新潟医福誌９（２）88・92

［解説］

緩和ケアに関する看護教育について考える
―米国のCitrus Valley Hospiceの研修から―

栗原　弥生，阿部　明美，荒木　玲子

キーワード：緩和ケア，看護教育，終末期看護，がん看護

Consideration of Nursing Education on Palliative Care
― Overseas Students at Citrus Valley Hospital in U.S.A ―

Yayoi Kurihara，Akemi Abe，Reiko Araki

Abstract

Along with an increase of cancer patients, high quality medical and nursing care for cancer patients are in demand. Cancer patients require not only medical treatment but also palliative care for cancer from the early stage both in hospital wards and at own home. Since the foundation of our university, the education for palliative care has been carried out, however, only limited number of students consider of palliative care in their laboratory course. This report discusses the education for future palliative care, based on the role of nurses in Citrus Valley Hospital.

Key words : Palliative Care, Nursing Education, Terminal Care

要約

わが国では、がん患者の増加に伴い、より質の高いがん医療・がん看護が求められている。がんに罹患している患者に対しては、がんの治療のみならず、緩和ケアががんの治療初期段階から行われ、一般病棟や在宅においても緩和ケアは必要であるとされている。本学では開学当初より緩和ケアに関しての教育を行っている。しかし、学生は緩和ケアが重要な看護であることを知っていても、実習において、緩和ケアを看護計画に挙げてケアを実践する学生は少ない。本報告はCitrus Valley Hospiceにおける看護師の役割から今後の緩和ケア教育のあり方について考察したものである。

Ⅰ　はじめに

がん患者の増加に伴い、日本国内では約20年前からがんに対しての戦略をあげ、平成16年から「第３次対がん10か年総合戦略」が施行されている。2006年から「がん対策基本法」（平成19年４月１日施行）が制定され、その課題として治療初期からの緩和ケアの実施がうたわれている。がんの治療だけに重点を置くのではなく、緩和ケアをがんの治療初期段階からおこなうことも、必要なことである事が明確となった。

日本のホスピス及び緩和ケア病棟は、2007年現在178施設であり、現在はさらに増加している。しかし、ホスピス及び緩和ケア病棟の数は、日本の終末期を迎える患

新潟医療福祉大学　健康科学部　看護学科

［連絡先］栗原　弥生
〒950-3198　新潟市北区島見町1398番地
TEL・FAX：025-257-4610
E-mail：kurihara@nuhw.ac.jp

者の数からするとまだまだ少なく、すべての患者に充分な緩和ケアが行われているとはいえない状況である。

本学看護学科では、国際看護論の一環として、2009年３月16日から27日までにアメリカ・ロスアンゼルスでの研修を行った。その中で、Citrus Valley Hospice での研修も行われた。ホスピス・緩和ケアの概念は、アメリカやイギリスからの流れを受けており、ホスピス・緩和ケアを看護の中心におくアメリカでホスピスケアを学ぶことは、看護の基本を学ぶことでもある。現在アメリカでのターミナルケアは、主として在宅でのケアに移行しており、ホスピス施設は激減している。このためホスピスを見学しどのような看護が実際に行われているかを知ることができたことは貴重な体験であったといえる。この報告は看護学生がアメリカのロスアンゼルスで行われたホスピスでの研修において、看護師の役割や患者・家族を支えるその他の医療従事者やボランティアの役割を学んだことから、現在当大学で行っている緩和ケア教育の内容を振り返り、今後の大学学部生に対する緩和ケア教育のあり方について考える。

Ⅱ　Citrus Valley Hospiceでの看護師とその他のスタッフの役割

Citrus Valley Hospiceは、1982年に創設され、全室個室で病床数は10床である。１ユニット（患者５名）に対し、正看護師か介護士が１名担当し、10人に対して正看護師は必ず１名いるような勤務となっていた。患者の状態が悪い時には24時間体制で正看護師が側に付き添うということもある。その他、患者に直接的に関わる役割として、准看護師や介護士が勤務している。見学したホスピスの概要と患者･家族に関わるスタッフを**表１**に示す。

アメリカの正看護師の機能は、ホスピスであろうと大病院であろうと基本的な機能は変わらない。正看護師の機能は、患者の情報収集と状況を把握しアセスメントし、アセスメントに基づいて看護診断をする。看護診断から、看護計画を立案、計画に基づいたケアを実践提供し、看護介入の結果を評価する。また、患者の状態把握と管理、医師の指示の下で治療や処置を提供する。また、チームリーダーとしてLVN（准看護師）やCAN（ホームヘルスエイド　介護士）の監督、患者・家族の擁護と安全確保なども行う。ホスピスでも、正看護師が患者や家族の状態を把握し、看護診断をして患者に必要なケアを計画する。患者が危険な状態になってから、医師に連絡を取る。よって、正看護師は、患者のすべての情報を知っている必要があり、適切なケアを保障する責任者であり非常に責任のある重い役割を担っている。

Citrus Valley Hpspiceでは、正看護師の他に准看護師や認定介護士も勤務している。日本では准看護師は看護師とほぼ同じ役割を担っているが、アメリカの准看護師は患者の状態･状況の情報収集し正看護師へ報告するが、アセスメントや看護計画立案はしない。患者に問題が生じた場合に、正看護師に報告し看護計画に基づいたケアを実践提供する。Citrus Valley Hpspiceの准看護師は、主に患者や家族の側にいて話を聞いたり、体をさすったりしていた。正看護師の責任は重く緊張を強いられ、患者と関わる時間が制限されることから、高齢になってから、より密接に患者・家族とかかわれる准看護師に資格を変更している者もいた。他に患者と関わる時間の多い認定介護士の役割は、主にバイタル測定、経口摂取量・排泄量の把握や清潔ケアなどの日常生活援助である。これらのケアは全て正看護師の指示のもとで行い、異常発生時には正看護師に報告する義務がある。

ホスピスには、他にもいろいろなスタッフが患者にか

表１　Citrus Valley Hospice and Home Health の概要と主要な職種

病院の概要	1982年に創設　ホスピス施設　10床の全個室 対象患者 ・　余命６ヶ月またはそれ以内のターミナルの患者 ・　医師によるホスピスケアの指示がある患者 ・　症状緩和のみを希望する患者 ・　CPRや人工的な救命処置の拒否を決意した患者
看護師の勤務体制	１ユニット（患者数５名）に正看護師か介護士がどちらか１名。他に准看護師２名。病状が激しく変化する患者や意識レベルの低下がみられる患者がいる場合准看護師を増やし、対応できるように考慮している。患者の状態が変化している場合や、死が近い場合は、24時間看護師がそばについていることもある。
ホスピスでの主な職種	正看護師、准看護師、認定介護士　ホスピス担当医 ソーシャルワーカー、チャプラン、ボランティア リエゾン、ボランティアマネージャー

かわっている。例えば宗教家は、キリスト教だけでなくいろいろな宗教や文化背景を勉強しており、患者が宗教を持っていなくても楽しく生きて行けるように考え接する役割を担っている。さらに患者本人と共に家族が満足して患者の死を迎えることが出来るように、また家族が患者の死を乗り越えていけるように予期悲嘆も考慮しながら接する。ソーシャルワーカーは、入院している患者家族に対するBereavement Program を考える。患者の死後は、家族のグループミーティングを開いたり手紙を書いたり電話をしたりして家族のフォローをおこなう。ホスピスでは、患者本人はもちろんのこと、家族の苦悩に寄り添えるように、それぞれの立場でアセスメントを行い、そのアセスメントから適切な対応が出来るようにしている。

ホスピスにはボランティアもおり、その主な役割は、患者を見回り必要としていると思われることを手伝うことである。たとえば、食べさせる・水を飲ませる・長い時間話相手になる・手を握る・死期が近いと目が見えなくなる人が多いため手をさわり傍らにいる・医療ニーズがあったら看護師を呼ぶ・からだの向きを変える手伝いをするなど多様である。このボランティアは、誰でも出来る訳ではなく、ホスピスでのケアの手伝いをするために特別に教育された人が行っている。Citrus Valley Hospiceでは、ボランティアマネージャーが125人のボランティアを統括しており、ボランティアに適している人材かどうかの判断や採用から、その人達がボランティアをおこなうまでの教育（約16時間）、実際にボランティアをしている人の継続教育を行っており、システム化されていた。

Ⅲ　日本の緩和ケアにおける看護師の役割

WHOは、「緩和ケアとは生命を脅かす病気に起因した諸問題に直面している患者と家族のQOLを改善する方策で、痛み、その他の身体的、心理的、スピリチュアルな諸問題の早期かつ確実な診断、早期治療によって苦しみを予防し、苦しみから解放することを目標とする。」[1]と定義している。日本の日本緩和医療学会では、この定義と方向性から医師及び看護師の必要とされる緩和ケアに対する教育プログラムを作成し、研修を行っている。日本の看護師に必要とされる役割は、患者・家族からの情報収集に始まり、アセスメント、看護診断、看護計画の立案と実施、さらにはバイタルサインを測定し体を拭き、食事の介助をし、家族の話を聞いて安心や安らぎを与えるとともに、診療の介助や処置など多岐にわたる。しかし、患者が必要な緩和ケアを提供するには、一般の看護師が持っている知識だけでは充分ではない。がん患者特有の痛みに対する知識や技術、がん特有の症状を緩和するための知識や技術、１人の人間の尊厳を守るための倫理観、人間の死を受け止め、乗り越える精神力なども必要である。また家族とのコミュニケーションや患者の不安を和らげる言語的・非言語的コミュニケーション能力も必要であり、患者に苦痛なくケアを提供する技術も必要であり、より専門的で熟練した看護を提供しなくてはならない。

さらに、緩和ケアにおけるケアとは何かを考え研究し、職場の中だけでなく、経験やアイディアや情報を国内のみならず国外の専門家にまで幅を広げて交換することが必要である[2]。

アメリカの正看護師の場合、常に研究会に参加し（30時間以上30単位を取ることで２年に１回の看護師免許の更新ができる）、自らの学問レベルを上げ専門性を持つことが求められており、緩和ケアに関しても常に新しい知識を吸収し、進歩するような学習姿勢があり、常に自己研鑽をし、ケアの提供者としての役割と責任を有している。

一方、日本の看護師も研修会への参加や病棟内での学習会などで知識を増やすなど、自己研鑽を積んでいる者が多い反面、看護師が担う仕事の多さから自己研鑽をする時間が取れないということも現実である。そのため、緩和ケアに関する詳しい知識の習得をすべての看護師が行っているとは言えず、充分な緩和ケアの知識に基づいたケアが行われているとは限らない。がん患者は、一般病棟、在宅、介護施設、外来通院している人など、看護師が関係するありとあらゆる場所に存在する。がんという疾患を持つすべての患者の治療初期から緩和ケアが必要だとされる今、看護師は、緩和ケアの専門知識を当然の知識として有することが必要であると思われる。

Ⅳ　新潟医療福祉大学看護学科での緩和ケア教育と米国での緩和ケア教育

日本の緩和ケアに対する教育は、慢性期看護学もしくはがん看護学の中で主に行われてきた。2000年以降に緩和ケアを独自の科目として教育するようになってきたので、看護師の大半は緩和ケアの教育を充分に受けていない。現在の看護学教育の中でも緩和ケアを科目として立ち上げ教育している大学は少なく、すべての看護学生が緩和ケアを基礎教育として充分に学んでいるわけではない。新潟医療福祉大学看護学科では２年次にがん看護学（15時間）、３年次に緩和ケア看護学演習（30時間）を行っており、緩和ケア教育にかけている時間は多いと考える。

新潟医療福祉大学の緩和ケア看護学演習の目的は、「緩和・ターミナルケアを必要とする対象を理解し、緩和・ターミナル期の経時的変化に応じた適切な患者・家

族の援助法を習得する。モデル事例により看護問題を捉え、患者・家族の必要とする看護計画とトータルケアの検討および看護技術法を演習し習得する。」であり、授業概要を**表 2** に示す。

講義内容は、緩和・ターミナルケアの考え方と看護の役割及び、具体的な援助方法に関するものである。演習内容としては、がん終末期患者が数人出てくるビデオを学習教材とし、グループワークによって学生が事例患者の苦痛・スピリチュアルな痛みについて考え、終末期にある患者の看護について考えを深める内容にした。またグリーフケアや終末期の家族に必要なケアを考えられるように、死を迎えた患者と家族に対する看護についてロールプレイを行い、死を迎えた患者の死化粧なども実際に行っている。

一方米国でも、医師や看護師が緩和ケアに関する知識を受ける機会がほとんどなく、トライ＆エラーの限られた経験に基づいて対応せざるを得なかった。そのため、質の高い終末期ケアを目指し、米国カリフォルニア州のCity of Hope（COH）と American Association of College of Nursing（AACN）がEnd-of-Life Nursing Education Consortium（ELNEC）という教育プログラムを開発し、全米的終末期教育プログラムが作られ、2000年に誕生している。現在、このELNECのカリキュラムを学んだ教員によって学部生に対する緩和ケア教育が行われ、各々のプログラムを約25000人の学生が選択し受講している[3-5] その主な内容を**表 3** に示す。

表 2　緩和ケア看護学演習シラバス

目　　的	緩和・ターミナルケアを必要とする対象を理解し、緩和・ターミナル期の経時的変化に応じた適切な患者・家族の援助法を習得する。モデル事例により看護問題を捉え、患者・家族の必要とする看護計画とトータルケアの検討および看護技術法を演習し習得する。
目　　標	1．緩和ケア・ターミナルケアの考え方と看護の役割を理解する。 2．ターミナル期にある人の特徴を理解し看護援助を習得する。 3．ターミナル期にある人の症状緩和や緩和ケアにおける苦痛や苦悩を軽減しQOLの獲得を図る。 4．ターミナル期のコミュニケーションを図り、ニード把握、自己決定、倫理的問題の擁護を支援する。 5．グリーフワークの必要性を理解し、家族・遺族に対するケアを習得する。
講義及び演習内容 計15回 （30時間）	1．緩和・ターミナルケアの考え方と看護の役割 2．ターミナル期にある対象の特徴と理解 3．ターミナル期にある対象の看護援助と倫理 4．緩和ケアにおける症状緩和の薬剤使用 5．ターミナル期における緩和ケアの実践法 6．ターミナル期のコミュニケーション 7．グリーフワーク・家族・遺族のケア 8．事例検討グループワーク 9．緩和・ターミナルケアに必要な看護技術演習 10．緩和・ターミナルケアに必要な看護技術演習（死後の処置法について）

表 3　アメリカで始まった看護学生に対する緩和ケア教育の項目

End-of-Life　Nursing Education Consortium（ELNEC）	・終末期における看護ケア ・疼痛マネジメント ・症状マネジメント ・文化的配慮 ・倫理的問題 ・終末期のコミュニケーション ・喪失／悲嘆／死別 ・死への準備とケア ・質の高い終末期ケア

前述したように、アメリカの正看護師は主にアセスメントと看護計画・評価を行っており、実際に患者に密接にかかわることは少ない。しかし、患者と家族の状態を知るために、そして適切な看護計画を立てるために、緩和ケアの知識は幅広くかつ深いものであることが必要である。

また、このカリキュラムは学部生だけを対象としているわけではなく、大学院生や臨床経験を重ねた看護師を対象とするものや、一度このカリキュラムで学んだ内容を１年後に再度学習し直すといった継続教育もある。

これらアメリカの緩和ケア教育の内容と新潟医療福祉大学の緩和ケア演習の内容を比較してみると、その項目に大きな違いは無いがその内容は、日本の緩和ケアのテキストなどには書かれていない、より専門的かつ正看護師が患者をアセスメントするために必要な具体性があるものとなっている。当大学では演習の30時間を講義だけでなく患者がイメージできるように、ビデオを使ったりロールプレイに時間に費やしているが、患者をイメージし、患者が抱えている苦痛を知る事はできるが、それらの知識を使って患者に必要な看護を提供できるまで教育することは難しい。現在、緩和ケアを基礎教育として教えていくために、どの項目を深く、どの項目を具体的に教育する事が必要なのかを模索しているところである。日本でも、ELNEC-J（Japan）を日本緩和医療学会が主催しており、平成19～20年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」班において、ELNECのコアカリキュラムの日本語版であるEnd-of-Life Nursing Education Consortium Japan（ELNEC-J）指導者養成プログラムが開発され、看護師および教育者に向けての研修プログラムが2007年からスタートしている。現在は、主に緩和ケアや終末期医療に５年以上携わっている看護師や教育者に対して、指導者の育成を目的に行われており、大学学部生などの初学者が対象ではない。

がん患者数はますます増加しており、がんの苦痛を抱えた患者のケアを行うことは、どの看護師にも求められる大切なケアとなっている。緩和ケアは、ホスピスなどの特別な環境で行われる看護ではなく、一般病棟でも在宅でも行うべき大切な看護の一つとなった。このような背景からも、緩和ケア教育は基礎教育の中に位置づけられる重要な科目であると考える。

当大学では、がん看護学と緩和ケア看護学演習だけでなく、緩和ケア実習として１週間の実習を新潟市近郊の緩和ケア病棟で行い、学問と実際を結びつける教育を行っている。学生は、緩和ケアや終末期医療に興味を持ち、緩和ケアを行うことは看護のあるべき姿であると感じている。しかし、臨地実習などでがんの患者を受け持っていても、看護計画として患者の緩和ケアをあげ実際に援助している学生は少ない。知識はあっても、実践に結びついていないのが現状である。

今後は尊厳ある死を迎えるために看護師はどうあるべきか、何を学び何を考えるべきかを常に考え実践できる学生を育てるために、更なる教育内容の構築を行い、一般病棟でも在宅でも緩和ケアを実践できる看護師を育てることが、今後の看護教育の課題であると考える。

おわりに

緩和ケアを行う現場には、多くの職種が存在する。アメリカと同じようにさらに多くの職種が終末期の患者に関わることが必要であると考える。看護師は、これらのメンバーと連携し、リーダーシップを取る役割を担っている。そのためには緩和ケアに関する専門的知識と患者個々に応じた適切な看護を考え実践する力が必要であり、先を見通した看護を常に考え研究し、国内外の研究者との交流をもつような積極性が必要である。しかし、多種多様な医療チームメンバーとの連携を行い、自己教育力のある学生を育てる教育は確立されていない。本学に求められているのは、医療従事者としてリーダーシップをとれる人材の育成であり、そのような教育を構築していくことが課題である。

文献

１）東原正明　近藤まゆみ編集　緩和ケア　医学書院　117-127　2006.10
２）Patrick Coyne, Judith A. Paice, Pam Malloy Oncology End-of-Life Nursing Education Consortium Traning Program:Improving Palliative Care on Cancer. Oncology Nursing Forum. 34（４）2007 801-806
３）Pam Malloy, Judith Paice, End-of-Life Nirsing Education Consortium: 5 Years of Educating Graduate Nursing aculty in Excellent Palliative Care. Journal of Professional Nursing 24（６）2008 352-357
４）竹之内沙弥香　緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアに携わる看護師のための教育プログラム　看護管理　19（９）2009　782-785
５）二見典子　がん緩和医療教育の現状と課題　がん緩和医療における看護師教育の現状と課題　緩和医療学　８（１）27-36