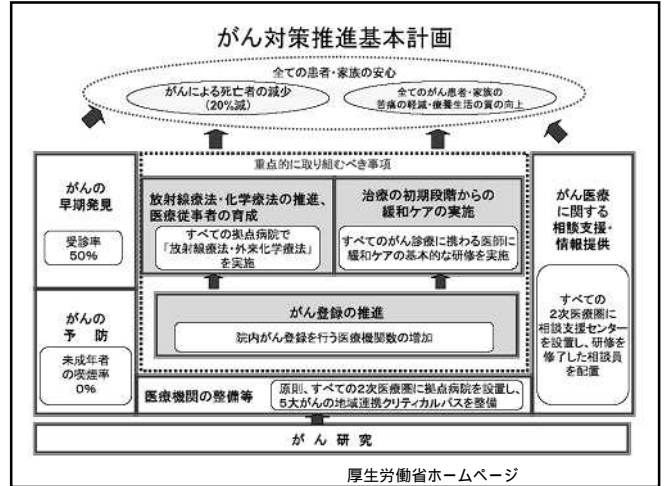


## 第7回浜松オンコロジーフォーラム がん医療における看護師の役割

2010.10.16.

癌研究会 有明病院  
副看護部長  
がん看護専門看護師  
濱口恵子



## 化学療法と放射線療法の比較

### < 化学療法 >

- ・薬剤により副作用が異なる
- ・投与後の日数により副作用が発生してくる

### < 放射線療法 >

- ・放射線をどの部位に当てているのか(正常組織を含めて)により副作用が異なる
- ・総線量により副作用が発生してくる

## 末梢神経障害を起こしやすい主な抗がん剤

薬剤名	頻度
オキサリプラチン (エルプラット®)	85 - 90 %
パクリタキセル (タキソール®)	40 - 50 %
ドセタキセル (タキソテール®)	5 - 50%未満
硫酸ピンクリスチン (オンコピン®)	5 %以上
シスプラチン (ランダ, プリプラチン®)	頻度不明
フルオロウラシル (5 - FU®)	頻度不明

田墨恵子：末梢神経障害，  
濱口恵子他編；がん化学療法ケアガイド，中山書店，2007。

副作用の発現時期	発現時	投与中・直後	投与2日目	投与1週間目	投与2週間目	投与1ヶ月	投与3ヶ月	投与1年以上以降
副作用発現状況								
過敏症(アナフィラキシ)	急性型	急性型	遅延型					晩発型
過敏症(皮膚障害)								
血管外漏出		投与中・投与直後						
骨髄抑制(白血球減少)								
骨髄抑制(血小板減少)								
骨髄抑制(ヘモグロビン減少)								
悪心・嘔吐	急性	遅延性						
口内炎								
下痢	早発性							
便秘								
腎毒性		遅延性						
脱毛								
心毒性								
神経毒性								
肺毒性	急性							
肝毒性								
性功能障害								

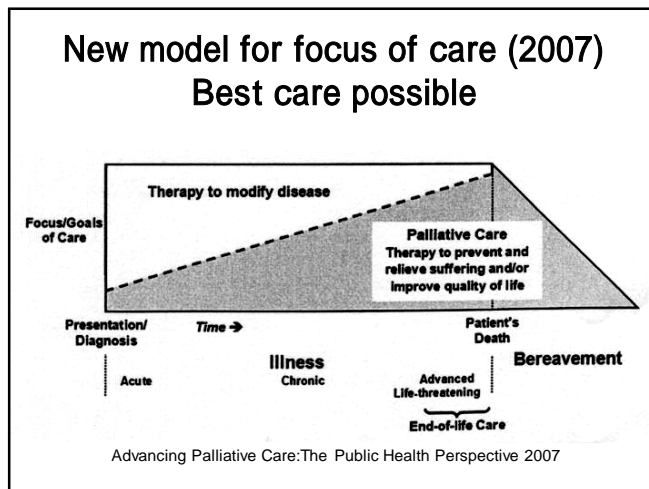
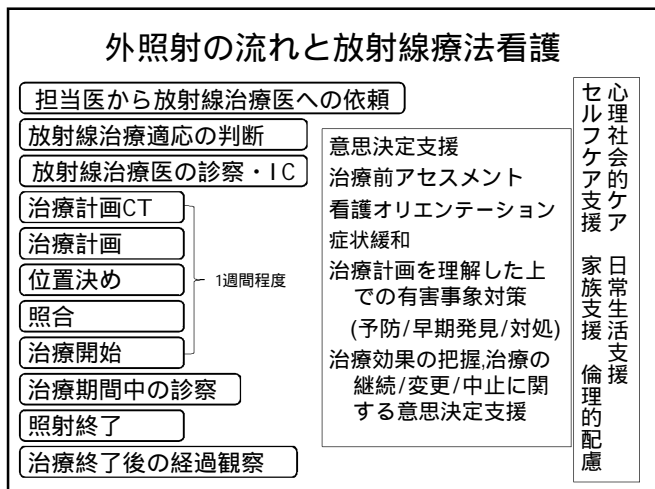
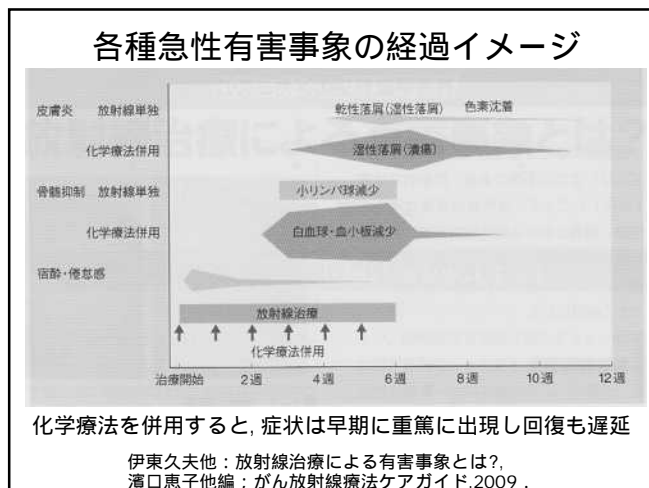
癌研有明病院化学療法看護マニュアルより

## 化学療法における看護師の役割

- ・意思決定支援・心理的ケア
- ・化学療法前アセスメント (リスクアセスメント)
- ・化学療法オリエンテーション
- ・副作用の予防対策
- ・レジメンを理解した上での薬剤管理
- ・副作用のアセスメントと対応
- ・治療効果の把握、治療の継続・変更・中止に関する意思決定支援

心理的ケア  
社会的ケア  
日常生活支援  
セルフケア支援  
家族支援  
倫理的配慮

濱口恵子，本山清美編；がん化学療法ケアガイド，中山書店，2007



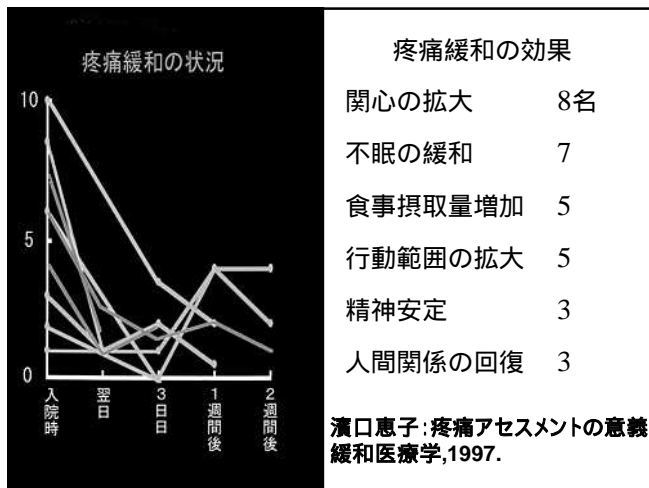
### 終末期の状況の変化

終末期患者のがんに対する治療の変化

- 化学療法の増加:  
新薬の開発, 支持療法の進歩, 症状緩和効果等
- 放射線治療の進歩;  
放射線治療の進歩 (ピンポイント照射等)  
骨転移, 脳転移に対する放射線治療
- 症状緩和治療・ケアの進歩

がんの病期や進行度などを越えてがんと診断され死の瞬間まで生存者であり続けるがんサバイバー

近藤まゆみ他編：がんサバイバーシップ  
-がんとともに生きる人々へのケア-医歯薬出版(株)  
「ギアチェンジ」から「シームレスに」



### 疼痛アセスメントの内容と疼痛緩和治療・ケアの変化

アセスメント	疼痛緩和治療・ケアの変化
血中濃度が上がっているか	薬剤の形態の変更 → 投与経路の変更
痛みの性質による	鎮痛補助剤などの併用
薬剤の有効性の評価	→
各薬剤の効果判定	薬剤の選択・量調整 および整理 → レスキューの選択・管理
24時間の痛みの変化	鎮痛薬のスケジュール修正 → ケア時間の工夫、夜間の痛み対策

濱口恵子:疼痛アセスメントの意義,緩和医療学,三輪書店,1997.

### 疼痛アセスメントの内容と疼痛緩和治療・ケアの変化

アセスメント	疼痛緩和治療・ケアの変化
鎮痛薬の副作用の種類/程度/苦痛度	→ 薬剤以外の原因探索 薬剤の種類・量調整,看護ケアの工夫
疼痛の影響因子	→ 看護ケアの工夫,夜間の睡眠確保
心理・社会的因子の関与	抗うつ剤等の併用
増悪因子・緩和因子	→ 増悪因子の除去 緩和因子の活用
痛みの表現の仕方の特徴	→ 個別のアセスメント方法の確立 医療チームでのアセスメント

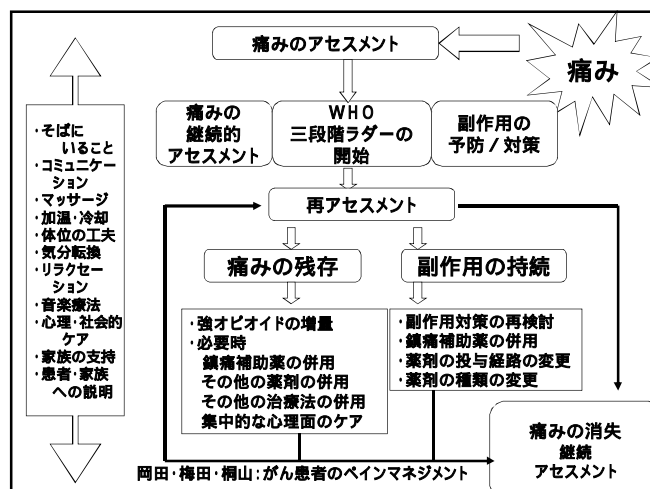
濱口恵子:疼痛アセスメントの意義,緩和医療学,三輪書店,1997.

### 疼痛緩和の目標

- 第1目標 痛みに妨げられない夜の睡眠確保
- 第2目標 安静時に痛みが消失
- 第3目標 体動時の痛みが消失

- ・痛みが患者のQOLにどのように影響しているかを明らかにする。
- ・段階的な痛みの緩和目標を患者と,具体的に話し合う。

例:20分座位保持ができて食事ができる  
体動時痛が緩和してトイレに行ける  
患者・家族・医療チームで目標を共有する  
現実可能な小さな目標を積み重ねる



### 疼痛緩和における看護師の役割

- ・適切な疼痛アセスメント 症状緩和の成功の鍵を握るのは看護師です  
日常生活の視点,トータルペインの視点から
- ・効果的な薬剤使用  
適切な投与経路・時間,レスキュー使用の工夫
- ・疼痛緩和治療・ケアの効果の評価
- ・疼痛緩和治療の副作用の予防・対処
- ・疼痛閾値を上げるケア 心理的ケアを含む
- ・疼痛により障害されている日常生活援助
- ・患者のコーピング能力を高め患者の参加を促すこと  
痛みの表現を促す,患者の意思の尊重,患者教育
- ・多職種チームによる疼痛緩和の推進・調整

### 緩和ケアにより人生の可能性が広がる がん治療支援緩和ケアチームとして活動して

- ・同一体位がとれるようになり、放射線治療開始
- ・PSが改善され、化学療法開始
- ・終末期で終日ベッド上生活であったが歩行可能となり、緩和的手術が選択肢の一つ 術後退院
- ・PCAにより自己コントロール感を取り戻した
- ・外出・外泊が可能になった
- ・「十分生きたからもういい」と言っていた患者が家族との散歩の時間を大切にするようになった など

2009年度:患者数 307人 延 5,210件  
25名前後/日 延約410名/月

### 外来でのケアと継続看護が大切！

#### 外来化学療法



60床 100名/日

#### 放射線治療



140名/日 (80% : 外来患者)



癌研有明病院 700床  
外来患者 : 1400名/日  
平均在院日数15.8日

#### 手術



25件/日 年間6600件

## 外来での看護

- ◆ 意思決定支援
- ◆ 心理的支援
- ◆ 家族支援
- ◆ 治療のオリエンテーション
- ◆ 有害事象・苦痛症状の  
マネジメント
- ◆ リハビリテーション
- ◆ など

### 外来での看護

目に見えない

患者が言葉に表せない  
心身の苦痛や有害事象を  
把握・緩和・支援？

短時間に

タイミングを逃さず  
患者のニーズに合わせて  
先取りしたケアを行う  
卓越した看護判断と実践が必要

### 70歳以上 2000万人突破

人口の15.8%に

2008年9月15日現在推計 総務省

	前期高齢者 65～74歳	後期高齢者 75歳以上	高齢者 65歳以上計
人数	1498万人 男705万 女793万	1321万人 男498万 女823万 <10.3%> 前年比53万増	2819万人 男1203万 女1616万 <22.1%> 前年比76万増

80歳以上人口 前年度比38万増 751万 総人口の 5.8%  
0～14歳人口 1718万 総人口の13.5%

65歳人口は2055年には44.5%と予想

## 65歳以上世帯

65歳以上世帯 全世帯の41.2%

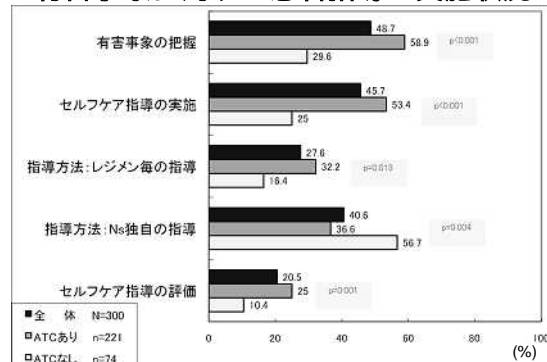
夫婦のみ 29.7 %

独居 22.0 %

三世帯 18.5 %

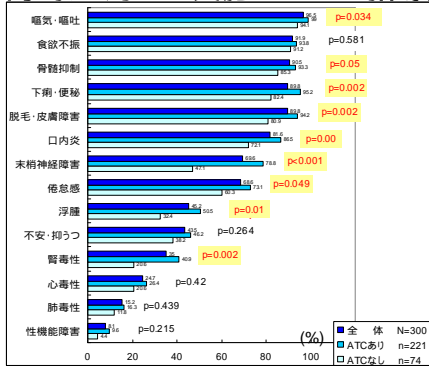
平成20年国民生活基礎調査  
厚生労働省HP

### 有害事象に対する患者指導の実施状況



2005年 全国400床以上の574病院を対象にした外来化学療法の実態調査  
石垣靖子, 濱口恵子他: 日本がん看護学会誌21(2), 73-86, 2007.

## 有害事象に対して実施している指導内容



2005年 全国400床以上の574病院を対象にした外来化学療法の実態調査

石垣靖子,濱口恵子他:日本がん看護学会誌21(2),73-86,2007.

## 外来医療に携わる人の問題

### 1 外来看護師の配置人数の問題

基準: 外来患者30人に看護師 1人

医療法施行規則 1948年厚生省令第50号

cf. 一般病床入院患者3人に看護師1人

診療報酬上 7:1看護

### 2 有能な人材確保の問題

数と質

看護師の給与の構造: 夜勤手当

### 3 診療報酬の問題

## 診療報酬に反映させる工夫

- 外来放射線治療加算 1日1回 100点  
放射線治療を専ら担当する常勤医師、技師 他  
**看護師が要件に入っていない**
- 外来化学療法加算 400点 500点 550点  
施設設置基準、医師・看護師・薬剤師の配置要件、  
レジメン管理  
**看護師の人数,専任(専従)の問題**
- 緩和ケア診療加算 250点 300点 400点  
4名の緩和ケアに係る専従チーム・要件  
**外来患者には加算されない**

## がん医療・ケアを高めるために

- 進行・再発・終末期がん患者への対応
- がん治療の副作用対策
- 合併症の予防・早期対応
- 緩和ケア



<患者のQOL向上>

- 患者のセルフケア能力を高める
- 患者の意思決定への援助
- 心理的ケア
- 外来看護の充実
- 病棟・外来・地域との連携
- 倫理的問題への対応

## 医療・ケアの質と臨床倫理

医療の質をあげるためには  
科学性と倫理性を考慮する必要がある

- |     |   |
|-----|---|
| 科学性 | 根拠に基づいた医療<br>Evidence based-medicine<br>Evidence based-nursing<br>標準化 |
| 倫理性 | 相手を人と遇すること<br>(尊重すること)  |

## がん治療の成果

Cancer outcome と Patient outcome

### • Cancer outcome

腫瘍における治療の効果

例: 奏効率,腫瘍マーカー 等

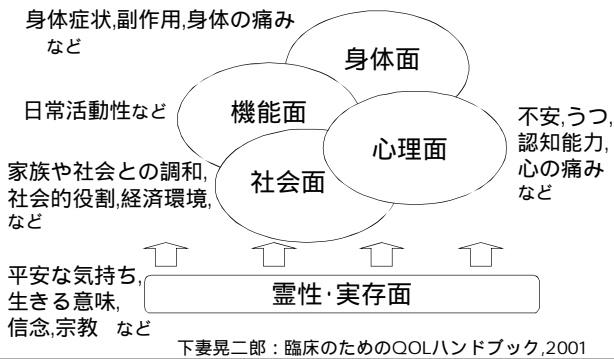
### • Patient outcome

その患者における治療の効果

例: 生存期間, QOL, Toxicity 等

## がん患者のQOL評価に必要な領域

健康関連QOL



## その人にとって実現すべきQOLとは

- ・ 受け手の価値観の多様化に応えること
- ・ かけがえのない人の人生を大切に考えること
- ・ 相手が大切にしていることを理解し、それを大切にすること
- ・ 一般的とは異なり、個別的に
- ・ 知識として知るのではなく、目の前にいる患者に実現させること

石垣靖子

## 倫理的配慮・倫理的判断は

医学的な正しさ/科学的な正しさの判断とは異なる

「価値判断」

どのように判断するか・・・

患者・家族・医療者間で

十分話し合い

包括的に判断すること

つまり・・・

答えは一つではない！正解はない！

生物学的生命  
Evidence-Based  
Medicine(EBM)

病態, 治療, 予測(益/リスク)  
生活・QOLへの影響  
心理・社会的支援, 家族支援

患者個別を考えた中で  
の一般的判断

患者・家族の個別の事情を  
理解した上で

医療チーム

説明

説明

患者・家族

倫理的配慮  
患者・家族・医療者間  
の話し合いの調整

物語られる生命  
価値観, 生活事情, 人生設計  
Narrative-Based  
Medicine(NBM)

合意

コミュニケーションなくして  
合意は得られない

清水哲郎改変

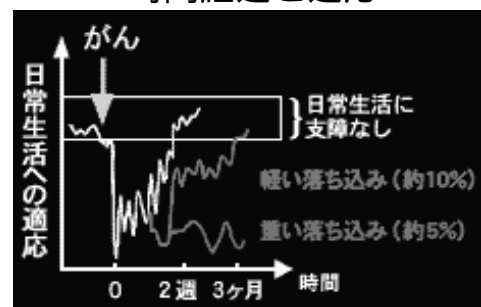
## 病いと疾患 看護学大辞典

- ・ 病い: illness ← 癒す: heal がん  
一般の人々が感じとる身体や心の異常感・症状。  
一般の人々による病変の主観的・実存的体験。

- ・ 疾患: disease ← 治療: cure 癌  
西洋近代医学の枠組で捉えられた身体上の病変。

同じ医学的事実としての疾患でも、諸個人のパーソナリティ特性や社会的条件、さらに各文化における疾患への意味づけなどによって、さまざまな病気として体験される。

## がん患者の心理的反応 - 時間経過と適応 -



内富庸介: 国立がんセンターHPより

## 質問力の大切さ

- 1 優れた質問は、患者の内面、全体像を浮かび上がらせる。
- 2 優れた質問は、患者を安心させ医療者への信頼感を増す。
- 3 優れた質問は、誤解を解き、対話を活性化し、互いの意思疎通を円滑にする。

よくあるのは、(中略)ただ一つ、ある要因の有無を質問して結果を判断する、という誤りである。たとえば、昨夜は街の通りが騒がしかったかどうかと患者に尋ね、騒がしくなかったという返事を聞くと、それ以上は追求しないで、病人はぐっすり眠りました、と報告するたぐいである。この種の誘導質問に不意打ちをくらった患者は、そう答えれば誤解を招くとわかっていても、問われた質問内容のみ几帳面に答えてしまう。患者の内気さまで考慮されることはめったにない。

「ナイチンゲール：看護覚え書より」

種村完司講演資料より

## 応答力を高めよう

- 1 患者の問い・意見に対して、理性的な態度で正確な事実を解答しようとしているか
- 2 患者の関心と理解力に応じた、平易で丁寧な話し方をしているか
- 3 自分の言動が及ぼす患者の感情の変化を予測しつつ応答しているか

真実を告げるということは、その状況に関するさまざまな事実を語るということである。(中略)真実は「残酷」かもしれないが、それを告げること自体が残酷であってはならない。患者の自立性と感受性を尊重するなら、患者にあわせた思いやりのある告知をしなければならない。

A.R.ジョンセン他 臨床倫理学より

種村完司講演資料より

## 意思決定を支える

- 自分のおかれている状況がわかるように
- 治療の理解(何を、どんな方法で、どのくらいの時間、効果とリスク、負担する費用など)
- 「ゆらぐ・ためらう・迷う」を支える
- 治療がイメージできるように
- コミュニケーションのやりとり
- 寄り添う・傍らにいる(共同行為の意味)
- 医療者との信頼関係が基盤にあること

石垣靖子

## 意思決定を支える

「揺らぐ・ためらう・迷う」を支える  
これは、当たり前におきること

揺らがないように  
迷わないように  
していないだろうか？

江口恵子

## 代理人の役割は？

患者が意思決定できるとすれば、どうしていると思うか？

- 近くにいて患者の普段の判断過程がわかる人が中心になってもらう
- 最終的に誰か一人に押し付けるのではなく、医療スタッフを含めて患者に関わる人が一緒に患者の最善の利益になるように決めていく形が望ましいであろう

## 家族を考える際に

- 患者にとっての家族は：  
その中でのキーパーソンは？ 家族の状況は？  
家族ダイナミックスは？ その変化は？
- 家族の現状理解、希望、気持ち、医療者への期待
- 家族の患者への思い、病気の受け止め
- 患者・家族の役割変化 経済状況
- キーパーソンを支援する人・支援体制
- 親を亡くす子供、または子を亡くす老親の状況

## 看護師として求められること

- 相手の状況を見抜く力
- 患者・家族に説明する能力
- 患者・家族の状況に合わせて伝える技術  
患者の意向を確認し、話す内容と方法と  
タイミングを判断しながら相手と話し合う
- 患者・家族の反応を見極める力  
話す内容やペースの調整
- 相手の状況を整える力  
心理的ケア、調整など



## 看護師は

全ての人が  
生まれながらに持っている  
価値、尊厳、人権を擁護し、尊重する  
アドボケートでなければならない  
Advocatus(ラテン語)  
=(傍らへと) 呼び出された者  
擁護者、弁護者、代弁者

アドボケートとしての役割  
普通の人に 普通のことが  
普通にできるように支えること

石垣靖子

## その人のありのままを受け止めるというけれど

あるべき患者像・あるべき家族像に  
変容することを求めているだろうか？

私たちが受け入れられる患者・家族の  
行動って、どのようなものだろうか？

自分の価値観の中で  
許容できることだけで  
受け止めていないだろうか？

江口恵子

## Jonsenらの症例検討の枠組み

### 医学的適応 (Medical Indication)

1. 患者の医学的問題
2. 急性・慢性、重症、救急、可逆的？
3. 治療目標の確認
4. 治療が成功する確率
5. 治療が奏功しない場合の計画
6. 要約: 治療・ケアによる利益は？  
害をどのように避けるか

### 患者の意向 (Patient Preferences)

1. 患者の精神的判断能力と法的対応能力
2. 治療に対する患者の意向
3. 利益・リスクの説明、理解、同意
4. 適切な代理人、代理人が用いている基法
5. 以前の意向 事前指示
6. 治療に対して非協力的か 理由は
7. 要約: 患者の選択権の尊重

### QOL (Quality of Life)

1. 治療の有無で通常の生活復帰の見込み
2. 治療成功の場合、患者が失うものは
3. 医療者による患者のQOL評価に偏見は
4. 延命が望ましくないと判断される可能性
5. 治療中止計画、その理論的根拠の有無
6. 緩和ケア計画の有無
7. 生命維持についての意思決定

### 周囲の状況 (Contextual Features)

1. 治療決定に影響する家族の要因
2. 治療決定に影響する医療者側の要因
3. 財政的・経済的要因の有無
4. 宗教的・文化的要因の有無
5. 守秘義務
6. 資源配分の問題
7. 法律の影響
8. 臨床研究・教育との関係
9. 医療者や施設側での利害対立の有無

赤林朗他監訳: 臨床倫理学 臨床医学における倫理的決定のための実践的アプローチ、  
第5版 新興医学出版社、2006.

## 症例検討の進め方

1. 倫理的な問題で判断に困っているその症例について、できる限り情報を収集する。
2. 症例検討シートの「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」のすべてについて、考えられる問題点をすべて列挙する。
3. すべての項目を網羅し、全体が見えたところで、何を優先すべきか、何がもっとも適切かについて判断を行う。

## 看護師として何をするのか？

- ・看護観  
看護とは何か、看護師は何をするのか
- ・価値観  
自分の立ち位置 優先順位 偏見
- ・自分を見つめる  
自分の心の変化 態度 発達過程



### 倫理的行動の4つの要素

1. 倫理的感受性：倫理的問題が生じていることに気づく力
  - ・「あれ、おかしい」と感じたことをそのままにせず周囲に伝える
2. 倫理的推論：
  - それが倫理的に問題である理由を説明できる力
  - ・「おかしい」と思った理由を事実に沿って説明できる
  - ・倫理的知識に基づきどこが倫理的に問題であるかを指摘する
3. 態度表明：
  - 様々な障害を乗り越えて、倫理的に行動しようとする力
  - ・誰のどのような権利を優先すべきか、どのような立場をとるべきか、を適切に判断し、解決の方向性を明確にする
4. 実現：倫理的行為を遂行することができる力
  - ・その問題の解決に向けて何をしたらよいかを判断し実際に行動すること 日本看護協会：臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針

### 臨床倫理に配慮した臨床実践をするために

1. 職員の臨床倫理に対する意識を高めること
  - ・日本看護協会の倫理綱領に基づく行動
  - ・臨床倫理に関する継続教育
    - 癌研では新採用オリエンテーション
    - 臨床倫理研修レベル
  - ・各部署でのカンファレンス、ミーティング
  - スタッフ間のコミュニケーションそのもの
  - ・がん治療を受ける患者の看護、心理・社会的ケア、苦痛の緩和等々の日々のケアそのもの
  - ・清潔ケア、心地よさを提供するケア、環境整備などの日常の細々としたケアそのもの
  - ・看護師の言葉づかい・態度・姿勢そのもの 他

### チームアプローチの目的

- ・患者アウトカムを高める
- ・患者・家族・医療従事者が互いに納得できる医療サービスの実現

チームを組むことによって本当にケアの質があがっているだろうか？

### チームアプローチ: 定義

チームとは、ただ人が集まったものではなく、共通の目的を持って協力し合いながら活動する人々が集まったものである。

各々のチームメンバーは、教育を受けて特有の技能を持っており、自己の責任領域において意思決定する責任を持っている。

Oxford textbook of palliative medicine,1993.

### カンファレンスが機能しているか？

- ・カンファレンスの目的は？
  - 情報の共有？ 意思決定？
  - 「カンファレンスの目的を明確に示すことができますか？」
- ・カンファレンスの成果は？
  - 「カンファレンスをして、患者ケアに活かせていますか、その結果の評価は？」

### コミュニケーションは 看護師である自分がツール

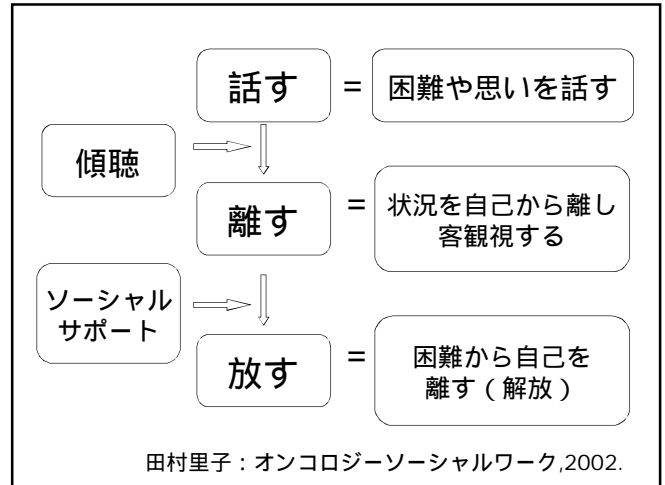
- ・看護を語る場をつくる
- ・語れるように支援する



看護の質を向上させる  
お互いに高めあい支援するチームづくり  
カンファレンスが活発な職場で人が育つ

## 看護を語る場

- 心を込めて熱心に伝える
- 心を込めて熱心に聴く
- 分からないこと、もっと知りたいことを質問し、そのときの状況を描く
- 質問や意見は、できるだけ肯定的な言葉と態度で、相手にフィードバックする



## 教育もケアも コミュニケーションを通して行われる 関心をもってよく聴くことを大切に

### < 聞く >

あまり注意を絞らずに聞き流すようにきく

### < 聴く >

耳を前に突き出して、真っ直ぐな心で、相手の言わんとする言葉の背後にある相手の気持ちを聞く。相手に注意を向けてきく。

### < 訊く >

自分が聞きだしたいことをきく。質問する。相手は何かを調べられているような、探られ試されているような不快感や反感を抱く可能性がある。

國眼眞理子：いまどきの若者の考え方・育て方、日経研、2005.

## リーダーの基本的な役割

- よい雰囲気醸成して、集団を導くこと。
- 集団に共鳴現象を起こし、最善の資質を引き出すこと。
- リーダーシップとは気持ちに訴える仕事。
- リーダーシップを発揮するためには、EQ（感じる知性）が重要。

ダニエル・ゴールマン：EQリーダーシップ、日本経済新聞社、2002.

## 医師の説明不足、患者の理解不足、ICの問題、 家族の問題 等々

- 患者・家族の思いの確認不足
- 医療者間のコミュニケーション不足
- ケアのゴールの曖昧さ
- 自分が看護できていない戸惑い
- そもそも患者の意向を尊重するとは
- 看護師として責任を引き受ける  
「他者のせいにしない」

ささやかな達成感 無力感からの解放  
判断過程の共有 専門知識・技術の共有  
看護の意味づけ 創造性  
チームメンバー同士の支援 信頼関係強化

## 倫理的な医療従事者って何？

「同情(sympathy)」と「共感(empathy)」の違いを理解し、自分が「独善」に陥っていないかを一歩立ち止まって考え、自分の判断を他のスタッフと共有する「チームプレー」ができること

板井孝彦郎

## 同情と共感の違い

### < 同情 >

- ・「私なら」という視点
- ・悪意はなくても「自己中心」

### < 共感 >

- ・「この患者さんは、何を望んでいるのか」を常に意識しようとする視点。
- ・どこまでも「患者中心」

板井孝孝先生資料より

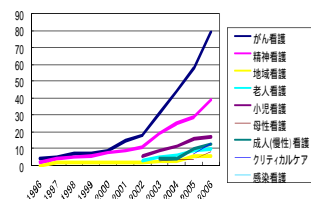
## がん医療・看護の質の向上を目指して

- 1 看護の専門化（特定領域の専門性の高いケア）
  - ・ 専門看護師・認定看護師の活動
  - ・ リンパ浮腫ケア、口腔ケアなどのエキスパート
- 2 各看護スタッフの看護機能の拡大
- 3 臨床現場を活性化させる看護管理

### 専門看護師数

2010年6月現在10分野

がん看護	193
精神看護	68
小児看護	40
急性・重症患者看護	42
慢性疾患看護	34
母性看護	27
老人看護	24
地域看護	14
家族支援	5
感染症看護	4
計	451



専門看護師教育課程  
60大学院

日本看護協会HPより

### 認定看護師数

緩和ケア	919	感染管理	1179
がん性疼痛看護	460	救急看護	507
がん化学療法看護	627	集中ケア	537
がん放射線療法看護	30	新生児集中ケア	193
皮膚・排泄ケア	1329	小児救急看護	111
乳がん看護	135	透析看護	115
摂食・嚥下障害看護	233	糖尿病看護	248
手術看護	179	不妊症看護	100
訪問看護	198	認知症看護	122
		脳卒中リハ看護	79

2010年7月現在 19分野 計 7,363名  
日本看護協会HPより

## がん医療・看護の質の向上を目指して

### 2. 各看護スタッフの看護機能の拡大

- ・ 専門看護委員会設置  
疼痛緩和、化学療法看護、放射線療法看護、口腔ケア治療・ケア別基準の作成 ケアの標準化 リンクナースの育成、
- ・ 継続教育の充実・専門看護コース開設  
がん性疼痛緩和、化学療法看護、放射線療法看護 WOC看護
- ・ 専門看護師、認定看護師、サポートチームの活動支援  
WOC外来、緩和ケアチーム、リンパ浮腫ケア、退院調整、口腔ケア等

看護師が個別的でより専門的なケアを  
実践するためには

OJT (On the Job training)が必要

卓越した看護判断と実践の伝承  
暗黙知 形式知

「見える化」により、  
スタッフの専門知識・技術は高められる

- ・ OJTにより教育するためにOff-JTで土台を作る
- ・ 看護を語る場（事例検討）を創り「見える化」する

## 大切にしていること

- 小さなことを積み重ねる
- 苦痛症状を緩和する  
patient から person へ
- 当たり前のことを当たり前にする
- 職員は患者にとって人的・物的環境
- 「わからないこと」は恥ずかしいことではない  
しかし、わからないと気づいたときの行動は？
- 人のせいにならない。自分で責任をもつ。  
責任とは Responsibility = response + ability  
Accountability = account + ability  
コミュニケーションを大切に

## チーム医療における看護師のリーダーシップ

その人らしさの尊重  
患者をチームメンバーにすること  
患者の意思決定を支える：患者の代弁者  
倫理的配慮  
セルフケア能力を高めるケア  
症状緩和  
生活を豊かにする創意工夫  
チーム医療の推進・調整  
全体をみる

## 尊厳を維持するケア

### Dignity

自らに価値があると感じること  
主観的自己評価(自尊感情)  
自らの生を肯定できるというあり方

自尊感情は日常的事  
ボディイメージ：自尊感情に影響  
「患者になること」が自尊感情を低下させる

石垣靖子

## チームアプローチの実践

患者の視点を重視して、患者にとってどうあったらよいかを、機能面から考えて協働する



## 引用・参考文献

- 濱口恵子, 本山清美編：がん化学療法ケアガイド, 中山書店, 2007.
- 濱口恵子他編：がん放射線療法ケアガイド, 中山書店, 2009.
- 濱口恵子他：倫理的実践をばむ組織上の課題と対心の実践 がん医療の現場から-, 看護管理, 18(3) 189-195, 2008.
- 濱口恵子：臨床倫理の実践システムに関する研究, 53(2) 82-89, 2001.
- 濱口恵子他：外来の現状と課題 現場の声, 60(5), 44-48, 2008.
- 濱口恵子他編：がん患者の在宅療法サポートブック, 日本看護協会出版会, 2007.

## 引用・参考文献

- 赤林朗他監訳：臨床倫理学 臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ第5版, 新興医学出版社, 2006.
- <http://square.umin.ac.jp/masashi> (白浜雅司先生のHP)
- <http://www.sal.tohoku.ac.jp/~shimizu/index-j.html> (清水哲郎先生のHP)
- 清水哲郎：医療現場に臨む哲学, 勁草書房, 1997.
- 日本緩和医療学会：苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン, 金原出版, 2010.
- 日本緩和医療学会：終末期癌患者に対する輸液治療ガイドライン, 2007.
- 日本緩和医療学会：がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン, 金原出版, 2010.
- 野末聖香編：リエゾン精神看護 患者ケアとナース支援のために, 医歯薬出版株式会社, 2004.