

博士論文

新生児終末期ケア教育プログラムの開発

広島大学大学院保健学研究科博士課程後期保健学専攻

平成 19 年度入学 村上 真理

指導教員 横尾 京子

目次

序章	1
第1章 文献検討	
I. 目的	3
II. 方法	3
III. 結果	3
IV. 考察	6
V. 結論	7
第2章 新生児終末期ケア教育プログラムの作成	
I. 目的	8
II. 方法	8
III. 結果	8
IV. 考察	26
V. 結論	27
第3章 新生児終末期ケア教育プログラムの実施と評価	
I. 目的	28
II. 方法	28
III. 結果	32
IV. 考察	51
V. 結論	56
終章	57
謝辞	59
文献	60
資料	65

序章

新生児医療の高度化は、重症仮死児や超早産児など、かつては死を余儀なくされた新生児を救命できるようになった。しかし一方で、救命治療を開始したものの回復が見込めず、治療を継続すべきか否かを検討せざるを得ない状況をもたらすことにもなった。

米国の報告では、NICU (Neonatal Intensive Care Unit) で死亡した新生児の 2/3 が治療の中止を検討したケースであり (Hagen & Hansen, 2004), 治療中止の検討時期はケースの 63% が生後 1 週間以内, 22% が生後 24 時間以内であった (McHaffie, Laing, Parker, & McMillan, 2001)。また, FCC (Family Centered Care) が NICU に浸透するに伴い, 治療に関する意思決定に両親が参加する割合は時代と共に高くなり, 親と医療スタッフが意思決定過程を共有すること (共同意思決定) が勧められるようになった (McHaffie et al, 2001)。

わが国では 2004 年に, FCC および共同意思決定を基盤とした「重篤な疾患をもつ新生児の家族と医療スタッフの話し合いのガイドライン」が田村(2004)によって作成された。このガイドラインが作成されたことによって, 救命治療をめぐる, 新生児にとっての最善の利益が何であるかを決定するために, 両親と医療スタッフが対等な関係で話し合い, 決定していく機会がより一層増えるものと考えられる。

新生児の救命治療を中止するということは, 「救命のためのケア」から「終末期ケア, もしくは緩和ケア」に方針を大きく変えることであり, 「医学的・倫理的検討→意思決定→治療中止→新生児の臨死状態→新生児の死」ということが具体的に起きるわけである。この過程は, 両親のみならず看護師や医療スタッフにとっても, 倫理的葛藤や精神的打撃を受ける体験である (Stutts & Schloemann, 2002)。

わが国の NICU 看護師を対象者とした調査では, 対象者の 99.1% が新生児終末期ケアの学習を希望しており, 半数以上が希望する学習項目は, 家族の心理的・社会的側面のケア, 医療者の心理的ケアや対処, 家族のスピリチュアルケア, 治療の中止や差し控えに関する話し合いの方法であった (村上他, 2012)。この結果から, NICU 看護師は新生児終末期ケアの教育プログラムを必要としていることがわかる。

すでに欧米では, 新生児終末期ケアの教育プログラムや実践的取組が報告されており, 新生児終末期ケアの質向上には, 継続的なスタッフ教育, 適切な教育によってケアへの苦手意識を取り除き, 自信を培うことが重要と指摘されている (Romesberg, 2007; Lisle-Porter & Podruchny, 2009)。しかし, わが国の場合は, グリーフケア, 看取りのケアが実践的に報告されているに留まり, 系統的教育プログラムは提示されていない。

そこで本研究では, 「新生児終末期ケアの系統的知識を持つことによって, その臨床的意義への理解を深めるとともに, これまでの苦手意識を軽減させてケアを行うことができる」を目標とした, 新生児終末期ケア教育プログラム (以下, 教育プログラム) を作成し, 実施し, その目標達成について評価することとした。

本研究によって, わが国の実情に即した新生児終末期ケアの系統的な教育プログラムを提示できれば, NICU における新生児終末期ケアの質向上に貢献できると考える。

なお、本研究では、「新生児終末期ケア」「新生児緩和ケア」を次のように用いた。新生児終末期ケアは、先行研究に倣い3つの時期とし、「意思決定期：倫理的問題が浮上、検討し治療方針を決定するまでの時期」「臨死期：治療を中止し死に至るまでの時期」「死別期：死亡後の時期」とし、「意思決定のサポート（意思決定期）」「安楽と痛みのマネジメント（臨死期）」「死別のサポート（死別期）」をケアの要点としてとらえた(Lisle-Porter & Podruchny, 2009)。

新生児緩和ケアは、WHOの定義に従った。すなわち小児緩和ケアの定義(1988)「身体、精神、スピリット（霊性）への積極的かつ全人的なケアであり、家族へのケアも含まれる。それは、疾患が診断された時に始まり、根治的治療の有無に関わらず、継続的に提供される」、および、WHO緩和ケアの定義(2002)「生命を脅かす疾患に直面する患者とその家族に対し、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し和らげることで、QOL（Quality of life）を改善するアプローチ」である。

第1章 文献検討

I. 目的

本章では、新生児終末期教育プログラムを作成するために、国内外の先行研究や資料から、新生児終末期教育プログラムの内容および評価方法を明らかにすることを目的とした。

II. 方法

新生児終末期ケア教育プログラムに関する文献は、次の手順で抽出した。国内文献は、医中誌 Web 版 (Ver.5) を用い、キーワードを「新生児」 and 「終末期ケア」 and 「教育プログラム」または、「新生児」 and 「緩和ケア」 and 「教育プログラム」とし、2002～2012 年を検索した。海外文献は、PubMed, CINAHL を用い、キーワードを「neonatal」 and 「end of life care」 and 「education program」、または「neonatal」 and 「palliative care」 and 「education program」とし、2002～2012 年を検索し、重複文献を除外した 35 文献の要約を研究者が確認し分析対象となる文献を抽出した。次に、Google を用い、キーワードを「pediatric」 and 「end of life care」 and 「education program」または、「pediatric」 and 「palliative care」 and 「education program」とし、2010～2012 年に Web 上に掲載があり、e-learning が運用され全国規模の認定制度が整っている小児緩和ケア教育プログラムを検索した。

教育プログラム評価に関する文献は、同様の手順で、キーワードを「evaluation 評価」 and 「education program 教育プログラム」 and 「end of life care 終末期ケア」または、「evaluation 評価」 and 「education program 教育プログラム」 and 「palliative care 緩和ケア」とし、2002～2012 年を検索し、得られた 32 文献の要約を研究者が確認し、分析対象となる文献を抽出した。さらにハンドリサーチによる医学看護学教育書籍を参考とした。

分析は、得られた文献の概要について、教育プログラムの内容と評価方法に焦点をあてた。

III. 結果

教育プログラムは、海外 2 文献 (新生児領域)、3 団体 (小児領域) を分析対象とした。教育プログラム評価は、海外 6 文献 (新生児領域 1、小児・成人領域 3、教育プログラム評価基準に関するもの 2) を分析対象とした。国内文献はいずれも該当するものはなかった。

1. 教育プログラム

1) 新生児終末期ケア教育プログラムおよび新生児終末期ケアガイドライン

米国 Rogers, Babgi, and Gomez (2008) は、ELENEC (End-of-Life Nursing Education Consortium) および IPPC (The Initiative for Pediatric Palliative Care) のカリキュラムを参考に 6 つの module (疼痛管理・症状管理・倫理と法的側面・コミュニケーションと文化・スピリチュアリティと不安・看護師の疲労の予防) から成る新生児終末期ケア教育プログラムを作成した。この教育プログラムの目標は新生児終末期ケアを経験した看護師の苦痛を軽減す

ることにより、期間は6か月で毎月1回(各 module 1時間)、インストラクターが実施するものである。参加できない夜勤スタッフにはビデオが用いられる。三次レベルの NICU 看護師 82 名を対象に評価した結果、その教育的効果が確認されている。

Lisle-Porter and Podruchny(2009)は、新生児終末期ケアガイドラインを提示し、新生児終末期を意思決定期・臨死期・死別期に3区分し、各時期に行うべきケアの要点を具体的に示した。すなわち、「意思決定期」はコミュニケーション・共同意思決定・環境調整・スピリチュアリティや宗教、「臨死期」は痛みの管理・安楽の管理・コミュニケーション・環境調整・スピリチュアリティや宗教、「死別期」はコミュニケーション・環境調整・親の子どもとの関わり・思い出作り・親が NICU を去る時・スピリチュアリティや宗教・移送準備・書類作成・病院の手配である。

2) 小児緩和ケア教育プログラム

小児緩和ケア教育プログラムは、3 団体 (NHPCO,2011; NHS West Midlands, 2010; Together for short lives, 2012) によるものが該当した。

NHPCO (National Hospice and Palliative Care Organization) は、米国最大規模のホスピス・緩和ケア協会である。Pediatric Palliative Care Online Training Series は全 10 module (小児緩和ケアの原理と基準、小児緩和ケアの提供モデル、倫理的意思決定と先進医療、痛みのアセスメントと管理、症状管理、家族への地域社会における心理社会的支援、死別ケア、学際的チーム組織と支援、健常児と患児の発育、複雑で慢性的な胎児環境) から成り、E-Learning で学ぶ(NHPCO, 2011)。

NHS West Midlands (National Health Service West Midlands) は、英国国民保健サービスの保健当局の一つである。その e-learning resource on paediatric palliative care は全 22 module (緩和ケアの哲学、法と倫理、痛みの評価、痛みの管理、授乳、呼吸、口腔ケア、神経学的問題、皮膚症状、救急処置、最期の数日、看取りケアの実践、スピリチュアリティ、性、小児のコーピング、嘔気と嘔吐、悪性腫瘍の無い生活、便秘・拒食症・しゃっくり、小児緩和ケアの月齢別ケア、子どもや若者の悪性腫瘍、小児の心理的徴候、小児アセスメント)、を E-Learning で学ぶ (NHS West Midlands, 2010)。

Together for short lives は英国全土の慈善団体で、前身は ACT (Association for Children's Palliative Care; Train to Care) である。全 13 module (新生児緩和ケア、法と倫理、緩和ケアへの移行、先進医療、重要な情報の共有と悪い結果の告知、小児緩和ケアの指針、アセスメントと症状管理、終末期・死亡後のケア、死別期のサポート、死亡診断書の作成、家族のサポートとスピリチュアリティと文化、小児緩和ケアの紹介、小児とのコミュニケーション) を専門スタッフや E-Learning により学ぶ(Together for short lives, 2012)。

2. 教育プログラム評価

1) 新生児終末期ケア教育プログラムの評価用具

Babgi, Rogers, Gomez, and McMahon (2008) は、新生児終末期ケア教育プログラムを評価するために、NICU 看護師向けの心理測定用具を開発している。それは、CLCDI (Comfort Level Caring for Dying Infants) と呼ばれるものであり、NICU 看護師の自己認識を問う 15 項目 (表 1-1) から成り、リッカート 5 段階尺度 (1 = never 全く ; 2 = rarely あまり ; 3 = sometimes 時々 ; 4 = often ; かなり 5 = always 強く) で評価するものである。CLCDI の内的一貫性信頼性は確認されているが、内容妥当性は、検討の余地が残されている。

表 1-1. CLCDI (Comfort Level Caring for Dying Infants) の質問項目

1. 私は、NICU 看護師として自分の職務を果たすために必要なだけの知識と技術を持っている。
2. 私は、NICU で起きるどのような状況にも効果的に対処できる。
3. 私は、NICU に入院している新生児の家族を安楽にすることができる。
4. 私は、NICU に入院している新生児に安楽のケアを提供することができる。
5. 私は、例えその決定が自分の信念に相反するとしても NICU に入院している新生児の家族による医学的選択を尊重することができる。
6. 私は、例えその助言が自分の信念と相反するとしても、医師が NICU に入院している新生児の家族に提供した医学的助言を尊重することができる。
7. 私は重度の医学的問題をもって出生した NICU に入院している新生児のアウトカムを変える能力がなく、挫折する。
8. 私は自分よりも他の NICU 看護師のほうが適任であるケア領域があると思う。
9. 私は他のヘルスケア専門職が自分の仕事の難しさを理解していないと感じる。
10. 私は NICU で働くうえで予め備えておくべきしっかりとした知識基盤を持っている。
11. 私はすぐれた看護師である。
12. NICU で働くことは、私を非常に悲しくさせる。
13. 私は、自分の仕事に違いを産むだけの能力をもっている。
14. NICU は、患者のケアをする看護師にとって支援的な環境である。
15. 私は、自分のケアのために時間を取っている。

(Babgi et al. 2008 より作成)

2) 小児・成人緩和ケア教育プログラムの評価

ELNEC-PPC (End-of-Life Nursing Education Consortium Pediatric Palliative Care) の小児緩和ケア教育プログラムの評価は、直前・直後・1 年後に、質問紙によって行われている。その内容は、臨死期の子どもと家族への看護ケアが有効だったか・講師は小児緩和ケアの教育に有効だったか・自施設の教育プログラムは小児緩和ケア教育に有効だったか・ELNEC-PPC プログラムは小児緩和ケアの改善に有効だったかの 5 項目であり、各項目について 0-10 点の範囲で得点化する (Jacobs, Ferrell, Virani, & Malloy, 2009)。

Quinn, Hudson, Ashby, and Thomas (2008) の成人緩和ケアの学際的教育プログラムの評価は、直前・直後・1 か月後に、質問紙によって行われている。その内容は、実施前には重要・知識・自信、実施後には、有益さ・知識の獲得・実践価値を、module 毎にリッカート 5 (0-4) 段階尺度で評価する。さらに、プログラム参加者の意見を質的に評価するために、1 か月後にフォーカスグループインタビュー (FGI) を行っている。

Kang et al. (2010) の成人ホスピス緩和ケアの標準教育プログラムの評価は、直前・直後に質問紙を用いて、知識の習得度を調査している。

3) 教育プログラムの評価基準

教育評価に利用される主観的なデータ収集方法は、量的には質問紙調査、質的には FGI により、両者を併用し評価する(Morrison, 2003)。

米国の教育プログラム評価基準は、①評価の実用性は、評価者の確実性・利害関係者への配慮・評価目的の話し合い・明白さ・妥当な情報・意味ある評価過程と成果・的確で適切な意思疎通と報告・結果や影響への懸念、②評価の実行可能性は、評価計画・実際の手順・理論上の実行可能性・資源の利用、③評価の適切さは、包括的で応じやすい方向付け・正式な同意・人権の尊重・透明性と開示・利害の衝突・財政上の責任、④評価の正確さは、結論や決定の弁明・妥当性・信頼性・プログラム内容をわかりやすく説明・情報管理・確かなデザインと分析・明白な評価理由・意思疎通と報告、⑤評価の説明責任は、評価の記録と保存・内部によるメタ評価・外部によるメタ評価である(Donald, Lyn, Rodney, & Flora, 2010)。

IV. 考察

既存研究および資料から、本研究で作成すべき新生児終末期ケア教育プログラム内容は、疼痛管理・症状管理・倫理と法的側面・コミュニケーションと文化・スピリチュアリティと不安・看護師の疲労の予防(Rogers et al., 2008)の module を含める必要があると考える。

小児緩和ケア教育プログラム 3 団体の module には、新生児領域に合致しがたいもの(健康児と患児の発育、複雑で慢性的な胎児環境、小児緩和ケアの紹介、小児とのコミュニケーション、性、小児のコピーング、小児アセスメント、嘔気嘔吐、悪性腫瘍の無い生活、便秘・拒食症・しゃっくり、小児緩和ケアの月齢別ケア、子どもや若者の悪性腫瘍、小児の心理的徴候)も含まれることから、複数の専門家により学習内容を検討する必要があると考える。

評価方法は、独自で作成した質問紙評価と FGI を併用することが示唆された。特に FGI は評価者の個人的な経験を質的に測定でき、グループダイナミクスを通して潜在的な意見を短時間で生成できる(Uwe, 2012; 安梅, 2007)という点でも有効であると考えられる。評価時期は、先行研究および本研究の実現可能性から直前・直後・1 か月に調査することが示唆された。加えて、Haley and Catherine(2012)の記憶の調査では、直前・直後・1 週間後・1 か月後に評価していることから、本研究では、直前・直後・1 週間後・1 か月後で評価することが示唆された。

評価内容は、プログラム評価基準(Donald et al. 2010)を考慮し、本教育プログラムの目標に沿って設定する必要があり、その内容の信頼性と妥当性については、複数の専門家で十分に検討すべきと考える。

また、Lisle-Porter and Podruchny(2009)の新生児終末期ケアガイドラインに倣い、教育プログラムでは、意思決定期・臨死期・死別期の各時期におけるケアを学習者に意識づけるとともに、評価の視点についても、各時期別の実践ケアへの活用を問う質問紙の内容や FGI の焦点とすることと考えた。

IV. 結論

1. 我が国には、新生児終末期ケア教育プログラムの開発に関する研究はみあたらなかった。
2. 本教育プログラムの内容は、既存の新生児終末期ケア教育プログラムから、疼痛管理・症状管理・倫理と法的側面・コミュニケーションと文化・スピリチュアリティと不安・看護師の疲労の予防を含み、講師との直接対面式の集団研修形式が必要と示唆された。
3. 本教育プログラムの内容は、既存の小児緩和ケア教育プログラムから抽出する際に、新生児領域に参考となるか否かを検討する必要があると示唆された。
4. 本教育プログラムでは、意思決定期・臨死期・死別期の各時期における具体的なケアを意識づけるとともに、評価の視点は、時期別とすることと考える。
5. 評価方法には、質問紙調査と FGI を併用し、評価時期は、直前・直後・1週間後・1か月後に調査する必要があると示唆された。

第2章 新生児終末期ケア教育プログラムの作成

I. 目的

新生児終末期ケアの質向上には、継続教育等によって NICU 看護師の苦手意識を軽減し、自信を培うことが重要である(Romesberg, 2007; Lisle-Porter & Podoruchny, 2009)。また、村上他 (2012) の NICU 看護師を対象とした質問紙調査 (回答者 340 名) では、約半数が「新生児終末期ケアに関する系統的知識が十分でない」、さらにその半数が「新生児終末期ケアに関する研修会等への参加経験がない」と回答した。このように、NICU 看護師のための、「新生児終末期ケアに関する系統的知識を持つことによって、その臨床的意義への理解を深めるとともに、これまでの苦手意識を軽減させてケアを行うこと」を目標とした新生児終末期ケアに関する教育プログラムの必要性は、国内外でも明らかであるが、わが国には存在しない。

そこで本章では、欧米における新生児・小児領域の終末期ケアもしくは緩和ケアに関する教育プログラムおよび研究者らの全国調査結果をもとに、わが国の実情に即した新生児終末期ケア教育プログラム (以下、教育プログラム) を作成することを目的とした。

II. 方法

1. 学習内容の設定のためのデータ収集方法と分析

文献および教育プログラムの抽出は、第1章で述べた方法で検索した。

得られた資料の分析は、研究者ら6名が実施した。まず、既存プログラムに記載されていた module のうち、新生児領域に参考となるものを抽出した。次に、抽出された module について、学習の順序性や内容の関連性から分類し、内容を設定し、集約したものを命名した。

これらの内容妥当性は、研究者ら6名で検討した後、指導的立場にある NICU 看護師や新生児科医師による専門的助言によって確保した。

2. 実施方法の設定のためのデータ収集方法と分析

第1章で述べた成人・小児緩和ケアプログラム、周産期関連研修会、看護医学教育書籍をもとに、実施方法として学習目標・教育方法・人数・時間・講師を設定した。分析は同様に、研究者ら6名で検討した後、指導的立場にある NICU 看護師や新生児科医師による専門的助言によって確保した。

III. 結果

1. 学習内容の設定

第1章で述べたように、国内には該当するものはなく、海外2文献3団体 (Lisle-Porter & Podruchny, 2009; NHPCO, 2011; NHS West Midlands, 2010; Rogers et al., 2008; Together for short lives, 2012) を抽出した。このうち、Lisle-Porter and Podruchny(2009) は新生児終末期ケアガイドラインであり、教育プログラムではないので、学習内容を意思決定

期・臨死期・死別期により分類する際の参考資料として用いた。

既存4プログラム中3プログラム(NHPCO, Together for short lives, NHS West Midlands)は小児領域であるため、新生児領域に参考とならないと判断した module (健常児と患児の発育, 複雑で慢性的な胎児環境, 小児緩和ケアの紹介, 小児とのコミュニケーション, 性, 小児のコーピング, 小児アセスメント, 嘔気嘔吐, 悪性腫瘍の無い生活, 便秘・拒食症・しゃっくり, 小児緩和ケアの月齢別ケア, 子どもや若者の悪性腫瘍, 小児の心理的徴候)を除外した。

すなわち, NHPCOでは10から8 module, Together for short livesでは13から11 module, Rogers 他は新生児終末期ケア教育プログラムなので6 module のまま, NHS West Midlandsでは22から13 module, 合計51から38 moduleを抽出した(表2-1)。

表2-1. 参考となる module (プログラム別)

NHPCO 10→8 module	Together for short live 13→11 module
小児緩和ケアの原理と基準, 小児緩和ケアの提供モデル, 倫理的意思決定と先進医療, 痛みのアセスメントと管理, 症状管理, 家族への地域社会における心理社会的支援, 死別ケア, 学際的チームとしての組織と支援, <u>健常児と患児の発育, 複雑で慢性的な胎児環境</u>	新生児の緩和ケア, 法と倫理, 緩和ケアへの移行, 先進医療, 重要な情報の共有と悪い結果の告知, 小児の緩和ケアの指針, アセスメントと症状管理 終末期と死亡後のケア, 死別期のサポート, 死亡診断書の作成, 家族のサポートとスピリチュアリティと文化, <u>小児緩和ケアの紹介, 小児とのコミュニケーション</u>
Rogers et al. 6→6 module	NHS West Midlands 22→13 module
痛みの管理, 症状管理, 倫理と法的側面, コミュニケーションと文化, スピリチュアリティと不安, 看護者の疲労の予防	緩和ケアの哲学, 法と倫理, 痛みの評価, 痛みの管理, 授乳, 呼吸, 口腔ケア, 神経学的問題, 皮膚症状, 救急処置, 最期の数日, 看取りケアの実践, スピリチュアリティ, <u>性, 小児のコーピング, 小児アセスメント, 嘔気嘔吐,</u> <u>悪性腫瘍の無い生活, 便秘・拒食症・しゃっくり,</u> <u>小児緩和ケアの月齢別ケア, 子どもや若者の悪性腫瘍,</u> <u>小児の心理的徴候</u>

*下線部は, 新生児終末期ケアに該当し難いため除外した module を示す

次に、既存4プログラムから抽出された38 moduleを、学習の順序性や内容の関連性で分類し、18の学習内容を抽出した後、6つに集約し、命名した。すなわち、【新生児の終末期ケア総論】【倫理的意思決定と家族のケア】【臨死期の新生児のケア】【死別を経験する家族のケア】【コミュニケーション】【医療者へのサポート】である。具体的には、表2-2に示した。

【新生児終末期ケア総論】は、4つの学習内容「新生児ケアの実践基盤」「主要概念」「終末期の諸相とケアの視点」「日本人の死生観」から成った。

【倫理的意思決定と家族のケア】は、3つの学習内容「新生児医療における倫理的問題とその背景」「倫理的意思決定過程における医療者の役割と協働」「倫理的意思決定過程における家族へのサポートと医療者の役割」から成った。

【臨死期の新生児のケア】は、3つの学習内容『看取りのケア』の理念「痛みのマネジメントとコンフォートケア」「症状管理」から成った。

【死別を経験する家族のケア】は、4つの学習内容「臨死期の家族へのケア」「死別期の家族へのケア」「死別した家族の継続的なサポート」「死別を経験する家族のケア」から成った。

【コミュニケーション】は、2つの学習内容「コミュニケーションの基礎」「家族との効果的なコミュニケーション」から成った。

【医療者へのサポート】は、2つの学習内容「死別期のケースカンファレンス」「看護者として必要とした心理的／スピリチュアルなサポート」から成った。

表 2-2. 既存 4 プログラムの module から設定した学習内容

学習内容		既存 4 プログラムの module
新生児 終末期 ケア 総論	新生児ケアの実践基盤	学際的チームとしての組織と支援, 法と倫理, 緩和ケアの哲学, 法と倫理, スピリチュアリティ, 倫理と法的側面, スピリチュアリティと不安
	主要概念	小児緩和ケアの原理と基準, 小児緩和ケア提供モデル, 死別ケア, 新生児の緩和ケア, 緩和ケアへの移行, 小児緩和ケアの指針, 終末期と死亡後のケア, 看護者の疲労の予防
	終末期の諸相とケアの視点	倫理的意思決定と先進医療, 痛みのアセスメントと管理, 死別ケア, 重要な情報の共有と悪い結果の告知, 終末期と死亡後のケア, 死別期のサポート, 死亡診断書の作成, 家族のサポートとスピリチュアリティと文化, 痛みの管理, スピリチュアリティ, 痛みの管理, コミュニケーションと文化, スピリチュアリティと不安
	日本人の死生観	スピリチュアリティ, スピリチュアリティと不安
と 倫理的 家族の 意思決定 の ケア	新生児医療における倫理的問題とその背景	法と倫理, 法と倫理, 倫理と法的側面
	倫理的意思決定過程における医療者の役割と協働	学際的チームとしての組織と支援, 倫理的意思決定と先進医療, 緩和ケアへの移行, 先進医療
	倫理的意思決定過程における家族へのサポートと医療者の役割	重要な情報の共有と悪い結果の告知
臨 死 期 の 新 生 児 の ケ ア	「看取りのケア」の理念	倫理的意思決定と先進医療, 死別ケア, 法と倫理, 緩和ケアへの移行, 先進医療, 終末期と死亡後のケア, 法と倫理, 最期の数日, 看取りケアの実践, 倫理と法的側面
	痛みのマネジメントとコンフォートケア	小児緩和ケアの原理と基準, 小児緩和ケア提供モデル, 痛みのアセスメントと管理, 小児緩和ケアの指針, 家族のサポートとスピリチュアリティと文化, 痛みの評価, 痛みの管理, スピリチュアリティ, 痛みの管理, スピリチュアリティと不安
	症状管理	症状管理, アセスメントと症状管理, 授乳, 呼吸, 口腔ケア, 神経学的問題, 皮膚症状, 救急処置, 症状管理
死 別 を 経 験 す る 家 族 の ケ ア	臨死期の家族へのケア	緩和ケアへの移行, 重要な情報の共有と悪い結果の告知, 授乳, 呼吸, 口腔ケア, 救急処置, 最期の数日, 看取りケアの実践, コミュニケーションと文化
	死別期の家族へのケア	死別ケア, アセスメントと症状管理, 死別期のサポート, 死亡診断書の作成, 家族のサポートとスピリチュアリティと文化, コミュニケーションと文化
	死別した家族の継続的なサポート	家族への地域社会における心理社会的支援, 家族のサポートとスピリチュアリティと文化, スピリチュアリティ, スピリチュアリティと不安
	死別を経験する家族のケア	家族のサポートとスピリチュアリティと文化
コ ミ ュ ニ ケー ー シ ョ ン	コミュニケーションの基礎	コミュニケーションと文化
	家族との効果的なコミュニケーション	倫理的意思決定と先進医療, 死別ケア, 緩和ケアへの移行, 重要な情報の共有と悪い結果の告知, 終末期と死亡後のケア, 死別期のサポート, 死亡診断書の作成, 痛みの管理, 看取りケアの実践, 痛みの管理, コミュニケーションと文化
サ ポ ー ト の 医 療 者 へ の	死別期のケースカンファレンス	学際的チームとしての組織と支援, 緩和ケアの哲学, 看護者の疲労の予防
	看護者として必要とした心理的 / スピリチュアルなサポート	スピリチュアリティ, スピリチュアリティと不安, 看護者の疲労の予防

* 配色は既存 4 プログラムを示す 青:NHPCO 緑: Together for short live 紫: NHS West Midlands 橙: Rogers 他

2. 実施方法の設定

1) 学習目標

目標レベルは、本教育プログラムの目標「新生児終末期ケアに関する系統的知識を持つこと」によって、その臨床的意義への理解を深めるとともに、これまでの苦手意識を軽減させてケアを行うことが達成できるよう設定した。すなわち、梶田の「開・示・悟・入とタキノミーの主要次元」(梶田, 2010)を参考に、開(目を開かせる・心を耕す)と示(ポイントをわからせる・一応できるようにさせる)の2つの次元に合わせた。また、認知的領域は知識・理解、情意的領域は受け入れ・反応・価値付け、情意運動領域は模倣のレベルとし、目標の表現は明確な動詞とした(Bloom et al, 1971 梶田他訳 1987)。具体的には、表 2-3 に示した。

表 2-3. 各学習内容における学習目標

学習内容		学習目標
A 新生児終末期ケア総論	A1: 新生児ケアの実践基盤	倫理の意味と倫理原則を述べる 倫理的行動の原理を述べる FCC の基本概念を述べる チーム医療と FCC の共通性を述べる NICU のケア理念とケア内容を述べる
	A2: 主要概念	喪失・悲嘆・死別・喪の意味を区別する グリーフケア・死別ケアの意味を区別する 通常の悲嘆反応と複雑性悲嘆を区別する 緩和ケアと終末期ケアの関連を述べる
	A3: 終末期の諸相とケアの視点	NICU の終末期ケアの重要性を認める 新生児の終末期ケアの諸相を述べる 新生児終末期のケアの視点を述べる
	A4: 日本人の死生観	古代日本人の感覚的・情緒的死生観を述べる 仏教思想における生死の捉え方を述べる 多様な死生観を認める
B 倫理的意思決定と家族のケア	B1: 新生児医療における倫理的問題とその背景	新生児医療を取り巻く倫理的諸問題の背景を述べる 治療の意思決定における医学的・倫理的根拠を述べる
	B2: 倫理的意思決定過程における医療者の役割と協働	チーム医療としての倫理的意思決定について述べる 倫理的意思決定過程における医療者の役割を認める
	B3: 倫理的意思決定過程における家族へのサポートと医療者の役割	倫理的意思決定過程における家族へのサポートにおける医療者の役割について自身の言葉で述べる

表 2-3. 各学習内容における学習目標 (続)

学習内容		学習目標
C 臨死期の 新生児の ケア	C1: 「看取りのケア」の理念	「看取りのケア」の理念の重要性を認める 「看取りのケア」の社会的意義を述べる
	C2: 痛みのマネジメントと コンフォートケア	新生児の痛みのマネジメントを具体的に述べる 新生児のコンフォートケアについて具体的に述べる
	C3: 症状管理	臨死期の新生児に起きる症状を述べる 出現した症状への対処法を具体的に述べる
D 死別を 経験する 家族の ケア	D1: 臨死期の家族へのケア	臨死期の家族へのケアの重要性を認める 臨死期の家族への具体的なケアを述べる
	D2: 死別期の家族へのケア	死亡後の家族へのケアの重要性を認める 死亡後の家族への具体的なケアを述べる
	D3: 死別した家族の継続的なサポート	死別した家族の継続的なサポートの重要性を認める 死別した家族の継続的なサポートを具体的に述べる
	D4: 死別を経験する家族のケア	死別を経験する家族のケアについて自身の言葉で述べる
E コミュニ ケーシ ョン	E1: コミュニケーションの基礎	コミュニケーションの重要性を認める コミュニケーションの基本を述べる
	E2: 家族との効果的な コミュニケーション	視聴事例各々で用いられたコミュニケーション技法について述べる 家族との効果的なコミュニケーションのために必要なスキルを自身の言葉で述べる
F 医療者 へのサ ポート	F1: 死別期のケースカンファレンス	死別期のケースカンファレンスの重要性を認める 死別期のケースカンファレンスの展開法を述べる
	F2: 看護者として必要とした心理的/ スピリチュアルなサポート	看護師にとって心理的/スピリチュアルなサポートが重要であることを認める 看護師が必要とした心理的/スピリチュアルなサポートについて自身の言葉で述べる

2) 学習内容に適した教育方法の設定

(1) 講義

講義は、学習者が習得すべき知識を伝えるのに効果的である(Dent & Ronald, 2005 鈴木他訳 2010)。また、一人の講師が多数の学習者へ伝達でき、時間効率もよい(大西, 2005)。そこで、学習内容 A1: 新生児ケアの実践基盤, A2: 主要概念, A3: 終末期の諸相とケアの視点, A4: 日本人の死生観, E1: コミュニケーションの基礎については、講義とした。特に、学習

内容の A1～A4 は冒頭の序論に相当するので、全体を概説し、各学習内容の重要ポイントを強調することによって、進行に伴い学習者の理解を深めることができると考えた。また学習内容 E1 では、コミュニケーションスキルの基礎を押さえ、次の E2：家族との効果的なコミュニケーションで応用できるよう設定した。

講義の展開は Dent and Ronald (2005 鈴木他訳 2010) に従い、導入では、学習者の講義へ向かう雰囲気をつくり学習目標を提示し、展開では、古典型講義としてセクション分類し質疑応答を含め、終結では、導入で述べた学習目標や重要なキーワードを振り返ることとした。しかし、講義は講師が中心的で学習者は受動的学習になりやすく教育効果は講師に依存される(大西, 2005)。そこで、佐藤(2010)の協同的な学びに従い、学習者自らの思考を生み出せるよう講師が対話を重ねながらすすめ、多様な考え方を導く学習者参加型講義とした。

教材は、「基礎的知識、概念、法則等の教育内容を内在している現象を選択し、再構成した結果、学習目標達成に向け機能する教育的材料」(杉森・舟島, 2012)として、学習内容 A1～A3 および E1 はパワーポイントを用いた視覚教材、学習内容 A4 ではホワイトボードを用い、対象者にはパワーポイントやレジユメの資料 (A4 サイズ) を冊子にして配付し、講義内容を記入しやすいよう工夫することとした。

(2) 事例ベースの講義

事例学習は、学習者の体験を秩序ある知識へつなぐ帰納的学習法であり、潜在する因果関係を理解し、問題解決能力を習得するために効果的であり、実際的な危険や迷惑が及ばない(坪倉, 2010)。特に、新生児の意思決定期における倫理的諸問題には、多くの看護師が倫理的苦痛や価値対立を体験する一方で、解決の糸口を見だし難い(Cavaliere, Daly, Dowling, & Montgomery, 2010; Pijl-Zieber et al, 2008; Rogers et al, 2008)。また、臨死期の新生児のケアの経験はストレスが高く、親や家族とのコミュニケーションは難しい(Kain, 2006)。このような困難な状況で、家族がわが子との生きた証や思い出を残すことができるよう看護師は支援することが重要である(Romesberg, 2004)。しかしわが国の NICU で実践している施設は限られている。そこで、学習内容 B1：新生児医療における倫理的問題とその背景、B2：倫理的意決定過程における医療者の役割と協働、C1：「看取りのケア」の理念、C2：痛みのマネジメントとコンフォートケア、C3：症状管理、D1：臨死期の家族へのケア、D2：死別期の家族へのケア、D3：死別した家族の継続的なサポート、F1：死別期のケースカンファレンスは、講師の具体的な実践事例に基づく講義とした。

事例ベースの講義展開は、Dent and Ronald (2005 鈴木他訳 2010)の教育法、および佐藤(2009)の「活動的で協同的で反省的な学び」に従い、導入では、学習者の講義へ向かう雰囲気をつくり学習目標を提示し、展開では、問題に基づいた学習(Donald, 1994 新道訳 2007)として、講師が経験した事例の問題解決過程を、意見交換を交えながらすすめ、終結では重要なキーワードを振り返り、次のグループ討議の要点を押さえるようにした。

全てパワーポイントを用いた視聴覚教材とし、D2 と D3 では、新生児看護用具 (実物) を用いた。ここでも、既述の冊子を用いることとした。

(3) グループ討議

グループ討議は、学習者の主体性が生かされ、包括的な技能を習得し、講義の学びや自らの体験を理解し、共有できる(Dent & Ronald, 2005 鈴木他訳 2010)。人数は、3～5名程度(佐藤, 2010)または、5～10名程度で行うと、情意領域や認知領域の内容にとりくみやすい(大西, 2005)。そこで、事例ベースの講義を受け自施設のケア改善に向け啓発する目的で、学習内容の B3: 倫理的意思決定過程における家族へのサポートと医療者の役割, D4: 死別を経験する家族のケア, F2: 看護者として必要とした心理的/スピリチュアルなサポートは 5名程度のグループ討議とした。

グループ討議の展開は、積極的な学習者にとっては能動的となるが、既存知識や経験が必要であり、教育効果はグループメンバーやファシリテーターに依存する(大西, 2005)。そこで、全員が参加でき、学習目標に添って様々な考え方が明確になり、時間内に討議が完了するよう、講師以外にファシリテーターを配置することとした。テーマは、グループ討議直前に提示した。時間配分は、討議 30 分間、まとめ 5 分間、発表とフィードバック 10 分間とした。理由は、討議に多くの時間を費やしてもそれに見合う成果が上がるとは限らず(田島, 2004), 安永(2011)の 20 分間, 阿部・寺沢(1997)や下光(2005)の 30～45 分間という報告から討議 30 分間、まとめ 5 分間とした。さらに、発表は 1 人 1 分間の設定で十分な効果が得られる(田島, 2004)ので、各グループ代表 1 名につき 1 分間を数グループ行うことで学びを共有し、残りをフィードバックに充て、計 10 分間とした。

教材は、A4 サイズの議事録用紙を準備し、既述の講義資料(冊子)を確認・復習しながら討議を進めることとした。

(4) ロールプレイの視聴

ロールプレイは、コミュニケーションスキルを向上するために有用であり、特に医療者が良くない知らせを告知する場合の患者や、家族のもつ個人的文化的な視点を探求できる(Dent & Ronald, 2005 鈴木他訳 2010)。学習者がある役割を演じ、模擬体験することで、スキルの学習にもなるが、役割の演技を通じて心理的な側面などに触れることも可能である(大西, 2005)。新生児の終末期ケア場面では、家族と医療者の情報の共有や意思疎通は最も重要である(L. de Rooy, Aladangady, & Aidoo, 2012)が、情報の伝え方は非常に難しい(Botwinski, 2010)。そのため、学習内容の E2: 家族との効果的なコミュニケーションはロールプレイが効果的と考えるが、対象者の心理的負担を考慮し、講師および研究者らが架空事例を設定・演じるロールプレイを視聴する方法とした。

ロールプレイの視聴の展開は、意思決定期、臨死期～死別期の 2 場面とした。具体的な実施指導演および展開は表 2-4 と表 2-5 に示した。冒頭では、進行上のルールを説明し、問いの投げかけによって全員が演じているような疑似体験を促し、フィードバックは建設的に行うよう計画した。教材は、架空事例のプリント(事前に対象者へ配付し通読している)、新生児看護用具、沐浴槽、新生児用コット、病院用寝衣、看護師白衣、椅子、カンガルーケアベッドを用い、実際の面談室と病室環境を設営し、臨場感を演出するよう設定した。

表 2-4. 実施指導案 (E2: 家族との効果的なコミュニケーション ロールプレイの視聴)

対 象 NICU 看護師 25 名程度

実施日 教育プログラム第 2 日

実施者 7 名 (研究者, 新生児・周産期看護専門家, 臨床心理士)

1. 学習目標

- 1) 視聴事例各々で用いられたコミュニケーション技法について述べる。
- 2) 家族との効果的なコミュニケーションのために必要なスキルを自身の言葉で述べる。

2. 行動目標

- 1) ロールプレイの視聴を通して, 倫理的意思決定場面および新生児の臨死期～死別期場面における家族との効果的なコミュニケーションスキル (聴く・共感と支持・繰り返す・明確化) の活用方法を認識できる。
- 2) 自らの経験と照合しながら, ロールプレイを視聴できる。

3. 準備物

- 1) 教材: 架空事例のプリント, 新生児看護用具 (天使キット), 沐浴槽, 新生児用コット, 病院用寝衣, 看護師白衣, 椅子 (3 脚), カンガルーケアベッド
- 2) マイク (3 本)

4. 実施上の留意点

- 1) 対象者が自由に意見交換できスムーズに進むよう配慮する。
- 2) 対象者の意見へは, 支持・共感的にフィードバックする。
- 3) 対象者が E1 コミュニケーションの基礎の学びを想起しながら視聴できるよう意識する。
- 4) ロールプレイ事例の学習の意図を明確にし, 対象者へ伝わるよう配慮する。
- 5) 架空事例のプリントは第 1 日に配付し, 対象者が通読するよう伝えておく。
- 6) 良好な学習環境 (空調, 音響, 照明, 机の配置) を整え, 前後で充分休憩をとる。
- 7) 対象者が今後の新生児終末期ケア実践で活用しやすいよう, 結びつける。
- 8) 役割 (講師: 振り返り, 演者: 看護師役, 母親役, 父親役, ナレーター
スタッフ: 時間管理, 録画, 場面設営, 道具準備)
- 9) 時間配分 (全 60 分間: 導入 2 分間, 展開 28 分間×2 場面, 終結 2 分間)

5. 評価の視点

- 1) 質問紙調査 (第 3 章で後述; 形成的テスト・理解に対する認識・実践の苦手意識)
- 2) フォーカスグループインタビュー (第 3 章で後述; 行動の変化)

表 2-5. ロールプレイの視聴の展開 (E2: 家族との効果的なコミュニケーション)

【架空事例】 新生児の母親 36 歳。大卒。自営 WEB デザイナー。父親 40 歳。大卒。会社課長。二人暮らしで共稼ぎ。結婚 5 年後に自然妊娠。新生児の両祖父母は県外に在住。			
段階	ねらい	展開方法と内容	備考
導入前 (休憩時間)	直前の E1: コミュニケーションの基礎の応用であることを対象者に意識づける。	これから、ロールプレイの視聴のために会場設営をすることを案内する。 対象者には茶菓をすすめ、適宜リラクゼーションできるように配慮する。	講義用機材を撤去し面談室を設営する (椅子 3 脚・マイク 3 本)。 演者 (看護師・母親・父親) は準備する。 講師は、対象者席から視聴する。
導入二分間	E2 の学習内容と方法を確認し目標を定め、配付プリントを確認する。	E2 の学習内容をわかりやすく提示し、資料の該当ページを示す。	対象者には事前に架空事例のプリントを配付し通読を指示している。
展開 場面 意思決定期	対象者は、ロールプレイの架空事例の状況を再認識する。	ナレーター「では、場面 A の状況を説明します。」	マイクを使って説明する。事前配付プリントの参照を促す。
		<p>「母体搬送。初産妊娠 23 週 0 日に胎児心拍が低下し緊急帝王切開術分娩。男児で出生体重 510 g。名前は太郎。</p> <p>日齢 3 で重度の脳室内出血を認め、心肺機能も低下している。主治医は、『このまま積極的に治療を続けても、治療効果は極めて期待しにくい。子どもの最善の利益を考えると、治療効果よりも治療に伴う苦痛が大きい』と判断し、上司に相談した。病棟で検討会が設けられ、その結果、経過と治療効果の見通しについて両親に説明し、治療の継続や中止についての両親の意向を確認する、その上で、最終的な治療方針を両親とともに決めることになった。</p> <p>担当看護師は両親を面談室に案内した。両親と主治医・看護師が面談をしている。主治医は両親の質問に答えながら、治療経過を説明し、治療を続けることについてどのように思っているかを尋ねた。父親は『治療しても助からないということは理解できる。自分達もある程度覚悟はしていた。』と率直に話した。母親は、父親の意見にうなずくが、何も言葉を発しない。父親は『すこし夫婦で考えさせてほしい』と告げる。看護師は、母親の表情が気になっていた。」</p>	
	状況説明 五分間		

表 2-5. ロールプレイの視聴の展開 (続)

段階	ねらい	展開方法と内容	備考	
展開 場面 意思決定期	状況説明 続き 五分間	対象者は、架空事例の状況を認識する。	「面談室で両親が話し合うことになり、主治医と看護師は退室した。しばらくして両親は看護師と話がしたいと希望、看護師は話を聴くことになった。看護師は母親の表情が気になっていたので話したいと言ったことはよい機会と思った。3人は腰をかける。」	説明の後、対象者に質問の有無を確認する。
	演技 七分間	対象者は、ロールプレイの視聴を通して次の看護ケアの方針を認識する。 ・「母親が何を伝えようとしているのか」、さらに話を聴くことで見極める。 ・両親が互いに気持ちを分かち合い、支え合える関係であるかを見極める。 ・両親が「治療への意向を主治医に伝える」ことができるのか見極める。 ・両親に対処能力があれば、それを支える。	(看護師が両親と顔を合わせたところで、母親から話し出す。) 母親「(涙を目に浮かべ、静かな口調)治療を中止すれば、あの子は楽になりますよね。楽にさせてやりたい。もうこれ以上あの小さな身体を痛めつけたくはないと思うんです。でも、それって私たち親が死なせることですよ。毎月の命日が来るたびに思い出すんですよ、きっと、自分たちが死なせたって。」 看護師(間をおく) 父親「二人で話していたときも、こんな風で。治療の効果がないのなら治療しても意味がないし、親なんだから、太郎のためにしっかり考えてやらないと。」 母親「それはわかる。けど、あなたのように決められないわ。」 父親「二人で苦しめばいいじゃないか。自分らが作った命、最期まで責任もってやろう。今、太郎だって苦しんでいるんだぞ。何とかしてやらないと。」 母親「看護師さん、治療効果がないからといって治療をやめた後、あの子が苦しまないように本当にできますか？治療の代わりに親として何かしてやれることはありますか？」	演者は、マイクを使い、聴衆に聞こえやすいよう配慮する。 最後の母親のせりふは、聴衆に問いかけるように話す。
	問い 五分間	・対象者は、自らの経験と照らし合わせながら、自分の言葉で説明する。	ナレーター「あなたがこの担当看護師であれば、どのように対応しますか？」	なるべく多くの対象者が意見を述べるよう配慮する。の意見を支持的に受容する。マイクを回す。
	演技 続き 三分間	・コミュニケーションスキル「聴く・共感と支持・繰り返す・明確化」を用い、両親の真意を導く。	看護師(共感的に支持しながら、母親の気持ちを繰り返す)「・・・と思われたているのですね。」	・対象者の意見も考慮しながら演技を続ける ・看護師役は「聴く・共感と支持・繰り返す・明確化」を意識して使う。

表 2-5. ロールプレイの視聴の展開（続）

段階	ねらい	展開方法と内容	備考
展開 場面 意思決定期	演技続き 三分間	<p>母親と父親が会話：母親はどちらかと言うと中止。でも何もしてやれないことで空虚感が大きい。家族で一緒に過ごす感覚を体験したい。そうすれば死なせたと思わなくても済むかもしれない。</p> <p>看護師と両親が会話：看護師は親の意向について確認とともに明確にしていく。主治医との面談を計画することを伝える。</p> <p>看護師「何かありましたら遠慮無くお声をかけて下さい」</p>	<p>・対象者の意見も考慮しながら演技を続ける</p> <p>・看護師役は「聴く・共感と支持・繰り返す・明確化」を意識して使う。</p>
	意見交換 五分間	<p>対象者と演者で意見を交換し、場面のコミュニケーションスキルを共有する。</p> <p>ナレーター「演者の感想を聞いてみましょう」 演者は感想を述べる。 ナレーター「会場のみなさんのご意見を聞いてみましょう。」</p>	<p>演者は、コミュニケーションスキルがどのように効果的だったのかについて、感想を述べる。</p>
	振り返り 三分間	<p>講師から、コミュニケーションスキルについて、演者や対象者と振り返る。</p> <p>講師「場面 A では、コミュニケーションスキルを用いていかに両親の真意を導くかというのがポイントだったんですね。演者はうまく演じてくれましたし、視聴していたみなさんもそのポイントをうまくつかめていたと思います。」</p>	<p>講師は、演者や対象者の意見を肯定的に振り返る。</p>
展開 場面 臨死期く死別期	<p>対象者は、ロールプレイ事例の状況を認識する。</p>	<p>ナレーター「では、先ほどと同じ親子の場面 B の状況を説明します。」以下を説明する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・両親は積極的治療をやめ、カンガルーケアをしながら子どもと一緒に過ごすことを決断した。主治医は臨死期の鎮痛法やコンフォートケアについて説明した。さらに検討会が開かれ、両親と医療スタッフが子どもの最善の利益について話し合い、呼吸器を中止する取り決めがなされた。新生児科医師と看護師はいきさつを記録に残し、両親と関係者の署名を得た。 ・看護師は臨死期から死別期のケアに、両親がどのようにしたいか意向を聞き、具体的なケア内容を確認した。 ・子どものベッドサイドで母親は自らの希望であるカンガルーケアをする。主治医立ち会いの下、母親の胸の上で、子どもの呼吸器は止められた。 	<p>マイクを使って説明する。配付資料を参照するよう促す。</p> <p>説明中に場面設営を静かに速やかに行う。</p> <p>教材；新生児看護用具（天使キット）、沐浴槽、新生児用コット、カンガルーケアベット</p>

表 2-5. ロールプレイの視聴の展開（続）

段階	ねらい	展開方法と内容	備考
状況説明続き 五分間	対象者は、ロールプレイ事例の状況を認識する。	・両親と子どもは親子水入らずで過ごし、看護師はナースコールがあればすぐケアができる距離で見守っている。父親から、子どもの様子が変わったということで、新生児科医師と看護師がベットサイドに行く。さらに子どもの心拍が低下し、両親・看護師・主治医に見守られながら、子どもは永眠された。	説明の後、対象者に質問の有無を確認する。
問い 五分間	対象者が、自らの経験と照らし合わせながら、自分の言葉で説明する。	ナレーター「あなたがこの看護師であれば、どのようにしますか？」	なるべく多くの対象者が意見を述べるよう配慮し支持的に受容する。
展開場面 臨死期〜死別期 演技 十分間	対象者は、ロールプレイの視聴を通して、次の看護ケアの方針を認識する； ・その子どもの親として何かができる唯一、最期の機会を支えるためにコミュニケーションスキルを応用する。 ・両親と子どものプライバシーを確保しながら、両親の意向に添った死別ケアを受容する。 ・死亡診断書などの事務手続き、葬儀（業者利用か否か）など、今後の説明をする。	母親「太郎ちゃん、太郎ちゃん（泣く、背中をさする。）」 父親「太郎、よく頑張ったよな。よく我慢したな。（母と向い合う）」 母親「うんうん。（うなづく）痛かったよね。しんどかったね。」 父親「でも頑張ったよね」 看護師「そうですね、（子どもと親に向かって）頑張りましたよね。」 母親「ほんとうに。太郎ちゃん、えらかったね・・・」 父親「そうだな。えらかった。（看護師は親子の様子を見守る。）」 看護師「これから、ここではゆっくりできないでしょうし、おじいさんやおばあさんもお見えのようですので、お母さんのお部屋に移りますか？部屋担当の助産師には連絡しています。」 母親「そうですね、おじいちゃん達にもだっこしてもらいたいし。」 父親「そうだな。」 母親「でも太郎ちゃん、テープがいっぱいついてる。」 看護師「お部屋で、太郎ちゃんをご家族でゆっくりときれいにしてお風呂に入れたり、お着替えをしましょう。」 母親「そうなんですか。楽に気持ちよくしてやりたいし。おじいちゃん達にも見てもらいたい。」 看護師「そうですね。では、いきましようか。」 ナレーター「親子は母親の病室に移動しました。両親は在室しています。看護師は挨拶をし簡単に説明をします。」	（会場の意見が集約したところで母親から切り出す。） 臨場感を大切にする。 演者は、マイクを使い、聴衆に聞こえやすいよう配慮する。

表 2-5. ロールプレイの視聴の展開（続）

段階	ねらい	展開方法と内容	備考
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">展開 場面 臨死期 死別期</p>	<p>対象者が、自らの経験と照らし合わせながら、自分の言葉で説明する。</p> <p>対象者は、ロールプレイの視聴を通して、次の看護ケアの方針を認識する；</p> <ul style="list-style-type: none"> ・その子どもの親として何かができる唯一、最期の機会を支えるためにコミュニケーションスキルを応用する。 ・両親と子どものプライバシーを確保しながら、両親の意向に添った死別ケアを受容する。 ・事務手続き、葬儀（業者利用か否か）など、今後の説明をする。 	<p>母親「看護師さん、太郎をきれいにしてください。」 看護師「そうですね。手足形を残し、洋服もお着せしましょうね。」 母親「はい。」 看護師「太郎ちゃんに着せたいお洋服などありますか。」 母親「ああ、そうだった。まだ、準備をしていなかった。」 看護師「では、病院でご用意している赤ちゃんのお洋服がこういうのがあるんですけども、いかがでしょうか。太郎ちゃんの記念をとっておけます（天使キットの説明ゆっくり）。」 母親「いいね。かわいいね。似合うね。」 父親「そうだな。」 看護師「そうですね。かわいいですね。ではお風呂の前に手形や足形をとりましょう。（一緒に手足形をとる）」 両親「（手足形をみて）小さいね」 看護師「お風呂に入りましょうね。私がそばで見ているので、お父さんとお母さんのお二人でされませんか。」 両親「はい。（沐浴をする）」</p> <p>ナレーター「両親が沐浴をします。産衣も両親が着せます。おじいちゃんおばあちゃんもだっこをして、しばらくゆっくりと家族の時間を過ごします。看護師は見守ります。」</p> <p>看護師「事務的なこととお話ししても良いですか。」 父親「お願いします。」 看護師「死亡診断書は医師が作成次第お渡します。退院については、お通夜やお葬儀のご都合もあると思いますが、どうなさいますか。ご遺体を少し預かった方がよければ、1日くらいは可能です。」 父親「妻の退院のこともあるので、家族で少し考えさせてください。」 看護師「では、しばらくみなさんでお過ごしになって、良い時間になりましたら、呼び下さい。」</p>	<p>看護師は具体的な教材を用いて、聴衆に説明するように演じる。</p> <p>教材；新生児看護用具（天使キット）、沐浴槽、新生児用コット、カンガルーケアベット</p> <p>事務的な手続きではあるが看護師役は、家族を気遣いながら説明をすすめる。</p>
	<p>演技 十分間</p>		

表 2-5. ロールプレイの視聴の展開 (続)

段階		ねらい	展開方法と内容	備考
展開	意見交換 五分間	対象者と演者で意見を交換し、場面のコミュニケーションスキルを共有する。	ナレーター「演者の感想を聞いてみましょう」 演者は感想を述べる。 「会場みなさんのご意見を聞いてみましょう」	演者は、コミュニケーションスキルや死別期のケアがどのように効果的だったのかについて、感想を述べる。
	振り返り 三分間	講師から、コミュニケーションスキルについて、演者や対象者と振り返る。	講師「場面 B では、臨死期～死別期のケアを実践しながら、その子どもの親として何かができる唯一、最期の機会を支えるためにどうコミュニケーションスキルをどのように応用するのか、がポイントだったのですね。お別れはつらいですが、事務的な手続きまで、演者はうまく演じてくれましたし、みなさんもそのポイントをうまくつかめていたと思います。」	講師は、演者や対象者の意見を肯定的に振り返る
二分間	終結	学びを自施設での看護実践へ応用できる。	E2 の学習目標と要点をまとめる。	学習目標が達成できたかを確認する。

3) 人数の設定

既述した教育方法で用いた既存の研修会や大学教育の研究報告を参考に、本教育プログラムの対象者の人数を設定した。

周産期の死に関する看護研修プログラムは 24 名(聖路加看護大学ペリネイタルロス研究会, 2012), CLIC (Care for Life-threatening Illnesses in Childhood) の小児緩和ケア教育プログラムは 40 名(CLIC, 2011), 緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会は 60 名(日本緩和医療学会, 2012)であった。大学における少人数授業は 20~30 名で構成することで、教員と学生相互の密な意見交換を通じて学習効果をあげていた(阿部他,1998)。そこで、本教育プログラムでは、講師と対象者、対象者同士の直接対話による協同的な学び(佐藤,2010)を重視するため、25 名程度と設定した。

4) 時間の設定

既述した教育方法で用いた先行研究および既存の研究会を参考にし、本教育プログラムの時間を設定した。

周産期の死に関する看護研修プログラムは 2 日間(聖路加看護大学ペリネイタルロス研究会, 2012), CLIC の小児緩和ケア教育プログラムは 2 日間(CLIC, 2011), ELNEC-PPC の小児緩和ケア教育プログラムは 2.5 日間(Jacobs et al., 2009), 成人緩和ケア教育プログラムは 2~3 日間(AACN, 2012; ELNEC-J, 2008; Paice, Ferrell, Coyle, Coyne, & Smith, 2010; Quinn et al., 2008)であった。そこで本教育プログラムでは、対象者の勤務調整や旅程を考慮し 2 日間とすることにした。

2 日間における各学習内容の時間配分は、学生の集中力は 45 分を過ぎると低下することが明らかであり、講義の合間は休息をとる必要がある(Dent & Ronald, 2005 鈴木他訳 2010)ことから、30~45 分単位で区切り、合間で 15 分(昼休みは 60 分)の休憩時間を設けることとした。従って本教育プログラムは、2 日間、16 時間で行うこととした(表 2-6)。

なお、対象者の意識づけの目的で、日本緩和医療学会緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会(2012)に倣い、本教育プログラムの最初に「参加動機」を、最後に「実践における自己目標」をグループで討議するよう設定した(表 2-6)。

5) 講師の設定

学際的な教育プログラムのためには、多職種で構成される必要がある(Engelder, Davies, Zeilinger, & Rutledge, 2012; Kauffman, Hauck, & Mandel, 2010)。そこで講師は、新生児看護専門家・新生児と小児領域の医療倫理や看取り医療の専門家・死別ケアを実践している施設の NICU 看護師・子どもとの死別体験者の支援経験のある僧侶・臨床心理士・子どもとの死別体験者の計 9 名で構成した。

新生児看護専門家を講師とした理由は、学習内容 A: 新生児終末期ケア総論では、対象者が新生児終末期ケアに関わる重要なケア理念や定義, エビデンスに基づく知識を限られた時間の

中で網羅する必要がある。そこで、長年新生児看護実践に携わり、FCC (Family Centered Care) を具現化し、新生児終末期ケアや医療倫理、痛みのケアを探求し実績を残し続けてきた看護学の専門家と設定した。

新生児と小児領域の医療倫理専門家を講師とした理由は、B：倫理的意思決定と家族のケアでは、対象者が新生児と家族の立場を尊重した倫理的意思決定をサポートするための手立てを導く必要がある。そこで、新生児医療の高度化の歴史的渦中にあり、常に倫理的判断に対峙するとともに、「重篤な新生児のための話し合いのガイドライン(田村, 2004)」の作成に携わった専門家と設定した。

新生児看取り医療の専門家を講師とした理由は、C：臨死期の新生児のケアでは、対象者が看取りのケア理念、痛みの管理と安楽のケア、緩和ケアの要点を理解する必要がある。それは、臨死期の新生児ケアで看護師が救命治療に関わることは子どもへ痛みを与えそれが自身の倫理的苦痛を引き起こす(Kain, 2006)が、治療から緩和ケアへ移行すれば新生児の死に効果的に対処するための力強い望みにつながる(Romesberg, 2004)からである。そこで、子どもの最善の利益を尊重した看取りの医療を実践・研究してきた専門家と設定した。

死別ケアを実践している NICU 看護師を講師とした理由は、D：死別を経験する家族のケアや、F：医療者へのサポートでは、対象者が臨死期や死別期の家族のケアポイントを理解し実践へつなげ、医療者自身が抱く空虚感や敗北感(Romesberg, 2007)を支援する必要がある。そこで、わが国の NICU で組織的なケア実績を有する看護師とした。

仏教僧侶を講師とした理由は、A4：日本人の死生観では、対象者が日常的・儀式的な死生観の存在を認める必要がある。そこで、人々は喪失に対処するため宗教的信念と実践を支えとする(Harold, 2008 杉岡訳 2009)こと、わが国の ISSP 国際比較調査(宗教)では 1200 名の回答者の 65%が仏教、21%が神道、13%がキリスト教と、最も多くが仏教に親しみを感じていること(西, 2009)、日本の看護は古く仏教の慈悲を基に人々の世話をすることから始まり「いのち・生老病死・生き方や幸せ」の理念や仏教に通じること(藤腹, 2002)、から、仏教僧侶と設定した。

臨床心理士を講師とした理由は、E：コミュニケーションでは、対象者がコミュニケーションスキルの基本を復習し応用する必要がある。さらに、新生児終末期ケアでは多職種とのチーム医療が重要であるが、臨床心理士は、子どもと家族の関わりから心情や行動の必然性を理解し、医療チームへ還元することで、包括的な終末期ケアの実現に重要な責務を果たす(阿佐美, 2012)。そこで、学習内容の講師は、臨床心理士と設定した。

死別体験者とした理由は、D：死別を経験する家族のケアでは、対象者は我が子を亡くした家族の視点を理解した上で、どのようにサポートすべきかを対象者ら自身で導く必要がある。そこで、実際に我が子との死別を経験し、時を経ても変わらぬ我が子への思いや悲しみを乗り越えたプロセスを語ることでできる体験者と設定した。

以上の過程を経て作成した本教育プログラムを表 2-6 に示した。

表 2-6. 新生児終末期ケア教育プログラム

時間(分)	内容	教育方法	担当・講師		
第一日	30	オリエンテーション, 自己紹介と参加目的	G 討議	研究者	
	A : 新生児の終末期ケア総論				
	30	A1 : 新生児ケアの実践基盤	講義	新生児 看護 専門家	
	30	A2 : 主要概念			
	30	A3 : 終末期の諸相とケアの視点			
	休憩 15 分				
	45	A4 : 日本人の死生観	講義	仏教僧侶	
	昼休憩 60 分				
	B : 倫理的意思決定と家族のケア				
	45	B1 : 新生児医療における倫理的問題とその背景	事例 講義	新生児 医療倫理 専門家	
	45	B2 : 倫理的意思決定過程における医療者の役割と協働			
	45	B3 : 倫理的意思決定過程における家族へのサポートと医療者の役割	G 討議	看護専門家	
	休憩 15 分				
	C : 臨死期の新生児のケア				
	30	C1 : 「看取りのケア」の理念	事例 講義	新生児 看取り医療 専門家	
	30	C2 : 痛みのマネジメントとコンフォートケア			
	30	C3 : 症状管理			
	第二日	D : 死別を経験する家族のケア			
		45	D1 : 臨死期の家族へのケア	事例 講義	NICU 看護師
		45	D2 : 死別期の家族へのケア		
休憩 15 分					
45		D3 : 死別した家族の継続的なサポート	事例講義	死別体験者	
45		D4 : 死別を経験する家族のケア	G 討議	看護専門家	
昼休憩 60 分					
E : コミュニケーション					
30		E1 : コミュニケーションの基礎	講義	臨床心理士	
30		E2 : 家族との効果的なコミュニケーション (場面 A)	RP 視聴	看護専門家 看護師 研究者	
30		同上 (場面 B)			
休憩 15 分					
F : 医療者へのサポート					
45	F1 : 死別期のケースカンファレンス	事例講義	看護師		
45	F2 : 看護師として必要とした心理的/スピリチュアルなサポート	G 討議	看護専門家		
30	まとめ, 自己目標の設定	G 討議	研究者		

IV. 考察

本教育プログラムの学習内容は、既存のプログラムの module を類似性で分類した結果 6 つの学習内容【A：新生児の終末期ケア総論】【B：倫理的意思決定と家族のケア】【C：臨死期の新生児のケア】【D：死別を経験する家族のケア】【E：コミュニケーション】【F：医療者へのサポート】とした。さらに、学習内容の詳細については、既存の 4 プログラムに記載されていた 38 module の内容を検討し、A は 4 項目、B は 3 項目、C は 3 項目、D は 4 項目、E と F は各々 2 項目の計 18 項目を設定した。また、本教育プログラムの目標が達成できるように学習目標や教育方法を設定した。これら作成した本教育プログラムについて、既述の村上他(2012)の調査結果と照合した。

【新生児終末期ケア総論】では、基本的な新生児ケアの実践基盤・主要概念・終末期の諸相とケアの視点・日本人の死生観について講義で学ぶこととした。これは、「新生児終末期ケアに関する系統的知識が十分でない」との回答が 54.7%であったこと、「新生児の死は受け入れ難い」との回答が 76.5%であったことに対応するものとする。

【倫理的意思決定と家族のケア】では、新生児医療における倫理的問題とその背景・倫理的意思決定過程における医療者の役割と協働・倫理的意思決定過程における家族へのサポートと医療者の役割について、事例ベースの講義を踏まえたグループ討議で学ぶこととした。この方法は、「治療中止に関する話し合いの方法について学習を希望する」との回答が 56.8%であったことから、より具体的かつ実践的なことへの学習ニーズに応え得る、と考える。

【臨死期の新生児のケア】では、「看取りのケア」の理念・痛みのマネジメントとコンフォートケア・症状管理を、【死別を経験する家族のケア】では、臨死期の家族へのケア・死別期の家族へのケア・死別した家族の継続的なサポート・死別を経験する家族のケアを、事例ベースの講義をもとにしたグループ討議で学びを深めることとした。調査では、希望する学習項目について、「終末期の家族の心理的側面のケア（心理反応やグリーフケアなど）」との回答は 68.8%、「終末期の家族のスピリチュアルケア」は 63.2%であったことから、「臨死期の新生児のケア」「死別を経験する家族のケア」での学習ニーズが高いことが伺える。

【コミュニケーション】では、コミュニケーションの基礎を講義で学んだ後、家族との効果的なコミュニケーションをロールプレイの視聴や討議によって学びを深めることとした。調査では、「家族とのコミュニケーション」を希望する学習項目と回答したのは 51.5%であったが、系統的知識がないと認識し、かつ研修会に参加したことのない者には 59.0%であった。また天野(2012)の報告では、NICU 看護師は全員「悪い知らせ告知後の家族への対応ではよく困惑する」と回答している。これらの結果から、ロールプレイの視聴と討議を併用する教育方法は、対象者のニーズに応え得るものとする。

【医療者へのサポート】は、死別期のケースカンファレンスを事例ベースの講義で学んだ後、看護師として必要な心理的／スピリチュアルなサポートについてグループ討議で深めることとした。調査では、「医療者の心理的ケアや対処について学習を希望する」との回答は 67.4%、「新生児の死は受け入れ難いと思う」のは 76.5%であった。また終末期ケアにおいては、家

族のみならずケア提供者も悲嘆を経験するためサポートが必要であると考えられている(広瀬, 2011)。これらのことから、学習の必要性やニーズが高い内容と考える。

以上より、既存プログラムや文献等を参考に作成した新生児終末期ケア教育プログラムは、NICU 看護師の学習ニーズに応え得るものとする。そこで今後は、本教育プログラムを実施し、その目標達成について評価することが必要と考える。

V. 結論

NICU 看護師を対象とした「新生児終末期ケアに関する系統的知識を持つことで、臨床的意義への理解を深め、苦手意識を軽減させてケアを行うこと」を目標とした、新生児終末期ケア教育プログラムを作成した。

1. 6つの学習内容【新生児の終末期ケア総論】【倫理的意思決定と家族のケア】【臨死期の新生児のケア】【死別を経験する家族のケア】【コミュニケーション】【医療者へのサポート】から構成し、時間は16時間(2日間の集中型)とした。
2. 各学習内容の教育方法は、講義・事例ベースの講義・ロールプレイの視聴・グループ討議を組み合わせたものとし、教材は、印刷物・新生児看護用具とした。
3. 講師は、医療者以外に、僧侶や死別体験者の計9名で構成した。

第3章 新生児終末期ケア教育プログラムの実施と評価

I. 目的

わが国には新生児終末期ケアに関する教育プログラムがないことから、欧米の終末期ケアや緩和ケアに関する教育プログラムや研究者らの全国調査結果を参考に、わが国の実情に即した新生児終末期ケア教育プログラム（以下、教育プログラム）を作成した。

そこで本章では、作成した本教育プログラムを実施し、その目標達成について評価することを目的とした。

II. 方法

本研究は、広島大学大学院看護開発科学講座研究倫理審査委員会の承認（24-11）を受けて実施した。

1. 教育プログラムの実施

1) 対象者

対象者は、新生児終末期ケアの経験を有する新生児集中ケア認定看護師とした。新生児集中ケア認定看護師と限定した理由は、教育プログラム評価基準(Donald et al. 2010)によれば、評価者レベルは揃える必要があり、認定看護師であれば、その教育課程において高度な専門的知識・技術のみならず教育プログラム実施の評価に必要な評価者としての確実な能力が押し並べて教育されているため、適任と考えたからである。

対象者のサンプルサイズは、有意水準($\alpha=0.05$)、検定力($1-\beta=0.8$)、効果量を中等度($d=0.5$) (Cohen, 1988)とし、検定力分析ソフト G*Power3 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) を用いて算出した。その結果は 27 名であったが、実施および評価段階での脱落者を想定し、30 名を対象者とすることにした。

2) 対象者のリクルートおよび選出

まず、「新生児集中ケア認定看護師ネットワーク」の代表者に、メーリングリストによる募集案内の発信を文書で依頼した。代表者からの承諾を得た後、対象者募集の目的で、SSL (Secure Sockets Layer 情報を暗号化し送受信するプロトコル) で保護された申込専用フォーム、および問い合わせ専用のメールアドレスを設置した。申込専用フォームへの入力内容は、氏名・メールアドレス・住所・勤務先・年齢・臨床経験年数・新生児終末期ケア経験の有無・参加目的とした。

研究協力への依頼書と参加者募集案内は、既述のメーリングリストによって発信した。対象者の選出は、依頼書と募集案内を見て応募してきた者のうち、各施設 1 名、かつ年齢・臨床経験年数・地域が偏らないよう留意して行った。参加決定の通知は、応募者全員にメールで知らせることとした。

3) 教育プログラムの実施方法

本教育プログラムは第2章で述べた方法で実施した。すなわち、6つの学習内容を16時間(2日間集中)で、印刷物(冊子)および新生児看護用具を用い、講義(学習者参加型・事例ベース)と討議(視聴事例・自主課題によるグループ討議)よって行うこととした。

グループ討議による協同的な学びのために、1グループ3~5名程度を合計8グループ編成し、評価段階でのFGI(Focus group Intereview)と同じ構成メンバーとするために、年齢(40歳で区分)・臨床経験年数・地域性(東・西)が均質になるようにした。

会場は広島大学大学院保健学研究科棟106会議室とし、実施日程は評価期間を考慮して8~10月に想定した。

2. 教育プログラムの評価

1) 対象者

対象者は、2日間の本教育プログラムの実施に参加し、かつ継続的に評価に協力できた者とした。

2) 評価方法(データ収集法)

評価時期は、第1章で述べたように、本教育プログラム実施直前・直後・1週間後・1か月後の計4回とした。評価方法についても第1章で述べたように、プログラムの目標達成について、量的かつ質的に評価できるよう、無記名ID式構成型質問紙とFGIを用いることとした(表3-1)。

なお、対象者のIDの割り付けは、次の手順で実施した。①IDを書いた用紙と糊付き小封筒を封筒に入れ、封をした。②封筒は、受付の際に参加者が選んだ。③オリエンテーション時に「開封し、自分のIDを控え、小封筒にID用紙を入れ、封をし、小封筒の表に名前を書く」よう伝えた。また、ID入の入った小封筒の管理は研究者が行い、紛失の際は対象者本人に小封筒ごと渡すようにした。

表3-1. 教育プログラムの評価方法

時期	方法		所要時間
実施直前	質問紙(留め置き法)	会場で実施, 所定回収箱で回収	15分以内
直後			
1週間後	質問紙(郵送法)	回収期間は1週間	
1か月後	質問紙(留め置き法)	会場で実施, 所定回収箱で回収	約2時間
	FGI	会場で実施	

(1) 質問紙による評価

質問内容は先行研究(村上他, 2012)および第2章で述べた学習内容と目標を参考にし、対象者が目標を達成できたかを量的に評価できるように、新生児終末期ケアに関する系統的知識を問う形成的テスト、新生児終末期ケアに関する理解についての認識、意思決定期・臨死期・死別期各々における実践の苦手意識、とした。

形成的テスト・理解についての認識・実践の苦手意識の全項目は、研究者ら6名が第2章で述べた本教育プログラムから作成し、項目の内容妥当性は、研究者ら6名で本教育プログラムを適切に評価できるかを検討し、さらに指導的立場にある新生児科医師および新生児科看護師から確認を得た。

①形成的テスト

項目は、研究者ら6名が先行研究(村上他, 2012)および第2章で述べた学習内容から作成し、新生児終末期ケア実践においてNICU看護師が習得しておくべき基本的かつ系統的な知識15解答とした(資料1)。例えば、「項目8: 困難な状況にもかかわらず、うまく適応する過程や結果、その能力を(正解 レジリエンス)という」は、先行研究で希望する学習項目として高値だった「医療者の心理的ケアや対処」から抽出し、「項目7: 臨死期の新生児のコンフォートケアを具体的に1つ書きなさい(正解 カンガルーケア)」は、「C2: 痛みのマネジメントとコンフォートケア」から抽出した。

解答形式は、主要概念や新しい知識の正確な記憶が重要なので、文章完成法と直接記述法(Bloom et al, 1971 梶田他訳 1987)とした(資料1)。内的一貫性信頼性の確認は、対象者全員の本教育プログラム実施直前の得点のCronbach's α を算出することによって行った。

②理解についての認識

項目は、第2章で述べた学習目標から偏りなく作成し、10項目とした(資料2)。例えば、「項目1: 私は、終末期がどのような時期であるかを正しく理解している」は、学習内容「A3: 終末期の諸相とケアの視点」の目標「新生児の終末期ケアの諸相および視点を述べる」から抽出し、「項目2: 私は、スピリチュアリティの意味を正しく理解している」は、「F2: 看護者として必要とした心理的/スピリチュアルなサポート」の学習目標「看護者にとって心理的/スピリチュアルなサポートが重要であることを認める」から抽出した。

測定技法は、平均値の比較を検定するためにはリッカート5段階尺度以上の間隔尺度とする必要がある(堤, 2007)ことから、第1章で述べたようにBabgi et al.(2008)のCLCDI (Comfort Level Caring for Dying Infants)に倣い、リッカート5段階尺度(1=全くそう思わない, 2=あまりそう思わない, 3=どちらでもない, 4=かなりそう思う, 5=強くそう思う)を用いた(資料2)。

内的一貫性信頼性の確認は、対象者全員の本教育プログラム実施直前の得点のCronbach's α を算出することによって行った。

③実践の苦手意識

項目は、第2章で述べた学習目標および先行研究(村上他,2012)の「新生児終末期実践で『やりがい』の低かった項目」から作成し、意思決定期・臨死期・死別期各々5項目、計15項目とした(資料3)。例えば、「項目11:私は、(意思決定期における)両親を宗教的な側面から支えることが苦手である」は、学習内容「A4:日本人の死生観」の目標である「仏教思想における生死の捉え方を延べ、多様な死生観を認める」から抽出した。また、「項目13:私は、(意思決定期における)両親の思いを聴くことが苦手である」は先行研究結果でやりがいが低かった「(意思決定期に)両親の思いを聴くこと」から抽出した。先行研究(村上他,2012)の調査過程では、回答者から「『やりがい』とは何か、回答し難い」との意見が得られたことから、回答者の答えやすさを考え「苦手である」と表記した。

測定技法は、②同様にリッカート5段階尺度を用いた(資料3)。内的一貫性信頼性の確認は、対象者全員の本教育プログラム実施直前の得点を用い、意思決定期・臨死期・死別期ごとにCronbach's α を算出することによって行った。

(2) フォーカスグループインタビュー (FGI) による評価

FGIは、本教育プログラム実施後1か月間の看護実践における個別的な変化を質的に評価しグループダイナミクスを通して潜在的な意見を短時間で生成するために、インタビューガイドに沿って行った(資料4)。内容は、「新生児終末期ケア実践場面およびNICU (Neonatal Intensive Care Unit)での日常看護実践場面において、対象者の行動が、本教育プログラム実施後1か月間でどのように変化したか」に焦点を合わせた。

グループは8Gを編成し、対象者の発言のしやすさを考慮し、既述したように、本教育プログラム実施時と同じメンバー(年齢・臨床経験年数・地域ができる限り均質な3~5名のグループ)とした。所要時間は約2時間とし、その内残り30分で発言内容をまとめた。

対象者の匿名性を確保するために、インタビュー中はお互いをIDで呼び合い、データの明解性(dependability)を確保するために、対象者の同意を得てICレコーダーで録音し、終了後直ちに逐語録を作成した。会場は、広島大学大学院保健学研究科棟106会議室および504号演習室とした。

3) 分析

(1) 質問紙調査の分析

対象者全体の分析は、Shapiro-Wilk testで正規性を確認した上で、記述統計量の算出、 t 検定(第I群と第II群の対象者の背景の比較)、および反復測定分散分析(平均値間の差はBonferroni法で検定)によって行った。独立変数は、時期(実施直前・直後・1週間後・1か月後)、従属変数は、形成的テスト・理解についての認識・実践の苦手意識(意思決定期・臨死期・死別期別)の各平均得点とした。

対象者個人の分析は、形成的テスト・理解についての認識・実践の苦手意識の得点を時期に

沿い記述統計を算出し、グラフ化し、対象者全体の平均得点の変化とは異なる変化の形状を示した者を抽出した。分析結果は、看護専門家 5 名と検討を重ねた。

解析には、PASW[®] 17.0 Statistics を用い、有意水準は 5%未満とした。分析結果は、研究者ら 6 名および教育心理学者で確認した。

(2) FGI の分析

FGI は、8 グループの各データから各々 2 時間計 16 時間分の逐語録を作成し、Mayring の要約的内容分析(Mayring, 2000)の手法を用いた。

分析は、場面別（新生児終末期ケアの実践場面・NICU での日常看護実践場面）に、本教育プログラム実施後 1 か月間における行動の変化についての発言を分析した。新生児終末期ケアの実践場面における変化は、終末期の時期別（意思決定期・臨死期・死別期別）に、当該事例を経験した対象者個人の発言をもとに分析単位を抽出し、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。NICU での日常看護実践場面における変化は、各グループのまとめの発言を中心に分析単位を抽出し、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。

データ分析の信用可能性 (credibility) の確保のために、研究者ら 6 名によって解釈が一致するまで分析を繰り返し、その分析結果を対象者にメールで送付、確認を依頼し、誤りがある場合は修正することとした。

III. 結果

1. 教育プログラムの実施

対象者の募集は、2012 年 7 月 19 日に「新生児集中ケア認定看護師ネットワーク」の代表者が、研究協力への承諾後、ネットワークメンバー 227 名へメールリストにより発信し、2012 年 7 月 20 日～31 日に募集したところ 6 名であった。6 名全員が選定条件に適合していたので対象者とした。しかし、サンプルサイズが不足するため、同質・同規模の本教育プログラムを第 I 群・第 II 群で実施することとした。

第 I 群では対象者を 6 名とし、本学助産学生および県内 NICU 看護師を聴講者として加えた計 25 名で、2012 年 8 月 19～20 日に実施した。聴講者を加えた理由は、第 2 章で述べたように、協同的な学びを重視した本教育プログラムの実現には、サンプルサイズ程度の人数が必要と考えたことである。また、本学助産学生を加えた理由は、助産師も習得すべき学習内容であったこと、県内 NICU 看護師を加えた理由は、研究対象外だが受講希望者が多数であったことである。

第 II 群での実施のために、同様に新生児集中ケア認定看護師ネットワーク代表者が同年 8 月 22 日に同メンバーに発信し、8 月 23 日～9 月 3 日に募集したところ 34 名の応募があり、このうち選出条件に合わない 8 名を除外した。第 II 群では対象者を 26 名とし、同年 10 月 2～3 日に実施した。第 I 群・第 II 群とも、同じ方法と内容で実施した。実施の対象者は、計 32 名であった。

2. 教育プログラムの評価

1) 対象者

(1) 対象者全体の背景

対象者全体は、1か月後評価までに体調不良や勤務の都合を理由に2名が脱落し、30名であった。対象者の参加目的は、本教育プログラムへの関心をもち自主的に参加、現状の改善や実践・相談・指導に活かす、であった。

Shapiro-Wilk test では、対象者の年齢・臨床経験年数・NICU 経験年数について、対象者全体・第Ⅰ群・第Ⅱ群のいずれも非有意であり、正規分布に従うと確認された。

対象者全体の平均年齢は39.3歳(標準偏差5.1)、平均臨床経験は17.3年(5.2)、平均NICU経験は13.4年(4.4)であった(表3-2)。施設の所在地域は、北海道2名、関東9名、中部4名、近畿5名、中国6名、九州4名であった。関連研修会への参加経験は有り22名(73.3%)、無し8名(26.7%)であった。

第Ⅰ群と第Ⅱ群における対象者の年齢・臨床経験年数・NICU 経験年数の各平均値について、*t*検定により比較した結果、非有意であった(表3-2)。従って、以後は、第Ⅰ群と第Ⅱ群をまとめて対象者全体を分析した結果を示す。

表3-2. 対象者全体の背景

	対象者数	平均値±標準偏差	範囲	両群の平均値の比較
年齢 (歳)	第Ⅰ群 <i>n</i> =6	39.2 ± 4.2	33~44	<i>t</i> (28) =0.09, <i>p</i> =.93
	第Ⅱ群 <i>n</i> =24	39.4 ± 5.4	31~51	
	全体 <i>n</i> =30	39.3 ± 5.1	31~51	
臨床経験 (年)	第Ⅰ群 <i>n</i> =6	18.2 ± 3.7	13~23	<i>t</i> (28) =0.45, <i>p</i> =.66
	第Ⅱ群 <i>n</i> =24	17.1 ± 5.5	8~29	
	全体 <i>n</i> =30	17.3 ± 5.2	8~29	
NICU 経験 (年)	第Ⅰ群 <i>n</i> =6	11.8 ± 2.9	9~16	<i>t</i> (28) =0.96, <i>p</i> =.35
	第Ⅱ群 <i>n</i> =24	13.8 ± 4.6	6~22	
	全体 <i>n</i> =30	13.4 ± 4.4	6~22	

(2) 対象者個人の背景

対象者個人の参加群、年齢、臨床経験年数、NICU 経験年数、関連研修会参加の有無、本教育プログラム実施後の新生児終末期ケア事例経験の有無を、年齢の昇順に示した(表3-3)。このうち、本教育プログラム実施後に終末期事例を経験したのは13名(意思決定期のみ3名、意思決定期~臨死期1名、臨死期~死別期2名、死別期のみ5名、全時期2名)であった。

表 3-3. 対象者個人の背景（年齢の昇順）

対象者	群	年齢 (歳)	臨床経験 (年)	NICU 経験 (年)	研修会 ○：参加有	実施後 1 か月間における事例 ●：経験有		
						意思決定期	臨死期	死別期
①	II	31	8	8				
②	II	32	10	10	○			
③	I	33	13	13	○			
④	II	33	12	12	○			
⑤	II	34	13	6		●	●	●
⑥	II	35	15	14	○			
⑦	II	35	13	13	○			●
⑧	I	36	15	10	○			
⑨	II	36	13	12	○			
⑩	II	36	13	7	○			●
⑪	II	36	13	12	○			
⑫	II	36	13	8	○	●	●	●
⑬	II	37	14	13	○		●	●
⑭	II	38	16	16	○			
⑮	I	39	18	9		●	●	
⑯	I	40	19	16	○			
⑰	II	40	20	15				
⑱	II	41	18	16				
⑲	II	41	21	18	○		●	●
⑳	II	41	11	10	○			
㉑	II	42	21	21	○	●		
㉒	II	42	20	17	○			
㉓	I	43	21	9	○	●		
㉔	I	44	23	14	○			●
㉕	II	44	22	22	○			
㉖	II	44	23	9	○			
㉗	II	45	24	14				●
㉘	II	45	23	22				
㉙	II	50	29	19	○			●
㉚	II	51	25	16		●		
平均		39.3	17.3	13.4	計 22 名	計 6 事例	計 5 事例	計 9 事例

n=30

2) 質問紙調査

(1) 質問紙の信頼性

調査項目の内的一貫性信頼性は、Cronbach's α で確認したところ、形成的テストの 15 解答は 0.61、理解についての認識 10 項目は 0.92、実践の苦手意識の意思決定期 5 項目は 0.84、同じく臨死期の 5 項目は 0.88、死別期の 5 項目は 0.81 であり、確認できた。

(2) 新生児終末期ケアの形成的テスト

対象者全体の形成的テストは、 $[F(2.16, 62.5) = 260.6, p < .001]$ であった。平均得点は、本教育プログラム実施直前 3.9 (標準偏差 2.1)、直後 11.2 (1.9)、1 週間後 13.9 (1.4)、1 か月後 12.8 (1.9) であった。本教育プログラム実施直前よりも、直後・1 週間後・1 か月後のいずれにおいても有意に増加し、1 週間後が最高値であった (図 3-1)。

Bonferroni の多重比較法では、平均値間の差は、本教育プログラム実施直前と直後が 7.3 ($p < .001$)、実施直前と 1 週間後 10.0 ($p < .001$)、実施直前と 1 か月後 8.9 ($p < .001$)、直後と 1 週間 2.7 ($p < .001$)、直後と 1 か月 1.5 ($p = .003$) で有意に増加した。一方で、1 週間後と 1 か月後 1.1 ($p = .001$) は有意に減少した。

対象者個人別の得点の変化は、図 3-2 に示す。

形成的テストにおける対象者個人の得点の変化は、全体の平均得点の変化 (図 3-1) に比べ、高層や低層の違いはあるものの、特に逸脱した形状はみられなかった。

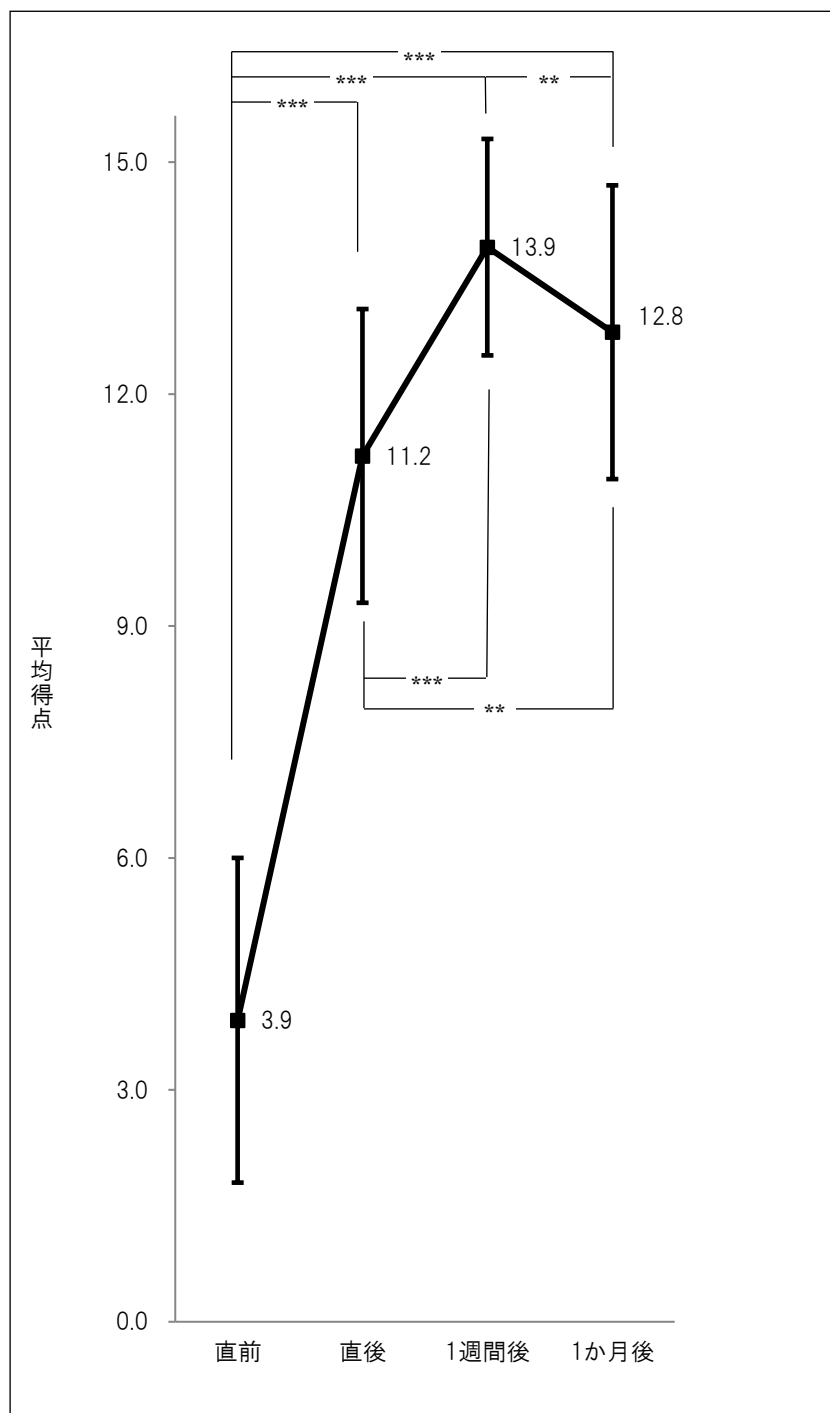


図 3-1. 形成的テストの平均得点の変化（全体） $n=30$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

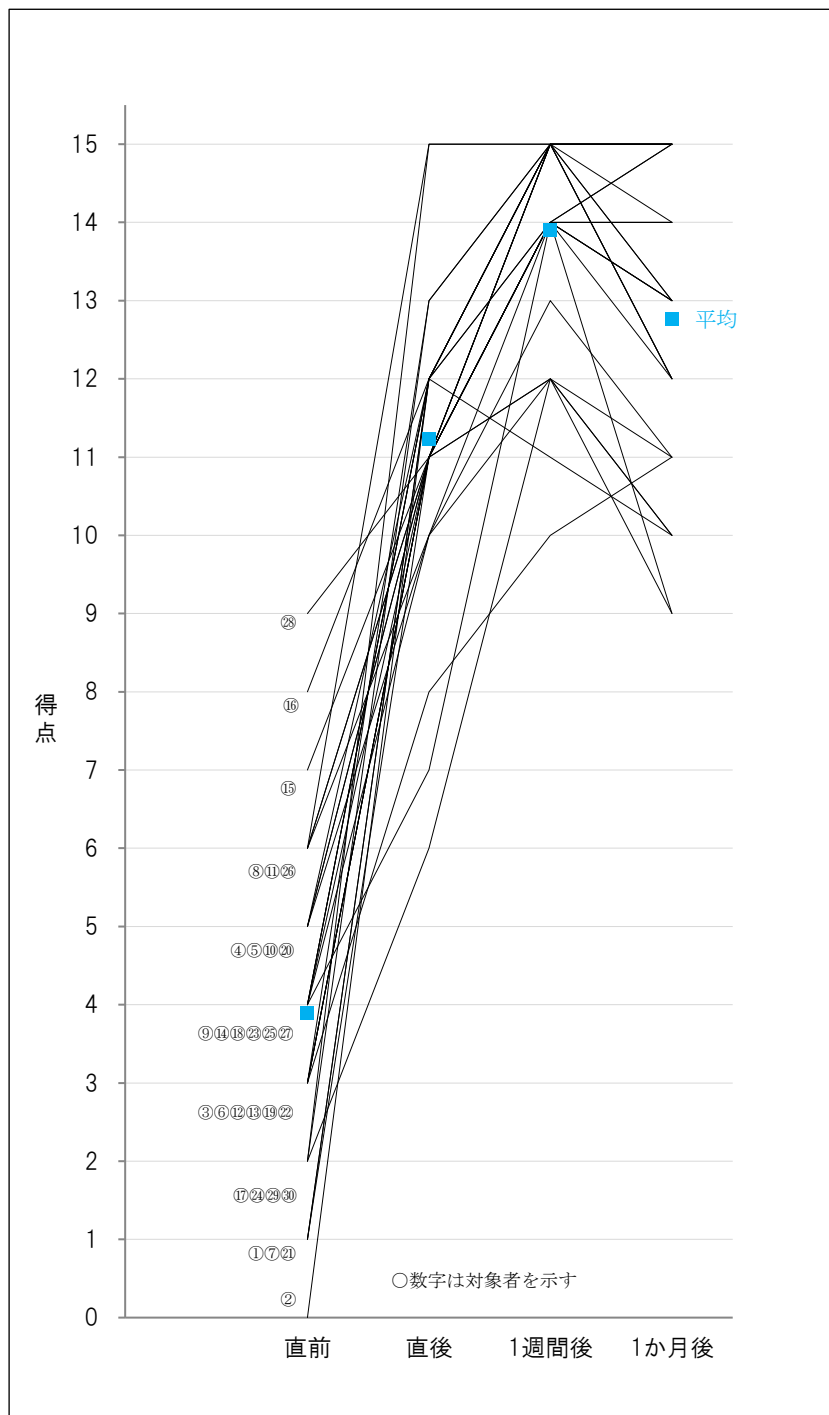


図 3-2. 形成的テストの得点の変化（個人別）

(3) 新生児終末期ケアの理解についての認識

対象者全体の理解についての認識は、 $[F(2.05, 59.4) = 29.1, p < .001]$ であった。平均得点は、本教育プログラム実施直前 2.7 (標準偏差 0.7), 直後 3.8 (0.8), 1週間後 3.9 (0.7), 1か月後 4.0 (0.6) であり、実施直前よりも、直後・1週間後・1か月後のいずれにおいても有意に増加し、1か月後が最高値であった (図 3-3)。

Bonferroni の多重比較法では、本教育プログラム実施直前と直後の平均値間の差は 1.1 ($p < .001$), 実施直前と1週間後は 1.2 ($p < .001$), 実施直前と1か月後は 1.2 ($p < .001$) と、実施直前よりも、直後・1週間後・1か月後のいずれにおいても有意に増加した。

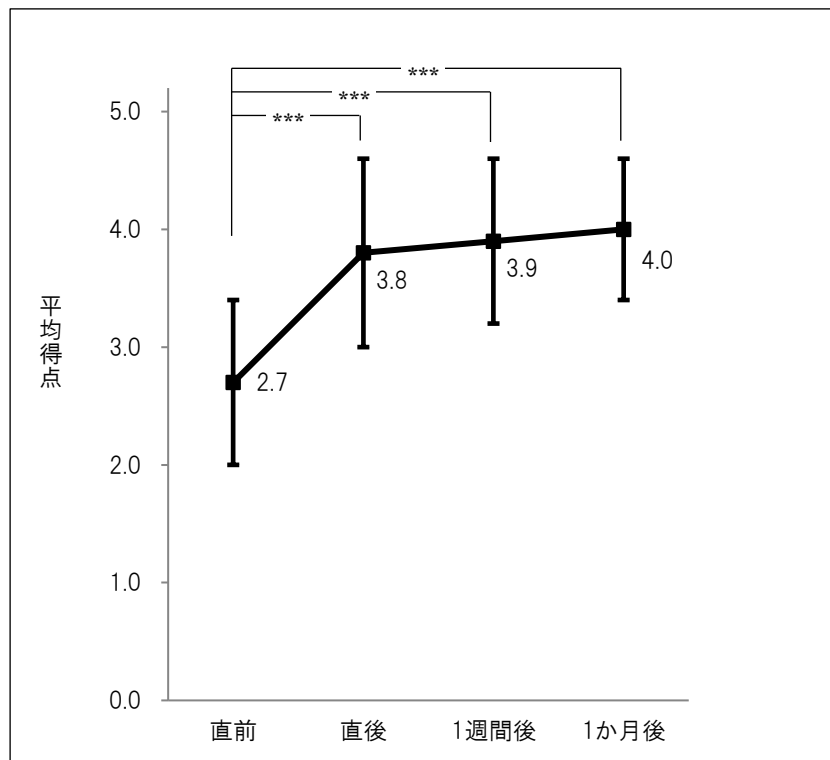


図 3-3. 理解についての認識の平均得点の変化 (全体) $n=30$ *** $p < .001$

対象者個人別の平均得点の変化は、図 3-4 に示す。

理解についての認識における対象者個人の平均得点の変化は、全体の平均得点の変化（図 3-3）に比べ、①⑩⑬の 3 名が異なる形状パターンを示した。

対象者①（Ⅱ群：直前 2.1，直後 3.1，1 週間後 2.2，1 か月後 2.3）は、全体の変化に比べ低層で変化し、直後には増加したものの、1 週間後には直前の得点程度にまで減少した。

⑩（Ⅱ群：3.6，1.8，1.3，4.8）および⑬（Ⅰ群：4.1，1.1，4.0，4.0）の平均得点の変化の形状は、全体の変化と逆行し、⑩は 1 週間後に、⑬は直後に、各々一度最下点を示した後増加した。

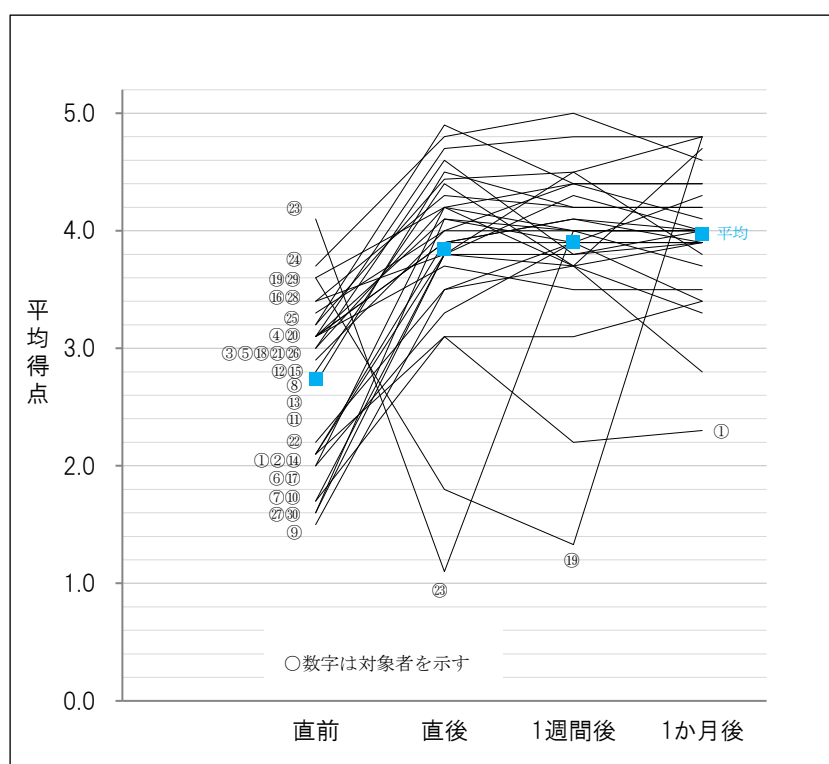


図 3-4. 理解についての認識の平均得点の変化（個人別）

(4) 新生児終末期ケアの実践の苦手認識

①意思決定期

対象者全体の意思決定期の苦手意識は、 $[F(3,87) = 12.9, p < .001]$ であった。平均得点は、本教育プログラム実施直前 2.7 (標準偏差 0.6) , 直後 2.3 (0.6) , 1週間後 2.4 (0.7) , 1か月後 2.1 (0.4) であり、実施直前よりも、直後・1週間後・1か月後のいずれにおいても有意に減少し、1か月後が最低値であった(図 3-5)。

Bonferroni の多重比較法では、本教育プログラム実施直前と直後の平均値間の差は 0.4 ($p = .022$) , 実施直前と1週間後は 0.3 ($p = .027$) , 実施直前と1か月後は 0.6 ($p < .001$) , 1週間後と1か月後では 0.3 ($p = .005$) であり、有意に減少していた。

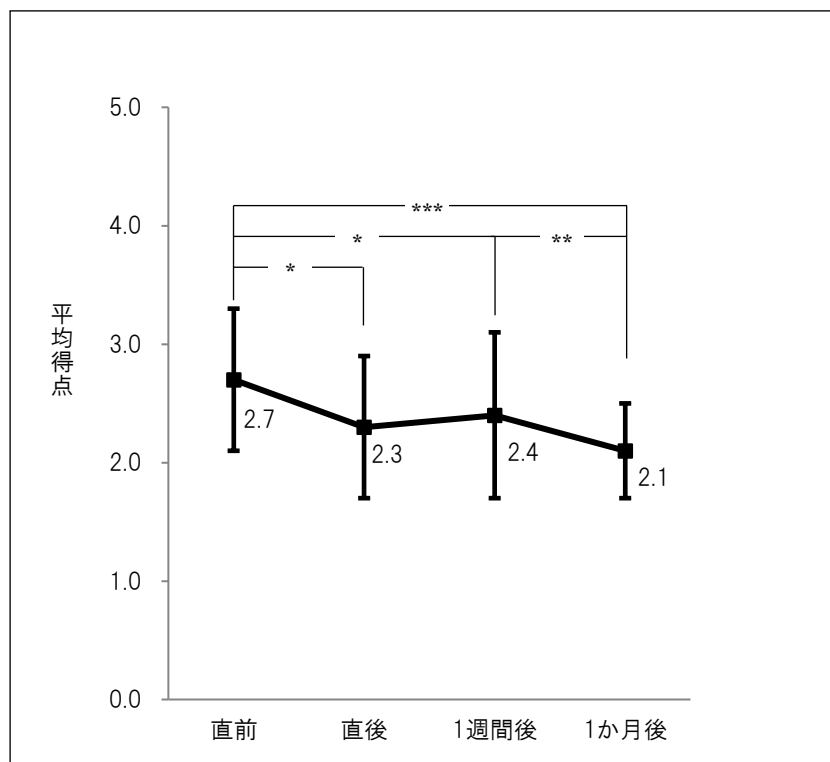


図 3-5. 意思決定期の苦手意識の平均得点の変化 (全体) $n=30$ * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

対象者個人別の平均得点の変化は、図 3-6 に示す。

意思決定期の苦手意識における対象者個人の平均得点の変化は、全体の平均得点の変化（図 3-5）に比べ、⑥⑨⑰の 3 名が異なる形状を示した。

対象者⑥（Ⅱ群：4.2，2.4，4.0，2.8）は、直後に減少したが、1 週間後増加し、1 か月後に 2.8 まで減少した。

一方、⑨（Ⅱ群：3.4，4.0，3.8，3.2）および⑰（Ⅱ群：3.0，4.0，3.4，2.6）の平均得点の変化の形状は、全体の変化と逆行し、直後に最高点を示し、1 か月後には直前の平均得点まで減少した。

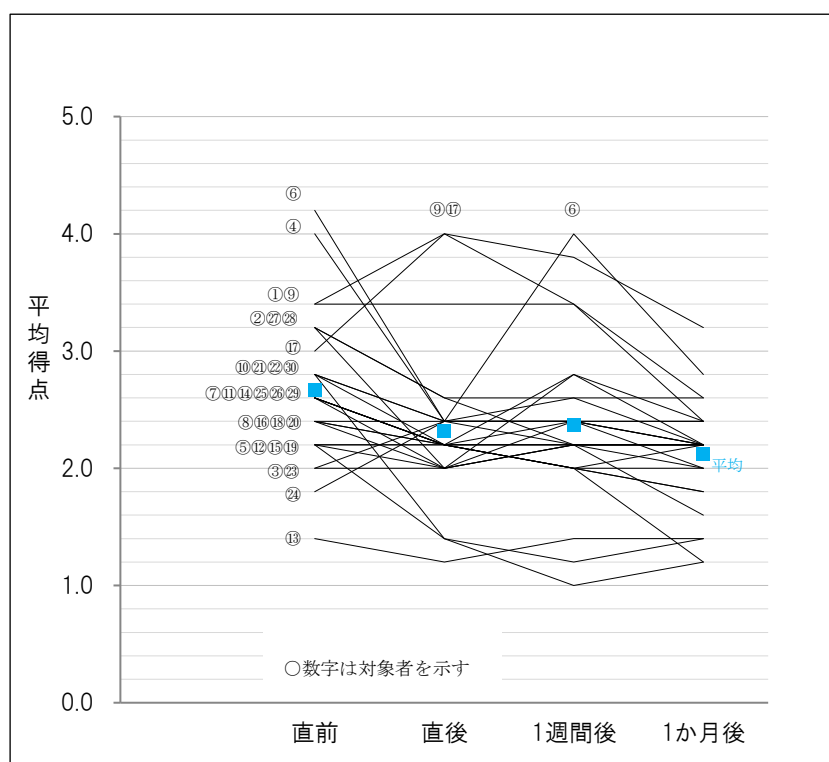


図 3-6. 意思決定期の苦手意識の平均得点の変化（個人別）

②臨死期

対象者全体の臨死期の苦手意識は、 $[F(2.14, 61.9) = 24.1, p < .001]$ であった。平均得点は、本教育プログラム実施直前 2.9 (標準偏差 0.8) , 直後 2.3 (0.6) , 1週間後 2.3 (0.7) , 1か月後 2.2 (0.5) であり、実施直前よりも、直後・1週間後・1か月後のいずれにおいても有意に減少し1か月後が最低値であった(図 3-7)。

Bonferroni の多重比較法では、本教育プログラム実施直前と直後の平均値間の差は 0.6 ($p < .001$) , 実施直前と1週間後は 0.6 ($p < .001$) , 実施直前と1か月後は 0.7 ($p < .001$) で、有意に減少していた。

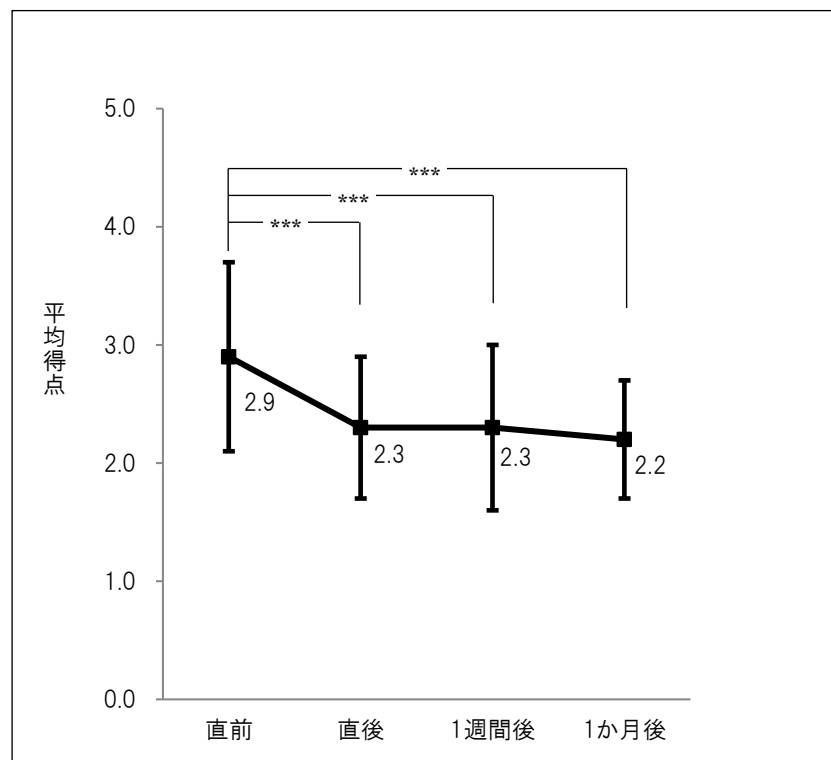


図 3-7. 臨死期の苦手意識の平均得点の変化 (全体) $n=30$ *** $p < .001$

対象者個人別の変化は、図 3-8 に示す。

臨死期の苦手意識における対象者個人の平均得点の変化は、全体の平均得点の変化(図 3-7)に比べ、①⑥の 2 名が異なる変化の形状を示した。

対象者① (Ⅱ群：直前 4.0, 直後 3.2, 1 週間後 3.8, 1 か月後 2.6) および⑥ (Ⅱ群：4.2, 2.4, 4.0, 3.2) は、直後に減少し、1 週間後に増加し、1 か月後に直前よりも減少し、最下点を示した。

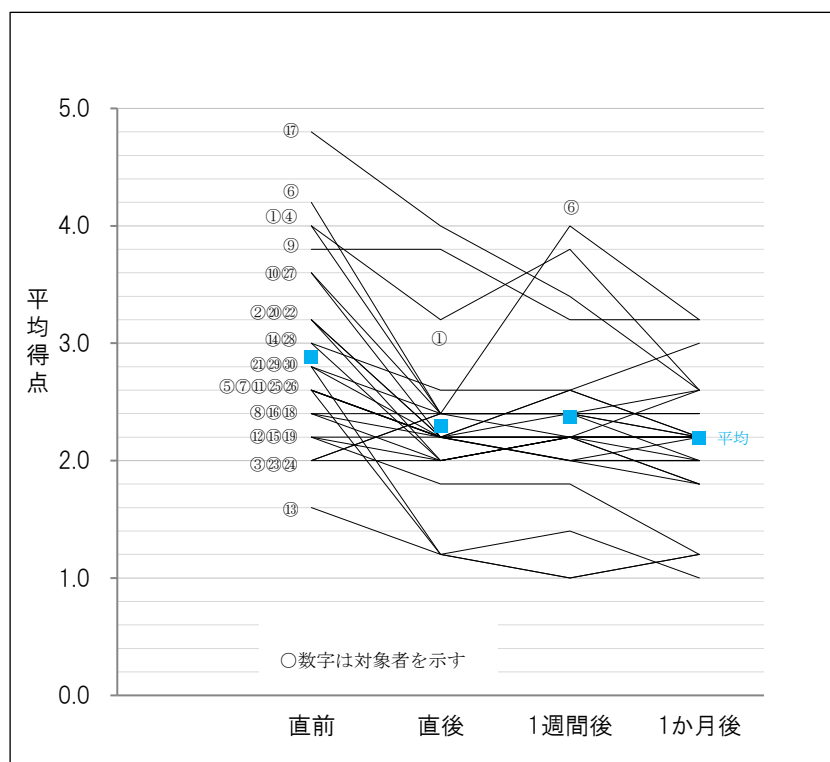


図 3-8. 臨死期の苦手意識の平均得点の変化 (個人別)

③死別期

対象者全体の死別期の苦手意識は、 $[F(3, 87) = 36.2, p < .001]$ であった。平均得点は、本教育プログラム実施直前 3.0 (標準偏差 0.7) , 直後 2.3 (0.7) , 1週間後 2.3 (0.7) , 1か月後 2.1 (0.5) であり、実施直前よりも、直後・1週間後・1か月後のいずれにおいても有意に減少し、1か月後が最低値であった (図 3-9)。

Bonferroni の多重比較法では、本教育プログラム実施直前と直後の平均値間の差は 0.7 ($p < .001$) , 実施直前と1週間後は 0.7 ($p < .001$) , 実施直前と1か月後は 0.9 ($p < .001$) , 直後と1か月後は 0.2 ($p = .042$) で、有意に減少していた。

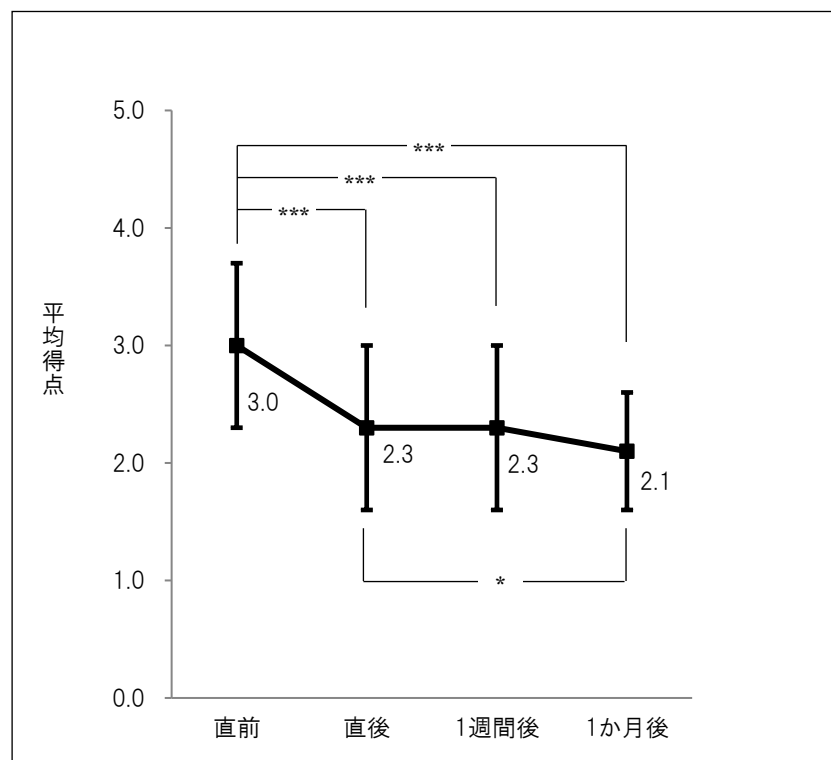


図 3-9. 死別期の苦手意識の平均得点の変化 (全体) $n=30$ * $p < .05$ *** $p < .001$

対象者個人別の変化は、図 3-10 に示す。

死別期の苦手意識における対象者個人の平均得点の変化は、全体の平均得点の変化(図 3-9)に比べ、①⑥の 2 名が異なる形状を示した。

対象者① (Ⅱ群：直前 4.0, 直後 3.4, 1 週間後 4.0, 1 か月後 2.6) および⑥ (Ⅱ群：4.2, 2.4, 4.0, 2.4) は、直後に減少し、1 週間後に増加し、1 か月後に最下点を示した。

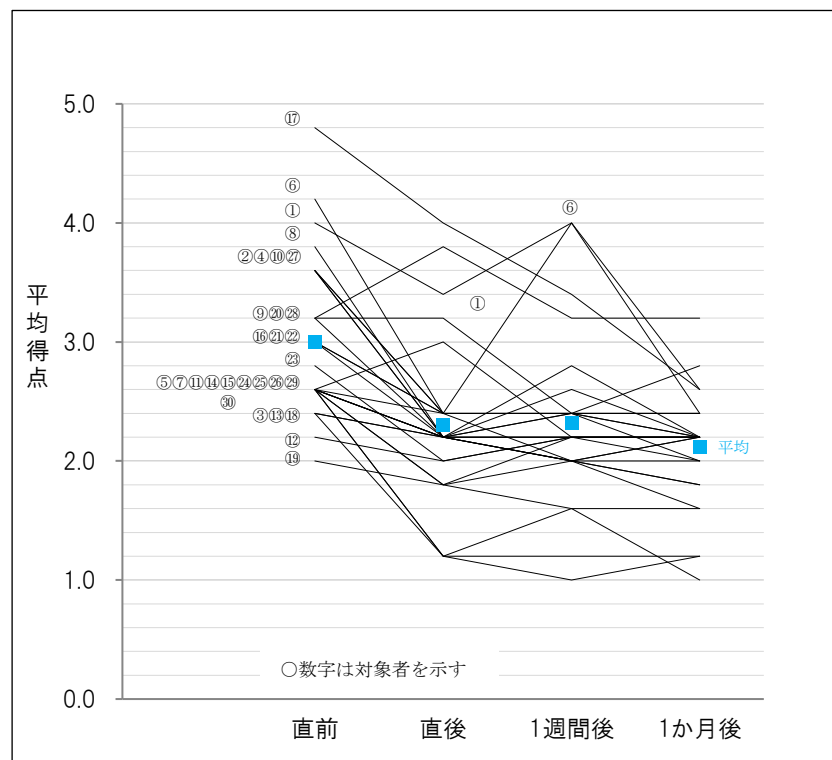


図 3-10. 死別期の苦手意識の平均得点の変化 (個人別)

3) フォーカスグループインタビュー

FGI は、対象者の勤務都合に合わせて、第Ⅰ群を 2012 年 9 月 18 と 21 日、第Ⅱ群を 11 月 2 日に、合計 8 グループ、30 名で、各 2 時間実施した。

(1) 新生児終末期ケアの実践場面における変化

対象者が本教育プログラムに参加した後 1 か月間で、これまで実施していなかったことが実施されるようになった。その内容として、【家族の意思決定を支えるための話し合いの実施】【新生児の痛みの緩和と安楽のケアの実施】【家族のための臨死期から死別期のケアの実施】【遺族の思いの傾聴】【死別期のケア向上のための改善と提案】の 5 つのカテゴリーを抽出できた (表 3-4)。以下に、各サブカテゴリーにおける語りを示した。

表 3-4. 新生児終末期ケアの実践場面における変化

時期	カテゴリー	サブカテゴリー
意思決定期	家族の意思決定を支えるための話し合いの実施	救命治療中止と臨死期の過ごし方についての家族との話し合いの実施
		子どもの最善の利益をまもるための家族との話し合いの実施
		家族の意思決定を支えるためのスタッフ間の話し合いの実施
臨死期	新生児の痛みの緩和と安楽のケアの実施	新生児のための痛みと安楽のケアの実施
		子どもと家族の望ましい死を尊重した緩和ケアの実施
	家族のための臨死期から死別期のケアの実施	親や同胞としてできる看取りのケアの実施
		子どもの生きた証と思い出を残すケアの実施
		残される家族のための看取りのケアの実施
死別期	遺族の思いの傾聴	死別を経験した遺族の思いを積極的に聴く
	死別期のケア向上のための改善と提案	死別を経験した家族のための病棟の整備
		死別ケアの詳細な記録
		死別後のケースカンファレンスの実施
		死別期のケア指針の作成準備
		死別後の家族の退院後のケアへの提案

①意思決定期

意思決定期の【家族の意思決定を支えるための話し合いの実施】は、「救命治療中止と臨死期の過ごし方についての家族との話し合いの実施」「子どもの最善の利益をまもるための家族との話し合いの実施」「家族の意思決定を支えるためのスタッフ間の話し合いの実施」の 3 つのサブカテゴリーから成った。

「救命治療中止と臨死期の過ごし方についての家族との話し合いの実施」は、次の内容が語られた：24週で出生，気胸，脳室内出血Ⅳ度のため生後6日で永眠。家族の意思決定を支えるための話し合いのこのタイミングが重要だと学んだので，生後3日に，両親・主治医と治療中止の話し合いの機会を設け，苦痛の緩和・新たな薬物投与の差し控えという方針が決まり，親子に残された時間をどう過ごしたいかについて家族の意向を聴くことができた。

「子どもの最善の利益をまもるための家族との話し合いの実施」は，次の内容が語られた：早産，慢性肺疾患の生後21か月の幼児。現在進行中。積極的治療の効果が見込めなくなってきた。子どもの最善の利益について家族と医療者の共同意思決定こそが看護師にできる大切なケアだと学んだから，今だと意識できた。このタイミングで話し合えば新生児の死を迎える形が変わるかもしれないと思えたから，家族と救命治療の中止の話し合いの機会を設けることができた。

「家族の意思決定を支えるためのスタッフ間の話し合いの実施」は，次の内容が語られた：胎児水腫の34週で出生した新生児，現在進行中。意思決定をどう支えるかが重要と学んだので，積極的治療を継続する家族をどう支えるかを自分・担当看護師・主治医で話し合っている。

②臨死期

臨死期では，【新生児の痛みと安楽のケアの実施】【家族のための臨死期から死別期のケアの実施】の2つのカテゴリーを抽出できた。前者は2つのサブカテゴリー「新生児のための痛みと安楽のケアの実施」「子どもと家族の望ましい死を尊重した緩和ケアの実施」から成り，後者は3つのサブカテゴリー「親や同胞としてできる看取りのケアの実施」「子どもの生きた証と思い出を残すケアの実施」「残される家族のための看取りのケアの実施」から成った。

「新生児のための痛みと安楽のケアの実施」は，次のように語られた：24週で出生，気胸，脳室内出血Ⅳ度のため生後6日で永眠。家族と子どもの最期の時間のために看護師には大切な役割があり，死は敗北ではなく子どもと闘い抜いたのだと学んだから，痛い思いをさせたくないという家族の意向を尊重し，環境整備し痛みを鎮静をし，親子の最期の14時間を思う存分過ごしてもらった。すると，新生児の心拍や血中酸素飽和度が上昇した。非常に穏やかな雰囲気「看取り」が実施できた。スタッフも初めての体験だった。

「子どもと家族の望ましい死を尊重した緩和ケアの実施」は，次のように語られた：299gの超低出生体重児，生後8日で永眠。子どもの最善の利益を擁護するのは自分たちであり，子どもと家族の望ましい死をあきらめてはいけないと学んだから，新生児科医師が決めた緩和ケア（十分な酸素投与，痛みを緩和）を自分が促すことができた。

「親や同胞としてできる看取りのケアの実施」は、次のように語られた：慢性肺疾患の低出生体重児，生後 10 か月で永眠。家族は子どもの死後もずっと思いを背負って生きていくことを学んだから，初めて施設で同胞面会を可能にした。同胞の声を聴いた新生児の酸素飽和濃度が上昇した。最初は戸惑っていた家族もおむつ交換ができるようになった。最期は家族の意向を尊重した時間を過ごせるよう，自分が環境・スタッフを調整できた。

「子どもの生きた証と思い出を残すケアの実施」は、次のように語られた：早産，慢性肺疾患の生後 21 か月の幼児。現在進行中。家族と一緒に「この子は今日か明日か亡くなるかもしれない。今がその子の親として何かができる唯一最期の機会であるかもしれない」と覚悟を決め，子どもの生きた証を残すようになった。

「残される家族のための看取りのケアの実施」は、次のように語られた：18 トリソミーの新生児，生後 3 日で永眠。臨死期のケアで死の迎え方が変わると学んだから，「自分が関わると子どもの死を早めるようで怖い」という母親と看取りケアを一緒にできた。両親は我が子と添い寝をし親戚を呼んで最期の 6 時間を過ごした。家族はその経験がうれしかったと言う。死亡後は遺髪や手足形を残した。悲しい出来事だが自分もこのケアでよかったと思えた。

③死別期

死別期では，【遺族の思いの傾聴】【死別期のケア向上のための改善と提案】の 2 つのカテゴリーを抽出できた。前者は 1 つのサブカテゴリー「死別を経験した遺族の思いを積極的に聴く」から成り，後者は「死別を経験した家族のための病棟整備」「死別ケアの詳細な記録」「死別後のケースカンファレンスの実施」「死別期のケア指針の作成準備」「死別後の家族の退院後のケアへの提案」の 5 つのサブカテゴリーから成った。

「死別を経験した遺族の思いを積極的に聴く」は、次のように語られた：横隔膜ヘルニアのため生後 2 時間で永眠した新生児の母親。新生児の死そのものへのケアだけではなく遺族の思いが今後も残ると学んだから，その時の思いを積極的に「聴く」ようにした。

「死別を経験した家族のための病棟整備」は、次のように語られた：「祝福される死」の捉え方を学んだから，亡くなった新生児やご家族には，裏口ではなく玄関から退院をしていただき，清め塩を廃止し，祭壇の場所を変えた。死をダブー視しなくなった。

「死別ケアの詳細な記録」は、次のように語られた：以前は「永眠された」で終わっていたが，グリーンケアやエンゼルケアのアセスメントやケア過程を詳細に記録した。すると，振り返りカンファレンスに役立つし，未経験者も共有しやすい。死別ケアを詳細に記録することの大切さを学んだことを，スタッフとともに生かした。

「死別後のケースカンファレンスの実施」は、次のように語られた：「相手を責めるのではない、目的が明確なカンファレンス」の学びを生かし、自分から組織に働きかけ、医療スタッフみんなで、死別後のケースカンファレンスを行った。新生児の安楽のケアについて新生児科医師と看護師で共有し、従来の施設ルールを変えることに繋がった。

「死別期のケア指針の作成準備」は、次のように語られた：具体的なケアを学んだから、自施設でも具体的な死別ケア指針を文章化しようと管理者に相談し準備をすすめている。

「死別後の家族の退院後のケアへの提案」は、次のように語られた：死別後の家族の地域サポートシステムの重要性を学んだので、自施設の地域連携室や近隣の地域保健センターと協働し、家庭訪問やフォローアップ外来などの退院後のケアを提案した。

(2) NICU での日常看護実践場面における変化

対象者 30 名全員が、新生児終末期ケアとして学習したことは、日常の NICU 看護実践においても、変化をもたらしていた。その内容として【FCC (Family Centered Care) に基づいた実践への取り組み】【カンファレンス実施法の改善】【日常の看護実践に潜む倫理的問題の抽出】【コミュニケーションスキルの応用】の 4 つのカテゴリーを抽出できた(表 3-5)。以下に、各サブカテゴリーにおける語りを示した。

表 3-5. 日常看護実践場面における変化

カテゴリー	サブカテゴリー
FCC に基づいた実践への 取り組み	スタッフに対する FCC に基づいた実践への喚起
	家族を含めた治療方針の話し合いの場の設定
カンファレンス実施法の 改善	方針を統一するためのカンファレンスの実施
	他科カンファレンスへの参加
	目的を明確にしたカンファレンスの実施
日常の看護実践に潜む 倫理的問題の抽出	倫理原則に基づいた日常ケアの振り返り
	新生児の最善の利益を尊重したケアの話し合い
コミュニケーションスキルの 応用	家族への声かけへの配慮
	相手の立場になって聴く

①FCC に基づいた実践への取り組み

カテゴリー【FCC に基づいた実践への取り組み】は、2つのサブカテゴリー「スタッフに対する FCC に基づいた実践への喚起」「家族を含めた治療方針の話し合いの場の設定」から成った。

「スタッフに対する FCC に基づいた実践への喚起」は、次のように語られた：*FCC に基づいた実践の重要性を改めて痛感したので、FCC が実践できていない現場のケアを改めようと、家族がケアに関わるよう、自分が周囲のスタッフに喚起するようになった。*

「家族を含めた治療方針の話し合いの場の設定」は、次のように語られた：*家族との共同意思決定の重要性を学んだので、普段の新生児への治療方針の検討についても、家族を含めて医療スタッフと話し合うための、段取りをつけるようになった。*

②カンファレンス実施法の改善

カテゴリー【カンファレンス実施法の改善】は、3つのサブカテゴリー「方針を統一するためのカンファレンスの実施」「他科カンファレンスへの参加」「目的を明確にしたカンファレンスの実施」から成った。

「方針を統一するためのカンファレンスの実施」は、次のように語られた：*自施設にはカンファレンスをする習慣がなかったので、カンファレンスや勉強会を設け、新生児科医師と看護師の方針を統一する土嚢作りを始めている。*

「他科カンファレンスへの参加」は、次のように語られた：*NICU と産科の連携の大切さを学んだので、NICU での新生児カンファレンスのみではなく、産科での母親のケースカンファレンスに参加するようになった。*

「目的を明確にしたカンファレンスの実施」は、次のように語られた：*カンファレンスではお互いを責め合う（新生児科医師対看護師）のではなく、目的とルールを明確にすることが大切だと学んだので、お互いを尊重するようなカンファレンスを実施するようになった。*

③日常の看護実践に潜む倫理的問題の抽出

カテゴリー【日常の看護実践に潜む倫理的問題の抽出】は、2つのサブカテゴリー「倫理原則に基づいた日常ケアの振り返り」「新生児の最善の利益を尊重したケアの話し合い」から成った。

「倫理原則に基づいた日常ケアの振り返り」は、次のように語られた：倫理は日常の看護ケアの根底にあると再認識できたので、スタッフと「今のケアは倫理原則でいえば何に該当するか？」という話をして、一つ一つのケアの倫理的意味を確かめるようになった。

「新生児の最善の利益を尊重したケアの話し合い」は、次のように語られた：普段の治療においても新生児の最善の利益を考え、新生児にとって痛みのないケア、安楽なケアとはどういうことかについて、スタッフ同士で話し合うようになった。

④コミュニケーションスキルの応用

カテゴリー【コミュニケーションスキルの応用】は、2つのサブカテゴリー「家族への声かけへの配慮」「相手の立場になって聴く」から成った。

「家族への声かけへの配慮」は、次のように語られた：相手本位のコミュニケーションスキルの重要性を認識できたので、家族への声かけに配慮がいきとどかないスタッフに、「あなたの言い方だと家族には●●と伝わるし、私は●●とを感じるが、どう思うか？」とフィードバックし一緒に考えるようになった。

「相手の立場になって聴く」は、次のように語られた：相手の思いを「聴く」ためのコミュニケーションスキルを習ったので、話す「相手」の立場になって「聴く」「繰り返す」ということを意識して実践するようになった。

IV. 考察

1. 教育プログラムの目標の達成

1) 形成的テストの平均得点の増加と教育プログラムの目標

形成的テストは、本教育プログラム目標の前半部分である「対象者が、新生児終末期ケアに関する系統的知識を持つ」ということが達成できたか否かを評価することが目的であった。

その平均得点は、実施直前よりも、直後・1週間後・1か月後が有意に増加し、1週間後が最高値であった。これらの結果から、対象者は、新生児終末期ケアに関する基本的な知識を系統立てて習得できたと考える。その理由として、教育方法がうまく機能し、対象者の「記憶」を定着させ得たことが考えられる。「記憶」は小倉・富永（2011）によれば、「陳述記憶」と「非陳述記憶」に分類され、さらに「陳述記憶」は「意味記憶」と「エピソード記憶」に分類される。新生児終末期ケアに必要な「意味記憶」は、複数の講師が同じ言葉や概念を繰り返し使って講義したこと、「エピソード記憶」は学習内容ごとに自主課題によるグループ討議を実施したことにより定着し、それが形成的テストの得点増加につながったと考える。

次に、形成的テストの平均得点は、本教育プログラム直後 11.2 点、1週間後 13.9 点、1か月後 12.8 点と高得点であった。この結果は、対象者の積極的な学習姿勢により、記憶力と記

憶方略がうまくかみ合った結果ではないかと推察する。豊田 (2007) によれば、記憶力は、憶える能力・保持する能力・思い出す能力で構成され、その維持のために、繰り返し・関連性・イメージを使う。本研究の対象者は、教材を繰り返し読み込み、自らの看護実践を関連づけ、具体的なケアイメージを用いることによって、新生児終末期ケアに必要な知識を憶え、保持し、形式的テストの回答として引き出したのではないかと考える。

加えて、高得点が1か月後も維持されたのは、形式的テストの質問内容が対象者にとって実践に即必要な知識を問うものであり、有意味な記憶が定着したと考える。成人の場合、無意味記憶は、直後で100%、1週間後45%、1か月後では20%が維持される (Haley & Catherine, 2012) ことが明らかにされている。しかし、有意味記憶では、医師への基礎知識の記憶調査によると、学生時代に得た知識は卒後1~2年で約60%が維持される (Custers & Cate, 2011)。これらの先行研究から学習内容が、対象者にとって有意味な知識であり、そのことが記憶を1か月後においても定着させていたと考える。

さらに、対象者個人の得点は、30名全員が平均値による場合と同じような変化を示した。この結果は、既述の理由に加え、全員が本教育プログラムに関心を持ち、現状の改善や実践・相談・指導に活かすという参加動機を持っていたことが考えられる。

以上から本教育プログラムは、認定看護師を対象とした形式的テストにおいて、本教育プログラムの目標「新生児終末期ケアに関する系統的知識をもつ」ことを可能とすると考える。

2) 理解についての認識の平均得点の増加と教育プログラムの目標

理解についての認識においても、本教育プログラムの目標の前半部分を達成できたか否かを評価することが目的であった。

その平均得点は、実施直前より直後および1週間後に有意に増加し、1か月後においても維持された。これらの結果から、本教育プログラムの目標の前半部分は達成できたと考える。その理由として、本教育プログラムに対する評価レベルを一定に保つために対象者を新生児集中ケア認定看護師に限ったということが考えられる。対象者は全員「現状の改善や実践・相談・指導に活かすために自主的に参加した」という本研究への参加目的を有しており、学習内容を自ら実践モデルとして反映させるという意識が強く働いたのではないかと考える。

また、本教育プログラムが新生児終末期ケアを意思決定期・臨死期・死別期から捉え、各期における新生児と家族のケアが適切に行えるよう、緩和ケアの概念との関連で系統的に組み立てられていることも、本結果に繋がったと考える。わが国には新生児終末期ケア教育プログラムはなく、グリーフケアや看取りケアが実践的に報告されるに留まっている。従って、新生児とその家族に提供すべきケアが網羅され、また緩和ケアの概念が活かされた本教育プログラムには、対象者が実践に必要としていた内容が盛り込まれ、かつ臨床現場で活用し易いように教育方法が工夫されていたことにより、理解への認識がより高まったものと考えられる。

対象者個人の得点についてみると、全体とは異なる変化を示した対象者が3名いた。臨床経験年数が平均よりも長く、実施後に新生児終末期ケアを経験していた2名においては、実施直

前よりも1週間後のほうが顕著に低く、1か月後には実施直前程度にまで回復した。このような変化は、臨床経験年数による自負心が関連しているのではないかと考える。すなわち、実施直前には「理解している」と認識していたことが、本教育プログラムに参加することによって理解すべきに内容に不足があることに自ら気づくが、実施後1か月間において実際に終末期にある新生児に学習内容を活用することができたことから、「理解」の認識が実施直前に回復したものとする。また、年齢が最も若く、実施後に新生児終末期ケアを経験していなかった残りの1名においては、実施直後には高くなったが、1週間後および1か月後は実施直前程度にまで低下した。この結果は、学習した内容が具体的に活用されることによって知識が定着し、理解の認識が維持されるものと考えられる。これらの個別的な変化から、本教育プログラムの実施に際しては対象者の年齢や臨床経験年数を、また、評価に際しては実施後の新生児終末期ケア経験の有無を考慮する必要があることが示唆された。

3) 実践の苦手意識の平均得点の減少と教育プログラムの目標

実践の苦手意識は、本教育プログラムの目標である「対象者が新生児終末期ケアの系統的知識を持つことによって、その臨床的意義への理解を深めるとともに、これまでの苦手意識を軽減させケアを行うことができる」の後半部分を達成できたか否かを、意思決定期・臨末期・死別期別に評価することが目的であった。

意思決定期・臨末期・死別期における平均得点は、いずれも実施直前より有意に減少し、1か月後は最低値であった。この結果は、事例講義後にグループ討議を行い知識と対象者自身の実践経験が統合され、教育方法がうまく機能したことによると考えられ、家族中心のケアに関する研究(Bruce, & Ritchie, 1997; Petersen, Cohen, & Parsons, 2004)ではあるが、知識を実践に統合するスキルを養うための方法と合致するものである。

次に、意思決定期・臨末期・死別期における平均得点は、いずれも2.1～3.0の範囲で推移していた。その理由としては、対象者全員が本教育プログラム実施前に終末期ケアの経験を有していたこと、30名中22名(73.3%)がグリーフケア等の関連研修会への参加経験があることから、ある程度の知識を備え、新生児終末期ケアの実践に対する苦手意識を強く認識していない対象集団であったと考える。

対象者個人の得点についてみると、意思決定期・臨末期・死別期において全体の平均得点の推移と大きく異なっていたのは4名であり、実施後において新生児終末期ケアは経験していなかった。その内2名は、意思決定期の苦手意識において、実施直後に得点が上昇し、1か月後は実施直前よりも低得点であった。残りの2名中1名は意思決定期・臨末期・死別期において、もう1名は臨末期・死別期において、得点が鋸歯のように大きく変動し、実施直後に低下、1週間後に上昇、1か月後には実施直前よりも低下を示した。このように学習した直後や1週間後には苦手意識が強くなったとしても、また、実施後において新生児終末期ケアは経験していなかったとしても、1か月後の時点では苦手意識が実施直前よりも低くなることを確認できた。この結果は、本教育プログラムにおける事例ベースの講義やグループ討議によって、過去

の新生児終末期ケア経験と結び付けて考え、具体的な関わりや対処法をイメージするという教育方法がうまく機能し、新生児終末期ケア経験をもつ対象者同士でその経験を共有 (Romesberg, 2007) できたことによると考える。

4) 新生児終末期ケア実践での変化と教育プログラムの目標

本教育プログラム実施後、13名の対象者は新生児終末期ケアの実践を経験しており、その実践における変化として5つのカテゴリー（家族の意思決定を支えるための話し合いの実施・新生児の痛みの緩和と安楽のケアの実施・家族のための臨死期から死別期のケアの実施・遺族の思いの傾聴・死別期のケア向上のための改善と提案）を抽出することができた。これら5つのカテゴリーは全て、新生児終末期各期の主要なケアの実施や改善のための提案であった。この結果により、本教育プログラムの目標である「新生児終末期ケアに関する系統的知識を持つことによって、その臨床的意義への理解を深めるとともに、これまでの苦手意識を軽減させてケアを行うことができる」という目標を達成できたものとする。このように実践上の変化を起し得たのは、対象者が認定看護師であり、その参加動機が「現状の改善や実践・相談・指導に活かす」と関連したものとする。

5) 設定目標以外の達成内容：日常看護実践への応用

対象者は全員、日常看護実践場面における変化を経験しており、その実践における変化として4つのカテゴリー（FCCに基づいた実践への取り組み、カンファレンス実施法の改善、日常の看護実践に潜む倫理的問題の抽出、コミュニケーションスキルの応用）を抽出することができた。これら4つのカテゴリーは全て、NICUにおける看護実践の基盤をなす内容であり、新生児終末期ケアの基盤でもある。その実践基盤が理解され、日々の看護実践に活かされたことは、本教育プログラムに期待した以上の目標が達成できたものとする。このような変化についても、上記と同様の理由が考えられた。

2. 教育プログラムの実施状況

本教育プログラム実施の対象者の募集は2012年7月に行ったところ、第I群は6名でサンプルサイズに満たず、第II群を追加した。これは、募集期間が、所属機関の夏期休暇と重複し、勤務調整が難しかったことが原因と考えられる。

評価の対象者は、本教育プログラム実施から2名が脱落し30名であった。脱落理由は体調不良と勤務の都合であり、やむを得ない事情と考える。継続的な評価は、対象者に時間的拘束や心身への負担を与えてしまうことが予測されたが、サンプルサイズ通りの協力が得られた。これは、対象者が本研究への協力意義を認識した結果と推察される。

2日間、16時間という集中型教育プログラムの実施についても、対象者の時間的および心身への負担が予測されたが、国内各地の対象者から継続的な評価への協力が得られた。その理由として、わが国にはNICU看護師向けの系統的な新生児終末期ケア教育プログラムが存在

せず、本研究に協力することが対象者にとって唯一の学習機会であり、強力な参加動機づけとなったこと、対象者の心身への負担を十分に配慮した運営がなされたことが考えられる。

3. 本研究結果と先行研究との比較

本研究結果と、本教育プログラムの作成段階で参考とした Rogers et al.(2008)および Babgi et al.(2008)の先行研究結果と比較し考察する。

本教育プログラムの内容は、Rogers 他の研究も参考にしたため同じような内容である。しかし、教育方法が大きく異なった。本研究の教育方法は、全対象者 30 名が集団で 2 日間集中型により講師との対面式講義や対象者同士の討議によって実施したが、Rogers 他は対象者 82 名が個々の関心のある内容を 6 か月コースとして 1 か月に 1 回をインストラクターやビデオ学習で実施した。これらの教育方法の違いは結果に影響し、Rogers 他のプログラムにおいては、実施直後の評価得点が下がったプログラム内容があった。従って、本教育プログラムの教育方法において講師や対象者同士の直接対話による協同・反省的な学びを重視したことは、対象者の学習効果を向上させる一因(佐藤, 2009)になったと考える。

評価方法については、本研究では独自に作成した質問紙調査と FGI を併用したが、Rogers 他(2008)と Babgi 他(2008)は質問紙調査で評価した。Kirkpatrick (1996) の「レベル 4 フレームワーク」によれば、プログラム教育効果測定は、レベル 1：参加者の反応を質問紙や面接で測定、レベル 2：知識やスキル習得状況を理解度テストや観察等で測定、レベル 3：学習内容の活用状況を FGI や質問紙等で測定、レベル 4：行動変容によって得られた組織貢献度を FGI や質問紙等で測定、と体系化される。従って、本教育プログラムの評価方法は妥当かつ信頼できると考え、結果は個人の行動変容のみならず施設やスタッフへケア改善を提案できたことから、レベル 3 の教育効果が得られたと評価できる。また、質問紙の測定技法は、本研究ではリッカート 5 段階尺度と直接記述法および文章完成法を併用し信頼性と妥当性が確保されたが、Babgi 他の場合にはリッカート 5 段階尺度のみで内容妥当性に検討の余地があった。これらのことより、本教育プログラムの評価方法は、Rogers 他や Babgi 他に比べ、優れていると考えられた。

4. 本研究の限界と今後の課題

本教育プログラムの対象は、NICU 看護師を想定して作成した。しかし本研究では、評価レベルを一定に保つために実施への参加者は認定看護師に限り、彼らが本教育プログラムを評価した。従って、本研究で得られた結果は、広く NICU 看護師が評価した結果ではない。

本教育プログラムは、25 名程度の集合研修として作成した。その教育効果は、本教育プログラムの目標達成という観点からは十分に達成された。しかし、理解への認識や苦手意識における個人別の分析結果からは、経験年数や年齢、本教育プログラム実施後の新生児終末期ケア経験の有無によるばらつきがみられた。これは集合研修の限界であり、本教育プログラム参加後の個人別フォローアップを組み合わせる必要があることが示唆された。

本教育プログラムは、本研究対象者と同様な上級実践者には適応できるが、終末期ケア未経験者や新人 NICU 看護師などの場合には経験年数や年齢、参加動機に沿った時間配分や教育方法、場合によっては盛り込む内容についての調整が必要と考える。今後は、対象者を限定せずに実施し、教育プログラムの効果を検証し、看護師のキャリア別生涯学習支援研修プログラムへ発展させることが課題である。

本研究では、わが国で最初の新生児終末期ケアの系統的な教育プログラムを作成し、評価を行った。その結果、対象者が限定的ではあったが高い評価結果を得ることができ、実施 1 か月後における新生児終末期ケア実践に変化を認めることができた。こうした変化をみても、本教育プログラムが新生児終末期ケアの質向上に繋がることが考えられた。

V. 結論

1. 形成的テストの平均得点は、対象者全体では、実施直前よりも直後・1週間後・1か月後が有意に増加し1週間後が最高値であった。個人の得点の変化も同様であった。
2. 理解についての認識の平均得点は、対象者全体では、実施直前よりも直後・1週間後・1か月後で有意に増加し、1か月後においても維持された。個人の平均得点の変化では、3名が全体と異なる変化を示した。
3. 実践の苦手意識の平均得点は、対象者全体では、意思決定期・臨末期・死別期いずれにおいても、実施直前よりも直後・1週間後・1か月後が有意に減少し、1か月後が最低値であった。個人の平均得点の変化では、4名が全体と異なる変化を示した。
4. 実施後1か月間で13名が新生児終末期ケアの実践を経験し、新生児終末期ケアの実践における変化として、5つのカテゴリーを抽出できた。
5. 実施後1か月間で対象者全員に、日常看護実践場面における変化として、4つのカテゴリーを抽出できた。
6. 本教育プログラムの目標は達成されたと考える。その理由として、教育方法が工夫されていたこと、対象者が本教育プログラムに関心を持ち、明確な研究参加動機を有した新生児集中ケア認定看護師であったことが考えられる。
7. 今後の課題は、本対象者以外の看護師へ実施・評価を行い、その際には臨床経験や参加動機に沿った時間配分・教育方法・内容の調整が必要と考える。さらに、生涯学習支援研修プログラムとして発展させることである。

終章

研究目的

新生児医療の高度化は、回復が見込めず救命治療の中止を検討せざるを得ない状況をもたらした。新生児の救命治療を中止することは、親のみならず看護者にとっても、倫理的葛藤や精神的打撃を受ける体験である。このように緊張が強く、稀な経験の中で看護者がケアを行うには、その一助として教育プログラムが必要である。すでに欧米では、新生児終末期ケアの教育プログラムや実践が報告され、ケアの質向上には、継続教育・看護師の姿勢・経験の共有による苦手意識の軽減が重要とされている。しかしわが国には、系統的な教育プログラムはない。そこで本研究では、NICU 看護師のための「新生児終末期ケアの系統的知識を持つことによって、その臨床的意義への理解を深めるとともに、これまでの苦手意識を軽減させてケアを行うことができる」を目標とした新生児終末期ケア教育プログラム（以下、教育プログラム）を作成、実施し、その目標達成について評価することとした。

教育プログラムの作成（2章）

欧米における新生児・小児・成人領域の終末期ケア／緩和ケアに関する教育プログラム、周産期関連研修会、看護医学教育書籍および研究者らの全国調査結果を参考に、教育プログラムを作成した。内容は、新生児終末期ケア総論・倫理的意思決定と家族のケア・臨死期の新生児ケア・死別を経験する家族のケア・コミュニケーション・医療者へのサポートで構成し、実施時間は計 16 時間（2 日間集中）とした。方法は、学習者参加型の講義・事例ベースによる講義・視聴事例による討議・学習内容ごとの自主課題によるグループ討議とした。講師は、新生児看護専門家・新生児領域の医療倫理／看取り医療専門家・NICU 看護師・僧侶・臨床心理士・死別体験者の計 9 名、教材は印刷物（冊子）および新生児看護用具とした。

教育プログラムの実施と評価（3章）

本教育プログラムは、サンプル数が不足したため、同質・同規模で 2 回（第 I 群：2012 年 8 月 19～20 日と第 II 群：同年 10 月 2～3 日）実施し、計 32 名の新生児集中ケア認定看護師が参加した。評価は、本教育プログラムへの参加者を対象者とし、質問紙調査とフォーカスグループインタビュー（FGI）によって行った。

質問紙調査では、実施直前・直後・1 週間後・1 か月後に、新生児終末期ケアに関する系統的知識を問う形成的テスト（15 解答・文章完成法と直接記述法）、新生児終末期ケアの理解についての認識（15 項目・リッカート 5 段階尺度）、新生児終末期ケア実践の苦手意識（意思決定期・臨死期・死別期別に各 5 項目・同 5 段階尺度）について調査し、結果の分析は、正規性の確認後、記述統計の算出、*t* 検定（第 I 群と第 II 群の背景比較）、反復測定分散分析によって行った。FGI では、1 か月間の「新生児終末期ケア場面および日常看護実践場面における変化」について Mayring の要約的内容分析の手法で場面別に分析した。

全時期の調査に協力できたのは第Ⅰ群 6 名と第Ⅱ群 24 名の計 30 名であった。第Ⅰ群および第Ⅱ群の正規性は確認され、年齢・臨床経験年数・NICU 経験年数は非有意であった。

形成的テストの平均得点は、対象者全体では実施直前よりも直後・1 週間後・1 か月後が有意に増加し [$F(2.16, 62.5) = 260.6, p < .001$] 1 週間後が最高値であり、個人の得点も同様であった。理解についての認識の平均得点は、全体では実施直前よりも直後・1 週間後・1 か月後の平均得点が有意に増加し [$F(2.05, 59.4) = 29.1, p < .001$]、1 か月後が最高値であり、うち 3 名が全体と異なる変化を示した。実践の苦手意識の平均得点は、全体では実施直前よりも直後・1 週間後・1 か月後の平均得点が有意に減少し、{意思決定期 [$F(3, 87) = 12.9, p < .001$]、臨死期 [$F(2.14, 61.9) = 24.1, p < .001$]、死別期 [$F(3, 87) = 36.2, p < .001$]、1 か月後が最低値であり、うち 4 名が全体と異なる変化を示した。

新生児終末期ケアの実践場面における変化については、次の 5 つのカテゴリーが抽出された；家族の意思決定を支えるための話し合いの実施、新生児の痛みの緩和と安楽のケアの実施、家族のための臨死期から死別期のケアの実施、遺族の思いの傾聴、死別期のケア向上のための改善と提案。日常の看護実践における変化については、4 つのカテゴリーが抽出された；FCC に基づいた実践への取り組み、カンファレンス実施法の改善、日常の看護実践に潜む倫理的問題の抽出、コミュニケーションスキルの応用。

質問紙調査および FGI による結果から、本教育プログラムに参加した対象者においては、その目標である「新生児終末期ケアに関する系統的知識を持つことによって、その臨床的意義への理解を深めるとともに、これまでの苦手意識を軽減させてケアを行うことができる」を達成でき、さらに日常看護実践に応用されたと考える。このような結果は、教育方法が工夫されていたこと、対象者が本教育プログラムに関心を持ち、明確な研究参加動機を有した新生児集中ケア認定看護師であったことが考えられる。

本研究の限界と課題

本研究では、評価レベルを一定に保つために実施への参加者は認定看護師に限り、彼らが本教育プログラムを評価した、限定的な結果である。

本教育プログラムは、集合研修として作成した。その教育効果は、本教育プログラムの目標達成という観点からは達成されたが、経験年数や年齢、本教育プログラム実施後の新生児終末期ケア経験の有無によるばらつきがみられた。これは集合研修の限界であり、個人別フォローアップを組み合わせる必要があることが示唆された。

本教育プログラムは、本研究対象者と同様な上級実践者には適応できるが、終末期ケア未経験者や新人 NICU 看護師などの場合には経験年数や年齢、参加動機に沿った時間配分・教育方法・内容についての調整が必要と考える。今後は、本対象者以外の看護師への実施・評価を行い、看護師のキャリア別生涯学習支援研修プログラムへ発展させることが課題である。

謝辞

本研究の実施にあたり、新生児集中ケア認定看護師の皆様および新生児集中ケア認定看護師ネットワーク代表岩月悦子様にご理解とご協力を賜りましたことに深謝いたします。

本教育プログラムの実施にあたり講師をお引き受け戴きました、浄土真宗本願寺派教蓮寺住職菅瀬融爾先生、東京女子医科大学名誉教授仁志田博司先生、大阪発達総合療育センターフェニックス園長船戸正久先生、聖路加国際病院看護師田山かおり先生、愛仁会高槻病院看護師森口紀子先生、広島市立広島市民病院臨床心理士橋元佑美先生に、深謝いたします。

研究過程において、非常に丁寧かつ的確なご指導とご助言を戴くとともに、看護学研究者としての真摯な姿勢に至るまでご教授を戴き、また本教育プログラムの講師をお引き受け戴きました、指導教員の広島大学大学院医歯薬保健学研究院統合健康科学部門保健学分野助産・母性看護開発学研究室教授横尾京子先生に、深甚なる感謝の意を表します。

本研究を遂行するにあたり、副指導教員として貴重なご指導とご助言を賜りました、同分野基礎看護開発学研究室教授宮腰由紀子先生、同分野地域・学校看護開発学研究室教授川崎裕美先生に、深謝いたします。

論文審査にあたり、ご校閲とご助言を賜りました、同分野小児看護開発学研究室教授祖父江育子先生、応用生命科学部門保健学分野老年・がん看護開発学研究室教授宮下美香先生に、深謝いたします。

本研究データの分析過程において、丁寧なご示唆とご協力を賜りました同院先端医療技術トレーニングセンター特任助教服部稔先生に、深謝いたします。

助産・母性看護開発学講師小澤未緒先生、同講師藤本紗央里先生、同助教船場友木先生、同特任助教田原宏美先生におかれましては、研究遂行にあたり有益なご討論とご助言を戴きましたことに深謝いたします。末筆ながら、友人および家族の支援に感謝いたします。

本研究は、平成 22～24 年度日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究（B）課題番号 22390430 の助成を受けた研究の一部である。

文献

- 阿部和厚, 寺沢浩一(1997). 大学教育における知識伝達中心授業から学習中心授業への転換: 多人数クラスにおける学生中心小グループ学習モデル. *高等教育ジャーナル(北海道大学)*, 特別, 128-137.
- 阿部和厚, 小笠原正明, 西森敏之, 細川敏幸, 高橋伸幸, 高橋宣勝, 大雄二他(1998). 大学における学生参加型授業の開発. *高等教育ジャーナル—高等教育と生涯学習—*, 4, 45-65.
- 天野功二(2012). 小児専門緩和ケアチームの役割—静岡県立こども病院での実際. *小児科診療*, 75, 1187-1194.
- American Association of Colleges of Nursing : AACN. (2012). End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) Pediatric Palliative Care . [Web site]. Retrieved May 7, 2012, from <http://www.aacn.nche.edu/elnec/about/pediatric-palliative-care>
- 安梅勅江(2007). グループインタビュー法とは. *ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法* (pp.1-10). 東京: 医歯薬出版株式会社.
- 阿佐美百合子(2012). 小児緩和医療におけるチーム医療多職種との連携: 臨床心理士の立場から. *小児科診療*, 75, 1201-1206.
- Babgi, A., Rogers, S., Gomez, C., & McMahon, R.L. (2008). Educational Interventions in End-of-Life Care: Part II: Psychometric Development of an Instrument to Measure Nursing Comfort After an Educational Intervention in End-of-Life Care: The "Comfort Level Caring for Dying Infants" (CLCDI). *Advances in Neonatal Care*, 8, 66-70.
- Bloom, B. S., Hastings, J.T., & Madaus, G.F.(1971). 教育目標群の設定. 梶田叡一, 渋谷憲一, 藤田恵璽訳(1987), *教育評価ハンドブック 15 版* (pp24-60). 東京: 第一法規出版
- Botwinski, C. (2010). NNP education in neonatal end-of-life care: a needs assessment. *MCN American Journal of Maternal Child Nursing*, 35, 286-292.
doi: 0.1097/NMC.0b013e3181e62440
- Bruce B, & Ritchie J.(1997). Nurses' practices and perceptions of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 12, 214-22.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0882-5963\(97\)80004-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0882-5963(97)80004-8)
- Care for Life-threatening Illnesses in Childhood : CLIC.[Web site]. (2011, May 12). Education in Palliative Care. Retrieved May 7, 2012, from <http://kanwaedu.umin.jp/clic/index.html>
- Cavaliere, T. A., Daly, B., Dowling, D., & Montgomery, K.(2010). Moral distress in neonatal intensive care unit RNs. *Advances in Neonatal Care*, 10, 145-156.
doi: 10.1097/ANC.0b013e3181dd6c48
- Cohen, J. (1988). The concepts of power analysis. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed., pp.1-17). NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Custers, E.J., & Cate, O.T. (2011). Very long-term retention of basic science knowledge in doctors after graduation. *Medical Education*, *45*, 422-430.
doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03889.x.
- Dent, J.A. & Ronald, M. H.(2005). 講義. 鈴木康之, 錦織宏監訳(2010). *医学教育の理論と実践* (第2版, pp56-291). 東京: 篠原出版新社.
- Donald, B.Y, Lyn, M.S., Rodney, K.H, & Flora A.C.(2010) *The Program Evaluation Standards* (3rd Edition). California: SAGE Publications.
- Donald, R. W. (1994). 問題に基づいた学習 (PBL) とは. 新道幸恵訳(2007). *PBL Problem-based Learning 判断能力を高める主体的学習* (pp13-17). 東京: 医学書院.
- End-of-Life Nursing Education Consortium: ELNEC-J. (2008, May 9).
看護師に関する緩和ケア教育. [Web site]. Retrieved May 3, 2012,
from <http://kanwaedu.umin.jp/el nec/index.html>
- Engelder, S., Davies, K., Zeilinger, T., & Rutledge, D. (2012). A model program for perinatal palliative services. *Advances in Neonatal Care*, *12*, 28-36.
doi: 10.1097/ANC.0b013e318244031c.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, *41*, 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149
- 藤腹明子(2002). 「仏教看護論」であることの意味. *仏教と看護* (pp6-43). 東京: 三輪書店.
- Hagen, C.M., & Hansen, T.W.R. (2004). Deaths in a neonatal intensive care unit: A ten-year perspective. *Pediatric Critical Care, Medicine*, *5*, 463-468.
- Haley, A.V., & Catherine, M. S. (2012). Fast mapping across time : memory processes Support children's retention of learned words. *Frontiers in Psychology*, *27*, 1-8.
doi: 10.3389/fpsyg.2012.00046
- Harold G.K. (2008). 宗教的信念によって行動は変わるのか. 杉岡良彦訳(2009).
スピリチュアリティは健康をもたらすか (pp54-63). 東京: 医学書院.
- 広瀬寛子(2011). 看護師のグリーフケアが必要なわけ. *悲嘆とグリーフケア* (pp149-157).
東京: 医学書院.
- Jacobs, H.H., Ferrell, B., Virani, R., & Malloy, P. (2009). Appraisal of The Pediatric End-of-Life Nursing Education Consortium training program. *Journal of Pediatric Nursing*, *24*, 216-221. doi:10.1016/j.pedn.2008.03.001
- Kain, V.J. (2006). Palliative care delivery in the NICU: what barriers do neonatal nurses face? *Neonatal Network® The Journal of Neonatal Nursing*, *25*, 387-392.
- 梶田叡一(2010). 教育目標の分類体系(タキノミー)とその教育的活用, *教育評価* (第2版補訂2版 pp127-157). 東京: 有斐閣双書.

- Kang, J., Koh, S.J., Yoo, Y.S., Choi, Y.S., Choi, J.Y., Chang, Y.J., Park, E.C., & Shin, D.W. (2010). Development of the standard hospice and palliative care education program in Korea: results from the demonstration project. *Journal of Palliative Medicine, 13*, 703-710. doi: 10.1089/jpm.2009.0345
- Kauffman, S.G., Hauck, C.B., & Mandel, D.A. (2010). The nursing perspective. *Nursing for Women's Health, 14*, 188-197. doi: 10.1111/j.1751-486X.2010.01540.x
- Kirkpatrick, D. (1996). Great Ideas Revisited. Techniques for Evaluating Training Programs. Revisiting Kirkpatrick's Four-Level Model. *Training and Development, 50*, 54-59.
- L. de Rooy, N. Aladangady, & E. Aidoo. (2012). Palliative care for the newborn in the United Kingdom. *Early Human Development, 88*, 73-77. doi:10.1016/j.earlhumdev.2011.12.009
- Lisle-Porter, M.D., & Podruchny, A.M. (2009). The dying neonate: family-centered end-of-life care. *Neonatal Network@ The Journal of Neonatal Nursing, 28*, 75-83.
- Mayring, P. (2000, June). Qualitative Content Analysis. *Forum: Qualitative Social Research, 1*. Retrieved November 14, 2012, from <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>.
- McHaffie, H., Laing, I., Parker, M. & McMillan, J. (2001). Deciding for imperilled newborns: medical authority or parental autonomy? *Journal of Medical Ethics, 27*, 104-109. doi: 10.1136/jme.27.2.104
- Morrison, J. (2003). ABC of learning and teaching in medicine Evaluation. *BMJ, 326*, 385-387. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7385.385>
- 村上真理, 横尾京子, 田原宏美, 藤本紗央里, 小澤未緒, 船場友木 (2012). 新生児終末期ケア教育プログラム開発のための質問紙調査. *日本新生児看護学会誌, 18*, 55-62.
- National Health Service : NHS West Midlands .(2010). Pediatric Palliative Care. [Web site]. Retrieved May 3, 2012, from <http://wmdsafelive.ocbmedia.com/index.php/>
- National Hospice and Palliative Care Organization :NHPCO. (2011, January 24). Pediatric Palliative Care Course. [E-learning material]. Retrieved May 3, 2012, from http://www.nhpco.org/files/public/chipps/Peds_Overview.pdf
- 日本緩和医療学会 (2012). 緩和ケア研修会開催ハンドブック 2012 年版. 厚生労働省委託事業平成 24 年度がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業.
- 西久美子 (2009) “宗教的なもの” にひかれる日本人～ISSP 国際比較調査 (宗教) から～. *放送研究と調査, 5*, 66-81.
- 小倉明彦, 富永恵子 (2011). 記憶とは何か. *記憶の細胞生物学* (pp.1-7). 東京: 朝倉書店.
- 大西弘高 (2005). *新医学教育学入門—教育者中心から学習者中心へ—*. 東京: 医学書院.

- Paice, J.A., Ferrell, B., Coyle, N., Coyne, P., & Smith, T. (2010). Living and dying in East Africa: implementing the End-of-Life Nursing Education Consortium curriculum in Tanzania. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 14*, 161-166.
doi: 10.1188/10.CJON.161-166
- Petersen, M.F., Cohen, J., & Parsons, V. (2004). Family-centered care: do we practice what we preach? *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 33*, 421-427.
doi: 10.1177/0884217504266772
- Pijl-Zieber, E., Hagen, B., Armstrong E. C., Hall, B., Akins, L., & Stingl, M. (2008). Moral distress: an emerging problem for nurses in long-term care? *Quality in Ageing and Older Adults, 9*, 86-95. doi:10.1108/14717794200800013
- Quinn, K., Hudson, P., Ashby, M., & Thomas, K. (2008). "Palliative Care: The Essentials": Evaluation of a Multidisciplinary Education Program. *Journal of Palliative Medicine, 11*, 1122-1129. doi: 10.1089/jpm.2008.0044
- Rogers, S., Babgi, A., & Gomez C. (2008). Educational interventions in end-of-life care: part I: an educational intervention responding to the moral distress of NICU nurses provided by an ethics consultation team. *Advances in Neonatal Care, 8*, 56-65.
doi: 10.1097/01.ANC.0000311017.02005.20
- Romesberg, T.L. (2004). Understanding grief: a component of neonatal palliative care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing, 6*, 161-170.
- Romesberg, T.L. (2007). Building a case for neonatal palliative care. *Neonatal Network® The Journal of Neonatal Nursing, 26*, 111-115.
- 佐藤学(2009). 学びを中心とする授業の創造. 教師達の挑戦—授業を創る 学びが変わる (pp6-23). 東京:小学館.
- 佐藤学(2010). 一斉授業から協同的な学びへ. 学校の挑戦—学びの共同体を創る(pp36-43). 東京:小学館.
- 聖路加看護大学ペリネイタルロス研究会(2012). [Web site]. Retrieved September 11, 2012, from http://jsplr.umin.jp/education/training_1.html
- 下光輝一(2005). 職場環境等の改善等によるメンタルヘルス対策に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業平成 14 年度～16 年度 総合研究報告書.
- Stutts, A., & Schloemann, J. (2002). Life sustaining support: Ethical, and spiritual conflicts, Part I : Family support. *Neonatal Network® The Journal of Neonatal Nursing, 21*, 23-29.
- 杉森みど里, 舟島なをみ(2012). 看護学教育授業展開論. 看護教育学 (第 5 版, pp207-296). 東京:医学書院.
- 田島桂子(2004). 看護教育の特徴をふまえた教育方法. 看護実践能力育成に向けた教育の基礎 (第 2 版, pp188-200). 東京:医学書院.

- 田村正徳(2004). 厚生労働省成育医療研究委託事業「重症障害新生児医療のガイドライン及びハイリスク新生児の診断システムに関する総合研究, 10-13.
- Together for short lives. (2012). Train to Care. [Web site]. Retrieved November 18, 2012, from http://www.togetherforshortlives.org.uk/professionals/service_planning/learning/train_to_care/training
- 豊田弘司(2007). 記憶のしくみを探る 記憶力と学習能力. *教育と医学*. 55, 538-546.
- 坪倉繁美(2010). 帰納的学習のために. ペーパーペイシャントで学ぶ教える(第2版, pp2-18). 東京:医学書院.
- 堤宇一, 青山征彦, 久保田享(2007). 教育効果測定調査の全体ステップ. 堤宇一(編), *はじめての教育効果測定*. (pp51-82). 東京: 日科技連出版社.
- Uwe, F. (2012). フォーカスグループ. 小田博志, 山本則子, 春日常, 宮地尚子(訳), *新版質的研究入門—人間の科学のための方法論* (pp238-257). 東京:春秋社.
- WHO Definition of Palliative Care for Children. (1998). [Web site]. Retrieved May 3, 2012, from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- WHO Definition of Palliative Care. (2002). [Web site]. Retrieved May 3, 2012, from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 安永悟(2011年11月30日). *効果的なグループ討議法*. 国立情報学研究所学術情報リテラシー教育担当者研修資料. [Web site]. Retrieved January 18, 2013, from <http://www.nii.ac.jp/hrd/ja/literacy/h23/4-2.pdf>

資 料

- 資料1 質問紙（背景・形成的テスト）
- 資料2 質問紙（理解についての認識）
- 資料3 質問紙（実践の苦手意識；意思決定期・臨死期・死別期）
- 資料4 フォーカスグループインタビューガイド／提示資料

資料1

質問紙（背景・形成的テスト）

ID 番号： _____

質問Ⅰ あなたご自身についてお聞きします。

1. ご年齢： _____ 歳
2. 総臨床経験年数： _____ 年 そのうち NICU 経験： _____ 年
3. NICU・GCU の死や終末期ケア研修会への参加経験について該当する□に☑印をお書き下さい
□あり(□自施設 □学会 □大学等 □出版社や企業 □その他: _____)
□なし

質問Ⅱ 次の文章の () 内に適切な語句を記入してください。() は 15 箇所あります。

1. 人生に () や目的を与えるその人の人生観を () という。
2. ファミリーセンタードケアの基本概念は、尊厳と尊重・ () ・参加・協働である。
3. 緩和ケア palliative care の構成要素は、痛みとコンフォートマネジメント・ () ・ () である。
4. 生命倫理原則の中で、患者が自分の治療について決定できる原則を、自己決定又は () の原則という。
5. 医学的な意思決定の倫理的根拠は、医学的適応・ () ・自己決定件・外的要因である。
6. 医学的・倫理的な意思決定における具体的な医療選択について、仁志田らの分類でいう クラス C は、淀川キリスト教病院 NICU の船戸らの分類では、 () 的治療に相当する。
7. 臨死期の新生児のコンフォートケアを具体的に 1 つ書きなさい。 ()
8. 困難な状況にもかかわらず、うまく適応する過程や結果、その能力を () という。
9. () は、今後のケアの質を高めるだけでなく、スタッフのグリーフケアにもなる。
10. 終末期ケアを成功させる要因を 1 つ書きなさい。 ()
11. 終末期の新生児に使用できるオピオイド系鎮痛薬を 1 つ書きなさい。 ()
12. 「聴く」とは、「●本位に、●の言わんとすることを、●の立場にたってそのとおりに捉えること」です。●印には同じ言葉が入ります。その言葉を書いてください。 ()
13. 新生児が亡くなった後「赤ちゃんのケアをしたくない」という母親に、気持ちを伺いながら看護師は「ケアを一緒にしましょう」と誘ってみます。誘う理由を、20～30 字で書いてください。
()

質問Ⅲへお進みください

資料2

質問紙（理解についての認識）

ID 番号： _____

質問Ⅲ 次の1～10の文章は、新生児の終末期ケアに関する理解に対するご自身の認識をお聞きするものです。各文章について、最もよくあてはまる番号に○印をつけてください。番号の程度は、枠内をご覧ください。尚、以下の文章で、「終末期」は「新生児の終末期」を意味します。

1：全くそう思わない 2：あまりそう思わない 3：どちらでもない 4：かなりそう思う 5：強くそう思う

- | | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. 私は、終末期がどのような時期であるかを正しく理解している。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. 私は、スピリチュアリティの意味を正しく理解している。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 私は、死別期のケースカンファレンスの目的を正しく理解している。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. 私は、コミュニケーション技法をよく理解している。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. 私は、終末期ケアを妨げる／成功させる要因を理解している。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. 私は、倫理的意思決定における家族のケアを理解している。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. 私は、新生児の臨死期における家族のケアについて理解している。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. 私は、死別期の新生児の家族のケアについて理解している。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. 私は、終末期の新生児の薬理的鎮痛法を理解している。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. 私は、終末期の新生児の不快を緩和する方法を理解している。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

質問Ⅳへお進みください

資料3

質問紙（実践の苦手意識；意思決定期・臨死期・死別期）

ID 番号： _____

質問Ⅳ 次の1～15の文章は、新生児終末期ケア実践に関するご自身の認識をお聞きするものです。各文章について、最もよくあてはまる番号に○印をつけてください。

1：全くそう思わない 2：あまりそう思わない 3：どちらでもない 4：かなりそう思う 5：強くそう思う

「意思決定期」における両親のケアについて：

- | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. 私は、両親を宗教的な側面から支えることが苦手である。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. 私は、両親とのコミュニケーションが苦手である。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 私は、両親の思いを聴くことが苦手である。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. 私は、両親の疑問や相談に対応することが苦手である。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. 私は、両親が新生児のケアをするのを支えることが苦手である。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

「臨死期」における両親のケアについて：

- | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|
| 6. 私は、両親を宗教的な側面から支えることが苦手である。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. 私は、両親とのコミュニケーションが苦手である。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. 私は、両親の思いを聴くことが苦手である。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. 私は、両親の疑問や相談に対応することが苦手である。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. 私は、両親が新生児のケアをするのを支えることが苦手である。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

「死別期」における両親のケアについて：

- | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|
| 11. 私は、両親を宗教的な側面から支えることが苦手である。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. 私は、両親とのコミュニケーションが苦手である。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. 私は、両親の思いを聴くことが苦手である。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. 私は、両親の疑問や相談に対応することが苦手である。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. 私は、両親が新生児のケアをするのを支えることが苦手である。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

これで終わりです。ありがとうございました。

資料4

フォーカスグループインタビューガイド/提示資料

導入 (15分間)

1. 事務書類手続き, 茶菓の手配, ID 配布, 挨拶, 研究の趣旨の説明
2. 本日の予定とインタビューの進め方について, 提示資料を用いて説明
3. 研究倫理について再確認
プライバシーの保護, 研究結果の公表の仕方, 心身への負担への配慮, 自由意思による研究参加と中止の自由, 不利益や危険性, 看護上の貢献

質問 (70分間)

提示資料を用い, 質問内容の確認をしながら進める。

1. 新生児終末期ケアにおける行動がどのように変化しましたか
 - ・該当事例のある方は, 意思決定期・臨死期・死別期のどの時期かをお話し下さい
 - ・変化した具体的な内容をお一人ずつお話し下さい
 - ・変化に影響したプログラム内容やプログラムからの学びをお話し下さい
2. 日常の看護実践における行動がどのように変化しましたか
 - ・変化した具体的な内容をお一人ずつお話し下さい
 - ・変化に影響したプログラム内容やプログラムからの学びをお話し下さい

まとめ (30分間)

今までお話しいただいた内容について, グループでまとめて下さい。

終結 (5分間)

何か質問はないかを確認する。データの明解性の確保は, メールで問い合わせることについて再度確認を得る。挨拶をして終了。

【フォーカスグループインタビュー提示資料】

<フォーカスグループインタビューの内容>

教育プログラム参加前後を比べて

(1) 新生児終末期ケアにおける行動がどのように変化しましたか

(2) 日常の看護実践における行動がどのように変化しましたか

タイムスケジュール (全120分間)

1. あいさつ (5分間)
2. 説明 (10分間)
3. 実施 (70分間)
4. まとめ (30分間)
5. あいさつ (5分間)

質問(1) 新生児終末期ケアにおける行動の変化

- ① 事例は意思決定期/臨死期/死別期のいずれか
- ② 新生児終末期ケアにおける行動の変化
- ③ 変化した具体的内容
- ④ 変化に影響したプログラム内容やプログラムからの学び

質問(2) 日常の看護実践における行動の変化

- ① 日常の看護実践における行動の変化
- ② 変化した具体的内容
- ③ 変化に影響したプログラム内容やプログラムからの学び