

---

資 料

---

## デスカンファレンスにおける看護師の体験

桑 田 典 子

### Nurses' Experiences in Death Conferences

Kuwada, Noriko, RN, BS

#### 要 旨

本研究の目的は、看護師の語りからデスカンファレンスが看護師にどのような体験をもたらすかを明らかにすることである。関東圏内の地域がん診療連携拠点病院に勤務し、受け持ち看護師として看取った事例をデスカンファレンスで語った経験のある看護師3名にインタビューを行った。その結果、デスカンファレンスで辛さを表出することが出来なかった看護師にとってデスカンファレンスは不全感の残るものとなっていた。一方で、自己の辛さを表出できた看護師は自らの看護の再構築を行う成長の場となっていた。今後、看護師の成長の場となるために、デスカンファレンスの方法を検討することの重要性が示唆された。

**キーワード：**デスカンファレンス，看護師，体験

#### Abstract

The purpose of this study is to demonstrate the kind of experiences nurses have in death conferences based on their narratives. Interviews were conducted on three nurses who were employed at designated regional cancer treatment centers in the Kanto area, and had experience discussing cases where they were present as the primary nurse at a death conference. As a result, for nurses unable to express the distress of death conferences, death conferences became something which left feelings of discomfort. On the other hand, for nurses who were able to express their distress, death conferences served as place of growth where they restructured their own nursing. This suggests the importance of considering methods of holding death conferences in the future so that they serve as places of growth for nurses.

**Keywords:** death conference, nurse, experience

## I. 研究の背景と動機

厚生労働省の調査(2011)によると、全死亡者に占める病院(診療所も含む)での死亡は、1951年では11.7%であったが、1977年には50.6%と在宅死を上回り、2010年には80.3%まで増加している。現在において病院はもっとも一般的な死を看取る場所となってきた。そのため、多くの看取りを行う看護師にとって、患者への思いを表出し、終末期患者のケアを振り返り、自らの看護観や死生観について再確認する場が期待される(土江・佐々木・熊谷他, 2009)。2005年、日本医療機能評価機構の病院評価(一般病院版バージョン5.0)は「逝去後に看取りの適切性について多職種により検討している」(p. 319)との項目を含んでおり、看取りに関する質の向上についての取り組みが実施され始めている。取り組みの一つとしてデスカンファレンスがあげられる。デスカンファレンスとは、亡くなった患者への想いを語ることで、医療者にとって孤立感や過度の責任感を軽減することに繋がる場であり、医療者の精神面からもデスカンファレンスを行うことは意味があることとされている(沼澤・宮本・須藤, 2000)。

デスカンファレンスについての報告・研究は2000年代後半から増加してきており、緩和ケア病棟だけでなく、徐々に一般病棟でも行われ始めている。一般病棟では急性期から終末期までの患者を幅広く受け入れており、特に終末期の患者への看護援助について、受け持ち看護師による日々のカンファレンスが行われている。しかし、患者の逝去後には、看護計画やサマリーのまとめを報告することはあっても、終末期患者への自己の看護や抱いていた思いを振り返るようなカンファレンスを行うことは特になのが現状である。また親しい看護師同士で個々に看取った患者について自分の感情を吐露することはあっても、多職種も交えて話し合いの場を特別に持つことは大切であるとされている。しかし、日常業務の忙しさの中では時間の確保からも難しい状況である(沼澤・宮本・須藤, 2000)。その上、問題を解決できないま

ま患者が亡くなった場合は看護師の中に後悔や無念さや無力感しか残らないことがある(広瀬, 2011)。以上のことから、デスカンファレンスの場において看護師は自己の思いを表出することは容易でないことが考えられる。

先行研究において、デスカンファレンスの開催により実施した看護を振り返ることで、患者やその家族への配慮を考え、その結果、ケアの向上につながっていると報告されている(篠倉・米倉・北野, 2010; 小林・渋谷, 2010)。しかし、デスカンファレンスに参加した看護師自身の感情や思いに焦点を当てて研究されているものは少ない。そこで、デスカンファレンスに参加した看護師の語りから、看取りを行った後の看護師が抱く患者への思いや終末期の看取りに対する考えや気持ちについて検討し、デスカンファレンスとはどのような体験をもたらしているのかについて焦点を当て、明らかにしたいと考えた。看護師にとってデスカンファレンスとはどのような体験をもたらすかについて明らかにすることは、終末期の患者の死に直面し、精神的負担を感じている看護師への支援の一助となると考えられる。

## II. 研究目的

本研究の目的は、看護師の語りからデスカンファレンスが看護師にどのような体験をもたらすかについて明らかにすることである。

## III. 用語の定義

デスカンファレンス：看取りを行った個々の事例ごとに開催されるカンファレンス。看取り後1カ月程度までに看護師によって開催され、ファシリテーターとしての役割を担当するスタッフが在场的とする。

体験：看護師がデスカンファレンスに参加したことで抱いた感情や考え。

## IV. 研究方法

### 1. 研究デザイン

半構成的面接法を用いた質的記述的研究

### 2. 研究参加者

受け持ち看護師として看取った事例を1回以上デスカンファレンスに提出した経験のある看護師を研究参加者とした。募集方法は知人の看護師を通して紹介してもらうネットワークサンプリングを用いた。紹介を受けた3名に研究参加の同意を得た。

### 3. データ収集期間

2011年10月～2011年12月

### 4. データ収集方法

研究に同意の得られた参加者に半構成的面接法を用いて実施した。面接はプライバシーの守られた環境で、参加者がデスカンファレンスに参加したことでの看取りに対する考えや気持ちを中心に語ってもらった。面接は1回目を1時間程度、2回目を30分程度実施した。2回目の面接は1回目の面接でまとめた結果について確認し、1回目の面接においてインタビュー時に十分聞き取れなかった内容について追加面接を実施した。インタビュー内容をICレコーダーに録音した。

### 5. データ分析方法

面接時の参加者の表情やしぐさなど含めたものを逐語録として作成した。その内容を繰り返し読み、参加者が語ったデスカンファレンス時に体験した考えや気持ちに焦点当てて分析した。3人の研究参加者間の類似性、差異性、特殊性をみてテーマを導き出した。研究の信憑性・妥

当性を高めるために、分析の過程では、適宜指導教員の指導を受けた。

## V. 倫理的配慮

研究の参加については、研究の趣旨と方法、研究への参加は自由意志であることを文書および、口頭で説明し、同意書の署名をもって同意を得た。参加者にはインタビュー中に話したくないことは無理に話す必要はないこと、参加の同意後であっても途中辞退が可能であること、それらによって不利益を被ることは一切ないことを約束した。得られたインタビューデータは、匿名性を確保し、本研究以外の目的で使用しないこと、データの管理は厳重にすることを約束した。また研究成果の公表についてあらかじめ伝えた。本研究は、日本赤十字看護大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号2011-71)。

## VI. 結果

研究参加者は、関東圏内の地域がん診療連携拠点病院に勤務する看護師3名である。3名ともがん患者の入院する病棟に勤務しており、看取りを行った経験がある看護師であった。デスカンファレンスに提示した患者はそれぞれの参加者が受け持ち看護師として担当し、死亡退院後1カ月前後に病棟でのデスカンファレンスにおいて発表を行っていた。そのうち2名は研究参加者が患者を直接看取っていた。研究参加者の概要は表1の通りである。

### 1. 自己の気持ちを出出できない苦しみ

Aさんは化学療法の効果が見られなくなっている終末期患者を担当することになった。これ

表1 研究参加者の概要

研究対象者	経験年数	病院・病棟	デスカンファレンス対象患者
A	2年目	内科病棟	婦人科系疾患術後、治療にて入退院を繰り返し、緩和ケア病棟にて死亡
B	6年目	内科病棟	血液内科化学療法後、治療にて入退院を繰り返し、病棟にて死亡
C	4年目	外科病棟	乳がん術後、治療にて入退院を繰り返し、病棟にて死亡

まで化学療法のために短期入院を何度か繰り返し、顔見知りであったが、じっくり関わりを持つことはなかった患者であった。しかし、その患者は再入院後数日で疾患の進行によりせん妄状態に陥り、Aさんは患者の気持ちを把握することが出来ないまま、受け持ち看護師として「どういう風に接していいのかもわからなかった」と、役割が果たせなかったと考えていた。また、急変した患者に対する家族の動揺に「どういう言葉かけをしていいのかが全然わからなかった」と、家族に対するケアも十分にできなかったことを語った。

Aさんは、患者とその家族への関わり方が不十分であったこと、急変に対する戸惑い、自己の看護に対する自責の念を含めた資料を作成し、デスカンファレンスの場で発表した。

私は発表しただけで、あんまり、話せなくて、あの、1人ひとり意見を言うだけ、こう時間的な余裕もなかったの。何よりも私はもう反省点の方が多くってそれも全部、書いたの。何か、でも、何かそれを次に生かせばいいねっていう形だったんですけども、その次に生かせるための……何ですかね、他の人がどういふことをしていたってことも聞きたかったっていうのはありました。

同僚から終末期患者やその家族との関わりについて聞きたいとデスカンファレンスに臨んだAさんであったが、発表に対する同僚の反応は、「その対応でよかったのではないか」、「すべてを納得できるような看護をするのは難しい」といった内容であったと語った。

そうですね、やっぱり初めてだったんで、肯定的な意見しかもらえないんです。まあ、否定的に、否定的というか、こうした方が良かったんじゃないか？とか、こうすれば良かったんじゃないか？とか、そういう意見は全くなく、いや、こういうところは良かったよねとか、こう考察できたから良かったんじゃないかっていう肯定的な意見しか、まあ、もらってなかったの。

同僚達の肯定的な意見は聞けても「具体的な意見は全く聞けなかった」、「患者と関わっている時の（同僚の）気持ちが出来なかった」ことで、Aさんは自分自身が望んでいたような話し合いに発展せず、「丸投げされたような気持だった」と表現した。自分の発表したデスカンファレンスが「本当に必要なカンファレンスなのか」と疑問を感じていた。

もし、私と同じ立場だった時に、「どういうことをしましたか」とか「家族とはどういうふうに関わってたか」ってやっぱり死に対することって、すごく聞きづらかったりとかして、まあ無理に聞くことじゃないと思うんですけど、そういう患者さんと接した時に、どういう対応、個別性はあるにしても自分だったらどうするのかなっていうことを、結構経験がある方から聞きたかったなっていうふうに思いました。

Aさんは、同僚達が患者に対してどのように関わっていたのか、またどのような気持ちで患者に対応していたのか聞くことが出来なかったと感じていた。そのため、自己の感じていた辛さを語り出すタイミングもなく、そして同僚達の辛さも確認できないままデスカンファレンスが終了してしまう形となった。Aさんは「何かモヤモヤしてしまいました」、「気持ちを出せる雰囲気ではなかった」と振り返り、看護について悩んでいたことを話し合うことは出来なかったと語った。Aさんにとって、デスカンファレンスは「不完全燃焼だった」と感じ、自らの終末期の看護の方向性も見出すことができなかった。

## 2. 同僚と気持ちを共有する困難さ

Bさんは、死期が近い患者に対して同僚が困難さを実感しているのを感じていた。Bさんの受け持っていた患者は壮年期にさしかかり、仕事もまだまだ頑張りたい、そのために治療をあきらめたくないと考えている患者であった。長期間入院することが多く、看護師の対応に対する怒りをストレートに表出していた。Bさんはそのような態度をとる患者には、裏に抱える複雑な思いがあると考えながら常に関わっていた

ため、脅威ではないと感じていたが、新人など経験の浅い看護師は患者の反応を脅威に感じていたのではないかと考えていた。Bさんは患者が亡くなったあとも「(スタッフは亡くなった患者の話題に)なるべく触れないようにしていた」と語った。

そこで、Bさんはデスカンファレンスを通して同僚から気持ちを聞く中で同僚の葛藤を引き出し、今後の終末期ケアへの支援につなげていきたいと思っていた。

本当に脅威に感じていた新人さんだったり、泣いたりした子も結構いるんですよ、(患者に)言われて。(中略)皆の(患者への援助に対する)葛藤だったりを出してもらって、そこで、どうしようか、という話に私としてはもっていきなかったという気持ちがあります。

Bさんは、自分が行っていた患者や家族の希望を支える関わりを中心に資料を作成し、発表を行った。Bさんはデスカンファレンスにおいて、患者への看護について悩んでいた気持ちや考えの過程を語り、自分の考えていた援助が「本当にこれでよかったのか」を話し合おうとしていた。

私の中で上手くギアチェンジできなかったかもしれないという話でもっていったので、そこで、「何故ギアチェンジできなかったのか、自分で考えるところがありますか」という質問から始まって、そこから……(中略)

緩和ケアへの移行に関する自らの悩みを共有したかったBさんは、同僚から患者の積極的治療から緩和ケアへの支援をなぜしていなかったのかと質問された際、「それまでの(自分の)葛藤を一言でまとめられてしまったような感覚」に陥った。同時に、どうして自分はそれが出来なかったのかと責められているような気持ちにもなり、同僚には自分の気持ちは分かってもらえないと感じてしまった。

(看取りについての自分の気持ちを)言ったと

ところで、私が思っていないコメントが返ってくることもあるだろうし、それなら言わなくていいだろう、というところなんじゃないですかね。

Bさんは、デスカンファレンスでは看取り後に抱いた「(自分の気持ちは)言えなかった」と、自分の気持ちを表現する難しさを語った。

また、自らの患者や家族との関わりについては伝えることができたとしながらも、「皆の関わりをもっと聞きたかった」、「後輩達がどういう風にして、どう関わってきたかというところを出してもらいたかった」とデスカンファレンスでは同僚、特に後輩の気持ちを聞けなかったことを語った。

まず、私の関わりやお看取りの時も関わったので、家族が亡くなる前から亡くなった後までどんな心理状態だったかは伝えることができたかなとは思いますが、他のスタッフの方の反応が分からなかったのも、どれだけ伝わったかも分からないし、この(デス)カンファレンスをして、皆にどれだけ今後のがん看護に対してプラスになったのかとなると果たして……という気持ちがありました。

同僚の抱える困難さを共有したいと考えていたBさんであったが、自らの気持ちを表現することができず、また、同僚からの反応もわからなかったため、自身の体験を役立てられたのか疑問に感じるデスカンファレンスとなった。自分の気持ちを表出できないまま十分に話し合うことが出来なかったデスカンファレンスは、Bさんにとって「不全感を感じる」場となった。

### 3. 辛さの共有による自己開示

Cさんの受け持っていた患者は生前から意識を失いたくないとセデーション(鎮痛)を拒み続けていた。そして、その患者の死を看取ったCさんは「今まで見てきた看取りの中で衝撃的だった」と語った。Cさんは、呼吸苦しさを訴え苦しみながら亡くなっていた患者を看取った時のことを振り返り、「辛かった」、「無力感の方がすごく大きかった」、「本当にこれでよかった

のか」と看護師の役割が果たせなかったと感じ、看取りに対する自責の念を抱えていた。

スタッフ同士では(看取りの時に抱えた気持ちを語ることは)直後にあったかもしれないんですけど、(相談し合う)自分の余裕がなかったです。なんかこう、気を張ってないと働けなかった。(中略)ずっと悶々としていた。

Cさんは看取りの際に抱いた辛い感情を抱え、気持ちを抑えたままであった。その後も「すっきりしないままで、続けて看取りを行っていた」と終末期の患者の看取りを続けていた。患者が亡くなったあと、デスカンファレンスが決まった時の気持ちを「また(デスカンファレンスで)古傷をえぐられる」のではないかと表現していた。そのことを考えたり、話をすることは「今でも涙が出てしまう」ほど感情を揺さぶられることであった。

Cさんは苦しみながら亡くなった患者を看取り、自分の行った看護が果たして正しかったのかわからないままだった。

(デスカンファレンスの)最中に自分が持って知っている情報と他のスタッフが知っている情報を統合して、その彼女の生き方であったり、っていうのを考えることが人生観というか、考えることが出来ていて、それに対して、じゃあ、私たちがどのようなアプローチをしていたのかというのが振り返ることができた(中略)彼女の人生観、いろんな情報を統合した中で考えて、じゃあ、今回、彼女の想いをかなえたところでは間違ったことをしていなかったんだねというのが、関わりとしてはよかったんじゃないかって。

Cさんは他の同僚が知っていた患者の情報を聞きながら、自分が知っていた患者の様子と組み合わせることで、患者の人生について改めて振り返り、自分の行った看護について考えるようになっていた。

さらに、Cさんはデスカンファレンスの中で、患者が亡くなった時の状況について話が及び、

一緒に勤務していた他のスタッフから、看取った時がとてつろかった、悩みながら看護をしていたという気持ちを初めて知った。そのときに、Cさんは涙ながらに自分が看取ったときの患者や家族の状況、その時に自分が抱いた思いを自ら同僚に語ることが出来たと語った。

自分と同じ感じを持って、(他のスタッフも患者に)接していたんだなって思って。辛そうだなって思いながら みんなも悶々としていたって、(デスカンファレンスで)スタッフからも、みんなこれでいいのかなって疑問を持ちながら接していたんだっていうのがわかって、自分ひとりじゃなかったんだっていうのがわかって、そこでまた解き放たれたというか。なんかひとりで責任を負わなくてもいいんだなって思ったというか。

患者に対する同僚の気持ちを聞きながら、同僚の援助方法や看護観を知ることで「辛かったのは自分だけではなかった」ということをCさんはカンファレンス中に気づくことが出来ていた。そのことが抱えていた辛い気持ちに整理をつけ、語ることで、抑えていた辛さが和らげられるようになっていた。Cさんは辛さの共有が出来たことで、「あれで大丈夫だったと思えるようになった」と看取り時の自分の対応を前向きに受け止められるようになっていた。

1対1っていうよりかは、複数のスタッフが関わってるじゃないですか、看護師って。そのお互い、いろんな人の目でどういう風に、その人を、看護しようっていう思いがあるわけであって、じゃあ、そこの想いを聞く、聞いて、じゃあどうという関わりをしていたのか、そこらへんの勉強する内容でもあると思うし……(中略)(デスカンファレンスは)大きかったですよ、成長させていただいた……。

辛い体験をしたときの患者への援助を客観的に振り返ることで、自らの看護の再構築を行い、デスカンファレンスを「成長できる場」として捉えていた。

## Ⅶ. 考 察

### 1. 直面する自己の辛さ

本研究の参加者は全員が予期せぬ急変や援助に困難感を抱いており、患者の死によって、看取りに対する自責の念を強め、辛さを抱えていた。先行研究では「多くの看護師が患者の看取りの後に、悲しみや疲労感、無力感を経験している。特に看取り経験の少ない看護師は「無力感」「自責の念」「不安感」を経験しがちである」ことが明らかとなっている(坂口・野上・村上他, 2007, p.79)。看護師は治療の限界に直面している患者や家族と関わる中で、疾患に対する持っていき場のない怒り・悲嘆の感情を目の当たりにし、死期が近づいているときの患者や家族の発言に対する対応に困難さを抱えながら過ごしている。Aさんは、患者や家族との関わりや表出された感情への対応に戸惑いを感じ、看取った後も対応がわからないままであったと語っている。

堀・小澤(2006)はがん患者や終末期の患者に関わっているときの看護師の心理状態について「過去の喪の作業が整理されていない時、過去の未消化の葛藤が頭をもたげ、患者と適度な距離を保つことが困難になることもある」(p. 232)と述べている。患者が亡くなったあとも、看取った患者への喪失感を抱え、消化されないまま、患者や家族への関わり方への困難感だけが残っていたことが考えられる。Aさんは終末期の患者と関わる中で抱いた辛さを、デスカンファレンスにおいて表現することができなかつたと語っており、「新人看護師の目には冷静沈着に見える先輩が、実は同じような悩みを抱えているとは思えず、相談できない」(武井, 2009, p. 334)と述べているように、新人看護師ではなくとも経験年数の浅い看護師にはデスカンファレンスにおいて、自分の感情を語ることの難しさがあつたことが考えられる。

経験のあるBさんは、終末期にある患者や家族に対して、意向に添いながら対応することが出来ていると感じていたが、同僚達が患者や家族への対応に困難さを抱えているのを感じていた。先行研究において、「看取りをむかえるま

で患者・家族へ看護師がどのように取り組むことが出来たのかを悩み、話し合うプロセスは看護師の意識を変化させ次のターミナルケアに生かす有効な手段」と述べている(星野・村田・新井他, 2009, p. 430)。そのため、デスカンファレンスではBさん自身がどのように患者や家族と関わっていたのかということ伝えることで、同僚達が抱えている困難さを引き出し、今後に役立てる場としたいと考えていた。Bさんは自分の抱いていた気持ちに直面し、話し合うプロセスをたどる前に、同僚からの質問に「責められている」という気持ちになり、語ることができなくなっている。広瀬(2011)はデスカンファレンスの問題点として、本当は発言者自身が苦しみ、発言者自身を責めている発言が、まるで聞き手である本人が責められていると思ってしまう自己防衛が働いてしまうことがあると述べている。Bさん自身が患者を看取った際に感じていた感情を表出できなかつたため、デスカンファレンスで同僚からの葛藤や感情を引き出せず、同時にBさん自身の看取りの際の感情と十分に向き合えず不全感が残るカンファレンスになったと考えられる。

Cさんは看取りの際に抱いた無力感や自責の念といった辛い気持ちに対して、感情を抑えて過ごすといった対応をとっていた。そして、デスカンファレンスに参加することを、再び辛い気持ちと対面する嫌な機会と捉えていた。しかし、Cさんはカンファレンスの中で看取りの際に他の同僚も辛かつたという気持ちを聞くことで、自分の辛かつた体験が喚起され、自分はどう思っていたのかという感情を表出することができたと考えられる。デスカンファレンスにおいて、参加者は一度抱いた辛い気持ちを再び体験することになる。しかし、自分で抱えていた辛い気持ちに向きあい、言語化することで、自己の辛さを整理し、和らげることになると考えられる。

### 2. 辛さを共有する重要性

一般病棟で行われる通常のカンファレンスは今後の方針や援助の方法を話し合う場となり、看取りの場面について話し合うことは少な

いと考えられる。その点、デスカンファレンスは、看取り前の関わりから、看取った後までの期間を振り返って話し合うカンファレンスとなる。星野・村田・新井他(2009)は先行研究において、患者・家族の思いやケアについて聞き、ターミナル期における情報を看護師間で共有することで、スタッフ全体で考えられるようになり、デスカンファレンス後、「苦悩」「不安」の項目の減少がみられたことを報告している(p.430)。また、カンファレンスにおいて、武井(2009)は「その他の参加者からさまざまなフィードバックを受けるうちに、自分の気づかなかった患者の一面に気づいたり、自分の中の混乱した感情も整理されていく」(p.337)と述べている。同僚の気持ちが分からなかったと語ったAさん、Bさんにとってデスカンファレンスに対して不全感が残る結果となったのは、自己の体験した辛さの表出がなされないままであり、自己の抱える混沌とした感情の共有ができず、自分自身の中での整理が行われなかったためであると考えられる。デスカンファレンスでは発表者本人だけでなく、参加者全員が語り手となる必要がある。Cさんのように、デスカンファレンスにおいて、同僚の気持ちを知り、辛かったのは自分だけではなかったことに気づいたのは、同僚から出てきたそれぞれの看取り時の辛い感情を知ったからであった。その時こそ、看取りの際に抱いた辛い感情を参加していた同僚と共有することが出来るようになったと考えられる。広瀬(2003)は「お互いの価値観や葛藤や弱さを率直に出し合って共有するための対話が必要である。それが自分達のケアになると共に、患者を理解し、尊重した心のケアを発展させていくことに繋がっていく」(p. 72)と述べている。このことから、デスカンファレンスでは、辛さを共有する過程において、抱えていた辛さが自分だけのものではなく、辛さを和らげる効果があること、それによって、看護師の抱える自らの看護の再構築を行う成長の場となることが考えられる。

## VIII. 研究の限界と今後の課題

本研究は地域がん診療連携拠点病院に勤務している看護師の協力のもと実施したが、研究参加者が3名と少なかったため、研究結果を一般化するためには研究参加者をさらに増やし、今後も分析を継続していく必要があると考えられる。また、参加者の所属病棟によってデスカンファレンスの実施方法が様々であったため、今後デスカンファレンスの実施方法を検討することの重要性が示唆された。さらに、デスカンファレンスだけにとどまらず、様々な体験によって生じた辛さへの支援方法など、終末期の看護についての研究を蓄積していくことが必要である。

### 謝 辞

本研究に快くご協力くださいました研究参加者の皆様、ご指導くださいました坂口千鶴教授に心より感謝申し上げます。本研究は平成23年度日本赤十字看護大学奨励研究費の助成を受けて実施いたしました。

### 文 献

- 広瀬寛子(2003). 看護カウンセリング第2版. 医学書院.
- 広瀬寛子(2011). 悲嘆とグリーフケア. 医学書院.
- 堀夏樹・小澤桂子(2006). 一般病棟で出来る緩和ケア. 総合医学社.
- 星野江梨・村田美佐子・新井清乃・遠藤雅子・田中とく子(2009). 半構成的面接から明らかにするデスカンファレンス実施前後の看護師の意識変化. 日本看護学会学術論文集:総合看護, 40, 428-430.
- 小林美沙・渋谷麻衣子(2010). 当病棟におけるターミナルケアの検討—デスカンファレンスを取り入れて—. 未病と抗老化, 19(1), 143-145.
- 厚生労働省(2011/9/1). 人口動態統計年報(死亡)第5表死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/dl/>



- s03.pdfより, 2011/9/5検索.
- 日本医療機能評価機構編(2005). 書面調査自己調査評価表 総合版評価項目V5.0, 日本医療機能評価機構.
- 沼澤佐代子・宮本佳代子・須藤礼子(2000). 医療者・患者家族の癒しにつながるデス・ケースカンファレンス. *看護学雑誌*, 64(6), 534-538.
- 坂口幸弘・野上聡子・村尾佳津江・岸田典子・井出準子(2007). 一般病棟での看取りの看護における看護師のストレスと感情体験. *看護実践の科学*, 32(2), 74-80.
- 篠倉まゆみ・米倉由美子・北野未貴(2010). デスカンファレンス導入による看護師のケアの変化. *日本看護学会学術論文集：総合看護*, 41, 395-398.
- 武井麻子(2009). *看護における感情労働と看護師のメンタルヘルス*. 医学書院.
- 土江耕平・佐々木美穂・熊谷法子・三田美樹・石橋照子(2009). 慢性期内科病棟における看護師のデスカンファレンスの捉え方の分析と効果的な進め方の検討. *日本看護学会学術論文集：総合看護*, 40, 425-427.