

ターミナルケアからパリアティブケアへ

— QOLの維持・向上をめざした看護の役割 —

東札幌病院 石垣靖子

1. “慢性疾患としてのがん”の時代

近年、がん医療の進歩は目ざましいものがある。外科的療法、化学療法、放射線療法そして様々な免疫療法に加えて痛み治療、栄養管理も新しい治療が次々と紹介され実践されるようになった。

統計によると早期がんの5年生存率は肺がん（腺がん）80.1%、結腸がん93.6%、直腸がん86.3%、胃がん93.0%、乳がん98.7%となっている¹⁾。早期に発見すると、がんの治療効果は極めて向上してきている。たとえ病期が進んでも、いま多くのがん患者はその時必要で可能な治療を受けながら、その人なりの社会生活がおくることができる時代になってきた。その期間も3年、5年はもとより10年、15年という単位になる。すなわちがんは今や慢性疾患として位置づけられる時代になった。

当然私たちナースの役割として、がん患者のそれぞれの病態や治療をふまえて、セルフケアにむけての教育活動と共に必要な心理・社会的なサポートを担当する、あるいはコーディネートすることが期待される時代になってきた。がん患者の生活（人生）を包括的にかつ継続して看とる役割である。

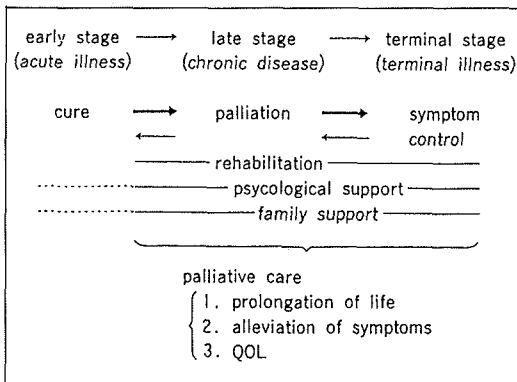


図1 Medical Care Spectrum

ここでがんの病期からがん医療の内容を整理してみると図1のようになる²⁾。早期 (early stage) は当然治癒的な治療の対象である。病期が進行すると慢性期 (late stage) となり、更に病期が進むと終末期 (terminal stage) になる。終末期は慢性期と合わせて palliative care の対象となる。患者の Quality of Life (QOL) を尊重し、苦痛症状を改善して、出来るだけその人に可能な社会生活を長く送れるように援助することがその目標になる。大切なことは、現在のがん (患者) は一方的に病期が進行するのではなく、その時可能で最善の治療を受けることによって同じ病期に長く滞っていたり時には病期が逆行することもしばしばみられる。そんな時代になったということである。

2. Palliative Care と Quality of Life

Palliative Care は患者に残された日々を最大限充実することを目指して戦う医療であり、患者のQOLの維持・向上を目指した能動的な医療といえる。

医療の場でQOLを論ずる場合、それは患者に具現化されて始めて意味をもつことになる。

東札幌病院ではQOLという極めて主観的、かつ抽象的な概念について、直接、間接に患者に関わる医療者間で、ディスカッションを続けてきた。北大文学部の哲学者清水哲郎先生を交えたこのディスカッションではQOLの概念の共通理解を試み、QOLとは「人格としての患者の人生の可能性（選択の幅）がどれ程度広がっているか」と定義し、QOLが高いとは「その可能性がより広がっている」とする清水先生の提案に同意した³⁾。

この概念の理解をもとに、患者がそれをどのように実感しているかを知るためにQOLの評価にとりかかっ

表1 QOLの構成要素

Schipper (1988)	Barofsky (1984)	Aaronson (1988)
physical & occupational function (日常生活の作業能力)	health status measures	global QOL
psychological state (心理状態)	mental status assessment	psychological distress
social interaction (人間関係を維持する能力)	social indicators movement	social interaction
somatic sensation (身体的快・不快の程度)	control of disease and treatment morbidity	physical symptoms

た。

QOL研究の歴史は1940年代に遡るといわれている。1976年には精神科医とがん専門医による共同研究班がアメリカで組織された。すなわちQOLは国際的には約18年の歴史があり、様々の研究が行われている⁴⁾。

現在QOLの概念についてコンセンサスが得られている構成要素は表1に示す通りである。すなわち、1) 日常生活の作業能力、2) 心理状態、3) 人間関係を維持する能力、4) 身体的快・不快の程度の4側面である⁵⁾。

これらの学習をふまえて当院独自のQOL評価表(表2)を作成し、2週ごとに患者の状況を調べながら現在300例をこえて続行中である。

Palliative CareについてWHOは1989年に図2に示すような考え方を示した。すなわち終末期には、痛み治療、緩和的医療が主になるが、それはキュアからケアへ一線を画すようなものではなく、緩和的医療はがんの診断時から患者の必要に応じて実施されるべき

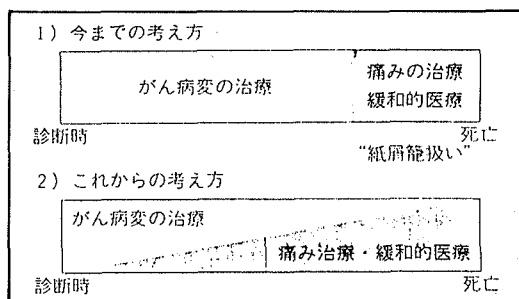


図2 がん治療と痛み治療・緩和的医療のあり方 (WHO 1989)

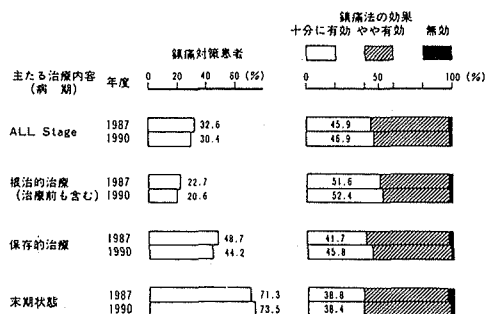


図3 病期別毎鎮痛対策患者の頻度及び鎮痛効果の推移 1990年

積極的なケアであるとした。その palliative care の内容は1) 徹底した不快症状の緩和、2) 心理的なケア、3) 家族のサポートが含まれ、それは多職種による team 医療によってなされることが基本である。

1) 徹底した不快症状の緩和

がん患者の不快症状は様々であるが、統計的にみても8割前後の患者の最もつらい不快症状は痛みである。当院の調査でもその内の8割は2ヶ所以上に複数の痛みを有している⁶⁾。現在がんの痛み治療は進歩し、正常な思考や精神活動を維持しながら痛みが緩和できる時代になった。それはがんの痛み治療の主役であるモルヒネの普及に依るところが大きく、患者の状況に応じて様々な投与方法も工夫され、長期間モルヒネを服用しつつ社会生活をおくっている患者も多い。

しかし、必ずしも痛み治療の方法が浸透していない現状もある。図3は、平成2年度、厚生省がん研究助成金による「終末期がん患者の苦痛緩和に関する研究」

表2 日常生活状況の質問

お名前

記入年月日

この2、3日の様子についてあてはまる数字に○印をつけて下さい。

1) 食欲はいかがですか？

1. よく食べられる。
2. まあまあ食べられる。
3. あまり食べられない。
4. まったく食べられない。

2) 気分はいかがですか？

1. たいへんよい。
2. まあまあよい。
3. あまりよくない。
4. たいへんわるい。

3) 眠れますか？

1. よく眠れる。
2. まあまあ眠れる。
3. あまり眠れない。
4. まったく眠れない。

4) 痛みはどうですか？

1. 痛みはない。
2. 痛みはあるがつかうくない。
3. つらいが、なんとかたえられる。
4. たえられないぐらいつらい。

5) 吐き気、おうとはどうですか？

1. 吐き気、おうとはない。
2. 吐き気、おうとはあるがつかうくはない。
3. つらいが、なんとかたえられる。
4. たえられないぐらいつらい。

6) その他具合の悪いところがありますか？

1. 症状はない。
2. 症状はあるが、つかうくない。
3. つらいが、なんとかたえられる。
4. たえられないぐらいつらい。

この場合(2~4に○印をつけた方)どんな症状ですか
症状

7) 気持ちはいかがですか？

1. たいへん落ちついている。
2. まあまあ落ちついている。
3. やや不安。
4. 非常に不安。

8) テレビ、ラジオ本などを楽しむことができますか？

1. かなり楽しめる。
2. まあまあ楽しめる。
3. あまり楽しめない。
4. まったく楽しめない。

9) 医師、看護婦との関係は満足ですか？

1. たいへん満足。
2. 満足。
3. すこし不満。
4. 不満。

10) 日常生活はどうですか？

入院のかた(病院での生活) 外来のかた(家事、仕事など)

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| 1. 自由にうごきまわれる。 | 1. 元気ではたらいっている。 |
| 2. 身のまわりのことや歩くのに助けはいらぬ。 | 2. とくどき休むが、まあまあ元気ではたらいっている。 |
| 3. 身のまわりのことや歩くのにしばしば助けがいる。 | 3. 休んだりとはたらいたりして |
| 4. 1日中ねているので、いつも助けがいる。 | 4. ほとんどはたらいけない。 |

今、総合して自分の状態にどのくらい満足していますか

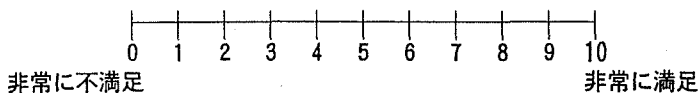


表3 がん疼痛の治療を困難にしている要因

がん疼痛の治療を困難にしている要因	1990 (%)	1987 (%)
1. 患者側（家族含む）の要因		
1) 医師に対する遠慮	24.9	1.7
2) 患者の誤った知識	24.1	4.6
3) 家族の人間関係	19.5	12.9
4) 痛みをがまんすることが美德	14.9	0.8
2. 医療者側の要因		
1) 医師・ナースとも多忙	38.8	2.4
2) 医師の認識不足	36.2	47.3
3) 看護婦の力や知識不足	36.0	24.4
4) チーム医療の欠如	30.5	17.6
5) これからの研究分野	23.2	21.8
6) 医師の知識不足	17.4	23.8
3. 病院設備・運営		
1) ホスピス・緩和ケア病棟がない	64.5	0.3
2) 病棟編成・患者、家族の プライベートスペースを確保できない	64.4	2.2
4. 社会的側面		
1) 病名告知をしない	61.7	4.3
2) 痛み治療が在宅でできない	34.1	0.8
3) 経済的負担が大きい（特に若年の場合）	0.0	2.1
5. 麻薬取扱の不便さ	21.2	14.6
6. 人員の側面、その他	14.0	0.7

（主任研究者、国立がんセンター病院、平賀一陽）の一部である。1987年に比べ1990年の鎮痛対策の状況を示した。WHO方式疼痛治療法の普及やモルヒネ使用量の大幅な増加を考えると、まだまだ痛みを苦しんでいるがん患者の多いことがわかる。

がん疼痛の治療を困難にしている要因を患者に最も身近な医療者であるナースに質問した結果が表3である。1987年当時は、ナースはがん治療医に問題があると考えていたが、1990年の結果では、終末期医療のハード面や社会的因子が除痛を阻害する因子として大きく取り上げられたと同研究報告書はコメントしている⁷⁾。

がん患者の痛みの緩和に私たちナースの役割は大きい。一つは痛みの原因を知ることである。がん患者の痛みはすべてがんによる痛みではない。例えば手術後の癒痕による痛みや放射線治療による食道炎の痛み。また長期臥床による圧迫痛や床ずれによる痛み、関節炎や歯痛、痔などがんに全く関係のない痛みもある。ナースが対応できる痛みも多い。二つ目は、主観的な

体験である患者の痛みを出来るだけ客観化する工夫である。痛みのアセスメント・チャートは現在様々な工夫がなされ適切な鎮痛のために役立てられている。痛みのアセスメントはbody chart（身体の中のどの部分が痛い）と、pain scale（患者が感じている痛みの程度）、そしてflow chart（生活の中でどのように痛みが変化するか）の三点が必ず含まれる。表4は東札幌病院で使用している痛みの初期アセスメント用紙であり、フローチャートを表5に示した。医師が24時間の患者の症状の変化を客観的にとらえることができ、患者やナースを交えより効果的な鎮痛について話し合いができる。そして私たちナースが鎮痛薬、特にモルヒネについての正しい知識や適切な使い方に熟知していることが大切だ。副作用の防止や痛みのアセスメントの仕方に影響するからである。

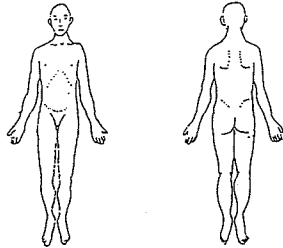
加えて痛みは心理的・情緒的な要因が大きくその度合いに影響する。がん患者の痛みは全人的痛み（total pain）といわれており、心理・社会的なケアを重視

表 4

氏 名 様

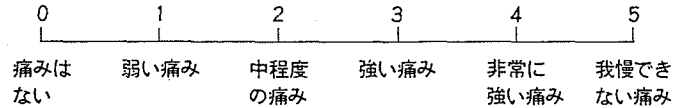
私達は常日頃、あなたの痛みを早く良い方法で軽くできればと考えています。あなたの感じている“痛み”はどのようなものですか。それを私達が少しでも知る事ができあなたのお役に立てればと思っています。

I. どこがどんなふうに痛みますか？



例) さすような痛みにぶい痛み
しめつけられるような痛み
やけるような痛み
重苦しい痛み

II. 今感じている「痛みの強さ」を下記の表を参考にして表して下さい。



III. どんな時に痛みますか？

1. 動くと痛い
2. 寝ていても痛い
3. 痛み止めを使っているので、今は痛みはない
4. 一定の時間になると痛い
5. その他 ()

IV. どういう時に痛みがやわらぎますか？

V. 痛み止めのをんでいて何かつらいことがありますか？

- ・はい
- ・いいえ
- はいとお答えの方のみお答え下さい -
- ・それはどういうものですか？
- 1. 眠気 2. 嘔気 3. 便秘
- 4. その他 ()

VI. 夜は良く眠れていますか？

1. 良く眠れる
2. 時々目がさめる
3. 眠れない
- 2. 3. とお答えの方のみお答え下さい -
- ・眠れない理由は何だと思えますか？
1. 痛み 2. 不安 3. イライラ 4. 心配事
5. 昼間ねているため 6. その他 ()
- ・眠れない時はどうしますか？

VII. 食事は美味しく食べられますか？

1. 食べられる
2. 食べられない
- 2. とお答えの方のみお答え下さい -
- ・食べられない理由は何だと思えますか？
1. 嘔気 2. 食欲がない 3. 痛み 4. お腹がはる
5. 食事が口にあわない 6. 食事の時間があわない

VIII. 日常生活の中で痛みがあってできないことはありますか？

IX. 痛みのない時はどんなことをしたいですか？

又、自分のしたいことができますか？

御協力ありがとうございました。

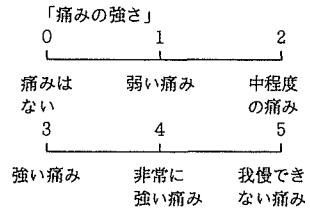
表 5

号室 氏名 殿

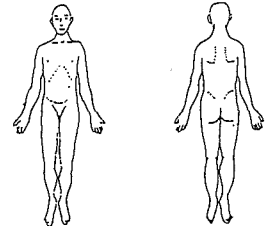
私達は常日頃、あなたの痛みを早く良い方法で軽くできればと考えています。
あなたの感じている“痛み”はどのようなものですか。
それを私達が少しでも知る事ができあなたのお役に立てればと思っています。

痛みの強さ	5											
	4											
	3											
	2											
	1											
	0											
時間		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

痛みの強さ	5											
	4											
	3											
	2											
	1											
	0											
時間		13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23



I. どこがどんなふうに痛みますか？



例) さすような痛み
にぶい痛み
しめつけられるような痛み
やけるような痛み
重苦しい痛み

痛み止め、その他の薬、
睡眠、食事、トイレ等
記入して下さい。

することで、患者の感じる痛みの閾値は大きく上昇する。日常生活の感覚を重視し、病床に出来るだけ日常性をとり入れる。がん患者 (patient) であるより、出来るだけその人自身 (person) であるように工夫することが大切である。

たとえば終末期になっても、状態がおちついていれば病棟の day room でひとときをすごす、ベッドのまま院内を散歩する、歌をうたう、患者が可能な様々な創作的な作業をしてみる、院内のイベントに参加する等々、方法はいくらでも工夫できる。このようなケアをすることで鎮痛剤の臨時投与を減らしたり、無くすることもある。すなわちその人自身 (person) である時間をより多くもてるようにするケアは、大切な痛み (苦痛) 治療と考えてよい。

痛みの緩和にはWHO方式がん疼痛治療法のようなプロフェッショナル・ガイドラインを活用すること、そして患者の感じている苦痛をできるだけ客観化する工夫をして、それぞれの専門家が力を合わせ、共通の目標にむかうことが大切だ。

苦痛の緩和におけるナースの役割は大きい。特に終末期患者におこりやすい粘膜のトラブルは患者のQOL

を著しく低下させる。ナースの不断の観察とこまごまとしたケアによって解消されることも多い。

当院で使用している口腔アセスメント表 (表6) とフローチャート (表7) を示した。症状にあった適切なケアを実施するためには、アセスメントが的確になされることである。しかし、口腔内の観察は困難をとまなうことが多く、当院では状況によっては内視鏡による口腔内撮影をしてアセスメントする事も多い。

アセスメントにもとづいて個々の症状や状況にあった薬剤や含嗽剤の工夫を行うことも大切だ。医師、薬剤師と協力し、トランサミンゼリー (トランサミン注射液にポリアクリル酸ナトリウムを添加したもの) やファンギゾンシャーベット (ファンギゾンシロップに経腸栄養剤のフレーバーを添加) 等の工夫は、口腔トラブルの解消に大きく役立っている。

このように私たちナースが患者のどんな小さな訴えも過小評価せずにこだわることから苦痛の緩和は出発する。もし私たちナースが患者の苦痛を見過ごしてしまうと、それは誰にも伝わらないこともあるからである。

F. ナイチンゲールは「看護については (神秘) な

表6 口腔アセスメント I

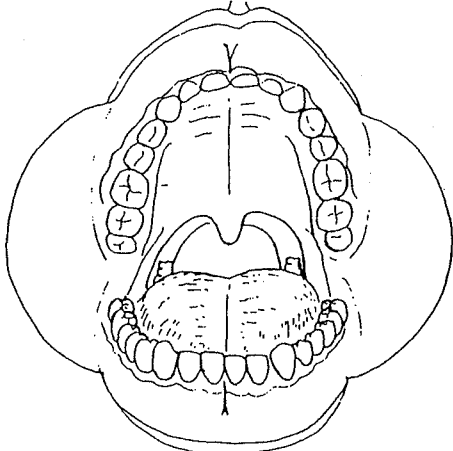
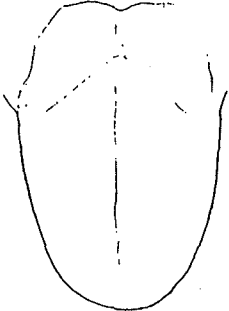
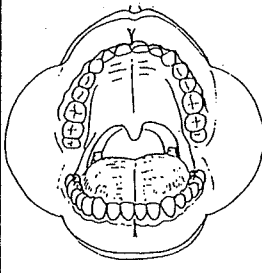
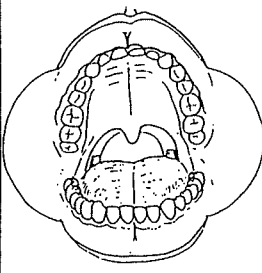
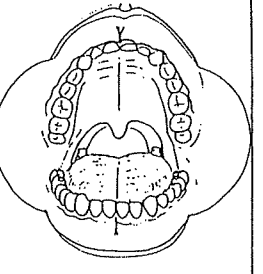
氏名	年齢	性別 M・F
病名	口腔に関する主訴	
<p>口腔の状態 下記の図の中に、口内炎（ピンク）、扁桃発赤・腫張（赤）、う歯（茶）、既に治療されている歯（オレンジ）、舌苔（黄緑）、欠損歯（×か修正液で消す）で図示して下さい。詳細及びその他の症状は記述して下さい。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div>		
<p>治療 最近使用した抗癌剤、抗生剤、インターフェロン、ステロイド剤、麻薬、抗うつ剤、副交感神経遮断剤等の薬、量、使用期間及び放射線治療について</p>	<p>検査データ (/)</p> <p>CBC</p> <p>RBC _____</p> <p>WBC _____</p> <p>Seg _____</p> <p>Hb _____</p> <p>Ht _____</p> <p>Plt _____</p> <p>TF _____</p> <p>その他 _____</p>	
<p>口腔に影響を及ぼす因子（あてはまる項目に○をつけ（ ）内に記入して下さい）</p> <p>経口摂取 : 摂取可能 ・ 摂取不可能</p> <p>開口障害 : 無 ・ 有 ()</p> <p>全身衰弱 : 脱水 ・ 口呼吸 ・ 低栄養 ・ その他 ()</p> <p>口腔ケアの習慣・自立度 :</p> <p>歯みがき () 回/日 (自立してできる・部分介助・全介助)</p> <p>含嗽 () 回/日 (自立してできる・部分介助・全介助)</p> <p>清拭 () 回/日</p> <p>義歯 : 無 ・ 有 (総・部分)、義歯によるトラブル ()</p> <p>精神的要因 ()</p> <p>その他 ()</p>		
アセスメント年月日	記録者サイン	

表7 口腔アセスメントⅡ

氏名 _____

No. _____

年月日（時間）	()	()	()
口腔に関する主訴			
口腔の状態 口唇・歯・歯肉 舌・頬粘膜 口蓋の状態 咽頭・扁桃腺			
Careの方法 ・使用した薬剤、物品 Careの時間、 回数等			
治療 ・抗癌剤、抗生剤、 インターフェロン、ステロイド剤 麻薬、抗うつ剤、 副交感神経遮断剤等 薬剤の種類、量 使用期間及び 放射線治療 ・継続治療は→で示す			
検査データ (CBC, TP, 血糖値)及び 口腔に影響を及ぼす因子 (摂食、開口障害、 全身衰弱、義歯、 精神的要因等)			
記録者サイン			

どはまったく存在しない。よい看護というものは、あらゆる病気に共通するこまごましたこと、およびひとりひとりの病人に固有のこまごましたことを観察すること、ただこの二つだけで成り立っているのである⁸⁾と看護覚え書に記しているが、がん終末期患者の苦痛症状の緩和にもそのままあてはまることである。

2) 心理的なケア

患者のQOLを構成する要素に4つの側面があることは世界的にもコンセンサスを得ているが、加えていわゆる“告知”に代表される自己の状況の把握がQOLを構成するもう一つの物差しとして重要視されている⁹⁾。

いわゆる“告知”とは、“知らせる”ことが目的である。「知らせるというのは、伝える側がつかんでいる事実をそのまま告げることではない。きく側も持っている言語によって適切に状況を把握できてはじめて知らせたことになる¹⁰⁾すなわち知らせるということは、知る側と知らせる側との両者の共同行為であって、決して“告知”という言葉に表現される一方的な行為ではない。

F. ナイチンゲールは「昔にくらべると、今日の医師たちは、本当の病状を知りたいとねがう病人たちには真実を告げることが多くなった¹¹⁾と記している。何と今日的な意味も持っていることか。

私たち医療者は患者の希望をこわしてしまうの恐れるあまりに患者になるべく悪い知らせをしないようにすることが多い。しかし Twycross は「もっともらしい理由であるが、偽りの中で示される楽観主義は希望をこわしてしまう潜在的な作用も持っている。“ささえ”と“はげまし”を継続しやさしさと共感を示しながら徐々に真実を知らせていくことが希望の回復と維持に大きくつながっている¹²⁾とのべている。それは患者の病状の変化や心の状態にも誠意をもって接し、共に在ることを意味している。

また患者のこころの安定に大きく影響するのは、身体的な安定であることはいうまでもない。私たちナースは患者がまず身体的に快の状態であることを最優先にすべきである。身体的に安定すると殆どの患者は自分で心のバランスをとっていく力もっているものである。そして当然医療者とのオープンな関係はすべての患者が望んでいることだろう。「たった一人でもよいかからなんでも自分の思っていることを率直に話せる

相手がいてくれたら、どんなに有難いことだろうと思っているのである¹³⁾終末期にあるすべての患者の切実なニーズがこの言葉に凝縮されているのを感じる。

多分「おそらくは解消しないであろう〈悲しみ〉(解消しないのが当然である)もまた、その人のQOLを向上させるものであるかもしれない。考えてみれば、私たちは皆死へと向かっているもの、かつ明日も知れぬ身なのであり、深く静かな〈悲しみ〉は、そのような存在として現に自己を認識した人に伴わざるを得ないものであろう。周囲の者もまた〈悲しみ〉を共にしつつ、そのような存在としての人間(自己)を知ることと与するるのである¹⁴⁾ということだ。

患者との日々の日常茶飯事的なケアのプロセスの中で私たちナースはこれこそが人間らしさであるという種類のキラキラした美しさをみることができるのである。

3) 家族のサポート

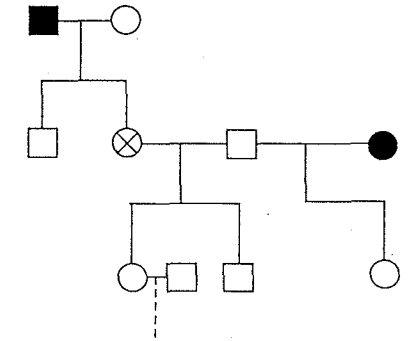
患者はがんを罹っていても家族の重要な一員であり、家族の状況は患者のQOLに大きく影響する。家族に対する病状説明や心理・社会的な支援は患者に行うものと基本的には変りない。ケアの対象としての家族の存在を大切にしたいものだ。

図-4はイギリスのホスピス等で使用されているFamily tree(家系図)である。患者にとってKey personになる人は誰か、その人の家族歴の中から、患者に対する想いやがん(疾患)についてどのようなうけとめをしているかを判断し適切なサポートを考える一つの材料としている。家族の中にはがんや死に対してそれまでの体験から異常な反応を示す人もいて、それが患者の心身の状況に影響を与えることもある。時にはロールプレイングなどをして、家族の理解につとめることもあるときいた。

患者と家族が共によい時を分かちことができると、患者の死別後、家族の危機状態からの回復にも大きく影響する。

3. チーム医療

Palliative Careの目標である、患者のQOLの維持・向上のためには、これまで述べてきた身体的に出来るだけ快の状態、しかも心の安定が得られ、周囲、特に家族とのコミュニケーションがよく維持されている事が必要な条件になる。しかもそれは、個々の患者



— KEY FOR DRAWING A FAMILY TREE —
Keep each generation on its own line.

- Man (■ Dead)
- Woman (● Dead)
- ⊗ Patient (Woman)
- ⊠ Patient (Man)
- Married
- /—□ Separated

図4 FAMILY TREE

や家族によって異なる様々な needs をみとすために必要な、多くの職種によって成されることである。患者にかかわるすべての職種が、何らかの方法で目標の共有や合意形成のための場や方法を工夫する必要がある。

平成3年度の調査（厚生省、長寿科学総合研究）によると、例えば多職種による合同カンファレンスは、表8のように約55%の職場でなされていることがわかった。その内容も治療方針やケアの方針、症状コントロール、告知に関すること、退院の決定、家族に必要なケアについて等々、palliative care に関わる項目が話し合われている。（表9）このような合意形成の方法は、システムとして定着することが大切である。

システムとして必要なもう一つは、discharge planning である。終末期であっても条件が整えば、在宅で療養を継続できるシステムがあるとよい。チーム医療体制の下で入院から在宅ケアへの移行がスムーズに行く様、情報の共有と実践方法についてシステム化す

表8 合同カンファレンス開催の有無と開催頻度

	PCU (N=18)	PCU以外 (N=155)	計 (N=173)
開催なし	2 (11.1)	75 (48.4)	77 (44.5)
開催あり	16 (88.9)	80 (51.6)	96 (55.5)
定期的に開催	11 (61.1)	46 (29.7)	57 (32.9)
非定期的に開催	5 (27.8)	34 (21.9)	39 (22.5)

(長寿科学総合研究)

() 内は%

表9 合同カンファレンスの内容

	PCU (N=16)	PCU以外 (N=80)	計 (N=96)
治療方針	16 (100.0)	74 (92.5)	90 (93.8)
ケア方針	16 (100.0)	75 (93.7)	91 (94.8)
疼痛コントロール	16 (100.0)	76 (95.0)	92 (95.8)
告知に関すること	15 (93.8)	57 (72.3)	72 (75.0)
退院の決定	15 (93.8)	66 (82.5)	81 (84.3)
家族に必要なケア	14 (87.5)	75 (93.8)	89 (92.7)

(長寿科学総合研究)

() 内は%

ることがいまでもめられている。

東札幌病院の場合、discharge planning のシステム化にむけてまず現状における問題点を明らかにした。一人の患者についての情報が職種ごとに分散していたこと。ホームケアナースが参加して、ケアの移行を話し合うカンファレンスが定着していなかったことがあった。これまでの問題をふまえてシステム化のパイロットスタディを実施、現在表10~12までのFormとケアのシステム化がなされた。これによって医療チーム間での情報の共有ができ、入院から在宅ケアへの移行がスムーズに成されるようになった。当然チーム医

表10 DISCHARGE PLAN

氏名	男・女	才	IDNo.	担当病棟
病名：			【主治医】	【MSW】
入院： 年 月 日			【看護婦】病棟：	HCS：
退院： 年 月 日			住所：	
入院歴：			連絡先： ☎	
手術歴：				
生年月日： 年 月 日			住環境：	
保険：記号 番号				
職業：			経済面：	
患者の状況	P.S.:		Family tree:	
	ADL:		家	
	病識:		族	
	QOL:		の	
HCSへの希望事項:		介護のキーパーソンと介護力:		
		病気の受け止め:		
		状況		
		HCSへの希望事項:		
		状況		

表11

継 続 ケ ア 計 画	
医 師	<p>【病態】</p> <p>【治療計画】</p> <p>【今後予測される事項】</p> <p>【予後】</p> <p>【検査予定】 主治医：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
看 護 婦	<p>【継続看護計画】</p> <p style="text-align: right;">担当Ns：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
M S W	<p style="text-align: right;">担当MSW：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>

療体制のもとに病棟でのケアが自宅に帰ってからも継続されている。

チーム医療が有機的に機能するためには、合同カンファレンス、discharge planning 共にナースの主体性とコーディネートする力が大きく影響する。

4. これからの課題

私たち地域住民が終末期医療にもとめるものは、平成2年に厚生省が行った調査(図5)の通り、家族で最後を迎えられるようにしてほしい、又は今ある病院で痛み治療や精神的な医療・看護がうけられるようにしてほしいというニーズが約70%を占めている。当然施設としてのホスピス、緩和ケア病棟も増加することが望まれる。しかし本来ホスピスとは施設や特定の建物ではなく、ケアのプログラムをさしている。とすると、これまで概説してきたケアのプログラムがそれを必要とするすべての患者に実施されるようになることが望まれる。

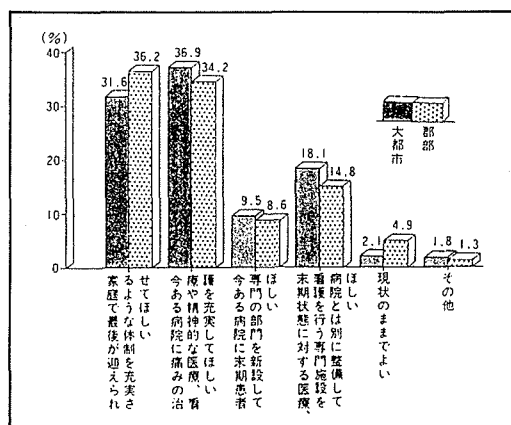


図5 大都市-郡部別にみた末期医療、看護対策に対する要望 (平成2年保健福祉動向調査) (厚生省大臣官房統計情報部)

この分野の医療はまだまだ発展途上にある。医療がスムーズに実施されるための様々なシステムづくり、適切な症状コントロールに必要なアセスメント・ツールの開発・工夫がなされることが必要だ。同時に国際的にも認められている(例えばWHO等で発表している)プロフェッショナル・ガイドラインをもっと日常の医療に活用していくこと。加えて、日常のケアを研究的にまとめ、積み重ねて普遍化していくこと、教育の充

実など、まだまだ課題は多い。医療の質を向上させるには、研究・教育・実践がよりよく循環していくことが大切だ。

これからまだまだ挑戦のしがいのある分野だけに、私たちナースも患者や家族のQOLの維持・向上をめざして挑戦したいものだ。それは専門職としての私たち医療者の達成感になり、QOLの向上にもつながると信ずるからである。

引用・参考文献

- 1) 財団法人がん研究振興財団：がんの統計'91
- 2) 石谷邦彦：終末期医療とQuality of Life 一第49回日本癌学会より一：癌治療と宿主，Vol. 2 (4) -66，メヂカルレビュー社，1990
- 3) 清水哲郎：真実を知らせることとしての癌告知：癌治療と宿主，Vol. 3 (3) -51，メヂカルレビュー社，1991
- 4) 2) 67
- 5) 2) 71
- 6) 近藤 敦：疼痛管理における自己評価の有用性について，終末期癌患者の苦痛緩和に関する研究(厚生省)，1990
- 7) 平賀一陽他：終末期がん患者の疼痛の出現率・鎮痛法の現状と除痛率の改善度，1990年癌疼痛・終末期医療のアンケート調査の報告，末期癌患者の苦痛緩和に関する研究班(厚生省)，1990
- 8) ナイチンゲール，F著：湯楨ます他訳：看護覚え書，187，現代社，1987
- 9) 3) 3 (3) :47-52，1991
- 10) 同上
- 11) 8) 156~157
- 12) Twycross, R. G. 著：武田文和訳：末期癌患者の診療マニュアル 第2版，227，医学書院，1991
- 13) 8) 159
- 14) 3) 3 (3) :47-52，1991