

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

看護師を対象とした在宅緩和ケアにおける実践能力習得のための プログラムの開発と教育に関する研究

研究分担者	川越 博美	医療法人社団パリアン・看護部長
研究協力者	Kenneth L. Zeri 林 直子	Hospice Hawaii・President and CPO 聖路加看護大学・教授

研究要旨

看護師を対象とした在宅緩和ケアにおける実践能力習得のための教育プログラムの開発とそのプログラムにのっとった教育することを目的として4段階に分けて研究を進めた。ステップ1は教育プログラムの基礎資料としての文献検討。ステップ2は同じく基礎資料として緩和ケア訪問看護師に求められる実践能力のインタビュー調査を行った。

文献検討の結果、教育内容は、緩和ケアの定義、症状マネージメントや倫理的問題、臨死期の看取りなど16項目が抽出された。また、評価方法については、PCQNやNKASなどを用いて、前後比較の知識テストや態度評価を数カ月後に行っているものがみられた。また、多くのプログラムでは実習は緩和ケア病棟の実習にとどまっていた。

インタビュー調査では、「医師と連携し自律して症状緩和ができる」「謙虚に患者・家族に向き合い思いを組む」「患者・家族にデスエデュケーションができる」「医療的な管理ではなく、患者・家族自身の生活を支える」など13項目が抽出された。また、現場での実習が在宅緩和ケアの教育には必須であるという意見が多かった。ステップ3では、文献検討とインタビュー調査から抽出された項目を合わせ、研究者8名で項目を精選し、教育プログラム案を作成した。そしてコンサルテーションを受け最終的な教育プログラムとした。ステップ4では、開発したプログラムに則った講義と実習を行い、評価指標のアンケートや実習記録によって教育プログラムを評価した。

A．研究目的

本研究の目的は看護師を対象とした在宅緩和ケアにおける実践能力習得のための教育プログラムを開発し、実施・評価することである。

B．研究方法

STEP 1 文献検討

MEDLINE・CINAHL・医中誌 Web を用いて【在宅ケア】【緩和ケア】【看護師の実践能力】【教育プログラム】をキーワードに1997年から2012年までの15年間にわたり網羅的に文献検討を行った。また在宅緩和ケア教育プログラムを保健・医療分野に限らず幅広い領域から収集、分析し、教育内容、実施方法、評価方法等について抽出した。

STEP 2 インタビュー調査

在宅で緩和ケアを行う訪問看護師に必要なとされる知識及び実践能力を在宅緩和ケアのスペシャリスト(医師5名と看護師7名)にインタビューし情報を収集した。収集した情報は、内容分析の手法で分析し、緩和ケア訪問看護師に必要な知識と実践能力を抽出した。分析の全過程を通して、研究班のメンバーで質的研究に長けた者2名のスーパーバイズを受けることにより、信頼性を確保した。

STEP 3 教育プログラムの作成

STEP 1の文献検討で抽出された項目とSTEP 2のインタビューから抽出された在宅緩和ケア看護師に必要な実践能力をもとに看護師を対象とした在宅緩和ケア教育プログラム案を作成し、共同研究者であるNHPCO理事のkenneth Zeri氏にコンサルテーションを受け、教育プログラムを作成した。

STEP 4 教育プログラムにそった教育と評価

開発した教育プログラムにのっとして、訪問看護師、緩和ケア訪問看護師を目指す病院の看護師を対象に教育を行いプログラムを評価した。評価には中澤等が開発し、信頼性と妥当性が検証されている、「緩和ケアに関する医療者の知識・態度・困難感の評価尺度」を用い、講義の前と後、実習後にアンケートをとり、実習に参加した人には実習記録(看護記録・ケアプラン・振り返りシート)を提出してもらい分析した。

(倫理面への配慮)

インタビュー調査・教育プログラム実施と評価については、医療法人社団 パリアンの倫理委員会の承諾を得た。

意志であること、不利益はないことを説明し、アンケートの協力を得た。

C. 研究結果(図1)

STEP 1 文献検討結果

検索された文献にハンドサーチ文献も含めた216文献の内容を検討し、研究目的に合致した英文献48件・和文献7件を研究対象とした。また研修プログラム和文献10、英文献7も研究対象とした(資料1)。教育プログラムの形式は、講義形式1件・講義と演習の形式5件・その他にオンライン形式等がみられた。現場での実習は緩和ケア病棟や訪問看護ステーションの見学実習にとどまり、在宅での実習を含めたプログラムは

なかった。教育内容は、緩和ケアの定義、症状マネジメントや倫理的問題などの15項目が抽出され、疼痛緩和を含んだものが15件、臨死期の看取りを含んだものが9件・家族ケアを含めたものが8件と多かった(資料2)。また、評価方法については、PCQNやNKASなどを用いて、前後比較の知識テストや態度評価を数カ月後に行っているものがみられた。在宅緩和ケア教育に必要な内容が抽出されたが、教育の評価方法については時期も含めた検討が必要であることがわかった。

STEP 2 インタビュー内容の分析結果

インタビュー調査から抽出された緩和ケア訪問看護師に求められる知識と実践能力は、13カテゴリーが抽出された。「医師と連携し自律して症状緩和ができる」「患者・家族にデスエデュケーションができる」「医療的な管理ではなく、患者・家族の生活を支える」「死に向かっていく患者をケアする」「緊急時に判断をし、対応ができる」「家族の力を信じ、支え、看取れる家族に育てる」「在宅緩和ケアチームを作り、育てる」「末期がん患者を看取れる地域をつくる」という実践能力と「謙虚に患者、家族と向き合い思いを汲む」「自分の力量を知り、判断・ケアに責任をもつ」「患者・家族の生き方や価値観を受け止め、尊重したケアをする」「状況に応じて自分の立ち位置を変えられる」の態度を表すカテゴリーが抽出された。

STEP 3 教育プログラム案の作成

文献検討から得られた15項目(下位項目49項目)とインタビュー調査の結果から抽出された13カテゴリーをあわせ、研究者8名(大学研究者5名・緩和ケア訪問看護師3名)の検討により、10項目からなる教育プログラム案を作成した。また教育形式として、インタビュー結果から「現場での教育が必要」「事例を振り返り成長する」「現場で学ぶ」「チームの中で実践を重ねる」の項目が抽出されたので、講義と現場での実習をすることにした。講義で獲得すべき知識と実習で獲得すべき知識も整理した。OJTでは教育に時間を割くことが難しく、効果的・効率的に教育することが求められるからである。

作成した教育プログラムに関して、NHPCOの理事よりコンサルテーションを受けた(写真1)。その結果、項目数には変更はなかったが、教育のよりどころとなる在宅緩和ケア基準が日本では認められていないこと。国としての在

宅緩和ケア教育基準がないことなどが指摘された。教育項目の中で「コミュニケーション」「チームを組むこと」が特に重要であること、またプログラムの評価は、困難な問題だが、患者・家族による評価が重要であると指摘を受けた。

ステップ4.教育プログラムの実施・評価

講義は、2月9日・10日の2日間にわたって実施した。申し込み者は80名にのぼったが、会場の都合などで55名に受講許可証を送った。2日間わたって参加した人は53名であった(写真2、写真3)。そのうち実習にも参加した人は15名である。実習希望者は定員をはるかに上回り、在宅緩和ケアについての実践的学ぶを希望する者が多いという感触をえた。実習は、緩和ケア訪問看護ステーション連絡会(PCNS)が所属する訪問看護ステーション及び医療機関の訪問看護部(北海道、東京2件、静岡、奈良、愛媛)で実施した。実習の質を担保するために、医師と一体化したチームであること。末期がん患者年間看取り数が30件以上、看取り率が60%以上の施設で、CNS・認定看護師あるいはそれと同等の能力と経験を有する指導者がいることとした。また教育プログラムで示した項目が習得できるよう実習要項・実習の手引き・実習記録を作成しどの施設でも同じものを使ってもらった(資料3、資料4)。それにより実習施設が異なっても実習方法ができるだけ統一できるよう配慮した。

講義前後のアンケートは現在、分析中である。実習は、まだ行われていないため、アンケート調査は未実施である。終了後、アンケートを集計し、開発した教育プログラムの評価を行う予定である。

D. 考察

看護師を対象とした在宅緩和ケアにおける実践能力習得のための教育プログラムの開発をするために、文献検討とインタビュー調査を行った。その結果、実践能力を習得するためには、知識習得を目指した講義だけではなく、緩和ケアを実践している現場で学ぶこと、患者・家族とのかかわりの中で学ぶこと、医師と看護師のチームケアが円滑に行われている現場で実践することの重要性が明らかになった。そのためには、講義と実習を合わせたプログラムの有効性が示唆された。

E. 結論

文献検討とインタビュー調査の結果から、看護師の在宅緩和ケアの実践能力を習得するための教育項目を抽出した。また、実践力を習得するためには、講義だけでなく実習もあわせてプログラムし、現場で患者・家族・チームメンバーとの関わりから学ぶことの重要性が明らかとなった。

今後、今回作成した教育プログラムの評価を行い、プログラムの見直しを行っていきたい。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

第18回日本緩和医療学会学術大会 発表予定

1) 池口佳子、林 直子、川越博美、本田晶子、大畑美里、内田千佳子、中山直子「緩和ケア訪問看護師教育プログラム開発に向けた文献検討」

2) 渡邊美也子、川越博美、廣岡佳代、内田千佳子、櫻井雅代、扶蘊由起、山崎美恵「在宅緩和ケアを担う訪問看護師の実践能力 - 教育プログラム作成の基礎資料として - 」

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特記すべきことなし

図 1. 研究のプロセス



国内外の文献と教育プログラムの検討

国内外の文献と教育プログラムの検討から抽出した教育項目	
1. 定義・理念	A 歴史 B 緩和ケアのゴール
2. 現状	A 疫学 B 日本人の死 C がん治療・化学療法 D 在宅末期がん患者 E 法的知識・費用等
3. 在宅療養への移行関連	A 在宅ホスピスケアの準備
4. 在宅緩和ケアシステム	A 緩和ケアチームの体制準備
5. ターミナルケア各期の理解	A 病態生理 B 死に逝く患者の心理プロセス C 家族の心理プロセス
6. 対象別	D 高齢者のEOL B 小児緩和ケア
7. 症状ケア・マネジメント	A トータルペイン・トータルケア B 痛み C 消化器症状 C 呼吸器症状 D 皮膚症状 E リンパ浮腫 F 精神症状 G 口腔ケア H スピリチュアルケア I 全身倦怠感 J 代替療法(マッサージ等)K 急変対応
8. 臨死期のケア・看取り	A 死に逝くプロセスの支援 B 死亡確認 C 死後のケア
9. 家族・遺族ケア	A 家族の心理プロセス B 終末期・看取りの準備教育 C 臨死期の家族ケア
10. 制度・社会資源の活用	A 疼痛緩和のための医療供給体制 B インフォーマルサポートとの連携
11. チームケア	A チーム運営の実際 B 施設・地域・医療者間の連携
12. コミュニケーション	A コミュニケーション B 他職種とのコミュニケーション C 悪い知らせを教える
13. 看護師の役割	A リーダーシップ B 訪問看護師が行う医療行為 C 必要な実践力 D 日常生活を支える為の看護
14. スタッフケア	A メンバーのサポート B 心理的ケア
15. 倫理的問題と対応	A インフォームドコンセント、告知 B 自己決定・インフォームドチョイス C 緩和ケアにおける倫理的問題 D セデーションに関すること
16. 教育プログラムのスタイル	A 講義 B グループワーク C 事例検討 D ビデオ視聴 E 実習 F その他



インタビュー調査から、在宅緩和ケアを行う看護師の実践能力の抽出

インタビュー調査からの在宅緩和ケアを行う看護師の実践能力

- 医師と連携し自律して症状緩和ができる
- 謙虚に患者、家族に向き合い思いを汲む
- 患者、家族にデスエデュケーションができる
- 医療的な管理ではなく、患者、家族自身の生活を支える
- 自分の力量を知り、判断・ケアに責任をもつ
- 患者・家族の生き方や価値観を受け止め、尊重したケアをする
- 死に向かっていく患者をケアする
- 緊急時の判断をし、対応ができる
- 家族の力を信じ、支え、看取れる家族に育てる
- 在宅緩和ケアチームを作り、育てる
- 末期がん患者を看取れる地域をつくる
- 危機にある患者、家族の揺らぎを支える
- 状況に応じて自分の立ち位置を変えられる

STEP 3

教育プログラム（案）の作成

国内外の文献と教育プログラムの検討
インタビュー調査から在宅緩和ケアを行う看護師の実践能力の抽出

研究者8名による教育項目の検討

教育項目 10項目

1. 定義・理念
2. 在宅緩和ケアシステム
3. 症状ケア・マネジメント
4. 臨死期のケア・看取り
5. 家族・遺族ケア
6. 制度・社会資源の活用
7. チームケア
8. コミュニケーション
9. 看護師の役割
10. 倫理的問題と対応

コンサルテーション

- ・ 緩和ケアの基準を作成すること
- ・ 教育項目の「チームケア」「コミュニケーション」が重要
- ・ 評価は、ケアを受ける患者・家族を対象にすることが望ましいが難しいこと

STEP 4

教育プログラムの実施

講義
(2日)

+

実習(5日)

緩和ケアを専門とし、医師とチームを組んでいる訪問看護ステーション・診療所の訪問看護門(PCNS所属機関)

写真1. Kenneth Zeri 氏によるコンサルテーション



写真2. 教育プログラムでの講義の様子



写真3.教育プログラムでのグループワークの様子



資料 1. 文献検索の結果

	KEY WORDS	1997～2012 CINAHL Plus with full text	医中誌 1997～2012	Medline 1997～2012
A 在宅ケア	home nursing, professional home visits	7383	33596	14094
B 緩和ケア	palliative care terminal care hospice care end-of-life care pain control pain management	39291	30977	105277
C 看護師の 実践能力	clinical competence cultural competence nursing skills nursing knowledge professional competence	40091	19757	18726
D教育プロ グラム	staff development education, competency-based needs assessment	23888	26983	21452
(A or B)and C and D		162	21	16
文献の重なりを除き		英文献 177 件 和文献 21 文献		
レビュー該当文献数		<p>*最終該当文献：英文献 48 文献 和文献 7 文献</p> <p>内訳 英文献：32 文献（1～32） 和文献：5 文献（和 1～5） ハンドサーチ文献：英文献 16（H1～H16） 和文献 2（H和 1～H和 2）</p> <p>*研修プログラム（ガイドライン含む） 和文献 10 英文献 7</p>		

資料2. 文献から抽出した教育項目

項目	内容	論文番号	計
1. 定義・理念	A 歴史		
	B 緩和ケアのゴール	8、16(緩和ケアの原理)、H15	2
2. 現状	A 疫学		
	B 日本人の死		
	C がん治療・化学療法	H8	1
	D 在宅末期がん患者		
	E 法的知識・費用等	16、H4(アドバンス)	2
3. 在宅療養への移行関連	A 在宅ホスピスケアの準備		
4. 在宅緩和ケアシステム	A 緩和ケアチームの体制準備	H4(ベーシック)	1
5. ターミナルケア各期の理解	A 病態生理	24、和1	2
	B 死に逝く患者の心理プロセス	6、和1	2
	C 家族の心理プロセス	6、和1	2
6. 対象別	D 高齢者のEOL	8	1
	B 小児緩和ケア		
7. 症状ケア・マネジメント	A トータルペイン・トータルケア	H8、H13、H15、H16、14(症状の明記なし)	5
	B 痛み	1、5、8、9、10、13、20、21、24、30、H4(ベーシック)、H8、H13、H14、H15	15
	C 消化器症状	8、H4(ベーシック)、H14	3
	C 呼吸器症状	8、14	2
	D 皮膚症状	8	1
	E リンパ浮腫	8	1
	F 精神症状	8	1
	G 口腔ケア	8	1
	H スピリチュアルケア	6	1
	I 全身倦怠感		
	J 代替療法(マッサージ等)		
	K 急変対応	14、H4(アドバンス)	2
	8. 臨死期のケア・看取り	A 死に逝くプロセスの支援	6、8、H4(ベーシック)、H8、H12、H13、H14、H15、H16
B 死亡確認		H8、H12、H13、H15、H16	5
C 死後のケア		H8、H12、H13、H14、H15、H16	6
9. 家族・遺族ケア	A 家族の心理プロセス	6、16、H8、H12、H13、H14、H15、H16	8
	B 終末期・看取りの準備教育	6(葬儀方法含む)、16、H8、H12、H13、H14、H15、H16	8

	C 臨死期の家族ケア	6(子供を亡くした時)、25、30、H8、H12、H13、H15、H16	8
10. 制度・社会資源の活用	A 疼痛緩和のための医療供給体制	H4(ベーシック)	1
	B インフォーマルサポートとの連携		
11. チームケア	A チーム運営の実際	H4(ベーシック)	1
	B 施設・地域・医療者間の連携		
12. コミュニケーション	A コミュニケーション	30、H4、H6、H8、H15	5
	B 他職種とのコミュニケーション		
	C 悪い知らせを教える	H16	1
13. 看護師の役割	A リーダーシップ	16	1
	B 訪問看護師が行う医療行為		
	C 必要な実践力		
	D 日常生活を支えるための看護	17、29	2
14. スタッフケア	A メンバーのサポート		
	B 心理的ケア		
15. 倫理的問題と対応	A インフォームドコンセント、告知		
	B 自己決定・インフォームドチョイス		
	C 緩和ケアにおける倫理的問題	8、30(内容詳細不明)	2
	D セデーションに関すること		
16. 教育プログラムのスタイル	A 講義	16、24、H8、H12、H13、H14	6
	B グループワーク	16、H8、H13、H14	4
	C 事例検討	20、H14	2
	D ビデオ視聴		
	E 実習		
	F その他	16、H12(オンライン)	2

H:ハンドサーチ

**厚労科研「在宅緩和ケアにおける実践能力習得のための教育
プログラムの開発と教育」**

実習要項



平成24年度厚労科研 堀田班 分担研究班

緩和ケア訪問看護ステーション連絡会

．実習目的

末期がん患者とその家族を全人的に理解し、チームで質の高い在宅緩和ケアを提供することができるよう、実践能力を高める。

．実習目標

- 1．末期がん患者のトータルペインをアセスメントし、患者の居宅において緩和ケアを提供することができる。
- 2．家族に必要なケアを理解し、必要な家族支援を提供できる。
- 3．末期がん患者・家族に必要なサービスを調整すると共に、チームをマネジメントし、在宅緩和ケアのチームの一員としてサービスを提供できる。
- 4．在宅緩和ケアへの移行期にある末期がん患者およびその家族への支援を通じて、病院との連携、退院支援のあり方について考えることができる。
- 5．自己が持つ価値観に気づき、末期がん患者とその家族の価値観を尊重したケアができる。

．実習日程

1．実習

日時：平成 25 年 2 月 18 日（月）～22 日（金）の 5 日間
9 時～ 17 時（予定）

* 実習時間はあくまでも予定です。詳細は各施設の担当者にご確認ください。

場所： 北海道：ホームケアクリニック札幌
東 京：ケアタウン小平訪問看護ステーション
東 京：訪問看護パリアン
静 岡：坂の上ファミリークリニック
奈 良：ホームホスピスひばりクリニック
愛 媛：ベテル訪問看護ステーション

服装：訪問看護にふさわしい服装

（例：実習担当者にご相談ください ジーパンはご遠慮ください。）

持ち物：ステートなど

．実習方法

- 1．末期がん患者を 1 名以上受け持ち、基本情報、訪問看護記録、週間サービス経過表を作成し、事例に即した訪問看護を提供する。また、受け持ち以外の患者にもチームの一員として積極的に関わる。
- 2．実習施設での勉強会、カンファレンスに積極的に参加する。

3. 患者宅への移動手段は、担当の看護師に確認する。自転車、車、バスや電車などがある。バスや電車等移動に必要な運賃は、各自負担とする。
4. 昼食は、訪問予定をみながら実習担当者と相談して調整する。各自負担とする。

．実習記録

所定の記録用紙を用い、記録を行う。

1. 基本情報（様式1）
2. 訪問看護記録（様式2）
3. 振り返りシート（様式3 様式4）
4. 週間サービス計画表（様式5）

．振り返り

1. 振り返り

受講生は、実習を通じて気づいた自己課題、強みを振り返り、今後、自施設においてどのような学習や経験を積んでいくべきかなどを明らかにする。

2. 修了書の発行

講義・実習双方を修了した受講生に修了書を発行する。（全日程）

．実習にあたっての留意点

1. 訪問している患者、家族に迷惑をかけないように、また、訪問看護ステーションの日常業務を妨げないようにご注意ください。
2. 特に患者宅においては、訪問の基本的マナーを忘れないようにしてください。
3. 実習施設、患者宅で知りえた個人情報などについては、看護師として守秘してください。（SNS、ブログなどにおいて、決して実習状況などを記載してはならない）
4. やむを得ず実習を休む場合には、速やかに実習担当者に電話連絡をしてください。

．事前準備

1. 実習目標の明確化

- ・ 日々の実践の目標を立案して、訪問看護を提供すること。
- ・ 在宅緩和ケアにおける自己の課題を明らかにしておくこと。

2. 事前学習

参考図書を活用し、以下の項目を中心に事前学習を行う。

- ・ ホスピス緩和ケアの歴史
- ・ 訪問看護の基礎知識
- ・ 医療/介護保険制度
- ・ チームケア

・その他

本実習は、厚生労働省科学研究費による助成を得て行っている研究の一部です。お手数ですが、講義前、講義終了後、実習終了後に簡単なアンケートを行いたいと考えています。アンケート内容は統計的に処理し、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

【参考図書】

林直子：痛みのアセスメントツール、EBNURSING、156-165、中山書店、2005。

平原佐斗司、茅野義和：チャレンジ！在宅緩和ケア、南山堂、2009。

「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会：ホスピス緩和ケア白書、日本ホスピス緩和ケア研究振興財団、2012。

角田直枝編集：最新 訪問看護研修テキスト ステップ2 緩和ケア、日本看護協会出版会、2005。

川越博美：在宅ターミナルケアのすすめ、日本看護協会出版会、2002。

川越博美・佐藤美穂子・山崎麻耶編集：最新 訪問看護研修テキスト ステップ1、日本看護協会出版会、2005。

川越博美・水田哲明：「在宅ホスピスケアの基準」についての解説．臨床看護, 24(7):

川越厚編：家庭で看取る癌患者-在宅ホスピス入門- メヂカルフレンド社 1991

川越厚：在宅ホスピスケアを始める人のために、医学書院、1996．1125-1129, 1998.

ターミナルケア編集委員会編集：ナースのためのホスピス緩和ケア入門 援助の支店と実際、三輪書店、2002。

厚生労働省：「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」について
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html>

OPTIM：ステップ緩和ケアムービー <http://gankanwa.jp/tools/pro/index3.html#F-4>

恒藤暁：最新緩和医療学、最新医学社、1999。

梅田恵・射場典子編集：看護学テキスト NiCE、南江堂、2011。

全国訪問看護事業協会監修：早期退院連携ガイドラインの活用、日本看護協会出版会、2006。

資料 4. 実習の手引き

実習指導の手引き（実習施設用）

1. 実習時間

- ・各施設のスタッフの勤務時間内を実習時間としてください（たとえば9時～18時）
（24時間ケアの担当で緊急訪問をする場合はこの限りではありません）
- ・チームカンファレンスや実習の振り返りはできるだけ実習時間内に行ってください。
（時間外に行われる施設内の勉強会や地域の行事などに参加するときはこの限りではありません。）
- ・5日間の実習を理由なく欠席した場合は、修了書は出せません。

2. 実習内容

【受け持ち患者と経験項目】

- ・最低1名のがん患者を受け持ち、基本情報・訪問看護記録・振り返りシート・週間サービス計画表を作成し、指導者はそれを確認し指導をしてください。
- ・同行訪問・医師との同行訪問を交えながら実習をすすめてください。受け持ち患者については、実習生が主体的に看護できるよう、実習生の看護を見守りながら指導をお願いします。
- ・受け持ち以外でも構いませんが、看取りのケア（死後のケアを含む）は経験できるようご配慮をお願いします。（医師の死亡確認と看護師の死後のケアの関係）
- ・疼痛コントロールについては裁量権をもって自分で考えられるよう指導をお願いします（オピオイド投与・麻薬の処方と管理・できれば持続皮下注射・医師への報告など）

【日々の実習の振り返り】

- ・1日の実習の終わりには、短時間でもよいので振り返りの時間をもち、明日の訪問につなぐことができるようにしてください。

【医師とのチームケア】

- ・チームカンファレンスで受け持ち患者のことについて発言できるよう指導してください
- ・医師とのチームの組み方がこのプログラムでのキーポイントとなりますので、どのように医師とチームを組むか実習の中に盛り込んでください（事前約束のようなもので医師とチームを組んで裁量権をもって看護する・相談、報告の方法など）

【多職種とのチームケア】

- ・退院する患者の病院との連携についてそれぞれの施設の方法を指導してください。
- ・相談外来がある施設は、相談外来を見学できるようお願いします。
- ・退院前訪問があれば同行できるようお願いします
- ・介護保険サービス、とくにケアマネジャーとの連携について、実際に受け持ち患者をとおして経験できるよう指導してください。

【倫理的配慮】

- ・ 患者さん家族の権利を守るとは具体的にはどういうことか、実践を通じて考えることができるよう機会を作ってください。

【地域との連携】

- ・ 地域向けの講演やカンファレンス、勉強会などがあれば、参加できるように調整をお願いします。

3 記録物

【実習に関する記録物】

- 基本情報(様式 1)
- 訪問看護記録(様式 2)
- 振り返りシート(様式 3 様式 4)
- 週間サービス計画表 (様式 5)

【研究に関する記録】

- アンケート(知識・態度・困難感測定の尺度と本プログラムの感想)
- 振り返りシート
- 実習記録

4 実習中で身につけてほしい内容

今回のインタビュー調査から、在宅緩和ケアの訪問看護師の実践力を身につけるための教育項目として、下記のものがあがりました。

- 「在宅緩和ケアの理念」「がんに関する知識と症状緩和の理解」
- 「患者、家族の状況に応じたケアマネジメント」「説明する力」「対象理解とアセスメント」「予測的なケア」「生活をもみる視点と支援方法」「家族ケア」
- 「円滑なコミュニケーション」
- 「24時間ケア」「看取りができる地域づくり」「病院との連携」
- 「チームづくり」「医師とのチームケア」
- 「訪問看護の特徴の理解」「訪問時のマナーと一般常識」「訪問看護師のスタンディングポジション」
- 「訪問看護師としての役割認識」
- 「意思決定の支援」「生き方、価値観の尊重」「死生観を深めること」「自分自身を知る」「柔軟な思考と対処」「謙虚な姿勢」です。

講義で身につけられる知識もありますが、実際の現場で、末期がん患者家族のケアを通じてしか学べない項目もあります。上記の項目を踏まえ、下記に教えていただきたい内容をあげました。

先を予測し、できるケアを考えること

末期がん患者・家族のアセスメントの視点、末期がん患者の病状を予測的にアセスメントし、できるケアを考えることを指導してください。例) 家族の介護負担や家族関係を予測し家族調整をする。内服困難になった時のオピオイドローテーションの時期を見通す。経口摂取困難になった時の対応

家族ケア

家族を一つの単位でみること、家族もケアを受ける対象であるが、ケアの担い手であることを伝えてください。アセスメントをする際に、家族の視点でみられているか指導してください。

マネジメント、調整

患者、家族の状況に合わせたケアを考え調整すること、ケア提供者のケア内容と評価、サービスの調整の実際を指導してください。

訪問看護の特徴

訪問する際のマナー（態度。言葉遣い等）など、実際の訪問を通じて、指導してください。プロの訪問看護師として家族に入りこむときのスタンディングポジションを伝えてください。

24 時間ケア

末期がん患者は、病状が変化しやすく、それに伴い慌てる家族もいます。だから、患者家族が、いつでも相談できること、対応してくれる 24 時間対応システムは必須です。末期がん患者をケアする上で、24 時間ケアの必要性と実際を伝えてください。

倫理的なこと

本人、家族の生き方を支えることはどういうことか。訪問看護師として意思決定にどのように関わっているか、緩和ケアの倫理的ジレンマなどを私見を伝えてください。

看取りができる地域づくり

超高齢化に伴う多死時代を迎えるにあたり、緩和ケアを実践するだけでなく、看取れる地域を創っていくことが重要です。特に、PCNS メンバーが所属する施設は取り組まれていることと思います。勉強会や講演会など参加できる機会があればお願いします。機会がなければ、貴施設が考える地域づくりをお話ください。