

## I. 序論

緩和ケアにおいては、患者の身体的、精神的、社会的、霊的なニーズすべてに対応することが必要であり、全人的医療を展開し、家族をも含めたケアを進めるために、多職種で形成されたチームでの関わりは非常に重要な条件である（東原ら、2000）。特にほとんどの時間を患者と過ごすチームメンバーである看護師には、ケアの実践者としての役割と患者情報をチームメンバーにフィードバックすること、そして医学的な知識を有し、患者と家族の生活を支えることにおいて責任を持つ立場にあるものとして（高橋、2000；松本ら、2003）、多職種との協働において、チーム内のコーディネーターとしての中心的役割を担うことが期待されている（渡辺、1996；東原ら、2000）。

しかし、一方では、他の職種、特に医師との関係において、看護の専門性や役割が十分に発揮できない状況が存在しているとの報告もあり（勝又、1999；柳堀ら、2005；桂川、2002；竹内、2000）、緩和ケアでの多職種との協働においても高い壁となっている可能性があることが推察される。

特に緩和ケアにおいてチームカンファレンスは、多職種との協働において、情報交換や合意形成の場として必要不可欠なものであり、看護師の視点を患者のケアに反映させていくために、専門性に基づいた視点できちんと発言する公的なコミュニケーションの場として非常に重要であると考えが、「個々の考えや意見を持ちながらも関係者間で意見交換ができない」「看護婦は医師の治療方針や考え方が、時として患者が願っていることとは違うことを知っていたり、患者にとっての最善の医療について医師とは異なる考えを持っていたとしても、意見を闘わせたりできない」（森下、1997）や「カンファレンスが形式だけのものになり、儀式化してしまう危険性や、結論は院内の力関係（多くの場合医師の意見が優先される）で決まってしまうことがある」（細田、2006）などの指摘もある。

多職種が集まり、患者の治療やケアに対する目標について話し合ったり、具体的な方針を決定するカンファレンスの場面では、話し合いの視点を決めたり、進行、まとめの作業は看護師が主体的に行うものであり、時には生活をみている看護師が、患者・家族の代弁者となり、苦痛緩和のための思いを伝える役割を担うこともあり（東原ら、2000）、この場で、看護師がその役割を果たすことや専門性を発揮することは、緩和ケアにおける患者ケアの質の向上に役立つものであると考える。

しかし、看護師の役割への期待と重要性が指摘されていた一方で、実際に看護師が、緩和ケアにおいて、多職種との協働でその専門性を十分に発揮し、チーム内で期待される役割をどのように果たしているのかについての具体的な報告は見当たらない。

本研究では、緩和ケアにおける多職種との協働の1場面として、緩和ケアのチームカンファレンスに着目し、看護師が専門的な視点を持ち、エビデンスに基づいた責任をどのように果たしているのか、さらにそこでの協働としての役割について明らかにし、緩和ケアの質の向上についての示唆を得ることを目的としている。

## Ⅱ. 文献検討

### 1. 緩和ケアとは

WHO は「緩和ケアとは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった患者に対する積極的で全人的なケアであり、痛みや他の症状のコントロール、精神的、社会的、霊的な問題のケアを優先する。緩和ケアの目標は、患者と家族の QOL を高めることである。緩和ケアは疾患の初期段階においても、がん治療の過程においても適用される。」と定義しており、その定義に基づくケアを実現させるために、多職種からなるチームケアを基盤とした取り組みの重要性が指摘されている（平山，1996；松島，2001）。

また、日本緩和医療学会による、苦痛緩和のための鎮静に関するガイドラインでは、鎮静の定義を 1) 苦痛緩和を目的として患者の意識を低下させる薬物を投与すること、あるいは、2) 苦痛緩和のために投与した薬物によって意識の低下を意図的に維持することとし、苦痛緩和の 1 手段としての鎮静における、一定の基準を提示している（日本緩和医療学会理事会，2004）。

### 2. 緩和ケアならびに現代医療における多職種との協働

緩和ケアの分野においては、「終末期患者やその家族のニーズをすべて 1 人で満たせる人や専門家はいない」や「末期に至った患者の身体的、精神的、霊的なニーズのすべてに、たった一人に対応できるわけではない」（東原ら，2000；松島，2001）との理由から多職種との協働は緩和ケアにおける特徴の 1 つとして位置づけられている。

また、多職種によるチーム医療において重要なことは、「浮き彫りになる患者の問題解決を目指し、連携を取りながら情報の共有化と協働を行い、患者の状態を改善に導くために積極的にコミュニケーションを図り、カンファレンスを通して総合的なチームのコンセンサスを図ること」であり（阿部，2007）、効果的なチームワークの諸原則の要素として、チームのメンバー構成・方向性・目標の説明・意思決定・コミュニケーション・情報・参加・雰囲気・時間があげられている（眞嶋，2008）。

さらに協働は、患者に最高の利益を提供するだけでなく、個々のチームメンバーも力づけ、ケア提供者の喪失感を処理したり、サポートを受ける機会を提供し続けるという役割も有している（高橋，2006）。

一方、高度細分化が進む現代医療・看護においては、多くの医療職の連携が、急性期、慢性期を問わず必要不可欠になっている。また医師・疾患中心主義から、患者・問題中心主義へと変わったため、患者を中心として、専門性を最大限発揮し、協力体制の整えるためのものとしても必要である（細田，2006）。

### 3. 緩和ケアにおける看護師の役割

緩和ケアにおける看護師の役割は主にケアの実践者としての役割と、ケアチームのコーディネーターとしての役割がある（渡辺，1996）。その役割を果たすために看護師に求められる専門的スキルについて、①症状マネジメントの知識と技術、②患者の価値観や生き方を尊重した支援、③双方向性のコミュニケーションスキル、④倫理的感性和配慮、⑤日常生活維持へのサポート、⑥多彩な形態でのケアの継続に対応、⑦心のケア、⑧家族支援であると述べている（阿部，2007）。

さらに、事実を発見する・問題の明確化を行う・プロセスをみる・合意を形成することのサポートをする・今後のビジョンやゴールを明らかにする等はチーム医療における専門看護師の機能であるが、たとえ専門看護師がいなくても、チーム医療において大切な機能であるとの指摘もある（近藤，2001）。

また、特に多職種との協働においては、チーム内のコーディネーターとしての中心的役割をもつことが期待されており（東原ら，2000），何を調整するかについては、情報・人・時間・場の4つがあげられている（近藤，1999）。そうした役割を期待される理由として、「看護師は、ほとんどの時間を患者と過ごすチームメンバーであり、アセスメントの継続や目の前のケアニーズの計画立案に対して責任を持っていること」（高橋，2000）、「看護職は、患者と家族の生活をいかに支えるかについて責任をもち、医学的な知識を有しており、その働きの焦点は患者の生活に向けられているため、どの場にあっても、治療面と生活調整面に携わる各チームメンバー間の橋渡しができること」（東原ら，2000），さらに「患者の傍に24時間いるナースが持っている患者情報をチームメンバーにフィードバックすることにより適切なケアが提供できる立場である」（松本ら，2003）など、医師とは違う看護職の特徴があるためである。

しかし、緩和ケアチームで活動する看護師の役割は「病棟スタッフが対応困難、あるいは対応不十分な患者や家族に対する直接的援助、症状の観察、アセスメントや家族ケア」である（長谷川，2006）と言われている一方で、一般病棟に勤務する看護師たちは「緩和ケアとはその人らしさを最後まで援助するケアであると思っているが、実際には疼痛コントロールの壁に突き当たり苦慮している」（福島，2003）と、看護師の立場や緩和ケアを取り巻く環境や状況などによってその役割は一律ではない。さらに患者の医療面に直接関わる看護師は、医師や薬剤師らと共に患者が抱える医療問題を解決することが主たる役割であるが、患者の状況によってはMSWや臨床心理士らと共に精神面や生活支援等、医療上の問題以外の問題解決や支援的な役割の方が大きくなることもあるため、今、自分の目の前にいる患者にとって、自分がどういった役割を担うことがより重要なのか、看護師にはそれを判断する能力が必要（上野，2007）との指摘もある。

#### 4. 多職種との協働における問題点

多職種との協働には主に専門家集団としての問題、それぞれの職種同士の関係性の問題（主に看護職－医師関係）、看護職の問題等がある。

専門家集団としての問題については、各職種の主張が対立したり、責任範囲があいまいになったりするという弱点があり（東原ら，2000），また、「専門性志向」が優位になった場合、つまり各医療従事者が専門性を高めて、それを活かした実践を行った場合に、それが患者にとって弊害となる（細田，2006）との指摘がある。

職種同士の関係性、特に看護職－医師関係については、「医師－看護婦ゲーム」という概念、つまり医師は看護婦よりも上位に位置するという認識が基本となった、看護職は医師に従属している関係（勝又，1999；柳堀ら，2005）であることが、協働においての問題要因として挙げられている。そうした従属関係の背景には、医療の中の構造的な壁、制度上の規則と権威、看護師のメタファーやジェンダーなど、看護職の努

力だけではどうにもならない要因がある（桂川，2002；竹内，2000）．医師との関係において、いつも「看護者の主体性の確立」とか「看護の独立性」といった言葉があえて聞こえてくるのも、こうした歴史的背景や医療環境要因があることが看護白書でも指摘されている（梶原，2000）．

そして、そうした関係性の中で看護師は、「個々に考えや意見を持ちながらも関係者間で意見交換ができない」「多くの看護婦は、医師の治療方針や考え方が、時として患者が願っていることとは違うことを知っていたり、患者にとっての最善の医療について医師とは異なる考えを持っていたとしても、公然と批判したり意見を闘わせたりできないでいる」（森下，1997）や、「先輩だから言えない」「傷つきたくないから言えない」との思いが優先されている（瀧瀬，2003）など、看護職側の問題もあげられているが、多職種との協働において看護師が専門職としてその一翼を担うためには、対等な立場でディスカッションを展開し、共に決定していくスタイルを築いていくこと、そのためには看護師は看護の専門家の立場から根拠をもって自分の言葉で見解を述べるのが大切である（中村，1999）と述べられている．

#### 5. チームカンファレンスの位置づけと問題点

多職種との協働が基盤となる緩和ケアにおいてチームカンファレンスは、情報交換や合意形成の場として必要不可欠なものであり、その中核をなすものであるが、「カンファレンスが形式だけのものになり、儀式化してしまう危険性や、結論は院内の力関係（多くの場合医師の意見が優先される）で決まってしまうことがある」（細田，2006），「言語化して表現することが苦手なために受身がちなカンファレンスになる傾向がある」（瀧瀬，2003），そして「情報はたくさん出てきても問題が焦点化されない」（杉野ら，1998），「単に情報交換の場で終わってしまい、有効な討議にまで至っていない現状」（和田ら，1998）など、カンファレンスが有意義に機能していない状況についての報告もある．

しかし、特にチームカンファレンスにおける意思決定のプロセスは重要であり、効果的にカンファレンスが行われることが患者のニーズに沿ったケアやチームメンバー間の関係性の向上に結びつくなど（田村，2009），チーム医療の要となるカンファレンスの重要性が改めて指摘されていた．

### Ⅲ. 研究の方法

#### 1. 研究デザイン

本研究は、緩和ケアにおける多職種との協働の1場面として、チームカンファレンスに着目した。看護師が専門的な視点からどのような情報を提供し、エビデンスに基づいた責任と協働としての役割を果たしているか明らかにするために、参加観察データと発言内容を分析する、質的研究である。

#### 2. 用語の定義

チームカンファレンス：緩和ケアにおける患者固有の問題について、受け持ち看護師、緩和ケア認定看護師、緩和ケア担当医、薬剤師、MSW等を主要メンバーとして、定期的実施されるカンファレンスをさす。

多職種との協働：緩和ケアにおけるチームカンファレンスを中心にして、看護職を含むケア提供者が患者の実践的問題を解決するために共通の目標に向かって調整し、活動を展開すること。

#### 3. 研究対象

がん診療連携拠点病院に指定されているA県の公立病院2施設と内科を中心とした医療法人の緩和ケア病棟で、定期的実施されている緩和ケアのチームカンファレンスに参加し、研究参加に同意が得られた緩和ケア認定看護師と病棟所属の看護師である。

#### 4. データ収集

データ収集は、各施設の緩和ケアチームならびに緩和ケア病棟で行われたチームカンファレンスに1施設につき3回ずつ（計9回）参加し、許可を得てカンファレンス内容を全てテープに録音し、逐語録を作成した。構成メンバー、形態などの概要（表1）、参加看護師の属性（表2）および取り上げられた患者の基礎情報（表3）については緩和ケア認定看護師からデータを得た。

#### 5. 倫理的配慮

本研究は新潟県立看護大学倫理委員会の承認と、対象施設の施設長ならびに看護部長に対して研究依頼文（添付資料1-1）と口頭で研究目的ならびに方法について説明し、承諾を得た後、各施設の緩和ケア認定看護師ならびにカンファレンスを主催する緩和ケアチームのメンバーと、関係する病棟の管理者に対して、書面（添付資料1-2）と口頭で説明を行い、データ収集の対象となるカンファレンスへの参加者（病棟看護師や他職種）に対しては、予め緩和ケア認定看護師から書面（添付資料1-2）を渡し、説明と研究協力への同意を得て（添付資料2）、研究者が同席するカンファレンスの日程を決定した。

#### 6. 分析方法

本研究の主たるデータは、カンファレンスでの看護師の発言内容である。

分析の手順は、録音したカンファレンスの内容を逐語録に起こした。事例ごとに逐語録の主に看護師の発言部分に着眼し、意味を読み取り、コード化し、関連するコードをサブカテゴリ化、統合して、カテゴリ化した。また、随時他の職種の発言との関連性も加え、事例ごとにディスカッションの流れを分析、整理した。

施設ごとの枠で再度分析、整理し、施設の特徴と思われる内容を抽出した。なお、各施設の緩和ケア認定看護師に内容や解釈に誤りがないかを確認してもらい、信用性と信憑性を高めた。

## IV. 結果

### 1. 基礎情報

#### 1) 対象施設とカンファレンスの概要

本研究のデータ収集は3施設で各3回、計9回のカンファレンスで行い、対象施設ごとに概要を表1に示した。

A施設の対象事例は22事例であった。がん診療拠点病院に指定されている403床の公立病院で、緩和ケアチームが週1回定期的に開催していた。開始時間は看護師の日勤勤務時間外で、病棟外の緩和ケアルームで開催し、司会進行役は麻酔科医が務めていた。構成メンバーは、主に緩和ケア認定看護師と医師、薬剤師ならびにカンファレンスの対象患者がいる病棟からの任意参加の看護師が4～6名であった。

B施設の対象事例は41事例であった。がん診療拠点病院に指定されている400床の公立病院で、緩和ケアチームが週2回定期的に開催するカンファレンスを、がん診療病棟のナースステーションで、病棟看護師の昼休憩終了後に開催し、司会進行役を緩和ケア認定看護師が務めていた。構成メンバーは、緩和ケア認定看護師、医師、MSW、薬剤師、PT、病棟の看護師が13～14名であった。

C施設の対象事例は42事例であった。内科を中心とし、64床中48床の緩和ケア病棟を有する施設であり、病棟カンファレンスとして毎日開催されていた。司会進行役は院長である医師が務めており、構成メンバーは緩和ケア認定看護師、医師、薬剤師のほかにチャプレンやMSW、病棟の看護師は8～13名であった。

#### 2) 看護師の属性

参加看護師の背景は表2に示す。A施設は10名、平均年齢は33.0歳(±9.6)であり、緩和ケアの経験年数は平均3年5ヶ月(±2年8ヶ月)であった。B施設は16名、平均年齢は33.5歳(±7.7)であり、緩和ケアの経験年数は平均1年3ヶ月(±1年8ヶ月)であった。C施設は17名、平均年齢は39.0歳(±9.9)であり、緩和ケアの経験年数は平均3年9ヶ月(±3年8ヶ月)であった。参加看護師全体では43名、平均年齢は35.6歳(±9.3)、看護師経験年数は平均12年6ヶ月(±8年7ヶ月)、緩和ケアの経験年数は平均2年8ヶ月(±3年1ヶ月)であった。

#### 3) 患者の属性(表3)

カンファレンスで取り上げられていた事例は、A施設が22事例、B施設が41事例、C施設が42事例の計105事例であったが、そのうち発言内容が医師からの簡単な報告や看護師への指示等であった事例を除いた71事例、患者55名を本研究の分析対象事例とした。男性32名、女性23名、80歳代が最も多く17名、以下60歳代14名、70歳代11名、50歳代9名、40歳代4名であった。病名については肺がんが18名で最も多く、次に膵臓がん6名、大腸がん4名、胃、食道、乳がんが3名ずつであり、以下は1～2名ずつ膀胱がんや悪性リンパ腫などであった。

### 2. カンファレンスにおける看護師の発言

看護師の発言は、77にコード化された。それらは24にサブカテゴリ化され、さらに1) 症状マネジメント、2) 今後の方向性、3) 家族へのケア、4) 精神面へのケア、5) 患者の

意思決定への支援、6) 医師との関係、7) 規則やきまりの中での対応の 7 つにカテゴリ化された (表 4)。

症状マネジメントについては、43 のコードが抽出された。マネジメントの対象となった症状は表 5 に示した通り、疼痛が 27 事例と最も多かった。以下食欲不振が 6 事例、排便と睡眠障害が各 5 事例、せん妄が 4 事例、筋力低下が 3 事例などであった。また、症状マネジメント以外では、今後の方向性について 13、家族へのケアが 12、精神面へのケアが 8、患者の意思決定への支援が 6、医師との関係が 5、規則やきまりの中での対応が 2 のコードがそれぞれ抽出された。

## 1) 症状マネジメント

症状マネジメントは (1) 症状への対処方法の変更、(2) 症状の評価、(3) 症状の原因の再考、(4) 症状の予測、(5) 他の職種への介入依頼の 5 つの内容が含まれていた。

### (1) 症状への対処方法の変更

症状の変化や患者を取り巻く状況を判断しながら投与方法や対応時期を検討し、また患者の日常生活行動に合わせながら薬剤投与のタイミングなどを決めていた。さらに対処方法が患者の精神状態などに与える影響にも注目する発言があった。事例 24 では、呼吸困難増強に伴い、オキシコンチンでだいぶ息苦しさは減ったようであるが、内服が厳しい状態になってきたのでパッチへの変更を提案した。事例 6 では、近々退院を予定している患者への疼痛コントロールの方法に対して、痛みのレスキューのタイミングを本人がまだ掴みきれていないことや、主治医の考えもあるので、今早急に、薬の量を変えるよりしばらく今の状況で様子を見ても良いのではと判断していた。事例 51 では、臥位になってしまえば痛くはないが、食事の時間がすごく苦痛だという患者の訴えから、食事の 30 分前に座薬を試みることにした。事例 12 では、呼吸困難と痛みのために処方されていた薬の回数が減ったことを、退院時に患者は非常に喜んでいて、

### (2) 症状の評価

看護師は患者の訴えをまずは重視し、そのままメンバーに伝達し、患者の日常生活動作の状態やその変化から症状を評価していた。事例 3 では、ロキソニンの内服が開始された患者の痛みの評価を、痛みの訴えとしては聞かれないが、マイペースでシルバーカーを押しながらすごされているから少しよいのではないかと。事例 8 では、レスキューもシャワー浴の前に一回使うくらいで、あとはほとんどベッド上で過ごしているし、なかなか活動範囲が広がらないのはまだ痛みがあるからなのではないかと考えられる。事例 29 では、だんだんと体力低下が見られるが、今はトイレに座ったら立てなくなっている状態なので、筋力低下がすすんでいるのがわかる。また、事例 10 では、医師は疼痛コントロールを優先的に考えているが、本人は痛みよりも食欲のないのが一番辛いと言っているや、事例 58 では、本人の訴えの原因を病態生理学的に説明している医師に対して看護師は、眠気とだるさが一番辛いと言っていました等、患者の言葉のみをそのまま報告していた。

### (3) 症状の原因の再考

症状についての疑問点は、積極的に医師からの説明を求め、もう一度患者に確認しながら、はっきりさせようとする姿勢がみられた。事例 1 では、不安な言動や的外れな答えをする患者について、その状態はせん妄なのか、不安で混乱しているだけなのか、医師から

の見解を求めていた。事例 7 では、化学療法中に出現する痛みが治療と関連しているものなのか疑問に思い、耳の痛みは突発的で持続するわけではないのでボルタレン座薬で対処しているが原因は何か医師に確認していた。事例 14 では、スタッフからの不眠の訴えが多いという報告に、緩和ケア認定看護師が、不眠になる背景に身体症状があるかもしれないので、不眠の原因を患者自身が何だと思っているのかをもう少し踏み込んで聞いてほしいと、アドバイスしていた。

#### (4) 症状の予測

医師からの説明をもとに、今後出現する可能性のある症状を予測し、それに対する対処方法を看護師間で確認していた。事例 6 では、食欲低下などの症状改善を目的にステロイド増量によって、以前のように活動的になり、動きすぎて疲れてしまうようなことも考えられるため、患者にあまり動きすぎないように声をかけていく。事例 7 では、医師の病態説明を受けて、病状の進行に伴いリンパ節の問題や反回神経麻痺、嘔声が出現する可能性もあるために注意してみていく。事例 28 では、治療効果がなく、画像上で腫瘍増大が確認されているとの医師の説明より、今後は呼吸困難の可能性も意識した観察が必要であることを認定看護師からスタッフに指示していた。

#### (5) 他の職種への介入依頼

出現している症状によって、他の専門職にフォローを依頼していた。化学療法後の食欲低下の事例 26 では、昨日より今日は若干吐き気が回復しているが、まだ口からしっかり食べるまではいかないため、栄養士に相談して補助食品等を提供している。治療の影響で味覚障害のある事例 27 では、吐き気は落ち着いたが、味覚障害のための食欲低下があり、さらに誤嚥性肺炎の可能性も考えられたので食べ方について言語療法士に評価を依頼している。

### 2) 今後の方向性

今後の方向性は、(1) MSW への介入依頼、(2) 在宅療養への準備、(3) 外来との連携と継続看護、(4) 外来治療への移行の可能性を検討と、病院での見取りが予測される事例に対しての (5) 見取りへの準備の 5 つの内容が含まれていた。

#### (1) MSW への介入依頼

在宅療養への移行を前提としている患者に対しては、できるだけ早期から MSW に介入を依頼し、支援体制の整備をしていた。事例 12 では、呼吸困難があるために在宅酸素療法導入が必要であること、そのための酸素の取り付けやベッドの搬入等の準備をしている。事例 26 では、退院にあたり一人暮らしということを心配している患者に対して、今後の生活への希望や、兄弟からのサポートがどの程度可能かということについて確認することを含めて、MSW に介護保険の申請や日常生活面での支援資源についての情報提供を依頼していた。また、事例 4、事例 5、事例 31 についても利用可能な社会的資源の導入やサポート体制の確認等についての支援を依頼していた。

#### (2) 在宅療養への準備

今後の状態変化の可能性を予測し、対応できるような在宅療養の支援体制を整える準備をしていた。事例 3 では、今後辛さが増強する可能性があるという情報を在宅担当の医師と共有しておくことと、それに対する対応をしていけるように調整していく。事例 5 では、外来フォロー期間中に状態が悪化した場合に、訪問看護の導入などの対応の遅れが懸念さ



れる患者に対して、入院している間に訪問看護導入などの手続きを出来るだけ進めておくことを提案していた。

### (3) 外来との連携と継続看護

外来に引継ぐべき要点を確認して、外来看護師との連携をとり、継続看護の体制を整えていた。事例 17 では、疼痛コントロールが不十分のまま退院となる患者について、今後外来での、痛みのコントロールの必要性を申し送っておくことで、主治医の対応をフォローしてもらえらると思う。事例 29 では、病態をみながら外来で次の治療方針を決定する場合、すでに体力が低下していることや治療の副作用のしびれも強くなっているが、本人は治療を続けたいと考えていること、これからの治療選択は自分で納得して決めたいと思っていることを外来の看護師がしっかり継続してもらえらるよう、プライマリーナースは引継ぐことを、認定看護師からスタッフに確認をしていた。

### (4) 外来治療への移行の可能性を検討

看護師は医学的な適応だけではなく、患者の ADL や QOL の視点などから外来治療への移行の可能性を検討していた。事例 19 では、化学療法後の白血球低下を理由に今後も入院での治療が妥当であると考えている医師に対して、この患者は ADL に大きな問題がないので、感染予防が適切に行えられば外来での治療が可能なのではないか。入院していること自体が QOL を下げている可能性もあると、看護師の見解を述べていた。

### (5) 見取りへの準備

全身状態悪化や意識レベル低下をきたしている状態の患者に対しては、物理的な看取りのための準備状況の確認や、精神的なフォローを行っていた。病態的にかなり厳しく、心肺蘇生を行わない意思の確認もとれている事例 22 では、家族に対して、そろそろ旅立ちの日の衣服の準備の提案をしてよいことを認定看護師がスタッフに伝えていた。緩和ケア病院への転院待ちの間に状態が悪化している事例 37 では、家族や現場のスタッフの協力や頑張りがあって、患者の表情が落ち着いていることと、いい形で過ごしていると思うことを、周囲の人たちに伝え、労いの言葉をかけていた。

## 3) 家族へのケア

家族へのケアについては (1) 家族の思いの確認、(2) 状況受け入れに対する支援、(3) 家族の状況の把握の 3 つの内容が含まれていた。

### (1) 家族の思いの確認について

緊急入院直後の事例 11 では、妻自身は前の入院時から相談があり、準備ができていると思うが、子どもたちの思いや妻が自宅でのケアをどう考えているかについては今後見えないといけな。事例 13 では、治療後の経過が順調であるが、家族が退院を決断できずにいるため、退院に向けて夫がどう思っているのかについて現場の看護師たちに情報収集を依頼する。在宅に帰ることは難しいと考えらる事例 21 では、息子が本当に父親の介護をよくしてくれているので、在宅で看取るか、入院のままでいくのかについては、息子も納得がいくようにしたいと、随時状況に合わせて家族の思いを確認していた。

### (2) 状況受け入れに対する支援

状態の悪い患者や家族が一方的に積極的治療を希望する場合などでは、家族がその状況を受け入れらるよう支援をしていた。事例 2 では、治療の方向性について夫婦間での意見に相違があったために、再度医師から夫に対して、医学的効果は望めない可能性が高

いことを説明してもらい、夫に考えてもらうことが大切になる。事例 24 では、せん妄の状態について再度夫から理解を得るのは困難である。夫自体が疲労している可能性もあるので、長男や娘と一緒にせん妄の様子を見てもらい、理解して最後を過ごしてほしい。

### (3) 家族の状況の把握

事例 42 では、娘には小学生の子どもがいること、シングルマザーで、日中は仕事に出ており、長男は遠方で、夫は他界している。その娘が泣きながら自分を責めていて、彼女自身が限界の様子であった。事例 43 では、家族から“とにかくわがままだからお願いします。関係性が今まで悪かったり、ずっと疎遠だったけど今はもうしかたがないから電話して下さい”って言われたと、家族の状況や家族関係についてまずは情報を確認し、把握しようとしていた。

## 4) 精神面へのケア

精神面へのケアについては(1) 精神科へのコンサルトを担当医に提案、(2) 精神状態の評価、(3) チャプレンへの介入依頼の 3 つの内容が含まれていた。

### (1) 精神科へのコンサルトを担当医に提案

精神科への依頼をあまりしない担当医に対して、看護師が繰り返し精神科へのコンサルトを提案していた。事例 43 では、予後が厳しく、吐気や身体的な痛みもあり、精神的にも影響している様子で、不安定なので精神科の医師に相談したい。事例 50 では、意識レベルが低下している状態から急に普通に話すこともあり、意識がだんだんはつきりしてくるわけでもなく、目の焦点も合わない。前の病院で統合失調症の診断がついているので精神科医へのコンサルトの理由と提案を示していた。

### (2) 精神状態の評価

事例 42 では、前医から、臍臓がんでやれる治療はない。こちらでやるだけのことはやったが、もう効果がないと言われた。病気がわかってからの急激な病状の進行や変化を受け止めることができずに、知識として理解できるが感情がついていっていないという印象をうける。急に怒ったりすることもこういう状況の中では当然のことなのかと思う。事例 51 では、ここにきて痛みが再び増強してしまったことすごく不安に思っている。そこがはっきりしないと嫌と思う人なので、しっかり説明していくことが必要だと、患者の精神状態を分析、評価し、看護師なりの対応を導きだそうとする姿勢がみられた。

### (3) チャプレンへの介入依頼

緩和ケア病棟の事例 42 で、夫の家系はみんなクリスチャンで、夫の弟は牧師、息子も神学大学を出たという家系で、キリスト教が日常的に身近な家族である。今は身体的な症状よりも本人の心の嵐の方がずっと問題だと思うので、チャプレンやボランティアに少し重点的に関わってもらうのが良いのでは等、患者の背景も考慮した上でチャプレンの介入を提案していた。

## 5) 患者の意思決定への支援

患者の意思決定への支援に関しては(1) 医師に患者の思いを伝える、(2) 家族に患者の思いを伝える、(3) 不安の共有、(4) 継続看護の保障の 4 つの内容が含まれていた。

### (1) 医師に患者の思いを伝える

看護師は患者の思いや本音を医師に伝えることで、患者の意思決定の支援やその意思実現に向けたケアをしようとしていた。事例 2 では、患者は治療をやりたくないが、断れば

担当医に見放されるのではないかと思っているとの情報から、治療を断れば外来にも来られなくなってしまうかもしれないと思い、それが嫌なので治療をやらざるを得ないと思っていることを主治医に伝える。事例 19 では、入院生活がストレスで、外来での治療継続を希望している。この患者の場合は白血球の下がるパターンさえしっかりつかんでもらって、その時期に外来フォローを入れればいいのか、また本人もそれを希望しているが、難しいことなのかを主治医に確認する。

#### (2) 家族に患者の思いを伝える

今後の治療方針に関して、夫婦間で意見に相違のあった事例 2 では、決定したことを請け負っていくのは本人であるため、やはり本人の意思が大事であることを、ご主人に理解して頂けるように声をかけていくことをチーム内で申し合わせて、家族に対して、患者の思いや本音を伝えていこうとしていた。

#### (3) 不安の共有

混乱状態にあった患者の状況が少し落ち着いた事例 1 で、不安も落ち着き、自分なりに考えも整理できるようになってきている状況なので、不安に思っていることを書き出してみて本人が決定できるところを支援していくと、患者の気持ちを共有することが出来る。患者が自分の気持ちを整理し、意思決定していくことができるように支援していた。

#### (4) 継続看護の保障

次の方針の決定は外来で行うという状況であった事例 29 で、自分は薬を使って治したい、あと 2 年は生きたいという思いがあって、先生からちゃんと説明してもらった上で、自分がしっかり選択して前に進みたいという気持ちがこの人にはあるので、本人にしっかりと説明してあげてほしいということを外来の看護師に伝えていくと、入院中の患者の思いを外来に引継ぎ、外来での看護体制を整えることによって、患者の意思決定への支援をしようとしていた。

### 6) 医師との関係

医師との関係については (1) 医師との調整、(2) 医師への反論、(3) ターミナル患者の担当医の対処への批判の 3 つの内容が含まれていた。

#### (1) 医師との調整

事例 15 では、化学療法後で外泊を希望している患者に対して許可しない主治医に対して、入院が長期になっているので、一度気分転換のためにも外泊を検討してほしいことを主任から医師に交渉すること。また同じ事例で、排便コントロールが不良のために下剤の変更を申し出たが、取り合ってくれない医師に対して、看護師からではなく、薬剤師から交渉を提案したり、問題によって調整を行う人物を変えるなど、主治医との関係の悩みの対応をカンファレンスで検討し、調整を図ろうとしていた。

#### (2) 医師への反論

患者の部屋移動を取り上げていた事例 42 で、子供たちが面会にくることが支えなのでそれをこちらの都合で制限することはあり得ない。高齢者の部屋移動は、環境の変化が相当の影響を及ぼすので、また振り出しに戻ってしまう可能性がある。その原因をこちらが作ってしまっている。また個室でプライベート空間を持って生活している人を大部屋に移すことは非常に難しい、患者の療養環境に関する視点の相違がある医師に、看護師はカンファレンスの場で反論していた。

### (3) ターミナル患者の担当医の対処への批判

ターミナルステージで意識レベルが低下している事例 69 では、うつ等の精神疾患が問題というようなレベルではないと考える。体力が弱っているが点滴をもう少し減らしてほしい。まだ高カロリーを実施している。医師として胃管やイレウス管が必要と発言していたが、本当に必要なのか、ターミナル患者に対する担当医の対処に、疑問や要望、批判的な意見を述べていた。

### 7) 規則やきまりの中での対応

規則やきまりの中での対応に関しては(1) 対応への限界であった。

#### (1) 対応への限界について

本人と家族から長期の外泊の希望があった事例 46 で、病院のきまりでは連続した外泊は2泊3日が限度なので、外泊先から1度戻ってきて病院で食事をするか、何か処置をした後にもう一度帰ってもらわなければならないと、病院の規則や制度上のしほり等があり、本人や家族からの要望に対して、希望通りの対応ができない限界があった。

### 3. 緩和ケア認定看護師が司会進行役を担っていた場合のカンファレンスの流れ

司会進行役を緩和ケア認定看護師が担っていた施設のカンファレンスでは、緩和ケア認定看護師からの問題提起や情報提供があり、その提示された問題や情報に関してカンファレンスに参加している他の看護師や医師、MSW 等から情報が追加提供され、お互いに意見交換がされ、今後の方向性や対応策を検討し、最後に再度ポイントが確認されるという1つのパターンが事例ごとに展開されていた。そこでは緩和ケア認定看護師が他職種あるいは病棟看護師に対して「〇〇について、△さんからお願いします」、「現場で何か困っていることはありますか」などと意図的に情報提供を依頼し、必要な情報を引き出そうとしていた。さらにそれらの発言に対して「わかりました」、「なるほど」、「そうですね」など、提供された情報を司会者が受け止めて、適宜メンバーに確認を取りながら、お互いの情報を共有してカンファレンスを進めていた。

## V. 考察

### 1. カンファレンスにおける看護師の発言

カンファレンスでの看護師の発言内容から緩和ケア上の課題に対してどのような対処をしているかが明らかになった。

症状マネジメントとして、患者の症状への対処方法を変更したり、症状の評価を行う場合に、事例 51, 8, 29 では、患者の日常生活動作の変化や日常生活への影響などに注目した判断を行っていた。また、事例 12 の投薬回数が減ったことを患者が喜んでいたという発言から、身体面への効果だけではなく、精神面にもプラスの効果をもたらすような症状マネジメントが必要であると考えていることが示唆された。すなわち、症状マネジメントには、患者の主観的データを尊重した QOL の概念（浅野，1997）も重要であると考えていることが推察される。また、出現している症状について疑問があった場合は、事例 1 では、医師に説明を求めたり、事例 14 では、再度患者に確認するなどして、その原因をはっきりさせようとする姿勢が見られていた。

今後の方向性に関しては、事例 5, 12, 26, 31 など MSW との協働のもとに、在宅療養への支援体制を整えていた。また、引き続き疼痛コントロールの必要であった事例 17 や、今後の治療方針を外来で決めていく事例 29 では、対処のために必要となる判断材料の提供などを行うことなどを通して、外来と連携した継続看護の体制を整えようとしていた。このことは、緩和ケアチームの看護師が中心となり病棟スタッフと外来スタッフ間で実施した定期カンファレンスが早期のケアニーズの気づきとなり、ケアの連続性がひろがったとの報告（櫻井ら，2008）とも関連することであり、MSW などの他職種との協働はもちろん、病棟と外来の連携や協働の重要性が示唆されたと言える。また、事例 19 の治療後の副作用症状のリスクを懸念して外来治療への移行を躊躇している医師に対して、リスクに対する予防対策を取り、患者の ADL や QOL を考えて外来治療への移行を検討していたことは、看護師の特徴として注目すべきものであった。

家族へのケアについては、事例 11, 21 など、患者や家族を取り巻く状況に変化があった時に家族の思いや希望を確認することや、事例 42, 43 では、家族自身の生活状況やサポート体制、患者との関係を把握することで家族自身の精神状態を推察していた。また、治療方針に対する夫婦間での意見の相違があった事例 2 や、事例 24 の患者の変化に戸惑いを感じている家族に対して、家族の気持ちに配慮しながら、できるだけ負担なく現状を受け入れていかれる支援を目指そうとしていた。緩和ケアにおいては、家族は患者を支え、患者をケアする存在である以上に、ともに苦しんでいる存在・ケアを必要とする存在である（小迫，2008）ことを十分に意識した看護師の対処であると言える。

また、精神面へのケアでは、予後や身体的苦痛で不安定になった事例 43 や、精神疾患のフォローの必要性な事例 50 では、看護師から主治医に対して精神科へのコンサルトを繰り返し、執拗に提案していた。これらの事例では、いずれも精神科医は常勤ではなく、チームカンファレンスへの参加もなかったため、日頃から患者の精神面の問題に対処するのは主に看護師であった。さらに主治医が精神面へのケアにあまり積極的に関わろうとする姿勢を示していなかったため、看護師にかなりの負担がかかっていたことが推察される。また、事例 42, 51 では精神状況を看護師なり分析、評価し、対処しようとする姿勢もみ

られた。しかし精神面へのケアに関しては特に看護師だけの対応には限界があり、緩和ケア病棟の事例 42 ではチャプレンからの支援も求めようとしていた。

患者の意思決定への支援については、事例 2, 19 では患者の気持ちを主治医や家族に伝えるという代弁者の役割をとっていた。また、事例 1 では、患者の気持ちを共有することで、患者が気持ちを整理できるように導くこと、事例 29 では、入院中からの患者の意思を外来に申し送り、患者の意思決定を支援に生かそうとしていた。

医師との関係では、事例 15, 69 など、カンファレンスに参加しない医師への批判的な思いをチームメンバーに伝え、カンファレンスで検討していくことで課題に対応していた。また、事例 42 では、療養環境に関して、患者の病態や経営的な効率を優先したベッド運用を主張する医師に対して、病室は患者の生活空間ととらえ QOL や精神的な安定を重視する看護師が、カンファレンスの場で医師に異議を唱えていたが、これは医師とは違う看護の専門的視点を示したものとして意義のある発言であった。佐藤は、医師に対して感情的に反応するのではなく、医師の専門領域外のことについては看護学の視点から医師と対等に話し合うことができなければならない（佐藤, 1996）と述べていた。たとえすぐに問題が解決できない状況であっても、看護師がこうした発言し続けていくことは重要であると考えた。

そして、規則やきまりの中での対応に関しては、本人や家族から長期外泊の希望のあった事例 46 で、病院の規則や制度上のしほり等のために、その希望通りの対応ができない現実があった。また、頻回な外泊に対して医事課からクレームがついた事例 59 では、医師たちも理想と現実との間でジレンマを感じているとの発言が聞かれていた。このように緩和ケアの課題には環境面やシステム上の問題等、医療者だけでは解決ができないものも存在していることが示唆された。

## 2. 緩和ケアにおける看護師の役割と多職種との協働

緩和ケアを取り巻く環境は、2002 年の緩和ケアチームへの診療報酬加算と、2005 年に制定されたがん対策基本法によって大きく変化し、我が国の緩和ケアの促進への追い風となった。がん連携診療拠点病院には多職種で構成された専従の緩和ケアチームが置かれ、また緩和ケア病棟自体も増加している状況から、緩和ケアの受け皿の導入、普及は進んでいる。しかし、指針は出されているものの、緩和ケアチームの構成、活動範囲や内容などは施設によって相違があり（高宮, 2003 ; 笹原ら, 2008）、また同施設内においてもその活動は随時変化している（森田ら, 2006）等の報告もある。そのような緩和ケアの現状把握自体が十分とは言えない現状である。さらに、緩和ケアチームの活動として重要視されているカンファレンスについても、活動要件の 1 つとして示されている通り定期的な開催はしているものの、その企画や運営や内容等の検証には至っていない。

症状マネジメントの対処方法、症状の評価、そして外来治療への移行など今後の方向性を検討する際に、患者の ADL や QOL を重視していた看護師に対して医師は、気管支がつまっているから今後の展望は立たない、デュロテップを増量しオキシコンチン中止しそれで様子をみていくなど、病態生理学的な根拠や薬剤の使い方を基準に判断していた。こうした医師の見方から発信される情報から、事例 7 の病態からリンパ節の問題とか反回神経麻痺や嘔声の出現の可能性もあるので注意してみていくこと、事例 6 のステロイドが増え

たから動作が活発になる可能性があるので注意するなど看護師は、患者と家族の生活をいかに支えるかについて責任をもち、医学的な知識を有しており、その働きの焦点は患者の生活に向けられている（東原ら，2000）と述べているように、看護の特徴を生かしたケアの協働者としての役割を果たしていたと言えよう。

また、今回 71 事例中、43 事例が症状マネジメントをカンファレンスの課題として取り上げていたが、そのうち 27 事例が疼痛に対するものであった。緩和ケアチームへの依頼に関する報告（継田，2003；服部，2006）でも、疼痛コントロールに関する内容が最も多く、緩和ケアにおいては、疼痛を中心とする身体症状に関するマネジメントがいかに重要であるかを示すものであろう。さらに、緩和ケアに関する WHO による最新の定義では、疼痛やその他の問題に関する完全なアセスメントが必要条件となっており（WHO，2003）、今後看護師には、症状アセスメントの能力向上が期待される。本研究でも、事例 3 や事例 8 のように、患者の ADL や QOL に視点を置きながら、現在の患者の痛みの評価をし、その上でレスキュー使用のタイミングについての看護師の見解を述べていたものもあった。その一方で、事例 10 や事例 58 のように、患者の訴えを重視し、患者は〇〇と言っていたと、患者の言葉をそのままチームメンバーに伝えていたものもあった。看護師の役割として、患者の傍に 24 時間いるナースの持っている患者情報をチームメンバーにフィードバックすること（松本ら，2003）を期待されており、こうした患者や家族からの主観的なデータを含めて、看護師のアセスメント内容をカンファレンスにおいて、いかに他のチームメンバーに適切に伝えることができるかというコミュニケーション能力の向上も今後期待されると考える。中川らは、協働関係形成のためには、看護師には専門性に基づく臨床判断能力や家族も含めた患者理解、明瞭で説得力のあるコミュニケーション能力が必要と述べている（中川，2008）。従って、情報自体の質の向上と共に、それを伝達するコミュニケーションスキルの向上も看護師には必要であることが示唆された。

本研究において、在宅療養への移行が予定されている事例 4，5，12，26，31 に対して、いずれも MSW が介入し、退院後の生活面での支援資源についての情報提供、介護保険の申請手続き、訪問看護など在宅医療関係部門との交渉などを主に緩和ケア認定看護師と密に連絡を取り合いながら行っていた。2007 年 6 月に策定されたがん対策推進基本計画によって、在宅ケアへの流れが加速している状況もあり、今後益々 MSW との協働は重要になるだろう。さらに緩和ケアは疾患の初期段階からがん治療の全過程において適用されるものであるため、多様化するニーズや複雑化する問題への対応が必要であり、多職種での関わりが必要不可欠である。上記の MSW との協働以外に、化学療法後の食欲低下の事例 26 には栄養士、味覚障害や誤嚥性肺炎の可能性があった事例 27 には言語療法士、さらに事例 42 では精神面へのケアにチャプレンが介入していた。そうした専門職との交渉や調整には主に緩和ケア認定看護師があたっていたが、患者ケアの依頼だけではなく、事例 27 の言語療法士のように、必要に応じてカンファレンスにも参加してもらっていた。一方医師は、主に症状マネジメントや精神症状に必要な薬剤管理について、事例 55，56，62，63，71 では薬剤師との意見交換は行っていたが、看護師の示す多職種との協働のスタイルとは全く異なっていた。多職種が集まるカンファレンスの場面では、話し合いの視点を決めたり、進行、まとめの作業は看護者が主体的に行うもの（東原ら，2000）と述べられていたが、本研究においても、結果 3 で示したように、緩和ケア認定看護師が司会進行役を

担っていた施設のカンファレンスでは、適所から必要な情報が引き出され、適宜メンバーに確認を取りながらお互いの情報を共有していた。認定看護師がこのような役割を担うことについて、看護師自身は「病棟の看護師は、特定の場面や状況ごとの患者のケアや管理に責任を持つ、だから横断的な活動ができる立場にいる自分は、患者のプロセスの管理に責任を持つ」と言っていた。治療面と生活調整面に携わることができる看護職だからこそ、こうした横断的な活動ができるのではないか。がん看護専門看護師の機能としても、プロセスをみることが上げられている（近藤，2001）が、チーム医療促進のためには、プロセスの中におけるチームメンバーの活動や変化などの観察も必要であることが示唆された。また、がんチーム医療における看護師の役割は、患者の医療面に直接関わる立場にいたため、医師や薬剤師らと共に患者が抱える医療問題を解決することが主たる役割であるが、患者の状態によってはMSWや臨床心理士らと共に精神面や生活支援等、医療上の問題以外の問題解決や支援的な役割の方が大きくなることもあるため、今、自分の目の前にいる患者にとって、自分がどういった役割を担うことがより重要なのかを判断する能力が必要（上野，2007）と述べている。しかし、緩和ケアにおいては、看護師は常にその両方の役割を同時に担わざるを得ないことが多く、時にそのバランスのとり方で悩むこともあるが、それも看護師の特徴の1つであり、ケアをしていく上で強みであり、ゆえに緩和ケアでは中核的な役割を担うことを期待されるのではないか。

また、患者は、事例2のように治療を拒めば見放されてしまうかもしれないと思っていることや、本当は治療をやりたくないという本音を医師や家族に伝えるという代弁者の役割を取っていた。患者本人に意思決定能力がある場合、それが医師や家族に伝わっていなかったり、受け入れられていない状況は、患者の尊厳や権利が侵害されている場合に相当するため、看護師は代弁したり、弁護・保護する行動をすることが重要である（石本，2006）と述べている通り、こうした代弁的な行為は患者の意思決定への支援には有効であると言える。しかし一方で、患者が意思を決めるまでの支援に関しては、患者の気持ちを共有することで患者が自分で気持ちを整理し、意思決定するように関わった事例1や、外来での意思決定をフォローできるように入院中に把握している患者の思いを外来に引き継いでいた事例29があったが、緩和ケアにおける課題の1つなのではないか。

そして医師との関係については、医師が患者の外泊の希望を聞き入れないことや、症状コントロールに関して看護師からの相談や依頼になかなか応じてくれなかった事例15や、ターミナル患者への対処に関して看護師がジレンマを感じていた事例69は、患者へのケアの主演であるはずの担当医が、いずれもカンファレンスには参加していなかった。看護師と医師との関係について、多くの看護師は、医師の治療方針や考え方が、時として患者が願っていることとは違うことを知っていたり、患者にとっての最善の医療について医師とは異なる考えを持っていたとしても、公然と批判したり意見を闘わせたりできないでいる（森下，1997）ことや、医師は看護師よりも上位に位置するとの認識が基本（勝又，1999）であり、看護職は医師に従属している関係（柳堀ら，2005）などの問題が、先行研究でも指摘されているが、このような状況を打開するためには、本来は患者のケアに関係する全員がフォーマルな場に参加し、お互いにコンセンサスを図ることが理想である。しかし、現実的には容易なことではないため、可能な限り適切なメンバーを招集したチームカンファレンスを設定することや、医師との関係に問題が生じた場合、どのような調整が可能か



等を検討し、チーム全体で担当医との交渉にあたることによって、看護師の個人的ストレスの軽減は図れるのではないだろうか。

チームカンファレンスだけが多職種との協働の場面ではないが、効果的にカンファレンスが行われることが患者のニーズに沿ったケアやチームメンバー間の関係性の向上に結びつくこと（田村，2009），そして協働を促進する要因としてカンファレンスがある（宇城ら，2002）とチーム医療の要として、その重要性が述べられているように、本研究でもその重要性は裏付けられたと言える。従って、そのカンファレンスにおいて看護師が看護の専門家の立場から根拠を持った見解を述べることで、さらに横断的な活動ができる立場の看護師がその特徴を十分に生かし、多職種との調整や交渉役を果たしていくことが、今後の緩和ケアの質の向上に貢献しうると考える。

## VI. 結論

カンファレンスでの看護師の発言から、緩和ケア上の課題として 1) 症状マネジメント、2) 今後の方向性、3) 家族へのケア、4) 精神面へのケア、5) 患者の意思決定への支援、6) 医師との関係、7) 規則やきまりの中での対応が抽出された。また、多職種との協働においては、治療面と生活調整面に関わることができるという看護師の特徴を生かした管理・調整役を果たしていくことが、緩和ケアの質の向上には重要であることが示唆された。

### 研究の限界および今後の課題

本研究は、サンプル数が限定されていたため、一般化までには至らない。本研究で得られた結果をさらに発展させていくためには、実際の具体的なケア内容の検証と看護師の役割の追究が必要である。

### 謝辞

この研究を行うに当たり、研究の趣旨に賛同して全面的なご協力いただきました各施設の緩和ケア認定看護師の皆様、心より感謝いたします。また、カンファレンスを主催した緩和ケアチームならびに関係病棟の看護師はじめカンファレンスに参加された皆様に、厚くお礼申し上げます。

論文指導のために遠方よりわざわざ足を運んでくださり、論文の実質的なご指導をしていただきました東京慈恵会医科大学大学院の柿川房子教授、ならびに本学の中野正春教授に深く感謝いたします。

最後になりましたが、研究を行う過程でお世話になりました本大学の諸先生方、研究活動を影で支えてくださいました大学院の同級生、職場の皆様、友人そして家族にも感謝いたします。ありがとうございました。

## 引用文献

- World Health Organization (2003) : WHO definition of palliative care. Retrieved January 4, 2010. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 浅野茂隆, 谷憲三朗, 大木桃代 (1997) : ガン患者ケアのための心理学ー実践的サイコロジー, 真興交易医書出版部, 東京.
- 阿部まゆみ (2007) : 緩和ケアにおける看護の役割, インターナショナルナーシングレビュー, 30(4), 37-41.
- 石本傳江 (2006) : 看護アドボカシーとは何かーその意義と課題ー, 臨牀看護, 32 (14), 2056-2062.
- 上野直人 (2007) : がんチーム医療における看護師の役割, インターナショナルナーシングレビュー, 30 (4), 21-24.
- 宇城令, 中山和弘 (2002) : 病院看護職における医師との協働に関連する要因, 第 22 回日本看護科学学会学術集会講演集, 208.
- 梶原和歌 (2000) : 在宅と病院を結ぶためのチーム医療構築ーケア・ミックス型病院での職種間連携ー, 平成 12 年版看護白書, 100-109.
- 勝又正直 (1999) : ナースのための社会学入門 (第 1 版), 医学書院, 東京.
- 桂川純子 (2002) : 患者の権利擁護と看護師ーバイオエシックスの視座からの提言ー, 早稲田大学大学院人間科学研究科 2002 年度修士論文.
- 小迫富美恵 (2008) : チーム医療でがん患者と家族を支える看護師の役割, 家族看護, 6 (2), 19-25.
- 近藤まゆみ (1999) : チームメンバーを調整するコーディネーターの役割とは, インターナショナルナーシングレビュー, 22(5), 34-38.
- 近藤まゆみ (2001) : チーム医療の推進役としてのがん看護専門看護師の機能, がん看護, 6(4), 305-307.
- 櫻井環, 馬場玲子, 入江佳子, 他 2 名 (2008) : 筑波大学附属病院緩和ケアチームの病棟と外来を繋ぐ取り組みー婦人科外来定期カンファレンスを開始してー, 第 13 回日本緩和医療学会学術大会抄録集, 172.
- 笹原朋代, 三條真紀子, 梅田恵, 他 6 名 (2008) : 大学病院で活躍する緩和ケアチームの支援内容ー参加観察の結果からー, 日本がん看護学会誌, 22 (1), 12-21.
- 佐藤蓉子 (1996) : 看護ケアの現場における倫理的問題, 看護教育, 37 (1), 12-16.
- Jean Lugton, Rosemary McIntyre (2005) / 眞嶋朋子 (監訳) (2008) : 実践的緩和ケアー看護は何をすべきかー, エルゼビア・ジャパン, 東京.
- Shirley Ann Smith (2000) / 高橋美賀子 (監修) (2006) : ホスピス・コンセプトー終末期における緩和ケアへの手引きー, エルゼビア・ジャパン, 東京.
- 杉野元子, 西元勝子 (1998) : カンファレンスの本当の意味ー有効なカンファレンスを行うための極意ー, 月刊ナーシング, 18 (13), 46-57.
- 高宮有介 (2003) : 緩和ケアチームの現状と今後のあり方, がん看護, 8 (4), 260-267.
- 瀧瀬奈津美 (2003) : 患者さんのニーズを反映した看護の提供を目指してー主体的なチームカンファレンスの取り組みー, 神奈川県立看護教育大学校看護管理学科集録平成 14 年度, 142-147.

- 田村由美 (2009) : チーム医療の要となるカンファレンス, 看護実践の科学, 34 (9), 6-12.
- 中川典子, 林千草 (2008) : 看護師－医師関係における会話の特徴と協働関係形成の条件, 日本看護管理学会誌, 12 (1), 37-48.
- 中村めぐみ (1999) : チーム医療に求められる看護婦の意識改革, インターナショナルナーシングレビュー, 22(5), 26-28.
- 日本緩和医療学会理事会 (2004) ; 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン, 厚生労働省厚生科学研究「がん医療における緩和医療および精神腫瘍学のあり方と普及に関する研究」班.
- 長谷川久巳, 笹原朋代, 大谷木靖子, 他 9 名 (2006) : 院内緩和ケアチームで活動する看護師の役割－フォーカス・グループ・インタビューの結果から－緩和ケア, 16 (4), 365-370.
- 東原正明, 近藤まゆみ (2000) : 緩和ケア (第 1 版), 医学書院, 東京.
- 平山正実 (1996) : 緩和ケアとチーム・アプローチ, 臨牀看護, 22(13), 1857-1864.
- 福島みさ代, 渡辺祥子 (2003) : 一般病棟看護師の緩和ケアに対する意識の分析, 日本看護学会論文集成成人看護Ⅱ, 34, 197-199.
- ヘルガ・クーゼ (1997) / 竹内徹, 村上弥生 (監訳) (2000) : ケアリング－看護婦・女性・倫理－, メヂカ出版, 大阪.
- 細田満和子 (2006) : 「チーム医療」の理想と現実 (第 1 版), 日本看護協会出版会, 東京.
- 松島たつ子 (2001) : ホスピスにおける多様な職種の役割と連携, がん看護, 6(4), 308-311.
- 松本美佐子, 日浦あつ子 (2003) : がん看護におけるチームケア－プライマリナーズを中心に合同カンファレンスを行いながらケアした症例を通して－, がん看護, 8 (4), 276-280.
- 森田達也, 藤本亘史, 難波美貴, 他 5 名 (2006) : 緩和ケアチームは病院の緩和医療をかえたか, 緩和医療学, 8 (2), 36-42.
- 森下郁子 (1997) : 看護婦が直面する道徳的葛藤の実態, 日本赤十字看護大学紀要, 11, 42-49.
- 柳堀朗子, 草刈淳子 (2005) : 看護職と医師との協働における理想と現実, 日本看護研究学会雑誌, 28 (3), 210.
- 和田典子, 藤見順子, 武田典子, 他 2 名 (1998) : なんとかしなくっちゃ! 病棟カンファレンス, 月刊ナーシング, 18 (13), 58-61.
- 渡辺孝子 (1996) : これからの看護活動と緩和ケア, 臨牀看護, 22 (13), 1842-1847.

## 参考文献

- Marshall M (1991) : Advocacy within the multidisciplinary team, Nursing Standard, 6 (10), 28-31.
- Maureen Carson, Thelma Williams, Angela Everett (他 1 名) (1997) : The nurse's role in the multidisciplinary team, European Journal of Palliative Care, 4(3), 96-98.
- 太田勝正, 前田樹海 (2006) : エssenシャル看護情報学, 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 加部一彦 (2004) : チーム医療における医師と看護師の関係, 臨牀看護, 30 (12), 1810-1813.
- 亀口憲治 (2002) : コラボレーション－協働する臨床の知を求めて－, 現代のエスプリ 419,

6, 5-19.

鈴木志津枝, 内布敦子 (2005) : 緩和・ターミナル看護論 (第 1 版), ヌーヴェルヒロカワ, 東京.

寺本松野, 村上國男, 小海勝正 (1994) : IC 自己決定を支える看護, 日本看護協会出版会, 東京.

松井るみ (2009) : 緩和ケアチームにおける職種間連携とカンファレンス, 看護実践の科学, 34 (9), 27-33.