない．

本稿では，筆者が一昨年，客員研究員として滞在した英国のセント・ジョセフ・ホスピスの理学療法サービスの実際と，理学療法実施上の留意点について報告したい．

Ⅰ．セント・ジョセフ・ホスピスの概要

１．歴　　史

セント・ジョセフ・ホスピスは，1905年にロンドンに創設された英国で最初のホスピスである．設立したのは，アイルランドの修道会から派遣された５人の修道女であった．当時，ホスピスの主な対象者は，医療や看護を受けることのできない貧民たちであったことから，ホスピスはロンドンの貧民地区ハックニーに建てられた[6]．

現代ホスピスの創始者シシリー・ソンダースは，1958年から1965年までセント・ジョセフ・ホスピスの専任医師として働き，ここでの経験と研究から生まれた多くのアイデアを，セント・クリストファー・ホスピスでの実践を通して，今日の緩和ケアに体系化したのである[7]．

セント・ジョセフ・ホスピスは，2005年に創立100周年をむかえ，記念事業の一環として100周年記念ビ

＊秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻理学療法学講座

Key Words:　英国
セント・ジョセフ・ホスピス
理学療法サービス

Akita University

図１　セント・ジョセフ・ホスピスの外観

図２　最新の設備が整っている２床室

ルを建設し，その後も継続していた改修工事は昨年でほぼ終了した．

２．施設とスタッフ体制

ホスピスの外観を図１に示す．主要な機能は，手前に見える5階建ての100周年記念ビルに集中している．１階には，デイ緩和ケア・外来部門，セラピー・サービス部門，２階，３階，４階には16床ずつの病棟（計48床）からなる入院緩和ケア部門，５階には管理部門がある．敷地内の他のビルには，在宅緩和ケア部門，教育研修部門，基金募集部門，ボランティア・地域交流部門，ショップ，レストラン，職員宿舎，そして小規模なイングリッシュ・ガーデンがあり，規模としては英国で最も大きいホスピスの１つである[8]．また，大きなチャペルがあって，現在も修道女が敷地内で生活しながら実際のケアに携わっていることも，特徴の１つである．

入院緩和ケア部門は，現在２つの病棟がオープンしている．各病棟は，４床室２部屋，２床室１部屋，個室６部屋の計16床である．図２に，最新の設備が整っている２床室を示す．各病棟のスタッフは，医師３名(コンサルタント医１名，専門医１名，研修医１名)，看護師24名（パートタイム含む)，看護助手23名（パートタイム含む)，事務職員１名，ソーシャルワーカー１名（パートタイム)，ボランテイア１～２名（午前，午後，夕方の一定時間，病棟からの要請により入る）である．

デイ緩和ケア部門は週３日オープンしており，その日の体制はソーシャルワーカー１名，看護師１名，看護助手１名，ボランテイア６名（午前，午後で交代し常時３名入る）である．

在宅緩和ケア部門は３チームあり，各チームに看護師（専門看護師）３～４名，ソーシャルワーカー（パートタイム）と事務職員（パートタイム）がそれぞれ１名で，医師は入院緩和ケア部門と兼任し，週１回の多職種チーム会議に参加して医学的な情報提供を行っている．

これらの各緩和ケア部門全体に関わる部署の１つとして，セラピー・サービス部門がある．ここのスタッフは，理学療法士３名，作業療法士１名，言語聴覚士１名（週２日)，栄養士１名（週１日)，代替・補完療法士（アロマセラピー・マッサージ師など）３名（パートタイム２名含む）である．その他の部署として，主にグリーフケア（悲嘆回復）に携わる心理専門職が３名，スピリチュアル・ケアに携わる聖職者（チャプレン）が３名（パートタイム２名含む）いる．

３．実績と財源

2009年のサービス提供の実績は，入院緩和ケア部門では640名（重複カウント，平均入院期間は約16日）の患者を受け入れ，在宅緩和ケア部門では845名，デイ緩和ケア部門では41名，死後のグリーフケアは316名にサービスを提供している[9]．

これらの緩和ケアサービスは，すべて無料で提供している．これをまかなう財政を収入からみると，2009年は964万ポンド（約12億５千万円）であった．このうち，NHS からの公的資金は51%で，他は寄付やチャリティーショップなどの事業収入である[9]．

Ⅱ．理学療法サービスの実際

１．理学療法室の設備とスタッフ

基本的な設備としては，運動療法室（約50m^2)，個別治療室（代替・補完療法士と共用)，機材収納庫，

Akita University

図３　ベッドサイドで理学療法士が実施している鍼治療

図４　理学療法室での入院患者の起立訓練

そしてスタッフルームである．また病棟には，歩行補助具や簡単な訓練用具を置いている．

理学療法士は常勤で３名勤務しているが，これは世界的に見て最も高い推奨レベルである「入院緩和ケアにおいては10床あたり１名の理学療法士」[10]に相当し，病床あたりで英国では最も多い．理学療法士は，それぞれ２つの病棟とデイ緩和ケア・外来部門の主担当になっているが，休暇を取る場合にはお互いの部署をカバーしあっている．ボランティアは週１回，デイ緩和ケアでのグループ運動に入っている．

勤務時間は８時45分～17時で，９時から職場の打ち合わせ，運動療法室や機器の点検などを行った後，それぞれ次に述べる業務に入る．これらの業務の他，週１回２時間のホスピス全体の勉強会，各種委員会，他部門・ボランティアへの講義などがあり，全体としてはほぼ妥当な業務量と思われた．

２．入院緩和ケアにおける理学療法サービス

１）朝の申し送りと病棟ラウンド

病棟ごとに，９時半から30分間の申し送りが行われる．参加職種は通常，医師，看護師，理学療法士であり，不定期でソーシャルワーカー，作業療法士，言語聴覚士が参加する．内容はおもに，看護師からの前日のトピックスと夜間の状態の報告である．新患の場合は，医師から前日の診察の要約と当面の方針が報告される．ここで，医師，看護師から理学療法が照会されることもあるが，逆に理学療法士から申し出ることもある．

その後，病棟を回るが，照会患者はできるだけ早く評価し，理学療法プログラムを作成する．その他の担当患者は，看護業務，医師の診察と重ならないように，患者の状態に合わせ臨機応変にプログラムを変更しながら実施していく．時間は１人おおよそ15～30分である．患者数は，病棟の平均入院患者14名のうち５名～７名であり，全員に実施しているわけではない．図３に，呼吸困難を訴える患者に対する鍼治療のようすを示す．英国では，鍼治療は理学療法技術の１つとされている．記録は，全職種が病棟のカルテに記載する．

２）理学療法サービスの内容

入院患者の理学療法ニーズに関する調査結果[11]を紹介する．対象は，理学療法が照会された新患40名で，照会先は医師21名（53%），理学療法士の申し出10名（25%），看護職８名（19%），その他1名（３%）であった．

初回評価時に理学療法士が挙げたニーズ（複数回答）は，多い順から QOL 活動（ガーデンへの車椅子散歩など）18%，呼吸ケア18%，起居移動の指導17%，不安の緩和（身体活動に関連）16%，患者・家族教育13%，福祉用具の提供4%，疼痛緩和４%であった．重症例の多い入院緩和ケアにおいては，特に心理・精神面への配慮が求められるため，QOL 活動や不安の緩和が重複カウントされて上位になっているが，理学療法サービスそのもの内容としては，①呼吸ケア，②起居移動の指導，③患者・家族教育，④福祉用具の提供，⑤疼痛緩和の順で多かった．

理学療法は，ベッド上，病室内（トイレ・シャワー室含む），廊下で行われることが多いが，理学療法室に移動しで行う場合もある．図４は，ホスピスの対象疾患でもある運動ニューロン疾患患者が，理学療法室で起立訓練をしているところである．

Akita University

図５　週１回行われる多職種カンファレンス

図６　運動療法室でのデイ緩和ケアのグループ運動

図７　デイ緩和ケアでのアートセラピー

３）多職種カンファレンス

多職種カンファレンスは，病棟ごとに週１回（２時間）開かれる．カンファレンスのようすを図５に示す．参加職種は通常，医師，看護師，理学療法士，作業療法士，臨床心理士で，不定期で言語聴覚士，ソーシャルワーカー，チャプレンが参加する．進行は医師が行う．最初に，この１週間で亡くなった患者１人ひとりについての概要が報告される．グリーフケア担当の臨床心理士は，ここで基本的な情報を得る．その後，入院患者１人ひとりについて検討が行われる．カンファレンスは，毎朝の申し送りとは違った正式な会議であり，医師，看護師，その他の職種からの報告のあと，全体で方針が確認され，記録される．理学療法士は，担当患者の運動機能と介入している症状緩和を中心に報告する．退院調整には，ソーシャルワーカーが大きな役割を果たしている．

３．デイ緩和ケア・外来部門における理学療法サービス

デイ緩和ケア・外来部門の担当理学療法士は，照会患者や地域看護師・理学療法士などからの問い合わせに対する回答，外来患者の時間調整などをしながら，つぎに述べる業務にあたる．

１）デイ緩和ケアにおける理学療法サービス

デイ緩和ケアにおける理学療法サービスは，日本の介護保険で行われているデイケアとほぼ同じ形態で提供されている．現在，デイ緩和ケアは週３日（10時～15時）実施されており，毎回10名前後の患者が参加している．このうち理学療法は，10時30分から12時までの間に，３名～５名の患者に実施されている．担当理学療法士は１名だが，この時間帯は病棟担当の理学療法士も手伝って，複数の理学療法士が関わる．また週１日，ボランティアが入る．

運動療法室では，体力維持を目的とした軽度から中等度負荷の機器を用いた運動とともに，図６のようにグループで行うレクリエーション的な運動を加えて，参加意欲を高める工夫をしている．この他に，疼痛や呼吸困難を訴える患者には，個別治療室で経皮的電気神経刺激（TENS）や呼吸法などの指導も行っている．

また，デイ緩和ケアでは，アロマセラピーなどの代替・補完療法や，図７のようなアートセラピーが提供されており，患者はこうしたサービスにも参加して貴重な時間を大切に過ごしている．

Akita University

表１　緩和ケアにおける理学療法の10のポイント

1．死を人間の自然のプロセスとして受け入れる
2．高いコミュニケーション能力を養う
3．病態、症状・障害、治療について深く理解する
4．早期からの介入を行う
5．運動機能よりも ADL に焦点をあてる
6．苦痛な症状を緩和する
7．患者・家族をエンパワーメントする
8．退院希望者には実際的な退院計画を策定する
9．多職種チームケアに貢献する
10．理学療法士を組織化し養成段階から教育する

2）外来部門における理学療法サービス

現在，外来部門で提供している理学療法サービスは，進行がんによるリンパ浮腫に対する複合的理学療法（complex decongestive physical therapy）である．予約制で，デイ緩和ケアのような移送サービスが利用できないこと，１回の治療時間が長くかかることなどから，対象は必ずしも多くはない．入院していた患者が退院後，外来部門で理学療法を継続する場合は，入院中の担当理学療法士が継続して治療にあたっている．

Ⅲ．緩和ケアにおける理学療法の留意点

筆者は，セント・ジョセフ・ホスピスに滞在中，断続的ではあったが通算４ヶ月間，スタッフとともに実際の理学療法業務に携わることができた．その経験から，緩和ケアにおける理学療法実施上の留意点として，表１に示す10のポイントが考えられた[12]．以下，各項目について簡単に説明する．

1）死を人間の自然のプロセスとして受け入れる

理学療法士は，死が人間の自然のプロセスであることを受け入れ，患者・家族の人生観や信仰，意志決定を尊重し，保健専門職として死にゆく患者に仕えるべきである．理学療法士が死を恐れていれば，患者が死を受け入れる過程に悪影響を及ぼす可能性がある．さらに理学療法士は，「死，それは成長の最終段階」[13]であることを知り，患者や家族から人間的成長の最後の機会を奪ってはならない．

2）高いコミュニケーション能力を養う

患者・家族と保健専門職との良好なコミュニケーションは，疼痛などの苦痛な症状，ADL，精神衛生などを改善することが確認されている．これは理学療法士にもいえることで，患者・家族との良好なコミュニケーションは，理学療法介入の前提条件である．また，他の専門職とのコミュニケーションも，多職種チームアプローチにおいては不可欠である．

3）病態，症状・障害，治療について深く理解する

理学療法士は，患者の病態，症状・障害，治療とその影響について，深く理解していなければならない．これは，リスク管理，理学療法の目標設定とプログラム作成の前提であるが，緩和ケア患者の不安定な病状変化を敏感にとらえ，プログラムの内容を臨機応変に変更するうえでも不可欠である．またこれらの知識は，多職種チームアプローチの基盤となる．

4）早期からの介入を行う

生命を脅かす疾患でも，発症早期では患者の運動機能は比較的保たれているので，この段階から理学療法介入ができれば廃用症候群を予防し，患者の活動性の基礎となる筋力，持久力などを維持するうえで有益と考えられる．また，早期から関わることで患者の情報が蓄積され，より適切な理学療法が可能となる．デイ緩和ケアは，予防的な理学療法介入に適したシステムである[1]．

5）運動機能よりも ADL に焦点をあてる

ADL を維持し，可能なら改善することは，緩和ケアにおける理学療法の最も重要な目標である．緩和ケア患者は，運動機能自体の改善が困難なことが多いため，残存機能を実際の ADL に効果的に活かす視点が重要である．理学療法士は患者や介護者に，痛みが少なく，疲労しにくい起居移動動作の指導（福祉用具の提供を含む）を通して，患者の QOL の改善に貢献できる．

6）苦痛な症状を緩和する

苦痛な症状（疼痛，呼吸困難，リンパ浮腫など）を緩和する薬物によらない方法として，いくつかの理学療法技術がある．温熱・寒冷療法，マッサージ，TENS，排痰法，効率的呼吸法，複合的理学療法，全身調整運動などの適応があり有効な患者には，積極的に用いる[14]．しかし，これらの技術を緩和ケア患者に適用する場合，他の疾患とは異なった配慮が必要であり，熟練した技術が求められる．

Akita University

7）患者・家族をエンパワーメントする

患者の中には，自分でできるのに職員や家族に助けを求める者がいるが，理学療法士が安易に患者の求めに応じていれば，患者はいっそう依存的になる可能性がある．これを避けるため，理学療法士は患者と家族に適切な情報を与え，プログラムの作成と実施にできるだけ患者・家族を参加させるべきである．こうした機会を通して，患者・家族は現実をより正確に認識し，残された人生を自分らしく，主体的に生きぬこうとするのである．

8）退院希望者には実際的な退院計画を策定する

多くの患者は，可能ならば自宅で緩和ケアを受けたいと望んでおり，在宅患者への保健，福祉，緩和ケアサービスも提供されるようになってきている．そのため理学療法士は，チームの一員として退院計画の策定に携わることがあるが，実際的な退院計画を策定するため，患者に同行して行う事前のホーム・エバリエーションは非常に有益である．入院中の理学療法は，退院計画と一体化して進めるべきである．

9）多職種チームケアに貢献する

患者の複雑な問題に対処する緩和ケアにおいて，多職種によるチームアプローチは必須であり，そのために日常的な情報交換や多職種カンファレンスでの意思統一は重要である．理学療法士は，他のチームメンバーから必要な情報を得るとともに，他のメンバーに積極的に情報提供や技術指導をすることで，チームとしてのケアの質の向上に貢献しなければならない．

10）理学療法士を組織化し養成段階から教育する

英国には腫瘍・緩和理学療法士会があり，会員の研修や情報交換などを行っている[1]．日本では，緩和ケアにおける理学療法はまだ一般的ではないが，がん医療に携わる理学療法士は増加していることから，この分野で働く理学療法士を組織化し，研修や情報交換などを行うことは有益と考えられる．また，理学療法士の養成段階でも，今後，がん医療と緩和ケアにおける基本的な理学療法の知識と技術についての教育が望まれる．

おわりに

以上，英国のセント・ジョセフ・ホスピスの理学療法サービスの実際と，理学療法実施上の留意点について述べてきた．人物を特定できる写真については，本人の同意を得て掲載している．

日本では，緩和ケア病棟で理学療法が行われることがあっても，同一組織内の病院に勤務する理学療法士が，依頼によって緩和ケア病棟に出向き，断続的に関わっているのが現状であり，英国とは大きな隔たりがある．しかし，これは理学療法の技術上の問題というより，診療報酬など制度上の違いによるものである．今後，緩和ケアに対する国民の関心が高まり，さらに質の高い緩和ケアを望むようになれば，緩和ケア病棟でもリハビリテーション技術の１つとして理学療法サービスが提供されるようになるものと思われる．そうした時に，本稿で紹介した英国の理学療法サービスの内容が参考となれば幸いである．

文　献

1) 進藤伸一：英国の緩和ケアにおけるリハビリテーションと理学療法の現状．秋田大学保健学専攻紀要18：60-67，2010
2) Association of Chartered Physiotherapists in Oncology and Palliative Care : Guidelines for good practice-Physiotherapy in Oncology and Palliative Care. Chartered Society of Physiotherapy, 1993
3) 近藤克則：「医療費抑制の時代」を超えて．医学書院，2004，pp170-182
4) シシリー・ソンダース，他編（岡村昭彦監訳）：ホスピス－その理念と運動．雲母書房，2006
5) 進藤伸一：英国における緩和ケアサービスの現状－その構造，過程，帰結．秋田大学保健学専攻紀要18：40-47，2010
6) Winslow M, Claek D : St Joseph's Hospice, Hackney, A century of caring in the East End of London. Observatory Publications, 2005
7) シャーリー・ドウブレイ（若林一美，他訳）：ホスピス運動の創始者シシリー・ソンダース．日本看護協会出版会，1989
8) Help the Hospices: Hospice and palliative care directory 2009-2010. Help the Hospice, 2009
9) St Joseph's Hospice : Annual Report and Account. St Joseph's Hospice, 2009
10) Department of Health and Children : Report of the National advisory committee on palliative care. Department of Health and Children, 2001
11) Iqbal N : Inpatients Physiotherapy Audit 2009. St Joseph's Hospice, 2009

Akita University

12) Shindo S : What have I learned from my research and training at St Joseph's Hospice and St Bartholomew's Hospital. St Joseph's Hospice, 2009
13) エリザベス・キュブラー・ロス（鈴木晶訳）：死，それは成長の最終段階―続　死ぬ瞬間．中央公論新社，2001
14) Doyke L, McClure, et al. : The contribution of Physiotherapy to palliative medicine. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3rd ed. Doyle D, Hanks G, et al, Oxford University Press, 2005, pp1050-1056

Physiotherapy services at St Joseph's Hospice in the UK

Shinichi SHINDO*

*Department of Physical therapy, Graduate School of Health Sciences, Akita University

The purpose of this report is to introduce physiotherapy services at St Joseph's Hospice which is the oldest and largest one in the UK. There are three physiotherapists belonging to the Therapy Service Department at the hospice. At present, two wards are operated for inpatient unit palliative care and each ward has 16 beds. Physiotherapy services are provided everyday for 5 to 7 patients with an average of 14 inpatients on each ward. The primary programs are respiratory care, mobility and function, patient and carer education, equipment provision, and pain management. In day palliative care, physiotherapy services are provided three days a week for 3 to 5 patients for one and a half hours. The primary programs are gentle fitness exercise using machines, recreative group exercise, and one on one therapy including TENS, respiratory care, as well as other programs. Complex decongestive physiotherapy service is also provided for a few outpatients.

Some points of physiotherapy in palliative care are as follows : Physiotherapists should perceive that death is a natural process for a human being and that the last stage of life provides an opportunity for patients' personal growth. Physiotherapists have to have a deep understanding of pathology, symptoms, treatments and its effects on life limiting diseases to provide the best physiotherapy intervention. Physiotherapists should focus patients' goals on maintaining and improving patient's functions instead of just treating symptoms and impairments.