

専門的緩和ケアを担う看護師に求められる
コアコンピテンシーとその教育プログラム

2015

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

新 幡 智 子

筑波大学

博士（看護科学）学位論文

目 次

第1章 序論

I. 研究の背景	1
II. 研究目的	2
III. 研究の意義	3
IV. 用語の操作的定義	3
V. 研究の枠組み	4

第2章 文献検討

I. 緩和ケアについて	
A. 緩和ケアの定義	6
B. 緩和ケアの分類	7
C. わが国における緩和ケアの流れ	8
D. がん対策推進基本計画における取り組み	9
II. 緩和ケアに関する看護師教育について	
A. 緩和ケアに関する看護師教育の現状と課題	9
B. 看護師に対する緩和ケアの教育の有効性について	12
III. 専門的緩和ケアに関するコアコンピテンシーについて	
A. コアコンピテンシーについて	16
B. 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー	18
IV. 専門的緩和ケアに関する看護師教育について	
A. 専門的緩和ケアに関する看護師教育の現状と課題	21
B. 専門的緩和ケアに関する教育プログラムの教育方法について	23
C. 専門的緩和ケアに関する教育プログラムの評価指標について	26

第3章 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー（研究1）

I. 研究目的	29
II. 研究方法	
A. 研究デザイン	29
B. 研究対象	29

C. 調査期間	30
D. 調査内容	30
E. 調査の手順と方法	31
F. 分析方法	35
G. 倫理的配慮	35
III. 結果	
A. 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーのドラフト案の作成	36
B. 対象者（パネルメンバー）の背景	38
C. 1回目調査（デルファイラウンド）結果	38
D. パネルミーティング	38
E. 2回目調査（デルファイラウンド）結果	43
IV. 考察	
A. デルファイ変法の使用	44
B. 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー	44
C. 本研究における限界と今後の課題	47
V. 結論	48
第4章 専門的緩和ケアに関する看護師教育プログラム（研究2）	
I. はじめに	
A. 専門的緩和ケアに関する看護師教育プログラムの教育方法について	50
B. 専門的緩和ケアに関する看護師教育プログラムの評価の視点について	52
II. 研究目的	54
III. 研究方法	
A. 研究デザイン	55
B. 研究対象	55
C. 調査期間	56
D. 教育プログラムの作成	56
E. 調査内容	62
F. 調査の手順と方法	64
G. 分析方法	66
H. 倫理的配慮	67

IV. 結 果	
A. 対象者の背景	68
B. 教育プログラムの実施可能性	70
C. 教育プログラムの有効性	73
V. 考 察	
A. 教育プログラムの実施可能性	76
B. 教育プログラムの有効性	79
C. 教育プログラムの普及に向けた示唆	81
D. 本研究における限界と今後の課題	82
VI. 結 論	83
引用文献	85
参考文献	98
謝辞	99

図 目次

図 1: 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーと教育プログラムのつながり	1'
図 2: 受講者決定から調査までの流れ	2'

表 目次

表 1: 対象者（パネルメンバー）の背景	3'
表 2: 1 回目調査（デルファイラウンド）結果	5'
表 3: 2 回目調査（デルファイラウンド）結果	13'
表 4: 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー（最終）	21'
表 5: 教育プログラムの評価に関する調査項目	22'
表 6: 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの認識に関する調査項目	23'
表 7: S-H 式レジリエンス検査の構成因子別の設問内容（パート 1）	24'
表 8: 対象者の背景（研究 2）	25'
表 9: 教育プログラムの評価に関する各設問における回答分布と平均値（受講後）	27'
表 10: 教育プログラムの評価（自由記載・受講者）	28'
表 11: 教育プログラムの評価（ファシリテーター）	30'
表 12: 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの認識に関する各設問における回答分布	32'

表 13 : 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの認識に関する各設問における母平均の差の検定	33'
表 14 : レジリエンスの各設問における回答分布	34'
表 15 : レジリエンスの各設問における母平均の差の検定	37'
表 16 : レジリエンスの段階別における受講前後の比較	39'
表 17 : 現在の内心と行動の得点によるレジリエンスの段階別における受講前後の比較 ·	40'
表 18 : コアコンピテンシーの認識に関する各設問 (受講後) とレジリエンスの得点 (受講後) との関連	41'
表 19 : コアコンピテンシーの認識に関する各設問 (受講後) とプログラムの評価の各設問との関連	42'
表 20 : コアコンピテンシーの認識に関する各設問 (受講後) と年齢・臨床経験年数との関連	43'
表 21 : コアコンピテンシーの認識に関する各設問 (受講後) と緩和ケアの教育を受けた経験との関連	44'
表 22 : コアコンピテンシーの認識に関する各設問 (受講後) と専門的緩和ケアの臨床経験年数との関連	45'
表 23 : コアコンピテンシーの認識に関する各設問 (受講後) と所属施設との関連	46'
表 24 : コアコンピテンシーの認識に関する各設問 (受講後) と専門的緩和ケアの所属部署との関連	47'
表 25 : コアコンピテンシーの認識に関する各設問 (受講後) と臨死期の患者のケア経験との関連	48'
表 26 : コアコンピテンシーの認識に関する各設問 (受講後) と最終学歴との関連	49'

資料 目次

資料 1 : 1 回目調査 (デルファイラウンド) 用調査票

資料 2 : 研究説明書 (研究 1)

資料 3 : 研究対象候補者紹介依頼書 (研究 1)

資料 4 : 住所録リスト (研究 1)

資料 5 : 研究協力依頼書 (研究 1)

資料 6 : 同意書 (研究 1)

資料 7 : 同意撤回書 (研究 1)

資料 8 : 研究協力依頼書・医師用 (研究 1)

資料 9 : 2 回目調査 (デルファイラウンド) 用調査票

資料 10 : 自己学習用資料 (学習内容・学習課題ワークシート)

資料 11 : ファシリテーター用マニュアル

資料 12 : レビューフォーマット (研究 2)

資料 13 : 受講前調査票 (研究 2)

資料 14 : S-H 式レジリエンス検査

資料 15 : 受講後調査票 (研究 2)

資料 16 : インタビューガイド (研究 2)

資料 17 : 広報協力依頼書 (研究 2)

資料 18 : 参加募集案内 (研究 2)

資料 19 : 研究説明書 (研究 2)

資料 20 : 対象者リスト (研究 2)

資料 21 : 同意書 (研究 2)

資料 22 : 同意撤回書 (研究 2)

資料 23 : 研究説明書・ファシリテーター用 (研究 2)

第1章 序 論

I. 研究の背景

緩和ケアとは、2002年に世界保健機関（WHO）により「生命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者と家族のクオリティ・オブ・ライフ（QOL）を改善する方策で、痛み、その他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな諸問題を早期に同定し、適切な評価と治療によって苦痛の予防と緩和を行うことで、QOLを改善するアプローチ」（Sepulveda et al., 2002; World Health Organization, 2002）と定義されている。現在は世界的にこの定義が広く浸透しており、終末期だけでなく、早期からの緩和ケアの必要性が主張されている。緩和ケアは、国やその国の医療システムによって少しずつ異なるが、「基本的緩和ケア」と「専門的緩和ケア」に大きく分類され、日本では、厚生労働省のがん対策推進協議会において（厚生労働省がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会, 2011）、基本的緩和ケアとは「患者の声に傾聴し、共感する姿勢、信頼関係の構築のためのコミュニケーション技術（対話法）、多職種間の連携の認識と実践のもと、患者の苦痛の緩和をはかること」と示されている。また、専門的緩和ケアについては、「基本的緩和ケアの技術や知識などに加え、多職種でチーム医療を行う適切なリーダーシップをもち、緩和困難な症状への対処や多職種の医療者に対する教育などを実践し、地域の病院や他の医療機関等のコンサルテーションに対応できること」とし、ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和医療において実践されるケアと捉えられている。

わが国では、2006年にがん対策基本法が施行され、わが国のがん対策の指針としてがん対策推進基本計画が示され、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が重点的に取り組むべき課題として掲げられている（厚生労働省, 2007; 厚生労働省, 2012）。そして、緩和ケアを診断、治療、在宅医療において切れ目なく実施する必要性やホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアにおける連携の強化が求められている。同時に、緩和ケアに関する医療者教育の充実の必要性も示されており、それをうけ、まず医師を対象とした研修会の開催を中心に基本的緩和ケアの教育の普及が取り組まれてきた。その後、2012年に新たながん対策基本推進計画が発表され、医師だけでなく、「がんに関わるすべての医療従事者の基本的緩和ケアに関する知識・技術の習得」（厚生労働省, 2012）が目標の1つとして掲げられ、看護師に対する基本的緩和ケアの教育の充実に向けた取り組みが開始されている。しかし、緩和ケアを切れ目なく実施できるよう専門的緩和ケアを提供す

る場との連携を強化し、緩和ケアの質を向上させるためには、基本的緩和ケアに関する教育だけでなく、専門的緩和ケアを担う看護師に対する教育の充実も欠かすことはできない。実際、専門的緩和ケアを担う看護師は、基本的緩和ケアでは対応が難しい苦痛・苦悩をもつ患者・家族への対応やより複雑なケースに対応することが多く、困難な状況や葛藤に遭遇しても柔軟に対応し、苦や死に向き合って生きる患者・家族に寄り添って最期まで支えていくことが求められる。そのため、単に専門的緩和ケアに関する知識を習得するだけでなく、専門的緩和ケアの実践に必要なコンピテンシーや態度・姿勢を身につけ、質の高いケアを提供できるようエンパワメントしていく必要がある。しかし、このような状況にある専門的緩和ケアを担う看護師に対する教育に関しては、専門的な教育を受ける機会が十分ないこと(橋爪 他, 2011)、教育経験があっても提供する緩和ケアに対する自信が低いこと(宮下 他, 2008)等の課題が挙げられている。また、教育的な介入を考えるうえで、まずその介入によって学習者はどのようなコンピテンシーを獲得できるかを詳細にしておくべきである (Epstein & Hundert, 2002) とされているが、現在わが国において専門的緩和ケアを担う看護師に求めるコンピテンシーについては明確になっていない。以上のような教育上の課題がある中で、専門的緩和ケアに関する看護師教育の質を向上し、普及していくためには、まずはわが国の医療システムや文化に応じた専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーについて、医療の場においてもガイドライン作成など専門家の意見を集約し合意形成をはかっていく方法として広く用いられているデルファイ変法を用い、専門家のコンセンサスが得られるものを明確にしておく必要がある。そして、苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支えることができるように、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの向上につながる教育プログラムを開発・普及し、ケアの質の向上をはかっていく必要があると考える。

II. 研究目的

本研究では、まずわが国の緩和ケアの医療システムや文化に応じた専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーについて明らかにし (研究 1)、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの向上につながる「専門的緩和ケアを担う看護師に対する教育プログラム」を作成し、その実施可能性と有効性について検討し、普及に向けた示唆を得る (研究 2) ことを目的とする。

III. 研究の意義

専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーについて明確化することにより、専門的緩和ケアを担う看護師に対する継続教育の目標や習得すべき能力を明確にすることができ、教育の標準化の一助とすることができる。また、それにより、教育の評価指標の視点を提示することにつながると考える。そして、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの向上につながる教育プログラムを作成するうえで、教育の目標や内容を検討するうえでの重要な資料となり、有効な教育プログラムの開発の一助となると考える。また、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの向上につながる教育プログラムを作成し、その実施可能性や有効性について検討することによって、より現場の看護師が求めている教育に対するニーズに即した評価が得られるとともに、今後教育プログラムの普及を検討していくうえで、より効果的な普及の方策に対する示唆が得られ、専門的緩和ケアに関する教育の教育内容や教育方法の標準化を図っていく一助となり、専門的緩和ケアを担う看護師のケアの質の向上につながることを期待できると考える。

IV. 用語の操作的定義

A. 緩和ケア

生命を脅かす疾患に直面している患者・家族の痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を予防・評価・対応することによって、QOLを向上させるアプローチを指す。本研究では、対象疾患としてがんに焦点を当てる。

B. 基本的緩和ケア

がんに関わるすべての医療者が身につけるべきケアで、一般病棟・外来・在宅で提供され、基本的な対処によって患者の苦痛の緩和をはかるケアを指す。

C. 専門的緩和ケア

ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアで緩和ケアを実践する医療者によって提供され、基本的緩和ケアの知識や技術を踏まえ、多職種によるチームにおいて適切なリーダーシップを発揮して苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支え、緩和困難な症状や状況に対処すること、また、基本的緩和ケアの担い手への

コンサルテーションと教育に対応することを指す。

D. 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー

専門的緩和ケアを実践するうえで看護師が身につけるべき必須能力で、知識・技術・態度の要素を統合したものとして表され、実際に実行可能なものとする。この必須能力は、ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアの場で共通に求められるものとする。

E. 専門的緩和ケアを担う看護師

本研究では‘基本的緩和ケアに関する教育プログラムを修了し、専門的緩和ケアを提供する場（ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケア）での臨床経験が2年間以上あり、所属先でリーダーシップやチーム調整の役割を期待される看護師’を対象として検討する。

V. 研究の枠組み

研究1では、専門的緩和ケアを担う看護師が、苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支えていくうえで求められるコアコンピテンシーのドラフト案について検討するにあたり、本研究では A national professional development framework for palliative care nursing in Aotearoa New Zealand (The Palliative Care and Cancer Nursing Education Group, 2008) で用いられている緩和ケアに関するコアコンピテンシーの領域を参考に研究の枠組みを検討した。この枠組みでは、緩和ケアに関するコアコンピテンシーは4つの領域から構成され、「専門職の責任」、「ケアのマネジメント」、「対人関係」、「他職種間のケアと質の改善」が含まれる。これらの視点は、わが国における専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーを考えるうえで参考になると考え、これらの領域を参考に最初のドラフト案を作成することとした。

また、研究2では、専門的緩和ケアを担う看護師が苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支えていくことができるように、研究1で明らかとなったコアコンピテンシーの向上につながるような教育プログラムを検討するうえで、まず Bevis の専門職教育としての看護教育に関する考え方 (Bevis, 1989) を参考にすることとした。専門職教育の学習において学習者を成熟させるには、単に項目や技術を教えるといった訓練型

学習ではなく、学習者の自主性を尊重した教育的学習がより有効であるとされる。教育的学習は、理論と実践とを結びつけたり、ものごとの意味を追究し見出したりすることができる。そのため、苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支えることができるように、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーを向上させるためには、一方向による講義形式で専門的緩和ケアに関する知識を教授するのではなく、教育的学習を土台とし、専門的緩和ケアに関する知識を深め、対話やリフレクションを取り入れ、共に考え、探究することができるような教育プログラムが必要であると考えた。そして、教育プログラムとしての実施可能性を検討するとともに、教育プログラムがコアコンピテンシーの向上につながるかどうかを検討するうえで、主観的な評価としてコアコンピテンシーに対する受講者の認識を評価することとした。また、客観的な評価としてコンピテンシーを包含する概念として考えられる「レジリエンス」を含めて考えることとした。レジリエンスは誰もが備えているものであり(Grontberg, 2003)、「逆境や障害に直面してもそれを糧としてコンピテンシーを高め、成長・成熟する能力や心理的特性」(Werner, 1993)とされ、個人のコンピテンシーは、レジリエンスを構成する要素の1つとして考えられている(Wagnild & Young, 1993; Friberg et al., 2003; Gillespie et al., 2007)。そのため、教育プログラムによりコアコンピテンシーが向上すれば、コンピテンシーとともにレジリエンス自体も向上する可能性も考えられ、評価の1つに含めて検討することとした。

第2章 文献検討

I. 緩和ケアについて

A. 緩和ケアの定義

「緩和ケア」という言葉は、1970年代にカナダで初めて使われ、その後、1989年にがん患者を痛みから解放することを目的として、世界保健機関（WHO）が初めて緩和ケアの定義を明らかにした。この定義では、緩和ケアは、「治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対するケア」で、その目標は、「患者とその家族にとってできる限り可能な最高のクオリティ・オブ・ライフ（QOL）を実現すること」とされていた（World Health Organization, 1990）。その後、2002年に治療していく過程における緩和ケアの必要性が高まり、先に述べたように、緩和ケアとは、「生命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者と家族の QOL を改善する方策で、痛み、その他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな諸問題を早期に同定し、適切な評価と治療によって苦痛の予防と緩和を行うことで、クオリティ・オブ・ライフ（QOL）を改善するアプローチ」（Sepulveda et al., 2002; World Health Organization, 2002）と改訂され、終末期に限らず早期から提供されるべきケアと明確にされ、現在広く普及している。そして、緩和ケアの要件として、①痛みやその他の苦痛な症状を和らげる、②生命を尊重し、死を自然の過程と認める、③死を早めたり、引き伸ばすことを意図しない、④患者ケアにおける心理的側面とスピリチュアルな側面を統合する、⑤患者が最期まで人生をいきいきとできるだけ活動的に生きることを支える、⑥家族に対し患者の闘病中や死別後の生活に適応できるように支える、⑦チームアプローチを用いて患者と家族のニーズに対処し、必要であれば死別後のカウンセリングを行う、⑧QOLを高めて、病いの過程によい影響を与える、⑨化学療法や放射線療法などの他の延命を意図する治療と併存しながら、疾病の初期から適用可能であり、必要ならそれらの治療に伴う副作用の緩和を行うことが示されており（Sepulveda et al., 2002; World Health Organization, 2002）、死によって緩和ケアが終わるのではなく、死別後のケアも含めて広く捉えられている。

B. 緩和ケアの分類

緩和ケアの分類については、国の医療システム等によって違いが見られ、世界的に共通したものは見られていないが、大きく「基本的緩和ケア」と「専門的緩和ケア」に分類される。わが国では、2011年にがん対策推進基本計画の推進に向け設置された緩和ケア推進協議会において、「基本的緩和ケア」と「専門的緩和ケア」に分類し、それぞれ以下のように説明している(厚生労働省 がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会, 2011)。まず、基本的緩和ケアとは、「患者の声を聴き共感する姿勢、信頼関係の構築のためのコミュニケーション技術(対話法)、多職種間の連携の認識と実践のもと、がん性疼痛をはじめとする諸症状の基本的な対処によって患者の苦痛の緩和をはかること」とし、がん医療に携わるすべての医療者が身につけるべきであるとされる。また、専門的緩和ケアについては、「基本的緩和ケアの技術や知識などに加え、多職種でチーム医療を行う適切なリーダーシップを持ち、緩和困難な症状への対処や多職種の医療者に対する教育などを実践し、地域の病院やそのほかの医療機関等のコンサルテーションにも対応できること」としている。

WHOは緩和ケアを3つのレベルに分けて説明している(World Health Organization, 2007)。1つ目は、一次緩和ケアで、在宅ケアに従事する看護師が緩和ケアの基本的トレーニングを受けたうえで、家族や地域住民を支援して提供する基本的緩和ケアである。2つ目は、二次緩和ケアで、基本的トレーニングに加え、さらに専門的トレーニングを受けた地域緩和ケアチーム(医師・看護師・ソーシャルワーカー・薬剤師等)が複雑なケースなどを支援する。3つ目は、三次緩和ケアで、基本的なトレーニングに加え、さらに緩和医療専門医、専門看護師や認定看護師などの教育、調査、研究を示している。この分類は、わが国の体制とは異なるが、一次緩和ケアに該当するものが先ほどの分類で示した基本的緩和ケアであり、基本的緩和ケアのトレーニングをベースとして、レベルが上がるごとに専門性が高まることを示している。

ヨーロッパ緩和ケア学会は、緩和ケアの考え方として、緩和ケアサービスの段階システムについて、「緩和ケアチームアプローチ」「基本的緩和ケアへの専門的なサポート」「専門的緩和ケア」の3つに分類している(European Association for Palliative Care, 2010)。緩和ケアチームアプローチとは、急性期には病院で、慢性期ではナーシングホームや居住型ホームで、在宅では、一般医や地域の看護師によって提供される基本的な緩和ケアで、一般病棟や在宅などで提供されるケアを指している。基本的緩

和ケアへの専門的なサポートは、緩和ケアチームが担っており、専門的緩和ケアは、ホスピスや在宅緩和ケアが担い、他の治療では対処できない複雑な問題を抱える患者に対する専門的なケアで、より専門的な知識をもち、適切な訓練を積んだ医師、看護師、ソーシャルワーカー、チャプレン、その他の専門家を含めた多職種によるチームアプローチを必要とするとされている(European Association for Palliative Care, 2009)。

このような考え方から、基本的緩和ケアは、一般病棟などでがんに携わるすべての医療者によって提供される緩和ケアであり、専門的緩和ケアは、一般病院など基本的な緩和ケアでは対応困難な苦痛など複雑な問題を取り扱い、ホスピス・緩和ケア病棟や緩和ケアチーム、在宅緩和ケアで提供され、基本的緩和ケアの担い手に対するコンサルテーションが含まれており、基本的緩和ケアとは区別されている。

C. わが国における緩和ケアの流れ

わが国では、1970年代にホスピスが紹介され、その必要性が叫ばれるようになり、1981年にわが国最初の独立型ホスピスとして聖隷三方原病院（浜松市）が開設され、1984年に院内病棟型ホスピスとして淀川キリスト教病院（大阪市）が開設された(田村, 2011)。その後、1990年に「緩和ケア病棟入院料」が診療報酬として設定され、がんとエイズといった特定の疾患の終末期医療に限定されたものの、緩和ケアが医療保険制度として認められるようになった。さらに、2002年に一般病床の入院患者に対して「緩和ケア診療加算」が認められるようになり、2006年には緩和ケアチームの設置ががん診療連携拠点病院の指定要件となり、緩和ケアチームの設置が促進された。2013年2月現在、緩和ケア病棟入院料届出受理施設は274施設、病床数は5,475床となっており、年々増加している(日本ホスピス緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会, 2013a)。また、緩和ケア診療加算届出受理施設も同様に年々増加し、2013年2月現在194施設となっている(日本ホスピス緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会, 2013b)。在宅緩和ケアについては、明確な定義はなく、緩和ケア病棟や緩和ケアチームのように施設数や実態の把握は難しい状況であるが、在宅療養支援診療所数は2011年現在12,830件で、そのうち在宅看取り数が1名以上あった診療所は、6,353件(49.5%)と報告されている(宮下, 2013)。

D. がん対策推進基本計画における取り組み

緩和ケアは特定の疾患に限定したケアではないが、世界的にがんを中心に提供されてきた背景がある。わが国においても、がんは1981年から現在まで死因の第1位を占めており(公益財団法人がん研究進行財団, 2012)、緩和ケアはがんを中心に考えられてきた。2006年にがん対策基本法が成立し、がん対策の基本理念として、①がんに関する研究の推進と成果の普及、活用、②がん医療の均てん化の促進、③がん患者の意向を十分尊重したがん医療提供体制の整備の3つが掲げられた。そして、がん対策基本法に基づいて、2007年にがん対策推進基本計画(5年間)が策定され、重点課題として「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が掲げられ(厚生労働省, 2007)、積極的治療と平行して全人的な緩和ケアを実施する必要性、疾患の状態や療養場所が変化しても切れ目のなく緩和ケアを実施する必要性、全人的な緩和ケアをどのような場所でも提供できる体制の整備の必要性が挙げられ、それにそった取り組みが進められてきた。そして、2012年に見直しが行われ、新たにがん対策推進基本計画(5年間)が定められた。その中でも、重点的に取り組むべき課題の1つとして、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が掲げられ、すべてのがん患者およびその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持・向上が目標の1つとされた(厚生労働省, 2012)。そして、がんと診断されたときから患者とその家族が、精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアを受けられるようにする必要性、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制や緩和ケアチームなどの提供体制の整備と質の向上の必要性、がん患者が地域で療養や生活を選択できるよう在宅医療・介護の提供体制の充実を図る必要性が挙げられ、現在それにそってさまざまな取り組みが進められている最中である。具体的には、一般市民への緩和ケアに関する正しい理解の普及(内布, 2009)、医療者に対する基本的緩和ケアの教育の充実・普及などの取り組みが進められている。

II. 緩和ケアに関する看護師教育について

A. 緩和ケアに関する看護師教育の現状と課題

わが国における緩和ケアに関する看護師の教育は、卒前教育と卒後の継続教育とに分類されるが、どちらもまだ充実しているとは言い難い。卒前教育においては、各教育機関の教員がそれぞれのカリキュラムの中で工夫しながら授業を展開されている状

況であり(射場, 2006)、看護基礎教育において緩和ケアについて非独立科目の施設がいまだ多く、緩和ケアの専門でない教員が教授している等さまざまな課題もあり、十分とは言い難い状況であると報告されている(清水, 2010)。また、継続教育においては、全国の都道府県看護協会の多くで実施されるようになったが、その教育内容や教育時間についてはばらつきが多く、包括的かつ系統的な教育プログラムの必要性が報告されている(高橋 他, 2009)。また、継続教育の不十分さが効果的な緩和ケアの提供のバリアの1つとなっている調査結果も報告されている(Miyashita et al., 2007)。

緩和ケアに関する教育については、2004年に National Consensus Project for Quality Palliative Care: NCP が緩和ケアに関するガイドラインを発表し、8つの領域(‘領域1: ケアの構造とプロセス’ ‘領域2: 身体面に対するケア’ ‘領域3: 心理・精神面に対するケア’ ‘領域4: 社会面に対するケア’ ‘領域5: スピリチュアルな面に対するケア’ ‘領域6: 文化面に対するケア’ ‘領域7: 死が差し迫っている患者のケア’ ‘領域8: 倫理的な面に対するケア’) からなる枠組みを提示している。これらの領域は、質の高い緩和ケアを提供するうえで、教育プログラムの開発やすでに存在しているプログラムの評価の枠組みとして有用とされており(NCP, 2013)、医師を対象とした緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアの国際的な教育プログラムである EPEC(Education for physicians in end of life care)においても、この枠組みと一致したカリキュラム内容となっている(Ferrell, 2005)。

看護師に対する緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアの教育プログラムの中で国際的に広く取り組まれているものとして、ELNEC (End-of-Life Nursing Education Consortium)のプログラムが挙げられる。ELNEC とは、米国のアメリカ看護大学協会 (American Association of Colleges of Nursing: AACN) と City of Hope National Medical Center が設立した共同体で、2000年に緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアを提供する看護師に必須とされる知識を修得するための教育プログラムを開発した。その中の1つである ELNEC-Core Curriculum は、疾患や対象に関わらず、緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアを提供するにあたって必要な基本的知識を教育するためのプログラムで、AACN が作成した「peaceful death」を概念枠組みとして開発された(Ferrell, 2005)。この概念枠組みは、米国の医療倫理の専門家や緩和ケアの専門家が議論して作成されたもので、すべての看護の学部学生が卒業時に達成すべきコンピテンシーとして15のコンピテンシーが示されており(AACN, 1998)、患者が質の

高いケアを受けるうえで看護師に必要とされる基本的なコンピテンシーとして示されている。このカリキュラムは、9のモジュール：学習単位（モジュール1：緩和ケアにおける看護、モジュール2：痛みのマネジメント、モジュール3：症状マネジメント、モジュール4：緩和ケアにおける倫理的問題、モジュール5：エンド・オブ・ライフ・ケアにおける文化的配慮、モジュール6：コミュニケーション、モジュール7：喪失、悲嘆、ビリーブメント、モジュール8：臨死期、モジュール9：質の高い緩和ケアの達成）から構成され、NCPのガイドラインの枠組みとも一致している(Ferrell, 2005)。各モジュールには、指導方法の詳細な説明や補助教材など、さまざまな教育ツールが盛り込まれ、講義、ロールプレイ、ケーススタディなど効果的な教育を促すための教材を提供されることが特徴である。ELNEC 指導者養成プログラムを修了し指導者となった看護師は、これらを使用し、緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアの教育を一般看護師に実施することができる。現在、ELNEC 指導者養成プログラムは世界各地で行われており、2013年6月までに77カ国、16,000人以上の看護師が修了し(ELNEC)、指導者となっている(ELNEC, 2013)。そして、米国内では480,000人の一般看護師に教育が行われている(ELNEC, 2013)。さらにELNECは、ロシア語、スペイン語、日本語、韓国語など多くの言語に翻訳されており、国際的に広く普及している教育プログラムである。

また、米国で普及されている緩和ケアの多職種チームを対象とした緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアに関する教育プログラムとして、DELEtCC (Disseminating end-of-life education to cancer centers) プロジェクトがある。これは10のモジュール（モジュール1：米国における緩和ケア、モジュール2：痛みのマネジメント、モジュール3：緩和ケアサービスの提供、モジュール4：組織における緩和ケアの文化を変える、モジュール5：文化の多様性とエンド・オブ・ライフ・ケア、モジュール6：患者とのコミュニケーション、モジュール7：症状マネジメント、モジュール8：臨死期のケア、モジュール9：喪失、悲嘆、死別、モジュール10：組織的な変化の原則）から構成される3日間のカリキュラムで、パネルセッションやグループワークが含まれ、2002年～2005年の間に42の州の199チームが受講したと報告されている(Grant et al., 2007; Grant, 2009)。

わが国における看護師に対する基本的緩和ケアの教育の主な流れとして、2007年に先ほど示したELNEC-Core Curriculumを日本語に翻訳したELNEC-J (End-of-Life

Nursing Education Consortium Japan) コアカリキュラム指導者用ガイドが開発された。そしてそれに基づき、2009 年度より日本緩和医療学会の事業として ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラムが開始された。しかし、普及を進める中で、問題点として、翻訳したガイドでは、わが国の社会や医療の現状、文化が反映されていない箇所があり、使いづらい部分があることが明らかとなり、より日本の実情や文化に合った緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケア教育を提供するために、2010 年に改訂が行われた。その際、教育の対象は、基本的緩和ケアを担う看護師と位置づけ、日本看護協会のラダー2 レベル相当（日本看護協会, 2003）に該当する看護師を対象に改訂が進められた。この改訂により、‘ELNEC-J コアカリキュラム指導者用ガイド 2011’ が新たに作成され、10 のモジュール（モジュール 1：エンド・オブ・ライフ・ケアにおける看護、モジュール 2：痛みマネジメント、モジュール 3：症状マネジメント、モジュール 4：エンド・オブ・ライフ・ケアにおける倫理的配慮、モジュール 5：エンド・オブ・ライフ・ケアにおける文化への配慮、モジュール 6：コミュニケーション、モジュール 7：喪失・悲嘆・死別、モジュール 8：臨死期のケア、モジュール 9：高齢者のエンド・オブ・ライフ・ケア、モジュール 10：質の高いエンド・オブ・ライフ・ケアの達成）から構成された（平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究）「緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」班, 2011）。そして、2011 年度からは、この改訂されたガイドに基づき、‘ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム’ として、ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラムを修了した ELNEC-J 指導者（2014 年 11 月現在：1,137 名）が（日本緩和医療学会, 2015a）、それぞれの医療機関や地域で看護師の教育を行うようになり、2013 年度は全国の 112 箇所一般看護師 3,651 名を対象に開催された（日本緩和医療学会, 2015b）。がん対策推進基本計画においても、基本的緩和ケアは、がん医療に携わるすべての医療者が習得すべきものとされており、今後も基本的緩和ケアに関する教育は普及していくことが予想される。

B. 看護師に対する緩和ケアの教育の有効性について

緩和ケアに関する教育の評価については、看護師に対する評価、患者に対する評価、緩和ケアチーム・組織に対する評価に大きく分類できるが、多くの研究で看護師に対する評価が行われている。

看護師に対する緩和ケアに関する教育内容と有効性に関するレビューでは、27 文献が取り上げられ、‘コミュニケーションや死・死にゆくことに関する教育’ ‘共感に関する教育’ ‘痛みや症状マネジメントに関する教育’ ‘さまざまなテーマを組み合わせた教育’ の 4 つに分類して検討されている。看護師に対する評価としては、緩和ケアに関する知識に関するもの（例：The Palliative Care Quiz for Nursing）や緩和ケアや死・死にゆく患者のケアに対する態度に関するもの（例：The State Anxiety Inventory, Frommelt Attitude Toward Care of the Dying）が最も多い。患者に対する評価としては、教育を受けた看護師のケアを受けた患者に対して、不安や精神面の評価（例：The Spielberger state anxiety questionnaire, The hospital anxiety and depression scale）、QOL や満足度に関するものに焦点が当てられていた(Addriannsen, et al., 2008)。

コミュニケーションや死・死にゆくことに関する教育の具体的なものとして、Wilkinson らは、がん患者や緩和ケアを必要とする患者に対する看護師のコミュニケーションスキルを向上させるための 3 日間のコミュニケーションスキルコースの有効性を検証するため、上級看護師（チャージナース、専門看護師、チームリーダー）を対象に無作為化比較試験を実施している（介入群：82 名、対照群 85 名）(Wilkinson et al., 2008)。スモールグループによるディスカッションや模擬患者に対するロールプレイなどを行い、評価指標としては、看護師のコミュニケーションスキル得点（The Communication Skills rating Scale coverage score）、看護師のコミュニケーションに関する自信（The communication skills confidence questionnaire）、教育を受けた看護師のケアを受ける患者の不安（State Anxiety Inventory）、患者の精神健康状態（The General Health Questionnaire-12）、患者の満足度（The Patient Satisfaction with Communication Questionnaire）が使用された。その結果、介入 12 週間後では、看護師のコミュニケーションスキルの合計得点は、介入群では 94.3%の対象者で得点が増加し、対照群では 49.4%のみで上昇した。また、介入群の面接を受けた患者の精神健康状態（ $p=0.04$ ）や満足度（ $p=0.02$ ）は対照群と比べ有意に向上したと報告している(Wilkinson et al., 2008)。

Morita らは、生きている意味がないと訴える終末期の患者のケアに焦点を当てた教育的介入の効果を検証するため、40 名の看護師を対象に、無作為化比較試験を行っている。1 回のセッションが 180 分で、合計 8 回のセッションからなるプログラムで、

講義やケーススタディ、ディスカッションを通して基本的なコミュニケーションスキルを教育する内容である。評価指標としては、生きる意味がないと訴える患者のケアに対する態度、終末期患者のケアに対する自信、実践の自己評価、バーンアウト (Maslach Burnout Scale)、看護師自身のスピリチュアルなウェルビーイング (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual) に関する項目が使用された。その結果、対象者の 85%が役に立つプログラムと回答し、終末期患者のケアに対する自信($p<0.001$)、実践($p<0.001$)の自己評価、生きる意味がないと訴える患者のケアに対する態度 ($p=0.028\sim<0.001$)、バーンアウト ($p=0.012$)、スピリチュアルなウェルビーイング ($p<0.001$) において有意な改善が見られたと報告している (Morita et al., 2009)。

さまざまなテーマを組み合わせた教育として、Adriaanssen らは、57名の看護師と50名の准看護師を対象に、それぞれ介入群と対照群に割り振り、教育プログラムの効果を検証している。まず、4日間(1回8時間)にわたり、‘コミュニケーションスキル’‘痛みと症状マネジメント’‘倫理’‘死別’‘補完療法’‘臨死期における倫理的問題’‘看護介入としてのユーモアの活用’について教育を行い、介入群にはさらに日々の緩和ケアについてや実際の臨床で学習した知識や技術を適用することについてのリフレクションに焦点が当てられたセッション(3時間×4回)が行われた。評価指標としては、緩和ケアに関する知識(The Comprehensive variant of the Palliative Care for Nursing Quiz)と緩和ケアに対する自己効力感(The Self-efficacy Instrument for Palliative Care)を使用した。その結果、正看護師では、緩和ケアに関する自己効力感において、准看護師では、緩和ケアに関する知識において、介入群でより改善が見られたと報告している。しかし、脱落率が高く、さらなる検証の必要性が述べられている(Adriaanssen et al., 2005)。

先に示した9のモジュールから構成されるELNECの教育プログラムについては、Kurz らは、50名の看護師を対象に、ELNECの教育プログラムの有効性を検証するため、介入研究を行っている。介入群(26名)、対照群(34名)において、介入前、介入直後、6ヵ月後、12ヵ月後に、死に対する不安、エンド・オブ・ライフ・ケアに関する知識、死に対する態度について評価した結果、介入群において、死に対する不安は6ヵ月後に有意に低下していた($p=0.02$)。しかし、12ヵ月後には元のレベルに戻っていた。知識においては、対照群より、介入群の方が常に高かった。死に対する

態度については、両群において有意差はみられなかった。しかし、本研究は脱落率が高く、サンプルサイズが小さいことなど方法論的な問題もあり、持続性については、さらなる検証の必要性が報告されている(Kurz et al., 2006)

わが国で普及が進められている ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラムは先に述べたように 10 のモジュールから構成され、その評価については、無作為化比較試験が行われ、受講 1 週間後では、対照群と比べ、介入群は、緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアに関する知識と態度の得点が統計学的に有意に向上し、受講 2 ヶ月後、6 ヶ月後も維持されることが明らかとなっている(新幡 他, 2014)。また、ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラムの開催期間については、ほとんどが 2~3 日間の短期集中型で開催され、30~40 名前後/回を対象に実施されていると報告されている。

また、チームや組織の評価を検証している研究として、Grant らは、緩和ケアチームの多職種メンバーを対象として、2 日間半の教育的介入を行っている。カリキュラムには、身体面、精神面、社会面、スピリチュアルな面に関する内容が含まれ、最後に自分の施設におけるケアをどのように改善させるかを話し合い、目標設定を行った。そして、研修会終了 6 ヶ月後、12 ヶ月後、18 ヶ月後に電話インタビューを行い、目標の達成状況の進捗について聞き取りを行った。また、研修会終了 6 ヶ月後、12 ヶ月後、18 ヶ月後にそれぞれの施設のスタッフの特徴に関する 5 つの設問について 0~10 で回答するよう依頼した。さらに、組織のアセスメントをするため、7 つの領域（ビジョンや管理の基準、実践の基準、精神的、感情的な基準、コミュニケーションの基準、質改善の基準、患者・家族の教育、ネットワークやパートナーシップ）について 12 ヶ月後、18 ヶ月後に回答を依頼した。その結果、研修会終了 12 ヶ月後には、ケアをいっしょに行うスタッフの効果や受入に有意な改善が見られた ($p<0.05$)。また 18 ヶ月後では組織アセスメントの 7 つの領域のすべてにおいて有意に改善が見られたと報告されている(Grant et al., 2012)。

実際に教育プログラムを継続的に普及していくには、まずその有効性を評価し、対象者や時代のニーズに合わせていくことが望まれる。しかし、緩和ケアの教育に関する先行研究では、教育の効果の評価に関する問題点として、効果の検証を行う際に、信頼性や妥当性が検証された評価尺度の使用が少ないこと、サンプル数が少なく、対照群が設定されていない研究が多いこと、教育の効果として看護師の臨床実践の変化

や患者に対する効果が明確になっていないことが挙げられており(Adriaansenn, et al., 2008; Adriaansen, et al.; 2005; Shaw et al., 2010)、有効性の評価に関しては引き続き検証が必要である。

III. 専門的緩和ケアに関するコアコンピテンシーについて

A. コンピテンシーについて

米国では、1970年代より医学生の教育を検討するにあたり、まず医療専門職のコンピテンシーを明らかにしたうえで、そのコンピテンシーを習得するための教育プログラムを作成し、学生を評価しようとする動きが見られ、1990年代になりコンピテンシー基盤型教育が広く注目されるようになった(田川, 2013)。また、教育的な介入を検討するうえでは、実際に、学習者がどのようなコンピテンシーを獲得できるのか詳細に示すべきであるとされている(Epstein & Hundert, 2002)。

このコンピテンシーの定義に関しては、研究者によってさまざまな捉え方がなされているが、特定の状況における個々の実践や知識と技術を統合し、適用する能力に焦点を当てるもので(McConnell, 2001)、行動を包含し、臨床の場で必要とされる仕事・スキルや患者のニーズを満たすのに十分な包括的なものでなければならないと述べられている(Smith, 2003)。ヨーロッパ緩和ケア学会では、コンピテンシーを定義するのは複雑で、1 つは、課題を実行する能力という意味合いと、より広い捉え方として、実行するために必要な特性と実行そのものを意味すると述べている(European Association for Palliative Care, 2013a)。また、コンピテンシーは医療専門職業人の観察できる能力で、知識、技能、価値観、態度などの複数の要素が統合されたものであり、コンピテンシーは観察可能であるため、測定し評価して習得を保証することができる(Frank et al., 2010)。さらに、コンピテンシーの備えている要件として、①具体的である、②包括的である、③永続性がある、④訓練により獲得しうる、⑤測定できる、⑥専門職の活動と関連している、⑦他のコンピテンシーと関連しているということが挙げられている(Cate, 2005)。

看護師のコンピテンシーについては、国際的に同意が得られた定義はまだなく(Nilsson et al., 2014)、国や研究者によって捉え方が異なっている現状である。看護師のコンピテンシーを評価する尺度はいくつか開発されており、看護実践における看

護師のコアコンピテンシーを評価する尺度も開発されている(Maretoja et al., 2004)。看護師のコンピテンシーを評価することは、看護師の教育プログラムを評価することや勤務している看護師のコンピテンシーの開発を追跡し、管理する際に役に立つ可能性がある」と述べられている(Wangensteen et al., 2014)。また、看護師のコンピテンシーの評価に関するシステマティックレビューでは(Wilkinson, 2013)、2001年～2011年に出版された文献から、信頼性、妥当性が検証されている多面的な自記式の心理学的評価尺度として4つの尺度が紹介されている(Cowan et al., 2008; Lin et al., 2010; Safadi et al., 2010; Liu et al., 2007)。しかし、コンピテンシーの定義が統一していないため、繰り返し使われている尺度はほとんどないと報告されている(Wangensteen et al., 2014)。日本の看護師のコンピテンシーの評価尺度における課題としては、妥当性、信頼性が検証されていないものが多いこと、設問数が多く、臨床の場で使いにくいものや反対に設問数が少なく、コンピテンシーの多面的な要素が捉えられていないものがあること等が挙げられている(Takase et al., 2011)。教育的介入のアウトカムとしてコンピテンシーを評価している研究では、自記式調査票による評価方法が多く使用されている。例えば、タイの薬学部の卒業生1,980名を対象に、薬学に関する3つの異なる教育プログラムの評価指標として、13項目から成る専門職のコンピテンシーに対する認識の尺度が使用され、回答時間10分で、年次大会の場において、5段階のリッカートスケールで回答する自記式質問紙調査が行われている(Sumparadot et al., 2014)。その他に、台湾の看護学部生を対象に、臨床実習の1週間後と6週間後のコンピテンシーを検証するために、評価指標として、看護学生のコンピテンシーインベントリが使用されている。これは43項目から成り、学習のアウトカムとしてコンピテンシーの認識を7段階のリッカートスケールで回答する自記式質問紙調査が行われている(Hsieh & Hsu, 2013)。

教育的介入のアウトカムとしてコンピテンシーを介入前後で評価している研究は少なく、使用している尺度や評価するタイミングも様々で、共通する傾向は見られていない。現在の看護師に対するコンピテンシーの評価は、横断的に一時点のコンピテンシーを評価する調査やコンピテンシーの尺度開発のための調査に関する研究が多く、今後教育の評価に活用しようとしているものも見られた。また、看護師や看護学生のコンピテンシーの評価尺度として開発されたものは、看護師が認識した自己のコンピテンシーや看護師による自己報告によるコンピテンシーを評価するものが多く

(Laudaer et al., 2008; Meretoja et al., 2004; Watson, 2002; Yang et al., 2013; Wangensteen et al., 2014)、自己評価による主観的なものが中心であった。自己評価によるコンピテンシーの評価における課題として、実際に個々人が認識したコンピテンシーと実践としてのコンピテンシーの評価が必ずしも一致しない可能性がある (Sumparadot et al., 2014) という意見もあるが、その一方で、個々の認識したコンピテンシーとその人の実践には、ポジティブな関係があるという報告もなされている (Chamorro-Premuzic et al., 2010)。Bundura は、自己認識したコンピテンシーは、指示された実践を達成するために必要とされる一連の行動を系統立て、実行するための自分自身の能力に対するその人の判断であるとし (Bundura, 1986)、自己認識したコンピテンシーは、行動に影響を与えると考えられている (Desbiens et al., 2011)。

B. 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー

看護師の緩和ケアに関するコンピテンシーが低いことは、緩和ケアの質や緩和ケアを受ける患者の QOL に影響を及ぼす可能性があるとされており (Fitzpatrick et al. 1992; Smith, 2003)、緩和ケアを担う看護師のコンピテンシーは重要である。緩和ケアに関するコンピテンシーの枠組みに関するレビュー (The Palliative Care Competency Framework Development Project Steering Group, 2012) では、職種毎 (医師、看護師、ソーシャルワーカー、多職種) に分類されている。看護師の緩和ケアに関するコンピテンシーに関しては、8 つが挙げられ、イギリス、ニュージーランド、オーストラリア、アメリカ、カナダ、アイルランドの医療システムに応じたものが示されているが、わが国における緩和ケアに関するコンピテンシーは含まれていなかった。

その中で、2002 年にイギリスの Royal College of Nursing が作成した専門的緩和ケアを担う看護師を対象としたコンピテンシーは、専門的緩和ケアの領域に従事する看護の管理者や教育者たちによって開発され、看護師や看護助手を 4 つのレベルに分類したうえで、コンピテンシーを 7 つの領域 (‘コミュニケーションスキル’ ‘質の保証’ ‘臨床実践、仕事の知識・技術’ ‘教育’ ‘マネジメント・リーダーシップ’ ‘研究・開発’ ‘悲嘆、喪失、死別’) に分類し、それぞれのレベルに応じた知識・スキル・行動が示されている (Royal College of Nursing, 2002)。しかし、専門的緩和ケアに関する定義は、日本の解釈と異なり、緩和ケア全般を示しているものであった。また、7 つ

の領域のレベルに差が見られ、看護師のレベルの分類も、英国のシステムにそったものであり、そのまま日本に应用することは難しいものであったが、1つ1つの領域に関するコンピテンシーは具体的なものであり、わが国の専門的緩和ケアを担う看護師のコアコンピテンシーを検討するうえでも参考になると考えられる。

また、2008年にニュージーランドの The Palliative Care and Cancer Nurses Education Group: PCNEG(PCNEG, 2008)が作成した緩和ケアに関する看護師のコンピテンシーは、専門家によるピアレビューや関連団体のレビューによって開発され、すべての正看護師に対するコアコンピテンシーと専門的緩和ケアを担う看護師に対するコンピテンシーの2つが示されている。オーストラリアのがん看護に関するコンピテンシーの枠組みを適用し(The National Cancer Nursing Education Project, 2008)、緩和ケアにおけるコアコンピテンシーを4つの領域に分類し、それぞれのコアコンピテンシーについて示している。1つ目の領域は「専門職の責任(professional responsibility)」で、法的、倫理的責任や文化的な安全性に関連するコンピテンシーで、自らの行動や意思に責任をもち、患者の安全性、自律、QOLを最大限にするような環境を促進できることを含むとし、5つのコアコンピテンシーから構成される。2つ目の領域は、「ケアのマネジメント(management of nursing care)」で、患者のニーズに対応し、看護の知識やエビデンスに基づいた実践によって支援するため、患者をアセスメントし、ケアをマネジメントすることに関連するコンピテンシーとし、9つのコアコンピテンシーから構成される。3つ目の領域は、「対人関係(interpersonal relationships)」で、患者や他の看護師・他職種とのコミュニケーションに関連するコンピテンシーとし、3つのコアコンピテンシーから構成される。4つ目の領域は、「他職種間のケアと質の改善(inter-professional health care and quality improvement)」で、チームメンバーとして多職種チームの活動とともにケアの効果を評価し、看護の視点を進めることを実践するコンピテンシーとし、3つのコアコンピテンシーから構成される。そして、専門的緩和ケアを担うコンピテンシーには、それぞれ実践の指標として、より具体的な実践内容が含まれており、日本における基本的緩和ケアと専門的緩和ケアの考え方に合わせて参考にすることができると考えられる。

2013年にヨーロッパ緩和ケア学会(European Association for Palliative Care, 2013a)は、基本的な緩和ケアに携わる多職種の医療者のコアコンピテンシーについて、現存するカリキュラムを見直しドラフト案を作成したうえで、専門家にレビューを依

頼し、開発している。この枠組みは、10のコアコンピテンシーから構成され、1つ1つのコアコンピテンシーについてさらに詳細に示されている(European Association for Palliative Care, 2013b)。これらは、看護師に限定されたものではないが、多職種を含めたコアコンピテンシーは看護師も身につけるべきものであり、専門的緩和ケアを担う看護師のコアコンピテンシーを検討するうえでも参考になると考えられる。

上記のように、緩和ケアに関するコアコンピテンシーを検討するにあたっては、専門家の意見を集約し作成されている傾向が見られる。専門家のコンセンサスを得る方法として使用されている方法として、デルファイ法がある。デルファイ法は、1950年代に米国のランド・コーポレーションで考案された方法で、意思決定、優先度の査定、予測を目的とする専門家グループの判断を測定するために用いられ、広く専門家の意見を募る手段である(Burns et al., 2005)。特徴として、匿名の回答、繰り返しアンケートを実施し、毎回調査結果をフィードバックする、グループメンバーの回答に何らかの統計的または記述的分析を加えて、意見がどの程度収斂してきたかがわかるようにするということが挙げられる(Grbich, 1999)。また、デルファイ法の欠点を補うために考え出された方法はデルファイ変法と呼ばれ、パネルメンバーが顔を合わせる場合間に設定し、少数意見を取り入れたり、意見が割れた項目についてなぜ意見が割れたのか討論を行ったりすることができる(Fitch et al., 2001)。この方法は、アレルギー患者のケアに対するコアコンピテンシーを明らかにする研究(Wallengren, 2011)、日本における緩和ケアに関する医学部の卒前教育の学習到達目標を明らかにする研究(Kizawa et al., 2012)、緩和ケアチームの基準を作成する研究(Sasahara et al., 2009)、イギリスとアイルランドにおける緩和ケアに関する医学部生のシラバスを作成する研究(Paes & Wee, 2008)、集中ケアの国際的な教育プログラムに関するコアコンピテンシーの開発に関する研究(The CoBaTriICE Collaboration, 2006)等で用いられ、専門家のコンセンサスを得る方法として有効と考えられ、実際にコアコンピテンシーを明らかにする方法としても使用されており、本研究においてもこれらの先行研究や Fitchらのマニュアルを参考にデルファイ変法を用いることとした。

IV. 専門的緩和ケアに関する看護師教育について

A. 専門的緩和ケアに関する看護師教育の現状と課題

わが国における専門的緩和ケアに関する看護師の継続教育については、日本看護協会によって、がん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛認定看護師といった特定の領域のスペシャリスト、エキスパートを育成する教育体制は整備され、2015年1月現在がん看護専門看護師 581名(日本看護協会, 2015a)、緩和ケア認定看護師 1,641名、がん性疼痛認定看護師 741名(日本看護協会, 2015b)が誕生している。しかし、専門的緩和ケアを提供する施設・組織には、専門看護師といったスペシャリストだけでなく、ジェネラリストの看護師も多く従事し、専門的緩和ケアを担っている。そのため、専門的緩和ケアを担うジェネラリストも含めた教育が必要となるが、現在はこのような教育は充実しているとは言いがたい。専門的緩和ケアを担う看護師を対象として作成されたカリキュラムとして、2004年に日本ホスピス緩和ケア協会教育研修委員会が各施設で看護職の教育を行う際の指針として作成した「ホスピス・緩和ケア看護職カリキュラム」が挙げられる。このカリキュラムは、18のモジュールから構成され、基本的緩和ケアに関して習得していることを前提とし、3年間かけて取り組むもので、ウェブサイトからスライドをダウンロードし、使用することができる。しかし、これは2004年に作成されたものであり、わが国ではその後、2007年よりがん対策基本法が施行され、緩和ケアチーム・在宅緩和ケアの拡充とそれらの連携強化といった課題が掲げられ、専門的緩和ケアを提供する場を取り巻く状況は変化し、基本的緩和ケアに関する看護師教育の普及が取り込まれるようになった。このような動きがあった中で、2009年に行ったホスピス・緩和ケア病棟における看護師教育プログラムの実態調査では、日本ホスピス緩和ケア協会会員施設(104施設)の83.7%が現在もまだこのカリキュラムをなんらかの形で活用していることが明らかとなり、他に新たな教育プログラムが採用されていないことが伺える。また、教育上の課題として、教育期間が長期にわたり修了することの難しさや自施設のみで実施することの困難さ、感性を深めていくような内容への取り組みの難しさ、教育ができる人材育成の困難さ等が挙げられた(二見 他, 2010)。そこで、2004年以降の社会や制度の変化に対応させ、ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラムによる基本的緩和ケアの継続教育との整合性を図り、積み重ねていける教育内容にするため、日本ホスピス緩和ケア協

会教育支援委員会看護師教育支援部会により、2011年より専門的緩和ケアを担う看護師を対象として、カリキュラムの改変作業が進められた。新たに7つのモジュールと3つの付加モジュールから構成し（モジュール1：専門的緩和ケア、モジュール2：価値観を尊重するケア、モジュール3：症状マネジメント、モジュール4：スピリチュアルケア、モジュール5：家族・遺族ケア、モジュール6：看護師へのケア、モジュール7：専門的緩和ケアの達成、付加モジュール：ホスピス・緩和ケア病棟、付加モジュール：緩和ケアチーム、付加モジュール：在宅緩和ケア）に組み換え、有識者レビューをふまえ、現在までに専門的緩和ケアの知識に関する教材としてスライドの作成が進められている(田村 他, 2013)。これらの教材としての評価を検証した結果、対象者の評価は高かったが、専門的な内容であるため、どのように教育するかなど教育方法についての検討の必要性が報告されている(田村 他, 2013)。

専門的緩和ケアを担う看護師は、基本的緩和ケアでは緩和困難で複雑なケースへの対応が求められ、病状の進行に伴いさまざまな苦痛症状や無力感、不全感などの苦悩にさらされる患者から直接つらさをぶつけられることも珍しいことではない。特に死が差し迫っている患者は、機能低下や体力の低下により、徐々に自分のことが自分でできなくなり、自律が奪われ、周囲への依存度が増し、自己価値への疑念などさまざまな苦悩にさらされる。患者の身近にいる看護師は、そうしたさまざまなつらさを理解し和らげることを求められるが、対応に難渋する苦痛や苦悩を前にすることも少なくない(栗原, 2012)。また、生死に関わる意思決定に関わる機会も多く、患者・家族、医療者のさまざまな価値観の相違による意見の衝突を経験し、倫理的ジレンマに悩まされ、葛藤を抱きながら日々のケアに関わることも珍しくない。例えば、ホスピス・緩和ケア病棟で働く看護師の多くは鎮静に立ち会う経験をしており、鎮静が最も適切な方法だったかという苦悩や実施する際の負担や難しさなどさまざまな苦悩を抱えていることが明らかとなっている(伊藤 他, 2008)。また、多職種チームアプローチが基本とされる専門的緩和ケアにおいては、他職種とのコミュニケーションをはかる機会も多く、さまざまな医療者の多様な価値観に触れ、患者にとって何が最も望ましいことなのかすり合わせ、他者と協調しながら連携をはかっていくことも求められる。さらに、ホスピス・緩和ケア病棟には、看取りが近くなってから転棟してくる患者も多く、連続的に身近な人の死に直面し、悲嘆や精神的疲労、無力感など感情を揺さぶられる経験を機会にも多々遭遇する。このように、専門的緩和ケアを担う看護師は、周囲と

協調して連携をはかりながら、困難な状況を乗り越え、苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支えることが求められる。そのため、ただ単に知識だけを身につけただけではすぐに対応する力が向上するというものではなく、たとえつらい状況でも互いにエンパワメントし、それを乗り越え、苦や死に向き合って生きるがん患者・家族に寄り添い支え続けていくうえで必要となるコアコンピテンシーを向上させ、質の高いケアを提供できるようにするためには、どのような教育方法がよいか十分検討する必要がある。

B. 専門的緩和ケアに関する教育プログラムの教育方法について

専門職教育としての看護教育に関する考え方として、学習者の成熟度を高めるためには、単に技術や項目を教えるといった訓練型の学習ではなく、学習者の自主性を尊重した教育的学習がより有効であるとされる(Bevis, 1989)。教育的学習には、文脈的学習、統語的学習、探究的学習のタイプが含まれ、理論と実践とを結びつけたり、ものごとの意味を追究し見出したりすることができる。文脈的学習には、看護の価値観や美意識、倫理、普遍的な哲学を学ぶことが含まれる。統語的学習には、物事を全体として見ること、洞察し、意味を見出すこと、解釈し、評価し、計画を立て、データと直感を使って既知の知識を基に、未知のことを予測することが特徴であり、理論と実践とを結びつける練習ともなる。探究的学習には、物事の新しいやり方や古い考え方の配置のしなおし、改善するための変更や修正について考えをめぐらしたり、疑問を提示したり、可能性を明らかにしたり、それを実現する方法を考え出すことが含まれる。また、学習者が成熟していくうえでは、考え方をやりとりし、学習者同士または教師と課題に向かい、自分たちのニーズにあった指導の下で自由に対話できる環境が必要とされる。そして、教師は学習者と同等の学習者として、学習者と相互作用することが求められる(Bevis, 1989)。

西城は、知識は一人で黙々と獲得されるものではなく、状況の中で、周囲の学習者と相互に交わり合いながら獲得が進むものと述べている。そして、学習者がどう知識を受容するのかが教育者には決められないため、着実に意味づけがなされるような共同的議論により、知識を咀嚼し、一般化し、自らの知識体験を再構築し続けることこそが学びである(西城, 2012)と述べており、知識は、他者との関わりの中で身に着いていくと考えられる。

看護師に対する緩和ケアの教育に関するシステマティックレビューでは、講義のみによる教育方法より、さまざまな教育形式を取り入れて行うこと、そしてさまざまなテーマを組み合わせて行う方がより効果的な教育であると述べられている(Adriaansen & van Achterberg, 2008)。また、医療者の継続教育の効果に関するシステマティックレビューでは、インタラクティブな方法と講義形式の方法を組み合わせるのが最も効果的であると報告されている(Forestlund et al., 2009)。さらに、看護師を支える教育的な取り組みは、専門職として互いの意見を交換することとし、それにより知識の獲得だけでなく、他者からの承認を受け、看護師の意味づけを強化させる(名越 他, 2005)と述べられている。また、看護師も自責感や怒り、悲しみを語ることが大切で、語ることによって聴き手が共感し、無力で不完全な自分をそのまま受け止めてくれることで、自己否定から自己受容へと変化し、経験に新しい意味づけがなされる(広瀬, 2011)とされ、苦悩や悲嘆について語り合うことが有効であり、対話を取り入れることは看護師教育においても重要であると考えられる。

看護実践は、対象者その人が置かれている状況により、具体的援助内容が変化するという状況依存的な要素が強いため(池田 他, 2012)、ただ単に知識や技術をそのまま適用するだけでは、専門的緩和ケアを担う看護師が直面するような対応困難な複雑なケースに対応していくことは難しい。そのような中でその対応能力を養い、実践の質を上げていく思考方法として、リフレクションという考え方がある(池田 他, 2012)。リフレクションとは内省とも言われ、実践の最中に経験で培った暗黙地を駆使しながら問題の本質や解決方法を明らかにしたり、実践後の自己の取り組みについて振り返り、その状況固有の知性的要素等を明らかにし、類似した状況に遭遇したとき、自分自身がどのように行動すればよいのか課題を明確にしたりすることが含まれる。

そのため、困難な状況に直面した場合等に、リフレクションにより、実践状況と活用できる理論や知識をつなぐことで、類似した実践に遭遇したときに、その状況で活用できる知識・理論の想起・活用がしやすくなるとされ(池田 他, 2012)、専門的緩和ケアを担う看護師にとってもケアの質の向上や苦悩の軽減にもつながると考える。また、リフレクションをすることは、自己の看護実践の中で活用した知識を批判的に吟味することでもあるため、クリティカルシンキングの力を高め、既存の知の応用を超え、看護実践の中から新たな知を創造することを可能にする(田村, 2007)と考えられている。そして、リフレクションの能力は、実践の質の向上と同時に実践から学びを深

めるための方略として不可欠であり、リフレクション能力の向上に向けた教育の必要性が提唱されている(Teekman, 2000)。Bergdahlらは、緩和ケアにおいて患者とのよりよいケア関係を築く方法をリフレクションする能力を高めるため、在宅緩和ケアを担う看護師24名を対象に教育的介入を行い、その効果についてインタビューにより検証している。介入は、13のセッションからなる4部構成で、5週間にわたって行われた。まず、1部では、シンキングツールを用い、考える視点を提示しながら、複雑ではない臨床の問題に焦点を当てた物語(事例)をグループ毎で話し合い、検討する。2部ではより複雑で繊細な問題に焦点を当てた物語(事例)について、同様にグループ毎に検討し、3部ではさらに複雑で倫理的なジレンマの問題に焦点を当てた物語(事例)について同様に検討する。4部では、シンキングツールは使用せず、困難な状況にある患者のより複雑な物語(事例)について検討し、セッションが進むにつれ、複雑で難しい対応について考えを進めていく流れとなっている。その結果、対象者は、よりよいケア関係を築く方法を考え、リフレクションする力が強化され向上したと実感していたと報告されている(Bergdahl et al., 2011)。

また、実際に教育においてグループでのリフレクションを促進するためには、状況を理解する目的で批判的質問を行うこと、正直に自己の感情をリフレクションできるよう事前にいくつかルールを決め、個人的な関係性が影響しないようにし、安心して状況や感情を表出できるような安全な環境を整えることが重要と言われている(池田他, 2012)。そのため、専門的緩和ケアを担う看護師が苦悩や悲嘆などの自己の感情を表出できるようにするには、教育方法を検討するだけでなく、語りやすい場・環境を調整し、安心して語れる場を整えることも重要である。また、グループによる対話やリフレクションは、緩和ケアの洞察の発展、理論と実践の統合、スキルの発展をサポートする方法として適している(Landmark et al., 2004)と考えられている。

以上より、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコンピテンシーに基づいた教育方法を検討するうえで、専門的緩和ケアに関する知識については、基本的緩和ケアの教育の積み重ねになるよう、ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラムと整合性をはかりながら作成された日本ホスピス緩和ケア協会教育支援委員会看護師教育支援部会のモジュールを活用して知識を深め、Bergdahlら(Bergdahl et al., 2011)のグループワークの進め方や子供の哲学対話を普及しているJacksonの対話の考え方(Jackson, 2001)を参考にしながら、対話やリフレクションを取り入れた教育プログラ

ムを検討していくことが必要と考える。

C. 専門的緩和ケアに関する教育プログラムの評価指標について

現在、日本で多く使用されている緩和ケアに関する看護師教育の評価指標には、看護師の緩和ケアに関する知識 (Ross et al., 1996; Nakazawa et al., 2009) や緩和ケアや死に対する態度 (Frommelt, 1991; Nakazawa et al., 2010) などが挙げられる。しかし、緩和ケアに関する看護師のコアコンピテンシーに焦点を当てた研究はほとんど見られず、そのコアコンピテンシーを検証するための測定尺度はあまり開発されていない (Desbiens & Fillion, 2011)。緩和ケアに関する看護師のコアコンピテンシーの評価尺度も、看護師のコンピテンシーの尺度と同様に、看護師による自己評価によるものが中心となっており、基本的緩和ケアに対する看護師のコンピテンシーの認識 (Desbiens & Fillion, 2011)、看護師のスピリチュアルケアのコンピテンシーに限定したもの (van Leeuwen et al., 2009)、緩和ケアのコンピテンシーに対する自信 (Shipman et al., 2008)、コンピテンシーの発達に対する認識 (Landmark et al., 2004)、看護学生に対するエンド・オブ・ライフにおけるコアコンピテンシーに対する自信 (Lehna, 2003) を評価している研究などが挙げられるが、いずれも妥当性、信頼性が十分確保された尺度が使用されていないと述べられている (Desbiens & Fillion, 2011)。また、本研究では、より専門性が高い専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの向上につながる教育プログラムを目指しているが、専門的緩和ケアに関するコンピテンシーの評価尺度はまだ明らかとなっておらず、妥当性、信頼性が確保された客観的指標は見当たらない。

そこで、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの向上につながるかどうかを検討するうえで、先に述べたように、コンピテンシーを包含する概念として考えられるものに、「レジリエンス」が挙げられる。レジリエンスは「逆境や障害に直面してもそれを糧としてコンピテンシーを高め、成長・成熟する能力や心理的特性」 (Werner, 1993) とされ、コンピテンシーは、レジリエンスを構成する要素として捉えられている。例えば、Wagnild らが 810 名の成人を対象に開発したレジリエンスの尺度 (25 項目) においては、レジリエンスの構成因子として、「個人のコンピテンシー (17 項目)」と「自己受容 (8 項目)」の 2 つから捉えている (Wagnild & Young, 1993)。また、Friborg らが開発した心理学において使用できる成人のレジリエンスの

尺度(37項目)においては、「個人のコンピテンシー」、「社会的コンピテンシー」、「家族の結合力」、「ソーシャルサポート」、「個人の構成」の5つの下位尺度から構成されている(Friborg et al., 2003)。このように、コンピテンシーはレジリエンスを構成する要素の1つとして捉えられるため、レジリエンスはコンピテンシーを包含する概念として考えることができる。

レジリエンスは、1985年に同じようにストレスフルな体験をしても、すべての人が同じような不適応症状を示すわけではないという個人が示す特性に注目した Rutter が提唱した概念とされている(石井, 2009)。Rutter は、レジリエンスを「深刻な危険性にもかかわらず、適応的な機能を維持しようとする現象」と定義した(Rutter, 1985)。レジリエンスに関する定義は、研究者によってさまざまであるが、誰もが備えているものとされている(Grontberg, 2003)。また、米国心理学会では、「トラウマ、悲劇的な脅威、ストレスの重大な原因などの逆境に直面したときに、それにうまく適応するプロセス」とし、レジリエンスは、性格などの特性ではなく、人々が保持している行動や思考、行為に含まれ、誰もが学習することが可能であり、発展させることができるものであるとされている(American Psychological Association, 2008)。

国内の看護学分野の研究におけるレジリエンスの文献レビューでは、対象者が過去もしくは現在に置かれている何らかのリスク状態から回復しようとする個人に内在する力やその過程、結果であり、変化もしくは促進できる可能性を備えているものと定義付けられている傾向にあると述べられている(大久保 他, 2012)。また、わが国では、成長発達過程で青年が遭遇するライフイベントにおける特定のストレスを捉えて適応をみた研究が多いと報告されており(石井, 2009)、看護学生や看護師を対象とした研究はまだ少ないが、近年取り組まれ始めている。看護師のレジリエンスの定義として、「看護におけるさまざまな困難な状況を乗り越えるための全般的な能力」(清野 他, 2012)や「ストレスに対する柔軟に対応できる特性」(石井, 2009)などが挙げられ、看護師のレジリエンスは質の高い看護を達成し、一人のプロフェッショナルとして自立していく原動力となる可能性があると示唆されている(井原 他, 2009)。そして、看護師のレジリエンスの発展させる要素として、「肯定的な姿勢を維持すること」「積極的に成長促進的な職業的対人関係とネットワークを築くこと」「情緒に満ちた洞察力をはぐくむこと」「ライフバランスとスピリチュアリティの達成」「経験を振り返ること」が挙げられている(Jackson et al., 2007)。

レジリエンスの評価尺度については、さまざまなものが発表されており、レジリエンスの尺度に関するレビュー(Windle et al., 2011)では、信頼性・妥当性が高い尺度として、上記以外に The Connor-Davidson Resilience Scale: CD-RISC(Connor et al., 2003)、The Brief Resilience Scale(Smith et al., 2008)が挙げられている。国内では、精神的回復力尺度(小塩 他, 2002)、成人用レジリエンス尺度を標準化した S-H 式レジリエンス検査(佐藤 他, 2009; 祐宗, 2007a)、教師レジリエンス尺度(紺野 他, 2006)、看護師レジリエンス尺度(尾形 他, 2010)などが発表されている。その中で、日本の看護師を対象とした研究(山下 他, 2011; Koizumi et al., 2013; 齋藤, 2012)で使用されている尺度として、S-H 式レジリエンス検査が挙げられる。この尺度は、大学生 1,752 名、就労者 428 名を対象に行われた大規模調査によって開発され、信頼性・妥当性が認められている(佐藤 他, 2009; 祐宗, 2007b)。開発にあたって、レジリエンスを「人が不遇な境遇に出会ったときに発揮される力」と定義し、「対人関係・ソーシャルサポート」「自己効力感」「社会性」の 3 因子から構成している(佐藤 他, 2009; 祐宗, 2007b)。

看護師は、日々悲劇や苦痛、人間的苦悩と向き合いながらそれに耐えており、患者が病気という逆境に立ち向かっていけるようにするためには、看護師自身のレジリエンスは非常に重要であると述べられている(Jackson et al., 2007)。専門的緩和ケアを担う看護師も、複雑で難しいケースに柔軟に対応し、困難な状況を乗り越え、苦や死と向き合う患者に寄り添い支えることが求められる。そのため、本研究においては専門的緩和ケアを担う看護師に対する教育プログラムがコアコンピテンシーの向上につながるかどうかを検討するうえで、レジリエンスはコンピテンシーを包含する概念でもあり、すでに妥当性や信頼性が確保されている尺度が開発されているため、客観的な評価の視点の 1 つに含めて検討することとした。

第3章

専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー (研究1)

本章では、研究1の専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの検討について述べていく。

I. 研究目的

研究1では、わが国の緩和ケアの医療システムや文化に応じた専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーについて明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

A. 研究デザイン

本研究は、デルファイ変法を用いた記述研究デザインである。なお、デルファイ変法については、Fitchらによるマニュアル(Fitch et al., 2001)およびデルファイ変法を用いた先行研究(Wallengren, 2011; Kizawa et al., 2012; Sasahara et al., 2009; Paes & Wee, 2008; The CoBaTrICE Collaboration, 2006)の方法を参考に実施する。

B. 研究対象

1. 対象者

本研究では、下記の条件を満たす者を対象とする。

- 1) 専門的緩和ケアを提供する場（ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケア）に5年以上従事しており、緩和ケアに関する看護師の継続教育の経験豊富ながん看護専門看護師、緩和ケアに関連した認定看護師、管理職の看護師、または教育機関で緩和ケアの領域を担当している看護教員
- 2) 日本ホスピス・緩和ケア協会の副理事・教育支援委員会の看護職または日本がん看護学会理事長から紹介いただいた者
- 3) 本研究の趣旨を理解し研究協力の意思がある者

2. 標本抽出法

本研究では、調査協力の承諾が得られた者のみでの標本抽出となるため、非確率的な便宜的標本抽出である。

本研究では、デルファイ変法を用いるため、対象者数を決定するうえで、先行研究を参考にしながら、パネルメンバーとなる対象者数の選定に際して緩和ケアの専門家への聞き取りをもとに、20名を目安として設定することとした。

C. 調査期間

本研究の調査期間は、筑波大学医の倫理委員会承認日～2014年2月である。

D. 調査内容

1. 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー

1) 適切性

専門的緩和ケアを担う看護師のコアコンピテンシーとして実際に臨床現場で求められているものとして適切かどうかということについて評価してもらうため、「9. 必要不可欠である」～「1. 全く必要ない」の9段階のリッカートスケールによる評価形式とした。また、それぞれ選択した理由について自由記載を求めた。

2) 難易度

専門的緩和ケアを担う看護師がコアコンピテンシーとして実際に身につけ、実施することが妥当かどうか、実施困難なレベルかどうかということについて評価してもらうため、「5. とても簡単である」～「1. とても難しい」の5段階のリッカートスケールによる評価形式とした。また、それぞれ選択した理由について自由記載を求めた。

<資料1参照>

2. 個人の背景情報

対象者の背景情報について、下記項目について二項または多項選択肢による回答形式とした。

- 1) 性別
- 2) 年齢
- 3) 看護師の臨床経験年数
- 4) 専門的緩和ケアを担う場での臨床経験年数
- 5) 所属施設
- 6) 所属部署・形態（ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケア）
- 7) 過去1年間の緩和ケアに関する看護師の継続教育の経験
- 8) 取得している資格・役職

（専門看護師、認定看護師、基本的緩和ケアの指導者：ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラム修了者、管理職、医師）

<資料1参照>

E. 調査の手順と方法

1. 調査方法

1) 暫定的なコアコンピテンシーに関するドラフト案の作成

- (1) 対象者全員に、事前に緩和ケアに関するコアコンピテンシーの関連文献（European Association for Palliative Care, 2013b; PCNEG, 2008; The Palliative Care Competency Framework Development Project Steering Group, 2012; Royal college of Nursing, 2002）を送付し、1回目の調査前までに目を通すよう依頼する。
- (2) 対象者に該当する看護師の中でさらに基本的緩和ケアに関する看護師教育の指導者（ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラム修了者）である8～10名をブレインストーミングメンバーに選定し、ブレインストーミングを行い、枠組みとした領域を参考にアイテムプールを行う。ブレインストーミングは、都内会議室にて約4～6時間行い、司会進行は研究者が担当する。また、事前に対象者の許可を得て、話し合いの内容についてICレコーダーに録音する。
- (3) ブレインストーミングの話し合い内容を逐語録に起こし、ブレインストーミングによって収集した意見をもとに、先行研究の知見もふまえ、研究者でド

ラフト案をまとめる。そして、内容にもれがないか、表現が適切かなどについてブレインストーミングメンバーに個別にメールにて意見をもらい、再修正を行う。

- (4) さらに広く意見を取り入れたドラフト案を作成するため、日本緩和医療学会の教育研修委員会に依頼し、専門的緩和ケアに5年以上従事しており医療者に対する教育経験が豊富な医師（ホスピス・緩和ケア病棟1名、緩和ケアチーム1名、在宅緩和ケア1名）を紹介してもらい、本研究について説明し、承諾が得られた際には、上記(3)で修正したドラフト案を送付し、項目内容に関する意見や追加項目の有無について意見をもらう。
- (5) (4)で得られた意見をもとに再度修正を行い、ドラフト案を確定し、1回目の調査に使用する調査票として完成させる。

2) 1回目調査

- (1) 対象者に、個別に調査票（資料1）、返信用封筒を郵送にて送付し、調査票への回答を依頼し、郵送法にて回収する。
- (2) 回収した調査票について集計し、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーに関する適切性と難易度について、自由記載の質データを含めてコンセンサスの程度を分析する。
- (3) (2)の結果に基づき、全体の回答の傾向、自由記載内容、不一致が見られた項目等検討すべき論点についてまとめた資料を作成し、パネルミーティング時の事前資料とする。

＜資料1参照＞

3) パネルミーティング

- (1) 上記で作成した事前資料を配布し、検討すべき論点について話し合いを行う。日程については事前に対象者に参加可能な日程について聞き取りを行い、参加者が最も多い日時とし、都内の会議室にて行う。また、当日は、研究者が司会進行を行い、事前に対象者の許可を得て、話し合いの内容についてICレコーダーに録音する。
- (2) 当日やむを得ず参加できない対象者には、パネルミーティング開催前に事前資料を配布し、検討すべき論点についてメールにて聞き取りを行い、他の対

象者に、研究者が代理で伝える。

- (3) パネルミーティングの検討内容をもとに、再度調査項目について検討し、適宜修正を行い、2回目の調査に使用する調査票として完成させる。

4) 2回目調査

- (1) パネルミーティングの結果を受けて修正した2回目の調査票、1回目調査で得られた全体の回答および自由記載内容をまとめた参考資料、パネルミーティングで話し合った内容をまとめた資料、返信用封筒を対象者に個別に郵送にて送付し、2回目の調査票への回答を依頼し、郵送法にて回収する。
- (2) 回収した調査票について集計し、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーに関する適切性と難易度について、自由記載の質データを含めてコンセンサスの程度を分析する。

5) 3回目以降の調査

2回目調査結果をふまえて再度調査項目を修正し、2回目調査と同様のプロセスを実施し、不一致が見られる項目がなく、意見の収束が得られた時点で終了とする。

6) 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの確定

上記結果を分析し、意見の収束が得られた最終的な項目について対象者にメールにて報告し、意見がないか確認したうえで、‘専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー’として確定する。

2. データ収集の手順・方法

- 1) 日本ホスピス緩和ケア協会の副理事・教育支援委員会委員（看護職）および日本がん看護学会理事長に本研究の趣旨、対象者であるパネルメンバーの採用基準等について研究説明書（資料2）および研究対象候補者紹介依頼書（資料3）を用いて口頭で説明し、パネルメンバーの対象候補者となる看護師を紹介していただく。その際、上記紹介者より対象候補者の承諾を得たうえで、対象候補者の連絡先に関する情報（依頼書、調査票の送付先住所、メールアドレス）を得る。そして、得られた

- 情報は住所録リスト（資料 4）の紙媒体に記し、データとは別に厳重に保管する。
- 2) 対象候補者となる方々に、個別に研究協力依頼書（資料 5）、本研究の趣旨・目的等を記載した研究説明書（資料 2）、同意書（資料 6）、返信用封筒を送付し、本研究への協力を依頼する。そして、同意が得られた際は、同意書に必要事項を記載し、研究者へ返信するよう依頼する。承諾が得られた対象者には、緩和ケアに関するコアコンピテンシーの関連文献(European Association for Palliative Care, 2013b; PCNEG, 2008; The Palliative Care Competency Framework Development Project Steering Group, 2012; Royal college of Nursing, 2002) および同意撤回書（資料 7）を送付し、文献については 1 回目の調査前に各自で目をとおしてもらおうよう依頼する。
 - 3) ブレインストーミングによって作成したドラフト案について、さらに、日本緩和医療学会の教育研修委員会委員長より、専門的緩和ケアに 5 年以上従事しており医療者に対する教育経験が豊富な医師（ホスピス・緩和ケア病棟 1 名以上、緩和ケアチーム 1 名以上、在宅緩和ケア 1 名以上）を紹介してもらい、個別に研究協力依頼書（資料 8）、同意書（資料 6）、返信用封筒、ドラフト案を送付し本研究への参加協力を承諾が得られた際には、研究者へ返信するよう依頼する。
 - 4) 1 回目の調査票が確定次第、対象者には、調査票（資料 1）、返信用封筒を郵送し、無記名にて調査票に回答して頂き、返信用封筒に密封したうえで、最寄りのポストに投函し、直接研究者宛に返送するよう依頼する。
 - 5) パネルミーティングの日程について事前に対象者に参加可能な日程について伺い、最も多くの人数が集まれる日時と場所を設定し、個別に連絡する（時間：約 4～5 時間、場所：都内会議室）。もし、当日やむをえず参加できない場合は、事前に研究者とメールにて、不一致が見られた項目等検討すべき論点について個別に意見を伺い、パネルミーティングの際に研究者が代理で伝える。
 - 6) パネルミーティングの結果を受けて、項目を修正し、2 回目の調査票を作成し、4) と同様の手順にて対象者に調査票を郵送し、郵送法にて回収する。これ以降、同様の手順を繰り返し、不一致が見られる項目がなくなり、意見が収束した時点で終了とする。

<資料 1～8 参照>

F. 分析方法

データ分析には、統計学パッケージ SPSS19.0 J for Windows を使用し、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとしての適切性と難易度、および対象者の個人背景情報について各変数の傾向を検討するため、それぞれ記述統計を行う。その際、適切性に関しては、9段階のうち、1～3 と回答した場合は「必要ない」、4～6 と回答した場合は、「あると望ましい」、7～9 と回答した場合は、「必須である」と解釈し、対象者の 75%が「必須である」と回答した場合は、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとしてコンセンサスが得られたと判断する。一方、対象者の 75%が「必要ない」と回答した場合は、調査項目から削除する。

G. 倫理的配慮

1. 本研究は、筑波大学の医の倫理委員会の審査を受け、承認を得たうえで実施した（第 791 号）。
2. 対象者にはそれぞれ書面にて研究の主旨を説明し、研究への参加は対象者の自由意思によるものであること、協力が得られない場合にも不利益が生じることは一切ないことを明記しておく。またいつでも途中で辞退することができ、同意撤回書を各自に事前に手渡しておく。
3. 対象者のプライバシーの尊重、保護のため、調査票は無記名とし、密封できる封書を用いて、対象者自身から直接研究者に返送してもらい、回答内容は、本研究の目的以外で使用しないことを文書に明記する。また、外部の目に触れないよう調査票は鍵のかかる場所で保管し、研究終了後、速やかにシュレッダーにて処理し、破棄することを明記する。
4. ブレインストーミングやパネルミーティングで録音したデータは、個人情報を除いた形で研究者がテープ起こしを行い、データとして管理し、本研究の目的以外では使用せず、鍵のかかる場所で厳重に管理し、研究終了後、録音したデータと合わせて速やかに消去することを文書に明記する。
5. 研究に際して教えていただく対象者の調査票の郵送先やメールアドレスの連絡先については、住所録リスト（資料 4）として紙媒体にて外部の目に触れないよう厳重に管理し、データとは別に保管すること、また本研究目的以外では使用せず、研究終了後速やかにシュレッダーにて破棄することを文書に明記する。

6. 研究結果は、後日学会等で発表する予定であること、その際は個人が特定されない形式で公表することを文書に明記する。

Ⅲ. 結果

A. 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーのドラフト案の作成

専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーのドラフト案の作成に際し、対象者に該当する9名に、都内会議室に集まってもらい、6時間のブレインストーミングを実施した。まず、研究の枠組みで示したように、**A national professional development framework for palliative care nursing in Aotearoa New Zealand** (The Palliative Care and Cancer Nursing Education Group, 2008) で用いられている緩和ケアに関するコンピテンシーの4つの領域（「専門職の責任」「ケアのマネジメント」「対人関係」「他職種間のケアと質の改善」）を参考に話を進めたが、ブレインストーミングを進める中で、上記領域は1つ1つの領域の抽象度が高く、これを見ただけでは、専門的緩和ケアの内容が伝わりにくいと考えられ、より具体的な表現にした方が専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとして他者に伝わりやすいのではないかという意見が多く聞かれた。そのため、どのような抽象度や表現が妥当かどうか話し合い、より具体的なコアコンピテンシーに関する内容について意見を出し合った。その中では、基本的緩和ケアと専門的緩和ケアの違いの1つとして、専門的緩和ケアを担う看護師は、より複雑で困難なケースに対応することが多いため、スピリチュアルケアを担うという部分は、専門的緩和ケアのコアコンピテンシーとしてより強調される部分になるのではないかという意見が出された。さらに、日本の文化を考えたときに、常に「家族」が意識され、「家族の意見を尊重する」という点が日本の文化の特徴でもあるため、その表現は項目の中にきちんと表現した方がよいという意見も出された。その他の具体的なコンピテンシーのキーワードとしては、「自己認知」「価値観の尊重」「ありのままを受けとめる」「専門性の熟達」「問題や複雑さを早期に予測できる」「柔軟性」「創造性」「チームを巻き込む」「人を動かす」「仲間を育てる」「エンパワメント」等の内容が挙げられた。そして、専門的緩和ケアを担う看護師

に求められる最大のミッションは、「苦や死に向き合って生きる患者・家族を支える」ということであり、それに即したコアコンピテンシーとして考えていくという意見で一致した。そして、メンバーから得られた意見を整理し、元の枠組みとしたコアコンピテンシーの4つの領域に該当するカテゴリー名を検討した。まず、1つ目の領域「専門職の責任」については、「専門的緩和ケアを担う看護師という専門職としての役割・責任を果たす」、「対象のありのままを理解し、尊重する」というカテゴリー名に組み替えた。2つ目の領域としていた「ケアのマネジメント」については、「対象が抱える問題を洞察する」「対象のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支える」「ケアの継続性を維持する」というカテゴリー名に組み替えた。3つ目の領域としていた「対人関係」については、「専門的緩和ケアに従事する中で生じるストレス・悲嘆に対処する」「ケアの継続性を維持する」というカテゴリー名に組み替えた。4つ目の領域としていた「他職種間のケアと質の改善」については、「対象のニーズに合わせ、ケアをコーディネートする」「良好なチームを作り、維持していく」というカテゴリー名に組み換え、全部で8つのカテゴリーから成る枠組みに組み替えることとした。そして、ブレインストーミングの内容について作成した逐語録をもとに、それぞれのカテゴリー別に、具体的なコアコンピテンシーの項目として、より実践レベルに即した表現で整理していった。その際、関連文献に挙げられているコンピテンシーも参考にしながら、1つ1つのコアコンピテンシーの表現を追記修正し、全部で63のコアコンピテンシーの項目から成るドラフト案を作成した。さらに、1つ1つのコアコンピテンシーの意味内容を吟味し、より内容がわかりやすいように、類似しているものに分類し、サブカテゴリー名を付けることとした。以上より、ドラフト案は、コアコンピテンシーの領域であるカテゴリー、サブカテゴリー、より具体的な実践レベルのコアコンピテンシーの項目から構成された。

作成したドラフト案については、まずブレインストーミングメンバーにメールで送り、意見の相違がないか確認してもらい、表現について指摘を受けた部分については、修正を行った。その後、日本緩和医療学会教育研修委員会より紹介いただいた専門的緩和ケアを担う医師の中で、ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアそれぞれの場に従事する緩和ケア医1名ずつに対し、上記ドラフト案を送付し、追加する項目や修正点がないか意見を伺った。その結果、大きな追記修正に関する意見

はなく、項目の表現について指摘を受けた部分を変更したのみであったため、これらを1回目の調査項目として確定することとした。

<資料1参照>

B. 対象者（パネルメンバー）の背景

対象者（パネルメンバー）は、1名体調不良により途中辞退があり、最終的に19名が参加した。対象者は全員女性で、40歳代が15名(75%)と最も多かった。看護師の臨床経験年数は、20年以上が13名(65%)と最も多く、専門的緩和ケアを担う‘ホスピス・緩和ケア病棟’、‘緩和ケアチーム’、‘在宅緩和ケア’のいずれかまたは複数の臨床経験がある方々で構成された。認定資格別にみると、がん看護の専門看護師10名、緩和ケアの認定看護師5名、地域在宅看護認定看護師1名、訪問看護認定看護師2名、管理職9名であった（重複回答）。

<表1参照>

C. 1回目調査（デルファイラウンド）結果

まず、適切性については、63項目中1項目を除いたすべての項目において、対象者の75%以上が「必須である」（7～9）と回答した。しかし、難易度については、ばらつきが大きく、「1. とても難しい」～「5. とても簡単である」の5段階評定中、24項目で範囲が1～5であった。また、難易度の平均値は2.57（SD：0.41）で、本研究で対象とした専門的緩和ケアを担う看護師が身につけるべきコアコンピテンシーとしては、全体的に難易度が高い傾向が見られた。自由記載欄からも、難易度の評価を考える際の対象のイメージによって変わってくるという意見や「チーム」や「リソース」はどこまでを指すのかといった言葉の解釈に迷ったという意見がいくつか見られた。

<表2参照>

D. パネルミーティング

上記の1回目調査の結果を集計した資料（表2）を用意し、実際に対象者に都内会議室に集ってもらい、ディスカッションを4時間行った。対象者のうち、5名が勤務の調整がつかず事前に欠席の連絡があったため、パネルミーティング開催前に当日

の配布資料をメールで送付し、追加した方がよいコアコンピテンシーについてや検討すべき論点などについて事前に意見を伺い、当日研究者が代理で他の対象者に伝えた。

パネルミーティングは、意見が割れた項目など検討すべき論点について話し合う場であるが、1回目の調査では、適切性について意見が割れた項目はほとんどなく、75%以上が「必須である」と回答しなかった項目は1項目のみ（個々のチームメンバーの役割や寄与について包括的に捉え、チームメンバーにフィードバックすることができる）であった。これについては、表現が難しいという意見や「チームメンバー」という表現がわかりづらいという意見が聞かれ、表現をわかりやすく変更して、2回目の調査に含めることとした。

難易度については、回答のばらつきが大きく、自由記載を見ると、難易度を判断するにあたって、各自が想定している看護師のイメージにばらつきがあると考えられ、まずそのイメージを統一させるところから話し合いを行った。実際に臨床現場で専門的緩和ケアを担っている看護師は、専門看護師・認定看護師といった有資格者のみではない。そのため、専門的緩和ケアを担う看護師は、基本的緩和ケアを担う看護師と比べ、対応困難なケースに対応する機会も多いため、緩和ケアの熟達により求められる。本研究においては、単に専門看護師、認定看護師の資格の有無だけで判断するのではなく、緩和ケアの担い手としての熟達度を考慮し、すでに基本的緩和ケアの教育プログラム（ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム）の学習目標を達成しており、専門的緩和ケアを担う場（ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケア）での臨床経験が2年間以上あり、それぞれの所属先でリーダーシップやチーム調整の役割を期待される看護師を想定してコアコンピテンシーを検討していることを確認し、上記対象者をイメージして検討することで意思統一をはかった。その結果、実際に話し合っただけでイメージがよくわかったという意見も聞かれ、パネルミーティングを通して、より具体的に共通の看護師像をイメージ化できたと考える。

また、実際に看護師に求めるコアコンピテンシーの難易度について考える際は、上記対象者が、それぞれの専門的緩和ケアを担う場で、すでに実施できているかできていないかということではなく、彼らに実際に身につけてほしいコアコンピテンシーとして求めてよい妥当なレベル（求めた場合に実際に実践可能なレベル）なのか、そもそも求めること自体が難しすぎる、または間違っていることなのか、といった基準で判断していただくように意見を統一した。一方で、専門的緩和ケアを担う場（ホスピ

ス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケア)によって、求められるコンピテンシーに違いがあるのも当然で、それぞれ独自のコンピテンシーも存在すると考えられる。しかし、すべてが異なるというわけではなく、専門的緩和ケアを担う場という中で共通した必須となるコンピテンシーもあるはずである。そのため、本研究で明らかにしたいコアコンピテンシーは、専門的緩和ケアを担う3つの場に共通し、必須となるようなコンピテンシーについて明らかにしたいということを再度確認し合った。

また、用語の解釈や捉え方について、特に場による違いがあり、回答がしづらくなっていることが話し合いで共有された。具体的な用語としては、まず「チーム」の捉え方についてである。実際に、現場の看護師が「チーム」をどう捉えているかは、専門的緩和ケアを担う場による違いがあるかもしれないが、3つの場に共通しているコアコンピテンシーとして考えた場合、共通して捉えられるのではないかとこのところから話し合った。医療者を中心に「チーム」と考えるのではなく、患者・家族を中心に置いたときのチームのありようが、専門的緩和ケアではその時々でさまざまに変化していく。そのため、「患者・家族」を中心においた表現がよいということになり、「チーム」という表現はできるだけ使用せず、「患者・家族を取り巻くリソース」という表現に修正することとなった。また、「チームメンバー」には、自分たちが所属する部署のメンバーのみではなく、その患者が生活している地域全体、連携先など他部門を含めたメンバーが含まれるため、「その患者・家族を取り巻くリソースのメンバー」、または「協働するメンバー」として広く捉えられる表現で統一することとした。

「チームメンバー」の捉え方についてはさらに話し合いを行った。例えば、「カテゴリー：対象のありのままを理解し、尊重する」に含まれるコアコンピテンシーの項目の1つに、「患者・家族またはチームメンバーの価値観の多様性について説明することができる」とあるが、難易度を考えるうえで、「患者・家族」と「チームメンバー」でコンピテンシーを分けた方がよいという意見が出た。そして、自分の所属する部署のメンバーの価値観の多様性を意識することは当然のこととして、患者・家族を取り巻くリソースとなるメンバーにまで目を向け、意識できるかが重要であり、「チームメンバー」の捉え方は、上記のように、広い視点でみる必要があるということを確認した。また、「チームメンバー」を広く捉えられるかどうかコンピテンシーの1つであるため、患者・家族を取り巻くリソースのメンバーを特定できるということもコアコンピテンシーに追加することとした。さらに、「患者・家族」と「チームメンバー」で

コアコンピテンシーを分けた場合、チームメンバーの価値観の多様性の理解については、チームビルディングに関連してくるため、「カテゴリー：良好なチームをつくり、維持していく」のコンピテンシーと考えた方がよいということとなった。

さらに、具体的なコアコンピテンシーの項目別に関して話し合いを行った。「カテゴリー：対象のありのままを理解し、尊重する」に含まれるコアコンピテンシーである「自己の価値観を自覚しながらも、患者・家族またはチームメンバー、状況に合わせて、自分の考え・見方を柔軟に変容することができる」については、「柔軟に変容することができる」の捉え方にばらつきがあるのではないかという意見があった。「柔軟に変容」とは、相手に合わせて変容していくことができる柔軟性であり、自分の価値観はさておき、相手の価値観に合わせてうまく対応していくということが専門的緩和ケアを担う看護師には求められ、自分の価値観を置いておくということは、俯瞰的に見ることができるということであり、変容という表現を変えた方がよいという意見が出た。

また、同じく「カテゴリー：対象のありのままを理解し、尊重する」に含まれるコアコンピテンシーである「患者・家族のニーズに合わせて、柔軟に必要なケアを創造することができる」については、専門的緩和ケアにおいて複雑なニーズをもつ患者・家族を対象とすることが多いため、「ケアを創造する」ということは、ただ単純に看護の枠組みでケアを当てはめて提供していくというのではないし、ただ単に工夫するということでもない。対象のニーズに合わせて枠に縛られずに必要なものを柔軟に考えていけるということは、対象理解のうえでも必要である。このコアコンピテンシーの前半の部分にある「患者・家族のニーズに合わせる」ということを、「カテゴリー：対象をありのままに理解する」のコアコンピテンシーとし、後半部分は「柔軟に必要なケアに挑戦できる」といった内容に変更し、「カテゴリー：専門的緩和ケアを担う看護師という専門職としての役割・責任を果たす」のコアコンピテンシーとするとよいという意見が出た。

また、「カテゴリー：対象のニーズに合わせてケアをコーディネートする」の項目で使われている「合意形成」という言葉は、ディベートやディスカッションで決めていくというイメージが強いという意見があった。専門的緩和ケアを必要とする患者・家族のニーズは複雑で、変化していくため、どのような状況の中でも変化するニーズに

合わせ、共に悩みながら患者・家族を尊重して調整していくということが伝わるように、「折り合いをつける」という表現にした方がよいという意見も出た。

また、「カテゴリー：ケアの継続性を維持する」は、内容を見ると他のカテゴリーに分類できるのではないかという意見があり、再度検討することとした。このカテゴリーは2つのサブカテゴリーから構成されていたが、1つ目のサブカテゴリー「ケアの見通し」は、その内容を吟味し、「カテゴリー：対象が抱える問題を洞察する」に含まれる内容と組み合わせ、類似する項目は削除し、カテゴリー名を「対象のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応する」に変更することとなった。また、2つ目のサブカテゴリー「継続的なケアの展開」は、「カテゴリー：対象のニーズに合わせてケアをコーディネートする」の項目に含め、サブカテゴリーの表現を見直し、カテゴリー名を「対象のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートする」に変更することとなった。

最後に、追加が必要なコアコンピテンシーについても話し合った。本研究で設定している対象者が担う「コンサルテーション」とは、組織に働きかけて組織変容を起こすというよりは、相手を育てていく、教育していくという視点が主であると考えられ、「相談を受けて、いっしょにやってみる」ということで、あくまでも実践していくということが重要であるため、自己学習や臨床経験をふまえて、協働するメンバーを育てる視点を追加するとよいという意見があり、修正することとなった。そこで、「カテゴリー：対象のニーズに合わせてケアをコーディネートする」の「サブカテゴリー：セーフな場の調整」は、人を育てるという視点も含まれるため、「カテゴリー：良好なチームを作り、維持していく」の項目の内容と調整し、新たに「教育的な関わり」というサブカテゴリーを作成し、3項目に集約した。それに合わせ、カテゴリー名も「協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育む」に変更することとした。

また、追加項目の意見として「アドボカシー」が挙げられたが、これは、単純に患者の権利を守るというのは、基本的緩和ケア（ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム）の学習で学び、達成してほしいところであり、複雑な状況の中で変化するニーズに合わせて調整していくということは、患者をアドボケートしていくことと捉えることもできる。そのため、「カテゴリー：対象のニーズに合わせて、ケアをコーディネートする」のコアコンピテンシーの内容として、患者をアドボケートして調整していくということが含まれるとよいという意見が出た。

また、「リーダーシップ」についても追加項目の意見として挙げられたが、これは、「カテゴリー：対象のニーズに合わせ、ケアをコーディネートする」や「カテゴリー：良好なチームを作り、維持していく」にすでにその内容が含まれているため、さらに追加する必要はないということになった。

以上のパネルミーティングの話し合いをふまえて、7つのカテゴリーに変更し、サブカテゴリー名や個々の項目内容を修正し、資料9に示したように、2回目の調査項目を確定し（62項目）、2回目の調査（デルファイラウンド）を実施した。

<資料9参照>

E. 2回目調査（デルファイラウンド）結果

適切性については、すべての項目において90%以上が「必須」として回答した。難易度については、表3に示したように、1回目の調査と比べ、ばらつきが少なくなり、各項目の平均値も3.35（SD: 0.30）で、全体的な難易度も本研究で設定した対象者にとって「3. 適切」という回答が多くなり、回答する際に対象者のイメージに差があるような自由記載も見られなかった。また、本研究で明らかにしたいコアコンピテンシーは、「苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支える」うえで専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーであるため、カテゴリー名においても、単に「対象」ではなく、「苦や死に向き合って生きるがん患者・家族」という表現に統一することとした。

以上の結果を対象者に報告したところ、特に異論は聞かれず、同意が得られたため、2回の調査（デルファイラウンド）とパネルミーティングにより対象者（パネルメンバー）の意見が収束したと判断し、3回目の調査は実施せず、2回目の調査で終了とした。最終的に、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーは、表4に示したように、7つのカテゴリー、20のサブカテゴリーから構成され、62のコアコンピテンシーが含まれた。

<表3, 4参照>

IV. 考察

A. デルファイ変法の使用

本研究では、デルファイ変法を用い、専門的緩和ケアを担う場であるホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアにおいて専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーについて専門家のコンセンサスが得られたものを明らかにした。デルファイ変法を用いた先行研究と比較すると(Kizawa et al., 2012; Sasahara et al., 2009; Paes & Wee, 2008)、比較的意見が割れる割合が低く、2ラウンド(2回の調査)で意見の集約をはかることができた。これには、パネルメンバーが看護師のみであったこと、また欠席者はいたが、パネルミーティングで顔を合わせてじっくり話し合うことができ、難易度や用語の解釈等に対するコンセンサスをはかったうえで、2ラウンド目(2回目の調査)に進むことができたことが影響していると考えられる。

また、本研究の対象者であるパネルメンバーは、対象条件に該当する方を緩和ケアに関連する学会の理事長や委員長より直接推薦していただいたこともあり、看護師の臨床経験年数も65%が20年以上と臨床経験が豊富で、過去1年間に看護師への緩和ケアに関する教育経験が100時間以上ある人が半数近くと、非常に教育経験が豊富な人が多く、臨床と教育の両方をふまえた発言が得られた。また、対象者は、ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアそれぞれの領域の経験があったため、どこか1つの領域に偏った意見にならずに、わが国の専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーを検討することができた。それゆえ、本研究の対象者は、デルファイラウンドに参加していただくパネリストとして適切であったと考える。

B. 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー

本研究の枠組みを考えるうえで参考にした A national professional development framework for palliative care nursing in Aotearoa New Zealand (The Palliative Care and Cancer Nursing Education Group, 2008)で用いられている緩和ケアに関するコンピテンシーでは、「専門職の責任」「ケアのマネジメント」「対人関係」「他職種間のケアと質の改善」の4つの領域に大きく分類されていたが、本研究の結果では、最終的に、「カテゴリー：苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のありのままを理

解し、尊重する」「カテゴリー：苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応する」「カテゴリー：苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支える」「カテゴリー：意欲的に専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を果たす」「カテゴリー：苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートする」「カテゴリー：専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処する」「カテゴリー：協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育む」の7つのカテゴリーに組み替えられた。当初の枠組みとした領域の1つ目は「専門職の責任」で、法的、倫理的責任や文化的な安全性に関連するコンピテンシーで、自らの行動や意思に責任をもち、患者の安全性、自律、QOLを最大限にするような環境を促進できることを含むもの(The Palliative Care and Cancer Nursing Education Group, 2008)とされているが、本研究においてコアコンピテンシーを検討するうえで対象に設定した専門的緩和ケアを担う看護師は、先に述べたように基本的緩和ケア(ELNEC-Jプログラム)に関する学習目標がすでに達成されている看護師であり、倫理や文化については、こちらの学習内容にも含まれており、すでに基本的な学習は達成できていることを前提としている。また今回作成したコアコンピテンシーの「カテゴリー：苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のありのままを理解し、尊重する」や「カテゴリー：意欲的に専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を果たす」の中には、上記を踏まえたコアコンピテンシーが含まれており、この領域に該当する項目は網羅されていると考える。次に、2つ目の領域の「ケアのマネジメント」は、患者のニーズに対応し、看護の知識やエビデンスに基づいた実践によって支援するため、患者をアセスメントし、ケアをマネジメントすることに関連するコンピテンシーとされている(The Palliative Care and Cancer Nursing Education Group, 2008)が、これには、「カテゴリー：苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応する」「カテゴリー：苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支える」に含まれるコアコンピテンシーが該当すると考えられ、新たに作成したカテゴリー名の方がより専門性が伝わる表現になっていると考える。そして、3つ目の領域の「対人関係(患者や他の看護師・他職種とのコミュニケーションに関連するコンピテンシー)」と4つ目の領域の「他職種間のケアと質の改善(チームメンバーとして多職種チームの活動とともにケアの効果を評価し、

看護の視点を進めることを実践するコンピテンシー)」(The Palliative Care and Cancer Nursing Education Group, 2008)については、「カテゴリー：協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育む」「カテゴリー：苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートする」「カテゴリー：専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処する」に含まれるコアコンピテンシーが該当すると考えられる。特にこれらのコアコンピテンシーは、単に自分自身が直接患者・家族をケアするというだけでなく、協働するメンバーとの関係性を意識しながら、リーダーシップを発揮し、協働するメンバーやチームに働きかけ、それを育むという広い内容が含まれており、基本的緩和ケアとは違い、専門的緩和ケアを担う看護師だからこそ求められる特徴的なコンピテンシーとして示されたと考えられる。

以上より、今回明らかとなったコアコンピテンシーは、枠組みとした4つの領域に盛り込まれる内容が網羅されており、枠組みで提示されているコンピテンシーよりも、具体的でコアコンピテンシーの内容がイメージしやすいカテゴリーとして表出されたと考える。

本研究を進める中で、ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアのそれぞれの専門的緩和ケアを担う場の違いにより、チームメンバーとして捉える範囲や専門的緩和ケアを担う看護師のイメージに違いをもつことが明らかとなり、その認識を統一していく際の話し合いに時間を要した。国のがん対策推進基本計画では、緩和ケアは、診断、治療、在宅医療など様々な場面において、切れ目なく実施される必要がある(厚生労働省, 2007)とされ、緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアそれぞれの専門性を高めるだけでなく、それらの地域連携の強化が求められている。今後、3つの場の連携を強化していくためには、個々の看護師が互いに場の違いによる相違点や共通点を認識し合うことも重要であると考えられる。

また、日本の文化や実情を反映したコアコンピテンシーとして検討する中で、キーワードとして「家族」が挙げられた。日本は、10年前の状況とは劇的に変わってはいるが、意思決定や真実を伝える際に家族を巻き込み、患者より先に家族に診断を伝えたり、患者に真実を伝えたりするかどうかを家族が意思決定する場合もめずらしくない(Shimoinaba et al., 2009)。専門的緩和ケアを担う場でも患者や家族が難しい意思決定を迫られることも多々ある。また看護師は遺族に対する死別後のサポートの中心的

役割も求められ(Shimoinaba et al., 2009)、常に家族を含めて考える必要がある。今回集約されたコアコンピテンシーには、海外のコンピテンシーと比べ(European Association for Palliative Care, 2013b; Royal college of Nursing, 2002; The Palliative Care Competency Framework Development Project Steering Group, 2012)、比較的家族も含めた表現が多くなったことは日本の特徴と言えるかもしれない。

今回明らかとなった専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーは、3つの場で共通して必須となるコンピテンシーとして専門家のコンセンサスを得たものである。そのため、専門的緩和ケアを担う看護師自身がこれらのコアコンピテンシーは3つの場に共通して求められているものとして共通認識を持ったうえで、それぞれの場の強みを生かし、互いに連携を強化していくことで専門的緩和ケアの質の向上につながっていくと考える。

C. 本研究における限界と今後の課題

本研究では、専門家の意見を集約し合意形成をはかっていく方法として用いられているデルファイ変法を用いて、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーについて検討した。しかし、本研究におけるパネルメンバー（対象者）は看護師のみで構成され、推薦していただいた専門的緩和ケアに携わる医師数名のコンセンサスを得たのみである。そのため、看護師の意見に偏っている可能性もありうる。デルファイ変法を用いた先行研究の中には、対象疾患の患者・家族や他職種の医療者を含めたパネル構成で実施している研究もある(Kizawa et al., 2012; Sasahara et al., 2009)。そのため、今回明らかとなったコアコンピテンシーを広く周知していくうえでは、今後、薬剤師、臨床心理士、ソーシャルワーカー等の専門的緩和ケアに関わる機会がある他の医療職や専門的緩和ケアを必要としている患者または家族の意見を反映させ、広い視点から精練していく必要があると考える。また、臨床現場の状況や国の施策の変化に合わせて適宜その時のニーズに合わせたものに内容を修正していくことが必要になると考える。

コンピテンシーの基準は、看護実践の質や効果を観察したり、専門家の責任・義務を示したガイドラインを社会に提供したりすることにつながる(McAllister, 1998)とされている。また、緩和ケアに関する看護師のコンピテンシーの認識は、緩和ケアの質の向上に影響を及ぼす可能性が示唆されている(Desbiena et al., 2011)。さらに、

看護師が自己のコンピテンシーについて自己評価することは、看護師自身の教育的ニーズや目標を明らかにすることができるため、看護師自身にとっても重要であると述べられている(Cowan et al., 2008; Wangensteen et al., 2014)。そのため、今回明らかとなった専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーを用いて、それらに対する看護師の認識を明らかにすることは、看護師自身の実践の振り返りや自己評価の視点として使用できるかもしれない。そして、コアコンピテンシーを明らかにするだけでなく、これらの向上につながる教育プログラムを開発・普及し、専門的緩和ケアの質の向上をはかっていく必要がある。今後は、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとして、広く周知していくとともに、これらの向上につながる教育プログラムを作成し、その実施可能性や有用性について検討していく必要がある。

V. 結論

デルファイ変法を用いて、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーについて検討した結果、下記の7つのカテゴリーに集約され、20のサブカテゴリーから構成される62のコアコンピテンシーがわが国の専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとして明らかとなった。今後は、これらをもとに、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの向上につながる教育プログラムを検討し、苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支えることができるよう専門的緩和ケアの質の向上を目指していく必要がある。

1. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のありのままを理解し、尊重する
2. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応する
3. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支える
4. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートする
5. 協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育む
6. 意欲的に専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を果たす

7. 専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処する

第4章

専門的緩和ケアに関する看護師教育プログラム (研究2)

本章では、研究1で明らかになった専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーをもとに、研究2として‘専門的緩和ケアに関する看護師教育プログラム’について検討していく。

I. はじめに

A. 専門的緩和ケアに関する看護師教育プログラムの教育方法について

研究1の結果をもとに、専門的緩和ケアを担う看護師が、苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支えることができるように、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの向上につながる教育プログラムを検討するには、まずどのような教育方法を用いるのがよいか検討する必要がある。今回明らかとなったコアコンピテンシーの中には、「カテゴリー：協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育む」や「カテゴリー：苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートする」といったコアコンピテンシーが含まれている。これらは、患者・家族に直接的にケアを提供することだけではなく、リーダーシップを発揮し、協働するメンバーや患者・家族を取り巻くリソースを活用し、人を動かすとともに、人を育て、協働するメンバーをエンパワメントしていくといったコアコンピテンシーが含まれている。そのため、これらのコアコンピテンシーの向上につながるような教育方法としては、当初、研究の枠組みを作成した際に注目していた対話やリフレクションが有用ではないかと考える。Berlinは、Kolbの経験的学習サイクル(Kolb, 1984)の修正版を示し、グループワークにおいて、他者との対話は、その個人がリフレクション(内省)することを助け、その個人にとっての新しい意味の変容をもたらすチャンスを増大させる(Greenhalgh et al., 2004)と述べている。また、リフレクションは、状況との対話をしながら、実践家が行動について意図的な選択を行い判断するために、経験を注意深く根気強く熟考するものであり、自己との対話を通して、自分自身や自分の行為に意味づけをするプロセスでもあり、実践的思考能力を向上させることに役立つと述べられている(田村 他, 2008)。さらに、リフレクシ

ンを取り入れた看護師に対する教育的介入は、仲間との関係性を構築したり、強化したりすることができ、組織内にサポータティブなネットワークを発展することにつながったと報告されている(McDonald et al., 2012)。そのため、対話やリフレクションを教育プログラムに取り入れ、体験することは、上記コアコンピテンシーの向上につながると考えられ、効果的な教育方法ではないかと考えた。

対話形式のセッションを検討するうえで、ハワイ大学で「こどものための哲学」を推進する教育活動に従事している Jackson が推奨している哲学対話に、「Community of inquiry : 探究のコミュニティ」という考え方がある(Jackson, 2001)。対話には、セーフな環境が非常に重視され、対話を通して、探究のコミュニティが生成し発展していくには、身体的、感情的、知的に「セーフ (safe)」であると各自が感じられることが重要であるとし、「セーフなコミュニティ」を重視している(本間, 2013)。ここでいう「セーフ」とは、ただ単に安心、安全ということではなく、誰かに脅かされることなく、自分が言いたいことが言ってよいと皆が思える場で、本当の自分を見せることができ、それぞれの参加者が、自分が本当に言いたいこと、考えたいことに向かいあい、それを相手に問いかけ、共有することができる(高橋 他, 2013)ということに注目する。このような対話形式のセッションは、淀川キリスト教病院における臨床倫理検討会ですでに導入され、導入後の参加者の変容として「医療者が持っている前提に気づく」「医療者としての自分の見方、枠組みをリフレーミングして、患者や家族のあり方を‘自然なものとして’受け入れることができる」「現状の医療現場のルティーンや価値観をリフレームし、社会や社会的な価値観が大きく変動する中で、ケアや医療がどうあるべきかを考えることができる」といったことが報告されている(高橋 他, 2014)。対話を通して自己の価値観や前提に気づき、他者との違いを認め、ありのままを受け入れるということは、コアコンピテンシーにもある「カテゴリー：苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のありのままを理解し、尊重する」や「カテゴリー：苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支える」といったことに通ずるものがある。

そのため、苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支えるために必要となる専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーを向上させるためには、単に講義形式により新しい知識を習得するだけでなく、対話やリフレクションを通して、看護師自身が自己を見つめ、臨床実践やその中で生じるさまざまな葛藤や困難について言葉にし、

実践に対するリフレクションを行い、協働する仲間と共に探究し合うことにより、実践の熟達や看護師のエンパワメントにつなげていけるのではないかと考える。

B. 専門的緩和ケアに関する看護師教育プログラムの評価の視点について

今回作成した専門的緩和ケアに関する看護師教育プログラムが苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支えるために必要となるコアコンピテンシーの向上につながるものかどうかを検討するため、コアコンピテンシーに対する受講者の主観的な評価を行うとともに、妥当性、信頼性が検証されている尺度を用いた客観的な評価を行うこととした。まず、コアコンピテンシーに対する主観的な評価については、文献検討の結果より、看護師のコンピテンシーの評価は、看護師の自己評価による「コンピテンシーの認識」に関する項目が多く用いられていることが明らかとなった。しかし、緩和ケアの領域において看護師の自己のコンピテンシーの認識に関する評価尺度はほとんどなく、妥当性、信頼性が十分確保された尺度がない(Adriaansen et al., 2008; Meretoja et al., 2004)と報告されており、専門的緩和ケアに焦点を当てたコアコンピテンシーの評価尺度も見られなかった。そのため、研究1で明らかとなった専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの項目をもとに、看護師の自己のコアコンピテンシーの認識を評価し、看護師のコアコンピテンシーに対する主観的な評価を行うこととした。しかし、上記のコアコンピテンシーは62項目あり、尺度としての信頼性、妥当性はまだ検証できていない段階である。そのため、本研究では、コアコンピテンシーのカテゴリーとして抽出された7項目に関する認識に焦点を当て、それらに対する看護師の自己評価による認識を評価指標の1つに用いることとした。

次に、教育プログラムが専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの向上につながるかどうかを検討するための客観的な評価の指標については、先に述べたように、コンピテンシーを包含する概念として考えられるものに、「レジリエンス」が挙げられる。レジリエンスは誰もが備えているものであり(Grontberg, 2003)、個人のコンピテンシーは、レジリエンスを構成する要素の1つとして考えられている(Wagnild & Young, 1993; Friberg et al., 2003)。また、Gillespieらが手術室の看護師のレジリエンスのモデルを明らかにするため、オーストラリアの手術室看護師1,430名を対象に実施した横断研究では、レジリエンスは、「希望」「自己効力感」「コーピング」「コンピテンシー」「コントロール」の5つから構成され、レジリエンスと「コン

ピテンシー」は中程度の関連がある ($r=0.38, p<0.001$) ことが示されている(Gillespie et al., 2007)。さらにレジリエンスと「自己効力感」は強い関連が見られたと報告されている(Gillespie et al., 2007)。この自己効力感は、自己評価したコンピテンシーとも関連があるとされ、スコットランドにある看護や助産の学部生 777 名を対象に、看護の評価を行うために実施した質問紙調査では、「自己評価したコンピテンシー」と「自己効力感」の得点には、中程度の関連が見られたと報告されている(Lauder et al., 2008)。このように、コンピテンシーは、レジリエンスを構成する要素の 1 つであり、レジリエンスと中程度の関連が見られるとともに、レジリエンスを構成するもう 1 つの要素である「自己効力感」とも互いに関連があることが示唆される。上記の「コンピテンシー」は、研究 1 で明らかとなった「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー」に限局したものではないが、上記の先行研究の結果をふまえると、教育プログラムによりコアコンピテンシーが向上すれば、それを包含するレジリエンス自体も高まる可能性はありえると考えられ、教育プログラムによりコアコンピテンシーの向上につながるかどうかを検討するうえでの客観的な評価指標として、レジリエンスを含めることとした。

レジリエンスの尺度については、成人のレジリエンスの尺度として日本で開発され、すでに信頼性・妥当性が確認され、看護師を対象とした先行研究で使用されている尺度の 1 つに、Sukemune-Hiew 式(SH 式)レジリエンス検査(祐宗, 2007a)が挙げられる。この尺度では、レジリエンスは、「対人関係・ソーシャルサポート」「自己効力感」、「社会性」の 3 つの因子から構成される。「対人関係・ソーシャルサポート」は、家族、友人、同僚などの周囲の人たちからの支援や協力などの度合いに対する感じ方で、どれだけ他者からのサポートを受けることができるネットワーク構築力を持っているか否かを表し、「自己効力感」は、「目の前の課題をやり直すだけの自信につながる能力をどの程度身につけているか」という問題解決をどの程度できるかなどの度合いについての感じ方で、目の前の課題をやりとおすだけの自信につながる能力を今までにどの程度身につけているか否かを表し、「社会性」は、他者との付き合いにおける親和性や協調性の度合いなどについての感じ方で、少々嫌なことがあっても他者と上手に協調していく能力があるか否かを表す(佐藤 他, 2009; 祐宗, 2007b)。これらの構成因子を見ると、まず「自己効力感」は、先に述べたように、先行研究で自己評価したコンピテンシーと関連があると報告されており、それに関する項目がこの尺度には含まれている

こと、そして、「対人関係・ソーシャルサポート」や「社会性」に関する項目については、研究1で明らかとなったコアコンピテンシーに含まれる協働するメンバーと関係性を育み、人を動かすといった要素が含まれていると考えられることから、本研究においてコアコンピテンシーの向上につながっているかを客観的に評価する指標として、この Sukemune-Hiew 式(S-H 式)レジリエンス検査を使用することとした。

また、評価を行うタイミングについては、先行研究では、教育的介入のアウトカムを検討するうえでコンピテンシーを評価指標として調査したものは少なく、共通した傾向がまだ見られていない。本研究では、作成した対話形式による教育プログラムによる介入を受講者に対して初めて行い、実際にどのような有効性が得られるかどうかを初めて検証する段階である。そのため、コンピテンシーの評価を行う間隔・タイミングのエビデンスが明らかとなっていない中では、先行研究として行われている看護師の自信や態度に関する指標を用いた緩和ケアの教育プログラムの有効性の検証した研究(Morita et al., 2014; Morita et al., 2009; Turner et al., 2009; Henoch, 2013)において、まずは受講前と受講直後や受講1～2週間後に評価を行っていることから、本研究においてもまずは、受講前と受講1週間後の時点で評価を行うこととした。

さらに、コンピテンシーは多面的であるため、コンピテンシーの評価には多面的な捉え方が必要とされている(Pijl-Zieber, 2014; Wilkinson, 2013)。そのため、主観的な評価だけでなく、他者評価による客観的な視点も必要と考え、本研究では、グループワークによる対話を通して、受講者の言動の変化からファシリテーターが感じる教育プログラムの有効性について明らかにするために、ファシリテーターを対象にフォーカスグループインタビューを行うこととした。

そして、教育プログラムとしての実施可能性については、上記のフォーカスグループインタビューの内容に実施可能性に関する問いを含めるとともに、教育プログラム全体に対する受講者の主観的な評価も合わせて検討することとした。

II. 研究目的

研究2では、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの向上につながる「専門的緩和ケアを担う看護師に対する教育プログラム」を作成し、その実施可能性と有効性について検討し、普及に向けた示唆を得ることを目的とする。

Ⅲ. 研究方法

A. 研究デザイン

本研究は、専門的緩和ケアに関する教育プログラムの受講前後における前後比較研究、および教育プログラムのファシリテーターに対するフォーカスグループインタビューによる質的記述研究である。

B. 研究対象

1. 対象者

1) 前後比較研究

下記の条件を満たす教育プログラムの受講者（44名）を対象とする。

- (1) 専門的緩和ケアについて熟達していきたいという意欲がある者
- (2) 専門的緩和ケアを提供する場（ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケア）に2年間以上従事している看護師
- (3) 基本的緩和ケアの教育プログラムである ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラムを修了している者、または ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラムを修了している者
- (4) 本研究の趣旨を理解し研究協力の意思があり、専門的緩和ケアを担う看護師に対する教育プログラムに全日参加する意思のある者

2) フォーカスグループインタビュー

下記の条件を満たす教育プログラムのファシリテーター（10名）を対象とする。

- (1) 専門的緩和ケアの臨床経験が5年以上あるがん看護専門看護師、または認定看護師（緩和ケア・がん性疼痛）、または管理職の看護師
- (2) 日本緩和医療学会主催の ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラムを修了しており、ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラム、または ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラムにおいて講師を3回以上経験している者
- (3) 本研究の趣旨を理解し研究協力の意思があり、専門的緩和ケアを担う看護師に対する教育プログラムに全日参加する意思のある者

2. 標本抽出法

本研究では、調査協力の承諾が得られた者のみでの標本抽出となるため、非確率的な便宜的標本抽出である。

なお、前後比較研究の対象者数については、本研究は、対話形式を導入した教育プログラムの実施可能性について初めて検証する介入研究であるため、本形式の研修会を実際に開催することになった場合に、1回に受け入れ可能な受講者数について、対話形式の研修の経験豊富な専門家より意見をもらい、実施可能な最大数と考えられる40名に設定し、脱落率を10%として、44名を研究対象者数と設定することとした。

C. 調査期間

本研究の調査期間は、筑波大学医の倫理委員会承認日～2014年9月である。

D. 教育プログラムの作成

1. 教育プログラムの目的

本教育プログラムの目的は、専門的緩和ケアを担う場において、リーダーシップを發揮し、意欲的に専門的緩和ケアの質の向上に取り組むことができる看護師を育成し、苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支えるために必要となるコアコンピテンシーの向上をはかることとした。そして、教育プログラムの目標としては、「自己学習を通して、専門的緩和ケアに関する知識を深めることができる」「対話を通して、グループメンバーと相互理解を深め関係性を育み、脅かされず安心できるコミュニティを形成するプロセスを体感することができる」「対話を通して、苦や死に向き合って生きる人を支えるとはどういうことか共に考え、理解を深めることができる」「専門的緩和ケアの実践の熟達に対する意欲を高めることができる」の4つとした。

2. 教育プログラムの内容と提供方法

本教育プログラムは、事前に専門的緩和ケアに関する教材を使用し、自己学習したうえで、対話形式によるグループワークによる3日間の対面式の研修会に参加する形式とした。

専門的緩和ケアに関する知識については、日本ホスピス緩和ケア協会教育支援委員

会看護師教育支援部会で作成した「専門的緩和ケア看護師教育用ガイド 2014」の暫定版を使用することとした。使用に際しては、日本ホスピス緩和ケア協会教育支援委員会委員長より許可を得たうえで導入した。このガイドは、有識者レビューにより内容の妥当性を検証したものであり、10のモジュールから構成される（「モジュール1：専門的緩和ケア」「モジュール1-1：専門的緩和ケア：緩和ケア病棟」モジュール1-2：専門的緩和ケア：緩和ケアチーム」「モジュール1-3：専門的緩和ケア：在宅緩和ケア」「モジュール2：価値観を尊重するケア」「モジュール3：症状マネジメント」「モジュール4：スピリチュアルケア」「モジュール5：家族ケア・遺族ケア」「モジュール6：看護師へのケア」「モジュール7：専門的緩和ケアの達成」）。各モジュールにはテキストとスライド資料が含まれ、それぞれのPDFファイルが1枚のCD-Rに保存されている。上記の内容を見ると、専門的緩和ケアに関する知識が網羅されており、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーを向上させるうえで土台となる専門的緩和ケアの知識を学習するための自己学習用の資料としてそのまま活用できると考え、研究1で明らかとなったコアコンピテンシーとのつながりを考慮し、該当するモジュールを自己学習用教材として使用することとした（各モジュールに含まれる学習内容については、資料10を参照とする）。そして、各モジュールの学習目標や内容とそれらに該当すると考えられるコアコンピテンシーとの内容とを照らし合わせながら、事前自己学習用の学習課題ワークシートを作成し、その内容もふまえて有識者にレビューを依頼することとした。

対話形式のグループワークについては、コアコンピテンシーの向上につながるように、対話のセッションの特徴を踏まえて各セッションの目標を設定し、目標を達成できるようにセッションの内容を検討していった。そして、コアコンピテンシー、事前自己学習（知識）、対話形式のセッションのつながりや整合性を考慮し、先に述べた教育プログラムの目標が達成できるように、プログラム全体を構成し、図1にそのつながりを示した。また、教育プログラム全体のタイムスケジュールについては、資料11に示した。

<資料10, 11, 図1参照>

コアコンピテンシーのカテゴリー別に見ると、「カテゴリー：意欲的に専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を果たす」というコアコンピテンシーについては、自己学習として「モジュール1：専門的緩和ケア」と「モジュール7：専門的緩和ケア

の達成」の学習により、「専門的緩和ケア」に関する知識を深め、対話形式のセッションとして、まず「専門的緩和ケアについて考える」のセッションで、「対話を通して、専門的緩和ケアを担う場による共通点や違いについて共に考え、相互に理解を深めることができる」ことを目標とし、初日に実施するセッションとした。そして、「質の高い専門的緩和ケアの達成について考える」のセッションでは、「3日間の学びを振り返り、対話を通して、専門的緩和ケアの質の向上に向けた取り組みについて共に考え、相互にエンパワメントすることができる」ことを目標とし、初日のセッションで考えた専門的緩和ケアについての理解が深まり、研修会のまとめとなるように研修会の最後のセッションとして位置づけとした。

「カテゴリー：苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のありのままを理解し、尊重する」というコアコンピテンシーについては、自己学習として「モジュール 2：価値観を尊重するケア」の学習により価値観についてや価値観を尊重するケアに関する知識を深め、「価値・価値観について考える」という対話形式のセッションで、「対話を通して、他者の価値観を知るとともに、自己を見つめ、自身の前提や価値観を認識することができる」と「対話を通して、価値観の多様性を認識し、患者・家族の価値観を尊重することについて共に考え、相互に理解を深めることができる」ことを目標とした。このセッションは、まず人として自己と他者に向き合い、自己を知り、他者を知ることについて考えたうえで、具体的なケアや関わり方を考えていけるように、2日目の最初のセッションに位置づけることとした。

「カテゴリー：苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応する」というコアコンピテンシーについては、自己学習として「モジュール 3：症状マネジメント」の学習により対応困難になりやすい症状の病態、治療・ケアに関する知識を深め、「症状マネジメントについて考える」という対話形式のセッションで、「対話を通して、症状マネジメントの困難さや複雑さに関する自己の捉え方を認識し、困難さや複雑さにつながる要因について共に考え、相互に理解を深めることができる」と「対話を通して、専門的緩和ケアを担う看護師として、症状マネジメントの困難さや複雑さに向き合い対応していく際に何が必要かを共に考え、相互に理解を深める」ことを目標として設定した。これは、専門的緩和ケアを担う看護師は、基本的緩和ケアでは緩和困難な苦痛をもつ複雑なケースに関わることも多いことから、困難さや複雑さという視点から考え、早期から対応できるようにするためには

どのように関わっていく必要があるかを考えてもらうことを意図しており、2 日目の午後のセッションとして位置づけた。

「カテゴリー：苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支える」というコアコンピテンシーについては、自己学習として「モジュール 4：スピリチュアルケア」の学習によりスピリチュアリティ、スピリチュアルペイン、スピリチュアルケアに関する知識を深め、「スピリチュアルケアについて考える」という対話形式のセッションで、「対話を通して、自己の経験を振り返り、スピリチュアリティやスピリチュアルケアに対する自己の考えを認識し、スピリチュアルペインのある患者に対するケアについて共に考え、相互に理解を深める」ことを目標として設定した。

「カテゴリー：専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処する」というコアコンピテンシーは、自己学習として「モジュール 6：看護師へのケア」の学習により看護師のストレス、悲嘆やそのケアに関する知識を深め、「看護師へのケアについて考える」という対話形式のセッションで、「対話を通して、自己のストレス・悲嘆に対して自分自身がどのように対応しているのか、または対応できていないのかを振り返り、セルフケアや他のメンバーのサポートのあり方について共に考え、相互に理解を深めることができる」ことを目標として設定した。このセッションでは、それまでの「患者・家族」という視点から、対象を「看護師や他の協働するメンバー」に広げて考えを深めるため、自分たち自身が考えを深めたいことに関する問いを立てて、探究できるような構成のセッションとした。

そして、「カテゴリー：苦や死に向き合って生きるがん患者・家族にニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートする」と「カテゴリー：協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育む」というコアコンピテンシーは、上記のすべての対話形式のセッションに参加し、脅かされず安心できるコミュニティの形成のプロセスを体感し、苦や死に向き合って生きる患者・家族を支えるとはどういうことかを共に考え、探究するという経験を通して、柔軟にコーディネートすることの必要性を理解したり、協働するメンバーと関係性を育み、エンパワメントしていくということについて理解したりすることができると思った。図 1 では、上記のカテゴリーのコアコンピテンシーは、セッション全体につながっていることを示している。

<図 1 参照>

また、対話形式のセッションを実施する際は、先に述べた Jackson が推奨している「セーフな探究するコミュニティ」を作るための方法の 1 つである「コミュニティボウル」の作成や探究を助けるツールとして紹介されている「The Good thinker's toolkit」(Jackson, 2001)を取り入れて実施することとした。そして、研修会の最初に、本教育プログラムの目的や意図、対話形式のセッションを導入した理由についてスライドを作成し、説明を行うイントロダクションのセッションを設けた。また研修会の各日の最後の時間には自己学習の内容に関する質疑応答の時間を設け、自己学習のみでは理解できなかった部分を補うことができるように配慮した。

3. 教育プログラムの運営方法

本教育プログラムは、事前自己学習と 3 日間の対話形式の研修会で構成される。事前自己学習に関しては、受講者には、先に述べた「専門的緩和ケア看護師教育用ガイド 2014」の CD-R を受講 1 ヶ月前に個別に送付し、該当するセッションの受講前までに事前自己学習を行い、自己学習のまとめとして各モジュールの学習課題ワークシート（資料 10）に取り組み、そのうえで研修会に参加するよう依頼した。

＜資料 10 参照＞

対話形式の研修会は、1 日目と 2 日目は連続した週末に開催し、3 日目は、2 日目までに学んだことを臨床に戻って実践したり、振り返ってもらったりするため、2 週間後に開催する形式とした。そのため、3 日目の最初の導入の時間は、2 日目終了後から現在までの臨床の振り返りをしてもらいながら、前回の対話について思い出してもらう機会として設定した。1 グループは 10～11 名とし、各グループにファシリテーターが 2～3 名ずつ入る形式とした。また、ファシリテーターを担当いただいた方には、同意を得て、事前に本教育プログラムに取り入れた対話法に関する勉強会や模擬練習に計 5 日間参加してもらったうえで、研修会に参加していただいた。勉強会や模擬練習には、対話形式の研修の経験豊富な専門家にご指導いただき、本教育プログラムの対話形式のセッションの進め方についても直接スーパーバイズを受けた。

研修会当日は、事前に配布したファシリテーター用マニュアル（資料 11）に基づいて、それぞれのファシリテーターに担当グループの進行を実施するよう依頼した。さらに、本教育プログラムに取り入れた対話法の専門家 2 名にスーパーバイザーとして

研修会に同席してもらい、適宜グループワークの進行に際して助言やサポートをしていただいた。なお、研究者は、研修会全体の運営統括を担い、各セッションのグループワークには直接介入することはしなかった。

<資料 11 参照>

4. 教育プログラムの妥当性

作成した教育プログラムについては、研修会実施前にその妥当性を検討するため、有識者レビューを行った。レビューワーについては、日本ホスピス緩和ケア協会教育支援委員会委員長よりご紹介いただき、専門的緩和ケアを担い、緩和ケアに関する教育経験が豊富な緩和ケア医 2 名、および看護職（がん看護専門看護師、看護教員）3 名の計 5 名にご協力をいただいた。レビューワーには、それぞれ教育プログラム目的・目標、セッションの内容について、学習課題ワークシート（資料 10）やファシリテーターマニュアル（資料 11）にそってレビューを依頼し、①教育プログラムの目的・目標は適切かどうか、②教育プログラムの対象者にとって内容は妥当かどうか、③研究 1 で明らかとなったコアコンピテンシーの向上につながる可能性が考えられる内容かどうか、④教育プログラムとして実施可能かどうか、⑤教育プログラムの改善が必要な点について検討していただき、5 段階のリッカートスケール（1. 全くそう思わない～5. 大変そう思う）により評価し、その理由を自由記載欄へ記載するよう依頼した（資料 12）。その結果、まず①教育プログラムの目的・目標の適切性については、5 名中 4 名が‘5. 大変そう思う’と回答した。次に②対象者に対する内容の妥当性については、5 名中 4 名が‘4. そう思う’と回答した。③コアコンピテンシーとの整合性については、研究 1 で明らかとなったコアコンピテンシーの 7 つのカテゴリーとの整合性についてそれぞれ回答を依頼したところ、いずれの設問においても、5 名中 4 名が‘5. 大変そう思う’または‘4. そう思う’と回答した。一部コアコンピテンシーと目標とのつながりがわかりづらいとの指摘があり、それが伝わりやすいような図表を活用した説明の必要性が示唆された。④教育プログラムとしての実施可能性については、‘5. 大変そう思う’が 3 名、‘3. どちらでもない’が 1 名、‘2. あまりそう思わない’が 1 名と少し意見が割れた。‘3. どちらでもない’または‘2. あまりそう思わない’と回答した理由については、自己学習の方法や欠席した場合の対応などの説明がなかった

点からの指摘だったため、その部分について受講者に説明する際にも明確に伝える必要性が示唆された。以上の結果より、目的・目標の適切性や対象者にとっての内容の妥当性、コアコンピテンシーとの整合性については、確認できたと考え、上記の指摘を受けた部分について補うこととした。また、⑤改善が必要な点の自由記載では、目標の順番やセッション名と自己学習教材資料名の提示方法に対するわかりづらさの指摘、セッションのまとめ方に対するアドバイス、臨床状況に近い設定での演習の提案、具体的な運営・普及していく視点として、対象者が多数いた場合の選定方法について今後検討していく必要性について指摘を受けた。そのため、上記の内容について適宜修正を加えたうえで、教育プログラム内容の最終版として確定した。

<資料 12 参照>

E. 調査内容

1. 教育プログラムに関する評価

教育プログラムとしての実施可能性について検討するため、下記について、受講 1 週間後に受講者の主観的な評価を行うこととした。1)～3)については、それぞれ「5. 大変そう思う」～「1. 全くそう思わない」の 5 段階のリッカートスケールによる回答形式とし、各項目について、それぞれ選択理由について自由記載を求めた。4)～6)についてはすべて自由記載とした。

- 1) 教育プログラム全体に対する満足度
- 2) 事前自己学習に関する評価
- 3) 対話形式のグループワークに関する評価
- 4) 教育プログラムの臨床への有用性
- 5) 教育プログラムの良かった点・改善が必要な点
- 6) 総評・全体に対する意見

<表 5, 資料 15 参照>

2. 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの認識

研究 1 の結果より、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシ

一の各カテゴリーに対する受講者の認識を受講前と受講 1 週間後で比較するため、表 6 に示した各項目に対する現在の認識について「5. とてもそう思う」～「1. 全くそう思わない」の 5 段階のリッカートスケールによる評価を行うこととした。

<表 6, 資料 13, 15 参照>

3. レジリエンス

祐宗らが開発した S-H 式レジリエンス検査の調査票(祐宗, 2007a)を用い、対象者のレジリエンスについて、受講前と受講 1 週間後に評価することとした。この尺度は、パート 1 とパート 2 から構成される。パート 1 は、現在のレジリエンスについて測定する項目で、「対人関係・ソーシャルサポート」「自己効力感」「社会性」の 3 つの因子から構成され、合計 27 項目について、「5. 全くそうである」～「1. 全くそうでない」の 5 段階のリッカートスケールで回答する。得点範囲は、27～135 点で、得点が高いほどレジリエンスが高いことを示す(佐藤 他, 2009)。因子別の設問内容について表 7 に示した。パート 2 は、対象者の現在のレジリエンスと現在の内心(考え)と行動との関係性を評価する項目で、「仕事に対するチャレンジ精神」「問題解決への態度」「職場での感情統制」「協力関係」「社会的関係の維持」「積極的思考」「自己開示」「能力・業績の自己評価」の 8 項目から構成される。回答形式は、I～IV の多項選択肢で、I、II、III、IV の順番でレジリエンスが高いことを表す(祐宗, 2007b)。レジリエンスの高低は、パート 1 のみでも評価できるが、パート 2 と合わせて評価することで内心と行動との関係を知ることができる(祐宗, 2007b)。

<表 7, 資料 14 参照>

4. 個人の背景情報

受講者の背景情報について、2)～4)については、該当する数値を記載してもらい、その他の項目について二項または多項選択肢による回答形式とした。

- 1) 性別
- 2) 年齢
- 3) 看護師の臨床経験年数
- 4) 専門的緩和ケアを担う場(緩和ケア病棟・緩和ケアチーム・在宅緩和ケア)での臨

床経験年数

- 5) 所属施設
- 6) 所属部署
- 7) 臨死期にある患者のケア経験
- 8) 最終学歴
- 9) 緩和ケアに関する看護師の継続教育の経験
- 10) 取得している認定資格・役職

(専門看護師、認定看護師、基本的緩和ケアに関する看護教育プログラムの指導者：
ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラム修了者、管理職)

<資料 13 参照>

5. フォーカスグループインタビュー

下記について、ファシリテーターに対して研修会終了後にフォーカスグループインタビューを行った。

- 1) 教育プログラムとしての運営の実現性
- 2) 教育プログラムのプログラムや各セッションの目標達成度
- 3) 教育プログラムにおける受講者の反応から見た有用性
- 4) 教育プログラムにおいてファシリテートするうえで困った点、難しかった点
- 5) 教育プログラムの改善が必要な点

<資料 16 参照>

F. 調査の手順と方法

1. 調査方法

- 1) 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーに基づいて作成した教育プログラムによる 3 日間の研修会を関西地方にある施設の研修室・講義室を使用し、開催する。
- 2) 研修会のファシリテーターは、先に述べた対象者の条件に該当する看護師とし、日本ホスピス緩和ケア協会教育支援委員会委員長より紹介してもらい、協力の承諾が得られた者とする。

- 3) すべてのファシリテーターには、事前に作成したファシリテーターマニュアル(資料 11) を熟読してもらったうえで都内会議室にて事前打ち合わせや対話法について専門家によるスーパーバイズを受ける場(勉強会や模擬練習)に 5 日間参加してもらい、研修会当日はその内容に沿ってプログラムを運営してもらう。
- 4) 研究者は研修会の運営統括を担う。
- 5) 研修会の受講 1 ヶ月前および受講 1 週間後に事前に渡す調査票に無記名で回答するよう対象者に依頼し、郵送法にて回収する。
- 6) 研修会終了後に、研修会会場の 1 室で、ファシリテーターに円になって椅子に座ってもらい、各日 60 分間前後で、インタビューガイド(資料 16) に基づいて教育プログラムの実施可能性についてフォーカスグループインタビューを行う。

<資料 11, 16 参照>

2. データ収集の手順・方法

- 1) 日本ホスピス緩和ケア協会の会員施設の担当者宛に、広報協力依頼書(資料 17)、専門的緩和ケアを担う看護師に対する教育プログラムによる研修会の参加募集案内(資料 18) および研究説明書(資料 19) を送付し、書面にて、広報を依頼する。
- 2) 対象者は、募集案内を読み、本研究に参加する意思がある場合は、研究者へ直接メールにて仮申込みを行うよう依頼する。その際、研究説明書や同意書等を送付する際の送付先の住所について知らせるよう依頼し、得られた情報は対象者リスト(資料 20) の紙媒体に記し、データとは別に厳重に保管する。また、対象者の仮申込みが多数の場合は、個々にランダムに数字を割りつけ、無作為に抽出し、対象者となる受講者を決定し、その結果について応募者に個別に連絡する。
- 3) 対象者から研究参加の仮申込みの連絡を受けた際は、個別に研究説明書(資料 19)、同意書(資料 21)、調査票：受講前(資料 13)、受講後(資料 15)、同意書返送用封筒(水色) および調査票返送用封筒(ピンク色) の一式を指定された住所に郵送する。
- 4) 対象者は、上記一式を受け取り、研究説明書(資料 19) を読み、研究協力へ同意する場合のみ、同意書(資料 21) に署名し、同意書返送用封筒(水色) に入れ厳封する。そして、調査票：受講前(資料 13) に無記名にて回答し、同封の調査票

返送用封筒（ピンク色）に、同意書を厳封した同意書返送用封筒とともに入れて厳封したうえで、最寄りのポストに投函し、2週間以内に研究者へ返送するよう依頼する。

- 5) 調査票：受講前（資料 13）および同意書（資料 21）を回収後、研修会の会場案内の詳細に関する案内状および同意撤回書（資料 22）を個別に郵送する。
- 6) 研修会受講後は、対象者に、受講 1 週間後を目安に調査票：受講後（資料 15）に無記名で回答し、調査票返送用封筒（ピンク色）に厳封したうえで、最寄りのポストに投函するよう依頼する。
- 7) ファシリテーターには、研究説明書（資料 23）にそって口頭および文書にて研究協力を依頼し、研究協力が得られる際は、同意書（資料 21）に署名し、返送用封筒に厳封し最寄りのポストに投函するよう依頼する。同意書を回収後、事前打ち合わせの案内と同意撤回書（資料 22）を個別に郵送する。そして、ファシリテーターには各日研修会終了後に研修会の振り返りを行い、教育プログラムとしての実施可能性についてインタビューガイド（資料 16）に基づき、各日 60 分間のフォーカスグループインタビューを行い、その内容を IC レコーダーに録音する。

＜資料 13～23 参照＞

G. 分析方法

データ分析には、統計学パッケージ SPSS19.0 J for Windows を使用し、有意確率は両側 5%とする。

- 1) 専門的緩和ケアを担う看護師に対する教育プログラムの有効性について各変数の傾向を検討するため、各変数の記述統計を行う。
- 2) 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの認識に関する得点やレジリエンスの得点において、受講前後で対応のある t 検定を行う。
- 3) 各変数間の関連については、相関係数の算出、平均値の差の検定、分散分析、クラスカルウォリス検定等を行い、検討する。
- 4) 自由記載欄で得られた質的データについては、文脈に留意しながら、1 つのまとまりをもった意味毎に区切って取り出し、その意味内容を吟味し、内容を示すコードを作成する。そして、さらに共通する意味を表すコードを作成し、意味内容の類似性に基づいてカテゴリー化をはかる。上記過程において、研究指導者のス

ースーパーバイズを受けて行う。

- 5) ファシリテーターに実施したフォーカスグループインタビューにより得られたデータは、ICレコーダーに録音し、逐語録を作成し、文脈に留意しながら、1つのまとまりをもった意味毎に区切って取り出し、その意味内容を吟味し、内容を示すコードを作成する。そして、さらに共通する意味を表すコードを作成し、意味内容の類似性に基づいてカテゴリー化をはかる。上記過程において、研究指導者のスーパーバイズを受けて行うとともに、カテゴリー化したものを再度対象者であるファシリテーターに提示し、インタビューで語ったことと相違がないか確認する。

H. 倫理的配慮

- 1) 本研究は、筑波大学の医の倫理委員会の審査を受け、承認を得たうえで実施した(第860号)。
- 2) 対象者にはそれぞれ書面にて研究の主旨を説明し、研究への参加は対象者の自由意思によるものであること、協力が得られない場合にも不利益が生じることは一切ないこと、またいつでも途中で辞退することができることも書面に明記する。また、同意撤回書(資料22)を各自に事前に渡しておくこととする。
- 3) 研修会の募集要項を見て、自ら応募した対象候補者には、応募時に、連絡先(住所、メールアドレス)を教えられ、対象者リスト(資料20)の紙媒体に記し、匿名化責任者が下記保管場所にて厳重に管理する。同意書(資料21)についても、同様に匿名化責任者が管理する。
- 4) 対象者のプライバシーの尊重、保護のため、調査票は無記名とし、密封できる封書を用いて、対象者自身から直接研究者に返送してもらう。そして、回答内容は、本研究の目的以外で使用しないこと、また外部の目に触れないよう調査票は鍵のかかる場所で保管し、研究終了後、速やかにシュレッダーにて処理し、破棄することを文書に明記する。
- 5) 研究に際して教えていただく対象者の連絡先については、対象者リスト(資料20)として紙媒体にて外部の目に触れないよう厳重に管理し、データとは別に保管し、本研究目的以外では使用せず、研究終了後速やかにシュレッダーにて破棄するこ

とを文書に明記する。

- 6) 研修会終了後に行うファシリテーターの振り返りの際に IC レコーダーに録音したデータは、個人情報を含まない形で逐語録を作成し、データとして保存し、研究者が管理する。IC レコーダーに保存したデータは、匿名化責任者が管理し、研究終了後完全に消去することを文書に明記する。
- 7) 研究結果は、後日学会等で発表する予定であること、その際は個人が特定されない形式で公表することを文書に明記する。

IV. 結果

研究 2 において、対象施設を介して、教育プログラムの受講者となる対象者を公募したところ、全国から 67 名の応募があり、脱落率 (10%) を考慮し、最終的に 44 名を無作為に抽出し、参加案内を送付した。そのうち、1 名は勤務の都合がつかなくなり研修会 1 日目から参加を辞退された。また、もう 1 名、家族の急病により同様に参加を辞退された。また、研修会 3 日目は、台風の影響により研修会会場までの交通機関の乱れがあり、会場に来ることが出来なかった 4 名の欠席があったため、3 日間すべてのプログラムの受講が修了した受講者は、38 名であり、これらのデータをもとに分析を行った (有効回答率 : 86.3%)。

<図 2 参照>

A. 対象者の背景

1. 年齢および性別

受講者の年齢は、平均 45.55 歳 (SD: 7.17) で、年齢の範囲は、34~61 歳であった。性別は、男性は 1 名のみ (2.3%) で、女性が 41 名 (97.6%) であった。

<表 8 参照>

2. 看護師および専門的緩和ケアの臨床経験年数

看護師の臨床経験年数は、平均 20.88 年 (SD : 7.63) で、範囲は、8 年~38 年であった。また、専門的緩和ケアの臨床経験年数は、5 年~9 年が 18 名 (42.9%) と最も

多く、2年～5年未満は、10名（23.8%）であった。さらに、専門的緩和ケアを担う各形態別の臨床経験年数を見ると、緩和ケア病棟の臨床経験がある人が27名と最も多く、平均7.67年（SD：4.19）で、範囲は2ヶ月～17年であった。緩和ケアチームの臨床経験がある人も26名と多く、平均4.57年（SD：3.41）、在宅緩和ケアの臨床経験がある人は8名と最も少なく、平均6.39年（SD：7.63）であった。

<表8参照>

3. 所属施設・所属部署

現在の所属施設は、がん診療連携拠点病院が17名（40.5%）で、その他の一般病院が18名（42.9%）と最も多かった。また、所属部署は、緩和ケア病棟が19名（45.2%）と最も多く、次いで、緩和ケアチームが14名（33.3%）と多かった。

<表8参照>

4. 臨死期にある患者のケア経験について

これまでの臨死期にある患者のケア経験については、その患者数について尋ねたところ、300人以上が20名（47.6%）と最も多く、約半数を占めた。

<表8参照>

5. 最終学歴、教育経験および認定資格・役職について

看護教育の最終学歴については、専門学校が28名（66.7%）と最も多く、次いで大学院が7名（16.7%）と多かった。また、これまでに緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアに関する教育を受けた経験については、33名（78.6%）が45時間以上と最も多く、20時間未満はいなかった。

取得している認定資格については、緩和ケア認定看護師が24名（57.1%）と最も多く、半数を占めた。また、管理職者も19名（45.2%）と半数近くおり、認定資格や管理職ではない人は、6名のみで（14.3%）あった。

<表8参照>

6. ファシリテーターの背景

日本ホスピス緩和ケア協会教育支援委員会委員長よりご紹介いただいた同協会教育支援委員会看護師教育支援部会のワーキンググループのメンバーで、協力の同意が得られた10名に本教育プログラムのファシリテーターとして参加していただいた。ファシリテーターは全員女性で、看護師の臨床経験年数は、8名が20年以上（80.0%）であった。認定資格や役職については、がん看護専門看護師が4名、緩和ケア認定看護師が3名、訪問看護認定看護師が1名、在宅看護認定看護師が1名、管理職が8名（重複回答）であった。過去1年以内に緩和ケアに関する継続教育を行った経験については、8名（80.0%）が100時間以上で、そのうち、6名は200時間以上と教育経験が豊富であった。

B. 教育プログラムの実施可能性

本教育プログラムの受講状況については、先に述べたように、44名中42名が1日目、2日目を受講し、3日目は台風の影響により4名の欠席があったが、38名がすべてのセッションを修了した。全体を通した脱落率は、13.6%であった。

1. 教育プログラムの評価に関する各設問の回答分布と平均値（受講後）

教育プログラムを受講後に、事前自己学習に対する評価、対話形式のグループワークに関する評価、研修会に対する満足度、臨床への有用性について自由記載とともに評価を依頼し、その回答分布と平均値について表9に示した。

事前自己学習の資料のわかりやすさについては、84.2%の対象者が「5. 大変そう思う」または「4. ややそう思う」と回答していた。内容に関する難易度は対象者によってばらつきが見られたが、その選択理由としては、「すでに知っていることが多かった」という意見から「深く読み込む必要があるが時間が足りなかった」「内容は頭に入ってくるが、自己の考えとして記述することに困難を感じた」といったさまざまな意見が聞かれた。しかし、事前自己学習の実施が専門的緩和ケアの知識を深めるうえで有用だったかどうかについては、94.7%の対象者が「5. 大変そう思う」または「4. ややそう思う」と回答し、「自己の課題が明確になった」という意見や「知識の再確認、振り返りになった」という意見が聞かれた。

対話形式のグループワークの参加については、こちらも難易度についてはばらつきがあったが、94.7%の対象者が興味を持って対話のグループワークに参加していたと回答していた。難易度に関する意見としては、「初対面の人や人前で話すことが苦手」や「自己の考えを人に伝えるのが苦手」という意見から、「難しくはないが終始能動的で居続けるのが大変だった」や「グループの雰囲気もよく参加しやすい」といったさまざまな意見が聞かれた。しかし、対話を通して自己を見つめリフレクションすることができたかという点については、全員が「5. 大変そう思う」または「4. ややそう思う」と回答していた。

臨床への有用性については、全体的に高く、明日からの臨床実践に役に立つと思ったかという質問に対して、対象者の92.1%が「5. 大変そう思う」または「4. ややそう思う」と回答していた。また、実際に受講者が体感した対話を通して、実践の場で脅かされず安心できる場・コミュニティを形成することができるかということについても、対象者の86.5%が「5. 大変そう思う」または「4. ややそう思う」と回答していた。

研修会に対する満足度については、対象者の76.3%は、「5. 大変そう思う」または「4. ややそう思う」と回答した。しかし、対象者の27%は受講前に期待していたことが満たされていない状況であったことが伺え、自由記載を見ると、その理由の多くは、「対話形式のワークショップ」に参加することが初めてであり、事前にイメージできなかつたことが挙げられた。

<表 9 参照>

2. 受講者による評価（自由記載）

対象者から見た本教育プログラムに関する良かった点については、自由記載より、表 10 に示した項目が挙げられた。最も多かったのは、「臨床への有用性」に関する項目であった。次いで「脅かされず安心できる場・コミュニティの体験」であった。「臨床への有用性」に関して最も多かった意見は、「漠然とした研修会の有用性の実感」で、現時点でどのような効果とははっきりと語るができないが有用と感じた、受講してよかったという意見が多く見られた。また対話形式のセッションを通して、受講者自身が脅かされず安心できる場・コミュニティを体験することにより、自らの臨床実

践の場で患者・家族、協働するメンバーに同様の思いを抱いてもらえるような関わりの必要性を実感したという意見も多く、対話形式のグループワークは、初めての体験で最初は不安があったという意見もあったが、否定的な意見はなく、対話形式で行うことに対して肯定的な意見が多く聞かれた。

対象者から見た本教育プログラムの改善点については、自由記載より、表 10 に示した項目が挙げられた。最も多かった項目は、「セッションの進め方に対する要望」であった。これには、「事前自己学習と対話形式の各セッションとのつながりの提示不足」に関する意見が最も多かった。また、「タイムマネジメントに対する改善点」や「事前自己学習に対する改善点」といった運営に関して具体的な改善点に関する意見が挙げられた。

<表 10 参照>

3. ファシリテーターによる評価

ファシリテーターには、研修会終了後、毎回フォーカスグループインタビューを行い、その日の体験を振り返ってもらった。グループインタビューの時間は、1日目は58分、2日目は73分、3日目は85分であった。

ファシリテーターは、各セッションの目標を達成できるように常に意識しながらファシリテートしており、各セッションの目標を達成することはできたとそれぞれが実感していた。しかし、教育プログラムの運営の課題として、ファシリテーターが実際に対話のセッションをファシリテートしていくうえで感じた難しさが挙げられ、「対話が進まないときの導入の仕方」に関することや対話のセッションの中では、受講者が事例の説明をしたり、ケアのアドバイスを話したりするようになることもあり、「セッションの目標から対話の方向が逸れた際の対応」に難しさを感じながらも各自で工夫しながら進行していたことが語られた。また、ただ対話するだけでなく、対話を通してさらに考えを深めて、探究していくことが求められるため、その際の問いかけ方に難しさを感じ、試行錯誤しながらファシリテートしていたことも語られた。さらに、グループメンバーの中で、具体的な事例や現象は語るができるが、それはつまりどういうことだったのかといったような抽象度を上げて、「臨床実践の概念化」ができないメンバーに対する対応の難しさやグループダイナミクスも考慮しながらフォロー

することの必要性が語られた。さらに、今回の対話形式のグループワークでは、ファシリテーターとして進行を促す役割とともに、対話のセッションのグループメンバーの1人として、対話に参加するという役割も生じるため、ファシリテーター自身が、自己を内省し、対話に参加することに楽しみを感じながらも、同時にグループ全体の進行も考えて進めていくことに対して難しさを感じていることが語られた。しかし、教育プログラムとして実施可能かどうかという点については、ファシリテーター全員が本教育プログラムは実施可能であると評価していた。

<表 11 参照>

C. 教育プログラムの有効性

1. コアコンピテンシーの認識に関する各設問の受講前後の回答分布と平均値の推移 (受講前後)

コアコンピテンシーの認識に関しては、受講前より受講1週間後では、全体的に高い傾向が見られ、すべての項目において受講前より受講1週間後の平均値が上昇した。「苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応する」といったコアコンピテンシーについては、受講前後で統計学的な有意差は見られなかったが、その他の項目はすべて、受講前と比べ、受講1週間後では統計学的に有意に高くなる傾向が見られた。

<表 12, 13 参照>

2. レジリエンスに関する各設問の受講前後の回答分布と平均値の推移 (受講前後)

受講前と受講1週間後における現在のレジリエンスの高低を示すパート1の各設問の回答分布および平均値について表14と表15に示した。設問別に見ると、受講前と比べ、受講1週間後では、「設問5：気が合いそうもないと思う相手であっても、相手に合わせてつき合い方を変えられるか」($p<0.001$)と「設問6：精神的に癒しを感じるものがあるか」($p=0.014$)において、統計学的に有意に高い傾向が見られた。

現在のレジリエンスについては、パート1の27項目の合計得点から評価するが、その結果、受講1週間後では、受講前と比べ、統計学的に有意にレジリエンスが高くなる傾向が見られた($p=0.003$)。構成因子別に見ると、対人関係・ソーシャルサポー

ト ($p=0.03$) と自己効力感 ($p=0.01$) において、受講前と比べ、受講 1 週間後では、統計学的に有意に高くなる傾向が見られた。

また、レジリエンスの段階別に見ると、レジリエンスの合計得点が 110 点以上はレジリエンスが高いと評価されるが、受講前の時点でレジリエンスが高いと分類される人は、18 名 (42.9%) であったが、受講 1 週間後は、統計学的な有意差は見られなかったが、23 名 (60.5%) に増加していた。構成因子別に見ても、それぞれレジリエンスが高いと分類される人が増加傾向であったが、統計学的な有意差は見られなかった (表 16)。

パート 2 の設問は、現在の内心と行動との関係を明らかにする項目で、パート 1 の結果と合わせて評価することができるが、その回答分布と受講前後の比較について表 17 に示した。パート 1 で現在のレジリエンスが高いと分類され、なおかつパート 2 で、「考えと実際の行動がともに積極的である傾向」であった場合は、レジリエンスはあらゆる面で高い状態と判定されるが、受講前は 16 名 (38.1%) が該当したが、受講後は 18 名 (47.4%) が該当し、統計学的な有意差がないが、やや増加傾向が見られた。

<表 14~17 参照>

3. 各変数間の関連

1) コアコンピテンシーの認識とその他の各変数との関連

(1) コアコンピテンシーの認識とレジリエンスにおける各設問との関連 (受講後)

コアコンピテンシーの認識とレジリエンス全体の得点においては、「自己の専門的緩和ケアに対する考えを述べることができる」(相関係数=0.32, $p=0.049$)、
「苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応することができる」(相関係数=0.38, $p=0.028$)、「苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートすることができる」(相関係数=0.33, $p=0.047$)、「専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処することができる」(相関係数=0.47, $p=0.003$) において、統計学的な有意差が認められた。また、因子別に見ると、「自己効力感」と統計学的な有意差が認められた項目は、「苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応することがで

きる」(相関係数=0.34, $p=0.028$)、「専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処することができる」(相関係数=0.53, $p=0.006$)であった。また、「社会性」と統計学的な有意差が認められた項目は、「自己の専門的緩和ケアに対する考えを述べることができる」(相関係数=0.32, $p=0.023$)であった。

<表 18 参照>

(2) コアコンピテンシーの認識と教育プログラムの評価に関する各設問との関連

コアコンピテンシーの認識とプログラムの評価に関する各設問においては、「苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応することができる」と臨床への有用性・意欲に関するすべての設問で統計学的な有意差が認められ、弱～中程度の関連が見られた。また、対話形式のグループワークの評価に関する調査項目である「対話を通して、他者の考えを聞くとともに、自己を見つめ、内省することができたか」という設問は、コアコンピテンシーの認識に関する設問と最も多く関連が見られ、「苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートすることができる」とは関連が高かった(相関係数=0.63, $p<0.001$)。

<表 19 参照>

(3) コアコンピテンシーの認識と受講者の背景因子との関連

コアコンピテンシーの認識と受講者の背景因子とで関連が認められた項目は少なく、「自己の専門的緩和ケアに対する考えを述べることができる」と関連が認められた背景因子は、年齢(相関係数=0.33, $p=0.03$)のみであった。その他に、「苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応できる」と所属部署において在宅緩和ケアの場合とその他の場合で統計学的な有意差が見られたが、1 枠の人数が少ないため、現時点で関連があるとは言いがたい結果であった。

<表 20～26 参照>

4. ファシリテーターから見た教育プログラムの有用性

ファシリテーターに対するフォーカスグループインタビューから得たデータから分析した結果、ファシリテーターが受講者に関わる中で実感した本教育プログラムの有用性については、表 11 に示した項目が挙げられた。特に研修会 2 日目と 3 日目の間の受講者が臨床に戻っている期間に、協働するメンバーの探究を促すために、臨床現場で対話やセッションの中で受講者に紹介した探究する際のカードを常に意識していたという発言や、実際に所属する施設でのカンファレンスの際に、対話形式のセッションで学んだ脅かされず安心できる場作りのことを意識的に実践していたというような発言が聞かれ、受講後すぐに実践に活用しようとする姿勢が多く聞かれたことにファシリテーターも驚きを感じていた。また、セッションが進む中で、脅かされず安心できる場・コミュニティが形成されていき、そのことを受講者自身も実感できており、能動的に自己開示していく姿が見られること、発言の内容から自己の内省が進んでいること、自己の考えが深まっていることを認識していた。さらに、自己認知が進むだけでなく、他者理解に対する考えが深まっていることがわかる発言が聞かれたり、受講者が臨床実践の体験について抽象度を上げて、概念化して語るできるようになったりと、3 日間の中で受講者が変容していく姿を実感できたということが語られた。また、グループメンバー内で、専門的緩和ケアを担う看護師の同志として関係性が深まり、互いに支え合おうとする姿が見られたり、意欲の向上に対する発言が聞かれたりし、エンパワメントにつながっていることが実感できたということが語られた。

<表 11 参照>

V. 考察

A. 教育プログラムの実施可能性

本教育プログラムは、講義形式の研修会と異なり、事前自己学習と 3 日間の対話形式のグループワークセッションによる研修会を組み合わせた形式で開催した。本教育プログラムに対する受講者の満足度は高い傾向であり、臨床への有用性を実感している者が多かった。自己学習については、難易度の評価にばらつきが見られたが、対象者の 8 割以上が内容についてわかりやすく感じており、受講者の意見を見ると、難易

度に関しては資料の分量が影響していることが考えられた。また事前自己学習を実施することについては、9割以上が肯定的に捉えており、事前自己学習を実施することに関して否定的な意見は見られなかった。対話形式のセッションに対する難易度についてもばらつきが見られたが、9割以上が対話することに興味を持って参加することができ、すべての対象者が実際に対話を通して自己をリフレクションすることができたと回答しており、自己学習と対話形式の研修会を組み合わせ実施した本教育プログラムは、対象者にとって参加可能な内容で、臨床への有用性の実感や満足感につながる内容であることが示唆された。研修会の3日目は台風の影響により、交通機関が乱れ、会場までたどりつけずに、欠席となった受講者が4名いた（脱落率：13.6%）が、欠席となった対象者からは受講しなかったという意見が聞かれ、受講を継続したいという意欲は持ち続けていたと考えられる。また、受講者の自由記載には、最初是对話形式について不安に思っていたという意見も聞かれたが、受講状況から見ると、本教育プログラムの形式は、受講者が継続して参加できる教育プログラムであることが示唆された。しかし、本教育プログラムの受講者は専門的緩和ケアを熟達していきたいという意欲が高い方であるため、すべての看護師に当てはまらない可能性もあり、今後継続して開催していくうえでは引き続き検討していく必要がある。

次に、教育プログラムの展開方法の点から見ると、まず、事前自己学習については、事前に配布した自己学習用教材の内容のわかりやすさに対する評価や専門的緩和ケアに関する知識を深めるうえでの有用性に対して受講者は、8割または9割以上が高い評価をしていた。また、自己学習のまとめとして学習課題ワークシートに取り組むように事前に受講者に課題を課したことは、対話形式の研修会に参加する前に、自分の考えを整理できたという意見や自己の知識の振り返りができたという意見も聞かれ、事前に自己学習を行うことに対しては、否定的な意見は聞かれなかった。Nguyenらの看護師の緩和ケアの知識、態度、自己のコンピテンシーの認識の関連について明らかにするために実施した質問紙調査では、緩和ケアに関する知識の得点が高い看護師は、知識の得点が低い看護師より、緩和ケアに対する態度がポジティブで($p<0.05$)、自己のコンピテンシーの認識も高い($p<0.001$)ことが報告されている(Nguyen et al., 2014)。本研究では、受講前と比べ、受講1週間後ではコアコンピテンシーの認識に関するすべての項目において向上が見られたが、このことには、事前に自己学習を行ったことにより、専門的緩和ケアに関する知識が向上したことも影響している可能性

も考えられる。しかし、一方で、資料の分量が多く深く読み込むまでにはいかなかったという意見やもっと早く資料を受け取りたかったという要望もあったため、今回は1ヶ月前に事前自己学習教材を送付したが、その時期についてはさらに早めることを検討する必要があると考える。

対話形式で行ったグループワークのセッションについては、受講者の自由記載の評価を見ると、臨床への有用性を感じるとともに、脅かされず安心できる場・コミュニティを体験できたことが良かった点として挙げられていた。成人学習は、安心できる学習環境であることが重要とされ(Knowles, 1980)、ファシリテーターは、受講者がワークショップの間、確実に安心感・快適さを感じられるようにすることが重要である(McDonald et al., 2012)と述べられている。また、学習の促進は、ファシリテーターの相互の信頼を構築する能力の影響を受ける(Landmarl et al., 2004)ことが示唆されている。今回の教育プログラムを開催する前に行ったファシリテーターに対する事前の研修会等では、受講者が脅かされず安心できる環境と感じられるような関わり方について学び、互いに意識し続けていたことであったが、受講者の主観的評価やファシリテーターの客観的評価から見ても、自己認知や他者理解に対する考えが深まったと感じることができたということは、常にファシリテーターが上記のような対応をし、各グループ内で脅かされず安心できる環境が整えられ、グループメンバー間の信頼関係も構築されていったことが示唆される。また、そのことにより、専門的緩和ケアを担う看護師の同志として関係性を育み、支え合う体験を通して、エンパワメントされ、専門的緩和ケアの質の向上に対する意欲を感じることができたのではないかと考えられる。

さらに、受講者の発言内容からファシリテーターは、実践の概念化や臨床実践の質の向上に向けた取り組みに関して、行動レベルでの変化を実感していた。本教育プログラムの受講者は、対話やリフレクションの体験を通して、Kolb や Barlin が述べている経験的学習サイクル(Greenhalgh et al., 2004)の過程を辿っているとも言える。経験的学習を通し、実際に行動レベルの変化をファシリテーターが客観的に見て感じることは、実際の臨床に戻った際に、行動レベルの変化が見られ、苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支えるうえで必要となるコアコンピテンシーを向上につなげていくことが期待できる可能性が示唆された。

B. 教育プログラムの有効性

1. コアコンピテンシーに対する認識から見た有効性

本研究の対象者は、認定資格をもつ看護師や管理職である受講者が多く、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの認識については、本教育プログラムの受講前の時点から全体的に高い傾向が見られた。看護師のコンピテンシーの認識に影響を与える要因として、緩和ケアの教育を受けていること、年齢、臨床経験が報告されており(Nguyen et al., 2014)、本研究の対象者は、これらの項目がすべて平均より高いと考えられ、上記に影響を及ぼしていた可能性が考えられる。しかし、表 20～26 に示したように、本研究においては、コアコンピテンシーの認識と関連が見られた受講者の背景因子は年齢のみであり、今後上記コアコンピテンシーの認識に対する関連要因についてはさらなる検討が必要である。

コアコンピテンシーの評価指標としては、先行研究では、対象者のコアコンピテンシーの認識により評価しているものが多く、本研究においても同様に受講者の受講前後の自己評価による認識を主観的な評価として用いたが、自己のコンピテンシーの認識は、コンピテンシーの獲得、発展、達成に影響を及ぼし(Badura, 1990; Schunk & Zimmerman, 2006)、自己の行動に影響を与える(Bandura, 1986)と考えられている。そのため、本教育プログラムの受講後にコアコンピテンシーの認識が向上する傾向が見られたことは、実際のコンピテンシーにも影響を及ぼす可能性が示唆される。また、コンピテンシーの認識が高い看護師は、認識が低い看護師と比べ、生命を脅かされている患者や家族に対して質の高いケアを提供できる(Desbiens et al., 2011)とも言われており、コンピテンシーの認識が向上することは、実際のコンピテンシーが向上し、専門的緩和ケアの質の向上につながる可能性が示唆される。

しかし一方で、本研究は、コアコンピテンシーの認識に関する主観的な評価のみであり、実際に臨床実践においてどのような変化があったかについては継続して評価できていない。受講者の自由記載からも、「漠然とした研修会の有用性の実感」が多く聞かれ、研修会受講後に何かしら変化を実感しつつも、具体的な臨床実践における効果について言葉で表現できていない状況であることが示唆される。Landmark らは、25名の緩和ケアのコースの大学院生に対して2年間にわたる対話やリフレクションをはじめ、多数の教育方法を取り入れた教育プログラムによる継続的なサポートを提供し、

質的に評価しているが、学生は自己のコンピテンシーに対する成長を体験したと報告し(Landmark et al., 2004)、具体的に自己のコンピテンシーの向上を実感できていた。しかし、患者に対するアウトカムについては明らかになっていないことや方法論上サンプル数が少ないこと等が課題として挙げられている。以上より、本研究は、受講1週間後のみの評価であったため、教育プログラムの受講直後からコアコンピテンシーの認識に変化を与えることが明らかとなったが、実際に教育プログラムによりどのようにコアコンピテンシーの向上につながり、コアコンピテンシーの認識だけでなく、実践の変化や患者へのアウトカムに変化があったかどうかを検証するためには、縦断的な評価の期間や継続的な介入期間についても更なる検証が必要である。

2. レジリエンスの評価から見た有効性

本研究では、教育プログラムが専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの向上につながっているかどうかを検討する客観的な指標として、妥当性・信頼性が確保されている S-H 式レジリエンス検査の評価指標を用い、レジリエンスについても評価を行った。先に述べたように、本教育プログラムの受講者は、認定資格を持つ看護師や管理職の方が多く、臨床現場の中でリーダーシップをとって活動されている人が多い集団であると考えられる。そのため、本研究の対象者である受講者のレジリエンスは、国内の成人健康者を対象に実施された先行研究(佐藤 他, 2009; 祐宗, 2007b)の結果における女性 (n=1,601) に限定した得点と比較すると、研修会受講前の時点で、レジリエンス全体の合計得点の平均値は 108.35 (SD : 8.87) と、すでに先行研究のデータより 5 点高く、「対人関係・ソーシャルサポート」「自己効力感」「社会性」の各得点を見ても、すべて高い傾向が見られ、特に「自己効力感」(平均値 : 38.09、SD : 3.75) においては、成人健康者の女性の得点 (平均値 : 34.1、SD : 5.16) より高かった。また、一般病院の女性看護師 225 名を対象に、同様のレジリエンス尺度を用いて、ストレス反応とレジリエンスの関連を調査した先行研究(Koizumi et al., 2013)のデータでは、レジリエンス全体の合計得点の平均値は 100.8 (SD: 11.96) であり、こちらのデータと比較しても、「対人関係・ソーシャルサポート」「自己効力感」「社会性」のすべての得点において高い傾向が見られ、本研究の対象者は、本教育プログラムの受講前の時点で、すでにレジリエンスが高い傾向にある集団であったと言

える。しかし、そのような中でも、受講前と比べ、受講1週間後では統計学的に有意にレジリエンスの得点が高まる傾向が見られた。レジリエンスの全体合計の得点は、その人の現在のレジリエンスの高低を示すものとされており（佐藤 他, 2009）、「レジリエンスが高い」と分類される人数もやや増加していることから、本教育プログラムの受講により、レジリエンスが高い傾向にある人も、さらに高まる可能性があることが示唆された。また、先に述べたように、コンピテンシーは、レジリエンスを構成する1つの要素と考えられ、本研究においても、受講1週間後で上昇した専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの認識とレジリエンスの全体合計の得点には弱～中程度の相関も認められ、コンピテンシーとレジリエンスは関連があることが示唆された。また、サポート的な関係を構築することは、個人のレジリエンスの発展につながるということが示唆されており（Hart et al., 2014）、対話形式によるグループワークのセッションにより、脅かされず安心できる環境で専門的緩和ケアを担う同志と関係性を築くことができたことで、レジリエンスが高まることに影響した可能性も考えられる。しかし、本教育プログラムの評価指標としてレジリエンスが妥当かどうかについては、コアコンピテンシーとレジリエンスとの関係性について引き続き検証し、教育プログラムの有効性を検証する評価指標について検討していく必要がある。

C. 教育プログラムの普及に向けた示唆

本研究でファシリテーターを依頼した方々は、専門的緩和ケアの臨床経験で、看護師に対する緩和ケアの教育経験も豊富な専門看護師、認定看護師、管理職の看護師であったため、事前に研修会による学習の経験により、脅かされず安心できる場・コミュニティを作り、グループメンバー間で関係性を育み、受講者のエンパワメントにつながることであった。脅かされず安心できるグループの中で、実践の状況を共有することにより、受講者は自己の気づきを深め、経験に基づいた知識の言語化を促進し、緩和ケアにおける洞察の発展をサポートすることが示唆されており（Landmark et al., 2004）、上記は本教育プログラムにおいてファシリテーターを担う者に必要とされる能力と考えられる。また、ファシリテーターは、環境の雰囲気に応じることや、受講者のウェルビーイングの観察、自尊心、エンパワメントの感覚を観察することが必要である（McDonald et al., 2012）とされ、誰もがすぐにファシリテーターを担当する

ことは難しいと考えられる。そのため、本教育プログラムを普及していくうえで、ファシリテーターを担うことができる人材の確保やファシリテーターに対する研修の機会が必要となることが示唆された。また、リフレクションは、潜在的な悩みを思い出すことによる問題、死や死にゆくこと、死別に関連した実践を振り返ることを促進する潜在的な危険な戦略だという議論もある(Duke & Appleton, 2000)とされており、リフレクションが進むにつれ、サポートが必要となる人が表れる可能性も考えられるため、運営していくうえでは、そのためのサポート体制を整えておく必要がある。今後は、受講者から教育プログラムの改善として挙げられた「セッションの進め方に対する要望」等の課題に対する対策を検討し、有効な教育プログラムとして広く普及していく方策を検討する必要性が示唆された。

D. 本研究における限界と今後の課題

本研究では、対象施設における公募により自ら応募してきた者を対象者としているため、専門的緩和ケアやその教育に関する関心や意欲が高い傾向にあると考えられ、そのことによるバイアスが生じている可能性が考えられる。そのため、本研究の結果をそのまま一般化するには限界がある。また、本研究は対照群をおかない前後比較試験であったため、有効性についての検証は十分とは言えない。そのため、今後は、本研究で得た結果をもとに、脱落率等を考慮して、サンプル数を算出し、無作為化ランダム化試験による検証を行い、その有効性については引き続き検証していく必要がある。さらに、縦断的に評価を行い、本教育プログラムの受講により臨床実践にどのような変化をもたらすことにつながるのか、またケアの質の向上につながっていくのかを検証していく必要性もある。

また、教育プログラムの有効性を評価する指標として、本研究では、研究1で明らかとなった専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの7つのカテゴリーに対する認識を主観的な評価の指標に設定し、評価を依頼したが、自己のコンピテンシーについて自己評価することは、看護師自身の強さや弱さに気づくことを促進したり(Slatten et al., 2014)、コンピテンシーを自己評価するプロセス自体が、専門的な実践やコンピテンシーの発達を促進したりする可能性がある(Desbien & Fillion, 2011)と述べられており、コンピテンシーを自己評価することは、ただ単に教育プログラムについて評価するだけでなく、看護師自身が自己を振り返る機会にもな

り、コンピテンシーの向上にプラスの影響を与える可能性も考えられる。そのため、本教育プログラムの評価指標として、自己評価によるコアコンピテンシーを含めることは意義があると考えられる。しかし、研究1で明らかとなったコアコンピテンシーは62項目であり、教育プログラムの有効性を評価する評価指標として使用するには、1つ1つの項目内容を吟味し、精錬させ、妥当性、信頼性を検証したうえで、利便性が高い尺度として開発していく必要がある。また、コンピテンシーの評価に関する課題として、コンピテンシーは多面的であるため、評価をする際もコンピテンシーの認識による主観的評価のみでなく、自己のリフレクションとして日記をつける方法、シュミレーション、客観的臨床能力試験（オスキー）等による客観的評価を加え、多面的に行う必要性が挙げられており(Pijl-Zieber, 2014; Wilkinson, 2013; Hagler et al., 2013)、今後、教育プログラムにより看護実践がどのように変化したか、またケアの質の向上につながっているかどうかを含めて検証していくには、評価方法についてもさらなる検討が必要である。そして、効果の持続性についてや対話形式のグループワークの体験が実際にどのようにコアコンピテンシーの向上につながっていくのかを含め、縦断的に、臨床実践にもたらす効果や実践の変化について評価していく必要がある。

VI. 結論

苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支えるために、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの向上につながる教育プログラムとして、専門的緩和ケアに関する知識についての事前自己学習と3日間の対話形式のグループワークセッションによる研修会を組み合わせた教育プログラムを作成し、その実施可能性と有効性について検討した。その結果、対象者(n=38)の満足度は全体的に高く、ファシリテーター(n=10)の実施可能性に対する評価も高かった。教育プログラムの有効性として、教育プログラムがコアコンピテンシーの向上につながるかどうかを検討するため、受講者の主観的な評価として、研究1で明らかとなった専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの各カテゴリーに対する受講者の認識を検討した結果、受講前より受講1週間後ではすべての項目において向上する傾向が見られた。また、教育プログラムがコアコンピテンシーの向上につながるかどうかを妥当

性、信頼性が確保されている尺度を用い客観的に評価するため、コンピテンシーを包含する概念と捉えられるレジリエンスについて検討した結果、同様に受講 1 週間後では受講前と比べ統計学的に有意に高まる傾向が見られた。対話形式を取り入れた専門的緩和ケアを担う看護師に対する本教育プログラムは、教育プログラムとして運営するうえで改善すべき点はあるものの、実施可能であり、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの向上につながる可能性があることが示唆された。

引用文献

- Adriaansen M. & van Achterberg T. (2008) The content and effects of palliative care course for nurse: A literature review. *Int J Nurs Stud*, 45, 471-485.
- Adriaansen M., van Achterberg T., Borm G. (2005) Effects of a postqualification course in palliative care. *J Adv Nurs*, 49(1), 96-103.
- American Association of Colleges of Nursing (1998) Peaceful death: recommended competencies and curricular guidelines for end-of-life nursing care. Retrieved from <http://www.aacn.nche.edu/el nec/publications/peaceful-death>
- American Psychological Association (2008) The road to resilience. Retrieved from <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- 新幡智子, 宮下光令, 梅田恵, 他 (2014) 看護師に対する ELNEC-J コアカリキュラム 看護師教育プログラムの有効性の検証 Wait list control による無作為化比較試験. 第 19 回日本緩和医療学会学術大会プログラム抄録集, 504.
- Bandura A. (1986) *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bandura A. (1990) Reflections on nonability determinants of competence. Sternberg R.J. & Kolligian J.J (Eds.) *In competence considered* (pp. 315-362) Yale University Press, New Haven, CT.
- Bergdahl E., Benzein E., Ternstedt B.M., et al. (2011) development of nurses' abilities to reflect on how to create good caring relationships with patients in palliative care: an action research approach. *Nursing Inquiry*, 18(2), 111-122.
- Bevis E.O. (1989) 専門職教育としての看護教育カリキュラムの理論モデル. Bevis E.O., Watson J. (1989), 安酸史子 監訳 (1999) ケアリングカリキュラム—看護教育の新しいパラダイム— (pp.60-104). 東京: 医学書院.
- Burns N. & Grove S.K. (2005) 黒田裕子, 中木高夫, 小田正枝, 他 監訳 (2007) 看護研究入門—実施・評価・活用— (pp.443-444). 東京: エルゼビア・ジャパン.
- Chamorro-Premuzic T., Harlaar N., Greven C.U., et al.. (2010) A longitudinal

- examination of self-perceived abilities as predictors of academic performance in a large sample of UK twins. *Intelligence*, 38, 385-392.
- Canning D., Rosenberg J.P., Yates P. (2007) Therapeutic relationships in specialist palliative care nursing practice. *International J Palliat Nurs*, 13, 222-229.
- Cate E.O. (2005) Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ*, 39, 1176-1177.
- Connor K.M. & Davidson J.R.T. (2003) Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) *Depress Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cowan D.T. Wilson-Barnett D.J., Norma I.J. et al. (2008) Measuring nursing competence: Development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. *Int J Nurs Stud*, 45, 902-913.
- Desbiens J. & Fillion L. (2011) Development of the palliative care nursing self-competence scale. *J Hosp Palliat Nurs*, 13(4), 230-241.
- Desbiens J., Gagnon J., Fillion L. (2011) Development of a shared theory in palliative care to enhance nursing competence. *J Adv Nurs*, 68(9), 2113-2124.
- Duke S. (2000) The use of reflection in a palliative care programme: a quantitative study of the development of reflective skills over an academic year. *J Adv Nurs* 32(6), 1557-1568.
- Duke S. & Appleton J. (2000) The use of reflection in a palliative care programme: a quantitative study of the development of reflective skills over an academic year. *J Adv Nurs*, 32(6), 1557-1568.
- Epstein R.M. & Hundert E.M. (2002) Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287, 226-235.
- End-of-Life Nursing Education Consortium: ELNEC (2013) ELNEC FACT SHEET. Retrieved from <http://www.aacn.nche.edu/elneec/FactSheet.pdf>
- European Association for Palliative Care (2009) White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. *Eur J Palliat Care*, 16(6), 278-289.

- European Association for Palliative Care (2010) White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *Eur J Palliat Care*, 17(1), 22-33.
- European Association for Palliative Care (2013a) Core Competencies in palliative care; an EAPC white paper on palliative care education part1. Europe. *Eur J Palliat Care*, 20(2), 86-91.
- European Association for Palliative Care (2013b) Core Competencies in palliative care; an EAPC white paper on palliative care education part1. Europe. *Eur J Palliat Care*, 20(3),140-145.
- Ferrell B.R. (2005) Overview of the domains of variables relevant to end-of-life care. *J Palliat Med*, 8(suppl1), 22-29.
- Fitch K., Bernstein S.J., Aguilar M.D., et al. (2001) The RAND/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica: RAND.
- Fitzpatrick J.M, While A.E., and Roberts N. (1992) The role of the nurse in high-quality patient care: a review of the literature. *J Adv Nurs* 17(10), 1210-1219.
- Forestlund L., Bjorndal A., Rashidian A., et al. (2009) Continuing education meetings and workshop: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), 1-25.
- Friborg O., Hjemdal O., Rosenvinge J.H., et al. (2003) A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International J Methods in Psychiatric Research*, 12, 65-76.
- Frank J.R., Snell L., Cate T.O., et al. (2010) Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teacher*, 32, 638-645.
- Frommelt K.H. (1991) The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *American J Hospice Palliat Care*, 8, 37-43.
- Fry M. & MacGregor C. (2014) Confidence and impact on clinical decision-making and behavior in the emergency department. *Australia's Emerg Nurs J*, 17, 91-97.

- 二見典子, 田村恵子, 河正子 (2010) ホスピス緩和ケア病棟における看護師教育プログラムの現状に関する調査. 日本ホスピス緩和ケア研究振興財団助成事業調査結果報告書.
- Grant M., Economou D., Ferrell B., et al. (2012) Educating health care professionals to provide institutional changes in cancer survivorship care. *J Cancer Educ*, 27, 226-232.
- Grant M., Elk R., Ferrell B., et al. (2009) Current status of palliative care, education, and research. *CA Cancer J Clin*, 59(5), 327-335.
- Grant M., Hanson J., Mullan P., et al. (2007) Disseminating end-of-life education to cancer centers: overview of program and of evaluation. *J Cancer Educ*, 22(3), 140-148.
- Grbich C. (1999) 上田礼子, 上田敏, 今西康子 訳 (2003) 保健医療職のための質的研究入門 (pp.103-105). 東京: 医学書院.
- Greenhalgh T. & Collard A. (2003) 斎藤清二 訳 (2004) 保健専門職のための NBM ワークブック—臨床における物語共有学習のために(pp.25-32). 東京: 金剛出版.
- Grotberg E.H. (2003) Resilience for today: gaining strength from adversity (pp.1-30). Praeger Publishers.
- Hagler D. & Wilson R. (2013) Designing nursing staff competency assessment using simulation. *J Radiol Nurs*, 32, 165-169.
- Hart P. Brannan J.D. and Chesnay M.D. (2014) Resilience in nurses: an integrative review. *J Nurs Manag* 22: 720-734.
- 橋爪隆弘, 中澤葉宇子 (2011) 緩和ケアチーム研修会からみえる課題. 財団法人日本ホスピス緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編. ホスピス緩和ケア白書 20011 (pp.37-41). 大阪: 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団.
- 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金 (がん臨床研究)「緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」班 (2011). ELNEC-J コアカリキュラム指導者用ガイド 2011. 日本緩和医療学会教育研修委員会 ELNEC-J 作業部会.
- Henoch I., Danielson E., Strang S. et al. (2013) Henoch I., Training intervention for

health care staff in the provision of existential support to patients with cancer: a randomized, controlled study. *J Pain Symptom Manage*, 46(6), 785-94

広瀬寛子 (2011) 第Ⅲ部 第1章 看護師のグリーフケアが必要なわけ. 悲嘆とグリーフケア (pp.149-157). 東京: 医学書院.

Hsieh Suh-Ing. & Hus Li-Ling (2013) Development and psychometric evaluation of the competency inventory for nursing students: a learning outcome perspective. *Nurs Educ Today*, 33, 492-497.

射場典子 (2006) 緩和ケアにおける看護師の卒前教育の現状と展望. 財団法人日本ホスピス緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編. ホスピス緩和ケア白書 2006 (pp.6-11). 大阪: 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団.

井原裕, 尾形広行, 犬塚彩, 他 (2009) 看護師レジリエンス尺度の信頼性と妥当性. *産業保健人間工学研究*, 11, 82-85.

池田悦子, 田村由美 (2012) リフレクション. グレグ美鈴, 池西悦子 編 (2012) 看護教育学. 東京: 南江堂.

石井京子 (2009) レジリエンスの定義と研究動向. *看護研究*, 42(1), 3-14.

伊藤美由紀, 高橋隆恵, 佐藤しのぶ 他 (2008) ホスピス・緩和ケア病棟の看護師が鎮静に関わる現状と抱える問題やストレス. *東北大学医学部保健学科紀要*, 17(1), 59-70.

Jackson D., Friko A., Edenborough M. (2007) Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *J Adv Nurs*, 60, 1-9.

Jackson T.E. (2001) The art and craft of 'gently Socratic' inquiry. Costa LA (Eds.) *Developing minds: A resource book for teaching thinking* (3rd edition, pp.459-465) Alexandria: Association for supervision and curriculum development.

清野純子, 森和代, 井上真弓, 他 (2012) 看護師のレジリエンスに影響する要因の検討. *日本ウーマンズヘルス学会誌*, 11, 127-134.

Kizawa Y., Sato T., Tamba T., et al. (2011) Development of a nationwide consensus

- syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: a modified delphi method. *Palliat Med*, 26(5), 744-752.
- Knowles M.S. (1980) *The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy*. (2nd edition) NY: Cambridge Books.
- Koizumi H., Kawano A., Sankai C., et al.. (2013) Demographic factors, resilience, and occupational stress symptoms among female nurses in Japan. *医学と生物学*, 157(2), 191-200.
- Kolb D.A. (1984) *Experiential Learning: Experience as the source of learning and development*. Prectice Hall; Eaglewood Cliffts NJ.
- 紺野祐, 丹藤進 (2006) 教師の資質能力に関する調査研究—「教師レジリエンス」の視点から. *秋田県立大学総合科学研究彙報*, 7, 73-83.
- 公益財団法人がん研究進行財団 (2012) *がん統計'12. わが国におけるがん対策のあゆみ*. Retrieved from http://ganjoho.jp/data/professional/statistics/backnumber/2012/cancer_statistics_2012.pdf
- 厚生労働省 (2007) *がん対策推進基本計画*. Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku03.pdf
- 厚生労働省 (2012) *がん対策推進基本計画*. Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf
- 厚生労働省がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会 (2011) *緩和ケア専門委員会報告書—今後の緩和ケアのあり方について—*. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000352i7-att/2r985200000352pj.pdf>
- 栗原幸江 (2012) 緩和ケアに携わるスタッフが体験する‘つらさ’とその理解. *緩和ケア*, 22(6),491-495.
- Kurz M.J., Hayes R.E. (2006) End-of-life issues action: impact of education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 3(1), 1-13.
- Landmark B., Wahl A.K., and Bohler A. (2004) Group supervision to support competency development in palliative care in Norway. *Inter J Palliat Nurs*, 10(11), 542-548.

- Lauder W., Watson R, Topping K, et al. (2008) An evaluation of fitness for practice curricula: self-efficacy, support and self-reported competence in preregistration student nurses and midwives. *J Clin Nurs*, 17(14), 1858-1867.
- Lin C.J. Hsu C.H. Li T.C., et al. (2010) Measuring professional competency of public health nurses: development of a scale and psychometric evaluation. *J Clin Nurs*, 19, 3161-3170.
- Liu M. Kunaiktikul W. Senaratana W. et al. (2007) Development of competency inventory for registered nurses in the people's republic of China: scale development. *Int J Nurs Studi*, 44, 805-813.
- McAllister M. (1998) Competency standards: clarifyin the issues. *Contemp Nurs*, 7(3), 131-137.
- McConnell A.E. (2001) Competence vs. competency. *Nurs Manage*, 32(5), 14.
- McDonald G. Jackson D, Wilkes L. et al.. (2012) A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *Nurs Educ today*, 32, 376-384.
- Meretoja R. Isoaho H. and Leino-Kilpi H. (2004) Nurse competence scale: development and psychometric testing. *J Adv Nur*, 47(2), 124-133.
- 宮下光令 (2013) データでみる日本の緩和ケアの現状. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編 (2013) ホスピス緩和ケア白書 2013 (pp.54-69). 大阪: 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団.
- Miyashita M., Sanjo M., Morita T., et al. (2007) Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med*, 10(2), 390-399.
- 宮下光令, 志真泰夫, 橋爪隆弘 (2008) 緩和ケア・コンサルテーションの現状と課題. *緩和ケア*, 18 (6), 494-500.
- Morita T., Tamura K., Kusajima E. (2014) Nurse education program on meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study of a novel two-day workshop. *J Pallit Med*, 17(12), 1298-1305
- Morita T, Murata H, Kishi E. (2009) Meaninglessness in terminally ill cancer

patients: a randomized controlled study, *J Pain Symptom Manage*, 37(4), 649-58.

名越恵美, 掛橋千賀子 (2005) 終末期がん患者に関わる看護師の体験の意味づけ— 一般病院に焦点を当てて—. *日本がん看護学会誌*, 19(1), 43-49.

Nakazawa Y., Miyashita M., Morita T., et al. (2009) The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med*, 23(8), 754-766.

Nakazawa Y., Miyashita M., Morita T., et al. (2010) The palliative care self-reported practices scale and the palliative care difficulties scale: reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. *J Palliat Med*, 13(4), 427-437.

National Consensus Project for Quality Palliative Care (2013) Clinical practice guidelines for quality palliative care third edition. Retrieved from http://www.hpna.org/multimedia/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf

Nguyen L.T, Yates P., and Osborne Y. (2014) Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam. *Int J Palliat Nurs*, 20(9), 448-456

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編 (2013a) 緩和ケア病棟入院料届出受理施設一覧. *ホスピス緩和ケア白書 2013* (pp.83-88). 大阪: 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団.

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編 (2013b) 緩和ケア診療加算届出受理施設一覧. *ホスピス緩和ケア白書 2013* (pp.79-82). 大阪: 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団.

日本看護協会 (2003) ジェネラリストのためのクリニカル・ラダー開発. 日本看護協会 平成14年度 看護政策立案のための基盤整備推進事業 報告書.

日本看護協会 (2015a Jan 6) 専門看護師: 分野別都道府県別登録者数一覧, Retrieved from <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>

日本看護協会 (2015b Jan 6) 認定看護師: 分野別都道府県別登録者数一覧. Retrieved

- from <http://ninte.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>
- 日本緩和医療学会 (2015a Jan 6) ELNEC-J 指導者. Retrieved from
<http://www.jspm.ne.jp/el nec/elneclist.html>
- 日本緩和医療学会 (2015b) ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム 2013
年度開催状況. Retrieved from
<http://www.jspm.ne.jp/el nec/pdf/houkoku2012.pdf>
- Nilsson J., Johansson E., Egmar A., et al. (2014) Development and validation of a
new tool measuring nurses self-reported professional competence- the
nurse professional competence (NPC) scale. *Nurs Educ Today*, 34, 574-580.
- Nishi D., Uehara R., Kondo M., et al. (2010) Reliability and validity of the
Japanese version of the resilience scale and its short version. *BMC
Research Note*, 3, 310.
- 尾形広行, 井原裕, 犬塚彩, 他 (2010) 総合病院における看護師レジリエンス尺度の
作成および信頼性・妥当性の検討. *精神医学*, 52, 785-792.
- 大久保麻矢, 杉田理恵子, 藤田佳代子 他 (2012) 看護学分野におけるレジリエンス研
究の傾向分析. *目白大学健康科学研究*, 5, 53-39.
- 小塩真司, 中谷素之, 金子一史, 他 (2002) ネガティブな出来事からの立ち直りを導
く心理的特性—精神的回復力尺度の作成. *カウンセリング研究*, 35, 57-65.
- Paes P. & Wee B. (2008) A Delphi study to develop the association for palliative
medicine consensus syllabus for undergraduate palliative medicine in
Great Britain and Ireland. *Palliat Med*, 22(4), 360-364.
- Pijl-Zieber E.M., Barton S., Konkin J., et al. (2013) Competence and
competency-based nursing education: finding our way through the issues.
Nurs Educ Today, 34, 676-678.
- Ross M.M., McDonald B., McGuinness J. (1996) The palliative care quiz for
nursing (PQCN): the development of an instrument to measure nurses'
knowledge of palliative care. *J Adv Nur*, 23, 126-137.
- Royal College of Nursing (2002) A framework for nurses working in specialist
palliative care. Retrieved from
<http://www.knowledge.scot.nhs.uk/media/CLT/ResourceUploads/20306/00>

1958.pdf

- Rutter M. (1985) Resilience in the face of adversity: protective factors and resilience in the face of adversity: protective factors and resilience to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*, 147, 598-611.
- Safadi R., Fleming V. and Dietert C. (2002) Measurement of clinical performance of nurses; a literature review. *Nurs Educ Today*, 22, 293-300.
- 西城卓也 (2012) 行動主義から構成主義. *医学教育*, 43(4), 290-291.
- 齋藤雅子 (2012) 学年別看護学生のレジリエンスに関する横断的研究—ソーシャルサポート、自己効力感、社会性に注目して. 第42回日本看護学会論文集, 7-9.
- Sasahara T., Kizawa Y., Morita T. et al. (2009) Development of a standard for hospital-based palliative care consultation teams using a modified delphi method. *J Pain Symptom Manage*, 38(4), 496-504.
- 佐藤琢志, 祐宗省三 (2009) レジリエンス尺度の標準化の試み. *看護研究*, 42(1), 45-52.
- Schunk D.H & Zimmerman B.J. (2006) Competence and control beliefs: distinguishing the means and ends. Alexander P.A. & Winne P.H. (Eds.) In *handbook of educational psychology* (pp. 349-367). Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Sepulveda C., Marlin A., Yoshida T., et al. (2002) Palliative care: the world health organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*, 24(2), 91-96.
- Shaw A.E., Marshall D., Howard M. et al. (2010) A systematic review of postgraduate palliative care curricula. *J Palliat Med*, 13(9), 1091-1108.
- 清水佐智子 (2010) 看護学生への「緩和ケア教育」の実態. *死の臨床*, 33(1), 101-106.
- Shimoinaba K, O'connor M, Lee S, et al. (2009) Staff grief and support systems for Japanese health care professionals working in palliative care. *Palliat Suppor Care* 7:245-252.
- Shipman C, Burt J, Ream E, et al. (2008) Improving district nurses' confidence and knowledge in the principle and practice of palliative care. *J Adv Nurs*, 63(5), 494-505.
- Slatten K., Hatlevik O., and Fagerstrom L. (2014) Validation of a new instrument for self-assessment of nurses' core competencies in palliative care. *Nurs*

- Res Pract, 2014, 615498.
- Smith B.W., Dalen J., Wiggins K., et al. (2008) The brief resilience scale: accessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194-200.
- Smith S.A. (2003) Developing and utilizing end of life nursing competencies. *Home Health Care Manage Pract*, 15(2), 116-122.
- 祐宗省三 (2007a) S-H レジリエンス検査(Sukemune-Hiew Resilience Test). 竹井機器工業株式会社.
- 祐宗省三 (2007b) S-H レジリエンス検査(Sukemune-Hiew Resilience Test) 手引書. 竹井機器工業株式会社.
- Sumparadot N., Suttajit S., Hunnangkui S., et al. (2014) Comparison of self-reported professional competency across pharmacy education programs: a survey of Thai pharmacy graduates enrolled in the public service program. *Adv Med Educ Pract*, 5, 347-357.
- 田川まさみ (2013) コンピテンシー、コンピテンシーの歴史、概念、理論. 田邊政裕 編著 (2013) アウトカム基盤型教育の理論と実践 (pp.39-58). 東京: 篠原出版新社.
- 高橋綾, 川崎唯史, 本間直樹 (2014) ケアの「人間化」のために I : 淀川キリスト教病院における、対話を取り入れた臨床倫理検討会についての考察. *Communication-Design*, 11, 1-25.
- 高橋綾, 本間直樹 (2013) 震災について対話する〈こどもの哲学〉の可能性. *Communication-Design*, 9, 21-41.
- 高橋美香子, 笹原朋代 (2010) 緩和ケアの看護教育に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業 平成 21 年度総括・分担報告書 (pp.97-99).
- Takase M. & Teraoka S. (2011) Development of the golistic nursing competence scale. *Nur Health Scien*, 13, 396-403.
- 田村恵子, 二見典子, 山口聖子, 他 (2013) 「日本ホスピス緩和ケア協会専門緩和ケア看護師教育カリキュラム 2012 年版」実施可能性の検討. 平成 24 年度日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団調査・研究報告書, 12, 23-32.
- 田村由美 (2007) 看護実践力を向上する学習ツールとしてのリフレクション. 看護教

- 育, 48(2), 1078-1087.
- Teekman B. (2000) Exploring reflective thinking in nursing practice. *J Adv Nurs*, 31(5), 1125-1135.
- The CoBaTrICE Collaboration (2006) Development of core competencies for an international training programme in intensive care medicine. *Intensive Care Medicine*, 32, 1371-1383.
- The National Cancer Nursing Education Project (2008) National education framework- cancer nursing: a national professional development framework for cancer nursing. Canberra: Cancer Australia.
- The Palliative Care and Cancer Nurses Education Group: PCNEG (2008) A National Professional Development Framework for Palliative Care Nursing in Aotearoa New Zealand. Wellington: Ministry of Health. Retrieved from <http://www.health.govt.nz/publication/national-professional-development-framework-palliative-care-nursing-aotearoa-new-zealand>
- The Palliative Care Competency Framework Development Project Steering Group (2012) A review of palliative care competence frameworks. All-Ireland Institute of Hospice and Palliative Care. Retrieved from http://aiihpc.org/upload/education/files/1342606786_Palliative_Care_Competence_Framework_Report_R1.pdf
- Turner J., Clavarino A., Butow P. et al.. (2009) Enhancing the capacity of oncology nurses to provide supportive care for parents with advanced cancer: evaluation of an educational intervention. *Europ J Cancer* 45, 1798-1806.
- 内布敦子 (2009) 一般市民への緩和ケア普及啓発事業: オレンジバルーンプロジェクト. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編 (2009) ホスピス緩和ケア白書 2009 (pp.1-6). 大阪: 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団.
- van Leeuwen R., Tiesinga L.J., Middel B., et al. (2009) The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *J Clin Nurs*, 18, 2857-2869.

- Wagnild G.M. & Young H.M. (1993) Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Measu*, 1(2), 165-178.
- Wallengren J. (2011) Identification of core competencies for primary care of allergy patients using a modified Delphi technique. *BMC Med Educ*, 11, 12.
- Wangensteen S., Johansson I.S., Nordstrom G. (2014) Nurse competence scale- psychometric testing in a Norwegian. *Nurs Educ Pract*, 12, 1-8.
- Watson R., Calman L., Norman I, et al. (2002) Assessing clinical competence in student nurses. *J Clin Nurs*, 11, 554-555.
- Werner E.E. (1993) Risk, resilience and recovery: perspectives from the Kauai longitudinal study. *Devel Psycho*, 5, 505-513.
- White K.R., Roczen M.K., Coyne P.J. et al. (2014) Acute and critical care nurses' perceptions of palliative care competencies: a pilot study. *J Contin Educ Nurs*, 45(6), 265-277.
- Wilkinson C.A. (2013) Competency assessment tools for registered nurses: an integrative review. *J Contin Educ Nurs*, 44(1), 31-37.
- Wilkinson S., Perry R., Blanchard K., et al. (2008) Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomized controlled trial. *Palliat Med*, 22, 365-375.
- Windle G., Bennett K.M., Noyes J. (2011) A methodological review of resilience measurement scale. *Health Qual Life Outcomes*, 9, 8.
- World Health Organization (Eds.) (1990) *Cancer pain relief and palliative care*. 武田文和 訳 (1993). *がんの痛みからの解放とパリアティブケア* (pp.5). 東京: 金原出版.
- World Health Organization (2002) WHO definition of palliative care. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Organization (2007) *Palliative care (Cancer control; Knowledge into action— WHO guide for effective programmes)*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>
- 山下真裕子, 甘佐京子, 牧野耕次 (2011) レジリエンスにおける心理的ストレス反応

提言効果の検討. 日本精神保健看護学会誌 20(2): 11-20.

Yang F.Y, Zhao R.R., Liu Y.S. et al. (2013) A core competency model for Chinese baccalaureate nursing graduates: a descriptive correlational study in Beijing. *Nurs Educ Today*, 33, 1465-1470.

参 考 文 献

Burns S. & Bulman C. (Eds.) (2000) *Reflective Practice in Nursing*. 田村由美, 中田康夫, 津田紀子 監訳 (2005) 看護における反省的実践. 東京: ゆるみ出版.

Dent J.A. & Harden R.M. (2005) *A Practical guide for medical teachers second edition*. 鈴木康之, 錦織宏 監訳 (2010). 医学教育の理論と実際. 東京: 篠原出版新社.

Jackson T. (2001) 中川雅道 訳 (2013) やさしい哲学探究. *臨床哲学*, 14(2), 57-74.

厚生労働省 (2006) がん診療連携拠点病院の整備に関する指針. Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin02.pdf

National Institute for Clinical Excellence (2004) 9. Specialist palliative care services, including care of dying patients. Improving supportive and palliative care for adults with cancer (pp.122-133). Retrieved from <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10893/28816/28816.pdf>

日本ホスピス緩和ケア協会教育支援委員会看護師教育支援部会 (2014) 専門的緩和ケア看護師教育用ガイド 2014. (CD-ROM, 非売品)

Supportive Cancer Care Victoria Project (2011) Framework for professional competency in the provision of supportive care. Retrieved from http://www.supportivecancercarevictoria.org/Resources/FrameWork/SCCV_Framework_July_2011.pdf/

謝 辞

本研究をまとめるにあたり、ご協力頂きましたすべての皆様に心より感謝申し上げます。

調査に際しまして、デルファイラウンドのパネルメンバーとしてご協力いただきました皆様、また研修会の受講者としてご協力いただきました看護師の皆様には、快く研究協力を受け入れ、ご協力くださったことに心より感謝申し上げます。皆様のご協力なくしては、この研究が成り立つことはありませんでした。

また、研究計画書を作成する段階から、論文をまとめ上げるまで、ご指導いただきました筑波大学の水野道代先生、柴山大賀先生に深く感謝申し上げます。ここまで来ることができましたのも、先生方のご指導と励ましのおかげだと思っております。

更に、対象者の選定にあたり、ご助言やご紹介いただきました神戸大学大学院の木澤義之先生、慶應義塾大学の小松浩子先生、コアコンピテンシーの精錬にあたり、ご指導いただきました静岡県立静岡がんセンターの大坂巖先生、佐久総合病院佐久医療センターの山本亮先生、神戸大学医学部附属病院の坂下明大先生、また、有識者レビューにご協力いただき、温かくご指導いただきました広島県緩和ケア支援センターの自家好文先生、岡山済生会総合病院の石原辰彦先生、札幌市立大学の川村三希子先生、緩和ケアパートナーズの梅田恵先生、神戸市看護大学の高山良子先生に、深く感謝申し上げます。

そして、京都大学大学院の田村恵子先生には、研究計画から研修会の実施に際して、温かくご指導いただき、大変心強い支えになりました。心より感謝申し上げます。また、日本ホスピス緩和ケア協会教育支援委員会看護師教育支援部会の作業部会の皆様には、研修会の企画・実施に際し、たくさんのご支援・ご尽力賜り、心より感謝申し上げます。皆様の支えはとても心強く、常に私を後押ししてくれました。

また、対話法の導入に際し、対話の基礎から研修会の実施に至るまでご指導いただきました大阪大学の高橋綾先生、本間直樹先生、川崎唯史先生に、深く御礼申し上げます。初心者だった私に、基本から丁寧にご指導・ご支援いただけたことが大変心強く、勉強になりました。

最後に、常に励まし続け、温かく見守ってくれた家族、友人たちに心より感謝申し上げます。周囲の支えがなければ、このように博士論文を完成させることができませんでした。

皆様、本当にありがとうございました。

なお、本研究の実施に際し、研究 1 では、平成 25 年度日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団事業助成金(事業代表者:京都大学大学院 田村恵子)の助成を一部受けて実施した。また、研究 2 では、第 24 回公益信託山路ふみ子専門看護教育研究助成基金の助成を受けて実施した。

図表

図1. 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーと教育プログラムのつながり

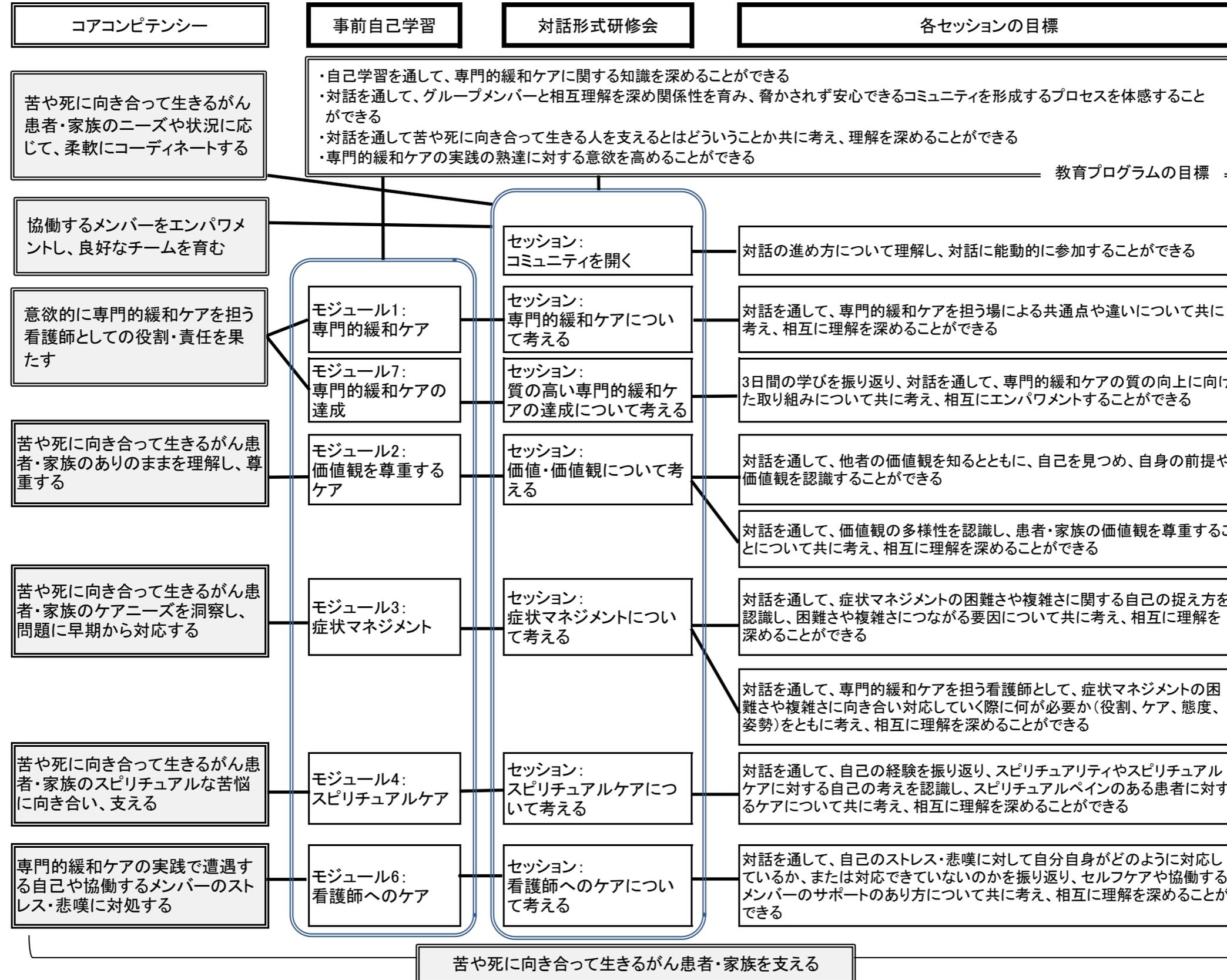


図 2. 受講者決定から調査までの流れ

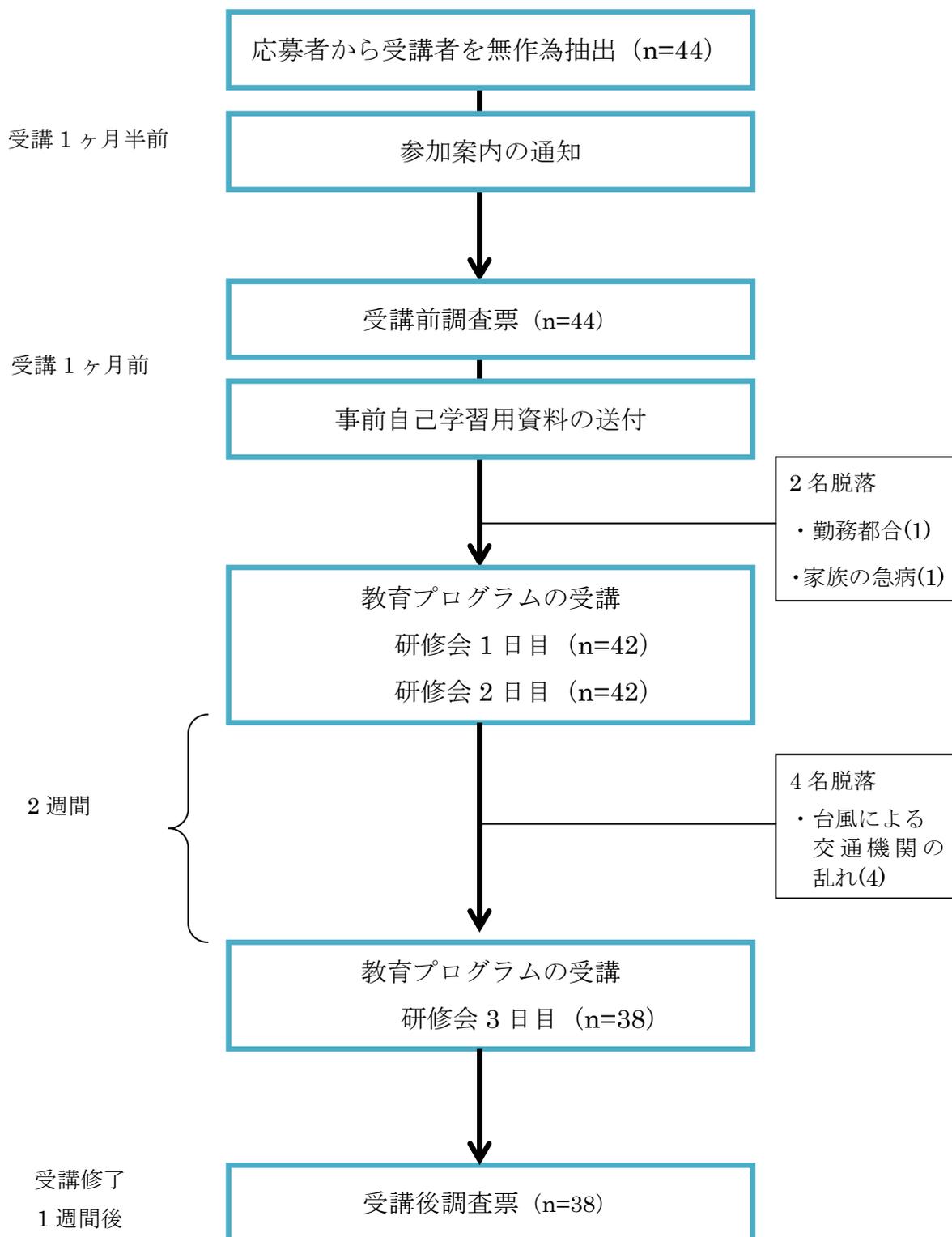


表 1. 対象者（パネルメンバー）の背景

項 目	n	%
性 別		
女 性	20	100.0
年 齢		
30 歳代	3	15.0
40 歳代	15	75.0
50 歳代	2	10.0
看護師の臨床経験年数		
10 年未満	0	0.0
10～14 年	4	20.0
15～19 年	3	15.0
20 年以上	13	65.0
ホスピス・緩和ケア病棟の臨床経験年数		
経験なし	9	47.4
5 年未満	5	26.3
5～9 年	0	0.0
10～14 年	1	5.3
15 年以上	4	21.1
緩和ケアチームの臨床経験年数		
経験なし	8	42.1
5 年未満	3	15.8
5～9 年	6	31.6
10～14 年	2	10.5
15 年以上	0	0.0
在宅緩和ケアの臨床経験年数		
経験なし	13	65.0
5 年未満	2	10.0
5～9 年	2	10.0
10～14 年	1	5.0
15 年以上	2	10.0
所属施設		
がん診療連携拠点病院	10	50.0
一般病院	3	15.0
クリニック・診療所	1	5.0
訪問看護ステーション	3	15.0
教育機関	2	10.0
その他	1	5.0

項 目	n	%
所属部署		
緩和ケア病棟	2	10.0
緩和ケアチーム	9	45.0
在宅緩和ケア	4	20.0
教育機関	3	15.0
その他	2	10.0
過去1年間に看護師に対する緩和ケア教育を行った経験		
25時間未満	2	11.1
25～50時間未満	6	33.3
50～75時間未満	2	11.1
75～100時間未満	0	0.0
100～150時間未満	1	5.6
150～200時間未満	1	5.6
200時間以上	6	33.3
認定資格・役職（複数回答）		
がん看護専門看護師	10	50.0
緩和ケア認定看護師	5	25.0
訪問看護認定看護師	2	10.0
在宅看護認定看護師	1	5.0
ELNEC-J 指導者	20	100.0
管理職	9	45.0

(n=20)

表 2.1 回目調査（デルファイラウンド）結果

カテゴリー：対象のありのままを理解し、尊重する				
サブ カテゴリー	コアコンピテンシー	適切性 ¹⁾	難易度	
		全体 75% 以上：必 須	Mean (SD)	Range
対象理解	患者・家族またはチームメンバーの価値観の多様性について説明することができる	○	3.24 (0.66)	2-5
対象理解	患者・家族またはチームメンバーの価値観の多様性を理解し、相手の価値観を尊重することができる	○	3.18 (0.81)	1-5
対象理解	援助者として対象となる患者・家族のありのままを受けとめることができる	○	3.35 (0.61)	1-5
対象理解の 柔軟性	自己の価値観を自覚しながら、患者・家族またはチームメンバーの価値観に向き合うことができる	○	3.35 (0.79)	1-5
対象理解の 柔軟性	自己の価値観を自覚しながら、患者・家族やチームメンバー、またはその状況に合わせて、自分を考え・見方を柔軟に変容させることができる	○	4.06 (0.83)	1-4
対象理解の 柔軟性	患者・家族のニーズに合わせて、柔軟に必要なケアを創造することができる	○	3.24 (1.09)	1-5
自己認知	自己の生死に対する価値観を自覚し、言語化することができる	○	3.53 (0.71)	1-4
自己認知	自己を深く知り、自己のあるがままを認めることができる	○	3.35 (0.71)	1-5
自己認知	自己の価値観が自分の提供するケアにどのような影響を与えるかを認識することができる	○	3.29 (0.85)	1-4

(次ページに続く)

カテゴリー：対象が抱える問題を洞察する

サブ カテゴリー	コアコンピテンシー	適切性 ¹⁾	難易度	
		全体 75% 以上：必 須	Mean (SD)	Range
ケアニーズ の見極め	臨床の状況を批判的に分析し、苦や死に向き合っ て生きる患者・家族のニーズを全人的な視点から 解釈することができる	○	2.4 (1.23)	1-5
ケアニーズ の見極め	常に、対象の人生・生活という視点から患者が抱 える問題をアセスメントし、苦痛に対してきめ細 やかなケアを包括的に考えることができる	○	2.45 (1.19)	1-4
ケアニーズ の見極め	ケアの対象者として家族の全体像を捉え、家族の ニーズや家族の力を見極めることができる	○	2.75 (1.29)	1-5
複雑性 の見極め	状況の困難さを生じさせている要因を分析し、チ ームメンバーと共有することができる	○	2.15 (1.04)	2-5
複雑性 の見極め	基本的緩和ケアにおいて対応困難になりやすい 病態・症状やそれに対する治療・ケアについて正 しく理解し、アセスメントに活用することができ る	○	2.37 (1.21)	1-4
問題の予測 性	患者・家族が抱える潜在的な問題に早期に気づく ことができる	○	2.70 (1.17)	1-5
問題の予測 性	潜在している問題を予測し、必要なケアについて チームメンバーとともに柔軟に創造することが できる	○	2.53 (1.07)	2-5

(次ページに続く)

カテゴリー：ケアの継続性を維持する

サブ カテゴリー	コアコンピテンシー	適切性 ¹⁾	難易度	
		全体 75% 以上：必 須	Mean (SD)	Range
ケアの見通し	苦や死に向き合って生きる患者・家族を適切にアセスメントし、今後の見通しを立てることができる	○	2.53 (1.07)	2-4
ケアの見通し	苦や死に向き合って生きる患者・家族のケアについて、状況全体を見通し、継続的な看護計画を立案することができる	○	2.75 (1.16)	2-5
ケアの見通し	苦や死に向き合って生きる患者・家族にこれから起こることを予測しながら、ケアを提供する適切な時期を見極め、実践することができる	○	2.35 (1.09)	1-4
ケアの見通し	苦や死に向き合って生きる患者・家族に対して、先を見越して、予防的に適切なケアを提供することができる	○	2.35 (0.99)	2-4
継続的なケアの展開	提供しているケアについて、チームメンバー間で内省できるよう促し、ケアを見直し、必要時修正することができる	○	2.10 (1.07)	1-4
継続的なケアの展開	苦や死に向き合って生きる患者を主体として、包括的な症状マネジメントを多職種チームで実践することができる	○	2.40 (1.23)	1-5
継続的なケアの展開	家族の力を適切にアセスメントし、家族の力を活かしたケアを多職種チームで実践できるよう働きかけることができる	○	2.30 (1.13)	1-4
継続的なケアの展開	患者・家族の状況に合わせて、必要なリソースを効果的に活用し、ケアを継続的に展開していくことができる	○	2.63 (1.16)	2-5

(次ページに続く)

カテゴリー：対象のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支える

サブ カテゴリー	コアコンピテンシー	適切性 ¹⁾	難易度	
		全体 75% 以上：必 須	Mean (SD)	Range
スピリチュ アルケアに 関する理解	スピリチュアルケアの必要性とともに、その目 的・目標を理解することができる	○	2.55 (1.23)	1-5
スピリチュ アルペイン のアッセメ ント	苦や死と向き合って生きる患者・家族の語りの文 脈を読み取り、スピリチュアルな苦悩に気づくこ とができる	○	2.21 (1.27)	1-4
スピリチュ アルケア	生の脆さや弱さを否定せず受け入れ、苦や死と向 き合って生きる患者・家族に寄り添うことができ る	○	2.16 (1.26)	1-4
スピリチュ アルケア	スピリチュアルな苦悩を和らげるケアについて 多職種チームで話し合うことができる	○	2.45 (1.23)	1-5

カテゴリー：対象のニーズに合わせ、ケアをコーディネートする

サブ カテゴリー	コアコンピテンシー	適切性 ¹⁾	難易度	
		全体 75% 以上：必 須	Mean (SD)	Range
他組織・機関 との連携	患者・家族のニーズに合わせ、適切な時期に、他 の組織・機関、リソースと連携をはかることがで きる	○	2.25 (1.02)	1-4
他組織・機関 との連携	患者・家族またはチームメンバーに加え、連携が 必要な他の組織・機関と円滑な話し合いや調整を 促進することができる	○	2.16 (1.26)	1-4
合意形成	患者・家族またはチームメンバーの価値観・考え を尊重しながら、合意形成を促進することができ る	○	2.45 (1.23)	1-5

合意形成	患者・家族またはチームメンバーで目標を共有し、全員が納得して同じ方向を向いて前進できるようチーム全体に働きかけることができる	○	2.25 (1.02)	1-5
合意形成	多職種チーム内で意見の不一致や衝突が生じた場合、合意形成がはかれるよう建設的に対処することができる	○	1.85 (0.93)	1-3
役割の調整	患者・家族またはチームメンバーそれぞれの力を見極め、状況に応じて適材適所に役割を調整することができる	○	2.18 (1.24)	1-4
脅かされず、安心できる場の調整	患者・家族またはチームメンバー間のコミュニケーションを促進し、良好な関係性に発展させることができる	○	2.21 (1.18)	1-4
脅かされず、安心できる場の調整	チームメンバーが能動的に自己の考えや意見を発言し共有できる場をセッティングすることができる	○	2.60 (1.10)	2-4
脅かされず安心できる場の調整	患者・家族またはチームメンバー間で互いに認め合い、率直な意見を話し合える環境を整えることができる	○	2.58 (1.39)	1-5

カテゴリー：良好なチームを作り、維持していく

サブ カテゴリー	コアコンピテンシー	適切性 ¹⁾ 全体75% 以上：必須	難易度	
			Mean (SD)	Range
エンパワメント	自己の役割だけでなく、他のメンバーの役割を見出し、他のチームメンバーが能動的に取り組めるようサポートすることができる	○	2.15 (1.31)	1-5
エンパワメント	自分だけで問題に対処するのではなく、チームメンバーを巻き込み、適切な看護実践を促進していくことができる	○	2.45 (1.23)	1-5

エンパワメント	困難な状況や現状に関する自己の分析内容を他のチームメンバーにもわかりやすく伝え、他のチームメンバーが能動的にケアを実践できるよう促すことができる	○	2.05 (1.01)	1-4
エンパワメント	チームメンバー全員のモチベーションに関心を寄せ、能動性を引き出す働きかけをすることができる	○	2.20 (0.95)	1-3
エンパワメント	苦や死と向き合って生きる患者・家族に対するケア1つ1つの意味を他のチームメンバーと共有し、他者がケアの意味づけができるよう促進することができる	○	2.10 (1.12)	1-5
チームビルディング	所属するチームの強み・弱みを振り返り、チームの力をアセスメントし、チームメンバーと共有することができる	○	2.35 (1.09)	1-4
チームビルディング	個々のチームメンバーの役割や寄与について包括的に捉え、相手に建設的にフィードバックすることができる		2.15 (1.22)	1-4

カテゴリー：専門的緩和ケアを担う看護師という専門職としての役割・責任を果たす

サブ カテゴリー	コアコンピテンシー	適切性 ¹⁾	難易度	
		全体 75% 以上：必須	Mean (SD)	Range
専門的緩和ケアやその現状・課題の理解	専門的緩和ケアを担う看護師として、自己が果たすべき役割を理解し、常にそれを意識して看護を実践することができる	○	2.47 (1.07)	2-4
専門的緩和ケアやその現状・課題の理解	専門的緩和ケアがおかれている社会的状況を理解し、専門的緩和ケアを担う看護師として目指す方向性や展望について自己の意見・考えを述べる ことができる	○	2.30 (1.03)	1-3

専門的緩和ケアやその現状・課題の理解	専門的緩和ケアを提供する形態（緩和ケア病棟・緩和ケアチーム・在宅緩和ケア）の特徴や役割について理解し、必要時それらについて対象に正しく伝えることができる	○	2.65 (1.23)	1-5
専門的緩和ケアやその現状・課題の理解	所属する施設・組織の課題を把握し、チームメンバーと共有することができる	○	2.70 (1.22)	2-5
ケアの質の向上に対する取り組み	専門的緩和ケアの質を向上するために、所属する施設・組織として、また看護師個人として、取り組むべき方略について具体的に考えることができる	○	2.35 (1.31)	1-5
ケアの質の向上に対する取り組み	基本的緩和ケアの担い手に対して、自身がリソースとして、適切な情報やサポートを提供することができる	○	2.55 (1.28)	1-5
ケアの質の向上に対する取り組み	専門的緩和ケアを担う看護師として、自律性を持ち、能動的にケアの質の向上を目指した取り組みを行うことができる	○	2.75 (1.12)	2-4
ケアの質の向上に対する取り組み	専門的緩和ケアの質を向上するために、それらに関する研究結果やエビデンスを同定し、実践に統合することができる	○	2.80 (1.15)	1-4
ケアの質の向上に対する取り組み	常に探究心を持ち、所属する施設・組織において、専門的緩和ケアの質の向上に寄与しようとする姿勢をもつことができる	○	2.10 (1.07)	1-4
実践の熟練	自己やチームによる看護実践を振り返り、内省することができる	○	2.85 (1.09)	2-4
実践の熟練	状況や周囲に合わせて自己の看護実践を修正し、柔軟に対応することができる	○	2.65 (1.27)	2-4
実践の熟練	自己の課題を同定し、意欲的に課題に取り組むことができる	○	2.58 (1.07)	1-5
実践の熟練	専門的緩和ケアを担う看護師として、常に積極的に自らの看護実践を熟練させようとする姿勢をもつことができる	○	2.60 (1.05)	2-4

実践の熟練	専門的緩和ケアを担う看護師として自ら能動的に学習し続けることができる	○	2.80 (1.20)	1-5
-------	------------------------------------	---	----------------	-----

カテゴリー：専門的緩和ケアに従事する中で生じるストレス・悲嘆に対処する

サブ カテゴリー	コアコンピテンシー	適切性 ¹⁾ 全体 75% 以上：必 須	難易度	
			Mean (SD)	Range
看護師自身 が遭遇する ストレス・悲 嘆の理解	専門的緩和ケアを担う看護師自身のストレス・悲嘆の特徴について説明することができる	○	2.60 (1.31)	1-5
看護師自身 が遭遇する ストレス・悲 嘆の理解	自己やチームメンバーのストレス・悲嘆を認識し、対処する必要性について理解することができる	○	2.75 (1.16)	2-5
看護師自身 に対するケ ア	自己のストレス・悲嘆に対する対処方法を持ち、必要時、組織・チームのサポートを活用しながら、セルフケアを行うことができる	○	2.75 (1.25)	2-5
看護師自身 に対するケ ア	自らの弱さや限界を認め、必要時他者にケアを依頼することができる	○	2.50 (1.28)	1-5
看護師自身 に対するケ ア	他のチームメンバーのストレス・悲嘆にも配慮し、各自が対処できるようにサポートすることができる	○	2.45 (1.10)	1-4

1) : ○は、回答者の 75%が「必須である」と回答したことを示す

表 3.2 回目調査（デルファイラウンド）結果

カテゴリー：対象のありのままを理解し、尊重する				
サブ カテゴリー	コアコンピテンシー	適切性 ¹⁾	難易度	
		全体 90% 以上：必 須	Mean (SD)	Range
対象の価値 観の尊重	患者・家族の価値観の多様性について説明 することができる	○	3.24 (0.66)	2-4
対象の価値 観の尊重	患者・家族の価値観に意識を向け、それを 尊重することができる	○	3.18 (0.80)	1-4
対象の価値 観の尊重	援助者として対象となる患者・家族のあり のままを受けとめることができる	○	3.35 (0.61)	2-4
対象理解の 柔軟性	自己の価値観を自覚しながら、患者・家族 の価値観に向き合うことができる	○	3.35 (0.79)	2-5
対象理解の 柔軟性	自らの価値観を俯瞰的に捉え、患者・家族 の価値観に合わせることができる	○	4.06 (0.83)	1-5
自己認知	自己の生死に対する価値観について自覚 し、言語化することができる	○	3.53 (0.62)	2-5
自己認知	看護師である自己について深く知り、自己 のあるがままを認めることができる	○	3.35 (0.70)	1-5
自己認知	自己の価値観が自分の提供するケアにどの ような影響を与えるかを認識することがで きる	○	3.29 (0.85)	2-5

(次ページに続く)

カテゴリー：対象のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応する

サブ カテゴリー	コアコンピテンシー	適切性 ¹⁾	難易度	
		全体 90% 以上：必 須	Mean (SD)	Range
ケアニーズ の見極め	苦や死に向き合って生きる患者・家族のニーズを 全人的な視点から解釈することができる	○	3.65 (1.00)	2-5
ケアニーズ の見極め	基本的緩和ケアにおいて対応困難になりやすい 病態・症状やそれに対する治療・ケアについて正 しく理解し、アセスメントすることができる	○	3.24 (0.56)	2-4
ケアニーズ の見極め	常に対象の人生・生活という視点から患者が抱え る問題を捉え、きめ細やかなケアを考えることが できる	○	2.88 (0.71)	1-4
ケアニーズ の見極め	ケアの対象として家族の全体像を捉え、家族のニ ーズや家族の力を見極めることができる	○	3.18 (0.53)	2-4
複雑性 の見極め	苦や死に向き合って生きる患者・家族が抱える潜 在的な問題に早期に気づくことができる	○	3.88 (3.24)	1-5
複雑性 の見極め	苦や死に向き合って生きる患者・家族が置かれて いる状況の複雑性を判断し、協働するメンバーと 共有することができる	○	3.71 (0.69)	3-5
ケアの 見通し	苦や死に向き合って生きる患者・家族の状況を全 体的に捉え、今後のケアの方向性を考えることが できる	○	3.00 (0.71)	1-4
ケアの 見通し	苦や死に向き合って生きる患者・家族の状況を見 通しながら、継続的に看護計画の見直しや修正を 行うことができる	○	2.76 (0.90)	1-4
ケアの 見通し	苦や死に向き合って生きる患者・家族にこれから 起こることを予測しながら、適切な時期に必要な ケアを提供することができる	○	3.56 (0.63)	3-5

(次ページに続く)

カテゴリー：対象のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートする

サブ カテゴリー	コアコンピテンシー	適切性 ¹⁾	難易度	
		全体 90% 以上：必 須	Mean (SD)	Range
他組織・機関 との連携	患者・家族のニーズに合わせ、適切な時期に、患者・家族を取り巻くリソースとなる組織・機関と連携をはかることができる	○	3.29 (0.59)	2-5
他組織・機関 との連携	患者・家族を取り巻くリソースとなる組織・機関と円滑な話し合いや調整を促進することができる	○	3.47 (0.87)	2-5
調整の 柔軟性	苦や死に向き合って生きる患者・家族を常に擁護し、必要なケアを調整していくことができる	○	3.06 (0.90)	1-5
調整の 柔軟性	苦や死に向き合って生きる患者・家族の変化するニーズに合わせて必要なケアを調整することができる	○	3.35 (0.93)	1-5
調整の 柔軟性	その場の状況や周囲に合わせて自己の看護実践を適宜修正し、柔軟に対応することができる	○	3.12 (0.78)	2-5
合意形成の 促進	患者・家族を取り巻くリソース内で意見の不一致や衝突が生じた場合、建設的に対処し、折り合いをつけていくプロセスを促進することができる	○	3.94 (0.56)	3-5
合意形成の 促進	提供しているケアについて見直しや修正を行ううえで、協働するメンバー間で内省できるよう促すことができる	○	4.00 (0.71)	3-5
リソースの 効果的な 活用	苦や死に向き合って生きる患者を主体として包括的な症状マネジメントを実践できるよう患者・家族を取り巻くリソースを調整することができる	○	3.41 (0.80)	2-5

リソースの 効果的な 活用	家族の力を適切にアセスメントし、家族の力を活かしたケアを提供できるよう協働するメンバーに働きかけることができる	○	3.41 (0.80)	3-5
リソースの 効果的な 活用	患者・家族の状況に合わせて、必要なリソースを効果的に活用することができる	○	3.29 (0.59)	2-5
リソースの 効果的な 活用	患者・家族や協働するメンバーそれぞれの力を見極め、状況に応じて個々の役割を調整することができる	○	3.76 (0.83)	2-5

カテゴリー：対象のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支える

サブ カテゴリー	コアコンピテンシー		適切性 ¹⁾	難易度	
			全体 90% 以上：必 須	Mean (SD)	Range
スピリチュアルケアの 必要性の理解	スピリチュアルケアの必要性を理解し、スピリチュアルケアの目的・目標を説明することができる	○	3.35 (0.86)	2-5	
スピリチュアルケアの 必要性の理解	苦や死に向き合って生きる患者・家族の語りの文脈を読み取り、スピリチュアルな苦悩に気づくことができる	○	3.47 (0.87)	2-5	
スピリチュアルケアの 実践	生の脆さや弱さを否定せず受け入れ、苦や死に向き合って生きる患者・家族に寄り添うことができる	○	3.12 (0.93)	1-5	
スピリチュアルケアの 実践	スピリチュアルな苦悩を和らげるケアについて協働するメンバー間で話し合うことができる	○	3.29 (0.59)	3-5	

(次ページに続く)

カテゴリー：協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育む

サブ カテゴリー	コアコンピテンシー	適切性 ¹⁾	難易度	
		全体 90% 以上：必 須	Mean (SD)	Range
チームビル ディング	患者・家族を取り巻くリソースとして必要なメン バーを特定することができる	○	3.00 (1.00)	1-5
チームビル ディング	患者・家族を取り巻くリソースのメンバーの価値 観の多様性に意識を向けることができる	○	3.00 (0.71)	2-5
チームビル ディング	患者・家族を取り巻くリソースのメンバーの価値 観を理解し、尊重することができる	○	3.19 (0.66)	2-4
エンパワメ ント	自己の役割だけでなく、協働するメンバーの役割 を見出し、協働するメンバーが能動的に取り組め るようサポートすることができる	○	3.69 (0.87)	2-4
エンパワメ ント	自分一人だけで問題に対処するのではなく、協働 するメンバーを巻き込み、適切な看護実践を促進 していくことができる	○	3.00 (0.73)	2-4
エンパワメ ント	困難な状況・現状に関する自己の解釈を協働する メンバーと共有し、協働するメンバーが能動的に ケアを実践できるようサポートすることができる	○	3.50 (0.73)	1-4
エンパワメ ント	協働するメンバーに対し、彼らの役割や寄与につ いて、建設的にフィードバックすることができる	○	3.56 (0.96)	3-5
教育的な 関わり	協働するメンバー内で、積極的に自己の考えや意 見を発言し共有できる対話の場をつくることので きる	○	3.71 (0.69)	2-5
教育的な 関わり	協働するメンバー内で、対話を通して、共に考え を深めていくことができる	○	3.71 (0.69)	2-5
教育的な 関わり	自己の臨床経験や知識をふまえ、協働するメンバ ーに教育的に関わるることができる	○	3.65 (0.65)	1-5

カテゴリー：意欲的に専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を果たす

サブ カテゴリー	コアコンピテンシー	適切性 ¹⁾	難易度	
		全体 90% 以上：必 須	Mean (SD)	Range
専門的緩和 ケアやその 現状・課題の 理解	専門的緩和ケアを担う看護師として自己が果たすべき役割を常に意識し、看護を実践することができる	○	3.12 (0.86)	2-5
専門的緩和 ケアやその 現状・課題の 理解	専門的緩和ケアがおかれている社会的状況を理解し、目指す方向性・展望について自己の意見・考えを述べることができる	○	3.59 (0.94)	2-5
専門的緩和 ケアやその 現状・課題の 理解	専門的緩和ケアを提供する場（緩和ケア病棟・緩和ケアチーム・在宅緩和ケア）の特徴や役割について患者・家族に正しく伝えることができる	○	3.06 (1.14)	1-5
専門的緩和 ケアやその 現状・課題の 理解	所属する施設・組織の課題を把握し、協働するメンバーと共有することができる	○	3.47 (0.94)	2-5
ケアの質の向 上に対する取 り組み	専門的緩和ケアの質を向上するために、所属する施設・組織として、また看護師個人として、取り組むべき方略について具体的に考えることができる	○	3.41 (0.71)	2-5
ケアの質の向 上に対する取 り組み	専門的緩和ケアの質を向上するために、所属する施設・組織として取り組むべき方略について協働するメンバーと話し合うことができる	○	3.24 (0.66)	2-4
ケアの質の向 上に対する取 り組み	基本的緩和ケアの担い手に対して、適切な情報やサポートを提供することができる	○	3.18 (0.88)	1-5
ケアの質の向 上に対する取 り組み	専門的緩和ケアを担う看護師として、自律し、能動的にケアの質の向上に取り組むことができる	○	3.35 (0.79)	2-4

ケアの質の向上に対する取り組み	専門的緩和ケアの質を向上するために、それらに関する研究結果やエビデンスを同定し、実践に統合することができる	○	3.88 (0.78)	3-5
実践の熟達に対する意欲	常に探究心を持ち、所属する施設・組織において、専門的な緩和ケアの質の向上に寄与することができる	○	3.06 (0.56)	2-4
実践の熟達に対する意欲	自己や患者・家族を取り巻くリソースによる看護実践を振り返り、内省することができる	○	3.00 (0.52)	2-4
実践の熟達に対する意欲	苦や死と向き合って生きる患者・家族のニーズに合わせ、柔軟に必要となるケアに挑戦することができる	○	3.35 (0.93)	1-5
実践の熟達に対する意欲	自己の専門的緩和ケアに関する課題を同定し、意欲的に課題に取り組むことができる	○	3.06 (0.75)	1-4
実践の熟達に対する意欲	専門的緩和ケアを担う看護師として、常に積極的に自らの看護実践を熟達していくことができる	○	3.00 (0.71)	1-4
実践の熟達に対する意欲	専門的緩和ケアを担う看護師として自ら能動的に学習し続けることができる	○	2.78 (0.78)	1-4

カテゴリー：専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処する

サブカテゴリー	コアコンピテンシー	適切性 ¹⁾	難易度	
			Mean (SD)	Range
看護師が遭遇するストレス・悲嘆の理解	専門的緩和ケアを担う看護師自身のストレス・悲嘆の特徴について説明することができる	○	2.88 (0.86)	1-4
看護師が遭遇するストレス・悲嘆の理解	自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆を認識し、対処する必要性について理解することができる	○	3.00 (0.79)	1-4

セルフケアの 実践・ サポート	自己のストレス・悲嘆に対する対処方法を持ち、 必要時、組織・チームのサポートを活用しながら、 セルフケアを行うことができる	○	3.12 (0.60)	2-4
セルフケアの 実践・ サポート	自らの弱さや限界を認め、必要時他者にケアを求 めることができる	○	3.12 (0.93)	1-5
セルフケアの 実践・ サポート	協働するメンバーのストレス・悲嘆にも配慮し、 各自で対処できるようにサポートすることがで きる	○	3.47 (0.72)	2-5

1): ○は、回答者の90%が「必須である」と回答したことを示す

表 4：専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー（最終）

苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支える		
カテゴリー	サブカテゴリー	n
苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のありのままを理解し、尊重する	対象の価値観の尊重	3
	自己認知	3
	対象理解の柔軟性	2
苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応する	ケアニーズの見極め	4
	ケアの見通し	3
	複雑性を見極め	2
苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支える	スピリチュアルケアの必要性の理解	2
	スピリチュアルケアの実践	2
専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処する	セルフケアの実践・サポート	3
	看護師が遭遇するストレス・悲嘆の理解	2
意欲的に専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を果たす	実践の熟達に対する意欲	6
	ケアの質の向上に対する取り組みの実践	5
	専門的緩和ケアやその現状・課題の理解	4
苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートする	リソースの効果的な活用	4
	調整の柔軟性	3
	他組織・機関との連携	2
	合意形成の促進	2
協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育む	エンパワメント	4
	チームビルディング	3
	教育的な関わり	3

表 5：教育プログラムの評価に関する調査項目

調査内容	調査項目
事前自己学習に関する評価	自己学習・1 事前自己学習の資料は、わかりやすいと思ったか
	自己学習・2 事前自己学習の内容は、難しいと思ったか
	自己学習・3 事前自己学習の実施は、専門的緩和ケアの知識を深めるうえで役に立ったか
対話形式のグループワークに関する評価	対話形式・1 対話形式のグループワークに参加することに、興味が持てたか
	対話形式・2 対話形式のグループワークに参加することは、難しかったか
	対話形式・3 対話を通して、他者の考えを聞くとともに、自己を見つめ、内省することができたか
教育プログラム臨床への有用性	有用性・1 研修会の内容は、苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支えるうえで、役に立つと思ったか
	有用性・2 研修会全体を通して、その内容は、明日からの臨床実践に役に立つと思ったか
	有用性・3 自分の臨床実践の場で、患者・家族、協働するメンバーと脅かされず安心できる場・コミュニティを形成することができると思うか
	有用性・4 研修会に参加し、さらに専門的緩和ケアの実践を熟達していこうと思ったか
教育プログラム全体に対する満足度	満足度・1 研修会全体を通して、研修会を受講する前にあなたが期待していたことは満たされたか
	満足度・2 研修会全体を通して、あなたの満足する内容だったか

表 6：専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの認識に関する調査項目

コアコンピテンシー	調査項目
意欲的に専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を果たす	自己の専門的緩和ケアに対する考えを述べる ことができる 専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を理解し、意欲的にケアの質の向上に取り組むことができる
苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のありのままを理解し、尊重する	苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のありのままを理解し、尊重することができる
苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応する	苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応することができる
苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートする	苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートすることができる
苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支える	苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支えることができる
専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処する	専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処することができる
協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育む	協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育むことができる

表 7. S-H 式レジリエンス検査の構成因子別の設問内容（パート 1）

因子	設問
対人関係・ ソーシャル サポート	1. あなたは家族や親しい人と過ごす時間を大切にしているか 2. あなたは愛情を注いでいるものがあるか 6. あなたには精神的に癒しを感じるものがあるか 7. これまでのつらい経験の中には、あなたの役に立った経験もあると思うか 11. あなたにはわがままを聞いてもらえる人がいるか 12. あなたにはあなたを誰よりも大切に思ってくれる人がいるか 16. あなたは自分の悩みを話せる人が、家族以外にいるか 17. あなたは、今後、信頼できる人に出会えると思うか 21. あなたにはお手本にしたい人やそのようになりたいと思う人はいるか 22. あなたには仕事の上で信頼できる人がいるか 26. あなたには必要なときに頼りにできる人がいるか 27. 小学生の頃、あなたのまわりには、あなたに愛情を注いでくれる人がいたか
自己効力感	3. あなたは人を頼り過ぎないように心がけているか 4. あなたは慣れている仕事をするよりも、誰も手をつけていない仕事をやってみたいか 8. あなたはそのときの状況によって、計画を変えることが出来ると思うか 9. あなたは困難な仕事であっても、それにあった様々な方法をもっているか 13. あなたは困難な仕事で思いがけない負担がかかっても、何とかやっつけけるか 14. あなたはこれからする仕事がむずかしそうでも、やっつけけると思うか 18. あなたは失敗するだろうと人から思われている仕事でも、やっつけけると思うか 19. あなたはいやなことでも自分がすべきことには、積極的にかかわっているか 23. あなたはやる気をなくす問題がおこったときでも、解決する努力をすと思うか 24. あなたは一つのことに対して、いろんな解決方法を試すほうか
社会性	5. あなたは気が合いそうもないと思う相手であっても、相手に合わせて付き合い方を変えられるか 10. あなたはどんな人とでも、うまくつきあうことができるか 15. あなたは嫌いな人でも、仕事のためならうまくつきあっていくと思うか 20. あなたは職場で新しい人が入ってきてもその人とうまくやっつけけると思うか 25. あなたはどんな人ともそれなりにつき合っつけけると思うか

表 8. 対象者の背景 (研究 2)

項 目	n	%	
性 別	男 性	1	2.3
	女 性	41	97.6
年 齢	Mean(SD): 45.55(7.17)	Range: 34 歳-61 歳	
看護師の臨床経験年数	Mean(SD): 20.88(7.63)	Range: 8 年-38 年	
専門的緩和ケアの臨床経験年数			
5 年未満	10	23.8	
5 年～9 年	18	42.9	
10 年～14 年	9	21.4	
15 年～19 年	4	9.5	
20 年以上	1	2.4	
専門的緩和ケアの形態別の臨床経験年数			
緩和ケア病棟 (27)	Mean(SD): 7.67 (4.19)	Range: 2 ヶ月-17 年	
緩和ケアチーム (26)	Mean(SD): 4.57 (3.41)	Range: 3 ヶ月-10 年	
在宅緩和ケア (8)	Mean(SD): 6.39 (7.63)	Range: 7 ヶ月-20 年	
所属施設			
がん診療連携拠点病院	17	40.5	
一般病院	18	42.9	
クリニック・診療所	1	2.4	
訪問看護ステーション	4	9.5	
教育機関	1	2.4	
その他	1	2.4	
所属部署			
緩和ケア病棟	19	45.2	
緩和ケアチーム	14	33.3	
在宅緩和ケア	4	9.5	
教育機関	1	2.4	
その他	4	9.5	
臨死期にある患者のケア経験人数			
10 人未満	0	0.0	
10～49 人	3	7.0	
50～99 人	3	7.0	
100～199 人	8	19.0	
200～299 人	8	19.0	
300 人以上	20	47.6	

(n=42)

項 目	n	%
看護教育の最終学歴		
専門学校	28	66.7
短期大学	4	9.5
大学	3	7.1
大学院	7	16.7
緩和ケアに関する教育を受けた経験		
20 時間未満	0	0.0
20～25 時間未満	3	7.1
25～30 時間未満	4	9.5
30 時間～35 時間未満	2	4.8
35 時間～40 時間未満	0	0.0
40 時間～45 時間未満	0	0.0
45 時間以上	33	78.6
認定資格・役職（複数回答）		
がん看護専門看護師	5	11.9
緩和ケア認定看護師	24	57.1
がん性疼痛認定看護師	3	7.1
訪問看護認定看護師	1	2.4
ELNEC-J 指導者	27	64.3
管理職	19	45.2
資格・管理職なし	6	14.3

(n=42)

表 9. 教育プログラムの評価に関する各設問における回答分布と平均値（受講後）

設問	n (%)					Mean (SD)
	5 大変 思う	4 やや 思う	3 どちらとも いえない	2 あまり 思わない	1 全く 思わない	
1. 事前自己学習の資料は、わかりやすいと思ったか	10 (26.3)	22 (57.9)	5 (13.2)	1 (2.6)	0 (0.0)	4.08 (0.71)
2. 事前自己学習の内容は、難しいと思ったか	1 (2.6)	12 (31.6)	11 (28.9)	12 (31.6)	2 (5.3)	2.94 (0.98)
3. 事前自己学習の実施は、専門的緩和ケアの知識を深めるうえで役に立ったか	10 (26.3)	26 (68.4)	1 (2.6)	1 (2.6)	0 (0.0)	4.18 (0.61)
4. 対話形式のグループワークに参加することに、興味が持てたか	26 (68.4)	10 (26.3)	2 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.63 (0.59)
5. 対話形式のグループワークに参加することは、難しかったか	3 (7.9)	13 (34.2)	7 (18.4)	13 (34.2)	2 (5.3)	3.05 (1.13)
6. 対話を通して、他者の考えを聞くとともに、自己を見つめ、内省することができたか	13 (34.2)	25 (65.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.34 (0.48)
7. 研修会の内容は、苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支えるうえで、役に立つと思ったか	18 (47.4)	19 (50.0)	1 (2.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.45 (0.55)
8. 研修会全体を通して、その内容は、明日からの臨床実践に役に立つと思ったか	15 (39.5)	20 (52.6)	3 (7.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.32 (0.62)
9. 自分の臨床実践の場で、患者・家族、協働するメンバーと脅かされず安心できる場・コミュニティを形成することができると思うか	6 (15.8)	28 (73.7)	4 (10.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.05 (0.52)
10. 研修会に参加し、さらに専門的緩和ケアの実践を熟達していこうと思ったか	17 (44.7)	12 (31.6)	9 (23.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.21 (0.81)
11. 研修会全体を通して、研修会を受講する前にあなたが期待していたことは満たされたか	7 (18.9)	20 (54.1)	9 (24.3)	1 (2.7)	0 (0.0)	3.89 (0.74)
12. 研修会全体を通して、あなたの満足する内容だったか	10 (26.3)	19 (50.0)	9 (23.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.03 (0.72)

(n=38)

表 10. 教育プログラムの評価（自由記載・受講者）

カテゴリー	サブカテゴリー	n	
教育プログラムの良かった点	臨床への有用性 (23)	漠然とした研修会の有用性の実感	14
		他者理解に対する深まり	5
		臨床実践に対する新たな発見	3
		視野の広がりの実感	1
脅かされず安心できる場・コミュニティの体験 (15)	臨床で脅かされず安心できる場・コミュニティをつくる必要性の実感	6	
	脅かされず安心できる場・コミュニティの体感	5	
	自己開示しやすい環境の実感	4	
自己認知 (15)	自己認知の深まり	7	
	自己の考えの明確化	3	
	自己を知る	2	
	自分で考えることの大切さの実感	2	
	自己と向き合うことの必要性の実感	1	
エンパワメントされた体験 (14)	同志との関係性の構築・支え合い	9	
	意欲の向上	5	
自己の考えの深まり (13)	対話に関する理解の深まり	7	
	専門的緩和ケアに対する理解の深まり	6	
事前自己学習の有用性 (8)	事前自己学習の効果の実感	4	
	事前自己学習の資料内容の充実	4	
グループワークの進め方 (7)	グループのメンバー構成	4	
	グループメンバーの役割	3	
その他 (9)	ファシリテーターの進行	5	
	教育プログラムとしての新奇性	4	

(次ページ続く)

	カテゴリー	サブカテゴリー	n
教育プログラムの改善点 (16)	セッションの進め方に対する要望	事前自己学習と対話形式の各セッションとのつながりの提示不足	8
		セッションのまとめ方の工夫の必要性	3
		セッション内容に対する要望	3
		各セッションの目標に関する提示不足	2
タイムマネジメントに対する改善点 (12)		余裕をもったタイムスケジュールの必要性	6
		他グループとの交流時間の希望	3
		事前の教育プログラムに関する説明内容の不足	3
事前自己学習に対する改善点 (11)		資料の形式	5
		資料の分量	3
		資料の送付時期	2
		資料の内容	1
会場に対する要望 (8)		グループ毎の部屋の必要性	6
		開催場所（地域）の要望	2
運営方法に対する要望 (6)		ファシリテーターの役割	4
		グループメンバー数	2

表 11. 教育プログラムの評価（ファシリテーター）

カテゴリー	サブカテゴリー	小カテゴリー
教育プログラムの有効性	リフレクションの実践	自己に対する内省の深まりの実感
		自己の臨床実践に対する内省
	自己認知	自己に対する捉え方の変容
		自己分析の深まり
	脅かされず安心できるコミュニティの形成	他者に自己開示していこうとする態度
		他者の話を積極的に傾聴する姿勢
		他者と自己の価値観の違いの受容
	他者理解に対する考えの深まり	他者理解における自己開示の重要性の実感
		他者との価値観の違いの意識化
	実践の概念化	自己の臨床実践に対する抽象的な捉え方
		臨床実践の現象の捉え方に対する広がり
	エンパワメント	専門的緩和ケアを担う事に対する意欲
		グループメンバー間の関係性の深まり
	臨床実践の質の向上に向けた取り組み	協働するメンバーと共に考えを深める取り組みの挑戦
		臨床実践において脅かされず安心できる場作りへの意識の高まり
	専門的緩和ケアに関する知識の向上	事前自己学習による知識の深まり

（次ページへ続く）

カテゴリー	サブカテゴリー	小カテゴリー
教育プログラムの運営の課題	ファシリテートの難しさ	対話が進まないときの導入の仕方
		セッションの目標から対話が逸れた際の対応
		グループメンバーに探究を促す際の問いかけ
		臨床実践の概念化を促すことの難しさ
		時間内で対話をまとめていくことの難しさ
		グループ内でパワーが強いメンバーへの対応
		自ら対話を通して探究すると同時に進行することの難しさ
タイムマネジメントに関する改善点	休憩時間の延長の必要性	
		学習内容と臨床実践とのつながりを意識化させるための時間の追加の必要性

表 12. 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー認識に関する各設問における回答分布

設問		n (%)				
		5 大変そう思う	4 ややそう思う	3 どちらとも いえない	2 あまりそう 思わない	1 全く 思わない
1. 自己の‘専門的緩和ケアに対する考え’を述べるができる	受講前 (42)	6 (14.6)	26 (63.4)	8 (19.5)	1 (2.4)	0 (0.0)
	受講後 (38)	15 (39.5)	22 (57.9)	1 (2.6)	1 (2.6)	1 (2.6)
2. 専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を理解し、意欲的にケアの質の向上に取り組むことができる	受講前 (42)	10 (23.8)	29 (69.0)	2 (4.8)	1 (2.4)	0 (0.0)
	受講後 (38)	16 (42.1)	21 (55.3)	1 (2.6)	1 (2.6)	0 (0.0)
3. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のありのままを理解し、尊重することができる	受講前 (42)	10 (23.8)	29 (69.0)	3 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
	受講後 (38)	18 (47.4)	20 (52.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応することができる	受講前 (42)	6 (14.3)	31 (73.8)	4 (9.5)	1 (2.4)	0 (0.0)
	受講後 (38)	8 (21.1)	26 (68.4)	4 (10.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
5. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートすることができる	受講前 (42)	7 (16.7)	28 (66.7)	6 (14.3)	1 (2.4)	0 (0.0)
	受講後 (32)	12 (31.6)	26 (68.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
6. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支えることができる	受講前 (42)	3 (7.1)	20 (47.6)	16 (38.1)	3 (7.1)	0 (0.0)
	受講後 (38)	7 (18.4)	27 (71.1)	4 (10.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
7. 専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処することができる	受講前 (42)	3 (7.1)	24 (57.1)	13 (31.0)	2 (4.8)	0 (0.0)
	受講後 (38)	7 (18.4)	26 (68.4)	4 (10.5)	1 (2.6)	0 (0.0)
8. 協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育むことができる	受講前 (42)	3 (7.1)	27 (64.3)	10 (23.8)	2 (4.8)	0 (0.0)
	受講後 (38)	7 (18.4)	29 (76.3)	2 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)

表 13. 専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの認識に関する各設問における母平均の差の検定

設問	受講前 (42)	受講後 (38)	<i>t</i>	<i>p</i> ¹⁾
	Mean(SD)	Mean (SD)		
1. 自己の‘専門的緩和ケアに対する考え’を述べることができる	3.90 (0.66)	4.37 (0.54)	3.68	0.001**
2. 専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を理解し、意欲的にケアの質の向上に取り組むことができる	4.14 (0.61)	4.39 (0.55)	2.52	0.016*
3. 苦や死に向き合って生きる患者・家族のありのままを理解し、尊重することができる	4.16 (0.54)	4.47 (0.51)	2.73	0.01*
4. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応することができる	4.00 (0.58)	4.11 (0.56)	0.72	0.47
5. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートすることができる	3.98 (0.64)	4.32 (0.47)	2.63	0.012*
6. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支えることができる	3.55 (0.74)	4.08 (0.54)	4.47	<0.001***
7. 専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処することができる	3.67 (0.68)	4.03 (0.64)	2.49	0.017*
8. 協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育むことができる	3.74 (0.66)	4.13 (0.47)	3.36	0.002**

1) : * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

表 14. レジリエンスの各設問における回答分布

設問		n (%)				
		5 全く である	4 やや である	3 どちらとも いえない	2 そうではない	1 全く ではない
1. あなたは家族や親しい人と過ごす時間を大切にしているか	受講前 (42)	18 (42.9)	16 (38.1)	6 (14.3)	2 (4.8)	0 (0.0)
	受講後 (38)	22 (57.9)	13 (34.2)	1 (2.6)	1 (2.6)	1 (2.6)
2. あなたは愛情を注いでいるものがあるか	受講前 (42)	24 (57.1)	15 (35.7)	2 (4.8)	1 (2.4)	0 (0.0)
	受講後 (38)	28 (73.7)	7 (18.4)	2 (5.3)	1 (2.6)	0 (0.0)
3. あなたは人を頼り過ぎないように心がけているか	受講前 (42)	7 (16.7)	25 (59.5)	7 (16.7)	3 (7.1)	0 (0.0)
	受講後 (38)	9 (23.7)	22 (57.9)	6 (15.8)	1 (2.6)	0 (0.0)
4. あなたは慣れている仕事をするよりも、誰も手をつけていない仕事をやってみたいか	受講前 (42)	2 (4.8)	21 (50.0)	16 (38.1)	2 (4.8)	1 (2.4)
	受講後 (38)	3 (7.9)	20 (52.6)	13 (34.2)	2 (5.3)	0 (0.0)
5. あなたは気が合いそうもないと思う相手であっても、相手に合わせて付き合い方を変えられるか	受講前 (42)	3 (7.1)	23 (54.8)	13 (31.0)	3 (7.1)	0 (0.0)
	受講後 (38)	5 (13.2)	31 (81.6)	2 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
6. あなたには精神的に癒しを感じるものがあるか	受講前 (42)	16 (38.1)	22 (52.4)	2 (4.8)	2 (4.8)	0 (0.0)
	受講後 (38)	25 (65.8)	11 (28.9)	1 (2.6)	1 (2.6)	0 (0.0)
7. これまでのつらい経験の中には、あなたの役に立った経験もあると思うか	受講前 (42)	25 (59.5)	17 (40.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	受講後 (38)	25 (65.8)	12 (31.6)	1 (2.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
8. あなたはそのときの状況によって、計画を変えることが出来ると思うか	受講前 (42)	8 (19.0)	25 (59.5)	9 (21.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
	受講後 (38)	12 (31.6)	20 (52.6)	6 (15.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
9. あなたは困難な仕事であっても、それにあつた様々な方法をもっているか	受講前 (42)	2 (4.8)	29 (69.0)	9 (21.4)	2 (4.8)	0 (0.0)
	受講後 (38)	5 (13.2)	27 (71.1)	5 (13.2)	1 (2.6)	0 (0.0)
10. あなたはどんな人とも、うまくつきあうことができるか	受講前 (42)	2 (4.8)	20 (47.6)	13 (31.0)	6 (14.3)	1 (2.4)
	受講後 (38)	2 (5.3)	22 (57.9)	9 (23.7)	5 (13.2)	0 (0.0)

11. あなたにはわがままを聞いてもらえる人がいるか	受講前 (42)	15 (35.7)	18 (42.9)	6 (14.3)	3 (7.1)	0 (0.0)
	受講後 (38)	20 (52.6)	10 (26.3)	6 (15.8)	2 (5.3)	0 (0.0)
12. あなたにはあなたを誰よりも大切に思ってくれる人がいるか	受講前 (42)	19 (45.2)	15 (35.7)	7 (16.7)	1 (2.4)	0 (0.0)
	受講後 (38)	19 (50.0)	13 (34.2)	5 (13.2)	1 (2.6)	0 (0.0)
13. あなたは困難な仕事で思いがけない負担がかかっても、何とかやっていけるか	受講前 (42)	7 (16.7)	28 (66.7)	7 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
	受講後 (38)	7 (18.4)	27 (71.1)	3 (7.9)	1 (2.6)	0 (0.0)
14. あなたはこれからする仕事がむずかしそうでも、やっていけると思うか	受講前 (42)	5 (11.9)	25 (59.5)	12 (28.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
	受講後 (38)	7 (18.4)	26 (68.4)	5 (13.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
15. あなたは嫌いな人でも、仕事のためならうまくつきあっていくと思うか	受講前 (42)	4 (9.5)	24 (57.1)	11 (26.2)	3 (7.1)	0 (0.0)
	受講後 (38)	5 (13.2)	25 (65.8)	8 (21.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
16. あなたは自分の悩みを話せる人が、家族以外にいるか	受講前 (42)	19 (45.2)	14 (33.3)	8 (19.0)	1 (2.4)	0 (0.0)
	受講後 (38)	17 (44.7)	16 (42.1)	3 (7.9)	2 (5.3)	0 (0.0)
17. あなたは、今後、信頼できる人に出会えると思うか	受講前 (42)	12 (27.9)	21 (50.0)	8 (19.0)	1 (2.4)	0 (0.0)
	受講後 (38)	11 (28.9)	22 (57.9)	5 (13.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
18. あなたは失敗するだろうと人から思われている仕事でも、やっていけると思うか	受講前 (42)	2 (4.8)	18 (42.9)	21 (50.0)	1 (2.4)	0 (0.0)
	受講後 (38)	2 (5.3)	20 (52.6)	16 (42.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
19. あなたはいやなことでも自分がすべきことには、積極的にかかわっているか	受講前 (42)	7 (16.7)	26 (61.9)	9 (21.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
	受講後 (38)	10 (26.3)	26 (68.4)	2 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
20. あなたは職場で新しい人が入っても、その人とうまくやっていけるか	受講前 (42)	6 (14.3)	33 (78.6)	3 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
	受講後 (38)	7 (18.4)	27 (71.1)	4 (10.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
21. あなたにはお手本にしたい人や、そのようになりたいと思う人はいるか	受講前 (42)	20 (47.6)	19 (45.2)	2 (4.8)	1 (2.4)	0 (0.0)
	受講後 (38)	21 (55.3)	13 (34.2)	4 (10.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
22. あなたには仕事の上で信頼できる人がいるか	受講前 (42)	21 (50.0)	15 (35.7)	5 (11.9)	1 (2.4)	0 (0.0)
	受講後 (38)	23 (60.5)	12 (31.6)	3 (7.9)	0 (0.0)	0 (0.0)

23. あなたはやる気をなくす問題がおこったときでも、解決する努力をしようか	受講前 (42)	9 (21.4)	28 (66.7)	5 (11.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
	受講後 (38)	8 (21.1)	25 (65.8)	5 (13.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
24. あなたは一つのことに對して、いろいろな解決方法を試すほうか	受講前 (42)	5 (11.9)	20 (47.6)	14 (33.3)	3 (7.1)	0 (0.0)
	受講後 (38)	8 (21.1)	17 (44.7)	11 (28.9)	2 (5.3)	0 (0.0)
25. あなたはどんな人ともそれなりにつき合っていけるほうか	受講前 (42)	7 (16.7)	26 (61.9)	5 (11.9)	4 (9.5)	0 (0.0)
	受講後 (38)	7 (18.4)	23 (60.5)	6 (15.8)	2 (5.3)	0 (0.0)
26. あなたには必要なときに頼りにできる人がいるか	受講前 (42)	18 (42.9)	16 (38.1)	6 (14.3)	2 (4.8)	0 (0.0)
	受講後 (38)	14 (36.8)	22 (57.9)	2 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
27. 小学生の頃、あなたのまわりには、あなたに愛情を注いでくれる人がいたか。	受講前 (42)	27 (64.3)	12 (28.6)	3 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
	受講後 (38)	27 (71.1)	11 (28.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

表 15. レジリエンスの各設問における母平均の差の検定

設問	受講前 (42)	受講後 (38)	<i>t</i>	<i>p</i> ¹⁾
	Mean(SD)	Mean (SD)		
1. あなたは家族や親しい人と過ごす時間を大切にしているか	4.19(0.86)	4.42(0.89)	0.85	0.40
2. あなたは愛情を注いでいるものがあるか	4.48(0.71)	4.63(0.71)	0.72	0.47
3. あなたは人を頼り過ぎないように心がけているか	3.86(0.78)	4.03(0.72)	1.54	0.13
4. あなたは慣れている仕事をするよりも、誰も手をつけていない仕事をやってみたいか	3.50(0.77)	3.63(0.71)	1.53	0.14
5. あなたは気が合いそうもないと思う相手であっても、相手に合わせて付き合い方を変えられるか	3.62(0.73)	4.08(0.43)	3.86	<0.001***
6. あなたには精神的に癒しを感じるものがあるか	4.24(0.76)	4.58(0.68)	2.57	0.014*
7. これまでのつらい経験の中には、あなたの役に立った経験もあると思うか	4.60(0.50)	4.63(0.54)	0.27	0.79
8. あなたはそのときの状況によって、計画を変えることが出来ると思うか	3.98(0.64)	4.16(0.68)	1.36	0.18
9. あなたは困難な仕事であっても、それにあった様々な方法をもっているか	3.74(0.63)	3.95(0.61)	2.02	0.05
10. あなたはどんな人とでも、うまくつきあうことができるか	3.38(0.88)	3.55(0.80)	1.07	0.29
11. あなたにはわがままを聞いてもらえる人がいるか	4.07(0.89)	4.26(0.92)	1.85	0.07
12. あなたにはあなたを誰よりも大切に思ってくれる人がいるか	4.21(0.90)	4.32(0.81)	1.07	0.29
13. あなたは困難な仕事で思いがけない負担がかかっても、何とかやっていけるか	4.00(0.58)	4.05(0.61)	0.27	0.79
14. あなたはこれからする仕事がむずかしそうでも、やっていけると思うか	3.83(0.62)	4.05(0.57)	1.85	0.07
15. あなたは嫌いな人でも、仕事のためならうまくつきあっていくと思うか	3.69(0.75)	3.92(0.59)	1.07	0.21
16. あなたは自分の悩みを話せる人が、家族以外にいるか	4.21(0.84)	4.26(0.83)	0.24	0.81

17. あなたは、今後、信頼できる人に出会えると思うか	4.05(0.76)	4.16(0.64)	0.81	0.42
18. あなたは失敗するだろうと人から思われている仕事でも、やっていけると思うか	3.50(0.63)	3.63(0.59)	1.64	0.11
19. あなたはいやなことでも自分がすべきことには、積極的にかかわっているか	3.95(0.62)	4.16(0.68)	1.43	0.16
20. あなたは職場で新しい人が入ってきてても、その人とうまくやっていけるか	4.07(0.46)	4.08(0.54)	0.57	0.57
21. あなたにはお手本にしたい人や、そのようになりたいと思う人はいるか	4.38(0.70)	4.45(0.69)	0.22	0.83
22. あなたには仕事の上で信頼できる人がいるか	4.33(0.79)	4.53(0.65)	1.40	0.17
23. あなたはやる気をなくす問題がおこったときでも、解決する努力をすると思うか	4.09(0.58)	4.08(0.59)	0.53	0.60
24. あなたは一つのことに対して、いろんな解決方法を試すほうか	3.64(0.79)	3.82(0.83)	0.96	0.34
25. あなたはどんな人ともそれなりにつき合っていけるほうか	3.86(0.81)	3.92(0.75)	0.53	0.60
26. あなたには必要なときに頼りにできる人がいるか	4.19(0.86)	4.31(0.57)	0.85	0.40
27. 小学生の頃、あなたのまわりには、あなたに愛情を注いでくれる人がいたか	4.57(0.63)	4.71(0.45)	1.43	0.16
対人関係・ソーシャルサポート ²⁾ (Q1,2,6,7,11,12,16,17,21,22,26,27 合計得点)	51.65 (5.28)	53.25 (4.92)	2.26	0.03*
自己効力感 ³⁾ (Q3,4,8,9,13,14,18,19,23,24 合計得点)	38.09 (3.75)	39.55 (4.09)	2.67	0.01*
社会性 ⁴⁾ (Q5,10,15,20,25 合計得点)	18.60 (2.70)	19.55 (2.20)	1.76	0.08
レジリエンス 全体合計 ⁵⁾	108.35 (8.87)	112.34 (8.11)	3.19	0.003**

1) : * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

2) : 判定基準 : 47 以下=低い、48-54=普通、55 以上=高い

3) : 判定基準 : 31 以下=低い、32-37=普通、38 以上=高い

4) : 判定基準 : 16 以下=低い、17-20=普通、21 以上=高い

5) : 判定基準 : 97 以下=低い、98-109=普通、110 以上=高い

表 16. レジリエンスの段階別における受講前後の比較

		n (%)			χ^2	p
		高い	普通	低い		
レジリエンス 全体合計 ¹⁾	受講前(42)	18 (42.9)	20 (47.6)	4 (9.5)	3.28	0.19
	受講後(38)	23 (60.5)	14 (36.8)	1 (2.6)		
対人関係・ ソーシャルサポート 合計 ²⁾	受講前(42)	16 (38.1)	20 (47.6)	6 (14.3)	0.31	0.86
	受講後(32)	16 (42.1)	18 (47.4)	4 (10.5)		
自己効力感 合計 ³⁾	受講前(42)	26 (61.9)	13 (31.0)	3 (7.1)	1.21	0.55
	受講後(38)	27 (71.1)	10 (26.3)	1 (2.6)		
社会性 合計 ⁴⁾	受講前(42)	7 (16.7)	29 (69.0)	6 (14.3)	1.22	0.54
	受講後(38)	9 (23.7)	26 (68.4)	3 (7.9)		

1): 判定基準 : 97 以下=低い、98-109=普通、110 以上=高い

2): 判定基準 : 47 以下=低い、48-54=普通、55 以上=高い

3): 判定基準 : 31 以下=低い、32-37=普通、38 以上=高い

4): 判定基準 : 16 以下=低い、17-20=普通、21 以上=高い

表 17. 現在の内心と行動の得点によるレジリエンスの段階別における受講前後の比較

	レジリエンス 高い I 1)	←—————→ II 2)	III 3)	レジリエンス 低い IV 4)	χ^2	p
受講前(42)	30 (69.8)	7 (16.3)	6 (14.0)	0 (0.0)	0.43	0.81
受講後(38)	26 (68.4)	8 (21.1)	4 (10.5)	0 (0.0)		

- 1) I : 考えと実際の行動がともに積極的である傾向
- 2) II : 考えは積極的であるが、実際の行動は消極的である傾向
- 3) III : 考えは消極的であるが、行動は積極的であるよう努める傾向
- 4) IV : 考えと実際の行動がともに消極的である傾向

表 18. コアコンピテンシーの認識に関する各設問（受講後）とレジリエンスの得点（受講後）との関連

コアコンピテンシー 設問	相関係数 ¹⁾			
	レジリエンス 全体	対人関係 ・ソーシャル サポート	自己 効力感	社会性
1. 自己の‘専門的緩和ケアに対する考え’を述べることができる	0.32*	0.27	0.20	0.37*
2. 専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を理解し、意欲的にケアの質の向上に取り組むことができる	0.25	0.31	0.31	0.04
3. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のありのままを理解し、尊重することができる	0.16	0.16	0.04	0.07
4. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応することができる	0.38*	0.07	0.34*	0.13
5. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートすることができる	0.33*	0.25	0.17	0.19
6. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支えることができる	0.24	0.21	0.11	0.14
7. 専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処することができる	0.47**	0.06	0.53**	0.22
8. 協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育むことができる	0.31	0.08	0.28	0.08

(n=38)

1) * $p<0.05$, ** $p<0.01$

表 19. コアコンピテンシーの認識に関する各設問（受講後）とプログラムの評価の各設問との関連

コアコンピテンシー 設問	相関係数 ¹⁾											
	自己 学習 ・1	自己 学習 ・2	自己 学習 ・3	対話 形式 ・1	対話 形式 ・2	対話 形式 ・3	有用性 ・1	有用性 ・2	有用性 ・3	有用性 ・4	満足度 ・1	満足度 ・2
1. 自己の‘専門的緩和ケアに対する考え’ を述べることができる	0.07	0.22	0.28	0.13	0.30	0.34*	0.07	0.21	0.12	0.07	0.24	0.04
2. 専門的緩和ケアを担う看護師としての 役割・責任を理解し、意欲的にケアの質 の向上に取り組むことができる	0.15	0.16	0.26	0.04	0.05	0.31	0.12	0.10	0.21	0.01	0.11	0.11
3. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家 族のありのままを理解し、尊重するこ とができる	0.12	0.27	0.41**	0.12	0.003	0.43**	0.19	0.29	0.21	0.15	0.004	0.04
4. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家 族のケアニーズを洞察し、問題に早期か ら対応することができる	0.18	0.01	0.18	0.37*	0.009	0.16	0.55**	0.37*	0.35*	0.43**	0.09	0.07
5. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家 族のニーズや状況に応じて、柔軟にコー ディネートすることができる	0.004	0.25	0.07	0.15	0.14	0.47**	0.14	0.02	0.37*	0.18	0.10	0.11
6. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家 族のスピリチュアルな苦悩に向き合い、 支えることができる	0.54	0.25	0.28	0.25	0.28	0.63***	0.12	0.25	0.19	0.10	0.11	0.006
7. 専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己 や協働するメンバーのストレス・悲嘆に 対処することができる	0.12	0.09	0.06	0.03	0.04	0.33*	0.20	0.18	0.58**	0.20	0.24	0.30
8. 協働するメンバーをエンパワメントし、 良好なチームを育むことができる	0.13	0.02	0.19	0.02	0.27	0.39*	0.02	0.04	0.41*	0.07	0.28	0.07

(n=38)

1) * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

表 20. コアコンピテンシーの認識に関する各設問（受講後）と年齢・臨床経験年数との関連

コアコンピテンシー 設問	相関係数 ¹⁾				
	年齢	看護師 経験 年数	PCU 経験 年数	PCT 経験 年数	在宅 経験 年数
1. 自己の‘専門的緩和ケアに対する考え’を述べるができる	0.33*	0.22	0.16	0.18	0.26
2. 専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を理解し、意欲的にケアの質の向上に取り組むことができる	0.19	0.26	0.06	0.12	0.23
3. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のありのままを理解し、尊重することができる	0.24	0.17	0.17	0.18	0.19
4. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応することができる	0.16	0.08	0.10	0.34	0.36
5. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートすることができる	0.15	0.20	0.04	0.02	0.26
6. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支えることができる	0.25	0.13	0.14	0.14	0.26
7. 専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処することができる	0.02	0.02	0.34	0.16	0.06
8. 協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育むことができる	0.05	0.04	0.05	0.02	0.57

(n=38)

1) * $p < 0.05$

表 21. コアコンピテンシーの認識に関する各設問（受講後）と緩和ケアの教育を受けた経験との関連

コアコンピテンシー 設問	教育経験・多 (45 時間以上) (29)		教育経験・少 (45 時間未満) (9)		<i>p</i> ¹⁾
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
1. 自己の‘専門的緩和ケアに対する考え’を述べることができる	4.42	(0.57)	4.22	(0.44)	0.37
2. 専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を理解し、意欲的にケアの質の向上に取り組むことができる	4.45	(0.51)	4.22	(0.67)	0.85
3. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のありのままを理解し、尊重することができる	4.48	(0.51)	4.44	(0.53)	0.54
4. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応することができる	4.07	(0.53)	4.31	(0.47)	0.90
5. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートすることができる	4.31	(0.47)	4.33	(0.50)	0.11
6. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支えることができる	4.00	(0.53)	4.33	(0.50)	0.47
7. 専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処することができる	4.07	(0.53)	3.89	(0.42)	0.47
8. 協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育むことができる	4.03	(0.42)	4.44	(0.53)	0.02*

1) **p*<0.05 (ウィルコクソンの順位和検定)

表 22. コアコンピテンシーの認識に関する各設問（受講後）と専門的緩和ケアの臨床経験年数との関連

コアコンピテンシー 設問	専門的緩和ケアの臨床経験年数								<i>p</i> ¹⁾
	5年未満 (10)		5～9年 (14)		10～14年 (9)		15年以上 (5)		
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
1. 自己の‘専門的緩和ケアに対する考え’を述べる ことができる	4.60	(0.52)	4.21	(0.43)	4.22	(0.67)	4.60	(0.55)	0.21
2. 専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任 を理解し、意欲的にケアの質の向上に取り組むこ とができる	4.30	(0.67)	4.43	(0.51)	4.44	(0.53)	4.40	(0.55)	0.94
3. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のあり のままを理解し、尊重することができる	4.50	(0.53)	4.36	(0.50)	4.56	(0.53)	4.60	(0.55)	0.74
4. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケア ニーズを洞察し、問題に早期から対応することが できる	4.30	(0.48)	4.14	(0.53)	4.11	(0.60)	3.60	(0.55)	0.14
5. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニー ズや状況に応じて、柔軟にコーディネートするこ とができる	4.40	(0.52)	4.29	(0.47)	4.22	(0.44)	4.40	(0.55)	0.84
6. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピ リチュアルな苦悩に向き合い、支えることができ る	4.20	(0.42)	3.86	(0.53)	4.11	(0.60)	4.40	(0.54)	0.20
7. 専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働す るメンバーのストレス・悲嘆に対処することがで きる	4.00	(0.82)	4.21	(0.43)	3.89	(0.60)	3.80	(0.84)	0.53
8. 協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチ ームを育むことができる	4.30	(0.48)	4.00	(0.39)	4.11	(0.61)	4.20	(0.45)	0.50

1) クラスカルフォリス検定

表 23. コアコンピテンシーの認識に関する各設問（受講後）と所属施設との関連

コアコンピテンシー 設問	がん診療連携 拠点病院 (17)		一般病院 (18)		その他 (7)		<i>p</i> ¹⁾
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
1. 自己の‘専門的緩和ケアに対する考え’を述べるができる	4.27	(0.59)	4.44	(0.51)	4.43	(0.53)	0.71
2. 専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を理解し、意欲的にケアの質の向上に取り組むことができる	4.47	(0.52)	4.44	(0.51)	4.14	(0.69)	0.51
3. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のありのままを理解し、尊重することができる	4.47	(0.52)	4.56	(0.51)	4.29	(0.49)	0.48
4. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応することができる	4.27	(0.59)	4.13	(0.34)	3.71	(0.76)	0.11
5. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートすることができる	4.40	(0.51)	4.25	(0.45)	4.29	(0.49)	0.65
6. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支えることができる	3.87	(0.64)	4.19	(0.40)	4.29	(0.49)	0.15
7. 専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処することができる	4.07	(0.80)	4.06	(0.44)	3.86	(0.69)	0.61
8. 協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育むことができる	4.07	(0.59)	4.07	(0.25)	4.43	(0.53)	0.18

1) クラスカルフォリス検定

表 24. コアコンピテンシーの認識に関する各設問（受講後）と専門的緩和ケアの所属部署との関連

コアコンピテンシー 設問	所属部署								<i>p</i> ¹⁾
	緩和ケア病棟 (19)		緩和ケアチーム (14)		在宅緩和ケア (4)		その他 (5)		
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
1. 自己の‘専門的緩和ケアに対する考え’を述べる ことができる	4.22	(0.55)	4.46	(0.52)	4.25	(0.50)	5.00	(0.00)	0.16
2. 専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任 を理解し、意欲的にケアの質の向上に取り組むこ とができる	4.33	(0.49)	4.54	(0.52)	4.00	(0.82)	4.67	(0.58)	0.35
3. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のあり のままを理解し、尊重することができる	4.44	(0.51)	4.54	(0.52)	4.25	(0.50)	4.67	(0.58)	0.68
4. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケア ニーズを洞察し、問題に早期から対応することが できる	4.06	(0.54)	4.23	(0.44)	3.50*	(0.58)	4.67*	(0.58)	0.04*
5. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニー ズや状況に応じて、柔軟にコーディネートするこ とができる	4.22	(0.43)	4.38	(0.51)	4.25	(0.50)	4.67	(0.58)	0.44
6. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピ リチュアルな苦悩に向き合い、支えることができ る	4.00	(0.59)	4.00	(0.41)	4.25	(0.50)	4.67	(0.58)	0.19
7. 専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働す るメンバーのストレス・悲嘆に対処することがで きる	4.00	(0.49)	4.00	(0.82)	4.00	(0.82)	4.33	(0.58)	0.82
8. 協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチ ームを育むことができる	4.11	(0.32)	4.00	(0.25)	4.25	(0.50)	4.67	(0.58)	0.16

1) **p*<0.05 (クラスカルフォリス検定)

表 25. コアコンピテンシーの認識に関する各設問（受講後）と臨死期の患者のケア経験との関連

コアコンピテンシー 設問	これまでの臨死期の患者のケア経験人数								<i>p</i> ¹⁾
	100 人未満 (6)		100~199 (8)		200~299 (8)		300 人以上 (20)		
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
1. 自己の‘専門的緩和ケアに対する考え’を述べる ことができる	4.33	(0.52)	4.43	(0.53)	4.29	(0.49)	4.39	(0.61)	0.94
2. 専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任 を理解し、意欲的にケアの質の向上に取り組むこ とができる	4.50	(0.84)	4.14	(0.38)	4.29	(0.49)	4.50	(0.51)	0.35
3. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のあり のままを理解し、尊重することができる	4.50	(0.55)	4.29	(0.49)	4.29	(0.49)	4.61	(0.50)	0.35
4. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケア ニーズを洞察し、問題に早期から対応することが できる	4.17	(0.98)	4.00	(0.00)	4.29	(0.76)	4.06	(0.42)	0.68
5. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニー ズや状況に応じて、柔軟にコーディネートするこ とができる	4.50	(0.55)	4.14	(0.38)	4.14	(0.38)	4.39	(0.50)	0.36
6. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピ リチュアルな苦悩に向き合い、支えることができ る	4.33	(0.82)	4.00	(0.00)	3.86	(0.38)	4.11	(0.58)	0.39
7. 専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働す るメンバーのストレス・悲嘆に対処することがで きる	4.17	(0.75)	4.00	(0.00)	3.71	(0.95)	4.11	(0.58)	0.68
8. 協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチ ームを育むことができる	4.50	(0.55)	4.00	(0.00)	4.29	(0.49)	4.00	(0.49)	0.09

1) クラスカルウォリス検定

表 26. コアコンピテンシーの認識に関する各設問（受講後）と最終学歴との関連

コアコンピテンシー 設問	最終学歴								<i>p</i> ¹⁾
	専門学校 (28)		短期大学 (4)		大学 (3)		大学院 (7)		
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
1. 自己の‘専門的緩和ケアに対する考え’を述べる ことができる	4.35	(0.56)	4.50	(0.58)	4.67	(0.58)	4.20	(0.45)	0.62
2. 専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を 理解し、意欲的にケアの質の向上に取り組むことが できる	4.35	(0.56)	4.25	(0.50)	5.00	(0.00)	4.40	(0.55)	0.22
3. 苦や死に向き合って生きる患者・家族のありのまま を理解し、尊重することができる	4.47	(0.51)	4.50	(0.58)	4.67	(0.58)	4.40	(0.55)	0.90
4. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニ ーズを洞察し、問題に早期から対応することができる	4.04	(0.45)	3.75	(0.50)	4.33	(1.15)	4.60	(0.55)	0.08
5. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニーズ や状況に応じて、柔軟にコーディネートすることが できる	4.27	(0.45)	4.50	(0.58)	4.67	(0.58)	4.20	(0.44)	0.42
6. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピリ チュアルな苦悩に向き合い、支えることができる	4.04	(0.45)	4.25	(0.50)	4.33	(1.15)	4.00	(0.71)	0.69
7. 専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働する メンバーのストレス・悲嘆に対処することができる	4.00	(0.57)	4.25	(0.50)	4.67	(0.58)	3.60	(0.89)	0.14
8. 協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチ ームを育むことができる	4.04	(0.45)	4.25	(0.50)	4.67	(0.58)	4.20	(0.45)	0.15

1) クラスカルフォリス検定

資料

専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシーに関する調査票

1 回目

- この調査票は、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーについて明らかにすることを目的としています。
- 本研究では、「専門的緩和ケア」とは、‘ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアで緩和ケアを実践する医療者によって提供され、基本的緩和ケア^{※1)}の知識や技術を踏まえ、多職種によるチームにおいて適切なリーダーシップを発揮して苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支え、緩和困難な症状や状況に対処すること、また、基本的緩和ケアの担い手へのコンサルテーションと教育に対応すること’を指します。
- また、「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー」とは、‘専門的緩和ケアを実践するうえで看護師が身につけるべき必須能力で、知識・技術・態度の要素を統合したものとして表され、実際に実行可能なもの’を指します。
- なお、本研究において対象としている「専門的緩和ケアを担う看護師」は、‘基本的緩和ケアに関する教育プログラムを修了し、専門的緩和ケアを担う場での臨床経験が2年間以上あり、所属先でリーダーシップやチーム調整の役割を期待される看護師’を指します。
- 本調査票は、I～IV（15 ページ）の設問から構成され、回答時間に約 60 分かかることが予想されます。
- 本調査票の結果は、統計的な処理をして公表されるため、個人の情報が外部に公開されることは一切ございません。

※1) 基本的緩和ケア：

本研究では、がんに関わるすべての医療者が身につけるべきケアで、一般病棟・外来・在宅で提供され、基本的な対処によって患者の苦痛の緩和をはかるケアを指す

I. まず、あなたが考える‘専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー’についてお伺いします。

下記の‘専門的緩和ケアを担う看護師に求めるコアコンピテンシー’の各項目について、その‘適切性(専門的緩和ケアを担う看護師のコアコンピテンシーとして臨床現場で求められている内容か)’と‘難易度(本研究で対象とした専門的緩和ケアを担う看護師にとってコアコンピテンシーとして身につけることが難しいか)’の両方について、それぞれあなたのお考えに最も当てはまる番号に○をつけてください。また、そのようにご判断された理由について下枠に具体的にお書きください。

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 普通 やや簡単である とても簡単である
カテゴリー1：対象のありのままを理解し、尊重する		
1) 患者・家族またはチームメンバーの価値観の多様性について説明することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
2) 患者・家族またはチームメンバーの価値観の多様性を理解し、相手の価値観を尊重することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
3) 援助者として対象となる患者・家族のありのままを受けとめることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
4) 自己の価値観を自覚しながら、患者・家族またはチームメンバーの価値観に向き合うことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 適切 やや簡単である とても簡単である
カテゴリー1：対象のありのままを理解し、尊重する		
5) 自己の価値観を自覚しながら、患者・家族やチームメンバー、またはその状況に合わせて自分の考え・見方を柔軟に変容させることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
6) 患者・家族のニーズに合わせて、柔軟に必要なケアを創造することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
7) 自己の生死に対する価値観を自覚し、言語化することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
8) 自己を深く知り、自己のあるがままを認めることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
9) 自己の価値観が自分の提供するケアにどのような影響を与えるかを認識することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性		難易度											
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である	←————→ 全く必要ない	とても簡単である	やや簡単である	適切	やや難しい	とても難しい							
カテゴリ-2：対象が抱える問題を洞察する														
1) 臨床の状況を批判的に分析し、苦や死に向き合っている患者・家族のニーズを全人的な視点から解釈することができる	9	8	7	6	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
【選択理由】														
2) 状況の困難さを生じさせている要因を分析し、チームメンバーと共有することができる	9	8	7	6	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
【選択理由】														
3) 常に、対象の人生・生活という視点から患者が抱える問題をアセスメントし、苦痛に対してきめ細やかなケアを包括的に考えることができる	9	8	7	6	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
【選択理由】														
4) ケアの対象として家族の全体像を捉え、家族のニーズや家族の力を見極めることができる	9	8	7	6	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
【選択理由】														
5) 患者・家族が抱える潜在的な問題に早期に気づくことができる	9	8	7	6	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
【選択理由】														

	適切性		難易度											
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である	←————→ 全く必要ない	とても簡単である	やや簡単である	適切	やや難しい	とても難しい							
カテゴリ-2：対象が抱える問題を洞察する														
6) 潜在している問題を予測し、必要なケアについてチームメンバーとともに柔軟に創造することができる	9	8	7	6	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
【選択理由】														
7) 基本的緩和ケアにおいて対応困難になりやすい病態・症状やそれに対する治療・ケアについて正しく理解し、アセスメントに活用することができる	9	8	7	6	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
【選択理由】														
カテゴリ-3：ケアの継続性を維持する														
1) 苦や死に向き合って生きる患者・家族を適切にアセスメントし、今後の見通しを立てることができる	9	8	7	6	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
【選択理由】														
2) 苦や死に向き合って生きる患者・家族のケアについて、状況全体を見通し、継続的な看護計画を立案することができる	9	8	7	6	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
【選択理由】														
3) 苦や死に向き合って生きる患者・家族にこれから起こることを予測しながら、ケアを提供する適切な時期を見極め、実践することができる	9	8	7	6	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
【選択理由】														

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 適切 やや簡単である とても簡単である
カテゴリ-3：ケアの継続性を維持する		
4) 苦や死に向き合って生きる患者・家族に対して、先を見越して、予防的に適切なケアを提供することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
5) 提供しているケアについて、チームメンバー間で内省できるよう促し、ケアを見直し、必要時修正することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
6) 苦や死に向き合って生きる患者を主体として、包括的な症状マネジメントを多職種チームで実践することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
7) 家族の力を適切にアセスメントし、家族の力を活かしたケアを多職種チームで実践できるよう働きかけることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
8) 患者・家族の状況に合わせて、必要なリソースを効果的に活用し、ケアを継続的に展開していくことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 適切 やや簡単である とても簡単である
カテゴリ4：対象のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支える		
1) スピリチュアルケアの必要性とともに、 その目的・目標を理解することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
2) 苦や死と向き合って生きる患者・家族の 語りの文脈を読み取り、スピリチュアルな 苦悩に気づくことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
3) 生の脆さや弱さを否定せず受け入れ、苦 や死と向き合って生きる患者・家族に寄り 添うことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
4) スピリチュアルな苦悩を和らげるケアに ついて多職種チームで話し合うことが できる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
カテゴリ5：対象のニーズに合わせ、ケアをコーディネートする		
1) 患者・家族のニーズに合わせ、適切な時 期に、他の組織・機関、リソースと連携を はかることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
2) 患者・家族またはチームメンバーに加え、 連携が必要な他の組織・機関と円滑な話し 合いや調整を促進することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 適切 やや簡単である とても簡単である
カテゴリ-5：対象のニーズに合わせ、ケアをコーディネートする		
3) 患者・家族またはチームメンバーの価値観・考えを尊重しながら、合意形成を促進することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
4) 患者・家族またはチームメンバーで目標を共有し、全員が納得して同じ方向を向いて前進できるようチーム全体に働きかけることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
5) 多職種チーム内で意見の不一致や衝突が生じた場合、合意形成がはかれるよう建設的に対処することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
6) 患者・家族またはチームメンバーそれぞれの力を見極め、状況に応じて適材適所に役割を調整することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
7) 患者・家族またはチームメンバー間のコミュニケーションを促進し、良好な関係性に発展させることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 適切 やや簡単である とても簡単である
カテゴリ-5：対象のニーズに合わせ、ケアをコーディネートする		
8) チームメンバーが能動的に自己の考えや意見を発言し共有できる場をセッティングすることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
9) 患者・家族またはチームメンバー間で互いに認め合い、率直な意見を話し合える環境を整えることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
カテゴリ-6：良好なチームを作り、維持していく		
1) 自己の役割だけでなく、他のチームメンバーの役割を見出し、他のチームメンバーが能動的に取り組めるようサポートすることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
2) 自分だけで問題に対処するのではなく、チームメンバーを巻き込み、適切な看護実践を促進していくことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
3) 困難な状況や現状に関する自己の分析内容を他のチームメンバーにもわかりやすく伝え、他のチームメンバーが能動的にケアを実践できるよう促すことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 適切 やや簡単である とても簡単である
カテゴリ6：良好なチームを作り、維持していく		
4) チームメンバー全員のモチベーションに 関心を寄せ、能動性を引き出す働きかけを することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
5) 苦や死と向き合って生きる患者・家族に 対するケア1つ1つの意味を他のメンバ ーと共有し、他者がケアの意味づけがで きるよう促進することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
6) 所属するチームの強み・弱みを振り返り、 チームの力をアセスメントし、チームメン バーと共有することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
7) 個々のチームメンバーの役割や寄与につ いて包括的に捉え、相手に建設的にフィ ードバックすることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
カテゴリ7：専門的緩和ケアを担う看護師という専門職としての役割・責任を果たす		
1) 専門的緩和ケアを担う看護師として、自 己が果たすべき役割を理解し、常にそれ を意識して看護を実践することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 適切 やや簡単である とても簡単である
カテゴリ-7：専門的緩和ケアを担う看護師という専門職としての役割・責任を果たす		
2) 専門的緩和ケアがおかれている社会的状況を理解し、専門的緩和ケアを担う看護師として目指す方向性や展望について自己の意見・考えを述べるができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
3) 専門的緩和ケアを提供する形態（緩和ケア病棟・緩和ケアチーム・在宅緩和ケア）の特徴や役割について理解し、必要時それらについて対象に正しく伝えることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
4) 所属する施設・組織の課題を把握し、チームメンバーと共有することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
5) 専門的緩和ケアの質を向上するために、所属する施設・組織として、また看護師個人として、取り組むべき方略について具体的に考えることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
6) 基本的緩和ケアの担い手に対して、自身がリソースとして、適切な情報やサポートを提供することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 適切 やや簡単である とても簡単である
カテゴリー7：専門的緩和ケアを担う看護師という専門職としての役割・責任を果たす		
7) 専門的緩和ケアを担う看護師として、自律性を持ち、能動的にケアの質の向上を目指した取り組みを行うことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
8) 専門的緩和ケアの質を向上するために、それらに関する研究結果やエビデンスを同定し、実践に統合することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
9) 常に探究心を持ち、所属する施設・組織において、専門的な緩和ケアの質の向上に寄与しようとする姿勢をもつことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
10) 自己やチームによる看護実践を振り返り、内省することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
11) 状況や周囲に合わせて自己の看護実践を修正し、柔軟に対応することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
12) 自己の課題を同定し、意欲的に課題に取り組むことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 適切 やや簡単である とても簡単である
カテゴリー7：専門的緩和ケアを担う看護師という専門職としての役割・責任を果たす		
13) 専門的緩和ケアを担う看護師として、常に積極的に自らの看護実践を熟練させようとする姿勢をもつことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
14) 専門的緩和ケアを担う看護師として自ら能動的に学習し続けることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
カテゴリー8：専門的緩和ケアに従事する中で生じるストレス・悲嘆に対処する		
1) 専門的緩和ケアを担う看護師自身のストレス・悲嘆の特徴について説明することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
2) 自己やチームメンバーのストレス・悲嘆を認識し、対処する必要性について理解することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 適切 やや簡単である とても簡単である
カテゴリ-8：専門的緩和ケアに従事する中で生じるストレス・悲嘆に対処する		
3) 自己のストレス・悲嘆に対する対処方法を持ち、必要時、組織・チームのサポートを活用しながら、セルフケアを行うことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
4) 自らの弱さや限界を認め、必要時他者にケアを依頼することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
5) 他のチームメンバーのストレス・悲嘆にも配慮し、各自で対処できるようにサポートすることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

Ⅱ. Iで挙がっていたコアコンピテンシー以外に、あなたが考える‘専門的緩和ケアを担う看護師に求めるコアコンピテンシー’がございましたら、具体的に下枠にお書きください。

資料 2: 研究説明書(研究 1)

「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーと その教育プログラム」

研究についての説明

1. 研究目的と背景

緩和ケアの質を向上させていくには、基本的緩和ケアとともに専門的緩和ケアの質の向上が求められます。近年、基本的緩和ケアはがん医療に携わるすべての医療者が身につけるべきものとされ、教育の普及への取り組みが開始されていますが、専門的緩和ケアに関する看護師の継続教育は充実しているとはいえません。そのため、より質が高い専門的緩和ケアに関する看護師教育の普及を検討するうえで、まずはまだわが国で明らかとなっていない専門的緩和ケアを担う看護師にとって身につけることが必須なコアコンピテンシーについて専門家のコンセンサスが得られるものを明確にしておく必要があると考えます。そのうえで、それらに基づいた教育プログラムを開発・普及し、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーを高め、ケアの質の向上をはかっていくことが必要であると考えております。そこで、本研究では、デルファイ変法を用い、わが国の医療システムや文化に応じた専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーについて明らかにし、その向上につながる教育プログラムを検討することを目的としています。なお、本研究は日本ホスピス緩和ケア研究振興財団の事業の委託研究であり、本研究により作成した教育プログラムについては、今後日本ホスピス緩和ケア協会の承認を得たうえで、その取り組みの 1 つとして、全国の専門的緩和ケアを担う看護師に向けて普及していく予定で考えております。

2. 研究方法・手順

【1回目調査】

- 1) 本研究への参加協力にご同意いただいた際は、別紙の同意書に必要事項を記載し、研究者にご返送ください。
- 2) ご同意いただいた方には、後日緩和ケアのコアコンピテンシーに関連する文献をお送りいたします。専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーを考えるうえで参考になると考えられる文献ですので、期日までにぜひ目をお通しください。
- 3) 対象者の中でご協力いただける方にはドラフト案を作成するためのブレインストーミングに参加していただきたく存じます。該当される方には別途ご連絡をさせていただきます。
- 4) 上記をふまえて作成いたしましたドラフト案より 1 回目の調査票を確定いたします。確定しましたら、個別に調査票、返信用封筒を郵送にて送付いたします。調査票がお手元に届きましたら、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーに関する適切性や難易度、個人の背景情報に関して回答をお願いいたします。無記名にて回答後、返信用封筒に密封したうえで最寄りのポストに投函し、研究者へ直接ご返送ください。

【パネルミーティング】

- 1) 都内の会議室にて6時間程度の時間で開催を予定しています。これは、1回目の調査結果を公表するとともに、意見が割れた項目などについて詳細に議論し、理解を深め合うことを目的にしています。
- 2) 日程につきましては事前に皆様の参加可能な日程について聞き取りを行い、参加可能な方が最も多い日時を開催予定です。もし、必要な場合は研究代表者より出張依頼書を発行させていただきます。
- 3) 話し合いの内容につきましてICレコーダーに録音させていただきます。
- 4) 当日やむを得ず参加できない方には、事前に資料を送付し、検討すべき論点についてメールにて聞き取りを行い、研究者より当日代理で伝えさせていただきます。

【2回目調査】

パネルミーティング終了後、パネルミーティングの結果を受けて修正した調査票、1回目調査で得られた全体の回答および自由記載内容をまとめた参考資料、返信用封筒を個別に郵送にてお送りします。1回目と同様に無記名で調査票へ回答していただき、返信用封筒に密封したうえで最寄りのポストに投函してください。

【3回目以降の調査】

上記2回目調査結果をふまえて再度調査票を修正し、2回目調査と同様のプロセスを実施し、不一致の見られる項目がなくなり、意見の収束が得られた時点で終了とさせていただきます。

上記結果を分析し、‘専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー’について確定し、その結果について資料を作成します。資料が完成次第、個別にお送りさせていただきますので、必ず目をお通しくさせていただきますようお願いいたします。

その後は、上記の調査により明らかとなった‘専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー’の向上につながる教育プログラム案について検討していきたいと考えております。

3. 研究に参加することにもなうリスク(害、不都合)

本研究は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得たうえで実施いたします。

本研究に参加されることによってあなた様に及ぶかもしれない害、あるいは不都合につきましては、直接あなた様の身体に不利益は生じないと考えておりますが、調査票への回答やその結果に基づくパネルミーティングにご参加いただくため、時間的拘束により、精神的な負担が生じる可能性があります。

4. 研究に参加することの利益

本研究において、デルファイ変法によりパネルミーティングを行う際は、交通費実費および昼食をご用意させていただきます。

5. 意思決定の自由

本研究は、皆様の自由意思のもとでご協力をお願いするものです。研究に参加されるかどうかはあなた様ご自身でお決めいただくものであり、強制されることはありません。本研究へご協力いただかない場合や途中で辞退される場合も一切不利益を受けることはございません。なお、研究への参加をお決めになって同意書をご提出いただいた後でも、いつでも途中で辞退することが可能です。別紙の同意撤回書を利用することも可能です。

6. プライバシー（個人情報）の保護

本研究では、調査票には無記名にて回答していただき、直接研究者に郵送していただくようお願いしております。回答していただいた内容につきましては、本研究の目的以外では決して使用いたしません。また、外部の目に触れないよう調査票は鍵のかかる場所で厳重に保管し、本研究が終了した時点で、調査票は速やかにシュレッダーにて破棄いたします。パネルミーティングの際に録音させていただきましたデータにつきましては、個人情報を除いた形で研究者がテープおこしを行い、データとして管理するため、外部の者が耳にすることはありません。また、上記と同様に、本研究の目的以外では使用せず、鍵のかかる場所で厳重に管理いたします。研究終了後には録音データと合わせて消去させていただきます。

なお、本研究の際に教えていただきましたご連絡先や同意書につきましては、紙媒体にて外部の目に触れないよう厳重に管理し、データとは別に保管させていただき、研究終了後速やかにシュレッダーにて破棄させていただきます。

本研究結果については後日学会誌等で公表する予定ですが、その際は個人が特定できないような形式で公表させていただきます。

8. 謝礼

本研究にご協力いただくに際しまして、大変恐縮ではありますが、謝礼はご用意できておりません。何卒ご了承賜りますようお願い申し上げます。

※ 本研究につきましてご不明な点やご質問等がございましたら、別紙の問い合わせ先にご連絡をお願いいたします。

※ 上記の説明についてご同意いただき、研究にご参加くださる際には、別紙の同意書にご署名いただき、返信用封筒にてご返送ください。

研究代表者：筑波大学医学医療系 水野 道代

連携研究者：筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻博士後期課程 新幡 智子

「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーと
その教育プログラム」

研究対象者ご紹介のお願い

謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

この度、「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとその教育プログラム」に関する研究における研究対象者の方をご紹介いただきたく、ご協力をお願いをさせていただきました。

本研究は、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーについてデルファイ変法を用いて明らかにし、それらの向上につながる教育プログラムを検討することを目的としております。

本研究において、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーについて明確化することにより、専門的緩和ケアを担う看護師に対する継続教育の目標や習得すべき能力を明確にすることができ、教育の標準化の一助になると考えます。また、それにより、教育の評価指標の視点を提示することにもつながると考えております。さらに、本研究により専門家のコンセンサスが得られたコアコンピテンシーに基づいた教育プログラムを作成・普及することによって、専門的緩和ケアを担う看護師のケアの質の向上が期待できると考えております。

そこで、ぜひ本研究の対象者となる候補者の方のご紹介をお願いしたく、この度ご依頼をさせていただいた次第でございます。

本研究の対象者は、下記の条件を満たす方を考えております。

- 1) 専門的緩和ケアを提供する場（ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケア）に 5 年以上従事しており、緩和ケアに関する看護師の継続教育の経験豊富な専門看護師、認定看護師、管理職の看護師、または教育機関で緩和ケアの領域を担当している看護教員
- 2) 本研究の趣旨を理解し研究協力の意思がある者

なお、研究対象候補者の方をご紹介いただける際は、下記につきましてお願いさせていただきます。存じます。

- 上記の条件に該当される貴学会・貴協会の方から候補者をご検討いただき、貴殿よりその候補者の方へ、本研究者に紹介し、研究協力依頼書や同意書等を送付してもよいかどうかご確認いただきますようお願いいたします。その際、その方の

お名前、ご所属、研究協力依頼書等の送付先のご住所、メールアドレスを本研究者へ伝えてもよいかどうかご確認いただき、ご承諾が得られた際は、研究者へそれらの情報についてお教えいただきますようお願いいたします。

- 研究対象候補者の方にご連絡いただく際は、本研究への参加はあくまでもご本人の自由意思であり、本研究の研究協力依頼書や研究説明書をお読みいただいたうえで協力するかどうかをご検討いただきますようお願いいたします。

大変恐れ入りますが、本研究の趣旨・方法等の詳細につきましては、別紙：研究説明書に記載しておりますので、ぜひご一読いただきますと幸いに存じます。

ご多忙の折、大変恐縮でございますが、ぜひ本研究の趣旨をご理解いただき、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

謹白

研究代表者：筑波大学医学医療系保健医療学域 水野道代

連携研究者：筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻博士後期課程

新幡智子

<問い合わせ先>

筑波大学医学医療系保健医療学域 水野道代

〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1 (大学)

Tel：029-0000-0000 E-mail：0000@md.tsukuba.ac.jp

「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーと
その教育プログラム」

研究へのご協力をお願い

謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

この度は、「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとその教育プログラム」に関する研究へのご協力をお願いさせていただきたく、ご連絡させていただきました。

本研究は、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーについてデルファイ変法を用いて明らかにし、それらの向上につながる教育プログラムを検討することを目的としております。

本研究において、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーについて明確化することにより、専門的緩和ケアを担う看護師に対する継続教育の目標や習得すべき能力を明確にすることができ、教育の標準化の一助になると考えます。また、それにより、教育の評価指標の視点を提示することにもつながると考えております。さらに、本研究により専門家のコンセンサスが得られたコアコンピテンシーに基づいた教育プログラムを作成・普及することによって、専門的緩和ケアを担う看護師のケアの質の向上が期待できると考えております。

そこで、専門的緩和ケアの臨床経験や教育経験が豊富な皆様に、ぜひ本研究へのご協力をお願いしたく、この度ご依頼をさせていただいた次第でございます。

大変恐れ入りますが、本研究の趣旨・方法等の詳細につきましては、別紙：研究説明書に記載しておりますので、ぜひご一読いただき、本研究へご協力賜りますようお願いいたします。

ご多忙の折、大変恐縮でございますが、ぜひ本研究の趣旨をご理解いただき、ご協力賜りますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

謹白

研究代表者：筑波大学医学医療系保健医療学域 水野道代

連携研究者：筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻博士後期課程

新幡智子

<問い合わせ先>

筑波大学医学医療系保健医療学域 水野道代

〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1 (大学)

Tel : 029-0000-0000

E-mail : 0000@md.tsukuba.ac.jp

資料 6:同意書(研究 1)

同 意 書

筑波大学医学医療系長 殿

説明事項 (説明を受けた項目は、□にチェックして下さい。)

- ① 研究目的・意義
- ② 研究方法
- ③ 起こりうる利益と不利益
- ④ 本人の自由意思による同意であること
- ⑤ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ⑥ 同意後も随時撤回できること
- ⑦ 個人情報の管理に関すること
- ⑧ 研究が終了するまで内容を公表しないこと

上記の説明を理解した上で、この研究に参加することに同意いたします。

平成 年 月 日

氏 名

印

※本人署名の場合、印は必要ありません

「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとその教育プログラム」に関する研究について、書面及び口頭により平成 25 年 月 日に説明を行い、上記のとおり同意を得ました。

説明者

所 属

氏 名

印

資料 7: 同意撤回書(研究 1)

同 意 撤 回 書

筑波大学医学医療系長 殿

私は「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとその教育プログラム」に関する研究への参加に同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回いたします。

平成 年 月 日

氏名

印

※本人署名の場合、印は必要ありません

「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとその教育プログラム」に関する研究への参加の同意撤回を確認いたしました。

平成 年 月 日

確認者

所属

氏名

印

「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーと
その教育プログラム」

研究へのご協力をお願い

謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

この度は、「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとその教育プログラム」に関する研究へのご協力をお願いさせていただきたく、ご連絡させていただきました。

本研究は、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーについてデルファイ変法を用いて明らかにし、それらの向上につながる教育プログラムを検討することを目的としております。

本研究において、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーについて明確化することにより、専門的緩和ケアを担う看護師に対する継続教育の目標や習得すべき能力を明確にすることができ、教育の標準化の一助になると考えます。また、それにより、教育の評価指標の視点を提示することにもつながると考えております。さらに、本研究により専門家のコンセンサスが得られたコアコンピテンシーに基づいた教育プログラムを作成・普及することによって、専門的緩和ケアを担う看護師のケアの質の向上が期待できると考えております。

そこで、専門的緩和ケアの臨床経験や教育経験が豊富な先生に、ぜひ本研究へのご協力をお願いしたく、この度ご依頼をさせていただいた次第でございます。具体的にお願ひさせていただきたい内容につきましては、下記になります。大変恐れ入りますが、ぜひご一読いただき、本研究へご協力賜りますようご検討いただきますと幸いに存じます。

==== 本研究において先生にご依頼させていただきたい事項 =====

【‘専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー’のドラフト案の検討】

- 文献検討をふまえて、専門的緩和ケアの臨床経験や教育経験が豊富な専門看護師・認定看護師とともにブレインストーミングを行い、‘専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー’のドラフト案を作成予定です。作成いたしましたドラフト案につきまして、個別にお送りさせていただきますので、こちらをご覧になっていただき、ぜひお気づきの点や追加したほうがよい項目など、メール・FAX 等でご意見をお伺いできますと幸いです。先生方から頂戴したご意見をふまえてドラフト案を修正し、デルファイラウンドの調査票として確定していきたいと思っております。

=====

また、本研究全体の趣旨・方法等の詳細につきましては、別紙：研究説明書に記載しておりますので、ご覧いただきますと幸いに存じます。

ご多忙の折、大変恐縮でございますが、ぜひ本研究の主旨をご理解いただき、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

謹白

研究代表者：筑波大学医学医療系保健医療学域 水野道代

連携研究者：筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻博士後期課程

新幡智子

<問い合わせ先>

筑波大学医学医療系保健医療学域 水野道代

〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1 (大学)

Tel : 029-0000-0000

E-mail : 0000@md.tsukuba.ac.jp

専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシーに関する調査票

2 回目

- この調査票は、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーについて明らかにすることを目的としています。
- 本研究では、「専門的緩和ケア」とは、‘ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアで緩和ケアを実践する医療者によって提供され、基本的緩和ケア^{※1)}の知識や技術を踏まえ、多職種によるチームにおいて適切なリーダーシップを発揮して苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支え、緩和困難な症状や状況に対処すること、また、基本的緩和ケアの担い手へのコンサルテーションと教育に対応すること’を指します。
- 「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー」とは、‘専門的緩和ケアを実践するうえで看護師が身につけるべき必須能力で、知識・技術・態度の要素を統合したものとして表され、実際に実施可能なもの’を指します。この必須能力は、ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアの場で共通して求められるものとしします。
- なお、本研究において対象としている「専門的緩和ケアを担う看護師」は、‘基本的緩和ケアに関する教育プログラムを修了し、専門的緩和ケアを担う場での臨床経験が2年間以上あり、所属先でリーダーシップやチーム調整の役割を期待される看護師’を指します。
- 本調査票は、I～III（14 ページ）の設問から構成され、回答時間に約 60 分かかることが予想されます。
- 本調査票の結果は、統計的な処理をして公表されるため、個人の情報が外部に公開されることは一切ございません。

※1) 基本的緩和ケア：

本研究では、がんに関わるすべての医療者が身につけるべきケアで、一般病棟・外来・在宅で提供され、基本的な対処によって患者の苦痛の緩和をはかるケアを指す

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ← → 全く必要ない	とても難しい やや難しい 普通 やや簡単である とても簡単である
カテゴリー：対象のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応する		
1) 苦や死に向き合って生きる患者・家族の ニーズを全人的な視点から解釈すること ができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
2) 苦や死に向き合って生きる患者・家族が 置かれている状況の複雑性を判断し、協働 するメンバーと共有することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
3) 常に対象の人生・生活という視点から患 者が抱える問題を捉え、きめ細やかなケア を考えることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
4) ケアの対象として家族の全体像を捉え、 家族のニーズや家族の力を見極めること ができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
5) 苦や死に向き合って生きる患者・家族が 抱える潜在的な問題に早期に気づくこと ができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 普通 やや簡単である とても簡単である
カテゴリー：対象のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応する		
6) 基本的緩和ケアにおいて対応困難になり やすい病態・症状やそれに対する治療・ケ アについて正しく理解し、アセスメントす ることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
7) 苦や死に向き合って生きる患者・家族の 状況を全体的に捉え、今後の見通しを立 て、ケアの方向性を考えることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
8) 苦や死に向き合って生きる患者・家族の 状況を見通しながら、継続的に看護計画の 見直しや修正を行うことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
9) 苦や死に向き合って生きる患者・家族に これから起こることを予測しながら、適切 な時期に必要なケアを提供することがで きる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
カテゴリー：対象のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支える		
1) スピリチュアルケアの必要性を理解し、 スピリチュアルケアの目的・目標を説明す ることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 普通 やや簡単である とても簡単である
カテゴリー：対象のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支える		
2) 苦や死に向き合って生きる患者・家族の 語りの文脈を読み取り、スピリチュアルな 苦悩に気づくことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
3) 生の脆さや弱さを否定せず受け入れ、苦 や死に向き合って生きる患者・家族に寄り 添うことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
4) スピリチュアルな苦悩を和らげるケアに ついて協働するメンバー間で話し合うこ とができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
カテゴリー：対象のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートする		
1) 患者・家族の状況に合わせて、必要なリ ソースを効果的に活用することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
2) 提供しているケアについて見直しや修正 を行ううえで、協働するメンバー間で内省 できるよう促すことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 普通 やや簡単である とても簡単である
カテゴリー：対象のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートする		
3) 苦や死に向き合って生きる患者を主体として、包括的な症状マネジメントを実践することができるよう患者・家族を取り巻くリソースを調整することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
4) 家族の力を適切にアセスメントし、家族の力を活かしたケアを提供できるよう協働するメンバーに働きかけることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
5) 患者・家族のニーズに合わせ、適切な時期に、患者・家族を取り巻くリソースとなる組織・機関と連携をはかることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
6) 患者・家族を取り巻くリソースとなる組織・機関と円滑な話し合いや調整を促進することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
7) 苦や死に向き合って生きる患者・家族を常に擁護し、必要なケアを調整していくことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 普通 やや簡単である とても簡単である
カテゴリー：対象のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートする		
8) 苦や死に向き合って生きる患者・家族の 変化するニーズに合わせて必要なケアを 調整することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
9) 患者・家族や協働するメンバーそれぞれ の力を見極め、状況に応じて個々の役割を 調整することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
10) 患者・家族を取り巻くリソース内で意見 の不一致や衝突が生じた場合、建設的に対 処し、折り合いをつけていくプロセスを促 進することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
11) その場の状況や周囲に合わせて自己の看 護実践を適宜修正し、柔軟に対応するこ とができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 普通 やや簡単である とても簡単である
カテゴリー：協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育む		
1) 患者・家族を取り巻くリソースのメンバー間で、積極的に自己の考えや意見を発言し共有できる対話の場をつくることのできる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
2) 患者・家族を取り巻くリソースのメンバー間において、自己の考えを語るとともに、互いに質問し合い、共に考えを深めていくことのできる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
3) 患者・家族を取り巻くリソースとして必要なメンバーを特定することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
4) 患者・家族を取り巻くリソースのメンバーの価値観の多様性に意識を向けることのできる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
5) 患者・家族を取り巻くリソースのメンバーの価値観を理解し、尊重することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 普通 やや簡単である とても簡単である
カテゴリー：協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育む		
6) 自己の役割だけでなく、協働するメンバーの役割を見出し、協働するメンバーが能動的に取り組めるようサポートすることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
7) 自分一人だけで問題に対処するのではなく、協働するメンバーを巻き込み、適切な看護実践を促進していくことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
8) 困難な状況・現状に関する自己の解釈を協働するメンバーと共有し、協働するメンバーが能動的にケアを実践できるようサポートすることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
9) 協働するメンバーに対し、彼らの役割や寄与について、建設的にフィードバックすることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
10) 自己の臨床経験や知識をふまえ、協働するメンバーに教育的に関わることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 普通 やや簡単である とても簡単である
カテゴリー：意欲的に専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を果たす		
1) 専門的緩和ケアを担う看護師として自己 が果たすべき役割を常に意識し、看護を実 践することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
2) 専門的緩和ケアがおかれている社会的状 況を理解し、目指す方向性・展望について 自己の意見・考えを述べるができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
3) 専門的緩和ケアを提供する場（緩和ケア 病棟・緩和ケアチーム・在宅緩和ケア）の 特徴や役割について患者・家族に正しく伝 えることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
4) 所属する施設・組織の課題を把握し、協 働するメンバーと共有することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
5) 基本的緩和ケアの担い手に対して、適切 な情報やサポートを提供することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 普通 やや簡単である とても簡単である
カテゴリー：意欲的に専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を果たす		
6) 専門的緩和ケアの質を向上するために、 所属する施設・組織として、また看護師個人として、取り組むべき方略について具体的に考えることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
7) 専門的緩和ケアの質を向上するために、 所属する施設・組織として取り組むべき方略について協働するメンバーと話し合うことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
8) 専門的緩和ケアを担う看護師として、自律して、能動的にケアの質の向上に取り組むことができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
9) 専門的緩和ケアの質を向上するために、それらに関する研究結果やエビデンスを同定し、実践に統合することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
10) 自己や患者・家族を取り巻くリソースによる看護実践を振り返り、内省することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

	適切性	難易度
専門的緩和ケアを担う看護師に求められる コアコンピテンシー	必要不可欠である ←————→ 全く必要ない	とても難しい やや難しい 普通 やや簡単である とても簡単である
カテゴリー：専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に 対処する		
1) 自己のストレス・悲嘆に対する対処方法 を持ち、必要時、組織・チームのサポート を活用しながら、セルフケアを行うことが できる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
2) 自らの弱さや限界を認め、必要時他者に ケアを求めることができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
3) 協働するメンバーのストレス・悲嘆に配慮 し、対処できるようにサポートすることが できる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
4) 専門的緩和ケアを担う看護師自身のスト レス・悲嘆の特徴について説明することが できる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		
5) 自己や協働するメンバーのストレス・悲 嘆を認識し、対処する必要性について理解 することができる	9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
【選択理由】		

Ⅱ. I で挙がっていたコアコンピテンシー以外に、あなたが考える‘専門的緩和ケアを担う看護師に求めるコアコンピテンシー’がございましたら、具体的に下枠にお書きください。

Ⅲ. 最後に、本調査用紙や本研究についてご意見等ございましたら、下枠にご自由にお書きください。

以上です。ご協力いただき、誠にありがとうございました。

モジュール 1 : 専門的緩和ケア

学習内容一覧

- I. わが国における緩和ケアの現状
 - A. がんの統計から見るがん罹患状況
 - B. がん対策推進基本計画
 - C. がん対策推進基本計画における緩和ケアの推進
 - D. 日本ホスピス緩和ケア協会の理念・方針
 - E. 緩和ケアに関するさまざまな用語

- II. 専門的緩和ケアとは
 - A. 緩和ケアの考え方
 - B. わが国における専門的緩和ケアの考え方
 - C. SPACE-N プログラムにおける専門的緩和ケアの考え方

- III. 専門的緩和ケアを提供するかたちの特徴・役割
 - A. 専門的緩和ケアを提供するかたちの特徴
 - B. 専門的緩和ケアを提供するかたちに共通する役割

- IV. 専門的緩和ケアを担う看護師の役割
 - A. 専門的緩和ケアを担う看護師に期待されること
 - B. 専門的緩和ケアを担う看護師に求められる役割

- V. 結論

モジュール 2：価値観を尊重するケア

学習課題一覧

- I. 価値観とは
 - A. 価値観の定義
 - B. 価値観の特徴
 - C. 日本人の価値観の傾向

- II. 価値観の多様性
 - A. 価値観の多様性の理解
 - B. 価値観に影響を及ぼす要素

- III. 価値観を尊重するケア
 - A. 価値観を尊重するケア
 - B. 価値観を尊重することの重要性
 - C. 価値観を尊重するケアが必要な場面
 - D. 治療・療養場所の選択

- IV. 価値観を尊重するケアの実践
 - A. 看護師自身の価値観の理解
 - B. 看護師が直面する価値観の衝突
 - C. 合意形成の必要性
 - D. 合意形成の実践：事例を通して考える

- V. 結論

モジュール 3 : 症状マネジメント

学習内容一覧

- I. 専門的緩和ケアにおける症状マネジメントの考え方
 - A. 専門的緩和ケアにおける症状マネジメント
 - B. 症状マネジメントの目標

- II. がんに関連した痛みのマネジメント
 - A. 専門的緩和ケアを必要とする痛み
 - B. 神経障害性疼痛
 - C. 突出痛
 - D. 痛みのアセスメント
 - E. 痛みに対する治療
 - F. 痛みに対するケア

- III. がんに関連した痛み以外の病態・症状のマネジメント
 - A. がん悪液質症候群
 - B. がん性リンパ管症
 - C. 消化管閉塞
 - D. せん妄
 - E. 治療抵抗性の苦痛

- IV. 包括的な症状マネジメントの実際
 - A. 症状マネジメントモデル : MSM
 - B. 症状マネジメントのための統合的アプローチ : IASM
 - C. セルフケア理論
 - D. 症状マネジメントにおける統合的アプローチによる看護活動
 - E. 包括的な症状マネジメント : 事例を通して考える

- V. 結論

モジュール 4：スピリチュアルケア

学習内容一覧

- I. スピリチュアルケアの必要性
 - A. ‘どう生きるか’ についての苦悩
 - B. 医療におけるスピリチュアルケアの必要性
 - C. 医療におけるスピリチュアルケアの変遷

- II. スピリチュアリティの多義性
 - A. ‘スピリチュアル’ の特徴
 - B. スピリチュアリティの 4 つの位相
 - C. 緩和ケアにおけるスピリチュアルの考え方

- III. スピリチュアルペインとアセスメント
 - A. スピリチュアルペインの考え方
 - B. スピリチュアルペイン：事例を通して考える
 - C. スピリチュアルペインのアセスメント
 - D. スピリチュアルペインアセスメントシートの活用

- IV. スピリチュアルケア
 - A. スピリチュアルケアの考え方
 - B. スピリチュアルケアの目標
 - C. 心の癒しを支えるコミュニケーション
 - D. スピリチュアルペインを和らげるケア
 - E. スピリチュアルペインに対するセラピー

- V. スピリチュアルケアに臨む看護師の姿勢
 - A. 心の癒しを生み出すケアリング
 - B. スピリチュアルケアの担い手であるために

VI. 結論

モジュール 6：看護師へのケア

学習内容一覧

- I. 看護における感情ワークとストレス
 - A. 感情労働とは
 - B. 感情ルールと感情ワーク
 - C. 共感と共感ストレス
 - D. 看護師のストレスの要因

- II. 緩和ケアを実践する看護師のストレスの特徴
 - A. 一般病棟で緩和ケアを実践する看護師のストレス
 - B. 緩和ケア病棟で緩和ケアを実践する看護師のストレス
 - C. 在宅で緩和ケアを実践する看護師のストレス
 - D. 緩和ケアの臨床場面における看護師のストレス

- III. 看護師の悲嘆
 - A. 看護師の悲嘆の特徴
 - B. 看護師自身のグリーフケアの必要性

- IV. 看護師自身のケア
 - A. 看護師自身のケアの必要性
 - B. 看護師自身のケアの考え方
 - C. 看護師個人によるセルフケア
 - D. 組織・チームによる看護師へのケア

- V. 結論

モジュール 7：専門的緩和ケアの達成

学習内容一覧

- I. わが国における専門的緩和ケアの現状
 - A. 専門的緩和ケアを達成するうえでの課題
 - B. 専門的緩和ケアを達成するための取り組み

- II. 専門的緩和ケアの達成
 - A. 専門的緩和ケアの達成とは
 - B. 専門的緩和ケアが目指すもの

- III. 専門的緩和ケアを達成するための方略
 - A. 課題と目標の明確化
 - B. 所属する施設・組織の取り組み
 - C. 看護師個人の取り組み
 - D. 専門的緩和ケアの達成の評価

- IV. 結論

モジュール 1：専門的緩和ケア
学習課題 ワークシート

【実施日】 年 月 日	【お名前】
----------------	-------

学習課題

1. わが国における緩和ケアの現状について学習したことを整理し、下記に記載してみましょう。

2. ‘専門的緩和ケア’とは何か、下枠に記載してみましょう。

3. 専門的緩和ケアを担う3つのかたちの特徴と求められる役割について、それぞれ下枠に記載してみましょう。

4. 専門的緩和ケアを担う看護師に求められる役割について、学習したことをふまえ、自己の考えを下枠にまとめてみましょう。

モジュール 2：価値観を尊重するケア

学習課題 ワークシート

【実施日】 年 月 日	【お名前】
----------------	-------

学習課題

1. あなたが日頃大切にしていること、価値を感じていること・ものについて振り返り、下枠に記載してみましょう。

2. 患者・家族の価値観を尊重するケアとはどのようなことか、またその必要性について下枠に記載してみましょう。

3. 合意形成の実践に関する‘ケーススタディ：事例 1’を読み、設問（2つ）について実際に考えてみましょう。

4. 価値観を尊重するケアを実践するうえで看護師が果たすべき役割について、学習したことをふまえあなたの考えを下枠にまとめてみましょう。

モジュール 3 : 症状マネジメント

学習課題 ワークシート

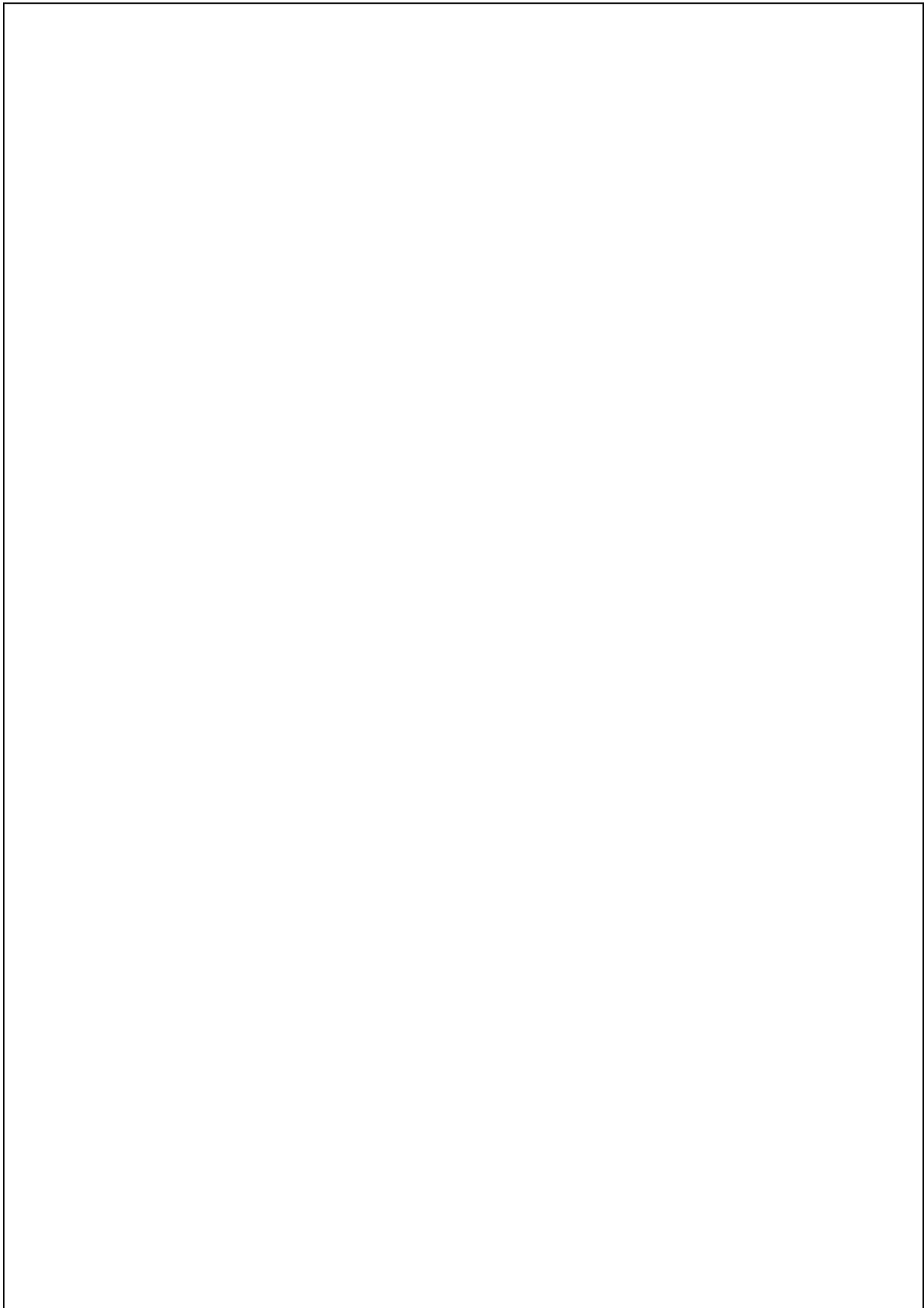
【実施日】 年 月 日	【お名前】
----------------	-------

学習課題

1. 包括的な症状マネジメントに関する‘ケーススタディ：事例 1～事例 6’の中から 2 事例を選び、それぞれの事例の設問について実際に考えてみましょう。

[選択した事例： _____]

[選択した事例： _____]



モジュール4：スピリチュアルケア

学習課題 ワークシート

【実施日】 年 月 日	【お名前】
----------------	-------

学習課題

1. がんという病いを生きる患者へのスピリチュアルケアの必要性について下枠に記載してみましょう。

2. 緩和ケアにおけるスピリチュアリティの多義性について学習したことを整理し、下枠に記載してみましょう。

3. スピリチュアルケアの目標について下枠に記載してみましょう。

4. スピリチュアルケアに臨む看護師の姿勢について学習したことをふまえて、あなたの考えを整理してみましょう。

モジュール 6 : 看護師へのケア
学習課題 ワークシート

【実施日】 年 月 日	【お名前】
----------------	-------

学習課題

1. 看護における感情ワークについて学習したことを下枠にまとめてみましょう。

2. 緩和ケア実践する看護師のストレスの特徴について下枠に記載してみましょう。

3. 看護師自身の悲嘆の特徴と悲嘆をケアする必要性について、下枠に記載してみましょう。

4. あなた自身の悲嘆をケアする方法を振り返るとともに、あなたと協働するスタッフの悲嘆をケアする方法について具体的に考え、下枠に記載してみましょう。

モジュール 7：専門的緩和ケアの達成

学習課題 ワークシート

【実施日】 年 月 日	【お名前】
----------------	-------

学習課題

1. あなたが所属する施設・組織、または地域では、専門的緩和ケアを達成するうえで、どのような課題があるか下枠に記載してみましょう。

--

2. 1.で挙げた課題をふまえて、あなた自身の課題について下枠に記載してみましょう。そして、それを改善するための具体的な行動目標として、長期目標と短期目標を下枠に記載してみましょう。

自己の課題	
長期目標 (1年後)	
短期目標 (3ヵ月以内)	

3. 2.で挙げた目標を達成するために、あなたはどのようなことに取り組もうと思いますか？ 具合的な方略について下枠に記載してみましょう。

ファシリテーター用マニュアル

専門的緩和ケアに関する研修会

2014年7月26日(土)～27日(日)

2014年8月9日(土)

お名前

『専門的緩和ケアに関する研修会』
プログラム

1 回目:2014 年 7 月 26 日(土)

全体進行:〇〇

時間	スケジュール	形式	担当
10:15-10:30	受付		〇〇
10:30-11:20 (50 分)	開会のあいさつ	全体	〇〇
	イントロダクション	全体	
11:20-11:55 (35 分)	自己紹介	全体・ グループ	各 G ファシリテーター
11:55-12:45	昼休憩 (50 分間)		
12:45-14:10 (85 分)	コミュニティを開く	グループ ワーク	グループ A: 〇〇 グループ B: 〇〇 グループ C: 〇〇 グループ D: 〇〇
14:10-14:20	休憩 (10 分間)		
14:20-15:20 (60 分)	専門的緩和ケアについて考える・1	グループ ワーク	グループ A: 〇〇 グループ B: 〇〇 グループ C: 〇〇 グループ D: 〇〇
15:20-15:30	休憩(10 分間)		
15:30-16:40 (70 分)	専門的緩和ケアについて考える・2	グループ ワーク	グループ A: 〇〇 グループ B: 〇〇 グループ C: 〇〇 グループ D: 〇〇
16:40-17:15 (35 分)	全体共有、まとめ 自己学習に関する質疑応答	全体	〇〇
17:15-18:15 (60 分)	1 回目の振り返り(ファシリテーター:フォーカスグループインタビュー)		

2 回目:2014 年 7 月 27 日(日)

全体進行:〇〇

時間	スケジュール	形式	担当
09:00-09:15	受付		〇〇
09:15-09:30	スケジュールの確認・グループへ移動	全体	〇〇
09:30-11:10 (100分)	価値・価値観について考える	グループ ワーク	グループ A: 〇〇 グループ B: 〇〇 グループ C: 〇〇 グループ D: 〇〇
11:10-11:20 (10分)	全体共有	全体	〇〇
11:20-12:10	昼休憩 (50 分間)		
12:10-13:35 (85分)	症状マネジメントについて考える・1	グループ ワーク	グループ A: 〇〇 グループ B: 〇〇 グループ C: 〇〇 グループ D: 〇〇
13:35-13:45	休憩 (10 分間)		
13:45-14:45 (60分)	症状マネジメントについて考える・2	グループ ワーク	グループ A: 〇〇 グループ B: 〇〇 グループ C: 〇〇 グループ D: 〇〇
14:45-14:55	休憩(10 分間)		
14:55-15:55 (60分)	2 日間の振り返り・目標設定	グループ ワーク	グループ A: 〇〇 グループ B: 〇〇 グループ C: 〇〇 グループ D: 〇〇
15:55-16:30 (35分)	全体共有、まとめ 自己学習に関する質疑応答	全体	〇〇
16:30-17:30 (60分)	2 回目の振り返り(ファシリテーター:フォーカスグループインタビュー)		

時間	スケジュール	形式	担当
10:15-10:30	受 付		○○
10:30-10:45	スケジュールの確認・グループへ移動	全体	○○
10:45-11:15 (30 分)	実践の振り返り	グループ ワーク	グループ A: ○○ グループ B: ○○ グループ C: ○○ グループ D: ○○
11:15-12:55 (100 分)	スピリチュアルケアについて考える	グループ ワーク	グループ A: ○○ グループ B: ○○ グループ C: ○○ グループ D: ○○
12:55-13:45	昼休憩 (50 分間)		
13:45-15:15 (90 分)	看護師へのケアについて考える	グループ ワーク	グループ A: ○○ グループ B: ○○ グループ C: ○○ グループ D: ○○
15:15-15:25	休憩 (10 分間)		
15:25-16:45 (80 分)	質の高い専門的緩和ケアの達成について考える	グループ ワーク	グループ A: ○○ グループ B: ○○ グループ C: ○○ グループ D: ○○
16:45-17:15 (30 分)	全体共有、まとめ 自己学習に関する質疑応答 閉会のあいさつ	全体	○○
17:15-18:15 (60 分)	3 日目の振り返り(ファシリテーター:フォーカスグループインタビュー)		

■ ファシリテーター担当表

グループ名	メイン ファシリテーター	サブ ファシリテーター	ス・パ・バ・イ・ザ・
Aグループ	〇〇	〇〇	〇〇
Bグループ	〇〇	〇〇 〇〇	
Cグループ	〇〇	〇〇	〇〇
Dグループ	〇〇	〇〇	〇〇

(敬称略)

<メインファシリテーター>

- すべての対話形式のグループワークの進行をお願いいたします。

<サブファシリテーター>

- 全体共有の際に、担当グループでどのような対話が行われたかについてご発表をお願いいたします。
- 適宜、メインファシリテーターの進行のサポートをお願いいたします。
- グループワークに必要な物品の管理をお願いいたします（グループ毎にボックスを用意する予定です）。

<ス・パ・バ・イ・ザ・>

- 対話形式のグループワークと一緒に参加し、適宜メインファシリテーターのサポートをお願いいたします。

■ 係分担

役割	担当者	役割	担当者
全体統括	〇〇	スライド・PC	〇〇
タイムパ - (全体)	〇〇	照明・空調 (メイン会場)	〇〇
マイク (質疑応答)	〇〇	昼食 (弁当)	〇〇
受付	〇〇	おかし・coffee break	〇〇
会場誘導	〇〇・〇〇・ 〇〇・〇〇	ごみ回収	〇〇
		資料作成・印刷	〇〇
お食事会	〇〇	会計	〇〇
設営・片付け	全員	写真撮影	〇〇

■ 担当モジュール一覧表（自己学習の質疑応答）

モジュール名	担当者
M1：専門的緩和ケア	〇〇
M2：価値観を尊重するケア	〇〇
M3：症状マネジメント	〇〇
M4：スピリチュアルケア	〇〇
M6：看護師へのケア	〇〇
M7：専門的緩和ケアの達成	〇〇

（敬称略）

■ 事前自己学習

該当モジュール	学習課題ワークシート提出日
モジュール 1：専門的緩和ケア	2014年7月26日（土）
モジュール 2：価値観を尊重するケア	2014年7月27日（日）
モジュール 3：症状マネジメント	2014年7月27日（日）
モジュール 4：スピリチュアルケア	2014年8月9日（土）
モジュール 6：看護師へのケア	2014年8月9日（土）
モジュール 7：専門的緩和ケアの達成	2014年8月9日（土）

※ 各モジュールのワークシートは、該当プログラム終了後に各グループのファシリテーターが回収する（→新幡へ）

※ 返却は次回とする

※ ワークシートの予備は受付に準備しておく

■ 受講者の背景

<性別>

- 男性:1名, 女性:41名 (n=42)

<年齢>

- Mean: 45.55 (SD: 7.17), 範囲: 34-61歳 (n=42)

<看護師の臨床経験年数>

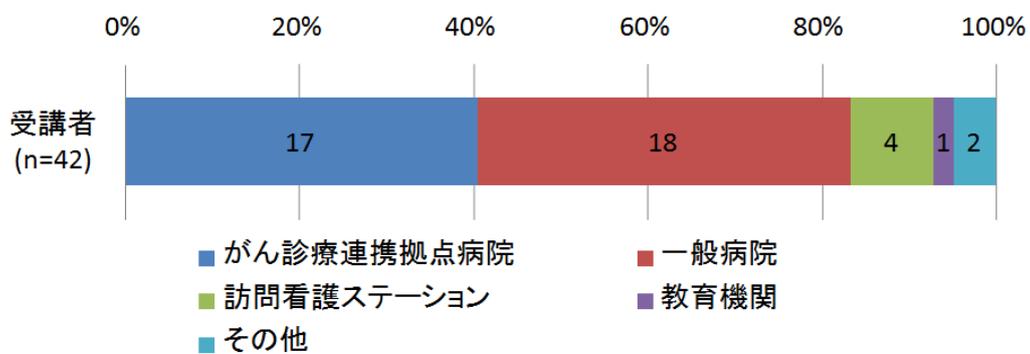
- Mean: 20.88 (SD: 7.63), 範囲: 8-38年 (n=42)

<専門的緩和ケアに関する臨床経験年数>

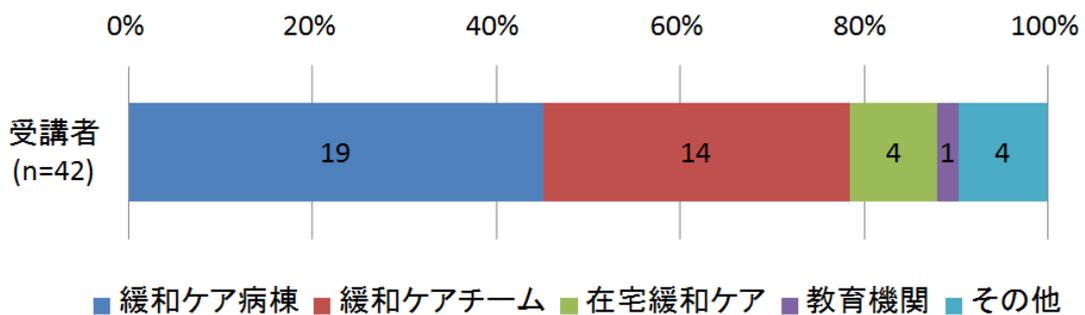
	Mean (SD)	範囲
緩和ケア病棟 (n=27)	7.67 (4.19)	2ヶ月-17年
緩和ケアチーム (n=26)	4.57 (3.41)	3ヶ月-10年
在宅緩和ケア (n=8)	6.39 (7.63)	7ヶ月-20年

※複数回答

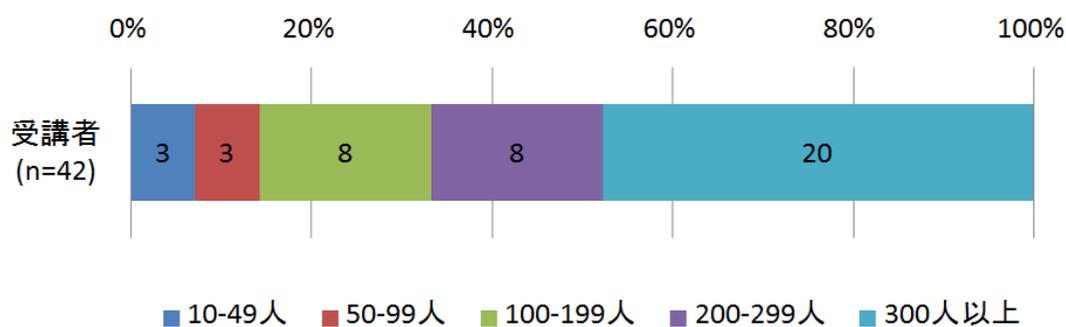
<所属>



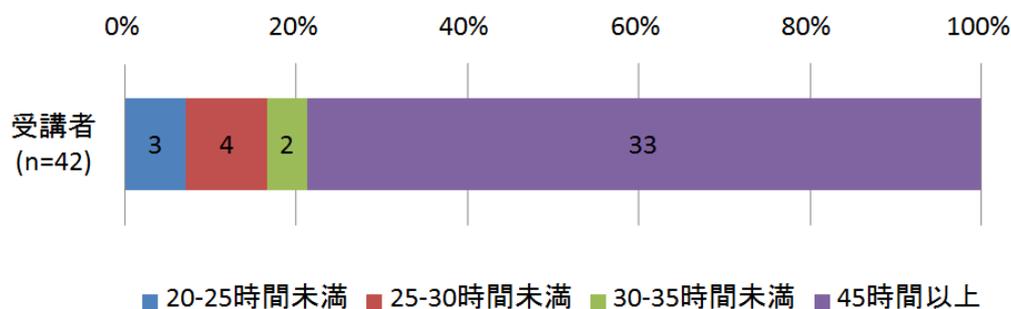
<所属部署>



<臨死期の患者のケア経験>



<緩和ケアに関する教育を受けた経験>



<資格・役職>

(n=42)

資格・役職	n (%)
がん看護専門看護師	5 (11.9)
緩和ケア認定看護師	24 (57.1)
がん性疼痛看護認定看護師	3 (7.1)
訪問看護認定看護師	1 (2.4)
ELNEC-J 指導者	27 (64.3)
管理職	19 (45.2)

※複数回答

1 回目

当日直前ミーティング

2014 年 7 月 26 日(土) 09:40~10:10

場所: 2 階研修室 II

担当者: ○○

【タイムスケジュール】

09:40~10:10 当日のスケジュール・部屋セッティング

10:10~10:30 各係(受付・会場誘導など)の作業へ

【タスク】

- ・ 最終スケジュールを確認する。
- ・ グループ box、必要物品を配布する。
- ・ 呼名用名札を作成する
- ・ 部屋のセッティング確認する

【講師・ファシリテーター用資料一式の内容】:(前日配布)

資料ファイル(呼名用名札用紙、グループメンバー表、ファシリテーターマニュアルなど含む)

受付

2014 年 7 月 26 日(土) 10:15~10:30

場所: 2 階ホール

担当者: ○○

【タイムスケジュール】

10:15~10:30 受付

【受付のタスク】

- ・ 受講者名簿のチェック
- ・ 資料一式を渡す

【受講者資料一式の内容】:

資料ファイル(呼名用名札用紙、プログラム、グループメンバー表など含む)

【必要物品】: 受講者名簿、受講者資料一式、受付セット box、予備資料(ワークシートなど)

※ 受付に資料の予備を置いておく。資料が不足していた場合は、ここからもっていく。

イントロダクション

2014年7月26日(土) 10:30~11:55

場所: 2階ホール

セッティング: シアター形式①

担当者: ○○

【セッションの目標】

- ・本研修会の目的、目標を理解することができる
- ・本研修会で活用する対話の考え方(Safe Community of inquiry)・進め方について理解することができる

【タイムスケジュール】

- 10:30~10:35 開会のあいさつ
- 10:35~11:20 イントロダクション(目的・目標、対話の考え方・会場について説明)
- 11:20~11:30 自己紹介(全体):ファシリテーター
- 11:30~11:35 各グループへ移動
- 11:35~11:55 自己紹介:グループ毎

【必要な物品】

- ・PC×1台 ・プロジェクター×1台 ・ポインター×1本 ・マイク×2本 ・呼名用名札用紙×44(ファイルポケット) ・マーカーセット(グループ box 内)×4

時間	内容	司会・ファシリテーターの動き／言葉	受講者
		<u>※事前に会場は椅子のみのシアター形式にセッティング</u> ※PC・プロジェクター準備 <u>※スタッフは、事前に呼名札を作成しておく</u>	
10:30	開会のあいさつ	※進行スライドを出しておく(新幡・田村) ●自己紹介(全体進行)・開会あいさつ	シアター形式①
10:35	イントロダクション	※スライドにそって、下記について説明 ● 配布資料の確認 ● タイムスケジュールについて ● SPACE-N プログラムについて ● Safe Community of inquiry について ● 会場使用の注意点(お手洗い、ごみ分別、食事場所など) ※ 質疑応答 ※ 写真撮影の許可をとる	

11:20	<p>自己紹介の進め方の説明</p> <p>スタッフの自己紹介</p> <p>グループ形式①に移動</p>	<p>司: 自己紹介の進め方について説明</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 呼名を決める ● スケジュール(スタッフ→グループ別) <p>司: 「まずは、スタッフメンバーに自己紹介をしてもらいましょう。」(デモンストレーションを兼ねて行う)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● スタッフは、事前に記載した呼名用名札を提示し、氏名、所属、呼ばれたい名前となぜその名前にしたかについて1人ずつ記載した紙を見せながら自己紹介する。 <p>司: 「それでは、今度はグループ毎に自己紹介を行いますので、グループ別に移動します。」</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 資料 4: 会場案内図を確認し、移動するようアナウンスする。 ● 各グループのファシリテーターは速やかに移動できるよう誘導する。 	
11:35	<ul style="list-style-type: none"> ・呼名の記載(3分) ・自己紹介(17分) 	<p>※ファシリテーターは、グループメンバーがそろっているか確認</p> <p>メイン: 進め方について説明し、呼名を記載してもらう。</p> <p>例: 「それでは、先ほどの自己紹介のように、まずは呼名を記載してもらいます」</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 各ファイルの1番前のファイルポケットに呼名用紙が入っている。 ● 呼ばれたい名前となぜその名前にしたかについて1人ずつ記載した紙を見せながら発表していく。 <p>※ファシリテーターは、全員が発表できるよう受講者の進み具合を見て、時間を調整して進める。</p> <p>メイン: 研修会を通して各自が決めた呼名で呼び合うことを確認し、セッションを終了する</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 食事場所、休憩時間、次のセッションの集合時間の確認 	

コミュニティを開く

2014年7月26日(土) 12:45~14:10

場所: 2階ホール, 1階会議室 I・III

セッティング: グループ形式①

担当者: ○○(Aグループ), ○○(Bグループ)

○○(Cグループ), ○○(Dグループ)

【セッションの目標】

- 対話を進め方について理解し、対話に能動的に参加することができる。

【必要な物品】

- ・毛糸 10玉×4G ・筒 4本 ・結束バンド 8本 ・裁ちばさみ(グループボックス内) 4本
- ・グループ box×4 (・ホワイトボード(どこでも sheet)×4)

時間	内容	司会・ファシリテーターの動き／言葉	受講者
12:45	対話の 進め方の 確認 対話・ コミュニティ ボールの 作成	<p>※ファシリテーターは、必要物品を運営統括より事前に受け取っておく</p> <p>※ファシリテーターは、グループメンバーがそろっているか確認</p> <p>メイン:ファシリテーターの自己紹介、対話を進め方の確認、セッションの進め方の説明</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対話を進め方として下記について再確認する <ul style="list-style-type: none"> ・グループメンバーは対等で、多様な関わり方が認められる ・‘正しいことを言わなければならない’ではなく、‘本当に言いたいこと’を話す場である ●セッションで行う‘コミュニティボールの作り方(※1)’について簡単に説明する。 ●1人ずつ筒に毛糸を巻きつけながら、ファシリテーターが提示した下記の自己について伝える項目についてグループメンバーが順に答え、毛糸を回していく。 <p>※1 人目として、ファシリテーターが見本をかねて実演する</p> <ul style="list-style-type: none"> ●話す人の隣に座っている人が毛糸を巻きやすいように適宜サポートする。 ●‘自己について伝える項目’について話した内容に関して質問し合いながら和やかに進める。 <p>※自己について伝える項目については、③以外は、その人の人となりがわかる項目をファシリテーターが自由に決めてよい。</p>	グループ 毎 着 席

	セッション の振り返り	<p>項目例)</p> <p>①これだけは欠かせないこと・習慣 ②最近ハマっていること・もの ③あなたが大切にしているもの など</p> <p>●ファシリテーターは、グループメンバーが全員の発言が終わったら、結束バンドを筒に通してまとめ、毛糸をはさみでカットし、ボールを仕上げる。</p> <p>●全員の自己紹介が終了したら、相手の呼び名を呼びながらコミュニティボールを自由に回していき、コミュニティボールに慣れる</p> <p>※時間に余裕があれば、何か質問を提示し、それについてコミュニティボールを回しながらお互いに答えていく</p> <p>※<u>ファシリテーターは、グループメンバー間で話したいことが話せているか、対等で脅かされない環境で対話が進められているか配慮しながら進める</u></p> <p>メイン: セッションの振り返り(自己評価)</p> <p>●このセッションに積極的に参加できたか ●このセッションで話し合った内容に興味を持てたか ●自分や他者について新たな発見があったか</p> <p>※ファシリテーターは上記について1つずつ受講者に投げかけ、受講者が動作で自己評価を表現できるよう伝え、各自が振り返られるよう促す</p> <p>例:「最後に、このセッションの自己評価をしましょう。1つ目は「よく参加できたか」、2つ目は「話し合いの内容に興味を持てたか」、3つ目は「自分や他人について新しい発見があったか」ということを聞いていきますので、それぞれ‘とてもそう思う’と思う人は手を‘チョキ’、‘まあまあそう思う’と思う人は手を‘グー’、‘あまりそう思わない’と思う人は手を‘パー’と、皆さんいっせいに示してみましよう。」</p>	
14:10		<p>メイン: 休憩時間、次のセッションの開始時間をアナウンスし、セッションを終了する</p>	

※1) コミュニティボールの作り方

- ① グループで円状になって座り、サークルの中央に毛糸(10玉)をすべて置いておく
- ② グループメンバーは順番に、筒に毛糸を巻きつけながら、提示された質問に答えていく。その際、右隣に座っている人は毛糸がスムーズにでてくるように毛糸玉を持って、毛糸を送るのを手伝う。
- ③ 1玉目の毛糸が巻き終わったら、それを巻いていた人がサークルの中央にある毛糸から新たに1つ選び、巻き終わった毛糸の端に結び付けてつなげ、同じように巻いていく。その後も1玉が巻き終わったら同様につなげて巻いていく。
- ④ グループメンバー全員が質問に答え、話し終えたら、毛糸を巻きつけた筒をファシリテーターに戻す。
- ⑤ ファシリテーターは、筒の中に結束バンドを通し、筒から巻きつけた毛糸を押し出し、結束バンドに移動させる。
- ⑥ 結束バンドの端と端をきつく引っ張ってまとめ、毛糸の片側しっかり固定する。
- ⑦ 固定していない側の毛糸の輪にはさみを入れ、外側の毛糸から順に切っていく、ボール状に仕上げる。

【参考文献】

- ・ Jackson T. (2001) 中川雅道 訳 (2013) やさしい哲学探究. 臨床哲学 14(2): 57-74.
- ・ Jackson T (2001) The art and craft of 'Gently Socratic' inquiry. Costa A (ed.). Developing minds: A resource book for teaching tinkling. (3rd ed.). Alexandria, VA: Association for supervision and curriculum development.

専門的緩和ケアについて考える 1・2

2014年7月26日(土) 14:20~16:40

場所: 2階ホール, 1階会議室 I・III

セッティング: グループ形式①

担当者: ○○(Aグループ), ○○(Bグループ)

○○(Cグループ), ○○(Dグループ)

【セッションの目標】

- 対話を通して、専門的緩和ケアを担う場による共通点や違いについて共に考え、相互に理解を深めることができる

【タイムスケジュール】

- 14:20~15:20 対話・1
- 15:20~15:30 休憩
- 15:30~16:40 対話・2
- 16:40~17:15 全体共有 ・ 自己学習に対する質疑応答 ・ まとめ

【必要な物品】

・コミュニティボール×4 ・グループ box×4 (・ホワイトボード(どこでも sheet)×4)

時間	内容	司会・ファシリテーターの動き／言葉	受講者
14:20	対話	<p>※ファシリテーターは、グループメンバーがそろっているか確認</p> <p>メイン: セッションの進め方の説明</p> <p>問い: 「苦や死に向き合って生きる患者・家族を支えるとは？」</p> <p>問い: 「専門的緩和ケアを担う看護師にはこれだけは必要! と 思うものは？」</p> <p>●上記について自己の考えを振り返り、他者に伝え、お互いの 考えや意見に対して質問し合いながら、対話を進める</p> <p>●発言する人にコミュニティボールを回しながら進めていく</p> <p>※ファシリテーターは、グループメンバー間で話したいことが話 せているか、対等で脅かされない環境で対話が進められて いるか常に配慮しながら進める</p> <p>※問いの表現は、適宜ファシリテーターの伝えやすい表現に変 更する</p> <p>※サブファシリテーターは、全体共有の際にグループで話し合 ったことを発表できるように各自整理しておく</p>	グルー プ毎 着席

15:20		<p>メイン: 休憩時間、次のセッションの開始時間、場所をアナウンスし、セッションを終了する</p>	
15:30	対話	<p>※ファシリテーターは、グループメンバーがそろっているか確認</p> <p>メイン: セッションの進め方の説明</p> <p>問い: 「専門的緩和ケアを担う3つの場(緩和ケア病棟・緩和ケアチーム・在宅緩和ケア)の違いは何か？」</p> <ul style="list-style-type: none"> ●上記について自己の考えを振り返り、他者に伝え、お互いの考えや意見に対して質問し合いながら、対話を進める ●発言する人にコミュニティボールを回しながら進めていく <p>※ファシリテーターは、グループメンバー間で話したいことが話せているか、対等で脅かされない環境で対話が進められているか常に配慮しながら進める</p> <p>※問いの表現は、適宜ファシリテーターの伝えやすい表現に変更する</p> <p>※サブファシリテーターは、全体共有の際にグループで話し合ったことを発表できるように各自整理しておく</p> <p>メイン: セッションの振り返り(自己評価)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●このセッションに積極的に参加できたか ●このセッションで話し合った内容に興味を持てたか ●自分や他者について新たな発見があったか <p>※ファシリテーターは上記について1つずつ受講者に投げかけ、受講者が動作で自己評価を表現できるよう伝え、各自が振り返られるよう促す</p>	グループ毎着席
16:40	全体共有 まとめ	<p>※グループ毎に集合し、全体で進める</p> <p>※Cグループ、Dグループが座れるように、座席を用意する</p> <p>司: グループ毎で順に話し合った内容について発表し、全体で共有する</p> <p>例: 「皆さま、1日お疲れさまでした。それでは、グループ毎で話し合った内容を共有していきたいと思います。では、〇グループからお願いします・・・。」</p> <ul style="list-style-type: none"> ●各グループのサブファシリテーターが発表する <p>司: 自己学習の内容に関する質疑応答</p> <ul style="list-style-type: none"> ●質問された内容について各モジュール担当者が回答する <p>司: 次回までに自己学習を進めておくモジュールについて確認</p> <p>司: 下記についてアナウンスし、本日のプログラムを終了する</p> <ul style="list-style-type: none"> ●明日の開催時間、集合場所 ●忘れ物の確認 ●呼名札の持ち帰りと次回持参する旨をアナウンス 	シアター形式 ①
	セッションの振り返り		

2 回目

当日直前ミーティング

2014 年 7 月 27 日(土) 08:50~09:00

場所: 2 階研修室 II

担当者: ○○

【タイムスケジュール】

08:50~09:00 当日のスケジュール・部屋セッティングの確認

09:00~09:15 各係(受付・会場誘導など)の作業へ

【タスク】

- ・ 最終スケジュールを確認する。
- ・ グループ box、必要物品を配布する。
- ・ 部屋のセッティング確認する

受 付

2014 年 7 月 27 日(日) 09:00~09:15

場所: 2 階ホール

担当者: ○○

【タイムスケジュール】

09:00~09:15 受付

【受付のタスク】

- ・ 受講者名簿のチェック

【必要物品】: 受講者名簿、受講者資料一式、受付セットボックス、予備資料(ワークシートなど)

※ 受付に資料の予備を置いておく。資料が不足していた場合は、ここからもっていく。

価値・価値観について考える

2014年7月27日(日) 09:15~11:20

場所: 2階ホール, 1階会議室 I・III

セッティング: グループ形式①

担当者: ○○(Aグループ), ○○(Bグループ)

○○(Cグループ), ○○(Dグループ)

【セッションの目標】

- 対話を通して、他者の価値観を知るとともに、自己を見つめ、自身の前提や価値観を認識することができる。
- 対話を通して価値観の多様性を認識し、患者・家族の価値観を尊重することについて共に考え、相互に理解を深めることができる。

【タイムスケジュール】

- 09:15~09:30 スケジュールの確認 ・ グループへ移動
09:30~09:40 カード(Good thinkers toolkit)について説明
09:40~11:05 ワーク・対話(コミュニティボール・Good thinkers toolkit 使用)
11:05~11:20 全体共有

【必要な物品】

- ・コミュニティボール×4 ・Good thinkers toolkit×4 ・グループ box×4 ・ワークシート×44
(・ホワイトボード(どこでも sheet)×4)

時間	内容	司会・ファシリテーターの動き／言葉	受講者
09:15	スケジュールの確認 グループへ移動	※各グループのファシリテーターは運営統括から事前に必要物品を受け取っておく 司: あいさつ・本日のスケジュールの確認 ● グループ形式①へ移動 ※ ファシリテーターは、速やかに移動できるように誘導する。	シアター形式①
09:30	カードの説明	※ファシリテーターは、グループメンバーがそろっているか確認 メイン: 使用する教材の説明 ● 自己や他者の考えについてより深く知り、考えるための質問のコツが書かれたカード: Good thinkers toolkit(※1)について説明する。	グループ毎着席

11:10	全体共有	※グループ毎に集合し、全体で進める ※Cグループ、Dグループの座席を用意する 司:グループ毎で順に話し合った内容について発表し、全体で共有する ●各グループのサブファシリテーターが発表する	シアター形式 ①
11:20		司:休憩時間、次のセッションの開始時間、場所をアナウンスし、セッションを終了する。	

※2) The Good thinkers toolkit(哲学者の工具箱)

➤ 1枚のカードにそれぞれ下記の質問の仕方が記載されており、互いに質問をし合ったり、考えを深め探究したりする際の手助けやヒントとすることができる。

- 【What do you mean by?】: ●●●はどういう意味?(意味)
- 【Reason】: どうしてそう思うのか?(理由)
- 【Assumption】: そもそも●●●を当たり前だと考えてよいのだろうか?(前提)
- 【Inference】: (もしそうなら)●●●だと考えられる(推論)
- 【Truth】: 本当にそうだろうか?(真実)
- 【Example】: 例えばどういうこと?(例)
- 【Counter example】: でもこういうこともあるんじゃない?(反例)
- 【Hypothesis】: ということは、●●●と考えられる(仮説)

【参考文献】

- Jackson T. (2001) 中川雅道 訳 (2013) やさしい哲学探究. 臨床哲学 14(2): 57-74.

症状マネジメントについて考える・1

2014年7月27日(日) 12:10~13:35

場所: 2階ホール, 1階会議室 I・III

セッティング: グループ形式①

担当者: ○○(Aグループ), ○○(Bグループ)

○○(Cグループ), ○○(Dグループ)

【セッションの目標】

- 対話を通して、症状マネジメントの困難さや複雑さに関する自己の捉え方を認識し、困難さや複雑さにつながる要因について共に考え、相互に理解を深めることができる。

【必要な物品】

・コミュニティボール×4G ・Good thinkers toolkit×4 ・ホワイトボード(どこでも sheet)×4 ・ホワイトボードマーカー(グループ box 内)×8 ・ホワイトボード用イレーザー(グループ box 内)×4

時間	内容	司会・ファシリテーターの動き／言葉	受講者
12:10	対話	<p>※各グループのファシリテーターは運営統括から事前に必要物品を受け取っておく</p> <p>※ファシリテーターは、グループメンバーがそろっているか確認</p> <p>※対話に入る前に、カード: Good thinkers toolkit は、グループメンバー全員が見られるように、サブファシリテーターはサークルの中央に並べておく</p> <p>メイン: セッションの進め方の説明</p> <p>問い: 「どのようなこと、またはどのような場合に症状マネジメントの困難さを感じるか？」</p> <ul style="list-style-type: none">●上記について自己の考えを他者に伝え、お互いの考えや意見に対して質問し合いながら、対話を進める●発言する人にコミュニティボールを回しながら進めていく●相互に質問し合う際には、カード: Good thinkers toolkit を参考にするとよいことを伝える●上記の発言内容をもとに、症状マネジメントが困難な事例をグループで1事例作成し、どこでも sheet にまとめる。その際、他のグループメンバーが読んで事例の状況をわかるようにまとめる。 <p>※<u>ファシリテーターは、グループメンバー間で話したいことが話せているか、対等で脅かされない環境で対話が進められているか常に配慮しながら、進める</u></p> <p>※サブファシリテーターは、全体共有の際にグループで話し合</p>	グループ毎着席

	セッションの振り返り	<p>ったことを発表できるように各自整理しておく</p> <p>メイン: セッションの振り返り(自己評価)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●このセッションに積極的に参加できたか ●このセッションで話し合った内容に興味を持てたか ●自分や他者について新たな発見があったか <p>※ファシリテーターは上記について1つずつ受講者に投げかけ、受講者が動作で自己評価を表現できるよう伝え、各自が振り返られるよう促す</p>	
13:35		<p>メイン: 休憩時間、次のセッションの開始時間をアナウンスし、セッションを終了する。</p>	

症状マネジメントについて考える・2

2014年7月27日(日) 13:45~14:45

場所: 2階ホール, 1階会議室 I・III

セッティング: グループ形式

担当者: ○○(Aグループ), ○○(Bグループ)

○○(Cグループ), ○○(Dグループ)

【セッションの目標】

- 対話を通して、専門的緩和ケアを担う看護師として症状マネジメントの困難さや複雑さに向き合い対応していく際に何が必要か(役割、ケア、態度、姿勢)を共に考え、相互に理解を深めることができる。

【必要な物品】

- ・コミュニティボール×4
- ・Good thinkers toolkit×4
- ・ホワイトボード(どこでも sheet)×4
- ・ホワイトボードマーカー(グループ box 内)×8
- ・ホワイトボード用レーザー(グループ box 内)×4
- ・前セッションで作成した事例×4

時間	内容	司会・ファシリテーターの動き／言葉	受講者
13:45	対話	<p>※サブファシリテーターは事前に作成した事例を交換しておく (Aグループ→Bグループ→Cグループ→Dグループ→Aグループ)</p> <p>※ファシリテーターは、グループメンバーがそろっているか確認</p> <p>メイン: セッションの進め方の説明</p> <p>問い: 「この事例における症状マネジメントの困難さ、複雑さはどこか？」</p> <p>問い: 「(上記の問いの話し合いに出た)困難さ、複雑さに向き合い対応していくには、専門的緩和ケアを担う看護師には何が必要か」</p> <ul style="list-style-type: none">●他のグループが作成した事例をもとに、上記について自己の考えを他者に伝え、お互いの考えや意見に対して質問し合いながら、対話を進める●発言する人にコミュニティボールを回しながら進めていく <p>※一般的な事例検討とならないように注意し、メンバー全員が対話に参加できるようにするため記録係は作らない</p> <p>※ファシリテーターは、グループメンバー間で話したいことが話せているか、対等で脅かされない環境で対話が進められているか常に配慮しながら、進める</p>	グループ毎着席

	セッションの振り返り	<p>※サブファシリテーターは、全体共有の際にグループで話し合ったことを発表できるように各自整理しておく</p> <p>メイン:セッションの振り返り(自己評価)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●このセッションに積極的に参加できたか ●このセッションで話し合った内容に興味を持てたか ●自分や他者について新たな発見があったか <p>※ファシリテーターは上記について1つずつ受講者に投げかけ、受講者が動作で自己評価を表現できるよう伝え、各自が振り返られるよう促す</p>	
14:45		<p>メイン:休憩時間、次のセッションの開始時間をアナウンスし、セッションを終了する。</p>	

2 日間の振り返り・目標設定

2014 年 7 月 27 日(日) 14:55～15:55

場所: 2 階ホール, 1 階会議室 I・III

セッティング: グループ形式①

担当者: ○○(A グループ), ○○(B グループ)

○○(C グループ), ○○(D グループ)

【セッションの目標】

- 2 日間のセッションを通して自分自身が何を学んだかを振り返り、他者に表出することができる。
- 2 日間の学びを自施設における看護実践にどのように活かせるかを考え、次回までの目標を設定することができる。

【タイムスケジュール】

14:55～15:55 2 日間の振り返り・目標設定

15:55～16:30 移動・全体共有

自己学習に対する質疑応答 ・ 閉会のあいさつ

【必要な物品】

・A4 記録用紙×44 枚 ・マイク×2

時間	内容	司会・ファシリテーターの動き／言葉	受講者
14:50	対話	<p>※サブファシリテーターは、A4 記録用紙(無地)を配布する</p> <p>メイン: セッションの目的、進め方の説明</p> <ul style="list-style-type: none">●各自 2 日間の学びや対話形式のセッションの体験について振り返り、自己の思いや意見を他者に伝え、お互いの考えや意見に対して質問し合いながら、対話を進める●2 日間の学びを実際にどのように看護実践に活用できそうかを考え、次回までの看護実践に関する目標について用紙に記載してもらい、見せ合いながら、共有する。●発言する人にコミュニティボールを回しながら進めていく <p>※できるだけ上記の問いについてグループメンバー全員が 1 つは話せるようにファシリテーターは進めていく</p> <p>※<u>ファシリテーターは、グループメンバー間で話したいことが話せているか、対等で脅かされない環境で対話が進められているか常に配慮しながら、進める</u></p> <p>メイン: 次回までの目標が達成できるようエンパワメントし、メイン会場への移動をアナウンスし、セッションを終了する。</p>	グループ毎着席

時間	内容	司会・ファシリテーターの動き／言葉	受講者
15:40	移動 全体共有 自己学習に関する質疑応答	<p>※グループ毎に集合し、全体で進める</p> <p>※Cグループ、Dグループの座席を用意しておく</p> <p>司：グループ毎で順に話し合った内容について発表し、全体で共有する</p> <p>●各グループのサブファシリテーターが発表する</p> <p>司：自己学習の内容に関する質疑応答</p> <p>●質問された内容についてモジュール担当者が回答する</p> <p>司：次回までに自己学習を進めておく内容(学習課題ワークシートなど)について確認し、下記についてアナウンスし、本日のプログラムを終了する</p> <p>●3回目の開催時間、集合場所、昼食の説明、受付時間の確認(早く来ても入れない！)</p> <p>●忘れ物の確認</p> <p>●呼名用名札、資料ファイルの持ち帰りと次回持参する旨をアナウンス</p>	シアター形式 ①

3 回目

当日直前ミーティング

2014 年 8 月 9 日(土) 10:00～10:10

場所: 3 階第 2 会議室

担当者: ○○

【タイムスケジュール】

- 09:30～10:00 部屋セッティング
- 10:00～10:10 当日のスケジュール
- 10:10～10:30 各係(受付・会場誘導など)の作業へ

【タスク】

- ・ 部屋のセッティングを行う。
- ・ スケジュールを確認する。
- ・ グループ box、必要物品を配布する。

受 付

2014 年 8 月 9 日(土) 10:15～10:30

場所: 3 階第 1 会議室

担当者: ○○

【タイムスケジュール】

- 10:15～10:30 受付

【受付のタスク】

- ・ 受講者名簿のチェック

【必要物品】: 受講者名簿、受付セット box(文房具類など)、予備資料(ワークシートなど)

※ 受付に資料の予備を置いておく。資料が不足していた場合は、ここからもっていく。

※ 講義室まで、会場誘導係が案内する。

スピリチュアルケアについて考える

2014年8月9日(土) 10:30~12:55

場所: 3階講義室・第1会議室

セッティング: グループ形式②

担当者: ○○(Aグループ), ○○(Bグループ)

○○(Cグループ), ○○(Dグループ)

【セッションの目標】

- 対話を通して、自己の経験を振り返り、スピリチュアリティやスピリチュアルケアに対する自己の考えを認識し、スピリチュアルペインのある患者に対するケアについて共に考え、相互に理解を深めることができる。

【タイムスケジュール】

- 10:30~10:40 あいさつ、スケジュールの確認、呼び名札の確認
- 10:40~10:45 グループ形式②に移動
- 10:45~11:15 前回から今回までの実践の振り返り・目標達成の確認
- 11:15~12:45 ワーク・対話(コミュニティボール、カード: Good thinkers toolkit 使用)
- 12:45~12:55 全体共有

【必要な物品】

・コミュニティボール×4 ・カード: Good thinkers toolkit×4 ・グループ box ×4

時間	内容	司会・ファシリテーターの動き／言葉	受講者
10:30		<p>司: あいさつ、本日のスケジュール、呼名用名札を持参しているか確認</p> <ul style="list-style-type: none">● 会場使用の注意点について説明● グループ形式②に移動 <p>※資料4: 会場案内図を確認し、移動するようアナウンスする。</p> <p>※ファシリテーターは、速やかに移動できるように誘導する</p>	シ ア タ ー 形 式 ②
10:45	実践の振り返り 目標達成の確認	<p>※各グループのファシリテーターは運営統括から事前に必要物品を受け取っておく</p> <p>※ファシリテーターは、グループメンバーがそろっているか確認</p> <p>※対話に入る前に、カードはグループメンバー全員が見られるように、サブファシリテーターはサークルの中央に並べておく。</p> <p>メイン: 対話を進め方の再確認、セッションの進め方の説明</p> <ul style="list-style-type: none">● 対話を進め方として下記について再確認する	グ ル ー プ 毎 着 席

		<ul style="list-style-type: none"> ・セッションの間は、あらかじめ各自が決めた呼名で呼び合う ・グループメンバーは対等で、多様な関わり方が認められる ・‘正しいことを言わなければならない’ではなく、‘本当に言いたいこと’を話す場である ・カード(Good thinkers toolkit)の使い方について <p>●導入として、前回から今回までに自分の周りに起きた出来事、変化、ニュースなどを一言ずつ話してもらい、対話形式のセッションの進め方を思い出してもらう</p> <p>●前回から今日までの看護実践を振り返り、前回自分自身で考えた目標が達成できたかをグループメンバーに伝え共有する</p> <p>●発言する人にコミュニティボールを回しながら進めていく</p> <p>※できるだけ上記の問いについてグループメンバー全員が1つは話せるようにファシリテーターは進めていく</p> <p>※<u>ファシリテーターは、グループメンバー間で話したいことが話せているか、対等で脅かされない環境で対話が進められているか常に配慮しながら、進める</u></p>	
11:15	対話	<p>メイン:セッションの進め方の説明</p> <p>問い:「スピリチュアリティを意識するのはどのようなときか？」</p> <ul style="list-style-type: none"> ●上記について自己の考えを他者に伝え、お互いの考えや意見に対して質問し合いながら、対話を進める ●発言する人にコミュニティボールを回しながら進めていく <p>※<u>ファシリテーターは、グループメンバー間で話したいことが話せているか、対等で脅かされない環境で対話が進められているか常に配慮しながら、進める</u></p> <p>※サブファシリテーターは、全体共有の際にグループで話し合ったことを発表できるように各自整理しておく</p> <p>ファ:セッションの振り返り(自己評価)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●このセッションに積極的に参加できたか ●このセッションで話し合った内容に興味を持てたか ●自分や他者について新たな発見があったか <p>※ファシリテーターは上記について1つずつ受講者に投げかけ、受講者が動作で自己評価を表現できるよう伝え、各自が振り返られるよう促す</p>	グループ毎着席
12:45	全体共有	<p>※グループ毎に集合し、全体で進める</p> <p>※Dグループは、階段席に座るよう案内する</p> <p>司:グループ毎で順に話し合った内容について発表し、全体で共有する</p> <ul style="list-style-type: none"> ●各グループのサブファシリテーターが発表する 	シアター形式②

12:55		司:休憩時間、次のセッションの開始時間、場所をアナウンスし、セッションを終了する。	
-------	--	-------------------------------------------	--

	<p>メンバーで選んだ問いについて対話</p> <p>セッションの振り返り</p>	<p>※サブファシリテーターは、記録用紙をグループメンバーに配布する</p> <p>●上記で立てた問いから、グループメンバー間でさらに深めたいと思う問いを選択し、それについて対話を進める。</p> <p>※ファシリテーターは、グループメンバー間で話したいことが話せているか、対等で脅かされない環境で対話が進められているか常に配慮しながら、進める</p> <p>※サブファシリテーターは、全体共有の際にグループで話し合ったことを発表できるように各自整理しておく</p> <p>メイン: セッションの振り返り(自己評価)</p> <p>●このセッションに積極的に参加できたか</p> <p>●このセッションで話し合った内容に興味を持てたか</p> <p>●自分や他者について新たな発見があったか</p> <p>※ファシリテーターは上記について1つずつ受講者に投げかけ、受講者が動作で自己評価を表現できるよう伝え、各自が振り返られるよう促す</p>	
15:05	全体共有	<p>※グループ毎に集合し、全体を進める</p> <p>※Dグループは、階段席に座るよう案内する</p> <p>司: グループ毎で順に話し合った内容について発表し、全体で共有する</p> <p>●各グループのサブファシリテーターが発表する</p>	シアター形式②
15:15		司: 休憩時間、次のセッションの開始時間をアナウンスし、セッションを終了する。	

質の高い専門的緩和ケアの達成について考える

2014年8月9日(土) 15:25～17:15

場所: 3階講義室・第1会議室

セッティング: グループ形式②

担当者: ○○(Aグループ), ○○(Bグループ)

○○(Cグループ), ○○(Dグループ)

【セッションの目標】

- 3日間の学びを振り返り、対話を通して、専門的緩和ケアの質の向上に向けた取り組みについて共に考え、相互にエンパワメントすることができる。

【タイムスケジュール】

15:25～16:45 対話

16:45～17:15 全体共有

自己学習に対する質疑応答、アンケート調査(受講後)の依頼の確認
閉会のあいさつ

【必要な物品】

- ・コミュニティボール×4
- ・カード: Good thinkers toolkit×4
- ・ホワイトボード(どこでも sheet)×4
- ・ホワイトボードマーカー(グループ box 内)×8
- ・ホワイトボード用イレーザ(グループ box 内)
- ・マイク×2

時間	内容	司会・ファシリテーターの動き／言葉	受講者
15:25	対話	<p>※各グループのファシリテーターは運営統括から事前に必要物品を受け取っておく</p> <p>※ファシリテーターは、グループメンバーがそろっているか確認</p> <p>メイン: セッションの進め方の説明</p> <p>問い: 「自分が考える理想的な専門的緩和ケアとは？」</p> <p>「(3日間の研修を受けて、)専門的緩和ケアを担う看護師として自分には何ができそうか? あるいは、何をしなければ!と思ったか?」</p> <p>●1つ目の問いから初め、自己の考えをホワイトボード(どこでも sheet)に記載してもらおう。</p> <p>※できるだけグループメンバー全員1つはホワイトボード(どこでも sheet)に書いてもらえるとよい</p> <p>●ホワイトボード(どこでも sheet)に挙がっている項目を挙げ、なぜそう思ったかを書いた人に話してもらおう。</p> <p>●発言する人にコミュニティボールを回しながら進めていく</p>	グループ 毎 着 席

	セッションの振り返り	<p>●時間をみながら、1つ目の問いをふまえて、2つ目の問いについて進めていく</p> <p>※ファシリテーターは、グループメンバー間で話したいことが話せているか、対等で脅かされない環境で対話が進められているか常に配慮しながら、進める</p> <p>※サブファシリテーターは、全体共有の際にグループで話し合ったことを発表できるように各自整理しておく</p> <p>メイン: セッションの振り返り(自己評価)</p> <p>●このセッションに積極的に参加できたか</p> <p>●このセッションで話し合った内容に興味を持てたか</p> <p>●自分や他者について新たな発見があったか</p> <p>※メインファシリテーターは上記について1つずつ受講者に投げかけ、受講者が動作で自己評価を表現できるよう伝え、各自が振り返られるよう促す</p> <p>●ファシリテーターは、グループメンバーに受講後調査票一式の配布をお願いします(氏名記載済み)。</p>	
16:45	全体共有	<p>※全体で進める(講義室に集合)</p> <p>※Dグループは、階段席に座るよう案内する</p> <p>司: 各グループのサブファシリテーターが順にセッションで話し合った内容について発表し、全体で共有する</p>	シアター形式 ②
17:00	自己学習に関する質疑応答 アンケートの依頼 閉会あいさつ	<p>司: 自己学習の内容に関する質疑応答</p> <p>●質問された内容についてファシリテーターが回答する</p> <p>司: 受講後アンケートの協力依頼</p> <p>●受講1週間後に回答するよう依頼</p> <p>司: 下記についてアナウンスし、3日間のプログラムを終了する</p> <p>●忘れ物の確認</p> <p>司: 閉会のあいさつ</p>	シアター形式 ②

専門的緩和ケアを担う看護師に対する教育プログラム案

レビュー用フォーマット

- この調査票は、デルファイ変法により明らかとなった専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの向上につながる教育プログラムとして作成した『専門的緩和ケアを担う看護師に対する教育プログラム(案)』の内容の妥当性を検討することを目的としています。
- ご回答いただく際は、同封しております『資料：専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー』と『専門的緩和ケアを担う看護師に対する教育プログラム案』のファイルをご覧いただき、内容についてご検討いただきますようお願いいたします。
- ご回答いただきましたら、同封の返信用封筒(ピンク色)に、同意書を入れて封をした同意書返送用封筒(水色)とともに入れ、平成 26 年 5 月末までに、ご返送をお願いいたします。
- 事前自己学習用の「専門的緩和ケア看護師教育用ガイド 2014」の内容については、今回はレビューしていただく必要はございません。こちらを自己学習したうえで参加者が臨む教育プログラム(案)として、レビューをお願いできればと思っております。
- 本研究では、「専門的緩和ケア」とは、『ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアで緩和ケアを実践する医療者によって提供され、基本的緩和ケアの知識・技術を踏まえ、多職種によるチームにおいて適切にリーダーシップを発揮して、苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支え、緩和困難な症状や状況に対処すること、また、基本的緩和ケアの担い手へのコンサルテーションと教育に対応すること』を指します。
- 「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー」とは、『専門的緩和ケアを実践するうえで看護師が身につけるべき必須能力で、知識・技術・態度の要素を統合したものとして表され、実際に実行可能なもの』を指します。この必須能力は、ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアの場で共通して求められるものとしします。
- なお、本研究において対象としている「専門的緩和ケアを担う看護師」は、『基本的緩和ケアに関する教育プログラムを修了し、専門的緩和ケアを担う場での臨床経験が 2 年間以上あり、所属先でリーダーシップやチーム調整の役割を期待される看護師』を指し、本教育プログラム案の対象と位置づけて作成しております。
- 本調査票は、I～IV(4 ページ)の設問から構成されています。

I. 専門的緩和ケアを担う看護師に対する教育プログラム(案)のファイルと資料をご覧いただき、各設問について、最も当てはまると思う番号に○をつけ、そう思った理由について具体的にお書きください。

	大変そう思う	ややそう思う	どちらでもない	あまりそう思わない	全くそう思わない
1) 本教育プログラムの内容は、プログラムの目的に対して適切だと思われましたか。	5	4	3	2	1
【選択理由】:					
2) 本教育プログラムの内容は、プログラムの目標(4つ)を達成することが可能な内容だと思われましたか。	5	4	3	2	1
【選択理由】:					
3) 本教育プログラムの内容は、今回設定した対象者に対して妥当だと思われましたか。	5	4	3	2	1
【選択理由】:					
4) 本教育プログラムの内容は、専門的緩和ケアの実践を熟達させることにつながる内容だと思われましたか。	5	4	3	2	1
【選択理由】:					
5) 本教育プログラムの内容は、「苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のありのままを理解し、尊重する」というコアコンピテンシーの向上につながる内容だと思われましたか。	5	4	3	2	1
【選択理由】:					
6) 本教育プログラムの内容は、「苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期に対応する」というコアコンピテンシーの向上につながる内容だと思われましたか。	5	4	3	2	1
【選択理由】:					

	大変そう思う	ややそう思う	どちらでもない	あまりそう思わない	全くそう思わない
7) 本教育プログラムの内容は、「苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支える」というコアコンピテンシーの向上につながる内容だと思いましたが。	5	4	3	2	1
【選択理由】:					
8) 本教育プログラムの内容は、「苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートする」というコアコンピテンシーの向上につながる内容だと思いまし	5	4	3	2	1
【選択理由】:					
9) 本教育プログラムの内容は、「協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育む」というコアコンピテンシーの向上につながる内容だと思いましたが。	5	4	3	2	1
【選択理由】:					
10) 本教育プログラムの内容は、「意欲的に専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を果たす」というコアコンピテンシーの向上につながる内容だと思いましたが。	5	4	3	2	1
【選択理由】:					
11) 本教育プログラムの内容は、「専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処する」というコアコンピテンシーの向上につながる内容だと思いましたが。	5	4	3	2	1
【選択理由】:					
12) 本教育プログラムの内容は、実際に実施可能なプログラムだと思いましたが。	5	4	3	2	1
【選択理由】:					

Ⅱ. 下記の質問について、該当する項目に○をつけ、その内容について具体的にお書きください。

<p>1) 本教育プログラム（案）に新たに追加した方がよいと思う内容がありましたか？ はい ・ いいえ</p>
<p>→ 「はい」に○をつけた方は、その内容について具体的にお書きください。</p>
<p>2) 本教育プログラム（案）で改善・修正した方がよいと思う内容がありましたか？ はい ・ いいえ</p>
<p>→ 「はい」に○をつけた方は、その内容について具体的にお書きください。</p>

専門的緩和ケアに関する研修会 受講前アンケート

- この調査票は、看護師に対する専門的緩和ケアの教育プログラムの実施可能性と有効性について検討することを目的としています。
- 調査票をお受け取りになりましたら、2週間以内に回答し、回答後は、無記名にて返信用封筒に厳封し、最寄りのポストに投函してください。
- 調査票は、調査票1（本紙）と調査票2（S-H式レジリエンス検査）があり、回答時間に約40分かかることが予想されます。
- 本調査票の結果は、統計的な処理をして公表されるため、個人の情報が外部に公開されることは一切ございません。

I. あなたは、下記の質問についてどのように思いますか。現在のあなた自身の認識に最も当てはまると思う番号に○をつけてください。

	大変そう思う	ややそう思う	どちらでもない	あまりそう思わない	全くそう思わない
1. 自己の専門的緩和ケアに対する考えを述べるができる	5	4	3	2	1
2. 専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を理解し、意欲的にケアの質の向上に取り組むことができる	5	4	3	2	1
3. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のありのままを理解し、尊重することができる	5	4	3	2	1
4. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応することができる	5	4	3	2	1
5. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族ニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートすることができる	5	4	3	2	1
6. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支えることができる	5	4	3	2	1
7. 専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処することができる	5	4	3	2	1
8. 協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育むことができる	5	4	3	2	1

II. 次に、あなたご自身のことについて当てはまる番号に○をつける、または該当する数値をお書きください。

1. 性別

1) 男性 ・ 2) 女性

2. 年齢

歳

資料14: S-H式レジリエンス検査

【パート1のやり方】

以下の27項目の各質問文をよく読んで、あなたの行動や考えに合っていると思われる番号を□に記入してください。

回答には正解・不正解であるとか、良い・悪いなどはありませんから、ありのままを答えてください。

全
く
そ
う
で
あ
る
↓
や
や
そ
う
で
あ
る
↓
ど
う
も
い
え
な
い
↓
そ
う
で
は
な
い
↓
全
く
そ
う
で
は
な
い
↓

(1) あなたは家族や親しい人と過ごす時間を大切にしていますか。	□	5 4 3 2 1
(2) あなたは愛情を注いでいるものがありますか。	□	5 4 3 2 1
(3) あなたは人を頼り過ぎないように心がけていますか。	□	5 4 3 2 1
(4) あなたは慣れている仕事をするよりも、誰も手をつけていない仕事をやってみたいですか。	□	5 4 3 2 1
(5) あなたは気が合いそうもないと思う相手であっても、相手に合わせて付き合い方を変えられますか。	□	5 4 3 2 1
(6) あなたには精神的に癒しを感じるものがありますか。	□	5 4 3 2 1
(7) これまでのつらい経験の中には、あなたの役に立った経験もあると思いますか。	□	5 4 3 2 1
(8) あなたはそのときの状況によって、計画を変えることが出来ると思いますか。	□	5 4 3 2 1
(9) あなたは困難な仕事であっても、それにあった様々な方法をもっていますか。	□	5 4 3 2 1
(10) あなたはどんな人とも、うまくつきあうことができますか。	□	5 4 3 2 1
(11) あなたにはわがままを聞いてもらえる人がいますか。	□	5 4 3 2 1
(12) あなたにはあなたを誰よりも大切に思ってくれる人がいますか。	□	5 4 3 2 1
(13) あなたは困難な仕事で思いがけない負担がかかっても、何とかやっていけますか。	□	5 4 3 2 1
(14) あなたはこれからする仕事がむずかしそうでも、やっていけると思いますか。	□	5 4 3 2 1
(15) あなたは嫌いな人でも、仕事のためならうまくつきあっていくと思いますか。	□	5 4 3 2 1
(16) あなたは自分の悩みを話せる人が、家族以外にいますか。	□	5 4 3 2 1
(17) あなたは、今後、信頼できる人に出会えると思いますか。	□	5 4 3 2 1
(18) あなたは失敗するだろうと人から思われている仕事でも、やっていけると思いますか。	□	5 4 3 2 1
(19) あなたはいやなことでも自分がすべきことには、積極的にかかわっていますか。	□	5 4 3 2 1
(20) あなたは職場(学校)で新しい人が入ってきてても、その人とうまくやっていけますか。	□	5 4 3 2 1
(21) あなたにはお手本にしたい人や、そのようになりたいと思う人はいますか。	□	5 4 3 2 1
(22) あなたには仕事の上で信頼できる人がいますか。	□	5 4 3 2 1
(23) あなたはやる気をなくす問題がおこったときでも、解決する努力をしますと思いますか。	□	5 4 3 2 1
(24) あなたは一つのことに対して、いろんな解決方法を試すほうですか。	□	5 4 3 2 1
(25) あなたはどんな人ともそれなりにつき合っていけるほうですか。	□	5 4 3 2 1
(26) あなたには必要なときに頼りにできる人がいますか。	□	5 4 3 2 1
(27) 小学生の頃、あなたのまわりには、あなたに愛情を注いでくれる人がいましたか。	□	5 4 3 2 1

パート2の検査に移ります。

【パート2のやり方】

(1)から(8)には4つずつ文章があります。あなたの生活態度や行動にもっとも近いと思う文章を4つの中から1つ選んで、その記号を右の□に記入してください。

<p>私ははじめての経験や仕事について</p> <p>(1) A それをやってみたい気持ちがあるし、実際に、そうしている。 B それをやってみたい気持ちはあるが、実際には、慣れた経験や仕事を選んでいる。 C あまりやってみたいと思わないが、実際にはあえてそれに取り組んでいる。 D あまりやってみたいと思わないし、実際に、慣れた経験や仕事を選んでいる。</p>	<input type="checkbox"/>
<p>私は何かをする上で問題があれば</p> <p>(2) A 自分で解決したいし、実際に、自分で解決している。 B 自分で解決したいが、実際には、自分で解決していない。 C 自分では解決したくないが、実際には、自分で解決している。 D 自分では解決したくないし、実際に、自分で解決していない。</p>	<input type="checkbox"/>
<p>私は自分が悪くないのに叱られたとき</p> <p>(3) A うまく気持ちを立て直すが、やはりいつもと同じペースで仕事を続けられない。 B うまく気持ちを立て直せないけれども、それでもいつもと同じペースで仕事を続けている。 C うまく気持ちを立て直せないし、やはりいつもと同じペースで仕事を続けられない。 D うまく気持ちを立て直して、いつもと同じペースで仕事を続けている。</p>	<input type="checkbox"/>
<p>私には味方と感じられる人が</p> <p>(4) A 少ないし、実際に、その少数の人たちと助け合っていない。 B 多く、実際に、その人たちと助け合っている。 C 多いが、実際には、その人たちと助け合っていない。 D 少ないが、実際には、その少数の人たちと助け合っている。</p>	<input type="checkbox"/>
<p>私は人とうまく付き合うことについて</p> <p>(5) A 大切だと思うが、実際には、うまくつきあっていない。 B うまく付き合えなくても気にしないが、実際には、うまくつきあっている。 C うまく付き合えなくても気にしないし、実際に、うまくつきあっていない。 D 大切だと思うし、実際には、うまくつきあっている。</p>	<input type="checkbox"/>
<p>私はものごとの良い面を見たいと</p> <p>(6) A 思わないし、実際に、良い面を見ることが少ない。 B 思うし、実際に、良い面を見ることが多い。 C 思うが、実際には、良い面を見ることが少ない。 D 思わないが、実際には、良い面を見ることが多い。</p>	<input type="checkbox"/>
<p>私は気が合いそうな相手に対して</p> <p>(7) A 心の内を見せたくないが、実際には、心の内を見せている。 B 心の内を見せたくないし、実際に、心の内を見せていない。 C 心の内を見せたいし、実際に、心の内を見せている。 D 心の内を見せたいが、実際には、心の内を見せていない。</p>	<input type="checkbox"/>
<p>私には与えられた仕事や役割を果たす能力が</p> <p>(8) A ないと感じるが、実際には、それなりの成績を出している。 B ないと感じるし、実際に、たいした成績は出していない。 C あると感じるし、実際に、それなりの成績を出している。 D あると感じるが、実際には、たいした成績を出していない。</p>	<input type="checkbox"/>

これで検査は終わりです。

ご自分で判定する場合は、この見開きの右側ののり付け部分をはがしてください。

ご自分で判定しない場合は、のり付け部分をはがさないでください。

専門的緩和ケアに関する研修会 受講後（1 週間後）アンケート

- この調査票は、看護師に対する専門的緩和ケアの教育プログラムの実施可能性と有効性について検討することを目的としています。
- 調査票をお受け取りになりましたら、研修会受講 1 週間後を目安に回答し、回答後は、無記名にて返信用封筒に厳封し、最寄りのポストに投函してください。
- 調査票は、調査票 1（本紙）と調査票 2（S-H 式レジリエンス検査）があり、回答時間に約 50 分かかることが予想されます。
- 本調査票の結果は、統計的な処理をして公表されるため、個人の情報が外部に公開されることは一切ございません。

I. あなたは、下記の質問についてどのように思いますか。現在のあなた自身の認識に最も当てはまると思う番号に○をつけてください。

	大変そう思う	ややそう思う	どちらでもない	あまりそう思わない	全くそう思わない
1. 自己の専門的緩和ケアに対する考えを述べる事ができる	5	4	3	2	1
2. 専門的緩和ケアを担う看護師としての役割・責任を理解し、意欲的にケアの質の向上に取り組むことができる	5	4	3	2	1
3. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のありのままを理解し、尊重することができる	5	4	3	2	1
4. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のケアニーズを洞察し、問題に早期から対応することができる	5	4	3	2	1
5. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のニーズや状況に応じて、柔軟にコーディネートすることができる	5	4	3	2	1
6. 苦や死に向き合って生きるがん患者・家族のスピリチュアルな苦悩に向き合い、支えることができる	5	4	3	2	1
7. 専門的緩和ケアの実践で遭遇する自己や協働するメンバーのストレス・悲嘆に対処することができる	5	4	3	2	1
8. 協働するメンバーをエンパワメントし、良好なチームを育むことができる	5	4	3	2	1

Ⅲ. 本研修会についてどのように思いますか。最も当てはまると思う番号に○をつけ、その理由についてできるだけ具体的にお書きください。

	大変そう思う	ややそう思う	どちらでもない	あまりそう思わない	全くそう思わない
1) 事前自己学習（CD-ROM）の内容は、わかりやすいと思いましたが。	5	4	3	2	1
【その理由】					
2) 事前自己学習（CD-ROM）の内容は、難しいと思いましたが。	5	4	3	2	1
【その理由】					
3) 事前自己学習（CD-ROM）の実施は、専門的緩和ケアの知識を深めるうえで役に立つと思いましたが。	5	4	3	2	1
【その理由】					
4) 対話形式のグループワークに参加することに、興味が持てましたか。	5	4	3	2	1
【その理由】					
5) 対話形式のグループワークに参加することは、難しいと思いましたが。	5	4	3	2	1
【その理由】					
6) 対話を通して、他者の考えを聞くとともに、自己を見つめ、内省することができましたか。	5	4	3	2	1
【その理由】					

	大変そう思う	ややそう思う	どちらでもない	あまりそう思わない	全くそう思わない
7) 研修会の内容は、苦や死に向き合って生きるがん患者・家族を支えるうえで、役に立つと思えましたか。	5	4	3	2	1
【その理由】					
8) 研修会全体を通して、その内容は明日からの臨床実践に役に立つと思えましたか。	5	4	3	2	1
【その理由】					
9) 自分の臨床実践の場で、患者・家族、協働するメンバーと脅かされず安心できる場・コミュニティを形成することができると思えましたか。	5	4	3	2	1
【その理由】					
10) 研修会に参加し、さらに専門的緩和ケアの実践を熟達したいと思えましたか。	5	4	3	2	1
【その理由】					
11) 研修会全体を通して、研修会を受講する前にあなたが期待していたことは満たされたと思えましたか。	5	4	3	2	1
【その理由】					
12) 研修会全体を通して、あなたの満足する内容だと思えましたか。	5	4	3	2	1
【その理由】					

IV. 本研修会の良かった点、改善が必要だと思った点について、できるだけ具体的に下枠にお書きください。

1) 良かった点

--

2) 改善が必要な点

--

V. 最後に、本研修会についてまたは本研究についてのご意見・ご感想がございましたら、
下枠にご自由にお書きください。

以上です。ご協力いただき、誠にありがとうございました。

引き続き、『調査票・2』のご回答もよろしくお願い申し上げます。

資料 16: インタビューガイド(研究 2)

フォーカスグループインタビューガイド

- 研修会でファシリテーターを担当した者に、研修会終了後、下記についてインタビューを行う。

<研修会の実施可能性について>

- 本研修会のプログラム・およびスケジュールは、実際に運営可能だと思いましたが。また、どのような点からそう思いますか。
-
- 各セッションの目標は達成できたと思いますか。また、どのような点からそう思いますか。
- 各セッションにおける受講者の反応はどのように感じましたか。また、なぜそう感じましたか。
- 各セッションをファシリテートするうえで、困った点、難しかった点について具体的に教えてください。
- 3日間の研修会を終えて、教育プログラムの目標を達成できたと思いますか。また、どのような点からそう思いますか。
- 本教育プログラムを研修会として今後開催するうえで改善が必要な点について具体的に教えてください。

〇〇〇〇病院
看護部長 〇〇〇〇 様

専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー
とその教育プログラムに関する研究

看護師を対象とした専門的緩和ケアに関する研修会

参加者募集案内の広報のお願い

謹啓

〇〇の候、貴院におかれましてはますますご盛栄のことと存じます。

この度は、‘専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとその教育プログラム’に関する研究の一環として開催いたします専門的緩和ケアに関する研修会への参加者募集の広報においてご協力をお願いいたたく、ご連絡させていただきます。

本研究は、専門的緩和ケアを担うホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアに従事している看護師を対象とした専門的緩和ケアの教育プログラムの実施可能性と有効性を検討することを目的としております。このプログラムは、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーの向上につながるような看護師向けの教育内容となっております。この度、このプログラムによる研修会を開催させていただき、その実施可能性と有効性を検証させていただくことになりました。

つきましては、ぜひ貴院の看護師の皆様に向けて、本研究の参加案内を院内にご掲示賜りますと幸いに存じます。本研究の参加案内のパンフレットは、同封の用紙になります。もしくは、PDF ファイルをお送りできますので、関連施設に情報を流させていただきますと幸いです（PDF ファイルは下記問い合わせ先よりお送りさせていただきますのでご指示ください）。研究方法の詳細につきましては、別紙の研究説明書をご覧ください。

ご多忙の折、大変恐縮でございますが、わが国の専門的緩和ケアを担う看護師に対する教育をより充実したものにするために、ぜひともご協力賜りますようよろしくお願い申し上げます。

謹白

研究代表者：筑波大学医学医療系保健医療学域 水野道代

連携研究者：筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻博士後期課程 新幡智子

<問い合わせ先>

筑波大学医学医療系保健医療学域 水野道代

〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1 (大学)

Tel : 029-〇〇〇-〇〇〇 E-mail : 〇〇〇@md.tsukuba.ac.jp

専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとその教育プログラム

専門的緩和ケアに関する研修会 参加のご案内

この度、ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアに従事している看護師の方を対象とした専門的緩和ケアに関する教育プログラム（裏面をご参照ください）による研修会を開催いたします。この研修会では、対話を通して、苦や死に向き合うがん患者・家族を支えていくために、必要となる緩和ケアについて3日間を通して学ぶことができます。

また、今回の研修会では、看護師に対する専門的緩和ケアの教育プログラムの実施可能性と有効性について検証するため、同時にアンケート調査を実施させていただきます。そのため、本研修会にご参加いただく方には、研修会の前後にわたり（2回）、アンケートへの回答にご協力をお願い申し上げます。

ぜひ、この機会に、専門的緩和ケアについてともに考え、理解を深めてみませんか。皆様のご参加を心よりお待ちしております。

日時：【1日目】2014年〇月〇日（〇）〇時～〇時

【2日目】2014年〇月〇日（〇）〇時～〇時

【3日目】2014年〇月〇日（〇）〇時～〇時

場所：●●●● 3階ホール（予定）

参加費：無料

参加条件：下記の条件をすべて満たす看護師

- ・専門的緩和ケアについてさらに熟達させたいという意欲がある方
- ・専門的緩和ケアを担う場（ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケア）の臨床経験が2年間以上ある方
- ・ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラム、またはELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラムを修了している方
- ・所属先でリーダーシップやチームの調整役割を期待されている方
- ・研修会の3日間全日に参加できる方
- ・研修会の受講前後で専門的緩和ケアの研修会に関するアンケート調査にすべてご協力いただける方

専門的緩和ケアの教育プログラム

専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー^{*1}に基づいて開発した看護師向けの教育プログラムです。事前に下枠の内容についてガイドにそって自己学習を行い、専門的緩和ケアに必要な知識を学習するとともに、対話やリフレクションを通して、苦や死と向き合って生きるがん患者・家族に寄り添い、支えていくために必要なケアについて考えを深め、お互いにエンパワメントしていく内容で構成しています。

※1：専門的緩和ケアを担う看護師が身につけるべき必須の能力で、知識・技術・態度の要素を統合したものと表され、実際に実行可能なものを指します。

- ◆ 専門的緩和ケアについて
- ◆ 家族・遺族ケア
- ◆ 価値観・価値観を尊重するケア
- ◆ 看護師へのケア
- ◆ 症状マネジメント
- ◆ 専門的緩和ケアの達成
- ◆ スピリチュアルケア

《 講師・ファシリテーター一覧 》（予定）

- ○○○○（○○病院・がん看護専門看護師）
- ○○○○（○○病院・がん看護専門看護師）
- ○○○○（○○病院・がん看護専門看護師）
- ○○○○（○○病院・緩和ケア認定看護師）他

募集人数：40名（申し込み多数の場合は、厳選なる抽選とさせていただきます）

※ お申し込み方法につきましては、裏面をご覧ください。

申し込み：参加をご希望の方は、下記の申し込み・問い合わせ先にあるE-mailアドレスに、メールで参加希望者のお名前、ご所属、ご住所をご連絡いただき、まず仮申込みをしてください。後日お知らせいただいたご住所にくわしい資料をお送りさせていただきますので、その後ご案内させていただく方法で、本申込をお願いさせていただきますこととなります。

申し込み締切：2014年〇月〇日（〇）

申し込み・問い合わせ先：

E-mail：○○○@○○○○

担当：【連携研究者】新幡智子（筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻）

研究代表者：筑波大学医学医療系保健医療学域 水野道代

〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1

Tel：029-000-0000 E-mail：○○○@md.tsukuba.ac.jp

専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーと その教育プログラムに関する研究説明書

【研究の目的】

緩和ケアの質の向上を図るためには、基本的緩和ケアとともに専門的緩和ケアの質の向上も必要となります。近年、基本的緩和ケアはがん医療に携わるすべての医療者が身につけるべきものとされ、教育の普及への取り組みが開始されていますが、専門的緩和ケアに関する看護師の継続教育は充実しているとはいえません。そのため、本研究は、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー^{※1}の向上につながるような教育プログラムを作成し、その実施可能性と有効性について検討することを目的としております。

※1 ‘専門的緩和ケアを実践するうえで看護師が身につけるべき必須能力で、知識・技術・態度を統合したものと表され、実際に実行可能なもの’を指します。この必須能力は、ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアの場で共通して求められるものとします。

【対象となる方】

本研究は、専門的緩和ケアについてさらに熟練させたいという意欲があり、専門的緩和ケアを担う場（ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケア）に2年間以上従事している看護師の方で、これまでに、ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラム、またはELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラムの研修会を修了しており、本研究についてご理解いただき、ご協力いただける方を対象に実施いたします。

【調査の方法】

- 本研究では、専門的緩和ケアに関する教育プログラムによる3日間の研修会を開催いたします。
 - 1日目：2014年〇月〇日（〇）10時30分～17時15分
 - 2日目：2014年〇月〇日（〇）9時～16時15分
 - 3日目：2014年〇月〇日（〇）10時30分～17時
 - 開催場所：●●●●●3階ホール（予定）
（住所：〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇〇〇丁目〇番〇号）
- 研修会は、3日間のスケジュールとなっております。本研究にご協力いただける際は、必ず3日間すべてのセッションの受講をお願いいたします。
- 研修会の参加費は無料です。
- まず、研究説明書（本紙）をお読みいただき、本研究にご協力いただける際は、別紙の‘同意書’にご署名をお願いいたします。そして、同封のアンケート用紙に無記名でご回答ください。
- アンケート用紙の記入には30～40分程度を要します。アンケート用紙のご記入が完了したら、必ず別紙の‘同意書’とともに、同封の封筒に厳封してください。そして、本紙をお受け取りになられたから2週間以内に最寄りのポストに投函してください。
- なお、アンケートは、研修会前後で合わせて2回ございます。そのため、本研究にご協力いただける方は、必ず2回の調査にご協力いただきますようお願いいたします。
- 研修会受講後のアンケート用紙も同時に送付させていただきます。研修会受講1週間後を目

安にアンケート用紙にご回答いただき、同封の返信用封筒に厳封したうえで、最寄りのポストに投函してください。

- アンケートをご返送いただく際は、いずれの場合も封筒に住所やお名前をご記入いただく必要はありません。
- 受講前の自己学習用のガイドを収録した CD-R も同封させていただきます。必ず、受講前に目を通し、各モジュールに設定されている学習課題に挑戦してみましょう。

【研究に参加することにもなうリスク（害・不都合）】

- 本研究は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得たうえで実施いたします。
- 本研究に参加されることによってあなた様に及ぶかもしれない害、あるいは不都合につきましては、直接あなた様の身体に不利益は生じないと考えておりますが、調査票への回答や研修会にご参加いただくため、時間的拘束により、精神的な負担が生じる可能性があります。

【研究に参加することによる利益】

- 本研究で開催いたします専門的緩和ケアの教育プログラムによる研修会は、無料で参加できます。また、研修会に伴う資料もその場で回収はせず、ご自宅でご活用いただくことができます。

【意思決定の自由について】

- 本研究は、皆様の自由意思のもとでご協力をお願いするものです。研究に参加されるかどうかはあなた様ご自身でお決めいただくものであり、強制されることはありません。本研究へご協力いただかない場合や途中で辞退される場合も一切不利益を受けることはございません。なお、研究への参加をお決めになって同意書をご提出いただいた後でも、いつでも途中で辞退することが可能です。その際は、大変恐れ入りますが、別紙の同意撤回書を研究者にご返送願います。

【プライバシーの保護】

- 本調査の結果は統計的な処理をして公表されるため、個人の情報が公開されることは一切ありません。また、研修会講師・ファシリテーターが個人の調査結果を直接知ることはありません。また、アンケート用紙は無記名となっておりますので、貴施設の方や研修会講師・ファシリテーターが個人を特定したり、外部に情報が流出したりすることは一切ありません。
- 本研究において調査票や謝礼を送付する際に使用させていただきご住所は、本研究以外では決して使用せず、研究期間中は、第3者の目に触れないよう鍵のかかるロッカーにて厳重に管理します。また、調査票等の送付に際しましてお教えいただきましたご連絡先のリストは研究終了後にシュレッダーにて破棄いたします。

【謝礼】

- 本研究にご協力いただくに際しまして、大変恐縮ではありますが、謝礼はご用意できておりません。何卒ご了承賜りますようお願い申し上げます。

【本研究代表者】：筑波大学医学医療系保健医療学域 水野道代

【連携研究者】：筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻博士後期課程 新幡智子

＜本研究内容に関する問い合わせ先＞

筑波大学医学医療系保健医療学域 水野道代

〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1（大学）

Tel：029-0000-0000 E-mail：0000@md.tsukuba.ac.jp

資料20:対象者リスト(研究2)

<対象者リスト>

ID	氏名	所属	郵便番号	住所	メールアドレス
10001					
10002					
10003					
10004					
10005					
10006					
10007					
10008					
10009					
10010					
10011					
10012					
10013					
10014					
10015					
10016					
10017					
10018					
10019					
10020					

資料 21:同意書(研究 2)

同 意 書

筑波大学医学医療系長 殿

説明事項 (説明を受けた項目は、□にチェックして下さい。)

- ① 研究目的・意義
- ② 研究方法
- ③ 起こりうる利益と不利益
- ④ 本人の自由意思による同意であること
- ⑤ 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- ⑥ 同意後も随時撤回できること
- ⑦ 個人情報の管理に関すること
- ⑧ 研究が終了するまで内容を公表しないこと

上記の説明を理解した上で、この研究に参加することに同意いたします。

平成 年 月 日

氏 名 _____ 印

※本人署名の場合、印は必要ありません

「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとその教育プログラム」
に関する研究について、書面により平成 26 年 月 日に説明を行い、上記のとおり同意を得
ました。

説明者

所 属・職名 _____

氏 名 _____ 印

資料 22:同意撤回書(研究 2)

同 意 撤 回 書

筑波大学医学医療系長 殿

私は「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとその教育プログラム」に関する研究への参加に同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回いたします。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印

※本人署名の場合、印は必要ありません

「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーとその教育プログラム」に関する研究への参加の同意撤回を確認いたしました。

平成 年 月 日

確認者

所属・職名 _____

氏名 _____ 印

専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシーと その教育プログラムに関する研究説明書

【研究の目的】

緩和ケアの質の向上を図るためには、基本的緩和ケアとともに専門的緩和ケアの質の向上も必要となります。近年、基本的緩和ケアはがん医療に携わるすべての医療者が身につけるべきものとされ、教育の普及への取り組みが開始されていますが、専門的緩和ケアに関する看護師の継続教育は充実しているとはいえません。そのため、本研究は、専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー^{※1}の向上につながるような教育プログラムを作成し、その実施可能性と有効性について検討することを目的としております。

※1 ‘専門的緩和ケアを実践するうえで看護師が身につけるべき必須能力で、知識・技術・態度の要素を統合したものと表され、実際に実行可能なもの’を指します。この必須能力は、ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアの場で共通して求められるものとします。

【対象となる方】

本研究は、専門的緩和ケアの臨床経験が5年以上あるがん看護師、認定看護師（緩和ケアまたはがん性疼痛）、または管理職の看護師で、ELNEC-J コアカリキュラム指導者養成プログラム、またはELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラムにおいて講師を3回以上経験しており、本研究についてご理解いただき、ご協力いただける方を対象に実施いたします。

【調査の方法】

- 本研究では、専門的緩和ケアに関する教育プログラムによる3日間の研修会を開催いたします。
 - 1日目：2014年〇月〇日（〇）10時30分～17時15分
 - 2日目：2014年〇月〇日（〇）9時～16時15分
 - 3日目：2014年〇月〇日（〇）10時30分～17時
 - 開催場所：●●●●3階ホール（予定）
(住所：〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇〇〇〇〇)
- 研修会は、3日間のスケジュールとなっております。本研究にご協力いただける際は、必ず3日間すべてにご参加いただき、担当部分のファシリテーターをお願いいたします。
- まず、研究説明書（本紙）をお読みいただき、本研究にご協力いただける際は、別紙の‘同意書’にご署名をお願いいたします。
- 皆さまには、各日研修会終了後に約45分～60分間程、研修会の振り返りに出席いただき、教育プログラムの実施可能性についてフォーカスグループインタビューを行わせていただきます。
- なお、フォーカスグループインタビューの内容はICレコーダーで録音させていただき、個人情報を除いた形でデータとし、分析させていただきます。録音データは、研究終了後に破棄させていただきます。

【研究に参加することにもなうリスク（害・不都合）】

- 本研究は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得たうえで実施いたします。
- 本研究に参加されることによってあなた様に及ぶかもしれない害、あるいは不都合につきましては、直接あなた様の身体に不利益は生じないと考えておりますが、研修会にファシリテーターとしてご参加いただき、フォーカスインタビューにご協力いただくため、時間的拘束により、精神的な負担が生じる可能性があります。

【研究に参加することによる利益】

- 本研修会にご参加いただくにあたって、昼食および交通費、宿泊費の実費を支給させていただきます。

【意思決定の自由について】

- 本研究は、皆様の自由意思のもとでご協力をお願いするものです。研究に参加されるかどうかはあなた様ご自身でお決めいただくものであり、強制されることはありません。本研究へご協力いただかない場合や途中で辞退される場合も一切不利益を受けることはございません。なお、研究への参加をお決めになって同意書をご提出いただいた後でも、いつでも途中で辞退することが可能です。その際は、大変恐れ入りますが、別紙の同意撤回書を研究者にご返送願います。

【プライバシーの保護】

- 本調査の結果は統計的な処理をして公表されるため、個人の情報が公開されることは一切ありません。また、フォーカスグループインタビューで得たデータは個人情報を除いた形でデータ処理し、ファシリテーター個人を特定したり、外部に情報が流出したりすることは一切ありません。録音データは、厳重に保管し、研究終了後完全に消去いたします。
- 本研究において調査票や謝礼を送付する際に使用させていただくご住所は、本研究以外では決して使用せず、研究期間中は、第三者の目に触れないよう鍵のかかるロッカーにて厳重に管理します。また、調査票等の送付に際しましてお教えいただきましたご連絡先のリストは研究終了後にシュレッダーにて破棄いたします。

【謝礼】

- 本研究にご協力いただくに際しまして、大変恐縮ではありますが、謝礼として薄謝（図書カード 3,000 円）をお渡しさせていただきます。

【本研究代表者】：筑波大学医学医療系保健医療学域 水野道代

【連携研究者】：筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻博士後期課程 新幡智子

＜本研究内容に関する問い合わせ先＞

筑波大学医学医療系保健医療学域 水野道代

〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1（大学）

Tel：029-000-0000 E-mail：000@md.tsukuba.ac.jp