

ホスピス緩和ケア病棟における看護師教育プログラムの  
現状に関する調査

調査結果報告書  
2010年2月

日本ホスピス緩和ケア研究振興財団助成事業

調査実施者（\*責任者）

日本ホスピス緩和ケア協会教育研修委員会  
\*ピースハウス病院 二見 典子  
淀川キリスト教病院 田村 恵子  
NPO法人緩和ケアサポート 河 正子

## I. はじめに

日本ホスピス緩和ケア協会教育研修委員会では、各施設が看護職の教育を行うための指針として、2004年に「ホスピス緩和ケア看護職教育カリキュラム」を作成した。その後、ホスピス緩和ケア病棟は、総数が190施設を越え、また、がん対策推進基本計画の実施等ホスピス緩和ケア病棟を取り巻く社会環境の変化と共に、より専門的なホスピス緩和ケアの提供、地域内での連携や相談・情報発信、教育等の役割が期待されるようになった。

日本ホスピス緩和ケア協会では、2002年にホスピス緩和ケア病棟看護管理者に対するアンケートの中で教育についての困りごとについて集約したが、その後、ホスピス緩和ケア病棟における看護師への教育状況については把握していない。そこで、専門・認定看護師の増加や一般病棟における緩和ケアチームの活動など緩和ケア看護の普及の一方、ホスピス緩和ケア病棟においてより専門的な緩和ケアを提供するためにどのような看護師教育が必要とされるのか、今後の課題と戦略を明らかにする基礎資料を得るために現状調査を行うこととした。

## II. 調査目的

1. ホスピス・緩和ケア病棟における看護師教育プログラム（方針・内容・方法・評価）の現状と課題を明らかにする。
2. 日本ホスピス緩和ケア協会教育研修委員会で2004年に作成された“看護職教育カリキュラム”の活用状況を明らかにする。

## III. 調査の対象と方法

1. 対象；2009年1月時点で、日本ホスピス緩和ケア協会会員の緩和ケア病棟193ヶ所。
2. 調査方法；調査票を郵送し回収した。（調査票は、巻末の資料参照。）
3. 調査期間；2009年2月～3月
4. 回答施設；104施設（回収率；53.8%）

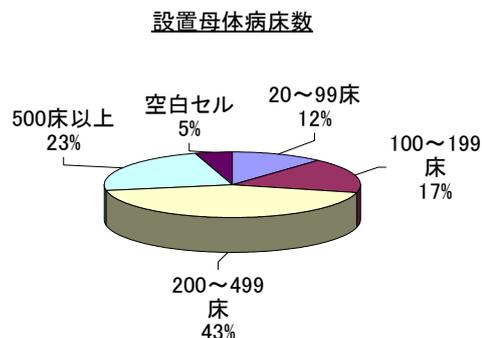
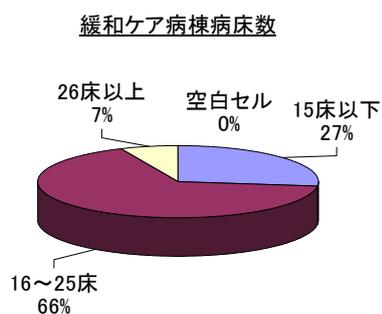
#### IV. 調査結果

##### 1. 基礎情報 (n=104)

###### 1-1. ホスピス緩和ケア病棟病床数

15床以下：28 (26.9%)、16床～25床：69 (66.3%)、26床以上：7 (6.7%)

最大値 50床、最小値 6床、平均値 19.5床



###### 1-2. 設置母体施設病床数

20～99床：12 (11.5%)、100～199床：18 (17.3%)、200～499床：45 (43.3%)、500床以上：24 (23.1%)

最大値 1308床、最小値 20床、平均値 290床

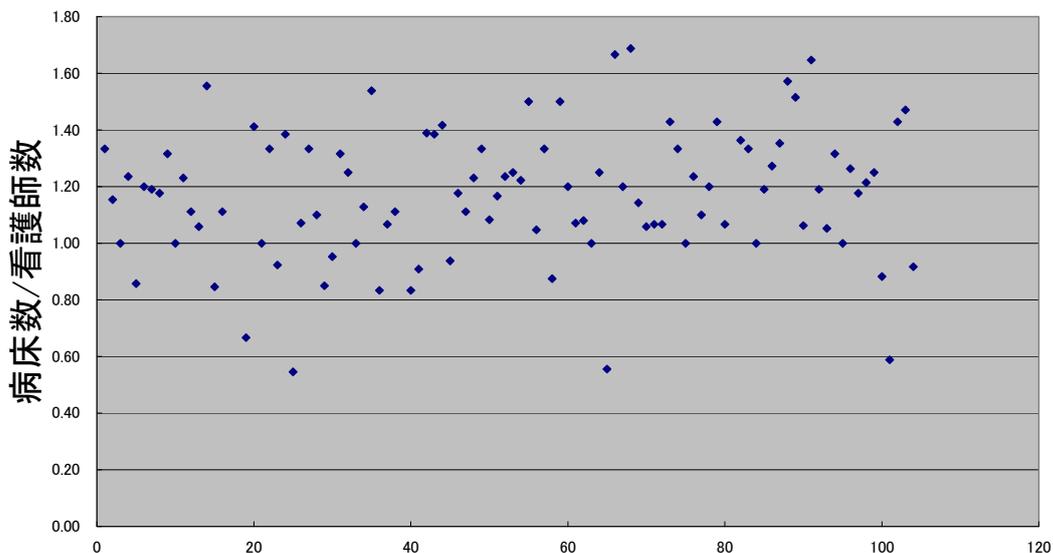
###### 1-3. ホスピス緩和ケア病棟看護師数 (回答数 100 施設) \* (1.4≒7:1 看護師配置)

①看護師実数 最大値 33名 最小値 9名 平均値 16.6名

②緩和ケア病棟病床数/看護師数 最大値 1.69 最小値 0.55 平均値 1.17

X ≤ 1 : 24 施設 (24%)、1 < X ≤ 1.4 : 61 施設 (61%)、1.4 < X : 15 施設 (15%)

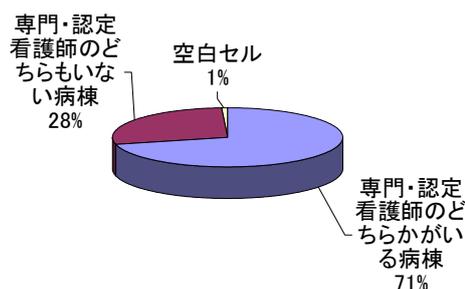
#### 緩和ケア病棟看護師数



#### 1-4. 専門看護師・認定看護師の配置

- ①専門看護師もしくは認定看護師のどちらかがいる〔無回答1〕  
 どちらかがいる：74（71.2%）、どちらもいない：29（27.9%）
- ②専門看護師がいる：8（7.7%）、いない：78（75.0%）
- ③認定看護師がいる：70（67.3%）、いない：31（29.8%）

認定・専門看護師の有無



#### ④専門・認定看護師の実数

専門看護師数	0名	1名	2名	無回答
施設数 (%)	78 (75.0)	6 (5.8)	2 (1.9)	18 (17.3)

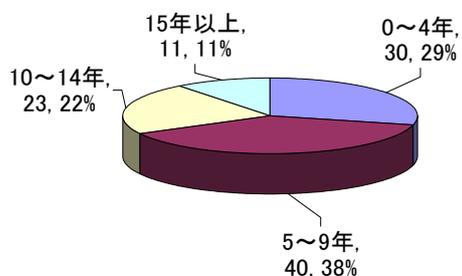
認定看護師数	0名	1名	2名	3名	4名	無回答
施設数 (%)	31 (29.8)	53 (51.0)	13 (12.5)	2 (1.9)	2 (1.9)	3 (2.9)

#### 1-5. ホスピス緩和ケア病棟開設後の年数

最大：27年 最小：0年 平均7.84年

開設後年数	0～4年	5～9年	10～14年	15年以上
施設数 (%)	30 (28.8)	40 (38.5)	23 (22.1)	11 (10.6)

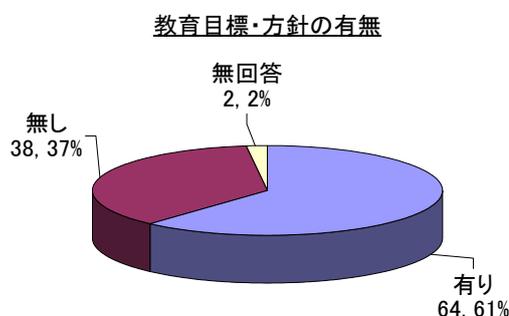
ホスピス緩和ケア病棟開設後年数



## 2. ホスピス緩和ケア病棟における看護師教育プログラムの状況（直近3年以内状況で回答）

### 2-1. 病棟の教育目標・方針の設定〔無回答2〕

- ① 目標・方針がある：64（61.5%）、目標・方針が無い：38（36.5%）



- ② 教育目標・方針の具体的な記述：記述総数 49 件

- ・ 緩和ケア病棟に必要な知識・技術を身につける。
- ・ 緩和ケアにおける看護のあり方を学び、理解し、実践できる。スタッフの一員として協力し合える。
- ・ ①緩和ケアナースとしての知識・技術の習得が計画的にできる。②チームアプローチにおいて看護師の専門性が発揮できるようになる。
- ・ 病棟の特殊性を知り、知識を深めることができる。患者・家族・医療チーム内でのコミュニケーションが円滑にできる。患者に必要なケアがコーディネートできる。
- ・ 1人ででもできるように。
- ・ 教育期間2年間で1コースとする。／1年次①患者のニーズと個別性を理解し予測性をもった看護ができる。②医療チームで患者の情報を共有できる。③家族のニーズを理解し支援できる。／2年次①全人的な視点から患者の看護ができる。②倫理的な判断が出来、患者の意思決定ができる。③患者に必要なケアのコーディネーションができる。
- ・ ホスピス・緩和ケア教育カリキュラムを参考にしている。
- ・ ホスピス・緩和ケア看護職教育カリキュラムにある年次目標をそのまま使用しています。
- ・ 1年目…患者のニーズ・個別性を理解できる。医療チームで患者の情報を共有できる。／2年目…予測性を持ち、患者の個別性を尊重した看護が実践できる。家族のニーズを理解し支援できる。／3年目…全人的な視点からの患者の看護ができる。倫理的な判断ができ、患者の意思決定を支援できる。患者に必要なケアのコーディネーションができる。
- ・ 看護師1人1人が専門職業人として適切な看護を提供するために主体的にキャリア開発していけるように支援する。
- ・ 当緩和病棟に入院される患者は①症状コントロール目的②在宅療養の調整目的③社会的短期入院④看取りとなっています。
- ・ 「①苦痛症状の緩和と患者とその家族のQOLを可能な限り良好な状態で維持できるよう全人的

- ・ 方針①質の高いケアの実践をめざし、臨床に即したものである。②自己学習を支援するものである。③多職種を対象とし、ともに学びあう組織づくりをめざす。④学習の場を通して地域連携をめざす。⑤臨床・教育・研究の統合をめざす。
- ・ 「自律」をめざす教育。
- ・ 日本ホスピス緩和ケア協会の教育プログラムを参考にしている。3年間で緩和ケア教育プログラムを終了することを目標としている。
- ・ 人間対人間としての看護の実践。
- ・ 看護師の看護経験別に教育することとチームアプローチにて個人のレベルアップへとつなげる様な取り組みを行っている。また、個人目標設定により面接を行い、レベルアップを行っている。
- ・ 緩和ケアを理解し、より質の高いケアが提供できる看護師を育成する。
- ・ 教育方針…多職種教育による人材育成を通して緩和ケアの質の向上を図る。／目標…医師、看護師等に多職種に対する専門教育の機会を提供する。
- ・ ホスピス・緩和ケア看護職教育カリキュラムに沿った緩和ケア独自のクリニカルラダーに沿って個々に目標設定している。院内のクリニカルラダーも併用。
- ・ 患者のその人らしさを大切に、基本的ケアを丁寧に行うこと。
- ・ 入職1年目～3年目…それぞれ目標を具体化し達成できることを目標にしている。プリセプター、アソシエイトとグループを作成し教育に当たっている。
- ・ 教育方針…看護部の理念方針に基づいて、患者が主体となる安心、安全、満足の医療看護サービスを提供できる看護師を育成する（患者の権利章典を重視）。／目標…質の高い看護の提供（専門的医療・看護サービス）により緩和ケア病棟での療養満足度を高められるようにします。／期待される状態…①緩和ケアを伝えることの出来る状態②専門的研修を受講し自信のもてる状態。③全員がなんらかの形で学術活動に取り組める状態。④スタッフカンファレンスをケアに活かせる状態。
- ・ ホスピスに異動時には、ホスピス新人看護師として最低3年間教育プログラムに沿って、1人前になるまでを支援していく。最初の1年間はプリセプターシステム、その後は、教育担当者が支援者となり、チームで育成していく。
- ・ 病院全体（看護部）クリニカルラダー。病棟では教育グループを中心に研究発表や年間教育企画による勉強会。
- ・ 目標…病棟配属1年後に症状緩和基本的知識と技術を身につける。スタッフの異動、退職等で3年に1回総入れ換えぐらいのペースで入れ代わるために現実的な目標という事で上記のようにしています。
- ・ 緩和ケアの理念に基づいた、がん患者、家族の看護が提供できる看護師を育成する。

- ・ 院内のラダー教育にのって、部署でラダーレベル I の講義・評価を施行。
- ・ ①新人教育…プリセプターシップ、院内共通の新人対象クラス、レジデントナースコース（ジュニア）等への参加。PCU ケースカンファレンスへの参加。／②中堅キャリアアップ…専門的知識、技術の強化、リーダー役割の遂行、看護部各種検討会への参加。キャリア開発ラダーの推奨。／③専門教育…PCU ケアスタンダードの勉強会、CNS 主催の勉強会、院内ターミナルケアカンファレンスや多施設緩和ケア研究会への参加。
- ・ 根拠に基づいた緩和ケアの知識や技術を習得し、実践及び言語化できる人材を育成する。
- ・ 協会の提示している教育プログラムに基づいて、3年～5年でホスピス NS として一人前になれることを目的としている。
- ・ 1年目…患者のニード・個別性を理解できる。医療チームで患者の情報を共有できる。／2年目…予測性を持ち、患者の個別性を尊重した看護が実践できる。全人的な視点から患者の看護が実践できる。家族のニードを理解し、支援できる。／3年目…倫理的な判断ができ、患者の意思決定を支援できる。役割モデルとして、後輩に指導的に関われる。患者に必要なケアのコーディネーションができる。
- ・ ターミナル期を迎える患者さんやご家族の QOL を考慮し、様々なニーズに応じたケアができる。
- ・ 緩和ケア病棟の特性の理解を深め、チームの一員としての役割を果たす。
- ・ 病棟方針に基づく教育を行っている。
- ・ 経験年数別に到達目標を設定（教育カリキュラムを基に）／1年目…患者の視点に立ったケアの提供ができる。2年目…予測性を持ち個別性を尊重したケアの提供ができる。3年目…全人的な視点を持ち看護が実践できる。
- ・ 専門職としてのスキルアップを図る。緩和ケア病棟スタッフの育成→全人的な視点から患者・家族の看護ができる。
- ・ 3段階ラダーを用いて。
- ・ 財団の出している教育プログラムに従って教育している。
- ・ 病棟経験年数に応じ、目標を設定したこと。
- ・ ○○病院ホスピスの看護師としての自覚を持ち、社会の変動、医療の進歩に即応した質の高い看護サービスを提供し患者家族の QOL の維持向上に寄与できる看護師を育成する
- ・ 患者のニード、個別性を理解し、医療チームで患者の情報を共有する。予測性を持ち、患者の個別性を尊重した看護が実践できる。家族のニードを理解し支援する全人的な視点から患者の看護が出来る。倫理的判断が出来、患者の意思決定を支援できる。患者に必要なケアのコーディネーションができる。
- ・ 目標①新人教育プログラムの作成を行い、計画的に新人教育を行っていけるようにする。②日本ホスピス緩和ケア協会の看護師教育プログラムに沿って学習会の企画・運営を行う。③STAS-J の導入を行い、看護の質の向上に努める。
- ・ 緩和ケアの概念が理解できる。緩和ケア病棟における看護師の役割が理解できる。症状マネジメントの考え方が理解できる。

- ・ 当院は13床で開設し、平成19年に21床。そのためホスピスマインドを理解して実践するという基本的な目標を立てている。
- ・ 緩和ケアにおける看護師の役割を確認し、知識、技術の向上、患者家族ケアにつなげる。
- ・ ホスピス緩和ケア教育カリキュラム（他職種用）
- ・ ホスピス理念に沿ったケアの提供をする。入職者1年目の教育を充実させる。
- ・ 人間性を高め、緩和ケアに求められているものを知り、それに応えられる資質を高めていく。

### ③専門・認定看護師の有無と、目標・方針の設定

	目標・方針がある	目標・方針がない
専門 or 認定看護師がいる	50 (67.6%)	24 (32.4%)
専門 or 認定看護師がいない	14 (51.9%)	13 (48.1%)

%：上段は、“専門 or 認定看護師がいる”施設での、目標・方針の“ある”“なし”の施設数の割合  
下段は、“専門 or 認定看護師がいない”施設での、目標・方針の“ある”“なし”の施設数の割合

### ④開設後年数と目標・方針の設定

	目標・方針がある	目標・方針がない
開設後0～4年	14 (13.7%)	14 (13.7%)
5～9年	27 (26.5%)	13 (12.7%)
9～14年	14 (13.7%)	9 (8.8%)
15年以上	9 (8.9%)	2 (2%)

%：度数総和の%

### ⑤教育目標・方針の特徴（自由記述）：記述数30件

- ・ 今年度より教育プログラムを作成して実施している。開設前は全員参加でプログラムに沿って学習していたが、その後、各自研修会等に参加していた。（経験年数によって研修内容を選択。）
- ・ 院外緩和ケア関係の研修会への参加。病棟内勉強会を毎月開催。病棟内教育担当者・責任者で教育資料を作成し、新人看護師教育の実施。
- ・ 「緩和ケア」の研修（院内）は組んでいるが、病棟の紹介や「緩和ケアとはどういうものか」のオリエンテーション程度である。
- ・ 病棟教育目標①病院・看護部の理念、緩和ケア病棟の理念を理解できる。②症状緩和に関する基本的知識・技術を習得し看護業務を安全に遂行できる。／教育の特徴（指導体制）①教育担当者による教育計画を指導。②プリセプター制による指導。③チームによるサポート。
- ・ 新卒NSの採用はなく、2年以上の経験者で当院一般病棟（癌の末期が多い）を2年以上経験してからホスピスへ、を基本としているため、能力別、個々にあわせて教育する。
- ・ 教育方針の明文化はしていません。病棟の基本方針にそって、教育プログラムから選んでしてきました。

- ・ 今年度設定予定。現在までは院外を含めた集団教育とプリセプターをつけての個別指導を行っている。
- ・ 1年目、2年目、3年目（緩和ケア病棟へ配属されて）に分け、教育プログラムチェックリストに沿い、前期（10月）、後期（3月）に自己評価、その後、師長と面談しながら師長評価を行う。
- ・ 入職時の研修で、緩和ケア概論や疼痛、コミュニケーション等の講義がある為、病棟配属当初に症状緩和について細かく講義する。1年目に事例のレポート提出発表があり、1年目に集中しているのが特徴。
- ・ 教育の特徴「①チーム医療②症状緩和③家族看護（グリーフケアを含む）④患者理解と看護（スピリチュアルケア）」の理解と実践。／病院看護部の教育目標①看護職として必要な基本姿勢と態度を持って行動できる。②看護実践能力を養い高い専門知識・技術を提供できる。③病院が担う政策医療分野の看護が実践できる。④経験を積み重ねながら主体的な学習、自己研鑽ができる。
- ・ 緩和ケアマニュアル、もしくは教育プログラムに沿って教育を行っているが、きちんとした教育方針は持っていない。
- ・ しっかりと掲げてはいませんが、「ホスピスマインド」はもちろんです、病棟目標として「その人らしさを早期に捉え、残された時間をより良く過ごせるように調整できる」看護師を育てたいと考え、関わっています。
- ・ 病棟開棟時（4年前）に症状コントロール・トータルペインのアセスメント・緩和ケア技術については3年間同じ内容で実施。スタッフは40歳～50歳代にてキャリアの積み上げあり。
- ・ 形はあるが実施していないので無しとしました。症状マネジメントを中心にプリセプターや先輩ナースが指導しています。
- ・ 経験年数3年以上の人を配置しているが、新しく基本的なことから緩和ケア病棟のやり方を身につけてもらうため、初めの1週間ぐらいは病棟看護師に同行し学ぶ方法をとっている。
- ・ 教育の特徴…欠員補充のための中途採用者がほとんどであり「即実践・即戦力」を目標とした教育になり、入職半年間は集中して教育し、それ以降は個人学習に委ねてしまっている。継続教育については看護師教育（全体）ラダーに沿って看護師で企画。
- ・ 日本ホスピス緩和ケア協会の看護師教育カリキュラムのプログラムに準じて教育内容を選択し、緩和ケアCNが実施している。
- ・ 新人として緩和ケアに入職されたら、総論（緩和医療からケア、ホスピスケア）、疼痛マネジメント、チームアプローチ、がん患者の精神的負担、家族ケア、臨終時のケアにつて1～2日で伝達する。
- ・ 症状コントロール等の勉強会を開催している。
- ・ 県看護協会の「がん看護研修」に参加。
- ・ 概ね3ヶ月で緩和ケアについての一般的理解ができるようOJTで指導。週1回30分程度、「日本ホスピス緩和ケア協会・看護師教育プログラム」より抜粋して行っている。

- ・ 5年前に開棟する前に、8回の講義を実施（師長である、がんCNSが実施）。その受講者が半数以上残っており、半分勤務交代や中途採用のNSはその都度説明。／開棟時のNSは全員が1日～2日位のPCUやホスピス部、がん看護の研修に出張で行かせた。／毎月病棟内の分散教育講義の中で30分、院内緩和ケアを学ぶ会（1人）でも講義＋演習あり。
- ・ 新人から配属されたり、他の科を何年か経験したりした者が配属されたりと各スタッフにより能力差がある。
- ・ 病棟独自の方針はないが、看護部教育方針としてそれに準じている。方針：看護水準の向上を目指して、自己啓発、相互啓発に努めてその知識、技術を確実に実践する。目標：主任が教育計画から実施に至るまで責任をもって関わり、現場スタッフの看護のレベルを上げる。スタッフは、組織の一員として役割を認識し、円滑なコミュニケーションをとり、質の高い看護ケアを提供できる。
- ・ 入職後、1～1.5年は、プリセプターシップでフォローしているのみ。中堅以降は個別の学習のみ。
- ・ 具体的なプログラムはないのですが、緩和ケアの考え方、痛みのアセスメントなど必要な知識について学習できる機会を設定しています。今後、プログラム作成を予定しています。
- ・ 看護教育カリキュラムにもとづき、その詳細を学習会として当病棟看護師間で共有している。
- ・ 2008年より教育プログラムを立ち上げ、また開設して2年半のため方針までには至っていない。教育プログラムメンバーで目標を中心とした内容にしている。
- ・ 毎月、学習会を年度始めに計画し実施している。疼痛マネジメント、症状マネジメントに本年度は家族看護を主に実施した。
- ・ 患者家族との目標と共有したかわりができる。全人的ケアに基づいた関わりができる。

## 2-2. 教育プログラム対象別分類で実施している方法（複数回答）

### ①対象別分類の回答実数

	実施している	実施していない	無回答
経年別プログラム (%)	63 (60.6)	34 (32.7)	7 (6.7)
能力別プログラム (%)	12 (11.5)	85 (81.7)	7 (6.7)
全職員プログラム (%)	38 (36.5)	59 (56.7)	7 (6.7)
その他 (%)	15 (14.4)	82 (78.8)	7 (6.7)

その他の記述（記述数）：職種対象（病棟看護師）（2）、新人（入職直後）、師長・副師長・主任、緩和ケアでの経年別

### ②対象別分類の複数回答内訳（いくつの方法を用いていると回答していたか）

	1	2	3	4	無回答
回答施設数 (%)	70 (67.3)	24 (23.1)	2 (1.9)	1 (1.0)	7 (6.7)

### 2-3. 教育方法について採用している学習方法（複数回答）

	実施している	実施していない	無回答
一斉学習 (%)	90 (86.5)	11 (10.6)	3 (2.9)
グループ学習 (%)	49 (47.1)	52 (50.0)	3 (2.9)
個人学習 (%)	52 (50.0)	49 (47.1)	3 (2.9)
プリセプターシップ (%)	60 (57.7)	41 (39.4)	3 (2.9)
その他	6 (5.8)	95 (97.1)	3 (2.9)

その他の記述：カンファレンスの場での OJT、院外研修参加、シャドーイング、カンファレンスの時間を用いたミニ学習会、固定チーム内での学習

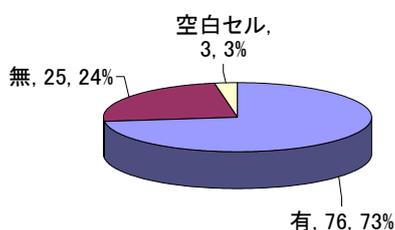
### ②対象別分類の複数回答内訳（いくつの方法を用いていると回答していたか）

	1	2	3	4	5	無回答
回答施設数 (%)	15 (14.4)	35 (33.7)	34 (32.7)	15 (14.4)	2 (1.9)	3 (2.9)

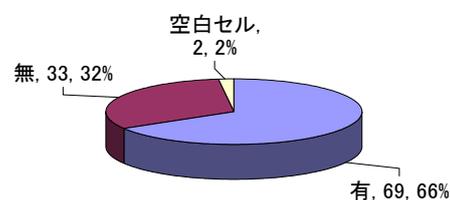
### 2-4. 年間教育実施計画表の有無

年間教育実施計画表が ある 76 (73.1%)、ない 25 (24.0%)、無回答 3 (2.9%)

年間教育実施計画表の有無



実施した教育の評価の有無



### 2-5. 実施した教育の評価

実施した教育の評価 している 69 (66.3%)、していない 33 (31.7%)、無回答 2 (1.9%)

#### ①カリキュラム・プログラムの内容の評価方法（複数回答）

	実施している	実施していない	無回答
個別プログラム実施後のアンケート (%)	33 (31.7)	22 (21.2)	49 (21.2)
教育カリキュラム全体についてのアンケート (%)	14 (13.5)	41 (39.4)	49 (47.1)
その他 (%)	13 (12.5)	42 (40.4)	49 (47.1)

その他の記述（記述数）：面接（4）、教育委員会（係）で評価（2）、リーダー会で評価（2）、チェック表を用いて（2）、チーム会での話し合い、院内教育委員会作成の統一アンケートを使用、レポート提出時の評価

②教育による変化についての評価方法（複数回答）

	実施している	実施していない	無回答
自己評価 (%)	56 (53.8)	8 (7.7)	40 (38.5)
他者評価 (%)	46 (44.2)	18 (17.3)	40 (38.5)
特定の評価表 (%)	8 (7.7)	56 (53.8)	40 (38.5)
その他 (%)	2 (1.9)	62 (59.6)	40 (38.5)

他者評価者記述：総記述数 35 件

内訳：師長（課長・管理者・副師長）……25件      プリセプター……16件  
 教育担当者（委員・係り等……13件      主任……5件  
 認定看護師……3件      リーダー会……2件  
 その他（医師・スタッフ・プリセプティ・指導者・チーム内評価）……各1件  
 ＊ 内訳の複数組み合わせ……21件

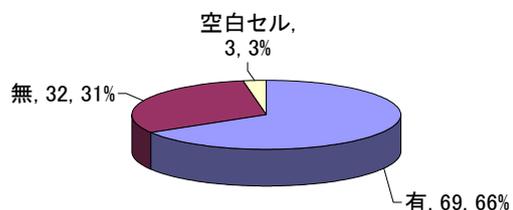
特定の評価表についての記述：記述総数 10 件

- ・ 教育プログラムに沿ったチェックリスト
- ・ 国立病院機構で使用されているもの
- ・ 講義内容について小テスト実施
- ・ 院内で作成してあるラダーを指標にして評価
- ・ 技術修得のチェックリスト ・チェックリスト
- ・ 項目別に理解できているか自己チェック ・能力テスト
- ・ 院内共通のプリセプターシップの評価票。PCU 独自に作成したチェックリスト（シャドーイングによる評価、ケア処置、業務全体など）
- ・ 伝達講習の評価

2-6. 教育プログラムの定期的見直しの有無

実施している 69 (66.9%)、実施していない 32 (30.8%)、無回答 3 (2.9%)

教育プログラムの定期的見直し



2-7. 教育プログラムの企画・運営・評価の主な担当者（複数回答）

	担当している	担当していない	無回答
師長・副師長・主任等	84 (80.8%)	18 (17.3%)	2 (1.9%)
認定看護師	50 (48.1%)	52 (50.0%)	2 (1.9%)
教育委員・係り	59 (56.7%)	43 (41.3%)	2 (1.9%)
その他	7 (6.7%)	95 (91.3%)	2 (1.9%)

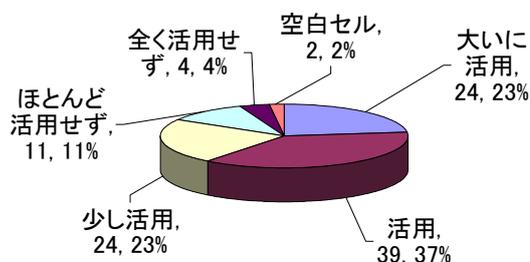
その他の記述内容（6件）：がん看護専門看護師・病院看護部・プリセプター・  
スタッフ分担・教育研究所・ホスピス長

2-8. 教育プログラム策定における、「ホスピス・緩和ケア看護職教育カリキュラム」の  
活用の度合い

①活用の度合い

a.大いに活用	24 (23.1%)
b.活用	39 (37.5%)
c.少し活用	24 (23.1%)
d.ほとんど活用していない	11 (10.6%)
e.全く活用していない	4 (3.8%)
無回答	2 (1.9)

「ホスピス・緩和ケア看護職教育カリキュラム」の  
活用度合い



②d. e.の回答における活用していない理由の自由記述 13件

- ・個人のモチベーションにまかされており、プログラム、システムが不十分。
- ・参考としていきたいがそこまで至っていない。体制が不十分な点あり、出来るところから着実に深めていきたい。（後略）
- ・2008年に、ここの師長に着任。今後利用したいです。
- ・やっと1年経過したところで、なかなか教育のところまで踏み込んで出来なかった。
- ・現在、教育プログラムを計画中であり、まだ活用していないが、参考にして計画している。
- ・ベースに使用して病棟の教育手順を作成した。
- ・教育計画案がしっかりと構築できていないため、系統だてた教育計画が実施できず、単年度

- あのプログラムを誰でもが使いこなせる様にレッスンプランが付いていると良いと思います。
- 病院自体の経営上、20床を13名でみており、NSの疲れが強く、その都度問題となっていることを取り上げる現状。
- 必要性を感じながら、検討中の状態でした。
- カリキュラムの項目が整理されているので、とても勉強になった。実際は私たちのほうが計画的に教育活動できるまでに至っていないのが現状であった。
- 能力的なもの。
- カリキュラムの存在を知らなかった。

## 2-9 教育プログラムの内容

### ①「ホスピス・緩和ケア看護職教育カリキュラム」の項目別、教育実施状況

	有 (%)	無 (%)	無回答 (%)
<b>M-1.ホスピス・緩和ケアの定義と歴史</b>	—		
1)ホスピス緩和ケアの歴史	76 (73)	12 (12)	16 (15)
2)ホスピス・緩和ケアが目指すもの	86 (83)	5 (5)	13 (13)
3)自施設の理念の理解	88 (85)	3 (3)	13 (13)
<b>M-2.がんに関する基礎知識</b>	—		
1)がんの疫学	22 (21)	60 (60)	22 (21)
2)がんの診断	25 (24)	57 (55)	22 (21)
3)がんの治療	29 (28)	53 (51)	22 (21)
4)がんサバイバーシップ	21 (20)	57 (55)	26 (25)
<b>M-3.終末期がん患者の特徴</b>	—		
1)がん悪液質症候群	64 (62)	23 (22)	17 (16)
2)トータルペイン	89 (86)	3 (3)	12 (12)
<b>M-4.緩和ケアにおける倫理的諸問題</b>	—		
1)看護実践における倫理的諸問題の理解	64 (62)	14 (13)	26 (25)
<b>M-5.コミュニケーション</b>	—		
1)コミュニケーションの定義と種類	68 (65)	19 (18)	17 (16)
2)アサーティブコミュニケーション	48 (46)	35 (34)	21 (20)
<b>M-6.チームアプローチの理解</b>	—		
1)チーム医療の理解	74 (71)	11 (11)	19 (18)
2)カンファレンスの理解	67 (64)	19 (18)	18 (17)
3)効果的なチーム運営	49 (47)	32 (31)	23 (22)
<b>M-7.自施設における看護師の役割</b>	—		
1)看護職の役割の理解	72 (69)	13 (13)	19 (18)
2)プリセプターシップ	58 (56)	24 (23)	22 (21)
3)メンバーシップ	57 (55)	23 (22)	24 (23)
4)リーダーシップ	59 (57)	23 (22)	22 (21)
<b>M-8.看護職への心理的ケア</b>	—		
1)自身について語る	36 (35)	45 (43)	23 (22)
2)看護職への心理的ケア	44 (42)	39 (38)	21 (20)
3)死生観を育む	48 (46)	36 (35)	20 (19)
<b>M-9.症状マネジメント：疼痛</b>	—		
1)がん性疼痛の基本的な考え方	93 (89)	0 (0)	11 (11)

2)疼痛のアセスメント方法	93 (89)	0 (0)	11 (11)
3)代表的な薬物の使用方法	92 (88)	0 (0)	12 (12)
4)疼痛マネジメントにおける看護師の役割	91 (88)	2 (2)	11 (11)
<b>M-9 症状マネジメント：消化器系</b>	—		
1)悪心・嘔吐	89 (86)	2 (2)	13 (13)
2)消化管閉塞	84 (81)	5 (5)	15 (14)
3)食欲不振	81 (78)	8 (8)	15 (14)
4)腹部膨満	84 (81)	7 (7)	13 (13)
5)便秘と宿便	85 (82)	6 (6)	13 (13)
6)口腔内のトラブル	79 (76)	2 (2)	12 (12)
<b>M-9 症状マネジメント：呼吸器系</b>	—		
1)呼吸困難	90 (87)	2 (2)	12 (12)
2)咳嗽	82 (79)	8 (8)	14 (13)
3)死前喘鳴	84 (80)	6 (6)	14 (13)
<b>M-9 症状マネジメント：全身倦怠感</b>	—		
1)全身倦怠感	83 (80)	5 (5)	16 (15)
<b>M-9 症状マネジメント：皮膚の問題</b>	—		
1)褥瘡予防とケア	67 (64)	17 (16)	20 (19)
2)瘻孔のケア	43 (41)	37 (36)	24 (23)
3)皮膚転移のケア	41 (39)	40 (38)	23 (22)
4)リンパ浮腫	68 (65)	16 (15)	20 (19)
<b>M-9 症状マネジメント：精神症状</b>	—		
1)不安	84 (81)	7 (7)	13 (13)
2)抑うつ	82 (79)	8 (8)	14 (13)
3)せん妄	88 (85)	4 (4)	12 (12)
4)不眠	79 (76)	10 (10)	15 (14)
<b>M-9 症状マネジメントとしてのセデーション</b>	—		
1)セデーションの考え方	80 (77)	8 (8)	16 (15)
2)セデーション前後の看護	77 (74)	10 (10)	17 (16)
<b>M-10 HIV と AIDS</b>	—		
1)HIV の疫学と病態・診断・治療	6 (7)	77 (74)	21 (20)
2)AIDS の診断と治療	7 (7)	77 (74)	20 (19)
3)感染症看護の基本的理解	27 (26)	60 (58)	17 (16)
<b>M-11 日常生活を整える看護</b>	—		

1)食事	74 (71)	13 (13)	17 (16)
2)排泄	74 (71)	13 (13)	17 (16)
3)睡眠	74 (71)	13 (13)	17 (16)
4)体位変換・移動	74 (71)	13 (13)	17 (16)
5)環境整備	72 (69)	14 (13)	18 (17)
M-12.最後の数日間のケア	—		
1)身体的な変化	78 (75)	10 (10)	16 (15)
2)家族へのケア	83 (80)	7 (7)	14 (13)
3)死後のケア	84 (81)	8 (8)	12 (12)
M-13.心理的ケア	—		
1)終末期患者の心理についての理解	69 (66)	15 (14)	20 (19)
M-14.社会的ケア	—		
1)ライフサイクルと発達課題	28 (27)	50 (48)	26 (25)
2)医療ソーシャルワーカーとの連携	53 (51)	30 (29)	21 (20)
M-15.スピリチュアルケア	—		
1)スピリチュアルペインの理解	79 (76)	11 (11)	14 (13)
2)スピリチュアルケアの方法	73 (70)	13 (13)	18 (17)
M-16.家族ケア	—		
1)終末期患者の家族ケア	89 (86)	3 (3)	12 (12)
2)遺族ケア	82 (79)	8 (8)	14 (13)
M-17.在宅ケア	—		
1)在宅移行時の調整	53 (51)	30 (29)	21 (20)
2)訪問看護および地域との連携	49 (47)	32 (31)	23 (22)
M-18.行政と法的問題	—		
1)死亡の際の法的手続き	42 (40)	41 (39)	21 (20)
2)医療保険制度・介護保険制度	32 (31)	48 (46)	24 (23)

2-10. カリキュラムにはないが教育を実施している項目（自由記述）：記述総数 35 件

死亡前後のケア	エンゼルケア・メイク	7
	着付け	2
	デスケア	2
代替補完療法	アロマセラピー	5
	マッサージ	2
	音楽療法・園芸	各 1
	指圧・温灸	各 1
	リラクゼーション	1
手技・手順	薬剤使用手技・機械手順	4
	リンパマッサージ	2
	呼吸理学療法	1
	看護技術の工夫	1
チームアプローチ	ボランティア活動	4
包括的ケア	事例検討	4
コミュニケーション	コミュニケーションスキル	3
ケア提供全般	倫理	2
	医療安全・接遇	各 1
	救急のABC	1
対象の理解	緩和ケアにおける補液	1
	認知症ケア・ALS	各 1
ケアプロセス管理	STAS	1
	看護過程・看護診断・記録	1
在宅ケア	在宅ケア研修	1
その他	プレゼンテーション技法	1

### 3. ホスピス緩和ケア病棟における看護師教育について困っている事（自由記述）

自由記述 65 件から 99 点抽出

大項目	キーワード	件数	記述例
人事異動	中途採用	13	・中途採用となった看護師が大半を占め、ここの教育背景や看護経験、看護実践能力にバラツキがあり、個々に応じた教育・指導が難しい。
	退職・ローテーション	10	・スタッフの入れかえが多く、どうしても基礎的な教育にかたよってしまい、経験者へのフォローが難しい。
教育のリーダーシップの不在・不安	人材不足・自信のなさ・不安	14	・指導者になりえる人材が育っていない。 ・師長だからといってスタッフを評価するほどの知識はまだありません。次年度に認定NSが誕生するので検討したいと思います
業務と教育のバランス	マンパワー不足・多忙・疲労	12	・日常的に残業や緩和ケア独自の取り組みに対する時間外活動が多く、スタッフが疲れている。月1回の時間学習会を行うことで精一杯のようだ。
教育の評価	評価が難しい・わからない	10	・教育内容を実践でいかにしているかどうかの評価が難しい。
モチベーション	主体性・ワークライフバランス	8	・すべてのスタッフが継続して緩和ケア病棟に勤務するわけではないので一定レベルで満足してしまう。 ・子育ての方も多く、学習意欲、時間が取れない。
教育の継続性	継続性・ステップアップ困難	7	・看護師教育2、3年目教育まで広げることが困難。中堅NSの転職があり新人教育に明け暮れている。
スタッフケア	スタッフケアの難しさ	6	・欠員補充が人員不足の中で行われていくため即戦力としての期待が大き一つ一つじっくりと教育していくことができない。そのため実践の中で戸惑いやつまずきなど感じるスタッフが多い。教育内容が多岐にわたるため一つ一つの内容に対して自信がもてず、自己評価が低い傾向にある。
教育者の教育		4	・教育する側の教育も必要。スタッフの入れかわりも多く、経験の浅いNSも教える側に立たざるを得ない。
対象者の多様性		2	・PCU入院患者がターミナルステージでターミナルケアのみを要するだけではなくきてい

			る。症状や病状の悪化や変化が生じた際の一般的通常の対応に疎くならないようにしたい。
教育方法・教育内容等	対象の理解・寄り添うこと・倫理・人間性・死生観	7	・死生観、倫理観、人間性等の感性に関する内容や教育方法が難しい。看護師患者関係の中で看護師におきた感情について率直に語ったり、起きている感情について理解するための教育方法やサポートの仕方が難しい。
	看取り	1	・看取りの場面での患者家族への関わり方ひとつで信頼関係や満足度に影響を及ぼすため、看護師教育にかかせないものでありながら、タイミングや個別性を考えながら実践教育となってしまうために教育する側もされる側もとても気を使うし十分行えたか不安が残る。
	多職種連携	2	・対象のレベルがバラバラである(介護職は特に)看護師には伝わっても医師によっては緩和ケアやオピオイドの使用において認識や知識が不十分なため患者へ反響されない。
	集合教育の限界	1	・能力に個人差がある。全体講義等では教育に限界がある。
	看護プロセス	1	・看護計画、立案、評価についてのプロセスが明確化されていない。
	家族ケアの教育方法	1	・家族ケアに対することが不十分と思っている。

#### 4. ホスピス緩和ケア病棟における看護師教育についての意見・要望（自由記述）：記述数 45 件

大項目	内 容	件数
研修機会	他施設・近隣施設との合同研修が出来るとうい	3
	・スタッフも気軽に参加できる、自施設研修を補完する協会主催研修の提供を希望 ・無料で ・参加型研修 ・講義 ・地方でも開催して欲しい	5
	看護管理者研修を開催して欲しい	1
	指導者養成を行って欲しい	1
	他の PCU 見学の際の提供をして欲しい	1
教育・学習ツールの充実	参考書・文献提示	2
	教材（PP、DVD）提供	2
	自己学習ツール提供	2
	インターネット活用	1
カリキュラムについて	役立っている	4
	量が多い	1
教育の評価	統一した評価方法の提示	1
	評価が難しい	2
マンパワー不足	多忙業務と教育のバランス	2
	離職が多い	1
看護師としての基本教育	・新卒看護師も PCU に採用となるため緩和ケア以前の教育を要する現状がある ・看護師としての役割、責任を個々人が考える事	3
情報提供	研修情報発信	1
	他施設との情報交換・交流の場希望	1
多職種で学ぶ重要性	多職種カンファレンスの機会を大切にする	2
OJT	・臨床で遭遇するケースについてのタイムリーな多職種のカンファレンスや振り返り、アサーティブなディスカッションが効果的だと感じる ・コーチング	2
緩和ケアナースの経験と課題の基準	・緩和ケアナースのデータをつくり、経験ごとにクリアする課題を明確にする。フィジカルアセスメントが弱く、グリーンケアやスピリチュアルケアに偏りやすい	2
看護師のメンタルケア	看護師のメンタルケア	1
教育システム策定・教育内容	組織・個人の特徴を生かした教育システムにしたい	1
	教育システム作り困難（能力・時間の問題）	1
	人間性を大事にした教育が重要	1
	看護師の姿勢・態度の教育が難しい	1
	希望しない人事異動の弊害	1
	コミュニケーションを学ぶ事（患者看護師関係における感情の動きを見つめることの出来るプログラム）	1

## V. 結果のまとめ

- 1) 193ヶ所の PCU のうち 104 箇所からの回答、回収率 53.8%であった。
- 2) 約 7 割の PCU が病床数 16 床～25 床（平均 19.5 床）であった。
- 3) 設置母体病院の病床数は、200 床以上の施設が 66.4%を占め、100 床未満は 11.5%であった。
- 4) PCU 看護師数は、平均 16.6 名で、病床数／看護師数で見ると、平均値が 1.17 であり、 $X \leq 1$  : 24 施設 (24%)、 $1 < X \leq 1.4$  : 61 施設 (61%)、 $1.4 < X$  : 15 施設 (15%) であった。看護師配置基準 7 : 1 が 1.4 に相当し、全体の平均値が 1.17、1.4 以下の施設の平均値が 1.1 であることから、7 : 1 看護基準よりも厚く看護師配置がされている施設が多いことがわかった。
- 5) 74%の PCU で、認定看護師もしくは専門看護師がいた。
- 6) PCU 開設後年数は、平均 7.84 年で 5 年未満の施設は 28.8%であった。
- 7) 教育目標・方針は、61%の PCU が設定していると回答した。
- 8) 教育の方法のうち、対象分類別プログラムでは、60.6%の施設が経年別プログラムを行っており、能力別プログラムの実施施設は 11.5%であった。また、全職員向けのプログラムは 36.5%の施設が取り組んでいると回答した。
- 9) 学習方法は、一斉学習は 86.5%の施設で用いられ、個人学習 (50%)・プリセプターシップ (57.5%) も半数以上の施設で用いられていた。82.7%の施設で、2 つ以上の学習方法を用いていると回答した。
- 10) 年間教育計実施計画表は、73.1%の PCU が作成していると回答した。
- 11) 実施した教育についての評価は、66.3%の施設が実施していると回答した。
- 12) カリキュラム・プログラムの内容の評価については、個別プログラム実施後のアンケート調査を 31.7%の施設で実施していると回答し、教育カリキュラム全体についてのアンケートを実施しているとは、13.5%の施設であった。
- 13) 教育による変化についての評価は、53.8%の施設が自己評価を、46.0%の施設が他者評価を実施していると回答した。
- 14) 教育プログラムの定期的な見直しは、66.9%の施設が実施していると回答した。
- 15) 教育プログラムの企画・運営・評価の主な担当者は、80.8%の施設が“師長・副師長・主任”等の看護管理者であり、“教育委員や教育係り”も 56.7%の施設で担当していると回答された。
- 16) 教育プログラム策定における「ホスピス・緩和ケア病棟看護職教育カリキュラム」の活用 の度合いは、87%の“施設で大いに活用～少し活用”され、“ほとんど活用していない・全く活用していない”施設は 14.4%であった。“活用していない”理由は、“病棟体制が整わず活用するに至っていない”が多く、“カリキュラムの存在を知らなかった”は 1 件のみであった。
- 17) 「ホスピス・緩和ケア病棟看護職教育カリキュラム」に記載されている教育内容、18 モジュール

ール 86 項目のうち、80%以上の施設が行っていると回答した項目は、①ホスピス緩和ケアが目指すもの ②自施設の理念の理解 ③トータルペイン ④～⑦疼痛マネジメント(4項目) ⑤悪心・嘔吐 ⑥消化管閉塞 ⑨腹部膨満 ⑩便秘と宿便 ⑪呼吸困難 ⑫死前喘鳴 ⑬全身倦怠感 ⑭不安 ⑮せん妄 ⑯最後の数日間の家族へのケア ⑰死後のケア ⑱終末期患者の家族のケアの 18 項目であった。一方、30%未満の実施項目は、①～④がんに関する基礎知識 ⑤～⑦HIV と AIDS ⑧ライフサイクルと発達課題 ⑨医療保険制度・介護保険制度 の 9 項目であった。

- 18) カリキュラムにはないが教育を実施している項目の自由記述では、“エンゼルケア・メイクとアロマセラピー、薬剤使用手技や手順”など、手技を伴う事項が多く記されていた。また、細かい項目別学習ではなく、“事例検討”としてケアプロセスを学ぶことも記されていた。
- 19) PCU における看護師教育について困ることの自由記述では、人事異動の激しさなど病棟体制の変動にもなう困難が多く記述されていた。それらが、教育の継続性やステップアップ、計画・実施・評価への取り組み、学習に対するモチベーション、教育ができる人材育成を阻む要因となっているという記述が多かった。また、看護師個々の豊かな感性を育むような教育の重要性と難しさ、スタッフケアの重要性についての記述も次に多かった。
- 20) PCU における看護師教育についての意見や要望では、①研修機会の提供 ②教育に役立つツールの充実 ①研修機会の提供については、自施設でできない教育(内容・方法)を補完するような研修の提供、近隣の施設同士の協働研修のシステム化の必要性、地方での教育セミナー等の開催について記されていた。②教育に役立つツールの充実については、教材(PP,DVD)、自己学習ツール、文献・参考書の紹介、インターネットを活用した方法等の提案があった。また、教育内容や教育を実施するうえで大切にしたいことについての意見が記されていた。

## VI. おわりに

調査結果から、多忙な病棟業務と教育のバランスをとることに苦労しながら、各施設が緩和ケア病棟看護師教育について熱心に検討し実行していることがその苦労の記述とともに明らかになった。教育プログラムの作成に当たっては、「ホスピス・緩和ケア病棟看護職教育カリキュラム」を活用していただけていたこともわかった。

一方で、ステップアップする継続教育、教育できるものを育成することができ難い環境のなかで、どのようにすれば看護ケアの質を維持向上させる教育プログラムが構築でき継続できるのか?多くの自由記述のなかで悲鳴のように語られていた、看護師の短期間での異動は、緩和ケア病棟に限らない、多要因を含んだ病院・病棟看護管理の課題そのものであると考えられる。その様な状況は、容易に解消されるものではないにしても、今回は詳細調査ができていないが、創意工夫されている病棟の存在やその創意工夫の考え方や内容を知りあうことは、病院・病棟看護管理の課題の改善のヒントを得る一方法であろう。

今回この調査報告書を作成するに当たって、“教育目標や方針”に関する自由記述を分量が多

くなることを覚悟であえて全文転記した。それは、各施設の管理者・教育担当者の方々の、緩和ケア病棟における看護師教育の目標・方針についての生の声を一番反映していると考えたこと、また、それが、これから自施設の教育を見直そうとする際の参考になると考えたからである。

教育の実施内容については、症状マネジメント・スピリチュアル・家族ケアを中心に、カリキュラム・モジュールの大半について熱心に取り組まれていることがわかった。一方、自由記述にも記されていたが、知識を実践に適用するための実践的な教育の取り組みについては、重要性を感じながらも自施設のみで実施することに困難を感じていたり、スタッフケアにも関連した感性を深めていくような内容への取り組みにも難しさ述べる記述が散見され、教育を担当する者のトレーニング（スーパービジョン・コーチング）も必要と考えられた。

今後、日本ホスピス緩和ケア協会教育研修委員会では、本調査の結果を生かした教育研修活動をおこなっていきたい。具体的な例としては以下の内容が考えられるが、教育研修委員と会員施設の方々の協力と創意工夫のもと取り組んでいきたいと考えている。

- 1) この調査結果を各ホスピス緩和ケア病棟にフィードバックすること
- 2) 日本緩和医療学会ですすめている ELNEC-J と連動して、ホスピス緩和ケア病棟における教育プログラムの計画・実施戦略の勉強会を開催すること
- 3) ホスピス緩和ケア病棟看護管理者の勉強会を開催すること
- 4) ホスピス緩和ケア協会が主催することに意味のある（各施設ごとには実施困難なテーマ・方法）研修を企画開催すること
- 5) 従来の多職種参加型の教育セミナーを地方開催すること
- 6) 教育ツールの開発

最後になりましたが、この調査にご協力くださいました、ホスピス緩和ケア病棟の看護管理者・教育担当者の皆様に御礼申し上げます。そして、この調査結果が各施設での看護師教育の検討に役立つことを願っております。

また、この調査の実施のために助成をくださった日本ホスピス緩和ケア研究振興財団に感謝申し上げます。

## 付) 資料

資料1 「調査依頼書」

資料2 「調査票」

日本ホスピス緩和ケア協会会員

ホスピス・緩和ケア病棟看護管理者・教育担当者の皆様

「ホスピス緩和ケア病棟における看護師教育プログラムの現状に関する調査」  
ご協力をお願い

日本ホスピス緩和ケア協会教育研修委員会では、各施設が看護職の教育を行うための指針として、2004年に「ホスピス緩和ケア看護職教育カリキュラム」を作成しました。その後、ホスピス緩和ケア病棟は、総数が190施設を越え、また、がん対策推進基本計画の実施等ホスピス緩和ケア病棟を取り巻く社会環境の変化と共に、より専門的なホスピス緩和ケアの提供、地域内での連携や相談・情報発信、教育等の役割が期待されています。日本ホスピス緩和ケア協会では、2002年にホスピス緩和ケア病棟看護管理者に対するアンケートの中で教育についての困りごとについて集約しましたが、その後、ホスピス緩和ケア病棟における看護師への教育状況については把握されておりません。専門・認定看護師の増加や一般病棟における緩和ケアチームの活動など緩和ケア看護の普及の一方、ホスピス緩和ケア病棟においてより専門的な緩和ケアを提供するためにどのような看護師教育が必要とされるのか、今後の課題と戦略を明らかにするために現状調査を計画いたしました。

つきましては、ご多用のところ恐縮ですが、趣旨をご理解の上この調査へのご協力をお願いいたします。

調査内容の集計・分析におきましては、施設が特定されるような用い方はいたしません。また、調査結果については、各施設あてにご報告申し上げ、併せて、日本ホスピス緩和ケア協会教育研修委員会として学会等で報告させていただきますことをご了承ください。

《 調査票の回答にあたっての注意事項 》

1. ホスピス緩和ケア病棟の看護管理者もしくは教育担当者がご回答ください。
2. 教育プログラムの現状については、直近3年以内の状況でご回答ください。
3. 調査票4枚は、返信用封筒に入れて、**2009年3月末日まで**に、日本ホスピス緩和ケア協会事務局宛にご返送ください。

2009年2月10日

日本ホスピス緩和ケア協会  
教育研修委員会看護部会  
河 正子  
田村 恵子  
二見 典子（調査統括）



資料 2

5) 実施した教育の評価 [ 有 ・ 無 ]

“有”の場合、評価方法はどのようにしていますか？ (複数回答可)

①カリキュラム・プログラムの内容の評価

- a.個別プログラム実施後のアンケート
- b.教育カリキュラム全体についてのアンケート
- c.その他 ( )

②教育による変化についての評価

- a.自己評価
- b.他者評価 (誰が評価者? )
- c.特定の評価票 (どのような? )
- d.その他

6) 教育プログラムの定期的見直し [ 有 ・ 無 ]

7) 教育プログラムの企画・運営・評価は主にどなたが担当していますか？ (複数回答可)

- a.師長、または副師長、または主任
- b.認定看護師 (役職に関わりなく)
- c.教育委員・係り
- d.その他 ( )

8) 教育プログラム策定における、「ホスピス・緩和ケア看護職教育カリキュラム」の活用の度合い。

- a.大いに活用している
- b.活用している
- c.少し活用している
- d.ほとんど活用していない
- e.全く活用していない

d. e.と回答の場合、その理由 (自由記述)

[ ]

## 資料 2

9) プログラムの内容:「ホスピス・緩和ケア看護職教育カリキュラム」の項目について  
計画的に教育実施している項目に ○ 教育実施していない項目に ×

<b>M-1.ホスピス・緩和ケアの定義と歴史</b>	—	<b>M-9 症状マネジメント：全身倦怠感</b>	—
1)ホスピス緩和ケアの歴史		1)全身倦怠感	
2)ホスピス・緩和ケアが目指すもの		<b>M-9 症状マネジメント：皮膚の問題</b>	—
3)自施設の理念の理解		1)褥瘡予防とケア	
<b>M-2.がんに関する基礎知識</b>	—	2)瘻孔のケア	
1)がんの疫学		3)皮膚転移のケア	
2)がんの診断		4)リンパ浮腫	
3)がんの治療		<b>M-9 症状マネジメント：精神症状</b>	—
4)がんサバイバーシップ		1)不安	
<b>M-3.終末期がん患者の特徴</b>	—	2)抑うつ	
1)がん悪液質症候群		3)せん妄	
2)トータルペイン		4)不眠	
<b>M-4.緩和ケアにおける倫理的諸問題</b>	—	<b>M-9 症状マネジメントとしてのケア</b>	—
1)看護実践における倫理的諸問題の理解		1)ケアの考え方	
<b>M-5.コミュニケーション</b>	—	2)ケア前後の看護	
1)コミュニケーションの定義と種類		<b>M-10 HIV と AIDS</b>	—
2)アサーティブコミュニケーション		1)HIV の疫学と病態・診断・治療	
<b>M-6.チームアプローチの理解</b>	—	2)AIDS の診断と治療	
1)チーム医療の理解		3)感染症看護の基本的理解	
2)カンファレンスの理解		<b>M-11 日常生活を整える看護</b>	—
3)効果的なチーム運営		1)食事	
<b>M-7.自施設における看護師の役割</b>	—	2)排泄	
1)看護職の役割の理解		3)睡眠	
2)プリセプターシップ		4)体位変換・移動	
3)メンバーシップ		5)環境整備	
4)リーダーシップ		<b>M-12.最後の数日間のケア</b>	—
<b>M-8.看護職への心理的ケア</b>	—	1)身体的な変化	
1)自身について語る		2)家族へのケア	
2)看護職への心理的ケア		3)死後のケア	
3)死生観を育む		<b>M-13.心理的ケア</b>	—
<b>M-9.症状マネジメント：疼痛</b>	—	1)終末期患者の心理についての理解	
1)がん性疼痛の基本的な考え方		<b>M-14.社会的ケア</b>	—
2)疼痛のアセスメント方法		1)ライフサイクルと発達課題	
3)代表的な薬物の使用方法		2)医療ソーシャルワーカーとの連携	
4)疼痛マネジメントにおける看護師の役割		<b>M-15.スピリチュアルケア</b>	—
<b>M-9 症状マネジメント：消化器系</b>	—	1)スピリチュアルペインの理解	
1)悪心・嘔吐		2)スピリチュアルケアの方法	
2)消化管閉塞		<b>M-16.家族ケア</b>	—
3)食欲不振		1)終末期患者の家族ケア	
4)腹部膨満		2)遺族ケア	
5)便秘と宿便		<b>M-17.在宅ケア</b>	—
6)口腔内のトラブル		1)在宅移行時の調整	
<b>M-9 症状マネジメント：呼吸器系</b>	—	2)訪問看護および地域との連携	
1)呼吸困難		<b>M-18.行政と法的問題</b>	—
2)咳嗽		1)死亡の際の法的手続き	
3)死前喘鳴		2)医療保険制度・介護保険制度	

資料 2

- 10) 「ホスピス緩和ケア看護職教育カリキュラム」には無いが、教育を実施している項目があれば記載してください。

3. ホスピス緩和ケア病棟における看護師教育について困っていたことがありましたらお書きください。(自由記述)

4. その他、ホスピス緩和ケア病棟における看護師教育についてのご意見、ご要望等がありましたらお書きください。(自由記述)

ご協力ありがとうございました。