

一般病棟の看護師を対象とした終末期がん患者と
家族を支援する看取りケア実践教育プログラムの
開発と有効性の検証

指導教員 森山 美知子 教授

広島大学大学院保健学研究科保健学専攻

吉岡 さおり

2011年3月

目 次

第Ⅰ章	序論	
第1節	問題提起	1
第2節	研究の目的と意義	5
第3節	研究の構成	6
第4節	用語の操作的定義	7
第5節	本研究の理論的背景	8
第Ⅱ章	文献検討	
第1節	終末期がん看護実践の関連要因に関する研究	12
第2節	終末期がん看護に関する継続教育プログラム	16
第3節	終末期がん看護に関する継続教育における介入研究	20
第Ⅲ章	研究1: 一般病棟の看護師による看取りケア実践に関連する要因の質的分析	
第1節	研究目的	25
第2節	研究方法	25
第3節	倫理的配慮	26
第4節	結果	28
第5節	考察	32
第Ⅳ章	研究2: 一般病棟の看護師による看取りケア実践に関連する要因の量的分析	
第1節	研究目的	35
第2節	概念枠組み	35
第3節	研究方法	36
第4節	倫理的配慮	42
第5節	結果	43
第6節	考察	62
第Ⅴ章	研究3: 一般病棟の看護師を対象とした看取りケア実践教育プログラムの展開と教育効果の評価	
第1節	研究目的	68
第2節	看取りケア実践教育プログラムの作成	68
第3節	看取りケア実践教育プログラムの展開方法	81
第4節	倫理的配慮	87
第5節	結果	89
第6節	考察	99
第Ⅵ章	研究総括	105
謝辞		108
引用文献		109
巻末資料		

論文内容要旨

【研究の背景と目的】

がん死亡者数が年間 30 万人を超える現代において、その約 90%は一般病棟で死亡している現状にあり、一般病棟の看護師による終末期のがん患者とその家族に対する質の高いケアの提供は重要な課題となっている。しかし、一般病棟におけるケアの現状は、日常生活援助などの身体的ケアが中心であり、家族の看取りを支えるケアに関しては十分に実施されていないことが先行研究から明らかとなった。

そこで本研究では、「患者を含む家族を1つのケアユニットと捉え、家族の看取りを支援するために看護師が終末期のがん患者と家族に行うケア行動」を看取りケアと定義し、1) ケア実践における課題、つまり、実践に関連する要因を明らかにし、2) その結果を基に一般病棟の看護師を対象とした看取りケア実践教育プログラムを作成した。そして、3) 看取りケア実践教育プログラムを一般病棟の看護師に対して展開し、プログラムの有効性を検討した。これらの目的の達成において、研究 1～3 を段階的に展開した。

【研究方法と結果】

研究 1: 一般病棟の看護師による看取りケア実践に関連する要因の質的分析

研究 2 における質問紙作成の基礎資料とすることを目的に、がん看護専門看護師 4 名に面接調査を実施した。緩和ケアチームメンバーや病棟師長の立場で一般病棟の看護師と関わる対象者の教育的視点から、看取りケア実践の関連要因についての語りを得た。

分析の結果、看護師の態度に影響する【看取りに関する個々の看護師の看護観】【看取りにおける役割意識】【チーム内の質の高い情報の共有】【スタッフ間の相互作用による看取りに対するチームの価値観の形成】【看取りに関する個々の看護師の体験】、知識・技術に関する【症状緩和に関する基本的知識と実践能力】【家族看護に関する基本的知識】【社会資源に関する基本的知識】【終末期看護に必要な理論の基本的知識と実践のリンケージ】【コミュニケーションスキル】の 10 要因が抽出された。

また、これらの要因は、「態度」→「知識・技術」→「看取りケア」の順に段階性を持つと仮定した。従って研究 2 では、関連要因の分析に加え、仮説モデルの適切性の検討が課題となった。

研究 2: 一般病棟の看護師による看取りケア実践に関連する要因の量的分析

看取りケア実践の関連要因の特定を目的に、一般病棟の看護師を対象に質問紙調査を実施した。質問紙は、看取りケアの実践能力を測定する看取りケア尺度 (吉岡ら, 2009)に加え、研究 1 で得られたカテゴリーに基づく、看取りケアに対する態度を測定する FATCOD-B-J (中井ら, 2006)、Death Attitude Inventory (DAI) (平井ら, 2000)、看護師のコミュニケーションスキル測定尺度 (上野, 2005)、理論やモデルを用いた看護展開能力を測定する、看護師の自律性尺度第IV因子 (菊池ら, 1997)、知識の程度の認識、所属チームに対する評価項目、属性、学習経験などから構成した。

調査の結果、337 の有効回答が得られた (回収率 56%、有効回答率 93%)。看取りケア尺度を

従属変数とする重回帰分析の結果、「態度」に関連する要因として、所属チームに対する評価 ($\beta = .14, p < .01$)、FATCOD-B-J: 死にゆく患者へのケアの前向きさ ($\beta = .12, p < .05$)、実践の手本有 ($\beta = .10, p < .10$)、DAI: 解放としての死 ($\beta = .09, p < .05$)が抽出された。また、「知識・技術」に関連する要因として、家族アセスメントに関する知識 ($\beta = .28, p < .01$)、理論やモデルを用いた看護展開能力 ($\beta = .19, p < .01$)、症状コントロールに関する知識 ($\beta = .13, p < .05$)、研修会への参加 ($\beta = .11, p < .05$)が抽出された。調整済み $R^2 = .48$ であった。

さらに、これらの要因を観測変数とする仮説モデルの共分散構造分析を実施した結果、統計学的許容範囲内の適合度指数が得られ (GFI= .913, AGFI= .869, CFI= .923, RMSEA= .087)、卒後の継続教育による実践能力の向上を表すモデルとして妥当であることが示唆された。

研究 3: 一般病棟の看護師を対象とした看取りケア実践教育プログラムの展開と教育効果の評価

看取りケア実践教育プログラムを作成して展開した。プログラムの内容は、研究 2 で抽出された「知識・技術」の関連要因を根拠に、① 家族アセスメントの基礎知識、② 症状コントロールの基礎知識、③ 看取りケアに関する理論やモデルの基礎知識と実践への応用とした。また、所属チームに対する評価が「態度」に関連していたことから、同一病棟メンバーでグループを編成し、グループディスカッション、事例発表会を取り入れた 5 回構成のプログラムとした。

参加者は A 施設の一般病棟看護師 25 名とし、欠席および質問紙に不備の無い 22 名を分析対象とした。研究デザインは対照群を設定しない前後比較介入研究とし、介入前、終了直後、終了後 2 ヶ月に評価を行った。

教育効果として、主要アウトカムである看取りケアの実践能力は終了直後に有意に上昇し ($p < .01$)、2 ヶ月後も維持されていた。看取りケアに対する自信、知識についても同様であった。態度については、介入前から高水準にあった得点が終了直後にさらに上昇し、2 ヶ月後には介入前とほぼ同水準を保っていた。また、教育方法、グループ編成ともに、教育効果を高める展開方法であったことが示唆された。有用性においても高い評価が得られた。

【総括】

本研究では、一般病棟の看護師を対象とした看取りケア実践教育プログラムを開発し、その有効性を検討した。プログラムの内容と展開方法は、面接調査 (研究 1)の質的分析に基づいて作成した質問紙調査 (研究 2)の結果を根拠に、家族アセスメント、症状コントロールに関する内容を理論やモデルと関連付けながら看護チームを基盤に学習する方法とした。

研究 3 の研究デザインは対照群を設定しない前後比較介入研究とし、プログラムを展開した。分析対象は 22 名であった。評価指標の分析の結果、看取りケア実践教育プログラムは、看取りケア実践能力の向上に寄与するプログラムであることが示され、その有効性が示唆された。今後は、本プログラムを一般病院に所属する専門看護師や認定看護師と協働した院内研修として企画し、汎用していくことが課題である。

第 I 章 序論

第 1 節 問題提起

1. 終末期がん患者と家族に対するケアの現状

近年、終末期の患者や家族に対するケアを専門領域とするホスピス・緩和ケア病棟の設置が進み、2010年4月現在195施設(3869床)と急増し(日本ホスピス緩和ケア協会, 2010a)、最期の時をその人らしく過ごす場として社会の認識も高まってきている。しかし、がん死亡者数は年間30万人を大きく超え(厚生統計協会, 2009)、これらの施設を利用できる患者は未だ全がん患者の5%に満たず、90%以上のがん患者と家族が一般病棟で最期のときを過ごしているのが現状である。また、緩和ケアチームをもつ医療施設が増加し、一般病棟の患者や家族へのケアに関するコンサルテーションが可能となっているが、現時点ではその役割や機能についての課題が検討されている段階である(Higginson et al., 2002; Higginson et al., 2003; 近藤ら, 2008; 森田ら, 2005)。さらに、終末期がん看護に関わるエキスパートナースとして、2010年7月までに、193名のがん看護専門看護師、751名の緩和ケア認定看護師、387名のがん性疼痛看護認定看護師が誕生しているが(日本看護協会, 2010a, 2010b)、緩和ケア病棟やホスピス、緩和ケアチームが活動の場の中心となっている。これらの現状から、一般病棟の看護師には、終末期がん患者と家族が体験している苦痛を理解し、QOLを高める質の高いケアの提供が求められているといえる。

終末期のがん患者と家族が体験している苦痛については、患者の抱える苦痛はトータルペインとして考えられ、単に身体的症状だけに注目するのではなく、心理社会的、スピリチュアルな側面を理解し、包括的にアプローチすることが重要であることが知られている(Twycross, 1997)。また、このような苦痛を抱え、生命の危機的状況にある患者に寄り添う家族においても、介護負担、患者の喪失に伴う悲嘆、治療や看取りに関する意思決定、家族内の役割の変化に対する戸惑い、患者に対する自責の念などの様々な苦悩に直面している危機的な状況にあり(Gauthier & Froman, 2001; Hull, 1989; Kristjanson, 1989; Kristjanson, 1993; Kristjanson, Atwood, & Degner, 1995; Lynn, 1997; Teno, 1999; Teno, Casey, Welch, & Levitan, 2001; Teno, Clarridge, Casey, Levitan, & Fowler, 2001)、ケアを必要としている存在である。そして、このような苦痛を抱える患者と家族は別次元の存在ではなく、家族という1つのシステムの構成員である。家族を構成する家族員は互いに影響しあうことから、家族と患者の関係性は患者の認知・身体・精神全ての領域に影響をおよぼす。特に、終末期という危機的な状況においては、意思決定や役割の再調整などの局面において各家族員の考え方の相違や葛藤、食い違いなどが生じやすく、患者-家族間の関係性が悪循環に陥りやすい(森山, 2001)。従って、家族を1つのケアユニットとして捉え、患者と家族の相互作用に着目して介入することは終末期がん看護において重要であるといえる。

しかしながら一般病棟におけるケアの実際は、日常生活援助などの身体的なケアに比して、家族への介入、心理社会的なケアなど、家族の看取りを支えるためのケアに関しては十分に実施されていないことが先行研究から明らかとなった (吉岡, 池内, 山田, 小笠原, 2006; 吉岡ら, 2009)。Beckstrand, Moore, Callister, and Bond (2009)、藤田 (2001)、Ogasawara, Kume, & Andou (2003)の報告においても、終末期がん患者の家族間のコミュニケーションの促進や、患者の状態の変化に動揺する家族への支援が一般病棟において十分に実施されていないことが指摘されている。

これらのケアを困難にする背景として犬童 (2002)は、死に対する看護師の不安やがん看護に対するギャップ感などの要因があることを示唆しており、二渡ら (2003)は、看護師の死生観や患者家族とのコミュニケーションの程度が看護師の心的負担に関与していると報告している。さらに、McGrath, Yates, Clinton, and Hart (1999)や Sasahara, Miyashita, Kawa, and Kazuma (2003)の報告では、コミュニケーションスキルと実践との関連が示唆されている。

以上のように、大多数の終末期がん患者と家族が過ごす一般病棟におけるケアの実践は課題を抱えており、その背景や要因について検討されてはいるものの、断片的であり、具体的な対策の検討は難しい状況である。従って、看護師の特性、知識、態度、感情および職場環境などあらゆる側面からケアの実践に関連する要因を包括的に分析し、ケアの質向上のための対策に取り掛かることは緊急の課題であるといえる。

ケアの質の向上のための対策として「教育」が挙げられるが、その基盤となる看護基礎教育と、卒後の継続教育の現状と課題について以後述べる。

2. 終末期がん看護に関する教育の現状と課題

日本看護系大学協議会は、看護学教育の在り方に関する検討会 (2004)の報告から、看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標を設定している。卒業時に到達すべき看護実践能力はⅠ～Ⅴ群に分類され、19項目の能力から構成されている。終末期看護に関しては、Ⅲ群の「特定の健康問題を持つ人への実践能力」の中に「終末期にある人への援助」が位置づけられており、看取りをする家族への支援、遺族への支援もその中に含まれている。到達目標としては、実践よりも理解のレベルとされているが、終末期にある人への援助に関する学習を通じた学生の死生観、倫理的感性の育成が期待されている。

しかし、終末期看護の授業を単独の科目として実施している看護基礎教育施設は 17.6%のみであったことが報告されており (中村, 2004)、終末期看護を実践する上で重要な視点である家族看護学の教育においても同様の傾向にあることが推測される。

また、終末期看護実践の基盤となると考えられる死生観の育成に関しては、核家族化の進展や家庭内で近親者の臨終に接する機会が少なくなったことなどを背景に、死を学ぶことの必要性が強調され、20年以上前から看護基礎教育におけるデスエデュケーションの在

り方が検討されてきた (中尾, 花田, 大津, 奥野, 1986; 七木田, 1991; 西脇, 日野原, 飯田, 中山, 菊田, 1994; 鈴野, 1999; 山崎, 2002)。しかし、現在に至るまで教育の体系化は進んでおらず、その要因として、死生観の形成過程が明らかにされていないことや、教育する側の資質の問題などが指摘されている (Degner & Gow, 1988; McCorkle, 1988; 志田, 2007)。

以上のことから、看護基礎教育における終末期がん看護に関する系統的な教育は未だ十分とはいえず、知識や技術はもとより態度の育成においても卒後の継続教育に委ねられているのが現状であるといえる。

3. 終末期看護に関する継続教育の現状

継続教育の重要性は、国外においても同様に強調されている。Aulino and Foley (2001) は専門職者に対する教育や心理的サポートの不足がケアの質向上のバリアとなっていることを指摘し、Beckstrand, Callister, and Kirchhoff (2006)は、終末期ケアを提供するための教育が不十分であると看護師が認識していることを報告しており、双方ともに教育体制の整備を課題として挙げている。

米国における代表的な継続教育の取り組みの1つとして、1999年に American Association of Colleges of Nursing (AACN)と City of Hope National Medical Center (COH)が指揮をとり、全国的な終末期看護教育プログラムとして立ち上げられた End-of-Life Nursing Education Consortium Training Program (ELNEC)が挙げられ、指導者を育成するためのプログラムとして位置づけられている (Matzo, Sherman, Penn, & Ferrell, 2003)。また、同じく米国の団体である Hospice and Palliative Care Nurses Association (HPNA)は、終末期看護に関するセミナーの開催、継続教育プログラムの実施とサポート、エキスパートナースの紹介などをインターネット上で展開しており、継続教育へのアクセスを容易にしている (HPNA, 2009)。

ホスピスケアの発祥である英国においても、終末期ケアの施設間格差が問題視されており、国営の医療サービス事業である National Health Service (NHS)の助成を受け、チームで実践する終末期ケアプログラムである Gold Standards Framework (GSF)が2001年に発表された (National GSF Centre, 2010)。これに関連して2003年には Marie Curie Center の Ellershaw 博士が、看取り(臨終前後)のクリティカル・パスである Liverpool Care Pathway (LCP)を提唱し、看取りの質の標準化が試みられている。GSF および LCP を活用することのできるスタッフ教育が課題とされ、NHS (2010a) を中心に教育活動や普及活動が実施されている。また、St Christopher's Hospice などの代表的なホスピスの教育センター主催の教育プログラムやセミナーが年間を通じて開催されている (The education department St Christopher's Hospice, 2010)。

わが国の継続教育においては、2003年に日本ホスピス緩和ケア協会により作成された「ホスピス緩和ケア看護職教育カリキュラム」が代表的である (日本ホスピス緩和ケア協

会, 2010b)。教育期間として3年が設定されており、教育の対象は緩和ケア病棟や緩和ケアチームに所属する看護師となっている。日本看護協会主催の研修では、「ナースのためのホスピス緩和ケア研修」が実施されており、実務経験が3年以上あれば誰でも参加可能であるが、講義・演習・実習を6週間フルタイムで取り組むプログラム構成となっている。また、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(2009)によってELNEC日本語版の作成が試みられており、オリジナル版と同様に指導者の育成が目的とされている。その他、企業や公的団体主催の教育プログラムやセミナー、医療施設単位の現任教育プログラムなど多数の教育が展開されていることが推測される。

このように国内外における継続教育の現状は、各種団体や施設単位における教育プログラムの展開が中心となっており、中には受講者にある程度の高いスキルが求められるものや長期の学習期間を要するもの、通常勤務との両立が困難なプログラム構成のものもあるといえる。また、既存のプログラムは、概して一定のカリキュラムに則った内容が主流となっており (Matzo et al., 2003; 日本ホスピス緩和ケア協会, 2010b; 日本看護協会, 2009)、ケアの質の向上が緊急の課題である一般病棟の看護師に必要とされる内容に焦点化されているとは言い難い。さらに、研修会などへの参加は、個々の看護師の個別受講が中心となっているが、既に存在する看護チームを基盤として参加した場合、チームの成長の促進、教育成果の速やかな患者や家族への還元が期待できるのではないだろうか。

以上のことから本研究では、一般病棟におけるケアの質向上の緊急性と継続教育の重要性を鑑み、一般病棟の看護師を対象とした継続教育について検討する。具体的には、終末期看護において重要な視点である家族支援に着目し、家族もケアの対象として捉えた看取りケアの実践に関連する要因を明らかにすることにより、一般病棟の看護師に教育すべき必須要素を特定する。そして、それらの要因から内容を構成した教育プログラムを作成し、一般病棟の看護師を対象に院内研修として継続教育を実施する。プログラムの展開方法については看護チームを基盤とした教育方法について本研究過程で検討し、その評価方法を吟味した上で教育プログラムの有効性を検証する。

第2節 研究の目的と意義

1. 研究の目的

本研究では、終末期のがん患者と家族を支援し、家族の看取りを支えるためのケアを「看取りケア」と定義し（詳細は後述）、以下の3点を目的とする。

- 1) 看取りケアの実践のバリアとなる要因、または促進する要因（以降、看取りケア実践の関連要因）を明らかにし、看取りケアの実践において、一般病棟の看護師に教育すべき必須要素を特定する。
- 2) 1)を基に、一般病棟の看護師を対象とした看取りケア実践教育プログラムを作成する。
- 3) 看取りケア実践教育プログラムを一般病棟の看護師に対して展開し、教育プログラムの効果を評価することにより、プログラムの有効性を検討する。

2. 研究の意義

平成19年のがん対策基本法が施行され、がん医療の均てん化が推進されている（厚生労働省、2007）。その背景には、3人に1人ががんで死亡する時代を迎え、国民の生命と健康においてがんが重大な問題となっていること、がん医療の地域間格差や施設間格差の存在などが挙げられており、がん看護においても同様の問題が指摘されている（兵藤、2008）。さらに、重点的に取り組むべき課題の1つとして、がん患者のみならず、その家族に対して心のケアを行う医療従事者の育成の必要性が明記されており（厚生労働省、2007）、家族をケアの対象として捉えた看護介入が要請されているといえる。

これらの背景と第1節で問題提起した一般病棟におけるケア実践の実情から、本研究の意義として以下の6点が挙げられる。

- ① 本研究は、終末期のがん患者を含む家族を1つのケアユニットとして捉えた看護師のケアに焦点をあてており、がん医療の質の向上、家族ケアの充実などの社会的要請に対応している。
- ② 特に、90%以上の終末期がん患者の死亡場所である一般病棟に着目することは、終末期医療の現状に対応した取り組みである。
- ③ 一般病棟の看護師に教育すべき要素を包括的に分析した上でプログラムを構成することによって、科学的根拠に基づいて構成されたプログラムを提供することができる。
- ④ プログラムの展開において現にある看護チームを基盤に介入した場合、教育の成果が効果的に終末期のがん患者と家族に還元されることが期待できる。
- ⑤ また、看護チームを基盤とした場合、スタッフ間の相互作用により、看護チームの成長に貢献するものと考えられる。
- ⑥ 本研究の成果は、卒後の継続教育のみならず、看護基礎教育における終末期看護、家族看護に関する系統的なカリキュラムの構築に示唆を与えることが期待される。

第3節 研究の構成

本研究では、看取りケア実践教育プログラムを開発し、その有効性を検証するために、以下の3つの研究を段階的に行う。

【研究1】一般病棟の看護師による看取りケア実践に関連する要因の質的分析

【研究2】一般病棟の看護師による看取りケア実践に関連する要因の量的分析

【研究3】一般病棟の看護師を対象とした看取りケア実践教育プログラムの展開と教育効果の評価

看取りケアは、次節の用語の操作的定義で説明するように、終末期のがん患者と家族に対するケアであり、教育の対象として一般病棟の看護師に焦点を当てる。

研究1では、がん看護に関するエキスパートナースに対して半構造的面接を実施し、エキスパートナースの教育的視点に基づく一般病棟の看護師による看取りケアの実践に関連する要因を質的に分析し、研究2の質問紙作成における基礎資料とする。

研究2では、質的分析から抽出された要因から質問紙を作成し、一般病棟の看護師に対する質問紙調査を実施する。統計学的分析から、ケア実践の関連要因を特定することを目的とする。また、要因間の関連性や構造を明らかにし、看取りケアの特徴を検討するとともに看取りケア実践教育プログラムの内容と展開方法の示唆を得る。

研究3では、研究2の結果と示唆を基に教育プログラムを作成し、終末期がん患者をケアする機会の多い一般病棟の看護師に対して院内研修として展開する。評価指標の介入前後比較により、教育プログラムの効果を評価する。

図I-1は研究1~3を図式化した本研究の構想図である。看取りケア尺度は、次節で説明する看取りケアの定義を測定概念にもつ尺度である(吉岡ら, 2009)。研究1では面接対象者に看取りケアの全体像を把握してもらうために提示し、研究2では関連要因の特定における従属変数となる。また、研究3では教育プログラムの効果の評価における評価指標の1つとなり、本研究に一貫して用いる。

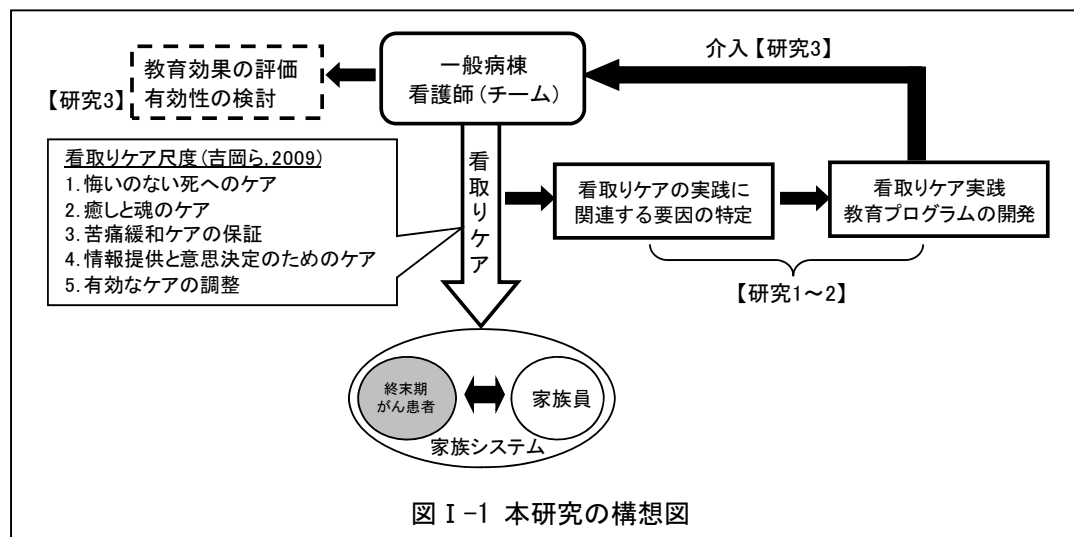


図 I-1 本研究の構想図

第4節 用語の操作的定義

本研究における、「看取りケア」「終末期がん患者」「家族」を以下のように定義する。

1. 看取りケア

看取りケアとは、「患者を含む家族を1つのケアユニットと捉え、家族の看取りを支援するために看護師が終末期のがん患者と家族に行うケア行動」と定義する。看取りケアは、家族看護や家族療法に特化したものではなく、様々な場面において家族ケアの重要性を意識する家族志向のケアを意味する。また、「終末期のがん患者と家族に行うケア行動」で示されているように、例えば、患者の疼痛コントロールのためのケアは、単に患者の苦痛の除去を意味するのではなく、患者と家族の相互作用に着目し、痛みに苦しむ患者を傍で看ている家族に対するケアでもあると捉える。

なお、一般的に用いられる「臨終に立ち会う」ことを意味するのではなく、ターミナル前期から臨終までの看取りのプロセスにおけるケアとする。

2. 終末期がん患者

終末期とは、一般的に「現代医療において可能な集学的治療の効果が期待できず、積極的治療がむしろ不適切と考えられる状態で、生命予後が6ヶ月以内と考えられる段階」と定義されることが多い。しかし、実際には生命予後が6ヶ月以内であっても、化学療法や放射線療法などの治療が継続されている場合も多く、特に本研究が介入の対象としている一般病棟においては上記の定義が該当しない状況にあると考えられる。

恒藤(1992)は、終末期を生命予後6ヶ月から、ターミナル前期、ターミナル中期、ターミナル後期、死亡直前期の4つのステージに分類し、患者と家族に対するケアの要点を表I-1のようにまとめている。家族に対するケア内容など、全体としては看取りケアの概念と期間、方向性と合致している。

よって、本研究における終末期がん患者は、積極的治療の継続の有無は考慮せず、ターミナル前期から死亡直前期、臨終時までのがん患者とする。

3. 家族

少子高齢化の進展、核家族化、晩婚化、未婚のカップル、同性愛者の増加など時代の変遷に伴い、家族の概念が変化してきている。つまり、初期の社会学者が提唱してきた婚姻や血縁関係を重視した家族の捉え方では説明のつかない状況にあるといえる。

よって、本研究における家族は、「強い感情的な絆、帰属意識、そしてお互いの生活にかかわろうとする情動によって結ばれている個人の集合体である (Wright, Watson, & Bell, 1996)」と定義し、法的な関係性や同居の有無に関わらず、家族を捉える。

表 I-1 ターミナルステージにおける患者と家族のケア

ターミナルステージ	生命予後	患者に対するケア	家族に対するケア
ターミナル前期	6～1ヶ月	痛みのコントロール その他の症状緩和 緩和治療 精神的に支える 身辺整理への配慮	病名告知に関する悩みへのケア 高齢者や子供への病名告知 および病名説明 死の受容への援助
ターミナル中期	数週間	コルチコステロイドの使用 高カロリー輸液の中止 日常生活への援助 霊的苦痛への援助	予期悲嘆への配慮 延命と苦痛緩和の葛藤への配慮
ターミナル後期	数日	安楽ポジションの工夫 持続皮下注入 混乱への対応 鎮静の考慮	看病疲れへの配慮 蘇生術についての話し合い
死亡直前期	数時間	人格を持った人として接する 死亡喘鳴への対応 非言語的コミュニケーション	死病直前の症状の説明 家族にできることを伝える 聴覚は残ることを伝える

Note: 恒藤暁 (1992). 末期がんにおける症状コントロールの要点. ターミナルケア, 2(3), 178-184. より抜粋

第5節 本研究の理論的背景

看取りケアは本研究の中心概念であることから、看取りケアにおけるケアの考え方、看取りケアを構成する因子について説明する。また、看取りケアにおける家族の捉え方の理論的背景である家族システム看護理論および看取りケアに求められる家族システム看護のレベルについても説明を加える。

1. 看取りケアの考え方

1) 看取りケアにおけるケアの考え方

本研究においては、看取りケアを、「患者を含む家族を1つのケアユニットと捉え、家族の看取りを支援するために看護師が終末期のがん患者と家族に行うケア行動」と定義する。また、本研究を通して用いる看取りケア尺度は、看取りケアの定義を測定概念に持ち、一般病棟の看護師の看取りケア実践能力の測定を目的に研究者らが開発した22項目5因子の測定ツールである (吉岡ら, 2009)。

看取りケア尺度の作成段階においては、ケアの考え方として、Watson (1988)のケアリング理論の前提を重視し (表 I-2)、アイテムプール作成の指針とした。ケアリング理論の主軸となるものは、患者－看護師関係をトランスパーソナルな関係と捉えるという考え方である。つまり、ケア提供者 (看護師)→ケアの受け手 (患者)といった一方通行の援助をケアと捉えるのではなく、患者－看護師の相互作用からなり、具象化または数量化し難いスピリチュアルな関わりをも含むものであるといえる。従って、Cure よりも Care が重視され、日常生活援助などの身体的なケアはもとより予期悲嘆などの心理社会的なケアやスピリチュアルケアなど、患者家族と看護師とのトランスパーソナルな関係の構築が重要視される

終末期看護におけるケアによく適合するものであるといえる。以上のことから看取りケアは、終末期がん患者と家族に対するケアリングであると位置づける。

表 I-2 ケアリング理論の前提

1. ケアリングは、対人関係においてのみ実践することができ、また適切に提示できる
2. ケアリングは、ケア因子から成り、それらは人間のニードを充足する
3. ケアリングは健康を増進するのみでなく、また個人だけではなく、その家族の成長も促進する
4. ケアリングは人々をあるがままの姿で、かつ成長の可能性のある存在として受け入れる
5. ケアリング環境は、その人にとってその状況に最もふさわしい行為を選択できる潜在能力への発達を促進する
6. ケアリングは、キュアよりも健康増進の役割機能を果たす
7. ケアリングは看護の本質である

Note: Watson, J. (1998). 稲岡文昭・稲岡光子訳 (1992). ワトソン看護論 人間科学とヒューマンケア. 東京: 医学書院. より抜粋

2) 看取りケアを構成する因子

看取りケア尺度の作成段階において、終末期患者の家族のニードに関する先行研究を参考に (Kristjanson, 1989, 1993)、① Availability of Care、②Physical Patient Care、③Psychosocial Care、④Information Giving の4因子を基準枠とし、ケアリング理論の前提と照らし合わせながらアイテムプールを作成した。データを因子分析した結果、看取りケアの構成因子として、【悔いのない死へのケア】【癒しと魂のケア】【苦痛緩和ケアの保証】【情報提供と意思決定のケア】【有効なケアの調整】の5因子が抽出された (表 I-3)。

表 I-3 が示すように、看取りケアは、患者を含む家族を1つのケアユニットとして捉えており、各因子の内容が示すように、身体的な援助や調整だけではない、終末期のがん患者と家族に対する看護師のケアリングであることがわかる。

表 I-3 看取りケアの構成する因子とケアの内容

因子名	因子が意味するケアの内容
I. 悔いのない死へのケア	家族員間のコミュニケーションを促進し、患者・家族の思いや希望の明確化と実現に向けての調整などのケアを含む。また、患者の病状に関する現状認識の促進、疼痛コントロールもこの因子に含まれており、患者が亡くなった後の家族の後悔や心残りを最小限にする関わりを示す。
II. 癒しと魂のケア	家族アセスメントを基本とし、ライフレビューなどの家族全体の予期悲嘆のプロセスの促進といった患者と家族の魂の苦悩に対するケアを意味する。これに関連して、家族の価値観や考え方のアセスメントに関連し、自然や芸術との触れ合い、リラクゼーションなど癒しにつながるケアも含む。
III. 苦痛緩和ケアの保証	身体的苦痛に対する適切なアセスメントと迅速な対応によって症状を的確に緩和することを意味する。また、それらの対応が患者の苦痛緩和のみならず、そばに寄り添う家族へのケアでもありと考えていることから「保証」としている。
IV. 情報提供と意思決定のケア	患者の変化や治療、薬物に関する知識の提供のみならず、家族が知りえない患者の思いなど（その反対も）感情面の情報の提供も指す。さらに、これらの情報を基に、積極的治療や看取りの場所などの意思決定にかかわるケアを意味する。
V. 有効なケアの調整	医師との話し合いの調整、外泊・外出の調整など、家族の力だけでは対応が困難な問題への対処や、他職種との連携にかかわるケアの提供を意味する。

2. 家族システム看護理論

1) 家族システム看護理論に基づく家族の捉え方

家族システム看護理論は、システム論、サイバネティックス、コミュニケーション論、変化理論を基礎としている (森山, 2001; Wright & Leahey, 1984)。家族の捉え方に関わる理論としては、システム論とサイバネティックスが挙げられる。

システム論は、相互作用の様式と現象の関係を探り、その関係を正確な法則として取り出すことを目的とした理論である。システム理論から導き出された家族における重要な視点として、家族は1つのシステムであると同時に地域社会や会社、国家などの上位システムの一部であり、夫婦、きょうだい、親子などの複数の下位システムから構成されていること、全体としての家族は単なる家族員の総和以上の力を有しており、ひとりの家族員の変化は家族全体に影響することなどがある。特に、家族員同士の関係性においては、直線的な関係ではなく、相互に作用し合う円環的な関係性にあることを理解しておくことは重要である (森山, 2001; Wright & Leahey, 1984)。

また、サイバネティックスはシステム論の主要な構成要素であり、自己制御の論理を主としている。自己制御論の中核はフィードバックであり、家族システムにおけるフィードバック機能は、家族機能を維持するための調整、家族の自然治癒力を示すものであり (森山, 2001; Wright & Leahey, 1984)、家族の対処能力またはセルフケア能力と言い換えることもできるといえる。

これらの視点から家族の捉え方を考えると、家族を患者の背景としてではなく、同じシステムの構成員として捉え、家族全体を1つのケアユニットとしてみるのが重要であることがわかる。また、家族ケアにおいては、因果関係ではなく、円環的關係性のパターンから生じた現象に着目して家族員同士の関係性をアセスメントし、家族としてのセルフケア能力を高めるような関わりが重要であるといえる。

さらに Stuart (1991) が示す家族の特性において、「家族の構成メンバーは、関わりが深いこともあればそうでない場合もあり、一緒に住んでいる場合もあればそうでない場合もある」など、家族の形態や関わり合い方は様々であることが示されており、ケア提供者の価値観や先入観を押し付けることなく、それぞれの家族のありようを尊重することが重要であるといえ、本研究においても重視していく。

2) 看取りケアにおける家族システム看護のレベル

家族システム看護の実践にあたって森山 (2001) は、Hanson and Boyd の著書の引用から、家族へのアプローチとして、以下の5つのレベルを示している。

- ・レベル1：看護業務の中で、手続きなどの必要が生じた時だけに家族に接触を持つ
- ・レベル2：家族に食事療法やケアの指導をしたり、家族の質問に答えたりする程度

- ・レベル3：家族の発達段階やストレスに対処に関する看護師自身の知識を基礎に、感情的な問題に対処しようとしている家族を援助するレベル
- ・レベル4：システムとしての家族を理解した上で、家族の系統的なアセスメントと支援計画を立案するレベル（専門看護師レベルの高度な知識と技術が必要）
- ・レベル5：大学院などで家族システム看護を学び、家族の悪循環パターンや信念について理解し、それを解決に導くために家族に働きかける技術を身に付けている高度なレベル

レベル1から3はジェネラリストの段階で患者や家族に質の高いケアを提供するために必要不可欠な技術であり、レベル4以上は、家族システム看護におけるスペシャリストの段階であると述べられている。また、小林 (2009)も、家族システムに対するアプローチは専門的な教育に基づく高度なレベルであると述べている。

以上を考慮すると、レベル4以上は一般病棟の看護師に必要なスキルではないこととなる。しかしながら、患者の終末期という危機的状況においては、患者の状態や療養生活が家族全体に影響を及ぼし、家族の様々な問題に一般病棟の看護師が直面することが多く、高度なレベルを理由に避けることはできない。このような状況的な矛盾に対して *Gottlieb & Carnaghan-Sherrard (2004)*は、“家族看護”となると上級教育に基づく専門分野であると見なされるが、看護師が常に様々な場面において家族の重要性を意識している事実があることから、特に家族に関心を払って関わること、つまり“家族志向”が家族を看護する際に求められることであると示している。そして“家族志向”のケアを、家族の関係性が健康や病気に影響することに気づき、それを考慮してケアすることを意味すると述べ、家族を知ることによって家族への介入が上級実践者だけに限られたスキルではないことを強調している。

この家族志向の考え方は、一般病棟の看護師の状況をよく反映しており、家族を知ること、つまり、家族アセスメントが家族システム看護実践の糸口として有用であることが示唆されているといえる。藤田ら (2001) の先行研究においても、一般病棟における終末期のがん患者と家族への援助においては、家族の発達段階、役割機能、対処能力を十分にアセスメントすることが基本であることが示されている。

従って、看取りケアにおける家族看護のレベルは、システムとしての家族の理解、家族アセスメントの理解を基本に患者と家族に関わるレベルとする。つまり、レベル4以上も視野に入れた家族志向のケアとする。このことは、看取りケア実践教育プログラムの作成において、プログラムの内容を検討する際の指針とする。

第Ⅱ章 文献検討

本研究では、看取りケアの関連要因を明らかにした上で、一般病棟の看護師を対象とした継続教育としての看取りケア実践教育プログラムを作成し、教育効果の評価を目的としていることから、1) 終末期がん看護実践に関連する要因に関する研究、2) 終末期がん看護に関する代表的な継続教育プログラム、3) 終末期がん看護に関する教育介入研究の3つの視点から国内外の先行研究を概観する。

第1節 終末期がん看護実践の関連要因に関する研究

1. 終末期がん看護実践の課題

第Ⅰ章で述べたように、わが国では年間 60 万人以上ががんに罹患し、30 万人以上ががんで死亡しており、がんは国民の生命と健康において重大な問題となっている。従って、がん医療、がん看護と同様に、質の高い終末期医療、終末期看護の提供が課題となっている。このような社会事情を受け、平成 19 年に「がん対策基本法」が施行された。その推進計画における課題の1つとして、がん患者のみならず、その家族に対して質の高いケアを提供できるジェネラリストの育成が挙げられているが (厚生労働省, 2007)、先行研究から、一般病棟においては、患者に対する身体的なケアと比較して、患者や家族に対する心理社会的なケアに関しては十分に実施できていないことが明らかとなっている (藤田ら, 2001; Ogasawara et al., 2003; 吉岡ら, 2006; 吉岡ら, 2009)。

国外の現状を見てみると、米国においては、がんは心疾患に次ぐ死因となっており、年間 140 万人が罹患し、56 万人以上が死亡するといった社会的問題となっている (National Cancer Institute, 2009)。米国カルフォルニア大学ロサンゼルス校を中心とした研究班である SUPPORT team による一般病院を対象とした大規模な介入研究によると、死が間近に迫った患者や家族と医療者とのコミュニケーションは十分ではなく、患者の望まない治療が続けられ、多くの患者が十分な症状コントロールがなされないまま亡くなる現状が明らかにされた (The SUPPORT Principal Investigators, 1995)。この結果を受け、Oncology Nursing Society and Association of Oncology Social Work (2003)は、適切な症状マネジメントにより身体的苦痛から患者が解放され、心理社会的、スピリチュアルな側面が統合されたケアの提供を強調し、それと同時期に World Health Organization (WHO) (2002)も、終末期にあるがん患者と家族の QOL を向上させる質の高いケアの提供の重要性を明示している。また、第Ⅰ章で述べたように、ホスピス緩和ケアの先進国と考えられている英国においても、終末期ケアの施設間格差が問題となっている。

以上のことから、終末期がん看護実践の質は国外においても問題視されており、質向上のための対策を具体的に検討していくことが課題となっている (Beckstrand et al., 2009)。

2. 終末期がん看護の実践の質の向上のための課題

ケアの質向上のための課題を明らかにするためには、実践のバリアとなる要因や促進する要因、すなわち、ケア実践の関連要因を明確にする必要がある。しかし、先行研究の文献検索において、“related factors”などの直接的なキーワードで検索を試みても、目的とする文献を抽出することは困難であった。その一方で、これまでレビューしていた文献から、“barrier” “obstacles” “difficulties”などのワードが使用されている文献において関連要因が検討されていることが示唆されたため、これらのワードがキーワードやタイトルに含まれていた文献について検索した。検索方法については、CINAHLによる検索、Oncology Nursing Forum, Cancer Nursing, Journal of Hospice and Palliative Nursing, The Hospice Journalなど終末期看護に関する主要なジャーナルの手検索を用い、関連文献の引用文献リストからも文献を得た。

国内の研究は医学中央雑誌 web で検索した。国内においても「終末期」「関連要因」では目的とする文献を得ることが難しく、これまでレビューしてきた文献の引用文献の参照、日本看護科学会誌、日本看護研究学会誌、日本がん看護学会誌、がん看護、緩和ケアなど主要な学会の学術誌ならびにがん看護に関連する商業誌の手検索を行った。

国外の研究において前述の Beckstrand らは、集中治療室に勤務する看護師や Oncology Nursing Society (ONS)に所属するメンバーを対象に、終末期ケアのバリアとなる要因に関する全国調査を実施している。2000年と2005年の集中治療室の看護師を対象とした調査では、治療方針に関する医師との見解の相違、患者の現状理解が困難な家族とのかかわり、医師が家族との関わりを避けることなどが要因として上位に位置しており、医師との関係性や患者の状態に戸惑う家族との関わりに困難を感じていたことが明らかにされている (Beckstrand & Kirchoff, 2005; Kirchoff & Beckstrand, 2000)。これらの研究は集中治療室という特別な状況下における報告であるが、急性期の患者と終末期の患者が混在する一般病棟においては、類似の状況があることがうかがえる。一方、ONSに所属するがん看護に携わる看護師を対象とした調査においては、怒りや不安を示す家族や患者の予後の受けとめが困難な家族への対応、積極的治療を行うか否かの家族内の意思決定における葛藤など家族へのケアに関する項目が上位の困難として挙げられており、患者の危機的状況における家族の対処や意思決定を促進するための対応に課題があることが報告されている (Beckstrand et al., 2009)。また、White, Coyne and Patel (2001)は、約700名の看護師を対象とした質問紙調査から、3分の2の対象者が患者や家族と死について語り合うための自身のスキルが十分ではないと認識し、その教育の必要性を重視していたことを報告している。

このように、危機的状況にある患者と家族に対する心理社会的なケアの提供に看護師は困難を感じており、その要因として McGrath et al. (1999)は、死にゆく患者との関わりに対する看護師の不快感、未熟さなど多くの障壁があることを報告している。また、Deffner and

Bell (2005)は、これらの障壁には看護師の人生経験、臨床経験、死に対する不安、死について話し合うためのコミュニケーション教育の経験などが関連していたことを明らかにしており、看護師自身が死と向き合っていることの重要性がうかがえる。Wilkinson (1991)においても、看護師の信仰心、死生観が終末期の患者や家族との関わりに影響していたことを指摘している。その一方で、Frank-Stromborg et al. (2002)は、がん看護のエキスパートであるがん看護専門看護師と登録看護師との比較において、終末期のがん患者が実際に受けていたケアに差は認められなかった結果を報告しており、詳細な検討が必要であることが示唆されている。

欧米以外の諸外国においても終末期の患者と家族との関わりそのものに対する困難に焦点が当てられている。de Araujo, da Silva, and Francisco (2004) や Yin, Xia, Yi, and Chia (2007) は、看護師の死に対する不安や死生観と終末期患者や家族に対する関わり方との関連を報告しており、死に対する考え方がケアの実践に影響していることが示唆されている。

このような状況から、終末期看護に関する教育が重要であると結論付けられた研究が多いが (Beckstrand et al., 2006; Beckstrand et al., 2009; White et al., 2001; Yabroff, Mandelblatto & Ingham, 2004)、具体的な対策や内容まで言及されたものは少ないのが現状である。

わが国においても、終末期の患者や家族のケアに対して一般病棟の看護師が感じる困難の観点からSasahara et al. (2003)は、文献検討から抽出した80項目について質問紙調査を実施している。その結果、患者や家族との「コミュニケーション」、「看護師の知識やスキル」「治療やインフォームドコンセント」、死の不安や自身のなさ、感情のコントロールなどに関する「看護師の個人的な問題」、医師とのディスカッションの不足や医師の資質に関する「チームの協働」、「環境やシステム」「看護師間の協働」、臨終間際に家族が患者の側に寄り添えない状況や看護師の不誠実な態度などに関する「臨終時の問題」などの8要因を因子分析から抽出している。この研究においても看護師は、終末期の患者や家族との関わりに困難を抱え、看護師自身の死の不安や感情の処理に対する問題が指摘されている。二渡 (2003)の報告においても終末期患者に関わる看護師の心的負担と患者家族とのコミュニケーションの程度との関連性が示されており、さらに、看護師のメンタルヘルスの観点から、がん看護に伴う不安に、否定的な看取り体験、看護目標に対するギャップ感、看護師の死に対する否定的な態度が関連していたことが報告されている (犬童, 2002; 松本, 1988; 與古田, 赤嶺, 具志堅, 安里, 2001)。特に、上記のSasahara et al. (2003)の調査においては、看護師の個人的な要因ばかりではなく、医師や看護スタッフとの連携など、チーム医療に関する問題まで幅広く抽出されている点にも注目すべきであろう。野戸, 三上, 小松 (2002)の調査においても、終末期ケアに携わる看護師の看護観とケア行動の影響要因に関する質的分析から、「チーム医療体制」「周囲の支援」「病棟の看護方針」などを下位カテゴリーに含む「組織上の要因」が抽出されており、これらの視点は看取りケアの関連要因を包括的に分析し

ようとしている本研究において重要視すべきであるといえる。その後のSasahara, Miyashita, Kawa, and Kazuma (2005)の研究では、看護実践を困難にする要因の多くはメンターの存在により軽減されることが報告されており、メンターの具体的な役割は示されていないが、同僚や先輩、管理者などへの相談、感情の分かち合いなどチームメンバー同士の関わり合いも重要であることが示唆されている。

以上のことから、一般病棟における終末期の患者や家族に対するケアは十分に実施されていない現状にあり、知識やスキルの不足から、教育が求められていることが明らかとなった。また、看護師の否定的な感情や不安、体験などが実践のバリアとなっていることが推測され、終末期ケアに対する態度について分析する必要性が示唆された。さらに、関連要因を検討する際には、看護師の個人的要因のみならず、看護チーム間の人間関係を含む職場環境も視野に入れる必要があるといえる。

3. 具体的なケアに対する課題を検討した研究

これまで終末期看護の実践における困難な状況とその関連要因に関する研究をレビューしてきた。しかし、ケアの内容を具体的に挙げ、それらを従属変数として分析した研究は国内外ともに極めて少ない。その中でも福井, 猫田 (2004)は、一般病棟における終末期患者の家族に必要なケアとして文献検討から、① インフォームドコンセント、② 患者へのケア教育、③ 死の受けとめに関するケア、④ 精神的ケアの4点を挙げ、それに関連する要因として、卒後の講習会への参加、専門書の活用、熟達看護師による個別指導などの関連を明らかにしている。また、下平, 上別府, 杉下 (2007)は、終末期患者に対する看護師の行動と感情に焦点をあて、看護師の「否定的感情」が看護行動を最も説明する感情であることを報告している。さらに、田内, 神里 (2009)は、スピリチュアルケアとスピリチュアリティに注目し、「意味感」や「価値観」を示すスピリチュアリティがスピリチュアルケアの実践を説明していたことを示唆している。

これらの報告におけるケア内容は具体的ではあるが限局的であり、一部が明らかになっているに過ぎない。また、国外では、関連要因の検討として従属変数を設定し、多変量解析によって分析するといった手法を用いた研究を検索することはできなかった。

4. 終末期がん看護実践の関連要因に関する研究の課題

以上のレビューから、一般病棟における終末期の患者と家族に対する質の高いケアの提供は、国内外ともに重要な課題となっており、ケアの実践において看護師は、患者や家族とのかかわりに困難を抱え、死をめぐる看護師のレディネスの不十分さ、死に対する考え方、知識不足、これまでの経験などといった看護師個人の問題に加え、チーム医療における組織上の問題などがその背景にあることが示唆されてきた。しかし、これらの背景、つ

まり、ケア実践の関連要因は断片的であり、具体的なケアとの関連性が検討されたものは数少なく、特定のケアや状況に限局化されているため全体が把握しにくい。

従って本研究では、一般病棟の看護師に焦点を当て、終末期のがん患者と家族を支援する看取りケアの実践能力を測定する看取りケア尺度を従属変数として分析を行う。これまでの文献検討や本研究の過程から示唆された要因を参考に包括的な質問紙を作成し、看取りケアの質の向上のための対策、つまり、一般病棟の看護師に教育すべき必須要素やその教育方法が具体的に明らかとなるよう取り組んでいく。

第2節 終末期がん看護に関する継続教育プログラム

国内外における継続教育プログラムとして、米国および英国におけるプログラムや取り組みを概観した後、わが国のプログラムについてレビューする。

1. 米国における代表的な継続教育プログラム

Aulino and Foley (2001)は、米国における終末期看護に関する代表的な継続教育プログラムとして、ELNEC を挙げている。ELNEC は 1999 年に AACN と COH が指揮をとり、看護師のための全国的な終末期看護教育プログラムとして 2000 年に立ち上げられたものである (Matzo, et al., 2003; Sherman, Matzo, Pitrak, Ferrell, Malloy, 2005)。ELNEC の作成には、前節で述べた The SUPPORT Principal Investigators (1995)によって明らかにされた不十分な終末期ケアの現状から、“educational deficiency” が問題として取り上げられた背景がある。ELNEC は 9 つのモジュールから構成されており (表 II - 1)、各分野のエキスパートが各モジュールを展開する 3 日間のプログラムである。指導者を育成するための教育プログラムとして看護師や看護教員を対象とされている他、看護基礎教育への適応も試みられている (Barrere, Durkin, & LaCopursiere, 2008; Mallory, 2003)。

表 II -1 ELNEC の教育内容

Module 1	Nursing care at the end of life
Module 2	Pain management
Module 3	Symptom management
Module 4	Ethical/Legal issues
Module 5	Cultural considerations
Module 6	Communication
Module 7	Grief, Loss, Bereavement
Module 8	Achieving quality care at the end of life
Module 9	Preparation and care for the time of death

Note; Sheaman et al., (2005). Prepatration and care at the time of death, *Journal for nurses in staff development*, 21(3), 93-100.

ELNEC のゴールは、“Peaceful Death” のための Quality Care を提供できるスキルの獲得であり、AACN が推奨する教育カリキュラムのガイドライン (AACN, 2004)を背景にプロ

グラム構築されたことが示されている。がんの終末期のみならず、様々な疾患の終末期を対象とし、特定の層だけではなく、小児、高齢者、貧困者、無保険者に至るまで、どのような療養形態においても平等に質の高いケアが提供されるための教育であることが強調されている (Matzo, et al., 2003)。

ELNEC を受講して指導者としての認定を得た後は、それぞれの現場における対象者に適切な教育方法や教育の内容を選択し、効果的に教育を提供することが可能となるとされている。Paice, Ferrell, Coyle, Coyne, and Callaway (2007)の報告によると、これまでに 3000 人以上の看護師や看護教員がプログラムを修了している。教育方法については、講義形式だけではなく、ケーススタディによる知識の獲得と活用、グループディスカッション、“Dear Death” をテーマとした手紙を書くことにより自分の死生観について考える、ロールプレイや傾聴トレーニングを行うなど、認知・情意・精神運動領域の 3 つの教育目標の分類体系に沿って多彩な工夫が示されている (Matzo, et al., 2003)。

これだけの内容をケーススタディやグループディスカッションを通して 3 日間で習得することはかなり難しいと考えられるが、後述する ELNEC 日本語版の応募要件として、緩和ケアの経験が 5 年以上、教員として緩和ケア教育にかかわっていることなどが挙げられていることから、米国の ELNEC においても、終末期ケアについてのレディネスが高い対象者に対する教育プログラムであることがうかがえる。

本研究で作成する看取りケア実践教育プログラムは、一般病棟の看護師を対象とするため、教育内容については研究結果に基づき十分な検討が必要であるが、講義形式だけに頼らない教育方法の工夫はプログラム作成において参考にしたい。

その他の継続教育として、Nursing Leadership Institute on End-of-Life Care が挙げられており、米国の代表的な看護団体である Sigma Theta Tau がインターネットサイトを運営していると報告されているが (Aulino & Foley, 2001)、現在は閲覧することができない。また、序章で述べたように、米国の団体である HPNA のインターネットサイトでは、様々な継続教育へのアクセス方法が示されており、ELNEC もその中に含まれている (HPNA, 2009)。

2. 英国の継続教育プログラム

英国においては、年間 50 万人の死亡者のうち 58%は病院死であり、高齢化に伴い死亡者数と病院死が増加していくことが予測されている (Department of Health, 2008)。英国保健省はそれまで国家的な取り組みによる終末期医療の整備がなされていなかったこと、ケアの質には施設間の格差があることなどを問題として取り上げ、2008 年に終末期ケアのガイドラインである The End of Life Care Strategy を発表した (Department of Health, 2008)。The End of Life Care Strategy では End of Life Care Pathway が明示されており、終末期の始まりから死後のグリーフケアまでの各局面において必要なケアが示されている。また、いかな

る施設においても同様に質の高い終末期ケアが提供されることが強調されており、スタッフ教育が課題とされている。

第1章で述べたように、The End of Life Care Strategy に先立って、終末期医療に関するスタンダードケアパッケージである GSF、臨終時のケアの標準化を目的としたクリティカル・パスである LCP が開発されている。GSF では、専門職者の課題として、7つの“C”、つまり、① Communication、② Co-ordination、③ Control of Symptoms、④ Continuity of Care、⑤ Continuing Learning、⑥ Carer Support、⑦ Care of the Dying Pathway が挙げられており、Care of the Dying Pathway では、LCP の導入が推奨されている。そして、7つの課題を網羅した教育プログラムがインターネットを通じて多数紹介されている (National GSF Centre, 2010; NHS, 2010a)。また、e-learning プロジェクトとして End of Life Care for All (e-ELCA) も展開されており、① Advance Care Planning、② Assessment、③ Communications Skills、④ Symptom Management のプログラム構成となっている (NHS, 2010b)。その他、施設単位の継続教育としては、St Christopher's Hospice や Sir Michael Sobell House など代表的なホスピスに教育センターを有しており、外部参加が可能な教育プログラムやセミナーが年間を通じて開催されている (Sir Michael Sobell House, 2010; The Education Department St Christopher's Hospice, 2010)。

3. わが国の代表的な継続教育プログラム

わが国における看護師を対象とした代表的な継続教育として、2004年3月に日本ホスピス緩和ケア協会が作成した「ホスピス緩和ケア看護職教育カリキュラム」が挙げられる (日本ホスピス緩和ケア協会, 2010b)。教育の対象は緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅ホスピスケアに従事する看護師とされている。教育内容は18のモジュールから構成されており (表II-2)、ホスピス緩和ケアの定義から行政に関する問題まで、終末期看護に関わる内容が網羅されたプログラムとなっている。教育期間として3年間で設定されており各年次に以下の目標が挙げられている。

- ・1年次: 患者のニーズ、個別性を理解できる。医療チームで患者の情報を共有できる。
- ・2年次: 予測性を持ち、患者の個別性を尊重した看護が実践できる。家族のニーズを理解し支援できる。
- ・3年次: 全人的な視点からの患者の看護ができる。倫理的な判断ができ、患者の意思決定を支援できる。患者に必要なケアのコーディネーションができる。

カリキュラムの運用は各施設単位とされており、表II-2の運用案を参考に、自施設の状況に応じた教育内容の選択やカリキュラムの変更が認められている (日本ホスピス緩和ケア協会, 2010b)。カリキュラムの活用状況については、調査がなされていないことが指摘されており (二見, 2006)、医学中央雑誌 web においても該当する文献はみられなかった。

表Ⅱ-2 ホスピス緩和ケア看護職教育カリキュラムの内容と運用案

	前期 (4~7月)	中期 (8~11月)	後期 (12~3月)
1年目	1. ホスピス・緩和ケアの定義と理念 1) ホスピス・緩和ケアの歴史 2) ホスピス・緩和ケアがめざすもの 3) 自施設の理念 2. がんに関する基礎知識 1) がんに関する基礎知識 3. 終末期がん患者の特徴 1) がん悪液質症候群 2) トータルペイン 6. チームアプローチの理解 1) チーム医療の特徴 2) チームの定義 3) チームメンバーの働き 4) カンファレンスの理解 7. ホスピス・緩和ケアにおける看護師の役割 1) 自施設における看護師の役割 2) 看護チーム 11. 日常生活を整える看護	5. コミュニケーション 1) コミュニケーションの原理 2) コミュニケーションスキル 4. 生命倫理 1) 生命倫理 2. がんに関する基礎知識 2) 積極的治療から緩和ケアへ 9. 症状マネジメント 1) 症状マネジメント	9. 症状マネジメント 2) 呼吸器系のマネジメント 3) 消化器系のマネジメント 4) 皮膚の問題 13. 心理的ケア 1) 心理プロセス 2) 防衛機制 3) がん患者のストレス因子 16. 家族ケア 1) 家族の心理のプロセス 2) 予期悲嘆
2年目	7. ホスピス・緩和ケアにおける看護師の役割 3) メンバーシップ 4) フリセプターシップ 8. スタッフの心理的ケア 1) 看護職の心のケア 9. 症状マネジメント 5) 腎泌尿器系のマネジメント 6) 中枢神経系のマネジメント 7) 精神症状のマネジメント	9. 症状マネジメント 8) 胸水・腹水・心嚢水のマネジメント 14. 社会的ケア 1) ライフサイクルと発達課題 17. 在宅ケア 1) 在宅移行時のアセスメント 2) 在宅ケアの準備 3) 訪問看護および地域の連携 18. 行政 1) 死亡確認・死亡診断書 2) 医療保険制度・介護保険制度 3) 在宅ケアに関連した社会資源	13. 心理的ケア 4) ストレス・コーピング理論 5) 危機理論 6) 自己効力感 15. スピリチュアルケア 1) スピリチュアルケアの概念 9. 症状マネジメント 9) セデーション 12. 最期の数日間 1) 身体的な変化 2) 家族ケア 3) 死後のケア
3年目	7. ホスピス・緩和ケアにおける看護師の役割 5) リーダーシップ 4. 生命倫理 2) 看護実践における倫理的諸問題 5. コミュニケーション 2) コミュニケーションの実際 (看護場面におけるインフォームド・コンセント、アサーティブコミュニケーションを学ぶ) 6. チームアプローチの理解 5) 効果的なチームの運営 9. 症状マネジメント 10) その他の症状マネジメント	13. 心理的ケア 7) セクシュアリティ・ボディイメージ 14. 社会的ケア 2) 未完の仕事 3) MSWの連携 15. スピリチュアルケア 2) スピリチュアルペインのアセスメント 3) ケアの方法論 4) 宗教家との連携 16. 家族ケア 3) 家族看護の理論 4) 家族のライフサイクル 4. 生命倫理 3) 倫理的諸問題の解決法	5. コミュニケーション 3) 倫理的思考を伝える 6. チームアプローチの理解 6) コーディネーター 7) 衝突のマネジメント 8. スタッフの心理的ケア 2) 死生学の理解 3) 自分自身について語る 16. 家族ケア 5) 子どもに死について伝える 6) グリーフケア 13. 心理的ケア 8) キャンサーサバイバー 10. HIVとAIDS 1) HIVの疫学と病態・診断・治療 2) AIDSの診断と治療 3) 感染症看護の基本

Note: 二見典子 (2006). 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. より転用

その他の継続教育として、日本看護協会の「ナースのためのホスピス緩和ケア研修」が挙げられる (日本看護協会, 2009)。2部構成であり、第1部は16日間の座学であり、ホスピス緩和ケア論、進行がん患者の身体症状と看護、死にゆく人の心理とケア、家族ケア、在宅ホスピス緩和ケア、終末期医療における倫理的問題と対応を学び、事例検討を行う。第2部は15日間の臨地実習である。合計6週間フルタイムで取り組むカリキュラムであるため、容易に参加することは難しいことが予測される。

また、平成19~21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たずさわる医療従事者の育成に関する研究」班によって ELNEC 日本語版である ELNEC-J が開発されており (竹之内, 2008, 2009a, 2009b)、約250名が修了したと報告されている。現在は日本緩和医療学会が運営母体となっている。

以上のように、看護師を対象とした継続教育に関しては、国内外において公的機関が作

成した教育プログラムが存在する。教育の対象者については、終末期ケアや緩和ケアに関する程度の知識や経験を既に有していることが前提であるものも少なくない。また、第 I 章で述べたように、プログラムの構成は、ケアの質の向上が緊急の課題となっている一般病棟の看護師に特化されたものではない。さらには、看護チームを視野に入れ、組織の変容までを視野に入れたプログラムも見当たらない。

これらのことから本研究では、一般病棟の看護師に必要な教育内容から構成され、看護チームを基盤としたプログラムの構成を目指す。

第 3 節 終末期看護に関する継続教育における介入研究

終末期看護に関する継続教育の教育介入研究において、国外文献については CINAHL を用い、1999 年～2009 年までの過去 10 年間の文献について検索を行った。終末期看護領域の文献量は膨大であり絞り込みが困難であることから、まず、「1999 年～2009 年」「English」「nursing」「Hospice & Palliative care」「Nursing Education」「all adult」といった検索条件指定を設定し、3355 件に絞り込んだ。それら 3355 件と「terminal care」のシソーラス検索および 3355 件と「evaluation」でさらに絞り込んだ結果、119 件の文献が得られた。これ以上の絞り込みは必要な文献を見落としてしまう可能性が考えられたため、全ての abstract を確認した。その結果、患者や家族、学生が対象である研究、尺度開発研究がほとんどであり、最終的に看護師を対象とした継続教育における介入研究の手法を用いた研究は 8 件抽出することができた。その内 4 件は、前述の ELNEC に関する研究であった。

国内文献については、医学中央雑誌 web において「末期 (TH)」and「教育」and「評価」で 44 件得られたが、国外文献と同様に、患者や看護学生が対象の研究、尺度開発研究が中心であった。「末期 (TH)」and「教育評価」、「末期 (TH)」and「プログラム」、「継続教育」or「院内教育」or「卒後教育」and「末期」など様々な検索を試みたが「家族看護」and「末期」and「教育」or「評価」で検索できた 1 件とこれまでのレビューから得られていた関連研究 3 件以外は該当する文献を抽出することはできなかった。

まず、国外の文献をレビューした後、国内の文献についてレビューし、最後に本研究の教育プログラムへの示唆について検討する。

1. 国外の終末期看護に関する継続教育における介入研究

1) ELNEC に関する研究

ELNEC に関する 4 件の文献のうち 3 件は、ELNEC 開発の関係者による報告であった。

ELNEC プロジェクトの代表者である Malloy et al. (2006)は、ELNEC を受講した 227 名の人材育成担当者に対し、1 年後に追跡調査を実施している。ELNEC 受講前と比較して、教育の機会や受講者数が増加するなど、教育の状況が改善していたこと、終末期ケア教育の重要性の認識や自身の教育スキルへの自信が有意に向上していたことが報告されている。

Coyne et al. (2007) は、がん看護に焦点をあてた ELNEC-Oncology を作成し、米国のがん看護学会である ONS の各支部から抽出された 133 名の受講者に対して 1 年後に追跡調査を実施している。各受講者が受講後に自施設で研修会などを実施した成果として、26,000 人以上に教育が実施されたことが報告されており、一定の教育を効率的に広める方策として ELNEC が有効であると結論付けられている。さらに、Paice et al. (2007) は、米国内だけではなく、終末期ケアに関する教育不足を国際的問題として取り上げ、ELNEC-International の実践を報告している。欧米、中東、旧ソ連、南アフリカ諸国を中心に 2000 年に立ち上げられた International Palliative Care Initiative に参加する 14 ヶ国 38 名の看護師に対し、国際版に修正された ELNEC を 5 日間に渡って展開している。困難な社会情勢を抱えた国々の看護師に対する挑戦的な試みであるといえる。参加者が帰国後に指導した人数などを追跡調査したと報告されているがその結果は記載されていない。

これら 3 件の ELNEC に関する報告は、実践報告が主要な目的となっており、教育効果そのものは検討されていない。その一方で Kurz and Hays (2006) は、ELNEC に関する系統的な評価が十分になされていないことを指摘し、コントロール群を設定した介入研究を実施している。評価指標は、死の不安尺度、死に対する態度尺度、知識の程度を問う VAS の 3 つが設定されている。評価ポイントは、介入前、直後、6 ヶ月後、1 年後である。教育の効果として、知識レベルにおいては全ての評価ポイントにおいてコントロール群よりも有意に高かったことが示されている。また、死の不安については、介入直後に有意に改善したものの、6 ヶ月後には介入前よりも不安が強くなり、1 年後に介入前のレベルに戻っていたことが報告されている。死に対する態度については、統計学的に有意な結果は得られていない。しかし、2 元配置分散分析の結果は掲載されておらず、総合的な結果を読み取ることができない。パワー分析に基づく対象者が確保できなかったことや評価時期の妥当性の問題などが考察されている。

2) ELNEC 以外の教育評価研究

Steginga et al. (2005) は、既存の研修会を利用し、教育介入研究を実施している。緩和ケアコースと乳がん看護コースの 2 つのコースの受講者を介入群とし、他の研修会の待機者をコントロール群としている。評価指標は、がん患者と家族に対する心理社会的ケアに対する認識とスキルを測定する Attitudes towards and perceived skills in the psychosocial care of patients with cancer and their families、緩和ケアに関する知識を問う The palliative care quiz for nursing (PCQN)、がん看護に対するレディネスを問うリッカートスケールである。評価ポイントは介入前、直後、6 週間後であり、全ての評価指標において介入群の得点が有意に高く、若干の低下はあるものの 6 週間後も維持できていたことが報告されている。教育への示唆として、講義形式だけではなく、小グループ制のディスカッション、カリキュラム

の構成の工夫などが挙げられている。具体的な教育内容は示されておらず、異なるコースの受講者を介入群としている点で、介入研究の精度としては疑問が残るが、教育方法の工夫が示唆されている点は本研究においても十分に検討したい。また、知識をテスト形式で問う PCQN は評価指標として有用であると考ええる。

Hansen, Goodell, DeHaven, and Smith (2009)は、クリティカルケアのスタッフに対する終末期ケアの介入研究を実施している。同一施設内の一般 ICU、外科系 ICU、循環器 ICU、外傷/脳神経 ICU の 4 つの ICU に介入している。介入は講義のみならず、① 患者の家族のための喪失プログラムの実践、② 緩和医療、緩和ケアチームの導入、③ メンタルヘルスの専門看護師の雇用など多様であり、評価指標は ICU における終末期ケアに対する看護師の意識を問う、① 知識と技術、② 職場環境、③ スタッフのサポート、④ 患者と家族へのサポート、⑤ 職務上のストレスの 5 因子から構成されるオリジナルスケールであり、評価対象者は介入前後で一致させていない。1 年半後の評価指標の前後比較では、期待される結果が得られなかったことが報告されている。教育の内容は詳細に書かれていないが、介入の前後で対象者が異なっている点、多彩な介入、特徴の異なる ICU を一斉に分析している点などが影響していることが推測される。

Arcand et al. (2009) は、カナダのナーシングホームにおける看護師を対象とした終末期の認知症患者への終末期ケアに関する介入研究を実施している。教育内容は、① 末期の認知症について、② 患者・家族中心のケアの重要性、③ 予後決定に関するガイドラインに関する知識の提供が中心である。教育効果の評価は、患者の家族を対象としたケアに対する満足度に関する構造的面接データの量的分析である。疼痛コントロール、感情面のサポート、尊厳をもった患者への接し方、患者の予後予測に関する情報提供に関する満足度が改善されていたが、統計学的な有意差は認められていない。その原因は、終末期の認知症患者が対象であるため、1 年後の介入後調査においては、同一患者の家族からデータを得られていないことが挙げられる。しかし、ケアの受け手を対象とした評価は意義あるものであると考ええる。

2. 国内の終末期看護の継続教育に関する研究

本節のはじめに述べたように、国内の終末期看護に関する継続教育において、介入研究の手法に則った研究はほとんど見られなかった。数少ない研究の 1 つとして、Morita et al. (2007)は、終末期がん患者の“meaninglessness”に着目し、“meaninglessness”を緩和するためのスキルの向上を目的に、看護師を対象とした教育プログラムの効果を検討している。

“meaninglessness”に焦点を当てた 5 時間にわたる教育的ワークショップの効果について、147 名の参加者に対する前後比較を行っている。評価指標は、Morita et al. (2007)が開発した“meaninglessness”支援に対する実践と態度における看護師の自己評価尺度、ケアに対

する自信、Maslach バーンアウト尺度、死生観尺度、ダイニング・ケア態度尺度、コミュニケーションに関する項目、疼痛に関する3項目が設定されている。評価ポイントは、介入前、介入後1ヶ月、6ヶ月である。教育効果の評価として、“meaninglessness”支援に対する実践と態度における看護師の自己評価尺度とケアに対する自信は有意に改善し、無力感、感情的消耗、死の不安は有意に減じたことが報告されている。Morita らの介入研究は尺度開発研究も兼ねており、妥当性検討のための指標が混在しており煩雑であるが、教育プログラムの内容と評価指標に一貫性があり、期待される結果を得ることができている。

その他の教育の実践と評価に関する研究として柿川 (2002)は、スピリチュアルケアにおけるコミュニケーションスキルを向上させるための教育を実践している。教育内容は、ターミナルケアの基本的知識の提供と、コミュニケーションスキルとしてのカウンセリング技法習得のためのロールプレイングである。評価指標として、特性不安尺度、抑うつ症状尺度、自己価値観尺度、自己抑制型行動特性尺度などの7つの尺度を用い、演繹的な評価がなされている。第1節でレビューしたように、一般病棟の看護師は患者や家族との関わりそのものに不安を抱え、自信のなさを感じていることから、ロールプレイなどの実践的な学習方法によって、自己効力を高めていくことは意義ある介入である。

さらに、質的分析による教育の意義の検討として、下田、佐藤、黒田 (2003)は、院内集合教育で実施した「家族看護コース」のレポートを分析している。院内における事例検討を中心とした教育により、意欲の向上、自分の未熟さについての内省、自己の再評価などの心理的な効果があることが報告されている。未熟な自分と向き合うことは学習効果の1つであると同時につらい経験でもあり、意欲の減退につながりかねないことが考察されている。このことは院内研修として教育プログラムを展開しようとしている本研究においても留意する必要がある。

3. 看取りケア実践教育プログラムへの示唆

これまで述べてきたように、国外の介入研究においては、ELNEC に関しては実践報告が中心となっており、ELNEC 以外については教育の内容や方法が詳細に記載されているものは少なく、教育の効果については、期待される結果が十分得られていない現状が明らかとなった。その要因としては、対象者数の決定、評価指標の選定、評価時期、評価を得る対象、分析のデザインなどが影響していることが推測された。

国内においては、介入研究は極めて少なかったが、教育内容と評価指標における一貫性の確保が重要であることが示唆された。また、ケア実践の関連要因のレビューから得られた、看護師の不安、ケアに対する自信、自己効力感など、ケアに向かう態度に関する指標も重要視する必要があることがわかってきた。

教育方法に関しては、講義形式だけではなく、事例検討を通じたグループディスカッション

ョンやロールプレイングなどの教育方法の工夫が重要であることが国内外の研究を通じて示されていた。また、ケア実践の関連要因のレビューから、看護チーム内の人間関係がケアの実践に影響を及ぼしていることが示唆されたことから、看護チームを基盤とした教育介入の有用性も示唆された。

以上の示唆より、本研究におけるプログラムの作成と評価方法、具体的な教育方法においても十分な吟味と検討を重ねていく。

第Ⅲ章 研究 1

一般病棟の看護師による看取りケア実践に関連する要因の質的分析

第 1 節 研究目的

本研究の目的は以下の 2 点である。

1. エキスパートナースに対するインタビューから、看取りケアに関与する要因を質的分析により抽出し、質問紙作成のための示唆を得ること。
2. 関連要因間の構造を検討し、研究 2 の量的分析における仮説を設定すること。

第 2 節 研究方法

1. 研究デザイン

本研究の研究デザインは質的帰納的研究であり、半構造的面接調査を実施した。

2. 対象者

対象者は一般病棟の看護師と教育的役割から関わる立場にあるがん看護専門看護師 4 名とした。本研究では、3 施設の大学病院において緩和ケアチームメンバーや病棟師長として一般病棟の看護師と関わる 4 名の対象者が得られた。

また、本研究の対象者として、看取りケア実践の当事者である一般病棟の看護師を対象に面接調査を実施することも研究方法として検討した。しかし、先行研究から、一般病棟の看護師による終末期のがん患者と家族に対するケアの実践は十分ではないことが明らかとなっており (Beckstrand et al., 2009; 藤田ら, 2001; Ogasawara et al., 2003; 吉岡ら, 2006; 吉岡ら, 2009)、一般病棟の看護師を対象とした場合、実践上困っていることや不安に思うことの聞き取りに終わり、不足している点や改善点については、十分に抽出できないことが懸念された。研究全体を通した目標は、看取りケアの実践を促進する要因を見出し、教育的介入を実践することにあることから、ケアのエキスパートであるがん看護専門看護師の中でも、特に、一般病棟の看護師との関わる機会の多いがん看護専門看護師を意図的に選択して対象者とすることにした。

3. データ収集方法

面接に先立って、対象者に看取りケアの定義と看取りケア尺度、尺度を構成する因子について説明し、看取りケアの全体的なイメージを提供した上で調査を開始した。しかし、看取りケア尺度を提示したまま面接調査を進めると、手技や技術などの細かい行動レベルに関する回答への偏りが推測されたため、必要時に定義や内容を確認する程度とした。

インタビュー内容は、がん看護専門看護師である対象者が緩和ケアチームの活動や管理

者として一般病棟の看護師と関わる中で、教育的立場の視点からの回答を得た。対象者の指定する場所で1人30～60分面接を実施した。対象者の同意を得て面接内容を録音した。

インタビューフォーム

1. インタビュー内容

一般病棟における看取りケアの実践において、実践を促進するする要因、または減退させる要因があることが推測されます。それらの要因について、「看護師」、「患者・家族」、「環境」の3つの側面からお聞かせ下さい。

2. 属性項目

- 1) 資格 2) 臨床経験年数 3) CNS取得後の経験年数 4) 院内での所属と役割

4. 分析方法

面接内容から、看取りケア実践の関連要因に関する言葉をコーディングした。それぞれのコードを類似性によってカテゴリー化し、内容分析により看取りケアの実践に関連する要因を抽出した。

5. 分析結果の信頼性と妥当性

信頼性の確保として、資格取得後1年以上経過し、臨床現場で看護師と協働している専門看護師を対象者として選出した。また、妥当性の確保として、分析過程において、終末期がん看護の経験豊富な看護教員と大学院生とともに繰り返しカテゴリーの検討を重ねた。さらに、承諾の得られた対象者1名に依頼し、カテゴリー化した最終的な内容の確認がなされた。

第3節 倫理的配慮

本研究における倫理上の問題として、次の2点が想定された。

- 1) 対象者は看護部などの権威的部署を通して面接調査の依頼をされるため、強制的な感情を持つ可能性がある。
- 2) 対象者は、自分の考え方や感情を表出することによる心理的苦痛、面接調査における時間的制約を課される苦痛を感じる可能性がある。

これらのことを踏まえ、倫理的配慮として以下の点に留意した。

なお、本研究計画は、平成20年7月に広島大学大学院保健学研究科看護研究倫理委員会の承認を受けた。

1. 対象者への依頼方法と同意を得る方法

施設代表者に、研究の概要、意義、目的、プライバシー保護のための対策、データの取り扱いと廃棄、研究成果の発表、研究者の問合せ先などを明記した依頼状を用いて説明し

た。研究協力の同意が得られた後、施設代表者よりがん看護専門看護師の紹介を受け、依頼状を用いて上記の内容について説明した。研究参加は自由意思であり、中途参加協力中断の自由、参加の辞退による不利益は一切ないことを依頼状に明示した。また、研究成果の学会等での公表の際には、研究対象者や施設の名前が特定されるような記述はしないことも明示した。さらに、随時、研究に関する質問などに対応できるよう研究者の連絡先を依頼状に記載した。同意が得られた場合は、面接調査協力についての同意書を得た。

2. 対象者の人権擁護

1) 対象者のプライバシーの確保

インタビューで得られたデータはID番号で管理し、個人が特定されることの無いように配慮した。インタビュー時にとったメモ、録音データは、鍵のかかる保管庫で管理し、データの閲覧は研究者のみに限定し、研究終了後は直ちにデータをシュレッター処理もしくは消去する。

データ収集場所は、各対象者の指定する場所とするが、インタビュー内容が周囲に聞こえない個室で行えるよう、対象者と相談の上実施した。

2) 心身への負担等への配慮

プライバシーの確保ができる対象者の指定する場所で、できるだけ短時間でインタビューを行った。また、研究参加は自由意思であり、一旦同意しても、途中で中止できること、それによる不利益は一切ないことを明示した。

3) 結果の公表の仕方

研究成果は関連学会での発表および学術雑誌への投稿によって公表するが、研究対象者や施設の名前が特定されるような記述はしないことも明示した。

第4節 結果

1. 対象者の属性

対象者は、緩和ケアチームメンバーもしくは管理者として一般病棟の看護師と関わる立場にあるがん看護専門看護師であった（表Ⅲ-1）。対象者4名の平均臨床経験年数は15.0±4.8年、専門看護師の資格取得後の平均臨床経験年数は4.0±1.8年であった。

表Ⅲ-1 面接対象者の属性

ID	臨床経験年数	CNS取得後の経験年数	所属	役職
A	16年	5年	緩和ケアチーム	副師長
B	19年	3年	緩和ケアチーム	専従看護師
C	18年	6年	消化器内科病棟	師長
D	9年	4年	緩和ケアチーム	専従看護師

2. 看取りケアの実践に関連する要因の質的分析結果

インタビュー内容の質的分析の結果、【看取りに関する個々の看護師の看護観】【看取りにおける役割意識】【チーム内の質の高い情報の共有】【スタッフ間の相互作用による看取りに対するチームの価値観の形成】【看取りに関する個々の看護師の体験】【症状緩和に関する基本的知識と実践能力】【家族看護に関する基本的知識】【社会資源に関する基本的知識】【終末期看護に必要な理論の基本的知識と実践のリンケージ】【コミュニケーションスキル】の10要因が抽出された（表Ⅲ-2）。以下に、各カテゴリー抽出の過程を記述する。

【看取りに関する個々の看護師の看護観】については、患者や家族を中心に据えた思考パターンや倫理的感受性を示す「倫理観」、人間そのものに関する関心の深さ、患者・家族理解を重要視する姿勢を示す「患者・家族理解への関心」、「看取りに関する価値観」「死を恐れない態度」の4サブカテゴリーから構成されていた。これらのカテゴリーは、看護師の価値観を示すものであり、特に専門職としての価値観が反映されていると考えられたことから【看取りに関する個々の看護師の看護観】とした。

【看取りにおける役割意識】については、看取りケアにおける自律的な意識の不足を示す「看取りにおける役割の転嫁」、それとは逆の意味を示す「看取りにおける専門職としての認識」の2サブカテゴリーから構成されていた。これらのカテゴリーは、個々の看護師の役割意識を示すものであると考えられたことから【看取りにおける役割意識】とした。

【チーム内の質の高い情報の共有】については、「事実に基づいた患者・家族を主体としたカンファレンス」、患者が亡くなった後のケアの振り返りや看護師の思いの共有を意味する「効果的な振り返り」の2サブカテゴリーから構成されていた。これらのカテゴリーは、

個々の看護師単位だけではなく、チームで情報を共有し、ケアを振り返ることの効果を示したものであると考えられたことから【チーム内の質の高い情報の共有】とした。

【スタッフ間の相互作用による看取りに対するチームの価値観の形成】については、影響力のあるリーダーを中心に形成される「看取りに対するチームの価値観」、「看取りにおけるモデルの存在」「ケア方針に関する医師との関係性」の3サブカテゴリーから構成されていた。これらのカテゴリーは、チームメンバーによるグループダイナミクスが働き、変化・成長していくチームの価値観を示したものであると考えられたことから【スタッフ間の相互作用による看取りに対するチームの価値観の形成】とした。

【看取りに関する個々の看護師の体験】については、臨床経験や死にまつわる個人的な経験を示すカテゴリーから構成されていたことから、上記のように命名した。

【症状緩和に関する基本的知識と実践能力】については、症状緩和に関する知識を示す「緩和ケアに関する基本的知識」、症状緩和の難しさと患者に対する視点の中心が身体的症状に集中し次のステップへ進めない現状を示した「症状コントロール不足」の2サブカテゴリーから構成されていた。

【家族看護に関する基本的知識】については、「家族の捉え方の理解」「家族アセスメントの意義と方法の理解」「家族をケアすることの意義の理解」など終末期看護に特定されない家族看護の基本的な知識と理解から構成されていた。

【社会資源に関する基本的知識】については、終末期患者が受けることのできる法的制度などを意味する「社会資源に関する知識」や在宅移行時に必要な「在宅ケアに関する知識」から構成されていた。

【終末期看護に必要な理論の基本的知識と実践のリンケージ】については、終末期という生命の危機的状況にある人間の反応を示す理論や悲嘆の過程など「看取りに関連した理論に関する知識」、それらを実践で活用する力を示す「実践における理論の応用」の2サブカテゴリーから構成されていた。理論を知識として持っているだけではなく、危機的状況に苦悩する患者や家族に応用してアセスメントすることが重要であることから、【終末期看護に必要な理論の基本的知識と実践のリンケージ】とした。

【コミュニケーションスキル】については、基本的な情報収集能力や適度な距離感を保ちながら患者や家族と関わる能力を示す「患者・家族との基本的なコミュニケーションスキル」、職場における社会人としてのコミュニケーションスキルやプレゼンテーション能力、情報を言語化する能力を示す「スタッフ間のコミュニケーションスキル」の2サブカテゴリーから構成されていた。これらのカテゴリーは、カウンセリング技術などの高度なスキルを示すのではなく、看護師または社会人としての一般的なスキルが問われている内容を示すものであることから、看取りや終末期看護などの言葉を含まない【コミュニケーションスキル】とした。

また、これらの10要因のうち、【看取りに関する個々の看護師の看護観】【看取りにおける役割意識】【チーム内の質の高い情報の共有】【スタッフ間の相互作用による看取りに対するチームの価値観の形成】【看取りに関する個々の看護師の体験】の5要因は、看取りケアに対する看護師の見方や考え方、つまり、“態度”に関すること、【症状緩和に関する基本的知識と実践能力】【家族看護に関する基本的知識】【社会資源に関する基本的知識】【終末期看護に必要な理論の基本的知識と実践のリンケージ】【コミュニケーションスキル】の5要因は、“知識・技術”に関することに大別することができた(表Ⅲ-2)。

面接調査では、看取りケア実践の関連要因として、看護師側の要因だけではなく、患者・家族、環境に関する要因についても回答を求めた。しかし、それらを示す文脈は看護師側の要因と比較して極わずかであり、質的に分析できるほどのデータは収集できなかったため、得られた意見として以下に示す。

患者・家族側の要因については、① 他者からの介入に開放的な家族か、② 患者が家族内の中心的役割を担っている場合、家族の混乱が大きい、③ 家族内にリーダーがいない、④ 医療に対する不信感の大きさ、⑤ 家族としてのまとまりの希薄化などの意見が出された。環境に関する要因については、① 緩和ケアチームが機能しているか、② 急性期の患者と混在しており、頭の切り替えが難しい、③ 短期入院化により患者・家族との関係を構築しにくい、④ 理学療法士や栄養士など他職種との連携が図りやすいシステムであることなどの意見があった。

表Ⅲ-2 一般病棟の看護師による看取りケア実践の関連要因の質的分析結果

分類	カテゴリー	サブカテゴリー	コード
看護師の態度に関する こと	看取りに関する個々の 看護師の看護観	倫理観	・予告告知、意思決定時における看護師の倫理観 ・倫理的感受性の程度 ・患者を軸に考える思考パターン ・患者・家族のメリットを最優先に考えられているか ・患者・家族のQOLを軸に考えること
		患者・家族理解への関心	・患者・家族に意図的にかかわっているか ・患者・家族に対する関心の深さ ・患者、家族、スタッフに関わらず、人そのものに対する関心の高さ ・思い込みではなく、患者の考えを把握すること ・患者の生活歴、価値観、死生観、信念などに焦点を当てた情報を得ることの重要性の認識
		看取りに対する価値観	・看取りに対する看護師の価値観 ・「死をデザインする」という意識 ・終末期看護に対する興味関心の高さ
		死を恐れない態度	・死について話し合うことへの積極性 ・死に関する話題が出た時に戸惑って避けてしまう現状 ・生や死を語る姿勢 ・看護師の死生観
	看取りにおける役割意識	看取りにおける役割の転嫁	・医師の方針だから・とそれ以上患者に踏み込まない姿勢 ・家族とのかかわりは師長の役割と位置付けられている傾向
		看取りにおける専門職としての認識	・看護師としての役割意識の高さ ・看取りにおける看護の役割の捉え方 ・プロとしてどこまで引き受けるかという認識の違い ・(一般病院という背景から)がん患者の辿るプロセスを全て見ているという意識の高さ ・看護師の役割を示すことができるか
	チーム内の質の高い 情報の共有	事実に基づいた患者・家族を主体とした カンファレンス	・思い込みや推測ではなく、事実を基にチーム内で話し合いができていないか ・問題解決型思考が強すぎ、患者や家族に確認せずにすぐに答えを求めようとする傾向 ・患者がどういう最期を迎えたいのか、どう過ごしたいのか事実を元にチーム内で話し合う ・情報をチームで共有させることができていない ・カンファレンスの中で、患者の人生観に及ぶ話ができているか ・プライマリ・ナーサスが抱え込みすぎでおり、情報が共有されていない
		効果的なケアの振り返り	・看護師自身の感情や思いを排する場がない ・デスカンファレンスがケアの意味付けや振り返りの良い機会となっている ・一つ一つの事例を大切にし、積み重ねができていないこと
	スタッフ間の相互作用 による看取りに対する チームの価値観の形成	看取りに対するチームの価値観	・師長など影響力のあるスタッフの価値観がチーム全体に影響する ・チーム全体の看取りに対する価値観
		看取りにおけるモデルの存在	・師長の看護観がチーム全体に影響している ・手本となる先輩看護師の存在 ・モデルとなる看護師の存在
		ケア方針に関する医師との関係性	・医師と看護師間のケアの方向性の不一致 ・主治医の方針に流されやすい ・看取りに精通している医師の存在
	看取りに関する個々の 看護師の体験	臨床での看取りの経験	・臨床経験 ・(受け持ち患者の)看取りの経験 ・これまでのケアにおける成功体験
個人的な死に関する経験		・看護師自身の家族を看取った経験 ・看護師の個人的な死に関する体験がケアに影響する ・看取りに関する個人的な課題を抱えている(過去の経験から)	
看護師の生活背景		・看護師の生活体験の乏しさ ・看護師自身の自分の家族に対する思い ・高齢者との生活体験	
症状緩和に関する基本的 知識と実践能力	緩和ケアに関する基本的知識	・緩和ケアに対する基本的知識 ・症状緩和に対する看護師の基本的知識 ・代替療法に関する知識と提供できる技術	
	症状コントロール不足	・症状マネージメント中心になり、心理社会的側面への介入が後回しになる ・深い介入ができるかどうかは、症状コントロールできているかが問題 ・症状や化学療法の副作用などばかりに焦点があてられる	
家族看護に関する基本的 知識	家族の捉え方の理解	・家族はケアの対象であるという認識 ・患者・家族をケアユニットとして捉えられているか ・終末期の家族ケアは遺族ケアであることへの認識 ・家族をケアの対象ではなく資源とみなしている ・家族のありようを理解していない	
	家族アセスメントの意義と方法の理解	・家族アセスメントという言葉の意味を知らない ・家族アセスメントの必要性・意義を感じているか ・家族アセスメントに対する意識の不足 ・家族間の関係性や役割など基本的な家族のアセスメントができていないか	
	家族をケアすることの意義の理解	・家族ケアに関しては、基本的なこと知らない看護師がほとんど ・経験年数に関係なく、家族になかなか目が向かない ・患者を看取ることが家族の成長のチャンスとなることもあることを知らない ・家族看護学教育を受けた看護師でも実践までにはつながっていない	
社会資源に関する基本的 知識	社会資源に関する知識	・社会資源に対する看護師の知識	
	在宅ケアに関する知識	・在宅ケアへの移行に関する看護師の知識	
終末期看護に必要な理論 の基本的知識と実践の リンケージ	看取りに関連した理論に関する知識	・コーピングや危機理論などの知識がない ・危機的状況にある人間の反応(理論)に対する看護師の知識 ・患者の感情や訴えを悲嘆の過程として捉えられていないことがある	
	実践における理論の応用	・終末期の段階に応じてケア計画を変更していく必要性の認識が低い ・理論と実践がリンクしていない	
コミュニケーションスキル	患者・家族との基本的な コミュニケーションスキル	・基本的な情報がとれていない ・家族と関わるためのコミュニケーション能力が不足している ・深く関わるが巻き込まれることなく、距離をうまく取れていること ・患者との距離の取り方が上手いこと	
	スタッフ間のコミュニケーションスキル	・患者・家族の変化や問題に気づいているが言語化して伝えることができない ・情報を言語化する能力 ・医師との交渉能力 ・カンファレンスでプライマリ・ナーサスとしてプレゼンテーションする能力	

第5節 考察

研究1は、質問紙作成のための示唆を得ることを目的に、研究2の予備的研究として実施した。よって本節では、抽出された10要因について簡略に考察し、関連要因間の構造の検討から、研究2の量的分析における仮説を設定する。

1. 質的分析から抽出された看取りケア実践の関連要因

看護実践能力を育成する要件として、「知識」「技術」「態度」の3つの側面があることが知られている。本研究で抽出された10の要因は、この3側面に大別することができたことから、看取りケアの実践能力の関連要因として必要な要素が抽出されたことが示唆された。

知識に関しては、症状緩和、家族看護、社会資源、終末期看護に関する理論などに関する知識が抽出されたが、その内容はいずれも基本的レベルが求められていることが明らかとなった。このことから、看護基礎教育における終末期看護、家族看護に関する系統的な教育の整備の必要性と、継続教育では基本的知識に着目する必要があることが示唆された。

症状緩和に関しては、【症状緩和の基本的知識と実践能力】のように1つのカテゴリーに知識と実践能力の2つの概念が含まれる結果となった。患者の終末期において症状コントロールは、患者が最期までその人らしく生きるために不可欠な要素である(恒藤, 1999)。特に、薬物療法による症状緩和の方法は刻々と進歩しており、代替療法による症状緩和技術においても研究が進められている段階である。従って症状緩和においては、知識と実践が切り離されず、新しい知識の獲得と実践が同時進行している現状を反映した要因であるといえ、実践に応用できる知識を提供していくことが重要であることが示唆された。

技術については、症状緩和の実践能力に加え、コミュニケーションスキルがカテゴリーとして抽出された。患者や家族との良好な関係の構築やスタッフ同士の適切な情報のやり取りは、看護に必要な基本的なスキルであると同時に、終末期の患者と家族へのケアにおいてコミュニケーションがケアの基盤であり(Hull, 1991)、死にゆく患者や家族とのコミュニケーションに看護師が困難を抱えていることが報告されていることから(Deffner & Bell, 2005; 犬童, 2002; McGrath et al., 1999)、重要視すべき関連要因であるといえる。

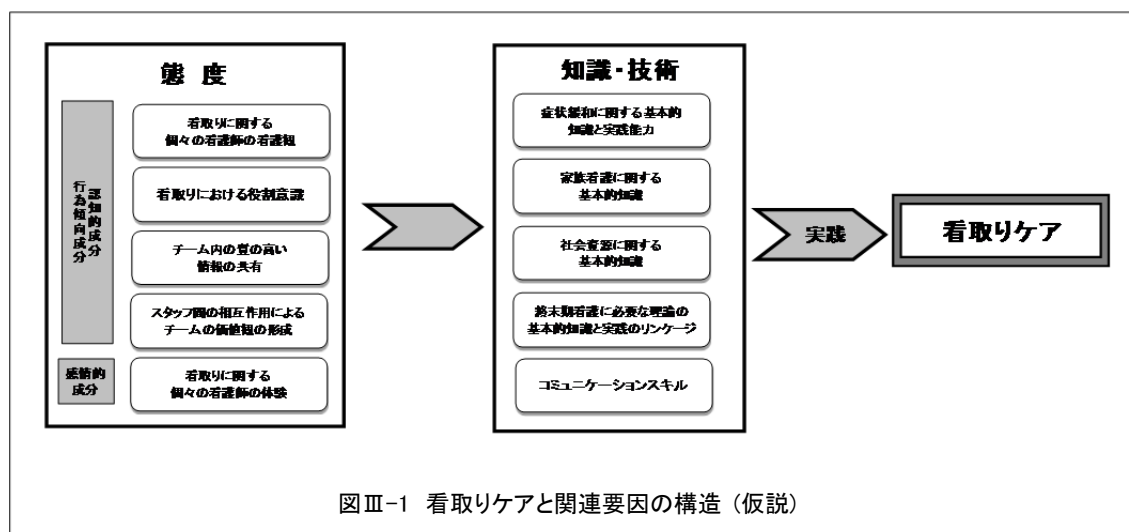
態度においては、看護師の看護観、役割意識、個々の看護師の体験、チーム内の情報共有、チームの価値観に関する要因が抽出された。態度の構造として、Krech, Crutchfield and Ballachey (1962)は、認知的成分、感情的成分、行為傾向成分の3成分から構成されていることを明らかにし、認知的成分、行為傾向成分は反応の準備状態を示していると述べている。本研究の結果から抽出された【看取りに関する個々の看護師の看護観】【看取りにおける役割意識】【チーム内の質の高い情報の共有】【スタッフ間の相互作用におけるチームの価値観の形成】は態度における認知的・行為傾向成分、つまり、反応の準備状態を示し、【看取りに関する個々の看護師の体験】は、看取りに対して好意的な傾向をもつか否かを

左右する感情的成分として抽出されたものであると捉えることができ、態度が看取りケアの実践の基盤となっていることが示唆された。

さらに、【チーム内の質の高い情報の共有】【スタッフ間の相互作用におけるチームの価値観の形成】などのチームに関する要因については、チーム医療を基本とする緩和ケアの考え方を反映した要因であるといえると同時に (恒藤, 内布, 2007)、個人の態度は属する集団の標準的信念、価値、規範などに影響されるとされていることから (原岡, 1973)、所属チームが看取りケアにおける看護師の態度形成の場として重要な位置を占め、スタッフ間の関係性がケア実践に影響を与えていることが推測される。Watson, Hockley, & Dewar (2006)が終末期ケアのバリアとなる要因として質的に抽出した要因の中にも「チームワークの不足」が含まれており、看取りケア実践能力の向上において、個々の看護師のスキルアップのみならず所属する看護チームの質の向上も重要な視点であるといえる。特に研究3では看護チームを基盤とし、将来的にチーム全体を変化させ得るプログラムの構成を目指していることから、チームに関するカテゴリーは重要視すべき要素であるといえる。

2. 看取りケア実践の関連要因の量的分析における仮説の設定

本研究で抽出された要因は、前節で述べたように、知識、技術、態度の3要素に大別することができた。そこで、仮説として、看取りケア実践における10の関連要因と看取りケアの関係性は、一様に同じレベルではなく、「態度」を基盤に、「態度」→「知識・技術」→「看取りケア」のように構造化されたものであると仮定した。図III-1はこの仮説を図式化したものである。



仮説において態度を基盤とした根拠については、以下の通りである。

まず第1に、本論文の最終目標は、本研究および研究2の成果に基づき、一般病棟の看護師を対象とした看取りケア実践教育プログラムを作成して展開し、有効性の検討を行うことにある。つまり、卒後の継続教育に焦点を当てており、看護基礎教育を経た一定の知識や技術を有していることは大前提としている点にある。従って、本研究で抽出した「知識・技術」は看取りケアの実践における次のステップに移行するために必要な「知識・技術」である。また、「態度」は、経験を通して作り上げられ、行動に力学的影響を及ぼすものであることから (Allport, 1935)、ケアに対する専門職としての意識などが弱い場合には、学習しようとする動機付けも弱く、知識の提供を受けても行動変容や実践につながらないことが推測される。従って、卒後の臨床現場での経験を通して形成された態度が新たな知識と技術を獲得するための行動意図となると仮定し、態度を基盤とした。

第2に、継続教育はキャリア開発の手段のひとつである。南 (1988)は、行動心理学の視点から、キャリア開発は職業生活における発達課題であると位置付けており、次のステージへの移行時期には状況的危機に陥り、その対処には、個人の価値観やモチベーションばかりでなく、所属する組織の諸要素に大きく依存すると述べている。このように、キャリア開発の動機付けは態度に関連する要因であり、組織の文化に影響を受けることが示唆されている。特に、看取りケア実践教育プログラムの展開方法として看護チームを基盤とした方法を検討している点からも、態度を基盤とした仮説が必要であると考えた。

第3に、キャリア開発に関連して、近年、「コンピテンシー」という概念が着目されている。コンピテンシーとは、ある職務または状況に対し、基準に照らして効果的、あるいは卓越した業績を生む要因として関わっている個人の根源的特性と定義されている (Spencer & Spencer, 1993)。この概念は、1990年代にアメリカで普及し、近年、我が国でも企業を中心に広まり始め、人材育成の観点から看護にも導入されている。コンピテンシーを構成する「特性」の5つのタイプとして、動因、特性、自己イメージ、知識、スキルがあるとされており、冰山を例に、知識やスキルは目に見えやすく水面上に出ているコンピテンシーであり、水面下に隠れている、つまり、“土台”となっているコンピテンシーとして自己イメージや特性、動因が位置付けられている。また、知識とスキルに関わるコンピテンシーの稼働には、動因や特性が誘因となって成果を生み出すとされていることから (Spencer & Spencer, 1993)、態度を基盤とする仮説を支持するものであると考える。

以上、本研究で作成する看取りケア実践教育プログラムが卒後の継続教育であり、看護師のキャリア開発とそれを促進する組織の育成、ケアの質を向上させるための人材育成などの観点から、「態度」→「知識・技術」→「看取りケア」の順に構造化し、仮説とした。

研究2では、得られたカテゴリーを基に質問紙を作成し、看取りケア実践の関連要因を特定するとともに、仮説の適切性について検討していく。

第IV章 研究2

一般病棟の看護師による看取りケア実践に関連する要因の量的分析

第1節 研究目的

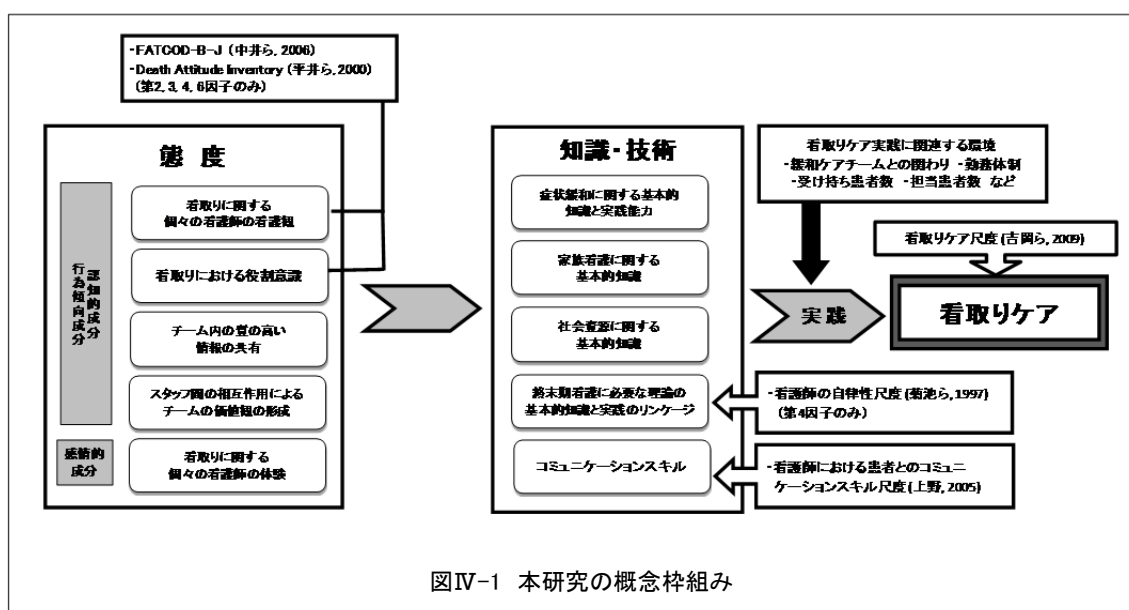
本研究の目的は以下の3点である。

1. 研究1から抽出されたカテゴリーを基に看取りケアの関連要因となる独立変数を設定して質問紙を作成し、質問紙調査を実施する。
2. 質問紙調査で得られたデータの分析から、看取りケア実践に関連する要因を特定し、一般病棟の看護師に教育すべき必須要素を明らかにする。
3. 研究1で仮説として設定した看取りケア実践の構造について、統計学的に検討する。

第2節 概念枠組み

本研究の概念枠組みを図IV-1に示す。研究1で抽出された看取りケア実践の関連要因と看取りケアとの関連を検討し、仮説として設定した看取りケア実践の構造において、「態度」→「知識・技術」→「看取りケア」の段階と方向性を持った構造について検証していく。

看取りケア実践能力の測定には、看取りケアの定義を測定概念に持つ看取りケア尺度を用いる(吉岡ら, 2009)。また、関連要因の内容を表していると考えられる既存尺度として、Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale Form B 日本語版(中井ら, 2006)、Death Attitude Inventory(平井, 坂口, 安部, 森川, 柏木, 2000)、看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度(上野, 2005)、看護師の自律性尺度(菊池, 原田, 1997)を設定した。これらの尺度と質的分析から抽出された要因との整合性については、次節で述べる。既存尺度で測定できない要因に関しては、順序尺度を作成した。



図IV-1 本研究の概念枠組み

第3節 研究方法

1. 研究デザイン

本研究の研究デザインは、量的記述研究および仮説検証型研究であり、自記式質問紙調査を実施した。

2. 対象者

本研究は、一般病棟における看取りケアの実践に関連する要因を明らかにすることを目的としている。調査協力施設の選定方針として、がん看護が実践されている一般病院であること、対象となる看護師の質の保証の観点から卒後教育プログラムが充実している病院であること、特定の地域に偏らないことなどを考慮し、調査協力候補施設を選定した。また、これらの施設において、終末期のがん患者をケアする機会の多い一般病棟への質問紙の配布を依頼した。対象者については、臨床経験3年以上の看護師と3年未満の看護師との比較において、終末期のがん患者と家族に対するケアの得点に有意差があることが明らかとなったことから(吉岡ら, 2006)、臨床経験3年以上の看護師を対象とした。対象者数については、標本誤差 3%、信頼水準 68%に設定し、これらに基づく計算式から、サンプル数 300を目指す。有効回答率と回収率を考慮し、対象者数を650名に設定した。

以上の条件を考慮した上で、本研究の対象施設として中国、近畿、東海、北陸地域の5施設を選定した。うち3施設はがん診療連携拠点病院の指定を受けており、他の2施設においても地域のがんの入院治療の拠点病院としての役割を担っている。上記の対象施設において終末期がん看護が実践されている一般病棟を看護管理者と相談した上で決定し、臨床経験3年以上の643名の看護師を対象とした。

3. データ収集方法

研究協力施設の看護管理者を通して該当病棟への質問紙の配布を依頼した。回答後の質問紙は添付の返送用封筒に封入し、研究者宛に郵送することにより、個別に回収した。

4. 質問紙の構成 (巻末資料1参照)

質問紙の構成としてまず、従属変数である看取りケアの実践能力の測定には、看取りケア尺度(吉岡ら, 2009)を用いた。次に、独立変数として研究1から抽出した「態度」「知識・技術」に関する要因を反映させた既存尺度(図IV-1)および順序尺度を設定した。

<既存尺度>

- ・[態度] Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale Form B 日本語版(中井ら, 2006)
- ・[態度] Death Attitude Inventory(平井ら, 2000)
- ・[知/技] 看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度(上野, 2005)

・[知/技] 看護師の自律性尺度の第IV因子 (菊池, 原田, 1997)

＜本研究で作成した項目＞

・[態度] 所属するチームに対する主観的評価 (10 項目)

・[態度] 実践の手本の有無

・[態度] 身近な人の看取りの経験の有無

・[態度] 高齢者との生活経験の有無

・[態度][知/技] 属性項目 (性別・年齢・臨床経験年数・資格・職位・最終学歴)

・[知/技] 看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価 (21 項目)

・[知/技] 看取りケアに関する学習経験

以上の項目に加え、職場環境に関する要因として、診療科・緩和ケアチームの有無・勤務体制・受け持ち患者数・病床数を問う項目を設定した。以下に、各既存尺度および項目の概要と研究1における質的分析から抽出されたカテゴリーとの関連性を述べる。

1) 看取りケアの実践能力

看取りケアの実践能力を測定する尺度として、看取りケア尺度を使用した。本尺度によって測定された得点は、本研究の従属変数となる。看取りケア尺度は、第I章第5節で述べたように、看取りケアの定義である「患者を含む家族を1つのケアユニットと捉え、家族の看取りを支援するために看護師が終末期のがん患者と家族に行うケア行動」を測定概念とし、一般病棟の看護師の看取りケア実践能力の測定を目的に研究者らが開発した、個々の看護師や看護チームで用いる自己評価尺度である (吉岡ら, 2009)。22 項目 5 因子構造であり、5 段階リッカートスケールで得点化する。下位因子は、【悔いのない死へのケア】【癒しと魂のケア】【苦痛緩和ケアの保証】【情報提供と意思決定のケア】【有効なケアの調整】である。検証的因子分析により、看取りケア5因子を一次因子、看取りケアを二次因子とする二次モデルにおける高い適合度が得られている (吉岡ら, 2009)。

尺度原案の作成においては、認定看護管理者教育を受講した看護師 69 名を対象に終末期のがん患者と家族に必要と考えられるケアについて自由記述調査を実施し、質的分析によりケア項目を抽出した。また、患者と家族のニーズを主題とした文献の検討から得られた項目を加えアイテムプールを作成した。さらに、がん看護専門看護師などのエキスパートナースを対象に量的に内容妥当性を検討し、Content Validity Index (CVI)=0.9 が得られている。本調査は 562 名の一般病棟の看護師を対象とした。

尺度の信頼性については、Cronbach's $\alpha=0.91$ (各因子: $\alpha=0.67\sim 0.83$)、再テスト法による信頼性係数 $r=0.74$ により、内的整合性と安定性が確認されている。尺度の妥当性については、看護介入分類 (NIC)のダイニング・ケアと家族支援 (Dochterman & Bulechek, 2004) などとの相関分析による基準関連妥当性、ホスピス・緩和ケアに勤務する看護師をクライテリアン群とする既知グループ技法による構成概念妥当性が確認されている。

2) 看取りケアに対する態度

看取りケアに対する態度、特に、積極性や価値観を測定することを目的に、Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale Form B 日本語版 (FATCOD-B-J)を使用した。FATCOD-Bは、1989年に米国のFrommelt (1991, 2003)によって終末期の患者とその家族へのケアに対する看護師の態度を測定することを目的に開発されたFATCODの改訂版である。30項目5段階リッカートスケールの1次元尺度であり、15項目ずつの肯定的陳述項目と否定的陳述項目から構成されている。FATCODとFATCOD-Bの相違点は、看護師の態度だけではなく、終末期の患者とその家族に関わるコメディカルなど、対象を広く測定できる点にある。FATCODの妥当性はCVIのみ検討されており、CVI=1.0、評定者間一致度0.98が得られている。看護師に対する終末期ケア教育の介入前後におけるFATCOD得点に有意差が確認されたことにより、妥当性が支持されている。信頼性は、2度にわたる再テスト法で確認されており、1回目は $r=0.94$ ($n=18$)、2回目は $r=0.90$ ($n=30$)と高い信頼性係数が得られているが、対象者数は少ない。FATCOD-Bの妥当性は、CVIのみ新たに追加されており、CVI=1.0が得られている。こちらも同様に、教育的介入のFATCOD-B得点の比較により、妥当性が支持され、再テスト法による信頼性係数 $r=0.93$ が確認されている。

FATCOD-B-Jは中井ら(2006)によって翻訳された日本語版である。順翻訳と逆翻訳を繰り返し、原作者の了承が得られている。237名の看護師を対象に調査を実施し、178名の有効回答を分析対象としている。オリジナル版は1次元であるが、態度は多次元構造であるという仮説から、因子構造が検討され、構成概念妥当性が確認されている。探索的因子分析の結果、第I因子: 死にゆく患者へのケアの前向きさ、第II因子: 患者・家族を中心とするケアの認識、第III因子: 死の考え方の3因子が抽出されている。しかし、第III因子は1項目のみであり、使用マニュアルにおいて、因子として扱うことは推奨されていない。信頼性については、Cronbach's $\alpha=0.85$ (各因子: $\alpha=0.73, 0.65$)により内的整合性が、再テスト法による信頼性係数 $r=0.85$ (各因子: $r=0.84, 0.71$)により安定性が確認されている。

以上のように、FATCOD-B-Jは一定の信頼性と妥当性を備えており、看取りケアに対する態度を測定する尺度に適していると考えられる。特に、研究1の質的分析から抽出された【看取りに関する個々の看護師の看護観】【看取りにおける役割意識】に該当すると考える。また、測定概念に終末期患者の家族が明確に含まれている点においても、本研究の質問紙を構成する尺度として適していると考えられる。

3) 死生観

研究1の質的分析から抽出された【看取りに関する個々の看護師の看護観】には<死を恐れない態度>がサブカテゴリーとして含まれており、「死の考え方」を因子にもつFATCOD-B-Jの測定範囲内であると考えられたが、第III因子の使用が推奨されていない。

また、死生観は看取りケアに対する態度の基盤となっていることが推測されることから、死に対する考え方の測定を強化する必要性が考えられた。従って、【看取りに関する個々の看護師の看護観】の下位カテゴリーである「死を恐れない態度」の測定を目的とし、また、がん看護に対する不安や死生観とケア実践との関連性を示唆する先行研究の結果を踏まえ(二渡ら, 2003; 犬童, 2002)、死生観を測定することとした。Death Anxiety Inventory (DAI)は、平井ら (2000)によって開発された。Wong, Rwerker, and Gesser (1993)の Death Attitude Profile-revised (DAP-R)を参考に、文化的背景を考慮した日本独自の死生観尺度の開発を目指している点が特徴である。尺度は27項目7因子構造であり、7段階リッカートスケールで得点化する。各因子は、第Ⅰ因子: 死後の世界観、第Ⅱ因子: 死への恐怖・不安、第Ⅲ因子: 解放としての死、第Ⅳ因子: 死からの回避、第Ⅴ因子: 人生における目的意識、第Ⅵ因子: 死への関心、第Ⅶ因子: 寿命観である。

尺度の妥当性は、探索的因子分析と検証的因子分析による因子構造の検討と、心身の健康を測定する GHQ28 の下位尺度との関連性から構成概念妥当性が確認され、既存の死生観尺度である Death Anxiety Scale の日本語版、充実感尺度、宗教観尺度と各因子との関連性から基準関連妥当性が確認されている。尺度の信頼性は、Cronbach's $\alpha=0.74\sim 0.88$ により、内的整合性が確認されている。

DAI は、死生観を合計点ではなく、因子ごとに評価する尺度であり、特定の因子を取り出して使用することも認められている。今回は、質問紙の項目数を最小限にすることを考慮し、死を恐れない態度や死と向き合う看護師の不安を象徴すると考えられる因子である、第Ⅱ因子: 死への恐怖・不安 (4項目)、第Ⅲ因子: 解放としての死 (4項目)、第Ⅳ因子: 死からの回避 (4項目)、第Ⅵ因子: 死への関心 (4項目)を使用することとした。

4) 理論やモデルを活用した看護展開能力

看取りケアには症状コントロールをはじめとする質の高い看護技術と判断能力、患者と家族の心理社会的側面に触れるケアの提供が求められており、患者の終末期における看護師の役割を認識し、自律的に行動することが重要である。

看護師の自律性尺度は、看護師が専門家としての自律的な行動が求められているにも関わらず「診療の補助」といった補助的、従属的な役割をも担っているために、専門職としての自律性の確立が不十分であることが問題視されたことから、菊池、原田 (1997)によって開発された。公立病院の看護師を対象に調査が実施されており、測定対象者は看護職全般とされている。47項目5因子構造であり、5段階リッカートスケールで得点化する。

各因子は、正確な状況認知を示す「認知能力」、的確な看護実践のための行動を示す「実践能力」、手がかりをもとに適切な看護を判断する「具体的判断能力」、看護のモデルや仮説に基づいて判断する「抽象的判断能力」、自立的に判断することを意味する「自立的判断

能力」と命名されている。看護職の職務上の自律性を測定する尺度であるが、主に看護実践能力を問う内容の項目から構成されている。本尺度は看取りケア尺度開発段階における妥当性の検討にも用いており、中等度の相関が得られている (吉岡ら, 2009)。

尺度の信頼性は、Cronbach's α 係数 0.93~0.79 で確認されている。妥当性は、探索的因子分析による構成概念妥当性、適切な看護ができる自信の 5 項目との間に $r=0.56\sim0.67$ ($P<0.001$)の有意な相関が認められたことによる収束的妥当性が確認されている。

以上のように、看護師の自律性尺度は一定の信頼性と妥当性を備えた尺度であるといえる。特に、第IV因子「抽象的判断能力」は、本研究の質的分析から抽出された【終末期看護に必要な理論の基本的知識と実践のリンケージ】、つまり、理論やモデルを活用した看護展開能力の測定に有用であると考えられる。今回は、質問紙の項目数を最低限に抑える点から、第IV因子のみを使用した。なお、尺度開発者には、尺度の使用ならびに特定の因子のみ取り出して使用することの許可を得た。

5) コミュニケーションスキル

研究1の質的分析から、【コミュニケーションスキル】が抽出された。ここでのコミュニケーションスキルは、看護師および社会人としての基本的なスキルを意味している。看取りケアには、カウンセリング技術などの高度なコミュニケーションスキルが必要とされる場面もあると考えられるが、研究1より、一般病棟の看護師には基本的なレベルが求められていることが示唆されたことから、本研究では看護における基本的なコミュニケーションスキルを測定することとした。

看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度: Patient-Nurse Communication Skill Scale (CSS)は、患者看護師関係を円滑にし、看護に必要な情報を収集するための能動的な技術、言語的・非言語的コミュニケーション能力を測定することを目的に、上野 (2005)によって開発された。尺度開発過程では、総合病院に勤務する看護師を対象に調査が実施されている。19項目5因子構造であり、5段階リッカートスケールで得点化する。各因子は看護情報を得るためのスキルである「情報収集」、専門職としてスムーズに話ができることを重視した「話のスムーズさ」、聴く姿勢や相手の立場に立った話し方などから構成される「積極的傾聴」、適切な対人距離をとり、効果的な感情の表出、コントロールを意味する「パーソナルスペース・視線交差」、自分も相手も大切にしたい自己表現方法である「アサーション」と命名されている。

尺度の信頼性は、Cronbach's $\alpha=0.87$ (各因子: $\alpha=0.70\sim0.96$)で確認されている。尺度の妥当性は、因子的妥当性による構成概念妥当性と、ソーシャルスキル尺度である Kiss-18との有意な相関関係による基準関連妥当性によって確認されている。

看護の基本的なコミュニケーションスキルを測定する尺度であるとともに、Kiss-18との

相関が認められていることから、スタッフ間のコミュニケーションスキルも間接的に測定することが可能であると考え。また、積極的傾聴や効果的に話し合うための方略であるアサーティブコミュニケーションスキルの要素を含んでいる点で、家族全体を支援する看取りケアとの関連性を検討するために適した尺度であると考え。

6) 対象者の属性、知識、所属する看護チームに関する項目

研究1の質的分析から抽出された10のカテゴリーの内、これまで述べてきた既存尺度の測定概念に該当しないカテゴリーについては、以下の項目を設定した。

まず、【チーム内における質の高い情報の共有】【スタッフ間の相互作用による看取りに対するチームの価値観の形成】は、個々の看護師が所属するチームに関するカテゴリーである。情報の共有度やチームの価値観を直接測定することは困難であるため、カテゴリーを構成するサブカテゴリーやコードを参考に、カンファレンスの持ち方や内容、医師との関係性、ケアや治療方針の決定に関する項目など、メンバー間の関係性や所属チームでの取り組みを評価する「所属するチームに対する主観的評価」10項目を作成した(表IV-9)。

次に、【症状緩和に関する基本的知識と実践能力】【家族看護に関する基本的知識】【社会資源に関する基本的知識】は主に知識を示すカテゴリーである。従って、各対象者が症状緩和ケア、家族看護、社会資源、終末期がん患者や家族に関する理論などに関する知識をどれくらい持っているかと認識しているかを問う「看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価」21項目を作成した(表IV-10)。

さらに、【看取りに関する個々の看護師の体験】を測定するための質問項目として、① 看取りの経験、学習経験など個々の看護師の体験に関する項目、② 個人属性: 性別、臨床経験年数、職種、職位、最終学歴などの順序尺度や名義尺度を設定した。

また、職場環境に関する項目として、診療科、緩和ケアチームの有無、勤務体制、受け持ち患者数などを問う項目を加えた。患者・家族側の要因に関しては、調査対象者が看護師であることや、患者・家族の状況が十分にアセスメントできていないこと自体が問題であることから今後の課題とし、本研究では取り扱わないこととした。

5. 分析方法

統計解析には、SPSS 17.0 J for Windows および Amos 7.0 を使用した。分析方法として、記述統計を行い、独立変数の検討を目的に単変量解析を実施した上で、看取りケア尺度合計得点または因子得点を従属変数、既存尺度の下位尺度および各項目を独立変数とする重回帰分析により関連要因を特定した。また、看取りケア実践の構造の仮説検証分析には、共分散構造分析を用いた。有意水準には、 $p < 0.05$ を採用した。

第4節 倫理的配慮

本研究における倫理的問題として以下の3点が考えられた。

- 1) 権威的部署から質問紙が配布されることで、強制的な感情をもつことが考えられる。
- 2) 質問紙やデータの取り扱い方法の不備による個人情報の漏えいが考えられる。
- 3) 質問紙に回答するための時間的制約が課されることや、自分の考えを回答することで、心理的苦痛を感じる可能性がある。

これらのことを踏まえ、倫理的配慮として以下の点に留意した。

なお、本研究計画は、平成21年2月に広島大学疫学研究倫理審査会の承認を受けた。

1. 対象者への依頼方法と同意を得る方法

調査に先立って、研究協力施設の施設代表者または看護管理者に、研究の概要、意義、目的、プライバシー保護のための対策、データの取り扱いと廃棄、研究成果の学会等での公表の際の留意事項などを電話または訪問して説明し、調査協力と対象者（対象病棟）の選出を依頼した。調査協力の意思が確認できた後、改めて上記の内容を記載した依頼状を渡し、正式に依頼した。

対象者へは、研究目的、概要、意義、研究協力と中断の自由、プライバシー保護のための対策、業務評価との無関係性、データの取り扱いと廃棄、研究者の連絡先などを明記した依頼状を質問紙に添付し、質問紙の回答と返送をもって研究参加への同意とみなした。

2. 対象者の人権擁護

1) 対象者のプライバシーの確保

質問紙は無記名とし、研究成果の公表に際し、個人や施設が特定されるような情報は一切公開しない。得られたデータは統計的に処理し、研究の目的以外に使用しないこと、調査で得られたデータやデータを保存したUSBメモリーなどの資料は、施錠式保管庫で管理し、研究終了後はシュレッダー処理およびデータの消去を行うことを明示した。

2) 心身への負担等への配慮

質問紙の調査項目は最少となるよう努め、回答時間が20分以内に収まるよう時間的制約を最小限にした。また、調査協力は自由意思である事、業務評価とは無関係であることを依頼状で説明するとともに、質問紙の回収は、対象者から直接研究者に郵送する方法とし、研究参加の任意性を高めるとともに研究参加の状況が管理部に分からないよう配慮した。

3) 結果の公表の仕方

研究成果は、関連学会での発表および学術雑誌への投稿によって公表するが、研究対象者や施設の名前が特定されるような記述はしないことも明示した。

4) 研究者への連絡方法

研究者の連絡先を明記した依頼状を対象者に渡し、疑問や不明点ならびに対象者に倫理上の問題点や何らかの不利益が生じた場合にはいつでも直ちに対応できるよう配慮した。

第5節 結果

調査の結果、回収数 361 部、回収率 56.1%であった。その内、欠損値が多い、臨床経験年数が3年未満であるなど、有効な回答が得られていないと判断されたものを除外し、337名を分析対象とした。有効回答率は93.4%であった。

1. 分析対象者の背景の基本統計

1) 対象者の個人属性

対象者の平均年齢は34歳、平均臨床経験年数12年、男性8名(2%)、女性329名(98%)であった。また、対象者の職位は、病棟師長13名(4%)、副師長/主任36名(11%)、チームリーダー31名(9%)、スタッフナース257名(76%)であった(表IV-1)。

表IV-1 対象者の個人属性

		人数	%	Mean	SD	Range
年齢(歳)				33.82	8.90	23~60
臨床経験年数(年)				12.08	8.90	3~46
性別	男性	8	2.4			
	女性	329	97.6			
職位	病棟師長	13	3.9			
	副師長/主任	36	10.7			
	チームリーダー	31	9.2			
	スタッフナース	257	76.3			

2) 対象者の職場環境と看護体制

対象者が所属する5施設は、いずれの施設も緩和ケアチームを有していた。対象者の所属病棟の診療科については、対象者の記述を基に分類すると、内科系単科が103名(31%)、外科内科混合92名(27%)、ついで外科系単科87名(26%)で大多数を占めていた。勤務体制は、3交代制111名(33%)、2交代制218名(65%)であった。担当患者数は、日勤帯は平均7名、夜勤帯は平均18名であった(表IV-2)。

3) 対象者の学習経験と体験

対象者の最終学歴は、専門学校卒231名(69%)と大多数を占めていた。学習経験においては、終末期看護に関する学習経験が看護基礎教育のみ28名(8%)、院内・院外の勉強会

や研修会や学会などへの参加経験あり 289 名 (86%)、家族看護に関する学習経験が看護基礎教育のみ 57 名 (17%)、院内・院外の勉強会や研修会や学会などへの参加経験あり 211 名 (63%)であった。個人的な体験では、終末期看護における実践の手本となる人の存在あり 210 名 (62%)、身近な人を看取った経験あり 211 名 (63%)、在宅での看取り経験あり 61 名 (18%)、祖父・祖母などの高齢者との生活経験あり 204 名 (60%)であった (表IV-3)。

表IV-2 対象者の職場環境と看護体制

N=337

		人数	%	Mean	SD	Range
所属する病棟の 診療科	外科系	87	25.8			
	内科系	103	30.6			
	外科系混合	39	11.6			
	内科系混合	7	2.1			
	外科内科混合	92	27.3			
	その他	9	2.7			
勤務体制	3交代制	111	32.9			
	2交代制	218	64.7			
	その他	8	2.4			
日勤帯の一人当たりの担当患者数				7.00	1.94	3~15
夜勤帯の一人当たりの担当患者数				18.23	6.09	2~30
プライマリナースとしての担当患者数				2.04	1.38	0~10

表IV-3 対象者の学習経験と体験

N=337

		人数	%
最終学歴	専門学校	231	68.5
	短期大学	54	16.0
	大学	52	15.4
終末期看護に関する 学習経験	看護基礎教育のみ	28	8.3
	研修会などへの参加	289	85.8
	特に無し	20	5.9
家族看護に関する 学習経験	看護基礎教育のみ	57	16.9
	研修会などへの参加	211	62.6
	特に無し	69	20.5
終末期看護の実践の 手本となる人の存在	いる	210	62.3
	いない	127	37.7
身近な人を看取った経験	ある	211	62.6
	ない	126	37.4
在宅での看取り経験	ある	61	18.1
	ない	276	81.9
高齢者との生活経験	ある	204	60.5
	ない	133	39.5

2. 看取りケア尺度の記述統計

看取りケア尺度合計得点の平均値は 72.81±13.47 点であった。殆どの項目が 3 点以上であり、比較的積極的にケアが実施されていた (表IV-4)。しかし、第Ⅱ因子【癒しと魂のケア】では、5 項目中 4 項目が 2 点台であり、1 項目あたりに換算した因子得点においても、2.63±0.82 点と 5 因子中最も低かった (表IV-4)。

本研究における看取りケア尺度全体の Cronbach's $\alpha=0.93$ であった。各因子については、第Ⅰ因子から順に、 $\alpha=0.85, 0.84, 0.83, 0.80, 0.77$ であり、本研究における看取りケア尺度の信頼性が確認された。

表IV-4 看取りケア尺度の記述統計

項目	最小値	最大値	Mean	SD
第Ⅰ因子(6項目)【悔いのない死へのケア】	6	30	3.49	0.68
1. 患者と家族間のコミュニケーションを促進する	1	5	3.55	0.82
2. 臨終の時は家族中心に静かに迎えられるよう配慮する	1	5	3.73	0.87
3. 患者の疼痛コントロールのための鎮痛剤や麻薬の使用について、医師に働きかける	1	5	3.80	0.81
4. 家族が患者のそばにいることの意義を家族に伝える	1	5	3.74	0.89
5. 希望があれば、在宅療養への移行のための準備ができるよう援助する	1	5	3.31	1.00
6. 患者と家族が医師からの説明が理解できているか確認し、必要であれば補足する	1	5	3.76	0.79
第Ⅱ因子(5項目)【癒しと魂のケア】	5	25	2.63	0.82
7. 患者が自然と触れ合う機会や、音楽や絵画などの芸術に触れる機会を提供する	1	5	2.30	1.03
8. 患者にアロマテラピーやマッサージなどリラクゼーションのためのケアを提供する	1	5	2.44	1.16
9. ライフレビューや家族の思い出作りなど、家族全体の悲嘆のプロセスを促す	1	5	2.50	1.03
10. 家族の発達段階、家族員の役割、関係性を知るための十分なアセスメントを行う	1	5	3.06	0.92
11. 状況に応じて死について患者や家族と話し合う	1	5	2.86	1.11
第Ⅲ因子(4項目)【苦痛緩和ケアの保証】	4	20	3.58	0.65
12. 患者の悪心/嘔吐をアセスメントし、緩和するための介入をする	1	5	3.63	0.78
13. 患者の安楽が確保されているかどうかアセスメントし、患者に確認する	1	5	3.67	0.78
14. 患者の呼吸困難をアセスメントし、緩和するための介入をする	1	5	3.41	0.88
15. 苦痛の緩和に対処するため、患者の状態の変化に迅速に対応する	1	5	3.61	0.76
第Ⅳ因子(4項目)【情報提供と意思決定のケア】	4	20	3.31	0.78
16. 必要に応じて、死が近づいた時の積極的治療、蘇生、看取りの場所について患者と家族で話し合うよう促す	1	5	3.04	1.09
17. 状態の悪化に伴う患者の身体的、心理的变化について家族に説明する	1	5	3.57	0.90
18. 直接伝えられない患者の思いを家族に伝える	1	5	3.19	0.98
19. 治療や薬物の使用目的、副作用についての情報を患者と家族に十分に提供する	1	5	3.44	0.96
第Ⅴ因子(3項目)【有効なケアの調整】	3	15	3.71	0.67
20. 家族が医師と話し合えるよう調整する	1	5	3.88	0.72
21. 患者と家族が最期のときを過ごすための場所と時間を確保する	1	5	3.58	0.87
22. 患者や家族の希望(外泊、外出など)が取り入れられるよう調整する	1	5	3.69	0.85

Note: 5段階リッカートスケール (1. 全く実施できていない~5. よく実施できている)
因子得点は、1項目あたりの得点に換算した値

3. 独立変数に設定した既存尺度および項目の記述統計

1) FATCOD-B-J の記述統計

FATCOD-B-J の合計得点の平均値は 114.64±10.37 点であった。第Ⅰ因子の因子得点は 60.00±6.79 (1 項目あたり 3.75±0.42 点)、第Ⅱ因子は 50.91±5.17 (1 項目あたり 3.92±0.40 点)と全体的に高得点であった (表IV-5)。

本研究における FATCOD-B-J 全体の Cronbach's $\alpha=0.86$ であった。各因子については、第 I 因子 $\alpha=0.83$ 、第 II 因子 $\alpha=0.77$ であった。これらの結果から、本研究における FATCOD-B-J の信頼性が確認された。

表IV-5 FATCOD-B-J の記述統計と項目分析の結果

N=337

項目	Mean	SD
第 I 因子: 死にゆく患者へのケアの前向きさ (16項目)	3.75	0.42
1. 死にゆく患者をケアすることは、私にとって価値のあることである	3.89	0.80
2. 死は人間にとっておこりうる最も悪いことではない	3.83	0.72
3. 死にゆく患者と差し迫った死について話をすることを気まずく感じる ※	2.88	0.91
4. 私は死にゆく患者のケアをしたいとは思わない ※	3.84	0.88
5. ケア提供者は死にゆく患者と死について話す存在であるべきではない ※	4.00	0.74
6. 私は死にゆく患者へのケアに時間をかけることはあまり好きではない ※	4.06	0.73
7. 私がケアをしている死にゆく患者が、きつと良くなるという希望を失ったら私は動揺するだろう ※	3.37	0.83
8. 死にゆく患者と親密な関係を築くことは難しい ※	3.39	0.93
9. 患者から「私は死ぬの？」と聞かれた場合、私は話題を何か明るいものに変えるのが最も良いと思う ※	4.05	0.74
10. 私がケアをしてきた患者は、自分の不在の時に亡くなって欲しい ※	3.99	0.79
11. 私は死にゆく患者と親しくなることが怖い ※	3.95	0.81
12. 私は人が実際に亡くなった時、逃げ出したい気持ちになる ※	3.93	0.82
13. 患者の死が近づくにつれて、ケア提供者は患者とのかかわりを少なくするべきである ※	4.17	0.79
14. 終末期の患者の部屋に入って、その患者が泣いているのを見つけたら、私は気まずく感じる ※	3.22	0.91
15. 死にゆく患者の近くにいる家族のために、しばしば専門職としての仕事が妨げられると思う ※	3.68	0.79
16. ケア提供者は、患者の死への準備を助けることができる	3.76	0.72
第 II 因子: 患者家族を中心とするケアの認識 (13項目)	3.92	0.40
17. 家族に対するケアは、死別や悲嘆の時期を通して継続されるべきである	4.07	0.73
18. 死にゆく患者の身体的ケアには家族にも関わってもらうべきだ	3.87	0.81
19. 死にゆく患者の行動の変化を受け入れることができるよう、家族は心理的なサポートを必要としている	4.18	0.68
20. 家族は死にゆく患者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである	4.08	0.81
21. 死にゆく患者の身体的ケアに関する患者自身の要求は、認めるべきではない ※	4.18	0.81
22. 家族は、死にゆく患者ができる限り普段どおりの環境で過ごせるようにするべきだ	3.73	0.85
23. 死にゆく患者が自分の気持ちを言葉に表すことは、その患者にとって良いことである	4.12	0.70
24. 死にゆく患者のケアにおいては、家族もケアの対象にすべきである	4.33	0.73
25. ケア提供者は死にゆく患者に融通の利く面会時間を許可するべきである	4.14	0.82
26. 死にゆく患者とその家族は意思決定者としての役割を担うべきである	3.85	0.74
27. 死にゆく患者の場合、鎮痛剤への依存を問題にする必要はない	3.41	0.99
28. 死にゆく患者が自分の状態を尋ねた場合、正直な返答がなされるべきである	3.13	0.69
29. 家族に死にゆくことについて教育をすることは、ケア提供者の責任ではない ※	3.77	0.71
第 III 因子: 死の考え方		
30. 死にゆく患者が、死を迎え入れる時がある	3.72	0.75

Note: 5段階リッカートスケール。※は逆転項目(表示の得点は逆転済み)

因子得点は、1項目あたりの得点に換算した値、第III因子は単独での使用は推奨されていない

2) DAI の記述統計

本研究に使用した DAI の 4 つの因子の記述統計を表IV-6 に示す。因子得点を 1 項目あたりの得点に換算した結果、第 II 因子【死への恐怖・不安】 3.98 ± 1.46 点、第 III 因子【解放としての死】 3.51 ± 1.28 点、第 IV 因子【死からの回避】 2.99 ± 1.35 点、第 6 因子【死への関心】 3.98 ± 0.48 点であった (表IV-6)。

本研究で用いた DAI 各因子の Cronbach's α 係数は、第 II 因子 $\alpha=0.87$ 、第 III 因子 $\alpha=0.89$ 、第 IV 因子 $\alpha=0.92$ 、第 VI 因子 $\alpha=0.79$ であり、各因子の信頼性が確認された。

表IV-6 DAI の記述統計 N=337

項目	Mean	SD
第 II 因子: 死への恐怖・不安	3.98	1.46
1. 死ぬことが怖い	4.71	1.65
2. 私は死を非常に恐れている	3.60	1.73
3. 自分が死ぬことを考えると不安になる	4.17	1.78
4. 死は恐ろしいものだと思う	3.43	1.63
第 III 因子: 解放としての死	3.51	1.28
5. 私は、死とはこの世の苦しみから解放されることだと思っている	3.42	1.59
6. 死は痛みと苦しみからの解放である	3.71	1.43
7. 死は魂の解放をもたらしてくれる	3.67	1.37
8. 私は死をこの人生からの解放と思っている	3.23	1.53
第 IV 因子: 死からの回避	2.99	1.35
9. 死について考えることを避けている	3.14	1.52
10. 私は死についての考えが思い浮かんでくるといつもそれをはねのけようとする	3.02	1.46
11. 死は恐ろしいのであまり考えないようにしている	3.09	1.63
12. どんなことをしても死を考えることを避けたい	2.69	1.42
第 V 因子: 死への関心	3.98	0.48
13. 自分の死について考えることがよくある	3.85	1.65
14. 「死とはなんだろう」とよく考える	4.12	1.58
15. 身近な人の死をとく考える	4.15	1.53
16. 家族や友人としについてよく話す	3.15	1.50

Note: 7段階リッカートスケール, 因子得点は、1項目あたりの得点に換算した値

3) 看護師の自律性尺度: 第IV因子の記述統計 (理論やモデルを活用した看護展開能力)

看護師の自律性尺度第IV因子【抽象的判断能力】の合計得点の平均値は、 21.85 ± 4.06 点 (1項目当たり 3.12 ± 0.58 点)であった。「看護モデルを用いて看護方法を決定できる」「看護研究の結果など最新の情報を活用し看護を決定できる」「十分な情報がなくても現在の状況から適切な看護を提供できる」などの項目得点が、2点台と低い値であった (表IV-7)。

本研究における第IV因子の Cronbach's $\alpha=0.85$ であり、信頼性が確認された。

表IV-7 看護師の自律性尺度: 第IV因子の記述統計 N=337

項目	Mean	SD
1. 私は看護モデルを用いて看護方法を決定することができる	2.67	0.85
2. 私は看護研究の結果など最新の情報を活用し看護を決定できる	2.70	0.90
3. 私は将来起こるであろう問題に向けて看護方法を選択できる	3.27	0.82
4. 私は患者の変化(結果)を予想して看護を選択することができる	3.59	0.71
5. 私は十分な情報がなくても現在の状況から適切な看護を推測できる	2.96	0.86
6. 私は立案した看護計画はいつもスタッフの承認が得られる	3.19	0.73
7. 私は患者の症状や検査結果を統合して適切な看護方法を選択できる	3.47	0.76

Note: 5段階リッカートスケール

4) CSS の記述統計

CSS の合計得点の平均値は、 65.03 ± 6.36 点であった。因子得点を 1 項目あたりの得点に換算すると、第 5 因子【アサーション】では 2.38 ± 0.56 点と低い値であった (表IV-8)。

本研究の CSS 全体の Cronbach's $\alpha=0.76$ であった。各因子については、第 I 因子から順に、 $\alpha=0.67, 0.62, 0.60, 0.53, 0.44$ であった。第IV、V 因子については十分な係数が得られず、信頼性が確認されなかった。尺度の信頼性係数として、 $\alpha=0.6$ 未満を容認すべきではないとされていることから (Devellis, 2003)、以降、本研究では第 I 因子から第 III 因子の 3 因子のみを変数として用いることとした。

表IV-8 CSS の記述統計 N=337

項目	Mean	SD
第 I 因子: 情報収集 (7項目)	3.69	0.44
1. 相手の話を聴いた後に要約をする	3.64	0.78
2. 相手の情報を確認する	4.00	0.60
3. 相手の話を聴き問題点を見つける	3.77	0.79
4. 相手の話を聴く時は、時間を考慮する	3.77	0.75
5. 相手の話を聴きながら問題となる中心を聞く	3.72	0.65
6. 自分の言ったことを相手に確認する	3.57	0.87
7. ジェスチャーをまじえて話す	3.39	0.82
第 II 因子: 話のスムーズさ (3項目)	3.22	0.63
8. 話の途中でつまる ※	3.17	0.81
9. 言葉がスムーズに出てこない ※	3.12	0.88
10. 話が脱線する ※	3.37	0.84
第 III 因子: 積極的傾聴 (3項目)	3.76	0.54
11. 相手の立場に立った話し方を心がけている	4.09	0.64
12. 相手の話をよく聴く	4.08	0.70
13. 沈黙を効果的に用いる	3.11	0.83
第 IV 因子: パーソナルスペース・視線交差 (3項目)	3.70	0.54
14. 対人距離に留意する	3.73	0.76
15. 視線に留意する	3.87	0.73
16. 感情をコントロールする	3.50	0.78
第 5 因子: アサーション (3項目)	2.38	0.56
17. 話す時は私が主導権を握ります	2.13	0.77
18. 私は初対面の人とうまく話す	2.89	0.91
19. 自分を主張する	2.12	0.76

Note; 5段階リッカートスケール, ※は逆転項目 (表示の得点は逆転済み)
因子得点は、1項目あたりの得点に換算した値

5) 対象者の所属するチームに対する主観的評価

所属するチームに対する主観的評価に関する項目として 10 項目を設定した (表IV-9)。質問に対する反応の仕方は、「1. 当てはまらない」から「5. 当てはまる」の 5 段階リッカートスケールとした。

また、10 項目を主成分分析した結果、第 1 主成分の負荷量が全項目 0.4 以上であり、

Cronbach's $\alpha=0.85$ であったことから、得点を合計しても差し支えないと判断した。合計得点は 32.19 ± 6.26 点であった。

表IV-9 対象者の所属するチームに対する主観的評価

項目	N=337	
	Mean	SD
1. 患者や家族の希望に基づいたカンファレンスが行われている	3.66	0.87
2. 他職種との連携がよく図れている	3.04	1.02
3. 治療方針やケア方針が医師と看護チームで一致している	3.22	1.09
4. 医師の方針に疑問を感じた場合、医師と議論することができる	3.40	0.93
5. 患者の死後、振り返りのカンファレンスなどを実施し、チームでケアを振り返っている	3.06	0.93
6. リーダー的存在の看護師の看護方針がチーム全体に影響を与えている	3.25	1.23
7. 緩和ケアチームとのカンファレンスを基にケアを計画し、実践されている	3.23	0.85
8. 終末期の患者や家族をケアするに当たり、看護師自身の感情を表出する場がある	3.26	0.81
9. 患者や家族の人生観にまで及ぶ内容のカンファレンスが行われている	3.24	0.95
10. 患者の主治医は、緩和ケアや看取りに関心が高い	2.83	0.91

Note: 5段階リッカートスケール

6) 看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価

看取りケアの実践に必要な知識として、① 疼痛マネジメント (項目 1~4)、② 症状マネジメント全般 (項目 5~9)、③ 家族アセスメント (項目 10~13)、④ 社会資源 (項目 14・15)、⑤ 理論やモデル (項目 16~21)についてどの程度理解しているか、つまり、知識の程度に対する主観的評価を問う 21 項目を文献や既存の教育プログラムの内容を参考に作成した (日本ホスピス緩和ケア協会, 2010b)。質問に対する反応の仕方は、「1. 理解していない」から「5. 理解している」の 5 段階リッカートスケールとした (表IV-10)。

また、本研究では、看取りケアを従属変数とする重回帰分析により看取りケア実践の関連要因を探索することを目的としており、これら 21 項目をばらばらに独立変数として投入しても関連要因としては論じ難いと考えられる。そこで、各項目の得点を合計する必要がある。また、上記の①~⑤の枠組みで項目を収集しているため、尺度としての 5 因子構造を有している可能性もある。従って、5 因子構造を想定した因子分析を試み、尺度化した上で分析することとした。尺度化においては、尺度開発の手順に則り、天井効果とフロア効果の確認、Item-Total Correlation Analysis (I-T 相関分析)、Good-Poor Analysis (G-P 分析)により項目分析をした上で因子分析を行った。

項目分析の結果、21 項目全てにおいて、天井効果、フロア効果を示す項目はなかった。I-T 相関分析においては全ての項目が合計得点と $r=0.60$ 以上の相関を示し、G-P 分析では、合計得点の平均値を基準に分類した 2 群間の比較において、高得点群の全項目の得点が有意に高い結果が得られ ($p<0.01$)、削除の対象となる項目は認められなかった (表IV-10)。これらの手続きを経た上で、看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価に関する 21 項目を因子分析した。①~⑤の因子構造をもつことを想定し、因子数を 5 に指定して最尤法-プロマックス回転による因子分析を行った。

表IV-10 看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価の記述統計と項目分析結果

N=337

項目	Mean	SD	I-T分析 r	GP分析
				平均値の差
1. がん性疼痛の特徴とメカニズムについて理解している	3.28	0.98	.72**	1.14**
2. 痛みのアセスメント方法について理解している	3.45	0.92	.69**	1.03**
3. WHOの3段階徐痛ラダーについて理解している	3.08	1.23	.72**	1.47**
4. 代表的なオピオイドの使用法、副作用について理解している	3.65	0.91	.72**	1.04**
5. 疼痛以外の終末期のがん患者の症状について理解している	3.64	0.89	.72**	1.06**
6. 疼痛以外の症状のアセスメント方法について理解している	3.36	0.91	.75**	1.09**
7. 疼痛以外の症状緩和のための薬物療法について理解している	3.44	0.90	.72**	1.04**
8. 症状緩和において、薬物療法以外の看護技術や代替療法について理解している	3.26	0.93	.79**	1.18**
9. 鎮静（セデーション）の意義と目的、方法について理解している	3.61	0.82	.66**	0.87**
10. 家族を一つのケア単位として捉える家族の捉え方について理解している	3.52	0.90	.69**	0.99**
11. 家族アセスメントの枠組みについて理解している	2.93	0.96	.73**	1.14**
12. 家族のライフサイクルについて理解している	2.98	0.98	.71**	1.09**
13. 家族機能の評価方法について理解している	2.68	0.91	.68**	0.94**
14. 終末期のがん患者が利用できる社会資源を把握している	2.81	1.03	.72**	1.11**
15. 終末期のがん患者が在宅療養へ移行するために必要な手続きについて把握している	2.78	1.04	.71**	1.17**
16. トータルペインについて理解している	3.17	1.10	.79**	1.40**
17. 死にゆく患者がたどる心理過程について理解している	3.45	0.93	.72**	1.09**
18. 悲嘆のプロセスについて理解している	3.39	0.97	.78**	1.26**
19. ストレス・コーピングについて理解している	3.15	0.96	.80**	1.27**
20. 危機理論について理解している	3.01	1.02	.79**	1.32**
21. 家族看護に関する理論について理解している	2.88	1.02	.77**	1.24**

Note: 5段階リッカートスケール, I-T分析: Spearman's correlation coefficient, GP分析: Mann-Whitney's U test

**p<.01

表IV-11 看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価項目の因子分析

N=337

項目	因子負荷量				
	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5
第I因子: 症状コントロール全般の知識					
7. 疼痛以外の症状緩和のための薬物療法について理解している	1.000	.012	-.049	-.079	.005
6. 疼痛以外の症状のアセスメント方法について理解している	.771	-.011	.052	.036	.064
5. 疼痛以外の終末期のがん患者の症状について理解している	.670	-.015	.083	.196	-.047
9. 鎮静（セデーション）の意義と目的、方法について理解している	.623	-.003	.011	.077	.085
8. 症状緩和において、薬物療法以外の看護技術や代替療法について理解している	.576	.177	.075	.007	.086
第II因子: 家族アセスメントに関する知識					
11. 家族アセスメントの枠組みについて理解している	.008	.977	-.055	.060	-.087
13. 家族機能の評価方法について理解している	-.034	.904	-.076	.020	.046
12. 家族のライフサイクルについて理解している	.054	.879	.013	-.111	.061
10. 家族を一つのケア単位として捉える家族の捉え方について理解している	.273	.464	.171	.051	-.157
第III因子: モデルや理論に関する知識					
18. 悲嘆のプロセスについて理解している	.104	-.058	.956	.004	-.110
19. ストレス・コーピングについて理解している	-.065	-.011	.912	-.003	.090
20. 危機理論について理解している	-.072	.060	.815	-.042	.146
17. 死にゆく患者がたどる心理過程について理解している	.276	-.080	.733	.005	-.082
第IV因子: 疼痛マネジメントに関する知識					
1. がん性疼痛の特徴とメカニズムについて理解している	.021	.025	-.103	.891	.041
2. 痛みのアセスメント方法について理解している	-.153	.032	.163	.776	-.017
3. WHOの3段階徐痛ラダーについて理解している	.200	-.032	-.115	.750	.064
4. 代表的なオピオイドの使用法、副作用について理解している	.290	-.085	.089	.614	-.066
第V因子: 社会資源に関する知識					
15. 終末期のがん患者が在宅療養へ移行するために必要な手続きについて把握している	.051	-.052	.032	.005	.941
14. 終末期のがん患者が利用できる社会資源を把握している	.040	.152	-.002	.044	.754
回転後の負荷量平方和					
	9.63	8.92	9.90	9.03	6.79
寄与率 (%)					
	57.02	6.92	3.93	3.71	2.69
累積寄与率 (%)					
	57.02	63.93	67.86	71.57	74.25
因子間相関					
第I因子	1.00				
第II因子	.63	1.00			
第III因子	.72	.70	1.00		
第IV因子	.76	.59	.70	1.00	
第V因子	.51	.68	.61	.52	1.00

Note: 最尤法-プロマックス回転

分析の結果、想定した構造通りの因子が抽出された。採択する因子負荷量を 0.4 に設定した結果、項目 16 については因子負荷量が全ての因子において 0.4 に満たず、項目 21 については複数の因子に 0.4 以上の負荷が認められたため項目から除外し、表IV-11 の 19 項目で分析することとした。

尺度としての信頼性においては、19 項目全体の Cronbach's $\alpha=0.96$ 、各因子では、第 I 因子から順に、 $\alpha=0.89, 0.92, 0.91, 0.93, 0.93$ であった。

以上のことから、看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価 19 項目は、尺度としての信頼性と構成概念妥当性を備えており、因子ごとに得点を合計して分析することに問題はないと判断した。

看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価 19 項目の合計得点は、 61.47 ± 13.89 点であった。また、因子得点を 1 項目あたりに換算すると、家族アセスメントに関する知識と社会資源に関する知識の得点が、他の因子得点と比較して低い傾向が見られた (表IV-12)。

表IV-12 看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価項目の因子得点
N=337

因子	Mean	SD
第 I 因子: 家族アセスメントに関する知識	3.03	0.83
第 II 因子: 症状コントロール全般の知識	3.46	0.77
第 III 因子: モデルや理論に関する知識	3.25	0.88
第 IV 因子: 疼痛マネジメントに関する知識	3.36	0.88
第 V 因子: 社会資源に関する知識	2.80	1.00

Note: 因子得点は、1項目あたりに換算した値

4. 看取りケア得点、独立変数の相関分析

重回帰分析に先立ち、独立変数として投入する変数を検討する観点から、看取りケア尺度合計得点および各因子得点と連続変数との相関分析、変数同士の相関分析、看護師の属性、体験や学習経験による看取りケア尺度得点の比較を行った。

1) 看取りケア得点と独立変数との相関分析

看取りケア尺度得点と属性項目や職場環境に関する間隔尺度、各既存尺度得点との相関分析の結果を表IV-13 に示す。看取りケア尺度合計得点は正規分布していたが、各因子は正規分布していなかったため、Spearman の相関分析を用いた。

対象者の属性である年齢と臨床経験年数との関連では、看取りケア尺度合計得点、因子得点ともに有意で説明可能な相関関係は認められなかった。職場環境に関連した変数として設定した、受け持ち患者数やプライマリナースとして担当している患者数においても、看取りケア尺度合計得点、因子得点ともに有意で説明可能な相関関係は認められなかった。

終末期患者へのケア態度尺度である FATCOD-B-J との関連では、全般的に弱い有意な相関が認められたが ($p<0.05, p<0.01$)、【癒しと魂のケア】との関連は認められなかった。

DAI との関連においては、第Ⅱ因子【死への恐怖・不安】、第Ⅳ因子【死からの回避】とは有意な相関は認めず、第Ⅲ因子【解放としての死】、第Ⅵ因子【死への関心】において、看取りケア尺度合計得点や各因子得点間に有意な低い相関が認められた ($p<0.05, p<0.01$)。

CSS との関連では、【情報収集】【積極的傾聴】と看取りケア尺度合計得点および全ての因子得点間に低～中程度の有意な相関が認められた ($p<0.05, p<0.01$)。

抽象的判断能力および前項で尺度化した、所属するチームに対する主観的評価を問う項目との関連では、看取りケア尺度合計得点および全ての因子得点間に中程度の有意な相関が認められた ($p<0.01$)。

さらに、前項で尺度化した、看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価との関連においては、知識の程度の認識の全ての因子と看取りケア尺度合計得点および全ての因子間に中程度から高度の有意な相関が認められた ($p<0.01$)。

表Ⅳ-13 看取りケア得点と独立変数との相関分析

N=337

	看取りケア					
	合計得点	悔いのない死へのケア	癒しと魂のケア	苦痛緩和ケアの保証	情報提供と意思決定のケア	有効なケアの調整
年齢	.03	.11 *	.01	-.06	-.03	.05
臨床経験年数	.08	.14 **	.07	-.03	.02	.05
日勤受け持ち患者数	.06	.00	.18 **	.03	-.01	-.05
夜勤受け持ち患者数	.02	-.01	.06	.04	-.02	-.05
担当患者数	-.07	-.06	-.09	-.05	-.04	-.03
FATCOD-B-J: 死にゆく患者へのケアの前向きさ	.30 **	.31 **	.10	.21 **	.33 **	.39 **
FATCOD-B-J: 患者・家族を中心とするケアの認識	.12 *	.14 *	-.04	.08	.16 **	.22 **
DAI: 死への恐怖・不安	-.06	-.07	-.02	-.05	-.08	-.08
DAI: 解放としての死	.15 **	.15 **	.15 **	.03	.16 **	.15 **
DAI: 死からの回避	-.04	-.06	.04	-.07	-.08	-.01
DAI: 死への関心	.18 **	.20 **	-.00	.13 *	.24 **	.27 **
看護師の自律性尺度: 抽象的判断能力 (理論やモデルを用いた看護展開能力)	.45 **	.42 **	.35 **	.36 **	.42 **	.34 **
CSS: 情報収集	.34 **	.31 **	.19 **	.25 **	.32 **	.35 **
CSS: 話のスムーズさ	.10	.12 *	-.02	.08	.16 **	.18 **
CSS: 積極的傾聴	.36 **	.31 **	.25 **	.26 **	.38 **	.33 **
所属するチームに対する主観的評価合計得点	.44 **	.36 **	.41 **	.33 **	.33 **	.32 **
家族アセスメントに関する知識	.54 **	.47 **	.51 **	.40 **	.49 **	.37 **
症状コントロール全般の知識	.51 **	.45 **	.40 **	.43 **	.49 **	.41 **
モデルや理論に関する知識	.45 **	.40 **	.36 **	.34 **	.43 **	.37 **
疼痛マネージメントに関する知識	.39 **	.36 **	.29 **	.33 **	.40 **	.30 **
社会資源に関する知識	.47 **	.42 **	.46 **	.27 **	.42 **	.32 **

Note: Spearman's correlation coefficient

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

FATCOD-B-J: Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale Form B 日本語版

CSS: 看護師における患者とのコミュニケーション測定尺度

DAI: Death Anxiety Inventory

2) 独立変数間の相関分析

多重共線性をもつ変数の検討を目的に、独立変数間の相関分析を行った (表IV-14)。正規分布していない尺度が混在しているため、Spearman の相関分析を用いた。尺度については下位因子のみを変数とした。 $r=0.7$ 以上の高い相関を示した変数は、年齢と臨床経験年数 ($r=0.93, p<0.001$)、DAI:【死への関心】と FATCOD-B-J:【死にゆく患者へのケアの前向きさ】 ($r=0.73, p<0.001$)、知識の程度に対する主観的評価:【症状コントロール全般の知識】と【モデルや理論に関する知識】および【疼痛マネジメントに関する知識】 ($r=0.70, 0.71, p<0.001$) であった (表IV-14)。

表IV-14 独立変数間の相関分析

独立変数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
1 年齢	1.00																					
2 臨床経験年数	.93 **	1.00																				
3 日勤帯受け持ち患者数	-.02	.02	1.00																			
4 夜勤帯受け持ち患者数	-.08	-.04	.42 **	1.00																		
5 担当患者数	-.06	-.06	-.13 *	.05	1.00																	
6 FATCOD-B-J 死にゆく患者へのケアの傾向さ	.01	.06	-.09	-.06	.01	1.00																
7 FATCOD-B-J 患者・家族を中心とするケアの認識	-.01	-.03	-.03	-.04	-.02	.48 **	1.00															
8 CSS:情報収集	.09	.05	-.08	-.10	-.02	.40 **	.20 **	1.00														
9 CSS:話のスムーズさ	.21 **	.17 **	-.07	-.05	-.10	.32 **	.15 *	.20 **	1.00													
10 CSS:積極的傾聴	.03	.03	-.06	-.06	-.05	.32 **	.13 *	.50 **	.16 **	1.00												
11 看護師の自律性尺度:抽象的判断能力	.11 *	.13 *	.04	-.13 *	-.08	.26 **	-.01	.38 **	.20 **	.34 **	1.00											
12 DAI:死への恐怖・不安	-.17 **	-.16 **	-.00	-.00	.04	-.18 **	-.02	-.04	-.17 **	-.07	-.02	1.00										
13 DAI:解放としての死	.03	.03	-.03	.00	.04	-.08	.02	.08	-.12	.16 **	.04	.00	1.00									
14 DAI:死からの回避	-.11	-.08	-.01	-.01	.05	-.35 **	-.14 *	-.14 *	-.23 **	-.14 *	-.06	.68 **	.05	1.00								
15 DAI:死への関心	.03	-.01	-.05	-.06	-.02	.73 **	.54 **	.29 **	.25 **	.21 **	.15 *	-.11	-.05	-.29 **	1.00							
16 所属するチームに対する主観的評価合計点	-.13 *	-	.22 **	.17 **	-.08	.15 *	-.01	.19 **	-.04	.25 **	.35 **	.14 *	.07	.06	.09	1.00						
17 家族アセスメントに関する知識	-.01	-.04	.04	.08	-.01	.23 **	.01	.27 **	.06	.33 **	.41 **	-.07	.10	-.06	.12 *	.36 **	1.00					
18 症状コントロール全般の知識	.01	-.01	-.05	.06	-.03	.32 **	.13 *	.31 **	.18 **	.31 **	.40 **	-.13 *	.11 *	-.14 *	.23 **	.30 **	.62 **	1.00				
19 モデルや理論に関する知識	-.08	-.09	-.01	.03	-.04	.35 **	.16 **	.27 **	.06	.32 **	.36 **	-.14 *	.16 **	-.17 **	.25 **	.29 **	.63 **	.70 **	1.00			
20 疼痛マネジメントに関する知識	-.05	-.06	.01	.07	.01	.34 **	.11 *	.24 **	.10	.23 **	.27 **	-.12 *	.09	-.16 **	.23 **	.24 **	.53 **	.71 **	.64 **	1.00		
21 社会資源に関する知識	.14 *	.13 *	.01	.02	-.05	.26 **	.03	.25 **	.11	.23 **	.33 **	-.10	.10	-.05	.13 *	.31 **	.63 **	.57 **	.58 **	.50 **	1.00	

*p<.05, **p<.01

Note: Spearman's correlation coefficient
 FATCOD-B-J: Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale Form B 日本語版
 CSS: 看護師における患者とのコミュニケーション測定尺度
 DAI: Death Anxiety Inventory
 17~21は看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価項目の下位因子

5. 対象者の特性による看取りケア合計得点の比較

対象者の属性、職場環境、対象者の体験、学習経験などによる看取りケア尺度得点の比較を行った。看取りケア尺度合計得点は正規分布していたため、2 要因の比較には *t* 検定、3 要因の比較には一元配置分散分析を用いた (表IV-15)。

職位、職場環境による比較では、有意差は認められなかった。対象者の体験では、終末期看護における実践の手本となる人の存在あり群 ($p<0.001$) および身近な人を看取った経験あり群の得点が ($p=0.033$)、なし群の得点よりも有意に高かった。

学習経験における最終学歴による比較では、短期大学卒の得点が専門学校卒の得点よりも有意に高く ($p=0.012$)、終末期看護および家族看護に関する学習経験による比較では、研修会などへ参加している群の得点が、看護基礎教育のみ、または、学習経験なしと答えた群の得点よりも有意に高かった ($p<0.001$)。

表IV-15 対象者の特性による看取りケア合計得点の比較

項目		n	Mean	SD	F	t
N=337						
対象者の属性						
職位	スタッフナース	257	72.58	12.72	0.42	
	チームリーダー	31	71.72	13.16		
	副師長/主任	36	74.89	15.74		
	病棟師長	13	74.15	21.36		
職場環境						
所属病棟の診療科	外科系	127	73.04	12.55	2.63	
	内科系	116	74.57	14.03		
	外科内科混合	94	70.32	13.73		
職場の勤務体制	2交代制	218	73.05	12.68	0.76	
	3交代制	111	71.79	14.82		
対象者の体験						
実践の手本となる存在の有無	いる	210	75.85	12.72]**	-0.58 **
	いない	127	67.77	13.21		
身近な人を看取った経験	ある	211	74.02	12.90]**	-2.15 *
	ない	126	70.08	14.20		
在宅での看取り経験	ある	61	73.56	16.48		-0.60
	ない	276	72.56	12.73		
高齢者との生活経験	ある	204	72.70	13.86	0.17	
	ない	133	72.96	12.90		
対象者の学習経験						
最終学歴	専門学校	231	71.80	12.80	4.02 *	
	短期大学	54	77.61	14.50		
	大学	52	72.28	14.46		
終末期看護の学習経験	看護基礎教育のみ	28	63.00	14.65	18.48 **	
	研修会などへの参加	289	74.53	12.48		
	特になし	20	61.58	14.96		
家族看護の学習経験	看護基礎教育のみ	57	69.75	10.41	17.55 **	
	研修会などへの参加	211	75.88	12.60		
	特になし	69	65.92	15.24		

Note: *t* test, One Way ANOVA (Tukey)

* $p<.05$, ** $p<.01$

6. 看取りケアの関連要因の探索

1) 投入する独立変数の選択

前項の相関分析、看取りケア尺度得点の比較の分析結果から、独立変数として重回帰式に投入する変数を選択した (表IV-16)。

対象者の属性に関する項目では、年齢と臨床経験年数の相関が非常に強く、多重共線性が疑われる (表IV-14)。双方ともに看取りケア尺度得点との説明可能な相関関係は認められなかったが (表IV-13)、対象者の体験量を反映する項目は重要であると考えられるため、臨床経験年数のみを独立変数として残した。職位については、職階による看取りケア合計得点に差は認められなかった (表IV-15)。しかし、スタッフナースが大多数を占めており (76%)、妥当な結果であるとはいえない。従って、管理者の立場である副師長/主任、病棟師長を「1」、スタッフナースとチームリーダーを「0」のダミー変数として投入を試みた。

職場環境に関しては、診療科による看取りケア尺度得点に差は認められないことが示されたため、勤務帯の受け持ち患者数、プライマリーナースとしての担当患者数に着目した。いずれもほとんど有意な相関が認められなかったものの (表IV-13)、プライマリーナースとしての担当患者数は、看取りケア合計得点および全ての下位因子と有意ではないが負の値を示しており、担当患者数の多さが何らかの影響を及ぼしていることが示唆された。受け持ち患者数に関する変数同士の相関関係もほとんど有意ではなく、有意であっても中程度であったことから (表IV-14)、受け持ち患者に関する3変数全てを投入することにした。

DAIについては、【解放としての死】【死への関心】は看取りケアと弱い相関を示し、【死への恐怖・不安】【死からの回避】など明らかに否定的内容を示す因子については有意な相関を認めないという興味深い結果が得られた (表IV-13)。因子同士では高い相関を認めなかったため、4因子全てを投入することにした。

対象者の経験に関する項目では、終末期看護実践の手本となる存在および身近な人を看取った経験が看取りケアに影響していた (表IV-15)。在宅での看取り経験や高齢者との生活経験は、今後の介入により変化させることができない項目であるため、変数から削除し、前者2項目のみとした。

対象者の学習経験に関する項目において、最終学歴では短期大学卒の看取りケア合計得点が専門学校卒の得点よりも有意に高いのみで、大学卒には有意な差は認められなかった (表IV-15)。サンプル数も考慮し、専門学校卒を「0」、短期大学卒以上を「1」のダミー変数とした。終末期看護および家族看護に関する学習経験では、院内・院外研修や勉強会、学会などへの参加経験が看護基礎教育のみ、または、学習経験なしと比較して看取りケア合計得点に影響していた (表IV-15)。このことから、看護基礎教育のみ/なしを「0」、研修会などへの参加経験あり「1」のダミー変数とした。

以上の検討と操作を行い、26要因を独立変数とした (表IV-16)。

なお、研究1の結果から、対象者の属性、FATCOD-B-J 下位因子、DAI 下位因子、所属するチームに対する主観的評価、対象者の体験は、看取りケアに対する見方や考え方に影響する要因であることから「態度」に関連する変数とし、CSS 下位因子、抽象的判断能力、看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価下位因子、学習経験は「知識・技術」を示す変数として扱い、分析と解釈をしていく。

表IV-16 重回帰分析に使用した独立変数

独立変数
1 臨床経験年数
2 職位 (0: 管理職, 1: スタッフナース・チームリーダー)
3 日勤帯受け持ち患者数
4 夜勤帯受け持ち患者数
5 担当患者数
6 FATCOD-B-J: 死にゆく患者へのケアの前向きさ
7 FATCOD-B-J: 患者・家族を中心とするケアの認識
8 CSS: 情報収集
9 CSS: 話のスムーズさ
10 CSS: 積極的傾聴
11 看護師の自律性尺度: 抽象的判断能力合計得点 (理論やモデルを用いた看護展開能力)
12 DAI: 死への恐怖・不安
13 DAI: 解放としての死
14 DAI: 死からの回避
15 DAI: 死への関心
16 所属するチームに対する主観的評価合計得点
17 看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価: 家族アセスメント
18 看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価: 症状コントロール全般
19 看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価: モデルや理論
20 看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価: 疼痛マネジメント
21 看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価: 社会資源
22 実践の手本となる存在の有無
23 身近な人を看取った経験
24 最終学歴
25 終末期看護に関する研修会などへの参加 (0: 基礎教育のみ/なし, 1: 研修会などへの参加)
26 家族看護に関する研修会などへの参加 (0: 基礎教育のみ/なし, 1: 研修会などへの参加)

Note; FATCOD-B-J: Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale Form B 日本語版

CSS: 看護師における患者とのコミュニケーション測定尺度

DAI: Death Anxiety Inventory

2) 看取りケア実践の関連要因の探索 (重回帰分析)

看取りケア実践の関連要因を特定するために、「看取りケア」を従属変数、表IV-16に挙げた変数を独立変数とする重回帰分析を行った。また、具体的な関連要因を把握することを目的に、看取りケア尺度を構成する各因子を従属変数とする分析も行った。

分析の結果、態度に関連した変数では「所属するチームに対する主観的評価合計得点 ($\beta = 0.14, p=0.002$)」、FATCOD-B-J の下位因子「死にゆく患者へのケアの前向きさ ($\beta = 0.12, p=0.007$)」、「実践の手本となる存在有 ($\beta = 0.10, p=0.027$)」、DAI の下位因子である「解放としての死 ($\beta = 0.09, p=0.033$)」が特定された。知識・技術に関連した変数では、尺度化した知識の程度に対する主観的評価項目の下位因子「家族アセスメントに関する知識 ($\beta = 0.28, p<0.001$)」「症状コントロール全般の知識 ($\beta = 0.13, p=0.026$)」、理論やモデルを用いた看護展開能力を示す「抽象的判断能力 ($\beta = 0.19, p<0.001$)」、終末期看護の学習経験を示す「終末期看護に関する研修会などへの参加 ($\beta = 0.11, p=0.016$)」が抽出された。調整済み $R^2=0.48$ であった (表IV-17)。属性や職場環境に関する変数は、看取りケア合計得点の関連要因としては抽出されなかった。

表IV-17 看取りケア実践の関連要因

		N=337		
従属変数	独立変数	F	adjusted R ²	標準偏回帰係数 (β)
看取りケア合計得点	17 家族アセスメントに関する知識	39.41**	.48	.28 **
	11 抽象的判断能力 (理論やモデルを用いた看護展開能力)			.19 **
	16 所属するチームに対する主観的評価			.14 **
	18 症状コントロール全般の知識			.13 *
	6 死にゆく患者へのケアの前向きさ			.12 **
	25 終末期看護に関する研修会などへの参加			.11 *
	22 実践の手本となる存在の有無			.10 *
	13 解放としての死			.09 *
I 悔いのない死へのケア	17 家族アセスメントに関する知識	27.34**	.39	.25 **
	18 症状コントロール全般の知識			.20 **
	6 死にゆく患者へのケアの前向きさ			.17 **
	11 抽象的判断能力 (理論やモデルを用いた看護展開能力)			.14 **
	25 終末期看護に関する研修会などへの参加			.14 **
	16 所属するチームに対する主観的評価			.10 *
II 癒しと魂のケア	17 家族アセスメントに関する知識	39.43**	.41	.31 **
	16 所属するチームに対する主観的評価			.19 **
	21 社会資源に関する知識			.15 **
	3 日勤帯受け持ち患者数			.13 **
	11 抽象的判断能力 (理論やモデルを用いた看護展開能力)			.10 *
III 苦痛緩和ケアの保証	26 家族看護に関する研修会への参加	23.30**	.29	.09 *
	11 抽象的判断能力 (理論やモデルを用いた看護展開能力)			.25 **
	18 症状コントロール全般の知識			.16 **
	17 家族アセスメントに関する知識			.16 *
	16 所属するチームに対する主観的評価			.11 *
IV 情報提供と意思決定のケア	2 職位	34.30**	.41	-.12 *
	17 家族アセスメントに関する知識			.24 **
	18 症状コントロール全般の知識			.17 **
	11 抽象的判断能力 (理論やモデルを用いた看護展開能力)			.16 **
	22 実践の手本となる存在の有無			.14 **
	25 終末期看護に関する研修会などへの参加			.12 **
	10 積極的傾聴			.11 *
7 患者・家族を中心とするケアの認識	.11 *			
V 有効なケアの調整	6 死にゆく患者へのケアの前向きさ	23.79**	.30	.23 **
	11 抽象的判断能力 (理論やモデルを用いた看護展開能力)			.18 **
	18 症状コントロール全般の知識			.17 **
	16 所属するチームに対する主観的評価			.13 *
	13 解放としての死			.12 **
	25 終末期看護に関する研修会などへの参加			.12 *

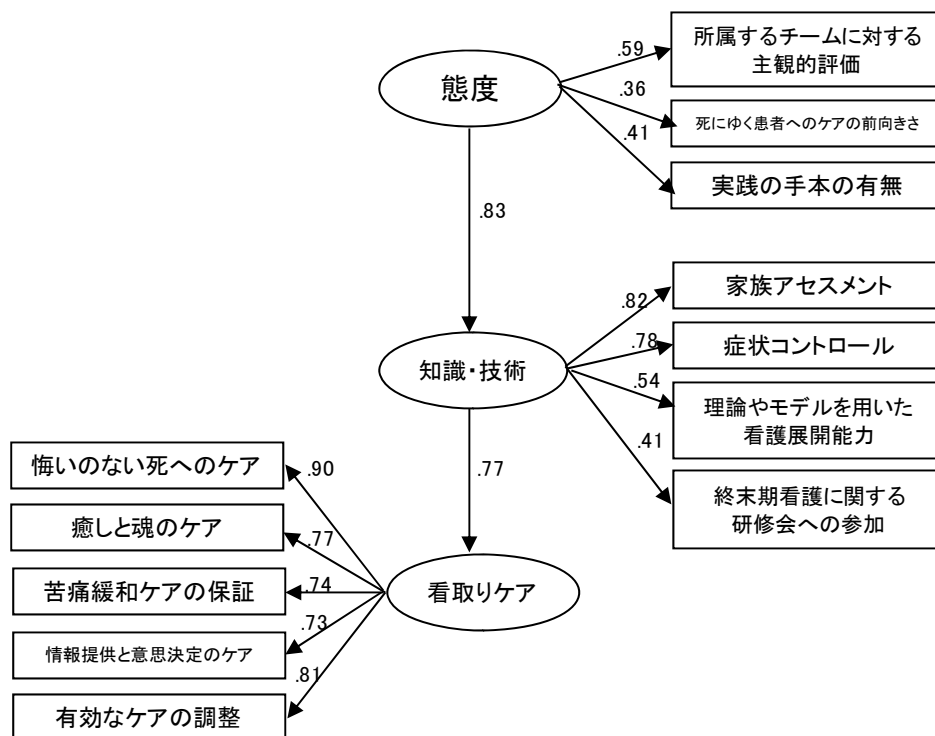
Note: Multiple Regression Analysis with Stepwise method

* $p < .05$, ** $p < .01$

看取りケアの5因子を従属変数とした場合においても、態度、知識・技術に関する変数が関連要因として特定された。それらの要因は看取りケア合計得点の分析結果と概ね合致していたが、各因子の内容を反映した特徴が見られた。調整済み $R^2 = 0.29 \sim 0.41$ であった(表IV-17)。

7. 看取りケア実践の関連要因の構造分析

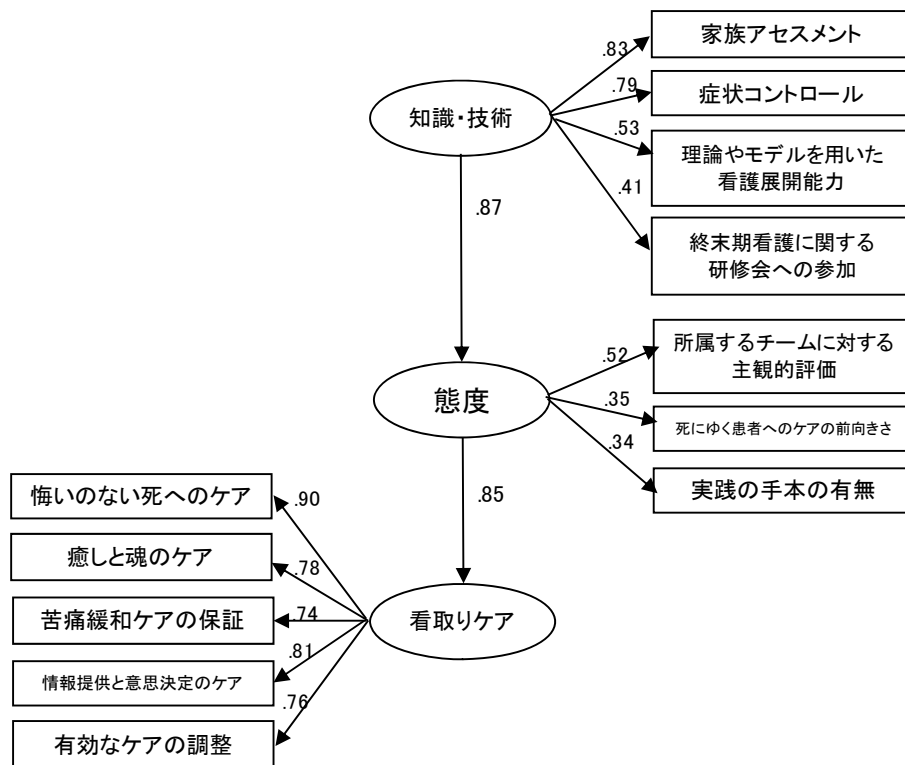
研究1の結果から、本研究の概念枠組みにおいて(図IV-1)、看取りケア実践の関連要因は一様に同じレベルではなく、「態度」→「知識・技術」→「看取りケア」のように段階と方向性を持ったものであることを予測し仮説とした(図IV-2, 案1)。そこで、重回帰分析の結果から抽出された関連要因を用い(表IV-17)、看取りケア実践モデルの構造の仮説検証を目的とした共分散構造分析を行った。モデルに含める変数は、標準偏回帰係数(β)が0.1以上の変数とした。分析に当たって、潜在変数を「看取りケア」「態度」「知識・技術」、観測変数を看取りケアを構成する因子、態度に関する関連要因、知識・技術に関する関連要因とし、モデルの適合度を確認した。また、仮説以外のモデルとして、「知識・技術」→「態度」→「看取りケア」のように「態度」と「知識・技術」が逆転したモデル(図IV-3, 案2)、看取りケアに「態度」と「知識・技術」が並列して関連したモデル(図IV-4, 案3)についても分析し、本研究の仮説モデルの採用について検討した。



図IV-2 看取りケア実践モデル(案1): 看取りケアと看取りケア実践の関連要因の共分散構造分析 ($N=337$)
(誤差変数、攪乱変数は全て省略。係数は全て統計学的に有意 $p < .01$)

GFI= 0.913, AGFI= 0.869, CFI= 0.923, RMSEA= 0.087, AIC=237.139

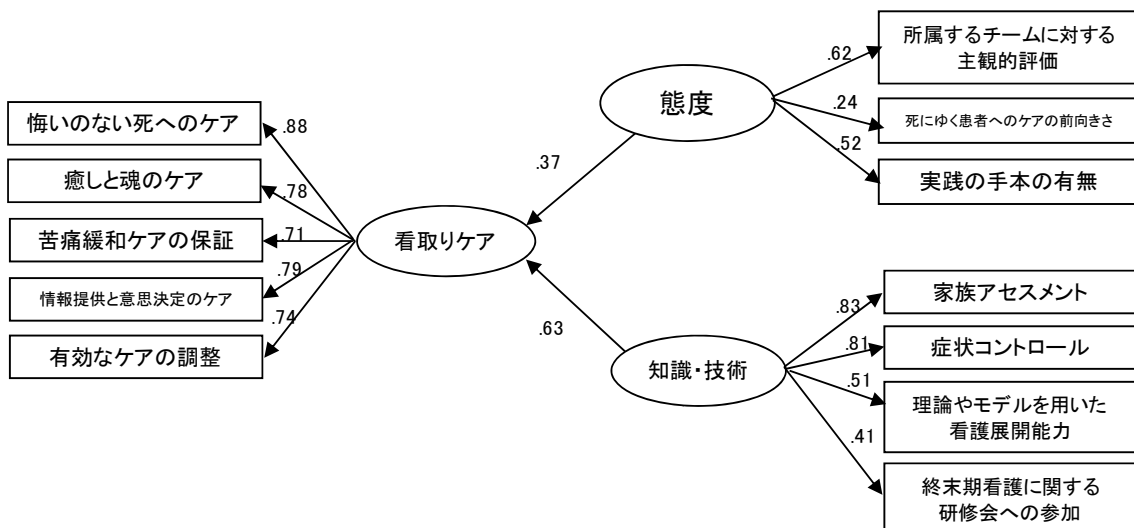
※ 理論やモデルを用いた看護展開能力: 看護師の自律性尺度 抽象的判断能力



図IV-3 看取りケア実践モデル (案2): 看取りケアと看取りケア実践の関連要因の共分散構造分析 (N=337)
 (誤差変数、攪乱変数は全て省略。係数は全て統計学的に有意 $p < .01$)

GFI= 0.917, AGFI= 0.876, CFI= 0.928, RMSEA= 0.084, AIC=228.273

※ 理論やモデルを用いた看護展開能力: 看護師の自律性尺度 抽象的判断能力



図IV-4 看取りケア実践モデル (案3): 看取りケアと看取りケア実践の関連要因の共分散構造分析 (N=337)
 (誤差変数、攪乱変数は全て省略。係数は全て統計学的に有意 $p < .01$)

GFI= 0.890, AGFI= 0.835, CFI= 0.880, RMSEA= 0.109, AIC=311.090

※ 理論やモデルを用いた看護展開能力: 看護師の自律性尺度 抽象的判断能力

表IV-18 各モデルの適合度指数の比較 N=337

適合度指標	案1	案2	案3
GFI	0.913	0.917	0.890
AGFI	0.869	0.876	0.835
CFI	0.923	0.928	0.880
RMSEA	0.087	0.084	0.109
AIC	237.139	228.273	311.090

分析の結果、案1～案3までのモデルが検出され、全てのパス係数の検定統計量 (Critical Ratio、以下 C.R.)が 1.96 以上で有意であることが確認された ($p < 0.01$)。各モデルの適合度の一覧を表IV-18 に示した。案3については、案1、案2 に比して GFI、AGFI、CFI 共に低く、GFI、CFI の値が、適合度として推奨されている 0.9 を下回っている (山本, 小野寺, 2002)。 χ^2 検定の代用とされる RMSEA に関しては、0.1 以上であればモデルを採択すべきではないとされているが (山本, 小野寺, 2002)、0.109 と上回っている結果であった。これらのことから、案3 のモデルは採択しないこととした。案1 と案2 については、GFI、AGFI、CFI、RMSEA 全てにおいて近似しており、統計学的な基準を満たす適合度が得られた。モデル間の比較の際に用いる AIC については、案2 の値が最少であり、見かけ上、案2 のモデルが最もよい結果となった。しかし、案1 においても統計学的許容範囲の適合度が得られているため、仮説通りの案1 を採択することとした。その理由は次節の考察で述べる。

8. 対象者の学習ニーズ

本研究で作成した質問紙の最後に、対象者の学習ニーズを問う項目を設定した。具体的には、日本ホスピス緩和ケア協会 (2010b)の看護師教育カリキュラムの単元を提示し、学習してみたいと思う項目3つを選択する形式とした。

その結果、最も多く選択された項目の上位5位は、1位 疼痛マネジメント、2位 家族ケア、3位 患者・家族とのコミュニケーション、4位 ホスピス緩和ケアの看護師の役割、5位 がんに関する基礎知識であり、上位2項目は、本研究の結果抽出された知識・技術の関連要因と同様であった。

第6節 考察

本項では、看取りケア実践の関連要因として抽出された項目および看取りケア実践モデルの構造について考察し、看取りケア実践教育プログラム作成への示唆について述べる。

1. 看取りケアに対する態度に関連する要因の特徴

「態度」を示す関連要因においては、看取りケア尺度合計得点では、「所属するチームに対する主観的評価」「実践の手本の有無」、FATCOD-B-J の下位因子である「死にゆく患者へのケアの前向きさ」、DAI の下位因子である「解放としての死」が抽出された。

「所属するチームに対する主観的評価」は、研究1の質的分析結果から抽出された関連要因である【チーム内における質の高い情報共有】【スタッフ間の相互作用による看取りに対するチームの価値観の形成】を基に作成した項目であり、カンファレンスの質や他職種との連携、ケアの振り返り、医師との関係性などから構成されている。「所属するチームに対する主観的評価」が看取りケア合計得点、第IV因子以外の全因子の関連要因として抽出されたことは、看取りケアの実践において看護師は、チームでの取り組みを重視し、自分の所属するチームを肯定的に捉えているほど看取りケアを良く実践できていると評価していることが明らかとなり、チーム全体、または、チームメンバーから受ける様々な刺激がケアの実践に影響を及ぼしていることが示唆された。このことは、「実践の手本となる存在の有無」も関連要因として抽出され、手本と認める他者に影響を受けていることが示されていることから説明が付く。また、これらの結果は、Sasahara et al. (2003)がケアの実践を困難にする要因として質的分析から抽出した、スタッフ間のディスカッション不足、その内容の乏しさ、看護師間のコミュニケーション不足、看護師間の考え方の相違などの先行研究の結果からも支持されるものであるといえる。さらに、「所属するチームに対する主観的評価」は、共分散構造分析の態度における説明力が最も大きく、所属するチームが看取りケアに対する個々の看護師の態度に強い影響を及ぼしていることが示された。原岡 (1973) は態度の形成要因として、個人のパーソナリティ特性の他に、受けたインフォメーション、個人の属する集団特性などを挙げている。また、個人の態度は、属する集団の標準的信念、価値、規範などに影響されることから、集団成員と類似の態度をもつことを示し、所属する集団の影響力の強さが示されている。平野 (1997) も、個人が自分の態度を心理的に関係させる集団である準拠集団は、個人の態度決定の際の基準枠として働くことなどを述べている。従って、看取りケア実践教育プログラムの作成において、個々の看護師が所属する集団、つまり、看護チームに着目することの有用性が示されたといえる。

看取りケアに対する価値観や積極性、考え方に関する関連要因である「死にゆく患者へのケアの前向きさ」は、看取りケアに対する態度を測定する FATCOD-B-J の下位因子であり、ケアに対する積極的な姿勢が看取りケアの実践を促進することが示唆された。また、DAI の下位因子である「解放としての死」については、開発者である平野ら (2000)によると、

丹下 (1999)の開発した死に対する態度尺度の下位因子である「死の軽視尺度」に相当するものであるとし、「死への恐怖・不安」や「死からの回避」と同様に否定的な因子として位置付けている。しかし、1つ1つの項目を終末期のがん患者を想定しながら見てみると、「死は痛みと苦しみからの解放である」「死は魂の解放をもたらしてくれる」などの様に、闘病の上死に至った患者を労う意味にとることができ、必ずしもネガティブな因子ではなくと考えられ、看護師独自の解釈がなされたことが推察される。少なくとも、恐怖や回避などではなく、死に対して独自の考え方を持つことが看取りケアの実践において重要であると捉えることができると考える。

以上のことから、所属するチームが看取りケアにおける看護師の態度形成の場として重要な位置を占め、スタッフ間の関係性がケア実践に影響を与えていることが示唆された。また、日々の患者や家族に対するケアを通じたスタッフ間の相互作用の過程で形成されるチームの価値観は、個々の看護師に影響を及ぼし、態度や死生観などの考え方に変化をもたらすことが期待できるものであると推測される。従って、看取りケア実践教育プログラムの展開方法として、看護チームを意識した介入方法を考えることの根拠が示されたといえる。

2. 看取りケアに関する知識・技術に関連する要因の特徴

「知識・技術」を示す看取りケア実践の関連要因として、「家族アセスメントに関する知識」「症状コントロール全般の知識」「抽象的判断能力 (理論やモデルを用いた看護展開能力)」「終末期看護に関する研修会などへの参加」が抽出された。また、家族アセスメントや症状コントロールの知識をはじめとする「知識の程度に対する主観的評価」の下位因子ならびに「抽象的判断能力 (理論やモデルを用いた看護展開能力)」は看取りケアの下位因子ほぼ全てに関連していた。このことから、看護師の知識不足、または、得た知識を実践に結びつけて活用する能力の未熟さがケア実践のバリアとなり、一般病棟において十分なケアが実践されていないという先行研究の結果の重要な要因となっていることが示唆された (犬童, 2002; Ogasawara, et al., 2003; 吉岡ら, 2006; 吉岡ら, 2009)。

「家族アセスメントに関する知識」においては、看取りケア尺度合計得点と第V因子を除く全ての因子の関連要因として抽出された。第I章で述べたように、看取りケアにおける家族看護のレベルは、システムとしての家族の理解、家族アセスメントの理解を基本に患者と家族に関わるレベルとしたことから、正にこの部分が一般病棟の看護師に教育すべき内容として抽出されたことは意義ある結果であると考えられる。

「症状コントロールに関する知識」においては、看取りケア尺度合計得点ならびに第II因子を除く全ての因子の関連要因として抽出された。米国の The SUPPORT Principal Investigators (1995)による大規模調査の結果と同様に、Jablonski and Wyatt (2005)は、終末期

患者の症状マネジメントにおいて、十分な緩和ケアが提供されておらず、痛みや苦痛から患者が解放されることが非常に困難な現状があると報告している。その背景には症状マネジメントに関する知識や教育が不十分であることにより十分なアセスメントができていないこと、急性期病棟であるなど、緩和ケアの実施が困難な状況があることが挙げられている。特に、Symptom Management Model (The University of California San Francisco School of Nursing Symptom Management Faculty Group, 1994)などのモデルを活用し、どこに問題があるのかを戦略的にアセスメントする能力の欠如が指摘されている。従って、「抽象的判断能力 (理論やモデルを用いた看護展開能力)」が関連要因として抽出されたことはこの点からも妥当な結果であると考えられ、実践で活用可能な理論やモデルを提示し、知識と関連付けたアセスメント能力を育成していく必要があることが示唆された。また、Yin et al. (2007) は、死にゆく患者のケアに関する看護師に対する認識度調査から、患者の症状コントロールが十分でない場合、看護師が感じる無力感や消耗感が有意に高かったことを報告しており、症状コントロールに関する有用な知識の獲得によって患者の苦痛や家族の苦悩が緩和されるだけでなく、終末期ケアに対する看護師の前向きな態度にもつながり、身体的症状以外の患者や家族の問題への看護師の介入に発展していくことが期待される点においても重要であるといえる。

以上の「家族アセスメントに関する知識」「症状コントロール全般の知識」「抽象的判断能力 (理論やモデルを用いた看護展開能力)」は意味内容が明確であり、看取りケア実践教育プログラムにおいて教育すべき内容が明確となったといえる。また、研究1から得た示唆より、基本的レベルの知識の提供に重点をおくことが必要であると考えられる。

学習経験に関する要因では、看護学の最終学歴は関連要因として抽出されず、「終末期看護に関する研修会への参加」が抽出された。このことは、終末期看護に関する学会や研修会に参加する群の終末期ケアの行動得点が有意に高かった先行研究の結果と一致しており (吉岡ら, 2006)、自発的に学習に取り組む姿勢が重要であることが示唆され、自発性という観点から、その誘因として態度が基盤となっていることが示されたといえる。また、終末期看護に関する教育が、継続教育に委ねられている現状が反映された結果であるともいえる。さらにこの結果は、本研究の様なプログラムを企画する意義、参加することによる実践能力の向上への期待を支持するものであると考える。

今回、技術に関連する要因として「コミュニケーションスキル」を設定していたが、看取りケア合計得点の関連要因としては抽出されなかった。一般病棟の看護師においては、基本的なコミュニケーションスキルが課題となっていることが研究1から示唆されたことより、本研究では終末期のがん患者や家族とのコミュニケーションに特化していない一般的なコミュニケーションスキルを測定する尺度である CSS を用いた (上野, 2005)。しかし、基本的なスキルが課題となっている背景があるものの、看取りケアにおいては、非言語的

コミュニケーションやユーモアなど、基本的なコミュニケーションスキルとは質を異にする要因が関連しており、今回用いた CSS では十分に測定できなかつたことが推察されると共に、尺度としての信頼性が確認できなかつた因子があつたことも影響していることが考えられる。また、Sasahara et al. (2003)の調査では、「患者や家族と会話する時間のなさ」「病名や病状に関する十分な説明を受けていない患者や家族とのかかわり」「患者の状況を否認する家族とのかかわり」などに困難を感じていたことが報告されており、より具体的な状況を測定できる尺度を選択する必要があつたと考えられる。本研究では、看取りケアとコミュニケーションスキルの関連は明確とはならなかつたが、死にゆく患者や家族とのコミュニケーションに看護師が難しさや困難さを抱えていることが報告され (Deffner & Bell, 2005; 犬童, 2002; McGrath et al., 1999)、コミュニケーション教育がケアの実践に効果を与えていることが示唆されていることから (McGrath et al., 1999)、今後はコミュニケーションスキルに焦点を当て、コミュニケーションスキルを従属変数とした分析など、詳細に検討していくことの必要性も示唆された。

これまで述べてきた関連要因は、独立変数として設定した既存尺度の因子や、本研究で新たに作成し、尺度化して用いた項目やその因子が中心であり、看護師の属性、職場環境は関連要因としてほとんど抽出されなかつた。Dunn, Otten, and Stephens (2005)、Lange, Thom, and Kline (2008)、Roman, Sorribes, and Ezquerro (2001)、Rooda, Clements, and Jordan (1999)らは、看護師の死生観や態度に臨床経験、がん看護の経験、看取りの経験などが関連していたことを報告しており、Miyashita et al. (2007)も同じく態度にメンターの存在、看取りの経験が関連していたことを報告している。従つて、看護師の属性、職場環境などの要因は、本研究で抽出された看取りケア実践の関連要因に影響を及ぼす要因であると捉えることができ、教育プログラムの展開における運営方法や評価の際に考慮すべき要因であると考えられる。

なお、本研究の結果抽出された知識・技術の関連要因は、対象者の学習ニーズの上位 2 項目を含んでおり、臨床看護師のニーズを反映した現実的な要因であることが示された。

3. 看取りケアと関連要因の構造

研究 1 の結果から、看取りケア実践とその関連要因との関係性は平面的なものではなく、方向性と段階をもつた多次元構造であると仮定し、「態度」→「知識・技術」→「看取りケア」の構造をもつモデルの適合度分析による仮説の検証を行った。また、仮説と異なる 2 モデルについても分析し、採択すべきモデルについて検討した。

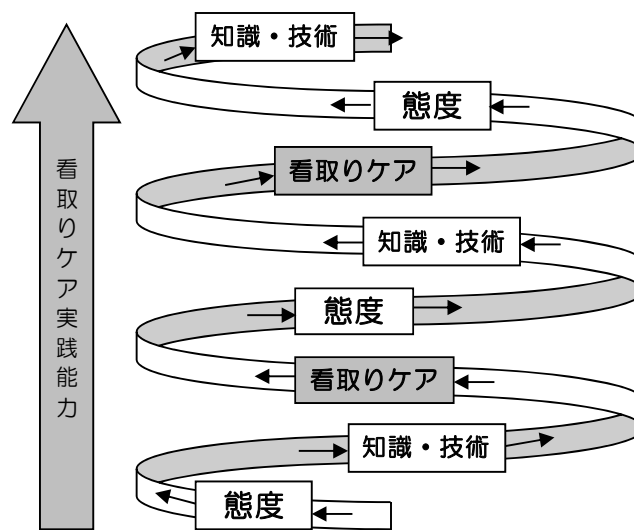
まず、案 3 としてのモデルでは (図IV-4)、態度と知識・技術が一様に看取りケアに関連することを意味する構造であるが、統計学的許容範囲の適合度を得ることはできなかつた。このことから、看取りケアの実践は、多次元構造であるとした仮説が検証されたといえる。

次に、態度を基盤としたモデル (図IV-2, 案1)、知識・技術を基盤としたモデル (図IV-3, 案2)では、双方共に統計学的許容範囲の適合度が得られ、どちらも成立することが示唆された。類似モデルを比較する際に用いる指標である AIC については、案2の方が適している結果であったが、絶対的な指標ではなく (山本, 小野寺, 2002)、どちらを採っても高い適合度が得られていたため、研究者の仮説に合うモデルである案1を採択することとした。

採択モデルでは、行動の準備状態である態度が基盤となっており、その態度によって新しい知識や技術の獲得の意思と行動が動機づけられ、獲得した知識や技術の活用が看取りケアの実践につながるという仮説を説明することができ、継続教育に焦点をあてたモデルとして適していると考えられる。第III章第5節の考察で述べたように、本研究では、看護師としての基本的な知識と技術を有していることが前提である既卒者に焦点をあてており、卒後継続教育としての教育プログラムの開発を目指している。また、本研究が目指す看取りケア実践教育プログラムは看取りケアにおけるキャリア開発として位置付けられ、キャリア開発および人材育成において用いられるコンピテンシーの概念では、知識や技術ではなく、態度に関する要素が基盤となっていることから、仮説通りの案1を採択することとした。前項で述べたように、知識・技術の関連要因として、「最終学歴」ではなく「終末期看護に関する研修会への参加」が関連要因として抽出されたことから、プログラムがキャリア開発の方策として機能することが示唆され、仮説を支持するものであると考えられる。

さらに、看取りケアを意図的に潜在変数とし、看取りケアを構成する5因子を観測変数としたモデルにおいて高い適合度が得られたことは (図IV-2)、それぞれの関連要因に介入することによって、看取りケアの各因子に影響を与えることが示唆され、意義ある結果であると考えられる。

最後に、「態度」→「知識・技術」→「看取りケア」の構造は、「看取りケア」で行き止まりではなく、日々の看取りケアの実践の学びから、死生観や看取りケアに対する考え方、つまり、態度に還元され、さらなる知識・技術の向上、看取りケア実践能力の向上といった様に螺旋状に発展していくものであることが予測される (図IV-5)。この螺旋状の考え方は、継続教育を通じた看護実践能力のプロセスとして有用であると考えられる。



図IV-5 看取りケア実践能力の向上の模式図

4. 看取りケア実践教育プログラム作成への示唆

看取りケア実践教育プログラム作成の方向性として、知識の提供に関しては、① 家族アセスメント、② 症状コントロール、③ 看取りケアに関する理論の基本的な知識と実践への応用の3点が一般病棟の看護師に教育すべき内容として明確となった。また、実践で活用可能な知識の獲得、能動的な参加を促す観点から、グループディスカッションや事例検討を採り入れることが有用であることが先行研究から示唆されている。さらに、態度の関連要因において、「所属するチームに対する主観的評価」が抽出され、態度に対する説明力が最も高かったことから、看護チームを基盤としたプログラム展開の根拠となった。研究3では、このような教育プログラムの実現可能性と運営方法、評価方法などについて検討していく。

5. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、看取りケアの実践に関連する要因について検討してきたが、看取りケア尺度は自己評価スケールであるため、評価の客観性の確保に限界がある。本来、ケアの最終評価者はケアの受け手である患者や家族であり、その評価指標の1つとして患者や家族のQOLが挙げられると考えられる。先行研究では患者の属性や身体機能とQOLとの関連、緩和ケア病棟と一般病棟における患者のQOLの特徴などが検討されているに過ぎず(Chui et al., 2009; 辻川, 2005)、実施されたケアとの関連性が検討された文献はほとんどない。今後は、看取りケアの実践能力と患者や家族からのケアの評価指標との関連性を検討していくことが課題である。

また、本研究で明らかとなった看取りケア実践の関連要因は、看護基礎教育においてその教育を強化していくべき課題でもありと考える。

第V章 研究3

一般病棟の看護師を対象とした看取りケア実践教育プログラムの展開と教育効果の評価

研究3では、これまでの研究成果を基に看取りケア実践教育プログラムを作成して一般病棟の看護師を対象に展開し、教育効果の評価を実施した。プログラムの教育内容は、研究2において明らかとなった知識・技術の関連要因から構成した。また、態度に関連していた要因を踏まえ、対象者の抽出方法やグループ編成を考慮した展開方法とした。

第1節 研究目的

本研究の目的は以下の3点である。

1. 研究1、2で得られた成果を基に、一般病棟の看護師を対象とした看取りケア実践教育プログラムを作成する。
2. 看取りケア実践教育プログラムを一般病棟の看護師に対し展開する。
3. 介入前後の評価指標の比較から、教育の効果を評価し、プログラムの有効性を検討する。

第2節 看取りケア実践教育プログラムの作成

1. 看取りケア実践教育プログラムの内容と展開方法の検討

研究2における共分散構造分析の結果から(図IV-2)、看取りケア実践の関連要因に介入することによって看取りケアの各因子に影響することが示唆された。従って、因子別のプログラムを作成するのではなく、看取りケア尺度合計得点の関連要因として抽出された要因を中心にプログラムを構成した。

プログラムの内容に関しては、「知識・技術」の関連要因として抽出された「家族アセスメントに関する知識」「症状コントロール全般に関する知識」「理論やモデルを用いた看護展開能力」を反映した内容を中心とし(図V-1)、研究1から得た示唆を踏まえ、基本レベルの知識とした。

プログラムの展開方法に関しては、「態度」の関連要因の1つである「所属するチームに対する主観的評価」に着目した。「所属するチームに対する主観的評価」は態度に対する説明力が最も大きく、前章第6節で述べたように、ケア実践の基盤となる態度を形成する場として所属するチームが重要な役割を果たしていることが示唆されている。また、所属するチームを肯定的に捉えているほど看取りケアの実施度が高く、チームメンバーから受ける様々な刺激がケアの実践に影響を及ぼしていることがうかがえた。そこで、本プログラムにおいては、同一の病棟の参加者からグループ編成し、同じ看護チームに所属するメンバーでディスカッションやグループワークを行うこととした。そうすることによってチー

ムの現状をイメージしながら学びを共有することができ、効果的な学習となることが期待できると共に、課題に対する改善策の実行が現実的となると考える。また、日頃病棟で共に働くメンバーの思いや考え方を知る機会となることが期待できる。さらに、グループのメンバー構成については、ベテラン看護師層（臨床経験 15 年以上）、中堅看護師層（臨床経験 5 年以上 15 年未満）、若手看護師層（臨床経験 5 年未満）から均一に選出し、各グループの均質性を保つとともに、参加者が各層の看取りケアの推進者となることを期待した。その他の「態度」に関連していた要因である「実践の手本の有無」「死にゆく患者へのケアの前向きさ」については、看取りケア実践教育プログラムの教育効果、さらには、看護師の日々の体験や継続学習から変化していく要因であると考えられる。

前章の最後に、看取りケア実践能力の向上のプロセスとして、「態度」→「知識・技術」→「看取りケア」が連続して螺旋状に伸びていく模式図を示したが（図IV-5）、今回のプログラムの展開と教育効果の評価は、螺旋における「態度」→「知識・技術」→「看取りケア」のそれぞれの参加者の 1 サイクルを取り出したものであると位置づける。

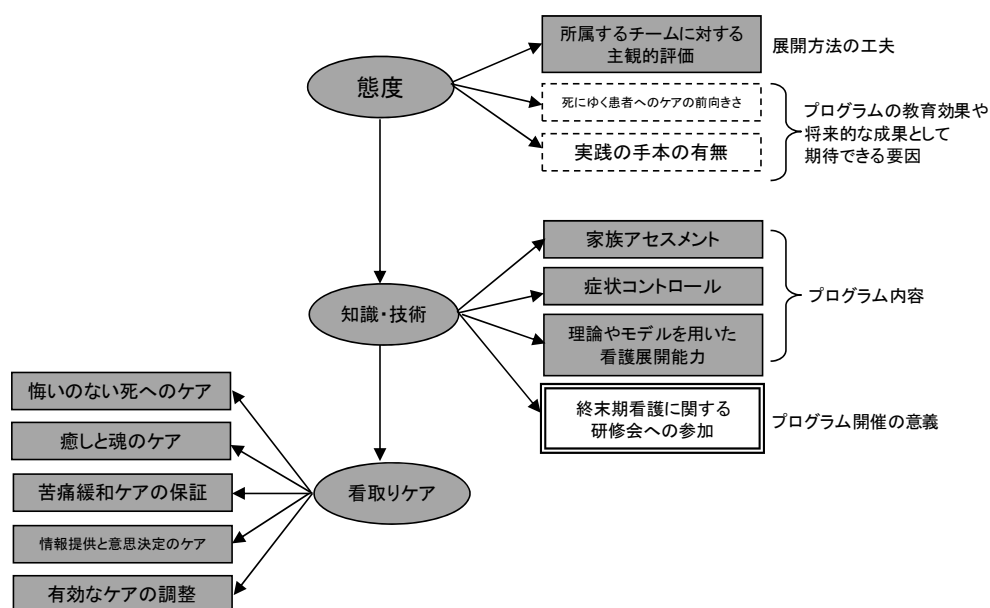


図 V-1 研究 2 から構築された看取りケア実践モデルと本プログラム内容との関連

介入期間に関しては、勤務調整、スタッフの心理的負担など参加者と協力病棟にかかる負担を考慮し、各回の間隔を 1~2 週間空け、1 ヶ月半~2 ヶ月間が適当であると考えた。プログラムは 5 回構成とした。前半 3 回は、家族看護の基礎知識を含め、家族をアセスメントするために必要な知識の提供と事例の展開とした。特に、家族アセスメントに関する知識は「知識・技術」における説明力が最も大きく、家族アセスメントの実際は講義だけでは実践に結びつかない可能性があることなどを考慮し、3 回目は実際の事例展開を課題とし、家族アセスメントの発表会とした。後半の 2 回は疼痛コントロールならびに疼痛以

外の症状コントロールについて最新の知見に基づき、がん看護専門看護師による講義とした。さらに、獲得した知識の実践における活用のイメージ化の促進を目的に、各講義後、病棟の現状と問題点や課題、獲得した知識の活用の可能性など講義内容に沿ったグループディスカッションを行い、後半2回はがん看護専門看護師に相談できる場も設定した。

2. 看取りケア実践教育プログラムの教育目標

看取りケア実践教育プログラムの教育目標として以下の5点を挙げた。チームメンバー同士で課題や問題点を検討し、学びを共有させることによって看取りケアに対する考え方や自信の変化が期待され、最終目標として看取りケア実践能力の向上を目指す。

- ① 日々の看取りケア実践における問題点と課題を明確にし、看護チームメンバーで共有することができる。
- ② 家族看護の基礎知識、家族アセスメントの視点(家族アセスメントシートの使用法)、代表的な理論やモデルについて理解できる。
- ③ 症状マネジメントの基本が理解できる。
- ④ 実際の事例の展開により家族アセスメントを行い、獲得した知識を活用し学びを共有することができる。
- ⑤ 講師に質問や相談をすることによって、問題の解決、実践への応用についてグループメンバーで検討することができる。

3. 看取りケア実践教育プログラムの具体的内容

具体的なプログラムの内容と流れを表V-1に示す。プログラムでは、一般病棟の看護師の看取りケアの実践において教育すべき必須要素である、① 家族アセスメントの基礎知識、② 症状コントロールの基礎知識、③ 看取りケアに関する理論やモデルの基礎知識と実践への応用を教育内容とし、プログラムの各回に系統的に配置した。プログラムの実施要領については、巻末資料2を参照。

第1回目は120分とし、導入として、プログラムの目的や方法などの概要説明と講師(研究者)の自己紹介を行った。講義内容としてまず、看取りケアの考え方や定義を説明した後、先行研究に基づく終末期看護実践の現状や課題について紹介し、問題提起した。次に、家族をケアすることの意義、終末期の患者を抱える家族のニーズについて説明した。さらに、家族看護の基礎知識として家族システム看護理論に基づく家族の捉え方について説明し、看取りケアと家族に関する理解を共通のものとした。特に、家族をシステムとして捉える考え方については、十分に説明した。最後に、家族をケアする意義の理解を深める目的で、家族ストレス対処理論に基づくジェットコースターモデルや二重ABCXモデルに関して簡単に紹介し、詳細は資料提供とした。ディスカッションの内容は、各病棟(看

護チーム)の看取りケア実践における問題点と課題、家族に対するケアの現状と課題とし、講義の内容を踏まえ、チームの問題の明確化とグループ内での共有を目的とした。

第2回目も120分とし、家族アセスメント方法を中心に講義を進めた。本プログラムは一般病棟の看護師を対象としており、家族アセスメントに関して家族面接や家族療法などの高度なスキルを習得することを目的とはしていない。第I章第5節で述べたように、家族システム看護の考え方に基づく家族志向のケアの実践を目指している。看護師が日々のかかわりの中で問題を抱えている家族に直面した時の家族の捉え方の視点として、家族のニーズや必要なケアを検討する際の手がかりとなるものとして、家族アセスメントを学ぶことを目的とし、プログラムを展開した。実際アセスメントに用いるツールに関しては、本研究では新たに家族アセスメントシートを作成した。従って第2回目では、家族志向のケアに必要であり、且つ、家族アセスメントシートを活用するために必要な知識について講義した。具体的には、家族の捉え方について再度復習し、家族システムにおける円環的關係性、家族の発達段階を中心に講義を行った。円環的關係性は、家族をアセスメントする際の核となる視点であり(小林, 2006; 森山, 2001)、家族の発達段階と課題は、家族の置かれている状況を客観的に把握し、目標を設定する際の指針ともなる点で重要である。アセスメントシートの活用方法については、2つの模擬事例を提示しながら説明した。1事例目は講師(研究者)が展開し、2事例目はグループワークで参加者が展開した後に展開の一例として講師が解説を加える形式とした。グループディスカッションでは、家族アセスメントシートの病棟での活用の可能性などについて話し合った。さらに、病棟(看護チーム)ごとの実際の終末期がん患者の家族アセスメントを次回までの課題とした。新たなアセスメントシートの作成の背景や概要については次項で述べる。

第3回は、課題としていた家族アセスメント、アセスメントの結果考えられた家族のニーズ、必要な(行った)ケアについて発表会を実施した。質疑応答や発表内容についてディスカッションすることによって学びを深めた。

第4回、第5回は、がん看護専門看護師に依頼し、症状コントロールに関する知識の提供とした。症状マネジメントモデルの紹介に加え、疼痛マネジメントでは、疼痛の理解、アセスメント方法、鎮痛剤の使用における基本的知識が含まれた内容とした。症状コントロール全般に関する知識では、倦怠感、呼吸困難、せん妄など終末期がん患者に多くみられる身体症状と看護師で行える介入方法が含まれた内容とした。ディスカッションでは、病棟における症状マネジメントの現状と問題点について話し合い、その対策については、エキスパートに対する質問や相談できる時間を設け、実践への活用を促した。最後にプログラムのまとめを行い、プログラムを通した学びや感想、今後の実践への展望について話し合い、終了とした。

表 V-1 看取りケア実践教育プログラムの内容

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

4. 看取りケア実践教育プログラムの教材の検討

看取りケア実践教育プログラムで使用する教材として、パワーポイントの資料と紙媒体の資料を配布した。表 V-1 の学習内容に基づく、パワーポイントに盛り込む学習内容と配布資料を以下に示す。教材の提示方法については、巻末資料 2 の実施要領を参照。

1) プログラム 第 1 回

(1) 教材に含める学習内容の検討

・学習内容への導入

学習への導入として、厚生統計協会(2009)、日本ホスピス緩和ケア協会(2010a)による統計データに基づき、がん死亡者数、ホスピス・緩和ケアの病床数から、一般病棟におけるケアの質の向上の重要性について統計学的指標から印象付ける内容とした。その一方で、先行研究を提示しながら(Deffner & Bell, 2005; 二渡ら, 2003; McGrath et al., 1999; 吉岡ら, 2006)、一般病棟において家族への介入や心理社会的なケアの実践が課題となっていることを示すとともに、職場環境が実践の重要な要素となっていることを示し(福井, 猫田, 2004; 野戸ら, 2002)、チーム単位の取り組みへの導入とした。

・看取りケアの考え方

看取りケアの定義と構成因子は、研究者の先行研究から引用している（吉岡ら，2009）。看取りケアと看取りケアを構成する因子について図式化してパワーポイントに示し、後述する配布資料を別途配布した。

・家族看護の基礎知識

家族をケアすることの意義については、① 家族はシステムであり一つのケアユニットであること、② 家族員の喪失に関連して危機的な状況に陥りやすい状況にあること、③ 患者を亡くした後の家族の成長発達に関与していることをパワーポイントに示した。また、森山（2001）、森山、戸井間（2007）の著書や文献の参照と、家族看護の経験が豊富な看護教員、終末期看護の経験が豊富な大学院生らとディスカッションを重ね、一般病棟の看護師による家族志向のケアに必要な要素として、① 家族をケアユニットとして捉えること、② 円環的關係性に注目すること、③ 家族の発達段階とライフイベントに着目することの3要素を前提として決定し、第1回目では、上記①に関連して家族の定義と家族の捉え方について、家族システム看護理論に基づく「システムとしての家族」を図示し、②に関連して、家族間の円環的コミュニケーションについてアニメーション形式のパワーポイントを作成した。3点目の前提については、プログラム2回目の内容とした。家族のニードについては、鈴木、渡辺（2005）の家族成員が終末期を迎えることによって家族が受ける影響、岡堂、鈴木（1999）の終末期患者の家族のもつニード、渡辺（2005）の介護に影響する八つの否定的感情を引用し、ケアすることの意義については、前述した家族ストレス対処理論に基づくジェットコースターモデルや二重 ABCX モデルを紹介しながら理解を進める内容とした。

(2) 配布資料の検討

上記のパワーポイントの内容を補足する目的で2つの資料を配布した。

・看取りケアの概要（A4・1枚）

看取りケアの定義と看取りケアを構成する因子の内容について説明した資料を作成し、配布した。

・看取りケアに関連する理論が説明された文献

看取りケアに関連する理論やモデルである、家族発達理論、家族システム看護理論、家族ストレス対処理論について解説された下記の文献を補足資料として配布した。商業誌の特集であり、読みやすい内容となっている。

（竹内そのえ，渡辺裕子（2004）. 特集 がん患者の家族ケア がん患者の家族ケアにあたり知っておくべき諸理論. がん看護, 9(4), 286-291.）

2) プログラム第2回

(1) 教材に含める学習内容の検討

・家族看護の基礎知識－第1回目の続き

前回の説明に引き続き、円環的関係性の理解を深める内容とするために、終末期患者の家族の円環的関係性において起こりやすい悪循環パターン、家族間だけではなく看護師と患者家族において起こりうる悪循環パターンについてアニメーションを用いながら説明する内容とした。さらに、3点目の前提であるファミリーライフサイクルと発達段階の理解については資料を中心に進め、資料を補足する内容のパワーポイントを作成した。

・家族アセスメントの実際

今回新たに家族アセスメントシートを作成した。シートの概要と作成過程については次項に示す。まず、シートをパワーポイント上に示し、各欄に記載すべき内容について、一つずつ説明する内容とした。次に、2つの事例展開を行うことにより、実践的な内容とした。1事例目は看護学生が体験した患者の事例を紹介し、家族アセスメントシートの各欄の要素に沿って事例を展開した。2事例目では渡辺(2004)の事例を引用し、参加者がグループワークで事例展開した後、アセスメントシートの内容に沿って解説する内容とした。

(2) 配布資料の検討

・ファミリーライフサイクルと発達段階 (A4・1枚)

森山(2001)の著書の中で引用されている、Carter & McGoldrickの「平均的な家族の発達段階と課題」を引用し、資料を作成した。

・家族アセスメントシート (A4・2枚、A3・グループに2枚)

次項で説明する家族アセスメントシートを1枚ずつ配布した。また、事例展開の1事例目の内容を書き込んでスキャナーで取り込んだ資料も事例展開の具体例として配布した。さらに、グループワーク開始時に、各グループに予備も含めて2枚ずつA3サイズに拡大したアセスメントシートを教材として配布した。

・家系図の記号のルール (A4・1枚)

小林(2006)の著書を引用し、家系図の記号のルールを1枚にまとめ、補足資料とした。

3) プログラム第3回

第3回は事例発表会である。研究者が示すパワーポイントは、タイムスケジュールのみとした。配布資料の提供も無しとし、各グループメンバーが準備した資料(パワーポイントの資料、展開した家族アセスメントシートのコピー)を中心に展開した。

また、発表に向けての補助教材として、円環的関係性を示す図やアニメーション、家系図などをフォーマット化したフロッピーディスクを事前に各病棟の代表者に配布し、発表準備の負担を軽減した。

4) プログラム第4回・第5回

後半2回は、がん看護専門看護師(エキスパートナース)が展開する。押さえるべき学習内容については十分に打ち合わせをし、具体的なパワーポイントの作成方法や配布資料の有無については、エキスパートナースの任意とした。

看取りケア実践教育プログラムの教育内容に基づき、各回には以下の学習内容を含めた。

(1) プログラム 第4回

- ① 疼痛マネジメントにおける看護師の責務と患者の権利
- ② 疼痛のメカニズム
- ③ 疼痛の種類
- ④ 症状マネジメントモデル
- ⑤ 疼痛が及ぼす影響
- ⑥ 疼痛の評価方法
- ⑦ 薬物療法の実際
- ⑧ インフォームドコンセント

(2) プログラム 第5回

- ① 倦怠感のマネジメント
- ② せん妄のマネジメント
- ③ 呼吸困難のマネジメント
- ④ 看護独自の介入方法
- ⑤ 代替療法の実際

5. 家族志向のケアを促進する家族アセスメントシートの作成と概要

本研究では、一般病棟での活用を視野に入れた家族アセスメントシートを新たに作成し、学習内容に含めた。本項では、家族アセスメントシート作成の背景と家族アセスメントシートで着目する視点の捉え方・考え方、シートの活用方法について詳細に述べる。

1) 新たなアセスメントシート作成の背景

看取りケア実践教育プログラムの内容において、研究2で明らかになった関連要因の1つである家族アセスメントに関する知識の提供を行うにあたり、一般病棟での活用を期待したアセスメントシートを新たに作成した。その背景として、前述したように、家族アセスメントは家族面接を基本とし、家族看護、家族療法に関する専門的な教育に基づく実践能力が必要とされていることから(小林, 2006; 森山, 2001)、これまで一般病棟の臨床現場での活用は難しいとされてきた。しかし、患者や家族とのかかわりの中で、看護師は何らかの問題が生じていることには気づいており、気づきながらもどのように家族を知ればよいのか、どのような情報が不足しているのか、どのように関わればよいのか模索している現状があった(上山ら, 2010)。研究2において家族アセスメントに関する知識が看取りケアの実践の関連要因として抽出されたことは、看取りケアに携わる看護師の学習ニーズが反映されたものとも解釈できる。そこで、本研究の看取りケアにおける家族に対するケアの考え方である家族志向のケアを促進するためのツールとして、家族システム看護理論を背景に、家族を知るための視点の3つのエッセンスから構成したアセスメントシートを作

成することとした。

尚、本アセスメントシートは、看取りケアの場面だけでなく、広く一般病棟で活用できる家族をアセスメントするためのツールと位置づける。

2) アセスメントシートの活用場面

一般病棟における家族の把握については、患者の入院時の病歴聴取時に、簡単な家族構成、家族の既往歴、遺伝性疾患の有無を把握することを目的とした家系図が作成される程度が主である。また、一部の施設では、現病歴や既往歴、家族構成、生活習慣などを問うアンケート用紙を入院前に患者もしくは近親者に外来で渡しておき、入院時に持参してもらう方法を採用しており、アンケートに書かれた情報をそのまま看護記録に記入している現状もある。このような状況が改善され、全ての患者について詳細な家族アセスメントが実施できれば理想的であるが、一般病棟では現実的ではない。

そこで、何らかの問題やサインに気づいた時、その家族の全体像を捉える手がかりとなり、カンファレンスなどで使用できるツールとしてシートが活用されることを期待する。

3) 家族アセスメントシートの3つの前提

家族志向のケアを実践するための前提である、① 家族もケアの対象として捉えていること、② 円環的關係性に着目すること、③ 家族の発達課題・ライフイベントに着目することの3点を家族アセスメントシートの前提とする。以下に、3点について説明する。

(1) 家族もケアの対象として捉えていること

家族システム看護理論を基盤に、家族を1つのシステム、ケアユニットと捉える。家族システムを構成する家族員は互いに影響しあい、家族員一人の変化は家族全体に影響をおよぼすことを理解することは重要である。

例えば、患者が終末期の状態にある場合、患者のそばに寄り添う家族は、介護による身体的な負担、患者の喪失に伴う予期悲嘆、治療や看取りに関する意思決定、家族内の役割の変化に対する戸惑い、患者に対する自責の念などの様々な苦悩に直面して危機的な状況に陥る。そのような状況においても、その家族が本来持っている力を発揮して何とか乗り越えていこうとするが、乗り越えるべき問題の大きさ、患者の状態の悪化や様々な状況の変化などによって家族内の均衡が不安定となり、支援が必要になる場合もある。このような状況において、苦痛を抱える患者と家族は別次元の存在ではなく、家族という1つのシステムの構成員であり、お互いに影響しあっていることを理解し、家族全体を支えていくことは看護の重要な役割であることを認識することは重要である。

また、システムとしての家族の理解として、地域社会などの上位システム、家族システム内の夫婦システム、きょうだいシステムといったサブシステムが存在し、それぞれのシ

システム間には境界があり、境界明瞭、且つ、適度な透過性が保たれていることが望ましい。

(2) 円環的關係性に着目する

・家族員同士の円環性

家族員同士の關係性において、原因→結果というような直線的なパターンではなく、円環的なパターンであることを押さえる。このパターンに着目することによって、“どちらが悪い”という問題探しよりも關係性の中で起こっている現象に着目することが可能となり、その現象を起こしている家族員同士が、自分達の考え方の違いやすれ違いに気づく手がかりとする。

特に、終末期の患者を抱える家族は、お互いを思いやるあまりに自分の思いや主張、不安に思うことなどを言い出せず、悪循環パターン、つまり、コミュニケーション不全に陥ることが推測される。そのような現象に気付くことができれば、家族間のコミュニケーションを活性化させる声かけや関わりにつながるものと考えられる。

・看護師と患者や家族員との円環性

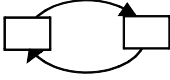
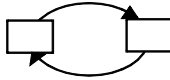
一般的には上記のように家族間の円環的關係性をアセスメントするが、本アセスメントシートでは、看護師と患者家族との關係性にも着目する。看護師と患者家族との關係性がうまく行かない背景には、看護師の価値観や理想を患者や家族に当てはめようとしたり、「難しい家族」などのように勝手にレッテルを貼って患者や家族への関わりに躊躇したりするなどの要因があることが推察される。このような背景と、先行研究における看護師のケアに対する消極的な姿勢は密接に関連していることが予測され(犬童, 2002; 松本, 1988; 與古田ら, 2001)、一般病棟の看護師がぶつかりやすい壁であると考えられる。従って、看護師をはじめとする医療者と患者家族との悪循環の円環的コミュニケーションパターンが実際の問題の中心である場合が意外に多いことが考えられることから、この側面をアセスメントすることは重要であるといえる。

(3) 家族の発達段階と課題・ライフイベントに着目する

家族の発達段階と課題は、家族が現在おかれている状況、乗り越えるべき課題を把握する上で重要である。また、これまで家族が体験してきたイベントが現在起こっている問題に深く関連していることがあるため、これまでにその家族に起こったイベントについて知り、どのように乗り越えてきたのか、あるいはまだ乗り越えられずにいるのかを把握することは重要である。さらに、家族の発達課題は目標設定の視点としても重要となる。

4) 家族アセスメントシートの概要と活用方法

図V-2が家族アセスメントシートである。ここでは、家族アセスメントシートの各項目に沿って、シートの概要と活用方法について述べる。

()さん家族を支えるシート	
Step 1. 今気になっている問題	
Step 2. 何が起きているのか～手がかりから糸口を探る	
■家系図を描く (Key Personには○をつける)	■家族内のコミュニケーションの様子は？ (円環パターンの図を描いてみる) <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>
■家族の発達段階・これまでに起こったイベント	■各家族員の主張・思い・希望
■家族の健康状態	■医療者と患者や家族との関係性は？ (円環パターンの図を描いてみる) <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>
Step 3. 目標 (最期の過ごし方を含む)	

図V-2 家族アセスメントシート

(1) Step 1 今気になっている問題

まず気になっている問題に着目する。一般病棟ではすべての家族に対する詳細なアセスメントは困難であり、予防的に関わるよりも、何らかの問題やサインに気づいてからの対処が現状である。そこで、Step 1として、その患者や家族との関わりの中で気になることを取り上げてみる。ここでの「問題」は看護診断や看護問題の意味する「問題」ではなく、「気になること」を意味する。そうすることによって、家族アセスメントに取り掛かる際の抵抗感を低くできると同時に、何らかの問題に着目することは問題志向型である看護師にとってなじみやすいものであると考える。

(2) Step 2 何が起きているのか

次に、① 家系図、② 家族の発達段階とこれまでに起こったイベント、③ 家族の健康状態、④ 家族内のコミュニケーションパターン、⑤ 各家族員の主張・思い・希望、⑥ 医療者と患者や家族との関係性の6つの要素から、何が起きているのかを探る。以下に各要素について説明する。

・家系図

家族の内的構造をアセスメントするための用具として使用する。家系図作成における基本的ルールに則り作成する。看護師は家族について把握していたつもりであっても、視覚的に描くことによって家族の状況が明確となり、家族内の関係性やコミュニケーションパターンも同時に考えながら、家族内に何が起きているのか仮説を立てることができる。また、サブシステムや境界についても同時に検討することができる。

・家族の発達段階（課題）とこれまでに起こったイベント

アセスメントの前提でも述べたように、一般的に共通している家族の発達段階と課題に加え、家族個別のライフイベント、家族の歴史にも着目する。これらを把握するために家族の語りを引き出すことは一般病棟の看護師にとって困難であるといった印象を与える可能性もあるが、家族との何気ない会話の中からこのような情報を把握しているメンバーがいるにもかかわらず、重要な情報であるという認識の不足からカンファレンスなどの場で共有できていないことも推測される。従って、家族の発達の側面も視野に入れることが家族を知る手がかりとなることを知っておくことが重要であるといえる。

しかし、結婚しない生き方や結婚しても子どもを持たない場合など様々な価値観があることから、一般的な発達段階に当てはまらないことを「異常」と判断しないよう留意する。

・家族の健康状態

これが現在起きている問題そのものである事も多いことが推測される。家族のセルフケア能力を発揮してもらうためにも家族の力を再確認しておく必要がある。

・家族内のコミュニケーションパターン（円環的關係性）

円環的關係性は、家族をアセスメントし、介入するための核となる要素であるため、図式化して検討する。図を完成させるために患者や家族に尋ねたり共に考えたりすることによって患者や家族は自分たちが起こしている現象に気付き、客観視することによって、セルフケア能力を発揮し、修正が可能となる場合もある。つまり、円環的關係性のアセスメントそのものが介入となる点で重要である。

・各家族員の主張・思い・希望

カンファレンスでは事実に基づいた検討が重要であるが、患者や家族の様子をみて判断した看護師の勝手な想像があたかも患者や家族の希望であるかのように話し合われていることが少なくない。各家族員の考えや希望を率直に聞いてみるのが重要であり、そうすることが患者や家族各自の考えの再認識や修正につながり、他の家族員の思いを尊重しながら折り合いをつけていくという家族内の対処が期待される。その点において、円環的關係性のアセスメントと同様にこれらの情報の把握そのものが介入となり得る。

・医療者と患者や家族との関係性

前述したように、ここが一番の問題であることも少なくない。家族内のコミュニケーションパターンと同様に図式化して客観的に検討することが重要である。

(3) Step 3 目標

目標を設定する。家族の発達段階（課題）を念頭に置き、家族のセルフケア能力を支えるという視点で考え、「自己決定」「対処」「適応」などの観点から目標設定していく。看取りケアの場合は、「最期の過ごし方」にある程度集約されるものとする。また、目標は患者や家族と共に考え、スタッフ間で共有することが重要である。

これまで述べてきたように、本研究で新たに作成した家族アセスメントシートは、新たな理論や枠組みではなく、家族システム看護理論を背景に、一般病棟の看護師がベッドサイドで活用できることを目標に、家族を捉える視点のエッセンスから構成したツールである。このシートを囲んでカンファレンスを行い、家族へのかかわりやケアへの一助となることを期待している。

6. 看取りケア実践教育プログラムの特徴

ここで、本プログラムの特徴をまとめる。プログラムの特徴は以下の4点である。

- ① 一般病棟の看護師が看取りケアを実践するために必要な必須要素からプログラムが構成されており、ケアの質の向上が緊急の課題となっている一般病棟の看護師を対象に、科学的根拠に基づくプログラムとなっている点。
- ② 同じ病棟のメンバーからグループ編成をしており、看護チームを基盤とした展開方法をとっている点。このことにより参加者は、プログラムのために新たな人間関係を形成する必要がなく、導入がスムーズとなる。また、チームの現状を踏まえたディスカッションが可能となり、教育の成果が患者や家族へ速やかに還元されることが期待できる。さらに、参加者がチーム内で看取りケアの推進力となり、チーム全体の成長が期待できる。
- ③ 講義形式のみではなく、グループディスカッション、グループワーク、事例発表会、講師への相談時間の設定などを取り入れ、実践的なプログラムとなるよう工夫している点。
- ④ プログラムの教材として、一般病棟での使用を目指した家族アセスメントシートを新たに作成し、シートの活用方法を説明することで理論的背景を押さえ、グループワークや事例発表会を通して、プログラム中にも患者や家族への介入が進む構成としている点。

以上の4点により、短い時間で教育効果を上げやすく、プログラム終了後も継続学習が期待できる方策としたことが本プログラムの特徴であり、チーム単位での取り組みが活かされる内容であると考えられる。

第3節 看取りケア実践教育プログラムの展開方法

1. 看取りケア実践教育プログラムの対象

1) プログラムの対象とする一般病棟

研究2における対象施設は、がん診療連携拠点病院、もしくは、地域のがんの入院治療の拠点病院としての役割を担う施設であった。プログラムを構成する内容は、これらの施設に勤務する一般病棟の看護師に対する調査から得られたものであるため、本研究における対象施設も同等の規模とした。また、チームを基盤に実施する特徴から、院内研修として看護部の協力が得られる施設を選択した。

これらの条件を満たす施設として、中国地方の地域がん診療連携拠点病院であるA施設の協力が得られ、対象施設とした。

2) プログラム参加者

本研究は、一般病棟における看取りケアの質の向上を目指していることから、プログラムの対象は終末期がん看護が実践される一般病棟に勤務する看護師とした。また、専門看護師や認定看護師などの資格を持たない看護師を介入の対象とした。研究協力施設の看護管理者と相談し、終末期がん看護が実践される5つの一般病棟を選定した。

2. 看取りケア実践教育プログラムの展開方法

1) 研究デザイン

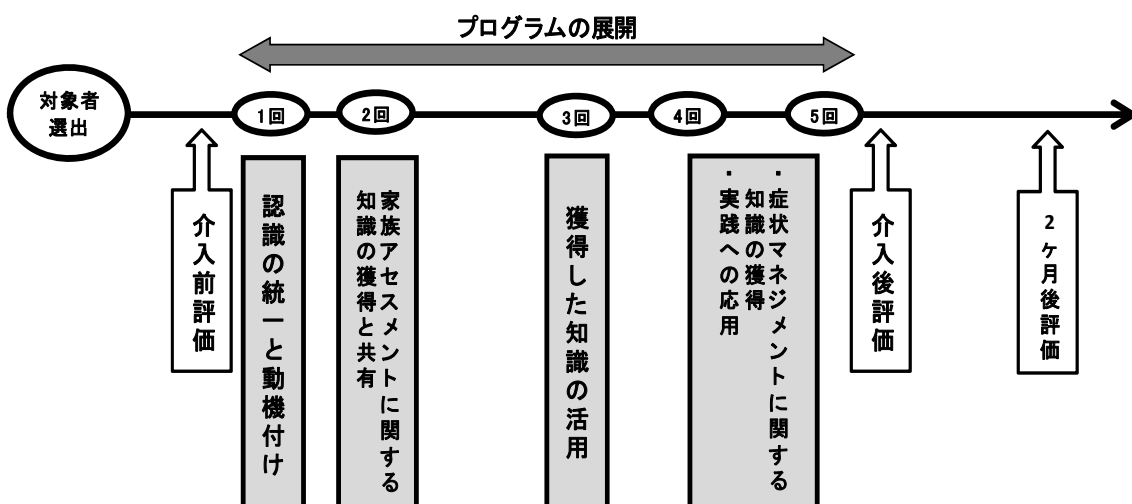
本研究の研究デザインは、対照群を設定しない前後比較介入研究とした。介入研究の精度としては対照群を設定することが望ましい方法であると考えるが、本研究では以下の4つの理由から、介入群のみの前後比較とした。

- ① 本研究では協力施設内の協力病棟から意図的にプログラム参加者となる対象者を選出するため、無作為ではない。これらの参加者の学びは、プログラム期間中にも他のチームメンバーに影響することが予測されるため、参加者が所属する病棟内でプログラムに参加していないスタッフを対照群とすることは適切ではないと考えられたこと。
- ② 勤務調整の観点から、1つの病棟からプログラムの全ての回に参加できる人数は限られてくるため、複数の病棟の協力が必要となる。協力施設の規模や終末期がん看護を実践している病棟数を考慮すると、対照群候補、つまり、がん看護が実践され、且つ、参加者を出さない病棟を設定することは難しいことが考えられたこと。
- ③ 協力施設を増やすことも案として考えられたが、施設間差の調整が困難であり、プログラムの教育効果を検討する段階である本研究では適当ではないと考えられたこと。
- ④ 研究2の成果から、看取りケアの実践能力には、研修会などへの参加の経験が関連しており、本プログラムは看取りケア実践の関連要因を忠実に反映した内容としていることか

ら、何らかの教育の効果があることはある程度予測されたこと。

以上の実現可能性とプログラムの特性の観点から、本研究は対照群を設定しない前後比較研究とすることとした。

図V-3は本介入研究の流れ図である。表V-1の通り、プログラムは全5回とする。評価時期は、介入前、介入直後、介入2ヶ月後とした。介入研究における評価時期について、介入直後の次の評価時期においては、第II章でレビューした介入研究では、実態調査の追跡を中心に6ヶ月後、1年後に設定されたものもあったが (Coyne et al, 2007; Kurz & Heys, 2006; Malloy et al., 2006)、本研究と同様にケアの変化を検討した研究では6週間後、1ヶ月後と比較的早い時期の評価もみられた (Morita et al., 2007; Steginga et al., 2005)。研究期間の限界も考慮し、本研究では、プログラムを受けた後、行動の変化が起こり始めているかを確認する時期として、プログラムの実施期間と等しく、介入後2ヶ月とした。



図V-3 介入研究の流れ図

2) 対象者数の設定と対象者の選出

(1) サンプルサイズの決定

対象者数、つまり、サンプルサイズの統計学的アプローチによる決定には、推定に重点をおいた精度ベースの決定方法と検定に重点をおいた検出力ベース、パワー分析による方法が挙げられ、後者は検証目的の研究に適しているとされている (折笠, 1996)。

パワー分析に必要な変数として、効果量と介入後の得点の標準偏差が必要であるが、本プログラムは新規に開発するものであり、先行研究はない。そこで、研究2のデータから教育プログラムの効果を推測することを考えた。研究2の結果から、終末期看護に関する研修会などへの参加が関連要因として抽出されたが、研修会に参加経験がある群とない群の看取りケア得点の差は、教育プログラムを展開した結果、上昇が期待できる得点

をある程度推測するものであり、効果量に代用できると考えた。

両群の得点差は 11.92 点、研修会に参加経験あり群の標準偏差は 12.72 点であった。これらの変数から、[標準化効果量=E (効果量)/S (標準偏差)=11.92/12.72=0.94]が得られた。標準的な危険率として用いられる $\alpha=0.05$ (両側)、Cohen (1988)が推奨する検出力の大きさである $(1-\beta)=0.8$ から換算表を用い、適当なサンプルサイズは 17~21 となった (Hully, Cummings, Browner, Grady & Newman, 2007)。

さらに、95%信頼区間を利用した精度ベースの推定も行った。そのために必要な変数として差得点の標準偏差が挙げられるが、先行研究がないため推測する必要がある。そこで、前で使用したデータにおける両群の差の 95%信頼区間の幅は±3.93 点であったことから、介入後に上昇する得点の幅に代用できると考えた。信頼区間を決定する際の式である[信頼区間の幅 (±)=効果量×差得点の標準偏差]に、大きな効果量とされる 0.8 を用いて (Cohen, 1988)、 $[3.93=0.8\times\text{差得点の標準偏差}]$ の式が成立し、これを解いて、差得点の標準偏差=4.92 が得られた。信頼区間の幅と差得点の標準偏差の換算表から、適当なサンプルサイズは 10 程度、効果量を 0.6 程度に小さくしても 20 程度となった (石井, 2005)。

従って、教育効果を推測するデータを用いたパワー分析と区間推定によるサンプルサイズの検討の双方ともに、20 名前後の対象者数が必要であることが示唆された。

(2) 対象施設と対象者の選出

対象施設は、協力の同意が得られた中国地方の A 施設とした。A 施設は、研究 2 における質問紙調査にも協力が得られている。病床数 350 床の地域がん診療連携拠点病院であり、一般病棟におけるがん医療、終末期医療が提供されている。終末期がん看護が実践されている病棟は 5 病棟であり、サンプルサイズの検討と脱落者を考慮し、各病棟から 5 名、合計 25 名の対象者の選出を病棟師長に依頼した。また、前述したように、対象者の選出の際には、ベテラン看護師層の選出 1 名、中堅看護師層の選出 2 名、若手看護師層の選出 2 名を基本に均一な構成となるよう依頼し、グループメンバーの均質性を確保した。

3. 看取りケア実践教育プログラム実施者の質の担保

プログラムの実施者は、研究者と研究協力者であるがん看護専門看護師である。第 1 回～第 3 回は研究者が担当し、第 4 回、第 5 回はがん看護専門看護師が主に担当した。

研究者の担当する回は、家族看護の基礎知識として、家族アセスメントに関するレクチャー、事例を用いた展開を主要な内容としている。家族アセスメント方法に関しては前述したように、今回新たに一般病棟における家族志向のケアを行うためのアセスメントシートを作成した。本シートの作成過程において、家族システム看護を専門領域とし、臨床での介入経験が豊富な指導教員、臨床経験をもつ大学院生らとディスカッションを重ね、一般病棟の状況、ケアの現状を踏まえた上での知識とケアの視点を確認してきた。また、事

例の展開能力については、実際の患者と家族の事例にアセスメントシートを用い、事例のプレゼンテーション、ディスカッションを重ねながらトレーニングした。

がん看護専門看護師B氏の担当する回は、症状コントロールに関する内容のレクチャーとした。B氏は大学病院の緩和ケアチームの副師長を務めており、終末期のがん患者や家族に対するケアの実践家であると同時に、教育・相談の役割を果たしている。また、院内、院外での教育講演活動、看護基礎教育施設における非常勤講師など教育における経験も豊富であり、本研究の協力者として適任であると考えた。

さらに、研究者とB氏との打ち合わせを密にし、プログラムの第1回～第5回を通じた教育目標について共通の認識を持ち、教育内容について共に検討した上で実施した。

4. 看取りケア実践教育プログラムの評価指標（巻末資料3～6参照）

教育効果の測定において、① 看取りケア実践能力、② 看取りケア実践に対する自信、③ 看取りケアに対する態度、④ 看取りケア実践におけるチームに対する認識、⑤ 看取りケアに関する知識の5つの視点から評価指標を設定した。

1) 看取りケア実践能力ー看取りケア尺度（吉岡ら，2009）

看取りケア尺度は、第IV章第3節で述べたように、看取りケアの定義を測定概念に持ち、一般病棟の看護師による終末期のがん患者と家族に対する看取りケア実践能力を測定することを目的に研究者らが開発した尺度である（吉岡ら，2009）。つまり、看取りケア尺度が測定する内容と本プログラムで評価する内容との整合性が保たれており、本研究の主要なアウトカムとなる。22項目5因子：【悔いのない死へのケア】【癒しと魂のケア】【苦痛緩和ケアの保証】【情報提供と意思決定のケア】【有効なケアの調整】から構成され、一定の信頼性と妥当性が確認されている。

2) 看取りケア実践に対する自信

文献検討から、ケアの実践にはケアに対する不安や自信のなさが関連していることが示唆されている。また、犬童（2000）はがん患者へのケアリングと看護師のセルフ・エフィカシーとの関連を明らかにしている。従って、自己効力に関する項目を評価指標として加えておく必要性が考えられた。本研究では、一般的な自己効力感尺度ではなく、プログラムの教育内容を反映した「看取りケアに対する自信」を問う独自の8項目を設定した。各項目に対する反応の仕方は、既存の自己効力感尺度を参考に、「1. 全く自信がない」～「6. とても自信がある」の6段階のリッカートスケールとした。

3) 看取りケアに対する態度

看取りケアに対する態度の測定においては、FATCOD-B-J を用いた (中井ら, 2006)。FATCOD-B-J は Frommelt (1991, 2003)によって終末期の患者とその家族へのケアに対する看護師の態度を測定することを目的に開発された FATCOD 改訂版の日本語版である。【死にゆく患者へのケアの前向きさ】【患者・家族を中心とするケアの認識】【死の考え方】の3因子から構成され、一定の信頼性と妥当性が確認されている。詳細は第IV章第3節参照。

FATCOD-B-Jは研究2の独立変数として用い、【死にゆく患者へのケアの前向きさ】が関連要因として抽出された。態度尺度ではあるが、“ケアへの前向きさ”や“ケアの認識”など、ケアに対する積極性や価値観を具体的に問う尺度であり、プログラムの教育効果の測定に適切であると考え、評価指標に加えた。

4) 所属するチームに対する認識

(1) 所属するチームに対する主観的評価項目

研究2の結果として、「所属するチームに対する主観的評価」が看取りケア実践の関連要因として抽出された。このことは、自分が所属するチームを肯定的に捉えているほど看取りケアの実践につながっていたことを意味し、所属する看護チームが看取りケアに対する看護師の態度の形成の場となっていることが示唆された。この成果から本プログラムの展開方法として、ケア提供の基盤である同じ病棟の対象者同士でグループ編成し、ディスカッションやグループワークに取り組む方法を採用したことから、その評価指標として研究2で作成した「所属するチームに対する主観的評価」10項目を再度用いることとした。10項目の内容は、カンファレンスの持ち方や内容、チームメンバー間の関係性や所属するチームでの取り組みを評価するものである。本項目は尺度としての信頼性と妥当性を確認することができている。

(2) 集団への態度尺度(魅力)

The Group Attitude Scale (GAS)は、集団凝集性を集団への「魅力」の観点から測定する尺度として Evans and Jarvis (1986)によって開発された。様々な集団に適用することができる尺度として日本語訳され、廣田、藤澤 (1994)によって紹介されている。20項目9段階のリッカートスケールである。開発段階の対象者集団として、修士課程の学生、能力開発集団や課題志向の教育集団が選定されており、各開発段階において Cronbach's $\alpha=0.9$ 以上の高い信頼性が確認され、凝集性尺度との相関関係から妥当性が確認されている。

Evans and Jarvis (1986)は、集団への魅力が高い場合、自己探求にも積極的となり、集団のアウトカムに寄与する人材となりうることを示しており、学習を通じた自己研鑽とチームを意識した取り組みによる実践能力の向上を狙う本プログラムの評価指標として適切であると考え、上記の所属するチームに対する主観的評価を補う目的で評価指標に加えた。

5) 看取りケアに関する知識

(1) 看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価

本評価項目は、研究2の看取りケア実践の知識に関する要因として設定した19項目から構成されている。分析過程で因子分析を行い、【家族アセスメントに関する知識】【症状コントロール全般の知識】【モデルや理論に関する知識】【疼痛マネジメントに関する知識】【社会資源に関する知識】の5因子が抽出された。各因子に属する知識を問う項目について、「1. 理解していない」～「5. 理解している」の5段階リッカートスケールで知識の程度を主観的に答える形式である。詳細は第IV章第3節参照。プログラムの教育効果として、知識の程度の変化を検討する目的で評価指標として用いた。

(2) 症状コントロールに関する知識に対する客観的評価項目

知識の程度を簡便で有効に測定するためのツールとして、カナダ、オタワ大学の Ross, McDonald, and McGuinness (1996)によってPCQNが開発されている。20項目の質問から構成され、各項目に対し、“True” “False” “I don't Know”のいずれかで回答するテスト形式の尺度である。尚、PCQNの日本語版は作成されていない。項目中に出てくる薬物名などについては、現代の日本の実情に該当しないものや本研究における看取りケア実践教育プログラムの教育内容とは沿わない項目が含まれていたため、本研究ではPCQNを参考にしながら、研究協力者であるがん看護専門看護師B氏と検討を重ね、知識の程度を客観的に問うテスト形式の問題として20項目を作成した。

以上の5視点からの評価指標に加え、評価指標では測定できない学びのプロセスや参加者の思いを知ることを目的に、毎回のプログラム終了後に感想文の提出を依頼した。さらに、プログラム運営に関する検討材料とすることを目的に、プログラム最終回終了後に、プログラム内容、展開方法、時間配分などに對する満足度に関し、5件法で評価を得た。

5. データの収集方法

介入前に評価指標が含まれた質問紙を配布した。介入後の評価については、同様の質問紙をプログラム終了直後、2ヶ月後に配布した。介入前と終了直後の質問紙はその場で実施し回収した。終了後2ヶ月の調査においては、質問紙をまとめて郵送し、本プログラムの連絡調整を担当する病棟管理者から各対象者に配布を依頼した。回答した質問紙は添付の封筒に厳封した上で、病棟管理者への提出を依頼した。質問紙は直接研究者に郵送することによって回収することが望ましいと考えられるが、対象者が少ない事情からデータの欠損を最小限にする必要があった。このことを対象者に十分に説明し、理解を得た上で、上記の回収方法を選択した。また、各対象者には、ランダムにID番号を割り付け、各質問紙にID番号を記載することによって、匿名性の確保とデータのマッチングを行った。

6. 分析方法

Shapiro-Wilk 検定で評価指標の正規性の確認をした上で repeated-ANOVA を用いた。プログラム終了直後に実施するプログラム運営上の評価については、記述統計を行った。有意水準は $p < 0.05$ を採用した。

第4節 倫理的配慮

本研究における倫理的問題として以下の3点が考えられた。

- 1) 本研究の対象者は、手続き上、看護部といった権威的部署からプログラム参加の依頼がなされることによって、強制的な印象をもつことが考えられる。
- 2) 質問紙やデータの取り扱い方法の不備による個人情報の漏えいが考えられる。
- 3) プログラムへの参加や質問紙に回答することによる時間的制約や心理的負担があることが予測される。

これらのことを踏まえ、倫理的配慮として以下の点に留意した。なお、本研究計画は、研究の趣旨から研究対象者の意思に参加や質問紙への回答が委ねられている調査であり、厚生労働省の疫学倫理指針において、倫理審査委員会への付議が必要のない研究に位置付けられる。協力施設においても倫理申請は不要であると判断され、施設代表者の許可を得て実施した。また、研究成果の公表の同意の確認として、各参加者から同意書を得た。

1. 対象者への依頼方法と同意を得る方法

プログラムの実施に先立って、研究協力施設の看護管理者に、研究の概要、意義、目的について訪問して説明し、プログラム実施の協力を依頼した。協力の意思が確認できた後、改めて上記の内容を記載した依頼状を渡し、正式に依頼した。その後、終末期がん看護が実践されている該当病棟の紹介を受け、看護管理者を通じて病棟師長にプログラム参加者の選出を依頼した。選出の際には、ベテラン看護師1名、中堅看護師2名、若手看護師2名の均一な構成となるよう依頼した。それ以外の選出の基準は特に設けず、できるだけ強制力が働かないよう、希望者を募る形式とした。

対象者にはプログラムの概要、意義、目的について文書で説明すると共に、プログラムへの参加は自由意思であり、中断も自由であること、不参加や中断による不利益は一切ないことを保証し、業務評価とも無関係であることも明記して説明した。また、評価指標への回答におけるプライバシー保護のための対策についても明記した。さらに、研究成果の学会等での公表の際には、研究対象者や施設の名前が特定されるような記述はしないことも明示し、同意書をもって同意の確認とした。

2. 対象者の人権擁護

1) 対象者のプライバシーの確保

評価指標が含まれた質問紙は無記名とし、研究成果の公表に際し、個人や施設が特定されるような情報は一切公開しない。但し、対象者全員がすべてのプログラムに欠席することなく参加する保証はないため、無記名では全てに参加した対象者のデータを特定することができず、前後比較することができない。そこで、各対象者にID番号が記載されたシールを研究者に番号が分からないように配布し、毎回の質問紙に回答する際に各自のID番号を記入することにより、データを特定した。

また、個人情報の保護として、得られたデータは統計的に処理し、研究の目的以外には使用しないことを明示した。調査で得られたデータやデータを保存したUSBメモリーなどの資料は、施錠式保管庫で管理し、研究終了後はシュレッダー処理、データの消去を行うよう配慮した。

2) 心身への負担等への配慮

プログラム参加における心身の負担に関しては、負担が最小限となるよう、プログラムの対象者は希望者を募る形式とした。プログラムには課題を設定しているが、十分な準備期間が確保できるよう、各回の間隔を工夫した。また、各回のプログラム内容に応じて平日開催と土曜日開催を設定し、勤務後のプログラム参加などによる身体的な負担が最小となるよう配慮した。さらに、質問紙で自分の考えを回答することによる心的負担に関しては、個人が特定されない無記名、ID制とし、データは研究者しか閲覧できないことを説明すると共に、項目数が最小限となるよう吟味した。

3) 結果の公表の仕方

研究成果は関連学会での発表、および、学術雑誌への投稿によって公表するが、研究対象者や施設の名前が特定されるような記述はしないことを明示した。

4) 研究者への連絡方法

研究者の連絡先を明記した依頼状を対象者に渡し、対象者に倫理上の問題点および何らかの不利益が生じた場合にはいつでも直ちに対応できるよう配慮した。

第5節 結果

1. プログラム参加者の概要

対象となる5病棟から、各4～6名の対象者が選出され、合計25名のプログラム参加者を得たが、うち1名は体調不良により5回のプログラムのうち2回欠席したため実質24名となった。また、評価指標の欠損値が多かった2名を除外し、22名を分析対象者とした。

参加者の概要を表V-2に示した。参加者の平均年齢は33歳、若手および中堅のスタッフナースを中心にプログラムを展開した。分析対象者においては、平均年齢31歳となった。参加者および分析対象者ともに、約70%が緩和ケアに関する院内研修の受講経験があり、40%以上が何らかの形で自己学習を継続していた。その一方で、約30%の対象者は家族看護に関する学習経験は無しと答えていた。

表V-2 プログラム参加者の概要

対象者の特性	プログラム参加者 (N=24)		分析対象者 (N=22)	
年齢(歳)	32.64±10.58		30.75±9.08	
性別(人数%)				
男性/女性	2 (8.3)/22 (91.7)		2 (9.1)/20 (90.9)	
臨床経験年数(人数%)				
若手: 5年未満	7 (29.2)		7 (31.8)	
中堅: 5年以上15年未満	11 (45.5)		11 (50.0)	
ベテラン: 15年以上	6 (25.0)		4 (18.2)	
資格(人数%)				
看護師	22 (91.7)		20 (90.9)	
助産師※	2 (8.3)		2 (9.1)	
職位(人数%)				
副師長	4 (16.7)		2 (9.1)	
チームリーダー	3 (12.5)		3 (13.6)	
スタッフナース	17 (70.8)		17 (77.3)	
最終学歴(人数%)				
専門学校	18 (75.0)		16 (72.7)	
短期大学	1 (4.2)		1 (4.5)	
大学	5 (20.8)		5 (22.7)	
学習経験(「あり」の人数%) ※複数回答	緩和ケアに関する 学習	家族看護に関する 学習	緩和ケアに関する 学習	家族看護に関する 学習
看護基礎教育	9 (37.5)	8 (33.3)	9 (40.9)	8 (36.4)
院内研修	16 (66.7)	4 (16.7)	15 (68.2)	4 (18.2)
病棟の勉強会	10 (41.7)	3 (12.5)	10 (45.5)	3 (13.6)
研修会や学会への継続的参加	3 (12.5)	1 (4.2)	3 (13.6)	1 (4.5)
自己学習	10 (41.7)	5 (20.8)	10 (45.5)	5 (22.7)
その他	3 (12.5)	1 (4.2)	2 (9.1)	0 (0.0)
特になし	2 (8.3)	8 (33.3)	2 (9.1)	7 (31.8)

Note: ※は、産婦人科病棟で看護師として勤務している助産師

2. プログラム運営上の評価

5回のプログラム終了時点で、プログラムの運用、有用性に関する4項目を5段階評定で質問した(表V-3)。プログラムに対する満足度、内容の適切度については、ほぼ4以上の評価が得られた。プログラムの時間・量については、4名(18.2%)が「あまり適切でなかった」と評価していた。その理由として、「家族看護に関する回を増やしてほしい」「症状コントロールについてもっと学ぶ時間が欲しかった」「プログラム時間が長かった」「日勤後の研修は辛い」など、さらなる学習意欲によるプラスの評価と心身への負担に関するマイナスの評価であった。プログラムの有用性については、「役立つ」「かなり役立つ」で100%を占めていた。

表V-3 プログラム評価結果

N=22					
プログラムの満足度 人数(%)	とても満足 している 8 (36.4)	満足している 14 (63.6)	普通 0 (0.0)	あまり満足 していない 0 (0.0)	全く満足 していない 0 (0.0)
プログラムの内容 人数(%)	とても適切 であった 6 (27.3)	適切であった 15 (68.2)	普通 1 (4.5)	あまり適切 でなかった 0 (0.0)	全く適切 でなかった 0 (0.0)
プログラムの時間・量 人数(%)	とても適切 であった 6 (27.3)	適切であった 8 (36.4)	普通 4 (18.2)	あまり適切 でなかった 4 (18.2)	全く適切 でなかった 0 (0.0)
プログラムの有用性 人数(%)	かなり役立つ 10 (45.5)	役立つ 12 (54.5)	どちらとも いえない 0 (0.0)	役立つそうにない 0 (0.0)	全く役立つ そうにない 0 (0.0)

3. 看取りケア実践教育プログラムの教育効果

プログラムの教育効果の評価指標について、① 主要なアウトカムである看取りケアの実践能力を設定した。次に、② 看取りケアに対する自信、③ 看取りケアに対する態度、④ 看取りケア実践におけるチームに対する認識、⑤ 看取りケアに関する知識を設定し、5つの視点で評価した。

1) 看取りケアの実践能力

看取りケアの実践能力は本研究の主要なアウトカムであり、その評価として看取りケア尺度を用いた(吉岡ら, 2009)(表V-4)。看取りケア尺度合計得点および全ての下位因子ともに、介入前と比較してプログラム終了直後、終了後2ヶ月の得点が有意に高かった($p < 0.01$, 0.05)。また、終了直後の得点と終了後2ヶ月の得点はほぼ同じ水準を保っていた。

特に変化が大きかった因子は、患者を含む家族に対する介入が含まれる、【癒しと魂のケア】【情報提供と意思決定のケア】の2因子であった。

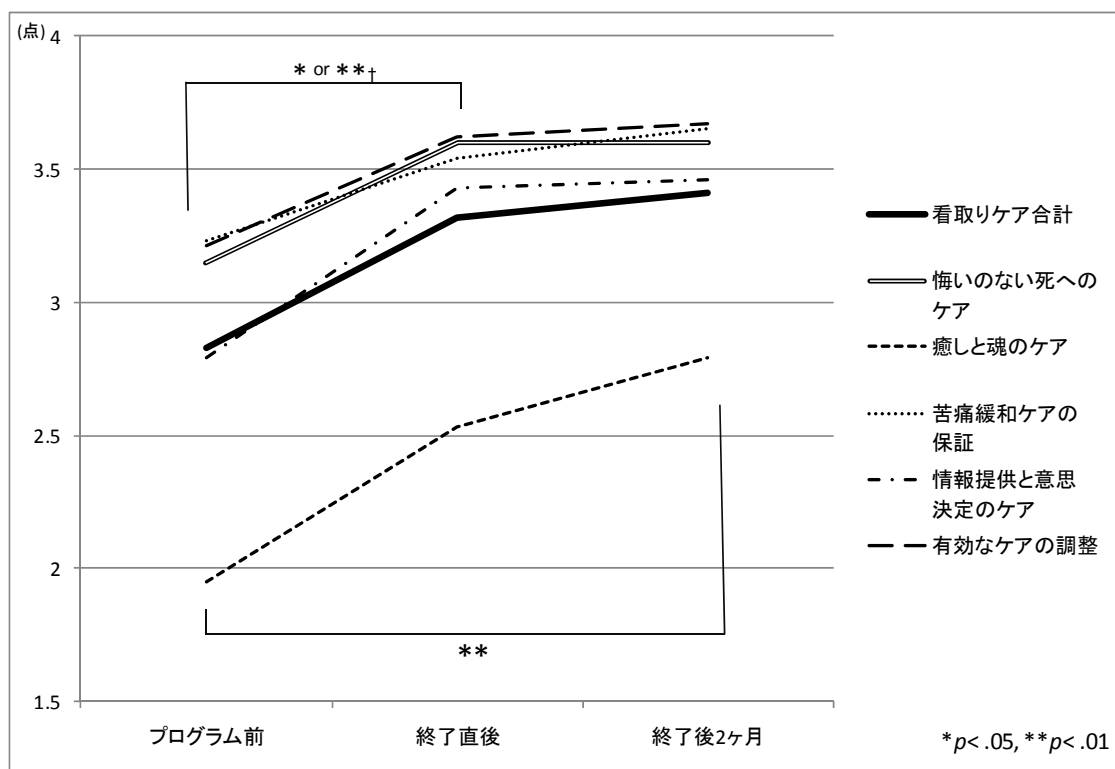
表 V-4 看取りケア実践能力の変化

N=22

	① プログラム前		② 終了直後		③ 終了後2ヶ月		①-②	②-③	①-③
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
看取りケア合計	62.36 (2.83)	12.00 (0.55)	72.95 (3.32)	10.60 (0.48)	74.91 (3.41)	15.51 (0.71)	**	n.s.	**
悔いのない死へのケア	18.19 (3.15)	3.70 (0.62)	21.59 (3.60)	3.20 (0.53)	21.55 (3.60)	4.80 (0.80)	**	n.s.	**
癒しと魂のケア	9.77 (1.95)	2.96 (0.59)	12.64 (2.53)	3.71 (0.74)	13.95 (2.79)	4.51 (0.90)	**	n.s.	**
苦痛緩和ケアの保証	12.91 (3.23)	2.16 (0.54)	14.14 (3.54)	1.91 (0.48)	14.59 (3.65)	2.54 (0.64)	*	n.s.	**
情報提供と意思決定のケア	11.14 (2.79)	2.83 (0.71)	13.73 (3.43)	2.29 (0.57)	13.82 (3.46)	3.30 (0.83)	**	n.s.	**
有効なケアの調整	9.64 (3.21)	2.38 (0.79)	10.86 (3.62)	1.73 (0.58)	11.00 (3.67)	2.07 (0.69)	*	n.s.	**

Note: repeated ANOVA (Tukey). カッコ内は、1項目に換算した場合の得点 (5段階評定)
網掛けは特に変化の大きかった因子

* $p < .05$, ** $p < .01$



Note: † 苦痛緩和ケアの保証, 有効なケアの調整は* $p < .05$ 、測定値は1項目あたりに換算した場合の得点

図 V-4 看取りケア実践能力の変化

2) 看取りケアの実践に対する自信

看取りケアの実践能力に加え、看取りケアの実践に対する自信を測定する項目を8項目設定し、評価指標として加えた(表V-5)。8項目を合計して分析することが可能であるか確認するため、介入前、終了直後、終了後2ヶ月の各データを主成分分析した結果、全ての時点において8項目すべての第1主成分負荷量が0.4以上であり、一次元性が確保され

ていることが確認できた。また、各時点における Cronbach' s α 係数は、介入前 $\alpha=0.92$ 、プログラム終了直後 $\alpha=0.92$ 、プログラム終了後 2 ヶ月 $\alpha=0.95$ と十分な内的整合性が保たれていた。以上のことから、8 項目を合計して問題ないと判断した。

看取りケア実践に対する自信の合計得点は、介入前と比較して、プログラム終了直後および終了後 2 ヶ月の得点が有意に高かった ($p<0.01$) (図 V-5)。終了後 2 ヶ月の得点は、終了直後よりも若干低下していたが、有意差は認められなかった (図 V-5)。

各項目についても、ほぼ合計得点と同様の変化であった。特に変化が大きかった項目は、疼痛および疼痛以外の症状コントロールと家族ケアに対する自信であった(表 V-5)。

表 V-5 看取りケア実践に対する自信の変化

N=22

項目	① プログラム前		② 終了直後		③ 終了後2ヶ月		①-②	②-③	①-③
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
看取りケアに対する自信合計得点	23.41	5.79	29.41	5.53	27.82	7.29	**	n.s.	**
終末期患者の疼痛コントロールに関するケア	2.91	0.92	3.86	0.56	3.55	0.86	**	n.s.	**
終末期患者の疼痛以外の症状コントロールに関するケア	2.86	0.83	3.50	0.74	3.41	0.91	**	n.s.	*
終末期のがん患者との対話	3.14	0.94	3.91	0.97	3.64	1.18	**	n.s.	**
終末期のがん患者のニーズをみつける	3.05	0.79	3.50	0.86	3.36	1.09	*	n.s.	n.s.
終末期がん患者の家族との対話	3.14	0.89	3.77	0.87	3.59	0.96	**	n.s.	*
終末期がん患者の家族のニーズをみつける	2.71	0.94	3.45	0.91	3.32	1.07	**	n.s.	*
終末期がん患者の家族へのケア	2.50	0.86	3.55	0.80	3.32	1.04	**	n.s.	**
カンファレンスで自分の意見をチームメンバーに伝える	3.09	0.87	3.86	1.04	3.64	1.22	**	n.s.	*

Note: repeated ANOVA (Tukey), 6段階評定 (range: 8~48点), 網掛けは特に変化の大きかった項目

* $p<.05$, ** $p<.01$

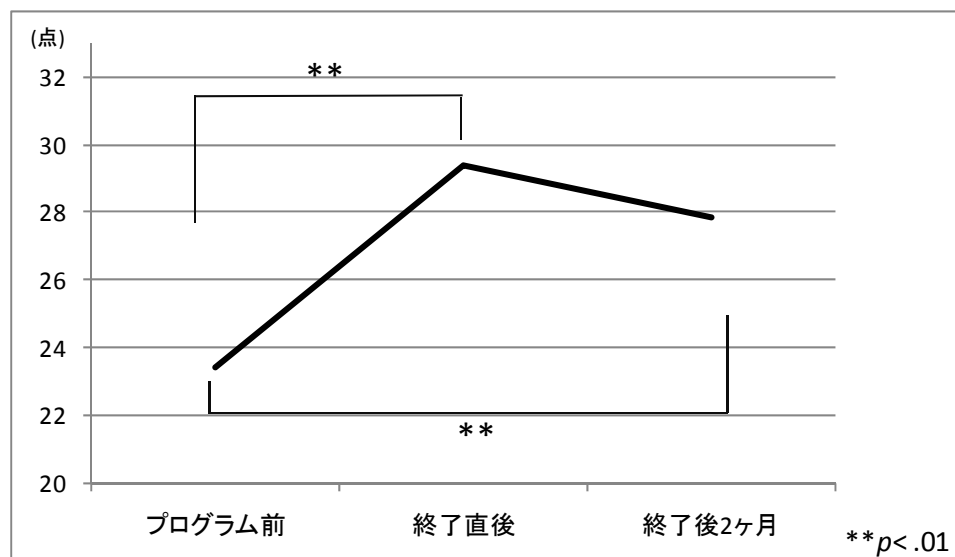


図 V-5 看取りケア実践に対する自信の変化

3) 看取りケアに対する態度

看取りケアに対する態度は、FATCOD-B-J (中井ら, 2006)で測定した (表V-6)。FATCOD-B-J 合計得点および下位因子は、介入前の時点で、研究2の調査結果よりも高い得点であった (表V-6)。合計得点および第1因子の得点は、介入前と比較してプログラム直後に有意に上昇し、2ヶ月後に有意に低下した ($p<0.01, 0.05$) (図V-6)。プログラム終了後2ヶ月の時点で終了直後よりもさらなる得点の上昇がみられた参加者は5名のみであり、ほとんどが介入前と同水準に戻るか、もしくは低下していた。また、介入前の得点よりも2ヶ月後の得点の方が高かったが、有意差は認められなかった (図V-6)。

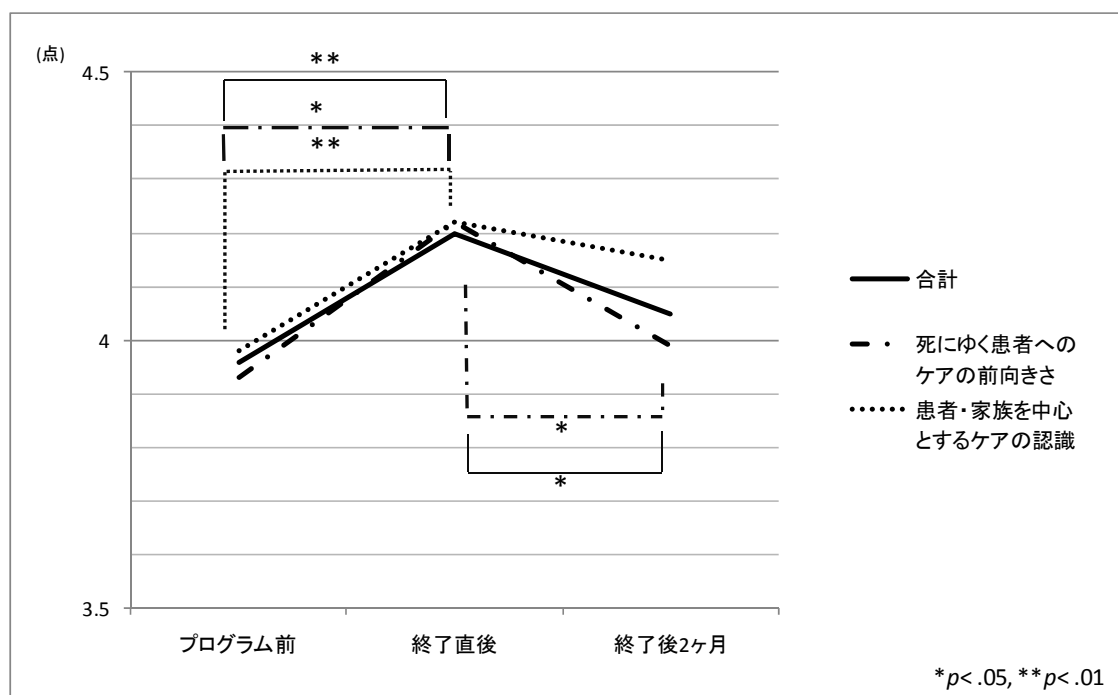
第2因子の得点については、プログラム直後に有意に上昇した ($p<0.05$) (図V-6)。終了後2ヶ月には終了直後と比較して若干低下がみられたものの有意な差はなく、プログラム開始前と比較して得点は上昇していたが、有意ではなかった (図V-6)。

表V-6 FATCOD-B-J の変化

	研究2の調査結果		① プログラム前		② 終了直後		③ 終了後2ヶ月		①-②	②-③	①-③
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
FATCOD-B-J 合計	114.64 (3.82)	10.37 (0.35)	118.73 (3.96)	10.10 (0.34)	126.09 (4.20)	11.69 (0.39)	121.45 (4.05)	13.89 (0.46)	**	*	n.s.
死にゆく患者へのケアの向き	60.00 (3.75)	6.79 (0.42)	62.95 (3.93)	7.93 (0.50)	67.50 (4.22)	8.34 (0.52)	63.77 (3.99)	8.78 (0.54)	**	*	n.s.
患者・家族を中心とするケアの認識	50.91 (3.92)	5.17 (0.40)	51.86 (3.98)	4.19 (0.32)	54.86 (4.22)	4.02 (0.31)	53.91 (4.15)	6.00 (0.47)	*	n.s.	n.s.

Note: repeated ANOVA (Tukey). カッコ内は、1項目に換算した場合の得点 (5段階評定)

* $p<.05$, ** $p<.01$



Note: 測定値は1項目あたりに換算した場合の得点

図V-6 FATCOD-B-J の変化

4) 看取りケア実践における所属するチームに対する認識

所属するチームに対する認識は、10項目の主観的評価、集団への魅力を測定する GAS で評価した（表V-7）。

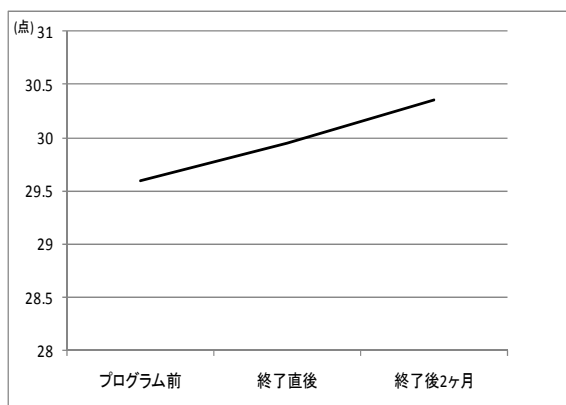
所属するチームに対する主観的評価の介入前の合計得点は 29.59 ± 6.57 点であり、研究2の調査結果である 32.08 ± 6.33 点よりも低い水準、つまり、所属するチームを厳しく評価している傾向にあった。また、介入前から終了後2ヶ月を通してなだらかに得点の上昇がみられたものの有意な差は認められなかった（図V-7）。各項目についても同様であった（表V-7）。介入前よりも終了後2ヶ月の得点の方が低かった項目は、「4. 医師の方針に疑問を感じた場合、医師と議論することができる」「9. 患者や家族の人生観にまで及ぶ内容のカンファレンスが行われている」の2項目であった（表V-7）。

GAS については、介入前と比較して終了直後に上昇し、プログラム終了後2ヶ月に介入前とほぼ同じ得点まで低下する傾向にあったが有意ではなかった（図V-8）。また、プログラム終了直後から終了後2ヶ月において、15点以上の得点の低下が見られたものが22名中8名いた。1項目あたりの得点は6点台であった。

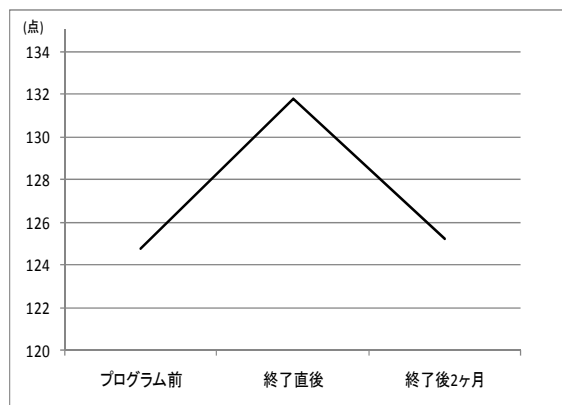
表V-7 所属チームに対する主観的評価と GAS の変化

項目	① プログラム前		② 終了直後		③ 終了後2カ月		①-②	②-③	①-③
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
所属するチームに対する主観的評価合計	29.59	6.56	29.95	6.95	30.36	7.35	n.s.	n.s.	n.s.
1. 患者や家族の希望に基づいたカンファレンスが行われている	3.18	1.14	3.41	1.05	3.32	0.78	n.s.	n.s.	n.s.
2. 他職種との連携がよく図れている	2.41	1.01	2.82	1.22	2.45	1.01	n.s.	n.s.	n.s.
3. 治療方針やケア方針が医師と看護チームで一致している	3.14	0.94	3.00	1.02	3.14	1.13	n.s.	n.s.	n.s.
4. 医師の方針に疑問を感じた場合、医師と議論することができる	3.41	0.67	2.95	0.9	3.27	1.03	n.s.	n.s.	n.s.
5. 患者の死後、振り返りのカンファレンスなどを実施し、チームでケアを振り返っている	2.77	1.07	3.05	0.95	3.00	1.07	n.s.	n.s.	n.s.
6. リーダー的存在の看護師の看護方針がチーム全体に影響を与えている	2.45	1.47	2.91	1.34	2.82	1.14	n.s.	n.s.	n.s.
7. 緩和ケアチームとのカンファレンスを基にケアを計画し、実践されている	2.77	1.02	3.00	1.15	3.00	0.98	n.s.	n.s.	n.s.
8. 終末期の患者や家族をケアするに当たり、看護師自身の感情を表出する場がある	3.18	0.8	2.95	0.84	3.23	0.81	n.s.	n.s.	n.s.
9. 患者や家族の人生観にまで及ぶ内容のカンファレンスが行われている	3.27	1.03	2.86	1.12	3.09	1.11	n.s.	n.s.	n.s.
10. 患者の主治医は、緩和ケアや看取りに関心が高い	3.00	0.87	3.00	0.82	3.05	0.84	n.s.	n.s.	n.s.
GAS (集団への魅力態度合計)	124.73 (6.24)	13.39 (0.67)	131.77 (6.59)	11.23 (0.56)	125.23 (6.26)	15.81 (0.79)	n.s.	n.s.	n.s.

Note: repeated ANOVA (Tukey), 所属するチームに対する主観的評価項目は5段階評価 (range: 10~50点)
GASは20項目9段階評価 (range: 20~180点), カッコ内は1項目に換算した場合の得点



図V-7 所属するチームに対する主観的評価



図V-8 GAS の変化

5) 看取りケアに関する知識

看取りケアに関する知識の評価について、研究2の分析過程で尺度化された看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価項目と、症状コントロールに関する知識の客観的評価となるテスト形式の20問を用いた(表V-8)。

看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価の合計得点および全ての下位因子ともに、介入前と比較してプログラム終了直後、終了後2ヶ月の得点が有意に高かった($p<0.01$)(図V-9)。また、終了直後と終了後2ヶ月の得点はほぼ同水準であった(図V-9)。

症状コントロールに関する20問についても同様に、介入前と比較してプログラム終了直後および終了後2ヶ月の得点が有意に高く($p<0.01, 0.05$)、プログラム終了直後と終了後2ヶ月の得点はほぼ同点であった(図V-10)。

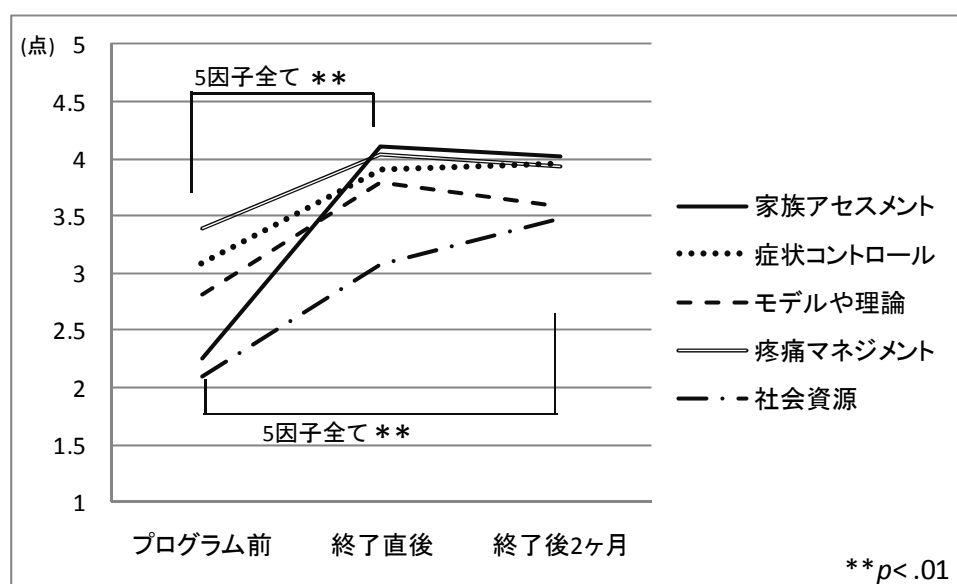
表V-8 看取りケアに関する知識の評価の変化

N=22

	① プログラム前		② 終了直後		③ 終了後2ヶ月		①-②	②-③	①-③
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
看取りケアに関する知識の程度 に対する主観的評価	53.41	11.16	73.32	7.53	71.55	11.46	**	n.s.	**
家族アセスメント	9.05 (2.26)	3.15 (0.79)	16.41 (4.10)	1.89 (0.47)	16.09 (4.02)	2.64 (0.66)	**	n.s.	**
症状コントロール	15.41 (3.08)	2.78 (0.56)	19.50 (3.90)	2.30 (0.46)	19.14 (3.96)	2.75 (0.55)	**	n.s.	**
モデルや理論	11.23 (2.81)	3.39 (0.85)	15.14 (3.79)	2.05 (0.51)	14.32 (3.58)	3.26 (0.82)	**	n.s.	**
疼痛マネジメント	13.55 (3.39)	3.05 (0.76)	16.14 (4.04)	2.01 (0.50)	15.73 (3.93)	2.78 (0.70)	**	n.s.	**
社会資源	4.18 (2.09)	1.94 (0.97)	6.14 (3.07)	2.01 (1.00)	3.27 (3.48)	1.91 (0.96)	**	n.s.	**
症状コントロールに関する 知識テスト(20点満点)	12.33	2.56	13.86	2.23	13.73	2.21	*	n.s.	*

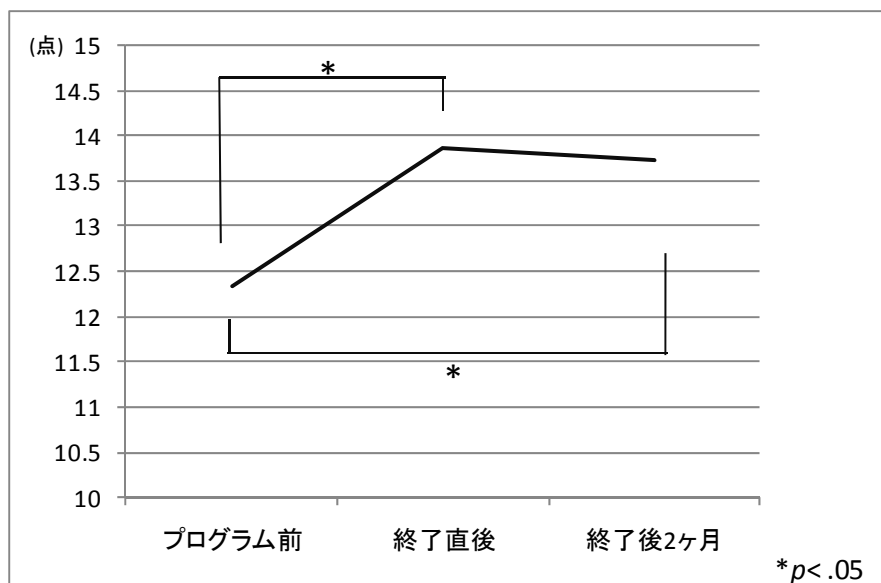
Note; repeated ANOVA (Tukey), カッコ内は、1項目に換算した場合の得点(5段階評定)

* $p<.05$, ** $p<.01$



Note; 測定値は1項目あたりに換算した場合の得点

図V-9 看取りケアに関する知識の程度に対する主観的評価の変化



図V-10 症状コントロールに関するテスト得点の変化

4. 看取りケア実践教育プログラムにおける対象者の学習過程

5回の看取りケア実践教育プログラムの各回において、レクチャーもしくは事例発表会終了後にグループディスカッションを実施し(表V-1)、ディスカッション内容の発表とメモ程度の記録用紙の提出を求めた。また、各回終了後、数行程度の感想や意見を参加者に記入してもらい、退室時に回収した。これらの記述の概要を以下にまとめた。

1) 家族看護、家族アセスメントに関する参加者の学び

22名中19名の対象者が、「今まで家族に十分に関わっていなかった」「家族がケアの対象であるという認識が低かった」「緩和ケアや家族ケアに関する知識不足・勉強不足であった」など、現状を振り返り問題視する内容が記述されていた。その上で、家族をケアの対象として捉える事の大切さ、家族をアセスメントする視点、家族の価値観を尊重することの重要性など、レクチャーで重視していた内容が「学べた」と記載されていた。

また、家族アセスメントシートについては、「バラバラにあった情報を整理するのに役立った・今後も使えそう」「整理することによって対象を先入観で見えていたことが分かった」「今までに看取った患者の家族もきちんとアセスメントしていればよかった」「グループでアセスメントを展開するのに有用である」「不足している情報が明確となり有用である」など、一般病棟での有用性を評価し、ケアへの意欲に関する意見が多くみられた。

さらに、グループディスカッションにおいては、「メンバー個々の思いがわかり、今後の自分の考え方にも影響があるであろう」「スタッフとよい意見交流ができ、よい時間となった」「同じ病棟のメンバーなので、病棟の現状について話し合いができ、課題が明確となった」「複数人数で話し合うと、色々な意見が出てきて参考になった」「普段病棟内では話さ

ないようなことを話し合えてよかった」など、意見交換で学びが深まるばかりでなく自己の刺激となること、所属する病棟の現状と課題が明確となることなどの意見が出ていた。

2) 事例発表会の実施における参加者の学び

プログラムの第3回目として、病棟ごとに家族アセスメントシートを使用し、プログラム実施時点で入院中の終末期がん患者の家族をアセスメントし、事例発表会を実施した。プログラム終了後の感想文では、「今までいかに情報がとれていなかったかがよく分かった」「家族もケアの中心にあることが改めて理解できた」「今まで『関わりにくいな』と感じていた患者や家族の見方が変わった」「アセスメントのために情報をとることで関わり方が見えてきた」「今まで何気なく声をかけていたことも介入となっていたことに気づき、自信になった」「症状コントロールが家族を支える上でもいかに重要であるかが分かった」「スタッフで意識が統一できるので有用である」「スタッフ間で意見を交換することは重要である」など、実際にアセスメントシートを使用した上での意見が多くみられた。

また、事例発表会に対する感想として、「どの病棟もよく頑張っていた」「様々な事例と視点を学ぶことができた」「どの病棟もこれでよかったのかと悩みながら関わっていることが知れてよかった」「発表することによってさらに多角的な面からアドバイスをもらうことができよかった」など、発表して共有することの意義に関する意見が記載されていた。

3) 症状コントロールに関する参加者の学び

プログラムの第4回、第5回は、がん看護専門看護師が担当した。疼痛マネジメント、疼痛以外の症状(倦怠感、呼吸困難、せん妄)の基礎知識のレクチャー後、グループディスカッションし、日々の実践で困っていることなどを専門看護師に相談する時間を設けた。

プログラム終了後の感想文では、「病態生理を理解した上で症状をアセスメントすることの重要性を学んだ」「専門看護師による実践的な内容を聞くことができ分かりやすかった、役に立ちそう」「薬物療法だけではなく、看護師で行えるケアが学べてよかった」「症状の強さは医療者が判断するのではなく、対象者と目標を共有してコントロールすることが重要であると感じた」「アセスメント能力、薬剤の知識など自己研鑽の必要性を感じた」「主治医との交渉能力の重要性を感じた」「主治医や他のスタッフとの連携をもっと取るべきである」「看護師だけでなく医師ももっと知識を高め、患者に合った疼痛緩和を実践することが必要である」など、レクチャーの内容を踏まえた上で、今後の課題にまで及ぶ内容が記載されていた。

また、ディスカッション後の相談では、その時点で実際に症状コントロールに苦慮している患者の状態や使用している薬剤名、主治医の見解など含め具体的かつ実践的な内容が出されていた。プログラム終了後も、個別に相談に来る参加者もあった。感想文の中にも、

「困っていることを相談できてよかった」「すぐ現場で使えそうな気持ちを持てた」などが記載されていた。

4) プログラム終了後の参加者の意見

プログラム終了後の感想文では、「スタッフ間でアセスメントしたことを共有し、より良いケアができるようにしていきたい」「家族看護を学んだことで、コミュニケーションが難しいと感じる家族へも介入できそうな気になれた」「スタッフにどうやって広めていこうか悩んでいる」「今回の学びをスタッフと共有し、みんなで家族に目を向けていこうと思う」「学んだことを病棟でも実践できるように、スタッフと相談しながら患者と関わっていききたい」など、プログラムで得た学びを参加していないスタッフと共有し、実践につなげていきたいという意見が得られた。

また、プログラム終了後2ヶ月の質問紙において、「あなた自身、または、チーム内で変化したこと」を自由記述で尋ねたところ、「参加後、家族との関わりを持とうという気持ちが出てきただけでなく、終末期以外の患者に対する気持ちも変化したように思う (中堅)」「積極的に患者家族に関わっていく姿勢が見られるようになった (副師長)」「積極的に家族に話しかけ、情報収集するようになった (ベテラン)」「患者や家族の生活史について話す時間が増えた。今までは告知の有無などでコミュニケーションに消極的になることがあったが、プログラム後は、そこにこだわるのではなく、患者の思いを重視するようになった。病気以外の話を家族と話すようになった (中堅)」「自信を持って患者や家族と関われるようになった (中堅)」など自身の変化や病棟全体の肯定的変化に関する記述がみられた。

第6節 考察

本研究では、看取りケア実践教育プログラムの目標として以下の5つを設定してプログラム参加者と共有し、看取りケア実践能力の向上を目指した。本研究の主要アウトカムである看取りケア実践能力は、看取りケアの定義を測定概念に持つ看取りケア尺度(吉岡ら, 2009)で測定した。目標2、3の知識に関しては、知識の程度の主観的評価、テスト形式の問題で測定し、プログラムを通じて参加者の変化が期待される看取りケアに対する態度、自信、所属するチームに対する認識についても量的評価を行った。さらに、毎回のプログラム終了後に参加者に感想文の提出を依頼し、量的評価を補った。

以上の目標を踏まえ、本節では、① 看取りケア実践教育プログラムの有効性、② プログラムの有用性と改善点の2つの視点から考察し、最後に研究の限界と今後の展望について述べる。

看取りケア実践教育プログラムの目標

1. 日々の看取りケア実践における問題点と課題を明確にし、同一の看護チームメンバーで共有することができる。
2. 家族看護の基礎知識、家族アセスメントの視点(家族アセスメントシートの使用法)、代表的な理論やモデルについて理解できる。
3. 症状マネジメントの基本が理解できる。
4. 実際の事例の展開により家族アセスメントを行い、獲得した知識を活用し学びを共有することができる。
5. 講師に質問や相談をすることによって、問題の解決、実践への応用についてグループメンバーで検討することができる。

1. 看取りケア実践教育プログラムの有効性

本項では、看取りケア実践教育プログラムの有効性を教育効果と展開方法の妥当性の2つの側面から考察する。

1) 看取りケア実践教育プログラムの教育効果

(1) 看取りケア実践能力の変化

本研究の主要なアウトカムである看取りケア実践能力の向上については、看取りケアの定義を測定概念に持つ看取りケア尺度得点がプログラム終了後に有意に上昇し、終了後2ヶ月においても維持されていたという意義ある結果が得られたことにより、看取りケア実践能力が向上したことが示唆された。また、看取りケアを構成する5因子全てに同じ変化が認められたことは、因子別のプログラムを作成するのではなく、看取りケア合計得点に関与する要因に介入することによって、各因子が示すケアの向上が期待できるとの予測を支持する結果であったといえる。その背景には、看取りケアを構成する因子同士は相互に関連しあっていることから(吉岡ら, 2009)、看取りケアの関連要因、つまり、実践能力を向上させるポイントとなる要因に介入することによって、直接的にはその要因に関係していない因子が示すケアにまで影響を及ぼし、全体的な実践能力の向上につながったことが

推察された。

看取りケアの実践能力の向上に伴い、看取りケアに対する自信が向上し、終了後2ヶ月も維持されていた。自信を測定した項目は、看取りケアに対する自己効力、すなわち、セルフ・エフィカシーを示している。本プログラムに参加することによって新しい知識を獲得するとともに、日常のケアに対して肯定的な評価もできたことがケアへの自信につながったと推察される。このことは、参加者の感想文における「家族看護を学んだことでコミュニケーションが難しいと感じる家族へも介入できそうな気になった」「今まで何気なく声をかけていたことも介入となっていたことに気づき、自信になった」などの記述からも裏付けられているといえる。セルフ・エフィカシーは、失敗や困難が伴っても行動に必要な努力を惜しまず、行動を遂行する力となることが示されていることから (Bandura, 1997)、自信の向上と維持が認められた本研究の結果は、意義あるものであるといえる。

(2) 看取りケアに対する態度の変化

看取りケアに対する態度を評価する FATCOD-B-J (中井ら, 2006)の介入前の得点は、研究2の調査対象者よりも全体的に高い水準にあった。その背景には、本プログラムの対象者が希望者を中心に構成されており、元来看取りケアに対する興味関心が高く、ケアの必要性を感じているなどの特徴が反映されたと推測される。

分析の結果、FATCOD-B-J 合計得点および下位因子は、プログラム直後に有意に上昇し、合計得点と第1因子である「死にゆく患者へのケアの前向きさ」はプログラム終了後2ヶ月で介入前とほぼ同じレベルまで有意に低下していた。FATCOD-B-J が測定する態度は、看取りに対する積極性や価値観であり、これらの要素は、プログラムに参加して学習することによって一時的に最も上昇しやすい要素であると考えられる。従って、終了後2ヶ月に有意に下降した結果については、時間の経過に伴い冷静な評価がなされたといえるとともに、終了直後の得点は5段階評定中4点を超えており、これ以上の得点の上昇はデータの信頼性の観点からむしろ不適切と考える方が妥当であろう。

その一方で、元々高い水準にあった態度がプログラム終了後2ヶ月も維持されているという状況下で看取りケア実践能力が向上したということは、態度が実践の基盤であるとした、研究2の看取りケア実践モデルを支持するものであるといえる (図IV-2)。

(3) 看取りケア実践におけるチームに対する認識の変化

所属するチームに対する認識の評価においては、主観的評価項目および集団 (所属するチーム)に対する魅力を測定する GAS (Evans & Jarvis, 1986)とも有意な結果は得られなかった。所属するチームに対する主観的評価については、介入前の時点で研究2の対象者の得点よりも低く、終了後2ヶ月にかけてなだらかに上昇していた。前述したように、プログラム参加者は希望者を中心に構成されており、意識の高さから所属するチームを厳しく評価していたことが推察される。従って、有意ではないものの上昇がみられたことは評価

できる結果であるといえる。終了後2ヶ月の調査における自由記述欄においても、「積極的に患者家族に関わっていく姿勢が見られるようになった(副師長)」「積極的に家族に話しかけ、情報収集するようになった(ベテラン)」など管理的立場にある参加者からチーム全体の変化を意味する記述がみられており、プログラム参加者の学びが他のメンバーに影響を及ぼし、チーム全体に変化を与えたことが期待される。

また、GASについては、介入前と比較してプログラム終了直後に上昇し、終了後2ヶ月で下降する傾向にあった。その変化の背景には、20点前後の大きな下降がみられた対象者が8名いたことが挙げられる。その原因として、GASの項目にその時々状況に左右されることが推測される項目が含まれていることや、回答時に質問紙の説明文を十分に読まなかった場合、病棟の看護チームではなくプログラム中の5人グループについて答えた可能性が否定できないことなどがあり、不安定なデータとなってしまったことが考えられる。しかしながら、GASの得点に対する判断基準は原著に記載されておらず、尺度作成段階における記述統計も掲載されていないため、標準的な得点が不明である。GASを用いた先行研究の検索においてもPsycINFOに掲載されていた3件のみであり(MacGowan & Leveson, 2003; Nickerson & Coleman, 2006; Woody & Adesky, 2002)、その対象集団は、情動障害の小児、性犯罪者、恐怖症患者のように特殊性が高く、参考にし難い。このような状況から、選択した尺度の適切性において問題があったといえる。

以上の様に、チームに対する認識については期待される結果を十分に得ることができなかった。しかし、参加者の感想文からは、考え方の面でメンバーから影響を受けたことや、意欲が向上したことが記述され、2ヶ月後の評価においては、チーム全体の変化が示唆される内容が記載されていた。このことから、質的な評価においては肯定的な変化がもたらされたことが窺えた。また、チームの変化とその評価には、看取りケア以外の要因も多大に影響していることが推察され、質的な評価の方が適していることが示唆される。

(4) 看取りケアに関する知識の変化

看取りケアに関する知識の評価の結果、知識の程度に対する主観的評価合計得点および5つの下位因子、テスト形式の20問全てプログラム終了直後に有意に上昇し、終了後2ヶ月も維持されていた。主観的評価尺度については、参加者が自分の知識がどの程度かを判断して回答する形式であるため、客観性には乏しいが、テスト形式の20問も同様に変化していたことから、ある程度信頼できる結果であるといえる。また、そのような自信を得ることができたと評価することもできる。Steginga et al. (2005) は、教育効果への示唆として、講義形式だけではなく、小グループ制のディスカッションやプログラム構成の工夫などを強調しており、本プログラムにおいて、レクチャー後のディスカッションや事例展開などを取り入れたことは、知識の獲得と定着において効果的であったと考える。必要な知識を確実に獲得できるプログラムの展開は重要であり、多くの研究者が終末期看護に関する教

育体制の整備の必要性と継続教育の重要性を述べているように (Aulino & Foley, 2001; Beckstrand et al, 2006; 福井, 猫田, 2004; 二見, 2006; Morita et al., 2007; Schlairet, 2008; Steginga et al., 2005; Teno et al, 2001)、本プログラムも修正を重ねながら汎用していくことが重要であるといえる。

2) 看取りケア実践教育プログラムの展開方法の妥当性

プログラムの教育展開方法においては、先行研究から得た示唆から、講義のみならず、ディスカッション、事例展開、発表会などの方法を取り入れた。教育・医学・経営の分野で大きな影響力を持つ学習理論の1つとして (青山, 2005)、Kolb (1984)の体験学習理論が知られている。Kolb (1984)は、学習を「経験の変換によって知識が形成される過程である」と定義しており、学習能力の第1段階として具体的に経験し (具体的経験)、第2段階でその経験を内省し (内省的観察)、第3段階に理論や概念の構築をした上で (抽象的概念化)、第4段階で実験を通して理論を試すこと (能動的実験)であるとしている。また、第4段階での試行は、第1段階の経験となり、そのサイクルは繰り返されることが示されている。これらの段階を本プログラムの教育展開方法と照らし合わせると、日々の臨床活動において「具体的経験」をしている参加者がプログラムに参加し、講師からの問題提起やグループディスカッションによってケア不足や知識の不足に気づき、「内省的観察」が起こっていたことが考えられる。また、講義において理論や概念に関する知識の提供を受けることによって「抽象的概念化」が起こり、それらを用いた事例検討と発表は、「能動的実験」となったといえる。さらに、症状コントロールの重要性の再認識という次の課題をもって、プログラム後半に臨むことができていた。従って、本プログラムの構成は学習プログラムの構成として妥当であり、教育効果に貢献する方法であったことが示唆された。

グループ編成については、同じ病棟のメンバー同士で構成し、ベテラン看護師1名、中堅看護師2名、若手看護師2名を基本にメンバーの選定を依頼した。このことによって参加者は、新しい人間関係を構築する必要はなく、学習への導入がスムーズであったことが推察される。Nicol & Reid (2005)は、緩和ケアにおける教育において、相互学習の重要性を強調しており、その要素として、振り返りの実践、メンターシップ、プリセプターシップなどのインフォーマルな学習を挙げている。本プログラムでは、グループ内に各年代層の看護師が存在していたことにより、多様な視点からの振り返りの実践、メンターシップの発揮などメンバー同士のインフォーマルな相互学習が進んでいたことが推測される。参加者の感想文においても、「普段病棟内では話さないようなことを話し合えてよかった」などの意見がみられ、グループ内での知識の授受のみならず、各メンバーの考え方や思いなど新しい側面を見いだせたことが態度や価値観の変化につながったことが窺える。

看取りケア実践教育プログラムの教育効果と展開方法に関する以上の考察から、本プロ

プログラムは、現時点では介入後2ヶ月の効果測定ではあるが、看取りケアの実践能力の向上に貢献できるプログラムであることが示唆された。また、その展開方法においても、教育効果を高める方法であったと考えられる。これらのことから、看取りケア実践教育プログラムの有効性が示唆された。

2. プログラムの有用性と改善点

プログラムの満足度、内容、時間・量については、プログラム参加者からのよい評価が得られており、プログラムの有用性においても、参加者全員が「かなり役立つ・役立つ」と評価していた。プログラム終了後2ヶ月の自由記述においても、ケアに対する前向きな意見がみられたことから、看取りケアに対する関心も継続していることが窺え、この点からも有用であったと考える。

プログラムの改善点に関しては、一部の参加者から、「日勤終了後の研修は辛い」「プログラムの時間が長い」との意見があった。本研究の結果からプログラムの有効性と有用性が確認されたため、今後プログラムを展開する際には、院内研修参加のための勤務扱いとするなど、対象者が参加しやすい環境が保たれる様、調整する必要があると考える。また、「家族看護に関する回を増やしてほしい」「症状コントロールについてもっと学びたかった」などの学習意欲に関する意見もあったことから、今回の看取りケア実践教育プログラムの内容を基本に、対象施設の参加者の学習ニーズを取り入れた柔軟なプログラム構成とすることも考慮していく必要があると考える。

また、本研究における評価指標として、主要アウトカムである看取りケア尺度をはじめ、教育内容と方法の効果を測定することができるよう、多彩な尺度や項目を入れた質問紙を作成した。そのため質問紙のページ数が増えてしまい、3回の評価ポイントのうち、全く答えていないページがある参加者が2名出てしまった。そのため、体調不良で欠席の多かった参加者を含め、サンプル数が3名分減ってしまう結果となってしまった。回答者の負担を十分考慮し、評価指標のさらなる吟味が必要であったと考える。

3. 本研究の限界と今後の展望

本研究における看取りケア実践教育プログラムの展開と教育効果の評価の限界として、以下の2点が挙げられる。

1 点目は本研究におけるプログラムの展開にあたり、対象者の募集において、プログラムの有効性を確認している段階であること、プログラムの日程が日勤終了後や休日と重ならざるを得なかったことなどから、希望者を中心とした募集を依頼した。従って、看取りケアに興味関心の高い集団に対する介入であったことは否めない。つまり、日々の看取りケアの実践に対する問題を既に見出しており、看取りケアに対する態度が高い集団であっ

た故に、プログラムの導入が円滑に進み、教育の効果が得られやすい集団であったことが推測される。しかし、プログラム作成と試行段階である本研究においては、対象者への負担など倫理的な側面を配慮すると、自ら希望して参加する対象者への介入となることはやむを得ないことであり、ある程度の選択バイアスがかかった状況であったといえる。しかし Wojner (2001)は、組織の変革のための有用な方策として規範的再教育的方策を挙げており、この方策を支える原理として Hersey (1996)の変化の段階モデルが有用であると述べている。Hersey (1996)は、変化の推進者となる人材から変化させることによって、グループ全体の行動の変化へと進む段階的構造があることを指摘しており、本プログラムの参加者は、看取りケア実践の推進者となる人材であったといえる。従って、本プログラムの展開方法は、組織の変化をもたらす方法として効果的であったとも解釈することができる。

2点目は、教育効果の評価において、看取りケアの実践能力は対象者の自己評価による点にある。看護実践能力の測定に関する先行研究において Failla (1999)は、新卒看護師が相対的に管理者よりも自己評価が高い傾向にある点を指摘しているが、臨床経験年数の経過に伴い、自己評価と他者評価の一致度は上昇することが明らかにされている (阿部, 1992; 斉田, 阿蘇品, 波多野, 河合, 金井, 1996)。従って、臨床経験年数3年以上の本研究の対象者の評価は、実際のケアの実施状況と大きな乖離はないことが推測される。しかしながら、第IV章の最後に述べたように、本来のケアの評価者は、ケアの受け手である患者や家族である。終末期の患者とその家族を対象としていることから、プログラムの効果としての評価を得ることは倫理的に困難な状況が推測されるが、今後検討していく必要がある。

以上2点の限界を踏まえ、今後の展望として、プログラムの改善点を修正し、プログラムを再構築する。介入前半の家族看護に関する内容は、アセスメントシートの使用マニュアルとしてまとめていく。また、プログラムを広く汎用させるための方策として、緩和ケアや終末期看護に関する院内研修として看取りケア実践教育プログラムを導入し、院内の専門看護師や認定看護師に症状コントロール部分の担当を依頼し、協働してプログラムを展開していく。このような方法を採用することによって、現在の院内研修を見直し、専門看護師や認定看護師が個別に実施している勉強会や研究会と統合させ、より効果的な研修となることが期待できる。今後は、プログラムの展開を継続し、前述した患者や家族からの評価方法を検討していくことが課題である。

第VI章 研究総括

がん死亡者数が年間 30 万人を超える現代において、その約 90%は一般病棟で死亡している現状にあり、一般病棟の看護師には、終末期がん患者と家族が体験している苦痛を理解し、QOL を高める質の高いケアの提供が求められているといえる。

しかし、一般病棟におけるケアの現状は、日常生活援助などの身体的なケアに比して、家族の看取りを支えるための心理社会的なケアに関しては十分に実施されていないことが先行研究から明らかとなった。このような問題の解決に取り掛かるためには、ケアの実践における課題を明確にし、教育的アプローチ方法を検討する必要があると考えられた。そこで先行研究を概観すると、ケアの課題、つまり、実践のバリアとなる要因については、国内外において断片的な検討が中心であり、全体像が把握しにくい状況であった。また、教育に関しては、国内外の公的な団体や施設単位の教育プログラムが存在していても、一般病棟の看護師に必要な内容となっているかは明らかでなく、研究としての手続きを経た評価は殆どなされていなかった。

以上のような背景から本研究では、「患者を含む家族を1つのケアユニットと捉え、家族の看取りを支援するために看護師が終末期のがん患者と家族に行うケア行動」を看取りケアと定義し、1) 看取りケアの実践の課題、つまり、看取りケア実践の関連要因を明らかにし、2) その成果を基に一般病棟の看護師に教育すべき必須要素から構成された看取りケア実践教育プログラムを作成した。そして、3) 看取りケア実践教育プログラムを一般病棟の看護師に対して展開し、プログラムの有効性を検討した。これらの目的を達成するために本研究では、研究1から3の順に段階的に研究を展開した。

研究1: 一般病棟の看護師の看取りケア実践に関連する要因の質的分析

研究1(第III章)では、研究2で計画した看取りケア実践の関連要因の量的分析における質問紙作成の基礎資料とすることを目的に、終末期看護のエキスパートナースである、がん看護専門看護師4名にインタビュー調査を実施し、質的に分析した。

緩和ケアチームメンバーや病棟師長の立場で一般病棟の看護師と関わる対象者の教育的視点から、看取りケア実践の関連要因についての語りを得た。

分析の結果、看護師の態度に影響する【看取りに関する個々の看護師の看護観】【看取りにおける役割意識】【チーム内の質の高い情報の共有】【スタッフ間の相互作用による看取りに対するチームの価値観の形成】【看取りに関する個々の看護師の体験】、知識・技術に関する【症状緩和に関する基本的知識と実践能力】【家族看護に関する基本的知識】【社会資源に関する基本的知識】【終末期看護に必要な理論の基本的知識と実践のリンケージ】【コミュニケーションスキル】の10要因が抽出された。

看護実践能力を構成する要素である知識・技術・態度に関する要因が抽出できたことか

ら、10 要因は看取りケア実践の関連要因として妥当であることが示唆された。また、これらの要因は一樣に看取りケアの実践に関わっているのではなく、「態度」→「知識・技術」→「看取りケア」の順に段階性を持っていると仮定した。従って研究 2 では、得られたカテゴリーを基に質問紙を作成して量的に分析することに加え、仮定したモデルの適切性の統計学的検討が課題となった。

研究 2: 一般病棟の看護師の看取りケア実践に関連する要因の量的分析

研究 2 (第IV章)では、研究 1 で得られたカテゴリーの内容に対応した既存尺度や項目を設定して質問紙を作成し、643 名の一般病棟の看護師を対象に質問紙調査を実施した。質問紙の構成は、看取りケアの定義を測定概念に持つ看取りケア尺度 (吉岡ら, 2009)、看取りケアに対する態度を測定する FATCOD-B-J (中井ら, 2006)、DAI (平井ら, 2000)、看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度 (上野, 2005)、理論やモデルを用いた看護展開能力を測定する看護師の自律性尺度の第IV因子 (菊池, 原田, 1997)、所属するチームに対する主観的評価 (10 項目)に加え、知識の程度の認識、対象者の属性、学習経験、体験に関する項目を設定した。

調査の結果、337 の有効回答が得られた (回収率 56%、有効回答率 93%)。関連要因の特定として看取りケア尺度を従属変数とする重回帰分析を実施した結果、態度に関連する要因として、「所属するチームに対する主観的評価 ($\beta = 0.14, p=0.002$)」「FATCOD-B-J: 死にゆく患者へのケアの前向きさ ($\beta = 0.12, p=0.007$)」「実践の手本となる存在有 ($\beta = 0.10, p=0.027$)」「DAI: 解放としての死 ($\beta = 0.09, p=0.033$)」が抽出され、知識・技術に関連する要因として、「家族アセスメントに関する知識 ($\beta = 0.28, p<0.001$)」「抽象的判断能力 (理論やモデルを用いた看護展開能力) ($\beta = 0.19, p<0.001$)」「症状コントロールに関する知識 ($\beta = 0.14, p=0.026$)」「終末期看護に関する研修会への参加 ($\beta = 0.11, p=0.016$)」が抽出された。調整済み $R^2=0.48$ であった。家族の看取りを支えるために必要とされる家族アセスメントや症状コントロールに関する知識が抽出されたことから、看取りケア実践の課題として妥当な結果であることが示唆されるとともに、所属するチームが看取りケアに対する態度育成の重要な場となっていることが示唆された。

また、研究 1 で設定した仮説モデルの検証を目的に共分散構造分析を実施した。仮説以外のモデルと比較検討の上、統計学的許容範囲の適合度指数が得られた仮説モデルを採択した。このモデルは、看取りに関する見方や考え方、つまり態度が、さらなる知識・技術の獲得の意欲を向上させ、看取りケアの実践を通じた反省や学びが再び態度に還元されるサイクルを表しており、継続教育による実践能力の向上を示すモデルとして妥当であると考えられた。

研究3: 一般病棟の看護師を対象とした看取りケア実践教育プログラムの展開と教育効果の評価

研究3(第V章)では、研究1、2の結果に基づき、一般病棟の看護師を対象とした看取りケア実践教育プログラムを作成して展開し、その教育効果を評価し、有効性を検討した。プログラムの内容は、研究2で明らかとなった「知識・技術」の関連要因を基に、① 家族アセスメントの基礎知識、② 症状コントロールの基礎知識、③ 看取りケアに関する理論やモデルの基礎知識と実践への応用とした。プログラムの展開方法は、同一病棟のチームメンバーでグループ編成し、講義形式だけではなく、グループディスカッション、グループワーク、事例発表会などの教育方法を用いた。プログラムは5回構成とした。症状コントロールに関する知識の提供においては、がん看護専門看護師B氏に講義を依頼した。

プログラム参加者は、中国地方の地域がん診療連携拠点病院であるA施設の一般病棟看護師25名とした。がん看護が実践される5病棟から、ベテラン看護師、中堅看護師、若手看護師を均一に抽出し、プログラムを展開した。欠席者1名、評価指標不備の2名を除く22名が分析対象者となった。研究デザインは、対照群を設定しない前後比較介入研究とし、評価ポイントは、プログラム開始前、終了直後、終了後2ヶ月とした。

教育効果については、主要アウトカムである看取りケアの実践能力は終了直後に有意に上昇し、終了後2ヶ月も維持されているという意義ある結果を得ることができた ($p<0.05$)。看取りケアに対する自信、看取りケアに対する知識についても同様の結果であった。看取りケアに対する態度については、介入前から高い水準にあった看取りケアに対する態度の得点が終了直後にさらに上昇し、終了後2ヶ月で介入前と同水準まで戻っていた。チームに対する認識については、統計学的に有意な結果を得ることができず、評価内容や選択した尺度の適切性の問題などが課題として残った。

プログラムの展開方法については、教育方法、グループ編成ともに、教育効果を高める展開方法であったことが示唆された。また、プログラムの有用性においても参加者から高い評価が得られた。

以上のことから、看取りケア実践教育プログラムは、看取りケア実践能力の向上に寄与するプログラムであることが示され、有効性が示唆されたといえる。プログラムの修正と評価指標を再検討し、院内研修として汎用していくことが今後の課題である。また、研究2で明らかとなったケア実践の課題については、看護基礎教育における教育の強化も必要であろう。

謝辞

はじめに、研究へのご協力を快くご快諾いただきました対象者の皆様、参加者の皆様に深くお礼を申し上げます。

研究計画の段階から本論文の作成にあたり、非常に丁寧なご指導と常に温かい励ましを頂きました広島大学大学院保健学研究科保健学専攻、看護開発科学講座 成人看護開発学の森山美知子教授に深く感謝申し上げます。また、貴重なご意見とご指導を頂きました心身機能生活制御科学講座 精神機能制御科学の岡村仁教授ならびに看護開発科学講座 老年・がん看護開発学の宮下美香教授、基礎看護開発学の宮腰由紀子教授ならびに高瀬美由紀准教授に深く感謝申し上げます。

そして、本研究を通して様々な示唆とご協力を頂きました大阪大学医学部附属病院オンコロジーセンター緩和ケアチームがん看護専門看護師 大野由美子様、ゼミにおいて適切な助言を頂きました研究室の皆様に深く感謝いたします。

末筆ながら、これまでご指導頂きました先生方、友人、家族の温かい励ましに深く感謝いたします。

本研究は、平成 19 年度科学研究費補助金 若手研究 (スタートアップ) 課題番号: 19890255、および、平成 22 年度科学研究費補助金 若手研究 (B) 課題番号: 22792207 による研究助成を受けて実施したものです。

引用文献

- 阿部典子 (1992). 新卒看護婦の能力に関する研究 自己評価と他者評価の比較. *日本看護科学会誌*, 12(3), 204-205.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. In C. Murchison (Ed.), *Handbook of social psychology*, Vol.2 (pp798-844). Worcester, MA: Clark University Press.
- American Association of Colleges of Nursing (2004). Peaceful death: Recommended competencies and curricular guidelines for end-of-life nursing care Retrieved March 19, 2010 from <http://www.aacn.nche.edu/Publications/deathfin.htm>
- 青木久美子 (2005). 学習スタイルの概念と理論－欧米の研究から学ぶ. *メディア教育研究*, 2(1), 197-212.
- Arcand, M., Monette, J., Monette, M., Sourial, N., Fournier, L., Gore, B. et al. (2009). Educating nursing home staff about the progression of dementia and the comfort care option: Impact on family satisfaction with end-of-life care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(1), 50-55.
- Aulino, F., & Foley, K. (2001). Professional education in end-of-life care: A US perspective. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(9), 472-476.
- Bandura, A. (1997). Theoretical perspectives. In A. Bandura (Ed.), *Self-Efficacy: The exercise of control* (pp1-35). New York: WH Freeman and Company.
- Barrere, C. C., Durkin, A., & LaCoursiere, S. (2008). The influence of end-of-life education on attitudes of nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1), 1-18.
- Beckstrand, R. L., Callister, L. C., & Kirchhoff, K. T. (2006). Providing a “Good Death” : Critical care nurses’ suggestions for improving end-of life care. *American Journal of Critical Care*, 15(1), 38-45.
- Beckstrand, R. L., & Kirchhoff, K. T. (2005). Providing end-of-life care to patients: Critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *American Journal of Critical Care*, 14(5), 395-403.
- Beckstrand, R. L., Moore, J., Callister, L., & Bond, A. E. (2009). Oncology nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors at the end of life. *Oncology Nursing Forum*, 36(4), 446-453.
- Chui, Y. Y., Kuan, H. Y., Fu, I. C. Y., Liu, R. K. Y., Sham, M. K., & Lau, K. S. (2009). Factors associated with lower quality of life among patients receiving palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1860-1871.

- Cohen, J (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Coyne, P., Paice, J. A., Ferrell, B. R., Malloy, P., Virani, R. & Fennimore, L. A. (2007). Oncology end-of-life nursing education consortium training program: Improving palliative care in cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(4), 801-807.
- de Araujo, M. M. T., da Silva, M. J. P., & Francisco, M. C. P. (2004). Nursing the dying: Essential elements in the care of terminally ill patients. *International Nursing Review*, 51, 149-158.
- Deffner, J. M., & Bell, S. K. (2005). Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: A quantitative study. *Journal for Nurses in Staff Development*, 21(1), 19-23.
- Degner, L.F., & Gow, C. M. (1988). Evaluations of death education in nursing. A critical review. *Cancer Nursing*, 11(3), 151-159.
- Department of Health (2008). End of Life Care Strategy Retrieved March 18, 2010, from http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_086277
- Devellis, R. F. (2003). *Scale development theory and applications (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Dochterman, J. M., & Bulechek, G. M. (Eds.). (2004). *Nursing Interventions Classifications (NIC) (4th ed.)*. 中木高夫, 黒田裕子 訳 (2006). *看護介入分類 (NIC) 原著第4版*, 839-840. 東京: 南江堂.
- Dunn, K. S., Otten, C., & Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 32(1), 97-104.
- Evans, N. J., & Jarvis, P. A. (1986). The group attitude scale: A measure of attraction to group. *Small Group Research*, 17(2), 206-216.
- Failla, S., Maher, M. A., & Duffy, C. A. (1999). Evaluation of graduates of an associate degree nursing program. *Journal of Nursing Education*, 38(2), 62-68.
- Frank-Stromborg, M., Ward, S., Hughes, L., Brown, K., Coleman, A., & Grindel, C. G. (2002). Does certification status of oncology nurses make a difference in patient outcomes?. *Oncology Nursing Forum*, 29(4), 665-672.
- Frommelt, K.H. (1991). The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *The American Journal of Hospice and Palliative Care*, 8(5), 37-43.
- Frommelt, K.H. (2003). Attitudes toward care of the terminally ill: An educational intervention. *American Journal of Hospice and Palliative Care*. 20(1), 13-22.

- 藤田あけみ, 大田直実, 須田利佳子, 佐川美枝子 (2001). 一般病棟における終末期のがん患者の家族への援助. *ホスピスと在宅ケア*, 9(3), 256-264.
- 福井小紀子, 猫田泰敏 (2004). 一般病棟における末期がん患者の家族に対するケア提供の実態およびその関連要因の検討. *日本看護科学会誌*, 24(4), 46-54.
- 二見典子 (2006). がん緩和医療教育の現状と課題. *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.
- 二渡玉江, 入沢友紀, 碓井真弓, 大澤純子, 加藤直子, 野口亜希子 (2003). 終末期患者に対する看護師の意識および行動に関連する要因の検討. *がん看護*, 8(3), 241-247.
- 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 (2009). 看護師に対する緩和ケア教育 (ELNEC-J) Retrieved April 29, 2009, from <http://kanwaedu.umin.jp/el nec/index.html>
- Gauthier, D. M., & Froman, R. D. (2001). Preferences for care near the end of life: Scale development and validation. *Research in Nursing Health*, 24(4), 298-306.
- Gottlieb, L. N., & Carnaghan-Sherrard, K. 高野順子 訳 (2004). マッギール看護モデル 家族を看護するための手引き. *家族看護*, 2(2), 71-81.
- Hansen, L., Goodell, T. T., DeHaven, J., & Smith, M. (2009). Nurses' perceptions of end-of-life care after multiple interventions for improvement. *American Journal of Critical Care*, 18(3), 263-271.
- 原岡一馬 (1973). 態度. In 八木晃, 水原泰介 (Eds.), *講座 心理学 13 社会心理学* (pp. 58-97). 東京: 東京大学出版会.
- Hersey, P., Blanchard, K. H., & Johnson, D. E. (1996). 山本成二, 山本あづさ 監訳 (2000). *入門から応用へ 行動科学の展開 人的資源の活用 新版* (pp. 1-23). 東京: 生産性出版.
- Higginson, I. J., Finlay, I., Goodwin, D. M., Cook, A. M., Hood, K., Edwards, A. G. K. et al. (2002). Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life?. *Journal of Pain & Symptom Management*, 23(2), 96-106.
- Higginson, I. J., Finlay, I. G., Goodwin, D. M., Hood, K., Edwards, A. G. K., Cook, A. et al. (2003). Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers?. *Journal of Pain & Symptom Management*, 25(2), 150-168.
- 平井啓, 坂口幸弘, 安部幸志, 森川優子, 柏木哲夫 (2000). 死生観に関する研究—死生観尺度の構成と信頼性・妥当性の検討—. *死の臨床*, 23(1), 71-76.
- 平野馨 (1997). *対人関係の基礎知識 カウンセリングとグループダイナミクスの活用* (pp.25-57). 東京: 日本看護協会出版会.
- Hospice and Palliative Care Nurses Association (HPNA) (2009). Retrieved July, 6, 2009, from <http://www.hpna.org/Default.aspx>

- Hull, M. M. (1989). Family needs and supportive nursing behaviors during terminal cancer: A review. *Oncology Nursing Forum*, 16(6), 787-792.
- Hull, M. M. (1991). Hospice nurses: Caring support for caregiving families. *Cancer Nursing*, 14(2), 63-70.
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., & Newman, T. B. (2007). 木原雅子, 木原正博 訳 (2009). *医学的研究のデザイン 研究の質を高める疫学的アプローチ 第3版*. 東京: メディカルインターナショナル.
- 兵藤千草 (2008). がん看護のパワーアップをはかる. *日本がん看護学会誌*, 22 (Supple.), 51.
- 犬童幹子 (2000). 癌看護に携わる看護者のケアリングに関する研究—癌看護のケアリングに影響する要因調査. *日本がん看護学会誌*, 14(2), 42-54.
- 犬童幹子 (2002). 看護者のメンタルヘルスに関する研究—がん看護に伴う看護者の不安に関する因果モデルの検証と再構築. *日本看護科学会誌*, 22(1), 1-12.
- 石井秀宗 (2005). *統計分析のここが知りたい 保健・看護・心理・教育系研究のまとめ方* (pp.44-54). 東京: 文光堂.
- 菊池昭江, 原田唯司 (1997). 看護の専門職的自律性の測定に関する一研究. *静岡大学教育学部研究報告 (人文・社会科学篇)*, 47, 241-254.
- Jablonski, A., & Wyatt, G. K. (2005). A model for identifying barriers to effective symptom management at the end of life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 7(1), 23-36.
- 柿川房子 (2002). ターミナルケアにおける看護職の課題と教育の方法に関する実践的研究. *日本保健医療行動科学会年報*, 17, 201-218.
- 看護教育の在り方に関する検討会 (2004). 看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標 (看護学教育の在り方に関する検討会報告) Retrieved April 29, 2009, from http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601.htm
- Kirchhoff, K. T., & Beckstrand, R. L. (2000). Critical care nurses' perceptions of obstacles and helpful behaviors in providing end-of-life care to dying patients. *American Journal of Critical Care*, 9(2), 96-105.
- 小林奈美 (2006). *グループワークで学ぶ家族看護論 カルガリー式家族看護モデル実践へのファーストステップ* (pp. 19-23). 東京: 医歯薬出版.
- Kolb, D. A. (1984). *Experimental learning: Experience as the source of learning and development*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- 近藤建, 高野奈緒, 林孝子, 佐藤康幸, 片岡政人, 佐藤康幸 他 (2008). 緩和ケアチームの現状と展望—一般総合病院における緩和ケアチームの現状と問題点. *癌の臨床*, 55(6), 415-419.

- 厚生労働省 (2007). がん対策推進基本計画 Retrieved April 29, 2009, from <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>
- 厚生統計協会 (2009). *国民衛生の動向 2009*. 東京: 厚生統計協会.
- Krech, D., Crutchfield, R. S., & Ballachey, E. L. (1962). *Individual in society: A text book of social psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Kristjanson, L. J. (1989). Quality of terminal care: Salient indicators identified by families. *Palliative Care*, 5(1), 21-30.
- Kristjanson, L. J. (1993). Validity and reliability testing of the FAMCARE Scale: Measuring family satisfaction with advanced cancer care. *Social Science & Medicine*, 36(5), 693-701.
- Kristjanson, L. J., Atwood, J., & Degner, L. F. (1995). Validity and reliability of the Family Inventory of Needs (FIN): Measuring the care needs of families of advanced cancer patients. *Journal of Nursing Measurement*, 3(2), 109-126.
- Kurz, J. M., & Hayes, E. R. (2006). End of life issues action: Impact of education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 3(1), 1-13.
- Lange, M., Thom, B., & Kline, N. E. (2008). Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 955-959.
- Lynn, J. (1997). Measuring quality of care at the end-of-life: A statement of principles. *Journal of American Geriatrics Society*, 45, 526-527.
- Malloy, P., Ferrell, B. R., Virani, R., Uman, G., Rhome, A. M., Whitlatch, B. et al. (2006). Evaluation of end-of-life nursing education for continuing education and clinical staff development educators. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22(1), 31-36.
- Mallory, J. L. (2003). The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing*, 19(5), 305-312.
- 松本由里 (1988). 終末期患者に対する看護婦の応答, 行動傾向とその関連要因. *総合看護*, 23(1), 69-84.
- MacGowan, M. J., & Levenson, J. S. (2003). Psychometrics of the group engagement measure with male sex offenders. *Small Group Research*, 34(2), 155-169.
- Matzo, M. L., Sherman, D. W., Penn, B., & Ferrell, B. R. (2003). The end-of-life nursing education consortium (ELNEC) experience. *Nurse Educator*, 28(6), 266-270.
- McCorkle, R. (1988). Death education. *Cancer Nursing*, 11(3), 150.
- McGrath, P., Yates, P., Clinton, M., & Hart, G. (1999). "What should I say?" : Qualitative finding on dilemmas in palliative care nursing. *The Hospice Journal*, 14(2), 17-33.

- 南隆男 (1988). 組織と人間の発達. In 三隅二不二, 山田雄一, 南隆男 (Eds.), *応用心理学講座 1 組織の行動科学* (pp. 297-319). 東京: 福村出版.
- Miyashita, M., Nakai, Y., Sasahara, T., Koyama, Y., Shimizu, Y., Tsukamoto, N. et al. (2007). Nursing autonomy plays an important role in nurses' attitudes toward caring for dying patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 24(3), 202-210.
- 森田達也, 藤本亘史, 井上聡, 杉山仁子, 佐久間由美, 山口すみ江 他(2005). 緩和ケアチームの評価とより良い緩和ケアを提供するための改善策—ホスピス, 在宅診療, 緩和ケアチームのある総合病院における看護師・医師の意識調査. *緩和ケア*, 15(1), 78-84.
- Morita, T., Murata, H., Hirai, K., Tamura, K., Kataoka, J., Ohnishi, H. et al. (2007). Meaninglessness in terminally ill cancer patients: A validation study and nurse education intervention trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(2), 160-170.
- 森山美知子 (Ed.). (2001). *ファミリーナーシングプラクティス 家族看護の理論と実践*. 東京: 医学書院.
- 森山美知子, 戸井間充子 (2007). 看護学から見たわが国の家族 A. 家族の特性と家族ケアの理論. *緩和ケア*, 17(Supple.), 16-26.
- National Cancer Institute. (2009). SEER cancer statistics review, 1975-2006 Retrieved September 30, 2009, from http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/index.html
- National GSF Centre (2010). The gold standards framework Retrieved August 3, 2010, from <http://www.goldstandardsframework.nhs.uk/>
- National Health Service (2010a). Liverpool Care Pathway (LCP) care for the dying NHS greater glasgow and clyde implementation Retrieved July 28, 2010, from <http://www.palliativecareggc.org.uk/index.php?action=cms.lcp>
- National Health Service (2010b). National end of life care program Retrieved March 18, 2010, from <http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/education-and-training>
- 中井裕子, 宮下光令, 笹原朋代, 小山友里江, 清水陽一, 河正子 (2006). Frommelt のターミナルケア態度尺度 日本語版 (FATCOD-B-J)の因子構造と信頼性の検討—尺度翻訳から一般病院での看護師調査、短縮版の作成まで. *がん看護*, 11(6), 723-729.
- 中村鈴子 (2004). 看護基礎教育における緩和ケア教育の実態調査 全国看護大学・看護短期大学・看護専修学校 (3年課程), *日本看護学教育学会誌*, 14(Supple.), 251.
- 中尾久子, 花田妙子, 大津ミキ, 奥野府夫 (1986). 終末期患者の看護の段階的学習. *看護教育*, 27(3), 165-169.
- 七木田敦 (1991). 看護教育における「死の教育」(Death Education) の検討—看護学生・短大学生を対象にした意識調査から. *学校保健研究*, 33(6), 278-286.

- Nickerson, A. B., & Coleman, M. (2006). An exploratory study of member attraction, climate, and behavioral outcomes of anger-coping group therapy for children with emotional disturbance. *Small Group Research*, 37(2), 115-139.
- Nicol, J. S., & Reid, N. (2005). 全人的ケア. In J. Lugton & R. McIntyre (Eds.). 眞嶋朋子 監訳 (2008). *実践的緩和ケア 看護は何をすべきか*. 東京: エルゼビア・ジャパン.
- 日本ホスピス緩和ケア協会 (2010a). 緩和ケア病棟入院料の届出受理施設数・病床数 (都道府県別) Retrieved July 28, 2010 from http://www.hpcj.org/what/pcu_tdfk.html
- 日本ホスピス緩和ケア協会 (2010b). 看護師教育カリキュラム Retrieved July 29, 2010 from http://www.hpcj.org/med/ns_cur.html#f0102
- 日本看護協会 (2009). 資格認定制度とは 役割 Retrieved May, 15, 2009, from <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/index.html>
- 日本看護協会 (2010a). がん看護の専門看護師登録者一覧 Retrieved July 28, 2010, from http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/senmon/touroku/show_unit.cgi?mode=subcategory&subcategory=がん看護
- 日本看護協会 (2010b). 認定看護師登録者一覧 Retrieved July 28, 2010, from <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/touroku.html>
- 西脇智子, 日野原重明, 飯田澄美子, 中山久子, 菊田文夫 (1994). 終末期医療に対する医学生と看護学生の意識調査—第 1 報 延命治療とホスピスケアの選択における一考察. *保健医療社会学論集*, 5, 72-79.
- 野戸結花, 三上れつ, 小松万喜子 (2002). 終末期ケアにおける臨床看護師の看護観とケア行動に関する研究. *日本がん看護学会誌*, 13(1), 28-37.
- Ogasawara, C., Kume, Y., & Andou, M. (2003). Family satisfaction with perception of and barriers to terminal care in Japan, *Oncology Nursing Forum*, 30(5), E100-E105.
- 岡堂哲雄, 鈴木志津枝 (1999). *患者・家族の心理と看護ケア⑤ 危機的患者の心理と看護*. (pp. 127-130). 東京: 中央法規出版.
- Oncology Nursing Society and Association of Oncology Social Work. (2003). End-of-life care Retrieved September 30, 2009, from <http://www.ons.org/publications/positions/endoflifecare.shtml>
- 折笠秀樹 (1996). *臨床研究デザイン 医学研究における統計入門*. 東京: 真興交易医書出版部.
- Paice, J. A., Ferrell, B. R., Coyle, N., Coyne, P., & Callaway, M. (2007). Global efforts to improve palliative care: The international end-of-life nursing education consortium training programme. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 173-180.
- Roman, E. M., Sorribes, E., & Ezquerro, O. (2001). Nurses' attitudes to terminally ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 338-345.

- Rooda, L. A., Clements, R., & Jordan, M. L. (1999). Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 26(10), 1683-1687.
- Ross, M. M., McDonald, B., & McGuinness, J. (1996). The palliative care quiz for nursing (PCQN): The development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 126-137.
- 斉田菜穂子, 阿蘇品久美子, 波多野浩道, 河合千恵子, 金井和子 (1996). 新卒看護婦の臨床能力に関する検討—自己評価と他者評価の比較. *日本看護科学会誌*, 19(Supple.), 88.
- Sasahara, T., Miyashita, M., Kawa, M., & Kazuma, K. (2003). Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. *Palliative Medicine*, 17(6), 520-526.
- Sasahara, T., Miyashita, M., Kawa, M., & Kazuma, K. (2005). Factors associated with difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in hospitals in Japan. *Palliative and Supportive Care*, 3, 15-22.
- Schlairet, M. C. (2008). End-of-life nursing care: Statewide survey of nurses' education needs and effects of education. *Journal of Professional Nursing*, 25(3), 170-177.
- Sherman, D. W., Matzo, M. L., Pitorak, E., Ferrell, B. R., Malloy, P. (2005). Preparation and care at the time of death: Content of the ELNEC curriculum and teaching strategies. *Journal for Nurses in Staff Development*, 21(3), 93-100.
- 志田久美子 (2007). 看護基礎教育における「死の準備教育」についての検討 日本における過去 10 年間の文献研究. *新潟大学医学部保健学科紀要*, 8(3), 133-141.
- 下田美和, 佐藤昭枝, 黒田久美子 (2003). 院内集合教育「家族看護コース」受講経験の意義. *家族看護*, 5, 152-157.
- 下平和代, 上別府圭子, 杉下知子 (2007). ターミナル期の看護行動に影響を与える看護師の感情. *日本看護科学会誌*, 27(3), 57-65.
- Sir Michael Sobell House (2010). Sobell education and research Retrieved March 25, 2010, from http://www.sobellhospiceoxford.org/study_events.aspx?org=So_study
- Spencer, L. M., & Spencer, S. M. (1993). 梅津章順, 成田攻, 横山哲夫 訳. コンピテンシーマネジメントの展開 導入・構築・活用 (pp11-15). 東京: 生産性出版.
- Steginga, S. K., Dunn, J., Dewar, A. M., McCarthy, A., Yates, P., & Beadle, G. (2005). Impact of an intensive nursing education course on nurses' knowledge, confidence, attitudes, and perceived skills in the care of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32(2), 375-381.
- Stuart, M. (1991). An analysis of the concept of family. In A. Whall & J. Fawcett (Eds.), *Family theory development in nursing: State of the science and art*. Philadelphia: F. A. Davis.

- 鈴木和子, 渡辺裕子 (2005). *家族看護学—理論と実践 (第3版)*. 東京: 日本看護協会出版会.
- 鈴野和代 (1999). 看護教育における死の教育に関する研究 過去 10 年間の先行研究から. *神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録*, 24, 218-225.
- 竹之内沙弥香 (2008). 【終末期医療における倫理的ジレンマと解決案】 ELNEC (End-of-Life Nursing Education Consortium)を用いた看護倫理教育. *緩和ケア*, 18(4), 312-315.
- 竹之内沙弥香 (2009a). 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 End-of-Life Nursing Education Consortium Japan (ELNEC-J). *看護管理*, 19(9), 782-785.
- 竹之内沙弥香 (2009b). 【緩和ケアをともに学ぶ、教える伝えようとするスタッフのために】 わが国における緩和ケアの研修・プログラムを知る、学ぶ ELNEC-J 指導者養成プログラム 地域・施設における質の高いエンド・オブ・ライフ・ケアの達成を目指して. *緩和ケア*, 19(Supple.), 139-142.
- 竹内そのえ, 渡辺裕子 (2004). 特集 がん患者の家族ケア がん患者の家族ケアにあたり知っておくべき諸理論. *がん看護*, 9(4), 286-291.
- 丹下智香子 (1999). 青年期における死に対する態度尺度の構成および妥当性・信頼性の検討. *心理学研究*, 70(4), 327-332.
- 田内香織, 神里みどり (2009). 終末期がん患者のケアに携わる看護師のスピリチュアリティとスピリチュアルケアの因果関係に関する研究. *日本看護科学会誌*, 29(1), 25-31.
- Teno, J. M. (1999). Putting patient and family voice back into measuring quality of care for the dying. *The Hospice Journal*, 14(3-4), 167-176.
- Teno, J. M., Casey, V. A., Welch, L. C., & Edgman-Levitan, S. (2001). Patient-focused, family-centered end-of-life medical care: Views of the guidelines and bereaved family members. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(3), 738-751.
- Teno, J. M., Clarridge, B., Casey, V. A., Edgman-Levitan, S., & Fowler, J. (2001). Validation of toolkit after-death bereaved family member interview. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(3), 752-758.
- The education department St Christopher's Hospice (2010). Education, training and research Retrieved March 25, 2010, from <http://www.stchristophers.org.uk/page.cfm/Link=103/t=/m/goSection=7>
- The SUPPORT Principal Investigators. (1995). A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. *Journal of the American Medical Association*, 274(20), 1591-1598.

- The University of California San Francisco School of Nursing Symptom Management Faculty Group (1994). A model for symptom management. *Journal of Nursing Scholarship*, 26, 272-276.
- 辻川真弓 (2005). McGill Quality Life Questionnaire による緩和ケア評価に関する研究. *三重看護学誌*, 7, 109-122.
- 恒藤暁 (1992). 末期がんにおける症状コントロールの要点. *ターミナルケア*, 2(3), 178-184.
- 恒藤暁 (1999). *最新緩和医療学* (pp. 47-74). 大阪: 最新医学社.
- 恒藤暁, 内布敦子 (Eds.). (2007). *系統看護学講座 別巻10 緩和ケア*. 東京: 医学書院.
- Twycross, R. G. (1997). *Oral morphine in advanced cancer (3rd ed.)*. Beaconsfield Bucks, United Kingdom: Beaconsfield Publishers.
- 上野栄一(2005). 看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度の開発. *日本看護科学会誌*, 25(2), 47-55.
- 上山さゆみ, 四辻貴美, 西道ひとみ, 中橋苗代, 伊藤朗子, 吉岡さおり 他 (2010). 家族が予後告知を拒否する終末期がん患者の苦悩に対する看護診断と看護介入. *看護診断*, 15(1), 13-22.
- Yabroff, K. R., Mandelblatto, J. S., & Ingham, J. (2004). The quality of medical care at the end-of-life in the USA: Existing barriers and examples of process and outcome measures. *Palliative Medicine*, 18, 202-216.
- 山本嘉一郎, 小野寺孝義 (2002). *Amos による共分散構造分析と解析事例 (第2版)* (pp.16-18). 京都: ナカニシヤ出版.
- 山崎裕二 (2002). 看護・医療系短大等における「死の教育学」の実践(1)―「死に関する看護医療系学生の意識調査」の授業への導入. *日本赤十字武蔵野短期大学紀要*, 15, 89-96.
- Yin, O. S., Xia, Z., Yi, X., & Chia, D. T. C. (2007). Nurses' perceptions towards caring for dying patients in oncology ward and general surgical ward. *Singapore Nursing Journal*, 34(3), 16-21.
- 與古田孝夫, 赤嶺依子, 具志堅美智子, 安里龍 (2001). 緩和ケア病棟に勤務する看護師の看護不安に関連する要因についての検討. *医学と生物学*, 143(5), 151-156.
- 吉岡さおり, 池内香織, 山田苗代, 小笠原知枝 (2006). 看護師の末期がん患者に対する看取りケアとそれに関与する要因. *大阪大学看護学雑誌*, 12(1), 1-10.
- 吉岡さおり, 小笠原知枝, 中橋苗代, 伊藤朗子, 池内香織, 河内文 (2009). 終末期がん患者の家族支援に焦点をあてた看取りケア尺度の開発. *日本看護科学会誌*, 29(2), 11-20.
- 渡辺裕子 (2004). 家族像の形成 渡辺式家族アセスメントモデルを通して. *家族看護*, 2(2), 6-20.

- Watson, J. (1988). 稲岡文昭・稲岡光子 訳 (1992). *ワトソン看護論 人間科学とヒューマンケア* (pp. 41-48, 75-105). 東京: 医学書院.
- Watson, J., Hockley, J., & Dewar, J. (2006). Barriers to implementing an integrated care pathway for the last days of life in nursing homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(5), 234-240.
- White, K. R., Coyne, P. J., & Patel, U. B. (2001). Are nurses adequately prepared for end-of-life care?. *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (Second Quarter), 147-151.
- Wilkinson, S. (1991). Factors which influence how nurses communicate with cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 677-688.
- Wojner, A. W. (2001). 井部俊子 監訳 (2003). *アウトカム・マネジメント 科学的ヘルスケア改善システムの臨床実践への応用* (pp. 18-22). 東京: 看護協会出版会.
- Wong, P. T., Rwerker, G. T., & Gesser, G. (1993). Death attitude profile-revised. In Neimeyer, R. A. (Ed.). *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp90-100). London: Taylor & Francis.
- Woody, S. R., & Adessky, R. S. (2002). Therapeutic alliance, group cohesion, and homework compliance during cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behavior Therapy*, 33(1), 5-27.
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programme: Policies and managerial guidelines (2nd ed.)*. Geneva, Switzerland: Author.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (1984). *Nurses and families: A guide to family assessment and Intervention (1st ed.)*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1996). *Beliefs: The heart of healing in families and illness*. New York: Basic books.

■ 資料

1. 研究 2: 看取りケア実践の関連要因調査用質問紙
2. 研究 3: 看取りケア実践教育プログラム実施要領
3. 研究 3: 看取りケア実践教育プログラム実施前 評価指標質問紙
4. 研究 3: 看取りケア実践教育プログラム終了直後 評価指標質問紙 (表紙のみ)
5. 研究 3: 看取りケア実践教育プログラム終了後 2 ヶ月 評価指標質問紙 (表紙のみ)
6. 研究 3: 看取りケア実践教育プログラムの有用性評価用質問紙

資料 1. 研究 2: 質問紙調査質問紙

終末期がん看護に関するアンケート調査

このたびは調査にご協力頂き、誠にありがとうございます。

この調査用紙は、がん看護における、終末期ケア・家族ケアの実施状況、ケアに対するあなたの考え方、終末期看護に関する知識に対するあなたの認識などについてお尋ねするものです。

I～Ⅷから構成されておりますので、各質問に対し、該当する番号に○印を付けるか、カッコ内に回答をご記入下さい。回答に要する時間は約 20 分です。

この調査の結果をもとに、看護師の皆様を対象とした教育プログラムを開発、展開することにより、患者様やご家族の皆様に対するケアの質向上に貢献できるものと考えております。そのためには、様々な状況の情報を包括的に把握する必要があるため、質問項目が多岐にわたっております。ご多忙中大変恐縮ですが、調査の趣旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

【調査についてのお問い合わせ先】

広島大学大学院保健学研究科 博士課程後期 吉岡さおり

〔勤務先〕 広島国際大学看護学部 〒737-0112 広島県呉市広古新開 5-1-1

E-mail: s-yoshio@ns.hirokoku-u.ac.jp 電話: 082(373)8386

〔指導教員〕 広島大学大学院保健学研究科 教授 森山美知子

〒734-8551 広島県広島市南区霞 1-2-3

E-mail: morimichi@hiroshima-u.ac.jp 電話: 082(257)5365

II

あなたは終末期のがん患者とその家族に対して、以下の記述のような援助を普段どの程度行っていますか。

各記述について、「1. 全く実施できていない」～「5. 大変よく実施できている」のうち、最もよく当てはまる番号に○印を付けてください。

終末期とは余命が6ヶ月以内と考えられる患者を想定してください。

実施できていない
全く実施できていない
あまり実施できていない
どちらともいえない
実施できていない
まずまず実施できている
実施できている
よく実施できている

	1	2	3	4	5
1. 必要に応じて、死が近づいた時の積極的治療、蘇生、看取りの場所について患者と家族で話し合うよう促す	1	2	3	4	5
2. 治療や薬物の使用目的、副作用についての情報を患者と家族に十分に提供する	1	2	3	4	5
3. 状態の悪化に伴う患者の身体的、心理的变化について家族に説明する	1	2	3	4	5
4. 直接家族に伝えられない患者の思いを家族に伝える	1	2	3	4	5
5. 患者や家族の希望(外出、外泊など)が取り入れられるよう調整する	1	2	3	4	5
6. 家族が医師と話し合えるよう調整する	1	2	3	4	5
7. 患者と家族が最期の時を過ごすための場所と時間を確保する	1	2	3	4	5
8. 患者の呼吸困難をアセスメントし、緩和するための介入をする	1	2	3	4	5
9. 患者にアロマセラピーやマッサージなどリラクゼーションのためのケアを提供する	1	2	3	4	5
10. 苦痛の緩和に対処するため、患者の状態の変化に迅速に対応する	1	2	3	4	5
11. 患者の悪心/嘔吐をアセスメントし、緩和するための介入をする	1	2	3	4	5
12. 患者の安楽が確保されているかどうかアセスメントし、患者に確認する	1	2	3	4	5
13. 家族の発達段階、個々の家族員の役割、関係性を知るための十分なアセスメントを行う	1	2	3	4	5
14. 患者が自然と触れ合う機会や、音楽や絵画などの芸術に触れる機会を提供する	1	2	3	4	5
15. 臨終の時は家族中心に静かに迎えられるよう配慮する	1	2	3	4	5
16. 患者と家族が医師からの説明が理解できているか確認し、必要であれば補足する	1	2	3	4	5
17. 希望があれば、在宅療養への移行のための準備ができるよう援助する	1	2	3	4	5
18. 患者と家族間のコミュニケーションを促進する	1	2	3	4	5
19. ライフレビュー(回想)や家族の思い出作りを行うなど、家族全体の悲嘆のプロセスを促す	1	2	3	4	5
20. 疼痛コントロールのための鎮痛剤や麻薬の使用などについて、医師に働きかける	1	2	3	4	5
21. 家族が患者のそばにいることの意義を家族に伝える	1	2	3	4	5
22. 状況に応じて死について患者や家族と話し合う	1	2	3	4	5

Ⅲ

死にゆくがん患者へのかかわりの場面において、あなた自身の考えに最もよく当てはまる番号に○印を付けて下さい。

「死にゆく患者」とは、終末期状態であり余命が6ヶ月以内と考えられる患者を想定してください。

	全くそうは思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	非常にそう思う
1. 死にゆく患者をケアすることは、私にとって価値のあることである	1	2	3	4	5
2. 死は人間にとっておこりうる最も悪いことではない	1	2	3	4	5
3. 死にゆく患者と差し迫った死について話をするを気まずく感じる	1	2	3	4	5
4. 家族に対するケアは、死別や悲嘆の時期を通して継続されるべきである	1	2	3	4	5
5. 私は死にゆく患者のケアをしたいとは思わない	1	2	3	4	5
6. ケア提供者は死にゆく患者と死について話す存在であるべきではない	1	2	3	4	5
7. 私は死にゆく患者へのケアに時間をかけることはあまり好きではない	1	2	3	4	5
8. 私がケアをしている死にゆく患者が、きっと良くなるという希望を失ったら私は動揺するだろう	1	2	3	4	5
9. 死にゆく患者と親密な関係を築くことは難しい	1	2	3	4	5
10. 死にゆく患者が、死を迎え入れる時がある	1	2	3	4	5
11. 患者から「私は死ぬの?」と聞かれた場合、私は話題を何か明るいものに変えるのが最も良いと思う	1	2	3	4	5
12. 死にゆく患者の身体的ケアには家族にも関わってもらうべきだ	1	2	3	4	5
13. 私がケアをしてきた患者は、自分の不在の時に亡くなって欲しい	1	2	3	4	5
14. 私は死にゆく患者と親しくなることが怖い	1	2	3	4	5
15. 私は人が実際に亡くなった時、逃げ出したい気持ちになる	1	2	3	4	5
16. 死にゆく患者の行動の変化を受け入れることができるよう、家族は心理的なサポートを必要としている	1	2	3	4	5
17. 患者の死が近づくとつれて、ケア提供者は患者とのかかわりを少なくするべきである	1	2	3	4	5
18. 家族は死にゆく患者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである	1	2	3	4	5
19. 死にゆく患者の身体的ケアに関する患者自身の要求は、認めるべきではない	1	2	3	4	5
20. 家族は、死にゆく患者ができる限り普段どおりの環境で過ごせるようにするべきだ	1	2	3	4	5
21. 死にゆく患者が自分の気持ちを言葉に表すことは、その患者にとって良いことである	1	2	3	4	5
22. 死にゆく患者のケアにおいては、家族もケアの対象にすべきである	1	2	3	4	5
23. ケア提供者は死にゆく患者に融通の利く面会時間を許可するべきである	1	2	3	4	5
24. 死にゆく患者とその家族は意思決定者としての役割を担うべきである	1	2	3	4	5
25. 死にゆく患者の場合、鎮痛剤への依存を問題にする必要はない	1	2	3	4	5
26. 終末期の患者の部屋に入って、その患者が泣いているのを見つけたら、私は気まずく感じる	1	2	3	4	5
27. 死にゆく患者が自分の状態を尋ねた場合、正直な返答がなされるべきである	1	2	3	4	5
28. 家族に死にゆくことについて教育をすることは、ケア提供者の責任ではない	1	2	3	4	5
29. 死にゆく患者の近くにいる家族のために、しばしば専門職としての仕事が妨げられると思う	1	2	3	4	5
30. ケア提供者は、患者の死への準備を助けることができる	1	2	3	4	5

IV

終末期の患者に限らず、患者やその家族との普段のあなたのかかわり方について、あなたはどのように認識していますか。あなた自身の考えに最もよく当てはまる番号に○印を付けて下さい。

	当てはまらない	あまり当てはまらない	どちらともいえない	やや当てはまる	当てはまる
1. 相手の話を聴いた後に要約をする	1	2	3	4	5
2. 話の途中でつまる	1	2	3	4	5
3. 相手の立場に立った話し方を心がけている	1	2	3	4	5
4. 対人距離に留意する	1	2	3	4	5
5. 話す時は私が主導権を握ります	1	2	3	4	5
6. 私は初対面の人とうまく話す	1	2	3	4	5
7. 視線に留意する	1	2	3	4	5
8. 相手の話をよく聴く	1	2	3	4	5
9. 言葉がスムーズに出てこない	1	2	3	4	5
10. 相手の情報を確認する	1	2	3	4	5
11. 相手の話を聴き問題点を見つける	1	2	3	4	5
12. 話が脱線する	1	2	3	4	5
13. 沈黙を効果的に用いる	1	2	3	4	5
14. 感情をコントロールする	1	2	3	4	5
15. 相手の話を聴く時は、時間を考慮する	1	2	3	4	5
16. 相手の話を聴きながら問題となる中心を聞く	1	2	3	4	5
17. 自分を主張する	1	2	3	4	5
18. ジェスチャーをまじえて話す	1	2	3	4	5
19. 自分の言ったことを相手に確認する	1	2	3	4	5

V

下記にあなた看護の仕事についての意見や行動の記述があります。あなた自身の考えに最もよく当てはまる番号に○印を付けて下さい。

	全くそう思わない	あまりそう思わない	どちらともいえない	少しはそう思う	かなりそう思う
1. 私は看護モデルを用いて看護方法を決定することができる	1	2	3	4	5
2. 私は看護研究の結果など最新の情報を活用し看護を決定できる	1	2	3	4	5
3. 私は将来起こるであろう問題に向けて看護方法を選択できる	1	2	3	4	5
4. 私は患者の変化(結果)を予想して看護を選択することができる	1	2	3	4	5
5. 私は十分な情報がなくても現在の状況から適切な看護を推測できる	1	2	3	4	5
6. 私は立案した看護計画はいつもスタッフの承認が得られる	1	2	3	4	5
7. 私は患者の症状や検査結果を統合して適切な看護方法を選択できる	1	2	3	4	5

VI

あなたの今の気持ちや考えについてお聞きします。
以下の項目について最も当てはまる番号に
○印を付けて下さい。

	当てはまらない	ほとんど当てはまらない	やや当てはまらない	どちらともいえない	やや当てはまる	かなり当てはまる	当てはまる
1. 死ぬことがこわい	1	2	3	4	5	6	7
2. 死について考えることを避けている	1	2	3	4	5	6	7
3. 私は死についての考えが思い浮かんでくるといつもそれをはねのけようとする	1	2	3	4	5	6	7
4. 私は死を非常に恐れている	1	2	3	4	5	6	7
5. 死は恐ろしいのであまり考えないようにしている	1	2	3	4	5	6	7
6. 自分が死ぬことを考えると不安になる	1	2	3	4	5	6	7
7. どんなことをしても死を考えることを避けたい	1	2	3	4	5	6	7
8. 死は恐ろしいものだと思う	1	2	3	4	5	6	7
9. 私は、死とはこの世の苦しみから解放されることだと思っている	1	2	3	4	5	6	7
10. 自分の死について考えることがよくある	1	2	3	4	5	6	7
11. 「死とはなんだろう」とよく考える	1	2	3	4	5	6	7
12. 死は痛みと苦しみからの解放である	1	2	3	4	5	6	7
13. 死は魂の解放をもたらしてくれる	1	2	3	4	5	6	7
14. 身近な人の死をよく考える	1	2	3	4	5	6	7
15. 私は死をこの人生の重荷からの解放と思っている	1	2	3	4	5	6	7
16. 家族や友人と死についてよく話す	1	2	3	4	5	6	7

VII

あなたが所属する医療チームについて、あなたは
どのように認識していますか。あなた自身の考えに
最もよく当てはまる番号に○印を付けて下さい。

	当てはまらない	あまり当てはまらない	どちらともいえない	やや当てはまる	当てはまる
1. 患者や家族の希望や思いに基づいたカンファレンスが行われている	1	2	3	4	5
2. 患者や家族の人生観にまで及ぶ内容のカンファレンスが行われている	1	2	3	4	5
3. 緩和ケアチームとのカンファレンスを基にケア計画し、実践されている	1	2	3	4	5
4. 他職種との連携がよく図れている	1	2	3	4	5
5. 終末期の患者や家族をケアするに当たり、看護師自身の感情を表出する場がある	1	2	3	4	5
6. 患者の死後、振り返りのカンファレンスなどを実施し、チームでケアを振り返っている	1	2	3	4	5
7. リーダー的存在の看護師の看護方針がチーム全体に影響を与えている	1	2	3	4	5
8. 治療方針やケア方針が医師と看護チームで一致している	1	2	3	4	5
9. 医師の方針に疑問を感じた場合、医師と議論することができる	1	2	3	4	5
10. 患者の主治医は、緩和ケアや看取りに関心が高い	1	2	3	4	5

VIII

終末期看護や家族看護に関するあなたの知識について、あなたはどのように認識していますか。あなた自身の考えに最もよく当てはまる番号に○印を付けて下さい。

	理解していない	あまり理解していない	どちらともいえない	少し理解している	理解している
1. がん性疼痛の特徴とメカニズムについて理解している	1	2	3	4	5
2. 痛みのアセスメント方法について理解している	1	2	3	4	5
3. WHOの3段階徐痛ラダーについて理解している	1	2	3	4	5
4. 代表的なオピオイドの使用方法、副作用について理解している	1	2	3	4	5
5. 疼痛以外の終末期のがん患者の症状について理解している	1	2	3	4	5
6. 疼痛以外の症状のアセスメント方法について理解している	1	2	3	4	5
7. 疼痛以外の症状緩和のための薬物療法について理解している	1	2	3	4	5
8. 症状緩和において、薬物療法以外の看護技術や代替療法について理解している	1	2	3	4	5
9. 鎮静（セデーション）の意義と目的、方法について理解している	1	2	3	4	5
10. 家族を一つのケア単位として捉える家族の捉え方について理解している	1	2	3	4	5
11. 家族アセスメントの枠組みについて理解している	1	2	3	4	5
12. 家族のライフサイクルについて理解している	1	2	3	4	5
13. 家族機能の評価方法について理解している	1	2	3	4	5
14. 終末期のがん患者が利用できる社会資源を把握している	1	2	3	4	5
15. 終末期のがん患者が在宅療養へ移行するために必要な手続きについて把握している	1	2	3	4	5
16. トータルペインについて理解している	1	2	3	4	5
17. 死にゆく患者がたどる心理過程について理解している	1	2	3	4	5
18. 悲嘆のプロセスについて理解している	1	2	3	4	5
19. ストレス・コーピングについて理解している	1	2	3	4	5
20. 危機理論について理解している	1	2	3	4	5
21. 家族看護に関する理論について理解している	1	2	3	4	5

貴重な時間をいただき、多くの質問にお答えいただきまして、誠にありがとうございました。最後に、終末期看護に関する以下の項目のうち、機会があれば学習してみたいと思う項目3つに○印を付けて下さい。

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. がんに関する基礎知識・患者の特徴 | 2. 緩和ケアにおける倫理的問題 |
| 3. 患者・家族とのコミュニケーション | 4. チームアプローチについて |
| 5. ホスピス・緩和ケアの看護師の役割 | 6. 看護師の心理的ケア |
| 7. 疼痛マネジメント | 8. その他の症状マネジメント |
| 9. 日常生活の援助方法 | 10. 最期の数日間のケア |
| 11. 心理的ケア | 12. 社会的ケア |
| 13. スピリチュアルケア | 14. 家族ケア |
| 15. 在宅ケア | 16. 行政と法的問題 |

◇◆本調査に関してご意見やご感想がありましたらご記入ください◆◇

資料 2. 研究 3: 看取りケア実践教育プログラム実施要領

一般病棟ナースのための
看取りケア実践教育プログラム
実施要領

広島大学大学院保健学研究科保健学専攻

吉岡 さおり

1. 看取りケアとは

本プログラムでは看取りケアを、「患者を含む家族を1つのケアユニットと捉え、家族の看取りを支援するために看護師が終末期のがん患者と家族に行うケア行動」と定義している。看取りケアの提供の場は一般病棟であり、提供者は専門看護師や認定看護師などの資格を持たないジェネラリストとしている。

2. 看取りケア実践教育プログラムの概要と特徴

看取りケア実践教育プログラムは一般病棟の看護師を対象とした教育プログラムである。プログラムの内容は、研究に基づき、一般病棟の看護師に教育すべき必須要素から構成されている。また、個々の看護師による個別の参加ではなく、同じ病棟、つまり、同じ看護チームメンバーでグループを組み、学習に取り組む展開方法としている。プログラムの特徴をまとめると以下の4点となる。

① 一般病棟の看護師が看取りケアを実践するために必要な必須要素からプログラムが構成されており、ケアの質の向上が緊急の課題となっている一般病棟の看護師を対象に、科学的根拠に基づくプログラムとなっている点。

② 同じ病棟のメンバーでグループ編成をしており、看護チームを基盤とした展開方法をとっている点。

このことにより参加者は、プログラムのために新たな人間関係を形成する必要がなく、導入がスムーズとなる。また、チームの現状を踏まえたディスカッションが可能となり、教育成果が患者や家族に速やかに還元されることが期待できる。さらに、参加者がチーム内で看取りケアの推進力となり、チーム全体の成長が期待できる。

③ 講義形式のみではなく、グループディスカッション、グループワーク、事例発表会、講師への相談時間の設定などを取り入れ、実践的なプログラムとなるよう工夫している点。

④ プログラムの教材として、一般病棟での使用を目指した家族アセスメントシートを新たに作成し、シートの活用方法を説明することで理論的背景を押さえ、グループワークや事例発表会を通して、プログラム中にも患者や家族への介入が進む構成としている点。

以上の4点により、短い時間で教育効果を上げやすく、プログラム終了後も継続学習が期待できる方策としたことが本プログラムの特徴であり、チーム単位での取り組みが活かされる内容となっている。

3. 看取りケア実践教育プログラムの教育目標

看取りケア実践教育プログラムの教育目標として以下の 5 点を挙げた。チームメンバー同士で課題や問題点を検討し、学びを共有させることによって看取りケアに対する考え方や自信の変化が期待され、最終目標として看取りケア実践能力の向上を目指す。

- ① 日々の看取りケア実践における問題点と課題を明確にし、グループメンバーで共有することができる。
- ② 家族看護の基礎知識、家族アセスメントの視点 (家族アセスメントシートの使用方法)、代表的な理論やモデルについて理解できる。
- ③ 症状マネジメントの基本が理解できる。
- ④ 実際の事例の展開により家族アセスメントを行い、獲得した知識を活用し学びを共有することができる。
- ⑤ 講師に質問や相談をすることによって、問題の解決、実践への応用についてグループメンバーで検討することができる。

4. 看取りケア実践教育プログラムの実施準備

1) 講師

プログラムの講師は以下の 2 名とする。プログラムの後半は、症状マネジメントに関する内容であるため、がん看護専門看護師などのエキスパートナースに講義を依頼する。施設に所属するエキスパートナースとの協働の実施が望ましい。

- ・吉岡 さおり
- ・がん看護のエキスパートナース (がん看護専門看護師または緩和ケア認定看護師)

2) 対象者数

施設の看護管理者と相談し、終末期がん看護が実践される一般病棟を選定する。若手看護師、中堅看護師、ベテラン看護師が均等になるよう病棟から対象者を選出し、1 グループが 4～6 名となるようにグループ編成する。全対象者数は、20 名前後が望ましいため、4～5 つの病棟の選定を依頼する。

3) 実施場所とセッティング

参加者全員を収容できる会議室等で実施する。スクール形式ではなく、グループワーク形式で机を配置する。

4) 必要物品

- ・ノートパソコン 1 台
- ・プロジェクターおよびスクリーン一式
- ・ポインター
- ・マイク一式

5) 教材

テキスト等は使用しない。全て講師が準備する配布資料で学習する。プログラム参加者には、初めにファイルを1冊ずつ渡し、プログラム各回で配布した資料を綴じていくことにより、プログラム終了後にテキストとなる。

5. 看取りケア実践教育プログラムの流れ

プログラムは5回構成である。プログラムの概略は表2の通りである。プログラムでは、一般病棟の看護師の看取りケアの実践において教育すべき必須要素である、① 家族アセスメントの基礎知識、② 症状コントロールの基礎知識、③ 看取りケアに関する理論やモデルの基礎知識と実践への応用を教育内容とし、プログラムの各回に系統的に配置した。

表2 看取りケア実践教育プログラムの概略

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

具体的には、家族アセスメントの基礎知識については、システムとしての家族の捉え方、終末期のがん患者を抱える家族のニード、家族をケアする意義についての説明も含め、家族アセスメントシートの活用方法を中心とした講義、事例展開、事例発表会を実施し、プログラムの第1回目から3回目まで段階的に学習できる配置とした。

症状コントロールの基礎知識については、第4回目に疼痛マネージメントの基礎知識、第5回目に疼痛以外の代表的な症状である倦怠感、呼吸困難、せん妄の基礎知識、看護独自の

介入、代替療法の実際を配置した。

全5回のプログラムを通して、理論やモデルと関連付けながら学習が進む内容とした。

各回の間隔は1~2週間とし、全体で約2ヶ月のプログラムとする。但し、プログラムの第3回目は事例発表会であるため、準備期間として2回目と3回目の間隔は必ず2週間空けるようにする。

図1は、プログラムの概略を図式化したものである。

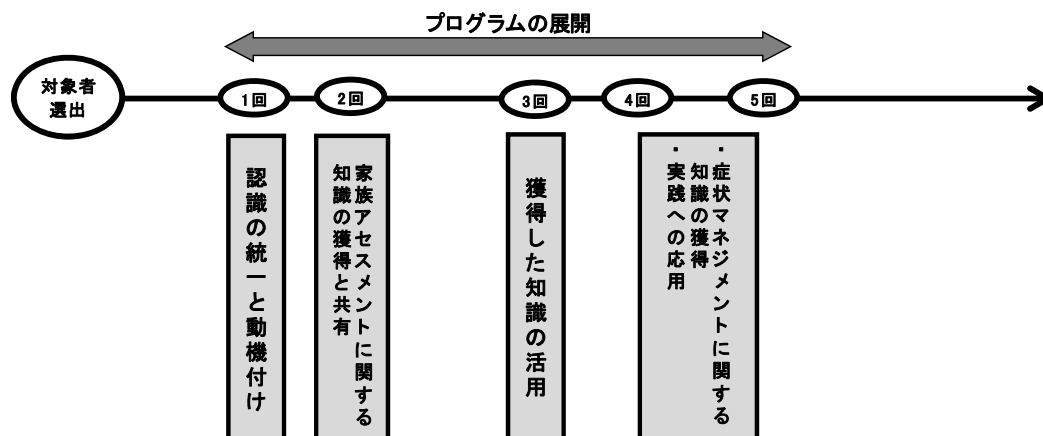


図1 プログラムの概略と流れ

■ 第1回目 (120分)

導入として、プログラムの目的や方法などの概要説明と講師の自己紹介などを行う。講義内容としてまず、看取りケアの考え方や定義を説明した後、先行研究に基づく終末期看護実践の現状や課題について紹介し、問題提起する。次に、家族をケアすることの意義、終末期の患者を抱える家族のニーズについて説明する。さらに、家族看護の基礎知識として家族システム看護理論に基づく家族の捉え方について説明し、看取りケアと家族に関する理解を共通のものとする。ディスカッションの内容は、各病棟(看護チーム)の看取りケア実践における問題点と課題、家族に対するケアの現状と課題とし、講義の内容を踏まえ、チームの問題の明確化とグループ内での共有を目的とする。

■ 第2回目 (120分)

家族アセスメント方法を中心とする。実際アセスメントに用いるツールに関しては、新たに作成した家族アセスメントシートを用いる。従って、第2回目は、家族アセスメントシートを活用するために必要な知識についての講義とする。具体的には、家族の捉え方について再度復習し、家族システムにおける円環的關係性、家族の発達段階を中心に講義を行う。アセスメントシートの活用方法については、2つの模擬事例を提示しながら説明する。2事例目はグループワークで参加者が展開する。グループディスカッションでは、家族アセスメントシートの病棟での活用の可能性などについて話し合い、家族アセスメントに関する新たな知識の獲得と、チームでの共有とする。また、病棟(看護チーム)ごとの実際の終末期がん患者の家族アセスメントを次回までの課題とする。

■ 第3回 (150分)

課題としていた家族アセスメント、アセスメントの結果考えられた家族のニーズ、必要な(行った)ケアについて発表会を実施する。質疑応答や発表内容についてディスカッションすることによって学びを深める。発表形式はパワーポイントを用いた発表とし、参加者全員分の配布資料の準備も依頼しておく。

■ 第4回・第5回 (各180分)

後半2回はエキスパートナースを講師とし、症状コントロールに関する知識の提供とする。症状マネジメントモデルの紹介に加え、疼痛マネジメントでは、疼痛の理解、アセスメント方法、鎮痛剤の使用における基本的知識が含まれた内容となる様、打ち合わせする。症状コントロール全般に関する知識では、倦怠感、呼吸困難、せん妄など終末期がん患者に多くみられる身体症状と看護師で行える介入方法が含まれた内容とする。ディスカッションでは、病棟における症状マネジメントの現状と問題点について話し合い、その対策については、エキスパートに対する質問や相談できる時間を設け、実践への活用を促す。

第5回目の最後にプログラムのまとめを行い、プログラムを通した学びや感想、今後の実践への展望について話し合い、終了とする。

6. 看取りケア実践教育プログラム各回の展開の過程

プログラムの各回の具体的な展開過程について回ごとに経時的に示す。

1) 看取りケア実践教育プログラム 第1回

【目的】

看取りケアに関する認識が統一され、学習への動機づけができる(強化される)。

【目標】

- ① 一般病棟における看取りケアの現状と課題を理解できる。
- ② 看取りケアの概念を理解できる。
- ③ 家族のニーズ、家族をケアすることの意義について理解できる。
- ④ 家族システム看護における家族の捉え方が理解できる。
- ⑤ 所属チームの看取りケアの現状について話し合い、問題点を明らかにすることができる。

【配布資料】

- ① パワーポイントの資料 (1ページ当たりのスライド数2枚)
- ② 看取りケアの概要 (A4・1枚)
- ③ 看取りケアに関連する理論が説明された下記の文献
 - ・竹内そのえ, 渡辺裕子 (2004). 特集 がん患者の家族ケア がん患者の家族ケアにあたり知っておくべき諸理論. がん看護, 9(4), 286-291.

展開	時間	目標と教育内容	教育方法	留意点
導入	10分	1. 講師の自己紹介 2. プログラムの進め方の説明 3. プログラムの目標の説明 4. 本時の内容の確認	・配布資料の確認 【説明】 パワーポイントに沿って左記の内容を説明する。 プログラムの目標も示し、参加者と共有する。 【発問】 「プログラムについて分からないところはありませんか？」	・「教える」という姿勢よりも、「一緒に学ぶ」というスタンスで。
展開	40分	<p>【講義前半】 動機づけと導入。</p> <p><目標> ①一般病棟における看取りケアの現状と課題を理解できる。</p> <p>1. 一般病棟における終末期看護の重要性と先行研究に基づく一般病棟におけるケア実践の課題</p> <p><目標> ②看取りケアの概念を理解できる。</p> <p>2. 看取りケアの定義 1) 定義の説明 2) 5 因子の説明</p> <p><目標> ③家族システム看護における家族の捉え方が理解できる。</p> <p>3. 終末期の患者の家族をケアする意義</p> <p>4. 終末期の患者を抱える家族のニーズ</p>	<p>パワーポイントを配布資料とする。パワーポイントに沿って説明する。</p> <p>【説明】 ・90%以上の終末期がん患者が一般病棟で死亡している現状や緩和ケア病棟・ホスピスの病床数の少なさについて説明し、一般病棟が担う役割の大きさを強調する。 ・先行研究を示し、家族への介入や心理社会的ケアが一般病棟で課題となっていることを示すとともに、職場環境も重要であることを示す。ケア実践の基盤となるチームの重要性も強調する。 【発問】 「皆さんの病棟ではいかがでしょうか？」 ケアの実践に課題を抱えているのは、参加者だけではないことを強調する。</p> <p>【資料を基に説明】 「配布したA4の資料を見て下さい」 資料②を参照しながら説明。 看取りケアの定義において、臨終前後のケアのみを指すのではないことを説明する。</p> <p>【説明】 「具体的な内容に入る前になぜ家族をケアする必要があるのかというところから説明していきます」 以下の3点について説明する。 1) 家族はシステムである 2) 患者の喪失に伴い、危機的状況に陥りやすい 3) 喪失後の家族の成長・発達に関与している</p> <p>【説明】 以下の3点をスライドにまとめて説明する。 1) 精神的・身体的影響、家庭生活上の影響、社会的な影響（鈴木、渡辺, 2005） 2) 鈴木（1999）の10の家族のニーズ 3) 介護に影響する否定的感情（渡辺, 2005）</p>	<p>資料①</p> <p>・看護師個人の問題ばかりでなく、組織上の問題もあることを説明。</p> <p>・ここまでの参加者の反応を窺うために発問してみる。</p> <p>資料②</p> <p>・システムとしての家族における「相互作用」と「円環的関係性」については核となる内容なので、この段階印象付ける。</p> <p>・臨床で遭遇する家族の状況と照らし合わせ、ケアの意義の理解の強化をねらう。</p>

35分	<p>5. 家族システム看護における介入の原則の紹介 (森山, 2001)</p>	<p>【説明】 森山 (2001)が示す終末期患者を抱える家族に対する 15 の介入の原則を説明。 【発問】 「このような介入が実際には難しいと感じた方はいらっしゃいますか？」 【応答】 応答として挙手を促し、以下を説明する。 「難しく感じるかも知れませんが、それは家族を知る術を知らないことが原因かも知れません。このプログラムでは、そこを重点的に学習していきます」</p>	<p>・(挙手が多いことが想定される)</p>
	<p><目標> ④家族システム看護における家族の捉え方が理解できる。</p>		
	<p>6. 家族志向のケアとは</p> <p>7. 家族看護に関する諸理論</p>	<p>【説明】 「家族への介入を難しくしない考え方として、家族志向のケアという考え方を紹介します」 3つの前提として以下を説明。 1) 家族をケアの対象と捉える 2) 円環的關係性に着目する 3) 家族の発達段階・ライフイベントに着目する</p> <p>【説明】 「家族志向の3つの前提を理解するために少しだけ理論について説明しておく必要があります」 以下の3つの理論を説明。 1) 家族システム看護理論 2) 家族ストレス対処理論 3) 家族発達理論 【資料を基に説明】 「資料③を出してください。今説明した理論についてもう少し詳しく、分かりやすく説明してある文献です。是非、時間のあるときに読んでみて下さい」 【発問】 ここまでで何か質問はありませんか？</p>	<p>・家族看護は難しいという先入観があるため、「家族志向」という考え方を紹介する。</p> <p>・理論＝難しいとならないよう、家族をケアする意義と結びつけて説明する。</p> <p>資料③ ・資料③は紹介とし、プログラム終了後の継続学習に役立ててもらおう。 ・終了後にも質問を受け付けることを説明しておく。</p>
	<p><目標> ④家族システム看護における家族の捉え方が理解できる。</p>		
<p>【講義後半】</p> <p>1. 家族の定義</p> <p>2. 家族システム理論における家族の捉え方</p>	<p>【説明】 家族とは、血縁・姻戚関係、同居の有無にこだわらず、感情的な絆で結びつきあう意識のある人々のことを指すことを説明。 また、家族の特性として、以下の3つも説明する。 1) ケア機能を持つ 2) 発達する 3) 家族員同士が相互作用している</p> <p>【説明】 ・システムについて、人体を例に挙げて説明する。 例：細胞→組織→器官→系→人体のように、私→家族システム→地域社会→国家 ・システムを理解するに当たって、上記の「階層性」と「円環的關係性」について説明する。 円環的關係性については、「売り言葉に買い言</p>	<p>・図を用いながら視覚的に理解できるように説明する。</p>	

		3. 円環的コミュニケーションの理解～入門編	<p>葉」を例に挙げ、どちらが悪いというよりもそのように諍いを起こしている現象に着目することの重要性を説明する。</p> <p>【アニメーションで説明】 円環的な様子が視覚的に理解できるようアニメーションを用いて説明する。 まずは、適応的な円環パターン、次に、終末期患者と家族以外の事例での悪循環パターンについて説明する。また、そのパターンを看護師がどうにかするというのではなく、そのようなパターンが起こっていることに気付かせることが重要であり、介入となることを強調する。</p>	<p>・アニメーションを用いながら円環的な様子が視覚的に理解できるようにする。 ・円環的関係性については、次回も説明するので、今回理解できなくても不安に思わないよう説明する。</p>
15分		<p><目標> ⑤所属チームの看取りケアの現状について話し合い、問題点を明らかにすることができる。</p> <p>【グループディスカッション】</p>	<p>【グループディスカッション】 ディスカッション内容 1) 日々の看取りケアにおける問題点と課題 2) 家族に対するケアの現状と課題 【進行方法】 ・グループごとにディスカッションを行う。 ・進行方法については普段の病棟でのカンファレンス形式で話し合ってもらうことを説明する。 ・記録用紙を配布し、話し合ったことを記録してもらい、回収する。</p>	<p>・既に人間関係が出来上がっているグループなので、講師は入り込まず、自由にディスカッションしてもらおう。</p>
10分		【発表】	<p>【発表】 グループ毎に上記の内容を2分程度で発表する。講師の近くのグループから順にマイクを回す。 【助言】 ・現状と課題については、講義内容に関連付けながらコメントしていく。</p>	<p>・「できない」ことがあまりにも強調されないように配慮する。</p>
まとめ	10分	<p>1. 本時のまとめ 2. 学習内容の確認 3. 次回の内容の予告 4. 質問など</p>	<p>【説明】 本時のまとめとして、左記の内容についてパワーポイントを用いて押さえる。 ※参加者は本時の感想文を提出</p>	<p>・質問を受けやすいように、少し会場に残しておく。</p>

2) 看取りケア実践教育プログラム 第2回

【目的】

家族アセスメントに関する知識の獲得と、グループ内での学びの共有を行う。

【目標】

- ① 円環的関係性についての理解を深めることができる。
- ② 家族の発達段階について理解できる。
- ③ 家族アセスメントシートの使用法について理解できる。
- ④ グループワークで家族アセスメントシートの使用を試してみる。

- ⑤ 家族アセスメントシートの病棟での活用について話し合うことにより、学びを共有することができる。

【配布資料】

- ① パワーポイントの資料 (1 ページ当たりのスライド数 2 枚)
 ② 平均的な家族の発達段階と課題 (A4・1 枚)
 ③ 家族アセスメントシート (空白のもの)(A4・1 枚)
 ④ 家族アセスメントシート (事例 1 に沿った使用例)(A4・1 枚)
 ⑤ 家系図の記号のルール (A4・1 枚)
 ⑥ 家族アセスメントシート (A3・各グループに 2 枚)

展開	時間	目標と教育内容	教育方法	留意点
導入	10 分	1. 前時の内容の確認 2. 本時の内容の確認	【説明】 資料の不足がないか確認し、左記の内容について説明する。	各テーブルに資料を配布しておく。
展開	45 分	<p><目標> ①円環的關係性についての理解を深めることができる。</p> <p>1. 円環的關係性の復習と実践編</p>	<p>【アニメーションを用いて説明】 以下の 2 点について、アニメーションで円環性が強調されるように説明する。 1) 患者の終末期に起こりやすい悪循環の円環パターン 2) 看護師と家族との悪循環の円環パターン 家族間の問題だけでなく、看護師の先入観や決めつけが悪循環パターンを産み出しており、家族への介入のバリアとなっていることに気付いてもらう。円環的關係性が核となることを再度説明する。 【発問】 「前回よりは、円環的關係について分かってきましたか？」 【応答】 うなずいている人にマイクを向ける。円環的關係性の理解について簡単にコメントしてもらう。 【助言】 応答した参加者のコメントが正しければさらに強化する助言をし、少しずれていれば修正する。</p>	<p>資料① ・アニメーションを用いながら円環的な様子が視覚的側面から理解できるようにする。</p> <p>・修正するときは、自尊心を傷つけないように注意。</p>
		<p><目標> ②家族発達段階について理解できる。</p> <p>2. 家族の発達段階と課題</p>	<p>【資料を基に説明】 「資料②を出してください」資料に基づき以下の 2 点について説明する。 1) 家族の発達段階と課題 2) ライフイベントと乗り越え方 ・家族の発達段階に沿っていないから「異常」と捉えない様留意する。看護師の視点を広げ、家族の状況を考える手掛かりとなり、目標の指標となる点で 有用であることを強調する。</p>	<p>資料②</p>

	<p><目標> ③家族アセスメントシートの使用法について理解できる。</p> <p>3. 家族アセスメントの実際 1) 家族アセスメントシートの紹介と使用方法の説明</p> <p>2) すい臓がん終末期の女性の事例展開 (学生が体験した事例)</p>	<p>【資料を用いて説明】 「資料③を出してください。これが今回ご紹介する家族アセスメントシートです。新しい理論ではなく、前回説明した家族志向のケアを行うために必要な3つの前提が盛り込まれており、家族を知るために重要な要素を1枚のシートにしたものです」</p> <p>【説明】 「スライドにも家族アセスメントシートを載せています。皆さんのお手元にあるシートと照らし合わせながら、各欄にどのようなことを記入するのかを説明していきます」 ・シートの使用方法の原則として、枠の中は事実を記載し、アセスメントした内容や予測されることは枠外に記入することを押さえておく。</p> <p>【説明】【事例展開】 (1) 事例紹介 完全な成功事例ではなく、不足情報や、あまり適切ではない対応も含まれた事例を用いることによって、親近感と自己効力感を持ってもらう。 (2) 家族アセスメントシートに沿って展開しながら以下のことを押さえていく。 ・先入観なく関わることの重要性 ・円環的關係性から示唆される家族の問題 ・症状コントロールの重要性 ・さらに収集すべき情報 ・学生が関わることによって患者が起こした変化</p> <p>【資料に基づく説明】 「資料④を出してください。実際の使用を想定し、今の事例の情報をアセスメントシートに書き込んでみたものです」 使用の具体例を示すことにより、シート使用への動機づけとする。</p> <p>【発問】 「事例展開を聞いてどのように感じましたか？」</p> <p>【応答】 マイクを回し、応答を促す。</p> <p>【助言】 完璧な展開でなくても、家族と関わることに意義があり、家族独自の力で乗り越えられる可能性があることを見出してもらう助言をする。アセスメントシートを使ってみようという気持ちを高める。</p> <p>【発問】 「ここまでで何か質問はないですか？」</p>	<p>資料③ ・シートの使用方法を説明することで、これまで学んだ理論や円環パターン、発達段階を知ることの意義の理解が深まるよう説明する。 ・白紙シートに随時使い方をメモしてもらおうよう促す。</p> <p>・特に、理解が難しいと考えられる、円環パターンについては強化して説明する。</p>
30分	<p><目標> ④グループワークで家族アセスメントシートの使用を試してみる。</p> <p>【グループワーク】 3) 乳がんの終末期の女性の事例展開 (事例研究から引用した事例)</p>	<p>左記の事例の事例紹介まで、パワーポイントで説明する。(渡辺 (2004)の事例を引用) ※ 資料⑥を配布。 【グループワーク】 「お配りした資料⑥を見て下さい。書きこみやすい</p>	<p>資料④ ・シートを使うことによって、不足している情報が明確となる点を強調。</p> <p>・マイクは当てたことのないグループに回すこと。</p> <p>・参加者の反応をみる。</p> <p>資料⑤⑥ ・資料⑤は参考資料とする。</p>

	15分	<p>【解説】</p>	<p>ように拡大したものです。これを用いて、先ほどの事例のように、皆さんでアセスメントシートを使ってこの患者さん家族に何が起きているのか考えてみましょう」</p> <p>【進行方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・グループごとに作業に取り組んでもらう。 ・ケースカンファレンス方式で、アセスメントシートを活用してもらう。 ・講師はラウンドしながら、随時質問を受け付け、取り掛かりやすいところから記入していくようファシリテートする。 ・シートは後で回収することを伝えておき、記入を促す。 <p>【解説】</p> <p>アセスメントシートの各欄に対応したパワーポイントに沿って、講師の事例展開例を示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療的な介入方法ではなく、情報収集していることが介入となっていることを強調する。 ・症状コントロールの重要性を強調する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・講師は1つのグループに長時間入り込まないよう留意し、あまり誘導的にならないようファシリテートする。 ・展開の妥当性についてはあらかじめ、引用した文献で確認しておく。 ・シートを回収し、参加者の理解の程度を確認する。
	10分	<p><目標></p> <p>⑤家族アセスメントシートの病棟での活用について話し合うことにより、学びを共有することができる。</p> <p>【グループディスカッション】</p>	<p>【グループディスカッション】</p> <p>ディスカッション内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントシート活用の可能性～病棟で使えそうですか？ <p>【進行方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・グループ単位でディスカッションを行う。 ・各所属病棟を想定しながら検討することによって、学びを共有し、使用の動機づけを強化する。 <p>【発表】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・まだ1回も当たっていないグループからマイクを回す。 ・グループワークでアセスメントシートを使ってみた感想でもよい。 	
まとめ	10分	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本時のまとめ 2. 学習内容の確認 3. 事例発表会の向けての相談 4. 質問など 	<p>【説明】</p> <p>本時のまとめとして、左記の内容についてパワーポイントを用いて押さえる。</p> <p>※参加者は本時の感想文を提出</p> <p>【発表に向けての教材提供】</p> <p>円環的關係性を示す図やアニメーション、家系図などフォーマット化し、FDに入れて各病棟の代表者に配布し、発表準備の負担を軽減する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・発表会に対して強制的な印象を持たれないよう、発表方法など相談の上決定する。 ・質問を受けやすいように、少し会場に残しておく。

3) 看取りケア実践教育プログラム 第3回

【目的】

事例発表会を実施することによって、獲得した知識を活用し、学びの共有・強化を図る。

【目標】

- ① プログラム期間中の事例を用いることによって、早期の実践に結びつけることができる。
- ② アセスメントシートを用いて関わるということが介入となるという手ごたえを実感することができる。
- ③ 発表会のための準備を行う過程において、メンバー間で様々な意見交換ができる。
- ④ 他のグループメンバーの学びを共有することができる。

【事例発表会の方法】

■ 時間配分 (5 グループの場合: 全 150 分)

- ・ 準備と導入 20 分
- ・ 各グループの発表とディスカッション 100 分
- ・ グループディスカッションとまとめ 30 分

■ 発表形式

1 グループあたりの持ち時間を 20 分 (発表 10 分、ディスカッション 10 分)とし、参加者と相談の上、パワーポイントによる発表とする。

■ 資料

パワーポイントの資料と使用したアセスメントシートは全員分印刷して準備する。

【留意点】

- ・ ディスカッションで意見が出ない場合は、発表が終わったグループにマイクを回して意見を出してもらう。
- ・ 講師がコメントする場合には、不足している点を指摘するのではなく、できている部分に気付いてもらえるようにする。
- ・ 症状コントロールについての重要性については押さえをし、後半の導入とする。

4) 看取りケア実践教育プログラム 第4回・第5回

後半の 2 回は、がん看護のエキスパートナースに講義を依頼する。看取りケアの定義、看取りケア実践教育プログラムの目的と概要について十分に説明し、教育内容、レベル、教育目標を共有した上で協働してプログラムを運営する。詳細な時間配分や展開方法は、依頼した講師に委ねるものとするため、ここでは、大枠の時間配分と依頼すべき教育内容を表中に示す。

第 5 回のまとめでは、プログラム全体を通した学習内容の確認を行い、プログラムの終了とする。

【目的】

症状マネジメントに関する知識の獲得と実践での応用を視野に入れた知識の強化。

【目標】

- ① 症状マネジメントに関するモデルについて理解できる。
- ② 疼痛マネジメントの基礎を理解できる。
- ③ 疼痛以外の主要な症状マネジメントの基礎を理解できる。
- ④ 薬物療法のみではなく、看護で対応できる方策について理解できる。
- ⑤ 所属チームの症状コントロールの現状について話し合い、問題点を明らかにすることができる。
- ⑥ 実践で困っていることなどをエキスパートナースに相談し、問題の解決に取り組むことができる。

【配布資料】

- ① パワーポイントの資料 (1 ページ当たりのスライド数 2 枚)
- ② プログラムのまとめのパワーポイントの資料

展開	時間	目標と教育内容	教育方法	留意点
導入	10分	1. 講師の自己紹介 2. 本時の内容の確認	【説明】 左記の内容について、パワーポイントを用いて説明する。 症状コントロールの重要性について導入として話してもらう。	・前回の事例発表会の情報を講師と共有しておく。
展開	120分	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p><目標></p> <p>①症状マネジメントに関するモデルについて理解できる。</p> <p>②疼痛マネジメントの基礎を理解できる。</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>■ 第4回</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 疼痛マネジメントにおける看護師の責務と患者の権利 2. 疼痛のメカニズム 3. 疼痛の種類 4. 症状マネジメントモデル 5. 疼痛が及ぼす影響 6. 疼痛の評価方法 7. 薬物療法の実際 8. インフォームドコンセント </div> <div style="width: 45%;"> <p>【説明】</p> <p>左記の内容について、自らの経験、一般病棟の看護師の対応の状況などについて、事例を交えながら説明する。</p> <p>【発問】</p> <p>「今説明した内容について、実際に『このように困った！』などのような経験について話してみてください」などの様な発問を投げかけ、病棟の現状と結びつけてもらう。</p> <p>【応答】</p> <p>挙手がなければ、グループごとにマイクを回す。</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><目標></p> <p>③疼痛以外の主要な症状マネジメントの基礎を理解できる。</p> <p>④薬物療法のみではなく、看護で対応できる方策について理解できる。</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>■ 第5回</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 倦怠感の症状マネジメント 2. せん妄のマネジメント 3. 呼吸困難のマネジメント 4. 看護独自の介入方法 5. 代替療法の実際 </div> <div style="width: 45%;"> <p>【説明】</p> <p>左記の内容について、自らの経験、一般病棟の看護師の対応の状況などについて、事例を交えながら説明する。</p> <p>【発問】</p> <p>「今説明した内容について、実際に『このように困った！』などのような経験について話してみてください」などの様な発問を投げかけ、病棟の現状と結びつけてもらう。</p> </div> </div>	<p>【資料①】</p> <p>・吉岡は、講義中の参加者の反応を観察しておき、休憩時間等を利用して講師と随時情報を共有しながら進められるようにする。</p> <p>・これまでの回であまり発言のなかったグループを予め伝えておく。</p>	

		<p>【応答】 挙手がなければ、グループごとにマイクを回す。</p>		
20分	<p><目標> ⑤所属チームの症状コントロールの現状について話し合い、問題点を明らかにすることができる。</p>	<p>【グループディスカッション】 【グループディスカッション】 ディスカッション内容 病棟における症状マネジメントの現状と問題点 【進行方法】 ・グループ単位でディスカッションを行う。 ・カンファレンス形式とする。 ・各所属病棟を想定しながら検討することによって、講師への質問や相談につなげる。</p>	<p>・講師と吉岡でラウンドする。ラウンド中に相談に答えると、他のグループとの共有が難しくなるため、質問・相談の時間まで待ってもらおう。</p>	
20分	<p><目標> ⑥実践で困っていることなどをエキスパートナーズに相談し、問題の解決に取り組むことができる。</p>	<p>【講師への質問や相談】 【講師への質問や相談】 「日頃の実践における症状マネジメントについて困っていることや相談してみたいことはありませんか？」 【応答】 全てのグループにマイクを回す。 【助言】 できるだけ具体的に、例えば具体的な薬剤名を挙げながら助言する。 また、治療方針を巡る主治医との関係性などにもなるべく触れるようにする。</p>	<p>・威圧的に相談に答えるのではなく、一般病棟の看護師と協働するエキスパートナーズとしての立場で答えるよう留意する。</p>	
まとめ	10分	<p>1. 本時のまとめ</p> <p>※第5回 プログラム全体の学習内容確認とまとめ</p>	<p>【説明】 本時のまとめとして、左記の内容についてパワーポイントを用いて押さえる。</p> <p>【まとめ】 講師と交代し、吉岡がプログラムのまとめを行う。最後にプログラム全体を通した学びや感想について短時間でディスカッションしてもらい、グループから、講師へ意見や感想をもらう形で発表してもらい、プログラム終了とする。</p> <p>・プログラム運営上の評価アンケートを行う。 ・参加者は本時とプログラム全体を通した感想文を提出。</p>	<p>資料②</p>

終末期がん看護に関するアンケート調査 ～プログラム開始前～

看取りケア実践教育プログラムに参加いただき誠にありがとうございます。

この調査用紙は、プログラムの成果を評価するために、終末期ケア、家族ケアの実施状況、ケアに対するあなたの考え方、終末期看護に関する知識などについて、お尋ねするものです。

I～Ⅷから構成されておりますので、各質問に対し、該当する番号に○印を付けるか、カッコ内に回答をご記入下さい。

本日、プログラム終了後、終了後3ヶ月に同様の調査を実施することにより、プログラムの成果を客観的に評価したいと考えております。調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

調査は無記名で実施させていただきますが、分析方法の都合上、3回の調査のデータをマッチングする必要がありますので、ID記入欄にお配りしたID番号を記入していただきますようお願いいたします。

I D 番号

← お配りしたシールの番号を記入して下さい。

I

あなたご自身についてお尋ねします。下記の項目について、該当する番号に○印を付けるか、カッコ内に回答をご記入ください。

- A. 年齢： () 歳
- B. 臨床経験年数： 1. 5年未満 2. 5年以上～15年未満 3. 15年以上
- C. 資格： 1. 看護師 2. その他 ()
- D. 職位： 1. スタッフナース 2. チームリーダー
3. 副師長 4. その他 ()
- E. 最終学歴： 1. 専門学校 2. 短期大学 3. 大学
4. 大学院 5. その他 ()
- F. 緩和ケアに関する学習経験は以下のどれに該当しますか？ (複数回答可)
1. 看護基礎教育 2. 院内研修 3. 病棟の勉強会
4. 研修会や学会への継続的な参加 5. 自己学習
6. その他 () 7. 特になし
- G. 家族看護に関する学習経験は以下のどれに該当しますか？ (複数回答可)
1. 看護基礎教育 2. 院内研修 3. 病棟の勉強会
4. 研修会や学会への継続的な参加 5. 自己学習
6. その他 () 7. 特になし

II

あなたは終末期のがん患者とその家族に対して、以下の記述のような援助を普段どの程度行っていますか。

各記述について、「1. 全く実施できていない」～「5. 大変よく実施できている」のうち、最もよく当てはまる番号に○印を付けてください。

終末期の患者とは、終末期状態であり余命が6ヶ月以内と考えられる患者を想定してください。

	全く実施できていない	あまり実施できていない	どちらともいえない	まずまず実施できている	よく実施できている
1. 必要に応じて、死が近づいた時の積極的治療、蘇生、看取りの場所について患者と家族で話し合うよう促す	1	2	3	4	5
2. 治療や薬物の使用目的、副作用についての情報を患者と家族に十分に提供する	1	2	3	4	5
3. 状態の悪化に伴う患者の身体的、心理的变化について家族に説明する	1	2	3	4	5
4. 直接家族に伝えられない患者の思いを家族に伝える	1	2	3	4	5
5. 患者や家族の希望(外出、外泊など)が取り入れられるよう調整する	1	2	3	4	5
6. 家族が医師と話し合えるよう調整する	1	2	3	4	5
7. 患者と家族が最期の時を過ごすための場所と時間を確保する	1	2	3	4	5
8. 患者の呼吸困難をアセスメントし、緩和するための介入をする	1	2	3	4	5
9. 患者にアロマセラピーやマッサージなどリラクゼーションのためのケアを提供する	1	2	3	4	5
10. 苦痛の緩和に対処するため、患者の状態の変化に迅速に対応する	1	2	3	4	5
11. 患者の悪心/嘔吐をアセスメントし、緩和するための介入をする	1	2	3	4	5
12. 患者の安楽が確保されているかどうかアセスメントし、患者に確認する	1	2	3	4	5
13. 家族の発達段階、個々の家族員の役割、関係性を知るための十分なアセスメントを行う	1	2	3	4	5
14. 患者が自然と触れ合う機会や、音楽や絵画などの芸術に触れる機会を提供する	1	2	3	4	5
15. 臨終の時は家族中心に静かに迎えられるよう配慮する	1	2	3	4	5
16. 患者と家族が医師からの説明が理解できているか確認し、必要であれば補足する	1	2	3	4	5
17. 希望があれば、在宅療養への移行のための準備ができるよう援助する	1	2	3	4	5
18. 患者と家族間のコミュニケーションを促進する	1	2	3	4	5
19. ライフレビュー(回想)や家族の思い出作りを行うなど、家族全体の悲嘆のプロセスを促す	1	2	3	4	5
20. 疼痛コントロールのための鎮痛剤や麻薬の使用などについて、医師に働きかける	1	2	3	4	5
21. 家族が患者のそばに居ることの意義を家族に伝える	1	2	3	4	5
22. 状況に応じて死について患者や家族と話し合う	1	2	3	4	5

III

死にゆく患者へのかかわりの場面において、あなた自身の考えに最もよく当てはまる番号に○印を付けて下さい。

「死にゆく患者」とは、終末期状態であり余命が6ヶ月以内と考えられる患者を想定してください。

	全くそうは思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	非常にそう思う
1. 死にゆく患者をケアすることは、私にとって価値のあることである	1	2	3	4	5
2. 死は人間にとっておこりうる最も悪いことではない	1	2	3	4	5
3. 死にゆく患者と差し迫った死について話をすることを気まずく感じる	1	2	3	4	5
4. 家族に対するケアは、死別や悲嘆の時期を通して継続されるべきである	1	2	3	4	5
5. 私は死にゆく患者のケアをしたいとは思わない	1	2	3	4	5
6. ケア提供者は死にゆく患者と死について話す存在であるべきではない	1	2	3	4	5
7. 私は死にゆく患者へのケアに時間をかけることはあまり好きではない	1	2	3	4	5
8. 私がケアをしている死にゆく患者が、きっと良くなるという希望を失ったら私は動揺するだろう	1	2	3	4	5
9. 死にゆく患者と親密な関係を築くことは難しい	1	2	3	4	5
10. 死にゆく患者が、死を迎え入れる時がある	1	2	3	4	5
11. 患者から「私は死ぬの？」と聞かれた場合、私は話題を何か明るいものに変えるのが最も良いと思う	1	2	3	4	5
12. 死にゆく患者の身体的ケアには家族にも関わってもらうべきだ	1	2	3	4	5
13. 私がケアをしてきた患者は、自分の不在の時に亡くなって欲しい	1	2	3	4	5
14. 私は死にゆく患者と親しくなることが怖い	1	2	3	4	5
15. 私は人が実際に亡くなった時、逃げ出したい気持ちになる	1	2	3	4	5
16. 死にゆく患者の行動の変化を受け入れることができるように、家族は心理的なサポートを必要としている	1	2	3	4	5
17. 患者の死が近づくにつれて、ケア提供者は患者とのかかわりを少なくするべきである	1	2	3	4	5
18. 家族は死にゆく患者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである	1	2	3	4	5
19. 死にゆく患者の身体的ケアに関する患者自身の要求は、認めるべきではない	1	2	3	4	5
20. 家族は、死にゆく患者ができる限り普段どおりの環境で過ごせるようにするべきだ	1	2	3	4	5
21. 死にゆく患者が自分の気持ちを言葉に表すことは、その患者にとって良いことである	1	2	3	4	5
22. 死にゆく患者のケアにおいては、家族のケアの対象にすべきである	1	2	3	4	5
23. ケア提供者は死にゆく患者に融通の利く面会時間を許可するべきである	1	2	3	4	5
24. 死にゆく患者とその家族は意思決定者としての役割を担うべきである	1	2	3	4	5
25. 死にゆく患者の場合、鎮痛剤への依存を問題にする必要はない	1	2	3	4	5
26. 終末期の患者の部屋に入って、その患者が泣いているのを見つけたら、私は気まずく感じる	1	2	3	4	5
27. 死にゆく患者が自分の状態を尋ねた場合、正直な返答がなされるべきである	1	2	3	4	5
28. 家族に死にゆくことについて教育をすることは、ケア提供者の責任ではない	1	2	3	4	5
29. 死にゆく患者の近くにいる家族のために、しばしば専門職としての仕事は妨げられると思う	1	2	3	4	5
30. ケア提供者は、患者の死への準備を助けることができる	1	2	3	4	5

IV

あなたは終末期のがん患者や家族に対するケアについてどれくらい自信を持っていますか。あなたの考えに最もよく該当する番号に○印を付けてください。

	全く自信がない	自信がない	どちらかという自信がない	少しは自信がある	自信がある	とても自信がある
1. 終末期のがん患者の疼痛コントロールに関するケアを行う	1	2	3	4	5	6
2. 終末期のがん患者の疼痛以外の症状コントロールに関するケアを行う	1	2	3	4	5	6
3. 終末期のがん患者と対話する	1	2	3	4	5	6
4. 終末期のがん患者のニーズを見つける	1	2	3	4	5	6
5. 終末期のがん患者の家族と対話する	1	2	3	4	5	6
6. 終末期のがん患者の家族のニーズを見つける	1	2	3	4	5	6
7. 終末期のがん患者の家族をケアする	1	2	3	4	5	6
8. 終末期のがん患者と家族に関するカンファレンスで自分の意見をチームメンバーに伝える	1	2	3	4	5	6

V

あなたが所属する病棟や看護チームについて、どのように認識していますか。あなた自身の考えに最もよく当てはまる番号に○印を付けて下さい。

	当てはまらない	あまり当てはまらない	どちらともいえない	やや当てはまる	当てはまる
1. 患者や家族の希望や思いに基づいたカンファレンスが行われている	1	2	3	4	5
2. 患者や家族の人生観にまで及ぶ内容のカンファレンスが行われている	1	2	3	4	5
3. 緩和ケアチームとのカンファレンスを基にケア計画し、実践されている	1	2	3	4	5
4. 他職種との連携がよく図れている	1	2	3	4	5
5. 終末期の患者や家族をケアするに当たり、看護師自身の感情を表出する場がある	1	2	3	4	5
6. 患者の死後、振り返りのカンファレンスなどを実施し、チームでケアを振り返っている	1	2	3	4	5
7. リーダー的存在の看護師の看護方針がチーム全体に影響を与えている	1	2	3	4	5
8. 治療方針やケア方針が医師と看護チームで一致している	1	2	3	4	5
9. 医師の方針に疑問を感じた場合、医師と議論することができる	1	2	3	4	5
10. 患者の主治医は、緩和ケアや看取りに関心が高い	1	2	3	4	5

VI

あなたが所属する病棟や看護チームに対して、あなたはどのように考えていますか。
 「1. 全くそう思わない」～「9. 大変そう思う」の間であなたの考えの程度をよく表した番号に○印を付けてください。

「集団」とは、あなたが現在所属する病棟や看護チームのことを意味します。

	全 く そ う 思 わ な い									大 変 そ う 思 う
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1. 私は集団のメンバーとしてとどまりたい	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
2. 私は自分の集団が好きである	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
3. 私は集団に行くことを楽しみにしている	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
4. 集団に何が起ころうと私は気にならない	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
5. 私は私の集団に起こっていることに巻き込まれていると感じる	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
6. もし私の集団からはなれることができるのであればそうしたい	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
7. 私は集団に行くのは気が進まない	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
8. 私の集団を今解散することができればと思う	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
9. 私は私の集団に満足していない	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
10. 他の集団に移ることが可能だったとしたら、私は移っただろう	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
11. 私は私の集団に関わっていると感じる	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
12. 個々に個性があるにもかかわらず、私の集団には統一感が存在する	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
13. 私の知っている他の集団に比べて、私の集団は最高以上のものであると思う	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
14. 私は集団の一部であるとは感じない	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
15. もし私がいなかったらとしたら、私の集団は違ったものになったと思う	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
16. もし私の集団が時代にあっていないと言われたなら、私は悲しむだろう	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
17. 私の集団から私は関係が遠いと感じる	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
18. 私の集団がどうなるかによって私自身が変わることになる	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
19. 私の欠席は私の集団にとって何の問題にもならないと思う	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
20. 私の集団のミーティングを欠席しなければならなくても、私は残念には思わない	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

VII

終末期看護や家族看護に関するあなたの知識について、あなたはどのように認識していますか。あなた自身の考えに最もよく当てはまる番号に○印を付けて下さい。

	理解していない	あまり理解していない	どちらともいえない	少し理解している	理解している
1. がん性疼痛の特徴とメカニズムについて理解している	1	2	3	4	5
2. 痛みのアセスメント方法について理解している	1	2	3	4	5
3. WHOの3段階徐痛ラダーについて理解している	1	2	3	4	5
4. 代表的なオピオイドの使用方法、副作用について理解している	1	2	3	4	5
5. 疼痛以外の終末期のがん患者の症状について理解している	1	2	3	4	5
6. 疼痛以外の症状のアセスメント方法について理解している	1	2	3	4	5
7. 疼痛以外の症状緩和のための薬物療法について理解している	1	2	3	4	5
8. 症状緩和において、薬物療法以外の看護技術や代替療法について理解している	1	2	3	4	5
9. 鎮静（セデーション）の意義と目的、方法について理解している	1	2	3	4	5
10. 家族を一つのケア単位として捉える家族の捉え方について理解している	1	2	3	4	5
11. 家族アセスメントの枠組みについて理解している	1	2	3	4	5
12. 家族のライフサイクルについて理解している	1	2	3	4	5
13. 家族機能の評価方法について理解している	1	2	3	4	5
14. 終末期のがん患者が利用できる社会資源を把握している	1	2	3	4	5
15. 終末期のがん患者が在宅療養へ移行するために必要な手続きについて把握している	1	2	3	4	5
16. トータルペインについて理解している	1	2	3	4	5
17. 死にゆく患者がたどる心理過程について理解している	1	2	3	4	5
18. 悲嘆のプロセスについて理解している	1	2	3	4	5
19. ストレス・コーピングについて理解している	1	2	3	4	5
20. 危機理論について理解している	1	2	3	4	5
21. 家族看護に関する理論について理解している	1	2	3	4	5

VIII

以下の 20 問の設問について、正しければ○印を、誤っていれば×印をカッコ内に記入してください。

- () 1. 緩和ケアは治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対する積極的な全人的ケアである。
- () 2. モルヒネはオピオイドの基本薬といわれ、他のオピオイドへの換算量はモルヒネの量を基本にして計算する。
- () 3. 患者がオピオイドに抵抗がある場合は、麻薬性鎮痛薬とは告げずに投与するとよい。
- () 4. 疼痛は客観的に評価することが重要である。
- () 5. 疼痛マネジメントのために長期にモルヒネを使用した場合、薬物中毒が深刻な問題となる。
- () 6. 慢性疼痛のコントロールにおいて、ペンタゾシンは効果的ではない。
- () 7. 終末期の耐え難い呼吸困難に対しては、鎮静の開始を検討する。
- () 8. 神経障害性疼痛の主たる鎮痛法は、鎮痛補助薬の投与である。
- () 9. 痛みの性質によっては、プラセボの使用が適している場合もある。
- () 10. 使用量が多い場合、コデインはモルヒネよりも高頻度に嘔気嘔吐が起こる。
- () 11. 苦痛と身体的痛みは同じ意味を示す。
- () 12. あくび、流涙、鼻漏、発汗はモルヒネの中毒症状である。
- () 13. 慢性疼痛とは、急性疼痛が一定期間以上持続していることである。
- () 14. 痛みの閾値は、倦怠感や不安によって下げられる。
- () 15. 倦怠感のがん患者のほぼ全員に出現する。
- () 16. 患者が痛みから気をそらすことができている場合、痛みはそれほど強くないことを示している。
- () 17. 慢性疼痛は脈拍数、血圧、呼吸数の上昇を伴って出現する。
- () 18. 疼痛は苦痛としてだけでなく、がんの転移を促進する可能性があり、適切な疼痛除法はがん転移の危険性を減少させる。
- () 19. しびれ、感覚麻痺、下肢の脱力などの脊髄圧迫症状が出現してから 72 時間以内に脊髄放射線照射を行うと、症状の改善が期待できる。
- () 20. 終末期がん患者の倦怠感の改善のために、エクササイズが有効である場合もある。

◆◇◆ご協力ありがとうございました◆◇◆

終末期がん看護に関するアンケート調査 ～プログラム終了後～

看取りケア実践教育プログラムに参加いただき誠にありがとうございました。

この調査用紙は、プログラム開始前にご協力いただいたものと同じ内容となっておりますが、プログラムを終えた現在の状況や考え方についてお答え下さい。

I～VIIから構成されておりますので、各質問に対し、該当する番号に○印を付けるか、カッコ内に回答をご記入下さい。

前回、本日、終了後3ヶ月に同様の調査を実施することにより、プログラムの成果を客観的に評価したいと考えております。調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

調査は無記名で実施させていただきますが、分析方法の都合上、3回の調査のデータをマッチングする必要がありますので、ID記入欄にお配りしたID番号を記入していただきますようお願いいたします。

終末期がん看護に関するアンケート調査 ～プログラム終了2ヶ月後～

6・7月は、看取りケア実践教育プログラムにご参加いただきまして誠にありがとうございました。予定より少し早めまして、終了2ヶ月後のアンケートです。

アンケート内容は、プログラム前と終了直後にご協力いただいたものと同じ内容となっておりますが、現在の状況や考え方についてお答え下さい。

全部で6ページあります。前回と同様に、ID記入欄にお配りしたID番号を記入していただきますようお願いいたします。

回答が終わりましたら、添付の封筒に封入していただき、提出用封筒へ入れてください。ご協力の程、何卒よろしくお願いいたします。

月 日までにご提出をお願いいたします。

資料 6. 研究 3: 看取りケア実践教育プログラム プログラムの有用性評価用質問紙

I D 番号

お忙しい中、5回の看取りケア実践教育プログラムに参加していただき、誠にありがとうございました。プログラムはいかがでしたでしょうか？下記の項目について該当する番号に○印を付けてください。

A. プログラムの内容の満足度についてお聞かせ下さい。

1. とても満足している 2. 満足している 3. 普通
4. あまり満足していない 5. 全く満足していない

(4または5の理由: _____)

B. プログラムの内容は適切でしたか？

1. とても適切であった 2. 適切であった 3. 普通
4. あまり適切でなかった 5. 全く適切でなかった

(4または5の理由: _____)

C. プログラムの時間・量はいかがでしたか？

1. とても適切であった 2. 適切であった 3. 普通
4. あまり適切でなかった 5. 全く適切でなかった

(4または5の理由: _____)

D. プログラムで学んだことは実践に役立ちそうですか？

1. かなり役立つ 2. 役立つ 3. どちらともいえない
4. 役立ちそうにない 5. 全く役立ちそうにない

(4または5の理由: _____)

☆本日のプログラム、プログラム全体を通しての感想やご意見もお聞かせ下さい☆