

〈資料〉

岩手県内の看護職を対象にした ELNEC-J 研修の評価

工藤朋子¹⁾, 伊藤奈央²⁾, 遠藤和江²⁾, 高屋敷麻理子³⁾, 武田彩⁴⁾, 高橋美保⁵⁾, 及川紳代¹⁾, 小澤尚子¹⁾

1) 岩手県立大学看護学部 2) 岩手県立中央病院 3) 盛岡赤十字病院

4) 岩手県立大船渡病院 5) ホームケアクリニックえん

キーワード：ELNEC-J, エンド・オブ・ライフ・ケア, 評価, 緩和ケア, 看護師教育.

はじめに

2012年9-11月, 岩手県立大学看護実践研究センターでは, エンド・オブ・ライフ・ケアに携わる看護職の質向上を図ることを目的に, がん看護ブラッシュアップ研修事業として, ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム(以下, ELNEC-J 研修)を開催した. 本プログラムは, アメリカ看護大学協会と City of Hope National Medical Center が設立した ELNEC (End-of-Life Nursing Education Consortium) が開発したものである. 日本には2007年に導入され, 日本語に翻訳, 改定作業が行われ, 現在は2011年版のプログラムが ELNEC-J (Japan) として展開されている. ELNEC-J では, エンド・オブ・ライフ・ケアを「病いや老いなどにより, 人が人生を終える時期に必要なとされるケア」と捉えており, 教育内容はモジュール1~10で構成されている(表1). 超高齢化社会を迎えている日本の状況から, モジュール9が追加されたことが日本版の特徴である¹⁾²⁾. 東北地方で先駆けて開催した ELNEC-J 研修は, 広大な岩手県の特徴を鑑み, 岩手県内の看護職が地域格差なく研修を受講できるように, 内陸(盛岡, 2日間集中)と沿岸(大船渡, 隔4週2日間)の2地区で開催した.

表1. ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラムの内容

項目	内容
モジュール1	エンド・オブ・ライフ・ケアにおける看護
モジュール2	痛みのマネジメント
モジュール3	症状マネジメント
モジュール4	エンド・オブ・ライフ・ケアにおける倫理的問題
モジュール5	エンド・オブ・ライフ・ケアにおける文化への配慮
モジュール6	コミュニケーション
モジュール7	喪失・悲嘆・死別
モジュール8	臨死期のケア
モジュール9	高齢者のエンド・オブ・ライフ・ケア
モジュール10	質の高いエンド・オブ・ライフ・ケアの達成

講師として, 県内の ELNEC-J 指導者5名, ファシリテーターとして, 県内のがん看護専門看護師, がん性疼痛看護認定看護師, 緩和ケア認定看護師の協力を得て, 臨床経験3年以上の看護職を対象とした. 研修会の案内は, 本大学看護実践研究センター2012年度プログラムの案内と共に, 岩手県内101病院に郵送した. さらに, 沿岸南部に位置する訪問看護ステーションに郵送した. 本稿では, 2地区の ELNEC-J 研修を振り返り, 受講者にどのような効果をもたらしたのか, 今後の課題も含めて報告する.

目的

2012年度 ELNEC-J 研修の教育内容・方法の適切性, 研修前後の緩和ケアに関する受講者の実態を明らかにし, 今後の研修のあり方を検討する.

方法

1. 調査対象

内陸地区受講者41名, 沿岸地区受講者34名

2. 調査方法

研修前, 直後, 3ヵ月後に無記名自記式質問紙調査を行った. 調査用紙は, 研修前・直後は直接配布, 3ヵ月後は個別に郵送, 2週間の留置法とした. 調査時期の3回目を3ヵ月後とした理由は, 後述する緩和ケアの実践を評価するためには「看取りのケア」を含め, 3ヵ月程度は要すると判断したためである.

3. 調査内容

(1) 各モジュールに対する評価

モジュール毎に講義内容のわかりやすさ, 臨床における適用可能性, スライドのわかりやすさ, 関心・興味・程度について, モジュール3ではケーススタディの有用性について, 研修直後に「5: 大変そう

思う」～「1：全くそう思わない」の5段階評価で回答を求めた。

(2) プログラム全体に対する評価

全プログラムが終了した際に、エンド・オブ・ライフ・ケアの重要性の理解、期待に対する満足度、研修日程の参加しやすさについて、5段階評価で回答を求めた。希望する開催日程については、2日間集中、1日ずつ2日間、その他で回答を求めた。さらに、研修全体に関する感想など自由記述を求めた。

(3) 緩和ケアに関する医療者の知識の評価尺度

PCKT(Palliative Care Knowledge Test) は、「理念」「疼痛・オピオイド」「呼吸困難」「せん妄」「消化器症状」の5領域20項目からなり、高い信頼性・妥当性が確認されている³⁾⁴⁾。各項目について「正しい」「間違っている」「分からない」で回答を求め、正答は1点、誤答または「分からない」は0点として計算した。合計点(20点満点)が高いほど、知識があることを意味する。研修前と研修直後、3ヵ月後の3回実施した(表2)。

表2. 緩和ケアに関する医療者の知識の評価尺度

がん患者のケアについてお伺いします。下記の項目について、「正しい」か「間違っている」または「わからない」のいずれかに、それぞれひとつ○をおつけください。		正しい	間違っている	分からない
【理念】	・緩和ケアの対象は、根治的治療のない患者のみである	1	2	3
	・緩和ケアは、がんに対する治療と一緒にには行わない	1	2	3
【疼痛・オピオイド】	・疼痛治療の目標の一つは、夜ぐっすりと眠れるようになることである	1	2	3
	・がん性疼痛が軽度の場合、医療用麻薬よりもベンタゾシン(ベンタジン®・ソセゴン®)を積極的に使用すべきである	1	2	3
	・医療用麻薬を使用するようになると、非ステロイド性抗炎症鎮痛薬(NSAIDs)は同時に使用しない	1	2	3
	・医療用麻薬投与中にベンタゾシン(ベンタジン®・ソセゴン®)やブプレノルフィン(レバタン®)を投与すると、医療用麻薬の効果を減弱することがある	1	2	3
	・医療用麻薬を長期間使用すると、薬物中毒がしばしば生じる	1	2	3
	・医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しない	1	2	3
【呼吸困難】	・がん患者の呼吸困難はモルヒネでやわらげることができる	1	2	3
	・疼痛に対して医療用麻薬を定期的に使用している場合、呼吸困難を緩和するために医療用麻薬を追加すると、呼吸抑制が起こりやすい	1	2	3
	・患者の息苦しさと酸素飽和度は比例する	1	2	3
	・死亡直前に痰がのどもとでゴロゴロいうとき、抗コリン薬【臭化水素酸スコポラミン(ハイスコ®)や臭化ブチルスコポラミン(ブスコパン®)】が有効である	1	2	3
【せん妄】	・死亡直前では、電解質異常や脱水を補正しないほうが、苦痛が少なくなることがある	1	2	3
	・がん患者のせん妄の改善には、抗精神病薬が有効なことが多い	1	2	3
	・死亡直前に苦痛をやわらげることができる方法が、鎮静(持続的な鎮静薬の投与)以外にはない患者がいる	1	2	3
	・終末期がん患者のせん妄はモルヒネが単独の原因となっていることが多い	1	2	3
【消化器症状】	・がんの終末期では、腫瘍によるカロリーの消費が増えるため、早期がんより多いカロリーを必要とする	1	2	3
	・末梢静脈が確保できなくなった場合、選択できる輸液経路は中心静脈だけである	1	2	3
	・ステロイドはがん患者の食欲不振を緩和する	1	2	3
	・死亡が近い時期にある患者の口渇は、輸液でやわらげることができない	1	2	3

(4) 緩和ケアに関する医療者の実践の評価尺度

PCPS(Palliative Care self-reported Practice Scale) は、「疼痛」「呼吸困難」「せん妄」「看取りのケア」「コミュニケーション」「患者・家族中心のケア」の6領域18項目からなり、高い信頼性・妥当性が確認されている³⁾⁵⁾。各項目について「1：行っていない」～「5：常に行っている」の5段階評価で回答を求め、各領域で合計点を計算した。合計点が高いほど、ケアを実践している認識が高いことを意味する。研修前と3ヵ月後の2回実施した。尚、調査時は、中澤⁶⁾の文献を参考に、「実践」を「態度」と表記して実施した(表3)。

(5) 緩和ケアに関する医療者の困難感の評価尺度

PCDS(Palliative Care Difficulties Scale) は、「症状緩和」「専門家の支援」「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」「地域連携」の5領域15項目からなり、高い信頼性・妥当性が確認されている³⁾⁵⁾。各項目について「1：思わない」～「5：非常によく思う」の5段階評価で回答を求め、各領域で合計点を計算した。合計点が高いほど、困難感が高いことを意味する。研修前と3ヵ月後の2回実施した(表4)。

以上、(3)～(5)の評価尺度は、普段がん患者に対して行っているケアを振り返ってもらい、回答を求めた。

表3. 緩和ケアに関する医療者の態度の評価尺度

		行っていない	あまり行っていない	時々行っている	たいてい行っている	常に行っている
あなたが、普段、がん患者に対して行っていることについてお伺いします。それぞれ当てはまる番号ひとつに○をおつけください。						
【疼痛】	・患者の疼痛を評価するため、患者に直接痛みの強さを聞く、もしくは患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている	1	2	3	4	5
	・どんな時に疼痛が出現したのか、状況を把握している	1	2	3	4	5
	・鎮痛薬を臨時(レスキュー)で使用した場合、その効果を把握している	1	2	3	4	5
【呼吸困難】	・息苦しさを評価するため、患者に直接息苦しきの強さを聞く、もしくは患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている	1	2	3	4	5
	・どんな時に息苦しくなるのか、状況を把握している	1	2	3	4	5
	・息苦しさを訴える患者に対して、体位の工夫・室温調整・換気など環境を快適に保つようにしている	1	2	3	4	5
【せん妄】	・時計・カレンダーを置くなど、せん妄の予防・改善のケアをしている	1	2	3	4	5
	・せん妄症状を悪化させる不快な症状(尿意・便意・疼痛・不安など)がないか、評価している	1	2	3	4	5
	・患者がせん妄になったとき、家族がどう思っているか、聞いている	1	2	3	4	5
【看取りのケア】	・死が近づいてきたとき、患者の身体的な苦痛の程度を、定期的に評価している	1	2	3	4	5
	・死が近づいてきたとき、それまで行われてきた処置・対応について必要性を評価している(体位交換、吸引、抑制、血液検査、尿量測定、点滴など)	1	2	3	4	5
	・死が近づいてきたとき、家族がどんな心配を抱いているか、定期的に聞いている	1	2	3	4	5
【コミュニケーション】	・患者・家族と重要な話をする時、静かでプライバシーが保てる場所で話している	1	2	3	4	5
	・患者に質問をするとき、「何かご心配はありますか」のような自由に回答できる質問にしている	1	2	3	4	5
	・患者・家族に質問を促すなどして、病状の理解度について確認している	1	2	3	4	5
【患者・家族中心のケア】	・患者・家族にとって大切なことは何か、知ろうとしている	1	2	3	4	5
	・患者・家族が何を希望しているか、知ろうとしている	1	2	3	4	5
	・患者・家族のつらさについて、少しでもわかろうとしている	1	2	3	4	5

表 4. 緩和ケアに関する医療者の困難感の評価尺度

あなたが、普段、がん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。		思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	非常によく思う
【症状緩和】	・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
【専門家の支援】	・症状緩和に関して、緩和ケアの専門家から支援を得ることが難しい	1	2	3	4	5
	・症状緩和に関して、相談できる緩和ケアの専門家がいない	1	2	3	4	5
	・在宅療養中に症状緩和をしたいとき、相談できる場所がない	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】	・がん患者が、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	1	2	3	4	5
	・がん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

(6) 対象者の基本情報

看護師経験年数, 所属機関, 緩和ケア病棟勤務経験

4. 分析方法

統計ソフト (SPSS 16.0 J) を用い、地区毎に単純集計を行った。緩和ケアに関する知識は、研修前と研修直後、3ヵ月後でそれぞれの平均値を算出し、反復測定による一元配置分散分析を行った。緩和ケアに関する実践・困難感、研修前と研修3ヵ月後で Wilcoxon 符号付順位検定を行った。統計学的分析は、いずれも有意水準 5% とした。自由記述は、内容の類似性により分類した。

5. 倫理的配慮

対象者には調査の趣旨を口頭と文面で説明し、回答をもって同意を得たものとした。本調査は、岩手県立大学倫理審査委員会の承認を受けた。

結果

1. 対象者の概要

質問紙の回収数 (研修前・直後・3ヵ月後) は、内陸 (41・40・31) 人、沿岸 (32・34・25) 人で、回収

率 (研修前・直後・3ヵ月後) は、内陸 (100・97.6・75.6) %、沿岸 (94.1・100・73.5) % だった。各モジュール及びプログラム全体に対する評価は、直後に回収した内陸 40 人、沿岸 34 人を分析対象とした。また、緩和ケアに関する医療者の知識・実践・困難感の評価は、3ヵ月後に回収した質問紙のうち、ID 番号が不明なものや未記入が多い内陸 7 人、沿岸 5 人を除外し、かつ 3 回の調査でデータの対応可能な内陸 23 人、沿岸 20 人を分析対象とした。3ヵ月後に回収した質問紙の有効回答率は、内陸 74.2%、沿岸 80.0% だった。内陸対象者の看護師経験年数は、平均 14.4 (標準偏差 9.3) 年、所属は病院が 19 人 (82.6%)、教育機関が 2 人 (8.7%) だった。緩和ケア病棟の勤務経験ありは 7 人 (30.4%) だった (表 5)。沿岸対象者の看護師経験年数は、平均 18.7 (標準偏差 8.7) 年、所属は病院が 20 人 (100%) だった。緩和ケア病棟の勤務経験ありは 6 人 (30.0%) だった (表 6)。

2. 各モジュールに対する評価

「講義内容はわかりやすかったですか」「講義の内容は臨床で遭遇する問題の解決につながると感じましたか」「講義で使用したスライドはわかりやすかつ

表 5. 内陸対象者の概要 (n = 23)

項目	人数	(%)
所属		
病院	19	(82.6)
訪問看護 ST	1	(4.3)
教育機関	2	(8.7)
その他	1	(4.3)
緩和ケア病棟勤務経験		
あり	7	(30.4)
なし	15	(65.2)
不明	1	(4.3)
看護師経験年数	14.4 ± 9.3	

表 6. 沿岸対象者の概要 (n = 20)

項目	人数	(%)
所属		
病院	20	(100)
緩和ケア病棟勤務経験		
あり	6	(30.0)
なし	14	(70.0)
看護師経験年数	18.7 ± 8.7	

たですか」「講義の内容に関心・興味がもてましたか」の4つの質問は、「5:大変そう思う」「4:ややそう思う」の合計回答割合が、両地区とも全てのモジュールで、8割以上だった。モジュール3の「ケーススタディは講義の内容を理解するうえで参考になりましたか」は、両地区とも9割以上だった。

3. プログラム全体に対する評価

「本プログラムを受講してエンド・オブ・ライフ・ケアの重要性が理解できましたか」は、「大変そう思う」が内陸36人(87.8%)、沿岸27人(79.4%)だった。「本プログラムの内容は、あなたの期待をどの程度満たしましたか」は、「大変満足した」が内陸30人(73.2%)、沿岸27人(79.4%)だった。「研修日程は参加しやすかったですか」は、内陸は32人(78.0%)が「大変そう思う」と回答し、33人(82.5%)が2日間集中での実施を希望した。一方、沿岸は11人(32.4%)が「大変そう思う」、9人(26.5%)が「ややそう思う」と回答し、13人(38.2%)が2日間集中での実施、18人(53.0%)が1日ずつ分けでの実施を希望した。

自由記述では、「エンド・オブ・ライフ・ケアと聞いて、興味や学びたい気持ちはあったが、どうしてよいか分からない状況だった。今回の研修を終えて、新しい学び発見があり、違う自分に会えた気が

する」「他の参加者との交流も多く有意義な学びとなった」「ずっと心残りだったが、この研修を通して解決した」などが挙げられた。また、「資料がわかりやすい」「グループワーク、ロールプレイの演習を取り入れた事で、より内容を実感することができた」など、教育内容・方法に関して、肯定的な感想が挙げられた。一方で、「学ぶ量も多いため2日間では覚えきれない部分もある」「もう少し休憩を入れながら、1モジュールを長い時間が良かった」なども挙げられた。

4. 緩和ケアに関する医療者の知識の評価尺度

内陸の合計平均点は、研修前12.26点(正答率61.5%)、研修直後16.61点(正答率83.0%)、3ヵ月後も16.83点(正答率84.0%)と維持されていた。また、合計点(F=15.82, p<.001)、呼吸困難(F=20.32, p<.001)、せん妄(F=13.78, p<.001)、消化器症状(F=9.06, p<.01)の平均点は、多重比較(Bonferroni法)で「研修前」と「直後」、「研修前」と「3ヵ月後」に有意差を認めた。また、疼痛・オピオイド(F=3.86, p<.05)の平均点は、「研修前」と「3ヵ月後」で有意差を認めた(表7)。

沿岸の合計平均点は、研修前11.60点(正答率58.0%)、研修直後15.70点(正答率78.5%)、3ヵ月後も15.65点(正答率78.0%)とほぼ維持されていた。また、合計点(F=22.46, p<.001)、疼痛・オピオイド(F=8.75, p<.05)、呼吸困難(F=19.2, p<.001)、せん妄(F=9.03, p<.05)の平均点は、多重比較(Bonferroni法)で「研修前」と「直後」、「研修前」と「3ヵ月後」に有意差を認めた。また、消化器症状(F=9.34, p<.05)は「研修前」と「直後」、「直後」と「3ヵ月後」で有意差を認めた(表8)。

5. 緩和ケアに関する医療者の実践・困難感の評価尺度

1) 研修前

実践は、「4:たいてい行っている」「5:常に行っている」の合計回答割合が5割以下(すなわちケア実践の認識が低い)で、両地区共通していた項目は「息苦しさを評価するため、患者に直接息苦しきの強さを聞く、もしくは患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている」「患者がせん妄になったとき、家族がどう思っているか、聞いている」「せん妄症状を悪化させる不快な症状(尿意・便秘・疼痛・不安など)がないか、評価している」「時計・カレンダーを置くなど、せん妄の予防・改善のケアをしている」の4つだった。

困難感は、「4：よく思う」「5：非常によく思う」の合計回答割合が5割以上で、両地区共通していた項目は「がん性疼痛を緩和する方法の知識が不足している」「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」「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」「症状緩和について、必要なトレーニングを受けていない」の4つだった。

表7. 緩和ケアに関する医療者の知識（内陸）

(n=23)

項目（最低－最高）	研修前 a	直後 b	3ヵ月後 c	P 値
合計点 (0-20)	12.26 ± 4.72	16.61 ± 2.45	16.83 ± 2.92	a-b ***, a-c ***
理念 (0-2)	1.87 ± 0.07	1.96 ± 0.04	1.91 ± 0.06	
疼痛・オピオイド (0-6)	4.09 ± 0.36	4.70 ± 0.17	4.87 ± 0.20	a-c *
呼吸困難 (0-4)	1.96 ± 0.22	3.52 ± 0.15	3.39 ± 0.15	a-b ***, a-c ***
せん妄 (0-4)	1.83 ± 0.30	3.00 ± 0.18	3.22 ± 0.20	a-b ***, a-c ***
消化器症状 (0-4)	2.61 ± 0.30	3.57 ± 0.14	3.44 ± 0.26	a-b **, a-c **

各値は、平均値±標準偏差を示している
多重比較の調整：Bonferroni, *p < .05, **p < .01, ***p < .001

表8. 緩和ケアに関する医療者の知識（沿岸）

(n=20)

項目（最低－最高）	研修前 a	直後 b	3ヵ月後 c	P 値
合計点 (0-20)	11.60 ± 3.65	15.70 ± 2.23	15.65 ± 2.16	a-b ***, a-c ***
理念 (0-2)	1.85 ± 0.08	1.95 ± 0.05	1.95 ± 0.05	
疼痛・オピオイド (0-6)	3.60 ± 0.37	4.40 ± 0.29	4.75 ± 0.26	a-b *, a-c *
呼吸困難 (0-4)	1.75 ± 0.19	2.85 ± 0.15	2.95 ± 0.14	a-b ***, a-c ***
せん妄 (0-4)	1.75 ± 0.27	2.80 ± 0.17	2.80 ± 0.24	a-b *, a-c *
消化器症状 (0-4)	2.60 ± 0.22	3.55 ± 0.17	3.10 ± 0.16	a-b *, b-c *

各値は、平均値±標準偏差を示している
多重比較の調整：Bonferroni, *p < .05, **p < .01, ***p < .001

2) 3ヵ月後

内陸の3ヵ月後調査では、研修前に比べ「呼吸困難」「せん妄」「患者・家族中心のケア」に対するケア実践の認識が高まり、「症状緩和」に対する困難感が低くなっていた（Wilcoxon 符号付き順位検定, p < .05）（表9）。

沿岸の3ヵ月後調査では、研修前に比べ「呼吸困難」「せん妄」「看取りのケア」「コミュニケーション」「患者・家族中心のケア」に対するケア実践の認識が高まり、「症状緩和」に対する困難感が低くなっていた（Wilcoxon 符号付き順位検定, p < .05）（表10）。

考察

1. 研修前の緩和ケアに関する知識・実践・困難感

両地区の緩和ケアに関する知識の合計平均正答率は6割前後、項目別では「理念」が9割強、「疼痛・オピオイド」と「消化器症状」が6割代、「呼吸困難」と「せん妄」が4割代だった。小島ら⁷⁾の報

告（n=44, 平均看護師経験年数15.1年, 緩和ケアチームや緩和ケア病棟所属が約3割）と比較してみると、「理念」が最も高く、「呼吸困難」と「せん妄」が低いという傾向は同様だったが、正答率は合計平均が76.5%、「消化器症状」80%、「疼痛・オピオイド」73.4%、「せん妄」73.2%、「呼吸困難」70.8%といずれも本結果を上回っていた。また、緩和ケアに関する実践は、中央値の比較になるが、「せん妄」（内陸8.5, 沿岸9.0, 小島ら12.0）が特に低かった。さらに、緩和ケアに関する困難感は、「症状緩和」が最も高い（両地区12.0, 小島ら11.0）のは同様だったが、次いで「患者・家族とのコミュニケーション」に困難を感じていた（内陸11.0, 沿岸10.0, 小島ら9.0）。以上のことから、受講者の緩和ケアの現状として、「症状緩和」の中でも「呼吸困難」・「せん妄」の知識不足により困難を感じ、ケア実践の認識が低くなっているという特徴が見出された。

2. 2012年度 ELNEC-J 研修の評価

エンド・オブ・ライフ・ケアの重要性を約8割の

受講者が理解できたこと、3ヵ月後調査では、緩和ケアに関する知識の習得が維持されていたこと、「症状緩和」に対する困難感が低くなり、緩和ケアの実践につながっていたことから、両地区の研修はエンド・オブ・ライフ・ケアに携わる看護職の質向上に、貢献できたことを確認できた。この要因として、ELNEC-Jの特徴を理解した指導者が、受講者が主体的に学習できる雰囲気づくりを心がけ、実践中心の問題解決型など、成人学習における原則⁸⁾を活用しながら講義・演習内容を吟味したことが、影響した可能性が考えられる。また、研修の対象は、臨床経験3年以上の看護職としたが、看護師経験年数や所属機関にかかわらず、自ら学びたいという学習意欲が高い受講者の存在が、自由記述からもうかがえた。実際、両地区とも募集定員を上回る参加申し込みがあり、キャンセル待ちの受講者もいる状況だった。さらに、受講者の所属は、病院が8割以上を占めていたことから、モジュール2・3の演習で

は、病棟の臨床場面で遭遇することが多い「痛み」「呼吸困難」の事例検討（グループワーク）を、モジュール6では、予後の見通しについて説明を受けた末期がん患者の家族に対し、今後の療養を話し合う場面のロールプレイを組み入れた。結果的に、研修前に受講者が緩和ケアについて困難と感じていた項目と一致したため、受講者の研修ニーズに沿った教育内容だったといえる。また、教育効果を考え、講義形式だけではなくグループワークやロールプレイを組み入れたことが、現在、訪問看護や看護教育に携わっている受講者でも、病棟看護師や家族の思いを体験・共有しながら学習できたと考える。しかし、病院以外の受講者にとっては、研修ニーズとは少しづれていた可能性もあるため、今後研修を継続するうえでは、プログラムの目的・内容・対象を明確にして、開催案内を通知する必要がある。さらに、参加申し込みの段階で、特に学びたい内容を記載してもらいなど、受講者の研修ニーズを把握したう

表9. 緩和ケアに関する医療者の実践・困難感（内陸）

	下位尺度	n	研修前	3ヵ月後	Z値	P値
実践	疼痛	22	13.0	14.0	-1.915	
	呼吸困難	22	11.0	13.0	-2.792	**
	せん妄	22	8.5	12.0	-2.390	*
	看取りのケア	21	11.5	12.5	-1.841	
	コミュニケーション	22	12.0	12.0	-1.271	
	患者・家族中心のケア	22	12.0	14.0	-3.179	**
困難感	症状緩和	22	12.0	9.0	-2.532	*
	専門家の支援	21	6.5	5.0	-0.246	
	医療者間のコミュニケーション	21	9.5	6.0	-1.828	
	患者・家族とのコミュニケーション	21	11.0	9.0	-1.918	
	地域連携	20	8.5	8.0	-0.156	

Wilcoxon 符号付き順位検定, 代表値 (中央値), *p < .05 **p < .01

表10. 緩和ケアに関する医療者の実践・困難感（沿岸）

	下位尺度	n	研修前	3ヵ月後	Z値	P値
実践	疼痛	20	12.0	12.0	-1.386	
	呼吸困難	20	11.0	12.0	-2.520	*
	せん妄	20	9.0	11.0	-2.887	**
	看取りのケア	20	11.0	12.0	-2.057	*
	コミュニケーション	20	11.0	12.0	-2.323	*
	患者・家族中心のケア	20	12.0	12.0	-2.506	*
困難感	症状緩和	20	12.0	10.5	-2.260	*
	専門家の支援	20	4.0	3.5	-0.317	
	医療者間のコミュニケーション	18	10.0	9.0	-1.458	
	患者・家族とのコミュニケーション	20	10.0	9.5	-1.596	
	地域連携	17	7.5	7.0	-0.000	

Wilcoxon 符号付き順位検定, 代表値 (中央値), *p < .05 **p < .01

で講義や演習内容・時間配分などを検討する工夫が必要である。

開催日程については、一病院から2日間集中の研修に、ある程度の人数を出すためには、勤務表の調整が難しくなる可能性を考慮し、沿岸は1日ずつ2日間の実施とした。直後の調査では、2日間集中の実施希望は、内陸は約8割、沿岸は約4割と異なる結果となったが、その理由まで回答を求めなかった。緩和ケアに関する3ヵ月後の評価では、2地区に大きな差異はみられなかったが、今後は主催者・指導者・受講者の各側面から、開催日程を検討していく必要がある。

3. 本稿の限界と今後の課題

緩和ケアに関する医療者の知識・実践・困難感の評価については、分析対象が受講者の約6割であり、ELNEC-J研修受講後に他の研修を受講したかなど、変化の影響要因を確認していない点で限界がある。また、2011年版のプログラムが全国各地で少しずつ展開されるようになり、開催報告も増えてきているが、その多くは各モジュール・プログラム全体に対する評価である。上述した受講者の緩和ケアに関する特徴は一先行研究との比較に過ぎず、今後も分析していく必要がある。

結論

1. 受講者の緩和ケアの現状として、「症状緩和」の中でも「呼吸困難感」・「せん妄」の知識不足により困難を感じ、ケア実践の認識が低いという特徴が見出された。
2. ELNEC-J研修は、緩和ケアに関する知識の習得、3ヵ月後の症状緩和に対する困難感の低下、緩和ケアの実践につながっており、本研修の有効性を確認できた。
3. 今後は、開催案内で研修目的・対象を明確に伝え、受講者の研修ニーズを事前に把握したうえで、教育内容・方法をより検討するなどの工夫が必要である。

謝辞

質問紙調査にご協力いただきました受講者の皆さまに心から感謝いたします。また、沿岸地区研修会にご協力いただきました、岩手県立大船渡病院緩和医療科長 村上雅彦先生をはじめ、病院関係者の皆さま、そして研修会開催にあたり始終暖かく見守り励ましてくださった秋田赤十字看護大学学長 安藤広子先生（前

岩手県立大学大学院看護学研究科長）に深く感謝申し上げます。

本稿の一部は、第18回日本緩和医療学会学術大会（2013年、横浜）で報告した。

文献

- 1) 竹之内沙弥香. 緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアに携わる看護師のための教育プログラム. 看護管理 2009; 19 (9) : 782-785.
- 2) 梅田恵, 新幡智子. 多死の時代, 看護師に求められるエンド・オブ・ライフ・ケアの質向上に向けた教育. 看護管理 2013; 23 (4) : 250-252.
- 3) 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクトで使用した評価尺度. 保健の科学 2013; 55 (4) : 230-235.
- 4) Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y et al. The Palliative Care Knowledge Test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. Palliat Med. 2009; 23(8) : 754-766.
- 5) Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y et al. The Palliative Care Self-Reported Practices Scale and the Palliative Care Difficulties Scale: reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. J Palliat Med. 2010; 13 (4) : 427-437.
- 6) 中澤葉宇子. 緩和ケアに関する医療者（医師, 看護師, コメディカル）の知識・態度・困難感の評価尺度. 緩和ケア 2008; 18 : 102-106.
- 7) 小島悦子, 川村三希子, 井野明子, 佐藤明美, 蟹谷和子他. ELNEC-Jを用いた看護師研修プログラムの評価. 日本がん看護学会誌. 2013; 27 特別号 : 311.
- 8) 大西和子. がん看護学—臨床に活かすがん看護の基礎と実践—. 初版. 大西和子, 飯野京子編集. 東京都 : ヌーベルヒロカワ; 2011 : 85-87.

(2013年10月18日受付, 2013年11月27日受理)

<Report>

Evaluation of ELNEC-J Training Course for Nurses in Iwate

Tomoko Kudo ¹⁾, Nao Ito ²⁾, Kazue Endo ²⁾, Mariko Takayashiki ³⁾, Aya Takeda ⁴⁾
Miho Takahashi ⁵⁾, Nobuyo Oikawa ¹⁾, Naoko Ozawa ¹⁾

1) Faculty of Nursing, Iwate Prefectural University

2) Iwate Prefectural Central Hospital

3) Morioka Red Cross Hospital

4) Iwate Prefectural Ofunato Hospital

5) Home Care Clinic “EN”

Keywords: ELNEC-J, end of life care, evaluation, palliative care, nursing education