

〔原著〕

## 一般病棟における肺がん患者の緩和ケアの充実

船戸 光恵<sup>1)</sup> 奥村 美奈子<sup>2)</sup>

## Enhancement of Palliative Care for Lung Cancer Patients in General Wards

Mitsue Funato<sup>1)</sup> and Minako Okumura<sup>2)</sup>

## 要旨

本研究の目的は、看護チームで検討した一般病棟における肺がん患者の緩和ケアに関する課題解決策を基盤に、定期的なケースカンファレンスを取り入れたチーム看護の実践に取り組み、一般病棟における肺がん患者の緩和ケア充実の在り方を検討することである。

肺がん患者の過去事例や病棟看護師との意見交換から緩和ケアの現状を捉え、病棟看護師と共に緩和ケアの課題と改善策について検討を重ねた結果、優先的に取り組む課題として【看護師の知識向上と自信獲得】【適切なアセスメント・評価・判断の促進】【患者理解と個別性ある介入の促進】【情報共有や検討の促進】【医療チーム連携の促進】【緩和ケアマニュアルの活用促進】の6項目を抽出し、この課題に対する改善策と具体的実践方法を検討した。これをもとに、肺がん患者4事例に対し実践を行い、苦痛症状の緩和や意向の実現などの緩和ケアに取り組んだ。取り組みの基軸としたショートケースカンファレンスは全事例ともほぼ週1回の頻度で開催され、実践を重ねるなかで病棟看護師からの開催提案や必要性を判断したタイムリーな開催ができるようになった。取り組み終了後、病棟看護師に対する質問紙調査やインタビューを行い、緩和ケア実践への意識が高まったことや看護・医療チームでの連携が促進されたことなどが評価できた。また、それらが患者理解や個別性ある緩和ケア実践、患者の意向を尊重した支援、多職種連携の必要性の理解にもつながったと評価できた。

これらのことから、一般病棟における肺がん患者の緩和ケア充実のため、看護チームで現状と課題を共通認識したうえで実践可能な課題改善策を検討し実践することは、看護チームの緩和ケアへの意識を高めるために有用である。また、看護チームで短時間でも必要性を判断してタイムリーにケースカンファレンスを重ねることは、チーム看護や多職種連携を促進し緩和ケア実践を高めることができると考える。

キーワード：一般病棟、肺がん、緩和ケア、チーム看護、ケースカンファレンス

## I. はじめに

わが国は、生涯のうち2人に1人ががんに罹患し、3人に1人ががんで死亡する時代となった。また、がん医療の進歩によって治療率や生存率は向上し、がんサバイバーも増加する近年、緩和ケアの重要性が取り上げられるようになった。国は2012年に行った「がん対策推進基本計画」

の見直しで、重点的に取り組むべき課題の1つとして「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」を掲げた。これは、がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活を送ることができるよう、緩和ケアの提供体制をより充実させ緩和ケアががんと診断されたときから全人的に提供される必要があることを示している。

1) JA 岐阜厚生連 中濃厚生病院 JA Gifu Kouseiren, Chuno Kosei Hospital

2) 岐阜県立看護大学 成熟期看護学領域 Nursing of Adults, Gifu College of Nursing

筆頭筆者が勤務するA病院B病棟（以下、B病棟）は、主に呼吸器内科疾患を対象とする一般病棟である。一般病棟における緩和ケアには、トータルケアを目指したチーム医療を展開し、チームアプローチの継続・推進が必要であると言われている（中村ら，2003）。B病棟では、A病院内統一の緩和ケアマニュアルが配架されているが活用頻度は少なく、緩和ケアチームへの相談件数も少ない状況で連携に対する主治医や病棟看護師の認識は低かった。またB病棟では看護チームで週1回ケースカンファレンスを行っているが、長期入院患者や退院調整が困難な患者を対象とすることが多く、肺癌患者の緩和ケアについて検討する機会は少なかった。しかし、B病棟の入院患者の約半数は肺癌患者であり、診断期から終末期まで幅広い病期の肺癌患者を対象とし、看取りに至る患者も少なくなく、B病棟における緩和ケアの必要性は高い。一般病棟の限られた設備や環境、マンパワーの中で、治療期と終末期で異なる看護が求められるがん患者を看護することは大変困難であるが（井上ら，2015）、肺癌は腫瘍の占めた部位によってさまざまな症状を呈し、どの治療法を選択しても侵襲の大きな治療で苦痛を伴う。病状の進行により咳、血痰、発熱、胸痛、呼吸困難などが出現してくるため、身体的・精神的な苦痛は大きく、患者は常に死の恐怖や身体的・精神的な苦痛に向き合わなければならない（大久保ら，2014）。肺癌患者が経験する多様な苦痛症状のうち、呼吸困難は疼痛よりも日常生活への支障の度合いが高くサポートやケアが必要な症状で（田村，2012）、肺癌患者の約半数が体験し死亡前6週間では約70%に認められる頻度の高い症状であるが、緩和困難な症状の一つでもある（角甲ら，2015）。このような苦痛症状を体験する肺癌患者を支援する看護師もまた苦悩を抱えており、患者にとって最大の身体的苦痛でありパニック症状や死への不安をもたらす呼吸困難を十分に緩和できないことの困惑や、患者の全人的苦痛を捉える必要があっても多忙な看護業務の中でじっくり関わるができない苦悩を経験している（大久保ら，2014）。これらが示す肺癌患者の状況や看護師の状況はB病棟にも当てはまり、急性期と終末期の患者が混在し看護業務が複雑な状況にあるなか、B病棟看護師（以下、病棟看護師）も肺癌患者の緩和ケア実践に困難感や苦悩を抱いていた。

これらのことから、B病棟で肺癌患者に対する緩和ケ

アを充実させるためには、チーム看護を促進し、B病棟で緩和ケアを実践するための課題の解決に向けて病棟看護師と共に取り組む必要があると考えた。そこで本研究では、看護チームで検討した一般病棟における肺癌患者の緩和ケアに関する課題解決策を基盤に、定期的なケースカンファレンスを取り入れたチーム看護の実践に取り組み、一般病棟における肺癌患者の緩和ケア充実の在り方を検討することを目的とする。

## II. 研究方法

### 1. 研究期間

2014年6月から2015年12月とする。

### 2. 研究方法

1) B病棟における緩和ケアの現状と課題の明確化および改善策の検討

(1) 対象

- ① B病棟に2013年度に入院した「緩和ケアの必要性が高かった」と振り返る肺癌患者の診療録・看護記録
- ② 病棟看護師（病棟管理者含む）35名

(2) 過去事例を用いた緩和ケアの現状の整理

緩和ケアの現状を捉えるために対象とする過去事例5例（B病棟に2013年度に入院した「緩和ケアの必要性が高かった」と振り返る肺癌患者）を、病棟看護師と共に選定する。その事例の診療録・看護記録から、実践された緩和ケアや看護実践、患者の病状経過や反応などを筆頭筆者が時系列にまとめ、A病院の緩和ケアマニュアルと各事例の緩和ケアの実践を照合し「実践できていること」、「不足していること」、「緩和ケアマニュアルの内容には該当しないが筆者が捉えた不足していること」の視点でB病棟の緩和ケアの現状を分析する。その結果を緩和ケアマニュアルの項目ごとに整理し、B病棟の緩和ケアの現状を捉える。

(3) 緩和ケアの現状の検討と整理

過去事例を用いた緩和ケアの現状の整理において、筆頭筆者がまとめた過去事例の経過と緩和ケアの現状に関する資料を、病棟看護師が閲覧および共有できるよう一定期間B病棟内に設置する。その期間中に、病棟看護師が対応可能な時間を見計らって10分程度の時間を確保し、個別または数名グループで、病棟看護師約半数と筆頭筆者がB病棟の緩和ケアの現状について意見交換をする。意見交換の内容は筆頭筆者がメモを取りデータとし、そのデータから

B病棟の現状と捉える意見を抽出する。その意見を要約し類似する内容に分類し、B病棟の緩和ケアの現状を整理して捉える。

#### (4) 緩和ケアの充実に向けた課題および改善策の検討

緩和ケアの現状の共有と検討で捉えたB病棟の緩和ケアの現状をもとに、B病棟カンファレンスで病棟看護師と意見交換を行いB病棟の緩和ケアの課題を抽出する。さらに、同カンファレンスで、抽出した緩和ケアの課題に対する改善策について意見交換を行い、その意見内容は筆頭筆者がメモを取りデータとし、抽出した課題ごとに改善策を整理する。そこで得られた課題に対する改善策のうち、現実的に実践可能で優先的に取り組む内容を検討し、病棟看護師と共に取り組む緩和ケア充実に向けた課題と改善策を決定する。

#### (5) 緩和ケア充実に向けた改善策の具体的実践方法の決定

B病棟の緩和ケアの充実に向けて取り組む課題および改善策の検討をもとに、B病棟カンファレンスやリーダー役割を担う病棟看護師との意見交換で具体的実践方法を検討する。検討した内容は筆頭筆者がメモを取りデータとし、方法やルールとして意見を整理する。その整理した意見をもとに、さらにB病棟カンファレンスで病棟看護師と共有および検討を行い、病棟看護師の同意のもと、定期的なケースカンファレンスを行うことを軸に、B病棟における緩和ケア充実に向けた取り組みの方針および具体的実践方法やルールを決定する。決定した具体的実践方法やルールは明文化または図式化して病棟看護師に示す。

### 2) B病棟における肺がん患者の緩和ケア充実に向けた取り組みの実践

#### (1) 対象

- ①研究期間中にB病棟に入院した「緩和ケアの必要性が高い」と考えられる肺がん患者とその家族
- ②病棟看護師（病棟管理者含む）35名

#### (2) 緩和ケア充実に向けた改善策に基づく実践

実践対象とする肺がん患者とその家族は、病棟看護師と情報共有や意見交換を行いながら選定し、患者・家族の同意を得て決定する。実践対象に関して、緩和ケア充実に向けて取り組む課題と改善策を意識しながら、病棟看護師と共に決定した実践方法・ルールに従い定期的にケースカンファレンスを重ね、看護チームで協働して対象患者の緩和ケアに継続的に取り組む。対象患者の診療録・看護記録か

ら、本取り組みの実践内容や対象患者の経過を筆頭筆者がまとめデータとする。

### 3) 本取り組みの評価

#### (1) 対象

病棟看護師（病棟管理者含む）35名

#### (2) 評価の方法

取り組み終了後、研究協力に同意が得られた病棟看護師に対する質問紙調査と、病棟看護師長・主任看護師に対する個別インタビューを実施する。質問紙調査で得られた意見は、内容を要約し類似する意見はまとめて整理する。インタビューで得られた意見は筆頭筆者がメモを取りデータとし、それをもとに内容を要約し類似する意見はまとめて整理する。

#### 4) 本研究における筆頭筆者の立場

筆頭筆者は、B病棟に所属する看護師で、本研究における取り組みを他の病棟看護師と共に実践し、必要に応じて関連職種と連携を図る。なお、本研究に取り組むうえでA病院の倫理規定を遵守する。

### 3. 倫理的配慮

本研究は、岐阜県立看護大学大学院看護学研究科論文倫理審査部会の承認を受けた（通知番号26-A004M-2、承認年月2014年6月）。A病院の病院長、看護部長に対し、本研究の趣旨・目的、診療録・看護記録からの情報収集、倫理的配慮について口頭と文書で説明し書面にて承諾を得るとともに、A病院の倫理審査でも承認を得た。また、B病棟の看護師長や主任看護師、病棟看護師に対し、本研究の趣旨・目的、方法、倫理的配慮について口頭と文書で説明し書面で同意を得た。さらに、研究対象となるがん患者・家族に対し、本研究の趣旨・目的、方法について説明し、倫理的配慮についても、取り組みへの参加は自由意思によるものであること、一度同意した後でも断ることができること、研究協力の有無によって不利益がないこと、個人情報保護の保護、得られたデータは本研究以外の目的で使用しないこと、いつでも情報の開示が求められることを口頭および文書で説明し、書面で同意を得た。

### Ⅲ. 結果

#### 1. B病棟における緩和ケアの現状と課題の明確化および改善策の検討

##### 1) 過去事例を用いた緩和ケアの現状の整理

病棟看護師と共に選定した過去事例5例の概要を、表1に示す。この5例に対し実践された緩和ケアや看護実践、患者の病状経過や反応などと、A病棟の緩和ケアマニュアルを照合しながら、緩和ケアの現状について分析した。その結果、B病棟の緩和ケアの課題につながる現状として捉えた<緩和ケア実践において不足していること>、または<緩和ケアマニュアルの内容には該当しないが筆頭筆者が捉えた不足していること>を、以下に述べる。[ ]には関連する過去事例の番号を示す。

痛みに対しては<痛みの評価や継続的観察が不十分である [1, 2, 3, 4, 5]>、<患者のもつ痛みの意味や目標の理解・共有が不十分である [1, 2, 3, 5, ]>など、オピオイドの副作用に対しては<眠気、嘔気の評価が不十分である [1, 2, 3]>、化学療法の副作用に対しては<食欲不振に対する直接的介入がない [2, 3]>、<パンフレットを用いて予測される副作用症状について説明がされているはずだが記録に残っていない [1, 2, 4]>、<継続的に副作用の観察はされているが症状に対する介入の有無や詳細は不明である [2, 4]>、<せん妄や治療抵抗性の苦痛に対しては<鎮静の選択が家族に委ねられている [1, 3]>、最期の時間の過ごし方に対しては<患者の意向の把握・尊重が不十分である [1, 3]>、<気持ちのつらさに対しては<全人的苦痛の理解が不十分である [1, 2, 3, 4, 5]>、その他として<患者の全体像の理解や、看護・医療チームでの緩和ケアに関する情報共有や検討が不十分である [1, 2, 3, 4, 5]>という現状を捉えた。

##### 2) 緩和ケアの現状の検討と整理

筆頭筆者が過去事例から捉えた緩和ケアの現状を病棟看護師と共有した上で、個別およびグループで10分程度の意見交換（病棟看護師計15名：個別7回、2～3名グループ4回（個別およびグループでの意見交換に重複して参加した病棟看護師2名））を重ね、そこで得られた意見を踏まえてB病棟の緩和ケアの現状を整理した。その内容を表2に示す。意見を要約し類似する内容を分類した結果、「知識・自信の不足」、「適切なアセスメント・評価・判断の不足」、「患者理解と個別性ある介入の不足」、「情報共有や検討の不足」、「医療チーム連携の不足」、「緩和ケアを実践する困難感」、「緩和ケアマニュアルの活用が不十分」といった緩和ケアの現状を捉えた。

##### 3) 緩和ケアの充実に向けた課題および改善策の検討

緩和ケアの現状の検討と整理で捉えたB病棟の緩和ケアの現状をもとに、B病棟の緩和ケアの課題についてB病棟カンファレンス（病棟看護師26名参加）で検討した。その結果、a【看護師の知識向上と自信獲得】、b【適切なアセスメント・評価・判断の促進】、c【患者理解と個別性ある介入の促進】、d【情報共有や検討の促進】、e【医療チーム連携の促進】、f【緩和ケアマニュアルの活用促進】、g【一般病棟での緩和ケア実践に対する困難感の軽減】の7つの課題を抽出し、それらの課題に対する改善策についても同カンファレンスで検討した。その結果を、表3に示す。課題a～gそれぞれに対し改善策の意見が得られたが、B病棟の業務状況なども踏まえて実践が可能で優先的に取り組む改善策を病棟看護師と共に検討し、a【看護師の知識向上と自信獲得】に対しては「パートナー間やチーム間での検討やケースカンファレンスを重ねる中で、緩和ケアの知識や経験を高める」など、課題b【適切なアセスメント・

表1 緩和ケアの現状を捉えるため検討対象とした過去事例の概要

事例番号	1	2	3	4	5
年代	50代	60代	60代	60代	60代
性別	男性	男性	男性	男性	男性
診断	肺扁平上皮癌 Stage IV	肺大細胞癌 Stage IV	肺大細胞癌 Stage IV	肺腺癌 Stage IV	肺扁平上皮癌 Stage III
入院目的	化学療法 症状緩和	化学療法 症状緩和	症状緩和	症状緩和	症状緩和
入院期間	14日間	17日間	22日間	20日間	15日間
転帰	死亡退院	自宅退院	死亡退院	自宅退院	自宅退院

評価・判断の促進】に対しては「パートナーシップナーシングシステム（以下、PNS）のパートナーや看護チームで共有し検討することで、アセスメントを深め適切な判断につなげる」、課題c【患者理解と個別性ある介入の促進】に対しては「同一患者に対するケースカンファレンスを、

タイムリーかつ継続的に行う」など、課題d【情報共有や検討の促進】に対しては「PNS導入後にチームで行うようになった情報交換の場を活用し、短い時間でもタイムリーに話し合っていく」など、課題e【医療チーム連携の促進】に対しては「必要時、医師や薬剤師、がん性疼痛看護認定

表2 病棟看護師と捉えたB病棟の緩和ケアの現状

大分類（回答数）	小分類（回答数）	意見の要約（一部抜粋）
知識・自信の不足（6）	知識が不足している（3）	・オピオイドなど薬剤に関する知識が不足している ・看護として行える緩和ケアの知識が不足している
	自信が欠けている（3）	・患者や家族への関わり方がわからない ・説明方法や内容に迷う
適切なアセスメント・評価・判断の不足（8）	アセスメントが不足している（4）	・痛みの初期アセスメントや継続評価が不十分である ・対象の主観的な評価と医療者の客観的な評価に差があり判断に迷う
	評価・判断が遅れている（4）	・苦痛症状が持続・増強してからの介入が多い ・オピオイド導入、増量、スイッチングの時期が遅い ・鎮静の導入時期が遅い
患者理解と個別性ある介入の不足（4）	患者の意向・認識の把握が不十分である（4）	・患者や家族の理解状況や意向の把握が不十分である ・終末期の患者・家族の意向の確認が不十分である ・看護計画に個別性が欠ける
情報共有や検討の不足（4）	情報共有や検討が不足している（4）	・肺がん患者のケースカンファレンスが少なく ・アセスメントや記録内容が不足している ・PNSによって以前より情報共有や検討の場は増えてはきたが少なく
医療チーム連携の不足（9）	他職種との連携が不足している（5）	・医師や薬剤師らと情報共有・検討する機会が少なく ・がん性疼痛看護認定看護師にタイムリーに相談できない ・I.C.の場に看護師が同席できていない
	緩和ケアチームとの連携が不十分である（4）	・緩和ケアチームへの依頼がスムーズに行えない ・緩和ケアチームに依頼するタイミングや手段がわからない
緩和ケアを実践する困難感（4）	一般病棟での緩和ケア実践は困難である（4）	・他の業務が複雑で、緩和ケアの時間が確保できない ・一般病棟では限界がある
緩和ケアマニュアルの活用が不十分（3）	緩和ケアマニュアルの活用が不十分である（3）	・緩和ケアマニュアルを活用できていない ・緩和ケアマニュアルを参照しても、個別性を考慮し判断に迷う

表3 B病棟で取り組む緩和ケアの課題と改善策

課題	改善策（意見内容）
a 看護師の知識向上と自信獲得	・パートナー間やチーム間での検討やケースカンファレンスを重ねる中で、緩和ケアの知識や経験を高める。 ・必要に応じて、勉強会や情報提供の機会を得る。
b 適切なアセスメント・評価・判断の促進	・PNSパートナーや看護チームで共有し検討することで、アセスメントを深め適切な判断につなげる。 ・同一患者に対するケースカンファレンスをタイムリーかつ継続的に行う。 ・痛みの初期アセスメント・継続的評価は、個人で行うには限界があり、パートナーやチームで行うことで内容を深める。
c 患者理解と個別性ある介入の促進	・同一患者に対するケースカンファレンスを、タイムリーかつ継続的に行う。 ・チームでの検討を重ねることで、十分な情報共有をし、チームで患者理解を促進する。 ・I.C.の場に可能な限り同席し、患者・家族の反応や理解状況を記録に残し共有する。
d 情報共有や検討の促進	・看護チームでの情報共有・検討の場を増やす。 ・ケースカンファレンスで同一患者について継続的に検討する。 ・チームでの検討を重ねることで、情報共有やアセスメント、評価の内容を充実させる。 ・PNS導入後にチームで行うようになった情報交換の場を活用し、短い時間でもタイムリーに話し合っていく。
e 医療チーム連携の促進	・必要時、医師や薬剤師、がん性疼痛看護認定看護師にケースカンファレンスへの同席を依頼し、共に情報共有や検討を行う。 ・看護チームで検討することによって、個人ではなくチームの検討内容として医師へ相談しやすくし、連携を強化する。 ・緩和ケアチームへの介入依頼ができなくても、必要時、がん性疼痛看護認定看護師に直接相談・介入依頼をする。
f 緩和ケアマニュアルの活用促進	・緩和ケアマニュアルの活用方法を周知する。 ・緩和ケアマニュアルを活用し、緩和ケアの評価や看護実践の参考にする。
g 一般病棟での緩和ケア実践に対する困難感の軽減	・必要な緩和ケア・看護介入であれば、パートナー間やチームで業務調整し時間をつくる。 ・一般病棟での緩和ケア実践には限界があるが、現在ある看護体制やチーム医療、環境・資源を活用しながら取り組む。 ・マニュアルやパンフレットから、看護や緩和ケアのヒントを得る。 ・緩和ケアマニュアルのケアのポイントやアセスメントの視点などを参考に検討することで、緩和ケアの幅を広げる。 ・患者・家族への説明などの対応に困る場面では、パンフレットを参考・活用する。 ・看護師から症状についての説明をする場合に、パンフレットを活用する。

※下線は、優先的に取り組む内容を示す

看護師にケースカンファレンスに同席を依頼し、共に情報共有や検討を行う」、課題 f【緩和ケアマニュアルの活用促進】に対しては「緩和ケアマニュアルを活用し、緩和ケアの評価や看護実践の参考にする」などを、優先的に取り組む改善策として選定した。なお、課題 g【一般病棟での緩和ケア実践に対する困難感の軽減】に対する改善策については優先的に取り組む内容は含まれず、また、他の課題および改善策に取り組むことで課題解決につながる副次的効果が得られるのではないかと判断し、本取り組みで実践する改善策からは除外した。

#### 4) 緩和ケア充実に向けた改善策の具体的実践方法の決定

B病棟で取り組むこととした緩和ケア充実に向けた課題と改善策 a～f をもとに、B病棟カンファレンス（病棟看護師 26 名参加）や、主にリーダー役割を担う病棟看護師との意見交換（病棟看護師 7 名：個別 3 回、2～3 名グループ 2 回（個別およびグループでの意見交換に重複して参加した病棟看護師 1 名））で、定期的なケースカンファレンスを行うことを軸としながら、B病棟の現業務体制のなかで実践および継続が可能であるかどうかの視点で、改善策をどのように実践していくか具体的な方法を検討した。その結果、病棟看護師の同意のもと、取り組みの方針として『日々の情報交換の場を活用し、対象事例のショートケースカンファレンスを定期的に重ね、看護チームで継続的に評価・検討を行う』ことを決定した。さらに、具体的実践方法やルールとして、ショートケースカンファレンスは「1 回 10 分程度で開催する」、「1 週間程度の間隔で定期的に継続していく」、「必要に応じて主治医や薬剤師、がん性疼痛看護認定看護師等に参加を依頼する」、「緩和ケアマニュアルを準備し関連内容を参考に検討する」、「対象患者の退院後、振り返りショートケースカンファレンスを実施すること」などを取り決めた。これらの実践方法やルールは明文化し、ショートケースカンファレンスの初回から退院後の振り返りカンファレンスに至る継続的実施の流れは図式化し、書面で示して病棟看護師に提示した。

## 2. B病棟における肺がん患者の緩和ケア充実に向けた取り組みの実践

### 1) 対象患者の選定

対象患者は、患者の担当看護師から提案や相談を受けながら、病棟看護師長や他の病棟看護師と相談のうえ選定し、研究協力に同意が得られた肺がん患者 4 例を対象とした。

対象とした 4 事例を実践事例 A～D 氏とする。A 氏においては担当看護師であった B 病棟主任看護師から提案があり、他の病棟看護師とも相談のうえ実践対象とした。B 氏においては担当看護師から情報提供を受け、C 氏と D 氏においては担当看護師から相談を受け、それを機に他の病棟看護師とも相談をしたうえで実践対象とした。A～D 氏すべてに対し、ほぼ週 1 回の頻度で日々の情報交換の場を活用し定期的かつ継続的にショートケースカンファレンスを開催し、具体的実践方法やルールに従い毎回 10～15 分程度で、目的・内容を焦点化した情報共有や検討を重ねた。ショートケースカンファレンスの開催回数は、4 事例とも退院後の振り返りショートケースカンファレンスを含めて、A 氏は 4 回、B 氏は 5 回、C 氏は 8 回、D 氏は 11 回であった。実践事例 A～D 氏の概要と実践した支援の経過を、表 4 に示す。

### 2) 緩和ケア充実に向けた改善策に基づく実践

肺がん患者 4 例（実践事例 A～D 氏）のうち、終末期にあり病状の進行から呼吸困難等の苦痛を体験し、今後を予測しながら緩和ケアを実践していく必要があった C 氏と、肺がんの確定診断がつかない間に身体的・精神的苦痛が増強し、診断期から継続して緩和ケアに取り組むとともに、意向実現のために多職種で支援する必要性の高かった D 氏に対して実践した支援内容と経過を述べる。本文中の [ ] は、事例に対する取り組みの過程で意識し実践のもととした B 病棟で取り組む緩和ケアの課題と改善策 a～f との関連を示す。

#### (1) 事例 C 氏への取り組み

C 氏は 2 病日、肺癌の腰椎転移により不可逆的な下半身麻痺が生じ、6 病日には気道狭窄により酸素化が悪化し、呼吸困難・喘鳴などが出現・増強した。主治医はキーパーソンである C 氏の妻に病状及び今後の予測を説明し、呼吸困難の増強に対し本人・家族の希望にてモルヒネ製剤の使用や鎮静も考慮していくことに理解と合意を得た。C 氏は短期間に病態が悪化し、苦痛緩和を図るためにも情報共有が不可欠であると筆頭筆者が判断し、6 病日に第 1 回ショートケースカンファレンスを開催した。その後、必要性を感じた担当看護師からもショートケースカンファレンス開催の相談を受け、9 病日に第 2 回、16 病日に第 3 回のショートケースカンファレンスを実施し、主治医の参加も得た [b, c, d, e]。その結果、医療チームで C 氏の病状や今後

表4 取り組みの実践対象とした肺がん患者の概要とショートケースカンファレンスの開催状況

実践事例	A氏	B氏	C氏	D氏
年代	60代後半	70代前半	70代後半	40代前半
性別	女性	男性	男性	男性
診断名	小細胞肺癌	非小細胞肺癌	非小細胞肺癌	非小細胞肺癌
病期	LD (限局型)	Stage IV	Stage IV	Stage IV
入院目的	化学療法・放射線療法	症状緩和	症状緩和	精密検査・確定診断・症状緩和
転帰	自宅退院 (day44)	自宅退院 (day25)	死亡退院 (day50)	自宅退院 (day104)
取り組み開始時期	22病日 (day22)	2病日 (day2)	3病日 (day3)	9病日 (day9)
取り組み期間	22日間 (day22-44)	24日間 (day2-25)	47日間 (day3-50)	95日間 (day9-104)
実践対象とした経緯	A氏の精神的苦痛に対し看護チームで統一したケアを実践する必要があると考えた担当看護師から、筆頭筆者へ実践対象として提案があり、病棟看護師と相談し実践対象とした	苦痛症状を抱えながら自宅療養を希望しているB氏に対し、主治医と連携し支援する必要性を感じた担当看護師から筆頭筆者が情報提供を受け、病棟看護師と相談し実践対象とした	進行した病状や多様な苦痛を抱えるC氏の理解や今後を予測しながら緩和ケアを実践していくことに難しさを感じた担当看護師から筆頭筆者が相談を受け、病棟看護師と相談し実践対象とした	診断前から病状の進行により緩和困難な苦痛症状を体験している外国籍患者D氏に対する緩和ケアや意向実現への支援に不安を抱いた担当看護師から筆頭筆者が相談を受け、病棟看護師と相談し実践対象とした
ショートケースカンファレンス開催状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>■第1回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day23 ②筆頭筆者</li> <li>③病棟看護師7名</li> </ul> </li> <li>■第2回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day29 ②筆頭筆者</li> <li>③病棟看護師7名</li> </ul> </li> <li>■第3回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day37 ②筆頭筆者</li> <li>③病棟看護師6名</li> </ul> </li> <li>■振り返り                             <ul style="list-style-type: none"> <li>①退院後 ②筆頭筆者</li> <li>③病棟看護師5名</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■第1回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day5 ②筆頭筆者</li> <li>③病棟看護師5名</li> </ul> </li> <li>■第2回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day11 ②筆頭筆者</li> <li>③主治医・病棟看護師5名</li> <li>栄養士</li> </ul> </li> <li>■第3回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day15</li> <li>②担当看護師・筆頭筆者</li> <li>③主治医・病棟看護師3名</li> </ul> </li> <li>■第4回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day24 ②筆頭筆者</li> <li>③病棟看護師4名</li> </ul> </li> <li>■振り返り                             <ul style="list-style-type: none"> <li>①退院後 ②筆頭筆者</li> <li>③病棟看護師5名</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■第1回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day6 ②筆頭筆者</li> <li>③病棟看護師5名</li> </ul> </li> <li>■第2回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day9 ②担当看護師・筆頭筆者</li> <li>③主治医・病棟看護師6名</li> </ul> </li> <li>■第3回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day16 ②担当看護師・筆頭筆者</li> <li>③主治医・病棟看護師4名</li> </ul> </li> <li>■第4回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day25 ②担当看護師・筆頭筆者</li> <li>③病棟看護師4名</li> </ul> </li> <li>■第5回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day38 ②担当看護師・筆頭筆者</li> <li>③病棟看護師4名</li> </ul> </li> <li>■第6回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day44 ②筆頭筆者</li> <li>③病棟看護師6名</li> </ul> </li> <li>■第7回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day48 ②担当看護師・筆頭筆者</li> <li>③主治医・病棟看護師4名</li> </ul> </li> <li>■振り返り                             <ul style="list-style-type: none"> <li>①退院後 ②筆頭筆者</li> <li>③病棟看護師5名</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■第1回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day10 ②筆頭筆者</li> <li>③主治医・病棟看護師5名</li> <li>がん性疼痛看護認定看護師</li> </ul> </li> <li>■第2回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day14 ②担当看護師・筆頭筆者</li> <li>③主治医・病棟看護師4名</li> <li>がん性疼痛看護認定看護師</li> </ul> </li> <li>■第3回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day19 ②担当看護師・筆頭筆者</li> <li>③病棟看護師4名</li> </ul> </li> <li>■第4回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day23 ②筆頭筆者</li> <li>③病棟看護師4名</li> </ul> </li> <li>■第5回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day28 ②担当看護師・筆頭筆者</li> <li>③病棟看護師5名</li> </ul> </li> <li>■第6回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day36 ②筆頭筆者</li> <li>③主治医・病棟看護師4名</li> </ul> </li> <li>■第7回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day43 ②筆頭筆者</li> <li>③主治医・病棟看護師3名</li> <li>がん性疼痛看護認定看護師</li> </ul> </li> <li>■第8回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day52 ②筆頭筆者</li> <li>③主治医・病棟看護師3名</li> <li>がん性疼痛看護認定看護師</li> </ul> </li> <li>■第9回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day57 ②担当看護師・筆頭筆者</li> <li>③主治医・病棟看護師5名</li> </ul> </li> <li>■第10回                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① day86 ②筆頭筆者</li> <li>③主治医・病棟看護師3名</li> <li>がん性疼痛看護認定看護師</li> <li>医療事務・医療ソーシャルワーカー</li> </ul> </li> <li>■振り返り                             <ul style="list-style-type: none"> <li>①退院後 ②筆頭筆者</li> <li>③病棟看護師7名</li> </ul> </li> </ul>
※記載内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>■開催回数</li> <li>①開催日</li> <li>②開催提案者</li> <li>③参加者</li> </ul>			

の変化予測を共通認識し、治療方針や緩和ケアの方法を検討することができた。その後、C氏は気管支狭窄に伴う呼吸困難や痰喀出困難は薬物療法で軽減が図れていた。しかし、23病日に呼吸困難が増強し酸素療法を開始、24病日にはショートケースカンファレンスでも話し合われたモルヒネ製剤持続静脈内注射を開始したが、呼吸困難は十分に緩和できていなかった。その状況から担当看護師と共に必要性を判断し、25病日に第4回、38病日に第5回ショートケースカンファレンスを実施し [b, c, d]、呼吸困難の更なる増強を予測し、今後の対応についてや、C氏が自己の

死期が近いと自覚し精神的苦痛やスピリチュアルペインの増強を招いていることを共通理解した。また、残された時間の過ごし方について再度意向を確認し、意向に沿った調整・対応に努めることを話し合った。44病日、酸素化が徐々に悪化し倦怠感も増強、やや傾眠状態となったC氏は「もう心残りはない。楽に逝きたい」と話した。同日に主治医と情報共有した上で第6回ショートケースカンファレンスを実施し [b, c, d]、呼吸困難等の苦痛の状況に応じてC氏の希望する鎮静を開始できるよう、主治医と連携しC氏・妻の意向を確認しながら対応していくことを話し合った。

48 病日、C氏は呼吸困難が増強し身の置きどころがない状況となり妻とともに持続的な鎮静の開始を望み、担当看護師は主治医と連携し鎮静を導入できるよう対応を進めたが、他の親族の合意が得られず実行が困難な状況にあった。担当看護師と筆頭筆者で相談し看護チームに提案し、早急に第7回ショートケースカンファレンスを実施し、主治医の参加も得た [b, c, d, e]。そして、C氏の希望や病状に対する親族の理解を得る必要があると判断し、主治医と共に親族とのI.C.の場を設けた。I.C.の結果、親族も持続的鎮静を希望し、親族が見守るなか持続的鎮静を開始した。C氏は50病日、家族が見守るなか永眠された。

C氏の死亡退院後、病棟看護師と共に振り返りショートケースカンファレンスを実施した [a, b, c, d, e]。病棟看護師からは、「情報共有を重ねることでC氏がどのような苦痛を抱えていてどのような介入が必要であるのかを、チームで考えることができ患者理解につながった」、「この取り組みでC氏や妻との信頼関係も深まり、C氏や妻と一緒に考えて寄り添う看護ができたように思う」、「最期に家族間の意見の違いがC氏的意思尊重を妨げることとなったため、もっと早い段階で親族を交えた話し合いをもてるとよかった」などの意見が得られた。

## (2) 事例D氏への取り組み

D氏は入院時、嘔声と発熱、右上肢痛が持続していた。7病日頃より倦怠感が増強し、発熱と疼痛で夜間の睡眠状況も不良であり、疼痛緩和のためオピオイドが導入された。10病日、右上肢痛は増強傾向にあり、右上肢の末梢冷感も強く動きも鈍くなりしびれが出現した。同日、筆頭筆者の提案で、主治医やがん性疼痛看護認定看護師の参加も得て第1回ショートケースカンファレンスを実施した [b, c, d, e]。右上肢痛は肺尖部腫瘍による上大静脈症候群が原因で運動・神経障害を伴っていることを共通理解し、疼痛緩和・解熱効果を期待し内服薬を調整（オピオイド増量等）することとなった。また、上大静脈症候群に関して病棟看護師から質問があり、筆頭筆者ががん性疼痛看護認定看護師の助言を得ながら作成した資料を、取り組み期間中D氏の診療録に綴じて提示することで病棟看護師の病状理解を促した [a]。その後、担当看護師から相談を受けながら共に開催の必要性を判断し、14病日に第2回、19病日に第3回、23病日に第4回、29病日に第5回のショートケースカンファレンスを実施し、主治医やがん

性疼痛看護認定看護師の参加を得て、D氏が体験している苦痛症状や必要なケアの共通理解を図った [b, c, d, e]。その結果、看護チーム内でD氏の病態の共通理解が図れ、苦痛への対応が統一された。35病日、D氏は肺がんの確定診断がつき化学放射線療法を実施する方針となり、主治医らの参加を得て同日に第6回、43病日に第7回ショートケースカンファレンスを実施し、治療方針の共有を行った [b, c, d, e]。また、D氏は治療開始後、右上肢痛は軽減傾向にあるが、化学療法の副作用にて倦怠感・食欲不振が持続し精神的ストレスも増強していることも共有し、身体的苦痛とともに精神的苦痛の緩和に努める必要性を話し合った。その後、D氏の腫瘍は縮小傾向を認め、右上肢痛やしびれ、運動障害、体温上昇は軽減した。D氏の現状や今後の支援の方向性について共通認識を図るため、52病日に第8回、57病日に第9回のショートケースカンファレンスを実施した [b, c, d, e]。第9回は担当看護師とともに開催を提案し、医療チームでD氏の母国に帰りたいたい思いと今後への不安を共有するとともに、治療方針（化学放射線療法を終え評価を行った上で今後について決定すること）を共有し必要な援助を検討し、治療終了が近づく頃にはその後の治療方針を確認し、必要に応じて各専門職の介入の調整を進めていくことを話し合った。80病日、化学放射線療法の終了が近づき、主治医とD氏・家族でのI.C.の結果、治療による腫瘍縮小効果は得られたが手術は不適応で、今後D氏は母国へ帰り治療を継続する方向となった。同日に医療事務、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）、がん性疼痛看護認定看護師の参加も得て第10回ショートケースカンファレンスを実施した [b, c, d, e]。D氏は治療効果により苦痛症状も軽減し現在状態は安定しており、治療終了後の良いタイミングを逃さず帰国できるよう、医療チームで連携・支援の方法を話し合い、早急にD氏・家族と共に麻薬管理を含めた必要な手続きを進め退院と帰国の調整を図ることとした。その後、筆頭筆者や担当看護師の働きかけにより、確実な内服管理が可能のように薬剤師と連携し服薬指導を進め、D氏の理解や内服状況を確認した。また、必要な手続き等についてはMSWや医療事務らが継続介入し説明や確認を行い、退院時にも必要な書類の確認等を行いD氏・家族の不安や不明な点の解決を図った。D氏は必要な手続き等を整え、104病日に退院し母国へ帰国した。

D氏の退院後、病棟看護師と共に振り返りショートケー



スカンファレンスを実施した [a, b, c, d, e]。病棟看護師からは、「疼痛やしびれなどの症状緩和について、医師やがん性疼痛看護認定看護師と連携したことで薬剤に関する理解が深まり緩和ケアについての知識も増えたと思う」、「外国への帰国を目指した退院調整は経験がなくわからないことが多かった。多職種で協力して支援できてよかった」などの意見が得られた。

### 3. 取り組みの評価

取り組み終了後、研究協力を同意が得られた病棟看護師35名に対し質問紙調査を行い、35名中30名から回答を得ることができた（回収率85.7%）。その結果の一部を、表5に示す。病棟看護師に対する質問紙調査において、取り組み前後の緩和ケアに対する意識の変化を問う設問では、「緩和ケアの必要性・重要性が理解できた」、「情報共有や共通理解の必要性・重要性を感じる事ができた」、「チーム看護の重要性が理解できた」などと評価できる内容の回答が得られた。また、取り組み前後の緩和ケア実践の変化を問う設問では、「情報共有やケースカンファレンスの機会が増えた」、「チーム看護の実践や医療チーム連携が増えた」などと評価できる内容の回答が得られた。さら

に、取り組み前後で他の病棟看護師に感じた変化を問う設問では、「チーム看護の意識・実践が高まった」、「医療チーム連携が促進された」などと評価できる内容の回答が得られた。そして、看護師長1名と主任看護師4名に対して行った個別インタビューでは、本取り組み前後での肺癌患者に対する病棟看護師および看護チームの変化を問う質問に対し、「肺癌患者への関心や緩和ケア実践への意識が高まり、看護チーム・医療チームにおける情報共有や連携、患者個々に応じた対応や調整が促進された」、「情報共有や検討が重ねられ、患者理解や個別的介入がなされ、対象の意思を尊重した関わりが持てるようになった」などの評価が得られた。

## IV. 考察

### 1. B病棟におけるショートケースカンファレンスを基軸とした緩和ケア充実に向けた取り組みの有用性

近年、がん患者に対する緩和ケアの重要性が取り上げられ、ホスピスや緩和ケア病棟を持つ病院も増加しているが、がん患者の多くは一般病棟で亡くなっている（小野寺ら、2013）。一般病棟では対象とする患者の病期が様々で

表5 病棟看護師に対する質問紙調査の結果

設問内容	分類 (記述数)	記述内容 (一部抜粋)	
自己の緩和ケアに対する意識の変化	緩和ケアの必要性・重要性が理解できた (6)	疼痛コントロールや精神的フォローの大切さがわかった 緩和ケアは一般病棟では困難だと思っていたが、困難とは思わず必要性を強く感じるようになった	
	患者理解や寄り添うことの大切さが理解できた (6)	患者の心の痛みや家族の思いにも寄り添うことが大切であると思えた 患者の話を聞き、思いを理解することが大切だと思えた	
	情報共有や共通理解の必要性・重要性を感じた (8)	共通理解をすることの必要性を感じた 情報共有の大切さを感じた	
	チーム看護の重要性が理解できた (7)	チーム全員で患者に関わる意識が高まった チームでケアの方向性を決めていく重要性を感じた	
	チーム医療の必要性・重要性が理解できた (8)	看護師間、医師看護師間のコミュニケーションを十分にとり、患者の思いを尊重した治療につなげる意識を持てた 主治医やがん性疼痛看護認定看護師と共に検討を重ねたことで症状が緩和でき、チーム医療の大切さがわかった	
	実践の緩和ケア前後の変化	緩和ケアを実践する意識・行動が高まった (7)	痛みに対して、以前は麻薬使用に不安があり消極的であったが、積極的になれた 苦痛症状に対して早めの対応を心掛けるようになった
患者理解のために患者に積極的に関わるようになった (4)		患者とのコミュニケーションを増やし、苦痛症状の把握や理解に努めるようになった 患者と関わる時間を多くとるよう心がけ、患者の思いを捉えられるよう努めるようになった	
情報共有やケースカンファレンスの機会が増えた (3)		患者の思いやニーズを他看護師と共有するようになった 情報共有が重要である意識しながら、ケースカンファレンスに参加できるようになった 苦痛症状への緩和ケア介入について、相談やケースカンファレンスを行うことが増えた	
チーム看護の実践や医療チーム連携が増えた (6)		患者・家族の思いを看護チームにつなげるようになった 主治医と緩和ケアに関するコミュニケーションを多くとるようになった	
他病棟看護師に		緩和ケアの意識・実践が高まった (8)	患者について話し合う機会が増え、病棟の緩和ケアの意識が高まった 患者に寄り添いコミュニケーションをとる姿を見る機会が増えた
		情報共有や緩和ケア実践が促進された (3)	患者の状態が変化すること、医師も含めてケースカンファレンスを行うようになった 情報共有により、患者理解やアセスメントが深まり、早期対応ができるようになった
	チーム看護の意識・実践が高まった (7)	緩和ケアの方法や対応が統一された カンファレンスで以前より意見が出し合えるようになり、患者の現状や今後についての方向性について検討できるようになった	
	医療チーム連携が促進された (3)	がん性疼痛看護認定看護師や医師、栄養士などと連携を図る機会が増えた 医療チームで同じ方向を向いて介入できるようになった	

必要とされる治療やケアも多様であることから、病棟看護師は多忙な業務を抱えながら緩和ケアを行うことに困難感や苦悩を抱えていることは多くの研究でも明らかにされている。これらの状況はB病棟の看護師にも当てはまり、B病棟において肺がん患者の緩和ケア充実に向けた取り組みを行うことは、多くの困難や課題が予測された。そのため本研究では、病棟看護師と共に緩和ケアに対する困難感や実践の現状を共有することから始め、病棟看護師が自身の課題を認識したうえでB病棟の課題とその改善策を共に検討し、緩和ケアの充実をめざした実践に看護チームで取り組んだ。

本研究における緩和ケア充実に向けた課題改善策の実践において、A氏からD氏へと実践事例を重ねるにつれ、ショートケースカンファレンスの開催回数は増加し、担当看護師からも開催が提案されるようになったほか、対象への緩和ケアに困難が生じた場合や今後の変化などを予測して対応を検討する必要がある時期に開催できるようになった。このようにショートケースカンファレンスを継続することができた背景には、病棟看護師の緩和ケアの意識の高まりが要因としてあり、緩和ケアの現状を捉え課題とその改善策を検討する段階から共に取り組んだことで、病棟看護師が自身や自部署の課題を認識し看護チームで取り組む必要があることの共通理解がなされていたことが効果的であったと考える。さらに、自部署の現在ある業務体制のなかで実践可能な課題改善策を検討し取り組みを進めていくことで、取り組みの基軸として位置づけたショートケースカンファレンスが病棟看護師にとって情報共有や相談ができる場として意味を持ち、この実践方法であれば取り組みを継続できると感じられたこと、そして、病棟看護師個々が困難だと感じていた緩和ケア実践が看護チームで取り組むことで可能となることや、それが対象患者の苦痛緩和、意向実現へとつながることを実感できたことも要因である。その結果、看護チームは実践事例C氏、D氏のように、日にち単位で状態が変化し対応に困惑する患者や、呼吸困難をはじめ緩和することが困難な苦痛症状を体験している患者に対しても、タイムリーに情報共有や検討を行い迅速な対応に努めることができ、十分な苦痛緩和には至らなくてもその時々提供可能な最善の緩和ケアを実践することにつながったと考える。治療抵抗性の呼吸困難等の苦痛に対しては鎮静が必要となる場合もあり、その際には

患者と家族への適切なインフォームド・コンセントと医療チームでの話し合いが重要である(田村, 2012)。本研究でも実践事例C氏においてインフォームド・コンセントの課題に直面したが、看護チームだけでなく多職種で早急にショートケースカンファレンスを開催しタイムリーに検討や対応を行ったことが、課題解決のために非常に効果的であったと考える。しかし、肺がん患者が終末期に呼吸困難を経験し鎮静を考慮する必要性が出てくることは容易に想定でき、早期から意向を把握し患者本人だけでなく家族も含めて十分なインフォームド・コンセントを重ねておくことが重要であり、患者の意向に反したり十分な説明がされていないなどの倫理的な問題が生じた際にも迅速に対応できるように、医療チームで共通認識を図っておく必要があると考える。また、一般病棟における緩和ケアでは、限られた時間を有効に活用するためにも医療ソーシャルワーカーなど多職種との連携が重要である(松下ら, 2017)。本研究ではとくに実践事例D氏において、意向実現のための支援に取り組む過程で多職種連携が不可欠であるとともに非常に重要であったと考える。多職種でタイムリーにショートケースカンファレンスを行うことは、チーム医療を促進する要因となり、状態・状況に応じて必要な支援を検討し協働することにつながり、適した時期に必要な緩和ケアや適切な支援を提供することを可能にすると考えられる。

本研究において取り組みの基軸となったショートケースカンファレンスは、開催や実践事例を重ねるなかで、義務的に週1回行うのではなく必要性を判断してタイムリーに開催できるようになり、短時間のケースカンファレンスでも患者理解や適切な緩和ケア実践につながる重要な場となった。この背景には、筆頭筆者とともにショートケースカンファレンスの開催を提案するなど実践の主体者となった担当看護師が、看護チームや多職種への働きかけができるようになったことが要因としてあり、筆頭筆者と協働しながら働きかけを行い緩和ケア実践が継続されていく経験を重ねるなかで、チーム内で自身が果たす役割やその意味を実感し主体性を高めることができたのではないかと考える。実践事例A～D氏の振り返りショートケースカンファレンスで得られた意見や、病棟看護師に対する質問紙調査や病棟管理者らに対するインタビューで得られた評価からも、本研究の取り組みが病棟看護師の緩和ケア実践への意識を高め、主体性や協働が促進されたことが言える。そ

して、看護チームでショートケースカンファレンスを重ね緩和ケア実践に取り組むことで、医師をはじめ多職種との連携が必然的に促進され、医療チームでの共通認識や患者理解が深まり個別性ある緩和ケア実践につながったと考える。

以上のことから、本研究の取り組みがB病棟における肺がん患者の緩和ケアを充実させたという確かな結果は得られなくとも、日々多忙なかで短時間でもタイムリーにケースカンファレンスを開催し、対象患者の苦痛等を看護チームで共有し必要なケアを検討することは、チーム看護さらには多職種での緩和ケア実践を高めるために有用であると考えられる。

## 2. 一般病棟における肺がん患者の緩和ケア充実のためのチーム看護の在り方

一般病棟において肺がん患者に対する緩和ケアを充実させるためには多くの困難がある。その困難には、実践事例C氏、D氏の経過からも言えるように、肺がん患者が経験する呼吸困難や上大静脈症候群に伴う疼痛などの苦痛症状が容易には緩和できないこと、とくに呼吸困難は死への恐怖など常に精神的苦痛を伴い、鎮静なども関連し倫理的な側面も大きいことから、ケアする看護師側も困難感を抱くことがある。本研究の結果を踏まえ、それらの困難を軽減し緩和ケアの実践や充実のための基盤となるのは、多職種による医療チームでの支援であると考えられる。これは、肺がん患者が体験する苦痛症状や直面する問題に看護チームだけで対応することが困難であっても、看護チームで検討したことを根拠として多職種に働きかけることで、医療チームで病状や治療方針、患者の意向などを共通理解し必要な支援の提供につなげることができるからである。また、多職種が連携・協働し医療チームが機能するためには、日々肺がん患者をより近くでケアし患者の苦痛や問題に共に向き合う看護チームが中心となって機能する必要がある、そのためには看護チーム内に推進者が必要で、本研究では筆頭筆者や担当看護師がその役割を担っていたと考える。推進者は、さまざまな困難を抱える肺がん患者に緩和ケアを実践するために、チームで情報共有や検討をする場を設けるだけでなく、その必要性を理解して継続できるよう他のスタッフに働きかけることが必要である。そのなかで、スタッフの抱く困難感も理解し共有しながら緩和ケアへの意識を高め合い、看護チームで実践する意味を共通理解する

ことが大切であると考えられる。そして、共に検討し導き出した緩和ケアの課題や改善策をチームで確認し合いながら実践を進めていくこと、実践したことはチームで振り返る場を持ちフィードバックしたり認め合い今後の緩和ケア実践へとつなげることにより、看護チームさらには多職種で実践、連携、協働するチーム力を高めていくことが重要であると考えられる。看護チームがこのように緩和ケアの実践および充実に取り組み、肺がん患者が抱える苦痛や苦悩、対応困難な問題に医療チームで向き合っていくことができれば、緩和ケアの充実へとつながっていくと考える。

## 謝辞

本研究にご協力いただきました患者様やそのご家族に深く感謝申し上げます。また、本取り組みにご協力いただきましたA病院の皆様、そして本研究をご指導いただきました諸先生方に、心より感謝申し上げます。

本研究は平成27年度岐阜県立看護大学大学院看護研究科の修士論文の一部に加筆、修正を加えたものである。本研究における利益相反は存在しない。

## 文献

- 平松千恵, 鎌田万葉子, 海老原百恵. (2018). 一般病棟における看護師の終末期看護の困難感軽減に対するカンファレンスの有効性. 第48回日本看護学会論文集 慢性期看護, 183-186.
- 角甲純, 關本翌子, 小川朝生ほか. (2015). 終末期がん患者の呼吸困難に対する送風の有効性についてのケースシリーズ研究. 日本緩和医療学会誌, 10(1), 147-152.
- 笠井麻衣, 関谷結愛, 柴田敏子ほか. (2014). 急性期病棟でターミナルケアに携わる看護師の困難感軽減に向けた取り組み. 第44回日本看護学会論文集 成人看護II, 70-73.
- 松下佳織, 福島歩, 塩崎節子ほか. (2017). 一般病棟で患者の希望する最期を実現するための看護. 第47回日本看護学会論文集慢性期看護, 35-38.
- 中村澄子, 早川正勝, 羽木ヒデほか. (2003). 一般病棟における緩和ケアの現状と課題. 浜松赤十字病院医学雑誌, 4(1), 91-94.
- 西村嘉裕, 伴秀利. (2008). 終末期を見据えた緩和ケア—肺癌患者の心の支えを中心に—. 総合臨牀, 57(9), 2350-2354.
- 西澤真千子, 小河原宏美, 中村佑佳ほか. (2010). 急性期病院における看護師の終末期がん患者ケアに対する困難感. 長野赤十

字病院医誌, 24, 50-54.

岡田(北村)奈津子, 山元由美子. (2012). ターミナルケアを  
実践している一般病棟看護師の戸惑いの乗り越え方. 日本看護  
研究学会雑誌, 35(2), 35-46.

小野寺麻衣, 熊田真紀子, 大桐規子ほか. (2013). 看護師のがん  
看護に関する困難感尺度の作成. Palliative Care Research,  
8(2), 240-247.

大石幸恵, 千野彩子, 中野志保ほか. (2016). 一般病棟における  
終末期がん患者のケアに対する前向きさと困難感および死生観  
の関係. 第46回 日本看護学会論文集 慢性期看護, 98-101.

大久保仁司, 山田忍. (2014). 肺がん患者の療養を支援する看  
護師が経験する困難. ホスピスケアと在宅ケア, 22(1), 31-  
37.

田村恵子. (2012). 肺がん患者のエンド・オブ・ライフ・ケア.  
日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 22(3), 317-319.

(受稿日 平成30年8月27日)

(採用日 平成31年1月28日)

## Enhancement of Palliative Care for Lung Cancer Patients in General Wards

Mitsue Funato <sup>1)</sup> and Minako Okumura <sup>2)</sup>

1)JA Gifu Kouseiren, Chuno Kosei Hospital

2)Nursing of Adults, Gifu College of Nursing

### Abstract

The aim of this study was to explore the practice of team nursing, including short case conferences, in the palliative care of lung cancer patients in the general ward, to improve care.

We decided, based on past cases of patients with lung cancer and communication with ward nurses, to perform an examination of the current situation of palliative care and to explore palliative care issues and improvement measures with ward nurses. As a result, we found that there were six priority tasks to be addressed: (1) improvement of knowledge and confidence in nurses, (2) promotion of appropriate assessment and evaluation and judgment, (3) promotion of patient understanding and individual intervention, (4) promotion of information sharing and examination, (5) promotion of medical team collaboration, and (6) promotion of the use of the palliative care manual. Next, we examined improvement measures and concrete practical methods for the six priority issues. Palliative care was provided to four lung cancer patients, and efforts were made to alleviate their painful symptoms and to ensure their comfort. Ward nurses proposed holding short case conferences. These case conferences, used to guide care, could be held once per week for each case. The nursing team could judge the necessity of holding a case conference, and it was to be held in a timely manner. After this effort, as a result of administering questionnaire surveys to ward nurses and conducting interviews with ward managers, the awareness of nursing teams' palliative care practices increased, and information sharing was promoted by the nursing and medical teams. This effort also led to better understanding of patients' needs, the practice of individualized palliative care, the importance of support that respects patients' wishes, and the need to cooperate with members of other professions.

To enhance the palliative care of lung cancer patients in the general ward, there must be common understanding of the present situation and issues with regard to the nursing team. Furthermore, practicable improvement strategies should be implemented. We also believe that holding short, timely case conferences can promote team nursing and multi-occupational cooperation and enhance the practice of palliative care.

**Key words:** general ward, lung cancer, palliative care, team nursing, case conference

