

<特集「看護の本質を探究する専門看護師の未来」>

がん看護専門看護師の実践と実装の試み —人生の最終段階における適切な意思決定プロセスを 支援する活動—

吉 岡 と も 子*

京都府立医科大学附属病院看護部

**Practice and Implementation by Certified Nurse Specialist in Cancer Nursing
- Activities to Support Appropriate Decision-making Processes in the End of Life**

Tomoko Yoshioka

*Department of Nursing,
University Hospital Kyoto Prefectural University of Medicine*

抄 録

がん看護専門看護師として、人生の最終段階における適切な意思決定プロセスを支援する活動について、専門看護師の6つの役割（実践、相談、調整、倫理調整、教育、研究）から述べる。専門看護師は、入院と外来をつなぐ実践、現場からの相談を通して、システム体制の変革と構築における倫理調整や調整を行う上で、リーダーシップを発揮した。今後は、経験ではなく科学的に変革する実装を学び、看護の本質を捉え専門看護師の役割を担い、実践の課題を解決できる教育や研究を行う。患者にとって良いシステムやアウトカムが生みだされる高度看護実践が求められる。

キーワード：がん看護専門看護師，意思決定プロセス，調整，変革，実装。

Abstract

This paper outlines activities carried out by a Certified Nurse Specialist (CNS) in cancer nursing to support appropriate decision-making processes at the end of life, organized according to the six CNS roles: practice, consultation, coordination, ethical adjustment, education, and research. The CNS has shown leadership in ethical adjustment and coordination by bridging inpatient and outpatient care and providing consultation in clinical settings, particularly in driving innovation and establishing system frameworks. Moving forward, the CNS in cancer nursing will prioritize scientifically informed approaches instead of relying solely on experience, thereby guiding education and research to capture the essence of nursing, fulfill the CNS role, and address issues in practice. Ultimately, advanced nursing practice that produces effective systems and improves patient outcomes will become increasingly essential.

Key Words: Certified Nurse Specialist, Cancer nursing, Decision-making processes, Coordination, Innovation, Implementation.

令和7年2月25日受付 令和7年2月26日受理

*連絡先 吉岡とも子 〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路ル梶井町465番地

yosioka@koto.kpu-m.ac.jp

doi:10.32206/jkpum.134.04.205

はじめに

わが国の高度実践看護師（Advanced Practice Nurse：APN）の定義は、「看護系大学院の教育を受け、個人、家族および集団に対して、ケア（care）とキュア（cure）の統合による高度な看護学の知識、技術を駆使して、疾病の予防および治療・療養過程の全般を管理・実践できる者」とされている¹⁾。2014年には、高度実践看護師として、専門看護師（Certified Nurse Specialist：CNS）に加え、ナースプラクティショナーを置くものとされた。それぞれの役割機能については暫定的に、専門看護師は保健・医療・福祉現場において、複雑な健康問題を有する患者にケアとキュアを統合し、卓越した直接ケアを提供するとともに、相談、調整、倫理的調整を行い、ケアシステム全体を改善することで、看護実践を向上させる高度実践看護師とされている¹⁾。

専門看護師制度は、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するために、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた専門看護師を社会に送り出すことにより、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかることを目的として、1996年より認定が開始された²⁾。専門看護師は、専門看護分野において以下6つの役割（実践、相談、調整、倫理調整、教育、研究）（表1）を担い、現在14の領域がある。

2015年より、専門看護師教育課程は高度実践看護師教育課程と名称変更し、2020年には

26単位から38単位の高度実践看護師教育課程に移行している。米国においては、高度実践看護は発展し続け、Doctor of Nursing Practice（DNP）の教育課程も増加し、看護実践博士号をもつ者、ナースプラクティショナーも増加してきている³⁾。このような背景から、わが国の高度実践看護に対する教育も、米国と類似した歴史的経過をたどるのではないかと推察される⁴⁾。

本稿では、がん看護専門看護師として本院での取り組みを通して、今後の専門看護師の実践の方向性やこれから求められる役割について述べる。

がん看護専門看護師としての活動

がん看護専門看護師として、意思決定プロセスの支援において6つの役割を通しての活動（表2）とそのプロセスで意図した内容も述べる。

1. 実践、直接ケア

入院と外来における看護をつなぐ

がん看護専門看護師として、外来での看護実践を開始した。入院で課題が残されていても外来で継続的に看護サポートを行うことで、入院期間が短縮され外来治療に移行でき、外来でも在宅療養支援を行うことが可能となった。外来通院中でも患者・家族等の希望や意向を確認し、患者が大切にしたいことや最期の療養の場など、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning: ACP）を実践し、患者の意思が叶えられるように意思決定プロセスを支援した。

表1 専門看護師の役割²⁾

1. 個人、家族及び集団に対して卓越した看護を実践する。（実践）
2. 看護者を含むケア提供者に対しコンサルテーションを行う。（相談）
3. 必要なケアが円滑に行われるために、保健医療福祉に携わる人々とのコーディネーションを行う。（調整）
4. 個人、家族及び集団の権利を守るために、倫理的な問題や葛藤の解決を図る。（倫理調整）
5. 看護者に対しケアを向上させるため教育的役割を果たす。（教育）
6. 専門知識及び技術の向上並びに開発を図るために実践の場における研究活動を行う。（研究）

表 2 本院での意思決定プロセスの支援におけるがん看護専門看護師としての活動

2011 年	入院と外来で継続した意思決定プロセスを支援する実践、看護ケアの提供
2013 年	緩和ケアチーム専従看護師として、ACP の実践・支援、継続した看護実践
2015 年	看護倫理研修の開始
2018 年	包括的スクリーニングの開始（外来）
2020 年	包括的スクリーニングの開始（入院）、ACP 提供体制の取り組み
2022 年	京都府がん医療戦略推進会議 緩和ケア部会での ACP 提供体制の取り組み
2024 年	京都府がん対策推進計画に基づいた ACP 提供体制ツールの始動 京都府がん医療戦略会議の看護師研修の運営 ELNEC-J (End-of-Life Nursing Education Consortium) (2011 年～) 「意思決定プロセスを支援する看護師教育プログラム」の構築・研修開始

2. 相談、コンサルテーション

緩和ケアチーム専従看護師として、相談を通して医師・看護師の実践を支える

外来での実践により、通院しながら抗がん治療に奮闘する患者を支援し、患者が自分の人生の見通しを立てながら過ごせるように意思決定プロセスを支援した。これらの活動をがん診療する領域に広げていき、緩和ケアチーム・がん看護専門看護師を活用してもらえるようになった。専門看護師は複雑な状況でも現象を解釈モデルなどで理解し、アセスメントをしながら根拠をもち介入していくため、入院だけでなく外来での医師・看護師を支援しながら継続的な患者・家族等のケアを支援していくことができた。

3. 倫理調整

倫理的な実践を行うという文化の醸成

長期に外来通院している患者が入院した場合、患者・家族等と関係性が構築できない状況での看取りとなることがある。その際に、患者の真のニーズが確認できていないことに看護師は倫理的課題を認識し、もどかしさを感じ倫理的ジレンマに陥っていた。臨床倫理委員会の臨床倫理問題相談委員として、インフォームドコンセントや意思決定プロセスにおける倫理的課題の相談に対して、現場で倫理的な実践ができるように倫理調整を行った。看護師は倫理的課題があっても対処できないことに無力感をもっていたが、専門看護師がロールモデルとなり変化していくことを実感した。そこで看護師は意思決定プロセスを支援する重要性を実感し、倫

理的課題に向き合い看護実践することで変化していく感覚を体験した。専門看護師は、看護師自身が責務や役割を果たしていく中で、勇気や自信をもち合わせることができるよう支援し、倫理的な実践を行う文化を醸成していくことになった。

4. 調整

がん患者の包括的スクリーニングと ACP の提供体制の検討

がん診療連携拠点病院の施設要件として、苦痛のスクリーニングの対応が求められるようになり⁵⁾、2015 年に他者評価ツール (STATS-J: Support Team Assessment Schedule-japan) を導入した。しかし、患者自身が症状や QOL を評価する臨床アウトカムの 1 つで、患者報告アウトカム (PRO: Patient Reported Outcome) によって大幅な QOL の改善があるというエビデンスが報告された⁶⁾⁷⁾。そのため、緩和ケアの質評価が可能な IPOS (Integrated Palliative care Outcome Scale) を用いて、PRO を導入し⁸⁾ 評価ツールを IPOS に変更した。

同時に、IPOS の項目から ACP につなげていく必要性やメリット⁹⁾¹⁰⁾ を院内に周知した。高齢多死の社会情勢も視野に入れて、非がん患者の入院時にも IPOS を使用して身体的・心理社会的なニーズがないかも確認し、追加で聞き取りをするシステムとした。この時に、現場や組織における行動変容に伴う根拠やワークフローを整備する際に、リーダーシップを発揮した。

ACPの支援体制の構築

2018年改訂の厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」¹¹⁾においては、「心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと」が重要とされ、ACPの概念が盛り込まれた。

ACPは医師だけでなく看護師などの医療福祉チームが、効果的・効率的に機能し、各職種の専門性を引き出しチームの力を最大限発揮することが重要となる。患者・家族等のニーズに応えるチーム作りを目指すとともに、チームメンバーが多職種チームとしての活動の意義を実感し活動できるように、チームの力を高めるための方略や工夫した実践を行った。

①チームビルディング（緩和ケアチーム）

本院の緩和ケアチームにおいて、依頼内容を痛みから症状全般への対応と、鎮静、精神的な依頼だけでなく倫理的課題などに拡大し、意思決定支援・ACPの取り組みを検討していくことを働きかけ続けた。そのプロセスで、チームの専門性をうまく発揮し機能するためには、各職種の専門性や役割認識を相互理解し、各職種の役割を俯瞰することが必要になった。それぞれの役割の範囲での共通認識がもてるように働きかけ、チームとしての総和は一定になるように活動した。チーム内で役割認識でコンフリクトもあったが、システム構築へつなげて考えていく中で、全人的、包括的にかかわることも専門性として共有していくプロセスとなった。

②チームビルディング（がん診療を行うチーム）

次のがん診療を行う治療医や外来や病棟の看護師に働きかけていった。病棟では病状が進行してからACPを導入する場合、対応時期が遅く患者の意向をかなえられず一般病棟で看取りとなるため外来での対応を検討した。時間的に猶予がある場合は、外来でACPを導入していき、患者・家族等が意思決定できるように、緩和ケアチーム・がん看護専門看護師の活用や外来の看護の専門性を発揮できるよう働きかけた。治療チームの医師・看護師の実践を拡大し

協働していくスタイルにした。

③チームビルディング（組織からの理解と支援）

さらに、チームの生産性を高めるには、組織とチームの目標が一致していないと高くならないため¹²⁾、ACPを継続していくには組織としての目標や院内全体の仕組みにしていけることが重要であり、組織の承認が必要であった。変化自体への抵抗もあったが、新しいシステムへの適応と、それを実行する方法を支援しようと後押ししてくれる医療者もいた。変化することでのメリットと目指す目標を明確に示し、それに伴うワークフローと実践パターンを変更する局面で、組織管理者のサポートを得た。病院機能評価の受審時期に合わせて、緩和ケアセンターとして病院組織にかけあい、院内の活動として理解と承認を得た。緩和ケアセンターの目標を理解し動いていくことで、緩和ケアチームメンバーも役割期待・認識から動機づけが得られシステム構築の流れが強化された。

調整・協働・リーダーシップを発揮し変革を遂行する

ACPの体制を構築する実装戦略を考える際に、変革におけるイノベーター理論¹³⁾を根拠に、集団の価値観や傾向をつかんで効果のあがる実装や、先を予想しながら活動を組み立てた。

具体的には、変化していく時間経過と集団の動きは、イノベーター（2.5%）、アーリーアダプター（13.5%）、アーリーマジョリティ（34%）、レイトマジョリティ（34%）、ラガード（16%）の順で影響が波及していき変革が起こる。ACPを促進していきたい医療者たちは「アーリーアダプター」と言われ、「適切に」「ジレンマの回避」といったメリットを感じており積極的に意見を提案してくれた。既に、専門看護師がACPにおけるベストな実践者としてロールモデルになっており、実践のための資料や媒体を準備した。「アーリーアダプター」は影響度が高い集団であり、具体的にメリット示すことで向上心が刺激され、学習意欲を駆り立てるような実装戦略¹⁴⁾をとった。

そして、時間経過とともにACPを推進する実践者が増えてくると、「流れに乗っておきた

い」「遅れは取りたくない」という「アーリーマジョリティ」に対して、行動変容ができる介入を検討した。新しいシステムや変化への受け入れに強い抵抗があるため、バリアについての価値観への脅かしや、変化に関する損失感情への手立てにも配慮した。共感性をもち慎重さの警戒心を取り払えるように対応にあたり、粘り強く聴き取り、抵抗勢力とも対峙していった。

チームをビルディングしていく上で、「患者さんのアウトカムの向上」のために、チームでの調和維持に囚われすぎず、目標・役割・活動などを積極的に言語化した。そして、相互の価値観を共有し認め、尊重することで信頼し協力する関係性をつくることを意図した。そして、継続したコミュニケーションをとる重要性を認識し、コーディネーターの役割を担い実践した。

京都府のがん診療拠点病院等での取り組み

高齢多死社会という社会情勢の中で、重い病を持つ患者とその家族等が、「どこに住んでいても、誰でも、必要に応じて、適切に緩和ケアを受けられる」ようにする必要がある。国の施策として2023年に第4期がん対策推進基本計画が見直された。京都府がん医療推進戦略会議は、京都府がん対策推進条例第9条第2項に基づき設置されており、その下位組織に緩和ケア部会が位置づいている。部会の構成は京都のがん拠点病院等の21施設が参加している。本院は、緩和ケア部会の事務局として取り組む課題内容を抽出し、優先順位をたて計画を実行する上でリーダーシップを発揮している。

第3期京都府がん対策推進計画（令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間）の策定において、「患者本位の適切な医療を実現し、がん患者及びその家族等の苦痛や精神的不安の軽減並びに療養生活の質の維持向上」として、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が掲げられている。計画には、がん診療連携拠点病院等が、地域の連携を図れる共通ツールを作成すること、ACPの普及に努めることを施策の方向性として盛り込んでいただいた。「緩和ケアの推進、在宅医療の充実、

連携体制の強化」などのがん医療体制の整備・充実を図るとともに、ACP普及・意思決定プロセスの支援の強化を検討した。具体的には病みの軌跡（illness trajectory）¹⁵⁾を基に、がんで治癒が難しいがん患者のための資料「病気の経過とこれからのこと（通称：道しるべ）」をがん薬物療法部会と京都がん患者団体等連絡協議会と連携して作成した。現在は、都道府県がん診療連携拠点病院として、府内のがん拠点病院等、そして患者会とも共有し、府内の周知につとめている。

5. 教育

院内の看護倫理研修の取り組み

意思決定プロセスを支援する際に、患者の思いを代弁できるように看護師が役割認識をもち、自信や勇気をもって実践できるように、院内の既存の看護師教育プログラムを専門看護師が協働して組み立て直した。看護倫理研修などの教育により、患者の意向を聞こうとする姿勢や文化が10年経過して醸成されてきたと思われる。

京都府内の看護師教育の推進

現場において、患者の意向を十分に聞くことは重要であり、からだ・心・暮らしを看る看護師だからこそできる意思決定プロセスを支援する場面がある。現在、中堅看護師が段階的に成長・発達してきコミュニケーション能力を発展させ、意思決定プロセスを支援していく継続的な教育支援が不足している。また、現場では患者・家族等への医療・ケア提供はより複雑化し、多様かつ困難な課題の明確化や対処する能力、チーム運営の能力も必要不可欠である。チーム医療を推進していく上で、リーダーシップを発揮する人財育成や効率的・効果的に学習できる臨床的教育支援が重要と考えている。

その際に、QOLの4側面（身体的、精神心理的、社会的、スピリチュアル）と、倫理の4分割（医学的適応、患者の意向、周囲の状況、QOLの側面）の側面を網羅して、常に俯瞰的に状況を認識する必要がある。患者の全体像を包括的にアセスメントし、患者の意向を確認し医療チームで共有し、ケアの継続性が保てるよ

うに働きかけることは看護師の役割である。教育としては、臨床判断¹⁶⁾や経験学習¹⁷⁾を意図した教育内容により、患者・家族等のQOLの維持向上につながることを期待し教育プログラムを検討した。京都府がん医療戦略推進会議の緩和ケア部会・看護師研修に関する会議の枠組みで、京都府内の有志のがん看護専門看護師と協力して、「がん患者の意思決定プロセスを支援する看護師の育成」をする教育プログラムの提供を開始した。

6. 研究

これまで実践、相談、倫理調整、調整、教育の専門看護師の役割を果たしていく中で、看護倫理教育プログラムの検証や継続的な評価をしてきた。今後は、ACPや意思決定プロセスでの取り組みにおいて、エビデンスがあっても現場で実践するのがなかなか難しいことを実際にどう落とし込んで変革するかを学び、それに取り組む必要がある。研究として、理想的な条件下で得られる治療効果の高さ（Efficacy）と、臨床現場などの現実の世界で得られる治療効果の高さ（Effectiveness）を理解し、現実世界で実装することが必要である。そのため、ACPという介入が複雑な状況でも、実装研究の手法を学び、実践を経験ではなく科学的に変革することを学ぶ必要がある。

がん看護専門看護師として、これから求められる活動と役割について

根拠に基づいた社会実装に取り組む

令和6年度診療報酬改定で入院料通則として、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえて、いわゆるACP、意思決定に関する指針を作成する要件が新設された¹⁸⁾。超高齢化と多死化の社会情勢から、人生の最終段階における適切な意思決定プロセスの支援を推進することが求められている。

本院の機能や役割として、超高度急性期医療とケアの継続性を求められる中、看護師の知識や技術のさらなる高度化が必要となる。複雑性が混在する中で治療援助や疾患管理、在院期間

が短い中で治療後の機能の再獲得や生活の再構築の視点を持ちながらの実践、生活の質の保障も求められ、多くの医療福祉従事者の専門職を統合し調整するリーダーシップが必要となる。

看護の要素には、人間、環境、看護、健康の概念があり、相互に関連し合い成り立っている。日本看護協会の看護職の倫理綱領で、「看護は、あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象としている。さらに、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通して最期まで、その人らしく人生を全うできるようその人のもつ力に働きかけながら支援することを目的としている」¹⁹⁾と述べられている。看護の対象である人間は、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルに統合された存在としてとらえ、あらゆる発達段階、健康状態にある人々に対し、その人らしくその人に潜む力に働きかけながら支援する日常生活を営むように援助することが看護の目的である。人生の最終段階における適切な意思決定プロセスを通じて、患者・家族・医療者間で価値観を共有するのはもちろんのこと、患者の意向を尊重し、権利擁護することも看護の本質である。

実臨床において、専門看護師は、個々の患者や集団のケア、医療システムの改善を担う高度な能力をもつ必要があり、エビデンスを医療・ケアの実践にまで反映し、患者アウトカムがよりよいものになるように変革し、結果を導き出せることが重要である。高度実践看護のコアコンピテンシーは直接的ケアに依存しており、ほかにコラボレーション、ガイダンスとコーチング、根拠に基づく実践、倫理的意思決定スキル、コンサルテーション、リーダーシップである⁴⁾。理論と実践を体現化し、それを見せることで現場にはより強い説得力により、変革が進められると考える。エビデンスとプラクティスのギャップを埋める実践者として、知見や意見を多職種に伝え、多職種も含めたチームをまとめることになる。さらに高度看護実践の特徴は、①実践に知識を用いる、②クリティカルシンキングと分析能力、③臨床判断と意思決定、④専門的なリーダーシップと臨床探求、⑤コーチン

グとメンタリング, ⑥研究能力, ⑦実践を変えることである⁴⁾。

専門看護師がよいアウトカムを展開できるように, 変革をおこす人財育成や動機づけの強化, 地域への汎用や変革の効率性を確保した実践が求められる。そして, 社会や医療保健施設の管理者の理解は不可欠であり, さまざまな機会を通して, 社会に対し役割や成果の発信を行っていくことが大切であり²⁰⁾, 医療現場の問題の本質を医療界全体で議論できるように働きかけて活躍すること²¹⁾も望まれる役割であると考えている。また, 社会において患者の意識の変化や社会的な変化に影響を与えていく存在であることから, 政策立案・遂行プロセスで看護の発信力を浸透させていくことが必要である。そのために, 実装研究を通して, 社会全体を俯瞰した看護の役割を遂行し, 健康とともに老いや病いがあったても良い地域づくりや街づくりに貢献し, 活動を続けていく必要があると考える。そこで, エビデンスを構築する研究者とは異なり, DNPのような現場での実践やケアの質の改善に向けて, 既存のエビデンスや研究結果を活用でき, エビデンスに基づいた実践を臨床に適用するためのリーダーシップを発揮することが求

められていると考える。DNPのコアコンピテンシーとしては, 科学的基礎能力, リーダーシップ能力, ヘルスケアの質を管理する能力, 実践を探究していく能力, テクノロジーと情報リテラシーを駆使できる能力, 政策に関する能力, ヘルスケアサービス提供 システムに関する能力, 倫理的判断能力, 自律の実践能力²¹⁾ が挙げられ, 今後習得すべき能力と考える。

エビデンスを使って現場を動かす人がいなければ医療やケアは成り立たない。専門看護師は高い実践能力により現場の実践を変えていき, それを組織や地域, 社会に広げていくために仕組みを変え, ステークホルダーを巻き込むことで医療やケアの質保証をしていくことが必要である。その際に, 患者の意向や価値観を尊重し, 権利擁護することを軸に, 実装研究の手法を用いて根拠に基づいた社会実装に取り組み, 実践における課題を公平性に解決していき, 患者にとって良いシステムやアウトカムが生みだせることが専門看護師の未来, 求められる役割だと考えている。

開示すべき潜在的利益相反状態はない。

文 献

- 1) 2023 年度版 高度実践看護師教育課程基準 高度実践看護師教育課程審査要項。一般社団法人日本看護系大学協議会編。167-169。 <https://www.janpu.or.jp/download/pdf/cns.pdf> (参照 2025.2.22)
- 2) 専門看護師規程 第 1 条。公益社団法人日本看護協会。 https://www.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2022/03/CNS_kitei_20210318.pdf (参照 2025.2.22)
- 3) Tracy, M.F., & O' Grady, E, T. Hamric & Hanson's Advanced Practice Nursing, 6th ed. Saunders, 213-236, 2018.
- 4) Tracy, M.F., & O' Grady, E, T. (編), 中村美鈴, 江川幸二 (監)。第 2 章 高度実践看護の概念化, 高度実践看護統合的アプローチ 第 2 版。へるす出版, エルゼビアジャパン, 27-64, 2020.
- 5) がん診療連携拠点病院等の整備について (令和 4 年 8 月 1 日付け健発 0801 第 16 号通知)。厚生労働省健康局
- 長。 <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000991066.pdf> (参照 2025.2.22)
- 6) Basch, E., Deal, A. M., Kris, M. G., Scher, H. I., Hudis, C. A., Sabbatini, P., ... & Schrag, D.. Symptom monitoring with patient-reported outcomes during routine cancer treatment: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 34: 557-565, 2016.
- 7) Basch, E., Deal, A. M., Dueck, A. C., Scher, H. I., Kris, M. G., Hudis, C., & Schrag, D.. Overall survival results of a trial assessing patient-reported outcomes for symptom monitoring during routine cancer treatment. *JAMA*, 318: 197-198, 2017.
- 8) Etkind, S. N., Daveson, B. A., Kwok, W., Witt, J., Bausewein, C., Higginson, I. J., & Murtagh, F. E.. Capture, transfer, and feedback of patient-centered outcomes data in palliative care populations: does it

- make a difference? A systematic review. *J Pain Symptom Manage*, 49: 611-624, 2015.
- 9) The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA*, 274: 1591-8, 1995.
 - 10) Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W.. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *Bmj*, 340: c1345, 2010.
 - 11) 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (参照 2025.2.22)
 - 12) Henry, R. A., Kmet, J., Desrosiers, E., & Landa, A. Examining the impact of interpersonal cohesiveness on group accuracy interventions: The importance of matching versus buffering. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 87: 25-43, 2002.
 - 13) Everett M. Rogers. CHAPTER 7 Innovativeness and Adopter Categories, *Diffusion of innovations* 5th Edition. Free Press, 267-299, 2003.
 - 14) 三谷千代子. 患者アウトカムにこだわり学び合う組織を目指して. *看護管理*, 34: 767-764, 2024.
 - 15) Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., & Sheikh, A., Illness trajectories and palliative care. *BMJ*, 330: 1007-1011, 2005.
 - 16) Tanner, C. A.. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of nursing education*, 45: 204-211, 2006.
 - 17) Kolb, David A. *Experiential learning*. FT Press, 41-45, 1984.
 - 18) 令和6年度診療報酬改定の概要. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001252076.pdf> (参照 2025.2.22)
 - 19) 公益社団法人日本看護協会. 看護職の倫理綱領, 前文. 公益社団法人日本看護協会, 2021.
 - 20) 奥裕美. DNP (Doctor of Nursing Practice) とは. *看護管理*, 34: 748-750, 2024.
 - 21) 福井トシ子. 国際医療福祉大学院医療福祉学研究科保健医療学専攻看護学分野管理実践看護学領域 (DNPコース). *看護管理*, 34: 779-780, 2024.

著者プロフィール



吉岡とも子 Tomoko Yoshioka

所属・職：京都府立医科大学附属病院 看護部 看護師長

略歴：1999年3月 京都府立医科大学医療技術短期大学部看護学科卒業

2000年3月 大阪市立保健専門学校卒業

2000年4月 京都府立医科大学附属病院勤務

2006年4月 大阪プレストクリニック勤務

2011年3月 兵庫県立大学大学院看護学研究科博士前期課程修了（看護学修士）

2011年4月 京都府立医科大学附属病院勤務

2011年11月 日本看護協会 がん看護専門看護師認定資格を取得

2013年10月 京都府立医科大学附属病院 緩和ケアチーム専従看護師

専門分野：がん看護，緩和ケア，看護倫理

主な業績：1. 吉岡とも子，系統看護学講座 別巻 緩和ケア 第2版 第7章 身体ケア，恒藤暁，内布敦子編，*医学書院*，173, 178, 180, 183, 187-191, 2013.

2. 吉岡とも子，エンド・オブ・ライフ・ケア，第7章事例で学ぶ終末期看護の実践 IV 病院から在宅に移行する終末期がん患者への退院支援，新体系看護学全書 終末期看護，田村恵子編，*メジカルフレンド社*，348-356, 2021.

3. 安田美緒，辻尾有利子，服部美景，吉岡とも子，中村尚美，吾妻知美，大学病院の副看護師長が倫理的行動をとる上で感じる困難，*日本看護管理学会誌*，25: 216-224, 2021.

4. 杉江礼子，吉岡とも子，井沢知子，日下咲，吉本歩，中野宏恵，内布敦子，がん治療に関連した続発性リンパ浮腫を発症し、複合的治療を含むケアを受けている患者の症状マネジメントに関する観察研究，*日本がん看護学会誌*，36: 21-29, 2022.

5. 吉岡とも子，辻尾有利子，服部美景，安田美緒，中村尚美，吾妻知美，アドバンス・ケア・プランニングの取組みによる副看護師長の倫理的行動の変化「看護倫理ループリック」の自己評価を用いて，*日本看護管理学会学術集会抄録集 26 回*，342, 2022.

6. Yuriko Tsujio, Mio Yasuda, Mikage Hattori, Tomoko Yoshioka, Naomi Nakamura, Mitsuko Nakata, Satoshi Teramukai, Yuichi Minemura, Tomomi Azuma, Developing a behaviour rubric for the practical model of ethical behaviour for clinical nursing, *Nursing Open*, 10: 7382-7393, 2023.