日本財団受託事業

領域横断的エンド・オブ・ライフケア看護学の構築

2010年度　事業報告書

平成23年3月

事業推進代表者　　長　江　弘　子

千葉大学大学院　看護学研究科　特任教授

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

End of Life Care in Nursing

Chiba University, Graduate School of Nursing

日本財団 The Nippon Foundation 助成事業

Chiba University

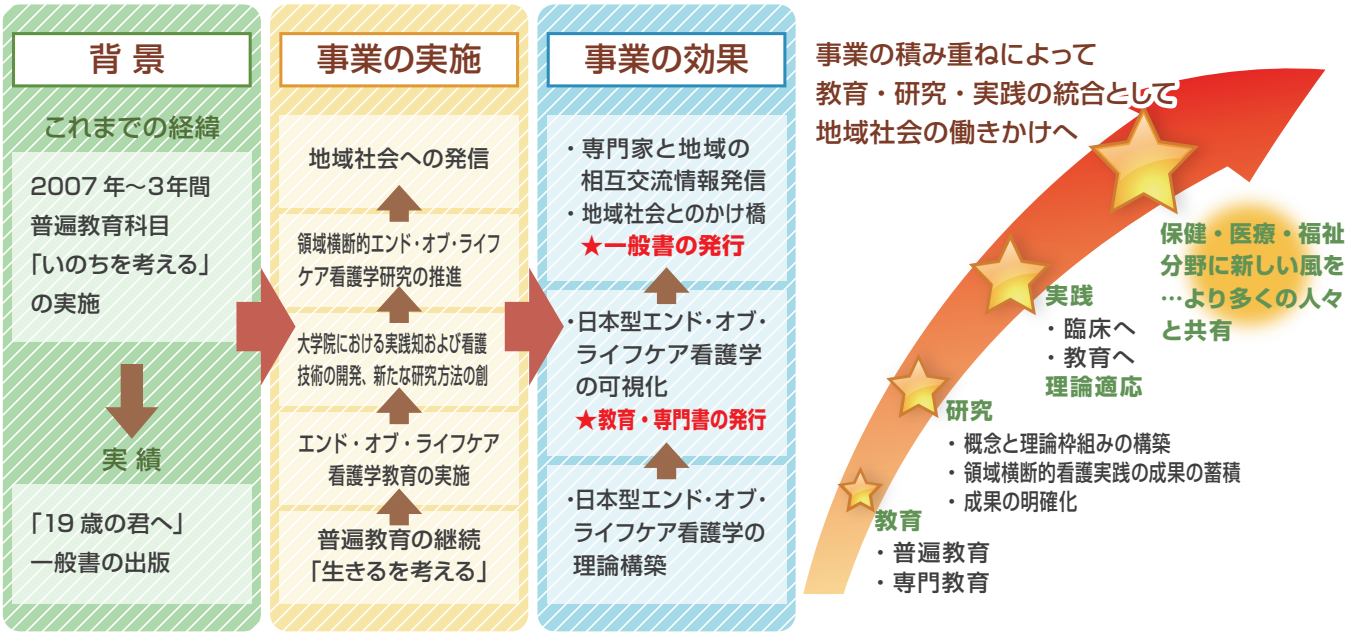
目　　次

目次
プロジェクト全体図

1. 本年度事業実施概要
　事業目的・計画・活動実績 …… 1

2. 事業実施報告
　1)　教員の配置 …… 4
　2)　科目の授業シラバス作成 …… 5
　3)　講演会の実施 …… 6
　　研究科長あいさつ …… 7
　　日本財団あいさつ …… 8
　　エンド・オブ・ライフケア看護学講座開講までの経緯 …… 10
　　エンド・オブ・ライフケア看護学講座が目指すもの …… 19
　　エンド・オブ・ライフケアの実践知示すアプローチ …… 30
　　患者と家族を中心としたエンド・オブ・ライフケア …… 37
　　参加者アンケート結果 …… 45
　4)　英国研修 …… 52
　　Wales 3 日間 …… 54
　　London 2 日間 …… 69
　5)　ホームページサイトの開設 …… 77

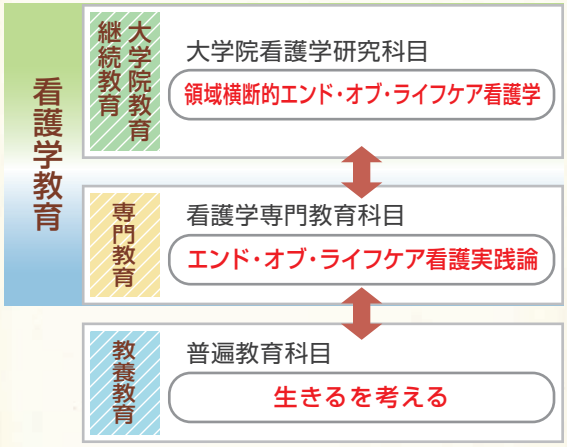
プロジェクトの全体図


背 景
これまでの経緯
2007 年～3年間
普遍教育科目
「いのちを考える」
の実施
実 績
「19 歳の君へ」
一般書の出版
事業の実施
地域社会への発信
領域横断的エンド・オブ・ライフケア看護学研究の推進
大学院における実践知および看護技術の開発、新たな研究方法の創
エンド・オブ・ライフケア看護学教育の実施
普遍教育の継続
「生きるを考える」
事業の効果
・専門家と地域の相互交流情報発信
・地域社会とのかけ橋
★一般書の発行
・日本型エンド・オブ・ライフケア看護学の可視化
★教育・専門書の発行
・日本型エンド・オブ・ライフケア看護学の理論構築
事業の積み重ねによって
教育・研究・実践の統合として
地域社会の働きかけへ
保健・医療・福祉
分野に新しい風を
…より多くの人々
と共有
実践
・臨床へ
・教育へ
理論適応
研究
・概念と理論枠組みの構築
・領域横断的看護実践の成果の蓄積
・成果の明確化
教育
・普遍教育
・専門教育

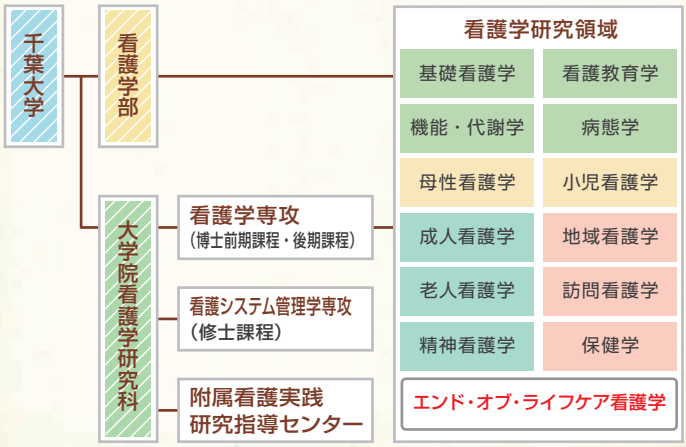
スケジュール

実施内容	目的	2010年度（2010年4/1～2011年3/31）		2011年度（2011年4/1～2012年3/31）		2012年度（2012年4/1～2013年3/31）		2013年度（2013年4/1～2014年3/31）		2014年度（2014年4/1～2015年3/31）		2015年度（2015年4/1～2016年3/31）	
		前期	後期	前期	後期	前期	後期	前期	後期	前期	後期	前期	後期
エンド・オブ・ライフケア看護学に関する情報収集と蓄積	● 国内外にわたり、エンド・オブ・ライフケアに関する教育、実践、研究に関する情報を系統的に収集・集積し、活用可能な実践知データベースを構築する。 ● 国内外の看護師教育・実践・教育に関する視察研修及び主要関連学会の参加	イギリスの緩和ケア視察		カナダの緩和ケア視察		系統的情報の収集と集積						・HPリニューアル ・相互交流型情報活用システムの構築 ・日本型エンド・オブ・ライフケアの一般書の発行	
地域社会に向けた啓発普及のための発信と相互交流の推進	● 地域社会の人々がエンド・オブ・ライフケアに関する考えを意識化し、専門家と共に医療の在り方を考える機会を提供する。 内容：開講記念公演の開催（3月） ホームページの作成、ロゴマークの募集・作成	開講記念講演 HPとロゴ作成		ニュースレター 勉強会の開催準備	HPによる活動発信 一般誌・メディアへの活動発信 市民や多様な人々の経験や知識の収集と集積 勉強会の開催			専門サイトとしてのHPのコンテンツ発信、HP検索システム		国内・国際シンポジウム開催			
エンド・オブ・ライフケア看護学研究の推進	日本型エンド・オブ・ライフケア看護学の理論的基盤を構築する。 ① 領域横断的研究の企画推進と実施 ② 学術的成果の発信 ③ 各年度で当該領域の専門学会での発表及び論文投稿を行う。 ④ 関連雑誌及び一般誌の連載等、著書の出版（訳本も含む）			領域横断的エンド・オブ・ライフケア看護学研究における実践知とその効果検証研究								専門書の出版	
看護学基礎教育におけるエンド・オブ・ライフケア看護学教育の実践と評価	エンド・オブ・ライフケア看護学の教育内容と教育方法の確立を目指す。 ① 普遍教育における「生きるを考える」の開講 内容：講義の実施と教養教育の目標達成度評価と改善 ② 看護学士課程における「エンド・オブ・ライフケア看護実践論」の開講 内容：看護学基礎教育におけるエンド・オブ・ライフケアについて学び講義の実施と基礎教育課程における授業の評価と改善			教養教育・看護学基礎教育カリキュラムとして組み込み授業評価								教育教材テキストの出版	
大学院教育におけるエンド・オブ・ライフケア看護学の教育・研究・実践の統合	エンド・オブ・ライフケアを専門とする看護学教育・研究者を育成する。 ① 大学院教育（博士前期課程）の実施 科目名「エンド・オブ・ライフケア看護学特論」（博士前期課程1～2年次） 学生各自が専門とする領域におけるエンド・オブ・ライフケアに関連する概念、研究成果と看護実践について関連づける講義や演習を行う。 ② 大学院教育課程における授業の評価と改善 ③ 教育・研究・実践の成果の統合を行う。			試行期間		大学院カリキュラムとして組み込み授業評価						教育・研究・実践成果の統合	

エンド・オブ・ライフケア看護学事業の位置づけ



看護学研究科における組織図



1. 本年度事業実施概要

事業目的

1) 経緯

これまで終末期看護学は、がん看護とくにホスピスケアが中心に行われてきましたが、近年化学療法や集学的治療が劇的に変化をとげており、がん医療に対する人々の意識の変化も大きく、これまで以上に幅広い知識と新たな生と死の捉え方が求められていると考えます。

近年、現実のケアの場では高齢者の増加、地域で看取ることを希望する人々のニーズも増加し、高齢者のケアや在宅で終末期を看取ることについての知識も求められてきています。2000 年にカナダ政府により“a guide to end-of-life care for seniors”が発行され、成人医療と老人医療の違いを前提に、高齢者のニーズに合った独自の晩年期ケアガイドの必要性が提示されました。この“a guide to end-of-life care for seniors”の発行は世界各国に波紋を広げ、欧米諸国では、終生期・晩年期ケア（end-of-life care）にはがん患者や AIDS 患者のターミナル期以外に高齢者の晩年期ケアが位置づけられるようになりました。ですが、わが国においては高齢者の晩年期ケアについて個々の研究的取り組みはあっても、未だ体系化されているとはいえません。また看護学の領域では終末期看護の教育は、主としてがん看護の関連科目として位置づけられてきました。人の死は、文化的・社会的要素も含むことから、高齢社会にある日本において、この領域の教育・研究を推進していく意義は大きいと言えましょう。

千葉大学では、2007 年度から 3 年間に渡り、日本財団の助成により普遍教育教養展開科目「いのちを考えるー医療の原点をみつめて」を開講してまいりました。この科目開講は、医療系の学問を専攻する学生にとって、医療者となる自身の役割や今後の課題を明確にし，学習のモチベーションの向上をもたらすことができました。一方、医療以外の学問を専攻する学生には、人間としての在り方の洞察、緩和ケア・終末期ケアに関する正しい知識の獲得と終末期にある人々への理解の深まりという学びをもたらすこととなりました。

このような成果を礎に、専門教育において更に強化・発展させることをねらいとし、2010 年度 10 月より、普遍教育のみならず、看護学士課程、看護学博士前期課程における教育の実施と教育方法の開発、研究の推進のために再び日本財団より助成を受け、本事業が開始されることとなりました。

2) 目的

領域横断的エンド・オブ・ライフケア看護学とは、がん、慢性疾患や難病の終末像等の多様な臨床現場における生と死について考え、子どもから高齢者に至るあらゆる発達段階にある人の人生の終生期・晩年期を包括的にとらえた看護のあり方を追究する学問を意味

しています。

そのため、本事業の目的は、

① 普遍教育および看護基礎教育課程において生と死について深く学び、死生観を身につけた看護職者の人材育成

② エンド・オブ・ライフケア看護学の確立と発信 であるとしています。

計画

1) エンド・オブ・ライフケア看護学についての理論、実践に関する研究成果等を統合し、以下の 3 つの科目を開講する。

⑴文化系、理科系の教養課程において 1，2 年次を対象として普遍教育科目を開講する

⑵看護学士課程おける専門科目として開講する。

⑶大学院教育における科目を開講する。

2) 上記科目を受講前の学生の意識調査を元に教育目標達成度を設定し、評価を行う。

3) 上記科目の評価に基づいて、授業内容の精練を行う。

⑴ 基礎教育課程

エンド・オブ・ライフケア看護学の教育内容と教育方法の確立を目指す。

① 普遍教育課程（学部 1〜2 年次）：エンド・オブ・ライフとは何か、人にとっての生・死とは何か、様々な病気をもちながら生きていく人々の人生、死生観等について理解する。

② 専門教育課程（看護学部 4 年次および編入生）：エンド・オブ・ライフケアとは何か、またエンド・オブ・ライフケアにおける看護の役割と重要性について学ぶ。エンド・オブ・ライフケアに必要な概念（理念）および必要な看護技術を修得する。

⑵ 大学院教育

エンド・オブ・ライフケアを専門とする看護学教育・研究者を育成する。

⑶ エンド・オブ・ライフケア研究の発展

エンド・オブ・ライフケア看護学の構築を目指す。

エンド・オブ・ライフケア看護学　活動実績

年　月　日		活動内容
2010年		
4月	16日	日本財団助成事業運営委員会（選考委員会1回目）
	23日	教員応募　教授1名、准教授又は講師1名 ・各関係機関　149機関に発送 ・JREC-IN　掲載 ・看護学研究科HP　掲載
6月	4日	公募締め切り
	9日	教員選考委員会（2回目） ・公募延長7月16日まで
7月	20日	教員選考委員会（3回目）
	21日	特別教授会　承認（決定） ・和泉　成子　　特任教授（毎年5月中旬～7月末） ・長江　弘子　　特任教授（1月1日付け） ・櫻井　智穂子　特任講師（10月1日付け）
10月	1日	櫻井智穂子 博士（看護学）特任講師着任
	18日	第1回会議　運営企画会議
2011年		
1月	1日	長江弘子 博士（看護学）特任教授着任
	13日	第2回会議　運営企画会議
	17日	普遍教育シラバス作成
	19日	日本財団訪問
	19日	(株)正文社とHP打ち合わせ（第1回）
2月	1日	講演会ポスター、チラシ発送先リスト作成
	10日	講演会ポスター、チラシ発送
	14日	山陽工業(株)へロゴ発注
	16日	千葉大学西千葉キャンパス（教育学部、文学部、法経学部へ挨拶） (株)正文社へリーフレット発注 千葉大学医学部付属病院看護部へ挨拶
	18日	学部シラバス作成
	22日	千葉大学薬学部へ挨拶
	23日	第3回会議　運営企画会議 リーフレット校正 (株)正文社とHP打ち合わせ（第2回）
	25日	千葉大学医学部付属病院、緩和ケアチームへ挨拶 千葉市立青葉病院看護部へ挨拶 リーフレット校正
	28日	山陽工業(株)へ名入りボールペン発注 (株)正文社へリーフレット、名入りクリアファイル発注
3月	2日	講演会アルバイトオリエンテーション
	5日	講演会 「人々の生き方を支えるエンド･オブ･ライフケア看護学のこれまで＆これから」
	8日 ↓ 18日	イギリス視察
	31日	事業報告と次年度申請

2. 事業実施報告

1) 教員の配置

① 特任教員の任用状況

2010.04.16　日本財団助成事業運営委員会（選考委員会　1回目）

2010.04.23　教員公募　教授1名、准教授又は講師1名

・各関係機関　149 機関に発送

・JREC-IN　掲載

・看護学研究科 HP　掲載

2010.06.04　公募締め切り

2010.06.09　教員選考委員会（2 回目）

・公募延長　7 月 16 日まで

2010.07.20　教員選考委員会（3 回目）

2010.07.21　特別教授会　承認（決定）

・和泉　成子　　特任教授　（毎年 5 月中旬～7 月末）

・長江　弘子　　特任教授　（1 月 1 日付け）

・櫻井　智穂子　特任講師　（10 月 1 日付け）

2010.10.01　櫻井智穂子　博士（看護学）特任講師着任

2011.01.01　長江　弘子　博士（看護学）特任教授着任

2011.05　和泉　成子　PhD in Nursing 特任教授着任（予定）

（現職：ワシントン州立大学看護学部　assistant professor）

② 研究室の整備状況

2010.09　2 部屋の整備開始

2) 科目の授業シラバス作成

2011 年度開講に向け以下の科目準備を行った。

① 普遍教育科目

科 目 名：生きるを考える

開講日時：後期火曜日Ⅲ時限目

履修対象：千葉大学全学部 1、2 年生　約 200 名

担当教員：エンド・オブ・ライフケア看護学（日本財団）特任教員（長江教授、櫻井講師）

② 看護学部授業科目

科 目 名：エンド・オブ・ライフケア看護実践論

開講日時：後期水曜日Ⅲ・Ⅳ時限目

履修対象：看護学部 4 年次生、編入生

担当教員：エンド・オブ・ライフケア看護学（日本財団）特任教員（長江教授、櫻井講師）

③ 大学院授業科目

科 目 名：エンド・オブ・ライフケア看護学特論

開講日時：6 月、7 月集中　水曜日午後（検討中）

履修対象：博士前期課程

担当教員：エンド・オブ・ライフケア看護学（日本財団）特任教員（長江教授、和泉教授）

3）講演会の実施

目　的：あらゆる疾患や年齢層の人々の人生の終末期・晩年期を包括的に捉えた看護のあり方を追求するために開かれたエンド・オブ・ライフケア看護学の、看護教育および看護研究を中心として目指すところを広く提示すること

時　期：2011 年 3 月 5 日（土）14：30〜17：00

会次第

14:00〜　受付開始

14:30〜　開会の挨拶　　正木 治恵（千葉大学大学院看護学研究科）

14:35〜　いのちを考える講座の開講から見えてきたこと

眞嶋 朋子（千葉大学大学院看護学研究科）

エンド・オブ・ライフケア看護学講座のめざすもの

長江 弘子（千葉大学大学院看護学研究科）

エンド・オブ・ライフケアの実践知を示すアプローチ

＜ビデオレター講演＞

和泉 成子（ワシントン州立大学看護学部）

患者と家族を中心としたエンド・オブ・ライフケア

櫻井 智穂子（千葉大学大学院看護学研究科）

研究科長あいさつ

看護学研究科長　正木治恵

皆様こんにちは。本日は千葉大学大学院看護学研究科エンド・オブ・ライフケア看護学講演会にご出席いただき、誠にありがとうございます。本年度、日本財団から助成をいただきまして千葉大学大学院看護学研究科にエンド・オブ・ライフケア看護学講座を開設致しました。日本財団から 5 年間の助成を受けまして、本看護学研究科にエンド・オブ・ライフケア看護学講座を開設できましたこと、大変嬉しく喜ばしいことだと思います。高齢社会に突入しました日本において、これから多死時代を迎えることになります。これまで看護学においても人々が死に瀕した時、あるいは死ぬまで人々の健康、あるいは生き方を支える看護としてエンド・オブ・ライフケアに関しては、研究なり教育に携わってまいりました。ただこの分野を一つの領域として立ち上げるということはなく、成人看護学の一部であったり、老年看護学の一部、あるいは小児看護学、在宅看護学においてこの領域について研究、教育を進めてきました。

今回、日本財団から助成をいただきまして、本研究科において一つの専門領域の講座として立ち上げることができましたこと、またこれから日本の看護において、この領域が確立していくこと、あるいは確立することに本研究科が先導して進めていくことができますことを本当に嬉しく思っております。

諸外国を見てみますと、エンド・オブ・ライフケアに関するガイドラインが発行されていたり、色々な形でこの考え方が浸透しているかと思いますが、日本文化に基づいて、日本に住んでいる人たち、そして日本の我々看護職がどんな形でこの領域を開拓していくことができるのか、本日の講演会をきっかけにその議論を沸騰させていけたら幸いと思っております。

本日の予定、進行といたしましては、まず眞嶋教授よりこのエンド・オブ・ライフケア看護学講座開設までの経緯についてご説明いただき、その後、エンド・オブ・ライフケア看護学講座の主任教授であります長江教授から今後目指すものについてお話をいただきます。そしてもう一名、本講座の主任教授としてワシントン州立大学の和泉成子教授にご着任を予定しており、本日はビデオレターで登場いただきます。和泉成子教授には毎年 5 月～7 月の間、本学に勤めていただき、この領域を確立していただくことにご尽力いただく予定になっております。更に櫻井講師には、自らの博士論文のテーマでありますエンド・オブ・ライフケアに関する研究を紹介いただくことになっています。我々の今後のこの講座にかける思いや活動計画についてご紹介させていただいたのち、最後に本日御参加の皆様方からご質問やご意見をいただき、我々のこれからの活動計画をより充実させていきたいと思っております。最後までどうぞよろしくお願い致します。

日本財団あいさつ

常任理事　三浦一郎

皆様改めましてこんにちは。日本財団の三浦と申します。どうぞよろしくお願いいたします。領域横断的なエンド・オブ・ライフケア看護学の確立を目指して、いよいよ来月から私どもと千葉大学さんのとの間で寄付講座がスタートをいたします。ぜひ、大いなる成果を務めていただきますよう期待しております。そして今日がそのキックオフとして、実りあるものになることを期待します。

そもそもこの私どもと千葉大学さんとの間の寄付講座というのは降ってわいたものではございません。眞嶋さんの方からご紹介があるかもしれませんし、重なるかもしれませんけれども、私どもの方からも申し上げたいと思います。それはですね、ここほぼ 5 年間にわたって本大学と私どもの間で積み上げてきている期間、実績の中から、半ば必然的に生まれてきたものだと思っております。具体的に申し上げますと 2006 年、今から 5 年前くらいですね、本大学の医学生も含めました医療従事者を対象といたしまして、聖路加看護大学の日野原重明先生と千葉大をみていらっしゃる山崎章朗先生によります 2 回にわたる講演をここで開催いたしました。テーマは広く、「ホスピス緩和ケアの在り方について」でありました。そして翌年から 3 年間、今度は全学部の 1、2 年生、すなわち教養課程の学生を対象に今度は死に向き合ってもらおう、特に多感な時期に一人称としての死、私としての死に向き合ってもらう目的のために、オムニバス方式の寄付講義を 3 年間の間継続してきました。その講義の先生方はもちろんお医者さん、看護師さんだけではなくて、哲学者とか、あるいは宗教学者の方を講師として継続してまいったわけですが 3 年間の間、述べ千数百名の学生さんが受講されました。その締めくくりという形で「19 歳の君へ」という一冊の書籍を世に出した次第でございます。これらの延長線上に今回の寄付講座があると私どもは思っております。

せっかくの機会ですので日本財団とは何者だという方もいらっしゃるかと思いますので簡単にご紹介します。私どもは全国 24 か所にございますボートレース、この売り上げを原資といたしまして、国内外問わず社会福祉、教育、スポーツ、文化など幅広く行っております。特に海外では貧困救済とかハンセン病の制圧なども関わっております。

それでは次に私ども日本財団が、どうしてこのような事業にかかわるかということをご説明いたしますと、ご承知の方もいらっしゃると思いますが様々な公益活動をおこなっていますけれども、そうした中でも人の命とか尊厳といった非常に重いテーマにも重点的に取り組んでまいりました。たとえばハンセン病の偏見差別の問題、自殺の問題、近年では児童虐待など様々なことに取り組んでおります。その一つが、この人生のターミナルにおけるホスピス緩和ケアのプログラムの推進でございます。15 年ほど前のことになりますけど、日本財団の中にホスピス緩和ケアを根付かせようとして、日野原先生を座長として委員会を設置いたしました。その得心に基づきこの 15 年間の間、様々なプログラムを推

進しております。1つがホスピス緩和病棟、当時はほとんどございませんでしたから増やしていこうと建設を助成しました。結局13施設助成しました。それから2つ目は特別の教育や研修を受けたホスピス緩和ケア専門のお医者さんや看護師さんを養成しようということで特に看護師さんの養成に力を入れてきました。今日では緩和ケア認定を受けられた看護師さん1,000名近くを含めて研修を修了された方は2,800名ほどになります。プログラムの3つ目が医療界以外の一般の方にも死に対する準備教育といいましょうか、死に対する理解が必要と考えまして、これもまた日野原先生を基調講演者として、生と死を考えるセミナーというものを全国で30か所で10年間にわたって開催いたしました。4つ目が最近のテーマでありますけれども、在宅ホスピスだとかあるいは小児ホスピスなどの普及をはかっているところでございます。先ほど述べました本大学との講演会とか寄付講義は、こうした様々なプログラムの一環として位置づけられております。そして、こうした中で一昨年本大学の方からご提案がございました。それは、これまでターミナルといえば、あまりにもがん患者のターミナルに偏りすぎてきた時代があるのではないかという問題意識でございました。あらゆる疾患や年齢層の人々の人生の終末期や晩年期を包括的に捉えた看護学というものが今日の我が国には存在していない、今後高齢者社会を急速に迎える中で、なお一層、領域横断的なもの、すなわち10代からの縦割りの領域に横串を刺すような看護教育、看護研究というものが必要だというものでございました。本大学の看護学部は歴史と伝統を誇ります。そして優れたプログラムを数々実践されてきた実績がございます。そこで私どもも、そのご提案に賛同しまして是非本大学との間で、この新領域をご構築していただきたいと考え、今般寄付講座を決定した次第です。

いよいよこの4月から本学にてスタートいたします。受講生は教養科目を受講する1、2年生、そして看護学部の3、4年生、そして看護学研究科の大学院生と全学にわたるもので一貫教育と聞いております。大いに期待しております。そしてこのプロジェクトの中で、年々改善を加えながら完成度の高い研究内容やカリキュラムに仕上げていただき、全国に190程あると聞いております、いわゆる看護系の大学をリードしていただきたいと強く望む次第でございます。そして来たるべき高齢社会において看護の実践の場で、この寄付講座の成果というものが理論的支柱になって多くの国民が豊かなターミナルケアを享受できるようになるようにご期待申し上げご挨拶とさせていただきます。長くなりまして失礼しました。宜しくお願い申し上げます。

普遍教育における「いのちを考える」の科目開講から、エンド・オブ・ライフケア看護学講座開講までの経緯

眞嶋　朋子

「いのちを考える」の科目開講を担当させていただいておりましたので、そこから「エンド・オブ・ライフケア看護学」の講座開設までの経緯を説明したいと思います。内容は「いのちを考える」の授業の導入の背景、講義の内容、授業における工夫、それから成果についてです。

先ほどもご説明ありましたけれど 2006 年に山崎先生、日野原先生が千葉大学医学部付属病院で講演をしてくださいまして、そのあと普遍教育科目で、一般学生を対象とした講義が開講されることになりました。これに関しましては当初、医療系の講義にしたらどうかというようなご提案もありましたが、後で伺いましたが元千葉大学大学院看護学研究科長、石垣和子先生が非常に大切な授業なので看護学部の学生だけでなく、より広く普遍教育のほうの学生にも聞かせたらどうかという提案があったということでした。この講義は死への準備教育であったため多くの方々の関心を集めました。この講義の中のメッセージには、「人間は死ぬ存在であること、死を前もって個人的に体験することはできないけれども、死を身近な問題として考え、生と死の意義を探索し、自覚を持って自己と他者の死に備える心構えを修得することが重要である」、こと「哲学、医学、心理学、民俗学、文化人類学、宗教学、芸術など死生学」に関わる内容が含まれていました。そしてこれらを学習することによって自分に与えられた死までの時間をどう生きるかを考える機会をえることができ、死の問題に直面する多くの人々を理解する能力をえることはとても重要であると思われます。アルフォンス・デーケン先生の著書から言葉をお借りしますと、「それまで人類は戦争において悲惨な体験をした人が多くおり、死を身近な存在として歩んできたけれども、20 世紀の後半になると死を生命体の終わりとして、消極的に受け止めたり、タブー視し考えないとする傾向が強まって科学技術の進歩を重視する方向に走って、死を病院の密室に閉じ込めようとする傾向がうまれた。このことは逆に生きることに対する意識を希薄化してしまうということ・・・発想転換して、死をタブー視するよりも生を究極の到達点である死ぬ日まで、自分に与えられた時間をいかに生きようかと考えて積極的に歩むべき自分の死まで毎日を、よりよく生きるために生と死を深く見つめて生きる、原点に立つ事が必要である」というように、死についてより深く考えることが重要であったのに、それを考える機会を我々が得てきていなかったという問題があり、その意義を伝える「いのちを考える」講義は、個々人にとっても、社会にとっても重要であることが再認識されました。授業の中での講師も、そういった問題について学生に問いかけられておられました。

またこれまで終末期の患者についてや緩和ケアに関する内容は医療系の専門科目の中に位置づけられ、大学の教養教育の中で語られることはあまり行われてきませんで

した。その意味で、この試みが先駆的であるということがマスコミ、主として朝日新聞を通して全国的に広まったということがあります。

それから、先程ご説明がありましたが日本財団の実績で医療関係者、一般市民を対象とした「メメント・モリ」、すなわち死を忘れるなという意味の講演が継続されてきていました。これまで一般の人々を対象に1 回の講演会が展開されてきましたが、大学の普遍教育の中で導入されたということも本講義の成功につながったのではないかと思います。

それでは講義の内容について概略を説明いたします。本講義は人の尊厳を考え、終末期にある人々を支えるケアを探究することにより、幅広く深い教養が身に付き、豊かな人間性が育まれることを目的とするとしました。講義の特徴は、人間の尊厳を考え、人々を支えるために幅広い視野を提供するということ、そして今後の生き方や将来の展望に対して学生自身が新たな視座を得ることです。14 名のエキスパートの先生方にお願いしました。山崎章朗先生、それから石垣靖子先生、高橋卓志先生、沼野先生、紀伊國先生、山折先生、アルフォンス・デーケン先生、内藤先生、岡部先生、木澤先生、中山先生、日野原先生、濱口先生、向山先生が毎年来てくださいました。山折先生は交代されまして、大下大圓先生が 2 年目より担当してくださいました。

授業における工夫では外部講師による授業を展開であるため、学生と先生方との接点ができるだけ多くなるように工夫しました。その 1 つは学生が書くレスポンスカードの活用です。最初の年は 400 人の学生が受講していたのでレスポンスカードが 1 人の講師に対して 400 枚近くになりました。それを毎回講師の先生方に返却をするということをいたしました。そして、それをご覧になっていただき先生方にその次の年の授業の改善に活用していただいたという経緯があります。それから講師の先生方は、非常に多くの学生に対して、いろんな資料を使って講義をなさいました。映画であるとか音楽であるとか写真の活用、ロールプレイの準備などです。特にロールプレイは、医師や看護師、患者の立場でどのように感じるかであるかとかコミュニケーションの内容、やり方についてご説明をしていただきました。特に死に直面するような問題に関しては、絵であるとか映画などを活用されて講義されることも多かったと思います。考えさせる題材は、一方通行ではないよう工夫がこらされていました。評価は出席と課題レポートにより行いました。課題レポートは、テーマを 3 つに設定し選択できるようにしました。1 つ目のテーマは「人生を豊かに過ごすための自分自身の生き方の見直しについて」、2 つ目は「人生の終末期を迎える人々を支援するために必要なことについて」、3 つ目は「将来の終末医療に対して行うべき優先的政策課題」を提示いたしました。3 番目は少し難しいテーマかなと思いましたが、実施してみたところ、法経学部の学生さんで 4 年次、卒業間際の学生さんなどがこのテーマに興味を持ち、自分なりの情報を駆使してこの課題についてレポートを提出してくださいました。

2009 年度がこの授業の最終年度であったため、学生たちのレポートやアンケート等を基にして、千葉大学大学院看護学研究科、

成人看護学研究分野の教員と学生たちとで、「いのちを考える・医療の原点をみつめて」を受講した学生の学びの具体的内容を明らかにし、学士課程の学生が教養教育として、エンド・オブ・ライフケアについて学ぶ意義を検討することを目的に研究に取り組みました。ここでの「学び」とは本講義を受けたことで学生が、緩和ケアや生き方、ものの見方、死について理解したことや新たに認識した内容及び考えが変化したことで、気づきや驚きなど感覚的な内容も含みます。

対象はこの授業を受けた学生で研究参加の承諾が得られた者です。最初にフェイスシートを配り、授業を受講した理由、命に関わるような病気や事故の経験の有無、近親者や親友の死に立ち会ったかどうか等の経験を問いました。

そして最後、課題レポートの提出に対しては、本講義を受講した学生の具体的な学びの内容、講義から学んだこと、自分自身の中で生き方、ものの見方、死についての考えが変化したこと等について記述するよう求めまして、これを研究の資料としました。

研究方法は課題レポートの中から関連する学びの内容の抽出し、コード化し内容が類似したものをサブカテゴリー、さらにまとめてカテゴリー、コアカテゴリーとして集約してきました。倫理的配慮は千葉大学看護学部倫理審査委員会の承認を得ております。研究参加の自由意志であること、成績評価は研究参加と関係がないこと等を文書によって説明をし、研究参加の同意を得ることにいたしました。

最初は全部で 250 名おりましたけど、いろんな事情で 52 名の学生が研究参加に同意をしました。男性はやや少なく 11 名、女性が 41 名。学年は 1 年生が 81%と多くなっております。学部は医療系の学部が 1／3 になっておりまして、ほぼすべての学部の学生を含んでおります。全体の学生の死に関わる病気や事故の経験において、あるものは 3 名と非常に少なく、そういったものを体験していない学生がほとんどであること、ただし身近な人の死の経験についてはあるものが多く、それからペットの死の経験についてはあると答えた者が半数以上いました。

学生の学びについてですが 268 コードが抽出され、「対峙することを避けていた死を考える意義」、「自己を取り巻く人々との関わりの意味」、「終末期にある人々へのケアと関わりの重要性について」、「終末期にある人々を取り巻く医療環境の現実の課題について」の 4 つに分類されました。

「対峙することを避けていた死を考える意義」は、「死を受け入れることが大切である」、「死と向き合うことが大切である」、「死に対する恐怖感を軽減する」など 5 つのカテゴリーが含まれました。これらの学生の学びは、学生が本講義を受講する事によって、これまで考えたり向き合ったりすることが意識的、あるいは無意識的に避けてきた死に真摯に向き合うことができたことを示していると考えます。つづいて、「自己を取り巻く人々との関わりの意味」では、「人と人のつながりの有り様と大切さに気づく」、「人間や自己の存在価値を改めて考える」の 2 つのカテゴリーが示されました。これらの学生の学びは人との関わりやコミュニケーションの本質的意味を理解したこ

と、現在の自分の周囲の人との関わり方や友人、知人、家族とのコミュニケーションをみつめ直したことを示していると考えます。「終末期にある人々へのケアと関わりの重要性」には、「スピリチュアルケアは大切である」「終末期にある人との良好な関係、コミュニケーション、ふれあいは大切である」などの 3 つのカテゴリーが含まれました。これらの学生の学びは学生が終末期ケアに関する正しい知識を得たこと、これまで関わった経験がほとんどなく関わりに戸惑いを感じていた終末期にある人々への具体的な関わり方や、関わることの意味を理解したことを示していると考えます。「終末期にある人々を取り巻く医療環境の現実と課題」には「望む医療の在り方を改めて意識する」「ホスピス・緩和ケアについての理解が深まる」等の 4 つのカテゴリーが含まれました。これらの学びは学生が緩和ケアやホスピス、麻薬鎮痛剤に対する誤った理解や考えを改めて正しく理解できたこと、終末期にある人々へのケアの現実を理解し、それぞれの立場からより良いケアを行うための課題を明確にしたことを示していると考えます。

学士課程学生が教養としてエンド・オブ・ライフケアについて学ぶ意義は終末期にある人々への理解の深まりと、一般市民に対するエンド・オブ・ライフケアの理念や緩和ケアに関する正しい知識の普及、また個々の学生が今後の自分自身の課題を明確にすると共に、学習のモチベーション向上に寄与することなどが考えらました。

最後に、普遍教育で行われた「いのちを考える」の寄付講義の終了後エンド・オブ・ライフケア看護学開設までの状況をご説明いたします。これまでに講義は年に 1 回 1 科目を普遍教育の中で展開してきましたが、スタッフの先生方の中からこの領域における看護の教育、研究、成果の普及が重要であるということが教えられました。そこで、私どもいろいろ考えまして、どの領域でお受入れしたら一番適切か考えましたけれども、最終的には看護学研究科の中でこれを展開していこうと決断をいたしました。この経緯の中で長江先生、櫻井先生、和泉先生があたえられまして非常に力をつけられました。それぞれの先生方は終末期ケアの第一線を教育研究されておりまして、非常に多忙な中、我々の願いに答えてくださり、今回本講座が開設され大変嬉しく思っております。以上、これまでとこれから部分をお話しさせていただきました。

普遍教育における「いのちを考える」の
科目開講から、
エンド・オブ・ライフケア看護学
講座開設までの経緯

眞嶋朋子

1

1．「いのちを考える」の導入の背景
2．講義の内容
3．授業における工夫
4．講義の成果ー学士課程学生が教養教育としてエンド・オブ・ライフケアについて学ぶ意義ー

2

1．本講義導入の背景

日本財団の活動

・千葉大学医学部付属病院での
　緩和ケア講演会の開催
　２００６年以前
・山崎章郎　先生の講演
・日野原重明先生の講演

普遍教育の中で　一般学生を対象の講義として開講することを提案（石垣和子　元千葉大学大学院看護学研究科長）

3

2）死への準備教育

・人間は死ぬ存在である
・死を前もって個人的に体験することはできないが、死を身近な問題として考え、生と死の意義を探究し自覚を持って自己と他者の死に備える心構えを修得することは重要
・死に関わりのあるテーマを　様々な学問の視点から探究するのが死生学とされている
・哲学、医学、心理学、民俗学、文化人類学、宗教学芸術からの様々なアプローチ

⇒　自分に与えられた死までの時間をどう生きるかと考えるための教育

4

・戦争などにより悲惨な経験をした人類が20世紀後半になると死を生命体の終わりとして消極的に受け止めたり、タブー視し考えまいとする傾向を強める。科学技術の進歩を重視する方向に走り死を病院の密室に閉じこめようとする

⇒　逆に生きることへの意識を希薄にしてしまう

発想を転換し、死をタブー視するよりも生の究極の到達点である死ぬ日まで、自分に与えられた時間をいかに生きようかと考えて積極的に歩むべき自分の死までの毎日をよりよく生きるために生と死を深く見つめて生きる原点に立つ

（アルフォンス・デーケン氏）

5

3）市民としてがん医療を考える必要性

がん対策基本法の概要(平成18年)

＜ 基本理念＞

・がんの克服を目指し、がんに関する専門的、学際的又は総合的な研究を推進するとともに、研究等の成果を普及・活用し、発展させること
・がん患者がその居住する地域にかかわらず、科学的知見に基づく適切ながん医療を受けることができるようにすること
・がん患者が置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重して治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制を整備すること

6

4）寄付講義としての意義

・緩和ケアに関する内容は医療系の専門科目の中に位置づけられており、大学の教養教育の中では行われていなかった。千葉大学の試みが先駆的であることがマスコミ等を通じて全国に広がった

・日本財団の実績
医療者や一般市民を対象に「メメント・モリ」をテーマに公開講座が行われてきた

7

3．講義の内容

本講義は、人の尊厳を考え、終末期ある人々を支えるケアを探求することにより、幅広く深い教養が身に付き、豊かな人間性が育まれることを目的とする

8

＜講義の特徴＞

本講義は人間の尊厳を考え、終末期にある人々を支えるために、哲学、宗教学、NPO活動、終末期医療に携わる講師により幅広い視野が提供され、今後の生き方や将来展望に新たな視座が提供される

9

＜１４名のエキスパート講師＞

講　師		テーマ
ケアタウン小平クリニック 院長	山崎 章郎	ホスピスケアはなぜ必要なのか
医療法人東札幌病院 理事 北海道医療大学大学院看護福祉学研究科 教授	石垣 靖子	人間として尊重する医療 ～ホスピスケアと臨床倫理～
宗教法人神宮寺 代表役員 住職	高橋 卓志	団塊世代のメメントモリ
六甲病院緩和ケア病棟チャプレン、カウンセラー	沼野 尚美	終末期における心のケア
笹川医学医療研究財団 専務理事	紀伊國 献三	ホスピス緩和ケアをどう支えるか
宗教学者	山折 哲雄	看取りの作法
上智大学 名誉教授	アルフォンス・デーケン	死生観を育む ～スピリチャリティとは～
ふじ内科クリニック 院長	内藤 いづみ	在宅ホスピスケアの実践より
医療法人社団爽秋会 岡部医院 理事長	岡部 健	在宅ホスピスケアの現状と未来
筑波大学大学院人間総合科学研究科 講師	木澤 義之	地域全体で取り組むホスピス・緩和ケア
NPO法人在宅緩和ケア支援センター〝虹〟代表理事	中山 康子	市民活動として取り組む在宅緩和ケア
聖路加国際病院 理事長	日野原 重明	いのちを時間として考える
財団法人癌研究会 有明病院 看護部 副看護部長	濱口 恵子	緩和ケアにおけるチームアプローチ
財団法人癌研究会 有明病院 緩和ケア科 部長	向山 雄人	がん治療と緩和ケア ～癌研有明病院の試み～

10

授業における工夫

・外部講師による授業展開
レスポンスカードによる評価を毎回講師に返却
２回目以降の授業改善に有効
・講師の授業形態の把握と支援
映画、音楽、写真の活用、ロールプレイの準備
・考えさせる授業の展開
自分の生き方や、大切にしてきたこと・・・
一方通行の知識伝達型ではなくワークを織り込む
・引用、参考文献リストを前もって学生に配付する

11

＜履修で重要なこと＞

・１５回の講義に出席する
単位取得　１０回以上の出席
・課題リポートの提出
１５回目の講義時間にレポートを書く時間を確保
・講師の要望等により講義後に感想文を求めることがある
・早めに履修登録をすること
受講人数は450名　先着順で決定

12

＜評価＞

・出席
・課題レポート
テーマ１：人生を豊かに過ごすための自分自身の生き方の見直しについて
（例：講義を受ける前と受けた後の自分自身のものの見方、考え方の変化）
テーマ２：人生の終末期を迎える人々を支援するために必要なことについて
（例：人生の終末期を迎える人々を支援するためのコミュニケーション方法について）
テーマ３：将来の終末医療に対して行うべき優先的政策課題

13

＜レポートの作成要領＞

既定の用紙を用いて手書きで記載する
1600字程度（用紙は当日配布予定）
レポートの構成
１）学籍番号、氏名
２）テーマ
３）テーマを選択した理由
４）テーマに関連する講義内容及び関連文献の要約（注：要約した内容には、講義した講師の氏名や引用した文献を明記すること
著者：タイトル、出典、年）
文献は少なくとも1つ以上は引用すること
５）上記の内容に関する自己の意見とその根拠
６）結論（リポート全体のまとめ）

14

学士課程学生が教養教育として
エンド・オブ・ライフケアについて学ぶ意義

15

研究目的

「いのちを考える - 医療の原点をみつめて」を受講した学生の学びの具体的内容を明らかにし、学士課程学生が教養教育として、エンド・オブ・ライフケアについて学ぶ意義を検討する

16

用語の定義

学び：本講義を受けたことで学生が、緩和ケアや生き方、ものの見方、死について理解したことや新たに認識した内容及び考えが変化した内容であり、気づきや驚きなど感覚的な内容も含む

研究方法

対　象

「いのちを考える - 医療の原点をみつめて - 」を受講した学生のうち、研究参加の承諾が得られた者

17

調査方法

2009年10月
講義開始

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

フェイスシート

調査内容
授業を受講した理由
命に関わるような病気や事故の経験の有無
近親者や親友の死の経験の有無
近親者の終末期に立ち会った経験の有無　等

18

調査方法

2009年10月 講義開始

2010年2月 講義終了

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

課題レポート提出

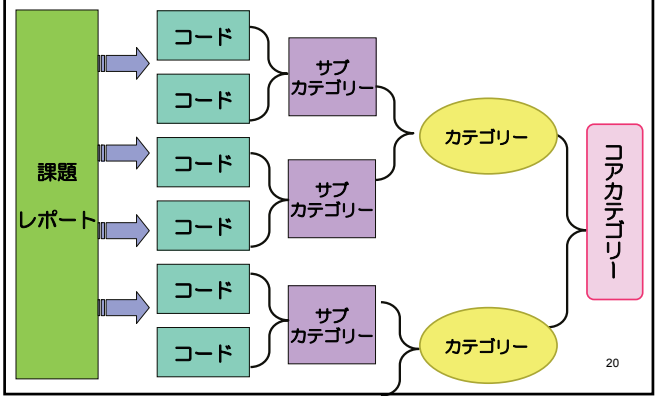
調査内容

本講義を受講した学生の具体的な学びの内容

課題レポート：講義から学んだこと、自分自身の中で生き方、ものの見方、死についての考えが変化したことなどについて2000字程度で記述

19

分析方法



20

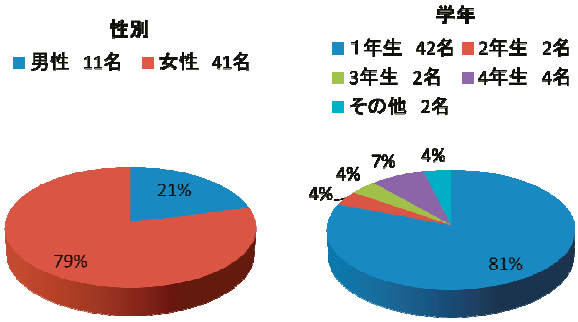
倫理的配慮

・千葉大学看護学部倫理審査委員会の承認を得た

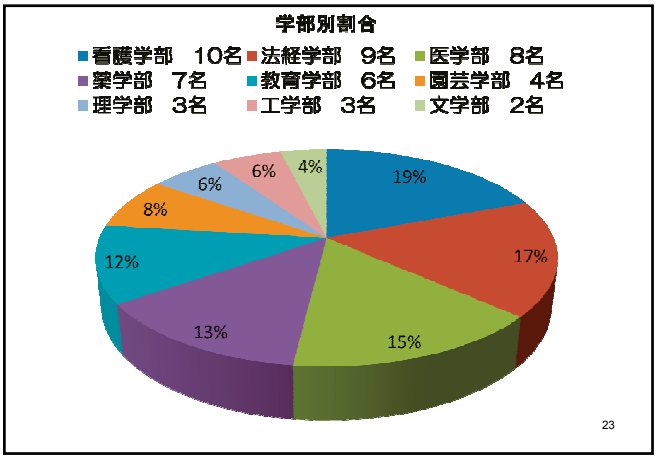
・研究目的、方法
・研究への参加は自由意志であること
・研究参加は成績評価とは全く関係のないこと
　等について、本講義の単位認定者ではない
　研究者が、文書を用いて説明する

21

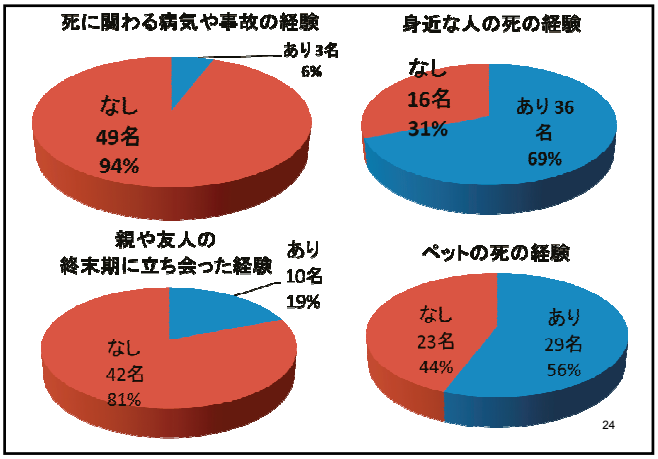
＜結果＞　対象者の概要



22

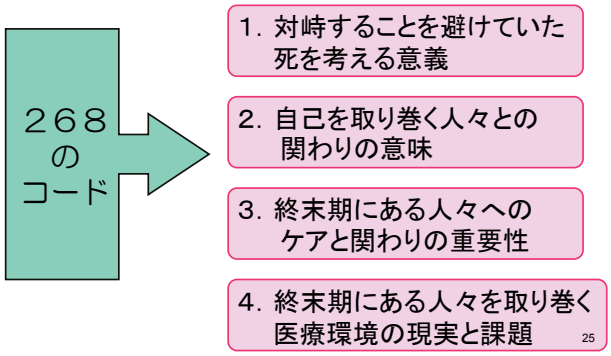


23



24

「いのちを考える - 医療の原点をみつめて」を受講した学生の学び



1. 対峙することを避けていた死を考える意義
2. 自己を取り巻く人々との関わりの意味
3. 終末期にある人々へのケアと関わりの重要性
4. 終末期にある人々を取り巻く医療環境の現実と課題

25

学士課程学生が教養教育として エンド・オブ・ライフケアについて学ぶ意義

- 終末期にある人々への理解の深まり
- 一般市民に対するエンド・オブ・ライフケアの理念や緩和ケアに関する正しい知識の普及
- 今後の課題を明確にすると共に、学習のモチベーションの向上に寄与

26

2009年度～2010年度まで

エンド･オブ･ライフ･ケア看護学講座開設まで

2009年度　申請の準備

2010年度　開設に向けた準備

現在に至る

27

エンド・オブ・ライフケア看護学講座が目指すもの

長江　弘子

先生ご紹介ありがとうございました。長江弘子と申します。どうぞよろしくお願い致します。本日は本当に休日のところたくさんの方にご来場いただきまして本当にありがとうございます。今日の講演会はエンド・オブ・ライフケア看護学講座を担当します 3 名の教員が順にこれからご説明させていただくわけですが、私どもの 1 人ひとりがどのような思いでこの役割を受け止め、そして認識して全うしようと思っているか、熱い思いや意気込みを感じていただければと思っております。そして多少重複するところはございますけれども、それが非常にまた共通の軸となっていくのではないかと思っております。

私自身、これまでの経緯を聞いた時の重みを感じて、ひしひしとこれでやっていけるのかという思いとこの場にいる幸せを感じているところでございます。

ただいま眞嶋教授の方からお話がありましたように、このように大学でしかも一般教養科目で「いのちを考える　医療の原点をみつめて」という科目が非常に成長期にある学生、そして自分が生きているということをごく自然に受け止めていた学生たちにとって、人が生きる、生きていくということが他人の死を通して知る機会として提供されるという、三人称の死として死を学ぶということは受験というライフイベントを乗り越えた若者にとって、また病気や健康というものからほど遠い健康な若者たちにとって、これまでの人生とか自分の親との関わり、あるいは家族のことを考えたりする機会となったことと思います。ごく当たり前の日常が実は長い長い経過の中にあって、そして生きているんだということを感じさせてくれる機会になったんではないかなというふうに思いました。人が生きるということは私自身もそうですが一日一日がその積み重ねとなってそれが生きることそのものである、というふうに感じさせてくれる、生と死ということを考える機会が必要なのではないかと思います。そうした科目が大学教育の一般科目におかれるということは本当に価値があることで学術的にも社会的にも非常に画期的なことであるというふうに私どもも認識しております。

そして、これらの実績をふまえて更に更に発展していけるように、この事業を担っていくことを考えていきたいと思います。そして、この歩みが千葉大学のみならず全国の大学でも普及するように働きかけていくことが大事だと思います。そして今日は初めての講演会ということですので私からは、この講座が目指すものということで、この授業を日本財団の助成事業として行っていく意義と特にこれから活動をどのように進めていくのか、また事業の成果として考えていることをご説明させていただきたいと思います。

お話の流れとしては領域横断的エンド・オブ・ライフケア看護学の基本的な考え方とプロジェクトの全体構想、そして千葉大学大学院看護学研究科におかれた本プロジェクトの意義ということでお話をさせていただこうと思っております。

1）私にとってエンド・オブ・ライフケアとは

私自身の思いはこの領域横断的エンド・オブ・ライフケア看護学に出会えたことは、ほんとに運命的な出会いだなと思っております。それは私が聖路加看護大学を母校としていることやそれから日野原理事長を通して、そういった生と死を考える大事さを教えられた一人であるということ、それから私自身がこれまで十数年間、保健師教育や在宅看護学教育という領域で教育と研究に携わってきた中で、自分の関心というものが地域社会に本当に求められる看護師とはどのような存在なのだろうか、ということでした。社会に求められる能力を持った看護師をどのように育てたら良いのだろうか、そして看護師自身が社会的な責任を担う専門職として自信と誇りを持って働けるにはどういった教育の仕組みとプログラムがあればいいのだろうかということが、ずっと自分の中の問いとして働きつづけてまいりました。

ですので、私の研究領域では一つの状況として退院支援をめぐる看護実践、在宅移行期の支援における看護実践、あるいは看取りにおける看護実践が研究領域の中心だったわけですが、看護実践そのものの明確化とその看護実践に必要とされる看護師の能力とその育成にも研究の焦点をあててまいったつもりでございます。そういった中でまさに、エンド・オブ・ライフを考えるきっかけになったかと思います。といいますのも、退院であるとか、療養場の変更であるとか何らかの選択を迫られる状況に直面することは生き方の選択にほかならず、病状に伴う生活の変化は人々の生活の再編を必要とされ、全く別の生き方を余儀なくされるような状況に直面するということを意味するからです。医療者にとっては「退院すること」であっても患者さんや家族にとっては人生の一大事である、しかも本当に突然に予測することなく、また誰のせいでもなく一変した生活が訪れるようになり、その時、初めて日々の生活が当たり前で普通の生活がいかに重要だったかということに気付いたり、あるいは家族の大切さに気付いたり、でもそのような状況に直面していても生きていかなきゃならないんだという…まさに私にとっては第三者的な出来事ですけれども研究を通して家族介護者の方や当事者の方から話を聞くたびに、そのことが決して特別ではなく誰にでも起こることなのだ、もっと真剣に考えなければならないと私は教えられたような気がしています。

そういう中で、本当にそういう人たちが看護を必要としている人たちではないだろうかと思うようになり、また看護師だからこそできる、その人がその人の力で立ち上がっていくことできるように支援するという当事者の自立心や主体性を尊重するという看護の心が支えになっていると思っています。また一方では、場面を切り取りながらも、これまでの生き方、そしてこれからどう生きていくのか、そして今必要なことはなんなのかというふうに時間軸で対象を捉えていくことの大事さを看護実践のエビデンスとしてどう表していけばいいのかということがもう一つの問いとして生まれてきました。その人の人生をその生活そのものと向き合い、なおかつ必要な医療を提供していくことこそ本当の看護だと思うけれど、でも継続看護や在宅看護というような

従来の看護の領域の中ではどういうふうにして立場を持って示していけばいいのかというような悩みがあります。まさに在宅看護そのものが領域横断的といえるのではなかろうかとも考えられますし、緩和ケアやターミナルケアを含む慢性疾患など多様な疾患や病院外の多様な療養場をで生きることを支えるエンド・オブ・ライフケアではないかと考えられるのと思っています。

ですので、こうした講座ができたことはこれまでの千葉大の先生方の努力があって存在します。そして、研究科長を始め、眞嶋先生、そして成人看護学の先生方、そして様々なスタッフの先生方が非常に励ましをいただきながら、本当にこの千葉大学が学術的な場であること、質の高さ、そして看護の心を持った素晴らしい環境であることそして温かい懐を感じまして、環境を借りてこの仕事について本当に発展させていかなければという責任を感じておる次第です。

一昨日の日本財団の日本財団ホスピスナース研修会の懇親会にお招きいただきまして、その中で 200 人のホスピスナースたちに会い、そして先ほど普遍教育で講師をなさっていた山崎章朗先生やアルフォンスデーケン先生や柏木先生や田村先生がいらしていて、そしてエンド・オブ・ライフケア看護学についての励ましの言葉をいただきました。アルフォンスデーケン先生からは「私は人を育てる事が大事なのだということを強調してきたので、このお仕事はとても大事なことですよ」と言ってくださいました。そしてまた、柏木先生は「実にすばらしい、このネーミングがいいね」っていうふうに言ってくださいまして「いや、実にいいね。このエンド・オブ・ライフ看護学ということが本当に講座になるといいね」って仰ってくださって「これからはエンド・オブ・ライフケアが本当に一つの言葉として大事になると思うよ。頑張りなさい。」と励ましの言葉をいただきました。こんなふうに本当に著名な方々からお声がけをいただき、本当に嬉しく思い、また感動した一日でした。またこういった機会を与えてくださいました日本財団の皆様方に本当に感謝を申し上げたいと思います。

2) エンド・オブ・ライフケアの言葉はじまり

「エンド・オブ・ライフケア」という言葉は私の知る限りでは 1999 年のドクターフォーリーによってはじめて香港でのアジア太平洋ホスピス看護ケアネットワークの学術総会というものがありまして、そこで初めて使われたと聞いています。ドクターフォーリーはがん疼痛救済プログラムに関する WHO の会議のリーダーシップをとり、WHO 方式のがん疼痛治療法の誕生に力を尽くした医師であります。アメリカにおけるこういった緩和ケアの基盤づくりを推進したリーダーです。そしてフォーリー「エンド・オブ・ライフケア」とは「人生の終延は誰にでも訪れ、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。そんな最後の日々の痛みや苦しみを十分に治療され、本人が望む通りに過ごせるように支援すること」と言われました。この言葉を聞いた時に本当に感動したのを覚えているのですけれども実はこのドクターフォーリーの偉業というのは、10 年も遡り膨大なプロジェクトを行っていたということがあってこの言葉が生

まれてきました。このエンド・オブ・ライフケア発展の経緯には大きな助成金と研究があったことをお伝えしたいです。1990 年代の前半にロバート・ウッド・ジョンソン財団が本当に膨大な 28 億という資金提供がなされました。アメリカでの現状把握がまず重要ということでプロジェクト・オン・デス・イン・アメリカというふうなプロジェクトを立ち上げたのです。このプロジェクトの目的というのは、死ぬ直前になっても痛みや苦しみを取り去る治療を十分にうけ自然のままの寿命を全うし、遺族にはよい思い出として死の体験が残るような死を支援する医療を充実し、アメリカ人の死の文化を変革することであるというふうに立ち上げられたと言っています。この言葉で死の文化を変革するというところも私にとっては大きな意義があると感じた次第です。そしてこのプロジェクトはまず実態調査から入り 5 カ年間の調査の後、その調査というのは治療の効果とリスクの予測と優先性を明らかにする研究なのですけれども、この研究結果には非常に実は残念な結果になっているんですね。緩和ケアが浸透しているはずなのに、実はまだまだ実態では死の直前にいたった多くの人々が機械につながれて呼吸し痛みを我慢し色々な症状緩和ができない状態であったり、ホスピスケアは在宅が主なんだけれども半年間でサービスが切れたり、お薬が保険対象になっていなかったり、そして家族を支援する体制が弱かったり、家族が貯金を使い果たしてしまい破たんしているということが明示され、さらに医師や看護師の教育の不足ということがその結果が出されたわけです。そしてその結果に反応してこういった国立パークアカデミー研究所が改善策を立ち上げ 16 の臨床医学会が協力活動を開始し医師や看護師の卒後教育の強化策をしたわけです。そして認定制度や認定看護師制度が作られ、6 年後の 2001 年にはこのようにたくさんの認定医師や認定看護師が誕生したというふうに残されています。こういった取組というのは、国の制度や教育システムの発展の陰には研究助成を伴った研究があり国全体の動きとなっているのです。政策や社会を変えるその根拠となっているのは研究なんです。その研究が問題の所在を明確にして、研究が国策としての長期戦を示すと思うわけです。

ですので、私どものこれからの事業はこれをお手本にして日本の未来を考え、責務としてやっていかなければというふうに思います。ごく最近の動きだけちょっと抜粋してみました。日本においての 2002 年の緩和ケア定義改定後、がん対策基本法の制定後、緩和ケア医の教育や専門看護師の育成とともに緩和ケアマニュアルが発行されました。今回の改定は看護師を含め医師、緩和ケアにおける指導的な先生方を混ぜてつくられたということで非常に画期的なものであるということです。このマニュアルは近年の動きとしては非常に重要でオーストラリア、カナダ、フランスについで 4 番目の国レベルの緩和ケアマニュアルとして WHO に準拠したものとして非常に着目されています。そしてまた看護職の育成についても 10 年前から非常に重視され「エンド・オブ・ライフケア」を担う看護師教育については日本看護協会の認定看護師制度においては 1998 年から緩和ケア認定看護師、現在では 919 名、そしてがん性疼痛認

定看護師 627 名、がん化学療法認定看護師 460 名、そして 2003 年から千葉大学でも養成しています乳がん看護認定看護師 135 名、そして 2008 年からはがん放射線療法看護認定看護師が始まり 30 名、そして更には 2010 年から慢性呼吸疾患看護認定看護師、慢性心不全認定看護師などの養成が始まっているという段階で 2,000 名近くのがん関係の認定看護師が登録されていることになります。また大学院での養成の専門看護師、がん看護支援室においては 250 名と最も専門看護師領域の中でも多く専門看護師が養成されている現状であります。これと同時にもう一つ重要なのは今日特にご紹介したいと思います。ELNEC-J（エルネック・ジャパン）というプログラムです。これは日本緩和医療団体教育研修委員会で作られたもので 2007 年～2009 年の厚生科学研究費によって作られたものですが、終末期医療に関わる看護師に必要とされる知識習得のためのプログラムで世界的に多く使われているということです。これは英国でアメリカ看護大学協会とシティ・オブ・ホープという医学研究所がロバート・ウッド・ジョンソン・フォンデーションと米国国立がん研究所から助成金を得てこのプログラムが立ち上がって世界各国で展開されているプログラムです。これを日本版に翻訳し専門的緩和ケア指導員養成プログラムとして実施され、2009 年現在 345 名の人たちが養成されているということです。いうことでしたが日本財団の支援よりホスピスナースということで誕生しているということでした。様々なナースのエキスパート性を確保するべく教育が行われているわけですけれども、ここで私が思うには我が国で統一化して看護師の質確保を意図した教育プログラムとシステムを進めていく必要性があるのではないかというふうに思っています。現実のものとなっていくためには関係団体が一丸となって医療の方針を共有化しつつ、そしてケアの理念を明確にしつつ、そしてそのうえで標準的で均質的な教育プログラムと人材育成の仕組みというものをトータルに考えて作っていかなければ、ナースたちが翻弄されるばかりではなかろうかなっていうふうに思った次第です。

3) 「エンド・オブ・ライフケア」の概念と病の軌跡について

概念の整理をしながら私たちが共鳴する領域、「横断的エンド・オブ・ライフケア看護学」をどう定義したのかについてをご説明していきたいと思います。そもそも「エンド・オブ・ライフケア」というのは、どういう次元さすのかということですが、これは 2002 年の緩和ケアの再定義をされた時これまでのように緩和ケアが縦の線で区切られ、ギアチェンジという言葉が使われたと思うんですが、症状緩和をやめてホスピスケアへチェンジするというような考え方から病気の初期から、診断された時から、症状緩和の治療をしながら、ケアの治療をしながら緩和ケア、Hospice Palliative Care をし、苦痛の軽減と QOL の向上への治療ということを同時にミックスケアとして、していく中で時間の経過の中で悲嘆のケアまで見通して行うものなんだ、そして、終末期のころを「エンド・オブ・ライフケア」という位置づけ 1、2 か月の期間という図示をされています。この考え方は非常に革新的だったとは思うんですけれど、更に多様

な疾患、多様な状態の「エンド・オブ・ライフケア」を考えていかなければいけないと思っています。次に病の軌跡ということですが、病の軌跡を描くことでこれまでその患者さんがどのような病状を経過してきたか、これからどのように変化していくのか、そして今はどの時点なのか、ということを専門家として明確に描けなければならない、そのことを医療者自身が共有すること、そして患者家族の愛する人たちとともに、ヘルスケアの専門職と話しあって個別化した最善のケアを考え出すことが重要とされています。この病気によってこの軌跡が異なるということをこの図は示しているのですが、がんの患者さんは比較的 ADL がずっと終末期まで維持され、そして 2 ヶ月、1 か月くらいになりますと一気にダウンして終末を迎える。しかしながら慢性疾患の呼吸不全の様態の方々はそのいったん回復して急性期治療をして戻りながらも少しずつ状態が低下し、そして入退院を繰り返しながら終末を迎える。しかしこの最後の終末がいつ起こるか非常に不安定でわからない、予測できないということが重要なポイントになります。そして一方では神経疾患の方はADLや体調というのは非常に低いレベルで長期的な変化がないまま、あるいは感染がきっかけとしてレベルダウンするかもれしれないが長期的な期間を経て終末をいつか迎える。というような予測のつかない事態になるということで、病の軌跡ということを、その人の場合はどうなるかということを見出す非常に重要な概念として、トラジェクトリーは病気であるその人をトータルで捉える見方、そして時間軸で捉える見方として限りなく個別性を生み出すことにつながると考えます。この点はまた次の和泉先生の話でも出てくると思いますので覚えておいていただければと思います。

そしてエドモントンでは次のモデルを提案しています。2008 年、この図に QOL の黄色いラインが入っているところがとても重要なところです。病気によって命のともしびは、だんだんに消えていくのですが、人としてこの世の仕事をなし終えたというような満足感、愛する人との和解、そして人生の終焉を受け入れていく過程として肯定的な死を迎えていくという状態としてQOL の黄色いラインが入っているのです。このラインが入っていることで「エンド・オブ・ライフケア」とはこの図全体を示して「エンド・オブ・ライフケア」というふうに言えるものであって、「エンド・オブ・ライフケア」は緩和ケアやターミナルケア、の概念を内包した概念として存在するのではなかろうかと思う次第です。

4) 領域横断的エンド・オブ・ライフケアの定義と事業内容

私どもの定義としては「領域横断的エンド・オブ・ライフケア」というのはがん疾患、呼吸器、心疾患、慢性疾患、難病等の多様な臨床現場における生と死について考え、子供から高齢者に至るあらゆる発達段階にある人の人生の終生期、晩年期を包括的に捉えた看護の在り方を追究する学問を意味するというふうに定義をさせていただきました。ここで色分けをしているこの終生期ということですが「エンド・オブ・ライフケア」を日本語にした時にどのように訳したらよいのだろうかということが一つ課題ではあり、この言葉を使われたのは日

野原理事長のライフプランニングセンターでのセミナーで使われたと伺いました。そこで終生期とは終末期と違って終わりまで生きる時期、という意味合いで終生期としたわけです。

このように「領域横断的エンド・オブ・ライフケア看護学」この事業の目的としましては今日お配りしたお手元のリーフレットを開きますと左側のページにこの定義と事業の目的がのっています。

第 1 に普遍教育及び基礎看護教育課程において生と死について深く学び死生観を身に着けた看護職の人材育成、そして第 2 に「エンド・オブ・ライフケア看護学」の確立と地域社会への発信であると考えています。このプロジェクトの中では 5 つの柱を掲げており、教育の部分と研究の部分と地域への発信という 3 つの領域を事業の柱としています。これを順にお話していきたいと思います。これまで 3 年間やってきた普遍教育の中で「いのちを考える」を今度は「生きるを考える」というふうにさせていただきました。そして」開講対象は同じですが、新たに組み立て直し、初めに生きるとはということで日野原先生はじめ、山崎章朗先生、アルフォンスデーケン先生の講義を導入とし医学、哲学、宗教学からの視座、次に看護の領域としては慢性疾患や高齢者、小児、認知症で生きる人のエンド・オブ・ライフケアということで看護学の視座、更に多様な療養の場、すなわち急性期医療、退院支援、回復期病院、それから施設ケア、地域ケアにおけるエンド・オブ・ライフケアに関する病の軌跡の視座ということで、これは長期的な展望で、どうその人の生き方を支えるか取り上げていきたい。そして 4 つ目の領域としては地域社会福祉制度の在り方としてのエンド・オブ・ライフケア、経済学や社会学の視座からいろんな制度の在り方についてのエンド・オブ・ライフケアということで構成しました。

次に看護専門教育に新しく開講します。4 年生、編入性を対象として自分の実習での体験を内省し、事例を通して深く考えることを目的としています。教授方法としては、ケースメソッド方式を取り入れたグループ学習を主体としたもので、自己の体験をリクレッションをしながら最終学年としてより実際に近い形で看護実践のシュミレーション、あるいは思考過程を意識化する学習を進めていくことを目標に教育方法を開発していきたいと思います。

さらに大学院教育では、学生各自が専門とする領域におけるエンド・オブ・ライフケアに関連する概念や研究成果の集積、あるいは看護実践について関連づける講義や演習を行いながらテーマを自由としながらも技術開発、システム開発、それから継続教育、制度政策というようなことの観点を見出しながらエンド・オブ・ライフケア看護学における研究課題の焦点化を行うことになると思います。

最後に日本型のエンド・オブ・ライフケア看護学を説明する新たな概念の生成と理論構築ということが重要な事業の柱となります。まずは統合的な文献レビューや日本型エンド・オブ・ライフケアの概念分析をしつつ、領域別・経年的な研究の実施を計画し、効果的な支援技術の開発や教育方法の開発、医療システムや政策的研究へとつなげていきたいと考えています。

そうしてこれらの成果発信として「エン

ド・オブ・ライフケア看護学」を HP や雑誌等によって広く地域社会へ発信していくことで更なる知識の蓄積ができ、同時に地域社会の人々がエンド・オブ・ライフケアに関する考えを意識化しすることができるのではないかと考えます。この講座の事業によって医療やケアを受ける人も医療福祉専門家とともに医療の在り方を考える機会を相互交流できるような場を提供したいとも思っています。

5）千葉大学におかれた本事業の意味

千葉大学にエンド・オブ・ライフケア看護学が存在する意義としては、非常に独立大学法人としての大学の使命の中にもちろん研究をすること、ケアのエビデンスの効果を示す成果研究をすることが基盤としてあると思います。そしてもう一つは専門教育をなしとげ、それらを発信し、アカデミアとして責務として長期的展望の方向性を示していくことが非常に重要な仕事だと思います。それらを専門家同士、あるいは地域の人たちと共有する、こういったリンクしていくことによって、将来の医療の在り方と地域社会の人々への生き方への提案ということでドクターフォーリーの言葉を借りれば文化の創出をしていくことができるのではないだろうかということです。

では非常に長くなりましたけれど、私どもの壮大な計画というか、ビジョンをお話しさせていただきました。ご清聴ありがとうございました。

日本財団 助成事業
The Nippon Foundation

領域横断的エンド・オブ・ライフケア看護学講座の目指すもの

千葉大学大学院看護学研究科
特任教授　長　江　弘　子

2011.3.5（土）

1

本日、皆様にお伝えしたいこと

- 1. 領域横断的エンド・オブ・ライフケア看護学の基本的考え方
- 2. プロジェクトの全体構想
- 3. 千葉大学大学院看護学研究科におかれた本プロジェクトの意義

2

エンド・オブ・ライフ・ケア(End-of-Life Care)

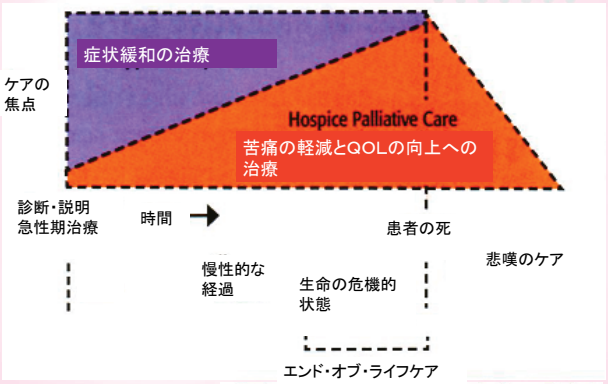
人生の終焉は誰にでも訪れ、終焉の原因(死因)が病気のことが多く、しかも原因となる最近の病気の多くは長い経過をとる。そのような最期の日々の痛みや苦しみを十分に治療され、本人が望むとおりに過ごせるよう支援する。

Dr. Kathleen M Foley　1999.

ニューヨークのメモリアル・スローン・ケッタリング・がんセンターの医師。がんの痛み治療を専門とする神経内科医

3

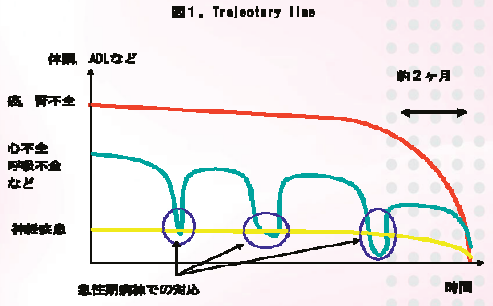
2002年のエンド・オブ・ライフケア



(Ferris *et al.*, 2002, p. 17-18, reprinted with permission)

4

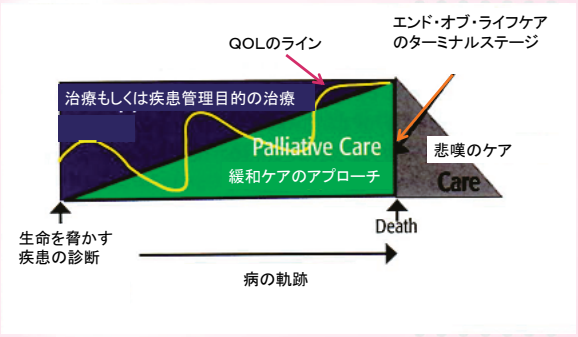
エンド・オブ・ライフケアを考える病の軌跡



自治医科大学附属病院緩和ケア部　丹波嘉一郎氏の佐賀医師会セミナーでの講演資料より、2007.

5

エンド・オブ・ライフケアの包括的な意味：全人的ケアとしての自然な死と肯定的な人生



The Pallium Palliative Pocktbook,p2-4,2008. Edmonton , Alberta , CANADA

6

私たちが考える
領域横断的
エンド・オブ・ライフケア
看護学について

7

領域横断的とは

- 領域とは何を指すか

1）疾患（病気）：
2）系統別看護の専門領域：
3）病院機能別に示される治療の場：
　患者・家族にとっては療養の場
4）関わる専門職種の専門領域：

- 横断的とは何を意味するのか

1）場や領域において共通性を見出す
2）場や領域に影響されない本質を探る
3）場や領域の特性（強み・弱み）を示す
4）場や領域を有機的につなぎ、統合化する：軸を創る
5）これまでの治療やケアを継続するという時間軸でケアの持続性を維持する観点を捉える

8

ケアの対象であるその人一人一人を専門領域や療養の場を超えて、包括的に時間軸でとらえ、病気と共にある生活や人生を生きる人の自然な死を支える

9

領域横断的エンド・オブ・ライフケア看護学とは

- がん疾患、呼吸器、心疾患、疾患など慢性疾患や難病等の多様な臨床現場における生と死について考え、子どもから高齢者に至るあらゆる発達段階にある人の人生の終生期・晩年期を包括的にとらえた看護のあり方を追究する学問を意味する。

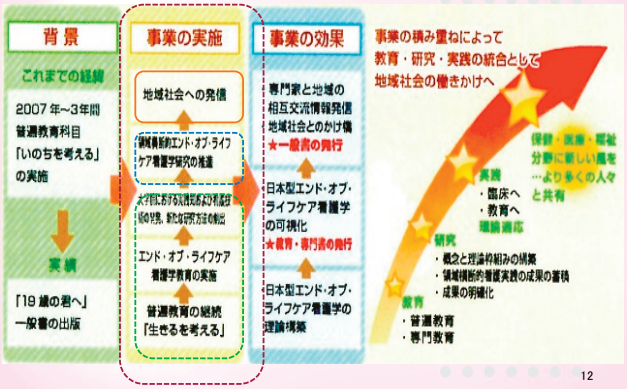
10

本事業の目的

- 本事業の目的は、
- 1. 普遍教育および看護基礎教育課程において生と死について深く学び、死生観を身につけた看護職者の人材育成を行う
- 2. エンド・オブ・ライフケア看護学の確立と地域社会への発信である。

11

プロジェクトの全体図



12

教育1 普遍教育課程「生きるを考える」

対象：全学部1～2年次
学習目的：エンド・オブ・ライフとは何か、人にとっての生・死とは何か、多様な療養の場での病と共に生きる人々の生と死について理解する。
1）生きるとは：日野原重明先生、山崎章郎先生、アルフォンス・デーケン先生から医学・哲学・宗教学の視座
2）看護の領域：慢性疾患高齢者、小児、認知症を生きる人へのエンドオブライフケア：看護学の視座
3）多様な療養の場：急性期医療、退院支援、回復期病院、施設ケア、地域ケアにおけるエンドオブライフケア：病の軌跡の視座
4）地域社会福祉制度の在り方としてのエンドオブライフケア：経済学や社会学の視座

13

教育2 看護専門科目「エンドオブライフケア看護実践論」

対象：看護学部4年生、3年次編入生
学習目的：多様な療養の場におけるエンド・オブ・ライフケアが必要な患者・家族へのケアにおいて、看護師が果たすべき役割は何かを考える。
各自の既習学習における経験をもとに、事例を通して深く考える科目とする。

教育方法
1. ケースメソッド方式を取り入れ、グループ学習を主体とする。
2. 自己の実習体験をリフレクションしながら、最終学年としてより現実に近い形で看護実践の思考過程を意識化する学習を進めて行く。

14

教育3 大学院看護学研究科「エンドオブライフケア看護学特論」

博士前期課程1～2年次）
内容：学生各自が専門とする領域におけるエンド・オブ・ライフケアに関連する概念、研究成果と看護実践について関連づける講義や演習を行う。
テーマは自由とする。
①がん、慢性疾患、難病、認知症、小児の看護方法・技術の開発
②医療、老人ケア施設、在宅での看とりシステムの開発・提案
③日本型エンド・オブ・ライフケア看護学に関する標準的な継続教育方法とシステムの開発
④医療制度や政策に関する研究

15

研 究 領域横断的看護学研究の推進

日本型エンド・オブ・ライフケア看護学を説明する新たな概念の生成と理論構築

1. 統合的文献レビュー
2. 日本型エンド・オブ・ライフケアの概念分析
3. 領域別・経年的な研究の実施
   1）エンド・オブ・ライフケア対象を拡大した実態調査
   2）効果的な支援技術の開発
   3）教育方法の開発
   4）医療システムや政策的研究
4. エンド・オブ・ライフケアに関連する修士・博士論文への研究支援
5. 若手研究者の育成

16

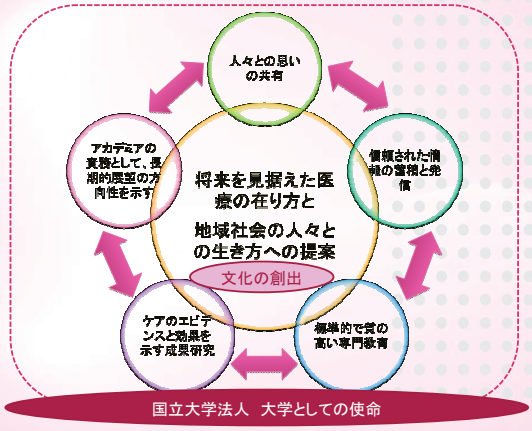
発 信 エンド・オブ・ライフケア看護学に関する情報の蓄積と発信

地域社会の人々がエンド・オブ・ライフケアに関する自分の考えを意識化し、専門家と共に医療の在り方を考える機会を提供する。
専門家は人々の思いや考えを知り、自分たちのケアの在り方を内省し、変革することができる。

1）国内外の情報交流型ホームページの作成
2）ニュースレターの発行
3）勉強会・交流会の実施
4）講演会・シンポジウムの実施　　など

17

千葉大学にエンド・オブ・ライフケア看護学が存在する意義



18

エンド・オブ・ライフケアの実践知を示すアプローチ

和泉　成子

皆様こんにちは。この度、千葉大学大学院看護学研究科に設置されますエンド・オブ・ライフケア看護学講座に就任いたします和泉成子と申します。現在ワシントン州立大学で勤務しているため本日はワシントン州スポケンからビデオレターで参加させていただきます。ビデオレターのタイトルとしてエンド・オブ・ライフケアの実践知を示すアプローチをいただきました。

まず最初に、この講座の名前につけられているエンド・オブ・ライフケアについての私の考えと思いについて少しお話しさせていただきます。私が千葉大学の看護学部を卒業し看護師として働き始めたころは、ホスピスや在宅療法が皆無に近い状態でしたので病院で亡くなる患者様がほとんどでした。そのような入院している回復の見込みのない患者様のことを申し送りの時などは看護師間でターミナルの患者さんと呼んでいました。この言葉はターミナルステージ、つまり最終段階の病状にあるという意味で使われていたのですが、看護師たちがひそひそ声で「あの患者さんはターミナルだから」と話しいている様子から非常に陰鬱で絶望的な響きを感じ取っていた事を覚えています。また当時は十分な疼痛緩和や症状の効果的なマネージメントについての知識もあまり普及しておらず、ターミナルの患者さんと呼ばれていた人たちの多くが、痛みや不快な症状に苦しみながら亡くなられておりました。そのため、ターミナル期という言葉には非常に陰鬱でそれ以外には行き場のない、なす術のないどん詰まりという印象がありました。その後、そのような患者様へのケアを改善することを研究テーマとして取り組んで参りましたが自分の研究領域を説明する時に「ターミナルケアの研究をしています。」とついひそひそ声になってしまうことが主でした。私がエンド・オブ・ライフケアという言葉に出会ったのはアメリカ、オレゴン州にありますオレゴンヘルス＆サイエンスユニバーシティで博士課程に所属している時でした。私のアドバイザーはバージニアチューデンという先生だったのですが、彼女の研究領域はこの同じ領域で研究している先生でした。彼女が自分の研究領域について説明するときには、このエンド・オブ・ライフケアという言葉を使っていましたので、「あ〜、英語ではこのように表現するのだと理解して私もこ言葉を使い始めるようになりました。その後、何気なしに英語の時はエンド・オブ・ライフケア、日本語の時にはターミナルケアという言葉を使っていたのですがこの度、千葉大学に新しくエンド・オブ・ライフケア看護学講座が開設されるとお聞きした時にこの言葉の意味について考えてみました。ターミナルという言葉にはその病状がそれ以上良くならない、対応手段のない最終の段階であるという医療的判断が含まれていると思います。一方、エンド・オブ・ライフケアという言葉には人生の終焉、世俗を離れて静かに余生を過ごすときというニュアンスがあるように思います。その時期は医療者が判断するものではなく、当事者が感じ取るものではないか

と思います。実際、エンド・オブ・ライフケアの対象となる患者様は病状から予後 6 か月未満と診断された方だけでなく、事故、あるいは病状の急変になどにより突然差し迫った現実としての死に直面した方、また比較的健康ではあるけれど徐々に衰えていく心身を感じ取り、数年あるいは十数年先の生に終わりに向かっている自分を意識して準備しようとしている方々を含みます。更に、エンド・オブ・ライフという言葉にはもう手の施しようのない最終段階という響きはなく、反対を指すビギニング・オブ・ライフ、出生と同じように自然な生のプロセスの終焉をさしていると思います。そこでの医療者の役割、つまりエンド・オブ・ライフケアの内容は、その自然なプロセスを操作したり変更することではなく、患者とその家族が生を全うできるように支援することだと思います。このように考えてくると、この千葉大学で新しく開設された講座がエンド・オブ・ライフケア看護学講座と命名されたことの意義とその名前が指し示す方向性が明らかになってくると思います。医学的な診断名だけに関わらず、生の終焉を迎える人々を看護学の中心的価値である全人的ケアの視点から理解し支援する、そのような看護を探究する講座にしていきたいと思います。

次にエンド・オブ・ライフケアに関する研究の方向性について述べたいと思います。これまでターミナルケアやホスピスケアの領域ではがん患者を対象とした研究が主に行われてきました。確かにがんは日本の死因における一位をだいぶ長く占めていますが、がん以外の疾患や事故で亡くなる患者さんも多くいらっしゃいます。それぞれの疾患や病態によって死への経過、トラジェクトリーが異なると考えられています。ここに 3 つの異なる死へのトラジェクトリーについて図で示しました。一番上はがんのトラジェクトリーなのですが、これはやや極端な例ではないかと思いますが、がんの疾患の場合、診断後、治療により発症前の健康状態に戻り、そのような健康状態で経過した後ステージ 4 の診断がなされ、通常数か月から 6 か月程度の期間を目安にした予後が診断されます。その予後の経過はだいたいの予測が可能だとされています。一方、心筋梗塞や COPD などの慢性肺疾患、心疾患は急性の悪化を繰り返しながら、徐々に全身機能が低下していく経過をたどります。急性の悪化から回復することが多くの場合なのですが、最終的には同じような急性の症状悪化から回復がかなわずに死に至ります。これまでに同じような症状から回復した経験があることから多くの場合、そのような死を多くの患者さん、家族は予測していなかったものとして捉え、そのような時にどのような治療を望むのか、エンド・オブ・ライフの意志決定について全く心の準備ができていないということがわかります。また社会の高齢化が進むにつれて、特に著明な疾患がなくても身体機能が次第に低下していき亡くなるという場合もあります。このような場合、認知症などの発症により自立して生活することが困難になり、長期間にわたる家族や在宅ケアなどによるケアが必要となる事があります。更に転倒や骨折などによる入院を契機に混乱、全身状態の衰弱が起こり、死が早まるとういことも多くあります。そのような場合、本人や家族はそのようなことが

起こり得る事を知らずに唐突な死と受け取り、良いエンド・オブ・ライフを送ることができなかったと後悔することも多くあります。このような死へのトラジェクトリーの違いに応じたケアを検討していくことがエンド・オブ・ライフケアにおける研究の大きな課題ではないかと思います。更に死はどのような年齢層にも起こるものであり、それぞれの状況に応じた適切なケアを考えていく必要があると思います。今、高齢者にとっての死の準備の必要性について簡単に述べましたが、高齢者へのエンド・オブ・ライフケアと、小児とその両親へのエンド・オブ・ライフケアまた成人期にある患者とその家族へのケアは異なる側面があると思います。更に出産時や流産や死産、あるいは乳児期の死には更に異なる配慮が必要になると思います。また死は個人的なものだけでなく社会的に構築されるものであると思いますので、患者や家族そしてそれを取り巻く医療者や病院などの医療施設、地域社会の中で死がどのように捉えられているのか、死がどのように扱われているのかを理解する必要があります。医療の発達した社会の中では死は避けることが可能であるという風土があるようにも思います。アメリカの病院の中では患者の心臓が停止した時に家族に心肺蘇生をするかどうかを聞きます。その時の説明として「蘇生をすると患者の呼吸の循環を取り戻すことができます、しかし蘇生をしないと死亡します。」というような説明がなされるのですが、これではまるで患者を生かすか死なすかの選択を家族にあるかのような説明ではないかと思います。このような医療者による説明やテレビや映画の中での生死の操作が、社会や一人一人の患者家族の死の理解と需要にどのような影響を及ぼしているのか、それを理解し啓蒙していくための研究を行う必要があるかと思います。研究の方向性の 2 点目として、効果的な支援技術の開発があげられます。緩和医療との位置づけで既に多くの研究が行われていますが、それらの研究をさらに進めていくことに加えて効果的な代替療法の活用も更に研究していくことが重要かと思います。またエビデンスベースドプラクティスではなくプラクティスベースドエビデンスというアプローチの導入も検討していきたいと思います。プラクティスベースドエビデンスの考え方はこれまでの緩和医療の実践研究によくフィットすると思いますが、それに加えて現場の看護師、医療者は経験に基づいた効果的な支援方法についての豊富な実践知を有していると思います。私の博士論文で行った研究ではエンド・オブ・ライフケアの中で看護師が有する倫理的判断についての実践知を明らかにし、看護師たちがどのようにそれを体得していったのかについての研究を行いました。このように患者家族への支援技術、医療者の臨床判断能力についてすでに存在している実践知をエビデンスとして検証していくことは質の高いエンド・オブ・ライフケアを研究していくうえで非常に重要なのではないかと思います。またエンド・オブ・ライフケアは症状緩和だけではありません。患者家族がどのような援助を必要としているのか、また死へのトラジェクトリーに沿って複数の医療施設、多数の医療者からケアを受けるプロセスの中でどのような援助が必要なのか、有効なのか、それを理解することが重要では

ないかと思います。これに関して私は現在2 つの研究を行っているのですが、一つは病院に入院している慢性疾患を有する重症患者にとっての良い看護ケアを特定するツール開発を行っています。その開発に先立って入院している重症患者が望む良い看護ケアとは何かを明らかにし理解するための質的研究をおこないました。もう一つの研究は亡くなった高齢者患者の家族への聞き取り調査です。慢性疾患を有する高齢者がどのような死への経過をたどるのか、そのプロセスの中で医療者や医療施設がどのような役割を果たしているのかを明らかにすることを目的としています。これらは、あくまでも例ですがこのような患者家族を中心にした彼らの視点から見たエンド・オブ・ライフケアの経験を理解し彼らが必要としているケアの開発に焦点を置いた研究が重要であると思います。患者家族を中心としたケアの開発に加えて、エンド・オブ・ライフケアの質の向上のためには効果的な医療組織を超えたシステムの構築が必要だと思います。そのためにはエンド・オブ・ライフケアの質を把握するための大規模かつ組織的なデータの収集と蓄積が求められます。どのような患者がどこでどのような医療を受けながら亡くなっているのか、エンド・オブ・ライフについての患者家族との会話がなされているのか、だれが、いつ、どこでそれを行っているのか、患者家族の意思はどのように確認されているのか、どのような医療オプションが提示されているのか、これらのデータは各医療施設がそこで行っているケアの内容と質を理解するために用いるだけではなく医療施設間、地域間での比較も可能にするために必要であると思います。日本緩和医療学会やホスピス施設らが中心になって、このようなシステムの構築はすでに行われ始めていると聞きますのでそれを更に強化、普及することに作用していきたいと思います。また施設や職種を超えた事前指示書や治療方針を共有するシステム作りについて取り組んでいく必要があると思います。現在の日本の医療システムの中では医療社会のケアの継続が難しく、ある病院に入院中に患者が選択した治療方針や事前指示書が、退院したあと自宅で急変した時に救急車で運ばれた先の病院では知られていないために、望まない蘇生を受けてしまうというようなことも起こりえます。アメリカのオレゴン州で開発され、その他の州でも広く導入されはじめている事前指示書にフォルストがあげられます。これは生命維持療法に関する医師による指示書なのですが、心肺蘇生を望むか否か、緩和ケアのみを希望するのか、どの程度の医療措置を望むのか、抗生剤や人工栄養を望むのかなどを明記し患者本人と医師、主治医のサインがなされます。開発されたオレゴン州では非常に派手なピンク色のフォームで作られているのですが、このフォームは患者さんについて回るようになっています。入院中は患者さんのチャートに、そして退院後は患者の家の冷蔵庫など人目につくところに貼っておくことになっています。ですので、たとえば家で呼吸困難になって家族が救急車を呼んだ場合、救急隊員はこのフォルストの内容を確認して、そこにおかれている医師のオーダーに従って行動することになります。このような施設を超えた患者の選択、意志を尊重するためのシステム作りが良いエンド・オ

ブ・ライフケアを可能にしていくうえでの大きな課題ではないかと思います。

最後に良いエンド・オブ・ライフケアを可能にしていくためにはエンド・オブ・ライフケアの効果的な教育方法についての検討が不可欠であると思います。現在は緩和ケア専門認定看護師や緩和ケア認定師などスペシャリストの養成が進んできていますが私の個人的な考えとしては良いエンド・オブ・ライフケアはスペシャリストだけによって提供されるのではなく、その人に関わる全ての人々、つまり患者、家族、看護師、専門医、近所の開業医、地域の人々が良いエンド・オブ・ライフケアを理解することによって可能になるのだと考えます。緩和ケア専門以外の看護師、いわゆるジェネラリストの看護師のエンド・オブ・ライフケアに関する基本的理解やトラジェクトリーのアセスメント能力、患者家族、他の医療者とのコミュニケーション能力などを養成するための効果的な教育方法を検討していくことが課題であると思います。また医療者間のコミュニケーション能力を養成するための教育方法として看護学部、薬学部、医学部などを含む多色種共通講座の設定などを検討していけたらと考えています。そして医療者だけではなく、エンド・オブ・ライフケアについての考えの風土を形成する地域社会と、このスライドの中では啓蒙という言葉を使いましたが、むしろ共同しながら良いエンド・オブ・ライフケアについて、ともに理解し学びあっていける社会をつくっていくことができればと考えています。

以上がエンド・オブ・ライフケア看護学講座に就任するに当たり、私が考えていることになります。今日は皆様と直接お会いしてお話しを伺うことができないことが非常に残念です。帰国時にはぜひ皆様のご意見やお考えを伺い、より多くの方々が良いエンド・オブ・ライフを迎えることができるように努力していきたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

エンド・オブ・ライフケアの実践知を示すアプローチ

和泉成子(いずみしげこ)

1

End of Life Care

ターミナルケア
終末期ケア

- 病気の最終段階
- 医学的判断
- 治療法がない

エンド・オブ・ライフケア

- 生の終焉
- 当事者が感じ取る
- 自然な移行を支援する

2

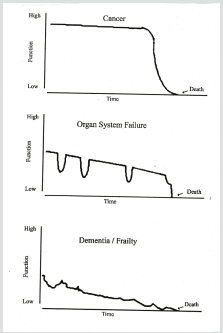
エンド・オブ・ライフケア看護学

医学的診断名に関わらず、
生の終焉を迎える人々を看護学の
中心的価値である全人的ケアの
視点から理解し支援する

3

End of Life (EoL) Careに関する研究の方向性

1. 対象者の拡大
1) がん以外の疾患によるEoLも対象とする(慢性疾患・老衰・認知症、事故等を含む)
2) 発達段階に応じたエンドオブライフケアの検討(出産時・小児期・成人期・高齢者など)
3) 患者/家族・医療者・施設/地域/社会を対象とした取り組みの必要性



4

EoL Careに関する研究の方向性(つづき)

2.効果的な支援技術の多角的な開発

1) 効果的な症状緩和方法の開発(代替療法も含む) Practice-based evidence

2) 患者/家族が必要としている支援を理解するための探索的研究

3) EoLの経過を理解するための縦断型・施設横断型研究

5

EoL Careに関する研究の方向性(つづき)

3. EoL careの質向上のための医療システムの構築

1) 大規模・組織的データの収集・蓄積

2) 施設・職種を越えた事前指示書・治療方針等の共有の可能性

6

EoL Careに関する研究の方向性（つづき）

4. EoL careの効果的な教育方法についての研究

1) スペシャリスト vs. ジェネラリスト
2) アセスメント能力の養成
3) 患者/家族とのコミュニケーション能力の養成
4) 多職種間のコミュニケーション能力の養成
5) エンドオブライフについての社会的・文化的理解と啓蒙（患者/家族/市民対象）

7

エンド・オブ・ライフケアの実践知を示すアプローチ

和泉成子 (いずみしげこ)
seiko.izumi@gmail.com

8

患者と家族を中心としたエンド・オブ・ライフケア

櫻井　智穂子

今日は 3 つのことについてお話しようと思います。まず一つ目は私が考えるエンド・オブ・ライフケアについて、二つ目に患者と家族を中心としたエンド・オブ・ライフケアのために取り組んだ研究について、最後に患者と家族を中心としたエンド・オブ・ライフケアのための今後の課題についてです。

では初めに、私が考えるエンド・オブ・ライフケアについてお話しします。長江先生と和泉先生のお考えとも重なる部分があるのですが、エンド・オブ・ライフとは、病気が進行した結果としての人生の終わりという悲しい意味合いが強いものだけでなくて、もっと広い意味の終わりを指していると思います。それは生あるものに全て平等に訪れる、ごく自然で比較的穏やかな終焉のイメージが含まれるように考えています。そしてエンド・オブ・ライフケアは死に近づいていく患者さんだけでなく、患者さんを支えるご家族に対しても行われるものであろうと考えています。もしある人が突然亡くなった場合であったり、病気の子どもの死の場合であったりするならエンド・オブ・ライフケアはご家族へのケアという意味合いが更に強まるだろうと思います。エンド・オブ・ライフにはその人が、それまでどのようなことを大切にしてどのように生きてきたかが表われるものであり、その人らしさが浮き彫りになるのではないかと思います。ですので、エンド・オブ・ライフケアにはその人がどうありたいか、どのように自分の人生を生ききりたいか、その人の意思を活かすことが重要であると考えています。

そこで、私が取り組んだ研究についてお話しさせていただきます。これまで、私はがんの看護について学んでまいりました。ですので、領域横断的エンド・オブ・ライフケアなんですけれども、今日の所は、がんの患者さんとそのご家族への看護を中心にお話させていただきますことをお許しください。私が取り組みましたのは、がんの終末期にある患者さんとそのご家族が最後の日々の過ごし方について意思決定をする過程を理解し、そこにどのような看護の支援が必要であるかについての研究です。これは 10 年近くに前に行いました。この研究では、がんの終末期の患者さんが、家族を思いやり、家族の意思を汲みつつ自分の意思に近い決定をすること。家族は、患者の死が近いことをどれほど受け入れられているかが決定に強く影響していましたけれども、可能な限り患者の希望を優先しようとするということが明らかになりました。

この研究を進める中で、強く印象に残った出来事がありました。ある患者さんは、余命が短いことを知りながらも、最後の望みにかける思いで通院による放射線治療を受けることを決定しました。そして、退院の少し前から放射線治療が開始されたのですが、ある日、治療室で放射線科のスタッフに「通院で放射線治療を受けるのはたいへんですよ。」と言われました。このようなタイミングで、この患者さんがちょうど発熱をしてしまいまして、「やっぱり入院して

放射線治療を受けたい。このままでは帰れない。」と一度は決めた『退院する』という決定を覆しました。しかし、病室に戻ってから看護師にその気持ちを伝えたのですが、「一度帰るって決めたんですよね。」と言われて呆れられてしまうし、次に主治医に訴えてもなかなか取り合ってもらえませんでした。この患者さんは、医療に対する不信感と見捨てられたという思いで涙を見せながら退院していきました。この出来事を間近で見て私はある疑問を感じました。在宅療養すると一度決心して、それを取りやめてしまう人は本当に少数派かもしれないけれど、それは本当に稀なことなのだろうか、してはいけないことなのだろうか、ということです。そこで、意思決定に関係する理論や本をあれこれ調べてみました。すると、社会心理学者 Festinger という人が提唱した理論というものに出会いました。それは認知的不協和理論というものなのですが、これは、決定に引き続いて生じる、「これで良かったんだろうか。」という不安や迷いを指します。人が決定した後にそうした相矛盾する不快な緊張状態、緊張している心理状態が生じるのですが、それを抑えようとする心の動きが自然に起こって、その決定が重要なものであるほど、「やっぱり辞めようかな。」、「やっぱり辞めた！」という翻意や変更の気持ちが起こりやすいということです。このことから、人生の最期の過ごし方という重大な決定をした患者さんやご家族が、その決定後に迷ったり気持ちが変わったりすることは、誰にでも起こりうることなのではないか、と思いました。

また、その他に、医療機関に患者さんやご家族が相談できる窓口があってそれが活用されることで、もっと患者さんやご家族の意思決定を支援できるのではないかとも考えました。そのヒントを探しに、患者相談の業務を担当してその道十数年というエキスパートナースにインタビューさせていただいたことがあります。そこでそのナースがおっしゃったのは、患者相談の仕事とは、つまり『患者の“ゆれ”に付き合うこと』だということでした。そのナースは恐らく長年にわたる経験からそうおっしゃったのだと思います。この言葉を聞いて、私は、『患者さんの“ゆれ”に付き合うとはどういうことだろう？』とそれを目で見て分かるように表してみたいと思うようになりました。そのために、次にお話しいたしますのが、終末期のがん患者の家族の緩和を目的とした療養への移行の決断の“ゆれ”を支える看護援助に関する研究、これに取り組みました。

研究の背景と意義です。厚生労働省によって平成 10 年～20 年までの 5 年ごとに実施された終末期医療に関する調査と検討会の報告によりますと、自分の死期がせまっていると告げられた場合、まず自宅で療養して必要であれば医療機関、あるいは緩和ケア病棟に入院したいと言う一般国民が増加傾向を示していますが、65 パーセント以上が自宅で最期まで療養することは実現困難であると考えています。これは、終末期医療を地域で受け入れることを進める医療制度改革の方策とは相反する結果です。病気の終末期にある患者と家族が療養方法を決定した後に、様々な理由から迷いや決定したことの撤回にいたる意思の“ゆれ”が生じるということは、先程お話しした例でもありましたように、医療専門職者には理

解されないのが現状です。このことは患者と家族の苦悩を長引かせることになるため、私は、それを乗り越えるための支援が必要であると考えました。そこで、先程お話ししました、社会心理学者 Festinger の理論です。この研究の結果、意思の“ゆれ”というものが認知的不協和の特徴と似ていると思いましたので、この研究では決断の意思の“ゆれ”を明らかにする手掛かりとして、この理論を参考としました。

この研究は二つの研究で構成されています。研究 1 の方では、治癒が不可能であり、余命が 6 ヶ月程度かそれ以内であると診断された終末期がん患者とその家族の、緩和を目的とした療養方法への移行を決断した後の意思の“ゆれ”の発生を明らかにし、そして研究 2 では、研究 1 の結果から、終末期がん患者とその家族の緩和を目的とした療養方法への移行を決断した後の意思の“ゆれ”を支える看護援助方法を考え出し、それに基づいて看護援助を実施し、有用な看護援助方法を明示するということを目的とします。この研究では“ゆれ”を『患者と家族が緩和を目的とした療養への移行を決断し実行する過程で生じる、不安、迷い、葛藤、混乱、また、決断したことへの翻意や撤回を表す言動』とし、心の安定が乱されている状態の全体を指します。そして、“家族”を『患者の近親者であり、療養方法の決定と患者の介護に主として関わる人物であり、患者が家族であると認める者』と定義しました。まず研究 1 の対象です。ご協力いただいたのは、がんの治療中に終末期の緩和を目的とした療養へ移行することを決断したがん患者さんとそのご家族です。患者さんは、予後 6 か月程度かそれ以内と診断されている方で、ご家族は、意思決定に主として関わる立場にあり療養過程において患者さんに最も近い存在である方から研究への参加の承諾を得ました。調査は、関東にある総合病院の泌尿器科および緩和医療科でご協力を得て実施しました。そこで終末期の緩和を目的とした療養へ移行することを決断した患者さんとそのご家族にインタビューさせていただきました。この研究は、千葉大学看護学部倫理審査委員会に承認されて行われました。

そして、研究 1 の結果をもとに、終末期のがん患者さんとそのご家族が緩和を目的とした療養へ移行すると決断した後の“ゆれ”を支える看護援助方法を作成し、2 つ目の研究を行いました。

2 つ目の研究でも、研究 1 と同じ条件を満たし、研究への参加の承諾を得られた患者さんとご家族にご協力いただきました。調査方法は参加観察法です。患者さんとご家族へ看護援助を実施しながら、その反応を見て効果を確認していく。それと、半構成的質問紙を用いた面接調査方法では、インタビューをさせていただいて患者さんとご家族から決断に対する後悔の確認と有無に関することを中心とした内容について伺いました。看護援助と参加観察は、がんの終末期である患者さんとそのご家族が緩和を目的とした療養への移行を決断した直後から患者さんが亡くなるまで実施されました。インタビューは患者さんとご家族が緩和を目的とした療養の場へ移動したあとなるべく早い時期とそのあと心身の状態が落ち着いたと思われたころに行いました。調査の場所は研究 1 と同じです。得られた結果は研究 1 と同様に質的機能的に分析され

ました。

結論として、この研究で考案した終末期がん患者さんとそのご家族の緩和を目的とした療養への移行を決断した後の意思の“ゆれ”を支える援助方法は、

1. 患者さんとご家族が選んだ療養方法の利点や価値に気付き実感する事とその療養方法の実行と継続を支持した
2. 患者さんとご家族の情報の正しい理解を助け､主体的に療養へ向き合うことを支持した
3. ご家族が患者さんの意思を理解する事を助け､患者さんとご家族とのつながりを維持することを支持した
4. 患者さんとご家族が医療専門職者を含む周囲の人々との信頼関係を維持することを支持した

これらのことから、認知的不協和理論、この理論を看護援助に活用する意義は強められたというふうに判断しています。

また、

5. この看護援助方法が専門的な助言や支援を得ることにより一般病棟において実施可能である

というふうに考えます。ただし、スタッフの努力だけを当てにするには限界があると思います。

最後に、患者と家族を中心としたエンド・オブ・ライフケアのための今後の課題について述べます。本日はがんの患者さんとご家族への看護援助のお話が中心になりましたが、今後は、その他の疾患の方々や高齢の方々のエンド・オブ・ライフケアへと視点を広げていくこと、そして、本日お話しました患者さんたちと異なって、ご家族の支援を得られない患者さんや経済的な問題を抱えている患者さんも、世の中には思いのほか多くいらっしゃいます。そのような状況にある患者さんへの支援についても考えていきたいと思います。そのためにはまず、医療やケア受ける患者さんとご家族の声を聞くことがかかせません。そして、既に存在している支援新体制について広く情報を収集し、その成果と問題点を整理し、検討を重ねていく必要があり、またケアを提供するスタッフが困難な中にありながらエンド・オブ・ライフケアに取り組めるような継続教育の機関が必要であり、看護だけでなくその他の医療や福祉の専門職者、自治体などとのつながりを強めていく必要があると考えます。

できるだけすべての人が必要とする時に、必要な支えを得て希望に沿った人生を全うできるような仕組みを整えることが今後の課題であると考えています。以上です。ご清聴ありがとうございました。

患者と家族を中心とした
エンド・オブ・ライフケア

エンド・オブ・ライフケア看護学
櫻井 智穂子

1

内　容

1. エンド・オブ・ライフケアについて
2. 患者と家族を中心としたエンド・オブ・ライフケアのために取り組んだ研究について
3. 患者と家族を中心としたエンド・オブ・ライフケアのための今後の課題について

2

1.　エンド・オブ・ライフケアについて

3

エンド・オブ・ライフケアについての考え

- 病気の進行の結果である死とともに、生きるもの全てに平等に訪れる、自然で、比較的穏やかな終焉をも支える
- 患者へのケアとともに、患者を支える家族へのケアを含む
- その人の意思が活かされること

4

2.　患者と家族を中心とした
エンド・オブ・ライフケア
のために取り組んだ研究について

5

終末期のがん患者と家族の在宅療養に関わる意思決定

1. 共に患者にとっての有意義な生き方を第一とする
2. 患者は、自分を思う家族に配慮し、その意思を尊重しつつ家族全体にとって最良の療養方法を選ぶ
3. 家族は、患者の命が永らえることを望みながら可能な限り患者の希望を優先しようと努める
4. 紆余曲折があっても結果としてお互いにとって満足のいく決定を行う

6

終末期のがん患者と家族の在宅療養に関わる意思決定で出会った場面

自分で決定した療養方法の撤回を願い出た患者

→ 看護師:「一度帰るって決めたんですよね!?」

→ 主治医:「……。」

患者:「追い出す気だな‼」

7

手がかり1:認知的不協和理論

認知的不協和
　決定にひきつづいて生じる不安や迷い

『不協和の存在は、不協和を低減しまたは除圧する圧力を生じせしめる』
決定が重要なものである場合、この対策の一様式として、決定に対する翻意や変更、撤回が含まれる

（Festinger, 1957）

8

手がかり2:患者相談のエキスパートの助言

患者相談の仕事とは…

相談者の“ゆれ”に付き合うこと

9

終末期のがん患者と家族の緩和を目的とした療養への移行の決断の”ゆれ”を支える看護援助に関する研究

10

研究の目的

研究1.
治癒が不可能であり余命が6ヶ月程度かそれ以内であると診断された終末期がん患者とその家族の緩和を目的とした療養方法への移行を決断した後の意思の“ゆれ” を明らかにする

11

研究の目的

研究2.
1）治癒が不可能であり余命が6ヶ月程度かそれ以内であると診断された終末期がん患者とその家族の、緩和を目的とした療養方法への移行を決断した後の意思の“ゆれ”を支える看護援助方法を考案する
2）1）で明らかにした看護援助方法に基づき、終末期がん患者とその家族に援助を実施し、緩和を目的とした療養方法への移行を決断した後の意思の“ゆれ”を支える看護援助方法を明示する

12

用語の定義

1. “ゆれ”
患者と家族が緩和を目的とした療養への移行を決断し実行する過程で生じる、不安、迷い、葛藤、混乱、また、決断したことへの翻意や撤回を表す言動とする

2. 家族
患者の近親者であり、療養方法の決定と患者の介護に主として関わる人物であり、患者が家族であると認める者とする

13

研究1　　対　象

1.がんの治療中に終末期の緩和を目的とした療養へ移行することを決断したがん患者とその家族である

2.患者は、予後6ヶ月程度かそれ以内と診断されており意思疎通に問題のない意識および身体状態にある

3.家族は、患者の療養方法の意思決定に主として関わる立場にあり、療養過程において患者に最も近い存在である

以上の条件を満たし、研究参加の承諾を得られた患者とその家族である

14

研究1　データ収集方法

調査場所
関東にある総合病院の泌尿器科および緩和医療科

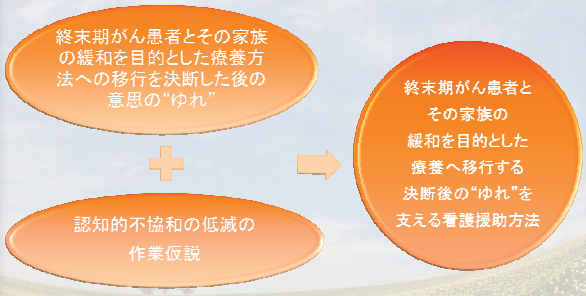
データ収集期間
平成20年11月～平成21年6月

倫理的配慮
本研究は、千葉大学看護学部倫理審査委員会で承認された

15

研究1 → 研究2

終末期がん患者とその家族の緩和を目的とした療養へ移行する決断後の“ゆれ”を支える看護援助方法の考案



16

研究2　　対　象

研究1と同様

1.がんの治療中に終末期の緩和を目的とした療養へ移行することを決断したがん患者とその家族である

2.患者は、予後6ヶ月程度かそれ以内と診断されており意思疎通に問題のない意識および身体状態にある

3.家族は、患者の療養方法の意思決定に主として関わる立場にあり、療養過程において患者に最も近い存在である

以上の条件を満たし、研究参加の承諾を得られた患者とその家族である

17

研究2　　調査方法

1. 参加観察法
STAS-J（Support Team Assessment Schedule　日本語版）を参考とする

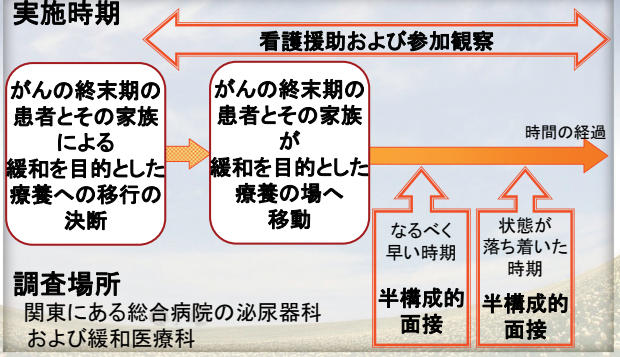
2. 半構成的質問紙を用いた面接調査法
終末期の緩和を目的とした療養へ移行することについての決断に対する後悔の有無と程度について
・Decision Regret Scale（O’Connor，1996）および
・後悔尺度（塩崎ら，2008）
を参考とし聴取する

3. 記録調査

18

研究2　　調査方法 （つづき）

実施時期



調査場所

関東にある総合病院の泌尿器科
および緩和医療科

19

結　論

終末期がん患者とその家族の緩和を目的とした療養への移行を決断した後の意思の“ゆれ”を支える看護援助方法は、

1. 患者と家族が選んだ療養方法の利点や価値に気付き実感することとその療養方法の実行と継続を支持した
2. 患者と家族の情報の正しい理解を助け、主体的に療養に向き合うことを支持した
3. 家族が患者の意思を理解することを助け、患者と家族とのつながりを維持することを支持した
4. 患者と家族が医療専門職者を含む周囲の人々との信頼関係を維持することを支持した
5. 専門的な助言や支援を得ることにより一般病棟において実施可能である

20

3.　患者と家族を中心とした エンド・オブ・ライフケア のための今後の課題について

21

今後の課題

- がん以外の疾患をもつ患者、あるいは高齢者とその家族へのエンド・オブ・ライフにおける支援
- 独居等、家族の支援が得られない患者へのエンド・オブ・ライフにおける支援
- 経済的な問題を抱えている患者と家族へのエンド・オブ・ライフにおける支援
- エンド・オブ・ライフケアに取り組むためのスタッフ教育
- エンド・オブ・ライフケアをサポートする体制づくり

22

参加者アンケート結果

全参加者 70 名→アンケート回収 39 名

参加者内訳　●学外からの参加者 35 名

- ・医療職　11 名（看護師 5 名、他 6 名）
- ・教員職　4 名
- ・福祉職　3 名（老人ホーム 1 名、介護老人保健施設 1 名
  福祉ネットワーク 1 名）
- ・学生　3 名（大学院生 1 名、学部学生 2 名）
- ・保健職　1 名
- ・その他　11 名（日本財団 2 名、出版社 3 名、他 6 名）
- ・不明　2 名

●学内からの参加者 35 名

- ・教員　17 名
- ・研究員　1 名
- ・大学院生　11 名
- ・研究生　1 名
- ・学部学生　2 名
- ・入学予定者　1 名
- ・その他　2 名

Ⅰ　本日の講演内容で興味を感じたことや、ご意見、感想など

○エンド・オブ・ライフケア看護学が開設されたことについて

＊エンド・オブ・ライフケアについて学んでいるところで一つの専門領域分野として看護学講座が立ち上がったことが嬉しい。

＊エンド・オブ・ライフケアの考え方自体に関心があったので、講座開設を素晴らしいと思う。特に領域横断的エンド・オブ・ライフケアが考えていくことが重要と考えたので今後の活動を期待している。

＊新たな学問としての広がりを感じた。

＊胃ろうや在宅療養などの多くの判断、医療側の立場と患者の思いのくい違い等々、これらに対する疑問や不安を解決する道がやっと考えられる学問ができたと思う。

＊講座の立ち上げ、本当に素晴らしいと思う。応援している。
＊重要なテーマを取り上げている。
＊エンド・オブ・ライフケア看護学の活動、目指すところが良くわかった。
＊エンド・オブ・ライフケアに関する講義を受けたのは初めてで、改めて定義から学ぶ事ができた。

○「エンド・オブ・ライフケア」と「ターミナルケア」との違いについて
＊今までは終末期を迎えている患者をターミナルという言葉で表していたが今日初めて、エンド・オブ・ライフケアという言葉に出合う事ができ、終焉に向かう患者への表現の仕方を変えることができた。
＊ターミナルとの違いをはじめ、ベースになる知識がついた。
＊ターミナルケア以上に広い範囲での新しい分野ができた事を知って良かった。ターミナル、緩和ケアとの違い、実際の内容をもっと聞きたい。
＊ターミナルとは異なることが分かった。今まで高齢者の死を考えた時、ターミナルケアとは違うと思っていたのですっきりした。
＊地域で生活する人を支援する自分の立場から、ターミナルケアは病院で行われるケアであり、あまり身近でなかったためエンド・オブ・ライフケアは地域看護職と病院ナースが連携してするものと感じた。

○エンド・オブ・ライフケアの対象について
＊エンド・オブ・ライフケアについて様々な視座から研究されており、その対象は患者本人からその家族まで幅広いのでエンド・オブ・ライフケアの可能性が非常に大きいと感じた。
＊エンド・オブ・ライフケアは全ての年齢において展開されることは当然のことだがそれが包括的に行っていくべきということで、死というのは全ての人に対し同じように訪れるため医療者は壁を作って看護するべきでないと思った。
＊がん以外の人も対象となることが明確にされていることに今後の関わりに明るい見通しを感じた。
＊広い視点でとらえており、興味深い。
＊脳外科で働いているため、家族への関わり方が大変難しく参考になると良い。
＊疾患や年齢にとらわれることなく考えることはとても重要。
＊エンド・オブ・ライフケアを領域横断的に取り組んでいることや疾患、状況、ライフステージによって多様となるこの領域の体系化にいつかぜひ協力、参加したい。

○発表者への感想
＊長江先生のエンド・オブ・ライフケア看護学講座、開講について興味を感じた。

＊実践知を示すアプローチや研究成果に基づく内容は、とても興味深い内容だった。
＊最後の櫻井先生の事例を用いた講演はとても分かりやすく内容も実際に自分の体験の中でもあったような事だったので興味深く聞いた。
＊櫻井先生の看護研究、在宅への看護援助とても参考になった。
＊看取りにおける家族の「ゆれ」、看護職、介護職の「ゆれ」に高齢者自身が不安になる場面を感じる事が多々あり、高齢者福祉施設における「看取りケア」においてエンド・オブ・ライフケアの考え方が参考になった。
＊学科開設のことのみならず先生方の思いやエンド・オブ・ライフケアそのものについてなど広く講義をいただき勉強になった。和泉先生、長江先生の講義はとても説得力があった。

Ⅱ　「エンド・オブ・ライフケア」について抱いたイメージ

○明るい前向きなイメージ
＊ターミナルという今までの寂しいイメージより明るい感じ。
＊ターミナルケアより前向きで大衆的。
＊「理想だ」というイメージ
＊人生の終わりを充実させたいという生き生きした感じ。ターミナルより受け入れやすい。
＊自然で明るい、そのままを受け入れるという肯定的なイメージがわく。
＊穏やかで前向きというイメージ。
＊ターミナルケアほど特に暗いイメージはない。
＊人生の仕上げ、成長といったことをイメージする。大切な時期のケアだと思う。
＊QOL を大切に「生」を考える。

○「静」「悲しみ」「終わり」「遠い」イメージ
＊生命の終わりというイメージ
＊死は自然なものであるが医療者ではない人にとっては悲しみの強いものだろう。
＊「静」
＊温かいイメージがありつつも、どこか遠いところにあるイメージ。

○広い対象を支えるケア
＊終生期にある患者、家族の希望を支えるケア
＊その人らしさを支えることは環境に左右され難しい課題と感じた。
＊疾患や年齢、原因に問わず、人生の最期に向かっている人やその家族がその人らしく生きるために必要とする全てのケア。
＊「死」は肉体的だけでなく、社会的、心理的な死も含まれるため、それらに対して

より良い死を迎えるため患者を支えることが看護師の役割だと感じた。
＊がんに限らず、全ての人々へのケアであり広いものである。
＊自分らしく生き抜くための手助けや導きとなるもの。
＊緩和ケアとほぼ同意語で、がん以外の疾患の方を含んだ看護といったイメージ。

○人生の選択、責任
＊人生のエンドステージの選択。自分で選択できることによる充実、家族に悔いを残させない責任。
＊終末期を治療の他に本人が望む通りに生きるドクターフォーリーの言葉通り。
＊自分の人生を決める。
＊当事者主体。

Ⅲ　今後エンド・オブ・ライフケア看護学の企画内容や活動への要望、期待すること

○講演会の開催
＊今回のような講演会をもっと多く行ってほしい。
＊これから千葉大学で学んでいく中で今日のようなイベントをやってほしい。
＊次回も引き続き、聴講したいと考えているがどの方法で聴講できるか知りたい。

○授業の公開
＊学生対象の講座が中心と思われるが、その中のいくつかを公開講座として一般に開放してほしい。
＊学校で始まった講義内容が一般の人、他施設の人が聞ける機会があればと思う。
＊講義の聴講をしたい。
＊家族ケア、すでにスタートしている緩和ケアの中でエンド・オブ・ライフケアをどう教育していくか知りたい。この講義を聴けるものなら学生にまじり是非、聞きたい。

○多職種の活動参加や活動の拡大
＊私は慢性疾患看護ですが共同研究を募ること。
＊市民の方が沢山参加できるような企画を期待する。今回は福祉施設から参加されている方もいて良かった。
＊一般の病院、地域に浸透させてほしい。大学で講義、研究するだけでは一般に実践されない現実があるのではないかと思う。
＊基礎教育、大学院教育の他に現場で働く人々へも拡大していけるシステムにしてほしい。
＊一年次の実習からがんの末期の患者さんと関わることがあるので学部一年生から現場の医療関係者まで広く受け入れられそうな活動だと思う。

＊臓器移植が今後増加する世の中、エンド・オブ・ライフケアの看護が医療者以外にも共有できるものとなれば良い。
＊今後、介護職や医療職、家族など多職種参加の活動を希望する。
＊大学内の講演だけでなく日本全国、すべての病院や地域などで本日発表されたエンド・オブ・ライフケアがなされるといいと思った。
＊死を受け入れていく方との関わりをどのようにしていいか迷うことがあったのでエンド・オブ・ライフケアが浸透することを期待する。
＊多職種がどのように協力し合っていくのか不安を感じた。（一般の人、住民を含む）
＊現場で常日頃、今回のようなケアができたら終末期の時間の過ごし方が変わっていくのではないかと思う。

○研究対象や内容の拡大
＊患者本人だけでなく、家族のグリーフケアについても研究を進めてほしい。
＊対象者に障害者（特にコミュニケーション障害）を加えてほしい。
＊患者と家族の希望の違いにどう対応していくか（患者は何もしたくない、家族は治療をしてほしい)。
＊終生期の人が生活する場（在宅、施設、病院等）それぞれにおいての対応、看護の仕方に対するマニュアル、方法論の確立。
＊緩和ケア領域では耳にする概念でしたが具体的な取り組みがはっきり扱われていなかったので実践する者として期待する。
＊がん患者、家族以外（例えばエイズ、肝移植後の患者、ダウン症の方等）のエンド・オブ・ライフケアの具体的な事例、研究の紹介、介護の課題を知りたい。

○研究成果、発信
＊研究成果を期待している。
＊エンド・オブ・ライフケアに関する成果の集約。
＊成果の発信を楽しみにしている。
＊エンド・オブ・ライフケアが日本でスタンダードになるようもっともっと情報発信をしていく必要がある。
＊終末期となった者の望む形を伺える実際面の手助けもできるよう広い視野で学び実践できるような学問になれば良いと思う。学ぶものが死とは何か考えるだけに終わってしまうのではなく、どう生きるかを考えられるような学問となれば良い。

Ⅳ　その他お気づきの点

○ご要望

＊本日講演してくださった櫻井先生の内容が発表された媒体が分かれば詳しく読むことができるので一緒に発表、記入してほしかった。

＊修士課程で認知症高齢者のエンド・オブ・ライフケアについて学びを深めているので領域や大学を超えてエンド・オブ・ライフケアの質を高めていけるような開かれたネットワーク、講演会が素晴らしいと思う。是非、講座の企画や活動に参加させてほしい。

○ご感想

＊いい勉強になった。

＊新しい知識を得られ感謝している。

＊まだまだ今後発展していく学問分野だと思った。

＊前向き、ポジティブに捉えていこうと思う。

＊講演ありがとうございました。

＊事例を用いた講演は分かりやすい。

＊以前、高校で千葉大学の先生に講演をしていただいた時に「これからは縦のつながりだけでなく、横のつながりを大切にしていくべきだ」という話を聞いていたので「これだ！」と思った。

○ご意見

＊高齢者の生きることに沿ってケアを提供する時に、必要なケアを提供することの大切さをわかってほしい。

＊茨城のホームオンクリニックの平野先生の著作「看取りの医者」は EOL の実践をされている本。是非読んでほしい。

＊人生の終焉にある人に何をしてあげられるかは大切かもしれないが現在は QOL が良いとの事で、たとえどういう場でどういう人がいようとも、まずはその方自身や家族の思いを皆で共有することから始まるのではないだろうか。

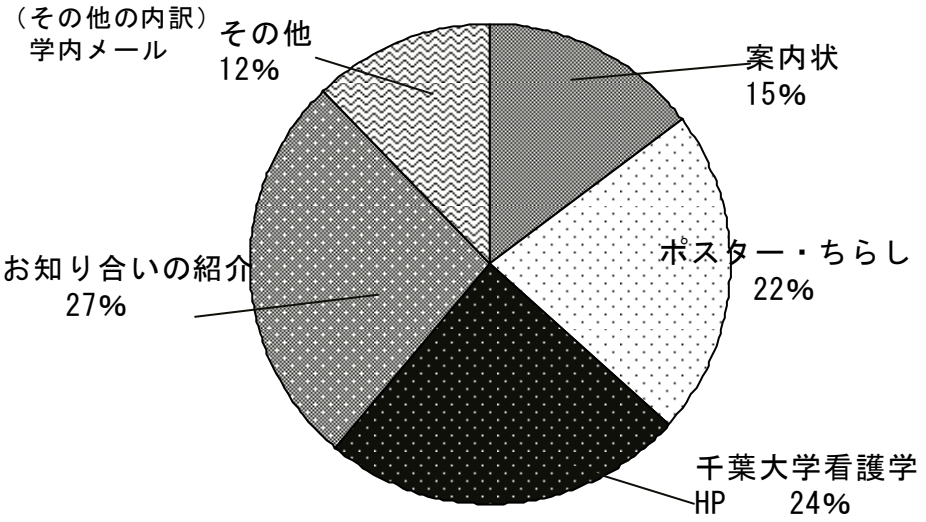
＊今取り組んでいるエンゼルケアがエンド・オブ・ライフケアとリンクする部分もあるかもしれないと思い今日参加した。今は死に方が選べる時代。ますます人生の最期のステージを充実させる援助が大切で必要だと思う。そのための教育が必要。特に医師に。

＊慢性疾患患者のエンド・オブ・ライフケアに関わっている。「自然な移行」や「穏やかな」とあるが COPD や HD の患者の場合、本人の意思決定がしたくてもできない状況がある。また意思決定がゆれるというよりＰＴの身体状況や周りの相互作用で変化していくことをいかにキャッチして支援できるかというところが難しい。

V　本講演を知った理由

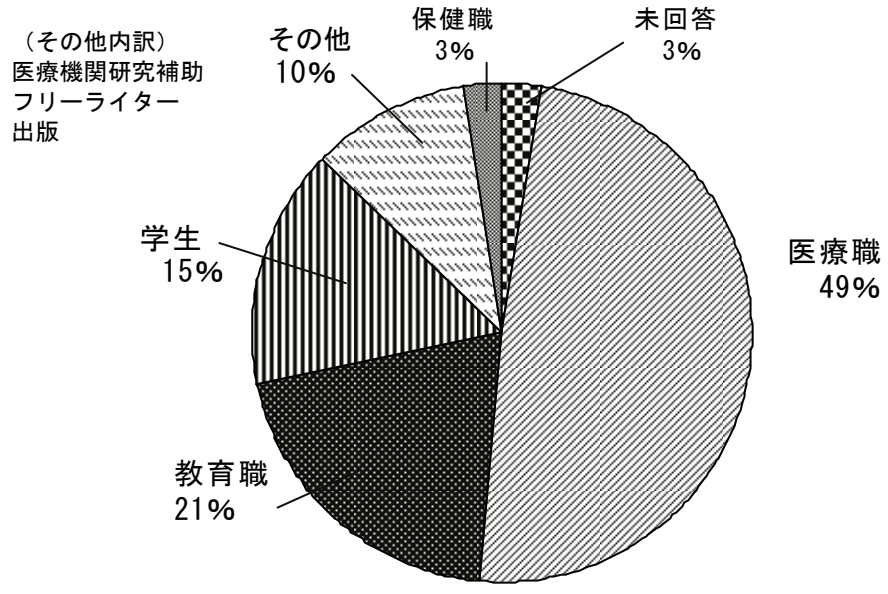
	1. 案内状	2. ポスター	3. 千葉大学看護学部ホームページ	4. お知り合いの紹介	5. その他
人数	6	9	10	11	5
割合	15%	22%	24%	27%	12%

（重複回答有）



VI　所属について

所属	1.市民の方	2. 保健職	3. 医療職	4. 福祉職	5. 教育職	6. 学生	7. その他	8. 未回答
人数	0	1	19	0	8	6	4	1
割合	0%	3%	49%	0%	21%	15%	10%	3%



4) 英国研修

Visiting programs in Wales on 9th. 10th . 11th March 2011

9th March

Time		Venue
1000-1100	Princess of Wales Hospital における緩和ケアサービスの概要	Princess of Wales Hospital
1100-1200	入院患者のケア方針に関するカンファレンスに参加する	
1200-1300	Lunch	
1300-1330	補助療法に関する専門サービスについて	Princess of Wales Hospital
1330-1430	緩和ケア多職種チームカンファレンスに参加する	
1430-1500	Tea Breaks	
1500-1600	地域における緩和ケアチーム：GP との連携や活動内容について	

10th March

1000-1100	Macmillan 財団によるがん患者支援: 財団の理念と歴史、現在の教育プログラム Learning and Development Manager, Macmillan Cancer Support	Princess of Wales Hospital
1100-1200	デイケアセンター視察と活動概要	
1230-1330	昼食	
1300-1430	マリキュリナースの活動とマクミランナースとの連携	Princess of Wales Hospital
1430-1500	Tea Breaks	
1500-1600	地域の視点で end of life care を支える仕組み：亡くなる 7 日前のケアパスウェイとガイドラインの紹介	

11th March

0930-1030	緩和ケアをうける入院患者のカンファレンスに参加	To Attend Inpatient Conference
1045-1145	Bridgend から Swansea へ移動	
1145-1300	建設中のマギーズセンター見学・活動概要に関する講義	Maggie's Swansea
1300-1400	昼食	
1400-1530	Swansea University における継続教育 緩和ケア教育プログラムについて	Swansea University
	Swansea から Bridgend へ移動	

Visiting programs in London on 14th. 15th March 2011

14th March

Time		Venue
0930-1045	病院施設における緩和ケアサービスの開発経緯	6th Floor Meeting Room Charing Cross Hospital
1045-1100	休憩	
1100-1200	緩和ケアサービスにおける退院計画	
1200-1300	Lunch	
1300-1500	Macmillan 財団によるがん患者支援: NHS との協働する患者サービスの促進と発展	Boardroom2 Charing Cross Hospital
1500-1530	Tea break	
1530-1630	Maggie's London の活動概要	Maggie's London

15th March

0930-1200	緩和ケアをうける患者のための病院とディセンター、および地域のチームとの組織的活動について	St John's Hospice
1200-1230	Charing Cross Hospital へ移動、昼食	
1230-1330	Charing Cross Hospital における多職種協働緩和ケアチーム（MDT）カンファレンスに参加	6th Floor Meeting Room Charing Cross Hospital
1330-1430	地域の視点で end of life care を支える仕組み：ケアパスウェイとガイドラインの紹介	
1430-1500	休憩	
1500-1600	入院患者の緩和ケアにおける多職種との協働：医師の立場から	

Visiting programs in Wales on 9th. 10th . 11th March 2011

2011 年 3 月 9 日（水）10:00～16:30

【プログラム】

Princess of Wales Hospital の緩和ケア・スペシャリスト・コミュニティチーム（Specialist Palliative Care Community Team:以下 SPCT）を訪問。

1. SPCT の概要
   Head Nurse　シャローン
2. 病院入院患者への緩和ケア（Palliative Care：以下 PC）及び地域との連携
   病院入院患者担当の SPCT のミーティング参加と、チームメンバーへのインタビュー
3. PC における代替療法
   代替療法セラピスト　Pat Jones
4. SPCT の MDT ミーティング
5. 地域における SPCT の活動
   チームメンバーへのグループインタビュー

・・・・・・・・Palliative Care Unit の玄関⇒

【内　容】

1. Princess of Wales 病院 SPCT がサービスを提供している地域医療の概要

Princess of Wales 病院は、グレートブリテン島の南西部をしめるウェールズ（Wales）のカーディガン湾沿岸にあるブリジェンド（Bridgend）の病院である。東はウェールズの首都カーディフ（Cardiff）、西は工業都市のスワンジー（Swansea）が隣接している。このウェールズ南部の地域の医療資源は、Princess of Wales 病院とカーディフにコミュニティホスピタル、スワンジーに大学病院があるのみで、全て National Health Service(以下 NHS)の病院で、いくつかのナーシングホームがあるのみで私費やプライベート保険対応の病院はない。

Princess of Wales 病院の管轄する地域には General Practitioner（以下、GP）が 10 人おり、GP1 人あたり 5,000 人～20,000 人の住民を担当し、コミュニティナース（ディストリックナースともいう）と共に、プライマリーヘルスケアを提供している。患者の病状や必要とする治療が GP やコミュニティナースを含むコミュニティチームが提供できる限度を超えた場合、患者は病院に紹介される。

また在宅療養を支える地域サービスとしては、家事・介護・簡単な医療的ケアを提供するソーシャルサービススタッフと慈善団体マリー・キュリー財団が支援するマリー・キュリー・ナース、ボランティアがいる。しかしサービスは不足しており、土日にはサービスが提供されないこともある。介護ニーズが高くなり家族やコミュニティサービスで対応できなくなった場合はナーシングホームに移ることになる。ナーシングホームの病床数も対応できるほど十分ではない。人々の多くは家で療養し家で死ぬことを望んでいるが、住民の 50%は病院で、20%はナーシングホームで亡くなっている。一人暮らしの高齢者を自宅で看取ることは極めて困難な状況である。

2. PC サービスの概要

2011 年 3 月現在の Princess of Wales 病院 SPCT は、21 名で、その内訳は次のようであ

る。Macmillan Clinical Nurse Manager 1 名、Consultant 注 1) in P.C. 3 名、Clinical Specialist in Community 2 名、Macmillan 注 2) Clinical Nurse Specialist 4 名、Staff Nurse 2 名、Specialist in PC 1 名、Macmillan Physiotherapist 1 名、Macmillan Occupational Therapist 1 名、Complementary Therapist 2 名、Hospital Chaplain 1 名、Cleaning Service 2 名、Clerical Officer 1 名。

SPCT は Princess of Wales 病院の管轄地域を中心としてサービスを提供しているが、緩和ケアの専門的なサービスが存在しない地域からの患者紹介や依頼にも対応している。病院、ナーシングホーム、自宅など患者の療養場所に関わりなく、直接治療やケアを行う医師、看護職、その他のケア提供者と連携をとりながら支援をしている。

SPCT の支援目的は、人々が望む場所でできるだけ長くすごすことができ、また望む場所で死ぬことができるようにすること、終末期の生活の質の向上である。支援内容は、症状マネジメント、患者と家族の心理的サポート、診断に関連した情報提供と教育などである。支援は専門的なアセスメントに基づき、自宅やナーシングホームへの訪問や、デイホスピタル、緩和ケア外来で提供される。

SPCT の看護職は Clinical Specialist in Community と、Macmillan Clinical Nurse Specialist 注 1)、Staff Nurse である。ホスピス入院患者へのケアを提供する Staff Nurse を除き、緩和ケアの Specialist で、直接的なケアよりも、患者、家族、コミュニティナース、マリー・キュリー・ナース、ソーシャルサービスのスタッフに助言・指導を行い、励まして彼らが自立して必要なケアができるように支援している。

注 1）：英国では横軸を general-special　縦軸を novice-advance としたマトリックスにより看護職のポジショニングをしている。Consultant は、最も advance レベルの看護職である。

注 2）：Macmillan のタイトルについては、2 日目の Macmillan Nurse の記述を参照のこと。

注 3）：マリー・キュリー・ナースについては、2 日目の記述を参照のこと。

3. PC サービス依頼受付からサービス提供とその評価

SPCT には、GP、病院医師、コミュニティナース、その他の医療関係者から支援依頼の連絡が入る。地域には電子化された医療情報ネットワークが構築されており、依頼は特定のフォームに入力されて即時に受け取ることができる。

SPCT に来た支援依頼は、病院入院患者あるいはこれから入院してくる患者の場合は、病院担当チームへ、また病院外の場合にはコミュニティ担当チームへ、ホスピスへの入院の場合はホスピスチームへ、またデイユニット利用の場合は、そのチームへ情報が提供され、それぞれ Consultant や Clinical Nurse Specialist によって専門的アセスメントが行われ、多職種チームによるケアプランが立案されて、チームメンバーと共有の後、実行に移される。このアセスメントについてはガイドラインが開発されている。ケアプラン作成にあたっては、必要に応じて特定領域の専門職、たとえば OT、PT などによるアセスメントが行われる。

SPCT の活動は、患者や家族によって質問紙による評価が行われる。

政府による取り組みや社会情勢の変化で GP、病院勤務医師や看護師の緩和ケアに関する意識は、少しずつ高まってきている。しかし十分ではなく、チームは緩和ケアニーズのある患者の一部にしか支援を提供できていない現状がある。

5. SPCT の活動[注 4)]

1) 病院患者担当チーム

毎朝約 30 分ほどかけて依頼患者に関するミーティングを行う。我々が参加した日は、入院中の 12 人と新たな依頼患者 3 人について、情報共有と専門的アセスメント、緩和ケア実践方法の検討、退院調整やコミュニティチームとの連携に関するミーティングが行われていた。患者の多くは、高齢がん患者で、疼痛やせん妄などの症状があり、自宅への退院を望み、もう帰れないのではないかといった恐れを抱いているといった状況であった。退院に関しては、患者の意向が優先されるべきであるが、実際は自立度、家族の介護意向やソーシャルサービスの利用可能性、症状管理の可能性を考慮して検討する必要がある。また退院に際してコミュニティサービスと連携を取る際には、患者に関するアセスメントに加えて訪問するスタッフの安全面についてのアセスメントも重要になる。依頼シートからはこうした情報を読み取れないことが多いので、患者や家族から聞きとって専門的なアセスメントをすることが必要になる。

2) 補助療法（Complimentary therapy）

資格を持ったセラピストによって行われるサービス。医師や看護師の依頼によって専門的アセスメントを行い、アロマセラピー、リフレクソロジー、絵画療法、音楽療法、鍼等を用いてセラピーを行う。不安を緩和しリラクゼーションをすることを目的とする。患者は病院入院患者、デイユニットの患者、ホスピス患者、緩和ケア外来受診患者などであり、6 人/日程度に対応する。平均施術時間は 30–40 分/人。医師からの依頼がないが患者が希望する場合には、リフレクソロジーなどを無料で提供する。療養の効果評価は、症状や不安について施術導入前と一定期間後に自記式評価票を用いて行う。

3) SPCT 全体ミーティング

毎週 1 回、午後 1 時間 30 分をかけて SPCT 全体ミーティングが行われる。

患者の問題が検討されているが、参加した日のテーマは、チームのアウトカムを見いだすための研究方法について、及びITによる医療情報ネットワーク稼働後のミーティングの運営方法であった。

全員がリラックスした雰囲気の中で、自由に発言し、無駄のないミーティングを運営していた。年齢や職位、職能に関わりなく、相互に尊重し合っているのが伝わってきた。

4) 地域における SPCT の活動

SPCT のコミュニティナース、Clinical Specialist in Community 2 名と Macmillan Clinical Nurse Specialist の 1 名は、一人が、GP 3−4 名とペアを組み、住民 50,000 人を担当して、GP との信頼関係を築きつつ緊密に連携して行っている。1 回/週の GP・コミュニティナースとのミーティングのほか、緊急の場合は頻繁に連絡を取り合い、GP が適切な判断を行えるよう必要な情報を提供する。Specialist であるため、患者への直接的

なケアを行わないが、患者の状況によっては、頻繁に訪問することもある。専門的アセスメント（アセスメント項目は資料を参照）に基づくケアプランを他の SPCT のスタッフと共有し協働して患者に関わる。5 日/週、担当する患者のニーズに基づきフレキシブルな勤務体制で活動している。患者、家族、SPCT の多職種メンバー、GP や病院の医師、コミュニティナース、ソーシャルサービスのスタッフなど様々な職種や立場にある人々と関わり調整を行うことが求められるため、看護実践力と共にコミュニケーション力、マネジメント力を向上するための教育を受けている。私たちが訪問している期間内でも、日常的に情報を共有したり意見を聞いたり、話し合ったりというコミュニケーションを大切にして活動しているのが伺われた。

SPCT 内の PT、OT などは、資格取得後に卒後教育で緩和ケアに関する教育を受けて経験を重ねてきている。地域に赴きサービスを提供することもあるが、主に病院に隣接した SPCT の場所で活動をしている。

注 4）：SPCT の活動には、病院担当チーム、地域担当チーム、ホスピス入院チーム、デイユニットチームが含まれるが、一日目には病院担当チームと地域担当チームのみ報告する。ホスピス入院チームは 3 日目、デイユニットは 2 日目の記事を参照。

【研修からの学び】

Wales の地方都市で、緩和ケア専門家から構成されるチームが、病院や地域の医師、看護職、介護職、ボランティアと密接に連携し、地域の人々に終末期ケアを提供している様子を理解することができた。連携の質を高めている鍵は 3 つあると感じた。まずチームを構成する個々のメンバーの能力の高さ、次に専門的アセスメントのガイドライン、チームへの依頼シートといった活動の標準化もたらすツールの開発、そして患者情報の共有や相互コミュニケーションを支援する情報ネットワークの IT 化である。

経験重視の英国において SPCT のメンバーになるには、かなりの実績を必要とする。メンバーは、緩和ケアの経験を基盤に磨き上げられた実践能力とともに、概念化能力、対人関係能力といったマネジメントに必要な能力の高さについても、我々のインタビューへの対応やミーティングなどから感じとれた。個々のメンバーが皆、患者や家族に対して配慮に満ちた姿勢を示し、自信をもって自律して活動しており、職位や職能に関係なくお互いに尊重し合っている様子に感銘を受けた。英国においては、継続教育とキャリア発達が連動した仕組みになっており、キャリア発達の段階や専門性に応じてコンピテンシーが明確に示されている。こうした系統的な人材育成が質の高い医療や地域医療連携には必須であると再認識した。

活動の標準化をもたらすツールについては、2 日目以降の研修でさらに看取りケアのための path way など、様々なツールが開発されてきていることが分かった。地域での療養が資格を持った看護師と資格を持たないスタッフ、ボランティアなどによって支えられていることを考えると、こうしたツールは標準化のためにもコミュニケーションのためにも必要と感じた。

地域情報ネットワークの構築は、わが国でも香川県や松戸市などで先駆的に行われている。しかしなかなか広がっていかない。この地域で可能となったのは、病院も地域医療も全て NHS が提供しており利害関係がないこと、しっかりとした GP やコミュニティナースの患者担当制度が存在し患者情報管理が容易であることが大きいと考える。

2011 年 3 月 10 日（木）10：00～16：00　2 日目

1.　マクミランナースの活動の概要

マクミラン看護師教育部門管理者　Dawe（ダウ）氏

1) 英国における癌疾患の状況

英国におけるがん患者は増加している。今日ではがん死亡数と生存数ともに増加している。

ウェールズのがん患者数 108,700 人のうち、男性 45,100 人（前立腺、肺、大腸、膀胱、直腸の順)、女性 63,600 人（乳がん、肺、大腸、卵巣がん）

2) マクミランナースの歴史。

1911 年：父親ががんで苦しみ亡くなった体験をもつマクミラン氏によって、当時の手疾患であった肺結核に対する社会活動と同様な慈善基金が設立された。当初の活動の焦点は癌という病への「タブー」に対するもので、キャンペーンを中心に行われた。

1930 年代：一人のスタッフが雇用され、1960 年代に基金が増えていった。

1960 年代：活動の焦点は「死」になり、直接的なケアを提供する活動に移行していった。

1975 年：最初のマクミラン看護師が生まれた。

1980 年代：スタッフが 45 名になった。

1980 年代：2000 年までの活動の焦点は、「Fight」（がんと闘う）がその活動のテーマで、2000 年までに基金は 37 ミリオポンド（約 48 億円）に上った。

2000 年から 2010 年までの活動の焦点は、「Living with Cancer」になり、人々への情報提供やキャンペーンである。これらのキャンペーン活動が人々の声を高め政策につながることもあった。

現在、スタッフの数は 850 人（2010 年）になり、緩和ケアスペシャリストナースとして専門職への支援を行っている。

3) 2008 年度のアクティビティ(活動実績)から

3,242 人の英国のマクミランナースが 352,000 人の癌患者ケアに携わった。

○ベネフィット（給付金）の獲得と支給

15.4 ミリオンポンド(約 20 億円)のテレフォンサポート（電話支援）で、約 9 千人分の患者の治療生活への補助金（交通費や衣類、食糧）を支給し、1.4 ミリオンポンド（1.8 億円）の情報マテリアル(教材)を提供した。これらの資金の 4 割は一般の人々からの募金による。

○教育活動

マクミランナースによる教育活動は、看護師に限らず、緩和ケアに携わる医師（GP,チームドクター）らへの教育も実施している。医師（GP）らへの教育プログラムは対面以外にオンライン（e－learning）でも行われている。プログラムの内容は、チームケアに関する人間関係、コミュニケーション、リーダーシップ、マネジメントなどである。最初の教育のターゲットに看護師を当てた理由は、看護師は柔軟性があるので看護師から始めた。医師の教育プログラムは、1 日トレーニングを年 4 回提供している。

○新しい事業

マクミラン財団により New Valley センター（Weals）に化学療法のセンターを開設した。いままでは化学療法のために周辺の患者はカーディフまで（ウェールズの近郊都市）行かなければならなかったので、便利になった。

2000年には、さらに新しく2つ目のインフォメーションセンターをこの地区に開設した。これまではウォールズの北部、中部地区は医療施設がなく交通網の事情により人々はスコットランドまで行っていた。

○新しい専門職への支援

緩和ケアチームの新しい専門職として栄養士師、CNS と PT、 OT、 SLT、 SW、ベネフィットオフィサー、インフォメーション・スペシャリストへの支援を始めている。主な内容は、Related カウンセラー（関連職種へのカウンセラー）として emotional relationship サポートを行っている。

○その他　組織への支援

組織に3年間ナースやスタッフを雇用する資金を提供し、それを通して教育や訓練を提供している。

以上のマクミランの様々な事業が、Health Ministry（保健省）にも影響を与え、政策に反映されている。

所感：

慈善事業の歴史をもつ英国といっても一市民の寄付によってはじまり、財団が形成され、国全般に渡る事業の展開、拡大に至った社会事業の経緯に感心した。多くの事業は、看護師による直接ケアの提供だけでなく、広く一般市民や専門職への情報提供を重視し、正しい知識の普及や教育が緩和ケアの拡充に有効である。情報提供や緩和ケア普及のための資金集め、展開の手段や方法などマクミランの活動は実にユニークで戦略的であった。マクミラン看護師は、英国の看護師能力レベルでは上位の 7、8 であり、緩和ケアスペシャリストとして明示されている。この明確な明示は、本人のみならず周囲にも期待される看護の役割や機能を明確にさせている。そして、それがマクミランナース自らにプロとしてのプライドとミッションを高めていた。マクミランナースの活動の説明は、単に英国の緩和ケアシステムの理解だけではなく、専門職としての実践や教育の在り方においても非常に参考になった。

2.　Day Unit（緩和デイケアユニット）

デイケアユニット管理者　ケリー氏

説明をされたデイユニット管理者ケリー氏は、看護師として15～20年の看護師としての臨床経験を持っている。Certified Register Nures として地域、病院での経験を持ち、がん看護領域で BSC(学士卒)、修士学位のある緩和ケアスペシャリストである。

英国における緩和ケアのデイサービスは、20～30 年前から行われている。その目的は、緩和ケア患者の社会化、治療、リハビリテーションによって患者のより良い QOL を目指すことにある。ここでいう社会化とは、ストーリーを分かち合い、語ることで人とのつながりを感じ関係性を維持することをいう。デイユニットでは以下に示すサービスのモジュールケアを展開している。

○デイユニットで提供しているサービス

- 治療…治療終了後の痛みの管理や症状コントロールを行う。
- 情緒的サポート…グループセッションや1対1のセッションがある。
- 心理サポート
- 代替療法…マッサージ、音楽療法、アロマセラピーなどを行う。
- リハビリテーション

・スピリチュアルサポート…デイユニットに参加する利用者は、様々な喪失体験をも持ちそのニーズへのサポートは重要である。スピリチュアルサポートには、チャプレン（司教）の関わりもあるが、強制はしない。「Pray（祈る）」グループを月 1 回実施している。祈りたい人はそのグループに入って祈るなど参加を柔軟にしている。このプログラムは多くの人に受け入れられている。

デイケアでは、サポートグループも行っており、ピアサポートをしあっている。患者は社会的に危機的状況にあるといえ、デイケアに参加し one day support を受ける。また患者は寄付をしたりすることもあり、そうしたことを通して世界と関わっている意識をもつことができる。

館内は、明るい光が柔らかに差し込むフロアとそれぞれのケアを行う個室があった。個室には、治療室、リラクゼーション（代替療法用）、リハビリ室、カウンセリング室、美容室、作業室、カンファレンス室などがあり、フロアからはガーディーニングのお国らしく、緑に囲まれたお庭につながっていた。

〇デイユニットの 1 日の流れ（サービスは月、水、木の 10 時～15 時に行われている）。

日々のデイユニットの活動は、ボランティア*の参加によって運営される。ボランティアは大学でボランティ教育を受けて参加している。

[午前]

・ハンドマッサージ、フットマッサージを行う。
・代替療法
・美容サービス…洗髪やセットをする
・PT によるエクササイズ…リハビリのために行う。
・ティータイム
・ランチタイム…ランチタイムにはアルコールもでる。アルコールや食事は大切と考える。参加者のコミュニケーションが促進され、社会化が進む。また食欲もでる効果もある。

[午後]

・リラクゼーションクラス…音楽をかけて静かに過ごす。ポジティブなメモリーがでてきてリラックスできる。
・ティータイム…スコーンがでる
・プレイタイム…ビンゴなどゲームで人が笑うようになる。シャイな人も参加できる。これも参加者の社会化を促進する。
・与薬（痛み止めなど）
・クラフトアクティビティ…カードを作ったり花をつくったりする。参加者の創造性を引き出し、また創作したものを贈ることで大切な gift になる。これらはボランティアで運営される。
・情報検索…参加者が設置された PC で情報を探したり、提供したりする。

デイユニット終了後には、治療室にて検査をしたり医師にかかったりする人もいる。

[スタッフ]　看護師は 2 人常在（本来は 3 人看護師がほしい）、15～20 人のボランティア。

5 名の送迎ンボランティアによって送迎サービスも行う。

[参加者]　平均 1 日 20 人程度。参加者は、転移のある乳がん患者、すい臓がん患者などのうちソーシャルコンタクトが必要な人または、医師（GP）やコミュニティナースによるコミュニティケアチームからの依頼が必要になる。デイユニットの利用は無料であるが、お金を支払いたい人には、シャンプーやビンゴの賞品の支払いに代えて支払ってもらう。

一人の利用者は、週 1 回から月 1 回利用など幅がある。

○デイユニットの運営を助けるボランティア*（ボランティアとともに）

ボランティアになるためには、2 つの推薦状が必要となる。高齢者が多い。このユニットのボランティアのマネジメントはユニット管理者のケリーが行う。質の高いサービスのために有償である。ボランティアは大学にてボランティア教育の受講が条件であるが、その内容は、感染、防災、がん、がんの治療、緩和ケア、マクミランナース（緩和ケアスペシャリストナース）食欲、サプリメント、またデイケアの意義やデイケアのボランティアとは、などで、Quarified Staff（ジェネラリストのナース）と同じ教育がおこなわれる。活動前に 2 回の教育セッションを行い、月 1 回のリフレクションを行う

○Day Unit の Care plan

デイユニット参加者のケアプランは、デイユニット管理者（看護師）のケリーが作成し、個々にケアサービスをアレンジする。サービスの内容とともに参加者と担当看護師のマッチングを行う。このデイユニットの利用者数は 50-60 人程度である。

Care plan や記録には IT を使って、コミュニティチーム（GP やディストリクトナース）と共有している。週末には、ケアプランの調整や連携のために病院を回ったり地域を回わる。

○Day Unit で参加者の症状が悪化した場合

病院が隣接しているため必要あれば医療的な処置や入院を調整する。多くのデイユニット参加者や患者は緩和ケアに入ると同時に「Not For CPR」（資料あり）を記載している。従ってその時期に入った判断をし、その時点で患者の「Not For CPR」に従い治療やケアを行う。

所感：

デイユニットが緩和ケア患者の社会化や QOL の維持という理念に基づき教育されたスタッフ(特にボランティア)によって運営され、しかも、どのプログラムも緩和ケアに意持ったケアを実施しているなど充実したプログラムの展開が行われている。デイユニットはガーデンを有したアットホームな建物であるが、病院に隣接し病院と地域の両方面に活動するスタッフオフィイスがあることによって、病院と地域との橋渡し（接点）的機能をより可能にしている。

3. マリキューリーナース

マリーキュリー財団によるマキューナースは、がん患者のみを対象とし在宅でのターミナルケア(看護を)を専門とする。マクミランナースとの違いは、マクミランナースは、スペシャリストで実践看護師へのスーパーバイズ的活動であるのに対して、マリキューリーナースは、看取りが近い患者に直接的なケアを行う看護実践を行うことにある。自宅で過ごす患者に 24 時間のサービスを提供する。在宅看護の制約はないので必要ならば、シフトを組み看取りを助ける。ケアの開始は、コミュニティナースのアセスメントによって、余命 6 ヵ月以内と判断された患者で支援が必要な場合に、依頼・紹介コールセンター（referral

call centre）に依頼がされ開始される。この際、患者情報を聞き、最もマッチする看護師を探す。医療的ニーズが大きい場合は、資格を持った看護師を当てるようにしている。Specialist Palliative Care とは別に、ケアプランを立て記録をしている。スペシャリストのアセスメントツールとは異なる。(癌ターミナル患者ケアの直接的な看護ケア記録ということか)

この地域（ブリジエンド）では、現在 26 人のマリキューリーナースがいる。それには、トレーニングされていない（癌ターミナルケアということか）スタッフも含まれる。ケアを必要とする人の全てには手が回らない状態で、それが課題と話された。

マリキューリーナースは、NHS が雇用しており、マリーキュリー財団は、教育のための資金を出費する。マリキューリーナースとしての活動の前に、2 日間のシャドーワークによる訓練が行われる。さらに継続教育として、オンライントレーニング（e－learning）やテーブルトレーニング（講義形式研修）を行い、実践開始後 6 ヶ月間をフォローする。

前列左側がマクミランナース、右のブルーのスカーフの方がマリキューリーナース

パンフレット：黄色い水仙がイメージロゴである

所感：

この地域の地理的大きさや在宅癌末期患者のニーズが今一つわからないため判断できないが、在宅がん末期患者のコミュにティチームがあるとそれまで聞いていたもののこの説明を受けて、実際には直接的ケア提供をするスタッフ数は少なく、在宅緩和ケアは厳しい状況にあると感じた。しかし、看護ケアニードが高まるターミナル期に焦点を当てしかも時間的制約がないマーキュリーナースのケアは患者家族ニードからみれば非常に望むものである。しかも、英国の在宅緩和ケアはジェネラルナース、(または必要になればマリキューリーナース）その上に、ディストリクトナースさらに、ディストリクトナースのスーパーバイズとしてスペシャリストナースと階層的な看護体制がとられ、在宅緩和ケアの質の保証につながっている。しかし、日本においては、在宅癌患者を専門とする地域ケアチームすらまれであるし、地域で活動する緩和ケアのスペシャリストはほとんど見当たらないことから、地域においてどうすれば緩和ケアチームが発足できるか大きな課題である。

2011 年 3 月 11 日（水）9：20～15：30　　3 日目

1. Palliative care unit・inpatient　（パリアティブケアユニットの入院患者について）
By　Dr.　Fiona Rawinson：パリアティブケアユニット コンサルタント
医師 2 名（junior doctor）

1) Palliative care unit・inpatient の紹介

このユニットの入院患者は緩和ケアを受けるために、ナーシングホームや自宅、病院から来ている。ブリッジエンドだけではなくカーディフの病院から来る人もいる。このユニットの現在の問題はベッド数が少ないことである。特にクリスマスなどは入院を希望する方が多くなるので困る。このユニットの良い点は病院の隣に併設されているので行き来しやすいことである。ミーティングは毎朝やっており、いつもは他のスタッフも参加している。現在 8 名の方が入院している。入院患者の在院日数は決まっておらず、ケースバイケースである。

コンサルタントは全ての入院患者のケアプランを立てており毎日患者の状態を把握するためラウンドする。また、直接的なケアはスタッフナースが行っており、コンサルタントは直接的なケアは行わない。役割分担をしているので他部署との連携などの業務が遂行できる。ケア記録は電子カルテではなく紙ベースでの記録である。

2) Palliative care unit に入院している 8 名の入院患者の紹介

① 64 歳女性。腎臓癌　骨転移　エンドステージ

骨転移で頸椎がもろくなっているため首にカラーを巻いており、そのケアが大変である。痛みがあるが状態は安定している。積極的な患者で家に帰りたがっている。以前、大きな病院にかかっていたため時間をロスし、良いケアが受けられなかった。現在、神経痛がひどく、鎮痛剤を使用する必要があると考えている。化学療法を受けている。

② 70 歳女性。肝癌、肺と骨への転移

特に骨盤への転移で臀部から大腿部の痛みがある。また肺炎を合併しているが、アレルギーがあって抗生剤が使えず、酸素吸入のみをしている。現在、落ち着きがなくなっている。検査を始めすべての治療を拒否している。本人は化学療法をしないことを選んだが、大きな病院ではそれができず、そのために、このユニットに移ってきた患者である。

③ 56 歳　女性　脳腫瘍

ステロイド剤を使っている。腹部の痛みあり、膿瘍が見つかりドレナージをしている。夜は吐き気がある。2 月 6 日から入院している。寝たきり。20-30 歳代の子供がいる。先週は楽天的であったが、ドレナージをしたことで落ち込んでいる。余命は数週間。抗生剤を使ったことで膿瘍のほうはいいが、下痢になった。シンプルな治療にして家に帰してやりたいが、この状況では GP とコミュニティテームがコントロールできない。

④ 76 歳男性、前立腺がん、肺転移

1 月から入院している。本人は検査を受けたくないと言っているが、家族が積極的な治療を望んでいる。本人と家族とで話をしなければならない。検査はできないが、癌の状態は悪くなっている可能性がある。家族に残された時間が少ないことを話して、いかなければならない。

⑤ 72 歳女性　肺がん

ナーシングホームからの入院である。夫も認知症でナーシングホームで生活している。胸背部痛があり、疼痛コントロールのために入院している。現在、パッチ剤を貼用して

痛みがコントロールできている。放射線療法をしている。

⑥　60 歳女性　病名不明

本日、対処療法的な膀胱の手術を受ける。尿路感染がある。術後は病院で診てもらう。一度は pathway を書いたことがあるくらい、悪くなったこともある。終末期ケアを受けるために来ている。感情的に起伏がある。

⑦　72 歳　乳がん、通過障害

通過障害のため経管栄養法をしている。薬を一切飲まないがモルヒネだけは使っている。マウスケアもしないので口が渇いている。意識ははっきりしており意思決定もできる。経管栄養を行っているがその必要性があるのか悩んでいる。(安楽死などのことも話題にのぼる）現在、Pathway を使っている。

⑧　63 歳女性、嘔吐が激しく余命数週間である。

他に本日入院予定の男性患者がいる。

2.　ウェールズ南西部地区マギーズセンター，スウォンジー（11：40～13：00）

Maggie's cancer caring center,　Maggie's South West Wales

By Ms. Debbie Horrigan，センター長，クリニカル・ナース・スペシャリスト

1）ウェールズ南西部地区マギーズセンターの紹介

このマギーズセンターはスウォンジーのシングルトン病院とスウォンジー大学に隣接している。シングルトン病院には南西部ウェールズ癌センターがあり、そのセンターの敷地内にマギーズセンターはある。

マギーズセンターでは癌に関する情報提供、情緒的サポート、心理的サポートを行っている。また、癌患者だけではなく、その家族、友人など全ての人を対象としている。このセンターを利用している患者は診断を受けた直後の患者からあらゆるステージにある患者がおり、癌の部位や受けている治療も様々である。

マギーズセンターはチャリティによって運営されている。しかし NHS と密接に連携している。侵襲的ながん治療を行う病院（シングルトン病院癌センター）の敷地内にあることで、特別な支援を提供することができる。土地は病院が提供している。

イギリスには癌センターが 40 か所あり、その内の 22 か所にマギーズセンターがある。マギーズセンターは NHS が運営する病院に設置しており、NHS とマギーズが協力し合っている。このセンターの運営には 50%は NHS ウェルズが 50%、マギーズ 50%の出資をしている。

全てのマギーズセンターではキッチンを中心した配置になっている。キッチンが中心といのは、人が食を通じて他者と心がつながるという意図があり、重要である。

2) マギーズセンターの利用者

化学療法や放射線療法を受ける患者が病院に来る。その場合、ホステルに月曜日から金曜日まで宿泊して治療をうける。そのような患者が来ることもあるが、その方たちは週末はまた家に戻っていく。来訪者は 20 人／日程度である。金曜日は家に戻るので利用者が少なく、月曜日も治療に行くので少ない。

マギーズセンターの周知にはポスター、パンフレットを、外来・病棟などいろいろな所に置いてもらうようにして人々に知らせていった。このセンターを利用するには医師などの紹介はいらないが、利用者の 25%は医師の紹介で来る。ここに来ることに気のりしない患者もいる。その時は、まず患者に会いに行き、センターに一回来てもらいここの環境や様子を見てもらうようにしている。デイケアセンターに来る人も利用する。センターに来るか来ないかは全て患者や来る人の選択である。

このセンターの対象年齢は 18 歳以上であり、子供やティーネイジャーは別の施設が対応している。若い人にこのような施設が魅力的かどうかは疑問である。

3) マギーズセンターにおける具体的なサポート内容

病院の環境は大変忙しく看護師たちが患者の話をきくことができない。患者は自己コントロール感覚を失ってしまうので、コントロール感覚を取り戻すことが大切である。また患者は孤独感、脅威、恐れでもがいている状態である。そこでマギーズセンターでは情報、サポートを提供することで患者とその関係者をサポートする。ただし、患者の医療的情報を得ることができない中でのサポートなので、身体的面でのアセスメントはできない。

このセンターはコミュニティーの中にあるところが重要である。また、癌は人生の一部でありすべてではないという考え方をしている。

・個人的なサポート
・グループサポート
・ワークショップ
・リラクゼーション
・太極拳などのセッション
・経済的なアドバイス
　ベネフィットアドバイザーがいる。
経済的サポート
（洋服や交通費や仕事を失ったときの）
をしている

プログラムを作る時の留意点としては穏やかで歓迎する雰囲気をだす。現在の問題はスペースが狭いことである。プログラムの展開は、まずは週 1 回からスタートし、人々のニーズに合わせることを考えてプログラムを考えていた。急ぎすぎないこと、注意深く結果を見ながら拡大している。

利用者に関する記録はつけないが気になる患者には電話をすることもある。事業実績については利用者数を記録しており、利用者の概要を記録する daily activity sheet はある。ただし、心理療法士だけは記録を残している。

4) スタッフ

このセンターのスタッフは 7 人。看護師がいることは重要である。

・センター長はクリニカル・ナース・スペシャリスト（専門は癌と緩和ケア）1 名
・臨床心理療法士　1 名
・経済相談員　ベネフィットアドバイザー1 名　（3 日/週　+オンライン）
・セラピストスタッフ　4 名

アートセラピー、リラクゼーション、太極拳、栄養士など全てボランティアである。ボランティアは教育を受けたうえでボランティアを行う。スタッフ数は少ないが関係を密にするにはこのくらいの規模でないといけない。スタッフはプログラムと同様に大切。ボランティアと一緒にグループカウンセリングをしている。

5) 新・ウェールズ南西部地区マギーズセンターの建物（建築中）について

マギーズセンターの建物はその活動のコンセプトを表すので重要である。現在、建築中の新しいマギーズセンターは黒川紀章氏の設計である。新しいマギーズセンターの形はジューサーミキサーの歯をイメージしておりミックスし渦を作るという意味やコミュニケーションという意味がある。

【註：この新しいマギーセンターの設計は、強い生命のシンボルともいえる宇宙の渦巻き、一点を中心に旋回する永続的な力をコンセプトにしている。これらの力は、それぞれプライバシーの度合いによる範囲を提供しながらセンターの日常活動に使われている多種のプログラムの量に合わせて具体化されている。ボリューム-力は、水の流れによって変えられたり、光の線によって分離されたりする。この渦巻きの明示の中心は心落ち着く瞑想のテラスであり、グラスで出来た水の上に浮かぶグリーンハウスとなっている。(黒川紀章建築都市設計事務所公式ホームページより)】

建設中の新しいマギーズセンター

黒川紀章の直筆スケッチ

3.　スウォンジー大学

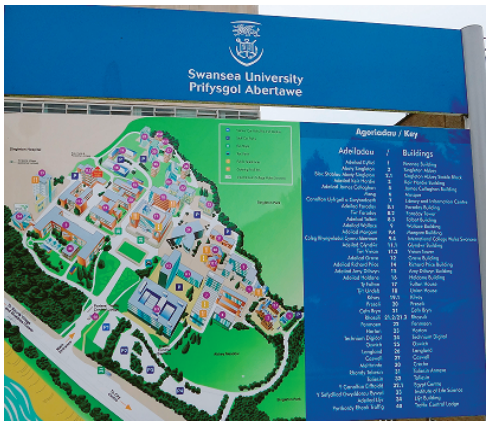
By Ms. Megan Rosser , Framework Director for Continuity personal and professional development

1) スウォンジー大学の概要

スウォンジー大学はウェールズ州の第二の都市スウォンジー1920 年に創立され、10 学部（School）を持ち、現在、1 万 2500 人の学生が在籍している。また、学部（Undergraduate）には 500 コース，大学院（Postgraduate）には 130 コースがある。

看護は人間健康科学部（School of human and health science）で学ぶ。人間健康科学部には学部生が約 3,500 人、研究生 100 名、大学院生 300 名、留学生が 100 名在籍し、研究環

境も恵まれている。学部コースには、看護学の他に救急科学（高等教育ディプロマ），整体医学（オステオパシー），社会福祉学，社会政策学，助産学，聴覚学，臨床技術学，心理学などの 21 のコースがある。また、大学院には看護修士をはじめ健康科学博士などの 36 のコースがある。



研修を企画してくれたサンドラと大学の校舎前で

2）看護教育および教育体制

英国は 1992 年（20 年前）から看護教育が変わり、全ての看護教育が学士課程になった。そのためこの大学に人間健康科学部（the college of Human and Health Science）が設立された。英国では看護師免許は更新制であり、更新の際に必要な継続教育を受ける必要がある。この大学で行っている継続教育のシステムは全英に共通のものである。

継続教育には登録後学部教育プログラム（Post-registration undergraduate program）があり、例えば看護師免許を取った後に学士をとるためのコースが用意されている。このコースには、学生は自身のキャリアアップのために、自分自身であるいは職場の上司の推薦で入学する。看護師は勉強することを推奨され、職場の上司が推薦してくれることもある。しかし最近では看護師が継続教育のために時間を取ることが難しくなってきている。

生涯教育における研究に関する教育は、2 つのタイプがある。スカラーシップと継続教育とは区別している。前者は助成金を取って行うもので、後者は研究の方法を教える。

大学と臨床では教育での役割分担をしている。臨床教育では資格を持った看護師によるメンター―がおり学生の教育を行う。教員が臨床で、学生指導や患者ケアを行うことはない。

研究は臨床と協働でおこなうこともある。最近は看護師の教育プログラムに関する小規模な介入研究を行った。また、大学教員は NHS の政策策定に関しては、委員会のメンバーとなって発言したり、公的な教育基準の作成に専門家として参加したりしている。

3）癌看護および緩和ケア

スウォンジー大学では 2010 年に癌ケアの学士課程（Bsc Single Honours Cancer Care）に緩和ケアプログラムを統合した。
緩和ケアプログラムには、3 科目（modules）あり、1 科目は 7 日間，20 単位（credits）で週 1 日のペースで毎週行っている。

科目（modules）
1. 症状マネジメント
2. 喪失と悲嘆
3. コミュニケーションスキルの強化

がん看護に関しては、他に化学療法、放射線療法などの科目（modules）がある。加えて、高等教育ディプローマを終了して、学士（Bsc Single Honours Cancer Care）の学位を

取るためには、この緩和ケアの 3 科目（modules）×20 単位（credits）= 60 単位を含め、120 単位（credits）が必要である。

スウォンジー大学で行っている緩和ケアや癌看護の教育は、妥当な時間数で適切なプログラム内容を行っていると考えている。

教育方法は、内省的学習（reflective learning）、臨床実践に基づく学習（work based learning）、アクションラーニング(action learning)を行っている。現在、緩和ケアプログラムは 9 人の学生が学んでおり、全て臨床看護師である。臨床看護師を効果的に教育するための方法としてエッセイを書くこと、ケーススタディを書いてもらい、それを発表し、クリティークするなどの工夫をしている。

また、緩和ケアの教育において最も重要なのはコミュニケーションであると考える。しかし、クリティカルシンキングのような思考についても教えるのが難しい。

【スウォンジー大学の HP から捕捉】

癌ケアの学士(Bsc Single Honours Cancer Care)を取得するためには、主要科目（Core modules）の 3 科目で 80 単位（credits）と、選択科目（Optional modules）で 20 単位（credits）と基礎科目で 20 単位（credits）の合計 40 単位（credits）を取得するか、選択科目（Optional modules）で 40 単位（credits）を習得することが必要である。

主要科目（Core modules）

・癌ケアの基礎（Foundations in Cancer Care）
・癌の体験（Experiences of Cancer）
・論文とアクションリサーチ（Dissertation or Action Research Practice）

選択科目（Optional modules）

・喪失、悲嘆と死別（Loss, Grief and Bereavement）
・化学療法の実践（Advancing Chemotherapy Practice）
・癌のコミュニケーションと緩和ケア（Increasing Awreness of Communication in Cancer and Palliative Care）
・緩和的癌ケアにおける症状コントロール（Symptom Control in Palliative Cancer Care）
・血液学的条件と成人患者のケア（Care of the Adult Patient with a Haematological Condition）

研修を終えて Ms. Megan Rosser と記念写真

Visiting programs in London on 14th. 15th March 2011

（監修：外狩 仁美　氏）

2011 年 3 月 14 日（月）　9 時 30 分～16 時 30 分

9 時 30 分～11 時

病院施設における緩和ケアサービスの開発経緯

講師：Diana Howard さん
（Palliative Care Team Leader,
Charing Cross Hospital）

ロンドンでの視察第 1 日目は、チャリングクロス病院を訪れた。

インペリアルカレッジ NHS トラストは、チャリングクロス病院、ハマースミス病院、St. Mary's Hospital の 3 つの NHS の大病院を保有している。そこでの緩和ケアの発展の歴史を、Diana さんご自身の経験を通して説明していただいた。

Diana さんは、一般内科、精神科、老人看護の経験を経て緩和ケアに入った。がん患者のケアから緩和ケアへと入っていく人が多いので、珍しいケースである。老人病棟で老人のケアを行う中で end-of-life care に関心をもった。そして 6 週間の care of dying のプログラムを修了し、上司に緩和ケアが必要と進言した。当時、がん患者が増え、人々の関心も緩和ケアに向いてきていたため、上司から緩和ケアを開始することの賛成を得、病棟師長としてのポストで緩和ケアに取り組んだ。たった 6 週間のコースでしか学んでいなかったため、急いで学ばなければならなかった。当時の病院は回復を目的とした治療が中心で、終末期のケアを提供する場所ではなかった。最初の年は試行錯誤であったが、院内から約 330 件の緩和ケアに対する依頼を受け、サービスを提供した。その中で、データをとり、良い記録を残すことが大切だと気付いた。毎日記録をつけ、悪い結果のときはその理由について考えた。看護部長が大変支援してくれた。

1993 年、1 回／週 ホスピスの医師がコンサルタントとして来てくれるようになった。（90%は看護師、10%は medical consultant がケアをしていた。その後 20 年間で看護師が行うのは 80%となった。）

英国での医師向けの緩和ケアの訓練プログラムは 1987 年に始まった。その内容は、緩和ケアにおける役割、アセスメント、計画、処方、退院などであった。しかし、看護師は、緩和ケアについて自律的に学ばなければならなかった。

1990 年代の中ごろから、政府が緩和ケアにコストをつけるようになった。

チャリングクロス病院には、3 日／週、Medical Doctor で緩和ケア Consultant の権威を有する医師が勤務している。緩和ケアのドクターをもっと配置したいが、予算の都合により 60%分しかとれない。緩和ケアはナースによって成り立っているようなものである。

それでも、緩和ケアの予算は、以前はマクミランによる助成だけであったが、現在では緩和ケアは政府の重要な案件になり予算を得やすくなってきている。20 年前、人々は緩和ケアを知らなかった。今では緩和ケアの医師は尊敬され研究も行われるようになり、出版物も増え、とても大きな領域になってきた。

チャリングクロス病院には、現在 2 名

の緩和ケア専門看護師（CNS）が働いている。CNS の主な役割は、緩和ケアサービス（症状コントロールへのアドバイス、終末期の患者の退院のサポート、ホスピスへの入院依頼など）の提供、監査、スーパービジョン、スタッフへの教育、自身の教育である。

緩和ケアリハビリテーションチームがあり、そのコンセプトは、患者の最も良い状態を維持できるように援助することである。

緩和ケアチームは緩和ケア専門医、専門看護師からなるが、OT、PT、栄養士、言語療法士、臨床心理士、Benefit advisor、代替療法士、チャプレン、ソーシャルワーカーとも連携をとり多職種のチームとして患者のケアにあたっている。Diana さんが緩和ケアに取り組み始めた 20 年前よりも包括的なチーム（comprehensive team）になってきている。

11 時～12 時

Charing Cross Hospital マクミランナース

外狩仁美さんのお話

外狩さんの現在の職位はマクミラン緩和ケアクリニカル・ナース・スペシャリスト（Macmillan Palliative Care Clinical Nurse Specialist）。

ご自身の経歴をもとに、マクミラン緩和ケア CNS としての活動についてご紹介いただいた。

日本でがん看護の経験を積んだのち、1 年間リフレッシュする目的で渡英し、在宅住込み介護のボランティアに従事した。そこで日本での経験を活かしケアを提供し在宅での看取りをサポートしたところ、訪問診療の医師や看護師から、看護師の資格を取得することを勧められチャレンジした。当時（2001 年）、英国は看護師不足が深刻な状況にあったので、資格取得が容易であったかもしれない。現在、看護師不足は解消してきている。

非 EU 国民は労働許可証を発行してもらうのが難しい。現在は英語試験で一定の基準（IELTS という英語の試験で 7 以上のスコア）を満たすよう求められる。教育背景として講義と実習が半々でなければならないという基準があり、満たしていないと Nursing & Midwifery Council（看護師助産師会）から海外の看護師免許保持者はイギリスの免許取得のためのトレーニングを断られる。受理されると 6 カ月以上のトレーニングを病院かナーシングホームで受け、業務に問題ないという証明をスーパーバイザーからもらい、それと同時に大学で 20 日間以上の Overseas プログラムを受講しなければならない。免許をとったとしても仕事が見つからないケースもある。

英国では即戦力が求められ、経験がないと受け入れてもらえない。マクミランナースお仕事を探していたとき、在宅での経験がないといわれ断られたこともあった。そのため 9 ヶ月間コミュニティナースとして経験を積んだ。マネジメントの経験がないことも言われたが、この国では自分の経験や実績をいかに示すかで評価されるため、足りない部分はそれを補うためには今後どうするのかを示していった。プレゼンテーション能力、専門的勉強をしてきたエビデンス、学位があればなお良く、そして、経験が必要となる。

英国では、緩和ケアは世界をリードしているもののがんの生存率は悪く、ヨーロッパ内の平均を下回る。

ホスピスの目標とされる滞在日数は 10 日～2 週間であり、長期滞在型の施設ではない。長期なる場合は症状が落ち着き次第、ナーシングホームなどの長期療養型の施設に移らなければならない。余命が 2 週間を超えると思われるターミナルケア、痛みな

どの症状がコントロールできているといった場合はホスピスへの入院の条件を満たさない。ナーシングホームに移り、コミュニティの緩和ケアナースにサポートしてもらうことになる。

チャリングクロス病院の CNS は 2 名で、お互いに休暇等をカバーし合いながら活動している。依頼を受けると 24 時間以内に患者に会いに行く。最近は、消化器内科、呼吸器内科、脳神経内科、外科、ICU からの依頼が増えており、脳梗塞患者のエンド・オブ・ライフにも関わることがある。

主な依頼内容は、症状コントロール、終末期の退院、患者・家族のサポート、治療方針への助言などである。患者の意志を尊重し、在宅で看取ることができるよう、退院のためのアレンジは 1−2 日で完結させるようにしている。その際に重要なことは、自宅でのケアの費用確保と病院でつかうような電動ベッドの確保、そしてコミュニティナースへの連絡である。

患者にとってだれが Key Worker になるのかは重要である。がんの患者の場合、それぞれの臓器別にがん CNS（肺癌 CNS、乳がん CNS、泌尿器がん CNS など）がいるので、彼らとも連絡を取りながら緩和ケアが必要な患者に関わっていく。

13 時〜15 時

マクミラン財団によるがん患者支援：NHS との協働する患者サービスの促進と発展

講師：Julie Latimer さん
(Learning & Development Manager,
London & the South East of England)

マクミラン財団による資金援助のしくみや、Macmillan Cancer Support Service の患者への支援、看護師をはじめとする患者を支援するスタッフへの教育の現状について説明していただいた。

マクミラン財団は NHS と提携をしており、看護師の給料、教育、トレーニング等の資金を提供してきた。最近では、看護師のみでなく GP、OT、PT、ソーシャルワーカーにも拡大している。

更に利益を得るためにキャンペーンを実施している。

看護師にはパートタイムで働いている人が多い。自分のライフスタイルを考えて自らパートタイムを選んでおり、一般的に週に 15 時間程度の勤務である。しばらく休職した後に復帰しても以前と同じ身分、同じ給料で働くことができる。

驚くべきことに、収入源の 30〜50%が患者の遺産からの寄付に依る。がん患者やその家族は、何かを返したいという思いを持っている。

Macmillan Cancer Support Services の直接的なサービス

- マクミランの専門職者に職を提供する(雇用するのは財団ではなく NHS)
- 患者が緊急に金銭を必要としたときの患者への資金提供
- 情報提供（ウェブサイト、紙資料、モバイル、電話相談）
  バンで巡回する移動相談所のサービスも行っている。
- 教育と労働力ー働きながら教育を受ける機会を与える

マクミランナースにはがん患者とのコミュニケーション能力やプレゼンテーションの技術、リーダーシップの技術（交渉、人々に影響を与えること）も必要な要素である。

インターネットで専門コースを探すこと

ができ、e-learning のコースのウェブサイトもある。最近はボランティアが増加してきているが、必要な教育の内容が異なるため、やり方は実に様々である。

マクミランナースは専門職者（professional）であると同時にまとめ役、促進者（facilitator)でもある。

マクミランナースの発展のためには教育やサービス全体を変えることが必要であり、そのためにも十分な資金を得ることが肝要であると考えている。

15 時 30 分～16 時 30 分

マギーズセンター Maggie's London の見学

Swansea のマギーズセンターと同様、がん患者のサポートや情報提供をしている。

利用者には、チャリングクロス病院で治療を受けながらマギーズセンターを利用している人が多いが、他の病院で治療中の人、近所の人も利用している。中には、インターネットや電話による海外からの利用者も存在している。

毎日の日課のほか、さまざまなセラピー（タッチセラピー、マッサージ、リフレクソロジー）や、additional workshop として、栄養やストレスマネジメント等のグループワーク、考え・思いの共有、勉強会、太極拳やヨガ等の exercise も行っている。

それぞれのセンターで建物の建て方は異なるが、共通しているのは、大きなテーブルを置き、会話できる場を作ること。会話を大切にし、安心して自己表現できる場を作ること。

考え方の基本は、人間を尊重すること、利用者（患者）の選択に従う、ということである。

1 日に 60 から 120 人の利用者が来訪している。

スタッフは常勤 4 名、パート 6 名で、看護師の経験を背景にもつスタッフが多い。

その日のプログラムによって、毎日異なるスタッフが出勤している。

利用者にはプログラムの開始時と終了後にアンケートのようなものを記入していただき、効果を評価し、feedback を行っている。

Maggie's London 前にて マクミランナースの外狩仁美さんを囲んで

2011 年 3 月 15 日（火） 9 時 30 分～17 時 30 分

9 時 30 分～12 時

緩和ケアをうける患者のための病院とデイセンター、および地域のチームとの組織的活動について

講師：Melissa Reddish さん 他

(Community Macmillan Nurse Team Manager)

視察の最終日は、ロンドンのセントジョーンズホスピスにて、ホスピスケアの概要と、CNS の役割、デイケアでの役割と活動、その目的についてお話しを伺った。

1. CNS の役割

緩和ケアの専門知識を持ち、治療を継続しながら緩和ケアを必要とする人、治療できない人のケアをする。

プライマリチームをマネジメントし、district nurse を支援する。

ケアの計画を立てる：どのくらいの頻度で会うべきか、電話が良いかそれとも訪問した方が良いかについて考えたり、医療面でのサポートと共に感情面でのサポートも考える。

家族に会って話をする：患者の子供に終末期について話すことをサポートする。

複雑な病状の症状管理を行う。

必要に応じて、患者をデイサービスやホスピスに依頼する。

薬の処方、あるいは処方のアドバイスをする。

看護師や GP への教育：在宅療養を継続するためのサポート，
Bad news の伝え方のトレーニング

在宅で看取られるためのソーシャルサービスの整備：
家の中のスペースを確保し、備品を整える。特に病院で使うような電動ベッドが無いと、ケアを提供する側が拒否することもあるので注意が必要。
プランをまとめて、家族や他の医療職者とのコミュニケーションをとる。

2. デイケア

病気の終末期にある患者は、生活が縮小し、いろいろな関係に変化が生じ、悲しみや怒りの感情を抱いている。病気のことだけに focus し過ぎず、QOL を考えることが大事である。専門職者のニーズではなく患者のニーズを満たすことから始める。

グループで活動する事が好きでない人も、集団の中にいることで自分が人とつながっている事を実感し、安心感や支えられているという感じを得ることが出来る。そして再び社会に興味が持てるようになる。食事は極めてたいせつな時間であり、他の人達と一緒に会話を楽しむ最大のチャンスとなる。

デイケアはプロセスの一つであり、終末期までいるとは限らないし、いったん離れてまた戻ってきてももちろん構わない。僅かな期間でも、良い（well）感覚を味わうことに意義がある。

3. Hospice at home サービス

ホスピスホームサービスのケアコーディネーター、**Jane さん**からは、在宅で手厚いホスピスケアを受けるための Hospice at home サービスの活動についてご説明いただいた。

14 名のスタッフがいるが、基本的に一人で訪問しなければならないため様々な技術と経験、資格が必要である。

基本的にホスピスに拠点を置いている。

依頼は様々であり、病気の終末期の患者や認知症の患者の家族が休息をとる（respite）ための依頼もある。患者の外来受診に付き添ったり退院時に送って行ったり、通訳の役割をとることもある。

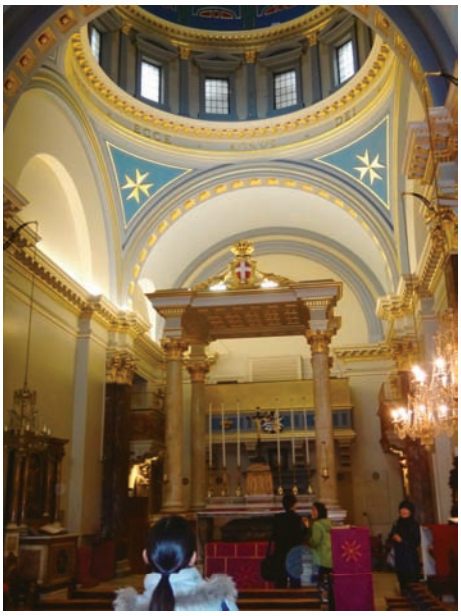
4. コミュニティリエゾンナースの役割

セントジョーンズホスピスのナースとしてご活躍の**松岡秀子さん**からは、退院調整におけるコミュニティリエゾンナースの役割についてご紹介いただいた。

コミュニティリエゾンナースの役割とは

- 全ての患者紹介のアセスメントからコーディネートすることとそのプロセスを踏むことに責任をもつこと
- 多職種のミーティングに積極的に参加すること
- 患者の入退院のマネジメントチームと共にコーディネートすること
- コミュニティへの継ぎ目のない退院を可能にする効果的な退院計画を促進すること
- 患者と家族の望みを積極的にサポートすること

その後、ホスピスの建物内部を見学させていただいた。



礼拝堂

12 時 30 分～13 時 30 分

Charing Cross Hospital における多職種協働緩和ケアチーム（MDT）カンファレンス参加

午後からは、前日訪れたチャリングクロス病院へ移動し、多職種協働緩和ケアチーム（MDT）のカンファレンスに参加させていただいた。

緩和ケアチームとしての参加者：

Oncology discharge coordinator, Clinical psychologist, Community matron, CNS in palliative care, OT, Palliative medicine consultant (doctor)

患者のフェースシート（A4 3 枚、約 9 名分＋新患者、合計 14 名）を使用してメディカルな内容を中心に治療方針の確認と現状報告、問題点、将来的な見通し等について情報交換をし、今後のケアの方針を検討していた。

13 時 30 分～14 時 30 分

地域の視点で end of life care を支える仕組み

講師：Sue Robinson さん

(Community Matron, Hammersmith and Fulham)

ロンドンの地区におけるコミュニティナースのリーダーであるコミュニティメイトロンの役割と活動についてハマー＆スミス地区の例を基に説明をしていただいた。

＜ハマー＆スミス地区＞

人口：169,700 人

33 人の GP、15 のディストリクトナースチーム（DNT）が存在しており、各々の GP は DNT と共に活動している

ディストリクトナースチーム（DNT）チームの構成：
チームリーダー　2名（通常は1名）、サブチームリーダー　1名、
コミュニティスタッフナース　4名
（各々のチームに、チームリーダー、サブチームリーダーがいる。）
地区における専門的なコミュニティメイトロンの人数：
generic　5名、糖尿病　1名、メンタルヘルス　1名、
緩和ケア+エンド・オブ・ライフケア　1名
（心疾患　1名）

コミュニティメイトロンはDNTのチームリーダーとしても活動し、その対象は、がん以外の疾患も含み、長期に渡って複雑で多様な健康問題を抱える患者である。特別なトレーニングを受けており、患者の迅速な退院と在宅療養の継続、後輩看護師の教育とマネジメントを役割とする。

ロンドンは、北、中央、南の3区域に分かれ、合計15のディストリクトナースチームでカバーしている。チャリングクロス病院が医療のリソースとなっているセントラル（中央）ロンドンコミュニティヘルスケアは更に4地区に分けられている。各地区のコミッションがコミュニティメイトロンを雇っており、地区の統合により、コストパフォーマンスの向上が見込まれている。

15時～17時30分

入院患者の緩和ケアにおける多職種との協働：医師の立場から

講師：Dr. Catherine Urch
(Palliative Medicine Consultant,
Imperial College Healthcare NHS Trust)

Urch医師が長い時間を割き、私たち参加者各々の関心や疑問に答えてくださった。

Charing Cross Hospital 前にてマクミランナースの外狩仁美さん、
St John's Hospice の Inpatient のチームリーダー、松岡秀子さんと

5）ホームページサイトの開設

エンド・オブ・ライフケア看護学では、千葉大学大学院看護学研究科のホームページ上にサイトを開設した。

このホームページサイトでは、情報発信と共に、閲覧者からの意見・疑問を集め、ゆくゆくはWeb上で相互交流が可能な場を形成していくことを目指している。

ホームページアドレス：http://www.n.chiba-u.jp/eolc/index.html

ホームページサイトのトップページ

日本財団受託事業

領域横断的エンド・オブ・ライフケア看護学の構築

2010年度　事業報告書

2011年3月発行

発行　独立行政法人　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

〒　260-8672　千葉市中央区亥鼻1－8－1

特任教授　　長江弘子

特任講師　　櫻井智穂子

事務補佐員　磯谷有由

印刷　（株）正 文 社

〒　260-0001　千葉県千葉市中央区都町1－10－6

●本書の一部または全部を許可なく複写複製することはご遠慮ください。