

〔研究報告〕

A県の医療機関における緩和ケアチームの活動の現状と課題

奥村 美奈子

Current Status and Issues of Palliative Care Team of Hospital in A Prefecture

Minako Okumura

I. はじめに

2004年に厚生労働省が実施した終末期医療に関する調査¹⁾では、終末期における療養の場について66%が自宅で最期まで療養することは困難と考えていることが確認されている。また、在宅で最期を迎えるがん患者は全がん患者死亡者の僅か6%との報告がある²⁾。このような現状に対して、がん患者の在宅療養支援体制整備に向け先駆的な取り組みが報告されているが^{3,4)}、各地域において社会資源や住民の意識等、在宅療養支援体制を整備する上での諸条件が異なるため、それぞれの地域の特徴を踏まえながら、独自の支援体制づくりを模索している段階にある。A県においても、2007年4月に施行された「がん対策基本法」の基本計画に在宅医療の充実を図ることが明記されたことを受け、がん対策推進計画を策定し、終末期がん患者の在宅療養支援体制整備に向けた取り組みを始めた。

終末期がん患者の在宅移行や在宅での療養継続を可能とする要因として、がんの進行に伴って生じる多様な苦痛症状が緩和されていることやその方法が簡便であることが明らかにされている^{5~7)}。苦痛症状の緩和は精神的な安寧や生きる希望につながり、その状態に至って患者や家族は在宅での療養を検討することが可能になると考える。こうしたことから、終末期がん患者の在宅療養支援体制を整えていく上での重要な要素として、医療機関において患者の苦痛症状の緩和を適切に図る体制を整備していくことは不可欠である。近年、各医療機関において緩和ケアチームの立ち上げが進められており、がん患者の苦痛症状の緩和に対して主導的な役割を果たしてい

る⁸⁾。A県においても、がん患者が多く入院している医療機関を中心に緩和ケアチームを編成する取り組みがなされているが、その活動の状況については明らかになっていない。

本研究の目的は、A県の終末期がん患者の在宅療養支援体制整備の視点から、県内医療機関の緩和ケアチームの活動状況を明らかにし、緩和ケアチームの活動の充実に向けたあり方を検討することである。

II. 研究方法

1. 調査対象

A県下のがん医療において中核的役割を期待されている都道府県および地域がん診療連携拠点病院の7施設、がん患者の多くが地域の治療機関として選択することが予測される市立病院および厚生連の病院13施設の合計20施設とした。

2. 調査方法

調査方法は郵送法による質問紙調査とし、研究者宛ての返信用封筒を同封した。各施設の看護管理者宛に、看護管理者用質問票と緩和ケアチーム看護師用質問票を郵送し、緩和ケアチームを有する施設では緩和ケアチーム看護師に質問票（A4判2枚）を渡してもらうよう依頼した。調査期間は2008年8月から10月とした。

看護管理者に対する主な調査項目は、①緩和ケアチームの有無、②緩和ケアチームがある場合は活動開始時期と緩和ケア診療加算算定の有無、③緩和ケアチーム構成員の職種、の3項目とし、①及び②の緩和ケア診療加算の算定については有無を選択し、②の活動開始時期及び

③については質問内容に対する記入を求めた。

また、緩和ケアチーム看護師に対する主な質問項目は、①所属と職位、②緩和ケアチームの活動状況として、依頼方法、活動方法、2007年度の相談内容と件数、③緩和ケアチームの活動を通じて困難・課題と感じていることとした。①と②の相談内容と件数はその内容を記入、②の依頼方法と活動方法は選択肢からの回答、③は自由記述とした。

3. 分析方法

看護管理者の質問項目①～③と緩和ケアチーム看護師への質問項目①②については、質問項目毎に回答を整理し、一覧とした。また有無を問うている項目は、その件数を集計した。緩和ケアチーム看護師への質問項目③は相談内容毎に集約した。

緩和ケアチーム看護師への質問項目③の分析は病院全体を対象として活動しているチームからの回答に限った。記述内容を損ねないように要約・整理し意味内容が類似するものを集約し、内容を要約し小分類とした。更にまとめられる場合は類似するものを集約し、内容を要約し大分類とした。本文中では大分類を【 】で、小分類を< >で表した。

4. 倫理的配慮

研究依頼文書に研究の目的・趣旨および匿名性の確保、情報の管理および破棄について、協力を断っても不利益が生じないことを明記し、調査票とともに郵送した。また、匿名性確保の目的により回答用紙受理次第施設名を記号化するため、回答返送後の研究協力取り消しは困難であることを明記した。緩和ケアチーム看護師については、看護管理者から調査用紙を渡されるため、返送用封筒を看護管理者用とは別とし、研究協力における緩和ケアチーム看護師の自由意思が確保されるよう努めた。

本研究は、岐阜県立看護大学大学院看護学研究科論文審査部会に倫理審査を申請し、平成20年5月27日に承認を得た（通知番号20-A012-2）。

Ⅲ. 結果

1. 看護管理者の調査結果

20施設中看護管理者からの回答が得られたのは10施設であった。内訳は、都道府県及び地域がん診療連携拠点病院3施設、市立病院5施設、厚生連が2施設であった。

10施設の中で緩和ケアチームを有していると回答があったのは8施設で、活動開始年度は2004年が2施設、2005年が1施設、2006年が2施設、2007年が3施設であった。緩和ケア診療加算の算定については、8施設全てが算定をしていなかった

また、緩和ケアチームありと回答した8施設中、組織として認められ院内全体を対象として活動しているのは7施設であり、1施設は病棟のみの活動に留まっていた。

院内全体で活動していると回答があった7施設（施設No.1～6と8）中、看護師がメンバーになっているのは6施設で、内2施設はがん性疼痛認定看護師がメンバーとなっていた。

また、看護師、医師、薬剤師がメンバーとなっているのは5施設で、この3職種以外のメンバーとしては栄養士、理学療法士、臨床心理士、歯科衛生士、社会福祉士が認められた。さらに、1チームの職種数は、5職種が4施設、4職種が1施設、3職種が2施設であった。結果を表1に示した。

2. 緩和ケアチーム看護師の調査結果

緩和ケアチーム看護師からの回答は6施設より得られた。内訳は、看護管理者より「緩和ケアチームあり」と回答を得た8施設の中の施設No.1～3と5、7の5施設、看護管理者から回答は得られなかったが緩和ケアチーム看護師のみ回答が得られた1施設であり、合計6施設となった。緩和ケアチーム看護師のみ回答が得られ施設は施設No.11を付した。

1) 回答者の所属および職位

回答者の所属は、病棟2名、地域連携部門2名、緩和ケア部門1名、看護部が1名で、緩和ケア部門に所属する1名は緩和ケアチーム専従看護師として活動していた。また、職位は師長2名、副師長・主査が3名、スタッフが1名であった。

2) 緩和ケアチームへの依頼・活動方法と相談件数

緩和ケアチームの依頼方法は、所定の用紙が3施設、電話や口頭が2施設、チームメンバーが直接決定するが1施設であった。依頼者は、医師と看護師が4施設、看護師が1施設、医師・看護師と患者や家族からが1施設であった。

活動方法は、定期的に病棟ラウンドが4施設、その他が2施設でその内1施設は主にオンコールでの活動と週1

回の定期的な病棟ラウンドを併用していた。また、緩和ケアチームのカンファレンスは、週1回が3施設、2週間に1回が1施設、必要時開催が2施設であった。2007年度の相談件数は、50件台が2施設、30件台が1施設、10件台が1施設で、1施設は未記入であった。結果を表2で示した。

3) 2007年度の主な相談内容

緩和ケアチームへの相談内容としては、疼痛コント

ロール、疼痛以外の身体症状の緩和、精神症状および精神面への支援、退院や在宅療養への支援、その他として治療方針に関する調整や今後の治療に関する相談等であった。結果を表3に示した。

4) 緩和ケアチームの活動を通じて看護師が困難・課題と感じていること

「緩和ケアチームの活動を通じて、困難・課題と感じていること」については回答を得た6施設中、病院全体

表1 緩和ケアチームの概要と構成メンバー

施設No.	緩和ケアチームの有無	開始年	緩和ケア診療加算算定の有無	緩和ケアチーム構成メンバー (人数)								備考
				看護師	医師	薬剤師	栄養士	理学療法士	臨床心理士	歯科衛生士	社会福祉士	
1	有	2007年	無	1	2	1	1					医師：麻酔科1名・精神科1名
2	有	2007年	無	4	7		1		1	1		看護師：がん性疼痛認定看護師1名含む
3	有	2004年	無	1	2	1						看護師：がん性疼痛認定看護師
4	有	2006年	無		5	1	1	1			1	
5	有	2006年	無	9	4	4		2			1	
6	有	2004年	無	7	1	1						
7	有	2007年	無	不明								1病棟での活動。メンバーは看護師のみ。人数は未記入のため不明
8	有	2005年	無									看護師・医師・薬剤師・栄養科職員・理学療法士の合計13名で構成（職種別人数は不明）
9	無											
10	無											

表2 緩和ケアチームへの依頼・活動方法と相談件数

施設No.	依頼方法			依頼者			チームの活動方法		緩和チームカンファレンス		2007年度相談件数
	所定用紙	電話口頭連絡	その他	医師	看護師	患者家族から直接	定期的に病棟ラウンド	その他	定期開催	必要時開催	
1	○			○	○ ⁽²⁾		○ ⁽³⁾		○ 週1回		50
2	○			○	○		○ 週1回		○ 週1回		11
3	○			○	○		○ 週1回		○ 週1回		51
5		○		○	○		○ 週1回			○	36
7			○ ⁽¹⁾		○			○		○	未記入
11		○		○	○	○		○ ⁽⁴⁾	○2週に1回		20

注)

- (1) チームが介入者を決定する
- (2) 必ず医師を通す
- (3) 週1~4回、患者によって変わる。ラウンドを担当する医師・看護師・薬剤師・栄養士が各自でおこなう。チーム全員は集まりにくいことと、患者の負担になるため
- (4) 主にオンコールの活動と毎週水曜日に定期的な病棟ラウンドをしている

表3 2007年度の主な相談内容

・疼痛コントロール
・疼痛以外の身体症状緩和 食欲不振・倦怠感・腹満感・浮腫・発熱・咳・呼吸困難・喘鳴・ 黄疸・腹部膨隆・不眠・嘔気・嘔吐・痺れ
・精神症状および精神面への支援 抑うつ・せん妄・「死にたい」といわれる方への対応 未告知による精神的苦痛への対応
・退院・在宅療養への支援 退院支援・在宅移行への希望に対する対応
・その他 医師・看護師、患者・家族との治療方針の相違に関する調整 患者より、今後の治療や自分の生き方・家族ケア

を対象として活動をしている5施設（施設No.1～3、5、11）を分析対象とした。記述数は全部で20得られ、【チームの人的整備が不十分】【主治医と協働した活動ができない】【病棟看護師と十分に協働できない】【コメディカルとの連携不足】【活動に対する組織の理解が十分得られていない】【チームへの依頼が少ない】【患者・看護師が抱く「緩和」に対する誤ったイメージがチームの介入の障害となる】【病棟の看護師・医師に対して、疼痛コントロールの基礎知識やがん患者を捉える視点の不足を感じる】の8つに分類された。

【チームの人的整備が不十分】には＜チームメンバーが兼務のため活動時間の調整が困難＞＜専任医師・専従看護師の不在による緩和ケアチームの人的整備の遅れ＞の2つが含まれた。

【主治医と協働した活動ができない】には＜緩和ケアチームと協働することに対して主治医の理解が得難い＞＜緩和ケア・緩和ケアチームの活動に対する医療者側の理解が十分得られていない＞の2つが含まれ、【病棟看護師と十分に協働できない】には＜病棟看護師が多忙のため、緩和ケアチームと十分に協働できない＞が含まれた。

【コメディカルとの連携不足】には＜コメディカルとの連携が不足している＞、【活動に対する組織の理解が十分得られていない】には＜活動に対する組織の理解が十分に得られていないと感じる＞、【チームへの依頼が少ない】には、＜チームへの依頼が少ない＞が含まれた。【患者・看護師が抱く「緩和」に対する誤ったイメージがチームの介入の障害となる】には＜患者・看護師が抱く「緩和」という言葉に対する誤ったイメージがチーム

の介入の障害となる＞が、【病棟の看護師・医師に対して、疼痛コントロールの基礎知識やがん患者を捉える視点の不足を感じる】には＜がん性疼痛の初歩的介入が不足している部署がある＞＜病棟の看護師・医師に患者をトータルに捉える視点が不足している＞が含まれた。結果を表4で示した。

IV. 考察

1. 緩和ケアチームの人的整備の必要性

活動を通じての課題として【チームの人的整備が不十分】が認められ背景には、殆どの施設においてチームメンバーは各部署に所属し、主に定期的病棟ラウンドやカンファレンス等の時に緩和ケアチームとして活動するという形態をとっている現状がある。看護師の場合でも緩和ケアチーム専従看護師として活動しているのは1名であったことが示すように、緩和ケアチームの活動に専任・専従する医師や看護師が少ないことは、結果的に緩和ケアチームの適時の介入を困難にさせ、特にチームの定期活動日以外で早急に対応が必要となる事例に対してタイムリーに対応できない現状を生み出していると考えられる。

チームの人的整備において、専任医師の確保は全国調査においても困難な現状が示されており⁹⁾A県も同様の状況である。一方、看護職についてはがん性疼痛認定看護師をはじめ緩和ケアに関する専門的知識と技術を有する看護職の養成が行われ、有効な活動をしている。このことから、緩和ケアに対する専門性の高い看護職を緩和ケアチームに専従として配置し、横断的な活動を保障とすることで、早急な対応を必要とする事例に対する適時効果的な支援が可能となると考える。

また、チームは主に看護師、医師、薬剤師の3職種が主な構成メンバーで、その他の職種については各施設に違いがあった。がん患者の病状の複雑さと患者や家族の多岐に渡るケアニーズに対応していくためには、多様な職種がチームメンバーに加わり支援していくことが必要となる。こうしたことから、チームの人的整備においては各施設の条件を踏まえながら、多職種でのチーム編成が促進されていく必要がある。

2. 主治医との協働への取り組み

【主治医と協働した活動ができない】といった意見の

表4 緩和ケアチームの活動を通じて、困難・課題と感じていること

大分類	小分類	記述内容
チームの人的整備が不十分		チームメンバーそれぞれ兼務しているため、自由性がなく、タイムリーに対応できない。
	チームメンバーが兼務のため活動時間の調整が困難	兼任者で成り立っているチームのため、チームの調整が困難。 チームとしてなかなか集まる時間を持つことが難しい。
	専任医師・専従看護師の不在による緩和ケアチームの人的整備の遅れ	緩和ケアチームとしての活動は、現在週1日だけである。せっかく依頼が来ても、直ぐに対応できない。また、週1回では活動できることに限界がある。
主治医と協働した活動ができない		院内にはがん性疼痛があるのに麻薬を使ってもらえない患者がいる。そこへの介入が困難である。
	緩和ケアチームと協働することに対して主治医の理解が得難い	医師の中でも他部門の介入を嫌がる医師もいる。 一部の医師に、緩和ケアチームの意味が理解してもらえていない現状がある。 主治医の考え方を理解し、チームとして不快を与えないような関わりが必要である。その中で、病棟の看護師の意向を伝えたり、緩和の考え方をカルテに記載するのが難しい。
	緩和ケア・緩和ケアチームの活動に対する医療者側の理解が十分得られていない	医師の理解が得られない、患者に緩和ケアチームの介入について説明されていない等、体制の問題、承諾の問題などから、患者への直接介入ができない。
病棟看護師と十分に協働できない	病棟看護師が多忙のため、緩和ケアチームと十分に協働できない	チームとして回診に行っても、病棟の看護師は忙しくて対応できないことが多い。 急性期の患者と混合であるため、ゆとりをもって関わりたいと思っているプライマリナースがいるが、様々な病期の患者をもちながら調整できず、ジレンマを感じているスタッフがいる。スタッフに対する支援体制が十分確立できていない。
コメディカルとの連携不足	コメディカルとの連携が不足している	コメディカルとの連携が不足している。
活動に対する組織の理解が十分得られていない	活動に対する組織の理解が十分に得られていないと感じる	病院・組織・トップの理解が十分に得られないと感じることがある。活動意欲の継続が困難と感じることがある。
チームへの依頼が少ない	チームへの依頼が少ない	チームの認知度が低いこと、依頼が少ない。 コンサルト型に変更したら、依頼が減少した。
患者・看護師が抱く「緩和」に対する誤ったイメージがチームの介入の障害となる	患者・看護師が抱く「緩和」という言葉に対する誤ったイメージがチームの介入の障害となる	緩和という言葉が(患者に)「死」をイメージする傾向にあり、介入や依頼の壁になっている。 緩和のイメージから、病棟看護師が緩和ケアチームの介入について患者に説明し難いのか、介入承諾をとらないままの依頼が多く、カルテ診察となっている。
病棟の看護師・医師に対して、疼痛コントロールの基礎知識やがん患者を捉える視点の不足を感じる	がん性疼痛の初歩的介入が不足している部署がある	疼痛アセスメント・評価ができる部署もあるが、全体的に疼痛についての初歩的介入がまだ不足している部署がある。
	病棟の看護師・医師に患者をトータルに捉える視点が不足している	チームが介入した事例や事例検討会を通し関わったスタッフは緩和ケアについて知識やケアを学ぶことができるが、その他多くの看護師・医師は、若く経験年数も少ないため、患者をトータルに看る視点が不足している。

背景には、医師の緩和ケアに対する理解や知識の不足とともに、患者の治療に責任ある立場から他の診療科医師や緩和ケアチーム等の他者の介入を好まない主治医の思いが反映していると考えられる。

緩和ケアに対する医師の理解や知識の不足に対しては、2007年に施行された「がん対策基本法」に基づき、がん診療連携拠点病院や国立がんセンターで実施される緩和ケア研修の受講を推進する取り組みがされつつあり、知識や技術については一定の改善が期待されるが、一方で他者の介入を好まない主治医の思いを変えていくことには困難があると考えられる。高宮は、緩和ケアを専門とする医師の立場から緩和ケアチームの介入を拒む医師の現状について、緩和ケアの知識の不足に加え、がんの診断と治療はできても、治らない患者にどう接して良いかわからず無力感や敗北感に苛まれている医師の心理を示し、こうした医師への心理に焦点を当て関わることの必要性を述べている¹⁰⁾。緩和ケアチームによる患者への支援を可能とするためにも、チームメンバーは拒否的な態度をとる主治医に対して、その心理に焦点を当てながら介入の必要性を伝え、主治医との関係を形成していくことも重要であると考えられる。

3. 病棟看護師との協働の促進

【病棟看護師と十分に協働できない】といった背景の1つには、病棟看護師が多忙さゆえに緩和ケアチームとのカンファレンスに参加できない現状がある。患者への支援を考える上で特に対象患者を担当する病棟看護師がカンファレンスに参加することは重要であるが、多忙な病棟勤務の中でカンファレンス参加への時間を作り出すことは個々の看護師にとっては難しい場合もあり、特に経験の浅い看護師は自力で調整できないことが多いと推察される。こうした状況を改善するために、まず病棟師長やリーダー看護師が緩和ケアチームとのカンファレンスに該当患者の担当看護師が参加することの重要性を十分理解し、看護師の参加が可能となるよう勤務の調整を図る必要がある。

一方、緩和ケアチーム看護師も病棟の看護師長やリーダー看護師と密に連携を取り、緩和ケアチームの意思を伝え、緩和ケアチームの存在がケアの充実に有効であることを強く認識できるよう働き掛ける必要がある。こうした働き掛けを継続していくことで、病棟看護師との協

働の基盤が形成され、結果的には【チームへの依頼が少ない】といった課題の解決にも結び付いていくと考える。

更に、温井は自施設における相談件数が少ない現状を捉え、看護師はチーム医療の必要性・重要性は理解していても、実際はチーム医療に馴染みがないことが件数を伸ばさない要因の一つとし、院内教育の開催や緩和リンクナースの配置による病棟との連携体制の強化を挙げている¹¹⁾。緩和ケアチームに所属する看護師が院内学習会の企画やリンクナースの配置などを組織に提案し具体的に運営することは、病棟看護師の緩和ケアに関する知識を深めることや意識の変革につながり、緩和ケアチームと病棟看護師との連携を促進させると考える。

4. 「緩和ケア」に関する啓発活動

【患者・看護師が抱く「緩和」に対する誤ったイメージがチームの介入の障害となる】という意見の背景には、多くの患者が「緩和ケア」とは治療が無効となった後に行われるケアであり、近い将来の「死」をも意識させる言葉として認識している現状があると推察される。温井は医療職者だけでなく患者・家族にも「がんの治療優先」という考えが強く、緩和ケアは終末期だけという意識がまだ強くと指摘している¹²⁾。さらに2008年に実施された医療用麻薬のイメージについての調査では、「痛みが和らぐ」との回答が82.7%で1位である一方、「最後の手段だと思う」が60.5%で2位であったとの結果が報告されている¹³⁾。WHOの定義では、緩和ケアとはがんの診断の直後から行われるとされているが、一般の国民にとっては「がん末期」のイメージが強く、緩和ケアチームの支援対象となることへの抵抗感を完全に払拭することは容易ではないと思われる。また、今回の結果から、患者のみならず、看護師が患者に対して緩和ケアについて正しく説明できないため、チームの介入が必要な事例であっても依頼に結びつかないことが確認された。

これらの現状を踏まえ、緩和ケアチームが適切な時期に介入できるよう、日々の活動や研修会・学習会の開催を通じて医療職者の意識に働き掛けるとともに、医療機関の内外での広報活動によって、患者や家族は元より、一般の人たちへの緩和ケアに対する啓発にも取り組んでいく必要があると考える。

V. 本研究の限界と課題

本研究はA県下でがん医療を担っている20施設を調査対象としたが、十分な回収率を得ることができなかった。そのため、A県の現状を十分に反映した結果および考察には至らず、一般化する上でも限界がある。以上の限界を踏まえ、今後は緩和ケアチームの詳細な現状の把握を進めるとともに、活動の充実にに向けて取り組んでいくことが課題である。

VI. まとめ

A県下の終末期がん患者の在宅療養支援体制の視点から、医療機関における緩和ケアチームの活動状況と活動を通じての問題や課題を明らかにし、緩和ケアチームの活動の充実にに向けたあり方を検討した。チームの構成メンバーは看護師・医師・薬剤師を主要メンバーに各施設の状況に応じてチームを編成し、定期的に病棟ラウンド等を行っていた。

今回の結果より、緩和ケアチームの活動の充実に向け、専従看護師の配置や多職種が協働するチーム作りに取り組むとともに、緩和ケアチームが病棟看護師及び主治医との協働を強化していく必要性が確認できた。また、緩和ケアチームの適時の介入を可能とする上で、地域住民に対し「緩和ケア」に関する啓発活動を行うことの必要性が示唆された。

謝辞

本調査にご協力いただきました医療機関の看護管理者および緩和ケアチーム看護師の皆様へ深く感謝いたします。

本研究は平成21年度岐阜県立看護大学大学院看護学研究科の博士論文の一部に加筆し修正を加えたものである。

文献

- 1) 厚生労働省：終末期に関する調査報告等検討会報告書 今後の終末期医療の在り方について, 2006, 2008-10-23, <http://www.mhlw.go.jp/singi/200612/dl/s1212-6d.pdf.jp>.
- 2) 川越厚：末期がんを「家」で看取ってくれる医療機関 全国版；2, 保健同人社, 2006.
- 3) 山崎章朗：コミュニティケアの経緯と実践活動 ケアタウン小平（仮称）が目指すもの, ターミナルケア, 14 (1) ;

16-24, 2004.

- 4) 柴田岳三：北海道西胆振地区における在宅医療の取り組み－西胆振在宅・ホスピスネットワーク, ホスピスと在宅ケア, 38(3) ; 220-223, 2006.
- 5) 木下由美子：在宅療養者の最後の場所を自宅にする決定要因 一病院の訪問看護活動より, ターミナルケア, 10 (2) ; 148-155, 2000.
- 6) 鈴木央, 鈴木荘一：何が在宅での看取りを可能にするのか 当院における末期がん在宅ターミナル・ケア74例の検討, プライマリ・ケア, 28 (4) ; 251-260, 2005.
- 7) 福井小紀子：入院中末期がん患者の在宅療養移行の検討に関連する要因を明らかにした全国調査, 日本看護学会誌, 27 (2) ; 92-100, 2007.
- 8) 笹原朋代, 三條真紀子, 梅田恵, 他：大学病院で活動する緩和ケアチームの支援内容 - 参加観察の結果から -, 日本がん看護学会誌, 22 (1) ; 12-22, 2008.
- 9) 日本ホスピス・緩和ケア研究執行財団：わが国における緩和ケアチームの実態調査 第3報, 2009-1-30, <http://www.hospat.org/2005-a1.html>.
- 10) 高宮有介：わが国における緩和ケアチームの現状と展望, ターミナルケア, 13(4) ; 271-279, 2003.
- 11) 温井由美, 栗山俊之, 上山栄子, 他：和歌山県立医科大学附属病院における緩和ケアチームの現状と課題, 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要, 5 ; 69-73, 2009.
- 12) 前掲11).
- 13) 日本ホスピス・緩和ケア研究財団：ホスピス・緩和ケアに関する意識調査報告書, 2009-1-30, <http://www.hospat.org/research2.html>.

(受稿日 平成22年 9月28日)

(採用日 平成23年 1月26日)