

総説

一般病院の緩和ケアの質の確保における緩和ケアチーム専従看護師の役割

三宅織重

昭和大学病院 看護部 緩和ケアセンター

要 旨

緩和ケアは、がん対策基本法でもその充実の必要性が指摘され、がん診療連携拠点病院の指定要件の一つとなった。また、拠点病院の指定要件には、緩和ケアチームに専従の常勤の看護師を1名以上配置することが明記され、緩和ケアチームにおいて看護師の役割が重要であることを示唆している。日本における緩和ケアの現状では、診断早期からの緩和ケアの介入が広がりを見せ、国民の緩和ケアに対する意識や価値観が変化し、一般病院での緩和ケアチームの活動が注目されている。一方緩和ケアにおける課題としては、最期の時を過ごす場の選択において個々人の希望を叶えることが難しい現実にあること、緩和ケアに関する看護師教育の体系化が未整備であることがあげられる。

これらをふまえ、緩和ケアチーム専従看護師の役割は、実践・相談・調整および教育的機能を担うことが期待される。複雑な症状が出現している患者の症状マネジメントを十分に行之、患者に生じている心身の苦悩を敏感に察知し、心身の症状緩和を実践すると同時に、患者が自分に起こっていることを自分の問題として考えることをサポートすること、そして必要時には多職種によるチームの適切な専門家につなぐ役割を担うことである。特に、多様なニーズを持つ緩和ケアを必要とする患者家族に、効果的なケアを提供するためには、病棟看護師たちの実践力を向上していくための緩和ケアチームの専従看護師による、教育的役割を果たすことが重要である。

Key Words : 一般病院、緩和ケア、ターミナルケア、看護の役割、役割

はじめに

がんは全世界の健康上の課題となった。我が国のがんをめぐる現状において、昭和56年より死因の第1位であり、人口動態統計によれば、現在年間30万人以上ががんで亡くなっている。また厚生労働省研究班によれば、生涯のうちにがんにかかる可能性は男性2人に1人、女性3人に1人と推計されている¹⁾。今後ますます高齢化が進行することを踏まえると、その死亡者数は今後も増加していくと推測される。さらに、継続的に医療を受けているがん患者数は142万人程度と推計されているとともに、1年間に新た

にがんにかかるものは、現在約59万人とされている²⁾。このように、がんは、国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている。

がん対策に目を向けると、2007年4月のがん対策基本法およびがん対策推進基本計画の施行に伴い、我が国のがん医療の全国的な均てん化が求められている。今後10年以内にがんの年齢調整死亡率（75歳未満）を20%削減すること、そしてすべてのがん患者・家族の苦痛の軽減およびその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上させること³⁾、を2大目標として掲げている。特に緩和ケアに関しては、がん対策基本法でもその充実の必要性が指摘され、

がん診療連携拠点病院の指定要件の一つとして重要な役割を有している。また、拠点病院の指定要件は2008年4月に改正され、緩和ケアチームに専従の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1名以上配置することが明記された。これは、緩和ケアチームにおいて看護師の役割が重要であることを示唆している。

抗がん剤をはじめとする新規治療薬の進歩や発展は、がんを治したいと願う患者家族に希望を与えている一方で、がんの完治を目指すことは困難であり、高額な治療費を払いながら、がんとうまく付き合っていくこととともに、必ずしも生存期間の延長が患者家族のQOLの向上につながっているわけではないという現実をもたらしている。長期間にわたる治療経過、療養経過の中で、様々な苦悩や苦痛を体験し、多様なニーズを持つ患者家族をどう支えていくのか、患者家族を中心としたチームでのアプローチの必要性が叫ばれている。

2002年の緩和ケア診療加算算定を契機に昭和大学病院（以下、当院）では緩和ケアチームの組織内の位置づけや役割、メンバーが明確となった⁴⁾。現在私は、その緩和ケアチームの専従看護師として活動を始めて1年が経過する。がん対策基本法の策定により、臨床の現場にいても緩和ケアの充実に関する大きな波が押し寄せてきていることを実感する。一般病棟あるいは外来で、化学療法、放射線療法を受けながら生活する患者家族に対する緩和ケアの実践や、一般病棟でがん治療と戦う患者家族を懸命に看護する病棟看護師達の緩和ケアの実践を支えそして見守り、ターミナル期に限らない広義の緩和ケアの重要性を肌で感じながら活動をしている。

本稿では、日本における緩和ケアの現状と課題を踏まえ、当院の緩和ケアチームの取り組みを紹介しながら、一般病棟の緩和ケアチームで活動する看護師の立場から、緩和ケアにおける看護師の役割について言及する。

日本における緩和ケアの現状と課題

1. 国民の最期の時を過ごす場の変化

1951年、人々の死ぬ場所は82.5%が自宅であった。1980年代ごろより、その割合は逆転し、2004年には、

自宅で亡くなる人は12.4%で、病院で亡くなる人は80.5%となっている⁵⁾。1970年代の国民皆保険や医療の急速な進歩により、死を迎える場所も自宅から病院へと変化した。日本ホスピス緩和ケア研究振興財団が平成16年度に行ったホスピス緩和ケアに関する意識調査⁶⁾では、自宅で最期を過ごしたいかとの問いに6割の人々が、「自宅で最期を過ごしたいが現実には難しいと思う」と答えている⁷⁾【図1】。

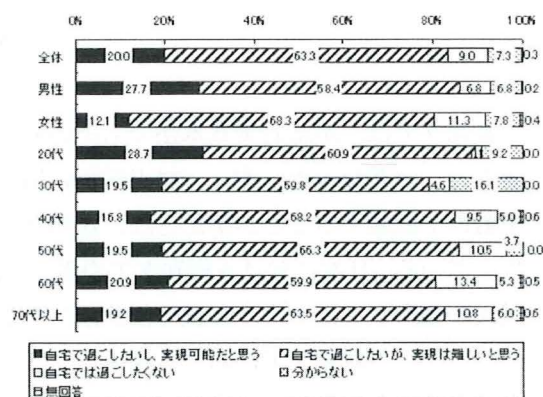


図1 余命が限られているなら、自宅で過ごしたいか（性別、年齢層別）〈引用文献6〉

また、生命の限りを伝えられたときに、自宅で最期を過ごせるために必要な条件として、【図2】のように、介護してくれる家族がいることが6割以上を占め⁸⁾、介護する家族の支援と医療体制の整備が重要な課題となっている。

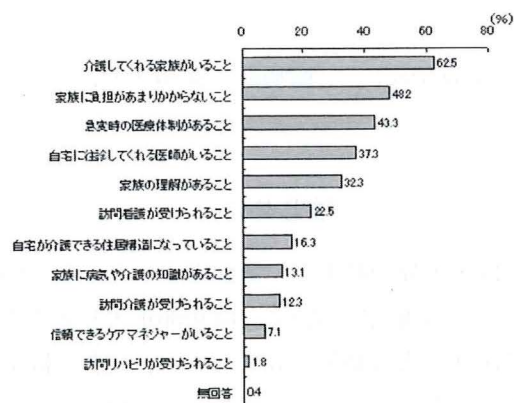


図2 自宅で最期を過ごせるために必要な条件（複数回答）〈引用文献6〉

一方、我が国で1981年に聖隷三方原病院に初めてホスピスが誕生し、続いて1984年に淀川キリスト教病院にホスピスが開設された⁹⁾。厚生労働省が、1990年に「緩和ケア病棟入院料」を保険制度に導入して

以降、ホスピス緩和ケア病棟の設立が進み、我が国のホスピス緩和ケア病棟認定施設数は2008年現在、193施設、3766床であり¹⁰⁾、徐々にではあるが年々増加傾向にある【図3】。しかし、年間約33万人ががんで亡くなる時代の中で、ホスピス緩和ケア病棟で最期を迎える人の数は、全体の約1%に過ぎず、十分とは言えない現状がある。

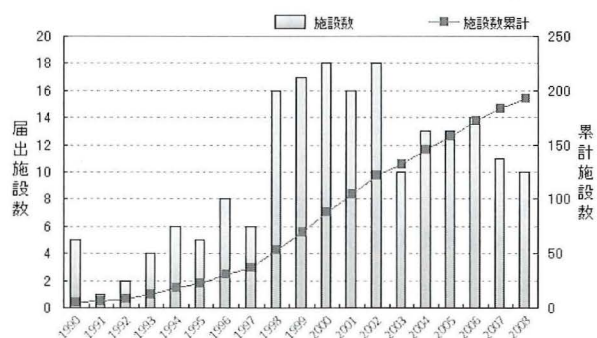


図3 緩和ケア病棟入院料届出受理施設・病床数の年度推移 (引用文献 10)

現在当院から近隣のホスピス緩和ケア病棟の入院の待機期間は、わずかなベッド数の中で1ヶ月～2ヶ月となっている。病状によっては、待機期間を一般病院で過ごす間に病状が悪化してしまうケースも多い。ホスピス緩和ケア病棟で最期を迎えることがすべての人にとって最善ではないが、ホスピス緩和ケア病棟で最期の時を過ごしたいと願う患者家族の希望が少しでも早期に叶えられるようにしたいものである。

2. 緩和ケアの対象の変化

世界保健機構(WHO)は2002年に「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者家族のQOL(生活の質、生命の質)を改善する方策で、痛みその他の身体的・心理的、スピリチュアルな諸問題の早期かつ確実な診断、早期治療によって苦しみを予防し、苦しみから解放することを目指す」と定義している¹¹⁾。すなわち、以前の緩和ケアの定義では、「治療不能な状態の患者および家族に対して行われるケア」とされていたため、緩和ケアというと「病気が治らない状態、末期状態」という理解が定着してしまう結果となった。しかし、2002年のWHOの定義および、がん対策基本法にお

いても、疾患の早期から緩和ケアが提供される体制を作るように明記されている。このため、緩和ケアとは、「終末期の医療」という概念ではなく、「病気により出現する心身の諸症状に対応する医療」と考えられてきている。

3. 国民の意識や価値観の変化

日本ホスピス緩和ケア研究振興財団が平成16年度に行ったホスピス緩和ケアに関する意識調査¹²⁾では、約1000人の20歳代から80歳代までの国民を対象に行った結果において、“ホスピス緩和ケアについて知っているか”との問いに、「ある程度知っている」と回答した割合が47%であり、年齢が上がるにつれてその割合は増加している。また、“もし自分のがんになったら送りたい療養生活”としては、「自宅で療養し、必要になればホスピスや緩和ケア病棟に入院したい」と考える人が約半数と最も多い。緩和ケアという用語そのものは浸透しつつあり、今後はその内容や中身についての普及が必要である。

また、がん対策基本法では、国民にも自分の健康に留意する義務があることを明記されている。がん対策推進基本計画の施策の一つとして、がん医療に関する相談支援および情報提供の機能がある。現代は情報社会であり、あらゆる情報が渦巻いている中で、患者家族が自分にとって必要で正確な情報をより簡便にキャッチできる体制整備が求められる。

さらに現代の患者家族個々人の価値観の多様性が顕著に表れた研究の一つとして、日本人ががんになった場合に大切にしたいと考えていることについて一般市民2548人および遺族513人の調査¹³⁾における患者家族から見た望ましい緩和ケアに関する研究ある。内容としては、緩和ケアと一言で言っても「できるだけ治療を受ける」と考えている人もいれば、「自然な形で最期を迎えたい」と考えている人もいるなど、その考え方はそれぞれである。このように、「がんに対する治療をすることが自分の生きている証である。」と考えている患者家族も多く、抗がん剤や放射線治療などの身体への侵襲が大きい治療を中止する決断が難しく、結局、治療をギリギリまで行うことで体力の消耗が激しくなり、病院からの退院の機会を逃してしまうことも事実である。

4. 一般病院での緩和ケアの質の確保への動き

我が国の緩和ケアチームの活動は、2002年の緩和ケア診療加算の新設を機に本格的に始まった¹⁴⁾【図4】。国民がその日常の生活圏内で高い水準のがん医療をうけることができる体制を確保することを目的に2001年から二次医療圏に1か所を目標として地域がん診療連携拠点病院の整備が進められてきており、その数は、2009年4月現在で375施設である¹⁵⁾。そのがん診療連携拠点病院の指定要件として、一般病棟での緩和ケアを提供する体制の整備が含まれており、これを主として緩和ケアチームがその機能を担うとされている。そのような背景の中で、がん診療連携拠点病院の指定を受けることを目指して、緩和ケアチームが徐々に誕生している。2007年度に宮下らが行ったがん診療連携拠点病院の緩和ケア提供機能に関する調査の結果¹⁶⁾では、対象はその時点で288施設であり、調査票を回収した中で緩和ケアチームがあると回答したのは239施設、99%であった。緩和ケア（身体）専従の医師の配置に関しては15%、緩和ケア（精神）専従医師の配置4%、専従看護師の配置23%という結果が得られている。また緩和ケア診療加算を算定している施設は16%と少なかった。緩和ケア診療加算は一般病棟における緩和ケアを充実させるために設定された診療報酬であり、加算の算定要件を満たせば、患者1人あたり1日300点の診療報酬を算定することができるものである。拠点病院の指定要件では、2007年3月までは「チームによる緩和ケアの提供」のみが要件であったが、2008年度からの指定要件では、身体症状の緩和を担当する医師または精神症状の緩和を担当する医師（医師のいずれかは専従）に、緩和ケアチームの看護師は専従であることと、専任の薬剤師の配置が盛り込まれ、緩和ケアチームは4名から構成される緩和ケアに係る専従のチームが配置されている必要があるとされた。また、同調査において、緩和ケアチームの看護師の自己評価についての結果では、「よくあてはまる」「あてはまる」と回答した割合は、「疼痛緩和に関する知識や技術は十分である」で41%、「疼痛以外の身体症状の緩和に関する知識や技術は十分である」で30%と自己評価は比較的低い結果となっている。緩和ケアを必要としている人たちは、多彩な症

状が出現しており、疾病の複雑な原因・誘因について多角的にアセスメントする必要がある、専従看護師の能力に課題が残るところである。

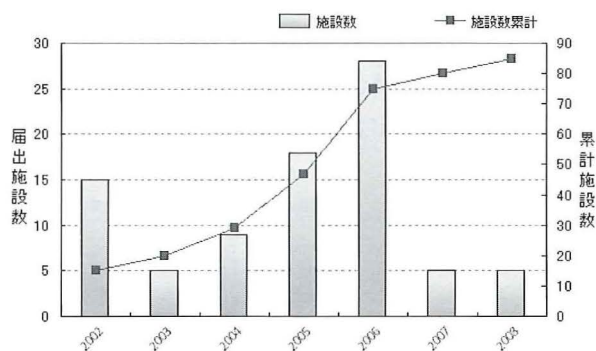


図4 緩和ケア診療加算届出受理施設の年度推移
（引用文献10）

5. 緩和ケアに関する看護師の教育プログラムの体系化の未整備

1) 看護師の卒前教育の現状と課題

文部科学省は2004年3月に「看護学教育のあり方に関する検討会」を報告し、学士課程全体を視野に入れたコア・カリキュラムの検討を行い、「終末期にある人への援助」という項目を含めた¹⁷⁾。その細項目として、①身体的苦痛の除去、②死にゆく人の苦悩の緩和、③基本的欲求の充足、④死にゆく人の自己実現への支援、⑤看取りをする家族への支援、⑥遺族への支援、の6つが示されている。しかし、その運用については詳細に言及されておらず、各教育機関の教員がそれぞれのカリキュラムの中で工夫しながら授業を展開している¹⁸⁾のが現状である。ある大学3年次学生54名を対象にした終末期医療に関する看護教育の在り方の検討¹⁹⁾を行った研究では、学生は精神的・心理的ケア、身体的ケア、倫理的側面に関心を強く持っており、終末期医療全般への関心は高く、メディアを通じて情報を得ている傾向にあることが示されている。事実、私自身も看護大学の学生や専門学校の学生に対する緩和ケアの教育をする際に、ドキュメント映像を含む視聴覚教材を使用した際の学生の関心・興味の高さに驚きを隠さなかった。また、学生の感想の中には、「看護師が患者さんの前であんなに笑顔でいられるのはすごい。」

「生命の限りが告げられた人と接することができらうかと不安になった。」など緩和ケアやターミナルケアを特別な人へのケアとみなしているように感じる。緩和ケアやターミナルケアが行っていることは、看護における基本的な看護技術や態度そのものであり、特別でも何でもない。卒前教育においては、緩和ケアにおいて最低限学ぶべき知識・技術が何であるのか、卒業前に育成すべき看護師としておよび人間としての価値観や死生観、立ち振る舞いは何であるのか悩むところである。

2) 看護継続教育（卒後教育）の現状と課題

看護継続教育における緩和ケア、ターミナルケアに関する教育では、日本ホスピス緩和ケア協会が、「ホスピス・緩和ケア看護職教育カリキュラム」を作成している²⁰⁾。このカリキュラムは、ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチームおよび在宅におけるホスピス・緩和ケアに従事する看護職（看護師、保健師、助産師）を対象として教育カリキュラムであり、3年間を教育期間として設定し、各看護師のレベルに応じて多様な形態で行われてきた。さらに日本看護協会認定の特定の領域のスペシャリストを育成する教育体制においては、がん看護専門看護師は2009年12月現在で128名、緩和ケア認定看護師は754名、がん性疼痛看護認定看護師は395名と毎年右肩上がりの伸びを示し²¹⁾、より洗練された系統的なプログラムに更新されていっている。それらのスペシャリストが卓越した看護の提供や病院全体の緩和ケアの質を向上させるために戦略を立ててお互いの力を活用して患者のニーズに答えていく役割を担っている。ところが、看護継続教育の中でも、新人やジェネラリストの能力開発を促進する緩和ケア教育に用いる教育プログラムの体系化と整備には課題が山積み状況にある。

上記のような日本の緩和ケア教育の現状を踏まえ、保健医療制度改革や社会ニーズに応じた看護を提供できるように、卒前教育や卒後教育とともに、誰でもどこでも適切な緩和ケアが受

けられるような教育体制を再構築することが重要である。海外では、看護基礎教育における緩和ケア教育の基準となるカリキュラムや教員のトレーニングも盛んに行われている。例えば米国には、アメリカ看護大学協会（American Association of Colleges of Nursing : AACN）と City of Hope National Medical Center が The Robert Wood Johnson Foundation と米国国立がん研究所（The National Cancer Institute）から助成を受けて作成した、エンドオブライフ看護教育協議会（ELNEC : End-of-Life Nursing Education Consortium）があり、終末期の医療に携わる看護師に必須とされる知識習得のための教育プログラムを提供し²²⁾、この教育を受けた看護学生のエンドオブライフケアの実践能力が向上した²³⁾ことが研究的に明らかになっている。我が国においても、ELNEC の日本語版である ELNEC-J（ELNEC-Japan）が開発され、国内における緩和ケア看護教育の養成者の育成、ジェネラリストの教育を普及させている段階であり、効果的な緩和ケア看護教育方法の検討がなされ、緩和ケア教育の均てん化は、その活動は始まったばかりであり、その充実が期待されている。

当院における緩和ケア支援体制

当院の緩和ケアチームは、コンサルテーション型の緩和ケアチームであり、その内容と概要は【表1】【表2】に示すとおりである。すなわち病院内に勤務する医療従事者が抱えている緩和ケアに関する困難な問題を、日常業務の中でより効果的に解決できるようにするために、コンサルティの能力を見極めながら、自分たちの立ち位置を変化させつつ活動している。また、何をアウトカムとして緩和ケアチームの活動を評価するのかは、活動開始からの期間やチームとしての成熟度によって異なると考えられるため、現在も課題の残るところである。

表1 緩和ケアチームの概要

メンバー：緩和ケア医1名（専従）、精神科医1名（専任）、看護師1名（専従）、薬剤師（専任）2名、事務

活動：主治医・担当看護師より依頼を受け、緩和ケア実施計画書を作成し介入を開始する

役割：実践・調整・相談（臨床）、教育／研究

週1回、多職種カンファレンスを行う

《関連委員会など》

【がん診療運営委員会】

構成：緩和ケア医師、各科医師、看護部長、医事課、管理課

開催：1回／月

内容：がん診療全般を討議・検討し、その効率的な推進を図る

【がん診療実務者委員会】

構成：緩和ケアコアメンバー、各科医師、看護師代表、その他コメディカルスタッフ

開催：1回／月

内容：緩和ケアチームの運営に関することの報告・審議

【がん医療セミナー】

参加者：院内外の緩和ケアおよび化学療法に興味のある医療者

開催：1回／奇数月 90分程度

内容：緩和ケアおよび化学療法に関するトピックスをテーマにした教育セミナー

表2 当院の緩和ケアチームの案内

緩和ケアチームのご案内

悪性腫瘍による痛みや、その他のいろいろな症状に苦しむ患者さんやご家族に対し、それらの症状を緩和できるよう支援を行っていく専門家チームです。

- 疼痛などの諸症状への対応
- インフォームド・コンセント後のサポート
- ご家族のサポート
- 療養先についての情報提供と連携
- その他

緩和ケア医師：薬物療法・神経ブロック療法を中心とし、種々の症状緩和を行っています。

精神科医：薬物療法・精神療法を中心に、診療・治療を行っています。

薬剤師：薬物療法に関して、ご相談に応じています。

がん看護専門看護師（日本看護協会認定）：生活に即した症状緩和方法の検討や、病状などの説明をお受けになるときの患者さんやご家族のサポートを行います。

また、療養上の相談や情報提供、院内外の医療チームとの連携をお手伝いします。

対応時間:Am9:00～Pm5:00（土・日・祭日はお休みです）

当チームへのお問い合わせは、ご担当スタッフへお願いします。

場所：中央棟4階

またがん看護に係るスタッフの知識技術能力のアップを目指し、院内独自の『がん看護ラダー』を作成しており、その中に緩和ケアに関する項目も盛り込まれている。さらに、院内看護継続教育の一つとして、がん看護ラダーに基づいた看護師研修を行い、がん看護に関する基本的知識技術の体得を客観的に評価するツールとして活用している【図5】。しかし効果的な緩和ケア教育の体系化までは至っていない。

図5 昭和大学病院がん看護ラダー

緩和ケアチーム専従看護師の役割

これまでの日本における緩和ケアの現状と課題を踏まえ、一般病院で活動する緩和ケア専従看護師の役割について述べる。

1. 実践・相談・調整機能

1) 症状マネジメントを十分に行う

前述のとおり、緩和ケアを必要としている患者家族は、病状や治療による副作用などの複雑な症状が絡み合って出現している。たとえば、痛みがあるためにベッド上での生活をする時間が増え、食欲や筋力の低下が起こる。ベッドの上で先行きの見えない不安や不確かさを抱えながら単調な生活の中で、次第に気分も滅入り、抑うつ状態へとつながっていくこともありうる。したがって、がん性疼痛を WHO 3 段階除痛ラダーに基づき、的確な疼痛管理を行うことが重要となり、同時に呼吸困難感、全身倦怠感、腹部膨満感などの諸症状をマネジメントし、薬物療法のみには頼らない非薬物的なケア方法をも駆

使してその緩和を図ることが求められる。しかし、基本となるケアは日常的に行っているケアそのものである。ケアする側ができそうなことを一つ一つ実践していくこと、緩和ケアチーム専従看護師はそのケアの意味付けを行うことが大切である。そのため、緩和ケアチームの専従看護師の症状マネジメントに関する知識技術のさらなる習得がその病院の緩和ケアの質の向上に寄与する部分は大きい。緩和ケアチーム専従看護師の知識や技術のブラッシュアップのために、緩和ケアチームメンバー同士のカンファレンスの開催や、他病院とのつながりを作るために、緩和ケアチームの看護師が会した事例検討会なども一つであろう。

2) 患者の立場を擁護する

全人的な苦痛は、その患者の自律性や自立性を脅かす。さまざまな苦痛によって自分ではどうしようもなくなってしまう感覚に襲われたとき、人は自分自身の自尊心や自信が揺らいでしまう。また、緩和ケアを必要としている人々は、自分らしさが失われる状況に陥りやすい。前述のとおり人の価値観は多様であり、もしかすると目の前にいる患者家族は、医療者である自分自身とは異なる価値観を持っているかもしれない。そのため、患者家族の価値観をどこまで理解することができるか、そして自分自身が、ある事柄に対してどのように理解しているのかという問いを繰り返しつつ、患者の価値観を尊重した患者個別の医療・ケアのゴールを設定し、チーム全体で合意していくことが求められている。

そのために看護師は、たとえば治療の選択に関する場面においては、患者家族に治療によるメリットとデメリットを分かりやすく説明し、自分にとって本当に必要な治療やケアは何なのか、患者家族がこれから生きていく道のりを共に歩み、患者の価値観を大切にしながら、患者が自分の問題として捉えて考えることを支援する必要がある。

3) チームアプローチを行う

看護師は、24時間絶え間なく患者家族と接し

ており、患者家族のニーズを把握しやすい立場にいる。全人的な苦痛を抱えた患者家族の抱えるニーズは多様である。そのため患者家族のQOLの向上を目指すためには、チームでのアプローチを行う。なぜなら、患者家族を中心としてそれぞれの専門家が独自の視点から患者家族を捉えていくことで、多様で複雑なニーズをもつ患者の解決の糸口になるかもしれない。そのため、緩和ケアチームの専従看護師は、患者に生じている心身の苦悩を敏感に察知してアセスメントし、ケアを実践していくと同時に、時にはチームの中の適切な専門家につなぎ、さらに円滑なチームワークを形成していくことが求められている。

2. 教 育

緩和ケアチームの専従看護師の役割としてこの機能は重要な側面である。なぜなら、患者家族に必要な適切な緩和ケアを届けようとした場合、それを主に実践するのは、患者家族が所属する病棟の看護師たちであるからだ。緩和ケアチームとして患者家族に接していく中で、病棟そのものやスタッフ一人ひとりの能力や力量に合わせて、必要な知識技術を伝えていく。例えば目の前にいる患者家族に対して、緩和ケアチームの専従看護師がロールモデルとなり実践し、その姿を病棟看護師に見せ、あるいは伝えていくことで、次に同じような状況の患者家族に出会ったときの、その看護師の実践を向上させる目的がある。緩和ケアチームの専従看護師は、病棟の文化や雰囲気、がん看護経験などを総合的に判断し、瞬時に自分の立ち位置や責任の取り方、実践の方略を考えながら意図的に実践し、自分の実践を言語化し、納得のいく形で病棟看護師に説明する必要がある。そうすることで病棟全体の緩和ケアの質を確保していく必要がある。そのためには、病棟看護師に助言や教育を行うだけの実践力や知識を常に蓄えていることが求められ、さらに、多くの人とのコミュニケーション能力も重要である。

3. 研 究

緩和ケアに関する研究テーマは多岐にわたる。身体・心理・社会的・スピリチュアルな側面の内容から、緩和ケアチームの体制や緩和ケア教育に関するもの、倫理的側面に関する課題など、患者家族を取り巻く臨床現場の看護実践の事象を記述していくことで、緩和ケアに関する根拠に基づいた看護実践を確立していく必要がある。

4. 緩和ケアチームとしての活動の評価をすること

緩和ケアチームの介入のアウトカムは、緩和ケアチームが介入することでの患者家族のQOLの向上という側面と、コンサルティの緩和ケアの能力の向上という2つのアウトカムが存在すると考えている。そのため、病棟からの依頼件数では緩和ケアチームの活動は評価できないと考える。なぜなら、当院でのこれまでの活動により、緩和ケアチームが介入することで、病棟側のコンサルティ達が自分たちのケアが向上しているという実感を積み重ねてきたことで、緩和ケアチームと各病棟との信頼関係は確立されていると考える。そのため依頼件数が多いことは緩和ケアチームの認知度として評価することは可能である。しかし緩和ケアチームが目指すところは、どの病棟のどの医療者でもある一定の緩和ケアが提供できるような知識技術の教育をするという機能が含まれていると考えると、その依頼内容が長年変化しないようであれば、それは緩和ケアチームとしてのコンサルティに対する教育不足という一面が存在する可能性につながる。そこで、これまでの依頼内容を症状緩和という大きな枠組みではなく、その詳細な分析と評価が必要であると考えている。

ま と め

緩和ケアチームは全国各地で、自分の組織や規模に合わせた活動の中で、試行錯誤を繰り返している状況であると推測される。より複雑な状況に陥り多様なニーズをもつ患者家族がよりよい方向に向かっていくことを支え調整していくためには、多職種が協働していくことが必要である。患者家族を中心とした多職種チームの中で、ケアの方向

性を一つにして、多職種チームというメリットを生かしながら、それぞれの専門家の機能を補完しつつ、専門性が十分に発揮できるように場や状況を調整していくコーディネーターとしての役割を看護師は担っていくことが求められている。

謝 辞

今回執筆の機会を与えてくださいました昭和大学保健医療学部作業療法学科の浅野和仁先生に深くお礼申し上げます。

文 献

- 1) 健康局総務課がん対策推進室：特集がん対策について、厚生労働、5-12, 2009年, 3月
- 2) 1) 同上
- 3) 1) 同上
- 4) 梅田 恵：緩和ケアチームにおける看護師の役割、ターミナルケア, 14(3), 249-251, 2004
- 5) 小島悦子、季羽倭文子、菊池美香他：日本におけるホスピス緩和ケアの現状と課題（総説）、BULLETIN OF TENSHI COLLEGE, vol8, 1-12, 2008
- 6) 日本ホスピス緩和ケア研究振興財団：『ホスピス・緩和ケアに関する意識調査』報告書要約20～89歳の男女1,078名に聞いた『ホスピス・緩和ケアに関する意識調査』、2004年
- 7) 6) 同上
- 8) 6) 同上
- 9) 氏家幸子：ホスピスケア、小松浩子、土居洋子、成人看護学F. 終末期にある患者の看護（第3版）、p149, 廣川書店, 東京, 2006
- 10) 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ http://www.hpcj.org/what/doc_m02.html 2010/01/04 閲覧
- 11) 平林由香：緩和ケアに求められる役割と質保証 これからの“がん情報”の行方を探る緩和ケアのあゆみを振り返りながら、看護管理, 18(7), 543-547, 2008
- 12) 10) 同上
- 13) Miyashita M, et al; Ann Oncol. 18:1090-1097, 2007
- 14) 宮下光令：がん診療連携拠点病院の緩和ケアにおける役割と課題、看護管理 18(7), 553-559, 2008
- 15) 木澤義之：緩和ケアチームの基準と質の評価について—ホスピス緩和ケアの連携の視点から—、日本ホスピス緩和ケア協会2009年度年次大会集録, 48-49, 2009
- 16) 14) 同上
- 17) 文部科学省「看護学教育の在り方に関する検討会」報告：看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標, p12, 18-24, 2004, 3月26日
- 18) 射場典子：緩和ケアにおける看護師の卒前教育の現状と展望. http://www.hospat.org/hakusyo/pdf/2006_2.pdf 2010/01/04 閲覧
- 19) 青柳道子：終末期医療に関する看護教育の在り方の検討—学生の関心に焦点を当てて—、看護総合化学研究会誌, 11(1)49-61, 2008
- 20) 10) 同上
- 21) 日本看護協会ホームページ専門看護師登録者一覧 <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/senmon/touroku.html> 2010/01/04 閲覧
- 22) がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究班：看護師に対する緩和ケア教育 (ELNEC-J). 日本ホスピス緩和ケア協会. <http://kanwaedu.umin.jp/el nec/index.html> 2010/01/04 閲覧
- 23) Malloy, P., Ferrell, B. R., 他. Evaluation of end-of-life nursing education for continuing education and clinical staff development educators. Journal for Nurses in Staff Development, 22(1), 31-36, 2006

The Need and Areas of Skill to Fulfill the Role for Full-time Nursing Support in the Palliative Care Unit to Maintain the Standard of Care in Community Hospitals

Orie Miyake

Full time Nurse of Palliative care team, Section of Nursing, Showa University Hospital

Abstract

The Basic Law, which relates to care for cancer patients in Japan indicates not only that palliative care teams are important but their implementation and utilization are necessary for hospitals, especially for community hospitals. In order to fulfill this mandate, it will require at least one full time nurse who will exclusively work for the palliative care team. Currently, as palliative care teams are introduced into patient care more frequently and at earlier stages, and given the difficulty that many patients in Japan face with respect to end of care decisions such as where they wish to be at their time of death, the development of a nursing system is vital to help support this growing need.

In order to be successfully integrated into a palliative care team, there are four areas of focus that an appropriately trained nurse will be required to fulfill his/her job effectively: 1) to manage the patient with complicated medical symptoms, 2) to support the patient to develop autonomy to make end of life decisions, 3) to try to identify and ameliorate patient distress and to arrange for consultation if greater expertise is required, 4) to act as a role model to educate the nursing staff on the wards to encourage and facilitate interactions between the palliative care team and the family of the patient.

Key Words: .community hospitals, palliative care, terminal care, the role for nursing