
総 説

End-of-Life Careの質を高めるための取り組み ～がん看護学の視点から

吉 岡 さ お り*

京都府立医科大学医学部看護学科
京都府立医科大学大学院保健看護学研究科保健看護学専攻

Efforts to Improve the Quality of End-of-Life Care, from the Perspective of Cancer Nursing

Saori Yoshioka

*School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine
Graduate School of Nursing for Health Care Science, Kyoto Prefectural University of Medicine*

抄 録

End-of-Life Careは患者の尊厳、生命、暮らしを守り、一人ひとりの価値に沿った生き方を支える看護の本質を担うケアである。また、地域包括ケアシステムが提唱される時代においても重要な概念であるといえる。本稿では、End-of-Life Careの概念について概説し、End-of-Life Careの質保証に向けた向けた筆者の取り組み、教育の現状と課題、地域を基盤としたEnd-of-Life Careの重要性について触れ、今後の課題について述べる。

キーワード：End-of-Life Care, エンド・オブ・ライフケア, がん看護。

Abstract

End-of-Life Care is the essence of nursing that protects the dignity, life, and livelihood of patients and supports the way of life according to the values of individual. Moreover, it is an important concept in the era when the community-based integrated care system is advocated. This paper outlines the concept of End-of-Life Care, introduces the author's study toward quality assurance of End-of-Life Care. In addition, the current status and issues of End-of-Life Care education, the importance of community-based End-of-Life Care, and future issues are discussed.

Key Words: End-of-life care, Cancer nursing.

令和4年11月30日受付 令和4年12月15日受理

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

s-yoshi@koto.kpu-m.ac.jp

doi:10.32206/jkpum.132.01.1

はじめに

わが国では、国民の2人に1人ががんに罹患し、約38万人のがんで死亡している現状にある¹⁾。その死亡場所においては病院死が主であり、がん患者の在宅死は増加傾向にあるものの、約12%にとどまっている²⁾。2025年および2040年問題を目前に、超高齢多死社会における地域包括ケアシステムの推進は最重要課題となっており、地域社会を基盤とした保健医療システムの構築が進められている。

がん医療においても高齢がん患者の増加など状況は同様であり、がん対策基本法に基づき、地域でがん患者を支え、どのように看取っていくのかという課題は大きい。また、がんの5年相対生存率は64.1%まで上昇し³⁾、がん＝不治の病から、がんと共に生き、がんとともに生きるサバイバーシップへのパラダイムシフトの時期に到達しているといえる。このような状況から、政策の視点のみならず、長期的視点から見たEnd-of-Life Care (以下、EOLC) の質の向上は大変重要であるといえる。

筆者はがん看護学領域において、EOLCに焦点を当て研究を進めてきた。特に一般病棟における終末期がん患者と家族を支援するための看護師のケアを「看取りケア」と定義し、ケア測定ツールである「看取りケア尺度」を開発した⁴⁾。この尺度を基盤に研究を進展させ、看取りケア実践の課題を特定し⁵⁾、実践教育プログラムの開発および教育介入研究を実施し、一定の成果を得ることができた⁶⁾。さらに、地域包括ケアの推進が喫緊の課題となっている社会の状況において、医療施設内のEOLCの質向上の取り組みに関する研究から視野を広げ、EOL期にあるがん患者の在宅療養移行支援^{7,8)}に関する研究を進めている段階である。

本稿では、EOLCの概念を紐解きながら、EOLCの課題解決に向けた筆者の取り組み、EOLCの教育、地域を基盤としたEOLCの重要性について触れ、今後の課題に言及したい。

End-of-Life Careの概念

EOLCということばは、1999年に開催されたアジア太平洋ホスピス緩和ケアネットワークの学術総会において、アメリカ人医師であるDr. Kathleen M Foleyにより「人生の終焉を迎える直前の時期の患者へのケア」として用いられたのがそのはじまりであるとされている。Foley氏は「人生の終焉は誰にでも訪れ、終焉の原因が病気の事が多く、しかも原因となる最近の病気の多くは長い経過をとる。そのような最期の日々の痛みや苦しみが十分に治療され、本人が望む通りに過ごせるように支援する」という意味でEOLCを用いたと述べられている⁹⁾。Foley氏はその後のアメリカのEOLCの発展に貢献し、身体症状の緩和や疾病のコントロールに留まらない、人々が最期の瞬間までその人らしく生きるためのケアとして非常に重要な概念を提唱したといえる。

わが国におけるEOLCの概念として、千葉大学大学院看護学研究科エンド・オブ・ライフケア看護学は「診断名、健康状態、年齢に関わらず、差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考える人が、生が終わる時まで最善の生を生きることができるよう支援すること」と定義した¹⁰⁾。地域社会におけるEOLC推進を視野に入れ、自分の生の一部としてEOLについて考え、大切な人と語り合う文化を創り出すことが重要であり、老いや病いを抱えながら地域社会で生活し続ける人々の暮らし方、家族との関係性や生や死に関する価値観、社会規範や文化とも関連した新たな生き方の探求であるとされており、わが国の現状と合致した考え方であるといえる。これらを背景に、2016年7月に日本エンドオブライフケア学会が設立された¹¹⁾。同学会の定款の中でEOLCは「すべての人に死は訪れるものであり、年齢や病気であるか否かに関わらず、人々が差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考え、最期までその人らしい生と死を支えること、ならびに生と死を見送った家族が生きることを支えるケアである」と定義されている。

このようにEOLCは、「終末期ケア」や「緩和ケア」の単なる代用語ではなく、臨死期のケアのみを意味するのではない、「人々が死について考えるとき」にはじまるケアのプロセスと考えてよい。小笠原は著書の中でこれらを“広義の”EOLCと位置づけ、病気の発症や老いが始まってから死を迎えるまで、また、死後の遺族へのグリーフケアへと移行する連続体であると述べている¹²⁾。さらには広義のEOLCの特徴として、病気の有無に限らずEOLCに関心がある人も対象であり、一般市民への啓蒙活動やDeath Educationもその範疇であるとしている。EOLCについて考えることは、医療の領域のみならず、現代の我々に課された課題であると捉えることもできる。

筆者は冒頭で述べたように、これまで「看取りケア」の概念を用いて研究を進めてきた。一般的に「看取り」や「看取る」などのことばは、臨終や臨終に立ち会うこと、死にまつわる直接的な表現を避けるためのことばとして用いられることが多い。しかし辞書によると、看取りとは「病人のそばにいて世話をすること。死期まで見守り看病すること。看護」と定義されており¹³⁾、死までの過程において患者を最期まで見守ることを意味し、臨終の一時点ではなく連続性を意味する概念であることがわかる。筆者の考える「看取りケア」においても、死にゆく患者と家族の一員を看取る家族に対するケアを意味するものとし、「患者を含む家族をひとつのケアユニットと捉え、家族の看取りを支援するために看護師が終末期のがん患者と家族に行うケア行動」と定義した⁴⁾。つまり、家族ケアをも含む看護師のEOLCの一部であると捉えている。この定義を測定概念とする「看取りケア尺度」の開発、一般病棟におけるケアの実態、課題の明確化について、次項で紹介する。

End-of-Life Care実践の課題の明確化

筆者が看取りケアに関する研究に取り組み始めた2003年頃においては、約90%の患者が病院等で最期の時を迎えていた。その後緩和ケア病棟・ホスピスの施設数の増加、在宅療養支援体

制整備等が進み、2019年時点においては約69%となっているが²⁾、多数のEOL期のがん患者は病院施設で過ごしているといえる。従って、まず一般病棟における看取りケアの実態把握と課題の検討に取り組んだ。実態調査の結果、心理社会的な介入や家族への支援が十分ではないことが明らかとなり、ケアの質向上のための対策を検討するための評価尺度の必要性が生じた³⁾。そこで、ケアの実施度を測定するツールである「看取りケア尺度」を開発した⁴⁾。家族をひとつのシステム/ケアユニットとらえる考え方においては、家族システム看護理論を理論的背景としている。看取りケアにおいては、苦痛を抱える患者と家族は別次元の存在ではなく、家族システムの構成員であり、お互いに影響しあっていることを理解し、家族全体を支えていくことが重要である。「看取りケア尺度」は22項目で構成される多次元尺度であり、〈悔いのない死へのケア〉〈癒しと魂のケア〉〈苦痛緩和ケアの保証〉〈情報提供と意思決定のケア〉〈有効なケアの調整〉の5つの下位尺度から一般病棟においてEOL期のがん看護に携わる看護師のケアの実施度を測定するものであり(表1)⁴⁾、一定の信頼

表1 看取りケア尺度

項目
<p>第Ⅰ因子(8項目)【悔いのない死へのケア】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者と家族間のコミュニケーションを促進する 2. 臨終時は家族中心に静かに迎えられるよう配慮する 3. 患者の疼痛コントロールのための鎮痛剤や麻薬の使用について、医師に働きかける 4. 家族が患者のそばに居ることの意義を家族に伝える 5. 希望があれば、在宅療養への移行のための準備ができるよう援助する 6. 患者と家族が医師からの説明が理解できているか確認し、必要であれば補足する
<p>第Ⅱ因子(5項目)【癒しと魂のケア】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者が自然と触れ合う機会や、音楽や絵画などの芸術に触れる機会を提供する 2. 患者にアロマテラピーやマッサージなどリラクゼーションのためのケアを提供する 3. ライフレビュー(回想)や家族なりの思い出作りなど、家族全体の悲嘆のプロセスを促す 4. 家族の発達段階、個々の家族員の役割、関係性を知るための十分なアセスメントを行う 5. 状況に応じて死について患者や家族と話し合う
<p>第Ⅲ因子(4項目)【苦痛緩和ケアの保証】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の悪心/嘔吐をアセスメントし、緩和するための介入をする 2. 患者の安楽が確保されているかどうかアセスメントし、患者に確認する 3. 患者の呼吸困難をアセスメントし、緩和するための介入をする 4. 苦痛の緩和に対処するため、患者の状態の変化に迅速に対応する
<p>第Ⅳ因子(4項目)【情報提供と意思決定のケア】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 必要に応じて、死が近づいた時の積極的治療、蘇生、看取りの場所について患者と家族で話し合うように促す 2. 状態の悪化に伴う患者の身体的、心理的变化について家族に説明する 3. 直接伝えられない患者の思いを家族に伝える 4. 治療や薬物の使用目的、副作用についての情報を患者と家族に十分に提供する
<p>第Ⅴ因子(3項目)【有効なケアの調整】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 家族が医師と話し合えるよう調整する 2. 患者と家族が最期のときを過ごすための場所と時間を確保する 3. 患者や家族の希望(外泊、外出など)が取り入れられるよう調整する <p>Note: 「1. 全く実施できていない」「5. よく実施できている」5段階リッカートスケール</p>

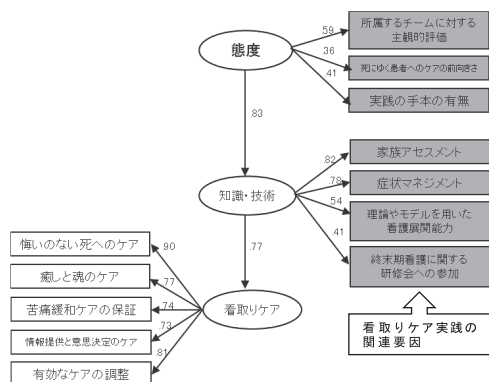


図1 看取りケア実践モデル (N = 337)
 (誤差変数, 攪乱変数は全て省略. 係数は全て統計学的に有意 $p < .01$)
 GFI = 0.913, AGFI = 0.869, CFI = 0.923, RMSEA = 0.087, AIC = 237.139

性と妥当性が確認されている。

尺度を活用した研究として、看取りケア実践における課題の明確化を目的に、関連が予測される要因を含めた質問紙調査を実施した。その結果、看取りケアの実践に関連する要因として、図1に示す7要因が明らかとなった⁵⁾。この結果から看取りケアの実践において看護師に必要な教育内容として、①家族アセスメント、②症状マネジメントの方略、③理論やモデルの活用の3つの視点が明らかとなり、患者を含む家族をシステムとして捉えた家族全体を支援するためのアセスメント方法、QOLを維持向上し、自律性を支える症状マネジメント、患者と家族を取り巻く様々な現象を理解する手がかりとなる関係理論やモデルの理解と実践とのリンケージに関する教育が特に強化すべき点であることが示唆された。

次に、看護師に対するEOLCの教育について概観する。

End-of-Life Careにおける看護師教育

看護基礎教育は学士課程教育に大きくシフトし、令和2年時点で274大学が看護系の学科を有する。また、大学院においても186の修士課程、105の博士課程が設置され、高等教育化が進んで

いる。看護基礎教育においては、「学士課程教育においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標」が示されており、卒業時に到達すべき看護実践能力I~V群が示されている¹⁴⁾。EOLCに関しては、Ⅲ群の「特定の健康問題に対応する実践能力」において「終末期にある人々を援助する能力」として位置づけられており、生きること、死にゆくことの意味とその過程、最後までその人らしく支援することの必要性、緩和ケア、看取りをする家族への支援、終末期におけるチーム医療、在宅での看取りの体制づくりなどが含まれている。また、2017年に示された「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」においても¹⁵⁾、人生の最終段階にある人々への看護実践において、「人生の最終段階にある人が尊敬をもって個の特性に応じた人生を送ることができるときの看護実践を学ぶ。また、人生の最終段階にある人の家族に対する看護実践を学ぶ」と示されており、EOLを生きる人々とその家族への援助に関する学習を通じた、「死と死にゆくこと」に向き合う教育が期待されているといえる。しかし、2004年の中村の調査によると、終末期看護の授業を単独の科目として実施している看護基礎教育施設は17.6%のみであったことが報告されている¹⁶⁾。新しいデータではないものの、看護系大学のホームページ等を概観しても大きな変化は見られず、がん看護学や成人慢性期看護学、老年看護学等の科目の一部として、または選択科目としての教育が中心であることが推察される。

大学院教育における看護師のEOLC教育に関しては、がん対策基本法を背景とした、「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン（多様な新ニーズに対応する『がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）』養成プラン）」による人材育成の関与が大きいといえる。がんプロフェッショナル養成基盤推進プランとは、複数の大学が連携し、大学院教育を基盤にがん専門医療人養成のための教育拠点を構築することを目的に、2007年より文部科学省が進めてきた事業である¹⁷⁾。この事業における看護系大学院の主要な取り組みは、がん看護専門看護師の養成

であり、本プランが始まって以降、がん看護専門看護師の登録数が大幅に伸びている。がん看護専門看護師はがんの予防・診断期からEOL期まで、がんと共に生きる患者と家族を支える高度実践家として多くの場で活躍している。がん看護領域以外にも、老人看護専門看護師、家族支援専門看護師、在宅看護専門看護師など、EOLCに関わる様々な専門分野の専門看護師が大学院教育で養成されており、EOLCの質向上に貢献しているといえる。

継続教育においては、代表的なプログラムとして、ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラムが挙げられる¹⁸⁾。ELNEC (End-of-Life Nursing Education Consortium Training Program) とは、米国における代表的な継続教育の取り組みの1つであり、2000年にアメリカ看護大学協会とCity of Hope National Medical Centerが共同して開発したEOLCを提供する看護師を対象とした系統的・包括的な教育プログラムである。ELNEC-Jコアカリキュラムは、日本の文化や状況に合わせて改訂されたプログラムであり、全国各地で研修会が開催され、EOLC継続教育カリキュラムとして広く周知されている。また、ELNEC-Jクリティカルケアカリキュラム看護師教育プログラム、ELNEC-JG (高齢者ケア)カリキュラム看護師教育プログラムなどが関連学会と共催で運用され始め、様々な対象におけるEOLC教育が広がりを見せ、EOLCの質保証への貢献が期待される。

さらに、専門的緩和ケアを担う看護師を対象とした教育プログラムとして、SPACE-Nプログラム (Specialized Palliative Care Education for Nurses Program) が開発され、日本ホスピス・緩和ケア協会が主催している¹⁹⁾。SPACE-Nプログラムの目的として、①専門的緩和ケアが提供される場において、リーダーシップを発揮し、専門的緩和ケアの質の向上に取り組むことができる看護師を育成すること、②苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支えるために必要となるコアコンピテンシーの向上をはかることの2点が挙げられており、対話やリフレクションを用いたグループワークを中心に、死に

ゆく患者と家族に寄り添い、支援していくために必要なケアについて参加者同士共に考える内容である。他者の価値を認め、自己の価値を探究し、批判的かつ内省的な思考でケアの本質を探究していくことは、EOL期にある人々とその家族の価値を尊重し、「その人らしさ」を支えるためのケアの質の向上に寄与するものであると考える。SPACE-Nプログラムの受講には、ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラムを終了していることが要件となっている。その他、日本看護協会や学会ベースでの継続教育が各種展開されている。以上のことから、看護学教育におけるEOLC教育は、看護基礎教育よりも卒後の継続教育に委ねられている部分が大いといえ、地域包括ケア時代における看護基礎教育の在り方として、地域での暮らしを重視し、EOLCの概念を含めた系統的なカリキュラムの再構築が必要であると考えられる。

筆者の看護基礎教育の取り組みにおいては、看護学科3年生の「がん看護援助論」において、EOL期にある患者・家族の理解と支援、症状マネジメント、トータルペインへのアプローチ、ACPなどについて触れ、視覚教材等も用いながら死にゆくことに対する学生の思考を促進し、EOLCの重要性について教授している。また、大学院保健看護学研究科がん看護専門看護師コースにおいては、がん看護およびEOLCの高度実践者の養成に向け、予防・診断期からEOL期のがん看護に関する講義・演習・実習を展開している。

さらに、継続教育の取り組みとして、前項で述べた研究から明らかになった看取りケア実践における課題を基に、「看取りケア実践教育プログラム」を開発し、一般病棟の看護師を対象に教育介入研究に取り組んだ⁶⁾。プログラムは家族アセスメント、症状マネジメントに関する知識を理論やモデルと関連付けながら学習する内容とした (表2)。学習方法においては、講義形式だけではなく、家族アセスメントの事例展開のグループワーク、発表会等を実施した。評価指標の分析の結果、主要アウトカムである看取りケア実践能力の向上が認められ、看取りケアに

表2 看取りケア実践教育プログラムの概要

回	レクチャー内容	時間	ディスカッション内容	時間
	※介入前評価	20分		
1	<ul style="list-style-type: none"> 自己紹介、病棟紹介 プログラムの概要説明(目的・方法) 看取りケアの考え方の説明 家族看護の基礎知識—家族志向のケアを行うために 家族の捉え方(家族システム看護理論)、家族のニード 家族をケアすることの意義など 終末期看護に関する理論やモデルの基礎知識(資料提供) 	90分	<ul style="list-style-type: none"> 日々の看取りケア実践における問題点と課題 家族に対するケアの現状と課題 レクチャーから得た学び 	30分
2	<ul style="list-style-type: none"> 家族アセスメントの基礎知識 家族の捉え方(復習)、円環的関係性の理解 ファミリーライフサイクルと発達課題の理解 家族アセスメントの実際(模擬事例を用いながら説明) 家族アセスメントシートの紹介 シートの活用方法 	60分	<ul style="list-style-type: none"> 模擬事例の家族アセスメントについて、アセスメントの視点に基づきグループでディスカッションを行う。 病棟での看取りケア実践における家族アセスメントシートの活用の可能性について話し合う <p>【課題】実際の終末期患者家族をアセスメントし、プレゼンテーションの準備を行う。</p>	60分
3	<ul style="list-style-type: none"> 【家族アセスメントに基づく事例発表会】 病棟ごとに事例の紹介、家族アセスメントの内容、家族のニード、必要な(実際に行った)ケアについて発表する 発表内容についてディスカッションを行う 			150分
4	<ul style="list-style-type: none"> 症状マネジメント 疼痛マネジメントの基礎知識 	120分 ～ 150分	<ul style="list-style-type: none"> 病棟における疼痛マネジメントの現状と問題点 問題点の解決策、対応に関連した質疑応答(相談) 	30分 ～ 60分
5	<ul style="list-style-type: none"> 症状マネジメント全般 疼痛以外の主要な症状マネジメントの基礎知識 代替療法、看護師で行えるケアの実際など 	120分 ～ 150分	<ul style="list-style-type: none"> 疼痛以外の症状マネジメントの現状と問題点、 問題点の解決策、対応に関連した質疑応答(相談) 	30分 ～ 60分
	<ul style="list-style-type: none"> 【プログラムのまとめ】 学習内容の振り返り プログラム全体を通じた学びや感想、今後の実践への展望 			30分
	※介入直後評価	20分		

対する自信、態度、知識にも肯定的な変化が認められた。プログラムの有用性についても参加者から高い評価が得られ、看取りケア実践教育プログラムは、EOLC実践能力の向上に寄与するプログラムであることが示唆されている。

病院から地域へ

わが国は諸外国に例をみないスピードで高齢化が進展しており、国民の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれている。そのため、人々の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けるための地域包括ケアシステムの構築が推進されている。EOL期のがん患者の在宅療養もこのシステムに包含されていくことが望ましいと考えるが、EOL期のがん患者の在宅療養には、多彩な症状への対応、緊急時の対応、人材不足の問題などがあり、認知症高齢者の生活を支えることを中

心に想定されたシステムにそのまま適用することは難しいことが指摘されている²⁰⁾。がん医療と介護の連携を進めていくためには、がん拠点病院と患者の生活の場である地域の在宅医療、介護サービスとの連携を促進していく必要があり、厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」OPTIM-studyなどの実証研究が進められてきた²¹⁾。同研究では、医療者への教育、専門的支援、ネットワークの構築、患者や住民への啓発等を含む「地域のがん患者に対する包括的緩和ケアプログラム」による介入により、主要評価項目である自宅死亡率の上昇、専門的緩和ケアサービスの利用数の向上、苦痛緩和の質評価の改善、医師・看護師の困難感の改善などのアウトカムが得られている。

さらに、2015年がん対策加速化プランの一つの柱である「がんとの共生」において、緩和ケアを含む地域完結型のがん医療・介護の推進が

盛り込まれ、その取り組みの一つとして2017年より地域緩和ケア連携調整員の育成が開始された²²⁾。調整員の役割として地域全体でがん緩和ケア提供基盤を作るべく、地域のがん医療と緩和ケアに関する医療福祉機関、職能団体等が円滑に連携し、関係者間のネットワーク構築を促す現場の担い手となることが期待され、「顔の見える関係づくり」が始まっている。

在宅医療を担う医療機関の機能強化においては、診療報酬が見直され、「ターミナルケア加算」「看取り加算」などが改定された。また、2014年には重度者対応、看取り対応、研修・教育・相談機能などの機能を有する機能強化型訪問看護ステーションが創設され、在宅におけるEOLCの提供が推進されている。がんEOLCにおいては、前述した多彩な症状への対応や家族内の役割調整、介護負担などの様々な困難がある一方で、住み慣れた家で人間関係を維持しながら最後の日々を過ごす患者の満足感、介護がもたらす家族の対処能力や繋がり強化など、家族の成長に導く絆をもたらすといえ、最期までその人らしく過ごすための場として在宅療養を選択し、実現可能にしていくことは意義深いことであるといえる。

その一方でEOL期がん患者の在宅療養においては、在宅療養に関する病院看護師の知識やアセスメント能力の未熟さ、在宅療養移行に対する消極的態度や意識の薄さなどの根本的な問題点も潜在しており、EOL期のがん患者をとりまく専門職者間の連携不足なども推察される。これらのことから筆者は、EOL期がん患者の在宅療養移行支援における病棟看護師の役割認識を分析し、在宅療養移行支援の実態と関連要因を検討してきた⁷⁸⁾。役割の認識においては、患者家族に対する意図的な関わりを基盤に、職種間連携力や自身の役割を意識した行動の重要性が認識されており、具体的経験からの内省が自己の課題認識を促していることが窺えた。実際の在宅療養移行支援においては、チーム内の情報共有や家族を重要視した関わりの実施度は高く評価される一方、自己研鑽や多職種連携、早期からの介入は低く評価する傾向が明らかとなっ

た。また、看護師の役割行動には、コミュニケーションスキルや職種間連携力、在宅看護の学習経験が関連していることが示唆された。これらのことから、EOL期がん患者の在宅療養移行支援を促進するための取り組みとして、在宅看護に関する基本的知識に加え、職種間連携の促進、人間関係を重視した関係調整のコミュニケーションスキルに関する教育やトレーニングの有効性が示唆された。これらの結果をもとに教育プログラムを構築し、教育介入研究を実施することが今後の課題である。

おわりに

本稿では、EOLCの質改善の取り組みについて述べてきた。EOLCは地域包括ケアシステム時代において重要な概念であり、患者の尊厳、生命、暮らしを守り、一人ひとりの価値に沿った生き方を支える看護の本質を担っている。また、2018年の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂に伴い²³⁾、今後の治療・療養について患者家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスであるAdvance Care Planning (ACP)にも注目が集まった。ACPの取り組みには患者の気付きや意向、価値観や目標、病状や予後の理解、治療や療養に関する選好などが含まれるが、本質的には、「最期までどのように生き抜きたいか」という個人的価値の探求であるといえ、ACPとEOLCの質との関連性は高く、両者を推進し、質を保証することのできる人材育成は重要な課題であるといえる。

その一方で、EOLCの教育においては、継続教育や大学院教育に委ねられている部分が多く、看護基礎教育における系統的な教育体制整備は喫緊の課題であるといえる。「病院内の看護」中心の教育から視野を広げ、地域社会で生きる患者の視野に立った看護を教授するための領域横断的カリキュラムの再構築も検討していく必要があると考える。継続教育においても、在宅療養移行支援や地域との連携を推進する本質的な職種間連携や、チーム医療を実現するための取り組みがEOLCの質保証において重要な

視点であるといえる。さらに、ここまでのがんのEOLCを中心に述べてきたが、急性重症疾患や慢性疾患等のEOLCの質保証についても検討していく必要がある。これらを踏まえた教育の改革とともに社会動向を踏まえた人材育成のため

の実践的教育介入研究にも今後取り組んでいく必要があると考える。

開示すべき潜在的利益相反はない。

文 献

- 1) 国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター. 最新がん統計.
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (参照 2022.11.12)
- 2) 厚生労働省. 令和元年(2019)人口動態統計(確定数)の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei19/> (参照 2022.11.12)
- 3) 吉岡さおり, 池内香織, 山田苗代, 小笠原知枝. 看護師の末期がん患者に対する「看取りケア」とそれに関する要因. 大阪大学看護学雑誌, 12: 1-10, 2006.
- 4) 吉岡さおり, 小笠原知枝, 中橋苗代, 伊藤朗子, 池内香織, 河内文. 終末期がん患者の家族支援に焦点を当てた看取りケア尺度の開発. 日看科会誌, 29: 11-20, 2009.
- 5) Yoshioka S, Moriyama M. Factors and structural model related to end-of-life nursing care in general ward in Japan. *Am J Hospit Palliat Med*, 30: 146-152, 2013.
- 6) Yoshioka S, Moriyama M, Ohno Y. Efficacy of the end-of-life nursing care continuing education program for nurses in general wards in Japan. *Am J Hospit Palliat Med*, 31: 513-520, 2014.
- 7) 吉岡さおり, 片山はるみ. 終末期がん患者の在宅療養移行支援に対する病棟看護師の役割の認識. 日看科会誌, 38: 133-141, 2018.
- 8) Yoshioka, S., Katayama, H. Actual Situations and Factors Related to Nursing Activities in Supporting the Transition to Homecare Settings for End-Stage Cancer Patients in General Wards in Japan. *Am J Hospit Palliat Med*, 38: 750-757, 2021.
- 9) 佐々木隆志. 「エンド・オブ・ライフ・ケア概念構成と変遷に関する研究」. 静岡大短大研紀, 26: 29-34, 2012.
- 10) 千葉大学大学院看護学研究科 エンド・オブ・ライフケア看護学
<https://www.n.chiba-u.jp/eolc/> (参照 2022.11.13)
- 11) 日本エンドオブライフケア学会.
<http://endoflifecare.jp/society/> (参照 2022.11.23)
- 12) 小笠原知枝. エンドオブライフとエンドオブライフケアの意味. 小笠原知枝 編著. エンドオブライフケア看護学-基礎と実践-. 東京: スーヴェルヒロカワ, 13-26, 2018.
- 13) 松村明編. 『大辞林』第四版, 三省堂: 東京, 2019.
- 14) 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会. 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会 最終報告
https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/_icsFiles/fieldfile/2011/03/11/1302921_1_1.pdf (参照 2022.11.20)
- 15) 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会. 看護学教育モデル・コア・カリキュラム
https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/fieldfile/2017/10/31/1217788_3.pdf (参照 2022.11.20)
- 16) 中村鈴子. 看護基礎教育における緩和ケア教育の実態調査 全国看護大学・看護短期大学・看護専門学校(3年課程), 日看教会誌, 14: 251, 2004.
- 17) 文部科学省. がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kaikaku/1314727.htm (参照 2022.11.20)
- 18) 緩和医療学会. ELNEC-Jについて
<https://www.jspm.ne.jp/seminar/elnecc/about.html> (参照 2022.11.20)
- 19) 日本ホスピス緩和ケア協会. 専門的緩和ケア看護師教育プログラム (SPACE-N)
https://www.hpcj.org/med/space_n.html (参照 2022.11.20)
- 20) 加藤雅志. 今後増加していくがん患者を地域で支えていくための体制構築の方向性～OPTIM studyの成果を踏まえて
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000063261.pdf> (参照 2022.11.20)
- 21) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Akiyama M, Akizuki N, Hirai K, Imura C, Kato M, Kizawa Y, Shirahige Y, Yamaguchi T, Eguchi K. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods

- study. Lancet Oncol, 14: 638-646, 2013.
- 22) がん情報サービス. 地域緩和ケア連携調整員研修
https://ganjoho.jp/med_pro/training/care/index.html
(参照 2022.11.20)
- 23) 厚生労働省. 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改定について.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>
(参照 2022.11.12)

著者プロフィール



吉岡 さおり Saori Yoshioka

所属・職：京都府立医科大学医学部看護学科成人看護学・がん看護学・教授

略歴：1994年3月 九州大学医療技術短期大学部 看護学科 卒業

1994年4月 九州大学病院勤務

1997年7月 田附興風会医学研究所 北野病院勤務

2005年3月 大阪大学医学部保健学科看護学専攻 卒業

2007年3月 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
博士前期課程修了（修士：看護学）

2007年4月 広島国際大学 看護学部 助教

2010年4月 広島国際大学 看護学部 講師

2011年3月 広島大学大学院保健学研究科 保健学専攻
博士課程後期修了（博士：看護学）

2012年4月 国際医療福祉大学 小田原保健医療学部看護学科 准教授

2015年4月 京都府立医科大学 医学部看護学科 准教授

2022年7月～現職

専門分野：がん看護学 成人看護学 エンドオブライフケア看護学 看護診断学

- 主な業績：1. Yoshioka, S., Katayama, H. Actual Situations and Factors Related to Nursing Activities in Supporting the Transition to Homecare Settings for End-Stage Cancer Patients in General Wards in Japan. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2021; **38**: 750-757.
2. 坂井みさき, 吉岡さおり, 杉田智子. 緩和ケア病棟看護師の専門的緩和ケア実践能力の実態とその関連要因－クリティカルシンキングとレジリエンスの側面から. *日本がん看護学会誌* 2021; **35**: 330-341.
3. 杉田智子, 吉岡さおり, 坂井みさき, 田村恵子, 本間なほ. 地域社会で生きるがんサバイバーを支援するスタッフ養成経験型学習プログラムの試み. *京都府立医科大学看護学科紀要* 2021; **31**: 27-36.
4. 山本美保, 吉岡さおり. 心不全患者のアドバンス・ケア・プランニングにおける看護師の取り組み測定尺度の開発と関連要因の検討. *日本看護科学会誌* 2021; **41**: 723-732.
5. 山本美保, 吉岡さおり. 心不全患者のアドバンス・ケア・プランニングの概念分析. *日本看護科学会誌* 2020; **40**: 537-543.
6. 吉岡さおり, 片山はるみ. 終末期がん患者の在宅療養移行支援に対する病棟看護師の役割の認識. *日本看護科学会誌* 2018; **38**: 133-141.
7. Yoshioka, S., Moriyama, M., & Ohno, Y. Efficacy of the end-of-life nursing care continuing education program for nurses in general wards in Japan. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2014; **31**: 513-520.
8. Yoshioka, S., & Moriyama, M. Factors and structural model related to end-of-life nursing care in general ward in Japan. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2013; **30**: 146-152.