



Nagoya City University Academic Repository

学位の種類	博士（看護学）
報告番号	甲第1839号
学位記番号	第23号
氏名	伊藤 美智子
授与年月日	令和3年3月24日
学位論文の題名	救急・集中領域で終末期を迎える患者の看護に関する教育の検討 (Consideration of education for Nursing to Dying Patients at the Critical Care)
論文審査担当者	主査： 明石 恵子 副査： 山田 紀代美, 樋口 倫代, 安東 由佳子

名古屋市立大学大学院看護学研究科
博士論文

論文題目：救急・集中領域で終末期を迎える患者の看護に関する教育の検討

Consideration of education for Nursing to Dying Patients at the Critical Care

令和3年3月

学籍番号:146802

伊藤 美智子

論文概要(英文)

Objective: The purpose of this study was to identify the educational content and methods required for the Nurses working in emergency and intensive care

Methods: In the first study, a review of the literature was conducted of education for medical professionals who care for end-of-life patients in emergency and intensive care. In the second study, factors related to views on life and death and attitudes toward terminal care of nurses in each career stage working at special functioning hospitals, as well as differences according to career stage, were investigated. In the third study, the kinds of end-of-life-related learning needs of nurses working in emergency and intensive care in each career stage were investigated. Finally, a draft proposal for in-hospital education was created by combining the results of these studies with the latest findings.

Results: Nurses working in emergency and intensive care had different attitudes and learning needs with regard to end-of-life nursing in each stage of their career. A draft proposal for in-hospital education was created based on the characteristics of each career stage, needs, and other findings obtained from the three studies. The draft proposal sets goals to attain and the action goals and learning items needed to achieve these.

序章

I. 緒言

1. 超高齢社会で求められる終末期看護

超高齢社会の日本は、2025年には75歳以上の後期高齢者が全人口の18.0%を超えると言われている。それに伴い、死亡者数が増加し、2030年には年間死亡者数が167万人になると推計され(内閣府,2013)、今後日本は多死社会となることが予測されている。こうした状況を受け、政策として在宅医療が推進されている。在宅医療の一部を担う訪問看護ステーションでは、必要があれば看護師が夜間でも訪問し、看取りを実施するなどの体制が整えられてきた。また、高齢者施設でも看取りは行われている。高齢者施設に勤務する看護職を対象として行った調査(日本看護協会,2012)では、65.2%の施設で本人や家族の希望があれば看取りを行うとしており、69.7%が看取りの経験があると答えていた。

現在、全死亡者の80.0%近くは病院で死を迎えており、今後は徐々に減少するものの、半数以上が今後も病院で死を迎えることが予測されている(内閣府,2013)。こうした現状から在宅、施設、病院など看護師が看取りを行う場所は多岐にわたっており、それぞれの場における終末期看護が求められている。

2. 終末期に関わる看護師の困難

看護師が患者の終末期に関わることは、看護師自身の喪失体験にもつながり、様々な困難があるとされている。一般病棟での終末期がん患者への看護は「患者とのかかわり」「家族とのかかわり」「看取り」などの点で看護師が困難を感じており、「看取り」では急性期と終末期の患者が混在することによってケアが行き届かないことに困難を感じていると報告されている(宇宿,前田,2010)。また、病院内も含めて急変の対応を行う救急・集中領域では、入院から看取りまでの期間が短いことによる時間的な制約、オープンフロアなどの環境、治療などによる患者の容貌の変化などから終末期ケアに対する困難感があるとの報告がある(高野,2002)。介護施設では、看護師の困難として高齢者になるべく生活を維持しながら充実した時間を過ごすための援助や、臨終の場を整えるための援助を実践すること、医療機関や他職種、家族との連携が挙げられている(小林,2012)。また、訪問看護師では、終末期がん療養患者の看護の困難として、「苦痛緩和の困難」「不十分な社会的資源」「終末期の希望を尊重したケアの実施」など6つのカテゴリが挙げられている(古瀬,2013)。このように、終末期看護が求められる様々な分野でそれぞれの困難が報告されている。

看護師が抱える終末期の困難に対して、看護師自身の死生観の醸成など教育による方策が提

示されている。死生観教育については、海外などでも報告があるが、終末期の患者と接する際の障壁について、Travers & Taylor(2016)はどのような接し方がよいのかはそれぞれの文化によって違いがあるとしており、わが国でのあり方を考える必要がある。

3. 看護師としてのキャリアが終末期看護に及ぼす影響

看取りや死の経験については、看護師としてのキャリアも関係する。現在までの研究で、死にゆく患者と関わる際の看護師の態度に年齢や臨床経験は関連しない(大町,横尾,水浦,2009)とする報告がある一方で、年齢や臨床経験が影響する(中西,志自岐,勝野,習田,2012)との報告もある。また、年齢や臨床経験以外に、死生観や身近な人との死別経験などの死に関する経験や看取りの人数などの経験が関係する(大町ら,2009)といった報告がある。これらのことから、看護師が死にゆく患者と関わる際の態度と関連する要因には、属性、個人の死に関する経験、看護師としての死に関する経験があると考えられる。看護師が勤務していく上で、患者の死は避けて通れないものであり、経験によって変化があるのではないかと考える。

多死社会となる日本では、看護師による終末期看護は重要である。Coffey ら(2016)は、どの国においても高齢の看護師や、より専門的な経験を積んだ看護師は、終末期に患者の症状を管理することに自信を持っているとしている。また、岡田,山元(2012)は、一般病棟でターミナルケアを行っている看護師のとまどいには2つあり、「経験が浅いことにより生じるとまどい」が、経験を重ねることによって「自分の看護への限界」に変化すると述べている。看護師が経験を重ねることは自身の死生観や看護観に影響を及ぼすと考える。

4. 救急・集中領域での終末期に関する教育

救急・集中領域において、終末期は困難であるとされる。その理由として、集中治療室の環境などがあり(高野,2002)、立野ら(2014)の研究においても、クリティカルケア領域に勤務する看護師が終末期ケアを困難と感じる得点は高かったと報告している。しかし、その一方で、救急・集中領域での終末期に関する教育が今後必要であるという考察を述べた研究はあるものの、実際に指導を行ったという報告は少ない。また、Jang, Park, Kim & Chang(2019)は、救急・集中領域に特化した終末期看護を学ぶ必要性について述べているが、どのような教育を行うことが望ましいかなどの方策は明らかにしていない。

院外での研修は、2011年より開始された日本集中治療医学会の「終末期患者家族のこころのケア講座」や2015年から開始された The End-of-Life Nursing Education Consortium(以下 ELNEC とする)の日本語版クリティカルケアがあり、興味のある看護師は院外の教育を受けてケアを行っている現状がある。また、近年では日本クリティカルケア看護学会,日本救急看護学会(2020)から救

急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイドが公開されている。これは、救急・集中領域における終末期の看護実践に役立つよう策定されたものである。このように、終末期看護を実践するための院外教育は徐々に整ってきていると言える。

院外教育は看護師個々の受講意欲に左右されると考えられるため、今後増加が予測される終末期患者に対して多くの看護師が根拠に基づいた終末期看護を実践していくためには、院内教育の充実が必要と考えられる。立野ら(2014)のわが国のICUにおける終末期ケアの現状調査によると、院内教育として終末期ケアに関する勉強会を行っているとは回答したのは看護管理者60名中10名であった。また、日本において救急・集中領域の終末期看護に関する教育の内容と効果について調査した文献は見当たらなかった。

5. 看護師に対する教育の方略

成人教育では、内的動機づけや経験を活用した学習などが有用とされており、その基本形式はプロセス設計にある(鈴木, 2016)。Gagné, Wager, Golas & Keller(2005/2007)は、教育システムの目的の1つに意図的な学習を支援することを挙げており、その目的を効果的に達成するための方策としてインストラクショナル・デザイン(以下、IDとする)を用いることを提唱している。IDの原理を知ることによって、学習の手助けとなる活動の選定や、教育の計画・開発ができる(Gagné, 2005/2007)。

学習原理の1つであり分析(Analysis)・設計(Design)・開発(Development)・実施(Implement)・評価(Evaluation)の頭文字をとって名付けられたADDIEモデルでは、学習者の特性やニーズを把握するため、学習者に対する分析を必要としている(浅香, 2016)。分析内容としては、1)学習の必要性の分析、2)学習目標の分析、3)学習者自身の分析、4)学習環境の分析がある。1)学習の必要性の分析では学習者の教育ニーズを明らかにし、2)学習目標の分析では、教育のゴールを明確にするための分析を行う。3)学習者自身の分析では、学習者自身の特性として学習課題に対して、どのような知識・技術をどの程度持っているのか、学習態度、学習動機づけ、学習スタイルを明らかにし、4)学習環境の分析では、学習をする際の学習者の外にある環境要因を明らかにする。これらの分析が、学習者に適した教育の設計につながるとしている。

救急・集中領域に勤務する看護師の教育について、Gullickら(2019)は、対象者のレベルの明確化や属性の範囲を明らかにすることなどが必要と述べている。Benner(1984/2005)も、ドレイファスモデルを看護に適用し、5段階を経て初心者がエキスパートになる過程を示している。技能の習得段階によって、指導と学習への示唆は違っており、看護師の状況に合わせることで効果的な指導となると考えられる。

こうした現状を踏まえ、救急・集中領域で終末期を迎える患者の看護を行う看護師に対する終末

期看護に関する教育が今後の救急・集中領域の終末期看護の質の向上に与すると考え、本研究を行うこととした。

II. 研究目的

本研究は、救急・集中領域で終末期を迎える患者の看護における院内教育試案を作成するために、救急・集中治療領域の看護師に必要な教育内容とその方法を明らかにすることを目的とした。

III. 研究の意義

救急・集中領域の特徴をふまえた教育試案は、病院内や部署内看護師が行う教育に活かすことができるとともに、看護師の自主的な学習を促すことができる。これらにより、救急・集中領域の看護師の困難感を軽減し、よりよい終末期看護の提供につなげることができる。

IV. 用語の操作的定義

終末期:本研究では、終末期に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～(公益社団法人 全日本病院協会,2016)に基づき、1.複数の医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること、2.患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること、3.患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えること、の3つの条件を満たすものと定義した。

終末期看護:本研究では、終末期を迎える患者・家族に対する治療・ケア全体を指す終末期医療において、特に看護の機能を発揮すべき全人的苦痛緩和・意思決定支援・悲嘆ケア・チーム医療推進・組織体制整備、という5つの概念を網羅した看護と定義した。

終末期ケア:本研究では、終末期看護の中でも患者・家族への直接的な援助を指すものと定義した。

学習ニーズ:本研究では、インストラクショナル・デザインで用いられる定義(Gagné,2005/2007)に基づき、看護師が考える望ましい状況と自らが感じている現実の状況とのギャップにより生じた学習への希求とした。

V. 本研究の構成

本研究では、救急・集中領域に勤務する看護師の終末期看護に関する教育試案の作成にあたり、まず第1研究として救急・集中領域で終末期を迎える患者をケアする医療者への教育につい

での文献検討を行った。次に、第2研究として特定機能病院に勤務する各キャリア段階にある看護師の死生観とターミナルケア態度に関連する要因について調査した。そして、第3研究として各キャリア段階にある救急・集中領域に勤務する看護師がどのような終末期に関する学習ニーズを持っているのかを調査した。それらを踏まえ、全体考察として、救急・集中領域で終末期を迎える患者の看護に関する院内教育の試案を作成した。

第 1 章

第 1 研究:救急・集中領域で終末期を迎える患者をケアする医療者への教育についての文献検討

I. 目的

救急・集中領域における終末期医療の教育について、国内外の文献からその実態と効果を明らかにする。

II. 研究方法

医学中央雑誌 WEB 版と CINAHL を用いて、2000 年から 2015 年までの文献を検索した。医学中央雑誌 WEB 版では、検索ワードを、救急、クリティカル、ICU と教育および終末期とした。CINAHL では、検索ワードは Education、End-of-life とし、領域を「Emergency Care」「Critical care」と設定した。どちらにおいても、和文または英文で書かれた原著論文で抄録のある論文を対象とし、類義語での検索も実施した。その結果、医学中央雑誌 WEB 版では 30 件、CINAHL では 126 件が該当した。

次に、これらの文献の抄録を読み、終末期医療の教育を実施した文献を選択した。なお、救急・集中領域における小児および新生児を対象とする終末期医療に関する文献は、患者本人の死への認識の未熟さや発達段階を考慮した援助などの特殊性が生じるため、除外した。また、検索の結果、看護師のみを対象とした文献が 2 件と少なかったことから、看護師に対する終末期医療の教育のあり方について広く示唆を得るため、医療従事者及び医療系の学生を対象とした文献も検討の対象とした。その結果、本章では 7 文献を検討の対象とした。これらの本文を詳細に読み、実施した終末期医療の教育の内容とその評価を検討した。

III. 結果

対象となった 7 文献はすべて国外文献であった。これらを詳細に検討した結果、終末期医療の教育の効果検証を目的とした文献 3 件と教育内容の一部で終末期医療を扱っている文献 4 件に区分できた(表 1-1,表 1-2)。

1. 終末期医療の教育の効果検証を目的とした文献

Curtis ら(2011)の研究目的は ICU における終末期医療の改善のための介入の効果を調査することであった。介入は、医療者教育、地域特性の把握、学術的詳細化、医療者による質の高いデータのフィードバック、システムサポートの 5 つの要素で構成され、その評価として看護師と患者家

族に Quality Of Death and Dying Questionnaire を用いた縦断的な質問紙調査を実施した。その結果、教育介入の前後で家族と看護師双方の満足感に有意差はなく、ICU の入院日数も変化しなかった。

Barnato ら(2008)の研究目的は末期癌で重篤な老人の集中治療室入室に関する治療方針決定の相違を測定することであり、27 名の医師に対してシミュレーションを用いて治療方針についての判断について調査した。その結果、8 名が集中治療室に入室とし、うち 3 名は緩和ケアを指示した。一方、集中治療室入室を選択しなかった 19 名のうち 13 名は緩和ケアを指示した。また、シミュレーションの実施によって医療行為の振り返りができたとの結果が得られた。

Rodriguez,Johnson,Culbertson & Grant(2011)の研究目的はシミュレーション教育によって、ICU の終末期におけるスピリチュアルケアを普及・改善することであった。シナリオを用いた教育の前後で質問紙調査を実施し、救急・集中領域におけるスピリチュアルケアは医療を助ける手段になるなどの質問において、介入前に比べて介入後に有意にスピリチュアルケアの有効性を認めていた。

2. 教育内容の一部で終末期医療を扱った文献

教育の中で扱われた終末期医療の内容は、意思決定支援が 3 件、コミュニケーションスキルが 1 件であった。

Wenger,Asakura,Fink & Oman(2012)の研究目的は Five Wishes による事前指示の教育が看護師自身の事前指示の完成に影響を及ぼすかを調査することであり、教育内容の一部で、終末期における意思決定が扱われていた。実際に事前指示を作成するという教育の結果、58%が事前指示を完成させており、対象者の 99%がこの事前指示は患者に推奨するものであると答えた。

Rivkind ら(2015)の研究目的は外傷救護コースの実施による医学生の学習状況を明らかにすることであり、外傷に関連する講義や実技などの一部で治療に対する意思決定や死亡宣告といった内容が扱われていた。教育の結果、実施後は意思決定などを科目に含む試験及び実技試験の評価スコアが実施前に比して高くなっていた。

Walker,Jensen,Leroux,McVey & Carter(2013)の研究目的は 10 時間の気道確保コースが二次救命処置の知識と自信にどう影響するか、また知識は 6 か月 12 か月後も持続しているかを調査することであり、救急隊員への気道確保に関連する講義や実技などの一部で、終末期における意思決定が扱われていた。教育の結果、介入前よりも介入後の意思決定を含んだ知識・自信に関するスコアが高く、6 か月後と 12 か月後も高いスコアを維持していた。

Krimshtein ら(2011)の研究目的は集中的なアプローチが ICU の看護師のコミュニケーションに影響を及ぼすかどうかを明らかにすることであり、ロールプレイングを主とした教育の一部で、終末

期における患者・家族とのコミュニケーションが扱われていた。教育の結果、介入前に比べて介入後のコミュニケーションスキルについての自己評価は有意に高かった。

IV. 考察

1. 終末期医療の教育を扱った文献の概観

今回、文献を検討するに当たり、国内外の両方において対象論文を検索したが、国内の論文では終末期医療の教育を扱ったものは見当たらなかった。その理由として、日本では古来より死を穢れとして避ける風習があり(柏木,2007)、患者の前で死を口にしない傾向にあるため、実際的な教育や研究に結びつかなかったと考えた。また、日本では救急・集中領域で緊急度、重症度が高い患者を看取ることが多い。しかし、海外では、緊急度・重症度の高い患者のみならず、末期がんなど幅広い患者が救急・集中領域の対象であることから、文化の違いも背景にあると考えられる。また、今回文献を検索したところ、海外の文献を含めても、救急・集中領域を対象として終末期医療の教育を実際に行った論文はわずか7件であり、中でも看護師を対象に含んだ論文は3件のみであった。これは、ELNEC という系統立ったプログラムはあるものの、クリティカルケアコースについては2006年に始まったところであり(American Association of Colleges of Nursing,2020)、まだ効果検証の結果が発表されていないためと考えられる。

2. 終末期医療の教育を扱った文献の検討

1)終末期医療の教育の効果検証を目的とした文献の検討

今回、終末期医療の教育の効果検証を目的として扱った文献は3件であった。その目的や目標は異なっていたが、教育方法としてシミュレーションを用いているものは2件であった。Dale(1957)によると、シミュレーション教育は、能動的に学習に関わる方法である。実体験を真似、体験することで、2週間後に学習内容の90%を覚えているとされており、講義などの受動的な学習に比べ、知識・技術の定着率がよい。その効果から、シミュレーション教育が用いられていると考えられる。また、成人教育では自己の経験を学習資源とし、問題・課題を中心として学習を進めていく(安酸,2009)。そのため、シナリオ等を用いて、問題・課題を設定することにより、そこから自分の経験を生かしてどのようにケアを進めていくべきかを模索することが学習の成果につながると考えられる。

教育対象は、2件が医療者であり、残りの1件は学生も含まれているが、多くは実際に終末期に関わった経験のある対象であると考えられる。そのため、自身の経験を生かすことのできるシミュレーションが教育方法として選定されたと考える。ELNEC においてもシナリオを用いたシミュレーションが取り入れられており(Grant,Wiencek, Virani&Uman,2013)、デーケン(1996)が行っているデス・エ

デュケーションでも終末期医療の教育を行う際に状況を設定した議論を行うなどの方法を用いている。これらも成人を対象としたものであり、成人を対象とした終末期医療の教育では、シミュレーションは重要な教育方法であるといえる。

教育期間については長期に介入したものと一日の中で完結したものがあつた。これは、教育方法の違いもあると考えられる。2件が1日で行われているが、どちらも教育の効果があつたとの結果が得られており、短期間であっても目的に合わせた教育方法を用いることで効果を上げることができると考えられる。

評価については量的な評価と質的な評価を組み合わせたものがあつた。これは、シミュレーションによる教育の場合、一度に多人数に対して教育を実施することは困難であり、量的な評価のみでは信用に足るデータ数が得られない場合がある。また、質的なデータから、教育を行うにあたり具体的に有効であつた点や改善点を得ることができるためと考える。各々のデータに利点があることから、教育の目的に合わせた評価方法を検討する必要があると考えられる。

2)教育の一部で終末期医療を扱った文献の検討

部分的に終末期医療の教育を扱った研究の目的は、系統立てられたコースの評価が2件、その他が2件であり、その中で多く扱われていたのが意思決定であつた。アメリカにおいても完成された事前指示書を提示する患者は三分の一以下(Morhaim&Pollack,2013)との研究もある。そのため、医療がどこまで介入するのかの意思決定は、患者もしくは家族がその場で決定する。よって、医療者には患者や家族とのコミュニケーション、治療方針の説明などに伴った意思決定の知識が必要となるために意思決定という題材が多く扱われたと考える。

3. 今後の救急・集中領域における終末期医療の教育への示唆

今回の文献検討を通して、終末期医療の教育ではその多くにシミュレーションやシナリオが用いられていると明らかになった。その結果、すべての研究で有意に効果が得られたとされている。そのすべてが終末期医療の教育のみの結果ではないがシミュレーション終末期医療の教育方法として有用であると考えられる。現実的なシミュレーションを行うことは、臨床での実際に近い動きになるという結果を述べている研究もあり(Rodriguez et al.,2011)、より臨床に即した教育となると考える。また、成人教育においては、学んだ結果をすぐに活かせることがより学習の意欲を高める(Dale,1957)ことから、実際に終末期の患者に接した状況を疑似体験できる教育方法が必要と考えた。

また、評価について、文献では教育の直後に行っているものが多く見られた。しかし、エビングハウスの忘却曲線(1978)により、教育の効果は教育の直後をピークとして下降していくとされており、

縦断的に有効性を確認することで、教育方法の妥当性や効果を検証することができる。実際に縦断的に検証した研究(Walker et al.,2013)では、1年後までの効果が確認されたと述べられている。また、学習の効果を持続させる上で、学習した内容の実施や振り返りの機会があれば、それは内容の反復につながり、長期間にわたる効果が得られると考えられる。今回検討を行った文献の中で縦断的に検証した研究(Walker et al.,2013)は、救急隊員に対して気道確保の講義を行ったものであり、実際に現場でその学習内容を日常的に用いていることが予測される。また、他領域においても ELNEC を繰り返し受講することにより、その効果が持続しているとの研究結果もある(Kurz&Hayes,2006)。そのため、実態に沿った教育の提供が必要と考えた。

本研究から、救急・集中領域で今までに行われてきた教育で効果のある方法は明らかとなったものの、看護師に特化したものではなかった。そのため、今後終末期に関する教育を検討する上で、看護師が終末期についてどのように捉えているのかを知る必要があると考えられる。

V. 結論

本章では、以下のことが明らかになった。

- 1.救急・集中領域の終末期教育に関する研究ではシミュレーション教育が多く用いられており、それらは効果が認められていた。
- 2.部分的に終末期教育を扱った文献では、終末期における意思決定支援に触れているものがあった。
- 3.学習した内容を繰り返し想起するなどの学習の反復による学習効果の持続が示唆された。

第 2 章

第 2 研究:看護師の死生観とターミナルケア態度に関連する要因

I. 目的

看護師の死生観とターミナルケア態度について属性、個人の死に関する経験、看護師としての死に関する経験との関連を明らかにする

II. 研究方法

1. 研究デザイン

自記式質問紙を用いた横断研究

2. 対象

2017 年 4 月時点で特定機能病院である A 大学病院に勤務する看護師

3. 調査内容

1)死生観

平井,坂口,安部,森川,柏木(2000)によって開発され、信頼性・妥当性が検証されている「臨老式死生観尺度」を用いた。この尺度は、第 1 因子として「死後の世界はあると思う」などの「死後の世界観」、第 2 因子として「死ぬことが怖い」などの「死への恐怖・不安」、第 3 因子として「死は痛みと苦しみからの解放である」などの「解放としての死」、第 4 因子として「私は死について考えることを避けている」などの「死からの回避」、第 5 因子として「私は人生にはっきりとした使命と目的を見出している」などの「人生における目的意識」、第 6 因子として「自分の死について考えることがよくある」などの「死への関心」、第 7 因子として「寿命は最初から決まっている」などの「寿命観」の 7 因子で構成されている。質問項目は 27 項目であり、「当てはまらない」から「当てはまる」を 1 点から 7 点とした 7 件法で回答を求めた。各因子の得点範囲は、第 1 因子から第 6 因子まで 4-28 点であり、第 7 因子のみ 3-21 点である。なお、この尺度における死生観はすべての下位尺度の総称であり、各々の因子の特徴から全体としての死生観を把握することができる。そのため、総得点が 1 つの変数として機能するものではないことに注意する必要がある。本尺度はウェブページに掲載されており、使用許諾は必要ないとされている。

2)ターミナルケア態度尺度得点

ターミナルケア態度の測定は、Frommelt(2003)が開発した Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale From B の日本語訳であり、信頼性・妥当性が検証された FATCOD-B-J を用い

た。この尺度は【総得点】と、第1因子として「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」などの【死にゆく患者へのケアの前向きさ】、第2因子として「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」などの【患者・家族を中心とするケアの認識】、第3因子として【死についての考え方】の3つの下位因子がある。第3因子は1項目のみであり、使用しないことが望ましいとされているため、今回は使用しなかった。質問項目は全30項目であり、「全くそう思わない」から「非常にそう思う」までを1-5点とした5件法で回答を求めた。【総得点】の範囲は30-150点、【死にゆく患者へのケアの前向きさ】の範囲は16-80点、【患者・家族を中心とするケアの認識】の範囲は13-65点であり、合計得点が高いほど、ターミナルケア態度に積極性があると判断される。本尺度の使用許諾は不要とされており、引用文献に中井,宮下,笹原,小山,清水,河(2006)の論文を掲載することとされている。

3)属性

「経験年数」、「年齢」、「性別」を質問した。それぞれの質問は選択式とした。経験年数は、2年以下、3-5年、以降5年ごとに区切り、21年以上は同一選択肢とした。これは、Benner(1984/2005)の技能習得段階から、初心者にあたる2年以下と、一人前にあたる3-5年、中堅とされるそれ以上を分けるため、そのように区分した。

4)死に関する経験

岡本・石井(2005)の研究を参考に、死生観への影響要因として「身近な人との死別経験」、「自分の死を意識する経験」、「家族の死を意識する経験」、「家族と死について話をする機会」、「死に関する学習の経験」、土屋・明石(2016)の研究を参考に、ターミナルケア態度への影響要因として「終末期ケアの実施経験」の有無および「今までに看取った患者の概数」を質問した。なお、死に関する学習の経験は、看護に限らず、義務教育を含めて、これまでに受けた死に関する学習の経験とした。それぞれの質問は選択式とした。

4.データ収集方法

データ収集期間は、2017年4月1日から8月31日までとした。研究対象者への依頼書と質問紙を封筒にいれ、看護部門責任者に配布を依頼した。対象者が回答したのち、封筒を厳封した上で病院の所定の場所に投函されたものを回収した。

5. データ分析方法

最初に、対象者の属性および死に関する経験、死生観尺度の各因子の得点、ターミナルケア態度尺度得点の総得点および下位因子の得点を算出し、記述統計量を算出した。

次に、死生観尺度得点およびターミナルケア態度尺度得点の正規性を検定した上で属性と死

に関する経験との関連を分析した。分析は、Mann-Whitney の U 検定または Kruskal-Wallis 検定による多重比較および相関の分析として Pearson の積率相関係数と Spearman の順位相関係数を用いた。統計ソフトは SPSSver.22 を用いた。統計学的有意水準は 5%未満とした。

6. 倫理的配慮

調査にあたり、名古屋市立大学看護学部研究倫理審査委員会の承認(承認番号:16031)を得た。その後、対象施設の病院長の承諾を得た。対象者への依頼書には、研究目的と意義、無記名であり個人が特定されないこと、回答は自由意思であり参加しないことでの不利益は生じないこと、協力の可否は人事考課に影響しないこと、提出をもって研究への同意とすることを明記した。提出時の封筒も無記名とし、回答が他者に開示されることのないよう厳封できるものとした。

Ⅲ.結果

1. 分析対象者

看護師 894 名に質問紙を配布し、624 名から返送があった(回収率 69.8%)。このうち、回答に欠損のあった者を除き、522 名(有効回答率 58.4%)を分析対象者とした。

2.対象者の属性と死に関する経験

1)属性

経験年数では、経験年数 2 年以下が 127 名(23.0%)、3-5 年が 143 名(25.9%)、6-10 年が 114 名(20.7%)、11-15 年が 55 名(10.0%)、16-20 年が 39 名(7.1%)、21 年以上が 74 名(13.4%)と、3-5 年が最も多かった。年齢は、20 代が 327 名(59.2%)、30 代が 118 名(21.4%)、40 代が 72 名(13.0%)、50 代が 31 名(5.6%)、60 代が 4 名(0.7%)で、20 代が最も多く、6 割近くを占めていた。性別では、男性が 32 名(5.8%)、女性が 520 名(94.2%)であった(表 2-1)。

2)死に関する経験

身近な人との死別経験がある者は 454 名(82.2%)であった。自分の死を意識する経験がある者は 302 名(54.7%)であった。家族の死を意識した経験がある者は 421 名(76.3%)であった。家族と死について話をする機会のある者は 266 名(48.2%)であった。死について考える機会のある者は 430 名(76.1%)であった。死に関する学習経験のある者は 467 名(84.6%)であった。

終末期ケアの実験経験がある者は 440 名(79.7%)であった。今までに看取った患者の概数は、1-10 人が 291 名(52.7%)、11-20 人が 84 名(15.2%)、21-30 人が 44 名(8.0%)、31-40 人が 21 名(3.8%)、41-50 人が 6 名(1.1%)、51-60 人が 14 名(2.5%)、61-70 人が 3 名(0.5%)、71-80 人が 5 名(0.9%)、81-90 人が 3 名(0.5%)、91-100 人が 14 名(2.5%)、101 人以上が 67 名(12.1%)であり、1-10 人と答え

た者が約半数であった(表 2-1)。

3. 死生観尺度得点およびターミナルケア態度尺度得点

死生観尺度およびターミナルケア態度尺度の各因子の得点において、正規性はなかった。

死生観得点の各因子の中央値は、第 1 因子<死後の世界観>が 18.00 点、第 2 因子<死への恐怖・不安>が 17.00 点、第 3 因子<解放としての死>が 14.00 点、第 4 因子<死からの回避>が 11.00 点、第 5 因子<人生における目的意識>が 15.00 点、第 6 因子<死への関心>が 15.00 点、第 7 因子<寿命観>が 12.00 点であった。

ターミナルケア態度尺度の各因子の中央値は、【総得点】は 110.00 点、【死にゆく患者へのケアの前向きさ】は 56.00 点、【患者・家族を中心としたケアの認識】は 50.00 点であった(表 2-2)。

4. 死生観尺度得点と属性・死に関する経験との関連

属性・死に関する経験との関連を検討するにあたり「今までに看取った患者の概数」の項目で調整を行い、31-40 人、41-50 人、51-60 人を統合して 31-60 人、61-70 人、71-80 人、81-90 人、91-100 人と 101 人以上を統合して 61 人以上として 5 群とした。

また、変数間に関連があると予測される年齢、経験年数、患者を看取った概数において Pearson の積率相関係数を用いて検定を行った。その結果、年齢と経験年数の間には強い正の相関($r=.872, p<.001$)、年齢と患者を看取った概数の間に正の相関($r=.582, p<.001$)、経験年数と患者を看取った概数において正の相関($r=.604, p<.001$)があった。そのため、経験年数と年齢は同様のものとして取り扱うこととした。また、患者を看取った概数については、経験年数以外の影響を受けている可能性があるため、単独で取り扱うこととした。

死生観尺度得点と属性の関連では、経験年数において、<死からの回避>で看護師 3-5 年が 16-20 年より有意に得点が高かった。性別では、<解放としての死>で、女性が男性に比べて有意に得点が高かった。

死に関する経験では、身近な人との死別経験での有意差はなかった。自分の死を意識する経験では、<死後の世界観>、<死への関心>で、自分の死を意識した経験のある者の得点が有意に高く、<死からの回避>で、自分の死を意識した経験のある者の得点が有意に低かった。家族の死を意識する経験では、<死への関心>で、家族の死を意識する経験のある者の得点が有意に高かった。家族と死について話をする機会では、<死への関心>、<寿命観>で、家族と死について話をする機会のある者の得点が有意に高く、<死への恐怖・不安>、<死からの回避>で、家族と死について話をする機会のある者の得点が有意に低かった。死について考える機会では、<死後の世界観>、<死への関心>、<寿命観>で、死について考える機会のある者の得点が有意に高く、<死から

の回避>で、死について考える機会のある者の得点が有意に低かった。死に関する学習経験では、<死への関心>、<寿命観>で、死に関する学習経験のある者の得点が有意に高かった。終末期ケアの実施経験での有意差はなかった。今までに看取った患者の概数では、<死からの回避>で 31-60 人は 1-10 人、11-20 人に比べ有意に得点が低かった。また、61 人以上は 1-10 人に比べ有意に得点が低かった。<寿命観>では、1-10 人が 31-60 人、61 人以上に比べ有意に得点が低かった。(表 2-3)。

5.ターミナルケア態度尺度得点と属性・死に関する経験との関連

属性では、経験年数で、【総得点】、【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】に有意差があり、その全てで看護師経験 2 年以下の点数が最も低く、看護師経験 21 年以上の点数が最も高かった。【総得点】では、看護師経験 2 年以下は看護師経験 11-15 年、16-20 年、21 年以上より得点が有意に低かった。看護師経験 3-5 年は、11-15 年、21 年以上より有意に得点が低かった。看護師経験 6-10 年は 21 年以上より有意に得点が低かった。【死にゆく患者へのケアの前向きさ】では、看護師経験 2 年以下は、6-10 年、11-15 年、16-20 年、21 年以上より有意に得点が低かった。看護師経験 3-5 年は、11-15 年、16-20 年、21 年以上より有意に得点が低かった。看護師経験 6-10 年は 21 年以上より有意に得点が低かった。【患者・家族を中心とするケアの認識】では、看護師経験 2 年以下は看護師経験 21 年以上より得点が有意に低かった。看護師経験 3-5 年は、看護師経験 21 年以上より得点が有意に低かった。性別での有意差はなかった。

死に関する経験では、身近な人との死別経験のある者、自分の死を意識する経験のある者、家族と死について話をする機会のある者で、【総得点】と【死にゆく患者へのケアの前向きさ】で得点が有意に高かった。家族の死を意識する経験のある者は、【死にゆく患者へのケアの前向きさ】で得点が有意に高かった。死について考える機会のある者は、【総得点】、【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】で得点が有意に高かった。死に関する学習経験の有無による有意差はなかった。終末期ケアの実施経験のある者は、【総得点】と【死にゆく患者へのケアの前向きさ】で得点が有意に高かった。今までに看取った患者の概数との関連では、【総得点】、【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】で有意差があった。【総得点】では、1-10 人が 21-30 人、31-60 人、61 人以上より得点が有意に低かった。11-20 人は 31-60 人、61 人以上より得点が有意に低かった。【死にゆく患者へのケアの前向きさ】では、1-10 人は、11-20 人、21-30 人、31-60 人、61 人以上より得点が有意に低かった。11-20 人は、61 人以上より得点が有意に低かった。【患者・家族を中心とするケアの認識】では、11-20 人は 61 人

以上より得点が有意に低かった(表 2-4)。

6. 死生観尺度得点とターミナルケア態度尺度得点との相関

死生観尺度の〈死後の世界観〉では、ターミナルケア態度尺度の【患者・家族を中心とするケアの認識】と正の強い相関があった。

〈死への恐怖・不安〉では、【総得点】と【死にゆく患者へのケアの前向きさ】と負の相関があった。双方とも非常に弱い相関であった。

〈解放としての死〉では、【総得点】と【死にゆく患者へのケアの前向きさ】で負の相関があった。双方とも非常に弱い相関であった。

〈死からの回避〉では、【総得点】、【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】のすべてで負の相関があった。【総得点】、【死にゆく患者へのケアの前向きさ】では弱い相関、【患者・家族を中止とするケアの認識】では非常に弱い相関であった。

〈人生における目的意識〉では、【総得点】、【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】のすべてで正の相関があった。どの因子とも非常に弱い相関であった。

〈死への関心〉、〈寿命観〉ではターミナルケア態度尺度得点との相関はなかった(表 2-5)。

IV. 考察

本研究の回収率は 69.8%と高く、終末期ケアへの関心の高さが伺えた。分析対象者とした回答における属性の内訳では、20代が 59.2%と最も多かった。厚生労働省(2016)が発表した看護師の年齢分布では、20代が 21.1%、30代が 26.7%であり、本研究の分布とは違いがあった。本研究で 20代の回答者が多かった理由は、対象とした病院が大学附属病院であることから、教育機関としての側面もあるためと推測された。

1. 死生観尺度得点と属性・死に関する経験との関連

1) 死生観尺度と死に関する経験との関連

経験年数との関連では、〈死からの回避〉において看護師経験 3-5 年の得点が、15-20 年に比べて高かった。坂下(2017)は臨床経験 2 年以上 5 年未満を対象とした研究で、未熟なケアを提供する中の困難や患者の心や家族の動揺を感じる困難があるとしている。こうしたことから、看護師としてのキャリアは浅いが自立した看護師として看取りに立ち会う経験の増える看護師経験 3-5 年の看護師が、死を回避したいと感じていると推測した。経験年数を重ねることと死生観の傾向は一致しておらず、看護キャリアの各段階で異なっていた。大町ら(2009)も、ターミナルケア態度には経験のみが影響するのではないと報告しているように、看護師経験だけでなく、個人の経験による

ものや、看護師として死にどのように関わったかが影響していると考える。

2)死生観尺度と死に関する経験との関連

死に関する経験との関連では、自分や家族の死を意識したり、死について話したり考えたりする経験のある者は〈死への関心〉の得点が有意に高く、〈死からの回避〉の得点が有意に低かった。これは、死に関する経験が死への関心を高め、死を回避したいという気持ちを抑えることと関連しているといえる。また、家族と死について話をする機会のある者は、〈死への恐怖・不安〉の得点が有意に低かった。三木(2013)は、大学生を対象とした調査から、《いのち》の大切さを実感することと家族と死について話をすることは関連している可能性があるとして述べている。自身や家族が死についてどう考えているのかを共有することによって、不確かさが減少し、恐怖・不安の軽減につながったのではないかと考える。

死に関する学習経験のある者は、〈死への関心〉の得点が有意に高かった。このことから、死に関する学習が死について考えることと関連していることが示唆された。その理由として、死に関する学習をすることで、自身や家族、患者など身近な人の死について考える機会となるためと考えた。また、患者を看取った概数では看取った患者の数が多くなるにつれて死を回避したいという感情が減少していた。これは、看護師として何度も患者の死に立ち会う中で、自身の死生観が醸成された結果であると考えられる。そのため、看護師は経験によって違う死生観の醸成段階があると考えた。

2.ターミナルケア態度尺度得点と属性・死に関する経験との関連

1)ターミナルケア態度尺度得点と属性との関連

経験年数では、看護師経験 2 年以下が最も得点が低く、その後経験を積むにつれて徐々に得点が高くなる傾向があった。中西ら(2012)は、年齢や臨床経験年数がターミナルケア態度に関連すると報告しており、類似した結果と言える。また、看護師経験 2 年以下は初心者時期であり、業務を覚えることや目の前のケアが優先される傾向があると考えられる。坂下(2017)は 2 年以上 5 年未満の看護師では終末期ケアにおいて未熟なケアを提供する中の困難や患者の心や家族の動揺を感じる困難があると述べている。こうしたことから、看護師としてのキャリアが浅い看護師は終末期ケアに対して困難感を抱くために、得点が低いと考えた。また、そこから徐々に得点が高くなる理由は、看護師としての経験と立場の違いにあると考えられる。日本看護協会(2016)が提唱しているラダーでは、ラダーが上がるほど患者に接するのみでなく、高度な看護実践や他職種との調整を行うことができる。日々の看護を実践する中で学習によって得た知識や経験知などを用いて患者や他職種と接していくため、自身の終末期患者への接し方についても経験を踏まえて関わるできるようになっていくと考えた。辻本と井上(2015)は、壮絶な患者の死や急変という体験は看護師のキャ

リア形成においてつらく苦しい体験というだけではなく、ポジティブな面も持っている」と述べている。また Marván, Oñate-Ocaña, Santillán & Asuncion (2017)は、死に関する学習と訓練を医療者に行うことで、終末期患者とのコミュニケーションが改善されるとしており、学習や終末期ケアに関する経験から得た知識が、その後の終末期ケアに活かされていくと考える。こうしたことから、経験年数がターミナルケア態度尺度得点に関連していると考えた。

2)ターミナルケア態度尺度得点と死に関する経験との関連

身近な人との死別経験、自分の死について意識する経験、家族の死について意識する経験、家族と死について話をする機会、死について考える機会では有意差があった項目は、すべて経験があると答えた者の得点が高かった。これは、自分の周囲などで死を意識する経験や死別の経験をもつことが死について考える機会となり、ターミナルケア態度尺度得点につながっているためと考える。死生観はターミナルケア態度とも関連することが報告されており(土屋ら,2016)、そのことから、個人で死について考えたり、意識したりする経験と積極的なターミナルケア態度との関連が示唆された。

終末期ケアの実施経験と今までに看取った患者の概数においても有意差があった。終末期ケアの実施経験との関連では、【総得点】、【死にゆく患者へのケアの前向きさ】で経験のある者の得点が有意に高かった。野戸ら(2002)は、臨床看護師は体験を意味づけることで看護観・ケア行動を再考し、それがフィードバックされて次の体験に変化を及ぼすとしている。また、Hussin, Wong, Chong & Subramanian(2018)は、看護師の知識レベルが終末期患者への態度に影響すると述べている。これらのことから、看護師として死に関する経験を重ねることが自己の看護の見直しや終末期ケアに対するフィードバック、経験知や知識の蓄積となり、ターミナルケア態度尺度得点が高くなったと考える。

今までに看取った患者の概数との関連では、【総得点】、【死にゆく患者へのケアの前向きさ】ともに、1-10人が最も点数が低く、他の群との有意差があった。これは、ICUに勤務する看護師を対象として調査を行った土屋ら(2016)の報告と同様の結果となっている。また、【患者・家族を中心とするケアの認識】においても、11-20人と61人以上との間に有意差があり、看取った患者の概数が多い方が得点は高い結果となった。どの項目においても看取った患者の概数が増加するにつれて、ターミナルケア態度尺度得点が高くなる傾向があった。医療者が患者の看取りを行うことは、3人称というほど傍観するものではなく、2人称というほど身近でもない、2.5人称の死別経験と言われている(柳田,2000)。自分が看護師として看取った患者に2.5人称という立場で寄り添うことは、身近な人を看取る機会と類似するため、看取った患者の概数とターミナルケア態度尺度得点との間

に関連が見られたと考える。これらのことから、今後終末期に関する教育を実施する際に、経験年数や個人や看護師としての死に関する経験などを考慮した学習内容を考える必要が示唆された。

3. 死生観尺度得点とターミナルケア態度尺度得点との相関

〈死からの回避〉では【総得点】との間に有意な負の弱い相関があった。〈死からの回避〉は得点が高いほど死について考えることを避けたいという考えとなるため、ターミナルケア態度尺度得点が高いほど死について考えているということとなる。これは、終末期ケアに積極的に関わるための要因として、死について考えた上での看護が求められているためと考える。また、〈人生における目的意識〉では、【総得点】と2つの下位尺度のすべてで有意な正の非常に弱い相関があった。〈人生における目的意識〉は得点が高いほど自己の人生の目的や使命を見出していることになるため、ターミナルケア態度尺度得点が高いほど自己の目的などがはっきりしているといえる。これは、死について考えることを通して、生について考え自己の人生の目的を考えることがターミナルケア態度尺度得点に関連しているためと考えられる。そのため、自己の看護を振り返るだけでなく、死を通して生を考え、患者と関わることで終末期ケアを行う上での積極性に関連していると考えた。

4. 本研究で得られた看護師の終末期に関する教育への示唆

死生観尺度では、経験年数による明らかな傾向はみられなかった。これは、死生観が個人の経験や考え方に影響を受けるものであり、そこにはただ年齢や看護師としての経験を重ねるだけでなく、その中でどのような経験をしたかに起因するためと考えられる。

ターミナルケア態度尺度得点の分析からは、看護師は経験年数や看護師として患者を看取った概数の増加や死に関する経験によって変化が見られた。Benner(1984/2005)は、経験と熟練によって看護師の技能習得が進むと述べている。それらの看護師としての経験が、ターミナルケア態度に影響を及ぼしていると考えられる。しかし、看護師経験2年以下と3-5年では、有意差がみられなかった。坂下(2017)が2年以上5年未満の看護師では終末期ケアにおいて未熟なケアを提供する困難があると述べているように、5年未満の看護師では、まだ終末期ケアに対して困難感や自身の未熟さを感じており、そこには明らかな経験年数による差が出にくいものと考えられる。しかし、看護師では3年目以上でリーダー看護師として勤務する機会も増加してくることなどから、ターミナルケア態度尺度以外の尺度を用いた影響の測定についても検討する必要があると考えられる。

終末期ケアは、看護師の技能の一つであることから、得た経験をより深く考え、知識や理論に基づいたケアを提供するための教育を検討する必要がある。ターミナルケア態度尺度が経験年数や看取った患者の数と関連があったことから、キャリア段階によって必要とされる教育の内容は異なると考えられる。そのため、各キャリア段階にある看護師に対してどのような内容を求めているのかを

調査した上で、学習内容を検討する必要があると考えた。

V. 結論

本章では、以下のことが明らかとなった。

1. 看護師経験年数と死生観には一部関連があり、看護師経験 3-5 年は 15-20 年に比べて〈死からの回避〉の得点が高かった。
2. 死に関する経験がある者は、死生観尺度における〈死からの回避〉の得点が低く、〈死への関心〉が高かった。
3. ターミナルケア態度尺度得点は看護師経験が長いほど得点が高くなる傾向があった。
4. ターミナルケア態度尺度得点は、身近な人との死別経験など死に関する経験のある者の方が高かった。
5. ターミナルケア態度尺度得点は、看護師として終末期ケアの実施経験がある者の方が高かった。また、看取った患者の概数が多いほど得点が高くなる傾向があった。
6. 死生観尺度得点とターミナルケア態度尺度得点との相関から、〈死からの回避〉と【総得点】の間に負の弱い相関、〈人生における目的意識〉との間に正の非常に弱い相関があった。

第3章

第3研究:各キャリア段階にある救急・集中領域に勤務する看護師の終末期に関する学習ニーズの分析

I.目的

救急・集中領域に勤務する各キャリア段階にある看護師の終末期に関する学習ニーズを明らかにする。

II.研究方法

1.研究デザイン

半構造化面接調査による質的記述的研究

2.対象

協力を得られた急性期病院5施設において、救急・集中治療領域の病棟会で研究の趣旨と方法を説明し、次に示す3つのキャリア段階にあり、自主的に参加を表明した看護師を対象とした。キャリア段階は、Benner(1984/2005)の技能習得段階から、新人・若手・中堅とした。第2研究との関連を考慮し、新人看護師は、救急・集中治療領域に新卒で配属された看護師経験1-2年目の看護師とした。若手看護師は、他部署の経験のない、救急・集中治療領域での看護師経験3-5年目の看護師を対象とした。中堅看護師は、異動の有無は問わず、救急・集中領域での経験が6年以上の看護師を対象とした。

3.調査期間

2018年8月から2018年12月

4.調査方法

面接は、施設から指定されたプライバシーの確保できる個室で、研究参加者の勤務時間外に希望の日時に合わせて個別に実施した。面接時間はそれぞれ30分から1時間で、回数は1回とした。面接手順に沿って、救急・集中領域の終末期看護の学習に関する半構造化面接を行った。調査内容は、今までの終末期看護に関する学習経験やその方法を質問した上で、終末期看護に関して学習したい内容やその方法、理想の終末期看護などとした。面接内容は許可を得て録音し、逐語録を作成した。

5.分析方法

逐語録を繰り返し読み、終末期看護に関する学習ニーズについて表現している内容を抽出し

た。そこから、意味内容を損なわないように要約し、コードとした。コードの中で類似したものを統合して順に抽象度を上げ、カテゴリを生成した。コード数に応じて統合の回数は異なるため、最終的に生成されたものをカテゴリ、その前段階のものをサブカテゴリとした。分析の過程では、指導教員と内容を繰り返し検討し、信用性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

施設の責任者に文書を用いて研究目的・方法などを研究者が説明し、研究参加者の自由意思を尊重すること、参加を拒否する場合にも不利益を被らないこと、プライバシーの保護などについて説明し、同意を得た。研究参加者にも病棟全体に説明した上で、協力を申し出た看護師に対して、同意書を得て研究を行った。面接は施設より指定されたプライバシーを保つことのできる場所で行い、話したくない内容があれば話す必要がないことを説明した。なお、本研究は名古屋市立大学看護学部研究倫理審査委員会の承認(承認番号18013-2)を得て実施した。

Ⅲ. 結果

1. 分析対象者の概要

本研究への参加者は、新人6名、若手8名、中堅6名の計20名であった。終末期看護の教育経験については、病院内で教育を受けた経験のあるものはいなかった。院外での教育を受けた経験のあるものは、新人看護師ではなかった。若手看護師では2名おり、1名はELNEC-Jクリティカルケアプログラム、もう1名は学会のシンポジウムの受講経験であった。中堅看護師では1名であり、臨死体験のセミナーの受講経験であった(表3-1)。

2. 終末期に関する学習ニーズ

キャリア段階別に結果を示す。なお、カテゴリを【 】、サブカテゴリを〈 〉、研究参加者の語りを「 」とし、研究者が語りの中で補足した部分は()で示した。

1) 新人看護師

新人看護師の研究参加者は6名(男性2名、女性4名)であった。看護師経験年数および救急・集中領域の経験年数は1-2年であり、救急・集中領域のみの経験であった。面接は1人1回行い、総面接時間は3時間13分59秒であった。

逐語録から、学習ニーズについて118のコードが抽出され、そのすべてを分析対象とした。その結果、31サブカテゴリから、9カテゴリが生成された(表3-2)。

(1)【患者の意思を知る方法】

〈患者の意思が確認できるようにしたい〉では、「意識障害がある方が多いので、自分が実際にど

うしたいかっていうのをリビングウィルみたいに残しておいてあと意思に従えるのかなって思いますが」など、救急・集中の一刻を争う状況の中であっても患者の意思が確認できるようにしたいという内容が述べられた。

〈時間がない中で患者のしてほしいケアをくむ方法が知りたい〉では、「そういう(急に来る)人が多いので、その人をあんまり知らないことが多いんですよね。だから、その人が何をしてほしい人もわからない」など、終末期の短い時間において患者がどのようなケアを望んでいるのかを知りたいという内容が述べられた。

(2)【患者の経過に合わせた終末期ケア】

〈急変時の対応が知りたい〉では、「急変だけで考えたら終末期考えたら、もうほんと、それこそ患者さんがきて何すればいいかもある(知りたい)し」といった、急変時にどのような対応をしたらよいのかを知りたいという内容が述べられた。

〈救命困難な状態で入室した人のケアが知りたい〉では、「病院にずーっというならいいんですけど、来た瞬間から終末期みたいな。そういう人が来た時にどうするかって(知りたい)」など、入室した際から救命困難な場合にどのように患者のケアをしたらいいのかを知りたいという内容が述べられた。

〈臨死期の流れが知りたい〉では、「(患者の容体が悪化したら)先生に連絡して、家族に連絡して、っていう一連の流れをもっと知ってたら、きっと落ち着いて対応できたかなって」など、臨死期の流れについて知りたいという内容が述べられた。

〈救急・集中領域の終末期の流れが知りたい〉では、「私はもう集中治療室にいるので、やっぱり今の今この現場で活かせることを聞きたい。救急集中治療室での終末期？がんの終末期とケースが違うと思うので、流れとか。そういう点で聞きたいなあって思います」と、救急・集中領域に特化した終末期の流れが知りたいという内容が述べられた。

(3)【一般的な終末期の経過】

〈がんなどの終末期を参考にしたい〉では、「(一般的な終末期の話を知れば)それぞれ全然おんなじことはないけど、知ってたらもしかしたら応用が利くじゃないですけど、知識のひとつとしては覚えられるのかなって」など、救急・集中領域に限らず、一般的な終末期患者への看護を参考にしたいという内容が述べられた。

〈緩やかな経過の終末期を知りたい〉では、「がんで亡くなるかたっていうのも多いじゃないですか。H(CU)では、私一回も受け持ったことないんですけど、がんの終末期にかかわる知識をもっと深めたいなって思う」など、穏やかに亡くなる終末期から知識を深めたいという内容が述べられた。

(4)【終末期の具体的なケア】

〈終末期の患者に何をすべきか知りたい〉では、「ここ(CCU)は積極的に治療するところじゃないですか。そこに何もしないよっていう人がきて、なにをしたらいいの？って思うことはありましたね」など、救急・集中領域において終末期の患者にどのようなケアをしたらよいかを知りたいという内容が述べられた。

〈患者の意識がない時にどんなケアをしたらよいかを知りたい〉では、「患者さんの意識がないことが多いので。ここで終末期ってなると(どんなケアをしたらいいかわからない)」などの、患者の意識がない状態でどのような終末期ケアをしたらよいかを知りたいという内容が述べられた。

〈患者・家族にどういったケアをしたらよいかを知りたい〉では、「急性期だと私は挿管したままでそのまま終末期になる方とか、ご家族さん涙されとったりとか先輩がケアしてるところしか私まだ見れてないんですけど、そういった方を対象にしたときにどうしたらいい？ってまだ手探り状態で。わからへんことが多いですかね」など、救急・集中領域で終末期を迎える患者やその家族にどのようなケアをしたらよいかを知りたいという内容が述べられた。

〈メンタルケアや看護ケアを学びたい〉では、「行くとしたら、メンタルケアと、あとは、看護師にできることってというタイトルとかがあったら」など、精神的なケアや看護師が行えるケアを学びたいという内容が述べられた。

〈予後に影響しうるケア実施の判断基準を知りたい〉では、「体位変換しただけでも苦しくなったりされる方もいるので、そういうのの安楽にできる方法とか(知りたい)」など、ケアが予後に影響を及ぼす可能性がある場合にどういった基準で判断をしたらよいかを知りたいという内容が述べられた。

(5)【患者の尊厳が守られるケア】

〈患者周囲の環境を整えたい〉では、「シーツが汚れてても変えないとか、ベッドの周りがあんまりきれいじゃなくても患者さんには見えないじゃないですか。僕はそれはきれいにしてほしいなと思う。雑にしないでって」など、患者周囲の環境を整えたいという内容が述べられた。

〈意識のない人に対するケアが雑になってしまうのが気になる〉では、「やっぱり意識があってちゃんと話せて上向いていく人に対しては、ある程度、なんていうかしっかりしなきゃって思うと思うんですよね。僕らを見てるし、見られてるんだからしっかりしなきゃって。でも、意識がない人に関しては、何も言わないし、僕らのこと知らないし、見てないから、ちょっと汚かったり、雑」など、意識がない人に対してケアが雑になってしまうことが気になっているという内容が述べられた。

(6)【場に応じた家族への接近方法】

〈混乱している家族への対応を知りたい〉では、「急に(調子が)落ちちゃった患者さんの家族とかにどうやって声かけるんだらうっていろいろ相談とかしたりして」などの患者が急変した際や、「(以

前)ご家族の方がすごい怒ってて。あの人の時が本当にもう怖くて(そういう時にどうしたらいいかわからない)などの怒りの段階にある家族に看護師としてどう対応したらよいかを知りたいという内容が述べられた。

〈関係が浅い家族への対応を知りたい〉では、「(家族に)なんて声をかけたらいいのか、第一声がなんかかわりがほとんどなくて初めましてでそういう(終末期の)状態だとなんていう声かけるのが一番いいのか、考えながらの会話になってしまうので」など、初対面やまだ関係が構築できていない状態での家族への対応を知りたいという内容が述べられた。

〈終末期にある患者家族への接し方を知りたい〉では、「何を話せばいいんだろうとか(知りたい)。どういう風な声のトーンとか、明るく言っているのか、逆に暗くいったら落ち込んじゃうって」など、終末期にある患者の家族にどのように接したらよいかを知りたいという内容が述べられた。

〈家族とどう会話したらよいかを知りたい〉では、「(家族に)どういう声掛けをしたらいいんだろうっていうのを考えて、でも自分では言い出せないの、先輩たちが声かけてるのをまねしてみたっていうのをやりました」など、どのように声を掛けたらよいかという内容や、「ご家族さんのために時間を作るってことはしてなくて、ケアの合間合間に挨拶とかちよつとしたところでしゃべってる程度なので、真剣にご家族さんの不安を聴取するってことはしてなかったの」などの家族の不安をどのように聴取してよいかを知りたいという内容が述べられた。

(7)【家族の死の受容の支援】

〈家族が最期に望むケアをしたい〉では、「本人に何かしてあげるのもいいと思うんですけど、先が見えちゃってる患者さんはというか、に、何かするっていうよりも、その方はいなくなっても家族は残るから、家族にどうしたらいいのかっていう方が知りたい」など、家族の今後のためにどのようなケアをしたらよいかを知りたいという内容が述べられた。

〈家族が死を受容して看取りを迎えてほしい〉では、「それは、患者家族が双方納得、納得しきれんかもしれんけど、納得して残りの時間を過ごしていけたらいいなっていうのは」など、家族が納得し、関わられる看取りであってほしいという内容が述べられた。

(8)【講義とグループワークで学ぶ方法】

〈講義とグループワークなどの組合せで学びたい〉では、「座学でこういう風になってやって、シミュレーションとかグループワークとか」など、講義で知識を得た上でグループワークなどと組み合わせで学びたいという内容が述べられた。

〈講義で学習したい〉では、「最後は座学でまとめてほしいです」など、講義形式での学びを重視している内容が述べられた。

〈講義の時間は短めがよい〉では、「座学は好きじゃない。言葉が多くなると思うから」など、長時間の講義を望まないという内容が述べられた。

〈ディスカッションで他の人の意見を聞きたい〉では、「自分の巣しかみてないじゃないですか。グループワークだと直に聞けるじゃないですか。ほかの病院の様子とか。それが一番聞けるので。グループワークがいいのかなって」など、自身の勤務している部署・病院だけではなく、他の部署や病院に勤めている看護師の意見を聞きたいという内容が述べられた。

〈具体例を出して教えてほしい〉では、「家族や患者さんの関わり方って人によりけりだと思うんですけど、まあ寄り添うんだよ、傾聴していくんだよ、っていう感じだったので、具体例を基にテレビとかそういう教材とか、もっとわかりやすくしてくれたら心に残ったのではないかな、と」など、具体的な例を出しての方法が求められているという内容が述べられた。

(9)【先輩のサポート】

〈現場の状況に合わせて学びたい〉では、「その都度やっぱり自分の受け持つ患者さんのことを考えながらやってる。その都度その人によって違うので、病態とか。一つに絞れないから、その都度。先輩がサポートしてくれるし」など、実際の臨床の現場で出会った患者の症例を基に、先輩からのサポートも得て学んでいきたいという内容が述べられた。

〈近くに質問に答えてくれる人がいると学びやすい〉では、「一番いいのは、聞いてすぐ答えてくれる人が近くにいてくれるのが、一番楽っていうか、頭に入ってきやすいのかな」など、その場で質問して答えをもらうことが学びにつながっているという内容が述べられた。

〈先輩に聞いて学んでいる〉では、「(終末期の学習は)しないですね。困った時は、先輩に聞きます」など、自己学習をするというよりも先輩に聞いて学んでいるという内容が述べられた。

〈先輩が家族対応をしているところから学びたい〉では、「(終末期の患者に)あたってはいるけど、そこ(実際に話しているところ)を見たとかそこについたってわけではないので」など、先輩が行っている家族ケアを見て学びたいという内容が述べられた。

2) 若手看護師の終末期に関する学習ニーズ

若手看護師の研究参加者は 8 名(男性1名、女性7名)であった。看護師経験年数および救急・集中領域の経験年数は 3-5 年であり、経験部署は救急・集中領域のみである。面接は 1 人 1 回行い、総面接時間は 4 時間 28 分 20 秒であった。

逐語録から、学習ニーズについて 180 のコードが抽出され、そのすべてを分析対象とした。その結果、36 サブカテゴリから 10 カテゴリが生成された(表 3-3)。

(1)【患者の本当の気持ちに添う方法】

〈患者の思いを看護に反映させる方法を知りたい〉では、「挿管されている患者さんがとても多くて、気切や鎮静中の患者さんが多くて、その人の気持ちを理解がしてあげられなくて、看護に反映できていないというところが一番辛く思うところです」など、患者本人の思いを活かした看護が難しいため、それを反映させる方法を知りたいという内容が述べられた。

〈患者の家族の意思だけでなく患者の意思を確認したい〉では、「亡くなった時、亡くなる瞬間とかも挿管や鎮静かかっててなくなる方が多いので。結局家族の方の意見しか聞けないので」など、患者とコミュニケーションをとることが難しい救急・集中領域の終末期において家族から聞く患者の意思だけでなく、患者本人の意思を確認する方法を知りたいという内容が述べられた。

〈患者の気持ちをくんだケアがしたい〉では、「聞けないことで、本当にこっちの治療方法に持って行ってあげてよかったのかなとか(悩む)」など、患者が今どのような気持ちなのか、自身の終末期についてどのような希望を持っていたのかを知りたいという内容が述べられた。

(2)【終末期の具体的なケア】

〈自分の終末期ケアに自信を持ちたい〉では、「これ(ケア)は大丈夫って自信をもって言い切れない」など、自身の終末期ケアに自信がないため、自身が持てるようになりたいという内容が述べられた。

〈声掛け以外のケアを知りたい〉では、「なんかもうちょっと(終末期の患者・家族に対して)できることあると思うんです」など、声掛け以外にどのようなケアがあるのかを知りたいという内容が述べられた。

〈患者にどんなケアをしたらよいか知りたい〉では、「悩むところあります。家族対応もですけど、この人に何をしてあげられるんだろうって思うこともあります」など、意識レベルが低下している患者に対してどのようなケアをしたらよいか分からないため、どのようなケアが求められているのかを知りたいという内容が述べられた。

〈終末期から死後まで患者の容貌を保ちたい〉では、「見た目というか、本人が望む姿。容姿は保ってあげたい」など、救命のための治療による容貌の変化を抑えたいという内容が述べられた。

(3)【終末期の患者にふさわしい環境】

〈終末期にも視点を置きたい〉では、「家族に対しても患者さんに対してもあまり終末期ケアに視点を置かれていない感じがします。治療がメインで」など、救命が主となりがちな救急・集中領域において終末期にも視点を置いたケアがしたいという内容が述べられた。

〈対応する時間を作れるようにしたい〉では、「その患者さんしかいなかったらその患者さんにずっと(時間を)あげられると思うんですけど、(忙しいと)ずっとそこにいられないので」など、終末期を迎

える患者に対応する時間をかけられないため、時間を作れるようにしたいという内容が述べられた。

〈患者のための環境を整えたい〉では、「個室とかで家族と過ごせる場所もあるんじゃないかなと思う」という患者のための終末期を迎える環境を整えたいという内容が述べられた。

〈急性期から終末期への方針の切り替えを知りたい〉では、「最初に話した(終末期への)切り替えの話ですけど、(入院している患者の病状の)どの辺からそういう話を持っていくの？って」など、急性期から終末期に切り替えるタイミングなどを知りたいという内容が述べられた。

(4)【臨死期の経過と病態】

〈臨死期を見極める身体の変化を知りたい〉では、「そこ(終末期の治療方針)にいくまでのどうしようっていう間が。そこらへんに行くまでの間を見る時、受け持つとき、どこまで(の身体的変化)を許容していいのかわかるか」など、臨死期に向かう患者の身体的な変化を知りたいという内容が述べられた。

〈臨死期についての知識と経験の不足を補いたい〉では、「自分自身で言うと、(終末期ケアの)知識がない」など、臨死期についての知識と経験の不足を自覚し、それを補いたいという内容が述べられた。

(5)【患者の経過に沿った家族への対応】

〈急な終末期を迎えることになった家族への対応を知りたい〉では、「例えばずっと元気で急に(終末期になる)ってなると、家族にもどうやって対応したらいいかわかると思うところはある」など、急な終末期を迎えることになった家族にどのように対応したらよいかを知りたいという内容が述べられた。

〈急変時の家族対応を知りたい〉では、「なんて声をかけていいかわからなかった。急変した時に」など、患者が急変した際に家族にどのように対応したらよいかを知りたいという内容が述べられた。

〈初対面の家族への対応を知りたい〉では、「最初に(家族に)なんていったらいいんだろうって」など、初対面の家族に対してどのように対応したらよいかを知りたいという内容が述べられた。

〈急性期から終末期の区切りを知って家族ケアに活かしたい〉では、「それ(患者が今どの段階か)によって、家族の方にこんな対応をした方がいいかなってわかるし」など、急性期から終末期へのギアチェンジの段階を知って家族対応に活かしたいという内容が述べられた。

〈終末期を迎える患者の家族にどう対応すべきかを知りたい〉では、「家族との関りがわからなくて。どうしていいのかわからない」など、終末期にある患者の家族にどのように対応したらよいかを知りたいという内容が述べられた。

〈臨死期の家族対応を知りたい〉では、「自分の中でも、あと(亡くなるまで)どのくらいと知ってたら過程として追えるかなって」など、臨死期の患者の経過とそれに合わせた家族対応を知りたいという内容が述べられた。

(6)【家族の気持ちや要求に沿った対応の方法】

〈家族に説明を求められた時の対応の仕方が知りたい〉では、「家族に、どういう状況ですかって言われたときに、なんて言ったらいいのかなって」など、家族から患者の病状や検査の結果などについて説明を求められた際にどのように対応すべきかを知りたいという内容が述べられた。

〈沈黙の際にどうしてよいかを知りたい〉では、「家族のお話を聞いてあげる、とかそういうこともあるんですけど、話してくれない人だったら、無言でお互い立ち尽くしていることもあるし、どうしたらいいのかって」など、家族面会時に沈黙が続いてしまったらどう対応したらよいかを知りたいという内容が述べられた。

〈家族と話すべき内容を知りたい〉では、「(患者の意識がない中で、家族に)何を話せばいいのかなって」など、面会にきた家族とどのような話をすべきなのかを知りたいという内容が述べられた。

〈家族に話しかけるタイミングを知りたい〉では、「なんか、(家族に話しかける)タイミングじゃないんですけど、よくわからない」など、家族にどのタイミングで話しかければよいかを知りたいという内容が述べられた。

〈IC(インフォームド・コンセント)後の家族にどう対応したらよいかを知りたい〉では、「先生から厳しい IC とかされて、大丈夫ですか?とかそういう声をかけるタイミングとかすごい苦手です」など、IC後の家族にどのように対応したらよいかを知りたいという内容が述べられた。

(7)【家族の死の受容の支援】

〈家族と一緒にできるケアを知りたい〉では、「医療者もやれることはやった、家族もやれることはやったら(家族が思えるように)」など、家族と医療者が一緒にできるケアを知りたいという内容が述べられた。

〈家族が望む終末期の過ごし方が知りたい〉では、「そういう急激な終末期、急性期から終末期っていう、その時間を家族がどうやって過ごしたいのかとか(知りたい)」など、家族がどのように終末期を過ごしたいと考えているのかを知りたいという内容が述べられた。

〈家族の死の受容を支援したい〉では、家族みんなで、誰かが受け入れできない状態よりは、最期しっかりみんなでいてもらって、環境づくりして、最期を迎えられたらいいかなって」などの、家族が終末期を受容できるように支援したいという内容が述べられた。

(8)【医師と看護師の考える終末期の違い】

〈医師と看護師の考える終末期の違いを知りたい〉では、「医師が思ってるの(患者の状態や予後)と、僕らが思ってるのも違うと思う」など、医師と看護師で終末期のとらえ方に違いがあるのではないかという内容が述べられた。

〈医師の終末期への移行の考えが知りたい〉では、「(回復が)無理なんだったら、あんまり(無理な治療は)やめたって思います」など、医師がどのように治療について考えているのかを知りたいという内容が述べられた。

(9)【臨床現場でケアを共有する方法】

〈先輩から聞いた体験談をケアに活かしたい〉では、「終末期は終末期でこういう人がいて聞いてると、この前聞いた感じだなんて思えるかなって」など、先輩から聞いた話を自身の学びにしてケアに活かしたいという内容が述べられた。

〈先輩の実際のケアから学びたい〉では、「なんかこういう風に声掛けしたりとか、一緒に家族の対応ついてきて聞いててっていうのとかあったので、そういうの(先輩と一緒にケアをする機会)があると次どうしたらいいのかわかるので」など、実際に先輩が家族対応をしている場面から学びたいという内容が述べられた。

〈臨床で終末期を学びたい〉では、「(臨床の中で)終末期について教えられる人がここにはいない」など、自分たちが行っている臨床の中で終末期ケアを教えてほしいという内容が述べられた。

(10)【他の看護師の知識や体験を知る方法】

〈看護師の実際の体験を聞きたい〉では、「教科書には載っていない、臨床ならではの経験かなんですかね。現場のいろいろなリアルの声からの、みたいな(ものが聞きたい)」など、実際の臨床現場での体験を聞きたいという内容が述べられた。

〈講義での知識を得たい〉では、「(座学で)こういうのはどうしたらいいかっていうような。それを聞く、みたいな」など、講義で知識を学びたいという内容が述べられた。

〈条件にもよるが院外の学会に行きたい〉では、「先生もいるし、海外からもくるから高いのは解るし、すごい個人的には行きたいけど、費用もね」や「行ける所なら行きます」など、ある程度の条件はあるものの、院外の学会に行きたいという内容が述べられた。

3)中堅看護師の終末期に関する学習ニーズ

中堅看護師の研究参加者は6名(男性1名、女性5名)であった。看護師経験年数は6-23年であり、救急・集中領域の経験年数は6-12年であった。面接は1人1回行い、総面接時間は3時間59分58秒であった。

逐語録から、学習ニーズについて70のコードが抽出され、そのすべてを分析対象とした。その結果、22サブカテゴリから7カテゴリが生成された(表3-4)。

(1)【患者の症状緩和】

〈患者の疼痛コントロールをしたい〉は、「患者さん(への看護)なら痛みをとってあげることかなと

思います。苦しい思いはさせたくないです」など、終末期にある患者が安楽に過ごせるよう疼痛コントロールをしたいという内容が述べられた。

〈患者の呼吸困難を緩和する看護がしたい〉は、「患者さんが苦しまないように(したい)。呼吸不全は患者さんがはあはあいって、こっちが見てられないって思うんです」という、呼吸状態の改善によって患者の安楽を守りたいという内容が述べられた。

(2)【患者の尊厳を守る方法】

〈患者の意思をくみ取りたい〉では、「本人の思いが聞けないのがつらいかなって思います。それが正解なのかわからないから」など、患者の意思を尊重した治療内容の決定を進めていきたいという内容が述べられた。

〈患者にとってよい終末期であったのかを知りたい〉では、「最期送り出した時も、最終的に良かったのか悪かったのか、私個人としてもわからないんです」など、終末期看護の評価の方法がわからないため、その評価方法を知りたいと感じている内容が述べられた。

(3)【精神状態に合わせた具体的な家族ケア】

〈家族の精神状態に合わせたケアを学びたい〉では、「家族の受け入れ段階でこういう時はこういう介入がいいですよ、とか。こういう時にこういうケアをするとちょっと緩和できますよとか」など、家族が死を受容する段階やその状況に合わせてどのようなケアをすることが有効なのかを学びたいという内容が述べられた。

〈意識のない終末期患者が多いため家族への具体的なケアを知りたい〉では、「私が看てる終末期は意識のない人ばかりなので、患者さん本人にできることは限られてくるので、家族。急性期の終末期にあたるころの家族ケアとか」など、鎮静や意識レベルの低下によって意思確認のできない患者が多い救急・集中領域の終末期における家族への具体的なケア方法を知りたいという内容が述べられた。

〈家族に対する声掛けの方法を学びたい〉では、「ここだと、衝撃の段階で私たちは入らなきゃいけない。声のかけ方だったり、どのタイミングで入っていけばいいんだろう、声かけたらいいんだろう、入りづらい、っていうのがあるんです」など、家族の危機状態に対してどのように声掛けをしたらよいのかを学びたいという内容が述べられた。

〈延命と治療の違いを知りたい〉では、「よく家族にも聞かれるんですけど、延命と治療の違いがわからないんです。それが困る」など、行われていることが延命になるのか、現状維持のための治療の範囲なのかのわかりにくく家族に説明しにくいいため、家族に説明できるよう自身が学習したいという内容が述べられた。

(4)【家族が求める終末期看護】

〈家族が求めている環境が知りたい〉では、「環境はこちらで作るんですけど、言ってもこちらの目線じゃないですか」と終末期に適した環境整備をしているものの、あくまで医療者目線でのものであるとした上で、「家族目線としてはどこまで何を求めているのかなあって」など、救急・集中治療領域という限られた環境の中で家族はどういった環境を求めているのか知りたいという内容が述べられた。

〈家族が死を受容できるよう関わりたい〉では、「私のイメージは、家族が受け入れをできとって、声かけて、にこやかに穏やかに、家族も。そのまま、よく頑張ったねーってというような声をかけているようなのが理想なんです」など、救急・集中領域での終末期においても、家族が死を受容できるよう関わりたいという内容が述べられた。

〈正解がわからない終末期で家族のよい反応を得たい〉では、「(終末期は)何が正解なのかかわかんないですね。何を最後に良しとするのか」と評価の難しさがあるとした上で、一つの指標として「家族さんが最期にありがとうって言ってくれたことを良しとするのか」など家族の態度や言葉で終末期看護を評価しており、家族にとってよい終末期であってほしいという内容が述べられた。

(5)【終末期に多職種で関わる方法】

〈チームで関わる終末期の方法を知りたい〉では、「(知りたいのは)多職種で共有していく終末期ですよ。今、看護師がメインになってる」など、多職種で介入する方法が知りたいという内容が述べられた。

〈看護師が他職種に働きかける方法を知りたい〉では、「そこ(終末期の介入)に医師を巻き込んでっていうところをやっていかないとなってる」など、看護師だけでなく他職種と共に終末期に介入するための方策が知りたいという内容が述べられた。

(6)【議論で得た知見を終末期看護に活かす方法】

〈終末期看護に関する議論がしたい〉では、「座学から学ぶものがあるか、ディスカッションから学ぶものがあるかっていったら、ディスカッションの方が多いい気がするんです。終末期は、決まりがないですもんね」など、議論から多くを学べるという内容が述べられた。

〈他者のケア事例を聞いて取り入れたい〉では、「そういうの(終末期看護の事例)を症例とか事例紹介で見していけば、うちでもこうやって代用できるなっていうのが増えていくのかなと最近思ってます」など、終末期看護の他者のやり方を自身の終末期看護に取り入れたいという内容が述べられた。

〈他看護師の終末期看護体験を知りたい〉では、「終末期の体験談とか経験を聞いてみたいです」

など、終末期に関連した看護師の視点の話を知りたいという内容が述べられた。

〈戸惑った時に理論的な議論がしたい〉では、「そういう(終末期ケアに戸惑った)時にいかにみんなが密にカンファレンスができるかが大事かって思っていて」など、感情的でなく、根拠に基づいたカンファレンスができる重要性を感じているという内容が述べられた。

〈他領域の終末期の事例から終末期看護の方法を学びたい〉では、「この病院じゃなくても、他の病院の終末期を、集中とかに限らず、ホスピスとかでもいいと思うんですけど、知識のキャパを増やしたい」など、救急・集中領域に限らず他領域も含めた事例を聞くことで、自身の終末期看護の引き出しを増やしたいという内容が述べられた。

(7)【知識と経験を終末期看護に活かす方法】

〈経験と照らし合わせて学びたい〉では、「経験に照らせるほうが、(学習内容が)ストンと入るかな」といった、知識を得るだけでなく、その知識を自身の経験と照らし合わせることでできる学習方法を望んでいる内容が述べられた。

〈講義で知識を得たい〉では、「座学は座学で必要だと思う」や「知識を多少踏まえてからいろいろ聞きたい」など、講義による知識の提供の必要性を感じているという内容が述べられた。

〈現場教育によって患者・家族に向き合えるようになりたい〉では、「自分が今まで経験してきたことと、そこでしか経験できないことってなったときに、そこを埋めたいって思う」など、経験を積むだけでなく教育を併せることで患者や家族と向き合えるようになるのではないかという内容が述べられた。

〈基礎教育で学んだ終末期看護を現場で活かしたい〉では、「基礎教育を受けてきていても、その知識だけで、現場での技術に反映されなければ(意味がない)って思う」など、得られた知識を臨床で活かすための現場教育の必要性を感じているという内容が述べられた。

IV. 考察

1. 対象者の概要

対象者は 20 名であり、全員が院内教育の経験を持たなかった。本研究の対象者は 5 施設の看護師であったが、その病院で終末期に関する院内教育が行われていないのかは定かではない。また、今回は研究に対し自由意思で協力を申し出た看護師を対象としたものの、院外での受講経験がある者は 20 名中 3 名であることから、終末期看護について学んでいる看護師は少ないと考えられる。

2. 終末期看護に関する学習ニーズ

救急・集中領域で終末期を迎える患者の看護に関するニーズとして新人看護師で 9 カテゴリ、若手看護師で 10 カテゴリ、中堅看護師で 7 カテゴリが生成された。Gagné(2005/2007)は、インスタクショナル・デザインの理論の 1 つであるメーガーの 3 つの質問を挙げ、学習目標・評価方法・教授方略を明らかにすることは教育の設計に重要であると述べている。学習目標とは、学習の目的地であり、学ぶべき内容と到達点を示すものである。評価方法とは学習目標への到達を知る方法であり、教授方略はその学習方法を明確にすることである。

今回、メーガーの 3 つの質問のうち、学習目標の中の学習内容と、教授方略である学習方法へのニーズが抽出された。そのため、学習内容についてのニーズと学習方法についてのニーズに分けて考察する。

1)学習内容に関するニーズ

学習内容に関するニーズは、新人看護師・若手看護師・新人看護師を合わせて 20 のカテゴリが生成された。それらの内容は、看護師の役割によって、患者への看護、家族への看護、チーム医療の推進に分類された。それぞれについて内容を考察する。

(1)患者に関する学習ニーズ

患者に関する学習ニーズとして、新人看護師では、【患者の意思を知る方法】、【患者の経過に合わせた終末期ケア】、【一般的な終末期の経過】、【終末期の具体的なケア】、【患者の尊厳が守られるケア】の 5 カテゴリが生成された。若手看護師では、【患者の本当の気持ちに添う方法】、【終末期の具体的なケア】、【終末期の患者にふさわしい環境】、【臨死期の経過と病態】の 4 カテゴリが生成された。中堅看護師では、【患者の症状緩和】、【患者の尊厳を守る方法】の 2 カテゴリが生成され、合計 11 カテゴリが生成された。

新人看護師、若手看護師、中堅看護師に共通したニーズとして、患者の意思を知ることが挙げられた。高野(2002)は、ICU での終末期ケアを困難にする理由の 1 つに患者の要因があり、その理由に鎮静や意識レベルの低下で患者の意思確認ができないことを挙げている。また、立野ら(2014)の研究においても、医師、看護師共に患者の意思確認を ICU における終末期ケアを困難にする要因の上位として挙げている。これらのことから、患者の意思を知ることができないために、個別性に合わせた終末期ケアが困難と感ずるため、学習ニーズに挙げられたと考える。Kehl(2006)は、よい死の概念として、症状がコントロールされていることや安楽であること、死にゆく人の思いや価値がわかっていることなどを挙げている。今回の研究の結果でも得られた患者の尊厳を守り、意思決定を支援することや症状を緩和することが、救急・集中領域においても重要視されているために、新人から中堅まで共通して学習ニーズに挙げられたと考えた。

新人看護師、若手看護師では、終末期の具体的なケアを知りたいという共通のニーズがあった。石川ら(2016)は、集中治療領域に勤務する看護師が終末期ケアにおいてどのような役割を認識しているかを調査した結果、代理意思決定支援や苦痛緩和、信頼関係の維持などの直接的アプローチに関する認識は少ない傾向にあったとしている。終末期では、身体的なケアだけでなく、精神的なケアやスピリチュアルケアなど、多岐にわたるケアが必要とされる。浅野と坂井(2017)は、がん患者の看取りケアに対して新卒看護師が抱く困難感の1つとして「看取る能力の不足」を挙げており、その内容はよい看取りのための知識不足やいざという時に実践不能といった項目であった。また、阿部,鹿村,水田(2020)は、一人前レベルの看護師は、チーム医療における看護の専門性の認識の中で「患者にとっての最善を見出し生活に考慮したケアの実践」を挙げている。こうしたことから、新人看護師、若手看護師に共通してどのような知識が必要なのか、どのようなケアを提供するとよい看取りにつながるのかという具体的な知識が必要とされたと考える。

新人看護師に特有のカテゴリとして、【一般的な終末期の経過】があった。これは、基礎教育で終末期ケアを学ぶ際に、一般的ながんなどの終末期の経過が取り上げられることが理由と考えられる。新人看護師が基礎教育を受けている平成23年以降のカリキュラムでは、人生の最終段階にある人の看護が取り上げられている(厚生労働省,2011a)ことから、新人看護師は基礎教育で必ず終末期に関する学習をしていると言える。そのため、一般的な終末期の経過から救急・集中領域の終末期の経過の学習につなげたいというニーズになったと考える。

若手看護師に特有のカテゴリでは、【臨死期の経過と病態】があった。臨死期には、特有の症状が出現し、その症状から予後を予測していく必要がある。サブカテゴリでは、く臨死期を見極める身体の変化を知りたいなどが挙げられており、家族が患者の死に目に立ち会えるようにしたいという内容が述べられていた。中川,小谷,笹川(2008)は、日本における終末期がん患者の家族ケアについての文献的考察の中で、看護師は終末期の患者の環境を調整し、長く面会ができるよう配慮するだけでなく、患者が急変した際にはすぐに家族と連絡が取れるよう緊急連絡先を再確認するなどの調整を行っているとしている。救急・集中領域においても、このような患者の死に家族が立ち会えるための調整がなされているため、このようなニーズにつながったと考えた。

中堅看護師に特有のニーズとして、【患者の症状緩和】があった。新人看護師、若手看護師と違い、具体的に患者の症状緩和というニーズが挙げられた背景には、終末期にある患者に対してどのようなケアが必要とされているかを中堅看護師が知っており、その中で特に知識が必要とされる症状緩和についての学習が必要と感じているためと考える。サブカテゴリでは、疼痛管理や呼吸管理が挙げられていた。クリティカルケア領域での鎮痛・鎮静管理における看護師の教育ニーズでは、

重症患者の全身状態への影響を考慮した管理と、鎮痛・鎮静薬調整の判断に必要な根拠や、スケール評価の信頼性が挙げられている(稲垣範子,稲垣美紀,2018)。救急・集中領域の看護師が鎮静・鎮痛を含めた症状緩和の必要性を感じているため、このようなニーズにつながっていると考えた。

各キャリア段階を通して、新人看護師では【患者の意思を知る方法】であったのが、若手看護師では【患者の本当の気持ちに添う方法】と患者に寄り添える方法が求められ、中堅看護師では【患者の尊厳を守る方法】とより患者に接近したいというニーズに変化した。これは、ただ知りたいというニーズであったものが、経験を重ね、寄り添う方法から、尊厳を守るというより患者に接近する内容になっているのだと考えた。

(2)家族に関する学習ニーズ

家族に関する学習ニーズとして、新人看護師では、【場に応じた家族への接近方法】、【家族の死の受容の支援】の 2 カテゴリーが生成された。若手看護師では、【患者の経過に沿った対応の方法】、【家族の気持ちや要求に沿った対応の方法】、【家族の死の受容の支援】の 3 カテゴリーが生成された。中堅看護師では、【精神状態に合わせた具体的な家族ケア】、【家族が求める終末期看護】の 2 カテゴリーが生成され、合計 6 カテゴリーが生成された。

新人看護師、若手看護師に共通するカテゴリとして、【家族の死の受容の支援】があった。Almansour,Seymour & Aubeeluck(2019)は、終末期ケアの促進要因として、家族が患者の死を受け入れていることを挙げている。吉岡,池内,山田,小笠原(2006)は、終末期がん患者の看取りケアにおいて、死を受容するための援助や患者の家族への積極的な介入には実施困難な傾向がみられたと述べている。こうしたことから、新人看護師や若手看護師は、家族が患者の死を受容する重要性は認識しているものの、介入への困難感があり、こうしたニーズにつながったと考える。

新人看護師に特有のカテゴリとして、【場に応じた家族への接近方法】があった。木下(2018)は、終末期看護においては患者だけでなく家族がケアの重要な対象である理由を、死別後の精神的な問題の予防になりうるためと述べている。西村,橋掛(2012)によると、ICU の看護師の家族に対するケアには患者の現状認識への援助や家族のニーズをくみ取るなどがあるとされている。しかし、坂下,大川,西田(2018)の研究では、終末期がん患者に関わる上で必要とされる教育のうち、患者・家族とのコミュニケーションの教育が実施されているのは全体の 1/3 以下であった。こうしたことから、新人看護師は、家族ケアの重要性を認識しながらもコミュニケーションが取れないことに不安を感じ、こうしたニーズが挙げられたと考えた。

若手看護師に特有のカテゴリとして、【患者の経過に沿った家族への対応】と【家族の気持ちや

要求に沿った対応の方法】が生成された。救急・集中領域の特性として、看護師は家族の生命が差し迫った危機にあるという衝撃を受ける段階から関わることとなる。原田,山勢,千明,濱本(2014)によると、初療室での終末期看護において、看護師は家族の衝撃的な反応に対応する困難感がある。西開地,吉本(2019)は、救急・集中領域での家族ケアを困難にする要因を文献から検討し、『家族の心理的動揺が強く患者の急な死を受容できない状況』や『意識がないあるいは短期間で亡くなる患者や家族のニーズを捉えにくい状況』などを要因として挙げている。これらのことから、救急・集中領域では衝撃的な状況にある家族に対する困難感があるといえる。Bakitas(2005)は終末期における意思決定の概念分析において、家族の重要性をその1つとして挙げている。その理由は、西洋文化でない場合には、家族あるいはキーになる人物が意思決定に関わるためとしている。日本では患者の意思決定には家族の意思が影響すると考えられるため、家族とコミュニケーションをとり、患者の意思決定に関わったり、患者の意思を確認したりすることは重要と考えられる。そのため、困難感がある中でも家族とのコミュニケーションは不可欠なものとして、こうしたニーズが挙げられたと考えた。

中堅看護師では、【家族が求める終末期看護】があった。佐竹,荒尾(2018)は、救急領域で終末期ケアを行う看護師の葛藤として『救命と看取りの混在』『患者や家族のニーズの捉えにくさ』『看護の目標の不確かさ』を挙げている。救急・集中領域では、入室や急変から終末期となり、死に至るまでの経過が短いために、家族との信頼関係を築くことや、患者の意思を十分に確認しておくことが難しいと考える。こうしたことから、家族がどのようなニーズをもっているのかを知ることが難しいためにこうしたニーズにつながったと考えた。

各キャリアを通して、新人看護師では【場に応じた家族への接近方法】という接近するためのニーズが、若手看護師では【家族の気持ちや要求に沿った対応の方法】と家族の気持ちをくんだ看護をしたいというニーズになり、中堅看護師では【家族が求める終末期看護】という家族が求めることを理解してケアを提供したいというニーズに変化した。これは、第2研究でもあったように、若手看護師の年代では死を回避したいという気持ちが強くなることを踏まえ、若手看護師では要求に添うというやや家族から離れているところから、中堅になり、死への恐怖が低くなること、死への関心が高まり、家族が求めるものを提供したいという、より個別性に配慮した看護へ変化しているためと考えた。

(3) チーム医療の推進についての学習ニーズ

チーム医療の推進についての学習ニーズは、新人看護師では生成されず、若手看護師では【医師と看護師の考える終末期の違い】、中堅看護師では、【終末期に多職種でかかわる方法】の

それぞれ1カテゴリが生成された。

終末期においては、終末期という判断とその後の対応はチームの総意であることが重要とされており(日本集中治療医学会,日本救急医学会,日本循環器学会,2014)、チームでの終末期医療への介入が不可欠である。看護師はあらゆる医療現場において、診察・治療等に関連する業務から患者の療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担い得ることから、いわば「チーム医療のキーパーソン」としての役割が期待されている(厚生労働省,2011b)。その一方で、チーム医療を実践している看護師は、『チーム内で自分の能力を発揮する』、『適切な役割分担を行う』などの困難を感じている(吾妻,神谷,岡崎,遠藤,2013)。多職種での協働には、自己の専門性の確立が前提となるが、新人看護師では自己の専門性が確立しきれていないためにチーム医療に関するカテゴリが生成されなかったと考える。

若手看護師では、【医師と看護師の考える終末期の違い】が挙げられた。阿部ら(2020)は一人前レベル看護師のチーム医療における看護の専門性の認識として、『患者・家族の一番身近にいてニーズの把握』、『患者にとっての最善を見出し生活に考慮したケアの実践』などを挙げている。高田,平野(2015)は、医師・看護師が終末期医療へのシフトの判断について、医師は、救命の困難さに重点を置いてシフトを判断していたが、看護師は治療継続の不適切さを重視しての判断となり、相違があることを明らかにしている。こうした相違が、若手看護師の学習ニーズにつながったと考える。

中堅看護師では、【終末期に多職種でかかわる方法】が挙げられた。野戸,三上,小松(2002)によると、ラダーⅢ・Ⅳ段階の看護師はチーム医療体制の構築・強化に向けて具体的な活動をしていくことで、看護観やケア行動が深まる。また、柳澤,金子,神山(2012)は、看護師が罪悪感を抱く要因の一つとして医師や他職種との連携が取れないことを挙げている。終末期において患者によりよいケアを提供する上で多職種との連携は不可欠なものだと看護師が認識しているため、多職種で終末期に関わるための方策を学びたいというニーズにつながったと考えた。これらのことから、専門性が確立してくる若手看護師以上では、チームでの終末期ケア介入の教育が必要とされていることが明らかとなった。

2)学習方法に関するニーズ

学習方法に関するニーズは、新人看護師では、【講義とグループワークで学ぶ方法】、【先輩のサポート】の2カテゴリが生成された。若手看護師では、【臨床現場でケアを共有する方法】、【他の看護師の知識や体験を知る方法】の2カテゴリが生成された。中堅看護師では、【議論で得た知見を終末期看護に活かす方法】、【知識と経験を終末期看護に活かす方法】の2カテゴリが生成され

た。

新人看護師の学習方法について、Benner(1984/2005)は臨床現場での支援が必要であると述べており、その理由として新人レベルではまだ最も重要な業務を選別できないためとしている。また、明神、福田、岡部、和田、本田(2018)は、卒後 2 年目初期にある看護師の看護実践に対する認識は、自分の臨床判断や看護介入が受け持ち患者に適していたのか『不確かなままケア』をしていることに怖さを抱いており、『自分の考えと先輩の意見を照合することで自分のものにする』経験学習の積み重ねとしている。これは、終末期ケアにおいても同様と考えられる。そのため、不確かなままとなっている知識を得るための講義と、それを確かめるためのグループワークや先輩からのサポートが必要とされていると考えた。

若手看護師の特徴について、Benner(1984/2005)は、この段階は大変な努力の末によりやく臨床の世界が整理されて見えてくる段階であり、意識的で入念な計画立案ができるとしている。また、武藤(2011)は、一人前レベルの看護師が中堅への成長に影響した臨床体験として、『必要な知識・不足している知識の焦点化』、『体験しながら理解の確認』を挙げている。そのため、若手看護師は、臨床現場で先輩が実施したケアを知ることで自身に不足している知識を焦点化し、先輩の体験を聞くことで自身の終末期ケアへの理解を確認していると考えた。また、他の看護師との意見交換という点では、入念な計画立案という特徴から、様々な手法や経験を取り入れ、自身の計画に活かし、また自身も振り返りを行っていると考えた。大西(2006)は、看護師が積極的にターミナルケアに携わるための要因として、自らが実践しているケアを振り返ることによる有効性を挙げている。このことから、グループワークを通して自己のケアを振り返ることが効果的な学習や終末期看護につながることを考えた。そのため、若手看護師では、経験に立脚した知識と、様々な看護師との意見交換がニーズとして挙げられたと考えた。

中堅看護師では、他者の持つ経験や自身の経験を活かした学習方法がニーズとして挙げられた。これは、経験学習モデルに相当するものであり、具体的な経験を振り返ることで教訓を引き出し、次へ活用するサイクルである(鈴木,2016)。また、中堅看護師に有効な学習方法として、Benner(1984/2005)は事例を振り返り、深めることを目的とした事例研究をあげている。中堅看護師の学習方法のニーズには議論が含まれている。これは、事例を複数名で振り返り、意見交換しながら深く学ぶことによって、さらなる学びにつながるためと考えた。経験を基盤とし、終末期看護の事例を振り返る有用性について、桑田(2013)は自己のつらさを表現することで看護師の成長につながると述べている。そのため、事例の振り返りを通じた学習経験を得ることは、看護師としての成長にもつながると言える。これらのことから、中堅看護師では、自身の所属する部署や病院の外の看

護師との議論による振り返りが教育方法として有用であると考えた。

V. 結論

本章では、以下のことが明らかになった。

1. 新人看護師では、一般的な終末期を押さえた上での学習ニーズや場に応じた家族看護の学習ニーズがあった。また、学習方法として、知識を持って実践学習をしたいというニーズがあった。
2. 若手看護師では、自身が対応に困った経験から、状況に合わせた患者・家族への具体的な看護方法を知りたいという学習ニーズがあった。また、自分だけではなく他の看護師が実践している看護を聞きたいという学習方法のニーズがあった。
3. 中堅看護師では、具体的な項目を挙げた上で看護方法を学びたいという学習ニーズがあった。また、チーム医療に関して多職種での関わりを前提とした学習ニーズがあった。学習方法では、他者との議論を通して自身の看護を深めたいというニーズがあった。

第4章 全体考察

第1研究から第3研究で、救急・集中領域における終末期に関する教育に対する現在までの教育、死生観とターミナルケア態度の傾向、各キャリア段階における学習ニーズが明らかとなった。その中で得られた実践への示唆と、最新の知見から、各キャリア段階の終末期に対する教育を検討することとした。

I. 各章で得られた実践への示唆

第1章では、救急・集中領域における終末期医療の教育について、国内外の文献から検討した。その結果、シミュレーション教育で効果が得られたこと、そして反復による学習効果の持続があった。

第2章では、看護師の死生観とターミナルケア態度に関連する要因について検討した。その結果、死生観は死に関する経験を有することで死への関心が高まることが明らかとなった。また、ターミナルケア態度は、経験と共に得点が上昇する傾向にあった。これらのことから得られた実践への示唆として、キャリア段階や今までの経験によって実践する看護師の態度に影響があるため、それに合わせた教育を行う必要性が示された。

第3章では、救急・集中領域に勤務する各キャリア段階にある看護師の終末期に関する学習ニーズについて検討した。その結果、各キャリア段階で求められている学習内容および学習方法には差があるため、各キャリア段階で求められている教育内容と教育方法を考慮して検討する必要性が示された。

II. 教育の検討

これらの結果から、各キャリア段階にある看護師の教育のあり方について、まず今までの結果から教育を検討する基礎となる対象者観・教材観・指導観を記述し、それを基にして教育を検討し、試案を作成した。

1. 対象者観・教材観・指導観の記述

看護教育の指導案を作成する際には学生観、教材観、指導観のいわゆる三観が用いられる。これらは単元考察に用いられるもので、学生の「学びたいこと」を理解すること(学生観)、教員の「教えたいこと」を明確にすること(教材観)、そして、「教えたいこと」を「学びたいこと」に変えるにはどうすればよいか(指導観)、を考えていくことである(池西,石東,藤江,2019)。本研究でもこの三観を基本とし、教育試案を作成した。なお、今回は対象者が看護師であるため、学生観は対象者観と表記した。

対象者観は、学習者に関する記述であり、学習者が何に興味を持ち、何を学びたいと思っているかを考えることである(池西ら,2019)。ここでは、第2研究と第3研究の結果から、学習者としての各キャリア段階の特徴を記述した。

教材観は、何を教えるべきか、カリキュラムのなかの位置づけ、教材の価値などに関する記述である(池西ら,2019)。ここでは、日本クリティカルケア看護学会ら(2020)が発表している「救急・集中領域の終末期看護プラクティスガイド」で扱われている内容を参考に、各キャリア段階で教材として扱う学習項目を決定し、それらを扱うねらいを記述した。

指導観は、どう教えるか、その具体的な指導方法についての記述である(池西ら,2019)。ここでは、対象者観と教材観を踏まえ、それらをどのように指導するかを記述した。指導観の中には、指導者がどのように指導したいか、これを指導することをどう考えているかを含む場合もあるが、今回の試案では、研究者以外の者が院内教育で活用することを想定し、その点については記載しないこととした。

2. 教育試案の作成

作成した三観をもとに、まず各キャリア段階の到達目標を設定した。院内教育では、短時間の研修を積み重ねていくことが効果的であると考え、いずれの段階も研修を4回実施することとし、それぞれの行動目標と学習項目を設定した。また、課題を課す場合は、その時期も示すこととした。それぞれの学習項目は、終末期看護のプラクティスガイドに沿って「全人的苦痛緩和」、「意思決定支援」、「悲嘆緩和の支援」、「チーム医療の推進」、「組織支援体制」の5つの領域に分け、どの領域の項目を扱っているかを示した。そして、これらに評価方法を加えた各キャリア段階の教育試案を図で示した。

III. 各キャリアの三観と院内教育を想定した教育試案の作成

1. 新人看護師

1) 新人看護師に対する三観(資料4-1)

(1) 対象者観

新人看護師は、基礎教育で学習した内容を記憶しており、それに立脚して実践していると考えられる。また、実践的な経験が浅く、救急・集中領域に特徴的な終末期看護の提供には至っていないと考えられる。

第2研究では、1から2年目の看護師は、ターミナルケア態度尺度得点が低く、積極的に終末期ケアに関わっていないという現状が明らかとなった。このことから、新人看護師が知識を持ってケ

アに関わることのできるよう教育を行う必要があると考えられる。また、第3研究では、救急・集中領域の終末期に関する新人看護師が持つ患者に関するニーズとして【患者の意思を知る方法】、【患者の経過に合わせた終末期ケア】、【一般的な終末期の経過】、【患者の尊厳が守られるケア】が挙げられた。こうしたことから、新人看護師は、終末期にある患者の看護に関して、一般的な終末期の経過を踏まえて、救急・集中領域における終末期の経過を知り、さらに、患者の意思を知る方法や尊厳を守る方法のニーズがあると言える。

浅野、坂井(2017)は、新人看護師のがん患者の看取りケアに対する困難感として、《看取りによる不快感情》と《看取る能力》があると明らかにしている。《看取りによる不快感情》には、『死への恐怖』や『力不足への後悔』が挙げられていることから、第2研究で明らかとなった終末期看護に積極的に関われない現状が影響していることも考えられる。その原因とも考えられる『力不足への後悔』や《看取る能力》として挙げられている『コミュニケーション能力の不足』『看取りのための知識不足』は、教育によって補える部分である。そのため、新人看護師が終末期看護に関わるためには知識を補っていくことが必要と考える。

(2)教材観

新人看護師の学習項目では、一般的な終末期の経過を振り返った上で、救急・集中領域における終末期の経過に合わせた具体的な患者の看護と、終末期の患者・家族をアセスメントするための基礎的な知識を提供したいと考える。

まず、知識面においては、一般的な終末期の経過を振り返ることで自身の受けてきた基礎教育での知識を再度確認する。これは、基礎教育で学んだ終末期全体を学んだ上で、その一部である救急・集中領域での終末期を学ぶことが重要と考えたためである。基礎教育における終末期看護について、平川ら(2005)は、看護基礎教育では多くの学校で終末期看護が必修として取り上げられ、体験学習なども含めた教育が行われていることを明らかにしており、新人看護師は一定の終末期看護の教育を受けてきていると言える。その一方で一般的な終末期の経過を学びたいというニーズがある理由は、臨床で自身が看護をする中で終末期看護を振り返り、改めて学習の必要性を感じているためと考える。日本版 ELNEC クリティカルケアにおいても、導入には一般的ながんの終末期を含めた部分が使用されていることから、終末期の概論を導入で扱うことは妥当であると考えられる。

患者・家族に関する学習のニーズでは、コミュニケーションに関する項目も多く挙げられた。終末期ケアにおけるコミュニケーションは、必須であると捉えている看護師が多い(Turner, Payne & O' Cien, 2011)が、浅野ら(2019)は、新卒看護師の終末期がん患者の看取りケアに対する困難感の

構成概念の1つに『患者・家族とのコミュニケーションの難しさ』を挙げている。中谷,森(2018)は、看護師のコミュニケーション能力について、経験年数とコミュニケーションスキルには関連が見られなかったとする一方で、専門的自立性が確立していないことが予測される5年目以下の看護師については臨床経験年数も併せて考えた上で、継続的な教育が必要であると述べている。そのため、コミュニケーションについては、新人看護師からの継続的な学習項目として各キャリア段階に配置した。

先輩からのサポートという点では、大川ら(2004)は先輩からの『できるようになるための関わり』が新卒看護師には必要であると述べており、その中には《モデルを示す》などの方法も挙げられている。こうしたことから、知識を得て実践するには、先輩というモデルが必要とされていると言える。先輩看護師とともに看護を提供し、振り返ることで、知識の定着をはかるだけでなく、先輩の看護を知りモデルとする機会にもなると考える。

(3)指導観

新人看護師は、基礎教育での知識を基に、実践での経験と、それに伴った知識を積み上げていく段階にある。しかし、基礎教育の実習で終末期患者の看護を学習する機会は限られ、終末期看護の実践経験はほとんどないと考えられる。新人看護師らは、患者が終末期であるかないかにかかわらず、患者と家族の情報を把握し、アセスメントし、計画を立案するという看護過程に沿って看護を提供している。患者の情報の把握は、看護過程の基礎となる部分であり、何を情報収集すべきかを知ることは、的確なアセスメントのために重要と考える。藤内,宮越,安東(2008)は、新人看護師の臨床判断のプロセスの中で、《自分の力量から患者を見る》ことにより、患者・家族との関係形成に力が注がれると述べている。マニュアルに頼らず、自身で患者を見るためには、基礎的な知識は不可欠であるため、新人看護師で指導することとした。

グループワークを含む討議学習は、対立し矛盾した意見によって、学生が今までの自分の考えを変化したり、発展したりすることを目標とする(杉森,舟島,2016)。終末期看護は、必ずしも明確な答えとなるものがない場合も多いことから、自身の意見を持つだけでなく、他者と意見交換をしながら、意見の発展を目指すことが望ましいと考えたため、グループワークを取り入れることとした。

研修で新人看護師が学習した内容は、実際に臨床の場で活かされることが期待される。また、武藤,前田(2016)は複数回のリフレクションを支援者で行うことで、単回のリフレクションよりもより気づきが促進され、新人看護職の自己理解や実践につながる思考が促進されると述べている。そのため、ケースレポートを通して自身が先輩と提供した看護を先輩と共に言語化する作業を通して、自分たちの看護を振り返ることは、複数回のリフレクションにつながるだけでなく、研修で得た知識の

反復学習にもつながると考える。

2)新人看護師に対する教育試案(資料 4-2)

新人看護師の到達目標は「先輩と共に終末期にある患者・家族に看護を提供し振り返ることができる」とした。これは、研修で得た知識を先輩と共に看護として提供し振り返ることで、得られた知識を実践で活かせる実感が必要と考えたためである。

第 1 回の行動目標は、「救急・集中領域の終末期看護の特徴を述べる」とした。これは、全体的な終末期を踏まえて救急・集中領域の特徴を示すことで、これから学ぶ終末期の基礎となる部分である。学習方法では、講義とグループワークを組合せ、実際に経験した終末期患者の状況や環境、自分の今までの学習経験などから救急・集中領域における終末期の特徴をどのように捉えているかを話す機会を設けた。

第 2 回の行動目標は、「患者・家族の身体・心理・社会的苦痛を述べる」とした。ここでは、患者の全人的苦痛のうち、身体的・心理的・社会的苦痛について、それらがどのようなものかを捉えることを知り、今後のアセスメントの基礎となるように学習項目を配置した。その上で、特に家族の心理・社会的苦痛がどのようなものかをグループワークで話し合う機会を設けることとした。

第 3 回の行動目標は、「患者・家族との信頼関係の構築方法を述べる」とした。意思決定支援のため、救急・集中領域の特徴の 1 つでもある短い終末期の期間にどのように情報を得るべきか、また信頼関係の構築方法を学べるよう学習項目を配置した。その上で、情報を得るためにも必要となる信頼関係の構築方法についてはグループワークを設け、その方法論について議論を深められるようにした。

第 4 回の行動目標は、「患者・家族の悲嘆反応を述べる」とした。悲嘆過程の支援の基礎として、現状把握の方法や、悲嘆反応について学習できるよう、学習項目を配置した。また、今後必要となってくるチームでかかわる終末期において、関連する職種が理解できるような学習項目を加えた。

到達目標の達成を評価するため、ケースレポート「自分自身が関わった終末期の患者とそこから考えた看護」を課すこととした。評価の視点は、4 回の研修で学習した内容が活用されているか、先輩と共に実施した終末期の患者・家族に対する看護を振り返ることができているかの 2 点とした。ケースレポートに対して、効果的であったといえる介入や、考慮すべき点について評価し、フィードバックすることで、新人看護師が学びを実感し、学習内容を今後の看護に活かすことができると考える。

2. 若手看護師

1)若手看護師の対する三観(資料 4-3)

(1)対象者観

若手看護師では、終末期看護に関する経験が増加してくる中で、患者・家族に看護を提供する際に困った状況を題材にして学びたいというニーズがあった。ノールズ(2002)が再提唱したアンドラゴジーでは、学習者がすでに持っている経験をどのように学習に活かすかがポイントとなるとされている。そのため、若手看護師が実際に困難に感じることの多い急変時や初対面時の家族対応など、場面によって異なるニーズを踏まえた指導が必要と考える。

若手看護師は、リーダー業務などが始まり、後輩への指導に関わる場合もある。経験に基づいた学びでは、自分の経験を言語化し、どこに困難感を感じたかなどを考えていく必要があることから、若手看護師では自身の看護の言語化が目標となると考えた。

(2)教材観

若手看護師では、アセスメントに必要な知識だけでなく、具体的な看護方法を基本として指導する。看護過程において、具体的な看護方法は看護計画の核となる部分である。Almansour ら(2019)は、クリティカルケア領域における終末期看護の障害として、《ICU におけるケアの貧弱さ》を挙げている。新人看護師から積み上げた知識を根拠として具体的な看護方法を教材として扱うことは、ケアの選択肢を増やし、ICU でのケアを促進することにつながると思う。そのため、若手看護師では、患者の全人的苦痛だけでなく、意思決定支援や悲嘆過程の支援においても具体的な方策を教材として扱うこととした。また、第3研究では若手看護師のニーズとして臨死期に関する看護があったが、今回若手看護師では扱わなかった。その理由として、臨死期に関する看護は、救急・集中領域の看護を学んだ上で学ぶべき項目であることから、若手看護師では扱わず、中堅看護師で扱うこととした。

若手看護師では、チーム医療の推進についても、実際に連携していけるよう問題の把握方法などを扱うことを提案した。阿部ら(2020)は一人前レベル看護師のチーム医療における看護の専門性について調査し、患者に良い援助ができるように他職種の専門性を尊重し活用していくことについて認識している一方、患者のアセスメントを他職種に報告する困難感や他職種カンファレンスでの積極的な発言への困難感があることを明らかにしている。チーム医療の必要性について認識した上で、積極的なチーム医療を進めていくために、どのようにチームの状況を把握していくべきなのかを扱うことで、若手看護師から積極的にチームに働きかけていく一助となると考える。

(3)指導観

大西(2009)は、経験に基づいた＜臨床知＞を得ることは看護師の不安軽減につながると思われるため、特に経験が浅い看護師が＜臨床知＞を得られるようにカンファレンスや事例検討会で

【自己のケアを分析的に見られる】ように促す必要があると述べている。分析的に見るためには言語化の過程は必要であると考えことから、自身の看護を言語化し、振り返ることを目的としたケースレポートを、評価だけでなく課題としても取り入れて指導することとした。

若手看護師では、ロールプレイも取り入れた。ロールプレイは、授業で人間関係の洞察や関心の向上、認識したことがどこまで行為化されているかの評価、知識・技術の訓練、問題が生じている場合の治療の目的で活用されており(幸山, 2000)、シミュレーションの一種でもある。第 1 研究において、終末期に関する教育におけるシミュレーション教育の有効性が示されていることから、より臨床に即した学びとするためにも方法として取り入れることとした。

2)若手看護師に対する教育試案(資料 4-4)

若手看護師の到達目標は「自身が提供した終末期看護を言語化できる」とした。これは、三観でも述べた通り、自身が主となって看護を提供していく上で、自身の経験を言語化することが今後の看護に活かされると考えたためである。

第 1 回の行動目標は、「患者の身体的苦痛の緩和方法を述べる」とした。ここでは、患者の身体的苦痛を緩和するための方法を集中的に学ぶこととした。終末期に患者に起こる身体的苦痛には様々なものがあり、薬物療法や非薬物療法など様々な緩和方法があるため、集中的に根拠と共に学ぶことが必要と考えたためである。また、グループワークでは、研修で学んだ身体的苦痛の様々な緩和方法をどのように選択するかを話し合い、患者への介入に活かすことができるようにした。

第 2 回の行動目標は、「患者の心理的苦痛の緩和方法を述べる」とした。ここでは、患者がもつ心理的苦痛の緩和方法について学んだ上で、実際にどのように緩和するかを学ぶため、ロールプレイの時間を設けた。また、患者のスピリチュアルペインについても学べるよう学習項目を配置した。第 2 回の後には、ケースレポートを課し、実際の終末期患者にどのような心理的苦痛があったかのアセスメントをし、それにどのように介入したかを振り返ることとした。

第 3 回の行動目標は、「患者・家族の意思決定と悲嘆作業への支援を述べる」とした。ここでは、家族のスピリチュアルな苦痛について学んだ上で患者・家族の意思決定に向けた心情把握や予後理解などの方法と支援体制や環境調整の整備方法について学ぶ。さらに、グループワークでは、救急・集中領域でよく出会う場面の一つである代理意思決定の場面に焦点を当てて、家族にどう支援するかを話し合う時間を設けた。悲嘆過程の支援では、悲嘆作業の促進方法について学び、悲嘆作業の促進の方法について学習することとした。

第 4 回の行動目標は、「終末期医療チームにおける看護の専門性を述べる」とした。ここでは、チームで終末期医療を提供する上で、必要な医療チームの状況の把握方法や連携上の問題の

把握を学ぶこととした。その上で、グループワークでは、チーム医療で取り組む終末期医療の利点やその中での看護の専門性について話し合うことで、自分の看護師としての専門性を確立する一助となると考えた。

到達目標の達成を評価するため、ケースレポート「自身が介入した終末期看護」を課すこととした。評価の視点は、若手看護師の目標を達成しているかを、自身の看護の振り返りを明確に言語化できているかとした。若手看護師が、自身の提供した看護を根拠とともに言語化できているかという点に注目し、自身の看護を整理して言語化できるようフィードバックすることで、今後の看護に活かせるようにする。

3. 中堅看護師

1)中堅看護師に対する三観(資料 4-5)

(1)対象者観

中堅看護師は、終末期看護に関する経験を持ち、それらの経験から自身に不足している知識や技術について、具体的なニーズが述べられた。武藤(2011)は、一人前看護師が中堅看護師への成長に影響した臨床体験のリフレクションの 1 つに《必要な知識、不足している知識の焦点化》があると述べている。そのため、中堅看護師はすでに知識が焦点化されており、自身の不足している知識を習得したいのだと考える。

第 3 研究では、中堅看護師の特徴的なニーズとして、他者との議論がしたいという項目が挙げられた。Jasper(2003/2014)は、他者とのリフレクションから得られる利点として、異なる物の見方の提供や状況に対する別の知識や経験をもたらすこと、別の行動の仕方の提供などを挙げている。そのため、中堅看護師は、他者との議論を自身の経験を振り返り実践につなげ、自身の看護を深める手段としてとらえていると考える。

(2)教材観

中堅看護師では、組織体制の整備を教材の一部で扱うこととした。Bakitas(2005)は、終末期における自己決定の概念分析の中で、多くの医療システムは、終末期における個々の選択を奨励および支援する患者中心のアプローチを特徴としていないと述べている。また、松尾, 正岡, 吉田, 丸山, 荒木(2008)は、特に 10 年目以降の看護師について、職場での指導的役割を通して専門的看護技術や自己管理を学ぶとしている。中堅看護師では、このような組織体制をどのように変えていくのか、また後輩への指導も含めた人材育成なども役割に含まれると考える。そのため、組織体制の整備として直接的なケアの支援や人材育成を取り入れ、組織全体に働きかけていくことができるような教材を扱うこととした。

中堅看護師では、第2回と第3回の合間にケースレポートを課すこととした。Jasper(2003/2014)は、自分自身の行為についてのリフレクションは、経験から学ぶこととこれからしようとしている行為の枠組みを作るという2つの目的があると述べている。そのため、ケースレポートは、自分が実践した看護のリフレクションを通して、各テーマへの学びを深めるとともに、自身が実践でどうかかわっていきたいかの方向性を明らかにするために有効であると考えられる。

(3)指導観

中堅看護師では、学習方法として他者との議論を持ちたいという特徴的なニーズがあった。小山田(2009)は、中堅看護師に対する既存の能力開発プログラムでは多くの手法に経験学習と中堅看護師が自分自身や職場について内省する機会が含まれていたと述べている。これは、中堅看護師が持つ経験を活かして、自分自身や職場について議論する機会を持つことが能力開発につながるためであると考えられる。終末期看護に関する教育においても同様に、自分自身や病棟という組織について内省する機会を持つことで、より終末期看護に関する能力をあげることができるため、議論に発展させることのできるロールプレイを取り入れ、自身の看護について他者と議論する機会を持てるようにした。

中堅看護師は、それぞれが終末期に関する様々な経験を持っていることが予測される。それらの経験を活かして学ぶことは、中堅看護師の教育において非常に重要であると考えられる。Kolb(1984)は、経験学習モデルを提唱しており、具体的経験から内省的観察を通して、抽象的概念を形成し、能動的実践につながるとしている。ここでは、学習者自身が何を得られたのかを整理して概念化し、さらに活用することが求められており、中堅看護師はこのような学習を通して学ぶことができるよう、具体例を用いた指導方法が適していると考えた。

2)中堅看護師に対する教育試案(資料4-6)

中堅看護師の到達目標を「終末期にある患者・家族に対しチームで終末期医療を提供できる」とした。中堅看護師はリーダーとして責任を負う立場でもあり、看護師間というチームや他職種とのチーム、また病院内にある緩和ケアチームなど様々なチームをつなぐ役割も持っている。そのため、新人看護師、若手看護師の学習項目も踏まえて、自身がどのようにチームの中で看護師としての役割を果たし、病棟や組織という単位で終末期について考えることのできる目標とした。

第1回の行動目標は、「患者・家族の全人的苦痛の緩和方法を述べる」とした。ここでは、患者・家族の全人的苦痛の緩和方法について、新人看護師、若手看護師で学習していない部分を補い、全人的苦痛の緩和に資する知識が述べられるようにした。また、危機状態にある家族への対応のロールプレイを行い、家族の全人的苦痛に対する総合的なアセスメントと介入のシミュレーションを

行うこととした。

第2回の行動目標は、「意思決定と悲嘆への看護の方法を列挙する」とした。ここでは、患者・家族の意思決定と悲嘆作業の促進のための具体的な支援を学ぶこととした。また、意思決定後の家族への支援についてロールプレイを行う。その中で、意思決定後の家族の状態のアセスメントや支援の実際について学べるようにする。第2回の研修後には、ケースレポート「家族とのコミュニケーションとその反応」を課すこととした。今までに学んだ学習内容を基に、終末期にある家族とどのようにコミュニケーションをとったかを振り返り、根拠と共に記載することで、今後活かせるようにする。

第3回の行動目標は、「終末期医療を推進する体制の構築方法を述べる」とした。チーム医療の推進では、他職種との意見の調整や同職種である看護師間での連携を学ぶ。さらにチームに働きかける方法をロールプレイすることで、他の職種からみて看護師がどういう立ち位置か、またどのように働きかけることが効果的かを検討する。組織体制整備では、リソースの活用方法や体制の整備方法を学ぶことで、自部署の看護師だけがかかわっていくのではなく、組織としてどのようにかかわることが患者・家族にとって最善であるかを考える基礎となるよう学習項目を配置した。

第4回の行動目標は、「後輩看護師への指導方法を述べる」とした。ここでは、後輩への指導も含めた看護師の直接ケアの支援や、人材育成の方法を学ぶことで、支援・指導が効果的に行えるようにした。また、後輩看護師へのリフレクションをロールプレイし、どのように指導することが効果的かについて検討する時間を設けた。

到達目標の達成を評価するため、ケースレポート「チームで関わった終末期と看護師としての役割」を課すこととした。評価の視点は、中堅看護師が医療チームの一員として終末期医療をどう評価しているか、またその中で自身の役割を確立することができるかとした。関わり方やその役割についてフィードバックし、経験学習の一助として用いることができるようにする。

IV.院内教育試案の特徴

今回提示した救急・集中領域で終末期を迎える患者の看護を実践する各キャリア段階の看護師への院内教育の試案の特徴は次の3点である。1点目は、各キャリア段階の特徴や学習ニーズに基づいて設計したことである。2点目は、各キャリアにおける到達目標を決め、各キャリア段階の研修を4回ずつと設定して各回の行動目標を設定したことである。3点目は学習方法として講義とグループワーク・ロールプレイ・ケースレポートを組合せ、最終評価にケースレポートを用いたことである。

終章 結論

第1章は、救急・集中領域における終末期医療の教育について、国内外の文献からその実態と効果を明らかにした。その結果、救急・集中領域の終末期教育に関する研究ではシミュレーション教育が多く用いられ、効果が認められていること、学習した内容を繰り返し想起するなどの学習の反復による学習効果の持続が示唆された。また、部分的に終末期を扱っている文献では、意思決定を扱っている文献が多かったことが明らかとなった。しかし、救急・集中領域の終末期看護の教育の実態や効果は明らかにならず、救急・集中領域における終末期看護の教育を検討する必要性が示された。

第2章は、看護師の死生観とターミナルケア態度について、属性、個人の死に関する経験、看護師としての死に関する経験との関連を明らかにした。その結果、死生観尺度との関連では、看護師経験年数との間に一部関連があり、死に関する経験がある者は、〈死からの回避〉の得点が低く、〈死への関心〉が高かった。ターミナルケア態度尺度との関連では看護師経験が長いほど得点が高くなる傾向があり、死に関する経験のある者の得点が高かった。また、終末期ケアの実施経験がある者の方が高く、看取った患者の概数が多いほど得点が高くなる傾向があった。これらをもとに教育内容を検討する上で、各キャリア段階の看護師がどのような学習内容を求めているのかを明らかにすることが課題として挙げられた。

第3章では、救急・集中領域に勤務する各キャリア段階にある看護師の終末期に関する学習ニーズを明らかにした。その結果、新人看護師では、一般的な終末期を押さえた上での学習や場に応じた家族看護、知識を押さえた上で実践学習をしたいというニーズがあった。若手看護師では、具体的な状況に合わせた患者・家族への看護方法や、他の看護師が実践している看護を聞きたいというニーズがあった。中堅看護師では、具体的な看護方法や、多職種での関わりを前提としたニーズや、他者との議論を通して自身の看護を深めたいというニーズがあった。これらのことから、各キャリア段階の学習ニーズが明らかとなり、それらを学ぶための順序性や教材、学習方法について検討することが課題となった。

第4章では、ここまでの研究結果を考察し、救急・集中領域で終末期を迎える患者の看護を実践する各キャリア段階の看護師への院内教育の教育を検討した。キャリア段階によって、異なるニーズがあることから、それぞれに学習方法についても考慮して検討し、試案を作成した。

謝辞

本研究は多くの方々にご協力を賜り完成させることができました。質問紙調査および面接調査にご協力いただきました皆様、研究を許可していただいた病院長、看護部長の皆様にご心より御礼申し上げます。

ゼミ等で繰り返し助言を頂いた現京都先端科学大学 瀧田理佳教授、益田美津美准教授、中神克之准教授およびクリティカルケア看護学専攻の大学院生、修了生の皆様、合同ゼミや審査等で貴重なご助言をいただきました山田紀代美教授、樋口倫代教授、安東由佳子教授に感謝申し上げます。

最後に、この研究を実施する間、長きにわたり適切な助言、ご指摘をいただき、完成まで導いてくださった明石恵子教授にご心より御礼申し上げます。

また、第2研究は名古屋市立大学平成28年度特別研究奨励費「死生学の基盤的研究」(研究代表者: 土屋有里子)の分担研究として行くと共に平成29年度上廣倫理財団研究助成を受けて実施致しました。第3研究は平成28年度日本クリティカルケア看護学会研究助成を受けて実施致しました。心より感謝申し上げます。

引用文献

- 阿部香織,鹿村眞理子,水田真由美(2020):一人前レベル看護師のチーム医療における看護の専門性の認識,日本看護研究学会雑誌,43(4),693-704.doi:
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200205086>
- 吾妻知美,神谷美紀子,岡崎美晴,遠藤圭子(2013):チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難,甲南女子大学研究紀要 看護学・リハビリテーション学編,7,23-33.
- Almansour I., Seymour J.E. & Aubeeluck A.(2019): Staff perception of obstacles and facilitators when providing end of life care in critical care units of two teaching hospitals:a survey design.Intensive&Critical Care Nursing,53,8-14.doi:<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.04.003>
- American Association of Colleges of Nursing (2020), End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC)FACT SHEET.Retrieved from <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/ELNEC/PDF/ELNEC-Fact-Sheet.pdf>,2020.12.28.
- 浅香えみ子(2016):看護にいかすインストラクショナルデザイン 効果的・効率的・魅力的な研修企画を目指して(第1版),14-57,医学書院,東京.
- 浅野暁俊,坂井さゆり(2017):文献の統合より見出されたがん患者の看取りケアに対して新卒看護師が抱く困難感,新潟大学保健学雑誌,14(1),79-85.
- 浅野暁俊,坂井さゆり,村松芳幸,関井愛紀子,近文香,金子奈未,佐野由衣,野口美貴,内山美枝子,菊永淳,小山諭,関奈緒(2019):一般病棟に勤務する新卒看護師の終末期がん患者の看取りケアに対する困難感尺度の開発に向けた因子探索的研究,新潟大学保健学雑誌,16(1),11-21.
- 安酸史子(2009):教育的ケアリングモデル・経験型実習教育.グレッグ美鈴,池西悦子編集,看護学テキスト NiCE 看護教育学 看護を学ぶ自分と向きあう(第1版),南江堂,東京.
- Bakitas A.M.(2005):Self-Determination:Analysis of the concept and implications for research in Palliative care,Canadian Journal of Nursing Research,37(2),22-49.
- Barnato A.E.,Hsu H.E., Bryce C.L.,Lave R.J.,Emlet L.L.,Angus C.D. & Arnold M.R.(2008):Using simulation to isolate physician variation in intensive care unit admission decision making for critically ill elders with end-stage cancer: a pilot feasibility study,CRIT CARE MED,36(12),3156-3164.doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31818f40d2>

- Benner P.(1984)/井部俊子訳(2005).ベナー看護論新訳版 初心者から達人へ.17-32,医学書院,東京.
- Coffey A., McCarthy G., Weathers E., Friedman M.I., Gallo K., Ehrenfeld M.,…Itzhaki M.(2016):Nurses' knowledge of advance directives and perceived confidence in end-of-life care: a cross-sectional study in five countries.International Journal of Nursing Practice,22,247-257.doi: <https://doi.org/10.1111/ijn.12417>
- Curtis J.R.,Nielsen, E.L.,Treece P.D.,Downey, L.,Dotolo D.,Shannon E.S.,Back L.A.,Rubenfeld D.G. & Engelberg A.R.(2011):Effect of a Quality-Improvement Intervention on End-of-Life Care in the Intensive Care Unit: A Randomized Trial, AM J RESPIR CRIT CARE MED,183(3),348-355.doi:<https://doi.org/10.1164/rccm.201006-1004OC>
- Dale Edger/西本三十二訳(1957).デールの視聴覚教育(第1版),日本放送出版会,東京.
- デーケン・アルフォンス(1996):「死への準備教育」のすすめ(2)～大学生・中高年に向けて(第1版),日本放送出版協会,東京.
- Ebbinghaus Hermann,宇津木保(1978):記憶について:実験心理学への貢献(第1版),誠信書房,東京.
- Frommelt, K.H.(2003):Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention, American Journal of Hospis and Palliative Care,20(1),13-22.doi:<https://doi.org/10.1177/104990910302000108>
- 藤内美保,宮越由紀子,安東和代(2008):新人看護師の臨床判断プロセスの概念化—健康歴聴取場面におけるケア決定までの判断—,日本看護研究学会雑誌,31(5),29-37.doi: <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20080725002>
- Gagné M.R.,Wager, W.W.,Golas C.K. & Keller J.M.(2005)/鈴木克明,岩崎信訳(2007):インストラクショナル・デザインの原理,北大路書房,京都.
- Grant M.,Wiencek C.,Virani, R. & Uman G.(2013):End-of-Life Care Education in Acute and Critical Care, AACN ADV CRIT CARE,24(2),121-129.<http://doi.org/10.1097/NCI.0b013e3182832a94>
- Gullick J.,Lin F.,Massey D. Wilson L.Greenwood M.,Skylas K.,Woodard M.,...Gill J.F. (2019): Structures,processes and outcomes of specialist critical care nurse education:an integrative review,Australian Critical Care,32,331-345.doi:<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.09.007>
- 原田竜三,山勢博彰,千明政好,濱本淳子(2014):初療室で亡くなる患者・家族への看護実践にお

- ける看護師の感情,東京医療保健大学紀要,9(1),9-16.
- 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・妥当性の検証—,死の臨床,23(1),71-76.
- 平川仁尚,益田雄一郎,植村和正,葛谷雅文,野口美和子,木股貴哉,井口昭久(2005):全国の医学科・看護学科における終末期医療・看護教育の実態調査,日本老年医学会雑誌,42(5),540-545.
- Hussin E.O.D.,Wong L.P.,Chong M.C. & Subramanian P.(2018):Factors associated with nurses' perceptions about quality of end-of-life care,International Nursing Review,65(2),200-208.
- 池西静江,石東佳子,藤江康彦(2019):学習指導案ガイダンス 看護教育を深める授業づくりの基本伝授,医学書院,東京.
- 稲垣範子,稲垣美紀(2018):クリティカル領域での鎮痛・鎮静管理における看護師の教育ニーズ,日本クリティカルケア看護学会誌,14,125-133. doi:https://doi.org/10.11153/jaccn.14.0_125
- 石川幸司,加瀬加寿美,川端和美,吉田亜子,高岡勇子,早川峰司(2016):集中治療領域における終末期ケアに関する看護師の役割認識と課題,日本集中治療医学会雑誌,23(5),601-604.doi: <https://doi.org/10.3918/jsicm.23.601>
- Jang K.S.,Park H.W.,Kim I.H. & Chang O.S.(2019):Exploring nurses' end-of-life care for dying patients in the ICU using focus group interviews,Intensive& Critical Care Nursing,52,3-8.doi:<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.09.007>
- Jasper M. (2003) /中田康夫,光成研一郎,山崎麻由美(2014):ナースのための反省的実践 教育と臨床をむすぶ学びのコア(第1版),ゆみる出版,東京.
- 柏木哲夫(2007):生と死の医学 死生観とホスピス,総合臨床,56,2904-2908.
- Kehl A.K.(2006):Moving toward peace:an analysis of the concept of good death,American Journal of Hospice & Palliative medicine,23(4),277-286.doi:<https://doi.org/10.1177/1049909106290380>
- 木下里美(2018):疾患別にみる看取り期の特性,ICU/救急(急性期の看取り).宮下光令,林あゆみ編,看取りケアプラクティス×エビデンス—今日から活かせる72のエッセンス(第1版),南江堂,東京.
- Knowles M.S.(2002)/堀薫夫,三輪建二(2012):成人教育の現代的実践:ペタゴジーからアンドラゴジーへ(第1版),鳳書房,東京.
- 小林尚司(2012):介護保険施設における高齢者の看取りに関する文献検討,日本赤十字豊田看

- 護大学紀要,7(1),65-75.
- Kolb D.A.(1984) : Experiential learning:Experience as the source of learning and development.Prentice Hall.
- 古瀬みどり(2013): 訪問看護師が終末期がん療養者ケアで感じた困難, 日本がん看護学会誌,27(1),61-66.doi:<https://doi.org/10.18906/jjscn.2013-27-1-61>
- 公益社団法人 全日本病院協会(2016),終末期に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～, https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/161122_1.pdf,2021.1.5.
- 厚生労働省 (2011a) , 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書 , <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000013l0q-att/2r98520000013l4m.pdf>,2021.1.5.
- 厚生労働省(2011b), チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集 , <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r9852000001ehgo.pdf>,2020.12.28.
- 厚生労働省(2016), 平成 28 年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況 , <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/16/dl/gaikyo.pdf>,2020.12.25.
- 幸山靖子(2000):ロールプレイ;ロールプレイ解説, わかる授業をつくる看護教育技法 3 シミュレーション・体験学習(第1版).医学書院,東京.
- Krimshtein S.N.,Luhrs A.C.,Puntillo A.K.,Cortez B.T.,Livote E.E.,Penrod D.J. & Nelson E.J.(2011):Training Nurses for Interdisciplinary Communication with Families in the Intensive Care Unit: An Intervention,Journal of Palliative Medicine,14(12),1325-1332.doi:<https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0225>
- Kurz J. & Hayes E.R.(2006):End of life issues action: impact of education, INT J NURS EDUC SCHOLARSH,3(1),1-13.doi:<https://doi.org/10.2202/1548-923X.1189>
- 桑田典子(2013): デスカンファレンスにおける看護師の体験, 日本赤十字看護大学紀要,27,24-32.
- Marván M.L.,Oñate-Ocaña F.L.,Santillán D.P. & Asuncion A.R.(2017):Facing death in the clinical practice:a view from nurses in Mexico,Salud Publica Mex,59,675-681.doi:<https://doi.org/10.21149/8417>
- 松尾陸,正岡経子,吉田真奈美,丸山知子,荒木奈緒(2008): 看護師の学習経験プロセス:内容分析による実証研究,札幌医科大学保健医療学部紀要,11,11-19.
- 三木澄代(2013): 大学生の死生観と家族との関係についてー発達に即した乳幼児期からの(いのち)の教育についての検討ー,環太平洋大学研究紀要,7,15-22.

- Morhaim K.D. & Pollack M.K.(2013) : End-of-Life Care Issues:A personal,Economic,Public Policy,and Public Health Crisis,American journal of Public Health,103(6),e8-e10.doi:<https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301316>
- 武藤雅子(2011):一人前から中堅看護師の成長に影響した臨床体験の reflection,高知女子大学看護学会誌,36(1),43-52.
- 武藤雅子,前田ひとみ(2016) :新人看護職に対する複数回の臨床体験のリフレクション支援の効果,日本看護科学会誌,36,85-92.doi: <https://doi.org/10.5630/jans.36.85>
- 明神哲也,福田美和子,岡部春香,和田美也子,本田多美枝(2018):クリティカルケア領域に勤務する卒後 2 年目初期の看護師の実践に対する認識,日本クリティカルケア看護学会誌,14,113-123.doi: https://doi.org/10.11153/jaccn.14.0_113
- 内閣府(2013),第 42 回健康・医療 WG 資料,<http://www8.cao.go.jp/kiseikaikaku/kaigi/meeting/2013/wg4/kenko/151224/item2-2-2.pdf>,2021. 1. 4.
- 中川雅子,小谷亜希,笹川寿美(2008):日本における終末期がん患者の家族のケアに関する文献的考察,京都府立医科大学看護学科紀要,17,11-21.
- 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,がん看護,11(6),723-729.
- 中西美千代,志自岐康子,勝野とわ子,習田明裕(2012):ターミナル期の患者に関わる看護師の態度に関連する要因の検討,日本看護科学会誌,32(1),40-49.doi: https://doi.org/10.5630/jans.32.1_40
- 中谷章子,森千鶴(2018):看護師のコミュニケーションスキルとセルフエフィカシー、専門的自立性との関連,日本看護研究学会雑誌,41(2),171-183. doi: <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20171005004>
- 日本クリティカルケア看護学会,日本救急看護学会(2020):救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド(第 1 版),医学書院,東京.
- 日本看護協会(2012).平成 24 年度高齢者ケア施設で働く看護職員の実態調査報告書,<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/report/2012/careshisetsujittai.pdf>,2020.12.25.
- 日本看護協会(2016):「看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)」活用の推進,<https://www.nurse.or.jp/nursing/jissen/index.html>,2020.10.15.
- 日本集中治療医学会,日本救急医学会,日本循環器学会(2014),救急・集中治療における終末期

- 医療に関するガイドライン, <https://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf>,2020.11.22.
- 西村夏代,橋掛千賀子(2012):ICU 看護師の終末期ケアにおける家族に対する看護援助,日本クリティカルケア看護学会誌,8(1),29-39.doi: <https://doi.org/10.11153/jaccn.8.29>
- 西開地由美,吉本照子(2019):救急・集中領域の看護師が終末期患者の家族支援に対して困難を感じる状況に関する文献検討,千葉県看護会誌,24(2),1-9.
- 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,16(1),28-38.doi:<https://doi.org/10.18906/jjscn.2002-16-1-28>.
- 岡田(北村)奈津子,山元由美子(2012):ターミナルケアを実践している一般病棟看護師のとまどいの乗り越え方,日本看護研究学会誌,35(2),35-46.doi: <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20120307005>
- 岡本双美子,石井京子(2005):看護師の死生観尺度作成と尺度に影響を及ぼす要因分析,日本看護研究学会雑誌, 28(4), 453-460.
- 大川貴子,室井由美,池田由利子,五十嵐文枝,市川和可子,大藪七重,佐藤るみ子,木村英子,鈴木千衣(2004):新卒看護師が認識する先輩看護師からのサポート,福島県立医科大学看護学部紀要,6,9-23.
- 大町いづみ,横尾誠一,水浦千沙(2009):一般病院勤務看護師のターミナルケア態度に関連する要因の分析,保健学研究,21(2),43-50.
- 大西奈保子(2006):ターミナル期にある患者と向き合えるための教育的な働きかけ,臨床死生学,11,43-50.
- 大西奈保子(2009):ターミナルケアに携わる看護師の”肯定的な気づき”と態度変容過程,日本看護科学会誌,29(3),34-42.doi: https://doi.org/10.5630/jans.29.3_34
- 小山田恭子(2009):我が国の中堅看護師の特性と能力開発手法に関する文献検討,日本看護管理学会誌,13(2),73-80.doi: https://doi.org/10.19012/janap.13.2_73
- Rivkind A.L.,Faroja M.,Mintz Y.,Pikarsky J.A.,Zamir G.Elazary R.Abu-Gazala M. & Bala M.(2015):Combating terror: A new paradigm in student trauma education,Journal of Trauma Acute Care Surgery,78(2),415-421.doi:<https://doi.org/10.1097/TA.0000000000000508>
- Rodriguez E.,Johnson A.F.,Culbertson T. & Grant W.(2011):An educational program for spiritual care providers on end of life care in the critical care setting, Journal of Interprofessional Care,25(5),375-377.doi: <https://doi.org/10.3109/13561820.2011.573104>

- 坂下恵美子(2017):一般病棟で終末期がん患者の看取りにかかわる若手看護師の直面する困難の検討,南九州看護研究誌,15(1),31-38.
- 坂下恵美子,大川百合子,西田佳世(2018):新人看護職員研修における終末期がん患者の看取り教育の検討,南九州看護研究誌,16(1),1-9.
- 佐竹陽子,荒尾晴恵(2018):救急領域で終末期ケアを実践する看護師が抱く葛藤,Palliative Care Research,13(2),201-208.doi:<https://doi.org/10.2512/jspm.13.201>
- 杉森みど里,舟島なをみ(2016):看護教育学(第6版),東京,医学書院.
- 鈴木克明(2016):インストラクショナルデザインの道具箱 101(第1版),154-155,北大路書房,京都.
- 高田望,平野かよ子(2015):集中治療室看護師の「終末期医療へのシフト」の意思決定参画の現状と課題,日本クリティカルケア看護学会誌,11(1),31-40.doi: https://doi.org/10.11153/jaccn.11.1_31
- 高野里美(2002):ICU(集中治療室)の終末期ケアを困難にする要因—ICU 看護師の調査結果から—,死の臨床,25(1),78-84.
- 立野淳子,山勢博彰,田戸朝美,藤田直子(2014):わが国の ICU における終末期ケアの現状と医療者の認識,日本クリティカルケア看護学会誌,10(3),23-33.doi: https://doi.org/10.11153/jaccn.10.3_23
- Travers A. & Taylor V.(2016):What are the barriers to initiating end-of-life conversations with patients in the last year of life?,International Journal of Palliative Nursing, 22(9), 454-462.doi:<https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.9.454>
- 土屋裕美,明石恵子(2016):集中治療部門に勤務する看護師のターミナルケア態度の実態とその関連要因,日本クリティカルケア看護学会誌,12(3),39-48.doi: https://doi.org/10.11153/jaccn.12.3_39
- 辻本真由美,井上智子(2015):クリティカルケア看護師の感情を揺さぶられる印象的な体験 (Impressive clinical experience)とキャリア形成への影響の検討,お茶の水看護学雑誌,9(2).1-13.
- Turner M.,Payne S, & O'Cien T.(2011):Mandatory communication skills training for cancer and palliative care staff:Does one size fit all?,European Journal of Oncology Nursing,15,398-403.doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.11.003>
- 宇宿文子,前田ひとみ(2010):終末期がん看護ケアに対する一般病棟看護師の困難・ストレスに関する文献検討,熊本大学医学部保健学科紀要,6,99-108.

- Walker M.,Jensen J.,Leroux Y.,McVey J. & Carter E.A.(2012):The impact of intense airway management training on paramedic knowledge and confidence measured before, immediately after and at 6 and 12 months after training,EMERG MED J,30(4),334-338.doi:<https://doi.org/10.1136/emmermed-2011-200839>
- Wenger B., Asakura Y., Fink R. & Oman K.(2012):Dissemination of the Five Wishes Advance Directive at Work,J HOSP PALLIAT NURS,14(8),551-558.doi:<https://doi.org/10.1097/NJH.0b013e31825ebae0>
- 柳澤恵美,金子昌子,神山幸枝(2012):終末期患者・家族に関わる看護師の葛藤に関する文献研究,関西看護医療大学紀要,4(1),23-29.
- 柳田邦夫(2000):「緊急発言 いのちへ1」脳死・メディア・少年事件・水俣(第1版),東京,講談社.
- 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.

表1-1 終末期の終末期医療の教育の効果検証を目的とした文献の検討

著者	タイトル	研究目的	教育目標	教育対象	教育実施者	教育期間	教育方法	教育内容	評価方法	評価時期	教育介入の結果
Curtis, J.R.,Nielsen, E.L.,Treece, P.D.,Downey, L.,Dotolo, D.,Shannon, E.S.,Back, L.A.,Rubenfeld, D.G. & Engelberg, A.R.	Effect of a Quality-Improvement Intervention on End-of-Life Care in the Intensive Care Unit: A Randomized Trial.	ICUにおける終末期医療の質を改善するための介入の効果を検査する。	(1)患者の死の質に対する家族の評価の向上 (2)ケアに対する家族の満足度の向上 (3)患者の死の質に対する看護師の評価の向上 (4)ICU入院期間の改善と人工呼吸の撤退時間の向上 (5)緩和ケアの供給の向上	・実施国は不明 ・ランダムに選択した12の病院	記載なし	13から20か月	セルフエフィカシー理論に基づいた方法	医療者への緩和ケア教育、地域の特性の把握、ICUに特化した学際的アプローチの教育、家族の満足に関する結果のフィードバック、緩和ケアの治療指示に関する形式の作成を通して医療者の習慣を変化させる。	Quality Of Death and Dying Questionnaireを用いた質問紙調査(家族、看護師の両面から評価)	死亡患者の家族: 患者の死後4から6週間後 看護師: 死後72時間以内	・家族の評価するQODDに有意差は見られなかった。 ・家族と看護師双方の満足感に有意差はなかった。 ・ICUの入院日数に変化はなく、人工呼吸による治療の差し控えなどについても変化は見られなかった。
Barnato, A.E.,Hsu, H.E., Bryce, C.L.,Lave, R.J.,Emlet, L.L.,Angus, C.D. & Arnold, M.R.	Using simulation to isolate physician variation in intensive care unit admission decision making for critically ill elders with end-stage cancer: a pilot feasibility study.	末期癌で非常に重篤な老人のための集中治療室入院の意思決定における相違をハイファイ・シミュレーションを用いて測定する。	記述なし	・アメリカにて実施 ・27名の臨床医師。内訳は、6名の救急医師、13名の総合診療医、8名の集中治療医。	記述なし	50分	シミュレーション	病院環境、演者、診療録、バイタルサイントレーニングを含んだシナリオを用いたシミュレーションを実施し、集中治療室への入室の可否及び挿管の有無を判断する。	シミュレーションの評価およびシミュレーション後の調査及び振り返りのインタビュー	介入直後	・8名の医師が集中治療室への入室を許可した。そのうち3名は緩和ケアについて指示をし、2人が今後の方針について文書に残し、1名が挿管を行った。 ・19名の医師は集中治療室への入室を避けた。そのうち13名が緩和ケアについて指示をし、5名が今後の方針を文書に残した。 ・救急医および集中治療医は集中治療室に入室させる割合が有意に高かった。
Rodriguez, E.,Johnson, A.F.,Culbertson, T. & Grant, W.	An educational program for spiritual care providers on end of life care in the critical care setting.	迫真性の高いシミュレーション教育によって、ICUの終末期におけるスピリチュアルケアを普及・改善する。	(1)救急時の蘇生について記述できる (2)神経の回復について記述できる。 (3)致死的な病や傷を負っている患者に対する医療者の役割が説明できる。 (4)脳死のコンセプトについて説明することができる。 (5)脳死と同様に心臓死の場合の臓器移植の過程を伝えることができる。	・実施国は不明 ・牧師、聖職者、神学生、スピリチュアルケアプロバイダー	著者の一人	2時間	シナリオを用いたシミュレーション	1時間の基本的知識の講義を行ったのち、30分のシナリオに基づいたシミュレーションを実施。内容は、脳死状態となり、延命治療を撤退している患者と、重症の頭部外傷により心臓死が近づいている患者。参加者はベッドサイドを模した部屋でシナリオをどのように展開するかを考える。	オリジナルの質問紙	介入の直前および直後	・84%の参加者が、時折終末期のスピリチュアルケアを家族に実施していたことが明らかになった。 ・クリティカルケアにおけるスピリチュアルケアは医療を助ける手段になる、スピリチュアルケアはクリティカルケアにおける医療のゴールを明確にする手助けになる、スピリチュアルケアは患者と家族をケアするソースとなるという質問において、介入前と介入後で有意な差が見られた。

表1-2 教育の一部で終末期医療の教育を扱った文献の検討

著者	タイトル	研究目的	教育対象	教育実施者	終末期教育の内容	教育期間	教育方法	教育目標	教育内容	評価方法	評価時期	教育介入の結果
Wenger, B., Asakura, Y., Fink, R. & Oman K	Dissemination of the Five Wishes Advance Directive at Work.	臨床看護師にFive Wishesによる事前指示の教育を提供することが自身の事前指示の完成に影響を及ぼすかどうかを調査する。	・研究実施国は不明 ・臨床看護師	研究チーム	意思決定		パワーポイントによるプレゼンテーションと15分間のビデオ	(1)介入をすることで、事前指示を完成する率が上がる。 (2)事前指示を完成させるための要因がわかる。 (3)患者が事前指示を完成させることができたり、ICUや腫瘍外科、急性期における看護師の提示資料が改善される。	・看護師に対するFive Wishesを用いた事前指示書の教育	オリジナルの質問紙	介入の前後	・事前指示を完成させる上で最も困難とされた項目は、「私がしてほしい医療としてほしくない医療」であった。看護師はこれらの経験が臨床に役立つものであると答えた。 ・対象者の99%がこの事前指示は推奨するものであると答えた。
Rivkind, A.L., Faroja, M., Mintz, Y., Pikarsky, J.A., Zamir, G., Elazary, R., Abu-Gazala, M. & Bala, M.	Combating terror: A new paradigm in student trauma education	外傷救護におけるコースの実施による学生の学習状況を明らかにする。	・イスラエルにて実施 ・最終学年の医学部生	医学部教員	意思決定	2週間	カリキュラムに基づいた講義・実習・グループワーク、事例検討	(1)外傷のスキルの実践を提供すること。 (2)学生が外傷について理解し、ケアの過程を踏まえて外傷のシナリオを完成させること。	・外傷救護における蘇生、診断、手順、および意思決定についての教育	コース前後の試験およびドリルからのフィードバック、実技試験	コースの初日と最終日	・6年間の調査において、どの年でもコース後は良い評価であった。
Walker, M., Jensen, J., Leroux, Y., McVey, J. & Carter, E.A.	The impact of intense airway management training on paramedic knowledge and confidence measured before, immediately after and at 6 and 12 months after training.	10時間の気道確保コースがALSの知識と自信にどう影響するか、また知識は6か月、12か月後も持続しているかを明らかにする。	・アメリカにて実施 ・299名の救護隊員	AIMEコースインストラクター	意思決定	10時間	AIMEプログラムに沿って実施	(1)救急気道確保の決定に自信を持てる。 (2)通常の気道確保と困難例の両方に対してアプローチの仕方を知得する (3)患者のアセスメント、状況、搬送のタイミング、特性、に応じて適した気道確保の方法を選択できる。 (4)気道確保を行う上での薬剤の使用方法を習得する。 (5)いつどのように様々なツールを使うのか、気道確保困難をどのように管理するのかを知る。	ALSコースに含まれる気管確保マネジメントコースを実施	知識を図る試験と自信を問う調査用紙	教育介入の前後および6か月後と12か月後	・介入後のスコアは知識・自信ともに介入前のスコアに比して改善していた。 ・6か月後と12か月後のスコアは特に違いはなく、介入前のスコアより改善された状態を維持していた。
Krimshtein, S.N., Luhrs, A.C., Puntillo, A.K., Cortez, B.T., Livote, E.E., Penrod, D.J. & Nelson, E.J.	Training Nurses for Interdisciplinary Communication with Families in the Intensive Care Unit: An Intervention.	集中的なアプローチがICUの看護師のコミュニケーションに影響を及ぼすかどうかを明らかにする。	・アメリカにて実施 ・5つの急性期病院	患者・家族のケア	記述なし	6時間	根拠に基づいた教育的な方法。ほとんどのセッションはロールプレイングを基本として実施	記述なし	クリティカルケア領域の患者に対するベッドサイドケアにおけるコミュニケーションスキルについて自己教育を実施	介入の前後で参加者のコミュニケーションスキルと技法について自己評価	介入の前後	・介入の前後でコミュニケーションに関する8つの質問すべてで有意に改善が見られた。 ・参加者は、今回の介入に対して、現実的なケースで学ぶことができる、関連のあるケースで学ぶことができる、教育的な価値がある、について全員がポジティブな回答を示した。

表2-1 対象者の属性と死に関する経験の有無

		n=552	
		n	(%)
経験年数	看護師経験2年以下	127	(23.0)
	看護師経験3-5年	143	(25.9)
	看護師経験6-10年	114	(20.7)
	看護師経験11-15年	55	(10.0)
	看護師経験16-20年	39	(7.1)
	看護師経験21年以上	74	(13.4)
年齢	20代	327	(59.2)
	30代	118	(21.4)
	40代	72	(13.0)
	50代	31	(5.6)
	60代	4	(0.7)
性別	男性	32	(5.8)
	女性	520	(94.2)
身近な人との死別経験	有	454	(82.2)
	無	98	(17.8)
自分の死を意識する経験	有	302	(54.7)
	無	250	(45.3)
家族の死を意識する経験	有	421	(76.3)
	無	131	(23.7)
家族と死について話をする機会	有	266	(48.2)
	無	286	(51.8)
死について考える機会	有	430	(76.1)
	無	132	(23.9)
死に関する学習の経験	有	467	(84.6)
	無	85	(15.4)
終末期ケアの実施経験	有	440	(79.7)
	無	112	(20.3)
今までに看取った患者の概数	1-10人	291	(52.7)
	11-20人	84	(15.2)
	21-30人	44	(8.0)
	31-40人	21	(3.8)
	41-50人	6	(1.1)
	51-60人	14	(2.5)
	61-70人	3	(0.5)
	71-80人	5	(0.9)
	81-90人	3	(0.5)
	91-100人	14	(2.5)
	101人以上	67	(12.1)

表2-2 ターミナルケア態度尺度得点および死生観尺度得点

n=552

	中央値	四分位範囲
死生観 尺度得点		
<死後の世界観>	18.00	15.00-20.00
<死への恐怖・不安>	17.00	13.00-20.00
<解放としての死>	14.00	10.00-17.00
<死からの回避>	11.00	7.00-14.25
<人生における目的意識>	15.00	12.00-17.00
<死への関心>	15.00	11.00-18.00
<寿命観>	12.00	8.00-13.00
ターミナルケア態度尺度得点		
【総得点】	110.00	104.00-116.50
【死にゆく患者へのケアの前向きさ】	56.00	52.00-61.00
【患者・家族を中心としたケアの認識】	50.00	47.00-53.00

表2-3 死生観尺度得点と属性・死に関する経験との関連

		死後の世界観		死への恐怖・不安		解放としての死		死からの回避		人生における目的意識		死への関心		寿命観		n=552		
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	p値	多重比較	
経験年数	看護師経験2年以下	127	19.00 (16.00-20.00)	17.00 (14.00-20.75)	14.00 (9.00-16.00)	12.00 (8.00-15.00)	14.00 (12.00-16.00)	14.50 (10.00-18.00)	10.00 (7.00-14.00)									
	看護師経験3-5年	143	18.00 (16.00-20.50)	17.00 (13.00-20.00)	14.00 (11.00-17.00)	12.00 (8.00-15.50)	15.00 (12.00-17.00)	15.00 (10.50-17.50)	11.00 (8.00-12.00)									
	看護師経験6-10年	114	17.50 (15.00-20.00)	18.00 (14.00-21.00)	16.00 (10.00-17.00)	10.00 (6.00-14.00)	15.00 (10.00-17.00)	15.00 (10.00-17.00)	12.00 (7.00-13.00)								.277	
	看護師経験11-15年	55	19.00 (16.00-21.50)	19.00 (14.00-21.00)	13.00 (8.50-17.00)	12.00 (7.50-14.50)	16.00 (12.50-18.50)	16.00 (12.50-18.50)	12.00 (7.50-15.00)								.084	
	看護師経験16-20年	39	17.50 (15.25-20.75)	16.00 (13.00-20.00)	13.50 (7.00-17.00)	8.00 (4.00-12.00)	16.00 (12.25-17.00)	16.00 (12.25-17.00)	12.00 (9.25-14.00)								.217	
	看護師経験21年以上	74	17.00 (11.00-20.00)	16.00 (11.00-20.00)	19.00 (12.00-19.00)	9.00 (6.00-13.00)	16.00 (13.00-18.00)	16.00 (13.00-18.00)	12.00 (9.00-14.00)								.008*	⑤<②
性別	男性	32	17.50 (12.25-20.00)	17.50 (13.25-21.75)	11.00 (8.00-16.00)	10.00 (7.00-14.00)	15.00 (10.25-19.00)	13.50 (8.00-19.75)	9.00 (6.00-13.50)							.303		
	女性	520	18.00 (16.00-20.00)	17.00 (13.00-20.50)	15.00 (10.00-17.00)	11.00 (7.00-15.00)	15.00 (12.00-17.00)	15.00 (11.00-18.00)	12.00 (8.00-13.50)							.794	.912	.619
身近な人との死別経験	有	454	18.00 (16.00-21.00)	17.00 (13.00-20.00)	14.50 (10.00-17.00)	10.00 (7.00-14.00)	15.00 (12.00-17.00)	15.00 (11.00-18.00)	12.00 (8.00-13.00)							.318		
	無	98	18.00 (15.00-20.00)	18.00 (15.00-21.00)	15.00 (11.50-17.00)	12.00 (7.50-15.00)	14.00 (12.00-17.00)	15.00 (11.00-17.00)	12.00 (8.00-14.00)							.833	.097	.800
自分の死を意識する経験	有	302	19.00 (16.00-21.00)	17.00 (14.00-21.00)	15.00 (11.00-17.00)	10.00 (6.00-13.00)	15.00 (12.00-17.00)	16.00 (12.00-19.00)	12.00 (8.00-14.00)							.016*		
	無	250	17.00 (15.00-20.00)	16.50 (13.00-20.00)	14.00 (10.00-16.00)	12.00 (8.00-15.00)	15.00 (12.00-17.00)	13.00 (9.00-16.00)	12.00 (7.00-13.00)							.181	.020*	.223
家族の死を意識する経験	有	421	18.00 (16.00-20.00)	17.00 (13.00-21.00)	15.00 (10.00-17.00)	10.00 (7.00-14.00)	15.00 (12.00-17.00)	16.00 (12.00-8.00)	12.00 (8.00-13.00)							.146		
	無	131	18.00 (14.00-20.00)	17.00 (13.00-20.00)	15.00 (10.00-17.00)	12.00 (7.00-15.00)	15.00 (11.75-18.00)	12.00 (8.00-16.00)	11.00 (7.00-14.00)							.710	.315	.726
家族と死について話をする機会	有	266	18.00 (16.00-21.00)	16.00 (12.00-20.00)	15.00 (10.00-17.00)	10.00 (6.00-13.00)	15.00 (12.00-17.00)	16.00 (12.00-19.00)	12.00 (9.00-14.00)							.082		
	無	286	18.00 (15.00-20.00)	18.00 (14.00-21.00)	14.00 (9.50-17.00)	12.00 (8.00-15.00)	15.00 (11.50-17.00)	13.00 (9.00-16.00)	11.00 (7.00-13.00)							.441	<.001*	.594
死について考える機会	有	430	18.00 (16.00-21.00)	17.00 (13.00-21.00)	15.00 (10.00-17.00)	10.00 (6.00-13.00)	15.00 (12.00-17.00)	16.00 (12.00-18.00)	12.00 (9.00-14.00)							.003*		
	無	132	17.00 (14.00-20.00)	17.00 (13.00-20.00)	14.00 (9.00-16.00)	12.00 (8.00-16.00)	15.00 (11.75-17.00)	11.00 (8.00-15.00)	10.50 (6.00-13.00)							.061	<.001*	.721
死に関する学習の経験	有	467	18.00 (16.00-20.00)	17.00 (13.00-21.00)	15.00 (12.00-17.00)	11.00 (7.00-14.00)	15.00 (11.75-17.01)	15.00 (11.00-18.00)	12.00 (8.00-14.00)							.163		
	無	85	17.00 (14.25-20.00)	16.00 (12.00-20.00)	15.00 (8.00-17.00)	10.00 (5.00-15.00)	15.00 (11.75-17.02)	13.00 (10.00-16.75)	12.00 (6.00-12.00)							.916	.286	.705
終末期ケアの実施経験	有	440	18.00 (15.00-21.00)	17.00 (13.00-21.00)	15.00 (10.00-17.00)	10.00 (7.00-14.00)	15.00 (12.00-17.00)	15.00 (12.00-17.00)	12.00 (9.00-13.00)							.835		
	無	112	18.00 (15.50-20.00)	17.00 (13.00-20.00)	14.00 (9.00-16.00)	12.00 (8.00-15.00)	14.00 (11.00-17.00)	14.00 (11.00-18.00)	10.00 (6.00-14.00)							.337	.426	.395
今までに看取った患者の概数	1-10人	①	291	18.00 (15.00-20.00)	17.00 (13.00-20.00)	14.00 (9.00-16.00)	12.00 (8.00-15.00)	15.00 (12.00-17.00)	14.00 (10.00-18.00)									
	11-20人	②	84	17.00 (16.00-20.00)	17.50 (14.00-20.00)	14.00 (9.25-17.00)	11.00 (7.00-15.75)	14.50 (12.00-17.00)	15.00 (10.25-17.00)									
	21-30人	③	44	19.00 (15.25-21.00)	16.00 (13.25-20.00)	14.00 (10.00-17.00)	9.00 (6.25-16.00)	16.00 (12.00-17.00)	15.00 (11.25-18.00)	12.00 (9.28-14.75)							.874	
	31-60人	④	41	17.00 (15.50-21.50)	16.00 (13.00-19.00)	16.00 (12.50-17.50)	9.00 (5.50-9.00)	16.00 (12.50-16.00)	14.00 (11.00-17.50)	11.00 (9.00-13.50)							.289	④<①, ②, ⑤<①
	61人以上	⑤	92	19.00 (15.25-21.00)	16.00 (11.25-22.00)	15.00 (10.00-17.00)	10.00 (5.00-13.00)	16.00 (12.25-18.00)	16.00 (11.25-19.00)	12.00 (9.00-14.75)							.002*	<④, ⑤

* p<.05

検定方法 a:Kruskal-Wallis検定 b:Mann-WhitneyのU検定

表2-4 ターミナルケア態度尺度得点と属性・死に関する経験との関連

n=552

	n	【総得点】			【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】			検定 方法
		中央値(四分位範囲)	p値	多重比較	中央値(四分位範囲)	p値	多重比較	中央値(四分位範囲)	p値	多重比較	
経験年数	看護師経験2年以下 ①	127	105.00 (101.00-112.00)		53.00 (50.00-58.00)		49.00 (46.00-53.00)				
	看護師経験3-5年 ②	143	108.00 (103.00-114.00)		55.00 (50.00-59.00)		49.00 (46.00-52.00)				
	看護師経験6-10年 ③	114	109.50 (104.00-116.00)	<.001*	57.00 (52.00-61.00)	<.001†	49.00 (47.00-53.00)	<.001†	①<⑥ ②<⑥	a	
	看護師経験11-15年 ④	55	114.00 (109.00-118.00)		60.00 (54.00-64.00)		51.00 (49.00-53.00)				
	看護師経験16-20年 ⑤	39	112.00 (108.00-121.00)		59.00 (55.00-64.00)		50.00 (46.00-55.00)				
	看護師経験21年以上 ⑥	74	117.00 (110.75-126.25)		61.50 (56.00-67.00)		52.00 (48.00-56.00)				
性別	男性	32	109.00 (104.00-114.75)	.915	56.00 (51.00-60.00)	.484	50.00 (48.00-54.00)	.415		b	
	女性	520	110.00 (104.00-117.00)		56.00 (52.00-61.00)		50.00 (47.00-53.00)				
身近な人との死別経験	有	454	110.00 (105.00-117.00)	.004*	57.00 (53.00-62.00)	.004*	50.00 (47.00-53.00)	.129		b	
	無	98	105.50 (101.00-115.00)		54.50 (50.00-60.00)		49.00 (47.00-53.00)				
自分の死を意識する経験	有	302	110.00 (104.00-118.00)	.033†	57.00 (52.00-62.00)	.011*	47.00 (48.00-54.00)	.082		b	
	無	250	109.00 (103.00-115.00)		56.00 (52.00-60.00)		49.00 (47.00-53.00)				
家族の死を意識する経験	有	421	110.00 (104.00-117.00)	.113	57.00 (52.00-62.00)	.030*	50.00 (47.00-53.00)	.663		b	
	無	131	108.00 (104.00-115.00)		56.00 (52.00-60.00)		49.00 (46.00-54.00)				
家族と死について話をする機会	有	266	111.00 (105.00-118.00)	.001*	58.00 (53.00-62.00)	<.001†	50.00 (48.00-54.00)	.172		b	
	無	286	108.50 (103.00-114.25)		56.00 (51.00-59.00)		49.00 (47.00-53.00)				
死について考える機会	有	430	110.00 (105.00-117.00)	<.001†	57.00 (53.00-62.00)	<.001†	50.00 (47.00-54.00)	.031*		b	
	無	132	106.00 (101.00-112.75)		54.00 (51.00-58.00)		49.00 (46.25-52.75)				
死に関する学習の経験	有	467	109.00(104.00-117.00)	.460	56.00(52.00-61.00)	.751	50.00(47.00-53.00)	.259		b	
	無	85	110.00(103.00-114.00)		57.00(52.00-61.00)		49.00(47.00-52.00)				
終末期ケアの実施経験	有	440	110.00 (105.00-117.00)	<.001†	57.00 (53.00-62.00)	<.001†	50.00 (47.00-54.00)	.064		b	
	無	112	106.00 (101.00-112.00)		53.00 (50.50-58.00)		49.00 (46.00-52.00)				
今までに看取った患者の概数	1-10人 ①	291	106.00 (102.00-114.00)		54.00 (50.00-58.00)		49.00 (47.00-53.00)				
	11-20人 ②	84	109.50 (104.00-114.75)		57.00 (52.25-61.75)		49.00 (47.00-52.00)				
	21-30人 ③	44	113.00 (108.25-118.00)	<.001*	59.50 (56.00-63.75)	<.001†	50.00(49.00-52.00)	.005*	②<⑤	a	
	31-60人 ④	41	115.00(110.00-122.50)		60.00(56.50-65.50)		50.00(48.00-56.00)				
	61人以上 ⑤	92	115.00(108.00-126.75)		61.00(56.00-68.00)		52.00(48.00-55.00)				

* p<.05

a:Kruskal-Wallis検定 b:Mann-WhitneyのU検定

表2-5 死生観尺度得点とターミナルケア態度尺度得点の相関(a)

n=552

	ターミナルケア態度尺度		
	【総得点】	【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 生 観 尺 度			
<死後の世界観>	.044	-.007	.089*
<死への恐怖・不安>	-.109*	-.174**	.004
<解放としての死>	-.094*	-.101*	-.071
<死からの回避>	-.308**	-.338**	-.190**
<人生における目的意識>	.158**	.126**	.133**
<死への関心>	-.022	-.060	.040
<寿命観>	.008	-.026	.049

(a) Spearmanの順位相関係数

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

表3-1 研究対象者の概要

キャリア	所属	看護師経験年数	救急・集中領域経験年数	終末期に関する院内教育の経験	終末期に関する院外教育の経験	
新人	A	HCU	2年	2年	なし	なし
	B	CCU	2年	2年	なし	なし
	C	HCU	2年	2年	なし	なし
	D	HCU	1年	1年	なし	なし
	E	CCU	1年	1年	なし	なし
	F	CCU	2年	2年	なし	なし
若手	G	救急センター	3年	3年	なし	なし
	H	ICU	3年	3年	なし	なし
	I	ICU	5年	5年	なし	なし
	J	CCU	5年	5年	なし	あり
	K	CCU	3年	3年	なし	なし
	L	CCU	3年	3年	なし	なし
	M	CCU	3年	3年	なし	なし
	N	EICU	5年	5年	なし	あり
中堅	O	HCU	15年	6年	なし	なし
	P	CCU	15年	12年	なし	なし
	Q	CCU	9年	9年	なし	なし
	R	CCU	6年	6年	なし	なし
	S	CCU	14年	6年	なし	なし
	T	HCU	23年	12年	なし	あり

表3-2 救急・集中領域に勤務する新人看護師の終末期看護に対する学習ニーズ

カテゴリ	サブカテゴリ
患者の意思を知る方法	患者の意思が確認できるようにしたい
	時間がない中で患者のしてほしいケアをくむ方法が知りたい
患者の経過に合わせた終末期ケア	急変時の対応が知りたい
	救命困難な状態で入室した人のケアが知りたい
	臨死期の流れが知りたい
一般的な終末期の経過	救急・集中領域の終末期の流れが知りたい
	がんなどの終末期を参考にしたい
終末期の具体的なケア	緩やかな経過の終末期を知りたい
	終末期の患者に何をすべきか知りたい
	患者の意識がない時にどんなケアをしたらよいかを知りたい
	患者・家族にどういったケアをしたらよいかを知りたい
	メンタルケアや看護ケアを学びたい
患者の尊厳が守られるケア	予後に影響しうるケア実施の判断基準が知りたい
	患者周囲の環境を整えたい
場に応じた家族への接近方法	意識のない人に対するケアが雑になってしまうのが気になる
	混乱している家族への対応を知りたい
	関係が浅い家族への対応を知りたい
	終末期にある患者家族への接し方を知りたい
家族の死の受容の支援	家族とどう会話したらよいかを知りたい
	家族が最期に望むケアをしたい
講義とグループワークで学ぶ方法	家族が死を受容して看取りを迎えてほしい
	講義とグループワークなどの組合せで学びたい
	講義で学習したい
	講義の時間は短めがよい
先輩のサポート	ディスカッションで他の人の意見を聞きたい
	具体例を出して教えてほしい
	現場の状況に合わせて学びたい
	近くに質問に答えてくれる人がいると学びやすい
先輩のサポート	先輩に聞いて学んでいる
	先輩が家族対応をしているところから学びたい

表3-3 救急・集中領域に勤務する若手看護師の終末期看護に対する学習ニーズ

カテゴリ	サブカテゴリ
患者の本当の気持ちに添う方法	患者の思いを看護に反映させる方法を知りたい
	患者の家族の意思だけでなく患者の意思を確認したい
	患者の気持ちをくんだケアがしたい
終末期の具体的なケア	自分の終末期ケアに自信を持ちたい
	声掛け以外のケアを知りたい
	患者にどんなケアをしたらよいか知りたい
	終末期から死後まで患者の容貌を保ちたい
終末期の患者にふさわしい環境	終末期にも視点をおきたい
	対応する時間を作れるようにしたい
	患者のための環境を整えたい
	急性期から終末期への方針の切り替えを知りたい
臨死期の経過と病態	臨死期を見極める身体の変化を知りたい
	臨死期についての知識と経験の不足を補いたい
患者の経過に沿った家族への対応	急な終末期を迎えることになった家族への対応が知りたい
	急変時の家族対応が知りたい
	初対面の家族への対応が知りたい
	急性期から終末期の区切りを知って家族ケアに活かしたい
	終末期を迎える患者の家族にどう対応すべきかを知りたい
家族の気持ちや要求に沿った対応の方法	臨死期の家族対応が知りたい
	家族に説明を求められたときの対応の仕方が知りたい
	沈黙の際にどうしてよいかを知りたい
	家族と話すべき内容を知りたい
	家族に話しかけるタイミングが知りたい
家族の死の受容の支援	IC後の家族にどう対応したらよいかを知りたい
	家族と一緒にできるケアを知りたい
	家族が望む終末期の過ごし方が知りたい
	家族の死の受容を支援したい
医師と看護師の考える終末期の違い	医師と看護師の考える終末期の違いが知りたい
	医師の終末期への移行の考えが知りたい
臨床現場でケアを共有する方法	先輩から聞いた体験談をケアに活かしたい
	先輩の実際のケアから学びたい
	臨床で終末期を学びたい
他の看護師の知識や体験を知る方法	看護師の実際の体験を聞きたい
	講義で知識を得たい
	条件にもよるが院外の学会に行きたい

表3-4 救急・集中領域に勤務する中堅看護師の終末期看護に対する学習ニーズ

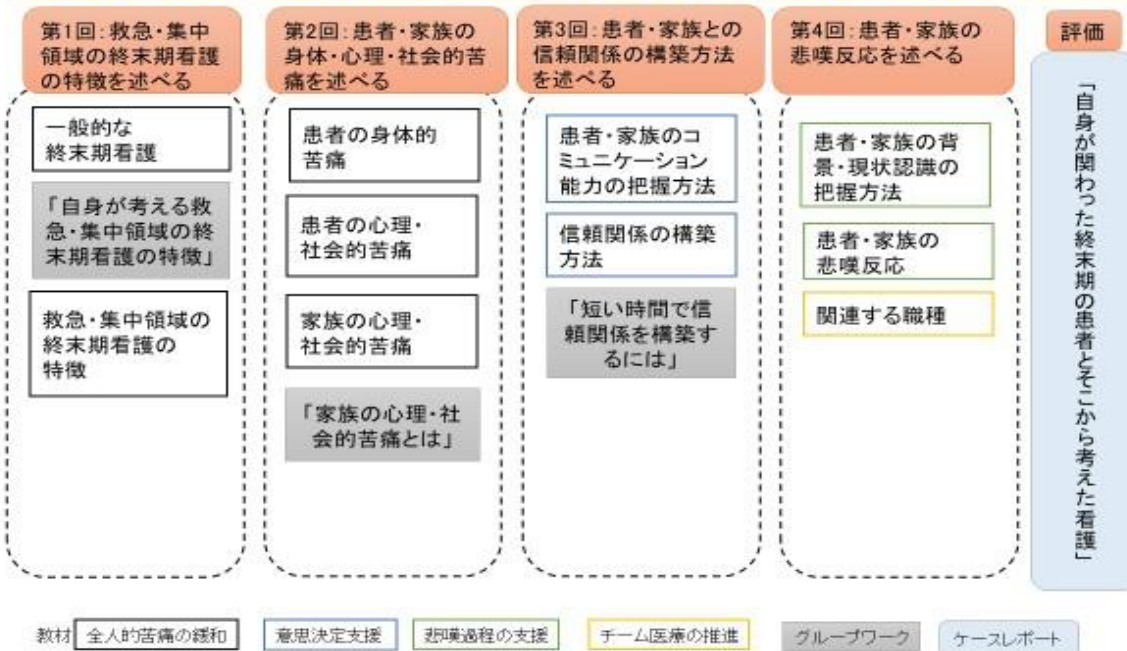
カテゴリ	サブカテゴリ
患者の症状緩和	患者の疼痛コントロールをしたい
	患者の呼吸困難を緩和する看護がしたい
患者の尊厳を守る方法	患者の意思をくみ取りたい
	患者にとってよい終末期であったのかを知りたい
精神状態に合わせた具体的な家族ケア	家族の精神状態に合わせたケアを学びたい
	意識のない終末期患者が多いため家族への具体的なケアが知りたい
	家族に対する声掛けの方法を学びたい
	延命と治療の違いを知りたい
家族が求める終末期看護	家族が求めている環境を知りたい
	家族が死を受容できるよう関わりたい
	正解がわからない終末期で家族のよい反応を得たい
終末期に多職種で関わる方法	チームで関わる終末期の方法を知りたい
	看護師が他職種に働きかける方法を知りたい
議論で得た知見を終末期看護に活かす方法	終末期看護に関する議論がしたい
	他者のケア事例を聞いて取り入れたい
	他看護師の終末期看護体験を知りたい
	戸惑った時に理論的な議論がしたい
	他領域の終末期の事例から終末期看護の方法を学びたい
知識と経験を終末期看護に活かす方法	経験と照らし合わせて学びたい
	講義で知識を得たい
	現場教育によって患者・家族に向き合えるようになりたい
	基礎教育で学んだ終末期看護を現場で活かしたい

資料4-1 救急・集中領域の新人看護師に対する終末期看護に関する教育三観

対象者観	死生観とターミナルケア態度	<p><死生観></p> <ul style="list-style-type: none"> ・死への関心が他のキャリアに比べて少なく、死を回避したいと考えている ・死への恐怖や不安をもっている傾向があると考えられる <p><ターミナルケア態度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケア態度尺度得点が他のキャリア段階に比べてすべての因子で低いことから、積極的に終末期に関われないと推測される
	学習ニーズ	<p>患者に関する学習のニーズ：一般的な終末期看護を押さえながら、どのような看護を提供すればよいかを知りたいというニーズがあった。また、様々なニーズはあるが、自身の看護というよりは、先輩も含めてこうした看護がしたいとイメージしている</p> <p>家族に関する学習のニーズ：場に応じた家族看護や死の受容支援を知りたいというニーズがあり、家族対応への迷いや家族の死の受容を願う気持ちはあるが具体的な支援がわからない状況である</p> <p>チーム医療の推進に関する学習のニーズ：チーム医療に関するニーズは生成されなかった。これは、まだ自身の看護師としての専門性が確立しておらず、チームでかかわる終末期に対して考えが及んでいない状態と推測される</p> <p>学習方法に関するニーズ：講義とグループワークの組み合わせや先輩からのサポートが良いとのニーズがあった。知識の必要性を感じている一方で、先輩から臨床で患者の状態に合わせて教わりたいという、実践型学習が求められていると推測される</p>
	まとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・新人看護師は、救急・集中領域に特徴的な終末期看護の知識習得と具体的な看護実践に至っていない ・自身が具体的な看護を提供するというより、終末期看護のイメージを漠然と持っている ・先輩からのサポートを得ながら臨床の場で経験を積んでいく段階であり、基礎的な知識が必要とされている
教材観	全人的苦痛の緩和	<ul style="list-style-type: none"> ・一般的な終末期看護：終末期全体を俯瞰することで、対象者に基礎教育で学んだ終末期看護を想起してもらうことで、その一部である救急・集中領域での終末期看護の位置づけを明確にし、全体の基礎とする ・グループワーク「自身が考える救急・集中領域の終末期看護の特徴」：自分の中で特徴をどうとらえているのかを把握するだけでなく、他者の意見も取り入れて、どういった終末期の特徴があるのかを考える機会とする ・救急・集中領域における終末期看護の特徴：この領域に特化して起こりやすい状況などを扱い、これから学ぶ終末期の前提を提示する ・患者の身体的苦痛：終末期患者に起こりやすい身体的な苦痛を挙げ、それをどのように把握するのかを伝えることで、身体的苦痛のアセスメントの基礎となる ・患者の心理・社会的苦痛：患者がどのような心理・社会的苦痛をもっており、それをどう把握するのかを伝えることで、心理・社会的苦痛のアセスメントの基礎となる ・家族の心理・社会的苦痛：家族がどのような心理・社会的苦痛を持っているか、それをどう把握するかを伝えることで、家族の心理・社会的苦痛のアセスメントの基礎となる ・グループワーク「家族がもつ心理・社会的苦痛とは」：グループワークで家族が持つ苦痛について考え、その方法について考えることで共感を示すかかわりの基礎となる
	意思決定支援	<ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族のコミュニケーション能力の把握方法：患者・家族のコミュニケーション能力をアセスメントする方法を伝えることで、今後看護する上での情報収集の方法や手段につなげる基礎となる ・信頼関係の構築方法：患者・家族と短い時間の中でどのように信頼関係を構築する手段があるかを伝えることで、患者・家族への対応方法の基礎となる ・グループワーク「短い時間で信頼関係を構築するには」：先輩の対応方法を見学した経験などを話し合い、短い時間であっても信頼関係を構築する具体的な方法を考える基礎とする
	悲嘆過程の支援	<ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族の背景、現状認識の把握方法：患者や家族の状況を把握する方法を伝えることで、患者・家族の悲嘆状況の情報収集の基礎となる ・患者・家族の悲嘆反応：現状認識を踏まえてどのような悲嘆反応が予測されるか、また起きているのかを伝えることで、対象者が悲嘆に関する看護問題の抽出ができる
	チーム医療の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・関連する職種：終末期にチームでかかわる際にどのような職種がどういった役割でかかわっているのかを知り、チームの一員として医療を提供するための基礎となる
	体制の整備	該当項目なし
	統合	<p>ケースレポート「自身が関わった終末期の患者とそこから考えた看護」：基礎知識として学んだ教材を統合して先輩と共に看護し、それを振り返ることで、自分の看護を評価し、次からの看護に活かすとともに、全体の学習を統合して看護の提供につなげることができたかを評価する</p>
指導観	<p><講義></p> <ul style="list-style-type: none"> ・これから学んでいく救急・集中領域での終末期看護が学べるよう総論や基礎を中心とした内容で根拠を理解しながら看護に必要な情報収集を行っていけるよう指導する ・終末期に関する経験が少ないと予測されるため、臨床での状況がイメージしやすいよう説明する ・総論から入り、全人的苦痛の緩和、悲嘆、意思決定と学習を積み重ねることで、基礎実習で学んだ内容、自身が知っている、想定しやすい状況から、徐々に精神的な援助が重点となるように指導する <p><グループワーク></p> <ul style="list-style-type: none"> ・グループワークを通して、自身と違う考えに触れて終末期には様々なとらえ方があること、それらの意見を取り入れてどういった方向性に向けるのが良いのかを考えていくことができるよう指導する ・新人では、グループワークを取り入れることで、自身の意見を持ち、終末期について話し合うことができるようファシリテートする <p><ケースレポート></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケースレポートでは、自身が介入したケースに対してどういった介入をしたのか、それを通して何を学んだのかを振り返り、先輩はどう介入していたかなども併せて振り返ることで、これから先自分がどんな終末期看護を提供したいのかを考える機会となるよう指導する。また、次の介入に活かせるようなフィードバックをする 	

資料4-2 救急・集中領域における新人看護師の終末期看護に関する教育試案

到達目標:先輩と共に終末期にある患者・家族に看護を提供し振り返ることができる

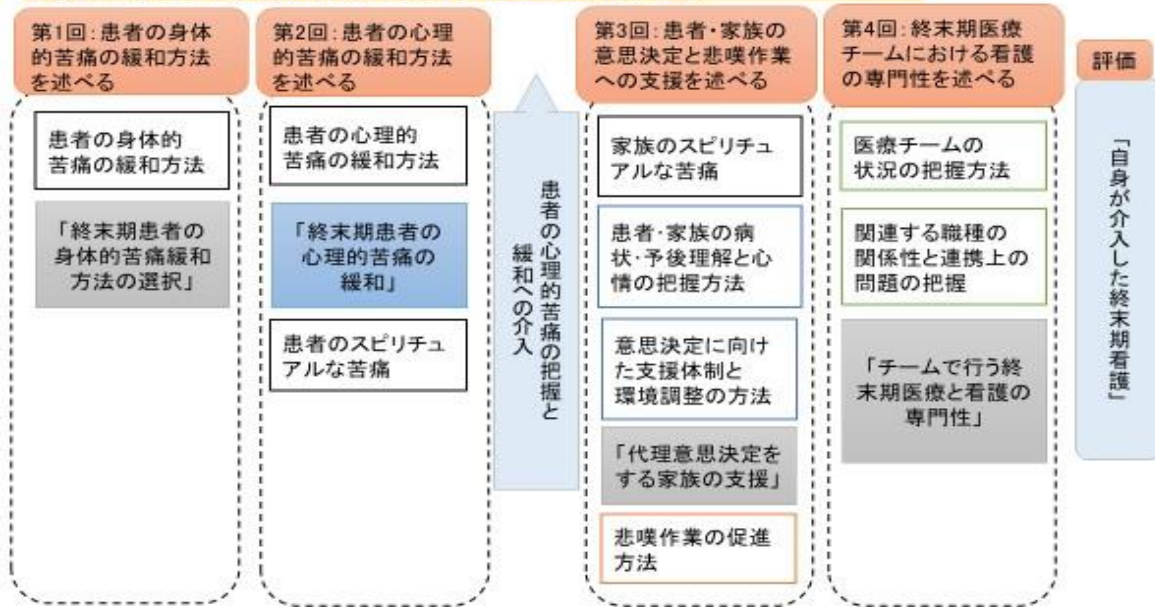


資料4-3 救急・集中領域の若手看護師に対する終末期看護に関する教育三観

対象者観	死生観とターミナルケア態度	<p><死生観></p> <ul style="list-style-type: none"> ・死を回避したいと考えており、死と向き合っていないと推測される <p><ターミナルケア態度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・新人看護師に比べると得点は高いが、中堅看護師に比べると低く、新人看護師よりは積極的であるものの、まだそれほど積極的には関わっていないと推測される
	学習ニーズ	<p>患者に関する学習ニーズ: 新人看護師より具体的に自身が対応に困った状況が述べられており、それに合わせた具体的な看護を知りたいという状況であった</p> <p>家族に関する学習ニーズ: 患者の経過や状況に合わせて家族への対応が変わるため、そのための具体的な看護方法が知りたいという状況であり、自身が家族の受容ために働きかけたいという思いがあると推測される</p> <p>チーム医療の推進に関する学習のニーズ: 医師と看護師の間での考えの違いなどが挙げられ、どのように医師と関わっていくのか、自分たちはその中でどう患者・家族と関わっていくのかを考えていると推測される</p> <p>学習方法に関するニーズ: 臨床現場でケアを共有する方法や、他の看護師の意見を聞く方法など、自分だけでなく他の看護師が実践している方法も聞きたいというニーズから、他者の看護から学びたいと考えていると推測される</p>
	まとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・若手看護師は、終末期看護に関する経験が増加して行く中で、患者・家族に看護を提供する際に自身が困った状況にどう対応したら良いかを知りたいと考えている ・他職種と調整を行う中で、その考え方の相違に気づいており、どのように調整していくかを学びたいと考えている ・臨床現場で先輩が実施している看護や他の看護師の意見を聞く等、他者の言語化された看護から学んでいきたいと考えている
教材観	全人的苦痛の緩和	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の身体的苦痛の緩和の方法: 主として疼痛・呼吸困難への介入方法を伝えることで、患者の状態に合わせた看護の提供につなげる ・グループワーク「終末期患者の身体的苦痛の緩和の方法の選択」: 患者のどのような症状からどういった看護を選択するのかを話し合うことで、選定基準や看護の提供方法を具体的に考える機会とする ・患者の心理的苦痛の緩和の方法: 患者の心理的苦痛をどのように緩和するかを学び、実際に患者の苦痛の緩和に活かす ・ロールプレイ「終末期患者の心理的苦痛の緩和」: 患者側の心情を考えるとともに、それをどう把握し、緩和するのかについて実践する機会とする ・患者のスピリチュアルな苦痛: スピリチュアルな苦痛とは何か、どのようにその心情を把握するのかなを伝えることで、スピリチュアルな苦痛のアセスメントの基礎となる ・ケースレポート「患者の心理的苦痛の把握と緩和への介入」: 患者から直接的に情報を得にくい救急・集中領域で、自身がどのように患者の心理・社会的・スピリチュアルな苦痛に介入したかを振り返ることで、患者に対する精神的な看護を振り返る機会とする ・家族のスピリチュアルな苦痛: 終末期患者の家族が持つスピリチュアルな苦痛をどのように把握するかを伝えることで、スピリチュアルな苦痛のアセスメントする基礎となる
	意思決定支援	<ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族の病状・予後理解と心情の把握方法: 患者と家族がどのように病状と予後を理解しているか、その心情を把握する方法を伝えることで、今後の意思決定につながる状況の把握につなげる ・意思決定に向けた支援体制と環境調整の方法: 患者・家族が意思決定をする際にどのような支援体制が必要か、それに適した環境を知ることで、患者・家族の意思決定支援に活かす ・グループワーク「代理意思決定する家族の支援」: 代理意思決定をする家族にどういった支援があるか、具体的な看護計画を考える機会とする
	悲嘆過程の支援	<ul style="list-style-type: none"> ・悲嘆作業の促進方法: 悲嘆反応をとらえた上でどのように悲嘆作業を促進させるかを学び、家族が病的悲嘆に陥ることのないよう支援する看護の基礎となる
	チーム医療の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・医療チームの状況の把握方法: 実際に医療チームで介入する際の資源と現状把握の方法を学ぶことで、医療チームの持つ能力のアセスメントにつなげる ・関連する職種の関係性と連携上の問題の把握: 医療チームに属する職種の関係性と連携の方法を学ぶことで、自身の看護師としての立ち位置や職種ごとの専門分野を知り、実際の介入に活かす ・グループワーク「チームで行う終末期医療と看護の専門性」: 終末期医療における看護の専門性を考えることで、様々な考え方を共有し、自身の専門性について考えを深める機会とする
	体制の整備	該当項目なし
	統合	<p>ケースレポート「自身が介入した終末期看護」を通して、自分が主体的に介入した終末期看護を振り返るだけでなく、自身一人で言語化することで、今後の看護の実践・共有に活かすとともに、全体の学習を統合し、実際に活かすことができているかを評価する</p>
指導観	<p><講義></p> <ul style="list-style-type: none"> ・若手看護師では、アセスメントに必要な知識とそれに伴う具体的な看護方法を基礎として指導する ・経験数が増えていることを踏まえ、あらかじめ困った場面を聴取するなど、現場に即した事例を用いて指導する ・全人的苦痛の緩和では、新人看護師で学習した患者の身体的・心理的苦痛の把握に積み重ねて、具体的な看護方法を伝えていくことで、患者の苦痛緩和ができるよう指導する ・意思決定や悲嘆ケアでは、具体的にどのような支援ができるのかを提示し、新人看護師での学習を基に実際の看護方法につながるよう指導する ・チーム医療の推進では、具体的なチームとしての能力のアセスメントなどを通して、実際にどのように自身がチーム内での役割を果たすのかを指導する <p><グループワーク・ロールプレイ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・グループワークでは、様々なケースや答えが考えられる事象について、どう考えるのかを話し合うことで、自身の考えを言語化し、他者と意見交換できるようにファシリテートする ・ロールプレイでは、実際に患者に対してどのような看護をするのかを実践して試みることができるよう、明確な心理的苦痛のある患者のシナリオを用いて指導する。指導後には、患者役からフィードバックを受け、自身が話していることやその在り方が相手にどんな印象を与えているかを考えるよう促す <p><ケースレポート></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケースレポートでは、実際の介入を振り返ることで、自分がどういった理由でどのような看護を行って、それをどう評価するのかという言語化を目的とする。その中で、看護のポイントや、言語化に不明瞭な点がないかをフィードバックする 	

資料4-4 救急・集中領域における若手看護師の終末期看護に関する教育試案

到達目標: 自身が提供した終末期看護を言語化できる



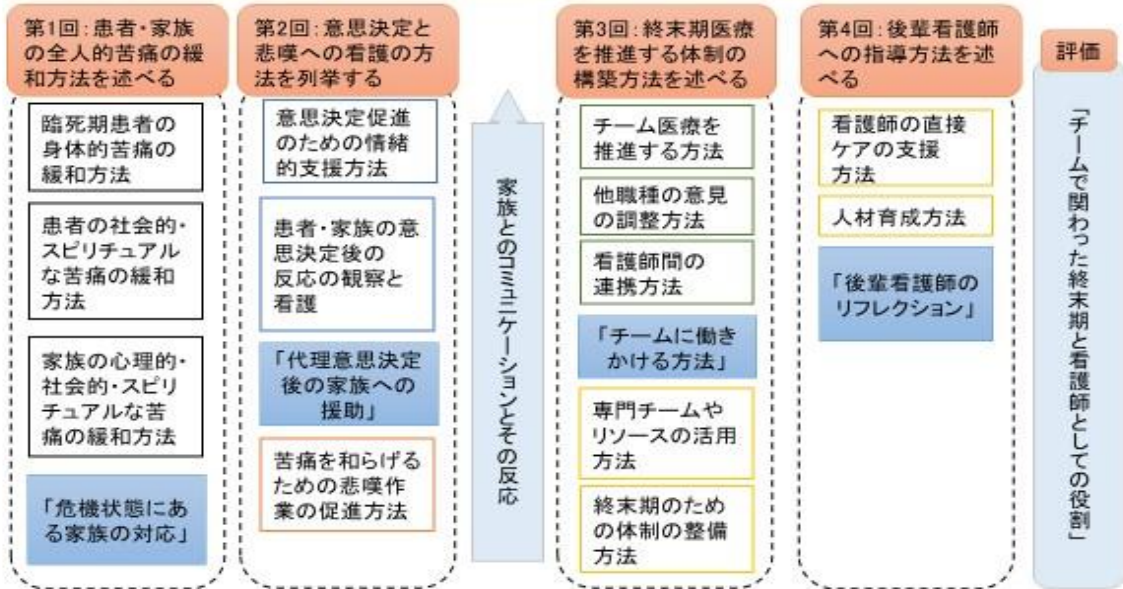
教材: 全人的苦痛の緩和 (全人的苦痛の緩和) | 意思決定支援 (意思決定支援) | 悲嘆過程の支援 (悲嘆過程の支援) | チーム医療の推進 (チーム医療の推進) | グループワーク (グループワーク) | ロールプレイ (ロールプレイ) | ケースレポート (ケースレポート)

資料4-5 救急・集中領域の中堅看護師に対する終末期看護に関する教育三観

対象者観	死生観とターミナルケア態度	<p><死生観></p> <ul style="list-style-type: none"> ・経験年数につれて死への関心が高まることから、死に関心を持っていると推測される <ターミナルケア態度> ・新人看護師、若手看護師に比べて、すべての因子で得点が高いことから、積極的に終末期看護に関わることができていると考えられる ・中堅看護師の中でも経験年数が多いほど積極的に関わっている現状がある
	学習ニーズ	<p>患者に関する学習ニーズ：症状緩和や尊厳を守る方法という、臨死期や意識のない患者を看護する上での具体的かつ直接的な看護方法が求められている</p> <p>家族に関する学習ニーズ：家族の精神状態に合わせたケアや家族が求める看護など、家族のニーズに合わせての看護方法が求められている</p> <p>チーム医療の推進に関する学習のニーズ：多職種でのチームに看護師がどうかかわるのかを知りたいと考えており、多職種チームの橋渡しとしての看護師の専門性を把握し、それを活かしたいと考えていると推測される</p> <p>学習方法に関するニーズ：学習方法として、実践に活かせる方法が求められており、ただの知識ではなく、実践に結びつくものとして知りたいと考えていると推測される。また、議論をしたいというニーズがあり、ただ教育を受けるだけでなく、議論を通して他の看護師と知識を深め、自身の看護の引き出しにつなげることが求められている</p>
	まとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・中堅看護師は、終末期看護に関する経験を持ち、それらの経験から自分に不足している知識についても自覚しているため、具体的な項目が述べられている ・実践的な看護方法を必要としており、他の看護師との議論を通して看護を深めたり、自身の引き出しを増やしたいと考えている
教材観	全人的苦痛の緩和	<ul style="list-style-type: none"> ・臨死期患者の身体的苦痛の緩和の方法：主に臨死期を扱い、数日から数時間で死を迎える患者の苦痛にどのような介入方法があるか、その根拠も含めて伝えることで、根拠を持った臨死期の身体的苦痛緩和につなげる ・患者の社会的・スピリチュアルな苦痛の緩和の方法：患者が持つ社会的・スピリチュアルな苦痛に対して実際にどのように介入するかを知ること、実際の介入に活かす ・家族の心理・社会的苦痛とスピリチュアルな苦痛の緩和の方法：家族が持つ苦痛に対する具体的な介入方法を学び、実践に活かす ・ロールプレイ「危機状態にある家族への対応」：自分の対応がどうかを客観的に見る機会とし、それを議論することで、他にどのような方法があるのかをグループメンバーで共有することで、対応の選択肢を増やす
	意思決定支援	<ul style="list-style-type: none"> ・意思決定促進のための情緒的支援方法：実際に意思決定支援をする際の情緒的支援を伝えることで、意思決定の際の患者・家族への具体的な支援につなげる ・患者・家族の決定反応の観察と看護：決定後の反応の観察やケアを知ることで、意思決定までではなく、実際に患者が死を迎えるまでに継続して家族に行われる意思決定支援につなげる ・ロールプレイ「代理意思決定後の家族への援助」：代理意思決定を行った後の家族の気持ちや、意思決定後も迷いが生じる中で家族をどう援助するのかを考え、実際の意思決定支援に活かす
	悲嘆過程の支援	<ul style="list-style-type: none"> ・苦痛を和らげるための悲嘆作業の促進方法：主に家族を対象として、喪失の苦痛をやわらげるためにどのような介入が必要かを具体的に伝えることで、終末期に入った時期から始まる悲嘆ケアに活かす ・ケースレポート「悲嘆の段階に合わせた家族とのコミュニケーションとその反応」：実際の悲嘆作業の促進の経験を振り返り、段階に合わせた介入とその方法について考え、次の看護に活かす
	チーム医療の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・チーム医療を推進する方法：患者・家族対応が長いために看護師に終末期の介入が偏りがちな中で、いかにチームで終末期の治療に取り組むかの方策を伝え、チームでかかわる終末期を推進する ・多職種の意見の調整方法：チーム医療を行う上で、様々な意見が出た場合にどのように調整するかを知ること、チーム医療の中での橋渡し役である看護師の役割に活かす ・看護師間で連携方法：他職種とは異なる看護師間でどのように連携するかを学ぶことで、看護師間での情報共有や終末期看護の支援体制について知る ・ロールプレイ「チームに働きかける方法」：他職種の立場も経験しながらチームへの働きかけを考えることで、看護師だけでなく多職種でチームでかかわるためにどういった方策があるのかを考える
	体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・専門のチームやリソースの活用方法：専門のチームやリソースを知ること、自身の不足する部分やより専門的な介入が必要な場合にどういった資源を使うことができるかを知り、実際の介入に活かす ・終末期のための体制の整備方法：終末期のチーム医療体制の整備だけでなく、職場や病院全体での体制を整備する方法を学ぶことで、より大きな体制での支援をする方法を知り、患者・家族の看護に活かす ・看護師の直接ケアの支援方法：後輩も含め、看護師が患者・家族に直接的なケアをする際にどういった支援が必要かを伝えることで、後輩育成やチームの育成につなげる ・人材育成方法：後輩看護師が終末期看護を実践していく際に支援することができるよう、教育理論やリフレクション技法も含めてつたえ、適切な理論や技法を人材育成に活かす ・ロールプレイ「後輩看護師のリフレクション」：リフレクションを行うことで、後輩に対してどのように関わるのか、指導される側の気持ちを知り、今後の指導に活かす
	統合	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースレポート「チームで関わった終末期と看護師としての役割」：実際の多職種で関わった終末期医療を振り返ることで、どのような構成のチームでどのように関わり、その中で自身の看護師としての役割をどのように捉えたかを記述することで、看護師としての専門性と院内リソースの活用について考える機会とする。
指導観	<p><講義></p> <ul style="list-style-type: none"> ・中堅看護師では、主に苦痛の具体的な緩和方法を伝えた上で、意思決定や悲嘆の具体的な支援を伝えることで、実際に介入する上で実践的な知識となるように指導する ・中堅看護師では、終末期看護の経験も多くあることを踏まえ、実際の経験を語ってもらうなど、自身の経験と結び付けて考えることのできるよう指導する ・チーム医療や体制の整備では、後輩への支援や病棟の体制など、中堅であるからその役割に目を向けることができるよう指導する ・人材育成では、後輩看護師を育てるための教育理論やリフレクションの技法も併せて指導することで、病棟全体の終末期看護の質の向上につなげる役割もあることを指導する <p><ロールプレイ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ロールプレイでは、複雑な経過や状況に対応しなければならない状態の事例を用いて、どういった家族やチームへの対応が必要とされているのかをロールプレイした上で、グループでディスカッションするなど、より具体的な議論にできるようファシリテートする <p><ケースレポート></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケースレポートでは、自分の看護を振り返るだけでなく、他の医療職者に関わる・教育するという立場で振り返ってもらうことで、教育する側の視点も養うことのできるよう指導する 	

資料4-6 救急・集中領域における中堅看護師の終末期看護に関する教育試案

到達目標: 終末期にある患者・家族に対しチームで終末期医療を提供できる



教材 全人的苦痛の緩和 意思決定支援 悲嘆過程の支援 チーム医療の推進 組織体制整備 ロールプレイ ケースレポート