Supported by 日本財団 THE NIPPON FOUNDATION

令和3年度　日本財団助成事業

訪問看護師向け在宅看取り初任者研修モデル事業
報告書

令和４(2022)年３月

公益財団法人 日本訪問看護財団

はじめに

日本訪問看護財団が 5 か年計画で取り組む、「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム開発」の 2 年目について、ここに報告する。昨年度は、在宅看取りケアのための訪問看護の実態と教育ニーズを把握するために、訪問看護師への質問紙調査と個別およびグループのヒアリングを実施し、その知見に基づき訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム骨子(案)を作成した。

今年度は、訪問看護師向け在宅看取り教育のためのシラバス・講義テキスト・演習題材を作成し、モデル事業を行って評価した。シラバスおよび講義テキスト・演習題材の作成に当たっては、訪問看護に関わる多くの方々の支援を得て、全 19 項目で構成されるプログラムが完成した。続いて、全国 160 名の訪問看護師の参加を得てモデル事業を実施し、その効果を評価した。モデル事業の効果は以下のようにまとめられた：

- 参加者のプログラムに対する満足度は「大変満足」が 70%を超えており、非常に高かった。在宅看取りに関して実践上必要な内容が網羅されているという評価だった。
- プログラム前後では、ターミナルケアに対する態度（「ケアへの前向きさ」「患者家族を中心とするケアの認識」）、自信（「終末期ケアに対する自信」「医師とのコミュニケーションへの自信」）、困難感（「症状緩和」「患者・家族とのコミュニケーション」「看取りと家族ケア」）、知識（全般）が有意に改善していた。
- プログラム後の成績を未参加群と比較すると、ターミナルケアに対する態度（「ケアへの前向きさ」「患者家族を中心とするケアの認識」）、自信（「終末期ケアに対する自信」「医師とのコミュニケーションへの自信」）、困難感（「症状緩和」）、知識（全般）においてプログラム参加群の方が有意に高かった。
- 以上より、「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム」は、適切な構成で、看護師のターミナルケアへの態度・自信・困難感を有意に改善することが示唆された。
- オンラインによる開催は概ね好評だったが、オンデマンド、オンサイトへのニーズも表明され、今後の課題である。

次年度以降は、今回のモデル事業の長期的効果を検討しつつプログラム内容に修正を加えて完成し、合わせて指導者用プログラムを開発する。さらに、全国的に本プログラムの指導者を養成し、より多くの看護師がプログラムを受講できるようにする構想であり、継続的に取り組む予定である。

本事業のため調査研究にご協力いただいた皆さま、ならびに検討委員会・ワーキング委員会の皆様に感謝申し上げます。

令和 4 年 3 月 31 日

訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発　検討委員会委員長
山本　則子
（東京大学大学院医学系研究科　教授）

令和3年度　日本財団助成事業

訪問看護師向け在宅看取り初任者研修モデル事業

目　　次

第１章 事業の概要 1
　第１節 背景と目的 1
　第２節 事業全体の構成 2
第２章 初任者研修モデル事業 3
　第１節 委員会の実施 3
　　１．検討委員会 3
　　２．ワーキング委員会 4
　第２節 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム作成の流れ 6
　第３節 プログラムの構成 9
　　１．グラフィックシラバス 9
　　２．講義の構成および講師・校閲者 10
　　３．演習プログラム 12
　　４．研修の実際 13
　　５．ファシリテーター一覧 14
　第４節 事業参加者の選定条件とリクルート方法 15
　　１．初任者研修モデル事業参加者の選定条件 15
　　２．募集方法 15
　第５節 調査・分析方法 16
　　１．調査の流れ 16
　　２．調査内容 18
　　１）事業参加者の属性および研修効果 18
　　２）講義・演習の内容および方法の評価 19
　　３．分析方法 20
　　４．倫理的配慮 20
　第６節 結果 21
　　１．１回目調査の結果 21
　　１）事業参加者の属性・参加動機 21
　　２）教育・研修経験 35
　　３）在宅看取りケア件数 37
　　４）在宅看取りケアへの態度 39
　　５）在宅看取りケアの知識 67
　　２．２回目調査の結果 70
　　１）11 月研修前後の比較 70

２）2 回目調査の群間比較 76
３．3 回目調査の結果 81
１）11 月研修前と 1 月研修直前の比較 81
２）3 回目調査の群間比較 82
４．1～3 回目調査結果のまとめ 83
１）在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）の推移 83
２）在宅看取りケアへの態度に関する点数の推移 84
３）在宅看取りケアの知識点数の推移 90
５．事業参加者（Group A）による講義・演習の内容および方法の評価 91
１）研修全体の評価・感想 91
２）各講義の評価 99
３）演習の評価・感想 102
６．講師による講義・演習の内容および方法の評価（11 月研修） 106
１）プログラムの構成・全体の印象 106
２）講義資料 106
３）演習 106
４）運営面の改善点 107
５）感想 107
第３章 まとめと考察 108
第１節 初任者研修モデル事業全体の評価 108
１．プログラムの構成 108
２．在宅看取りケア件数 108
３．在宅看取りケアへの態度 108
第２節 講義・演習の方法 110
１．講義方法 110
２．演習方法 110
第３節 今後の課題 111
１．プログラム構成（講義の順番）の再検討 111
２．オンライン研修をスムーズに進める工夫 111
３．知識テストの修正 111
４．インタラクティブな研修・交流の場の検討 111
５．フォローアップ研修の検討 111
６．指導者の役割の明確化 112
参考文献 113

第１章 事業の概要

第１節 背景と目的

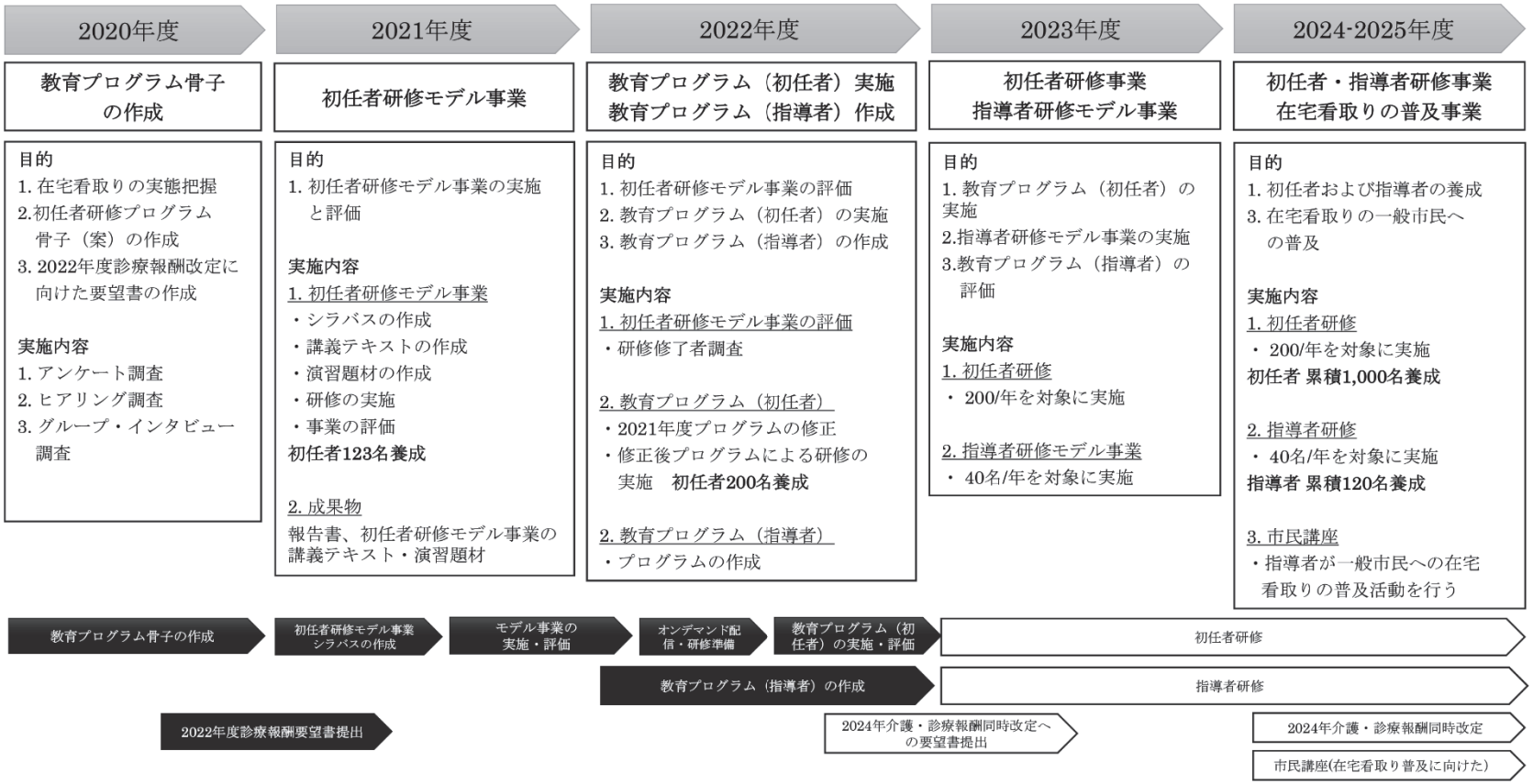
2040 年にはいわゆる団塊の世代が 90 歳以上となり、さらに団塊ジュニアといわれる世代も高齢者となる。2018 年に約 136 万人であった年間死亡者数は、2040 年には約 168 万人に増えると推測されている（内閣府, 2020)。

2020 年の訪問看護ステーション数は 1 万 2,393 か所であり（厚生労働省, 2021)、在宅医療・介護が推進されるなか増加している。人口当たりの訪問看護利用者数が多い地域は自宅死が多いと報告されており（厚生労働省, 2017)、訪問看護はこれからの多死社会を支える重要な社会資源である。

訪問看護の在宅看取りケアにおける困難要因の 1 つは、看護師の知識・技術の不足であり、特に小児や精神疾患のある人を対象とした在宅看取りケアを断る訪問看護ステーションも少なくない（日本訪問看護財団, 2021; 栗生ほか, 2017)。現在、エンド・オブ・ライフ・ケアにおける緩和ケアを提供する看護師に対する教育プログラムとして、ELNEC（The End-of-Life Nursing Education Consortium）が広く用いられているが、ELNEC は主に医療施設における成人がん患者を対象としたケアに関するプログラムである。訪問看護は成人がん患者だけでなく全ての人を対象とする。さらに、緩和ケア病棟と訪問看護の場では、家族ケアや多職種連携にも違いがある。したがって、在宅看取りを実践できる看護師を養成するためには、訪問看護に特化した教育プログラムが必要である。

日本訪問看護財団では、訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムを開発し、それを用いた研修を開催する。そして、質の高い在宅看取りを実施できる訪問看護師を 2025 年度までに全国で約 1,000 名養成することを目標としている。2020 年度には、訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの骨子（案）を作成した（日本訪問看護財団, 2021)。そこで本年度は、その骨子（案）をもとに、モデル事業を実施し、プログラムの妥当性を評価した上でプログラムを完成することを目的とする。

第２節　事業全体の構成



図表 1-1　訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発

第２章 初任者研修モデル事業

第１節 委員会の実施

１．検討委員会

本事業を実施するにあたり、検討委員会を設置した。そして、本事業の検討・実施、報告書のとりまとめ等を目的に、令和３年度は検討委員会を３回開催した。

【委員長】

山本　則子　　東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻
高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学分野　教授

【委員】

秋山　正子　　特定非営利活動法人 Maggie's Tokyo　共同代表理事
株式会社ケアーズ・白十字訪問看護ステーション　代表取締役所長
飯田　大輔　　社会福祉法人福祉楽団　理事長
株式会社恋する豚研究所　代表取締役
川村　佐和子　聖隷クリストファー大学大学院 地域看護学領域　教授
髙瀬　義昌　　医療法人社団 至高会 たかせクリニック　理事長
高橋　幸裕　　尚美学園大学 総合政策学部総合政策学科　准教授
田村　恵子　　京都大学大学院 医学研究科 人間健康科学系専攻
先端中核看護科学講座 緩和ケア看護学　教授
長江　弘子　　東京女子医科大学 看護学部看護学科 老年看護学　教授
後藤　裕子　　公益社団法人 日本看護協会 医療政策部　部長
佐藤　美穂子　公益財団法人 日本訪問看護財団　常務理事
平原　優美　　公益財団法人 日本訪問看護財団　事務局次長
日本訪問看護財団立 あすか山訪問看護ステーション　統括所長

【オブザーバー】

筒井　智子　　日本財団 公益事業部 国内事業審査チーム
福田　光稀　　日本財団 公益事業部 国内事業審査チーム

【事務局】

菊地　よしこ　公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部課長
小沼　絵理　　公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部
鷹野　美和　　公益財団法人 日本訪問看護財団立 あすか山訪問看護ステーション
濱谷　雅子　　公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部

【開催時期・議題】

回数	開催日	主な議題
第 1 回	2021 年 6 月 24 日	1. 事業計画 2. 教育プログラムの評価方法 3. 指導者養成のプロセス
第 2 回	2021 年 10 月 5 日	1. シラバス・講義資料 2. アンケート内容 3. 演習内容
第 3 回	2022 年 2 月 3 日	1. 本年度報告書の作成 2. 教育プログラムの修正点

２．ワーキング委員会

本事業を実施するにあたり、ワーキング委員会を設置した。初任者研修モデル事業の講義テキストの校正、演習内容の検討、研究デザインの検討、データの分析、報告書のとりまとめ等を目的に、令和 3 年度はワーキング委員会を 7 回開催した。

【委員長】

菊地　よしこ　公益財団法人 日本訪問看護財団　事業部課長

【委員】

岡本　有子　　東京都立大学 健康福祉学部　准教授
栗田　佳代子　東京大学大学院 教育学研究科附属
　　学校教育高度化・効果検証センター　教授
竹森　志穂　　聖路加国際大学大学院 看護学研究科 准教授
沼田　華子　　東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻
　　高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学分野　博士課程 2 年
野口　麻衣子　東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 在宅ケア看護学　准教授
菱田　一恵　　順天堂大学 医療看護学部 在宅看護学　助教
山田　享介　　東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻
　　高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学分野　修士課程 2 年
湯本　晶代　　千葉大学大学院 看護学研究院　助教

【オブザーバー】

谷垣　静子　　岡山大学大学院 保健学研究科 看護学分野
　　コミュニティヘルス看護学領域　教授

山本　則子　　東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻
高齢者在宅長期ケア看護学/緩和ケア看護学分野　教授

【事務局】

平原　優美　　公益財団法人 日本訪問看護財団　事務局次長
あすか山訪問看護ステーション　統括所長
小沼　絵理　　公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部
角田　佳奈美　公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部
鷹野　美和　　公益財団法人 日本訪問看護財団 あすか山訪問看護ステーション
濱谷　雅子　　公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部

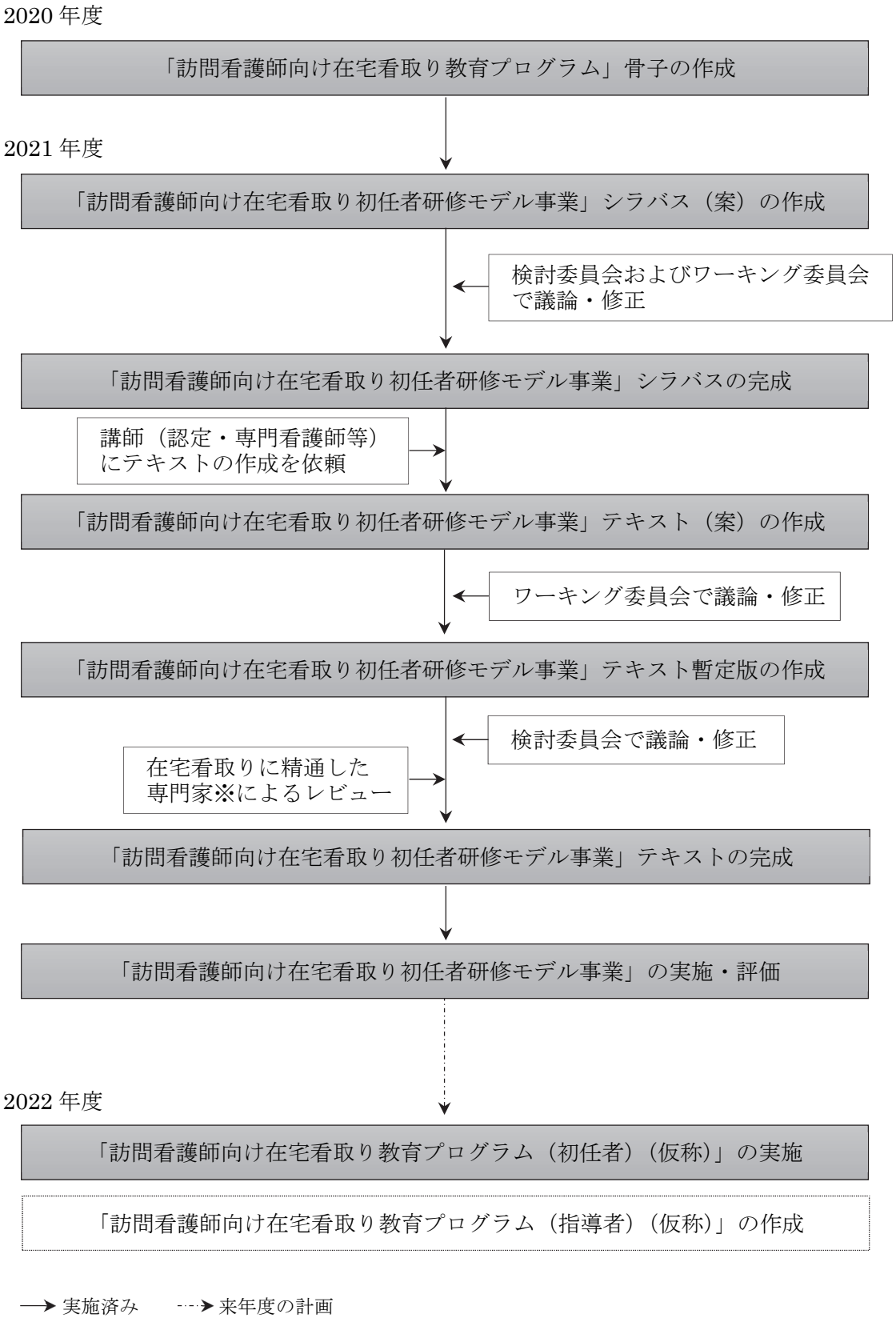
【ワーキング委員会の開催時期・議題】

回数	開催日	主な議題
第 1 回	2021 年 6 月 9 日	1. 事業計画 2. ワーキング委員の選出 3. 指導者プログラムの位置づけ・作成時期
第 2 回	2021 年 7 月 5 日	1. 教育プログラムの構成 2. シラバスの検討・担当決め 3. 講師候補の選出
第 3 回	2021 年 8 月 4 日	1. 講義方法 2. 演習内容 3. 初任者研修モデル事業の評価方法
第 4 回	2021 年 9 月 29 日	1. 初任者研修モデル事業の研究デザイン 2. 講義資料 3. 教育プログラムの名称
第 5 回	2021 年 10 月 13 日	1. 第 2 回検討委員会の報告 2. 初任者研修モデル事業参加者の無作為割り付け 3. 演習内容
第 6 回	2021 年 12 月 17 日	1. 11 月研修前アンケートの結果 2. 演習内容の修正点 3. 11 月研修参加者による講義・演習の評価
第 7 回	2022 年 1 月 17 日	1. 11 月研修直後アンケートの結果 2. 本年度報告書の考察

第２節 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム作成の流れ

はじめに、2020 年度に作成した「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム」骨子をもとに、「訪問看護師向け在宅看取り初任者研修モデル事業」シラバス（案）を作成した。そして、検討員委員会およびワーキング委員会での議論を重ね、シラバスを完成させた。次に、訪問看護に関わる認定看護師や専門看護師などに初任者研修モデル事業の講師を依頼し、テキスト（案）を作成してもらった。そして、そのテキスト（案）をワーキング委員が校正したもの（テキスト暫定版）を検討委員会で議論した。そのなかで、在宅看取りに精通した専門家に第 3 者の視点でのレビューが必要であるという結論に至り、5 名の専門家（※）にテキスト暫定版のレビューを依頼した。こうして完成したテキストを使用して初任者研修モデル事業を実施し、評価を行った。2022 年度は、「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム（初任者）（仮称）」の実施および「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム（指導者）（仮称）」の作成を行う予定である。

図表 2-1　訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム作成の流れ



※「訪問看護師向け在宅看取り初任者研修モデル事業」テキストのレビューアー一覧

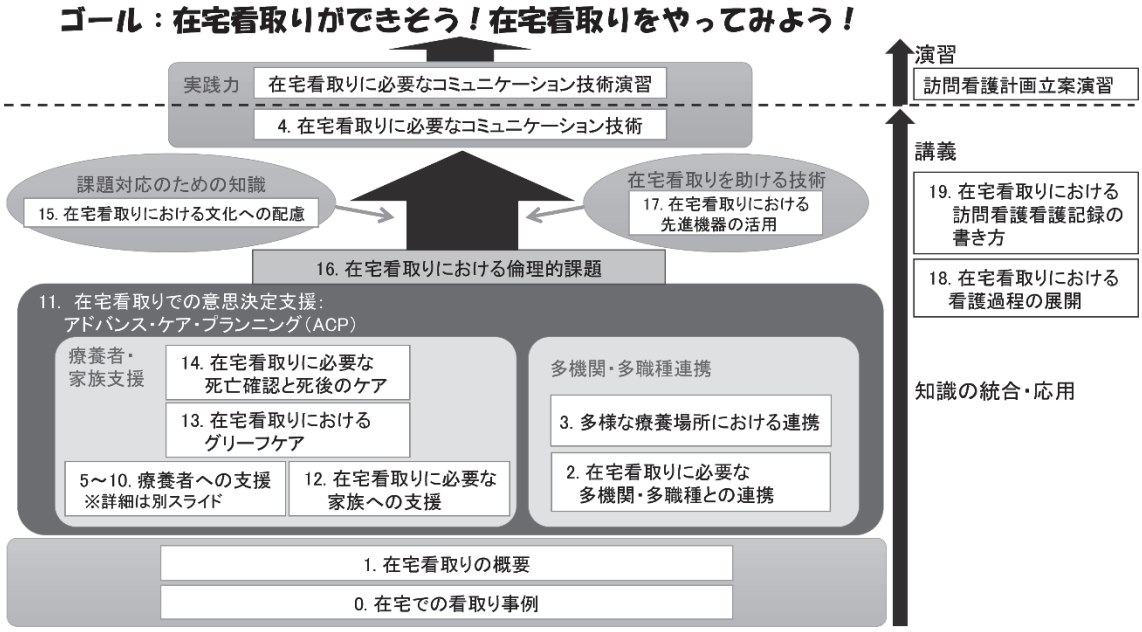
氏名（敬称略・五十音順）	所属
井上 大輔	旭川大学／日本在宅医療連合学会（広報啓発委員会）／日米医学医療交流財団／聖路加国際病院 麻酔科
岡崎 理絵	医療法人社団鉄祐会祐ホームクリニック吾妻橋／荒川事務長・薬剤師
高砂 裕子	一般社団法人南区医師会　訪問看護ステーション・居宅介護支援センター　管理者
牧野 裕美	日本ホームヘルパー協会 東京都支部 副会長
山田 雅子	聖路加国際大学大学院 看護学研究科 教授

第３節 プログラムの構成

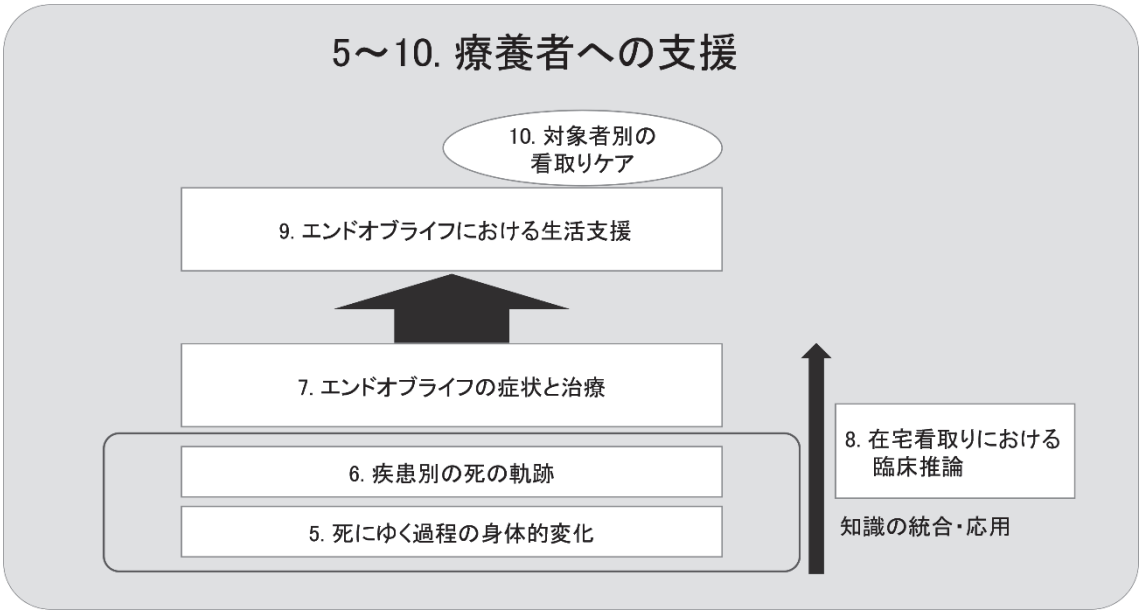
１．グラフィックシラバス

プログラム全体の構造を図 2-2 で示す。さらに「5～10. 療養者への支援」の構造については、図 2-3 で示す。

図表 2-2 「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラム」全体の構成



図表 2-3 「療養者への支援」の構成



２．講義の構成および講師・校閲者

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">項目</th><th colspan="2">執筆・講義</th><th>校閲</th></tr>
<tr><th>氏名
（敬称略）</th><th>所属・役職
（認定・専門看護師等）</th><th>氏名
（敬称略）</th></tr>
<tr><td>0</td><td>在宅での看取り事例</td><td>秋山 正子</td><td>特定非営利活動法人 Maggie’s Tokyo 共同代表理事／株式会社ケアーズ・白十字訪問看護ステーション　代表取締役所長</td><td></td></tr>
<tr><td>1</td><td>在宅看取りの概要</td><td>佐藤 美穂子</td><td>公益財団法人 日本訪問看護財団　常務理事</td><td>沼田 華子</td></tr>
<tr><td>2</td><td>在宅看取りに必要な多機関・多職種との連携</td><td>清野 美砂</td><td>一般社団法人清風の会　けやき通り訪問看護ステーション管理者
（皮膚・排泄ケア認定看護師）</td><td>岡本 有子</td></tr>
<tr><td>3</td><td>多様な療養場所における連携</td><td rowspan="2">富岡 里江</td><td rowspan="2">株式会社ウッディ
訪問看護ステーションはーと主任（訪問看護認定看護師）</td><td rowspan="2">山田 享介</td></tr>
<tr><td>4</td><td>在宅看取りに必要なコミュニケーション技術</td></tr>
<tr><td>5</td><td>死にゆく過程の身体的変化</td><td rowspan="2">平原 優美</td><td rowspan="2">公益財団法人 日本訪問看護財団　事務局次長／日本訪問看護財団立 あすか山訪問看護ステーション　統括所長
（在宅看護専門看護師）</td><td rowspan="2">野口 麻衣子</td></tr>
<tr><td>6</td><td>疾患別の死の軌跡</td></tr>
<tr><td>7</td><td>エンドオブライフの症状と治療</td><td>平原 佐斗司</td><td>東京ふれあい医療生活協同組合　研修・教育センター長</td><td>岡本 有子</td></tr>
<tr><td>8</td><td>在宅看取りにおける臨床推論</td><td>島田 珠美</td><td>医療法人誠医会 川崎大師訪問看護ステーション／療養通所介護まこと　管理者（診療看護師）</td><td>野口 麻衣子</td></tr>
<tr><td>9</td><td>エンドオブライフにおける生活支援</td><td>大橋 奈美</td><td>医療法人ハートフリーやすらぎ　常務理事兼統括管理責任者（訪問看護認定看護師）</td><td>竹森 志穂</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">項目</th><th colspan="2">執筆・講義</th><th>校閲</th></tr>
<tr><th>氏名
（敬称略）</th><th>所属
（認定・専門看護師等）</th><th>氏名
（敬称略）</th></tr>
<tr><td>10</td><td>対象者別の看取りケア</td><td rowspan="2">中島 朋子</td><td rowspan="2">株式会社ケアーズ 東久留米白十字訪問看護ステーション　所長／一般社団法人 全国訪問看護事業協会 常務理事（在宅看護専門看護師、緩和ケア認定看護師）</td><td rowspan="2">湯本 晶代</td></tr>
<tr><td>11</td><td>在宅看取りでの意思決定支援：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）</td></tr>
<tr><td>12</td><td>在宅看取りに必要な家族への支援</td><td>柴田 三奈子</td><td>株式会社ラピオン 代表取締役／ラピオンナースステーション　統括所長（訪問看護認定看護師、認定看護管理者）</td><td>湯本 晶代</td></tr>
<tr><td>13</td><td>在宅看取りにおけるグリーフケア</td><td rowspan="2">藤田 愛</td><td rowspan="2">医療法人社団慈恵会 北須磨訪問看護・リハビリセンター　所長（慢性疾患看護専門看護師）</td><td rowspan="2">菱田 一恵</td></tr>
<tr><td>14</td><td>在宅看取りに必要な死亡確認と死後のケア</td></tr>
<tr><td>15</td><td>在宅看取りにおける文化への配慮</td><td rowspan="2">福田 裕子</td><td rowspan="2">株式会社まちナース まちのナースステーション八千代　統括所長</td><td rowspan="2">菱田 一恵</td></tr>
<tr><td>16</td><td>在宅看取りにおける倫理的課題</td></tr>
<tr><td>17</td><td>在宅看取りにおける先進機器の活用</td><td rowspan="3">岩本 大希</td><td rowspan="3">WyL 株式会社　代表取締役／ウィル訪問看護ステーション江戸川　所長（在宅看護専門看護師）</td><td rowspan="3">竹森 志穂</td></tr>
<tr><td>18</td><td>在宅看取りにおける看護過程の展開</td></tr>
<tr><td>19</td><td>在宅看取りにおける訪問看護記録の書き方</td></tr>
</table>

※校閲者はワーキング委員

３．演習プログラム

内容	時間
オリエンテーション ・本日の進行方法	10 分
「訪問看護計画の立案演習」（在宅看取りにおける訪問看護過程の展開） ・演習の目的 ・本演習の位置づけ（グラフィックシラバスにおける位置づけ） ・演習の進め方 ・注意点	15 分
グループ内自己紹介 ・6～7 人/グループ、10 グループに分かれる ・司会および書記の選出	15 分
グループワーク ・ディスカッション ・全体演習（発表）の準備	80 分
休憩	10 分
全体演習（発表）	30 分
「訪問看護計画の立案演習」の統括	10 分
昼休憩	50 分
「コミュニケーション技術演習」（ロールプレイ） （在宅看取りに必要なコミュニケーション技術） ・演習の目的 ・本演習の位置づけ（グラフィックシラバスにおける位置づけ） ・演習の進め方 ・注意点	15 分
休憩	10 分
ロールプレイ ・6～7 人/グループ、10 グループに分かれる ・訪問看護師、利用者、家族の役を 1～2 回ずつ体験する ・役作り 3 分、ロールプレイ 7 分、フィードバック 5 分の計 15 分×4 回を実施する	60 分
休憩	10 分
グループディスカッション	30 分
全体演習（発表）	30 分

４．研修の実際

１）研修日時

（１）Group A

11 月 21 日（日）講義

11 月 23 日（火）講義

11 月 27 日（土）演習

（２）Group B

1 月 15 日（土）講義

1 月 16 日（日）講義

1 月 29 日（土）演習

２）研修方法

（１）講義

・Group A：リアルタイムでのライブ配信および事前に収録した動画の配信を行った。

・Group B：11 月の講義を収録した動画を配信した。ただし、司会はリアルタイムで進行した。

・各回とも質問は受け付けなかった。

（２）演習

・Zoom のブレイクアウトセッション機能を利用した。

・Group A 、Group B 双方とも、講義 2 日目終了後に、事務局による通信状況等の確認および名前変更作業の練習を行った。

・講義開始前に課題を提示し、2 日間の講義が終了して 2 日後までに提出してもらった。

・各グループにファシリテーターを 1 名配置した。

・ファシリテーターは講師および訪問看護認定看護師に依頼した。

・演習前にファシリテーターマニュアルを用い、ファシリテーターにオリエンテーションを実施した。

・総括は当財団所属の講師が担当した。

５．ファシリテーター一覧

氏名（敬称略・五十音順）	所属（認定・専門看護師等）
岩本 大希	WyL 株式会社　代表取締役／ウィル訪問看護ステーション江戸川所長（在宅看護専門看護師）
大橋 奈美	医療法人ハートフリーやすらぎ　常務理事兼統括管理責任者（訪問看護認定看護師）
清野 美砂	一般社団法人清風の会　けやき通り訪問看護ステーション　管理者（皮膚・排泄ケア認定看護師）
柴田 三奈子	株式会社ラピオン 代表取締役／ラピオンナースステーション統括所長（訪問看護認定看護師、認定看護管理者）
島田 珠美	医療法人誠医会 川崎大師訪問看護ステーション／療養通所介護まこと　管理者（診療看護師）
鷹野 美和	公益財団法人 日本訪問看護財団立 あすか山訪問看護ステーション（訪問看護認定看護師、特定看護師）
髙橋 洋子	日本訪問看護財団立 おもて参道訪問看護ステーション　所長（在宅看護専門看護師、訪問看護認定看護師）
富岡 里江	株式会社ウッディ 訪問看護ステーションはーと　主任（訪問看護認定看護師）
中島 朋子	株式会社ケアーズ 東久留米白十字訪問看護ステーション　所長／一般社団法人 全国訪問看護事業協会　常務理事（在宅看護専門看護師、緩和ケア認定看護師）
平原 優美	公益財団法人 日本訪問看護財団　事務局次長／日本訪問看護財団立 あすか山訪問看護ステーション　統括所長（在宅看護専門看護師）
福田 裕子	株式会社まちナース まちのナースステーション八千代　統括所長
藤田 愛	医療法人社団慈恵会 北須磨訪問看護・リハビリセンター　所長（慢性疾患看護専門看護師）

第４節 事業参加者の選定条件とリクルート方法

１．初任者研修モデル事業参加者の選定条件

対象は以下全てを満たす者とした。

・訪問看護に従事して 6 か月以上 4 年未満

※「6 か月以上 3 年未満」で募集を開始したが、3 年目の受講希望者が非常に多く、参加人数を確保するために、4 年未満とした。

・在宅看取り初心者（未経験もしくは数例程度）

・所属部署の管理者の推薦を受けている

・全てのアンケート調査に回答できる

・訪問看護の基礎的な研修（訪問看護師養成講習会、訪問看護 e ラーニング（訪問看護基礎講座）など）を受講している

２．募集方法

１）募集期間

2021 年 9 月 6 日～22 日とした。

２）募集方法

日本訪問看護財団のホームページ及び会員通信サービスに、初任者研修モデル事業参加者募集案内及び参加申し込みページの URL を掲載し、200 名を上限に募集した。なお、参加者は 1 事業所あたり 1 名までとした。

第５節 調査・分析方法

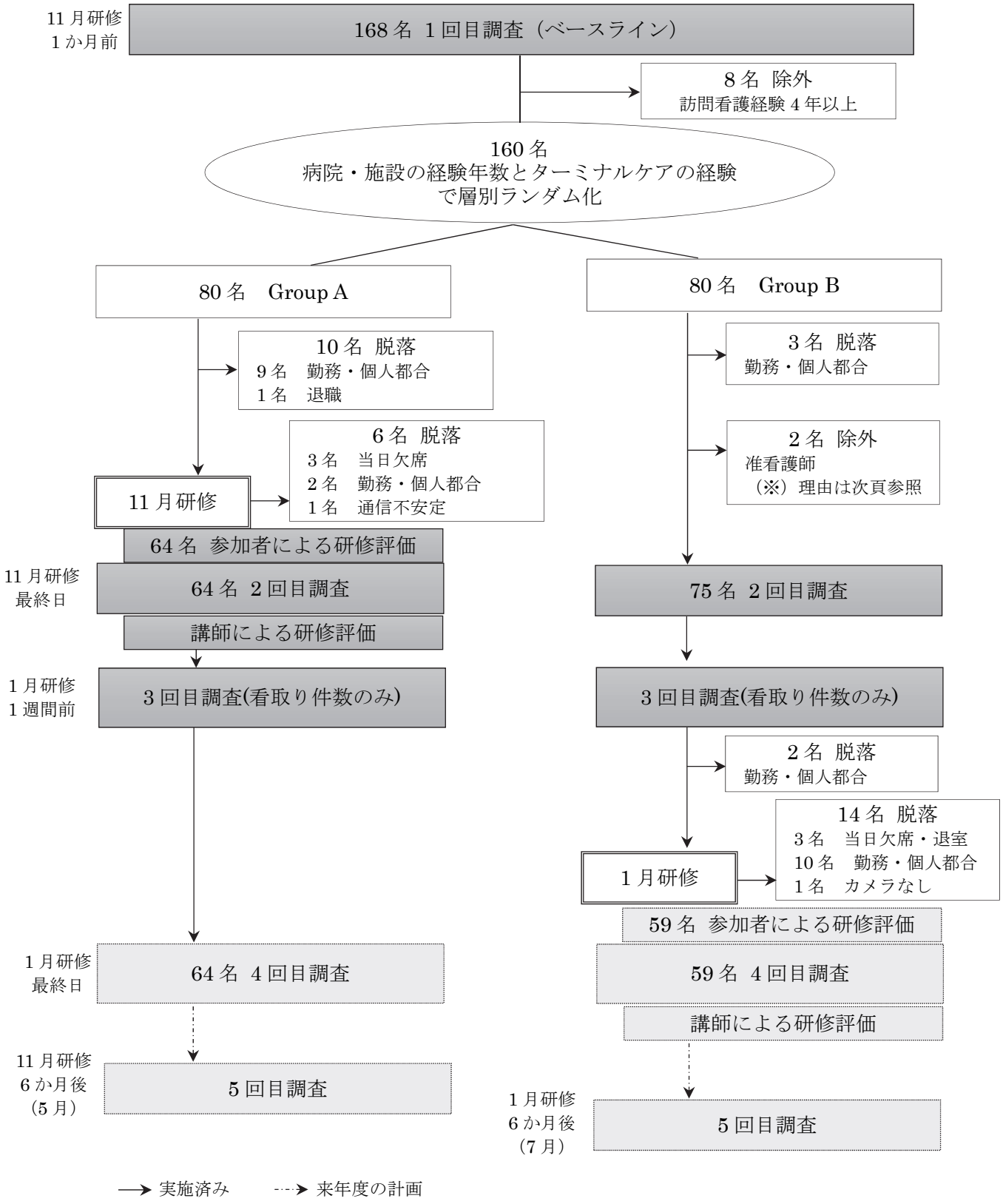
１．調査の流れ

本事業は wait list control 群を用いた無作為化比較試験である。初任者研修モデル事業の申し込み者は 168 名であった。その中で、参加者の選定条件に当てはまらない者（訪問看護経験 4 年以上）8 名を除いた 160 名を、病院・施設の経験年数とターミナルケアの経験で層別化した後、2 群（Group A と Group B）にランダムに割り付けた。

Group A 80 名のうち、11 月研修までに勤務・個人都合などの理由で 10 名が、11 月研修中に 6 名が脱落した。他方、Group B 80 名のうち、11 月研修までに勤務・個人都合を理由に 3 名が脱落した。また、検討委員会およびワーキング委員会において、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」に従い、看護計画の立案を実施する研修は准看護師を対象としない結論に至り、准看護師 2 名を研究対象から除外し（※）、Group A 64 名および Group B 75 名が、2 回目調査および 3 回目調査の対象となった。

さらに Group B については、3 回目調査後 1 月研修までに 2 名が、研修中に 14 名が脱落し、4 回目調査は Group A 64 名、Group B 59 名を対象に実施した。

図表 2-4　調査の流れ


11 月研修
1 か月前
168 名 1 回目調査（ベースライン）
8 名 除外
訪問看護経験 4 年以上
160 名
病院・施設の経験年数とターミナルケアの経験
で層別ランダム化
80 名　Group A
80 名　Group B
10 名 脱落
9 名　勤務・個人都合
1 名　退職
6 名 脱落
3 名　当日欠席
2 名　勤務・個人都合
1 名　通信不安定
11 月研修
64 名 参加者による研修評価
11 月研修
最終日
64 名 2 回目調査
講師による研修評価
1 月研修
1 週間前
3 回目調査(看取り件数のみ)
1 月研修
最終日
64 名 4 回目調査
11 月研修
6 か月後
（5 月）
5 回目調査
3 名 脱落
勤務・個人都合
2 名 除外
准看護師
（※）理由は次頁参照
75 名 2 回目調査
3 回目調査(看取り件数のみ)
2 名 脱落
勤務・個人都合
14 名 脱落
3 名　当日欠席・退室
10 名　勤務・個人都合
1 名　カメラなし
1 月研修
59 名 参加者による研修評価
59 名 4 回目調査
講師による研修評価
1 月研修
6 か月後
（7 月）
5 回目調査
実施済み
来年度の計画

２．調査内容

本年度は 1 回目～4 回目調査および参加者（Group A、Group B）による研修評価を実施し、5 回目調査は来年度に実施する予定である。本報告では、1 回目～3 回目調査、Group A による講義・演習の内容および方法の評価、講師による講義・演習の内容および方法の評価（11 月研修）の結果を記載する。全て Web アンケート調査とした。

在宅看取りケアへの態度については、Frommelt のターミナルケア態度尺度、緩和ケアに関する医療者の自信・意欲尺度（訪問看護バージョン）、緩和ケアに関する医療者の困難感尺度（訪問看護バージョン）を用い、さらに在宅看取りケアへの態度に関する項目を 5 つ追加した。在宅看取りケアの知識の測定には、担当講師が作成した 46 問の知識テストを用いた。

１）事業参加者の属性および研修効果

（１）1 回目調査

① 調査時期および対象

11 月研修を開催する約 1 か月前に、本事業参加者全員（160 名）を対象に実施した。

② 調査項目

事業参加者の属性・参加動機、教育・研修経験、在宅看取りケア件数、在宅看取りケアへの態度、在宅看取りケアの知識に関する項目を収集した。

（２）2 回目調査

① 調査時期および対象

11 月研修最終日に、Group A 64 名、Group B 75 名を対象に実施した。

② 調査項目

教育・研修経験、在宅看取りケア件数、在宅看取りケアへの態度、在宅看取りケアの知識に関する項目を収集した。

（３）3 回目調査

① 調査時期および対象

1 月研修約 1 週間前に、Group A 64 名、Group B 75 名を対象に実施した。

② 調査項目

在宅看取りケア件数について収集した。

※3 回目調査は参加者募集後のワーキング委員会での議論で追加されたため、修了証書の発行要件には含めていない。

（４）4 回目調査

① 調査時期および対象

1 月研修最終日に、Group A 64 名、Group B 59 名を対象に実施した。

② 調査項目

教育・研修経験、在宅看取りケア件数、在宅看取りケアへの態度、在宅看取りケアの知識に関する項目を収集した。

（５）5 回目調査

① 調査時期および対象

11 月研修参加者（Group A）には 11 月研修から約 6 か月後に、1 月研修参加者（Group B）には 1 月研修から約 6 か月後に、5 回目のアンケート調査を実施する。

② 調査項目

教育・研修経験、在宅看取りケア件数、在宅看取りケアへの態度、在宅看取りケアの知識、研修の実践への活用を収集する。

２）講義・演習の内容および方法の評価

（１）Group A による評価

① 調査時期および対象

11 月研修の 1 日目、2 日目、3 日目の後に、Group A 64 名を対象に実施した。

② 調査項目

1 日目および 2 日目の研修終了後に、講義の満足度と講義・資料の分かりやすさに関する項目を収集した。3 日目（研修最終日）には、演習の満足度および研修全体の評価に関する項目を収集した。

（２）Group B による評価

① 調査時期および対象

1 月研修の 1 日目、2 日目、3 日目の後に、Group B 59 名を対象に実施した。

② 調査項目

1 日目および 2 日目の研修終了後に、講義の満足度と講義・資料の分かりやすさに関する項目を収集した。3 日目（研修最終日）には、演習の満足度および研修全体の評価に関する項目を収集した。

（３）講師による評価（11 月研修）

① 調査時期および対象

11 月研修の 3 日目の後に、演習のファシリテーターとして参加した講師がオンラインで議論した。

② 調査内容

講義および演習の内容、運営方法について振り返ってもらった。

（４）講師による評価（1 月研修）

① 調査時期および対象

1 月研修の 3 日目の後に、演習のファシリテーターとして参加した講師がオンラインで議論した。

② 調査内容

講義および演習の内容、運営方法について振り返ってもらった。

３．分析方法

まず、1 回目調査、2 回目調査、3 回目調査それぞれにおいて、全ての項目の記述統計を算出した。そして、1 回目調査における、在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）、在宅看取りケアへの態度、在宅看取りケアの知識に関する項目を、Group A と Group B で比較した。次に、在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）、在宅看取りケアへの態度、在宅看取りケアの知識に関する項目について、Group A、Group B それぞれで 1 回目調査と 2 回目調査を比較した後、2 回目調査における両群の比較を行った。さらに、在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）については、Group A、Group B それぞれで 1 回目調査と 3 回目調査を比較した後、3 回目調査における両群の比較も行った。

Group A と Group B の群間比較には t 検定、両群それぞれにおける 1 回目調査と 2 回目調査、1 回目調査と 3 回目調査の比較には対応のある t 検定を用い、有意水準は 5%とした。分析には SPSS Ver.28 を使用した。

Group A を対象とした研修評価に関するデータについては、数値データの記述統計を算出した。研修の感想等の文字データについては、各回答を要約した後、類似した内容はまとめて記述した。

11 月研修最終日に実施した講師による研修評価については、録音データをもとに内容を要約した後、類似した内容はまとめて記述した。

４．倫理的配慮

参加者は自らの自由意思で本事業に申し込むことができた。参加申し込み案内ページには、本事業の目的、内容、修了証書の発行要件、研修受講日程・方法は無作為に割り当てられ自ら選択できないことを明記した。また、情報の取り扱いおよび倫理的配慮として、本事業の参加に同意した後にも辞退できること、調査内容は研究期間終了後 5 年間の保存期間を経て復元不可能な状態にして消去又は廃棄すること、外部に漏洩しないように日本訪問看護財団で厳重な管理をすることも記載した（参考資料 1 参照）。申し込みフォームとアンケート内容は受付番号にて連結可能な状態で保管し、回答内容から個人が特定されないよう配慮した。本事業に関わる者は、日本学術振興会「研究倫理 e ラーニングコース」またはそれを代替するコースを受講した後にデータ収集に着手した。本事業は、日本訪問看護財団研究倫理審査の承認を得て実施した。（No. 2021-01）

第６節 結果

１．１回目調査の結果

１回目調査には、160 名（Group A 80 名、Group B 80 名）を対象に実施した。各群の回答者数は「(n=回答者数)」、全体の回答者数は「(N=回答者数)」と示す。

１）事業参加者の属性・参加動機

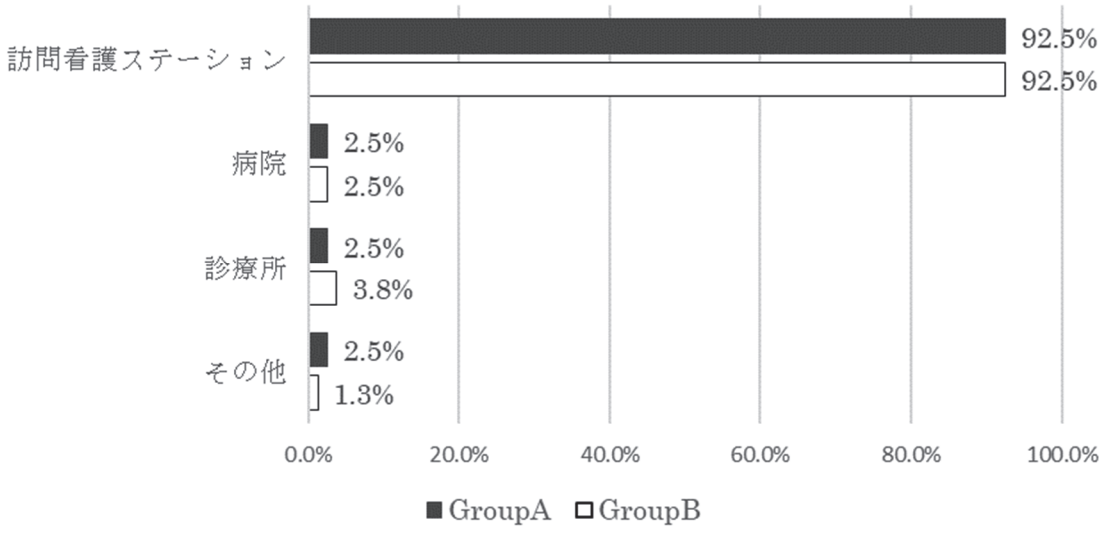
（１）就業場所

Group A、Group B ともに 92.5%が訪問看護ステーションに所属していた。

図表 2-5　就業場所

人数（%）

	Group A（n=80）	Group B（n=80）	全体（N=160）
訪問看護ステーション	74 (92.5%)	74 (92.5%)	148 (92.5%)
病院	2 (　2.5%)	2 (　2.5%)	4 (　2.5%)
診療所	2 (　2.5%)	3 (　3.8%)	5 (　3.1%)
その他	2 (　2.5%)	1 (　1.3%)	3 (　1.9%)
合計	80 (100.0%)	80 (100.0%)	160 (100.0%)



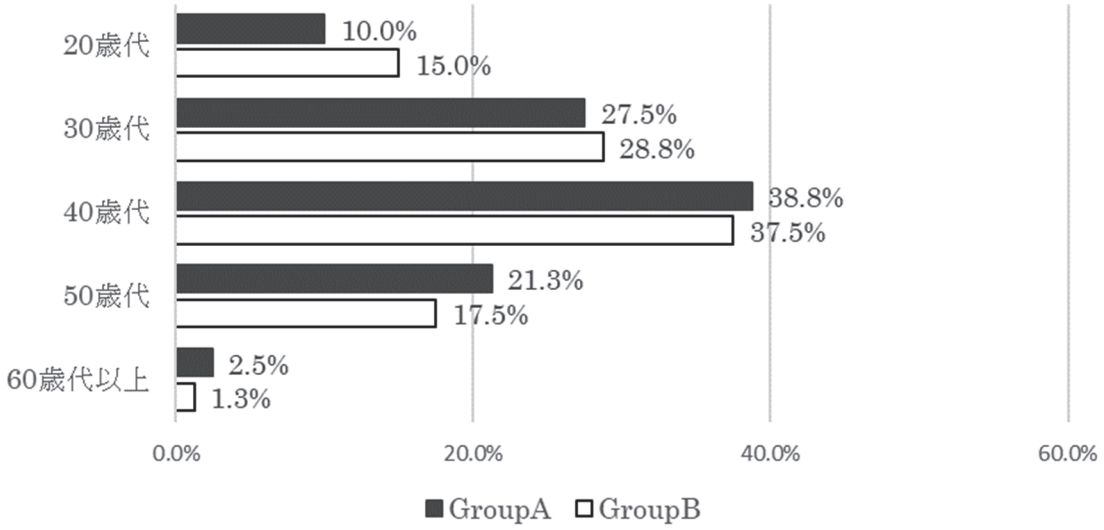
（２）年齢

Group A、Group B ともに 40 歳代が最も多く、次いで、30 歳代、50 歳代、20 歳代という結果であった。

図表 2-6　年代

人数（%）

	Group A（n=80）	Group B（n=80）	全体（N=160）
20 歳代	8 (10.0%)	12 (15.0%)	20 (12.5%)
30 歳代	22 (27.5%)	23 (28.8%)	45 (28.1%)
40 歳代	31 (38.8%)	30 (37.5%)	61 (38.1%)
50 歳代	17 (21.3%)	14 (17.5%)	31 (19.4%)
60 歳代以上	2 (　2.5%)	1 (　1.3%)	3 (　1.9%)
合計	80 (100.0%)	80 (100.0%)	160 (100.0%)



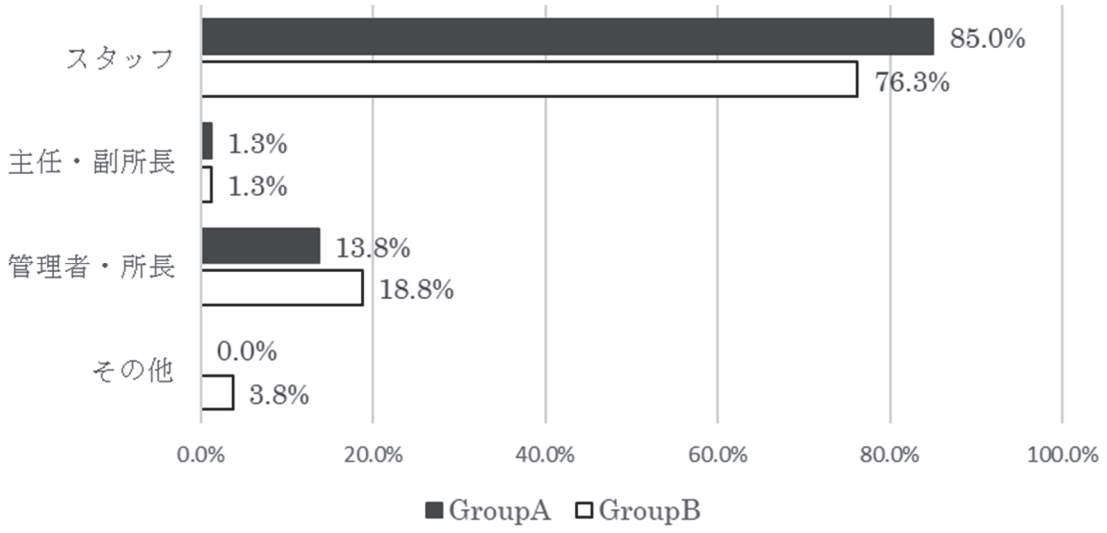
（３）職位

スタッフが最も多く、約 80%を占めていたのに対し、全体の 16.3%は管理者・所長であった。

図表 2-7　職位

人数（%）

	Group A（n=80）	Group B（n=80）	全体（N=160）
スタッフ	68 (85.0%)	61 (76.3%)	129 (80.6%)
主任・副所長	1 (　1.3%)	1 (　1.3%)	2 (　1.3%)
管理者・所長	11 (13.8%)	15 (18.8%)	26 (16.3%)
その他	0 (　0.0%)	3 (　3.8%)	3 (　1.9%)
合計	80 (100.0%)	80 (100.0%)	160 (100.0%)



（４）病院・施設の看護経験

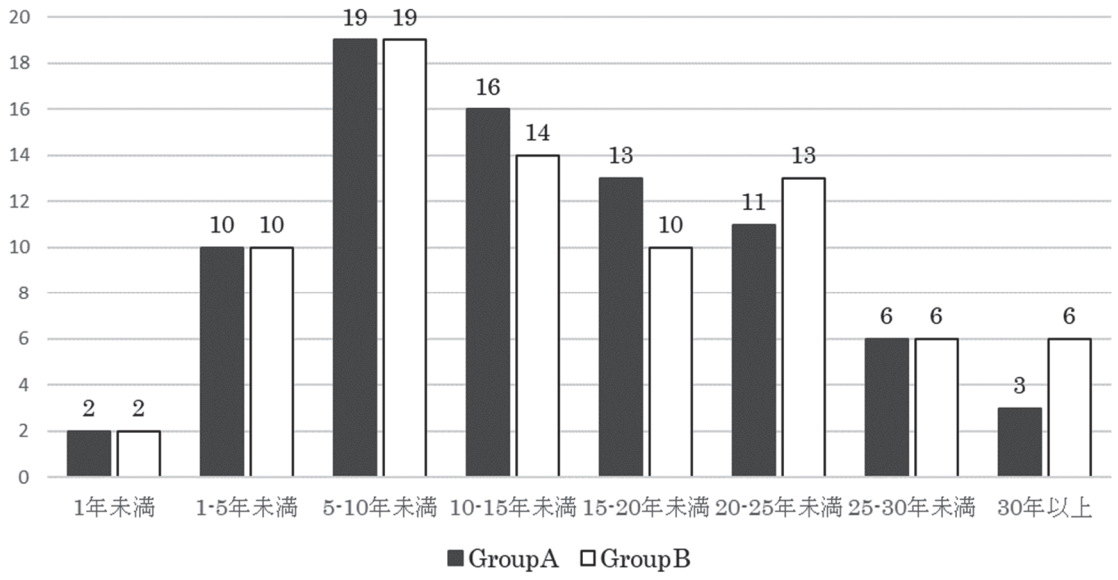
病院・施設の平均看護経験は約 13.7 年（164.1 か月）であり、5 年以上 10 年未満の者が最も多かった。

図表 2-8　病院・施設の看護経験の分布

か月（平均±標準偏差）

Group A（n=80）	Group B（n=80）	全体（N=160）
160.2 ± 101.0	168.0 ± 105.7	164.1 ± 103.1

（単位：人）



（５）訪問看護の経験

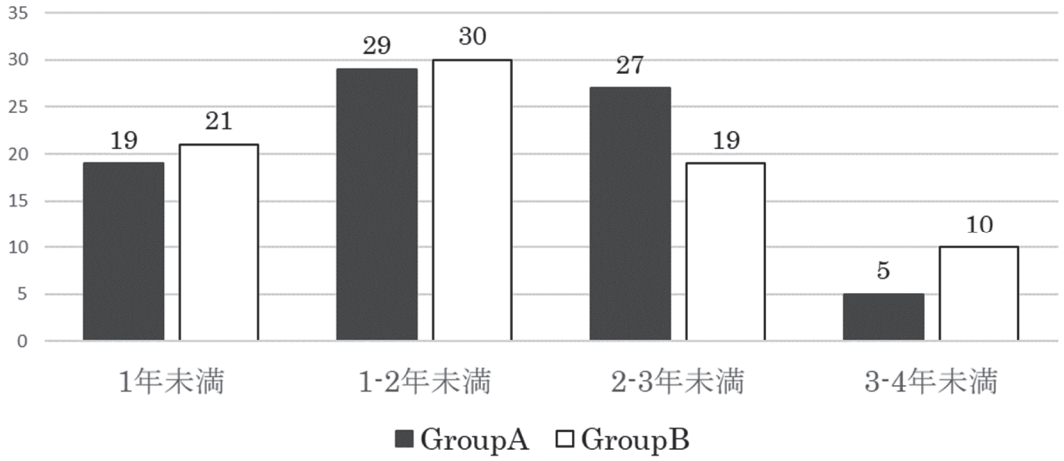
訪問看護の平均経験年数は約１年８か月（19.9 か月）であった。

図表 2-9　訪問看護の経験

か月（平均±標準偏差）

Group A（n=80）	Group B（n=80）	全体（N=160）
19.7 ± 10.1	20.1 ± 11.6	19.9 ± 10.8

（単位：人）



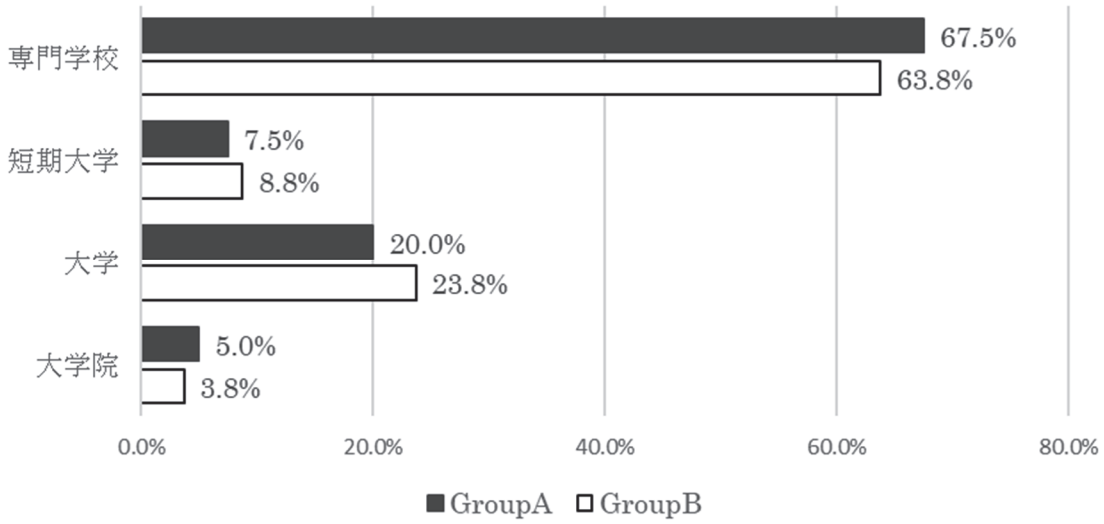
（６）最終学歴

最終学歴は専門学校の割合が約 65%と最も多く、次いで大学、短期大学という結果であった。

図表 2-10　最終学歴

人数（%）

	Group A（n=80）	Group B（n=80）	全体（N=160）
専門学校	54 (67.5%)	51 (63.8%)	105 (65.6%)
短期大学	6 (　7.5%)	7 (　8.8%)	13 (　8.1%)
大学	16 (20.0%)	19 (23.8%)	35 (21.9%)
大学院	4 (　5.0%)	3 (　3.8%)	7 (　4.4%)
合計	80 (100.0%)	80 (100.0%)	160 (100.0%)



（７）職種

Group B には准看護師が 2 名いた。なお、この 2 名は 2 回目調査以降の対象からは除いた。

図表 2-11　職種

人数（%）（複数回答可）

	Group A（n=75）	Group B（n=80）	全体（N=160）
保健師	11 (13.8%)	4 (5.0%)	15 (9.4%)
助産師	3 (3.8%)	2 (2.5%)	5 (3.1%)
看護師	75 (93.8%)	78 (97.5%)	153 (95.6%)
准看護師	3 (3.8%)	2 (2.5%)	5 (3.1%)
准看護師のみ	0 (0.0%)	2 (2.5%)	2 (1.3%)

（８）認定・専門看護師等の取得

① 取得の有無

全体の 96.3%は認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了者ではなかった。

図表 2-12　認定・専門看護師等取得の有無

人数（%）（複数回答可）

	Group A（n=80）	Group B（n=80）	全体（N=160）
認定看護師	3（　3.8%）	1（　1.3%）	4（　2.5%）
専門看護師	0（　0.0%）	0（　0.0%）	0（　0.0%）
特定行為研修修了	2（　2.5%）	0（　0.0%）	2（　1.3%）
なし	75（93.8%）	79（98.8%）	154（96.3%）
合計	80（100.0%）	80（100.0%）	160（100.0%）

② 認定看護師の種別

乳がん看護認定看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師、小児救急看護認定看護師、無回答が各１名という内訳であった。

（９）所属施設の概要

① 周囲のサポート状況

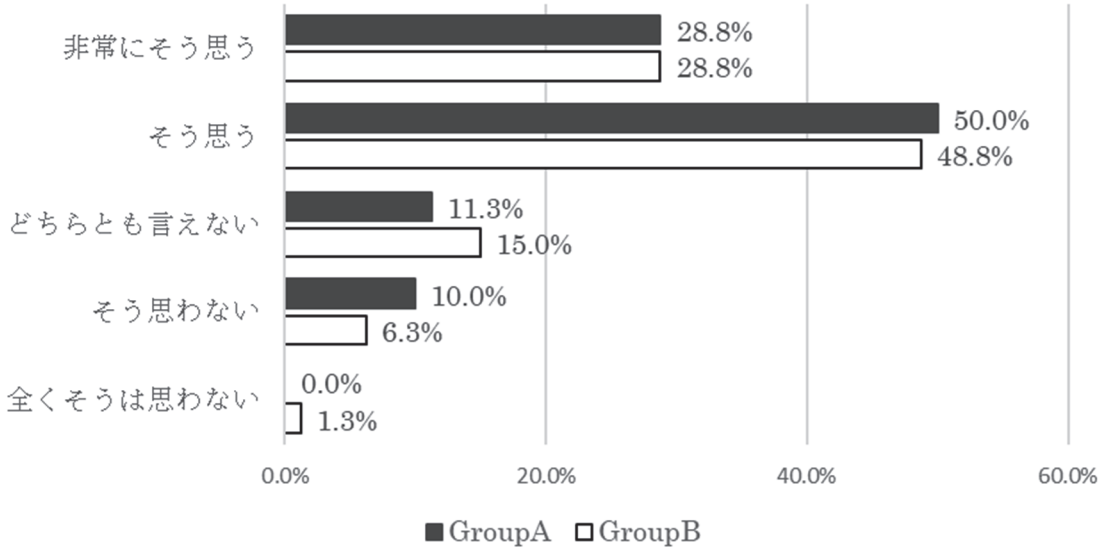
周囲のサポート状況：ケアや療養者について悩んだりした場合、周囲のサポートを得やすい環境だと思うか

周囲のサポートを得やすい環境かどうかという質問では、「そう思う」が最も多く約半数を占めており、８割近くが「非常にそう思う」または「そう思う」と回答していた。

図表 2-13　周囲のサポート状況

人数（%）

	Group A（n=80）	Group B（n=80）	全体（N=160）
非常にそう思う	23（28.8%）	23（28.8%）	46（28.8%）
そう思う	40（50.0%）	39（48.8%）	79（49.4%）
どちらとも言えない	9（11.3%）	12（15.0%）	21（13.1%）
そう思わない	8（10.0%）	5（　6.3%）	13（　8.1%）
全くそうは思わない	0（　0.0%）	1（　1.3%）	1（　0.6%）
合計	80（100.0%）	80（100.0%）	160（100.0%）



② 所属施設で実施しているカンファレンス

所属施設において全体の約 8 割がカンファレンスを実施しており、施設内カンファレンス、在宅ケアチーム（多職種間）カンファレンスの順に多い結果となった。なお、カンファレンス実施の有無について、全ての項目で Group A と Group B の間に大きな違いはみられなかった。

図表 2-14　所属施設で実施しているカンファレンス

人数（%）（複数回答可）

		Group A (n=80)	Group B (n=80)	全体 (N=160)
在宅ケアチーム（多職種間）カンファレンス	あり	35 (43.8%)	31 (38.8%)	66 (41.3%)
	なし	45 (56.3%)	49 (61.3%)	94 (58.8%)
施設内カンファレンス	あり	43 (53.8%)	49 (61.3%)	92 (57.5%)
	なし	37 (46.3%)	31 (38.8%)	68 (42.5%)
死亡後在宅ケアチーム（多職種間）カンファレンス	あり	8 (10.0%)	9 (11.3%)	17 (10.6%)
	なし	72 (90.0%)	71 (88.8%)	143 (89.4%)
死亡後施設内カンファレンス	あり	22 (27.5%)	21 (26.3%)	43 (26.9%)
	なし	58 (72.5%)	59 (73.8%)	117 (73.1%)
その他	あり	3 (3.8%)	5 (6.3%)	8 (5.0%)
	なし	77 (96.3%)	75 (93.8%)	152 (95.0%)
実施していない	はい	20 (25.0%)	12 (15.0%)	32 (20.0%)
	いいえ	60 (75.0%)	68 (85.0%)	128 (80.0%)

③ 初めて在宅看取りを実践する看護師への特別な支援

所属施設において全体の 8 割以上が、初めて在宅看取りを実践する看護師に特別な支援を行っており、その内容では、「同行訪問の頻度を増やす」が最も多かった。なお、支援の有無について、全ての項目で Group A と Group B の間に大きな違いはみられなかった。

図表 2-15　初めて在宅看取りを実践する看護師への特別な支援

人数（%）（複数回答可）

		Group A （n=80）	Group B （n=80）	全体 （N=160）
同行訪問の頻度をふやす	している	54 (67.5%)	51 (63.8%)	105 (65.6%)
	していない	26 (32.5%)	29 (36.3%)	55 (34.4%)
看取れるように訪問を調整する	している	15 (18.8%)	26 (32.5%)	41 (25.6%)
	していない	65 (81.3%)	54 (67.5%)	119 (74.4%)
在宅看取りに関する研修を受けさせる	している	29 (36.3%)	22 (27.5%)	51 (31.9%)
	していない	51 (63.8%)	58 (72.5%)	109 (68.1%)
メンタルサポート	している	17 (21.3%)	23 (28.8%)	40 (25.0%)
	していない	63 (78.8%)	57 (71.3%)	120 (75.0%)
特にしていない	はい	14 (17.5%)	16 (20.0%)	30 (18.8%)
	いいえ	66 (82.5%)	64 (80.0%)	130 (81.3%)

④ 遺族へのケア

遺族へのケア：在宅療養者が死亡後、遺族へのケアをしているか

所属施設において全体の約 9 割が遺族ケアを実施しており、その内容では「自宅への訪問」が最も多く、約 75%が実施していた。なお、遺族ケア実施の有無について、全ての項目で Group A と Group B の間に大きな違いはみられなかった。

図表 2-16　遺族へのケア

人数（%）（複数回答可）

		Group A (n=80)	Group B (n=80)	全体 (N=160)
葬儀やお別れの会への参列	している	14 (17.5%)	15 (18.8%)	29 (18.1%)
	していない	66 (82.5%)	65 (81.3%)	131 (81.9%)
自宅への訪問	している	62 (77.5%)	59 (73.8%)	121 (75.6%)
	していない	18 (22.5%)	21 (26.3%)	39 (24.4%)
電話	している	30 (37.5%)	19 (23.8%)	49 (30.6%)
	していない	50 (62.5%)	61 (76.3%)	111 (69.4%)
電子メール・FAX	している	2 (2.5%)	0 (0.0%)	2 (1.3%)
	していない	78 (97.5%)	80 (100.0%)	158 (98.8%)
手紙やカードの送付	している	12 (15.0%)	10 (12.5%)	22 (13.8%)
	していない	68 (85.0%)	70 (87.5%)	138 (86.3%)
遺族会の開催	している	3 (3.8%)	0 (0.0%)	3 (1.9%)
	していない	77 (96.3%)	80 (100.0%)	157 (98.1%)
その他	している	3 (3.8%)	3 (3.8%)	6 (3.8%)
	していない	77 (96.3%)	77 (96.3%)	154 (96.3%)
特にしていない	はい	9 (11.3%)	9 (11.3%)	18 (11.3%)
	いいえ	71 (88.8%)	71 (88.8%)	142 (88.8%)

⑤ 看護職員の常勤換算数

看護職員の常勤換算数：所属施設（病院・診療所の場合は所属部署）の看護職員の常勤換算数

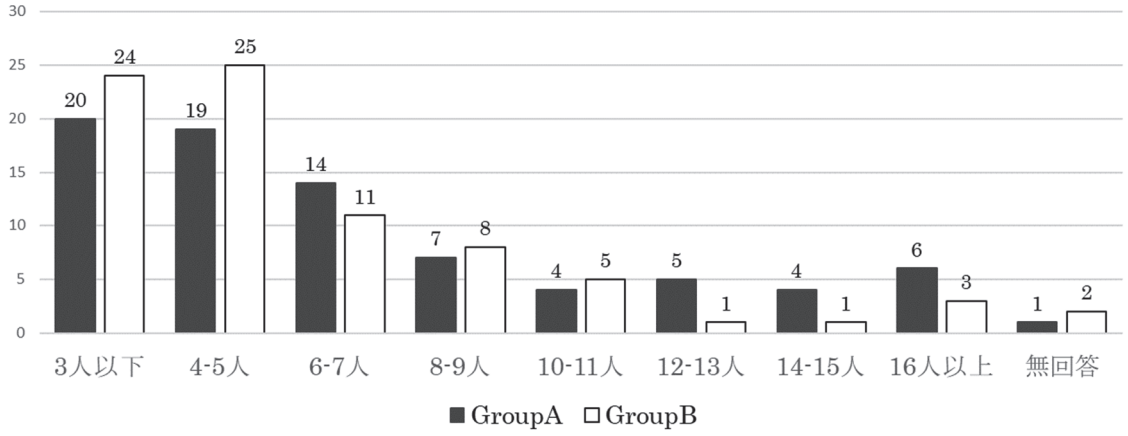
所属施設（病院・診療所の場合は所属部署）の看護職員の常勤換算数は、平均 6.4 人であり、Group A では 3 人以下、4～5 人の順に、Group B では 4～5 人、3 人以下の順に多い結果となった。

図表 2-17　看護職員の常勤換算数

人数（平均±標準偏差）

Group A（n=79）	Group B（n=78）	全体（N＝157）
6.9 ± 4.5	5.9 ± 4.6	6.4 ± 4.5

（単位：人）



⑥ 看護職員の実人数

看護職員の実人数：所属施設（病院・診療所の場合は所属部署）の看護職員の実人数

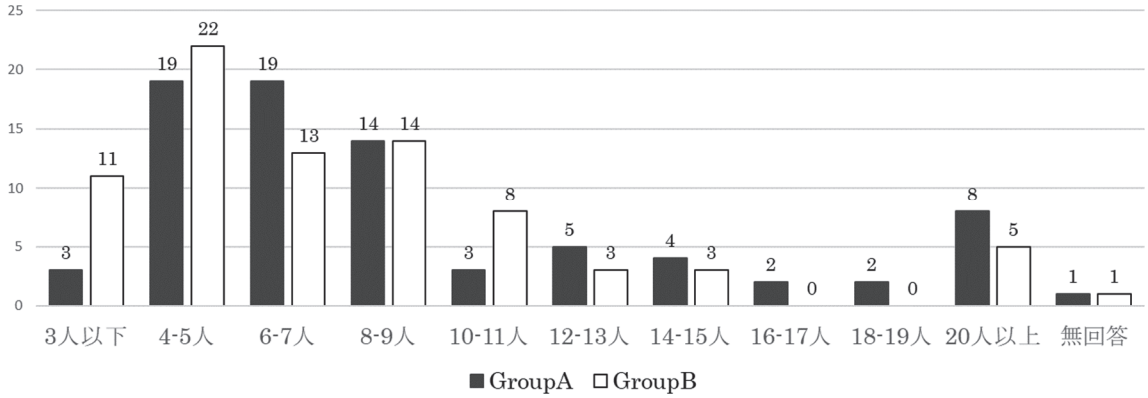
看護職員の実人数は平均 8.7 人であり、4～9 人が最も多い結果となった。

図表 2-18　看護職員の実人数

人数（平均±標準偏差）

Group A（n=79）	Group B（n=79）	全体（N＝158）
9.3 ± 5.7	8.2 ± 7.3	8.7 ± 6.6

（単位：人）



⑦ 所属施設の在宅看取りケアの数

所属施設の在宅看取りケアの数：令和 2 年度のターミナルケア加算と訪問看護ターミナルケア療養費（病院・診療所の場合は在宅ターミナルケア加算）の算定件数の合計

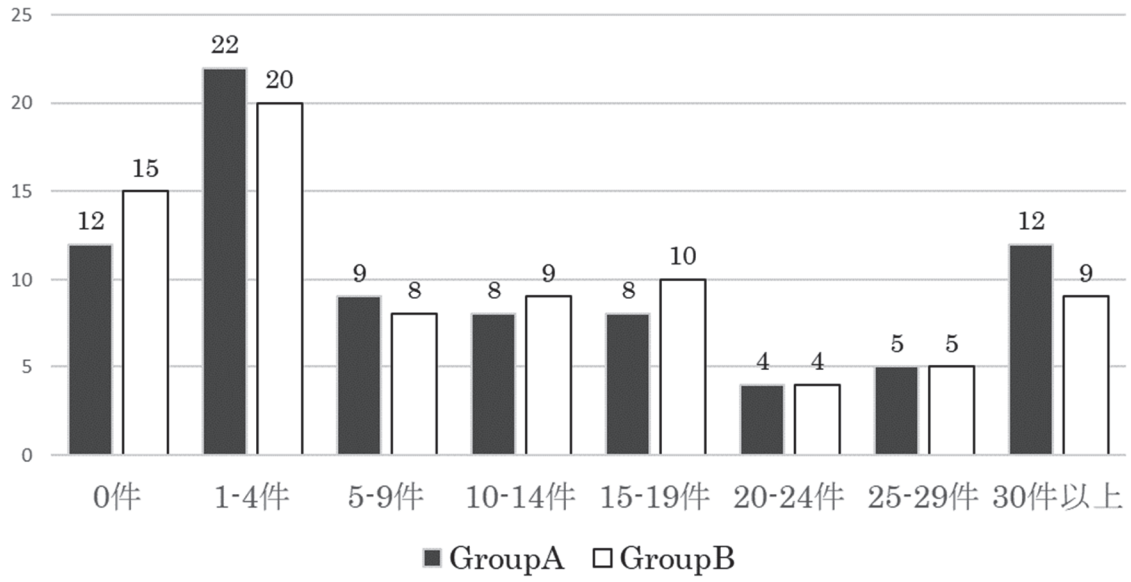
昨年度 1 年間の所属施設の在宅看取りケアの平均件数は 12.9 件であり、1～4 件が最も多い結果となった。

図表 2-19　所属施設の在宅看取りケアの数

人数（平均±標準偏差）

Group A（n=80）	Group B（n=80）	全体（N＝160）
12.5 ± 13.3	13.3 ± 17.3	12.9 ± 15.4

（単位：人）



（１０）参加動機

事業参加者の主な参加動機について、自由記述の内容を以下 20 項目に分類し、整理した。各項目の主な内容を示す。

① 在宅看取りのニーズが増えている

・当施設において近年自宅看取りの件数が大幅に増加している。

・コロナ禍で家族と過ごす時間を大切にし、自宅で最期を迎えたいと考える利用者が増えている。

② 在宅看取りケアの機会が増えた

・メイン担当として看取りを担当する機会が増えてきている。

③ 将来の在宅看取りに備えたい

・今後関わる在宅で療養する方々が安心して旅立てるケアができるようになりたい。

・今後当病院で在宅看取り患者を増やしていく上で（知識などが）必要になってくるため、是非研修を受けておきたい。

④ 訪問看護を続けるうえで必要・重要だと思う

・訪問看護を続けていく上で、在宅看取りは大事なケアの一つである。

⑤ 在宅看取りケアに興味があった

・看護師になったときから看取りや緩和ケアに興味を持っていた。

⑥ 在宅看取りを体系的に学びたい

・在宅看取りケアについて一度きちんと系統立てて学習したかった。

・在宅での看取りを何度か経験しているが、不確かなことが多いため、基礎からしっかり学びたい。

⑦ 在宅看取りの知識・技術を高めたい

・本人や家族がもっと安心して過ごせるような在宅看取りケアができるようになりたい。

・在宅看取りの知識を増やし、在宅で看取ってほしいという気持ちに寄り添った看護を提供したい。

・訪問看護ステーションを立ち上げ、看取りの利用者や家族の力になりたいと考えているが、機会・経験に乏しく知識を深めたい。

⑧ 家族ケアについて学びたい

・亡くなった利用者の第一発見者になるであろう家族に対する関わりやメンタルケアの参考にしたい。

⑨ コミュニケーション技術・声かけについて学びたい

・本人や家族が「在宅で最期を迎えることができて良かった」と思えるようなコミュニケーション技術を学びたい。

・在宅看取りを控えた利用者への声かけ、死後処置中の声かけに悩むことが多い。

・最期の近づく本人に「やり残したことはないからいいんです」と言われ、何も答えられなかった経験があり、本人や家族が「在宅で最期を迎えることができて良かった」と思えるようなケアやコミュニケーション技術を学びたい。

⑩ 利用者・家族の意思決定支援について学びたい

・本人の思いを中心とした看取りが家族も納得しできるよう支援していきたい。

⑪ 多職種連携について学びたい

・状況に応じた多職種連携を学びたい。

⑫ 自信をもって在宅看取りケアを実践したい

・根拠と自信を持って利用者と家族に向き合えるようになりたい。
・在宅での看取りのイメージが湧きにくく、不安がある。
・多職種連携や家族への説明のタイミングなどに不安がある。
・看護師が患者の最期を家族に伝えることは、医師のそれと受けとられ方が異なるため、正直荷が重く、私の今の知識と経験ではとても不安である。
・在宅での看取り経験が少なく、疼痛緩和、症状に応じた看護実践に不安がある。

⑬ 本人・家族の大切な時間を支えたい

・利用者の人生の最後であり、家族の重要な場面を素晴らしい場面となるよう看護したい。
・本人と家族が大切な時を過ごす在宅において、看護師として出来ることや支え方を学びたい。
・最期を迎える患者さんに穏やかで充実した時間を送ってもらう援助ができるきっかけにしたい。

⑭ 自身の実践を振り返りたい

・自身の終末期の関わりについて評価したい。

⑮ 病棟とは異なる在宅での看取りを学びたい

・初めての在宅看取りで病院とは違った関わりがあり、戸惑うことがあった。
・救急外来・病棟でたくさんの看取り経験はあるが、訪問看護師としての看取りの経験は感覚的に違った。

⑯ 利用者・家族の気持ちに寄り添った在宅看取りを実現したい

・在宅看取りの知識を増やし、在宅で看取ってほしいという気持ちに寄り添った看護を提供したい。
・在宅での看取りでの看護師の役割や立場など、自己満足ではなく、本人･家族中心の関わりを学びたい。

⑰ これまでの実践で感じた課題について学びたい

・訪問看護師になり、最期まで自宅にいたいと希望する方の望みや家族の悩み、介護不安を目の当たりにして、自分の看護が不十分だと感じた。
・死が近づくにつれて取り乱す本人やその家族、医師との意見の食い違い、看取りの難しさを感じ、看取りについてもっと知識、力をつけたいと考えた。
・非がんの方は予後予測が複雑であり、穏やかな在宅看取りが難しく、先日非がんの方の老衰期に携わり感じた後悔の念が今も消えることなく残ったままである。
・終末期の利用者との関わりを振り返り、これでよかったのだろうかと悩むことが増え、本人、家族、看護師自身にとって後悔のない関わりができるようになりたい。
・訪問看護師として 10 例近くの看取りをし、これで良かったのかとやるせない気持ちや悶々とすることもあり今に至っており、研修で学びを深め、ケアに繋げていきたい。
・初めて訪問看護師として看取りを経験しこれでよかったのかと後悔や疑問もあったため、医療者側の視点や家族側の視点から看取りについて学んでみたい。

⑱ 施設（事業所）内外の教育・サポートにいかしたい

・在宅看取りの学びを深めて、スタッフと共有したい。
・地域活動として、周囲の同業者への情報提供、地域の方に亡くなる前の経過など研修会を提供したい。

⑲ 施設（事業所）内外のサポートを受けることが難しい

・所属事業所では研修はなく、自ら勉強するしかない。
・専門的知識をもった方が周囲にいないため、わからない者同士が「そちらの施設ではどうやっていますか？」と聞きながら情報を得ることしかできない。

⑳ その他

・訪問看護師としてのキャリアアップを希望している。
・様々な予測を立てて動ける看護師になりたい。
・上司にすすめられた。
・在宅での看取り経験が少ないため、様々な事例を知りたい。
・他の地域で訪問看護をされている方の意見や葛藤などの経験談を聞きたい。

・長きに渡り在宅療養者の方々を支えてこられた秋山さん、平原夫婦のお話をぜひ伺いたいと思った。

２）教育・研修経験

（１）看護師になってからの教育・研修経験

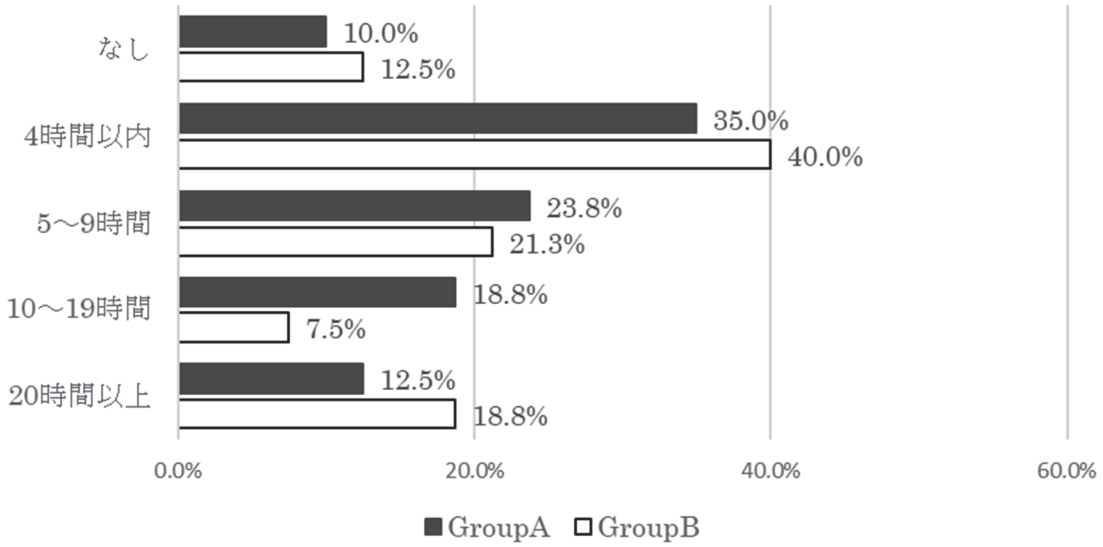
看護師になってからの教育・研修経験：看護師になってから、緩和ケアやエンドオブライフケアに関する研修や教育を何時間くらい受けたか

看護師になってからの教育・研修経験にはばらつきがみられたが、4 時間以内が最も多く、次いで 5～9 時間という結果であった。

図表 2-20　看護師になってからの教育・研修経験

人数（%）

	Group A（n=80）	Group B（n=80）	全体（N=160）
なし	8 (10.0%)	10 (12.5%)	18 (11.3%)
4 時間以内	28 (35.0%)	32 (40.0%)	60 (37.5%)
5～9 時間	19 (23.8%)	17 (21.3%)	36 (22.5%)
10～19 時間	15 (18.8%)	6 (　7.5%)	21 (13.1%)
20 時間以上	10 (12.5%)	15 (18.8%)	25 (15.6%)
合計	80 (100.0%)	80 (100.0%)	160 (100.0%)



（２）訪問看護師になってからの教育・研修経験

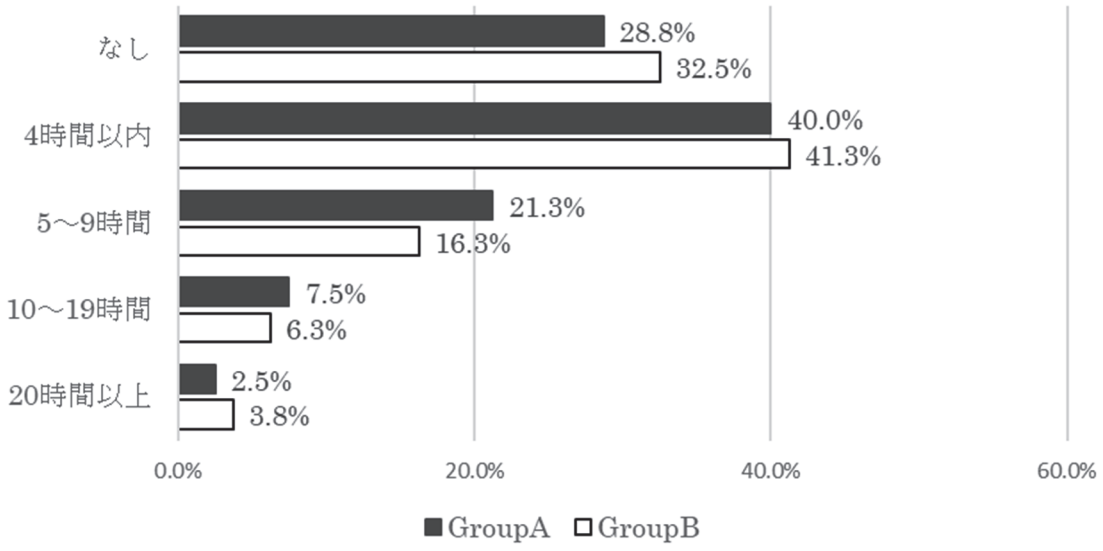
訪問看護師になってからの教育・研修経験：訪問看護師になってから、緩和ケアやエンドオブライフケアに関する研修や教育を何時間くらい受けたか

訪問看護師になってからの教育・研修経験は、4 時間以内が最も多く、次いで、なし、5～9 時間という結果であった。

図表 2-21　訪問看護師になってからの教育・研修経験

人数（%）

	Group A（n=80）	Group B（n=80）	全体（N=160）
なし	23 (28.8%)	26 (32.5%)	49 (30.6%)
4 時間以内	32 (40.0%)	33 (41.3%)	65 (40.6%)
5～9 時間	17 (21.3%)	13 (16.3%)	30 (18.8%)
10～19 時間	6 (　7.5%)	5 (　6.3%)	11 (　6.9%)
20 時間以上	2 (　2.5%)	3 (　3.8%)	5 (　3.1%)
合計	80 (100.0%)	80 (100.0%)	160 (100.0%)



３）在宅看取りケア件数

（１）病院・施設等での臨死期のケア

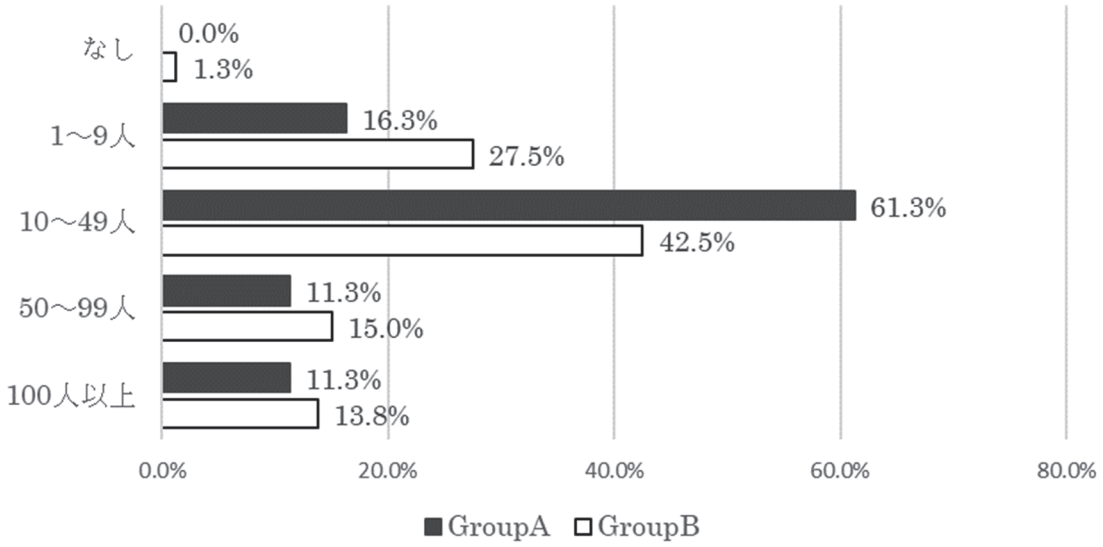
病院・施設等での臨死期のケア：病院または施設等においてケアをした、臨死期（予後 1 か月から亡くなるまでの時期）にある方の人数

病院または施設等においてケアをした臨死期にある方の人数にはばらつきがみられたが、1～49 人が約半数を占めており、最も多い結果となった。

図表 2-22　病院・施設等で臨死期のケア

人数（%）

	Group A（n=80）	Group B（n=80）	全体（N＝160）
なし	0（　0.0%）	1（　1.3%）	1（　0.6%）
1～9 人	13（16.3%）	22（27.5%）	35（21.9%）
10～49 人	49（61.3%）	34（42.5%）	83（51.9%）
50～99 人	9（11.3%）	12（15.0%）	21（13.1%）
100 人以上	9（11.3%）	11（13.8%）	20（12.5%）
合計	80（100.0%）	80（100.0%）	160（100.0%）



（２）訪問看護での臨死期のケア

訪問看護での臨死期のケア：訪問看護師になってからケアをした、臨死期（予後 1 か月から亡くなるまでの時期）にある方の人数

研修開始前の、訪問看護師になってからケアをした臨死期にある方の人数は、平均 8.6 人だった。Group A と Group B の間に統計学的な有意差は認められなかった。

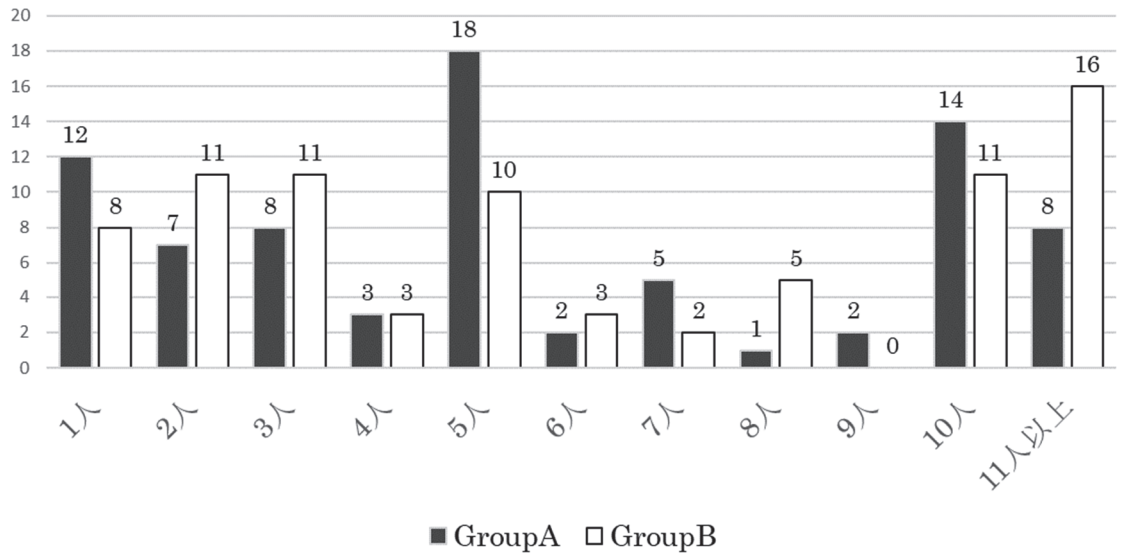
図表 2-23　訪問看護での臨死期のケア

人数（平均±標準偏差）

全体（N＝155）	Group A（n=75）	Group B（n=80）	P 値
7.5 ± 7.9	6.4 ± 5.3	8.6 ± 9.6	0.086

t 検定

（単位：人）



４）在宅看取りケアへの態度

（１）Frommelt のターミナルケア態度尺度

① 点数の合計

ターミナルケア態度尺度の合計点数は平均 118.0 点、その下位尺度である「死にゆく患者へのケアの前向きさ」は 62.4 点、「患者・家族を中心とするケアの認識」は 51.8 点、「死の考え方」は 3.8 点であった。これら全てにおいて、Group A と Group B の間に統計学的な有意差は認められなかった。

図表 2-24　Frommelt のターミナルケア態度尺度

点（平均±標準偏差）

		全体 （N＝160）	Group A （n=80）	Group B （n=80）	P 値
尺度の合計点数		118.0 ± 8.9	117.6 ± 7.9	118.5 ± 9.8	0.552
下位尺度の点数	死にゆく患者へのケアの前向きさ	62.4 ± 6.3	62.1±5.7	62.7 ± 7.0	0.543
	患者・家族を中心とするケアの認識	51.8 ± 4.6	51.7 ± 4.4	51.9 ± 4.8	0.797
	死の考え方	3.8 ± 0.7	3.8 ± 0.7	3.8 ± 0.8	0.744

・尺度の合計点数：30～150 点

・死にゆく患者へのケアの前向きさ：16～80 点

※点数が高いほど、ターミナルケアに前向きであることを示す。

・患者・家族を中心とするケアの認識：13～65 点

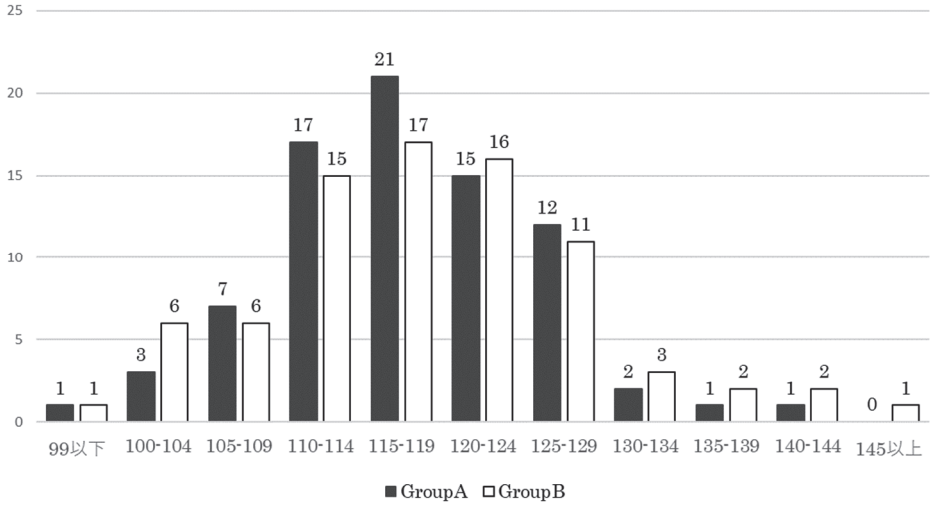
※点数が高いほど、患者・家族を中心とするケアの認識があることを示す。

・死の考え方：1～5 点

・t 検定

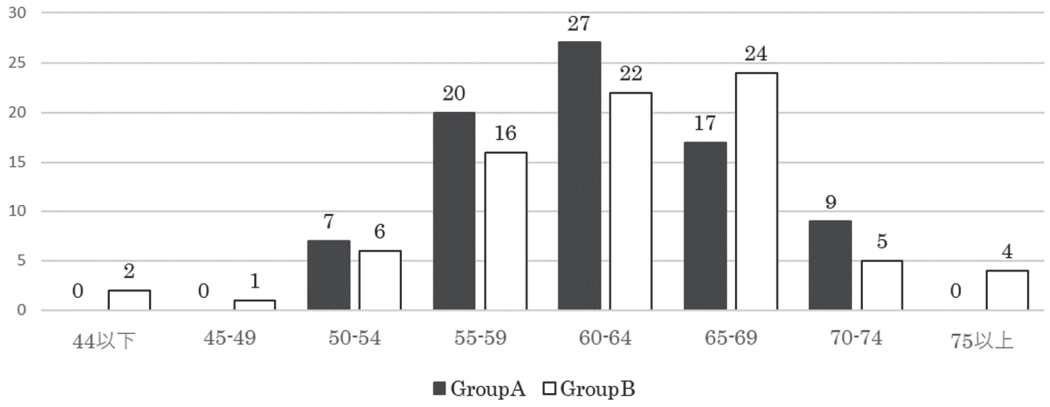
図表 2-25　尺度の合計点数

（単位：人）



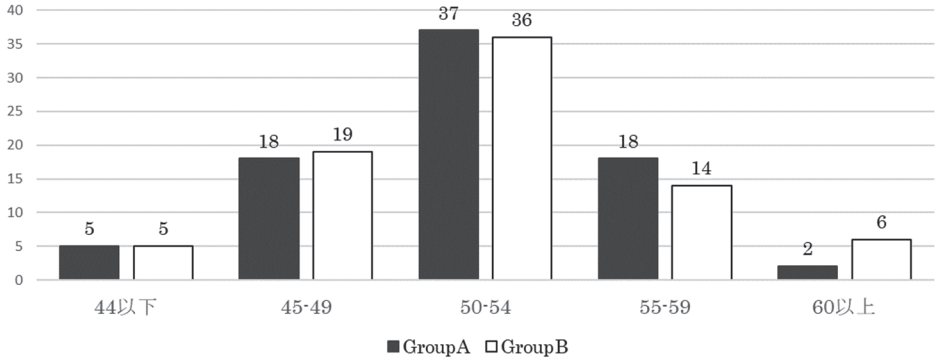
図表 2-26　死にゆく患者へのケアの前向きさ

（単位：人）



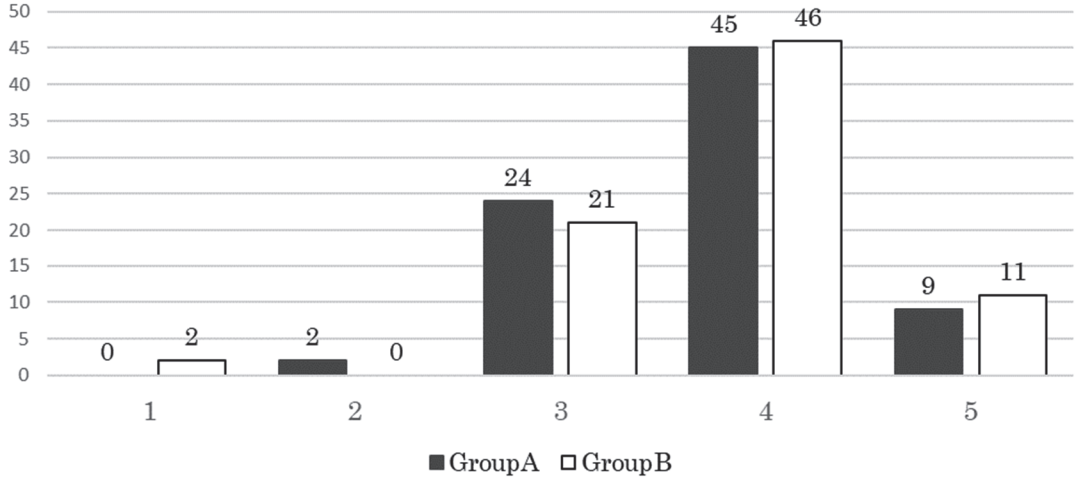
図表 2-27　患者・家族を中心とするケアの認識

（単位：人）



図表 2-28　死の考え方

（単位：人）



② 尺度の項目

各設問に対する回答割合を示す。

死にゆく患者へのケアの前向きさ

（ア）死にゆく患者をケアすることは、私にとって価値のあることである（設問 1）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
そう思わない	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)
どちらとも言えない	8 (10.0%)	7 (8.8%)	15 (9.4%)
そう思う	40 (50.0%)	25 (31.3%)	65 (40.6%)
非常に思う	32 (40.0%)	47 (58.8%)	79 (49.4%)

（イ）死は人間にとって起こりうる最も悪いことではない（設問 2）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
そう思わない	2 (2.5%)	3 (3.8%)	5 (3.1%)
どちらとも言えない	22 (27.5%)	17 (21.3%)	39 (24.4%)
そう思う	43 (53.8%)	43 (53.8%)	86 (53.8%)
非常に思う	13 (16.3%)	17 (21.3%)	30 (18.8%)

（ウ）死にゆく患者と差し迫った死について話をすることを気まずく感じる（設問 3）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	3 (3.8%)	2 (2.5%)	5 (3.1%)
そう思わない	23 (28.8%)	22 (27.5%)	45 (28.1%)
どちらとも言えない	29 (36.3%)	28 (35.0%)	57 (35.6%)
そう思う	21 (26.3%)	22 (27.5%)	43 (26.9%)
非常に思う	4 (5.0%)	6 (7.5%)	10 (6.3%)

（エ）私は死にゆく患者のケアをしたいとは思わない（設問 5）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	31 (38.8%)	32 (40.0%)	63 (39.4%)
そう思わない	41 (51.3%)	42 (52.5%)	83 (51.9%)
どちらとも言えない	6 (7.5%)	5 (6.3%)	11 (6.9%)
そう思う	1 (1.3%)	1 (1.3%)	2 (1.3%)
非常に思う	1 (1.3%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)

（オ）ケア提供者は死にゆく患者と死について話す存在であるべきではない（設問 6）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	27 (33.8%)	23 (28.8%)	50 (31.3%)
そう思わない	42 (52.5%)	48 (60.0%)	90 (56.3%)
どちらとも言えない	9 (11.3%)	6 (7.5%)	15 (9.4%)
そう思う	2 (2.5%)	2 (2.5%)	4 (2.5%)
非常に思う	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)

（カ）私は死にゆく患者へのケアに時間をかけることはあまり好きではない（設問 7）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	38 (47.5%)	36 (45.0%)	74 (46.3%)
そう思わない	33 (41.3%)	38 (47.5%)	71 (44.4%)
どちらとも言えない	9 (11.3%)	5 (6.3%)	14 (8.8%)
そう思う	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)
非常に思う	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

（キ）私がケアをしている死にゆく患者が、きっと良くなるという希望を失ったら、私は動揺するだろう（設問 8）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	6 (7.5%)	6 (7.5%)	12 (7.5%)
そう思わない	34 (42.5%)	31 (38.8%)	65 (40.6%)
どちらとも言えない	27 (33.8%)	29 (36.3%)	56 (35.0%)
そう思う	12 (15.0%)	9 (11.3%)	21 (13.1%)
非常に思う	1 (1.3%)	5 (6.3%)	6 (3.8%)

（ク）死にゆく患者と親密な関係を築くことは難しい（設問 9）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	3 (3.8%)	8 (10.0%)	11 (6.9%)
そう思わない	48 (60.0%)	42 (52.5%)	90 (56.3%)
どちらとも言えない	21 (26.3%)	19 (23.8%)	40 (25.0%)
そう思う	8 (10.0%)	9 (11.3%)	17 (10.6%)
非常に思う	0 (0.0%)	2 (2.5%)	2 (1.3%)

（ケ）患者から「私は死ぬの？」と聞かれた場合、私は話題を何か明るいものに変えるのが最も良いと思う（設問 11）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	13 (16.3%)	16 (20.0%)	29 (18.1%)
そう思わない	47 (58.8%)	40 (50.0%)	87 (54.4%)
どちらとも言えない	20 (25.0%)	22 (27.5%)	42 (26.3%)
そう思う	0 (0.0%)	2 (2.5%)	2 (1.3%)
非常に思う	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

（コ）私がケアをしてきた患者は、自分の不在の時に亡くなって欲しい（設問 13）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	22 (27.5%)	24 (30.0%)	46 (28.8%)
そう思わない	37 (46.3%)	45 (56.3%)	82 (51.3%)
どちらとも言えない	17 (21.3%)	10 (12.5%)	27 (16.9%)
そう思う	3 (3.8%)	1 (1.3%)	4 (2.5%)
非常に思う	1 (1.3%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)

（サ）私は死にゆく患者と親しくなることが怖い（設問 14）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	15 (18.8%)	24 (30.0%)	39 (24.4%)
そう思わない	51 (63.8%)	42 (52.5%)	93 (58.1%)
どちらとも言えない	9 (11.3%)	10 (12.5%)	19 (11.9%)
そう思う	5 (6.3%)	4 (5.0%)	9 (5.6%)
非常に思う	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

（シ）私は人が実際に亡くなった時、逃げ出したい気持ちになる（設問 15）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	22 (27.5%)	25 (31.3%)	47 (29.4%)
そう思わない	42 (52.5%)	40 (50.0%)	82 (51.3%)
どちらとも言えない	15 (18.8%)	12 (15.0%)	27 (16.9%)
そう思う	1 (1.3%)	2 (2.5%)	3 (1.9%)
非常に思う	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)

（ス）患者の死が近づくにつれて、ケア提供者は患者との関わりを少なくするべきである（設問 17）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	34 (42.5%)	39 (48.8%)	73 (45.6%)
そう思わない	41 (51.3%)	29 (36.3%)	70 (43.8%)
どちらとも言えない	4 (5.0%)	10 (12.5%)	14 (8.8%)
そう思う	1 (1.3%)	1 (1.3%)	2 (1.3%)
非常に思う	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)

（セ）終末期の患者の部屋に入って、その患者が泣いているのをみつけたら、私は気まずく感じる（設問 26）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	10 (12.5%)	7 (8.8%)	17 (10.6%)
そう思わない	29 (36.3%)	36 (45.0%)	65 (40.6%)
どちらとも言えない	24 (30.0%)	19 (23.8%)	43 (26.9%)
そう思う	16 (20.0%)	16 (20.0%)	32 (20.0%)
非常に思う	1 (1.3%)	2 (2.5%)	3 (1.9%)

（ソ）死にゆく患者の近くにいる家族のために、しばしば専門職としての仕事が妨げられると思う（設問 29）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	8 (10.0%)	17 (21.3%)	25 (15.6%)
そう思わない	48 (60.0%)	48 (60.0%)	96 (60.0%)
どちらとも言えない	22 (27.5%)	15 (18.8%)	37 (23.1%)
そう思う	2 (2.5%)	0 (0.0%)	2 (1.3%)
非常に思う	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

（タ）ケア提供者は、患者の死への準備を助けることができる（設問 30）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
そう思わない	4 (5.0%)	2 (2.5%)	6 (3.8%)
どちらとも言えない	17 (21.3%)	14 (17.5%)	31(19.4%)
そう思う	48 (60.0%)	55 (68.8%)	103 (64.4%)
非常に思う	11 (13.8%)	9 (11.3%)	20 (12.5%)

患者・家族を中心とするケアの認識

（ア）家族に対するケアは、死別や悲嘆の時期を通して継続されるべきである（設問 4）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
そう思わない	0 (0.0%)	2 (2.5%)	2 (1.3%)
どちらとも言えない	2 (2.5%)	3 (3.8%)	5 (3.1%)
そう思う	45 (56.3%)	43 (53.8%)	88 (55.0%)
非常に思う	33 (41.3%)	32 (40.0%)	65 (40.6%)

（イ）死にゆく患者の身体的ケアには、家族にも関わってもらうべきだ（設問 12）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	0 (0.0%)	2 (2.5%)	2 (1.3%)
そう思わない	1 (1.3%)	3 (3.8%)	4 (2.5%)
どちらとも言えない	31 (38.8%)	32 (40.0%)	63 (39.4%)
そう思う	37 (46.3%)	28 (35.0%)	65 (40.6%)
非常に思う	11 (13.8%)	15 (18.8%)	26 (16.3%)

（ウ）死にゆく患者の行動の変化を受け入れることができるように、家族は心理的なサポートを必要としている（設問 16）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)
そう思わない	1 (1.3%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)
どちらとも言えない	2 (2.5%)	2 (2.5%)	4 (2.5%)
そう思う	34 (42.5%)	35 (43.8%)	69 (43.1%)
非常に思う	43 (53.8%)	42 (52.5%)	85 (53.1%)

（エ）家族は死にゆく患者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである（設問 18）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
そう思わない	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)
どちらとも言えない	35 (43.8%)	21 (26.3%)	56 (35.0%)
そう思う	28 (35.0%)	38 (47.5%)	66 (41.3%)
非常に思う	17 (21.3%)	20 (25.0%)	37 (23.1%)

（オ）死にゆく患者の身体的ケアに関する患者自身の要求は、認めるべきではない（設問 19）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	18 (22.5%)	34 (42.5%)	52 (32.5%)
そう思わない	50 (62.5%)	36 (45.0%)	86 (53.8%)
どちらとも言えない	10 (12.5%)	9 (11.3%)	19 (11.9%)
そう思う	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)
非常に思う	2 (2.5%)	0 (0.0%)	2 (1.3%)

（カ）家族は、死にゆく患者ができる限り普段通りの環境で過ごせるようにするべきだ（設問 20）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
そう思わない	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)
どちらとも言えない	39 (48.8%)	35 (43.8%)	74 (46.3%)
そう思う	29 (36.3%)	28 (35.0%)	57 (35.6%)
非常に思う	12 (15.0%)	16 (20.0%)	28 (17.5%)

（キ）死にゆく患者が自分の気持ちを言葉に表すことは、その患者にとって良いことである（設問 21）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
そう思わない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
どちらとも言えない	11 (13.8%)	8 (10.0%)	19 (11.9%)
そう思う	43 (53.8%)	38 (47.5%)	81 (50.6%)
非常に思う	26 (32.5%)	34 (42.5%)	60 (37.5%)

（ク）死にゆく患者のケアにおいては、家族もケアの対象にすべきである（設問 22）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
そう思わない	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)
どちらとも言えない	4 (5.0%)	2 (2.5%)	6 (3.8%)
そう思う	23 (28.8%)	27 (33.8%)	50 (31.3%)
非常に思う	53 (66.3%)	50 (62.5%)	103 (64.4%)

（ケ）ケア提供者は、死にゆく患者に融通の利く面会時間を許可するべきである（設問 23）
人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
そう思わない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
どちらとも言えない	9 (11.3%)	12 (15.0%)	21 (13.1%)
そう思う	39 (48.8%)	41 (51.3%)	80 (50.0%)
非常に思う	32 (40.0%)	27 (33.8%)	59 (36.9%)

（コ）死にゆく患者とその家族は意思決定者としての役割を担うべきである（設問 24）
人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
そう思わない	0 (0.0%)	2 (2.5%)	2 (1.3%)
どちらとも言えない	22 (27.5%)	19 (23.8%)	41 (25.6%)
そう思う	45 (56.3%)	42 (52.5%)	87 (54.4%)
非常に思う	13 (16.3%)	17 (21.3%)	30 (18.8%)

（サ）死にゆく患者の場合、鎮痛剤への依存を問題にする必要はない（設問 25）
人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	1 (1.3%)	4 (5.0%)	5 (3.1%)
そう思わない	8 (10.0%)	16 (20.0%)	24 (15.0%)
どちらとも言えない	30 (37.5%)	19 (23.8%)	49 (30.6%)
そう思う	34 (42.5%)	30 (37.5%)	64 (40.0%)
非常に思う	7 (8.8%)	11 (13.8%)	18 (11.3%)

（シ）死にゆく患者が自分の状態を尋ねた場合、正直な返答がなされるべきである（設問 27）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
そう思わない	6 (7.5%)	5 (6.3%)	11 (6.9%)
どちらとも言えない	56 (70.0%)	55 (68.8%)	111 (69.4%)
そう思う	17 (21.3%)	17 (21.3%)	34 (21.3%)
非常に思う	1 (1.3%)	3 (3.8%)	4 (2.5%)

（ス）家族に、死にゆくことについて教育をすることは、ケア提供者の責任ではない（設問 28）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	18 (22.5%)	16 (20.0%)	34 (21.3%)
そう思わない	49 (61.3%)	48 (60.0%)	97 (60.6%)
どちらとも言えない	13 (16.3%)	12 (15.0%)	25 (15.6%)
そう思う	0 (0.0%)	3 (3.8%)	3 (1.9%)
非常に思う	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)

死の考え方

（ア）死にゆく患者が、死を迎え入れる時がある（設問 10）

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	0 (0.0%)	2 (2.5%)	2 (1.3%)
そう思わない	2 (2.5%)	0 (0.0%)	2 (1.3%)
どちらとも言えない	24 (30.0%)	21 (26.3%)	45 (28.1%)
そう思う	45 (56.3%)	46 (57.5%)	91 (56.9%)
非常に思う	9 (11.3%)	11 (13.8%)	20 (12.5%)

（２）緩和ケアに関する医療者の自信・意欲尺度（訪問看護バージョン）

① 点数の平均値

終末期ケアに対する自信に関する 3 項目の平均点は平均 2.29 点、医師とのコミュニケーションへの自信に関する 3 項目は 2.44 点、終末期ケアに対する意欲関する 3 項目は 4.07 点であった。これら全てにおいて、Group A と Group B の間に統計学的な有意差は認められなかった。

図表 2-29　緩和ケアに関する医療者の自信・意欲尺度（訪問看護バージョン）

平均点（平均±標準偏差）

	全体 （n=80）	Group A （n=80）	Group B （N＝160）	P 値
終末期ケアに対する自信	2.29 ± 0.96	2.29 ± 0.92	2.30 ± 1.00	0.956
医師とのコミュニケーションへの自信	2.44 ± 0.85	2.41 ± 0.82	2.48 ± 0.88	0.642
終末期ケアに対する意欲	4.07 ± 0.79	3.97 ± 0.87	4.17 ± 0.69	0.116

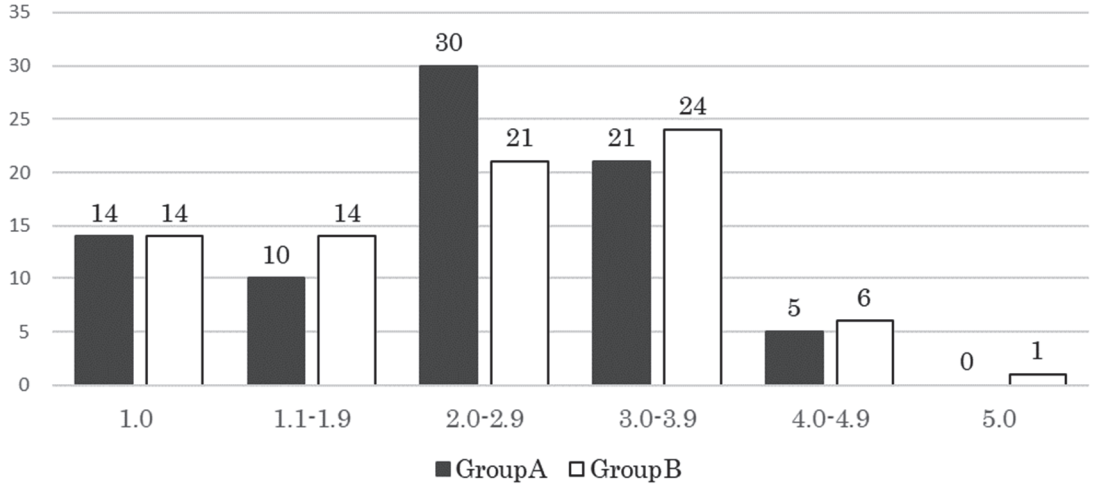
・各尺度項目：1～5 点

※点数が高いほど、自信があることを示す。

・t 検定

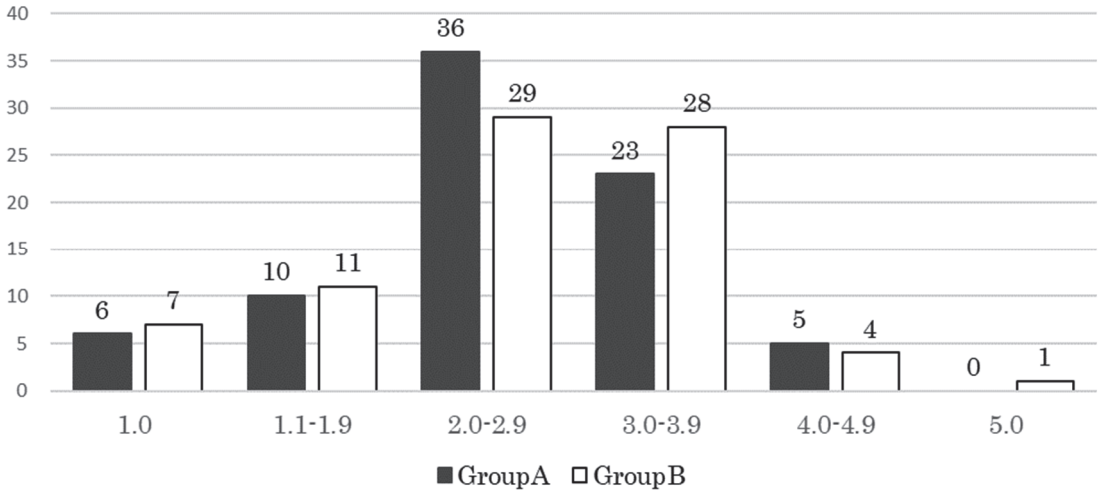
図表 2-30　終末期ケアに対する自信

（単位：人）



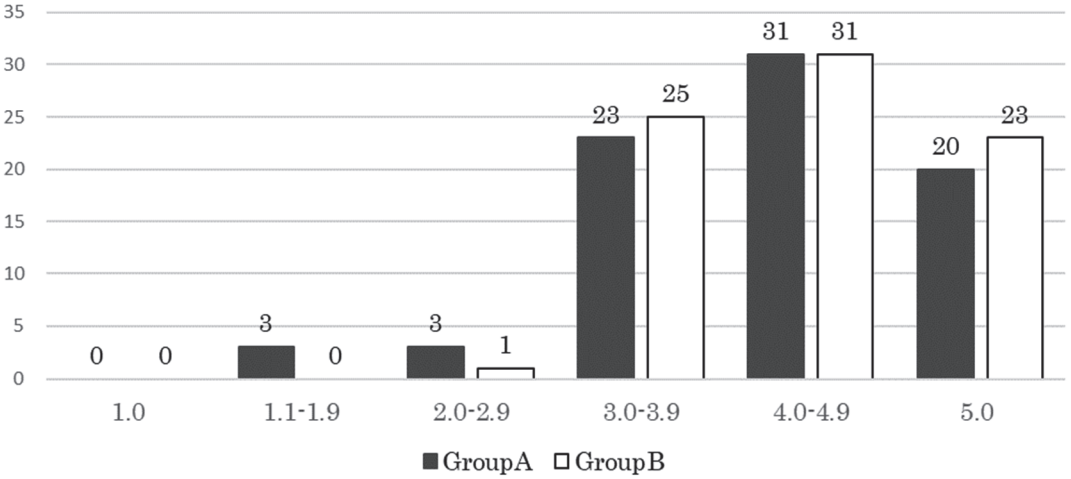
図表 2-31　医師とのコミュニケーションへの自信

（単位：人）



図表 2-32　終末期ケアに対する意欲

（単位：人）



② 尺度の項目

各設問に対する回答割合を示す。

終末期ケアに対する自信

（ア）私は患者や家族が希望した場合、終末期の在宅療養を支える自信がある

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	23 (28.8%)	26 (32.5%)	49 (30.6%)
たまに思う	24 (30.0%)	22 (27.5%)	46 (28.8%)
時々思う	26 (32.5%)	23 (28.8%)	49 (30.6%)
よく思う	6 (7.5%)	7 (8.8%)	13 (8.1%)
非常によく思う	1 (1.3%)	2 (2.5%)	3 (1.9%)

（イ）私は患者や家族が希望した場合、患者が最期まで苦痛を最小限に在宅療養できるよう援助する自信がある

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	23 (28.8%)	23 (28.8%)	46 (28.8%)
たまに思う	22 (27.5%)	25 (31.3%)	47 (29.4%)
時々思う	30 (37.5%)	24 (30.0%)	54 (33.8%)
よく思う	5 (6.3%)	7 (8.8%)	12 (7.5%)
非常によく思う	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)

（ウ）私は患者や家族が希望した場合、在宅で看取る自信がある

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	18 (22.5%)	17 (21.3%)	35 (21.9%)
たまに思う	24 (30.0%)	27 (33.8%)	51 (31.9%)
時々思う	25 (31.3%)	22 (27.5%)	47 (29.4%)
よく思う	12 (15.0%)	11 (13.8%)	23 (14.4%)
非常によく思う	1 (1.3%)	3 (3.8%)	4 (2.5%)

医師とのコミュニケーションへの自信

（ア）私は往診医あるいは病院の主治医とうまくコミュニケーションをとる自信がある

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	13 (16.3%)	17 (21.3%)	30 (18.8%)
たまに思う	32 (40.0%)	27 (33.8%)	59 (36.9%)
時々思う	27 (33.8%)	23 (28.8%)	50 (31.3%)
よく思う	7 (8.8%)	12 (15.0%)	19 (11.9%)
非常によく思う	1 (1.3%)	1 (1.3%)	2 (1.3%)

（イ）私は往診医あるいは病院の主治医と信頼関係を作る自信がある

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	10 (12.5%)	12 (15.0%)	22 (13.8%)
たまに思う	34 (42.5%)	28 (35.0%)	62 (38.8%)
時々思う	24 (30.0%)	31 (38.8%)	55 (34.4%)
よく思う	11 (13.8%)	8 (10.0%)	19 (11.9%)
非常によく思う	1 (1.3%)	1 (1.3%)	2 (1.3%)

（ウ）私は往診医あるいは病院の主治医と連携して患者の看取りを行う自信がある

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	12 (15.0%)	10 (12.5%)	22 (13.8%)
たまに思う	34 (42.5%)	31 (38.8%)	65 (40.6%)
時々思う	27 (33.8%)	26 (32.5%)	53 (33.1%)
よく思う	7 (8.8%)	12 (15.0%)	19 (11.9%)
非常によく思う	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)

終末期ケアに対する意欲

（ア）私は終末期の在宅療養に積極的に関わりたいと思う

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	3 (3.8%)	0 (0.0%)	3 (1.9%)
たまに思う	9 (11.3%)	6 (7.5%)	15 (9.4%)
時々思う	17 (21.3%)	20 (25.0%)	37 (23.1%)
よく思う	30 (37.5%)	31 (38.8%)	61 (38.1%)
非常によく思う	21 (26.3%)	23 (28.8%)	44 (27.5%)

（イ）私は終末期に患者が苦痛を最小限に過ごせる援助をしたいと思う

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
たまに思う	2 (2.5%)	0 (0.0%)	2 (1.3%)
時々思う	6 (7.5%)	3 (3.8%)	9 (5.6%)
よく思う	27 (33.8%)	30 (37.5%)	57 (35.6%)
非常によく思う	45 (56.3%)	47 (58.8%)	92 (57.5%)

（ウ）私は在宅での看取りに積極的に関わりたいと思う

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	4 (5.0%)	0 (0.0%)	4 (2.5%)
たまに思う	5 (6.3%)	3 (3.8%)	8 (5.0%)
時々思う	19 (23.8%)	18 (22.5%)	37 (23.1%)
よく思う	30 (37.5%)	30 (37.5%)	60 (37.5%)
非常によく思う	22 (27.5%)	29 (36.3%)	51 (31.9%)

（３）緩和ケアに関する医療者の困難感尺度（訪問看護バージョン）

症状緩和の困難感に関する 3 項目の平均点は平均 3.83 点、医療者間のコミュニケーションに関する 3 項目は 2.75 点、患者・家族とのコミュニケーションに関する 3 項目は 3.18 点、地域連携に関する 3 項目は 2.50 点、看取りと家族ケアに関する 6 項目は 2.85 点であった。これら全てにおいて、Group A と Group B の間に統計学的な有意差は認められなかった。

① 点数の平均値

図表 2-33　緩和ケアに関する医療者の困難感尺度（訪問看護バージョン）

平均点（平均±標準偏差）

	全体 （n=80）	Group A （n=80）	Group B （N＝160）	P 値
症状緩和	3.83 ± 0.91	3.78 ± 0.87	3.88 ± 0.94	0.469
医療者間のコミュニケーション	2.75 ± 0.94	2.83 ± 0.98	2.68 ± 0.90	0.317
患者・家族とのコミュニケーション	3.18 ± 0.91	3.14 ± 0.90	3.23 ± 0.93	0.566
地域連携	2.50 ± 0.85	2.48 ± 0.90	2.51 ± 0.82	0.830
看取りと家族ケア	2.85 ± 0.71	2.93 ± 0.69	2.77 ± 0.73	0.169

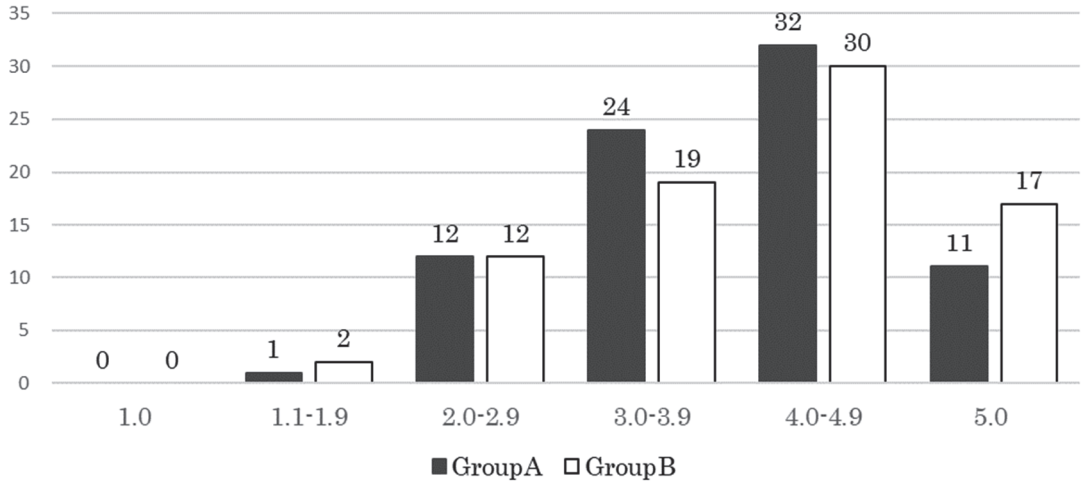
・各尺度項目：1～5 点

※点数が高いほど、困難感が強いことを示す。

・t 検定

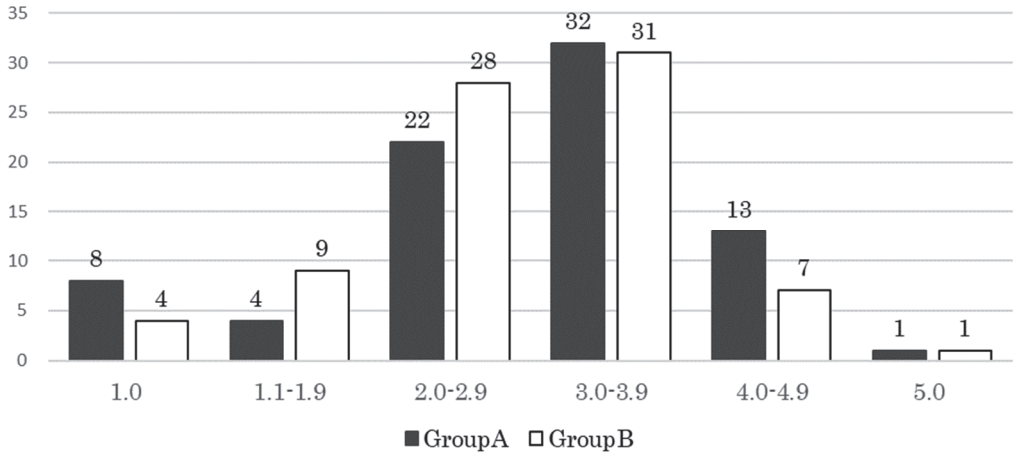
図表 2-34　症状緩和

（単位：人）



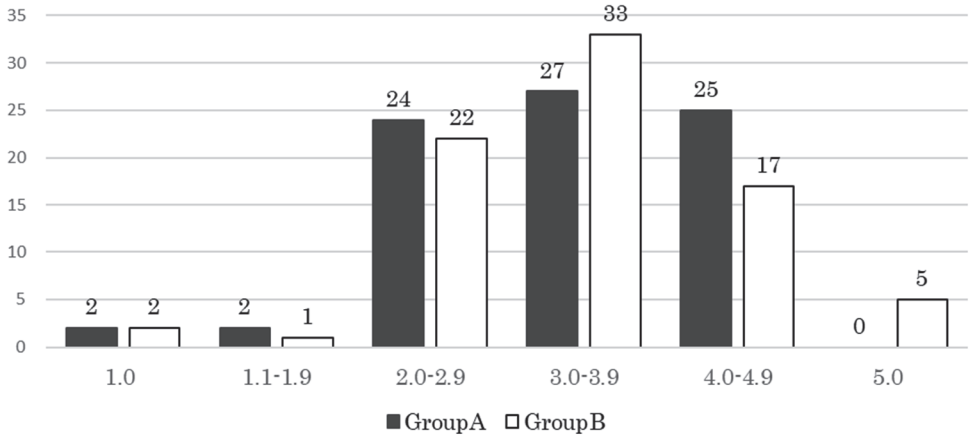
図表 2-35　医療者間のコミュニケーション

（単位：人）



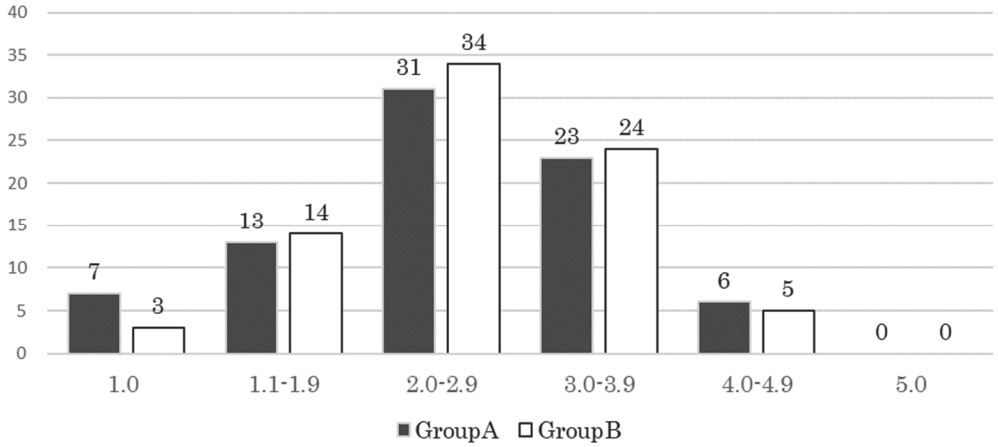
図表 2-36　患者・家族とのコミュニケーション

（単位：人）



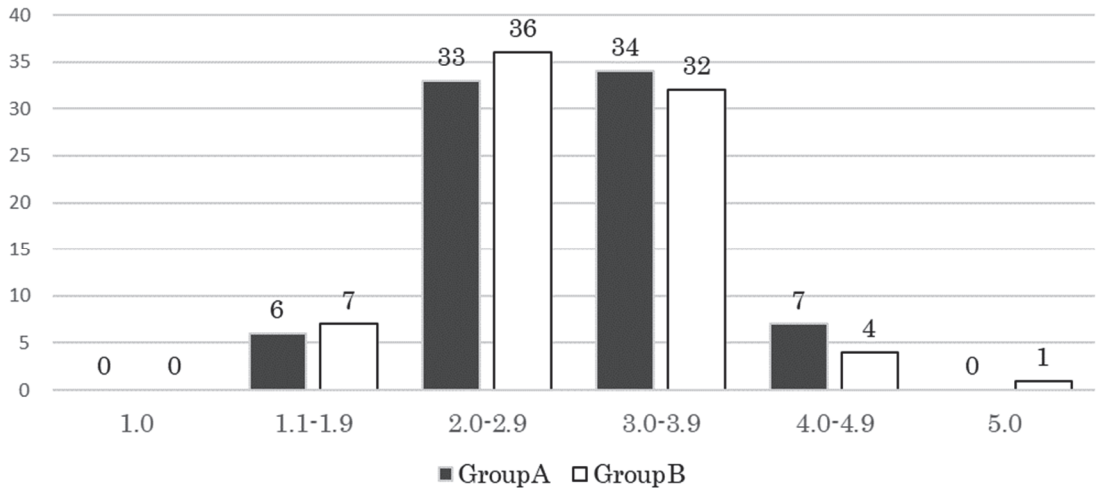
図表 2-37　地域連携

（単位：人）



図表 2-38　看取りと家族ケア

（単位：人）



② 尺度の項目

各設問に対する回答割合を示す。

症状緩和

（ア）がん性疼痛を緩和する方法の知識が不足している

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)
たまに思う	9 (11.3%)	6 (7.5%)	15 (9.4%)
時々思う	13 (16.3%)	16 (20.0%)	29 (18.1%)
よく思う	37 (46.3%)	30 (37.5%)	67 (41.9%)
非常によく思う	21 (26.3%)	27 (33.8%)	48 (30.0%)

（イ）呼吸困難や消化器症状を緩和する方法の知識が不足している

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
たまに思う	5 (6.3%)	6 (7.5%)	11 (6.9%)
時々思う	24 (30.0%)	19 (23.8%)	43 (26.9%)
よく思う	30 (37.5%)	31 (38.8%)	61 (38.1%)
非常によく思う	21 (26.3%)	24 (30.0%)	45 (28.1%)

（ウ）症状緩和について、必要なトレーニングを受けていない

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	3 (3.8%)	5 (6.3%)	8 (5.0%)
たまに思う	8 (10.0%)	8 (10.0%)	16 (10.0%)
時々思う	25 (31.3%)	16 (20.0%)	41 (25.6%)
よく思う	25 (31.3%)	22 (27.5%)	47 (29.4%)
非常によく思う	19 (23.8%)	29 (36.3%)	48 (30.0%)

医療者間のコミュニケーション

（ア）医師・看護師間で、症状に対する評価方法が一致していない

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	8 (10.0%)	11 (13.8%)	19 (11.9%)
たまに思う	20 (25.0%)	24 (30.0%)	44 (27.5%)
時々思う	30 (37.5%)	28 (35.0%)	58 (36.3%)
よく思う	18 (22.5%)	13 (16.3%)	31 (19.4%)
非常によく思う	4 (5.0%)	4 (5.0%)	8 (5.0%)

（イ）医師・看護師間で、症状緩和のための一貫した目標を設定することが難しい

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	11 (13.8%)	12 (15.0%)	23 (14.4%)
たまに思う	18 (22.5%)	20 (25.0%)	38 (23.8%)
時々思う	30 (37.5%)	34 (42.5%)	64 (40.0%)
よく思う	18 (22.5%)	12 (15.0%)	30 (18.8%)
非常によく思う	3 (3.8%)	2 (2.5%)	5 (3.1%)

（ウ）医師・看護師間で、症状緩和に関するコミュニケーションをとることが難しい

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	11 (13.8%)	8 (10.0%)	19 (11.9%)
たまに思う	20 (25.0%)	27 (33.8%)	47 (29.4%)
時々思う	25 (31.3%)	29 (36.3%)	54 (33.8%)
よく思う	22 (27.5%)	14 (17.5%)	36 (22.5%)
非常によく思う	2 (2.5%)	2 (2.5%)	4 (2.5%)

患者・家族とのコミュニケーション

（ア）患者から不安を表出されたとき対応が難しい

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	2 (2.5%)	3 (3.8%)	5 (3.1%)
たまに思う	20 (25.0%)	18 (22.5%)	38 (23.8%)
時々思う	29 (36.3%)	34 (42.5%)	63 (39.4%)
よく思う	24 (30.0%)	17 (21.3%)	41 (25.6%)
非常によく思う	5 (6.3%)	8 (10.0%)	13 (8.1%)

（イ）家族から不安を表出されたとき対応が難しい

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	3 (3.8%)	3 (3.8%)	6 (3.8%)
たまに思う	22 (27.5%)	20 (25.0%)	42 (26.3%)
時々思う	23 (28.8%)	32 (40.0%)	55 (34.4%)
よく思う	29 (36.3%)	17 (21.3%)	46 (28.8%)
非常によく思う	3 (3.8%)	8 (10.0%)	11 (6.9%)

（ウ）患者が悪い知らせ（告知など）を受けた後、声のかけ方が難しい

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	3 (3.8%)	2 (2.5%)	5 (3.1%)
たまに思う	21 (26.3%)	15 (18.8%)	36 (22.5%)
時々思う	19 (23.8%)	21 (26.3%)	40 (25.0%)
よく思う	30 (37.5%)	27 (33.8%)	57 (35.6%)
非常によく思う	7 (8.8%)	15 (18.8%)	22 (13.8%)

地域連携

（ア）患者が、在宅療養に移行するための、病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間でのカンファレンスがない

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	25 (31.3%)	23 (28.8%)	48 (30.0%)
たまに思う	24 (30.0%)	25 (31.3%)	49 (30.6%)
時々思う	15 (18.8%)	19 (23.8%)	34 (21.3%)
よく思う	14 (17.5%)	8 (10.0%)	22 (13.8%)
非常によく思う	2 (2.5%)	5 (6.3%)	7 (4.4%)

（イ）患者の在宅療養に関する情報を得ることが難しい

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	13 (16.3%)	6 (7.5%)	19 (11.9%)
たまに思う	26 (32.5%)	26 (32.5%)	52 (32.5%)
時々思う	26 (32.5%)	35 (43.8%)	61 (38.1%)
よく思う	14 (17.5%)	13 (16.3%)	27 (16.9%)
非常によく思う	1 (1.3%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)

（ウ）病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間で、情報共有が難しい

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	9 (11.3%)	10 (12.5%)	19 (11.9%)
たまに思う	27 (33.8%)	32 (40.0%)	59 (36.9%)
時々思う	32 (40.0%)	26 (32.5%)	58 (36.3%)
よく思う	11 (13.8%)	11 (13.8%)	22 (13.8%)
非常によく思う	1 (1.3%)	1 (1.3%)	2 (1.3%)

看取りと家族ケア

（ア）終末期ケアに関する家族ケアに困難を感じる

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	1 (1.3%)	2 (2.5%)	3 (1.9%)
たまに思う	22 (27.5%)	24 (30.0%)	46 (28.8%)
時々思う	27 (33.8%)	30 (37.5%)	57 (35.6%)
よく思う	27 (33.8%)	20 (25.0%)	47 (29.4%)
非常によく思う	3 (3.8%)	4 (5.0%)	7 (4.4%)

（イ）終末期ケアに関して、家族の負担を軽減することは困難である

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	1 (1.3%)	6 (7.5%)	7 (4.4%)
たまに思う	24 (30.0%)	25 (31.3%)	49 (30.6%)
時々思う	35 (43.8%)	35 (43.8%)	70 (43.8%)
よく思う	20 (25.0%)	13 (16.3%)	33 (20.6%)
非常によく思う	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)

（ウ）家族に患者が死にゆく過程を教えるのは困難である

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	4 (5.0%)	6 (7.5%)	10 (6.3%)
たまに思う	21 (26.3%)	29 (36.3%)	50 (31.3%)
時々思う	29 (36.3%)	32 (40.0%)	61 (38.1%)
よく思う	25 (31.3%)	12 (15.0%)	37 (23.1%)
非常によく思う	1 (1.3%)	1 (1.3%)	2 (1.3%)

（エ）在宅で患者の看取りを援助する困難を感じる

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	7 (8.8%)	6 (7.5%)	13 (8.1%)
たまに思う	25 (31.3%)	35 (43.8%)	60 (37.5%)
時々思う	27 (33.8%)	22 (27.5%)	49 (30.6%)
よく思う	18 (22.5%)	15 (18.8%)	33 (20.6%)
非常によく思う	3 (3.8%)	2 (2.5%)	5 (3.1%)

（オ）死にゆく患者を介護する家族を支えることが困難と感じる

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	4 (5.0%)	5 (6.3%)	9 (5.6%)
たまに思う	27 (33.8%)	34 (42.5%)	61 (38.1%)
時々思う	31 (38.8%)	28 (35.0%)	59 (36.9%)
よく思う	17 (21.3%)	11 (13.8%)	28 (17.5%)
非常によく思う	1 (1.3%)	2 (2.5%)	3 (1.9%)

（カ）家族が在宅での看取りに対して不安を表出したとき、適切に対応することが難しい

人数（%）

	Group A	Group B	全体
思わない	4 (5.0%)	3 (3.8%)	7 (4.4%)
たまに思う	24 (30.0%)	28 (35.0%)	52 (32.5%)
時々思う	27 (33.8%)	25 (31.3%)	52 (32.5%)
よく思う	24 (30.0%)	18 (22.5%)	42 (26.3%)
非常によく思う	1 (1.3%)	6 (7.5%)	7 (4.4%)

（４）在宅看取りケアへの態度に関する追加項目

在宅看取りケアへの態度について、尺度以外に追加した項目の結果を示す。「在宅ケアチームと情報を共有することが難しい」は平均 2.31 点、「死にゆく患者やその家族に死亡時期を伝えることは看護師の仕事ではないと思っている」は 2.62 点、「死にゆく患者やその家族に患者に起きている身体的変化を科学的に説明することが難しい」は 3.08 点、「死にゆく患者やその家族に死後予測を科学的根拠をもって説明することは難しい」は 3.30 点、「医師に死にゆく患者やその家族に起きている変化を私のアセスメントの結果を踏まえて報告することが難しい」は 3.13 点であった。これら全てにおいて、Group A と Group B の間に統計学的な有意差は認められなかった。

① 各項目の平均値

図表 2-39　在宅看取りケアへの態度に関する追加項目

平均点（平均±標準偏差）

	全体 （N＝160）	Group A （n=80）	Group B （n=80）	P 値
在宅ケアチームと情報を共有することが難しい	2.31 ± 0.79	2.34 ± 0.81	2.29 ± 0.77	0.689
死にゆく患者やその家族に死亡時期を伝えることは看護師の仕事ではないと思っている	2.62 ± 0.82	2.66 ± 0.71	2.58 ± 0.91	0.499
死にゆく患者やその家族に患者に起きている身体的変化を科学的に説明することが難しい	3.08 ± 0.93	3.08 ± 0.91	3.08 ± 0.95	1.000
死にゆく患者やその家族に死後予測を科学的根拠をもって説明することは難しい	3.30 ± 0.94	3.33 ± 0.95	3.28 ± 0.94	0.739
医師に死にゆく患者やその家族に起きている変化を私のアセスメントの結果を踏まえて報告することが難しい	3.13 ± 0.96	3.10 ± 0.94	3.16 ± 0.99	0.682

t 検定

② 各項目の詳細

各設問に対する回答割合を示す。

（ア）在宅ケアチームと情報を共有することが難しい

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	9 (11.3%)	8 (10.0%)	17 (10.6%)
そう思わない	43 (53.8%)	48 (60.0%)	91 (56.9%)
どちらとも言えない	20 (25.0%)	17 (21.3%)	37 (23.1%)
そう思う	8 (10.0%)	7 (8.8%)	15 (9.4%)
非常に思う	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

（イ） 死にゆく患者やその家族に死亡時期を伝えることは看護師の仕事ではないと思っている

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	2 (2.5%)	10 (12.5%)	12 (7.5%)
そう思わない	32 (40.0%)	26 (32.5%)	58 (36.3%)
どちらとも言えない	37 (46.3%)	33 (41.3%)	70 (43.8%)
そう思う	9 (11.3%)	10 (12.5%)	19 (11.9%)
非常に思う	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)

（ウ）死にゆく患者やその家族に患者に起きている身体的変化を科学的に説明することが難しい

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	1 (1.3%)	1 (1.3%)	2 (1.3%)
そう思わない	25 (31.3%)	24 (30.0%)	49 (30.6%)
どちらとも言えない	23 (28.8%)	29 (36.3%)	52 (32.5%)
そう思う	29 (36.3%)	20 (25.0%)	49 (30.6%)
非常に思う	2 (2.5%)	6 (7.5%)	8 (5.0%)

（エ）死にゆく患者やその家族に死後予測を科学的根拠をもって説明することは難しい

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (0.6%)
そう思わない	19 (23.8%)	17 (21.3%)	36 (22.5%)
どちらとも言えない	24 (30.0%)	28 (35.0%)	52 (32.5%)
そう思う	29 (36.3%)	27 (33.8%)	56 (35.0%)
非常に思う	8 (10.0%)	7 (8.8%)	15 (9.4%)

（オ）医師に死にゆく患者やその家族に起きている変化を私のアセスメントの結果を踏まえて報告することが難しい

人数（%）

	Group A	Group B	全体
全くそうは思わない	1 (1.3%)	1 (1.3%)	2 (1.3%)
そう思わない	24 (30.0%)	23 (28.8%)	47 (29.4%)
どちらとも言えない	25 (31.3%)	25 (31.3%)	50 (31.3%)
そう思う	26 (32.5%)	24 (30.0%)	50 (31.3%)
非常に思う	4 (5.0%)	7 (8.8%)	11 (6.9%)

５）在宅看取りケアの知識

（１）合計点数（平均±標準偏差）

在宅看取りケアの知識点数について、両群間に統計学的有意差は認められなかった。

図表 2-40　在宅看取りケアの知識点数

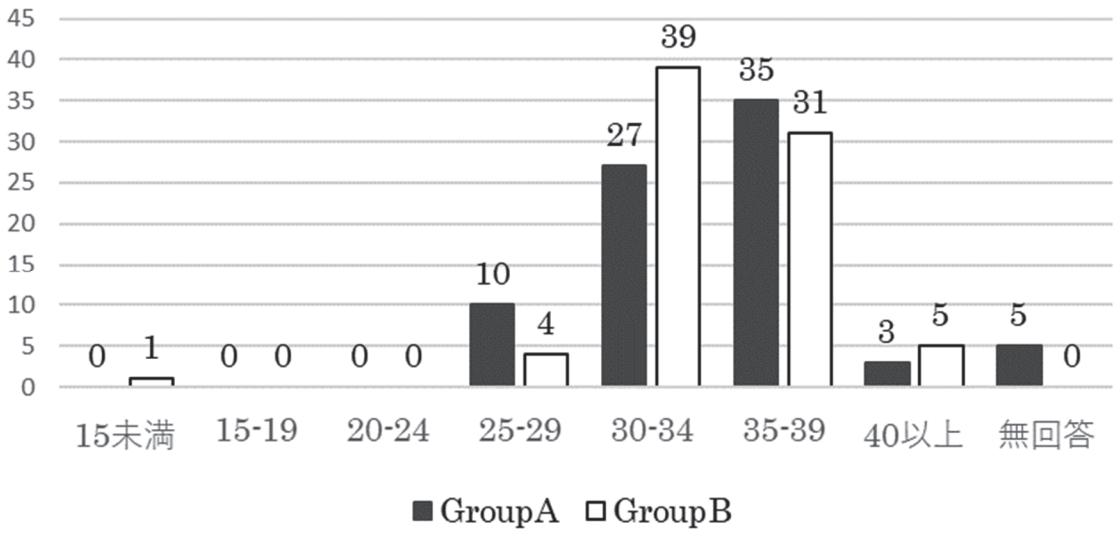
合計点数（平均±標準偏差）

全体（N=155）	Group A (n=75)	Group B (n=80)	P 値
34.1 ± 3.8	34.3 ± 3.5	34.0 ± 4.0	0.518

・1 問 1 点とし、全 46 問の合計点数を計算した。（0-46 点）

・t 検定

（単位：人）



（２）各設問の正解率

「14. 疾患別の死の軌跡」および「15. 症状と治療」は全体の正答率が 10%未満であった（斜体部）一方で、正答率が 90%を超えている設問が 17 題（下線部）あった。なお、3. 多機関・多職種との連携については、不適切問題のため全員正解とした。

図表 2-41　各設問の正解率

正解者数（正解率）

	Group A(n=75)	Group B (n=80)	全体(N=155)
1. 在宅看取りの概要	71 (94.7%)	75 (93.8%)	146 (94.2%)
2. 在宅看取りの概要	29 (38.7%)	35 (43.8%)	64 (41.3%)
3. 多機関・多職種との連携	75 (100.0%)	80 (100.0%)	155 (100.0%)
4. 多機関・多職種との連携	71 (94.7%)	79 (98.8%)	150 (96.8%)
5. 多機関・多職種との連携	72 (96.0%)	77 (96.3%)	149 (96.1%)
6. 多機関・多職種との連携	72 (96.0%)	79 (98.8%)	151 (97.4%)
7. 多様な療養場所における連携	39 (52.0%)	34 (42.5%)	73 (47.1%)
8. 多様な療養場所における連携	69 (92.0%)	67 (83.8%)	136 (87.7%)
9. コミュニケーション技術	37 (49.3%)	31 (38.8%)	68 (43.9%)
10. コミュニケーション技術	50 (66.7%)	56 (70.0%)	106 (68.4%)
11. 死にゆく過程の身体的変化	67 (89.3%)	74 (92.5%)	141 (91.0%)
12. 死にゆく過程の身体的変化	22 (29.3%)	21 (26.3%)	43 (27.7%)
13. 疾患別の死の軌跡	53 (70.7%)	64 (80.0%)	117 (75.5%)
14. 疾患別の死の軌跡	1 (　1.3%)	2 (2.5%)	3 (*1.9%*)
15. 症状と治療	10 (13.3%)	3 (3.8%)	13 (*8.4%*)
16. 症状と治療	25 (33.3%)	41 (51.3%)	66 (42.6%)
17. 症状と治療	30 (40.0%)	37 (46.3%)	67 (43.2%)
18. 症状と治療	30 (40.0%)	52 (65.0%)	82 (52.9%)

	Group A	Group B	全体
19. 臨床推論	54 (72.0%)	48 (60.0%)	102 (65.8%)
20. 臨床推論	60 (80.0%)	66 (82.5%)	126 (81.3%)
21. 臨床推論	59 (78.7%)	65 (81.3%)	124 (80.0%)
22. 臨床推論	29 (38.7%)	35 (43.8%)	64 (41.3%)
23. 生活支援	71 (94.7%)	75 (93.8%)	146 (**94.2%**)
24. 生活支援	72 (96.0%)	79 (98.8%)	151 (**97.4%**)
25. 生活支援	71 (94.7%)	75 (93.8%)	146 (**94.2%**)
26. 生活支援	68 (90.7%)	73 (91.3%)	141 (**91.0%**)
27. 対象者別の看取りケア	52 (69.3%)	47 (58.8%)	99 (63.9%)
28. 対象者別の看取りケア	32 (42.7%)	35 (43.8%)	67 (43.2%)
29. ACP	70 (93.3%)	76 (95.0%)	146 (**94.2%**)
30. ACP	51 (68.0%)	54 (67.5%)	105 (67.7%)
31. 家族への支援	73 (97.3%)	77 (96.3%)	150 (**96.8%**)
32. 家族への支援	75 (100.0%)	77 (96.3%)	152 (**98.1%**)
33. 家族への支援	74 (98.7%)	78 (97.5%)	152 (**98.1%**)
34. 家族への支援	75 (100.0%)	79 (98.8%)	154 (**99.4%**)
35. グリーフケア	39 (52.0%)	32 (40.0%)	71 (45.8%)
36. グリーフケア	68 (90.7%)	68 (85.0%)	136 (87.7%)
37. 死亡確認と死後のケア	58 (77.3%)	60 (75.0%)	118 (76.1%)
38. 死亡確認と死後のケア	62 (82.7%)	65 (81.3%)	127 (81.9%)
39. 文化への配慮	74 (98.7%)	73 (91.3%)	147 (**94.8%**)
40. 文化への配慮	59 (78.7%)	59 (73.8%)	118 (76.1%)
41. 倫理的課題	75 (100.0%)	76 (95.0%)	151 (**97.4%**)
42. 倫理的課題	60 (80.0%)	60 (75.0%)	120 (77.4%)
43. 先進機器の活用	58 (77.3%)	56 (70.0%)	114 (73.5%)
44. 看護過程の展開	73 (97.3%)	79 (98.8%)	152 (**98.1%**)
45. 訪問看護記録の書き方	66 (88.0%)	72 (90.0%)	138 (89.0%)
46. 訪問看護記録の書き方	72 (96.0%)	67 (83.8%)	139 (89.7%)

２．2 回目調査の結果

2 回目調査は 11 月研修最終日に、Group A 64 名および Group B 75 名を対象に実施し、Group A 64 名および Group B 74 名が回答した。なお、教育・研修経験に関する設問は、「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や研修をおよそ何時間くらい受けた事がありますか」であったが、これは「看護師になってからの教育・研修経験」と「訪問看護になってからの教育・研修経験」のいずれか判断できない不適切設問であったため、結果は記載しない。

１）11 月研修前後の比較

1 回目調査を「11 月研修前」、2 回目調査を「11 月研修直後」とし、在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）、在宅看取りケアへの態度、在宅看取りケアの知識について、11 月研修前と 11 月研修後を比較した結果を示す。

（１）在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）

※在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）：訪問看護師になってからケアをした、臨死期（予後 1 か月から亡くなるまでの時期）にある方の人数

在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）について、11 月研修前後で両群とも有意な変化はみられなかった。

図表 2-42　在宅看取りケア件数の 11 月研修前後の比較

人数（平均±標準偏差）

	11 月研修前	11 月研修直後	P 値
Group A（n=64）	6.9 ± 5.5	6.9 ±　5.0	0.902
Group B（n=74）	8.8 ± 9.9	9.2 ± 12.7	0.708

対応のある t 検定

（２）在宅看取りケアへの態度

① Frommelt のターミナルケア態度尺度

Group A は、ターミナルケア態度尺度の合計点数、死にゆく患者へのケアの前向きさに関する点数、患者・家族を中心とするケアの認識に関する点数が 11 月研修後に有意に増加していた。他方、Group B は、ターミナルケア態度尺度に関する全ての点数について 11 月研修前後で有意な変化はみられなかった。

図表 2-43　Frommelt のターミナルケア態度尺度の 11 月研修前後の比較

点（平均±標準偏差）

			11 月 研修前	11 月 研修直後	P 値
尺度の合計点数		Group A (n=64)	117.8 ± 7.3	122.8 ± 7.6	**<0.001**
		Group B (n=74)	118.5 ± 10.0	118.0 ± 10.1	0.686
下位 尺度 の点数	死にゆく患者へのケアの前向きさ	Group A (n=64)	62.3 ± 5.2	65.3 ± 5.2	**<0.001**
		Group B (n=74)	62.8 ± 7.1	62.3 ± 7.3	0.454
	患者・家族を中心とするケアの認識	Group A (n=64)	51.8 ± 4.2	53.7 ± 3.7	**<0.001**
		Group B (n=74)	51.9 ± 4.8	52.0 ± 4.5	0.964
	死の考え方	Group A (n=64)	3.7 ± 0.7	3.8 ± 0.7	0.240
		Group B (n=74)	3.8 ± 0.8	3.8 ± 0.6	0.741

・尺度の合計点数：30～150 点

・死にゆく患者へのケアの前向きさ：16～80 点

※点数が高いほど、ターミナルケアに前向きであることを示す。

・患者・家族を中心とするケアの認識：13～65 点

※点数が高いほど、患者・家族を中心とするケアの認識があることを示す。

・死の考え方：1～5 点

・対応のある t 検定

② 緩和ケアに関する医療者の自信・意欲尺度（訪問看護バージョン）

終末期ケアに対する自信に関する点数は、Group A、Group B ともに、11 月研修後に有意に増加していた。医師とのコミュニケーションへの自信に関する点数は、Group A は有意に増加していたのに対し、Group B では 11 月研修前後で有意な変化はみられなかった。終末期ケアに対する意欲に関する点数は、Group A では 11 月研修前後で有意な変化はみられなかったのに対し、Group B では 11 月研修後に有意に減少していた。

図表 2-44　緩和ケアに関する医療者の自信・意欲尺度（訪問看護バージョン）の 11 月研修前後の比較

平均点（平均±標準偏差）

		11 月 研修前	11 月 研修直後	P 値
終末期ケアに 対する自信	Group A （n=64）	2.23 ± 0.95	2.88 ± 0.87	**<0.001**
	Group B （n=74）	2.28 ± 1.02	2.52 ± 1.14	**0.008**
医師との コミュニケーション への自信	Group A （n=64）	2.34 ± 0.79	2.85 ± 0.87	**<0.001**
	Group B （n=74）	2.51 ± 0.89	2.50 ± 0.97	0.869
終末期ケアに 対する意欲	Group A （n=64）	4.02 ± 0.83	4.05 ± 0.71	0.692
	Group B （n=74）	4.20 ± 0.68	4.00 ± 0.75	**0.010**

・各尺度項目：1～5 点

※点数が高いほど、自信があることを示す。

・対応のある t 検定

③ 緩和ケアに関する医療者の困難感尺度（訪問看護バージョン）

症状緩和の困難感に関する点数は、Group A では 11 月研修後に有意に減少していたのに対し、Group B では 11 月研修前後で有意な変化はみられなかった。医療者間のコミュニケーションの困難感に関する点数は、両群ともに有意な変化はみられなかった。患者・家族とのコミュニケーションおよび看取りと家族ケアに関する点数は、Group A では 11 月研修後に有意に減少していたのに対し、Group B では 11 月研修前後で有意な変化はみられなかった。地域連携の困難感に関する点数は、Group B では有意な変化はみられなかったのに対し、Group A では有意に増加していた。

図表 2-45　緩和ケアに関する医療者の困難感尺度（訪問看護バージョン）の 11 月研修前後の比較

平均点（平均±標準偏差）

		11 月 研修前	11 月 研修直後	P 値
症状緩和	Group A (n=64)	3.79 ± 0.83	3.38 ± 0.86	**<0.001**
	Group B (n=74)	3.90 ± 0.93	3.91 ± 0.97	0.918
医療者間の コミュニケーション	Group A (n=64)	2.83 ± 0.99	2.82 ± 0.86	0.966
	Group B (n=74)	2.66 ± 0.91	2.75 ± 0.97	0.381
患者・家族との コミュニケーション	Group A (n=64)	3.26 ± 0.87	3.02 ± 0.96	**0.015**
	Group B (n=74)	3.26 ± 0.93	3.14 ± 0.95	0.229
地域連携	Group A (n=64)	2.45 ± 0.89	2.72 ± 0.83	**0.017**
	Group B (n=74)	2.51 ± 0.82	2.53 ± 0.83	0.887
看取りと家族ケア	Group A (n=64)	2.94 ± 0.67	2.75 ± 0.76	**0.023**
	Group B (n=74)	2.80 ± 0.73	2.70 ± 0.78	0.176

・各尺度項目：1～5 点　※点数が高いほど、困難感が強いことを示す。

・対応のある t 検定

④ 在宅看取りケアへの態度に関する追加項目

Group A では、「死にゆく患者やその家族に死亡時期を伝えることは看護師の仕事ではないと思っている」、「死にゆく患者やその家族に患者に起きている身体的変化を科学的に説明することが難しい」「死にゆく患者やその家族に死後予測を科学的根拠をもって説明することは難しい」「医師に死にゆく患者やその家族に起きている変化を私のアセスメントの結果を踏まえて報告することが難しい」と考える度合いが 11 月研修後に有意に減少していた。他方、Group B では全ての項目で有意な変化はみられなかった。

図表 2-46　在宅看取りケアへの態度に関する追加項目の 11 月研修前後の比較

平均点（平均±標準偏差）

		11 月 研修前	11 月 研修直後	P 値
在宅ケアチームと情報を共有することが難しい	Group A (n=64)	2.41 ± 0.81	2.27 ± 0.84	0.228
	Group B (n=74)	2.28 ± 0.77	2.36 ± 0.85	0.450
死にゆく患者やその家族に死亡時期を伝えることは看護師の仕事ではないと思っている	Group A (n=64)	2.64 ± 0.70	2.20 ± 0.72	**<0.001**
	Group B (n=74)	2.54 ± 0.88	2.57 ± 0.88	0.833
死にゆく患者やその家族に患者に起きている身体的変化を科学的に説明することが難しい	Group A (n=64)	3.16 ± 0.93	2.75 ± 0.93	**0.002**
	Group B (n=74)	3.14 ± 0.96	3.12 ± 0.96	0.899
死にゆく患者やその家族に死後予測を科学的根拠をもって説明することは難しい	Group A (n=64)	3.39 ± 0.95	2.80 ± 0.96	**<0.001**
	Group B (n=74)	3.30 ± 0.95	3.31 ± 0.91	0.896
医師に死にゆく患者やその家族に起きている変化を私のアセスメントの結果を踏まえて報告することが難しい	Group A (n=64)	3.20 ± 0.96	2.77 ± 0.94	**<0.001**
	Group B (n=74)	3.18 ± 0.97	3.14 ± 1.05	0.708

・各尺度項目：1～5 点

※点数が高いほど、困難感が強いことを示す。

・対応のある t 検定

（３）在宅看取りケアの知識

在宅看取りケアの知識点数は、11 月研修後に Group A では有意に増加したのに対し、Group B では有意に減少していた。

図表 2-47　在宅看取りケアの知識点数の 11 月研修前後の比較

合計点数（平均±標準偏差）

	11 月研修前	11 月研修直後	P 値
Group A（n=64）	34.5 ± 3.5	40.8 ± 3.4	**<0.001**
Group B（n=74）	33.9 ± 4.1	33.3 ± 4.6	**0.044**

・1 問 1 点とし、全 46 問の合計点数を計算した。（0-46 点）

・対応のある t 検定

２）2 回目調査の群間比較

11 月研修最終日に実施した 2 回目調査における、在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）、在宅看取りケアへの態度、在宅看取りケアの知識について、Group A と Group B を比較した結果を示す。

（１）在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）

在宅看取りケア件数：訪問看護師になってからケアをした、臨死期（予後 1 か月から亡くなるまでの時期）にある方の人数

2 回目（11 月研修直後）調査における在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）について、両群間に統計学的有意差は認められなかった。

図表 2-48　在宅看取りケア件数（2 回目調査）の群間比較

人数（平均±標準偏差）

Group A（n=64）	Group B（n=74）	P 値
6.9 ± 5.0	9.2 ± 12.7	0.148

t 検定

（２）在宅看取りケアへの態度

① Frommelt のターミナルケア態度尺度

11 月研修直後調査において、ターミナルケア態度尺度の合計点数、死にゆく患者へのケアの前向きさに関する点数、患者・家族を中心とするケアの認識に関する点数は、Group A が Group B より有意に高い結果となった。死の考え方に関する点数については、両群間に有意な差は認められなかった。

図表 2-49　Frommelt のターミナルケア態度尺度（2 回目調査）の群間比較

点（平均±標準偏差）

		Group A (n=64)	Group B (n=74)	P 値
尺度の合計点数		122.8 ± 7.6	118.0 ± 10.1	**0.002**
下位尺度の点数	死にゆく患者へのケアの前向きさ	65.3 ± 5.2	62.3 ± 7.3	**0.006**
	患者・家族を中心とするケアの認識	53.7 ± 3.7	52.0 ± 4.5	**0.013**
	死の考え方	3.8 ± 0.7	3.8 ± 0.6	0.804

t 検定

② 緩和ケアに関する医療者の自信・意欲尺度（訪問看護バージョン）

11 月研修直後調査において、終末期ケアに対する自信に関する点数および医師とのコミュニケーションへの自信に関する点数は、Group A が Group B より有意に高い結果となった。終末期ケアに対する意欲に関する点数については、両群間に有意な差は認められなかった。

図表 2-50　緩和ケアに関する医療者の自信・意欲尺度（訪問看護バージョン）（2 回目調査）の群間比較

平均点（平均±標準偏差）

	Group A (n=64)	Group B (n=74)	P 値
終末期ケアに対する自信	2.88 ± 0.87	2.52 ± 1.14	**0.042**
医師とのコミュニケーションへの自信	2.85 ± 0.87	2.50 ± 0.97	**0.027**
終末期ケアに対する意欲	4.05 ± 0.71	4.00 ± 0.75	0.735

t 検定

③ 緩和ケアに関する医療者の困難感尺度（訪問看護バージョン）

11 月研修直後調査において、症状緩和の困難感に関する点数は、Group A が Group B より有意に低い結果となった。緩和ケアに関する医療者の困難感尺度に関するその他の項目については、両群間に有意な差は認められなかった。

図表 2-51　緩和ケアに関する医療者の困難感尺度（訪問看護バージョン）（2 回目調査）の群間比較

平均点（平均±標準偏差）

	Group A (n=64)	Group B (n=74)	P 値
症状緩和	3.38 ± 0.86	3.91 ± 0.97	**<0.001**
医療者間のコミュニケーション	2.82 ± 0.86	2.75 ± 0.97	0.634
患者・家族とのコミュニケーション	3.02 ± 0.96	3.14 ± 0.95	0.432
地域連携	2.72 ± 0.83	2.53 ± 0.83	0.166
看取りと家族ケア	2.75 ± 0.76	2.70 ± 0.78	0.668

t 検定

④ 在宅看取りケアへの態度に関する追加項目

11 月研修直後調査において、「死にゆく患者やその家族に死亡時期を伝えることは看護師の仕事ではないと思っている」、「死にゆく患者やその家族に患者に起きている身体的変化を科学的に説明することが難しい」「死にゆく患者やその家族に死後予測を科学的根拠をもって説明することは難しい」「医師に死にゆく患者やその家族に起きている変化を私のアセスメントの結果を踏まえて報告することが難しい」と考える度合いは、Group A が Group B より有意に低い結果となった。「在宅ケアチームと情報を共有することが難しい」と考える度合いについては、両群間に有意な差は認められなかった。

図表 2-52　在宅看取りケアへの態度に関する追加項目（2 回目調査）の群間比較

平均点（平均±標準偏差）

	Group A (n=64)	Group B (n=74)	P 値
在宅ケアチームと情報を共有することが難しい	2.27 ± 0.84	2.36 ± 0.85	0.494
死にゆく患者やその家族に死亡時期を伝えることは看護師の仕事ではないと思っている	2.20 ± 0.72	2.57 ± 0.88	**0.008**
死にゆく患者やその家族に患者に起きている身体的変化を科学的に説明することが難しい	2.75 ± 0.93	3.12 ± 0.96	**0.023**
死にゆく患者やその家族に死後予測を科学的根拠をもって説明することは難しい	2.80 ± 0.96	3.31 ± 0.91	**0.002**
医師に死にゆく患者やその家族に起きている変化を私のアセスメントの結果を踏まえて報告することが難しい	2.77 ± 0.94	3.14 ± 1.05	**0.032**

t 検定

（３）在宅看取りケアの知識

11 月研修直後調査において、在宅看取りケアの知識点数は、Group A が Group B より有意に高い結果となった。

図表 2-53　在宅看取りケアの知識点数（2 回目調査）の群間比較

合計点数（平均±標準偏差）

Group A（n=64）	Group B（n=74）	P 値
40.8 ± 3.4	33.3 ± 4.6	**<0.001**

t 検定

３．3 回目調査の結果

3 回目調査は 1 月研修 1 週間前に、Group A 64 名および Group B 75 名を対象に実施し、Group A 60 名および Group B 64 名が回答した。

１）11 月研修前と 1 月研修直前の比較

1 回目調査を「11 月研修前」、3 回目調査を「1 月研修直前」とし、在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）について、11 月研修前と 1 月研修直前を比較した結果を示す。

在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）について、11 月研修前と 1 月研修直後で両群とも有意な変化はみられなかった。

図表 2-54　在宅看取りケア件数の 11 月研修前と 1 月研修直前の比較

人数（平均±標準偏差）

	11 月研修前	1 月研修直前	P 値
Group A（n=60）	6.9 ±　5.5	8.3 ±　7.5	0.093
Group B（n=64）	9.1 ± 10.3	10.7 ± 11.9	0.084

対応のある t 検定

２）3 回目調査の群間比較

1 月研修 1 週間前に実施した 3 回目調査における、在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）について、Group A と Group B を比較した結果を示す。

① 在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）

3 回目調査における在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）について、両群間に統計学的有意差は認められなかった。

図表 2-55　在宅看取りケア件数（3 回目調査）の群間比較

人数（平均±標準偏差）

Group A（n=60）	Group B（n=64）	P 値
8.3 ± 7.5	10.7 ± 11.9	0.172

t 検定

② 2021 年 12 月 1 日～2022 年 1 月 5 日（3 回目調査）の在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）

2021 年 12 月 1 日～2022 年 1 月 5 日に実施した在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）の Group A と Group B を比較した結果を示す。Group B のほうが Group A よりも有意に多く在宅看取りケアを実施していた。

図表 2-56　在宅看取りケア件数（2021 年 12 月 1 日～2022 年 1 月 5 日）の群間比較

人数（平均±標準偏差）

Group A（n=60）	Group B（n=64）	P 値
1.0 ± 1.1	1.5 ± 1.6	**0.041**

t 検定

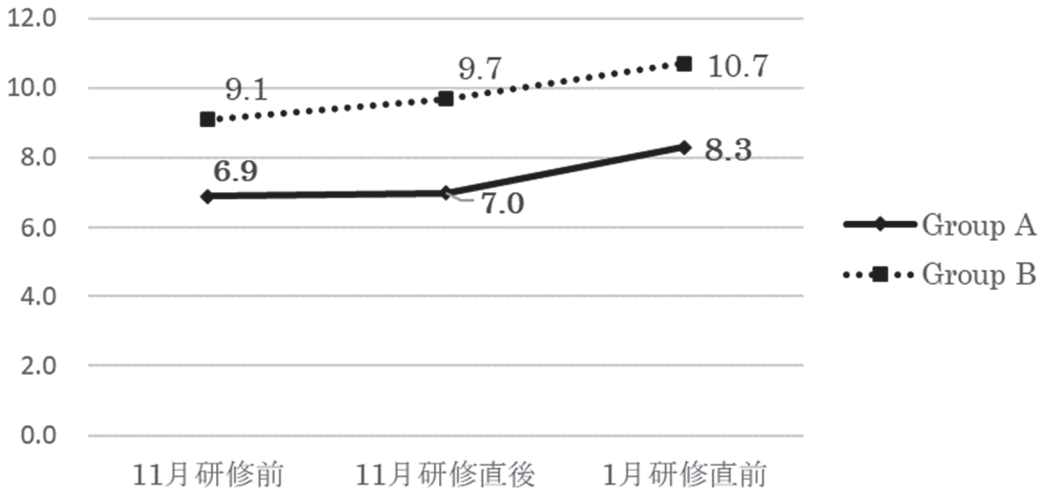
４．1～3 回目調査結果のまとめ

本項でははじめに、在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）について、1 回目調査（11 月研修前）、2 回目調査（11 月研修直後）、3 回目調査（1 月研修直前）の結果を、Group A、Group B 各々に示し、3 回の調査結果と両群を比較する。次に、在宅看取りケアへの態度に関する点数と在宅看取りケアの知識点数の、1 回目調査（11 月研修前）および 2 回目調査（11 月研修直後）の結果を、Group A、Group B 各々に示し、11 月研修前後と両群を比較する。なお、本項の結果では、在宅看取りケア件数については、1 回目調査、2 回目調査、3 回目調査全てに回答した Group A 60 名および Group B 64 名のデータを、その他の項目については、1 回目調査および 2 回目調査の両方に回答した、Group A 64 名および Group B 74 名のデータを用いた。

１）在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）の推移

訪問看護での臨死期のケアについて、1 回目（11 月研修前）調査、2 回目（11 月研修直後）調査、3 回目調査（1 月研修直前）全てにおいて、両群間に統計学的な有意差はなく、両群とも有意な変化はみられなかった。

図表 2-57　在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア）の推移（平均人数）



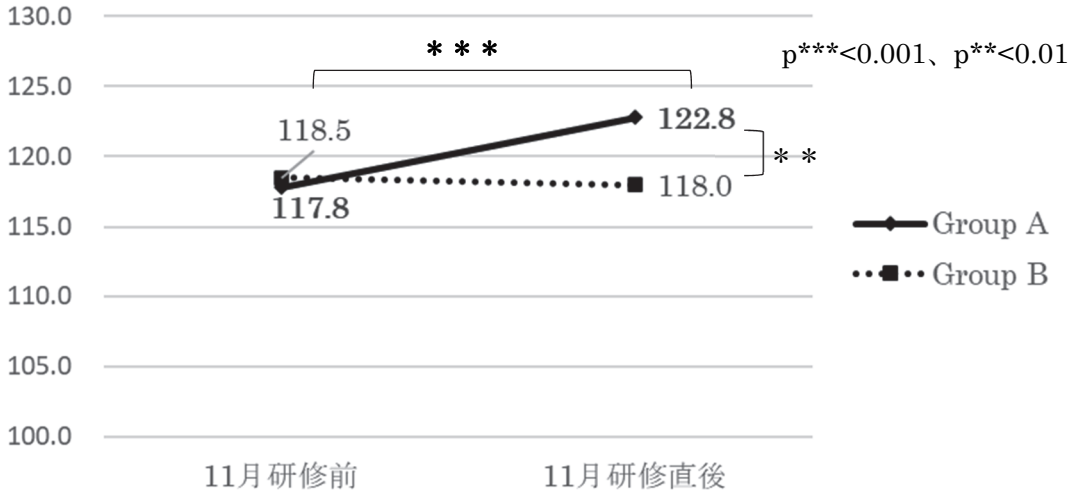
２）在宅看取りケアへの態度に関する点数の推移

（１）Frommelt のターミナルケア態度尺度の点数の推移

① ターミナルケア態度尺度の点数（合計点）

ターミナルケア態度尺度点数（合計点）は、11 月研修前後で Group B では有意な変化がみられなかったのに対し、Group A では有意に増加しており、11 月研修直後調査では、Group A のほうが有意に高い結果となった。

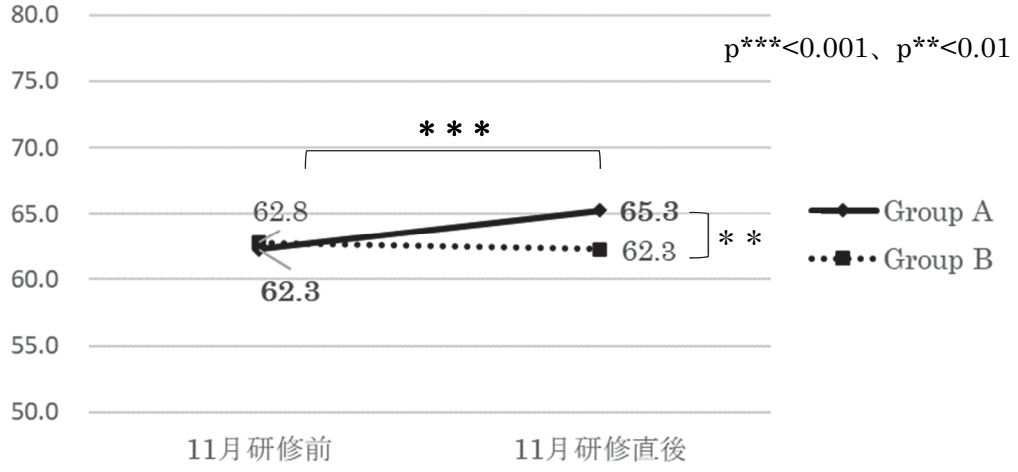
図表 2-58　ターミナルケア態度尺度の点数の推移（合計の平均値）



② 死にゆく患者へのケアの前向きさ

死にゆく患者へのケアの前向きさに関する点数は、11 月研修前後で Group B では有意な変化がみられなかったのに対し、Group A では有意に増加しており、11 月研修直後調査では、Group A のほうが有意に高い結果となった。

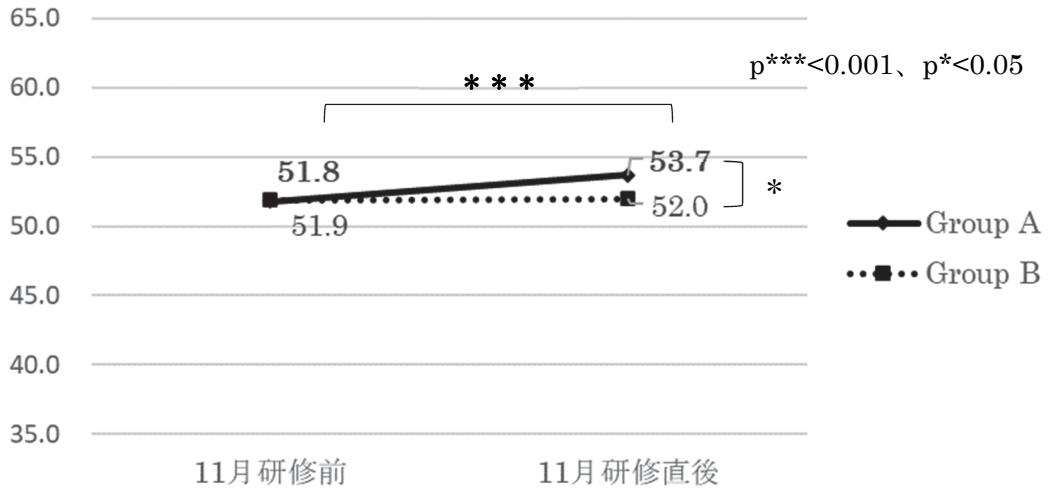
図表 2-59　死にゆく患者へのケアの前向きさに関する点数の推移（合計の平均値）



③ 患者・家族を中心とするケアの認識

患者・家族を中心とするケアの認識に関する点数は、11 月研修前後で Group B では有意な変化がみられなかったのに対し、Group A では有意に増加しており、11 月研修直後調査では、Group A のほうが有意に高い結果となった。

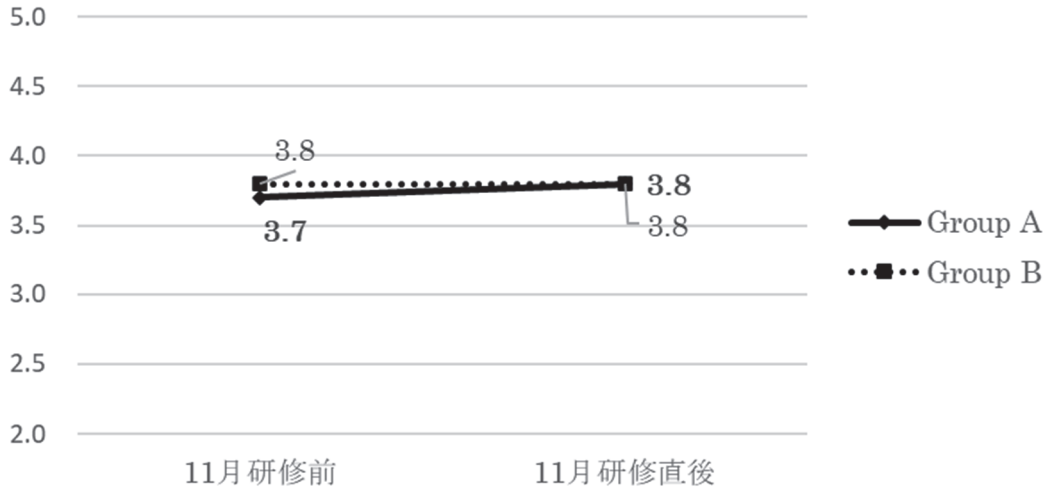
図表 2-60　患者・家族を中心とするケアの認識に関する点数の推移（合計の平均値）



④ 死の考え方

死の考え方に関する点数については、両群とも 11 月研修前後で有意な変化はみられず、11 月研修直後調査でも、両群間に統計学的有意差は認められなかった。

図表 2-61　死の考え方に関する点数の推移（点数の平均値）

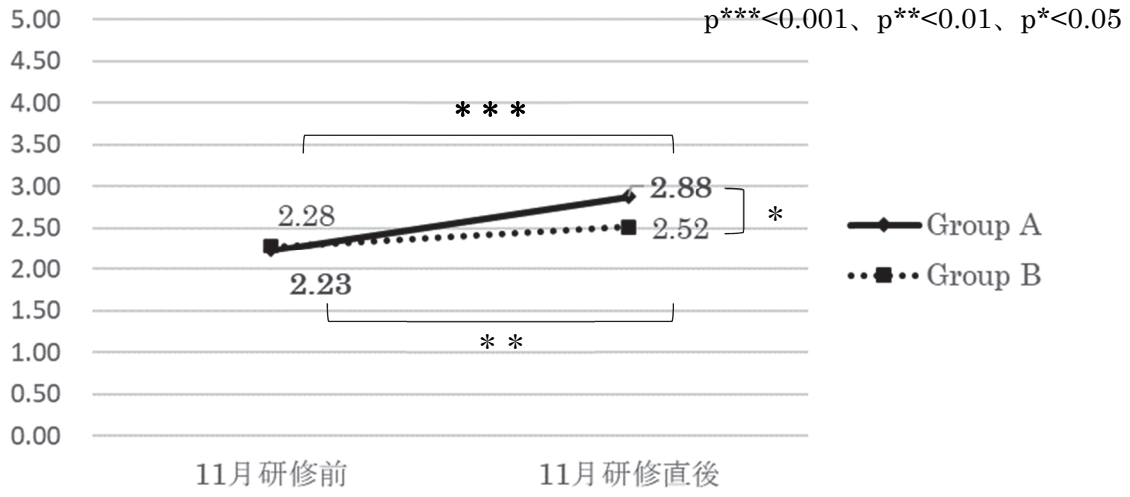


（２）緩和ケアに関する医療者の自信・意欲尺度（訪問看護バージョン）点数の推移

① 終末期ケアに対する自信

終末期ケアに対する自信に関する点数は、両群とも 11 月研修後に有意に増加していた。また、11 月研修直後調査では、Group A のほうが Group B より有意に高い結果となった。

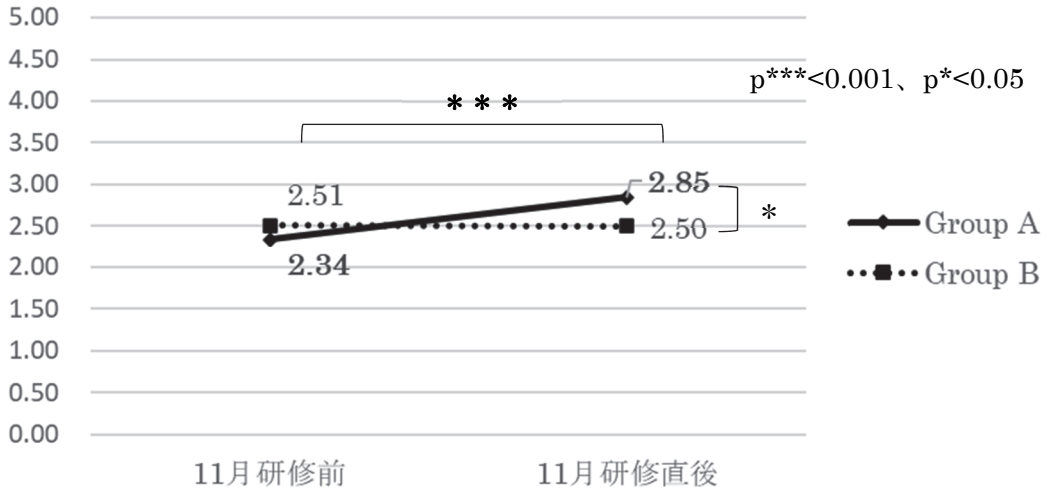
図表 2-62　終末期ケアに対する自信に関する点数の推移（平均点の平均値）



② 医師とのコミュニケーションへの自信

医師とのコミュニケーションへの自信に関する点数は、Group B では有意な変化が見られなかったのに対し、Group A では有意に増加しており、11 月研修直後調査では、Group A のほうが有意に高い結果となった。

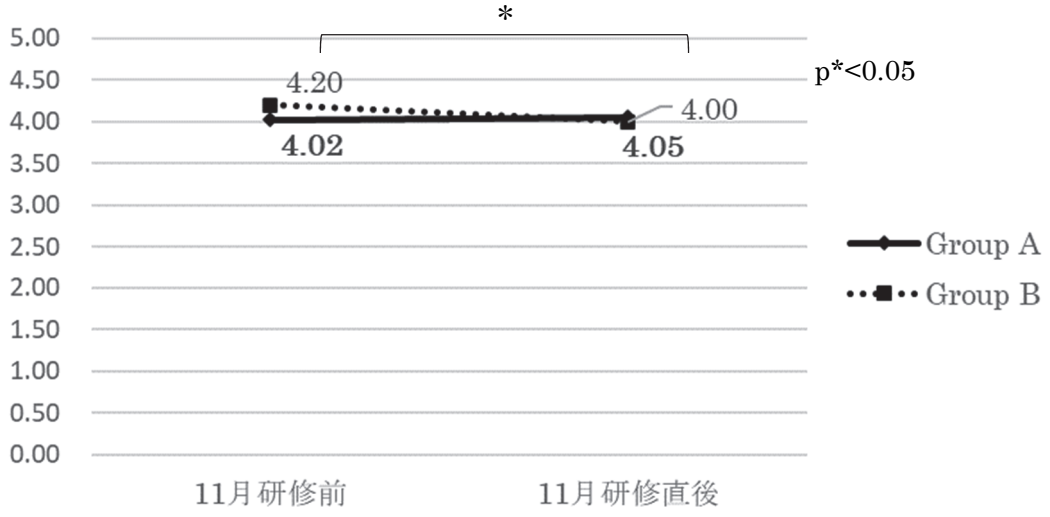
図表 2-63　医師とのコミュニケーションへの自信に関する点数の推移（平均点の平均値）



③ 終末期ケアに対する意欲

終末期ケアに対する意欲に関する点数は、Group A では有意な変化が見られなかったのに対し、Group B では有意に減少していた。11 月研修直後調査では、両群間に統計学的有意差は認められなかった。

図表 2-64　終末期ケアに対する意欲に関する点数の推移（平均点の平均値）

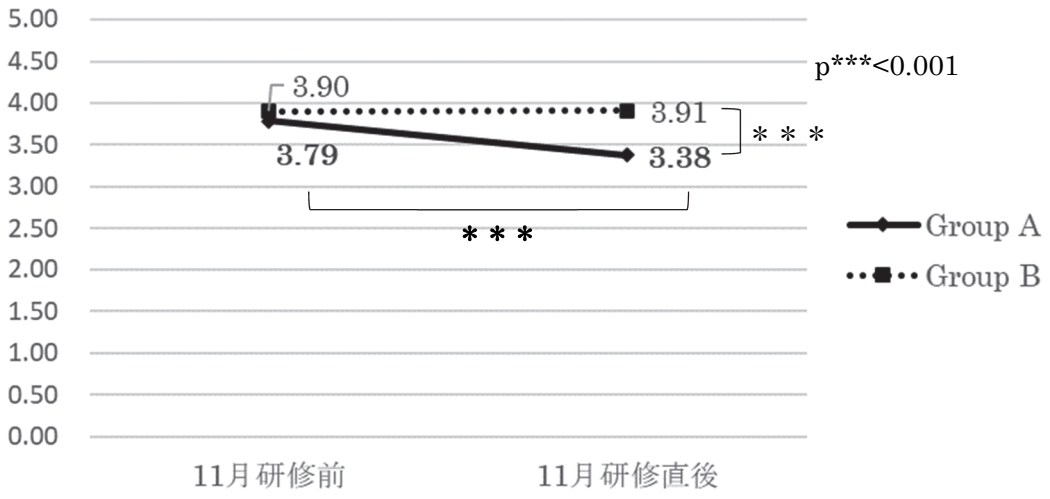


（３）緩和ケアに関する医療者の困難感尺度（訪問看護バージョン）点数の推移

① 症状緩和

症状緩和に関する困難感の点数は、Group B では有意な変化がみられなかったのに対し、Group A では有意に減少しており、11 月研修直後調査では、Group A のほうが有意に低い結果となった。

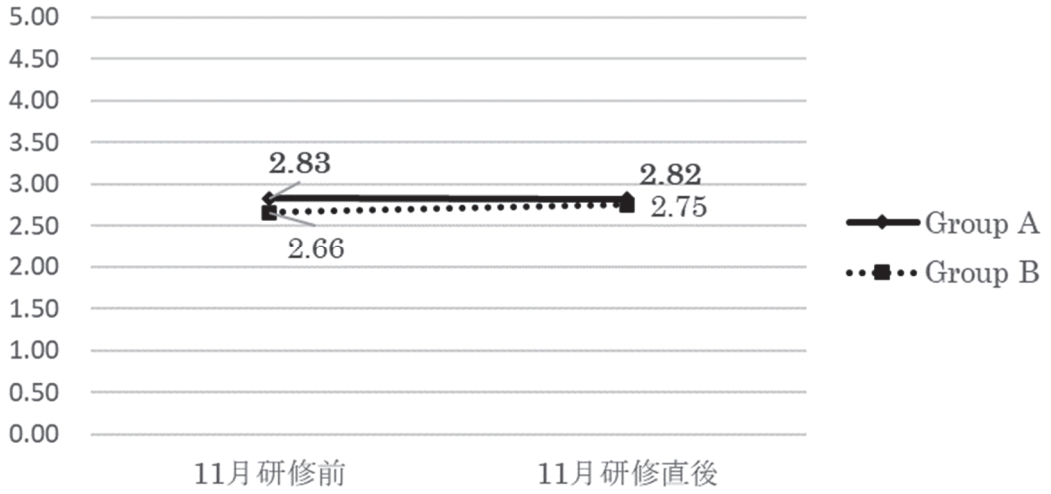
図表 2-65　症状緩和の困難感に関する点数の推移（平均点の平均値）



② 医療者間のコミュニケーション

医療者間のコミュニケーションに関する困難感の点数は、両群とも 11 月研修前後で有意な変化はみられず、11 月研修直後調査でも、両群間に統計学的有意差は認められなかった。

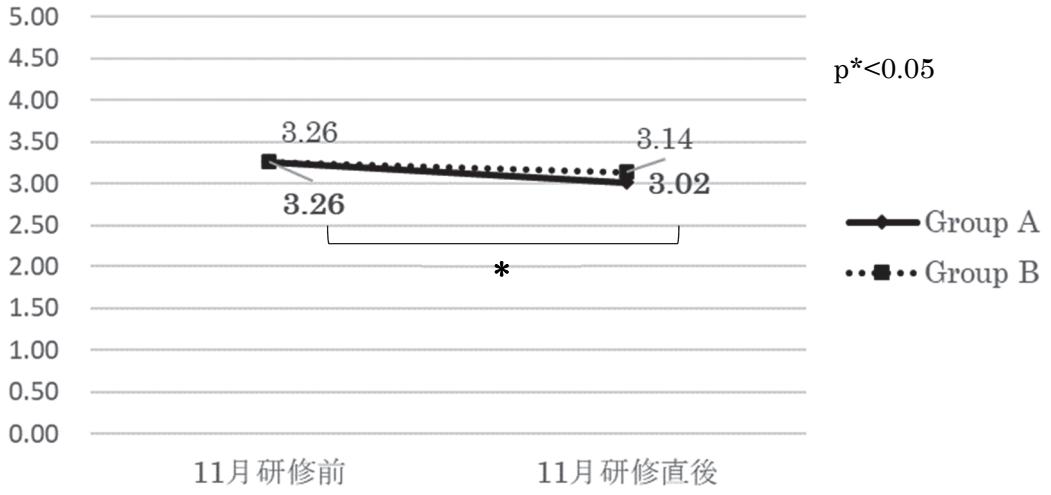
図表 2-66　医療者間のコミュニケーションの困難感に関する点数の推移（平均点の平均値）



③ 患者・家族とのコミュニケーション

患者・家族とのコミュニケーションの困難感に関する点数は、Group B では有意な変化がみられなかったのに対し、Group A では有意に減少していた。11 月研修直後調査では、両群間に統計学的有意差は認められなかった。

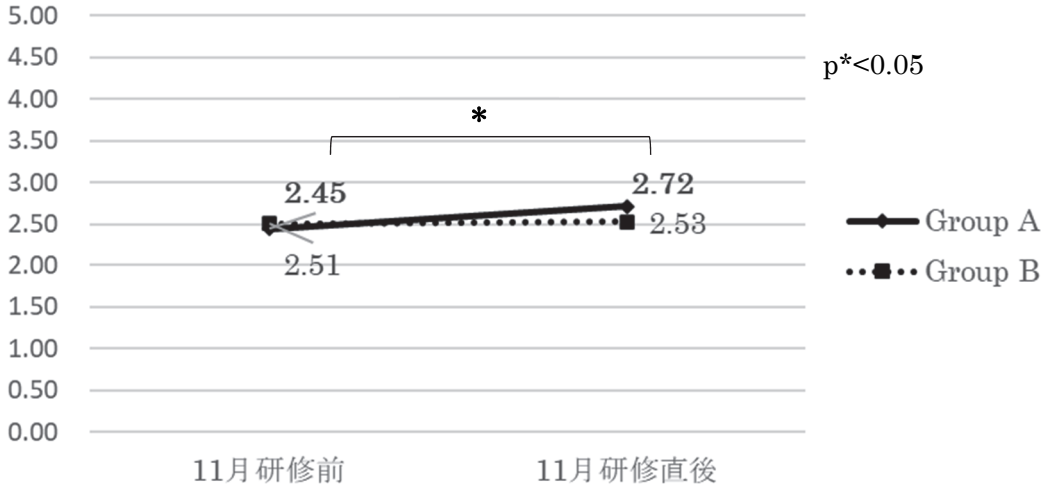
図表 2-67　患者・家族とのコミュニケーションの困難感に関する点数の推移
（平均点の平均値）



④ 地域連携

地域連携の困難感に関する点数は、Group B では有意な変化がみられなかったのに対し、Group A では有意に増加していた。11 月研修直後調査では、両群間に統計学的有意差は認められなかった。

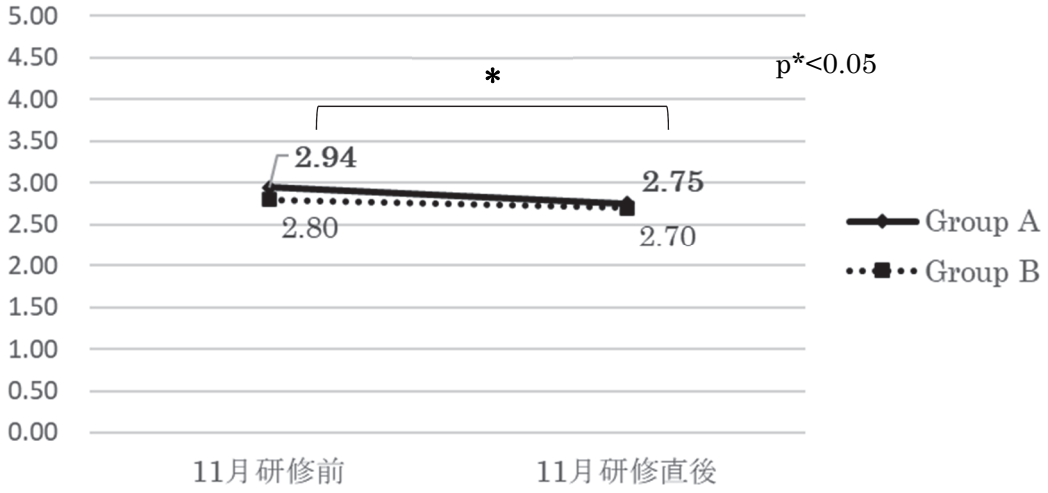
図表 2-68　地域連携の困難感に関する点数の推移（平均点の平均値）



⑤ 看取りと家族ケア

看取りと家族ケアの困難感に関する点数は、Group B では有意な変化が見られなかったのに対し、Group A では有意に減少していた。11 月研修直後調査では、両群間に統計学的有意差は認められなかった。

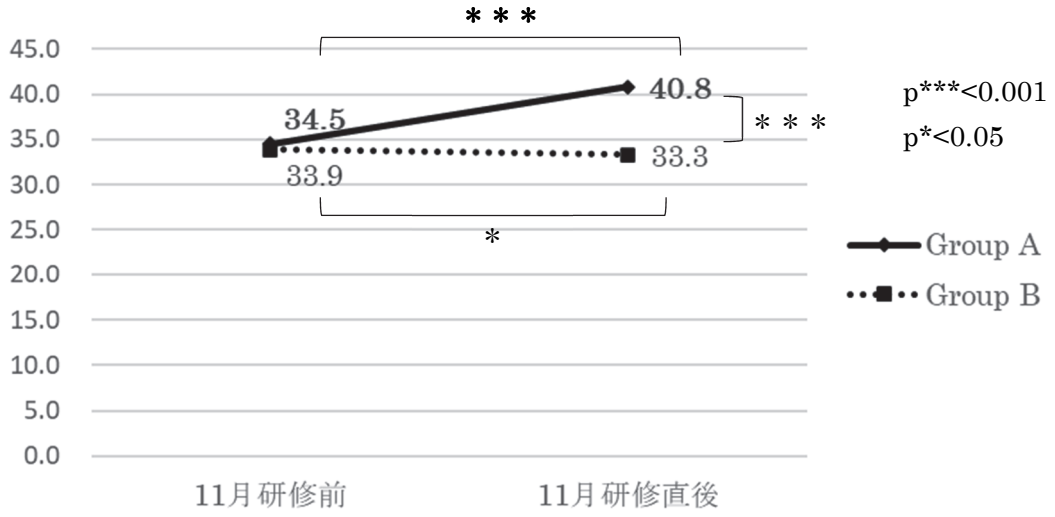
図表 2-69　看取りと家族ケアの困難感に関する点数の推移（平均点の平均値）



３）在宅看取りケアの知識点数の推移

在宅看取りケアの知識点数は、Group B では有意に減少していたのに対し、Group A では有意に増加していた。11 月研修直後調査では、Group A のほうが有意に高い結果となった。

図表 2-70　在宅看取りケアの知識点数の推移（点）



５．事業参加者（Group A）による講義・演習の内容および方法の評価

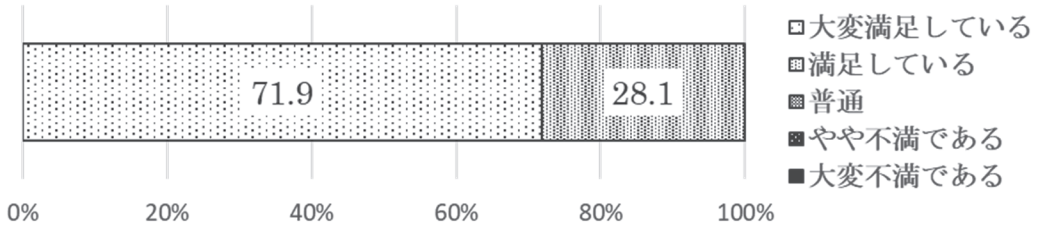
Group A 64 名全員が調査項目全てに回答した。

１）研修全体の評価・感想

（１）研修全体の満足度

参加者全員が、研修全体に「大変満足している」または「満足している」と回答していた。

図表 2-71　研修全体の満足度（単位：%）

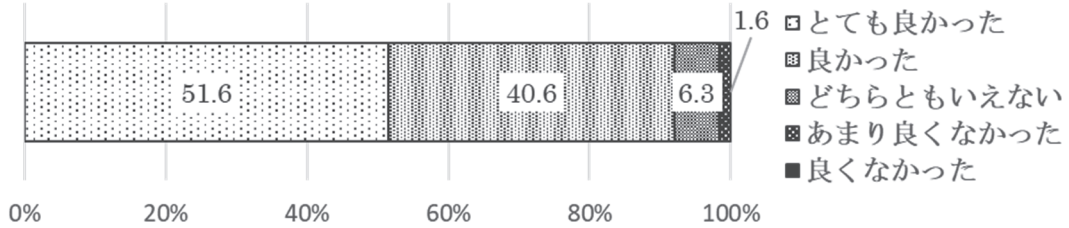


（２）本研修の時間配分等の構成について

本研修の時間配分等の構成についてどう思いましたか？

本研修の時間配分等の構成について、「とても良かった」または「良かった」と答えた割合が 92.2%であった。

図表 2-72　本研修の時間配分等の構成について（単位：%）

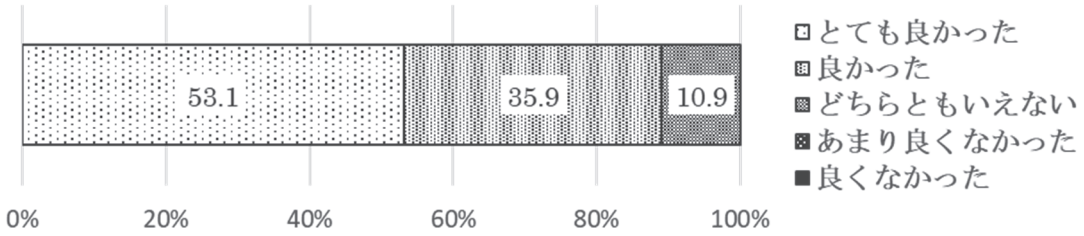


（３）今回の研修開催方法（Web 開催）について

今回の研修開催方法（Web 開催）についてどう思いましたか？

今回の研修開催方法（Web 開催）について、「とても良かった」または「良かった」と答えた割合は 89.0%であったのに対し、「どちらとも言えない」と回答した割合は 10.9%であった。

図表 2-73　今回の研修開催方法（Web 開催）について（単位：%）

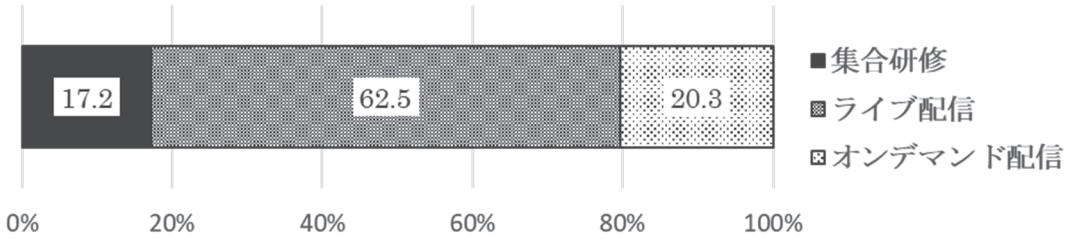


（４）参加しやすい講義方法

あなたが今後同じ講義を受講するとしたら、参加しやすいのはどれですか？

今後同じ講義を受講するとしたら参加しやすい講義方法についての質問では、ライブ配信が 62.5%と最も多く、次いで、オンデマンド配信 20.3%、集合研修 17.2%という結果であった。

図表 2-74　参加しやすい講義方法（単位：%）

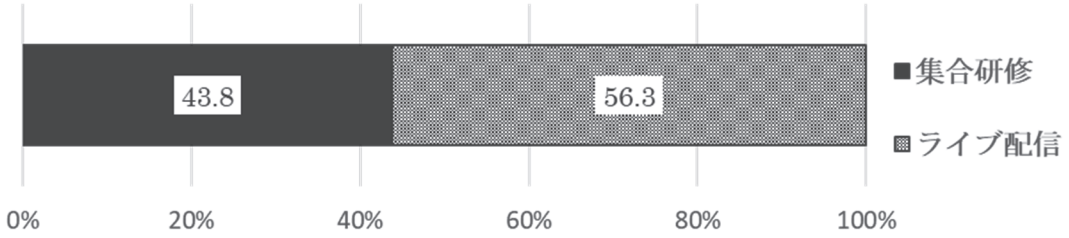


（５）参加しやすい演習方法

あなたが今後同じ演習（グループワーク・ロールプレイ）を受講するとしたら、参加しやすいのはどれですか？

今後同じ演習を受講するとしたら、参加しやすい演習方法についての質問では、ライブ配信 56.3%、集合研修 43.8%という結果であった。

図表 2-75　参加しやすい演習方法（単位：%）

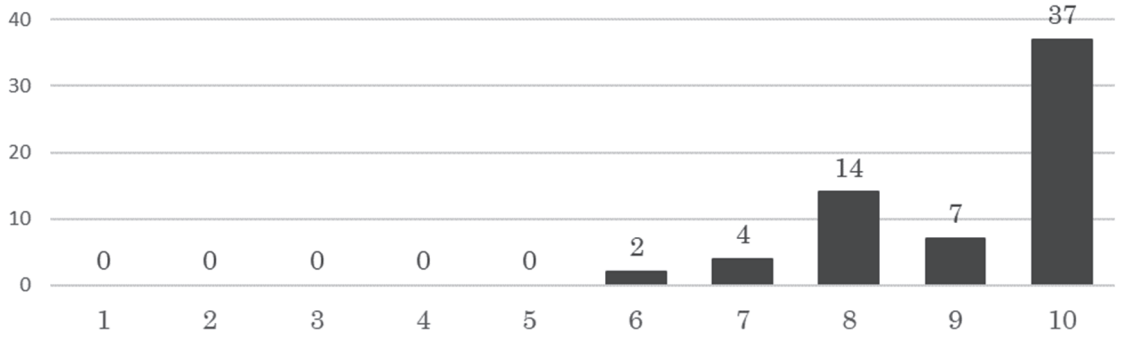


（６）本研修を友人や同僚に薦める可能性

あなたが本研修を友人や同僚に薦める可能性はどのくらいありますか？最も近い番号を選択してください。

本研修を友人や同僚に薦める可能性を 10 段階で尋ねた質問では、「10」が最も多く 37 人（57.8%）、次いで、「8」14 人（21.9%）、「9」7 人（11.0%）という結果となった。

図表 2-76　本研修を友人や同僚に薦める可能性（単位：人）



1：全く勧めたくない　　5：どちらでもない　　10：とても勧めたい

（７）研修全体の感想

事業参加者の受講後の感想について、自由記述内容を以下に分類した。各項目内容を示す。

① 講義・演習

（ア）教育内容

・知りたいと思っていた内容が網羅されており大変勉強になった。
・看取りの内容全体を網羅した研修はなかなかないと思うので、非常に勉強になった。
・受講前までは看取り期の様々な期に関して学ぶのかと思っていたが、充実した内容で参加できてよかった。
・1 日目、2 日目で学んだことを最終日にいかせるような形で学ぶことができてよかった。
・参考書などでは得られない講師の先生方の体験談がたくさんあってよかった。
・事例を挙げながら解説しており、テーマの内容を実際の状況として理解しやすかった。(4 名)

（イ）追加で学びたい内容

・看取りの支援体制について、夜間コールの具体的な内容や夜間対応をしなくてもいい内容も聞きたかった。
・療養者や家族の相談に対して、具体的な対応ができるような内容を聞きたかった。(2 名)

（エ）講義時間

・臨床推論や多様な療養場所における連携・診療報酬に関してはもっと聞きたかった。
・内容が充実していたので、もう少しゆっくり講義を聞きたかった。(3 名)

（オ）質疑応答の時間

・講義の後に、質疑応答の時間があればよかった。(2 名)
・講師に直接質問できるところがあったらよかった。

② 事前課題

・時間がなかったので大変だった。(2 名)
・課題が大変だった。(2 名)
・パソコンが苦手なので、家族の協力を得て、何とか参加できた。
・課題提出のメールを見落としていた。仕事や子育てでメールを見る時間がなく資料をすぐに印刷できる環境ではないため、前日や 2 日前に資料を準備するのは大変だった。
・課題がコンパクトでよかった。
・パソコンにあまり詳しくないので、パソコンによる課題提出は勉強にはなったが、提出期

限が短く焦った。

③ グループワーク・ロールプレイの演習

・コミュニケーション技術についてのグループでのディスカッションを通し、自身と同じステーション以外の方の話も聞くことができてとてもよかった。
・実践に活かせる演習だった。
・Zoom で参加したことでオンデマンドのライブ研修に自信がもてた。
・Zoom の研修がうまくできるか、他の方と直接会わずに議論ができるかと思っていたが、全国各地の方と意見交換ができたので Zoom の研修もよかった。
・演習で講師の客観的な意見を聞けたことで、学びの多い研修となりました。
・Zoom での研修（特に発言をする場面）に慣れていないため緊張したが、終わってみたらいい経験だった。
・自身も参加することができるオンライン研修だったので、非常に楽しく受講できた。

④ 配布資料

（ア）プログラムの事前配布について
・タイムテーブルが事前にわかったので、仕事や家族との調整がしやすかった。

（イ）講義用のテキスト
・今回の研修で使用したテキストがよかった。これからも繰り返し読み直して学んでいきたい。
・テキストはこれからの訪問のまとめとなる資料だと思った。できればカラーであったほうが、見返す時も重要なポイントが分かりやすいと思った。(3 名)
・事例や写真、グラフ等が多く研修内容をつかみやすいスライドだった。

⑤ 開催方法

（ア）参加方法（勤務調整）
・3 日間の間隔は空きすぎず、近過ぎず、ちょうどよかった。
・1 週間に 3 回の研修は、自己研修で参加したため休みがなく辛かった。もう少し期間を開けてほしい。他のスタッフに勤務交代をしてもらう必要があった。(3 名)
・短期間の開催だったため、3 日目のロールプレイの前に復習をする時間がなかった。
・1 週間に 3 日間はきつく、勤務を含めて休みがなかった。(4 名)
・月末は報告書の作成があるので月初めにしてほしい。

（イ）タイムスケジュール
・タイムスケジュールがはっきりしていて、運営に関してはとてもよかった。

・休憩のタイミングもよかった。
・講義と休憩の時間が適切で、長時間だったが集中して聴くことができた。

（ウ）オンライン研修
・オンラインでの研修は、どこからでも参加でき、交通費や宿泊費がかからず、子どもの昼ご飯を作ることができるので参加しやすかった。
・コロナ禍での研修のため、地方からでも参加することが出来よかった。(4 名)
・集合研修で参加者の表情などぬくもりなど肌で感じられるほうがよい。
・オンデマンドだと講師の話が集中して聴けた。

（エ）在宅での参加することの困難
・ネット研修で良かった面もあったが、子供がいたため、3 日目静かな環境で集中して受けることの難しさも感じた。

（オ）不慣れな PC 操作
・まだパソコンに精通しているわけではないので、この研修をきっかけにパソコンについても学習しようと思った。
・課題やロールプレイの資料が届かなかったことがあった。（資料のダウンロード方法などが理解できなかった）
・オンラインは便利だが、接続については協力が難しいため、誰にでも勧めるのは難しい。

（カ）アーカイブ配信
・ライブ配信後にオンデマンドでも視聴できる期間があると嬉しい。(5 名)
・講義に関しては時間配分などもあるので、予め録画したものをオンデマンド配信してもよいのではないか。
・講義はオンデマンド配信のほうが日程を調整しやすいと思った。

（キ）演習に関するアナウンス
・リモートでのロールプレイはあまり経験がなかったが、何度も方法をアナウンスしてくれたので、大きな混乱なく行うことができた。
・ロールプレイに関しては、初めての経験だったので、始まるまでは、どのように進めるのか、どのようにしたらいいのか不安だったが、グループワークの時点から、ファシリテーターの方がいてくださったので、助言もいただけてとても心強かった。
・運営サポートが行き届いていた。初めての Zoom 研修参加で不安もあったが、運営スタッフの方のサポートや配慮が行き届いており、安心して受講できた。
・今までの研修でもグループワークがあったが、マイクチェックや映像確認はなく、講師も

グループワークに参加されていない状態だったので、全くグループワークにならなかったことがあった。
・円滑な流れで運営してもらった。

（ク）受講者の受講環境によるトラブル
・それぞれのグループからの発表の際、マイクの音量が低すぎて聞きづらい方もいたので、次回は標準化できたら聞きやすいのかなと感じた。

⑥ 研修受講による効果
（ア）在宅看取りへの自信
・訪問看護師としてのスキルアップすることができ、自分に自信を持つことが少しだができるようになった。

（イ）学習のポイント
・どの視点で、どのポイントで学習を進めればいいのかということは明確になったので、資料を振り返りながら自己学習を進めていきたい。

（ウ）在宅看取りへの不安の軽減
・亡くなる時に立ち会ったことはなく、利用者・家族になんと声をかけたら良いのか分からず怖い思いがあったが、講義を通してその思いが軽減した。講義の中の事例を聞いて、療養者さんの思いに寄り添える在宅療養はすごいと感じたが、今はそのような関わりができそうもない。訪問看護師を続けていられたら、そういう関わりができるといいなと思う。
・講義の内容もすぐに活用できるものが多く、ほんの僅かだが訪問することに対する緊張や怖さが薄れた。
・不安のもととなる知識と経験の少なさに対して、この 3 日間は、その不安を少し払拭してくれるものとなった。皆さんがとても真摯に向き合っている姿も感じられ、自身の足りなさも痛感した。

（エ）自己の看護の振り返り
・自ら志望して訪問看護師となったが、戸惑う場面が多かった。
・振り返りの時間が取れないまま時間が経過していた。研修に参加することで振り返りの時間が取れた。講義やディスカッションを通したくさんの学びを得ることができた。

（オ）看取りへの意欲
・その人の命をありがたいと思える仕事に従事しており、責任と使命少しでも果たせるよう感謝の心忘れずに関わっていきたい。

・いつもの生活の中にその人の自然な死があるようなお看取りをしていきたい。
・有名な講師の方々のお話や全国の訪問看護師のお話を聞けて、悩んでいるのは自分だけではなかったんだなと嬉しく思った。みんなで頑張っているんだなと思うと勇気もわいてきた。興味のある分野でもあったので本当に楽しい研修だった。
・今回の学びや気づきをもとに、利用者さんやご家族に少しでもよりよいケアをできればと思った。
・訪問看護はある意味看護の醍醐味がつまった分野だ。もっともっと上を目指して頑張ろうと思う。

⑦ 仲間づくり（情報交換・意見交換の場）

・同じ領域で頑張る仲間として、相談したり、情報交換したりができるよう、連絡先の交換等ができればよかった。
・他の都道府県に方々と交流できる機会はそうそうないため体験談などを聞きたかった。
・訪問看護をしている中での疑問や不安な点を聞いてもらえたらと思った。
・まだ働き始めて１年、不安でいっぱいの毎日なので、個人的な悩みや困っていることを意見交換する場が欲しいと感じた。
・今後の発展を考えた際に、この研修で知り合った研修生同志のつながりを考えてほしい。
・横のつながりを作ってくれることでさらに相談し合える仲間ができ、さらに全国にいる仲間との連絡簿のようなものがあればなおよい。
・訪問看護の世界は時に孤独を感じたり、ジレンマに悩まされたりと何度も挫折しそうになる。先生方の講義を受けたり、他の参加者の話で、日本中に仲間はいっぱいいるんだな、私も頑張らなくてはと勇気や元気をもらった。

⑧ 受講者の対象

・友人や同僚に勧めたいと思った。しかし、この研修の内容は深い内容なので、看取りを経験したことがあり、ある程度知識を持っていないと、ついていくことが大変であると感じた。
・講義を受けながら自身の看護について振り返ったり、知識の足りない部分やアップデートができた。対象を初任者に限らなくてもよいのではないかなと思った。

⑨ アンケート

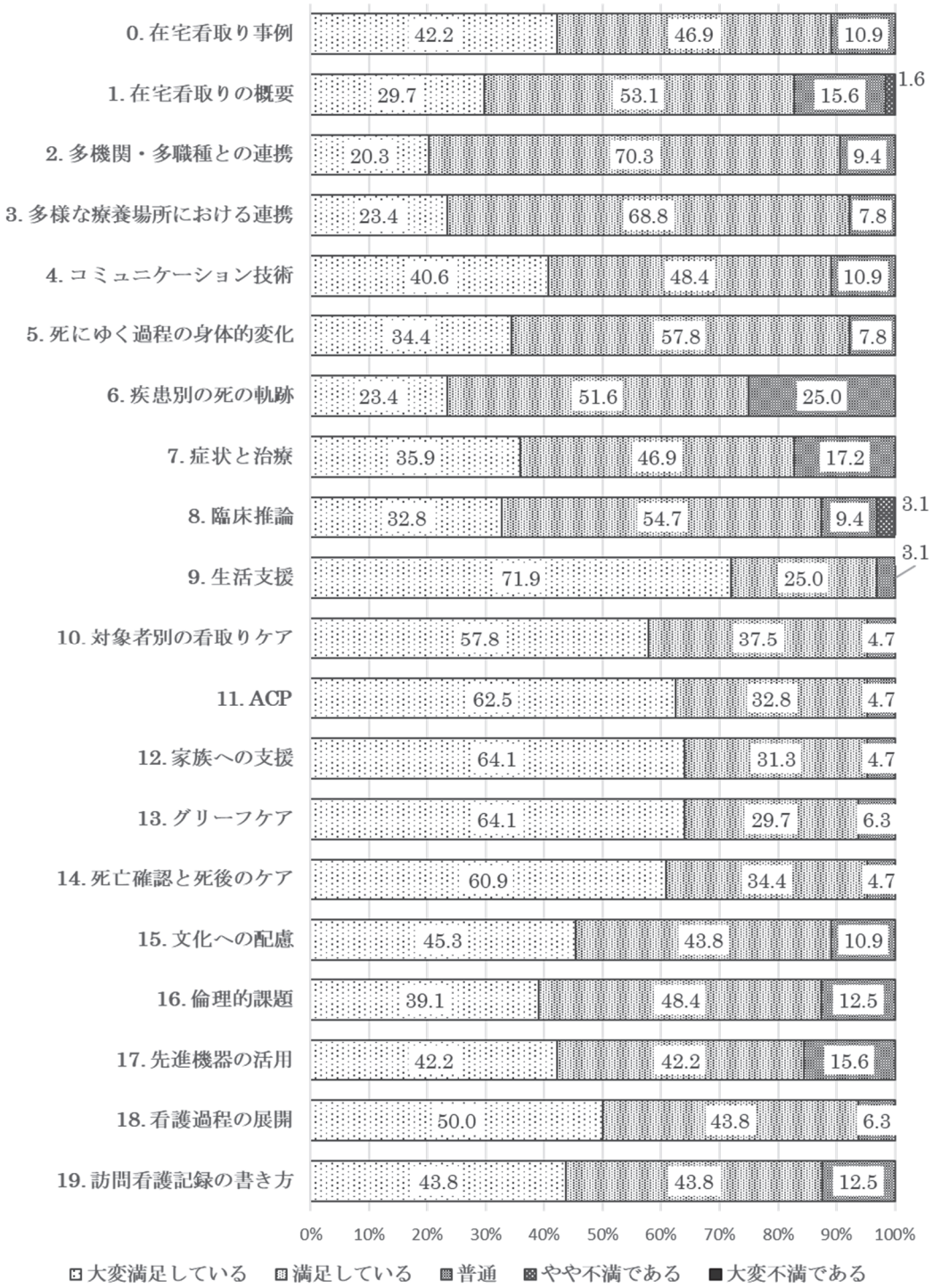
・非常に勉強になった。 ただし、アンケートが長く、もう少し簡略化できるといい。(3 名)

２）各講義の評価

（１）各講義の満足度

全ての講義において、参加者の 75%以上が「大変満足している」または「満足している」と回答していた。

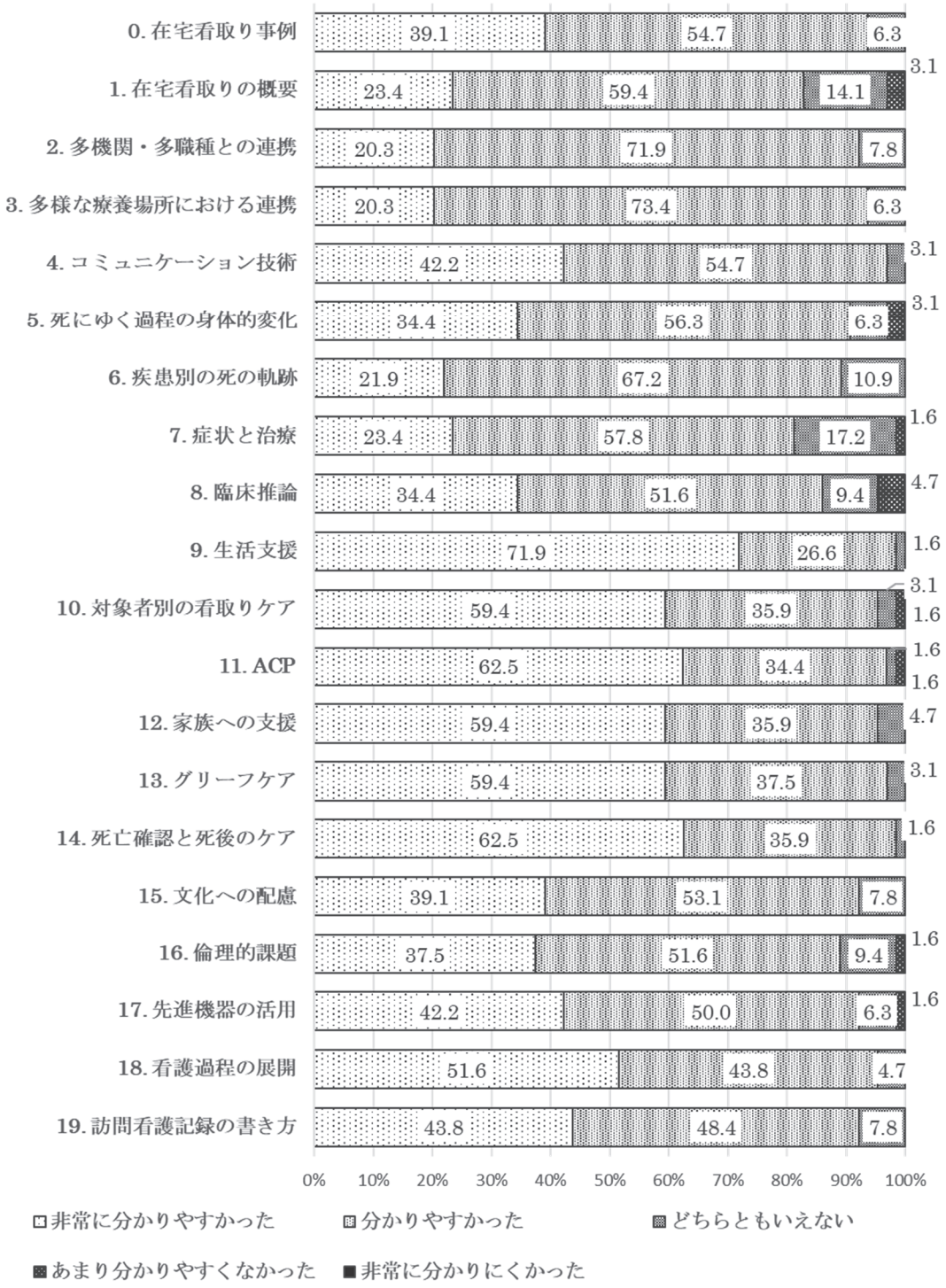
図表 2-77　各講義の満足度（単位：%）n=64



（２）各講義の分かりやすさ

全ての講義において、参加者の 80%以上が講義は「非常に分かりやすかった」または「分かりやすかった」と回答していた。

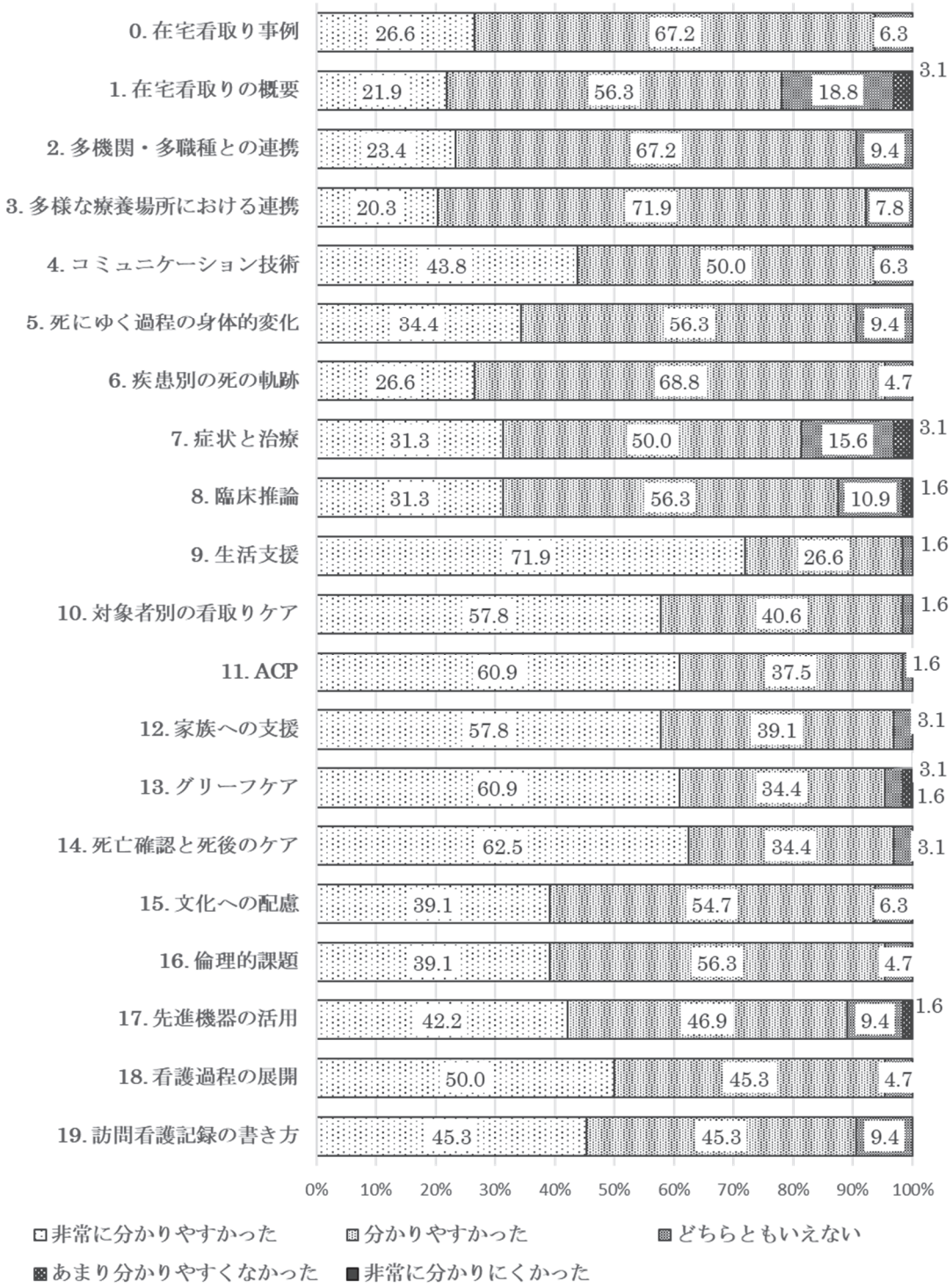
図表 2-78　各講義の分かりやすさ（単位：%）n=64



（３）各講義資料の分かりやすさ

全ての講義において、参加者の 80%以上が講義資料は「非常に分かりやすかった」または「分かりやすかった」と回答していた。

図表 2-79　各講義資料の分かりやすさ（単位：%）n=64

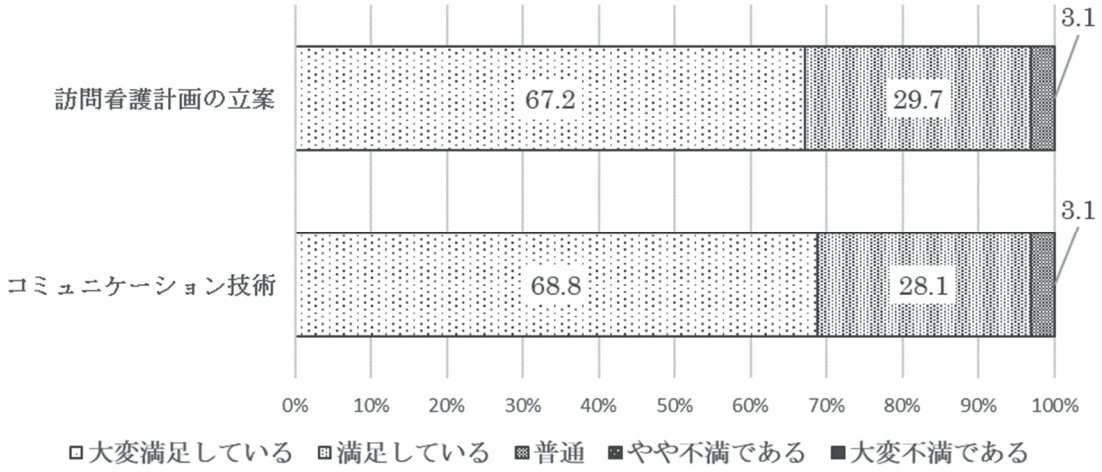


３）演習の評価・感想

（１）各演習の満足度

どちらの演習においても、参加者の 96.9%が「大変満足している」または「満足している」と回答していた。

図表 2-80　演習の評価（単位：%）



（２）各演習の感想

① 訪問看護計画の立案演習の感想

（ア）看護計画を共有することで得られたこと

・看護計画を共有することで、自身にはなかった様々な視点を学ぶことができた。（20 名）

・計画立案に自信がなかったが、自分の立てた看護計画が間違えていなかったと安心するすることができた。（3 名）

・自分の不安や悩みは、他の人も同じであることがわかり、安心した。（3 名）

・自身は目の前の患者さんの疼痛コントロールを考えるばかりで余裕はなかったが、患者さんがどう暮らしてきたか、落ち着いたら何がしたいのか（旅行や食べたいものなど）を重視している受講者の発言に心を動かされた。

（イ）ファシリテーターから学んだこと

・情報が網羅されたサマリーはめったにないこと、初回の訪問でコミュニケーションを取りながら情報を補足していくことを、ファシリテーターが具体的に話してくれた。実践につながる助言が勉強になった。

・不足の情報をどう収集するか、退院前カンファレンスに参加しているつもりで考えてみてというアドバイスを受け、なるほどと思った。

（ウ）講義・事前課題の有用性

・2 日間の講義を振り返りながら作成できてよかった。
・同じ課題に向き合った上で話し合えたので、考えを深めることができた。
・事前に課題の提示があり講義の時間以外も充実したように感じた。

（エ）実践の復習・実践での活用

・事例は自分が受け持った患者さんに似ており、復習のようになった。経験知として自分に残っていたことがうれしい。
・課題では実際に業務の中で使用している様式を用い、多く関わる事例について検討したため、すぐに日常業務に活かせると思う。

（オ）その他学んだこと・良かった点

・少ない情報から患者や家族の課題を考えることは、良い練習となった。（2 名）
・看取りの看護計画立案に対して苦手意識があったので演習できてよかった。
・訪問看護の看護過程を考える過程がよくわかった。たくさんある看護問題の優先度を考えながら、今後起こりうることも予測して計画立案ができるようにステップアップしていきたい。
・初回の計画を具体的に考えることが、在宅への第一歩であり、関係性構築のスタートになる貴重なものだと認識できた。
・麻薬の副作用、痛みの程度や性質など様々なことをアセスメントし立案することの重要性を学んだ。
・看護計画を予め立て、見通しておくことは、限られた時間の中でまず何に視点を置いて聞き出せばよいかをまとめることになり、とても有効であることを感じた。

（カ）難しかった点

・書面の情報のみから看護計画を立案することが難しかった。（5 名）
・少ない情報量から看護計画を立案することが難しかった。（3 名）
・看護問題に優先順位をつけるのが難しかった。（2 名）
・訪問看護計画書について指導を受けたことがなかったので、何をどこまで立案すればいいのか迷った。

（キ）要望

・正解はないと思うが、看護計画書の見本や参考例を提示してほしかった。（5 名）
・グループメンバー全員の計画書をグループ内で共有できると、よりスムーズに検討しやすいのではないかと思った。（2 名）
・提出した計画書に具体的なフィードバックをもらえると、次回に活かせると思う。

・設問内容や議論の進行方法、具体的な発表内容を提示してもらえると、演習当日の進行がしやすい。最終的な発表内容や議論の内容に分かりづらい部分があった。

② コミュニケーション技術演習（ロールプレイ）の感想

（ア）運営面について（オンラインで実施したことについて等）

・オンライン上でのロールプレイはなかなか難しかったが、メンバーの方々の役になりきる真摯な対応のおかげで、それぞれの立場に置き換えて考えることのできるよい機会になった。
・オンラインで行うのはやはり難しかった。実際の会場でやればもう少し自然な流れにできたのかなと思う。
・画面越しでなかなか難しく、すごく緊張してしまって、頭の中が真っ白になりそうな感じでドキドキした。
・設定やタイムマネジメントが適切で演習に集中して臨みやすかった。ファシリテーターがうまく先導してくださり、それぞれのロールプレイでの良かったところ、メンバーの感じたことを理解できた。
・フィードバックの時間がもう少しあってもよいかなと思った。
・時間が短かった。療養者と家族の設定が決まっていると演技しやすいかなと思った。

（イ）訪問看護師役となり学んだこと・感じたこと

・自身のコミュニケーションの癖を知ることができた。（17 名）
・自身が苦手とするコミュニケーションについて明確になったと思う。自分の聞きたいところを項目的に聞いている傾向があり、せっかく療養者さんや家族さんが出している言葉を深められない、気づけないところがあった。
・コミュニケーションをとりつつ必要な情報を引き出すことは難しいと改めて実感した。
・自分も緊張する中でそれを出さずに、相手の緊張をほぐし話しやすい雰囲気作りや気配りをし、なおかつ必要な情報を収集しつつ、こちらが伝えたいことをわかりやすく伝える。やりたいことが多くてとても難しかった。
・自身の行動を客観的にみてもらい、いつもの対応でよかったんだと思える意見をいただけたことは純粋にうれしかった。
・家族は看護師が話を振ってくれないと話しにくいということをお聞きして、はっとさせられた。

（ウ）療養者・家族役となり学んだこと

・療養者や家族には当初の想像とは違った思いや感情があることに気がついた。（18 名）
・詳しく薬について教えてもらうより、一緒に考えましょうと笑顔を向けられたときのほうが安心することに驚いた。

・家族役をして、「看護師さんが、あまり自分の話を聞いてくれないな。夫ばかりと話をしているな」と感じた。私も療養者の自宅に行った際に、家族の話を聞いているつもりでも、聞いている自身が思い込んでいることもあるかもしれないと実感させられた。

（エ）他参加者のロールプレイから学んだこと

・他の参加者が普段どのような言葉がけ、表情、しぐさをしているかを知れてよかった。（10 名）
・グループのメンバーは私より経験年数の長い方ばかりだったので、コミュニケーションの方法（特に傾聴や話しの引き出し方）が勉強になった。
・初回訪問は信頼関係をつくる第一歩であり、表情、あなたの話を聞かせてくださいという姿勢、声のトーン、話し方一つ一つの行為が相手にどう映るか、考えさせられた。会話以外にも大事なことが多くあることを実感した。
・他の人の関わり方をみて、療養者さんが心を開きやすいような話の持って行き方を知ることができた。

（オ）その他

・ここで学んだことは看取りだけでなく、全ての訪問で活用できると思った。
・まったく初めての方々、経験も知識も年齢も違う方々とのロールプレイでとにかくドキドキしたが、皆さん気さくな方ばかりで、講師の人柄でグループが明るくなりとても楽しい時間だった。

（カ）要望

・できれば全員が訪問看護師役をできるとよかった。
・療養者役や家族役もやってみたかった。
・訪問看護師は何をする人なのか知らなかったり、知らない人が家に入って来てほしくないといった困難なケースのロールプレイもやってみたかった。

６．講師による講義・演習の内容および方法の評価（11 月研修）

11 月研修の 3 日目の後に、演習にファシリテーターとして参加した講師がオンラインで研修の振り返りを実施した。なお、研修中に講師が発言した意見も含めて記述する。

１）プログラムの構成・全体の印象

・「1.在宅看取りの概要」は「在宅看取りをめぐる動向」と「在宅看取りの法制度」に分けたほうがよいのではないか。「在宅看取りをめぐる動向」は、在宅看取りが必要となる根拠を説明することが目的である。「在宅看取りの法制度」は、「3.多様な療養場所における連携」と統合してもよい。

・1 日目の研修は「重い」「実践からはまだまだ遠い」と感じた。2 日目のほうがまだ実践に近い。受講生は家で自由に聞いているので、ボリュームが多過ぎると流れていってしまう感じがする。

２）講義資料

・「7.エンドオブライフの症状と治療」のスライドがカラフルで、内容とミスマッチである。

・看護過程の展開は、もっと具体的に挿入したほうがよい。

３）演習

（１）初回訪問という設定について

・実際の訪問では 7 分間に詰め込んで色々なことを療養者に聞くことはないが、演習では「ここで色々聞かなくては」という気概が伝わってきた。どちらを演習するのかを明確にしてあげたほうがよい。

・初回ではやらないと思う内容も含まれていた。「ある日の訪問でこんな話が切り出されました・・」という設定のほうがよいのではないか。

・初回訪問という設定は面白いと思った。仮説を立てて訪問するが、決めつけてはいないという段階である。初回訪問の 7 分間では、全てはできないけれども、訪問看護とは何かを理解していないとできないことがある。

・初回訪問という設定だからこそ広がりがあるのではないか。ロールプレイを繰り返すごとによくなっていくのが分かった。

（２）時間配分について

・ロールプレイの時間はタイトだった。7 分間は短かった。

・役作りの時間は最初の 1 回だけでよいのではないか。

（３）その他（改善の提案など）

・ロールプレイごとのフィードバックと、その後のディスカッションの内容が重複してし

まった。
・ロールプレイのディスカッションポイントは自由でよいのか困惑してしまった。
・ロールプレイの発表形式は看護計画と同じか、何を発表するのか、司会と書記を選出するのか、分からなかった。ロールプレイのまとめ方に戸惑ってしまった。
・初回訪問でどのような話をするかは相手次第なので、難しい。療養者・家族の様子をもう少し細かく設定する必要があるかもしれない。
・ロールプレイごとの振り返りでは、演じた人は自らの役について振り返り、観察者は訪問看護師役の演技について振り返るというようにしたらどうか。
・建設的な意見を言うように予め伝えていたため、ポジティブなフィードバックが多くてよかった。一方で、「こういうことをしたらもっと良くなるということを言ってください」と講師が言わないと、改善点に関する意見が出なかった。
・ロールプレイに盛り込んでいる内容が多い。訪問看護師役へのフィードバックと、療養者を体験してみることのどちらも重視するのか。

4）運営面の改善点

・グループワークのときは全員ミュートを外すように指示したほうが自由に意見しやすいと思う。
・「訪問看護師」「療養者」「家族」と毎回入力するよりも、「訪問看護師」と大きく書いた紙を持ってもらったほうが簡単ではないか。
・ディスカッションポイントをダウンロードしていない人が司会になってしまったので、チャットに入力して対応した。

5）感想

・Zoom では訪問看護師から見つめられるような感覚が再現されてよかったと思う。
・おとなしく、とても学ぶ姿勢のある受講生ばかりだった。
・マナーを遵守できるクオリティの高い人ばかり申し込んでいる印象があった。
・うまくフィードバックしながら演習を回すのが難しかった。ファシリテーターのアニュアルが欲しい。

第３章 まとめと考察

第１節 初任者研修モデル事業全体の評価

１．プログラムの構成

研修全体の満足度について、Group A の 71.9%は「大変満足している」、28.1%は「満足している」と回答しており、各講義の満足度では、全ての講義で 75%以上が「大変満足している」または「満足している」と答えていた。さらに、演習の満足度についても 96.9%が「大変満足している」または「満足している」と回答しており、本事業は参加者から高い満足度を得ることができた。

また、在宅看取りを基礎から学びたい、体系的に学びたいという動機で本事業に参加し、研修後に知りたい内容が網羅されていたといった感想をもっている者も多くいた。このようなアンケート結果から、在宅看取りに関する包括的・体系的な教育プログラムの必要性を再確認できたと考える。比較的小さな組織に所属し、全ての年代・疾患を対象とする訪問看護師は、受講する研修が自身の興味のある内容に偏ってしまう傾向がある。しかし、在宅看取りケアには幅広い知識・技術が求められる。したがって、在宅看取りに必要な内容が網羅されている本プログラムを受講することで、訪問看護師は自身の課題を明らかにすることができるのではないだろうか。例えば、知識テストの結果をレーダーチャートで受講生にフィードバックするといったように、訪問看護師が自身の課題をより明確化できる工夫も有用である。さらに、受講生が感想で述べていたように、本プログラムによって獲得された幅広い知識や技術は、看取り以外のケアにも活かされる可能性が示唆された。

２．在宅看取りケア件数

在宅看取りケア件数（訪問看護での臨死期のケア数）は、1 回目（11 月研修前）調査、2 回目（11 月研修直後）調査、3 回目調査（1 月研修直前）全てにおいて、両群間に統計学的な有意差はなく、両群とも有意な変化はみられなかった。本事業参加者の所属施設における、1 年間のターミナルケア加算および訪問看護ターミナルケア療養費（病院・診療所は在宅ターミナルケア加算）の合計は平均 12.9 件である。在宅看取りケア件数の変化については観察期間が短く、十分に効果が検証できるには日数が足りなかったと考えられ、中長期的に調査していく必要がある。

３．在宅看取りケアへの態度

研修後の Frommelt のターミナルケア態度尺度の点数は、Group A が Group B より有意に高い結果となり、本研修は死にゆく患者に対する医療者のケア態度を向上させることが示された。

また、研修後の緩和ケアに関する医療者の自信・意欲尺度の点数についても、終末期ケア

に対する自信および医師とのコミュニケーションへの自信は、Group A が Group B より有意に高かった一方で、終末期ケアに対する意欲には統計学的な有意差は認められなかった。本事業のゴールは、受講生が「在宅看取りができそう」「在宅看取りをやってみよう」と思えることであるのも関わらず、終末期ケアに対する意欲に有意な変化はみられなかった要因として、1 回目（11 月研修前）調査の段階で、既に終末期ケアに対する意欲の高い参加者が多かったことが考えられる。演習のファシリテーターとなった講師の多くも、とても学ぶ姿勢のある受講生ばかりであったという感想を述べていた。来年度の調査では、受講者の「在宅看取りができそう」「在宅看取りをやってみよう」という気持ちの変化をより的確に捉えられる指標を検討していく必要があるかもしれない。

研修後の緩和ケアに関する医療者の困難感尺度の点数について、症状緩和に関する困難感は Group A が Group B より有意に低かった。他方、医療者間のコミュニケーション、患者・家族とのコミュニケーション、看取りと家族ケアに関する困難感については、両者に有意差はみられなかったが、Group A はいずれも減少傾向であった。しかし、地域連携に関する困難感については、Group B については 11 月研修前後で変化がみられなかったのに対し、Group A は有意に増大していた。地域連携は知れば知るほど難しいという側面が少なからずある。つまり Group A は、講義を通して様々な地域連携の仕方について学び、これまでの実践ではできていない連携があることに気づき、地域連携に対する困難感が増大したのではないだろうか。本研修が地域連携を学ぶ動機づけとなり、受講生が経験を重ねていくことで、地域連携に関する困難感が減少していくことを期待したい。困難感尺度のその他の項目についても、受講生は在宅看取りについて勉強することによって、その怖さを感じ、より慎重になった部分もあるだろう。研修で学んだことを実践するなかで、在宅看取りケアへの態度がどのように変化していくのか、第 4 回目以降の調査結果を注視していきたい。

第２節 講義・演習の方法

１．講義方法

受講しやすい講義方法を尋ねた質問に対する回答では、ライブ配信が 62.5%と最も多く、次いで、オンデマンド配信 20.3%、集合研修 17.2%という結果であった。訪問看護ステーション管理者および医療機関の訪問看護部署の責任者を対象に実施した昨年度の調査では、職員が最も参加しやすい研修パターンは「集合研修またはライブ配信（1 日）＋オンデマンド配信（15 時間）」であった。（訪問看護ステーション 41.6%、医療機関 34.9%）（日本訪問看護財団, 2021）本年度は、管理者の推薦を受け研修に参加した者を対象としており、一概に比較はできないが、研修受講者本人はオンデマンド配信よりもライブ配信のほうが学びやすいと考えていた。

それでは、本事業の目的を達成するためには、どの講義方法が最も適しているのだろうか。オンデマンド配信は、繰り返し視聴できる、自身の学習速度に合わせて学ぶことができるといった利点がある一方で、受講者は学ぶ時間を自身で作る必要があり、モチベーションの維持が必要である点などの特徴がある。他方、ライブ配信は、受講者は研修のために休みを取る必要がある一方で、研修を勤務扱いとしてもらうことで、じっくり学ぶことが可能である。また、講義方法によっては、講師と受講者の間のインタラクティブな学びも可能となる。そして、集合研修は、言うまでもなく最も臨場感を味わえる研修であり、実際に触れたり、複数人で目配りしながら学ぶような内容の研修に適している。しかし、受講者が遠方から参加する場合には、時間的・経済的負担が大きいという欠点もあり、本事業参加者の感想のなかにも、ライブ配信は「交通費や宿泊費がかからずどこからでも参加しやすかった」「地方からでも参加しやすかった」という声があった。本事業の目的は在宅看取りの推進及びケアの質向上である。したがって、質の高い在宅看取りケアを全国に普及させるためには、ライブ配信を基本としつつ、オンデマンド配信で知識の定着を図る方法が最もよいのではないかと考える。

２．演習方法

参加しやすい演習方法を尋ねた質問では、ライブ研修（56.3%）と回答した割合が集合研修（43.8%）を上回っており、オンラインでの演習を支持する感想も少なくなかった。オンラインでは見えない部分もある一方で、相手の表情や自分の表情が細部まで見えるという利点もある。つまり、「表情」と「言葉」のみにフォーカスされることで、自身のコミュニケーションの癖が分かるといった学びに繋がったのだろう。講義方法と同様に、ライブ配信と集合研修の利点と欠点を考慮し、全国の訪問看護師が訪問看護計画立案およびコミュニケーション技術を習得するためにはどちらがより望ましいか、両者を組み合わせたハイブリッド研修も含め、さらに議論を重ねて決定したい。

第３節 今後の課題

１．プログラム構成（講義の順番）の再検討

講師やレビューアーから、在宅看取りに必要な要素は全て網羅されているという評価を受けた一方で、講義の順番に関して、「在宅看取りの概要」（特に法制度）は受講生に難しい印象を与えるため、より身近な話題から講義を始めたほうがよいという意見があった。このような意見を踏まえ、より受講生のやる気を引き出し、モチベーションを維持できる講義の順番を再検討していく予定である。

２．オンライン研修をスムーズに進める工夫

本事業参加者のなかには「PC 操作が不慣れで困った」という感想を述べている者が少なくなく、通信不安定や機器の不備で途中辞退せざるを得ない参加者もいた。訪問看護師の多くは業務のなかでオンラインミーティング等を実施する機会は少なく、特に演習のような参加型の研修には慣れていない現状が明らかとなった。当日のトラブルを回避するためには、Zoom のスキルを身につける講座（プレセッション）を実施することも有効かもしれない。また、演習のロールプレイで実施する名前の変更手順書を事前に渡しておくなど、受講生がよりスムーズに演習に参加できる工夫が必要である。

３．知識テストの修正

知識テストでは、正解率が 10%未満であった問題もあった一方で、研修前に 90%を超えている問題が 17/46 問あり、天井効果がみられた。特に正答率が高かった/低かった問題については、本年度の結果を講師に示し、例えば正答率 60%を目指して作成するなどの作問基準を設ける、誤答にも気を配った作問例を示すといった工夫が必要である。

４．インタラクティブな研修・交流の場の検討

本事業参加者からは、情報・意見交換できる場が欲しいという意見が多く聞かれた。研修修了者が在宅看取りケアについて継続的に学び続けるためには、受講生同士が繋がれる場（プラットフォーム）の構築を検討していくことも必要だろう。さらに、悩み相談の場や同じ地域の受講生同士で学び合える場にもなるような、フォローアップ研修を検討していくことも有用であると考える。

５．フォローアップ研修の検討

本事業は、受講生が「在宅看取りができそう」「在宅看取りをやってみよう」と思えることをゴールとしている。したがって、コミュニケーション技術演習（ロールプレイ）では初回訪問場面に絞り、受講生には訪問看護師、利用者、家族の役を体験してもらった。次のステップとして、訪問介護員、介護支援専門員、医師などの役を体験しながら、多職種連携に

ついて学び、地域連携に関する困難感を軽減できるようなフォローアップ研修を検討していきたい。

６．指導者の役割の明確化

本年度は講義の講師が演習のファシリテーターを担当したが、今後はファシリテーターを担当できる指導者を養成していく予定である。初任者研修の修了生がファシリテーターとなることで、さらに研修での学びを深められるかもしれない。また、指導者は演習でファシリテーターの役割を担うだけでなく、地域の特性に応じた在宅看取りを推進するリーダーとしての役割も期待される。今後指導者に必要な資質や能力、指導者と初任者との関係を明確にし、指導者用のプログラムを作成したい。

参考文献

- 厚生労働省（2020).「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」厚生省令第80号. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc4892&dataType=1&pageNo=1（検索：2022年2月28日）
- 厚生労働省（2017). 意見交換 資料－２参考１【テーマ１】 看取り 参考資料. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000156003.pdf（検索：2022年2月28日）
- 厚生労働省（2021). 令和2年介護サービス施設・事業所調査の概況. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service20/dl/kekka-gaiyou_1.pdf（検索：2022年2月28日）
- 内閣府（2020). 高齢社会白書（令和2年版). 日経印刷株式会社: 東京.
- 栗生愛弓, 山田和子, 森岡郁晴（2017). 訪問看護師ががんの療養者・家族に提供している在宅ターミナルケアの実施状況とその関連要因. 日本看護研究学会雑誌 40(1), 67-77.
- 日本訪問看護財団（2020). 令和2年度日本財団助成事業 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発事業報告書. Retrieved from https://www.jvnf.or.jp/katsudo/kenkyu/2020/mitorihoukokusyo.pdf（検索：2022年2月28日）

参考資料

目　次

参考資料１　初任者研修モデル事業募集 Web ページ　P1

参考資料２　お申し込みフォーム　P3

参考資料３　調査アンケート（1 ～ 5 回目）　P3

参考資料４　初任者研修モデル事業参加者による研修評価アンケート　P11

参考資料５　初任者研修モデル事業シラバス　P15

参考資料６　ファシリテーターマニュアル　P30

初任者研修モデル事業募集 Web ページ

本事業の趣旨をご理解いただき、お申し込みいただけますようお願い申し上げます。

1. 事業の概要
「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発」事業（日本財団助成）の一環として
初任者研修モデル事業を実施します。

2. 事業の目的および意義
訪問看護に特化した在宅看取り教育プログラムを開発し、そのプログラムを用いた研修を実施することで、質の高い看取りケアを実践できる訪問看護師を養成します。そして、2040 年にピークを迎える超高齢多死社会に向けて、国民の看取りの場の確保及び在宅看取りケアの質の向上に寄与します。

3. 対象
下記 1）～4）全てに該当する訪問看護師　約 200 名　※定員になり次第締め切ります。
1）　訪問看護に従事し 6 か月以上 3 年未満の者
2）　在宅看取り初心者（未経験もしくは数例程度）
3）　所属部署の管理者の推薦を受けた者
（同じ施設からの推薦は 1 名とします）
4）　訪問看護の基礎的な研修（訪問看護師養成講習会、訪問看護 e ラーニング(訪問看護基礎講座）など）を受講している者
※本事業では、11 月研修会前、11 月研修会直後、11 月研修会 2 か月後（1 月研修会直後）、11 月研修会 6 か月後（1 月研修会 4 か月後）に、緩和ケア・エンドオブライフケアに関する知識と態度等について Web アンケート調査を計 4 回実施します。回答にかかる時間は各 15～30 分程度です。
※全てのアンケートに回答できる方のみ、研修にお申し込みください。

4. 募集方法
・期間　9 月 6 日～16 日
・選抜方法
200 人以上の申し込みがあった場合は、対象者の条件を確認し、その後抽選とする。
また、申し込みが 200 人以下の場合は、再度募集を行う。

5. 研修の割り当ておよび受講日程・方法
参加者は下記（1）と（2）のいずれかに割り当てられます。割り当ては無作為に行なわれ、どちらか選ぶことはできません。
（1）（2）いずれに割り当てられた場合にも参加できる方のみ、お申し込みください。

参考資料 1

○Web 配信講義・演習（ライブ）
受講日：
（1）2021 年 11 月 21 日（日）、23 日（祝）、27 日（土）
（2）2022 年 1 月 15 日（土）、16 日（日）、1 月 29 日（土）
※いずれも 9：30-16：00（昼休憩あり）です。
○Zoom システムを用いたオンライン講義・演習を受講いただきます。
○修了要件（詳細は 7.参照）を満たす場合には、修了証書を発行いたします。

6. 参加料
無料　※日本財団の助成を受け実施しています。

7. 修了証書
Web 配信講義・演習を受講し、以下の修了要件を全て満たす場合には、「訪問看護師向け在宅看取り初任者養成プログラム修了証書」を発行します。
1. 3 日間の全ての講義・演習を受講する
2. 全てのアンケートに回答する

8. 情報の取り扱いおよび倫理的配慮
・ 本事業により得られたデータは、本事業の目的以外では使用しません。
・ 本事業の参加に同意した後であっても、研究担当者に連絡することで参加を辞退できます。ただし、既に回答した内容を報告書等公表後（2022 年 3 月以降）に取り除くことはできません。
・ 調査内容は外部に漏洩しないよう日本訪問看護財団内で厳重に管理します。
・ 調査結果は、報告書として日本財団に提出したうえで、日本訪問看護財団ホームページに掲載します。また、学会・論文等で公表する予定です。公表の際に個人や事業所が特定されることはありません。
・ 調査内容は研究期間終了後 5 年間の保存期間を経て、復元不可能な状態にして消去又は廃棄します。
・ 結果として知的財産権やそれに基づく経済的利益が生じた場合、その帰属は日本訪問看護財団または日本財団、あるいは他の共同研究者と協議の上決定されます。データ提供者には帰属しません。
・ 研修開催に伴う発送・配信業務を実施する場合に一部業務を外部に委託することがありますが、目的外での利用を不可とすると共に「個人情報の保護」及び「機密保持」の遵守を徹底しています。上記以外に第三者への提供・販売する行為を行うことはありません。

9. お問い合わせ先
【研修申込み・調査等について】
公益財団法人　日本訪問看護財団　担当：××
〒150-0001　東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5F
TEL：03-5778-7001（平日 9 時～17 時にお願いします）　FAX：03-5778-7009
メールアドレス：×××

【上記以外のご質問、ご意見等】

公益財団法人　日本訪問看護財団　　担当：総務部
〒150-0001　東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5F
TEL：03-5778-7001（平日 9 時～17 時にお願いします）　FAX：03-5778-7009

□上記内容を全て理解し、初任者研修モデル事業に参加します。
（□にチェックをお願いします）

参考資料１

令和３年度　訪問看護師向け在宅看取り初任者研修モデル事業

研修お申込から受講までの流れ

Supported by 日本財団 THE NIPPON FOUNDATION

募集期間：2021年 9月6日（月）～9月16日（木）17時

お申込	お申込みフォームより、お申込者情報（氏名・連絡先等）を入力し、送信してください。
お申込の受付通知 この時点では受講確定していません	【申込受付メール】をご登録eメールアドレスに自動配信いたします。 ※ お申込み後2日経っても【申込受付メール】が届かない場合は、初任者研修担当者（03-5778-7001）まで必ずご連絡ください。
受講可否の通知 9月24日（金）	受講の可否をご登録eメールアドレスにお知らせいたします。 ※ 募集定員は11月、1月の研修を合わせて200名です。 定員を超えるお申し込みをいただいた場合は抽選となります。
第1回アンケート 9月24日（金）	第1回アンケート（Webアンケート）をご登録eメールアドレスにお送りいたします。締め切りは9月29日（水）です。 ※ 期限までにご回答いただけない場合は自動キャンセルとなりますのでご注意ください。
研修日程の確定 10月8日（金）	ご参加いただく研修（３日間）の日程（11月または1月）をご登録eメールアドレスにお知らせいたします。 ※日程は抽選となり、どちらか選ぶことはできません。

【11月の研修受講者】　【1月の研修受講者】

11月 研修	11/21（日）11/23（祝）11/27（土） ※11月中旬にテキストを郵送いたします。
第2回アンケート 11月27日（土）	第2回アンケート（Webアンケート）をご登録eメールアドレスにお送りいたします。回答期間は約1週間です。
1月 研修	1/15（土）、1/16（日）、1/29（土） ※1月上旬にテキストを郵送いたします。
第3回アンケート 1月29日（土）	第3回アンケート（Webアンケート）をご登録eメールアドレスにお送りいたします。回答期間は約1週間です。
第4回アンケート 5月下旬頃	第4回アンケート（Webアンケート）をご登録eメールアドレスにお送りいたします。回答期間は約1週間です。

- タブレットからのご受講には、Zoomアカウントが必要です。お持ちでない方は、事前にZoomホームページより取得ください。
- 原則、遅刻・離席・早退等をされた場合には修了証をお渡しできません。

※ご不明な点がございましたら、初任者研修担当（03-5778-7001）までお問合せください。

参考資料 2

お申し込みフォーム

1. 訪問看護師向け在宅看取り初任者研修モデル事業　参加申込ページをお読みいただき、以下の内容をご確認ください。以下全てに該当する方のみお申込みいただけます。（☑ボックスに記入ください）

1） 訪問看護に従事し 6 か月以上 3 年未満ですか。
☐ はい
2） 在宅看取り初任者（未経験もしくは数例程度）ですか。
☐ はい
3） 所属部署の管理者の推薦を受けましたか（同じ施設・事業所からの推薦は 1 名のみです）。
☐ はい
4） 全てのアンケートに回答できます（計 4 回）。
☐ はい
5） 訪問看護の基礎的な研修を受講したことがありますか。
☐ （訪問看護養成講習会、訪問看 e ラーニング（訪問看護基礎講座）など）
6） 11 月または 1 月どちらでも受講可能ですか。
11 月 21 日（日）、23 日（祝，火）、27 日（土）または 1 月 15 日（土）、16 日（日）、29 日（日）（3 日間）
☐ はい

2. 受講者の情報をご入力ください。
1） 受講者氏名（必須）
2） 受講者名カナ（必須）
3） 所属先（必須）
施設名または事業所名をご入力ください。
4） メールアドレス（必須）
【申込受付メール】を送信しますので、正確に入力してください。
5） 連絡がつく電話番号（携帯番号が望ましい）（必須）

以上となります。ありがとうございました。

参考資料 3

調査アンケート（1～5 回目）

1. アンケート調査の構成

1～5 回目アンケートは下記のように構成される。

	Part 1	Part 2	Part 3	Part 4	Part 5	Part 6
1 回目調査	○	○	○	○	○	
2，4 回目調査	○	○	○	○		
3 回目調査	○					
5 回目調査	○	○	○	○		○

Part 1：在宅看取りケア件数
Part 2：在宅看取りケアへの態度
Part 3：在宅看取りケアの知識
Part 4：教育・研修経験
Part 5：事業参加者の属性・参加動機
Part 6：研修の実践への活用

Part1　在宅看取りケア件数

1）訪問看護師になってから臨死期（予後 1 カ月から亡くなるまでの時期）にある方をケアした経験のおよその人数について答えてください。
※1～5 回目調査共通

2）12 月 1 日から 1 月 5 日までに臨死期（予後 1 カ月から亡くなるまでの時期）にある方をケアした、およその人数を入力してください。
※3 回目調査

3）12 月 1 日から 1 月 29 日までに臨死期※にある方をケアした、おおよその人数を入力してください。
※4 回目調査

4）12 月 1 日から 5 月〇日までに臨死期（予後 1 カ月から亡くなるまでの時期）にある方をケアした、およその人数を入力してください。
※5 回目調査（Group A）

5）2 月 1 日から 7 月〇日までに臨死期（予後 1 カ月から亡くなるまでの時期）にある方をケアした、およその人数を入力してください。
※5 回目調査（Group B）

Part 2　在宅看取りケアへの態度

1）以下に挙げる質問の目的は、ケア提供者が死にゆく患者へのかかわりの場面において、どの様なことを感じているかを知ることにあります。全ての文は、死にゆく患者またはその家族に対するケアに関係するものです。

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

あなた自身のお考えに最もよく当てはまる番号に〇をお付け下さい。35 項目全てにご回答をして下さい。

※「ケア提供者」とは、家族以外で死にゆく患者のケアをする専門職・非専門職の方のことです。

（尺度を用いているため、「患者」という用語をそのまま使用しています。）

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

※1～30 は Frommelt のターミナルケア態度尺度、31～35 は在宅看取りケアへの態度に関する追加項目です。

2）あなたが、現在、終末期患者に対して、以下のことをどのようにお感じになりますか。それぞれ最も近い番号ひとつ○をおつけください。

【終末期ケアに対する自信】	思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	非常によく思う
• 私は患者や家族が希望した場合、終末期の在宅療養を支える自信がある	1	2	3	4	5
• 私は患者や家族が希望した場合、患者が最期まで苦痛を最小限に在宅療養できるよう援助する自信がある	1	2	3	4	5
• 私は患者や家族が希望した場合、在宅で看取る自信がある	1	2	3	4	5
【医師とのコミュニケーションへの自信】					
• 私は往診医あるいは病院の主治医とうまくコミュニケーションをとる自信がある	1	2	3	4	5
• 私は往診医あるいは病院の主治医と信頼関係を作る自信がある	1	2	3	4	5
• 私は往診医あるいは病院の主治医と連携して患者の看取りを行う自信がある	1	2	3	4	5
【終末期ケアに対する意欲】					
• 私は終末期の在宅療養に積極的に関わりたいと思う	1	2	3	4	5
• 私は終末期に患者が苦痛を最小限に過ごせる援助をしたいと思う	1	2	3	4	5
• 私は在宅での看取りに積極的に関わりたいと思う	1	2	3	4	5

参考資料３

3）あなたが、普段、終末期患者に対して行っているケアを振り返り、以下のようなことをどのくらいお感じになりますか。それぞれ最も近い番号ひとつに○をおつけください。

【症状緩和】	思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	非常によく思う
• がん性疼痛を緩和する方法の知識が不足している	1	2	3	4	5
• 呼吸困難や消化器症状を緩和する方法の知識が不足している	1	2	3	4	5
• 症状緩和について、必要なトレーニングを受けていない	1	2	3	4	5
【医療者間のコミュニケーション】					
• 医師・看護師間で、症状に対する評価方法が一致していない	1	2	3	4	5
• 医師・看護師間で、症状緩和のための一貫した目標を設定することが難しい	1	2	3	4	5
• 医師・看護師間で、症状緩和に関するコミュニケーションをとることが難しい	1	2	3	4	5
【患者・家族とのコミュニケーション】					
• 患者から不安を表出されたとき対応が難しい	1	2	3	4	5
• 家族から不安を表出されたとき対応が難しい	1	2	3	4	5
• 患者が悪い知らせ（告知など）を受けた後、声のかけ方が難しい	1	2	3	4	5
【地域連携】					
• 患者が、在宅療養に移行するための、病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間でのカンファレスがない	1	2	3	4	5
• 患者の在宅療養に関する情報を得ることが難しい	1	2	3	4	5
• 病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間で、情報共有が難しい	1	2	3	4	5
【看取りと家族ケア】					
• 終末期ケアに関する家族ケアに困難を感じる	1	2	3	4	5
• 終末期ケアに関して、家族の負担を軽減することは困難である	1	2	3	4	5
• 家族に患者が死にゆく過程を教えるのは困難である	1	2	3	4	5
• 在宅で患者の看取りを援助する困難を感じる	1	2	3	4	5
• 死にゆく患者を介護する家族を支えることが困難と感じる	1	2	3	4	5
• 家族が在宅での看取りに対して不安を表出したとき、適切に対応することが難しい	1	2	3	4	5

Part 3　**在宅看取りケアの知識**

問い	設問	選択肢
1	在宅看取りの社会的ニーズの説明のうち「不適切なもの」を選びなさい。	75 歳以上人口の割合が増加する
		最後を迎える場として自宅の希望が約３割ある
		高齢者を含む三世代世帯が多く在宅看取りに十分対応できる
		2040 年に死亡者数は約 170 万人となる
2	在宅看取りに関連した報酬の説明のうち「不適切なもの」を選びなさい。	介護保険の要支援者はターミナルケア加算は算定できない
		訪問看護ターミナルケア療養費２は看取り介護加算を算定した場合である
		看護小規模多機能型居宅介護にはターミナルケア加算が設定されている
		在宅がん医療総合診療料の算定は在宅療養支援診療所に限られる
3	在宅看取りの全期間を通じて関わる職種と訪問看護師が共有する情報で「誤っているもの」を選びなさい。	提供されている医療
		今後予測される身体変化や心理症状
		キーパーソン、介護者の心身の状態
		家族の「今」の目標や生活の仕方への希望を優先
4	在宅看取りに関わる職種に共通する役割で「誤っているもの」を選びなさい。	療養者と家族の療養の目標や看取りへの意向を継続的に確認する
		職種ごとの役割と支援内容を把握せず、連携を図る
		今起こっていることに対処し、将来に向けての対応を準備する
		多職種が相互に連携・補完しあい、療養者の状況に対応した医療と介護を提供する
5	訪問看護師が在宅看取りで関わる職種と連携する時の留意点として「誤っているもの」を選びなさい。	利用者や家族の意向や療養方針を共有する
		組織が事業所毎に異なるため意図的に情報交換をする
		臨死期には看取りが近づいた身体の兆候を共有する
		看取りへの支援を各職種に任せる
6	臨死期の連携のポイントで「誤っているもの」を選びなさい。	看取りの支援体制を多職種と共有する
		家族の予期悲嘆にはケアサービスを増量する必要はない
		臨死期の身体の変化の特徴と対応を多職種と共有する
		看取り経験の少ない職種へ心理的サポートを行う
7	報酬算定上訪問看護を提供できる看取りの場として、「適切でないもの」を選びなさい。	特別養護老人ホーム
		グループホーム
		看護小規模多機能型居宅介護
		介護老人保健施設

参考資料３

問い	設問	選択肢
8	多様な療養場所における連携について、「正しいもの」を選びなさい。	施設は居宅でないので、訪問看護とは連携できない
		療養者の生活を医療中心に支えることが出来る
		療養者が馴染みのある住まいで最期まで安心して過ごせる
		施設職員が訪問看護師の指示通りに動けば良い
9	コミュニケーションの取り方について、「適切なもの」を選びなさい。	終末期のコミュニケーションでは相手の言動に着目する
		傾聴とは相手の訴えをとことん聞くことである
		自分の価値観はおいて相手の気持ちをイメージすることが大切
		話を聞くときには少しだけ先読みして誘導する
10	「話す（伝える）技術」と「聞く（引き出す）技術」について、「適切でないもの」を選びなさい。	開かれた質問よりも閉じた質問を用い、相手を混乱させないようにする
		言っていることを要約して返すことで、相手は気持ちが整理できる
		共感してもらえたと感じると相手が自分の想いなどを内省できる
		自分の考えや気持ちをアサーティブに伝えることが大切である
11	細胞レベルの老化について、「正しいもの」を選びなさい。	細胞は分裂を繰り返すと、核がなくなる
		紫外線は細胞自体には影響しない
		幹細胞の機能が低下する
		老化した細胞はそのまま消えていく
12	死にゆく過程での脱水について、「正しいもの」を選びなさい。	脱水は必ず改善するために点滴が必要である
		生命予後に影響する
		腫瘍の周囲の浮腫が軽減する
		脱水により胃液などが増える
13	がんの療養者の死の軌跡について、「間違っているもの」を選びなさい。	比較的機能が保たれ急激に変化する
		死亡１か月間前には痛みが出現しやすい
		死亡数日前には不穏はない
		死亡 １ か月前から、全身倦怠感、不眠などの身体症状が増加する
14	慢性閉塞性呼吸疾患を有する方が１年以内に死亡するリスク要因として、「間違っているもの」を選びなさい。	ADL 能力が低下し、数歩しか歩けない状態である
		右心不全およびほかの慢性疾患に同時にり患している
		中高年である
		未婚である
15	疼痛について「正しいもの」を選	侵害受容性疼痛には、神経障害性疼痛と内臓痛がある

問い	設問	選択肢
	びなさい。	３段階除痛ラダーでは痛みの増強時はNSAIDｓからオピオイドに変更する
		心不全や腎不全の疼痛ではNSAIDｓは慎重に用いる
		ｱｾﾄｱﾐﾉﾌｪﾝは一定の量使えば NSAIDｓと同等の鎮痛効果がある
16	医療用麻薬について「正しいもの」を選びなさい。	非がん性疼痛に対してオピオイドを投与する際は、レスキューを必ず処方しておく
		オピオイドの定期薬とレスキューは同じ種類を用いなくてはならない
		非がん疾患では、オピオイドの投与量はモルヒネ塩酸塩換算で 60mg/日以下に抑えることが推奨されている
		全てのオピオイドの内服から注射剤への変更は、投与量を１／２とする
17	呼吸症状について「正しいもの」を選びなさい。	がんの呼吸困難では原因に関わらず、第一選択はモルヒネの投与である
		呼吸困難に対して最も有効なオピオイドはモルヒネである
		気道分泌物による呼吸苦や痰にもオピオイドが第一選択となる
		真性死前喘鳴は、気道病変からの分泌物の増加によって起こる
18	がん悪液質について「正しいもの」を選びなさい。	がん悪液質は前悪液質から、悪液質、不応性悪液質へと進行していく
		ステロイドは全ての時期の悪液質に有効である
		悪液質はがん以外の疾患では発生しない
		がん悪液質では筋肉と脂肪の喪失は必発である
19	臨床推論の方法として「不適切なもの」はどれか。	パターン認識
		仮説演繹法
		PCR法
		徹底的検討法
20	早期死亡前兆候として「不適切なもの」はどれか。	PSの低下
		鼻唇溝（ほうれい線）の低下
		水分の嚥下困難
		意識レベルの低下
21	ＰＰＩ（Palliative Prognostic Index：短期的な予後を予測する指標）の項目では「ないもの」はどれか。	PPS（Palliative Performance Scale）
		せん妄
		経口摂取量

参考資料３

問い	設問	選択肢
		白血球数
22	苦痛症状が一番強くなり、特に全身倦怠感が強くなり、身の置き所のないような状態となった場合、一般的に予後は「どの程度」と考えられるのか？	数ヶ月程度
		数週間
		数日
		数時間
23	呼吸困難感が出現したときにどのような看護をしますか？「正しいもの」を選びなさい。	本人が外の風に当たりたいというので、外出してみる
		本人が風に当たりたいというが医師の指示がないのでできないという
		呼吸困難感は、気のせいだと伝える
		酸素飽和度が96%なので呼吸困難感はないはずと説明する
24	肺がんの療養者が余命わずかです。煙草を吸わせてほしいと言われたときにどのような対応をしますか？「もっともあり得るもの」を選びなさい。	肺がんで煙草は、ダメですと伝え禁煙させる
		火事にならないように環境整備をして吸っていただくか検討する
		あの世に逝ってからいくらでも吸ってくださいと答える
		家にある煙草を箱ごとゴミ箱に捨てる
25	一緒に遺影の写真を選んでもらいたいと言われたときにどのような対応をしますか？「間違っているもの」を選びなさい。	写真を見ながら思い出話を聴き一緒に探す
		家族も含め共に泣き・笑いながら写真を見て探す
		看護は、写真探しは入っていませんと断る
		楽しかった写真をみて説明してもらいながら生きてきた人生を傾聴する
26	内服薬を飲もうとする時に、錠剤をつまむことができず落としてしまう。そのような時には、どのような関わり方をしますか？「正しいもの」を選びなさい。	落とさないようにしてくださいと注意する
		落とすのは、注意が散漫だからよと注意する
		飲み薬を中止してもらう
		一包化してもらうように、かかりつけ医にお願いする
27	発達段階による在宅看取りケアにおいて「正しいもの」を選びなさい。	発達段階的に小児のスピリチュアルペインは軽度である
		子どもは成長に伴う機能拡大によって療育の負担が減る
		AYA世代は１５歳～３９歳までをいう
		小児の意思決定支援では、親権を持つ親をサポートすることがもっとも重要となる
28	小児のケアについて「正しいもの」を選びなさい。	言葉が話せない発達段階の子どもの場合、子どもの意思は考慮するべきではない
		子どもは判断力が十分ではない為、子どもの最善利益は親と医療関係者で検討することが望ましい
		子どもには命が守られ成長できる権利がある為、医療を受け

参考資料３

問い	設問	選択肢
		ることを優先する
		子どもの権利条約は、１９９０年に国際条約として、日本では１９９４年に発効され、１～４０条まである
29	アドバンス・ケア・プランニングについて「正しいもの」を選びなさい。	多職種が揃った場で意思確認出来た場合は、改めて意向を確認する必要はない
		意志や意向を確認するのは、病状が進行した時のみでよい
		本人が意思表示できない場合は、関係者の意見のみで方針を決定する
		終末期患者の７０％が意思決定が困難になるといわれている
30	人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおいて「誤っているもの」を選びなさい。	方針決定は、本人の意思決定が基本の為、本人の意思が確認できる場合は、話し合いを行わなくても方針を決定することができる
		本人の意思が確認できない場合、本人にとって最善の方針を医療・ケアチームで判断する
		方針を検討する話し合いには、介護従事者も参加する
		家族間で意見がまとまらない場合は、複数の専門家で構成する話し合いの場で検討する
31	看取り期にある療養者の家族の予期悲嘆に対するケアで「正しいもの」を選びなさい。	最期の時が近いことには触れないようにする
		これからの病状変化については説明しない
		感情を表出することが良いと伝える
		積極的に励ます
32	死が近いと思われる療養者の夫から「このまま家で看取ってあげたいが不安で」と相談があった。夫への対応で「正しいもの」を選びなさい。	何かあった時は救急車を呼ぶよう説明する
		看取りまでに予想される症状を夫へ伝えておく
		毎日血圧を測って看護師に知らせるよう伝える
		積極的に励ます
33	本人の意思が確認できない場合に訪問看護師が行う家族の意思決定支援について「誤っているもの」を選びなさい。	本人の事前の意思表示がなかったか家族に確認する
		家族の希望を含め、思いを引き出す
		医師の決めた方針が最優先されることを家族に伝える
		家族と多職種チームで話し合いの場を持つ
34	在宅看取りにおける家族の心構えについて「誤っているもの」を選びなさい。	患者の意思を尊重するという思い
		最期まで患者の QOL を大切にするという思い
		在宅で看取る覚悟
		絶対に方針を変えないという強い意思
35	グリーフケアについて「誤っているもの」を選びなさい	グリーフとは、大切なものを亡くした強い悲しみ、悲嘆のことである

参考資料３

問い	設問	選択肢
		看護師にもグリーフケアが必要である
		デスカンファレンスでは、看護計画や看護の質を振り返ることができる
		在宅看取りにおいてグリーフケアとは、遺族ケアのことである
36	グリーフケアの方法として「誤っているもの」を選びなさい	身体的な苦痛症状の緩和より精神的支援を優先する
		一度だけでなく局面ごとに家族の意思決定支援が必要である
		家族が悔いが残らぬよう本人と接することができるように支援する
		看取りのパンフレットを使って、今後起きることを説明することがある
37	死後のケアについて「正しいもの」を選びなさい	死後のケアは看護師のみで行う
		医師以外の他の職種への連絡はしなくてよい
		最後の表情は家族の記憶に残るため、ていねいに整えることが大切である
		家族や訪問看護師が死亡確認することはない
38	死亡確認時の対応について「誤っているもの」を選びなさい	本人、家族の看取りの場所についての希望を確認しておく
		死亡診断書に記入される死亡時刻は医師の確認した時間だけである
		医師の到着がすぐでない場合は家族のサポートをする
		死亡診断書は医師が記載する
39	訪問看護師として文化的配慮で「正しいもの」を選びなさい	文化に関するアセスメント項目は多岐にわたる
		日本は単一文化のため、日本人利用者は大体同じ価値観を持っている
		在宅看取りには医療者が多く関わるため介護職の文化は理解しなくても良い
		世間話の中で文化的背景に関わることがあったが記録に残さなかった
40	訪問看護での外国人利用者について「正しいもの」を選びなさい	訪問看護の利用者で外国人はまれである
		家族に通訳をしてもらい、本人の気持ちを聴く
		外国人の看取り文化は分からないのでできるだけ日本文化に合わせてもらう
		利用者へできるだけ理解しようとしている姿勢で関わる
41	在宅看取りでの訪問看護師の倫理的感受性を高めるために「誤っているもの」を選びなさい	看取りに関する勉強会に参加する
		利用者とのコミュニケーションが苦手なので、看取りケアからは外してもらう
		亡くなった利用者の事例を通して自分のモヤモヤを語り多く

問い	設問	選択肢
		の意見をもらう
		常にこれば倫理的問題なのか？感情論なのか？を自問自答しながらケアを行う
42	在宅看取りケアでの倫理課題への訪問看護師の対処方法で「正しいもの」を選びなさい	利用者の意見は医療的に正しいとは言えないが関係性が悪くなるので話さなかった
		インフォームドコンセントは医師が行うことで看護師の役割ではない
		意見の強い同僚の利用者であったが、もっと良いケアを考えたので提案した
		看取りケアでは家族の思いと利用者の思いが対立している場合、残された家族の意見を優先する
43	在宅看取りにおける先進機器の活用について、「誤っているもの」を選びなさい。	カメラやモニターで常時監視観察することは身体拘束の可能性がある
		データだけでなく、それをもとにアセスメントが重要
		バイタルサインや見守りだけでなくエンターテイメントでも活用可能性がある
		エコーなどは看護師が診断を行うために必要である
44	在宅看取りにおける看護過程の展開に関する説明として、「誤っているもの」を選びなさい。	情報収集では本人希望や家族ニーズ、習慣や文化、自分らしい生活、症状予測や予後予測を、訪問を重ねながら進める
		アセスメントでは自分らしい生活をするために阻害している症状や予測されるリスク、必要な社会資源などを分析する
		看護計画では症状緩和やADL維持、家族の介護支援、意思決定支援など“自分らしい生活”や習慣を取り戻した日常を整えていく。
		評価では、ターミナル期はどのフェーズでも立案した計画を貫きとおして進めていく必要がある。
45	在宅看取りにおける訪問看護記録の書き方に関する説明として、「正しいもの」を選びなさい。	在宅がん医療総合診療料での訪問の場合、訪問看護が週４日以上訪問する必要がある。
		記録には本人の希望や家族の希望、それらの揺らぎなどのS情報は重要なポイントである
		多職種への情報共有は大事だが、問題が起きた時のみ対応すればよい。
		死亡診断後であってもエンゼルケアにおいては保険適用となる
46	訪問看護記録に記載すべき、ターミナルケア加算、訪問看護ターミナルケア療養費の算定要件として、「誤っているもの」を選びなさい。	死亡日および死亡日前14日以内に２日以上ターミナルケアを実施していること
		主治医と連携し、ターミナルケアに関わる計画や体制について本人家族に説明、同意を得て行っていること

問い	設問	選択肢
	い。	ターミナルケアの提供について、利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること
		厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえず、事前指示を優先して記載していること

Part 4　教育・研修経験

・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や研修をおよそ何時間くらい受けた事がありますか。（本研修を除く）もっとも近いと思う番号をお答えください。
※2、4回目調査
1. なし　2. 4時間以内　3. 5～9時間以内　4. 10～19時間以内　5. 20時間以上

・訪問看護師になってから、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や研修をおよそ何時間くらい受けた事がありますか。（本研修を除く）最も近いと思うものを答えてください。
※1、5回目調査
1. なし　2. 4時間以内　3. 5～9時間以内　4. 10～19時間以内　5. 20時間以上

・看護師になってからこれまでに、緩和ケアやエンドオブライフケアに関する教育や研修をおよそ何時間くらい受けた事がありますか。もっとも近いと思うものを答えてください。
※1回目調査
1. なし　2. 4時間以内　3. 5～9時間以内　4. 10～19時間以内　5. 20時間以上

Part 5　事業参加者の属性・参加動機

1.　あなた自身のことについて伺います。

（1）　就業場所　　当てはまる番号を選択してください。

1. 訪問看護ステーション　　2. 病院　　3. 診療所・クリニック
4. その他（　　）

（2）　年齢　　当てはまる番号を選択してください。

1. 20 歳台　　2. 30 歳台　　3. 40 歳台　　4. 50 歳台　　5. 60 歳台以上

（3）　職位　　当てはまる番号を選択してください。

1. スタッフ　　2. 主任・副所長　　3. 管理者・所長
4. その他（　　）

（4）　経験年数　　それぞれの年数を入力してください。

1. 病院・施設の看護の経験年数（　　）年（　　）か月
2. 訪問看護の経験年数　　（　　）年（　　）か月

（5）　最終学歴　　当てはまる番号を選択してください。

1. 専門学校　　2. 短期大学　　3. 大学　　4. 大学院

（6）　あなたの資格を選択してください。（複数回答可）

1. 保健師　　2. 助産師　　3. 看護師　　4. 准看護師

（7）　認定・専門看護師等の資格の有無
当てはまる番号を選択し、領域を入力してください。（複数回答可）

1. 認定看護師あり（領域：　　）　　2. 専門看護師あり（領域：　　）
3. 特定行為研修修了者（分野：　　）　　4. なし

（8）　看取りの経験　　それぞれの件数を入力してください。
今までに病院または施設等において臨死期（予後１カ月から亡くなるまでの時期）にある方をケアした経験のおよその人数について、もっとも近いと思う番号を答えてください。

1. なし　　2. 1～9 人　　3. 10～49 人　　4. 50～99 人
5. 100 人以上

（9）　貴施設は、ケアや療養者について困ったり悩んだりした場合、周囲のサポートを得やすい環境だと思いますか。（複数回答可）

1. 非常にそう思う　2. そう思う　3. どちらとも言えない　4. そう思わない　5. 全くそうは思わない

（10）　在宅看取りケアについて、貴施設が実施しているカンファレンス**全てに**○をつけてください。（複数回答可）

参考資料３

1. 在宅ケアチームカンファレンス（多職種間）　　2. 施設内カンファレンス
3. 死亡後カンファレンス（在宅ケアチーム）　　4. 死亡後カンファレンス（施設内）
5. 実施していない　　6. その他（　　）

（11）　初めて在宅看取りを実践する看護師に対して、貴施設は特別な支援をしていますか。（複数回答可）

1. 特にしていない
2. 同行訪問の頻度を増やす　　3. 看取れるように訪問を調整する
4. 在宅看取りに関する研修を受けさせる　　5. メンタルサポート
6. その他（　　）

（12）　貴施設は、在宅療養者が死亡後、遺族へのケアをしていますか。全てに○をつけてください。（複数回答可）

1. 葬儀やお別れの会への参列　　2. 自宅への訪問　　3. 電話　　4. 電子メール・FAX
5. 手紙やカードの送付　　6. 遺族会の開催　　7. 実施していない　　8. その他

（13）　参加動機を教えてください。

以下（14）（15）は、管理者の方に確認しお答えください。

（14）　貴施設（病院・診療所の方は所属部署）の看護職員の常勤換算をお答えください。

①　常勤換算数　（　　）人
②　実人数　（　　）人

（15）　貴施設（病院・診療所の方は所属部署）の令和２年度のターミナルケア加算または訪問看護ターミナルケア療養費（病院・診療所の方は在宅ターミナル加算）の算定件数をお答えください。
（ターミナル加算と訪問看護ターミナルケア療養費（在宅ターミナルケア加算）の合計件数をご回答ください。
（　　）件

参考資料 3

Part 6　研修の実践への活用

・本研修の内容で実践のなかで役に立ったことがありましたら、具体的に教えてください。

参考資料 4

初任者研修モデル事業参加者による研修評価アンケート

1. あなた自身のことについて伺います。

1）受講者 ID（受付番号）を入力してください。

（　　）

2. 本研修について伺います。

1）研修全体について

(1)　本研修の満足度を教えてください。

1. 大変満足している　2.満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

(2)　本研修の時間配分等の構成についてどう思いましたか？

1. とても良かった　2. 良かった　3. どちらともいえない
4. あまり良くなかった　5. 良くなかった

(3)　今回の研修開催方法（Web 開催）についてどう思いましたか　（必須/1 択）

1. とても良かった　2. 良かった　3. どちらともいえない
4. あまり良くなかった　5. 良くなかった

(4)　あなたは本研修を友人や同僚に薦めたいと思いますか？

最も近い番号を選択してください。

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
全く思わない					どちらでもない				非常にそう思う	

(5)　あなたが、今後同じ講義を受講するとしたら、参加しやすいのはどれですか。

1. 集合研修　2. ライブ配信　3. オンデマンド配信

＊ライブ配信：集合研修の代替として、インターネット上でリアルタイムに研修を受講すること

＊オンデマンド配信（e ラーニング）：あらかじめ収録された動画を受講者の都合に合わせて視聴すること

(6)　あなたが、今後同じ演習（グループワーク・ロールプレイ）を受講するとしたら、参加しやすいのはどれですか。

1. 集合研修　2. ライブ配信

(7)　研修全体の感想やご意見を自由に入力してください。（内容、運営に関して良かった点、改善点など）

2）各講義について

(1) 在宅看取りでの事例

① 満足度

1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 講義の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

(2) 在宅看取りの概要

① 満足度

1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 講義の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

(3) 在宅看取りに必要な多機関・多職種との連携

① 満足度

1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 講義の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

(4) 多様な療養場所における連携

① 満足度

1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

参考資料 4

② 講義の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

(5) 在宅看取りに必要なコミュニケーション技術

① 満足度

1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 講義の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

(6) 死にゆく過程の身体的変化

① 満足度

1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 講義の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

(7) 疾患別の死の軌跡

① 満足度

1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 講義の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ
1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

(8) エンドオブライフの症状と治療
① 満足度
1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 講義の分かりやすさ
1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ
1. 非常に分かりやすかった　2.分かりやすかった　3.どちらともいえない
4.分かりにくかった　5.非常に分かりにくかった

(9) 在宅看取りにおける臨床推論
① 満足度
1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 講義の分かりやすさ
1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ
1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

(10) エンドオブライフにおける生活支援
① 満足度
1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 講義の分かりやすさ
1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ
1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない

参考資料 4

4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

(11) 対象者別の看取りケア
① 満足度
1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 講義の分かりやすさ
1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ
1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

(12) 在宅看取りでの意思決定支援：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）
① 満足度
1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 講義の分かりやすさ
1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ
1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

(13) 在宅看取りに必要な家族への支援
① 満足度
1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 講義の分かりやすさ
1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ
1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3.どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

(14) 在宅看取りにおけるグリーフケア

① 満足度

1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 講義の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

(15) 在宅看取りに必要な死亡確認と死後のケア

① 満足度

1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 講義の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

(16) 在宅看取りにおける文化への配慮

① 満足度

1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 講義の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

(17) 在宅看取りにおける倫理的課題

① 満足度

1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

参考資料 4

② 講義の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

(18) 在宅看取りおける先進機器の活用

① 満足度

1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 講義の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

(19) 在宅看取りにおける訪問看護記録の書き方

① 満足度

1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 講義の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

③ 資料の分かりやすさ

1. 非常に分かりやすかった　2. 分かりやすかった　3. どちらともいえない
4. 分かりにくかった　5. 非常に分かりにくかった

3) 演習について

(1)「訪問看護計画立案」演習（事例検討）

① 満足度

1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 感想

(　　)

参考資料 4

(2)「在宅看取りに必要なコミュニケーション技術」演習（ロールプレイ）

① 満足度

1. 大変満足している　2. 満足している　3. 普通　4. やや不満である　5. 大変不満である

② 感想

（　　）

参考資料 5

初任者研修モデル事業シラバス

1. 研修の目的

在宅看取り初心者の訪問看護師が「在宅看取りができそうだ」「在宅看取りをやってみよう」という気持ちになれる。動機づけとなる知識や技術・かかわり方を身につける。

2. ねらい（目標）

エンドオブライフの療養者及びその家族の尊厳を守り、関係職種の役割や専門性を尊重しながら、共通のゴールを志向して、根拠に基づく在宅看取りケアを実践できる訪問看護師を養成する。

3. 受講対象者

以下 1）～4）全てを満たす者

1）訪問看護に 6 か月以上 3 年以内で従事している看護職
2）在宅看取り初心者（未経験もしくは数例程度の経験）
3）所属部署の管理者の推薦を受けた者
4）その他

訪問看護の基礎的な研修（訪問看護師養成講習会、訪問看護 e ラーニング（訪問看護基礎講座）など）を受講していることが望ましい。

4. 募集方法

日本訪問看護財団の会員（個人会員または所属機関が会員）に会員通信サービスにて初任者研修モデル事業参加者募集を行う。

5. プログラム構成および学習方法

1）講義と演習で構成する。
2）講義は集合（対面）型または Web 配信型とする。なお、Web 配信型はライブ配信またはオンデマンド配信を想定している。
3）演習は集合（対面）型または Web 配信型ライブ配信とする。

6.　学習目標

	単元	学習目標	時間（分）
0	在宅での看取り事例	訪問看護師が行う在宅看取りをイメージできる。	25
1	在宅看取りの概要	在宅看取りの社会的ニーズを理解し、様々な療養場所で行われる看取りに関する保健医療福祉と法制度を理解する。	25
2	在宅看取りに必要な多機関・多職種との連携	在宅看取りに関わる様々な機関・職種について認識し、在宅看取りケアに有用な連携方法について理解する。	50
3	多様な療養場所における連携	訪問看護師が看取りケアを提供する場各々の特徴や報酬上の仕組みを知り、留意すべき点・連携方法について理解する。	25
4	在宅看取りに必要なコミュニケーション技術	訪問看護におけるコミュニケーションの重要性を踏まえ、特に在宅看取りに必要なコミュニケーション技術とポイント(コツ)について、療養者・家族・連携チーム別に理解する。	25
5	死にゆく過程の身体的変化	死にゆく過程の身体的変化とその原因を理解する。	50
6	疾患別の死の軌跡	がん・非がんを含めて、疾患別の死の軌跡（亡くなるまでの経過）を理解する。	
7	エンドオブライフの症状と治療	在宅療養者のエンドオブライフに出現しやすい症状と治療について理解する。	50
8	在宅看取りにおける臨床推論	在宅看取りケアにおける主な症状に対して臨床推論のプロセスを理解する。	50
9	エンドオブライフにおける生活支援	在宅看取りにおいて苦痛が緩和され、安らぎと思いが達成できるような生活支援の方法を理解できる。	50
10	対象者別の看取りケア	在宅看取りケアを対象者別に理解する。	50
11	在宅看取りでの意思決定支援：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）	在宅看取りでのアドバンス・ケア・プランニング（ACP）について理解する。	
12	在宅看取りに必要な家族への支援	在宅看取りに必要な家族支援とその実際について理解する。	50
13	在宅看取りにおけるグリーフケア	グリーフ（悲嘆）・グリーフケアを学び、療養者・家族へのグリーフケアや、看護師や他の支援者（多職種）のグリーフケアを理解できる。	25

	単元	学習目標	時間（分）
14	在宅看取りに必要な死亡確認と死後のケア	在宅看取りにおける死亡時の対応方法について説明でき、死後のケアを理解できる。	25
15	在宅看取りにおける文化への配慮	在宅看取りにおいて、文化的視点が重要であることを理解する。	25
16	在宅看取りにおける倫理的課題	在宅看取りケアで直面する倫理的課題について理解する。	25
17	在宅看取りにおける先進機器の活用	在宅看取りケアで活用されている先進機器について理解する。	25
18	在宅看取りにおける看護過程の展開	在宅看取りにおける看護過程を展開できる。	25
19	在宅看取りにおける訪問看護記録の書き方	在宅看取りにおいて、療養者・家族・多職種連携、訪問看護制度・報酬上の必要事項など、日々の記録で記載するべき内容を理解できる。	

1. 日程及びプログラム

本研修は講義 2 日間および演習 1 日間の計 3 日間で構成する。

講義時間は時間の変更の可能性があります。

1）講義

（1）構成

50 分×6 コマを 2 日間、計 10 時間で構成する。

1 日目

開始-終了	内容	時間
9：30-10：20	0.　在宅での看取り事例	25 分
	1.　在宅看取りの概要	25 分
10：30-11：20	2.　在宅看取りに必要な多機関・多職種との連携	50 分
11：30-12：20	3.　多様な療養場所における連携	25 分
	4.　在宅看取りに必要なコミュニケーション技術	25 分
12：20-13：10	お昼休憩	50 分
13：10-14：00	5.　死にゆく過程の身体的変化	50 分
	6.　疾患別の死の軌跡	
14：10-15：00	7.　エンドオブライフの症状と治療	50 分
15：10-16：00	8.　在宅看取りにおける臨床推論	50 分

2 日目

開始-終了	内容	時間
9：30-10：20	9.　エンドオブライフにおける生活支援	50 分
10：30-11：20	10. 対象者別の看取りケア	50 分
	11. 在宅看取りでの意思決定支援：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）	
11：30-12：20	12. 在宅看取りに必要な家族等介護者への支援	50 分
12：20-13：10	お昼休憩	50 分
13：10-14：00	13. 在宅看取りにおけるグリーフケア	25 分
	14. 在宅看取りに必要な死亡確認と死後のケア	25 分
14：10-15：00	15. 在宅看取りにおける文化への配慮	25 分
	16. 在宅看取りにおける倫理的課題	25 分
15：10-16：00	17. 在宅看取りにおける先進機器の活用	25 分
	18. 在宅看取りにおける看護過程の展開	25 分
	19. 在宅看取りにおける訪問看護記録の書き方	

（2）確認テスト

25 分講義では 2 問、50 分講義では 4 問の 4 肢 1 択の確認テストを実施する。

参考資料 5

2）演習

「訪問看護計画の立案演習」（午前）および「コミュニケーション技術演習」（午後）で構成される。

3 日目

内容	時間
オリエンテーション ・本日の進行方法	10 分
「訪問看護計画の立案演習」（在宅看取りにおける訪問看護過程の展開）のオリエンテーション	15 分
グループ内自己紹介	15 分
グループワーク	80 分
休憩	10 分
全体演習（発表）	30 分
「訪問看護計画の立案演習」の統括	10 分
お昼休憩	50 分
「コミュニケーション技術演習」（ロールプレイ） （在宅看取りに必要なコミュニケーション技術）のオリエンテーション	15 分
休憩	10 分
ロールプレイ	60 分
休憩	10 分
グループディスカッション	30 分
全体演習（発表）	30 分

2. 修了証書

本プログラムの学習を終え修了要件を満たすと「訪問看護師向け在宅看取り初任者養成プログラム修了証書」を発行する。

修了要件

1～3 全てを満たす者

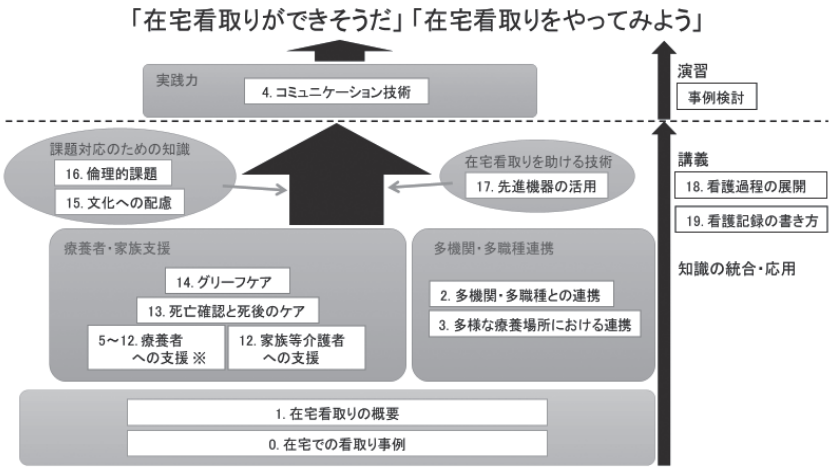
1.　3 日間の全ての講義・演習に参加すること

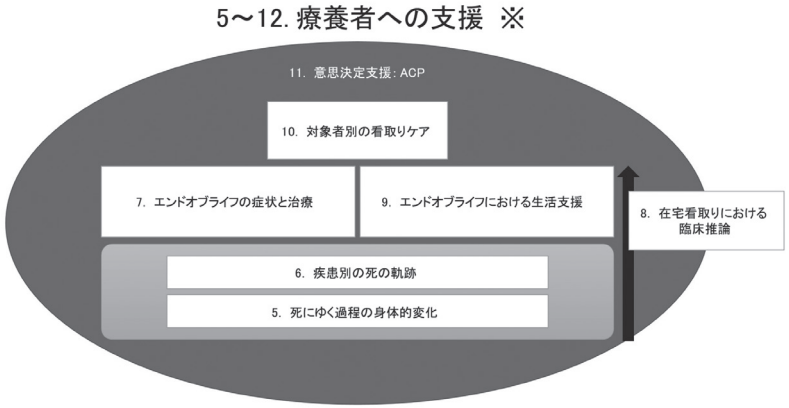
2.　全ての確認テストを受けること

3.　全てのアンケートに答えること

参考資料 5

3. グラフィックシラバス





参考資料 5

4. シラバス

単元	0.　在宅での看取りの事例	受講方法	時間数
担当者	秋山正子氏	ライブ講義	25 分
目標	訪問看護師が行う在宅看取りをイメージできる。		
内容	**特にご講義いただきたい内容** 訪問看護に至るまでのプロセス 在宅看取りの動機づけ		

参考資料５

単元	1.　在宅看取りの概要	受講方法	時間数
担当者	佐藤美穂子氏	ライブ講義	25 分
学習目標	在宅看取りの社会的ニーズを理解し、様々な療養場所で行われる看取りに関する保健医療福祉と法制度を理解する。		
到達目標	1.　在宅看取りの社会的ニーズを説明できる。 2.　在宅看取りにおける訪問看護師の役割を説明できる。 3.　事例を通して、訪問看護師に対する報酬がどのように発生するのか具体的に述べることができる。 4.　自宅以外の療養場所の看取りに関する法的根拠が説明できる。		
内容	**特にご講義いただきたい内容** 1.　在宅看取りを取り巻く社会背景 人口動態/家族形態（家族介護者がいる、独居、老老介護）等 2.　在宅看取りに必要な保健医療福祉と法制度 介護保険制度　医療保険制度　等		
備考	**訪問看護の基礎的な研修で既に学習済みの内容** 1.　保健医療福祉をめぐる社会的動向と訪問看護の変遷 1）保健医療福祉をめぐる社会的背景と訪問看護のニーズ 2）地域の保健医療福祉活動における訪問看護の位置付け 3）訪問看護活動の変遷と現状 2.　訪問看護の役割・機能・特性 1）訪問看護の定義 2）訪問看護の特性（施設内看護との違いなど） 3）訪問看護の理念（訪問看護に必要な視点） 4）訪問看護の機能 5）訪問看護の基本姿勢 3.　訪問看護をめぐる諸制度 1）法制度からみた訪問看護の位置付け 2）実施機関からみた訪問看護の位置付け 3）各種法制度と訪問看護ステーションのかかわり		

参考資料５

単元	2.　在宅看取りに必要な多機関・多職種との連携	受講方法	時間数
担当者	清野美砂氏	ライブ講義	50 分
学習目標	在宅看取りに関わる様々な機関・職種について認識し、在宅看取りケアに有用な連携方法について理解する。		
到達目標	1.　在宅看取りで関わる機関を述べることができる。 2.　在宅看取りで関わる職種とその役割を説明することができる。 3.　具体的な事例を通して、訪問看護師として多職種とどのように連携するのか具体的な方法をイメージし、説明することができる。		
内容	**特にご講義いただきたい内容** 1.　各期（訪問看護開始期、維持期、臨死期、死別後など）における多機関・多職種との連携 2.　在宅療養期間による多機関・多職種との連携の違い 療養期間が数日程度の短い事例と数か月等比較的長期間の事例 3.　訪問看護の導入のタイミングの違いによる連携の特徴 他のサービス利用中に訪問看護導入となった事例 他のサービスと同時に訪問看護導入となった事例 訪問看護利用中に看取りを迎えた事例　　など 4.　訪問看護同士の連携 ２か所以上の訪問看護事業所の連携 専門性の高い看護師との連携 5.　インフォーマルな支援者との連携 ※多機関との連携 ・病院、診療所 ・居宅介護支援事業所 ・訪問介護事業所 ・通所介護（デイサービス） ・薬局 ・訪問リハビリテーション ・訪問入浴介護事業者 ・福祉用具貸与事業者、特定福祉用具販売事業者 （エアマットの導入）等 ※多職種との連携 ・医師 ・訪問介護員 ・薬剤師 ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 ・介護支援専門員（ケアマネージャー） ・福祉用具専門相談員　等 ※相談 ・認定看護師、専門看護師		

	6.　連携ツール 1）ICT 2）連絡ノート 7.　実際の連携上のポイント 1）　相談や情報共有をする際に気を付けること（気を付けていること） 2）　連携が上手くいくポイント 3）　介護職とともに看取りケアを実践するために
備考	**訪問看護の基礎的な研修で既に学習済みの内容** 関係機関・関係職種の機能および役割と他職種連携 1．保健医療福祉機関および相談窓口 1）　医療機関 2）　介護保険施設・サービス 3）　保健機関・行政機関 4）　その他の施設・機関等（社会福祉協議会、更生相談所、老人福祉センター、福祉用具貸与・販売事業所など） 5）　地域の中の自主組織 2．関係職種の役割 1）専門職 2）その他（近隣者、民生委員、福祉用具専門相談員など） 3．チームアプローチの必要性 1）　チームアプローチとは 2）　チームアプローチの意義 3）　チームアプローチにおける訪問看護師の役割 4）　医師（主治医）との連携 5）　介護支援専門員との連携 6）　他施設看護師との連携の必要性と効果的な方法 7）　その他関係職種・機関との連携・協働のあり方 4．多職種連携における ICT の活用

参考資料 5

単元	3.　多様な療養場所における連携	受講方法	時間数
担当者	富岡里江氏	ライブ講義	25 分
学習目標	訪問看護師が看取りケアを提供する場各々の特徴や報酬上の仕組みを知り、留意すべき点・連携方法について理解する。		
到達目標	1.　訪問看護の報酬上行われる看取りケアの場所を挙げることができる。 2.　看取りケアを提供する場との連携方法を具体的に説明することができる。		
内容	**特にご講義いただきたい内容** 1.　訪問看護を提供する場所による特徴（留意点） 2.　ショートステイとの連携 3.　居住系施設との連携（グループホーム、特養、サ高住、有料老人ホームなど） 4.　看多機との連携		

参考資料５

単元	4.　在宅看取りに必要なコミュニケーション技術	受講方法	時間数
担当者	富岡里江氏	ライブ講義	25 分
学習目標	訪問看護におけるコミュニケーションの重要性を踏まえ、特に在宅看取りに必要なコミュニケーション技術とポイント(コツ)について、療養者・家族・連携チーム別に理解する。		
到達目標	在宅看取りの際、療養者・家族・連携チームとコミュニケーションで、おさえるべきポイントを説明することができる。		
内容	**特にご講義いただきたい内容** 在宅看取りに必要なコミュニケーション技術 1.　療養者の気持ちに寄り添うコミュニケーション 1)　療養者と差し迫った死について話す技術 例えば「私は死ぬの」と聞かれた場合の事例 2)　療養者が自分の気持ちを表現できる環境調整、など 2.　関係者間でケアの方向性を一致させる技術 3.　「話す（伝える）技術」と「聞く（引き出す）技術」 ・話す技術だけでなく、療養者本人の望みや思い（やりたいことや人生で成し遂げたいことなど）を引き出す技術		
備考	**訪問看護の基礎的な研修で既に学習済みの内容** 1. コミュニケーションの概要 1）コミュニケーションの定義 2）言語的・非言語的コミュニケーション 3）効果的なコミュニケーション 4）在宅療養におけるコミュニケーションの特徴（療養者の多様性、時間及び場所の制約、ICT の活用） 2. 在宅療養における面接技術の基本 1）在宅療養者及び家族に受け入れるための基本的マナー 2）面接における支援者の基本的な姿勢 3）面接の方法（面接に活かすカウンセリングの理論、療養者・目的に合った面接方法）		

参考資料５

単元	5.　死にゆく過程の身体的変化	受講方法	時間数
担当者	平原優美氏	ライブ講義	6 と合わせて 50 分
学習目標	死にゆく過程の身体的変化とそのメカニズムを理解する。		
到達目標	看取り期の身体的変化を知り、根拠を持って今後の見通しと共に療養者・家族に説明ができる。		
内容	1.　看取り期の療養者の人体の構造と機能 2.　死にゆく過程の身体的変化（臨死期の生理的変化） 1）循環、呼吸、脳神経機能、腎臓機能の変化とそのメカニズム 2）疼痛・倦怠感 3）ストレス反応（不安、抑うつのメカニズム） 例）なぜ腹水が溜まるのか、下肢が浮腫むのかという療養者や介護者の質問に答えられる。 呼吸パターンの変化、喘鳴、血圧低下といった亡くなる直前の身体の変化について介護者に説明できる。　　など		

参考資料５

単元	6.　疾患別の死の軌跡	受講方法	時間数
担当者	平原優美氏	ライブ講義	５と合わせて 50 分
学習目標	がん・非がんを含めて、疾患別の死の軌跡（亡くなるまでの経過）を理解する。		
到達目標	1.　がんの療養者の死の軌跡が理解できる。 2.　非がんの療養者について知り、死の軌跡が理解できる。 3.　死の軌跡を理解した上で、療養者や家族・介護者に説明できる。		
内容	1.　がん 2.　非がん 難病・脳血管疾患・心疾患・呼吸器系疾患・認知症・老衰等 3.　新型コロナウイルス等の感染症		

参考資料５

単元	7.　エンドオブライフの症状と治療	受講方法	時間数
担当者	平原佐斗司氏	ライブ講義	50 分
学習目標	在宅療養者のエンドオブライフに出現しやすい症状と治療について理解する。		
到達目標	1.　在宅療養者のエンドオブライフの症状と緩和治療を理解できる。 2.　在宅療養者の疼痛緩和について理解できる。		
内容	**特にご講義いただきたい内容** 1.　看取り期に出現しやすい症状と治療 1）　主な症状 嘔気・嘔吐、便秘、褥瘡、痰がらみ、呼吸苦、死前喘鳴、浮腫、悪液質など 2）　症状緩和の治療 （1）薬物療法 （2）非薬物療法 2.　疼痛緩和 1）　疼痛の分類 2）　疼痛治療 （1）薬物治療 ①NSAIDs ②オピオイド ・特に在宅で注意が必要なこと（取り扱い等） ・レスキュードーズの使い方 ・薬局との連携　など ③鎮痛補助薬 （2）非薬物療法		
備考	**訪問看護の基礎的な研修で既に学習済みの内容** 症状による呼吸・循環・神経系のアセスメント 1.主たる呼吸器症状と異常の見分け方（主な自覚症状、重要な他覚症状） 2.主たる循環器症状と異常の見分け方（主な自覚症状、重要な他覚症状） 3.主たる神経系症状と異常の見分け方（主な自覚症状、重要な他覚症状）		

参考資料５

単元	8.　在宅看取りにおける臨床推論	受講方法	時間数
担当者	島田珠美氏	ライブ講義	50 分
学習目標	在宅看取りケアにおける主な症状に対して臨床推論のプロセスを理解する。		
到達目標	1.　臨床推論のプロセスについて説明できる。 2.　臨床推論の元となるフィジカルアセスメントの実施方法について説明できる。		
内容	**特にご講義いただきたい内容** 1.　臨床推論の思考プロセス 2.　在宅看取りにおけるフィジカルアセスメント（頭からつま先まで）		
備考	**訪問看護の基礎的な研修で既に学習済みの内容** 1.　症状による呼吸・循環・神経系のアセスメント 1）　主たる呼吸器症状と異常の見分け方（主な自覚症状、重要な他覚症状） 2）　主たる循環器症状と異常の見分け方（主な自覚症状、重要な他覚症状） 3）　主たる神経系症状と異常の見分け方（主な自覚症状、重要な他覚症状）		

参考資料５

単元	9.　エンドオブライフにおける生活支援	受講方法	時間数
担当者	大橋奈美氏	ライブ講義	50 分
学習目標	エンドオブライフにおける生活支援について理解する。		
到達目標	在宅看取りにおいて苦痛が緩和され、安らぎと思いが達成できるような生活支援の方法を理解できる。		
内容	**特にご講義いただきたい内容** 1.　食事・栄養 1）エンドオブライフにおける栄養摂取の特徴 2）食生活への支援（療養者の希望、家族の希望と療養者の身体状況にあわせたかかわりについて） 2.　排泄 尊厳を守る排泄ケア 3.　移動 居室内、外出支援（社会参加を含む） 4.　清潔 ・整容、清拭、入浴 スキンケアや褥瘡予防を含む 5.　療養環境の整備 ※生活支援を通して、日々の生活が楽に送れるような看護ケアを提供するために、看取りに出現しやすい症状（疼痛、嘔気・嘔吐、便秘、褥瘡、痰がらみ、呼吸苦、死前喘鳴・浮腫など）が出現した時の ADL 支援について、具体的な事例を用いて説明してほしい。		
備考	**訪問看護の基礎的な研修で既に学習済みの内容** 1. 食事 1）在宅療養生活における食生活の特徴 2）在宅療養者の栄養状態及び食行動の把握 3）栄養管理に関連した概念 4）在宅療養者・家族への食生活支援 5）口腔ケアの実施 6）各種サービスの活用 2. 排泄 1）在宅療養生活における排泄の特徴 2）在宅療養者の排泄状態及び排泄行動の把握 3）在宅療養者・家族への排泄に関する支援 4）各種サービスの活用 3. 清潔 1）在宅療養生活における清潔保持の特徴 2）在宅療養者の清潔状態及び清潔行動の把握 3）在宅療養者・家族への清潔に関する支援		

	4）各種サービスの活用 4. 衣生活 1）在宅療養生活における衣生活の特徴 2）在宅療養者の衣生活の把握 3）在宅療養者・家族への衣生活に関する支援 4）各種サービスの活用 5. 睡眠・休養 1）在宅療養生活における睡眠・休養の特徴 2）在宅療養者の睡眠状態・休養状態及び睡眠・休養に関する行動の把握 3）在宅療養者・家族への睡眠・休養に関する支援 4）各種サービスの活用 6. 移動 1）在宅療養生活における移動の特徴 2）在宅療養者の移動状態及び移動に関する行動の把握 3）在宅療養者・家族への移動に関する支援 4）各種サービスの活用 7. 社会とのつながり 1）在宅療養生活における社会とのつながりの特徴 2）在宅療養者の社会とのつながりに関する支援 3）在宅療養者・家族への社会とのつながりに関する支援 4）各種サービスの活用

参考資料 5

単元	10. 対象者別の看取りケア	受講方法	時間数
担当者	中島朋子氏	ライブ講義	11 と合わせて 50 分
学習目標	在宅看取りケアを対象者別に理解する。		
到達目標	1.　発達段階による在宅看取りケアの特徴が理解できる。 2.　障がい者の在宅看取りケアの特徴が理解できる。		
内容	**特にご講義いただきたい内容** 1.　高齢者、成人、小児、各々の発達段階に応じた在宅看取りの特徴 精神面の支援（役割等）を含む 2.　精神疾患や難病等の障がい者の在宅看取り		

参考資料 5

単元	11. 在宅看取りでの意思決定支援：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）	受講方法	時間数
担当者	中島朋子氏	ライブ講義	10 と合わせて 50 分
学習目標	在宅看取りでのアドバンス・ケア・プランニング（ACP）について理解する。		
到達目標	1. アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の考え方を理解できる。 2. 療養者本人の意思を尊重したアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を理解できる。 3. 本人の意思が確認できない場合の家族等介護者への意思決定支援の実際を理解できる。		
内容	**特にご講義いただきたい内容** 1. 療養者本人も含めたアドバンス・ケア・プランニング（ACP） 2. 本人の意思が確認できない場合の家族等介護者のアドバンス・ケア・プランニング（ACP） 3. ケアチーム内でのアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の共有		

参考資料 5

単元	12. 在宅看取りに必要な家族への支援	受講方法	時間数
担当者	柴田三奈子氏	ライブ講義	50 分
学習目標	在宅看取りに必要な家族支援とその実際について理解する。		
到達目標	1. 訪問看護の卓越者から在宅看取りにおける家族等介護者への支援に関する具体的な経験を学び、自己の看護に取り入れる事ができる。 2. 家族等介護者への思いを受け止め、家族の特徴に応じた支援について説明することができる。 3. 本人の意思が確認できない場合に訪問看護師が行う家族の意思決定支援について説明することができる。 4. 在宅看取りに向けた家族の心構えと準備を述べることができる。		
内容	**特にご講義いただきたい内容** 1. 家族等介護者の死別への準備支援；臨死期の身体的変化に関する説明、予期悲嘆へのケア 2. 家族等介護者の特徴に応じた在宅看取りケア 3. 同居・別居の人口動態/家族形態（家族介護者がいる、独居、老老介護）ケアチームメンバーの一員としての家族 4. 在宅看取りに必要な急激な状態の変化への対応 1）予測される状態悪化や急変の具体的な状況 2）予測される状態悪化時や急変時に向けた準備 医療機関への搬送の希望確認、搬送先の選択、連絡先の明示、 検死にならないための準備など 3）予測される状態悪化時や急変時の対応方法 連絡方法や救急搬送時の対応：家族、主治医、救急車、医療機関、 ケアマネジャーなどの関係者など 4）想定外の死の状況と対応方法（自死・変死を含む）		
備考	**訪問看護の基礎的な研修で既に学習済みの内容** 1. 訪問看護対象論 1）家族の定義 2） わが国の家族の特徴（世帯構造の変化など） 3）家族形態の変化などにより在宅療養者の家族に生じやすい課題 （介護離職、多重介護、虐待など） 4） 家族の機能・役割・特徴 5） 家族関係の特徴（家族員の相互作用、キーパーソンの役割など） 6） 家族と地域社会の関係、職場環境 7） 家族への支援のあり方（家族の対応能力の判断、家族関係の調整など） 2. 急変時の対応体制 1）急変時の状況に応じた適切な判断、指示 2）急変時の連絡体制 3. 急変時の主な特徴と対応		

	1)　心肺停止 2)　意識障害 3)　呼吸困難 4)　疼痛（胸痛、腹痛） 5)　出血（消化管） 6)　外傷

参考資料 5

単元	13. 在宅看取りにおけるグリーフケア	受講方法	時間数
担当者	藤田愛氏	ライブ講義	25 分
学習目標	グリーフ（悲嘆）・グリーフケアを学び、療養者・家族へのグリーフケアや、看護師や他の支援者（多職種）のグリーフケアを理解できる。		
到達目標	1.　グリーフ（悲嘆）とグリーフケアとは何かを説明することができる。 2.　グリーフケアの方法・時期（死にゆく過程含む）とそれぞれの特徴を具体的に述べることができる。 3.　看護師を含む支援者（多職種）の振り返りやグリーフケアの方法を述べることができる。		
内容	**特にご講義いただきたい内容** 1.　グリーフとグリーフケアとは 2.　療養者・家族へのグリーフケアの方法・時期 ケア対象者もグリーフケアの対象となる 3.　事業所内での取り組み 1）デスカンファレンス 2）お悔やみ訪問（訪問を通して、自己の看護を振り返る） 3）多職種でのカンファレンスによる振り返り		

参考資料 5

単元	14. 在宅看取りに必要な死亡確認と死後のケア	受講方法	時間数
担当者	藤田愛氏	ライブ講義	25 分
学習目標	在宅看取りにおける死亡時の対応方法について説明でき、死後のケアを理解できる。		
到達目標	1. 在宅看取りにおける死亡時の対応方法について、家族等介護者に説明することができる。 2. 死亡時に看護師が行うことを説明することができる。 3. 在宅において行う死後のケアを述べることができる。		
内容	**特にご講義いただきたい内容** 1. （施設と異なる）在宅看取り時の死亡確認の方法の特徴（主治医による死亡確認など） 2. （施設と異なる）死後のケアの特徴と方法（死後のケアと尊厳を守るケア） 3. 葬儀業者との連携（死後の処置の確認など） 4. 留置カテーテルなどの処理の仕方 例）ペースメーカー、CV ライン、PD チューブ、ドレーン、CV ポートなど 5. 使用した医療機器・福祉用具の返却等の対応 6. 多職種への連絡 連絡先、方法、内容 7. 遠隔による死亡診断における訪問看護師の対応 「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン」		

参考資料 5

単元	15. 在宅看取りにおける文化への配慮	受講方法	時間数
担当者	福田裕子氏	ライブ講義	25 分
学習目標	在宅看取りにおいて、文化的視点が重要であることを理解する。		
到達目標	1. 多様な文化を背景に持つ在宅療養者が増えている日本の現状について説明できる。 2. 療養者・家族の背景にある文化を尊重した在宅看取りの重要性を具体的に説明できる。		
内容	**特にご講義いただきたい内容** 出身国・出身地、地域性、親族、近隣、宗教関連、性的傾向・LGBT		

参考資料 5

単元	16. 在宅看取りにおける倫理的課題	受講方法	時間数
担当者	福田裕子氏	ライブ講義	25 分
学習目標	在宅看取りケアで直面する倫理的課題について理解する。		
到達目標	1. 在宅看取りケアで直面する倫理課題が理解できる。 2. 在宅看取りケアで直面する倫理課題への対処方法が理解できる。		
内容	**特にご講義いただきたい内容** 1. 在宅看取りケアで直面する倫理課題 例えば、在宅酸素をしながら喫煙する療養者、肝硬変で黄疸が出ているが飲酒する療養者、骨転移があっても最期までトイレに行きたい療養者、など治療と相反する生活をどう支えるか 2. 生活困窮者等の課題 経済的理由で必要とする治療やケアが享受できない 3. 感染症 感染症による制限など		
備考	**訪問看護の基礎的な研修で既に学習済みの内容** 訪問看護で起こり得る倫理的課題と対応 1. 看護者の倫理綱領（日本看護協会） 2. 看護師の倫理綱領（国際看護師協会） 3. 意思決定支援（インフォームドコンセント、合意形成） 4. 倫理的課題と対応		

参考資料 5

単元	17. 在宅看取りにおける先進機器の活用	受講方法	時間数
担当者	岩本大希氏	ライブ講義	25 分
学習目標	在宅看取りケアで活用されている先進機器について理解する。		
到達目標	1. 在宅看護で使用されている先進機器の種類について説明できる。 2. 在宅看取りにおける先進機器を活用したアセスメント方法を説明できる。		
内容	**特にご講義いただきたい内容** 在宅看取りケアに活用できる先進機器について 1. アセスメント機能 電子聴診器、エコー、多機能スマートウォッチ（AI 医療診断、 体温計測、高精度心電図、心拍血圧、血中酸素計測機器など） 2. 見守り機能 見守りセンサ、見守り服薬支援ロボット 3. 介護用ロボット 4. その他		

参考資料 5

単元	18．在宅看取りにおける看護過程の展開	受講方法	時間数
担当者	岩本大希氏	ライブ講義	19 と合わせて 25 分
学習目標	在宅看取りにおける看護過程を展開できる。		
到達目標	在宅看取りにおける看護過程の特徴を理解できる。		
内容	**特にご講義いただきたい内容** 1.　在宅看取りにおける看護過程の特徴 1）　情報収集(症状、本人・家族の認識) 2）　解釈(アセスメント) ・状態変化の予測 ・症状コントロールの程度 ・評価スケールの活用（疼痛、褥瘡、意識レベル等） 3）　看護計画の立案 ・訪問計画(頻度、時間) ・多職種連携(役割分担) 4）　実施 5）　評価 2.　生活モデルをもとにした看護過程の展開		
備考	**訪問看護の基礎的な研修で既に学習済みの内容** 訪問看護過程 1.　情報収集 2.　アセスメントのポイント 3.　訪問看護計画 4.　実施のポイント 5.　評価のポイント		

参考資料 5

単元	19．在宅看取りにおける訪問看護記録の書き方	受講方法	時間数
担当者	岩本大希氏	ライブ講義	18 と合わせて 25 分
学習目標	在宅看取りにおいて、療養者・家族・多職種連携、訪問看護制度・報酬上の必要事項など、日々の記録で記載するべき内容を理解できる。		
到達目標	1.　訪問看護制度・報酬上において在宅看取り期に必ず記載すべき内容を説明できる。 2.　療養者や家族などの価値観など記載すべき内容について説明できる。		
内容	**特にご講義いただきたい内容** 1.　在宅看取り期における記録の特徴 状態像の変化 療養者・家族の価値観・思い 多職種連携 2.　事業所内で統一した看取りケアを実践するための工夫 3.　訪問看護制度・報酬上記載すべき項目		
備考	**訪問看護の基礎的な研修で既に学習済みの内容** 1. 記録の目的 1）看護実践の明確化 2）看護実践の根拠 3）訪問看護の多職種との共有（ICT、SNS の活用） 4）報酬請求の裏付け 5）看護の評価の資料 6）医療事故等の法的根拠 2. 記録の種類 1）訪問看護ステーション運営上の記録 2）訪問看護実施に関する記録 3. 記録の方法 1）記録用紙への記録 2）ICT、SNS の活用による記録の電子化 4. 記録の管理 1）訪問看護記録の保管義務 2）個人情報保護法に基づいた記録の取り扱い 3）記録の開示方法 4）守秘義務		

参考資料６

ファシリテーターマニュアル

ファシリテーターのご依頼に関して

この度当財団事業にご協力いただき感謝いたします。今回の演習は訪問看護の第一線でご活躍されている認定看護師・専門看護師の方々にファシリテーターとしてご協力いただき開催いたします。何卒よろしくお願いいたします。

【演習】
開催日時：11 月 27 日（土）9：20～16：00　　1 月 29 日（土）9：20～16：00
開催方法：Zoom を活用した演習
参加方法：①当日は時間になりましたら、届いたメールに記載されております URL にアクセスください。
②名前「グループ名-講師○○○」とお願いします。

使用する資料：①ファシリテーターのご依頼に関して(当資料)
②3 日目　プログラム
③訪問看護指示書
④看護サマリー
⑤訪問看護計画書（Word）
⑥ロールプレイシナリオ
⑦グループワーク・ロールプレイ説明資料

【受講対象者に関して】
今回は以下 1）～4）全てを満たす者となっております。
1）訪問看護に 6 か月以上 3 年で従事している看護職
2）在宅看取り初心者（未経験もしくは数例程度の経験）
3）所属部署の管理者の推薦を受けた者
4）その他
訪問看護の基礎的な研修（訪問看護師養成講習会、訪問看護 e ラーニング（訪問看護　基礎講座）など）を受講している者

グループわけについて、配信業者がグループわけを行ないます、当日の状況によって、急遽欠席される方もあるかと思いますがご了承ください。なお、当日　困ったことなどありましたらチャットで事務局までご質問ください。なお、出席者の確認をお願いしたいと思います。（名簿は当日までに送信いたします）

〒150-0001
東京都渋谷区神宮前 5-8-2　日本看護協会ビル５F
公益財団法人　日本訪問看護財団　初任者研修モデル事業担当
TEL 03-5778-7001（代表）　e-mail: ＊＊＊＊　**研修当日の連絡先：＊＊＊＊**

参考資料６

令和３年度　訪問看護師向け在宅看取り初任者研修モデル事業　３日目プログラム

開始-終了	時間	内容	
9：20-9：30	10 分	オリエンテーション ・本日の進行方法	事務局
9：30-9：45	15 分	『在宅看取り訪問看護過程の展開』訪問看護計画立案演習 ・演習の目的 ・本演習の位置づけ（グラフィックシラバスの位置づけ） ・演習の進め方 ・注意点	事務局
9：45-10：00	15 分	グループ内自己紹介 ・7～8 人/10 グループに分かれる ・司会および書記の選出	
10：00-11：20	80 分	グループワーク （ファシリテーターの指示で適宜休憩） ・ディスカッション ・全体演習（発表）の準備	
11：20-11：30	10 分	休憩	
11：30-12：00	30 分	全体演習（発表）　＊発表を５G をおこなう	
12：00-12：10	10 分	『在宅看取り看護過程の展開』看護計画立案演習の統括	
12：10-13：00	50 分	お昼休憩	
13：00-13：15	15 分	『在宅看取りに必要なコミュニケーション技術』 ・演習の目的 ・本演習の位置づけ（グラフィックシラバスの位置づけ） ・演習の進め方 ・注意	事務局
13：15-13：20	10 分	休憩	
13：20-14：20	60 分	ロールプレイ ・7～8 人/10 グループに分かれる ・訪問看護師、利用者、家族の役を 1 回または 2 回ずつ体験する ・役作り 3 分、ロールプレイ 7 分、フィードバック 5 分の計 15 分を 4 回実施	
14：20-14：30	10 分	休憩	
14：30-15：00	30 分	グループディスカッション	
15：00-15：30	30 分	全体演習（発表）　＊発表を５G をおこなう	
15：30-16：00	30 分	3 日間のまとめ	
16：00～	30 分	閉会の挨拶	事務局
		今後の説明 ・アンケートの回答・修了書の発行について （アンケート回答後退室ください）	事務局

参考資料６

訪　問　看　護　指　示　書

在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間　（2022年○月△日　～ 2023年○月○日）

点滴注射指示期間　（　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）

患者氏名	山田太郎氏	生年月日　　年　　月　　日（　72　歳）	
患者住所	東京都渋谷区 電話（　　）　　－		
主たる傷病名	（1）　食道癌術後終末期　（2）　多発骨転移　（3）肺転移		
現在の状況（該当項目に○等）	病状・治療状態	○○大学病院にてX−5年に食道癌で手術。 X年3月の定期検査で多発骨転移の診断。末期の状態でありBSCの方向となる。 同月に多発骨転移に対し、疼痛緩和目的で入院にて腰椎に放射線治療を施行している。	
	投与中の薬剤の用量・用法	MSコンチン錠10㎎　2錠2X、オプソ内服液5㎎　2,5㎖　1回、ロキソプロフェン3錠3X、スインプロイク錠0,2㎎、ラベプラゾールNa錠20㎎	
	日常生活自立度	寝たきり度	J1　J2　A1　A2　(B1)　B2　C1　C2
		認知症の状況	(Ⅰ)　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M
	要介護認定の状況	要支援（　1　2　）　要介護（　1　2　3　4　5　）	
	褥瘡の深さ	NPUAP分類　Ⅲ度　Ⅳ度　DESIGN分類　D3　D4　D5	
	装着・使用医療機器等	1．自動腹膜灌流装置　2．透析液供給装置　3．酸素療法（　1／min） 4．吸引器　5．中心静脈栄養　6．輸液ポンプ 7．経管栄養　（経鼻・胃瘻：サイズ　　、　　日に1回交換） 8．留置カテーテル（部位：　サイズ　　、　　日に1回交換） 9．人工呼吸器　（陽圧式・陰圧式：設定　　） 10．気管カニューレ（サイズ　　） 11．人工肛門　12．人工膀胱　13．その他（　　）	

留意事項及び指示事項

Ⅰ　療養生活指導上の留意事項　がん性疼痛の悪化にご注意ください。

Ⅱ　1．リハビリテーション

（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて

1日あたり20・40・60・（　　）分を週（　　）回（注：介護保険の訪問看護を行う場合に記載）

2．褥瘡の処置等

3．装着・使用医療機器等の操作援助・管理

(4．)その他　在宅看取りの方向です。今後の痛みの状態により処方内容を変更する可能性がありますので、状態共有をお願いいたします。

在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投薬薬剤・投薬量・投与方法等）

緊急時の連絡先
不在時の対応

特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。）

他の訪問看護ステーションへの指示
（(無)　有：指定訪問看護ステーション名　　）
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示
（(無)　有：訪問介護事業所名　　）

上記のとおり、指示いたします。

2022　年　○　月　△日

医療機関名　○○大学病院
住　　所　東京都○
電　　話
（FAX.）
医師氏名　○○　○○

事業所名　　○○ステーション　○○管理者　　殿

参考資料６

看護サマリー

記入日：　2022 年　○　月　○日

氏名	山田太郎氏	男・女	住所	〒　東京都渋谷区	
生年月日	年　月　日生	72歳	TEL		
介護者情報		氏名	続柄	住所	電話番号
	主介護者	妻			
	家族構成	家族人数（　2　人）	同居人数（　人　続柄：　）		
要介護度	要介護２	その他			
居宅介護支援事業所	■■居宅支援事業所	TEL			
ケアマネジャー					
主治医	医療機関名	○○大学病院	医師名		
	住所		TEL		
疾患名	食道がん術後、肺転移、多発骨転移				
既往歴	○○大学病院にてX−5年に食道癌で手術。 X年3月の定期検査で肺転移、多発骨転移の診断のため、BSC（ベストサポーティブケア）の方向となる。同月に多発骨転移に対して、疼痛緩和目的で入院にて放射線治療を施行。癌性疼痛を生じており終末期の状態である。				
服薬中の薬	MSコンチン錠10㎎　2錠2X、オプソ内服液5㎎　2,5㎖　1回、ロキソプロフェン3錠3X、スインプロイク錠0,2㎎、ラベプラゾールNa錠20㎎				

バイタルサイン（最新）	体温	36.8℃	血圧	110/66	脈拍	90	SpO2　96%
コミュニケーション							

		介助量	詳細
ADL	食事	自立	全粥、軟菜を摂取。時々、咽る様子あり。
	移動	見守り	検査等の移動は車いす介助で行っている。
	更衣	自立	
	清潔	一部介助	歩行時のふらつきがあるため、見守り下で入浴を行っている。
	排尿	自立	ふらつき強いため、トイレ歩行は看護師付き添いで行っている。
	排便	自立	排便回数：2〜3日/1回　最終排便：退院日
	その他	疼痛コントロール：定時のMSコンチン錠内服。屯用薬のオプソは、看護師の声掛けで服用する程度ですが、十分な除痛を図れていない様子です。	
医療処置	褥瘡処置・中心静脈・点滴・酸素療法・吸引・カテーテル管理など		
	備考		
病状・看護の経過など	x年外来受診時に腰痛の悪化あり、精査にて肺転移、多発骨転移を認め加療目的で入院となる。 緩和ケアチームの介入のもと、疼痛コントロールを図る。現在は上記処方で調整しているが本人の希望する除痛を図れていない。奥様には週単位〜1ヶ月前後の可能性もありうること、急変時のDNRについて説明され同意。当院緩和ケア病棟への説明を行ったが、ご本人は在宅での最期を希望され、奥様も本人の意向に添いたいと考えているため、申し込みはしていない。		
その他	主介護者である奥様は、ご本人の気持ちを尊重したいと考えていますが、在宅療養や在宅見取りに不安を抱え覚悟ができないと話しています。奥様の精神的な支援もお願いします。		

病院名：　　記入者名：

参考資料６

別紙様式１

受講 ID	氏名

㊫ 訪問看護計画書

ふりがな 利用者氏名		生年月日	年　　月　　日（　　）歳
要介護認定の状況	自立　　要支援（　１　２　）　　要介護（　１　２　３　４　５　）		
住　　所			
看護・リハビリテーションの目標			

年　月　日	問　題　点・　解　決　策	評価

衛生材料等が必要な処置の有無		有　・　無
処置の内容	衛生材料（種類・サイズ）等	必要量

訪問予定の職種（※当該月に理学療法士等による訪問が予定されている場合に記載）
備考

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。

年　　月　　日

事業所名

管理者氏名　　印

殿

参考資料６

ロールプレイシナリオ

『終末期がんである療養者の「最期まで自宅で過ごしたい」意向を尊重した支援』

【情報】

食道がん術後。食事の飲み込みにくさから食事量が減少し、手術前から体重が 10 kg低下再入院した。入院前は腰痛のため、ベッドに横になることが多い生活であった。介護保険サービス《訪問介護員による身体介護（入浴介助）》を利用しながら在宅療養されていた。

今回、病状について説明を受けた山田太郎氏は「延命治療はしてほしくないが痛みや辛い症状はとってほしい。家で過ごしたい」と話していた。妻は「夫の気持ちを大事にしたい、自宅で看たい。」と山田太郎氏の意向を尊重したいと考えている。しかし、妻は「家に帰って何かあったらどうするんですか。夫が辛そうにしているとどうしたら良いか分からない。何もできない。」と在宅療養に向けて不安を漏らしていた。病院からは今しか帰れませんよ、不安ならいつでも病院に戻ってきてもいいですよと言われている。

退院に向けて、これまで利用していた介護保険サービス（介護支援専門員、訪問介護員）に加えて訪問診療と訪問看護を利用開始となる。

本日　訪問看護師が初回訪問した。訪問看護師は玄関で挨拶をおこない、２階の居室に向かった。山田太郎氏は自宅に戻り安心した表情でベッドに横になっており、妻は不安そうな表情を浮かべていた。

・住まいは戸建て２階建て、トイレや浴室は１階、居室や寝室は２階にある。

・長男家族は県外に住み、山田太郎氏のことを心配し家族関係は良いが月に１回様子をみにくる程度で、介護の協力は難しい状況。

〇訪問看護計画を立案し初めて自宅へ訪問、2 階の居室で療養者と家族と出会う場面をイメージして実施してください。訪問看護として、第１声どのような声掛けをしますか？その声掛けに対して、療養者・家族としてどのように反応しますか。役になり切り実施してください。

〇では、訪問看護師役、家族役、利用者役、観察者役を決めてロールプレイを実施していくください。

Supported by 日本財団 THE NIPPON FOUNDATION

訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発事業

令和3年度
「訪問看護師向け在宅看取り初任者研修モデル事業」

グループワーク・ロールプレイ　説明資料

JVNF Japan Visiting Nursing Foundation 公益財団法人日本訪問看護財団

JVNF

JVNF Japan Visiting Nursing Foundation 公益財団法人日本訪問看護財団

在宅看取りの訪問看護過程の展開
～訪問看護計画立案演習～

JVNF　2

メンバー担当表

Zoom　名前　記載例）A　講師-岩本

グループ名	ファシリテータ
A	岩本　大希　氏
B	大橋　奈美　氏
C	清野　美砂　氏
D	柴田　三奈子　氏
E	島田　珠美　氏
F	富岡　里江　氏
G	中島　朋子　氏
H	藤田　愛　氏
I	髙橋　洋子　氏／福田　裕子　氏
J	鷹野　美和　氏
全体発表　総括まとめ	平原　優美　氏

3

学習目標

訪問看護指示書・看護サマリーを通して、
療養者をアセスメントし、初回訪問時の訪問看護計画
を立案することができる

JVNF　4

事前課題について

参考資料
　資料　訪問看護指示書
　　看護サマリー

提出課題
　資料　訪問看護計画書　提出：11/25(木）12：00

参考：日本看護協会,看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務のあり方に関するガイドライン及び活用ガイド,2021年度改訂版.

JVNF　5

タイムスケジュール

時間	内容
9：20～9：30	オリエンテーション
9：30～9：45	グループわけ（ブレイクアウトルームへ移動）
9：45～10：00	①自己紹介
10：00～11：20	②グループワーク実施後、全体発表の準備 （休憩は各グループで適宜10分程度お取りください）
11：20～11：30	休憩（各グループはメインセッションルームへ移動）
11：30～12：00	③全体発表、質疑応答
12：00～12：10	総括

JVNF　6

自己紹介について　9：45～10：00

1. 自己紹介の目的
　ロールプレイや他の参加者・ファシリテーターに対する緊張緩和と
　グループの凝集性及び協調性の向上を目指す

2. 一人ずつ自己紹介
　自己紹介例：氏名、施設名　　何県　〇ステーション　〇病院
　研修に参加した理由
　その他　（地元の特産品やアピールしたい事など）
　40秒/人程度

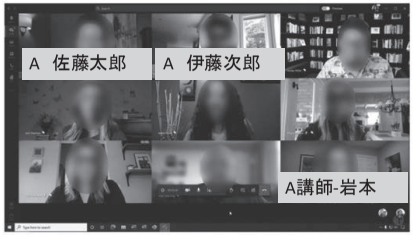
3. 自己紹介終了

JVNF　7

グループワークの実施方法

1. 参加者（7～8名）　ファシリテータ（1名）で構成する
2. 司会者・書記を決定する
3. それぞれディスカッションポイントについて議論する
4. 2日間で学んだ点を踏まえながら、各自作成した訪問看護計画書を基にグループワークを実施する

例）　グループ　8名　＋　ファシリテータ1名



JVNF　8

グループワーク　10:00～11:20

ディスカッションポイント

1. 提出課題として、訪問看護計画を立案していただきました。在宅看取りの計画を立案する上で、難しかったことは何ですか？

2. 山田太郎さんの初回訪問に向けて訪問看護計画を立案する上で、さらに追加で必要と思われる情報を挙げてその理由を教えてください。

3. 現在の山田太郎さんに、あなたが最も優先順位が高いと考える看護についてあげてください。また、その理由を教えてください。

JVNF 9

グループワーク（解説のポイント）（ファシリテーター用スライド）

1. 提出課題として、訪問看護計画を立案していただきました。在宅看取りの計画を立案する上で、難しかったことや感想をお聞かせください。
   ⇒　アイスブレイクの位置づけで意見をお聞きください。

2. 山田太郎さんの初回訪問に向けて訪問看護計画を立案する上で、さらに追加で必要と思われる情報を挙げてその理由を教えてください。
   ⇒　家族情報、本人の気持ちなど　ロールプレイのシナリオにあるような内容が出てくるかディスカッションしてください。また、ご経験から重要だと思われるよう内容を導きください。

3. 現在の山田太郎さんに、あなたが最も優先順位が高いと考える看護についてあげてください。また、その理由を教えてください。
   ⇒　本人や家族のニーズ、地域のリソース、本人の症状の変化・予後予測などが含まれているかテキストP159を参照しながらお願いします。

JVNF 10

JVNF Japan Visiting Nursing Foundation
公益財団法人日本訪問看護財団

在宅看取りに必要なコミュニケーション技術

～ロールプレイ～

JVNF 11

学習目標

1. 在宅看取りの初回訪問時において療養者や家族の揺れ動く気持ちを理解し、思いを引き出すコミュニケーション技術を体験する
2. 1を通して自分のコミュニケーションの傾向を知る

JVNF 12

タイムスケジュール

時間	分	内容
13:20-14:20	60分	ロールプレイ 役作り3分、ロールプレイ7分、フィードバック5分 計15分×4回実施
14:20-14:30	10分	休憩
14:30-15:00	30分	グループディスカッション
15:00-15:30	30分	全体発表
15:30-16:00	30分	3日間のまとめ
16:00-		今後について

ロールプレイのタイムスケジュール

1回目	13:20-13:23	役作り(3分)	訪問看護師①
	13:23-13:30	ロールプレイ(7分)	療養者②
	13:30-13:35	フィードバック(5分)	家族③
2回目	13:35-13:38	役作り(3分)	訪問看護師④
	13:38-13:45	ロールプレイ(7分)	療養者⑤
	13:45-13:50	フィードバック(5分)	家族⑥
3回目	13:50-13:53	役作り(3分)	訪問看護師⑦
	13:53-14:00	ロールプレイ(7分)	療養者⑧
	14:00-14:05	フィードバック(5分)	家族①
4回目	14:05-14:08	役作り(3分)	訪問看護師②
	14:08-14:15	ロールプレイ(7分)	療養者③
	14:15-14:20	フィードバック(5分)	家族④
	14:20-14:30	休憩	
	14:30-15:00	グループ内でのディスカッション	

残り4～5人は
観察者

14

ロールプレイの実施方法

〇時間配分　13:20-14:20(60分)

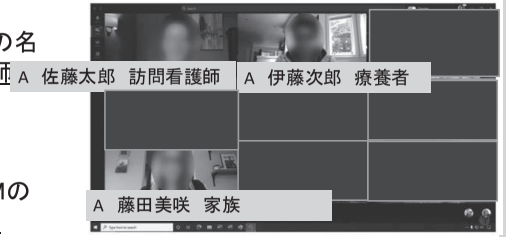
- 訪問看護師、療養者、家族の役を1回から2回ずつ体験
- 役作り3分、ロールプレイ7分、フィードバック5分の計15分で4回実施
- 全員が訪問看護師役を実施できないので、各メンバーに　事前に①～⑧の役割を決定
- 時間通りにいかない場合も、時間で途中中断
- 2日間で学んだコミュニケーションのポイントを復習しながら実施
- 15時までにはディスカッションまで、すべて終了

JVNF　15

ロールプレイの手順　1

1. 訪問看護師役と療養者役・家族役・観察者役の順番を決定する
2. 訪問看護師役の名前を決定し、ZOOMの名前を変更する「A-佐藤太郎　訪問看護師」
3. シナリオを読む
4. 療養者役、家族の設定を確認し、ZOOMの名前を変更する「A-伊藤次郎　療養者」「A-藤田美咲　家族」

例）グループ　8名　＋　ファシリテータ1名



JVNF　16

ロールプレイの手順　2

5. ファシリテーターはロールプレイの進行を行う

6. ファシリテーターは、訪問看護師役と療養者・家族役がZOOMの名前を変更したことを確認し、開始の合図を行う。「では、始めてください」合図とともに、観察者はZOOMの画面をオフにし、音声はミュートにする。

7. 訪問看護師からロールプレイを開始する

8. ファシリテーターはタイムをとる途中であっても中断する

9. 役作り3分、ロールプレイ7分、フィードバック5分の計15分を計4回実施する

JVNF　17

フィードバックの手順

自分の役を振り返り、1人2分程度発言し、7～8人で共有する
観察者も振り返りをおこなう（時間内で）

【順番】
訪問看護師役　⇒　療養者役　⇒　家族役　⇒　観察者役

それぞれが、やってみた感想、良かった点、改善したいと思った事、訪問看護師の良かった点、こうすればもっと良くなると思った点などを伝える

JVNF　18

フィードバックの方法　1

1. よい、悪い、正しい、正しくないといった評価や批判でなく、説明的なコメントをする

例）　よい例：アイコンタクトをした方がいいように思いました
悪い例：療養者さんを無視しているように思えました

2. 一般論でなく具体的にフィードバックする

例）　よい例：療養者さんが涙ぐんだ時に、あなたの表情が変わらなかったので、共感していたことがわかりませんでした
悪い例：療養者さんに共感を示していなかった

JVNF　19

フィードバックの方法　2

3. 訪問看護師役の反応（言葉や非言語的に反応）に注意を向ける、フィードバックするときに、療養者との場合と同じように、受けての言葉や非言語的な反応に注意を向ける。フィードバックがどういう意味（受けての反応）をもたらすかを知る事が大切である。

4. 気づいたことを全て述べるのではなく、受け手が一度に対処できる量をフィードバックする。フィードバックの量を限定する。例えば、5つ気づいても2つか3つの指摘にとどめる。

5. 押し付けるのではなく、謙虚にフィードバックする。受け手が積極的にフィードバックを得ようとした時や特定の質問に対して助けを求めている時、フィードバックはより効果的に受け止められる。

JVNF　20

フィードバックの方法　3

6. 人格よりも、行動に焦点を当てたフィードバックをする。
   良い例：かなりお話になられたように思えました。療養者さんが何か言おうとなさっていましたが、あなたの話に割って入っていけませんでした。
   悪い例：お話し好きと思いました。

7. ロールプレイは、訪問看護師役の一人が評価されるという印象を受けやすいが、ファシリテーターの意見を、訪問看護師役がより取り入れやすい方法でディスカッションし、一つのものを作り上げていくものである。ロールプレイ中の訪問看護師は、みんなで考えた訪問看護師の姿であって、日常の自分ではない。

8. ロールプレイは訪問看護師のコミュニケーション能力を試すものでなく、みんなで作り上げていくものである。

JVNF　21

フィードバックの方法　4

9. フィードバックする側の欲求を満足させるものではなく、あくまで受け取る側の利益を考えフィードバックする。

10. アドバイスをするというより、情報を共有する態度でフィードバックする。

11. ロールプレイの最後に、療養者として発言するのではなく、療養者役を体験してみた感想を述べる。ロールプレイのフィードバックとなる発言が望ましい。

参考文献：日本看護協会．看護師に対する緩和ケア教育テキスト,平成27年

JVNF　22

アンケート調査のお願い

アンケートフォームへのアクセス方法

- 開催案内メールに記載したURL
- チャットに掲載したURL
- QRコード
- 3日目は　Part1・Part2と2部に分かれておりますので、じっくりお読みいただき、まとめてお答えください。（回答には30分ほど頂きます）

公益財団法人　日本訪問看護財団

今後のアンケート・修了証について

○ 今後アンケートは　1月と5月に予定しております。
○ 修了証の発行は、5月の回答をもって事務局よりご連絡いたします。なお、発行方法はダウンロードになります。
○ メールアドレス等変更になった方は、必ず事務局までご連絡ください。

JVNF Japan Visiting Nursing Foundation 公益財団法人日本訪問看護財団

３日間長い時間ご参加いただき
ありがとうございました

JVNF Japan Visiting Nursing Foundation
公益財団法人日本訪問看護財団

令和3年度　日本財団助成事業
訪問看護師向け在宅看取り初任者研修モデル事業
報告書

令和4（2022）年3月31日
発行・編集　公益財団法人　日本訪問看護財団
〒150-0001　東京都渋谷区神宮前5-8-2
日本看護協会ビル5階
TEL：03-5778-7001　FAX 03-5778-7009
https://www.jvnf.or.jp/

本書の一部または全部について、許可なく複写・転載することを禁じます。

Supported by 日本財団 THE NIPPON FOUNDATION