

在宅高齢者ターミナルケアにおける看護アドボカシー実践に関する研究 —患者の権利や利益が脅かされる状況と患者の意思を把握する方法から—

南家貴美代、岩本テルヨ、有松 操、森田敏子

The practice of terminal care nursing advocacy for elderly at-home patients:

Factors that threatening patient rights and benefits, and methods
for understanding patient preferences

Kimiyo Nanke, Teruyo Iwamoto, Misao Arimatsu, Toshiko Morita

Purpose : To examine the practice of terminal care nursing advocacy for elderly at-home patients by identifying the factors that threaten their patient rights and the methods by which visiting nurses understand patient preferences.

Methods : Twenty-five visiting nurses selected from a visiting nurse station in Prefecture A with experience in caring for elderly at-home terminal care patients participated in this study. Data was gathered using semi-structured interviews that focused on the nurses' practice of advocacy and were analyzed qualitatively.

Results and Discussion : 1. The rights and benefits of elderly at-home terminal care patients were threatened by the following factors: "progression of symptoms that threaten patient's at-home lifestyle", "physical pain accompanying progression of symptoms", "uncertain nursing skills", "caregiver ambivalence", "conditions under which patient's true desires are difficult to understand", "patient preferences that are influenced by family circumstances", "patient and family members who are unable to convey their desires to their physician", "healthcare professionals who have little interest in their patient's future", "an inadequate at-home hospice system", and "uncertain skills and resources of visiting nurses".

2. Visiting nurses used the following methods to understand the preferences of elderly at-home terminal care patients: "foster a relationship of trust with the patient", "deepen understanding of patient", "determine the true wishes of the patient", "refine their ability to understand and accept each individual".

The above results suggest that there is a need for visiting nurses to interact with patients as human beings; to accept and understand patients fully, including the lives they led prior to terminal care; to grasp patient preferences with attention to their circumstances and conditions; and on that basis for the visiting nurses to work toward the fulfillment of the needs of families, physicians, and at-home hospice systems using symptom management and pain relief skills, family assessment skills, and communication skills for interacting with physicians and other professionals.

Key words : home care, terminal care, elderly, nursing advocacy, nursing ethics

I. はじめに

近年、医療が高度化し患者の権利意識が高まる中、国際看護師協会(ICN)の「ICN看護師の倫理綱領」には「看護師には、生きる権利、尊厳を保つ権利、そして敬意のこもった対応を受ける権利などの人権を尊重することが、その本質として備わっている。」¹⁾と看護師の権利擁護者としての立場が明確に記されている。日本看護協会も2003年の「看護者の倫理綱領」の改定において、「看護者は人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する」「看護者は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する」²⁾と看護職の権利擁護者としての役割を明示し、看護職が患者の権利擁護者(advocate; アドボケート)としてその責任を果たすことを強調している。

「advocacy; アドボカシー」は障害者の家族など市民による人権擁護運動として始まり³⁾1990年代から患者の権利意識の高まりとともに日本でも用いられるようになった言葉である⁴⁾。日本では「権利擁護」や「代弁」という訳があてられることが多いが、看護における意味合いについては現在もなお議論の途上にある⁵⁾。サラ T.フライは看護におけるアドボカシーモデルを、患者の人権や道徳的権利の仲介役である「権利擁護モデル」、患者がニーズや関心、選択について話せるよう支援するという「価値決定モデル」、患者の人としての尊厳やプライバシーを尊重する「人として尊重するモデル」という3つのモデルから説明し⁶⁾、ネルソンは、個人の法的権利とされるものに対する擁護である「法的擁護」、患者の価値を支援し保護する「道徳的—倫理的擁護」、患者に代わって利益を保護する発言や行為を行う「代理的擁護」、社会正義のために「適切」なものへ改善する行為である「社会的(政治的)擁護」、道徳的—倫理的擁護に含まれる精神的慰めや相談という「精神的擁護」というモデルから説明している⁷⁾。このようにアドボカシーについての概念は広く複雑であるが、患者の権利擁護者として看護職への期待

と責任が求められている中、看護におけるアドボカシーについて、定義や必要性、看護師が行うことの独自性、看護アドボカシーの行為・方法等⁷⁾の早急な確立が必要と言えるだろう。

ところで、医療費高騰に伴う在院日数の短縮化や在宅医療の推進という国の施策もあり、在宅療養生活を送る患者は増えてきている。その一方では、在宅における高齢者虐待の報告も見られるようになっており⁸⁾、在宅という患者と家族の閉鎖されがちな環境において、患者の権利を守ることは重要な課題であり患者の権利擁護者として訪問看護師が果たさなければならない責務でもある。

そこで本研究では、在宅看護の中でも特にターミナルケアに焦点を当て、ターミナル期にある在宅高齢者の権利や利益が脅かされやすい状況や、患者の意思決定の支援に欠かすことの出来ない患者の意思の把握を、訪問看護師がどのように行っているかを明らかにし、看護アドボカシー実践について示唆を得ることを目的とする。

尚、本研究では、「看護アドボカシー」とは看護師による患者の権利擁護であり、患者の尊厳や意思決定、関心やニーズを尊重すること、あるいは尊重されるように活動すること、と定義した。また、「ターミナル期」とは、死亡までの6ヶ月間とし、「高齢者」とは満60歳以上とした。

II. 研究方法

1. 対象

A県にある訪問看護ステーションに勤務する、14施設の32名の訪問看護師のうち、60歳以上のターミナル期にある在宅高齢者の権利や利益が脅かされやすい状況や患者の意思を把握する方法について語った、12施設の25名の訪問看護師を分析対象とした。

2. 調査方法

平成17年9月から12月にかけて、半構成的面接を実施した。質問内容は、対象者の基本属性、看

護アドボカシーという概念の認識、ターミナル期にある在宅高齢者へのケアにおける看護アドボカシー実践の体験について、アドボケイトとしての役割に関する意見等である。面接時間は30分から40分であり、面接は訪問看護ステーションの一室で行った。面接内容は対象者の許可を得てテープに録音した。許可が得られなかった場合は面接後、ノートに詳細に記録した。

3. 分析方法

面接によって得られたデータから逐語録を作成した。次に逐語録を読み込み、訪問看護師の看護アドボカシー実践の体験の中から、患者の権利や利益が脅かされている状況および患者の意思を把握する方法が語られている場面を抽出し、意味を損なわないように要約しこれを小カテゴリーとした。小カテゴリーの意味内容を類似性により分類し徐々に抽象度を高めながらカテゴリー化を進め、中カテゴリー、大カテゴリーを形成した。次に患者の権利や利益を脅かしている状況と患者の意思を把握する方法から、ターミナル期にある在宅高齢者へのケアにおける看護アドボカシー実践に向けての訪問看護師の活動を検討した。

分析にあたっては、研究者間で意見が一致するまで数回の討議を重ね信頼性を高めた。

4. 倫理的配慮

熊本大学医学薬学研究部倫理審査委員会に倫理審査申請を行い、承認を受けた。承認にもとづき、まず、A県内にある訪問看護ステーションの管理者に対し研究の主旨および方法について口頭および文書で説明し署名にて同意を得た。その後、ターミナル期にある在宅高齢者の看護体験がある訪問看護師を推薦してもらった。そして、訪問看護師に対しても同様に研究の主旨および方法を口頭および文書で説明し署名にて同意を得た。研究協力の依頼にあたっては、対象施設および対象者、体験として語られる訪問看護ステーション利用者の匿名性を保障し、データは研究目的以外には使用

しないこと、研究への参加は自由意志で決められ、不参加および中断しても不利益を被ることはないことを説明した。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の所属施設の概要および対象者の属性

対象者が所属する訪問看護ステーションは、常勤の訪問看護師が2～6名、非常勤の訪問看護師が0～8名の施設であった(表1)。次に対象である訪問看護師の属性を表2に示した。平均年齢は42.6±6.9歳で、医療施設での平均勤務年数は16.0±8.2年であった。訪問看護ステーション部門での平均勤務年数は5.2±3.3年であり、これまでに経験した在宅高齢ターミナルケアの事例数は10例未満が12人(48.0%)と最も多かったが、1～100例と差が大きかった。

これらの結果から、今回分析対象となった訪問看護師は医療施設において十分な臨床経験を積んだ後、在宅看護に従事している人たちであるが、在宅看護でのターミナルケアの体験にはかなりの相違がある人たちと考えられた。

2. ターミナル期にある在宅高齢者の権利や利益が脅かされやすい状況

訪問看護師の語りの中に含まれた、ターミナル期にある在宅高齢者の事例数は31事例であった(表3)。31事例中20事例(64.5%)は男性患者で、多くが肝臓がんや前立腺がんなどの悪性疾患であった。他に心疾患や筋萎縮性側索硬化症、脳腫瘍、

表1 対象者の所属施設の概要

施設名	看護職員数		月平均訪問看護件数(件)
	常勤(人)	非常勤(人)	
A	3	7	300～350
B	6	8	20～60
C	2	0	20
D	4	1	450
E	3	1	50
F	3	2	48
G	3	4	120～400
H	4	3	320
I	5	1	315
J	3	0	160
K	4	7	70
L	4	2	250

表2 対象者の属性

	性別	年齢(歳)	勤務形態	資格	在宅ターミナルケア 経験事例数(事例)	訪問看護従事 年数(年)	医療機関での 勤務年数(年)
1	女性	56	常勤	看護師	40	11.0	8.0
2	女性	42	常勤	看護師	10	5.0	14.0
3	女性	44	常勤	看護師、保健師	30	1.1	22.0
4	女性	39	常勤	看護師	不明	4.0	18.0
5	女性	33	常勤	看護師	1	2.5	10.0
6	女性	42	常勤	看護師	7	0.5	21.0
7	女性	42	常勤	看護師	25	11.0	20.0
8	女性	46	常勤	看護師	20	9.0	15.0
9	女性	36	常勤	看護師	20	6.0	15.0
10	女性	39	常勤	看護師	7	3.5	10.0
11	女性	34	非常勤	看護師	3	1.8	11.0
12	女性	28	常勤	看護師	2	1.0	7.0
13	女性	40	常勤	看護師	10	9.0	5.0
14	女性	53	常勤	看護師	15	8.0	30.0
15	女性	50	常勤	看護師	15	8.0	29.0
16	女性	46	常勤	看護師	100	10.0	25.0
17	女性	37	常勤	看護師	8	4.0	11.0
18	女性	36	常勤	看護師	10	8.0	7.0
19	女性	43	常勤	看護師	3	2.8	13.0
20	女性	45	常勤	看護師	6	5.0	8.0
21	女性	43	非常勤	看護師	2	8.0	20.0
22	女性	38	常勤	看護師	50	5.0	15.0
23	女性	50	常勤	看護師	3	0.6	14.0
24	女性	54	常勤	看護師	5	3.0	39.0
25	女性	49	常勤	看護師	6	3.0	14.0
平均±標準偏差		42.6±6.9				5.2±3.3	16.0±8.2

表3 訪問看護師の語りに含まれた事例

	年齢	性別	病名	主たる介護者
1	96歳	男性	老衰	家族
2	80歳代	女性	肺がん	家族、家政婦
3	80歳代	男性	大腸がん	家族
4	70歳代	男性	口腔底がん	家族
5	80歳代	男性	前立腺がん	家族
6	67歳	男性	筋萎縮性側索硬化症	家族
7	80歳代	女性	心疾患	家族
8	70歳代	男性	喉頭がん	家族
9	80歳代	女性	大腸がん、子宮がん	家族
10	60歳代	男性	直腸がん	家族
11	90歳代	男性	前立腺がん	家族
12	70歳代	男性	肝臓がん	家族
13	70歳代	男性	前立腺がん	家族
14	67歳	男性	筋萎縮性側索硬化症	家族
15	80歳代	男性	前立腺がん	家族
16	70歳代	男性	肝臓がん	家族
17	70歳代	女性	胆嚢がん	家族
18	70歳代	男性	肝臓がん	家族
19	86歳	女性	肺がん	家族
20	85歳	女性	乳がん	家族
21	93歳	女性	乳がん	家族
22	70歳代	女性	胆管がん	家族
23	63歳	男性	肝臓がん	家族
24	70歳代	男性	肝臓がん	家族
25	74歳	男性	喉頭がん	家族
26	70歳代	女性	肝臓がん	家族
27	80歳代	男性	がん	家族
28	70歳代	男性	肺がん	家族
29	82歳	女性	がん	家族
30	72歳	男性	肝硬変、肝臓がん	家族
31	87歳	女性	脳腫瘍	家族

在宅高齢者ターミナルケアにおける看護アドボカシー実践に関する研究
 —患者の権利や利益が脅かされる状況と患者の意思を把握する方法から—

表4 ターミナル期にある在宅高齢者の権利や利益が脅かされやすい状況

小カテゴリ(要約)	中カテゴリ	大カテゴリ
状態悪化による本人の意に反した医療処置の提案	意に反した医療処置を必要とするほどの症状の進行	在宅での生活維持を脅かす病状の進行
状態悪化による本人の意に反した入院の勧め	在宅療養の継続を脅かすほどの症状の進行	
患者が大切にしていた日常生活行動が状態の悪化により出来なくなってきた	患者が希望する日常生活動作と症状とのアンバランス	病状進行に伴う身体的苦痛
不十分な疼痛コントロールによる医療者への不信感	不十分な疼痛コントロール	
高齢者の忍耐力に拠る疼痛コントロールの困難さ		介護者の不確かな介護力
合併症や体質に影響される疼痛コントロールの困難さ		
抗がん剤の副作用による体力消耗	病状進行に伴う身体的苦痛	介護者の不確かな介護力
病気の進行に伴って出現する痛みや倦怠感などの身体的苦痛	状態悪化に伴う介護者への介護負担の増加	
患者の自己管理能力に頼っていた家族の戸惑い	家族間の意見や思いのずれ	介護者の不確かな介護力
介護の負担から患者の気持ちに添うことの出来ない家族	介護力の不足	
患者の意思把握が困難な状況下における家族間での意見の相違	介護者の患者に対する関心の不足	介護を最優先できない家族の事情
家族の介護に関する知識や技術の不足	介護を最優先できない家族の事情	
患者の思いを察知することのできない家族		介護者の不確かな介護力
慣れた介護者から新しい介護者への交代		
無力さを感じ最期まで看取る意思が揺らぐ家族	状態悪化に伴う家族の気持ちの揺れ	介護者の揺れ動く気持ち
状態悪化による家族からの点滴の希望		
緊急時の対応に関する家族の不安		介護者の揺れ動く気持ち
急激な病気の急変や進行による介護者の現実受け入れ困難	現実の受け入れが困難な家族	
介護者に対する周囲からの批判	患者と家族を取り巻く周囲の人々の不理解による家族の葛藤	患者の真意が掴みにくい状況
行事のため意に反し入院を選択した家族や親族	患者の意思に添うことのできない家族や親族の事情	
意識レベル低下による不十分な意思表示		患者の真意が掴みにくい状況
理解力低下や意思伝達が困難な患者	状態悪化に伴う意思表示の困難	
状態悪化による不十分な意思表示		患者の真意が掴みにくい状況
病状により意思伝達が不十分な患者		
認知症のある患者の意思の把握	認知症による意思疎通の困難	患者の真意が掴みにくい状況
我慢強く訴えの少ない患者	訴えの少ない患者	
入院先からの退院サマリーの遅れによる不十分な患者情報	患者に関する情報が不十分な状況からの関りの開始	家族の状況に影響される患者の意思
意思疎通が困難な状況になってからの訪問看護の開始		
患者と家族間での意見の相違	患者と家族間の意見や思いのずれ	家族の状況に影響される患者の意思
これまでの生活において話し合いの習慣がなかった家族		
家族への負担を考えた入院の意思決定		家族の状況に影響される患者の意思
家族への負担を考えた自分の思いを言わない患者	家族の負担を考えた意思決定	
家族への迷惑を考慮する難病患者		家族の状況に影響される患者の意思
子どもへの迷惑を考慮する老老介護の状況		
医師に對し言いたいこと、聞きたいことが言えない患者や家族	患者や家族の医師に対する遠慮	医師に思いを伝えられない患者や家族
看護師の意見よりも医師の方針に従う患者や家族	医師の方針に逆らえない患者や家族	
往診体制を持つ病院との連携をとらないまま在宅療養への移行	在宅医療体制を整えないまま在宅療養への移行	患者の今後に関心が薄い医療従事者
訪問看護ステーションとの繋ぎをつけないままの退院		
主治医の専門性に左右されやすい治療方針	自分の価値観で方針決定する医師	患者の今後に関心が薄い医療従事者
患者の状態を把握していない医師	患者や家族への関心が薄い医師	
自分の都合を優先する医師		患者の今後に関心が薄い医療従事者
医師から病状や予後について充分な説明がない		
患者や家族の理解を把握していない医師		患者の今後に関心が薄い医療従事者
麻薬取り扱いをしていない医師による末期がん患者の在宅診療	緩和ケアに対する準備が不十分な医師による在宅診療	
経済状態を考えた在宅での療養生活の準備	経済状態に左右される在宅療養生活	不十分な在宅ホスピス体制
一人暮らしの患者	独居では維持することが困難な在宅療養生活	
一人の医師の都合に合わせざるを得ない往診体制	医師の往診体制が不十分な状態での在宅療養生活	不十分な在宅ホスピス体制
ナースの判断や医師への報告の遅れ		
患者の気持ちや状態を的確に医師に伝えることのできない看護師	訪問看護師の不的確な判断能力や医師への伝達能力	訪問看護師の不確かな能力や資質
医療施設における看護のペースで進むとする看護師	訪問看護師の在宅ケア 緩和ケアへの理解不足	
人工呼吸器装着により日常生活援助を戻さぬ訪問看護師	重症者の日常生活援助に対応できない訪問看護師	

老衰の事例も語られていた。

これらの事例の看護体験から述べられた、ターミナル期にある在宅高齢者の権利や利益が脅かされやすい状況は表4に示すように、【在宅での生活維持を脅かす病状の進行】【病状進行に伴う身体的苦痛】【介護者の不確かな介護力】【介護者の揺れ動く気持ち】【患者の真意が掴みにくい状況】【家族の状況に影響される患者の意思】【医師に思いを伝えられない患者や家族】【患者の今後に関心が薄い医療従事者】【不十分な在宅ホスピス体制】【訪問看護師の不確かな能力や資質】の10の大カテゴリから構成されていた。

【在宅での生活維持を脅かす病状の進行】は《意に反した医療処置を必要とするほどの症状の進行》《在宅療養の継続を脅かすほどの症状の進行》《患者が希望する日常生活動作と症状とのアンバランス》であり、次第に病状が進行し、経口だけでは十分な栄養摂取が困難になってきたにも

関わらず点滴を拒否する患者と点滴などの医療処置や入院して医療処置を勧める医療者や動くことに困難を来たすようになってもトイレでの排泄を希望する患者の様子が語られていた。

【病状進行に伴う身体的苦痛】は《不十分な疼痛コントロール》《病状進行に伴う身体的苦痛》であり、痛みのコントロールが不十分であるため医療者に対して不信感を持つ患者の様子や痛みを我慢している患者、病状の進行に伴って倦怠感などの身体的苦痛が出現してきた患者の苦痛が語られていた。

【介護者の不確かな介護力】は《状態悪化に伴う介護者への介護負担の増加》《家族間の意見や思いのずれ》《介護力の不足》《介護者の患者に対する関心の不足》《介護を最優先できない家族の事情》であり、病状の進行とともにそれまで患者自身でやれていたことが出来なくなったがそれまで介護をしたことがないため戸惑っている家族

の様子や患者の意思が確認できないため家族それぞれが自分の思いで介護をしようとしている状況が語られていた。さらに、介護に対する知識や技術が不足している家族や患者の思いを察知することのできない家族に介護されている状況やそれまで患者の思いをよく理解し介護の中心を担ってきた人が何らかの事情で介護できなくなり、新たな介護人へと交代せざるを得ない状況などが語られていた。

【介護者の揺れ動く気持ち】は《状態悪化に伴う家族の気持ちの揺れ》《現実の受け入れが困難な家族》《患者と家族を取り巻く周囲の人々の不理解による家族の葛藤》《患者の意思に添うことのできない家族や親族の事情》であり、症状が悪化し衰弱が進んだり苦痛を訴える患者を家庭で看ることや緊急時の対応に不安を感じ、入院や医療処置を望むようになった家族による介護の状況や急激な発症や進行に気持ちがついていかず患者がターミナル期であることを受け入れることが出来ない家族による介護の状況が語られていた。また患者の意思に沿って介護をしているものの近所や親戚の人たちからの意見によって気持ちが揺らぎながら介護している家族や親戚の結婚式等の事情で患者が希望しない入院を選択せざるを得なかった家族の状況が語られていた。

【患者の真意が掴みにくい状況】は《状態悪化に伴う意思表示の困難》《認知症による意思疎通の困難》《訴えの少ない患者》《患者に関する情報が不十分な状況からの関りの開始》であり、病状の進行により意識レベルが低下してきたために患者の意思を確認しながらの介護や看護をすることが難しくなり、患者の意思というより家族の意思に沿って看護をおこなっていることや認知症が強く患者の真意を周囲の者が掴むことが困難である状況の中、迷いながら看護をおこなっていること、訴えることをせず我慢している患者の状況が語られていた。また訪問看護ステーションへ訪問看護の依頼が来るときには話すことが出来ないほどの状態になっており、患者に直接意思の確認を

することが困難であることや入院先からのサマリーが遅くなかなか患者についての情報が届かないという医療施設から在宅医療への移行に伴う問題に関連する状況も語られていた。

【家族の状況に影響される患者の意思】は《患者と家族間の意見や思いのずれ》《家族の負担を考えての意思決定》であり、患者の希望と家族の希望が異なっている場合や、家族や子どもたちへ掛かる迷惑や負担を考えて自分たちの真意とは異なる決定をしてしまう患者や介護者である配偶者の状況が語られていた。

【医師に思いを伝えられない患者や家族】は《患者や家族の医師に対する遠慮》《医師の方針に逆らえない患者や家族》であり、医師に対して質問したり自分たちの思いを伝えることができない患者や家族の状況や訪問看護師の意見よりも医師の意見を優先する患者や家族の状況が語られていた。

【患者の今後に関心が薄い医療従事者】は《在宅療養体制を整えないままの在宅療養への移行》《自分の価値観で方針決定する医師》《患者や家族への関心が薄い医師》《緩和ケアに対する準備が不十分な医師による在宅診療》であり、今後病状が進行することがわかっているにも拘らず往診医や訪問看護ステーションとの連携をつけないままに退院へと持っていく医療従事者や緩和ケアよりも放射線治療や化学療法など自分の専門性にこだわって今後の治療方針を決めようとする医療従事者の状況が語られていた。また、病状や治療、今後の見通しについて十分な説明をしなかったり、病状や今後の見通しなどに関する患者や家族の理解を把握していない医師や患者の状況よりも自分の都合で動こうとする医師、麻薬取り扱い免許を持たないにも関わらずターミナル期の患者を診ている医師の状況が語られていた。

【不十分な在宅ホスピス体制】は《経済状態に左右される在宅療養生活》《独居では維持することが困難な在宅療養生活》《医師の往診体制が不十分な状態での在宅療養生活》であり、様々なサービスを利用したくても経済的事情で利用を断念せ

ざるを得ない患者、家族の状況や一人暮らしでは在宅療養生活を継続することが困難な状況、往診医が一人であるため緊急時に対応できるとは限らないという状況が語られていた。

【訪問看護師の不確かな能力や資質】は《訪問看護師の不的確な判断能力や医師への伝達能力》《訪問看護師の在宅ケア、緩和ケアへの理解不足》《重症者の日常生活援助に対応できない訪問看護師》であり、訪問先での観察能力や判断能力、医師への報告が不十分な訪問看護師がいることや患者のペースでなく自分のペースで関わろうとする訪問看護師や人工呼吸器が装着されるとそれまで毎日行っていた清潔ケアの回数を減らしてしまう訪問看護師がいることが語られていた。

3. 訪問看護師が患者の意思を把握する方法

ターミナル期にある在宅高齢患者の意思を把握する方法は表5に示すように、【患者と信頼関係を築く】【患者理解を深める】【患者の真意を見

極める】【人を理解し受け止める能力を磨く】の4つの大カテゴリーから構成されていた。

患者の意思を把握するには、まず訪問看護師は専門的能力を駆使して《疼痛を緩和し安心感を高める》《良い人間関係を作る》ことによって【患者と信頼関係を築く】ことを行っていた。それとともに、《患者とじっくり向き合う》《患者と密に関わる》《患者と長く関わる》《患者を理解している人に聞く》《患者の全体像を捉える》ことによって【患者理解を深める】ことを行っていた。そして患者理解を深めつつ、《状況の変化時に患者の意思を確認する》ことが重要であり、《患者と家族、双方の反応から患者の意思を確認する》《患者本人から直接本音を聞く》《患者の表情や言動から意思を見極める》という技を駆使して【患者の真意を見極める】ことを行っていた。さらに、患者の意思を汲み取るためには、《患者の思いを察知するトレーニング》《人生経験を積んで人を見る目を養う》など、訪問看護師は【人を

表5 訪問看護師が患者の医師を把握する方法

小カテゴリー(要約)	中カテゴリー	大カテゴリー
疼痛コントロールがうまくいき信頼関係ができた 疼痛のある時のタッチングやマッサージで信頼関係が芽生えた	疼痛を緩和し安心感を高める	患者と信頼関係を築く
患者と人間関係を築き、信頼関係を作る	良い人間関係を作る	
一日の中の一時間半とか二時間を患者とじっくり過ごす 特に処置がないので患者と話をして過ごす 一人の患者にじっくり向き合う 患者とじっくり腰を据えて話を聞く	患者とじっくり向き合う	
訪問回数を増やし密に関わる 訪問時間は患者に気持ちを集中する 患者家族と訪問看護師が密に連絡を取る 顔回りに観察して判断する	患者と密に関わる	
長く患者と関わることで患者を把握する 1ヶ月あれば患者を理解できる 長く関わることで患者理解を深める 前もって長い期間かかわり患者理解を深めておく 患者の意思が把握しやすい時期から早めにかかわる	患者と長く関わる	患者理解を深める
本人から聞けない状態であれば、家族から患者の大切にしてきたことを聞く 家族の中で患者の意思を把握している人を見出し、話を聞く 常についている介護者から情報を得る	患者を理解している人に聞く	
今までのあり方をしっかりと認めて、思いを全部受け止めたがら関わっていく 病气だけでなく日常の動きを見て全体像を描く 一人の人間として関わる 患者の人生や生活に目を向ける 患者のこれまで大切にしてきたことを理解する	患者の全体像を捉える	
流れの変化時には患者の意思を確認する 状態の変化時に患者本人の意思を確認する 入院について直接本人の意思を確認する	状況の変化時に患者の意思を確認する	
患者の今までの言動から、その方向に不審を抱いた時は、家族患者に何度も確認しながら進める 患者の思いを家族につけ家族で話し合う場を設ける 患者と家族双方の目を見ながら反応をうかがいながら話す	患者と家族、双方の反応から患者の意思を確認する	
家族のいない時に患者と話す 薬について直接本人の意思を確認する 娘に聞いた情報を患者に確認する 文字盤を使って患者の意思を読み取る	患者本人から直接本音を聞く	患者の真意を見極める
患者の表情や言葉からこちらが推測した意思を確認する 患者の表情や行動をみて、訴えたいことを推測して聞く 表情や身体状況を見て推測して捉える 口頭の生活とか、表情とか、言動とか細かいところを、汲み取っていく	患者の表情や行動から意思を見極める	
言葉の裏にあるものを察知する力が必要 感性を日々のトレーニングで磨く 人生経験を積んで患者理解の感度を磨く 能力を磨くには家庭や育児も大切	患者の思いを察知するトレーニング 人生経験を積んで人を見る目を養う	人を理解し受け止める能力を磨く

理解し受け止める能力を磨く】ことを行っていた。

4. 在宅高齢者ターミナルケアにおける看護アドボカシー実践へ向けての訪問看護師の活動

患者の権利や利益を脅かしている状況と訪問看護師が患者の意思を把握する方法から、ターミナル期にある在宅高齢者へのケアにおける看護アドボカシー実践に向けての訪問看護師の活動を図1に示した。訪問看護師は、患者の権利や利益を脅かしている症状悪化や疼痛などの身体的苦痛、家族の介護力や揺れ動く気持ち、医師との関係や在宅ホスピス体制、訪問看護師の能力や資質という状況を把握し、患者の意思や意思決定が尊重された生活の実現に向けて、家族や医師、在宅ホスピス体制に対して働きかけている。また、働きかけるには患者の意思が把握できていることが前提であり、訪問看護師は患者と信頼関係を作り、患者理解を深め、患者の真意を見極めるという専門的技術を用いて患者の意思を把握し働きかけの方針を決定し、訪問看護師としての専門的知識や技術を用いて家族や医師に対して働きかけている。さらに訪問看護師の不確かな能力や姿勢は患者の権利や利益を脅かすだけでなく、看護アドボカシー実践そのものにも影響をおよぼすものであり、訪問看護師は患者の真意を把握するために人を理解し受け止める能力や訪問看護師としての能力や資質を高める努力を重ねている。

ス体制に対して働きかけている。また、働きかけるには患者の意思が把握できていることが前提であり、訪問看護師は患者と信頼関係を作り、患者理解を深め、患者の真意を見極めるという専門的技術を用いて患者の意思を把握し働きかけの方針を決定し、訪問看護師としての専門的知識や技術を用いて家族や医師に対して働きかけている。さらに訪問看護師の不確かな能力や姿勢は患者の権利や利益を脅かすだけでなく、看護アドボカシー実践そのものにも影響をおよぼすものであり、訪問看護師は患者の真意を把握するために人を理解し受け止める能力や訪問看護師としての能力や資質を高める努力を重ねている。

患者の意思、意思決定が尊重された生活

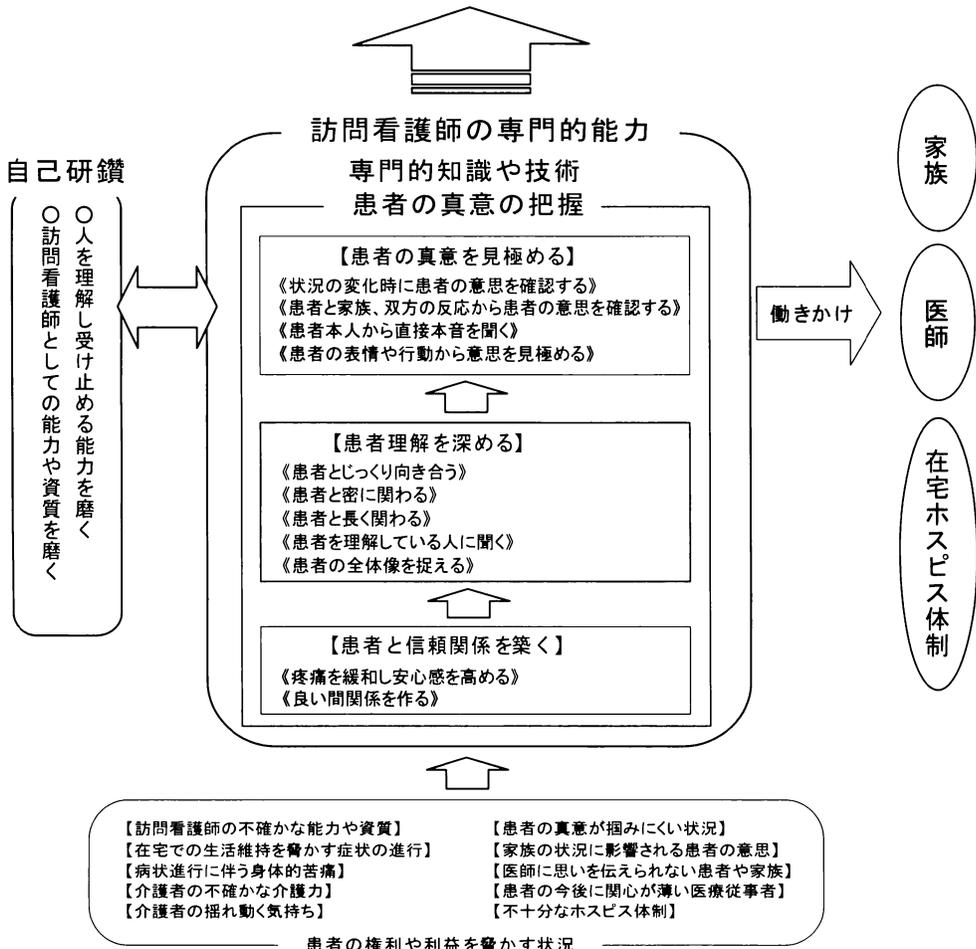


図1 在宅高齢者ターミナルケアにおける看護アドボカシー実践へ向けての訪問看護師の活動

IV. 考 察

1. 患者の権利や利益を脅かす状況への働きかけの重要性

ターミナル期に在宅療養を選ぶ患者の多くは、最期まであるいは出来るだけ長く、これまで自分が住み慣れた環境で自分にとって大切な人たちの近くでこれまで通り自分らしく生活したいという思いで在宅療養を選択した人たちであり、思いの根底には自分自身の意思決定を基盤とする自律した生活への強い希望があると考えられる。したがって、患者の意思を把握しさまざまなケアを通して患者の権利を守り、意思決定への支援や意思決定したことが実現できるよう働きかけていくことは在宅看護の基本的姿勢であると同時に、看護アドボカシーの実践とも言えるだろう。

今回の調査から、ターミナル期にある在宅高齢者の権利や利益は【在宅での生活維持を脅かす病状の進行】【病状進行に伴う身体的苦痛】【介護者の不確かな介護力】【介護者の揺れ動く気持ち】

【患者の真意が掴みにくい状況】【家族の状況に影響される患者の意思】【医師に思いを伝えられない患者や家族】【患者の今後に関心が薄い医療従事者】【不十分な在宅ホスピス体制】【訪問看護師の不確かな能力や資質】によって脅かされていることが明らかとなった。訪問看護師は患者の権利擁護者として、これらの状況から患者を擁護し、患者の意思決定の支援や意思決定したことが継続されるよう働きかけていくことが必要である。

【在宅での生活維持を脅かす病状の進行】【病状進行に伴う身体的苦痛】【介護者の不確かな介護力】【介護者の揺れ動く気持ち】【家族の状況に影響される患者の意思】からは、家族に対して働きかけていくことが必要と考えられた。

家族は、《状態悪化に伴う介護者への介護負担の増加》《介護力の不足》《介護を最優先できない家庭の事情》《状態悪化に伴う家族の気持ちの揺れ》など、自分たちの社会生活を営みながら介護生活を送っている状況に負担を感じており、患者

の状態悪化や身体的苦痛の出現に伴い、在宅で看ることの決意が揺らいでいる状況があった。石井ら⁹⁾は家族が在宅介護に限界を感じる理由として、介護者の体調不良、患者の容態の悪化、介護者が自分のことができない、介護を代わりにしてくれる人がいない、家事などに手が回らない、障害の程度が重く負担が大きいことを報告し、木下¹⁰⁾は患者が最期まで自宅で過ごせるかどうかは、介護者に介護不安がないことや介護者に援助者がいることが影響していると報告している。これらの報告からも、家族の和を大切に考え、患者の意思決定が家族の意思に左右されがちな日本において、患者と家族の双方が納得できるような意思決定へ向けて支援していくためには家族の介護生活を支える必要があり、そのためには患者の症状のコントロールや介護方法の指導、家族と在宅ケアチームとの連携の充実など¹¹⁻¹⁵⁾、患者の苦痛を取り除き安定した状態に保っておくことや家族の身体的・精神的な介護負担を軽減していくことが必要と考えられた。

【在宅での生活維持を脅かす病状の進行】【病状進行に伴う身体的苦痛】【医師に思いを伝えられない患者や家族】【患者の今後に関心が薄い医療従事者】からは、医師に対して働きかけていくことが必要であると考えられた。

患者や家族には退院し在宅療養を始めるかどうか、麻薬などの服薬開始について、状態悪化時の医療処置や入院措置について、最期の看取りの場など、さまざまな場面で意思決定が求められる¹⁶⁾が、ターミナル期という生命に関わる状況では患者や家族の気持ちは常に揺らいでおり、意思決定は容易にできるものではない。それゆえ、患者や家族と医師との対等な関係性に基づいたインフォームド・コンセントが欠かせないにも関わらず、中には自分の専門性によって方針を決定している医師がいることや患者の今後に関心がないためか、在宅療養体制を整えないままに退院させてしまう医師がいること、また患者や家族も医師に遠慮して言いたいことや聞きたいことが言えない状況に

あることが述べられており、患者や家族が意思決定できるための情報提供が十分には行えていないことが考えられた。したがって訪問看護師には患者、家族と医師の調整役として、患者や家族の意思を十分に把握し医師に対して代弁していくことや患者や家族への情報提供という役割をとることが必要と考えられる。

がんのターミナル期では症状の進行にともない、疼痛や呼吸困難、倦怠感などの身体的苦痛を生じることが多い。疼痛や身体的苦痛は患者の生きる希望を奪い、価値判断を不確かなものとし、その人らしさを損なうばかりでなく、家族の不安や恐怖を高め患者が希望しない医療処置や入院措置へと繋がる恐れもある。よって痛みや症状をコントロールすることは人としての尊厳を守り、今まで通りの環境で今まで通り口から食べ、トイレにも行き、今まで通りの生活をしたいというその人の望む日常生活を守り、その人の真意に基づいた意思決定や家族の意思決定のためには欠かすことの出来ないことである。1986年にはWHOから「WHO方式がん疼痛治療法」のガイドラインが出され、正しく実施すればがん性疼痛の90%以上はコントロール出来るようになった¹⁷⁾。疼痛以外の身体的苦痛も麻薬と他の薬剤との併用でコントロールしやすくなっている¹⁸⁾。しかし一般診療施設に対する麻薬診療施設の割合が年々減少し¹⁷⁾、麻薬取り扱いをしてない医師が末期がん患者の在宅診療をしている状況もある。現在開業している医師の多くは緩和ケア技術のシステムが存在しなかった時代の医療教育を受けた人たちであり¹⁹⁾、医師の疼痛コントロールに対する知識や技術、緩和ケアへの理解が急務と言えるだろう。

また、現在の在宅ホスピス体制は十分に整っているとは言えないことが示された。症状の悪化が避けられないターミナル期にある患者が最期まで自宅で過ごすためには、往診医を持っていることや訪問看護の頻度が高いこと、24時間の支援体制が可能な訪問看護体制²⁰⁾など、疼痛の出現や急変に対応できる在宅医療体制は必要不可欠なもので

ある。しかし、往診体制を持つ病院を見つけたとしても一人の医師で何人も患者を診ているため一人の医師の都合に合わせざるを得ない状況など、医師の往診体制が不十分な状態で在宅療養生活を送っている現状が述べられていた。近年は24時間の窓口機能を持つ在宅療養支援診療所の設置や急性期病棟、ホスピス・緩和ケア病棟、在宅ケア・介護福祉サービス施設などの連携による地域における在宅緩和ケアシステムモデル構築という、在宅ホスピス体制充実へむけての取り組みが各地でなされている²⁰⁾がその一方では、届出をした在宅療養支援診療所の多くは医師が一人という現状や24時間対応するためには十分とは言えない訪問看護ステーションの人員の問題も指摘されている¹⁹⁾。在宅ホスピス体制がハード面だけでなくソフト面でも十分に機能するシステムの構築に向けて働き掛けていくことが重要だと考えられる。

2. 看護アドボカシーに必要とされる訪問看護師の能力

患者の意思決定や意思を支援していくためには、患者の意思を正しく把握することが必要である。患者の意思を把握した上で行わなければ、それは単なるパターンリズムによる押し付けとなる危険性を持っている。しかしターミナル期を在宅で過ごしている高齢者には《状態悪化に伴う意思表示の困難》や《認知症による意思表示の困難》《訴えの少ない患者》という【患者の真意が掴みにくい状況】や《患者と家族間の意見や思いのずれ》や《家族の負担を考えての意思決定》という【家族の状況に影響される患者の意思】があり、在宅という家族に気兼ねをする療養環境、ターミナル期の身体的精神的苦痛から来る発語の少なさ、限定された訪問時間等の悪条件の中で、訪問看護師は多くの方法を駆使して意思を把握しようとしていた。

訪問看護師は患者の意思把握にはまず、患者との信頼関係確立が重要であると考え、ターミナル期にある患者の苦痛等の諸問題に専門職として対

処し関係確立に努めていると考えられた。例えば、「疼痛コントロールがうまくいったからこそこの・・信頼関係だったと思うんですけどね」と語っているように、患者を最も苦しませ、医療者との関係にも影響をおよぼしている疼痛を緩和することによって安心感を高め、看護師としての信頼を得ていた。訪問看護師は、傾聴、タッチング等のコミュニケーション技法を活用し身体的精神的苦痛の緩和に努め、医療に関わる情報を提供するなど専門的能力を発揮しその力量を示している。その過程の中で患者との信頼関係を築いており、関係確立には看護師の専門的能力が大きく関わっていた。同時に患者を理解することが重要と考え、様々な方法を用いて理解を深めていた。訪問の密度を高く、時間・頻度も多くすることは患者理解を深めるための一般的やり方であるが、それだけでなく対象や状況の特性を踏まえた方法を用いていた。高齢で意思表示の少ない患者を理解するために、周囲の人を巻き込みそれらの人々から情報を得、さらに長い人生経験を持つ患者の人生観・価値観や生活にも目を向け、全てを受け止めようとしていた。「今までのあり方をしっかり認めて、思いを全部受け止めながら関わっていく」「病気だけでなく日常の動きを見て全体像を描く」「一人の人間として関わる」といった言葉に表されるように《患者の全体像を捉える》ことに力を注いでいた。川島は人と人が関わりあうからには、そのすべての事柄について分かり合おうとすることから始まる、と述べている²¹⁾。特に高齢者においては、その固有の歴史を含めた患者の全てを理解しようとする中ではじめて、患者の表情や短い言葉からその意を汲み取ることができるのではないだろうか。さらに訪問看護師は、在宅という環境の特性に配慮した方法を用いていた。家族に気兼ねをし、家族の和を優先する傾向のある在宅患者に対して、その真意を把握するために《患者と家族、双方の反応から意思を確認する》、《患者本人から直接本音を聞く》、《患者の表情や言動から意思を見極める》等のやり方をしていた。訪問看護

師がターミナル期にある在宅高齢患者の意思を把握する方法は、互いに人間対人間として関わり一人の人間として患者を丸ごと受け止め理解し、状況・状態に配慮して意思を汲み取るところに特性があるといえよう。そして患者の真意を把握する力量を高めるためには《患者の思いを察知するトレーニング》《人生経験を積んで人を見る目を養う》といった【人を理解し受け止める能力を磨く】ことが必要と言えるだろう。

訪問看護師には患者の真意を把握する能力とともに、疼痛緩和や症状コントロールに関する知識や技術など症状マネジメント能力、家族の状況をアセスメントし介入する能力、医師を始めとした在宅ケアチームメンバーとの連携やコミュニケーション能力が必要と考えられた。

在宅医療という医師が常にいるとは限らない環境や、診療所医師にもがんの症状コントロールなどの緩和ケア技術の普及の不十分さが懸念されている現状において、疼痛緩和や症状コントロールに関する訪問看護師への期待は大きいものである。訪問看護師は医学的知識を持っているだけでなく、在宅ケアに関わるどの職種よりも患者の身近に存在し患者のさまざまな側面を見ることができ、身体的苦痛、心理的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛という、痛みをトータルペインとして捉えることができる職種である。中でも身体的苦痛の緩和に欠かすことの出来ない鎮痛剤の使用に関しては、モルヒネに対する誤った知識や不安からモルヒネ使用を拒んでいた²²⁾、我慢することに慣れてきた高齢者は痛みがあっても我慢していることもある。患者の意思を把握する過程における、患者と人間対人間として向かい合い、その人の歴史も含めて丸ごと理解するという関りそのものが、患者の痛みの背景や鎮痛剤使用を拒否している背景を知ることにも繋がるであろう。そして、訪問看護師は症状マネジメントに不安を持っていることや、緩和ケア、特にWHO方式がん疼痛治療法に関する知識の普及があまり広がっていないことが懸念されている²³⁾、予備力が乏しく思わ

ぬ合併症や二次的障害、急変を起こすかもしれないターミナル期にある高齢患者を、十分なデータや医療モニター機器がない家庭で一人で観察、判断し必要な援助ができるよう、自分の五感を最大限に活かした的確なフィジカルアセスメント能力が必要である。さらに疼痛緩和に関する知識を持ち、必要時は薬剤使用に関する意見を医師や薬剤師に対しても述べられるような力量をつけ、症状マネジメントを行っていくことが必要と考えられる。

家族について川越は、家族もこれまでの患者との歴史を振り返りながら患者と同じように痛みを背負って苦しんでいる、と述べている²⁴⁾。患者の症状のコントロールや介護方法の指導、家族と在宅ケアチームとの連携の充実など¹¹⁻¹⁵⁾、在宅ターミナルケアにおける家族への支援の重要性はこれまでも言われているが、家族は介護者であると同時にケアを受ける人であること²⁴⁾を忘れてはならないだろう。主たる介護者もそれ以外の家族メンバーも、患者の状態によって気持ちが揺れ動きながらも皆それぞれの立場でそれまでの家族の歴史によって作られた価値観や考え方をもち介護生活や介護生活への協力をしている。訪問看護師は患者や家族が自分たちの思いや人生観、価値観に合致した意思決定が下せるように援助していくことが必要であり、そのためには自分の思い描く家族像にとらわれず患者の意思を把握する方法と同様に、家族とも人間対人間として関り、それぞれの思いに添いながら患者を含めた家族全体のありようを受け入れる力量を持ち、それぞれの家族メンバーが自分の役目を果たすことができるよう調整していくことが必要だろう。

症状マネジメントや家族への介入に欠かすことができないのが医師を始めとした在宅ケアチームメンバーとの連携である。介護保険の導入に伴い医療機関以外の職種も在宅ケアに関わるようになり、それぞれの専門性による対等な立場からのコミュニケーション能力が求められる。しかし医師の中には長年の医師主導型の医学・看護教育だっ

たことの影響からか、看護師を医師の従属的役割にとらえている医師もまだ多い。看護師自身も医師との関係にジレンマを抱えており、岡谷はこのことは患者にとってより良い問題解決法を見出すという専門職としての力量が育っておらず、看護職者が患者を擁護する立場に立っていないと指摘している²⁵⁾。看護師は医療従事者の一員でもあることから、看護師が患者のアドボケイトになることへの難しさも言われている²⁶⁾が、看護師の専門職としての第一義的責任は看護を必要としている患者に対してある¹⁾ということを十分に認識し、自らの能力を高め、医師や他のチームメンバーとも日頃から蜜に連絡を取り合い、患者の擁護者としての立場から意見を述べながら相互理解に努めていくことが必要だろう。

V. 研究の限界と今後の課題

今回は認知症を持つ患者の意思をどのように汲み取っているかという点については語られていなかった。高齢化社会にもなって今後益々認知症を持つ高齢者は増加していくと考えられ、訪問看護師たちが認知症を持つ患者の意思をどのように汲み取りその意思を代弁、実現しているのか、今後明らかにしていくことが必要だろう。

また、A県という限られた地域における調査である。家庭環境や在宅介護の状況、在宅ホスピス体制は地域格差が大きいと考えられ、今回得られた結果を一般化することは出来ない。今後は地域差を考慮した広い地域での調査が必要である。

さらに本研究は、訪問看護師それぞれが考える看護アドボカシー実践の体験から語られた内容から導き出された結果である。看護アドボカシーの実践が看護者のパターンリズムとならないためにも、今後は患者や家族の立場に立ち看護アドボカシー実践の実態について明らかにしていきたい。

VI. 結 論

ターミナル期にある在宅高齢者の権利や利益は【在宅での生活維持を脅かす病状の進行】【病状進行に伴う身体的苦痛】【介護者の不確かな介護力】【介護者の揺れ動く気持ち】【患者の真意が掴みにくい状況】【家族の状況に影響される患者の意思】【医師に思いを伝えられない患者や家族】【患者の今後に関心が薄い医療従事者】【不十分な在宅ホスピス体制】【訪問看護師の不確かな能力や資質】という状況によって脅かされていた。また、訪問看護師は【患者と信頼関係を築く】【患者の理解を深める】【患者の真意を見極める】【人を理解し受け止める能力を磨く】という方法を用いて患者の意思を把握していた。以上のことから、在宅高齢者ターミナルケアにおける看護アドボカシー実践には患者と人間対人間として関わり患者を丸ごと捉えて患者の真意を理解するとともに、症状マネジメント能力や疼痛緩和に関する知識や技術、家族アセスメント能力、医師や他職種とのコミュニケーション能力を用いて家族や医師、在宅ホスピス体制に対して働きかけていくことの必要性が示唆された。

謝辞：お忙しい中、本調査に快くご協力していただき貴重な体験をお話し下さいました訪問看護師および訪問看護ステーション管理者の皆さまに深く感謝いたします。

(本研究は第37回日本看護学会(地域看護)において発表したものに加筆・修正を加えたものである。また、平成17年度文部科学省研究費(基盤(C)課題番号17592209)の助成による研究の一部である。)

引用・参考文献

- 1) 日本看護協会編：看護者の基本的責務—基本法と倫理、16-21、日本看護協会出版会、東京、2003。
- 2) 前掲書1)、8-15。

- 3) 武井麻子：「擁護」「代弁」ではなく、患者自身が権利を主張できるようにエンパワーメントを助けることが大切です、看護学雑誌、62(10)、970-973、1998。
- 4) 石本傳江：看護におけるアドボカシー研究ノート—わが国の議論の動向とJohnstoneの見解—、日本赤十字広島看護大学紀要、1、19-23、2000。
- 5) 高田早苗：看護実践におけるアドボカシーの意味、インターナショナルナーシングレビュー、26(5)、26-33、2003。
- 6) Sara T. Fry et al. 片田範子他訳：看護実践の倫理(第2版) 倫理的意思決定のためのガイド、48、日本看護協会出版会、東京、2005。
- 7) 石本傳江：看護アドボカシーとは何か—その意義と課題—、臨床看護、32(14)、2056-2061、2006。
- 8) 高崎絹子：高齢者虐待の現状と課題—高齢者のアドボカシーと法制度化の方向—、現代のエスプリ、437、80-96、2003
- 9) 石井敏明他：高齢者の在宅介護阻害要因、公衆衛生、64(2)、63-66、2000。
- 10) 木下山美子：在宅療養者の最期の場所を自宅に決定する要因—病院の訪問看護活動より—、ターミナルケア、10(2)、148-155、2000。
- 11) 亀割圭子他：ターミナルケアを可能にした要因の検討—1事例を通して—第31回日本看護学会論文集(地域看護)、71-73、2000。
- 12) 上野里美他：終末期にある患者の在宅死を可能にする要因の検討、第33回日本看護学会論文集(地域看護)、111-113、2002。
- 13) 山森みどり他：ターミナル期患者の在宅療養に向けた支援の実例—在宅療養を選択した3事例を通して—、第34回日本看護学会論文集(地域看護)、9-11、2003。
- 14) 物部千鶴子他：患者の希望を支える在宅療養に向けた援助—ターミナル期のHPN患者の事例を通して—、第34回日本看護学会論文集(地域看護)、24-26、2003。
- 15) 宮地美紀他：症状コントロールに難渋した終末期患者の対する在宅療養支援の検討、—第36回日本看護学会論文集—地域看護—230-232、2005。
- 16) 松村ちづか：終末期の自己決定を支える訪問看護、4-13、日本看護協会出版会、東京、2003。
- 17) 寺崎隆弘：医療用麻薬の管理と最近の利用動向について、ターミナルケア、8(2)、138-146、1998。
- 18) 下田泰彦：在宅における臨床の実際—臨終に向けての症状コントロールを中心に—、緩和ケア、16(6)、497-499、2006。
- 19) 岡部健：地域における緩和ケア提供体制を変える、緩和ケア、16(6)、485-487、2006。
- 20) 菊池信孝他：地域緩和ケアネットワークの構築—カナダ・エドモントンと宮城県の比較から—、緩和ケア、16(6)、488-491、2006。
- 21) 川島孝一郎：「意思決定は何か」から考える、訪問看護と介護、8(4)、p.300-305、2003。
- 22) 萬谷摩美子：患者や家族の医療用麻薬に対する不安、ターミナルケア、14(6)、487-491、2004。

- 23) 荒尾晴恵：終末期を支えるナースに必要な条件－実態調査から見えてくるもの－、訪問看護と介護、8 (6)、469-474、2003.
- 24) 川越厚他：家で看取るということ－末期がん患者をケアする在宅ホスピスの真実－、講談社、東京、48-75、2005.
- 25) 岡谷恵子：看護業務上の倫理的問題に対する看護職者の認識、看護、51 (2)、26-31、1999.
- 26) 服部高宏：看護専門職とアドボカシーの諸相と看護の可能性－臨床看護、32 (14)、2050-2055、2006.